

한국 의료시스템의 혁신 성과 평가(7년 차)

- 2022 한국 보건 의료 질 보고서

김수진

이재은·문석준·박은혜·이경희·전보영·박종현·구민지



사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



한국보건사회연구원
KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



■ 연구진

연구책임자	김수진	한국보건사회연구원 연구위원
공동연구진	이재은	한국보건사회연구원 전문연구원
	문석준	한국보건사회연구원 연구원
	박은혜	한국보건사회연구원 연구원
	이경희	두원공과대학교 교수
	전보영	명지전문대 교수
	박종현	국민건강보험공단 실장
	구민지	국민건강보험공단 주임연구원

연구보고서 2022-33

한국 의료시스템의 혁신 성과 평가(7년 차)

- 2022 한국 보건 의료 질 보고서

발 행 일 2022년 12월
발 행 인 이 태 수
발 행 처 한국보건사회연구원
주 소 [30147]세종특별자치시 시청대로 370
세종국책연구단지 사회정책동(1~5층)
전 화 대표전화: 044)287-8000
홈페이지 <http://www.kihasa.re.kr>
등 록 1999년 4월 27일(제2015-000007호)
인 쇄 처 (주)정인애드

© 한국보건사회연구원 2022
ISBN 978-89-6827-897-6 [93510]
<https://doi.org/10.23060/kihasa.a.2022.33>

발|간|사

국가 의료시스템은 국민의 건강 수준을 향상을 목적으로 한다. 우리나라는 전 국민 건강보험 이후에도 국민의 의료 접근성 향상을 위해 지속적으로 노력해 왔다. 하지만 의료 접근성 개선이 국민의 건강 수준 향상으로 이어지기 위해서는 제공되는 의료서비스의 질이 중요하다. 의료의 질 향상을 유도하기 위해서는 개선되거나 나빠진 영역이 무엇인지 지속적으로 모니터링이 필요하다.

우리나라에서는 다양한 평가 제도를 통해 의료서비스의 질을 개선하기 위한 노력이 이뤄지고 있다. 하지만 이러한 제도와 정책들은 대부분 의료기관 단위의 질 개선에 집중하고 있으며, 사람을 중심으로 의료시스템 수준에서 의료의 질을 평가하지는 못하고 있다.

의료 질을 비롯해 의료시스템의 성과를 측정하고 공개하는 것은 의료시스템을 개선할 수 있는 정책을 마련하기 위한 필수적인 과정인 동시에 국가적 책무성의 문제이다. 국가 의료 질 보고서의 작성과 공개는 시스템의 질을 국민에게 알리는 과정이면서 이를 통해 의료시스템에 대한 국민의 인식과 참여를 확대시킬 수 있다. 이는 사람 중심 의료시스템으로의 혁신을 위한 출발점이기도 하다.

이 보고서는 ‘한국 의료시스템의 혁신 성과 평가’ 7년 차 연구로 6년 차 연구에서 제시한 의료 질 모니터링 체계를 국내의 중요한 건강 문제를 반영하여 개편하고, 의료시스템의 성과 개선을 위해 지역사회 및 지방정부의 역할을 검토하였다. 만성질환의 증가와 코로나19 대유행을 경험하며 지역기반 보건의료제도의 중요성이 강조되고 있는 시점에서 관련한 법령과 문헌을 검토하고 이해관계자 심층면접을 통해 단기적인 개선 방안과 장기적인 과제를 제시하였다. 향후 이 보고서가 국가 차원에서 의료 질 향상과 국민의 건강 수준 향상을 유도하는 근거 자료와 이정표가 되어 관련된 중앙정부와 지방정부의 다양한 활동을 조화, 통합하는 촉매제 역할을 하기를 기대한다.

이 보고서는 김수진 연구위원의 책임하에 이재은 전문연구원, 문석준 연구원, 박은혜 연구원, 두원공과대학교 이경희 교수, 명지전문대 전보영 교수, 국민건강보험공단 빅데이터연구실 박종현 실장과 구민지 주임연구원의 참여로 작성되었다. 바쁘신 중에도 본 연구에 대해 조언을 아끼지 않으신 중앙대학교 김창오 교수와 한국보건사회연구원

윤강재 연구위원에게 깊은 감사의 뜻을 전한다. 더불어 이 보고서에 대해 좋은 의견을
주신 익명의 검토자들에게도 감사드린다.

2022년 12월
한국보건사회연구원 원장
이 태 수





Abstract	1
요 약	5

제1장 서론	9
제1절 연구 배경 및 목적	11
제2절 연구 내용 및 방법	18

제1부 한국 의료 질 보고서

제2장 건강결과를 중심으로 한 의료 질 지표 체계 설계	23
제1절 선행연구	25
제2절 지표 체계 검토	39
제3절 최종 분석틀 및 지표	48

제3장 건강결과를 중심으로 한 의료 질 지표 추이와 격차	51
제1절 효과성	53
제2절 환자 중심성·반응성	135
제3절 환자 안전	146
제4절 소결	155

제2부 의료시스템 성과 제고를 위한 지역사회의 역할

제4장 법령 및 주요 정책	165
-----------------------------	------------

제1절 법체계 검토	167
제2절 최근 지역보건의료 관련 주요 정책	189
제3절 소결	208
제5장 지역보건의료체계 관련 선행연구	211
제1절 국외 연구	213
제2절 국내 연구	243
제3절 소결	250
제6장 이해관계자 심층면접: 지역보건의료체계 진단 및 개선과제	253
제1절 연구 개요	255
제2절 연구 결과	258
제3절 소결	298
제7장 결론	299
제1절 주요 연구 결과	301
제2절 정책과제	305
참고문헌	309
부록	325
[부록 1] 건강결과를 중심으로 본 우리나라 의료 질 지표 산출 방법	325
[부록 2] 국민 인식 조사 조사표	337

표 목차

KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



〈표 1-1〉 자료원	21
〈표 2-1〉 OECD 보건의로 질 지표	26
〈표 2-2〉 영국 NHSOF 구성 및 지표	28
〈표 2-3〉 미국의 2021 국가 의로 질 및 격차 보고서의 구성과 주요 지표	30
〈표 2-4〉 미국 AHRQ 질 지표 구성	31
〈표 2-5〉 통계청 사망원인 순위 추이(2011~2021년)	33
〈표 2-6〉 신정우 등(2019)의 치료 가능 사망 질환 적합성 평가	34
〈표 2-7〉 김윤 등(2018)의 외래진료 민감질환 목록	36
〈표 2-8〉 정건작 등(2016)의 한국형 ACSCs(KACSCs)	38
〈표 2-9〉 ‘한국 의료시스템의 혁신 성과 평가(6년 차)’ 연구의 지표 구성	40
〈표 2-10〉 2021~2022 컨센서스 워크숍 주제	42
〈표 2-11〉 컨센서스 워크숍 주제별 참석자 구성	43
〈표 2-12〉 워크숍 운영 내용	43
〈표 2-13〉 최종 분석 틀 및 지표	48
〈표 3-1〉 1영역(효과성: 치료 가능한 사망 예방) 지표 분석 내용	53
〈표 3-2〉 치료 가능한 원인으로 인한 잠재수명 손실연수(성인): 지역별	55
〈표 3-3〉 치료 가능한 원인으로 인한 잠재수명 손실연수(아동·청소년): 지역별	57
〈표 3-4〉 심뇌혈관 질환으로 인한 75세 미만 사망률: 지역별	61
〈표 3-5〉 호흡기 질환으로 인한 75세 미만 사망률: 지역별	63
〈표 3-6〉 간 질환으로 인한 75세 미만 사망률: 지역별	65
〈표 3-7〉 암으로 인한 75세 미만 사망률: 지역별	67
〈표 3-8〉 자살사망률: 지역별	74
〈표 3-9〉 조현병을 앓고 있는 성인의 75세 미만 초과사망률: 지역별	76
〈표 3-10〉 양극성 정동장애가 있는 성인의 75세 미만 초과사망률: 지역별	79
〈표 3-11〉 2영역(효과성: 장기질환을 가진 사람들의 삶의 질 개선) 지표 분석 내용	82
〈표 3-12〉 암 환자의 진단 전후 경제활동 참여율	84
〈표 3-13〉 암 환자의 진단 전후 의료급여 수급율	85
〈표 3-14〉 우리나라 의료시스템의 질환 관리에 대한 역할 수행(세부 항목별 분석)	87
〈표 3-15〉 외래 민감성질환으로 인한 계획되지 않은 입원: 지역별	89
〈표 3-16〉 당뇨 및 고혈압 환자의 치료지속성	91
〈표 3-17〉 당뇨병환자의 복약순응도 및 하지절단율	92



〈표 3-18〉 천식, 당뇨, 뇌전증으로 인한 계획되지 않은 입원(아동·청소년): 지역별	94
〈표 3-19〉 치매가 있는 사람들의 추정 진단율	97
〈표 3-20〉 지역사회치매관리율: 지역별	99
〈표 3-21〉 장기요양 본인부담 경감이 재가급여, 시설급여 이용에 미친 영향	101
〈표 3-22〉 장기요양시설 이용 동안 사망을 추이	102
〈표 3-23〉 3영역(효과성: 질병 및 손상 치료·회복 지원) 지표 분석 내용	104
〈표 3-24〉 병원 입원이 필요하지 않은 급성질환으로 인한 응급입원: 지역별	106
〈표 3-25〉 퇴원 후 30일 내 응급 재입원: 지역별	109
〈표 3-26〉 재원일수 및 진료비 추이(퇴원 후 30일 내 응급재입원)	111
〈표 3-27〉 퇴원 후 30일 내 동일상병 응급재입원	112
〈표 3-28〉 이용일수 및 진료비 추이(퇴원 후 30일 내 동일상병 응급재입원)	114
〈표 3-29〉 울혈성 심부전 환자의 진단 전후 경제활동 참여율	119
〈표 3-30〉 울혈성 심부전 환자의 진단 전후 의료급여 수급률	119
〈표 3-31〉 허혈성 뇌졸중 환자의 진단 전후 경제활동 참여율	124
〈표 3-32〉 허혈성 뇌졸중 환자의 진단 전후 의료급여 수급률	124
〈표 3-33〉 하기도 감염으로 인한 아동의 응급입원: 지역별	126
〈표 3-34〉 급성심근경색 입원 환자의 30일 내 원내 사망률	130
〈표 3-35〉 급성 뇌졸중 입원 환자의 30일 내 원내 사망률	131
〈표 3-36〉 심부전 입원 환자의 30일 내 원내 사망률	131
〈표 3-37〉 위장출혈 입원 환자의 30일 내 원내 사망률	132
〈표 3-38〉 폐렴 입원 환자의 30일 내 원내 사망률	132
〈표 3-39〉 4영역(환자 중심성·반응성: 치료에 대한 사람들의 긍정적인 경험 개선) 지표 분석 내용	135
〈표 3-40〉 외래서비스 진료 또는 치료 결과 만족	136
〈표 3-41〉 외래서비스에 대한 전반적 만족 수준	137
〈표 3-42〉 입원서비스에서 기대했던 치료 결과 달성	139
〈표 3-43〉 입원서비스에 대한 전반적 만족 수준	140
〈표 3-44〉 호스피스 사망자 가족의 서비스 질에 대한 평가(세부 문항별)	142
〈표 3-45〉 연도별 암 질환자와 대상 질환자(암 및 비암성)의 호스피스 이용	143
〈표 3-46〉 암 환자 사망 전 1년 동안의 의료비	144
〈표 3-47〉 5영역(환자 안전: 보건의료로 인한 위험로부터 보호, 안전한 환경에서 치료하고 돌봄) 지표 분석 내용	146



〈표 3-48〉 의료 관련 감염 사건(HCAI) - 클로스트리디움 디피실(C. Difficile): 지역별	148
〈표 3-49〉 임신 기간이 37주 이상인 출생아의 중환자실 입원: 지역별	151
〈표 3-50〉 지역별 노인, 비노인 의료비 추이	161
〈표 4-1〉 보건의료 및 돌봄 관련 법령의 중장기계획 수립 주체 현황	168
〈표 4-2〉 보건의료 및 복지 영역에서의 관계 법령 분류	169
〈표 4-3〉 보건 영역 관계 법령에서의 구성주체별 규정 사항	172
〈표 4-4〉 의료 영역 관계 법령에서의 구성주체별 규정 사항	176
〈표 4-5〉 돌봄 영역 관계 법령에서의 구성주체별 규정 사항	180
〈표 4-6〉 지역보건의료 관련 법정계획·사업의 추진체계	187
〈표 4-7〉 필수의료 보장을 위한 공공보건의료기관별 역할 정립	197
〈표 5-1〉 RPHCO의 포괄성 평가도구 6가지 영역	222
〈표 5-2〉 호주, 독일, 네덜란드, 영국의 지역의료체계	240
〈표 5-3〉 국내 지역보건의료체계 관련 연구 요약	248
〈표 6-1〉 인터뷰 참여자 현황	256
〈표 6-2〉 심층 인터뷰 주요 질문	257
〈표 6-3〉 심층 인터뷰의 핵심 주제	258
〈부표 1-1〉 효과성: 치료 가능한 사망 예방	325
〈부표 1-1-1〉 치료 가능한 원인으로 인한 사망	327
〈부표 1-1-2〉 5세 구간 생명표	329
〈부표 1-2〉 효과성: 장기질환을 가진 사람들의 삶의 질 개선	330
〈부표 1-2-1〉 외래 민감성 질환에 대한 주 진단 코드	331
〈부표 1-3〉 효과성: 질병 및 손상 치료·회복 지원	332
〈부표 1-3-1〉 병원 입원을 요구하지 않는 급성질환	333
〈부표 1-3-2〉 하기도 감염 아동의 응급입원(주 진단 코드)	334
〈부표 1-4〉 환자 중심성·반응성: 치료에 대한 사람들의 긍정적인 경험 개선	335
〈부표 1-5〉 환자 안전: 안전한 환경에서 치료하고 피할 수 있는 위해로부터 보호	336

그림 목차

[그림 1-1] 한국의료시스템의 혁신 성과 평가 1~6차 연도 연구 개요	17
[그림 3-1] 치료 가능한 원인으로 인한 잠재수명 손실연수(성인)	54
[그림 3-2] 치료 가능한 원인으로 인한 잠재수명 손실연수(성인): 지역별	55
[그림 3-3] 치료 가능한 원인으로 인한 잠재수명 손실연수(아동·청소년)	56
[그림 3-4] 치료 가능한 원인으로 인한 잠재수명 손실연수(아동·청소년): 지역별	57
[그림 3-5] 75세의 기대여명(성별)	58
[그림 3-6] 신생아 사망률	59
[그림 3-7] 심뇌혈관 질환으로 인한 75세 미만 사망률	60
[그림 3-8] 심뇌혈관 질환으로 인한 75세 미만 사망률: 지역별	61
[그림 3-9] 호흡기 질환으로 인한 75세 미만 사망률	62
[그림 3-10] 호흡기 질환으로 인한 75세 미만 사망률: 지역별	63
[그림 3-11] 간 질환으로 인한 75세 미만 사망률	64
[그림 3-12] 간 질환으로 인한 75세 미만 사망률: 지역별	65
[그림 3-13] 암으로 인한 75세 미만 사망률	66
[그림 3-14] 암으로 인한 75세 미만 사망률: 지역별	67
[그림 3-15] 모든 암 5년 상대 생존율(전체)	68
[그림 3-16] 모든 암 5년 상대 생존율(전체): 요약 병기별	68
[그림 3-17] 폐암 5년 상대 생존율(전체)	69
[그림 3-18] 폐암 5년 상대 생존율(전체): 요약 병기별	69
[그림 3-19] 간암 5년 상대 생존율(전체)	70
[그림 3-20] 간암 5년 상대 생존율(전체): 요약 병기별	70
[그림 3-21] 대장암 5년 상대 생존율(전체)	71
[그림 3-22] 대장암 5년 상대 생존율(전체): 요약 병기별	71
[그림 3-23] 유방암 5년 상대 생존율(전체)	72
[그림 3-24] 유방암 5년 상대 생존율(전체): 요약 병기별	72
[그림 3-25] 자살사망률	73
[그림 3-26] 자살사망률: 지역별	74
[그림 3-27] 조현병을 앓고 있는 성인의 75세 미만 초과사망률	76
[그림 3-28] 조현병을 앓고 있는 성인의 75세 미만 초과사망률: 지역별	77
[그림 3-29] 조현병을 앓고 있는 성인의 75세 미만 초과사망률: 소득수준 및 장애 중증도별	77
[그림 3-30] 양극성 정동장애가 있는 성인의 75세 미만 초과사망률	78



[그림 3-31] 양극성 정동장애가 있는 성인의 75세 미만 초과사망률: 지역별	79
[그림 3-32] 양극성 정동장애가 있는 성인의 75세 미만 초과사망률: 소득수준 및 장애 중증도별	80
[그림 3-33] 영아 사망률	81
[그림 3-34] 아동 암 5년 생존율	82
[그림 3-35] 만성질환을 가진 사람들의 삶의 질	83
[그림 3-36] 만성질환을 가진 사람들의 삶의 질: 소득분위별	84
[그림 3-37] 우리나라 의료시스템의 질환 관리에 대한 역할 수행(전체)	86
[그림 3-38] 외래 민감성질환으로 인한 계획되지 않은 입원	89
[그림 3-39] 외래 민감성질환으로 인한 계획되지 않은 입원: 지역별	90
[그림 3-40] 외래 민감성 질환으로 인한 계획되지 않은 입원: 소득수준 및 장애 중증도별	90
[그림 3-41] 천식, 당뇨, 뇌전증으로 인한 계획되지 않은 입원(아동·청소년)	94
[그림 3-42] 천식, 당뇨, 뇌전증으로 인한 계획되지 않은 입원(아동·청소년): 지역별	95
[그림 3-43] 천식, 당뇨, 뇌전증으로 인한 계획되지 않은 입원(아동·청소년): 소득수준, 장애 중증도별 ..	95
[그림 3-44] 정신질환이 있는 성인과 일반 성인의 고용률 및 격차	96
[그림 3-45] 추정 치매환자 대비 치매 상병자 비율	97
[그림 3-46] 지역사회 치매관리율	98
[그림 3-47] 지역사회치매관리율: 지역별	99
[그림 3-48] 지역사회치매관리율: 소득수준 및 장애 중증도별	100
[그림 3-49] 복합만성질환(3개 이상)이 있는 사람의 삶의 질	103
[그림 3-50] 병원 입원이 필요하지 않은 급성질환으로 인한 응급입원	105
[그림 3-51] 병원 입원이 필요하지 않은 급성질환으로 인한 응급입원: 지역별	106
[그림 3-52] 병원 입원이 필요하지 않은 급성질환으로 인한 응급입원: 소득수준 및 장애 중증도별	107
[그림 3-53] 퇴원 후 30일 내 응급 재입원	108
[그림 3-54] 퇴원 후 30일 내 응급 재입원: 지역별	109
[그림 3-55] 퇴원 후 30일 내 응급 재입원: 소득수준 및 장애 중증도별	110
[그림 3-56] 울혈성 심부전 응급입원 1년 내 사망 및 입원	115
[그림 3-57] 울혈성 심부전 응급입원 1년 내 사망 및 입원: 지역별	116
[그림 3-58] 울혈성 심부전 응급입원 1년 내 사망 및 입원: 소득분위별	117
[그림 3-59] 울혈성 심부전 응급입원 1년 내 사망 및 입원: 장애 중증도별	118
[그림 3-60] 허혈성 뇌졸중 응급입원 1년 내 사망 및 입원	120
[그림 3-61] 허혈성 뇌졸중 응급입원 1년 내 사망 및 입원: 지역별	121



[그림 3-62] 허혈성 뇌졸중 응급입원 1년 내 응급입원: 소득분위별	122
[그림 3-63] 허혈성 뇌졸중 응급입원 1년 내 사망 및 입원: 장애 중증도별	123
[그림 3-64] 하기도 감염으로 인한 아동의 응급입원	125
[그림 3-65] 하기도 감염으로 인한 아동의 응급입원: 지역별	126
[그림 3-66] 하기도 감염으로 인한 아동의 응급입원: 소득수준 및 장애 중증도별	127
[그림 3-67] 입원 30일 내 원·내·외 사망	129
[그림 3-68] 퇴원 후 재활서비스 제공 및 독립생활 유지율(65세 이상)	133
[그림 3-69] 저작기능 불편 호소율	134
[그림 3-70] 외래서비스에 대한 전반적인 경험	136
[그림 3-71] 입원서비스 전반적인 경험	138
[그림 3-72] 호스피스 환자 만족도	141
[그림 3-73] 응급의료 환자 만족도	145
[그림 3-74] 의료 관련 감염 사건(HCAI) - 클로스트리디움 디피실(C. Difficile)	148
[그림 3-75] 의료 관련 감염 사건(HCAI) - 클로스트리디움 디피실(C. Difficile): 지역별	149
[그림 3-76] 의료 관련 감염 사건(HCAI) - 클로스트리디움 디피실(C. Difficile): 소득분위 및 의료기관 종별 ..	149
[그림 3-77] 임신 기간이 37주 이상인 출생아의 중환자실 입원	150
[그림 3-78] 임신 기간이 37주 이상인 출생아의 중환자실 입원: 지역별	151
[그림 3-79] 임신 기간이 37주 이상인 출생아의 중환자실 입원: 소득분위별	152
[그림 3-80] 환자 안전사고 보고 건수	153
[그림 3-81] 의료시설 내 추락으로 인한 손상	154
[그림 4-1] 지역보건의료체계 관계 법령 간의 연계성 분석 결과	185
[그림 4-2] 권역-지역 책임병원-지역병원-보건소 간 연계 체계	196
[그림 4-3] 주요 공공보건의료 전달 체계도 (안)	198
[그림 4-4] 치매안심센터를 중심으로 한 관련 지역사회 자원 연계	205
[그림 4-5] 지역사회통합돌봄서비스의 4대 핵심 요소	206
[그림 5-1] 호주의 보건의료체계	215
[그림 5-2] 사우스오스트레일리아의 지역공중보건 계획 틀(2019~2024)	220
[그림 5-3] 사우스오스트레일리아의 지역공중보건 거버넌스	220
[그림 5-4] 독일의 보건의료체계	228
[그림 5-5] 영국의 환자 이동 경로	235
[그림 5-6] 공중보건의료 연계모델 (임지연 등, 2022)	244



Abstract

Korea Health Care System Performance

Project Head: Sujin Kim

This study aims to examine the quality of health care in Korea, focusing on health outcomes and the role of regions in improving health system performance. First of all, we updated the research framework of 「Evaluation of innovation performance of the Korean healthcare system (6th year)」 to examine the quality of healthcare care in Korea and monitor the quality of healthcare care and system performance using available data. Next, we reviewed the current status of the local healthcare system in Korea and issues related to the region's role and the operation of the local healthcare system.

Regarding the first topic, healthcare quality, and healthcare system performance monitoring, this study reviewed indicators related to cancer, dementia, acute care, rehabilitation, and dental diseases through consensus workshops. The main results of reviewing trends using selected indicators are as follows. First, amenable mortality decreased overall, but some indicators, such as colorectal cancer, have recently worsened. It seems to be related to the late detection of cancer. Next, the gradual decline in health-related quality of life for people with chronic diseases is related to the treatment-oriented nature of the Korean healthcare system. The Korean healthcare system should strengthen its role in helping patients manage diseases and promote health based on the community.

Co-Researchers: Jaeeun Lee · Seokjoon Moon · Eunhye Park · Gyeonghui Lee · Boyoung Jeon · Jongheon Park ·
Minji Koo

The dementia management rate in the community has continuously improved. However, the ratio of patients with dementia to those with presumed dementia has continued to decrease, suggesting that more policy efforts are needed to prevent dementia patients who need management from being neglected. Regarding patient safety, the number of patient safety accident reports decreased in 2021. However, since the number of reported patient safety accidents in Korea is low, it is more likely that the number of reports will decrease rather than the decrease in safety accidents.

Regarding the second topic, the regional healthcare system, this study reviewed the current status of the local healthcare system in Korea through literature reviews and in-depth interviews with local healthcare officials. As a result of examining the role of the region in-laws, prevention, health promotion, and social service-related laws determine the responsibilities of the Si(city), Kun(county), and Ku(district) level. However, The central government, cities, and provinces determined medical facilities and human resources. Local governments in Australia, the Netherlands, Germany, and the United Kingdom generally have a responsibility in health promotion and prevention. As a result of examining the linkage between laws, the Framework Act on Health And Medical Services has no provisions related to laws other than the health and medical field, such as the Framework Act on Social Security while the Framework Act on Regional Public Health Act broadly linked to laws in the fields of health promotion, medical care, and social service. Although it may not be appropriate to interpret only the provisions of the law, the region can potentially play a role in providing integrated services covering health promotion, medical care, and social service. As a result of examining significant policies over the past ten years on how the region's role is recognized in health and social service policies, the terms 'community-centered' and 'region-based' were used in the early

2010s. However, in terms of governance of policy implementation, it is only recently that the role of city/province or city/gun/gu local governments has been emphasized. The role of the local healthcare system may become crucial because of the increasing burden of chronic diseases and infectious diseases. The in-depth interviews with stakeholders showed that the main problems of the local healthcare system included a lack of policies suitable for regions, lack of policy experience, fragmented policies, financial deterioration of local governments, lack of regional capacity, and limited cooperative governance.

The implications of this study are as follows. First, concerning healthcare quality and performance reporting, a national-level performance monitoring system should be established based on health outcomes and person-centeredness and transparently disclosed to the public based on accountability. The Korean government has focused on evaluating the structure or process of the medical institution unit. However, these results do not match the degree of improvement in health outcomes at the system level. Also, this keeps us from continuing to maintain a treatment-oriented healthcare system. Lastly, long-term consideration is needed to ensure that quality evaluation is conducted at the national level and community level rather than the quality evaluation centered on medical institutions in order to reform the healthcare system in Korea.

Next, regarding the role of regions in improving health system performance, we need to consider providing incentives to local governments that strive for the health of residents. Next, considering that local communities play an essential role in health promotion and prevention, support is needed to develop and implement projects suitable for current issues in the region. Finally, it is necessary to establish the plan for development of health and medical services and the regional healthcare plan through mutual communication between the central and local governments in order to improve

health performance at the system level. Lastly, we should explore what role the region should play in improving the health and well-being of residents and what the role of the actors at each level of government should be in the long term.

Keyword : health care system, person-centered, quality of care, health system performance, health outcome, regional healthcare system, local healthcare system



요약

본 연구는 환자와 국민에게 중요한 건강결과를 중심으로 한국 의료의 질을 모니터링하고 의료시스템 성과 개선에 있어 지역의 역할을 검토하는 것을 목적으로 한다. 우선 한국 의료의 질 모니터링과 관련해 「한국 의료시스템의 혁신 성과 평가(6년 차)」 연구의 프레임워크를 업데이트하였고 가용한 자료들을 활용하여 의료의 질 및 시스템의 성과를 모니터링하였다. 다음으로 본 연구에서는 의료시스템 성과 개선에 지역사회 역할의 중요성이 강조되고 있기에 우리나라 지역보건의료체계의 현황을 검토하고 지역의 역할, 지역보건의료체계 운영과 관련한 현안과 이를 위한 지방정부의 역할 등을 탐색하였다.

첫 번째 주제인 의료의 질과 의료시스템 성과 모니터링과 관련하여, 본 연구는 ‘한국 의료시스템의 혁신 성과 평가(6년 차)’ 연구의 지표 틀을 개선하기 위해 우리나라의 중요한 건강문제이지만 2021년에 다뤄지지 못한 암, 치매, 급성기 케어, 재활, 치과 질환 관련 지표 개선을 위해 컨센서스 워크숍을 진행했다. 이에 기반해 ‘효과성: 치료 가능한 사망 예방’에서 암 질환 사망률과 5년 생존율을 지표로 유지하였고, ‘효과성: 장기질환을 가진 사람들의 삶의 질’ 영역에서는 고령화와 함께 부담이 증가하고 있는 치매와 관련해 치매 진단 후 3년간 입원 혹은 시설에 입소하지 않는 비율인 지역사회 치매관리율을 추가하였다. ‘효과성: 질병 및 손상 치료·회복 지원’ 영역에서는 급성기 케어와 관련해 재입원율을 총괄지표로 유지하고 입원 30일 내 사망을 새롭게 추가하였다. 또한 노인의 재활서비스 제공률과 재활서비스를 받은 집단에서 독립적인 생활을 유지하는 비율을 지표로 추가하였다. 또한 치과 질환과 관련해 저작기능 불편 호소율을 새로운 지표로 추가하였다.

선정된 지표를 활용하여 추이를 검토한 주요 결과는 다음과 같다. 우선 치료 가능한 원인으로 사망 등은 전반적으로 계속 감소하였고, 대장암 등 일부 지표는 최근 악화되었으나 국한, 국소 암에서는 생존율이 개선된 것은 조기 검진 등과 관련되어 있을 것으로 보인다. 치료 가능한 사망의 개선과는 달리 만성질환을 가진 사람들의 건강 관련 삶의 질이 점진적으로 감소한 것은 우리나라 의료시스템의 치료중심적 특성과 관련된 것으로 보인다. 이는 우리나라 의료시스템이 지역사회에 기반해 환자의 질환 관리와 건강증진을 돕는 역할을 강화해야 함을 의미한다. 한편 노인성 질환인 치매와 관련해 지역사회의

치매관리율은 지속적으로 개선되었으나 추정 치매 환자 대비 치매 상병자의 비율이 계속 감소했다는 사실은 관리가 필요한 치매 환자가 방치되지 않도록 보다 정책적 노력이 필요함을 시사하였다. 환자의 안전과 관련해 2021년의 환자 안전사고 보고 건수가 감소하였으나 우리나라의 환자 안전사고 보고 비율이 높지 않다는 점을 고려한다면 안전사고의 감소보다는 보고의 감소 가능성이 크다.

두 번째 주제인 지역보건의료체계와 관련해 본 연구에서는 문헌 검토 및 지역 보건 의료 관계자에 대한 심층면접을 통해 우리나라 지역보건의료체계의 현황을 검토하였다. 보건, 의료, 돌봄 관련 법령에서 지역의 역할을 검토한 결과, 예방 및 건강증진, 돌봄과 관련된 법령의 경우 전반적으로 시·군·구 단위까지 그 역할을 정하고 있으나, 의료시설 및 인력 등은 중앙정부와 시·도를 그 주체로 정하고 있었다. 한편 호주, 네덜란드, 독일, 영국의 현황을 보면 대체로 지방정부는 건강증진, 예방 등의 역할을 하는 것으로 나타났다. 법령 간 연계를 검토한 결과 보건의료기본법은 사회보장기본법 등 보건의료 영역 외의 법령과 연계 규정이 없는 반면 지역보건법은 보건, 의료, 돌봄 영역의 법령들과 다소 폭넓게 연계되어 있었다. 법령의 규정만으로 해석하기는 어렵겠지만 이는 잠재적으로 지역이 보건, 의료, 돌봄을 망라해 통합적인 서비스를 제공하는 역할을 할 수 있는 것으로 볼 수 있다. 한편 의료, 돌봄 정책에서 지역의 역할이 어떻게 인식되고 있는지 최근 10년간 주요 정책을 검토한 결과, ‘지역사회 중심’, ‘지역기반’이라는 용어는 2010년대 초반에도 사용되었지만, 정책 이행의 거버넌스 차원에서 시·도 혹은 시·군·구 지방정부의 역할이 강조된 것은 최근 들어서였다. 이는 만성질환 증가, 감염병 질환의 위협이 커지면서 지역보건의료체계의 역할이 강조되는 것으로 볼 수 있다. 한편 질환 구조의 변화와 함께 서비스의 통합과 연계의 중요성도 강조되고 있으나 현재의 법령 체계는 이를 충분히 반영하지 못하고 있었다.

지역보건의료관련 이해관계자들에 대한 심층면접 결과 지역보건의료체계의 주요 문제로 지역의 특색에 맞는 정책 집중이 어렵고, 관련한 정책 경험의 부재하며, 칸막이 행정과 정책, 지방정부의 재정 악화, 지역의 역량 부족, 소통 및 협력 거버넌스의 한계가 지적되었다. 첫 번째 문제로 지적된 지역의 특색에 맞는 정책 집중이 어려운 것에는 여러 가지 이유가 있었는데 중앙정부의 하달식 정책과, 지역의 상황을 고려하지 않고 지역의 책임만을 강화하는 정책, 임기 만료와 정책 방향 변화 등으로 인한 정책-정치 간 부조화 및 단절을 문제로 제기했다. 두 번째, 지역보건의료 정책 경험의 부재와

관련해서는 지역에서 건강에 대한 우선순위가 낮아서 관련한 정책적 경험이 없고, 지역 보건의료계획이 실질적인 역할을 하지 못하면서 계획의 수립도 형식적으로 이뤄지는 문제 등이 제기되었다. 세 번째, 칸막이 행정 및 정책과 관련해서는 중앙정부, 지방정부에서 부서 간 칸막이로 보건의료와 복지 간뿐만 아니라 보건의료 내에서도 연계와 협력이 이뤄지지 않는 문제, 또한 소위 ‘갈때기’ 현상으로 보건소로의 업무 집중이 문제로 제기되었다. 세 번째, 대부분 사업이 국·도비 매칭으로 해당 지자체의 세수가 부족할 경우 자체적인 사업을 하기 어렵다. 네 번째, 지역의 보건의료 역량 부족은 전문인력 부족, 행정 관료주의로 요구되는 사업만 수행하려는 문제가 제기되었다. 마지막으로 광역지자체 정부의 위상과 역할이 불확실하고, 컨트롤타워 부재를 비롯해 부문 간 연계·협력 체계가 미비하며, 지역 보건의료 거버넌스의 부재와 지역사회 주민의 제한적 관심과 참여가 문제로 제기되었다. 한편 지방정부의 의지와 관심도, 지역의 상황과 요구에 맞는 정책의 실행, 지역사회 구성원의 적극적인 참여와 개입이 있어야 지역의 보건의료 정책과 사업이 가능할 수 있을 것으로 지적되었다. 지역보건의료의 개선과제와 관련해 지역의 권한 강화, 지방정부의 책임성과 리더십 강화, 지역에 맞는 사업 추진과 함께 보건소의 권한과 기능 강화가 강조되었는데, 보건소 기능 재정립 및 인력 강화, 보건소를 중심으로 한 지역사회 협력 네트워크 강화, 보건소장의 리더십 강화 등이 지적되었다. 또한 지역보건의료에 대한 지원과 투자가 필요하며 장기적으로 지역 완결적 건강-돌봄 체계를 구축해갈 것을 제안했다.

본 연구의 시사점은 다음과 같다. 우선 의료의 질과 성과 보고와 관련해서 건강 결과와 환자, 사람을 중심에 둔 국가수준의 성과 모니터링 체계를 만들고 책무성에 기반해 대중에게 투명하게 공개해야 한다. 우리나라에서 의료 질에 대한 평가는 의료기관 단위의 구조나 과정에 초점을 두고 있는데, 이러한 결과는 시스템 수준에서 건강 결과의 개선 정도와 일치하지 않는다. 또한 이것은 치료중심의 의료시스템을 계속해서 유지하는 것에 머물게 한다. 이와 함께 국가 수준에서 의료 질을 모니터링하기 위한 지표 체계는 보건의료시스템이 영향을 줄 수 있는 모든 영역을 포함하면서 포괄적이고 체계적으로 구성함으로써 전 영역에 걸쳐 정책적 개입이 필요한 문제를 확인하고 개선할 수 있어야 한다. 또한 지역 단위 및 사회경제적 특성에 따른 격차를 함께 모니터링함으로써 자원의 불형평한 분배를 파악하고 개선과제를 도출할 필요가 있다. 마지막으로 우리나라 의료 시스템의 혁신을 위해 의료기관 중심의 질 평가가 아닌 국가 수준, 지역사회에 기반한

질 평가가 이뤄지도록 장기적인 고민이 필요하다.

다음으로 의료시스템 성과 개선을 위한 지역의 역할과 관련해 고민해 볼 점은 다음과 같다. 우선 지역은 사람들에게 밀접한 공간으로 통합적인 서비스가 제공될 수 있는 공간이다. 통합적인 서비스 제공을 위한 협력이 강조되고 있으나 중앙정부의 업무영역 간 칸막이 사업은 현장에서 그대로 적용되어 사람들을 중심으로 한 서비스의 연계와 협력이 일어나지 못한다. 통합적인 서비스 제공을 위해서는 지역단위에서 협력과 연계를 강화할 수 있는 인센티브를 만드는 것에 대한 고민이 필요하다. 다음으로 지역사회가 건강증진과 예방에서 중요한 역할을 한다는 점을 고려한다면 지역에서 현안에 맞는 사업을 개발하고 이행할 수 있도록 하는 지원이 필요하다. 과다한 국고보조금 사업, 인력과 예산 제한은 지방자치단체 자체적인 사업의 기획과 이행을 가로막는다. 또한 고령화와 함께 건강문제가 갖는 중요성이 증가하고 있음에도 불구하고 전체 지방정부 차원에서는 그 우선순위가 높지 않다는 점을 고려한다면 지역주민의 건강을 위해 노력하는 지방정부에 인센티브를 제공하는 방안이 필요하다. 마지막으로, 중앙정부와 지방정부의 상호소통을 통한 보건의료 발전계획, 지역보건의료계획의 수립이 필요하다. 보건의료발전계획은 중단기적인 보건의료제도의 방향과 전략을 제시하게 되는데 보건의료 발전계획과의 상호연계를 통해 지역보건의료계획을 수립함으로써 시스템 수준의 건강성과 개선이라는 목표를 달성할 수 있을 것이다. 한편 지역 보건의료의 역할과 관련해 지역이 장기적으로 어떤 역할을 해야 하는지, 지방정부 수준별 주체들의 역할은 무엇이 되어야 하는지에 대한 모색이 필요하다.

주요 용어 : 의료시스템, 사람 중심, 의료 질, 의료시스템 성과, 건강 결과, 지역보건의료

사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



제1장

서론

제1절 연구 배경 및 목적

제2절 연구 내용 및 방법

제 1 장 서론

제1절 연구 배경 및 목적

1. 연구 배경 및 필요성¹⁾

인구 고령화와 만성질환 증가는 사람들에게 중요한 건강 이득을 최대화하는 사람 중심 의료제도로의 혁신을 요구한다(WHO Europe, 2013). 과거 보건의료제도는 급성기 케어의 제공에 중심을 두었고 새로운 치료법의 발견이 혁신이었다. 지불제도 또한 한 가지 질환에 대한 케어에 집중되어 있었다. 생활 환경이 변화하고 기대수명이 증가하면서 비감염성 질환 및 여러 개의 복합적인 질환이 있는 인구도 증가하였는데 이러한 건강문제들은 대체로 ‘치료’되지 않고 장기적인 관리를 필요로 한다. 변화된 환경에서 치료중심의 분절적인 의료시스템은 이러한 요구에 대응하기에 효과적이지 않다(OECD, 2011). 또한 이러한 질환의 치료와 관리를 위해 새로운 의료기술들이 생겨나면서 의료비 증가가 더욱 가속화되고 있으나 더 비싼 혹은 더 많은 의료서비스 이용이 더 좋은 건강 결과로 이어지지 않는다는(Brody, 2010). 따라서 비용은 절감하면서 양질의 의료서비스를 제공하여 건강 결과를 향상시키는 전환이 필요하다. 즉, 보건의료를 둘러싼 현재의 환경은 자원의 제약 속에서 국민의 건강 수준 향상이라는 목표를 달성하기 위한 의료시스템의 혁신을 요구한다(WHO Europe, 2013).

의료시스템이 건강 수준 향상이라는 목표를 지속적으로 실현해 가기 위해서는 의료의 질과 건강 결과를 중심으로 시스템 차원에서의 성과에 대한 모니터링이 필요하다(IOM, 2001). 질병의 사전 예방, 질병의 악화를 막기 위한 관리와 연계, 그리고 기관 간 협력을 통한 환자의 건강 회복이라는 성과는 개별 공급자 단위 혹은 예방, 관리 등 각 영역에 대한 분절된 모니터링으로는 파악할 수 없다. 즉, 국가단위에서 전략을 세우고 보건의료시스템의 성과 변화를 지속적으로 추적하는 성과 평가 체계를 구축해야 한다

1) 첫 네 단락은 김수진 등(2021, pp.11-14)을 참고하여 작성함.

(신영석 등, 2020, pp.196-197). 데이터를 활용한 성과 측정과 모니터링은 의료시스템을 혁신해 가는 과정에서 문제점을 진단하고 개선과제를 도출하도록 함으로써 의료의 질과 건강 결과의 향상을 위해 자원이 효과적·효율적으로 이용될 수 있도록 지원한다. 국가 차원에서 데이터를 활용한 의료시스템의 성과를 모니터링하고 관리함으로써 환자와 국민이 의료시스템에 기대하는 ‘국민의 건강 향상’이라는 목표를 이행해 갈 수 있다.

보건의료시스템이 추구하는 국민의 건강 수준 향상이라는 목표의 달성 정도를 점검하고 시스템의 책무성을 강화하기 위해 주요 선진국들은 국가 수준에서 데이터를 활용하여 정기적으로 보건의료시스템의 성과를 측정하고 모니터링하는 체계를 구축하였다. 미국 보건의료 연구 및 질 관리기구(Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ)는 미국 의회의 결정에 따라 2003년 이래로 『국가 보건의료 질 보고서』와 『국가 보건의료 격차 보고서』를 연례적으로 발간하였고 2014년부터는 두 개의 보고서를 통합하여 『국가 보건의료 질과 격차 보고서(National Healthcare Quality & Disparity Report)』를 발간하고 있다(AHRQ, 2021) 영국 보건부(United Kingdom - Department of Health, UKDH)는 건강 결과를 중심으로 의료시스템의 성과를 보고하는 국가 보건서비스 결과 프레임워크(NHS Outcomes Framework, NHSOF)를 2010년에 개발하여 연례적으로 성과를 모니터링하고 있다(UKDH, 2010a). 국제적인 수준에서 경제협력개발기구(OECD)는 회원국 의료의 질과 건강 결과 개선 성과를 비교한 『한눈에 보는 보건의료(Health at a Glance)』 보고서를 연례적으로 발간하고 있다.

제한된 자원으로 국민의 건강 수준을 향상시키고 의료시스템의 책무성을 강화하기 위해 이러한 성과를 측정하고 보고하는 것은 한국도 예외일 수 없다. 건강보험의 보장성이 강화됨에 따라 의료서비스에 대한 접근성이 개선되고 의료서비스 이용이 증가하였으나 단순한 비용의 증가에 그치지 않고 양질의 의료서비스 제공을 통한 건강 수준의 향상으로 이어졌는지는 불분명하다. 또한 의료기관 단위 평가와 의료 질 개선을 위한 다양한 정책이 도입되고 있으나 이러한 정책들이 시스템 수준에서 어떤 성과로 이어졌는지는 불분명하다. 즉, 서비스의 접근성 개선이 질 개선과 결합하고 정책들이 통합된 성과를 낼 때 국민의 건강 수준 향상이라는 의료시스템의 성과로 이어진다는 점을 고려한다면, 국가 수준에서 의료서비스 질과 건강결과를 중심으로 한 시스템의 성과를

추적, 관리할 필요가 있다(김수진 등, 2020, pp.14-15).

그동안 우리나라에서는 임상 지표 중심으로 의료기관 단위의 질 평가가 이뤄져 왔다. 국가, 시스템, 혹은 지역 수준에서 질 향상을 모니터링하는 기전은 마련되어 있지 않다. 의료시스템의 궁극적인 목적은 환자와 사회가 추구하는 가치인 건강결과의 향상이므로 시스템 단위에서 건강결과를 중심으로 의료의 질과 성과를 평가할 필요가 있다. 의료기관의 인프라, 제공되는 서비스와 같은 구조 및 과정 또한 좋은 결과를 위해 중요하지만²⁾ 너무 많은 강조점을 두면 정책의 우선순위를 정함에 있어 왜곡을 낳고 보건의료 제도의 궁극적인 목적을 잃을 수 있다(UKDH, 2010b, p.7). 그러므로 국가 수준에서 환자 건강 상태에 대한 전반적이고 장기적인 건강결과에 대한 모니터링과 함께(Porter & Teisberg, 2006) 건강결과 개선에 중심을 둔 지역 및 국가단위 목표와 계획, 모니터링이 필요하다(김수진 등, 2021, pp.307-314).

건강결과에 중심을 둔 국가 수준 목표는 국가단위 및 지역단위 계획으로 구현되어야 한다(김수진 등, 2021, pp.307-309). 보건의료의 관점에서 지역사회는 병원, 즉 질병이 치료되는 공간을 넘어서 신체, 정신, 사회적 건강이 증진되는 장(場)이다. 지역은 일상 생활의 다양한 생활터를 보유하는 삶의 자리로서, 지역 그 자체가 바로 건강과 보건의료 이용의 중요한 결정요인이라고 할 수 있다(정백근, 2018). 이에 따라 최근 보건의료 및 복지 부문에서 지역의 역할은 점차 강조되고 있다. 박은철(2021)은 지속 가능한 혁신적 보건의료의 방향으로 지역사회기반 사람 중심 통합 보건의료를 제시하였는데, 지역 내 일차·이차·삼차 의료, 외래와 입원, 의료와 요양, 건강과 질병이 사람 중심으로 통합되어야 함을 강조하였다. 또한 지역 격차를 해소하기 위해 진료권 중 서비스 전달이 제대로 이루어지지 않는 권역에 대해 정부가 지원하고, 국민의 다양한 의료수요에 대응하기 위한 다양한 의료전달체계 모형들을 개발·검증하는 것이 필요하다고 밝혔다. 임종한 등(2021)은 가치기반 지역사회 중심 건강관리 모형을 제안하며 지역사회기반 건강관리 서비스는 환자를 대상으로 의료기관에서 의료인이 의료서비스를 제공하는 것 외에도 지역사회에서 주민조직가, 주민활동가, 주민건강리더 등이 건강군/고위험군을 대상으로 건강생활을 실천할 수 있도록 촉진하고 지원하는 역할을 강조했다. 또한

2) 의료의 질은 일반적으로 구조(structure), 과정(process), 결과(outcome)로 구분해서 살펴볼 수 있는데, 구조와 과정은 각각 좋은 결과를 낳을 가능성을 최대화하도록 치료와 케어가 구조화되는 방식과 좋은 결과를 낳을 가능성을 최대화하도록 행해지는 것들로 정의한다면, 결과는 환자가 받는 치료와 케어의 결과로 환자의 건강에 실제로 발생한 것으로 정의할 수 있다(Donabedian, 1966).

지역단위에서 건강관리가 더 효과적이며 효율적으로 이루어지려면 지역사회 내의 각계 각층의 조직 간 연계 및 역할 재정립이 필요하며, 보건소 행정조직, 지방의료원 공공 의료사업팀, 행정복지센터의 사회복지사, 노인장기요양보험 요양보호사, 만성질환 관리 센터 운영 인력 등 전문인력의 참여와 협업 노력이 필요하다고 밝혔다. 김수진 등 (2021)은 의료의 질 개선을 위한 정책 방향을 제시하면서 건강결과에 중심을 둔 국가 단위 및 지역단위 목표 계획 수립을 제안하였다. 의료시스템이 국민의 건강 수준 향상이라는 혁신의 방향으로 변화하기 위해서는 장기적인 관점에서 국가단위 목표 및 계획을 함께 수행할 수 있는 지역단위의 책임 있는 주체 설정과 이를 위한 투자가 필요하다고 밝혔다. 지방자치단체가 중앙정부의 일방적인 지시와 통제가 아닌 사회사의 요구도를 파악하여 지역의 실정에 맞는 계획을 수립하되, 제한된 자원을 이용하여 효율적으로 지역주민의 건강 수준을 개선하기 위해서는 중앙정부 차원의 핵심 정책 및 목표와의 연계가 중요하다고 강조하였다.

지역기반 보건의료에 있어 지역 당국 및 지역단위 계획의 중요성은 선행연구들에서도 강조된 바 있다. 우선 소비자 참여의 관점에서 지방 당국(local authority)이 중요하다고 하였는데, 이들은 소비자와 가장 가까이에서 건강 관련 운영을 하는 세급으로 지원 되는 기관이며(Miller, 1975) 지역의 사람들이 선출하기 때문에 지역 권한의 일부에 대해 보다 큰 책무성을 가지게 된다(Nicholson, 2001). 이와 함께 지역단위 계획은 분권 수준과 무관하게 서비스 수령자에 대한 공공 정책의 책무성에 긍정적인 영향을 미칠 수 있다(Rohrer, 2016). 또한 영향을 받는 사람들과 더 가까운 지역에서 건강 문제에 관한 결정이 만들어지므로 보다 더 사람들의 욕구를 반영한 결정을 내릴 수 있다(Nicholson, 2001). 건강문제에 관해 지역사회 참여를 늘리고 계획의 유연성을 높이며 지리적 및 사회적 불균형을 완화하는 데 도움이 될 수 있다(WHO, 2011). 한편 최근 들어 지방정부의 역할이 강조되는 것은 지역사회가 위생 및 감염성 질환의 관리를 넘어 만성질환의 예방과 관리 등 건강과 웰빙의 증진이 중요하다는 인식에 기반한다. 과거의 보건의료제도가 의료서비스에 중심을 두고 있었다면, 이제는 건강에 영향을 미치는 사회적 요인에 대한 개입의 중요성이 강조된다. 즉, 건강과 웰빙의 증진을 위해서는 보건의료 서비스가 병원의 경계를 넘어 지역사회로까지 확대되어야 하며(최권호, 2015) 지방정부는 건강에 영향을 미치는 근본 원인을 해결하는 데서 핵심적인 역할을 한다(Habkirk, 2013; Local Government Association, 2020).

국민 전체의 건강결과의 개선과 건강 수준의 향상에는 지역기반 보건의료 제도의 역할이 강조되고 있지만, 우리나라의 지역보건의료체계의 존재나 역할은 불분명하다. 지역보건법에 의하면, 지역사회 주민의 건강증진을 위한 지역사회, 특히 공적 기능을 담당하는 지방자치단체의 책무에 관해 규정하고 있는데, (국가 및) 지방자치단체는 지역보건의료 업무의 효율적 추진과 지역주민의 건강 상태 격차가 발생하지 않도록 기술적·재정적 지원은 물론 그에 필요한 방안을 마련하여야 한다고 명시하고 있다(지역보건법 제3조). 하지만 국민건강보험 중심으로 보건의료제도가 자리 잡으면서 국민의 건강 수준 향상을 위해 지역의 역할이 무엇인지는 불분명하다. 또한 지방자치단체 혹은 지역사회가 요구되는 역할을 수행할 수 있는 제도와 지원체계가 적절히 갖추어져 있는지도 불분명하다. 따라서 중앙-지역의 기능과 역할 분담의 관점에서 지역사회가 사람들의 건강과 웰빙을 증진할 수 있도록 현재 법 제도를 검토하고 지역관계자들의 인식을 탐색할 필요가 있다.

본 연구는 ‘한국 의료시스템의 혁신 성과 평가’ 7년 차 연구로 의료시스템 수준에서의 혁신³⁾이 필요하다는 관점에서 의료 질 모니터링을 위한 프레임워크를 구성하여 한국 의료의 질 현황을 측정하고자 한다. 1차 연도부터 3차 연도까지의 『한국 의료 질 보고서』는 주로 정책 전문가를 지원하는 용도로 개발되었는데, 미국 AHRQ의 보건의료 질 보고서를 벤치마킹하여 구조, 과정, 결과를 포함한 전반적인 의료의 질을 모니터링하는 데 중점을 두었다. 구조, 과정 측면을 포함해 의료의 질에 대한 포괄적이고 구체적인 정보를 제공함으로써 정책 전문가들에게는 유용하게 활용될 수 있으나 시스템 수준에서 중요한 것이 무엇인지 분명하게 드러나지 않는 제한점이 있다. 특히 건강 결과를 중심으로 한 의료의 질 모니터링이 강조되고 의료시스템에 대해 환자와 국민이 기대하는 바가 건강결과임을 고려하면 시스템 수준에서 건강결과를 중심으로 한 의료의 질 모니터링이 필요하다. 특히 의료시스템의 책무성 측면에서 지향하는 목표인 건강결과의 달성 수준에 대한 모니터링이 중요하다. 이러한 문제의식 하에 5년 차 연구인 2020년 ‘한국 의료시스템의 혁신 성과 평가’는 설령 측정을 할 수 없더라도 측정이 필요한 지표를 포함해 건강결과를 중심으로 지표 체계를 재구성하였다. 그 과정에서 국가 수준에서 의료의 질을 모니터링하는 사례들을 검토하고 건강결과를 중심으로

3) 김수진 등(2021)에서 밝힌 것처럼 본 연구에서의 혁신은 지불 가능하고 개선된 의로서비스를 전달하기 위한 시스템 수준의 새로운(Marjanovic et al., 2017, p.1) 정책과 제도를 도입·시행하는 것이다.

의료의 질과 의료시스템의 성과를 보고하는 영국의 NHSOF를 주로 벤치마킹하였다. 이와 함께 우리나라의 전반적인 의료 질 관리체계를 점검하였다. 한편 영국 등 의료의 질을 국가 수준에서 보고하는 국가들은 우리나라와 의료시스템도 다르고 주요한 건강 문제도 다르다. 따라서 2021년 6년 차 연구는 관련 전문가 및 환자단체와의 논의를 통해 우리나라에서 중요한 건강문제를 지표 체계에 반영하는 데 중점을 두고 진행했다. 이를 위해 선행연구를 검토하여 질병 부담이 큰 건강문제를 선정하고 해당 건강문제와 관련한 전문가와 환자단체로 구성된 컨센서스 워크숍을 개최하여 건강결과를 중심으로 모니터링이 필요한 지표를 선정하였다. 이와 함께 6년 차 연구는 우리나라는 만성질환의 부담이 크고 질환의 예방과 관리에 일차 의료의 중요성이 강조되고 있다는 점에서 일차 의료 만성질환 관리의 현황을 진단하고 개선 방향을 제안하였다(김수진 등, 2021).

[그림 1-1] 한국의료시스템의 혁신 성과 평가 1~6차 연도 연구 개요

1차년도 (2016)	▶ 2016년 의료 질 보고서 • 범주별 세부 지표의 성과와 추이 분석 • 치료 가능 사망률을 이용한 지역 의료시스템 수준 비교와 현황 추가 ▶ 한국 의료시스템의 혁신 성과 평가 • 의료시스템의 질과 성과향상을 위한 혁신 성과 평가 방법의 탐색
2차년도 (2017)	▶ 2017년 한국 의료 질 보고서 • 국제 비교 관점에서 한국 의료의 질 평가/치료 가능 사망률 감소에 대한 지역별 역량 비교 • 심층 분석: 당뇨 질 지표의 세부 추이와 주 이용기관의 특성별 의료 결과 비교 ▶ 의료시스템 혁신 성과 평가 • 의료시스템 단위 비용 대비 가치 변화 평가 및 정책과제 제언
3차년도 (2018)	▶ 2018 한국 의료 질 보고서 • 의료 접근성, 의료 질에서의 추이와 격차 분석을 통한 의료시스템 성과 평가 • 지역별 의료시스템의 성과 요약, 치료 가능 사망률을 이용한 효율성 비교 ▶ 의료시스템 혁신 성과 평가 • 개인 및 가구 의료비 부담 완화를 중심으로 건강보험보장성 강화정책의 미시적 기대효과 분석
4차년도 (2019)	▶ 보편적 건강보장 틀에서의 의료격차 진단과 과제 • 건강보험 직장, 지역가입자 간, 소득수준에 따른 의료격차와 과제 제시 ▶ 보편적 건강보장 틀에서의 상병수당 이슈의 검토와 대응 • OECD 회원국의 상병수당 제도 검토 등 의료격차 해소를 위한 상병수당 제도 도입 검토
5차년도 (2020)	▶ 2020 한국 의료 질 보고서 • 영국의 NHS Outcomes Framework를 벤치마킹하여 결과지표를 중심으로 분석 틀 재구성 및 산출 가능성 확인 • 의료 질 지표 추이 분석, 사회경제적 수준 및 장애 상태, 지역 간 격차 추이 분석 • 국제 비교를 통한 한국 의료의 질 평가 ▶ 한국 의료 질 관리체계 분석 • 의료 질의 속성과 환자의 니즈, 정책 대상에 따른 의료 질 관련 제도 분석 및 개선과제 제언
6차년도 (2021)	▶ 2021 한국 의료 질 보고서 • 워킹그룹 및 워크숍 운영을 통해 성과 모니터링 틀을 마련하고 각 영역을 포괄하는 총괄지표와 개선지표 선정 및 개선과제 도출 • 의료 질 지표 추이 분석, 사회경제적 수준 및 장애 상태, 지역 간 격차 추이 분석 ▶ 일차의료 및 만성질환 관리 인식 조사 • 일차의료 및 만성질환 관리에 대한 국민 인식 분석 및 개선과제 제언

자료: 저자가 직접 작성함.

2. 연구 목적

본 연구는 환자와 국민에게 중요한 건강결과를 중심으로 한국 의료의 질을 보고하고 의료시스템 성과 개선에 있어 지역의 역할을 검토하는 것을 목적으로 한다. 이를 위해

우선 「한국 의료시스템의 혁신 성과 평가(6년 차)」 연구에서 제시한 한국 의료시스템 결과 프레임워크를 업데이트하였다. 업데이트는 우리나라에서 중요한 건강 문제이지만 「한국 의료시스템의 혁신 성과 평가(6년 차)」에서 다루지 못했던 주요 건강문제를 추가로 검토하고 지표 체계에 반영하는 방식으로 이뤄졌는데, 컨센서스 워크숍을 통해 해당 건강문제와 관련해 건강결과지표를 선정했다. 가용한 자료들을 활용하여 업데이트된 결과 프레임워크의 지표들을 산출함으로써 한국 의료의 질과 시스템의 성과를 모니터링하였다. 다음으로 본 연구는 의료시스템 성과 개선에 지역사회의 중요성이 강조되고 있다는 점에서 우리나라 지역 보건의료체계의 현황을 검토하고, 지역의 역할, 지역보건의료체계 운영과 관련한 지역의 현안과 이를 위한 지방정부의 역할 등을 탐색하였다.

제2절 연구 내용 및 방법

1. 연구 내용

앞에서 제시한 연구 목적에 따라 본 연구는 다음과 같은 내용들로 구성되었다.

우선, 보고서 2장에서는 2021년에 구성한 의료의 질 모니터링 체계를 우리나라의 건강문제를 반영하여 재구성하였다. 이를 위해 OECD를 비롯해 국가 수준에서 의료 질을 모니터링하는 지표 체계들을 검토하였고, 우리나라에 중요한 건강문제 관련 문헌을 검토하였다. 이를 바탕으로 주요 건강문제에 관한 컨센서스 워크숍을 개최하고 우리나라의 주요 건강문제와 관련된 지표를 검토하여 2021년의 지표 체계를 업데이트하였다.

보고서 3장에서는 개발된 지표 체계에 기반한 가용 자료들을 활용해 우리나라의 의료 질 수준을 측정하였다. 국민건강보험 청구자료, 사망 원인 통계 자료, 국민건강영양조사 자료 등 가용한 2차 자료를 분석하여 표와 그래프로 제시하였다. 분석은 전반적인 평균과 함께 가능한 경우 사회경제적 특성 및 지역에 따른 격차를 함께 보여주고 현황을 살펴보았다.

보고서 4장에서는 국가법령정보센터 등을 통해 보건복지 관련 법령을 검토하고 법령에서 정하고 있는 중앙정부와 지방자치단체의 역할, 그리고 각 법령 간 연계 관련

조향을 검토하였다. 이와 함께 국민건강증진종합계획, 공공보건의료계획을 비롯해 법령에서 정하고 있는 최근 10년간의 법정계획과 보건복지부 보도자료를 통해 발표된 주요 보건-의료-돌봄 정책을 살펴보았다.

보고서 5장에서는 지역보건의료 관련 논의 현황을 검토하였는데, 우선 국외 현황으로 호주, 독일, 네덜란드, 영국에서 중앙정부 및 지방정부의 역할, 통합적 서비스 제공 등과 관련한 최근의 개혁 동향을 검토하였다. 또한 지역보건의료와 관련한 국내 연구를 검토하여 최근 중요한 지역 보건의료 이슈를 검토하였다.

보고서 6장에서는 의료시스템 성과 개선에 지역의 역할을 검토하고 현재의 문제점을 진단하기 위해 지역에서 관련 업무를 수행하고 있는 관계자에 대한 심층면접을 진행하였다. 광역시·도의 보건의료 및 통합돌봄 관련 담당자, 공공의료지원단, 보건소장을 대상으로 지역의 주요 현안과 관련해서 시행 중인 정책, 조직 간 수직적, 수평적 소통, 지역 현안에 맞는 정책 수립과 이행에서의 어려움 등을 질적 연구를 통해 탐색하였다.

이러한 내용을 종합하여 제7장 결론에서는 연구 내용을 요약하고 우리나라 의료시스템의 성과 제고를 위한 정책과제를 제시하였다.

2. 연구 방법

가. 국내외 문헌 고찰

국가 수준의 의료 질 모니터링 체계 설계를 위해 OECD와 미국 AHRQ, 영국 보건부 등의 관련 문헌을 검토하였다. 우리나라의 중요한 건강문제를 확인하기 위해 국가 수준에서 건강문제를 검토한 국내외 문헌들과, 지역 보건의료 관련 법 및 제도와 최근 10년간 발표된 주요 정책, 그리고 지역기반 보건의료와 관련된 최근의 논의를 파악하기 위해 관련된 국내외 연구를 검토하였다.

나. 컨센서스 워크숍

지표 체계 개발은 관계된 다양한 분야의 전문가들에게 자문하여 우리나라 실정에 적합한 분석 틀을 개발하고자 하였다. 우선, 학회 및 의료 질 관련 기관의 추천을 통해

환자·전문가 워킹그룹을 구성하여 전반적인 지표 체계와 총괄지표, 개선영역에 포함되어야 할 건강문제들을 논의하였다. 과거에는 지표 체계를 마련할 때 전문가 델파이 조사 등이 많이 활용되었지만 본 연구는 의료시스템 전반에 걸쳐 있고 모든 영역을 망라해 적절한 지표를 제안할 수 있는 전문가가 없음을 고려해 컨센서스 워크숍을 운영했다. 워크숍에서는 워킹그룹 논의와 문헌 검토를 통해 주요 개선영역에 해당하는 질환 및 건강문제를 선정하고 해당 주제와 관련해 중요한 건강결과 지표와 해당 지표 개선을 위한 과제를 도출하고자 하였다.

다. 양적 자료 수집 및 분석

의료 질 모니터링을 위해 가용한 2차 자료를 활용해 분석하거나 관련 수치를 수집하였다. 건강결과와 관련해 통계청의 사망원인통계자료를 분석하였고, 의료 이용과 관련된 지표는 국민건강보험공단의 건강보험 맞춤형 자료와 건강보험 원자료를 이용하여 산출하였다. 건강관련 삶의 질 등의 지표를 산출하기 위해 질병관리청의 국민건강영양조사를 이용하였으며, 환자 중심성과 관련하여 보건복지부, 한국보건사회연구원의 의료서비스 경험 조사를 이용하였다. 원시 자료가 공개되어 있지 않은 경우에는 보고서 등에 제시된 수치를 인용하였다. 또한 우리나라 의료시스템이 질환 관리를 충분히 지원하고 있다고 인식하는지에 대한 지표를 산출하기 위해 전국의 성인 2,500명을 대상으로 위탁 조사를 통해 전화 조사를 시행하였다.

〈표 1-1〉 자료원

구분/주관	자료(기간)
연구진 직접 분석	
국민건강보험공단	국민건강보험 맞춤형 DB(2012~2021), 국민건강보험 원자료 (2010~2021)
보건복지부, 질병관리청	국민건강영양조사(2010~2020)
통계청	사망원인통계조사(2010~2021), 생명표(2010~2021)
질병관리청	퇴원손상심층조사(2011~2020)
보건복지부, 한국보건사회연구원	의료서비스 경험 조사(2017~2021)
연구진 직접 조사	
보건사회연구원	일차의료에 대한 국민 인식조사(2021), 의료시스템 성과인식조사(2022)
통계 수치 활용	
국립중앙의료원	대국민 응급의료서비스 인지도 및 만족도 조사 결과보고서(2019~2020)
중앙암등록본부	국가암등록사업 연례 보고서(2015~2019년 암등록통계)
보건복지부, 중앙암등록본부, 국립암센터	호스피스·완화의료 연례 보고서(2017~2020)
보건복지부, 의료기관평가인증원	환자안전통계연보(2017~2021)
중앙치매안심센터	치매 추정 진단율(2019~2021)

주: 연구진이 직접 작성함.

라. 심층면접

광역시·도의 지역보건의료 정책/행정 담당자와 지역사회 통합돌봄을 담당하는 복지 부서 담당자,광역시·도의 공공보건의료지원단 단장 또는 팀장, 그리고 시·군·구의 보건 소장 등 총 23명을 대상으로 심층면접을 진행하였다.

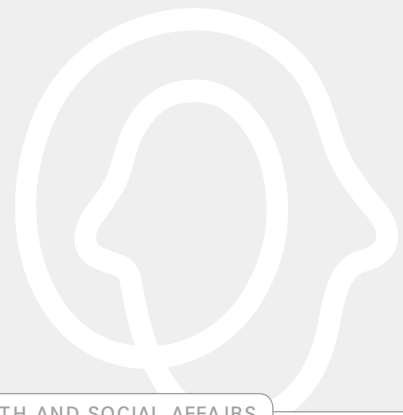
마. 전문가 자문회의

의료 질 모니터링을 위한 지표 체계 구성과 주요한 건강 문제 관련 지표 선정과 측정 및 개선 방향 도출을 위해 전문가 자문회의를 실시하였다. 또한 지역보건의료체계 진단 및 개선과제 도출을 위한 심층면접 질문지 구성 및 결과와 관련해 전문가들의 의견을 수렴하였다.

사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



제2장

건강결과를 중심으로 한 의료 질 지표 체계 설계

제1절 선행연구

제2절 지표 체계 검토

제3절 최종 분석 틀 및 지표

제2장

건강결과를 중심으로 한 의료 질 지표 체계 설계

제1절 선행연구

본 절에서는 우선 국가 혹은 시스템 수준에서 의료 질을 지속적으로 보고하는 국제기구 혹은 국가들의 모니터링 체계를 검토하였고, 다음으로 「한국 의료시스템의 혁신 성과 평가 (6년 차)」 연구의 지표 체계를 업데이트하기 위해 통계청의 사망원인 자료 및 관련 선행 연구들을 이용하여 우리나라의 주요 건강문제를 검토하였다.

1. 국외 의료 질 보고 체계⁴⁾

가. OECD

OECD 보건의료 질 지표는 효과성, 안전성, 환자중심성 영역으로 구분하여 국가들의 의료 질을 모니터링하고 있다. 각 영역의 지표를 구체적으로 살펴보면, 우선 효과성 영역은 급성기 치료, 암 치료, 일차의료, 약제 처방 및 정신질환으로 구분되는데, 급성기 치료에서는 급성심근경색·허혈성 뇌졸중·출혈성 뇌졸중으로 인한 입원 후 30일 내 원내·외 사망률, 병원 입원 후 2일 내 둔부 골절 수술을 지표로 제시한다. 일차의료에서는 당뇨병·고혈압 등 외래민감성 질환으로 인한 입원을 지표로 포함하고 있으며, 암 치료 영역에서는 유방암·자궁경부암·대장암 사망률과 5년 상대 생존율을 지표로 포함하고 있다. 정신질환 영역에서는 정신질환 입원 환자의 원내 사망, 조현병·조울증·심각한 정신질환으로 인한 초과사망, 정신질환 퇴원 30일·1년 내 자살사망률을 제시하고 있다. 약제 처방과 관련해 당뇨 환자에게 콜레스테롤 저하제를 처방하는 비율, 당뇨 환자에게 고혈압 약물을 선택하는 비율 등을 제시하는데(OECD, 2021a), 약제 처방과 관련된 지표들은 급성기 치료, 일차의료 등과 달리 과정지표에 해당한다.

4) 김수진 등(2021, pp.49-65)을 수정 및 보완하였다.

〈표 2-1〉 OECD 보건의료 질 지표

범주	구분	지표
효과성	급성기 치료	급성심근경색 입원 후 30일 내 사망률 허혈성 뇌졸중 입원 후 30일 내 사망률 출혈성 뇌졸중 입원 후 30일 내 사망률 병원 입원 2일 내 둔부 골절 수술
	암 치료	유방암 사망률과 5년 상대 생존율 자궁경부암 사망률과 5년 상대 생존율 대장암 사망률과 5년 상대 생존율
	일차의료	천식 입원 만성폐색성폐질환(COPD) 입원 울혈성 심부전 입원 고혈압 입원 당뇨 입원 당뇨 하지 절단
	약제 처방	당뇨 환자에서 적절한 콜레스테롤 저하제 이용 당뇨 환자에서 고혈압 약물 선택 항생제 처방량 세팔로스포린, 퀴놀론계 항생제 처방률 노인에서 벤조디아제핀 혹은 관련 약물 장기 이용 노인에서 장기 작용 벤조디아제핀 약물 이용 경구 NSAID와 함께 항응고제 사용 75세 이상에서 5가지 이상의 약물을 동시에 복용하는 비율
	정신질환	정신질환으로 인한 입원 환자의 원내 사망 조현병, 양극성 정동장애로 인한 초과사망 정신질환 퇴원 30일 내 혹은 1년 내 자살사망
	안전성	시술 중 이물질 잔존 수술 후 폐색전증 발생 수술 후 심부정맥혈전증 발생 수술 후 패혈증 발생 수술 후 창상열개 산과적 외상
	반응성·환자 중심성	의사 혹은 주치의가 상담에 충분한 시간을 사용 의사 혹은 주치의가 이해하기 쉽게 설명 의사 혹은 주치의가 질문 혹은 우려를 제기할 기회 제공 의사 주치의가 치료 결정에 환자 참여 의사 혹은 주치의가 예의와 존중으로 대함 비용 때문에 상담을 받지 못한 경험 비용 때문에 처방을 받지 못한 경험 비용 때문에 검사·치료·추적관찰을 을 받지 못한 경험

자료: OECD. (2021a). Health Care Quality and Outcomes (HCQO) 2020-21 Indicator Definitions. Retrieved from <http://www.oecd.org/els/health-systems/Definitions-of-Health-Care-Quality-Outcomes.pdf> 2022. 6. 12.

두 번째 영역인 안전성과 관련해서는 산과적 외상 및 시술 중 이물질의 잔존, 수술 후 폐색전증 및 심부정맥혈전증의 발생, 수술 후 패혈증 발생, 수술 후 창상열개 발생을 지표로 포함하고 있다. 마지막 영역인 반응성·환자 중심성에서는 의사 혹은 주치의가 상담에 충분한 시간을 사용했는지, 이해하기 쉽게 설명했는지, 질문 혹은 우려를 제기할 기회를 제공했는지, 환자가 치료 결정에 참여할 수 있도록 보장했는지와 함께 전문의 예약을 위해 4주 이상 기다렸는지, 비용 때문에 검진·치료·상담·처방 등을 못 받았는지에 대한 지표를 포함하고 있다(OECD, 2021a).

나. 영국의 NHSOF

영국 보건부는 2010년에 건강결과에 대한 국가 수준의 책무성을 강화하기 위해 국가 보건서비스 결과 프레임워크(National Health Service Outcomes Framework, NHSOF)를 개발했다. NHSOF는 다음과 같은 원칙, 책무성과 투명성, 다양한 건강 문제에 걸친 균형, 환자와 보건의료 전문가에게 중요한 문제의 반영, 국가보건서비스의 우수성과 건강결과의 평등 증진, NHS가 영향을 줄 수 있는 결과에 대한 반영, 국제적 비교 가능성, 시간에 따른 발전⁵⁾에 근거해 개발되었다(UKDH, 2010b, pp.6-12).

NHSOF는 OECD의 보건의료 질 지표 체계와 유사하게 효과성, 환자 경험, 안전성의 세 가지 범주로 구성된다. 다만 차이점은 효과성 영역은 추가로 세 가지 범주로 구분되어 안전성, 환자중심성을 포함하여 다음과 같이 총 다섯 가지 세부 영역으로 구성된다는 점이다. 1) (효과성) 조기 사망 예방, 2) (효과성) 장기질환을 가진 사람들의 삶의 질 증진, 3) (효과성) 질병 및 상해의 치료와 회복 지원, 4) (환자 중심성) 보건의료서비

5) 제시한 원칙에 대한 구체적인 내용은 아래와 같다(UKDH, 2010b, pp.11-12).

- 책무성과 투명성: 투명성이 보장되었을 때 시스템의 효율이 상승한다는 점에서 대중에게 결과를 공개하는 것을 강조함.
- 균형: NHS의 전반적인 진전을 반영할 수 있도록 균형 잡힌 결과 세트로 구성함.
- 환자와 보건의료 전문가에게 중요한 문제 반영: 임상적 결과와 환자보고 결과 측정(Patient-Reported Outcome Measures, PROM)을 모두 포함하며 환자 경험의 측정 또한 중요하다는 것을 의미함.
- 우수성과 평등 증진: 최소 수준이 아닌 우수성을 달성해 가는 것이며 취약한 집단 및 지역을 식별하여 문제를 개선할 수 있도록 지표를 선택
- NHS가 영향을 줄 수 있는 결과들: NHS가 단독으로 영향을 미칠 수 있는 결과들을 지표로 고려하지만 다른 공공서비스와의 협력이 필요한 영역 또한 포함함.
- 국제 비교 가능성: OECD 국가, 유럽연합(EU) 국가들과 국제적으로 비교할 수 있는 결과지표를 포함함.
- 시간에 따른 발전: NHS를 둘러싼 환경의 변화와 새로운 지표를 개발하기 위해 소요되는 시간을 고려하여 시간이 지남에 따라 지표 체계를 발전시킴.

스에 대한 사람들의 긍정적인 경험 보장, 5) (안전성) 안전한 환경에서 치료하고 돌보며 피할 수 있는 위험로부터 보호. NHSOF의 특징은 영역별로 각 영역을 대표하는 총괄 지표와 개선이 필요한 영역을 반영하는 개선영역 지표로 구성된다는 점인데 (UKDH, 2010b, pp.7-18) 이것은 앞에서 제시한 NHSOF 개발의 원칙에서 밝힌 것처럼 특정 건강문제에 집중함으로써 의료시스템의 지향점이 왜곡되는 것을 예방하기 위해서인 것으로도 볼 수 있다. NHSOF의 구성과 포함되는 지표들은 아래 표와 같다.

〈표 2-2〉 영국 NHSOF 구성 및 지표

구성	지표
효과성: 조기 사망 예방	치료 가능한 원인으로 인한 잠재수명 손실연수(성인, 아동) [§]
	75세부터의 기대여명 [§]
	신생아 사망률과 사산율 [§]
	심뇌혈관계 질환, 호흡기 질환, 간 질환, 암으로 인한 75세 미만 사망률
	모든 암, 유방암, 폐암, 직장암 1, 5년 생존율
	1, 2기에 진단받은 모든 암 1년, 5년 생존율
	심각한 정신질환, 일반적인 정신질환을 앓고 있는 성인의 75세 미만 초과사망률
	최근에 NHS 서비스를 이용한 성인의 자살 및 미확인 부상으로 인한 사망률
	영아 사망률
	아동 암 5년 생존율
효과성: 장기질환자 삶의 질	학습 장애를 가진 성인의 60세 미만 초과사망률
	장기질환을 가진 사람들의 건강 관련 삶의 질 [§]
	자신의 상태를 관리할 수 있다고 느끼는 사람들의 비율
	장기질환을 가진 사람들의 고용
	만성 외래 민감성 질환으로 인한 계획되지 않은 입원(모든 연령)
	천식, 당뇨병 및 뇌전증으로 인한 계획되지 않은 입원(19세 미만)
	돌봄 제공자의 건강 관련 삶의 질
	정신질환이 있는 사람들의 고용
	정신질환이 있는 사람의 건강 관련 삶의 질
	치매가 있는 사람들의 추정 진단율
효과성: 질병, 상해의 치료와 회복 지원	질병 진단 후 독립 유지 및 삶의 질 향상 측면에서 치료의 효과 측정
	세 가지 이상 장기질환이 있는 사람들의 건강 관련 삶의 질
	일반적으로 병원 입원이 필요하지 않은 급성질환으로 인한 응급입원 [§]
	퇴원 후 30일 내 응급 재입원 [§]
	선택적 시술(신체 건강 관련, 심리치료 관련)로 인한 환자의 건강 이득
	정신질환을 앓고 있는 환자의 삶의 질 회복
	하기도 감염 아동의 응급입원

구성	지표
	중증 외상에서 생존
	6개월 후 활동/생활 습관(수정된 랭킨 척도, mRS)이 개선된 뇌졸중 환자 비율
	고관절 골절 후 운동·보행 능력을 회복한 환자의 비율(30일 차, 120일 차)
	재활서비스로 퇴원 후 91일에 집에 있는 노인(65세 이상)의 비율
	급성기 혹은 지역사회 병원에서 퇴원 후 재활서비스를 받은 비율
	치아우식증, 10세 이하 아동에서 입원을 통한 치아우식증 치아 발치
환자 경험: 환자 경험 개선	일차의료 환자 경험(GP 서비스, 근무시간 외 GP 서비스, NHS 치과 서비스) [§]
	병원 진료 환자 경험 [§]
	친구 및 가족 검사 [§]
	일차의료 및 병원진료 환자 만족도 [§]
	외래서비스 환자 경험, 응급의료 환자 경험
	입원 환자의 욕구에 대한 반응성
	GP 서비스 및 NHS 치과 서비스 접근성
	모성서비스에 대한 여성의 경험
	아동 및 청소년의 입원 경험
안전성: 안전한 환경 조성	사별한 돌봄 제공자의 지난 3개월간 의료의 질에 대한 견해
	지역사회 정신건강 서비스 환자 경험, 통합의료 환자 경험
	보건의료 문제로 인한 사망 및 심각한 위해(harm) [§]
	정맥혈전증(VTE: Venous Thromboembolism) 관련 사망
	의료 관련 메티실린 내성 황색포도알균(MRSA), 클로스트리디움 디피실(C. Difficile) 발생
	범주 2, 3, 4 욕창 환자 비율
	병원 낙상으로 인한 고관절 골절
	임신 기간이 37주 이상인 출생아의 입원
	환자 안전사고 보고 건수

주 : [§]총괄지표, 그 외 개선영역 지표

자료: NHS. (2022). NHS Outcomes Framework 2020/21 - Indicator and Domain Summary Tables. Retrieved from <https://files.digital.nhs.uk/07/BF0200/nhs-out-fram-mar-22-dash.pdf> 2022.11 20.

다. 미국 AHRQ의 질 지표

미국 AHRQ는 2014년부터 NHQR과 NHDR을 통합하여 『보건의료 질과 격차 보고서(National Healthcare Quality & Disparities Report, NHQDR)』를 매해 발간하고 있다. AHRQ는 중요성(Importance), 과학적 건실성(Scientific soundness), 실현 가능성(Feasibility)이라는 세 가지 평가 기준⁶⁾을 활용하여 지표를 선정

6) 각 평가 기준과 관련해 구체적인 설명은 아래와 같다(정인숙 등, 2009, pp.17-18).

- 중요성: 해당 지표로 평가되는 건강문제가 건강에 미치는 영향이 얼마나 되는가 / 해당 건강문제에 대

하였다. 지표 체계는 접근성, 환자 안전, 사람 중심 의료, 의료 연계, 의료 효과성, 건강한 생활, 지불 가능한 의료, 우선인구집단의 여덟 가지 영역으로 구성되는데(AHRQ, 2021) 영역과 지표는 <표 2-3>과 같다.

<표 2-3> 미국의 2021 국가 의료 질 및 격차 보고서의 구성과 주요 지표

구성	지표
의료 접근성	- 진료 예약 - 대기시간 - 건강보험 - 상용 치료원 - 환자의 욕구 인식
환자 안전	- 보건의료 관련 감염 - 수술 치료 - 기타 병원 치료 합병증 - 약물 합병증 - 출생 관련 합병증 - 부적절한 치료 - 지지, 완화의료 - 홈 헬스(home health) 의사소통
사람 중심 의료	- 환자 경험 - 병원 의사소통 - 홈 헬스 의사소통 - 호스피스 케어
의료 연계	- 의료 이송 - 약물 정보 - 예방 가능한 응급실 방문 - 예방 가능한 입원 - 홈 헬스와 뇌성환 환자의 예방 가능한 입원 - 지지, 완화의료 - 잠재적으로 피할 수 있는 입원
의료 효과성	- 암(유방암, 자궁경부암, 대장암, 기타 암) - 심혈관 질환(심장 질환 예방, 심근경색 및 심부전 치료, 심혈관 질환 수술, 뇌졸중) - 만성 신장 질환(말기 신장 질환 만성 관리) - 당뇨(당뇨 관리, 당뇨 조절, 당뇨 입원) - HIV/AIDS 관리) - 정신건강 및 약물 남용(우울증 치료, 약물 남용 치료) - 근골격계 질환 - 호흡기 질환(호흡기 감염 치료, 천식 관리)

해 정책 입안자와 소비자가 많은 관심을 가지고 있는가

- 과학적 건실성: 측정하려는 것을 실제로 잘 반영할 수 있는 지표인가 / 다양한 인구집단과 상황에서 안정된 결과를 제공할 수 있는가 / 지표를 지지할 만한 과학적 근거가 있는가
- 실현 가능성: 실제 사용 중인가 / 해당 정보가 실제 수집될 수 있는가 / 자료 수집에 드는 비용은 어느 정도인가 / 서로 다른 인구집단 간 비교에 사용될 수 있는가 등

구성	지표
건강한 생활	▪ 모성 및 아동 건강 ▪ 생활 습관 교정 ▪ 기능 상태 유지 및 재활 ▪ 지지, 완화의료 ▪ 임상적 예방 서비스(성인 예방 서비스, 아동 예방접종, 기타 아동 예방 서비스, 전반적인 예방 서비스)
지불 가능한 의료	▪ 의료비용의 재정적 부담 ▪ 상용 치료원
우선인구집단	▪ 보건의료 자원과 서비스 관리-균일한 데이터 시스템 측정(임상 측정, 임상 방문, 전자의무기록)

자료: AHRQ. (2021). 2021 National Healthcare Quality and Disparities Report Measure Specifications. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.

AHRQ의 질 지표 (AHRQ QI)는 외래 및 입원환경에서 발생하는 케어의 과정과 관련되는데, 예방질지표(PQIs, Prevention Quality Indicators), 입원질지표(IQIs, Inpatient Quality Indicators), 환자안전질지표(PSIs, Patient Safety Indicators), 소아질지표(PDIs, Pediatric Quality Indicators)로 구성된다(Barrett M, McCarty J, Kenney T, Liang L, 2021). 해당 지표들은 “보건의료 비용 및 이용에 관한 연구 (Healthcare Cost and Utilization Project, HCUP)”의 질 지표⁷⁾를 확장한 것으로 AHRQ와의 계약하에 UCSF-Stanford EPC(Evidence-based Practice Center)가 개발하였다. 퇴원환자 데이터에 기반해 앞에서 제시한 네 가지 영역별로 지표들을 측정하며 지역 간 비교 지표를 일부 포함한다(임지혜, 2015).

〈표 2-4〉 미국 AHRQ 질 지표 구성

구분	예방질지표(PQIs) <i>Prevention Quality Indicators</i>	입원질지표(IQIs) <i>Inpatient Quality Indicators</i>	환자안전질지표(PSIs)** <i>Patient Safety Indicators</i>	소아질지표(PDIs) <i>Pediatric Quality Indicators</i>
설명	입원 환자 퇴원자료를 사용하여 지역사회 내 1차 진료 접근 또는 보건 의료 서비스의 질을 평가(지역사회, 국가적 비교 가능)하기 위한 지표	입원 환자 병원 환경에서 제공되는 의료의 질적인 측면을 평가하는 지표로 의료기관 수준의 입원 질 지표로 구성	병원 내 진료의 질을 반영하는데, 잠재적으로 회피할 수 있었던 합병증과 의원성 사건에 초점을 두고 있는 지표	병원 내부 진료의 질을 반영하면서도 잠재적으로 회피할 수 있었던 어린이들의 입원 건을 규명하는 지표
총지표 개수	10개	15개	17개	10개

7) 33개 HCUP 질 지표는 시술 부작용 등 예방 가능한 위해 결과(adverse outcomes), 시술의 과다 이용, 오용, 과소 이용 및 외래민감성질환(ambulatory care sensitive conditions) 등을 측정함.

구분	예방질지표(PQIs) <i>Prevention Quality Indicators</i>	입원질지표(IQIs) <i>Inpatient Quality Indicators</i>	환자안전질지표(PSIs)** <i>Patient Safety Indicators</i>	소아질지표(PDIs) <i>Pediatric Quality Indicators</i>
지표 구성	-지역 간 비교 지표(10) ※ 외래민감질환(10)*	-의료기관 간 비교 지표(15) ※ 의학적 상태(6), 수술절차(6), 의료제공자 수준 이용률(3)	-의료기관 간 비교 지표(17)	-소아관련지표(PQI/IQI /PSI) -의료기관 간 비교지표 (6) -지역 간 비교 지표(4)
지표 내용	- 당뇨병 단기 합병증 입원율 - 당뇨병 장기 합병증 입원율 - 만성 폐쇄성 폐질환(COPD) 또는 노인 천식 입원율 - 고혈압 입원율 - 심부전 입원율 - 지역사회획득폐렴 입원율 - 요로 감염 입원율 - 조절되지 않는 당뇨병 입원율 - 젊은성인의 천식 입원율 - 당뇨병 환자의 하지절단율	(의학적상태) - 급성 심근경색증 사망률 - 심부전 사망률 - 급성 뇌졸중 사망률 - 위장 출혈 사망률 - 고관절 골절 사망률 - 폐렴 사망률 (수술절차) - 식도 절제술 사망률 - 췌장 절제 사망률 - 복부 대동맥류 치료 사망률 - CABG 사망률 - PCI 사망률 - 경동맥 내막 절제술 사망률 (의료이용률) - 제왕절개 분만율 - 제왕절개 후 질식분만율 - 일차 제왕절개 분만율	- 사망률이 낮은 진단그룹(DRGs)에서의 사망률 - 욕창 발생률 - 수술-입원 환자의 치료 가능한 심각한 합병증으로 인한 사망률 - 수술 물품 잔류 또는 회수되지 않은 장비 파편의 수 - 의인성 기흉 비율 - 중심정맥도관 관련 혈류감염률 - 수술 후 고관절 골절 발생 비율 - 수술 중 출혈 또는 혈종 비율 - 수술 후 생리 및 대사 장애 비율 - 수술 후 호흡곤란 비율 - 수술 중 폐색전증 또는 심부정맥혈전증 비율 - 수술 후 패혈증 발생 비율 - 수술 후 열개창 발생 비율 - 사고 천자 또는 열상 비율 - 출산 외상 비율-신생아 상해 - 신과적외상비율-기구사용 질식분만 - 산과적 외상 비율-기구 없이 시행한 질식분만	(의료기관 간 비교 지표) - 우발적 펑크 또는 열상 비율 - 의인성 기흉률 - 수술 후 출혈 또는 혈종 비율 - 수술 후 호흡 부전율 - 수술 후 패혈증 비율 - 중심 정맥 카테터 관련 혈류 감염률 (지역 간 비교지표) - 천식 입원율 - 당뇨병 단기 합병증 입원율 - 위장염 입원율 - 요로 감염 입원율

주: * 당뇨병, COPD, 천식, 고혈압, 심부전, 지역사회획득 폐렴, 요로감염, 당뇨 환자 하지 절단 등

** 2017 이전 버전의 환자안전질지표는 제공자(의료기관) 단위 지표 및 지역단위 지표로 구성되어 있었으며, 지역 단위 지표는 지역별 환자 안전사고 발생 규모를 파악하는 데 사용되었음. 2016년 9월, AHRQ Quality Indicator Standing Workgroup은 의료 질 중 새롭고 영향이 큰 영역에 초점을 맞추기 위해 지표 활용도가 낮고 피드백이 저조한 '지역단위 지표(PSI 21~27)' 폐기를 결정하였고, 2017년 v7.0부터 사용이 중지됨.

자료: 임지혜. (2015). 외국의 임상 질 지표 관리 및 질 측정 개념 틀. 건강보험심사평가원 심사평가연구소.. HIRA정책동향 9권 1호.

AHRQ. (2021). 2021 National Healthcare Quality and Disparities Report Measure Specifications. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.

2. 우리나라의 주요 건강문제

가. 통계청 사망원인통계 자료로 본 주요 사망 원인

통계청의 2021년 사망원인통계 결과 보도자료에 따르면 2021년 기준 우리나라 10대 사망 원인은 악성신생물(암), 심장 질환, 폐렴, 뇌혈관 질환, 고의적 자해(자살), 당뇨병, 알츠하이머병, 간 질환, 패혈증, 고혈압성 질환 순이었다. 사망원인 가운데 2011년 대비 사망률이 증가한 사망 원인은 패혈증(242.0%), 알츠하이머병(224.2%), 폐렴(158.8%), 심장 질환(23.5%), 고혈압성 질환(20.6%) 등이었으며, 사망률이 감소한 것은 운수사고(-44.0%), 호흡기 결핵(-40.4%), 만성 하기도 질환(-24.9%), 당뇨병(-18.8%), 고의적 자해(-18.1%) 등인 것으로 나타났다(통계청 인구동향과, 2022.9.27).

〈표 2-5〉 통계청 사망원인 순위 추이(2011~2021년)

(단위: 인구 10만 명당 명, %, %)

순위	2011년		2020년		2021년			
	사망 원인	사망률	사망 원인	사망률	사망 원인	사망자 수	구성비	사망률
1	악성신생물(암)	142.8	악성신생물(암)	160.1	악성신생물(암)	82,688	26.0	161.1
2	뇌혈관 질환	50.7	심장 질환	63.0	심장 질환	31,569	9.9	61.5
3	심장 질환	49.8	폐렴	43.3	폐렴	22,812	7.2	44.4
4	고의적 자해(자살)	31.7	뇌혈관 질환	42.6	뇌혈관 질환	22,607	7.1	44.0
5	당뇨병	21.5	고의적 자해(자살)	25.7	고의적 자해(자살)	13,352	4.2	26.0
6	폐렴	17.2	당뇨병	16.5	당뇨병	8,961	2.8	17.5
7	만성 하기도 질환	13.9	알츠하이머병	14.7	알츠하이머병	7,993	2.5	15.6
8	간 질환	13.5	간 질환	13.6	간 질환	7,129	2.2	13.9
9	운수사고	12.6	고혈압성 질환	11.9	패혈증	6,429	2.0	12.5
10	고혈압성 질환	10.1	패혈증	11.9	고혈압성 질환	6,223	2.0	12.1

자료: 통계청 인구동향과. (2022. 9. 27.). 2021년 사망원인통계 결과. 통계청 보도자료. p.6.

http://www.kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/1/6/2/index.board?bmode=read&bSeq=&aSeq=420715
에서 2022.10. 2. 인출.

나. 회피 가능 사망(Avoidable mortality) 질환

‘회피 가능 사망’이라는 용어는 최소 1960년대부터 사용되었고 그 형태는 Rustein과 동료들이 의료의 질 측정 방법을 개발하려는 시도에서 기원한다(Nolte & McKee,

2004, p.14). Rustein과 동료들은 개인과 인구집단의 건강 수준을 직접 측정함으로써 의료의 질 개선을 확인할 수 있다고 하였는데, 필수적이지 않은 질환과 장애, 필수적이지 않은 이른 사망(unnecessary untimely deaths)을 측정하려고 시도하였다. 그들은 적절하고 시의성 있는 의료서비스로 건강 상태를 유지할 수 있고, 예방 혹은 치료가 가능한 건강문제를 ‘감시건강사건(sentinel health events)’으로 선정하였다(Rustein et al., 1976). 이후 Westerling은 처음으로 ‘회피 가능 사망’을 보다 명확하게 치료할 수 있는(treatable) 문제와 예방할 수 있는(preventable) 문제로 구분하였으며, Simonato와 동료들은 일차예방으로 피할 수 있는 원인, 조기진단 및 치료를 통한 2차 예방으로 치료 가능한(amenable) 원인, 개선된 치료와 의료로 치료 가능한(amenable) 원인을 구분하였다. Nolte와 McKee는 문헌들을 고찰하여 조기 발견과 시의성 있는 효과적인 치료를 통해 피할 수 있는 ‘치료 가능 사망(Amenable mortality)’과 생활 습관, 환경개선 등 공중보건 조치를 통해 피할 수 있는 ‘예방 가능 사망(Preventable mortality)’으로 구분하였다(Nolte & McKee, 2004, pp.15-61).

한국에서 신정우 등(2019)은 보건의료의 효과성 지표로 치료 가능 사망과 예방 가능 사망의 이용 가능성을 검토하였다. OECD에서는 치료적 중재로 사망을 피할 수 있다고 규정한 52개 질환에 대한 전문가 의견 조사 등을 통해 치료 가능 사망 원인으로 42개 질환을 제시하였는데, 암 질환, 결핵 등 감염성 질환 등이 선택되었다(신정우 등, 2019).

〈표 2-6〉 신정우 등(2019)의 치료 가능 사망 질환 적합성 평가

대분류	전문가 의견 일치한 질환	적합성
감염성 질환	- 결핵 - 성홍열 - 수막구균 감염 - 연조직염 - 재향군인병 - 기타 수막염 - 연쇄구균 및 장내구균 감염	●
	패혈증*	△
암질환	- 결장 및 직장의 악성 신생물 - 갑상선의 악성 신생물 - 유방의 악성 신생물(여성) - 양성 신생물 - 자궁경부의 악성 신생물	●
	자궁체부의 악성 신생물	○
내분비 및 대사 질환	- 당뇨병 - 부신 장애 - 갑상선 장애	●
신경 계통 질환	뇌전증	●
순환 계통 질환	- 고혈압 - 뇌혈관질환 - 허혈성 심장질환 - 기타 죽상경화증	●
	폐색전증/정맥염 및 혈전 정맥염	○

대분류	전문가 의견 일치한 질환	적합성
호흡 계통 질환	• 상기도 감염 • 급성 하기도 감염 • 천식과 기관지 확장증 • 폐렴	●
소화 계통 질환	• 위궤양 및 십이지장궤양 • 충수염 • 복벽탈장 • 담석증과 담관염 • 담낭 및 담도의 기타 질환	●
	• 급성 췌장염 • 췌장의 기타 질환	○
비뇨 생식 계통 질환	• 신장염과 신증 • 폐쇄성 요로병증과 전립선 비대증 • 비뇨생식계통의 염증성질환 • 전립선증식증	●
	• 세뇨관 기능 손상으로 인한 장애 • 상해 불명의 신장 위축 • 원인불명의 작은 신장 질환	○
임신 및 출산과 주산기	• 임신, 출산 및 산후기 • 출생 전후기에 기원한 특정 병태	●

주: 국내 적합성 조사에 따른 치료 가능 사망 질환 42개는 상기 표 ●, ○ 해당 질환. *폐혈증은 치료 가능 사망 질환으로 크게 적합하지 않다는 데 의견일치를 보임. 적합성 평가는 1~9점으로 11명의 패널이 평가하였으며, '●' 치료적 중재로 사망을 피할 수 있다고 보는 것이 매우 적합함(7~9점), '○' 보통으로 적합함(6점), '△' 크게 적합하지 않음(5점)으로 표시함.

자료: 신정우, 정형선, 이승영, 정승용, 김태민, 신지영. (2019). 보건계정체계에 기초한 보건의료의 효과성 지표 검토. OECD대한민국정책센터, 한국보건사회연구원. 표 4-2.

다. 예방 가능한 입원 (avoidable or preventable hospitalization)

일차의료는 종종 질환이 있는 사람들이 의료시스템에 접근하는 첫 번째 접점으로 그 기능은 건강증진과 질환의 예방, 새로운 건강문제의 관리, 복잡하지 않은 대부분 질환에 대한 치료, 만성질환의 관리, 적절하게 환자를 병원 서비스로 연계하는 역할을 한다. 일차의료의 주요 목표는 장기간에 걸쳐 일관된 케어를 제공하고, 일반적인 상태를 치료하며, 다양한 보건의료 욕구를 가진 사람들에게 연계된 서비스를 제공하고, 환자가 자신의 상태를 스스로 관리할 수 있도록 지원하는 것에 있다. 따라서 높은 질의 접근 가능한 일차医료를 통해 질환의 악화와 이로 인한 입원을 예방할 수 있는 질환과 관련해 의료의 질 지표로 '예방 가능한 입원'이 활용되고 있다(OECD, 2021b). 이러한 질환들은 외래진료 민감질환(ambulatory care sensitive conditions, ACSCs)이라는 이름으로 불리기도 한다(Becker NV, Karmakar M, Tipirneni R, Ayanian JZ, 2022).

김윤 등(2018)의 연구에서는 미국 의학한림원에서 제시한 ACSC 질환군 중 전체 입원 빈도와 입원 치료 비중이 낮은 선천성 매독과 탈수, 예방접종 관련 질환, 치과 관련 질환 등은 제외하고 14개 질환(뇌전증, 발작, 중증 이비인후과 감염, 만성 폐쇄성 폐질환, 세균성 폐렴, 천식, 유행성 심부전, 급성 폐부종, 고혈압, 협심증, 연조직염, 당뇨,

위장관염, 신장/요로 감염)을 대상으로 외래진료 민감질환 입원율을 산출하였다. 질병 군별로는 세균성 폐렴과 신장요로감염군 순으로 높은 빈도를 보였고 단일 상병으로는 상세 불명의 폐렴, 협심증과 급성 세뇨관-뇌전증신장염 순으로 높은 빈도를 나타냈으며, 세균성 폐렴이 인구 10,000명당 79건으로 전체 외래진료 민감질환 입원 건의 44% 정도를 차지하였다. 질병군별 연령별 입원율의 경우 세균성 폐렴과 신장요로감염군, 천식에서는 영유아와 노인의 입원율이 높았다. 세균성 폐렴, 신장요로감염군, 이비인후과 감염, 천식, 연조직염 등이 전체 외래진료 민감질환 입원율 분포와 유사한 분포를 나타냈는데, 이 질병군이 일차의료의 접근도와 병상 공급에 대한 민감성이 높을 가능성이 있다고 하였다(김윤 등, 2018).

〈표 2-7〉 김윤 등(2018)의 외래진료 민감질환 목록

번호	진단	KCD6	Comments
1	뇌전증	G40	-
2	발작	R56	-
3	중증 이비인후과 감염		Exclude H66 with S5600(myringotomy) with S5620(insertion of tube)
	• 화농성 및 상세 불명의 중이염	H66	
	• 급성 인두염	J02	
	• 기타 명시된 병원체에 의한 급성 편도염	J03.8	
	• 다발성 및 상세 불명 부위의 급성 상기도 감염	J06	
4	만성 폐쇄성 폐질환		J20 only with secondary diagnosis of J41, J42, J43, J47, J44.9
	• 단순성 및 점액농성 만성 기관지염	J41	
	• 상세 불명의 만성 기관지염	J42	
	• 폐기종	J43	
	• 기관지확장증	J47	
	• 상세 불명의 만성 폐쇄성 폐질환	J44.9	
5	급성 기관지염	J20	
	세균성 폐렴		Exclude case with secondary diagnosis of D57(sickle cell) and patients under 2 months
	• 폐렴연쇄구균에 의한 폐렴	J13	
	• 인플루엔자균에 의한 폐렴	J14	
	• 연쇄구균B군에 의한 폐렴	J15.3	
	• 폐렴마이코플라스마에 의한 폐렴	J15.7	
	• 기타 세균 폐렴	J15.8	
	• 상세 불명의 세균 폐렴	J15.9	
	• 상세 불명의 기관지 폐렴	J18.0	
	• 상세 불명 병원체의 기타 폐렴	J18.8	

번호	진단	KCD6	Comments
	• 상세 불명의 폐렴	J18.9	
6	천식 • 천식 • 천식 지속 상태	J45 J46	-
7	울혈성 심부전 • 심부전 • (울혈성) 심부전을 동반한 고혈압성 심장병	I50 I11.0	Exclude cases with the following surgical procedures: M6551, M6552, HA680, HA681, HA682, Q8080, O0205, O0206, O0208, O0209, O0210
8	급성 폐부종	J81.0	-
9	고혈압 • 악성 고혈압 • 상세 불명의 고혈압 • (울혈성) 심부전이 없는 고혈압성 심장병	I10.1 I1.9 I11.9	울혈성 심부전과 동일
10	협심증 • 심근경색증을 유발하지 않은 관상동맥혈전증 • 기타 형태의 급성 허혈성 심장병 • 상세 불명의 급성 허혈성 심장병 • 협심증	I24.0 I24.8 I24.9 I20	Exclude cases with a surgical procedure
11	연조직염 • 연조직염 • 급성 림프절염 • 피부 및 피하조직의 기타 국소감염	L03 L04 L08	Exclude cases with a surgical procedure
12	당뇨 • 산증을 동반한 기타 명시된 당뇨병 • 혼수를 동반한 인슐린 의존 당뇨병 • 혼수를 동반한 기타 명시된 당뇨병 • 기타 명시된 합병증을 동반한 상세 불명의 당뇨병 • 상세 불명의 합병증을 동반한 상세 불명의 당뇨병 • 합병증을 동반하지 않은 상세 불명의 당뇨병 • 상세 불명의 저혈당	E13.1 E10.0 E13.0 E14.6 E14.8 E14.9 E16.2	-
13	위장관염(상세불명의 비감염성 위장염 및 결장염)	K52.9	-
14	신장 요로 감염 • 급성 세뇨관 뇌전증신염 • 만성 세뇨관 뇌전증신염 • 급성 또는 만성으로 명시되지 않은 세뇨관 뇌전증신염 • 신장 및 신장 주위 농양 • 기타 명시된 세뇨관 뇌전증 질환 • 상세 불명의 세뇨관-뇌전증 질환 • 상세 불명의 요도 장애 • 부위가 명시되지 않은 요로 장애	N10 N11 N12 N15.1 N15.8 N15.9 N36.9 N39.0	-

자료: 김윤, 이태식, 박수경, 이희영, 황승식, 광미영, ...김혜정. (2018). 건강보험 의료이용지도(KNHI-Atlas)구축 3차 연구. 서울대학교 산학협력단, 국민건강보험공단: 서울대학교. pp.172-173.

정건작 등(2016)의 연구에서는 소화기내과, 호흡기내과, 신경과, 소아과, 신장내과 등 각 분야의 임상 전문가 패널 의견을 수렴하여 한국형 ACSCs(KACSCs) 목록을 제시하였는데, 미국 의학한림원에서 제시한 22개 외래진료 민감질환(ACSCs) 질환 중, ‘선천성 매독, 예방접종 관련 및 예방 가능한 질환, 세균성 폐렴, A형 당뇨병 등 일반적으로 입원 치료를 통해 치료되는 ACSCs’와 우리나라에서는 대부분 외래진료를 하게 되는 ‘치과 질환’ 등을 제외하여 총 14개의 외래진료 민감질환(중증 상태 및 기타 뇌전증 경련, 경련(0~5세), 경련(6세 이상), 중증 이비인후과 감염, 만성 폐쇄성 폐질환, 천식, 울혈성 심부전, 고혈압, 협심증, 연조직염, 당뇨병, 저혈당, 위장관염, 신장/요로 감염)을 선정하였다(정건작 등, 2016).

〈표 2-8〉 정건작 등(2016)의 한국형 ACSCs(KACSCs)

번호	진단	ICD-9-CM	한국형 ACSCs 포함 여부	제외 이유
1	선천성 매독	90		(-)
2	예방접종 관련 및 예방 가능한 상태	032.0,033.0,037.0,45.3,90.3,91		(-)
3	중증 상태 및 기타 뇌전증 경련	345	○	
4	경련 ‘A’ (0-5세)	780.3	○	
5	경련 ‘B’ (6세 이상)	780.3	○	
6	중증 이비인후과 감염	382.4,62.4,63.4,65.4,72.1	○	
7	만성 폐쇄성 폐질환	491.4,92.4,94.4,96.4,66.0	○	
8	세균성 폐렴	481.4,82.2,482.3,482.9,483.4,85.4,86		(-)
9	천식	493	○	
10	울혈성 심부전	428.4,02.01,402.11,402.91,518.4	○	
11	고혈압	401.0,401.9,402.00,402.10,402.90	○	
12	협심증	411.1,411.8,413	○	
13	연조직염	681-3,686	○	
14	셀룰라이트를 이용한 피부 이식	DRG 263, DRG 264		(+/-)
15	당뇨병 ‘A’ - 케톤산증이 있는 당뇨병 - 고삼투압 농도가 있는 당뇨병 - 기타 혼수상태를 동반한 당뇨병	250.1-3		(-)
16	당뇨병 ‘B’ - 기타 명시된 징후가 있는 당뇨병 - 상세불명의 합병증을 동반한 당뇨병	250.8-9		(+/-)

번호	진단	ICD-9-CM	한국형 ACSCs 포함 여부	제외 이유
17	당뇨병 'C'	250	○	
18	저혈당	251.2	○	
19	위장관염	558.9	○	
20	신장/요로 감염	590,599.0,599.9	○	
21	체액 용적 고갈	276.5		(+/-)
22	치아 상태(치과 질환)	521-3,525,528		(+)

주: (-): 대부분 외래 치료, (+): 대부분 입원 치료, (+/-) 입원/외래진료를 제공할 가능성이 동일
 자료: 정건작, 김진경, 강혜영, 신의철. (2016). 한국의 의료기관 외래진료 민감질환 입원율: 의료이용 효율성 지표로
 의 활용 가능성. 보건행정학회지, 26(1), p.6.

제2절 지표 체계 검토

1. ‘한국 의료시스템의 혁신 성과 평가(6년 차)’ 연구의 지표 체계⁸⁾

‘한국 의료시스템의 혁신 성과 평가(6년 차)’ 연구는 선행연구 검토 및 전문가·환자 워킹그룹, 컨센서스 워크숍 등을 통해 건강결과에 중점을 두고 시스템 수준에서 의료의 질과 성과를 모니터링하는 체계를 구성하였다. 다섯 가지 영역으로 구성되는데 (1) 효과성: 치료 가능한 사망 예방, (2) 효과성: 장기질환을 가진 사람들의 삶의 질 개선, (3) 효과성: 질병 및 손상 치료·회복 지원, (4) 환자 중심성·반응성: 치료에 대한 사람들의 긍정적인 경험 개선, (5) 환자 안전: 보건의료로 인한 위해로부터 보호, 안전한 환경에서 치료하고 돌봄이다.

영역별 지표는 영역을 아우르는 총괄지표와 개선이 필요하거나 모니터링이 필요한 문제에 대한 개선영역 지표로 구성되었는데 1영역(효과성: 치료 가능한 사망 예방)의 총괄지표는 생애주기별로 구분하되 전 연령을 포괄하여 성인과 아동에서 치료 가능한 사망으로 인한 잠재수명손실연수, 75세 이상에서의 기대수명으로 구성되었다. 개선영역지표는 암, 심뇌질환, 자살사망률, 정신질환 초과 사망률 등을 포함하였다. 2영역(효과성: 장기질환을 가진 사람들의 삶의 질 개선)의 총괄지표는 만성질환을 가진 사람들의 건강 관련 삶의 질을 포함하였고 개선영역 지표로는 외래민감성 질환으로 인한

8) 김수진 등 (2021)의 3장(pp.49-82)을 수정, 보완하였다.

계획되지 않은 입원과 함께 아동을 별도로 구분하여 아동에서의 예방 가능한 입원을 지표로 포함하였다. 또한 우리나라 의료시스템의 질환 관리에 대한 역할 수행, 정신질환이 있는 사람들의 고용률 등을 포함하였다. 3영역(효과성: 질병 및 손상 치료·회복 지원)의 총괄지표로는 일반적으로 병원 입원이 필요하지 않은 급성질환으로 인한 응급 입원과, 퇴원 후 30일 내 응급 재입원을 포함하였고, 개선영역 지표로 울혈성 심부전, 허혈성 뇌졸중 응급입원 후 건강결과 등을 포함하였다. 4영역(환자 중심성·반응성: 사람들의 긍정적인 경험 개선)에서는 총괄지표 없이 입원과 외래 등 영역을 망라하여 개선영역 지표를 구성하였다. 5영역(안전성: 보건의료로 인한 위해로부터 보호, 안전한 환경에서 치료하고 돌봄)의 총괄지표는 환자 안전사고로 인한 사망, 심각한 위해, 발생률로 구성하였고 그 외 개선영역 지표로 낙상 사건 발생률, 의료 관련 감염 사건 등을 포함하였다.

〈표 2-9〉 ‘한국 의료시스템의 혁신 성과 평가(6년 차)’ 연구의 지표 구성

구분 ¹⁾			의미	총괄지표 ³⁾
1 영역	효과성 ²⁾	치료 가능한 사망 예방	적절한 의료 개입으로 예방 가능한 (amenable to health care) 사망의 규모를 확인하기 위한 영역	성인, 아동의 치료 가능한 사망
2 영역		장기질환을 가진 사람들의 삶의 질 개선	장기적인 질환을 가지고 있는 사람들이 가능한 한 어려움 없이 생활할 수 있도록 보건의료제도가 얼마나 효과적으로 지원하고 있는지 확인하기 위한 영역	만성질환자의 삶의 질(EQ-5D)
3 영역		질병 및 손상 치료·회복 지원	적절한 의료 개입으로 치료 가능한 질병·상해를 가진 사람들이 가능한 한 최상의 건강결과를 달성할 수 있도록 지원하고 있는지 확인하기 위한 영역	급성질환으로 인한 예방 가능한 응급입원
4 영역	환자 중심성·반응성	치료에 대한 사람들의 긍정적인 경험 개선	보건의료서비스 전달 과정이 환자, 서비스 이용자, 돌봄 제공자에게 어느 정도 긍정적인 경험을 주고 있는지, 얼마나 이들을 중심에 두고 있는지 확인하기 위한 영역	
5 영역	안전성	보건의료로 인한 위해로부터 보호, 안전한 환경에서 치료하고 돌봄	보건의료서비스로 인해 발생할 수 있는 추가 부작용이나 손상 등의 피해로부터 얼마나 안전하게 환자를 보호하고 있는지 확인하기 위한 영역	

주: 1) 의료 질의 영역으로 적절성(appropriateness), 적시성(timeliness), 연속성(continuity), 수용성(acceptability) 등이 제시되는데, 적절성은 효과성에 포함될 수 있으며 연속성과 수용성은 환자 중심성·반응성에 포함될 수 있다는 점에서 효과성, 환자 중심성·반응성, 안전성으로 구분함.

2) 효과성은 치료 가능한 조기 사망 외에 급성질환과 만성질환의 차이 및 미국 IOM(예방 - 급성기 치료 - 만성질환 관리)

과 OECD의 분석 틀에서 제시된 보건의료 니즈(staying healthy 혹은 prevention - getting better 혹은 acute care - living with illness/disability 혹은 chronic care - coping with end-of-life)를 고려하여 '만성질환을 가진 사람들의 삶의 질'과 '질병 및 손상 치료·회복'을 구분함.

- 3) 총괄지표는 각 영역을 대표하는 지표로 해당 영역 전반에 걸쳐 달성한 성과를 보여주는 지표이며, 개선영역 지표는 근거에 기반해 문제가 있거나 지속적인 모니터링이 필요한 지표를 포함함.

자료: 김수진, 이재은, 박은혜, 배재용, 이경희, 윤난희, ...이유상. (2021). 한국 의료시스템의 혁신 성과 평가(6년 차)-2021 한국 보건의료 질 보고서. 세종: 한국보건사회연구원. 표 3-12.

2. 구성 지표 개선을 위한 컨센서스 워크숍

가. 워크숍 구성 및 운영

시스템 수준에서 건강결과를 중심으로 의료의 질을 지속적으로 모니터링하는 한국 의료시스템 결과 프레임워크의 개발을 위해 '한국 의료시스템의 혁신 성과 평가' 6년 차 연구에서는 개선영역에 해당하는 주요 질환을 선정하고 해당 질환과 관련해 중요한 건강결과지표와 해당 지표를 개선하기 위한 과제를 도출하고자 분야별로 전문가 그룹을 구성해 컨센서스 워크숍을 개최하였다. 컨센서스 워크숍 주제로는 효과성과 관련해 성인과 아동을 구분하여 사망 원인과 질병 부담을 고려한 주요 건강문제를 선정하였는데, 성인의 주요 건강문제인 '뇌졸중과 허혈성 심장질환', 소아·청소년에서 사망 부담과 질병 부담이 높은 질환인 '혈액종양과 천식', 신체적 건강 대비 상대적으로 관심이 적었던 '정신건강'이 세 가지 주요 건강문제 주제로 선정되었다. '환자 중심성'과 '환자 안전' 영역은 효과성 영역과 달리 질환별 혹은 특정 건강문제별로 구분되는 특성이 강하지 않으므로 각 영역을 주제로 하여 해당 영역 전반을 살펴보았다.

본 연구에서는 6년 차 연구에서 진행한 컨센서스 워크숍에서 다루지 않은 추가적인 주요 건강문제와 치료 가능한 사망 원인을 종합적으로 검토하고자 하였다. 구체적인 주제 선정에 앞서 지난 컨센서스 워크숍에 대한 평가를 위해 워크숍 전체 회차(1~5차)에 참여했던 고정 토론자 2인과 연구진 2인이 워크숍 결과를 바탕으로 평가를 진행하였다. 또한 2022년 컨센서스 워크숍 주제 선정을 위해 우리나라 주요 건강 통계 결과를 바탕으로 효과성 세부 영역별 총괄지표 및 개선영역에 해당하는 주제를 살펴보았다. 치료 가능한 사망 예방을 다루는 1영역에서는 치료 가능 사망(Amenable mortality) 및 질병 부담이 높은 '암 질환'을 개선영역에서 검토가 필요한 질환으로 선정하였고, 장기질환을 가진 사람들의 삶의 질 개선을 다루는 2영역에서는 고령화와 만성질환의 영향으로

사회적·부담 비용이 증가하고 있는 대표적인 장기질환인 치매를 개선영역에서 검토가 필요한 질환으로 선정하였다. 질병 및 손상 치료·회복 지원에 대한 효과성 3영역은 6년 차 연구에서 충분한 검토가 이뤄지지 못했었던 영역으로 총괄지표 등 전반적인 검토가 필요하다는 판단하에 ‘급성기 의료’를 주제로 선정하였다. 또한 급성기 의료가 잘 제공된 후에도 질환에 따라 재활 및 일상적인 관리가 필요하므로 ‘재활’을 개선영역 주제로 다루고, 외래 다빈도 질환이자 총 요양급여비용이 높은 ‘치과 질환’을 3영역에서 다룰 주요 건강문제 주제로 선정하였다.

〈표 2-10〉 2021~2022 컨센서스 워크숍 주제

영역			컨센서스 워크숍 주제		
			지표	2021	2022
1 영역	효과성	치료 가능한 사망 예방	총괄		
			개선영역	심뇌혈관질환, 소아혈액종양	암 질환
2 영역		장기질환을 가진 사람들의 삶의 질 개선	총괄		
			개선영역	아동 천식, 정신건강	치매
3 영역		질병 및 손상 치료·회복 지원	총괄		급성기 의료
			개선영역		재활, 치과 질환
4 영역	환자 중심성·반응성	치료에 대한 사람들의 긍정적인 경험 개선	총괄	환자중심성·반응성	
			개선영역		
5 영역	안전성	보건의료로 인한 위해로부터 보호, 안전한 환경에서 치료하고 돌봄	총괄	안전성	
			개선영역		

주: 연구진이 직접 작성함.

워크숍은 참석한 주제별 전문가에게 해당 문제에 대한 발표 및 토론 시간이 주어지며, 참석자들은 해당 주제 발제자의 발표 내용을 통해 지식의 격차를 줄이고 이어지는 토론에서 짧은 시간 동안 아이디어를 효과적으로 도출하는 방식으로 진행하였다. 주제별로 발표자 1~2인, 토론자 4~5인, 연구진 2인으로 참석자를 구성하였으며, 해당 영역의 문제가 충분히 다뤄지되 건강문제 간 지표의 일관성이 유지될 수 있도록 워크숍 참석자 섭외 단계에서 ❶ 주제별 토론자와 ❷ 고정 토론자를 별도로 두었다. 주제별 토론자는 해당하는 주제의 워크숍 회차에만 참석하고, 고정 토론자는 지난 워크숍에서 고정 토론자로 참여한 2인이 이번 워크숍 전체 회차(1~5차)에 참여하였다.

〈표 2-11〉 컨센서스 워크숍 주제별 참석자 구성

워크숍 주제	참석자 구분		인원수	
(1차) 의료시스템 관점에서 급성기 의료와 관련된 건강결과 지표와 이를 개선하기 위한 방안	발표자	• 급성기 의료 지표 관련 임상 전문가	1	7
	토론자	• 주제별 토론자(관련 지표 개발 기관 관계자 1, 관련 임상 전문가 1)	4	
		• 고정 토론자(임상 전문가 1, 학계 전문가 1)		
	연구진		2	
(2차) 의료시스템 관점에서 치과질환과 관련된 건강결과 지표와 이를 개선하기 위한 방안	발표자	• 치과질환 관련 임상 전문가	1	8
	토론자	• 주제별 토론자(관련 임상 전문가 3)	5	
		• 고정 토론자(임상 전문가 1, 학계 전문가 1)		
	연구진		2	
(3차) 의료시스템 관점에서 암질환과 관련된 건강결과 지표와 이를 개선하기 위한 방안	발표자	• 암 질환 관련 임상 전문가	1	8
	토론자	• 주제별 토론자(관련 임상 전문가 1, 관련 정책 전문가 1, 관련 민간단체 전문가 1)	5	
		• 고정 토론자(임상 전문가 1, 학계 전문가 1)		
	연구진		2	
(4차) 의료시스템 관점에서 알츠하이머병과 관련된 건강결과 지표와 이를 개선하기 위한 방안	발표자	• 알츠하이머병 관련 임상 전문가(신경과 1, 정신건강의학과 1)	2	9
	토론자	• 주제별 토론자(관련 임상 전문가 2, 관련 학계 전문가 1)	5	
		• 고정 토론자(임상 전문가 1, 학계 전문가 1)		
	연구진		2	
(5차) 의료시스템 관점에서 재활 치료와 관련된 건강결과 지표와 이를 개선하기 위한 방안	발표자	• 재활 치료 관련 임상 전문가	1	7
	토론자	• 주제별 토론자(관련 임상 전문가 1, 관련 정책 전문가 1)	4	
		• 고정 토론자(임상 전문가 1, 학계 전문가 1)		
	연구진		2	

주: 연구진이 직접 작성함.

워크숍 개최 전 주제별 참석자 선정 단계 이후 세 차례의 사전회의에서는 워크숍 발표 내용 및 토론 진행과 관련한 전반적인 사항을 검토하였다. 워크숍은 5일에 걸쳐 다섯 차례 개최되며, 각 회차당 발표 1시간 이내, 토론 90분으로 진행하였다.

〈표 2-12〉 워크숍 운영 내용

일정		추진 내용	
2월	14일(월)		- 2021년 컨센서스 워크숍 결과 평가
4월	20일(수)	사전회의	- (연구진, 고정 토론자) 워크숍 운영 전반에 대한 사전회의
5월	-		- 워크숍 주제별 참석자(발표자 및 토론자) 섭외 및 발표자 명단 확정
	18일(수)	사전회의	- (발표자) 워크숍 사전회의
	20일(금)	사전회의	- (발표자) 워크숍 사전회의

일정		추진 내용	
6월	2일(목)	사전회의	- (발표자) 워크숍 사전회의
	14일(화)		- 워크숍 주제별 토론자 추가 섭외 및 최종 명단 확정
	24일(금)	워크숍(1차)	- (1차) 의료시스템 관점에서 급성기 의료와 관련된 건강결과 지표와 이를 개선하기 위한 방안
	27일(월)	워크숍(2차)	- (2차) 의료시스템 관점에서 치과질환과 관련된 건강결과 지표와 이를 개선하기 위한 방안
7월	1일(금)	워크숍(3차)	- (3차) 의료시스템 관점에서 암 질환과 관련된 건강결과 지표와 이를 개선하기 위한 방안
	4일(월)	워크숍(4차)	- (4차) 의료시스템 관점에서 알츠하이머병과 관련된 건강결과 지표와 이를 개선하기 위한 방안
	18일(월)	워크숍(5차)	- (5차) 의료시스템 관점에서 재활 치료와 관련된 건강결과 지표와 이를 개선하기 위한 방안

주: 연구진이 직접 작성함.

나. 논의 결과

1) 급성기 의료

급성기 의료에서는 ‘급성기 의료’에 대한 정의와 평가 범위를 정하고 급성기 의료 관련 지표 및 이를 개선하는 방안에 대해 논의가 이루어졌다. 이때 ‘급성기’는 질병 분류(disease category)⁹⁾상의 급성질환(Acute disease)이 아닌 질병 단계(phase of care)에서의 급성기¹⁰⁾ 케어를 의미하는데, 시스템 수준에서 지속적으로 모니터링해야 하는 총괄지표로 ‘입원환자 사망률’, ‘재입원율’ 지표가 제안되었고, 개선영역으로는 ‘장기질환을 가진 사람들의 응급입원’이 제안되었다. ‘재입원’ 지표는 급성기 에피소드에 대한 대응으로 ‘입원’이 이루어지면 그 대응이 잘 되었는지를 평가하는 것 중의 하나가, 잘 치료해서 퇴원하였으므로 그 환자는 일정 기간 내에는 병원에 다시 돌아오지 않을 것이라는 가정에 기반한다. 다만 요양병원의 경우 급성기 치료가 아닌 장기 케어(long term care)를 목표로 하여 환자를 시설에 입소하도록 만들어진 구조이므로 이를 고려

9) 급성질환(Acute disease)은 기존에 없던 갑작스럽게 발생한 건강문제이며, 만성질환(Chronic disease)이란 장기간 앓고 서서히 진행되며 오랫동안 또는 때로는 평생 동안 지속되는 의학적 상태를 의미한다.

10) 정형선 등 (2019)은 질환이 발생하면 급성기 후 회복기를 거쳐 유지기/생활기로 진행하거나 혹은 아급성기를 거쳐 만성기로 진행되는 단계를 설명하면서 단계별로 적절한 재활서비스가 제공되어야 유지기/생활기나 만성기에 적절한 삶의 질을 유지할 수 있다고 하였다(정형선 등, 2019, p.147).

해야 한다는 의견이 있었다. 이와 함께 재입원을 지표를 제시함에 있어서 재입원율이 낮더라도 재원 일수가 긴 문제가 발생할 수 있으므로 재원 일수 지표를 같이 고려할 것을 제안하였다. 재입원율에 대한 추가 의견으로, “우리나라가 OECD 평균보다 급성기 재입원이 높으므로 급성기(acute)와 아급성기(subacute)를 구분하여 산출할 필요가 있는데, 같은 재입원을 지표라고 하더라도 정의, 산출 방법에 따라 해석이 전혀 달라지기 때문에 재입원율이 가지는 의미도 달라질 수 있다”고 하였으며, “국가 수준에서 시스템을 평가하기 위한 재입원, 계획되지 않은 재입원이라고 한다면 사실 동일 기관 뿐만 아니라 타 기관까지 포함하여 재입원을 산출해야 의료시스템이 가지는 의미를 제대로 파악할 수 있을 것”이라는 의견이 있었다.

2) 치과 질환

시스템 수준에서 지속적으로 모니터링해야 하는 치과 질환 관련 지표로는 ‘치아우식’, ‘치주질환’, ‘다수치아상실’ 등의 지표가 제시되었다. 치과 질환은 일반적으로 외래에서 중요하게 여겨지는 질환으로, 사망률이나 입원에 미치는 영향은 적은 질환이다. 이에 2영역(만성질환관리)이나 3영역(급성기의료, 재활) 중 어느 영역에 포함시켜야 할지에 대한 논의가 있었다. 한 전문가는 “치과 질환 중 가장 중요하게 생각되는 부분이 치아 상실일 것이고 치아상실에 따른 삶의 질을 중심으로 다룬다면 2영역이 적절할 것”이라고 하였던 반면, “보철치료 같은 경우는 재활과 관련되어 있으므로 3영역이 될 수도 있으며, 구강질환을 어느 영역에 초점을 맞추어 지표를 구성할 것인지 고민해봐야 할 것”이라는 의견도 있었다. 개선과제와 관련해 보장성 강화를 통한 치과 진료 접근성 개선 등이 제시되었다. 또한 현재 우리나라의 전체 치과 의료인프라는 다른 국가들과 비슷한 수준이지만, 지역 간 편차는 여전하므로 지역 간 불균형 실태를 확인하기 위한 모니터링이 필요할 것으로 보인다는 의견도 있었다.

3) 암 질환

암 질환 관련 지표는 효과성 영역별(1~3영역)로 각각 다루어야 할 지표가 제시되었다. 1영역(치료 가능한 사망 예방)에서는 암 검진을 통해 암을 조기 발견해서 치료나 수술

이후 관리를 잘 받음으로써 5년 생존율을 얼마나 높이는가가 중요하므로 ‘5년 이내 사망률’, ‘암 검진 수검률’, ‘암 환자의 암사망률과 비암성 사망률 비교’ 지표 등이 제안되었다. 2영역(장기질환을 가진 사람들의 삶의 질 개선)에서는 암이 만성질환인 만큼 EQ-5D 같은 건강 관련 삶의 질 도구로 측정한 ‘암 환자의 삶의 질’ 지표가 제안되었다. 3영역(질병 및 손상 치료·회복 지원)에서는 ‘암 수술 사망률’ 지표에 대한 의견이 있었다. 전반적으로 우리나라에 부족하다고 생각하는 지표를 중심으로 국제 비교가 가능한 지표를 마련하는 것이 중요하며, 암 질환자의 동반 질환 관련 지표를 함께 살펴볼 것을 제안하였다. 또한 한 전문가는, 암 진단을 받은 사람들은 재입원 등의 지표 산출 시 제외¹¹⁾되어 해당 지표에 영향을 줄 가능성이 있으므로, 이러한 부분을 살펴보기 위해 복합 지표를 고려해볼 것을 제안하였다.

4) 치매

고령화와 만성질환의 영향으로 사회적·부담 비용이 증가하고 있는 대표적인 장기 질환인 알츠하이머병을 다룬 주제에서는 예방-조기진단-치료(악화관리)-요양(말기 치매환자 케어) 등 단계별로 고려되어야 하는 결과지표와 개선방안에 대한 논의가 이루어졌다. 첫 번째 예방 단계에서는, 경도인지장애 환자가 알츠하이머병으로 진행된 경우를 관리하는 측면에서 ‘경도인지장애의 알츠하이머병 이행률’이 지표로 제시되었다. 경도인지장애가 있는 사람들이 관리를 잘함으로써 알츠하이머병으로 이행되지 않는 부분이 매우 중요하며, 경도인지장애가 알츠하이머병이나 치매의 고위험군이기 때문에 예방적 차원에서의 적극적인 관리가 필요하다고 강조했다. 두 번째 조기진단 단계에서 고려해 볼 수 있는 지표로서는 ‘치매 추정 진단율’이 제시되었다. 다만 추정 환자 수가 지속적으로 바뀐다는 점이 문제로 제기되었다. 이와 함께 초기에 의료인프라 차이로 소득수준에 따른 치매 진단 격차 문제가 있다는 것이 공유되었다. 세 번째 치료(악화 관리) 단계에서는, ‘지역사회 치매 관리 비율’, ‘발병 후 요양시설 입소까지의 기간’, ‘말기 치매 환자의 삶의 질’, ‘치매 환자 돌봄자(보호자)의 삶의 질’, ‘항정신병 약물 사용’ 지표 등이 제안되었다. ‘지역사회 치매 관리 비율’은 환자가 사망하거나 요양

11) 재입원 평가에서는 암 질환, 정신질환, 재활, 산과, 전원, 사망 환자는 제외됨.

병원 또는 요양원에 3개월 이상 입원 또는 입소하는 경우를 지역사회 치매 환자 관리 종료 시점으로 추정하며 ‘발병 후 요양시설 입소까지의 기간’과 유사한 개념으로 볼 수 있다. 네 번째 요양(말기치매환자 케어) 단계와 관련해서는 관련 정책이나 개선방안에 대한 논의가 주를 이루었다. 치매안심센터가 설치되면서 치매인 줄 모르고 방치되어 있던 사람들을 전반적으로 검사했는데 저소득층에서 많이 발견된 것으로 나타났다. 이렇게 발견된 사람들을 어떻게 관리해 나갈 것인지가 앞으로의 정책과제가 되어야 할 것이며, 저소득층 치매 환자의 경우 돌봄자나 가족들의 부담이 높고 환자를 돌보는 과정에서 같이 무너질 수 있으므로 저소득층 치매 환자 관리를 위해 정책적으로 지원해 줄 수 있는 방안이 필요하다는 의견이 있었다.

5) 재활 치료

재활 치료를 주제로 하는 워크숍에서는 ‘재활 영역’에서의 서비스 제공 실태와 문제점을 진단하고, 국가 의료시스템 수준에서 재활서비스의 질을 지속적으로 모니터링하기 위해 살펴볼 수 있는 지표의 종류와 특성, 그리고 지표 설계의 장기방향성 등에 대한 논의가 이루어졌다. 우선 재활치료 제공 실태와 관련해서는 “뇌졸중 환자 등 재활 치료가 필요한 환자의 상당수가 수술 후 재활서비스를 충분히 이용하지 못하고 있는 상황으로, 수술 후 재활치료 단절에 따른 입원 증가 가능성”을 언급하면서 외래 재활 서비스 부족에 따른 문제점을 개선하기 위해 인프라 구축 및 시스템 정비, 관련 인력 충원 등이 필요하다는 의견이 제시되었다. 결과 측면의 단기지표로는 ‘발병 1년 이내 가정복귀율’과 ‘대상 질환 총 재원 기간’이, 장기지표로는 ‘대상 질환 중 노동가능인구 직업복귀율’, ‘장애인 평균 ADL 점수’, ‘대상 질환 사망률’, ‘장애인 삶의 만족도’, 그리고 ‘지역별 장애 발생률’이 포함된다. 한편, 단기 결과지표인 ‘발병 1년 이내 가정 복귀율’은 외래에서 통원 재활치료를 받더라도 가정에 복귀한 것으로 간주하며, ‘입원 청구 종료 후 2주 또는 4주 이후 다른 입원 청구가 발생하지 않는 것’으로 지표에 대한 조작적 정의가 가능하다고 하였다. 한편, 지표 값 추정에 있어서 급여화가 필요한 재활 서비스들이 비급여로 남아 있음에 따라 재활치료 이용률이 과소추계되는 등 추정 결과의 편이(bias) 발생 가능성에 대한 우려도 제기되었다. 재활 영역 결과지표의 장기방향성에 대해서는 “건강보험심사평가원에서 환자중심 진료결과(PROM, patient reported

outcome measures)를 수집하는 구조가 될 경우, 이를 국가 전체 의료시스템을 평가하는 도구로 활용하는 방안”을 고려해볼 수 있다는 제안이 있었다. 그 밖에도 재활치료의 접근성과 질 제고 방안, 이와 연계한 수가 설계 방안에 대한 논의가 이루어졌다. 우선 재활치료의 질을 높이기 위해서는 ‘기능평가 치료 계획의 수립’이 필요하다는 의견이 있었고, 한 전문가는 “가감산 제도를 적극적으로 활용하고 있는 일본 사례”에 대한 설명을 덧붙였다. 마지막으로, “재활 의뢰에 따른 인센티브를 누구에게 지급하는 것이 적절할지”에 대한 문제 제기와 함께 의료시스템이 제대로 작동하도록 지표 설계가 필요하다는 추가 의견이 있었다.

제3절 최종 분석 틀 및 지표

컨센서스 워크숍 논의 결과에 따라 6년 차 연구의 지표를 일부 조정하였다. <효과성: 장기질환을 가진 사람들의 삶의 질 개선> 영역에서 지역사회 치매 관리율을 개선영역 지표로 추가하였고 <효과성: 질병 및 손상 치료·회복 지원> 영역에서 개선영역 지표로 입원 후 30일 내 사망을 추가하였고 퇴원 후 외래 재활서비스를 받으며 독립생활을 유지하는 비율을 추가하였다. 이와 함께 치과 질환과 관련해 저작 불편 호소율을 추가하였다. 암 질환과 관련해서는 75세 미만 사망률과 5년 생존율을 지표로 유지하였다.

〈표 2-13〉 최종 분석 틀 및 지표

영역별 지표	자료원	방식
효과성: 치료 가능한 사망 예방		
치료 가능한 원인으로 인한 잠재수명 손실연수(75세 미만 성인, 아동)	사망원인통계	○
75세 이상의 기대여명(남, 여)	생명표(통계청)	○
신생아 사망률	사망원인통계	●
심뇌혈관 질환으로 인한 75세 미만 사망률	사망원인통계	○
호흡기 질환으로 인한 75세 미만 사망률	사망원인통계	○
간 질환으로 인한 75세 미만 사망률	사망원인통계	○
암으로 인한 75세 미만 사망률	사망원인통계	○
모든 암 환자의 5년 생존율	중앙암등록본부	●
폐암, 간암, 대장암 및 유방암의 5년 생존율	중앙암등록본부	●
자살사망률	통계청	●

영역별 지표		자료원	방식
심각한 정신질환을 앓고 있는 성인의 75세 미만 초과사망률	건강보험청구자료	○	
영아 사망률	사망원인통계	●	
아동 암 5년 생존율	중앙암등록본부	○	
효과성: 질병 및 손상 치료·회복 지원			
일반적으로 병원 입원이 필요하지 않은 급성질환으로 인한 응급입원	건강보험청구자료	○	
퇴원 후 30일 내 응급 재입원	건강보험청구자료	○	
울혈성 심부전, 허혈성 뇌졸중 응급입원 1년 내 사망 및 입원	건강보험청구자료	○	
하기도 감염으로 인한 아동의 응급입원	건강보험청구자료	○	
입원 30일 내 사망	보건의료질통계	●	
뇌졸중 환자의 활동/생활 습관(Modified Rankin Scale) 개선 정도			
퇴원 후 재활서비스 제공 및 독립생활 유지율(65세 이상)	건강보험청구자료	○	
저작 불편 호소율	국민건강영양조사	○	
효과성: 질병 및 손상 치료·회복 지원			
일반적으로 병원 입원이 필요하지 않은 급성질환으로 인한 응급입원	건강보험청구자료	○	
퇴원 후 30일 내 응급 재입원	건강보험청구자료	○	
입원 30일 내 사망	건강보험청구자료	○	
울혈성 심부전, 허혈성 뇌졸중 응급입원 1년 내 사망 및 입원	건강보험청구자료	○	
하기도 감염으로 인한 아동의 응급입원	건강보험청구자료	○	
뇌졸중 환자의 활동/생활 습관(Modified Rankin Scale) 개선 정도			
퇴원 후 재활서비스 제공 및 독립생활 유지율(65세 이상)	건강보험청구자료	○	
저작 불편 호소율	국민건강영양조사	○	
환자 중심성·반응성: 치료에 대한 사람들의 긍정적인 경험 개선			
외래서비스 환자 만족도	의료서비스 이용 경험 조사	-	
입원서비스 환자 만족도	의료서비스 이용 경험 조사	-	
호스피스 환자 만족도	중앙호스피스센터	●	
응급의료 환자 만족도	국립중앙의료원	●	
환자 안전: 보건의료로 인한 위해로부터 보호, 안전한 환경에서 치료하고 돌봄			
환자 안전사고로 인한 사망			
환자 안전사고로 인한 심각한 위해			
환자 안전사고 발생률	환자안전사고실태조사	●	
퇴원 후 90일 내 정맥혈전증(Venous Thromboembolism)으로 인한 사망			
의료 관련 감염 사건(HCAI)-클로스트리디움 디피실(C. Difficile)	건강보험청구자료	○	
낙상 사건 발생률	퇴원손상심층조사	○	
투약 오류 사건 발생률			
임신 기간이 37주 이상인 출생아의 신생아 중환자실 입원)	건강보험청구자료	○	
환자 안전사고 보고 건수	환자안전통계연보	●	

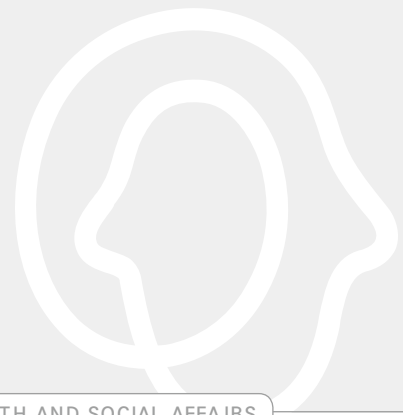
주: □ 산출 불가, ○ 직접 산출, ● 수치 인용. 굵은 글씨는 총괄지표.

자료: 김수진, 이재은, 박은혜, 배재용, 이경희, 윤난희, ...이유상. 한국의료시스템의 혁신 성과 평가(6년 차): 2021 한국 보건 의료 질 보고서. (2021). 세종: 한국보건사회연구원을 수정함.

사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



제3장

건강결과를 중심으로 한 의료 질 지표 추이와 격차

제1절 효과성

제2절 환자중심성·반응성

제3절 환자 안전

제4절 소결

제3장

건강결과를 중심으로 한 의료 질 지표 추이와 격차¹²⁾

제1절 효과성

1. 효과성: 치료 가능한 사망 예방

◆ (1영역) 효과성: 치료 가능한 사망 예방

- 적절한 의료 개입으로 치료 가능한(amenable to health care) 사망을 얼마나 예방하고 있는지 확인하기 위한 영역

〈표 3-1〉 1영역(효과성: 치료 가능한 사망 예방) 지표 분석 내용

구분	성과 지표	분석 내용	
		추이	격차
총괄지표	• 피할 수 있는 원인으로 인한 잠재수명 손실연수(75세 미만 성인, 아동)	'10-'21	지역별
	• 75세 이상의 기대여명(남, 여)	'10-'21	
	• 신생아 사망률	'10-'20	
개선영역	• 심뇌혈관 질환으로 인한 75세 미만 사망률	'10-'21	지역별
	• 호흡기 질환으로 인한 75세 미만 사망률	'10-'21	지역별
	• 간 질환으로 인한 75세 미만 사망률	'10-'21	지역별
	• 암으로 인한 75세 미만 사망률	'10-'21	지역별
	• 모든 암 환자의 5년 생존율	'11-'19	
	• 폐암, 간암, 대장암 및 유방암 5년 생존율	'11-'19	
	• 자살사망률	'11-'21	지역별
	• 심각한 정신질환을 앓고 있는 성인의 75세 미만 초과사망률	'12-'21	지역별·소득분위별 ·장애 중증도별
	• 영아 사망률	'11-'20	
	• 아동 암 5년 생존율	'11-'19	

주: 연구진이 직접 작성함.  가용한 자료 없음. 지표별 산출 방법과 자료원은 [부록1]의 〈부표 1-1〉을 참고함.

12) 의료 질 지표 추이를 검토하는 장으로 일부 지표에서 앞선 연도들은 김수진 등(2021)의 4장(pp.83-194)과 동일하다.

가. (총괄지표) 치료 가능한 원인으로 인한 잠재수명 손실연수

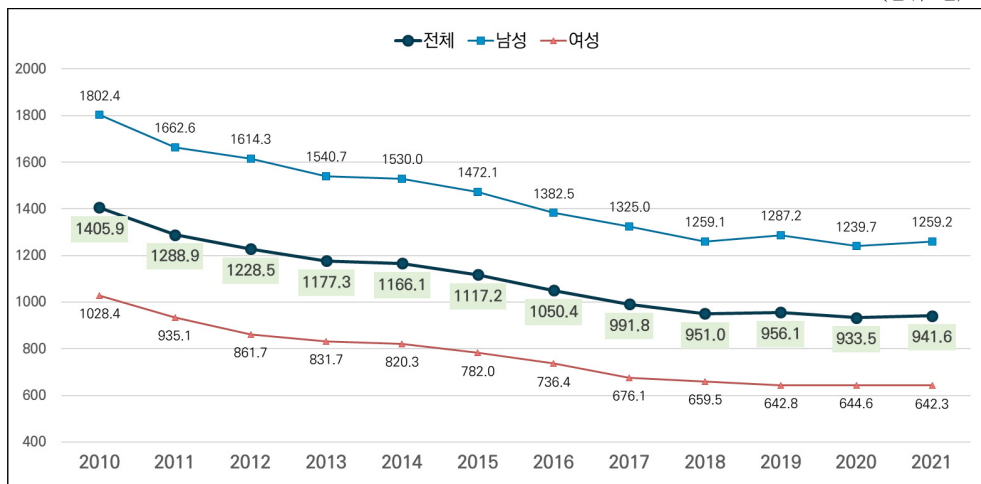
1) 치료 가능한 원인으로 인한 잠재수명 손실연수(성인)

잠재수명 손실연수(성인)는 전체적으로 감소하는 추세를 보였다. 2021년 잠재수명 손실연수(성인)는 941.6년으로 연평균 3.93% 감소하는 추세를 보이며 전년 대비 0.86% 감소하였다. 2021년 남성의 잠재수명 손실연수(성인)는 1,259.2년, 여성의 잠재수명 손실연수(성인)는 642.3년으로 나타났다.

성인의 치료 가능한 원인으로 인한 잠재수명 손실연수는 모든 지역에서 전반적으로 감소했고 지역 간 변이도 2010년 0.12에서 2021년 0.09로 소폭 감소하였다. 잠재수명 손실연수가 높은 지역은 2010년에는 부산(1,778.7년), 강원(1,640.4년) 순이었고, 2021년에는 인천(1,069.5년), 경남(1,067.4년) 순으로 나타났으며, 강원은 꾸준히 잠재수명 손실연수가 높은 편이다. 잠재수명 손실연수가 낮은 지역은 2010년에는 제주(1,139.6년), 서울(1,167.7년) 순이었고, 2021년에는 대전(827.0년), 광주(839.5년) 순으로 나타났다.

[그림 3-1] 치료 가능한 원인으로 인한 잠재수명 손실연수(성인)

(단위: 년, %)



주: 2010년 주민등록연앙인구로 성·연령 표준화 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).
 자료: 통계청. (2010~2021). [데이터자료] 사망원인통계조사.

통계청. (2010~2021). 완전생명표(1세별), <https://kosis.kr/>에서 2022.12.6. 인출.

〈표 3-2〉 치료 가능한 원인으로 인한 잠재수명 손실연수(성인): 지역별

(단위: 년)

구 분	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
서울	1167.7	1064.9	1002.0	973.5	1005.5	1043.7	1002.2	882.7	904.4	870.9	856.6	909.5
부산	1778.7	1515.7	1505.1	1430.3	1374.6	1240.7	1176.2	1146.5	1025.9	1004.8	994.1	1001.8
대구	1424.6	1559.7	1286.5	1243.1	1236.0	1163.6	1123.0	1057.0	936.3	1000.6	1040.2	973.4
인천	1430.0	1428.7	1342.1	1345.0	1303.7	1173.7	1025.5	1004.3	1036.9	1081.7	1061.6	1069.5
광주	1361.9	1206.2	1221.2	1162.7	1159.2	1055.9	1023.6	964.0	1012.5	896.6	938.8	839.5
대전	1329.2	1215.8	1136.4	1149.0	936.2	996.0	953.9	947.3	824.8	869.3	869.1	827.0
울산	1286.1	1338.5	1216.3	1272.7	1177.4	1040.5	1115.9	882.2	1006.2	923.9	891.9	846.8
세종	0.0	0.0	1352.9	1692.8	1502.0	1298.2	1110.7	1006.0	711.9	684.0	758.4	858.6
경기	1329.6	1196.9	1140.1	1101.1	1094.3	1014.3	1010.4	945.9	899.1	897.4	890.8	893.4
강원	1640.4	1412.2	1443.5	1304.4	1421.5	1325.8	1176.0	1227.6	1143.3	1212.1	1115.3	1050.0
충북	1520.2	1396.5	1261.4	1285.0	1305.1	1276.9	1167.7	1202.1	1068.4	1047.9	1030.2	1002.7
충남	1417.1	1300.4	1186.3	1215.5	1147.9	1140.2	1037.9	1148.9	1076.0	1002.8	1020.1	953.7
전북	1506.9	1349.4	1348.9	1268.2	1275.3	1192.8	1024.1	1085.6	892.7	991.1	935.1	889.9
전남	1630.4	1454.6	1555.6	1222.4	1227.8	1195.0	1260.2	1132.6	987.8	1101.0	1023.8	909.9
경북	1609.0	1543.5	1475.2	1415.6	1321.0	1358.2	1070.1	1024.3	956.3	1060.6	1026.6	1064.8
경남	1575.7	1387.9	1304.2	1184.6	1256.2	1141.6	1021.4	931.9	995.0	996.7	884.7	1067.4
제주	1139.6	925.4	957.7	1095.2	1085.7	1118.5	1027.7	760.3	1129.2	1058.3	856.6	989.9
변이	0.12	0.13	0.13	0.13	0.12	0.10	0.08	0.12	0.11	0.12	0.10	0.09
최대-최소	639.1	634.3	597.9	719.3	565.8	362.2	306.3	467.3	431.4	528.1	356.9	242.5

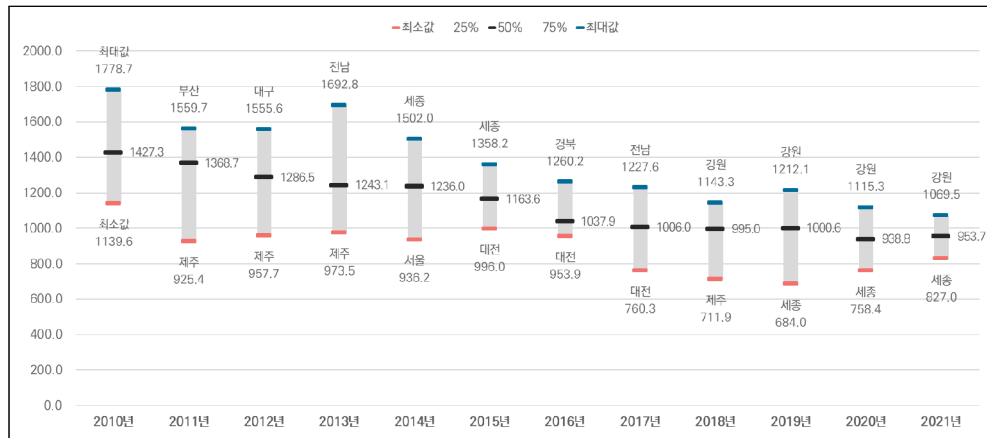
주: 2010년 주민등록연앙인구로 성·연령 표준화 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).

자료: 통계청. (2010~2021). [데이터자료] 사망원인통계조사.

통계청. (2010~2021). 완전생명표(1세별), <https://kosis.kr/>에서 2022.12.6. 인출.

[그림 3-2] 치료 가능한 원인으로 인한 잠재수명 손실연수(성인): 지역별

(단위: 년)



주: 2010년 주민등록연앙인구로 성·연령 표준화 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).

자료: 통계청. (2010~2021). [데이터자료] 사망원인통계조사.

통계청. (2010~2021). 완전생명표(1세별), <https://kosis.kr/>에서 2022.12.6. 인출.

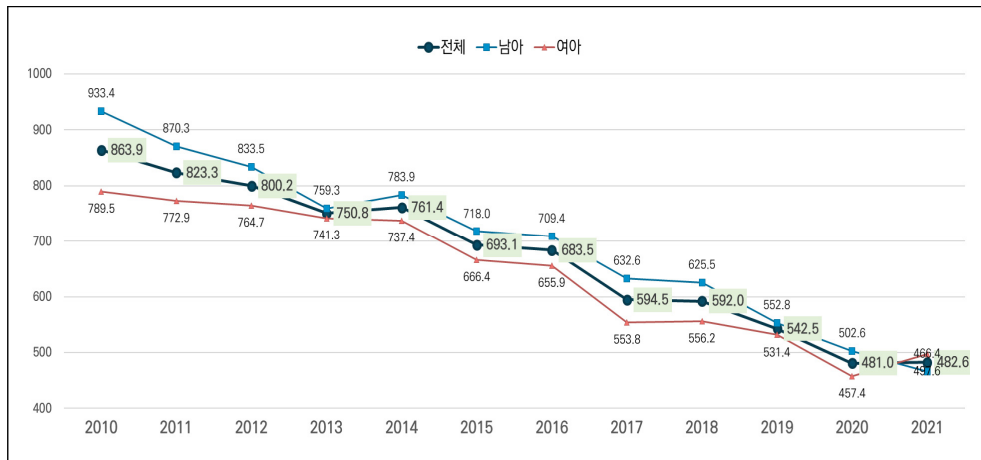
2) 치료 가능한 원인으로 인한 잠재수명 손실연수(아동·청소년)

2021년 잠재수명 손실연수(아동·청소년)는 482.6년으로 연평균 5.66% 감소하였고, 전년 대비 0.33% 증가하였다. 성별에 따라 산출된 잠재수명 손실연수(아동·청소년)는 2021년에 남아 466.4년, 여아 497.6년이었는데, 남아와 여아 모두 전체 집단과 비슷한 추이를 보였다.

아동·청소년의 치료 가능한 원인으로 인한 잠재수명 손실연수를 지역에 따라 산출한 결과, 전반적으로 감소하는 양상이었지만 지역 간 변이는 2010년 0.16에서 2021년 0.25로 증가하였다. 잠재수명 손실연수가 높은 지역은 2010년에는 대구(1,108.4년), 부산(1,091.3년) 순이었고, 2021년에는 강원(776.3년), 대구(692.4년) 순으로 강원과 대구는 전년도와 동일하게 잠재수명 손실연수가 높은 지역으로 확인되었다. 잠재수명 손실연수가 낮은 지역은 2010년에는 울산(582.8년), 충북(685.4년) 순이었고, 2021년에는 세종(232.8년), 충남(380.9년) 순으로 나타났다.

[그림 3-3] 치료 가능한 원인으로 인한 잠재수명 손실연수(아동·청소년)

(단위: 년)



주: 2010년 주민등록연앙인구로 성·연령 표준화 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).
 자료: 통계청. (2010~2021). [데이터자료] 사망원인통계조사.
 통계청. (2010~2021). 완전생명표(1세별), <https://kosis.kr/>에서 2022.12.6. 인출.

〈표 3-3〉 치료 가능한 원인으로 인한 잠재수명 손실연수(아동·청소년): 지역별

(단위: 년)

구 분	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
서울	829.6	708.5	740.0	693.7	717.4	646.4	573.8	495.6	517.9	497.2	337.4	449.7
부산	1091.3	1031.2	689.3	823.5	952.6	873.3	831.7	682.9	641.4	502.4	427.3	608.9
대구	1108.4	1013.3	1161.6	1088.0	1096.1	1013.1	1507.4	868.9	808.1	710.6	769.3	692.4
인천	996.2	935.8	989.5	927.1	722.9	899.0	712.9	799.9	741.3	536.0	614.9	448.2
광주	775.4	654.2	657.8	552.2	463.8	609.9	404.7	472.7	506.0	355.5	461.8	421.3
대전	886.0	814.9	824.5	675.0	900.3	853.0	623.3	620.6	595.5	584.6	440.8	479.4
울산	582.8	815.1	907.2	701.5	632.0	532.1	545.3	636.9	571.1	648.3	351.0	398.0
세종	-	-	580.1	495.6	1152.2	949.8	801.2	450.3	746.0	745.9	-	232.8
경기	778.2	749.4	642.2	739.1	627.9	663.5	585.6	517.2	557.0	500.0	465.3	436.8
강원	1049.5	761.5	1335.8	1023.3	1150.6	625.3	770.8	579.0	488.2	770.9	639.1	776.3
충북	685.4	635.5	912.8	707.3	727.2	734.6	777.5	614.4	472.3	446.1	807.7	615.5
충남	868.1	804.0	950.7	664.8	800.4	623.2	539.8	545.7	763.5	651.8	509.3	380.9
전북	902.1	1055.0	1097.4	865.1	728.4	642.5	698.8	665.3	539.5	680.0	313.8	546.4
전남	821.2	980.5	728.2	752.2	564.6	459.9	577.3	457.4	314.0	275.6	422.8	505.4
경북	987.0	1047.2	1009.0	761.6	1070.1	668.7	837.7	913.2	774.6	780.2	509.2	506.6
경남	879.0	930.7	658.7	564.4	920.9	544.8	774.8	560.1	652.9	576.8	625.7	467.4
제주	855.3	534.3	883.5	792.5	529.0	989.5	777.3	741.6	538.1	338.6	595.2	523.6
변이	0.16	0.19	0.24	0.21	0.27	0.24	0.33	0.22	0.22	0.27	0.28	0.25
최대-최소	525.6	520.7	755.7	592.4	688.4	553.2	1102.7	462.9	494.1	504.6	493.9	543.5

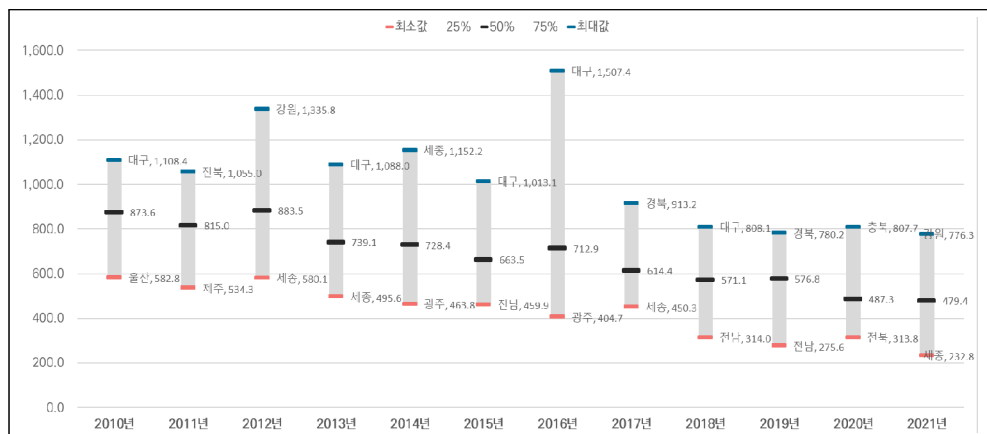
주: 2010년 주민등록연앙인구로 성·연령 표준화 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).

자료: 통계청. (2010~2021). [데이터자료] 사망원인통계조사.

통계청. (2010~2021). 완전생명표(1세별), <https://kosis.kr/>에서 2022.12.6. 인출.

[그림 3-4] 치료 가능한 원인으로 인한 잠재수명 손실연수(아동·청소년): 지역별

(단위: 년)



주: 2010년 주민등록연앙인구로 성·연령 표준화 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).

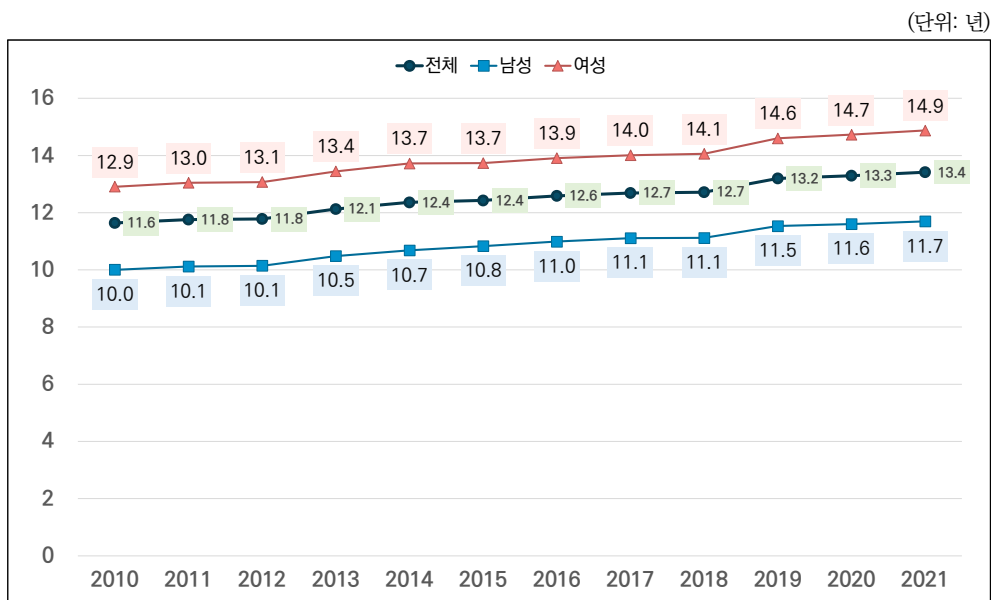
자료: 통계청. (2010~2021). [데이터자료] 사망원인통계조사.

통계청. (2010~2021). 완전생명표(1세별), <https://kosis.kr/>에서 2022.12.6. 인출.

나. (총괄지표) 75세 이상의 기대여명(남, 여)

총괄지표인 75세 이상의 기대여명은 남성과 여성 모두에서 전반적으로 증가하는 추세를 보였다. 연평균 증가율은 남성 1.4%, 여성 1.3%로 남성이 여성보다 조금 더 빠르게 증가하는 것으로 나타났다. 전년 대비 증가율은 여성에서 조금 더 높았는데 2021년 기준으로 남성의 75세에서 기대여명은 11.6년으로 전년과 비교했을 때 0.81% 증가하였고, 여성의 75세에서 기대여명은 14.9년으로 전년과 비교했을 때 0.99% 증가하였다.

[그림 3-5] 75세의 기대여명(성별)

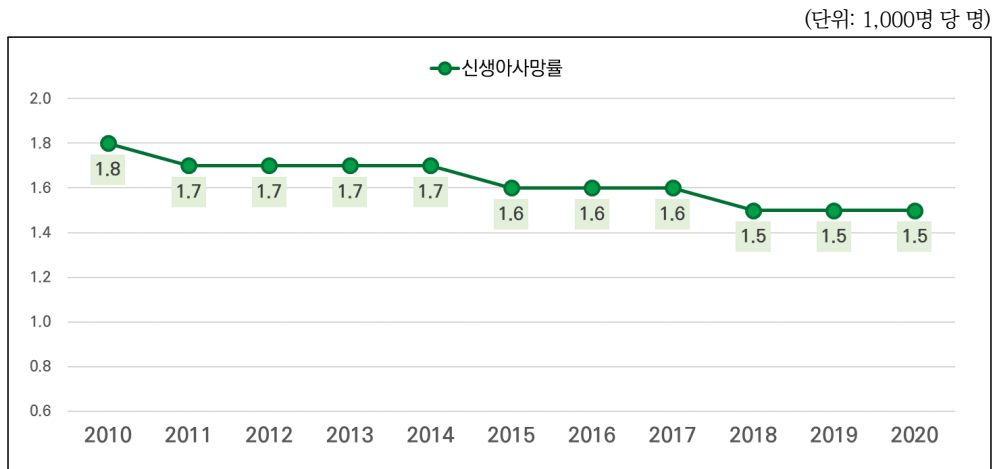


자료: 통계청. (2010~2021). 완전생명표(1세별). <https://kosis.kr/>에서 2022.12.6. 인출.

다. (총괄지표) 신생아 사망률

2020년 신생아 사망률은 출생아 1,000명당 1.5명으로 2010년 이후 연평균 2.01% 감소하였고, 전년 대비 6.25% 감소하였다.

[그림 3-6] 신생아 사망률



자료: UN (2020). 신생아 사망률(출생아 1,000명당). https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_2UNS0023&conn_path=I2에서 2022. 11. 28. 인출.

라. 심뇌혈관 질환으로 인한 75세 미만 사망률

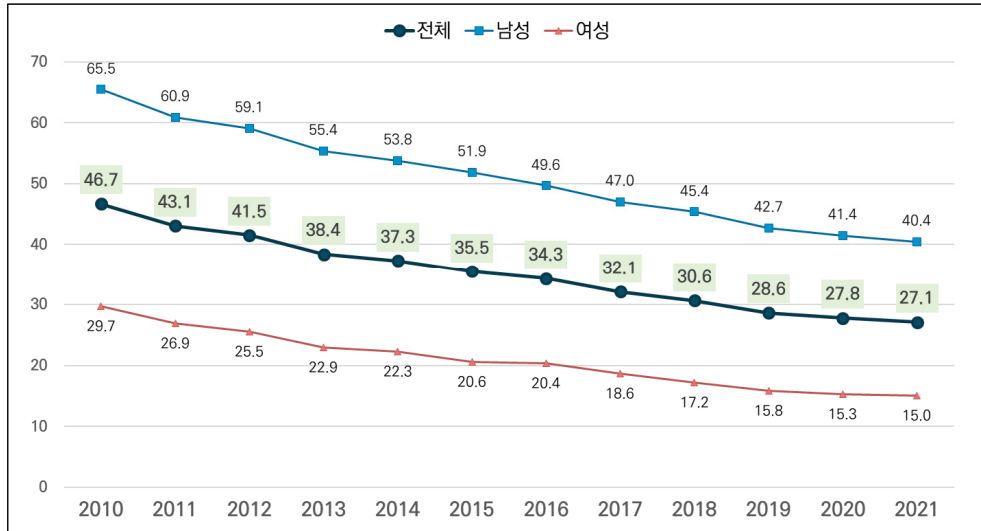
심뇌혈관 질환으로 인한 75세 미만 사망률은 전체적으로 감소하는 추세를 보였다. 2021년 심뇌혈관 질환으로 인한 사망률은 인구 10만 명당 27.1명으로 연평균 5.3% 감소하였고, 전년 대비 2.44% 감소하였다. 2021년 남성의 심뇌혈관 질환 사망률은 인구 10만 명당 40.4명, 여성의 심뇌혈관 질환 사망률은 인구 10만 명당 15.0명이었는데, 2011년과 비교하였을 때 절대적인 감소량은 남성이 더 컸다.

심뇌혈관 질환으로 인한 75세 미만 사망률은 모든 지역에서 전반적으로 감소하였는데 지역 간 변이는 2010년 0.14, 2021년 0.14였다. 심뇌혈관 질환으로 인한 사망률이 높은 지역은 2010년에는 부산(61.2명), 경남(57.2명) 순이었고, 2021년에도 마찬가지로 부산(33.5명), 경남(33.2명) 순으로 부산, 경남은 꾸준히 심뇌혈관 질환으로 인한

사망률이 높은 편이었다. 심뇌혈관 질환으로 인한 사망률이 낮은 지역은 2010년에는 제주(35.3명), 서울(36.5명) 순이었고, 2021년에는 대전(19.4명), 광주(23.5명)이었다.

[그림 3-7] 심뇌혈관 질환으로 인한 75세 미만 사망률

(단위: 100,000명당 명)



주: 2010년 주민등록연앙인구로 성·연령 표준화 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).
 자료: 통계청. (2010-2021). [데이터자료] 사망원인통계조사.

〈표 3-4〉 심뇌혈관 질환으로 인한 75세 미만 사망률: 지역별

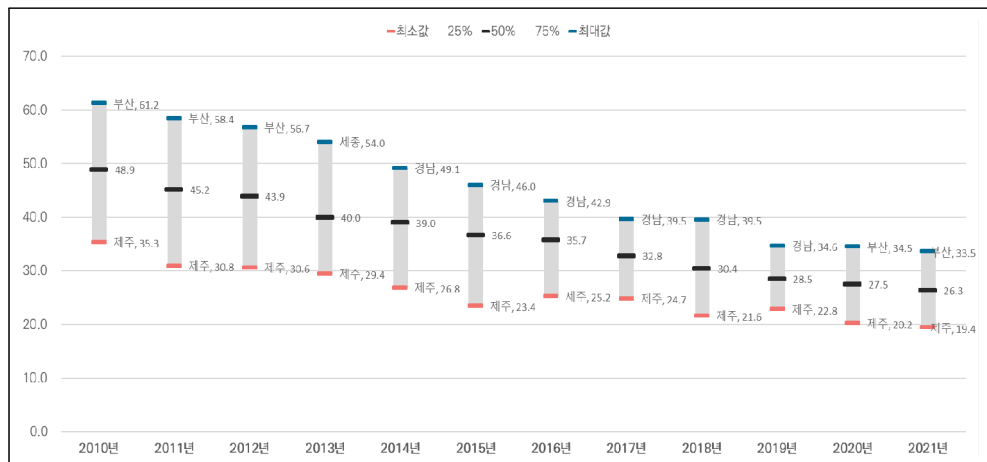
(단위: 100,000명당 명)

구 분	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
서울	36.5	32.2	30.8	29.4	28.7	29.9	29.2	28.3	28.2	25.7	25.0	25.0
부산	61.2	58.4	56.7	51.3	48.3	42.4	41.2	37.2	35.2	33.8	34.5	33.5
대구	50.9	52.0	44.9	43.5	43.6	42.8	41.3	35.7	35.0	28.1	28.8	29.2
인천	49.6	48.2	43.9	42.4	41.7	36.1	36.6	32.8	33.0	31.5	27.5	29.3
광주	43.1	38.1	38.8	33.3	37.8	36.7	31.0	29.8	30.4	24.8	24.6	23.5
대전	46.0	42.8	37.3	34.1	26.8	27.8	25.2	26.7	26.3	22.8	21.4	19.4
울산	51.2	49.9	47.0	46.7	39.9	43.4	36.2	31.4	32.8	31.7	33.0	32.6
세종	-	-	51.7	54.0	39.4	44.6	32.2	25.7	21.6	24.7	23.6	23.6
경기	42.4	37.6	37.2	34.1	34.3	31.7	31.8	30.0	28.8	27.2	25.9	24.9
강원	51.1	45.2	42.0	37.9	37.7	36.6	36.6	32.1	32.4	33.0	30.2	29.5
충북	48.1	45.4	44.3	40.0	39.0	35.3	36.5	34.0	30.4	29.2	28.5	26.4
충남	45.5	43.6	39.8	39.5	37.1	34.0	34.3	34.2	31.5	28.4	27.3	25.9
전북	47.9	43.8	42.9	39.5	39.6	35.7	34.6	32.9	24.8	28.5	27.5	26.2
전남	52.3	45.1	47.0	40.8	36.8	38.8	36.0	34.5	29.1	29.1	27.1	25.8
경북	53.1	49.5	48.3	43.4	42.3	40.4	35.7	33.0	29.3	29.1	30.5	29.6
경남	57.2	54.2	55.2	50.2	49.1	46.0	42.9	39.5	39.5	34.6	34.2	33.1
제주	35.3	30.8	30.6	32.8	28.1	23.4	27.8	24.7	25.0	24.4	20.2	26.3
변이	0.14	0.17	0.17	0.17	0.16	0.17	0.14	0.13	0.15	0.12	0.15	0.14
최대-최소	25.9	27.5	26.1	24.6	22.3	22.6	17.7	14.8	17.8	11.9	14.3	14.2

주: 2010년 주민등록연앙인구로 성·연령 표준화 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).
 자료: 통계청. (2010~2021). [데이터자료] 사망원인통계조사.

〔그림 3-8〕 심뇌혈관 질환으로 인한 75세 미만 사망률: 지역별

(단위: 100,000명당 명)



주: 2010년 주민등록연앙인구로 성·연령 표준화 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).
 자료: 통계청. (2010~2021). [데이터자료] 사망원인통계조사.

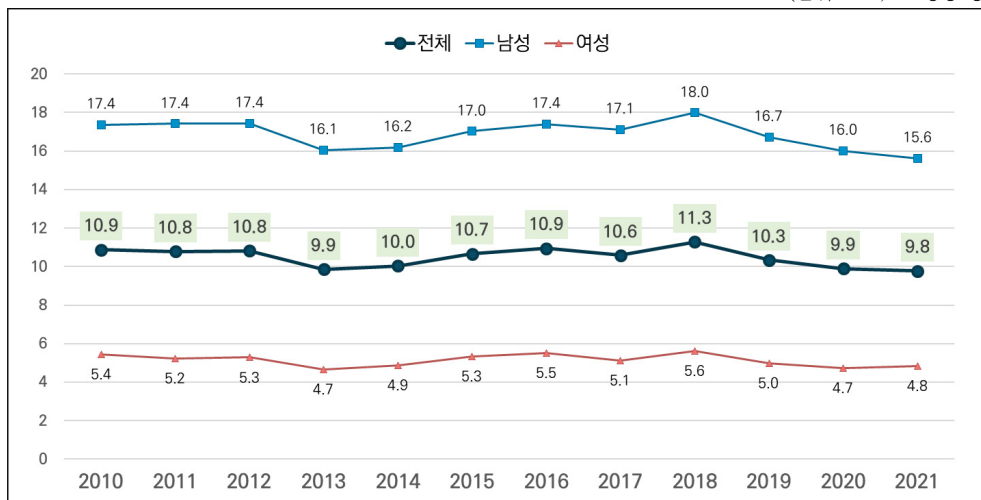
마. 호흡기 질환으로 인한 75세 미만 사망률

호흡기 질환으로 인한 75세 미만 사망률은 전체적으로 감소하는 추세를 보였다. 2021년 호흡기 질환으로 인한 사망률은 인구 10만 명당 9.8명으로 연평균 1.07% 감소하였고, 전년 대비 1.22% 감소하였다. 2021년 남성의 호흡기 질환 사망률은 인구 10만 명당 15.6명, 여성의 호흡기 질환 사망률은 인구 10만 명당 4.8명인데, 2010년과 비교하였을 때 절대적인 감소량은 남성이 더 컸다.

호흡기 질환으로 인한 75세 미만 사망률의 지역 간 변이는 2010년 0.18, 2021년 0.22이다. 호흡기 질환으로 인한 사망률이 높은 지역은 2010년에는 충북(10만 명당 15.4명), 강원·경북(10만 명당 13.5명) 순이었고, 2021년에는 세종(10만 명당 14.4명), 대구, 강원(10만 명당 13.7명) 순으로 나타났다. 호흡기 질환으로 인한 사망률이 낮은 지역은 2010년에는 서울(10만 명당 7.5명), 제주(10만 명당 7.8명) 순이었고, 2021년에는 서울(10만 명당 6.1명), 부산(10만 명당 8.4명) 순으로 서울은 지속적으로 낮은 편에 속했다.

[그림 3-9] 호흡기 질환으로 인한 75세 미만 사망률

(단위: 100,000명당 명)



주: 2010년 주민등록연앙인구로 성·연령 표준화 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).
자료: 통계청. (2010~2021). [데이터자료] 사망원인통계조사.

〈표 3-5〉 호흡기 질환으로 인한 75세 미만 사망률: 지역별

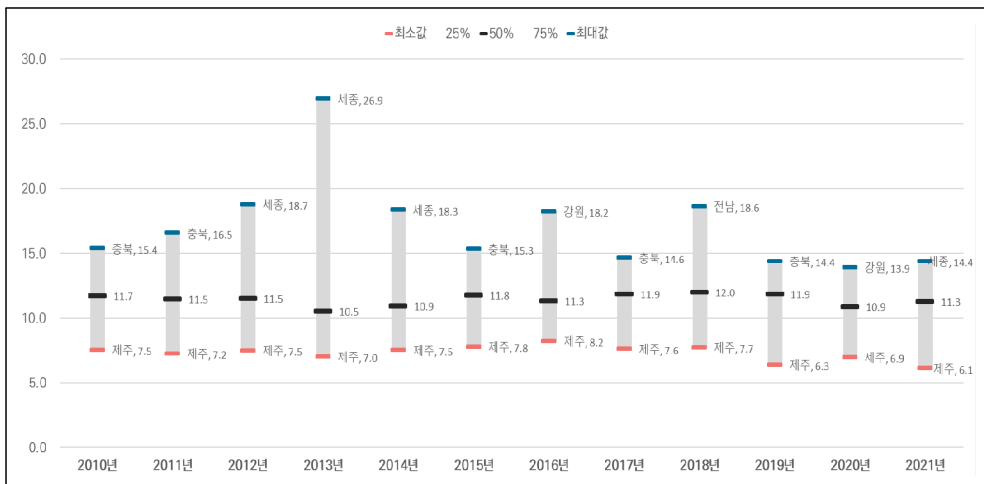
(단위: 100,000명당 명)

구 분	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
서울	7.5	7.2	7.7	7.0	7.8	8.1	8.2	7.6	7.7	7.5	6.9	6.1
부산	13.0	12.1	13.3	10.7	9.6	11.3	11.3	11.9	11.8	8.5	9.1	8.4
대구	10.3	11.1	10.1	9.8	12.5	12.1	10.5	14.3	12.3	12.1	12.1	13.7
인천	13.4	11.7	11.5	10.5	9.8	11.3	11.5	10.0	13.7	9.7	11.2	13.1
광주	10.7	10.6	10.7	10.5	8.7	11.1	10.8	14.1	13.0	11.5	11.8	12.0
대전	10.7	9.8	7.5	7.5	7.5	9.4	8.7	10.1	8.2	12.9	9.3	9.7
울산	11.4	11.6	11.1	9.8	9.7	11.7	10.7	11.1	11.5	6.9	7.5	8.7
세종	-	-	18.7	26.9	18.3	14.0	14.5	12.3	14.0	6.3	8.9	14.4
경기	9.5	9.2	9.1	8.5	8.5	7.8	9.9	8.8	9.9	8.9	9.1	8.8
강원	13.5	13.8	12.5	13.5	12.6	12.9	18.2	12.3	14.1	13.7	13.9	13.7
충북	15.4	16.5	17.2	13.5	14.1	15.3	16.3	14.6	15.7	14.4	11.6	11.8
충남	10.8	10.4	11.5	11.4	12.0	11.8	12.5	10.1	12.0	13.1	11.1	9.9
전북	12.0	11.3	12.2	10.5	12.5	12.5	12.2	10.0	11.2	12.9	10.9	13.1
전남	12.0	12.1	14.0	12.0	10.9	13.7	12.0	13.5	18.6	12.9	11.7	13.2
경북	13.5	14.0	13.7	13.3	11.8	14.9	12.2	12.2	14.8	14.0	13.5	11.3
경남	12.1	12.4	11.9	11.2	11.9	13.1	11.3	13.5	10.6	11.5	10.6	9.7
제주	7.8	9.4	9.5	7.2	10.6	9.2	10.2	9.1	11.4	11.9	7.5	9.0
변이	0.18	0.19	0.25	0.39	0.24	0.19	0.21	0.18	0.22	0.23	0.20	0.22
최대-최소	7.8	9.3	11.3	19.9	10.8	7.6	10.0	7.1	10.9	8.0	7.0	8.2

주: 2010년 주민등록연앙인구로 성·연령 표준화 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).
 자료: 통계청. (2010~2021). [데이터자료] 사망원인통계조사.

[그림 3-10] 호흡기 질환으로 인한 75세 미만 사망률: 지역별

(단위: 100,000명당 명)



주: 2010년 주민등록연앙인구로 성·연령 표준화 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).
 자료: 통계청. (2010~2021). [데이터자료] 사망원인통계조사.

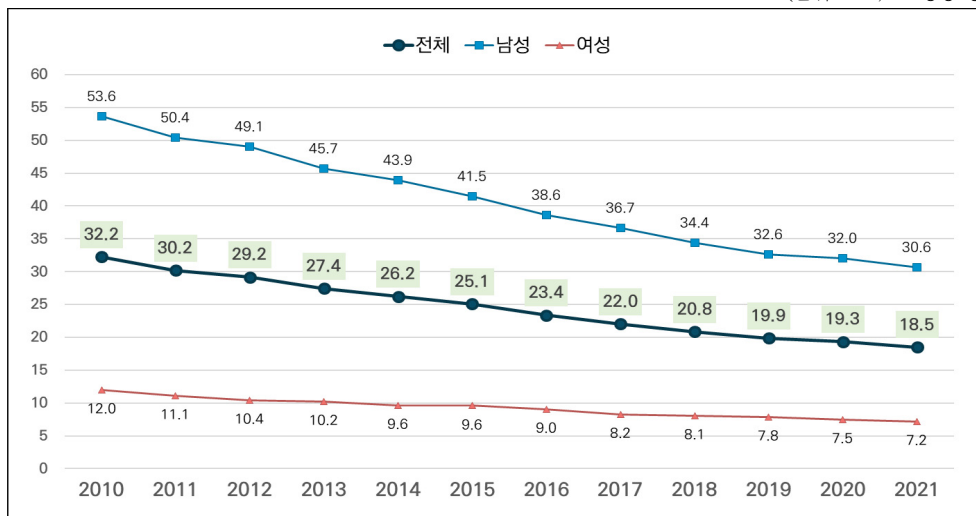
바. 간 질환으로 인한 75세 미만 사망률

간 질환으로 인한 75세 미만 사망률은 전체적으로 감소하는 추세를 보였다. 2021년에 간 질환으로 인한 사망률은 인구 10만 명당 18.5명으로 연평균 4.77% 감소하였고, 전년 대비 4.2% 감소하였다. 2021년 남성의 간 질환 사망률은 인구 10만 명당 30.6명, 여성의 간 질환 사망률은 인구 10만 명당 7.2명인데, 2010년과 비교할 때 절대적인 감소량은 남성이 더 컸다.

간 질환으로 인한 75세 미만 사망률은 모든 지역에서 전반적으로 감소하였는데 지역 간 변이는 2010년, 2021년 모두 0.16으로 동일했다. 간 질환으로 인한 사망률이 높은 지역은 2010년에는 전남(10만 명당 42.3명), 경남(10만 명당 42.0명) 순이었고, 2021년에는 제주(10만 명당 23.6명), 강원(10만 명당 22.6명) 순으로 제주는 꾸준히 간 질환으로 인한 사망률이 높은 편이었다. 간 질환으로 인한 사망률이 낮은 지역은 2010년에는 대전(10만 명당 25.6명), 서울(10만 명당 26.4명) 순이었고, 2021년에는 세종(10만 명당 13.7명), 대전(10만 명당 14.9명) 순으로 대전은 지속적으로 낮은 편에 속했다.

[그림 3-11] 간 질환으로 인한 75세 미만 사망률

(단위: 100,000명당 명)



주: 2010년 주민등록연앙인구로 성·연령 표준화 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).
 자료: 통계청. (2010~2021). [데이터자료] 사망원인통계조사.

〈표 3-6〉 간 질환으로 인한 75세 미만 사망률: 지역별

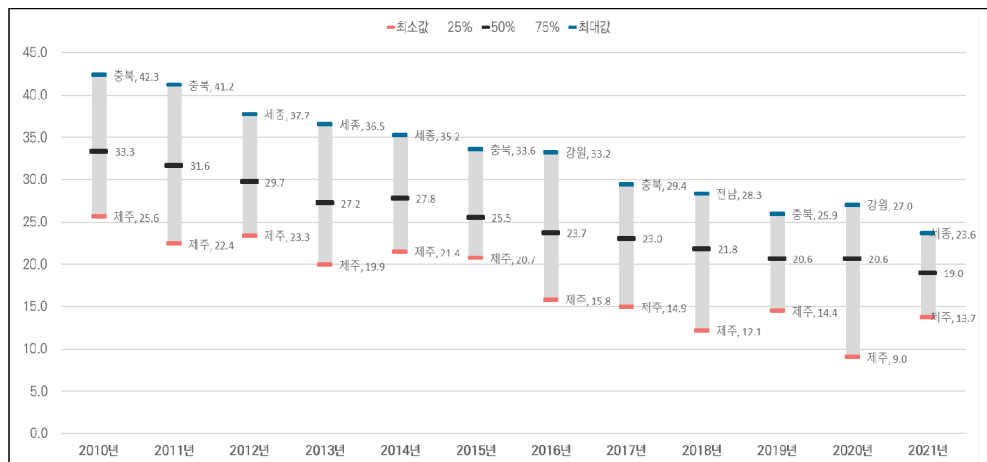
(단위: 100,000명당 명)

구 분	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
서울	26.4	24.5	23.3	22.4	21.4	21.8	19.6	18.6	18.5	17.6	16.9	17.2
부산	37.6	37.3	34.6	32.6	31.6	29.9	28.8	25.7	25.3	25.6	23.9	22.4
대구	34.6	31.4	33.3	30.5	28.1	25.5	25.8	23.6	22.5	20.6	21.9	19.5
인천	31.0	30.7	28.4	26.9	25.3	23.7	24.0	23.0	21.6	20.7	21.1	18.8
광주	32.2	31.9	29.1	27.2	27.1	24.3	23.7	20.2	21.0	18.3	16.0	17.0
대전	25.6	22.4	24.9	19.9	21.7	21.3	18.6	17.3	15.2	16.5	14.6	14.9
울산	30.0	25.3	26.0	26.9	24.8	26.7	23.5	19.8	18.1	15.7	20.3	17.0
세종	-	-	31.5	30.2	23.0	20.7	15.8	14.9	12.1	14.4	9.0	13.7
경기	28.9	26.9	26.8	25.7	23.2	22.8	20.7	19.6	18.0	17.7	16.8	16.1
강원	41.3	37.8	35.9	36.0	30.5	29.0	30.4	29.4	28.3	24.1	23.4	22.6
충북	31.5	32.0	28.3	27.2	23.9	27.0	23.3	22.7	21.8	21.5	22.8	19.0
충남	33.3	30.4	29.7	26.1	27.8	24.6	21.3	23.8	21.9	19.4	19.1	19.5
전북	33.3	27.5	29.6	26.3	29.4	24.4	23.0	22.6	21.1	19.8	18.3	16.7
전남	42.3	41.2	37.7	36.5	35.2	33.6	33.2	27.3	25.2	24.8	25.7	21.8
경북	34.8	32.2	34.3	28.8	29.0	27.1	24.0	27.2	22.7	22.4	22.5	22.0
경남	42.0	39.2	35.0	33.8	33.2	29.8	28.0	24.3	25.2	22.6	20.6	22.1
제주	40.4	38.0	35.1	33.4	32.2	28.4	28.8	27.6	25.2	25.9	27.0	23.6
변이	0.16	0.18	0.14	0.16	0.15	0.13	0.19	0.17	0.19	0.17	0.22	0.16
최대-최소	16.7	18.8	14.4	16.6	13.8	12.9	17.4	14.5	16.2	11.5	18.0	9.9

주: 2010년 주민등록연앙인구로 성·연령 표준화 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).
 자료: 통계청. (2010~2021). [데이터자료] 사망원인통계조사.

[그림 3-12] 간 질환으로 인한 75세 미만 사망률: 지역별

(단위: 100,000명당 명)



주: 2010년 주민등록연앙인구로 성·연령 표준화 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).
 자료: 통계청. (2010~2021). [데이터자료] 사망원인통계조사.

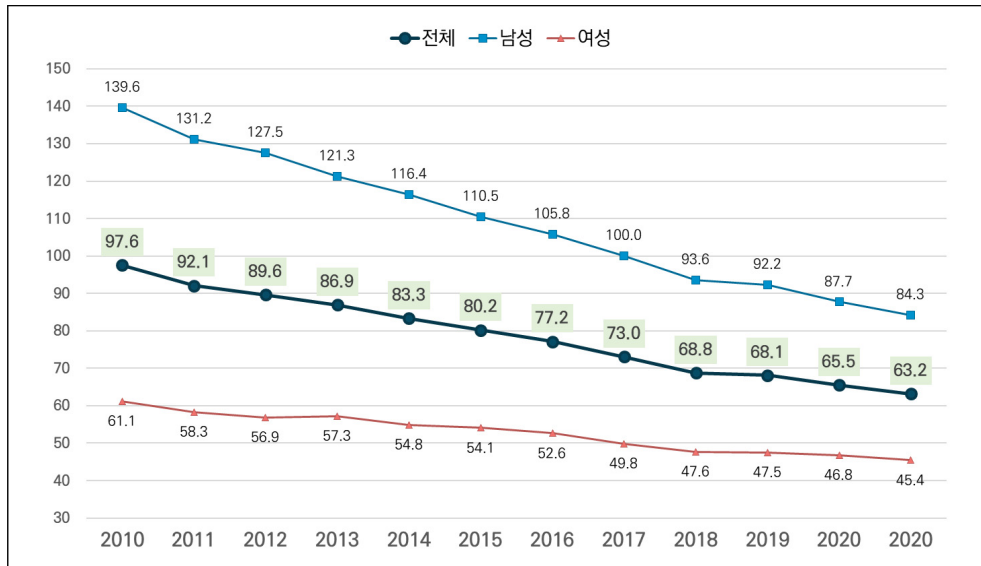
사. 암으로 인한 75세 미만 사망률

암으로 인한 75세 미만 사망률은 전체적으로 감소하는 추세를 보이며, 2021년 암으로 인한 사망률은 인구 10만 명당 63.2명으로 연평균 4.3% 감소하였고, 전년 대비 3.6% 감소하였다. 2021년 남성의 암으로 인한 사망률은 인구 10만 명당 84.3명, 여성의 암으로 인한 사망률은 인구 10만 명당 45.4명인데, 2010년과 비교할 때 절대적인 감소량은 남성이 더 컸다.

암으로 인한 75세 미만 사망률은 모든 지역에서 전반적으로 감소했고 지역 간 변이는 2010년 0.06, 2021년 0.09로 거의 변화가 없었다. 암으로 인한 사망률이 높은 지역은 2010년에는 강원(10만 명당 108.8명), 경남(10만 명당 107.7명) 순이었고, 2021년에는 강원(10만 명당 73.2명), 부산(10만 명당 71.12명) 순이었다. 암으로 인한 사망률이 낮은 지역은 2010년에는 서울(10만 명당 87.0명), 경기(10만 명당 93.3명) 순이었고, 2021년에는 세종(10만 명당 50.2명), 울산(10만 명당 56.6명) 순으로 나타났다.

[그림 3-13] 암으로 인한 75세 미만 사망률

(단위: 100,000명당 명)



주: 2010년 주민등록연앙인구로 성·연령 표준화 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).
자료: 통계청. (2010~2021). [데이터자료] 사망원인통계조사.

〈표 3-7〉 암으로 인한 75세 미만 사망률: 지역별

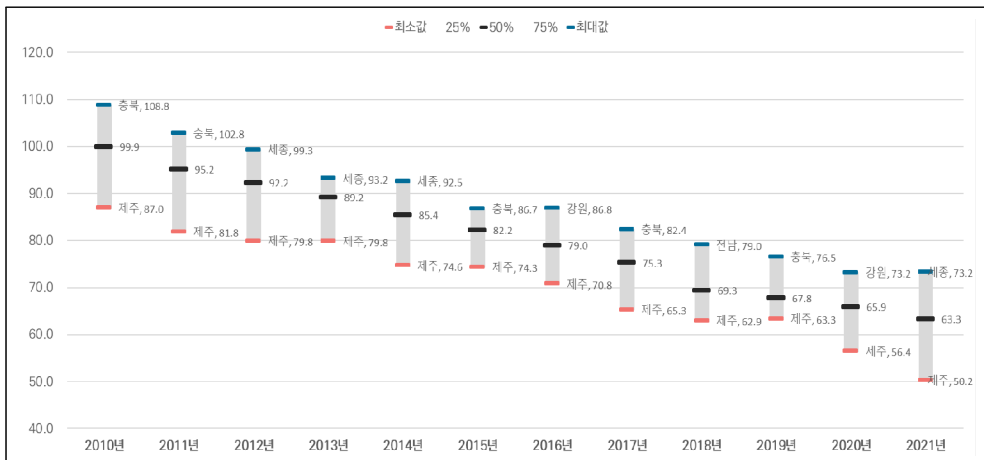
(단위: 100,000명당 명)

구 분	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
서울	87.0	81.8	79.8	79.8	75.7	74.3	70.8	65.3	63.8	63.3	60.6	59.0
부산	103.6	98.9	98.3	92.4	91.4	86.7	85.6	77.2	79.0	76.0	73.2	71.1
대구	97.3	92.4	88.7	89.2	81.6	78.8	79.1	73.1	68.1	67.8	66.3	61.1
인천	96.3	97.0	91.0	89.1	87.2	80.4	78.3	74.6	70.4	70.6	68.9	64.0
광주	100.1	95.8	91.5	91.5	89.8	82.9	80.2	74.3	72.3	67.2	64.7	63.3
대전	95.7	88.4	89.6	85.8	74.6	80.9	73.6	69.7	62.9	66.4	62.0	58.1
울산	104.8	88.2	89.4	90.9	82.1	86.1	77.4	69.4	65.1	63.3	64.9	56.6
세종	-	-	92.8	88.8	88.2	80.8	82.7	73.1	67.2	66.3	56.4	50.2
경기	93.3	87.9	85.4	83.7	79.9	76.3	72.7	69.8	65.3	66.1	62.9	60.9
강원	108.8	100.8	99.3	92.3	90.5	84.2	86.8	82.4	71.5	76.5	71.5	73.2
충북	99.8	99.6	93.4	89.2	85.4	84.6	83.1	79.5	71.0	72.6	71.7	68.0
충남	100.6	92.9	91.7	84.5	88.1	81.5	74.5	79.2	69.6	65.8	65.9	64.8
전북	98.3	89.6	92.2	86.7	84.8	80.7	78.4	76.5	70.6	67.1	64.5	60.9
전남	107.1	101.7	95.8	93.2	92.5	85.5	80.3	75.3	66.2	68.7	71.2	62.7
경북	103.0	95.7	94.1	90.8	84.0	82.2	77.9	78.5	69.3	69.5	66.2	65.4
경남	107.7	102.8	96.6	91.2	89.7	85.8	84.5	77.3	77.1	70.3	68.0	67.9
제주	97.8	94.6	94.8	88.6	82.9	84.7	79.0	76.4	69.2	75.7	65.6	64.6
변이	0.06	0.06	0.05	0.04	0.06	0.04	0.06	0.06	0.06	0.06	0.07	0.09
최대-최소	21.8	21.0	19.5	13.3	17.9	12.4	16.1	17.1	16.1	13.2	16.8	23.0

주: 2010년 주민등록연앙인구로 성·연령 표준화 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).
 자료: 통계청. (2010~2021). [데이터자료] 사망원인통계조사.

[그림 3-14] 암으로 인한 75세 미만 사망률: 지역별

(단위: 100,000명당 명)

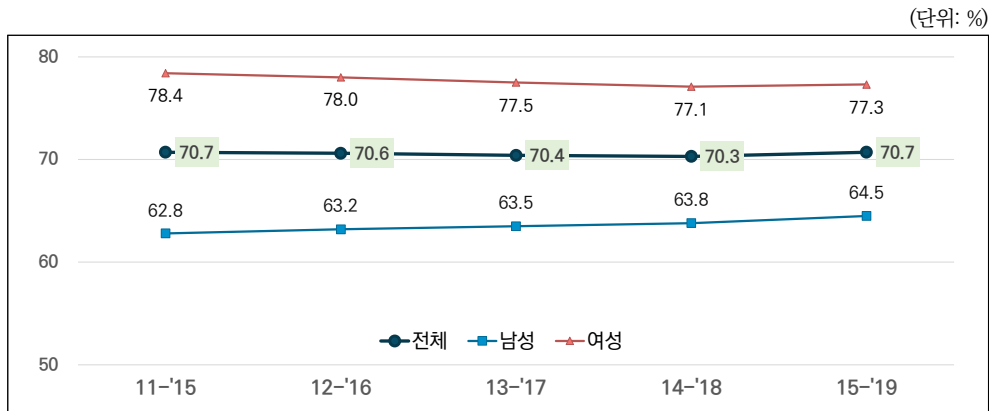


주: 2010년 주민등록연앙인구로 성·연령 표준화 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).
 자료: 통계청. (2010~2021). [데이터자료] 사망원인통계조사.

아. 모든 암 환자의 5년 생존율

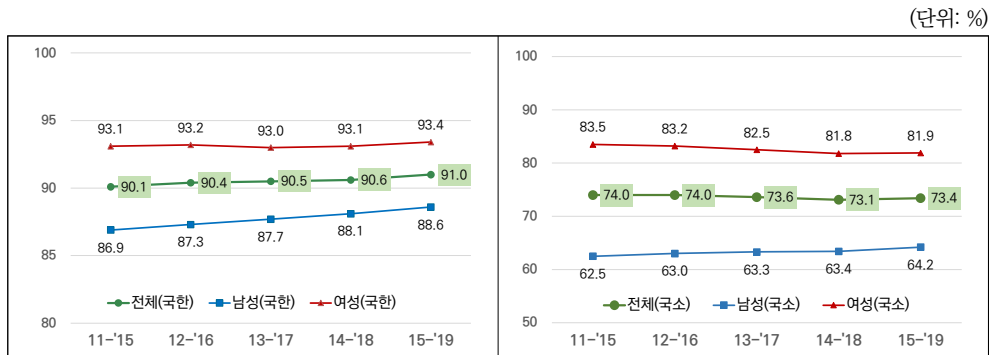
모든 암 환자의 5년 생존율에 대한 연간 추이를 살펴본 결과 전체적으로 큰 변화는 나타나지 않았다. 성별에 따라 산출된 모든 암 5년 상대 생존율은 남녀가 다른 추세를 보였다. 남성의 2015~2019년 상대 생존율은 64.5%로 2011~2015년 대비 1.7%p 증가한 반면, 여성의 2015~2019년 상대 생존율은 77.3%로 2011~2015년 대비 1.1%p 감소하였다. 국한암의 5년 상대생존율은 남녀 모두에서 소폭 증가했으나 국소 암은 남성과 달리 여성에서 감소했다.

[그림 3-15] 모든 암 5년 상대 생존율 추이(전체)



자료: 중앙암등록본부. (2017~2021). 국가암등록사업 연례 보고서. 보건복지부. 각각 pp.36-37, pp.36-37, pp.36-37, pp.38-39, pp.41-42.

[그림 3-16] 모든 암 5년 상대 생존율(전체): 요약 병기별



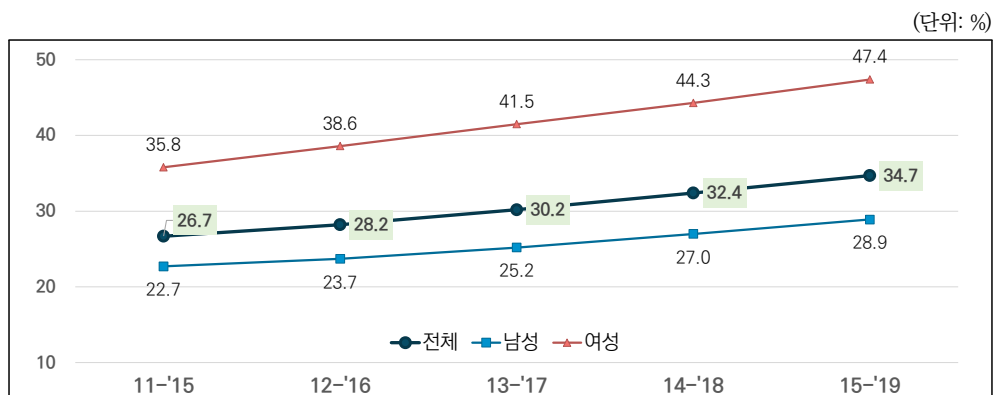
자료: 중앙암등록본부. (2017~2021). 국가암등록사업 연례 보고서. 보건복지부. 각각 pp.38-39, pp.38-39, pp.38-39, pp.40-41, pp.43-44.

자. 폐암, 간암, 대장암 및 유방암으로 인한 5년 생존율

1) 폐암 5년 생존율

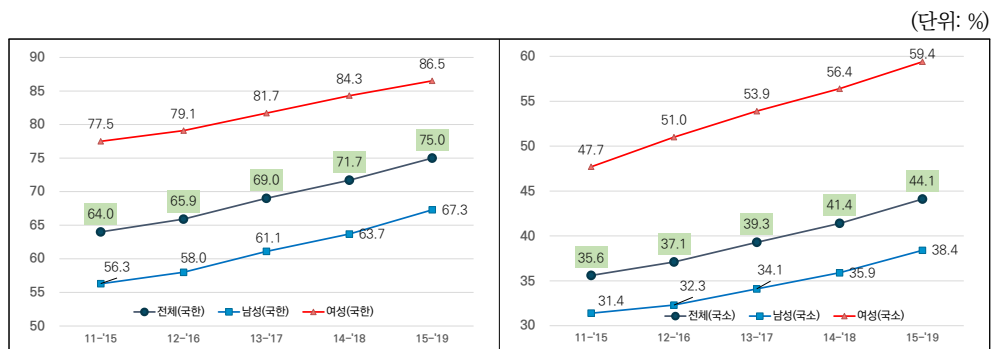
폐암 5년 상대 생존율은 2015~2019년 34.7%로 2011~2015년 대비 8.0%p 증가하였다. 2015~2019년 남성과 여성은 각각 28.9%, 47.4%로 2011~2015년 대비 각각 6.2%p, 11.6%p 증가했다. 요약 병기별로 살펴보면 2015~2019년 국한 75.0%, 국소 44.1%였는데 국한에서는 남성이 더 증가했고(남 11.0%p, 여 9.0%p) 국소에서는 여성에서 더 증가했다(남 7.0%p, 여 11.7%p).

[그림 3-17] 폐암 5년 상대 생존율(전체)



자료: 중앙암등록본부. (2017~2021). 국가암등록사업 연례 보고서. 보건복지부. 각각 pp. 36-37, pp. 36-37, pp. 36-37, pp.38-39, pp.41-42.

[그림 3-18] 폐암 5년 상대 생존율(전체): 요약 병기별

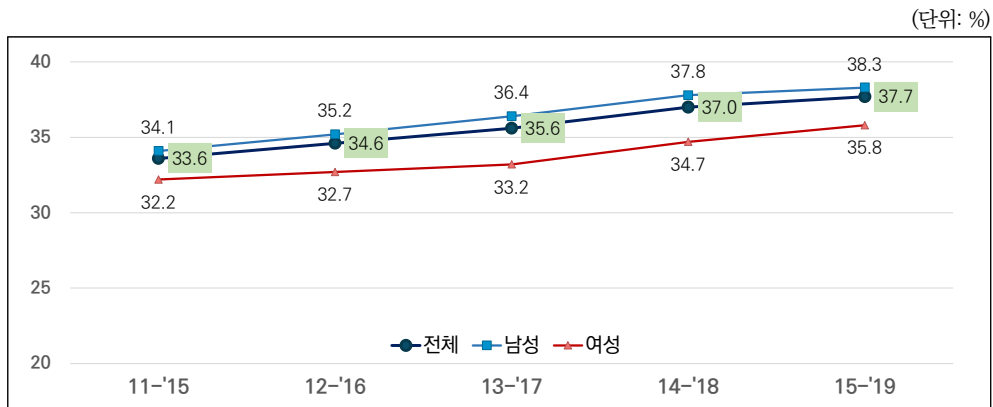


자료: 중앙암등록본부. (2017~2021). 국가암등록사업 연례 보고서. 보건복지부. 각각 pp.38-39, pp.38-39, pp.38-39, pp.40-41, pp.43-44.

2) 간암 5년 생존율

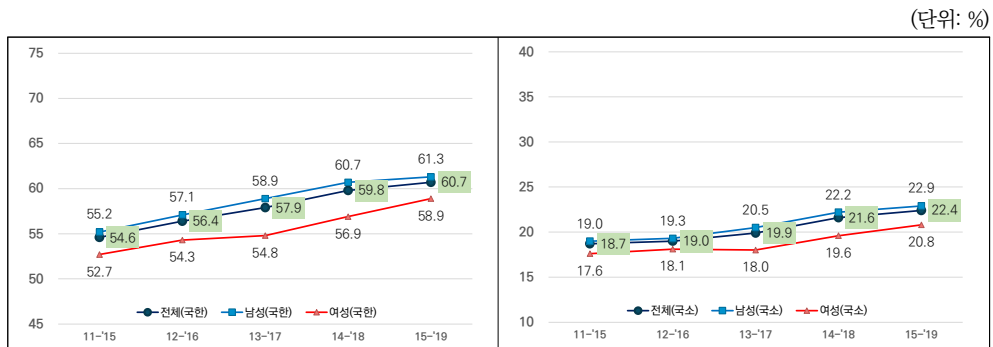
간암 5년 상대 생존율은 전체적으로 증가하는 추세를 보이며, 2015~2019년 37.7%로 2011~2015년 대비 4.1%p 증가하였다. 남성의 2015~2019년 상대 생존율은 38.3%로 2011~2015년 대비 4.2%p 증가하였고, 여성의 2015~2019년 상대 생존율은 35.8%로 2011~2015년 대비 3.6%p 증가하였다. 요약 병기별로 살펴볼 경우, 2015~2019년 국한 60.7%, 국소 22.4%였는데 국한에서는 남성 6.1%p, 여 6.2%p, 국소에서는 남성 3.9%p, 여성 3.2%p로 성별로 유사하였다.

[그림 3-19] 간암 5년 상대 생존율(전체)



자료: 중앙암등록본부. (2017~2021). 국가암등록사업 연례 보고서. 보건복지부. 각각 pp.36-37, pp.36-37, pp.36-37, pp.38-39, pp.41-42.

[그림 3-20] 간암 5년 상대 생존율(전체): 요약 병기별



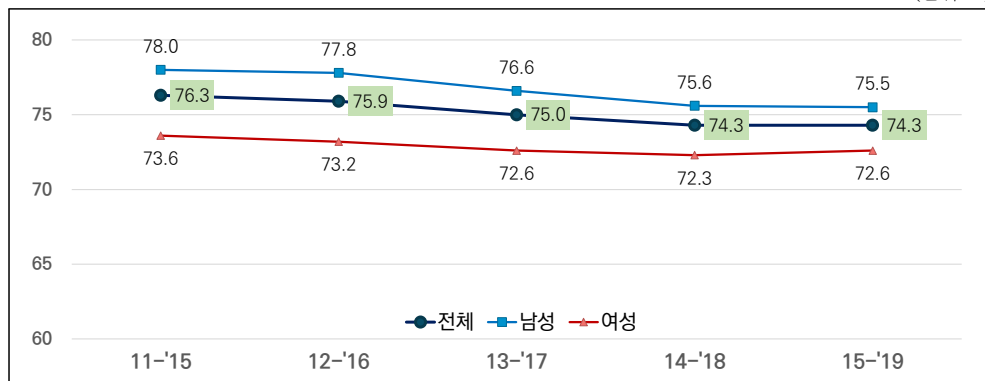
자료: 중앙암등록본부. (2017~2021). 국가암등록사업 연례 보고서. 보건복지부. 각각 pp.38-39, pp.38-39, pp.38-39, pp.40-41, pp.43-44.

3) 대장암 5년 생존율

대장암 5년 상대 생존율은 감소하는 양상을 보였다. 2015~2019년 5년 상대 생존율은 74.3%로 2011~2015년 대비 2.0%p 감소하였는데 남성에서 2.5%p 감소하여 75.5%, 여성에서 1.0%p 감소하여 72.6%였다. 요약 병기별로 볼 경우, 2015~2019년 국한 93.9%로 2011~2015년 대비 1.5%p 감소하였고, 국소 82.1%로 0.5%p 증가하였다. 국한에서 남성과 여성 모두 관측 기간 동안 5년 상대생존율이 감소하였고(남 1.8%p, 여 0.9%p) 국소에서 남성과 달리 여성은 관측 기간 동안 1.2%p 증가하였다.

[그림 3-21] 대장암 5년 상대 생존율(전체)

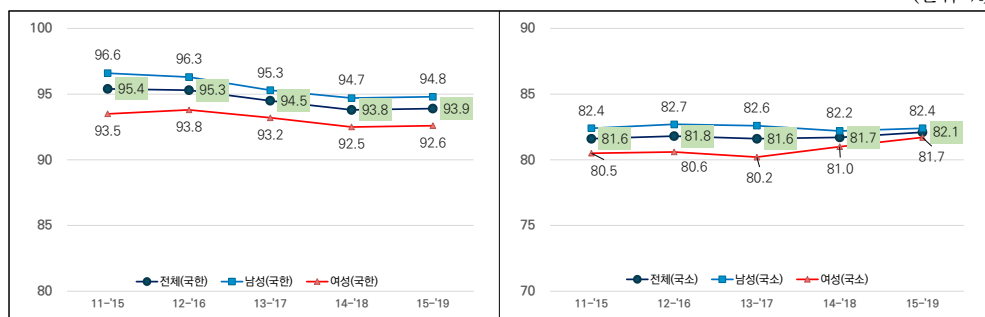
(단위: %)



자료: 중앙암등록본부. (2017~2021). 국가암등록사업 연례 보고서. 보건복지부. 각각 pp.36-37, pp.36-37, pp.36-37, pp.38-39, pp.41-42.

[그림 3-22] 대장암 5년 상대 생존율(전체): 요약 병기별

(단위: %)

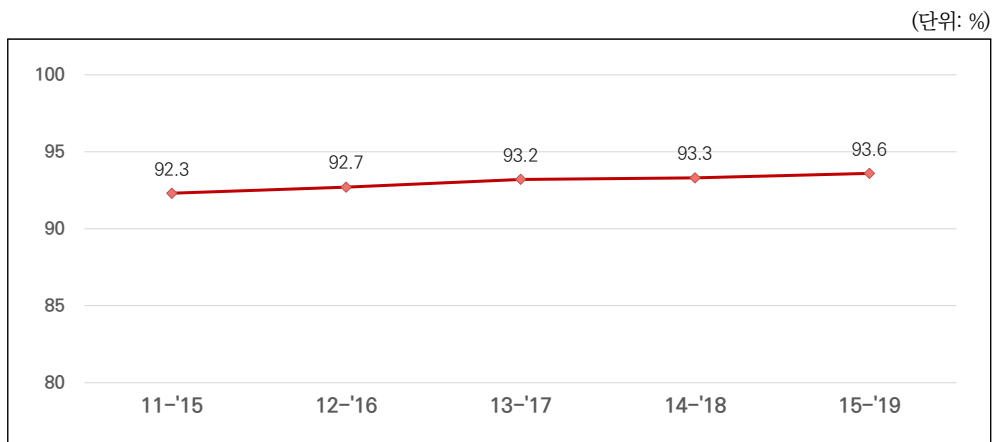


자료: 중앙암등록본부. (2017~2021). 국가암등록사업 연례 보고서. 보건복지부. 각각 pp.38-39, pp.38-39, pp.38-39, pp.40-41, pp.43-44.

4) 유방암 5년 생존율(여성)

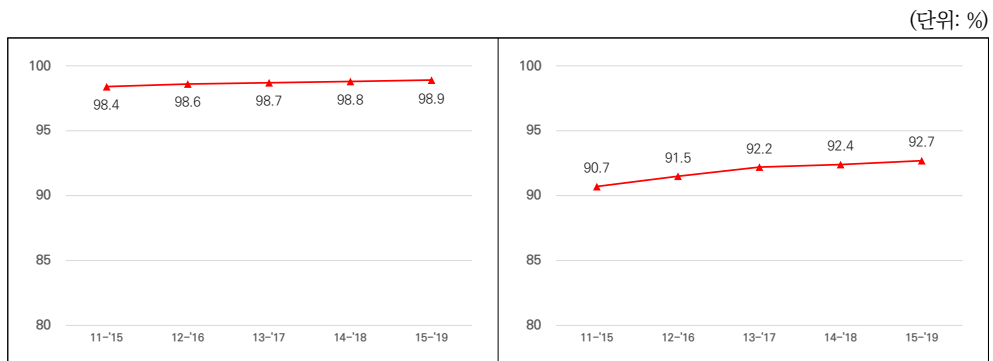
유방암 5년 상대 생존율은 전체적으로 증가하는 추세를 보이며, 2015~2019년 5년 상대 생존율은 93.6%로 2011~2015년 대비 1.3%p 증가하였다. 요약 병기별 5년 상대 생존율은 2015~2019년 기준 국한 98.9%, 국소 92.7%로 나타났고 5년간 추이를 확인해본 결과 국한 국소 모두 생존율이 상승하였다.

[그림 3-23] 유방암 5년 상대 생존율(전체)



자료: 중앙암등록본부. (2017~2021). 국가암등록사업 연례 보고서. 보건복지부. 각각 pp.36-37, pp.36-37, pp.36-37, pp.38-39, pp.41-42.

[그림 3-24] 유방암 5년 상대 생존율(전체): 요약 병기별



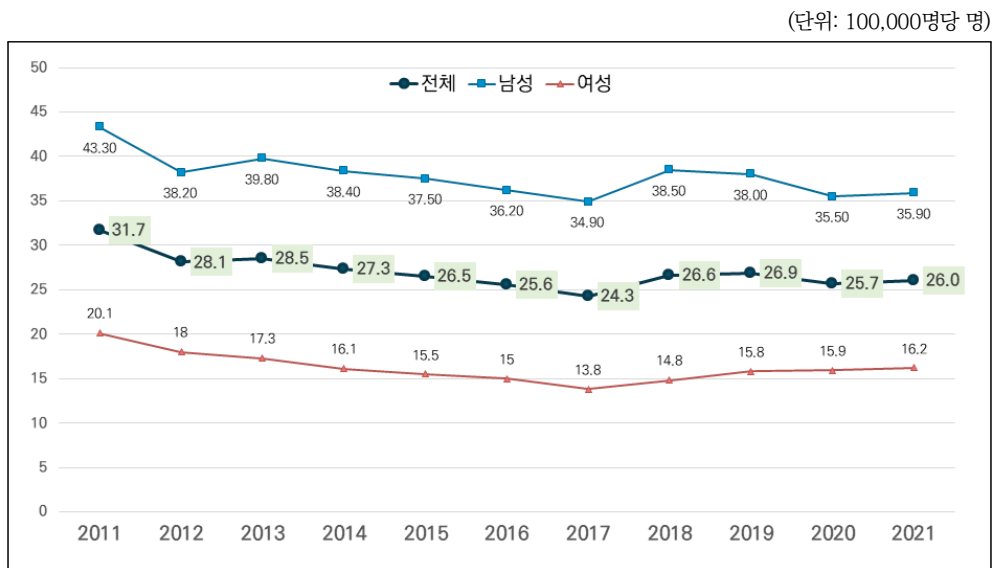
자료: 중앙암등록본부. (2017~2021). 국가암등록사업 연례 보고서. 보건복지부. 각각 pp.38-39, pp.38-39, pp.38-39, pp.40-41, pp.43-44.

차. 자살사망률

우리나라 자살사망률은 전체적으로 감소하는 추세를 보였다. 2021년 자살사망률은 10만 명당 26.0명으로 연평균 2.2% 감소하였고, 전년 대비 1.2% 증가하였다. 성별에 따라 산출된 자살사망률을 살펴보면, 남성은 2011년 43.3명에서 2021년 35.9명으로 감소하였고, 여성은 2011년 20.1명에서 2021년 16.2명으로 감소하였다.

지역에 따라 산출된 자살사망률을 살펴보면, 지역 간 변이는 2011년 0.18에서 2021년 0.13으로 약간 감소하였다. 자살사망률이 높은 지역은 2011년에는 강원(45.2명), 충남(44.9명) 순이었고, 2021년에는 강원(32.7명), 충남(32.2명) 순으로 강원과 충남은 꾸준히 자살사망률이 높은 편이었다. 자살사망률이 낮은 지역은 2011년에는 울산(25.6명), 광주(26.5명) 순이었고, 2021년에는 세종(19.0명), 서울(22.6명) 순으로 세종은 자살사망률이 지속적으로 낮은 편에 속했다.

[그림 3-25] 자살사망률



자료: 통계청, 국가통계포털. (2011~2021). 인구 십만 명당 자살률(시·도/시/군/구). <https://kosis.kr/>에서 2022.11.28. 인출

74 한국 의료시스템의 혁신 성과 평가(7년 차) - 2022 한국 보건 의료 질 보고서

〈표 3-8〉 자살사망률: 지역별

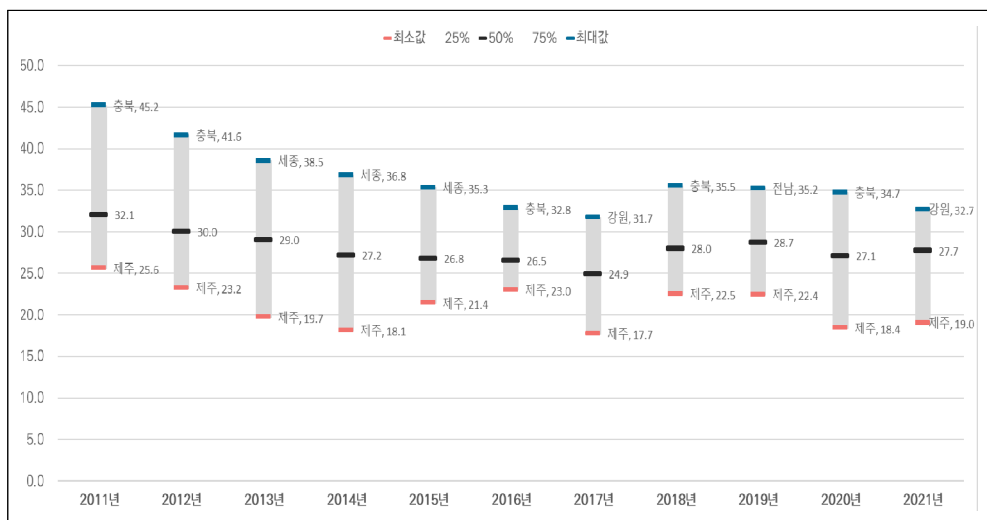
(단위: 100,000명당 명)

구 분	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
서울	26.9	23.8	25.6	24.7	23.2	23.0	21.3	22.5	22.5	22.7	22.6
부산	31.9	30.0	29.0	28.7	29.0	27.2	26.3	27.9	30.1	27.4	27.7
대구	29.6	24.2	26.8	25.2	26.8	24.2	24.9	26.8	28.7	26.1	26.3
인천	32.8	31.2	30.6	29.1	27.4	26.5	24.0	27.9	25.9	26.5	25.9
광주	26.5	25.4	22.6	23.8	21.4	23.2	22.6	25.7	23.9	22.6	26.4
대전	29.7	25.3	23.9	26.8	27.0	24.8	22.5	28.3	28.7	27.2	29.3
울산	25.6	23.2	24.8	25.4	24.3	23.5	24.4	27.1	28.2	26.4	28.5
세종	-	41.6	19.7	18.1	22.5	23.9	17.7	26.0	22.4	18.4	19.0
경기	30.5	27.0	27.9	25.7	25.3	23.0	22.9	24.2	25.4	23.7	23.6
강원	45.2	38.3	38.5	36.8	35.3	32.2	30.6	33.1	33.3	33.2	32.7
충북	38.9	36.6	34.8	31.5	30.4	32.8	28.2	31.1	31.1	27.1	31.8
충남	44.9	37.2	37.4	36.5	35.1	32.1	31.7	35.5	35.2	34.7	32.2
전북	37.3	29.2	29.7	28.8	26.6	28.5	28.4	29.7	30.2	27.8	28.5
전남	33.9	31.3	30.8	29.4	30.8	29.7	25.1	28.0	25.4	28.5	30.2
경북	35.1	32.5	31.1	28.4	27.5	28.8	26.0	29.6	29.4	28.6	29.0
경남	32.2	26.9	27.3	26.5	26.3	27.2	24.9	28.9	28.0	25.3	26.3
제주	31.0	31.5	32.9	27.2	24.5	24.0	26.7	30.6	31.7	30.0	26.1
변이	0.18	0.18	0.17	0.16	0.14	0.13	0.14	0.11	0.13	0.14	0.13
최대-최소	19.6	18.4	18.8	18.7	13.9	9.8	14.0	13.0	12.8	16.3	13.7

자료: 통계청. 국가통계포털. (2011~2021). 인구 십만 명당 자살률(시·도/시/군/구). <https://kosis.kr/>에서 2022.11.28. 인출.

〔그림 3-26〕 자살사망률: 지역별

(단위: 100,000명당 명)



자료: 통계청. 국가통계포털. (2011~2021). 인구 십만 명당 자살률(시·도/시/군/구). <https://kosis.kr/>에서 2022.11.28. 인출.

카. 심각한 정신질환을 앓고 있는 성인의 75세 미만 초과사망률

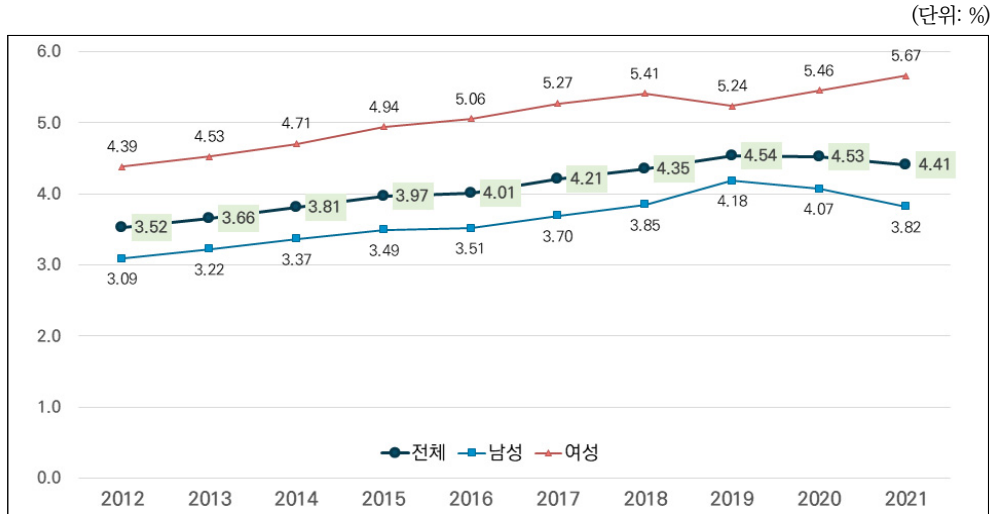
1) 조현병을 앓고 있는 성인의 75세 미만 초과사망률

조현병을 앓고 있는 성인의 75세 미만 초과사망률은 지속적으로 증가하다가 2020년부터 감소하는 양상을 보였다. 2021년 초과사망률은 4.41로 연평균 2.6% 증가하였으나 전년 대비 2.6% 감소하였다. 성별에 따라 산출한 결과, 남성은 2012년 3.1%에서 2021년 3.8%로 증가하였고, 여성은 2012년 4.4%에서 2021년 5.7%로 증가하였다.

지역에 따라 산출했을 때, 지역 간 변이는 2012년 0.10에서 2021년 0.20으로 증가하였다. 2012년에 초과사망률이 높은 지역은 울산(4.1%), 광주(4.1%) 순이었고, 2021년에는 울산(6.6%), 대구(5.4%) 순이었다. 초과사망률이 낮은 지역은 2011년에는 전남(3.0%), 경북(3.1%) 순이었고, 2021년에는 강원(3.22%), 충남(3.37%)였다.

소득분위에 따라 산출했을 때, 가구의 소득수준에 따라 차이가 있었으며, 2012년부터 2021년에 걸쳐 5분위에서 값이 가장 크고 의료급여 수급자에서 값이 가장 낮게 나타났다. 장애 중증도에 따라 산출했을 때, 중증장애인 경우 2012년부터 2017년에 걸쳐 초과사망률 값이 비슷한 수준이었다가 2018년부터는 초과사망률이 1미만으로 감소하기 시작했다. 경증장애인 경우 2020년에 감소하였으나 2021년에 소폭 증가하는 양상을 보였다. 한편 세부집단 분석 시 의료급여, 중증장애와 같이 상대적으로 취약한 계층에서 초과사망률이 낮은 이유는 이들 집단에서 중증정신질환이 없는 경우에도 사망률 자체가 높기에 상대적으로 차이가 작은 것으로 값의 해석에는 주의가 필요하다.

[그림 3-27] 조현병을 앓고 있는 성인의 75세 미만 초과사망률



주: 2012년 주민등록연앙인구를 이용한 성·연령 표준화 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).
 자료: 국민건강보험공단. (2012~2021). [데이터자료] 건강보험 맞춤형 DB.

<표 3-9> 조현병을 앓고 있는 성인의 75세 미만 초과사망률: 지역별

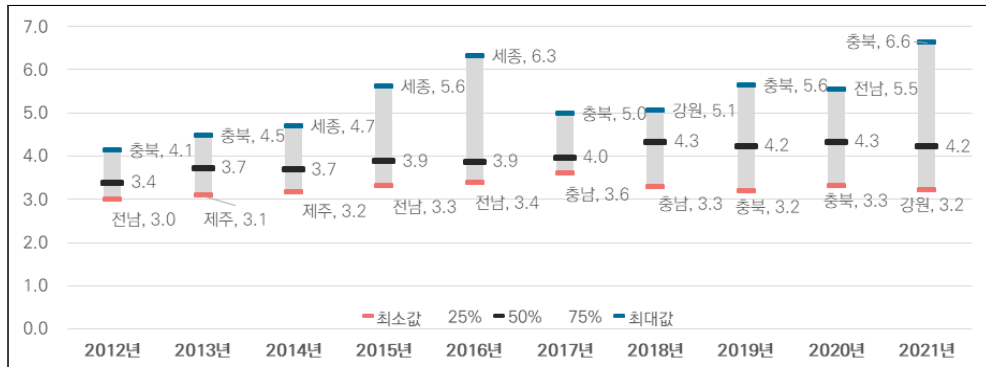
(단위: %)

구 분	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
서울	3.70	3.95	4.03	4.11	4.08	4.16	4.26	4.63	4.34	4.17
부산	3.37	3.50	3.56	3.70	3.70	3.86	3.49	4.08	4.71	4.49
대구	3.94	4.11	4.20	4.52	4.59	4.79	4.98	5.34	5.23	5.37
인천	3.70	3.96	3.94	4.31	4.20	4.23	4.57	4.42	4.06	3.67
광주	4.08	3.73	3.90	4.26	4.68	4.98	4.52	3.80	5.55	5.18
대전	3.12	3.16	3.48	3.88	3.67	3.83	4.34	3.41	4.17	3.72
울산	4.13	4.34	4.69	5.19	4.21	4.54	4.90	5.63	4.17	6.62
세종		4.47	4.05	5.60	6.31	3.73	3.55	3.33	4.79	4.51
경기	3.75	3.75	4.08	4.21	4.39	4.62	5.05	5.32	5.44	5.10
강원	3.42	3.82	3.69	4.03	3.66	3.97	4.59	4.90	3.62	3.22
충북	3.13	3.26	3.43	3.44	3.67	4.07	3.75	3.19	3.32	3.79
충남	3.18	3.37	3.24	3.67	3.69	3.60	3.28	3.62	3.72	3.37
전북	3.60	3.88	4.14	3.78	3.94	3.97	4.44	5.45	4.94	5.20
전남	3.00	3.37	3.35	3.30	3.38	3.79	3.92	4.24	3.98	4.20
경북	3.10	3.19	3.48	3.71	3.46	3.88	3.95	3.71	4.34	4.22
경남	3.37	3.44	3.58	3.66	3.87	3.85	4.34	4.22	4.03	3.68
제주	3.34	3.08	3.17	3.74	3.69	4.94	4.32	4.57	5.07	5.05
지역 간 차이	0.10	0.11	0.11	0.15	0.17	0.11	0.12	0.18	0.15	0.20
최대-최소	1.13	1.39	1.51	2.30	2.94	1.37	1.78	2.44	2.23	3.40

주: 2012년 주민등록연앙인구를 이용한 성·연령 표준화 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).
 자료: 국민건강보험공단. (2012~2021). [데이터자료] 건강보험 맞춤형 DB.

[그림 3-28] 조현병을 앓고 있는 성인의 75세 미만 초과사망률: 지역별

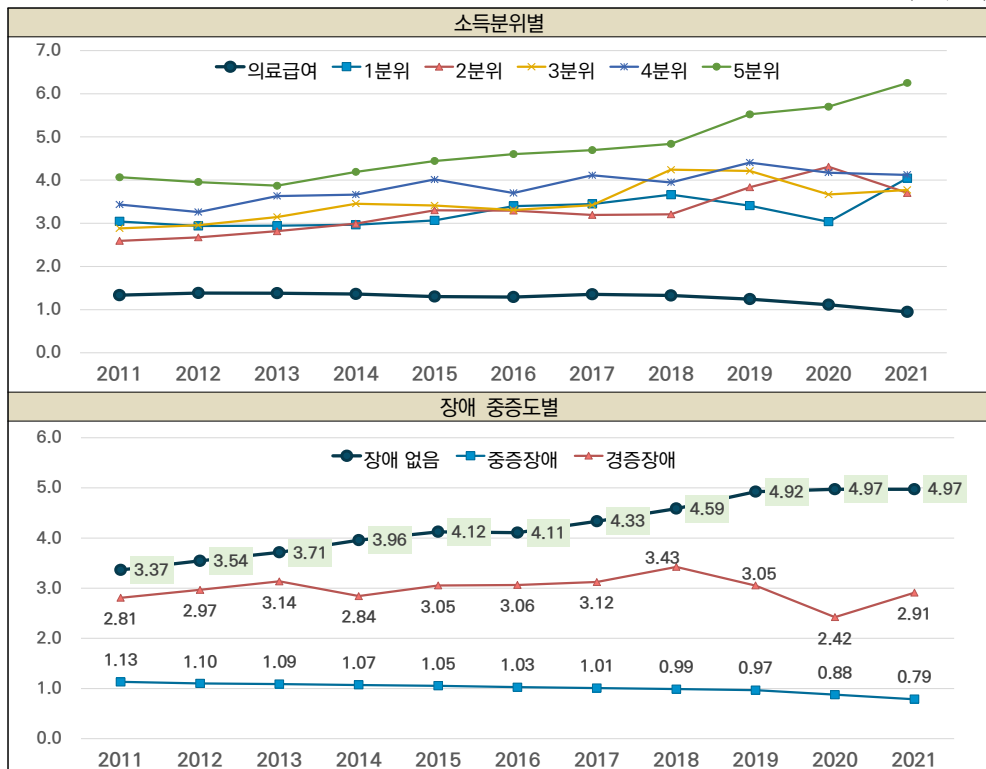
(단위: %)



주: 2012년 주민등록연앙인구를 이용한 성·연령 표준화 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).
 자료: 국민건강보험공단. (2012~2021). [데이터자료] 건강보험 맞춤형 DB.

[그림 3-29] 조현병을 앓고 있는 성인의 75세 미만 초과사망률: 소득수준 및 장애 중증도별

(단위: %)



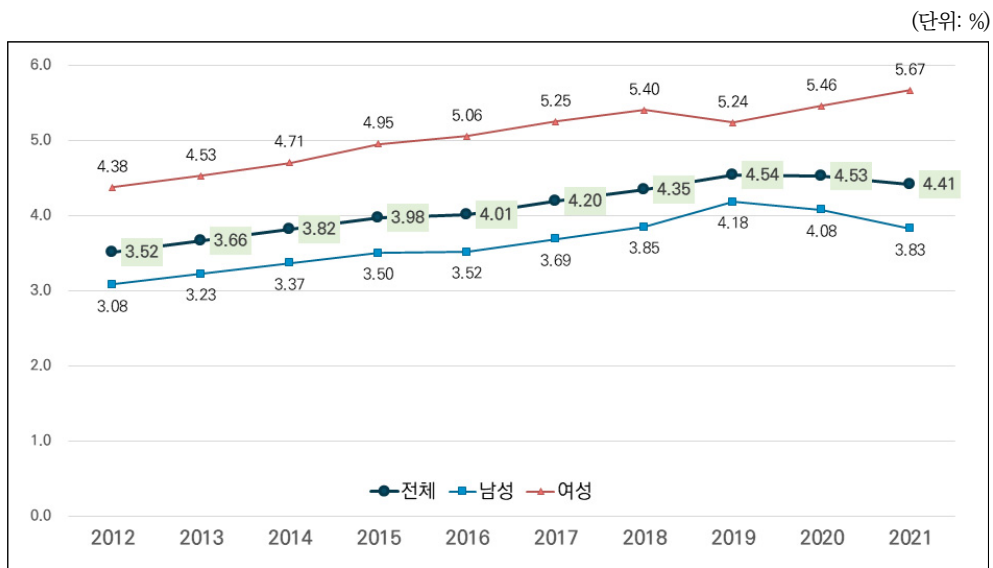
주: 2012년 주민등록연앙인구를 이용한 성·연령 표준화 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).
 자료: 국민건강보험공단. (2012~2021). [데이터자료] 건강보험 맞춤형 DB.

2) 양극성 정동장애가 있는 성인의 75세 미만 초과사망률

양극성 정동장애가 있는 성인의 75세 미만 초과사망률은 증가하는 양상을 보였다. 2021년 초과사망률은 4.4%로 연평균 2.6% 증가하였으나 전년 대비 2.6% 감소하였다. 성별에 따라 산출한 결과, 남성은 2012년 3.1%에서 2021년 3.8%로 증가하였고 여성은 2012년 4.4%에서 2022년 5.7%로 증가하였다.

양극성 정동장애가 있는 성인의 75세 미만 초과사망률을 지역에 따라 산출했을 때, 지역 간 변이는 2012년 0.10에서 2021년 0.13로 증가하였다. 2012년에 초과사망률이 높은 지역은 인천(3.5%), 광주(3.5%) 순이었고, 2021년에는 세종(5.6%), 충북(5.5%) 순으로 높은 편이었다. 초과사망률이 낮은 지역은 2012년에는 제주(2.4%), 충북(2.6%) 순이었고, 2021년에는 제주(3.5%), 부산(3.6%)로 나타났다.

[그림 3-30] 양극성 정동장애가 있는 성인의 75세 미만 초과사망률



주: 2012년 주민등록연앙인구를 이용한 성·연령 표준화 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).
 자료: 국민건강보험공단. (2012~2021). [데이터자료] 건강보험 맞춤형 DB.

〈표 3-10〉 양극성 정동장애가 있는 성인의 75세 미만 초과사망률: 지역별

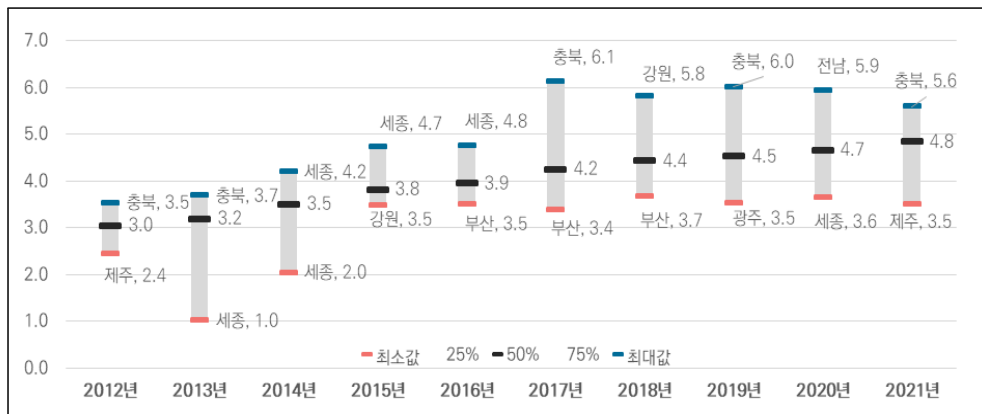
(단위: %, %p)

구 분	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
서울	3.25	3.63	3.92	3.87	4.32	4.43	4.55	4.68	4.74	5.05
부산	2.77	3.01	3.28	3.60	3.49	3.39	3.67	4.36	3.68	3.64
대구	3.31	3.69	3.78	4.73	4.46	4.48	4.51	4.50	4.92	4.30
인천	3.53	3.53	3.62	3.51	3.63	4.08	4.16	4.32	4.66	5.08
광주	3.48	3.54	3.86	4.21	4.45	4.42	4.43	3.53	4.62	4.12
대전	3.32	3.16	3.18	3.48	3.74	4.37	4.51	4.40	4.15	4.22
울산	3.06	3.33	4.18	3.82	3.94	4.43	4.75	6.01	4.86	4.86
세종	-	1.01	2.03	4.28	4.15	6.12	5.18	4.49	3.65	5.58
경기	3.03	3.36	3.70	3.99	4.32	4.46	4.64	4.89	5.09	4.91
강원	2.76	2.86	3.15	3.47	3.67	4.01	4.18	4.69	4.77	4.38
충북	2.63	2.98	3.11	3.89	4.76	3.97	4.15	5.03	5.93	5.52
충남	2.92	3.28	3.51	3.95	4.14	4.25	4.43	4.45	4.32	4.84
전북	3.07	3.36	3.42	3.48	3.49	4.03	4.07	4.02	4.03	3.83
전남	3.09	3.13	3.64	3.71	3.72	3.74	4.13	4.85	3.73	4.58
경북	3.03	3.10	3.47	3.79	3.76	3.94	4.35	4.52	4.56	4.95
경남	2.94	3.19	3.54	3.54	3.64	3.68	4.53	5.00	5.23	4.97
제주	2.45	2.79	3.33	4.12	3.99	4.75	5.80	5.53	5.06	3.50
지역 간 차이	0.10	0.19	0.14	0.09	0.10	0.14	0.11	0.12	0.13	0.13
최대-최소	1.08	2.68	2.15	1.26	1.27	2.74	2.13	2.48	2.28	2.08

주: 2012년 주민등록연앙인구를 이용한 성·연령 표준화 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).
 자료: 국민건강보험공단. (2012~2021). [데이터자료] 건강보험 맞춤형 DB.

〔그림 3-31〕 양극성 정동장애가 있는 성인의 75세 미만 초과사망률: 지역별

(단위: %)

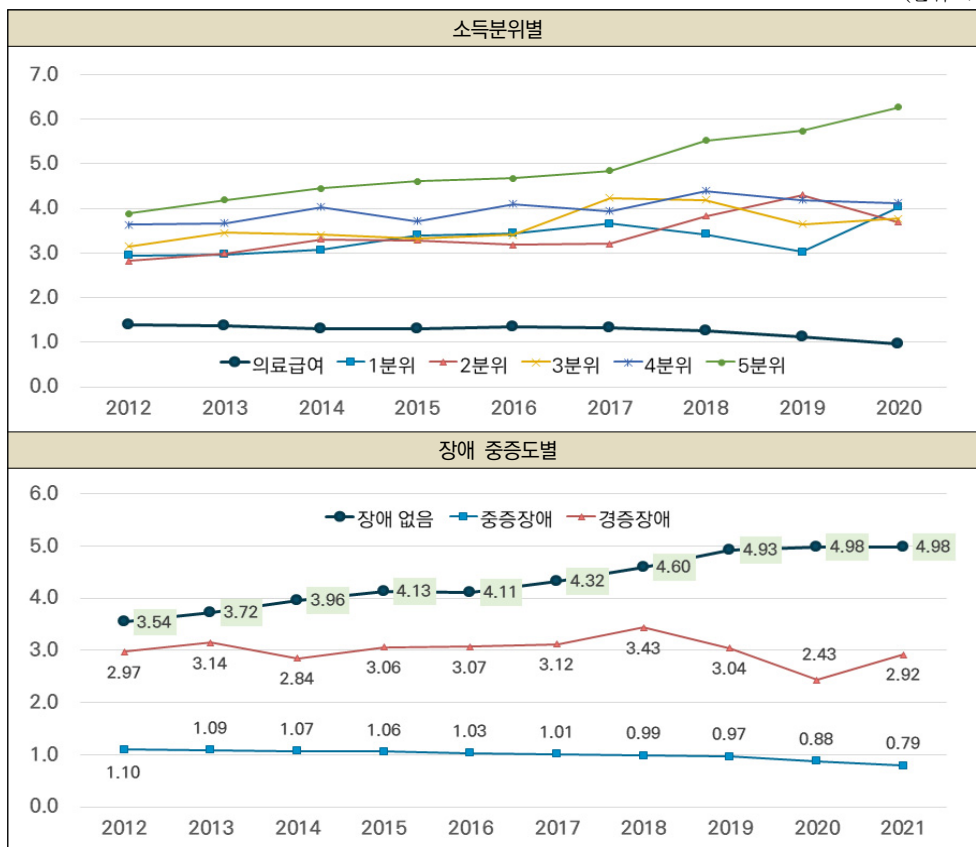


주: 2012년 주민등록연앙인구를 이용한 성·연령 표준화 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).
 자료: 국민건강보험공단. (2012~2021). [데이터자료] 건강보험 맞춤형 DB.

소득분위에 따라 산출했을 때, 1~5분위는 전체적으로 증가하는 추세였으나, 의료급여의 경우 2012년부터 2021년에 걸쳐 비슷한 수준이었으며 값이 가장 낮았다. 장애의 중증도에 따라 다른 추세를 보였는데, 장애가 없는 경우 전반적으로 증가하는 추세였고, 중증장애인 경우 2011년부터 2021년에 걸쳐 초과사망률 값이 비슷한 수준이었다. 반면, 경증장애인 경우는 2020년에 큰 폭으로 감소하였다가, 2021년에 다시 증가하였다. 앞의 조현병 초과사망률에서도 언급하였듯 세부집단 분석 시 취약한 계층에서 초과사망률이 낮은 이유는 이들 집단에서 중증정신질환이 없는 경우에도 사망률 자체가 높기에 상대적 차이가 작은 것으로 값을 해석할 때 주의해야 한다.

[그림 3-32] 양극성 정동장애가 있는 성인의 75세 미만 초과사망률: 소득수준 및 장애 중증도별

(단위: %)

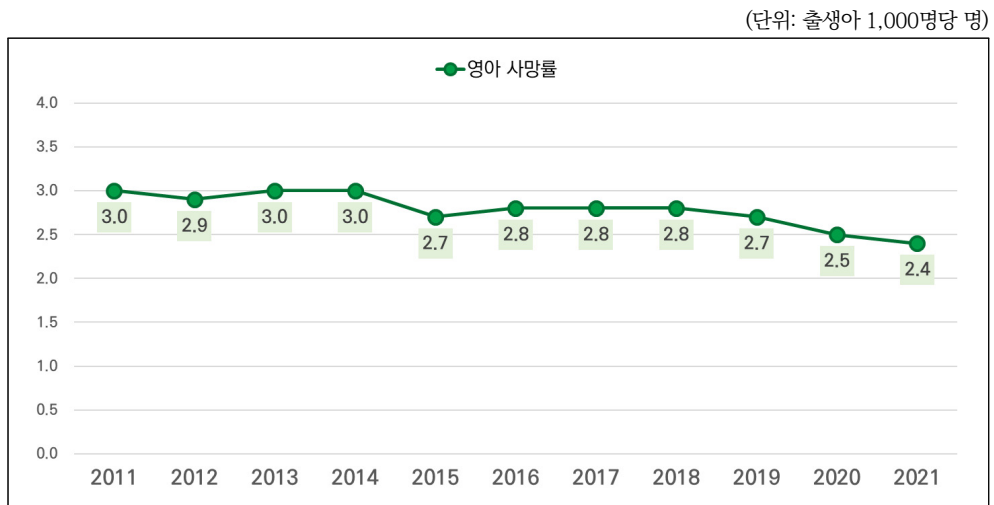


주: 2012년 주민등록연앙인구를 이용한 성·연령 표준화 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).
 자료: 국민건강보험공단. (2012~2021). [데이터자료] 건강보험 맞춤형 DB.

타. 영아 사망률

영아 사망률은 전체적으로 감소하는 추세를 보이고, 2011년 1,000명당 3.0명에서 2021년에 출생아 1,000명당 2.4명으로 2011~2021년 사이에 연평균 2.45% 감소하였으며, 2020년도 대비 4.0% 감소하였다.

[그림 3-33] 영아 사망률



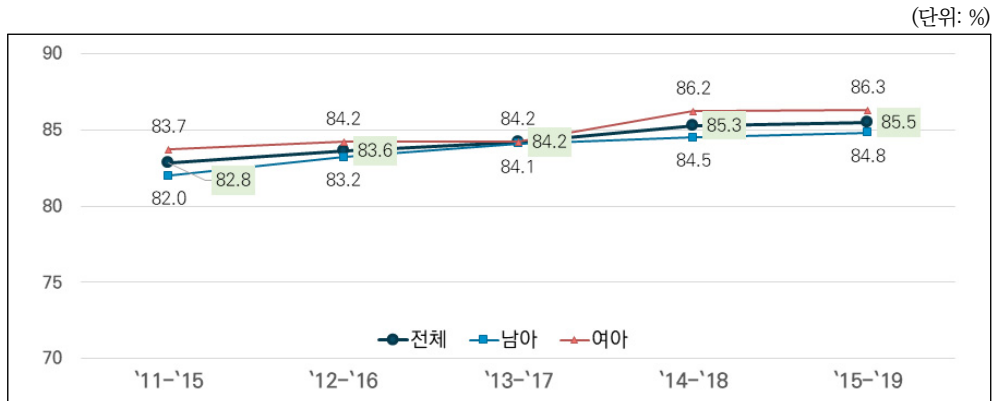
자료: 통계청 e-나라지표. (2011~2021). 영아사망추이.

https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=117&tblId=DT_11733_N001에서 2022.11.28. 인출.

파. 아동 암 5년 생존율

아동의 모든 암 5년 상대 생존율은 전체적으로 증가하는 추세를 보이며, 2015~2019년 5년 상대 생존율은 85.5%로 2011~2015년 대비 2.7%p 증가하였다. 아동의 모든 암 5년 상대 생존율을 성별에 따라 산출한 결과, 전체적으로 증가하는 추세를 보였다. 남아의 2015~2019년 상대 생존율은 86.3%로 2011~2015년 대비 2.6%p 증가하였고, 여아의 2015~2019년 상대 생존율은 84.8%로 2011~2015년 대비 2.8%p 증가하였다.

[그림 3-34] 아동 암 5년 생존율



자료: 중앙암등록본부. (2017~2021). 국가암등록사업 연례 보고서. 보건복지부. 각각 p.166, p.174, p.174, p.190, p.184.

2. 효과성: 장기질환을 가진 사람들의 삶의 질 개선

◆ (2영역) 효과성: 장기질환을 가진 사람들의 삶의 질 개선

- 장기적인 만성질환을 가지고 있는 사람들이 가능한 한 어려움 없이 생활할 수 있도록 보건 의료제도가 얼마나 효과적으로 지원하고 있는지 확인하기 위한 영역

〈표 3-11〉 2영역(효과성: 장기질환을 가진 사람들의 삶의 질 개선) 지표 분석 내용

구분	성과 지표	분석 내용	
		추이	격차
총괄지표	• 만성질환을 가진 사람들의 삶의 질	'10-'20	소득분위별
개선영역	• 자신의 상태를 관리할 수 있다고 느끼는 사람들의 비율		
	• 우리나라 의료시스템의 질환 관리에 대한 역할 수행		성별/연령별/기타 세부 항목별
	• 외래 민감성 질환으로 인한 계획되지 않은 입원	'16-'21	지역별/소득분위별/장애 중증도별
	• 천식, 당뇨병 및 뇌전증으로 인한 계획되지 않은 입원 (19세 미만)	'16-'21	지역별/소득분위별/장애 중증도별
	• 돌봄 제공자의 건강 관련 삶의 질		
	• 정신질환이 있는 사람의 고용	'10-'20	
	• 정신질환이 있는 사람의 건강 관련 삶의 질		
	• 치매가 있는 사람들의 추정 진단율	'18-'20	
	• 지역사회치매관리율	'13-'28	지역별/소득분위별/장애 중증도별
	• 복합만성질환(3개 혹은 그 이상)이 있는 건강 관련 삶의 질	'16-'21	소득분위별

주: 연구진이 직접 작성함. 가용한 자료 없음. 지표별 산출 방법과 자료원은 [부록1]의 〈부표 1-2〉를 참고.

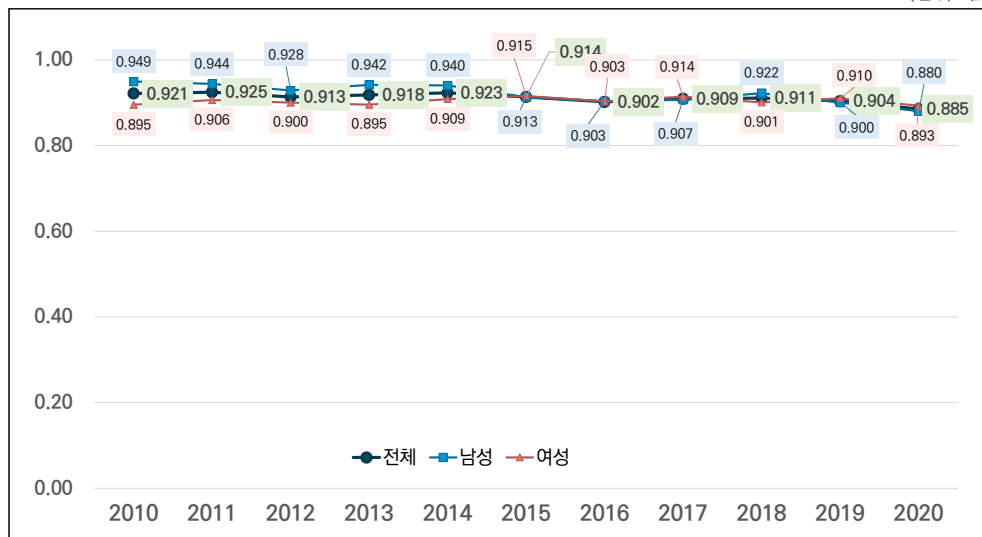
가. (총괄지표) 만성질환을 가진 사람들의 삶의 질

만성질환을 가진 사람들의 삶의 질은 소폭이지만 감소하는 추세를 보였다. 2020년에 0.8852점으로 연평균 0.44% 감소하였으며, 전년 대비 2.06% 감소한 것으로 나타났다. 만성질환을 가진 사람들의 삶의 질을 성별에 따라 산출한 결과, 남성과 여성 모두 감소하는 경향을 보였는데 남성은 2010년 0.9493점, 2020년 0.8802점으로 연평균 0.84%, 여성은 2010년 0.8952점, 2020년 0.8931점으로 연평균 0.03% 감소하였다.

만성질환을 가진 사람들의 삶의 질을 가구의 소득수준에 따라 산출했을 때, 2015년을 제외하고 2010년부터 2020년에 걸쳐 소득 1분위에서 값이 가장 낮은 것으로 나타났다. 소득 1분위는 소폭이지만 감소 추이를 보였다(연평균 감소율 -0.6%).

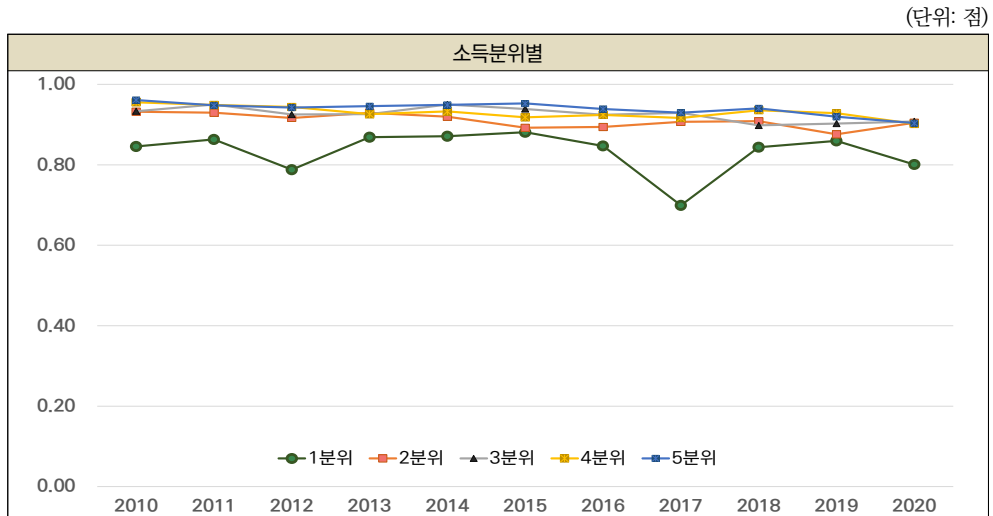
[그림 3-35] 만성질환을 가진 사람들의 삶의 질

(단위: 점)



주: 2012년 인구조 성·연령 표준화 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).
 자료: 보건복지부, 질병관리청. (2010~2020). [데이터자료] 국민건강영양조사.
https://knhanes.kdca.go.kr/knhanes/sub03/sub03_02_05.do에서 2022.11.28. 인출.

[그림 3-36] 만성질환을 가진 사람들의 삶의 질: 소득분위별



주: 2012년 인구조 성·연령 표준화 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).
 자료: 보건복지부, 질병관리청. (2010~2020). [데이터자료] 국민건강영양조사.
https://knhanes.kdca.go.kr/knhanes/sub03/sub03_02_05.do에서 2022.11.28. 인출.

◆ 암 환자 생존 후 일상 생활

- 의료시스템이 정상적인 일상생활을 지원할 수 있어야 한다는 점에서 18세 이상 60세 미만 성인 으로 암 진단 전연도에 직장가입자였던 사람들을 대상으로 진단 전부터 진단 이후 8년 동안의 경제활동 참여율을 분석하였다.
- 전체 암 환자에서 진단 전 연도에 경제활동 참여율은 99.1%였지만 진단 연도에 82.7%로 감소 하고 이후 50% 미만으로 감소하였고 관측기간 동안 지속적으로 감소하였다. 성별로 구분할 경 우 남성은 대체로 여성보다 높은 경제활동 참여율을 보이지만 남녀 모두 경제활동 참여율은 관 측기간 동안 지속적으로 감소하였다.

<표 3-12> 암 환자의 진단 전후 경제활동 참여율

시점	-3	-2	-1	(진단)	1	2	3	4	5	6	7	8
전체	N 9810	11762	13804	13804	10278	6065	3700	2343	1460	872	469	180
	% 79.4	84.8	99.1	82.7	49.7	44.3	41.2	39.3	36.4	32.8	29.4	27.8
남	N 7537	9050	10654	10652	7725	4440	2687	1716	1085	650	353	134
	% 81.0	86.4	99.3	82.9	51.8	46.8	43.5	41.1	37.5	33.5	30.3	27.6
여	N 2262	2702	3150	3149	2534	1620	1008	624	372	220	116	46
	% 74.2	79.8	98.4	82.0	43.7	37.5	35.2	34.5	33.3	30.9	26.7	28.3

주: 18세 이상 60세 미만으로 암 진단 전 연도 직장가입자를 대상으로 분석(연구진이 직접 산출).
 진단 시점으로부터 관측기간의 차이, 사망으로 인해 관측 기간이 길어질 수 록 관측치 값은 감소함.
 자료: 국민건강보험공단. (2012~2021). [데이터자료] 건강보험 맞춤형 DB.

- 의료시스템이 지불 가능한 금액으로 의료서비스를 제공하는지를 확인하기 위해 암 진단 전부터 진단 이후 8년 동안의 의료급여 수급자 비율을 분석하였다. 진단 연도부터 의료급여 수급자 비율은 진단 4년 차까지 지속적으로 증가하였고 진단 5년 차와 6년 차에 감소하다가 진단 7년 차에 다시 증가하다가 이후 감소하였다. 대체로 암 진단 4년 차까지 경제활동 중단 및 의료비로 인한 영향이 크고 이후 감소하는 것으로 예상되며 다만 7년차의 수급률 증가는 암 재발 혹은 기타 다른 요인으로 인한 영향일 수 있다.

〈표 3-13〉 암 환자의 진단 전후 의료급여 수급률

시점		-3	-2	-1	(진단)	1	2	3	4	5	6	7	8
전체	N	9810	11762	13804	13804	10278	6065	3700	2343	1460	872	469	180
	%	0.2%	0.2%	0.0%	0.3%	2.1%	3.5%	4.2%	4.6%	3.5%	3.3%	4.7%	2.8%
남	N	7537	9050	10654	10652	7725	4440	2687	1716	1085	650	353	134
	%	0.2%	0.2%	0.0%	0.3%	2.2%	3.8%	4.5%	4.9%	3.6%	3.2%	4.2%	2.2%
여	N	2262	2702	3150	3149	2534	1620	1008	624	372	220	116	46
	%	0.4%	0.3%	0.0%	0.2%	1.8%	2.7%	3.5%	3.7%	3.2%	3.6%	6.0%	4.3%

주: 18세 이상 60세 미만으로 암 진단 전 연도 직장가입자를 대상으로 분석(연구진이 직접 산출).

진단 시점으로부터 관측기간의 차이, 사망으로 인해 관측 기간이 길어질 수록 관측치 값은 감소함.

자료: 국민건강보험공단. (2012~2021). [데이터자료] 건강보험 맞춤형 DB.

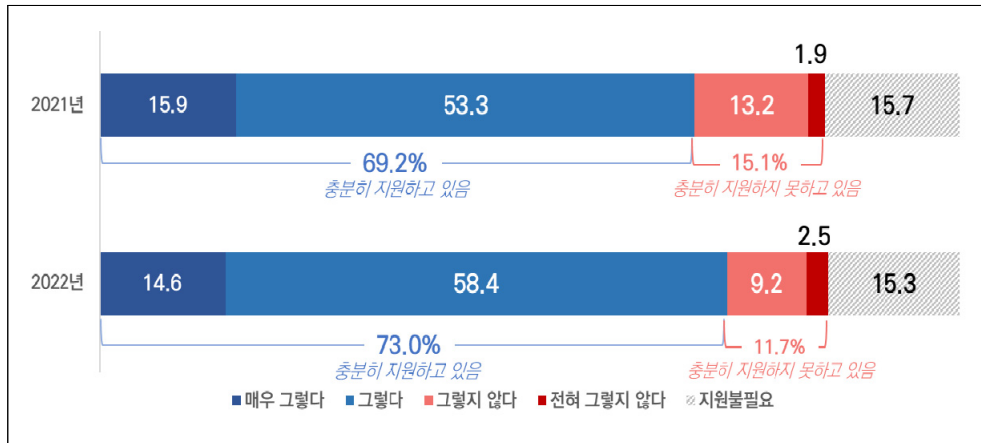
나. 우리나라 의료시스템의 질환 관리에 대한 역할 수행

우리나라 의료시스템이 의료기관, 아픈 사람을 위한 돌봄 등에 대해 본인 또는 가구원의 질환을 적절하게 관리할 수 있도록 충분히 지원하고 있다고 생각하는지와 관련해 충분히 지원하고 있다고 생각하는 비율은 2021년 기준 69.2%에서 2022년 73.0%로 증가하였다. 반면 충분히 지원하지 못하고 있다고 응답한 비율은 2021년 15.1%에서 2022년 11.7%로 감소하였다.

우리나라 의료시스템이 의료기관, 아픈 사람을 위한 돌봄 등에 대해 본인 또는 가구원의 질환을 적절하게 관리할 수 있도록 충분히 지원하고 있다고 생각하는지를 인구사회학적 특성(성별, 연령, 학력, 고용형태, 결혼상태, 가구소득, 가구원 수)과 건강 상태(주관적 건강 상태, 만성질환 보유)에 따라 세부 분석을 시행한 결과는 〈표 3-12〉와 같다.

[그림 3-37] 우리나라 의료시스템의 질환 관리에 대한 역할 수행(전체)

(단위: %)



주: 연구진이 직접 산출

자료: 한국보건사회연구원. (2022). '의료시스템 성과에 대한 국민인식 조사' 자료 분석.

여성이 남성에 비해 우리나라 의료시스템이 질환 관리 등을 위한 지원 역할을 충분히 수행하고 있다고 응답한 비율이 높았다. 연령별로는 65세 이상에서 의료시스템의 역할에 대해 가장 긍정적으로 평가하였으며, 30~39세에서 가장 낮게 나타났다. 40~49세는 다른 연령층에 비해 의료시스템이 지원할 필요가 없다고 응답한 비율이 높았다. 학력으로는 고졸 이하에서 의료시스템의 지원 역할에 대한 긍정적 응답 비율이 높았으며, 고용 형태별로는 무직에서 가장 높았다. 가구원 수별로는 가구원이 5인 이상인 집단에서 의료시스템의 역할의 충분성을 긍정적으로 평가하였고, 가구소득의 경우 월 가구소득이 700만 원 이상인 집단에서 의료시스템의 질환 관리에 대한 역할의 충분성을 낮게, 300만 원 미만인 집단에서 높게 평가한 것으로 확인되었다.

주관적 건강 상태가 나쁜 응답자들은 의료시스템의 역할이 충분하다고 평가하였으며, 주관적 건강 상태가 양호한(보통, 좋음) 응답자들은 지원이 불필요하다고 응답하였다. 만성질환의 경우 본인, 가구 모두에서 만성질환 개수가 많을수록 의료시스템에 대한 역할 충분성을 긍정적으로 응답하였으며, 적을수록 지원이 불필요하다고 응답하였다.

〈표 3-14〉 우리나라 의료시스템의 질환 관리에 대한 역할 수행(세부 항목별 분석)

(단위: (명), %)

구분		의료시스템이 본인 또는 가구원의 질환을 적절하게 관리할 수 있도록 충분히 지원하는지 여부						
		사례수	매우 그렇다	그렇다	그렇지 않다	전혀 그렇지 않다	지원불필요	
전체		(2500)	14.6	58.4	9.2	2.5	15.3	
성별	남자	(1240)	15.1	56.0	9.7	2.5	16.7	
	여자	(1260)	14.1	60.8	8.7	2.5	13.9	
연령	18~29세	(422)	15.0	59.0	7.2	1.7	17.0	
	30~39세	(376)	16.4	47.9	11.0	4.1	20.6	
	40~49세	(460)	15.3	55.3	9.1	2.2	18.1	
	50~64세	(724)	13.5	59.1	11.3	2.5	13.6	
	65세 이상	(518)	13.7	67.5	6.8	2.4	9.7	
학력	고졸 이하	(1271)	12.4	63.6	8.3	2.7	13.0	
	대재 이상	(1229)	16.8	53.1	10.2	2.4	17.5	
고용 형태	무직	(1013)	13.1	64.1	8.6	2.1	12.2	
	임금노동자	(1005)	16.3	53.9	9.2	2.8	17.8	
	자영업/개인사업	(465)	14.4	55.7	11.1	2.7	16.1	
	무급가족종사자	(17)	5.1	64.9	0.0	7.1	22.9	
결혼상태	혼인	(1454)	14.0	58.1	10.2	2.7	14.9	
	사별/이혼/별거	(272)	13.5	65.5	7.1	3.0	10.9	
	미혼	(774)	16.0	56.5	8.1	2.1	17.4	
가구원 수	1명	(458)	13.8	61.1	8.6	1.6	15.0	
	2명	(836)	13.4	60.7	9.6	2.5	13.8	
	3명	(476)	17.2	56.5	9.1	2.3	15.0	
	4명	(565)	15.0	53.6	9.2	3.2	18.9	
	5명 이상	(165)	13.8	61.6	9.4	3.5	11.7	
가구소득	300만 원 미만	(720)	13.1	66.4	8.9	2.1	9.5	
	300만 원 이상 -500만 원 미만	(419)	17.2	53.6	10.9	2.9	15.4	
	500만 원 이상 -700만 원 미만	(400)	14.6	60.0	8.2	1.7	15.5	
	700만 원 이상	(371)	19.3	50.4	7.0	3.1	20.2	
본인 건강 상태	나쁘다	(356)	13.5	67.7	9.8	4.9	4.2	
	보통이다	(1037)	13.0	57.5	10.1	2.7	16.6	
	좋다	(1107)	16.4	56.3	8.2	1.6	17.5	
보유 만성 질환	본인	0개	(1632)	14.0	53.5	8.9	2.4	21.1
		1개	(542)	15.1	65.9	11.9	2.7	4.5
		2개	(204)	16.1	68.6	7.6	2.3	5.4
		3개 이상	(122)	16.9	74.3	4.1	3.3	1.4
	가구	0개	(1923)	13.8	57.2	8.1	2.2	18.7
		1개	(419)	16.1	61.5	14.1	4.0	4.3
		2개	(112)	20.5	64.6	10.7	2.0	2.2
		3개 이상	(46)	19.2	66.8	9.4	2.5	2.1

주: 연구진이 직접 산출.

자료: 한국보건사회연구원. (2022). '의료시스템 성과에 대한 국민인식 조사' 자료 분석.

다. 외래 민감성질환으로 인한 계획되지 않은 입원

외래 민감성질환으로 인한 계획되지 않은 입원은 전체적으로 감소하는 추세를 보였다. 2016년 입원 10만 건당 285.1건에서 2021년 191.4건으로 연평균 9.48% 감소하였고, 2020년 대비 2021년은 6.83% 감소하였다. 외래 민감성질환으로 인한 계획되지 않은 입원을 성별에 따라 산출한 결과, 남녀 모두에서 감소하는 추세를 보였는데, 여성은 2016년 226.9건에서 2021년 151.4건으로 연평균 9.62% 감소했고 남성은 2016년 354.0건에서 2021년 238.1건으로 연평균 9.44% 감소한 것으로 나타났다.

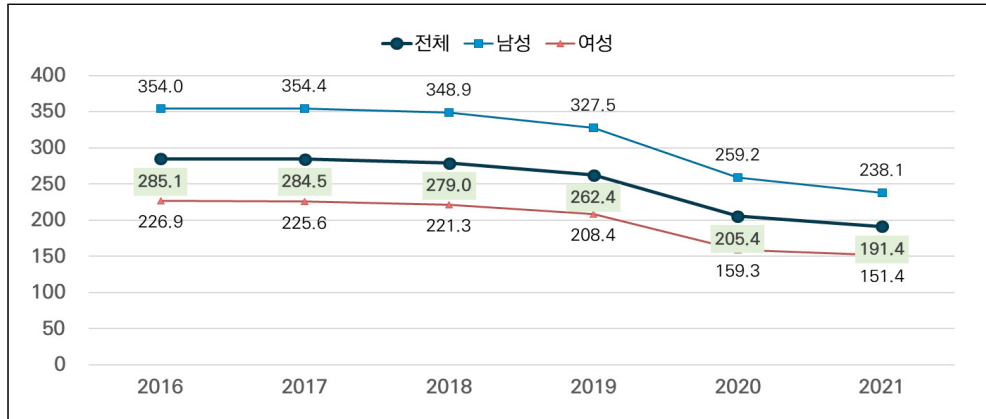
외래 민감성질환으로 인한 계획되지 않은 입원을 지역에 따라 산출했을 때, 전반적으로 수치가 감소하였는데 지역 간 변이는 2016년 0.17 이후 비슷한 수준을 유지하다가 2021년에 0.19로 소폭 증가하였다. 외래 민감성질환으로 인한 입원 건수가 많은 지역은 2016년에는 강원(432.8건), 제주(389.9건) 순이었고, 2021년에는 강원(288.6건), 세종(277.5건) 순이었다. 입원 건수가 적은 지역은 2016년에는 울산(235.8건), 서울(242.0건) 순이었으며, 2021년에는 부산(142.4건), 경남(165.2건) 순이었다.

외래 민감성질환으로 인한 계획되지 않은 입원을 소득분위에 따라 산출했을 때, 전체적으로 감소하는 추세를 보였다. 의료급여는 모든 연도에서 그 값이 가장 높았는데, 2016년과 2021년 사이에 다른 소득계층보다 계획되지 않은 입원 건수가 더 많이 감소하였지만 2021년에도 값이 가장 높고 다른 소득계층과 차이가 컸다. 반면 건강보험 가입자 간 소득분위에 따른 차이는 크지 않았지만, 소득이 높은 계층에서 낮고 소득이 낮은 계층에서 높았다.

외래 민감성질환으로 인한 계획되지 않은 입원을 장애 중증도에 따라 산출했을 때, 중증장애인 경우의 값이 가장 높았다. 2016년과 2021년 사이 계획되지 않은 입원 건수는 감소하였지만 2021년에 장애 없음, 경증장애와 비교할 때 중증장애에서 발생 건수가 높은 것으로 나타났다. 장애 없음의 경우, 2016년부터 2021년 사이의 값은 거의 변하지 않았다.

[그림 3-38] 외래 민감성질환으로 인한 계획되지 않은 입원

(단위: 100,000건당 건)



주: 19세 미만을 대상으로 2012년 인구조 성·연령 표준화한 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).

2016년에 응급의료수가제도가 변화했음을 고려하여 2016년 이후의 추이를 살펴봄.

자료: 국민건강보험공단. (2012~2021). [데이터자료] 건강보험 맞춤형 DB.

〈표 3-15〉 외래 민감성질환으로 인한 계획되지 않은 입원: 지역별

(단위: 100,000건당 건)

구 분	2016	2017	2018	2019	2020	2021
서울	242.0	241.6	245.6	230.0	183.8	173.83
부산	254.9	244.1	229.9	215.8	161.2	142.36
대구	245.3	235.6	219.6	220.9	178.6	181.18
인천	311.0	332.8	313.6	327.2	243.4	218.83
광주	283.3	291.9	285.8	275.2	228.3	189.76
대전	333.3	328.0	314.1	282.2	226.3	225.11
울산	235.8	259.8	257.4	230.9	186.4	182.03
세종	317.4	341.4	333.6	248.9	166.1	277.47
경기	291.9	292.7	288.0	269.1	206.4	201.53
강원	432.8	425.0	411.5	361.7	302.5	288.6
충북	304.3	326.6	321.6	325.0	225.0	191.48
충남	302.4	298.5	291.6	279.3	208.0	182.61
전북	289.5	295.4	295.4	311.0	244.3	204.25
전남	339.0	334.8	323.7	295.5	244.4	181.4
경북	314.4	291.6	276.8	256.4	202.8	199.7
경남	247.6	243.9	249.1	214.4	175.4	165.17
제주	389.9	372.2	375.5	331.5	271.9	231.88
지역 간 변이	0.17	0.17	0.17	0.16	0.18	0.19
최대-최소	197.0	189.4	191.9	147.4	141.3	146.2

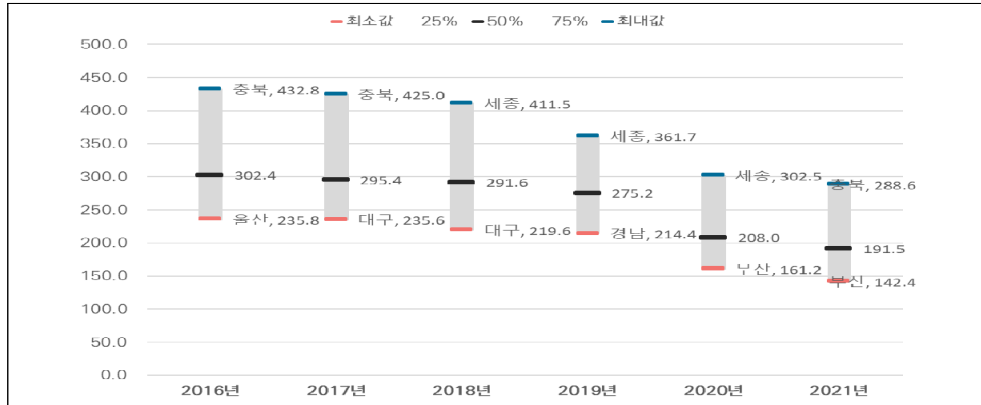
주: 19세 미만을 대상으로 2012년 인구조 성·연령 표준화한 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).

2016년에 응급의료수가제도가 변화했음을 고려하여 2016년 이후의 추이를 살펴봄.

자료: 국민건강보험공단. (2012~2021). [데이터자료] 건강보험 맞춤형 DB.

[그림 3-39] 외래 민감성질환으로 인한 계획되지 않은 입원: 지역별

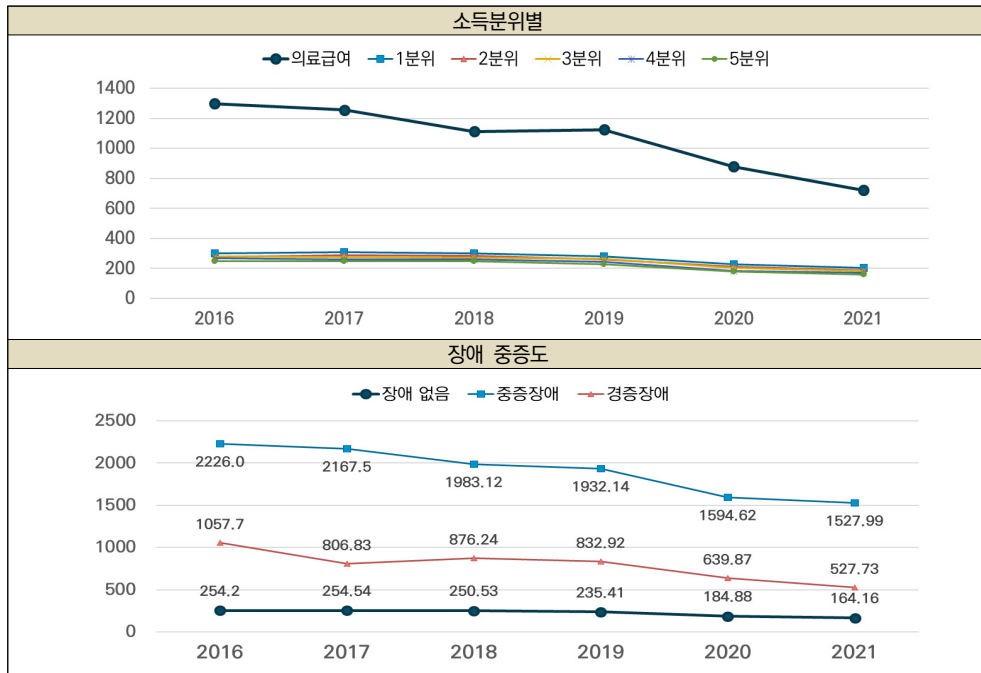
(단위: 100,000건당 건)



주: 19세 미만을 대상으로 2012년 인구조성·연령 표준화한 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).
2016년에 응급의료수가제도가 변화했음을 고려하여 2016년 이후의 추이를 살펴봄.
자료: 국민건강보험공단. (2012~2021). [데이터자료] 건강보험 맞춤형 DB.

[그림 3-40] 외래 민감성 질환으로 인한 계획되지 않은 입원: 소득수준 및 장애 중증도별

(단위: 100,000건당 건)



주: 19세 미만을 대상으로 2012년 인구조성·연령 표준화한 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).
2016년에 응급의료수가제도가 변화했음을 고려하여 2016년 이후의 추이를 살펴봄.
자료: 국민건강보험공단. (2012~2021). [데이터자료] 건강보험 맞춤형 DB.

◆ 만성질환 관리 변화

- 당뇨, 고혈압과 같은 만성질환은 적절한 일상적인 관리를 통해 질환의 악화를 예방할 수 있다. 코로나19 대유행은 정기적인 만성질환 관리를 어렵게 하였을 수 있다는 점에서 당뇨 및 고혈압 환자의 치료지속성과 복약 순응도 등을 살펴보았다.
- 당뇨 환자의 치료지속성은 2012년 88.2%에서 2021년 90.4%로 증가했다. 2012~2021년 동안 큰 변화없이 소폭이지만 지속적으로 증가하는 추이를 보였다. 성별로 살펴볼 경우 남녀 모두 증가하는 양상을 보였는데 2012년과 2021년 모두 남성의 치료지속성이 여성보다 더 높았다. 남성은 2012년 88.9%에서 2021년 90.9%로 증가했고 여성은 87.5%에서 89.8%로 증가했다.
- 고혈압 환자의 치료지속성은 2012년 88.9%에서 2021년 89.7%로 증가했다. 2012~2021년 동안 소폭 증가와 감소를 반복하면서 큰 변화없이 증가하였다. 성별로 살펴볼 경우 남녀 모두 증가하는 양상을 보였는데 2012년에는 남성과 여성 모두 88.9%를 보였지만 2021년에는 남성 89.6%, 여성 89.9%로 여성이 조금 더 높았다.
- 보험료 분위별로 살펴보면 당뇨 치료지속성은 2012년과 2021년 모두 의료급여 수급자에서 낮고 보험료 분위가 높은 경우 대체로 더 높았고 고혈압 치료지속성은 의료급여 수급자에서 2012년에 가장 낮았지만 2021년은 그렇지 않았다. 장애 정도에 따라 볼 경우 장애가 있는 경우 높았으나 큰 차이는 없었고 고혈압은 경증장애가 있는 경우 2012년과 2021년 모두 치료지속성이 가장 낮았다.

〈표 3-16〉 당뇨 및 고혈압 환자의 치료지속성

(단위: %)

구분	당뇨											고혈압										
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021		
전체	88.2	88.9	89.3	89.1	89.2	89.9	89.7	89.9	90.0	90.4	88.9	89.7	89.5	89.6	89.3	89.4	89.3	89.4	89.4	89.7		
남	88.9	89.7	89.8	89.9	89.7	90.4	90.1	90.5	90.5	90.9	88.9	89.3	89.0	89.0	88.7	88.8	89.1	89.1	89.1	89.6		
여	87.5	88.1	88.8	88.3	88.7	89.4	89.3	89.3	89.3	89.8	88.9	90.1	90.0	90.3	90.0	90.0	89.5	89.7	89.8	89.9		
의료급여	85.8	87.7	88.0	87.8	87.5	88.6	87.9	87.6	88.0	88.6	86.2	91.5	87.0	91.3	90.0	91.1	90.4	91.1	90.2	91.3		
1분위	87.7	88.2	88.9	89.0	89.0	89.8	89.3	89.8	89.9	90.2	87.6	85.8	88.6	89.0	89.0	89.1	89.5	89.1	88.5	89.6		
2분위	87.6	88.0	89.5	88.7	88.8	89.7	89.5	90.1	90.0	89.8	88.4	85.7	89.6	89.3	89.1	88.8	89.7	87.3	89.9	90.4		
3분위	88.6	88.9	89.2	89.6	89.2	89.2	89.5	89.9	89.5	90.5	85.9	89.2	89.7	88.6	89.2	90.0	88.7	89.0	89.7	89.8		
4분위	88.3	89.6	89.5	89.3	89.7	90.5	90.3	89.9	90.1	91.0	89.2	90.1	90.6	90.9	90.2	88.1	87.1	90.1	89.6	89.8		
5분위	89.4	89.7	89.8	89.4	89.8	90.8	90.3	90.0	90.7	90.7	89.4	89.7	89.4	89.6	89.3	89.2	90.1	89.3	89.9	89.7		
비장애	88.2	88.9	89.4	89.1	89.2	89.9	89.8	89.9	90.0	90.4	88.9	89.6	89.3	89.5	89.3	89.2	89.2	89.4	89.4	89.7		
중증	88.6	89.4	88.9	90.3	90.1	90.4	89.4	90.1	89.2	90.6	89.0	93.1	92.5	92.6	91.7	92.9	92.3	89.6	86.2	91.2		
경증	88.1	88.3	85.5	89.2	87.6	88.1	87.0	89.0	88.7	91.2	77.3	79.4	80.7	86.8	81.1	81.6	75.9	75.7	79.0	78.5		

주: 당뇨(E10~E14), 고혈압(I10~I13)을 주상병 코드로 연 4회 이상 의료기관을 방문한 18세 이상 성인을 대상으로 분석. 2012년 인구조 성·연령 표준화.

자료: 국민건강보험공단. (2012~2021). [데이터자료] 건강보험 맞춤형 DB.

- 당뇨 환자의 복약순응도는 2012년 43.7%에서 2021년 55.6%로 증가했다. 2012~2021년 동안 큰 변화없이 소폭이지만 지속적으로 증가하는 추이를 보였다. 성별로 살펴볼 경우 남녀 모두 증가하는 양상을 보였는데 2012년과 2021년 모두 남성의 복약순응도가 여성보다 더 높았다. 남성은 2012년 44.9%에서 2021년 57.1%로 증가했고 여성은 42.3%에서 54.1%로 증가했다.
- 보험료 분위로 구분할 경우 모두 증가하는 양상이었는데 보험료 분위에 따른 차이는 명확하지 않았다. 의료급여 수급자의 복약순응도는 2012년 37.9%에서 2021년 52.0%로 증가했고 보험료 5분위에서는 45.9%에서 56.3%로 증가하면서 의료급여 수급자의 증가정도가 더 컸지만 지속적으로 가장 낮은 값을 보였다. 장애 정도로 구분할 경우 2012년과 2021년 사이 중증 장애인 경우 43.2%에서 53.9%로, 경증장애인 경우 46.4%에서 54.8%로 증가했고 등록장애가 없는 경우 43.7%에서 55.7%로 증가했다.
- 당뇨 환자의 하지 절단 비율은 증가하는 추이를 보였다. 관찰기간 동안 남성에서 값이 더 높았고 증가 정도도 더 컸다. 보험료 분위로 구분할 경우 의료급여 수급자인 경우 비율이 더 높았고 점차 격차가 확대되는 추이를 보였다. 장애 정도로 구분하여 살펴보면 장애 정도가 심할수록 하지 절단율도 높았고 관찰기간 동안 격차는 더 확대되는 양상을 보였다.

〈표 3-17〉 당뇨환자의 복약순응도 및 하지절단율

(단위: %, 100,000명 당)

구분	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
	복약순응도(%)										하지 절단율(100,000명 당)									
전체	43.7	44.5	45.7	47.0	48.8	50.6	51.6	53.0	54.6	55.6	2.8	3.0	3.2	3.2	3.5	3.6	3.6	3.3	3.9	4.0
남	44.9	45.8	47.0	48.3	49.8	51.4	52.7	54.2	56.0	57.1	4.6	5.1	5.2	5.4	5.7	5.7	6.2	5.6	6.5	6.9
여	42.3	43.1	44.3	45.7	47.7	49.7	50.5	51.7	53.2	54.1	1.4	1.3	1.4	1.3	1.7	1.8	1.4	1.4	1.8	1.5
의료급여	37.9	39.3	41.8	43.7	44.8	47.2	48.2	49.5	50.6	52.0	9.7	12.2	14.4	15.9	18.6	18.4	19.9	18.3	22.8	24.3
1분위	42.8	43.6	44.8	46.6	48.6	50.2	51.3	52.7	54.6	55.2	4.1	3.7	3.1	3.8	3.8	4.7	4.0	4.7	4.4	4.4
2분위	43.1	43.7	45.5	46.7	48.7	50.4	50.9	52.7	53.9	55.2	3.3	3.1	2.8	3.6	3.1	3.7	3.0	3.6	4.8	4.2
3분위	43.4	44.2	45.3	46.7	48.7	50.1	51.1	52.9	54.2	55.6	2.9	3.0	3.4	3.9	3.4	3.6	2.5	2.2	3.5	4.1
4분위	44.2	45.3	45.6	47.3	49.2	51.5	52.6	53.7	55.6	56.6	2.4	2.6	2.5	1.8	2.7	2.1	3.4	2.7	2.9	2.9
5분위	45.9	46.0	47.5	48.5	49.6	51.4	52.7	53.9	55.7	56.3	1.6	2.2	2.5	1.7	2.2	2.4	2.3	1.9	2.2	2.1
비장애	43.7	44.6	45.7	47.1	48.9	50.6	51.7	53.1	54.7	55.7	1.5	1.4	1.8	1.8	1.8	2.0	2.0	1.8	2.0	2.1
중증	43.2	43.4	44.8	45.4	46.7	49.0	49.8	50.1	52.9	53.9	25.9	31.1	23.0	26.0	40.6	28.9	29.3	32.8	44.4	41.6
경증	46.4	43.8	43.3	43.9	45.4	47.4	50.9	52.4	55.2	54.8	9.9	9.8	13.1	10.8	10.0	13.3	12.1	13.9	18.9	22.5

주: 복약순응도는 당뇨(E10~E14)를 주상병 코드로 연 4회 이상 의료기관을 방문한 18세 이상, 하지절단율은 당뇨(E10, E11, E13, E14)를 주상병코드로 사지절단술 수가코드가 있는 15세 이상을 대상으로 분석. 2012년 인구로 성·연령 표준화.

자료: 국민건강보험공단. (2012~2021). [데이터자료] 건강보험 맞춤형 DB.

라. 천식, 당뇨, 뇌전증으로 인한 계획되지 않은 입원(19세 미만)

천식, 당뇨, 뇌전증으로 인한 계획되지 않은 입원은 전반적으로 감소하는 추세를 보였다. 2016년에 입원 10만 건당 93.3건, 2021년에 60.7건으로 연평균 10.17% 감소하였고 2020년에 비해서는 3.72% 증가하였다. 천식, 당뇨, 뇌전증으로 인한 계획되지 않은 입원을 성별에 따라 산출한 결과, 남성은 2016년에 입원 10만 건당 104.5건, 2021년 65.4건이며, 여성은 2016년 81.3건, 2021년 55.6건으로 2016년부터 2021년에 걸쳐 여성이 남성보다 입원 건수가 낮았다.

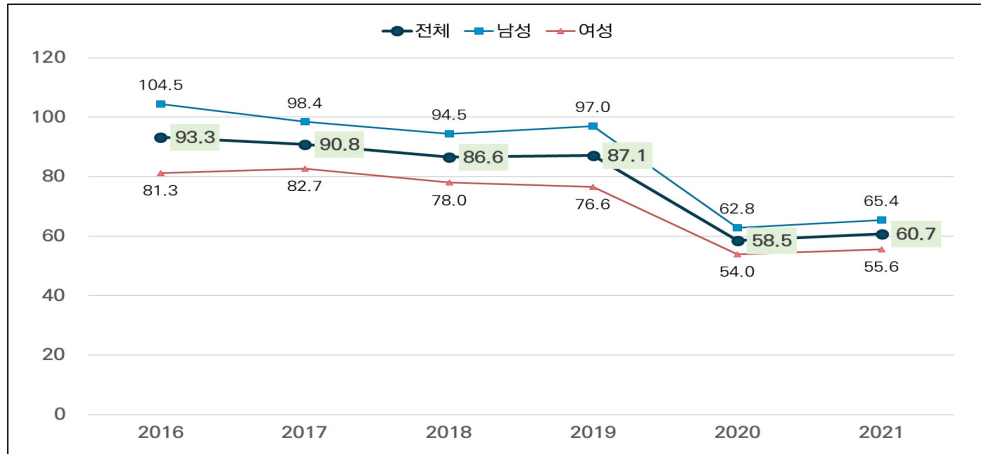
천식, 당뇨, 뇌전증으로 인한 계획되지 않은 입원을 지역에 따라 산출했을 때, 지역 간 변이는 2016년 0.29에서 2021년에 0.31으로 약간 증가하였다. 계획되지 않은 입원 건수가 많은 지역은 2016년에는 강원(136.5건), 인천(133.2건) 순이었고, 2021년에는 충북(79.8건), 대구(78.9건) 순으로 나타났다. 계획되지 않은 입원 건수가 적은 지역은 2016년에는 울산(50.9건), 광주(54.8건) 순이었고, 2021년에는 울산(27.0건), 전북(30.7건)으로 울산은 꾸준히 낮은 수치를 나타냈다.

천식, 당뇨, 뇌전증으로 인한 계획되지 않은 입원을 소득분위에 따라 산출했을 때 증가와 감소를 반복하는 양상이었으나, 2016년부터 2020년에 걸쳐 의료급여에서 값이 가장 높고 다른 소득계층과 차이가 컸다. 의료급여는 연평균 13.7% 감소한 것으로 나타났다.

천식, 당뇨, 뇌전증으로 인한 계획되지 않은 입원을 장애 중증도에 따라 산출했을 때, 중증도에 따라 추세가 달랐다. 중증장애인 경우 2016년과 2020년 사이에 지속적으로 감소하였다가, 2021년 증가하였다. 경증장애의 경우 2018년 소폭 증가한 이후 꾸준히 감소하였다. 장애 없음의 경우 비슷한 양상을 보였다. 전체적으로 중증장애의 입원이 높게 나타났다.

[그림 3-41] 천식, 당뇨, 뇌전증으로 인한 계획되지 않은 입원(아동·청소년)

(단위: 100,000건당 건)



주: 19세 미만을 대상으로 2012년 인구로 성·연령 표준화한 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).
2016년에 응급의료수가제도가 변화했음을 고려하여 2016년 이후의 추이를 살펴봄.
자료: 국민건강보험공단. (2012~2021). [데이터자료] 건강보험 맞춤형 DB.

<표 3-18> 천식, 당뇨, 뇌전증으로 인한 계획되지 않은 입원(아동·청소년): 지역별

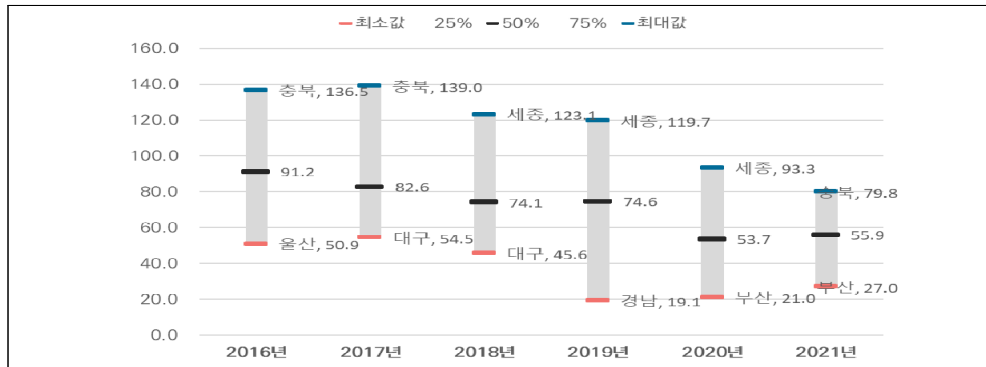
(단위: 100,000건당 건)

구분	2016	2017	2018	2019	2020	2021
서울	92.4	85.9	84.9	88.9	60.8	58.7
부산	93.0	84.6	73.2	65.9	28.8	58.1
대구	67.7	71.2	72.1	95.3	93.3	78.9
인천	133.2	139.0	123.1	119.7	85.7	55.9
광주	54.8	54.5	45.6	63.7	53.0	37.7
대전	91.2	114.8	88.8	88.8	48.6	68.5
울산	50.9	81.9	58.1	50.8	21.0	27.0
세종	58.6	56.6	50.2	19.1	30.2	48.2
경기	106.2	101.2	100.7	101.5	62.5	71.2
강원	136.5	110.3	116.3	104.9	82.2	73.1
충북	97.5	106.5	108.1	104.0	58.3	79.8
충남	91.3	75.9	61.1	67.8	63.6	38.8
전북	77.7	94.9	97.8	71.5	44.8	30.7
전남	85.1	82.6	73.6	50.7	53.7	37.5
경북	65.4	75.1	74.1	73.1	52.9	75.2
경남	74.5	65.3	59.7	74.6	39.0	54.5
제주	119.5	75.5	90.1	99.1	59.4	51.0
지역 간 차이	0.29	0.25	0.28	0.32	0.36	0.31
최대-최소	85.7	84.4	77.5	100.6	72.3	52.8

주: 19세 미만을 대상으로 2012년 인구로 성·연령 표준화한 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).
2016년에 응급의료수가제도가 변화했음을 고려하여 2016년 이후의 추이를 살펴봄.
자료: 국민건강보험공단. (2012~2021). [데이터자료] 건강보험 맞춤형 DB.

[그림 3-42] 천식, 당뇨, 뇌전증으로 인한 계획되지 않은 입원(아동·청소년): 지역별

(단위: 100,000건당 건)



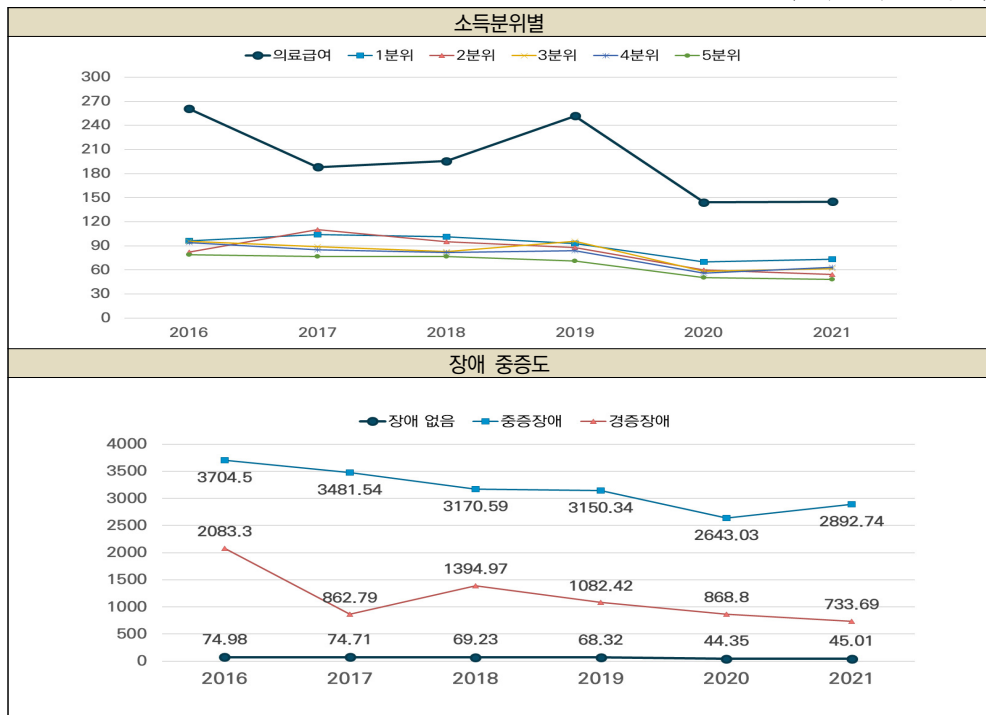
주: 19세 미만을 대상으로 2012년 인구로 성·연령 표준화한 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).

2016년에 응급의료수가제도가 변화했음을 고려하여 2016년 이후의 추이를 살펴봄.

자료: 국민건강보험공단. (2012~2021). [데이터자료] 건강보험 맞춤형 DB.

[그림 3-43] 천식, 당뇨, 뇌전증으로 인한 계획되지 않은 입원(아동·청소년): 소득수준, 장애 중증도별

(단위: 100,000건당 건)



주: 19세 미만을 대상으로 2012년 인구로 성·연령 표준화한 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).

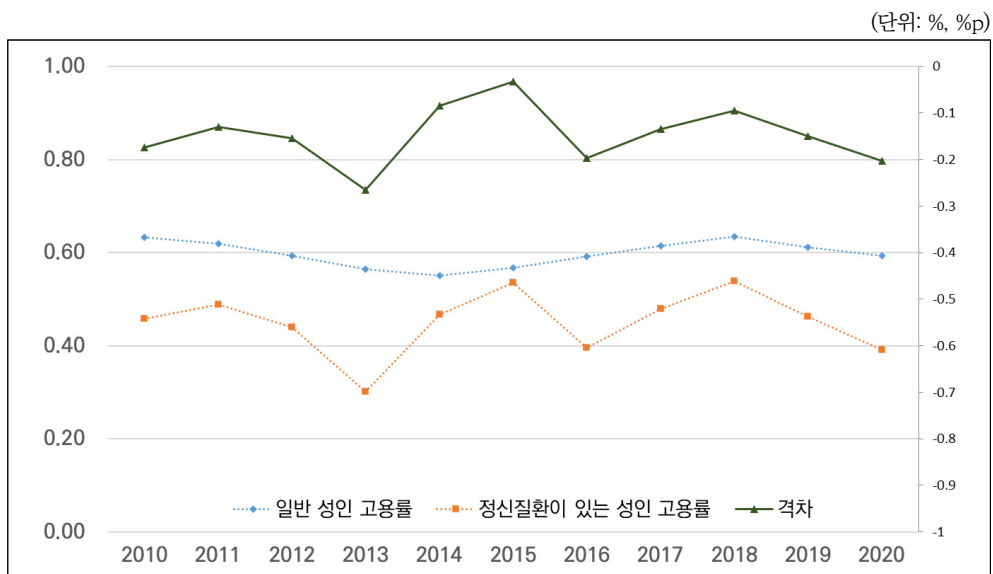
2016년에 응급의료수가제도가 변화했음을 고려하여 2016년 이후의 추이를 살펴봄.

자료: 국민건강보험공단. (2012~2021). [데이터자료] 건강보험 맞춤형 DB.

마. 정신질환이 있는 사람들의 고용

일반 성인의 고용률은 2010년과 2020년 사이 대략 60%를 전후로 감소하다가 증가하고 다시 소폭 감소하는 추이를 보인 반면 정신질환이 있는 성인의 고용률은 2010년과 2019년 각각 45.9%와 39.1%로, 전반적으로 50% 이하 수준에서 증가와 감소를 반복했다. 두 집단 간 고용률 격차는 2010년과 2020년에 각각 17.4% 포인트, 20.2% 포인트였는데 2010년과 2020년 사이에 일관된 추이를 보이지는 않았으나 전반적으로 격차는 감소하였다.

[그림 3-44] 정신질환이 있는 성인과 일반 성인의 고용률 및 격차



주: 2010년 주민등록연앙인구로 성·연령 표준화, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).
(좌) 고용률(%), (우) 격차(%p).

자료: 보건복지부, 질병관리청. (2010~2020). [데이터자료] 국민건강영양조사.

https://knhanes.kdca.go.kr/knhanes/sub03/sub03_02_05.do에서 2022.11.28. 인출.

바. 치매가 있는 사람들의 추정 진단율

60세 이상에서 치매 추정 유병률 대비 건강보험에 진료내역이 있는 치매 상병자의 비율은 2019년부터 계속해서 감소하고 있는 추세이며, 2021년 기준 96.2%였는데 이는 2019년(98.4%)보다 2.2%p, 2020년(96.8%)보다 0.6%p 감소한 수치이다.

〈표 3-19〉 치매가 있는 사람들의 추정 진단율

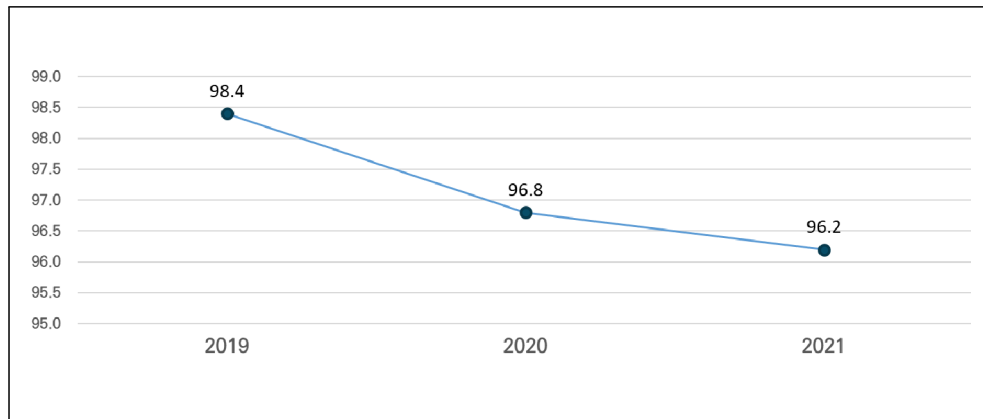
(단위: %)

구분	2018	2019	2020	2021
60세 이상 치매상병자(명)		803,500	835,795	876,353
60세 이상 추정치매환자(명)	771,202	816,393	863,542	910,727
추정치매환자 대비 치매상병자 비율(%)	-	98.4	96.8	96.2

자료: 중앙치매안심센터. (2020). 치매 오늘은. https://www.nid.or.kr/info/today_list.aspx에서 2022. 10. 19 인출.
중앙치매센터. (2018~2021). 대한민국 치매현황 보고서. 중앙치매센터.

[그림 3-45] 추정 치매환자 대비 치매 상병자 비율

(단위: %)



자료: 중앙치매안심센터. (2020). 치매 오늘은. https://www.nid.or.kr/info/today_list.aspx에서 2022. 10. 19 인출.
중앙치매센터. (2018~2021). 대한민국 치매현황 보고서. 중앙치매센터.

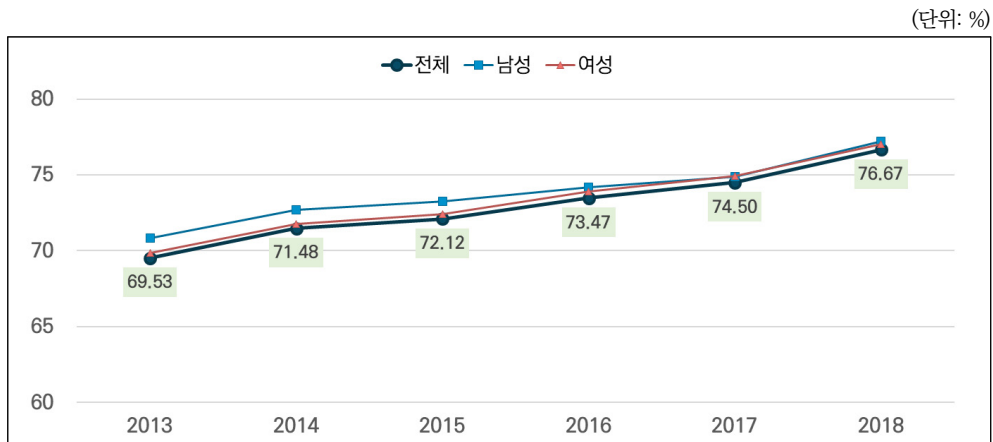
사. 지역사회치매관리율

지역사회치매관리율은 2016년부터 2021년까지 전반적으로 증가하는 추세를 보였다. 성별에 따라서도 이러한 추세는 동일하게 나타났는데 2013년에 남성에서 소폭 높은 편이었으나 2018년에 성별 차이는 거의 없었다. 2013년의 지역사회치매관리율은 69.53%에서 2018년 76.67%로 연평균 2.47% 증가하였으며, 2017년 대비 2.91% 증가한 수치였다.

지역사회치매관리율을 지역에 따라 산출했을 때, 지역 간 변이는 2013년 0.04에서 2018년 0.02로 소폭 감소하였다. 가장 높은 지역과 낮은 지역의 격차도 2013년 11.7%p에서 2018년 6.4%p로 감소했다. 2013년 기준 지역사회치매관리율이 가장 높은 지역은 세종(75.5%), 제주(73.2%) 순이었으며, 2018년 기준 서울(78.7%), 충남(78.2%)으로 나타났다. 2013년 기준 지역사회치매관리율이 가장 낮은 지역은 광주(63.8%), 울산(66.1%) 순이었으며, 2018년에는 세종(72.3%), 강원(74.0%) 순이었다.

지역사회치매관리율을 소득분위에 따라 산출했을 때 2013년부터 2018년까지 모든 분위에서 전체적으로 증가 추세를 보였으며, 의료급여 환자의 치매관리율이 가장 낮은 것으로 확인되었다. 장애 중증도별로 산출했을 때 2013년부터 2018년까지 모두 증가 추세를 보였으며, 장애 중증도가 높을수록 치매관리율이 낮게 나타났다.

[그림 3-46] 지역사회 치매관리율



주: 2012년 주민등록연앙인구를 이용한 성·연령 표준화 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).
 자료: 국민건강보험공단. (2012~2021). [데이터자료] 건강보험 맞춤형 DB.

〈표 3-20〉 지역사회치매관리율: 지역별

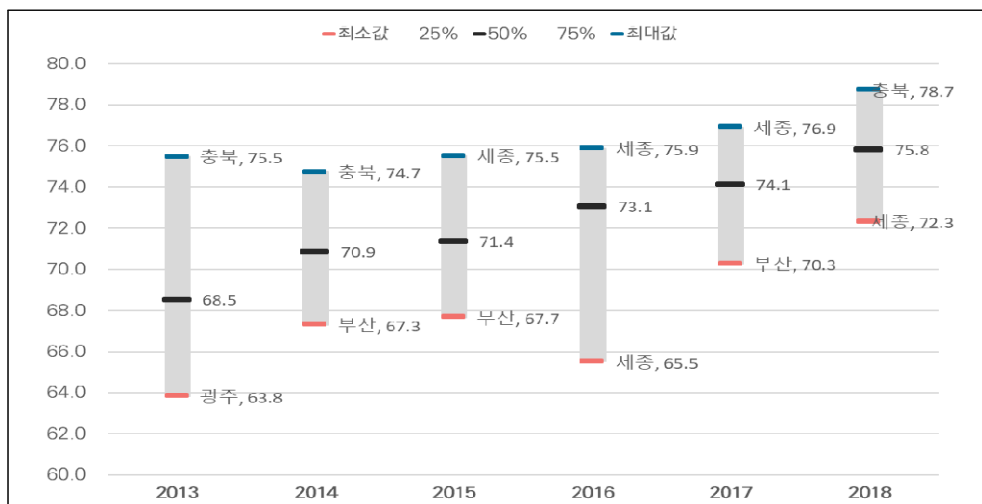
(단위: %)

구 분	2013	2014	2015	2016	2017	2018
서울	72.90	74.73	75.50	75.26	76.91	78.72
부산	67.93	67.30	67.65	69.56	70.26	74.73
대구	70.27	72.22	73.16	72.24	74.93	76.81
인천	69.53	70.80	69.79	71.42	74.25	75.81
광주	63.82	70.84	71.35	73.06	72.37	75.65
대전	68.52	73.91	73.95	75.31	73.30	77.03
울산	66.14	67.83	69.73	72.42	71.78	74.30
세종	75.48	67.98	70.10	65.51	75.26	72.32
경기	71.71	72.36	73.34	74.68	76.67	78.02
강원	71.67	72.77	73.14	75.10	73.98	73.97
충북	68.28	71.80	70.14	73.58	74.31	74.85
충남	71.41	73.67	74.60	73.55	74.12	78.15
전북	66.75	70.31	72.17	75.88	74.27	77.25
전남	66.86	70.87	71.15	72.81	73.96	76.10
경북	67.62	70.12	70.49	71.63	72.68	75.67
경남	67.95	68.97	70.11	72.15	72.92	74.91
제주	73.24	74.65	73.00	74.37	75.05	77.49
지역 간 변이	0.04	0.03	0.03	0.03	0.02	0.02
최대-최소	11.7	7.4	7.9	10.4	6.6	6.4

주: 2012년 주민등록연앙인구를 이용한 성·연령 표준화 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).
 자료: 국민건강보험공단. (2012~2021). [데이터자료] 건강보험 맞춤형 DB.

[그림 3-47] 지역사회치매관리율: 지역별

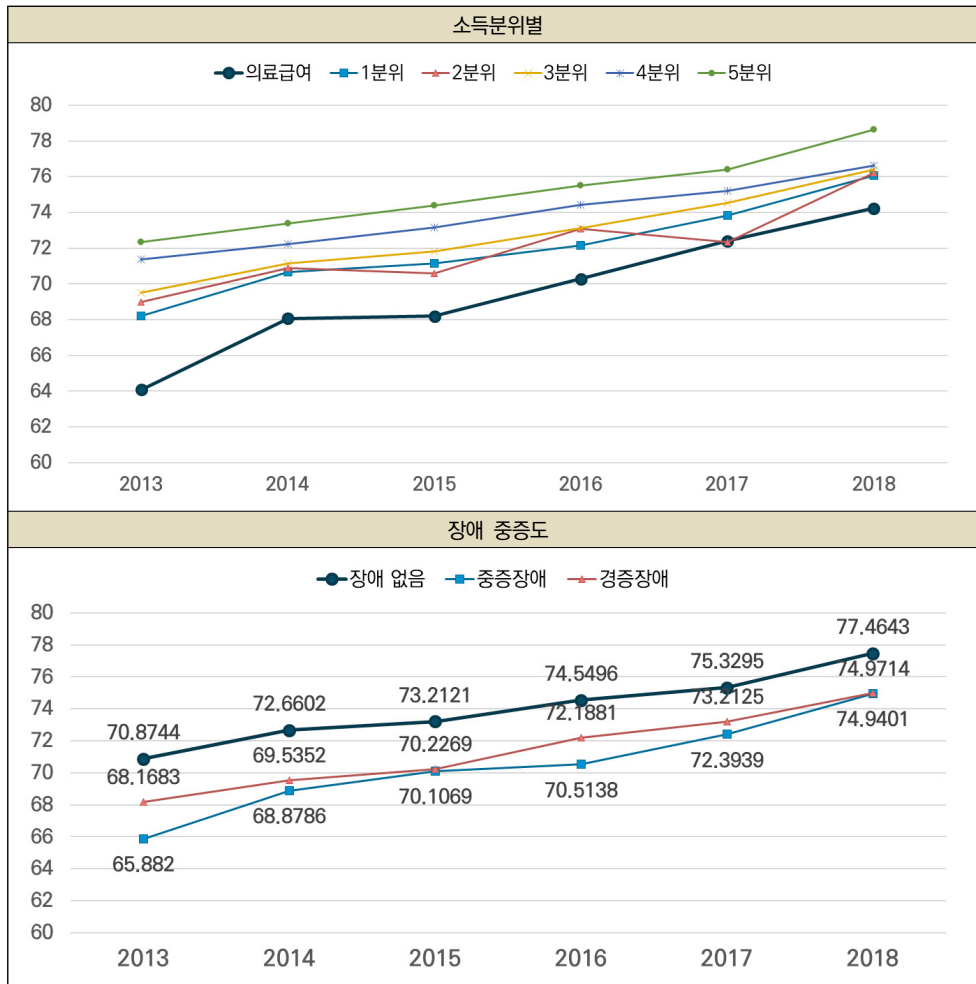
(단위: %)



주: 2012년 주민등록연앙인구를 이용한 성·연령 표준화 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).
 자료: 국민건강보험공단. (2012~2021). [데이터자료] 건강보험 맞춤형 DB.

[그림 3-48] 지역사회치매관리율: 소득수준 및 장애 중증도별

(단위: 100,000건당 건)



주: 2012년 주민등록연앙인구를 이용한 성·연령 표준화 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).
자료: 국민건강보험공단. (2012~2021). [데이터자료] 건강보험 맞춤형 DB.

◆ 2018 장기요양 본인부담 경감 이후 시설 및 재가급여 이용 변화

- 한국은 2008년 장기요양보험제도를 도입하였고 저소득층의 장기요양 서비스 접근성 개선을 위해 2009년부터 중위소득 50% 이하인 경우 본인부담의 50%를 경감하였는데(보건복지부, 2018.6.28.) OECD 국가들의 장기요양 본인부담을 비교한 연구는 한국이 재가급여의 시간을 제한하는 등의 이유로 재가급여에 대한 비용 부담이 높아 시설급여 이용을 유도한다고 하였다(Muir, 2017).
- 이런 가운데 치매국가책임제 발표와 함께 노인장기요양보험 보장성 강화를 위해 2018년 8월부터 건강보험료 하위 0~25%(중위소득 50% 이하)에 해당하는 경우 본인부담을 60% 경감하고 25~50%에 해당하는 경우 본인부담을 50% 경감하기로 하였다(보건복지부, 2018.6.28.).
- 해당 정책의 영향을 확인하기 위해 이중차이분석법으로 정책시행 전후인 2017년과 2019년에 대해 정책 수혜 집단과 비수혜 집단의 재가급여와 시설급여 이용을 비교한 결과, 기존에 본인부담 경감 혜택이 없었던 건강보험료 하위 30~50% 집단에서 재가급여 이용일수와 이용금액이 증가하였다(p-value = 0.065, 0.058).

〈표 3-21〉 장기요양 본인부담 경감이 재가급여, 시설급여 이용에 미친 영향

구분	이용여부			이용일수			이용금액		
	β	SE	p-value	β	SE	p-value	β	SE	p-value
재가급여									
건강보험료 하위 30%	-0.128	0.019	<.0001	0.059	0.014	<.0001	0.087	0.014	<.0001
건강보험료 하위 30~50%	-0.024	0.031	0.447	-0.041	0.023	0.076	-0.034	0.023	0.146
건강보험료 상위 50%	0.000	0.000	.	0.000	0.000	.	0.000	0.000	.
2019	-0.100	0.014	<.0001	0.035	0.010	0.001	0.195	0.010	<.0001
2017	0.000	0.000	.	0.000	0.000	.	0.000	0.000	.
2019*하위 30%	-0.006	0.021	0.789	0.010	0.016	0.539	0.011	0.017	0.524
2019*하위 30~50%	-0.010	0.037	0.789	0.052	0.028	0.065	0.054	0.029	0.058
2019*top 50%	0.000	0.000	.	0.000	0.000	.	0.000	0.000	.
시설급여									
건강보험료 하위 30%	0.432	0.038	<.0001	0.115	0.029	<.0001	0.112	0.031	0.000
건강보험료 하위30~50%	0.192	0.059	0.001	-0.028	0.050	0.585	-0.026	0.053	0.627
건강보험료 상위 50%	0.000	0.000	.	0.000	0.000	.	0.000	0.000	.
2019	-0.076	0.026	0.004	-0.027	0.027	0.322	0.155	0.029	<.0001
2017	0.000	0.000	.	0.000	0.000	.	0.000	0.000	.
2019*하위 30%	0.022	0.040	0.581	-0.029	0.039	0.452	-0.024	0.042	0.559
2019*하위 30~50%	0.063	0.073	0.389	0.016	0.069	0.811	0.008	0.074	0.917
2019*상위 50%	0.000	0.000	.	0.000	0.000	.	0.000	0.000	.

주: 성, 연령, 도□농, 동반상병지수, 장애중증도, 장기요양 등급을 보정(연구진이 직접 산출)
 자료: 국민건강보험공단. (2008~2019). [데이터자료] 노인코HORT DB.

◆ 장기요양시설 내 사망

- 코로나19 대유행은 전세계적으로 장기요양(LTC) 부문에 심각한 영향을 미쳤는데 모든 코로나 19 사망자의 약 34%가 LTC 시설 거주자였다. 장기요양시설에서 바이러스 확산을 억제하고 완화하려는 노력으로 이러한 비율은 감소하였다(OECD, 2023a, p. 210). 한국에서 장기요양 부문에 대한 코로나19 대유행의 영향을 부분적으로라도 살펴보기 위해 장기요양시설 입소자들의 사망률 추이를 살펴보았다.
- 장기요양시설 거주 노인의 사망률은 2012년 29.9%에서 11.9%로 감소하였는데 남성보다 여성에서 감소 정도가 더 컸다. 모든 지역에서 지속적으로 감소했는데 2021년 기준 제주, 광주, 부산 순으로 사망률이 낮았다. 보험료 분위 및 장애 정도와 무관하게 전반적으로 감소했다.

〈표 3-22〉 장기요양시설 이용 동안 사망률 추이

(단위: %)

구분	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
전체	29.9	30.0	30.1	29.3	27.9	25.9	23.8	21.2	17.4	11.9
남	32.5	32.4	32.5	31.8	30.5	28.2	26.8	25.4	23.0	17.2
여	29.0	29.2	29.2	28.4	26.9	25.0	22.7	19.9	15.7	10.5
서울	31.3	31.5	32.2	30.8	28.7	26.5	26.2	23.9	19.5	12.9
부산	23.6	24.2	22.3	23.1	20.4	17.7	16.0	12.9	11.1	8.2
대구	28.1	28.8	29.5	27.6	27.3	25.3	22.8	20.3	17.3	12.5
인천	30.8	31.3	31.5	30.5	29.3	27.2	23.9	21.4	17.6	12.2
광주	24.5	23.3	22.4	22.7	20.9	18.0	16.2	14.8	12.7	8.2
대전	28.6	28.8	28.2	28.1	25.4	23.7	22.6	21.8	17.4	12.2
울산	23.5	25.9	24.3	25.2	21.9	20.9	18.2	14.8	11.7	8.9
세종	.	29.6	29.5	28.9	24.6	21.8	23.7	21.7	18.3	10.2
경기	32.7	34.2	33.7	32.7	31.3	29.3	26.6	24.1	19.6	13.6
강원	28.3	27.7	29.1	27.8	27.0	26.0	22.3	19.2	16.4	12.4
충북	32.1	30.9	32.3	32.3	30.2	28.5	26.5	23.7	18.5	13.2
충남	29.2	32.2	32.3	31.1	30.2	26.8	24.7	23.1	19.4	12.3
전북	27.5	24.9	26.7	26.1	25.6	23.9	21.5	18.5	15.1	10.6
전남	28.4	28.0	27.4	27.0	26.2	24.6	22.5	19.1	14.6	10.3
경북	33.8	31.3	30.4	29.6	27.7	24.6	22.7	19.6	15.5	9.8
경남	24.6	24.8	24.0	23.3	22.2	22.2	19.0	16.2	14.8	9.0
제주	24.9	21.6	21.2	20.4	17.9	18.0	15.1	12.5	9.9	6.5
의료급여	28.3	28.5	27.3	27.5	26.4	24.6	22.6	19.8	16.1	11.5
1분위	32.3	31.7	32.3	31.8	30.0	27.9	25.7	22.8	18.4	12.6
2분위	31.2	30.7	31.1	29.9	28.4	27.1	25.1	22.6	18.9	12.6
3분위	31.5	32.0	30.8	30.1	29.2	25.9	24.4	21.5	18.0	13.0
4분위	30.1	30.8	31.6	30.5	29.0	27.3	24.2	21.6	17.9	12.0
5분위	29.2	29.1	29.5	28.2	26.4	24.6	22.4	20.2	16.3	11.1
비장애	30.5	30.4	30.4	29.3	27.7	25.8	23.7	21.3	17.6	12.0
중증	28.8	29.2	30.3	30.5	29.0	26.9	24.5	21.7	17.7	12.2
경증	27.9	28.8	28.4	27.6	27.0	24.8	22.7	20.4	16.0	11.2

주: 장기요양 시설 이용기간 동안 사망자 수를 해당 기간 동안 이용자수로 나눠 산출, 2012년 65세 이상 인구로 성·연령 표준화.

자료: 국민건강보험공단. (2012~2021). [데이터자료] 건강보험 맞춤형 DB.

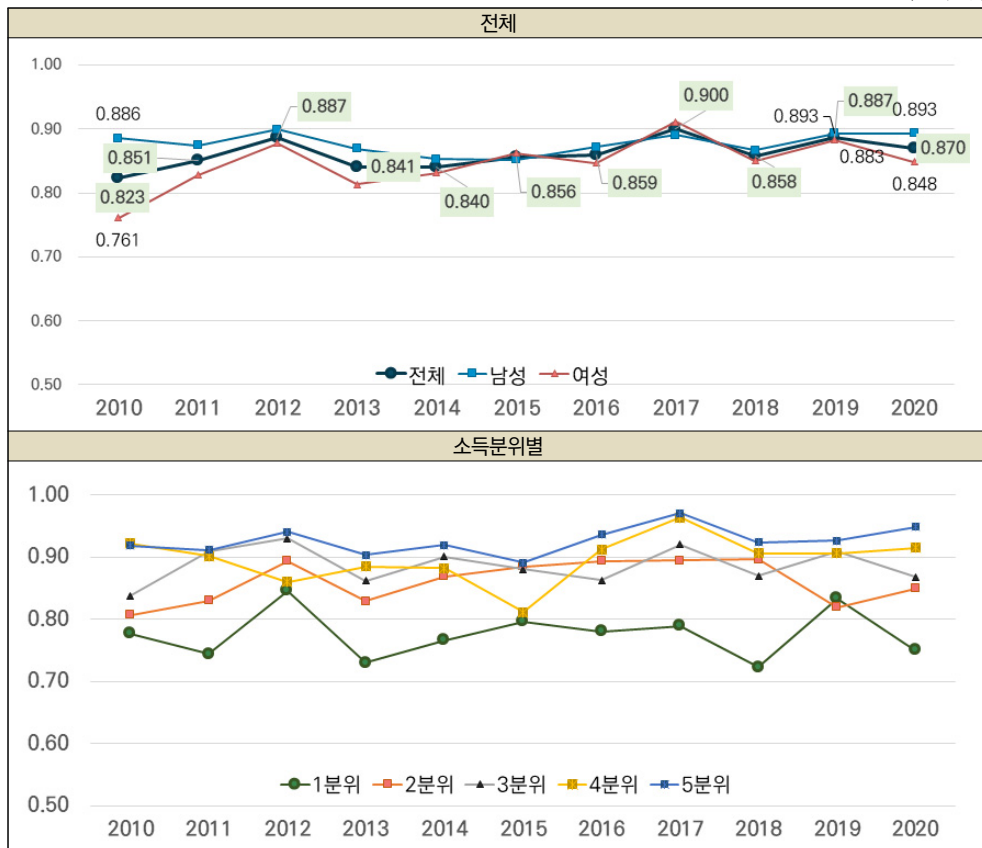
아. 복합만성질환(3개 이상)이 있는 사람의 삶의 질

복합만성질환자의 건강 관련 삶의 질은 2010년 0.82점, 2020년 0.87점으로 증가하였다. 2010년과 2020년 사이 연평균 0.61% 증가하였고, 2019년과 비교해 2.0% 감소한 것으로 나타났다. 남성의 경우 2010년 0.886점에서 2020년 0.893점으로 증가하였고, 여성은 2010년 0.761점에서 2020년 0.848점으로 증가하였다.

복합만성질환자의 삶의 질은 가구의 소득수준에 따라 다른 경향을 보였다. 관측기간 동안 소득 1분위에서 값이 가장 낮았고 연평균 0.39% 감소하였다.

[그림 3-49] 복합만성질환(3개 이상)이 있는 사람의 삶의 질

(단위: 점)



주: 2010년 인구조 성·연령 표준화한 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).
 자료: 보건복지부, 질병관리청. (2010~2020). [데이터자료] 국민건강영양조사.
https://knhanes.kdca.go.kr/knhanes/sub03/sub03_02_05.do에서 2022.11.28. 인출.

3. 효과성: 질병 및 손상 치료·회복 지원

◆ (3영역) 효과성: 질병 및 손상 치료·회복 지원

- 보건의료서비스 제공으로 치료 가능한 질병 혹은 상해를 가진 사람들에게 가능한 한 최상의 건강결과를 달성하도록 지원하고 있는지 확인하기 위한 영역

〈표 3-23〉 3영역(효과성: 질병 및 손상 치료·회복 지원) 지표 분석 내용

구분	성과 지표	분석 내용	
		추이	격차
총괄지표	• 일반적으로 병원 입원이 필요하지 않은 급성질환으로 인한 응급입원	'16-'21	지역별/소득분위별/장애 중증도별
	• 퇴원 후 30일 내 응급 재입원	'16-'21	지역별/소득분위별/장애 중증도별
개선 영역	• 울혈성 심부전, 허혈성 뇌졸중 응급입원 1년 내 사망 및 입원	'17-'20	지역별/소득분위별/장애 중증도별
	• 하기도 감염으로 인한 아동의 응급입원	'16-'21	지역별/소득분위별/장애 중증도별
	• 입원 30일 내 사망: 급성심근경색, 뇌졸중	'11-'20	
	• 뇌졸중 환자의 활동/생활 습관(Modified Rankin Scale) 개선 정도		
	• 급성기 혹은 지역사회 병원에서 퇴원 후 재활서비스를 제공받은 비율과 독립생활 유지율	'10-'18	
	• 저작기능 불편 호소율	'10-'20	소득분위별

주: 연구진이 직접 작성함. [] 가용한 자료 없음.
지표별 산출 방법과 자료원은 [부록1]의 〈부표 1-3〉을 참고.

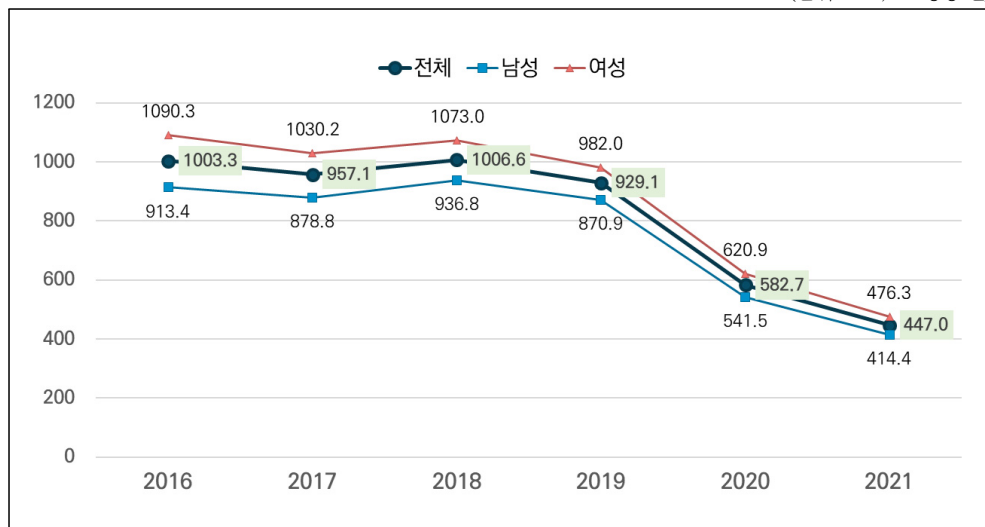
가. (총괄지표) 일반적으로 병원 입원이 필요하지 않은 급성질환으로 인한 응급입원

일반적으로 병원 입원이 필요하지 않은 급성질환으로 인한 응급입원은 최근 들어 감소하였다. 2016년 인구 10만 명당 1,003.3건에서 2021년에 447.0건으로 연평균 18.3% 감소하였고, 2021년에는 2020년 대비 23.28% 감소하였다. 병원 입원이 필요하지 않은 급성질환으로 인한 응급입원을 성별에 따라 산출한 결과, 여성의 수치가 남성보다 약간 더 높았는데, 2016년과 2021년 남성의 응급입원 건수는 각각 913.4건, 414.4건이었고 여성의 응급입원은 각각 1090.3건, 476.3건이었다.

병원 입원이 필요하지 않은 급성질환으로 인한 응급입원의 지역 간 변이는 2016년 0.28에서 2021년에 0.30으로 약간 증가하였다. 응급입원 건수가 많은 지역은 2016년에는 제주(1,701.2건), 인천(1422.5건) 순이었고, 2021년에는 제주(812.6건), 세종(709.7건) 순으로 제주는 꾸준히 높은 것으로 나타났다. 급성질환으로 인한 응급입원 건수가 적은 지역은 2016년에는 대구(664.4건), 부산(675.5건) 순이었고, 2021년에는 부산(293.3건), 전북(338.5건) 순으로 부산은 지속적으로 낮은 편에 속했다.

[그림 3-50] 병원 입원이 필요하지 않은 급성질환으로 인한 응급입원

(단위: 100,000명당 건)



주: 2012년 인구조 제도가 변화성·연령 표준화한 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).

2016년에 응급의료수가제도가 변화했음을 고려하여 2016년 이후의 추이를 살펴봄.

자료: 국민건강보험공단. (2012~2021). [데이터자료] 건강보험 맞춤형 DB.

〈표 3-24〉 병원 입원이 필요하지 않은 급성질환으로 인한 응급입원: 지역별

(단위: 100,000명당 건)

구분	2016	2017	2018	2019	2020	2021
서울	940.4	909.8	963.0	872.9	512.5	418.3
부산	675.5	587.7	540.6	530.1	378.9	293.3
대구	664.4	743.1	775.2	770.5	501.7	445.6
인천	1422.5	1314.0	1289.8	1262.5	797.4	540.0
광주	762.0	736.0	752.6	655.1	518.1	387.6
대전	1124.3	929.7	954.9	836.8	509.0	391.2
울산	727.7	723.3	695.9	618.0	428.2	377.7
세종	887.7	652.1	659.1	590.9	515.7	709.7
경기	1162.3	1068.8	1144.0	1053.5	599.1	465.1
강원	1086.7	1175.3	1267.9	1201.0	754.2	652.7
충북	843.8	755.4	799.3	759.6	445.0	353.7
충남	1227.0	1176.0	1285.4	1144.4	686.7	563.3
전북	856.8	947.9	1155.9	1063.5	769.1	338.5
전남	966.8	942.2	998.8	1006.7	795.3	472.6
경북	1043.0	1095.4	1137.7	1023.8	675.7	459.9
경남	729.1	695.7	732.9	629.6	444.1	392.5
제주	1701.2	1663.2	1673.6	1511.1	1145.1	812.6
지역 간 변이	0.28	0.29	0.30	0.30	0.31	0.30
최대-최소	1036.8	1075.5	1133.0	981.0	766.2	519.3

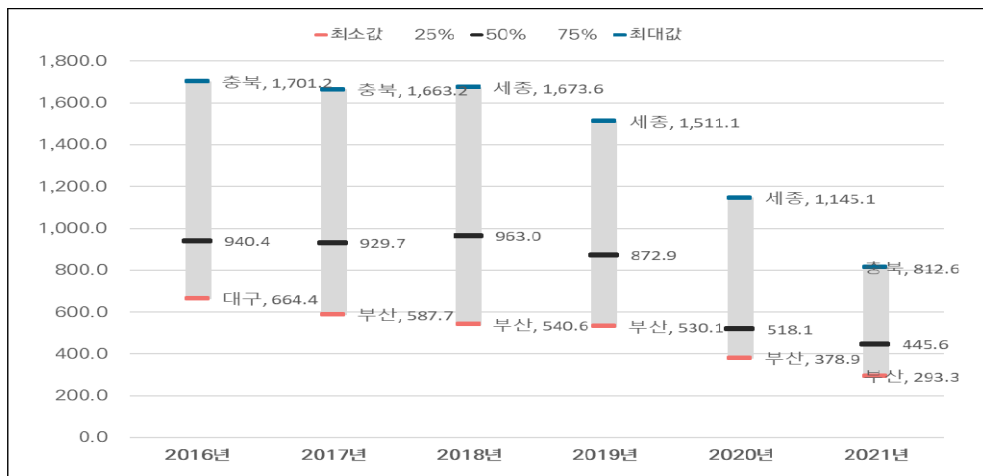
주: 2012년 인구로 성·연령 표준화한 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).

2016년에 응급의료수가제도가 변화했음을 고려하여 2016년 이후의 추이를 살펴봄.

자료: 국민건강보험공단. (2012~2021). [데이터자료] 건강보험 맞춤형 DB.

〔그림 3-51〕 병원 입원이 필요하지 않은 급성질환으로 인한 응급입원: 지역별

(단위: 100,000명당 건)



주: 2012년 인구로 제도가 변화성·연령 표준화한 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).

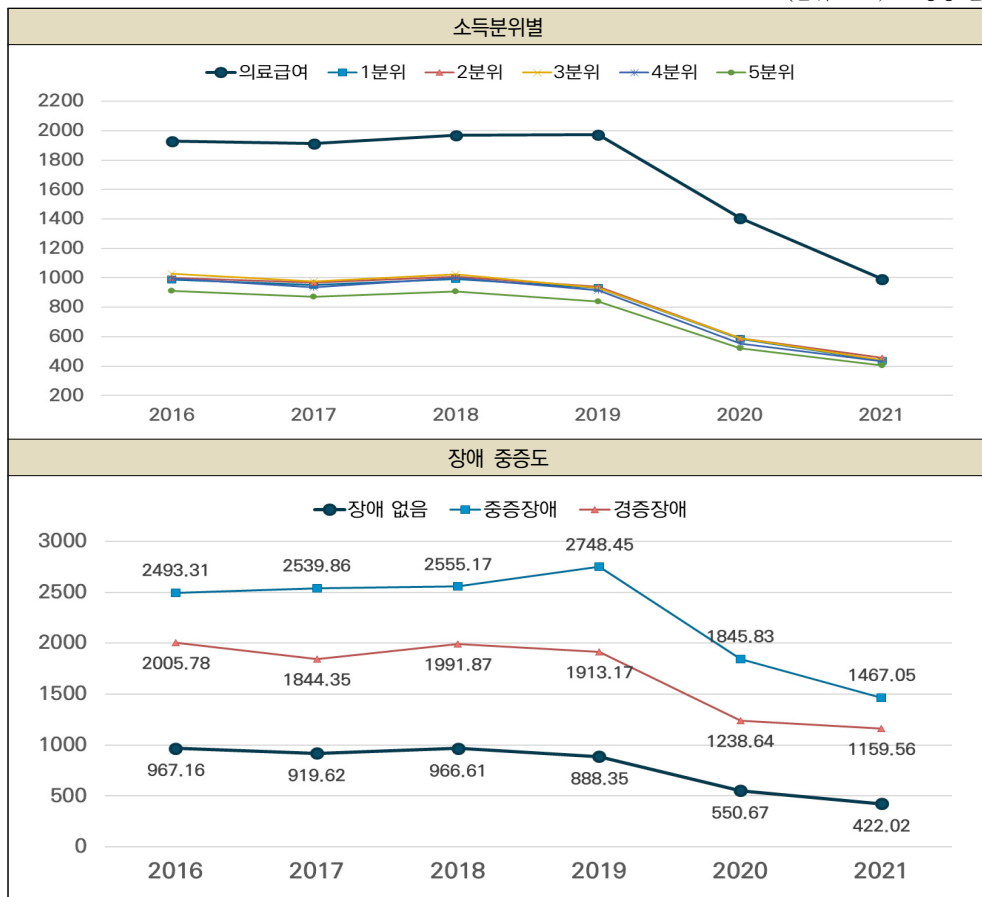
2016년에 응급의료수가제도가 변화했음을 고려하여 2016년 이후의 추이를 살펴봄.

자료: 국민건강보험공단. (2012~2021). [데이터자료] 건강보험 맞춤형 DB.

병원 입원이 필요하지 않은 급성질환으로 인한 응급입원을 소득분위에 따라 산출했을 때, 전체 변화 양상과 비슷한 추세를 보였으나 2016년부터 2021년에 걸쳐 의료급여에서 값이 가장 높고 다른 소득계층과 차이가 컸다. 장애 중증도에 따라 산출했을 때, 2016년부터 2021년까지 중증장애에서 가장 값이 높았으며, 장애가 있는 경우, 장애 없음에 비해 응급입원 건수가 2배 이상 많은 것으로 나타났다. 한편 경증장애와 장애 없음의 경우 전체 변화 양상과 증가 감소 추세가 비슷하게 나타났다.

[그림 3-52] 병원 입원이 필요하지 않은 급성질환으로 인한 응급입원: 소득수준 및 장애 중증도별

(단위: 100,000명당 건)



주: 2012년 인구조형·연령 표준화한 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).

2016년에 응급의료수가제도가 변화했음을 고려하여 2016년 이후의 추이를 살펴봄.

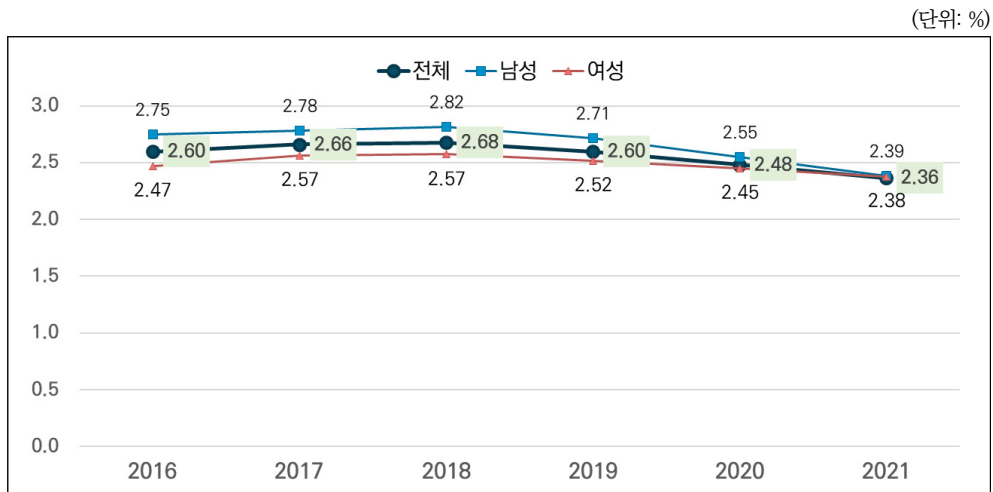
자료: 국민건강보험공단. (2012~2021). [데이터자료] 건강보험 맞춤형 DB.

나. (총괄지표) 퇴원 후 30일 내 응급 재입원

퇴원 후 30일 내 응급 재입원은 2016년부터 2021년 사이 소폭 증가 후 감소하는 양상을 보였으며, 2016년 2.6%, 2021년에 2.36%로 연평균 2.32% 감소하였고, 2021년에는 2020년 대비 4.69% 감소하였다. 병원 퇴원 30일 내 응급 재입원을 성별에 따라 산출한 결과, 남성은 2016년 2.75%에서 2021년 2.39%로 감소하였고, 여성은 2016년 2.47%에서 소폭 증가한 후 다시 감소하여 2021년에는 2.38% 수준으로 나타났다.

퇴원 후 30일 내 응급 재입원의 지역 간 변이는 2016년 0.25, 2021년 0.30으로 소폭 증가하였다. 2016년에 응급 재입원이 많은 지역은 제주(4.34%), 강원(3.38%) 순이었고, 2021년에는 제주(4.65%), 강원(3.24%) 순으로 강원과 제주는 지속해서 높은 값을 보였다. 반면 2016년에 응급 재입원이 많은 지역은 부산(1.77%), 울산(1.82%) 순이었고, 2021년에도 부산(1.52%), 울산(1.66%) 순으로 울산, 부산이 꾸준히 낮은 편에 속했다.

[그림 3-53] 퇴원 후 30일 내 응급 재입원



주: 2012년 인구조 성·연령 표준화한 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).

2016년에 응급의료수가제도가 변화했음을 고려하여 2016년 이후의 추이를 살펴봄.

자료: 국민건강보험공단. (2012~2021). [데이터자료] 건강보험 맞춤형 DB.

〈표 3-25〉 퇴원 후 30일 내 응급 재입원: 지역별

(단위: %, %p)

구 분	2016	2017	2018	2019	2020	2021
서울	2.83	2.99	3.11	2.90	2.69	2.48
부산	1.77	1.78	1.67	1.64	1.58	1.52
대구	2.40	2.21	2.28	2.48	2.54	2.60
인천	3.12	3.13	3.11	2.99	2.81	2.63
광주	1.95	1.99	2.08	1.86	1.80	1.75
대전	2.94	2.45	2.62	2.60	2.45	2.29
울산	1.82	2.05	1.92	1.88	1.77	1.66
세종	2.54	2.14	2.14	2.37	2.57	2.78
경기	2.89	2.94	3.01	2.94	2.74	2.55
강원	3.38	3.66	3.49	3.31	3.27	3.24
충북	2.45	2.36	2.43	2.46	2.39	2.32
충남	2.83	2.93	2.89	2.76	2.71	2.66
전북	2.16	2.52	2.48	2.56	2.42	2.28
전남	2.30	2.26	2.22	2.18	2.07	1.96
경북	2.81	2.84	2.89	2.81	2.77	2.74
경남	2.00	2.03	1.97	1.96	1.83	1.69
제주	4.34	4.93	4.68	4.44	4.54	4.65
지역 간 차이	0.25	0.29	0.27	0.25	0.27	0.30
최대-최소	2.57	3.15	3.01	2.80	2.96	3.12

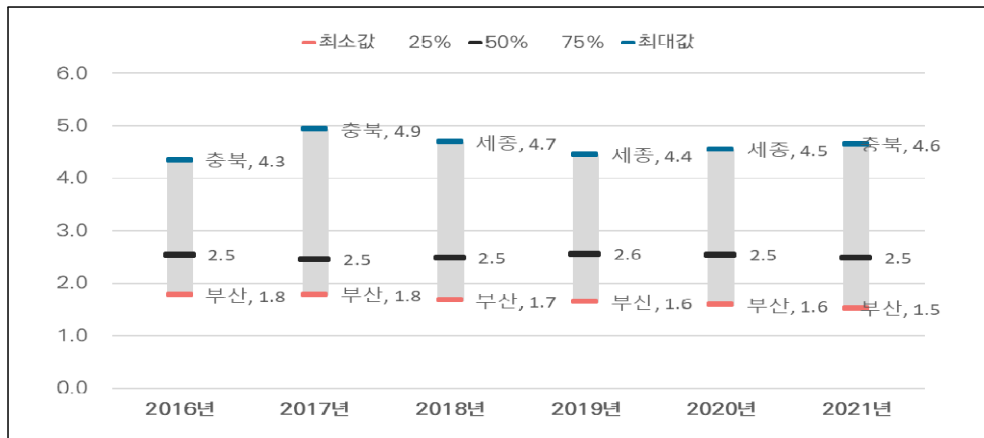
주: 2012년 인구조 성·연령 표준화한 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).

2016년에 응급의료수가제도가 변화했음을 고려하여 2016년 이후의 추이를 살펴봄.

자료: 국민건강보험공단. (2012~2021). [데이터자료] 건강보험 맞춤형 DB.

[그림 3-54] 퇴원 후 30일 내 응급 재입원: 지역별

(단위: %, %p)



주: 2012년 인구조 성·연령 표준화한 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).

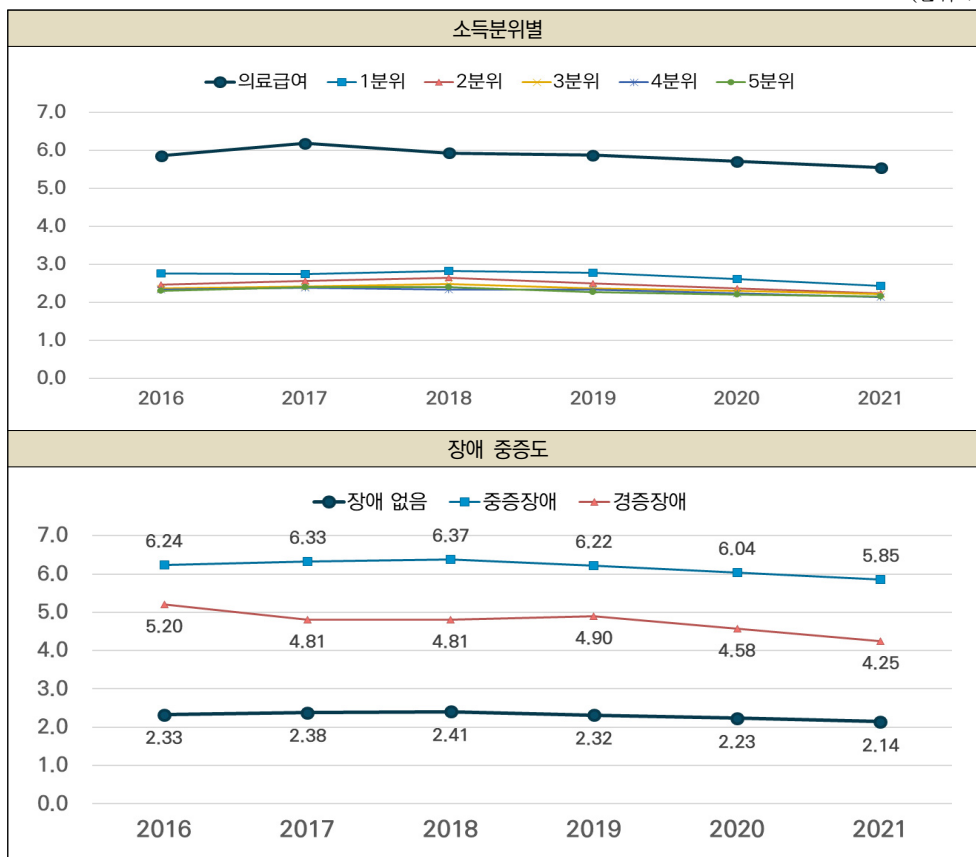
2016년에 응급의료수가제도가 변화했음을 고려하여 2016년 이후의 추이를 살펴봄.

자료: 국민건강보험공단. (2012~2021). [데이터자료] 건강보험 맞춤형 DB.

소득분위에 따라 산출된 퇴원 후 30일 내 응급 재입원은 2016년부터 2021년에 걸친 기간 동안 의료급여가 다른 소득 수준에 비해 2배 이상 값이 큰 것으로 나타났다. 장애 중증도에 따라 산출된 병원 퇴원 후 30일 내 응급 재입원은 장애 중증도별로 변화 양상에 차이가 있었으며, 장애 중증도가 높을수록 응급 재입원이 많은 편이었다.

[그림 3-55] 퇴원 후 30일 내 응급 재입원: 소득수준 및 장애 중증도별

(단위: %)



주: 2012년 인구조 성·연령 표준화한 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).

2016년에 응급의료수가제도가 변화했음을 고려하여 2016년 이후의 추이를 살펴봄.

자료: 국민건강보험공단. (2012~2021). [데이터자료] 건강보험 맞춤형 DB.

◆ 응급재입원 환자의 재원일수 및 입원비

- 재입원은 재원일수 및 진료비와 함께 살펴볼 필요가 있다. 따라서 퇴원 후 30일 내 응급재입원 산출에 사용된 입원 건의 평균 재원일수와 진료비를 살펴보았다.
- 평균재원일수는 2015년 12.4일에서 2020년 10.5일로 감소했는데 성별에 상관없이 감소하는 경향을 보였다. 지역별로도 차이는 있지만 모든 지역에서 감소하였는데 재원일수가 짧은 지역은 2015년에는 서울, 경기 순, 2020년에는 제주, 세종 순이었다. 보험료 분위별, 장애 정도와 무관하게 감소하는 경향을 보였는데 의료급여 수급자의 재원일수가 가장 길었고 대체로 보험료 분위가 낮을수록 재원일수가 길었다. 또한 장애 정도가 심할수록 재원일수가 길었다.

〈표 3-26〉 재원일수 및 진료비 추이(퇴원 후 30일 내 응급재입원)

(단위: 일, 1,000원)

구분	이용일수(외래 및 입원)						진료비(외래 및 입원)					
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2015	2016	2017	2018	2019	2020
전체	12.4	11.1	10.9	10.5	10.3	10.5	1,661	1,584	1,705	1,820	2,001	2,237
남	13.7	12.4	12.1	11.7	11.3	11.6	1,802	1,736	1,864	1,994	2,180	2,412
여	10.9	9.6	9.5	9.2	9.1	9.2	1,510	1,421	1,535	1,635	1,811	2,051
서울	10.6	9.1	9.0	8.6	8.5	8.7	1,739	1,619	1,735	1,874	2,108	2,309
부산	14.1	14.0	13.9	13.3	12.9	13.1	1,744	1,757	1,914	2,022	2,214	2,433
대구	13.7	12.8	12.7	12.2	11.9	12.3	1,743	1,700	1,831	1,942	2,100	2,428
인천	11.5	9.7	9.5	9.5	9.1	9.4	1,656	1,532	1,661	1,833	1,979	2,214
광주	12.8	12.2	12.1	11.7	11.3	11.6	1,503	1,495	1,577	1,677	1,819	2,045
대전	13.2	11.2	11.3	10.8	10.5	10.6	1,856	1,638	1,834	1,943	2,037	2,310
울산	13.5	12.0	12.0	11.2	11.3	11.5	1,703	1,619	1,772	1,868	2,085	2,315
세종	13.4	11.5	10.7	10.1	9.7	8.5	1,887	1,666	1,761	1,941	2,157	2,110
경기	10.9	9.3	9.2	8.9	8.6	8.8	1,667	1,535	1,672	1,776	1,967	2,222
강원	12.5	11.0	10.6	10.4	10.2	10.2	1,620	1,529	1,632	1,753	2,000	2,281
충북	12.9	11.6	11.5	11.0	10.7	11.1	1,648	1,601	1,741	1,846	2,045	2,240
충남	12.9	10.7	10.5	10.3	10.1	10.4	1,697	1,540	1,633	1,753	1,918	2,126
전북	13.7	12.9	12.4	11.8	11.6	12.1	1,548	1,568	1,634	1,719	1,861	2,104
전남	13.2	12.4	12.4	12.0	11.6	11.9	1,460	1,470	1,581	1,630	1,774	2,007
경북	15.2	13.4	13.0	13.0	12.7	13.4	1,798	1,711	1,813	1,966	2,145	2,411
경남	13.9	13.1	13.0	12.6	12.4	12.7	1,589	1,580	1,706	1,814	1,988	2,221
제주	11.8	9.2	8.4	8.3	8.1	7.5	1,754	1,554	1,523	1,659	1,766	1,847
의료급여	44.8	41.3	40.5	39.7	40.6	44.6	3,067	2,929	3,067	3,202	3,594	4,103
1분위	12.4	11.0	10.7	10.3	9.9	10.0	1,716	1,639	1,767	1,854	2,030	2,274
2분위	10.4	9.3	9.2	8.9	8.4	8.5	1,579	1,521	1,649	1,768	1,917	2,141
3분위	9.8	8.8	8.7	8.4	8.3	8.3	1,538	1,478	1,586	1,708	1,892	2,123
4분위	9.5	8.4	8.3	8.1	7.7	7.7	1,523	1,446	1,571	1,691	1,859	2,051
5분위	8.9	7.8	7.7	7.5	7.2	7.3	1,514	1,432	1,543	1,662	1,828	2,040
비장애	9.4	8.3	8.1	7.8	7.6	7.7	1,438	1,368	1,480	1,586	1,747	1,955
중증	52.9	50.0	48.1	47.3	47.4	50.9	4,463	4,404	4,463	4,677	5,262	6,002
경증	16.0	15.0	14.8	14.6	14.3	15.0	2,516	2,500	2,762	3,040	3,348	3,589

주: 퇴원 후 30일 내 응급재입원 산출에 사용된 입원 건의 평균 재원일수 및 평균 진료비, 2012년 인구구조·연령 표준화.

자료: 국민건강보험공단. (2012~2021). [데이터자료] 건강보험 맞춤형 DB.

- 평균진료비는 2015년 약 166만원에서 2020년 224만원으로 증가했는데 2016년에 소폭 감소한 것을 제외하면 전반적으로 증가하는 경향을 보였다. 모든 지역에서 진료비는 증가하였는데 제주의 증가 정도가 상대적으로 작았다. 지역별로 살펴보면 2015년에는 세종, 대전 순, 2020년에는 부산, 대구 순으로 진료비가 컸다. 재원일수가 짧은 경우에도 진료비가 큰 경우도 있었는데 예를 들어 서울은 2020년 재원일수는 3번째로 짧지만 진료비는 6번째로 높다. 한편 보험료 분위, 장애 정도와 무관하게 진료비가 증가했고 2015년과 2020년 모두 의료급여 수급자의 진료비가 가장 컸고 보험료 분위가 낮을수록 진료비가 컸다. 또한 장애 정도가 심할수록 진료비가 컸다.

◆ 동일 상병에서의 재입원 및 의료비

- 묶음지불제 등에서는 입원서비스와 함께 입원 전후의 외래서비스를 함께 지불한다. 따라서 동일상병으로 응급재입원 비율을 산출하고 입원 한달 전부터 퇴원 후 한달 동안의 이용일수와 진료비를 합산하여 추이를 살펴보았다.
- 동일상병 재입원 건은 2015년 0.398%에서 2020년 0.472%로 증가했다. 남녀 모두에서 증가하였고 지역별로는 다른 추이를 보였다. 예를 들어 서울은 0.458%에서 0.619%로 증가한 반면 부산은 0.361%에서 0.327%로 감소했다. 2015년에 제주, 인천 순으로 높았고 2020년에는 제주, 강원 순으로 높았다. 보험료 분위와 무관하게 전반적으로 증가했고 의료급여 수급자인 경우 가장 높았고 보험료 분위가 낮은 경우 대체로 높았다. 또한 장애 정도가 심각할수록 재입원 발생률이 높았다.

〈표 3-27〉 퇴원 후 30일 내 동일상병 응급재입원

(단위: %)

구분	2015	2016	2017	2018	2019	2020
전체	0.398	0.499	0.519	0.495	0.475	0.472
남	0.441	0.532	0.542	0.528	0.504	0.495
여	0.363	0.472	0.503	0.470	0.453	0.456
서울	0.458	0.621	0.634	0.648	0.567	0.619
부산	0.361	0.339	0.381	0.281	0.306	0.327
대구	0.376	0.460	0.408	0.445	0.502	0.580
인천	0.504	0.654	0.574	0.586	0.552	0.564
광주	0.309	0.432	0.406	0.415	0.384	0.302
대전	0.375	0.542	0.482	0.548	0.433	0.477
울산	0.254	0.334	0.373	0.329	0.289	0.311
세종	0.338	0.491	0.449	0.357	0.353	0.336
경기	0.496	0.579	0.588	0.596	0.574	0.512
강원	0.479	0.699	0.773	0.625	0.663	0.693
충북	0.260	0.392	0.453	0.414	0.435	0.441

구분	2015	2016	2017	2018	2019	2020
충남	0.352	0.435	0.586	0.520	0.482	0.382
전북	0.347	0.330	0.395	0.412	0.413	0.361
전남	0.276	0.383	0.369	0.288	0.319	0.319
경북	0.344	0.534	0.551	0.515	0.468	0.481
경남	0.298	0.317	0.356	0.286	0.313	0.305
제주	0.557	0.797	1.102	0.800	0.705	0.843
의료급여	0.965	1.022	1.165	1.008	0.976	1.142
1분위	0.417	0.559	0.571	0.560	0.539	0.512
2분위	0.357	0.447	0.506	0.486	0.408	0.423
3분위	0.350	0.429	0.415	0.430	0.424	0.412
4분위	0.332	0.459	0.448	0.418	0.406	0.404
5분위	0.369	0.447	0.506	0.459	0.428	0.456
비장애	0.334	0.435	0.449	0.433	0.411	0.405
중증	1.322	1.443	1.527	1.303	1.308	1.369
경증	1.252	1.237	1.286	1.366	1.139	0.936

주: 퇴원 후 동일상병으로 30일 내 응급입원한 건으로 2012년 인구조 성·연령 표준화.

자료: 국민건강보험공단. (2012~2021). [데이터자료] 건강보험 맞춤형 DB.

- 퇴원 후 30일 내 동일상병 응급재입원 산출에 사용된 입원 건의 입원 전, 퇴원 후 30일 동안의 외래 이용을 합산한 입내원 일수와 진료비를 살펴보았다. 이용일수는 2015년 14.2일에서 2020년 12.3일로 감소했다. 성별에 상관없이 감소하는 경향을 보였다. 지역별로도 차이는 있지만 모든 지역에서 감소하였는데 이용일수가 짧은 지역은 2015년에는 서울, 경기 순, 2020년에는 제주, 세종 순이었다. 보험료 분위별, 장애 정도와 무관하게 감소하는 경향을 보였는데 의료급여 수급자의 이용일수가 가장 길었고 대체로 보험료 분위가 낮을수록 이용일수가 길었다. 또한 장애 정도가 심할수록 이용일수가 길었다. 전반적으로 앞서 살펴본 퇴원 후 30일 내 응급재입원 관련 재원일수와 비슷한 경향을 보였다.
- 평균진료비는 2015년 약 175만원에서 2020년 235만원으로 증가했는데 2016년에 소폭 감소한 것을 제외하면 전반적으로 증가하는 경향을 보였다. 모든 지역에서 진료비는 증가하였는데 퇴원 후 30일 내 응급재입원 관련 재원일수와 유사하게 제주의 증가 정도가 상대적으로 작았다. 지역별로 살펴보면 2015년에는 세종, 대전 순, 2020년에는 세종, 대전 순으로 진료비가 컸다. 이용일수가 짧은 경우에도 진료비가 큰 경우도 있었는데 예를 들어 서울은 2015년 이용일수는 가장 짧지만 진료비는 5번째로 높다. 한편 보험료 분위, 장애 정도와 무관하게 진료비가 증가했고 2015년과 2020년 모두 의료급여 수급자의 진료비가 가장 컸고 보험료 분위가 낮을수록 진료비가 컸다. 또한 장애 정도가 심할수록 진료비가 컸다.

〈표 3-28〉 이용일수 및 진료비 추이(퇴원 후 30일 내 동일상병 응급재입원)

(단위: %)

구분	이용일수(외래 및 입원)						진료비(외래 및 입원)					
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2015	2016	2017	2018	2019	2020
전체	14.2	12.7	12.6	12.3	12.0	12.3	1,746	1,665	1,794	1,913	2,099	2,347
남	15.7	14.1	13.9	13.5	13.2	13.4	1,894	1,825	1,960	2,094	2,285	2,527
여	12.6	11.2	11.1	10.8	10.7	10.9	1,588	1,494	1,616	1,721	1,903	2,156
서울	12.7	11.0	10.8	10.4	10.3	10.6	1,839	1,712	1,838	1,985	2,224	2,433
부산	16.1	15.8	15.8	15.2	14.8	15.1	1,826	1,836	2,000	2,113	2,311	2,543
대구	15.6	14.7	14.5	14.1	13.8	14.1	1,833	1,792	1,932	2,045	2,212	2,544
인천	13.5	11.4	11.4	11.3	11.0	11.3	1,747	1,615	1,753	1,932	2,085	2,331
광주	14.3	13.6	13.5	13.1	12.8	13.1	1,578	1,561	1,650	1,749	1,899	2,132
대전	15.2	13.0	13.1	12.6	12.3	12.5	1,959	1,727	1,924	2,038	2,142	2,425
울산	15.4	13.8	13.7	13.0	13.1	13.4	1,786	1,695	1,852	1,955	2,175	2,422
세종	15.2	13.2	12.6	11.9	11.6	10.3	1,975	1,748	1,861	2,041	2,260	2,218
경기	12.9	11.1	11.0	10.7	10.4	10.6	1,760	1,624	1,768	1,878	2,072	2,341
강원	14.1	12.6	12.2	12.0	11.8	11.8	1,697	1,605	1,709	1,839	2,093	2,383
충북	14.8	13.4	13.3	12.8	12.5	12.9	1,734	1,685	1,836	1,937	2,145	2,356
충남	14.6	12.3	12.1	11.9	11.8	12.1	1,774	1,616	1,718	1,845	2,011	2,227
전북	15.2	14.4	13.9	13.3	13.1	13.6	1,616	1,638	1,705	1,794	1,941	2,200
전남	14.5	13.7	13.8	13.3	12.9	13.2	1,521	1,529	1,647	1,695	1,846	2,089
경북	16.9	15.0	14.6	14.6	14.3	15.0	1,883	1,786	1,898	2,056	2,243	2,521
경남	15.5	14.7	14.7	14.3	14.1	14.5	1,659	1,654	1,785	1,894	2,072	2,316
제주	13.7	10.8	10.1	9.9	9.7	9.1	1,848	1,638	1,611	1,747	1,860	1,946
의료급여	46.1	42.5	41.9	41.0	42.0	45.9	3,161	3,037	3,169	3,307	3,694	4,207
1분위	14.2	12.6	12.4	11.9	11.6	11.7	1,801	1,719	1,856	1,949	2,127	2,379
2분위	12.3	11.0	10.9	10.6	10.1	10.2	1,662	1,599	1,731	1,858	2,013	2,248
3분위	11.7	10.5	10.4	10.1	10.0	10.0	1,620	1,556	1,671	1,797	1,990	2,232
4분위	11.4	10.1	10.1	9.8	9.5	9.5	1,606	1,526	1,660	1,784	1,959	2,163
5분위	10.9	9.6	9.5	9.3	9.0	9.1	1,603	1,516	1,635	1,760	1,929	2,154
비장애	11.2	10.0	9.8	9.5	9.3	9.4	1,513	1,440	1,559	1,670	1,837	2,056
중증	55.1	52.1	50.1	49.2	49.4	52.9	4,685	4,629	4,696	4,923	5,491	6,248
경증	17.9	16.9	16.5	16.3	16.1	16.8	2,656	2,636	2,893	3,193	3,494	3,757

주: 퇴원 후 30일내 동일상병 응급재입원 산출에 사용된 입원 건의 입원 전, 퇴원 후 30일 동안의 외래 이용을 합산한 값으로 2012년 인구조성·연령 표준화.

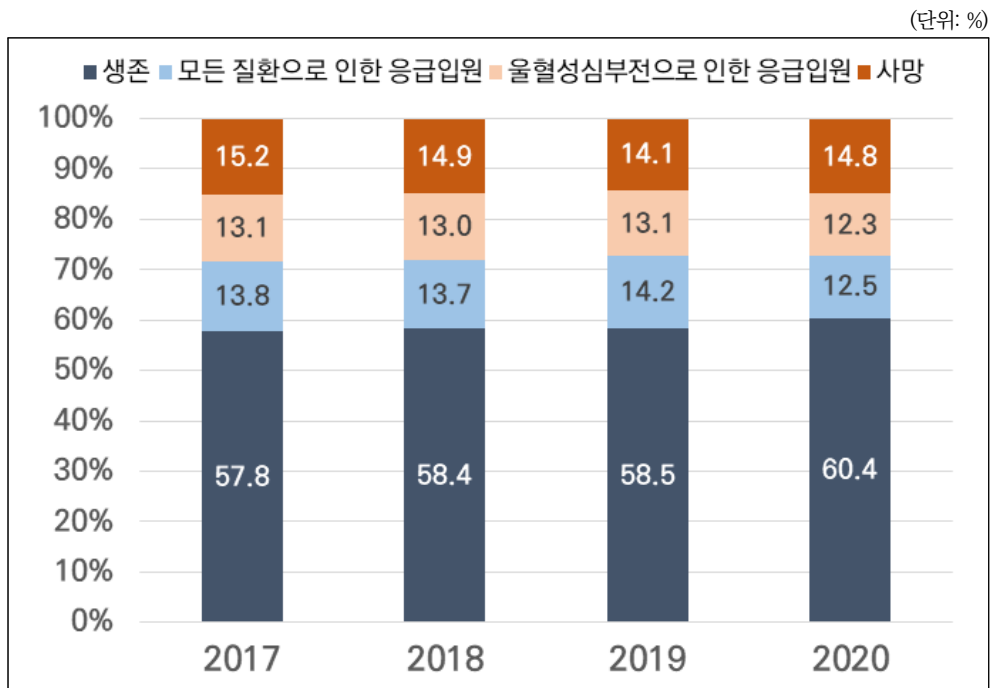
자료: 국민건강보험공단. (2012~2021). [데이터자료] 건강보험 맞춤형 DB.

다. 울혈성 심부전, 허혈성 뇌졸중 응급입원 후 퇴원 1년 내 결과

1) 울혈성 심부전 응급입원 후 퇴원 1년 내 결과

울혈성 심부전 환자의 응급입원 1년 내 사망은 2017년 15.2%에서 2020년 14.8%로 감소하며(연평균 0.9%) 지속적으로 감소하는 추세를 보였다. 울혈성 심부전 환자의 응급입원 1년 내 울혈성 심부전으로 인한 입원은 2020년에 2017년 대비 0.8%p 감소한 12.3%로 관찰 기간 동안 지속적으로 감소하였고 모든 질환으로 인한 입원은 2017년 대비 1.4%p 감소한 12.5%였는데 2021년 소폭 증가했다가 감소하였다. 이에 따라 울혈성 심부전으로 인한 응급입원 후 1년 동안 사망하거나 입원하지 않고 생존한 비율은 2017년 57.8%에서 2020년 60.4%로 연평균 1.5% 증가하였다.

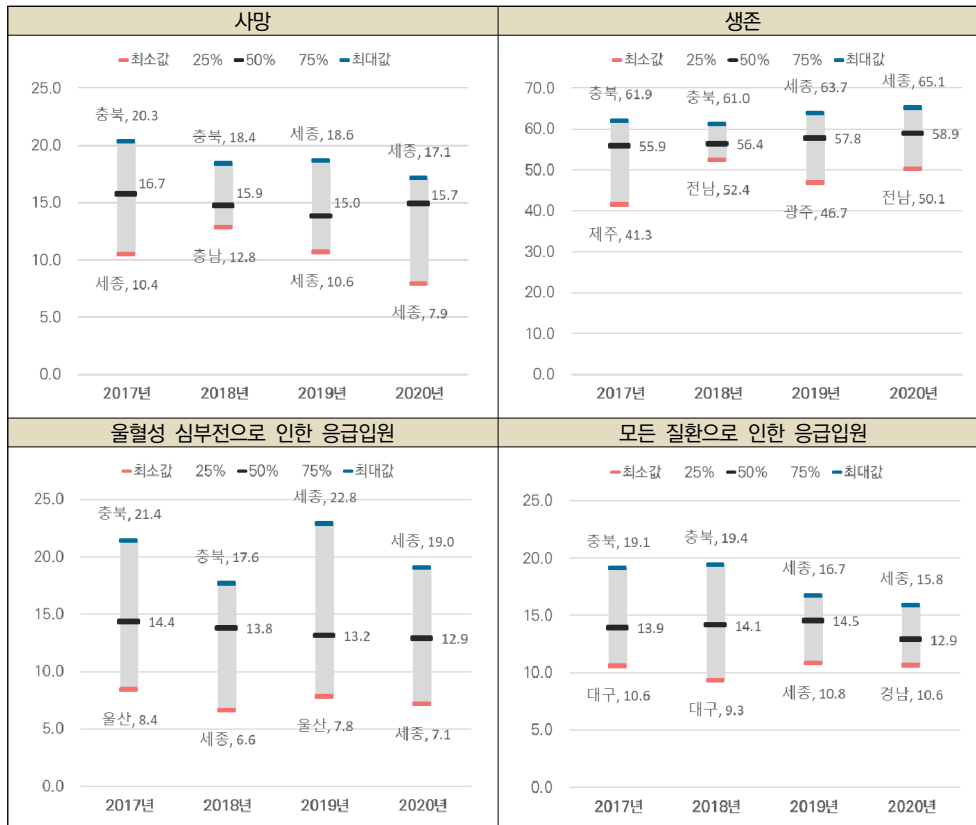
[그림 3-56] 울혈성 심부전 응급입원 1년 내 사망 및 입원



주: 2017년 대상자로 성·연령 표준화한 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).
 자료: 국민건강보험공단. (2012~2021). [데이터자료] 건강보험 맞춤형 DB.

[그림 3-57] 울혈성 심부전 응급입원 1년 내 사망 및 입원: 지역별

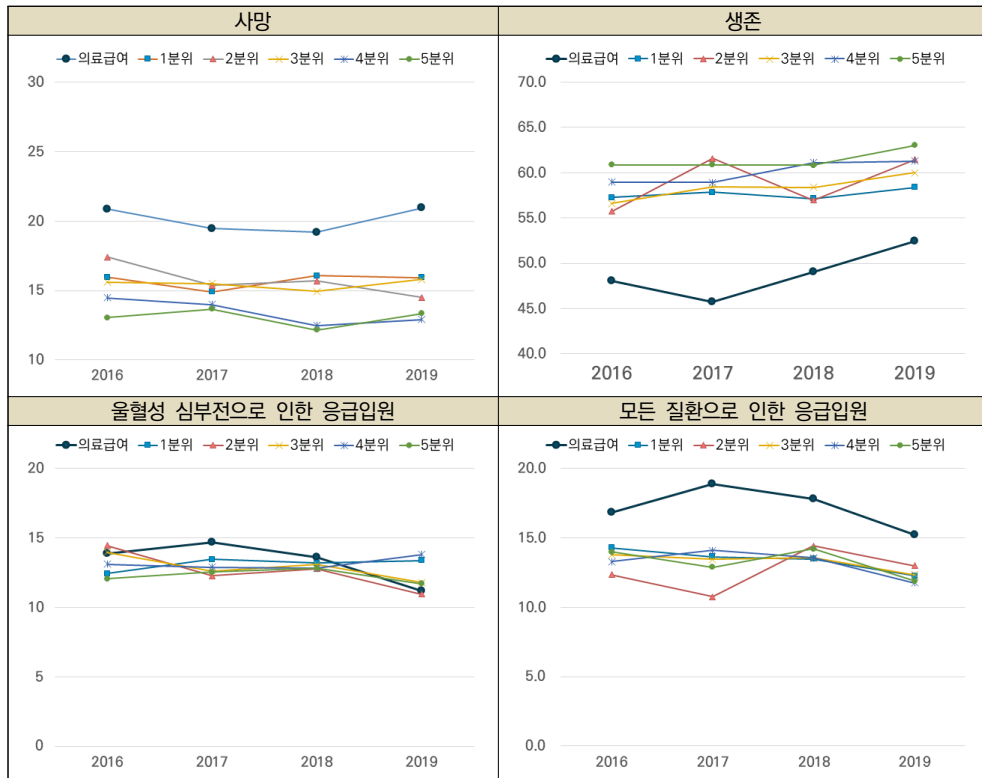
(단위: %)



주: 2017년 대상자로 성·연령 표준화한 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).
 자료: 국민건강보험공단. (2012~2021). [데이터자료] 건강보험 맞춤형 DB.

[그림 3-58] 울혈성 심부전 응급입원 1년 내 사망 및 입원: 소득분위별

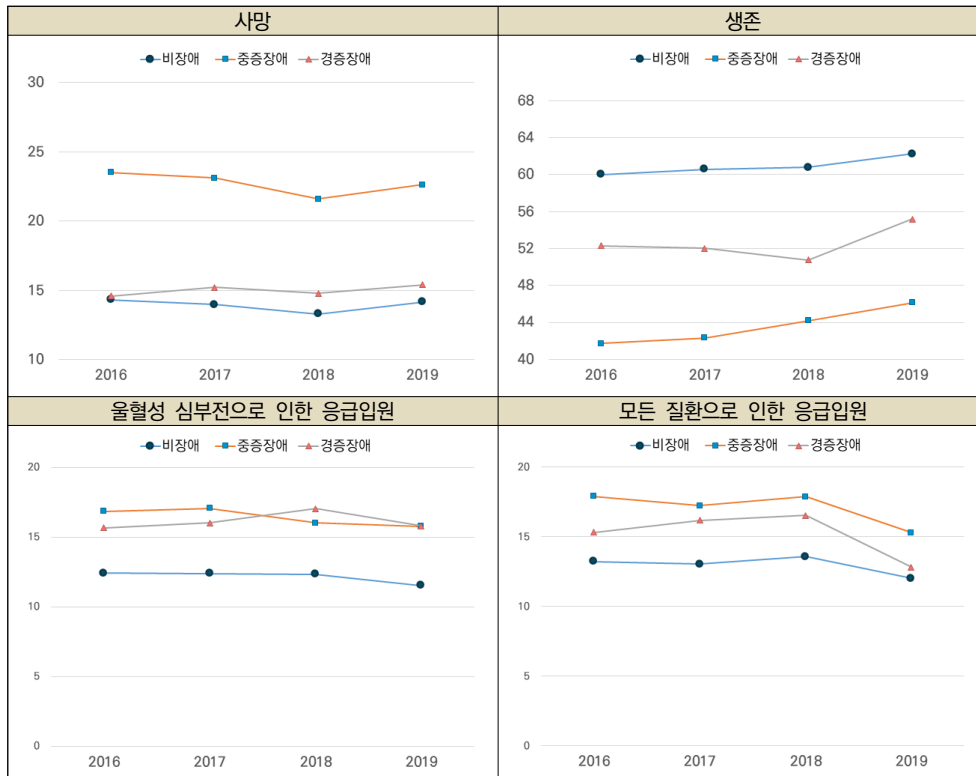
(단위: %)



주: 2017년 대상으로 성·연령 표준화한 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).
 자료: 국민건강보험공단. (2012~2021). [데이터자료] 건강보험 맞춤형 DB.

[그림 3-59] 울혈성 심부전 응급입원 1년 내 사망 및 입원: 장애 중증도별

(단위: %)



주: 2017년 대상으로 성·연령 표준화한 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).
 자료: 국민건강보험공단. (2012~2021). [데이터자료] 건강보험 맞춤형 DB.

◆ 울혈성 심부전 응급입원 후 일상생활

- 의료시스템이 정상적인 일상생활을 지원할 수 있어야 한다는 점에서 18세 이상 60세 미만 성인으로 울혈성 심부전 응급입원 전 연도에 직장가입자였던 사람들을 대상으로 진단 전부터 진단 이후 4년 동안의 경제활동 참여율을 분석하였다.
- 전체 울혈성 심부전 환자에서 경제활동 참여율은 응급 입원한 연도에 75.1%로 감소하고 이후 50% 미만으로 감소하였고 관측기간 동안 지속적으로 감소하였다. 성별로 구분할 경우 남성은 응급입원 2년 차까지는 여성보다 높은 경제활동 참여율을 보이지만 3년차와 4년차에 역전되었다. 다만 4년차는 여성의 관측치 수가 매우 작아 해석에 주의가 필요하다.

〈표 3-29〉 울혈성 심부전 환자의 진단 전후 경제활동 참여율

시점		-3	-2	-1	(응급입원)	1	2	3	4
전체	N	862	864	866	866	513	286	158	54
	%	79.2	86.1	100.0	75.1	42.7	37.4	32.3	25.9
남	N	727	728	730	730	443	253	134	47
	%	80.7	86.5	100.0	75.5	44.2	37.5	32.1	23.4
여	N	135	136	136	136	70	33	24	7
	%	71.1	83.8	100.0	72.8	32.9	36.4	33.3	42.9

주: 18세 이상 60세 미만 응급입원 전 연도 직장가입자를 대상으로 분석(연구진이 직접 산출). 응급입원 시점으로부터 관측기간의 차이, 사망으로 인해 관측 기간이 길어질 수 록 관측치는 감소함.

자료: 국민건강보험공단. (2012~2021). [데이터자료] 건강보험 맞춤형 DB.

- 의료시스템이 지불 가능한 금액으로 의료서비스를 제공하는지를 확인하기 위해 응급입원 전부터 응급입원 이후 4년 동안의 의료급여 수급자 비율을 분석하였다. 응급 입원한 연도부터 의료급여 수급자 비율은 진단 2년 차까지 증가하였고 이후 감소하였다. 성별로 구분할 경우 응급 입원한 연도와 1년 차에 여성에서 의료급여 수급률이 남성보다 높지만 2년 차 이후에는 여성에서 의료급여 수급률이 0%로 남성이 여성보다 의료급여 수급률이 높다. 다만 여성의 관측치 수가 상대적으로 작아 해석에 주의가 필요하다.

〈표 3-30〉 울혈성 심부전 환자의 진단 전후 의료급여 수급률

시점		-3	-2	-1	(응급입원)	1	2	3	4
전체	N	862	864	866	866	513	286	158	54
	%	0.2	0.1	0.0	0.9	3.9	6.6	5.1	1.9
남	N	727	728	730	730	443	253	134	47
	%	0.3	0.1	0.0	0.8	3.6	7.5	6.0	2.1
여	N	135	136	136	136	70	33	24	7
	%	0.0	0.0	0.0	1.5	5.7	0.0	0.0	0.0

주: 18세 이상 60세 미만 응급입원 전 연도 직장가입자를 대상으로 분석(연구진이 직접 산출). 응급입원 시점으로부터 관측기간의 차이, 사망으로 인해 관측 기간이 길어질 수 록 관측치는 감소함.

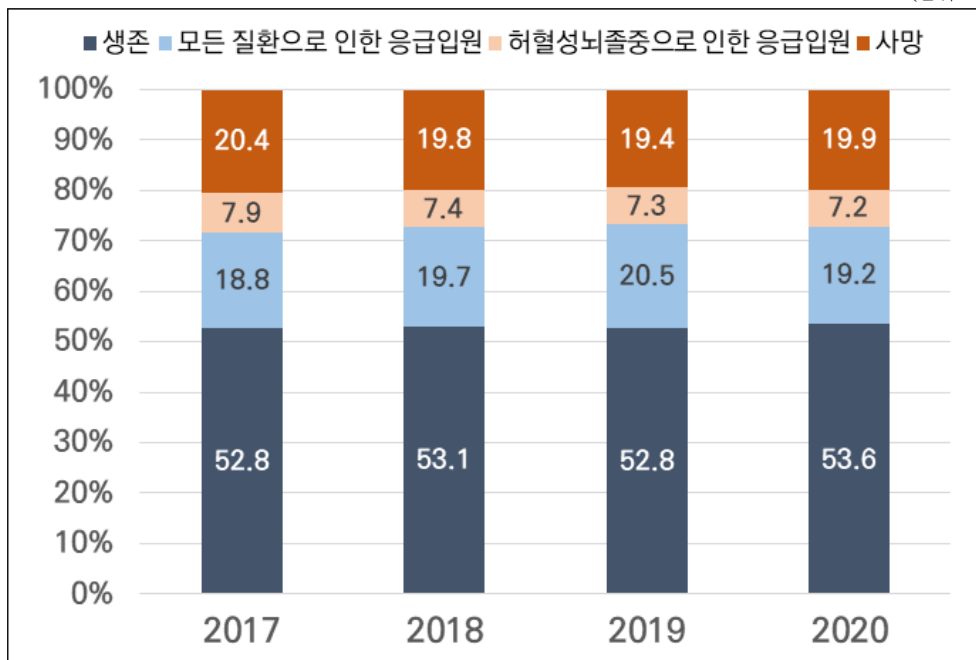
자료: 국민건강보험공단. (2012~2021). [데이터자료] 건강보험 맞춤형 DB.

2) 허혈성 뇌졸중 응급입원 후 퇴원 1년 내 결과

허혈성 뇌졸중 환자의 응급입원 1년 내 사망은 2017년 20.4%에서 2020년 19.9%로 연평균 0.8% 감소하였다. 허혈성 뇌졸중 환자의 응급입원 1년 내 입원에서 2020년 허혈성 뇌졸중으로 인한 입원은 2017년 대비 0.7%p 감소한 7.2%로 나타났다. 반면, 모든 질환으로 인한 입원은 2017년 대비 0.4%p 증가한 19.2%였다. 1년 내 사망과 허혈성 뇌졸중으로 인한 입원이 감소하면서 허혈성 뇌졸중으로 인한 응급입원 후 1년 동안 사망하거나 입원하지 않고 생존한 비율은 2017년 52.8%에서 2020년 53.6%로 연평균 0.81% 증가하였다.

[그림 3-60] 허혈성 뇌졸중 응급입원 1년 내 사망 및 입원

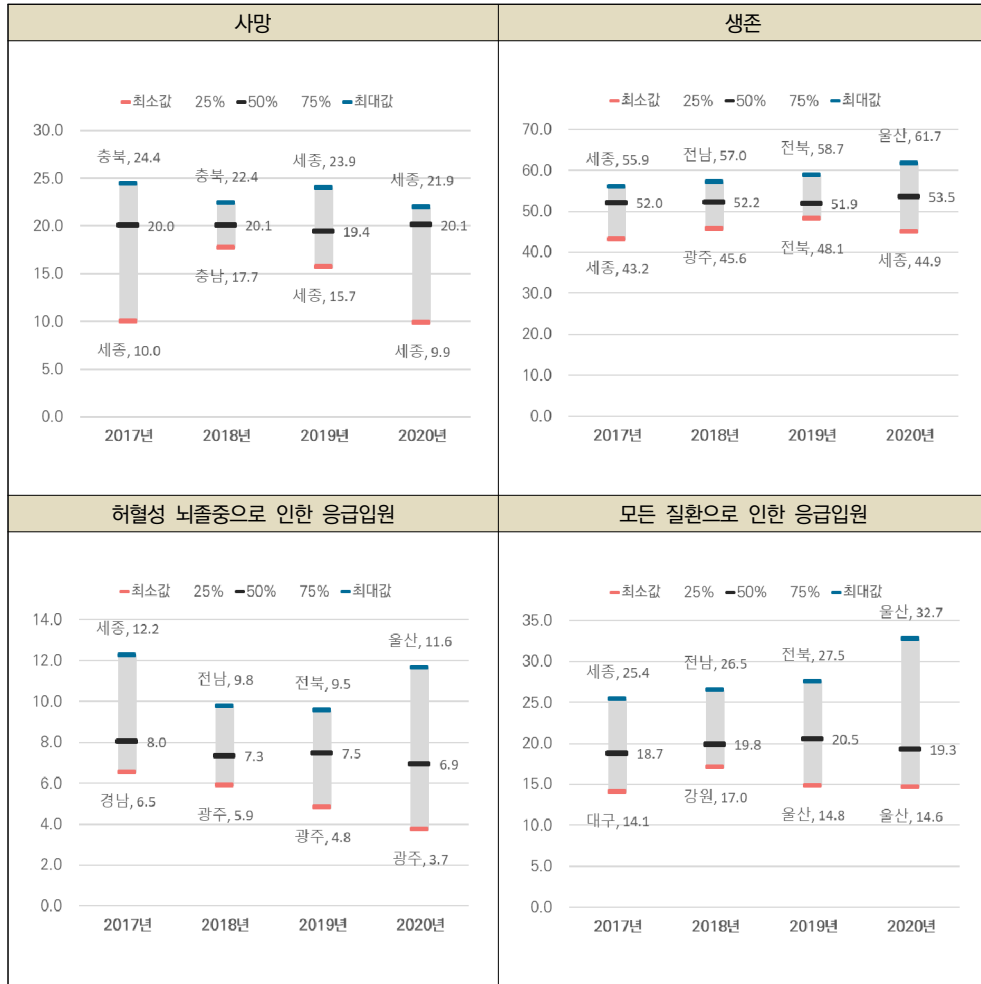
(단위: %)



주: 2017년 대상으로 성·연령 표준화한 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).
 자료: 국민건강보험공단. (2012~2021). [데이터자료] 건강보험 맞춤형 DB.

[그림 3-61] 허혈성 뇌졸중 응급입원 1년 내 사망 및 입원: 지역별

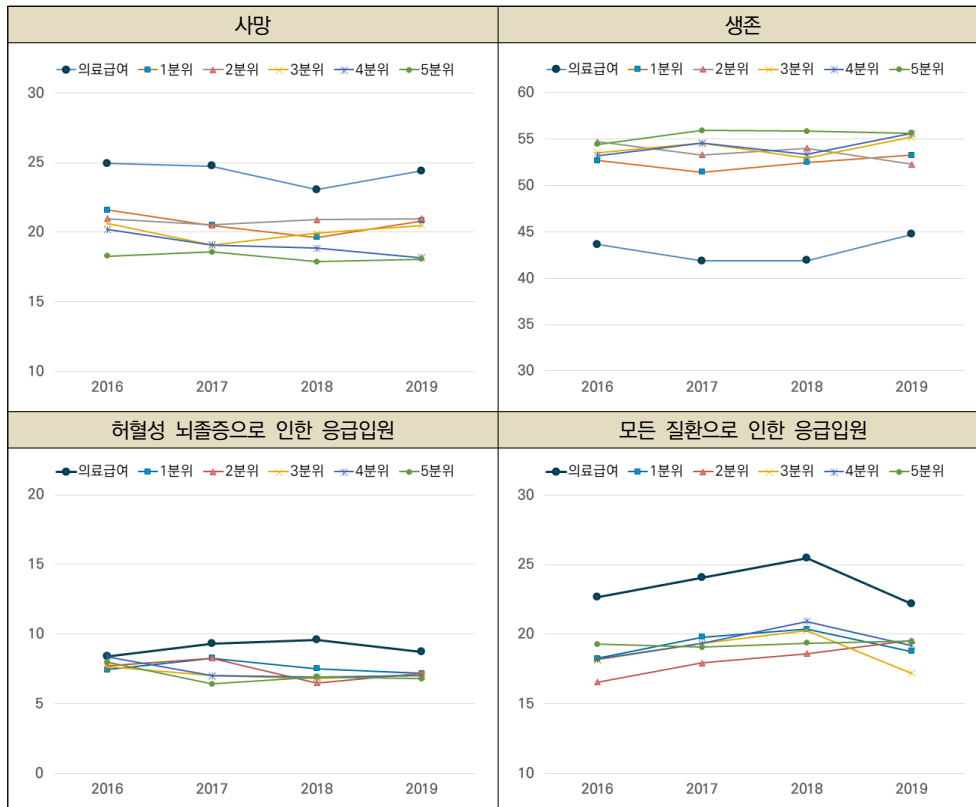
(단위: %)



주: 2017년 대상으로 성·연령 표준화한 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).
 자료: 국민건강보험공단. (2012~2021). [데이터자료] 건강보험 맞춤형 DB.

[그림 3-62] 허혈성 뇌졸중 응급입원 1년 내 응급입원: 소득분위별

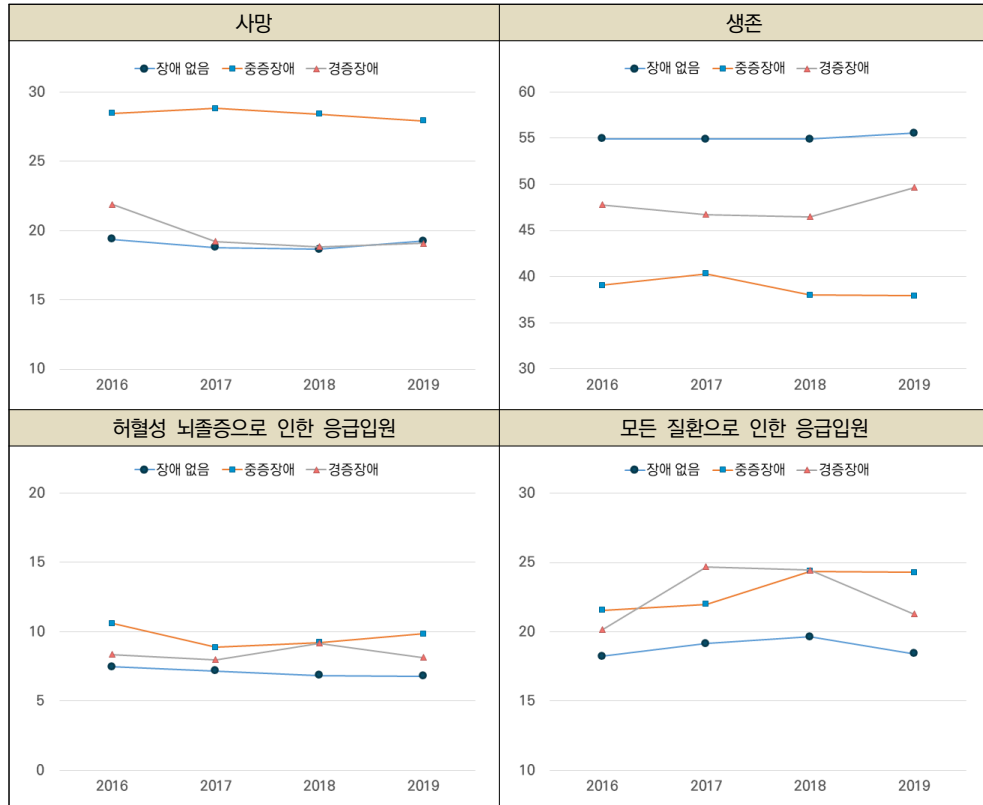
(단위: %)



주: 2017년 대상으로 성·연령 표준화한 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).
 자료: 국민건강보험공단. (2012~2021). [데이터자료] 건강보험 맞춤형 DB.

[그림 3-63] 허혈성 뇌졸중 응급입원 1년 내 사망 및 입원: 장애 중증도별

(단위: %)



주: 2017년 대상자로 성·연령 표준화한 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).
 자료: 국민건강보험공단. (2012~2021). [데이터자료] 건강보험 맞춤형 DB.

◆ 허혈성 뇌졸중 응급입원 후 일상생활

- 의료시스템이 정상적인 일상생활을 지원할 수 있어야 한다는 점에서 18세 이상 60세 미만 성인으로 허혈성 뇌졸중 응급입원 전 연도에 직장가입자였던 사람들을 대상으로 진단 전부터 진단 이후 4년 동안의 경제활동 참여율을 분석하였다.
- 전체 허혈성 뇌졸중 환자에서 경제활동 참여율은 응급 입원한 연도에 75.1%로 감소하고 이후 50% 미만으로 감소하였고 관측기간 동안 지속적으로 감소하였다. 성별로 구분할 경우 남성은 응급입원 2년 차까지는 여성보다 높은 경제활동 참여율을 보이지만 3년차와 4년차에 역전되었다. 다만 4년차는 여성의 관측치 수가 매우 작아 해석에 주의가 필요하다.

〈표 3-31〉 허혈성 뇌졸중 환자의 진단 전후 경제활동 참여율

시점		-3	-2	-1	(응급입원)	1	2	3	4
전체	N	1090	1090	1090	1090	551	280	137	45
	%	80.5	86.3	100.0	73.5	48.6	45.4	35.0	31.1
남	N	900	900	900	900	468	235	113	35
	%	81.1	87.2	100.0	74.7	49.4	45.5	31.0	25.7
여	N	190	190	190	190	83	45	24	10
	%	77.4	82.1	100.0	67.9	44.6	44.4	54.2	50.0

주: 18세 이상 60세 미만 응급입원 전 연도 직장가입자를 대상으로 분석(연구진이 직접 산출). 응급입원 시점으로부터 관측기간의 차이, 사망으로 인해 관측 기간이 길어질 수 록 관측치는 감소함.

자료: 국민건강보험공단. (2012~2021). [데이터자료] 건강보험 맞춤형 DB.

- 의료시스템이 지불 가능한 금액으로 의료서비스를 제공하는지를 확인하기 위해 응급입원 전부터 응급입원 이후 4년 동안의 의료급여 수급자 비율을 분석하였다. 응급 입원한 연도부터 의료급여 수급자 비율은 4년차까지 지속적으로 증가하였다. 성별로 구분할 경우 응급 입원한 연도와 1년 차에 여성에서 의료급여 수급률이 남성보다 높지만 2년 차 이후에는 더 낮았다. 다만 응급입원 3년 차에 0%를 보이다가 4년차에 10%로 나타나는 등 여성의 관측치 수가 상대적으로 작아 나타날 수 있는 문제로 해석에 주의가 필요하다.

〈표 3-32〉 허혈성 뇌졸중 환자의 진단 전후 의료급여 수급률

시점		-3	-2	-1	(응급입원)	1	2	3	4
전체	N	1090	1090	1090	1090	551	280	137	45
	%	0.5	0.3	0.0	0.6	3.3	7.1	8.0	11.1
남	N	900	900	900	900	468	235	113	35
	%	0.6	0.3	0.0	0.6	3.0	7.7	9.7	11.4
여	N	190	190	190	190	83	45	24	10
	%	0.0	0.0	0.0	1.1	4.8	4.4	0.0	10.0

주: 18세 이상 60세 미만 응급입원 전 연도 직장가입자를 대상으로 분석(연구진이 직접 산출). 응급입원 시점으로부터 관측기간의 차이, 사망으로 인해 관측 기간이 길어질 수 록 관측치는 감소함.

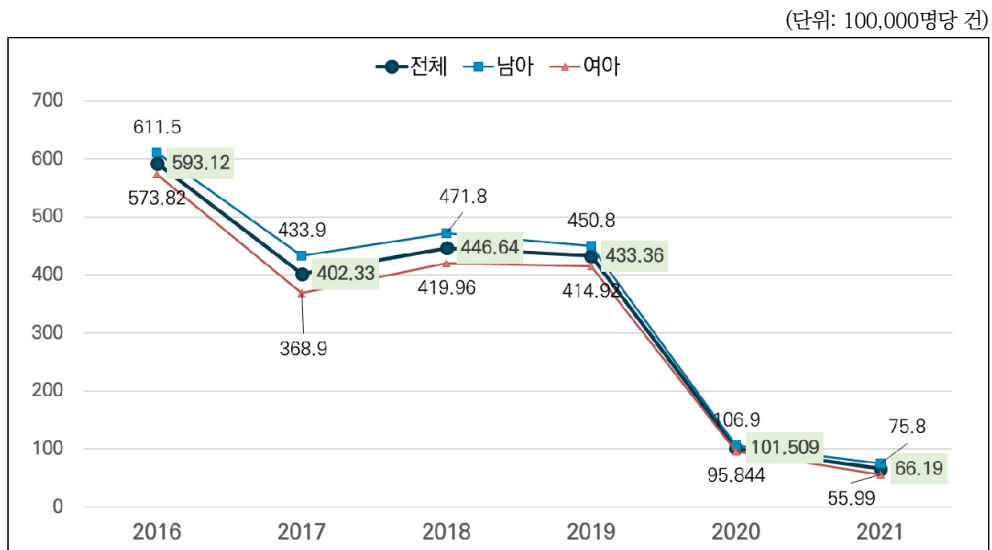
자료: 국민건강보험공단. (2012~2021). [데이터자료] 건강보험 맞춤형 DB.

라. 하기도 감염으로 인한 아동의 응급입원

하기도 감염으로 인한 아동의 응급입원은 2017년에 급격히 감소하였고, 이후 소폭 증가하였다가 2020년에 다시 감소하였다. 2016년에 10만 명당 593.1건, 2021년에 66.2건으로 연평균 42.2% 감소하였고, 2021년에는 2020년 대비 34.8% 감소하였다. 남아와 여아에서 비슷한 수준이었고 변화 추이도 비슷하였다. 남아는 2016년 10만 명당 611.5건에서 2021년 75.8건으로 감소하였고, 여아는 573.8건에서 56.0건으로 감소하였다.

하기도 감염 아동의 응급입원에서 지역 간 변이는 2016년 0.38에서 2021년 0.55로 소폭 증가하였다. 2016년에 응급입원이 많은 지역은 제주(1,097.5건), 강원(943.8건) 순이었고, 2021년에는 강원(157.0건), 제주(102.7건) 순으로 강원·제주는 계속해서 높은 편에 속했다. 아동의 응급입원이 적은 지역은 2016년에는 울산(321.7건), 광주(357.0건) 순이었고, 2021년에는 대구(26.5건), 광주(34.7건) 순이었다.

[그림 3-64] 하기도 감염으로 인한 아동의 응급입원



주: 2012년 19세 미만 주민등록연앙인구로 성·연령 표준화한 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).
2016년에 응급의료수가제도가 변화했음을 고려하여 2016년 이후의 추이를 살펴봄.
자료: 국민건강보험공단. (2012~2021). [데이터자료] 건강보험 맞춤형 DB.

〈표 3-33〉 하기도 감염으로 인한 아동의 응급입원: 지역별

(단위: 100,000명당 건)

구 분	2016	2017	2018	2019	2020	2021
서울	586.9	390.1	453.9	510.2	91.1	77.0
부산	393.7	276.2	238.7	220.5	63.3	44.1
대구	381.3	246.2	304.9	229.1	68.0	26.5
인천	930.3	566.6	608.2	510.1	127.3	51.1
광주	357.0	236.2	240.5	297.8	64.9	34.7
대전	646.8	399.1	405.2	276.1	85.0	67.3
울산	321.7	292.9	239.6	220.1	49.7	38.2
세종	573.2	220.0	230.3	261.9	75.4	42.5
경기	664.9	432.3	496.3	525.6	114.9	79.4
강원	943.8	709.5	875.8	629.1	143.1	157.0
충북	430.5	270.2	328.4	344.4	72.3	20.4
충남	704.3	511.4	679.8	565.6	184.6	61.9
전북	483.4	349.6	434.4	427.5	97.3	41.6
전남	505.7	360.5	297.3	298.4	102.4	43.6
경북	584.1	481.7	501.5	386.8	113.0	90.7
경남	408.4	292.6	297.1	262.0	63.2	51.1
제주	1097.5	859.8	761.0	767.6	206.8	102.7
지역 간 차이	0.38	0.43	0.45	0.41	0.43	0.55
최대-최소	775.8	639.8	645.4	547.5	157.0	136.6

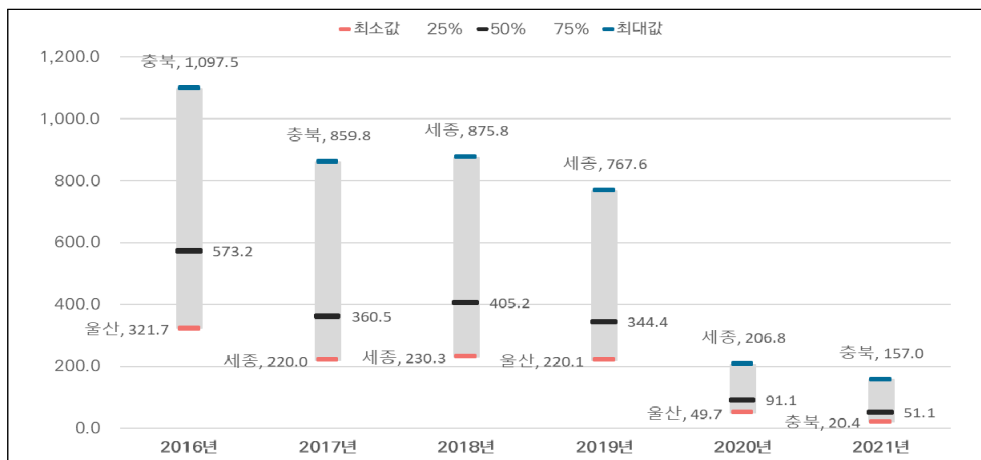
주: 2012년 19세 미만 주민등록연앙인구로 성·연령 표준화한 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).

2016년에 응급의료수가제도가 변화했음을 고려하여 2016년 이후의 추이를 살펴봄.

자료: 국민건강보험공단. (2012~2021). [데이터자료] 건강보험 맞춤형 DB.

[그림 3-65] 하기도 감염으로 인한 아동의 응급입원: 지역별

(단위: 100,000명당 건)



주: 2012년 19세 미만 주민등록연앙인구로 성·연령 표준화한 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).

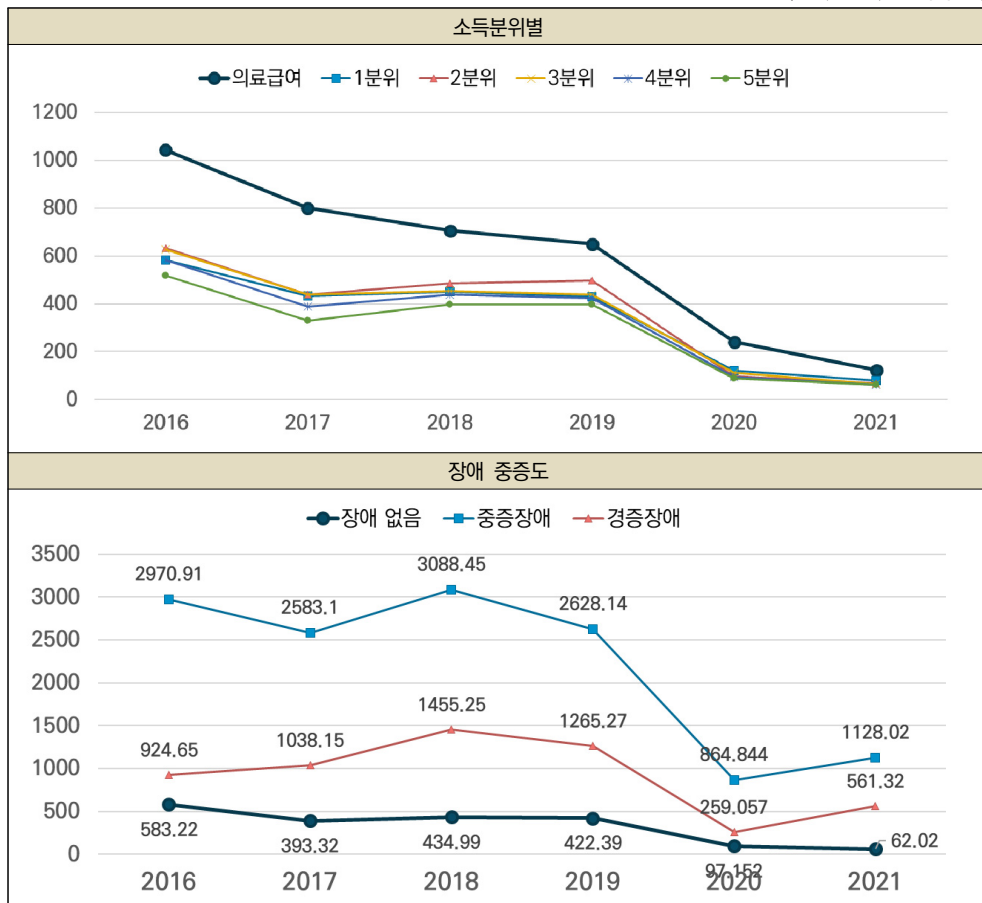
2016년에 응급의료수가제도가 변화했음을 고려하여 2016년 이후의 추이를 살펴봄.

자료: 국민건강보험공단. (2012~2021). [데이터자료] 건강보험 맞춤형 DB.

소득분위에 따라 산출된 하기도 감염 아동의 응급입원은 전반적으로 감소 추세였으며 비슷한 양상을 보였으나 2016년부터 2021년에 걸친 기간 동안 의료급여가 다른 소득수준에 비해 값이 큰 것으로 나타났다. 장애 중증도에 따라 산출된 하기도 감염 아동의 응급입원은 전체적으로 감소하는 추세를 보였으나, 대체로 장애 중증도가 높을수록 아동의 응급입원이 많은 편이었다.

[그림 3-66] 하기도 감염으로 인한 아동의 응급입원: 소득수준 및 장애 중증도별

(단위: 100,000명당 건)



주: 2012년 19세 미만 주민등록연앙인구로 성·연령 표준화한 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).

2016년에 응급의료수가제도가 변화했음을 고려하여 2016년 이후의 추이를 살펴봄.

자료: 국민건강보험공단. (2012~2021). [데이터자료] 건강보험 맞춤형 DB.

마. 입원 30일 내 사망

1) 급성심근경색

45세 이상 급성심근경색증 입원 환자의 30일 치명률은 환자단위로 봤을 때 2011년에 10.9%, 2020년에 10.6%로, 성별로 구분했을 때 남성은 10.7%에서 10.1%로 소폭 감소했고 여성은 11.2%에서 11.3%로 소폭 증가했으나 큰 차이는 아니었다. 입원단위도 크게 다르지 않았는데 전체 집단에서 2011년에 8.6%, 2020년에 8.8%였다. 다만 성별로 구분했을 때는 차이가 있었는데 남성은 2011년과 2020년 모두 치명률이 8.5%였지만 여성은 8.9%에서 9.5%로 증가했다.

2) 출혈성 뇌졸중

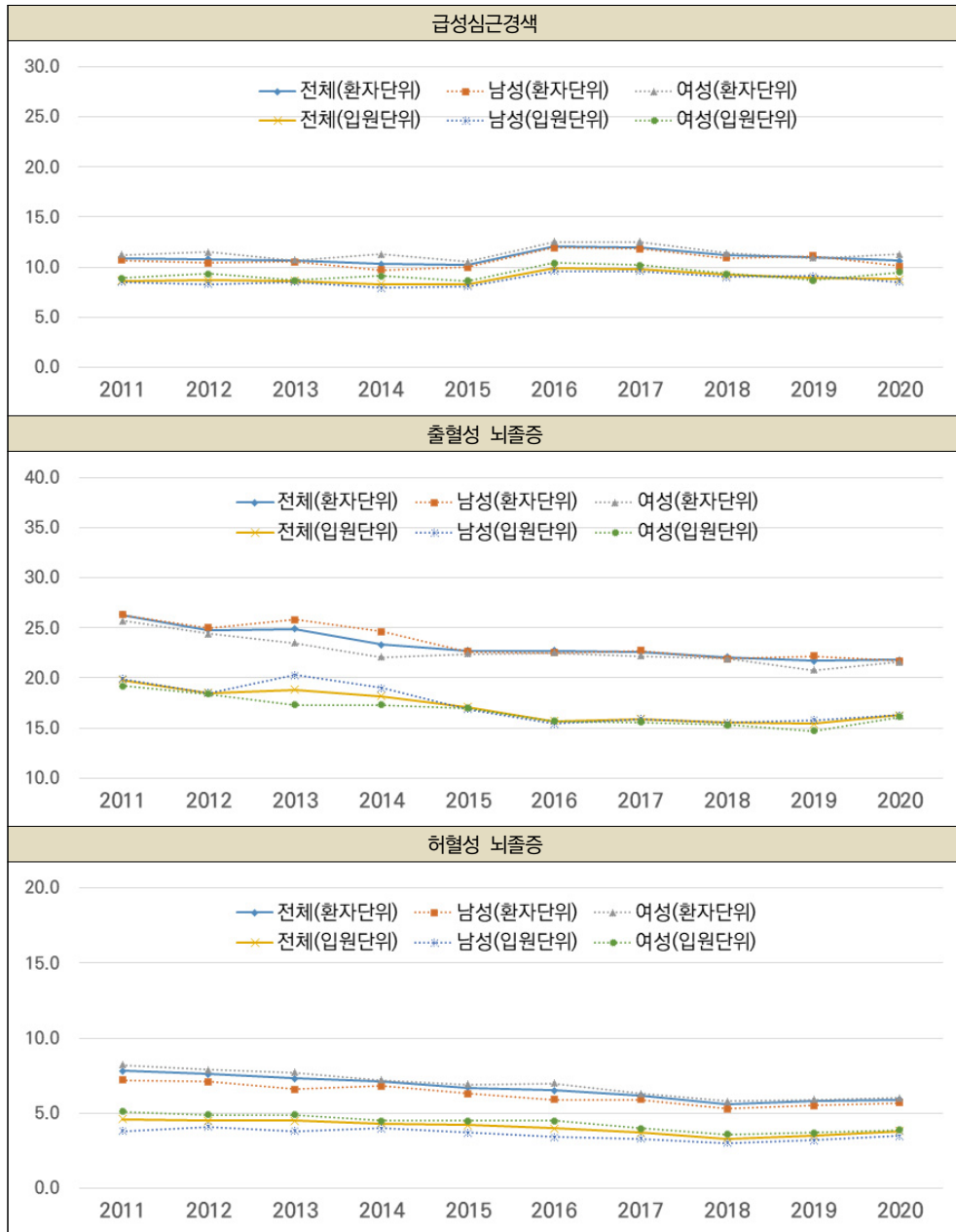
45세 이상 출혈성 뇌졸중 입원 환자의 30일 치명률은 환자단위로 봤을 때 2011년에 26.3%에서 2020년 21.8%로 연평균 2.1% 감소했다. 성별로 구분했을 때 남성은 26.3%에서 22.2%로 연평균 2.1% 감소했고 여성은 25.7%에서 21.6%로 연평균 1.9% 감소했다. 입원단위도 크게 다르지 않았는데 전체 집단에서 2011년에 19.8%, 2020년에 16.3%로 연평균 2.14% 감소했고 남성은 19.9%에서 16.3%로 연평균 2.2%, 여성은 19.2%에서 16.1%로 연평균 1.9% 감소했다.

3) 허혈성 뇌졸중

45세 이상 허혈성 뇌졸중 입원 환자의 30일 치명률은 환자단위로 봤을 때 2011년에 7.8%에서 2020년 5.9%로 연평균 3.1% 감소했다. 성별로 구분했을 때 남성은 7.2%에서 5.7%로 연평균 2.6% 감소했고 여성은 8.2%에서 6.0%로 연평균 3.4% 감소했다. 입원단위도 크게 다르지 않았는데 전체 집단에서 2011년에 4.6%, 2020년에 3.8%로 연평균 2.1% 감소했고 남성은 3.8%에서 3.5%로 연평균 0.9%, 여성은 5.1%에서 3.9%로 연평균 2.9% 감소했다.

[그림 3-67] 입원 30일 내 원·내·외 사망

(단위: %)

자료: 보건복지부. 보건의료질통계, (2020). <http://kosis.kr>에서 2022.12.12. 인출.

◆ AHRQ 입원 30일 내 사망 지표

- AHRQ는 병원 질 평가를 지원하고 개선이 필요한 영역을 식별하기 위해 입원 질 지표를 산출한다. 특정 질환에 대한 원내 사망률을 비롯해 특정 처치 관련 원내 사망률 등을 지표로 포함한다. 특정 질환과 관련해 급성심근경색, 심부전, 급성 뇌졸중, 위장출혈, 폐렴, 고관절 골절, 6가지 질환의 원내 사망률을 산출한다. 국제 비교를 위해 해당 지표 산출방식을 참조하여 건강보험청구자료로 산출이 가능한 급성심근경색, 심부전, 급성 뇌졸중, 위장출혈, 폐렴의 30일내 원내 사망률을 산출하였다.
- 급성심근경색 원내 사망률은 2012년 6.61%에서 2020년 7.10%로 증가하였는데 여성이 남성보다 높았고 의료급여 수급자이거나 보험료 분위가 낮은 경우, 장애 정도가 심할수록 대체로 더 높았다. 한편 미국의 급성심근경색 원내 사망률은 4.93%(1,000명당 49.31명)으로 한국보다 낮았고 여성이 남성보다 높았다(AHRQ, 2022).

〈표 3-34〉 급성심근경색 입원 환자의 30일 내 원내 사망률

(단위: %)

시점	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
전체	6.61	6.62	6.96	6.42	7.61	7.70	7.25	6.87	7.10
남	6.45	6.82	6.38	6.54	7.56	7.52	6.90	7.35	6.82
여	7.62	5.76	8.21	5.96	8.33	9.21	6.85	6.57	7.77
의료급여	8.51	8.75	9.69	6.67	11.94	10.94	7.49	8.76	9.59
1분위	8.08	6.94	6.57	7.12	7.06	8.60	9.02	6.95	7.35
2분위	7.16	6.74	6.67	5.37	5.95	5.53	6.53	7.48	8.18
3분위	6.69	5.15	8.49	4.88	8.01	7.56	6.73	7.40	7.91
4분위	5.01	6.14	6.58	6.21	7.75	7.78	6.93	6.91	6.68
5분위	6.06	7.04	6.19	7.16	7.11	7.27	6.98	6.39	6.03
비장애	6.24	6.23	6.69	5.97	7.08	7.55	7.27	6.11	6.68
중증	9.07	10.53	9.06	11.55	11.70	11.40	9.08	11.35	10.33
경증	7.17	7.44	7.11	7.47	6.38	7.67	6.02	9.09	7.83

주: 18세 이상 급성심근경색을 주상병코드로 퇴원한 환자 대비 사망자수(전원 제외). 2012년 급성심근경색 퇴원 환자로서 연령 표준화한 값.

자료: 국민건강보험공단. (2012~2021). [데이터자료] 건강보험 맞춤형 DB.

- 급성뇌졸중 원내 사망률은 2012년 7.63%에서 2020년 6.22%로 감소하였는데 여성이 남성보다 높았고 보험료 분위가 낮은 경우, 중증 장애가 있는 경우 대체로 더 높았다. 한편 미국의 급성 뇌졸중 원내 사망률은 6.66%(1,000명당 66.56명)으로 한국과 유사했고 남성이 여성보다 높았다(AHRQ, 2022).

〈표 3-35〉 급성 뇌졸중 입원 환자의 30일 내 원내 사망률

(단위: %)

시점	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
전체	7.63	7.26	7.04	7.25	7.00	6.28	6.33	6.42	6.22
남	7.01	6.56	6.53	6.86	6.14	5.64	5.70	6.02	5.48
여	8.12	7.98	7.75	7.63	7.72	6.90	7.07	6.98	6.96
의료급여	10.23	9.44	9.64	10.39	9.82	8.03	8.31	8.24	8.45
1분위	6.91	8.25	7.44	8.30	6.79	6.55	5.93	7.01	6.70
2분위	8.14	7.93	6.59	6.14	8.74	5.86	5.38	6.52	6.54
3분위	7.61	7.09	7.61	7.27	6.73	6.71	6.86	6.80	6.07
4분위	7.28	6.74	6.84	6.84	6.86	6.45	6.73	5.83	5.70
5분위	6.65	6.72	6.48	6.84	5.86	5.76	5.78	5.74	5.87
비장애	7.82	7.30	7.14	7.39	6.97	6.22	6.25	6.09	6.06
중증	8.26	7.36	8.05	8.70	8.68	6.95	9.41	9.27	9.27
경증	5.56	6.46	4.79	4.91	5.26	5.38	4.24	5.69	4.94

주: 18세 이상 급성 뇌졸중을 주상병코드로 퇴원한 환자 대비 사망자수(전원 제외). 2012년 급성 뇌졸중 퇴원 환자로 성·연령 표준화한 값.

자료: 국민건강보험공단. (2012~2021). [데이터자료] 건강보험 맞춤형 DB.

- 심부전 원내 사망률은 2012년 8.86%에서 2020년 7.05%로 감소하였는데 남성이 여성보다 높았고 중증 장애가 있는 경우 대체로 더 높았다. 한편 미국의 심부전 원내 사망률은 2.50%(1,000명당 24.97명)으로 한국에 비해 낮았고 남성이 여성보다 높았다(AHRQ, 2022).

〈표 3-36〉 심부전 입원 환자의 30일 내 원내 사망률

(단위: %)

시점	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
전체	8.86	8.22	8.70	8.62	7.82	6.65	6.52	7.00	7.05
남	11.50	9.85	10.11	9.37	7.65	7.91	6.93	8.91	8.22
여	7.47	6.75	8.14	8.66	7.98	5.94	6.34	6.42	6.35
의료급여	8.23	9.78	9.62	9.13	6.01	7.39	6.63	7.93	7.92
1분위	7.39	7.78	6.30	7.86	9.16	7.89	6.40	7.48	5.57
2분위	7.48	7.55	7.31	8.78	8.39	5.60	5.96	9.86	5.32
3분위	11.35	7.38	9.01	8.08	6.99	8.87	7.64	8.09	6.39
4분위	10.03	10.03	8.56	10.12	6.62	5.53	5.22	5.23	7.48
5분위	8.06	7.52	10.34	7.74	8.64	5.45	6.95	6.26	8.02
비장애	8.43	7.27	8.62	7.94	7.99	7.04	6.25	7.18	7.05
중증	10.44	9.06	7.59	10.54	7.83	6.03	8.23	8.24	9.76
경증	8.61	9.60	8.79	10.37	6.96	5.00	6.75	5.15	4.44

주: 18세 이상 심부전을 주상병코드로 퇴원한 환자 대비 사망자수(전원 제외). 2012년 심부전 퇴원 환자로 성·연령 표준화한 값.

자료: 국민건강보험공단. (2012~2021). [데이터자료] 건강보험 맞춤형 DB.

- 위장출혈 원내 사망률은 2012년 1.69%에서 2020년 1.54%로 감소하였는데 남성이 여성보다 높았고 보험료 분위가 낮은 경우, 장애가 있는 경우 대체로 더 높았다. 한편 미국의 위장출혈

원내 사망률은 2.27%(1,000명당 22.67명) 로 한국에 비해 높았고 남성이 여성보다 높았다 (AHRQ, 2022).

〈표 3-37〉 위장출혈 입원 환자의 30일 내 원내 사망률

(단위: %)

시점	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
전체	1.69	2.04	1.88	2.08	1.64	1.63	1.60	1.52	1.54
남	1.75	2.32	2.12	2.26	1.91	1.98	1.98	1.80	1.80
여	1.41	1.64	1.45	1.58	1.15	1.14	0.93	1.05	1.09
의료급여	2.35	2.80	2.10	3.56	2.29	2.93	2.81	1.55	3.07
1분위	1.76	2.66	2.30	2.45	1.53	1.62	1.21	2.00	2.02
2분위	1.13	2.01	1.92	1.86	2.23	1.76	1.87	2.00	1.35
3분위	1.61	2.45	2.10	1.60	1.34	2.12	0.78	1.52	0.91
4분위	1.97	2.21	1.27	1.87	1.27	1.16	1.29	1.30	1.34
5분위	1.60	1.04	1.55	1.83	1.51	1.21	1.84	1.17	1.36
비장애	1.67	1.88	1.86	1.95	1.54	1.51	1.54	1.42	1.48
중증	1.43	3.27	2.82	2.58	2.11	1.86	2.74	1.77	1.99
경증	1.53	2.32	1.56	2.15	1.58	2.00	1.36	1.50	2.05

주: 18세 이상 위장출혈을 주상병코드 혹은 적절한 주상병코드와 출혈이 있는 식도 정맥류를 첫 번째 부상 병코드로 퇴원한 환자 대비 사망자수(전원 제외). 2012년 해당 환자로성·연령 표준화한 값.

자료: 국민건강보험공단. (2012~2021). [데이터자료] 건강보험 맞춤형 DB.

- 폐렴 원내 사망률은 2012년 13.9%에서 2020년 14.6%로 증가하였는데 남성이 여성보다 높았으나 여성의 증가 정도가 더 컸고 보험료 분위가 낮은 경우, 장애 정도가 심할 수록 대체로 더 높았다. 한편 미국의 폐렴 원내 사망률은 4.27%(1,000명당 42.73명)으로 한국에 비해 낮았고 남성이 여성보다 높았다(AHRQ, 2022).

〈표 3-38〉 폐렴 입원 환자의 30일 내 원내 사망률

(단위: %)

시점	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
전체	13.87	14.20	13.95	13.44	13.12	12.41	12.82	12.41	14.63
남	15.43	15.78	15.37	15.24	14.94	13.99	14.62	14.06	15.80
여	11.70	12.07	11.90	10.90	10.67	10.18	10.28	10.25	13.10
의료급여	15.55	15.90	14.18	14.38	14.24	13.21	14.59	13.14	15.41
1분위	14.83	15.92	14.22	15.45	12.83	12.84	12.77	13.46	14.34
2분위	13.73	15.12	13.74	13.38	14.83	12.04	13.31	13.22	14.85
3분위	14.19	13.72	16.01	13.03	13.46	11.95	13.68	12.78	14.68
4분위	12.64	13.32	13.42	12.46	12.73	11.78	12.78	12.13	14.36
5분위	13.13	13.01	13.15	12.46	12.16	12.38	11.19	11.22	13.53
비장애	13.43	13.89	13.82	13.18	12.89	12.34	12.61	11.96	14.57
중증	15.77	15.00	15.61	14.81	14.77	13.29	14.49	14.32	15.83
경증	13.97	15.36	12.83	14.03	13.27	12.49	12.50	12.99	13.18

주: 18세 이상 폐렴을 주상병코드 혹은 주상병코드로 패혈증과 폐렴을 첫 번째 부상병코드로 퇴원한 환자 대비 사망자수(전원 제외). 2012년 해당 환자로성·연령 표준화한 값.

자료: 국민건강보험공단. (2012~2021). [데이터자료] 건강보험 맞춤형 DB.

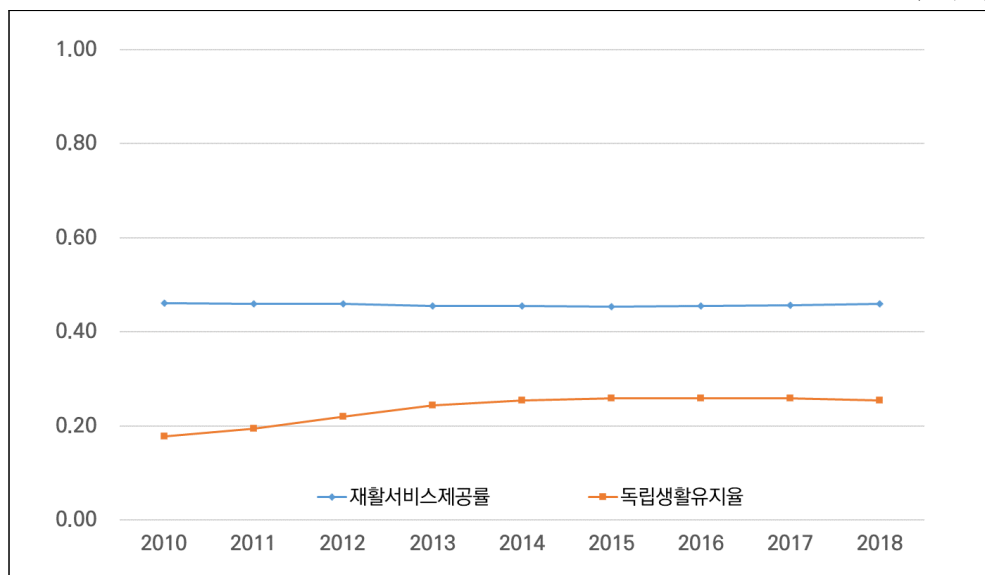
바. 퇴원 후 재활서비스 제공 및 독립생활 유지율(65세 이상)

2010년부터 2018년까지 65세 이상의 퇴원 후 재활서비스 제공률을 살펴본 결과 2010년 재활서비스 제공률은 46.2%였으며, 2018년은 45.9%로 연평균 0.14% 감소하였으며, 전년 대비 0.6% 증가한 수치였다.

2010년부터 2018년까지 65세 이상의 독립생활 유지율을 살펴본 결과 2010년 독립생활 유지율은 17.7%였으며, 2018년은 9.45% 증가한 25.5%로 전년 대비 1.28% 감소한 수치였다.

[그림 3-68] 퇴원 후 재활서비스 제공 및 독립생활 유지율(65세 이상)

(단위: %)



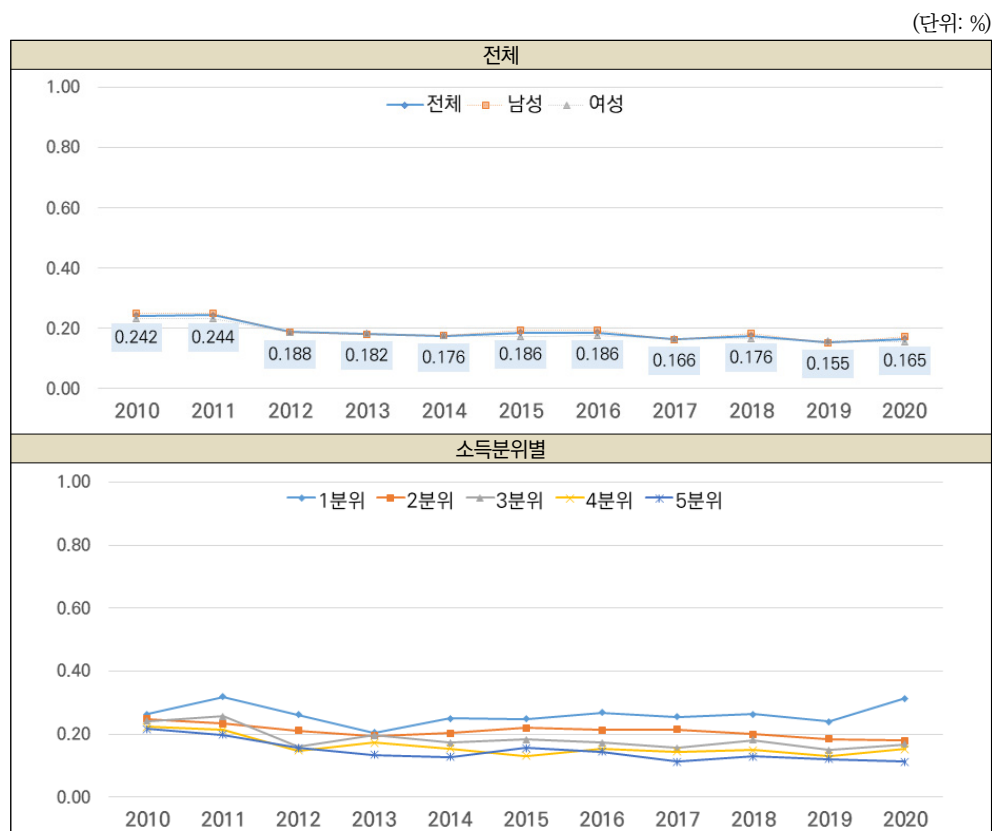
주: 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).

자료: 국민건강보험공단. (2012~2021). [데이터자료] 건강보험 맞춤형 DB.

사. 저작기능 불편 호소율

저작기능 불편 호소율을 살펴본 결과 2010년 0.242(24.2%), 2020년은 0.165(16.5%)로 연평균 3.74% 감소하였고 전년 대비 2020년에 소폭 증가했다. 남성과 여성의 차이는 거의 없었다. 소득분위별로 살펴본 결과 소득분위가 낮을수록 높은 비율을 보였는데 소득 1분위와 소득 5분위의 저작기능 불편 호소율은 2010년 각각 26.4%, 21.6%였고 2020년 각각 31.5%, 11.3%로 나타났다. 소득 5분위의 경우 연평균 6.3% 감소하였으나 소득 1분위는 연평균 1.8% 증가하였다.

[그림 3-69] 저작기능 불편 호소율



주: 2010년 인구조 성·연령 표준화한 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).
 자료: 보건복지부, 질병관리청. (2010~2020). [데이터자료] 국민건강영양조사.
https://knhanes.kdca.go.kr/knhanes/sub03/sub03_02_05.do에서 2022.11.28. 인출.

제2절 환자 중심성·반응성

◆ (4영역) 환자 중심성·반응성: 치료에 대한 사람들의 긍정적인 경험 개선

- 보건의료서비스 전달 과정이 대상자(환자, 서비스 이용자, 돌봄 제공자)에게 얼마나 긍정적인 경험을 주었는지, 이들을 중심에 두고 있는지 확인하기 위한 영역

〈표 3-39〉 4영역(환자 중심성·반응성: 치료에 대한 사람들의 긍정적인 경험 개선) 지표 분석 내용

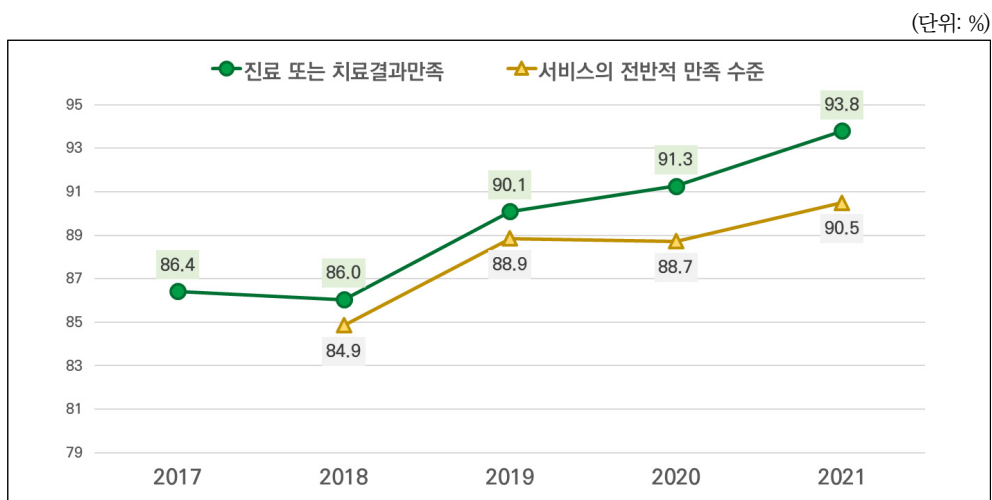
구분	성과 지표	분석 내용	
		추이	격차
개선 영역	- 외래서비스 환자 만족도 - 외래서비스에 대한 전반적인 경험 - 외래서비스 진료 또는 치료 결과 만족 - 외래서비스에 대한 전반적 만족 수준 - 외래서비스에 대한 전반적 반응성	'17-'21	
	- 입원서비스 환자 만족도 - 입원서비스에 대한 전반적인 경험 - 입원서비스에서 기대했던 치료 결과 달성 - 입원서비스에 대한 전반적 만족 수준 - 입원서비스 전반적 반응성	'17-'21	
	호스피스 환자 만족도	'17-'19	
	응급의료 환자 만족도	'17-'19	

주: 연구진이 직접 작성함.  가용한 자료 없음. 지표별 산출 방법과 자료원은 [부록 1]의 〈부표 1-4〉를 참고.

1. 외래서비스 환자 만족도

2021년 외래서비스 진료 또는 치료 결과 만족은 93.8%로 2020년 대비 2.78%p 증가하였고, 2021년 외래서비스의 전반적 만족 수준은 90.5%로 2020년 대비 2.0%p 증가하였다.

[그림 3-70] 외래서비스에 대한 전반적인 경험



주: 1) 대체로 만족했다, 매우 만족했다고 응답한 비율.

2) 2012년 인구로 성·연령 표준화.

자료: 보건복지부, 한국보건사회연구원. (2017~2021). 의료서비스 경험 조사(연구진이 직접 산출).

성별에 따라 산출된 외래서비스 진료 또는 치료 결과 만족 비율의 2020년 대비 2021년 증가율은 남성(2.6%p)이 여성(2.3%p)보다 높게 나타났다. 교육 수준에 따라서는 중등은 증가한 반면, 초등과 고등에서는 감소했다. 소득수준에 따라서는 소득 1분위와 4분위를 제외하고 모두 증가했으며, 경제활동별로 살펴보면 임금근로자에서 소폭 감소하였고, 그 외 모두 증가했다. 지역의 경우 읍·면이 시·도보다 증가 정도가 컸다. 의료보장별로 살펴보면 의료급여는 감소하였으나, 건강보험은 증가하였다.

〈표 3-40〉 외래서비스 진료 또는 치료 결과 만족

(단위: %, %p)

구분	2017	2018	2019	2020	2021	2021-2020 (%p)
전체	86.7	86.1	90.1	91.3	93.8	2.5
성	남	85.7	86.5	90.2	90.8	2.6
	여	87.6	85.6	89.9	91.8	2.3
교육	초등	67.7	72.5	64.0	62.6	-29.5
	중등	86.9	85.0	88.7	90.0	2.7
	고등	87.3	84.6	89.5	91.9	-5.4
소득	1분위	65.4	77.6	82.8	93.4	-1.1
	2분위	79.5	78.2	92.8	90.6	4.6

구분		2017	2018	2019	2020	2021	2021-2020 (%p)
	3분위	90.6	75.2	89.1	90.3	96.8	6.5
	4분위	79.3	63.9	90.1	93.2	91.7	-1.5
	5분위	.	.	89.6	90.0	93.1	3.2
경제활동	임금근로자	88.5	87.8	87.4	91.7	91.6	-0.1
	자영업, 고용주	87.4	84.2	79.8	86.4	93.1	6.7
	그 외	83.9	83.3	86.7	89.4	93.6	4.2
지역	시·도	87.4	86.1	90.4	91.5	93.7	2.2
	읍·면	82.5	86.2	88.8	89.6	94.4	4.8
의료보장	건강보험	86.7	85.9	90.1	91.3	93.8	2.5
	의료급여	73.3	90.8	86.4	91.4	82.1	-9.3

주: 1) 대체로 만족했다, 매우 만족했다고 응답한 비율.

2) 2012년 인구조 성·연령 표준화.

자료: 보건복지부, 한국보건사회연구원. (2017~2021). 의료서비스 경험 조사(연구진이 직접 산출).

성별에 따라 산출된 외래서비스 전반적 만족 수준 비율은 남녀 모두 증가하였는데, 남성은 2020년 대비 0.7%p 증가하였고, 여성은 2020년 대비 2.8%p 증가하였다. 교육 수준에 따라서는 중등을 제외하고 감소하는 추세를 보이며 2020년 대비 증가한 곳은 중등(3.3%p)이었다. 소득에 따라서는 3분위에서 증가 정도가 컸고 1, 4분위는 2020년 대비 감소하였다. 경제활동별로 보면 임금근로자와 자영업자 모두에서 전체적으로 감소했다. 시·도와 읍·면 모두 2020년 대비 증가했으며, 건강보험은 2020년 대비 증가한 반면 의료급여는 감소하였다.

〈표 3-41〉 외래서비스에 대한 전반적 만족 수준

(단위: %, %p)

구분		2017	2018	2019	2020	2021	2021-2020 (%p)
성	전체	-	84.9	88.9	88.7	90.5	1.8
	남	-	84.5	89.2	88.2	88.9	0.7
	여	-	85.1	88.5	89.3	92.1	2.8
교육	초등	-	80.4	64.2	56.4	27.8	-28.6
	중등	-	84.4	86.8	87.9	91.2	3.3
	고등	-	83.9	88.5	89.2	81.8	-7.4
소득	1분위	-	80.6	82.4	91.9	91.1	-0.8
	2분위	-	76.5	92.1	89.6	93.5	3.9
	3분위	-	77.0	87.7	87.6	93.9	6.3
	4분위	-	66.1	88.5	90.2	87.7	-2.5

구분	2017	2018	2019	2020	2021	2021-2020 (%p)
5분위	-	.	86.9	86.6	87.4	0.8
경제활동	임금근로자	-	86.5	85.8	87.9	-1.8
	자영업, 고용주	-	82.2	76.4	83.9	-1.7
	그 외	-	81.1	86.1	93.1	4.6
지역	시·도	-	85.0	89.4	90.5	1.4
	읍·면	-	84.1	86.0	90.2	4.3
의료보장	건강보험	-	84.9	88.9	90.5	1.7
	의료급여	-	81.5	82.8	76.7	-11.4

주: 1) 대체로 만족했다, 매우 만족했다고 응답한 비율.

2) 2012년 인구로 성·연령 표준화.

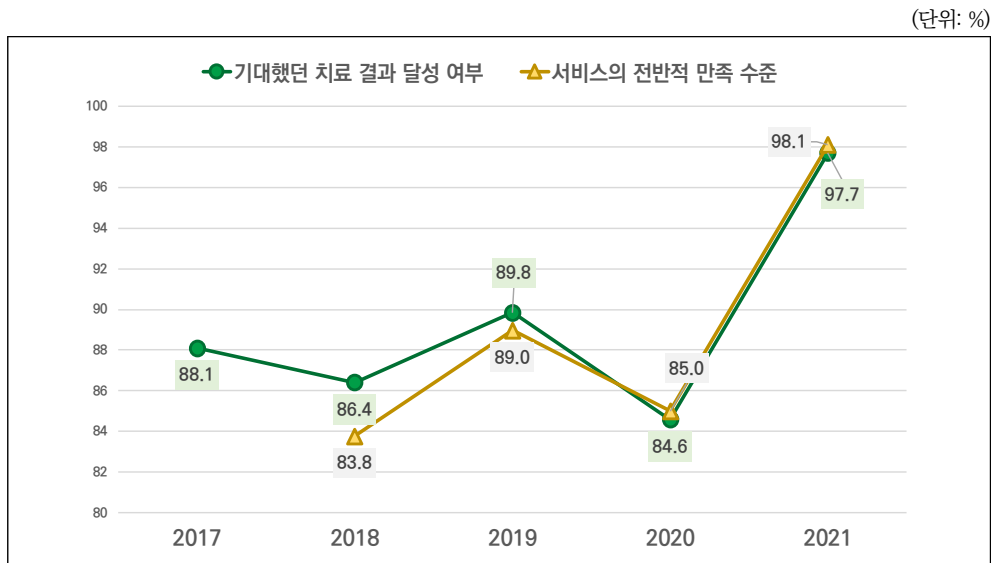
3) 2017년도 조사에서는 해당 문항 없음.

자료: 보건복지부, 한국보건사회연구원. (2017~2021). 의료서비스 경험 조사(연구진이 직접 산출).

2. 입원서비스 환자 만족도

2021년 기대했던 치료 결과 달성 여부는 97.7%로 2020년 대비 13.1%p 증가하였고, 서비스의 전반적 만족 수준은 98.1%로 2020년 대비 13.1%p 증가하였다.

[그림 3-71] 입원서비스 전반적인 경험



주: 1) 대체로 만족했다, 매우 만족했다고 응답한 비율.

2) 2012년 인구로 성·연령 표준화.

자료: 보건복지부, 한국보건사회연구원. (2017~2021). 의료서비스 경험 조사(연구진이 직접 산출).

입원서비스에서 기대했던 치료 결과 달성 비율을 성별에 따라 산출한 결과, 남성은 2020년 대비 7.8%p 증가하였고, 여성은 18.8%p 증가했다. 고등과 중등이 각각 7.4%p, 11.7%p 증가한 반면 초등은 19.2%p 감소하였다. 소득에 따라서는 소득 1, 3분위에서 감소했고, 경제활동에 따라서는 자영업 및 고용주는 감소한 반면 임금근로자와 그 외 집단에서는 증가했다. 지역에 따라서는 시·도는 2020년 대비 13.3%p 증가하였고, 읍·면은 9.4%p 증가하였다. 의료보장에 따라서는 건강보험은 2020년 대비 12.6%p 증가하였고, 의료급여는 30.9%p 감소하였다.

〈표 3-42〉 입원서비스에서 기대했던 치료 결과 달성

(단위: %, %p)

구분	2017	2018	2019	2020	2021	2021-2020 (%p)
전체	88.1	86.4	89.8	84.6	97.7	13.1
성	남	85.8	81.6	87.0	97.2	7.8
	여	90.6	91.2	92.7	98.1	18.8
교육	초등	42.5	33.0	47.4	35.9	-19.2
	중등	88.4	68.0	85.7	86.0	11.7
	고등	81.9	82.8	74.6	80.4	7.4
소득	1분위	65.3	39.1	81.6	68.5	-4.4
	2분위	78.0	71.5	81.0	80.3	19.7
	3분위	77.4	61.7	83.1	78.4	-7.0
	4분위	55.2	75.3	73.3	76.6	12.6
	5분위	.	.	87.8	78.8	81.3
경제활동	임금근로자	85.4	76.0	82.4	77.5	90.9
	자영업, 고용주	66.1	66.4	67.3	80.5	71.9
	그 외	86.2	89.6	88.8	78.3	86.3
지역	시·도	88.8	84.5	86.0	84.6	97.9
	읍·면	84.9	83.8	79.3	82.8	92.2
의료보장	건강보험	88.3	86.4	90.8	85.2	97.8
	의료급여	55.9	50.6	51.8	55.1	24.2

주: 1) 대체로 그렇다, 매우 그렇다고 응답한 비율.

2) 2012년 인구조 성·연령 표준화.

자료: 보건복지부, 한국보건사회연구원. (2017~2021). 의료서비스 경험 조사(연구진이 직접 산출).

성별에 따라 산출된 입원서비스의 전반적 만족 수준 비율은 전체적으로 감소하는 추세를 보이며 2020년 대비 감소율은 여성(20.4%p)이 남성(7.2%p)보다 높게 나타났다. 교육 수준에 따라서는 초등을 제외하고 증가하였고, 소득에 따라서는 다른 경향을 보이며 소득 1, 3분위를 제외하고 증가했다. 경제활동별로 살펴보면 자영업, 고용주 집단에서 감소했다. 지역에 따라서는 시·도는 2020년 대비 13.9%p 증가하고, 읍·면은 9.4%p 감소하였다. 의료보장에 따라 산출된 입원서비스의 전반적 만족 수준 비율은 의료급여에서는 감소 추세를 보였으나, 건강보험은 증가했다.

〈표 3-43〉 입원서비스에 대한 전반적 만족 수준

(단위: %, %p)

구분	2017	2018	2019	2020	2021	2021-2020 (%p)
전체	-	83.8	89.0	85.0	98.1	13.5
성	남	-	81.0	86.3	96.6	7.2
	여	-	86.3	91.5	99.7	20.4
교육	초등	-	31.9	46.9	18.7	-17.2
	중등	-	72.5	85.6	97.8	11.8
	고등	-	76.3	71.9	91.7	11.3
소득	1분위	-	30.2	76.0	61.2	-7.3
	2분위	-	72.7	79.6	83.0	19.7
	3분위	-	63.7	84.0	69.9	-3
	4분위	-	69.3	74.9	85.7	14.0
	5분위	-	.	83.0	73.8	2.5
경제활동	임금근로자	-	71.2	81.5	91.7	14.2
	자영업, 고용주	-	65.6	67.0	78.7	-6.3
	그 외	-	85.8	85.5	78.3	7.8
지역	시·도	-	81.7	85.6	85.5	13.9
	읍·면	-	84.2	76.7	77.7	-9.4
의료보장	건강보험	-	83.7	89.9	85.9	13.1
	의료급여	-	53.6	51.0	45.6	-30.9

주: 1) 대체로 만족했다, 매우 만족했다고 응답한 비율.

2) 2012년 인구조 성·연령 표준화.

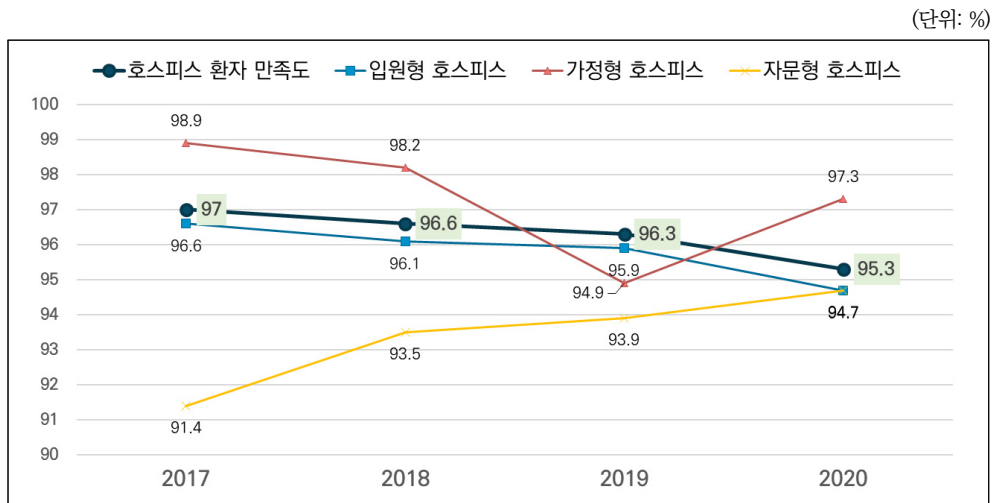
3) 2017년도 조사에서는 해당 문항 없음.

자료: 보건복지부, 한국보건사회연구원. (2017~2021). 의료서비스 경험 조사(연구진이 직접 산출).

3. 호스피스 환자 만족도(호스피스 사망자 가족의 서비스 질에 대한 평가)

환자의 사별 가족들에게 호스피스 이용 만족도를 조사한 결과, 호스피스 기관에서 받았던 의료서비스 중 적어도 하나 이상의 서비스에 대해 ‘만족’했다고 답한 비율은 2020년 95.3%로 2019년 대비 1.0%p 감소하였다. 2020년 서비스 유형별로 ‘만족’했다는 응답은 입원형 호스피스 94.7%, 가정형 호스피스 97.3%, 자문형 호스피스 94.7%였다.

[그림 3-72] 호스피스 환자 만족도



자료: 보건복지부, 중앙호스피스센터. (2020). 2018 국가 호스피스·완화의료 연례보고서. 보건복지부, 국립암센터. pp.69-70.

보건복지부, 중앙호스피스센터. (2021). 2019 국가 호스피스·완화의료 연례보고서. 보건복지부, 국립암센터. pp.66-67.

보건복지부, 중앙호스피스센터. (2022). 2020 국가 호스피스·완화의료 연례보고서. 보건복지부, 국립암센터. p.67.

자료를 참고하여 재구성함.

◆ 호스피스 환자 만족도(호스피스 사망자 가족의 서비스 질에 대한 평가)

○ 호스피스 유형별(입원형/가정형/자문형) 호스피스 사망자 가족의 서비스 질에 대한 평가 세부 문항 결과는 <표 3-11>과 같다.

<표 3-44> 호스피스 사망자 가족의 서비스 질에 대한 평가(세부 문항별)

(단위: 점)

성과 지표	입원형 호스피스				가정형 호스피스				자문형 호스피스			
	2017	2018	2019	2020	2017	2018	2019	2020	2017	2018	2019	2020
환자가 느낀 편안함	4.3	4.3	4.2	4.2	4.3	4.4	4.3	4.5	4.1	4.0	4.1	4.2
환자의 현재 상태와 앞으로의 경과에 대한 호스피스팀의 설명 방식	4.3	4.4	4.3	4.3	4.4	4.5	4.3	4.4	4.2	4.1	4.2	4.3
치료의 부작용에 대해 제공된 정보	4.3	4.3	4.1	4.2	4.3	4.4	4.1	4.3	4.2	4.0	4.0	4.1
환자의 존엄성을 존중하는 호스피스팀의 태도	4.5	4.5	4.5	4.4	4.6	4.7	4.5	4.6	4.4	4.4	4.4	4.5
환자의 상태와 돌봄 계획에 대한 호스피스팀과의 면담	4.4	4.4	4.4	4.3	4.4	4.4	4.4	4.5	4.2	4.1	4.3	4.4
증상 관리에 대한 신속한 대처	4.4	4.4	4.3	4.3	4.4	4.4	4.2	4.4	4.2	4.0	4.2	4.2
환자의 증상 호소에 대한 호스피스팀의 관심	4.4	4.4	4.4	4.3	4.5	4.6	4.4	4.4	4.3	4.1	4.2	4.3
환자의 신체적 불편에 대한 호스피스팀의 적절한 관리	4.4	4.4	4.3	4.3	4.4	4.4	4.3	4.5	4.1	4.0	4.1	4.2
가족의 필요에 따른 호스피스팀의 접근성(도움이 필요할 때 연락이 잘 되었는지)	4.4	4.4	4.4	4.4	4.4	4.5	4.4	4.5	4.3	4.1	4.2	4.3
가족에 대한 호스피스팀의 정서적 지지(예: 격려, 위로, 공감)	4.3	4.4	4.4	4.3	4.5	4.4	4.4	4.5	4.1	4.1	4.3	4.4
호스피스팀의 실질적 지원(예: 목욕, 가정간호)	4.2	4.3	4.3	4.2	4.2	4.2	4.2	4.3	3.8	3.9	4.1	4.1
환자의 증상에 대한 의사의 관심	4.3	4.3	4.2	4.2	4.4	4.4	4.0	4.2	4.2	4.0	4.0	4.1
치료와 돌봄 결정에 대한 환자 가족의 참여 방식	4.4	4.4	4.3	4.2	4.4	4.5	4.2	4.4	4.1	4.1	4.2	4.2
환자의 증상 관리에 대해 제공된 정보(예: 통증, 변비)	4.3	4.4	4.2	4.2	4.5	4.5	4.2	4.4	4.2	4.0	4.1	4.2
환자의 증상에 대한 호스피스팀의 효과적인 관리	4.3	4.3	4.3	4.2	4.3	4.4	4.2	4.4	4.1	4.0	4.1	4.2
환자의 돌봄 필요 변화에 대한 호스피스팀의 대처	4.3	4.3	4.3	4.3	4.3	4.4	4.2	4.4	4.1	3.9	4.1	4.2
환자에 대한 호스피스팀의 정서적 지지	4.3	4.3	4.3	4.3	4.5	4.4	4.3	4.4	4.0	4.0	4.2	4.3

주: 1) 측정 도구 - FMCARE-2 version 17 문항, 5 Scale - 1(매우 불만)~5(매우 만족)

2) 2017년 설문 응답자(N=2,504), 2018년 설문 응답자(N=2,542), 2019년 설문 응답자(N=2,922) 중 문항별 결측을 제외한 평균.

자료: 보건복지부, 중앙호스피스센터. (2020). 2018 국가 호스피스·완화의료 연례보고서. 보건복지부, 국립암센터. pp.7 1-72.

보건복지부, 중앙호스피스센터. (2021). 2019 국가 호스피스·완화의료 연례보고서. 보건복지부, 국립암센터. pp.6 8- 69.

보건복지부, 중앙호스피스센터. (2022). 2020 국가 호스피스·완화의료 연례보고서. 보건복지부, 국립암센터. p.69 자료를 참고하여 재구성함.

◆ 생애 말기 케어

- 말기 질환이 있는 사람들의 통증, 호흡곤란 등의 증상을 완화하고 더 나은 케어 제공을 통한 삶의 질 향상이 강조되면서 한국은 2017년 8월 〈호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률〉을 시행하였다(보건복지부, 중앙호스피스센터, 2022, p. 83).
- OECD 국가들의 생애 말기 케어를 비교한 연구는 완화의료 등에서 사회경제적 불평등을 보고하였는데 사회경제적 배경이 낮은 사람들은 질병, 장애 및 건강 위험 요인의 높은 유병률로 인해 임종 돌봄이 더 필요할 수 있지만 그들이 완화의료를 사용할 가능성이 낮고 급성 병원 치료를 사용하고 병원에서 사망할 가능성이 더 높다고 보고하였다. 또한 유럽 국가 및 한국, 미국에서 교육 수준이 높고 도시 지역에 거주하는 사람들이 임종 치료를 받을 가능성이 더 높다고 하였다. 연구는 지리적 접근성, 건강 문해력, 서비스에 대한 지식, 의료 서비스 제공자와의 의사소통 등이 장애요인일 수 있다고 하였다(OECD, 2023b, p.19).
- 한국에서 호스피스 대상자는 2008년 68,912명에서 2020년 82,204명으로 증가했으나 2020년 코로나-19로 호스피스 전문기관이 휴업하면서 전연도 대비 이용률이 감소했다(보건복지부, 중앙호스피스센터, 2022, p.6).

〈표 3-45〉 연도별 암 질환자와 대상 질환자(암 및 비암성)의 호스피스 이용

구분	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
암사망자수	68,912	69,780	72,046	71,579	73,759	75,334	76,611	76,855	78,194	78,863	79,153	81,203	82,204
이용률(%)	7.3	9.1	10.6	11.9	11.9	12.7	13.8	15.0	17.5	22.0	22.9	24.3	23.0
대상질환 사망자수	68,912	69,780	72,046	71,579	73,759	75,334	76,611	76,855	78,194	86,593	86,791	88,348	88,975
이용률(%)	7.3	9.1	10.6	11.9	11.9	12.7	13.8	15.0	17.5	20.0	20.90	22.4	21.3

주: 대상질환은 암(C00~C97), 만성 폐쇄성 호흡기질환(J40~44), 만성 간경화(K74), 후천성 면역결핍증(B20~24)임. 이용률(%) = 연간 호스피스 신규 이용자 수/호스피스 대상 질환 사망자 수 * 100
 자료: 보건복지부, 중앙호스피스센터. (2022). 2020 국가 호스피스·완화의료 연례보고서. 보건복지부, 국립암센터.
 p.6 자료를 참고하여 재구성함.

- 생애 말기 삶의 질과 관련해 집중적인 치료 정도를 확인하기 위해 암 환자의 사망 전 1년 동안의 의료비를 확인하였다. 2013년 사망 전 1년 동안의 의료비는 1천 8백만 원에서 2021년 3천 4백만 원으로 증가했다. 2020년에 소폭 감소했으나 증가 추이는 변하지 않았다. 성별과 무관하게 증가하였고 지역별로 구분할 경우 2021년에 전북, 경기, 서울 순으로 높았고 세종, 광주에서 증가율이 높았다.
- 보험료 분위로 구분할 경우 대체로 보험료 분위가 높을수록 높았다. 2021년 기준 의료급여 수급자의 사망 전 1년 동안의 의료비는 3천 1백만 원, 소득 5분위는 3천 6백만 원이었다. 장애 정

도로 구분할 경우 중증 장애인 경우 2021년 기준 4천 2백만 원으로 가장 컸으나 경증 장애보다는 비장애인의 생애 말 의료비가 더 컸다(경증장애 2천 7백만 원, 비장애 3천 3백만 원).

〈표 3-46〉 암 환자 사망 전 1년 동안의 의료비

(단위: 1,000원)

구분	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
전체	17,748	18,893	21,426	24,078	27,179	29,885	34,636	32,452	34,007
남	15,912	16,708	19,552	22,101	24,580	27,009	34,266	28,097	30,139
여	19,632	21,162	23,356	26,028	29,780	32,811	34,812	37,000	37,992
서울	18,157	22,453	28,427	23,916	29,820	32,688	39,485	28,409	34,634
부산	15,004	18,829	26,093	17,585	27,720	22,358	29,892	27,424	28,671
대구	15,687	18,860	15,888	17,990	21,087	22,416	22,459	23,283	23,507
인천	17,296	23,694	26,971	23,490	32,563	35,763	36,298	36,014	31,938
광주	10,716	15,830	21,259	18,948	23,417	22,288	40,701	26,164	30,836
대전	23,070	16,081	15,719	19,472	19,986	27,187	32,390	35,664	22,637
울산	16,142	18,331	14,382	22,827	26,145	27,038	27,783	38,903	22,362
세종	7,344	11,021	8,504	12,867	22,027	27,690	21,355	11,927	21,842
경기	17,887	18,608	22,473	29,144	32,136	33,576	39,424	35,237	36,964
강원	15,705	20,350	19,095	19,294	19,691	26,565	26,493	17,636	27,983
충북	16,141	13,476	17,376	13,475	25,533	23,972	26,132	23,240	29,003
충남	18,321	18,582	19,693	21,033	20,645	22,806	21,580	25,231	25,914
전북	16,952	15,204	20,056	24,480	16,370	19,901	29,929	19,839	37,211
전남	15,835	20,044	15,879	18,322	19,076	26,379	20,693	21,469	27,397
경북	16,058	14,266	14,824	22,333	24,346	21,098	26,243	23,743	27,540
경남	18,155	17,058	16,417	20,636	22,592	22,806	23,520	31,089	30,072
제주	13,423	12,026	19,217	14,653	30,980	15,698	18,992	20,720	22,548
의료급여	21,889	18,266	18,948	21,416	23,632	25,880	29,266	30,805	30,947
1분위	18,562	20,221	18,116	21,625	19,941	26,054	24,428	32,043	29,988
2분위	13,558	16,211	19,704	22,278	24,659	28,121	28,393	24,194	31,474
3분위	20,089	16,648	20,521	20,381	24,213	35,184	33,425	28,164	32,218
4분위	16,954	19,116	22,754	28,664	29,735	29,972	38,695	37,517	38,545
5분위	18,223	19,454	22,279	28,239	32,481	32,425	38,680	35,491	36,177
비장애	16,799	18,534	20,186	23,658	25,580	29,000	32,652	31,532	32,647
중증	24,169	21,422	26,186	27,369	34,712	34,853	43,017	37,774	42,390
경증	21,714	29,571	35,716	26,861	33,002	59,337	36,254	44,951	27,460

주: 대상질환은 암(C00-C97)으로 2012년 주민등록연앙인구로 성·연령 표준화한 값.

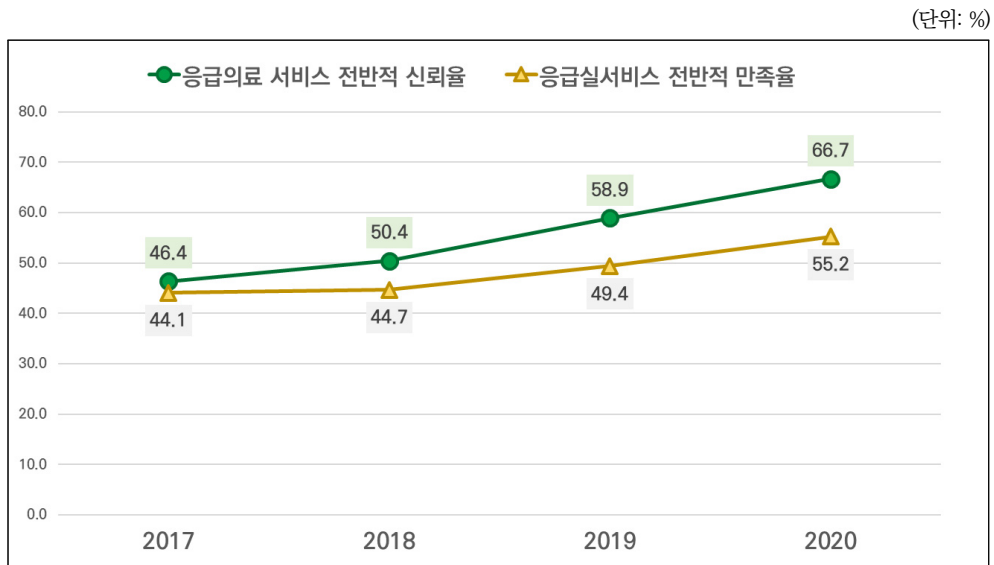
자료: 국민건강보험공단. (2012~2021). [데이터자료] 건강보험 맞춤형 DB.

4. 응급의료 환자 만족도(입원 응급서비스에 대한 환자 경험)

입원 응급서비스에 대한 환자 경험 조사 결과, 응급의료서비스의 전반적 신뢰율은 전체적으로 증가하는 추세를 보였다. 2020년 응급의료서비스의 전반적 신뢰율은 2019년 대비 7.8%p 증가한 66.7%였다.

응급실 서비스에 대한 전반적 만족률도 매년 증가하는 양상을 보였다. 2020년 응급실 서비스에 대한 전반적 만족률은 2019년 대비 5.8%p 증가한 55.2%였다.

[그림 3-73] 응급의료 환자 만족도



주: '응급의료서비스 전반적 신뢰도', '응급실 서비스 전반적 만족도' 결과임.

자료: 국립중앙의료원. (2019). 2018년 대국민 응급의료서비스 인지도 및 만족도 조사 결과보고서. 중앙응급의료센터. p.11, p.87.
 국립중앙의료원. (2020). 2019년 대국민 응급의료서비스 인지도 및 만족도 조사 결과보고서. 중앙응급의료센터. p.25, p.64.
 국립중앙의료원. (2021). 2020년 대국민 응급의료서비스 인지도 및 만족도 조사 결과보고서. 중앙응급의료센터. p.29, p.88.

제3절 환자 안전

◆ (5영역) 환자 안전: 보건의료로 인한 위해로부터 보호, 안전한 환경에서 치료하고 돌봄

- 보건의료서비스 제공으로 인해 발생할 수 있는 추가적인 부작용이나 손상 등의 피해로부터 환자를 얼마나 안전하게 보호하고 있는지 확인하기 위한 영역

〈표 3-47〉 5영역(환자 안전: 보건의료로 인한 위해로부터 보호, 안전한 환경에서 치료하고 돌봄) 지표 분석 내용

구분	성과 지표	분석 내용	
		추이	격차
총괄지표	• 환자 안전사고 발생률	2019	
	• 환자 안전사고로 인한 사망		
	• 환자 안전사고로 인한 심각한 위해		
개선 영역	• 퇴원 후 90일 내 정맥혈전증(Venous Thromboembolism)으로 인한 사망		
	• 보건의료 관련 감염(HCAI) - C.Difficile	'11-'21	지역별/소득분위별/ 의료기관 종별
	• 낙상 사건 발생률		
	• 투약 오류 사건 발생률		
	• 임신 기간이 37주 이상인 출생아의 중환자실 입원	'11-'21	지역별/소득분위별
	• 환자 안전사고 보고 건수	'17-'21	

주: 연구진이 직접 작성함.  가용한 자료 없음. 지표별 산출 방법과 자료원은 [부록1]의 〈부표 1-5〉를 참고.

1. (총괄지표) 환자 안전사고 발생률

환자안전법에 따라 5년마다 환자 안전사고 실태를 조사하는데 2019년에 첫 번째 조사가 시행되었다. 해당 조사에서 환자 안전사고는 입원 1,000건당 약 99.3건으로 9.9%의 발생률을 보였다(의료기관평가인증원, 2020; 김수진 등, 2021에서 재인용).

2. 의료 관련 감염 사건(HCAI) - 클로스트리디움 디피실(C. Difficile)

클로스트리디움 디피실(C. difficile: Clostridium difficile)은 의료 관련 감염 사건(health care-associated bloodstream infection, HCAI)의 가장 흔한 원인이다. 2011년부터 2020년까지 C. Difficile 감염률은 번갈아 증가와 감소를 반복했는데, 2015년까지 지속적으로 증가하다가 2016년에 감소한 후 다시 2018년까지 증가하는 양상을 나타냈다. 2018년 이후부터는 현재까지 꾸준히 감소하였으며, 2021년에는 급감하여 2020년 대비 41.6% 감소한 0.64%로 나타났다.

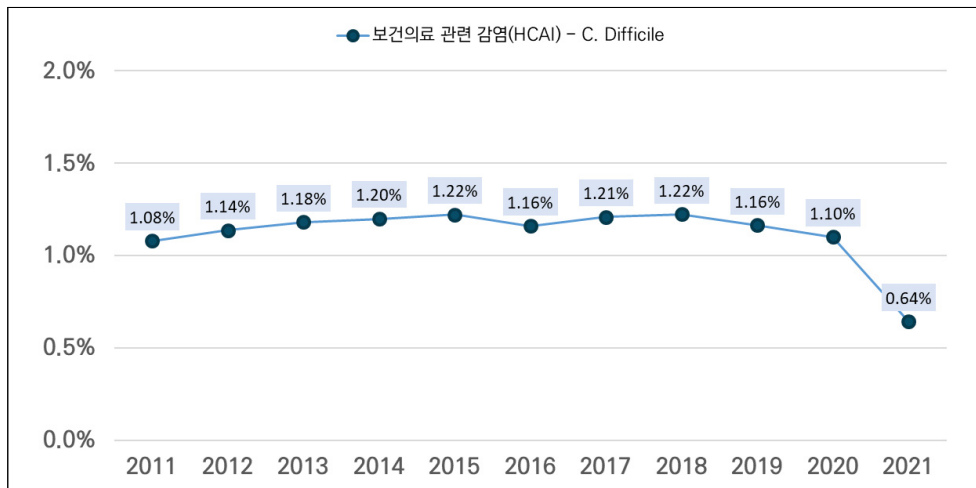
C. Difficile 감염률의 지역 간 변이는 2011년 0.28에서 2021년 0.29으로 소폭 증가하였다. 2011년에 C. Difficile 감염률이 높은 지역은 전북(1.79%), 제주(1.74%) 순이었고, 2021년에는 전북(1.16%), 경북(0.88%) 순으로 전북은 계속해서 높은 편에 속했다. C. Difficile 감염률이 낮은 지역은 2011년에는 울산(0.69%), 경기(0.78%) 순이었고, 2021년에는 세종(0.35%), 경기(0.47%) 순이었다.

소득분위에 따라 산출된 C. Difficile 감염률은 가구의 소득수준에 따라 차이가 있었으며, 2011년부터 2021년에 걸쳐 의료급여에서 값이 가장 크고 다른 소득계층과 차이가 컸다.

의료기관 종별에 따라 산출된 C. Difficile 감염률은 의료기관 종별로 차이가 있었으며, 2011년부터 2020년에 걸쳐 상급종합병원급에서 C. Difficile 감염률이 가장 높았고, 이어서 종합병원급, 병원급, 의원급 순이었다.

[그림 3-74] 의료 관련 감염 사건(HCAI) - 클로스트리디움 디피실(C. Difficile)

(단위: %)



주: 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).

자료: 국민건강보험공단. (2011~2021). 건강보험청구자료(전국민자료).

〈표 3-48〉 의료 관련 감염 사건(HCAI) - 클로스트리디움 디피실(C. Difficile): 지역별

(단위: %, %p)

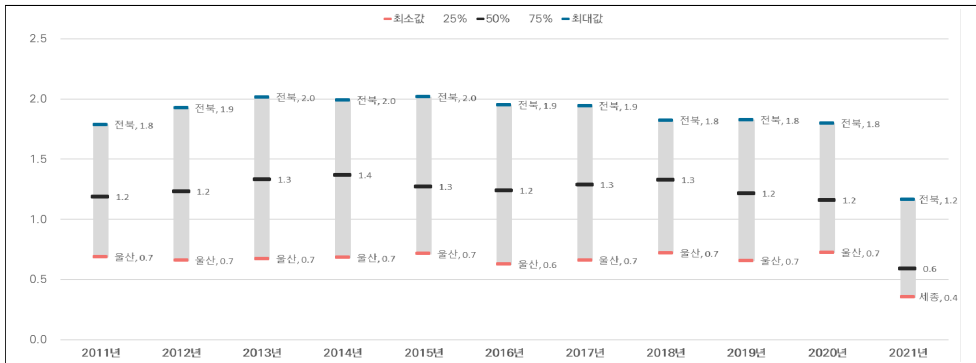
구 분	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
서울	0.93	0.99	1.04	1.09	1.11	1.05	1.09	1.15	1.12	1.01	0.58
부산	0.89	0.93	0.97	0.97	0.99	1.03	1.07	1.05	1.04	1.02	0.58
대구	1.22	1.23	1.33	1.37	1.43	1.43	1.49	1.56	1.47	1.39	0.84
인천	0.82	0.89	0.93	0.94	0.96	0.89	0.97	1.02	1.01	0.97	0.59
광주	1.11	1.17	1.20	1.17	1.24	1.24	1.29	1.33	1.22	1.20	0.72
대전	1.04	1.16	1.16	1.18	1.21	1.11	1.27	1.23	1.09	0.97	0.53
울산	0.69	0.66	0.67	0.68	0.71	0.63	0.66	0.72	0.66	0.72	0.48
세종	-	-	1.51	1.43	1.26	1.04	1.16	1.02	0.83	0.73	0.35
경기	0.78	0.81	0.84	0.85	0.87	0.81	0.86	0.88	0.85	0.80	0.47
강원	1.16	1.27	1.33	1.38	1.36	1.32	1.31	1.36	1.41	1.36	0.76
충북	1.24	1.33	1.37	1.40	1.40	1.35	1.41	1.37	1.25	1.16	0.66
충남	1.21	1.24	1.25	1.25	1.27	1.19	1.22	1.19	1.13	1.04	0.54
전북	1.79	1.92	2.01	1.99	2.02	1.95	1.94	1.82	1.82	1.80	1.16
전남	1.51	1.60	1.64	1.68	1.68	1.64	1.65	1.63	1.51	1.48	0.86
경북	1.49	1.55	1.62	1.62	1.69	1.59	1.63	1.65	1.54	1.51	0.88
경남	1.25	1.33	1.35	1.38	1.36	1.31	1.38	1.39	1.29	1.21	0.77
제주	1.74	1.77	1.89	1.88	2.01	1.80	1.92	1.81	1.62	1.44	0.57
지역 간 차이	0.28	0.28	0.28	0.27	0.27	0.28	0.26	0.24	0.25	0.26	0.29
최대-최소	1.10	1.27	1.34	1.31	1.30	1.32	1.28	1.10	1.17	1.07	0.81

주: 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).

자료: 국민건강보험공단. (2011~2021). 건강보험청구자료(전국민자료).

[그림 3-75] 의료 관련 감염 사건(HCAI) - 클로스트리디움 디피실(C. Difficile): 지역별

(단위: %)

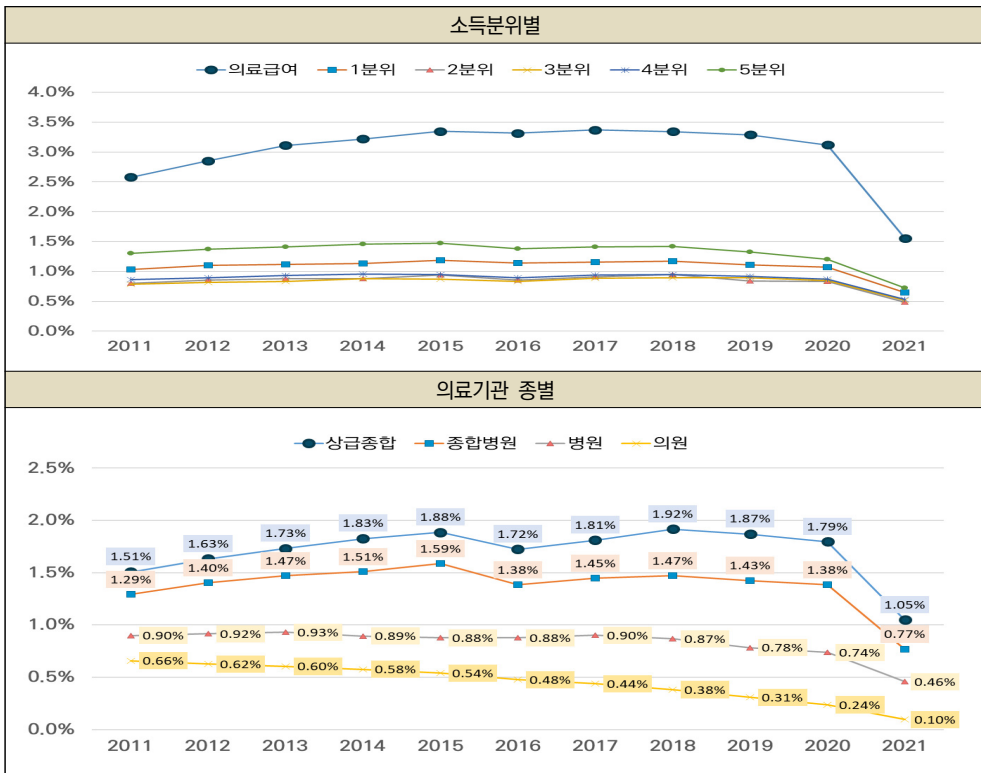


주: 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).

자료: 국민건강보험공단. (2011~2021). 건강보험청구자료(전국민자료).

[그림 3-76] 의료 관련 감염 사건(HCAI) - 클로스트리디움 디피실(C. Difficile): 소득분위 및 의료기관 종별

(단위: %, %)



주: 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).

자료: 국민건강보험공단. (2011~2021). 건강보험청구자료(전국민자료).

3. 임신 기간이 37주 이상인 출생아의 중환자실 입원

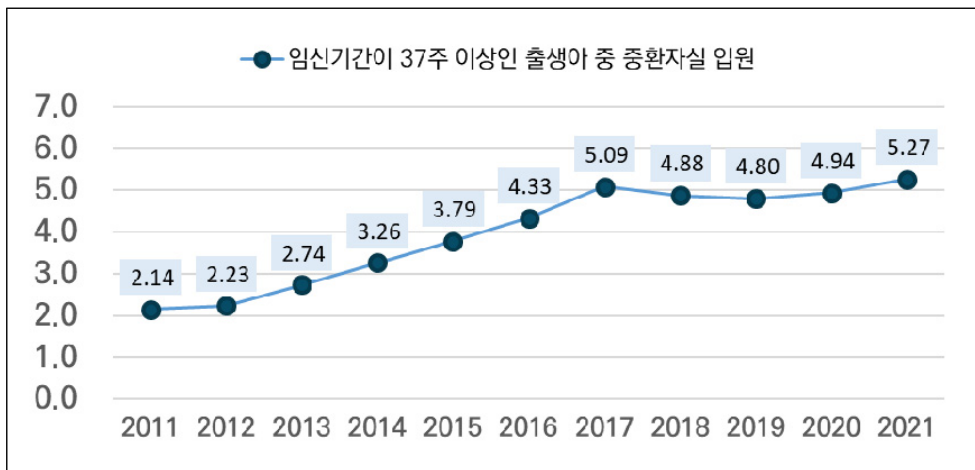
임신 기간 37주 이상인 출생아의 중환자실 입원은 전반적으로 증가하는 양상을 보이며, 연평균 증가율은 25.2%로 나타났다. 임신 기간 37주 이상인 출생아의 2021년 중환자실 입원율은 2020년 대비 6.57% 증가한 5.27%로 나타났다.

임신 기간 37주 이상인 출생아의 중환자실 입원에서 지역 간 변이는 2011년 0.24에서 2021년 0.41로 증가하였다. 임신 기간 37주 이상인 출생아의 중환자실 입원이 높은 지역은 2011년에는 충남(2.9%), 경북·경남(2.5%) 순이었고, 2021년에는 전남(12.7%), 부산(6.6%) 순이었다. 임신 기간 37주 이상인 출생아의 중환자실 입원이 낮은 지역은 2011년에는 대전(1.1%), 제주(1.4%) 순이었고, 2021년에는 광주(2.6%), 울산(3.0%) 순이었다.

임신 기간 37주 이상인 출생아의 중환자실 입원을 소득분위에 따라 산출한 결과, 가구의 소득수준에 따라 차이가 있었으며, 2011년부터 2020년에 걸쳐 의료급여에서 값이 가장 크고 다른 소득계층과 차이가 컸다.

[그림 3-77] 임신 기간이 37주 이상인 출생아의 중환자실 입원

(단위: %)



주: 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).
 자료: 국민건강보험공단. (2011~2021). 건강보험청구자료(전국민자료).

〈표 3-49〉 임신 기간이 37주 이상인 출생아의 중환자실 입원: 지역별

(단위: %, %p)

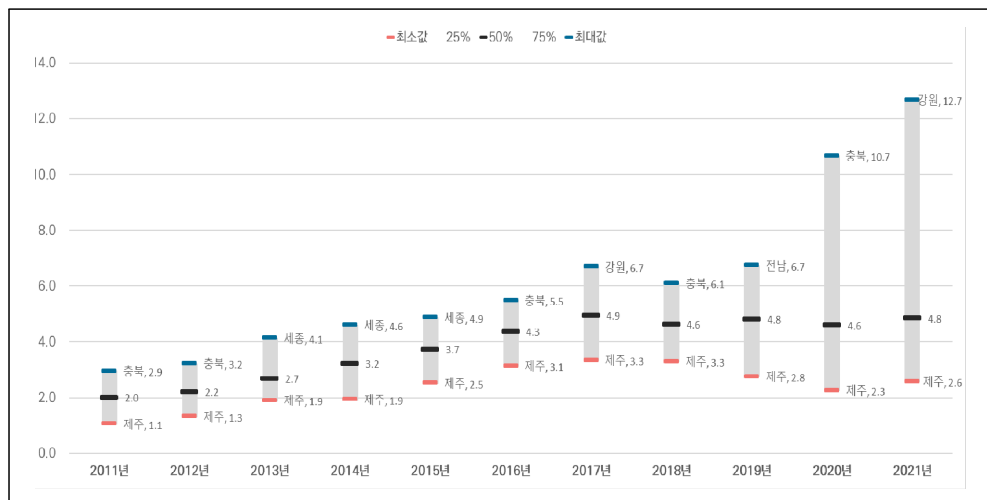
구 분	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
서울	2.36	2.36	3.27	3.97	4.63	5.01	5.92	5.69	5.47	5.20	5.66
부산	2.41	2.11	2.23	2.63	2.87	4.35	5.26	5.54	5.61	5.95	6.45
대구	1.71	1.80	1.89	1.93	3.52	4.51	5.44	6.09	5.20	5.80	6.60
인천	2.00	1.79	2.03	2.26	2.86	3.76	5.22	4.63	4.04	4.43	4.84
광주	1.60	1.38	2.05	3.48	3.41	3.83	3.70	3.29	3.51	2.26	2.57
대전	1.05	1.32	2.31	3.60	4.34	5.33	6.28	5.26	5.60	4.60	4.69
울산	2.30	2.38	2.74	2.65	2.51	3.14	3.33	3.54	3.45	3.41	2.97
세종	-	-	2.68	3.00	4.31	5.48	4.77	5.35	5.54	4.87	5.59
경기	2.09	2.30	2.61	3.21	3.66	3.94	4.93	4.48	4.81	4.78	5.02
강원	1.89	1.67	3.02	3.69	4.87	4.97	5.47	4.61	5.15	5.02	4.93
충북	2.03	2.28	2.85	2.94	3.73	4.16	4.48	4.49	4.71	4.44	5.02
충남	2.95	3.21	4.12	4.60	4.77	4.72	5.01	5.34	5.15	5.05	4.72
전북	1.54	1.91	2.39	4.01	4.30	4.93	6.68	5.64	4.41	4.24	4.05
전남	1.88	1.65	2.38	3.24	3.74	3.74	4.21	4.05	6.73	10.67	12.66
경북	2.47	2.38	2.74	2.36	2.97	3.69	3.95	5.13	3.58	3.80	4.56
경남	2.53	2.93	3.03	3.11	3.24	4.34	4.54	4.12	3.43	4.40	4.23
제주	1.40	2.59	3.29	3.80	4.69	5.46	4.90	3.85	2.75	3.39	4.72
지역 간 차이	0.24	0.25	0.21	0.22	0.20	0.16	0.18	0.17	0.23	0.36	0.41
최대-최소	1.90	1.89	2.23	2.67	2.36	2.35	3.35	2.80	3.98	8.41	10.09

주: 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).

자료: 국민건강보험공단. (2011~2021). 건강보험청구자료(전국민자료).

[그림 3-78] 임신 기간이 37주 이상인 출생아의 중환자실 입원: 지역별

(단위: %)

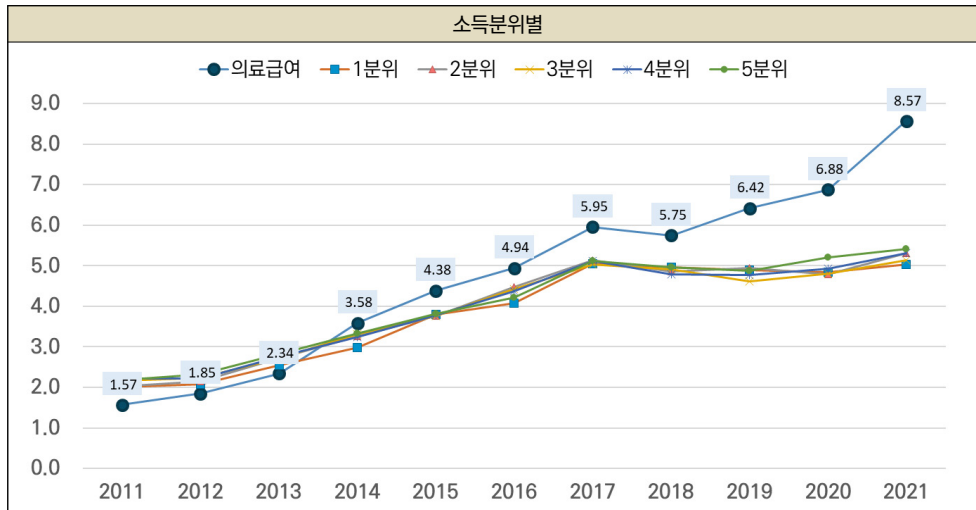


주: 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).

자료: 국민건강보험공단. (2011~2021). 건강보험청구자료(전국민자료)

[그림 3-79] 임신 기간이 37주 이상인 출생아의 중환자실 입원: 소득분위별

(단위: %, %)



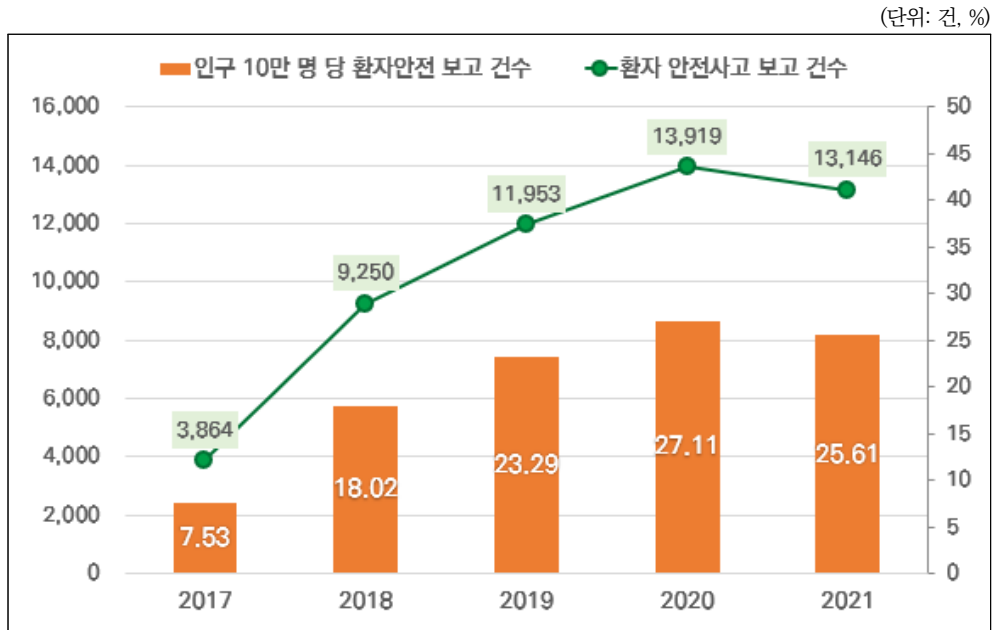
주: 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).

자료: 국민건강보험공단. (2011~2021). 건강보험 청구자료(전국민자료).

4. 환자 안전사고 보고 건수

2017년부터 2021년 사이의 환자 안전사고 보고 건수를 살펴본 결과, 지속적으로 증가한 것으로 나타났다. 이는 환자 안전사고의 증가라기보다는 자율 보고가 증가하면서 나타난 결과로 볼 수 있다. 즉, 과거에 잘 드러나지 않았던 사고들이 점차 보고되는 것으로 볼 수 있다. 환자 안전사고 보고 건수는 2018년도 9,250건에서 2019년 1만 1,953건, 2020년 1만 3,919건으로 16.45% 지속적으로 증가하였다가 2021년 1만 3,146건으로 다소 감소하였다. 2021년 기준 주민등록인구(5,133만 3,253명)를 이용하여 산출한 인구 10만 명당 보고 건수는 25.61건으로 나타났다.

[그림 3-80] 환자 안전사고 보고 건수



주: 1) (좌측) 보고 건수, (우측) 연간 변화율. 「환자안전법」 시행(2016. 7. 29) 이후 자율 보고가 시작되었으며 법 시행 이후 2016년 12월 31일까지 보고 건수는 563건이었음. 2016년 보고 건수는 연간 데이터가 아니므로 제외하고 2017~2021년의 수치를 제시함.

2) 2021년 기준 주민등록인구(5,133만 3,253명)를 이용하여 인구 10만 명당 보고 건수를 산출함.

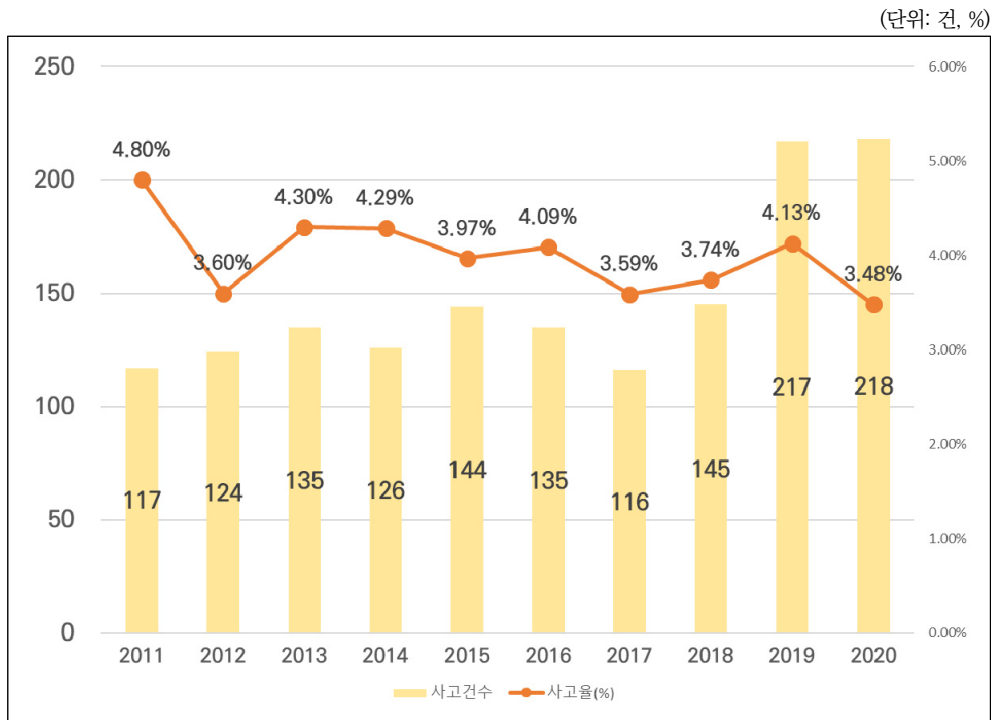
자료: 보건복지부. (2017~2021). 환자안전 보고학습시스템 통계포털.

<https://statistics.kops.or.kr/biWorks/dashBoardMain.do?roleId=&status=O>에서 2022. 9. 8. 인출.

5. 의료시설 내 추락으로 인한 손상

2011년부터 2020년도까지 10년간의 의료시설 내 치료 중 추락으로 인한 손상사고 건수는 2011년부터 2018년까지 연도별로 큰 차이를 보이지 않다가, 2019년과 2020년도에 각각 217건과 218건으로 발생 건수가 증가한 것으로 확인되었다. 다만 연간 변화율을 살펴본 결과 2020년도에 3.48%로 전체적인 발생을 자체는 감소한 것으로 나타났다.

[그림 3-81] 의료시설 내 추락으로 인한 손상



주: 1) (좌측) 의료기관 내 치료 중 추락 건수, (우측) 연간 변화율.

2) 연도별 응답자 중 손상발생 시설(의료시설), 손상 시 활동(치료 중), 손상사건(추락)을 모두 만족하는 사람의 비율(%)로 2010년 성·연령 가중치를 적용한 수치임.

자료: 질병관리청. (2011~2020). 퇴원손상심층조사.

<https://www.kdca.go.kr/injury/biz/injury/recsroom/rawDta/rawDtaDwldMain.do>에서 2022. 9. 8. 인출.

제4절 소결

이 장에서는 가용한 자료들을 활용하여 우리나라의 의료 질 추이를 살펴보았다. 전반적인 평균과 함께 자료가 가능한 경우 지역 및 사회경제적 특성에 따른 격차 추이를 함께 살펴보았는데, 요약하면 다음과 같다.

우선 ‘효과성: 치료 가능한 사망 예방’ 영역의 총괄지표인 성인의 치료 가능한 원인으로 인한 잠재수명 손실연수는 전반적으로 감소하는 추이를 보였지만 최근 들어 감소 추이가 둔화되었고 2021년 남성에서 소폭 증가했다. 지역 간 변이는 지난 10년간 0.12에서 0.09로, 지역 간 격차는 639.1년에서 242.5년으로 감소했는데 강원은 지난 10년간 높은 편에 속했고, 서울, 대전, 광주 등이 낮은 편에 속했다. 소아·청소년의 잠재수명 손실연수는 2020년까지는 감소하는 추세였지만 2021년에 소폭 증가하였다. 남자와 여자로 구분해 볼 경우 남자에서는 감소했지만 여아에서 증가한 것으로 나타났다. 지역 간 격차는 525.6년에서 543.48년으로, 지역 간 변이는 0.16에서 0.25로 증가했다. 지난 10년간 대구와 강원은 전반적으로 높았고 서울, 광주, 대전, 경기도는 전반적으로 낮았다. 또 다른 총괄지표인 75세부터의 기대수명은 증가하는 경향을 보였고, 신생아 사망률은 지속적으로 감소하다가 최근 둔화하였다. 개선 영역 지표인 75세 미만에서 심뇌혈관질환으로 인한 사망률은 지속적으로 감소했다. 지역 간 변이는 지난 10년간 크게 변하지 않은 반면 지역 간 격차는 인구 10만 명당 25.89명에서 14.2명으로 감소했다. 서울, 대전, 광주, 경기 등은 지속적으로 낮은 편인 반면 부산, 울산, 경남은 지난 10년간 지속적으로 높은 편이었다, 호흡기 질환으로 인한 75세 미만 사망률은 최근 들어 감소하는 경향을 보였는데 지역 간 변이와 격차 모두 소폭이지만 증가했다. 지역별로 보면 강원은 지난 10년간 지속적으로 높은 편이었고, 서울, 경기, 제주는 낮은 편이었다. 간 질환으로 인한 75세 미만 사망률은 지속적으로 감소하였는데 지역 간 격차도 감소하였다. 지역별로 보면 제주, 부산은 계속해서 높은 편이었다. 암으로 인한 75세 미만 사망률은 지속적으로 감소했고 지역 간 격차와 변이 모두 최근에 증가했다. 강원, 부산, 전남은 상대적으로 지난 10년간 높은 편에 속했고, 서울, 세종, 대전 등은 낮은 편에 속했다. 한편 모든 암 환자의 5년 생존율은 감소하다가 최근 소폭이지만 증가하였다. 남성은 지속적으로 증가했지만 여성이 감소하다가 최근 증가한 영향이었다. 요약 병기별로 볼 때 남성의 경우 국한과 국소 암 모두에서 개선되는 양상을 보였지만 여성은

국한 암에서 생존율 개선은 미미했고 국소 암의 생존율이 감소하였다. 암 종별로 보면 폐암, 간암은 5년 생존율이 증가했고 대장암은 남성과 여성 모두에서 감소했다. 아동과 관련해서 모든 암 5년 생존율과 영아 사망률은 개선되었다. 자살사망률은 2011년 이후 2017년까지 감소하다가 소폭이지만 증가하였다. 다만 지역 간 변이와 격차는 전반적으로 감소했다. 지역별로 보면 강원, 충남은 계속해서 높은 편에 속했고 서울, 세종, 경기, 광주에 전반적으로 낮은 편에 속했다.

두 번째 ‘효과성: 장기질환을 가진 사람들의 삶의 질 개선’ 영역의 총괄지표인 만성 질환을 가진 사람들의 삶의 질 수준은 남·여 모두 지속적으로 악화하였다. 소득수준이 낮은 경우 특히 낮아서 소득 1분위 및 그 외 집단과의 차이가 컸다. 우리나라 의료시스템이 아픈 사람을 위한 돌봄 등에 대해 충분히 지원하고 있는가라는 질문에 그렇다는 비율은 2021년 69.2%에서 2022년 73.0%로 증가하였다. 가족 중 만성질환을 앓고 있는 경우 충분히 지원하고 있지 않다고 답한 비율이 상대적으로 높았다. 외래 민감성 질환으로 인한 계획되지 않은 입원은 감소했는데, 지역 간 변이는 소폭 증가했고 지역 간 격차는 감소했다. 서울, 대구, 부산 등에서 전반적으로 낮았던 반면 강원, 제주에서 전반적으로 높았다. 최근 들어 격차가 감소했지만, 의료급여 수급자인 경우와 중증 장애가 있는 경우 해당 질환으로 인한 입원율이 높았다. 소아·청소년에서 천식, 당뇨, 뇌전증으로 인한 계획되지 않은 입원은 지속적으로 감소하다가 2021년에 소폭이지만 증가했다. 지역 간 변이는 소폭이지만 증가한 반면 지역 간 격차는 감소했다. 울산, 대전 등에서 낮고 경북, 대구 등에서 높았다. 앞서서와 동일하게 의료급여 수급자이거나 중증 장애가 있는 경우 입원 발생률이 더 높았다. 정신질환이 있는 사람들과 없는 사람들의 고용률 격차는 최근 들어 감소했다. 추정 치매 환자 대비 치매상병사 비율은 2019년부터 계속 감소했다. 치매 진단 후 지역사회에 최소 3년 이상 거주한 비율인 지역사회 치매 관리율은 지속적으로 개선되었다. 소득수준별로 보면 장애가 있는 의료급여 수급자인 경우 더 낮았다. 복합만성질환(3개 이상)이 있는 사람들의 삶의 질은 남성과 여성 모두 전반적으로 증가하였다. 하지만 소득수준이 낮은 경우 지속적으로 낮은 값을 보였다.

세 번째 ‘효과성: 질병 및 손상 치료·회복 지원’ 영역의 총괄지표인 병원 입원을 요구하지 않는 급성질환으로 인한 응급입원은 2020년에 크게 감소했고 2021년에도 지속적으로 감소했는데 이는 코로나19 확산의 영향으로 보인다. 지역 간 변이는 거의 변하지 않고 유지되었고 지역 간 격차는 감소했다. 지역별로는 제주에서 전반적으로 높았고

경남과 부산이 전반적으로 낮았다. 최근 들어 격차는 감소했으나 의료급여 수급자인 경우 중증장애가 있으면 상대적으로 응급입원 발생률이 높았다. 퇴원 30일 내 응급 재입원은 소폭 감소했으나 지역 간 변이와 격차는 모두 증가했다. 지역별로는 강원과 제주에서 전반적으로 높았고 부산, 울산, 경남에서 전반적으로 낮았다. 다른 지표들과 유사하게 의료급여인 경우, 중증장애가 있으면 높았다. 울혈성 심부전과 허혈성 뇌졸중 모두에서 응급입원 퇴원 후 1년 내 사망률은 2017~2019년에 감소하다가 2020년에 소폭이지만 증가했다. 또한 두 질환에서 모두 해당 질환 혹은 다른 질환으로 인한 응급 입원은 감소해 입원하지 않고 생존한 비율은 증가했다. 소득수준별로 보면 울혈성 심부전에서 1년 내 사망률은 의료급여 수급자와 소득 1분위에서 증가했다. 허혈성 뇌졸중과 울혈성 심부전에서 모두 소득수준이 낮은 경우 전반적으로 입원하지 않고 생존하는 비율이 낮았다. 하기도 감염으로 인한 아동의 응급입원은 코로나19가 확산된 2020년에 급격히 감소했고 2021년에도 감소하는 경향을 보였다. 지역 간 변이는 증가한 양상이었고 지역 간 격차는 감소하였다. 격차는 줄었으나 의료급여 수급자인 경우, 장애가 있으면 응급입원 발생정도가 높았다. 퇴원 후 재활서비스를 받은 비율은 2010년과 2018년 사이에 거의 변함없이 유지된 반면 3개월 이상 입원하지 않은 독립생활 유지율은 2010년대 초반에 증가하다가 최근에는 점차 감소하는 경향을 보였다. 저작 기능불편 호소율은 지속적으로 감소하였는데 그럼에도 소득수준이 낮은 경우 값이 컸다.

네 번째 ‘환자 중심성·반응성: 치료에 대한 사람들의 긍정적인 경험 개선’ 영역에서 외래서비스 관련 진료 또는 치료 결과에 대한 만족도와 서비스의 전반적 만족 수준 모두 증가했다. 입원서비스의 경우 기대했던 치료 결과의 달성과 서비스의 전반적 만족 수준 모두 2021년에 증가한 것으로 나타났다. 호스피스에 대한 환자 만족도는 소폭이지만 감소하는 경향이었고, 자문형 호스피스에 대한 만족도는 지속적으로 증가한 반면 입원형 호스피스에 대한 만족도는 느리지만 지속적으로 감소했다. 이는 입원형 호스피스에서 환자가 느낀 편안함, 호스피스팀의 태도와 관심 등의 감소와 관련된 것으로 보인다. 응급의료에 대한 환자 만족도에서 응급의료서비스에 대한 전반적 신뢰도가 증가했고 응급실 서비스에 대한 전반적인 만족률도 증가했다.

마지막으로, ‘환자 안전: 보건의료로 인한 위해로부터 보호, 안전한 환경에서 치료하고 돌봄’ 영역에서 총괄지표인 환자 안전사고 발생률은 환자안전실태조사 결과를 이용해 작년에 보고하였고, 해당 조사가 5년 단위로 실시되므로 추가 데이터는 제시하지 않았다.

환자 안전사고로 인한 심각한 위해, 환자 안전사고로 인한 사망은 아직 측정되지 않고 있다. 개선 영역 지표인 보건의료 관련 감염으로 클로스트리디움 디피실 감염증 발생률은 증가하다가 감소하는 경향을 보였는데 전북, 제주, 전남, 경북 등에서 전반적으로 높은 편이었다. 의료급여에서 발생률이 높았고 의원급보다는 병원급, 종합병원급, 상급종합병원급에서 더 높았다. 임신 기간이 37주 이상인 출생아의 중환자실 입원율은 전반적으로 증가하다가 최근에 감소하는 경향을 보였다. 전남에서 최근 증가 정도가 컸으며 부산, 대구 등에서도 상대적으로 높았다. 또한 의료급여에서 빠르게 증가하는 것으로 나타났다. 환자 안전사고 보고 건수는 지속적으로 증가하다가 최근 감소한 것으로 나타났다.

지표 추이를 검토한 결과 중 몇 가지 주요한 지점은 다음과 같다. 우선, 치료 가능한 원인으로 인한 잠재수명손실 연수의 지속적인 감소 등 사람들이 기대하는 1차적인 건강 결과이면서 의료시스템의 주요 목표인 사망률 감소 혹은 생존율 개선에서 지속적인 향상이 관찰되었다. 이는 질병 예방을 위한 건강증진 정책의 수립, 질병을 조기 발견하기 위한 건강검진 시행, 의료서비스 접근성 개선을 위한 건강보험 보장성 강화, 의료의 질을 개선하기 위한 의료기관 단위 평가 등 국가단위의 정책적 노력에서 비롯된다고 볼 수 있다.

둘째, 전반적인 진전에도 불구하고 치료 가능한 사망 예방 영역의 일부 질환들은 최근에 악화하는 양상을 보였는데 대장암 5년 생존율을 예로 들 수 있다. 우선, 대장암은 암 사망률 4위를 차지하며 사회적으로 관심이 높은 질환인데 대장암 5년 생존율과 관련해 상대적으로 낮은 병기인 국한 암의 생존율이 지속적으로 감소하는 경향을 보였다. 우선 국한 암은 암의 확산 정도를 보여주므로 조기 발견을 통한 생존율 개선이 가능하지만 식생활, 신체활동 정도, 비만 등은 대장암의 위험요인이다(Rawla, Sunkara, Barsouk, 2019). 암 발생 예방 및 국가 암 검진 참여 독려를 통한 암의 조기 발견과 함께 암의 예후 측면에서도 건강행동을 개선하기 위한 노력이 필요하다. 한편 의료기관 단위 질 평가인 요양급여 적정성 평가는 2016년과 2018년에 대장암 수술 사망률이 전 연도 대비 각각 0.19%p, 0.02%p 감소했으나 요양기관 종별로 구분해서 보면 위험도를 보정한 예측 사망률 대비 실제 사망률이 상급종합병원을 제외한 종합병원과 병원급에서 높았다고 하였다(건강보험심사평가원 평가관리실 중증질환평가부, 2018, 건강보험심사평가원 평가실 평가3부, 2020). 이것이 수술 시점의 문제인지, 병원 및 종합

병원급의 수술 효과성으로 인한 문제인지는 추가 검토가 필요하다.

셋째, 만성질환이 있는 사람들의 삶의 질은 지난 10년간 전반적으로 감소했다. 이는 치료 가능한 사망의 전반적인 감소에도 불구하고 일상적으로 관리가 필요한 만성질환에서 의료시스템의 역할이 더욱 강화될 필요가 있음을 의미하는데 특히 고령화 및 생활습관 변화와 함께 만성질환으로 인한 부담이 증가하고 있음을 고려한다면 관련한 정책적 대응은 미룰 수 없는 문제이다. 2022년 세계보건기구 서태평양 지역은 “서태평양 만성질환 예방 및 관리를 위한 지역 행동 프레임워크”를 발표하였는데 기존의 “질병치료”에서 “건강증진”으로 보건정책의 프레임 전환을 강조하며 흡연 예방, 신체 활동 개선 등을 위한 사회체계 전반의 개입과 함께 지역사회 네트워크를 활용한 구체적인 맞춤형 정책 수립을 강조하였다. 이와 함께 사람 중심의 만성질환 관리를 위한 일차 보건의료 체계 강화를 강조하였다(WHO Western Pacific, 2022a, WHO Western Pacific, 2022b). 유사하게 김수진 등(2021)은 지역사회에 기반한 일차의료의 중요성을 강조하며 교육·상담을 포함한 포괄적인 치료와 함께 지역사회의 다양한 자원과 연계가 필요하다고 하였다(김수진 등, 2021, p.189). 하지만 우리나라의 일차의료 기관은 단독개원의가 많아 포괄적인 서비스를 제공하기 어렵고 의료기관 간 협력과 연계 또한 부족하다. 만성질환으로 인해 증가하는 부담을 고려하면 만성질환의 예방과 관리를 위한 투자는 상당한 이익을 가져온다는 점에서 지역사회에 기반한 일차보건의료를 강화하기 위한 공적인 투자가 필요하다. 이와 함께 현재 의료기관 중심, 치료중심에 초점을 맞춘 보건의료체계의 패러다임을 예방 중심으로 바꾸기 위한 국가적 고민과, 지역사회의 환경을 바꾸고 지역주민에게 필요한 서비스를 제공하기 위한 지역 당국의 고민 또한 필요하다. 관련해서 지역보건의료체계의 현황과 과제에 대해 6장에서 심층적으로 살펴보았다.

넷째, 환자 안전은 전반적으로 측정 가능한 지표들이 많지 않았다. 김수진 등(2021)은 데이터의 미흡함을 지적하며 장기적으로 측정 인프라를 확대하기 위한 계획의 필요성을 강조한 바 있다(김수진 등, 2021). 추가로 국가 수준에서 환자 안전사건 발생률을 모니터링할 때 상병코드의 활용도를 높이는 방안도 검토가 필요하다. 본 연구에서 환자 안전 영역의 일부 지표들은 상병코드를 이용하여 산출했는데 이와 관련해서 Choi와 동료들은 상병코드를 이용해 진단, 약물, 환자 케어, 수술, 감염 등에서 상병코드를 이용한 측정을 제안하였다(Choi, Pyo, Park, Ock, Kim, 2023). 추가로 환자 안전

사건의 대부분은 정의하기 어렵다는 문제도 있으나, 우선 산출 가능한 지표들부터 지속적으로 모니터링을 시작하되 장기적인 로드맵을 가지고 산출 체계를 마련해 볼 필요가 있다.

한편 클로스트리디움 디피실 감염은 최근 감소한 것으로 나타났는데, 2020년 이후의 변화임을 고려한다면 이는 코로나19의 영향일 가능성이 크므로 환자 안전이 개선된 것으로 보는 것은 적절하지 않을 수 있다. 예를 들어 코로나19 확산 과정에서 코로나19 환자를 위한 병상 동원 및 기타 이유로 입원 환자군의 특성이 변화하고 코로나19 대응으로 감염 확인 정도도 달라졌을 가능성이 크다. 환자 안전 영역의 맥락에서도 감염과 관련한 국내의 전반적인 현황 등이 잘 알려져 있지 않으므로(김의석 등, 2020) 이와 관련한 연구 및 조사 등이 진행될 필요가 있다.

다섯 째, 전반적으로 의료급여 수급자이거나 소득수준이 낮으면 지표 값이 좋지 못한 것으로 나타났다. 질병의 예방과 조기 발견, 질환의 적절한 관리 부족 등의 문제일 수 있으므로 지속적인 관심이 필요하다.

마지막으로, 국가 수준의 개선에도 불구하고 일부 지표들의 지역 간 격차는 확대되는 양상을 보였다. 비록 모든 지표를 지역 수준에서 산출하지는 못했고 자료의 제한으로 지역단위 위험도 보정 등이 이뤄지지 않았다는 한계가 있지만, 치료 가능한 사망 원인 중 호흡기 질환과 암에서 75세 미만 사망률, 조현병, 양극성 정동장애 초과사망률 등은 평균의 개선에도 불구하고 지역 간 격차는 지난 10년간 증가했다. 우리나라 의료시스템의 사망률 개선의 성과가 지난 10년간 두드러졌음에도 불구하고 지역 간 격차가 확대되었다는 점은 매우 아이러니하다. 예방 영역의 전반적인 추이에서의 개선은 의료 시스템에 대해 사람들이 일차적으로 기대하는 결과인 생존의 측면에서 우리나라 의료 시스템의 질이 개선되고 있음을 의미한다.

◆ 지역별 의료비 추이

- 의료시스템의 성과가 지역 별 인구 구조 및 의료비와 관련되어 있는지를 확인하기 위해 지역별 노인(60세 이상)과 비노인(60세 미만)의 의료비 추이를 비교하였다.
- 전체 노인 의료비는 2021년 기준 경기(약 12조 원), 서울(약 10조 원) 순으로 높았고 세종(2530억 원), 제주(6750억 원) 순으로 낮았다. 세종은 2021년 기준 의료비는 낮았지만 증가율은 가장 빨랐는데 이는 도시의 성장과 관련될 수 있어 주의가 필요하다. 세종을 제외하면 인천, 경기도의 연평균 증가율이 12.6%, 12.1%로 높았다. 각각 지역별로 높은 의료비는 인구 구조의 차이일 수 있으므로 이용자수로 나눠 인당 의료비를 산출하였다. 인당 의료비는 전체 의료비와 다른 경향을 보이는데 광주(35,168원), 부산(35,102원) 순으로 높았고 강원(27,096원), 제주(28,381원) 순으로 낮았다. 한편 인당 진료비의 차이는 제공되는 서비스의 차이 외에도 지역 간 유병률의 차이일 수 있다. 지역 간 변이가 고가의 서비스 제공으로 인한 것인지, 인구구조의 차이 및 유병률의 차이로 인한 것인지는 보다 세부적인 분석이 필요하다.
- 전체 비노인 의료비는 2021년 기준 경기도(약 13조 원), 서울(약 8조 원) 순으로 높았고 세종(3500억 원), 제주(5780억 원) 순으로 낮았다. 노인 의료비에서와 동일하게 세종은 2021년 기준 의료비는 낮았지만 증가율은 가장 빨랐고 세종을 제외하면 경기, 인천의 연평균 증가율이 6.8%, 5.8%로 높았다. 이용자수로 나눠 인당 의료비를 산출한 결과, 광주(15,721원), 전남(15,553원), 부산(15,371원) 순으로 높았고 세종(13,579원), 제주(13,326원) 순으로 낮았다. 노인 의료비에 비해 비노인 의료비에서 지역 간 격차는 작았다.

〈표 3-50〉 지역별 노인, 비노인 의료비 추이

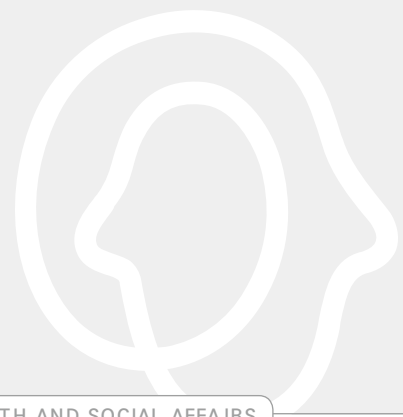
(단위: 1,000,000원, 원)

구분	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
전체(노인)										
서울	4,118	4,392	4,768	5,245	5,994	6,668	7,503	8,517	8,972	9,958
부산	2,012	2,180	2,400	2,694	3,073	3,429	3,825	4,262	4,500	4,904
대구	1,114	1,205	1,306	1,453	1,661	1,844	2,074	2,357	2,494	2,806
인천	1,038	1,136	1,266	1,435	1,673	1,933	2,217	2,536	2,700	3,024
광주	649	707	786	873	991	1,101	1,236	1,389	1,480	1,614
대전	623	672	733	808	917	1,027	1,151	1,285	1,348	1,487
울산	390	430	476	544	624	705	795	918	983	1,094
세종	65	75	86	107	129	146	179	208	225	253
경기	4,240	4,575	5,073	5,711	6,656	7,545	8,650	9,967	10,687	12,082
강원	825	880	957	1,058	1,210	1,337	1,514	1,705	1,780	1,957
충북	798	855	929	1,036	1,181	1,324	1,490	1,664	1,718	1,882
충남	1,177	1,257	1,382	1,521	1,746	1,924	2,137	2,379	2,438	2,672
전북	1,309	1,404	1,540	1,693	1,910	2,093	2,297	2,530	2,645	2,823
전남	1,490	1,602	1,746	1,931	2,148	2,350	2,592	2,849	2,968	3,191

구분	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
경북	1,671	1,805	1,970	2,177	2,459	2,721	3,048	3,386	3,473	3,818
경남	1,747	1,874	2,070	2,318	2,621	2,932	3,270	3,657	3,863	4,210
제주	288	307	339	383	437	482	548	605	632	675
전체(비노인)										
서울	5,637	5,770	6,153	6,133	6,576	6,894	7,366	7,975	7,739	8,499
부산	2,197	2,245	2,339	2,407	2,562	2,652	2,800	2,973	2,840	3,075
대구	1,498	1,532	1,598	1,652	1,764	1,831	1,971	2,097	2,005	2,191
인천	1,705	1,794	1,934	2,016	2,191	2,338	2,500	2,675	2,574	2,824
광주	945	996	1,058	1,094	1,181	1,240	1,317	1,432	1,364	1,462
대전	933	977	1,021	1,040	1,117	1,156	1,223	1,292	1,235	1,324
울산	706	726	771	816	865	912	951	1,021	962	1,033
세종	65	73	96	136	173	197	260	306	306	350
경기	6,945	7,246	7,761	8,090	8,908	9,497	10,384	11,449	11,175	12,533
강원	861	880	922	954	1,025	1,060	1,120	1,195	1,155	1,239
충북	925	954	1,007	1,048	1,134	1,180	1,260	1,354	1,290	1,391
충남	1,173	1,222	1,299	1,352	1,481	1,575	1,680	1,805	1,723	1,858
전북	1,160	1,199	1,250	1,280	1,365	1,409	1,489	1,567	1,507	1,580
전남	1,194	1,244	1,306	1,361	1,443	1,490	1,554	1,656	1,570	1,654
경북	1,564	1,593	1,667	1,724	1,827	1,900	2,027	2,146	1,998	2,161
경남	2,046	2,099	2,220	2,326	2,474	2,600	2,783	2,966	2,806	3,024
제주	338	354	387	413	450	481	518	557	539	578
1인당(노인)										
서울	18,256	18,850	19,713	20,746	22,687	24,082	25,966	27,991	28,299	30,030
부산	22,482	23,555	24,926	26,606	28,619	30,136	31,974	33,696	33,898	35,102
대구	19,236	19,981	20,830	22,137	23,996	25,251	27,096	29,168	29,638	31,758
인천	18,171	19,005	20,132	21,496	23,562	25,597	27,661	29,710	29,791	31,254
광주	22,131	23,507	24,973	26,329	28,448	29,861	31,769	33,670	33,992	35,168
대전	20,692	21,567	22,454	23,436	25,186	26,606	28,423	30,014	29,906	31,233
울산	21,400	22,396	23,495	24,955	26,918	28,402	30,012	31,976	32,261	33,396
세종	18,705	20,383	21,119	22,830	25,173	26,078	28,298	29,720	29,971	30,962
경기	17,846	18,452	19,424	20,568	22,385	23,733	25,445	27,380	27,528	28,980
강원	16,759	17,387	18,169	19,213	20,938	22,160	24,066	25,919	25,937	27,096
충북	17,848	18,615	19,424	20,773	22,588	24,100	25,894	27,621	27,233	28,328
충남	18,383	19,161	20,327	21,560	23,751	25,065	26,838	28,685	28,231	29,383
전북	21,114	22,249	23,717	25,103	27,345	28,870	30,738	32,539	32,802	33,544
전남	19,857	21,202	22,617	24,264	26,322	27,953	29,964	31,878	32,190	33,479
경북	18,437	19,356	20,480	21,899	23,828	25,304	27,354	29,098	28,790	30,268
경남	20,267	21,140	22,419	23,957	25,813	27,495	29,268	31,139	31,313	32,231
제주	18,351	19,101	20,077	21,657	23,273	24,461	26,529	28,058	28,156	28,381
1인당(비노인)										
서울	8,454	8,692	9,428	9,425	10,250	10,870	11,784	12,959	12,789	14,219
부산	9,355	9,624	10,120	10,676	11,434	12,085	13,052	14,269	13,892	15,371
대구	8,927	9,143	9,567	9,985	10,728	11,236	12,248	13,388	13,046	14,570
인천	8,803	9,101	9,676	10,069	10,871	11,610	12,475	13,480	13,206	14,524
광주	9,754	10,154	10,726	11,114	12,024	12,714	13,621	15,003	14,478	15,721
대전	8,985	9,339	9,790	10,152	10,978	11,527	12,438	13,466	13,146	14,314
울산	8,699	8,842	9,280	9,745	10,442	11,129	11,824	12,953	12,480	13,774

구분	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
세종	8,909	9,099	9,237	9,488	10,289	10,634	11,852	12,823	12,497	13,579
경기	8,480	8,690	9,137	9,424	10,211	10,776	11,627	12,760	12,445	13,814
강원	8,689	8,859	9,288	9,676	10,475	10,980	11,788	12,834	12,642	13,821
충북	8,989	9,198	9,645	10,062	10,847	11,351	12,182	13,239	12,776	14,064
충남	9,002	9,225	9,708	10,069	10,933	11,544	12,307	13,344	12,992	14,122
전북	9,735	10,021	10,479	10,841	11,617	12,148	13,064	14,131	13,928	14,873
전남	10,152	10,491	11,018	11,489	12,260	12,787	13,558	14,886	14,425	15,553
경북	9,058	9,218	9,651	10,036	10,720	11,259	12,194	13,223	12,687	13,991
경남	9,234	9,401	9,881	10,345	11,035	11,682	12,646	13,710	13,243	14,556
제주	8,962	9,148	9,740	10,084	10,680	11,146	11,846	12,765	12,459	13,326

자료: 국민건강보험공단. (2012~2021). 지역별 의료이용 통계: 시도별 연령별 진료실적 현황,
<https://kosis.kr/>에서 2022.12. 6. 인출.



제4장

법령 및 주요 정책

제1절 법체계 검토

제2절 최근 지역보건의료 관련 주요 정책

제3절 소결

제4장 법령 및 주요 정책

제1절 법체계 검토

지역보건의료¹³⁾ 관련 정책(사업)이 중앙과 지방, 그리고 그 외 구성주체의 단위별 역할을 어떻게 규정하고 있는지 살펴보고, 법적 규정의 실제 이행 여부를 검토함으로써 지역보건의료체계를 파악하면 문제점을 진단해볼 수 있다. 한편, 대다수의 지역보건의료 관련 정책(사업)은 법정계획에 근거하여 추진되고 있으므로 관련 법정계획의 추진체계에 대한 기본적인 검토가 선행되어야 한다.

1. 지역보건의료체계 관련 구성주체별 역할 규정 검토

가. 검토 개요

지역보건의료체계의 구조를 파악하고 문제점을 진단하기에 앞서 관계 법령이 정책(사업) 수행, 계획의 수립 등에 대한 구성주체(중앙·지방·위원회·지원단)의 역할 규정을 담고 있는지, 역할 규정이 있다면 어느 단위(법, 시행령, 시행규칙)에 수록되어 있는지, 관계 법령 간 연계가 제대로 이루어져 있는지 등을 살펴볼 필요가 있다. 이를 위해 보건의료 및 돌봄 소관부서에서 담당하는 주요 법령을 검토하였으며, 김현진(2015)의 연구를 참고하여 개별법 조문 내용에서 정책(사업) 간 연계하여 수립·이행할 것을 상호의존적으로 포함하고 있는지를 분석함으로써 지역 보건·의료·돌봄 정책(사업)의 구조적 연계가 이루어지고 있는지를 살펴보고자 하였다.

검토 대상 법률은 아래의 <표 4-1>과 같다. 확인 대상 법률 중 지역 보건·의료 및 돌봄 체계와 직접적 관련이 없거나, 중앙단위의 역할만 제시되어있는 경우는 분석 대상에서 제외하였다.

13) 본 절에서는 지역 보건·의료·돌봄을 포괄하여 다루고 있으나, 돌봄 영역의 경우 보건의료와 연계된 내용만 포괄하고 있어 '지역보건의료'라는 용어를 사용함. 본 절에서 '지역보건의료'라는 용어는 보건·의료 영역 외에 보건·의료와 연계된 돌봄 영역을 포괄하는 의미로 활용됨.

〈표 4-1〉 보건의료 및 돌봄 관련 법령의 중장기계획 수립 주체 현황

법령	계획	수립주체			분석 대상
		중앙	시도	시군구	
감염병예방법	감염병의 예방 및 관리에 관한 기본계획	●	●	●	●
건강검진기본법	건강검진종합계획	●	-	-	X ¹⁾
공공보건의료에 관한 법률	공공보건의료기본계획	●	●	-	●
구강보건법	구강보건사업기본계획	●	●	●	●
국민건강보험법	국민건강보험종합계획	●	-	-	X ¹⁾
국민건강증진법	국민건강증진종합계획	●	●	●	●
국민영양관리법	국민영양관리기본계획	●	-	●	●
노인장기요양보험법	장기요양기본계획	●	●	●	●
노인복지법	재난 안전사고 예방 시책	●	●	●	●
모자보건법	모자보건기본계획	●	●	●	●
보건의료기본법	보건의료발전계획	●	-	-	X ¹⁾
보건의료기술진흥법	보건의료기술육성기본계획	●	-	-	X ²⁾
보건의료인력지원법	보건의료인력종합계획	●	●	-	●
사회보장기본법	사회보장기본계획	●	●	●	●
사회보장급여법	지역사회보장계획	-	●	●	●
사회서비스원법	사회서비스기본계획	●	●	●	●
심뇌혈관질환법	심뇌혈관질환관리종합계획	●	●	-	●
암관리법	암관리종합계획	●	●	●	●
응급의료에 관한 법률	응급의료기본계획	●	●	-	●
의료기기산업법	의료기기산업 육성 및 지원을 위한 종합계획	●	-	-	X ¹⁻²⁾
의료해외진출법	의료 해외진출 및 외국인환자 유치 지원 종합계획	●	-	-	X ¹⁻²⁾
의료법	병상수급 계획	●	●	-	●
	의료인 수급계획 (보건의료발전계획과 연계)	●	-	-	
자살예방법	자살예방기본계획	●	●	-	●
장애인복지법	장애인정책종합계획	●	-	-	●
전공의법	전공의종합계획	●	-	-	X ¹⁾
정신건강복지법	정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 기본계획	●	●	●	●
제약산업법	제약산업육성·지원종합계획	●	-	-	X ¹⁾
지역보건법	지역보건의료계획	-	●	●	●

법령	계획	수립주체			분석 대상
		중앙	시도	시군구	
천연물신약 연구개발 촉진법	천연물신약 연구개발촉진계획	●	-	-	X ²⁾
첨단의료단지법	첨단의료복합단지 조성계획	●	-	-	X ¹⁻²⁾
첨단재생바이오법	첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 기본계획	●	-	-	X ¹⁻²⁾
치매관리법	치매관리종합계획	●	●	●	●
한약육성법	한약의 육성·발전 등에 관한 종합계획	●	●	●	X ²⁾
혈액관리법	혈액관리기본계획	●	-	-	X ¹⁻²⁾
연명의료결정법	호스피스와 연명의료 및 연명의료 중단 등 결정에 관한 종합계획	●	-	-	X ¹⁾
환자안전법	환자안전종합계획	●	-	-	X ¹⁾
희귀질환관리법	희귀질환관리종합계획	●	-	-	X ¹⁾

주 1) 중앙단위의 중장기계획만 제시되어있고 지역단위의 계획이 없어 검토 대상 계획에서 제외

2) 지역보건의료체계와 직접적 관련이 없어 검토 대상 계획에서 제외

자료: 법제처. (n.d.). 국가법령정보센터. <https://www.law.go.kr/LSW/main.html>에서 2021.6.7. 인출. ([기관별 찾기-보건복지부]로 설정한 결과에서 보건의료 정책 소관부서가 담당하는 결과를 추려 재구성함.)

분석 대상 법령은 보건, 의료, 돌봄 영역으로 분류된다. 건강증진 또는 예방 영역에 해당하는 경우 ‘보건’ 영역으로, 의료기관에서 제공되거나 치료의 영역에 해당하는 경우 ‘의료’ 영역으로, 보건의료와 연계된 돌봄 제공체계와 관련되는 경우 ‘돌봄’ 영역으로 구분하였다. 이때 전체 일반 국민에 적용되는지 또는 특정 계층(진료영역, 생애주기 등)에만 적용되는지에 따라 적용 범위를 구분하였으며, 분류 결과는 아래의 <표 4-2>와 같다.

<표 4-2> 보건의료 및 복지 영역에서의 관계 법령 분류

영역	적용 범위	법령
보건	일반	국민건강증진법
	일반	지역보건법
	일반	국민영양관리법
	특수(임산부·영유아)	모자보건법
	특수(구강건강)	구강보건법
	특수(정신건강)	정신건강복지법
	특수(감염병)	감염병예방법
의료	일반	공공보건의료법
	일반	보건의료인력지원법

영역	적용 범위	법령
	일반	의료법
	특수(응급의료)	응급의료에 관한 법률
	특수(심뇌혈관질환)	심뇌혈관질환법
	특수(암)	암관리법
돌봄	돌봄·복지	사회보장기본법(보건·의료 포괄)
	돌봄·복지	사회보장급여법
	돌봄·복지	사회서비스원법
	특수(노인)	노인장기요양보험법
	특수(노인)	노인복지법
	특수(장애인)	장애인복지법
	특수(치매)	치매관리법
	특수(자살)	자살예방법

주: 저자가 직접 작성함.

나. 개별법 검토 결과

1) 보건 영역

보건 영역 관계 법령으로 국민건강증진법, 지역보건법, 국민영양관리법, 모자보건법, 구강보건법, 정신건강복지법, 감염병예방법을 검토하였으며, 검토 결과는 <표 4-3>과 같다.

국민건강증진법은 국민건강증진에 관한 국가계획 및 실행계획 수립, 구강건강 사업 계획의 수립·시행, 국민건강증진사업 관련 자원 확보 등과 관련하여 구성(실행) 주체별 역할과 책무를 규정하고 있다. 국가단위의 계획인 국민건강증진종합계획의 수립은 중앙에서 담당하며, 연차별 시행계획은 중앙과 지방자치단체에서 각각 수립·시행하고 있다. 구강건강에 관한 사업계획의 수립 및 시행, 국민건강증진사업 관련 자원 확보 관련해서는 중앙과 지방자치단체의 책무를 규정하고 있다. 한편, 보건복지부 산하 국민건강증진정책심의위원회는 종합계획 심의를, 한국건강증진개발원은 국민건강증진 정책 수립, 종합계획 수립, 위원회 운영 등을 지원하며, 시·도 단위에서 수립된 건강증진 사업지원단은 실행계획의 수립과 건강증진사업 수행을 지원하는 역할을 한다.

지역보건법은 지역보건의료계획의 수립, 시행, 시행 결과의 평가에 관한 지역의 역할과 책무를 규정하고 있으나, 중앙(국가) 단위의 역할에 관한 규정은 없는 상황이다.

시·도 및 시·군·구는 지역보건의료계획의 수립 및 시행, 시행 결과의 평가에 관한 사항을 담당하며, 지방자치단체 산하 지역보건의료심의위원회는 실태조사, 시행계획의 수립·시행 및 평가를 담당한다.

국민영양관리법은 국민의 영양 관리 및 식생활에 대한 중앙과 지역의 역할과 의무를 규정하고 있으며, 기본계획은 중앙 단위에서 국민건강정책심의위원회의 심의를 거쳐 수립된다. 시행계획은 시·군·구 단위에서 매년 수립되며, 시행계획 및 추진실적은 시·도를 거쳐 중앙으로 제출하도록 규정되어있다. 시행계획의 수립과 추진에 관한 사항은 지방자치단체의 조례로 정하고 있으며, 제주특별자치도 등 일부 지자체의 경우, 해당 지자체 조례에 근거하여 별도의 시행계획을 수립하지 않고 지역보건의료계획의 연차별 시행계획 안에 포함해서 수립할 수 있다.

모자보건법은 모자보건사업과 기본계획 수립에 대한 중앙과 지역의 역할과 책무를 규정하고 있다. 기본계획은 중앙 단위에서 수립되며, 지방자치단체는 기본계획 시행을 위해 필요한 세부 계획을 수립·시행하는 역할을 담당한다.

구강보건법은 기본계획의 수립, 구강보건사업의 시행에 관한 중앙과 지역의 역할과 책무를 규정하고 있다. 기본계획 수립은 중앙 단위에서 실시하고, 지방자치단체는 기본계획에 따른 세부 계획을 매년 수립·시행하여야 한다. 구강보건사업 시행 결과에 대한 평가는 시·도에서 시·군·구 시행 결과를, 중앙에서는 시·도와 시·군·구의 계획을 종합 평가하는 단계로 진행된다.

정신건강복지법은 정신건강서비스 전달체계의 확립, 종합 시책의 수립 등과 관련된 국가와 지역의 의무를 규정하고 있다. 중앙에서는 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 국가계획과 연차별 시행계획을 수립하며, 보건복지부 산하 국민건강증진정책심의위원회는 국가계획 수립 등에 대한 심의를 담당한다. 시도 단위에서는 지역계획과 연차별 시행계획을 수립하며, 시군구는 시도 단위 지역계획에 따른 시행계획을 수립·시행하여야 한다. 이때 국가계획은 장애인종합계획과 연계하고, 지역계획은 지역보건의료계획 및 장애인종합계획과 연계되도록 하여야 한다.

〈표 4-3〉 보건 영역 관계 법령에서의 구성주체별 규정 사항

법령	조항	중앙	시·도	시·군·구
국민건강증진법	제3조(책임) ... 국민건강증진에 대한 국가와 지자체의 책임			
	제4조(국민건강증진종합계획의 수립)	●		
	제4조의2(실행계획의 수립 등) 제4조의3(계획수립의 협조)	●	●	●
	제5조(국민건강증진정책심의위원회) 제5조의2(위원회의 구성과 운영)	(위원회)		
	【시행령】 ... 위원회 구성·운영 등 제4조(국민건강증진정책심의위원회 위원 임기 및 운영 등) ~제6조(간사)			
	제5조의3(한국건강증진개발원의 설립 및 운영)	(개발원)		
	제17조(구강건강사업의 계획수립·시행) 제18조(구강건강사업)	●	●	●
	【시행규칙】 ... 사업내용·기준·방법 제23조(구강건강사업)			
	제19조(건강증진사업 등)	●	●	●
	【시행규칙】 ... 시설·운영 제19조(건강증진사업의 실시 등)		(보건소)	(보건소)
	제19조의2(시·도건강증진사업지원단 설치 및 운영 등)		(지원단)	
	【시행규칙】 ... 지원단의 설치·운영·위탁 제19조의2(시·도건강증진사업지원단의 운영 등)			
	▶ 중앙: 국민건강증진종합계획의 수립, 국민건강증진종합계획 연차별 실행계획 수립·시행, 구강건강에 관한 사업의 계획 수립·시행, 국민건강증진사업 관련 자원 확보 -(보건복지부 산하) 국민건강증진정책심의위원회: 종합계획 심의 등 -(보건복지부 산하) 한국건강증진개발원: 국민건강증진 정책 수립, 종합계획 수립, 위원회 운영 지원 등 ▶ 시도: 국민건강증진종합계획 연차별 실행계획 수립·시행, 구강건강에 관한 사업의 계획 수립·시행, 국민건강증진사업 관련 자원 확보 -(시도 건강증진사업지원단: 실행계획 수립 및 건강증진사업의 업무수행 지원 ▶ 시군구: 국민건강증진종합계획 연차별 실행계획 수립·시행, 구강건강에 관한 사업의 계획 수립·시행, 국민건강증진사업 관련 자원 확보			
	법률 연계	타법과의 연계	규정 명시X	
지역보건법	제3조(국가와 지방자치단체의 책무) ... 지역보건의료에 대한 국가와 지자체의 책임과 의무			
	제6조(지역보건의료심의위원회)	-	●	●
	【시행령】 ... 위원회 구성·운영 등 제3조(지역보건의료심의위원회의 구성과 운영)			
	제7조(지역보건의료계획의 수립 등) 제8조(지역보건의료계획의 시행) 제9조(지역보건의료계획 시행 결과의 평가)			
	【시행규칙】 ... 세부내용, 수립 방법·시기 제2조(지역보건의료계획의 조정 권고)	-	●	●
	【시행령】 ... 시행계획 평가 기한, 절차 등 세부사항 제7조(지역보건의료계획 시행 결과의 평가)			
	▶ 시도, 시군구: 지역보건의료계획의 수립, 시행, 시행 결과의 평가 -(시도, 시군구 산하) 지역보건의료심의위원회: 실태조사, 시행계획의 수립·시행·평가 등			

법령	조항		중앙	시·도	시·군·구
	법률 연계	(제7조제5항) 지역보건의료계획은 사회보장기본계획 , 지역사회보장계획 , 국민건강증진종합계획 과 연계되도록 하여야 함			
국민영양관리법	제3조(국가와 지방자치단체의 의무) ... 올바른 식생활 및 영양관리에 대한 국가와 지자체의 의무				
	제7조(국민영양관리기본계획)		●		
	【시행규칙】 ... 기본계획 협의절차, 통보 방법 등 제2조(국민영양관리기본계획 협의절차 등)				
	8조(국민영양관리시행계획)				●
	【시행규칙】 ... 수립 시기 및 추진 절차 등 제3조(시행계획의 수립 시기 및 추진 절차)			● (제출)	● (수립)
	【시행규칙】 ... 평가 및 공표 등 제4조(국민영양관리 시행계획 및 추진실적의 평가)		●		
	▶ 중앙: 국민영양관리기본계획 수립, 추진실적 평가 ▶ 국민건강증진정책심의위원회: 국민영양관리기본계획 심의 ▶ 시군구: 국민영양관리시행계획 수립, 추진실적 제출(시도지사를 거쳐 보건복지부로 제출)				
법률 연계	타법과의 연계 규정 명시X				
모자보건법	제3조(국가와 지방자치단체의 책임) ... 모성과 영유아 건강 유지, 증진에 대한 국가와 지자체의 책임				
	제5조(사업계획의 수립 및 조정)		● (기본계획)	● (세부계획)	● (세부계획)
	【시행령】 ... 기본계획 내용 제2조(모자보건사업에 관한 기본계획의 수립)				
	▶ 중앙: 모자보건 기본계획 수립 ▶ 시도, 시군구: 모자보건 기본계획 세부 계획 수립·시행				
	법률 연계	타법과의 연계 규정 명시X			
구강보건법	제3조(국가와 지방자치단체의 책무) ... 구강건강증진을 위한 계획 수립, 구강보건사업에 대한 국가와 지자체의 책임과 의무				
	제5조(구강보건사업기본계획의 수립)		●		
	【시행령】 ... 기본계획 내용 제2조(구강보건사업기본계획의 내용)				
	【시행규칙】 ... 기본계획 수립 절차 등 제2조(구강보건사업계획 등의 통보)				
	제6조(구강보건사업 세부 계획 및 시행계획의 수립·시행)			●	●
	【시행규칙】 ... 기본계획 통보 제2조(구강보건사업계획 등의 통보)		●		
	제7조(구강보건사업의 시행)		●	●	●
	제8조(구강보건사업 시행 결과의 평가)		●	●	●
	【시행규칙】 ... 평가 방법, 절차 등 제3조(구강보건사업 시행 결과의 제출 및 평가)				
	▶ 중앙: 구강보건 기본계획 수립, 시도 및 시군구 사업 시행결과 평가 ▶ 시도: 구강보건 기본계획 세부 계획 수립·시행, 시군구 사업 시행결과 평가 ▶ 시군구: 구강보건 기본계획 세부 계획 수립·시행				
법률 연계	타법과의 연계 규정 명시X				
감염병예방법	제4조(국가 및 지방자치단체의 책무) ... 감염병 예방 및 관리를 위한 사업 수행에 대한 책무				
	제7조(감염병 예방 및 관리 계획의 수립 등)		●	●	●

법령	조항	중앙	시·도	시·군·구
	제8조(감염병관리사업지원기구의 운영)	(지원기구)	(지원기구)	
	【시행령】 … 지원기구 설치·운영 관련 세부 사항 제1조의2(감염병관리사업지원기구의 설치·운영 등)			
	▶중앙: 감염병 예방 및 관리에 관한 기본계획 수립·시행 -(질병관리청, 시도 산하) 감염병관리사업지원기구: 기본계획 및 시행계획 시행 등 ▶시도, 시군구: 시행계획 수립·시행			
	법률 연계	타법과의 연계 규정 명시X		
정신건강복지법	제4조(국가와 지방자치단체의 책무) … 정신건강서비스 전달체계 확립, 종합 시책 수립 등과 관련된 국가와 지방자치단체의 책무			
	제7조(국가계획의 수립 등)	●	●	
	【시행규칙】 … 국가계획 및 지역계획의 수립 절차 등 제3조(국가계획 및 지역계획의 수립 절차 등)			
	제8조(시행계획의 수립·시행 등)	●	●	●
	【시행규칙】 … 시행계획 수립 절차에 관한 세부 사항 제4조(시행계획의 수립 절차 등)			
	【시행령】 … 시행계획 평가 방법 제3조(국가계획 및 지역계획의 시행 결과 평가)	●	●	
	제9조(정신건강증진 관련 주요정책의 심의)	●		
	제12조(국가와 지방자치단체의 정신건강증진사업등의 추진 등)	●	●	●
	▶중앙: 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 국가계획, 연차별 시행계획 수립 -(보건복지부 산하) 국민건강증진정책심의위원회: 국가계획 수립 등 심의 ▶시도: 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 지역계획, 연차별 시행계획 수립 ▶시군구: 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 연차별 시행계획 수립			
	법률 연계	(제7조제2항) 지역계획은 지역보건의료계획과 연계 (제7조제5항) 국가계획 및 지역계획은 장애인정책종합계획과 연계		

자료: 국민건강증진법, 법률 제18606호(2022); 국민건강증진법 시행령, 대통령령 제32160호(2022); 국민건강증진법 시행규칙, 보건복지부령 제892호(2022); 지역보건법, 법률 제18418호(2022); 지역보건법 시행령, 대통령령 제32864호(2022); 지역보건법 시행규칙, 지역보건법 보건복지부령 제667호(2022); 국민영양관리법, 법률 제17472호(2022); 국민영양관리법 시행규칙, 보건복지부령 제817호(2022); 모자보건법, 법률 제18612호(2022); 모자보건법 시행령, 대통령령 제32695호(2022); 모자보건법 시행규칙, 보건복지부령 제763호(2022); 구강보건법, 법률 제17472호(2022); 구강보건법 시행령, 대통령령 제31013호(2022); 구강보건법 시행규칙, 보건복지부령 제773호(2022); 감염병예방법, 법률 제18893호(2022); 감염병예방법 시행령, 대통령령 제32942호(2022); 감염병예방법 시행규칙, 보건복지부령 제885호(2022); 정신건강복지법, 법률 제17217호(2022); 정신건강복지법 시행령, 대통령령 제32566호(2022); 정신건강복지법 시행규칙, 보건복지부령 제878호(2022).

2) 의료 영역

의료 영역 관계 법령으로 공공보건의료법, 보건의료인력지원법, 의료법, 응급의료법, 심뇌혈관질환법, 암관리법을 검토하였으며, 검토 결과는 <표 4-4>와 같다.

공공보건의료법은 공공보건의료기본계획, 공공보건의료사업 추진에 대한 국가와 지역의 의무를 다루고 있다. 보건의료 발전계획과 연계하여 공공보건의료계획을 수립하도록 규정하고 있으며, 중앙은 국가단위 기본계획의 수립과 지역단위에서 수립되는 연차별 시행계획에 대한 평가를 담당하고, 시·도 단위에서는 연차별 시행계획을 수립·시행하고 있다. 한편 기본계획 내용의 변경이 필요할 경우 보건복지부 산하 공공보건의료정책심의위원회의 심의를 거쳐 변경할 수 있으며, 시·도 시행계획의 변경이 필요할 경우, 시·도 공공보건의료정책심의위원회의 심의를 거쳐 변경할 수 있다.

보건의료지원법은 보건의료 인력 관련 시책, 계획수립에 대한 국가와 지역의 의무를 규정하고 있다. 중앙 단위에서는 보건의료 발전계획과 연계하여 5년마다 종합계획을 수립하고 시·도 단위에서 연차별 시행계획을 수립하도록 규정하고 있으나, 현재 보건의료지원법에 따른 계획이 수립되지 않은 상황이다. 한편, 종합계획 및 시행계획은 보건복지부 산하 보건의료인력정책심의위원회의 심의를 거쳐 확정된다. 병상 수급에 대한 기본시책의 경우 보건의료 인력 종합계획과 마찬가지로 보건의료 발전계획과 연계하여 중앙 단위에서 5년마다 기본시책을 수립하고, 시·도 단위에서 지역단위 병상 수급 및 관리 계획을 수립하도록 의료법상 명시되어 있으나, 현재 법률에 따른 계획이 수립되고 있지 않은 실정이다. 지난 20년 이상 보건의료기본법 제15조에 따른 보건의료 발전계획의 수립이 지연됨에 따라 보건의료 인력에 대한 종합계획과 병상 수급 관련 시책의 수립 또한 차질이 빚어진 것으로 보인다.

응급의료법은 응급의료를 제공하기 위한 시책 마련과 시행에 대한 국가와 지역의 의무를 규정하고 있다. 중앙에서는 응급의료기본계획 및 연차별 시행계획의 수립과 지역단위에서 수립되는 시행계획에 대한 평가를 수행하고 있으며, 보건복지부 산하 중앙응급의료위원회는 시행계획 및 응급의료 사업의 평가 결과를 심의하는 역할을 담당한다. 시·도 단위에서는 연차별 시행계획을 수립하여 시행하고 있으며, 시·도 응급의료위원회는 지역 응급의료 시행계획의 수립 및 변경을 담당한다.

심뇌혈관질환법은 심뇌혈관질환 관리사업에 대한 국가와 지역의 의무를 규정하고

있다. 중앙에서는 심뇌혈관질환 관리종합계획을 수립하여야 하고, 시도 단위에서 종합 계획에 따른 세부 집행계획을 수립하도록 규정되어있다. 단 세부 집행계획은 지역보건 의료계획에 포함하여 수립한다. 보건복지부 산하 심뇌혈관관리위원회는 종합계획의 수립 등 심뇌혈관 질환관리에 중요한 사안을 심의하는 역할을 한다.

암관리법은 암 관리 사업에 대한 국가와 지역의 의무를 규정하고 있다. 중앙에서는 보건복지부 산하 국가암관리위원회의 심의를 거쳐 종합계획을 수립하여야 하고, 시도 및 시군구 단위에서 세부 집행계획을 수립하도록 규정되어 있다. 세부 집행계획은 심 뇌혈관질환 관리종합계획과 동일하게 지역보건 의료계획에 포함하여 수립한다.

〈표 4-4〉 의료 영역 관계 법령에서의 구성주체별 규정 사항

법령	조항	중앙	시·도	시·군·구
공공보건의료법	제3조(국가와 지방자치단체의 의무) ... 공공보건 의료사업 추진에 대한 국가와 지자체의 의무			
	제4조(공공보건의료기본계획)	●		
	【시행령】 ... 공공보건의료 연차별 시행계획 수립·시행 및 추진실적의 평가에 대한 세부 사항 제3조(공공보건의료 시행계획의 수립) 제4조(공공보건의료 시행계획의 평가) 제5조(공공단체의 장의 시행계획 수립 등에 관한 특례)		●	
	제5조(공공보건의료정책심의위원회)	(위원회)		
	【시행령】 ... 위원회 구성·운영에 관한 세부 사항 제5조의2(공공보건의료정책심의위원회의 구성) 제5조의3(심의위원회의 운영) 제5조의4(분과위원회의 구성·운영)			
	제5조의2(시·도공공보건의료위원회)		(위원회)	
	【시행령】 ... 위원회 구성·운영에 관한 세부 사항 제5조의5(시·도 공공보건의료위원회의 구성·운영)			
	▶ 중앙: 공공보건의료기본계획 수립, 연차별 추진계획 수립·시행, 연차별 시행계획 평가 -(보건복지부 산하) 공공보건의료정책심의위원회: 기본계획 변경에 관한 심의 ▶ 시·도: 공공보건의료 시행계획 수립·시행 -(시·도 산하) 시·도 공공보건의료정책심의위원회: 시행계획 변경에 관한 심의			
	법률 연계 (제4조제1항) 보건의료발전계획과 연계하여 공공보건의료기본계획을 5년마다 수립			
보건의료인력 지원법	제3조(국가와 지방자치단체의 책무) ... 보건의료 인력 관련 시책에 대한 국가와 지자체의 의무			
	제5조(보건의료 인력 종합계획의 수립)	●		
	【시행령】 ... 종합계획의 수립·시행 등에 필요한 세부 사항 제3조(보건의료 인력 종합계획의 수립)			
	제6조(연도별 시행계획의 수립·시행)		●	
	【시행령】 ... 시행계획의 수립·시행 및 평가에 관한 세부 사항 제4조(연도별 시행계획의 수립 및 시행 등)	● (평가)		
	제8조(보건의료인력정책심의위원회)	●		
	【시행령】 ... 위원회 구성·운영에 관한 세부 사항 제5조(보건의료인력정책심의위원회의 구성 등)			

법령	조항	중앙	시·도	시·군·구
	▶ 중앙: 보건의로 인력 종합계획 수립, 연차별 시행계획 평가 -(보건복지부 산하) 보건의로인력정책심의위원회: 종합계획 및 시행계획 수립 관련 심의 ▶ 시·도: 보건의로 인력 시행계획 수립·시행 법률 연계 (제5조제4항) 보건의로 인력 종합계획 수립 시 보건의로발전재획과 연계 필요			
의료법	제60조(병상 수급 계획의 수립 등)	●	●	
	【시행규칙】 … 병상 수급 계획의 수립 및 조정에 관한 규칙 제5조(지역병상수급계획의 평가 및 조정 권고)			
	제60조의2(의료인 수급 계획 등)			
	▶ 중앙: 병상 수급 계획, 의료인 수급 계획(보건의로발전재획과 연계 수립) 수립 ▶ 시·도: 시·도 단위 병상 수급 및 관리 계획 수립 법률 연계 (제60조의2제2항) 기본시책은 보건의로발전재획과 연계하여 수립			
응급의료법	제13조(응급의료의 제공) … 응급의료 제공에 대한 시책 마련, 시행에 대한 국가와 지자체의 책임			
	제13조의2(응급의료기본계획 및 연차별 시행계획)	●		
	【시행령】 … 기본계획 연차별 시행계획 수립 기한 제3조(연차별 시행계획의 수립)			
	제13조의3(지역응급의료시행계획)	● (평가)	●	
	【시행령】 … 시행계획 수립·시행·평가에 관한 세부 사항 제5조(지역 응급의료 시행계획의 평가 등)			
	제13조의4(응급의료계획에 대한 협조)	●	●	
	【시행령】 … 기본계획 및 시행계획 관련 자료 협조 요청 범위와 활용 등 제5조의2(자료의 범위 등)			
	제13조의5(중앙응급의료위원회)	●		
	【시행령】 … 중앙위원회 회의 운영에 관한 사항 제6조(중앙응급의료위원회)			
	제13조의6(시·도응급의료위원회)		●	
	【시행령】 … 시·도위원회 구성·기능·운영에 관한 사항 제13조의6(시·도응급의료위원회)			
	▶ 중앙: 응급의료 기본계획 및 연차별 시행계획 수립, 시도 지역응급의료 시행계획 평가 -(보건복지부 산하) 중앙응급의료위원회: 지역응급의료시행계획 및 응급의료 사업 평가 결과 심의 ▶ 시·도: 응급의료 기본계획 세부 계획 수립·시행, 시군구 사업 시행 결과 평가 -(시·도 산하) 시도응급의료위원회: 지역응급의료시행계획의 수립 및 변경 법률 연계 (제13조의2) 기본계획은 공공보건의료기본계획과 연계하여 수립			
심뇌혈관질환법	제3조(국가 등의 의무) … 심뇌혈관질환 관리사업에 대한 국가와 지자체의 의무			
	제4조(심뇌혈관질환관리종합계획의 수립)	● (종합계획, 평가)	● (세부계획, 자료 제출)	
	【시행령】 … 종합계획 및 세부 시행계획 수립·평가에 관한 세부 사항 제2조(심뇌혈관질환관리종합계획의 수립) 제3조(세부집행계획의 수립·평가)			
	제5조(심뇌혈관질환관리위원회)			
	▶ 중앙: 심뇌혈관질환 관리종합계획 수립, 시도 세부 집행계획 평가 -(보건복지부 산하) 심뇌혈관질환관리위원회: 종합계획 수립 등 심의 ▶ 시·도: 심뇌혈관질환 관리종합계획 세부 집행계획 수립 법률 연계 (제4조제4항) 세부 집행계획은 지역보건의료계획에 포함하여 수립			

법령	조항	중앙	시·도	시·군·구
암관리법	제3조(국가 등의 의무) ... 암 관리 사업에 대한 국가와 지자체의 의무			
	제5조(암관리종합계획의 수립)			
	【시행령】 ... 종합계획 및 세부 집행계획 수립·집행 관련 사항 제1조의2(암 관리 종합계획의 수립·시행 등)	●	●	●
	제6조(국가암관리위원회) 제7조(위원회의 구성) 제8조(위원회의 기능)	●		
	【시행령】 ... 위원회의 구성·운영 제2조(국가암관리위원회 위원 임기 등) ~ 제5조(수당 등)			
	▶ 중앙: 암 관리종합계획의 수립 -(보건복지부 산하) 국가암관리위원회: 종합계획 수립 등 심의 ▶ 시·도, 시·군·구: 암 관리종합계획 세부 집행계획 수립			
	법률 연계 (제5조제4항) 세부 집행계획은 지역보건의료계획에 포함 하여 수립			

자료: 공공보건의료법, 법률 제18411호 (2022).; 공공보건의료법 시행령, 대통령령 제32006호 (2022).; 공공보건의료법 시행규칙, 보건복지부령 제866호 (2022).; 보건의료인력지원법, 법률 제17780호 (2022).; 보건의료인력지원법 시행령, 대통령령 제30140호 (2022).; 보건의료인력지원법 시행규칙, 보건복지부령 제682호 (2022).; 의료법, 법률 제17787호 (2022).; 의료법 시행규칙, 보건복지부령 제910호 (2022).; 응급의료법, 법률 제18621호 (2022).; 응급의료법 시행령, 대통령령 제32267호 (2022).; 응급의료법 시행규칙, 보건복지부령 제851호 (2022).; 심뇌혈관질환법, 법률 제18897호 (2022).; 심뇌혈관질환법 시행령, 대통령령 제31013호 (2022).; 심뇌혈관질환법 시행규칙, 보건복지부령 제851호 (2022).; 암관리법, 법률 제17967호 (2022).; 암관리법 시행령, 대통령령 제31604호 (2022).; 암관리법 시행규칙, 보건복지부령 제792호 (2022).

3) 돌봄 영역

돌봄 영역 관계 법령으로 사회보장기본법, 사회보장급여법, 사회서비스원법, 노인장기요양보험법, 치매관리법을 검토하였으며, 검토 결과는 아래의 <표 4-5>와 같다.

사회보장기본법은 사회보장제도의 확립과 안정적 운영을 위한 국가와 지역의 책임과 역할을 규정하고 있다. 중앙에서는 사회보장위원회와 국무회의 심의를 거쳐 사회보장에 관한 기본계획을 수립하여야 하며, 시·도 및 시·군·구에서는 사회보장에 관한 지역계획을 수립·시행하도록 규정되어있다. 이때 사회보장기본법에서 정의하는 사회보장이란 ‘출산, 양육, 실업, 노령, 장애, 질병, 빈곤 및 사망 등의 사회적 위험으로부터 모든 국민을 보호하고 국민 삶의 질을 향상하는 데 필요한 소득·서비스를 보장하는 사회보험, 공공부조, 사회서비스’로, 가장 포괄적인 차원에서 보건·의료·돌봄 영역을 다루는 법률이라고 할 수 있다.

사회보장급여법은 사회보장에 관한 국가와 지역의 책임과 의무를 규정하고 있다. 시·도 및 시·군·구 단위에서 수립되는 지역사회보장계획은 사회보장기본법에 따른

사회보장 기본계획과 연계하여 수립·시행되어야 한다. 중앙에서는 지역사회보장계획을 사회보장위원회에 보고하고, 지역계획에 대한 조정이 필요할 시 조정을 권고하고, 평가하는 역할을 담당한다. 시·도 사회보장위원회와 시·군·구 지역사회보장협의체는 지역계획의 수립·시행·평가 등에 대해 심의·자문하는 역할을 담당한다.

사회서비스원법은 사회서비스 지원과 사회서비스원 설립·운영에 관한 국가와 지역의 책임과 의무를 규정하고 있다. 보건복지부장관은 사회보장에 관한 기본계획과 연계하여 사회서비스 기본계획을 5년마다 수립·시행하여야 하며, 시·도 및 시·군·구 단위에서는 사회서비스 기본계획과 연계하여 지역계획을 수립·시행하여야 한다. 이때 지역계획은 사회보장에 관한 지역계획에 포함하여 수립·시행할 수 있다. 사회서비스 제공에 관한 사업을 추진하기 위해 시·도 서비스원을 설립·운영하고, 시·도 서비스원의 설립·운영을 지원하기 위해 중앙 서비스원을 설립·운영하도록 규정하고 있다. 한편, 시·도 서비스원 사업의 세부 사항을 심의하기 위해 시·도 서비스원 정책심의위원회를 두고 있다.

노인장기요양보험법은 노인질환성예방사업에 대한 국가와 지역의 의무를 규정하고 있다. 중앙에서는 국가단위 기본계획의 수립·시행을 담당하며, 지방자치단체는 기본계획에 따른 세부 시행계획을 수립·시행한다.

노인복지법은 노인의 보건 및 복지증진에 관한 시책 추진에 대한 국가와 지역의 책임을 규정하고 있다. 중앙에서는 재난안전법에 따른 국가 안전관리기본계획 및 지방자치단체 단위에서 수립되는 안전관리계획과 연계하여 안전사고 예방 시책을 수립하도록 규정하고 있다. 안전사고 예방 시책은 낙상 및 교통사고 예방과 노인 이용 시설의 안전관리에 관한 사항을 포함하여야 한다.

장애인복지법은 장애 예방과 조기 발견, 장애인 자립 지원 등 장애인 복지 향상을 위한 정책 수립에 대한 국가와 지역의 의무를 규정하고 있다. 중앙 단위에서 보건복지부장관은 관계 중앙행정기관의 장과 협의하여 장애인종합계획을 5년마다 수립·시행하도록 규정되어있으며, 관계 중앙행정기관의 장은 관련 업무에 대한 사업계획을 매년 수립하여야 한다. 국무총리 산하 장애인정책조정위원회는 장애인 종합정책의 수립, 관계부처와의 의견 조정, 종합정책에 대하여 감독·평가하는 역할을 하며, 관계 중앙행정기관의 장은 해당 기관 소속 공무원을 장애인 정책 추진계획의 수립과 이행을 담당하는 장애인정책책임관으로 지정할 수 있다.

치매관리법은 치매관리사업의 시행과 지원, 관련 시책의 마련 등에 대한 국가와

지역의 의무를 규정하고 있다. 중앙에서는 국가치매관리위원회의 심의를 거쳐 국가 단위의 종합계획을 수립하며, 시·도 및 시·군·구 단위에서는 종합계획에 따른 연차별 시행계획을 수립·시행 및 평가하여야 한다.

자살예방법은 자살위험자를 위험으로부터 적극 구조하는 데 필요한 정책의 수립에 대한 국가와 지역의 의무를 규정하고 있다. 중앙 단위에서는 자살예방기본계획을 5년 마다 수립하여야 하며, 관계 중앙행정기관의 장과 시·도지사는 기본계획에 따른 시행계획을 수립·시행하여야 한다. 한편, 보건복지부장관은 제출된 시행계획과 추진실적을 평가하여 이행상황을 점검할 의무가 있으며, 평가 결과는 국무총리 산하 자살예방정책위원회 심의를 거쳐 평가 결과를 확정한다.

〈표 4-5〉 돌봄 영역 관계 법령에서의 구성주체별 규정 사항

법령	조항	중앙	시도	시군구
사회보장기본법	제5조(국가와 지방자치단체의 책임) ... <i>사회보장제도 확립과 안정적 운영을 위한 책임과 역할</i>			
	제16조(사회보장 기본계획의 수립)	●		
	【시행령】 ... <i>사회보장 기본계획 변경</i> 제3조(사회보장 기본계획의 수립)	●		
	제17조(다른 계획과의 관계)	●		
	【시행령】 ... <i>타법에 따라 수립되는 사회보장에 관한 계획</i> 제4조(다른 계획과의 관계)	●		
	제18조(연도별 시행계획의 수립·시행 등)	●		
	【시행령】 ... <i>기본계획 추진실적 제출에 관한 세부 사항</i> 제5조(연도별 시행계획의 수립·제출)	●		
	【시행령】 ... <i>시행계획 추진실적 평가에 관한 세부 사항</i> 제6조(시행계획의 평가)	●		
	제19조(사회보장에 관한 지역계획의 수립·시행 등)		●	●
	【시행령】 ... <i>지역계획의 수립·시행 및 추진실적의 평가에 관한 세부 사항</i> 제7조(사회보장에 관한 지역계획의 수립·시행 등)		●	●
	제20조(사회보장위원회)	●		
	【시행령】 ... <i>사회보장제도 운영 결과 등 제출</i> 제7조의2(사회보장제도 운영·개선 결과의 제출)	●		
	제21조(위원회의 구성 등)	●		
	【시행령】 ... <i>사회보장위원회에 관한 세부 사항</i> 제8조(위원장의 직무) 제9조(위원회의 위원 등) 제9조의2(위원회 위원의 해촉)	●		
	▶ 중앙: 사회보장 기본계획의 수립·시행 -(국무총리 산하) 사회보장위원회: 사회보장에 관한 주요 시책 심의·조정 ▶ 시·도, 시·군·구: 사회보장에 관한 지역계획 수립·시행			
	법률 연계	(제17조) 기본계획은 타법에 따라 수립되는 사회보장에 관한 계획에 우선이 됨		

법령	조항	중앙	시도	시군구	
사회보장급여법	제35조(지역사회보장에 관한 계획의 수립)	●	●	●	
	【시행령】 … <i>지역사회보장계획 수립 등에 관한 세부 사항</i> 제20조(지역사회보장계획의 수립 절차 및 제출 시기) ~제22조(지역사회보장계획의 조정 권고)	●	●	●	
	제36조(지역사회보장계획의 내용)		●	●	
	제37조(지역사회보장계획의 시행)		●	●	
	제38조(지역사회보장계획의 변경)		●	●	
	제39조(지역사회보장계획 시행 결과의 평가)		●	●	
	【시행령】 … <i>시행 결과 평가에 관한 세부 사항</i> 제3조(지역사회보장계획 시행 결과의 평가)	●	●	●	
	▶ 중앙: 지역사회보장계획의 보고(사회보장위원회), 조정 권고, 평가 - (국무총리 산하) 사회보장위원회: 보건복지부장관은 시·도 지역사회보장계획을 사회보장위원회에 보고해야 함 ▶ 시·도, 시·군·구: 지역사회보장계획 수립·시행 - (시·도 산하) 시·도 사회보장위원회: 시·도 지역사회보장계획 수립·시행·평가 등에 대해 심의·자문 - (시·군·구 산하) 지역사회보장협의체: 시·군·구 지역사회보장계획 수립·시행·평가 등에 대해 심의·자문				
법률 연계	(제35조제1항) 지역사회보장에 관한 계획은 사회보장에 관한 기본계획과 연계				
사회서비스원법	제4조(국가와 지방자치단체의 책임)	●	●	●	
	제5조(사회서비스 기본계획의 수립)	●	●	●	
	【시행령】 … <i>기본계획/지역계획 수립·시행에 필요한 세부 사항</i> 제2조(사회서비스 기본계획의 수립) 제3조(사회서비스 지역계획의 수립)	●	●	●	
	제2장(시·도 사회서비스원의 설립·운영 등) 제7조~제30조		●		
	제3장(중앙 사회서비스원의 설립·운영 등) 제31~제33조	●			
	▶ 중앙: 사회서비스 기본계획 수립 - (보건복지부 산하) 중앙 서비스원: 시도 서비스원의 설립·운영 지원 ▶ 시·도, 시·군·구: 사회서비스 지역계획 수립 - (시·도 산하) 시·도 서비스원: 시·도 서비스원의 사업(제10조에서 규정) 수행 - (시·도 산하) 긴급돌봄지원단: 재난 등의 발생 등으로 아동·노인·장애인에게 돌봄 공백이 발생한 경우 긴급돌봄서비스의 제공 - (시·도 산하) 시·도 서비스원 정책심의위원회: 시·도 서비스원 사업 범위 등에 관한 사항 등 심의				
	법률 연계	(제5조) 기본계획은 「사회보장기본법」 제16조제1항에 따른 사회보장에 관한 기본계획과 연계			
	노인장기요양보험법	제4조(국가와 지방자치단체의 책무) … <i>노인질환성예방사업에 대한 국가와 지자체의 의무</i>			
제6조(장기요양기본계획)		●			
【시행령】 … <i>장기요양기본계획에 포함되는 세부 사항</i> 제3조(장기요양기본계획)			●	●	
▶ 중앙: 장기요양기본계획 수립·시행 ▶ 지방자치단체: 장기요양기본계획에 따른 세부 시행계획 수립·시행					
법률 연계		타법과의 연계 규정 명시X			

법령	조항	중앙	시도	시군구
노인복지법	제4조(보건복지증진의 책임) ... 노인의 보건 및 복지증진에 대한 국가와 지자체의 책임			
	제4조의2(안전사고 예방) ... 안전사고 예방 시책 수립	●	●	●
	【시행령】 ... 안전사고 예방 시책에 포함되는 세부사항 제2조(안전사고 예방)			
	▶ 중앙: 안전사고 예방 시책 수립·시행 ▶ 지방자치단체: 안전사고 예방 시책에 따른 세부 시행계획 수립·시행			
	법률 연계 (제4조의2) 「재난안전법」에 따른 국가 안전관리기본계획, 시·도 안전관리계획, 시·군·구 안전관리계획과 연계하여 안전사고 예방 시책 수립			
장애인복지법	제9조(국가와 지방자치단체의 책임) ... 장애인 복지 향상에 대한 국가와 지자체의 책임			
	제10조의2(장애인정책종합계획)	●		
	【시행령】 ... 종합계획 수립 시기, 절차 및 방법 등 제2조의2(사업계획의 제출 등)			
	제11조(장애인정책조정위원회)	(국무총리)		
	【시행령】 ... 위원회/ 실무위원회의 구성운영 관련 세부 사항 제3조(장애인정책조정위원회의 구성) ~제10조(장애인정책조정 실무위원회의 구성 등)			
	제12조(장애인정책책임관의 지정 등)	(중앙행정 기관)		
	【시행령】 ... 장애인정책책임관 지정과 임무 제11조(장애인정책책임관의 지정 등)			
	▶ 중앙: 장애인정책종합계획 수립·시행 -(국무총리 산하) 장애인정책조정위원회: 장애인 종합정책 수립 및 관계부처 간 의견 조정, 정책의 이행에 대한 감독·평가 -(중앙 행정기관) 장애인정책책임관: 장애인정책 추진계획의 수립 및 이행에 관한 사항 담당 ▶ 관계 중앙행정기관: 장애인종합계획에 대한 사업계획 수립·시행			
	법률 연계 타법과의 연계 규정 명시X			
치매관리법	제3조(국가 등의 의무) ... 치매관리사업 시행 및 지원, 시책 마련에 대한 국가와 지자체의 책임			
	제6조(치매관리종합계획의 수립 등)	●	●	●
	【시행령】 ... 국가치매관리위원회 심의가 필요한 사안 제2조(치매관리종합계획의 중요한 사항)	●	●	●
	【시행령】 ... 종합계획과 시행계획의 수립·시행·평가에 필요한 세부 사항 제3조(치매관리종합계획의 수립·통보 등)	●	●	●
	제7조(국가치매관리위원회)	●		
	제8조(위원회의 구성)	●		
	【시행령】 ... 국가치매관리위원회 구성에 관한 세부 사항 제4조(국가치매관리위원회의 구성 및 위원 임기) ~제7조(수당 등)	●		
	제9조(위원회의 기능)	●		
	▶ 중앙: 치매관리종합계획의 수립·시행 - (보건복지부 산하) 국가치매관리위원회: 종합계획 수립 및 치매관리에 관한 중요 사항을 심의 ▶ 시·도, 시·군·구: 치매관리종합계획에 따른 연차별 시행계획 수립·시행			
	법률 연계 타법과의 연계 규정 명시X			

법령	조항	중앙	시도	시군구
자살예방법	제4조(국가와 지방자치단체의 책무) … 자살예방정책의 수립·시행 관련 국가와 지자체의 책무			
	제7조(자살예방기본계획의 수립)	●		
	제8조(연도별 시행계획의 수립·시행 등)	● (중앙행정기관)	●	
	【시행령】 … 시행계획 수립·시행 및 추진실적 평가 제2조(연도별 시행계획의 제출) 제3조(추진실적의 평가 절차 등)			
	제9조(시도별 시행계획의 조정 등)	●		
	제10조(계획수립의 협조)	●		
	제10조의2(자살예방정책위원회)	● (국무총리)		
	【시행령】 … 위원회, 실무위원회 구성 및 운영 제4조(자살예방정책위원회 구성 및 운영) 제5조(자살예방정책실무위원회 구성 및 운영)			
	▶ 중앙: 자살예방기본계획 수립·시행, 시행계획에 따른 추진실적 평가 - (국무총리 산하) 자살예방정책위원회: 기본계획 수립, 시행계획에 따른 추진실적의 평가에 관한 사항 등 심의 ▶ 관계 중앙행정기관: 자살예방시행계획 수립·시행 ▶ 지방자치단체: 자살예방시행계획 수립·시행			
법률 연계	타법과의 연계 규정 명시X			

자료: 사회보장기본법, 법률 제18215호 (2022).; 사회보장기본법 시행령, 대통령령 제32674호 (2022).; 사회보장기본법 시행규칙, 보건복지부령 제838호 (2022).; 사회보장급여법, 법률 제18336호 (2022).; 사회보장급여법 시행령, 대통령령 제32635호 (2022).; 사회보장급여법 시행규칙, 보건복지부령 제825호 (2022).; 사회서비스원법, 법률 제18467호 (2022).; 사회서비스원법 시행령, 대통령령 제32552호 (2022).; 사회서비스원법 시행규칙, 보건복지부령 제875호 (2022).; 노인장기요양보험법, 법률 제18610호 (2022).; 노인장기요양보험법 시행령, 대통령령 제32712호 (2022).; 노인장기요양보험법 시행규칙, 보건복지부령 제896호 (2022).; 노인복지법, 법률 제18609호 (2022).; 노인복지법 시행령, 대통령령 제31773호 (2022).; 장애인 복지법, 법률 제18625호 (2022).; 장애인 복지법 시행령, 대통령령 제32899호 (2022).; 치매관리법, 법률 제17795호 (2022).; 치매관리법 시행령, 대통령령 제31743호 (2022).; 치매관리법 시행규칙, 보건복지부령 제814호 (2022).; 자살예방법, 법률 제18821호 (2022).; 자살예방법 시행령, 대통령령 제32841호 (2022).

다. 법령 간 연계 검토

우리나라의 보건의료 법체계상 ‘보건의료기본법’은 최상위법인 헌법을 기반으로 개별 법령과의 관계에서 보건의료에 관한 기본법으로 기능하기 위해 제정된 것으로 볼 수 있다. 그러나 보건의료기본법이 다른 법령과의 관계에서 우선 적용되는 법률¹⁴⁾에 해당하는 것은 아니며, 보건의료 기본계획 수립이 장기간 지연됨에 따라 보건의료기본

14) 다른 법령과의 관계에 관한 규정은 법령 간 적용범위가 겹치는 경우 어느 법령이 먼저 적용되는지 등을 정하기 위해 둔다. 추가로 법률과 법률, 혹은 동위의 법령과 법령 간에는 규범적 효력에서 우위 관계가 존재하지 않으므로 일반법에 대해 특별법 우선하거나 구법에 대해 신법이 우선하는 원칙이 적용된다(법 제처, 2021, p.82).

법이 사실상 제정 목적에 부합하는 기능을 수행하고 있지 못하고 있으므로, 보건의료 기본법이 보건의료를 포괄적으로 다루는 법률에 해당하나, 개별법에 대한 상위법 또는 기본법으로 기능하는 것은 아니라고 볼 수 있다. 한편, 사회보장기본법에서 정의하는 사회보장의 개념¹⁵⁾을 고려하면 사회보장기본법이 가장 포괄적인 차원에서 보건·의료와 돌봄 영역을 다루는 법률이라고 볼 수 있다.

보건의료 법체계의 특성을 고려했을 때, 지역보건의료체계 관계 법령 간의 연계성 분석 결과는 아래의 [그림 4-1]과 같다. 우선 보건의료기본법 제17조에서는 보건의료 발전계획에 연계하여 지역보건의료계획을 수립·시행할 것을 규정하고 있으나, 지역보건법 제7조 제5항에서는 지역보건의료계획과 사회보장기본계획, 지역사회보장계획, 국민건강증진종합계획 간의 연계에 관한 내용은 명시되어 있으나, 보건의료발전계획에 관한 사항은 포함되어 있지 않은 상황이다. 이는 보건의료발전계획의 수립이 지연됨에 따라 지역보건법 조문과도 연계되지 않은 것으로 보인다. 한편, 공공보건의료법 제4조 제1항에 따르면 공공보건의료기본계획은 보건의료발전계획과 연계하여 수립하도록 규정되어 있으나, 보건의료발전계획 수립이 지연됨에 따라 연계가 이루어지지 못하고 있는 것으로 보인다. 또한 현재 보건의료인력종합계획과 병상수급 및 의료인력 수급 계획은 수립되지 않았는데, 이는 보건의료발전계획의 수립이 지연됨에 따라 이와 연계된 타 개별법에 따른 계획 또한 수립되지 못한 것으로 보인다.

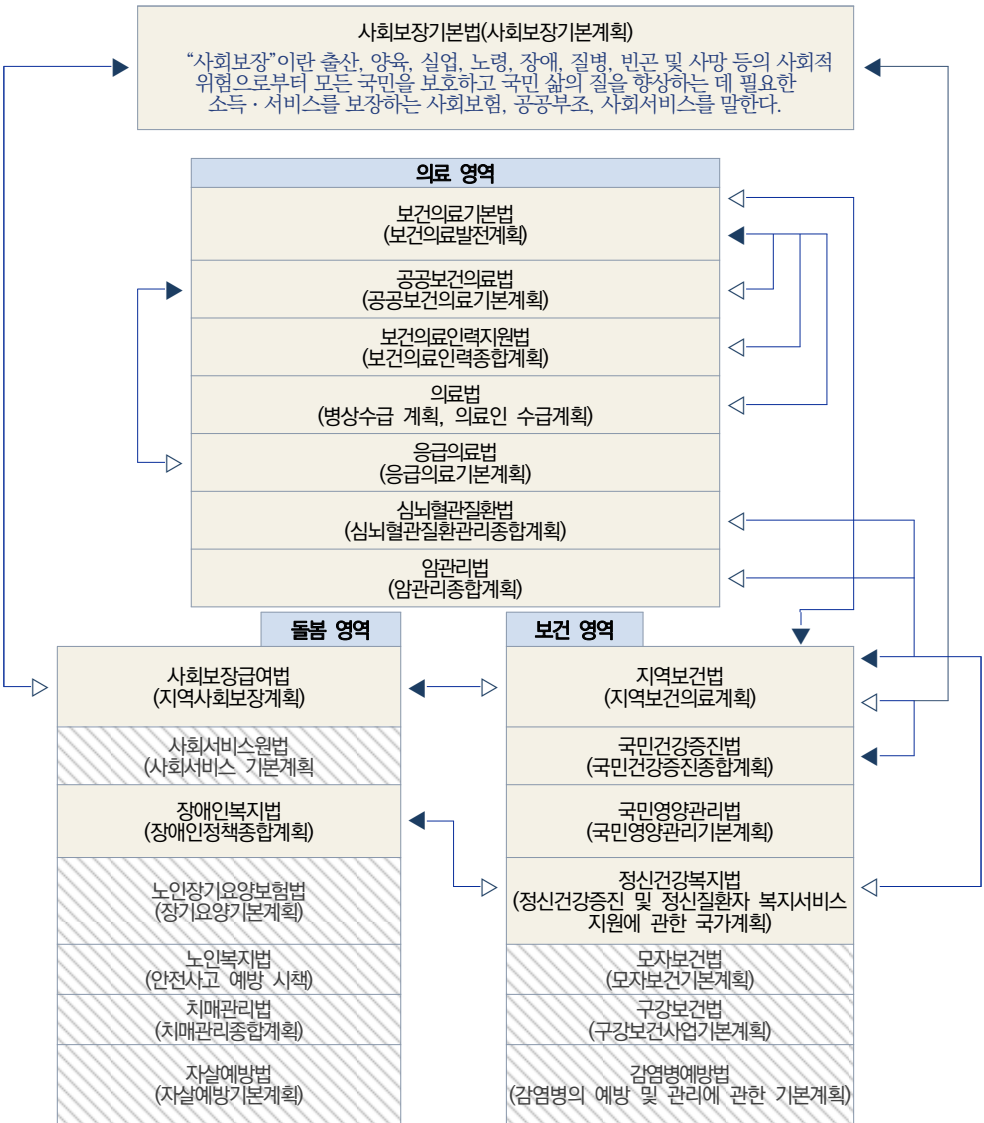
심뇌혈관질환관리종합계획과 암관리종합계획의 세부 집행계획은 지역보건의료계획에 포함하여 수립하도록, 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 지역계획은 지역보건의료계획과 연계하여 수립하도록 규정되어 있으나, 지역보건법에서는 위 계획들과의 연계를 명시하고 있지 않다. 또한 지역보건법에서 지역보건의료계획은 사회보장 기본계획, 지역사회보장계획, 국민건강증진종합계획과 연계되어야 한다는 조문이 포함되어 있음에도 불구하고, 위 계획들의 근거법에서는 지역보건의료계획과의 연계를 명시하고 있지 않다.

응급의료기본계획은 공공보건의료기본계획과 연계하여 수립하도록 규정되어 있으나, 공공보건의료기본계획은 보건의료발전계획과 연계하여 수립하도록 규정하고 있을 뿐 타 계획과의 연계에 대해서는 명시하고 있지 않다. 마지막으로, 정신건강증진 및 정신

15) 출산, 양육, 실업, 노령, 장애, 질병, 빈곤 및 사망 등의 사회적 위험으로부터 모든 국민을 보호하고 국민 삶의 질을 향상하는 데 필요한 소득·서비스를 보장하는 사회보험, 공공부조, 사회서비스

질환자 복지서비스 지원에 관한 국가계획 및 지역계획은 장애인정책종합계획과 연계 수립하도록 규정하고 있으나, 장애인복지법에서는 이와 관련된 연계 규정을 포함하고 있지 않다.

[그림 4-1] 지역보건의료체계 관계 법령 간의 연계성 분석 결과



주: 저자가 직접 작성함. </>: 법률 간 연계(상호의존성) 규정 없음, < />: 법률 간 연계(상호의존성) 규정 있음.

2. 지역 보건의료 관련 법정계획·정책의 추진체계 검토

지역보건의료체계 관련 법정계획 및 정책(사업)의 추진체계 검토 결과는 아래의 <표 4-6>과 같다. 해당 법정계획 또는 정책(사업)의 세부 사항은 제2절에서 다루었으며, 제1절에서는 법정계획 또는 정책(사업)의 수립 단위, 근거법, 주체, 수립 주기와 추진 경과를 고찰한 결과를 수록하였다.

〈표 4-6〉 지역보건의료 관련 법정계획·사업의 추진체계

영역	법정계획/정책(수립단위)		근거법	정책결정/실행주체	수립 주기	기타(추진 경과 등)
보건	국민건강증진종합계획	중합계획(중앙)	국민건강증진법	보건복지부(계획 수립) 국민건강증진정책심의위원회(심의)	5년	1차 종합계획('02~'10) ~5차 종합계획('21~'30)
		시행계획(시·도·시·군·구)		*지역보건의료계획 시행계획으로 갈음	1년	-
		지역계획(시·도·시·군·구)		시·도, 시·군·구(지역계획 및 연차별 시행계획 수립)	4년	~제7기 지역보건의료계획 ('19~'22)
	지역보건의료계획	시행계획(시·도·시·군·구)	지역보건의료심의위원회(시행계획 심의)	1년		
		모자보건 기본계획		기본계획(중앙) 세부계획(시·도·시·군·구)	모자보건법	보건복지부(계획 수립)
	구강보건사업 기본계획	기본계획(중앙) 시행계획(시·도·시·군·구)	구강보건법	보건복지부(계획 수립)	5년	1차 기본계획('17~'21) 2차 기본계획('22~'26)
의료	공공보건의료계획	기본계획(중앙)	공공보건의료법	보건복지부(계획 수립) 공공보건의료위원회(심의)	5년	1차 기본계획('16~'20) 2차 기본계획('21~'25)
		시행계획(시·도)		광역자치단체(계획 수립) 시도공공보건의료위원회(심의) 공공보건의료지원단(업무 수행지원)	1년	2022년 시행계획 -계획 제출(양해 1월까지) -실적 제출(차년도 3월까지)
		의료계획(의료기관)		공공보건의료기관(계획 수립)	1년	
	일차의료 만성질환관리 사업	기본시책(중앙)	국민건강증진법	보건복지부(운영 총괄, 정책기획) 국민건강보험공단(운영 지원) 지역의사회(참여의원 관리 및 협력)	-	2019년부터 서비스 제공
		지역계획(시·도)		보건복지부(계획 수립) 시도(계획 수립)	5년	(계획 수립 전 단계)
	병상 수급 및 관리계획	중합계획(중앙) 시행계획(중앙/시·도)	보건의료인력지원법	보건복지부(계획 수립)	5년	(계획 수립 전 단계)
		지역계획(시·도)		보건복지부(계획 수립) 보건복지부, 시도(계획 수립)	1년	
	감염병 예방 및 관리에 관한 기본계획	기본계획(중앙) 시행계획(시·도·시·군·구)	감염병예방법	질병관리청장·보건복지부장관(계획 수립) 시도(계획 수립)	5년	1차 기본계획('13~'17) 2차 기본계획('18~'22)
					-	(비공개)

영역	법정계획/정책(수립단위)		근거법	정책결정/실행주체	수립 주기	기타(추진 경과 등)
	응급의료 기본계획	기본/시행계획(중앙) 시행계획(시·도)				
의료	심뇌혈관질환관리 종합계획	종합계획(중앙)	심뇌혈관질환법	보건복지부(계획 수립) 보건복지부장관(연차별 시행계획 수립)	5년/1년	1차 기본계획('05~'10) ~3차 기본계획('18~'22)
		집행계획(시·도·시·군·구)		시·도(지역응급의료시행계획 수립) 보건복지부(계획 수립) 심뇌혈관질환관리위원회(종합계획 심의) *지역보건의료계획 시행계획으로 같음	1년	(비공개)
	암관리종합계획	종합계획(중앙)	암관리법	보건복지부(계획 수립) 국가암관리위원회(종합계획 심의)	5년	1차 종합계획('96~'05) ~4차 종합계획('21~'25)
		시행계획(시·도·시·군·구)		*지역보건의료계획 시행계획으로 같음	-	(지역보건의료계획 포함)
돌봄	정신건강복지 기본계획	기본계획(중앙)	정신건강복지법	보건복지부(계획 수립) 국민건강증진정책심의위원회(기본계획 심의)	5년	1차 기본계획('16~'20) 2차 기본계획('21~'25)
		시행계획(시·도·시·군·구)		*지역보건의료계획 시행계획으로 같음	-	(지역보건의료계획 포함)
	장기요양기본계획	기본계획(중앙)	노인장기요양보험법	보건복지부(계획 수립)	5년	1차 기본계획('13~'17) 2차 기본계획('18~'22)
		시행계획(시·도·시·군·구)		보건복지부, 시·도(계획 수립)	-	(비공개)
	치매관리종합계획	종합계획(중앙)	치매관리법	보건복지부(계획 수립) 국가치매관리위원회 (종합계획, 시행계획 심의)	5년	1차 종합계획('08~'11) ~3차 종합계획('21~'25)
		시행계획(시·도·시·군·구)		시·도, 시·군·구(계획 수립)	1년	(비공개)
	지역사회 통합돌봄 선도사업		(가칭) 지역사회 통합 돌봄 기본법	-	-	-

주: 저자가 직접 작성함.

제2절 최근 지역보건의료 관련 주요 정책

이 절에서는 앞에서 제시된 법정계획 및 보건복지부 보도자료를 토대로, 최근 10년간 지역보건의료에 대한 논의를 살펴보았다. 법정계획은 1절의 법령 검토에 기반해 발표된 계획 문서를 검토하였고 KDI 경제정책시계열서비스에서 지역보건의료와 관련한 계획들을 검토하였다. 전체 인구집단을 대상으로 한 건강증진, 위험집단 및 의료기관과 관련된 의료, 돌봄의 영역으로 구분하여 지역기반 보건의료제도에 대한 논의를 분석하였다.

1. 보건

가. 국민건강증진종합계획

제3차 국민건강증진종합계획(HP2020, 2011~2020)은 ‘온 국민이 함께 만들고 누리는 건강세상’을 비전으로, 건강수명 연장(2007년 71세 → 2020년 75세) 및 건강 형평성 제고라는 총괄목표하에 건강생활, 예방 중심의 만성퇴행성 질환 및 감염질환 관리, 안전 환경, 인구집단별 건강관리 분야에서 16개 대표 지표를 제시하였다. 우선 건강생활 분야에서 지역사회 교육 및 홍보 등을 제시하고 있으며 예방중심의 질환 관리에서 암 검진 수검률 지역 편차 감소, 지역사회 중심의 관절염 관리 사업 및 광역·지역 정신보건센터 확충 및 기능 강화 등 정신보건 인프라 구축, 취약지 구강보건의료 서비스 제공을 포함하고 있다. 안전환경 분야에서 거주지역의 안전보호시설 확충 등 안전환경 지원사업을 제시하고 있으며 인구집단별 건강관리 분야에서 분만 취약지역 해소를 위한 임신부 서비스 및 지역별 거점 분만병원 지정·육성, 소규모 사업장 밀집 지역 등에 근로자건강센터 설치 운영 등을 제시하고 있다. 도시지역 취약계층의 보건 사업 접근성 강화를 위한 도시보건지소 설치 확대 등 건강증진사업의 인프라 확충을 제시하고 있다(보건복지부 보도자료, 2011.06.02.).

제4차 국민건강증진종합계획은 건강수명 연장 및 건강 형평성 제고라는 중장기 목표하에 18개 대표 지표를 모니터링하고 사전 예방 중심 평생건강 관리, 안전환경, 인구집단별 건강관리 분야에서 만성질환 예방·관리 강화, 생애주기별 건강프로그램 확충,

건강환경 조성, 정신건강증진 및 자살예방, 건강정책 추진기반 강화라는 과제를 제시하였다. 흡연의 지역 간 격차 해소, 다양한 신체활동 증진을 위해 지역사회 내 인프라 개선 및 네트워크 강화, 건강도시와 연계한 지역사회기반 신체활동 활성화 환경 조성, 건강생활지원센터 확대 및 지역 특성을 반영한 건강프로그램 모형개발 등 건강 취약지역 건강증진 활성화를 위한 인프라 확대 등을 제안하였다. 암 생존자에 대한 통합지지 사업으로 지역암센터를 거점으로 한 지역사회기반 사업개발과 적용을 제안하였고 지역 자원과 연계한 국가건강검진 사후관리 강화를 제안하였다. 지역주민의 특성에 따른 관절건강증진, 관절염조기발견과 악화방지 프로그램의 개발·적용 등 지역사회 중심의 예방관리 활동을 강화하고 지역사회에서 심뇌혈관질환 예방관리 교육·홍보를 강화한다고 하였다. 또한 **지역사회 협의체 구성·운영을 통해 지역사회 민관협력을 강화**하고, 권역심뇌혈관질환센터를 중심으로 급성기 치료 후 지역사회 재활 등 보건자원의 연계를 강화한다는 내용을 담고 있다. 이와 함께 취약계층 비만예방을 위해 지역의 보건소나 국민건강보험공단의 건강증진센터 등의 활용 가능한 전문 시설과의 연계를 통해 서비스를 제공하고 정신질환 조기 개입 및 중증정신질환자의 사회통합 촉진과 삶의 질 향상을 위해 광역 및 지역 정신보건센터를 확충하고 기능을 강화하며 지역사회 정신건강네트워크를 구축하고 알코올 상담센터 설치 등 **알코올 문제에 관한 지방자치단체의 지역 책임성을 구현**한다고 밝혔다. 취약지역 구강보건서비스를 개선하고 지역 장애인 구강진료센터 등을 설립하여 취약계층의 접근성을 개선하고 지역 협력체 활성화를 통해 예방관리 중심의 일차치과의료 접근성을 확대한다. 또한 감염병 진단검사능력을 강화하기 위해 지역 거점 검사센터를 확보한다. 손상 예방을 위해 **손상취약체계 개선을 위한 지역 내 민관협의체를 구성, 운영한다**. 모성건강과 관련해 분만취약 지역에 재정적 지원을 통한 인프라 확충 및 인접 지역 연계 등을 통해 서비스 접근성을 개선한다(보건복지부 보도자료, 2015.12.28., 보건복지부, 한국건강증진개발원, 2015).

제5차 국민건강증진종합계획(2021~2030년)은 건강수명을 2.9세 연장하고 소득 및 지역 간 건강형평성을 높이는 것을 목표로 건강생활 실천, 정신건강 관리, 비감염성 질환 예방 및 관리, 감염 및 기후변화성 질환 예방 관리, 인구집단별 건강관리, 건강친화적 환경 구축이라는 6개 영역에서 28개 중점과제를 제시하였다. 정신건강 관리와 관련해 지역 노인복지관과의 협약을 통한 조기 진단, 치매안심센터 기능 강화, 일차의료 기관과 정신과 진료 연계 체제 구축 등을 제안하였다. 비감염성질환 예방관리와 관련해

급성 심뇌혈관질환자 응급 대응 및 진료역량 제고를 위한 지역심뇌혈관질환센터 확충을 제시하였고 건강친화적 환경 구축과 관련해 지역 공공 보건의료-일차의료-돌봄 등을 연계하는 스마트 건강도시를 추진하고 주민건강센터 확충, 보건소 하부기관 건강증진 사업을 확대 등 지역사회 자원을 확충하는 것을 제시하였다(관계부처합동, 2020.1.27., 보건복지부 보도자료, 2021.1.27.).

라. 심뇌혈관질환관리종합계획

제2기 심뇌혈관질환 종합대책(2011~2015년)은, 2006~2010년에 대한 제1기 대책을 보완 및 개선하였는데 우선, 1차 예방 측면에서 만성질환에 대한 정보 제공과 교육을 통해 인식개선 및 행동변화를 유도하고, 2차 예방 측면에서 **보건소와 의원 간 협력을 통한 지역 중심 만성질환 관리체계**를 구축하여 고혈압, 당뇨 등에 대한 지속 치료율을 높이고, 3차 예방 측면에서 **권역 심뇌혈관질환센터를 중심으로 중증질환 진료역량을 제고**하고자 하였다(보건복지부 보도자료, 2011.7.26.). 이를 위해 우선 심뇌혈관질환 등에 대한 정보를 주기적으로 제공하는 ‘건강예보제’를 도입하고, 둘째, 일차의료 중심의 보건의료체계 개선 방향에 맞게 고혈압·당뇨병에 대한 등록관리사업 모델을 개발하고 보급하며, 셋째, 현재 전국 9개 시도에 지정된 권역심뇌혈관질환센터를 단계적으로 확대하여 진료역량을 제고하고, 넷째, 관련 분야 전문가로 구성된 자문 위원회를 운영하여 만성질환 관리를 위한 법적 근거 및 제도를 정비해가기로 하였다. 또한 1차 예방과 관련해 지역사회 교육 시범사업을 시행하고 표준화하여 전국으로 확대하며, **2차 예방과 관련해 지역사회 의료자원의 일차의료 수행 역량을 강화하고 지역사회 일차의료 강화 협의체를 구성하는 등 민관 협력을 강화**하기로 하였다. 3차 예방과 관련해 권역 심뇌혈관질환센터 운영을 지원하며 권역센터 중심으로 뇌졸중, 심근경색증 감시체계를 운영하고 주요 통계생산체계를 개발·운영한다(보건복지부 보도자료, 2011.7.26., 보건복지부 보도자료, 2011).

2017년 5월 심뇌혈관질환의 예방 및 관리에 관한 법률이 제정·시행되면서 개별사업 위주로 진행되어 왔던 심뇌혈관질환 관리 정책을 종합적·체계적으로 수행할 수 있는 법적 근거가 마련되었다. 이에 따라 **최초의 법정계획으로 제1차 심뇌혈관질환관리 종합계획(2018-2022)**이 수립되었다. 한편 시·도는 지역 여건에 따라 연도별 세부

집행계획을 수립·시행하게 되었다(지역보건법 제7조에 따른 지역보건의료계획에 포함). 제1차 종합계획의 추진전략으로는 대국민 인식개선 및 건강생활 실천, 고위험군과 선행질환에 대한 관리 강화, 지역사회 응급대응 및 치료역량 강화, 환자에 대한 지속관리체계 구축, 관리 인프라 및 조사·연구·개발 강화라는 5가지 방향을 제시하였다. 사업간 연계·협조체계가 미흡하고 지역사회 내 응급대응 및 치료역량 격차와 함께 재활 체계 부족 등이 문제로 제기되면서 권역 심뇌혈관질환센터가 예방, 치료, 재활에 걸쳐 연속적인 서비스 제공 체계를 구축하고 지역 센터를 지원하도록 하였다. 또한 **지역 생활권을 중심으로 지역(일차) 심뇌혈관질환센터를 지정하여 운영하고 중앙-권역-지역 심뇌혈관질환센터로 연계되는 안전망을 구축**하는 방향과 함께 권역·지역 심뇌혈관질환센터 기반으로 조기재활서비스를 제공하여 지역사회 응급대응 및 치료역량을 강화한다는 방향을 제시하였다. 추가로 급성심근경색증 및 뇌졸중 환자의 퇴원 후 지역으로의 연계 관리체계를 구축하고, 급성기 퇴원 후에 회복기와 유지기 재활서비스를 제공하는 체계를 구축하는 등 환자에 대한 지속관리를 보장하는 것을 과제로 포함하였다. 또한 대국민 인식개선을 위해 지역사회 통합건강증진사업 및 생활터 건강증진사업과 연계하고, 시·도 보건소와 권역 심뇌혈관질환센터와 지자체 간 협업을 통하여 보건소 및 일차의료에 기반한 고위험군 발굴 및 관리를 강화하고, 지자체는 사업지원단 등을 활용하여 지역사회 보건인력 교육을 확대한다는 내용이다(보건복지부 보도자료, 2018.9.3., 보건복지부, 2018).

마. 암관리종합계획

제3차 국가암관리종합계획은 전 국민을 암으로부터 보호하고 암 전 주기에 걸친 환자와 가족의 삶의 질 향상이라는 비전하에 암 발생률을 OECD 평균 수준으로 감소시키고 암 조기발견 및 생존률 증가, 암 생존자 및 말기암환자의 삶의 질 향상, 맞춤형 정밀의료 기반 구축을 목표로 제시하였다. 권역별 통합지지센터에서 지역 내 소아청소년암 생존자 대상 추적관리체계를 구축하고, 지역암센터는 예방사업, 치료 후 관리(생존자, 호스피스) 등 지역사회 연계 필요사업에 집중하며, 향후 교육사업은 보건소로 대폭 위임하고, 시도 중, 지역암센터가 없고 암 환자 자체 충족률이 낮은 지역을 대상으로 신규 지정을 검토하는 내용을 포함하였다(보건복지부 보도자료, 2016.9.8.).

제4차 암관리종합계획(2021~2025년)은 질 높은 암 데이터의 구축과 확산, 예방 가능한 암 발생 감소, 암 치료와 돌봄에서 격차 완화라는 목표하에 암 빅데이터 활성화, 암 예방·검진 고도화, 암 치료·대응 내실화, 균등한 암 관리 기반 구축이라는 네 가지 추진전략을 제시하였다. 균등한 암 관리 기반 구축과 관련해 지역암센터의 역량을 강화하고 권역 내 의료기관 간 진료 의뢰 전달체계를 구축하는 것을 제시하였다(보건복지부 보도자료, 2021.3.31.).

2. 의료

가. 공공보건의료계획 및 관련 계획

지방의료원 육성을 통한 공공의료 강화대책은 지방의료원의 공공의료 제공과 지역 거점병원 역할 강화를 위해 운영 효율화, 공익적 기능 평가 및 지원 체계화, 공공의료 지원체계 강화를 내용으로 담고 있다. 첫 번째 지방의료원의 운영 효율화와 관련해 기관장 평가제 도입, **지역주민과 전문가의 이사회 참여 확대**, **지원·관리 수준의 지자체 평가 반영** 등 지자체의 지도와 감독 강화 등을 담고 있다. 지방의료원의 공익적 기능 강화와 관련해 민간 영역과의 경쟁영역 축소, 시설·장비 지원 시 공익적 기능 우선 지원, 보호자 없는 병원 확대, 의료 질 제고로 의료 경쟁력을 강화하고자 하였다. 지방의료원 평가·지원 체계화와 관련해 의료인력 및 시설·장비 정보화를 지원하고 공익적 비용을 지원하며 마지막으로 공공의료 지원체계와 관련해 **국립대 병원-지방의료원-보건소 간 협력체계를 구축하여 기관별 역할 분담 및 환자 진료·협력을 강화**하고자 하였다(보건복지부 보도자료, 2013.10.31.).

공공보건의료 발전 종합대책은 필수증증의료 국가 책임 강화, 산모·어린이·장애인 의료서비스 확대, 지역공동체 기반의 건강관리 체계 강화를 목표로 지역 격차 해소를 위한 공공보건의료 책임성 강화, 필수 의료의 전 국민 보장 강화, 공공보건의료 인력 양성 및 역량 제고, 공공보건의료 거버넌스 구축이라는 4대 분야에서 12대 과제를 제시하였다. **시·도를 중심으로 선정된 권역 책임의료기관**이 권역 내 공공보건의료 전달 체계를 총괄하는 방향을 설정하였다. 이에 따라 권역 책임의료기관은 필수 의료의 기획과 연구, 의료인력의 파견과 교육 등을 책임지고 지역의료를 강화하며 역량 있는

종합병원급 공공병원 또는 민간병원을 **지역 책임의료기관으로 지정 및 육성**하여 필수 의료의 제공과 퇴원 환자의 지역사회 연계, 보건의료와 복지의 연계 등 공공보건의료 전달체계의 허브 역할을 하도록 하였다. 또한 **권역과 지역, 기초자치단체 간에 공공보건의료 협력체계를 구축하고 건강생활지원센터를 읍·면·동 단위로 설치**하여 지역공동체에 기반한 예방에 지속적인 건강관리를 확대하며 **보건소가 정책기획 등 지역 보건 컨트롤 타워 역할을 할 수 있도록 보건소의 역할을 강화**하는 방향을 제시하였다. 필수 의료 전 국민 보장을 위해 **중앙-권역-지역 심뇌혈관센터** 체계에 기반해 응급 시술, 재활, 퇴원 후 관리를 강화하고 **중앙-권역-지역 모자의료센터-출산연계지원센터**로 이어지는 전달 체계를 구축하며, **지역 장애인 보건의료지원센터**를 지정한다. 공공보건의료 인력 양성을 위해 **공공보건장학제**도를 운영하고 파견 의료인력의 인건비를 지급한다. 공공보건의료 거버넌스 구축을 위해 **시·도 공공보건의료위원회 설치 및 정책지원을 위한 공공보건의료지원단의 전국적 설치**를 유도하고 지역별 특성에 의료수요 대응 및 공공보건의료 정책 수립 등 **지방정부 역할 확대**를 위한 **시·도 조직·인력 기반을 강화**한다(보건복지부 보도자료, 2018.10.01., 보건복지부, 2018).

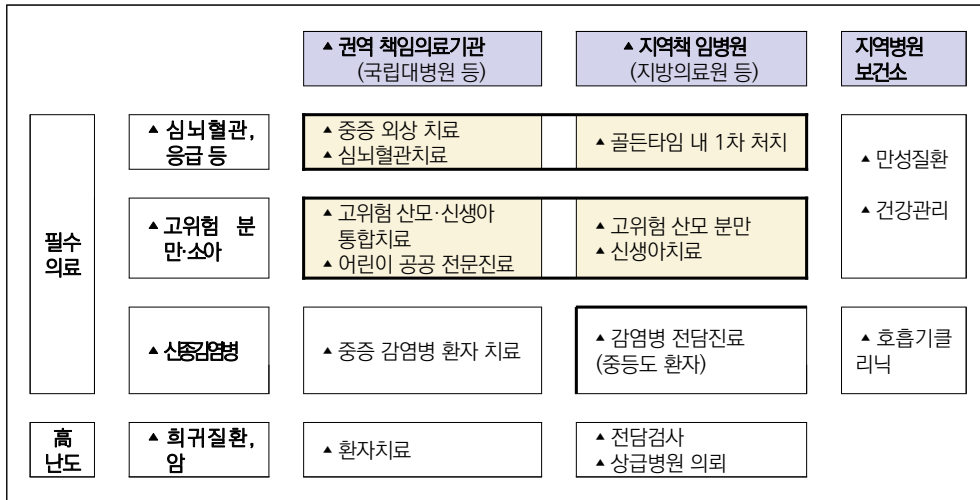
2018~2022년 응급의료기본계획은 2013~2017년 응급의료기본계획의 성과에도 불구하고 신속한 초기 대응 미흡, 응급의료기관 종별 역할·기능 구분 부재, 중앙정부 중심 응급의료체계를 한계로 지적하며 현장·이송 단계, 응급실 단계, 전문진료 단계, 응급의료 기반의 네 가지 영역에 걸쳐 20개 중점과제를 제시하였다. **지역 내 의료자원 등을 고려한 지역 맞춤형 이송지침 개발** 및 중증응급환자의 전원 수용률 제고를 위해 지역 특성을 반영한 **지역별 전원지침 마련**, **지역별 책임의료기관 육성 및 지자체, 소방, 의료기관 등 재난의료 협의체 구성**을 통한 취약·재난 응급의료지원 강화를 과제로 제시하였다. 전문진료 단계에서 **지자체, 119구급대, 응급의료기관(권역외상센터)** 등과 **연계한 지역 외상체계 구축**, 중앙-권역-지역 심뇌혈관센터로 연계되는 체계적 안전망 구축을 제시하였다. 응급의료 기반 분야의 과제로 **시·도 응급의료위원회 활성화** 등 지역 응급의료 거버넌스 확충, **지자체 예산 조정 및 집행 권한 강화와 지역 완결형 응급환자 대응지침 마련·운영**을 통한 **지방정부 중심 응급의료체계 구축**을 제시하였다(보건복지부 보도자료, 2018.12.27.).

민고 이용할 수 있는 지역의료 강화대책은 지역 간 의료서비스 접근성 격차 해소, 효율적인 의료체계 구축을 위해 민고 이용할 수 있는 의료자원 지정·육성, **지역의료기관 간**

협력적 거버넌스 구축, 중진료권 단위 정책관리 추진 등을 기본 방향으로 한 지역의료 강화대책을 마련하였다. 우선 지역의료 자원 육성을 위해 **지역 우수병원을 지정·육성** 하고 **전문병원을 활성화**하여 지역의료 서비스의 질을 제고하고 **의료자원 부족지역 공공병원 신·증축 및 기능보강, 지역 심뇌혈관질환센터 신규 지정, 응급의료자원 구축 및 취약지를 지원**하고 지역의료기관 전공의 정원 및 수련 확대, 인건비 지원 등을 통해 지역의료 인력을 **확충**한다. 지역의료 협력 활성화를 위해 권역 및 지역 책임의료기관을 지정하여 **지역의료의 책임성**을 제고하고 공공과 민간의 협력을 활성화하며 시·도 공공 보건 의료지원단 설치, 시·도 공공보건의료위원회 신설 등을 통해 시·도 정책역량 및 거버넌스를 강화한다(보건복지부 보도자료, 2019.11.11., 보건복지부, 2019a).

감염병 대응 및 지역 필수의료 지원을 위한 공공의료체계 강화 방안은 감염병에 대한 효과적인 대응 및 지역 필수의료 지원 등 공공의료체계를 완비하는 것을 목표로 공공 의료체계 강화, 필수의료인력 확충 및 지원, 지역완결적 의료여건 조성을 추진하였다. 첫 번째 분야인 공공의료체계 강화와 관련해 지방의료원 신·증축 지원을 통해 역량 있는 공공병원을 확대하고 필수의료 제공 및 공중보건 위기 시 감염병 치료 기능 보장 등 국립 대병원과 지방의료원의 역할 정립 및 진료 협력 등 연계를 강화하는 내용을 포함한다. 두 번째 분야인 필수의료 인력 확충·지원과 관련해서는 의정협의체 논의를 통해 **지역별, 분야별 필수의료 의사를 확충**하고 전공의 인력의 균등한 분포를 위해 신규 배정 **전공의 의 수도권 및 지방 배정 비율을 조정**하고 공공병원 정원 비율을 상향 조정하며 간호사 인력확보를 지원하는 내용이다. 세 번째 분야인 **지역완결적 의료여건 조성**과 관련해서는 70개 중진료권에서 필수의료 거점 역할을 수행할 수 있는 **지역책임병원 지정**을 제안 하였다. 이를 위해 공공성 및 진료역량을 갖춘 공공·민간병원을 전국적으로 확충하고 응급, 심뇌 등 필수의료 제공 의무화 및 지정요건에 감염병 병상 제공을 포함하여 공공 성을 강화하는 방향을 제시하였다. **지역 내 환자의뢰 수가 가산 및 분만, 소아 필수 의료 수가 개선**을 통해 지역 필수의료에 대한 보상을 강화한다. 시도와 협의를 통해 시도 공공의료 전담인력·전담부서 확대 및 「**시도 공공보건의료위원회**」를 구성하고 중앙에서 **지역사회 건강관리 성과 등을 평가**하여 주기적으로 공개하고, 평가결과에 따른 인센티브 부여 방안을 마련하는 내용을 담고 있다(보건복지부 보도자료, 2020.12.13., 관계부처 합동, 2020).

[그림 4-2] 권역-지역 책임병원-지역병원-보건소 간 연계 체계



자료: 관계부처 합동. (2020.12.13.). 감염병 효과적 대응 및 지역 필수의료 지원을 위한 공공의료체계 강화 방안. 보건복지부 보도자료. <http://mohw.go.kr/>에서 인출.

제2차 공공보건의료기본계획(2021~2025년)은 필수의료 제공 체계의 확충, 공공 보건의료의 역량 강화, 공공보건의료 제도의 기반 강화라는 3대 분야에서 11개 추진 과제를 제시하였다. 첫 번째 분야인 필수의료 제공 체계의 확충과 관련해서는 접근성, 인구규모, 행정구역 등을 고려해 17개 시·도(권역) 및 70개 진료권(지역)별로 공공적 역할을 하는 책임의료기관을 확충하고 의료자원이 부족한 지역에 적정 규모의 지역 공공병원을 확충한다는 계획을 발표했다. 또한 필수의료 보장을 위해 국립대학병원, 지역 공공병원, 특수 공공병원, 보건소 등 공공보건의료기관별 역할을 정립한다고 하였다. 또한 지역완결적 필수 중증의료 보장을 위해 응급의료와 함께 심뇌혈관질환 등을 위한 중증·응급 지역기반 대응 체계를 마련하고 지역별 암 치료·돌봄을 강화하고 의료 취약지 지원을 강화한다고 하였다. 공중보건위기 대응과 관련해 감염병 대응 의료체계를 고도화하고 지역기반 감염병 대응 협력 체계를 구축한다고 하였다(보건복지부 보도자료, 2021.6.2.).

〈표 4-7〉 필수의료 보장을 위한 공공보건의료기관별 역할 정립

제공 기관		역할 및 기능	
국립병원	국립중앙의료원, 국립암센터, 국립 정신건강센터 등	필수의료 중앙센터, 정책지원, 교육·연구, 임상·진료 등	
		평시	감염병 위기 시
국립대학병원	권역 책임의료기관	중증환자 진료 (최고난도)	권역 감염병전문병원 협력, 중환자 진료
지역 공공병원	지역 책임의료기관	중증응급환자 (고난도)	중등도~중환자 진료
특수 공공병원	군, 산재, 보훈, 원자력, 법무, 경찰, 교통 재할 병원 등	확장된 특수 공공의료	특수 환자 감염 보호, 감염병 대응 참여 등
보건소	지역사회 건강관리기관	건강관리 중점	관할 내 감염병 총괄 대응

자료: 보건복지부 (2021.6.2.) 제2차 공공보건의료기본계획(2021~2025). <http://mohw.go.kr>에서 인출. p.16.

공공보건의료 역량 강화와 관련해 우선 의사, 간호 인력 등 공공보건의료 인력 확충 및 지원을 강화하고 공공의료기관의 운영을 개선하고 역량을 강화한다고 하였다. 마지막으로 공공보건의료 제도 기반 강화와 관련해 국가 공공보건의료 정책을 전문적으로 심의·조정하는 공공보건의료정책심의위원회를 설치·운영하는 것과 함께, **시·도 공공보건의료위원회를 운영하고 시도 공공보건의료지원단을 확대, 강화**한다고 하였다. 이와 함께 **권역·지역 책임의료기관을 지정해 필수의료 제공·연계·조정 기능을 수행하도록 하고, 권역 책임의료기관을 중심으로 필수중증의료 병원 전 단계 네트워크를 구성·운영**하고 정신, 재활, 모자, 생애 말기 돌봄, 지역사회 돌봄 등 **협력 모형을 단계적으로 개발·확대**한다고 하였다(보건복지부 보도자료, 2021.6.2.).

나. 일차의료 만성질환관리 사업 및 관련 계획

만성질환의 체계적 관리를 위한 **선택의원제 도입계획**은 동네의원에서 만성질환을 체계적으로 관리받을 수 있는 제도적 기반을 마련하기 위해 만성질환 환자(고혈압·당뇨)가 자신이 정한 동네의원을 이용하는 경우 진찰료 감면(현행 30% → 20%) 및 건강지원서비스를 제공하고 ‘동네의원’에게는 환자관리 노력에 대한 보상과 성과 인센티브를 제공하는 것을 내용으로 한다(보건복지부 보도자료, 2011.09.08.).

지역사회 일차의료 시범사업 추진계획은 의원급 의료기관이 환자에게 충분한 상담과

지원을 제공할 수 있는 시스템을 마련하기 위한 시범사업 내용을 담고 있는데 환자의 평소 건강관리 상황 점검 등을 위해 간호사, 영양사 등 전문인력을 배치하는 내용을 포함한다(보건복지부 보도자료, 2013.11.19.).

다. 응급의료기본계획 및 관련 계획

2013~2017 **응급의료기본계획**은 예방 가능한 외상사망률 감소, 심정지 생존퇴원을 개선, 적정시간 내 중증응급환자 최종치료기관 도착 비율 개선을 목표로 하였다. 이를 위해 우선, 응급의료 제공 체계의 다양화와 기능 중심 개편을 통해 수요에 맞는 응급 의료서비스 이용을 보장하고, 둘째, 골든타임 내 최종치료 보장을 위해 중증외상, 심·뇌혈관질환, 심정지 등 중증응급질환에 대한 대처 능력을 강화하며, 셋째, 농어촌, 취약 계층 등을 포함하여 모두에게 응급의료서비스를 차별 없이 제공하는 것을 정책 추진방향으로 제시하였다. 또한 현장-이송-병원치료 단계별로 총 48개 세부 실행과제를 마련하였다. 우선 이송단계에서 지역 내 응급의학과 전문의를 통한 119구급대 의료 지도, 지역 내 환자 이송 네트워크 및 병원 간 전원 컨트롤타워 구축, 응급의료 취약 지역 환자 이송체계를 강화하고자 하였다. 병원 치료 단계에서 기능 중심으로 응급의료기관 개편, 지역별 지정·관리 강화, 군 소재 지역 응급의료기관의 24시간 응급실 운영 지원 확대 및 **취약지역의 보건소, 보건지소 등의 응급 대응 역량 강화**, 의사·간호사 인력 파견 등을 통한 농어촌 응급의료제공체계 마련을 과제로 제시하였다. 또한 **권역·지역외상센터 지정 등 전국적 외상 전달체계를 구축**하고 지역 내 심뇌혈관질환 예방·재발 방지·급성기 치료·조기 재활로 연계되는 통합관리 제공, 지역 내 순환 당직 제도 등 응급수술·시술/분만 지역 네트워크를 운영하는 내용을 포함하였다. 마지막으로 응급의료 발전기반 구축을 위해 **지역응급의료위원회 활성화, 지역응급의료시행계획 운용, 행안부 평가에 응급의료 평가지표 반영 등 지자체의 응급의료정책 평가 강화**, 지자체 응급의료인력 교육 도입 등 지자체의 응급의료관리를 강화하고 지역별 응급의료정보센터를 운영하고자 하였다(보건복지부, 2013, 보건복지부 보도자료, 2013.02.14.).

응급의료 제도개선 추진계획은 전북대병원에서 발생한 중증외상 소아환자 사망사건에 대한 후속 제도개선 방안으로 마련되었는데, 권역 응급의료센터가 권역 내 중증응급 환자를 책임지고 치료하되, 부적절한 전원을 줄이기 위해 응급환자 전원 기준을 마련

하고 효율적인 전원을 위해 응급환자 전원지원 정보시스템을 마련하는 내용을 담고 있다 (보건복지부 보도자료, 2016.12.27.).

응급의료체계 개선 실행계획은 ‘**지역완결형 응급의료**’, ‘**증증도에 따른 합리적 이용**’이라는 두 가지 핵심 정책 방향을 설정하였다. 우선 현장·이송 단계에서 병원 전 단계 환자평가와 증증도 분류체계 개선, **지역단위 이송체계 마련**, 적정 병원 이송 관리체계를 확립하고 병원 단계에서 증증응급환자 대응 역량 강화, 증증환자 병원 간 전원체계 구축, 응급의료기관의 감염병 위기대응 역량을 강화하는 것을 그 내용으로 한다. 또한 응급의료기반단계에서 **지역 응급의료 거버넌스 강화 및 지역완결적 응급의료체계 지원**을 위한 중앙지원조직 강화를 추진하였다. 지역보건의료와 관련된 내용을 구체적으로 살펴보면 현장·이송 단계 과제로 **지역별 응급의료 자원 및 환경에 맞는 이송지침 마련 및 이송 적절성을 평가**하고, 병원 단계에서 전국 어디서든 증증응급환자 신속 대응이 가능하도록 **70개 중진료권별로 1개소 이상 증증응급의료센터 지정·운영**하고 **주요 응급질환별 지역 내 책임진료기관 지정** 및 지역 내 최종치료가 불가능한 질환군은 인접 지역과의 진료네트워크 구축 등 **증증응급질환에 대한 지역 완결형 책임 진료체계를 구축**하는 내용을 포함했다. 또한 **지역별 여건에 맞는 병원 간 전원체계 구축**을 위해 지역 유형별(대도시, 중소도시, 취약지 등) 다양한 전원수단에 대한 시범사업을 추진하고 감염병 위기 대응 역량 강화를 위해 **지자체 여건에 맞게 증증응급진료센터에 대한 추가지정**을 검토하는 내용을 담고 있다. 응급의료 기반 강화 과제로 지역 응급의료 자원조사 및 이송체계 마련 등 **시·도 응급의료위원회의 기능을 확대**하고 응급의료 질 관리, 정책개발 및 실무지원을 위한 **시·도 응급의료지원단을 신설**하며 **지역응급의료 시행계획을 구체화**하고 자치단체에 **시·도 응급의료위원회 지원 및 지역 응급의료정책 추진 등을 위한 응급의료 전담팀을 설치**하는 등의 내용을 담고 있다. 또한 지역 응급의료 거버넌스의 성과 평가를 위해 **지역응급의료 역량지수를 개발, 공표**하겠다고 밝혔고 지역완결적 응급의료 체계 지원을 위해 핵심 정책지원기관으로 중앙응급의료센터를 재정립하고 중앙응급의료위원회의 전문성을 강화하겠다고 밝혔다(보건복지부 보도자료, 2021.02.18.).

라. 그 외

의료기관 기능 재정립 기본계획은 대형병원으로의 환자쏠림은 커지는 반면 동네 의원의 역할은 위축되는 상황에서 적절한 비용으로 양질의 의료서비스를 제공하기 위해 의원-병원-대형병원 간 역할을 분담하고자 하였다. 의원은 경증 및 만성질환 외래환자 중심으로 포괄적이고 지속적인 의료서비스를 제공하여 일차의료 서비스의 질을 제고 하고, 병원은 입원 중심으로 질환별로 전문화하는 한편, 의료취약지역에서는 지역거점 화를 통해 지역의 중심병원으로 육성하고, 대형병원은 중증질환자에 대한 진료기능과 함께 교육 및 연구기능을 대폭 강화하는 것이 기본골격이다. 지역보건의료와 관련된 내용을 구체적으로 살펴보면 우선 병원의 전문화 및 지역의료 지원 분야에서 자원분포와 이용행태를 기초로 한 **의료권 설정 및 의료취약지 고시, 국립대학병원과 인력교류, 수가 우대(가산)조치 등 행정적, 재정적 지원을 통하여 의료취약지 소재 병원을 거점 의료기관으로 육성**하는 내용을 담고 있다. 또한 영세성, 경영난 등 기존의 한계와 문제점 들을 극복하기 위하여 기관 간 인력교류, 시설·장비 활용, 환자 의뢰회송이 원활한 개방 형, 취약지 의원을 지원하는 지역중심형 등 다양한 모형을 활성화하는 내용을 담고 있다. 대형병원 기능의 고도화 분야에서 상급종합병원 지정기준 개편안 마련 시 **지역별 균형을 유도할 수 있는 기준을 추가 검토하는 내용을 포함**하였다. 의료자원관리체계 선진화 분야에서 지역별·종별 수요분석을 토대로 체계적인 병상 수급계획을 마련하는 내용을 담고 있다(보건복지부 보도자료, 2011.3.17., 보건복지부, 2011).

필수의료서비스 개선 방안은 중증응급환자에 대한 적절한 치료 강화, 취약지 응급의료 지원, 소아경증환자를 위한 야간 의료기관 개설 확대 유도과 함께 산모·신생아를 위한 안정적 분만진료체계 구축을 그 내용으로 한다. 지역보건의료와 관련된 내용을 구체적 으로 살펴보면 우선 응급의료서비스 개선 방안으로 **농어촌 취약지 소재 응급의료기관에 대한 운영비 지원을 확대하고 인력 기준을 현실화**하여 군지역에 24시간 응급의료서 비스를 제공할 수 있는 의료기관을 최소 1개 보장한다는 내용을 담고 있다. 안정적 분만 진료체계 구축을 위해 **취약지역에 분만산부인과 설치 지원을 확대**하고 분만산부인과 운영이 어려운 지역에 대해서는 외래진료 산부인과 설치를 지원하며 분만 건수가 적어 병원 운영이 어려운 산부인과는 가산을 적용하고 그 외 분만취약지 산모 이송을 지원 한다는 내용을 담고 있다. 또한 지역별로 고위험분만 통합치료센터를 설치하여 고위험

임산부·신생아를 통합적으로 지원하며 접근성 측면에서 신생아집중치료실을 지속적으로 확충한다는 내용을 담고 있다(보건복지부 보도자료, 2012.11.30.).

의료전달체계 개선 단기대책은 의료기관 종류별 역할 및 기능의 미분화와 서울, 수도권으로의 자원 집중 문제를 해소하기 위해 마련되었다. 상급종합병원이 중증환자 위주로 진료하도록 평가 및 보상 방식을 개선하고 의뢰 및 회송 활성화, 지역의료 역량 강화를 주요 내용으로 한다. 마지막 내용인 지역의료 역량 강화는 지역에서 포괄적인 서비스를 충실히 제공할 수 있는 종합병원을 **지역우수병원으로 지정**하는 것과 함께, 전문병원 지정·평가 제도 내실화, 동네의원의 일차의료 기능을 강화하는 것과 함께 지역 내 필수의료 연계 및 조정 체계를 마련하는 것으로 **지역 내 필수의료(중증입원, 응급, 심뇌혈관 등) 제공·연계의 구심점으로 지역책임의료기관을 지정**하고 이를 중심으로 **지역단위 필수의료 협력체계를 구축**하는 내용을 포함한다. 또한 17개 권역(시도) 국립 대학병원 등을 권역책임의료기관으로 지정하여 지역별 협의체의 총괄·조정, 고난도 필수의료 연계를 위한 협력체계를 구축하는 것을 제안하였다. 단기대책은 추가로 경증·중증치료 후 관리 환자의 지역 병·의원 회송을 활성화하는 내용을 담고 있는데 다만 여기에서의 지역은 상급종합병원과 대비되는 의미로 지역의료기관이라는 용어를 사용하고 있다(보건복지부 보도자료, 2019.09.04., 보건복지부, 2019b).

3. 돌봄

가. 장기요양기본계획

증가하는 요양수요의 안정적 흡수와 서비스의 질적 수준 향상을 위해 장기요양기본계획을 수립하였는데 **제1차 장기요양기본계획(2013~2017년)**은 장기요양보험 보장성 확대, 다양하고 질 높은 서비스 제공, 전달체계의 효율성 강화, 믿을 수 있는 재정관리 체계 확립이라는 4가지 분야에서 주요 과제들을 제시하였다. 전달체계의 효율성 강화 측면에서 **서비스 소외 지역을 중심으로 재가 인프라 확충**에 정책적 우선순위를 두고 지자체, 보험자를 통한 공공인프라의 단계적 확대를 과제로 제시하였다(보건복지부 보도자료, 2012.9.26.).

제2차 장기요양기본계획(2018~2022년)은 제1차 계획에 이어 지속적으로 장기요양

보험 보장성을 확대하는 것과 함께 지역사회 돌봄 강화, 장기요양서비스 인프라 조성, 재정운영위원회 신설 등을 통해 장기요양의 지속가능성을 담보하는 내용으로 구성되었다. 지역사회 거주를 지원하는 통합적 요양서비스 이용 지원이 미흡하고 장기요양기관의 지역 분포 불균형 문제 및 공공인프라 부족 등이 문제로 지적되었다. 이에 따라 신규수급자 및 재가수급자의 기능상태와 욕구조사에 기반해 서비스 이용을 안내하고, 지속적인 모니터링을 통해 **필요한 서비스를 연계하는 케어매니지먼트를 도입**하는 방향을 제시하였다. 또한 중장기적으로는 치매안심센터, 읍·면·동 주민센터 등 **지역사회 내 사례관리 및 자원을 전달할 수 있는 체제와 연계하는 방향**을 제시하였다. 또한 복지부가 장기 요양수요를 반영하여 **지역별 적정기관 및 인력수급 정책 방향**을 제시하고 지자체는 **지역사회보장계획과 연동하여 기관인력 확보에 관한 지자체별 목표와 수급 계획을 수립**하고, 지역 내 수급 여건(인정자 수 대비 과잉공급 등)을 고려하여 기관 개설 허용을 유도하도록 하였다(보건복지부, 2018).

나. 치매관리종합계획 및 관련 계획

제2차 국가치매관리종합계획(2013~2015년)은 치매 조기발견 및 예방 강화, 맞춤형 치료 및 보호 강화, 효과적 치매 관리를 위한 인프라 확충, 가족지원 강화 및 사회적 인식 개선의 4가지 분야에서 12개 과제를 제시하였다. 조기발견 및 예방 강화와 관련해서는 **자치단체별 건강프로그램을 활성화**하는 것을 제시하였고, 인프라 확충과 관련해서는 **권역치매센터**를 단계적으로 확대하여 **지역 여건에 적합한 서비스 모델 개발**, 인력관리·교육, 기술지원, 의료서비스 제공, 보건소 치매관리사업 평가를 담당하도록 하였다. 또한 **지역치매센터**는 치매환자 방문·사례관리를 시행하고 보건소, 지역사회 복지 협의체 및 희망복지지원단과 연계하여 민간기관, 민간자원이 초기 치매환자 관리 등에 활용될 수 있도록 **지역사회 네트워크를 구성·운영**하게 하였다(보건복지부 보도자료, 2012.07.30.).

제3차 국가치매관리종합계획(2016~2020년)은 **지역사회 중심 치매 예방·관리**, 치매진단·치료·돌봄 통합 제공, 치매환자 가족지원 확대, 치매연구통계 등 인프라 확충이라는 추진전략을 제시하였다. 지역사회 중심 치매 예방·관리와 관련해서는 치매노인이 살기 좋은 환경을 조성하는 지자체에 대한 **‘치매안심마을’ 지정**을 제시하였다. 그 외

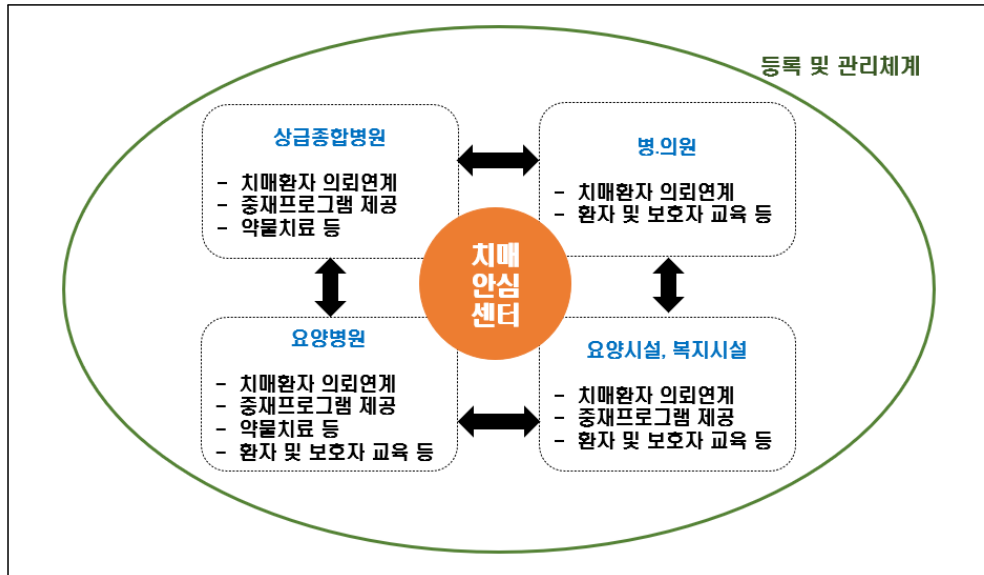
대부분은 건강보험 보장성 확대를 통한 치매환자 및 치매가족의 의료서비스 접근성을 개선하는 내용이다(보건복지부, 2015).

치매국가책임제추진계획은 “치매어르신과 가족의 부담을 국가가 책임진다”는 목표 하에 치매노인등록관리시스템 등에 기반해 맞춤형 사례관리를 진행하고, 치매 노인에 대한 장기요양서비스 확대, 치매안심요양병원 설치 등을 통해 의료 지원을 강화하고자 하였다. 또한 중증 치매환자의 본인부담률 인하 등 의료비·요양비 부담을 완화하고, 노인 복지관을 통한 인지건강 프로그램 제공 등 치매예방 및 치매친화적 환경을 조성하고자 하였다. 이에 따라 **전국 252개 보건소에 치매안심센터를 설치하고 노인복지관에 치매 예방 프로그램**을 제공하는 것을 계획하였다(보건복지부 보도자료, 2017.09.18.).

제4차 국가치매관리종합계획(2021~2025년)(2020.09.25.)은 치매환자의 재가 생활을 지원하는 서비스 미흡, 치료·돌봄인프라의 양적 부족 및 접근성 문제, 서비스의 질 개선 및 맞춤형 서비스 제공 필요성이라는 배경하에 치매 관련 정책 기반을 강화하고 전문화된 치매관리와 돌봄을 제공하고자 하였다. 이에 따라 우선 치매관리 전달 체계를 효율화하고, 치매관리 공급기반을 전문화하고 확대하며, 초고령사회에 대응한 치매 연구 및 기술개발에 대한 지원을 확대하고, 치매환자도 함께 살기 좋은 환경을 조성하는 방향을 제시하였다. 다음으로 치매 예방 및 관리에 있어서는 선제적인 접근을 강화하며, 치매 환자에게 초기에 집중적인 치료를 제공하며, **치매돌봄을 위한 지역사회 관리 및 역량을 강화**하고, 치매환자 가족의 부담을 낮추기 위한 지원 확대를 제시하였다. 주민센터와의 협력을 통해 취약 독거노인을 파악하고 치매안심센터를 통해서 고위험 군 대상자 관리 및 치매 조기검진과 예방관리 서비스를 실시하며 보건소 방문건강관리 사업과 연계하여 인지저하가 의심되는 65세 이상 어르신 및 건강취약계층을 치매안심센터로 안내하도록 하였다. 또한 치매안심센터와 지역 병·의원과의 협력을 통해 고위험 기저질환자(고혈압, 고지혈증, 심·뇌혈관질환자 등)에 대한 치매검진을 안내하도록 하였다. **지역사회 관리 및 역량 강화 차원**에서는 치매안심센터에서 운영 중인 **지역사회 협의체의 참석 범위 확대 및 개최 횟수 증가** 등을 통해 강화하고 **지역사회보장계획·지역보건의료계획 등 시·군·구 단위 계획 수립 시 치매관리 주요 내용을 반영**토록 하여, 유관 계획 간 연계성을 강화하도록 하였다. 치매관리 시행계획 수립 관련 정책 개발 지원 등을 위해 **광역치매센터의 지역치매관리 조정 기능을 강화**하고 치매안심센터의 총괄 코디네이터 역할을 강화하도록 하였다. 또한 중증도별 치매환자 및 유관기관 현황 등

지역 특성을 반영한 치매환자 연계체계를 구축할 수 있도록 지역사회 연계 가이드라인을 개발·보급하기로 하였다(보건복지부, 2020a).

[그림 4-4] 치매안심센터를 중심으로 한 관련 지역사회 자원 연계



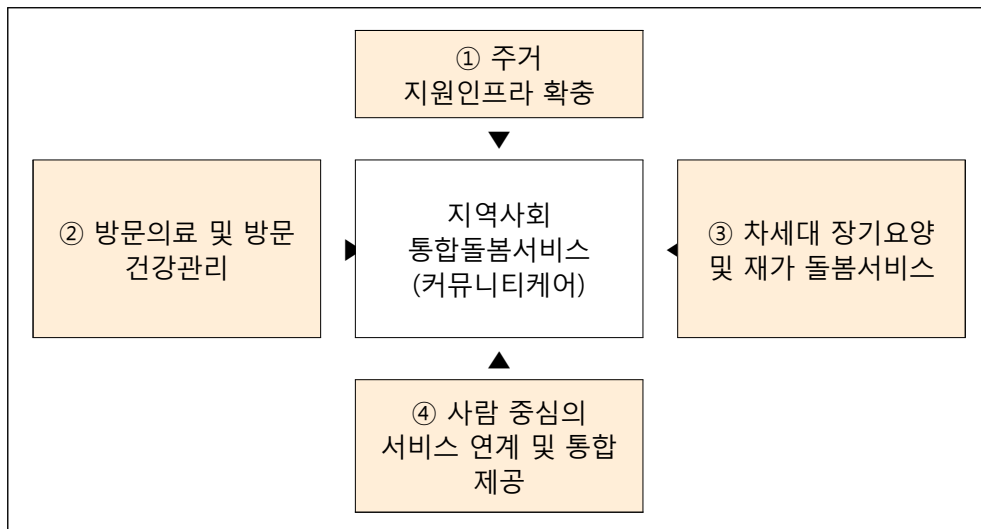
자료: 보건복지부, (2020a). 제4차(‘21~’25) 치매관리종합계획, <http://mohw.go.kr>에서 2022.10.20. 인출, p.33.

다. 지역사회 통합돌봄

지역사회통합돌봄기본계획(1단계: 노인 커뮤니티케어)은 노인이 살던 곳에서 건강한 노후를 보낼 수 있도록 주거, 의료·요양·돌봄 서비스를 획기적으로 개선해야 한다는 문제의식으로 시작되었다. 2018~2022년 동안 모형개발을 위한 선도사업을 계획하였는데, ‘주민건강센터’의 보건지소 기능 전환 및 ‘건강생활지원센터(현재 66개)’ 확충 등을 통해 건강이 불안한 노인의 집으로 찾아가 생활습관 및 만성질환을 관리하는 방문 건강서비스를 대폭 확충하고 병원에 ‘지역연계실’(의사, 간호사, 사회복지사 등 협업)을 설치·운영하여 퇴원계획 수립과 돌봄 자원을 연결하여 퇴원 환자의 원활한 지역 복귀를 지원하고자 하였다(보건복지부 보도자료, 2018.11.20). 이어서 발표된 **지역사회통합돌봄(커뮤니티케어) 선도사업 추진계획**은 2019년 6월부터 2년 간 8개 지자체에서 선도사업 계획을 발표하였다. 읍·면·동에 케어안내창구를 설치하여 기초육구 조사, 서비스

정보 통합 안내, 서비스 신청 접수·대행 등을 실시하고 시·군·구 단위로 보건소, 지역 사회보장협의체 등과 함께 대상자에 대한 종합적 욕구 사정, 심층 사례관리 및 서비스 연계 등 지역케어회의를 진행하되 지자체가 지역 실정에 맞추어 사업계획과 모형을 제시 하도록 하였다. 한편으로는 행안부 주민자치형 공공서비스 구축사업과 연계하고 지역 사회 복지자원 네트워크화 등을 통해 지역사회 통합돌봄을 위한 환경을 조성하고자 하였다(보건복지부 보도자료, 2019.01.10).

[그림 4-5] 지역사회통합돌봄서비스의 4대 핵심 요소



자료: 보건복지부 (2018.11.20.) 어르신이 살던 곳에서 건강한 노후를 보낸다. 「지역사회통합돌봄 기본계획(1단계 : 노인 커뮤니티케어)」발표. <http://mohw.go.kr>에서 인출. p.1.

통합돌봄서비스 ‘노인맞춤돌봄서비스’는 기존의 노인돌봄 기본·종합서비스, 단기가사 서비스 등 6종의 사업을 통합하여 저소득 및 돌봄이 필요한 노인 45만 명에게 서비스를 제공하는 방향을 수립하였다. 과거 이용자가 하나의 서비스만을 이용할 수 있었던 것을 개선하여 개인별 필요에 따라 다양한 서비스를 이용할 수 있게 하였고, 또한 서비스 이용 접근성 개선을 위해 지방자치단체의 책임을 강화하고 지자체가 노인인구, 면적 등을 고려한 생활권역별 1개의 수행기관을 선정하도록(전국 647개) 하였다(보건복지부 보도자료, 2020.01.02.).

라. 사회보장기본계획

제1차 사회보장기본계획(2014~2018년)은 생애주기별 맞춤형 사회안전망 구축, 일을 통한 자립 지원, 지속 가능한 사회보장기반 구축이라는 목표하에 생애주기별 맞춤형 사회안전망을 구축하고자 하였다. 맞춤형 사회안전망 구축과 관련해 **분만취약지역에 대한 의료지원**을 강화하고 학교-지역사회와 연계·협력하여 자살 고위험 청소년의 조기발견 및 치료를 지원하며 지역아동센터 및 드림스타트 등 아동복지 인프라를 전국적으로 확충하여 접근성을 제고하고자 하였다. 또한 **보건소 기능을 질병예방 및 지역사회 건강증진 중심으로 개편**하고, 지자체 건강증진 포괄보조금을 확대하여 보건소 하부기관이 없는 도시지역에 **‘건강생활지원센터’**를 설치할 것을 제안하였다(지역보건법 개정). 중독 예방 및 통합적 관리를 위해 알코올상담센터를 지역거점 통합관리지원센터로 기능 전환하고 지역사회 중독 상담·재활 기관 간 연계를 강화하는 것을 제안했다. 또한 일차의료센터를 통한 지역사회 건강서비스 연계, **지역 간 의료이용 격차 해소를 위한 지역별 필수의료서비스 제공 거점의료기관을 육성**, 응급의료안전망 구축을 제안했다. 표준화된 치매관리사업 추진을 위한 **지역사회의 치매관리 인프라 확충** 및 관련 기관 간 유기적 연계체계 구축을 제안했고 지역 정신건강증진센터 연계 등 지역사회 기반의 노인 자살예방체계를 구축할 것을 제안했다(관계부처합동, 2014).

지속 가능한 사회보장기반을 구축하기 위해 사회복지 예산 관련 지방재정 규모는 증가하였으나 재정자율성과 건전성이 지속적으로 악화함에 따라 **지방소비세 전환율을 단계적으로 확대하여 지방의 자주재원을 확충**하고 지방세 체계를 취득세 중심에서 지방소비세, 지방소득세 중심으로 전환하여 지방재정을 확충하고 장애인·정신·노인양로 시설 등 지자체 부담이 큰 지방이양사업을 국고보조사업으로 전환하며 관계 부처·지자체 협의, 사회적 공감대 형성 등을 통해 중앙과 지방간의 기능을 재조정한다고 하였다. 또한 **동 주민센터의 복지허브화를 추진**하고 **본청과 읍·면·동 간·지역 간 복지공무원 편차를 감안한 인력확충 및 배치방안을 마련**하고 지역사회복지협의체를 보건·복지 외에 고용·주거·교육 등도 협력기반을 만들어갈 수 있도록 참여를 확대하고 사회복지관, 일선 전담 공무원 등 지역사회기반 조직을 중심으로 사회서비스 전달체계를 재조직화하는 것을 제안하였다(관계부처합동, 2014).

제 2차 사회보장기본계획(2019~2023년)은 “국민 모두가 함께 잘사는 포용사회”를

장기비전으로, 향후 5년간 사회보장제도의 기본원칙으로 첫째, 모든 국민의 기본생활에 대한 포괄적·보편적 보장, 둘째, 지역사회 중심의 통합돌봄체제로 서비스 이용체계의 패러다임 재정립, 셋째, 영역별·대상별로 분절 또는 중복되어있는 사회보장제도의 연계 및 조정 강화를 통한 제도의 효과성과 효율성 강화를 제시하였다. 우선 건강분야에서는 건강보험 보장성 강화 및 건강보장의 지속가능성 제고와 함께 필수의료 보장, 예방적 건강관리 체계 구축을 제안하였다. 필수의료 보장과 관련해 **권역별·지역별 책임의료 기관 지정 및 확충, 지역별 심뇌혈관질환센터 지정, 분만취약지 지원 강화** 등을 통해 **지역 간 필수의료 격차를 해소**할 것을 제안하였다. 예방적 건강관리체계 구축과 관련해서는 **지역사회에 기반한 보건소 중심의 예방 및 건강증진사업을 확대**하고, **보건지소 기능 재정립 및 건강생활지원센터 확충**을 통해 **지역별 정신건강인프라를 확충**할 것을 제안하였다. 사회서비스 분야에서는 생애주기별, 대상별 사회서비스 확충, 지역사회 중심 서비스 보장체계 구축 등을 제안하였다. 지역사회 중심 서비스 보장체계 구축과 관련해서는 **지역사회 통합돌봄 모델 개발 및 인프라를 확충**하고 **병원과 지역(읍·면·동)이 협력하여 보건의료-돌봄·요양서비스를 연계**하여 제공할 것을 제안하였다. 추진 기반과 관련해서는 부처 간 사업을 연계하고 중복되는 부분을 조정하는 **정책조정 거버넌스를 강화**하고, 사회보장 서비스 이용의 연계성을 강화할 것을 제시하였다. 이와 함께 주민참여를 통한 가구 방문, 찾아가는 보건·복지서비스 확대 등을 통해서 **지역사회 중심의 능동적 위기발굴 체계를 구축**하고, **읍·면·동이 지역사회 서비스를 종합적으로 안내**할 수 있도록 기능을 강화하고, **‘공공센터’ 간 연계**를 강화하고 **지역 거점기관을 구축**할 것을 제안하였다(보건복지부 보도자료, 2019.02.12.).

제3절 소결

본 장에서는 보건, 의료, 돌봄 영역 관련 법령에서 정하고 있는 중앙정부와 시·도, 시·군·구의 역할과 함께 법령 간 연계 규정을 살펴보았다. 또한 주요 법정계획 및 보도 자료를 검토함으로써 지역보건의료와 관련한 최근의 논의를 살펴보았다.

법령 검토 결과 법정계획과 관련해 수립 주체로 시·도, 시·군·구를 정하고 있는 법령은 감염병예방법, 구강보건법, 국민건강증진법, 노인장기요양보험법, 노인복지법, 모자

보건법, 사회보장기본법, 사회서비스원법, 암관리법, 정신건강복지법, 지역보건법, 한의약육성법이었다. 수립 주체로 중앙정부 외 시·도만 포함하고 있는 법령은 공공보건 의료에 관한 법률, 보건의료인력지원법, 응급의료에 관한 법률, 의료법, 자살예방법, 장애인복지법이고, 중앙정부 외 시·군·구만 수립 주체로 정하고 있는 법령은 국민영양관리법이었다. 보건의료 영역으로 국한하면 예방 및 건강증진, 돌봄과 관련된 법령의 경우 전반적으로 시·군·구 단위까지 그 역할을 정하고 있으나, 의료시설 및 인력 등과 관련되면 중앙정부와 시·도를 그 주체로 정하고 있었다.

법령 간 연계에 관한 규정을 검토한 결과 우선 보건과 의료 영역에서 보건의료기본법은 다른 보건의료 영역의 법들과 연계된 상위법적인 특성을 가졌다. 이는 다음과 같이 확인할 수 있는데, 공공보건의료법, 보건의료인력지원법, 의료법은 각 법령에 따라 수립하는 법정계획이 보건의료발전계획(보건의료기본법)과 연계해야 한다고 밝히고 있었다. 다른 한편으로는 지역보건의료계획을 보건의료발전계획에 연계하여 수립·시행할 것을 규정하고 있었다. 따라서 상위법적인 특성을 가진 보건의료기본법에서 정하고 있는 보건의료발전계획의 수립이 장시간 지연되는 것은 전체 보건의료영역이 상호 연계하여 일관된 역할 수행을 어렵게 할 것으로 예상할 수 있다.

다음으로 사회보장기본법이 보건, 의료, 돌봄을 망라한 상위법으로 볼 수 있는데 사회보장급여법과 사회보장기본법은 상호연계를 규정하고 있었고 지역보건법은 사회보장기본계획과 연계할 것을 정하고 있었다. 하지만 보건의료 영역을 망라하며 상위법적인 특성을 갖는 보건의료기본법은 사회보장기본법과의 연계규정이 있지 않았다. 규정이 존재한다고 각 영역의 상호연계 및 협력이 원활하다고 판단하기는 어렵겠지만 법령에조차 규정되지 않은 상황에서 각 법령과 관련된 사업들이 연계 및 협력을 통해 이뤄지기를 기대하기는 어렵다. 한편 이외에도 노인장기요양보험법, 치매관리법, 모자보건법, 구강보건법 등도 법령 간 연계를 정하고 있지 않았다.

마지막으로 지역보건법은 보건, 의료, 돌봄 영역의 법령들과 다소 폭넓게 연계되어 있었다. 보건, 의료, 돌봄 영역을 망라하는 사회보장기본법, 보건의료 영역의 실질적인 상위법인 보건의료기본법과 함께 심뇌혈관질환법, 암관리법 등과 연계되어 있었으며 국민건강증진법, 사회보장급여법과도 연계되어 있었다.

한편 각 법령 간 연계를 살펴본 결과 관련된 법과의 연계 조항이 미비한 것으로 나타났다. 대체로 하위법에서 상위법으로 연계를 정하고 있으나 그렇지 않은 경우도 많았다.

또한 다른 법령과의 연계에 관한 내용을 포함하고 있지 않은 경우도 많았다. 이는 법령 제정 과정에서 다른 법과의 관계가 충분히 검토되었는지 의문을 갖게 하는 부분이다. 서비스의 통합과 연계의 중요성이 강조되고 있음을 고려한다면 법령에서도 관련한 내용을 검토할 필요가 있을 것이다.

보건복지부 보도자료 등을 통해 최근 10년간 주요 정책 검토함으로써 보건, 의료, 돌봄 정책에서 지역의 역할이 어떻게 인식되고 있는지를 살펴보고자 했다. 분석 결과 지방정부 혹은 지역보건의료체계가 강조된 것은 최근 들어서인 것으로, ‘지역사회 중심’, ‘지역기반’이라는 용어는 2010년대 초반에도 사용되었지만, 대개의 경우 수식어 성격이 강했고 정책 이행의 거버넌스 차원에서 시·도 혹은 시·군·구 지방정부를 포함하고 있지는 않았다. 예를 들어 우선 2011년에 발표된 제3차 국민건강증진종합계획은 지역사회 교육 홍보, 지역사회 중심의 관절염 관리 사업 등을 제시하고 있지만, 시·도 혹은 시·군·구 단위 주체 혹은 거버넌스가 분명하지 않고, 제4차 국민건강증진종합계획에서는 알코올 문제에 관한 지방자치단체의 지역 책임성 구현, 지역사회협의체 구성·운영 등을 포함하고 있다. 또한 의료와 관련된 정책들에서 지역은 2010년 초반까지는 주로 분만, 의료취약지와 관련되어 있었다. 2021년에 수립된 응급의료체계 개선 실행계획은 지역완결형 응급의료를 강조하고 있었다. 또한 제2차 공공보건의료기본계획(2021)은 시·도 단위 공공보건의료위원회를 비롯해 권역 및 지역 책임의료기관 지정 등 지역단위 거버넌스 구성을 강조하고 있다.

정리하면, 지역은 법령의 내용으로 볼 때 주로 보건과 돌봄영역에서 그 역할이 강조되고 있는데 만성질환 증가, 감염병 질환의 위협이 커지면서 최근 들어서 지역보건의료체계의 역할이 강조되는 것으로 볼 수 있다. 한편 질환구조의 변화와 함께 서비스의 통합과 연계의 중요성도 강조되고 있으나 현재의 법령 체계는 이를 충분히 반영하지 못하고 있는 것으로 보인다.

사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



제5장

지역보건의료체계 관련 선행연구

제1절 국외 연구

제2절 국내 연구

제3절 소결

제5장 지역보건의료체계 관련 선행연구

지역단위 보건의료체계의 중요성이 점점 더 강조되고 있다. 그 이유는 지역의 일차 의료에서 일상적인 위험 요인 관리가 이뤄지고, 적시에 치료하여 이후 사후관리로의 연계가 이루어지는 일련의 과정이 지역단위에서 이루어질 때 효과적이기 때문이다(김수진 등, 2021). 이에 지역중심 보건의료를 포괄적으로 개관하기 위하여, 국외에서는 공적건강보험(NHI) 방식을 운영 중인 호주, 독일, 네덜란드, 그리고 국가보건서비스(NHS) 방식을 운영 중인 영국의 지역의료체계를 살펴보았다. 국내의 지역보건의료 관련 선행연구는 지역보건의료기관 및 통합돌봄체계, 지역보건의료계획 및 지역보건의료 질 평가에 관한 연구를 고찰하여 우리나라의 지역보건의료의 현황을 진단하고자 했다.

제1절 국외 연구

1. 호주의 지역보건의료체계¹⁶⁾

호주에는 일반 세수와 정부 부담금을 통해 자금을 조달하여 지역적으로 관리되는 보편적인 공적건강보험 프로그램(universal public health insurance program: Medicare)이 있다. 무료 공립 병원 치료와 의사 서비스, 의약품 및 기타 특정 서비스에 대한 실질적인 보장을 받는 시민은 자동으로 등록된다. 호주인의 약 절반은 추가 보험에 가입하는데, 연방정부는 이 보험료에 대해 리베이트를 지급하고 민간 보험에 가입하지 않은 고소득 가구에 대해서는 과태료를 부과한다. 공적건강보험 프로그램인 Medicare는 호주 시민, 영구 비자를 소지한 거주자, 뉴질랜드 시민이 프로그램에 등록하고 신원이 확인되면 무료로 공립 병원 치료와 의사 서비스 및 의약품에 대한 실질적인 보장을 받는다.

16) 호주의 지역보건의료체계는 Commonwealth Fund에서 발표한 “The Australian Health Care System”을 참고하였음(Glover & Woods, 2022).

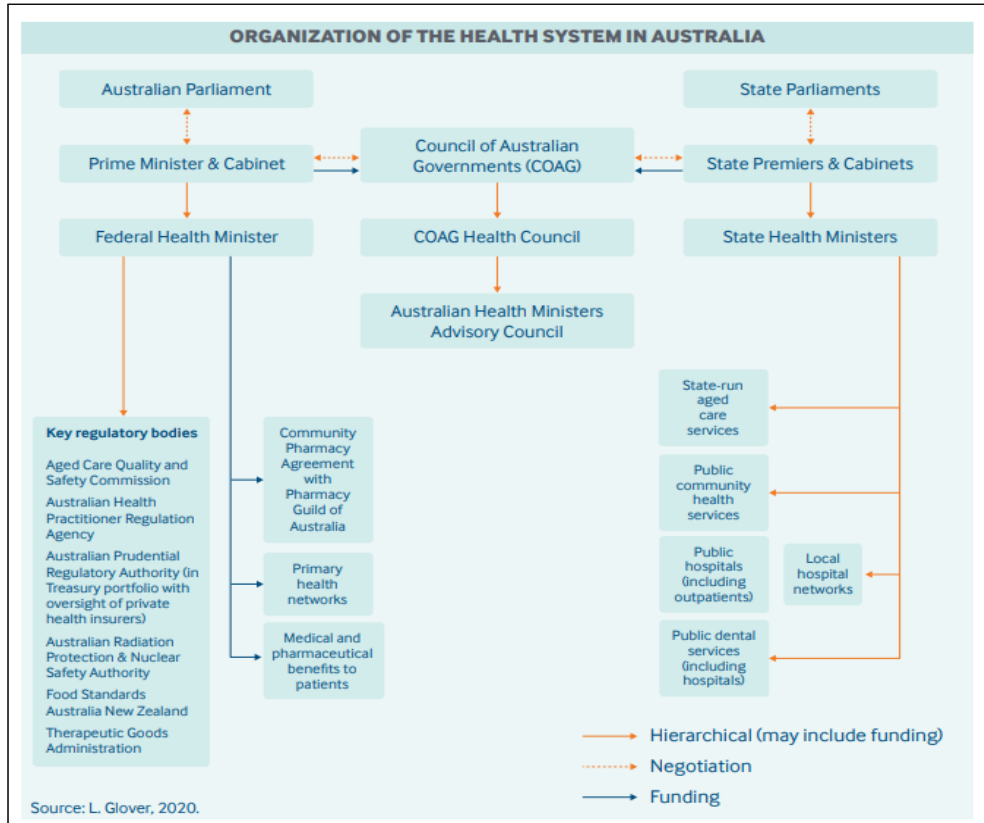
가. 정부의 역할: 연방정부, 주정부, 지방정부

연방정부는 의료급여제도(Medicare Benefits Scheme: MBS)를 통해 입원 환자 및 외래 환자 치료에 자금을 제공하고 의약품급여제도(Pharmaceutical Benefits Scheme: PBS)를 통해 외래처방약을 제공한다. 연방정부는 민간건강보험, 의약품 및 치료제를 규제할 책임이 있다. 연방 차원에서 정부 간 협력 및 의사결정은 각 주의 총리와 초대 장관이 대표하는 호주정부협의회(Council of Australian Governments: COAG)를 통해 이루어진다. COAG는 주요 자금 조달 논의, 정부 간의 역할 및 책임 교환과 같은 최우선 과제에 대해 협의한다. COAG 보건위원회는 세부적인 정책 문제를 담당하며 호주 보건장관 자문위원회의 지원을 받고 연방 보건부는 MBS 및 PBS를 포함한 국가 정책 및 프로그램을 감독한다.

주정부는 주의 공립 병원, 구급차, 공립 치과 진료, 지역사회 건강(일차 및 예방 진료), 정신건강관리에 대한 서비스 제공을 소유하고 관리한다. 그들은 연방정부가 제공하는 자금 외에 자체자금을 운용한다. 주정부는 사립 병원, 약국의 위치 및 의료인력을 규제할 책임이 있으며, 자체 보건부서를 운영하되 병원관리는 지역병원 네트워크에 위임한다. 이러한 병원 네트워크는 2015년에 설립되어 효율성, 효과성 및 치료 조정을 개선하기 위해 설립된 연방 자금 지원을 받는 1차 보건 네트워크(Primary Health Networks)와 협력할 책임이 있다.

지방정부는 예방 접종 및 식품 표준 규제와 같은 지역사회 건강 및 예방 건강프로그램을 제공하는 역할을 한다.

[그림 5-1] 호주의 보건의료체계



자료: Commonwealth Fund. (2020.6.5.). International Health Care System Profiles Australia. Retrieved from <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/australia> 2022.10.25.

나. 전달 시스템

1) 1차의료

연방정부는 1차진료 의사에게 농촌 및 외딴 지역에서 진료할 수 있는 재정적 인센티브를 제공한다. 호주의 의사 수에는 제한이 없으며 인력 부족은 국제적으로 훈련된 제공자를 통해 해결한다. 2015년 기준 34,367명의 GP, 49,060명의 개업의가 일반의와 전문의로 등록되었으며 8,386명의 제공자가 전문의로 등록했다. GP는 일반적으로 자영업자이며 평균적으로 의원당 약 4명의 의사가 있다. GP 등록은 필요하지 않으며

환자는 주치의를 선택한다. 게이트키퍼로 작동하며, 환자가 전문 서비스에 대한 MBS 보조금을 받으려면 전문의에게 의뢰해야 한다. GP는 MBS 모델을 통해 주로 서비스별 행위별 수가제(fee-for-service) 방식으로 지급받는다. 연방정부는 슈퍼 클리닉(Super Clinics)으로 알려진 대규모 다학제 GP 클리닉에 자금을 지원하고 보다 효율적이고 효과적이며 조정된 1차진료를 지원하는 1차의료 네트워크의 설립을 통해 다학문 진료 조정을 장려한다. 2015년에 11,040명의 간호사 또는 일반진료 환경에서 일하는 조산사, 실습 인센티브 프로그램에 실습 간호사 지불보상이 추가되면서 그들의 역할이 확대되고 있다. 간호사는 일반진료 환경에서 만성질환관리 및 치료조정, 예방적 건강 교육, 환자 후속 조치 및 알림 시스템에 대한 감독을 제공한다.

2) 외래 전문의 진료

전문의는 개인진료 및 공립병원을 통해 외래진료를 제공한다. 환자는 진료받을 전문의를 선택할 수 있지만, MBS 보조금을 받으려면 담당 GP의 추천을 받아야 한다. GP의 추천을 받은 경우 MBS 비용의 85%에 대해 연방 보조금을 받을 수 있다. 많은 전문의는 개인진료와 공공진료로 시간을 나누어 일하기도 한다.

3) 병원

공립 병원은 연방정부와 주정부로부터 대부분 자금(92%)을 받고 나머지는 민간 환자와 보험사에서 받는다. 대부분의 공립 병원 자금(총 반복 지출의 66%)은 고용된 의사의 급여로 사용된다. 민간병원은 대부분 자금을 민간 의료 보험사와 환자(68%)로부터 받고 32%는 정부에서 받는다. 공립 병원은 136개 정도의 Local Hospital Networks로 조직되어 있다. 이들은 서비스를 제공하는 인구와 지역기반으로 서비스와 전문 분야를 연결하며, 규모는 다양하다. 주요 도시에서는 많은 지역병원 네트워크가 단 하나의 병원으로 구성되어 있다. 주정부는 주로 진단 관련 그룹을 사용하여 활동기반으로 공립 병원에 자금을 지원하고, 공립 병원에 대한 연방 자금에는 기본 금액과 성장 자금이 포함된다. 소규모 시골 병원은 일괄 보조금을 통해 자금이 지원되며, 병원에서 사용되는 의약품은 PBS를 통해 연방정부에서 보조금을 받는다.

4) 장기요양 및 사회적 지원

장기요양을 받는 사람 4명 중 3명은 주거형 노인요양시설(요양원)을 받고 있다. 호주 노인의 4분의 3이 비공식 돌봄을 받고 60%가 공식 돌봄을 받는다.

연방정부는 소득과 관계없이 1차 간병인에게 일일간병을 위한 보충을 제공하는 Carer Allowance라고 하는 별도의 간병인 프로그램에 17억 5,000만 호주 달러(미화 12억 2,000만 달러)를 지급한다. 연방정부는 보육 비용을 지원하기 위해 연간 AUD 4억 8,000만(USD 3억 3,600만)의 Carer Supplement를 제공한다. 간병인에 대한 추가 지원을 제공하는 다양한 휴식 프로그램이 있는데, 노인을 위한 가정 간호는 서호주를 제외한 모든 주에서 Commonwealth Home Support Program을 통해 제공된다. 보조금은 소득에 따라 결정되며 수령인의 공동 부담금이 필요할 수 있다. 서비스에는 가사, 기본 관리, 신체활동 및 간호 지원이 포함될 수 있다. 이 프로그램은 2015년 7월에 시작되었으며 가정 및 지역사회 간호, 간병인을 위한 임시 간호, 주간 치료, 간호 및 주택 지원을 통합하여 제공한다. 서부호주정부는 연방정부의 자금 지원으로 제공되는 자체 이니셔티브인 가정 및 지역사회 요양 프로그램을 운영한다. 노인요양 거주시설은 민간 비영리, 영리 또는 주 또는 지방정부에서 운영한다. 연방정부가 지원하는 요양시설의 이용 자격은 필요평가를 통해 결정되며 영구 보호 및 숙박 비용은 자산 조사를 통해 결정된다.

5) 전달체계의 통합

통합 및 치료 조정을 개선하기 위한 접근 방식에는 천식, 당뇨병 및 정신건강 요구와 같은 특정 조건이 있는 환자를 위한 치료 계획 개발을 위해 제공자에게 재정적 인센티브를 제공하는 실습 인센티브 프로그램이 있다. 또한, 2015년 7월에 1차 보건 네트워크(Primary Health Networks)가 결성되었다. 이를 통해 의료 조정을 개선하고 건강 상태가 좋지 않은 위험에 처한 사람들을 위한 의료의 효율성과 효과성을 개선하기 위해 활동하고 있다. 이러한 네트워크는 연방정부의 보조금을 통해 자금을 지원받으며 1차 진료 제공자, 의료 전문가 및 지역병원 네트워크와 직접 협력한다.

다. 지역공중보건계획 운영 사례: 사우스오스트레일리아를 중심으로¹⁷⁾

사우스오스트레일리아의 사례를 살펴보면 SA Health는 지방의회, 사우스오스트레일리아 지방정부협회(LGA, Local Government Association of South Australia) 및 공중보건 파트너가 협력하여 공중보건 계획 시스템을 구축했다. 이 시스템은 지방의회 및 계획 클러스터(local councils and planning clusters)에 대한 연락, 지원 및 정보, 공동 활동 영역을 식별하기 위한 계획 분석, 지원 자원의 개발, 공중보건에 대한 인식을 더욱 폭넓게 구축한다.

1) 지역 공중보건 계획(RPHP, Regional Public Health Plans)

2011년 사우스오스트레일리아 공중보건법(South Australian Public Health Act 2011) 제51조와 제52조는 사우스오스트레일리아의 각 지방의회가 주 공중보건 계획과 일치하고 해당 지역 또는 지역 내의 공중보건 문제에 대응하는 지역공중보건계획(RPHP)을 작성, 유지 및 보고하도록 요구한다. 사우스오스트레일리아주 공중보건계획 1단계에서는 20개 지방의회가 자체 개별계획 수립을, 48개 지방의회가 지역계획(2~8개 지방의회 그룹)을 선택했다. 이 법에 따른 계획의 첫 5년 주기 동안 총 31개의 RPHP(12개 광역 및 9개 지역 계획)가 개발되었으며, 이는 2014년부터 2016년까지 2년 동안 시작되어 2020년 6월 30일까지의 기간을 포함한다.

2) 2020~2022년 지역 공중보건 계획 보고(Regional Public Health Plan Reporting for the 2020~2022 period)

2020년 7월부터 2022년 6월까지 2년 동안 지역 공중보건 계획 2020~2022의 이행에 대한 지방의회 보고서는 2022년 9월까지 최고 공중보건 책임자에게 제출된다. 사우스오스트레일리아의 각 지방의회는 주 공중보건 계획 2019~2024(하단 그림)에 부합하고 해당 지역 또는 지역 내의 공중보건 문제에 대응하는 RPHP를 준비, 유지 및

17) 지역공중보건계획 운영 사례는 SA Health(2018)를 참고함.

보고해야 한다. 보고 지침과 재량적 보고 템플릿은 의회가 이 보고 요건을 충족할 수 있도록 지원한다.

3) 지역 공중보건 계획 검토

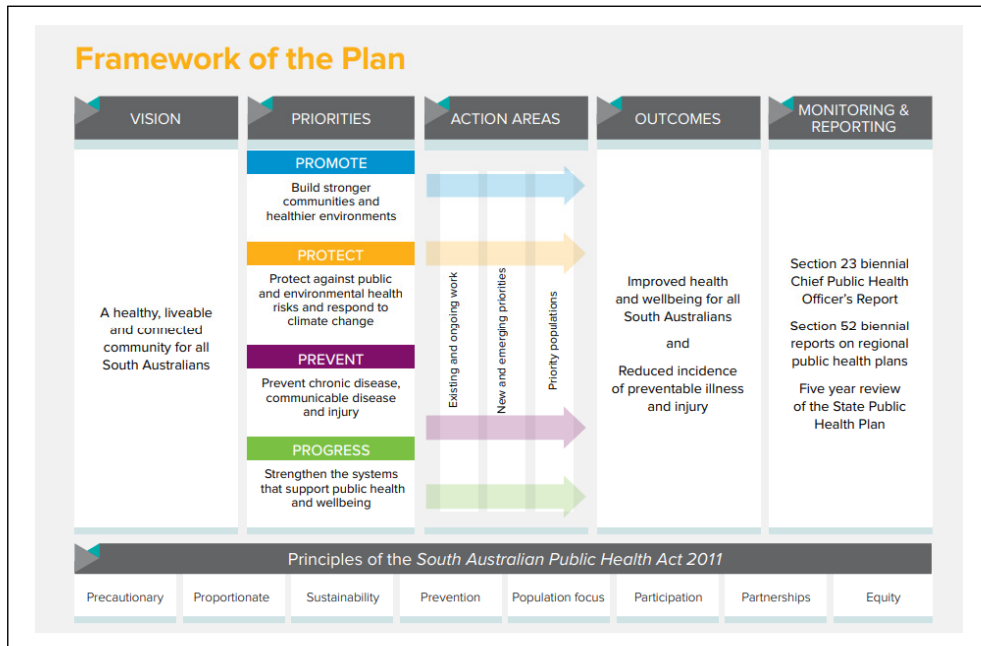
사우스오스트레일리아 공중보건법(South Australian Public Health Act) 51조 (19)는 RPHP를 '5년에 한 번 이상 검토해야 한다'고 요구한다. 구체적으로 이 법은 지방의회가 그들의 RPHP가 만들어지거나 마지막으로 검토된 이후 변화되었을 수 있는 상황을 반영하도록 요구하고 있다. 이것은 법에 따라 유발되는 RPHP에 대한 첫 번째 검토이다. RPHP의 검토는 의회가 첫 번째 RPHP로부터의 학습, 지역 우선순위 평가, 수요 및 이행 능력을 고려하여 RPHP가 목표를 충족하고 있는지 되돌아보는 기회이다. 2022년 6월 기준으로 대부분의 의회는 법의 요건에 부합하는 RPHP에 대한 검토를 완료했다.

사우스오스트레일리아 지방정부협회와 SA 보건은 RPHP의 첫 번째 경험(2013/14~2018/19)으로부터 의회 피드백과 학습을 통해 지역 공중보건 계획 가이드(2019)를 전달하고 의회가 RPHP를 준비하고 유지하는 데 도움을 주기 위해 협력했다. 이 가이드는 공중보건 계획의 범위와 원칙, 우수 계획 관행의 프로세스 및 구성 요소를 요약하여 사우스오스트레일리아 지방의회 간의 더 큰 일관성을 지원한다.

4) 지역공중보건계획의 거버넌스

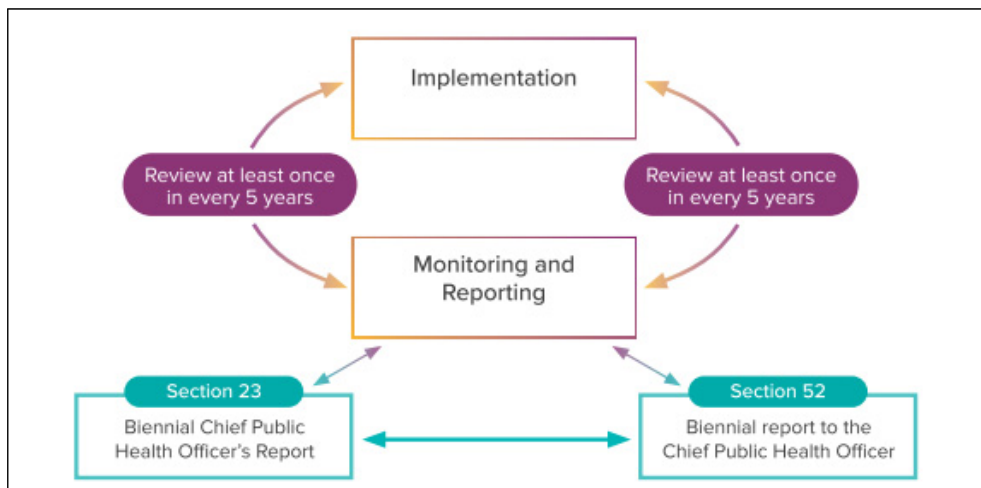
State Public Health Plan 2019~2024의 비전과 행동은 모든 남호주인의 건강과 웰빙 개선에 중점을 둔다. 이것은 공동의 책임이며 다양한 이해관계자, 커뮤니티 및 모든 수준의 정부 간 협력이 필요하다. 보건복지부는 지방정부 협회, 지방의회 및 기타 이해관계자와 협의 및 파트너십을 통해 이 계획의 거버넌스 구조를 조정하고 사우스오스트레일리아 공중보건위원회(South Australian Public Health Council)의 조언을 받은 최고공중보건책임자(Chief Public Health Officer)가 시행 및 모니터링을 감독한다(하단 그림).

[그림 5-2] 사우스오스트레일리아의 지역공중보건 계획 틀(2019~2024)



자료: SA Health. (2018). State Public Health Plan 2019-2024. SA: Department for Health and Wellbeing, Government of South Australia. Retrieved from <https://www.sahealth.sa.gov.au/statepublichealthplan> 2022.10.25.

[그림 5-3] 사우스오스트레일리아의 지역공중보건 거버넌스



자료: SSA Health (2018) State Public Health Plan 2019~2024. SA: Department for Health and Wellbeing, Government of South Australia. <https://www.sahealth.sa.gov.au/statepublichealthplan> 에서 2022.10.25. 인출. p.9.

라. 호주의 지역보건의료체계 포괄성 평가 이론 틀 개발 사례

지역보건의료체계의 포괄성을 평가하기 위한 이론 틀은 주로 지역의 일차의료 성과 평가를 위한 틀이 사용되었다. WHO의 일차의료 평가틀(primary care evaluation framework)은 PHC(primary healthcare) 서비스의 성과를 평가하기 위한 도구로 잘 알려져 있으며 거버넌스, 재원조달, 접근성, 포괄성, 조정 및 연속성, 포괄성, 조정을 포함한다. 다만 WHO 평가틀은 PHC의 지역 구조에 중점을 두지 않았다. 최근 몇몇 국가에서는 지역계획을 쉽게 하고, 지역사회 요구를 해결하며, 정의된 지리적 영역에서 PHC 서비스를 조정 및 통합하기 위해 지역 일차의료 조직(regional primary healthcare organisations, RPHCO)이 설립되었다. 지역 PHC 구조의 예로는 영국의 Primary Healthcare Trust(현재는 임상 위탁 그룹으로 전환됨), New Zealand Primary Healthcare Organisations, Ontario Local Health Integration Networks 및 Scotland Community Health Partnerships가 있다. 이 모델은 PHC 및 인구 건강에 대한 지역적 접근 방식을 명시적으로 강조하여 지역사회 요구에 대한 응답성, 지역 인구의 요구 사항 해결, 서비스 계획 및 구현의 중심에 다학문적 치료를 강조한다.

최근 호주에서는 RPHCO의 포괄성을 평가하고 시각화하기 위해 PHC의 포괄성을 구별하는 6가지 차원(인구 건강, 접근 및 결과의 형평성, 커뮤니티 참여 및 통제, 광범위한 의료시스템과의 통합, 부문 간 협력 및 지역 대응)을 제안했다(Javanparast, Baum, Ziersch, Freeman, 2022). RPHCO의 포괄성 평가도구 6가지 영역을 자세히 살펴보면 다음과 같다.

〈표 5-1〉 RPHCO의 포괄성 평가도구 6가지 영역

(1) 인구 건강에의 초점(Focus on population health): PHC(primary healthcare) 계획 및 프로그램이 전체 인구의 건강을 기반으로 하고 치료, 재활, 예방 및 건강증진 서비스의 연속체를 통합하는 정도
(2) 접근성과 결과의 형평성에 초점(Focus on Equity of Access and Outcomes): 사회적 결정요인에 대한 행동을 통한 건강 형평성
(3) 커뮤니티 참여 및 통제(Community Participation and Control): 커뮤니티 참여 수준 및 건강 의사 결정을 통제하기 위해 커뮤니티에 권한 이전
(4) 광범위한 보건 시스템 내에서의 통합(Integration Within The Broader Health System): 보다 광범위한 보건 시스템과의 구조적/기능적 수직적 통합 수준 및 공식 메커니즘을 통한 지역 또는 지역보건기관, 2차 및 3차 보건 시스템과의 협력 수준
(5) 부문 간 협력(Inter-sectoral Collaboration): PHC 계획에서 비보건 부문과의 협력 수준. CPHC의 필수 구성 요소이자 건강의 사회적 결정요인을 해결하고 건강 형평성을 달성하기 위한 방법으로서 건강 외부 부문과의 협력을 강조. 예를 들어, 정부 및 비정부 기관과의 연계, 지역주민들의 건강을 보호하고 증진하기 위한 사회서비스는 뉴질랜드와 온타리오 정부 문서에 명시적으로 언급
(6) 지역의 반응성(Local Responsiveness) - 현지 요구에 반응하는 현지 맞춤형 프로그램 및 조직 권한에 대한 자원 지원의 유연성 수준, 지역 요구에 대응하는 것은 CPHC(comprehensive primary healthcare)의 핵심 요소 중 하나이며 지역 및 분산형 PHC 구조를 수립하기 위한 중요한 근거

자료: Javanparast, S., Baum, F., Ziersch, A., & Freeman, T. (2022). A framework to determine the extent to which regional primary healthcare organisations are comprehensive or selective in their approach. *International Journal of Health Policy and Management*, 11(4), 479~488.

2. 독일의 지역보건의료체계

독일의 보건의료체계에는 다중 네트워크(Multiple networks)의 보건의료 시스템 행위자가 있다고 볼 수 있는데, 첫 번째는 연방정부, 주정부, 지방정부에 해당하는 입법 프레임워크, 두 번째는 연방합동위원회, 법정건강보험기금, 독일병원연맹과 같은 자치 행정기구, 세 번째는 의사, 병원 및 환자단체, 민간의료보험기금 등 개별 행위자와 로비 그룹에 해당한다(Federal Ministry of Health, 2022).

가. 다중 네트워크(Multiple networks)¹⁸⁾

1) 첫 번째 수준: 입법 프레임워크(The first level: the legislative framework)

□ 연방정부의 보건부(Federal Ministry of Health, BMG)

연방정부의 보건부(Federal Ministry of Health, BMG)는 보건정책에 대한 일차적인 책임을 진다. 즉, 입법 제안, 조례 및 행정 규정을 작성하는 업무를 담당한다. 연방 보건부는 보건정책의 중요한 측면을 다루는 여러 기관을 감독한다. 연방정부에서는 보건 부문의 조직과 성과에 관한 보편적 체계를 설정하고 공공에 위험을 야기할 수 있는 인간 또는 동물 질병에 대한 조치와, 약국, 의약품, 약물, 마약, 독극물에 대한 입법권을 지닌다. 연방보건교육센터(federal agency for health education, “Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung”)가 행하는 보건 교육과 정보를 담당하고, 연방국민 보호재난지원청(Federal Office of Civil Protection and Disaster Assistance, “Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe”, BBK)이 제공하는 건강 보호, 의료 재해 관리와 긴급 식수 공급에 관여한다(European Committee of the Regions, n.d.).

□ 주정부(The states)

개별 주정부(states 또는 Länder)는 자체 입법 권한이 있다. 주정부(states)는 연방 법률을 시행하고 입원환자 치료를 계획하고 자금을 조달할 책임이 있다. 연방정부에서는 법정 건강보험에 대한 책임을 수행하지만, 주정부(The states)에서는 지역 건강보험의 재원을 감독한다. 또한 지역의료협회(의사, 치과 의사, 약사 및 심리 치료사)와 법정 건강보험으로 환자를 치료하는 의사 및 치과 의사 협회를 감독한다.

보건서비스(“Gesundheitsdienst”), 구급 서비스, 병원의 조직에 관한 사항의 입법에 관여하고, 보건 부문의 예방적 조치의 시행, 시골 지역에서의 의사 부족에 대응하기 위한 프로그램을 마련한다(European Committee of the Regions, n.d.).

18) 독일의 다중 네트워크는 Federal Ministry of Health(2022) 및 European Committee of the Regions (n.d.)을 참고함.

□ 지방정부(Municipalities)

가장 작은 정치 단위인 지방 자치 단체는 주민과 가까이에서 지역의료 제공에 대한 책임을 지니며, 독일 보건의료체계에서 기회의 평등을 보장한다. 예를 들어 진행 중인 코로나바이러스 팬데믹에서 지역의 바이러스 확산을 모니터링하는 역할, 코로나19 환자를 위한 병상 확보, 지자체에서 병원을 직접 운영하는 경우가 있다. 지자체(Kreise) 단위의 보건정책은 분권화되어 있어 지역에 따라 차이가 큰데, 지역보건기구(“Gesundheitsämter”)에서는 지역병원의 운영과 재정관리, 공중위생 촉진을 위한 지역 프로그램 운영, 감염으로부터의 보호, 건강 진단, 사회 정신의학 서비스, 보건 홍보 및 상담 등을 담당한다(European Committee of the Regions, n.d.).

2) 두 번째 수준: 자치행정(The second level: self-administration)

□ 연방 합동 위원회(Federal Joint Committee)

연방 합동 위원회(Federal Joint Committee, G-BA)는 베를린에 본부를 두고 있으며 보건의료 자치행정을 위한 가장 중요한 기관이다. 법정건강보험기금, 의사 및 병원 대표가 만나 건강 보험자가 새로운 치료 방법, 현대 의료 기술, 신약 또는 대체 요법에 대한 비용 지불 여부를 논의한다. G-BA는 전국 법정건강보험기금협회, 전국 법정건강보험의사협회, 전국 법정건강보험치과의사협회 및 독일 병원 연맹이 있다. 환자는 또한 자신의 이익을 들을 수 있는 권리가 있으며, 환자와 장애인을 대표하는 단체는 G-BA 세션에 참여할 권리가 있다. 예를 들어, 보험기금이 당뇨병 환자를 위한 식이 상담 비용을 부담해야 하는지 여부, 어떤 새로운 치료 방법이 보장되는지 또는 보험기금에 의해 재정지원되는 치과 대체 유형과 같은 논의되고 있는 모든 주제에 기여할 수 있다.

□ 법정 건강보험기금(The statutory health insurance fund, SHI 기금) 및 이들의 연방 협회(federal association)

독일에는 건강보험에 가입할 수 있는 다양한 옵션이 있다. 약 1,000여 개의 보험 기금으로 구성된 법정 건강보험은 가장 많은 사람을 대상으로 한다. 법정 건강보험에

가입한 사람들은 지역 건강보험 기금, 회사 또는 길드 건강보험 기금, 대체 보험기금의 회원이거나 농업건강보험기금 또는 광부보험기금을 통해 보험에 가입할 수 있다. 또한, 민간 의료 보험 회사가 있다. 법정 건강보험기금은 연방 차원에서 산하 조직인 전국법정 건강보험기금연합(GKV-Spitzenverband)이 대표한다.

□ 독일 병원 연맹(The German Hospital Federation)

개별 병원은 개별적으로 이익을 대표하지 않고 협회를 통해 이익을 대표한다. 지역 수준에서 병원은 특정 주에 대한 협회로 조직된다. 지역 협회는 연방 기관인 독일 병원 연맹(DKG)에 대표를 보낸다.

□ 전국 Statutory health insurance(SHI) 의사 및 치과의사협회(The national associations of SHI doctors and dentists)

SHI 의사 및 치과 의사의 지역 협회와 연방 차원의 산하 협회는 독일의 법정건강 보험에 가입한 사람들에게 외래 환자 의료, 정신 치료 및 치과 치료를 제공할 책임이 있다. 의료 제공을 보장하기 위한 이러한 권한 외에도, 그들은 법정 건강보험으로 환자를 치료하는 의사, 심리 치료사 및 치과 의사의 이익을 대변한다.

3) 세 번째 수준: 개별 행위자와 로비 그룹(The third level: individual actors and their lobby groups)

의사, 병원, 그리고 재활센터 등으로 구성된 세 번째 수준은 환자에게 직접 치료를 제공하는 일에 관련된 사람들로 이루어진 전문조직과 협회를 의미한다. 다양한 의료 직업의 연방 및 지역 협회와 독일 약사 협회(ABDA) 연방 연합, 환자단체, 의료협회, 기타 의료인협회, 민간의료보험기금회, 제약회사협회 등이 있다.

나. 독일의 보건의료에서 지역의 전달체계 통합 및 치료연계(delivery system integration and care coordination)를 위한 노력, 관련 거버넌스¹⁹⁾

법정건강보험(SHI) 시스템은 인구의 약 88%를 커버하는 110개의 질병기금(제3자 지불자 역할을 함)으로 구성된다. 입원 치료와 외래(일차 및 전문의 포함) 치료는 조직과 지불의 차이로 인해 분리된 체계를 지닌다. 약 16만 명의 GP와 전문의는 주로 외래 치료를 제공하며, 의료행위에 대한 지불은 SHI에 의해 보상을 받는다. 반면 1,900개 이상의 병원이 DRG 시스템을 통해 입원 치료를 독점적으로 제공한다(European Observatory on Health Systems and Policies, 2021).

치료연계를 개선하기 위해 GP에게 통합관리계약(integrated care contracts)을 제공한다. GP는 통합관리계약에 등록된 각 환자에 대해 연간 약 €100(USD128)의 평균 고정비용을 받는다. “Healthy Kinzigtal”(Gesundes Kinzigtal)은 일차진료 의사 및 기타 의료제공자에게 서비스 전반에 걸쳐 비용절감모델(shared-savings model)에 대한 재정적 인센티브를 제공하는 통합 치료모델의 사례를 제공한다. Kinzigtal에서 의료제공자의 보수는 4단계 모델인 1) SHI를 통한 정기적인 지불, 2) 행위별 수가제(예: 정기 건강검진), 3) 성과 기반 보수(특정 구조 및 질에 따른 성과), 4) 질병 기금과 보건의료제공자 네트워크 사이의 이익 공유를 기반으로 한다.

Gesundes Kinzigtal은 인구기반 통합케어프로그램으로, 지역통합자(건강관리회사)는 일반의(GP) 및 전문의와 함께 환자와 협력하여 개별화된 치료 계획을 개발한다(Commonwealth Fund, 2020). 이 계획은 스포츠 클럽, 지역사회 협회 및 환자 그룹을 포함하여 광범위한 건강관리 및 지역사회 서비스를 통합하는 것을 추구한다. 이 프로그램의 거버넌스를 살펴보면, 지역건강관리회사(즉, 책임 있는 의료기관)와 건강보험사, 다양한 건강 및 사회복지 제공자, 모든 종류의 의사를 포함하는 구조화된 파트너십이라고 할 수 있다. 이를 통해 의료의 단편화를 극복하고 의료 전환에 대한 후속 조치를 개선하는 데 도움을 주며 의료제공자와 사회복지제공자 간의 의사소통을 개선한다.

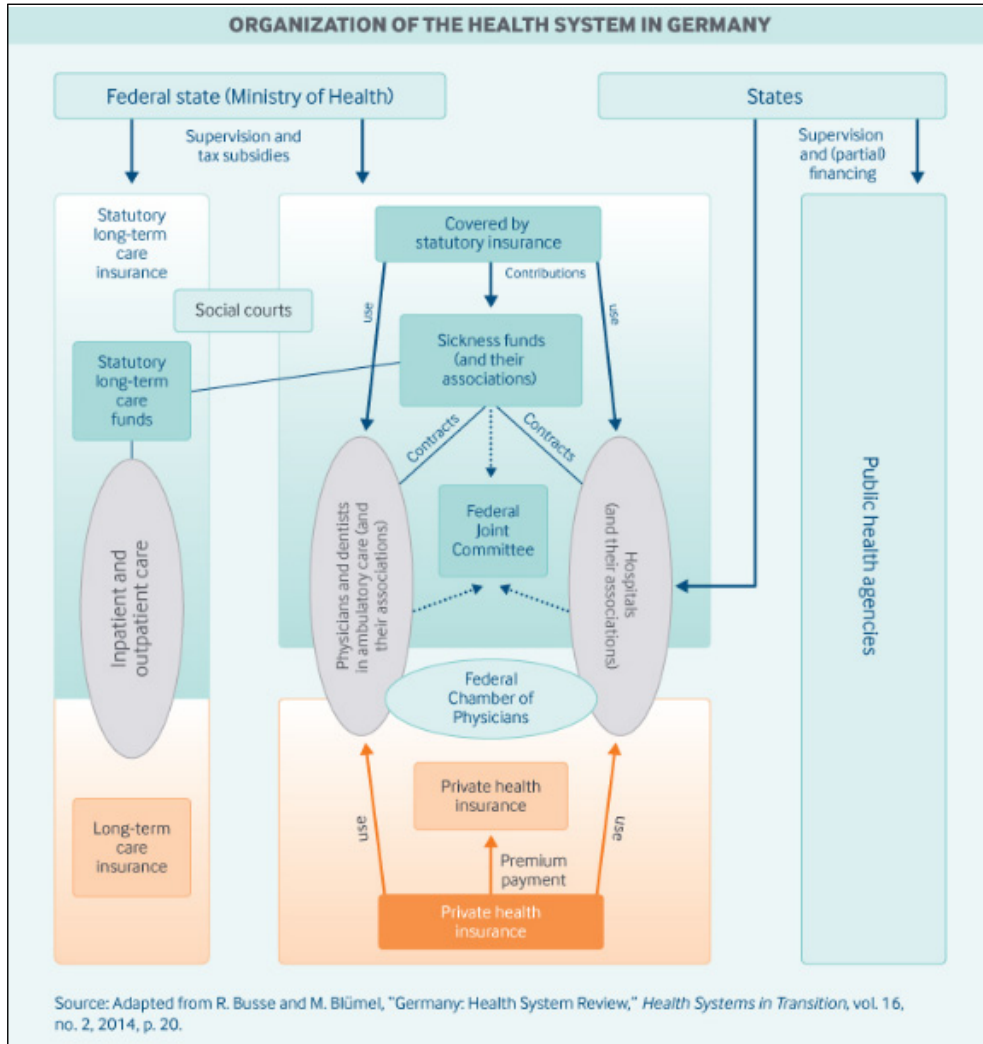
2002년 입법을 통해, SHI 질병기금에서는 만성질환자에 대한 치료 제공을 개선하고

19) 독일 지역 전달체계 및 치료연계 관련 내용은 European Observatory on Health Systems and Policies(2021) 및 The Commonwealth Fund에서 발표한 “The German Health Care System”을 참고하였음(Blumel, Busse, 2022).

외래 제공자 간의 연계를 개선하기 위해 만성질환에 대한 SHI 질병관리 프로그램을 도입하였다. 이후, 질병기금에서는 만성질환에 대한 통합진료계약 및 질병관리프로그램을 제공하고 있다. 2017년 12월, 6개 적응증에 대한 9,173개의 등록된 질병 관리 프로그램에 약 680만 명의 환자가 등록되었다(전체 SHI 보험의 9% 이상). 이 질병 관리 프로그램은 당뇨병 1형과 2형, 유방암, 관상동맥 심장병, 천식 및 만성 폐쇄성 폐 질환 환자를 위해, 의무기록, 질 관리, 근거기반 치료를 기본으로 한다. 의사들은 의무기록 작성에 대해 추가 보수를 받는다. 임상지침은 의료 질을 담당하는 의사회와 전문 협회에 의해 작성된다. 이러한 프로그램에는 전문의와 일반의가 자발적으로 참여한다. 질병 기금은 환자에게 의약품에 대한 본인부담금 면제 등 등록장려금을 제공한다. 2009년부터 위험조정(risk adjustment)이 강화되었고, 질병기금은 프로그램에 등록된 각 피 보험자에 대해 1인당 연간 147.87유로(USD189)의 관리 보상을 받는다(Commonwealth Fund, 2020; Mossialos et al., 2016).

보건 및 사회복지 부문 간에 재원의 풀링은 없다. 2016년부터 혁신기금(Innovation Fund)은 연간 3억 유로 또는 3억 8,200만 달러(평가 및 보건서비스 연구를 위해 7,500만 유로 또는 9,500만 달러 포함)의 재원을 지원하여 새로운 형태의 통합의료(취약계층도 지원)를 촉진하고 있다. 연방합동위원회(Federal Joint Committee)가 감독하는 신청 절차를 통해 혁신기금의 보조금이 수여되며, 주로 구조적으로 취약한 지역 및 농촌지역의 돌봄모델과 원격보건을 활용한 돌봄모델을 지원해왔다(Blümel, Busse, 2022).

[그림 5-4] 독일의 보건의료체계



자료: Commonwealth Fund. (2020.6.5.). International Health Care System Profiles Germany. Retrieved from <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/germany> 2022.10.25.; Busse R, Blümel M. (2014). Germany: health system review. *Health Systems in Transition*. p.20 재인용.

다. 연방합동위원회(Federal Joint Committee²⁰)의 구성

연방합동위원회(Federal Joint Committee, G-BA)는 독일 자치 의료시스템의 4개 주요 상위 조직인 국립법정건강보험 의사·치과의사협회(National Associations of Statutory Health Insurance Physicians and Dentists), 독일병원연맹(German Hospital Federation) 및 중앙연방건강보험기금협회(Central Federal Association of Health Insurance Funds)로 구성된 공공법인이다. 이 네 개의 조직 외에 환자단체도 모든 세션에 참여하며, 환자단체의 경우 주제를 의제에 올릴 권리가 있으나 투표의 권리는 없다.

연방합동위원회(G-BA)는 2004년 보건의료현대화법(Healthcare Modernization Act)에 의해 제정되어, 2018년 네 번째 임기를 시작했다. 연방합동위원회(G-BA) 업무의 법적 근거는 독일사회법 제5조(SGB V)이며, 연방 보건부의 법적 감독하에 있다. 연방합동위원회(G-BA)에서 통과된 결의안과 지침은 연방 보건부의 감사를 받은 다음 이의가 발견되지 않으면 연방 관보에 게시된다. 연방합동위원회(G-BA)에서 운영하는 필요계획·품질보증소위원회 논의에는 독일보건부, 독일의료협회, 민간건강보험제공자연합, 독일간호사협의회에서 각각 1명의 대표가 총회 및 품질 토론에 참여한다.

라. 혁신기금(Innovation Fund)

독일의 혁신기금(Innovation Fund)은 2015년에 만들어졌으며 2016~2019년 법정건강보험(SHI)의 보험계약자와 환자의 건강관리를 개선하는 것을 주요 목표로 한다. 연방합동위원회(G-BA)에 설립된 혁신위원회는 연간 최대 2억 2,500만 유로의 예산으로 현재의 치료 표준을 능가하는 혁신적이고 협력적인 치료 형태를 촉진하는 임무를 맡았으며, 연간 최대 7,500만 유로의 예산으로 환자중심의 의료서비스 연구를 추진하여 기존 의료서비스 제공의 개선에 대한 통찰력을 얻는 것을 목표로 하고 있다. 2016년부터 혁신위원회는 4개의 펀딩 웨이브에서 총 22개의 펀딩을 발표했다(Med Tech Reimbursement Consulting, 2019).

20) Gemeinsamer Bundesausschuss(2022)에서 참고함.

3. 네덜란드의 지역보건의료체계²¹⁾

네덜란드에서는 1941년 독일 비스마르크의 공공 및 민간건강보험회사 모델을 반영하여 국민건강보험 프로그램이 처음 시행되었다. 2006년 건강보험법(Health Insurance Act)은 전통적인 공공 및 민간보험시장을 민간보험 및 의무보장을 기반으로 하는 하나의 보편적인 사회건강보험 프로그램으로 통합했다. 모든 거주자는 민간보험 사로부터 법정건강보험을 구매해야 한다. 보험사는 모든 신청자를 수락해야 하며 등록자는 매년 보험사를 변경할 권리가 있다. 무보험자에게는 벌금이 부과되고 보험료는 소득에서 직접 부과될 수 있다.

가. 연방정부와 지방정부의 역할

연방정부는 의료 우선순위를 설정하는 전반적인 책임이 있고 필요한 경우 법률 변경을 도입하며 국가의 시장 기반 시스템에 접근하여 품질 및 비용을 모니터링한다. 연방 보건부의 역할은 의료를 직접 관리하기보다는 멀리서 보호하는 것으로 다수의 독립 기관이 운영 우선순위를 설정할 책임이 있다. 국가 차원에서 보건위원회는 증거기반 의학, 건강관리, 공중보건 및 환경보호에 관해 정부에 조언하고 National Health Care Institute는 효율성과 비용 효율성을 위해 신기술을 평가하고 이러한 기술을 필수 혜택 패키지에 포함할 것인지 결정 여부에 참여한다. 보건복지체육부(The Ministry of Health, Welfare and Sport) 산하의 네덜란드 의료 당국(Dutch Healthcare Authority, Nederlandse Zorgautoriteit)은 건강보험, 의료 구매 및 의료 전달 시장이 모두 적절하게 기능하도록 하는 일차적 책임이 있다. 여기서는 정책 프레임워크의 개발, 국가 수준에서 제공되는 보건 일부 영역에 대한 입법 및 규제, 건강검진, 국가공공보건시설에 대한 재원 제공, 모든 네덜란드 거주자들에게 제공되는 법정 건강보험 패키지의 내용과 범위 수립을 수행한다. 네덜란드 국립의료센터(The National Healthcare Authority - Zorginstituut Nederland)는 건강보험법이

21) 네덜란드의 지역보건의료체계는 Commonwealth Fund에서 발표한 “The Dutch Health Care System” 및 European Committee of the Regions(n.d.)를 참고하였음(Wammes, Stadhouders, Westert, Radboud University Medical Center, 2020).

법규에 맞게 시행되도록 보장하고, 보건에서의 시장 조정자 역할을 하고, 네덜란드 보건 감사기관(The Dutch Healthcare Inspectorate, Inspectie voor de Gezondheidszorg)은 보건의 안전과 질을 감독하고 단속한다.

주(Provinces)정부에서 지방 기관들은 보건정책 시행의 우선순위 설정에 관하여 제한된 권한을 갖고 있다. 이 기관들은 의료기관(예: 병원)의 가용성, 분배, 계획의 감독, 보건 계획의 우선순위에 관한 조언 제공, 지역 보건기관들과 지방자치단체가 참여하는 지방 보건계획의 준비, 국가 보건정책의 모니터링과 시행, 보건교육과 관련한 서비스의 시행을 담당한다.

지방자치단체(Municipalities)는 예방 검진 및 외래 환자 장기 서비스를 포함한 일부 의료서비스를 감독할 책임이 있다. 지방자치단체는 국가의 보건정책 결정에 밀접하게 관련하며, 지역수준에서 사회적이고 예방적인 보건서비스를 제공한다. 사회지원법(Social Support Act) 및 청소년법(Youth Act)에 근거해 신체적, 정신적 또는 심리적 장애가 있는 사람들, 학습 장애나 고령자를 포함한 사람들에게 지원을 제공하며, 청소년 지원 및 케어 서비스(Youth Act), 고령자와 만성질환자에 대한 보건서비스 제공, 지방 단위 조사 참여 등의 역할을 하며, 지방자치단체 기금으로 보건서비스 재정에 부분적으로 기여하고, 앰블런스 서비스에 대한 허가(GSM/UMTS(이동통신) 기지국 위치 확인) 등을 수행한다(European Committee of the Regions, n.d.).

나. 전달체계

□ 의사 교육 및 인력

의사의 수는 국가 및 대학의 의대생 수에 대한 상한선을 통해 규제되며 의과대학은 사립 비영리 대학의 의료 센터에 있다. 시골이나 외딴 지역에 의료제공자의 적절한 공급을 보장하기 위한 국가적 이니셔티브는 별도로 없으며, 농촌지역에서는 일반의가 약사의 역할을 맡을 수 있다.

□ 1차의료(Primary care)

2017년에는 13,364명의 등록된 1차진료 의사(GP)와 23,236명의 전문의가 있었다.

의사 중 82%는 2016년에 2~7명의 소규모 진료소에서 일하고 18%는 단독 진료에서 일하고 있어서 대부분의 GP는 독립적으로 또는 자영업 파트너십으로 일한다고 할 수 있다. GP는 네덜란드 1차진료의 중심에 있는데, 일반적인 진료 규모는 정규직 GP 1명당 약 2,200명의 환자이다. GP 등록이 공식적으로 요구되지는 않으나 대부분 시민(95% 이상)은 선택한 GP에 등록되며 환자가 원하면 GP를 변경할 수 있다. GP에는 게이트 키퍼 기능이 있어, 병원과 전문의 진료 모두에 GP의 의뢰가 필요하다. 많은 GP 진료는 급여를 받는 간호사와 1차진료 심리학자를 고용한다. 1차간호에 대한 보상은 GP가 받기 때문에 의사를 간호사로 대체함으로써 발생하는 생산성 향상은 GP에 누적된다. 만성질환관리는 대부분 GP 네트워크인 치료그룹을 통해 조정된다. 케어 그룹(Care groups)은 등록된 만성질환 환자에 대한 임상 및 재정적 책임을 지는 법인으로, 여러 공급자로부터 서비스를 구매한다. 치료 조정을 장려하기 위해 당뇨병, 심혈관질환 및 만성폐쇄성폐질환(COPD)을 대상으로 통합만성치료가 묶음지불 방식(bundled-payment approach to integrated chronic care)으로 제공된다. 2015년에 정부는 세 부분으로 구성된 새로운 GP 자금조달모델을 도입했다.

- Segment 1(GP 지출의 약 75%): 핵심 1차진료 서비스에 자금을 지원하며 등록된 환자당 인두 요금, GP에 대한 상담 비용(전화 상담 포함) 및 GP 진료소에서 의 이동 정신건강 관리에 대한 상담 비용으로 구성된다. 네덜란드 보건당국(Nederlandse Zorgautoriteit)은 이 부문에 대한 국가 제공자 수수료를 결정한다.
- Segment 2(GP 지출의 약 15%): 당뇨병, 천식 및 COPD에 대한 프로그램적 다학문 치료와 심혈관 위험 관리를 위한 자금으로 구성되며, 가격은 보험사와 협의한다.
- Segment 3(GP 지출의 약 10%): GP와 보험사의 혁신을 장려하고 성과와 지불을 연계하는 추가 계약을 협상할 수 있는 기회를 제공한다. 1차진료 제공자는 일정한 금액을 초과하여 환자에게 청구할 수 없다. 고용된 GP는 평균 연간 총수입이 EUR 135,000(USD 173,004)이다(시간외 근무 제외). 이에 비해 2016년 전문의의 최대 연간 총소득은 급여 전문의의 경우 EUR 160,000(USD 205,042), 독립 전문의의 경우 EUR 211,000(USD 270,399)로 추산되어

그리 높지 않은 편이다.

□ 외래환자 전문의 진료(Outpatient specialist care)

거의 모든 전문의는 병원에 근무하는데 그룹 진료 의사(39%)이거나 대학 클리닉(49%)에서 급여를 받고 있다. 이른바 통합 자금(integral funding) 조달은 의료 전문가와 병원 간의 관계를 극적으로 변화시켰는데, 병원은 이제 전문의에게 재정적 자원을 할당하고, 환자는 전문 치료를 받은 후(모든 병원에서) 의료제공자를 자유롭게 선택할 수 있지만, 보험사는 특정 전문의를 선택하기 위해 비용 분담과 같은 다른 조건을 설정할 수 있다. 2016년 기준 법정 보험이 적용되는 비급성, 선택 진료에 대한 당일 입원으로 서비스가 제한된 229개의 독립적인 민간 및 비영리 외래환자 치료 센터가 있었다.

□ 통합적인 전달체계 촉진을 위한 노력

통합 만성치료 묶음지불 방식(bundled-payment approach to integrated chronic care)은 당뇨병, COPD 및 심혈관 위험 관리를 위해 전국적으로 적용되고 있다. 이 시스템에서 보험사는 고정된 기간 전체 범위의 만성질환 서비스를 보장하기 위해 케어그룹(care group)이라는 주요 계약 기관에 단일 요금을 지불한다. 묶음지불방식은 적용 가능한 조건에 대한 전통적인 의료 구매를 대체하고 시장을 두 부문으로 나눈다. 하나는 건강보험회사가 케어그룹과 계약하는 것이고, 다른 하나는 케어그룹이 개별 제공자로부터 서비스를 계약하고 각각 자유롭게 협상할 수 있는 방식이다.

4. 영국의 지역보건의료체계²²⁾

국가보건서비스(National Health Service, NHS)는 1948년에 설립되었으며 진료는 포괄적이어야 하며 의료서비스에 대한 접근은 지불 능력이 없어야 한다는 기본원칙을 따른다. 1948년에 설립된 이후로 영국의 구성 국가에 걸쳐 NHS에 차이가 있었지만, 이러한 차이는 1999년 이양 합의 이후 가속화되었다. 스코틀랜드, 웨일즈 및 북아일랜드

22) 영국의 지역보건의료체계는 Health Systems in Transition의 “The United Kingdom: Health system review”에서 참고하였음(Anderson et al., 2022).

랜드는 자체적으로 결정할 수 있다. 스코틀랜드와 웨일즈는 조세 인상 권한에 있어 일부 자치권을 부여받았으나 수입 징수 책임은 대부분 영국 정부에 남아 있다. NHS 운영에 대한 전반적인 책임도 2012년 건강 및 사회 복지법에 따라 보건사회복지부(Department of Health and Social Care, DHSC)에서 NHS England로 이전되었다.

가. 영국의 공중보건과 지역보건의료체계

The Office for Health Promotion(England), 스코틀랜드 공중보건국, 웨일즈 공중보건국 및 북아일랜드 공중보건국은 건강 보호, 건강 증진 및 건강 개선을 위해 지역별로 존재한다. 지역 수준에서 2013년 영국의 공중보건 기능의 일부는 2012년 건강 및 사회 복지법에 의해 촉발된 광범위한 구조 개혁의 일환으로 NHS에서 지방 당국으로 재배치되었다.

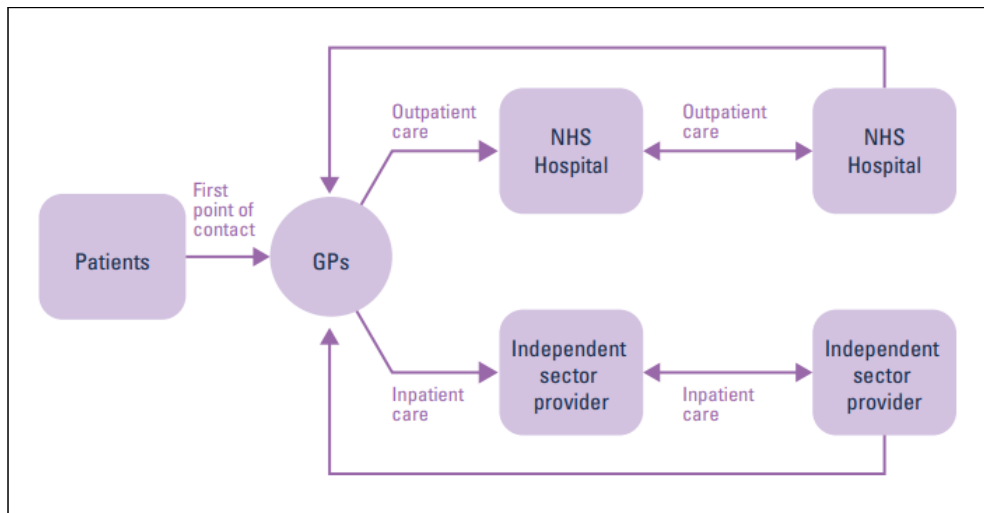
□ 지방 당국 내의 공중보건 부서

이 부서는 일부 성 건강서비스, 흡연, 알코올 및 약물 중독 서비스, 그리고 유아기의 건강한 아동 프로그램을 위탁하는 책임을 맡는다. 스코틀랜드, 웨일즈 및 북아일랜드에서는 공중보건의 구조적으로 NHS의 일부로 계속 남아 있다. NHS와 공중보건 간의 효과적인 협력 부족은 전염병 기간 동안 노출되었으며, 지역 공중보건 팀은 테스트 데이터에 액세스하는 데 어려움이 있어서 접촉 추적 및 감염 통제에 기여할 수 있는 능력이 제한적이었다(Vize, 2020). 영국 전역의 공중보건 우선순위는 COVID-19 대 유행의 영향을 많이 받았으며 건강에 대한 주요 위협으로부터 보호하기 위한 대비 계획 및 대응에 더욱 중점을 두고 있다. 이를 해결하기 위해 스코틀랜드 정부와 스코틀랜드 지방 당국 협약은 2018년에 스코틀랜드의 공중보건 우선순위(Scottish Government, 2018)를 발표했으며, 이는 향후 10년 동안 전체 시스템에 대해 공동으로 합의된 영역이다. 많은 정책 입안자들과 비정부 기구들은 대유행을 활용하여 흡연, 알코올, 식이 및 비만, 정신건강 및 건강 불평등을 포함한 다른 주요 공중보건 문제에 주의를 환기시켰다. 각 영국 구성 국가의 위임된 행정부는 또한 독립적인 공중보건 전략을 개발하고 자체 공중보건 정책을 도입할 권한을 가질 수 있다.

□ 전달체계

환자의 이동 경로는 영국 전역에서 상당히 유사하다. 환자는 GP, 응급실, 워크인 센터 또는 치과 의사를 통해 다양한 1차 접촉 메커니즘으로 진료를 받을 수 있다. GP는 외래 환자 또는 병원 내 입원 환자의 보다 전문적인 치료를 다른 서비스에 의뢰할 수 있다. 또한 물리치료사, 작업치료사, 언어치료사 또는 지역사회 정신간호사와 같은 연합 건강 전문가가 제공하는 여러 지역사회서비스에 환자를 추천할 수 있다. GP는 자선단체, 헬프라인, 사회서비스와 같은 사회적 지원에 환자를 안내하고 있다.

[그림 5-5] 영국의 환자 이동 경로



자료: Anderson M, Pitchforth E, Edwards N, Alderwick H, McGuire A, Mossialos E. The United Kingdom: Health system review. Health Systems in Transition, 2022; 24(1). p. 111.

□ 1차진료 및 전문진료

영국의 1차진료는 환자의 첫 번째 접촉 지점 역할을 하고 일반적인 조건에 대한 지속적인 액세스를 제공하며 보다 전문화된 치료를 위한 문지기 역할을 한다.

1차진료는 점차 일반의뿐만 아니라 전체 팀을 의미하는 것으로 확대되고 있다. 지역사회 환경에서 의사, 간호사, 조산사, 건강 방문자 및 치과 의사, 약사 및 검안사와 같은 기타 의료 전문가의 비율이 증가하고 있다. 정신 건강이나 장기 질환과 관련된 상황과

같은 일부 상황에서는 자원봉사 부문의 사용이 증가하고 있다. 1차 진료 간호사에는 실습 간호사와 지역 간호사가 모두 포함되며, 실습 간호사는 GP 실습에서 일하지만 지역 간호사는 환자의 가정에서 치료를 제공하기 위해 지역사회에서 일한다.

역사적으로 GP는 시간 외 진료를 담당했지만 2004년 GP와의 새로운 계약에 따라 시간 외 진료 위탁에 대한 책임은 GP 협동조합에서 제공하는 서비스와 함께 위탁(즉, 구매) 기관 또는 민간 부문 공급자로 이전되었다. 시간 외 진료는 통화 처리, 전화 평가 및 분류, 대면 상담으로 구성된다. 잉글랜드, 스코틀랜드, 웨일즈 및 북아일랜드의 환자는 111에 전화하여 하루 24시간 정보 및 조언에 액세스하고 시간 외 1차진료 서비스에 액세스하거나 온라인으로 FAQ 및 증상 검사기를 참조할 수 있다. NHS 워크인 센터는 예약 없이 1차진료를 받을 수 있는 대체 수단으로 2000년에 도입되었다. 많은 워크인 센터가 응급진료과 내부 또는 근처에 위치하며, 환자에게는 종종 응급 진료를 부적절하게 사용하기보다 사소한 불만에 대해 워크인 센터를 사용하도록 안내한다. 영국 전역에서 NHS 및 독립부문의 병원이 전문진료를 제공한다. 영국과 북아일랜드에서는 NHS 소유 병원을 NHS trust라고 한다.

□ 영국의 지역보건의료체계 기본원칙과 특징

영국의 경우 지역별 이양 정책으로 영국의 구성국가 간에 NHS 및 사회 복지 정책에 몇 가지 주목할 만한 차이가 생겼지만 각 국가는 NHS가 임상적 필요에 따라 서비스 시점에서 무료로 치료를 제공해야 한다는 기본원칙을 유지한다.

영국에서 NHS 지원 서비스의 독립 부문 제공이 점차 증가하는 것에 대한 우려도 제기되고 있다. NHS 제공자와 비교하여 독립적인 부문 제공자에 내재한 이익을 극대화하는 제도적 문화와 두 부문 간의 일관성 없는 데이터 수집으로 예시되는 투명성 부족에 관한 문제가 포함된다.

나. 영국의 공중보건 지방정부 권한 이전 사례

□ 지역계획당국(local planning authority, LPA)의 공중보건²³⁾

지방 당국은 이미 1984년 개정된 공중보건(질병 통제(Control of Disease))법에 따라 중요하고 광범위한 공중보건 기능을 가지고 있었다(UKDH, 2015). 그러나 2012년 개정된 보건 및 사회보장법(Health and Social Care Act)에 나열된 법률과 규정에 따라, 지방 당국은 중요한 새로운 공중보건 기능을 맡게 되었다. 공중보건 책임자는 이러한 새로운 기능의 책임자로서 공중보건, 건강 개선, 건강 보호 및 의료 공중보건의 세 가지 영역(즉, NHS가 지원하는 임상 서비스의 인구 건강 측면)에 걸쳐 전문적인 접근이 필요하게 되었다.

지방 당국은 국무장관과 공동으로 이사 선임 절차를 주도하게 되어 지역에서 적절한 전문 지식과 경험을 갖춘 인재를 임명하게 되었다. 정부는 이 과정에 대한 별도의 지침을 제공한다. 보건부에서는 보건 및 복지 문제가 지역계획에 포함되고 계획 신청에 대한 의사 결정의 모든 기회를 보장하기 위해 보건기관이 공중보건이사(DsPH)와 함께 지역 계획당국(LPA)에 참여하도록 강조하며 가이드를 제공하기도 했다. 이 가이드는 지역 계획당국(LPA)이 파트너십을 통해 지역주민에 대한 최적의 건강결과 달성을 위해 필요한 의료 인프라, 의료 시스템 각 부문이 다른 부문의 역할, 적절한 시간 및 인력과의 협업에 관한 지침을 명시한 것이다(UKDH, 2015).

□ 공중보건서비스의 지방정부로의 권한 이양

2012년 보건 및 사회보장법(Health and Social Care Act)을 통해 공중보건 영역은 지방정부(local government)로 이전되었으며, 이에 따라 2013년 4월 광범위한 공중 보건서비스에 대한 책임과 자금을 NHS에서 의회로 이동시켰다. 2012년 당시 보건 및 사회보장법(Health and Social Care Act)을 통한 공중보건의 이전은 정당 간 합의, 건강과 복지에 관심이 있는 단체와 개인들로부터 광범위한 지지를 받았다. 그 이유는 지방정부가 그들이 책임지는 모든 기능 및 그들이 주도하거나 지원하는 광범위한 지역 및 지역 파트너십을 통해 지역사회와 건강과 복지를 수행하기 위한 최적의 위치에

23) 영국의 지역계획당국(local planning authority, LPA)에 대해서는 UKDH(2015)를 참고하였음.

있다고 판단되었기 때문이다. 지방정부로의 권한 이전은 공중보건 정책과 전달에 큰 변화를 가져왔고, ‘수십 년 만에 지방정부의 권한과 의무의 가장 중요한 확장 중 하나’로 여겨지고 있으며, 대부분 지역에서 비교적 원활한 이전이 이루어졌다. 당시 공중보건 이사(DsPH, Directors of Public Health), 의회 및 NHS 이사들은 지역 주도의 공중보건서비스를 구축을 위한 전환과 학습의 기간을 거쳤다. 이러한 지방이전에 대해 영국 지방정부 공중보건 개혁: 킹스 펀드(King’s Fund)는 지방정부협회(LGA)가 의뢰한 독립적인 평가에서 ‘전반적으로 지방정부로의 이동이 옳았고, 앞으로 건강과 복지를 향상시킬 수 있는 추가 기회를 제공한다’고 긍정적인 평가를 하기도 했다(Fothergill & McManus, 2022).

□ 지역별 상황의 다양성

지방정부는 공중보건위원회(public health councils)가 되기에 적합한 장소이다. NHS는 건강과 복지에 중요한 역할을 하지만, 지방의회는 건강을 증진하기 위해 모든 기능, 지역사회 관계 및 광범위한 파트너십을 활용할 수 있는 공중보건 기관이기 때문이다. 공중보건이사(DsPH)는 지역마다 다르며, 공중보건의 어떻게 조직되어야 하는지에 대한 이상적인 모델은 없으므로, 수년간 이사들이 지역사회 안전과 회복력, 문화와 여가 등 의회 기능에 대한 추가 관리 책임을 맡았다. 공중보건이사(DsPH)는 영향력과 증거를 사용하여 의회의 모든 부분이 건강과 복지를 적극적으로 증진하도록 역할을 하며, 의회 전체의 공중보건 공동체를 만드는 역할을 한다. 따라서 공중보건이사는 잘 조직되고 훌륭한 의사 소통자이며, 코로나19 시기에는 공중보건 위원회(Public health councils) 파트너와 함께 팬데믹의 모든 단계를 해결하기 위한 신속하고 철저하며 통합된 지역 대응의 중심이었다(Fothergill & McManus, 2022).

□ 지난 10년간의 평가²⁴⁾

영국에서는 2022년 제10회 지방정부협회(Local Government Association, LGA) 공중보건연차보고서를 통해 지난 10년간 공중보건 분야의 지방자치단체 역할을

24) 영국의 공중보건 지방이양에 대한 평가에 대해서는 Local Government Association(2022)을 참고하였음.

다음과 같이 소개하고, 지방으로 권한 이양 이후 생긴 문제점으로 자금 문제와 건강 불평등 문제를 언급했다(Fothergill & McManus, 2022).

2012년도 첫 번째 도입 시기

첫 번째 연례 보고서의 주요 관심 분야는 의회 내에서 공중보건 팀이 어떻게 조직되는가였다. 공중보건의사(DsPH)는 최고 경영자와 주요 구성원에게 건강과 복지에 대해 직접 보고해야 하는 역할을 한다. 공중보건의사(DsPH)들이 직면한 문제 중 하나는 의회와 파트너십 전반에 걸친 광범위한 기회를 어디서부터 최대한 활용해야 하는가였는데, 이것은 지역마다 달랐고 계획, 허가, 환경 보건, 스포츠 및 레저, 자원봉사 및 지역사회 부문과 많은 다른 것들을 포함했다. 따라서 이사들은 NHS에서 달성하기 어려운 변화들의 위시리스트를 가지고 접근했다. 예컨대 방문서비스, 교육 및 커뮤니티 서비스에의 조기 대응, 학습장애인에 대한 NHS 건강검진 등 사회적 보호가 필요한 사람에 대한 예방적 지원에 초점을 둔 경우도 있었다. 지역구의 지역의회가 지역 보건 및 복지 이니셔티브를 개발하기 위해 참여했다. 공중보건의사(DsPH)는 공동 전략 요구 평가, 건강 및 웰빙 전략을 주도하여 데이터 및 정보 분석 개선을 이끌고 이러한 작업을 통해 지역별 우선순위 전략 마련을 뒷받침했다.

중기

이 기간의 도전 과제는 공중보건 보조금에 대한 국가적 삭감이었는데, 이는 기존 활동을 제한하고 시범 연구 또는 파트너십 이니셔티브와 같은 새로운 이니셔티브를 축소했다. 지방정부 예산의 더 넓은 제약을 배경으로 한 이러한 엄격한 삭감은 공중보건의 달성을 수 있는 것에 큰 영향을 미쳤다. 지방정부에서는 예산이 제한적 이었고, 적어도 의회 전반에 걸쳐 자원을 할당하고 절약하는 방법에 대해 논의할 기회가 더 많아졌다.

지방으로의 권한 이양 이후 생긴 문제점

지역 NHS 조직은 종종 더 많은 일을 하기를 원하지만, 국가의 우선순위가 있으므로 기대보다 많은 기회를 실현하지 못한다는 비판도 있었다. 특히 자금 문제가 있었는데, 분석에 따르면 의회의 모든 공중보건 기능에 전용 자금을 제공하는 공중보건 보조금이 2015년부터 2016년까지 1인당 실질 기준으로 24% 감소했으며, 총 10억 파운드의 감소와 같다. 가장 큰 삭감은 건강 불평등 수준이 가장 높은 빈곤 지역에서 발생했으며, 2022/23년에 대한 공중보건 합의에 따르면 보건 자금의 실질적인 증가는 없는 것으로 보인다. 이에 LGA와 ADPH(Association of Directors of Public Health)를 포함한 파트너는 의회가 현재 증가하는 건강요구와 건강 불평등을 충족하기 위해 NHS 기금의 증가와 장기 기금이 필요하다는 점을 밝히기도 했다

자료: Fothergill, D., McManus, J. (2022). Public health in local government: Celebrating 10 years of transformation. Retrieved from Local Government Association. <https://www.local.gov.uk/publications/public-health-local-government-celebrating-10-years-transformation> 2022.10.10.

〈표 5-2〉 호주, 독일, 네덜란드, 영국의 지역의료체계

구분	중앙정부 수준(Central level)	중앙정부 외	
		주정부 수준(Regional level)	지역 수준(Local level)
호주	○ 연방정부는 이하와 같은 책임이 있음: - 의료급여제도(MBS)를 통한 입원 및 외래 환자에 대한 자금 제공 및 의약품급여제도(PBS)를 통한 외래 처방약 제공 - 민간건강보험, 의약품 및 치료제 규제 - 정부 간 협력 및 의사 결정을 위한 호주정부협의회(COAG) 참여, 주요 자금 조달 논의, 정부 간 역할 및 책임 교환과 같은 문제 협의 - 보건장관 자문 위원회는 COAG 보건위원회 보좌 - 연방 보건부는 MBS, PBS를 포함한 국가 정책 및 프로그램 감독	○ 주정부는 이하와 같은 책임이 있음: - 공립 병원, 구급차, 공립 치과 진료, 지역사회 건강간담회로 및 예방 진료), 정신 건강 관리에 대한 서비스 제공을 소유 및 관리 - 연방정부 제공 자금 외에도 자체 자금 기여 - 사립 병원, 약국의 위치 및 인력 규제 (자체 보건부서는 병원관리를 지역 병원 네트워크에 위임. 병원 네트워크는 효율성, 효과성 및 치료 조정을 위해 Primary Health Networks와 협력)	○ 지방정부는 이하와 같은 책임이 있음: - 예방 접종, 식품 표준 규제 등 지역사회 건강 및 예방 건강 프로그램 제공 ○ 사우스오스트레일리아 주의 사례: - SA Health는 지방의회, 지방정부협의회(LGA) 및 공공보건 파트너가 협력하여 공공보건 계획 시스템 구축 - 이 시스템은 지방의회 및 계획 클러스터(local councils and planning clusters)에 대한 연락, 지원 및 정보, 공동 활동 영역을 식별하기 위한 계획 분석, 지원 자원의 개발, 공공보건에 대한 인식 확대 구축
독일	○ 보건 부문의 조직과 성과에 관한 보편적 체계 (framework) 설정 ○ 공공에 위험을 야기할 수 있는 인간 또는 동물 질병에 대한 조치 및 약국, 의약품, 약물, 마약, 독극물에 대한 입법권 ○ 연방보건교육센터(federal agency for health education, "Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung")이 행하는 보건 교육과 정보 ○ 연방국민보호재난지원청(Federal Office of Civil Protection and Disaster Assistance, "Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe", BBK)이 제공하는 건강 보호, 의료 재해 관리와 긴급 식수 공급	○ 보건서비스("Gesundheitsdienst"), 구급 서비스, 병원의 조직에 관한 사항의 입법 ○ 보건 부문의 예방적 조치의 시행 (action programmes etc.) ○ 시골 지역에서의 의사 부족에 대응하기 위한 프로그램	○ 중간 수준(Intermediate level) - 지자체 (Kreise) 단위의 보건 정책의 시행은 분권화되어 있으며 지역에 따라 차이가 큼 ○ 지역보건기구("Gesundheitsämter") 지역 병원의 운영과 재정 - 공공위생 측진을 위한 지역 프로그램 - 감염으로부터의 보호 - 건강 진단 - 사회 정신의학 서비스 - 보건 홍보 및 상담

구분	중앙정부 수준(Central level)	중앙정부 외	
		주정부 수준(Regional level)	지역 수준(Local level)
네덜란드	○ 보건복지체육부(The Ministry of Health, Welfare and Sport)는 이하에 관한 책임이 있음: - 정책 프레임워크의 개발, 국가 수준에서 제공되는 보건 일부 영역에 대한 입법 및 규제 - 건강검진 - 국가공공보건시설에 대한 자원 제공 - 모든 네덜란드 거주자들에게 제공되는 법정 건강 보험 패키지의 내용과 범위 수립 ○ 네덜란드 국립의료센터(The National Healthcare Authority - Zorginstituut Nederland)는 다음과 같은 책임이 있음: - 건강보험법이 법규에 맞게 시행되도록 보장하는 것 - 보건에서의 시장 조정자 역할 ○ 네덜란드 보건감사기관(The Dutch Healthcare Inspectorate, Inspectie voor de Gezondheidszorg)은 보건의 안전과 질을 감독하고 단속함	○ 지방 기관들은 보건정책 시행의 우선순위를 설정에 관하여 제한된 권한을 갖고 있음. 이 기관들은 이하의 책임이 있음: - 의료 기관(예: 병원)의 가용성, 분배, 계획의 감독 - 보건 계획의 우선순위에 관한 조언 제공 - 지역 보건기관들과 지방자치단체가 참여하는 지방 보건 계획의 준비 - 국가 보건 정책의 모니터링과 시행 - 보건 교육과 관련 서비스의 시행 ○ 담당 부처 및 기구: 주(Provinces)	○ 국가의 보건정책 결정과 밀접하게 관련된 지자체의 역할 ○ 지역 기관들은 이하의 책임이 있음: - 지역 수준에서 사회적이고 예방적인 보건서비스를 제공하는 것 (지자체 의료 서비스) - 신체적, 정신적 또는 심리적 장애가 있는 사람들, 학습 장애나 고령자를 포함한 사람들에게 지원을 제공(Social Support Act, 2015) - 청소년 지원 및 케어 서비스(Youth Act) - 고령자와 만성 질환자에게 보건서비스를 제공 - 지방 단위 조사에 참여하는 것 - 지방자치단체 기금으로 보건서비스 재정에 부분적으로 재정적 기여를 하는 것 - 앰블런스 서비스에 대한 허가 GSM/UMTS(이동통신) 기지국 위치 확인 ○ 담당 부처 및 기구: 지방자치단체
영국	○ 영국 중앙정부는 이하의 책임이 있음: - 보건에 관한 일반적 정책 가이드라인, 입법 프레임워크 및 전반적 정책 목표의 설정 - 잉글랜드의 보건 정책 입법 및 시행 - 잉글랜드에서의 보건 교육 ○ NHS: 공공 재원으로 운영되는 보건 시스템 영국공중보건국(Public Health England), 보건 교육과 질병 예방에 관한 특정 측면과 프로그램을 담당	○ 스코틀랜드 의회는 스코틀랜드 정부를 통해 이하의 책임이 있음: - NHS 스코틀랜드 - 1차 의료 정책 - 스코틀랜드에서의 보건 교육 - 보건서비스와 병원의 관리 ○ 웨일즈 정부는 이하의 책임이 있음: - NHS 웨일즈 - 건강의 증진 - 질병, 통증, 부상, 장애와 정신질환의 예방, 치료, 완화 - 질병의 통제	○ 2012년 보건 및 사회보장법(Health and Social Care Act)을 통해 공중보건 영역은 지방정부(local government)로 이전됨 ○ 잉글랜드의 단일 및 2단계 기관들과 웨일즈, 스코틀랜드, 북아일랜드 지방자치단체에 걸친 조정을 제공하는 NHS 기관들이 있음. 스코틀랜드에는 14개의 지방 NHS 위원회가 있고, 7개의 특별 NHS위원회가 있으며, 웨일즈에는 일곱 개의 지역 보건위원회가 있음. ○ 지역 기관들은 병원들과의 파트너십하에 이하의 책임이 있음: - 보건의 증진

구분	중앙정부 수준(Central level)	중앙정부 외	
		주정부 수준(Regional level)	지역 수준(Local level)
		가족 계획 의료, 치과, 인과, 약국과 보조 (ancillary) 서비스 및 시설을 포함한 보건의서비스의 제공 임상 거버넌스 및 보건의서비스 표준 NHS의 조직과 자원 ○ 북아일랜드 집행부(The Northern Ireland Executive)는 이하의 책임이 있음: NHS에 상응하는, 혹은 때때로 NHS로 호칭되기도 하는 북아일랜드에서의 보건과 사회복지(HSC) 보건 정책 보건 교육 보건의서비스와 병원의 관리 보건 증진 프로그램을 담당하는 비정부 공공기관	- 보건의서비스의 제공 - 고령자, 어린이, 장애인에 대한 보건 - 지역 당국은 공공보건 교육과 특별한 보건 이슈 (암, 에이즈 등)에 대한 예방적 서비스에 참여 ○ 2013년에는 필수 돌봄 트러스트(Primary Care Trusts)가 보편적 실천 기반(practice-led) 기관인 의료 위탁 계약 기관(Clinical Commissioning Groups)으로 대체되었음

자료: 1) European Committee of the Regions. (n.d.). Division of Powers. Retrieved from <https://portal.cor.europa.eu/divisionpowers/> 2022.10.20.

2) SA Health (2018) State Public Health Plan 2019~2024. SA: Department for Health and Wellbeing, Government of South Australia. <https://www.sahealth.sa.gov.au/statepublichealthplan> 에서 2022.10.25. 인출

제2절 국내 연구

국내 지역보건의료체계와 관련된 연구현황을 확인하기 위해, RISS 검색엔진에서 검색키워드 ‘논문명: 지역 보건 의료’를 통해 2010~2022년 발표된 85건의 논문을 검색했고(2022년 8월 3일 기준), 이 중에서 초록 및 연구 내용을 확인하여 최종 8개의 연구를 고찰했다. 이를 통해 지역보건의료체계의 일환으로 지역보건의료기관, 지역사회 통합돌봄체계, 지역보건의료기관 간의 협력 사례 및 지역보건의료계획에서의 시민참여 사례를 살펴보았으며, 마지막으로 지역보건의료 질 평가와 관련된 연구를 고찰했다.

1. 지역보건의료기관 및 통합돌봄체계

가. 지역보건의료기관

박선희, 이미선, 오유미(2022)의 연구에서는 지역보건의료기관 유형에 따라 진료 현황을 분석하고, 인구 및 지역유형별 특성을 분석하여, 진료 기능을 보건소 진료의 강화와 사전 예방 건강증진으로의 전환 2가지 관점에서 살펴보았다. 지역보건의료기관 진료서비스 현황을 보면, 기관 유형, 지역별, 지역유형별 3가지 구분기준으로 이용자 수와 진료비를 분석하였다. 지역보건의료기관은 2019년을 기준으로 보건소와 보건 의료원 254개, 보건지소 1,337개, 보건진료소 1,904개 총 3,498개소가 운영되고 있으며, 이용자 수로 보았을 때 전체 진료인원은 총 2,238천 명, 내원 일수는 11,806천 회로 나타났다. 또한 지역보건의료기관 연령별 진료인원을 살펴본 결과, 65세 이상이 전체의 56.8%를 차지하고 있어 노년층의 이용이 가장 많은 것으로 나타났으며, 가장 높은 비중을 차지하는 연령대는 70대, 60대, 80대 순이었다. 특·광역시, 일반 시의 경우 고혈압, 감기, 당뇨병, 대사증후군 등의 질환을 이유로 방문하는 인원이 많았다. 도시 지역의 보건소는 만성질환 예방 및 관리를 위한 사전예방적인 건강증진 기능의 강화가 필요한 시점이며, 1인당 내원 일수로 볼 때 보건진료소가 6.3회로 가장 많은 것으로 나타나, 농어촌과 같은 의료취약지에 대한 진료기능의 필요성이 드러났다. 따라서 보건소 업무의 선택과 집중에 따른 효율화 모형 및 보건소의 기능 개편을 위한 필수 업무와 조정기관이 가능한 업무의 구분이 필요함을 시사했다.

나. 지역사회 통합돌봄체계

지역사회 돌봄(Community Care)이란 돌봄이 필요한 경우 자신의 거주지역에서 개별 욕구에 맞는 서비스를 이용할 수 있도록 주거, 보건의료, 요양, 돌봄 등 일상생활에 대한 지원을 연계한 통합적 정책이다(보건복지부, 2020b, p.2).

임지연, 안나나, 이석구, 안순기(2022)는 국가적인 수준뿐만 아니라 광역, 기초자치단체 단위에서는 건강의료 영역의 지역사회 통합돌봄 참여가 매우 미약한 상황임을 지적하였다. 이에 지역사회 통합돌봄 관련 제도의 현황, 문제점, 돌봄요구, 필요자원 등에 대해서(위치변경) 서비스제공자와 이용자들을 대상으로 한 질적 연구를 바탕으로 심층적인 분석을 진행하였다. 연구 대상자는 대전광역시 해당 자치구에 주소를 둔 뇌졸중 퇴원 환자이다. 이 연구에서는 퇴원 시점부터 지역사회 서비스 제공 시점까지 공백을 최소화하기 위한 즉시성, 기존 서비스와의 차별성과 포괄적인 서비스 이용이 가능한 통합성, 지속적인 의사소통, 재입원 예방, 건강 유지 및 증진을 위해 연속성의 원칙을 지켜야 할 필요성이 있음을 주장했다.

[그림 5-6] 공중보건의로 연계모델 (임지연 등, 2022)

다. 지역사회 통합돌봄체계에서 공공 및 민간기관 간의 협력 사례

김일호 & 남춘호(2021)는 노인돌봄서비스의 측면에서 민간 보건의료기관 협업대상자 간 협력 단계를 ① 비정기적 정보교환 및 의견 청취, ② 돌봄 대상자 또는 서비스 의뢰 (요청하기/요청받기 등), ③ 공식 정기모임 (돌봄 관련 정례회의, 사례관리 등), ④ 인적·물적 자원공유, ⑤ 돌봄 관련 사업 공동 기획 또는 시행의 5단계로 분류하였다. 이 연구는 2020년 제1차 지역사회 돌봄 네트워크 조사 자료를 활용하였다. 조사구는 각각 서울시 1개, 부산시 1개 지역사회(구)를 선정하였으며, 서울시 A구는 73개, B구는 93개 조직이 포함되었다. 해당 기관들은 실제 돌봄사업 협력관계를 가지고 있는 공공과 민간의 기관 및 조직으로 보건소, 치매안심센터, 정신건강센터, 국민건강보험공단, 지역사회 약국, 공공과 민간 병·의원, 지역사회 의사회, 약사회 등 보건의료 단체, 의료복지사협회 등이었다. 분석 결과, 서울시 A구와 부산시 B구의 공공과 민간 보건의료조직 간 협력 여부에 대한 협력연결망(sociogram)을 도식화하였는데 협력 여부에서 조직당 협력관계 수는 A구가 B구보다 많았으나, 결집계수(Clustering Coefficient)는 B구가 A구보다 높았다.

2. 지역보건의료계획

가. 지역보건의료계획과 시민참여

지역보건의료계획이란, 지역사회 건강에 대한 구체적인 전략계획으로, 건강한 지역사회를 만들기 위한 목표설정, 우선순위 개발, 보건사업 계획 관련 자료수집 및 활용의 과정을 포함한다. 지방자치단체는 4년마다 지역보건의료계획을 수립하게 되어있어 2020년 현재 제7기 지역보건의료계획이 시행되고 있다(이수진 등, 2021). 「지역보건법」에서는 ‘지역보건의료계획’을 “보건의료의 수요를 측정하고 지역보건의료서비스에 관한 장기·단기 공급 대책을 수립하며 인력·조직·재정 등 보건 의료자원의 조달 및 관리를 통해 지역보건의료 정책을 효율적으로 추진하여 궁극적으로는 지역주민의 건강증진에 이바지할 것”을 목적으로 하고 있다(지남주, 2021).

이수진 등(2021)에서는 대구광역시에 거주하는 시민참여단을 중심으로 한 시민원탁

회의를 수행하여, “대구시 건강수준을 어떻게 높일까?”, “대구시 건강 격차를 어떻게 줄일까?”라는 질문에 대해 논의했다. 대구광역시 지역보건의료계획 시민참여단 1차 원탁회의는 6개 조로 나누어 DVD(M(Definition), V(Value), D(Difficulty), M(Method)) Map에 따라서 조별로 건강이 무엇인지(define), 어떤 가치를 가지는지(value)를 논의하여 참여자가 건강에 관한 생각을 정리할 수 있도록 하였고, 그 결과 시민들은 건강을 유지할 수 없게 만드는 장애물로 운동 부족, 건강하지 않은 식단, 음주 등 건강행태 개선의 어려움과 보건의료서비스에 대한 접근성 제한을 꼽았다. 이뿐만 아니라, 외로움, 정서적 불안, 사회적 관계, 환경오염, 물리적 환경 등 보다 포괄적인 건강 결정 요인에 대해서도 이야기하였다. 또한 2차 원탁회의는 시민들이 ‘건강 격차’에 대하여 생소하다고 판단하여 ‘건강 격차 없는 대구의 모습’ 기획을 위한 시민 특성 분석에 페르소나-기반 시나리오 기법(Persona-based Scenario Method)을 활용하였으며, 자유롭게 건강 격차를 줄이는 방법을 상상해보는 것으로 하였다. 그 결과 시민들은 건강 수준이 낮은 취약 계층에 대한 특징으로 독거, 외로움(갈 곳이 없음), 무직, 대인관계의 어려움, 삶의 즐거움이 없음, 내성적인 성격, 노인, 만성병, 술, 담배, 운동 부족, 영양실조 등을 꼽았다. 이를 통해 시민들은 건강 수준 향상을 위해 향후 4년간 시 보건 당국이 의무적으로 진행해야 할 일로 보건서비스 접근성 확대, 소생활권(마을, 동네) 중심 보건서비스, 정신 건강 서비스 확대, 건강 친화적 환경조성, 환경오염 개선, 사회적 건강개선이라고 제안하였다. 또한, 건강 격차를 줄이기 위해서는 건강 취약계층의 소통개선과 어울릴 수 있는 환경조성, 보건의료에 대한 접근성 향상, 쾌적한 물리적 공간, 사회적 역할 수행이 필수적이라고 하였다.

지남주(2021)는 지역보건의료계획의 의미와 발전 및 개선방안에 대해 논했는데, 지역보건의료계획의 문제점으로 첫째, 현 계획이 지나치게 많은 사업을 대상으로 하고 있어, 지역의 현황 파악이 쉬워졌음에도 불구하고 그 내용이 실제 지역보건의료계획으로 특색 있게 이어지지 못하는 현실, 둘째, 지자체 특성에 맞는 사업 집중이 어려운 점, 셋째, 지역사회 통합돌봄에 대한 대응계획이 충분치 않은 점, 넷째, 사업 수행을 위한 인력과 예산 지원이 분명치 않은 점을 지적했다. 따라서 향후 지역보건의료계획의 구체적인 마련을 위하여 감염병 체제에 대응할 수 있도록 보건소 조직의 전반적인 체계, 구조, 조직, 인력, 예산에 대한 논의와, 조직 내에 기획·연구·통계 작성 등을 위한 팀 신설의 필요성을 주장했다.

3. 지역보건의료 질 평가

가. 일차의료 질 평가도구를 활용한 연구

한국 일차의료 평가도구(K-PCAT)는 우리나라 일차의료 개념 정의(Lee et al., 2009)를 바탕으로 문항 수집과 개발, 전문가 자문, 요인 분석, 타당도 검증을 통하여 개발되었다(Lee et al., 2009). 환자 등 서비스 이용자가 일차의료를 평가하는 설문 도구로서, 최초접촉(5문항), 포괄성(4문항), 조정기능(3문항), 전인적 의료(5문항), 가족/지역사회 지향성(4문항) 등 5개 영역, 21개 문항으로 구성된다. 각 문항은 5점 리커트(Likert) 척도로 구성되며, 최종 점수는 100점 척도로 환산하여 제시된다(최윤구 등, 2010). 그동안 농촌 지역 보건소, 의료생협, 개원 가정의 등에 대한 일차의료의 질을 평가한 세 연구에서 KPCAT가 높게 평가된 영역은 공통적으로 최초접촉과 전인적 의료 영역이었고, 낮게 평가된 영역은 조정기능 영역이었다.

농촌지역 보건소 일차의료의 질: KPCAT 영역별 점수 중앙값이 기대 점수에 이르는 영역은 최초접촉 하나였다. 반면, 조정 기능 문항에서는 상대적으로 나쁜 평가를 받아, 다양한 보건의료 서비스의 안내 및 조정에는 소홀하였음을 시사했다(변영관, 최용준, 2017). 의료생협에 대한 일차의료의 질: 의료생협은 협동조합 원칙을 따르며, 그 기관에서 일하는 의료 전문가와 힘을 모아 건강과 관련된 문제를 해결하기 위하여 노력하는 주민자치조직이다(Lee, 1998). 일차의료 영역 중에서 점수가 높은 것은 전인적 의료, 최초접촉이었으며, 점수가 낮은 것은 조정기능, 포괄성이었다(최윤구 등, 2010). 개원 가정의에 대한 일차의료의 질: 개원 가정의를 상용치료원으로 이용하는 고혈압 환자들은 KPCAT 5영역 중에서, 전인적 돌봄과 최초접촉 영역에는 상대적으로 높은 점수를, 조정기능과 포괄성 영역에는 상대적으로 낮은 점수를 부여하여, 우리나라 고혈압 관리에 있어서 상용치료원이 제공하는 일차의료 서비스 질을 동시에 고려해야 함을 시사했다(박진하 등, 2011).

〈표 5-3〉 국내 지역보건의료체계 관련 연구 요약

저자(연도)	주제	지역보건의료의 특징
지역보건의료기관 및 통합돌봄체계		
박선희 등 (2022)	지역보건의료기관 (보건소) 특성	- 지역보건의료 서비스 제공자 특성: 지역보건의료기관 유형에 따라 진료현황을 분석하고, 인구특성, 지역유형별 특성을 분석하여 진료기능을 보건소 진료의 강화, 사전예방 건강증진으로의 전환 2가지 관점에서 살펴봄 ※ 2019년 기준: 보건소와 보건의료원 254개, 보건지소 1,337개, 보건진료소 1,904개로 총 3,498개소 운영 - 지역보건의료기관(보건소) 이용자 특성: 1) 연령별 현황 - 65세 이상이 전체의 56.8%를 차지하고 있어 노년층의 이용이 가장 많은 것으로 나타남 2) 소득계층별 현황 - 건강보험가입자가 1,122만 명(94.4%), 의료급여 수급권자 5.8만 명(5.6%) 3) 상병별 이용현황 - 감기치료를 목적으로 방문하는 인원이 696천 명으로 가장 많으며, 고혈압 547천 명, 피부질환 169천 명 순으로 나타남 4) 보건소 역할 분석 - 도시지역의 보건소는 일반적인 진료보다는 만성질환 예방 및 관리를 위한 사전예방적인 건강증진 기능의 강화가 필요한 시점임 * 농촌지역의 보건지소 및 보건진료소의 진료기능 강화 필요: 1인당 내원일수로 보면 보건진료소가 6.3회로 가장 많은 것으로 나타나, 의료취약지에 대한 진료기능이 아직 필요 * 보건소 기능개편을 위한 향후 추진방향: 보건소 업무의 선택과 집중에 따른 효율화 모형이 필요
지역사회 통합돌봄 정의		- 지역사회 통합돌봄(community care)이란, 케어가 필요한 주민(노인, 장애인 등)이 살던 곳에서 개개인의 욕구에 맞는 서비스를 누리고 지역사회에서 함께 어울려 살아갈 수 있도록 주거·보건의료·요양·돌봄·독립생활 지원이 통합적으로 확보되는 지역주도형 사회서비스 정책을 의미함
임지연 등 (2022)	지역사회 통합돌봄 체계 중심으로	- 지역보건의료 서비스 제공자 특성: 서비스제공자에게 보건정책과 보건의료체계 항목으로, 서비스이용자에게 개인 특성, 보건의료서비스 이용, 소비자의 만족도 항목으로 면담 진행 ※ 보건정책(부족한 인력현황, 높은 통합돌봄 교육 요구도), 보건의료체계(기관에 따른 개별서비스제공, 기관별 서비스 경계 존재, 미흡한 협력체계 구축) - 지역보건의료기관(보건소) 이용자 특성: 이용자 개인의 특성(뇌졸중에 대한 낮은 인지와 소극적 자세), 보건의료서비스 이용(선택에 의한 기관 이용), 이용자 개인의 특성(이용 기관에 따른 만족도의 차이) - 접근성이 가장 좋은 행정복지센터의 통합돌봄 창구로 일원화하여 공공사례관리를 실시하고, 건강의료는 건강생활지원센터, 주거지원원은 주거복지센터, 요양돌봄은 요양돌봄센터로 연계하고 공동 사례관리가 필요하면 동단위 케어회의와 동단위에서 어려운 사례는 자치구 케어회의로 의뢰하는 방식으로 이루어져야 할 것을 제안
김일호 & 남춘호(2021)	지역사회 통합돌봄 체계에서 공공과	- 노인돌봄서비스의 측면에서 민간 보건의료기관 협업대상자 간 ① 비정기적 정보교환 및 의견청취, ② 돌봄 대상자 또는 서비스 의뢰(요청하기/ 요청받기 등), ③ 공식 정기모임(돌봄관련 정례회의,

저자(연도)	주제	지역보건의료의 특징
	민간 협력	사례관리 등), ④ 인적, 물적 자원공유, ⑤ 돌봄관련 사업 공동기획 또는 수행의 5단계 협력 단계로 분류함 - 이 연구에 포함된 공공과 민간 보건의료기관은 보건소, 치매안심센터, 정신건강센터, 국민건강보험공단, 지역사회 의사회, 약사회를 비롯한 2개의 보건의료단체, 지역사회 약국, 공공과 민간 병의원, 의료복지사협 등으로 실제 돌봄사업 협력관계를 가지고 있는 기관이나 조직임
지역보건의료계획		
	지역보건의료계획 정의	- 지역보건의료계획은 지역사회 건강에 대한 구체적인 전략계획으로 정의할 수 있는데, 건강한 지역사회를 만들기 위한 목표설정, 우선순위 개발, 보건사업 계획 관련 자료수집 및 활용의 과정을 포함함 - 지방자치단체는 4년마다 지역보건의료계획을 수립하게 되어있어 2020년 현재는 제7기 지역보건의료계획이 시행되고 있음
이수진 등(2021)	지역보건의료계획 수립에서의 시민참여	- 시민들은 건강수준 향상을 위해 앞으로 4년간 시 보건 당국이 해야 할 일로 보건서비스 접근성 확대, 소생활권(마을, 동네) 중심 보건서비스, 정신건강 서비스 확대, 건강 친화적 환경조성, 환경오염 개선, 사회적 건강개선이라고 제안하였으며, 건강 격차를 줄이기 위해서는 건강 취약계층의 소통개선과 어울릴 수 있는 환경조성, 보건의료에 대한 접근성 향상, 쾌적한 물리적 공간, 사회적 역할 수행이 필요하다고 하였음
지남주(2021)	감염병 대응	- 감염병 체제를 맞아 보건소 조직의 전반적인 체계, 구조, 조직, 인력, 예산에 대한 논의가 필수적인데, 가장 먼저 조직 내에 기획·연구·통계 작성 등을 위한 전담팀 신설이 필요함
지역보건의료 질 평가		
	지역보건의료 질 평가 정의	- 환자 등 서비스 이용자가 일차의료를 평가하는 설문 도구로서 최초접촉(5문항), 포괄성(4문항), 조정기능(3문항), 전인적 의료(5문항), 가족/지역사회 지향성(4문항) 등 5개 영역, 21개 문항으로 구성됨 - 각 문항은 5점 Likert 척도로 구성되며, 최종 점수는 100점 척도로 환산하여 제시됨
변영관 & 최용준 (2017)	농촌 지역 보건소	- 한국 일차의료 평가 영역별 점수 중에 최초접촉 부분의 점수가 좋은 편이고, 조정기능 부분에서 낮은 평가를 받음
최윤구 등 (2010)	의료생활협동조합	- 일차의료 영역들 중에서 점수가 높은 것은 전인적 의료, 최초접촉이었으며, 점수가 낮은 것은 조정기능, 포괄성이었음 - 조합원 여부에 따라 유의한 차이를 보인 영역은 조정기능과 포괄성이었음
박진하 등 (2011)	개원가정의	- 개원 가정의를 상용치료원으로 이용하는 고혈압 환자들은 KPCAT 5영역 중에서, 전인적 돌봄을 가장 높게, 조정기능을 가장 낮게 평가하였음 - 일차의료 서비스 질을 평균 이상으로 높게 평가한 환자들은 환자-의사 관계의 지속기간이 유의하게 길었음

주: 박선희 등, 2022; 임지연 등, 2022; 김일호 & 남춘호, 2021; 이수진 등, 2021; 지남주, 2021; 변영관 & 최용준, 2017; 최윤구 등, 2010; 박진하 등, 2011

제3절 소결

지역에서 수행되는 보건의료의 현황을 살펴보기 위하여, 국외 사례 및 국내 선행 연구를 고찰했다. 국외에서는 공적건강보험(NHI) 방식을 운영 중인 호주, 독일, 네덜란드, 그리고 국가보건서비스(NHS) 방식을 운영 중인 영국의 지역의료체계를 살펴 보았다. 지역보건의료체계에 관한 국외 사례를 살펴보면, 공적건강보험체계를 운영하는 국가 중에 호주는 연방정부와 주정부가 감독하는 규제 책임을 지고, 지역의 보건의료 기관들이 서로 소통하면서 전문성을 강화할 수 있는 네트워크를 운영하고 있었다. 지방 정부는 예방 접종 및 식품 표준 규제와 같은 지역사회 건강 및 예방건강 프로그램을 제공하는 역할을 주로 담당한다. 지역단위의 지역공중보건계획(RPHP, Regional Public Health Plans) 사례로 사우스오스트레일리아를 살펴보면, SA Health는 지방 의회, 지방정부협회(LGA, Local Government Association of South Australia) 및 공중보건 파트너가 협력하여 공중보건 계획 시스템을 구축했다. 특히 2011년 사우스 오스트레일리아 공중보건법이 제정된 이래 계획의 첫 5년 주기 동안 총 31개의 RPHP(12개 광역 및 9개 지역 계획)가 개발되었으며, 2022년 현재 사우스오스트레일리아의 각 지방의회는 주 공중보건 계획 2019~2024에 부합하고 해당 지역 또는 지역 내의 공중보건 문제에 대응하는 RPHP를 준비, 유지 및 보고하는 체계를 운영하고 있다.

독일의 경우, 발달한 지방분권의 체계를 기반으로 지역의 일반의(GP)들에게도 전달 체계 입구의 역할을 활성화하고, 다양한 수준의 행위자들이 통합·연계할 수 있는 체계를 운영하고 있었다. 입법 프레임워크(The first level: the legislative framework) 중에 가장 작은 정치 단위인 지방자치 단체는 주민과 가까이에서 지역 의료 제공에 대한 책임을 지니며, 독일 보건의료체계에서 기회의 평등을 보장한다. 지자체(Kreise) 단위의 보건 정책의 시행은 분권화되어 있으며 지역에 따라 차이가 크다. 지역보건기구(Gesundheitsämter)에서는 지역 병원의 운영과 재정을 담당하며 공중위생 촉진을 위한 지역 프로그램, 감염으로부터의 보호, 건강 진단, 사회 정신의학 서비스, 보건 홍보 및 상담을 수행한다.

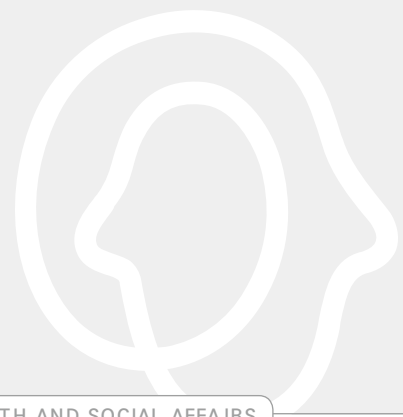
네덜란드도 독일과 유사하게 지역의 일반의들이 지역전달체계의 핵심적 역할을 하고 있었으며, 통합 만성치료 묶음지불 방식(bundled-payment approach to integrated chronic care)은 당뇨병, COPD 및 심혈관 위험 관리를 위해 전국적으로

적용되고 있다. 지방자치단체는 국가의 보건정책 결정과 밀접하게 관련되며, 지역 수준에서 사회적이고 예방적인 보건서비스를 제공한다. 신체적, 정신적 또는 심리적 장애가 있는 사람들, 청소년, 고령자와 만성 질환자 등을 지원하고, 지방 단위 조사에 참여하여 지방자치단체 기금으로 보건서비스 재정에 부분적으로 기여하면서 앰블런스 서비스에 대한 허가 등을 수행한다.

영국의 경우 2012년 보건 및 사회보장법(Health and Social Care Act)을 통해 공중보건 영역은 지방정부(local government)로 이전되었다. 이에 따라 지방 당국은 중요한 새로운 공중보건 기능을 맡게 되었으며, 지방정부로의 권한 이전은 공중보건 정책과 전달에 큰 변화를 가져와 “수십 년 만에 지방정부의 권한과 의무의 가장 중요한 확장 중 하나”로 여겨지고 있다. 공중보건이사(DsPH, Directors of Public Health), 의회와 NHS 이사들은 지역 주도의 공중보건 서비스 구축을 위한 전환과 학습의 기간을 거쳤고, “전반적으로 지방정부로의 이동이 옳았고, 앞으로 건강과 복지를 향상시킬 수 있는 추가 기회를 제공한다”는 긍정적인 평가를 하기도 했다. 다만 지방으로의 권한 이양 후 자금 문제가 있었는데, 분석에 따르면 의회의 모든 공중보건 기능에 전용 자금을 제공하는 공중보건 보조금이 감소했으며, 가장 큰 삭감은 건강 불평등 수준이 제일 높은 빈곤 지역에서 발생한 것으로 보고되었다.

우리나라에서도 지역을 중심으로 국가의 보건의료서비스 전달체계를 재편해야 한다는 논의가 있어 왔다. 이와 관련하여 국내에서도 지역보건의료기관의 특성, 지역사회 단위로 이루어지는 통합돌봄체계에 대한 평가, 지역보건의료계획, 지역보건의료의 질 평가에 관한 연구가 이루어지고 있음을 확인할 수 있었다. 국내에서 지금까지 수행된 연구는 특정 지역이나 집단을 중심으로 하는 연구가 다수이므로, 지역보건의료체계의 거버넌스 및 운영 주체에 관한 포괄적인 연구의 필요성을 확인할 수 있었다.

향후 지역보건의료체계에서 의사결정 주체와 영역별 거버넌스와 역할에 대한 고찰, 의사소통의 통로, 지역사회 안팎에서 다양한 주체 간의 연계 증진을 위한 선순환 모형을 파악하고 이에 대한 평가 방법을 모색하는 지속적인 관심과 논의가 요구되는 바이다.



제6장

이해관계자 심층면접: 지역보건의료체계 진단 및 개선과제

제1절 연구 개요

제2절 연구 결과

제3절 소결

제 6 장

이해관계자 심층면접: 지역보건의료체계 진단 및 개선과제

제1절 연구 개요

1. 연구 필요성 및 목적

우리나라는 급격한 인구 고령화 및 지방 인구감소, 감염병 위기, 지역 간 건강 불평등 등 지역사회를 중심으로 한 문제가 심화하고 있어서 자연스럽게 지역주민의 건강문제를 중심으로 한 지역기반 보건의료 정책 및 사업의 중요성이 강조되고 있다. 또한 보건-의료-돌봄 서비스가 실제 구현되는 지역사회에서 관련 정책 및 사업 수행 시 지역의 기능 및 역할의 중요성과 지방정부의 책무성이 강조되고, 지역완결적 보건의료체계 구축과 실질적인 구현이 가능하기 위해서는 현재의 지역보건의료체계 현안 및 문제점을 파악하고 이를 기반으로 개선과제를 도출하는 것이 바람직할 것이다.

따라서, 본 장은 국민건강결과 개선을 위한 국가보건의료체계를 위한 지역의 역할, 지역보건의료체계 운영에 따른 지역의 현안과 이를 위한 지방정부의 역할을 질적 연구를 통해 탐색하는 데 그 목적이 있다.

2. 연구주제 및 연구 질문

본 연구주제를 위한 주요 연구 질문은 다음과 같다. 첫째, 현재 우리나라 지역보건의료체계의 주요 현안은 무엇인가? 둘째, 지역보건의료정책을 수행하는 데 있어서 성공요인과 장애요인은 무엇인가? 특히 지역의 보건의료정책이 해당 지역 인구집단의 건강에 초점을 두고 있는지, 그리고 보건의료에의 접근성 향상을 통해 건강형평성 실현에 초점을 두고 있는지, 지역사회 참여 수준과 지역 보건의료 의사결정 시 지역사회에 얼마나 권한이 주어져 있는지, 중앙정부 및 지역보건의료체계 내 부문 간 소통과 협력이 원활히 이루어지고 있는지, 그리고 이러한 지역보건의료체계는 지역사회 주민의 건강 요구에 적절하게 반응하고 있는지 등을 파악할 필요가 있다. 마지막으로, 지역완결적

보건의료체계를 실현하기 위한 개선과제는 무엇이고 이를 위해 지역에서 맡아야 할 역할은 무엇인가에 대한 주제를 중심으로 연구를 수행하고자 한다.

3. 연구 방법

가. 연구 참여자 모집

이번 질적 연구의 심층 인터뷰에 참여한 연구 대상자는 다음의 <표 8-1>과 같이, 광역시·도의 지역보건의료 정책/행정 담당자와 지역사회 통합돌봄을 담당하는 복지 부서 담당자, 광역시·도의 공공보건의료지원단 단장 또는 팀장, 그리고 시·군·구의 보건 소장 등 총 23명이 참여하였다. 심층 인터뷰 참여자는 연구진이 내부회의 및 지역보건의료 정책과 직·간접적으로 관련이 있는 전문가의 자문회의를 통해 추천받거나 추가로 요청하는 눈덩이 표집방식(snow-balling sampling)을 통해 모집하였다. 심층 인터뷰 질문은 전문가 자문회의 및 내부 연구진 회의를 통해 반 구조화된 질문지를 작성하여 사용하였다.

<표 6-1> 인터뷰 참여자 현황

구분	시도 건강정책과*	시도 복지정책과	공공보건의료지원단**	보건소장	총 계
수(명)	7	2	10	4	23

주: * 광역시·도청 건강정책과는 보건위생과, 보건정책과 등 시·도에 따라 부서 명칭을 달리하고 있으나 건강정책과로 통칭하였고 각 시·도청별 과장 또는 팀장이 참여하였음.

** 공공보건의료지원단 단장 또는 팀장이 참여하였음.

자료: 저자가 직접 작성함.

나. 자료수집

본 연구의 심층 인터뷰는 직접 대면 방식(face-to-face interview)을 통해 2022년 9월 7일부터 2022년 10월 11일까지 진행되었다. 인터뷰 질문 구성은 지역보건의료의 주요 현안을 중심으로 현재 지역보건의료체계를 진단하고, 연구 참여자들로부터 구체적인 지역의 정책 사례 소개를 통해 지역보건의료 정책 및 사업의 성공요인과 실패요인 등을 파악하고자 하였다. 마지막으로 현재 지역보건의료체계의 개선을 위한 과제는

무엇인지, 그리고 이를 위한 광역 및 기초 지방정부를 포함한 지역의 역할은 무엇인지 질문하였다. 사전에 인터뷰 질문지를 전달하여 인터뷰 내용을 미리 알 수 있도록 하였으며 본격적인 인터뷰에 앞서 본 연구의 주제 및 목적을 설명하고, 인터뷰의 내용이 녹취될 것임을 설명한 뒤 인터뷰의 녹취, 전사 및 분석 과정에 참여자의 익명성 보장 및 향후 인터뷰 수집자료 보관 등에 대해 상세히 설명하고 이에 대한 서면 동의를 받은 후 인터뷰를 진행하였다. 본 연구를 위한 인터뷰는 개별 인터뷰마다 1~2시간가량 소요되었다.

〈표 6-2〉 심층 인터뷰 주요 질문

구분		주요 질문 내용
도입 질문		1. 간단한 자기소개 및 현재 맡고 계신 일/업무에 대해 간단히 소개해 주시기 바랍니다.
주요 질문	공통	2. 현재 근무하고/담당하고 계신 시·도의 지역보건의료 관련 주요 현안/정책의제는 무엇입니까? 3. 이러한 현안을 해결/개선하기 위해서 어떤 정책/사업이 진행되고 있습니까? 4. 지역의 보건의료 현안과 정책을 수행하는 데 있어 주요한 성공요인은 무엇입니까? 그리고 주요한 실패/장애요인은 무엇입니까?
	시·도 건강정책	5. 이러한 현안을 해결/개선하기 위해서 지역보건의료체계가 적절히 구축되어 있다고 평가하십니까? 6. 중앙부처-광역-기초 지자체(-보건소) 간 협력과 소통은 어느 정도 이루어지고 있다고 평가하십니까? 7. 지역사회주민의 요구도, 참여도, 거버넌스 구축은 어느 정도라고 평가하십니까? 8. 지역의 보건의료 정책을 수행하는 데 있어서 지방정부의 역할은 무엇이라고 생각하십니까?
	시·도 복지정책 (돌봄)	5. 지역사회 돌봄체계를 구축하고 지역사회 주민의 돌봄 요구를 적절히 충족시키기 위해 지역사회 돌봄체계가 적절히 구축되고 있다고 평가하십니까? 6. 중앙부처-광역-기초지자체의 보건의료 부문(보건소 포함) 간 지역사회 돌봄을 위한 협력과 소통은 어느 정도 이루어지고 있다고 평가하십니까? 7. 지역사회주민의 지역 돌봄에 대한 요구도, 참여도는 어느 정도라고 평가하십니까? 8. 지역의 돌봄체계를 수립, 운영하는 데 있어서 지역(지방정부)의 역할은 무엇이라고 생각하십니까?
	시·도 공공보건의료지원단	5. 이러한 현안을 해결/개선하기 위해서 지역보건의료체계가 적절히 구축되어 있다고 평가하십니까? 6. 중앙부처-광역-기초 지자체(-보건소) 간 협력과 소통은 어느 정도 이루어지고 있다고 평가하십니까? 7. 지역사회주민의 요구도, 참여도, 거버넌스 구축은 어느 정도라고 평가하십니까? 8. 지역의 보건의료 정책을 수행하는 데 있어서 지방정부의 역할은 무엇이라고 생각하십니까? 9. 지역보건의료체계 구축과 실행을 위해 시도 공공보건의료지원단의 위상과 역할은 무엇이라고 생각하십니까?
	보건소	5. 이러한 현안을 해결/개선하기 위해서 지역보건의료체계가 적절히 구축되어 있다고 평가하십니까?

구분	주요 질문 내용
	6. 중앙부처-광역-기초지자체-보건소 간 협력과 소통은 어느 정도 이루어지고 있다고 평가하십니까? 7. 지역사회주민의 보건의료에 대한 요구도, 참여도, 그리고 거버넌스 구축은 어느 정도라고 평가하십니까? 8. 지역사회 주민의 돌봄 요구를 충족시키기 위한 보건소의 관련 정책과 사업을 어떻게 협력, 연계하고 계십니까? 9. 지역의 보건의료 정책과 사업을 수행하는 데 있어서 지방정부/보건소의 역할은 무엇이라고 생각하십니까?
마무리 질문	10. 인터뷰를 마치기 전에 보건소 공무원 역량과 관련하여 추가하실 의견이 있으면 말씀해 주십시오.

자료: 저자가 직접 작성함.

다. 자료 분석

인터뷰를 통해 녹취한 내용은 필사하여 이를 코딩한 후 주제별 내용 분석을 수행하였다. 본 연구 분석은 인터뷰에 참여한 광역시·도의 지역보건의료 정책 및 행정 담당자가 인식하는 보건의료체계의 문제점 진단 및 구체적인 원인과 개선과제를 구체적으로 도출하는 순서로 기술하였다.

제2절 연구 결과

본 연구의 인터뷰에서 도출된 핵심 주제를 중심으로 연구 결과를 요약하면 다음의 <표 6-3>과 같다.

<표 6-3> 심층 인터뷰의 핵심 주제

주제 영역	핵심 주제
1. 현 지역보건의료체계 진단	가. 심화하는 지역 간/내 보건의료 격차 나. 건강결과 및 건강수준의 격차 다. 공공보건의료 자원 취약성 라. 필수의료 및 돌봄까지 취약한 지역보건의료체계
2. 지역보건의료 현안의 주요 원인	가. 지역 중심의 정책 결정과 집행의 어려움 1) 중앙정부 주도의 하향식 정책

주제 영역	핵심 주제
	2) 지역 특성이 반영되지 못하는 지역정책 3) 지역의 책임만 강조하는 지역정책 4) 정책-정치 간 부조화 및 단절 나. 칸막이 행정 및 관료주의 1) 칸막이 행정구조와 '깎때기' 현상 3) 행정관료주의 4) 행정조직과 지원조직 간 단절성 다. 지방정부의 재정력 격차 1) 낮은 재정자립도 2) 보건의료 재정에 대한 책무성 부재 라. 지방정부의 정책역량의 한계 1) 낮은 보건의료정책 우선순위 2) 광역 지방정부의 리더십 부재(콘트롤타워 부재) 3) 지원조직의 역할 한계 4) 실효성이 떨어지는 법정 계획 마. 인력 부족과 전문성 부족의 문제 바. 지역 보건의료 거버넌스의 한계 1) 지방정부의 위상과 역할의 문제 2) 실질적인 협력-연계의 어려움 3) 지역주민의 낮은 관심과 제한적 참여
3. 지역의 정책/사업 사례를 통해 본 가능 요인	가. 지자체장의 정책의지와 리더십 나. 시·도 공무원의 정책역량과 실행 의지 다. 지역주민의 접근성 제고 라. 지역 구성원의 적극적인 정책 과정에의 참여
4. 개선과제	가. 지역 보건의료 분권화 1) 행정과 재정의 분권화 2) 지방정부의 자율성·책임성 강화 3) 지방분권을 위한 중앙정부의 역할 강화 나. 공공 보건의료조직 강화 1) 지역보건의료자원 확충 2) 지역의 책임의료기관의 역할 강화 3) 보건소 기능 개편 및 권한 강화 4) 지원조직의 위상과 역할 강화 5) 공공보건의료조직 간 협력 네트워크 강화 다. 지역 완결적 건강-돌봄 체계 구축

1. 현 지역보건의료체계 진단

가. 심화하는 지역 간/내 보건의료 격차

지역보건의료체계의 현안으로 가장 먼저 꼽은 것은 바로 ‘보건의료의 지역 간 그리고 지역 내 격차의 심화’이다. 보건의료 지역 간 격차는 보건의료 자원 분포의 지역 간

격차뿐만 아니라 의료 이용의 지역 간 격차를 모두 포함하고 있다. 현재의 국가 보건 의료체계하에서 지역은 공공의료를 기반으로 한 지역책임의료기관과 지역보건사업을 담당하는 보건소가 지역보건의료체계를 구성하는 주요 주체이다. 그러나 시·군·구 단위의 256개 보건소를 제외한 지역책임의료기관은 아직까지 모든 지역에 지정이 완료되지 못하였는데, 2022년 11월 현재 총 42개소를 지정하였고 2023년부터는 역량이 있는 민간병원도 지정 대상에 포함할 계획이었으나(보건복지부, 2022), 국가의 예산 동결에 따라 신규 책임의료기관 확충에 어려움을 겪고 있다. 특히 응급의료와 중증 의료를 다룰 수 있는 지역 공공의료기관은 절대적으로 부족한 실정이다. 결과적으로 지역에서 요구되는 필수적인 보건의료 서비스가 지역 내에서 충분히 충족되지 못하였고 보건의료 취약지역과 보건의료 사각지대가 점점 증가하는 결과를 낳게 되었다.

의료이용의 편중 문제도, 전국적으로 수도권 편중 문제가 있지만, 우리 도 내로 보더라도 서남부 지역에는 의료이용의 격차가 발생합니다. 그러니까 의료 취약 부분들을 어떻게 해소할 것인가 하는 것이 정책의제로 가장 두드러진 부분이 될 것이고 (우리 도민들의) 건강수준은 맞물려서 돌아가는 것 같아요. 건강증진이라든가 식생활이라든가 이런 것들은 과정적인 부분일 테고 그 과정적인 지표가 예방적 기능이라고 한다면, 이 예방적인 기능이 원활하지 못하여 결과적으로 의료라는 접점에서 나타나게 되는 건데, (그래서) 저희가 지금 주안점을 두고 있는 것은 분야별, 의료분야별 취약부분을 어떻게 해소할 것인가, 그것이 어찌 보면 가장 큰 (정책) 방향이라고 생각합니다. 이제 그거를 시간을 두고 더 낚을 수가 없고 시급성 이런 것들이 강조되는 것 같아요. 응급의료라든가 중증의료를 다룰 수 있는 공공의료기관이 존재하지 못하는 것이 큰 문제입니다. (시·도 건강정책과2)

보건의료의 지역별 격차가 제일 크다고 생각합니다. 그건 우리 도뿐만 아니라 전국적으로 전체를 봐도 그렇습니다. 우리 도는 특히 지역이 넓고 완전 도심지역부터 농어촌지역까지 다양해서 그런 경향이 크고요. 그래서 격차는 의료적인 부분도 있고 건강행태나 이런 부분에서도 분명히 드러나고 있다고 생각합니다. (공공보건의료지원단1)

나. 건강결과 및 건강수준의 격차

광역 및 기초 지자체 차원에서는, 앞에서 언급된 지역 간 보건의료 격차와 관련하여,

해당 지역주민의 건강지표로 나타나는 건강결과 및 건강수준의 격차 문제 역시 주요 지역보건의료 문제로 인식하고 있는 것으로 파악되었다. 보건의료의 지역 간 분포 및 서비스 이용의 격차는 지역사회 주민의 건강결과에 부정적인 영향을 미치고 결과적으로 건강수준의 격차로 이어진다. 우리나라 17개 광역시·도를 중심으로 한 행정적 구분, 즉 공간적 구조화를 통해서 지역 간 건강수준의 격차를 확인하는 것은 실제 본 인터뷰를 통해서도 그리 어렵지 않게 확인할 수 있었다.

우리 도가 건강지표들이 굉장히 안 좋습니다. 뇌졸중, 심근경색... 다른 지역과 비교해서 기대수명이 우리 도가 꼴찌예요. 서울이 84.4세잖아요. 우리 도는 이보다 2.2세가 낮아요. 건강수명은 4.1세가 낮아요. 서울에 비해 2.2살 빨리 죽고 4.1년 빨리 아프고 치료가능 사망률은 서울에 비해 13~14명 정도 초과 사망을 더 많이 하죠. (공공보건의료지원단10)

지역사회 건강 현황은, 지난주에 발표한 사망원인 통계에 매년 1, 2, 3등 안에 들어요. 그리고 1~3위가 워낙 다른 지역하고 건강격차가 크다 보니까 1위 부산, 2위 울산, 3위 경남... (중략) 그거 나오면 잠깐 시끄럽죠. 사망률 높은 것과 건강이 안 좋은 도시로 여러 지역 언론이나 곳곳에서 이야기를 많이 하니까... 이슈가 있을 때마다 불편하다, 노인을 배려한 여러 가지 지원체계가 없다, 그 속에 건강문제도 있으니까 각종 건강과 관련해서는 항상 정부 지표가 발표될 때마다 이야기가 나옵니다. (공공보건의료지원단7)

우리 **시는 가장 문제가 되는 게 정신건강 쪽이, 자살이 상당히 문제가 좀 있고, 그리고 3개의 구로 나뉘어 있는데 신도심과 구도심의 격차가 너무 심해요. 건강격차도 크고... 지역 사회건강조사를 했을 때 구도심이랑 신도심이 명확하게 구분이 돼요. 저희가 자살 쪽에 고민이 많은데 구도심에서 자살이 많이 일어나거든요. (보건소장2)

다. 공공보건의료 자원 취약성/부족

지역에 따라 지역보건의료 체계를 구성, 유지할만한 보건의료 시설, 장비, 전문인력 등 지방정부의 보건의료 정책적 수단으로서의 공공보건의료 자원의 부족 문제는 지역 보건의료 체계를 진단할 때 가장 근본적인 걸림돌로 지적되는 문제로 나타났다. 이번 코로나19 팬데믹 동안 대부분의 지자체는 코로나 확진 환자 치료를 전담할 병원과 병상 확보에도 매우 큰 어려움을 겪었다. 각 지자체에게 공공병상/병원의 부족은 코로나19

팬데믹을 거치면서 지역보건의료 부문에 있어 가장 큰 현안으로 인식되기에 충분하였다. 그리고 지방정부 입장에서든 각 지역의 지방의료원 등 공공병원의 존재와 위상이 매우 커졌을 만큼, 지역에서 공공의료기관은 지역 정책집행의 수단으로서도 중요한 역할을 하고 있다. 실제 인터뷰를 수행하였던 몇몇 지자체에서는 지방정부의 막대한 예산을 출자하여 지방의료원 등의 공공병원 설립하려 노력하고 있는 것으로 파악되었다. 그리고 공공병원 설립 추진이 가시화되지 못한 일부 지역에서도 공공병원의 설립 추진을 광역 지방정부의 보건의료 주요 현안으로 지속적으로 거론할 만큼 지자체의 지역 의료자원 및 인프라의 부족은 매우 심각한 수준이었다.

지역보건의료체계 문제를 논하기 전에 지역보건의료체계를 지원하는 데 필요한 인프라가 부족한 것도... 그러니까, “뭐든지 다 부족하다” 이게 한 마디로 지역보건의료 체계의 문제가 아닐까... (공공보건의료지원단8)

현재 문제뿐만 아니라 과거에서부터 계속 제기했던 문제예요. 제일 큰 문제가 의사 부족, 의사가 부족하다는 것하고, (충북) 중부권, 청주권을 제외하고 북부권하고 남부권은 종합 병원이 없다 보니까 응급의료 체계도 갖춰져야 하는데 그것도 지금 부족한 현실이거든요. 단양은 응급실을 운영해야 하는데 의사가 없으니까 응급실 운영을 못 해요. 하다못해 안과 의사도 구하지 못하는 상태이니까요. 충주의료원은 건강검진을 해야 하는데 내시경을 할 수 있는 의사가 없어요. 지금 지사님도 이 문제의 심각성을 알고 있습니다. 그래서 저희가 계속해서 중앙부처에 의대 정원을 증원해달라고 요구하고 있어요. (시·도 건강정책과3)

라. 필수의료에서 돌봄까지 취약한 지역보건의료체계

우리나라는 2025년 초고령화 사회 진입을 앞두고 있다. 정부는, 증가하는 노인의 돌봄 요구에 대비하기 위하여 ‘살던 곳에서 돌봄과 의료를 통합적으로 제공받을 수 있는 지역사회 통합돌봄 계획’(보건복지부, 2018)을 발표하고 일부 지역에서 지역 중심 돌봄 모델 구축을 위한 선도사업을 추진하고 있다. 지역사회 돌봄은 복지 부문을 중심으로 논의를 이끌고 있으나, 보건의료 부문에서도 노인돌봄과 관련한 보건의료 부문과의 연계나 협력에 대한 요구도가 높다. 보건 부문이건 복지 부문이건 지역사회 돌봄을 위해 보건-복지 연계와 협력의 논의가 원활하게 이루어지지 못하고 있다는 문제점은

파악하고 있고, 보건의료의 관점에서 노인 돌봄에 대한 우려의 목소리가 적지 않은 것도 사실이나, 이를 충족시킬만한 건강-돌봄 체계 구축에 관한 논의가 지역사회에서는 아직 제대로 진행되지 못하고 있는 것으로 파악되었다.

우리 도에서는 통합돌봄 자체가 사실은 하나의 큰 사업이라기보다는 기존에 하고 있던 사업들을 통합돌봄 연계를 하거나 부족한 부분들에 사업을 조금 더 보완해서 하는 게 사실은 통합돌봄인데, 아직은 시범사업으로 하거나 자체적으로 사업을 하지 않으면 분절적으로 하고 있는 게 많은 것 같아요. (시·도 복지정책과 2)

통합돌봄이 등장했을 때 정말 시기적으로 너무 늦었다, 실제로는 10년, 20년 전에 시작 되었어야 했을 사업이라고 생각해요. 이미 지역사회 부양체계라는 건 다 무너졌잖아요. 이걸 지역사회에 부양 의식이 있고 지역사회에 뭔가 할 때 투자를 했더라면 더 좋았을 것 같은 느낌이 듭니다. 그리고 지역사회 통합돌봄 중 주민자치형 공공서비스가 시작되면서 보건소에 간호사를 두고 동네 복지사를 두는 틀을 만들었는데 중간에 복지 파트에서 이걸 비틀어 버렸어요. 추진단의 복지파트에서 시·군 평가할 때 주공 간호사들이 보건소 소속이면 불이익을 준 거예요. 아무런 공문 없이... 처음에는, 지침을 보시면 보건에 둔다고 되어 있다가, 양쪽에 다 둘 수 있다고 되어 있다가, 지금은 동네다가 두고 코로나 상황에만 허용한다 이렇게 바뀌었거든요. 제가 중앙위를 찾아가고 해서 직접 건의를 드렸어요. 그래서 고치겠다는 답을 들었는데, 그런데 정권이 바뀌었잖아요. 그러면 안 바꾸겠지... 그러니까 자꾸 부정적인 경험만 쌓이는 거예요. (보건소장4)

사실, 이 부분(보건-복지 연계)이 약간 원만하게 돌아가지 못하는 부분인데, 보건 쪽에서는 자기 나름대로 한 보건 돌봄 사업을 추진하고 있고 우리도 우리대로 하고 있는데 연계사업이 조금 안 맞습니다. 우리 ICT 통합돌봄 사업이라고 해가지고 AI 스피커하고 생활 감지기를 각 가정에 설치해 주면 어르신이 서비스를 이용할 수 있도록 해주는데, 이걸 저희가 퇴원 환자 연계 사업이라고 해서 병원에서 퇴원해 가정으로 돌아가시는 어르신들에게 설치해 주려고 병원에 접촉을 해보면, 그럼 병원에서는 책임 문제를 제기하시는 게 ‘퇴원하셔서 만약에 환자를 어떻게 할 거냐?’ 그런 부분이 있으니까 이게 원만하게 협조가 미진하다고 저는 봅니다. (시·도 복지정책과1)

지역은 현재 인구의 감소 및 유출로 인하여 인구감소를 넘어 심각한 ‘지역소멸’의 위기를 겪고 있다. 지금 지역사회는 돌봄체계 구축은커녕, 국민의 생명과 직결되는

필수적인 보건의료 제공체계조차 완결짓지 못하고 있다. 현재 복지 부문에서 주도하고 있는 지역사회 통합돌봄과 유기적으로 연계하기 위해서라도 보건의료 부문에서의 필수 보건의료체계 구축과 공공보건의료와의 연계·협력에 대한 중앙 및 지방정부 차원의 대책이 마련되어야 하지만, 지방정부 입장에서는 필수 의료체계조차 제대로 갖추고 있지 못하기 때문에 우선 이를 먼저 해결하는 것이 급선무라는 현실적인 문제를 지적하였다.

사실 통합돌봄도 해야 하는데, 우리 도는 아직 필수의료도 안 깔려있잖아요. 그것부터 해야죠. 보건과 복지가 연계를 하려면 보건의료기관이 있어야 되잖아요. 그런데 보건의료 기관이 없어요. (공공보건의료지원단10)

지역보건의료체계의 핵심적인 키워드 중 하나가 필수의료 전달체계거든요. 이걸 (중앙) 정부가 선언한다고 해서 되는 건 아니고 지역의 공공병원을 중심으로 그 역할을 해야 하는데 그 필수의료기관이 부족한 거. △△시의 가장 큰 병원 세 곳이 다 동구 구도심에 몰렸기 때문에 나머지 40만 명이 살고 있는 지역은 제대로 된 응급의료기관이 없어요. 이 지역에서는 응급환자가 발생하면 자체적으로 해결을 못 합니다. (공공보건의료지원단8)

2. 지역보건의료 현안의 주요 원인 분석

가. 지역중심의 정책 결정 및 집행의 어려움

1) 중앙정부 주도의 하향식 정책

우리나라 보건의료 정책과 제도는 기본적으로 중앙정부가 주도, 관리하는 하향식 정책으로, 지방정부의 직접적인 정책적 책임을 묻기 어려운 구조라고 볼 수 있다. 즉 지역의 보건의료 정책의 상당한 부분을 중앙정부가 결정하고 이를 지역에 하달하는 데 그치고 있어 정책결정자와 실행 주체 간 불일치성이 발생한다. 중앙정부 역시, 우리나라 보건의료 서비스의 특징인 민간 공급자에 의해 주도되는 보건의료 시장에서 소극적 규제자 역할에 그친 정책과 제도를 시행하고 있다. 중앙정부 주도의 국가 사무 위주의 중앙집중적인 관리방식은 지역의 보건과 의료 정책 전반에 걸쳐서 나타나고 있다. 결과적으로 지역에 관한 정책적 결정의 권한이 아직 상당수 중앙정부에 집중되어 있다.

기본적으로 우리나라 의료체계가 시장판에다 깔아놓은 건 기본이고 나머지 전반적으로 보험을 위주로 한 운영체계, 전반적으로 중앙 집권적인, 중앙 관리방식의 체계잖아요. 그리고 정부 사무 구분에도 기본적으로 보건의료는 국가 사무예요. 지방자치 사무가 아니고. 더더군다나 돈은 건강보험공단이라는 특수법인으로 운영되다 보니까 사회보험적 성격이, 사회보험으로 의료기관을 견인한다든지, 규제한다든지 보험 하나로 모든 걸 하려고 하고. (공공보건의료지원단7)

2) 지역 특성이 반영되지 못하는 지역 정책

지역보건의료체계에 있어서 중요하게 고려되어야 할 것은 지역 중심의, 지역을 기반으로 한 고유한 보건의료 정책이 실현되어야 하는데, 현재로서는 지역의 특성이 반영된 정책의제 형성이 어렵고, 지역 내에서 정책을 집행하는 데 한계가 많다는 것이 문제점으로 지적되었다. 우리나라는 1995년부터 주민직선에 의한 지방자치제도가 시작되었으나, 보건의료 정책은 지역의 필요와 주민의 요구를 반영하여 수립되기보다는 중앙정부가 주요 결정 주체로, 지방정부는 이를 실행하는 이행 주체로만 인식되는 한계를 가지고 있었다.

중앙정부가 주도하는 보건의료 정책은, 광역 또는 기초 지방정부 입장에서는 자신의 지역이 가진 특성과 현재 처해 있는 상황이 다르므로 중앙정부에서 결정한 정책을 동일하게 적용하는 데는 많은 한계와 제약이 따를 수밖에 없다.

필수의료라고 하더라도 또 무엇을 필수의료로 해서 책임질 거냐, 그것은 지역마다 다르잖아요. 이렇게 멋진 정책도 지역에서 현장에서 모순이 일어나는 부분을 말씀드리고 싶어서 드리는 얘기에요. (시·도 건강정책과2)

조그만 병원이라도 군 단위에 있으면 차라리 약국, 공공의료원을 짓는 건 어려우니까 그 병원에서 일부 공공의료를 할 수 있게 지역책임의료기관으로 지정해놓고 (국가적으로) 몇 개다 이렇게만 하지 말고 아예 보은에 가면 보은병원이 있고 음성에 가면 음성병원, 한두 개씩은 종합병원이 있어요. 거기에 병원기능에 공공의료기능을 넣어서 국가에서 예산이나 장비를 지원해서 치료를 확대해서 커버할 수 있는 그런 개념으로 정책을 확실하게 폼으면 좋겠어요. (시·도 건강정책과4)

중진료권에 있는 지역책임의료기관들이 과연 중앙정부가 설정해 둔 필수요료를 모두 할 수 있는 의료기관이 있을지... 편차가 굉장히 크다, 진료권의 현실성 문제가 있다고 봅니다. 현재 권역, 지역책임의료기관의 역할을 좀 더 다시 한번 인력을 고려해서 재구성해봐야 하지 않을까 생각이 듭니다. (공공보건의료지원단1)

지방정부가 뭔가를 먼저 그리거나 제시하지는 않아요. 게다가 대부분 사업이 중앙에서 내리는 사업에 매칭해서 진행하는 수준이다 보니까 뭔가 정치적으로 사용될 수 있는 데에는 예산이 되지만(쓰이지만), 그러니까 전국 공통으로 무조건 해야만 하는 사업들을 하기에 조금 허덕이는... (공공보건의료지원단3)

중앙정부가 그동안 내놓은 지역보건의료 정책은, 공공보건의료강화, 지방정부의 보건 의료 책무성을 제고하기 위한 공공보건의료발전 종합대책(2018년 10월)(보건복지부, 2018), 지역의료 강화 대책(2019년 11월)(보건복지부, 2019a), 공공의료체계 강화방안(2020년 12월)(관계부처합동, 2020.12.13) 등과 제 2차 공공보건의료기본계획(2021년 6월)(보건복지부, 2021.6.2.)은 전국 17개 광역시·도와 70개 중진료권별 권역, 책임 의료기관을 지정하고 해당 광역 지방자치단체로 하여금 필수보건의료 제공체계를 마련 하고자 추진한 제반 지역보건의료체계 강화 정책이었으나, 이에 대한 광역 지방정부의 지역별 상황은, 이러한 국가 중앙 정책을 이행하기에는 지역마다 처한 상황을 충분히 고려하거나 반영하지 않은 정책/대책인 것으로 평가되었다. 결국 중앙정부가 내놓은 지역 보건의료 강화 정책들은 계획만 하고, 지원, 투자하지 않는 정책이 될 가능성이 크다는 우려가 제기되는 것이다.

지역책임의료기관이라고 해서 이게 전 정부의 국정과제로 했던 거예요. 그래서 70개 중진료권으로 해서 필수요료를, 응급, 분만, 심뇌혈관 이렇게 다 깔겠다, 국가가 책임지겠다 하면서 크게 출범했거든요. 그런데 현실은 연계사업만 하고 있어요. 복지부에서 이렇게 발표를 했는데 예산이 수반되어야 하잖아요. 분명히 기획재정부하고도 협의했어야 하는데 그냥 발표만 먼저 해놔서 결국 연계사업만 해요. (시도 건강정책과1)

3) 지역의 책임만 강조하는 지역정책

최근 중앙정부가 제시한 공공보건의료 확충, 지역보건의료 강화 대책 등은 주로 지역 완결적 보건의료체계의 구축과 공공보건의료 확충, 국민의 필수보건의료 충족, 건강 불평등 완화의 관점에서 지역, 지방정부의 책임성과 역할을 강조하고 있다(손정인, 2022; 정백근, 2018). 그렇지만 주요 실행 주체인 지방정부의 입장에서는 지역의 무조건적 책임만을 강요하는 정책으로 받아들일 수 있고 결과적으로 정책의 실행 가능성 및 정책 평가 후 책임성 강화에서 드러나는 문제는 여전히 계속될 수밖에 없다.

책임의료라고 하는 것을 실질적으로 현장에서 지역책임의료기관이나 의료기관에 종사하는 사람들이 느끼는 감은 너무나도 종합적이고, 용어 자체도 마치 “다 책임져라” 이런 느낌으로 책임을 져야 하는 것으로 느끼는 것 같아요. (시·도 건강정책과2)

사실, 문제는 현장에서 다 벌어지고 있는데... 그래서 사람이 죽어도 ○○도 사람이 죽는 건데 그 문제를 중앙정부가 해결하기는 힘든 거지 않습니까. 그러니까 중앙정부는 인구 몇 명 중 한 명씩 이런 식으로 접근을 하니까... 그런데 중앙정부는 그럴 수밖에 없고... 이러한 맥락에서 광역 지방정부가 책임성 강화를 해야 하지만 그걸 뭘로 구현할 거냐는 거죠. 결국은 행정적 권한과 예산으로 구현해야 하는데 사실 행정적 권한도 없죠. 예를 들어 의료취약지를 지정하더라도 그 권한이 광역 지방정부에 없고 보건복지부가 그걸 지정해야 하는 거고... 의료취약지를 가장 잘 아는 사람들은 현장에 있는 사람들인데... 그리고 아직까지 지방정부 지정 센터라고 하는 게 제대로 잘 안 되어 있어요. 지역 심혈관센터나 응급의료센터를 누가 지정할 거냐 했을 때 결국 (광역 지방정부가 지정한다고는 하지만) 그 부분도 지금까지 본다면 중앙정부가 지정하는 셈이 될 거란 말이죠. (공공보건의료지원단5)

4) 정책-정치 간 부조화 및 단절

국가 중앙의 정책이건 광역 지방정부의 정책이건 지역의 주요 정책적 현안이나 의제가 형성, 전달되더라도 이를 지역에 구체적인 정책으로 집행, 실현되는 데까지 많은 장애 요인들이 개입하는데, 특히 지방자치단체장 선거나 선거를 통해 선출된 지자체 단체장들이 시, 도정 활동을 통해 정책을 실현할 수 있는 임기의 제한 등에 의해서도 영향을

받는 것으로 파악되었다. 즉, 보건의료의 정치적, 행정적 측면과 제도와 지방자치단체 사이에 ‘3중 분리’가 나타나는 것으로 파악된다(김창엽, 2014).

특히 지역에서 제기되고 있는 주요 보건의료 현안들은 오랫동안 해결되지 못한 채 축적, 악화하고 있는 문제인 경우가 많고, 이는 지자체 선거나 이들의 정치 활동 여부와는 상관없이 정책 과정 및 사업의 지속성을 유지할 필요가 매우 높은 사안들임에도 불구하고, 국가 및 지역의 특정 정치 과정 및 기회에 의해서 정책적 기회가 생기기도 하고 동시에 그동안 진행되어 오던 정책 실행과정이 단절되기도 하는 등 정책과 정치 과정 간 부조화를 이루거나 정책집행의 지속성을 상실하고 단절되기도 한다.

지역 격차 등의 문제가 정책으로 연결되어 어쨌든 논의가 되고 있기는 해요. 그런데 너무 지지부진한 부분이 있는데, 예를 들면 계속해서 지역에서 제기되고 있는 □□도 북부 지역의 인프라 부분들은 계속해서 문제 제기가 되고 있고 가끔 정책의제가 되고 있지만 이를 해결하기 위해서는 큰 결단이 필요한 부분이라서 정책의제로까지만 올라가고 그다음 진행이 잘 되지 않는 면이 있습니다. 정책의제를 제안하고 구체화하는 것들은 비교적 잘 되었다고 생각합니다. 그런데 도 차원의 진행과 시·군의 협조가 있어야 하는데, 도 입장에서는 장기 프로젝트이고 예산 소요가 많고 중앙(정부)하고 조율해야 하는 부분이어서 이 부분을 해결하는데 4년의 민선 기간이 항상 하다 끝나고 하다 끝나고를 반복했다는 생각이 듭니다. 그래서 장애요인은 정치적 기회가 잘 열리지 않는다는 것이 문제입니다. (공공보건의료지원단1)

여러 가지 정책과 아젠다들이 지난 정부하고 지금하고는 완전히 단절된 것 같은 느낌이 듭니다. ‘통합돌봄’이나 ‘주민자치형 공공서비스’라는 용어 자체는 아예 전달이 안 되고 있어요. 일단 관심이 없어요. (보건소장4)

제가 공무원으로서 이런 말씀을 드리면 어떨지 모르지만... 전 정권(의 정책)이잖아요. 전 정부에서 했던 일이 지금 그대로 오는 건지 아직은 그런 게 확실치 않다는 거죠. 그래서 인프라 확충은 거의 안 되어 있어요. 지역책임의료기관도 지정만 해놓고 연계사업만 하고 있고 그(연계사업) 예산만 있는 거예요. (시도 건강정책과1)

나. 칸막이 행정 및 관료주의

1) 칸막이 행정구조와 ‘갈때기’ 현상

현재 지방정부의 행정 서비스 전달체계는 중앙정부-지방정부 간, 광역 지방정부-기초 지방정부 간, 그리고 지방자치단체 내 부서별, 기관별 연계와 협력이 이루어지지 않고 ‘행정 칸막이’가 존재하여 많은 문제점을 낳고 있다. 보건의료 부문도 예외는 아니어서 관련 법령과 중앙정부의 주무 부서가 어디인가에 따라서 자신들의 부서에 해당하는 행정 서비스만을 수행하려는 경향이 있다. 사업 추진 및 운영 방식도 칸막이 행정구조를 벗어나지 못하여 협력이 적절하게 이루어지지 못하고 있다. 그리고 이러한 칸막이 구조가 지역의 일선 행정으로 내려오면 중앙정부 부서의 여러 과의 일을 지방공무원 한 명이 동시에 맡게 되는 ‘갈때기’ 현상이 지속, 심화하고 있다고 지적하였다.

소위 갈때기 구조라고 이렇게 많이들 이야기하잖아요. 그게 제일 문제입니다. 중앙에서는 과마다 개별 법령이 있습니다. 예를 들어 암관리과 그러면 암관리법이 있고, 전부 다 이렇게 과가 있고 개별 법령에 의해서 독립된 업무를 하고 있습니다. 그 과에서는 정책 개발하고 이렇게 시도에 부려 주시는데, 저희 같은 경우에는 중앙부처의 각 과에 있는 업무를 한 과에서 거의 다 하죠. 게다가 보건복지부 업무, 식품의약품안전처 업무, 경우에 따라서는 질병관리청 업무까지 다 해야 합니다. 그나마 저희는 팀으로 나뉘져 있으니까 역할 분담이 어느정도 됩니다. 하지만 한 사람이 중앙 두 개 과 정도의 업무를 담당하고 있고요, 한 사람이 네 개 과의 업무를 담당할 수도 있고... 그렇지만 시·군·구는 또 그렇지 않죠. (시·도 건강 정책과1)

특히 행정 칸막이 구조 문제가 두드러지게 나타나는 영역이 바로 지역사회 통합돌봄 정책이라고 할 수 있다. 광역 시도 차원에서 지역사회 통합돌봄에 대한 필요성과 방향에 대한 논의가 제대로 이루어지지 못한 상태에서, 복지 분야에서도 준비가 덜 된 상태에서 복지 부문 내에서도 주무 부서가 어디가 적절한가에 대한 합의가 제대로 이루어지지 못한 수준에 그치고 있는 실정이다. 따라서 결과적으로 보건-복지 간 조정과 협력을 기대하는 것은 매우 어려운 현실이다.

(통합돌봄이) 어렵죠. 거기도 도청도 다 칸막이가 있으니까... 왜냐하면 보건의료, 노인 복지, 노인통합돌봄 이런 걸 이야기하면 도청에 노인장애복지과가 있거든요. 그러면 이게 (돌봄) 노인장애복지과의 일이나 아니냐를 가지고 서로 넘겨요. (공공보건의료지원단10)

그 이야기(돌봄에 대한 논의)는 좀 오래되었습니다. 오래된 이야기라는 게 의미하는 게 잘 안 된다는 이야기도 되죠. 제가 봤을 때는 돌봄하고 의료하고는 좀 다른 분야이고 또 보건 복지부로 보면 보건도 있고 복지도 있잖아요. 그게 우리도 마찬가지입니다. 국이 다르고 사업비도 예산이 다르잖아요. 내려오는 게... 복지부도 과 단위로 일을 하고 있고 개별 법령이 다 다르고... 그래서 실은 굉장히 어렵습니다. (시·도 건강정책과1)

2) 행정 관료주의

지방정부의 보건의료정책 부문의 행정 관료들은 지역보건의료 정책집행은 물론 정책 결정 과정에도 큰 영향을 끼치는 주요 주체임은 분명하다. 그렇지만 지방정부 관료들이 정책을 집행하는 데 관료주의적 한계가 존재함을 지적하지 않을 수 없다. 지역 보건의료 체계의 주요 실행 주체로서 지방정부의 정책/행정 담당자들은 관료 행정조직의 특성상 정책이 아닌 행정 업무로 보건의료 사안을 받아들이려는 경향이 있으며, 근거 법령과 관련 지침이 존재하는 경우에만 해당 업무를 수행하려는 경향이 강하고, 자기 업무와 직접적인 관련이 없는 일에는 관심을 가지지 않고 책임을 지는 데 소극적이어서 적극적인 정책 주체로 나서기보다는 소극적인 태도를 취하는 경향이 있다.

공무원들 습성이 자기들 스스로 해서 잘 안 해요. 뭔가 늘어나거나 하는 거는 위에서 지시가 있거나 안 그러면 실제 법적인 근거가 필요해서 하는 경우가 대부분인 것 같고. (보건 소장3)

우리 시의 건강정책과장도 행정직이거든요. 그런 분들 시각에서 보면 장기적인 어떤 그림이 있는 거는 아니잖아요. 잠시 왔다 가는 거고. 그러면 시장님이나 정책회의에서 질책이 들어왔을 때 그 순간을 모면하기 바쁘거든요. 큰 고민을 할 필요가 없는 거잖아요. 예전에도 우리가 음주환경 관련 조례 이런 거를 만들었는데 굉장히 저항을 많이 하고 시장님께 보고를 드릴 때, 우리 시 사망률이 나쁘다 이랬을 때 “우리 지역만 나쁜 게 아닙니다.” 그러면서 다른 지역과 갭이 벌어지는 거에 대해서 설명을 안 하는 겁니다. 그냥 들을 기회조차도 제공

하지 않는 거지. 듣기 싫은 거지, 듣기 싫은 거야. 예를 들어 형평성이라든가 건강 수준이 낮고 다른 지역에 비해서 떨어진다, 뭐 이렇게 설명해야 하는데 그냥 듣기가 싫은 거야... (보건소장4)

지방정부의 공무원들은 상위 법령이 없으면 안 하려고 하거든요. (공공보건의료지원단5)

3) 행정조직과 지원조직 간 단절성

관료조직으로서의 지방정부 공무원의 소극적인 행정을 포함하여, 이와 같은 행정 체계와 공공보건의료지원단 등의 기술 지원조직과의 분절성에 대해서도 지적하였다. 중앙정부의 보건의료 관련 부서들은 다양하게 존재하지만, 이러한 조직, 부서가 광역 및 기초 지방정부, 그리고 가장 하위 실행단위로서 보건소에 이르기까지 일치하는 경우는 거의 없고, 소위 ‘깎때기’ 행정이 이루어지다 보니 담당 주무 부서가 아니면 해당 사업에 대해서는 관여, 인식조차 하지 못하는 경우가 발생한다. 그러다 보니 더더욱 자신이 맡은 일, 주무 부서의 업무만 하려 할 뿐이지 새로운 정책과 사업이 유기적으로 적용되고 정착될 가능성이 줄어들게 되는 것이다.

행정체계와 기술 지원조직의 분절성 그게 실제로 영향을 미칩니다. 지역책임의료기관에서 필수의료로 입원한 환자가 퇴원할 때 퇴원환자를 연계한다는 게 지역사회 보건, 복지, 돌봄 기관과 연계해서 지역사회 안에서 환자 관리가 잘 되도록 책임기관을 모니터링하고 그걸 보건소가 중심역할을 해줘야 하는 거죠. 그런데 그게 잘 안됐습니다. 왜냐하면 행정 라인이 다르니까... 공공의료 쪽은 공공의료과이고 보건소는 건강정책과가 담당하는데 건강정책과에서 하라고 안 하니까... 아니 우리가 뭐 공문 한 장 받은 적이 없는데... 그리고 그 자체가 또 일이지 않습니까. 담당자도 정해야 되고... (공공보건의료지원단5)

이러한 문제를 해소하고자 각 광역 지자체에 공공보건의료지원단이 설치, 운영되고 있다. 그러나 지원조직의 특성상 행정조직의 행정 칸막이를 완화하는 것은 아직 많은 한계를 가지고 있다.

지역에서는 중앙에서 중앙집권적인 상명하달식 정책이 전달되는데요. 특히 보건의료

복지 분야가 굉장히 심합니다. 그래서 이런 것들의 문제를 해결하기 위해서 저희 지원단이 만들어진 동기거든요. 복지부에서의 사업이 갈때기처럼 보건소에 집중하고 그러다 보니까 지역 자체적으로 보건사업을 기획할 필요가 없는 거잖아요. (공공보건의료지원단8)

지자체 공무원들은 계속 쪽 해오던 자기들의 사업방식을 바꾸지 않으려는 것들이 많거든요. 우리가 (지원단이) 제안하면 “너희는 뭔데?”라는 분도 여전히 있고요. 그건 아직은 남아 있는 과제라고 생각하고, 그러다 보니 광역 단위의 시 보건행정에 대한 지원에 주력하다 보니 보건소의 보건의료사업 같은 거는 아직은 여력이 되지 못해서 필요한 부분에서 백업만 조금 해주고 있는 수준이고 직접 어떻게 개입을 못하고 있죠. (공공보건의료지원단8)

다. 지방정부의 재정력 격차

1) 낮은 재정자립도

지방정부에서 시행되고 있는 대부분의 보건의료 정책/사업은 국·도비 매칭사업으로 재정을 충당하고 있다. 일반적으로 중앙정부와 지방자치단체의 세입예산은 7:3의 비율을 보이고 있으나 세출예산은 5:5의 비율을 유지하고 있다. 지방자치단체의 재정자립도가 높아져 자체적인 사업을 할 수 있어야 하는데, 우리나라는 현재 중앙정부의 재정지원 없이 자립 예산으로 지방을 경영할 수 있는 지방자치단체가 존재하지 않는다. 그나마 사정이 낫다는 서울조차도 100%에는 못 미치는 상황이다. 이처럼 지방정부의 재정자립도가 낮아서 행정안전부에서 내려보내는 지방교부세와 보조금이 지방자치단체의 주요 재원의 기능을 하고, 결국 지방정부는 중앙정부로부터의 이전되는 재원에 크게 의존할 수밖에 없는 예산구조이다(홍성익 & 김유찬, 2016). 해당 지자체의 세수가 부족하여 재정자립도가 낮으면 지자체가 계획, 수행하는 지역보건의료 사업에 차질을 초래할 수밖에 없다.

서울, 경기, 인천 대도시하고 수도권 빼고는 비슷해요. 보건복지 분야가 정부에서 하는 각종 사업이 있거든요. 대부분은 매칭 사업으로 내려와요. 매칭 사업으로 내려오면 도에서 부담하고 시·군에서 부담하는데 이거는 의무적으로 부담을 해야 하잖아요. 그 부담을 하다 보면 자체 사업을 할 여력이 없어요. 지방에서도 얼마든지 예산을 통주머니를 주고 알아서

하라고 하면 여기서도 정책도 만들고 실정에 맞게 하겠지만 지금은 여러 가지 보건사업들이 매칭시켜서 도비 부담비율로 하는 형태이니깐 국가가 한 80%는 쥐고 하는 걸로 보시면 돼요. 지방에서는 다양한 사업을 하고 싶어도 예산은 쥐꼬리만큼 주는 거죠. 지방에서 자체사업이라고 해봐야 미미한 수준에서 몇 가지 사업 제한 범위 내에서 시·군에 뿌려 주는 정도로 보시면 돼요. (시·도 건강정책과4)

우리 도는 재정자립도가 30%밖에 되지 않아요. 그래서 중앙정부에서 더 많은 지원이 필요한데... 잘 모르겠습니다... 지금 같은 상황에서는 북부권과 남부권이 의료자원이 굉장히 열악한 상황인데... 예산이 없어요. 저희는 중앙정부 예산을 따 보려고 어떻게든 노력하고 있는데... (공공보건의료지원단10)

2) 보건의료 재정에 대한 책무성 부재

우리나라 보건의료 서비스를 작동시키는 재정 메커니즘은 대부분 건강보험 제도를 기반으로 하고 있어서 지방정부가 관할 지역에서 건강보험을 강제할 방법은 없다. 따라서 국비 지원 및 지방정부의 자체 세수를 통해서 충당해야 하므로 지방정부의 재정 자립도에 따라서 큰 차이를 나타낼 수밖에 없다.

그다음에 예산의 문제, 특히 우리나라 보건의료비의 대부분은 건강보험에서 나가는데 이 건강보험이 지자체가 강요할 방법이 없어요. 최근 공공정책수가가 논의되고 있긴 하지만... 건강보험을 제외한 나머지는 조세인데, 조세 중 보건의료 부문 조세가 워낙 적기도 하고 이것도 중앙에서 쓰는 돈이 있고 지역에서 쓰는 돈이 있는데 지역, 특히 경기도의 경우 세수의 60% 정도가 부동산 거래비용입니다. 그런데 부동산 시장이 이렇게 어려워지면서 세수가 확 줄어들었고 그래서 보건의료 쪽에 쓸 예산이 더 줄어든 겁니다. 그리고 이 보건의료 예산의 70%가 예방접종 비용이에요. 나머지 예산은 매우 매우 적습니다. 그러니까 이게 시·군으로 가면 더더욱 줄어들어서 뭔가 할 수 있는 비용이 없습니다. (공공보건의료지원단1)

라. 지방정부의 정책역량 한계

1) 건강에 대한 낮은 정책적 우선순위

지역이 가지고 있는 제한된 보건의료 자원으로 지역의 보건의료 사업을 집행하는 데 있어서 정책 및 자원배분에 대한 우선순위 결정은 매우 중요하다. 그동안 중앙정부는 지역에 대해서 지역보건의료를 강화하고자 여러 가지 대책을 내놓았다. 그러나 이에 상응하는 투자를 하거나 예산을 편성하는 데 많은 한계가 있다 보니 자연스레 지방정부 차원에서의 우선순위에 따라서 시급한 보건의료문제를 해결할 수밖에 없었다. 그런 점에서 이제까지의 지방정부는 지역의 보건의료 정책적 우선순위를 결정하고 지역에 맞는 정책을 수립, 집행하는 데 그다지 정책적 경험이 많지 않은 것이 사실이다. 그러다 보니 지역의 보건의료 현안이 지자체의 다른 현안들에 비해 우선순위에서 밀리게 되거나 지자체의 낮은 재정자립도를 이유로 예산 배분에 고려되지 못하기도 하고, 시·군·구 기초지자체별 예산 배분의 형평성을 이유로 고려되지 못하기도 한다.

우선순위의 문제겠죠. 도에 예산이 전혀 없느냐, 또 그런 것도 아닐 거란 말이죠. 보건 의료의 우선순위가 낮고 보건의료정책은 중앙 정책이기 때문에 (지방정부가) 그걸 할 이유가 사실 별로 없었기 때문에... 기본적으로 재정자립도가 낮다고는 하지만 여력이 전혀 없는 것은 아닌데 실제로 그걸 해본 적이 없으니까 우선순위가 높아질 이유가 없는 거죠. (공공 보건의료지원단5)

최근에 **도 지방선거 공약을 정리해서, 건강을 주제로 한 공약을 조사해봤거든요. 그런데 (건강을) 주요 공약에 넣은 사람은 많지 않아요. 결국 △△시나 **도 전체도 지금 응급의료 컨트롤타워라는 주요 이슈를, 전 도지사도 서부지역에 공공병원이 없어지면서 공공의료 강화를 주요 공약으로 걸었지만, 근데 기초지자체 단위에는 건강 공약을 주로 다루는 데는 별로 없었어요. (공공보건의료지원단6)

그러나, 광역 지방정부 차원에서 결정되는 지역보건의료 정책의 우선순위 결과와는 달리, 기초지자체, 즉 시·군 단위로 좁혀지게 되면 실제 시·군에서 지역주민이 인식하는 보건의료의 문제는, 보다 지역사회 주민의 생활과 직결되는, 직접적이며 우선순위가

매우 높은 사안이 되는 경우가 많아지게 된다는 것이다. 그러나 이러한 높은 우선 순위의 보건의료 정책의제가 특정 시·군 단위에 한정되어버리거나 해당 시·군에서 해결 되기 힘들어 광역 또는 중앙 수준에서 논의되어서 해결되어야 하는 사안이 되면 전체 지역의 정책적 형평성 측면을 고려하여 실제 정책의 실현 가능성은 매우 낮아지게 된다. 대표적인 예가 바로 인구의 고령화 및 인구수 감소에 따라 발생하는 시·군 단위에서의 미충족 필수의료의 문제가 바로 그것이다. 그런데 이러한 필수 보건의료의 미충족 문제는 우선순위가 높다 하더라도 지자체가 확보한 자원과 예산이 제한되어 있어서 적극적으로 개입하여 문제를 해결하는 데는 한계가 있다.

그런데 시·군 단위로 들어가면 (문제가) 다릅니다. 시·군 단위로 들어가면, 군수들이 자기가 군수가 되었는데 보건의료 문제가 1순위인 줄은 몰랐다는 거예요. 하동군의 여러 가지 정치적인 이슈 중에서 보건의료 문제가 제일 중요하고... 그런데 군이라는 지자체 단위에서의 여력으로는 그 문제를 해결할 수가 없다는 거죠. 군 단위에서는 소멸 위험도가 높기 때문에 당연히 시장형성이 안 되고 민간의료가 없어지거든요. 결국 공공부문이 그 문제를 해결해야 하는데 군의 재정 여력으로는 가능하지 않고 그러면 시·도 단위하고 협력을 해야 하는데, 시·도 입장에서는 시·도의 문제는 아니라는 판단을 하게 되면 그리고 특정 지자체에만 자본 집중된다 이런 문제도 해결되지 않는 상황이죠. 군 단위에서는 중요한 정치적 의제로 이미 올라가 있지만 할 수 있는 게 없는 상황입니다. (공공보건의료지원단5)

2) 광역 지방정부의 리더십 부재

실제 광역 지방정부는 중앙-광역-기초 간 보건의료 정책과 행정 과정에서 예산 배분이나 평가 등 실질적인 권한이 없어서 기초지자체의 리더십을 발휘하여 광역 지방정부 고유의 보건의료 정책을 실현하기 어려운 상황에 놓이는 경우가 많다고 하였다.

중앙에서 보건복지부나 다른 부처에서 보건소로 직접적으로 사업을 하달하는 경우가 있기 때문에, ◇◇시를 건너뛰고... 그래서 ◇◇시가 오히려 보건소 사업에서 좀 많이 배제되는 경우도 많거든요. 그러니까 리더십을 발휘하기가 어렵습니다. 그건 (보건소뿐만 아니라) 다른 정부 지정 센터나 공공의료사업도 마찬가지인데 중앙정부가 ◇◇시에 역할을 부여하지 않고 그냥 중앙에서 주도하다 보니까 ◇◇시는 평가 권한도 없고 그냥 중간에 메신저 역할에

그치는... ◇◇시도 그런데, 더 지방에 있는 도 지역은 더 할 거예요. (공공보건의료지원단3)

3) 지원조직의 역할 한계

현재 광역 지방정부의 공공보건의료 정책역량 강화를 정책적·기술적으로 지원하고 지역보건의료 거버넌스 확립을 지원하기 위해 설치된 공공보건의료지원단을 포함하여, 시도에는 통합건강증진사업지원단, 응급의료지원단 등 여러 지원조직이 설치되어 있다. 그러나 여전히 공공보건의료지원단과 같은 지원조직들은 조직의 독립성과 안전성이 미흡하고(이희영, 2018), 지역의 보건의료 전반의 싱크탱크로서의 역할과 기능에 대한 정체성 강화의 고민이 지속되고 있다(손정인, 2019).

지금은 각종 지원단들이... 어찌보면 지원단이라는 미명하에 공무원직이 해야 할 일들을 떠맡아서 하고, 책임을 전가하고, 정책에 필요한 back 데이터를 만들고 이런 것들에 소모 되지 않았나 생각이 듭니다. 이런 형태의 지원단은 없어져야 한다고 생각합니다. 그럼에도 불구하고 현실적으로는 외부에서의 어떤 동력이 작동했을 때 진도가 나간 부분도 있기 때문에, 그런 장점이 있어서 진행을 하긴 합니다. 그렇지만 지원단이라는 형태가 그리 지속 가능한 형태는 아니거든요. (공공보건의료지원단1)

4) 실효성이 떨어지는 법정 계획

지역에서, 지역을 기반으로 하여 상향식(bottom-up)으로 수립되는 보건의료와 관련된 대표적인 법정 계획은 지역보건의료계획과 공공보건의료 시행계획이 있다. 특히 지역보건의료계획은 「지역보건법」 제 7조에 근거한 광역 및 기초 지방정부가 지역 주민의 건강증진을 목적으로 4년마다 수립하는 지역 중심의 중장기 보건의료 법정 계획으로서, 지역주민의 건강 형평성, 부문 간 협력, 참여 등 지역의 건강불평등 완화와 관련된 내용을 포함하도록 하고 있다(정백근, 2018). 그러나 지역을 기반으로 하여 지역 주민의 참여를 통해 수립, 실행되고 평가되어야 할 지역보건의료계획은, 계획이 가지고 있는 고유의 실행력이 매우 낮고, 여타의 법정 계획 간 중복성이 높고 연계성이 부족해 실제 이를 담당하고 있는 일선의 보건소 공무원들의 업무만 가중시킬 뿐 계획을 통한

실행이나 평가의 실효성, 그리고 실제 지역보건의료 정책에 미치는 영향 등은 매우 미미하다는 문제점이 제기되고 있다.

지역사회 현황을 분석해서 이걸 어떻게 해야 하는지 (지역보건의료계획 작성) 지침이 아무래도 구체적이지 않은 부분이 있다 보니까 실제 이게 만들어진 다음에 “이거를 쓰십니까?”라고 여쭙봤을 때 어디 있는지도 모르는 분들이 너무 많아서… 어쨌거나 “이건 어떤 방향으로 나아가야 할지를 제시하는 나침반으로서 여러분들이 쓰셔야 합니다”라고 말씀을 드리는데 듣는 사람도 이제 떠나고… 중앙에서, 이렇게 지역보건의료계획 취지 자체가 그 지역의 수요에 맞게 뭔가 사업을 하라고 하는데 (사업을 진행할 수 있는) 여지를 너무 주지 않습니다. 대표적인 게 통합건강증진사업이거든요. 보건소 통합건강증진사업 자체가 13개 보건소 사업을 자율적으로 시행하라고 하는 건데 이게 국정과제가 되어 버리면서 자율성이 침해되어 버리고, 담배값 인상에 따라 필수사업이 되어 버리면서 자율성이 또 없어져버리는 거예요. 그리고 보건소 같은 기초지자체 단체의 경우는 지역보건의료계획에서 말도 안 되는 계획을 되게 많이 요구하는 거예요. (공공보건의료지원단4)

지역보건의료계획만 놓고 보더라도 이분들은 현황분석이나 그런 것도 아무래도 좀 그냥 작성에 의의를 두시는… (공공보건의료지원단3)

지역의 특성과 상황이 반영되지 못한 지역보건의료계획이나 공공보건의료계획은 게다가 이러한 법정 계획을 실행에 옮길 수 있는 예산도 권한도 없으므로 결국 실효성이 떨어지는 무의미한 계획이 될 수밖에 없다.

내용이, 사업 내용이 하나도 달라진 게 없는데 결국은 문서놀음으로 그냥 그렇게 된 거잖아요. 그래서 실제로 국가, 중앙정부에서 시키는 계획뿐만 아니라 지역의 특성에 맞는 계획들을 도비를 써서 진행하고 이런 게 이제 좀 환류되고 다른 지역에서도 적용해봐라, **도에서 해보니 좋더라, 이런 게 서로 공유되기 위한 문서체계인 거잖아요. (공공보건의료지원단6)

지역보건의료계획이라는 게 지역권으로 자체적으로 계획 자체가 결국 실효성이 떨어지는 사업이 되어 버렸거든요. 이게 계획서를 만드는 것이 업무지, 계획을 수립하기 위해서 기획을 하는 것은 이미 다 유명무실한 상황이라서… 그러니까 뭔가를 기획하지 않고 그냥 계획서를 만드는 단순한 업무만 남아 있는 상황이라서, 그런 업무만 남아 있는 것을 우리 지원단이 지원해야 되는 건가 이런 생각도 많이 듭니다. 그런데 지금 하고는 있어요. 제대로 만들면

좋겠다 해서 하고는 있어요. 그런데 과연 세운 계획대로 추진하고 있나... 그렇게까지 이어질 것인지는 좀 회의적인 생각이 들어서...(공공보건의료지원단8)

라. 인력 부족과 전문성 부족의 문제

지역 보건의료체계의 운영에서 주요한 장애요인으로 꼽히는 것이 바로 담당 전문 인력의 부족 문제이다. 일반적으로 광역 지방정부의 재정 상황에 따라 지방 보건의료 행정을 담당하는 공무원의 수는 지역마다 다른 것으로 파악되었다. 이는 지자체가 해당 지역에서 발생하는 보건의료 현안을 파악하고 문제를 해결해 나갈 수 있는 역량을 갖춘 인력의 부족으로 이어질 수밖에 없다.

지금 도청에 팀장하고 주무관은 계시는데 인력이 굉장히 부족해요. 팀으로 두세 명 계세요. 그러니 추진이 되겠어요? 도청에 팀장님 1명, 주무관 1명 두 분이서 뭘 하시겠어요? 그래서 제가 주장하는 건 공공보건과를 신설해달라(는 것이고), 그래야 그다음에 거버넌스도 키워야 하고 예산도 늘려야 하고 그래야 우리 도 전체의 필수의료도 강화되고... 지금 모든 걸 다 해야 하는 상황이다... (공공보건의료지원단10)

보건의료 인력의 부족 문제는 시·군·구 단위 그리고 보건소와 같은 하위 공공 조직으로 내려올수록 공무원 인력뿐만 아니라 공무원으로서 서비스 제공인력의 고용 불안정 문제로 이어진다. 그리고 이러한 고용 불안정의 문제는 실제 지역사회 주민을 대상으로 하는 지역보건사업이 가시화될 때 사업의 안정성과 지속성, 그리고 전문성의 문제를 동시에 발생시키고 있다. 이러한 보건의료 전문인력의 부족 문제는 지방정부뿐만 아니라 중앙정부 역시 인식하고 있으나 인적 자원에 대한 투자는 막대한 비용을 발생하기 때문에 선뜻 책임지고 해결하려 하지 않는다고 지적하였다.

가장 큰 것은 운영 인력이예요. 사람에 따라서 (사업의 내용과 수준에서) 변화가 있거나 활성화되거나 이런 것들이 실제 굉장히 크거든요. 어차피 거기에 안정적인 연계 시스템으로 가져가야 하는데 그것을 지금 4~5년 운영하면서 초창기의 모델보다는, 안타깝지만 나중에는 이것을 공무원 선생님들이 계속하다 보니까, 이분들이 노조 교육이라든지 이런 걸로 공백이 많이 되거든요. 가 보면 사람이 없고 그래서 제대로 운영이 유지되지 못해서

안타깝죠. (보건소장2)

결국은 시·도도 해결하지 못하고 중앙정부에서도 해결하거나 책임지고 싶어 하지 않는 그 문제, 정말 모두 다 알고 있지만 다 외면하고 있는 우리의 부끄러운 인력 고용 문제를 어떻게 해결할 것인가... 이거 앞에서 다들 물러선 거죠. (공공보건의료지원단8)

바. 지역 보건의료 거버넌스의 한계

1) 지방정부의 낮은 위상과 역할의 문제

지역보건의료의 연계 및 협력은 지역의 보건의료에 관한 책임성 강화 차원에서 국가의 공공보건의료기본계획에 따른 연차별 공공보건의료 시행계획에 명시된 광역자치단체의 의무 사항(손정인, 2022)임은 물론, 지역완결적 필수보건의료 보장을 위해서 핵심적인 사항이라고 할 수 있다. 이를 위해 지방자치단체 중심의 필수보건의료 문제진단, 계획 수립 및 시행, 평가 및 환류 등과 같은 정책 과정을 통해서 지역의 정책 목표를 세우고 이를 기반으로 필요한 자원의 동원과 조직화, 의사결정 과정을 중앙정부-광역 지방정부-기초 지방정부-보건소나 지역책임의료기관 등의 운영 주체가 유기적으로 소통, 협력하는 것은 물론, 지역사회 주민과의 논의 및 민주적 의사결정 과정을 통해서 지역 중심의 보건의료체계를 구축, 운영할 수 있도록 그 목적을 두고 있다.

그러나, 실질적으로는 중앙중심적 정책과 행정체계, 중앙정부 주도의 예산 분배로 인하여 중앙정부와 시·군·구 기초지자체 중간에 있는 광역 지방정부의 위상이 분명하지 않고, 광역 지방정부의 역할이 수동적으로 자리매김할 가능성이 크다. 이러한 위상은 실제 광역 지방정부가 관할 지역에서의 보건의료 관련 정책의제, 지역책임의료기관 지정 및 운영, 그리고 지역의 퇴원환자 연계사업과 같은 구체적인 정책과 사업을 추진하고자 할 때 한계점으로 작용하기도 한다.

중앙정부하고 기초자치단체하고 그 사이에 끼어있는 도의 역할이, 사실 기초자치단체에서는 일선에서 일하는 기관이거든요. 직접 주민들을 상대하고 직접 진료도 하고 그러다 보니 거기서 나오는 많은 문제점들이 있을 거라고요. 그러면 그 자치단체에서 각자의 목소리를 내서 전달하면 좋겠는데, 그게 지역사회 특성에 맞게 걸러져야 하는데, 그 역할을 광역

자치단체에서 한 번씩 올라오는 요구를 한 번씩 걸러주고 그걸 다듬어서 중앙정부에 요구하는데, 그것을 다듬는 역할을 광역자치단체가 해야 하지 않나 생각하는데... (시도 건강정책과3)

중앙의 보건복지부나 다른 부처에서 보건소로 직접 사업을 제시하는 경우도 있어서 광역시를 건너뛰고, 그래서 오히려 시가 그 사업에서 배제되는 경우가 많거든요. 그러니까 리더십을 발휘하기가... 다른 정부 지정 센터나 다른 공공의료 사업도 마찬가지인데 보건복지부가 시·도에 역할을 부여하지 않고 그냥 중앙에서 거의 모든 것을 주도하다 보니까 중간에 낀 시·도는 평가 권한도 없고, 서울이나 경기처럼 광역지자체가 자체적으로 재정이 땀땀한 데만 평가를 만들어서 인센티브를 부여하는 방식으로 (광역 시도의) 영향력을 발휘하려는 것 정도이고, 다른 곳은 그러지 못하죠. (공공보건의료지원단4)

2) 실질적인 협력-연계의 어려움

지역 차원에서 한정된 보건의료 자원을 효율적으로 활용하고 지역주민을 대상으로 더 나은 보건의료 서비스를 제공하기 위하여 지방정부와 지역주민, 해당 비영리단체 및 민간의료기관 등의 협력 관계로 형성된 보건의료 분야의 지역 거버넌스 구축에 대한 필요성이 점점 더 강조되고 있다(황순기, 2012). 그러나 보건의료 부문을 제외한 여타의 행정 분야에서는 거버넌스에 대한 논의가 비교적 활발하게 진행되는 데 반해, 보건의료 부문은 아직 거버넌스에 대한 논의는 그다지 활성화되고 있지 못한 것이 현실이다. 지역의 보건의료 거버넌스 구축은 권역책임의료기관과 지역책임의료기관이 지역의 유관기관 즉, 지역의 보건의료 공급자(민간기관 포함)와 필수보건의료협의체라는 네트워크를 구축하여 운영하고 있으나 아직은 구축 초기 단계라서 내실화가 필요한 실정이다. 지역의 보건의료 거버넌스 구축 현황은 모임이 일회성에 그치는 등 형식적인 경우가 많다고 응답하였다. 무엇보다 지역사회에서 거버넌스 체계를 구축할 수 있는 책임 있는 주체가 필요하고 지역사회 구성원들끼리의 원활한 협의와 공조가 요구된다.

예전보다는 많이 나아졌다고는 생각하는데 그게 좀 더 체계적일 필요는 있을 것 같다는 생각을 해요. 아직은 일회성이거나 주먹구구식이고 주로 사업 베이스로 연계되는 경우가 많아서 그걸 활성화하려면 좀 더 큰 그림을 그려줄 수 있는 주체가 필요한데... 이게 정말

지속적으로 끌고 가려면 주도하는 입장이 거의 90% 이상은 해야 겨우 운영되는 시기여서... 거버넌스의 맹점이 이게 모두의 책임이면 사실 아무의 책임도 아니잖아요. (공공보건의료지원단4)

(거버넌스는) 지역사회마다 편차가 좀 있는 것 같아요. 코로나를 겪으면서 지역의사회가 활발히 움직이는 곳도 있고 그렇지 않은 곳도 있는데, (지역의사회의 경우) 현재 시·도 의사회, 시·군 의사사회들이 어떤 정치적인 의견을 내고 새로운 정책이나 사업을 제안하고 그럴만한 역량은 충분치 않아서... (공공보건의료지원단1)

현재 지역에서 인구 고령화로 인해 초래되는 보건의료 문제에 대비하기 위해서는, 특히 노인이 현재 살고 있는 주거지, 즉 그들의 지역사회에서 돌봄과 의료를 통합적으로 제공받을 수 있는 체계가 필요하다. 그리고 이러한 돌봄 체계를 세우기 위해서는 지역 사회 중심의 통합적이고 연속적인 보건의료 체계의 구축이 강조되고 있다(손정인, 2022). 돌봄체계의 구축은 지역의 책임성이 더욱 강조되고 있고, 지역 내의 공공보건의료 부문 간 연계와 협력, 그리고 보건의료-복지 간 연계와 협력을 통해서 가능하다. 국가적인 차원에서는 관련 법률과 대책을 마련하고 있으나, 실제 지역 현장에서는 이러한 필요성에 충분히 동의하고 있음에도 불구하고 지역 내 보건의료 부문 간, 그리고 보건-복지 부문 간 연계와 협력을 성사할 수 있을 만한 적절한 컨트롤타워의 부재를 지적하였다.

저도 그게 좀 답답해요. 지역사회 연계라는 말을 많이 쓰잖아요. (공공)의료기관에서도 이제 지침과 제도가 바뀌어서 공공의료본부까지 설치하도록 되어 있고 그런데 지역사회 연계를 하려면 보건조직과 복지조직이 협력적으로, 유기적으로 자기역할을 어떻게 할 것인지 매칭을 해서 짝 돌아가야 하는데... 제가 보기에는 똑같은 일을 달리해서 하는 듯한 느낌이 드는 거예요. 의료기관에서 복지와 연계를 하려면 복지(부문) 중에서 의료취약 부분을 보충해주는 기능으로 가야 한다... 그래야 지역사회 연계가 좀 더 촘촘하게 짜여지는 거거든요. 보건소 조직은 보건지소나 보건진료소 뭐 이런 보건행정과는 정보에 대한 협력이 잘 돼요. 그런데 거기까지예요. 그러니 사회복지 대상자의 인적 정보나 이런 것들이 굉장히 접근이 제한돼 있어서 사실은 컨트롤타워가 필요하거든요. 지역사회에서 컨트롤타워 역할을 해줘야 하는 부분이 필요한데... 지금은 복지는 복지대로 가고 보건의료는 만성질환이라든가 전통적으로 해왔던 보건관리체계를 가지고 건강증진사업들을 하고 있고... (시도 건강정책과2)

지역사회 대상자가 의료기관에서 중증입원했다가 퇴원환자관리하는 프로그램있잖아요. 그러면 이 퇴원환자 각각이 다 다르거든요. 복지에서 받아줄 수 있는 환자 특성이 있고 그러면 대학병원에서 복지 쪽으로 연계를 해줘야 되거든요. 그런데 대학병원에는 이 사회(복지)를 모르잖아요. 그러면 이 환자분이 어떤 게 필요한지를 지역사회는 가장 잘 아니까 요양보호사가 필요한지, 아니면 영양 보충이 필요한지를 어떤 생활환경이 필요한지를 알잖아요... (중략) 결국 그건 시장·군수 몫이에요. 그리고 시장·군수가, 행정 군수가 행정 수단을 발휘하려면 그걸 복지조직에다가 줄 수도 있어요. 그것까지 보건에다 주기는 쉽지 않을 것 같아요. 왜냐하면 복지는 확장적인 주변환경과 생활을 봐줘야 하는 부분이 있고 보건 개념은 만성질환에 대해서 예방적 접근을 하는 것이고 공공의료는 질병에 대한 접점이기 때문에 결국에는 보건소와 지역 필수의료기관이 있다고 한다면, 필수 의료에서 받아서 보건소로 전달해주거나 보건소가 복지조직에 정보를 공유해서 이 사람에게 필요한 복지 지원을 해주는 게 이상적일 텐데 이걸 도지사가 이렇게 해라 저렇게 해라 정책적으로 밀고 나갈 수가 없고 지역에서 생활패턴대로 시장, 군수께서 그쪽 기초자치단체별로 사각지대가 없는 맞춤형 지역사회 연계프로그램을 운영하겠다는 아젠다가 형성되어야 할 것 같아요. (시·도 건강정책과2)

3) 지역사회주민의 낮은 관심과 제한적 참여

지역에서의 보건의료 정책 과정에 보건의료 서비스의 이용자인 지역사회 주민의 적극적인 관심과 참여는 매우 중요한 요소라고 할 수 있다. 그러나 실제 지역사회 주민이 보건의료 부문에서 발생하는 여러 현안에 관해서 관심을 가지고 지속적으로 참여할 수 있는 기회는 그다지 많지 않은 것이 현실이다. 실제 여러 지역에서 주요 현안으로 제기되었던 공공병원 설립 추진 과정에서, 공공병원 설립 타당성이 주요 기반이 되었던 것은 바로 주민의 공공병원 설립에 관한 관심과 지속적인 요구였다. 그러나 지역사회 주민이 정책과 사업의 소비 대상자가 아닌 주요 정책 주체로 나서지 못하고 쉽게 논의의 주변부로 밀려나는 경우가 발생하게 된다.

공공병원 설립과정에서 확인했듯이, 시민단체 또는 기타 시민들의 어떤 참여가 있고 이게 세력화되어야 공공병원을 설립하고 운영하는 데 3대 권력의 하나가 되어야 하거든요. 3대 권력은 행정 권력하고 보건의료 전문가, 즉 대부분 병원이나 의사들이 다 좌우합니다. 그 다음에 민주적 운영을 담보하기 위한 권력, 즉 시민 권력, 이런 세 권력 간 힘의 균형이

있어야 하거든요. 이걸 가장 잘 이상적으로 만든 사례가 성남시의료원이었는데, 이 의료원마저도 힘의 균형이 무너져 버렸죠. 의료원 운영에 있어서 시민들이 외곽으로 밀려나 버렸고. 그래서 의료원을 만드는 것으로 끝나는 게 아니라 계속 그걸 유지하고 발전하기 위한 과정들이 지속적으로 필요할 거라고 생각합니다. (공공보건의료지원단8)

3. 지역의 정책/사업 사례를 통해 본 가능 요인

가. 지자체장의 정책 의지와 리더십

지역에서 보건의료 정책과 사업의 적용과 시행이 가능했던 주요 요인 중의 하나는 바로 지방정부 리더의 지속적인 ‘의지’와 ‘관심’이라고 답하였다. 중앙집권적인 정책 구조 및 예산 구조하에서도 지방정부가 지역의 현안에 관심을 가지고 지역주민의 요구도를 반영하기 위하여 구체적인 실행력을 가지고 끝까지 추진할 의지가 있는가에 따라서 그 결과가 달라진다고 답하였다. 즉, 지방자치제에 따라 각 지역에서 선출되는 광역의 시도지사, 그리고 시군구의 시장, 군수, 구청장의 지역 보건의료 부문에 관한 관심과 정책 실행 의지, 그리고 이를 이끌 수 있는 리더십 역량이 지역보건의료 정책을 성공시킬 수 있는 주요 요인이라고 평가하였다.

제일 중요한 거는 관심도 같아요. 중앙부처 차원에서 얼마나 관심이 있느냐, 그다음에 지자체 차원에서 단체장이 얼마나 관심을 가지고 그 업무를 챙기고 지원하느냐, 그게 사업을 하는 데 제일 중요하지 않나 생각이 듭니다. (시·도 건강정책과7)

‘사람’이었던 것 같습니다... (중략) 결국 그 자리에 누가 오느냐, 또 그걸 얼마나 민감하고 중요하게 그 사안을 받아들이느냐가 사실은 좀 중요한데, 이게 좀 지속적으로 되려면 이게 좀 시스템화가 되어야 하겠지만 아직은 그럴만한 여건이 형성되지 못하고 있죠. (공공보건의료지원단3)

앞서 말씀드린 우리 도의 두 가지 사례, 즉 **도 남부 응급외상센터 설립과 초등학교 치과 주치의 사업의 예를 본다면, 광역지자체의 의지 플러스 예산의 규모, 그리고 실행력이 (지방정부가) 감당할 수 있는 정도였다고 생각합니다. (공공보건의료지원단1)

나. 시도 공무원의 정책역량과 실행의지

지역에서 보건의료 정책 및 사업을 추진하는 데 또 다른 성공 요인은, 지자체장의 의지와 리더십뿐만 아니라, 이를 실행할 수 있는 일선 공무원의 정책역량과 의지 역시 매우 중요하다. 그 예로, 최근 지방의료원의 간호사 부족난을 해결하기 위한 한 도 차원의 공공간호사 양성 정책이 그 지역의 의료인력난을 해결하고 안정적으로 간호인력을 확보하기 위한 지방정부 차원의 전략적 정책으로 평가된다. 이 지역에서는 해당 지역에 거주하고 있는 고등학교 졸업생을 대상으로 80명 안팎의 신입생을 특별전형으로 선발하여 4년간 학비를 전액으로 지원받는 대신 졸업 후 지역에서 4년 동안 의무적으로 근무하도록 하였다. 충남도청은 지역 내에서의 정책, 행정 담당자와 간호대학, 간호 전문단체 등과 함께 토론회를 통해 그 외에도 간호인력난을 해소하기 위하여 지방의료원에 야간전담 간호사, 4교대·시간선택제 근무제도를 도입하는 등 열악한 근무환경을 개선하고 간호사에게 기숙사를 제공하고 대학병원 수준의 임금을 지급하는 방안도 적용하는 등 지역의 간호사 인력 부족 문제를 해결하기 위하여 지역 스스로 해결책을 마련한 사례라 할 수 있다. 특히 이 사례의 경우, 지역의 구체적인 문제를 해결하고자 하는 일선 공무원들의 전략적 정책의 추진 노력이 매우 주요하게 작용하였음을 다시 한번 확인할 수 있었다.

지역보건의료의 성공 요인을 어떤 관점에서 보느냐에 따라서 차이가 있겠지만 저는 이렇게 보거든요. 의료는 어찌 됐든 전문 분야로 법적으로 자격이 없는 사람이 한다는 것은 불가능한 일이기 때문에 인력적인 부분이 크다고 보는데, 저희는 2020년도에 간호인력이 코로나 상황과 연계되면서도 그랬지만 그 전부터도 많이 부족했어요. 도내 공공병원의 신규간호사 이직률이 60%가 넘는 거예요. 어떤 병원은 68%까지 올라간 거예요. 그래서 이거는 정말 큰 문제다... 그래서 대한간호협회도 참여하고 또 전문가들, 우리 도내 공공병원 간호부서 간부들도 다 부르고 해서 TF팀을 구성했습니다. 그래서 아주 심각하게 논의를 했죠. 왜 이직하는지, 근무환경부터 해서 어떤 보수 수준, 근무조건을 원하는지 다 설문 조사해서 규정이나 제도로 바꿀 수 있는 부분은 직급체계를 정리하고, 보수는 대학병원보다 높지는 못하더라도 적게 하지는 않겠다 이런 기초를 가지고 보수 테이블을 맞췄어요. 그리고 신입 간호사를 위한 전담 프리셉터를 투입해서 3개월 동안 적응 기간을 갖게 하고, 또 야간근무가 제일 부담이잖아요. 3교대 근무가... 그래서 야간 전담제도를 도입해서 야간에 근무를 희망

하는 사람에게는 야간근무수당으로 확실하게 보상해주고. 또 지역에 연고가 없는 분들이 이직률이 굉장히 높게 나타나더라고요. 그래서 도 내 간호대학 입학처장님들과 회의를 했죠. 그래서 2개 대학 모집 요강에 지역 공공간호사 특별전형을 새로 신설했어요. (시·도 건강정책과2)

다. 지역주민의 접근성 제고

현재 지역사회에서 건강증진은 지역보건의료계획과 통합건강증진사업을 중심으로 추진되고 있다. 이러한 지역보건의료 사업은 점차 지역사회 중심, 지역주민 중심으로 그 정책 및 사업 방향을 전환하고자 노력하고 있다. 특히 지역사회에서는 보건과 복지 서비스가 통합적으로 요구되는데 이를 위해서는 보다 주민 가까이에서 이러한 공적 사회 서비스가 제공될 필요가 있다. 부산시의 경우 2010년부터 지역사회 단위의 마을건강 센터가 설치되어 운영되고 있다. 동 단위 마을마다 간호사 등 보건의료인을 배치하여 지역사회 주민의 건강을 관리하고 동시에 주민들 스스로 건강실천 활동 및 질병 예방 활동을 실천할 수 있도록 돕고 있다. 또한 부천시에서 운영하는 “100세 건강실” 역시 지역사회 주민과 가장 가까이에서 보건소보다 작은 단위인 마을 단위 지역보건의료 네트워크를 형성하여 지역사회 주민의 건강과 돌봄의 요구를 충족시키고 건강증진 실천을 향상하고 있는 좋은 사례라고 평가할 수 있다.

저희들은 주로 지역사회 단위의 “마을건강센터” 인프라가 잘 되어 있어서 그쪽 사업을 계속하고 있어요. 지역사회 주민들이 자기들 스스로 그리고 서로 건강문제가 무엇인지, 건강을 좌우하는 환경이 무엇인지를 논의하고 공동체 조직도 만들고 환경 개선하고… 그 프로젝트에 의사들을 모아서 저녁에 교육을 시키거나 특강을 한다든지 (의사들 스스로도) 환자를 보는 패턴이 달라져야 하니까 그런 교육을 시키고… (보건소장4)

우리 시에는 “100세”라는 건강실이 별도로 있는데, 지역주민행정복지센터에 들어가 있거든요. 전국에 없는 구조예요.동에 있는 ‘작은 보건소 역할’이라 그러죠. 거기서 방문자들이 오면 혈압도 체크해주고 혈당검사도 해주고, 운동처방도 체크해주고 그렇게 해왔는데 이걸 좀 더 변형시켜서 하려고 하거든요. 만성질환 관리, 지역 의료기관과의 연계, 고혈압·당뇨센터 연계, 정신보건센터 연계, 치매센터 연계 등 보건소 전체적인 네트워크들을 “100세”에서 기초적인 데이터를 가지고 연결할 수 있는 자료를 만들려고 지금 작업하고 있거든요.

이걸 활성화해서 가장 기초적인 지역사회의 손발 같은 역할을 하게끔 만들려고 고민하고 있어요. 이게 잘 되면 전국적인 모델이 되지 않을까 싶은 생각이 들어요. 그런 선순환 구조가 되면 참 좋은데... (보건소장2)

라. 지역 구성원의 적극적인 정책 과정에의 참여

비단 공공병원 설립과 같은 지역별 특수한 상황이 반영된 장기적인 정책 사안이 아니더라도 지역사회 구성원이 정책 주체로서 적극적으로 참여하고 개입할 수 있는 기회는 있다.

시·도 단위의 지사가 그 문제를 중요한 정치적 의제로 받아내려면 주민들의 요구가 더 커야 되겠죠. 더 커야 소위 방아쇠를 당기는 주체가 명확해야 하거든요. 우리 도에서 진주 의료원 이슈가 계속 유지된 데에는 서부 경남 공공병원 설립 시민운동본부가 있습니다. 그 조직이 계속 활동하면서 공공병원을 설립해야 되겠다는 의지가 굉장히 강했고, 그리고 지방선거 전에 대통령 선거가 있어서 이야기하기가 좋았고... (중략) 시민사회는 주체가 확실했어요. 그러니 정말 도지사가 그걸 안 받을 이유가 없는 상황이었어요. 만약 시민운동 본부라는 주체가 없었으면 이건 그냥 죽는 거거든요. 그렇지만 도지사가 이걸 계속 미적 미적했거든요. 그러니까 공약을 해놓고도 돈이 천몇백 억이 들어가니까 계속 잡고 있는 거예요. 그래서 운동본부가 도지사와 담판을 지었는데 거기서 공론화를 해서 도민들이 하자고 하면 하겠다, 이렇게 되어 버린 거죠. 만약 시민운동본부가 없었다면 이건 그냥 죽는 거거든요. 계속 모니터링하고 이슈를 끌고 가는 시민사회 주체가 있었기 때문에, 그리고 공론화해서 압도적으로 설립 결정이 찬성되었기 때문에 여기까지 온 거라서 실제로 의제로 만들기 위한 주체가 얼마나 광범위하게 형성되어 있는가... 이게 굉장히 중요한 요건이 될 수 있다고 생각합니다. (공공보건의료지원단5)

시는 처음에는 지방의료원 설립 추진을 안 했었죠. 그래서 계속 시에 요청하고 언론플레이도 하고 막 그랬어요. 유일하게 의료원이 없는 지역이라고... 그러다 이번 코로나를 겪으면서 생각이 바뀐 것 같습니다. 특히 저희가 시를 설득하기 위해서 코로나19 초기에 시민들을 대상으로 설문조사를 하고 그랬거든요. 1천몇백 명 조사를 했는데 94%가 필요하다고 응답을 한 거예요. 그래서 가능했던 거예요. 그렇지만 설립을 하고 끝난 게 아니라 설립 후에 제대로 역할을 수행할 수 있도록 계속 견제하고 모니터링하는 역할이 중요한데... (중략)

그 역할은 지원단이나 전문가 집단하고 그리고 시민들이거든요. 공공병원 설립과정에서 시민단체 그리고 기타 시민들의 참여가 있고 그게 세력화되어 3대 권력의 하나가 되어야 하거든요. 3대 권력은 행정 권력하고 병원이나 의사와 같은 전문가 권력, 그리고 민주적 운영을 담보하기 위한 시민 권력 간 힘의 균형이 되어야 하는 거거든요. 이걸 가장 이상적으로 만든 사례가 성남시의료원이었는데, 이 의료원마저도 힘의 균형이 무너져 버렸죠. 시민들이 의료원 운영 외곽으로 밀려나 버렸고... 그래서 의료원을 만드는 것에서 일이 끝나는 게 아니고 이걸 시민의 요구대로 민주적으로 운영하기 위한 과정들이 계속 지속적으로 필요할 거라 생각합니다. (공공보건의료지원단8)

4. 개선과제

가. 지역 보건의료의 분권화

1) 행정과 재정의 분권화

지역의 필요와 요구를 반영하여 지역의 건강 불평등을 해소하고 지역주민의 건강수준을 제고하기 위해서는 무엇보다 우선적으로 지역 보건의료 분권화(decentralization)가 필요하다는 의견을 제시하였다. 더 이상 보건의료의 중앙집권적 사고와 방식으로는 지역마다의 상이한 정책적 과제와 현안을 해결하기 힘들 것이다. 분권화를 통해서 건강 정책에 대한 권한, 권력, 자원을 중앙정부에서 지방정부로 이전시킴으로써 지방정부가 능동적이고 적극적으로 지역의 보건의료와 지역주민의 건강에 대한 책임감을 가지고, 지역주민들의 건강에 대한 필요에 더 민감하게 반응할 수 있을 것이다. 그리고 분권화를 통해 지역은 건강의 사회적 결정요인을 고려하기 위한 자원 연계 및 활용이 용이하다는 점에서 건강정책을 집행하는 데 핵심적인 역할 수행이 가능할 것이다(김창엽 등, 2020).

이제는 '분권'이 필요하다고 생각합니다. 중앙정부가 가지고 있는 자원, 어떤 권한 이런 것들이 일단은 지방정부, 지방으로 이양되어야 한다고 생각합니다. 지금은 좌초된 상황이지만, 예전에 0000를 할 때 중앙정부에 초광역 협력 관련 지원기구가 설치되었었는데, 거기에 보건복지부가 빠져 있거든요. 이 0000의 핵심 중의 하나가 중앙정부의 권한을 이양하면서 그 안에서 (지방정부가) 좀 더 자율적인 결정을 할 수 있게 하는 것이었습니다. 어떻게

보면 첫 번째 시도였잖아요. 그런데 보건복지부는 여기에 포함되어 있지 않았거든요. 그러니까 단적으로 보건복지부는 분권에 대해서 어떠한 입장도 전혀 없다는 거예요. 그런데 그럴 수밖에 없는 게 보건 의료 체계를 운영하는 재원은 건강보험이기 때문에 행정적 권한이 이양된다고 하더라도 돈도 같이 이양된다는 게 명확하지 않으니까... (중략) 그러니 이제 가능한 것은 책임의료기관을 중심으로 한 공공부문 협력체계이지 않습니까. 그러니까 큰 틀에서는 일단 그 네트워크가 어떤 목표를 정하고 개별 의료기관이 어떻게 분배할 건가에 대한 큰 틀에서의 권한 정도는 지방정부에 주어야 한다고 생각하는 거죠. (공공보건 의료지원단5)

이러한 분권화는 정치적, 행정적 분권화뿐만 아니라 재정적 의미를 모두 포함하고 있다. 재정적 분권화를 통하여 지방정부 또는 지방조직에 조세나 건강보험 재정에 대해서 독자적으로 결정할 수 있는 권한을 부여함으로써 지역보건의료 재정을 효율적으로 운영해야 하는 모티브를 부여하고 책무성을 인식하도록 해야 한다. 특히 우리나라의 보건 의료체계는 건강보험이라는 중앙집중적인 재정이 존재하므로 지방정부에 건강보험의 수입과 지출에 대한 권한을 이양하는 것은 현실적으로 불가능할 것이다. 다만, 건강보험 재정을 관리하는 기능을 지방정부에 부여하여 지방정부가 그 재정을 활용하여 지역 주민의 요구에 맞는 보건의료 정책을 시행하는 데 쓰게 하는 것도 한 가지 방법이다.

지방분권을 빨리 해야 해요. 지금은 중앙정부가 예산을 내려주면 그 예산을 가지고 도나 지자체에서 할 수 있는 게 굉장히 제한되어 있습니다. 그래서 그 예산을 지역 지자체 말단에서는 통합 연계를 하고 싶은데, 예를 들어서 암 관리사업이나 금연사업이나 사실 지역에서는 하나로 묶어서 하면 되거든요. 그런데 그 사업을 중앙에서 내려와서 쪼개주다 보니까 다 사업마다 지침이 있고, 그 지침 외에는 할 수가 없어요. 그러니까 빨리 분권이 되어서 수직적 예산이 아니라 뭉텅이로 (예산이) 지역에 내려주고 그 예산을 어떻게 써야 지역의 격차를 줄일 수 있을 거냐 이걸 고민해야 하는데... 그게 안 되다 보니까... 굉장히 어렵네요. (공공보건 의료지원단10).

결국은 지역의 예산을 지역이 결정할 수 있는 권한을 줘야 한다고 생각합니다. 지금처럼 보건복지부도 기재부한테 다 깜빡이 건으로 허가를 받는데 보건복지부가 시·도나 보건소에 통으로 예산을 준 다음에 그 범위 내에서 너희들이 알아서 사업을 기획해봐라 이렇게 하지는 않겠죠. 그게 쉽지는 않을 거예요. 하지만 결국은 그렇게 가야... (공공보건 의료지원단8)

2) 지방정부의 자율성·책임성 강화

아직 대부분의 보건의료는 국가 차원에서, 중앙정부 차원에서 해야 할 일, 건강보험과 관련된 일이라는 생각이 강하고, 또한 지역사회 주민들은 자신들의 건강문제는 의료기관을 통해 개인적으로 해결해야 할 문제라고 인식하는 경향이 강하다. 그러나 지역 주민의 건강문제는 지방정부가, 그리고 국가가 책임져야 할, 주민이 누구나 기본적으로 누려야 할 자기 권리로서 이에 대해 지방정부의 책임과 의무, 책무성을 강조할 필요가 있다. 궁극적으로는 ‘지역의 문제는 지역이 해결한다’는 주체적인 관점에서 지방정부 스스로가 자율성과 책임성을 제고할 수 있도록 지방정부 차원에서 관련 기관, 정책과 제도를 강화해야 할 것이다.

제일 큰 것은 ‘지역보건의료 문제는 결국은 지역이 해결해야 된다’는 상황인식을 갖는 것이 제일 중요하다고 보거든요. 그걸 만들어내기 위해서 저희(지원단)도 노력하는 거고, 그래서 의사결정권자들, 이해관계자들을 계속 설득하는 게 중요하다고 봅니다. 여기에서부터 시작이 될 것 같아요. 중앙정부의 비중이 줄어든다고 광역 자치정부의 비중, 책무성 이런 것들을 좀 더 장악하는 게 모든 것의 시작이고 답이라는 생각이 들어요. (공공보건의료지원단8)

가장 중요한 건 책무성인 것 같아요. 그러니까 도지사 혹은 도청 공무원들이 도민의 건강 수준, 의료자원의 확보 이런 것들이 나의 일이라고 생각해야 할 것 같아요. 앞으로는 지자체의 책무성이 좀 더 생기지 않을까 싶어요. (공공보건의료지원단6)

우리 지역의 건강수준을 끌어올리려면 민간의료기관이든 환경보건기관이든 다 선수잖아요. 다 선수인데 그걸 이끌어갈 사람이 필요하잖아요. 구단주는 누구겠어요? 도지사님이죠. 도지사님이 건강과 보건의료에 대한 비전이 있어야 해요. 그리고 감독코치는 누가 되겠어요? 감독코치는 권역 지역책임의료기관. 그리고 주장은 누가 될까요? 지역에서 뚫돌하게 이끌어갈 수 있는 보건소예요. 저희(공공보건의료지원단)는 기술 지원단으로서 데이터를 분석해서 기술지원을 해주는 것, 어떻게 하면 건강 수준을 끌어올릴 수 있을지 그런 것들을 지원해주는 건데, 그렇게 되려면 구단주도 관심이 있어야 하고 감독, 코치가 이런 걸 이끌어갈 수 있는 리더십과 많은 노하우가 있어야 하고… (공공보건의료지원단10)

지방정부의 재정역량과 축적된 집행 경험이 실제 지역보건의료 정책을 성공시키는

데 주요한 요인으로 작용할 것이다. 이를 위해서는 시·도 보건의료 행정담당자 뿐만 아니라 지역사회의 주요 정책 주체로서 시·도의회, 시·군·구의회, 그리고 전문가 및 시민사회에 이르기까지 지역의 보건의료 문제를 해결하기 위하여 정책 결정 및 정책 집행 과정에 주체적으로 참여함으로써 이들의 자기 책임성을 강화하여 지역의 문제를 지역 스스로 해결해 나가려는 인식을 가져야 할 것이다. 그래야 지방정부 고유의 역량이 개발되고 향상될 수 있을 것이다.

예전에는 앞에 문제가 놓여있고 그걸 해결하기 위해서는 누구라도, 공무원이 아니라도 그걸 할 수 있는 사람이 하는 게 맞다고 생각했는데, 그러다 보니까 (지역의) 역량이 안 커져요. 안 만들어지더라고요. 안 되더라도 거기에 맡겨야 지역이 할 수 있게 그런 사람을 키우고 그렇게 하는 게 맞는 거 같아요. 영향력 있는 사람들을 그런 곳에 자리를 만들어주고 해야지, 안 그러면 그냥 계속 제자리걸음이라는 생각이 듭니다. (공공보건의료지원단1)

이번 코로나를 통해서도 굉장히 많이 느꼈거든요. 마찬가지로 공무원들도 실제로 느꼈어요. 결국은 우리가 알아서 해야 하는 거구나... 중앙에서 지침을 주고 사회적 거리두기나 방역을 하라는 결정은 내렸지만 결국 병실을 확보하고 사망자들의 문제를 해결하는 거는 결국 다 지방정부가 알아서 해결해야 하는 상황인거구나... 이렇게 인식이 달라지고 있어요. (공공 보건의료지원단8)

3) 지방분권을 위한 중앙정부의 역할 강화

지역의 보건의료 현안을 해결하고 지역 완결적 지역보건의료체계를 구축하기 위해서는 지방분권을 위한 중앙정부의 역할 역시 매우 중요하다. 무엇보다 중앙정부는 현재 취약한 공공보건의료 부문의 재원을 확대하고 지방정부의 보건의료 부문 예산을 확대 배분하여 국민건강에 대한 국가 책임성을 증대하여야 할 것이다. 현재 지역의 보건 의료 현안으로 제시되는 문제의 대부분은 한정된 예산과 부족한 보건의료 자원 및 인프라 등에 기인한 문제들로 정부지출의 소극성을 여실히 보여주고 있다. 공공보건 의료의 공공성은 재정의 공공성에 크게 의존하기 때문에, 따라서 국가 차원의 과감한 지원과 투자를 통해 이를 해결해 나가고 지역완결적 보건의료 체계를 구축할 수 있도록 지원해야 할 것이다.

키워드는 돈의 흐름이겠죠. 체계를 만들어놔도 결국 거기에 의사가 없으면 진도가 안 나가는데.... 한국은 어찌 되었든 보험수가를 어떻게 설계하느냐에 따라서 인력도 같이 움직일 수밖에 없거든요. 그걸 잘 디자인했으면 좋겠다는 거죠. 엉뚱한 데 가지 않고, 모이는 곳은 모이고 다른 곳으로 가지 않으면 좋겠다는 생각이 듭니다. (공공보건의료지원단1)

전통적으로 중앙정부의 역할 비중이 높았던 나라의 경우, 중앙-지방 간 역할 배분의 변화를 가져오는 데 상당한 시간과 노력이 필요할 것으로 보인다. 그리고 분권화된 지방 정부 조직들의 재정 능력을 보완하는 데는 중앙정부의 역할이 중요하다(김창엽, 2018). 지방정부가 재정적으로 분권화되면 지역별 불평등이 발생할 수 있으므로 이를 최대한 해소하는 방향으로 중앙정부의 '개입'이 필요하다.

분권화가 되려면, 오히려 중앙정부의 역할이 강화되어야 하는 부분이 있습니다. 외국의 경우를 보면 지방분권이 20년 이상 걸리는 것을 알 수 있습니다. 20년이 넘는 기간 동안 중앙정부가 해야 할 역할이 여러 가지가 있는데, 특히 분권을 하려고 해도 지역 간 불평등이 해결되지 않은 상태에서 분권을 하려고 하면 불평등이 더 심화될 수밖에 없습니다. 그렇기 때문에 가능하다면 최대한 (지역 간) 불평등을 줄이는 방향으로 (분권이) 이루어지도록 중앙정부가 노력해야 합니다. (공공보건의료지원단5)

나. 지역의 공공보건의료체계 강화

1) 지역보건의료 자원 확충

지역 보건의료의 주요 현안으로 꼽히는 보건의료 인력과 자원의 부족 문제는 지방 정부가 지역의 상황과 특성에 맞게 지역 안에서 해결해 나가야 할 과제이다. 우리나라의 의료기관 수도권 쏠림현상, 의사 수 부족과 특정 진료과목 편중 등 국가 전체적으로 지적되는 보건의료 문제들과 지역주민들에게 필요한 의료가 지역 내에서 충족되지 못하는 문제 등 현재 지역의 관련 현안을 해결하기란 쉽지 않은 일이다. 그리고 그 피해는 결국 일차적으로 지역사회 주민에게 고스란히 돌아가기 때문에, 공공병원과 의사, 간호사 등 지역 의료인력의 양성 및 적정 배치 등 지역보건의료 자원을 확충하는 것이 무엇보다 시급하다.

지역 완결적인 필수의료전달체계를 구현하려면 지금의 의료에 있어서 어떤 공백이 발생하는 지역, 특히 필수의료의 공백이 발생하는 지역을 없애기 위해서 국립대학병원이나 지방의료원 같은 공공병원을 확충하는 게 필요하다고 봅니다. (공공보건의료지원단8)

구조를 바꿔야죠. 저는 의대 정원을 빨리 늘려야 한다고 생각해요. 지금도 늦었잖아요. 10년 뒤에나 (의사들이) 나오는데... 그리고 의과대학 신설이 필요하다고, 그러면 신설이라도 해서 지방에 의료인력이 공급될 수 있게 해달라... (시·도 보건정책과2)

2) 지역의 책임의료기관 역할 강화

정부는 지역 완결적 보건의료체계를 구축하고 지역에 효율성이 있는 필수의료 제공을 위해 17개 권역과 70개 중진료권 지역에 책임의료기관을 지정하여 운영하고 있다 (곽미영 등, 2021). 지역의 책임의료기관은 해당 의료기관에 내원한 환자만을 대상으로 하는 것이 아니라 지역사회 주민의 관점에서 필수보건의료 문제를 발굴하고, 필수 보건의료 협의체를 구성하고 협력모델을 개발함은 물론 이를 수행하여(손정인, 2022), 지역사회 주민의 건강권을 보장을 위한 중요한 실행 주체의 역할을 담당해야 할 것이다.

현재로선 책임의료기관 시스템이 있으니까 이 책임의료기관과의 연계를 통해서 해결할 방법들을 강구해야 하는 거고. 분만이나 응급의료, 소아·청소년 이 부분은 필수 의료에 분명히 들어와 있기 때문에 필수 의료의 자체완결적 공급이라는 맥락에서 책임의료기관의 역할을 강화하는 방향으로, 어떤 식으로든 실효성 있는 정책으로 접근해야 한다고 봐요. (공공보건의료지원단5)

3) 보건소 역할 및 권한 강화

지역사회 주민의 건강문제를 해결하고 건강결과를 개선하기 위해서는 무엇보다도 지역의 공공보건의료기관의 역할이 제일 중요하다(나백주, 2021). 특히 보건소는 지역사회에서 주민의 건강증진과 건강보호에 중심적인 역할을 해야 하며, 보건소가 이러한 역할을 제대로 수행하려면 우선적으로 보건소의 기능과 권한이 더 강화될 필요가 있다고 지적하였다. 대표적으로, 각 보건소장에게 강한 행정적 권한을 부여하여 관할 지역

사회에서 추진하는 공중보건 및 건강사업에 관하여 실질적인 역할을 할 수 있도록 할 필요가 있다고 지적하였다.

한국의 보건소라는 조직은 전 세계적으로도 찾아보기 어려운 좋은 조직인데 이 보건소 조직이 지역에서 정말 역할을 하려면 첫째 시·군 안에서의 권한이 강해져야 합니다. 예를 들면 시·군에서 보건소장은 부시장급의 권한이 주어져야 한다고 생각하고요. 그리고 건강 영향평가처럼 보건소가 조금 특화된 권한을 가지고 진행할 수 있는 권한을 가지고 있어야 가능하다고 봅니다. (공공보건의료지원단1)

보건소의 기능을 개편하고 역할 재정립을 통해서 보건소의 업무를 전문화하고 지역 사회 건강관리의 중심적인 역할을 할 수 있도록 해야 할 것이다. 지금까지 보건소는 시·군·구 단위의 보건행정기관으로서의 기능과 서비스 제공기관으로서의 기능을 동시에 담당하여 왔다. 지역사회에서 보건소가 담당하고 있는 업무들은 정책적 우선순위가 높지 않고 제대로 된 기능 개편을 지원하지 못했던 것도 사실이다(나백주, 2021). 그러나 앞으로는 단순히 보건 관련 행정 업무에 국한된 기능을 넘어서 변화하는 지역사회의 건강정책 기능을 담당하는 조직으로 나아가야 할 것이다.

보건소의 담당 업무를 전문화시켜야 한다, 그런 체계로 바뀌어야 한다고 생각합니다. 지금 감염병 분야는 그렇게 해야 한다고 정부 지침이 나오긴 했는데, 그것도 결국은 중간에 계속 해서 바뀌어 가고 있거든요. 그리고 일단 지금 보건소도 그런 준비가 안 되어 있는 것 같고요. 그래서 기본적으로 그 업무를 전문적으로 수행할 수 있는 능력, 전문적으로 수행할 수 있는 기본 업무 환경을 만들어주는 것이 제일 필요할 것 같아요. (공공보건의료지원단8)

특히, 보건소의 주요 기능 중 하나인 예방 및 건강증진 등의 기능을 더 강화할 필요가 있다. 그리고 이러한 보건소의 예방 및 건강증진 기능은 보건소별로 해당 지역 주민의 요구에 맞는 정책과 사업으로 맞춤형되고 기존의 기관 중심에서 지역사회 중심으로 전환될 필요가 있다.

우리(보건소)는 좀 앞으로 나아가는 방향으로 이야기하면, 본청에서는 당장 진료도 좀 보고 예방접종도 해주고 와서 바로바로 해주는 거 그런 것들을 먼저 말씀하시니까... 사실은 이

방향으로 가야 함에도 불구하고 그걸 완전히 말하기 쉽지 않은, 정치적으로 해결해야 할 부분들이 있으니까... 우리는 지소, 진료소 문제도 있고 건강생활실천센터도 만들고 싶고 진료위주를 좀 탈피해서 통합보건지소나 건강생활실천 보건지소 이런 것들을 만들고 싶지만, 시의회에 가서 설명하면 잘 들으시다가도 막상 진료가 없어진다고 그러면 아주 스트레스를 받으시는 부분이... 이미 보건소가 진료나 서비스 위주로 고착되어 있기 때문에 그런 것 같습니다. (보건소3)

보건소의 기능을 재정립하고 전문성 및 역량을 강화하기 위해서는 무엇보다 보건소 인력이 확충되어야 한다. 보건소 인력의 적정 배치는 물론 보건소 인력의 지속 가능한 고용으로 인한 전문성 제고가 달성되어야 한다. 현재 보건소 방문간호사 등 보건소에서 제공하고 있는 건강관리 및 건강증진 서비스를 제공하고 있는 인력은 대부분 비정규직인 공무원으로 고용되어 있다. 이들은 국가의 면허를 소지한 의료인임에도 불구하고 임시 일용직 평균 월급 수준에 불과한 급여를 받고, 고용 차별과 고강도의 직무 스트레스를 받으며 근무하고 있다(김희걸 등, 2018). 따라서 전체적인 보건소 인력을 확대함은 물론 이들이 제공하는 서비스의 지속성과 질이 보장될 수 있도록 개선되어야 할 것이다.

저희 구조가 뭔가 하면 정규직은 137명이고 간호 공무원이 한 120명 정도 돼요, 정원이. 그런데 현실적으로는 그 부분에 대해서는 좀, 공무원에 대해서는 말씀을 많이 들으셨겠지만... 정규직과 비정규직의 문제고.. 가장 큰 것은 운영 인력이예요. 사람에 따라서 거기가 변화가 있거나, 활성화되거나 이런 것들이 굉장히 크거든요. 그런데, 안타깝지만, 공무원 선생님들이 계속 하다 보니까 비는 공간들이 많고 지속되기 힘든 부분이 있거든요. (보건소장2)

인력이죠, ‘잘 훈련된 전문인력’. 그리고 (보건소 업무 중) 민간에 줄 건 민간에 주고 일정 부분 보건소의 역할들을 재정립해야 하지 않나... 진짜 공공성이 필요한 부분들은 보건소가 가져오고 그렇지 않은 부분들은 자율적으로 민간에게 맡기든지 해서, 우리 지역 보건소의 별도의 실정에 맞는 건강관리사업을 할 수 있는 모델을 개발하도록 하는 게 맞거든요. (보건소장2)

보건소의 기능과 역할을 강화하고 지역사회 협력체계 및 거버넌스를 구축하기 위해서는 보건소장의 리더십을 강화하고 전문성 제고를 위한 교육과 훈련이 강화될 필요가 있다. 지역주민의 보건사업에 대한 요구를 충족시키고 만족을 증가시키기 위해서는

보건소 내 직원뿐만 아니라 지역사회 거버넌스 체계 속에서도 보건소장의 리더십이 발휘될 필요가 있다.

지역의 역할이 저는 굉장히 중요하다고 생각을 하는데 그만한 역할을 어떻게 할 수 있을지에 관계된 것들은 참 문제이긴 한데... 그러려면 실제 보건소장들이 거기에 대한 개념을 잘 알고 지역사회와 연계가 잘 되어야 한다고 생각하는데, 보건소장이 의료기관, 본청과의 이런 부분들을 잘 이야기할 수 있는 역량도 분명히 있어야 한다고 생각합니다. 하지만 보건소장이 다 맡기는 어려운 부분이 있죠. 그래서 지자체 단체장이나 의회 분들한테 보건에 관한 방향을 정확하게 전달하는 부분이 쉽지는 않지만, 지역을 맡고 계신 분들한테 노출이 되게만 해주신다면 일선에선 훨씬 더 일하기가 좋죠. (보건소장3)

지역 내에서 어떤 각오가 있어야 한다고 봐요. 그런 노력들을 해야지 실제로 법을 강화한다고 해서 되는 건 아니지... (중략) ...그동안 내부 인적 인프라를 만드는 데 너무 인색했다, 특히 보건소장들은 정말 생각이 있어야 하거든요. 보건소장직을 순환하더라도 5, 6년은 인터벌을 가지고 해야 되고.. 다른 지역을 보면 보통 정년 1, 2년 남겨두고 소장이 되거나 행정직 소장들이 있거든요. 그리고 적어도 보건소장 정도 되면 국가에서 관리를 해야 되거든요. 국가의 정책 아젠다를 충분히 이해할 수 있게 해야 하고 HP2030 그 내용을 꿰고 있어야 하고, 우리 지역사회의 문제가 무엇인지를 설명할 수 있어야 하는데... (보건소장4)

4) 지원조직의 위상과 역할 강화

현재 2022년 11월 기준으로 16개 시·도는 각 시·도의 공공보건의료 정책역량을 강화할 목적으로 공공보건의료지원단·재단을 설치·운영하고 있다. 시·도 공공보건의료지원단·재단은 공공보건의료의 거버넌스의 구심점이자 연결고리 역할을 함으로써 광역 내 공공보건의료 거버넌스를 구축하였다(김주경, 2022; 손정인, 2019). 그러나 지역의 공공보건의료 현황 파악과 모니터링을 위한 조사·연구체계 구축을 통하여 필수 의료 제공체계를 확충하고, 시도 광역 단위의 공공보건의료 강화와 관련한 정책을 지원하는 싱크탱크로서의 역할을 충실히 수행하고 있음에도 불구하고, 지역의 공공보건의료체계 내에서 시도 공공보건의료지원단·재단의 위상은 여전히 낮은 것으로 파악되었다. 따라서 시도 지원단 운영의 지속성을 보장하고 지원단의 싱크탱크로서의

조정, 조력의 기능과 연계, 협력의 역할을 강화할 수 있도록 조직의 위상과 고용의 안정성을 높일 수 있도록 중앙정부가 지원해야 할 것이다.

그 문제를 해결하기 위해서 지원단을 만들고 지역의 자체적인 역량 강화를 하겠다는 건데... 지역에 필요한 연구를 하고, 정책연구를 하더라도 정책연구 자체가 목적이 아닌, 정책연구를 근거로 해서 지역보건의료체계에 뭔가 액션이 될 수 있는, 피드백이 될 수 있는 전략을 계속 잡고 있죠. (공공보건의료지원단8)

5) 공공 보건의료조직 간 협력 네트워크 강화

인구 고령화 및 사회적 돌봄 체계의 요구가 높아지고 지역사회 주민의 만성질환 관리에 대한 수요가 증가하여 지역사회 보건의료 환경이 변화하고 있다. 환경의 변화에 따라 보건소는 새로운 업무 수행을 요구받고 있는데, 점차 지역사회 중심의 건강 관련 정책과 사업에 대한 요구가 증가하고 있으므로 지역사회 주민의 건강관리에 대한 수요와 지역사회 돌봄의 요구를 충족시키기 위해서는 보건소뿐만 아니라 지역 내 병·의원 등 민간의료기관 및 단체들과의 네트워크와 협력을 통해야만 해결이 가능하다.

다음으로 보건소 조직에서, 지금도 그렇지만, 이 안에서 민간자원 네트워크들과의 오래된 역사가 가지고 있는 장단점을 잘 활용하는 게 맞는 것 같아요. 그게 지역 의사회일 수도 있고 의사회가 아니더라도 지역에 있는 의료기관과 네트워크를 잘 활용하는 게 필요합니다. 그리고 보건소가 보건소보다 더 작은 조직과 연결될 필요가 있어요. 커뮤니케어를 하면 동 단위가 움직여요. 즉 복지는 동 단위로 움직여요. 커뮤니케어에서 어려운 부분은 보건소 등 보건 단위와 복지의 단위가 어긋나는 것이지 않을까 생각해요. 동 단위로 움직일 때는 결국 보건소 인력만으로는 어렵고 그러려면 일차의료가 붙어줘야 해요. 일차의료가 더 붙어주지 않으면 못해요. (공공보건의료지원단1)

지역사회에 있는 의료기관 간에 거버넌스라든지 여러 협조 체계 이런 거를 보건소가 다 가지고 있는데, 그런 협조가 안 되면 통합돌봄이나 감염병 관리나 그런 부분이 굉장히 어려워 버립니다. (보건소장4)

다. 지역완결적 건강-돌봄 체계 구축

지역의 필수 보건의료의 충족뿐만 아니라 인구 고령화에 따른 노인의 건강관리와 돌봄 공백을 해소하기 위하여 지역기반 건강-돌봄 체계를 구축해야 할 필요성이 증가하고 있다. 건강한 지역사회 돌봄체계를 위해서는 보건-복지의 부문 간 협력뿐만 아니라 보건-의료-돌봄 간 협력과 연계 활동이 통합적이고 유기적으로 이루어질 수 있어야 한다. 각 지역마다의 특성과 상황에 맞는 건강-돌봄 체계가 효과적이고 지속 가능하게 하기 위해서는 건강 영역에서의 건강돌봄 서비스, 예를 들어 만성질환 관리나 방문건강관리 또는 방문간호, 방문치료, 치매노인 관리, 퇴원환자 연계 등의 서비스가 유기적으로 제공될 수 있도록 지역의 보건소와 동네의원 등의 의료기관, 주민센터, 치매안심센터 등이 유기적으로 협력할 수 있는 지역완결적 돌봄체계가 마련되어야 한다.

보건의료와 돌봄 이런 부분에 있어서는 일차의료에 대한 것과 연관해서 생각해야 한다고 생각합니다. 고령화가 급격하게 이루어질 거고 매일 병원을 찾는 노인들이 점점 더 많아질 거고, 재가 내지는 요양시설, 요양병원을 이용하실 텐데, 이분들을 찾아서 필요한 서비스를 오가나이즈 해줄 수 있는 주체가 필요한데요. 최근 몇 군데서 시도하고 있는 방문진료, 방문간호가 아이디어가 될 수도 있고, 이게 얼마나 가능할진 모르겠지만... 그리고 일차의료가 계속해서 레드오션에서 싸우는 느낌이 드는데, 그 레드오션에서 벗어나서 지역 가까이에서 움직일 수 있는 그런 방식이어야 할 텐데... 이것도 사실은 그동안 '주치의'라는 이름으로 장애인 주치의도 해봤고 방문진료 시범사업도 하고 있단 말이에요. 두 개 다 실패했어요. 그래서 (일차의료에 대해) 비즈니스 모델이 될만한 수가 지원이 된다면 이분들을 중심으로 보건의료 돌봄 커뮤니티가 만들어져야 하지 않나...이상적으로 생각하고 있습니다. 지금은 주치의 제도에 대해서 굉장히 알레르기 반응을 일으키긴 하지만 언젠가는 주치의 제도가 좋은 비즈니스 모델로 주치의가 활성화될 거예요. group practice도 되고. (공공보건의료지원단1)

통합돌봄도 중요하죠. 우리 지역이 고령화가 되어가고 있으니까. 그런데 건강이나 전문적인 돌봄이 필요한 대상자들도 반드시 있거든요. 그런 분들은 보건쪽에서 말고 전문적인 보건서비스가 필요하지 않은 분들은 복지기관에서 맡으면 되는데... 굉장히 칸막이가 되어 있어요. 둘이 잘 협조할 수 있게끔 시스템을 만드는 게 중요하겠죠. 만날 수 있게끔. 그러려면 그 지점에 예산을 넣어야 해요. 의료인들한테는 보건사업을, 복지사에게는 복지사업을

내려주고 있는데, 이걸 통째로 지역사회 돌봄사업으로 하나로 묶어서 내려줘야죠. 그러면 보건의료인이 주도를 하든 복지사가 주도를 하든 노력을 하겠죠. 지금은 예산이 따로 내려 오니까 어쩔 수가 없는 거죠. (공공보건의료지원단10)

제3절 소결

‘지역’이라는 동일한 공간에 속한 인구집단의 건강 수준은 그들이 속한 공간을 통해 작동하는 여러 가지 건강 결정 요인을 통해 이들의 건강수준 및 건강결과에 영향을 미치고 있다(김창엽 등, 2015). 지방정부가 관할하고 있는 지역은 중앙정부의 보건의료 정책과 사업이 실제적으로 집행되는 공간이자 동시에 지역 고유의 정책이 결정, 집행되는 공간이기도 하다. 지역에서 중앙정부의 보건의료정책이 집행되는 과정에 동일한 정책이라 하더라도 지역마다의 특성과 해당 지방정부의 비전과 지향에 따라 사뭇 다른 결과가 나타날 수 있다(허현희, 2018). 동시에 지방자치의 시대를 맞이하여 지방정부는 지역주민의 건강권을 보장하고 지역 간 건강불평등의 문제를 완화하기 위한 책무성을 가지고 있다. 아직은 보건의료 영역에서의 지방자치 실현이, 지방분권의 성과가 미미하긴 하지만, 지역주민의 건강결과 개선 및 건강 수준의 향상을 위한 지방정부의 기능과 역할은 확대되고 지방정부의 책무성은 더욱 강조되어야 할 것이다. 지방정부의 책임 있는 정책과 실행, 그리고 지역사회 주민과 시민사회의 적극적인 참여를 통해서, 상호협력적인 소통과 거버넌스를 실현한다면 지역사회의 건강결과의 개선과 건강수준의 향상은 실현 가능할 것이다.



제7장

결론

제1절 주요 연구 결과

제2절 정책과제

제 7 장 결론

제1절 주요 연구 결과

1. 의료시스템 성과 평가

본 연구는 국가 수준에서 의료 질을 모니터링하는 것을 목적으로 ‘한국 의료시스템의 혁신 성과 평가(6년 차)’ 연구의 지표 틀을 개선하고 가용한 자료를 활용해 효과성, 환자중심성, 안전성 영역을 망라하여 지표를 측정하였다. 올해 컨센서스 워크숍을 통해 ‘효과성: 치료 가능한 사망 예방’에서는 암 질환과 관련해 암 질환 사망률과 5년 생존율을 지표로 유지하였다. ‘효과성: 장기질환을 가진 사람들의 삶의 질’ 영역에서는 고령화와 함께 부담이 증가하고 있는 치매와 관련해 치매 진단 후 3년간 입원 혹은 시설에 입소하지 않는 비율인 지역사회 치매관리율을 추가하였다. ‘효과성: 질병 및 손상 치료·회복 지원’ 영역에서는 급성기 케어와 관련해 재입원율을 총괄지표로 유지하고 입원 30일 내 사망을 새롭게 추가하였다. 또한 노인의 재활서비스 제공률과 재활서비스를 제공받은 집단에서 독립적인 생활을 유지하는 비율을 지표로 추가하였다. 또한 치과 질환과 관련해 저작기능 불편 호소율을 새로운 지표로 추가하였다.

분석 결과 치료 가능한 원인으로 사망 등은 전반적으로 계속 감소하였으나 대장암 등 일부 지표는 최근 악화하였다. 특히 낮은 병기인 국한 암의 생존율이 지속적으로 감소하는 경향을 보였는데 식생활, 신체활동 정도, 비만 등이 대장암의 위험요인이라는 점에서 암 발생 예방 및 국가 암 검진 참여 독려를 통한 암의 조기 발견과 함께 암의 예후 측면에서도 건강행동을 개선하기 위한 노력이 필요하다. 치료 가능한 사망에서의 개선과는 달리 만성질환을 가진 사람들의 건강 관련 삶의 질은 점진적으로 감소하였는데 이는 우리나라 의료시스템의 치료중심적 특성과 관련될 것으로 보인다. 즉, 만성질환은 완치가 가능하지 않은 질환으로 일상적인 생활에서의 질환 관리 등이 중요하다는 점에서 치료중심의 접근은 환자에게 제한적인 도움을 준다. 노인성 질환인 치매와 관련한 지역사회치매관리율은 지속적으로 개선되었는데 장기요양보험의 확대, 치매안심센터

가 만들어지면서 지역사회에서 치매 환자를 조기에 발견하기 위한 노력 등의 영향으로 보인다. 그러함에도 추정치매환자 대비 치매 상병자의 비율은 지속적으로 감소했다는 점에서 관리가 필요한 치매 환자가 방지되지 않도록 보다 정책적 노력이 필요하다. 환자 안전과 관련한 환자 안전사고 보고 건수는 2021년에 감소하였는데 우리나라의 환자 안전사고 보고 비율이 높지 않다는 점을 고려한다면 안전사고의 감소보다는 보고의 감소 가능성이 크다. 특히 의료인력의 코로나19 대응 집중 등이 보고 건수 감소에 영향을 미쳤을 수 있다는 점에서 향후 지속적인 관찰이 필요하다.

한편 전반적으로 예방 가능한 응급입원은 최근 들어 급격히 감소하였는데 이는 일차 의료의 질 개선 효과라기보다는 코로나19의 영향일 가능성이 크다. 특히 의료급여 수급자의 감소 정도가 컸는데 이는 코로나19 동안 상당 기간의 응급실 폐쇄 및 공공의료 기관의 코로나19 전담병원 지정 등의 영향일 수 있다는 점에서 지속적인 모니터링이 필요할 것으로 보인다.

2. 의료시스템 성과 개선을 위한 지역의 역할

본 연구에서는 문헌 검토 및 지역보건의료 관계자에 대한 심층면접을 통해 우리나라 지역보건의료체계의 현황을 검토하였다. 지역의 역할을 검토하기 위해 보건, 의료, 돌봄 관련 법령을 전반적으로 검토한 결과 예방 및 건강증진, 돌봄과 관련된 법령의 경우 전반적으로 시·군·구 단위까지 그 역할을 정하고 있으나, 의료시설 및 인력 등의 경우에는 중앙정부와 시도를 그 주체로 정하고 있었다. 법령 간 연계에 관한 규정을 검토한 결과 우선 보건과 의료 영역에서 보건의료기본법은 다른 보건의료 영역의 법들과 연계된 상위법적인 특성을 가졌다. 이런 점에서 보건의료기본법이 정하고 있는 보건의료발전 계획의 수립이 장시간 지연되는 것은 전체 보건의료 영역, 그리고 중앙정부와 지방정부가 상호 협력하여 공동의 목표를 달성하는 것을 어렵게 할 것으로 예상된다. 다음으로 사회보장기본법이 보건, 의료, 돌봄을 망라한 상위법으로 볼 수 있는데 보건의료 영역을 망라하며 상위법적인 특성을 갖는 보건의료기본법은 사회보장기본법과의 연계 규정을 가지고 있지 않았다. 규정이 존재한다고 각 영역의 상호연계 및 협력이 원활하다고 판단하기는 어렵겠지만 법령에조차 규정되지 않은 상황에서 각 법령과 관련된 사업들이 연계 및 협력을 통해 이뤄지기를 기대하기는 어렵다. 서비스의 통합과 연계의

중요성이 강조되고 있음을 고려한다면 법령에서도 관련한 내용을 검토할 필요가 있을 것이다. 마지막으로 지역보건법은 보건, 의료, 돌봄 영역의 법령들과 다소 폭넓게 연계되어 있었다. 보건, 의료, 돌봄 영역을 망라하는 사회보장기본법, 보건의료 영역의 실질적인 상위법인 보건의료기본법과 함께 심뇌혈관질환법, 암관리법 등과 연계되어 있었으며 국민건강증진법, 사회보장급여법과도 연계되어 있었다. 한편 의료, 돌봄 정책에서 지역의 역할이 어떻게 인식되고 있는지를 살펴보고자 최근 10년간 주요 정책을 검토한 결과, 지방정부 혹은 지역보건의료체계가 강조된 것은 최근 들어서인 것으로 나타났는데 ‘지역사회 중심’, ‘지역기반’이라는 용어는 2010년대 초반에도 사용되었으나 대부분 수식어 성격이 강했고 정책 이행의 거버넌스 차원에서 시·도 혹은 시·군·구 지방정부를 포함하고 있지는 않았다. 정리하면, 지역은 법령의 내용으로 볼 때 주로 보건과 돌봄영역에서 그 역할이 강조되고 있는데 만성질환 증가, 감염병 질환의 위험이 커지면서 최근 들어서 지역보건의료체계의 역할이 강조되는 것으로 볼 수 있다. 한편 질환구조의 변화와 함께 서비스의 통합과 연계의 중요성도 강조되고 있으나 현재의 법령 체계는 이를 충분히 반영하지 못하고 있는 것으로 보인다.

호주, 네덜란드, 독일, 영국의 현황을 검토한 결과 대체로 의료 영역은 연방정부 혹은 주정부가 담당하고 있었으며 지방정부는 건강증진, 예방 등의 역할을 하는 것으로 나타났다. 특히 영국은 지방정부가 지역사회 건강과 복지를 수행하기 위한 최적의 위치에 있다는 판단하에 2012년에 공중보건 영역에 대한 권한과 자금을 지방정부로 이관했다. 한편 네덜란드의 경우 외래 환자 장기 서비스를 포함한 일부 의료서비스를 감독할 책임이 있는데 이들은 대체로 욕구가 높은 집단이라는 점에서 이들과 가까운 지방당국이 좀 더 적절한 역할을 할 수 있기 때문일 것으로 추측된다. 한편 이들 국가는 인구고령화와 질병구조의 변화에 대응해 서비스의 통합과 연계를 위한 다양한 시도를 하고 있었는데, 호주는 특정 조건이 있는 환자 대상 치료 계획 개발에 대한 인센티브 제공 및 서비스 연계를 위한 네트워크 결성에 대한 보조금 지원을 도입하였고, 독일은 혁신적이고 협력적인 치료 형태를 촉진하기 위해 2015년에 혁신기금을 만들었다.

지역보건의료 관련 이해관계자들은 지역의 보건의료 격차 및 건강수준 격차 문제를 제기하며 공공보건의료 및 지역사회 돌봄체계의 취약성을 우려했다. 지역보건의료 체계의 주요 문제로 지역의 특색에 맞는 정책 집중이 어렵고 관련한 정책 경험이 부재하며 칸막이 행정과 정책, 지방정부의 재정 악화, 지역의 역량 부족, 소통 및 협력 거버

년스의 한계를 지역보건의료체계의 주요 문제로 지적하였다. 첫 번째 문제로 지적된 지역의 특색에 맞는 정책 집중이 어려운 것에는 여러 가지 이유가 있었는데 중앙정부의 하달식 정책과 지역의 상황을 고려하지 않고 지역의 책임만을 강화하는 정책을 문제로 제기했으며 또한 임기 만료와 정책 방향 변화 등으로 인한 정책-정치 간 부조화 및 단절을 문제로 제기했다. 두 번째 지역보건의료 정책 경험의 부재와 관련해서는 지역에서 건강에 대한 우선순위가 낮아서 관련한 정책적 경험이 거의 없고 지역보건의료 계획이 실질적인 역할을 하지 못하면서 계획의 수립도 형식적으로 되는 등 실효성이 떨어지는 문제가 제기되었다. 세 번째 칸막이 행정 및 정책과 관련해서는 중앙정부, 지방정부에서 부서 간 칸막이로 보건의료와 복지 간뿐만 아니라 보건의료 내에서도 연계와 협력이 이뤄지지 않는 문제가 제기되었고 또한 소위 '갈때기' 현상으로 보건소로의 업무 집중이 문제로 제기되었다. 세 번째 지방정부의 재정 악화와 관련해서는 대부분 사업이 국·도비 매칭으로 해당 지자체의 세수가 부족한 경우 자체적인 사업을 하기 어렵다. 네 번째 지역의 보건의료 역량 부족은 전문인력이 수급되지 않는 문제, 행정 관료주의로 요구되는 사업만 수행하려는 문제가 제기되었다. 마지막으로 소통 및 협력 거버넌스의 한계와 관련해 광역지자체 정부의 위상과 역할이 불확실하고 콘트롤 타워 부재를 비롯해 부문 간 연계·협력 체계가 미비하며 지역 보건의료 거버넌스의 부재와 지역 사회 주민의 제한적 관심과 참여가 문제로 제기되었다. 지역의 그간 경험에 근거할 때 지방정부의 의지와 관심 지역의 상황과 요구에 맞는 정책의 실행, 지역사회 구성원의 적극적인 참여와 개입이 지역의 보건의료 정책, 사업이 가능할 수 있는 요인으로 제기되었다. 지역보건의료의 개선과제와 관련해 지역의 권한 강화, 지방정부의 책임성과 리더십 강화, 지역에 맞는 사업 추진과 함께 보건소의 권한과 기능 강화가 강조되었는데 보건소 기능 재정립 및 강화, 보건소 인력 강화, 보건소를 중심으로 한 지역사회 협력 네트워크 강화, 보건소장의 리더십 강화 등이 제기되었다. 또한 지역보건의료에 대한 지원과 투자가 필요하며 장기적으로 지역완결적 건강-돌봄 체계를 구축해갈 것을 제안했다.

제2절 정책과제

1. 시스템 수준의 의료 질 및 성과 모니터링과 보고

보건의료시스템의 성과를 평가하는 것은 시스템을 개선하기 위한 첫 번째 단계이다(Rajam, D. et al., 2019). 강력한 보건의료시스템을 위해서는 우선순위를 정하고 이용 가능한 최상의 증거를 기반으로 자원을 할당해야 하는데 이를 위해서는 보건의료 시스템을 모니터링하고 정기적으로 평가해야 한다(Witter, S. et al., 2019). 보건의료의 질과 성과를 측정하여야 어떤 정책들이 의료의 질을 향상시키고 건강결과에 의미 있는 변화를 만들었는지 알 수 있으며(WHO, 2018, pp.30-31) 모범 사례를 공유할 수 있고 정책 결정에 정보를 제공할 수 있다(European Commission, 2016). 건강결과와 환자에 관한 관심이 증가하면서 의료서비스 제공에서 책무성을 촉진하기 위해 지표 기반 평가에 관한 관심도 증가하였는데(European Commission, 2016), 설령 결과가 목표에 미치지 못하더라도 대중에게 이러한 정보를 제공함으로써 의료시스템의 투명성과 신뢰를 향상시킬 수 있다(WHO, 2018, pp.30-31).

유럽위원회는 보건의료시스템 성과 평가의 설계와 구현, 개선에서 고려해야 할 것으로 첫째, 의료의 질을 전체 보건의료시스템의 성과라는 맥락에 두어야 하며 모든 질 지표들은 전체 보건의료시스템 성과의 맥락에서 해석될 수 있어야 한다. 또한 질 지표 세트는 시스템 전체를 평가할 수 있을 만큼 충분히 포괄적이고 정교할 것을 제안했다. 다음으로 의료 질의 지속적인 향상을 보장하는 포괄적인 평가시스템을 위해 결과 지표의 중요성을 강조했다. 또한 평가 결과를 투명하게 공유하고 우선순위 및 데이터 수집에서 중요한 영역에 대한 구체적인 권장 사항을 포함해야 한다고 밝혔다(European Commission, 2016).

의료 질 측정의 중요성 및 방안에 대한 제안을 참고하여 우리나라도 이러한 체계를 마련하기 위한 고민이 필요하다. 국가 수준의 의료 질을 모니터링하는 체계를 개발하는 데는 다음과 같은 점을 고려할 수 있다. 우선, 국가 혹은 지역에서 건강결과와 환자, 사람에게 초점을 두는 접근이 필요하다. 의료기관 단위에 대한 평가 결과는 인구집단의 건강성과라는 결과와는 거리가 있다. 더 나아가 인구고령화와 생활습관 변화로 만성 질환 부담이 높아지는 상황에서 의료기관을 중심으로 한 치료에 초점을 두는 의료시스

템은 지속 가능하지 않다. 치료중심에서 예방 중심, 사람 중심 접근으로의 패러다임 전환이 전 세계적으로 강조되고 있음을 고려할 때 우리나라 의료시스템의 지향점을 사람 중심, 건강결과로 정하고 이에 맞는 모니터링 체계 구축 및 정책 개발 등이 필요하다.

한편, 본 연구에서 포괄적이고 체계적인 틀을 통해 국가 수준의 의료 질 모니터링을 시도한 결과 향후 개선되어야 하는 문제는 다음과 같다. 우선 국가 수준의 포괄적이고 체계적인 모니터링을 위해서는 자료원 구축이 필요하다. 다른 나라 혹은 국내 관계자들이 중요한 지표를 언급하더라도 국가 수준, 더 나아가 지역 수준에서 이를 측정할 수 있는 자료원이 미비한 경우가 많았고, 일부 자료들은 공개되지 않거나 보고서 등을 통해서만 보고되어 있었다. 또한 국가 수준에서 대표성 있게 수집된 설문조사 자료도 지역이나 세부집단 분석을 진행하기에는 관측치가 많지 않아 측정치가 안정적이지 않은 문제가 있었다. 한편 지역보건의료계획 수립 등 지역단위 정책수립을 지원하기 위해 지역사회건강조사를 활용할 수 있으나 상대적으로 질문이 포괄하는 범위가 좁다는 한계가 있다. 기존 자료들이 지역별로 값을 산출할 수 있도록 자료가 보완되거나 측정이 필요한 지표들에 대한 설문을 추가하는 등의 방안에 대한 고민이 필요하다(김수진 등, 2021, pp.303-307).

본 연구에서는 컨센서스 워크숍이라는 방식을 통해 지표를 선정했다. 컨센서스 워크숍은 토론을 통해 특정 문제에 대해 합의를 만들어내는 접근 방법이다. 의료분야에서 특정 질환의 진단과 치료 방법과 관련한 권고안을 만들어내기 위해 사용되기도 하며 (예를 들어 Wiedenmann, et al., 1998, Han, et al., 2011), 과학기술처럼 일반인들이 쉽게 이해하기 어려워 전문가에게 의존하는 문제들과 관련해 일반 시민들이 의사 결정에 참여할 수 있는 기회로 활용되기도 한다(김환석, 2000). 본 연구에서 활용한 컨센서스 워크숍 접근 방법은 보건의료 시스템이 사람들이 지향하는 건강결과를 달성하고 책무성을 높이기 위해 보다 확대되어 사용될 수 있다. 향후 일반 시민들의 참여를 보다 확대하면서 보건의료발전계획과 같은 국가 및 지역 차원의 계획 수립, 보건의료 시스템의 목표설정에 있어 활용하는 것도 검토할 필요가 있다.

2. 의료시스템 성과 개선을 위한 지역의 역할 관련 과제

인구고령화, 만성질환 증가, 코로나19와 같은 감염병의 대유행 상황에서 사람들이

생활하는 공간인 지역은 건강에 영향을 미치는 중요한 요인이며 통합적인 서비스가 제공되는 공간이다. 의료시스템의 성과를 개선하려면 지역과 지역보건의료체계의 역할은 필수적이다. 최근 많은 연구 및 정책과제에서 지역에 기반한 보건의료제도의 중요성이 강조되고 있지만 이러한 논의는 일부 영역들에서 지역에 있는 하부 조직을 강화하는 방향으로 가고 있을 뿐 지역보건의료의 중요한 주체인 지방 당국의 역할을 강화하는 방향으로까지 가고 있지는 않다. 문헌 고찰 및 지역 보건의료 관계자 인터뷰 등을 통한 시사점은 다음과 같다.

무엇보다도 지역은 사람들에게 밀접한 공간으로 통합적인 서비스가 제공될 수 있는 공간이다. 통합적인 서비스 제공을 위한 협력이 강조되고 있지만, 중앙정부의 업무 영역 간 칸막이 사업은 현장에서도 그대로 적용되어 사람들을 중심으로 서비스의 연계와 협력이 일어나지 못한다. 또한 담당 관료들에게는 협력과 연계가 업무량을 증가시킬 뿐 이로 인한 혜택은 없다. 지역단위에서 협력과 연계를 강화하기 위해서는 우선 광역, 기초지자체에게 협력에 대한 인센티브 제공이 필요하다. 한편 통합돌봄이라는 이름을 붙였지만 이것이 또 하나의 사업이 되는 아이러니가 발생하고 있다. 사실 통합은 그리 특별한 것이 아닐 수 있다. 새로운 사업을 기획해서 통합이라는 이름을 붙이기보다는 사업의 관련자들이 함께 협력하여 사람들에게 통합된 서비스를 제공할 수 있는 인센티브를 만드는 것에 대한 고민이 필요하다.

새로운 사업들이 기획되고 있지만 새롭게 기획된 대부분 시범 사업은 중앙정부에서 기획하고 지방정부는 이를 시행한다. 통합돌봄의 경우 몇 가지 선택지를 주었지만 크게 다르지 않다. 지역에서 현안을 반영하여 정책을 수립하고자 하더라도 국고보조금 사업이 과다하여 인력 제한, 재원 제한으로 어려움에 직면한다. 지역사회가 건강증진과 예방에서 중요한 역할을 한다는 점을 고려한다면 관련지자체가 자체적인 사업을 기획하고 이행할 수 있도록 하는 지원이 필요하다.

또한 고령화와 함께 건강문제가 중요하지만, 전체 지방정부 차원에서는 그 우선순위가 높지 않다. 여러 가지 원인이 있겠으나 사람들이 질병에 걸려서 발생하는 의료비는 건강보험공단의 부담이므로 지방정부가 적극적으로 지역주민의 건강문제에 관심을 갖기는 어렵다. 지역주민의 건강을 위해 노력하는 지방정부에게 인센티브를 제공하는 방안이 필요하다. 예를 들어 현재 사업단위로 이뤄지는 평가가 아닌 지방정부에 대한 평가로 지역주민의 건강성도가 높은 지자체에 인센티브를 줄 수 있을 것이다.

더 나아가 지역은 사람을 중심으로 보건-의료-돌봄의 연계가 일어날 수 있는 공간이라는 점에서 이를 강화하기 위한 제도적 뒷받침이 필요하다. 예를 들어 영국은 법정 보건복지위원회(Health and Wellbeing Boards)를 전국에 걸쳐 설치하였고 이를 통해 NHS와 공중보건, 성인사회서비스와 아동서비스 뿐 아니라 지방의원과 보건감시기구(HealthWatch)가 함께 지역보건과 사회서비스 욕구에 공동으로 기획하도록 하였다(강창현, 2013).

마지막으로, 중앙정부와 지방정부의 상호소통을 통한 보건의료발전계획, 지역보건의료계획의 수립이 필요하다. 지역보건의료계획이 실질적인 역할을 하기 위해서는 중앙정부 차원의 보건의료발전계획이 수립되어야 한다. 보건의료발전계획은 중단기적인 보건의료제도의 방향과 전략을 제시하게 되는데 보건의료발전계획과의 상호연계를 통해 지역보건의료계획을 수립함으로써 시스템 수준의 건강성과 개선이라는 목표를 달성할 수 있을 것이다.

추가로 지방정부는 국가단위의 의료 질 지표를 준용하여 지역단위에서 활용하는 것을 검토하고 또한 지역보건의료의 특성을 반영하는 지표 개발을 고려할 수 있을 것이다.

한편 지역의 권한 강화와 관련된 다음과 같은 문제들은 지속적인 고민이 필요하다. 보건의료체계는 건강보험을 중심으로 운영되다 보니 중앙집권적이고, 이러한 치료중심 의료체계는 지속 가능하지 않다. 건강증진과 예방에 중심을 둔 의료체계로의 전환이 필요하며 이를 위해서는 사람들이 생활하는 공간인 지역사회 그리고 지방정부의 역할이 중요하다. 하지만 지방정부의 역할과 권한을 어느 정도로 강화해야 하는지, 구체적으로 어떤 영역에서 강화해야 하는지는 불확실하다. 따라서 다양한 사례 검토와 실증 데이터를 활용해 장기적인 방향을 모색하는 연구가 필요하다.

이와 함께 수준별 지역보건의료주체들의 역할에 대한 고민도 필요한데, 바로 광역 및 기초지자체와 함께 읍·면·동의 역할이다. 중앙정부 중심으로 보건의료 정책과 사업이 기획되면서 광역지자체의 역할은 모호한 측면이 있다. 또한 지역주민과 가장 가까운 곳은 읍·면·동이므로 이에 기반한 사업이 필요할 것으로 판단되지만 이를 수행하는 체계를 어떻게 할 것인가 등의 문제가 있다. 한편 지역보건의료체계를 강화하기 위한 자원과 인력을 어떻게 할당할 것인지 등도 장기적으로 고민이 필요한 문제이다.



〈국내외 문헌〉

- 강창현. (2013). 지역 보건복지 통합접근의 연계수단: 영국 커미셔닝을 중심으로. *보건사회연구*, 33(1), 2013, 417-450.
- 강희정, 고제이, 하솔잎, 김소운, 홍재석, 박종현, 이은주. (2018). 2018 한국 의료 질 보고서: 한국 의료시스템의 성과 평가와 정책과제. 세종: 한국보건사회연구원.
- 강희정, 오윤섭, 백혜연, 하솔잎, 김소운, 서은원, ... 조해근. (2017). 2017 한국 의료 질 보고서: 한국 의료시스템의 혁신 성과 평가(II). 세종: 한국보건사회연구원.
- 강희정, 윤석준, 하솔잎, 고슬기, 서혜영. (2013). 한국 의료의 질 평가와 정책과제I-한국 의료의 질 보고서 설계. 세종: 한국보건사회연구원.
- 강희정, 하솔잎, 김소운, 홍재석, 최대은, 이광수, 정해민, 서은원. (2016). 2016 한국 의료 질 보고서. 세종: 한국보건사회연구원.
- 건강보험심사평가원 평가실 평가3부. (2020). 대장암 7차 적정성 평가 결과 <https://www.hira.or.kr/dummy.do?pgmid=HIRAA040037010000>에서 2022.11.12. 인출
- 건강보험심사평가원 평가관리실 중증질환평가부. (2018). 대장암 6차 적정성 평가 결과. <https://www.hira.or.kr/dummy.do?pgmid=HIRAA040037010000>에서 2022.11.12. 인출
- 관계부처합동. (2020.1.27.) 제5차 국민건강증진종합계획(Health Plan 2030, 2021~2030). <http://mohw.go.kr/>에서 2022.10.20. 인출.
- 관계부처합동. (2020.12.13). 감염병 효과적 대응 및 지역 필수의료 지원을 위한 공공의료체계 강화 방안. <http://mohw.go.kr/>에서 2022.10.14. 인출.
- 관계부처합동. (2014). 제1차 사회보장 기본계획('14~'18)案. <http://mohw.go.kr/>에서 2022.10.14. 인출.
- 곽미영, 송그룹, & 조경은. (2021). 권역·지역 책임의료기관 제도 및 공공보건의료 협력체계 구축 방향. *대한공공의학회지*, 5(1), 1-27.
- 김수진, 김현규, 이재은, 배재용, 김수정. (2020). 한국 의료시스템의 혁신 성과 평가. 세종: 한국보건사회연구원.
- 김수진, 이재은, 박은혜, 배재용, 이경희, 윤난희, ...이유상. 한국의료시스템의 혁신 성과 평가 (6년 차): 2021 한국 보건 의료 질 보고서. (2021). 한국보건사회연구원.

- 김일호, 남춘호. (2021). 공공과 민간 보건의료기관 통합돌봄 네트워크 구조에 대한 탐색적 분석: 서울과 부산 지역을 중심으로. 한국지방정부학회 학술대회자료집, 453-469
- 김윤, 이태식, 박수경, 이희영, 황승식, 곽미영, ...김혜정. (2018). 건강보험 의료이용지도 (KNHI-Atlas)구축 3차 연구. 서울대학교 산학협력단, 국민건강보험공단. 서울: 서울대학교.
- 김의석, 김홍빈, 송경호, 박윤수, 정재훈, 기현균...최윤정. (2020). 의료관련감염 발생에 따른 임상적 질병부담 연구. 오송: 질병관리청.
- 김주경. (2022). 공공보건의료지원단 운영실태와 개선과제. NARS 입법·정책 제115호. 국회입법조사처.
- 김창엽. (2014). 건강보장과 지방자치. *지방자치 Focus*, 제77호. 한국지방행정연구원.
- 김창엽. (2018). 건강보장의 이론. 서울: 한울아카데미
- 김창엽, 정백근, 임준, 손정인, 김선, 김새롬, ...박지은. (2020). 새로운 국립중앙의료원의 기능과 공공보건의료체계강화. 국립중앙의료원 공공보건의료연구소 용역보고서.
- 김창엽, 김명희, 이태진, 손정인. (2015). 한국의 건강 불평등. 서울: 서울대학교출판문화원.
- 김환석 (2020). 우리나라 합의회의의 추진경과 및 발전방향. 과학기술정책, 122, 37-44.
- 김현진. (2015). 지역사회복지와 보건·복지 연계: 법제 분석을 통한 연계성 연구. *한국지역사회복지학*, 54, 95-130.
- 김희걸, 이연숙, 장숙량, 김광병, 진영란. (2018). 전국 보건소 비정규직 방문간호사의 고용형태별 직무실태 비교. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*, 29(3), 267-278.
- 나백주. (2021). 코로나 19 유행은 향후 한국 보건소 기능 개편에어떤 영향을 미치게 될까?. *대한공공의학회지*, 5(1), 1-10.
- 박선희, 이미선, 오유미. (2022). 지역보건의료기관의 진료현황 분석을 통한 보건소 기능개편 방향. *보건행정학회지*, 32(1), 3-13
- 박은철. (2021). 의료전달체계 개선의 방향과 전략. *HIRA RESEARCH*, 1(1):9-15, <https://doi.org/10.52937/hira.21.1.1.9>
- 법제처. (2021). 법령 입안 심사 기준. 세종: 법제처.
- 변영관, 최용준. (2017). 농촌 지역 보건소 일차의료의 질 평가. *농촌의학·지역보건*, 42(1), 24-35.
- 박진하, 김경우, 성낙진, 최윤구, 이재호, 일차의료연구회. (2011). 개원 가정의를 상용 치료원으로 이용하는 고혈압 환자의 건강행태와 일차의료 서비스 질. *가정의학회지*, 32(2), 104-111.
- 보건복지부. (2011). 수요자 중심의 지속가능한 보건의료체계 구축을 위한 의료기관 기능 재정립

- 기본 계획. 보건복지부. <http://mohw.go.kr/>에서 2022.10.14. 인출.
- 보건복지부. (2011). 심뇌혈관질환 종합대책(2011~2015). 보건복지부. <http://mohw.go.kr/>에서 2022.10.14. 인출.
- 보건복지부. (2013). 2013-2017년 응급의료기본계획(안). 보건복지부. <http://mohw.go.kr/>에서 2022.10.14. 인출.
- 보건복지부. (2015). 제3차 치매관리종합계획('16~'20). 보건복지부. <http://mohw.go.kr/>에서 2022.10.14. 인출.
- 보건복지부. (2018). 2018-2022 제2차 장기요양 기본계획(안). 보건복지부. <http://mohw.go.kr/>에서 2022.10.14. 인출.
- 보건복지부. (2018). 제1차 심뇌혈관질환관리 종합계획(2018~2022). 보건복지부. <http://mohw.go.kr/>에서 2022.10.14. 인출.
- 보건복지부. (2018). 필수의료의 지역 격차 없는 포용국가 실현을 위한 공공보건의료 발전 종합대책. 보건복지부. <http://mohw.go.kr/>에서 2022.10.14. 인출.
- 보건복지부. (2019a). 믿고 이용할 수 있는 지역의료 강화 대책. 보건복지부. <http://mohw.go.kr/>에서 2022.10.14. 인출.
- 보건복지부. (2019b). 합리적 의료이용과 지역의료 활성화를 위한 의료전달체계 개선 단기대책. 보건복지부. <http://mohw.go.kr/>에서 2022.10.14. 인출.
- 보건복지부. (2020a). 제4차('21~'25) 치매관리종합계획. <http://mohw.go.kr/>에서 2022.10.20. 인출.
- 보건복지부. (2020b). 지역사회 통합돌봄 자체 추진 가이드북, 보건복지부.
- 보건복지부, 한국건강증진개발원. (2015). 제4차 국민건강증진종합계획 2016 ~ 2020. <https://www.khepi.or.kr/healthplan>에서 2022.10.20. 인출.
- 손정인. (2019). 시도 공공보건의료지원단 및 공공보건의료재단 소개. *대한공공의학회지*, 3(1), 187-201.
- 손정인. (2022). 공공보건의료 연계·협력 추진 현황과 과제. 보건복지포럼, 311, 50-75.
- 신영석, 강희정, 황도경, 김수진, 이진형, 이근찬, ...이수빈. (2020). 요양급여 적정성 평가를 통한 의료 질 관리 및 국민건강 성과 향상 방안 연구. 건강보험심사평가원: 한국보건사회연구원.
- 신정우, 정형선, 이승영, 정승용, 김태민, 신지영 (2019). 보건계정체계에 기초한 보건의료의 효과성 지표 검토. OECD대한민국정책센터, 한국보건사회연구원
- 이수진, 홍남수, 김건엽, 류동희, 배상근, & 김지민. (2021). 지역보건의료계획 수립과정에서의 시민참여 건강 격차 해소방안을 위한 시민원탁회의 결과를 중심으로. *한국산학기술학회*

- 논문지, 22(5), 151-161.
- 임종한, 강대곤, 강명근, 권성실, 김대영, 김미정...전광숙. (2021). 가치기반 지역사회중심건강 관리 모델 개발 연구. 건강보험심사평가원, 인하대학교 산학협력단.
- 임지연, 안나나, 이석구, & 안순기. (2022). 대전광역시 지역사회 통합돌봄 체제내에서 공공 보건의료 연계 모델 개발. 농촌의학지역보건, 47(1), 1-13.
- 임지혜(2015). 외국의 임상 질 지표 관리 및 질 측정 개념 틀. 건강보험심사평가원 심사평가 연구소.
- 의료기관평가인증원. (2020). 2019 환자안전사고 실태조사 결과보고서
- 의료기관평가인증원. (2021). 2020년 환자안전 통계연보.
- 중앙암등록본부 (2017~2021). 국가암등록사업 연례 보고서(2015~2019년 암등록 통계). 보건복지부.
- 중앙치매센터. (2018~2021). 대한민국 치매현황 보고서. 중앙치매센터.
- 정건작, 김진경, 강혜영, 신의철. (2016). 한국의 의료기관 외래진료 민감질환 입원율: 의료이용 효율성 지표로의 활용 가능성. 보건행정학회지, 26(1), 4-11.
- 정백근. (2018). 지역 건강불평등 완화를 위한 정책 수립 방안과 지역보건의료계획의 의의. 보건복지포럼, 2018(260), 50-61.
- 정인숙, 황지인, 김남순, 최지은, 현민경, 홍석원, ...이나래. (2009). 국가 보건의료 질 지표. 한국 보건의료연구원.
- 정형선, 김현배, 유지현, 민하주, 김희년, 김소연, 이창건. (2019). 지역균형 재할의료기관 확충 방안 마련 연구용역. 건강보험심사평가원, 연세대학교 의료·복지연구소.
- 지남주. (2021). 위드 코로나 시대 지역보건의료계획의 의미와 발전 및 개선 방안. 건강정책동향, 32, 1-7.
- 최권호. (2015). 보건사회복지 개념과 역할 재구성: 병원을 넘어. 비판사회정책, 49, pp. 368-403.
- 최윤구, 김경우, 최용준, 성낙진, 김재용, 박진하, ...일차의료연구회. (2010). 의료생활협동조합 의원의 일차의료서비스 질 평가. Korean Journal of Family Medicine, 31(10), 765-777.
- 허현희. (2018). 건강불평등 완화를 위한 지역사회 주민 참여 접근. 보건복지포럼, 260, 62-77.
- 황순기. (2013). 지역보건의료 거버넌스 구축방안. 지방정부연구, 16(4), 137-161.
- 홍성익, & 김유찬. (2016). 지방자치단체의 자주재정 실현을 위한 지방재정구조의 문제점과 개선방안에 관한 연구. 조세연구, 16(1), 159-184.

- Anderson, M., Pitchforth, E., Edwards, N., Alderwick, H., McGuire, A., Mossialos, E. (2022). The United Kingdom: Health system review. *Health Systems in Transition*, 24(1): i-192
- AHRQ. (2021). 2021 National Healthcare Quality and Disparities Report Measure Specifications. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Barrett, M., McCarty, J., Kenney, T., Liang, L. (2021). Methods Applying AHRQ Quality Indicators to Healthcare Cost and Utilization Project (HCUP) Data for the 2021 National Healthcare Quality and Disparities Report (NHQDR). HCUP Methods Series Report # 202-03 ONLINE. December 9, 2021. U.S. Agency for Healthcare Research and Quality. Retrieved from www.hcup-us.ahrq.gov/reports/methods/methods.jsp 2022.10.25.
- Becker, N.V., Karmakar, M., Tipirneni, R., Ayanian, J.Z. (2022). Trends in Hospitalizations for Ambulatory Care-Sensitive Conditions During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Netw Open*. 2022;5(3):e222933. doi:10.1001/jamanetworkopen.2022-293
- Brody, H. (2010). Medicine's Ethical Responsibility for Health Reform-the Top Five List, *New England Journal of Medicine*, 362, 283-285.
- Blumel, M., Busse, R.. (2022). The German Health Care System. 2020 International Profiles of Health Care Systems. EDITED BY Roosa Tikkanen, Robin Osborn, Elias Mossialos, Ana Djordjevic, and George Wharton. *The Commonwealth Fund*, p.84. Retrieved from https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2020-12/International_Profiles_of_Health_Care_Systems_Dec2020.pdf 2022.10.25.
- Busse, R., Blümel, M. (2014). Germany: health system review. *Health Systems in Transition*. 16(2).
- Choi EY, Pyo J, Park YK, Ock M, Kim S. (2023). Development of the Korean Patient Safety Incidents Code Classification System. *J Patient Saf.*, 1:19(1):8-14. doi: 10.1097/PTS.0000000000001083.
- Commonwealth Fund. (2020.10.1.). *Gesundes Kinzigtal*. Retrieved from <https://www.commonwealthfund.org/publications/international-innovation/2020/oct/gesundes-kinzigtal> 2022.10.25.
- Commonwealth Fund. (2020.6.5.). International Health Care System Profiles Germany.

- Retrieved from
<https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/germany> 2022.10.25.
- Commonwealth Fund. (2020.6.5.). International Health Care System Profiles Australia. Retrieved from
<https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/australia> 2022.10.25.
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care: 1966. *Milbank Mem Fund Q Suppl.* 166-206. (Reprinted in *Milbank Q* 2005;83:691-729)
- European Commission. (2016). Publications Office of the European Union: 2016. So what? Strategies across Europe to assess quality of care.
- European Observatory on Health Systems and Policies. (2021). Germany: health system review 2020. *Health Systems in Transition*, Vol. 22 No. 6.
- Federal Ministry of Health. (2022). The German healthcare system: Strong. Reliable. Proven. Retrieved from
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen.html> 2022.10.05.
- Fothergill, D., McManus, J. (2022). Public health in local government: Celebrating 10 years of transformation. Retrieved from Local Government Association.
<https://www.local.gov.uk/publications/public-health-local-government-celebrating-10-years-transformation> 2022.10.10.
- Gemeinsamer Bundesausschuss(The Federal Joint Committee). (2022). The Federal Joint Committee: Who we are and what we do. Retrieved from
[https://www.g-ba.de/english/structure/#:~:text=The%20Federal%20Joint%20Committee%20\(G,Central%20Federal%20Association%20of%20Health](https://www.g-ba.de/english/structure/#:~:text=The%20Federal%20Joint%20Committee%20(G,Central%20Federal%20Association%20of%20Health) 2022.10.25.
- Glover, L., Woods, M.. (2022). The Australian Health Care System. 2020 International Profiles of Health Care Systems. EDITED BY Roosa Tikkanen, Robin Osborn, Elias Mossialos, Ana Djordjevic, and George Wharton. *The Commonwealth Fund*.
- Habkirk, A.(2013). How Do Local Governments Improve Health and Community Well-being? BC Healthy Communities Society and Healthy Families BC.
- Han, K.H., Kudo, M., Ye, S. L., Choi, J. Y., Poon, R. T. P., Seong, J., ...Cheng, A. L.

- (2011). Asian consensus workshop report: expert consensus guideline for the management of intermediate and advanced hepatocellular carcinoma in Asia. *Oncology*, 81(Suppl. 1), 158-164.
- IOM. (2001). Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. *Washington DC: National Academies Press*.
- Javanparast, S., Baum, F., Ziersch, A., Freeman, T. (2022). A framework to determine the extent to which regional primary healthcare organisations are comprehensive or selective in their approach. *International Journal of Health Policy and Management*, 11(4), 479-488.
- Kwak, M.Y., Song, G.R., Jo, K.E. (2021). The Regional· Local Accountable Care Hospital System and Public Healthcare Network Plan. *Public Health Affairs*, 5(1).
- Lee, I.D. (1998). Experience of Ahnseong health cooperative. *J Korean Acad Fam Med*, 19, 971-8.
- Lee, J. H., Choi, Y. J., Sung, N. J., Kim, S. Y., Chung, S. H., Kim, J., ...Park, H. K. (2009). Development of the Korean primary care assessment tool—measuring user experience: tests of data quality and measurement performance. *International journal for quality in Health Care*, 21(2), 103-111.
- Local Government Association. (2020). Social determinants of health and the role of local government. London: Local Government Association
- Marjanovic, S., Sim, M., Dubow, T., Corbett, J., Harte, E., Parks, S., ... Ling, T. (2017). Innovation as a driver of quality and productivity in UK healthcare Creating and connecting receptive places: Emerging Insights Report. RAND Europe.
- Med Tech Reimbursement Consulting. (2019). The G-BA Innovation Fund is extended until March 2021. Retrieved from <https://mtrconsult.com/news/g-ba-innovation-fund-extended-until-march-2021> 2022.9.30.
- Miller, C.A. (1975). Issues of health policy: local government and the public's health. *Am J Public Health*. 1975 Dec;65(12):1330-5. doi:10.2105/ajph.65.12.1330.
- Mossialos, E., Wenzl, M., Osborn, R., and Sarnak, D. (eds.), *International Profiles of*

- Health Care Systems, 2015, *The Commonwealth Fund*, January 2016.
- Muir, T. (2017), “Measuring social protection for long-term care”, OECD Health Working Papers, No. 93, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/a411500a-en>
- NHS. (2022). NHS Outcomes Framework 2020/21 - Indicator and Domain Summary Tables. Retrieved from <https://files.digital.nhs.uk/07/BF0200/nhs-out-fram-mar-22-dash.pdf> 2022.11 20.
- Nicholson, J. (2001). Cringing health closer to people - local government and the district health system. Durban: Health Systems Trust
- Nolte, E., McKee, M. (2004). Does Health Care Save Lives? Avoidable mortality revisited. *London: The Nuffield Trust*.
- OECD. (2021a). Health Care Quality and Outcomes (HCQO) 2020-21 Indicator Definitions. Retrieved from <http://www.oecd.org/els/health-systems/Definitions-of-Health-Care-Quality-Outcomes.pdf> 2022. 6. 12.
- OECD. (2021b). Health at a Glance 2021: OECD Indicators. *Paris: OECD*.
- Porter, M. E., Teisberg, E. O. (2006). Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results. Boston: Harvard Business School Press.
- Rajan, D., Papanicolas, I., Karanikolos, M., Koch, K., Rohrer-Herold, K., Figueras, J. (2019). Health system performance assessment - A primer for policy-makers. *Policy Brief 49*.
- Rawla P, Sunkara T, Barsouk A. (2019). Epidemiology of colorectal cancer: incidence, mortality, survival, and risk factors. *Prz Gastroenterol*, 14(2):89-103. doi:10.5114/pg.2018.81072. Epub 2019 Jan 6. PMID: 31616522; PMCID: PMC6791134.
- Rohrer K. (2016). Chapter 11. Strategizing for health at sub-national level. In: Schmets G, Rajan D, Kadandale S, editors. Strategizing national health in the 21st century: a handbook. Geneva: World Health Organization
- Rutstein, D.D., William Berenberg, Thomas C. Chalmers, Charles G. Child, 3rd., Alfred P. Fishman, Edward B. Perrin, ...Carleton C. Evans. (1976). Measuring the Quality of Medical Care ? A Clinical Method. *N Engl J Med*, 294:582-588
- SA Health. (2018). State Public Health Plan 2019-2024. SA: Department for Health

- and Wellbeing, Government of South Australia. Retrieved from <https://www.sahealth.sa.gov.au/statepublichealthplan> 2022.10.25.
- UKDH. (2010a). Equity and excellence: Liberating the NHS. London: Stationery Office.
- UKDH. (2010b). Transparency in outcomes a framework for the Liberating the NHS. London: Stationery Office
- UKDH. (2015). Health Building Note 00-08 Addendum 2 - A guide to town planning for health organisations. Retrieved from <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2021/05/hbn08-addend2.pdf> 2022.10.10.
- Vize, R. (2020). How the erosion of our public health system hobbled England's covid-19 response. *BMJ*, 369.
- Wammes, J., Stadhouders, N., Westert, G., University Medical Center. (2020). The Dutch Health Care System. 2020 International Profiles of Health Care Systems. EDITED BY Roosa Tikkanen, Robin Osborn, Elias Mossialos, Ana Djordjevic, George Wharton. *The Commonwealth Fund*,
- WHO Europe. (2013). Roadmap: strengthening people-centred health systems in the WHO European Region: a Framework for Action towards Coordinated/Integrated Health Services Delivery (CIHSD). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WHO. (2018). Handbook for national quality policy and strategy: a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- WHO Western Pacific. (2022a). Noncommunicable Disease Prevention and Control. Retrieved from <https://www.who.int/westernpacific/about/governance/regional-committee/session-73>
- WHO Western Pacific. (2022b). DRAFT Regional Action Framework for Noncommunicable Disease Prevention and Control in the Western Pacific. Retrieved from <https://www.who.int/westernpacific/about/governance/regional-committee/session-73>
- Wiedenmann, B., Jensen, R., Mignon, M., Modlin, C.I., Skogseid, B., Doherty, G. Öberg, K.. (1998). Preoperative Diagnosis and Surgical Management of

Neuroendocrine Gastroenteropancreatic Tumors: General Recommendations by a Consensus Workshop. *World J. Surg.* 22, 309-318.

Witter, S., Palmer, N., Balabanova, D., Mounier-Jack, S., Martineau, T., Klicpera, A. ... Gilson, L. (2019). Evidence review of what works for health systems strengthening, where and when? Technical Report. DFID. Retrieved from <https://archive.lstmed.ac.uk/12455/> 2022.10.5.

〈웹페이지〉

국가법령정보센터. <https://www.law.go.kr/LSW/main.htm>에서 2022.6.7. 인출.

국민건강보험공단. (2012~2021). 지역별 의료이용 통계 - 시도별 연령별 진료실적 현황, <https://kosis.kr/>에서 2022.12. 6. 인출.

보건복지부. 환자안전 보고학습시스템 통계포털.

<https://statistics.kops.or.kr/biWorks/dashBoardMain.do?roleId=&status=O>에서 2022. 9. 8. 인출.

보건복지부. (2020), 보건의료질통계. <http://kosis.kr>에서 2022.12.12. 인출

중앙치매안심센터. (2020). 치매 오늘은.

https://www.nid.or.kr/info/today_list.aspx에서 2022. 10. 19 인출.

통계청. (2022). 완전생명표(1세별).

https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B42&conn_path=I2에서 2022.12.6. 인출.

통계청. 국가통계포털. 인구십만명당 자살률(시도/시/군/구)

https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1YL21121E&conn_n_에서 2022.11.28. 인출.

통계청 e-나라지표. (2011-2021). 영아사망추이.

https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=117&tblId=DT_11733_N001에서 2022.11.28. 인출.

European Committee of the Regions. (n.d.). Division of Powers. Retrieved from <https://portal.cor.europa.eu/divisionpowers/> 2022.10.20.

Scottish Government. (2018). Scotland's public health priorities. Retrieved from <https://www.gov.scot/publications/scotlands-public-health-priorities> 2020.10.20.

UN (2020). 신생아 사망률(출생아 1,000명당).

https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_2UNS0023&conn_path=I2에서 2022. 11. 28. 인출.

〈보도자료〉

보건복지부. (2011.3.17.). 비효율적 의료체계 바로잡는다. 보건복지부 보도자료.

<http://mohw.go.kr/>에서 2022.10.10. 인출.

보건복지부. (2011.06.02.). 2020년까지 건강수명 75세까지 높인다! 보건복지부 보도자료.

<http://mohw.go.kr/>에서 2022.10.10. 인출.

보건복지부. (2011.7.26.). 심근경색증 사망률, 선진국 수준으로 최소화. 보건복지부 보도자료.

<http://mohw.go.kr/>에서 2022.10.10. 인출.

보건복지부. (2011.09.08.). 고혈압과 당뇨, 동네의원에서 체계적으로 관리. 보건복지부 보도

자료. <http://mohw.go.kr/>에서 2022.10.10. 인출.

보건복지부. (2012.07.30.). 「치매」의 고통, 함께 나누겠습니다. 보건복지부 보도자료.

<http://mohw.go.kr/>에서 2022.10.13. 인출.

보건복지부. (2012.9.26.). '17년까지 장기요양수급자를 50만명으로 확대하고, 요양기관 종사

자의 처우도 대폭 개선하기로. 보건복지부 보도자료. <http://mohw.go.kr/>에서 2022.10.10. 인출.

보건복지부. (2012.11.30.). 필수의료서비스(응급·분만·신생아 등) 개선방안 마련 및 카바

수술 고시 폐지. 보건복지부 보도자료. <http://mohw.go.kr/>에서 2022.10.10. 인출.

보건복지부. (2013.02.14.). 2013-2017 응급의료기본계획 확정. 보건복지부 보도자료.

<http://mohw.go.kr/>에서 2022.10.13. 인출.

보건복지부. (2013.10.31.). 지방의료원 육성을 통해 공공의료 강화. 보건복지부 보도자료.

<http://mohw.go.kr/>에서 2022.10.13. 인출.

보건복지부. (2013.11.19.). 새로운 일차의료 모형 시범사업 추진. 보건복지부 보도자료.

<http://mohw.go.kr/>에서 2022.10.10. 인출.

보건복지부. (2015.12.28.). 건강수명 75세를 위해 사전예방적 건강관리 강화한다. 보건복지

부 보도자료. <http://mohw.go.kr/>에서 2022.10.10. 인출.

보건복지부. (2016.9.8.). 55~74세 고위험흡연자 대상 폐암검진 도입. 보건복지부 보도자료.

<http://mohw.go.kr/>에서 2022.10.13. 인출.

보건복지부. (2016.12.27.). 권역응급의료센터, 권역내 중증응급환자 책임지고 치료전원조정

센터 기능을 강화하여 진료지연 방지. 보건복지부 보도자료. <http://mohw.go.kr/>에서 2022.10.13. 인출.

보건복지부. (2017.09.18.). “치매, 안심하세요. 이제 국가가 책임집니다!” 1:1 맞춤형 상담·사

- 레관리부터 치료지원까지, 〈치매 국가책임제 추진계획〉 발표. 보건복지부 보도자료. <http://mohw.go.kr/>에서 2022.10.13. 인출.
- 보건복지부, (2018.6.28.). 노인장기요양 본인부담 경감대상 중산층까지 확대. <http://mohw.go.kr/>에서 2022.10.15 인출.
- 보건복지부, (2018.9.3.). 심뇌혈관질환 걱정 없는 건강한 사회 만든다! 보건복지부 보도자료. <http://mohw.go.kr/>에서 2022.10.13. 인출.
- 보건복지부, (2018.10.01.). 공공의료 강화로 필수의료 서비스 지역격차 없앤다. 보건복지부 보도자료. <http://mohw.go.kr/>에서 2022.10.13. 인출.
- 보건복지부, (2018.11.20.). 어르신이 살던 곳에서 건강한 노후를 보낸다.「지역사회 통합돌봄 기본계획(1단계 : 노인 커뮤니티케어)」발표. 보건복지부 보도자료. <http://mohw.go.kr/>에서 2022.10.13. 인출.
- 보건복지부, (2018.12.27.). 응급환자, 적시에 적정병원에서 생명을 구한다! 보건복지부 보도자료. <http://mohw.go.kr/>에서 2022.10.13. 인출.
- 보건복지부, (2019.01.10.). 지역사회 통합돌봄 모델, 지역이 만들어간다.「지역사회 통합돌봄 (커뮤니티케어) 선도사업 추진계획」발표. 보건복지부 보도자료. <http://mohw.go.kr/>에서 2022.10.13. 인출.
- 보건복지부, (2019.02.12.). 포용적 사회보장체계 구축으로 2023년까지 삶의 만족도를 OECD 평균수준으로 높인다.-「제2차 사회보장기본계획('19-'23)」발표. 보건복지부 보도자료. <http://mohw.go.kr/>에서 2022.10.13. 인출.
- 보건복지부, (2019.09.04.). 대형병원, 중증환자 중심으로 확 바뀐다. 보건복지부 보도자료. <http://mohw.go.kr/>에서 2022.10.13. 인출.
- 보건복지부, (2019.11.11.). 꼭 필요한 병원 진료 우리 지역에서 받는다! 보건복지부 보도자료. <http://mohw.go.kr/>에서 2022.10.13. 인출.
- 보건복지부, (2020.01.02.). 오늘부터 「노인맞춤돌봄서비스」를 시작합니다. 보건복지부 보도자료. <http://mohw.go.kr/>에서 2022.10.13. 인출.
- 보건복지부, (2020.12.13.). 감염병 대응을 위한 지방 공공병원 병상 5,000개 확충. 보건복지부 보도자료. <http://mohw.go.kr/>에서 2022.10.13. 인출.
- 보건복지부, (2021.1.27.). 모든 정책에 건강을 담아 지역 간, 소득 간 건강 격차 완화 한다! 보건복지부 보도자료. <http://mohw.go.kr/>에서 2022.10.10. 인출.
- 보건복지부, (2021.02.18.). 환자 발생 지역에서 최적의 진료를 제공하는 '지역 완결형 응급의료체계' 실행방안 마련. 보건복지부 보도자료. <http://mohw.go.kr/>에서 2022.10.13. 인출.

- 보건복지부. (2021.3.31.). 2025년까지 '어디서나 암 걱정 없는 건강한 나라' 만든다. 보건복지부 보도자료. <http://mohw.go.kr/>에서 2022.10.13. 인출.
- 보건복지부. (2021.6.2.). 제2차 공공보건의료기본계획(2021~2025). <http://mohw.go.kr/>에서 2022.10.13. 인출.
- 보건복지부. (2022.4.22). 지역 필수의료 협력을 위한 책임의료기관 8개소 추가 지정. 보건복지부 보도자료. <http://www.mohw.go.kr/>에서 2022.10.13. 인출.
- 통계청 인구동향과. (2022. 9. 27.). 2021년 사망원인통계 결과. 통계청 보도자료. http://www.kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/1/6/2/index.board?bmode=read&bSeq=&aSeq=420715에서 2022.10. 2. 인출.

〈법령자료〉

- 감염병예방법, 법률 제18893호 (2022).
- 감염병예방법 시행령, 대통령령 제32942호 (2022).
- 감염병예방법 시행규칙, 보건복지부령 제885호 (2022).
- 공공보건의료법, 법률 제18411호 (2022).
- 공공보건의료법 시행령, 대통령령 제32006호 (2022).
- 공공보건의료법 시행규칙, 보건복지부령 제866호 (2022).
- 구강보건법, 법률 제17472호 (2022).
- 구강보건법 시행령, 대통령령 제31013호 (2022).
- 구강보건법 시행규칙, 보건복지부령 제773호 (2022).
- 국민건강증진법, 법률 제18606호 (2022).
- 국민건강증진법 시행령, 대통령령 제32160호 (2022).
- 국민건강증진법 시행규칙, 보건복지부령 제892호 (2022).
- 노인복지법, 법률 제18609호 (2022).
- 노인복지법 시행령, 대통령령 제31773호 (2022).
- 노인장기요양보험법, 법률 제18610호 (2022).
- 노인장기요양보험법 시행령, 대통령령 제32712호 (2022).
- 노인장기요양보험법 시행규칙, 보건복지부령 제896호 (2022).
- 모자보건법, 법률 제18612호 (2022).
- 모자보건법 시행령, 대통령령 제32695호 (2022).
- 모자보건법 시행규칙, 보건복지부령 제763호 (2022).
- 보건의료인력지원법, 법률 제17780호 (2022).

보건의료인력지원법 시행령, 대통령령 제30140호 (2022).
보건의료인력지원법 시행규칙, 보건복지부령 제682호 (2022).
사회보장기본법, 법률 제18215호 (2022).
사회보장기본법 시행령, 대통령령 제32674호 (2022).
사회보장기본법 시행규칙, 보건복지부령 제838호 (2022).
사회보장급여법, 법률 제18336호 (2022).
사회보장급여법 시행령, 대통령령 제32635호 (2022).
사회보장급여법 시행규칙, 보건복지부령 제825호 (2022).
사회서비스원법, 법률 제18467호 (2022).
사회서비스원법 시행령, 대통령령 제32552호 (2022).
사회서비스원법 시행규칙, 대통령령 제32552호 (2022).
심뇌혈관질환법, 법률 제18897호 (2022).
심뇌혈관질환법 시행령, 대통령령 제31013호 (2022).
심뇌혈관질환법 시행규칙, 보건복지부령 제851호 (2022).
암관리법, 법률 제17967호 (2022).
암관리법 시행령, 대통령령 제31604호 (2022).
암관리법 시행규칙, 보건복지부령 제792호 (2022).
의료법, 법률 제17787호 (2022).
의료법 시행규칙, 보건복지부령 제910호 (2022).
응급의료법, 법률 제18621호 (2022).
응급의료법 시행령, 대통령령 제32267호 (2022).
응급의료법 시행규칙, 보건복지부령 제851호 (2022).
자살예방법, 법률 제18821호 (2022).
자살예방법 시행령, 대통령령 제32841호 (2022).
장애인 복지법, 법률 제18625호 (2022).
장애인 복지법 시행령, 대통령령 제32899호 (2022).
정신건강복지법, 법률 제17217호 (2022).
정신건강복지법 시행령, 대통령령 제32566호 (2022).
정신건강복지법 시행규칙, 보건복지부령 제878호 (2022).
지역보건법, 법률 제18418호 (2022).
지역보건법 시행령, 대통령령 제32864호 (2022).
지역보건법 시행규칙, 지역보건법 보건복지부령 제667호 (2022).

치매관리법, 법률 제17795호 (2022).

치매관리법 시행령, 대통령령 제31743호 (2022).

치매관리법 시행규칙, 보건복지부령 제814호 (2022).

〈통계 자료〉

국립중앙의료원. (2019-2021). 2019-2020년 대국민 응급의료서비스 인지도 및 만족도 조사 결과보고서. 중앙응급의료센터.

국민건강보험공단. (2011-2021). 건강보험청구자료(전국민자료)

국민건강보험공단. (2012-2021). [데이터자료] 건강보험 맞춤형 DB.

보건복지부, 질병관리청. (2010-2020). [데이터자료] 국민건강영양조사.

https://knhanes.kdca.go.kr/knhanes/sub03/sub03_02_05.do에서 2022.11.28.

인출.

보건복지부, 한국보건사회연구원. (2017-2021). 의료서비스 경험 조사.

질병관리청. (2011-2020). 퇴원손상심층조사.

<https://www.kdca.go.kr/injury/biz/injury/recsroom/rawDta/rawDtaDwldMain.do>에서 2022. 9. 8. 인출.

통계청. (2010-2021). [데이터자료] 사망원인통계조사.

한국보건사회연구원. (2022). '의료시스템 성과에 대한 국민인식 조사'.



[부록 1] 건강결과를 중심으로 본 우리나라 의료 질 지표 산출 방법

3장에서 제시한 지표별 구체적인 산출 방법과 해당 지표를 산출하기 위해 사용한 자료원은 다음과 같다.

〈부표 1-1〉 효과성: 치료 가능한 사망 예방

성과 지표	지표	자료	담당기관	비고
1a.i 치료 가능한 원인으로 인한 잠재수명 손실연수(성인)	분자: 20세 이상에서 보건의료로 치료 가능한 원인*으로 사망한 20세 이상 성인의 수에 해당 성, 연령 구간의 기대여명의 곱 분모: 20세 이상 성인의 수	사망원인통계, 생명표	통계청	직접 산출
1a.ii 치료 가능한 원인으로 인한 잠재수명 손실연수(아동, 청소년)	분자: 19세 이하에서 보건의료로 치료 가능한 원인*으로 사망한 20세 이상 성인의 수에 해당 성, 연령 구간의 기대여명의 곱 분모: 19세 이하 소아청소년의 수	사망원인통계, 생명표	통계청	직접 산출
1b 75세 이상의 기대여명(남, 여)	분자: 75세 이후의 총생존연수 분모: 75세에 총생존자 수	생명표	통계청	직접 인용
1c 신생아 사망률	분자: 출생 후 28일 내 사망아 수 분모: 출생아 수(천 명당)	영아모성사망, 사망원인통계	통계청	직접 인용
1.1 심뇌혈관 질환으로 인한 75세 미만 사망률	분자: 심뇌혈관 질환(I00-I99)으로 인한 사망자 수 분모: 전체 인구수(10만 명당)	사망원인통계	통계청	직접 산출
1.2 호흡기 질환으로 인한 75세 미만 사망률	분자: 호흡기 질환(J00-J99)으로 인한 사망자 수 분모: 전체 인구수	사망원인통계	통계청	직접 산출
1.3 간 질환으로 인한 75세 미만 사망률	분자: 간 질환(K70-K77, B15-B19, C22, I81, I85, T86.4)으로 인한 사망자 수 분모: 전체 인구수	사망원인통계	통계청	직접 산출
1.4 암으로 인한 75세 미만 사망률	분자: 암(C00-C97)으로 인한 사망자 수 분모: 전체 인구수	사망원인통계	통계청	직접 산출
1.5 모든 암 환자의 5년 생존율	분자: 암 환자의 5년 생존율 분모: 동일 일반인의 5년 기대 생존율	통계로 본 암 현황, 국가암등록사 업 연례보고서	국립암센터, 보건복지부·중앙 암등록본부·국립 암센터	직접 인용

성과 지표	지표	자료	담당기관	비고
1.6 폐암, 간암, 대장암 및 유방암 5년 생존율	분자: 유방암, 폐암, 대장암, 간암 환자의 5년 생존율 분모: 동일 일반인의 5년 기대 생존율	통계로 본 암 현황, 국가암등록사업 연례보고서	국립암센터, 보건복지부·중앙암등록본부·국립암센터	직접 인용
1.7 자살사망률	분자: 자살(고의적 자해)로 인해 사망한 사람의 수 분모: 인구 100,000명	인구 십만 명당 자살률 (KOSIS)	통계청	직접 인용
1.8 심각한 정신질환을 앓고 있는 성인의 75세 미만 초과사망률	[비율: 조현병, 양극성 정동장애를 앓고 있는 성인 사망률/18~74세 사망률] 분자: 조현병, 양극성 정동장애를 앓고 있는 18~74세 성인 혹은 18~74세 성인에서 사망 수 분모: 조현병, 양극성 정동장애를 앓고 있는 18~74세 성인** 혹은 18~74세 성인	국민건강보험공단 맞춤형 DB	국민건강보험공단	자체 산출
1.9 영아 사망률	분자: 출생 후 1년 내 사망아 수 분모: 출생아 수(천 명당)	영아모성사망 조사, 사망원인통계	통계청	직접 인용
1.10 아동 암 5년 생존율	분자: 아동 암 환자의 5년 생존율 분모: 아동의 5년 기대 생존율	암통계 DB	국립암센터	직접 인용

주: 기존 지표의 산출 방식을 참조하여 우리나라 산출 방식 작성.

* 부표1-1-1 참조. 김수진, 김현규, 이재은, 배재용, 김수정. (2020) 한국 의료시스템의 혁신 성과 평가는 연령기준을 적용하지 않은 값으로 2021년 산출치와 차이가 있음

** 보건복지부, 건강보험심사평가원(2019)에서 제시한 기준에 따라 조현병은 주 진단명 혹은 제1부진단명이 F20, F21, F23.1, F23.2, F25인 경우, 양극성 정동장애는 주 진단명 혹은 제1부진단명이 F31인 경우로 정의하였고 진료비청구자료에는 요양기관을 방문한 환자 자료만 기록되므로 사망하지 않고 이전에 진료 기록이 있는 환자를 포함함.

자료: 보건복지부, 건강보험심사평가원. (2019). 2018년 기준 보건의료 질 통계. 보건복지부, 건강보험심사평가원. OECD. (2021a). Health Care Quality and Outcomes (HCQO) 2020-21 Indicator Definitions. Clinical Indicators Team. (2019). NHS Outcomes Framework: Domain 1 - Preventing people from dying prematurely. London: Health and Social Care Information Centre.

〈부표 1-1-1〉 치료 가능한 원인으로 인한 사망

질환	ICD-10 코드	질환명	연령
전염병	A00-A09	Intestinal infectious disease	0~14
	A15-A19, B90	Tuberculosis	0~74
	A35-A36, A80	Other infections (diphtheria, other tetanus, acute poliomyelitis)	0~19
	A37	Whooping cough	0~14
	A38-A41, A46, A48.1, B50-B54, G00, G03, J02, L03	Selected invasive bacterial and protozoal infections	0~74
	B05	Measles	1~14
	B17.1, B18.2	Hepatitis C	0~74
	B20-B24	HIV/AIDS	모든 연령
악성 종양	C18-C21	Malignant neoplasm of colon and rectum	0~74
	C43	Malignant melanoma of skin	0~74
	C44	Other malignant neoplasms of skin	0~19
	C50	Malignant neoplasm of breast	0~74
	C53	Malignant neoplasm of cervix uteri	0~74
	C54-C55	Malignant neoplasms of corpus uteri and uterus unspecified	0~19
	C62	Malignant neoplasm of testis	0~19
	C67	Malignant neoplasm of bladder	0~74
	C73	Malignant neoplasm of thyroid gland	0~74
	C81	Hodgkin's disease	0~74
	C91, C92.0	Leukaemia	0~44
	D10-D36	Benign neoplasms	0~74
영양, 내분비, 대사	E00-E07	Disorders of thyroid gland	0~19
	E10-E14	Diabetes mellitus	0~49
신경 장애	G40-G41	Epilepsy and status epilepticus	0~74
심뇌혈관 질환	I01-I09	Rheumatic and other valvular heart disease	0~74
	I10-I15	Hypertensive diseases	0~74
	I20-I25	Ischaemic heart disease	0~74
	I60-I69	Cerebrovascular diseases	0~74
호흡기 질환	J09-J11	Influenza (including swine flu)	0~74
	J12-J18	Pneumonia	0~74
	J45-J46	Asthma	0~74
	J00-J01, J03-J06, J20-J39, J47-J99	Other respiratory diseases	1~14
소화기 장애	K25-K28	Gastric and duodenal ulcer	0~74
	K35-K38, K40-K46, K80-K83,	Acute abdomen, appendicitis, intestin	0~74

질환	ICD-10 코드	질환명	연령
	K85, K86.1-K86.9, K91.5	al obstruction, cholecystitis / lithiasis, pancreatitis, hernia	
비뇨생식기 장애	N00-N07, N17-N19, N25-N27	Nephritis and nephrosis	0~74
	N13, N20-N21, N35, N40, N99.1	Obstructive uropathy & prostatic hyperplasia	0~74
모성, 영아	P00-P96, A33	Complications of perinatal period	모든 연령
	Q00-Q99	Congenital malformations, deformations and chromosomal anomalies	0~74
	O00 - O99	Pregnancy, childbirth and the puerperium	0~19
상해	Y60-Y69, Y83-Y84	Misadventures to patients during surgical and medical care	모든 연령

주: *19세 미만 아동 천식, 당뇨병, 호흡기 질환 코드.

자료: Clinical Indicators Team. (2020). NHS Outcomes Framework: Domain 2 - Enhancing quality of life for people with long-term conditions. London: Health and Social Care Information Centre.

〈부표 1-1-2〉 5세 구간 생명표

구분	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
남												
1	75.1	75.5	75.8	76.3	76.8	77.2	77.5	77.9	78.0	78.5	78.7	78.8
2	70.2	70.6	70.9	71.4	71.9	72.3	72.6	73.0	73.0	73.6	73.8	73.9
3	65.3	65.6	65.9	66.5	66.9	67.3	67.6	68.0	68.1	68.6	68.8	68.9
4	60.3	60.7	61.0	61.5	62.0	62.3	62.7	63.1	63.1	63.7	63.8	64.0
5	55.5	55.8	56.1	56.7	57.1	57.4	57.8	58.2	58.2	58.7	58.9	59.1
6	50.6	51.0	51.3	51.8	52.2	52.6	52.9	53.3	53.3	53.9	54.1	54.2
7	45.8	46.2	46.4	47.0	47.4	47.7	48.1	48.4	48.5	49.0	49.2	49.4
8	41.0	41.4	41.7	42.2	42.6	42.9	43.3	43.6	43.7	44.2	44.4	44.5
9	36.4	36.7	36.9	37.5	37.9	38.2	38.5	38.9	38.9	39.4	39.6	39.8
10	31.8	32.1	32.4	32.9	33.2	33.5	33.9	34.2	34.3	34.8	34.9	35.1
11	27.4	27.7	27.9	28.4	28.8	29.1	29.4	29.7	29.7	30.2	30.4	30.5
12	23.2	23.5	23.7	24.2	24.5	24.8	25.0	25.3	25.4	25.8	26.0	26.1
13	19.2	19.5	19.6	20.0	20.4	20.6	20.8	21.1	21.1	21.6	21.7	21.8
14	15.4	15.6	15.7	16.1	16.4	16.6	16.8	17.1	17.1	17.5	17.7	17.7
15	11.9	12.1	12.1	12.5	12.7	12.9	13.1	13.3	13.3	13.7	13.8	13.9
16	9.0	9.0	9.1	9.4	9.6	9.7	9.8	9.9	9.9	10.3	10.3	10.4
17	6.6	6.6	6.6	6.9	7.0	7.1	7.2	7.2	7.1	7.5	7.5	7.5
18	4.8	4.7	4.8	5.0	5.0	5.1	5.2	5.1	5.1	5.3	5.3	5.3
19	3.3	3.2	3.2	3.4	3.4	3.4	3.5	3.4	3.4	3.5	3.4	3.5
여												
1	81.8	82.2	82.4	82.8	83.2	83.4	83.6	83.9	83.9	84.5	84.6	84.8
2	76.9	77.3	77.5	77.9	78.3	78.4	78.7	79.0	79.0	79.6	79.7	79.8
3	72.0	72.3	72.5	72.9	73.3	73.5	73.7	74.0	74.0	74.6	74.7	74.9
4	67.0	67.4	67.5	68.0	68.4	68.5	68.7	69.0	69.1	69.6	69.8	69.9
5	62.1	62.4	62.6	63.0	63.5	63.6	63.8	64.1	64.1	64.7	64.8	65.0
6	57.2	57.5	57.7	58.1	58.5	58.6	58.9	59.2	59.2	59.8	59.9	60.1
7	52.4	52.7	52.8	53.2	53.6	53.7	54.0	54.3	54.3	54.9	55.0	55.2
8	47.5	47.8	48.0	48.4	48.8	48.9	49.1	49.4	49.4	50.0	50.2	50.3
9	42.7	43.0	43.1	43.5	43.9	44.0	44.3	44.5	44.6	45.2	45.3	45.5
10	37.9	38.2	38.3	38.7	39.1	39.2	39.5	39.7	39.8	40.4	40.5	40.7
11	33.2	33.5	33.6	34.0	34.4	34.5	34.7	34.9	35.0	35.6	35.8	35.9
12	28.5	28.8	28.9	29.3	29.7	29.8	30.0	30.2	30.3	30.9	31.0	31.2
13	23.9	24.2	24.3	24.7	25.1	25.1	25.3	25.5	25.6	26.2	26.4	26.5
14	19.5	19.7	19.7	20.2	20.5	20.6	20.8	20.9	21.0	21.6	21.8	21.9
15	15.3	15.5	15.5	15.9	16.2	16.2	16.4	16.5	16.6	17.2	17.3	17.5
16	11.5	11.6	11.6	12.0	12.2	12.3	12.4	12.5	12.5	13.0	13.2	13.3
17	8.4	8.4	8.4	8.7	8.9	8.9	9.0	9.0	9.0	9.4	9.5	9.7
18	5.9	5.9	5.9	6.1	6.3	6.2	6.3	6.2	6.2	6.6	6.6	6.8
19	3.8	3.7	3.7	3.9	3.9	3.9	3.9	3.8	3.8	4.0	4.1	4.2

주: 통계청 완전생명표를 이용하여 직접 산출. 연령 구간은 1은 0~4세, 2는 5~9세...19는 90~94세임.
 자료: 통계청. (2022). 완전생명표(1세별). <https://kosis.kr/> 에서 2022.12.6. 인출

〈부표 1-2〉 효과성: 장기질환을 가진 사람들의 삶의 질 개선

지표	산출 방식	자료원	담당 기관	비고
2. 만성질환을 가진 사람들의 삶의 질	분자: EQ-5D로 측정한 삶의 질 분모: 만성질환이 있는 19세 이상 성인	국민건강영양조사	질병관리청	직접 산출
2.1 우리나라 의료시스템의 질환 관리에 대한 역할 수행	분자: 그렇다 혹은 매우 그렇다고 답한 응답 분모: 19세 이상 성인	의료시스템 성과에 대한 국민인식조사	한국보건사회연구원	직접 조사
2.2.i 외래 민감성 질환으로 인한 계획되지 않은 입원(모든 연령)	분자: 외래 민감성 질환을 주 진단으로 하여 응급실을 통해 입원한 환자들에서 전원을 제외한 입원 건(*외래 민감성 질환 코드 별도 제시) 분모: 전체 인구	국민건강보험공단 맞춤형 DB	국민건강보험공단	직접 산출
2.2.ii 천식, 당뇨병 및 뇌전증으로 인한 계획되지 않은 입원(19세 미만)	분자: 19세 미만 환자 중 천식, 당뇨, 뇌전증을 주 진단으로 하여 응급실을 통해 입원한 환자들에서 전원을 제외한 입원 건 분모: 19세 미만 인구	국민건강보험공단 맞춤형 DB	국민건강보험공단	직접 산출
2.3 정신질환이 있는 사람들의 고용	[격차: 정신질환이 있는 사람들의 고용률 - 일반 성인의 고용률] 분자: 피고용인, 자영업, 무급가족종사자로 응답한 사람 분모: 만 18세 이상 성인 혹은 만 18세 이상 우울증 있는 응답자 수	국민건강영양조사	질병관리청	직접 산출
2.4 치매가 있는 사람들의 추정 진단율	분자: WHO의 국제치매관측소(Global Dementia Observatory, GDO)에 근거한 6개 상병코드(F00, F01, F02, F03, G30, G31)를 주 상병으로 당해 연도 국민건강보험에서 수진 내역이 확인된 진료 실수진자 분모: 노인 인구의 추정 치매 환자 수	치매오늘은	중앙치매센터	직접 인용
2.5 지역사회치매관리율	분자: 분모 중 3년 동안 90일 이상 장기요양시설 입소 혹은 의료기관 입원 경험 없는 환자 분모: 1년 동안 치매상병코드(F00, F01, F02, F03, G30, G31)가 없다가 치매로 의료기관을 이용한 환자	국민건강보험공단 맞춤형 DB	국민건강보험공단	직접 산출
2.6 복합만성질환(3개 이상)이 있는 사람들의 건강 관련 삶의 질	분자: EQ-5D로 측정한 삶의 질 분모: 세 가지 이상 만성질환이 있는 19세 이상 성인	국민건강영양조사	질병관리청	직접 산출

주: 기존 지표의 산출 방식을 참조하여 우리나라 산출 방식 작성.

자료: 보건복지부, 건강보험심사평가원. (2019). 2018년 기준 보건의료 질 통계. 보건복지부, 건강보험심사평가원. OECD. (2021a). Health Care Quality and Outcomes (HCQO) 2020-21 Indicator Definitions. Clinical Indicators Team. (2020). NHS Outcomes Framework: Domain 2 - Enhancing quality of life for people with long-term conditions. London: Health and Social Care Information Centre.

〈부표 1-2-1〉 외래 민감성 질환에 대한 주 진단 코드

질환	ICD-10 코드	설명
전염병	B180, B181 (부진단으로 D57 있는 사람 제외)	Chronic viral hepatitis B: Chronic viral hepatitis B with delta-agent (B180). Chronic viral hepatitis B without delta-agent (B181)
영양, 대사, 내분비 질환	E10*, E11, E12, E13, E14	Diabetes: Insulin-dependent diabetes mellitus (E10), Non-insulin-dependent diabetes mellitus (E11), Malnutrition-related diabetes mellitus (E12), Other specified diabetes mellitus (E13), Unspecified diabetes mellitus (E14)
혈액 질환	D501, D508, D509, D51, D52	Iron deficiency anaemia: Sideropenic dysphagia (D501), Other iron deficiency anaemias (D508), Iron deficiency anaemia, unspecified (D509); Vitamin B12 deficiency anaemia (D51), Folate deficiency anaemia (D52)
정신행동 장애	F00, F01, F02, F03	Dementia: Dementia in Alzheimer disease (F00), Vascular dementia (F01), Dementia in other diseases classified elsewhere (F02), Unspecified dementia (F03)
신경질환	G40*, G41*	Convulsions and Epilepsy: Epilepsy (G40), Status epilepticus (G41)
심뇌혈관계 질환	I110, I130, I50, J81	Congestive heart failure: Hypertensive heart disease with (congestive) heart failure (I110), Heart failure (I50), Pulmonary oedema (J81), Hypertensive heart and renal disease with (congestive) heart failure (I130)
	I20, I25	Angina: Angina pectoris (I20), Chronic ischaemic heart disease (I25)
	I10, I119	Hypertension: Essential (primary) hypertension (I10), Hypertensive heart disease without (congestive) heart failure (I119)
	I48	Atrial fibrillation and flutter
호흡기 질환	J41, J42, J43, J44, J47 J20(부진단으로 J41, J42, J43, J44, J47이 있는 경우)	Chronic obstructive pulmonary disease: Acute bronchitis (J20), Simple and mucopurulent chronic bronchitis (J41), Unspecified chronic bronchitis (J42), Emphysema (J43), Other chronic obstructive pulmonary disease (J44), Bronchiectasis (J47)
	J45*, J46*	Asthma (J45). Status asthmaticus (J46)

주: *19세 미만 아동 천식, 당뇨, 뇌전증 질환 코드.

자료: Clinical Indicators Team. (2020). NHS Outcomes Framework: Domain 2 - Enhancing quality of life for people with long-term conditions. London: Health and Social Care Information Centre.

〈부표 1-3〉 효과성: 질병 및 손상 치료·회복 지원

성과 지표	지표	자료원	담당 기관	비고
3a 일반적으로 병원 입원이 필요하지 않은 급성질환으로 인한 응급입원	분자: 병원 입원을 요구하지 않는 급성질환(부표 1-3-1 참조)을 주 진단으로 하여 응급실 통해 입원한 환자의 입원 건(전원 제외) 분모: 전체 인구수	국민건강보험공단 맞춤형 DB	국민건강보험공단	직접 산출
3b 퇴원 후 30일 내 응급 응급 재입원*	분자: 퇴원 시점 이후 30일 이내 응급 재입원하는 환자 수 분모: 전체 퇴원 환자 수(천 명당) (제외 기준) 해당 연도 혹은 지난 해에 암을 진단명으로 의료기관을 이용했거나 해당 연도 주 진단 코드가 "O"로 시작하는 경우	국민건강보험공단 맞춤형 DB	국민건강보험공단	직접 산출
3.1 울혈성 심부전, 허혈성 뇌졸중 응급입원 1년 내 사망 및 입원	분자: 퇴원 후 1년 내 사망, 해당 질환 입원, 다른 질환으로 입원, 생존한 경우 분모: 지난 5년간 울혈성 심부전(I63, I64)/허혈성 뇌졸중(I11.0, I13.0, I13.2, I50.0, I50.1, I50.9)로 입원한 경험 없고 해당 질환으로 응급입원한 환자 수	국민건강보험공단 맞춤형 DB	국민건강보험공단	직접 산출
3.2 하기도 감염으로 인한 아동의 응급입원	분자: 하기도 감염을 주 진단으로 하여 응급실을 통해 입원한 19세 미만 환자의 입원 건(전원 제외) 분모: 19세 미만 아동 인구	국민건강보험공단 맞춤형 DB	국민건강보험공단	직접 산출
3.3 입원 30일 내 사망	분자: 분모 중 30일 내 사망한 입원 건 혹은 환자 수 분모: 급성심근경색, 허혈성뇌졸중, 출혈성뇌졸중 응급 입원 건 혹은 환자 수	보건의료질통계	보건복지부	직접 인용
3.4 퇴원 후 재활서비스 제공 및 독립생활 유지율(65세 이상)	- 재활서비스제공률 분자: 퇴원 30일 내 재활서비스를 제공받은 환자 수 분모: 65세 이상 급성기 병원 입원 환자 수 - 독립생활유지율 분자: 퇴원 후 91일 차에 장기요양시설 혹은 의료기관에 입원해 있지 않은 환자 수 분모: 재활서비스 제공 받은 환자 수	국민건강보험공단 맞춤형 DB	국민건강보험공단	직접 산출
3.5 저작불편호소율	분자: 저작 불편이 있다고 응답한 성인 분모: 19세 이상 성인	국민건강영양조사	질병관리청	직접 산출

주: 기존 지표의 산출 방식을 참조하여 우리나라 산출 방식 작성.

*김수진, 김현규, 이재은, 배재용, 김수정. (2020) 한국 의료시스템의 혁신 성과 평가는 모든 재입원으로 2021년 산출치와 차이가 있음

자료: 보건복지부, 건강보험심사평가원. (2019). 2018년 기준 보건의료 질 통계. 보건복지부, 건강보험심사평가원. OECD. (2021a). Health Care Quality and Outcomes (HCQO) 2020-21 Indicator Definitions. Clinical Indicators Team. (2020) NHS Outcomes Framework: Domain 2 - Enhancing quality of life for people with long-term conditions. London: Health and Social Care Information Centre.

〈부표 1-3-1〉 병원 입원을 요구하지 않는 급성질환

질환	ICD-10 코드	설명
Influenza, pneumonia	J10, J11, J13, J14, J153, J154, J157, J159, J168, J181, J188	Influenza due to identified influenza virus, Influenza, virus not identified, Pneumonia due to Streptococcus pneumoniae, Pneumonia due to Haemophilus influenzae, Pneumonia due to streptococcus, group B, Pneumonia due to other streptococci, Pneumonia due to Mycoplasma pneumoniae, Bacterial pneumonia, unspecified, Pneumonia due to other specified infectious organisms, Lobar pneumonia, unspecified, Other pneumonia, organism unspecified
Other vaccine preventable	A36, A37, B05, B06, B161, B169, B26, M014	Diphtheria, Whooping cough, Measles, Rubella [German measles], Acute hepatitis B with delta-agent (coinfection) without hepatic coma, Acute hepatitis B without delta-agent and without hepatic coma, Mumps, Rubella arthritis
Angina	I240, I248, I249	Coronary thrombosis not resulting in myocardial infarction, Other forms of acute ischaemic heart disease, Acute ischaemic heart disease, unspecified
Dehydration and gastroenteritis	E86, K52, A020, A04, A059, A072, A08, A09	Volume depletion, Other noninfective gastroenteritis and colitis, Salmonella enteritis, Other bacterial intestinal infections, Bacterial foodborne intoxication, unspecified, Cryptosporidiosis, Viral and other specified intestinal infections, Gastroenteritis and colitis of infectious and unspecified origin
Pyelonephritis and kidney/urinary tract infections	N10, N11, N12, N136, N159, N390, N300, N308, N309	Acute tubulo-interstitial nephritis, Chronic tubulo-interstitial nephritis, Tubulo-interstitial nephritis not specified as acute or chronic, Pyonephrosis, Renal tubulo-interstitial disease, unspecified, Urinary tract infection, site not specified, Acute cystitis, Other cystitis, Cystitis, unspecified
Perforated/bleeding ulcer	K250-K252, K254-K256, K260-K262, K264-K266, K270-K272, K274-K276, K280-K282, K284-K286, K20, K21	Gastric ulcer, Duodenal ulcer, Peptic ulcer, site unspecified, Gastrojejunal ulcer, Oesophagitis, Gastro-oesophageal reflux disease
Cellulitis	L01, L02, L03, L04, L080, L088, L089, L88, L980, L991,	Cellulitis, Acute lymphadenitis, Pyoderma, Other specified local infections of skin and subcutaneous tissue, Local infection of skin and subcutaneous tissue, unspecified, Pyoderma gangrenosum, Pyogenic granuloma, Lymphangitis, Impetigo, Cutaneous abscess, furuncle and carbuncle
Ear, nose and throat infections	H66, H67, J02, J03, J06, J312, J040	Suppurative and unspecified otitis media, Otitis media in diseases classified elsewhere, Acute pharyngitis, Acute tonsillitis, Acute upper respiratory infections of multiple and unspecified sites, Chronic pharyngitis, Acute laryngitis
Dental conditions	A690, K02, K03, K04, K05, K06, K08, K098, K099, K12, K13	Necrotizing ulcerative stomatitis, Dental caries, Other diseases of hard tissues of teeth, Diseases of pulp and periapical tissues, Gingivitis and periodontal diseases, Other disorders of gingiva and edentulous alveolar ridge, Other disorders of teeth and supporting structures, Other cysts of oral region, not elsewhere classified, Cyst of oral region, unspecified, Stomatitis and related lesions, Other diseases of lip and oral mucosa
Convulsions and epilepsy	R56, O15, G253	Convulsions, not elsewhere classified, Eclampsia, Myoclonus

자료: Clinical Indicators Team. (2020). NHS Outcomes Framework: Domain 3 - Helping people to recover from episodes of ill health or following injury. London: Health and Social Care Information Centre.

〈부표 1-3-2〉 하기도 감염 아동의 응급입원(주 진단 코드)

ICD-10 코드	설명
J100	Influenza with pneumonia, virus identified
J110	Influenza with pneumonia, virus not identified
J111	Influenza with other respiratory manifestations, virus not identified (bronchiolitis with influenza)
J12	Viral pneumonia, not elsewhere classified
J13	Pneumonia due to Streptococcus pneumoniae
J14	Pneumonia due to Haemophilus influenzae
J15	Bacterial pneumonia, not elsewhere classified
J16	Pneumonia due to other infectious organisms, not elsewhere classified
J180	Bronchopneumonia, unspecified
J181	Lobar pneumonia
J189	Pneumonia unspecified
J21	Acute bronchiolitis

자료: Clinical Indicators Team. (2020). NHS Outcomes Framework: Domain 3 - Helping people to recover from episodes of ill health or following injury. London: Health and Social Care Information Centre.

〈부표 1-4〉 환자 중심성·반응성: 치료에 대한 사람들의 긍정적인 경험 개선

성과 지표	지표	자료원	담당 기관	비고
4.1 외래서비스 반응성(의사 서비스)	환자 경험 문항	의료서비스 이용경험조사	보건복지부	직접 산출
4.1.i 외래서비스 진료 또는 치료 결과 만족	분자: 만족한다고 응답한 사람 분모: 외래서비스 경험한 사람	의료서비스 이용경험조사	보건복지부	직접 산출
4.2 입원서비스 반응성(의사 서비스)	환자 경험 문항	의료서비스 이용경험조사	보건복지부	직접 산출
4.2.i 입원서비스에서 기대했던 치료 결과 달성	분자: 만족한다고 응답한 사람 분모: 외래서비스 경험한 사람	의료서비스 이용경험조사	보건복지부	직접 산출
4.2.ii 입원서비스에 대한 전반적 만족도	분자: 만족한다고 응답한 사람 분모: 외래서비스 경험한 사람	의료서비스 이용경험조사	보건복지부	직접 산출
4.3 호스피스 환자 만족도	호스피스 기관에서 받았던 의료서비스에 대한 전반적인 만족도	호스피스 완화의료 현황	국립암센터 중앙호스피스센터	직접 인용
4.4 응급의료 환자 만족도	응급의료서비스 전반적 신뢰도, 응급실 서 비스 전반적 만족도	2019년 대국민 응급의료서비스 인지도 및 만족도 조사 결과보고서	국립중앙의료원	직접 인용

주: 기존 지표의 산출 방식을 참조하여 우리나라 산출 방식 작성.

자료: 보건복지부, 건강보험심사평가원. (2019). 2018년 기준 보건의료 질 통계. 보건복지부, 건강보험심사평가원.
 OECD. (2021a). Health Care Quality and Outcomes (HCQO) 2020-21 Indicator Definitions.
 Clinical Indicators Team. (2020). NHS Outcomes Framework: Domain 2 - Enhancing quality of
 life for people with long-term conditions. London: Health and Social Care Information Centre.

〈부표 1-5〉 환자 안전: 안전한 환경에서 치료하고 피할 수 있는 위험로부터 보호

성과 지표	지표	자료원	담당 기관	비고
5. 환자 안전사고 발생률	입원 1,000건당 환자 안전사고 발생 건수	환자안전사고 실태조사	의료기관평가 인증원	이차 인용
5.2 의료 관련 감염(HCAI) - 클로스트리디움 디피실(C. Difficile)	분자: 분모 중 경구용 vancomycin 사용 혹은 A047 상병코드가 있고 metronidazole 사용 분모: 상급종합병원, 종합병원, 병원, 의원 입원 건	국민건강보험 청구자료*	국민건강보험공단	직접 산출
5.3 낙상 사건 발생률	분자: 분모 중 손상사건이 추락이며, 손상발생시설이 의료시설이고, 손상 시 활동이 치료 중이었던 퇴원 환자 수 분모: 퇴원 환자 수	퇴원손상심층조사	질병관리청	직접 산출
5.5 임신 기간이 37주 이상인 출생아의 신생아 중환자실 입원	분자: 분모 중 신생아(출생 후 28일 이내) 신생아 중환자실 입원 환자 수 분모: 임신 기간이 37주 이상인 출생아 수	국민건강보험 청구자료*	국민건강보험공단	직접 산출
5.6 환자 안전사고 보고 건수	의료기관 및 환자, 보호자 등이 보고한 환자 안전사고 수	환자안전 통계연보	의료기관평가 인증원	이차 인용

주: *전국민자료. 선행연구를 참조하여 산출 방식 작성.

자료: Clinical Indicators Team. (2020). NHS Outcomes Framework: Domain 2 - Enhancing quality of life for people with long-term conditions. London: Health and Social Care Information Centre.
 김홍빈, 정재훈, 강민선, 배기환, 신명진, 은병욱...박정인. (2019). 환자 안전과 연계한 의료질평가결과지표 개발 및 적용 방안 (의료감염 세부영역 중심). 건강보험심사평가원.

[부록 2] 국민 인식 조사 조사표

우리나라 의료시스템에 대한 전화조사

안녕하십니까? 여론조사 전문기관인 000000 입니다.

저희는 국무총리 산하 정책 연구기관인 한국보건사회연구원의 의뢰를 받아 우리나라 의료시스템의 성과에 대한 국민인식을 조사하고 있습니다. 조사 중 수집된 개인정보와 응답 내용은 연구 목적 이외에 다른 목적으로는 사용되지 않을 것이며, 귀하께서 응답해 주신 모든 내용과 개인 정보는 통계법 33 조(비밀의 보호)에 의거하여 비밀이 보장됨을 약속드립니다.

본 조사에 끝까지 응답해 주신 분에게는 00 월에 모바일상품권 0000 원을 사례비로 보내 드립니다. 바쁘시겠지만 시간을 내어 응답해 주시면 감사하겠습니다.

선문1-1. 현재 거주하시는 지역은 어디입니까? (주민등록상 거주지역으로 응답)

- | | | | | |
|-------------|-------------|-----------|-----------|-----------|
| 01. 서울특별시 | 02. 부산광역시 | 03. 대구광역시 | 04. 인천광역시 | 05. 광주광역시 |
| 06. 대전광역시 | 07. 울산광역시 | 08. 경기도 | 09. 강원도 | 10. 충청북도 |
| 11. 충청남도 | 12. 전라북도 | 13. 전라남도 | 14. 경상북도 | 15. 경상남도 |
| 16. 제주특별자치도 | 17. 세종특별자치시 | | | |

선문1-2. 현재 거주하시는 권역은 어디입니까? (선문1-1 응답 기준 자동 분류)

- | | |
|-----------------|--------------|
| 01. 서울특별시 | 02. 인천/경기 |
| 03. 대전/세종/충북/충남 | 04. 광주/전북/전남 |
| 05. 대구/경북 | 06. 부산/울산/경남 |
| 07. 강원/제주 | |

선문2. 성별(목소리로 판단)

- | | |
|-------|-------|
| 1. 남자 | 2. 여자 |
|-------|-------|

선문3. 선생님의 연세는 만으로 어떻게 되시는지요? _____세

- | | | | | | |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|--|
| 1. 17세 이하 | ☞ 면접중단 | | | | |
| 2. 18~29세 | 3. 30~39세 | 4. 40~49세 | 5. 50~64세 | 6. 65세 이상 | |

1 건강상태 및 의료기관 이용 현황

문1) 현재 본인의 전반적인 건강상태가 어떻다고 생각하십니까?

- | | | |
|------------|-----------|----------|
| 01. 매우 나쁘다 | 02. 나쁘다 | 03. 보통이다 |
| 04. 좋다 | 05. 매우 좋다 | |

문2) 선생님은 다음 불러드리는 질환 중, 의사로부터 진단받고 6개월 이상 지속되는 질환이 있으신가요? 해당하는 것을 모두 선택해 주십시오. [복수]

- | | | |
|--------------------|------------------|------------|
| 01. 고관절 골절 | 02. 당뇨 | 03. 고혈압 |
| 04. 고지혈증(고콜레스테롤혈증) | 05. 뇌졸중 등 뇌혈관질환 | 06. 관절염 |
| 07. 심근경색 등 심장질환 | 08. 만성기관지염 등 폐질환 | 09. 암 |
| 10. 기타1() | 11. 기타2() | 12. 기타3() |
13. 현재 앓고 있는 질환 없음[중복선택불가] -> 문5

문3) 앞서 답한 질환 중 현재 관리 및 치료를 위해 의료기관을 방문하고 있는 질환은 어느 것입니까? 해당하는 것을 모두 선택해 주십시오. [문2에서 선택한 것만 제시][복수]

- | | | |
|--------------------|------------------|------------|
| 01. 고관절 골절 | 02. 당뇨 | 03. 고혈압 |
| 04. 고지혈증(고콜레스테롤혈증) | 05. 뇌졸중 등 뇌혈관질환 | 06. 관절염 |
| 07. 심근경색 등 심장질환 | 08. 만성기관지염 등 폐질환 | 09. 암 |
| 10. 기타1() | 11. 기타2() | 12. 기타3() |
13. 현재 치료중인 질환 없음[중복선택불가]

문4) 선생님과 같이 살고 있는 가구원 가운데 혹시 다음 불러드리는 질환 중, 의사로부터 진단받고 6개월 이상 지속되는 질환이 있으신가요? 해당하는 것을 모두 선택해 주십시오. [복수]

- | | | |
|--------------------|------------------|------------|
| 01. 고관절 골절 | 02. 당뇨 | 03. 고혈압 |
| 04. 고지혈증(고콜레스테롤혈증) | 05. 뇌졸중 등 뇌혈관질환 | 06. 관절염 |
| 07. 심근경색 등 심장질환 | 08. 만성기관지염 등 폐질환 | 09. 암 |
| 10. 기타1() | 11. 기타2() | 12. 기타3() |
13. 현재 앓고 있는 질환 없음[중복선택불가] -> 문5

문5) 지난 1년간을 돌아볼 때 의료기관, 아픈 사람을 위한 돌봄 등 우리나라 의료시스템이 선생님 혹은 선생님과 같이 살고 있는 가구원의 질환을 적절하게 관리할 수 있도록 충분히 지원하고 있다고 생각하십니까?

7 지난 12개월 동안 의사 또는 기타 의료 전문가를 보거나 이야기한 적이 없음

8 잘 모르겠음

Q1865. [음주하는 경우] 지난 12개월 동안 의사 또는 기타 의료 전문가가 귀하의 알코올 사용에 대해 귀하와 이야기한 적이 있습니까?

1 예

2 아니요

7 지난 12개월 동안 의사 또는 기타 의료 전문가를 보거나 이야기한 적이 없음.

8 잘 모르겠음

Q1896. 지난 12개월 동안 의사 또는 기타 의료 전문가가 [(무작위 순서)]에 대해 귀하와 이야기한 적이 있습니까?

A1. 건강한 식단과 건강한 식생활

A2. 운동이나 신체 활동

1 예

2 아니요

7 지난 12개월 동안 의사 또는 기타 의료 전문가를 보거나 이야기한 적이 없습니다.

8 잘 모르겠음

<처방약>

Q1605. 정기적으로 또는 지속적으로 복용하도록 처방받은 약물은 몇 가지입니까?

처방으로 받은 약만 해당하며, '정기적 또는 지속적'에는 단기 질환으로 인한 처방약은 포함되지 않음

_____ [범위 0-96]

97 두 가지 이상의 처방약이 있지만 정확한 숫자를 모름

98 잘 모르겠음

Q1611. [2가지 이상의 처방약을 복용하는 경우] 지난 1년 간 의사 또는 약사가 귀하가 복용하는 모든 약을 귀하와 함께 검토한 적이 있습니까?.

1 예

2 아니요

8 잘 모르겠음

<입원서비스>

Q1330. [지난 2년 동안 입원*한 적이 있는 경우] 퇴원하기 전에 병원 입원 전 복용 하던 약을 포함해 처방받은 모든 약을 누군가와 함께 검토했습니까?

- 1 예
- 2 아니요
- 3 입원 전에 어떤 약도 처방받지 않았으며 어떤 약도 복용하지 않았음
- 4 잘 모르겠음

*요양병원, 한방병원, 치과, 피부과, 성형외과, 보건소, 한의원이 아닌 병원 입원

Q1335. [지난 2년 동안 입원*한 적이 있는 경우] 퇴원할 때 의사 또는 기타 의료 전문가에게 후속 치료를 받는 것을 병원에서 안내했습니까?

- 1 예
- 2 아니요
- 3 후속 치료가 필요하지 않았음
- 4 잘 모르겠음

*요양병원, 한방병원, 치과, 피부과, 성형외과, 보건소, 한의원이 아닌 병원 입원

<만성질환 관리>

Q1817. [장기질환이 있는 경우] 지난 1년 동안 귀하가 []으로 진료를 받았을 때 의료 전문가가 _____ 하였습니다습니까?

[다음 계층 구조에 따라 하나의 만성 조건만 선택: 당뇨병/고혈압/심장병/천식 또는 만성 폐 질환/우울증, 불안 또는 기타 정신 건강 상태/암/관절염/ 뇌졸중]

A1. 해당 질환을 돌보는 데 있어 주요 목표 또는 우선 순위에 대해 논의

A2. 가능한 부작용을 포함하여 치료 옵션에 대해 논의

A4. 자신의 치료를 관리하는 데 도움이 되는 서면 계획을 제공

- 1 예
- 2 아니요
- 3 더 이상 치료하지 않음
- 8 잘 모르겠음

Q1820. [장기질환이 있는 경우] 일반적으로 건강 문제를 관리하는 데 필요한 만큼 의료 전문가의 지원을 많이 받았다고 생각하십니까?

- 1 네, 확실히
- 2 네, 어느 정도
- 3 아니요
- 8 잘 모르겠음

<안전>

Q1705. 지난 2년 동안 의사, 간호사, 병원 또는 약사로부터 잘못된 약물이나 잘못된 용량을 투여받은 적이 있습니까?

- 1 예
- 2 아니요
- 8 잘 모르겠음

Q1710. 지난 2년 동안 귀하의 치료나 보살핌에 있어 의료상의 실수가 있다고 생각한 적이 있습니까? 의료 실수란 의사, 간호사, 병원 또는 의료 전문가가 범한 오류를 의미합니다.

- 1 예
- 2 아니요
- 8 잘 모르겠음

<사회서비스 니즈>

Q1951. [(무작위 순서)] 이 얼마나 건강에 영향을 미친다고 생각하십니까?

- A1. 충분한 음식 섭취
- A4. 깨끗하고 안전한 주거
- A5 안정된 직업이나 수입원
- 1 항상
- 2 보통
- 3 가끔
- 4 드물게
- 5 영향 없음
- 7 잘 모르겠음

Q1953. [Q1953에 상용치료원이 있다고 답하고 Q1951 질문 중 하나라도 1,2,3으로 답한 경우] (1,2,3으로 답한 것에 대해) 관련해서 어떻게 도움을 받을 수 있는지 상용치료원으로부터 정보를 제공받은 적이 있습니까?

- 1 예
- 2 아니요
- 8 잘 모르겠음

③ 응답자 기초정보

문8) 선생님께서는 학교를 어디까지 나오셨습니까?

- | | |
|--------------------------|---------------------|
| 01. 무학 | 02. 초등학교(보통학교) 졸업 |
| 03. 중학교(공민학교, 고입검정고시) 졸업 | 04. 고등학교(대입검정고시) 졸업 |
| 05. 대학 이상 | |

문9) 선생님께서는 현재 일을 하고 계십니까? 일을 하신다면 다음 중 가장 주된 일 자리는 어디에 해당합니까?

01. 일을 하지 않음
02. 타인 또는 회사에 고용되어 임금을 받고 일함
03. 내 사업을 함
04. 평소 일주일에 18시간 이상 가족이나 친척의 일을 돈을 받지 않고 돕고 있음
05. 평소 일주일에 18시간 미만 가족이나 친척의 일을 돈을 받지 않고 돕고 있음

문10) 선생님께서는 현재 결혼상태가 어떻게 되십니까?

- | | | | | |
|--------|--------|--------|--------|------------------|
| 01. 혼인 | 02. 사별 | 03. 이혼 | 04. 별거 | 05. 미혼(결혼한 적 없음) |
|--------|--------|--------|--------|------------------|

문11) 본인을 포함해 함께 사시는 가구원은 총 몇 명입니까?

- | | | | | |
|--------|--------|--------|--------|-----------|
| 01. 1명 | 02. 2명 | 03. 3명 | 04. 4명 | 05. 5명 이상 |
|--------|--------|--------|--------|-----------|

문12) 작년 한해 가구의 월 평균 총소득(세후)은 얼마입니까? 만약 가구원이 정부, 민간, 친척, 지인 등으로부터 지원 받은 경우 모든 지원금을 합산하여 답해주시오.

- | | |
|------------|--------------------|
| 1. _____만원 | 2. 응답 거부 -> 문12-1로 |
|------------|--------------------|

문12-1) 그렇다면 다음 중 어느 구간에 해당합니까?

- | | | |
|---------------|---------------|---------------|
| 01. 100만원 미만 | 02. 100~199만원 | 03. 200~299만원 |
| 04. 300~399만원 | 05. 400~499만원 | 06. 500~599만원 |
| 07. 600~699만원 | 08. 700~799만원 | 09. 800~899만원 |
| 10. 900만원 이상 | 99. 잘 모르겠다 | |

// 사례비 지급 관련 문항 추가 예정(사례비 안내, 발송 위한 정보수집동의 등) //

▶ 끝까지 응답해 주셔서 감사합니다 ◀