

# 농어촌 응급의료서비스 현황 및 접근성 제고 방향

## *A Framework to Improve the Accessibility to Emergency Medical Service in Rural Area*

김동진 한국보건사회연구원 부연구위원

인구 고령화 및 그로 인한 건강수준 하락 등 도시지역에 못지않게 농어촌지역에도 응급의료인프라 강화의 필요성을 보여주고 있다. 그러나 최근의 정책적인 노력에도 불구하고 응급의료 접근성에 대한 도농간 격차가 줄지 않고 있는 상황이다. 본 글은 이러한 상황적 배경 하에서 농어촌의 응급의료서비스에 대한 평가 결과를 살펴보고, 평가결과를 근거로 농어촌 응급의료서비스의 문제점을 개선하기 위한 정책방향을 제시하여 보고자 하였다.

### 1. 들어가는 말

경제위기시에는 일자리와 소득이 감소되어 중산층은 서민으로, 서민층은 빈곤층으로 떨어지는 경우가 많아지고 취약계층의 보건복지 수요도 증가하는 것이 일반적이다. 사회경제적 변화에 대응능력이 약한 취약계층의 경우 경제위기로 인한 타격을 가장 많이 받을 수밖에 없다. 특히 대표적인 취약계층이라고 할 수 있는 독거노인, 조손가정, 다문화가정 등이 밀집되어 있는 농어촌의 경우 경제위기로 인해 생활여건은 더욱 열악해질 수밖에 없으며, 나아가 이들의 건강 또한 위협받고 있다<sup>1)</sup>.

농어촌의 열악한 생활여건이나 삶의 질에 영

향을 미치는 공공서비스 제공 현실을 보건의료에 국한시켜 논의하였을 때, 특히 우리나라 보건의료서비스 체계가 민간의 시장기능에 상당 부분 의존하고 있는 현실을 감안한다면 도·농간 자원분포 및 서비스 질의 불균형 문제는 더욱 심각해질 수밖에 없다<sup>2)</sup>.

때문에 그동안 지역간 보건의료자원의 불균형 문제를 해소하면서 농어촌 지역의 보건의료서비스 여건을 개선하기 위한 다양한 노력들이 추진되어 왔으며, 1980년대의 무의촌 해소를 위한 공공보건의 배치와 보건진료소 설치 등이 대표적인 노력이라 할 수 있다. 이러한 정부정책들은 그 동안 어느 정도 성과를 거두었다고 할 수 있지만 농어촌 지역의 보건의료문제를 만

1) 최경환(2008). 농촌 보건의료 서비스체계 개선방안.

2) 김동진 외(2012). 농어촌지역 주민의 건강증진을 위한 지역사회 자원 조직화 방안.

족스럽게 해결하지는 못하였다<sup>3)</sup>.

특히, 최근 농어촌의 둘러싼 보건의료 정책의 환경변화는 농어촌 지역에 대한 보건의료 서비스 개선의 필요성을 나타내고 있다. 농어촌은 도시에 비해 고령화 현상이 더 급속하게 진행되고 있고, 점차 소득이 감소하고 있어 최저생계비 기준으로 빈곤수준은 도시에 비해 두 배 이상 높은 것으로 나타나고 있다. 이는 전반적으로 건강취약계층이 농어촌에 밀집될 수밖에 없음을 암시하고 있으며, 나아가 이러한 현실은 단기적으로 개선의 여지가 보이지 않고 있다<sup>4)</sup>.

고령화 및 열악한 경제적 여건은 주민의 건강 상태로 이어져 노령화로 인한 만성질환 유병률은 도시에 비해 높은 수준을 보이고 있고, 연령 표준화 사망률 또한 도시에 비해 높은 것으로 나타나고 있다. 일반적인 만성질환 유병률이 농어촌에서 더 높은 것은 물론, 농업 노동의 기계화, 화학화, 시설화 등에 따른 농작업 사고 또한 증가추세에 있어 전체 산업재해율이 0.71%<sup>5)</sup>인 것에 비해 농업 재해율은 1.40%로 2배 가량 높게 나타나고 있다. 그 외에 손상, 교통사고, 자살 사망률 또한 도시에 비해 농어촌이 높은 것으로 나타나고 있다.

이와 같은 전반적인 여건은 도시지역에 못지 않게 농어촌지역에도 의료인프라 강화의 필요성을 보여주고 있으나, 현실은 전체 의료기관의 12.9%, 전체 병상수의 15.4%만이 농어촌에 분

포되어 있다. 우리나라 인구의 약 20% 가량이 농어촌에 거주하고 있는 현 상황에서 농어촌에서 활동하고 있는 의사는 전체의 4.8%에 불과하여 의료기관의 지역분포에 비해 더욱 열악한 실정이다<sup>6)</sup>. 응급의료기관의 경우에도 사정은 크게 다르지 않아서 응급의료기관으로 분류되는 권역응급의료센터(21개소), 전문응급의료센터(2개소), 지역응급의료센터(115개소), 지역응급의료기관(323개소) 중 농촌 지역에는 권역응급의료센터 6개소(28.6%), 지역응급의료센터 39개소(33.9%), 지역응급의료기관 190개소(58.8%)가 분포되어 있고, 이 중 군지역에는 지역응급의료센터 5개소(4.34%), 지역응급의료기관 72개소(22.3%)가 있다<sup>7)</sup>.

본 글은 이러한 상황적 배경 하에서 농어촌의 보건의료 시설 중 특히 응급의료서비스에 집중하여 도농간 서비스 제공 수준의 격차를 살펴보고, 그러한 격차를 완화하기 위한 정책방향을 제시하여 보고자 하였다.

## 2. 농어촌 응급의료서비스에 대한 현황

### 1) 농어촌 서비스기준 부문별 평가 결과<sup>8)</sup>

정부에서는 2010년 7월 「농어업인 삶의 질

3) 최경환(2008). 농촌 보건의료 서비스체계 개선방안.

4) 김동진(2012). 농어촌 주민의 일반·응급의료이용 현황 및 시사점, 이슈애포커스.

5) 2008년도 기준

6) 2007년 12월 기준

7) 마상진 외(2012). 농어촌 영향평가 전문평가.

8) 한국농촌경제연구원, 농업전망 2012.

향상 및 농어촌지역 개발촉진에 관한 특별법」(이하 삶의 질 향상 특별법)을 개정하여 ‘농어촌 서비스 기준 제도’를 도입한 후 2011년 1월부터 동 제도를 시행하였다.

‘농어촌 서비스 기준’이란 농어업인의 일상 생활에 필요한 공공서비스 중 대통령령으로 정하는 서비스 항목과 그 항목별 목표치를 의미하는데, 구체적인 서비스 항목별 목표치의 세부 내용을 농림수산식품부장관이 관계 중앙행정기관의 장과 협의하여 8개 부문, 31개 항목으로 고시하고 있다<sup>9)</sup>.

「삶의 질 향상 특별법」은 ‘삶의 질 향상 기본계획’ 수립시 농어촌 서비스기준에 관한 사항을 포함하며 기본계획의 추진실적 평가시 농어촌 서비스 기준의 달성 정도를 함께 평가하도록 규정하고 있다. 이에 따라 농어촌 서비스 기준의 목표달성을 위한 정책 추진은 삶의 질 향상 계획체계에 근간을 두고 있다<sup>10)</sup>.

현재 설정되어 있는 농어촌 서비스기준 중 본문에서 다루고 있는 응급의료분야와 관련된 내용은 보건의료부문 및 응급부문의 2개 부문에 걸쳐 있으며, 그 내용은 <표 1>과 같다.

이렇게 설정된 농어촌 서비스 기준은 중앙정부, 농어촌 지자체, 농어촌 주민 등 다양한 차원에서 정책적 의미를 가질 수 있는데, 특히 농어촌 주민의 입장에서는 국가적 최소기준인 농어촌 서비스 기준이라는 구체적 근거를 바탕으로 국민으로서 누려야 할 공공서비스의 항목과 수준을 정부와 지자체에 요구할 수 있다는 의미가 될 수 있다.

이러한 정책적 의의를 실현하기 위해서 정부는 주기적이고 지속적인 서비스 기준의 이행실태를 평가하고, 아울러 개선방안을 제시하고 있다. 2011년 농림수산식품부에서 실시한 서비스 기준 항목별 이행실태 조사 지표 및 결과를 제시하면 <표 2>와 같다.

보건의료 부문의 진료서비스 항목의 경우 경기도와 제주도는 모든 시군 내에 일반병의원, 한방병의원, 산부인과, 치과, 물리치료실이 모두 1곳 이상 분포하고 있어 동 기준을 달성하고 있다. 반면 강원도에서 동기준의 이행실태가 가장 저조하였고, 전라남도, 경상남북도 역시 이행실태가 낮게 나타났다.

응급부문 농어촌 서비스 기준 중 응급서비스

표 1. 농어촌 서비스기준 항목 중 응급의료 관련 항목 및 세부내용

부문	항목	세부내용
보건의료	가. 진료서비스	시군 내에서 내과, 한방과, 물리치료실 등 중요과목 의사 진료가능하다
응급	가. 응급서비스	응급환자 발생시 기본적인 응급장비가 마련된 구급차가 30분 내에 도착하여 응급처치를 한다
	나. 도서·벽지에 대한 응급서비스	낙도·벽지에 헬기·선박을 이용한 환자 이송체계를 구축한다

9) 농림수산식품부 고시 제2011-5호: 한국농촌경제연구원(2012), 재인용.

10) 현재 설정된 농어촌 서비스 기준의 목표달성 연도는 제2차 삶의 질 향상 기본계획이 종료되는 2014년임.

**표 2. 농어촌 서비스기준 부문별 이행실태 점검 방법**

부문	항목	세부기준	세부내용
보건의료	가. 진료서비스	주요과목 1차 진료	일반병원, 한방병원, 치과, 물리치료실, 산부인과 등 5개 과목 진료가능 여부 확인
응급	가. 응급서비스	구급차 30분내 도착	(5분 이내 소요 행정리수/소방출동 총 행정리수)×100
	나. 도서·벽지에 대한 응급서비스	헬기, 선박 이용한 환자이송체계	해양경찰서별 헬기 및 선박, 산림청별 헬기
		응급의료 체계 개선	소방청 EMS 헬기 현황 파악

부문은 대부분 목표를 달성하였거나 그에 준하는 이행 실태를 보이고 있으나, 도서벽지에 대한 응급서비스 항목은 소수지역에만 해당되기 때문에 이행실태 점검에서 제외 되었다.

이처럼 농어촌 서비스기준에 따른 이행 실태 점검결과는 대부분 양호한 수준으로 나타났으나, 다수의 전문가는 항목별 서비스 기준이 현실에 비해 너무 낮은 수준으로 설정되어 있다는 점을 문제점으로 지적하고 있다.

**2) 농어촌 영향평가 전문평가 결과<sup>11)</sup>**

‘농어촌 영향평가 제도’는 「삶의 질 향상 특

별법」에 따른 제2차 ‘농림어업인 삶의 질 향상 및 농산어촌 지역개발 5개년 기본계획’(이하 삶의 질 계획)에 의해 지난 2010년부터 시행되었다. ‘농어촌 영향평가 시행 계획’에서는 정책이 농어촌에 끼칠 수 있는 차별적 영향을 파악하기 위해 검토해야 할 농어촌 지역의 특성을 불리한 접근성, 낮은 인구밀도, 사업체의 영세성, 경제활동 인력의 특성, 지방자치단체의 재정 여건, 지역의 사회자본 등 6가지 항목으로 밝히고 있다.

농어촌 영향평가 전문평가는 농어촌과 관련된 정부정책에 대한 평가를 주요 내용으로 2011년 처음 실시되었으며, 결과에 대한 환류

**표 3. 농어촌 서비스기준 서비스 부문별 이행실태 점검 결과**

부문	세부기준	기준목표 (2014)	현황(2010)									
			농어촌	경기	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	제주
보건의료	주요과목 1차 진료	100.0	75.0	100.0	60.0	90.9	87.5	83.3	65.0	61.9	66.7	100.0
응급	구급차 30분내 도착	100.0	99.8	100.0	99.8	99.9	99.9	100.0	99.9	99.5	99.6	100.0
	헬기, 선박 이용한 환자이송체계	(100.0)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	응급의료 체계 개선	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

11) 마상진 외(2012). 농어촌 영향평가 전문평가.

를 통해 농어촌 인지도적 정책수립에 기여하는 것을 목표로 하고 있다. 2012년에는 농어촌 응급의료정책이 평가대상으로 선정되었으며, 평가 지표는 응급환자를 현장에서 병원에 이송하기까지의 병원전단계와 병원후송 이후의 병원단계로 나누어 구조, 과정, 결과 지표로 구성하였다. 각 지표별 평가결과는 <표 4>와 같다.

(1) 병원전단계

응급의료체계의 질적 수준을 나타내는 지표 중 병원전단계에서는 단위면적 및 인구 1만명당 구급차 수, 신고이후 구급차의 현장 도착, 그리고 현장에서 응급의료기관까지의 이송 소요

시간이 평가지표로 제시되었다.

먼저 인구 1만명당으로 환산한 구급차 수는 대도시에 비해 농어촌이 많은 것으로 나타났으나, 이를 단위면적당으로 바꾸어 계산하면 농어촌의 사정이 훨씬 좋지 않은 것으로 분석되었다.

응급상황 발생 이후 환자가 병원에 도착하기까지의 시간을 현장에 구급차가 도착하기까지의 시간, 그리고 구급차가 환자를 병원에 이송하기까지의 시간으로 나누어 비교해볼 수 있다. 먼저 구급차가 현장에 도착할 때까지의 소요시간은 중소도시의 경우 30분 이내에 현장에 도착하는 것으로 나타났으나, 농어촌 지역의 경우 현장 도착까지의 시간이 30분을 초과하는 경우

표 4. 응급의료체계 관련 성과지표

구분	응급의료 단계	
	병원전단계	병원단계
구조	단위면적당 구급차수	시설, 인력, 장비 총족률
과정	- 신고 이후 구급차 현장 도착 시간 - 현장에서 응급의료기관까지 이송 시간	
결과		교통사고 사망률

자료: 마상진 외(2012).

표 5. 단위면적 및 인구 1만명당 구급차 수

지역	분석대상 소방서수	인구 1만명당 구급차수		10km <sup>2</sup> 당 구급차수	
		평균	표준편차	평균	표준편차
농어촌	86개소	0.703	0.427	0.098	0.052
대도시	11개소	0.247	0.189	1.484	1.013

주: 각 소방서홈페이지 상에서 구급차수와 관할지역을 제시하고 있는 소방서만을 대상으로 분석한 결과임. 농어촌지역은 경남, 경북, 강원, 충남, 충북, 전남, 전북 소재 소방서이며, 대도시는 부산에 한정되었음. 전주·청주소방서 등의 관할지역이 주변 농촌지역을 포함하고 있기 때문에 중소도시지역으로 따로 분리할 수 없었음.

자료: 마상진 외(2012).

도 많은 것으로 나타났다.

환자가 구급차를 이용하여 응급의료기관에 도착하기까지의 이용시간은 도시의 경우 대부분 응급의료기관까지의 도착시간이 30분 미만인데 반해, 농어촌의 경우 60분을 초과하는 경우도 있었다. 평균 소요 시간을 따지면 도시는 13.9분인데 반해, 농어촌지역은 20분 이상인 것으로 나타나 이에 대한 개선이 필요함을 보여주고 있다.

환자에게 응급상황이 발생하여 병원에 후송되기까지는 위에서 나누어 살펴본 두단계의 과정이 반드시 필요한데, 이상의 과정에서 소요된 시간은 도시에 비해 농어촌에서는 두배 이상의

시간이 소요되는 것으로 나타났다.

응급상황에서는 얼마나 빠른 시간에 적절한 처치가 이루어지느냐가 생명을 살리는 데 중요한 역할을 하는 만큼 의료기관으로의 후송시간의 차이는 곧 불필요한 사망의 결과로 나타날 수 있음을 감안한다면 신속히 해결되어야 할 문제로 지적될 수 있다.

## (2) 병원단계

환자가 병원에 후송된 이후의 병원단계 질지표로는 시설, 인력, 장비 등의 법적 기준 충족을

표 6. 신고-구급차 현장 도착/현장-응급의료센터 도착 소요시간 비교

(단위: %)

구분	중소도시(18명)	농어촌지역		전체(98명)	
		동(29명)	읍면(51명)		
신고-구급차현장 도착 소요 시간	5분 이하	50.0	34.5	37.3	38.8
	5~15분 이하	44.4	44.8	41.2	42.9
	15~30분 이하	5.6	10.3	17.6	13.3
	30분 초과	0	10.3	3.9	5.1
	평균	8.2분	14.2분	12.6분	12.3분
현장-응급의료기관 도착 소요 시간	5분 이하	5.6	6.9	0	3.1
	5~15분 이하	72.2	44.8	33.3	43.9
	15~30분 이하	22.2	20.7	39.2	30.6
	30~60분 이하	0	20.7	25.5	19.4
	60분 초과	0	6.9	2.0	3.1
평균	13.9분	28.6분	28.0분	25.6분	
합계	15분 이하	33.3	17.2	11.8	17.3
	15~30분 이하	55.6	44.8	37.3	42.9
	30~60분 이하	11.1	10.3	35.3	23.5
	60~90분 이하	0	13.8	13.7	11.2
	90분 초과	0	13.8	2.0	5.1
평균	22.1분	42.8분	40.7분	37.9분	

자료: 마상진 외(2012).

과 최종 결과 지표 중의 하나로 교통사고 사망률을 비교하였다.

도농간 지역응급의료기관 법정기준 충족율의 경우 도시지역의 응급의료기관은 법적기준을 100% 충족하고 있는 기관이 60.8%인 반면 중소도시에서는 32.3%, 군지역에서는 20.0%만이 법적기준을 완전히 충족하고 있는 것으로 나타났다.

응급의료가 반드시 필요한 교통사고를 대상으로 도농간 사망률의 차이를 비교하여보면, 도시지역에 비해 농어촌 지역에서 사망률이 훨씬

높음을 알 수 있다. 교통사고의 경중에 따라 사망률의 차이가 있을 것이나, 사고 이후 적절한 응급처치가 이루어지기까지의 여건 또한 사망률에 영향을 미칠 것이므로 도농간 응급의료서비스의 접근성의 차이가 얼마나 큰 결과를 가져올 수 있는지를 미루어 짐작할 수 있다.

### 3) 농어촌 의료이용 현황에 대한 전화조사 결과<sup>12)</sup>

김동진 외(2012)는 도농간 의료이용에 대한

표 7. 도농간 지역응급의료기관 법정기준 충족율

(단위: %)

법정기준 충족율	전체	대도시	중소도시	군
전체	100.0(166개소)	100.0(51개소)	100.0(65개소)	100.0(50개소)
0%	42.8	23.5	33.8	74.0
50% 미만	5.4	2.0	12.3	0
50~75% 미만	12.7	9.8	20.0	6.0
75~100% 미만	1.8	3.9	1.5	0
100%	37.3	60.8	32.3	20.0

자료: 마상진 외(2012), 재정리

표 8. 도시지역과 농촌지역의 교통사고 사망률 추이 비교

(단위: %)

구분	시군구	2000년		2005년		2010년	
		평균	표준편차	평균	표준편차	평균	표준편차
도시	91	17.5	7.3	11.3	5.0	10.0	4.2
농촌	139	50.5	16.2	35.4	15.6	30.3	13.7
계	230	37.5	21.0	25.8	17.2	22.3	14.8

자료: 마상진 외(2012).

12) 김동진 외(2012). 농어촌지역 주민의 건강증진을 위한 지역사회 자원 조직화 방안.

격차를 파악하기 위해 도시 및 농어촌에 거주민 1,000명을 대상으로 전화설문조사를 실시한 바 있다. 총 응답자 1,000명 중 도시에 거주하는 응답자는 37.3%, 도·농복합시내 농촌에 거주하는 응답자는 26.4%, 농촌에 거주하는 응답자는 38.1%였다. 전체 응답자 1,000명 중 23.4%에 해당되는 234명만이 응급상황을 경험한 것으로 나타나 주요 분석을 이들을 중심으로 이루어졌다.

응급환자 발생시 가장 먼저 전문가의 처치를

받기까지의 시간을 살펴보면, 119 연락시에는 평균 12분 정도였으며 본인이 응급의료기관까지 가는데 걸리는 시간은 17분, 가족을 동반하여 응급의료기관을 방문하기까지는 23분, 가족 외 타인을 동반하여 응급의료기관을 방문하기까지는 36분 정도가 소요되는 것으로 나타났다.

지역별로 응급차량 이동 소요시간을 살펴보면, 응급차량 도착 및 응급실까지 가는데 소요되는 시간은 농촌지역이 도시지역보다 훨씬 길었다. 이는 농촌지역 특성을 반영한 응급의료

**표 9. 응급환자 발생시 1차 응급처치까지의 소요시간**

(단위: 분)

이송수단	도·농복합시내 도시(N=84)	도·농복합시내 농촌(N=51)	농촌(N=99)	평균(N=234)
119	10.2	12.4	15.0	12.9
본인	15.0	25.0	13.8	17.3
가족	20.5	20.6	29.0	23.0
타인	25.0	40.0	36.4	36.0

주: 시간은 119에 연락할 경우는 응급차가 도착할 때까지 걸리는 시간, 119외에 연락할 경우는 응급의료기관(병원 등)까지 가는데 걸리는 시간을 나타냄.  
 자료: 김동진 외(2012).

**표 10. 응급환자 발생시 가장 어려운 점**

(단위: %)

어려운 점	도·농복합시내 도시(N=84)	도·농복합시내 농촌(N=51)	농촌(N=99)	전체(N=234)
계	100.00	100.00	100.00	100.00
응급처치를 할 수 있는 사람이 없음	39.29	31.37	39.39	37.61
교통수단을 마련하기 어려움	5.95	9.80	8.08	7.69
응급실이 있는 병원까지의 거리가 너무 멀	17.86	33.33	27.27	25.21
119 구급차가 오는데 시간이 많이 걸림	7.14	9.80	9.09	8.55
별다른 어려움이 없음	25.00	15.69	14.14	18.38
기타	4.76	0.00	2.02	2.56

자료: 김동진 외(2012).



대책이 필요함을 시사한다.

일반적으로 응급상황이 발생할 경우 가장 어려운 점은 “응급처치를 할 수 있는 사람이 없음 (31.37~39.39%)”인 것으로 나타났다. 그러나 농촌지역에서는 도시지역에 비해 “응급처치를 할 수 있는 사람의 부재” 외 “응급실이 있는 병원까지의 거리가 멀”과 “119 구급차량이 오는데 걸리는 시간이 김”, 그리고 “교통수단을 마련하기 어려움” 등이 보다 큰 어려움으로 작용하는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 도시지역에 비해 농촌지역에서의 응급의료의 접근성이 열악함을 보여준다.

이상의 평가결과에서 보여주는 공통된 문제는 농어촌 응급의료서비스의 문제점은 무엇보다 도시에 비해 현저히 떨어지는 접근성이 가장 많이 지적되고 있으며, 특히 응급현장에서 환자를 응급의료기관에 이송하기까지의 시간이 도시에 비해 상대적으로 긴 것으로 나타났다.

이는 농어촌의 지역적 특성상 응급의료를 전문적으로 제공할 수 있는 병원까지 이동거리가 멀기 때문일 수도 있고 때에 따라서는 인근 도시지역으로 이동해야 하는 경우도 발생하기 때문일 것이다.

### 3. 농어촌 응급의료서비스 접근성 제고 방안

이상에서 살펴본 바와 같이 농어촌 지역에서 대한 의료 접근성 강화의 필요성은 각종 연구결

과에서 잘 나타나고 있다. 보건복지부에서도 이러한 사실을 인지하여 2011년과 2012년에 걸쳐 취약지역에 지역응급의료기관을 각각 11개소, 38개소씩 설치하였다. 그럼에도 불구하고, 응급의료 인프라 부족 문제는 완전히 해결되지 않고 있으며 향후에도 단기간에 모든 문제가 개선되기는 쉽지 않을 것으로 예상된다. 때문에 정책적으로 몇 가지 우선순위나 원칙을 정하여 보다 중장기적으로 추진하는 것이 보다 효율적일 것이다.

우선, 농어촌 응급의료 강화의 필요성을 충분히 이해하고 지속적인 투자의 필요성을 인지할 필요가 있다. 이와 관련하여 일본, 미국, 캐나다 등은 농어촌 지역을 의료취약지역으로 지정하고 의료전달체계가 제대로 작동하도록 적극적인 정책을 펼치고 있다<sup>13)</sup>.

일본은 주민수 및 지자체 재정자립도 등을 고려하여 불채산 지역을 정하여 해당지역에서 운영중인 공립병원에 대해 특별양여금을 지원하고 있다. 또한, 일본은 각급 지자체별 기능분담을 통해 제도의 효율성을 도모하고 있다. 예를 들어, 도도부현이 작성한 지역별 의료계획에 따라 초기, 2차 및 3차 구급의료기관의 위치와 수를 정하여 효율적인 체제를 구축하고 있는데, 초기구급의료기관은 외래중심의 경증구급환자를 담당하고 있고, 2차 구급의료기관은 입원진료를 필요로 하는 중증구급환자의 진료를 담당하고 있으며, 3차 구급의료기관은 다양한 진료과를 개설하여 질환이 복잡한 중증의 환자에 대한 고도 의료를 제공하고 있다. 이처럼 일본은

13) 김동진(2012). 농어촌 주민의 일반·응급의료이용 현황 및 시사점, 보건 복지 Issue & Focus 159호.

지방정부에 실질적인 책임을 부여하여 구급의료체계를 구축하고 시행함으로써 지역 자원 동원 및 관련 기관(의료기관)이나 단체(의사회) 등과의 관계를 지방자치체가 책임성 있게 추진하여 실질적인 체계를 구축하고 있다.

캐나다는 지리정보시스템을 활용하여 응급의료서비스가 미치지 못하는 지역의 인구 규모를 고려하여 서비스 공급을 고려하는 정책을 펼치고 있다. 또한 퀘벡지역에는 공공서비스를 보완하는 차원에서 민간에서 협동조합 방식으로 응급구조대를 운영하는 사례도 있다. 퀘벡에는 주정부가 운영하는 응급구조대와 60여개 민간 응급구조 업체가 있으며, 각 구역별로 사업구역이 정해져 있다. 환자가 911로 응급구조 요청을 하면 911에서는 환자와 가장 가까운 응급구조 업체로 연락을 한다. 비용은 환자나 보험회사가 부담하게 되는데 저소득층의 경우에는 지원을 받게 되므로 실제 비용부담은 크지 않다<sup>14)</sup>.

이외에도 미국은 의료취약지역을 대도시 이외 지역으로서 인접한 병원까지 차로 1시간 이상 걸리는 지역으로 정의하고 해당 지역에 병원을 설립 및 운영할 경우 경비 또한 지원하고 있다.

다음으로 응급의료서비스 강화를 위해 서비스 공급 단계별로 구체적인 서비스 강화 방안 또한 고려해 볼 필요가 있다. 현재 우리나라 의료서비스 공급체계에서 효율적인 응급의료서비스 전달 체계 구축을 위해 농어촌지역의 경우 병원단계의 서비스 질을 향상시키기보다 적절

한 응급처치를 신속하게 병원단계에 도달하는 것이 효과적일 것이다<sup>15)</sup>.

농어촌지역의 경우 후송서비스 제공기관이나 응급의료기관이 담당해야 할 지역이 도시에 비해 넓기 때문에 상대적으로 장시간 소요되는 이송시간 동안 환자의 상태를 안정적으로 유지시키기 위해서는 환자 발생 현장에서 일차적인 응급처치가 신속하게 이루어질 필요가 있다.

따라서 환자가 발생했을 때 응급환자에 대한 일차반응서비스로 환자를 발견한 경찰이나 지역사회 주민에 의해 가능한 범위 내에서 일차적인 응급처치가 이루어질 수 있도록 필요한 교육을 실시할 필요가 있다. 특히, 산간이나 도서지역 등의 경우에는 마을건강원에 대한 교육프로그램에 응급처치 교육을 강화하는 등의 방법 또한 생각해 볼 수 있을 것이다.

응급상황 발생시 구급차가 현장에 도착하기까지의 시간을 줄일 수 있어야 할 것이다. 현재 우리나라의 응급후송체계는 119를 중심으로 이루어져 있으나, 도서 산간지역의 경우 접근성이 현저히 떨어질 수밖에 없다. 때문에 벽오지 등을 중심으로 공공 후송체계를 보완할 수 있는 대안을 마련할 필요가 있으며, 여러 대안 중의 하나로 지자체 별로 활용 가능한 민간자원을 동원하는 것도 고려해 볼 수 있을 것이다.

마지막으로 도시에 비해 상대적으로 긴 시간이 소요되는 이송시간 동안 환자의 상태를 안정적으로 유지시킬 수 있는 전문요원의 확보가 중요하다. 즉, 구급차에는 전문 응급처치가 가능

14) 시사인(2012.8.30), 세상에 뭐이런 협동조합이 다 있어?.

15) 마상진 외(2012).

한 인력이 반드시 동승함은 물론 필요 의료장비를 구비하는 등 서비스의 질적 수준을 제고하여야 할 필요가 있다<sup>16)</sup>.

## 4. 나오는 말

농어촌지역은 도시지역과 동일한 조건으로 정책이 추진되었을 때 도시에 비해 불리할 수밖에 없는 구조적인 특성<sup>17)</sup>을 가지고 있다. 때문에 모든 지역에 동일한 응급의료강화 정책을 실시하였을 때 농어촌지역에서는 상대적으로 그 효과성이 떨어질 수밖에 없다. 또한 농어촌지역에 거주하는 인구수가 점점 감소하고 있고, 도시에 비해 소득수준도 낮아서 의료기관 경영환경적인 측면에서 시장성이 떨어지게 되므로 상대적으로 민간의료기관이 투자를 확충할만한 동기를 찾기가 쉽지 않다.

때문에 농어촌지역의 보건의료 특히 응급의료와 같은 필수적인 의료서비스는 공공서비스 중심으로 보다 적극적인 투자가 이루어지지 않으면 서비스가 개선될 수 없을 것이다.

우리나라에서는 그 동안 농어촌 응급의료 정책 강화를 위해 정부의 노력을 투입하였음에도 불구하고 정책적인 효과가 잘 나타나지 않고 있

다. 그럼에도 불구하고 농어촌의 응급의료서비스 접근성 개선을 위해 보다 중장기적으로 꾸준히 정책적 노력과 자원을 투입할 필요가 있다.

본문에서 언급한 바와 같이 농어촌 응급의료서비스 개선을 위해 병원단계의 서비스 보다는 응급의료기관까지의 이송시간 단축 등 병원전단계 문제 해결을 우선 순위로 설정할 필요가 있고, 병원전단계 내에서도 환자 발생 현장에서 서부터 환자가 의료기관에 도착하기까지의 세부 단계별로 서비스의 질적 수준을 높일 필요가 있다.

그 외에 응급의료의 지역적 특수성을 인정하여 지역 특성에 맞는 응급의료서비스 제공 계획을 수립하는 것도 고려해 볼 만하다.

응급의료의 가장 큰 특징 중의 하나는 지역성이라고 할 수 있다. 이는 응급의료의 특성상 환자가 발생한 해당지역의 의료자원을 활용하여 환자에게 신속하게 치료가 제공될 때 환자의 생존율이 높아지기 때문이다. 때문에 도시와 농어촌의 환경적 차이를 정책에 반영할 수 있도록 지자체별로 응급의료 강화를 위한 구체적 방안을 마련하도록 하되 중앙에서는 적절한 지원과 평가를 통해 효과성을 극대화 할 수 있는 방안을 모색해 보는 것도 하나의 방안으로 고민해볼 가치가 있을 것이다<sup>18)</sup>. **붙임**

16) 전계서

17) 낮은 인구밀도와 소수의 정책수혜자, 지방자치단체의 낮은 재정자립도와 인적 자원, 사회자본과 민간 부문 인적자원 부족, 공공서비스에 대한 낮은 접근성 등.

18) 응급의학연구재단(2011). 병원전단계 응급의료체계 효율화 방안.