

연구보고서 2003-03

## 보건의료서비스 공급체계 개선방안

서미경	김혜련
한영자	선우덕
송현종	김남순
황나미	김동진
박인철	오희철

한국보건사회연구원

## 머 리 말

새로운 세기를 접하면서 보건의료에 대한 환경과 수요도 더욱 크게 변화하고 있다. 사회·경제·정치구조의 변화와 건강의 중요성에 대한 인식의 증대, 의료기술의 발달, 대외 개방의 영향과 함께 특히 우리나라에서 맞게 되는 급속한 노령화와 질병양상의 변화로 보건의료 수요는 향후 매우 그 양상이 달라질 것으로 보이며 이는 보건의료 공급체계에 새로운 도전으로 밀려오고 있다.

그동안 우리나라는 1970년대 이후 의료공급의 빠른 성장, 건강보장체계의 전국민 적용, 1990년대부터 의료공급개혁과 지역보건사업의 확충을 위한 다양한 시도를 계속하여 오고 있다. 그러나 아직까지 우리나라 의료공급체계가 비효율적이고 비효과적인 구조적 요인이 자원의 투입만으로는 완화되지 못하고 있다. 우리나라에서 최근 시행되고 있거나 시도중인 보건의료공급체계의 개선을 위한 수단들이 효과적인가? 인구의 노령화와 만성질환 중심의 질병양상이 심화되는데 따라 건강증진과 질병예방의 강화, 의료서비스의 지속성과 포괄성의 유지, 장기요양서비스 수요의 증가에 효과적으로 부응할 수 있는 의료서비스를 갖고 있는가? 민간의 참여 유인이 낮아 서비스 공급이 미흡한 필수적인 보건의료 서비스, 즉, 건강증진, 질병예방, 요양 서비스, 전염병질환관리, 응급의료를 적절히 공급하고 있는가? 민간이 주도하는 급성기 치료중심의 비용유발적인 의료서비스에서 전환하여 의료공급을 개선하고 있는가? 공공보건기관인 보건소의 건강증진사업은 올바른 길로 나아가고 있는가? 등의 사회적 요구에 대해서 효과적인 정책수단과 재정기전을 구사하고 있는가에 있어서 만족스러운 만한 대응책을 강구해 내지 못하고 있다.

본 연구는 이러한 우리나라 보건의료공급체계 과제의 실마리를 풀어나가는데 있어 변화하는 수요에 대응하는 서비스 공급구조로서 우선적으로 개선되어야 할 보건의료서비스 공급 영역으로 만성질환 및 전염성질환, 응급의료의 문제를

포괄적으로 제기하고 이러한 과제에서 보다 역할이 강화되어야 할 공공의료체계와 공공보건체계의 기능 개선방안에 초점을 맞추고자 하였다.

본 연구결과가 2003년 당 연구원의 보건의료연구실에서 진행된 국민의료비 비용효과성 제고방안, 보건의료자원의 적정수급을 위한 방안과 더불어 우리나라의 보건의료체계를 재조명하고 정책과제를 도출하는데 있어서 활용되기를 바란다.

본 연구는 당 연구원의 서미경 연구위원, 김혜련 부연구위원의 책임 하에 원내에서는 선우덕 부연구위원, 한영자, 송현중, 김남순 책임연구위원, 황나미 연구위원, 김동진 주임연구위원이 참여하였으며, 2명의 외부 전문가가 공동연구자로 참여하였다.

목차별 집필진은 다음과 같다.

제1장, 제2장 서론, 보건의료 서비스 공급체계의 과제: 김혜련·서미경·김동진

제3장 만성질환 관리체계의 개선: 선우덕·서미경·황나미·김동진

제4장 전염성질환 관리체계의 개선: 한영자·오희철

제5장 응급의료서비스 공급체계의 개선: 송현중·박인철

제6장, 제7장, 제8장 공공보건의료 공급의 개선방안: 김혜련·김남순·김동진

제9장 결론: 서미경·김혜련

연구진은 본 보고서를 작성함에 있어 좋은 논평을 해주신 김용익 교수, 이규식 교수, 이윤현 교수에게 사의를 표하며, 본 보고서를 읽고 좋은 의견을 주신 남정자 연구위원과 최정수 책임연구원에 감사하고 있다.

끝으로 본 보고서에 수록된 내용은 저자들의 의견이며, 본 연구원의 공식견해가 아님을 밝혀 둔다.

2003년 12월

한국보건사회연구원

원 장 박 순 일

# 목 차

요 약 .....	15
<b>제1부 서 론 .....</b>	<b>45</b>
제1장 서 론 .....	47
제1절 연구배경 및 연구방향 .....	47
제2절 연구목적 .....	49
제3절 연구내용 및 방법 .....	50
제2장 보건의료 서비스 공급체계의 과제 .....	53
제1절 보건의료 서비스 공급체계의 개념 .....	53
제2절 보건의료 서비스 수요의 변화 .....	54
제3절 보건의료서비스 공급체계 현황 및 수요에 대응한 변화 .....	65
<b>제2부 주요질환별 보건의료서비스 공급체계 개선방안 .....</b>	<b>79</b>
제3장 만성질환 관리체계의 개선 .....	82
제1절 만성질환자 보건의료서비스 공급 .....	82
제2절 만성질환 서비스 공급체계의 현황과 문제점 .....	86
제3절 만성질환 서비스 공급 체계의 개선방안 .....	121
제4장 전염성질환 관리체계의 개선 .....	130
제1절 전염성질환 관리체계의 구성 .....	130
제2절 전염병질환 관리의 문제점 .....	140
제3절 전염성질환 보건의료서비스 공급체계의 개선방안 .....	157

제5장 응급의료서비스 공급체계의 개선 .....	163
제1절 응급의료체계의 구성 .....	163
제2절 응급의료서비스의 현황 및 문제점 .....	169
제3절 응급의료서비스의 개선방안 .....	192
<b>제3부 공공보건의료 공급의 개선방안 .....</b>	<b>203</b>
제6장 공공의료 공급체계의 현황과 개선방안 .....	207
제1절 공공의료서비스 체계의 현황과 문제점 .....	207
제2절 공공의료서비스 체계의 개선방안 .....	218
제7장 공공보건 공급체계의 현황과 개선방안 .....	243
제1절 공공보건서비스 체계의 현황과 문제점 .....	243
제2절 공공보건서비스 체계의 개선방안 .....	258
제8장 만성·전염성·응급의료에 대한 공공보건의료의 역할 .....	271
제1절 만성질환 관리 .....	271
제2절 전염성질환 관리 .....	277
제3절 응급의료 관리 .....	278
<b>제4부 결 론 .....</b>	<b>281</b>
제9장 결론 및 정책제언 .....	283
<b>참고문헌 .....</b>	<b>293</b>

## 표 목 차

〈표 2- 1〉 우리나라의 입원재원일수, OECD국과의 비교 .....	55
〈표 2- 2〉 의료서비스에 대한 불만족 이유(1989, 1999년) .....	56
〈표 2- 3〉 국민의료비 변화 추이 .....	57
〈표 2- 4〉 대분류별 사망원인의 변화추이 .....	58
〈표 2- 5〉 사망원인 순위(1985, 1994, 2002년) .....	59
〈표 2- 7〉 연도별 외인사망률(십만명당) .....	63
〈표 2- 8〉 인구 십만명당 운수사고 사망률(1990, 1995, 1999, 2000년) .....	63
〈표 2- 9〉 보건의료기관의 구분 및 역할 .....	66
〈표 2-10〉 의료기관의 유형과 환자의뢰체계의 단계 .....	67
〈표 2-11〉 인구 1,000명당 급성병상수(1990, 1995, 2000년) .....	69
〈표 2-12〉 보건의료기관 및 노인의료복지시설 등의 종류별 분포 (1980, 1990, 2001년) .....	70
〈표 2-13〉 OECD국가의 활동의사수 비율 .....	71
〈표 2-14〉 세계보건기구 회원국의 보건의료시스템 성과 순위 (총 191개국, 1997년) .....	74
〈표 3- 1〉 연도별 만성질환의 유병률 순위 추이(1995~2001) .....	84
〈표 3- 2〉 연도별·사인별 사망률 순위추이 (1995~2001) .....	85
〈표 3- 3〉 만성질환과 변화 가능한 위험요인 .....	85
〈표 3- 4〉 건강검진 수검율(2003년) .....	87
〈표 3- 5〉 검진기관의 의료인력·시설 및 장비기준 .....	89
〈표 3- 6〉 건강검진기관의 종류와 수 .....	90
〈표 3- 7〉 만성질환유형별 연령계층별 의료기관유형별 의료이용일당 총진료비(건강보험, 외래) .....	92

〈표 3- 8〉	만성질환유형별 연령계층별 의료기관유형별 의료이용일당 총진료비(의료급여, 외래) .....	93
〈표 3- 9〉	만성질환유형별 연령계층별 의료기관유형별 의료이용일당 총진료비(건강보험, 입원) .....	94
〈표 3-10〉	만성질환유형별 연령계층별 의료기관유형별 의료이용일당 총진료비(의료급여, 입원) .....	95
〈표 3-11〉	의료기관 가정간호 서비스와 보건소 방문간호서비스 특성 비교 .....	96
〈표 3-12〉	만성질환유형별 연령계층별 의료기관이용분포 (건강보험, 외래) .....	101
〈표 3-13〉	만성질환유형별 연령계층별 의료기관이용분포 (의료급여, 외래) .....	102
〈표 3-14〉	만성질환유형별 연령계층별 의료기관이용분포 (건강보험, 입원) .....	103
〈표 3-15〉	만성질환유형별 연령계층별 의료기관이용분포 (의료급여, 입원) .....	104
〈표 3-16〉	보건소 간호사 및 방문간호사업 1인당 담당인구수 .....	105
〈표 3-17〉	장기요양서비스의 현황: 시설 및 재가서비스 .....	110
〈표 3-18〉	만성질환 전문요양기관(2002.12월말) .....	110
〈표 3-19〉	장기요양시설 현황 (2002.12월말 기준) .....	111
〈표 3-20〉	재가노인복지시설 현황 (2002.12월말 기준) .....	112
〈표 3-21〉	우리나라 노인병 인정의의 현황 .....	113
〈표 3-22〉	재가요양(재가복지) 시설의 보건의료인력기준 .....	114
〈표 3-23〉	노인장기요양시설의 보건의료인력 배치기준(2003년) .....	114
〈표 3-24〉	국민건강증진기금의 수입추이 .....	117
〈표 3-25〉	국민건강증진기금의 지출추이 .....	117
〈표 3-26〉	노인재가시설의 국고지원기준(2003) .....	119
〈표 3-27〉	만성질환 관련 사업예산(보건복지부, 일반회계, 2003) .....	120

〈표 4-1〉	법정 전염병의 종류 .....	131
〈표 4-2〉	전염병질환 관련법 개정 주요 내용 .....	133
〈표 4-3〉	표본감시 전염병 .....	138
〈표 4-4〉	SARS 관련 법 개정 및 문제점 .....	157
〈표 5-1〉	응급증상 및 이에 준하는 증상 .....	164
〈표 5-2〉	구급차별 탑재 의료장비·구급의약품 및 통신장비 기준 .....	171
〈표 5-3〉	응급구조사의 업무범위 .....	174
〈표 5-4〉	응급구조사 국가시험 합격자 현황 .....	175
〈표 5-5〉	지역별 구급차 현황(2001년) .....	176
〈표 5-6〉	지역별 119 구급차 이용현황 .....	177
〈표 5-7〉	119 구급차의 이송소요 시간별 이송건수의 분포, 2002 .....	179
〈표 5-8〉	구급차 현황 .....	180
〈표 5-9〉	119 구급대 구급차수 및 인력 현황, 2002 .....	182
〈표 5-10〉	2주간 대형사고중독의 응급치료 소요시간: 지역별 .....	183
〈표 5-11〉	2주간 대형사고중독의 응급치료 소요시간 적절여부 및 자연사유 .....	183
〈표 5-12〉	응급의료기관 현황, 2003년 5월 .....	185
〈표 5-13〉	의료기관종별 응급실 병실 및 병상수, 2002 .....	186
〈표 5-14〉	지역별 인구수별 응급실 병실 및 병상수, 2002 .....	187
〈표 5-15〉	지역별 응급의학 전문의 수, 2002 .....	189
〈표 5-16〉	1339 응급의료정보센터 접수건수 .....	191
〈표 5-17〉	손상으로 인한 입원환자 및 외래환자 발생건수, 발생률 .....	193
〈표 6-1〉	OECD 국가의 공공의료비 비율, 보건의료부문 지출 및 공공병상비율 .....	208
〈표 6-2〉	우리나라 국민의료비, 정부 총지출 중 보건부문 지출비율 추이 .....	209
〈표 6-3〉	공공 및 민간의료기관 수 및 병상수, 1999년 .....	211
〈표 6-4〉	공공 및 민간의료기관의 병상수 .....	212



〈표 6- 5〉	공공의료기관 중 종합병원, 병원의 설립형태별, 종별 구분	212
〈표 6- 6〉	공공병원의 관리주체 분산 현황	213
〈표 6- 7〉	공공과 민간의료기관의 외래환자 구성(환자조사결과)	215
〈표 6- 8〉	기존 공공의료 개편방안(Ⅰ안)	226
〈표 6- 9〉	기존 공공의료 개편방안(Ⅱ안)	228
〈표 7- 1〉	공공보건기관의 설치현황	244
〈표 7- 2〉	지역별 공공보건기관의 배치 현황 (2000년)	244
〈표 7- 3〉	보건소의 보건의료인력수 평균치(2000년)	246
〈표 7- 4〉	보건소의 보건의료인력수 평균치1)(2000년, 1996년)	247
〈표 7- 5〉	보건소 유형별 평균인력과 관할인구 현황 (2000년)	248
〈표 7- 6〉	가구 월소득별 지난 1년간 진료 및 예방보건서비스로 보건소를 이용한 경험이 있는 가구비율	254
〈표 7- 7〉	보건소 이용가구의 이용 서비스 종류	255
〈표 7- 8〉	가구 월소득별 보건소 이용 이유	256
〈표 7- 9〉	가구 월소득별 보건소 미이용 사유	256
〈표 7-10〉	소득수준별 주민들이 보건소에 요구하는 건강증진 및 보건교육 프로그램 종류	257

## 그림 목차

[그림 1-1]	연구의 기본 틀 .....	51
[그림 2-1]	의료보험 적용인구의 의료이용도(1990~2002) .....	55
[그림 2-2]	연령계층별 구성비 추이, 1970~2030 .....	60
[그림 2-3]	연령군별 인구비중 변화추이 .....	61
[그림 2-4]	연령군별 총진료비 비중의 변화 추이 .....	61
[그림 2-5]	보건의료 공급체계 .....	76
[그림 3-1]	주요 만성질환의 발생 및 보건의료서비스 공급(제공)과정 .....	83
[그림 3-2]	대상자 경제수준 및 간호수준별 가정간호 및 방문간호 사업 관장 실태 .....	97
[그림 3-3]	재활의료기관 및 의료재활 제공시설 현황 .....	107
[그림 3-4]	만성질환관리 보건·의료·복지서비스의 기본내용 .....	122
[그림 3-5]	만성질환 보건의료공급시설의 재배치를 위한 보건의료권 설정의 기본방안 .....	124
[그림 3-6]	만성질환관리 보건·의료·복지서비스 전달체계의 기본방향 ..	126
[그림 3-7]	만성질환관리 보건·의료·복지 네트워크 구성체계 .....	127
[그림 4-1]	21세기에 대비한 전염병관리 전략 .....	134
[그림 4-2]	전염병 신고·보고체계 .....	136
[그림 4-3]	전염병 발생 보고체계 .....	137
[그림 4-4]	표본감시체계 신고·보고 흐름도 .....	139
[그림 4-5]	<b>HIV/AIDS</b> 감염자 관리체계 .....	146
[그림 4-6]	검역소의 역할 .....	154
[그림 4-7]	시·군·구 보건소의 역할 .....	154
[그림 4-8]	질병관리본부 개편조직 .....	159

[그림 5-1]	응급의료체계 구성요소 .....	169
[그림 5-2]	타차량 이송으로 인한 미이송률, 2002 .....	178
[그림 6-1]	병원규모 및 특성별 공공병원과 민간병원의 진료실적 .....	216
[그림 6-2]	병원규모 및 특성별 공공과 민간병원의 의료급여환자의 비중 .....	216
[그림 8-1]	주요 만성질환관리를 위한 공공보건의료기관 연계모형 .....	276

## Abstract

# Measures for Improving the Delivery of Public Health Care Services

South Korea has recently experienced serious increases in chronic disease, physical accident, and old and new infectious diseases. However, the current delivery system of public health and medical services is not sufficiently equipped to deal with such problems. Moreover, in an environment where public healthcare remains dwarfed in comparison to private sector-based healthcare services, other problems come to the fore, including the lack of delivery of essential services and the unequal distribution of healthcare personnel resources between rural and urban areas and between different income classes. This study is conducted to suggest measures for improving the health and medical service delivery system in line with changing pattern of diseases. In the process, this study i) explains what changes should be made in services and providers to efficiently deal with chronic diseases, emergency cases, and infectious diseases; ii) proposes coordination schemes for various providers of health and medical services; iii) analyzes the current state of public health and medical services; and iv) suggests what roles public institutions should play in dealing with chronic and infectious diseases and in improving emergency medical services.

## 요 약

### 제1장 서론

#### □ 연구의 목적

- 국민의 건강상태(수요)에 따른 적절한 보건의료서비스의 내용 및 제공기관의 정립과 서비스제공기관간의 연계 방안을 제시하여, 효율적인 보건의료서비스 이용 및 공급을 도모함. 세부적인 연구목적은 다음과 같음.
- 첫째, 질병구조의 변화에 따른 보건의료공급체계 개선방안을 제시함.
  - 만성질환 보건의료서비스 공급 체계 개선방안을 제시한다. 만성질환 관리에 필요한 예방, 치료, 요양서비스의 내용 및 제공 기관, 서비스제공기관간의 서비스공급체계의 상호 연계성 분석 및 개선방안, 원활한 서비스 공급에 필요한 인력 및 비용 부담 방안을 제시함.
  - 전염성질환 관리체계 개선방안을 제시한다. 전염병질환 관리 체계 구축 방안, 관리체계 구축에 필요한 법, 제도, 인력, 시설 개선방안을 제시함.
  - 응급의료체계 개선방안을 제시한다. 응급의료체계인 병원전처치단계, 이송단계, 병원처치단계, 정보통신체계의 4가지 요소의 각 단계별 및 연계상의 필요한 보건의료서비스, 제공기관, 제공기관간의 연계 방안, 이에 필요한 인력, 장비, 비용부담방안 제시함.
- 둘째, 공공보건의료의 현황과 개선방안을 제안하고, 만성질환·전염성질환·응급의료의 개선에 있어서 공공부분의 역할을 제시함.

## 제2장 보건의료 서비스 공급체계의 과제

### □ 보건의료 공급체계의 정의

- 소비자와 공급자, 소비자의 요구와, 이를 충족시키려고 공급자가 제공하는 서비스, 서비스를 제공하고 제공받는 연계체계로 구성됨. 따라서 보건의료공급체계는 보건의료서비스 공급체계와 동일한 개념으로 보건의료서비스 공급체계의 주요 요소는 서비스와 서비스를 소비자와 공급자 간에 연결시켜주는 연계체계임.

### □ 보건의료 서비스 수요의 변화

- 우리나라는 평균수명의 연장과 급속한 노인인구의 증가와 함께 사망원인 구조도 암·순환기계 질환 등 만성질환 중심으로 더욱 진전되고 있으며, 도시화·공업화가 급속히 진행되어 응급의료서비스 수요는 급증하고 있음. 동시에 발생률과 사망률이 감소 추세에 있었던 전염병질환도, 교통의 발달과 인구 이동의 증가로 전염병의 전파 속도가 과거에 비해서 빨라짐에 따라 SARS 등 신종전염병이 발생하거나, 소멸되었던 장티프스·콜레라·세균성이질 등의 전염병이 해외에서 유입되어 빠르게 국내에서 전파되고 있음.

### □ 보건의료 서비스 수요 변화에 대응한 보건의료서비스 공급

- 수요자의 요구가 변함에 따라 보건의료서비스 공급체계의 변화도 필요함. 만성질환의 관리에 필요한 건강증진 및 예방서비스, 치료서비스, 응급처치서비스, 장기요양서비스, 재활서비스, 가사지원·수발 등 복지서비스의 제공이 필요함. 신속 정확한 응급처치서비스가 필요하며, 신종전염병질환 감시체계구축과 환자에 대한 치료서비스가 필요함. 보건의료서비스 공급은 연속선상에서 통합적으로 연계될 수 있도록 제공하여야 함.
- 공급주체에 있어서 새로운 수요에 대응한 시설과 의료인력의 변화에는

장기간이 걸린다는 점에서 우선적으로 절대수나 비중이 적고 역할이 부족했던 공공보건의료 부문의 보건의료 서비스부터 비용절감적이며 포괄적인 대응체계를 마련해야 함. 특히 전염성질환관리, 응급의료서비스 제공과 같은 필수서비스와 아직 공급이 부족한 장기요양서비스관리는 민간의 참여 유인이 매우 부족한 대표적인 서비스로 국가의 주도적인 역할과 민간기관에 대한 정책적 재정적 지원이 매우 중요한 분야임.

### 제3장 만성질환 관리체계의 개선

#### 1. 만성질환 서비스 공급체계의 현황과 문제점

##### 만성질환 예방서비스

- 만성질환 예방의 일환으로 시행되는 건강검진의 수검률은 저조함. 2002년 20세 이상 인구의 47.7%에 불과함. 건강검진 수검률을 높이기 위하여는 건강검진의 중요성에 대한 홍보, 건강검진결과에 대한 신뢰도를 높일 수 있는 건강검진 및 결과 판독에 대한 정확도 확보가 필요함. 아울러, 보건소에서 지역단위로 지역거주자의 건강검진의 실시, 결과 통보, 결과 후 질병의심자 또는 질병자에 대한 추서관리를 실시하는 등 건강검진에 대한 접근성 강화를 위한 제도의 개선이 필요함.

##### 만성질환 의료서비스

- 만성질환에 대한 의료부문은 크게 나누어 급·만성기 치료, 간호 및 재활서비스로 구분할 수 있음. 전반적으로, 지역단위에서의 응급처치를 용이하게 받을 수 있는 체계가 미흡하고, 지속적인 질병관리에 대한 표준적인 지침이 마련되어 있지 못하여 비용효과적인 서비스제공이 미약함.
  - 고혈압, 뇌혈관질환·중풍, 협심증·심근경색 등 주요 만성질환의 병의원 외래 및 입원 의료서비스는, 치료적 효과가 상대적으로 낮은 80

대 이후 계층에서 비용지출이 높게 나타나, 비용효과적인 의료서비스가 제공되고 있지 못함. 의료기관별로는 중소병원에서의 만성질환 관리가 제대로 이루어지지 못함.

- 가정간호서비스에 비하여 방문간호서비스는 임상기술 및 기기의 미비 등으로 의료적 처치 등 기술적인 간호서비스를 대부분 제공하지 못함. 가정간호사업 및 방문간호사업의 실시기관은 병원급 이상 의료기관의 10%에도 미치지 못하고 있음. 또한 보건소 방문간호사업전담인력이 보건소의 29%가 없는 실정임. 호스피스 운영기관은 79개 기관으로 종교적 이념을 지닌 병·의원 및 단체를 중심으로 사회봉사적 차원에서 제한적으로 수행되고 있음.
- 급성기 및 회복기 재활은 거의 이루어지고 있지 못하고 유지기 재활의 경우에는 대부분이 장기요양시설이나 재가요양지원시설, 또는 가정에서 이루어지고 있음. 재활서비스는 국립재활원, 재활병원 및 재활의원, 그리고 일반 종합병원내 설치되어 있는 재활의학과와, 장애인복지·생활시설 내에 설치되어 있는 물리치료실에서 제공함. 대부분의 재활전문 병·의원이 재활원이나 장애인시설과 같은 동일 생활시설내 원생들의 재활치료를 위한 의료시설에 그치고 있음. 또한 각 병·의원이나 재활전문기관과의 연계체계가 형성되어 있지 못함.

#### □ 만성질환 장기요양서비스

- 시설서비스부문의 경우에는 각 시설마다 정형화된 서비스의 틀이 없이 상이한데, 건강 및 일상생활 수행능력을 제고시키기 위한 신체적 기능의 유지 및 향상과 관련된 재활치료서비스나 기능악화를 방지할 수 있는 예방적 서비스가 부족함.
- 재가서비스 중에서 가정봉사서비스는 신체적인 간병수발보다는 거의 가사지원서비스에 국한하여 서비스를 제공하고, 주간 및 단기보호서비스는 주로 간병 및 급식 및 목욕서비스, 취미, 오락 등 여가생활서비스,



기타 장애인가족에 대한 교육서비스에 치중하고, 준 장기요양시설의 형태로 운영되고 있음. 재가복지시설을 포함하는 장기요양시설의 입소 노인의 대부분이 만성질환을 가지고 있음에도 불구하고, 노인성질환 또는 만성질환 전문의사에 의한 의료서비스는 거의 제공받고 있지 못함.

보건의료서비스 제공 기관

- 만성질환환자를 위한 장기요양전문기관은 영양전문병원과 영양전문복지시설로 구분됨. 특히 노인전문병원의 경우에는 운영상의 근거규정이 미흡하여 전문병원(specialist hospital)이라기보다는 장기요양환자를 보호하는 장기요양병원의 성격으로 운영되고 있음. 그리고 만성질환자를 위한 의료기관을 제외한 장기요양시설은 시설의 인프라가 수요에 비하여 부족함.

보건의료서비스 제공 인력

- 장기요양서비스를 제공하는데 있어서 직접적으로 관련 있는 보건의료인력으로는 의사, 간호사, 재활치료사(물리치료사, 작업치료사 등)가 있음. 노인병전문(geriatrician)은 현재 우리나라에는 존재하지 않지만, 대한노인병학회에서 내과, 가정의학과전문의 등을 대상으로 일정기간 보수교육을 통하여 노인병인정을 양성하고 있음.
- 노인전문간호사는 2002년 개정 의료법의 전문간호사에 추가되었으나, 아직은 교육, 실무경력, 시험 등 구체적인 자격기준이 마련되어 있지 못하며, 재활치료사의 경우 호흡치료사, 오락치료사 등은 장기요양자를 위한 재활치료에 필요한 인력이나 존재하고 있지 않음.

보건·의료·복지부문1간 연계체계

- 현재 만성질환자에게 필요한 욕구는 보건의료 뿐만 아니라 복지서비스

육구까지 포함되어 있는데 비하여 제공되는 보건·의료·복지부문의 서비스는 충분하게 구비되어 있지 못하고, 기존 서비스도 분절적으로 제공되고 있음.

- 구체적으로 첫째, 필요한 시설의 설치부족과 서비스공급기관간의 기능분화가 이루어져 있지 못함. 둘째, 서비스연계에 필요한 전문인력이 부족함. 셋째, 자발적인 보건복지서비스 연계체계가 구축되어 있지 못함. 넷째, 보건·의료·복지서비스의 연계를 도모하기 위한 중심적인 조직체가 부재함.

#### 보건의료서비스 비용부담 및 재원조달

- 만성질환 관리비용은, 보건부문에서 필요한 대부분의 재원은 국가예산과 국민건강증진기금에서 조달하고 있고, 의료부문에서의 치료비용은 국민건강보험, 국가예산 및 개인부담금으로 조달되고 있으며, 복지부문에서의 장기요양관련 비용은 국가예산과 개인부담금으로 조달되고 있음.
  - 국민건강증진기금은 담배 등의 건강위해식품에 부과된 세금으로 주로 구성되어 있는데, 국민건강보험급여비용으로 4192.1억원이 지출되어 기금의 조성목적과는 상반되게 쓰여짐.
  - 장기요양서비스 비용은 정부예산과 이용자본인부담금으로 그 비용을 조달하고 있는데, 국민기초생활보장제도 수급권자인 경우에는 전적으로 정부예산으로 장기요양비용을 부담하고 있지만, 그 이외의 일반소득계층에 대해서는 전적으로 이용자본인이 부담하여야 함.

## 2. 만성질환 서비스 공급 체계의 개선방안

#### 기본방향

- 만성질환관리는 보건부문(건강증진 및 질병예방지원체계), 의료부문(의료지원체계) 및 복지부문(장기요양지원체계)으로 구분되며, 각 부문마다 추진하여야 할 기본내용은 다음과 같음.

- 건강증진 및 질병예방단계에서는 만성질환의 발생을 사전적으로 예방 및 조기 발견, 기존 만성질환자의 2차질환의 발생을 억제시킴.
- 의료지원체계에서는 만성질환자에게 지속적으로 의료적 관리를 실시함으로써 질병의 악화를 지연시켜, 장기요양상로의 이전을 예방하고 가능한 한, 자립적인 생활을 유지할 수 있도록 지원함.
- 장기요양지원체계에서는 만성질환자의 일상적인 생활을 자립적으로 수행할 수 없는 상태에 놓이게 되므로 가족부양자의 신체적 부양부담을 경감시켜주는데 있음.

□ 만성질환 보건의료서비스 공급기관의 효율적 운영방안

- 급성질환관련 서비스공급 의료기관의 일반병상이 과잉공급되어 있는 상태에 있기 때문에 부분적으로 만성질환자를 위한 병상으로의 전환이 필요하고, 또한 새로운 만성질환 서비스 공급보건의료기관의 신설도 필요함.
  - 만성질환서비스의 공급기관이 지역적으로 균등하게 분포되어 수요자(환자)의 지리적 접근성을 제고시키고, 만성질환의 응급상황 발생시에 신속하게 대처할 수 있도록 함.
  - 기존 의료생산자(의료시설)의 기능을 재편하여, 중소병원에서 이후 회복기 치료나 재활 및 장기적 요양의료서비스를 담당할 수 있도록 함.
  - 만성질환자를 치료하는데 필요하나 현재에는 갖추어져 있지 못한 중간요양병원, 장기요양병원, 주간재활병원 및 주간재활센터를 설치하여야 함.

□ 만성질환관리를 위한 보건의료복지의 네트워크 운영방안

- 만성질환의 관리는 3개 부문의 영역에 걸쳐서 이루어져야 하기 때문에 연계적인 네트워크 구성이 필수적이고, 중심적인 역할을 담당할 수 있는 조직체로 (가칭)만성질환네트워크추진협의회를 설치함.
- 동 협의회의 역할은 연계조정 중심적인 역할을 담당하고 각 부문에 있는 기관들은 언제든지 협의회를 통하여 만성질환자에 대한 정보를 습

득할 수 있도록 하여야 함.

- 이와 같은 3개 부문에서 이루어지고 있는 각종 정보는 기본적으로 동 협의회에서 관리하고 종합적인 계획을 수립하는데 활용하도록 하고, 이 때 각 시·군·구의 협조를 얻을 수 있도록 함.

만성질환관리를 위한 재원조달방안

- 만성질환을 관리하기 위해 필요한 비용은 국민건강증진기금, 국민건강보험, 국가예산 및 개인부담금으로 조달되고 있음.
  - 첫째, 국민건강증진기금을 활용하여 활발한 건강증진활동프로그램의 개발 및 건강증진시설의 확대설치·운영이 필요함.
  - 둘째, 만성기적 의료관리비용에 대해서는 본인부담의 월간 상한제를 실시하여야 하고 이에 따른 보험재정의 손실분은 국고에서 지원하도록 함.
  - 셋째, 장기요양서비스에 필요한 비용은 별도의 재원을 마련하여야 할 것임.

## 제4장 전염성질환 관리체계의 개선

### 1. 전염병질환 관리의 문제점

결핵 감시체계 및 환자 관리

- 결핵 조기발견에 대한 인식이 낮아, 민간 병·의원의 신고율이 저조한 실정임. 또한 현재 실시하고 있는 결핵환자 발견을 위한 집단검진은 많은 비용이 소요되는데 비하여 환자발견율이 낮음.
- 수익이 낮은 결핵 치료제 생산을 줄이고 있어 이에 대한 정부의 대책이 요구되며, 의약분업이후 약국에서 약 구입의 어려움, 치료약 부족 등으로 순응도가 낮아질 우려가 있음.

□ 성병, AIDS 감시체계 및 환자 관리

- AIDS는 다양한 감염경로 인하여 전파 방지의 어려움이 있으며, AIDS환자는 감염 후 발병까지 장기간이 소요되어, 타인에게 전파시킬 가능성이 높음. 또한 AIDS 검사과정에서 보건소, 국립보건원, 해당 병원 등에서 반복 검사되어, 중복 검사로 인한 시간과 비용이 낭비되는 단점이 있음.
- 치료약은 장기간 복용하여야 하나, 고가의 약제로서 약의 복용을 중단하여 내성이 생길 위험성이 높음. 국립보건원의 경우 AIDS, 성병, 결핵 업무를 함께 담당하는 직원이 2명에 불과하며, 보건소에서는 방역계 에이즈담당자와 검사실의 병리사들간의 상담내용에 일관성이 없음. 민간에 이즈상담기관들도, 다른 업무를 겸하는 직원들이 상담을 실시하여, 상담의 전문성 및 일관성이 떨어짐.

□ 중증호흡기증후군 (SARS: Severe Acute Respiratory Syndrome) 관리

- 신중호흡기전염병인 SARS의 관리는 중앙사스방역대책본부를 설치하고, 실질적이고 실무적 방역은 추진실무단인 국립보건원에서 실시함. 검역소에서는 임시검역, 격리조치, 의심환자추적, 예방홍보 등의 역할을 수행함. 시·도 보건(위생)과에서는 환자 발생 및 경과 보고, 환자 및 접촉자 관리 등을 하며, 일선보건소의 경우도 사례관리 및 외래진료, 고위험군 관리, 그리고 사례접수 및 상담팀으로 신중전염병질환방역대책팀을 구성하여 운영함.
- SARS 발생 후 2003년 8월 6일 개정법률에 따라 전염병예방법 일부를 신설하였으나, 미흡한 점이 남아있어 추후 문제가 발생할 소지가 있으므로 지속적인 법적 보완이 필요함.

## 2. 전염성질환 보건의료서비스 공급체계의 개선방안

### 전염병 관리 지원체계 강화 기본 방향

- 전염병으로 인한 사회·경제적 손실을 예방하고, 생물테러에 대한 효과적인 대응체계 구축으로 국가안전을 보장하며, 예방가능한 질병의 퇴치로 실질 국민질병 부담 및 기회비용 감소를 위한 기반 구축이 필요함.
- 국립보건원에 질병관리본부가 설치되고 중앙차원의 조직이 강화되고 있으나, 효율적인 사업추진을 위해서는 중앙의 조직변화에 보조를 맞출수 있도록 지방자치단체의 조직변화가 뒤따라야 할 것임.
- 전염병관리 업무가 효율적으로 실시될 수 있도록 전염병 관련 법률의 지속적인 개정과 보완이 필요함.
- 전염병 신고업무의 활성화를 위해서는 관련 공무원과 민간기관의 전염병 관리 담당자들의 자발적인 참여를 유도할 수 있도록 금전적, 비금전적 동기부여가 필요함.
- 국립보건원의 연구기능이 강화되고 보건의료분야 통계생산이 이루어질 수 있도록 연구예산 확보 및 인력훈련이 강화되어야 할 것임

### 결핵 관리 강화 방안

- 결핵환자 발견을 위해 유증상자 객담검사(수동적) 방법과 고위험군 집단 검사방법을 도입하여 군인, 사회복지시설, 외국인 근로자, 재소자 등 고위험군에 집중된 결핵환자 조기발견 시스템을 구축하여야 함. 1·2차 결핵치료제에 대한 낮은 보험약가 때문에 제약회사들이 항결핵제 생산을 기피하고 있음. 따라서, 예방접종약, 검사시약, 치료약 등 약제의 원활한 공급을 국가가 책임지고 확보하여 결핵환자의 완치율을 높여야 함.

성병 및 AIDS 관리 강화 방안

- AIDS는 약물복용과 적절한 관리로 일상적인 삶을 영위해 갈 수 있는 만성질환으로의 인식변화를 유도하기 위한 새로운 전략수립이 필요함. 성병이나 AIDS 환자의 경우 한 개의 창구에서 적합한 상담자를 찾아갈 수 있도록 이용자의 편익을 고려한 상담체계와 인터넷 사이트가 필요함. 또한 이들 환자들의 경우 치료하는 의료기관에서 투약을 할 수 있도록 허용해야 함.

SARS 등 신종전염병 관리 강화 방안

- SARS 등 즉각적인 대책이 매우 중요한 질병의 발생을 최대한 유행초기에 찾아낼 수 있는 조기경보 감시체계를 강화하여야 함. 관리체계는 신종전염병질환의 국내 유입을 최대한 억제하고, 일단 국내 유입되는 경우, 최단시간 내에 최소의 전파 범위 내에서 발견하고 차단하며, 일단 전파될 경우에도 가장 적극적인 정책으로 확산을 조기에 차단한다는 원칙하에 구성되어야 함.

## 제5장 응급의료서비스 제공체계의 개선

### 1. 응급의료서비스의 현황 및 문제점

환자의 구급도에 따른 적합한 병원으로의 신속한 이송의 미흡

- 빠른 시간내에 구급차가 응급환자 발생현장에 도착하지 못하며, 구급차가 병원까지 신속하게 이동하지 못하는 문제를 가지고 있는데, 2002년 1년 동안 119 구급대에 신고된 총 1,290,232건 중에서 7.4%는 119 구급차가 빠른 시간내에 응급환자 발생 현장에 도착하지 못하여 119 구급차가 아닌 다른 차량을 이용하여 이송되었으며, 이러한 결과는 이송서비스에 대한 미충족 수요가 있다는 것을 반영하는 것임.

□ 응급처치 서비스 제공 전문 인력 부족

- 병원전 응급의료서비스 인력의 질적 수준이 미흡한 것으로 나타났으며, 전문 자격을 갖춘 인력이 부족한 것으로 보고되고 있음. 119 구급대 인력 중 전문적 자격 미소지 인력이 전체의 46%에 달하므로 이들의 질적 향상을 위한 대책이 필요하며 3교대시에는 인력이 부족하므로 응급구조사 및 간호사 등 자격 소지자의 충원책이 검토되어야 함.

□ 병원에서의 응급치료 서비스 지체

- 응급치료를 받기까지 시간이 지연되는 것으로 보고되었는데, 그 사유로 읍면지역의 경우 동지역에 비해 교통편과 도움자 부재가 많았고, 동지역은 응급의료장비의 문제와 대기환자수가 많았음. 동지역에서는 병원 응급실이 환자들로 붐비기 때문이며, 이는 응급실 환자 적체현상은 주로 경한 환자들로 인한 것임.

□ 병원 응급의료서비스 제공 기관수의 과다 및 지역적 불균형

- 2003년 5월 현재 전체 응급의료기관은 406개로서, 권역응급의료센터가 15개, 지역응급의료센터가 106개, 지역응급의료기관이 285개임. 지역별로는 서울, 경기를 제외하고 전남지역에 40개소, 경남지역에 38개소의 응급의료기관이 있는 것으로 나타났음.
  - 선진국의 경우 인구 100만~150만당 1개의 응급센터가 설치되는 것이 적절한 것으로 간주하고 있으며, 우리나라 응급의료에 관한 법률 시행규칙에도 특별시 및 광역시에는 인구 100만명당 1개소, 도에는 인구 50만명당 1개소의 지역응급의료센터를 설치하도록 하였으므로, 이러한 사실을 감안하면, 인천, 충남을 제외하고는 응급센터가 지나치게 많은 것을 알 수 있음.



□ 응급실 시설의 미흡

- 응급실의 병실 및 병상 수는 응급의료에 관한 법률에 규정된 각 응급의료기관별 병상 확보 기준에 비추어 부족한 규모는 아니지만, 2003년 권역응급의료센터 평가 결과에 의하면, 응급환자 전용 입원실과 중환자실 확보율은 낮은데, 15개센터 중 입원실을 확보한 곳은 6개소, 중환자실을 확보한 센터는 3개소에 불과하였으며, 응급환자 전용 대수술실을 확보한 권역센터는 8개소에 불과하며, 실제로 응급환자 전용으로 사용되지 못하고 있는 실정으로 매우 열악함. 기본적으로 병상수조차 법적 기준에 맞게 보유하지 못하는 응급의료기관이 많음.

□ 병원 응급의료 서비스 제공 전문인력의 부족

- 병원서비스 단계에서의 가장 큰 문제점은 인력의 부족임. 응급의학 전문의의 수가 절대적으로 부족하기 때문에 각 기관에서는 최소한의 필요 응급의학 전문의를 확보하지 못하고 있는 실정임. 응급의학 전문의 확보에 있어서도 지역적 편차가 있어서 충북, 제주, 대구의 경우 응급의학 전문의 1인이 50만명 이상의 인구를 진료하는 것으로 나타났으며, 부산, 광주, 울산, 전남, 경북, 경남의 경우 20만명 미만이었음.

□ 응급의료정보서비스의 병원전 처치서비스와의 원활한 연계부족

- 응급의료정보서비스는 병원전 처치 서비스와 두 가지 측면에서 연계가 필요함. 첫 번째는 병원에 도착하기 전까지 환자에게 최적의 응급처치를 제공하도록 돕는 것이며, 둘째는 빠른 이송을 돕는 것임. 그런데, 1339 응급의료정보센터에서 응급처치에 대한 상담은 전혀 이루어지지 않은 것으로 보고되었으며, 병원내 OCS가 가동되지 않는 소규모 응급의료기관의 경우 이러한 정보의 파악이 어려워져 현재 전 응급의료기관의 정보가 실시간으로 입력되고 있지 않은 실정임.

1339 응급의료정보센터에 대한 낮은 인식도 및 저조한 이용률

- 1339 응급의료정보센터 이용실태에 관한 최근 연구에서는 조사 대상 의료진의 46%, 구급대원의 15%, 일반인의 59%가 1339 응급의료정보센터를 전혀 인지하지 못하는 것으로 조사되어, 일반인뿐만 아니라 의료인의 인지도도 낮은 것으로 보고되었음. 1339 응급의료정보센터에 대한 인식도와 이용률은 낮지만, 센터를 이용한 구급대원 중 57%가 이용 후 만족하였다고 응답하였으며, 84%가 1339 응급의료정보센터의 필요성을 느낀다고 하였으므로 1339 응급의료정보센터에 대한 홍보가 필요함.

## 2. 응급의료서비스의 개선방안

응급의료서비스 공급 체계 개선 방향

- 병원전 처치 서비스를 개선하기 위해서 비용-효과적인 방법으로 구급차를 개량하고 지역간 균형적으로 배치하고, 응급환자의 신속한 이송을 위한 기반을 강화하며, 기존의 소방대 구급대원의 질 향상을 위한 교육 프로그램을 개발 및 1급 응급구조사 시험을 강화하고, 이송 및 처치에 대한 국가차원의 표준지침(protocol)을 개발하며, 응급의료지도(medical direction)를 담당하는 전담기구를 마련해야 함.
- 병원 처치서비스를 개선하기 위해서 응급진료권 분석을 통하여 응급의료기관을 효율적으로 배치하고, 다양한 분야가 참여하는 응급의료기관 평가 담당 기구를 설치하여 평가 결과에 따라 제재 및 인센티브를 제공하며, 권역응급의료센터, 지역응급의료센터, 지역응급의료기관의 전달체계를 수립함.
- 응급의료정보 서비스를 개선하기 위해서 응급환자정보 전송 시스템을 구축하고, 국민을 대상으로 응급의료에 대한 정보를 제공 및 교육하는 실질적인 프로그램을 개발함.

응급의료서비스 공급체계의 연계

- 공급응급의료서비스에 있어서는 병원전 처치서비스, 병원서비스, 응급의료정보서비스간의 원활한 연계가 이루어져야 신속성과 정확성이 보장되어 양질의 서비스를 공급할 수 있음. 이러한 일련의 과정이 원활하게 작동하기 위해서는 응급의료정보센터가 응급의료기관과 이송주체간의 정보를 신속하고 정확하게 전달하여야 함. 응급전달체계가 제대로 작동하기 위해서 응급의료기금을 활용하여 방안을 모색하여야 함.

## 제6장 공공의료 공급체계의 현황과 개선방안

### 1. 공공의료 서비스 체계의 현황과 문제점

우리나라 공공의료의 위상

- 전체의료비에서 공공지출이 차지하는 비중, 중앙정부 예산중 보건부문에 대한 지출수준, 의료기관중 공공병상의 비중으로 볼 때 OECD 국가들 중 가장 낮은 수준임. 전체의료비에서 공공지출이 차지하는 비중은 가장 낮은 미국과 유사한 수준으로 44.4%(2000년)이며, 중앙정부 예산중 보건부문에 대한 지출수준으로 보면 최하위 수준으로 0.78%임.

공공의료기관 관리운영체계의 분산과 연계체계 미흡

- 공공의료기관들은 국립, 지방공사, 특수법인의 형태로 설립되어 있으며, 관리주체가 8개 담당부처에 총 15개 관련법령으로 분산되어 있음. 개별 공공의료기관들이 각각 소속부처에 설립목표에 따라 별개로 운영되고 있어 기관간 횡적 연계나 협력관계가 구축되지 못하고 있음.

공공병원의 인력규모 및 진료 특성

- 공공병원의 인력규모는 대학병원인 종합전문요양기관을 제외하면 병원

의 규모가 적을수록 평균 인력수가 감소하고 있는 것으로 나타남.

- 종합전문요양기관, 종합병원, 병원급 공공병원의 2000년 병상이용률은 민간병원보다 높았고, 평균재원일수는 공공 종합전문요양기관은 민간병원과 큰 차이를 보이지 않았으나, 종합병원과 병원급에서는 공공병원의 재원일수가 민간병원보다 긴 경향을 보임. 또한 입원환자에서 의료급여환자의 진료비중이 민간병원보다 월등하게 높음.
- 우리나라 공공의료기관의 질병관리체계가 민간의료기관과 차별성이 없이 치료에 치중되어 서비스 요구가 증대되고 있는 건강증진, 질병예방, 질병의 조기발견과 장기적 관리, 재활, 재가치료 등에 대처하는 역할이 개발되어 있지 못함.

## 2. 공공의료서비스 공급체계 개선방안

### 미국 공공병원의 역할과 시사점

- 미국에서 공공병원이 제공하는 의료서비스 기능의 특징은 두가지로 특수한 인구집단(이민자, 에이즈환자, 폭력피해자 등)에 대한 서비스와, 일반인구에 대한 특수한 서비스(응급의료서비스, 외상, 화상, 독극물중독, 신생아중환자실)임.
- 미국의 공공병원은 첫째, 일차적으로는 저소득층, 보험이 없는 사람들에게 대한 진료를 제공하는 ‘Safety net’으로서 핵심적 역할을 수행하고, 둘째, 지역사회의 필수의료서비스로 임신 및 분만, 응급의료, 화상진료, 외상치료 등 고비용, 전문기술이 필요한 특수한 진료를 제공하고 있으며, 셋째, 변화하는 보건의료환경에서 효율적인 진료를 제공하기 위해서 공공병원이 지역사회 보건소와 긴밀한 협조관계를 구축하고 있음.
- 미국 공공병원의 역할은 우리나라의 공공보건의료에 관한 법에서 ‘공공보건의료기관이 우선적으로 수행해야 할 역할’로 규정한 내용과 큰 차

이는 없으나 응급진료·외상진료 등 고비용이면서 지역사회 필수적인 의료서비스를 제공한다는 점과 교육훈련과 학술적 기능을 담당한다는 점에서 향후 우리나라 공공의료기관의 기능 정립에 시사하는 바가 큼.

지역별, 기능별 수급균형을 고려한 공공병원 시설 확충

- 공공병원의 확충은 필요하되 병원의 투자요소가 크고, 일단 설립되면 운영비의 규모가 크므로 줄이기가 쉽지 않으므로 종합적인 지역적, 기능적 수요 진단에 근거한 공공의료기관의 장단기적 수급계획 하에 공공병원의 시설, 인력 확충이 이루어져야 할 것임.

공공병원의 인력확보와 관리 운영의 효율성 제고

- 공공병원이 민간부문에 비하여 위상이 낮아지고 있는 주요 원인의 하나가 적절한 의료인력의 확보나 의료인력의 잦은 이직으로 인하여 안정적인 진료가 이루어지지 못하는 환경을 꼽을 수 있으므로 탄력적이고 적극적인 의료인력 채용, 채용후 전문가적 경력발전 동기부여 등 근무만족 여건의 확보, 경영능력을 갖춘 병원장의 공채가 필요함.

공공병원의 지역사회 기반 활동 강화

- 광역단위 이하의 공공의료기관은 지역사회에 기반한 교육과 연구기능을 가져야 하고, 지역의 요구에 부응하는 활동을 하여야 함. 이러한 역할을 수용할 수 있도록 공공의료기관에 ‘지역사업과’ 또는 ‘지역의료팀’(taskforce team)을 구성하여 운영하고, ‘공공보건의료사업’을 확대하여 공공의료기관이 지역사회 사업을 수행하는 경험과 역량을 갖추도록 함.

공공병원의 예방서비스 기능, 필수 의료서비스 제공 역할 강화

- 공공병원의 우선적인 역할은 민간이 충분히 공급하는 의료서비스 보다는 민간의 참여가 낮고 유인이 적은 분야, 필수적인 의료이지만 투자소

요가 크고 수익성이 낮은 분야에서 역할을 강화하여야 함.

새롭게 증가하는 보건의료 서비스의 제공체계 도입

- 노령화, 보건의료 수요 변화로 사회적 요구가 크게 증가하는 대표적인 보건의료서비스가 건강증진과 예방서비스, 만성질환관리, 장기요양, 재활 등임. 새롭게 증가되고 있는 보건의료 요구를 비용효과적으로 충족시키기 위한 정책수단으로 공공의료기관이 적극적인 역할을 하여야 함.

보건소와 다른 공공병원 등 공공보건의료기관간 연계체계 구축

- 광역단위 및 중앙단위로 [보건지소, 보건지소] → [보건소, 보건의료원] → [지역거점병원(지방공사의료원, 각종 특수병원)] → [국립대학병원, 국립암센터, 국립재활원] → [국가중앙의료원(현 국립의료원), 국립암센터] 간 연계체제를 확립하여 우선적으로 공공보건의료기관간만이라도 의료전달체계를 운영하도록 함.
- 공공보건의료기관간 연계가 이루어지기 위해서는 1, 2, 3차 공공보건의료기관의 기능정립과 역할분담, 공공보건의료기관간 네트워크의 형성, 기관간 상호연계를 위한 보건의료전산망 구축과 프로세스의 표준화, 협력분야에 대한 협약 체결, 공공의료기관간 의뢰환자에 대하여 인센티브 부여에 이르기까지 협력체계가 마련되어야 함.

공공병원의 보건의료 정보시스템 구축과 활용 확대

- 공공병원이 병원관리의 내부효율을 높이고 질병관리 및 모니터링 시스템을 가지기 위해서는 주요 사업에 대한 정보관리시스템을 구축하고, 정보·통계 담당 부서와 담당자가 확보되어야 함.

공공보건의료 인력에 대한 교육훈련기능과 학술적 기능의 확보

- 공공병원은 개별 병원의 인력의 역량 개발과 질 관리를 위한 교육훈련

기능, 하위 공공보건의료인력의 훈련과 기술지원을 위한 역할, 국가 또는 지역 단위의 인력수요에 기반한 전문의 양성, 기타 필수사업(예: 응급의료, 전염병 및 방역관리 사업) 담당 인력의 교육훈련기능을 수행하여야 함.

공공병원 평가체계의 재정립을 통한 공공성 확보와 질 관리

- 공공병원 평가기준은 공공병원의 목적과 기능, 경영 기준에 근거하여 공공의료 기능을 얼마나 효과적으로 수행하였는가가 반영되어야 하며, 공공의료 역할 수행에 대한 평가와 경영관리에 대한 객관적인 평가기준으로 분리하여 실시되어야 할 것임.

의료의 공공성 강화를 위한 공공재정의 확충

- 정부예산 중 보건부문 예산지출(2000년 0.38%), 중앙정부 일반회계예산에서 보건부문이 차지하는 비율(1997년 0.78%)을 높여 공공의료 재정을 획기적으로 확충하여 공공의료기관의 주요 질병관리사업, 교육훈련사업, 민간의료기관에 대한 기술지원 및 교육사업, 민간의료기관의 공익적인 의료활동을 유인하기 위한 보조금 지원사업 등을 활성화하기 위한 재정적 유인책이 필수적으로 요구됨.

## 제7장 공공보건 공급체계의 현황과 개선방안

### 1. 공공보건서비스 체계의 현황과 문제점

공공보건기관의 배치

- 우리나라에서 공공보건기관은 국가보건의료체계의 하부조직으로서 전국의 시·군·구 행정단위별로 설치되어 2003년 1월 현재 보건소 242개소, 보건지소 1,269개소, 보건진료소 1,891개소 등 총 3,402개소의 지역보건

의료기관이 설치 운영되고 있음.

□ 공공보건기관의 기능과 역할

- 그동안 보건소는 외부효과가 높은 전염성질환의 예방 및 관리와 취약계층과 의료보호환자를 대상으로 한 일차진료, 만성질환의 예방 및 관리, 공공기관으로서 행정 및 통계 역할을 해 오면서 의료의 공공성과 공공보건의료부문과 취약한 우리나라에서 사회적 안전망으로써 공공보건의료의 핵심적인 역할을 함.
- 대부분의 보건소가 인력과 기능면에서 아직까지 전통적인 직접서비스로 소내에서 제공되는 일반진료, 예방접종, 모자보건사업에 치중하고 있는 반면, 건강증진, 노인보건, 정신보건, 지역보건기획 업무의 수행정도는 보건소에 따라 수행정도에 차이가 크며, 수행정도가 낮음.

□ 공공보건기관의 기능에 대한 요구의 변화와 인력 구조

- 보건소의 기능과 역할범위가 확대되었으나 2000년 보건소의 전문인력은 1996년보다도 감축되거나 정체 상태에 있음. 보건소 인력구조를 1996년과 비교하면 2000년에는 전반적으로 행정직, 비기술 보건직과 간호주무사가 차지하는 비중이 48.8%에서 43.1%로 다소 줄었음. 의사, 간호사 전문인력이 IMF 이후 구조 조정으로 줄어들었으며, 새로운 사업에 필요한 전문인력의 확보는 거의 이루어지지 않았음.

□ 보건소의 역할 비중과 이용 현황

- 진료기관으로서의 보건소 이용률은 도시지역에서는 특히 낮으며, 농촌지역, 저소득층, 의료급여대상자에서 상대적으로 다소 높음.
  - 의료보험자료에서 산출된 연간 보건소 이용경험률은 동지역 2.3%, 읍지역 6.0%, 면지역 22.9%로 진료서비스가 보건소의 전체 업무를 대표하는 것은 아니라도 보건소 이용률은 낮음.



- 진료와 예방을 포함한 서비스에 대하여 가구단위의 이용현황이 파악한 2001년도 서울시민보건지표조사를 보면 연간 보건소 이용경험이 있는 가구는 25.4%였고, 이중 기초생활수급가구의 이용률은 46.0%로 상대적으로 높았음.

## 2. 공공보건서비스 체계의 개선방안

### □ 미국의 공공보건 필수서비스와 시사점

- 공공보건서비스의 역할이 유럽의 국가들에 비하여 상대적으로 적은 미국에서도 최근 건강수준 향상과 의료비를 절감을 추구하고 있는 관리의료(Managed Care)와 연계하여 공중보건시스템의 역할을 새롭게 부각하고 있음.
- 최근 CDC에서는 국가 보건서비스 수행기준(NPHPSP)에 따라 ‘필수 공중보건서비스를 10가지로 제시하여 공공보건사업에서의 기획과 조정, 지역사회와의 연대, 평가 역할을 강조하고 있음. 또한 각 주에서 이를 실행하도록 공중보건 필수사업에 대한 인증제도를 도입하고, 공공보건 필수서비스에 대한 수행기준과 도구 개발, 도구에 대한 타당성 평가 등을 진행하고 있음.
  - 10가지 필수 공공보건서비스는 ① 모니터링, ② 진단과 조사, ③ 정보 제공, 교육, 역량 강화, ④ 지역사회 파트너-쉽 확보, ⑤ 정책과 사업계획의 개발, ⑥ 법, 규정의 마련, ⑦ 서비스 연계나 직접 서비스 제공, ⑧ 인력의 확보, ⑨ 효과, 접근성, 질 평가, ⑩ 연구임.
- 우리나라에서도 보건복지부가 주도하여 관련 단체, 관계 전문가그룹과의 합의를 통하여 보건의료서비스 체계내에서 공중보건체계의 역할과 필수 보건서비스에 대한 방향을 설정하고 합의를 도출해 내야 할 것임.

지역보건당국자로서의 보건소의 역할 강화

- 보건소의 역할에 대한 장기적 비전과 목표를 세우고 단계적으로 개편을 해야 할 것이며, 보건의료관리 역량의 확보를 위한 보건기획 인력의 확보와 기존 인력에 대한 교육훈련, 통계 및 정보관리 기능 강화가 요구됨.

보건소 중심 지역단위 건강증진사업 강화

- 보건소 조직에 건강증진팀 또는 부서를 두거나 지역 여건에 따라 보건소 산하에 「건강증진센터」 등을 설립하며, 건강증진사업에 필요한 최소한의 전문인력을 확보하여야 할 것임.
- 보건소의 건강증진사업은 한정된 인력과 자원을 고려할 때 직접적인 대민서비스보다는 지역내 초·중·교 교사, 유아교사 및 보육교사, 사업장 보건관리 담당자, 주민대표, 사회복지사 등에 대한 전달교육을 통해 대상자에게 확산되도록 접근전략을 세울 필요가 있음.

보건소 중심 지역단위 질병예방관리의 강화

- 보건소는 지역의 공공 보건복지 서비스의 중심 조직으로서의 장점을 지니므로 지역사회 관련 시설, 의료기관, 학교, 직장 등을 활용하여 보건소 조직망을 통해서 지속적으로 지역단위의 질병예방프로그램(내소자 상담, 환자발견, 가정방문상담, 추구관리, 공공 및 민간병원으로의 환자의뢰 등)을 조정, 통합하는 역할이 강화되어야 할 것임.

보건소의 지역 장기요양서비스·재활·정신보건사업 수행 기능 강화

- 우선적으로 보건소는 시·군·구 단위의 공공보건기관으로서 종합복지관, 가정봉사센터, 경로당 등 지역사회 복지서비스 조직과 연계하여 방문보건사업(재가노인, 재가 거동불편 환자, 장애인, 저체중 및 미숙아 등 대상)을 강화하며, 지역사회 정신보건센터와 치매환자 주간보호(day care)

센터를 운영하거나 관리하여 저소득 취약계층에 대한 사회안전망 역할을 확보하도록 함.

- 장기요양 서비스를 비용효과적으로 해결하기 위해서 지역사회 보건복지 서비스의 역할과 비중을 확대하고 있는 선진국의 경험에 비추어 지역사회 요양서비스, 재활서비스, 정신보건 서비스의 통합관리에서 보건소가 역할을 담당하는 틀로 장기요양서비스 체계를 마련하여야 할 것임.

보건소 지역보건사업의 효율화를 위한 사업정보화

- 2003년 말까지 전국적으로 완성단계에 있는 보건소 정보시스템을 활용하여 보건소지역보건사업 수행의 내부 효율을 높이고, 지역내 생정통계 산출, 사업통계 생산, 지역보건의료계획 자료의 확보가 가능하도록 함. 또한 지역주민에게 건강정보를 제공하는 ‘지역 보건의료 정보센터’로서의 역할을 하고, 지역주민의 평생건강관리체계의 중심기관으로 기능할 수 있도록 되어야 할 것임.

보건소와 공공병원과의 연계체계 구축

- 환자의뢰, 보건기관 인력의 교육훈련 지원, 기술 지원, 질병관리사업의 공동 수행을 위하여 지리적 접근성을 고려하여 지방공사의료원, 국립대학 부속병원 등 공공병원과의 실질적인 연계협력체계가 확립되어야 함. 현재 공공의료 확충방안의 일환으로 검토되고 있는 공공보건의료기관간 네트워크 구축방안이 현실화되어야 할 필요성이 높음.
- 보건지소와 진료소를 관장하는 보건소의 역할이 명확히 설정되어야 하며, [보건지소(보건 진료소)-보건소-공공병원 (또는 민간병원)]의 협력체계를 구축하여 공중보건의를 포함한 읍면 인력의 교육훈련, 기술 지원, 원활한 환자 의뢰가 이루어지도록 하여야 할 것임.

도시지역 보건지소 또는 분소의 선별적 확보

- 인구의 노령화, 만성질환 증가에 대처하여 지역단위 건강증진사업과 질병의 예방관리 기능, 장기요양 서비스 기능을 확보하는데 있어서 도시 지역에서는 관할 주민수가 방대하므로 지역적 특성에 따라 보건소 조직 외에 ‘보건분소’나 ‘보건지소’, ‘주민 건강관리센터’의 형태로 지역보건지(분)소 설치를 고려할 수 있음.
- 도시 보건분소의 주요 기능은 지역의 수요와 특성을 고려하여 핵심기능을 선택하여 제공하고 민간자원의 활용, 외주의 형태로 운영이 가능하도록 하여 효율을 확보하는 것도 필요함.

보건의료인력 충원과 기존 인력의 교육훈련 강화를 통한 역량 확보

- 보건소 인력 구성의 적정화를 위한 목표(직종별 쿼터제 등)를 설정하고 이를 단계적으로 달성하는 계획이 세워져야 할 것임. 보건소의 인력구성에서 전문기술직이 차지하는 비율을 점차 높여 직접 서비스 인력비율을 확대하여 직종별 구성의 적정화를 도모하여야 할 것임.
- 보건소 업무를 효율적으로 운영하고 정보화하는데 요구되는 새로운 지원인력으로 전산통계 업무, 정보처리 업무, 보건기획 담당 인력과 기타 향후 노령화사회에서 보건소가 새로운 기능을 수행함에 따라 요구되는 다양한 직종의 인력이 원활히 확보되어야 함.

## 제8장 만성·전염성·응급의료에 대한 공공 보건의료의 역할

### 1. 만성질환 관리

공공보건의료기관의 만성질환 관리체계의 연계와 장기요양체계의 도입

- [의료(1, 2, 3차 단계별)－보건－복지 및 재활서비스] 가 연계되는 체계

로 공공보건의료 중심의 만성질환 및 장기요양서비스 관리체계를 우선적으로 구축하고, 점차 민간의료기관도 연계되도록 발전시켜 나감.

- 즉, 보건소, 보건지소(진료소 포함), 지방공사의료원 등이 공동으로 고혈압, 당뇨병 등 주요 만성질환에 대한 지역관리 체계를 마련하여 환자 파악, 고위험자 관리, 치료, 합병증의 진단 및 관리를 위한 스크리닝 검사, 추구관리, 보건교육을 연계하여 실시할 수 있는 사업을 개발하여 운영함.

- 공공보건의료 기관에서 이러한 역할을 효과적으로 수행하기 위해서는 미국의 질병관리에방센터(CDC)가 「만성질환역학관리를 위한 공공보건사업 지원 프로그램(STEPPS)」을 가지고 공공보건 종사하는 실무자와 전문가에게 교육훈련과 지원하듯이 우리 실정에 맞추어 체계적인 인력의 교육훈련과 연계 및 지원체계를 운영하도록 중앙이나 질병관리본부에서 지원이 이루어져야 할 것임.
- 국가 또는 지방자치단체가 공공병원이나 보건소의 부설기관 또는 별도 시설로 장기요양시설(장기요양병상, 장기요양시설, 주간 및 재가 요양·재활 시설) 설치에 능동적으로 개입하고 지원시책을 마련해야 할 것임. 현재 논의되고 있는 ‘지역거점병원’과 ‘도시지역 보건센터’는 이러한 역할에서 설립목적과 주도적 기능을 찾아야 할 것임.

## 2. 전염성질환 관리

### 공공보건의료기관간 전염성질환 연계관리체계 운영

- 주요 전염성질환(결핵, 성병·AIDS 등)별로 보건소, 시·도 보건과, 공공병원(지방공사의료원, 결핵병원, 국립대학병원 등), 질병관리본부(국립보건원), 시도 보건환경연구원 간에 전염병관리 연계체제를 견고히 구축하여야 함.

공공병원의 전염병관리 기능 강화

- 공공병원(지방공사의료원, 보건의료원, 시도립병원, 결핵병원 등)은 전염병 병상을 유지하여 비상시에 대처능력을 확보하여야 함. 또한 지역내 결핵과 AIDS 등 전염성질환의 고위험 취약계층인 사회복지시설, 외국인 근로자, 재소자를 대상으로 전염성질환에 대한 보건교육, 집단검진, 환자발견과 지속적인 추서관리 역할을 담당하여야 함.

### 3. 응급의료 관리

국가의 응급의료에 대한 기획 및 조정역할 강화

- 국가의 응급의료에 대한 지원, 기획 및 조정역할이 강화되어야 함. 응급의료수가를 원가보상 수준으로 현실화하고, 응급의학전문의 확보와 응급실 시설 개선을 위한 재정적 지원을 강화하고, 응급실 시설과 인력확보 수준을 종합하여 병원평가에 연계시켜야 함. 더불어 응급의료서비스에 대하여 지속적인 모니터링과 평가를 하여야 함.

공공병원의 특수 응급서비스 공급 확충

- 응급의료서비스 공급에서 공공병원의 과제는 권역 및 지역응급의료센터 지정 확대와 필수적인 응급서비스 공급역할의 강화임.

## 제9장 결론 및 정책제언

### 1. 만성질환에 대한 보건의료서비스 공급 개선

만성질환관리를 위한 보건의료복지의 네트워크 구축

- 만성질환 관리를 위하여 (가칭)만성질환네트워크추진협의회를 중심으로 예방, 치료, 요양서비스 제공체계가 연계되도록 함. 이 협의회의 설치

보건소, 지방공사의료원 또는 그 이외의 국공립병원이나 민간병원까지도 포함하여 지역의 실정에 따라서 협의하에 설치하도록 함.

- 만성질환 관리 비용은 국민건강증진기금, 국민건강보험, 국가예산 및 개인부담금으로 조달하되, 장기요양서비스에 필요한 비용은 독일이나 일본과 같이 별도의 사회보험제도를 도입하여 운영하도록 함.

#### □ 전염성질환에 대한 보건의료서비스 공급 개선

- 국립보건원을 질병관리본부로 확대 개편하고, 검역소는 질병관리본부에서 관장하도록 하여 국내전염병 감시체계를 개선함. 현재 공공보건부문에 구축되어 있는 전염병신고전산망을 민간병의원으로 확대하고, 전염병별 신고서식 및 역학조사서 입력 및 보고서식을 통합함. 또한 해외유입신종전염병의 관리를 위하여 해외 전염병 공동 감시 체계를 구축함.
- 중앙의 전염성질환 관리 조직 확대에 따라 이에 보조를 맞출 수 있도록 지방자치단체의 조직변화가 뒤따라야 할 것임
- 특히 결핵, 성병·AIDS, SARS 등 신종전염병에 대한 신고율 제고 및 조기발견체계를 강화하고, 장기간 지속되는 치료의 효율성을 높이기 위하여 공공의료부문과 민간의료부문의 치료와 관리에 대한 상호협력체계를 구축함.

#### □ 응급의료전달체계의 개선 방안

- 병원전 처치서비스의 개선을 위하여 지침을 국가 차원에서 개발하여 교육하고, 응급환자가 많은과의 전문의가 팀을 이루어 응급의료지도를 담당하는 전담기구를 마련한다. 또한 119 구급차의 성능을 개선하고, 구급차의 신속한 이동을 위해서 소방도로를 확보하는 등 기반시설을 확충함.
- 병원 처치서비스의 개선을 위하여는 부족한 응급의학전문의를 충분히 배출할 수 있도록 유인책을 마련하고, 응급의료 진료권을 분석하여 수

요에 따라 응급의료기관을 균형적으로 배치하도록 한다. 또한 응급의료 기관으로 지정된 병원에 대해서는 정기적인 평가를 통하여, 양질을 유지하도록 함.

## 2. 공공보건의료체계의 개편과 만성질환, 전염성질환, 응급의료에 대한 공공보건의료의 역할 강화

### 공공보건의료체계의 개편 방안

- 공공의료의 조직구조를 개선하기 위해서는 공공의료기관과 공공보건기관과의 기능적 연계체제를 구축하여 국가의 의료정책의 실행수단으로 활용되도록 조직화해야 할 것임.
- 지역별, 기능별 수급균형을 고려하여 필수 의료서비스로써 공급이 부족한 부문과 수요가 증가하는 장기요양서비스 부문에서 우선적으로 공공보건의료기관 중심의 공급체제를 도입하고, 점차 민간의료기관과 협력체제를 통하여 만성질환관리와 장기요양서비스 체계를 발전시켜 나갈 것임.
- 의료인력에 대한 재정적 유인, 정보시스템의 구축, 적절한 평가체계를 확보하여 공공의료기관이 질 관리와 경영을 효율화하여 의료 시장에서 공공의료기관의 위상을 높여나가야 함.
- 공공보건기관, 즉, 보건소의 조직을 개선하기 위해서는 지역 보건사업의 기획, 지역보건의료 관리, 평가와 모니터링 등 보건당국자로서의 역할을 강화하여야 하며, 공공병원과의 연계, 농촌지역에서는 보건지소와 보건진료소를 질병관리체계의 하위 조직으로 효과적으로 활용하도록 조직할 필요가 높음.

### 만성질환관리를 위한 공공보건의료의 역할

- 공공병원은 지역 보건기관과 공동으로 지속적, 포괄적 서비스 체계를 도입하여 건강증진, 질병예방, 치료, 재활서비스 요소를 환자진료 현장에



적극적으로 도입하여 고혈압과 당뇨병 등 주요 만성질환관리사업을 실시하도록 함.

- 공공보건의료기관에서 이러한 질병관리 역할을 충실하게 하기 위하여 공공보건의료시스템의 기본 기능을 설정하고, 각 사업별 단편적 접근에서 벗어나 공공보건조직에 있는 인력에 대한 포괄적인 교육과 훈련, 지원체계를 갖추어야 할 것임.

□ 전염성질환관리를 위한 공공보건의료의 역할

- 전염병관리를 위한 공공보건의료의 우선적인 역할은 공공의료기관과 보건기관의 연계를 통한 전염성질환 감시와 보고체계의 확립임.
- 공공병원은 최소한의 전염병 병상의 유지, 지역내 전염성질환 고위험 취약계층이 밀집된 시설에 대한 전염성질환에 대한 보건교육, 집단검진, 환자발견과 지속적인 추서관리를 담당하여 전염병관리에 대한 책임과 역할을 강화하여야 할 것임.

□ 응급의료체계에서 공공보건의료의 역할

- 응급의료체계에서 공공보건의료의 역할은 지역 응급의료시행계획의 수립과 응급의료 서비스의 모니터링 기능이며, 지역응급의료계획에 보건소와 공공병원이 주도적으로 참여하고 세부적인 실행기능을 맡도록 함.
- 지역적 배치를 고려하여 공공병원이 인력 및 시설을 법적 기준에 맞추어 ‘권역’ 또는 ‘지역’ 응급의료센터로 추가로 지정되도록 국가적 지원이 필요함. 일부 공공병원을 특성화 병원으로 육성하여 민간기관이 유지하기 어려운 외상치료, 화상치료 등 특수응급의료서비스를 공급하는 역할을 담당하도록 함.

# 제1부

서론

# 제 1 장 서 론

## 제 1 절 연구배경 및 연구방향

1989년 전국민의료보험 실시를 계기로 하여 우리나라는 전 국민을 포괄하는 의료보장체계를 갖춘 국가 대열에 합류하였다. 의료보장체계가 본격적으로 도입된 이후 의료기관 및 의료인력 증가 등 공급 측면에서는 양적인 성장을 거듭해 왔으나, 의료공급의 효율과 형평에 있어서의 성과는 미흡한 것으로 평가되고 있다. 또한 평균수명의 연장 및 노령화에 의한 인구구조의 변화와 급속한 산업화, 국제적인 교류의 확산에 의한 사회적 환경의 변화에 의하여 야기된 질병구조의 변화에 대한 대응도 미흡하다. 최근 들어 인구사회적 변화로 야기된 주요 건강 문제 중 우선적인 대응이 필요한 과제를 들면 노령화와 맞물려 급격히 증가하는 만성질환, 급격한 산업화에 따른 사고의 증가, 국제화로 인한 전염병질환의 재 증가 및 신종전염병질환의 증가에 대한 대비로 요약될 수 있다.

노령화와 만성질환의 증가에 따른 의료수요 양상의 변화에 대한 효과적 대응이 중요해지고 있다. 노인인구의 증가와 함께 국민들의 평균연령도 높아지고 있는데다가, 질병의 양상도 과거 급성 전염병에서 만성 퇴행성질환 중심으로 전환됨으로써 만성질환의 관리는 중요한 정책과제로 부각되고 있다. 급성기 질병 중심으로 운영되어 왔던 의료시설도 만성질환 환자가 차지하는 비중이 크게 높아짐에 따라 전반적인 서비스 공급체계의 변화가 요구된다. 특히, 만성질환의 발생원인이 각종 복합적인 위험인자에 의해 기인하며 생활양식과 환경적 요인에 기인하는 바가 크기 때문에 발병이후의 만성질환 관리뿐만 아니라 발병이전의 예방차원에서의 건강관리와 질병예방의 중요성도 높음이 인식되고 있다. 또한 만성질환의 대부분이 발병후 장기간의 치료를 요하며, 조기사망이나 장애로 남게 된다. 따라서 만성질환은 치료적 서비스에서 끝나는 것이 아니라 장기

요양서비스와 재활 및 복지서비스 요구로 이어져 사회적 부담과 함께 막대한 의료비의 증가를 야기시킨다.

신종 및 재출현 전염병질환에 대한 신속한 대응이 요청되고 있다. 그동안 의학의 발달과 전염병 질환에 대한 예방접종, 항생제 등의 사용으로 전염병 질환은 통제가 되는 것으로 생각되어 왔으며, 전염병질환에 대한 관심이 낮아졌다. 그러나 최근 신종 전염병질환의 발생이 심각한 보건문제가 되고 있으며, 국제적인 이동이 활발해져 쉽게 확산이 될 뿐만 아니라 관리를 어렵게 하고 있다. 우리나라에서도 AIDS 감염자는 최근 급속한 증가추세를 보이고 있으나 적절한 관리대책은 미흡하다. 또한 현대사회에서 학교, 보육시설, 노인시설 등 공동이용시설과 공동거주시설이 증가하면서 이들 시설에서 전염병질환이 일단 발생하면 확산 가능성도 높아졌다. 전염병 질환은 국민의 건강을 해칠 뿐 아니라 매년 상당수의 생명을 앗아가며 막대한 방역대책 비용의 지출을 강요하고 있고, 때로는 경제적으로도 막심한 피해를 주어 국민 생활에 크나큰 위협을 준다. 따라서 국가주도적인 전염병 질환 관리 체계의 확립이 주요한 부문이다.

마지막으로 사고의 증가에 따른 사회적 손실에 효과적인 대응이 요청되고 있다. 우리나라의 사고 발생은 1960년대 이후의 급속한 산업화 정책에 따른 도시화, 공업화가 급속히 진행되어 각종 사고가 발생하여, 최근 통계청의 보고(2002)에 의하면 2001년 현재 10만명당 60명이 각종 사고로 사망하였다. OECD 회원국과 비교해보면, 우리나라가 운수사고 사망률은 가장 높은 국가로 나타났다(통계청, 2002). 이와 같은 일련의 현상들에 대처하기 위하여 응급의료 서비스 체계를 비교적 단기간에 법적, 제도적 장치를 정비하여 어느 정도 모습을 갖추었다. 그러나 아직도 응급환자의 높은 예방가능 사망률, 병원전 이송구급 서비스의 낮은 질적 수준, 응급의료기관의 낮은 질적 수준, 미흡한 응급의료 전달체계 등 여러 가지 문제점에 대한 개선이 필요하다.

이와 같은 수요의 변화가 있음에도 불구하고, 우리나라의 의료공급체계는 급성질환에 대한 치료에 치중하고 있으며, 변화하는 수요자의 요구에 못 미치고 있다. 이러한 요인으로 의료공급에서 급성병상 중심의 시설과 수익성을 추구하는 민간기관이 주도적인 역할을 하는 공급구조, 치료이외의 서비스를 제공할

수 있는 전문적인 인력의 미비, 새로운 수요에 대응하는 서비스가 건강보험에서 낮게 수가가 책정되거나, 건강보험에서 인정받지 못함으로써, 수요자에게 필요한 새로운 서비스공급에 어려움이 있다. OECD는 우리나라의 의료체계의 문제의 해결하기 위한 방안으로 다양한 의료비 억제 기전의 확보와 더불어 건강증진과 질병예방부문의 강화와 보건소와 공공병원의 기능강화를 통한 공공보건 의료의 역할 확충의 필요성을 제기하고 있다(OECD, 2002; 2003).

그간 우리나라의 의료공급은 민간에 의존도가 높아 공공의 비중은 병상수의 약 15.5%, 의료기관수의 8.8%에 불과하였다. 이는 미국과 일본을 제외한 OECD 국가의 공공병상 비율 60~99%와는 크게 차이가 있다. 공공보건의료는 정책적 지원의 부족 속에서 양적인 부족 외에도 국가의 공공보건의료체계에 대한 목표 설정 미흡과 관리역량 부족, 국가 공공보건의료체계에서 공공의료기관의 기능 불명확, 조직운영의 경직성, 지역보건관리당국으로써의 지역보건 역할의 미흡, 공공병원간, 공공보건기관과 공공병원간, 공공과 민간의료기관의 연계 및 협력 체계의 부재 등의 문제가 지적되어 왔다. 그 결과 우리나라 여건에서 민간의 참여 유인이 낮은 부분, 즉, 건강증진, 질병예방과 질병관리, 요양서비스 부문, 전염병질환관리, 응급의료에서 필수적인 보건의료 서비스의 공급이 미흡하게 된 결과를 낳게 되었다.

이러한 결과를 종합할 때 우리나라는 변화하는 수요에 대처하기 위한 보건의료서비스 공급체계의 개편이 필요하다. 이러한 관점에서 본 연구는 수요변화에 효과적으로 대응하기 위하여 보건의료서비스공급체계의 개선방안을 다루고자 하며, 이러한 공급체계 개선에 있어 공공부분의 역할을 조명하고자 한다.

## 제 2 절 연구목적

본 연구에서는 국민의 건강상태(수요)에 따른 적절한 보건의료서비스의 내용 및 제공기관의 정립과 서비스제공기관간의 연계 방안을 제시하여, 효율적인 보건의료서비스 이용 및 공급을 도모한다. 세부적으로는 본 연구를 통해 최근 인

구사회적 변화에 따라 보건의료서비스 기능의 재정립 및 확충이 요구되는 만성 질환 및 전염병질환 보건의료서비스 공급 체계, 응급의료체계를 중심으로 필요서비스, 서비스제공기관, 제공기관간의 연계체계 및 공급체계 개선에 필요한 인력, 시설, 비용부담에 대한 개선방안을 제시하며, 위의 세가지 보건의료서비스 공급체계를 개선하기 위한 공공보건의료부문의 구조 및 역할 분담 방안을 제시한다.

세부적인 연구목적은 다음과 같다.

첫째, 질병구조의 변화에 따른 보건의료공급체계 개선방안을 제시한다.

- 만성질환 보건의료서비스 공급 체계 개선방안을 제시한다. 만성질환 관리에 필요한 예방, 치료, 요양서비스의 내용 및 제공 기관, 서비스제공기관간의 서비스공급체계의 상호 연계성 분석 및 개선방안, 원활한 서비스 공급에 필요한 인력 및 비용 부담 방안 제시한다.
- 전염성질환 관리체계 개선방안을 제시한다. 전염병질환 관리 체계 구축 방안, 관리체계 구축에 필요한 법, 제도, 인력, 시설 개선방안을 제시한다.
- 응급의료체계 개선방안을 제시한다. 응급의료체계인 병원전처치단계, 이송단계, 병원처치단계, 정보통신체계의 4가지 요소의 각 단계별 및 연계상의 필요한 보건의료서비스, 제공기관, 제공기관간의 연계 방안, 이에 필요한 인력, 장비, 비용부담방안 제시한다.

둘째, 공공보건의료의 현황과 개선방안을 제안하고, 새로운 수요인 만성질환 관리, 전염성질환 관리, 응급의료의 개선에 있어서 공공부분의 역할을 제시한다.

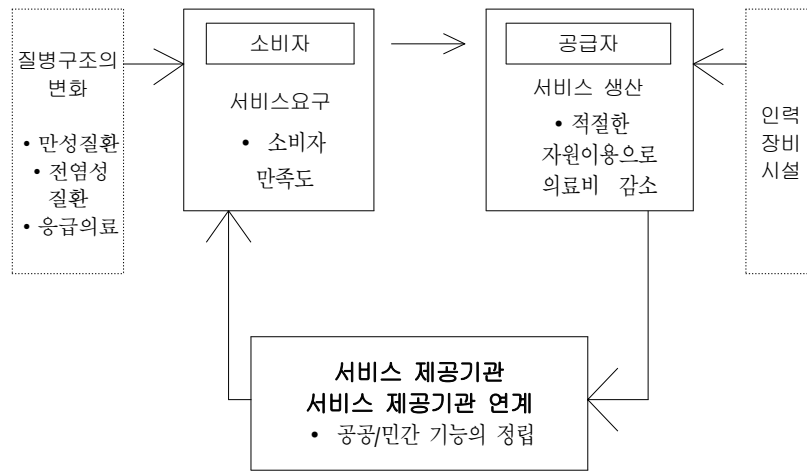
### 제 3 절 연구내용 및 방법

#### 1. 연구의 기본틀

보건의료서비스 공급체계의 범위는 소비자의 요구와, 이를 충족시키려고 공

급자가 제공하는 서비스, 소비자와 공급자가 서비스를 제공하고 제공받는 연계 체계로 구성된다. 소비자의 요구는 환경적 조건에 의하여 영향을 받는데, 본 연구에서는 최근의 뚜렷한 질병구조의 변화 즉, 만성질환, 사고 등 응급처치를 요하는 질환 및 신중전염병질환의 증가를 주요소비자의 요구로 파악하였다. 공급자는 이러한 소비자의 요구에 적합한 보건의료서비스를 생산하는 과정을 거치게 되는데, 서비스의 생산은 보건의료 인력, 장비, 시설의 적절한 배치와 그 이용에 따라 결정된다. 또한 생산된 서비스제공에 있어서 소비자가 이용하기 용이하도록 서비스 공급체계를 확보하여야 한다. 이러한 관점에서 본 연구에서는 소비자, 공급자, 연계체계의 개선방안을 모색하고자 한다.

[그림 1-1] 연구의 기본 틀



## 2. 연구내용 및 방법

본 연구는 4부 9장으로 구성되어 있다. 제1부는 1장과 2장으로 구성되어 있는데, 제1장의 서론에 이어 제2장에서는 보건의료서비스 공급체계의 개념과 현재 보건의료서비스 공급체계의 현황 분석 및 질병구조의 변화에 따른 보건의료

공급체계의 변화의 필요성을 논하였다. 제2부의 3장·4장·5장에서는 최근의 질병구조의 세 축을 이루는 만성질환, 전염성질환, 응급의료를 요하는 질환 및 사고에 대응하는 새로운 보건의료공급체계의 대안을 모색하고자 하였다. 제3부에서는 의료수요변화에 부응하기 위한 의료체계의 개선방안을 6장 공공의료부문, 7장 공공보건부문, 8장에서는 만성질환·전염성질환·응급의료를 요하는 질환 및 사고에 대응하는 공공부분의 역할을 논의하였다. 4부9장 결론에서는 만성질환·전염성질환·응급의료를 요하는 질환 및 사고에 대응하는 보건의료공급체계의 개선방안을 종합하고, 공공부분의 역할을 논의하였다.

보건의료서비스 공급체계의 현황 및 문제점을 파악하기 위하여 보건복지 통계, 건강보험 통계, 대한의사협회 전국회원실태조사 보고서, 119구급대 내부자료, 응급의료센터 내부자료 등을 활용하였으며, 2002년도 상반기 의료보험, 의료급여 만성질환 청구파일, 2001년 국민건강영양조사, 2001년 서울시민보건지표조사, 1999년·2002년 환자조사, 2000년 국민보건의료실태조사 raw data를 분석하였다.



## 제 2 장 보건의료 서비스 공급체계의 과제

### 제 1 절 보건의료 서비스 공급체계의 개념

보건의료체계에 대해서 Lassey 등(1997)은 “보건의료기관, 보건의료 인력, 재정기전, 정보시스템, 기관과 인력자원을 연계하는 조직 구조 및 보건의료 서비스를 환자에게 전달하는 관리 구조로 구성되는 조합이 보건의료체계”라고 하였다. Roemer (1991)는 자원, 조직, 재정 그리고 인구집단이나 개인에게 보건의료 서비스를 전달하는 관리과정의 조합이 보건의료체계라고 하였다. 또한 Donabedian(1973)은 의료요구를 의료서비스를 요구하는 현상이라고 볼 때 의료공급을 의료서비스 제공 능력으로 정의하였다<sup>1)</sup>. 이상과 같이 보건의료공급체계는 소비자와 공급자간의 다리 역할을 하는 것으로의 보건의료서비스, 소비자, 보건의료서비스 공급인력, 보건의료서비스 공급기관, 재정기전으로 구성된다.

보건의료공급체계에서 원활한 서비스를 소비자에게 전달하기 위한 원칙으로서 Donabedian(1973)은 공급의 생산성과 효능, 적절성과 접근용이성을 주요 요소로 보았다. 서비스의 생산에 있어서 적절성은 의료자원이나 의료서비스를 합리적으로 이용하여 불필요한 병상, 불필요한 서비스의 제공 없이 필요한 서비스만을 제공하는 것으로, 효율성의 개념은 서비스 생산에 투자한 내용과 제공되는 서비스내용에 대한 가치의 비교 개념으로 정의하였다. 또한 접근성은 기생산된 서비스를 소비자가 이용하게 만드는 요소로, 이는 사회조직적 접근용이성과 공간적 접근용이성(Donabedian), 재정적 접근용이성(Salkever, 1976) 등을 고려할 수 있다. 최근 OECD 국가들이 공통적으로 제시한 의료개혁 목표도 는 다섯 가지로, 첫째 의료의 형평성 제고, 둘째 의료서비스의 질 향상, 셋째 거시

---

1) Donabedian, A., *Aspects of Medical Care Administration, Specifying requirements for Health Care*, Harvard University Press, 1973.

적인 효율성 제고를 통한 적절한 국민의료비의 견지, 넷째 미시적인 효율성 제고를 통한 서비스 생산비의 최소화, 다섯째 소비자의 선택권과 만족권 보장 여섯째, 공급자의 자율성 확보이다(Hurst, 1991).

이상과 같이 보건의료 공급체계는 소비자와 공급자, 소비자의 요구와, 이를 충족시키려고 공급자가 제공하는 서비스, 서비스를 제공하고 제공받는 연계체계로 구성된다. 따라서 보건의료공급체계는 보건의료서비스 공급체계와 동일한 개념으로 보건의료서비스 공급체계의 주요 요소는 서비스와 서비스를 소비자와 공급자간에 연결시켜주는 연계체계로 볼 수 있다. 이러한 서비스를 제공하고 이용하는 원칙으로서 우선적으로 적합성으로 소비자가 원하는 서비스를 생산하여 소비자의 만족도와 선택권을 보장하여야 한다. 둘째, 서비스의 생산에 생산성과 효율성을 제고하여, 비용을 최소화하여 개인 및 국가의 의료비 부담을 경감하여야 한다. 셋째, 기 생산된 서비스를 소비자가 이용하기 용이하도록 접근성을 높여야 한다. 접근성으로서 보건의료서비스 이용기관의 수, 지역간의 안배, 연계체계의 정비를 통한 조직·공간적 접근용이성을 용이하게 하여야 한다. 이러한 공간적, 재정적 접근성의 확보에 공공부분의 역할이 특히 중요하다.

이러한 요소는 우리나라는 보건의료인력과 시설이 민간에 집중되어 있는 의료공급구조에 단일화된 사회보험방식의 의료서비스 체계를 가지고 있는 가운데 보건의료공급체계의 가장 두드러진 특징을 소비자 요구, 공급자의 제공서비스, 서비스제공기관과 기관간의 연계, 이러한 서비스의 생산과 공급과 연계에 영향을 미치는 전문인력, 장비, 시설, 재정기전에 따라 파악해 보면 다음과 같다.

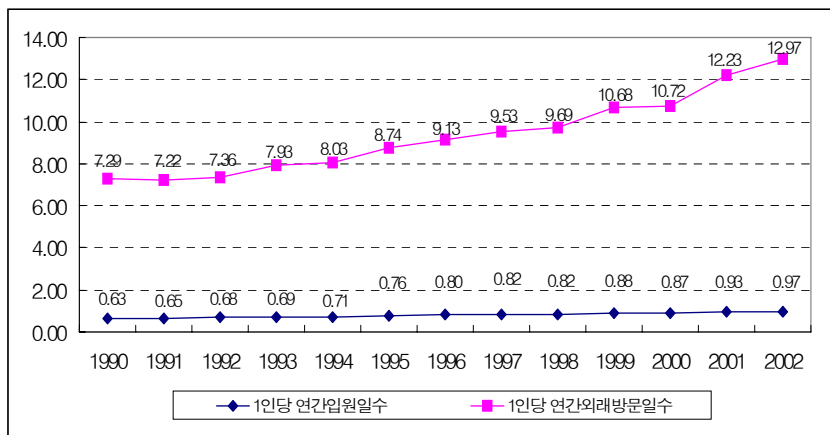
## 제 2 절 보건의료 서비스 수요의 변화

### 1. 의료이용의 지속적 증가

그동안 국민의 의료서비스 이용은 1989년 전국민의료보험이 실시된 이래 현재까지도 계속 증가하는 경향이 관찰된다(그림 2-2 참조). 이러한 증가경향은

외래와 입원 모두에서 나타나고 있으며 구미선진국의 의료이용도와 비교할 때 외래이용에서 특히 높다.

[그림 2-1] 의료보험 적용인구의 의료이용도(1990~2002)



자료: 국민건강보험공단, 『건강보험 통계자료』, 2003(www.nhic.or.kr/stat/2002).

우리나라의 외래이용도는 1인당 연간 외래 의사방문수가 2002년 13.0으로 일본보다는 낮지만 미국, 영국, 네덜란드, 독일, 프랑스 등 OECD 국가들의 수준에 비하면 2배 정도 높은 수준이다. 입원이용도는 1인당 연간 입원건수가 2002년 0.97건으로 다른 OECD의 국가들의 급성 병상 이용보다는 아직까지 낮은 수준이다. 그러나 입원재원일수는 2000년 14.0일로 OECD평균 재원일수인 10.5일보다 월등히 높아 장기간의 병원입원이 이루어짐을 알 수 있다.

<표 2-1> 우리나라의 입원재원일수, OECD국과의 비교

(단위: 일)

	1980	1990	2000
한국	11.0	13.0	14.0
OECD 평균 <sup>1)</sup>	18.4	14.9	10.5

주: 1) 자료이용이 가능한 국가들의 평균입(1980년 26개국, 1990년 26개국, 2000년 21개국).

자료: OECD Health Data, 2002, 2003.

그러나 이러한 높은 의료이용률에도 불구하고 의료에 대한 만족도는 낮다. 그 이유로는 비용과다(1989년 32.2%에서 1999년 45.0%)와 치료미흡(1989년 16.1%에서 1999년 36.4%), 시설미비(1989년 7.3%에서 1999년 11.04%)의 의견이 10년간 모두 증가하였다. 이는 바로 부족하거나, 부적절한 서비스에 대하여 높은 비용으로 제공되고 있음을 간접적으로 증명한다.

〈표 2-2〉 의료서비스에 대한 불만족 이유(1989, 1999년)

(단위: %)

	1989			1999		
	전국	시부	군부	전국	시부	군부
불친절	31.5	35.0	21.5	26.3	26.9	23.2
비용과다	32.2	36.9	19.1	45.0	45.9	40.2
치료미흡	16.1	17.7	11.5	36.4	36.5	35.7
시설미비	7.3	5.3	12.8	11.0	9.8	17.4
지역편재	11.3	3.3	33.8	8.1	6.0	19.2
진료시간 짧다 <sup>1)</sup>	-	-	-	22.0	22.6	18.7
대기시간 길다 <sup>2)</sup>	진료	-	-	39.9	40.2	38.5
	입원	-	-	3.5	3.5	3.5
	투약	-	-	10.8	11.1	9.3
기타	1.6	1.8	1.3	1.1	1.1	1.0

주: 1) 1995년 이후에 분류된 항목임.

2) 1992년 이후에 분류된 항목임.

자료: 통계청, 『한국의 사회지표』, 1994, 1997, 2001.

낮은 의료의 만족도와 무관하게 국민의료비 지출은 증가하고 있다. 국민의료비 총액은 1985년 3조 4634억원에서 2001년 33조 5887억원으로 15년간 9.7배의 상승을 보였다. 국내총생산 대비 비율은 1977년 2.6%, 1985년 4.3%, 1995년 4.7%, 1998년 5.1%(홍정기, 1995; 정영호, 1996; 정영호 2000), 2000년 5.9%(OECD, 2003a)로 추계방법에 따라 다소 차이는 보이지만 계속 상승하고 있어 아직까지 OECD 국가들에 비하여 낮은 수준이지만 지속적인 상승요인들이 존재하고 있어 여러 연구에서 향후 국민의료비의 급상승을 예측하고 있다.

또한 전체 국민의료비 중 중앙 및 지방정부, 사회보장 등 공공부분에서 지출하는 비율은 1985년 26.6%에서 2001년 53.2%로 증가되었으나, 여전히 가계부담은 2001년 37.1%로 전체 국민의료비의 1/3을 차지한다.

〈표 2-3〉 국민의료비 변화 추이

(단위 : 억원, %)

연도	중앙 정부	지방 정부	사회 보장	공공 소계	민간 사회 보험	가계	민간 비영리 단체	기업	민간 소계	국민 의료비
1985	1,347.8 (3.9)	578.9 (1.7)	7,303.1 (21.1)	9,229.8 (26.6)	1,705.2 (4.9)	20,755.6 (59.9)	218.0 (0.6)	2,725.7 (7.9)	25,404.5 (73.4)	34,634.3 (100.0)
1990	4,380.1 (5.1)	2,131.9 (2.5)	24,758.0 (29.1)	31,270.0 (36.7)	3,832.0 (4.5)	45,258.0 (53.2)	405.0 (0.5)	4,354.6 (5.1)	53,849.6 (63.3)	85,119.6 (100.0)
2001	21,624.3 (6.4)	13,434.4 (4.0)	143,681.1 (42.8)	178,739.8 (53.2)	12,768.0 (3.8)	124,584.0 (37.1)	1,362.0 (0.4)	18,433.8 (5.5)	157,147.8 (46.8)	335,887.6 (100.0)

자료: 장영식·고경환·도세록·이내연, 『2001년 국민의료비 추계』, 한국보건사회연구원, 2003.

## 2. 의료서비스 욕구의 변화

지난 20년간 질병은 전염병질환이 1985년 인구 10만명당 20.2명에서 1994년 인구 10만명당 13.1명, 2002년 인구 10만명당 11.9명으로 완만한 감소추세를 보인다. 그러나 신생물에 의한 사망이 2배로 증가하고, 당뇨 등 내분비, 영양대사 질환의 급속한 증가하는 등 만성질환이 증가하였다. 또한 사고에 의한 사망이 증가하는 경향을 보였다.

〈표 2-4〉 대분류별 사망원인의 변화추이

(단위: 인구 10만명당)

	1985년		1994년		2002년	
	ICD-code	사망률	KCD-code	사망률	KCD-code	사망률
특정 전염병 및 기생충성 질환	001-139	20.2	A00-B99	13.1	A00-B99	11.9
신생물	140-238	76.9	C00-D48	113.8	C00-D48	131.9
내분비, 영양 및 대사질환	240-279	7.2	E00-E88	18.3	E00-E88	26.8
신경계통의 질환	320-389	5.7	G00-G98	5.4	G00-G98	8.4
순환기계통의 질환	390-459	157.3	I00-I99	158.3	I00-I99	127.8
호흡기계통의 질환	460-519	22.9	J00-J98	25.7	J00-J98	34.5
소화기계통의 질환	520-579	44.5	K00-K92	40.4	K00-K92	29.4
달리 분류되지 않는 증상, 징후 와 임상 및 검사의 이상소견	780-799	89.3	R00-R99	55.7	R00-R99	49.1
질병이환 및 사망의 외인	E800-E969 <sup>1)</sup>	36.8	V01-Y89	73.6	V01-Y89	59.9

주: 한국표준질병사인분류 제3차 개정(1995년 3월) 이후 사용된 ‘질병이환 및 사망의 외인’은 이전까지는 17대 분류에 포함되지는 않고, 보조분류 중의 하나인 ‘손상 및 중독의 외인에 관한 보조분류(E부호)’로 사용되었음. 단, 1992년 자료는 ‘2002년 사망원인통계연보’에 의함.  
자료: 통계청, 사망원인 통계연보, 각년도; 통계청 인구총조사(1985년), 통계청 홈페이지

세부적인 질병에 따른 변화를 보면 2002년 악성신생물, 뇌혈관질환, 심장질환, 간질환 등 만성질환이 주요사인을 차지하고, 운수사고 또한 사망원인 10위 이내로 사고에 의한 사망이 주요한 원인이다. 그리고 호흡기결핵이 사망원인의 10위 이내로 아직도 전염병질환에 의한 사망이 주요원인이다. 즉, 만성질환이 대다수, 사고가 주요질환의 양상을 띄며, 결핵도 간과할 수 없는 주요 사망원인으로 나타난다.

〈표 2-5〉 사망원인 순위(1985, 1994, 2002년)

(단위: 인구 10만명당)

	1985년		1994년		2002년	
	질환	사망률	질환	사망률	질환	사망률
1위	악성신생물	74.8	악성신생물	112.7	악성신생물	130.7
2위	뇌혈관질환	66.7	뇌혈관질환	84.4	뇌혈관질환	77.2
3위	심장질환 <sup>1)</sup>	44.6	심장질환	43.6	심장질환	37.2
4위	고혈압성질환	42.0	운수사고	35.3	당뇨병	25.1
5위	간질환 <sup>2)</sup>	30.4	간질환	29.2	만성하기도질환	22.6
6위	운수사고	16.0	고혈압성질환	25.8	간질환	22.0
7위	호흡기결핵	14.8	당뇨병	17.0	자살	19.1
8위	만성 및 상세불명의 기관지염, 폐기종 및 천식	9.7	만성하기도질환	15.7	운수사고	19.1
9위	자살	9.1	자살	10.5	고혈압성질환	10.6
10위	폐렴	8.0	호흡기결핵	9.0	호흡기결핵	6.6

주: 1) 허혈성 심질환+폐순환질환 및 기타 심장질환

2) 만성 간질환 및 경변증+기타 간질환

자료: 통계청, 『사망원인 통계연보』, 각 연도.

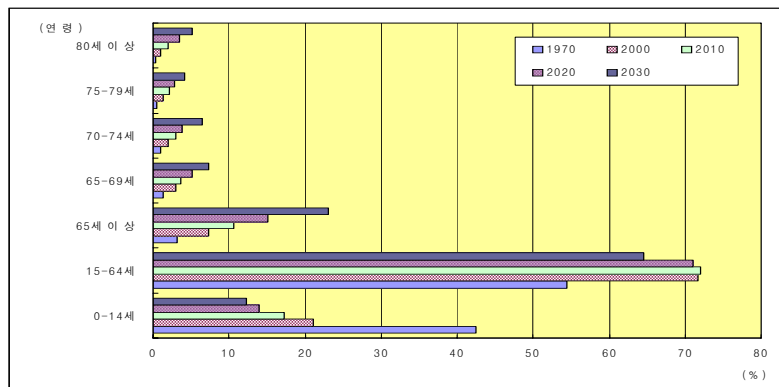
구체적으로 근래에 들어 계속 증가세를 보이는 만성질환, 사고, 전염병질환의 유병률 및 사망률의 변화 경향은 다음과 같다.

### 가. 만성질환의 증가

우리나라는 평균수명의 연장과 급속한 노인인구의 증가와 함께 사망원인 구조도 암, 순환기계 질환 등 만성질환 중심으로 더욱 진전되고 있다. 질병의 유병 양상에서도 만성질환이 증가하고 있는데 그동안의 국민건강조사와 최근의 국민건강영양조사 결과를 보면 만성질환 유병자율은 1992년 20.5%, 1995년 29.9%, 1998년 41.0%, 2001년 46.2%로 증가하고 있으며, 전체 질환자 중 만성질환자가 차지하는 비율도 1995년 69.1%, 1998년 74.5%, 2001년 80.6%로 만성질환의 비중이 뚜렷이 증가함을 볼 수 있다.

이와 함께 출산력의 급격한 감소와 평균수명의 신장으로 통계청의 신인구추계(2001)에서 나타난 노인인구의 증가는 매우 급속하게 진전될 것으로 보이며, 인구의 노령화 속도는 어느 선진국가가 경험하지 못하는 속도로 다가올 것이 예상된다.

[그림 2-2] 연령계층별 구성비 추이, 1970~2030

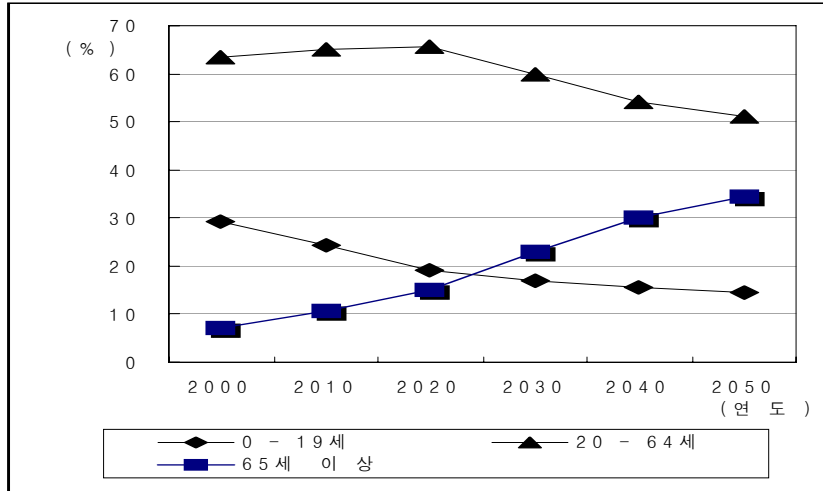


자료: 통계청, 『장래인구추계』, 2001.

만성질환자의 대부분을 차지하는 노인인구의 증가는 노인인구의 높은 만성질환 유병률과 활동제한율을 고려할 때 만성질환 유병인구의 증가와 이로 인하여 의료비를 사용해야 할 인구층이 많아지고, 이에 따라 의료재정과 복지서비스 재정을 조달하는 생산인구가 부담해야 하는 의료비가 커지는 것을 의미한다. 우리나라에서 노인인구가 사용하는 의료비는 젊은 인구의 1.6배로 보고 있으나 Jacobzone(2001)은 2.4배로 산출하였다. OECD 국가들에서는 이보다 더 높다(OECD, 2003b). 신인구추계에 따라 노인의료비가 의료보험진료비에서 차지하는 비중이 어떻게 변화할 것인가를 제시한 연구결과를 보면 [그림 2-3]의 노인인구 비중보다 [그림 2-4]와 같이 노인의료비 부담이 매우 높아질 것을 예측되고 있다(최병호, 2001).

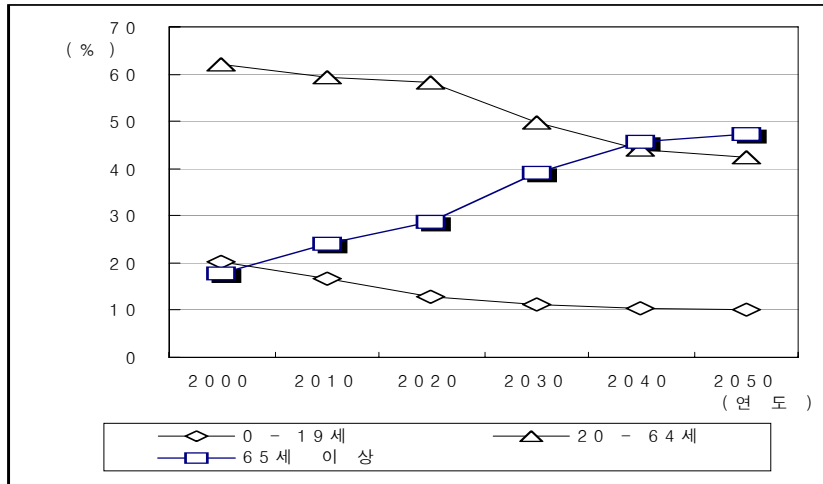


[그림 2-3] 연령군별 인구비중 변화추이



자료: 통계청, 『장래인구추계』, 2001.

[그림 2-4] 연령군별 총진료비 비중의 변화 추이



자료: 최병호, 「신인구추계에 따른 사회보험 재정영향 분석」, 『보건복지포럼』, 제62호, 2001. 12.

노인 인구 증가, 만성질환자 증가에 따른 장기요양서비스 수요가 커지고 있는데 비하여 우리나라의 보건의료서비스 공급은 여전히 급성병상 중심으로 공급이 이루어지고 있어, 장기요양서비스에 대한 대비가 부족하다. 이는 만성질환의 치료 현황에서도 나타나는데, 만성질환자의 14.13%가 한 번도 치료를 받지 않은 것으로 나타났으며, 이중 비용과 시간 부담, 인접의료기관이 없거나, 치료의 효과가 없다고 생각하고 치료를 포기한 경우가 전체 만성질환 미치료자의 22.7%로 약 20%정도의 만성질환자는 현재의 보건의료서비스체계에서 적절한 서비스를 만성질환자에게 제공하지 못한다. 질병별로는 치매 66.03%, 뇌졸중 46.37%, 요통좌골통 30.63%, 관절염 29.86%의 순으로 적절하지 않은 현재의 보건의료체계를 그 이유로 대답하여, 이들 질환에 대한 적절한 보건의료서비스 제공의 필요성을 제시하였다(최정수, 2001). 보건의료체계에 의한 미치료 비율이 높고, 치료충족율은 낮은 질환은 현재의 보건의료서비스 체계 내에서 필요한 보건의료서비스를 제공하지 못하는 질환으로, 이러한 만성질환에 대한 미치료 부분은 노령화가 진행될수록, 노인인구의 의료이용도가 일반인구의 증가속도를 훨씬 능가하고 있는 점 등을 고려할 때 향후 더욱 높아질 전망이다.

#### 나. 응급상황에 대한 적절한 서비스 제공 수요의 증가

도시화, 공업화가 급속히 진행되어 교통사고 등 각종 사고가 증가하고 뇌졸중 등 성인병의 증가로 응급의료서비스 수요는 급증하고 있으나 서비스 수준은 이를 따라가지 못하고 있다. 손상으로 인한 입원 및 외래환자 발생은 1999년 739만 7천건, 2000년 761만 1천건, 2001년 850만 4천건으로 2001년에 급격하게 증가하였다(김재용 등, 2002).

또한 외인으로 인한 사망자는 1983년 인구10만명당 54명, 1992년 인구10만명당 81명으로 증가하였으며, 2001년 인구10만명당 60명으로 감소하는 경향을 보이기는 하였으나, 외국에 비하여 사고로 인한 사망은 매우 높은 편이다.

<표 2-7> 연도별 외인사망률(십만명당)

(단위 : 명)

	1983	1986	1989	1992	1995	1998	2001
총 외인사망	54	68	81	81	75	69	60
남자 외인사망	79	98	117	117	109	100	83
여자 외인사망	29	36	42	44	42	38	37

자료: 통계청, 『사망원인통계연보』, 각연도.

외인사망의 주요원인인 운수사고에 의한 사망을 OECD 회원국과 비교해보면 우리나라는 2001년 운수사고사망률이 인구 10만명당 21.0으로 OECD국가 중 1위로 나타났다(통계청, 2002). 또한 OECD 회원국의 평균은 1990~2000년 사이 인구 10만명당 12.8명에서 16.8명인데 비하여 우리나라는 인구 10만명당 27.0~41.7로 지난 10년간 OECD 평균의 2배 정도의 높은 사망률을 보였다(OECD, 2003).

<표 2-8> 인구 십만명당 운수사고 사망률(1990, 1995, 1999, 2000년)

(단위: 십만명당)

	1990	1995	1999	2000
한국	36.1	41.7	28.2	27.0
OECD 평균 <sup>1)</sup>	16.8	14.4	12.8	15.1

주: 1) 자료이용이 가능한 국가들의 평균임(1985년 27개국, 1990년 28개국, 1995년 28개국, 1999년 22개국, 2000년 9개국).

자료: OECD Health Data, 2003.

우리나라의 예방 가능한 사망률은 50.4%(선진국은 10% 수준)이며, 돌연사 소생률은 5%(선진국은 25% 수준)로서, 선진국의 1/5 수준에 불과하다. (한국보건산업진흥원, 1999). 선진국에서는 TRISS(Trauma and Injury Severity Score) 나 ASCOT(A Severity Characterization of Trauma)와 같은 사망률 평가도구에 의하여 평가된 생존확률 50% 이상인 환자가 사망하는 경우는 거의 없는(Camerron et al, 1995) 반면에, 우리나라가 선진국에 비하여 높은 외상환자의 사망률을 보이

는 이유는 생존확률이 50% 이상인 환자를 소생시키지 못한 것이 주요이유이다. 우리나라의 응급의료센터에서 사망한 외상환자의 약 40%가 TRISS나 ASCOTT와 같은 방법론에 의해 평가된 생존확률이 50% 이상인 예방가능한 사망이었다(신준엽과 정구영, 1996; 한국보건관리연구원, 1997)는 연구결과가 이를 뒷받침하여 준다. 향후 응급의료서비스에 대한 수요는 더욱 증가할 전망이며, 양적인 확대와 더불어 신속한 서비스의 제공으로 생존확률을 높여야 할 필요성이 제기된다.

#### 다. 신종전염성질환의 증가

전염성질환은 발생률과 사망률이 감소 추세에 있는 것으로 보인다. 그러나 환경 변화로 인해서 세계적으로 신종 전염병, 재출현 전염병의 등장이 늘고 있으며, 교통의 발달과 인구 이동의 증가로 전염병의 전파 속도가 과거에 비해서 빨라짐에 따라 SARS 등 신종전염병이 발생하거나, 소멸되었던 장티프스, 콜레라, 세균성이질 등의 전염병이 해외에서 유입되어 빠르게 국내에서 전파되고 있다. 2002년에도 해외를 다녀온 국민들 중 말라리아 35명, 장티프스 10명, 세균성이질환자 10명, 뎅기열 9명 등(보건복지부, 2002)이 발생되었다.

또한 1985년 처음으로 AIDS 환자가 보고된 이후, 에이즈 총 감염자수는 2003년 9월말 현재 2,405명이다(국립보건원, 2003). 최근 5년간 에이즈감염자 평균증가율이 33.3%로 증가하고 있는데 1995~1996년을 기점으로 해외유입보다 국내 감염이 증가하고 있다. 현재 우리나라의 AIDS 감염환자의 절대수는 세계적으로 낮은 수치이기는 하나, 인적교류의 증가, 성도덕의 개방화 등으로 인하여 감염자의 증가 가능성이 높다.

또한 법정전염병으로 지정되어 정기적인 예방접종 및 관리를 하고 있는 전염병도 주기적인 유행을 반복하거나 증가세를 보인다. 홍역은 2000년 32,647명과 2001년 23,060명이 발생하였고, 유행성이하선염은 1998년 4,461명이 발생하는 등 주기적인 창궐 현상을 보이고, 결핵유병률은 2002년 현재 0.5%로 추정하고 있으며 매년 8만명의 새로운 결핵환자가 발생하는 것으로 추산된다. 2002년도

에도 사망순위 10위를 차지하여 치명율이 높다(통계청, 2003). 1998년도에는 결핵으로 인한 인구 10만명당 사망률이 7.1로서 경제협력기구(OECD) 29회원국중 1위를 차지하였으며(김건영, 2000), 2003년도에는 터키에 이어 OECD 국가 중 2위의 사망률을 보이는 질환이다.

이상과 같이 수요자들은 노령화, 산업화, 국제화 등 인구사회적 및 환경의 변화에 따라 질환의 유행도 변화하여, 급성질환에 대한 수요는 감소하고, 만성질환, 사고, 신종전염병질환에 대한 수요가 증가하는 경향을 보이고 있다. 이러한 질환의 변화는 변화된 질환의 유행에 적합한 보건의료공급서비스의 제공을 요구한다. 필요한 서비스로는 만성질환의 예방, 건강증진을 통한 위험요인 감소, 장기요양 및 재활서비스, 신속정확한 환자 이송 및 치료서비스 등을 들 수 있다. 다음 절에서는 우리나라의 보건의료서비스 공급체계가 최근의 수요자의 요구에 적합한 서비스를 생산, 제공하는지를 분석하고자 한다.

### 제 3 절 보건의료서비스 공급체계 현황 및 수요에 대응한 변화

#### 1. 보건의료서비스 공급 현황

##### 가. 보건의료서비스 내용 및 공급 기관

현재 우리나라의 보건의료서비스 공급기관은 의료기관, 보건기관, 의료복지시설로 구분되어진다. 전통적으로 보건의료서비스공급기관의 개념은 의료법에서의 의료기관으로 제한적으로 인지되었다. 의료기관은 종류별로 병원의 규모에 따라 종합병원, 병원, 의원으로 구분되고, 제공하는 서비스의 종류에 따라 일반, 치과, 한방 병의원으로 구분된다. 이러한 구분은 1994년 장기요양환자의 수요에 따라 요양병원이 신설되어, 의료 외의 요양의 개념이 의료기관에 최초로 도입되었다. 또한 노인복지법에서 노인전문병원, 노인전문요양시설, 노인요양시설의 요양서비스 제공 위주의 단계적 노인의료복지시설의 개념을 1999년에 도입하였다.

〈표 2-9〉 보건의료기관의 구분 및 역할

기관명	정의 역할	
보건소	· 건강증진·보건교육·질병관리, 진료, 건강진단, 전염병관리, 의료기관 및 의료인 관리, 방문보건의료사업	
의료기관	종합병원	· 주로 입원환자에 대하여 의료를 행할 목적으로 의사 및 치과의사가 의료를 행하는 기관. 입원환자 100인이상을 수용할 수 있는 시설 · 내과, 외과, 소아과, 산부인과, 진단방사선과, 마취통증의학과, 진단검사학과 또는 병리과, 정신과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목. (300병상 이하인 경우에는 7개 이상의 진료과목)
	병원	· “병원”, “치과병원” 또는 “한방병원” · 의사, 치과의사, 한의사가 의료를 행하는 곳으로서 입원환자 30인 이상을 수용할 수 있는 시설 (치과병원의 경우에는 입원시설의 제한 없음)
	요양병원	· 의사 또는 한의사가 의료를 행하는 곳. 요양환자 30인 이상 수용. 장기요양을 요하는 입원환자에 대하여 의료를 행할 목적으로 개설
	의원	· “의원”, “치과의원” 또는 “한의원” · 의사, 치과의사 또는 한의사가 의료를 행하는 곳. 주로 외래환자에 대하여 의료.
노인 의료 복지 시설	노인전문병원	· 주로 노인을 대상으로 의료를 행하는 시설. 노인성질환으로 치료 및 요양을 필요로 하는 자, 임종을 앞둔 환자 (의료법에 의한 의료기관중 요양병원에 준함.)
	노인전문요양 시설	· 치매, 중풍 등 중증의 질환노인. 급식,요양 기타 일상생활에 필요한 편의를 제공함. 입소자의 자격조건에 따라 무료, 실비, 유료로 구분됨.
	노인요양시설	· 노인. 급식, 요양 기타 일상생활에 필요한 편의를 제공함을 목적으로 하는 시설. 입소자의 자격조건에 따라 무료, 실비, 유료로 구분됨.
노인 재가 복지 시설	가정봉사원과 견시설	· 신체적, 정신적 장애로 일상생활을 영위하기 곤란한 노인이 있는 가정에 파견. 노인의 일상생활에 필요한 각종 편의 제공.
	주간보호시설	· 심신이 허약한 노인과 장애노인에게 낮 동안 시설에 입소시켜 필요한 각종 편의를 제공.
	단기보호시설	· 심신이 허약한 노인과 장애노인을 시설에 단기간 입소시켜 보호

자료: 지역보건법, 의료법, 노인복지법

또한 수발서비스를 제공하는 재가복지시설 제공 기관의 개념을 법에 도입하여, 새로운 수요에 대한 서비스 제공 근거를 마련하였다. 또한 보건소에서는 예방, 건강증진, 건강검진, 질병치료 등 광범위한 보건의료서비스를 제공하도록 업무범위가 확대되고 있다. 건강증진, 예방, 치료, 요양, 수발의 연속적인 보건 의료서비스 제공 개념이 의료법, 지역의료보건법, 노인복지법 등에 분산되어 제정되어 있다.

나. 보건의료서비스 공급 방식

현재 우리나라의 보건의료서비스 공급체계는 보건의료의 필요에 따라 효율적으로 구성되어 있지 못하다. 병원의 규모와 거주지역에 따라 단계별 의료이용을 제한한 의료전달체계는 처음 시작할 때의 의도와는 달리 병원의 규모와 지역에 따른 인위적인 의료의 이용제한은 소비자와 공급자에 의하여 외면되었다.

<표 2-10> 의료기관의 유형과 환자의뢰체계의 단계

	분류	의원	병원	종합병원	3차진료기관	특수병원
규범적 기준	· 의료기관의 규모에 따라 분류한 규범적 진료기능	1차	2차	3차	3차	2차, 3차
제도적 규제	· 3차진료기관으로 지정된 종합병원과 기타(의원, 병원, 종합병원) 의료기관과의 2단계 환자의뢰체계로 진료의뢰서를 발급받은 경우 2단계 진료가 가능하도록 함. 단, 예외 3개과 <sup>1)</sup> 는 3차 기관이라도 1차 진료가 허용됨	1차	1차	1차	2차	2차

주: 1) 가정의학과, 재활의학과, 응급실

자료: 김혜련, 『일차의료의 현황과 발전방안』, 한국보건사회연구원 1996. 수정

또한 병원의 규모와 인력의 배치에서도 문지기 역할을 하여야 하는 1차 의료가 가장 많이 이루어지는 의원의 의사 구성이 전문의가 91.8%(2002년)로 주축

을 이루는 양상을 보이고 있으며(대한의사협회, 2003)<sup>2)</sup>, 병상소유 의원의 비율이 전체 의원의 31.8%(2000년)에 이르고, 의원이 전체병상에서 차지하는 비중은 27.4%(2001년)에 이른다. 이러한 요소는 의료기관 소유구조 및 전문의사의 지배적 구조와 더불어 의원과 병원, 종합병원의 기능적 구분을 모호하게 하여 모든 종류의 의료기관은 환자의뢰에 대한 협동적 관계에 대한 유인이 적고 상호 경쟁관계에 놓여 있게 되었다. 이러한 의료이용 단계를 효과적으로 하게 하는 문지기 역할의 미비와 환자의 병원기관 선택의 제한이 없는 자가의뢰(self-referral) 체계, 환자의 3차 진료기관 선호, 대형병원 집중을 초래하여 보건의료서비스, 시설, 인력이 필요와 수요에 따라 단계별로 공급되지 못하게 하고 있다. 즉, 원가수준이 높고 건강보험 수가가 높게 책정되어 있는 진료를 필요 이상으로 이용하게 하여 국민의료비와 보험재정의 낭비요인이 되고 있음은 물론 국민개개인에게 적절한 의료제공자를 찾는데 의료쇼핑 등으로 상당한 사회적 비용을 치르고 있다고 볼 수 있어 의료공급이 의료수요의 구조에 맞추어 균형 있게 이루어지지 않고 효율에도 악영향을 미치고 있다.

우리나라의 보건의료공급기관을 급성병상과 요양병상으로 구분하면 급성병상은 1990년 2.7병상, 1995년 3.8병상, 2000년 5.2병상으로 지속적으로 증가되어 OECD국가들의 평균급성병상이 1990년 5.2병상, 1995년 4.5병상, 2000년 4.3병상으로 감소된 것과 대조를 이룬다. 한국보건산업진흥원의 연구에 의하면 우리나라 급성병상의 20.7%가 공급과잉이며, 장기요양서비스는 수요의 91.3%가 공급 부족으로 추정되고 있다(한국보건산업진흥원, 2002) 또한 OECD 국가들의 급성병상이 2000년 4.3병상으로 감소되었음에도 불구하고, OECD 국가들은 최근까지도 의료비가 급증하는 요인으로 의료체계가 여전히 병의원 중심이어서 상병 구조와 의료체계가 수요에 맞지 않아 의료개혁이 필요하다는 점을 문제로 들고 있다(Torrens, 1993)는 점을 감안할 때, 우리나라도 급성질환 중심의 보건의료서비스 공급체계의 상당 부분을 만성질환의 관리에 필요한 예방서비스와 건강증진, 재활서비스 등으로 전환할 필요성이 제기된다.

2) 대한의사협회 회원 신고 자료 기준임(의사의 회신고비율은 면허등록 의사중 76.4%에 이룸).



〈표 2-11〉 인구 1,000명당 급성병상수(1990, 1995, 2000년)

(단위: 침상수)

	1990	1995	2000
한국	2.7	3.8	5.2
OECD 평균 <sup>1)</sup>	5.2	4.5	4.3

주: 1) 자료가용이 가능한 국가들의 평균임(1990년 25개국, 1995년 27개국, 2000년 22개국).  
 자료: OECD Health Data, 2003.

구체적으로 보건의료공급기관의 수와 분포를 보면 2001년 종합병원 268개소, 병원 599개소, 의원 20,819개소로 같은 해 전문요양시설 57개소, 요양시설 120개소, 요양병원 55개소에 비하여 수적으로 월등하며 1980, 1990, 2001년의 변화에서도 여전히 증가세를 이루고 있다. 요양서비스공급기관이 법적으로 근거를 마련하고 있기는 하나, 새로운 수요인 만성질환에 대한 수요에 적절한 공급을 하기에는 숫적으로 부족하다.

또한 종합병원은 진료과목을 병원의 규모에 따라 7개에서 9개를 선택할 수 있는데, 100병상 이상의 종합병원에서 75% 이상의 종합병원이 설치한 과목은 정형외과, 신경외과, 피부과, 안과, 이비인후과이며, 수요가 급증하는 재활의학과와 응급의학과는 3차의료기관에만 설치되어 있어(송건용, 2003), 사고에 대비한 신속한 응급처치서비스 제공에도 미흡한 상태임을 나타내어, 응급의료서비스 제공기관의 양적인 확대의 필요성도 제기된다.

새로운 서비스 제공인력에 있어서 대표적인 의료인력인 활동의사의 비율이 2001년 인구1,000명당 1.4명으로 터키 1.3명을 제외하고 우리나라의 활동의사 비율이 가장 낮다. 따라서 새로운 수요에 대한 인력의 공급은 부족한 의사의 수를 충원하여 확보하는 방법을 고려할 수 있다.

〈표 2-12〉 보건의료기관 및 노인의료복지시설 등의 종류별 분포(1980, 1990, 2001년)  
(단위: 개소)

		1980	1990	2001	
병·의원	종합병원	82	228	268	
	병 원	240	328	599	
	의 원	6,344	10,935	20,819	
치과병·의원	치과병원	3	6	60	
	치과의원	2,025	5,286	10,556	
한방병·의원	한방병원	11	33	131	
	한 의 원	2,317	4,261	7,499	
요양 병원 <sup>12)</sup>	노인의료 복지시설 <sup>4)</sup>	노인전문요양시설	-	-	57 <sup>4)</sup>
		노인요양시설	-	19 <sup>5)</sup>	120 <sup>6)</sup>
	재가노인 복지시설	가정봉사원파견시설	-	-	112
		주간보호시설	-	-	105
		단기보호시설	-	-	36

주: 1) 노인전문병원, 치매요양병원, 요양병원 포함(노인전문병원은 노인복지법에 근거하고, 요양병원과 치매요양병원은 의료법에 근거하고 있으나 역할면에서는 큰 차이가 없으므로 편의상 모두 포함함).

2) 요양병원의 경우 1994년, 노인전문병원은 1995년에 각각 법적으로 구분되었음.

3) 2002년 12월 말 기준(노인전문요양병원 26개소, 요양병원 18개소, 치매요양병원 11개소)

4) 무료시설, 실비시설, 유료시설 포함.

5) 1992년 12월 말 기준

6) 무료시설, 유료시설 포함.

자료: 보건복지부, 『보건복지통계연보』, 2002; 선우덕 외, 『노인 장기요양보호 욕구실태조사 및 정책방안』, 한국보건사회연구원, 2001; 김은경 외, 『요양병원 운영실태조사 및 지원방안 연구』, 한국보건산업진흥원, 2003; 보건복지부, 『노인복지시설 현황』, 1992

〈표 2-13〉 OECD국가의 활동의사수 비율

(단위: 명)

	2000	2001
Korea	1.3	1.4
Australia	2.4	2.5
Austria	3.1	3.2
Belgium	3.9	-
Canada	2.1	2.1
Czech Rep	3.4	3.4
Denmark	3.4	3.4
Finland	3.1	3.1
France	3.3	3.3
Germany	3.3	3.3
Greece	4.5	4.4
Hungary	-	2.9
Iceland	3.4	3.5
Ireland	2.2	2.4
Italy	4.1	4.3
Japna	1.9	-
Luxembourg	2.5	12.5
Mexico	1.4	1.5
Netherland	3.2	3.3
New Zealand	2.2	-
Norway	2.9	3
Poland	2.2	2.2
Portugal	3.2	3.2
Slovak Rep	3.7	3.6
Spain	3.3	3.1
Sweden	3	-
Switzerland	3.5	3.5
Turkey	1.3	1.3
United Kingdom	2	-

주: 인구 1,000명당 활동의사수임.

자료: OECD, OECD Health data 2003

#### 다. 보건의료서비스 공급 주체

현재 우리나라의 보건의료서비스 공급은 민간부문이 주도하는 구조를 가지고 있다. 전국민의료보험 실시에 따라 의료이용이 증가하고 이에 부응한 민간부문의 급성장으로 의료시장의 상당부분을 민간부문에 할애하는 결과를 낳았다. 공공의료투자나 의료의 공공재적 성격을 중시하지 않은 가운데 공공의료기관의 비중은 점점 낮아져서 병원수로 7.7%, 병상수로 15.2%에 불과하여 전세계적으로 공공부문이 가장 낮은 국가에 속하게 되었다(보건의료발전기획단, 2003).

이는 민간의 비중이 높은 일본 35.8%(1998년) 미국 33.2%(1996년)에 비하여도 상당히 낮은 수준이다. 영리법인 설립은 허용되지 않고 있으나 각종 법인체 병원도 개인투자에 의해 설립된 경우가 많아 미국과 서구 국가들의 민간병원 소유구조<sup>3)</sup>와는 달리 사적 의료기관이 지배적인 양상을 보인다. 소수의 국공립병을 제외한 대부분의 의료기관은 경상운영비는 물론 투자재원의 전액을 진료수익으로 조달하게 되는 현실에서 이윤추구에 적극적인 진료행태를 보이지 않을 수 없다.

사회보험방식(NHI)의 전국민 의료보험을 실시하고 있으며, 진료보수체계는 행위별 수가제로 자원기준 상대가치(RBRVS) 수가와 일부 DRG 수가<sup>4)</sup>가 병행되어 운영되고 있다. 이런 가운데 저보험료, 저급여, 비급여 부문이 상당히 존재하는 체계에서는 사회보험의 국민의료비 조달에 대한 비중과 역할이 제한되게 되므로, 결과적으로 의료비의 관리를 통하여 의료서비스 시장에 행사할 수 있는 영향력도 제한되어 있다. 의료보험의 불충분한 영향력은 의료서비스의 수급이나 의료비 관리 등 의료제도적 기능을 하는데 효과가 미치지 못할 가능성이 높은 것이다. 의료기관의 소유구조상 적극적으로 이윤을 추구하도록 되어 있는 가운데 행위별 수가체계는 진료행위의 양이 공급자에 대한 보상과 소비자의 비용부담과 직결되어 있어 국민의료비 증가 요소가 강한 지불체계이다.

3) 미국 등의 민간병원은 비영리단체, 종교단체, 정부보조금, 시민사회의 기부금으로 설립되는 경우가 많음

4) 2002년부터 8개 질병군을 대상으로 이를 선택한 일부 요양기관에만 적용되고 있음.

단지 진료의 양적 실적에 의해서 진료비가 지불되기 때문에 의료공급자는 진료의 질과 효율의 향상에 노력할 동기를 부여받기 못하고, 수익을 늘리기 위해서 환자수의 증가, 환자당 진료량의 증가 및 비급여 진료의 확대를 초래할 여지가 많다. 1차 기본의료에 대한 진료비 보상이 낮고 예방서비스에 대한 보험급여가 거의 이루어지지 않고 있어, 의료기관의 소유구조로 인한 영리추구와 맞물려 의료서비스 공급이 수익성이 높은 치료위주로 되어 있고 건강증진과 질병예방이 소홀히 되고 있다. 또한 고가의료 장비의 과다사용과 같이 보험적용을 받지 않아 가격통제를 받지 않는 비급여 부분과 고도 의료의 사용이 확대되는 등 의료의 상업화 현상과 의료서비스 공급의 왜곡현상이 초래되고 있다(OECD, 2003b; 한달선, 1998; 양봉민, 2003).

이와 같이 우리나라의 현 의료체계의 특성은 의료공급자에게 상업자의 동기를 부여하는 의료체계를 운영하고 있다고 볼 수 있으며, 결과적으로 불필요한 의료서비스가 공급되고 의료부문의 비효율과 자원낭비가 초래됨과 아울러 소득계층간 의료이용의 형평성 문제가 야기될 수 있는 여지를 갖고 있는 것이다. 이러한 우리나라 보건의료공급체계의 특징은 3가지 측면 모두 비용유발적이고, 필요에 따라 보건의료 공급이 이루어지지 않은 비효율을 초래하고 있다.

최근 OECD 지표상 나타난 결과를 볼 때도 우리나라는 회원국가중 최하위의 공적재원조달 및 보험료율 구조 속에서 높은 본인부담율 등 민간재원의 의존이 높고, 광범위한 비급여 부문으로 사회보험을 통한 형평성을 저하시키고 있으며, 민간의료기관 위주의 의료서비스 공급기반으로 인하여 원활한 의료전달체계를 확립하고 있지 못하며, 치료중심의 행위별 수가에 의한 지불시스템으로 인하여 보건예방과 건강증진 프로그램이 미흡하다(OECD, 2003b).

서구 유럽국가들이 대체로 국민의료비 조달에서 공공부문의 비중이 80%이상으로 높고 이들 국가들의 국민의료비 비중이 10 이하로 유지되면서 국민들에 대한 의료보장과 의료체계의 성과(건강수준, 보건의료체계 성과, 대응성, 의료비로 비교)가 높은 것에 반하여 우리나라는 WHO 가입국 191개국중 국민총생산은 세계 11위, 1인당은 25위이나 보건의료시스템의 종합성과는 건강수준 성과로는 107위, 종합성과는 58위로 의료성가가 낮은 국가로 평가되었다(표 2-14 참조).

〈표 2-14〉 세계보건기구 회원국의 보건의료시스템 성과 순위(총 191개국, 1997년)

순위	건강수준 (건강수명 <sup>1)</sup> )	순위	대응성 수준	국민 1인당 순위	보건의료 시스템 성과		
					순위	건강수준에 서의 성과	순위
1	일본	1	미국	1	미국	1	프랑스
2	호주	2	스위스	2	스위스	2	이태리
3	프랑스	5	독일	3	독일	4	일본
4	스웨덴	6	일본	4	프랑스	9	영국
12	캐나다	7	캐나다	7	스웨덴	24	스웨덴
14	영국	10	스웨덴	10	캐나다	35	독일
22	독일	16	프랑스	11	이태리	39	캐나다
24	미국	22	뉴질랜드	13	일본	72	미국
31	뉴질랜드	22	이태리	20	뉴질랜드	80	뉴질랜드
45	폴란드	26	영국	26	영국	89	폴란드
51	한국	35	한국	31	한국	107	한국

주: 건강수준은 건강수명(DALE: Disability-adjusted life expectancy)로 산출됨.

자료: WHO, 「The World Health Report 2000」, pp.152~154.

## 2. 수요변화에 대응한 보건의료서비스 공급

수요자의 요구가 변함에 따라 보건의료서비스 공급체계의 변화도 필요하다. 보건의료서비스 수요자의 질병구조가 과거와 달리 만성질환 및 사고가 증가하고, 국제교류가 활발해짐에 따라 신종전염병질환이 증가하는 등 새로운 수요가 일어나고 있다. 이러한 새로운 수요에 대응하여 적합한 보건의료서비스를 창출하거나 현재 제공되는 서비스를 변형하여 수요를 충족시켜야 한다. 만성질환의 관리에 필요한 서비스는 건강증진 및 예방서비스, 치료서비스, 응급처치서비스, 장기요양서비스, 재활서비스, 가사지원·수발 등 복지서비스이다. 사고에 대하여는 신속 정확한 응급처치서비스가 필요하며, 신종전염병질환에 대하여는 감시체계구축과 환자에 대한 치료서비스가 필요하다.

이러한 서비스들은 그동안 급성질환 중심의 치료에 치중한 우리의 보건의료체계에서는 상당 부분 새롭게 창출되어야 할 서비스이고, 또한 이러한 서비스를 제공할 기관도 신설되거나 재편성되어야 할 것이다. 그러나 새로운 요구되

는 서비스가 그 동안 수요가 전혀 없었던 서비스는 아니며, 수요자가 양적으로 확대된 결과이므로, 새로운 공급체계에서는 해당 서비스에 대한 양적인 확대와 질적인 개선을 동시에 고려하여야 한다. 요양, 재활, 요양, 예방 등의 서비스 공급의 확대에 있어서 새로운 보건의료기관의 구분개념의 도입이 필요하다.

현재의 우리나라의 보건의료기관 구분 기준 정책은 일정 규모 이상의 병상 및 진료과목 개수를 요구함으로써, 불필요한 서비스를 제공하게 하고 궁극적으로 보건의료서비스 생산성을 감소시킬 우려가 있다. 따라서 소비자의 요구에 따라 해당 기능을 특화한 보건의료기관의 설립을 추진함으로써 소비자의 변하는 욕구에 더 유연하게 대응할 수 있게 하여야 한다. 일본의 경우 보건의료기관의 구분이 기능 및 시설기준 중심으로 세분하여, 질환이 종류나 상태, 소득수준, 원하는 서비스에 따라 필요로 하는 서비스를 받을 수 있도록, 필요한 기능 중심의 서비스의 생산성을 높이고자 노력하고 있다(남상요, 2003).

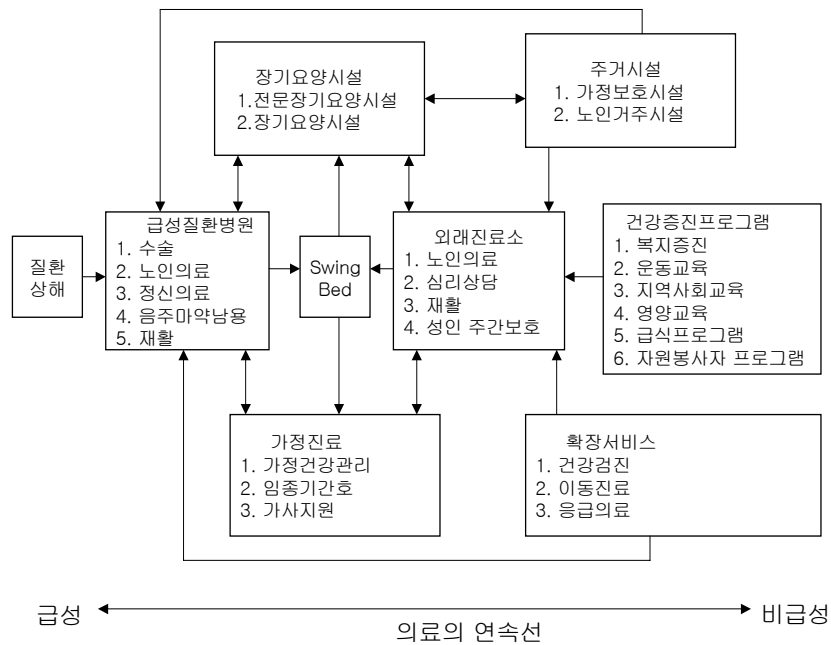
우리나라의 의료체계는 소비자의 요구에 따른 적절한 서비스가 공급되지 않으면서, 효율적인 보건의료 서비스전달체계가 확립되어 있지 못하여 환자들이 필요한 서비스를 찾는 데 어려움이 있다. 우리나라에서는 시도한 의료전달체계는 의료이용 단계를 효과적으로 하게 하는 문지기 역할의 미비와 환자의 병원 기관 선택의 자유, 환자의 3차 진료기관 선호로 단계별로 공급되지 못하였고, 의료비 절감효과도 없었던 것으로 평가된다(명재일 등, 1992; 김혜련 1996).

한편, 이러한 단계별 보건의료서비스 제공의 문제점이 나타나면서 보건의료서비스의 공급체계는 단계별모형에서 이용자에게 의료연속선상에서 필요한 서비스를 통합하여 관리·제공하는 보건의료서비스를 통합형 보건의료서비스 제공체계가 전환되고 있다(이규식, 2002). 근래에 들어 유럽 미국 등에서는 새로운 서비스의 등장에 따른 새로운 서비스 공급기관의 출현 또는 기존의 보건의료서비스 공급기관의 변형이 이루어졌다.

이와 함께 서비스 제공방식에서 과거의 분절된 단계별 제공방식에서, 서비스를 통합하여 관리 제공하는 방식으로 변형하고 있다. 이러한 변형은 미국의 관리의료제도(managed care), 영국의 통합의료(integrated care) 등의 형태로 나타난다. 또한 전통적으로 개업의와 병원에 의해 제공되던 서비스가 의료서비스의

연속선에 따라 새로운 기관에 의하여 대치되고 있다. 미국의 경우 가정방문보건, 아급성 진료, 외래수술센터 등 새로운 형태의 의료기관은 대개 변화하는 경제적 유인에 대한 대응으로 도입되고 있으며, 이들 의료기관들이 연계되는 통합시스템의 구축이 활발해지고 있다(이기효, 2003).

[그림 2-5] 보건의료 공급체계



자료: Giardina C. W., Fottler M. D., Shewchuk R. M. and Hill D. B., 1990. "The Case for Hospital Diversification into Long-term Care". *Health Care management Review* 15(1):71-82(이기효, 2003에서 재인용)

우리나라도 보건의료서비스 공급에 있어 새로운 수요에 대한 서비스 공급은 분절적으로 제공될 것이 아니라, 예방 → 급성기의료(응급의료) → 회복기의료 → 재활 → 장기요양의 연속선상에서 통합적으로 연계될 수 있도록 제공하여야 한다.



또한 공급주체에 있어서 우리나라의 보건의료체계는 그 동안 민간이 주도적인 공급을 담당하여 왔으나 새로운 수요에 대응한 시설과 의료인력의 변화에는 장기간이 걸린다는 점에서 민간의료기관에 그 역할 변화를 빠른 기간내 기대하기 어렵다. 국가에서는 장기적으로 민간의료체계의 변화를 유인할 수 있는 재정기전과 정책을 구사하여야 할 것이나 우선적으로 절대수나 비중이 적고 역할이 부족했던 공공보건의료 부문의 보건의료 서비스부터 비용절감적이며 포괄적인 대응체계를 마련해야 한다. 특히 국민연금 등 사회보장제도가 실질적인 노후 소득보장체제로 정착되기까지 저소득 노인계층의 증가가 예상되며 이들의 만성질환 관리를 위하여 공공의료서비스 공급체계의 확충이 필요하다.

전염병 관리사업은 외부효과를 큰 공공재로 국가가 담당해야 할 대표적인 공중보건사업으로 인식되어 있다. 특히 우리나라는 공공의 투자가 적고 민간의료기관의 비중이 높아 영리성이 높은 의료공급에 치우쳐 전염성질환관리과 같은 공익성이 강한 서비스의 관리와 공급이 부족하다. 따라서 국가의 전염성질환 관리체계를 확립하고 전염성질환관리에서 주도적인 역할을 해야 한다. 이와 함께 국가 전염병 관리사업에서 또 하나의 중요한 관건은 민간의료기관의 비중이 높은 특성상 전염병감시체계와 신고체계 등에서 민간의 협조를 끌어낼 수 있는 공공과 민간의 효과적 연계의 확보라고 볼 수 있다.

또한 응급의료는 필수적인 의료서비스이나 발생의 불확실성, 응급의료 서비스에 필요한 인력, 장비, 시설 확보, 정보시스템 운영, 이송시스템의 운영에 필요한 높은 비용 때문에 국가의 역할과 재정기여 필요성이 매우 높은 의료서비스 부문이다. 더구나 수익성 추구의 동기가 높은 민간의료기관이 지배적인 우리나라 실정에서 응급의료에 대한 수가가 충분하지 못하여 민간의 참여 유인이 매우 부족한 대표적인 서비스로 국가의 주도적인 역할과 민간기관에 대한 정책적 재정적 지원이 매우 중요한 분야이다.

이러한 관점에서 본 보고서에서는 만성질환, 응급의료수요, 전염성질환에 대한 세부적인 보건의료공급체계의 현황 및 개선방안에 대한 논의를 2부의 3장, 4장, 5장에서 세부적으로 다루었으며, 공공보건의료서비스의 공급체계에 대한 논의는 3부의 6장, 7장, 8장에서 다루었다.

# 제2부

주요질환별 보건의료서비스  
공급체계 개선방안

최근 들어 인구사회적 변화로 야기된 주요 건강 문제 중 우선적인 대응이 필요한 과제를 들면 노령화와 맞물려 급격히 증가하는 만성질환, 급격한 산업화에 따른 사고의 증가, 국제화로 인한 전염성질환의 재 증가 및 신종전염성질환의 증가에 대한 대비로 요약될 수 있다.

노인인구의 증가와 함께, 질병의 양상도 과거 급성 전염병에서 만성 퇴행성 질환 중심으로 전환됨으로써, 급성기 질병 중심으로 운영되어 왔던 의료시설도 만성질환 환자가 차지하는 비중이 크게 높아짐에 따라 예방, 요양 등 의료의 연속선상의 제공을 위한 전반적인 서비스 공급체계의 변화가 요구된다. 이와 더불어 신종 전염성질환의 발생이 심각한 보건문제가 되고 있다. 국제적인 이동이 활발해져 쉽게 확산이 될 뿐만 아니라 관리를 어렵게 하고 있다. 일단 발병하면 확산의 위험도 크고, 사회적으로도 피해가 큰 전염성 질환의 방역 및 관리 체계의 확립이 시급히 필요하다. 마지막으로 급속한 산업화 정책에 따른 도시화, 공업화가 급속히 진행되어 각종 사고가 발생하여, OECD 회원국과 비교해보면, 우리나라가 운수사고 사망률은 가장 높다(통계청, 2002). 이와 같은 일련의 현상들에 대처하기 위하여 응급의료서비스 체계를 비교적 단기간에 법적, 제도적 장치를 정비하여 어느 정도 모습을 갖추었다. 그러나 아직도 응급환자의 높은 예방가능 사망률, 병원전 이송구급 서비스의 낮은 질적 수준, 응급의료기관의 낮은 질적 수준, 미흡한 응급의료전달체계 등 여러 가지 문제점에 대한 개선이 필요하다.

이에 따라 2부에서는 만성질환 및 전염성질환 보건의료서비스 공급 체계, 응급의료체계를 중심으로 필요서비스, 서비스제공기관, 제공기관간의 연계체계 및 공급체계 개선에 필요한 인력, 시설, 비용부담에 대한 개선방안을 제시하고자 한다.

## 제 3 장 만성질환 관리체계의 개선

### 제 1 절 만성질환자 보건의료서비스 공급

#### 1. 만성질환의 발생 및 보건의료서비스 공급과정

일반적으로 만성질환이 발생하고, 이에 대한 보건의료서비스를 제공하는 과정을 살펴보면 다음과 같다. 즉, 만성질환의 대부분이 생활습관병으로 불리우고 있기 때문에, 질병발생이 일상적인 생활양식에 의해 크게 좌우되고 있다. 그러한 생활습관에 의해 발생하는 질병유발인자(위험인자)로는 만성질환과 관련하여서는 고체중(비만), 고혈압, 고지혈(고콜레스테롤) 및 고혈당(당뇨)을 들 수 있다. 이러한 위험인자에 의해 발생하는 주요 질환으로는 암, 심장질환, 뇌혈관질환 및 당뇨병을 들 수 있는데, 만성질환의 대책을 논의할 때에는 이들 질환을 주 정책대상으로 삼고 있다.

그런데, 만성질환자를 치료 및 보호하는데 제공되는 보건의료서비스에는 크게 급성기의료, 회복기의료 및 유지기 의료서비스로 구성되어 있고, 더 나아가 복지성 장기 간병요양서비스가 포함되고 있다. 먼저, 급성기 의료의 경우에는 위험인자를 지닌 자가 급성적으로 질병을 일으켰을 때에 응급시설에서 이루어지는 서비스 또는 기존의 만성질환 보유자가 질병의 악화로 급성적인 치료를 필요로 할 때 제공되는 서비스이다. 급성적 치료이후에는 응급수술 등으로부터 회복을 필요로 하는 경우에 의료 및 재활서비스가 제공되고, 그 다음으로 만성질환의 악화를 예방하거나 지연시켜 기존의 기능을 최대한 유지시키는데 필요한 각종 보건·의료·재활서비스가 제공된다.

이와 같은 만성질환자를 위한 보건의료서비스의 공급체계가 현재에는 급성기 의료를 중심으로 제공하는 시스템으로 구축되어 있고, 회복기 의료나 재활, 그리고 유지기 의료서비스의 공급은 아직도 크게 부족하다. 또한, 최종단계에서

필요한 복지성 장기 간병요양서비스는 수요에 비하여 공급이 부족하다.

[그림 3-1] 주요 만성질환의 발생 및 보건의료서비스 공급(제공)과정

〈목표: 위험인자의 감소〉

위험인자	고체중 (비만)	고혈압	고지혈 (고콜레스테롤)	고혈당 (당뇨)
------	-------------	-----	-----------------	-------------

↓ 〈목표: 주요 만성질환 발생의 감소〉

질병 발생	암	심장질환 (허혈성심질환)	뇌혈관질환 (뇌졸중)	당뇨병
-------	---	------------------	----------------	-----

↓ 〈목표: 효과적이고 효율적인 보건의료·복지서비스의 제공〉

급성기 의료	급성기 치료(응급치료)
--------	--------------

↓

회복기 의료	회복기 의료 및 재활
--------	-------------

↓

유지기 의료	방문형 의료·간호·재활서비스, 호스피스
--------	-----------------------

↓

장기적 요양	장기적 요양복지서비스 (시설서비스 및 재가서비스)
--------	--------------------------------

## 2. 만성질환의 정의 및 특징

일반적으로 만성질환은 호전과 악화를 반복하면서 3개월 이상 장기간 병이 진행되는 특성을 가지고 있다. 이러한 특성을 정리하면 다음과 같다. 첫째, 질환발생의 직접적인 원인이 존재하지 않는다. 이는 대부분의 만성질환은 하나의 직접적인 원인이 밝혀진 경우가 거의 없고, 관련된 위험요인만이 제시되고 있다. 둘째, 질환의 발병원인이 다인적이라는 점이다. 예를 들면, 관상동맥질환의

경우 주요한 3대 위험인자로 고혈압, 고콜레스테롤 혈증, 흡연이 알려져 있으나, 이외에도 당뇨, 비만, 운동부족, 음주 등이 상호 작용하여 질병을 유발시키고 있다. 셋째, 질병의 발생시점이 불분명하다. 이는 대부분의 만성질환은 잠재기간이 수십년의 긴 기간이고, 잠재기가 길며 일단 발생하면 3개월 이상 지속된다.

이와 같은 관점으로 미국 만성질환위원회(National Commission on Chronic Illness, 1949)에서는 만성질환이 지니고 있는 특성에 대해서 ① 질병자체가 영구적이고, ② 후유증으로 장애(disability)를 동반하고, ③ 회복 불가능한 병리적 병변을 가지는 질병이고, ④ 재발에 특수한 훈련을 요하는 질병이고, ⑤ 장기간에 걸쳐서 보호, 감시 및 치료를 필요로 하는 질병이나 기능장애로 설명하고 있다. WHO에서는 ① 발생 후 현재까지 3개월 이상 경과된 질병(단, 임신과 관련한 합병증은 제외)이고, ② 발생시기에 관계없이 질병의 자연사적 특성에 근거하여 분류된 질병으로 설명하고 있다.

이상과 같은 만성질환의 특성을 고려하여 유병률 및 사망률의 경향은 다음과 같다. 먼저 유병률 측면에서 보면, 1995년도에는 소화성궤양 및 위염, 기타 근골격계질환이 중심이었으나, 2001년도에는 관절염이나 고혈압이 높은 유병률을 보이고 있는 것으로 나타나고 있다. 그리고 연도별 사인병 사망률을 살펴보면, 1995년도부터 운수사고나 자살과 같은 경우를 제외하고는 지속적으로 암, 뇌혈관질환, 심장질환과 같은 만성질환이 높은 수준을 차지하고 있다.

〈표 3-1〉 연도별 만성질환의 유병률 순위 추이(1995~2001)

(단위: 인구 천명당)

	1995	1998	2001
1위	소화성궤양 및 위염 (64.48)	치아우식증 (184.0)	관절염 (63.9)
2위	기타근골격계질환 (57.86)	피부병 (169.8)	고혈압 (57.7)
3위	관절염 (46.92)	관절염 (80.4)	치아우식증 (55.0)
4위	치아우식증 (32.99)	요통좌골통 (64.0)	위염, 소화궤양 (48.7)
5위	고혈압 (26.73)	소화성궤양 (59.1)	알러지성비염 (36.9)

자료: 한국보건사회연구원, 『국민건강·영양조사』, 1995, 1998, 2001.

〈표 3-2〉 연도별·사인별 사망률 순위추이 (1995~2001)

(단위: 인구 10만명당)

순위	1995	1998	2001
1위	뇌혈관질환 (79.7)	뇌혈관질환 (74.0)	암(악성신생물) (123.5)
2위	운수사고 (38.7)	심장질환 (38.7)	뇌혈관질환 (73.6)
3위	심장질환 (36.9)	운수사고 (25.7)	심장질환 (34.2)
4위	간질환 (29.4)	간질환 (24.8)	당뇨병 (23.8)
5위	위암 (26.5)	위암 (23.9)	간질환 (22.3)

자료: 통계청, 『사망원인통계연보』, 1995, 1998, 2001.

장기적인 활동제한의 원인이 되는 만성질환은 연령증가와 더불어 위험요인이 증가하지만 위험요인을 감소시킴으로써 질병에 걸릴 가능성을 감소시킬 수 있다. 미국 공중보건학회에 의하면 흡연, 음주, 운동부족, 영양과 다이어트 등이 만성질환발생의 위험인자들인 것으로 제시한 바 있다. 즉, 만성질환을 예방할 수 있는 이러한 생활습관들은 일상적인 생활의 한 부분을 형성하는 개인의 실천행위이며, 이러한 생활습관은 건강에 영향을 주는 주요 인자가 된다.

〈표 3-3〉 만성질환과 변화 가능한 위험요인

	심혈관계 질환	암	근골격계 질환
흡연	+	+	+
음주	+	+	+
활동	+	+	+
스트레스	+	+	
비만	+	+	
고콜레스테롤	+		
고혈압	+		
당뇨	+		

주: + 위험요인

자료: Brownson et al., *Chronic Disease Epidemiology and Control*, American Public Health Association, 1998.

## 제 2 절 만성질환 서비스 공급체계의 현황과 문제점

### 1. 만성질환 예방서비스

#### 가. 건강검진 서비스

만성질환 예방의 일환으로 건강검진이 시행되고 있다. 건강보험공단에서는 건강보험가입자와 가족 중 40세 이상자에 대하여 2년에 1회씩 건강검진을 실시하고, 별도로 생활보호대상 노인에 대하여 무료로 일반회계에서 건강검진을 실시하여, 40세 이상 인구 모두가 2년에 1회 정기건강검진을 받을 수 있도록 제도화되어 있다. 그러나 건강검진 시행자는 2002년 20세 이상 인구의 47.7%<sup>5)</sup>에 불과하다. 특히 건강보험에서 제공하는 무료 건강검진을 받은 사람은 전체대상자의 28.4%에 불과하여, 무료로 제공되는 건강검진도 받지 않는 문제점이 심각하게 나타났다<sup>6)</sup>. 일반적으로 건강검진수검률에 영향을 미치는 요인으로 건강진단기관과의 거리, 건강검진 결과에 대한 신뢰도, 자신의 건강에 대한 염려 정도(변중화 외, 1992) 건강에 대한 자신감, 시간의 부족, 경제적 이유(최정수 외, 2003), 건강검진 홍보의 부족(이덕철, 1995)등이 있는 것으로 알려져 있다.

그러나 2차 건강검진에서의 건강검진 수검률은 60.7%로 수검비율이 50%를 넘어, 1차 건강검진에 비하여는 호응도가 높다. 이는 2차 건강검진대상자의 건강의 위협에 대한 인식이 1차 검진대상자 보다 높은 것이 주요요인으로 작용한 것으로 판단된다. 2차 검진자의 경우도 자신의 건강에 대한 인식이 건강검진수검을 받는 주요요인으로 보고되었다. 지역의료가입자 중 2차 검진대상자를 분석한 결과 2차 검진에서 고혈압, 당뇨, 간질환 검사자의 경우 “병이 있는 것 같다”고 인식하는 군이 그렇지 않은 군에 비하여 더 수검비율이 높았다(최현섭, 2002). 따라서 건강검진 수검률을 높이기 위하여는 건강검진의 중요성에 대한

5) 2년에 1회 이상 시행자(최정수외, 국민보건영양조사.한국보건사회연구원, 2003).

6) 2002년 국민건강영양조사 결과에 의하면 건강보험실시자 중 의료보험으로 건강보험을 실시한 사람은 수진자의 58.3%, 산재보험 2.65%, 사보험 2.15%, 본인부담 19.44%, 의료보험과 본인부담 13.56%로 순수한 의료보험에 의한 건강검진은 수진자의 절반임.



홍보, 건강검진결과에 대한 신뢰도를 높일 수 있는 건강검진 및 결과 판독에 대한 정확도 확보가 필요하다.

또한 2001년 지역가입건강검진대상자 7,755천명의 19.1%, 공교건강검진대상자 1,272천명(2000년)의 88.3%가 공교피부양자 1,089천명의 25.2%가 건강검진을 받아 보험간의 수검률 차이가 있음을 나타냈다(국민건강보험공단, 2001). 이는 공교건강검진의 경우 단체로 해당 사업장에서 건강검진을 실시하나, 지역건강보험가입자와 공교건강보험가입자의 피부양자는 개인별로 건강검진을 받아야 하는 차이가 영향을 미쳤을 가능성을 배제할 수 없다. 따라서 직장에서 직장인의 건강검진절차를 관리하듯이 보건소에서 지역단위로 지역거주자의 건강검진의 실시, 결과 통보, 결과 후 질병의심자 또는 질병자에 대한 추구관리를 실시하는 등 건강검진에 대한 접근성 강화를 위한 제도의 개선이 필요하다. 특히 건강검진을 전체적인 만성병관리체계 내에서 다루어지게 함으로써 건강검진의 효율성을 높이도록 하여야 한다.

〈표 3-4〉 건강검진 수검률(2003년)

	1차 건강검진			2차건강검진		
	건강검진 대상자	수검률	수검자	건강검진 대상자	수검률	수검자
지역(2001)	7,755,485	19.1	1,481,297	334,343	54.7	182,862
공교(2000)	1,272,866	88.3	1,123,940	274,441	68.2	187,213
공교피부양자(2001)	1,089,676	25.2	274,598	96,830	60.0	58,110
계	9,028,35	28.4	2,605,237	705,614	60.7	428,185

자료: 국민건강보험관리공단 건강검진 결과 분석, 2001.

건강검진 검사항목은 현재 모든 수검자 대상으로 기초검사(신장, 체중, 시력, 청력, 혈압, 비만도 등), 흉부방사선 검사(폐결핵 및 기타 흉부질환 등), 혈액검사(간장질환, 당노질환, 고지혈증, 빈혈증, 신장질환 등), 소변검사(당노질환, 신장질환 등)를 실시한다. 또한 1차 검진 이후 8개질환 의심자(폐결핵 및 기타 흉부질환, 고혈압, 고지혈증, 간장질환, 신장질환, 빈혈증, 당노질환)에 대하여 2~

7개 항목 정밀검사를 실시한다. 이러한 검진에서는 건강위험(비만도), 고혈압, 고지혈증, 동맥경화, 빈혈, 신장질환, 당뇨, 간장질환, 간암, 폐결핵, 흉부질환, 심근경색, 자궁경부암 및 부인과질환을 검사하여, 현재 우리나라에서 유병률과 사망률이 높은 만성질환인 심장질환, 뇌혈관질환, 또한 이러한 질환의 위험요인인 비만, 고혈압, 고지혈증의 검사가 포함되어 현재 유병률이 높은 만성질환에 대한 검진이 이루어지고 있다. 또한 만 40세 이상자에 대하여 위암, 유방암, 대장암, 간암검사(2차 검진결과 간장질환 유질환자)를 실시하고 저소득층에 대하여 위암, 유방암, 간암에 대한 무료암 검사를 실시하고, 유병률이 높은 암에 대한 조기검진이 이루어지고 있다. 따라서 현재 실시되는 건강검진은 유병률과 치명율이 높으면서, 조기검진과 예방으로 유병률을 낮추고 병의 진전 속도를 늦출 수 있는 효과를 기대할 수 있다.

건강검진 결과 40세 이상자 중 건강검진의 종별로 결과에 다소의 차이는 있으나, 정상군이 30% 정도, 현재 질병은 없으나, 혈압·콜레스테롤·비만·당뇨의 관리가 필요한 집단이 약 35%, 고혈압·고지혈증·당뇨병 등의 위험요인이 있는 군이 약 35% 정도이다<sup>7)</sup>. 즉, 40세 이상자 중 만성질환의 예방관리가 필요한 집단은 70%에 해당된다. 이 중에서 35%는 금연, 절주, 운동 등 건강생활습관관리가 필요한 집단이며, 나머지의 35%는 보다 의료적인 관리가 필요한 집단이다. 그러나 건강검진 후의 건강검진결과에 대하여 의사와 상담을 하는 경우가 이상이 발견된 경우에도 60%에 그치고(최정수 외, 2002), 또한 건강보험에 의한 건강검진 결과 후에도 이상자에 대하여는 통보와 책자에 의한 안내 외에는 체계적인 관리가 이루어지고 있지 않다. 결론적으로 건강보험에서 실시하는 건강검진은 질병의 조기발견을 통한 유병률 및 사망률의 감소 역할을 제대로 하고 있지 못하다.

7) 건강보험가입자 중 40세 이상자의 건강상태를 보면 정상A는 지역의료보험가입자의 25.25%, 공교의료보험가입자의 32.33%, 공교피부양자의 24.29%임. 정상이나 건강관리가 필요한 집단인 정상B는 지역의료보험의 34.72%, 공교의료보험의 32.59%, 공교피부양자의 37.10%임. 고혈압·고지혈증·당뇨·고지혈·고혈압 등의 위험요인이 있는 군은 지역의료보험의 40.03%, 공교의료보험의 35.08%, 공교피부양자의 38.62%임(국민건강보험 2001에서 제작성).

나. 건강검진서비스 제공 기관

건강검진기관은 법에 의한 인력, 시설, 장비기준을 만족하면 건강검진기관으로서 인정을 받는다. 이와 같이 기준에 부합하는 건강검진기관은 매년 증가하여 1980년 198개소이었던 건강검진기관은 2001년 2030개소를 증가되었다.

〈표 3-5〉 검진기관의 의료인력·시설 및 장비기준

구분	시설구내 건강검진	출장 건강검진	
의과 검진 기준	인력 기준	1. 의사 1인 이상 2. 간호사 1인 이상 (의원의 경우 간호 조무사로 갈음할 수 있다) 3. 임상병리사 1인 이상 4. 방사선사 1인 이상	시설 구내 건강검진 1-4호의 인력 각 2인 이상
	시설 기준	1. 진찰실 2. 임상병리검사실 3. 방사선 촬영실, 4. 탁의실 5. 검진대기실	시설구내 건강검진 1-16호의 장비 다만, 시설구내 건강검진 1-4호 및 6호, 10호, 14호의 장비는 각 2대 이상 확보
	장비 기준	1. 신장 및 체중계 2. 시력검사표 3. 청력계기 4. 혈압계 5. 혈액화학분석기 6. 원심분리기 7. 냉장고 8. 항온수조 9. 혈액학검사(혈액소, 헤마토크리트, 백혈구수, 적혈구수등)기기 10. 방사선 간접촬영장치(70mm이상) 다만, 간접촬영을 직접촬영으로 대체하는 경우 제외 11. 방사선 직접촬영장치 12. 현미경 13. 안저검사경(Funduscope) 14. 심전도기 15. 간염검사용기기 16. 방사선 간접 및 직접촬영장치의 경우 “진단용방사선 발생장치의 안전관리에 관한 규칙”에 의한 검사필증 등을 교부 받은 장비	
구강검진 기 관	상근 치과 의사 1인 이상, 구강건강검진만을 목적으로 치과 의사 1인 이상을 고용한 검진 기관은 구강검사기관으로 본다.	상근 치과 의사 2인 이상. 다만, 구강검진만을 목적으로 치과 의사를 고용한 검진기관은 치과 의사 1인 이상을 확보하여야 한다.	

검진기관의 형태는 종합병원 13.3%, 병원 23.0%, 의원 57.8%, 보건기관 5.9%로 의원형태의 건강검진기관이 가장 많다. 그러나 실제로 건강검진의 종별 수검현황을 보면 검진자는 종합병원, 의원, 병원의 순으로 건강검진기관을 선호한다. 직장보험가입자 중 종합병원검진자는 41.42%, 의원검진자는 39.46%, 병원 18.52%, 보건기관 0.61%이며, 직장보험가입자의 피부양자의 경우도 종합병원 46.59%, 병원 22.18% 의원 27.39% 보건기관 3.84%의 순서(국민건강보험공단, 2001)로 종합병원을 선호하여 검진기관의 수요와 공급의 불균형을 야기하고 있다.

〈표 3-6〉 건강검진기관의 종류와 수

(단위: 개소, %)

연도	계	종합병원	병원	의원	보건기관
2001년	2,030(100.0)	268(13.3)	467(23.0)	1,174(57.8)	121(5.9)
2000년	1,995(100.0)	278(13.9)	450(22.5)	1,148(57.5)	119(6.0)
1995년	1,682(100.0)	252(15.0)	330(19.6)	1,100(65.4)	-
1990년	416(100.0)	222(53.4)	150(36.1)	44(10.6)	-
1980년	198(100.0)	90(45.5)	63(31.8)	45(22.7)	-

주: 1) 95년 검진기관 인정범위 확대 (정도관리성적 '우수'→'양호, 보통')

2) 95년 이전 보건기관은 의원에 포함

3) 2001년도 검진기관수는 2001.12.31. 현재 기준임

## 2. 만성질환 의료서비스

### 가. 의료서비스 내용

일반적으로 만성질환에 대한 의료부문은 크게 나누어 급·만성기 치료, 간호 및 재활서비스로 구분할 수 있다. 전반적으로 보면, 만성질환은 일차적인 응급처치를 거친 이후 지속적인 질병관리차원에서의 의료서비스가 후속적으로 제공되어야 하나, 지역단위에서의 응급처치를 용이하게 받을 수 있는 체계가 미흡하고, 지속적인 질병관리에 대한 표준적인 지침이 마련되어 있지 못하여 비용효과적인 서비스제공이 미약하다고 볼 수 있다. 뇌졸중이나 심장병과 같은 만성질환만을 가정하는 경우에는 질병발생초기의 응급치료가 중요하다<sup>8)</sup>. 그러나,

우리나라의 경우에는 급작스런 심장마비와 같은 응급치료에 대한 가이드라인에 대한 지침이 마련되어 있지 못하고, 특정 의약품(예를 들면, thrombocyte aggregation inhibitors,  $\beta$ -blockers, ACE inhibitors, lipid reducers 등)에 대한 표준적인 사용가이드라인도 마련되어 있지 않은 채 의료기관마다 독자적으로 진료하고 있는 실정이다.<sup>9)</sup> 또한, 뇌졸중(stroke)의 경우에는 가장 중요한 위험인자가 고혈압으로 알려지고 있는데, 고혈압환자를 대상으로 한 뇌졸중의 假性환자에 대한 주기적인 의료적 진단 및 치료가 이루어지지 못하고 있다.<sup>10)</sup>

#### 1) 병의원 외래 및 입원 의료서비스

만성질환의 의료서비스 이용실태를 건강보험자료를 이용하여 고혈압, 중풍·뇌혈관질환, 협심증·심근경색 환자를 중심으로 살펴본 결과<sup>11)</sup>는 다음과 같다. 건강보험 외래환자의 특정 만성질환유형별 연령계층별 1인당 평균진료비가, 고혈압환자의 경우 40대와 80대 이후의 연령계층이 50~70대에 비하여 높게 나타나고 있는데, 이는 고혈압 발생의 초기 및 후기에 해당하는 계층에게서 보다 집중적인 치료가 이루어지기 때문인 것으로 보인다. 중풍·뇌혈관질환의 경우는 40대 연령계층에게서 가장 높게 나타났으며, 협심증·심근경색 환자의 경우에는

- 
- 8) 미국의 경우에는 심장질환으로 인한 사망의 약 70%가 병원에 도달하기 이전에 발생하고, 뇌졸중 사망자의 약 48%가 응급의료진이 도착하기 이전에 발생하는 것으로 보고되고 있음(US Department of Health and Human Services, Preventing Chronic Diseases: Investing Wisely in Health, April 2003).
  - 9) 이와 같은 실정은 비단 우리나라만의 문제가 아니라 독일의 경우에도 지적되고 있는데, 심장질환에 대한 의료적 및 기술적 치료수준은 상당히 높은 반면에 상대적으로 심장질환은 줄어들지 못하고 있다는 것이 문제점으로 지적되고 있음(German Federal Ministry of Health, Appropriateness and Efficiency, The Report of the Advisory Council for Concerted Action in Health Care, August 2002).
  - 10) 독일에서는 응급상태에 대한 신속한 행동지침에 대한 건강교육이 제대로 이루어지고 있지 못하여 가정 뇌졸중환자의 50%만이 발병 6시간 이내에 병원에 이송되고 있다는 통계가 있음(German Federal Ministry of Health, Appropriateness and Efficiency, The Report of the Advisory Council for Concerted Action in Health Care, August 2002).
  - 11) 2001년도 건강보험 및 의료급여 자료 중 40세 이상 성인의 고혈압(I10-I15), 중풍·뇌혈관질환(I60-I69), 협심증·심근경색증(I20-I25) 수진자료를 분석하였음.

80대 이후의 연령계층에게서 가장 높게 나타났다. 그리고 의료기관유형별 의료이용일당 총진료비는, 고혈압 및 협심증·심근경색의 경우에는 대체적으로 종합병원, 병원, 의원 순으로 진료비의 규모가 점차적으로 줄어드는 경향을 보이고 있으나, 중풍·뇌혈관질환의 경우에는 종합병원보다 병원의 진료비규모가 더 높은 경향을 보이고 있다.

이와 같은 현상들은 추가적인 면밀한 분석이 이루어져야 하겠지만, 일부 질환에서 치료적 효과가 상대적으로 적은 80대 이후 계층에서 비용지출이 높다는 것은 비용효과적인 의료서비스가 제공되고 있지 못하다는 것을 알 수 있다.

〈표 3-7〉 만성질환유형별 연령계층별 의료기관유형별 의료이용일당 총진료비 (건강보험, 외래)

(단위: 명, 원)

	상병	종합병원		병원		의원		보건기관		계	
		명	금액	명	금액	명	금액	명	금액	명	금액
40~49세	고혈압	3,194	34,720	783	19,977	8,778	16,390	2,208	8,962	14,963	25,060
	중풍·뇌혈관질환	737	42,796	95	56,538	209	31,466	9	28,995	1,050	159,532
	협심증·심근경색증	1,319	57,770	102	35,310	813	25,661	24	25,214	2,258	107,544
50~59세	고혈압	5,200	31,494	1,235	19,594	15,018	38,414	4,168	43,603	25,621	23,376
	중풍·뇌혈관질환	1,757	16,010	200	8,774	478	29,008	11	12,185	2,446	108,440
	협심증·심근경색증	2,507	54,392	143	36,424	1,092	23,445	25	17,520	3,767	121,925
60~69세	고혈압	5,647	29,546	1,106	20,379	16,408	15,865	5,635	8,319	28,796	23,191
	중풍·뇌혈관질환	2,899	38,718	314	43,103	833	26,068	22	24,113	4,068	112,800
	협심증·심근경색증	3,633	48,972	200	35,808	1,614	26,737	19	29,425	5,466	117,982
70~79세	고혈압	1,180	31,823	194	20,488	3,096	15,672	1,291	8,003	5,761	23,527
	중풍·뇌혈관질환	764	37,578	78	44,632	261	22,967	4	11,110	1,107	106,963
	협심증·심근경색증	893	43,833	50	34,398	456	22,100	5	7,729	1,404	96,923
80세 이상	고혈압	29	24,131	3	17,239	26	17,365	7	9,194	65	30,121
	중풍·뇌혈관질환	11	23,617	1	56,050	4	14,152	-	-	16	31,430
	협심증·심근경색증	21	60,023	1	13,542	7	20,592	-	-	29	194,974

의료급여환자의 경우 외래환자의 특정 만성질환유형별 연령계층별 1인당 평균진료비는, 고혈압환자의 경우 연령이 증가할수록 1인당 평균진료비가 줄어들

고 있으며, 중풍·뇌혈관질환의 경우는 60대 이후가 60대 이전에 비하여 평균진료비의 규모가 다소 적게 지출된 것으로 나타났다. 이같은 현상은 협심증·심근경색 환자의 경우에도 유사하게 나타나고 있다. 외래환자의 경우에는 대체적으로 상기 3개 특정질환에서 종합병원, 병원, 의원의 순으로 진료비의 규모가 적게 나타나는 경향을 보이고 있고, 특히 협심증·심근경색의 경우에는 종합병원의 진료비규모가 병원에 비하여 월등하게 높은 것을 볼 수 있다. 이 같은 현상은 역시 건강보험환자에게서 나타날 수 있는 것으로 고도의 고가 의료장비가 구비된 종합병원에서 집중적으로 이루어지기 때문이기도 하다.

이와 같이 상대적으로 노인계층에 치료비가 적게 지출된 현상은 건강보험환자에 비하여 의료급여환자에 대한 치료가 연령을 감안하여 비용효과적으로 이루어진 것으로 볼 수 있다.

〈표 3-8〉 만성질환유형별 연령계층별 의료기관유형별 의료이용일당 총진료비 (의료급여, 외래)

(단위: 명, 원)

	상병	종합병원		병원		의원		보건기관		계	
		명	금액	명	금액	명	금액	명	금액	명	금액
40~49세	고혈압	3,672	50,546	1,749	22,104	7,389	14,454	1,534	11,396	14,344	54,710
	중풍·뇌혈관질환	2,836	53,041	643	41,576	730	29,851	36	27,967	4,245	200,409
	협심증·심근경색증	1,873	54,665	316	31,068	755	20,381	21	16,638	2,965	124,758
50~59세	고혈압	4,810	36,336	2,317	21,976	11,039	13,955	3,332	11,842	21,498	41,503
	중풍·뇌혈관질환	3,411	52,708	769	41,935	1,001	30,311	54	10,839	5,235	181,554
	협심증·심근경색증	2,522	51,586	411	31,923	1,067	19,545	30	11,489	4,030	122,804
60~69세	고혈압	9,541	28,366	5,063	21,377	26,380	13,861	9,444	12,466	50,428	35,454
	중풍·뇌혈관질환	5,879	46,827	1,580	40,629	1,987	26,390	86	22,299	9,532	184,514
	협심증·심근경색증	5,513	43,282	836	30,212	2,454	18,950	63	15,535	8,866	119,063
70~79세	고혈압	10,333	26,363	5,882	21,928	28,215	13,952	12,251	13,700	56,681	36,391
	중풍·뇌혈관질환	5,971	44,267	1,698	38,927	2,194	26,245	91	17,420	9,954	186,457
	협심증·심근경색증	5,432	39,918	917	29,937	2,599	18,724	77	16,119	9,025	113,757
80세 이상	고혈압	3,476	25,637	2,342	23,185	9,694	14,189	5,199	15,795	20,711	37,977
	중풍·뇌혈관질환	1,666	52,473	567	45,599	720	27,759	65	22,636	3,018	192,800
	협심증·심근경색증	1,392	37,792	365	28,471	715	17,948	25	13,963	2,497	97,950





그리고, 의료급여환자의 의료기관 이용 실태를 보면 다음과 같다. 먼저 입원 진료의 경우에는 고혈압은 연령이 증가할수록 평균진료비가 대체적으로 증가하는 것으로 나타났고, 중풍·뇌혈관질환은 반대로 연령이 증가할수록 평균진료비가 감소하는 것으로 나타났으며, 협심증·심근경색 환자의 경우에는 연령이 증가할수록 평균진료비도 늘어나다가 60대에서 가장 높게 나타났고, 그 이후에는 다시 감소하는 경향을 보이고 있다. 그리고 의료급여 입원환자의 만성질환유형별 연령계층별 의료기관유형별 의료이용일당 총진료비를 보면, 모든 특정질환에서 대체적으로 종합병원, 병원, 의원의 순으로 진료비의 규모가 적게 나타나는 경향을 보이고 있고, 다만, 40대에서는 고혈압에서 의원급의 평균진료비가 병원급보다 더 많이 지출된 것으로 나타났다. 종합적으로 판단하건대, 의료이용과 관련한 문제점은 비교적 젊은 시기인 60대 이후보다 60대 이전에서 비용효과적인 의료비지출이 이루어지지 못하고 있다는 데에 있다.

〈표 3-10〉 만성질환유형별 연령계층별 의료기관유형별 의료이용일당 총진료비 (의료급여, 입원)

(단위: 명, 원)

	상병	종합병원		병원		의원		보건기관		계	
		명	금액	명	금액	명	금액	명	금액	명	금액
40~49세	고혈압	179	81,762	352	12,753	1	87,618	3	51,067	535	602,321
	중풍·뇌혈관질환	540	148,209	276	67,202	4	33,144	1	31,820	821	2,213,955
	협심증·심근경색증	204	143,943	73	29,103	-	-	-	-	277	882,210
50~59세	고혈압	144	85,187	298	14,006	8	32,192	2	45,743	452	672,736
	중풍·뇌혈관질환	634	128,297	369	66,994	9	49,717	2	71,413	1,014	2,040,603
	협심증·심근경색증	251	116,628	75	32,266	1	59,997	2	38,393	329	839,311
60~69세	고혈압	200	84,872	295	31,796	7	43,756	5	43,917	507	731,565
	중풍·뇌혈관질환	1,041	123,844	691	66,047	21	34,179	4	53,312	1,757	1,646,413
	협심증·심근경색증	478	123,081	115	42,491	-	-	4	46,182	597	1,086,034
70~79세	고혈압	257	75,095	373	45,996	6	35,405	15	44,376	651	806,599
	중풍·뇌혈관질환	1,350	111,272	940	65,980	15	82,675	8	68,435	2,313	1,369,687
	협심증·심근경색증	603	118,534	180	49,430	3	59,839	4	38,708	790	834,666
80세 이상	고혈압	147	83,853	252	50,030	6	40,429	7	53,637	412	999,768
	중풍·뇌혈관질환	675	112,379	594	67,173	17	54,302	1	58,420	1,287	1,396,374
	협심증·심근경색증	302	112,548	99	49,874	-	-	-	-	401	985,134

2) 방문보건의료서비스 및 호스피스서비스

가정간호서비스는 퇴원환자와 입원이 필요한 환자에게 3차 예방을 위한 회복 유지 및 치료 관리로 입원 대체 의료서비스이며, 방문간호서비스는 환자를 조기발견하고 보건교육, 의뢰 및 추후관리 업무를 수행하여 질병의 예방 및 이환을 감소시키는 사업이다. 따라서 두 사업에서는 사업대상이 다르다. 가정간호사업은 뇌혈관질환과 암이 과반수를 차지하고 반면, 방문간호사업은 고혈압, 관절염, 당뇨 등이 대다수를 차지하고 있다. 1998년 ‘국민건강·영양조사’에 의하면 65세 이상 노인 중 88%가 고혈압, 당뇨, 뇌혈관질환, 협심증 등의 만성질환을 보유하고 있으며 35%가 3개 이상의 만성질환을 보유하고 있어(보건복지부, 1999) 주로 노인환자가 가정간호 및 방문간호 대상이라는 점에 주목 할 때, 400만명에 이르는 노인이 지역사회에서 가정간호 및 방문간호를 필요로 하고 있음을 알 수 있다.

<표 3-11> 의료기관 가정간호 서비스와 보건소 방문간호서비스 특성 비교

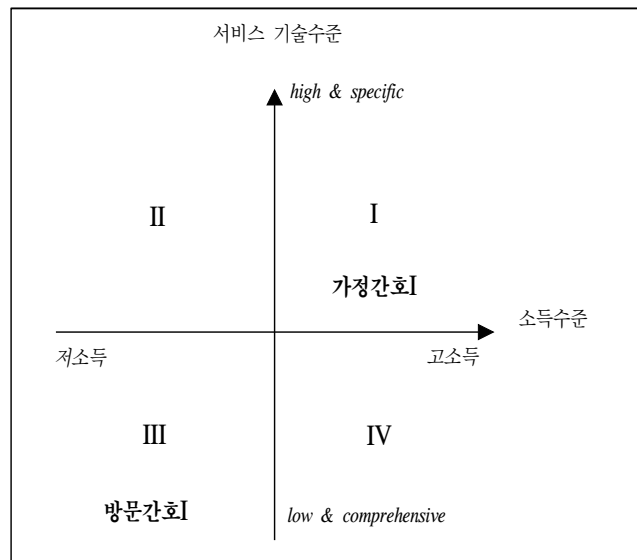
의료기관 가정간호사업	보건소 방문간호사업
<주 서비스> · 기본간호, 교육·훈련 및 상담, 치료적 간호, 검사, 투약 및 주사	· 대상자 발견 및 상태파악, 보건교육 및 예방업무, 치료, 추후관리, 간호, 의뢰활동 등
<주 사업대상 및 질환> - 보험급여 적용 대상자 및 의료급여환자 · 뇌혈관질환(32.3%) · 암(18.8%) · 마비 등 신경계(뇌·척수)질환(8.8%) · 신장 및 요로기계 질환(7.3%) · 당뇨 및 내분비계 질환(5.1%) · 골절 및 손상(3.8%)	- 저소득층 가구 · 생활보호, 독거인, 노인, 거동불편자 · 고혈압(29.0%) · 관절염(16.9%) · 당뇨(11.9%) · 뇌혈관질환(9.3%) · 암(6.7%) · 정신질환(5.5%)

자료: 황나미 외, 『가정간호 및 방문간호 사업 현황과 연계방안』, 한국보건사회연구원, 2001

가정간호서비스는 간호사 면허소지자로서 1년의 가정간호 교육과정을 이수한

인력이다. 따라서 [그림 3-2]의 I 또는 II 영역에 해당되는 흡입배농배액, 방광 세척, 도뇨관삽입 등 고난이도의 간호기술을 제공하고 있으며, 방문간호서비스는 임상기술 및 기기의 미비 등으로 의료적 처치 등 기술적인 간호서비스를 대부분 제공하지 못함에 따라(그림 3-2의 III에 해당) 질적인 서비스를 제공하는 데에는 한계에 부딪히고 있다.

[그림 3-2] 대상자 경제수준 및 간호수준별 가정간호 및 방문간호 사업 관장 실태



서비스 질 측면에서 가정간호서비스가 고난이도 간호서비스를 제공하지만 서비스 양에 있어서는 보험적용에 의해 제한을 받는다. 즉, 가정간호서비스는 월 8회 가정방문까지는 건강보험에서 입원과 동일한 급여체계가 적용되지만, 그 이후 방문부터는 전액 본인 부담으로 지불된다. 이에 따라 단기간이나 집중적인 방문서비스가 요구되는 환자는 이용에 제한을 받게 되는 문제점이 있다. 2001년 11월부터는 건강보험 환자에게만 적용되던 가정간호 서비스를 의료급여 환자에게도 적용하여 최저생계 이하의 극빈층도 가정간호를 이용할 수 있게 되

었다. 이에 따라 그 이전에는 의료급여 대상자인 기초생활보장수급권자 등이 방문간호사업 주 대상자이었으나 입원환자 또는 입원이 필요한 의료급여 환자는 방문간호 보다는 가정간호를 이용할 수 있게 되었다.

재가의료서비스의 한 공급형태인 가정간호서비스(home health care)는 국민건강관리체계의 한 요소로서 치료적(therapeutic), 지원적(supportive), 예방적(preventive) 측면을 모두 포함하며 그 특성상 의료서비스와 사회적 측면이 조화된 서비스이다. 이는 질병이나 고통, 또는 만성질환 및 상해로 인한 장기간의 불구제한이 있는 개인이나 가족이 최적의 건강, 활동 및 독립성을 유지할 수 있도록 가정에서 또는 가정과 연계된 곳에서 제공하는 서비스이다(HCC<sup>12)</sup>, 1995). 그러나 우리나라에서 수행되는 가정간호서비스(hospital-based home nursing care)는 간호행위에 국한된다는 점에서 사업 활성화의 걸림돌이 되고 있다. 또한 재가환자에 대한 의사처방 행위에 공식적인 지불보상 기전이 마련되어 있지 않아, 환자가 정기적으로 외래를 방문하여야 하는 불편함이 뒤따른다.

보건소 방문간호서비스 역시 간호인력 중심으로 활동을 전개함에 따라 의사, 물리치료사 등의 관련인력의 협력 및 참여가 미미하여 치료서비스 폭이 좁고 간병인력 및 Meal on Wheel 서비스 등의 복지서비스가 요구되는 취약계층에게 포괄적인 추구관리가 이루어지는데 한계가 있다.

한편, 종합전문요양기관의 최다빈도 입원질환인 암은 사망 1~2개월 전 입원 진료비가 급증하고 있다(윤영호, 2000). 그럼에도 불구하고 말기환자에게는 질적인 돌봄의 서비스가 제공되지 못하고 있으며, 환자 가족에게는 치료에 따른 의료비 발생으로 경제적 부담이 가중되고 있다. 예컨대, 말기 암환자들이 가장 고통받는 통증의 완화를 위해서는 마약성 진통제의 사용이 필수적이나 경직된 법적 적용으로 인하여 증상 완화가 되지 못하고 있는 실정이다. 이러한 문제를 해결하기 위하여 현재 정부는 매년 발생하는 6만여 명의 말기 암환자에 대하여

12) 「The Assembly of Outpatient & Home Care Institutions」, 「The American Hospital Associations」, 「The National Association of Home Health Agencies」, 「The National Council for Home Maker-Home Health Aides Services」, 「The Council of Home Agency」, 「Community Health Services of the National League for Nursing」.

저렴 양질의 호스피스 서비스를 제공할 수 있도록 2003년부터 3년 동안 호스피스 서비스 표준화 작업과 함께 제도화를 위한 시범사업을 수행 중에 있으며, 보건소에서는 재가 암관리사업의 일환으로 호스피스를 제공하고 있다. 그 동안 제도권 밖에서 운영돼 온 호스피스를 제도권 안으로 끌어들이므로써 환자와 가족의 삶의 질 향상은 물론 부적절한 의료이용 행태 개선을 통한 의료자원의 효율적 활용을 기대하고 있다. 일본은 1970년대 초, 노인인구의 증가 및 말기환자의 의료비 증가에 대처하기 위해 종말기 의료 즉, 호스피스 제도를 도입하여 현재 대두되고 있는 우리나라에서의 문제점과 유사한 문제를 해결하고자 수립된 정책이었다는 점에서 시사하는 바가 크다.

### 3) 재활서비스

심장질환이나 뇌졸중과 같은 만성질환은 질병발생이후에는 신체적 기능회복을 위한 재활집중치료가 필요하다. 그러나 우리나라에는 재활치료에 대한 인식의 부족과 작업치료사나 언어치료사와 같은 전문적인 재활치료인력의 부족으로 적절한 시기에 집중치료가 제공되지 않고 있다(선우덕·황주희, 2000). 재활서비스는 급성기 재활, 회복기 재활 및 유지기 재활서비스의 욕구가 높다. 이 중에서, 급성기 및 회복기 재활은 질병, 위험관리에 중점을 두면서 발병후 가능한 조기에 2차적 합병증을 방지하고, 원활한 자택복귀가 가능하도록 능동적인 기능회복훈련을 중심으로 한 재활의료서비스를 말하고 있는데, 급성기 재활은 발병 후 약 1개월 이내에 제공되는 경우가 대부분이고 급성기 병원에 입원하여 이루어진다. 그리고 회복기 재활은 발병 후 6~9개월에 걸쳐서 제공되고 있는데, 회복기재활병동이나 주간재활병원에서 이루어지는 경우가 보편적이다. 그러나, 선진국의 경우에는 3개월 이내에 회복기재활을 집중적으로 실시하고 있다. 또한, 유지기 재활의 경우에는 대부분이 장기요양시설이나 재가요양지원시설, 또는 가정에서 이루어지고 있는데, 현재 가정에 방문하여 재활서비스를 제공하는 공적 시스템은 구축되어 있지 않다.

이상과 같은 만성질환자에 대한 재활치료의 중요성이 대두되고 있음에도 불

구하고, 최근 들어 종합병원을 중심으로 의료의 전문화를 제고시키기 위하여 심장병클리닉, 뇌졸중 클리닉, 당뇨병 클리닉과 같이 각종 만성질환 관련 클리닉을 운영하고 있지만, 진단과 치료에 치중하고 있을 뿐이고 재활치료는 거의 제공하고 있지 못한 실정이다. 따라서, 주요 만성질환에 대한 응급의료적 치료와 치료의 연속성차원에서 의사, 간호사, 재활치료사 간의 팀제에 의한 클리닉 운영으로 뇌졸중과 같은 만성질환의 생존율을 향상시키고 영구적인 신체적 장애를 축소시킬 필요가 있다.

#### 나. 의료서비스 기관

##### 1) 병의원 외래 및 입원서비스

만성질환자의 의료기관 이용분포를 고혈압, 심근경색증, 뇌혈관질환의 3개의 질환을 중심으로 살펴보면, 외래진료의 경우에는 중풍·뇌혈관질환이나 협심증·심근경색 환자는 종합병원, 의원, 병원의 순으로 나타나고 있어 병원이 만성질환 환자의 외래진료에서 큰 역할을 담당하고 있지 않은 것으로 보인다. 그리고 고혈압의 경우에는 의원급 이용이 월등히 높게 나타나고 종합병원과 보건기관의 이용은 서로 비슷한 경향을 보이고 있는 것이 특징적이라 할 수 있다.

이와 같은 현상으로부터 유추할 수 있는 것은 중소병원에서의 만성질환 관리가 제대로 이루어지지 못하고 있다는 점이다. 특히, 외래진료의 경우에는 응급처치가 아닌 이상, 질병관리차원에서의 의료적 서비스가 중심을 이루고 있다고 보여지는데, 병원급 의료기관에서의 일상적인 만성질환 의료관리 역할이 미흡한 것은 의료전달체계상의 문제점도 내재되어 있을 것이지만, 종합병원중심의 의료시설 투자와 환자유치가 병원급 의료기관에 비하여 활발하기 때문인 것으로 생각해 볼 수 있다.

〈표 3-12〉 만성질환유형별 연령계층별 의료기관이용분포(건강보험, 외래)  
(단위: 명, %)

연령	상병	종합병원		병원		의원		보건기관		계	
		명	%	명	%	명	%	명	%	명	%
40~49	고혈압	11,034	17.3	3,040	4.8	40,434	63.3	9,423	14.7	63,931	100.0
	중풍·뇌혈관질환	2,008	71.9	216	7.7	560	20.0	10	0.4	2,794	100.0
	협심증·심근경색증	2,651	60.1	165	3.7	1,565	35.5	32	0.7	4,413	100.0
50~59	고혈압	19,680	16.3	5,460	4.5	75,985	63.1	19,328	16.1	120,453	100.0
	중풍·뇌혈관질환	5,539	73.5	536	7.1	1,431	19.0	27	0.4	7,533	100.0
	협심증·심근경색증	6,061	67.2	284	3.2	2,627	29.1	42	0.5	9,014	100.0
60~69	고혈압	22,377	15.8	5,277	3.7	85,555	60.1	28,212	20.0	141,421	100.0
	중풍·뇌혈관질환	9,602	72.2	877	6.6	2,761	20.8	52	0.4	13,292	100.0
	협심증·심근경색증	9,425	65.9	447	3.1	4,397	30.7	40	0.3	14,309	100.0
70~79	고혈압	5,133	17.3	993	3.4	16,746	56.6	6,730	22.7	29,602	100.0
	중풍·뇌혈관질환	2,548	69.6	209	5.7	893	24.4	12	0.3	3,662	100.0
	협심증·심근경색증	2,328	60.0	111	2.9	1,431	36.9	10	0.3	3,880	100.0
80+	고혈압	101	38.3	22	8.3	105	39.8	36	13.6	264	100.0
	중풍·뇌혈관질환	41	71.9	2	3.5	14	24.6	-	-	57	100.0
	협심증·심근경색증	44	74.6	1	1.7	14	23.7	-	-	59	100.0

의료급여환자의 경우에는 주로 이용하는 의료기관이 중풍·뇌혈관질환이나 협심증·심근경색 환자는 종합병원, 의원, 병원의 순으로 나타나고 있어, 역시 병원이 만성질환 환자의 외래진료에서 큰 역할을 담당하고 있지 않은 것으로 보인다. 그리고 고혈압의 경우에는 연령이 증가할수록 의원급 이용이 월등히 높게 나타나고, 또한 보건기관의 이용률이 종합병원보다도 높게 나타나고 있는 것이 특징적이라 할 수 있다.

이와 같은 현상은 건강보험환자에 대한 결과와 유사하게 해석할 수 있겠는데, 특히 고혈압의 경우에는 보건기관의 이용률이 월등하게 높게 나타나고 있는 것은 이용환자의 소득수준이 열악하기 때문인 것으로 볼 수 있다. 이는 건강보험환자에게서 의원급 이용률이 월등하게 높은 것과 같은 현상이다.

〈표 3-13〉 만성질환유형별 연령계층별 의료기관이용분포(의료급여, 외래)

(단위: 명, %)

	상병	종합병원		병원		의원		보건기관		계	
		명	%	명	%	명	%	명	%	명	%
40~49세	고혈압	18,343	24.1	8,199	10.8	37,834	49.8	11,619	15.3	75,995	100.0
	중풍·뇌혈관질환	10,978	68.2	2,228	13.8	2,652	16.5	246	1.5	16,104	100.0
	협심증·심근경색증	5,104	68.3	669	9.0	1,669	22.3	34	0.5	7,476	100.0
50~59세	고혈압	28,164	21.5	12,577	9.6	61,427	46.9	28,923	22.1	131,091	100.0
	중풍·뇌혈관질환	14,537	68.2	2,828	13.3	3,741	17.6	201	0.9	21,307	100.0
	협심증·심근경색증	8,067	65.7	991	8.1	3,175	25.9	48	0.4	12,281	100.0
60~69세	고혈압	60,040	17.9	29,300	8.7	154,057	46.0	91,890	27.4	335,287	100.0
	중풍·뇌혈관질환	24,006	65.6	5,252	14.4	7,035	19.2	309	0.8	36,602	100.0
	협심증·심근경색증	19,293	65.5	2,067	7.0	7,940	27.0	144	0.5	29,444	100.0
70~79세	고혈압	67,308	17.3	33,634	8.6	163,984	42.0	125,343	32.1	390,269	100.0
	중풍·뇌혈관질환	21,753	64.4	4,952	14.7	6,760	20.0	296	0.9	33,761	100.0
	협심증·심근경색증	18,789	64.1	2,325	7.9	8,046	27.4	163	0.6	29,323	100.0
80세 이상	고혈압	20,325	15.2	12,540	9.4	52,029	39.0	48,450	36.3	133,344	100.0
	중풍·뇌혈관질환	5,121	59.5	1,485	17.3	1,859	21.6	144	1.7	8,609	100.0
	협심증·심근경색증	4,149	57.9	815	11.4	2,140	29.9	58	0.8	7,162	100.0

건강보험 입원환자의 경우에는 고혈압의 제외하고는 거의 대부분이 종합병원을 이용하고 있는 것으로 나타나고 있는데, 연령이 높을수록 중풍·뇌혈관질환이나 협심증·심근경색의 경우에서도 병원을 이용하는 환자가 많은 것을 볼 수 있다. 이는 우리나라의 의료전달체계상 문제가 있다는 것을 보여주는 결과이다. 즉, 수술과 같이 응급처치와 고도의 의료기술을 필요로 하는 필요로 하는 경우에는 종합병원의 역할이 크다고 하겠지만, 일상적인 의료관리를 위해서는 지역 단위에서의 병원급이나 의원급 의료기관에서도 충분히 이루어질 수 있다고 보여지나, 종합병원에서의 전문클리닉 설치를 바탕으로 적극적인 환자유치 등으로 종합병원의 이용률이 높아지는 것은 비용효과적인 지출측면에서 볼 때 문제점을 내포하고 있다고 하겠다.



〈표 3-14〉 만성질환유형별 연령계층별 의료기관이용분포(건강보험, 입원)  
(단위: 명, %)

연령	상병	종합병원		병원		의원		보건기관		계	
		명	%	명	%	명	%	명	%	명	%
40~49세	고혈압	74	69.2	23	21.5	10	9.4	-	-	107	100.0
	중풍·뇌혈관질환	275	89.3	23	7.5	10	3.3	-	-	308	100.0
	협심증·심근경색증	313	97.2	8	2.5	1	0.3	-	-	322	100.0
50~59세	고혈압	112	63.6	45	25.6	19	10.8	-	-	176	100.0
	중풍·뇌혈관질환	522	84.2	73	11.8	25	4.0	-	-	620	100.0
	협심증·심근경색증	572	98.3	8	1.4	2	0.3	-	-	582	100.0
60~69세	고혈압	143	71.9	46	23.1	9	4.5	1	0.5	199	100.0
	중풍·뇌혈관질환	882	78.6	197	17.6	43	3.8	-	-	1,122	100.0
	협심증·심근경색증	835	97.9	11	1.3	7	0.8	-	-	853	100.0
70~79세	고혈압	36	64.3	17	30.4	3	5.4	-	-	56	100.0
	중풍·뇌혈관질환	254	74.5	77	22.6	10	2.9	-	-	341	100.0
	협심증·심근경색증	217	97.8	5	2.3	-	-	-	-	222	100.0
80세 이상	고혈압	1	100.0	-	-	-	-	-	-	1	100.0
	중풍·뇌혈관질환	5	83.3	1	16.7	-	-	-	-	6	100.0
	협심증·심근경색증	7	100.0	-	-	-	-	-	-	7	100.0

그리고 의료급여환자의 3개 특정 만성질환의 의료기관 이용분포를 살펴보면, 입원환자의 경우에는 고혈압의 제외하고는 거의 대부분이 종합병원을 이용하고 있는 것으로 나타나고 있는데, 연령이 높을수록 중풍·뇌혈관질환이나 협심증·심근경색의 경우에서도 병원을 이용하는 환자가 많아지는 것을 볼 수 있다.

역시, 건강보험 환자와 유사하게 종합병원으로의 집중적인 입원현상은 우리나라 의료전달체계상의 문제점에 기인하는 것으로 볼 수 있고, 특히, 지역별 의료기관간 만성질환관리의 역할이 제대로 정립되어 있지 못하기 때문인 것으로 볼 수 있다.

〈표 3-15〉 만성질환유형별 연령계층별 의료기관이용분포(의료급여, 입원)

(단위: 명, %)

	상병	종합병원		병원		의원		보건기관		계	
		명	%	명	%	명	%	명	%	명	%
40~49세	고혈압	738	29.8	1,720	69.6	8	0.3	7	0.3	2,473	100.0
	중풍·뇌혈관질환	1,885	59.6	1,258	39.8	19	0.6	2	0.1	3,164	100.0
	협심증·심근경색증	793	78.1	221	21.8	2	0.2	-	-	1,016	100.0
50~59세	고혈압	840	28.2	2,108	70.7	20	0.7	15	0.5	2,983	100.0
	중풍·뇌혈관질환	2,389	55.0	1,925	44.3	27	0.6	4	0.1	4,345	100.0
	협심증·심근경색증	926	81.3	209	18.4	2	0.2	2	0.2	1,139	100.0
60~69세	고혈압	1,266	37.0	2,068	60.5	38	1.1	48	1.4	3,420	100.0
	중풍·뇌혈관질환	4,069	55.1	3,252	44.0	57	0.8	10	0.1	7,388	100.0
	협심증·심근경색증	2,100	86.9	310	12.8	2	0.1	4	0.2	2,416	100.0
70~79세	고혈압	1,850	39.9	2,632	56.8	65	1.4	90	1.9	4,637	100.0
	중풍·뇌혈관질환	4,503	54.0	3,738	44.9	73	0.9	18	0.2	8,332	100.0
	협심증·심근경색증	2,215	82.9	445	16.7	6	0.2	6	0.2	2,672	100.0
80세 이상	고혈압	805	34.3	1,463	62.4	33	1.4	45	1.9	2,346	100.0
	중풍·뇌혈관질환	1,594	45.5	1,868	53.3	36	1.0	5	0.1	3,503	100.0
	협심증·심근경색증	664	77.4	193	22.5	-	-	1	0.1	858	100.0

최근의 종합병원을 중심으로 특수 클리닉(센터) 심혈관센터, 뇌졸중센터, 당뇨병센터, 류마치스클리닉 등의 만성질환별 클리닉(센터)을 운영하는 경향을 보인다. 이러한 클리닉에서는 만성질환의 조기발견에서부터 급성기 상태의 조치 치료에 이르기까지 통합된 서비스를 환자들에게 제공한다.

## 2) 가정간호 및 호스피스

의료기관 가정간호사업은 2000년 개정된 ‘의료법’에 근거하여 의원급 이상 의료기관에서 자율적으로 참여하고 있다. 2003년 4월 현재 사업수행기관은 병원급 이상 의료기관 총 1,049개 중 88개 기관으로 10%에도 미치지 못하고 있다. 의원은 5개소로 총 93개 기관에서 가정간호 서비스를 제공하고 있다. 사업기관은 대부분 시지역 기관으로 군지역 의료기관은 개소에 불과하다. 가정간

호 이용환자의 60%가 65세 이상의 노인이라는 점과 농촌 노인 인구비율이 26.7%(2002)로 이미 고령사회로 진입한 점을 감안할 때, 군지역 대상자가 적시에 적절한 가정간호서비스를 받을 수 있도록 하기 위해서는 민간기관에서는 10%에도 미치지 못함에 따라 공공 기관에서 가정간호를 강화하여야 할 필요성이 크다. 가정간호기관에서는 가정전문간호사를 기관당 2~4명을 채용하고 있다. 2001년 당시 가정간호사업실시기관을 토대로 가정간호서비스 수급추계 결과, 공급수준이 의료급여환자의 경우 2.7~3.9%, 건강보험환자의 경우 5.4~9.4%에 불과하여(박정호, 2001) 가정간호서비스 공급이 매우 부족한 것으로 파악되었다.

보건소 방문간호사업은 전국 242개 보건소에서 실시하고 있는데, 사업전담인력이 보건소의 29%(대도시 보건소 11.4%, 시 21.6%, 군 35.%)가 없는 실정이며, 있는 경우도 1~2명의 간호사(주 1회 이상 방문기준)가 서비스를 제공하고 있다(황나미, 2001). 일선 하부조직이 없는 대도시 보건소의 간호사 1인당 평균 담당인구수는 <표 3-16>에서 제시한 바와 같이 서울특별시 및 부산광역시의 경우, 각 54,770명, 106,657명으로, 일본의 3,000명과 비교할 때 인력부족이 심각한 수준이라는 사실을 알 수 있다. 또한 방문진료 의사가 있는 보건소는 전체 보건소의 26.4%로 파악되어 의료적 관리가 어려운 실정이다(황나미, 2001).

<표 3-16> 보건소 간호사 및 방문간호사업 1인당 담당인구수

구 분	일본	한 국 <sup>2)</sup>				
		서울	부산	대구	인천	울산
간호사 1인당 인구수	3,000명 <sup>1)</sup>	16,500명 (54,770명)	21,200명 (106,657명)	28,000명 (97,269명)	24,700명 (63,050명)	18,000명 (60,941명)

주: ( )안은 방문간호사 1인당 인구수

자료: 1) 일본간호협회, 『보건활동 기반정비 위원회 보고서』, 보건활동 기반 정립에 관한 조사, 1993.

2) 보건간호사회, 보건간호사 활동실태조사, 2001.

3) 통계청, 2000년 7월 인구기준, 2002.

이러한 인력 부족문제를 해결하고 질적 서비스 제공을 위하여 지방(기초)자치단체에서는 자체적으로 재원을 마련하여 『대한간호협회』 지부 ‘간호사회’가

정간호사업소(시범센터)'에 가정간호를 위탁하거나(대전광역시, 춘천시), 가정간호사를 직접 채용(일용직)하여 관할 보건소에 배치하였고(부산광역시), 가정간호사업을 실시하고 있는 의료기관에 위탁, 의뢰하여(서울특별시 강남구) 재가환자의 간호서비스 욕구를 충족시키고자 하였다.

2003년 정부는 대도시 보건소 간호인력 부족을 해소하고 전문성을 제고하기 위해 2년 동안 16개 대도시에 계약직 가정간호사를 4~5명 채용하도록 하여 시범방문보건사업 실시하고 있다. 그러나 한시적인 사업이라는 점에서 사업 정착을 위한 서비스 확충방안이 요구된다. 일본은 1982년 '노인보건법'을 제정하여 입원이 불필요한 저소득층 노인환자와 장기적인 재가환자들을 관리하는데 비용 효과적인 사업으로 가정간호 및 방문간호를 적극적으로 활용, 국가 공공사업으로 발전시켜 가고 있어 시사하는 바가 크다.

호스피스 운영기관은 관련 학회에 등록된 기관이 현재 79개 기관으로 가톨릭과 기독교 등 종교적 이념을 지닌 병·의원 및 단체를 중심으로 사회봉사적 차원에서 제한적으로 수행되고 있다. 사업유형은 운영주체와 서비스 제공방식에 따라 4개 유형으로 구분할 수 있다. 즉, 병원중심 호스피스(병동형+가정방문, 병상 산재형, 병상 산재형+가정방문, 가정방문), 의원 중심, 사회복지법인 및 시설 등 비영리 단체 중심의 가정 호스피스, 그리고 독립시설 호스피스(free-standing, 병원 부설형(affiliated with hospital)) 등이 있는데 병원에서 제공하고 있는 경우가 32개 기관(40%), 그 외 대부분 의원, 시설 및 가정을 중심으로 서비스가 제공되고 있다.

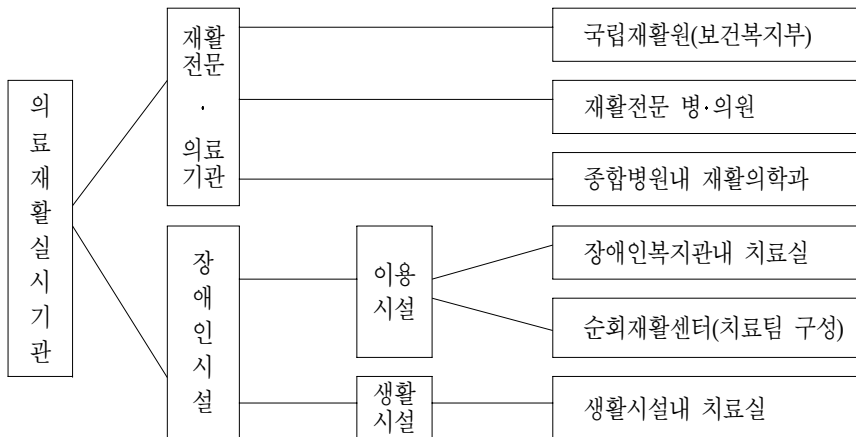
### 3) 재활서비스

재활서비스를 제공하는 기관으로 각종 재활서비스를 전문으로 하는 국립재활원, 재활병원 및 재활의원, 그리고 일반 종합병원내 설치되어 있는 재활의학과가 있으며, 그 외에 장애인복지·생활시설 내에 설치되어 있는 물리치료실이 있다.<sup>13)</sup> 그런데 대부분의 재활전문 병·의원이 재활원이나 장애인시설과 같은 동

13) 이 외에도 산재의료관리연구원 산하 산재병원에서는 산업재해근로자를 대상으로 각종 재활

일 생활시설내 원생들의 재활치료를 위한 의료시설에 그치고 있어 지역사회내 거주 장애인의 재활치료를 담당할 인력이나 예산이 없는 실정이다. 그나마 재활 병·의원이 지역적으로 골고루 분포되어 있는 것이 아니라 서울, 부산 등 대도시에 편중되어 있는 실정이다. 그리고 종합병원내 재활의학과<sup>14)</sup>의 경우에도 종합병원 자체가 대도시에 집중되어 있는 데다가 병원간 협조나 연계체제가 형성되어 있지 못하여 내원하는 장애인자에게 물리치료서비스를 중심으로 제공하는 데 그치고 있다. 또한 장애인복지관 및 장애인생활시설내의 물리치료실과 순회재활센터도 아직까지는 활성화되어 있지 못하고<sup>15)</sup>, 현재 각 병·의원이나 재활전문기관과의 연계체계가 형성되어 있지 못한 실정이다.

[그림 3-3] 재활의료기관 및 의료재활 제공시설 현황



치료서비스를 제공하고 있으며, 특히 경기요양병원에서는 급성치료를 끝낸 산재근로자를 대상으로 재활치료를 집중적으로 실시하고 있음.

- 14) 300명상 이상 종합병원(131개) 중에서 재활의학과가 개설되어 있는 곳이 74개소임(1998년 기준).
- 15) 장애인지역사회재활시설의 차원에서 보면, 2000년 2월 현재 장애인복지관이 67개소가 있으며, 장애인복지법에 의하면, 장애인생활시설에는 의료재활의 일환으로 작업치료를 비롯한 재활치료실을 두도록 하고 있는데, 전국에 장애인생활시설이 총 192개소(1998년 기준) 있음. 그리고 순회재활센터는 장애인종합복지관에 설치되어 있는 경우가 대부분으로 21개소가 있음.

### 3. 만성질환 장기요양서비스

#### 가. 보건의료서비스내용<sup>16)</sup>

만성질환자에 대한 장기요양서비스는 현재 노인복지법에 규정되어 있는 의료복지시설 및 재가복지시설에서 제공되고 있는 것으로 요약할 수 있다. 다만, 이는 65세 또는 60세 이상의 노인을 대상으로 하고 있는 서비스이고, 비노인에 대한 장기요양서비스는 장애인복지제도에 의해서 제공되고 있는 실정이다<sup>17)</sup>. 노인복지법에 의한 장기요양서비스 제공시설의 입소대상은, 노인성질환이 있거나, 중풍, 치매 등 중증의 노인성질환을 지니고 있는 노인을 대상으로 하고 있는데, 여기에서는 노인성질환의 거의 대부분이 만성질환에 해당하고 있다.<sup>18)</sup>

노인복지법에 의해서 운영되고 있는 장기요양서비스에는 시설서비스로 요양시설 및 전문요양시설의 서비스가 제공되고 있으며, 재가서비스로 가정봉사서비스, 주간보호서비스 및 단기보호서비스가 제공되고 있는데, 이러한 장기요양서비스의 현황과 문제점을 정리하면 다음과 같다. 첫째, 시설서비스부문의 경우에는 각 시설마다 정형화된 서비스의 틀이 없이 상이하다. 대체적으로 일상생활서비스, 보건의료서비스, 여가프로그램 및 상담서비스 등이 제공되고 있는데, 일상생활서비스에는 식사 및 목욕보조, 의복·침구세탁 제공, 화장실이용 보조 등의 서비스가 주로 포함되어 있고, 보건의료서비스에는 물리치료, 수지침, 지압 등과 같은 재활치료서비스가 중심으로 제공되고 있으며, 여가프로그램 및 상담서비스에는 특별히 정형화시킬 수 있는 프로그램이 별로 없는 실정이다.<sup>19)</sup>

16) 기본적으로 장기요양서비스에는 복지서비스 이외에 보건의료부문의 서비스도 포함되어 있으나, 후자의 서비스는 본 절에서는 논외로 함.

17) 따라서, 본 고에서는 노인대상의 장기요양서비스만을 중심으로 정리하고자 함.

18) 조사대상 장기요양시설(양로시설과 일반노인요양시설) 입소노인의 만성질환 유병률을 보면, 90.1%로 나타나고 있으며, 이 중에서 가장 높은 유병률을 보인 만성질환은 관절염, 고혈압, 요통, 중풍, 뇌혈관질환 등으로 나타나고 있음. 그러나, 노인전문요양시설의 경우에는 치매, 중풍노인을 전문적으로 입소시키고 있기 때문에 만성질환 유병률이 거의 100%라 할 수 있음(한국보건사회연구원, 『사회복지시설 거주자의 건강증진을 위한 보건환경 개선방안 연구』, 한국보건사회연구원, 1999 참조).

19) 한국보건사회연구원, 『사회복지시설 거주자의 건강증진을 위한 보건환경 개선방안 연구』,

특히, 기본적인 식사, 목욕, 세탁과 같은 생활지원서비스는 어느 정도 제공되고 있으나, 건강 및 일상생활 수행능력을 제고시키기 위한 신체적 기능의 유지 및 향상과 관련된 재활치료서비스나 기능악화를 방지할 수 있는 예방적 서비스가 상당히 부족한 것으로 나타나고 있다.

둘째, 재가서비스 중에서 가정봉사서비스는 가정봉사원이 대상노인의 가정에 방문하여 취사, 시장보기, 청소 및 주변정돈, 생활필수품 구매 등과 같은 가사 지원서비스, 신체청결 등과 같은 개인활동서비스, 기타 우애서비스, 상담 및 교육서비스 등을 말하는데, 실제적으로는 신체적인 간병수발보다는 거의 가사지원서비스에 국한하여 서비스를 제공한다. 그리고, 주간 및 단기보호서비스는, 주로 간병 및 급식 및 목욕서비스, 취미, 오락 등 여가생활서비스, 기타 장애인가족에 대한 교육서비스에 치중하고 있는 실정이다. 또한 단기보호서비스는 원칙적으로 가족수발자의 2주일이내의 일시적인 간병휴식차원에서 제공되는 것인데, 현재에는 1회 45일 이내, 연간 90일 이내에 이용할 수 있게 하고 있어 준 장기요양시설의 형태로 운영되고 있는 실정이다.

이외에도 장기요양서비스라 할 수 있는 것으로 이동목욕서비스나 식사배달서비스<sup>20)</sup>가 있지만, 이는 법적인 근거 하에 제공되고 있는 것이 아니라 사회복지단체나 기관의 사업차원에서만 제공되고 있는데, 보편화되어 있지는 않은 실정이다.

셋째, 재가복지시설을 포함하는 장기요양시설의 입소노인의 대부분이 만성질환을 가지고 있음에도 불구하고, 노인성질환 또는 만성질환 전문의사에 의한 의료서비스는 거의 제공받고 있지 못하는 것이 큰 문제로 제기할 수 있다. 법적으로는 지역사회내 촉탁의로부터 의료서비스를 받을 수 있도록 되어 있지만, 거의 형식적인 수준에 머무르고 있는 실정이다.

한국보건사회연구원, 1999 참조.

20) 이는 치매, 중풍 등 노인성질환으로 거동이 불편하여 무료경로식당을 이용하기 어려운 노인에게 2000년 4월부터 무료로 식사를 배달해주는 서비스가 일부 제공되고 있음.

〈표 3-17〉 장기요양서비스의 현황: 시설 및 재가서비스

	내용
시설서비스	- 일반요양시설서비스: 만성질환 노인대상의 시설수용 서비스 - 전문요양시설서비스: 치매·중풍 노인대상의 시설수용서비스 - 요양병원서비스: 장기요양대상자의 요양입원서비스
재가서비스	- 홈헬프서비스: 신체수발 및 가사지원서비스 - 주간보호서비스: 간병, 일상생활동작훈련 지원 등 서비스 - 단기보호서비스: 1회 45일 이내 연간 90일간 단기간의 생활시설 입소수용서비스 - 식사배달서비스: 도시락반찬 등 배달서비스

나. 보건의료서비스 제공 기관

만성질환환자를 위한 장기요양전문기관은 요양전문병원과 요양전문복지시설로 구분하여 볼 수 있다. 만성질환환자를 전문적으로 취급하는 요양기관은 현행 의료법에서 규정하고 있는 요양병원과 노인복지법에 규정되고 의료법에 의해 운영되고 있는 노인전문병원, 그리고 국공립치매요양병원이 있는데, 명칭으로 서로 상이하나 실제적으로 입원해 있는 환자의 유형을 보면 치매 및 중풍노인환자가 2/3 이상을 차지하고 기타 만성질환환자로 구성되어 있다. 이러한 의료기관은 2002년 12월말 현재 노인전문병원이 26개, 요양병원이 18개, 치매요양병원이 10개소로 약 7,000병상이 가동 중에 있다.

〈표 3-18〉 만성질환 전문요양기관(2002.12월말)

	병원수	병상수	관계법	비용부담
요양병원	18	2,070	의료법	건강보험
노인전문병원	26	3,619	노인복지법/의료법	건강보험
국공립치매 요양병원	10	1,302	노인복지법/의료법	건강보험/의료급여

특히 노인전문병원의 경우에는 설립초기에는 노인환자를 전문적이고 종합적



으로 다룰 수 있는 병원으로 되어 있었지만, 운영상의 근거규정이 미흡하여 전문병원(specialist hospital)의 일종으로써 건강검진에서부터 급성기 치료뿐만 아니라 재활훈련 및 일부 요양서비스까지 총망라하는 병원으로 운영되어야 함에 불구하고 실제적으로는 장기요양병원의 성격에 더 가깝게 운영되고 있다. 또한, 현행 노인전문병원이 그 특정한 기능을 발휘할 수 있을 정도의 의료장비나 의료인력도 갖추고 있음에도 이를 효과적으로 활용하지 못하고 있으며, 병상회전율을 높이기 위한 병원운영보다는 장기요양환자를 입원시키고 있음으로 해서 오히려 병상회전율을 떨어뜨리고 있어 병원을 효율적으로 운영하지 못한 실정이다(선우덕, 2002).

그리고 만성질환자를 위한 요양전문복지시설은 장기요양시설로 통칭하고 있는데, 현재 노인복지법에 의해 운영되고 있는 노인요양시설과 노인전문요양시설이 있다. 이외에도 장기적인 생활시설이 아닌 주간 또는 단기간의 이용시설에 해당하는 가정봉사원파견센터, 주간보호센터 및 단기보호센터도 장기요양서비스 제공시설로 분류할 수 있다.

이 중에서 의료기관을 제외한 장기요양시설은 시설의 인프라가 수요에 비하여 부족하다는 지적이 있다(공적노인요양보장추진기획단, 2003). 즉, 현재 장기요양시설의 입소노인이 전체노인에서 차지하는 비중이 0.6% 전후 정도인데, 이는 유럽의 5~6% 수준대에 비하면 상당히 낮은 수준이다(OECD, 1997). 현재의 시설유형을 보더라도 알 수 있듯이 우리나라는 시설의 3/4 이상이 국민기초생활보장제도 수급권 노인을 대상으로 한 무료의 장기요양시설이고, 중산·서민계층을 대상으로 한 실비나 유료의 시설은 턱없이 부족한 실정이다.

〈표 3-19〉 장기요양시설 현황 (2002.12월말 기준)

(단위: 개소, 명)

구분	계			무료시설		실비시설	유료시설	
	합계	요양	전문요양	요양	전문요양	요양	요양	전문요양
시설수	171	120	51	99	48	14	7	3
입소인원	10,961	7,105	3,856	6,060	3,729	730	315	127

자료: 보건복지부, 『2003년도 노인보건복지사업안내』, 2003.

이같은 현상은 재가요양시설(가정봉사원파견센터, 주간보호센터 및 단기보호센터)에서도 수요에 비하여 공급된 시설의 용량이 마찬가지로 부족한 것으로 나타나고 있다(공적노인요양보장추진기획단, 2003). 즉, 전체노인인구대비 재가보호율이 0.4% 정도에 머무르고 있는 반면에, 유럽 등은 15~20% 수준을 나타내고 있다(OECD, 1997). 이 중에서 주간보호센터에는 실비주간보호센터가 2003년도부터 운영되고 있기는 하지만, 이도 중산층이하의 저소득계층을 대상으로 하고 있는 것이어서 중산·서민계층의 재가요양서비스는 전무한 실정이다.

〈표 3-20〉 재가노인복지시설 현황 (2002.12월말 기준)

(단위: 개소, 명)

구 분	합 계	가정봉사원파견센터	주간보호시설	단기보호시설
시설수	368	165	155	48
총 이용자수	17,973	14,667	2,707	599

자료: 보건복지부, 『2003년도 노인보건복지사업안내』, 2003.

#### 다. 인력

장기요양시설 및 재가요양시설에서의 장기요양서비스를 제공하는데 있어서 직접적으로 관련 있는 보건의료인력으로는 의사, 간호사, 재활치료사(물리치료사, 작업치료사 등)가 있다. 이 중에서 의사의 경우에는 내과, 가정의학과, 정신과, 신경과, 재활의학과 등등 현재 존속되어 있는 단과전문의 이외에 노인병전문의(geriatrician)가 있는데, 이 중에서 후자의 전문의는 현재 우리나라에는 존재하지 않지만, 선진국에는 활동하고 있는 의사인력이다<sup>21)</sup>. 다만, 우리나라의 경우에는 대한노인병학회에서 내과, 가정의학과전문의 등등을 대상으로 일정기간 보수교육을 통하여 노인병인정을 양성하고 있는데, 2003년 6월말 현재 1,385명이 배출된 상태이다.

21) 미국(Geriatric Medicine), 영국(노인과, Geriatric medicine), 호주(노인과, Geriatrics) 등은 노인의학전문을 전문과목, 세부전문과목으로 양성하고 있음.

<표 3-21> 우리나라 노인병 인정의의 현황

(단위: 명, %)

전문과목	수	비율	전문과목	수	비율
일반의학	258	18.6	마취통증의학과	37	2.7
내과	328	23.7	산부인과	37	2.7
가정의학과	214	15.5	정형외과	31	2.2
신경정신과	78	5.6	병리학과	29	2.1
재활의학과	68	4.9	신경외과	29	2.1
외과	62	4.5	흉부외과	22	1.6
신경과	61	4.4	비뇨기과	15	1.1
소아과	40	2.9	예방의학과	14	1.0
방사선과	39	2.8	기타(5명 이하 전문과목)	23	1.7
계				1,385	100.0

자료: 대한노인병학회 내부자료(2003. 6. 현재); 김승권 외, 『저출산대비 인구정책개발 및 범 정부추진체계 수립방안』, 한국보건사회연구원, 2003.

그리고, 간호사의 경우에는 전문간호사제도가 있는데, 그 중에서 장기요양서비스제공과 깊은 관련성이 있는 것은 노인전문간호사와 가정간호사를 들 수 있다. 노인전문간호사는 2002년 개정 의료법의 전문간호사에 추가되었으나, 아직은 교육, 실무경력, 시험 등 구체적인 자격기준이 마련되어 있지 못한 실정이다. 가정전문간호사는 현재 병원이나 보건소에 배치되어 노인 등 장기요양자를 대상으로 방문간호서비스를 제공하고 있는데, 2002년말 현재 3,860명이 배출된 상태이다(김승권 외, 2003). 또한, 재활치료사의 경우에는 물리치료사, 작업치료사, 언어치료사 이외에 호흡치료사, 오락치료사 등이 있는데, 현재에는 후자의 2종류가 장기요양자를 위한 재활치료에 필요한 인력이나 존재하고 있지 않다.

한편, 현재 장기요양 관련시설에 종사하는 보건의료인력의 배치기준을 살펴보면, <표 3-22>와 같은데, 먼저 재가요양의 경우에는 문체가 보건의료 1인당 담당하여야 할 보호노인수가 많아서 업무의 과중함을 나타내고 있다는 점이다. 이외에도 실제적으로는 간호사(간호조무사)의 배치율이 주간보호시설 59%, 단기보호시설 58%로 나타나 인력기준에 매우 미흡한 수준인 것으로 지적되고 있다(공적노인요양보장추진기획단, 2003).

〈표 3-22〉 재가요양(재가복지) 시설의 보건의료인력기준

인력구분	가정봉사원 파견시설	주간보호시설		단기보호시설	
		이용자 10인 이상	이용자 10인 미만	이용자 10인 이상	이용자 10인 미만
간호사 또는 간호조무사	-	1인	1인	이용자 25인당 1인(치매 중 풍등의 노인을 주로 이용대 상으로 하는 시설의 경우 이용자 20인당 1인	1인
물리치료사	-			1인(이용자 30인 이상인 경 우에 한함	

주: 노인복지법시행규칙 별표 9, 2002년 12월 20일 개정

그리고, 시설요양의 경우에도 보건의료인력이 부족하다는 점은 동일한데, 그 중에서도 특히, 물리치료사의 경우에는 배치조차 되어 있지 못한 시설이 다수 존재한다는 점이다(선우 덕 외, 2003). 예를 들면, 간호사의 경우 무료요양시설은 시설당 1.28명, 무료전문요양시설은 시설당 2.15명이 활동하고 있고, 시설내 고용되어 있는 전담의사는 거의 전무하고 촉탁의 정도로 시설을 운영하고 있다(공적노인요양보장추진기획단, 2003).

〈표 3-23〉 노인장기요양시설의 보건의료인력 배치기준(2003년)

인력구분	노인요양시설	실비노인 요양시설	유료노인 요양시설	노인전문 요양시설	유료노인 전문요양시설
전담의사 또는 촉탁의사	· 10인 이상 시설 1인 배치 · 10인 미만시설 기준없음	좌동	좌동	좌동	좌동
간호사 또는 간호조무사	· 입소자 30인 이상 시설 25인당 1인 이상 배치(다만 2인 이상시 1인 간호사배치) · 30인 미만시설 1인 배치	좌동	좌동	20인당	20인당
물리치료사	· 입소자 10인 이상 시설당 1인 이상 배치(100인 초과마다 1인추가 배치) · 입소자 10인 미만시설 기준없음	좌동	좌동	좌동	좌동

#### 4. 보건·의료·복지부문간 연계체계 측면

현재 만성질환자에게 필요한 욕구는 보건의료뿐만 아니라 복지서비스욕구까지 포함되어 있는데 비하여 제공되는 보건·의료·복지부문의 서비스는 충분하게 구비되어 있지 못하고, 그나마 기존 서비스도 분절적으로 제공되고 있다. 이와 관련한 문제점을 정리하면 다음과 같다.

첫째, 필요한 시설의 설치부족과 서비스공급기관간의 기능분화가 이루어져 있지 못하다. 급성기 상태에서 벗어나 만성기 상태에 접어든 만성질환자에 대한 의료서비스 전달체계가 효과적이고 효율적으로 이루어지기 위해서는 각 부문마다 설치되어 있는 시설의 기능이 정립되어 있어야 하나, 현재에는 그렇지 못하다. 즉, 일차적으로는 급성기 상태에서의 응급치료가 종료되어 신체적 상태 및 기능을 회복시켜줄 수 있는 시설이 부재한 실정이다. 그렇기 때문에 일반 급성기 병원에서 신체적 상태의 회복을 기다릴 수밖에 없고, 일시적 또는 간존되어 있는 신체적 기능을 집중적으로 회복시켜줄 수 있는 중간회복시설이 없기 때문에 병원 퇴원 후에는 지역사회에 거의 방치되어 있다. 특히, 노인복지법에 명시되어 있는 노인전문병원이 급성기 치료가 끝난 회복 및 재활치료를 필요로 하는 만성질환자를 집중대상으로 하여야 하나, 급성병원-노인전문병원간 이송체계가 갖추어져 있지 않다. 또한 신체적 상태 및 기능의 회복치료가 종료된 만성질환자를 상태에 따라 요양병원, 장기요양시설이나 가정으로 이송되어야 하나, 현재에는 요양병원이나 장기요양시설이 충분하지 못하여 빈곤·저소득계층을 제외하고는 가정에 있거나 급성기 일반병원에 입원해 있다.

둘째, 서비스연계에 필요한 전문인력이 부족하다. 보건·의료·복지서비스의 원활한 연계를 위해서는 적합한 시설의 설치뿐만 아니라 각 시설을 운영하는데 필요한 전문인력이 갖추어져 있어야 한다. 만성질환자의 재활 및 신체적 간병수발지원을 위한 전문인력뿐만 아니라 노인의학 및 노인간호와 관련한 의료인력이 부재하거나 양성되어 있지 못한 실정이어서 비록 각종 시설이 설치되어 있다고 하더라도 이송된 시설에서 적합한 서비스가 제공되지 못하고 있다.

셋째, 자발적인 보건복지서비스 연계체계가 구축되어 있지 못하다. 현행 법적

근거하여 연계를 실시하도록 되어 있지 못하지만, 지역사회 나름대로 자발적인 연계체계를 구축하여 만성질환자의 욕구를 해결할 수 있다. 그러나 우리나라 의료공급체계를 보면, 의료기관간 기능분담이 이루어지지 못하고 있어 환자이송에 문제점이 있는 것과 마찬가지로 만성질환자를 위한 요양병원 및 노인전문병원과 장기요양시설간 서비스연계가 이루어지고 있지 못하다. 비록, 이러한 문제점을 해결해보고자 지난 2002년도에 지역사회복지협의체 시범사업을 실시한 바 있지만, 보건소 및 의료기관의 이해 및 협조부족으로 큰 성과를 보지는 못하였다(이현주 외, 2002). 결국, 만성질환자의 욕구해결 및 삶의 질적 측면에서 서비스의 연계가 이루어지지 못하고 있는데, 이는 의료기관에서의 환자유치, 장기요양시설에서의 빈곤·저소득계층중심 등의 요인 때문이라 할 수 있다.

넷째, 보건·의료·복지서비스의 연계를 도모하기 위한 중심적인 조직체가 부재하다. 만성질환자의 연계는 의료기관과 장기요양시설간 관계설정이 중요하다고 보여지는데, 양 부문간 상대방의 정보가 교환되지 못하고 있다. 이는 사실상 개개의 병원이나 장기요양시설마다 다수의 다른 병원 및 시설의 정보를 보유하는 것이 불가능하기 때문인데, 이를 중간에서 조정해주는 조직체가 일정지역마다 구축되어 있지 못하기 때문이기도 하다.

## 5. 보건의료서비스 비용부담 및 자원조달

### 가. 만성질환 예방·치료·장기요양서비스 관련 비용부담체계 실태

만성질환을 관리하기 위해 필요한 비용이 현재로써는 다양하다. 다시 말하면, 보건부문에서 필요한 대부분의 재원은 국가예산과 국민건강증진기금에서 조달하고 있고, 의료부문에서의 치료비용은 국민건강보험, 국가예산 및 개인부담금으로 조달되고 있으며, 복지부문에서의 장기요양관련 비용은 국가예산과 개인부담금으로 조달되고 있다.

국민건강증진기금은 담배 등의 건강위해식품에 부과된 세금으로 주로 구성되어 있는데, 그 기금의 수입과 지출 실태를 보면, 수입액이 초기의 1997년에

137.1억원이던 것이 2002년에는 5123.1억원 수준으로 크게 증가하였고, 지출액은 1997년도에 1.4억원으로 총수입액의 1%만 지출되었으나, 2002년도에는 4642.3억원으로 총수입액의 91%가 지출되었다.

<표 3-24> 국민건강증진기금의 수입추이

(단위: 억원)

	1997	1998	1999	2000	2001	2002
법정부담금	131.6	136.9	133.7	146.2	138.3	5,108.6
담배사업자부담금	58.8	98.1	83.4	105.1	99.4	5,108.6
의료보험자부담금	72.7	38.9	50.3	41.1	38.9	-
이자수입	5.5	20.8	22.3	30.3	27.3	14.5
합계	137.1	157.8	156.0	176.5	165.5	5,123.1

자료: 보건복지부, 『국민건강증진기금 결산서』, 2002.

그런데, 지출용도를 보면, 국민건강보험급여비용으로 4192.1억원이 지출되어 기금의 조성목적과는 상반되게 쓰여진 것으로 보인다. 국민건강증진기금의 수입금 대부분이 본래의 사용목적인 국민건강증진사업에 쓰이기보다는 국민건강보험 지역급여비로 충당되어 건강보험제도의 재정적자를 보전하는 수단으로 활용되고 있어 기금조성의 근본목적을 의문시하게 하고 있다.

<표 3-25> 국민건강증진기금의 지출추이

(단위: 억원)

	1997	1998	1999	2000	2001	2002
보건교육 자료개발	0.1	2.7	5.5	5.9	4.8	1.7
국민건강증진사업	0.4	56.9	96.4	140.4	138.7	161.7
건강증진 및 질병예방조사연구	0.9	10.5	23.3	22.4	22.1	12.7
자치단체 건강증진사업	-	11.2	12.8	17.7	19.0	71.3
기금운영	-	0.1	0.3	0.9	1.1	2.8
국민건강보험 급여비용	-	-	-	-	-	4,192.1
합계	1.4	81.3	138.2	187.2	185.7	4,642.3

자료: 보건복지부, 『국민건강증진기금 결산서』, 2002.

만성질환과 관련한 보건의료서비스비용은 정부예산, 국민건강보험제도 및 환자본인부담금 등으로 조달되고 있다. 일반적인 건강검진, 치료, 가정간호서비스 및 재활치료비용은 국민건강보험제도에서 보험급여로 지급되고 있는데, 비용의 일부는 환자본인이 부담하도록 되어 있다. 특히, 만성질환의 경우에는 치료기간이 장기화되어 있기 때문에 환자본인부담금의 규모도 커지고 있는데, 현행 제도에서는 본인부담상한제를 실시하고 있어, 만성질환자에게 어느 정도는 도움이 될 수 있다. 문제는 보험급여수준 자체가 낮다는데 있기 때문에 비보험급여 비용까지 포함하는 경우 만성질환자가 부담하여야 하는 실제규모는 크다.

장기요양서비스와 관련해서는 크게 정부예산과 이용자본인부담금으로 그 비용을 조달하고 있다. 국민기초생활보장제도 수급권자인 경우에는 전적으로 정부예산으로 장기요양비용을 부담하고 있지만, 그 이외의 일반소득계층에 대해서는 전적으로 이용자본인이 부담하여야 한다. 장기요양시설에 해당하는 요양 및 전문요양시설에 대한 국고보조기준을 살펴보면, 다음과 같다. 무료시설의 경우에는 운영비에 대한 국고부담비율이 지방마다 차이가 있어 서울은 국고 50%와 지방비 50%이고, 지방은 국고 70%와 지방비 30%로 되어 있다. 국고지원의 내용은 종사자인건비와 관리운영비, 그리고 기초생활보장수급자 생계비 등 세 가지 항목으로 구분하여 지급되고 있는데, 이 중에서 관리운영비의 경우는 연간기준으로 요양시설은 1인당 755,390원, 전문요양시설은 1인당 995,790원을 지급하고 있다.

한편, 실비시설의 경우 요양시설당 연간 1인당 532,240원을 지원하고 있는데, 실비시설은 소득자격이 되는 경우 당사자간 계약에 의하여 입소하고 있어 국가차원에서 월별 이용자부담의 상한을 설정하고 있다.<sup>22)</sup> 즉, 2003년 현재 요양시설은 무료 및 실비시설 모두 324,000원, 노인전문요양시설은 619,000원을 이용자부담의 상한으로 정하고 있다. 또한 이용자부담 한도 예외를 인정하여, 치매·중풍 등 전문요양시설 입소대상의 중증질환자의 요양에 실제로 소요되는 거저귀, 카테타 등 위생재료비에 대하여는 월 수납한도액의 30% 범위 이내에서

22) 노인복지법 제46조 제5항 및 동법시행규칙 33조 제2항



산출내역을 명시하여 시·도지사에게 신고한 후 수납할 수 있도록 하였다.

그리고 재가노인복지시설의 경우 국고보조기준은 국고 40%, 지방비 60%로 이루어지고 있으며, 인건비, 운영비 등 사업비 일부를 국가 및 지방자치단체에서 보조하는데, 각 시설의 이용노인수, 제공서비스 등 운영실적을 평가하여 차등지원하고 있다. 2003년 현재 기준으로 재가시설종류별 연간 예산지원액을 살펴보면, 가정봉사원파견센터의 경우 기존시설은 연 9,080만원, 신규시설은 8,900만원을 지원하고, 주간보호시설의 경우 기존시설은 연 6,050만원, 신규시설은 5,850만원을 지원하며, 단기보호시설의 경우 기존시설은 연 7,000만원, 신규시설은 6,800만원을 지원하고 있다.

〈표 3-26〉 노인재가시설의 국고지원기준(2003)

(단위: 천원)

	가정봉사원파견센터	주간보호시설	단기보호시설
기존시설	90,800	60,500	70,000
신규시설	89,000	58,500	68,000

주: 연간지원액에는 가정봉사원파견센터의 경우 유급봉사원인건비(시설당 2인×시간당 4.5천원×월25일×1일8시간×12개월=21,600천원)가 포함되며, 관서운영비는 가정봉사원파견센터는 연간 6,000천원, 주간보호시설은 7,000천원, 단기보호시설은 17,000천원이 포함되어 있음.

자료: 보건복지부, 『2003년도 노인복지사업안내』, 2003.

#### 나. 정부의 만성질환관리 관련 예산지원 실태

만성질환과 관련한 중앙정부의 예산지원규모를 보면 다음과 같다. 우선 주요 사업명을 보면, 건강증진 기본사업비, 암질환 관리, 국립암센터 운영, 희귀·난치성질환자 의료비지원, 국립보건원 지원사업 중의 질병관리연구, 공공보건의료기반확충사업 중의 치매요양병원 기능 보강, 노인시설보호사업중의 양로시설·요양시설·전문요양시설 운영지원 등 장기요양관련시설의 운영비지원, 재가노인 지원사업중의 재가복지시설, 노인건강진단, 치매상담센터 운영 등의 지원으로 구성되어 있다. 이상과 같은 항목을 만성질환과 관련한 사업비로 간주하여 예산규모를 보면, 전체 보건복지부 일반회계대비 3% 수준으로 집계되고 있다.

〈표 3-27〉 만성질환 관련 사업예산(보건복지부, 일반회계, 2003)

(단위: 백만원, %)

구분	예산액	비중
사회복지	4,710,897	57.4
기초생활보장	3,523,008	42.9
사회복지서비스	1,187,889	14.5
(장기요양관련 시설운영 지원)	(142,952)	(1.7)
보건의료	444,073	5.4
보건	222,768	2.7
(건강증진기본사업비)	(280)	(0.0)
(암질환 관리)	(11,003)	(0.1)
(국립암센터 운영)	(48,991)	(0.6)
(희귀·난치성질환 의료비지원)	(26,302)	(0.3)
(질병관리연구)	(3,177)	(0.0)
의정 및 한방	123,223	1.5
(치매요양병원 기능보강)	(17,415)	(0.2)
보건산업진흥 등	98,082	1.2
사회보험	3,047,899	37.2
건강보험	2,939,817	35.8
국민연금	108,082	1.3
합계	8,202,1869	100.0

자료: 보건복지부, 『2003년도 보건복지부소관 세입·세출 예산 개요』, 2002.12.

다. 정부의 만성질환관리 관련 예산지원 실태

가정간호서비스는 방문당 정액의 ‘기본방문료’ 및 ‘교통비’와 가정간호사의 행위에 다른 행위별 수가가 적용되고 있다. 이 중 ‘기본방문료’와 행위별 수가는 입원환자에 준하는 보험적용을 받고 있어 방문건당 가정간호환자는 기본방문료 19,000원의 정액 중 20%, 가정간호행위에 따른 수가의 20%를 본인부담하고 교통비 6,000원은 전액 본인부담하고 있다. 방문간호(또는 보건)사업은 100% 조세로 조달되고 있다. 2000년 보건소(보건지소 및 보건진료소 포함)당 평균 대도시 2550만원, 시 5800만원, 군 1680만원(일부 대상자 재료비 등은 본인부담)이 사업예산으로 집행되었다

### 제 3 절 만성질환 서비스 공급 체계의 개선방안

#### 1. 기본방향

만성질환을 관리하기 위해서는 질병이 발생하기 이전단계에서부터 시작되어야 하고, 만성질환의 특성상 완치되지 않고 사망단계에까지 질병상태가 지속되고 있기 때문에 예방, 치료 및 요양이라는 모든 단계에 걸쳐 있어야 한다. 이를 크게 대별하면, 보건부문(건강증진 및 질병예방지원체계), 의료부문(의료지원체계) 및 복지부문(장기요양지원체계)으로 나눌 수 있는데, 각 부문마다 추진하여야 할 기본내용이 차이가 있다.

먼저, 기본목적에 대해서는 건강증진 및 질병예방단계에서는 만성질환의 발생을 사전적으로 예방하거나 조기에 발견하거나, 기존 만성질환자의 2차질환의 발생을 억제시키는데 두어지고 있고, 의료지원체계에서는 만성질환자에게 지속적으로 의료적 관리를 실시함으로써 질병의 악화를 지연시켜, 결국에는 장기요양상태에 빠지는 것을 예방하고 가능한 한 만성질환은 지니고 있지만, 자립적인 생활을 유지할 수 있도록 지원하는데 있으며, 장기요양지원체계에서는 만성질환자의 일상적인 생활을 자립적으로 수행할 수 없는 상태에 놓이게 되므로 가족부양자의 신체적 부양부담을 경감시켜주는데 기본적인 목적이 두어지고 있다.

따라서, 기본적인 전략도 건강증진 및 질병예방단계에서는 생활습관을 개선하거나 위험인자를 효과적으로 관리할 수 있도록 하여야 하며, 의료지원체계에서는 만성질환 이환자의 조기치료를 유도하고 주기적인 질병관리에 의한 합병증예방에 힘써야 하고, 장기요양지원체계에서는 만성질환자의 잔존된 일상적인 생활기능의 유지 및 악화방지에 노력하여야 한다. 이외에도 서비스중심기관으로는 건강증진 및 질병예방단계에서는 지역사회 보건소를 중심이 되어야 하고, 의료지원체계에서는 장기요양병원과 재활병원이 중심기관의 역할을 담당하여야 하며, 장기요양지원체계에서는 요양 및 전문요양시설, 그리고 재가요양지원센터가 중심기관이어야 한다.

[그림 3-4] 만성질환관리 보건·의료·복지서비스의 기본내용

	<b>【보건】</b> 건강증진 ·질병예방지원체계	<b>【의료】</b> 의료지원체계	<b>【복지】</b> 장기요양지원체계
기본 목적	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 일반국민의 만성질환 발생 예방 및 조기발견</li> <li>- 만성질환자의 2차 질환 발생 억제</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 만성질환자의 장기요양상태의 사전적 발생 억제 및 자립적 생활 지원</li> <li>- 장기요양대상자의 기능장애의 증증화 지연</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 장기요양대상자의 생활지원</li> <li>- 장기요양대상자의 가족수발자부담 경감</li> </ul>
기본 전략	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 생활습관의 개선 추진</li> <li>- 만성질환 위험인자(risk factor) 관리</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 만성질환 이환자의 조기치료 유도</li> <li>- 주기적 질병관리에 의한 합병증 예방</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 신체기능의 유지 및 악화방지</li> </ul>
중점 서비스	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 건강증진활동 지원 (금연, 금주, 영양, 운동, 휴양 등)</li> <li>- 건강검진</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 만성질환 의료적 관리(진료, 투약관리)</li> <li>- 재활치료서비스(물리치료, 작업 치료 등)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 개인위생지원서비스(ADL 동작 지원)</li> <li>- 호스피스서비스</li> <li>- 가사지원서비스</li> <li>- 상담지원서비스</li> </ul>
중심 제공 기관	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 건강증진추진단체(협회, 단체, 민간기관)</li> <li>- 보건소</li> <li>- 건강검진기관</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 일반의료기관(병·의원)</li> <li>- 장기요양병원</li> <li>- 재활 병·의원</li> <li>- 보건소</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 요양시설, 전문요양시설</li> <li>- 재가요양센터 (가정봉사원 파견센터, 주·단기보호센터)</li> </ul>
중심 제공 인력	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 보건교육관련 보건인력</li> <li>- 운동처방관련 전문직</li> <li>- 건강검진관련 의료인력</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 의료인력(의사, 간호사 등)</li> <li>- 재활치료인력(PT, OT, ST)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 사회복지사</li> <li>- 간병인력(가정봉사원, 간병인, 생활보조원 등)</li> <li>- 자원봉사자</li> </ul>
기타	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 40세 이상의 일반국민 대상</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 신체기능의 장애가 없는 자립적 생활이 가능한 만성질환자</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 신체기능의 장애로 의존적인 만성질환자</li> </ul>

## 2. 만성질환 보건의료서비스 공급기관의 효율적 운영방안

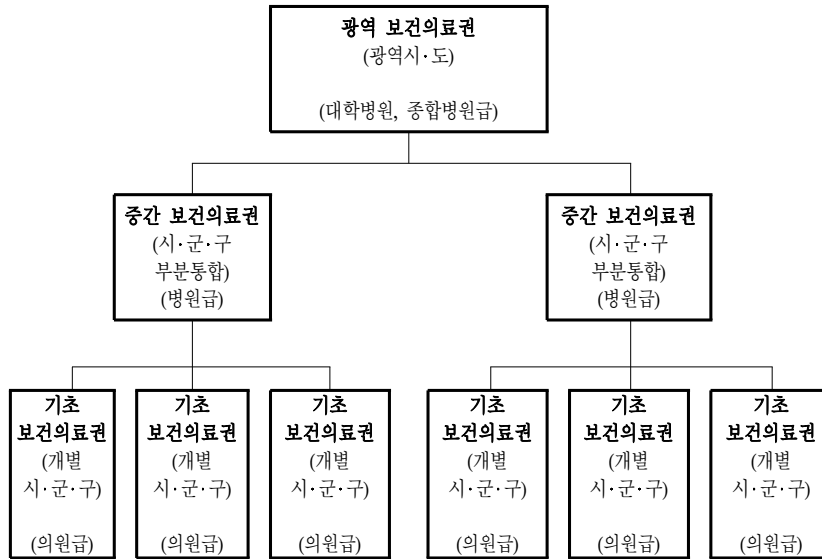
이미 주지된 바와 같이 급성질환관련 서비스공급 의료기관의 일반병상이 과잉공급되어 있는 상태에 있기 때문에 부분적으로 만성질환자를 위한 병상으로의 전환이 필요하고, 또한 새로운 만성질환 서비스 공급보건의료기관의 신설도 필요하다. 그러나, 문제는 만성질환서비스의 공급기관이 지역적으로 균등하게 분포되어 있어야 하겠는데, 이를 위해서는 수요자(환자)의 지리적 접근성을 제고시킬 수 있고, 더 나아가 만성질환의 응급적 발생시에 신속하게 대처할 수 있도록 효율적인 의료공급기관의 재배치 방안이 필요하다.

우선적으로 고려할 수 있는 것이 기존 의료생산자(의료시설)의 기능을 재편하여야 할 것이다. 이를 위해서는 대규모 종합병원과 중소병원간 만성질환자의 치료기능의 분화가 이루어져야 한다. 다시 말하면, 응급적인 처치는 고가의 고도의 기술을 필요로 하기 때문에 고도의 의료장기를 충분히 갖추고 있는 종합병원에서 담당하고, 중소병원에서 이후 회복기 치료나 재활 및 장기적 요양의 료서비스를 담당할 수 있도록 한다. 이 때 중소병원은 재활·요양치료의 기능을 지닌 의료기관으로 기능을 전환하도록 한다.

두 번째는 만성질환자를 치료하는데 필요하나 현재에는 갖추어져 있지 못한 의료시설(의료생산자)을 개발하여 설치할 필요가 있다. 이에는 크게 의료시설과 요양시설로 대별할 수 있겠는데, 전자에는 중간요양병원, 장기요양병원, 주간재활병원 및 주간재활센터를 들 수 있겠고, 후자에는 중간요양시설을 들 수 있다.

세 번째는 만성질환자를 위한 각종 의료시설 및 요양시설이 준비되어 있다고 하더라도 지역적으로 균형있게 분포되어야 하는데, 민간시장에만 맡겨두면 지역적으로 편중되는 경향이 나타날 수 있다. 이러한 문제점을 최소화하기 위해서는 보건의료권역을 설정하여 지역적인 편중을 억제하고, 민간부문의 진입이 어려운 지역에는 공공부문이 적극적으로 개입하여야 할 것이다. 여기에서 제시하고 있는 보건의료권역의 구분은 개별 시·군·구 단위의 기초 보건의료권, 생활·의료이동을 감안한 일부 시·군·구의 통합 단위의 중간 보건의료권, 그리고 광역시·도 단위의 광역 보건의료권으로 나누어 볼 수 있다.

[그림 3-5] 만성질환 보건의료공급시설의 재배치를 위한 보건의료권 설정의 기본방안



주: ※ 보건의료권은 강제적인 의료서비스의 전달체계를 의미하는 것이 아니라 의료자원의 효율적 활용을 위한 배치와 서비스제공의 효율성을 유도하려는 목적을 지니고 있음.  
 ① 기초보건의료권: 기초자치단체(시·군·구)의 행정구역을 중심으로 한 경우  
 ② 중간보건의료권: 몇 개의 기초자치단체(시·군·구)를 하나의 보건의료권을 묶는 경우임. 이는 생활권 및 진료를 위한 이동실태를 감안하여 설정함.  
 ③ 광역보건의료권: 광역자치단체(광역시·도)의 행정구역을 중심으로 한 경우

### 3. 만성질환관리를 위한 보건의료복지의 네트워크 운영방안

#### 가. 보건의료복지 서비스연계의 기본방향

전술한 바 있는 보건의료복지 부문간 서비스연계를 이룩하기 위해서는 각 부문간의 연계는 물론이고 각 부문내에서의 연계도 중요한데, 이를 위해서는 선결적으로 구축되어야 하는 내용을 정리하면 다음과 같다.

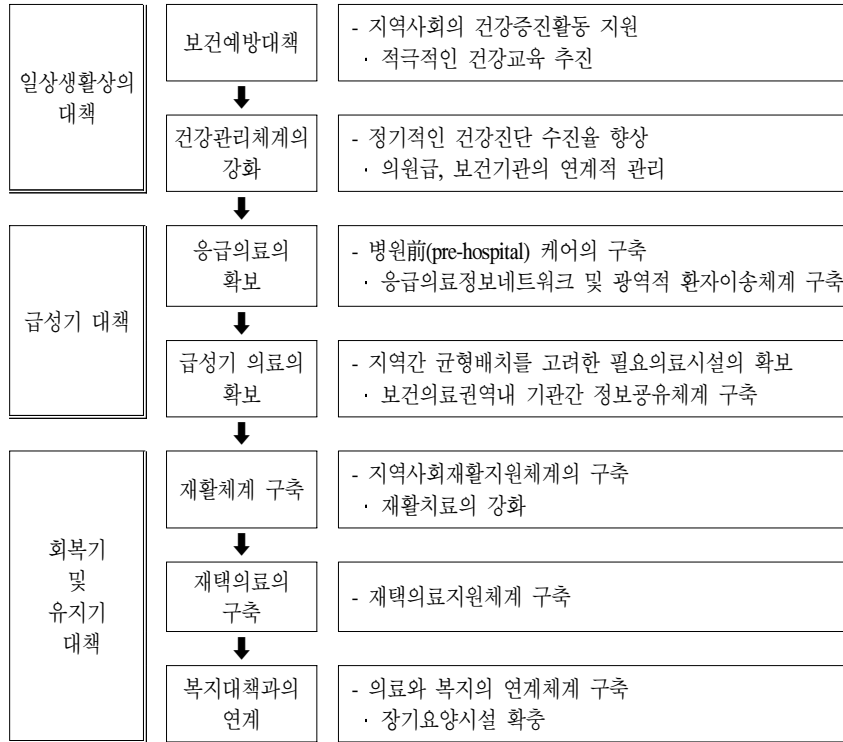
먼저, 일상생활상의 대책으로는 보건예방과 건강관리체계를 강화하여야 한다. 보건예방대책으로는 각 지자체, 직장, 학교, 건강관련단체 및 지역사회주민 등

지역사회전체의 건강증진운동을 전개할 수 있는 추진계획을 수립하여야 하고, 학교보건 및 직장보건차원에서 건강교육을 실시하여야 한다. 특히, 순환기질환의 예방을 위해서는 건강생활습관을 유지시키는 것이 중요하기 때문에 학교에서의 보건대책, 순환기질환의 유병률이 높은 중고연령계층을 대상으로 한 직장보건대책이 필요하다. 그리고 건강관리체계에 대해서는 지역사회주민의 일상적인 건강관리를 담당할 수 있는 주치의제도를 마련하는 것이 중요하고, 주치의와 병원간의 지역의료서비스 연계체계를 갖추어야 한다.

둘째, 급성기 대책으로는 응급의료 및 급성기 의료를 확보하여야 한다. 순환기질환의 경우에는 병원도착 이전에 이루어지는 응급처치에 따라 구명률이 달라질 수 있는데, 이를 위해서는 응급구조사의 육성 및 확보뿐만 아니라 지역사회주민을 대상으로 한 심폐소생술에 대한 응급조치교육을 실시할 필요가 있다. 또한, 응급의료정보네트워크를 구축함과 동시에 광역적인 응급환자수송체계를 구축하는 것이 필요하다. 그리고 급성기 의료를 효과적으로 제공하기 위해서는 지역적 균형을 고려하여 필요한 의료시설을 확보하여야 하는데, 순환기질환의 경우에는 발병후 가능한 한 신속한 대응이 중요하기 때문에 순환기질환의 급성기에 일차적으로 대응할 수 있는 종합병원급의 의료시설을 중간보건의료권마다 설치할 필요가 있다. 아울러 전술한 바 있는 종합병원과 주치의간 환자의 연계를 위해서는 진료정보를 상호 공유할 수 있는 체계를 구축한다.

셋째, 회복기 및 유지기 대책으로는 무엇보다도 지역사회재활지원체계를 구축하여야 한다. 이를 위해서는 발병후 가능한 한 조기단계에서부터 환자 개인의 상태에 적합한 재활치료를 제공할 수 있는 체제의 구축이 필요하다. 그리고 재택의료지원체계가 갖추어져 있는 경우에는 불필요한 병원입원과 장기요양시설의 입소를 예방할 수 있다는 점에서 재택의료지원체계 및 가정간호지원시설의 설치가 필요하고, 양자간의 연계체계를 마련하여야 한다. 또한, 의료와 복지부문간 연계가 필요한데, 뇌졸중 후유증 등에 의한 재가요양이 필요한 경우에는 재택의료서비스와 재가복지서비스의 연계가 반드시 필요하다.

[그림 3-6] 만성질환관리 보건·의료·복지서비스 전달체계의 기본방향

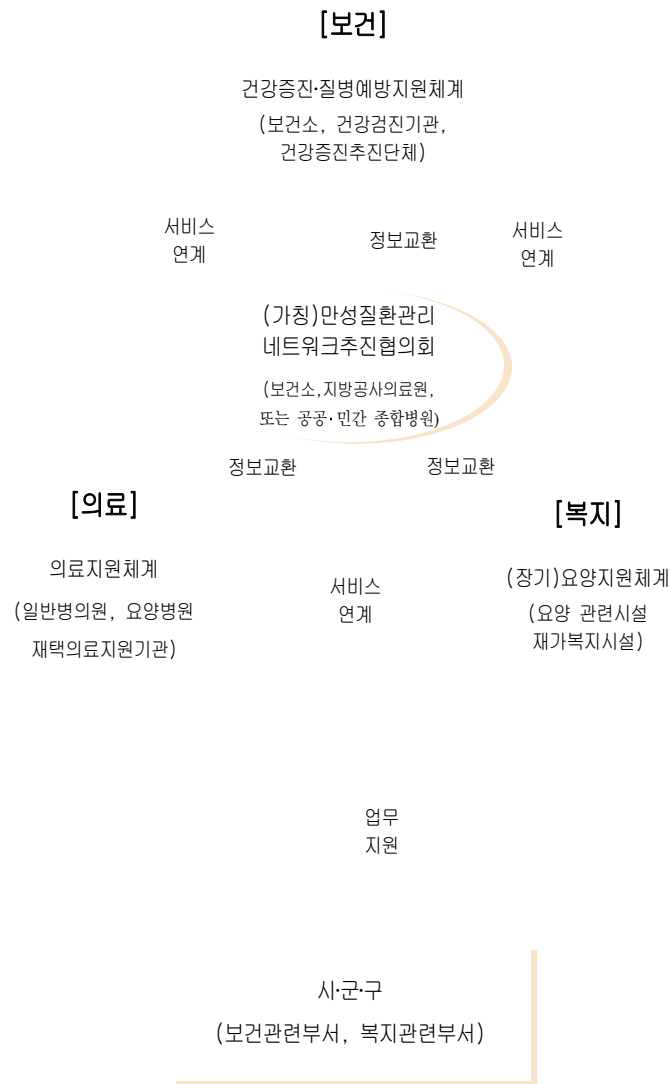


나. 네트워크 구축방안

전술한 바와 같이 만성질환의 관리는 3개 부문의 영역에 걸쳐서 이루어져야 하기 때문에 연계적인 네트워크 구성이 필수적이라 하겠다. 이는 무엇보다도 기관간의 연계를 의미하고 있는데, 이 때 중심적인 역할을 담당할 수 있는 조직체가 설치되어 있어야 하겠다. 이를 (가칭)만성질환네트워크추진협의회로 명명하고, 이 협의회의 설치는 보건소, 지방공사의료원, 또는 그 이외의 국공립병원이나 민간병원까지도 포함하여 지역의 실정에 따라서 협의하에 설치하도록 한다.



[그림 3-7] 만성질환관리 보건·의료·복지 네트워크 구성체계



다만, 동 협의회의 역할은 연계조정 중심적인 역할을 담당하고 각 부문에 있는 기관들은 언제든지 협의회를 통하여 만성질환자에 대한 정보를 습득할 수 있도록 하여야 한다. 예를 들면, 보건부문에서 개발된 건강증진프로그램은 요양 관련시설에 제공하고, 건강검진의 결과 고위험인자를 지닌 수검자에 대한 조기 치료를 의료기관에 의뢰하여 만성질환의 사전적인 발생억제에 힘을 기울인다. 그리고 의료부문에서는 요양시설의 만성질환입소자에게 주기적인 의료관리를 제공하고, 보건부문에 대해서는 고위험인자 보유자에 대한 치료서비스를 제공한다. 그리고 요양관련시설에서는 보건소나 건강검진기관에 입소자의 건강검진을 의뢰하거나 질병예방교육을 의뢰하고, 요양관련시설 자체에 의사가 상주하고 있지 않기 때문에 필요한 의료서비스는 의료부문의 의료기관으로부터 제공받도록 한다.

이와 같은 3개 부문에서 이루어지고 있는 각종 정보는 기본적으로 동 협의회에서 관리하고 종합적인 계획을 수립하는데 활용하도록 한다. 이 때 각 시·군·구의 협조를 얻을 수 있도록 한다.

#### 4. 만성질환관리를 위한 재원조달방안

만성질환을 관리하기 위해 필요한 비용은 국민건강증진기금, 국민건강보험, 국가예산 및 개인부담금으로 조달되고 있는데, 각 부문별 재원의 조달방안에 대해서 정리하면 다음과 같다.

첫째, 만성질환은 사전적으로 발생을 억제시키는 것이 중요하고, 이를 위해서는 활발한 건강증진활동프로그램의 개발 및 건강증진시설의 확대설치·운영이 필요하다. 따라서 이러한 목적으로 건어들이고 있는 국민건강증진기금의 사용을 적합한 부문에 투입하여야 할 것이다. 재정수입은 현행과 같이 건강위해식품에 부과되는 세금방식으로 조달하는 것이 바람직하겠지만, 사용용도에 대해서는 면밀한 재검토가 필요하다. 즉, 국민건강증진시설의 유형개발, 확대설치 및 운영보조금 이외에 만성질환의 위험인자를 관리하는데 소요되는 비용도 국민건강증진기금에서 조달할 수 있도록 하여야 할 것이다.

둘째, 만성질환의 치료 및 재활서비스비용은 현행과 같이 국민건강보험재정에서 조달하는 것이 타당하겠지만, 만성질환자의 본인부담금이 높기 때문에 일부 계층은 치료를 포기하거나 방치하는 사태가 발생하고 있다. 특히, 만성질환으로 인한 장기적인 입원치료비용의 대부분은 현행 국민건강보험재정에서 부담하고 있지 못하고 환자본인이 부담하고 있는 실정이다. 따라서, 만성질환의 급성기적 치료에 소요되는 비용부담은 현행과 같이 운영하겠지만, 만성기적 의료관리비용에 대해서는 본인부담의 월간 상한제를 실시하여야 하고 이에 따른 보험재정의 손실분은 국고에서 지원하도록 한다.

셋째, 장기요양서비스에 필요한 비용은 별도의 재원을 마련하여야 할 것이다. 독일이나 일본과 같이 별도의 사회보험제도를 도입하여 운영하는 것이 바람직할 것이다. 그러나 사회보험방식으로 비용을 조달한다고 하더라도 모든 장기요양자의 비용을 부담하기 어렵기 때문에 경증상태에 해당하는 장기요양자에 대한 비용은 각 지자체에서 일부 부담하는 방안을 강구하여야 할 것이다.

## 제 4 장 전염성질환 관리체계의 개선

### 제 1 절 전염성질환 관리체계의 구성

#### 1. 전염성질환의 정의

전염성 질병은 전염이라는 과정을 통해 새로운 숙주에 질병을 발현시키는 질병이다. 인간과 인간사이에 전파가 가능한 감염병(person to person transmission)만을 따로 떼어서 전염병이라고 쓰기도 하지만 본 연구에서는 감염성 질환과 전염병을 혼용하여 사용하였다. 전염성 질환을 관리하는 법률로는 ‘전염병예방법’이 있으며, 기타 관련법으로 ‘결핵예방법’, ‘검역법’, ‘식품위생법’, ‘후천성면역결핍증예방법’, ‘학교보건법’ 등이 있다. 특히, ‘전염병예방법’에서는 법정전염병을 종류별로 구분하되 전파속도 및 관리 가능성에 따라 다음 5개의 군으로 분류하여 국가에서 집중적으로 관리하고있다.

- 제1군 전염병: 전파속도가 빠르고 국민건강에 미치는 위해 정도가 너무 커서 발생 또는 유행 즉시 방역대책을 수립하여야 하는 전염병
- 제2군 전염병: 예방접종을 통하여 예방 또는 관리가 가능하여 국가예방접종사업의 대상이 되는 전염병
- 제3군 전염병: 간헐적으로 유행할 가능성이 있어 지속적으로 그 발생을 감시하고 예방홍보에 중점을 두고 관리하여야 할 전염병
- 제4군 전염병: 국내에서 새로 발생한 신종전염병증후군, 재출현전염병 또는 국내 유입이 우려되는 해외유행전염병으로서 긴급한 방역대책의 수립이 필요하다고 인정되어 보건복지부령이 정하는 전염병
- 지정전염병: 제1군 내지 제4군 전염병 외에 감시활동이 필요하다고 인정되어 보건복지부장관이 지정하는 전염병

- 또한 고의 또는 테러 등을 목적으로 이용된 병원체(두창, 탄저, 페스트, 보툴리누스 등)에 의해 발생된 전염병을 “생물테러 전염병”으로 정의(‘03.8.6 개정된 전염병예방법 제2조 제2항 제6호)하고 국가가 특별관리를 하도록 하고 있다.

〈표 4-1〉 법정 전염병의 종류

	제1군	제2군	제3군	제4군	지정
특성	발생즉시 환자격리 (6종)	예방접종대상 (9종)	모니터링·예방홍보 중점(18종)	방역대책긴급수립 (15종)	유행여부조사·감시 (9종)
질환	콜레라 페스트 장티푸스 파라티푸스 세균성이질 장출혈성 대장균감염증	디프테리아 백일해 파상풍 홍역 유행성이하 선염 풍진 폴리오 B형간염 일본뇌염	말라리아, 결핵, 한센 병, 성병, 성홍열, 수막구균성수막염 레지오넬라증 비브리오패혈증 발진티푸스, 발진열 쯔쯔가무시증 렙토스피라증 브루셀라증 탄저(주), 공수병 신증후군출혈열 인플루엔자 후천성면역결핍증 (AIDS)	황열, 뎅기열 마버그열 에볼라열 라싸열 리슈마니아증 바베시아증 아프리카수면병 크립토스포리디움 증 주혈흡충증 요우스, 핀타, 두창 보툴리누스중독증 신종전염병중후군	A형간염 C형간염 반코마이신내성 황색포도상구균 (VRSA)감염증 샤가스병 광동주혈선충증 유극악구충증 사상충증 포충증 크로이츠펠트-야콥병
신고주기	즉시	즉시	7일 이내	즉시	7일 이내
보고주기	즉시	매주	매주	즉시	매주

주: 1) B형간염·인플루엔자·성병·지정전염병은 표본감시전염병으로 표본감시의료기관이 신고

2) 탄저 신고주기 변경(7일 이내→즉시 신고·보고)

3) 시·도 사례조사대상 전염병은 즉시 보고

자료: 보건복지부, 국립보건원, 대한의사협회(2002). 법정전염병진단·신고기준

## 2. 전염병예방법

전염병의 발생과 유행을 방지하고 국민보건을 항상 증진시키려는 목적으로 1954년 제정된 전염병예방법은 1954년 제정된 이래 1995년까지 7차례에 걸쳐 개정이 이루어져 왔다. 제정당시 전염병의 발생을 방지하여 국민보건 향상에 기여할 목적을 가지고 58개 조문으로 제정하면서 ① 법정전염병을 제1~3종으

로 분류, ② 법정전염병자 등에 대하여 진단·검안한 의사 등의 지방자치단체장에 대한 신고의무, ③ 3종 전염병자에 대한 진료기록보관과 월 1회 이상의 보고의무 등을 두고 있다.

1963년 1차 개정된 내용은 결핵에 관하여 집단검진과 신생아에 대한 의무접종을 골자로 하였고, 1977년 2차 개정에서는 전염병자를 진단하거나 검안한 의사는 관할 보건소장을 경유하여 지방자치 단체장에게 보고하도록 하였고, 역시 일부 법정전염병에 대한 조정이 있었다. 제3차 개정 전염병예방법의 내용을 보면, 1983년 공중위생 종사자에 대한 성병진단 의무부과 및 소독업허가제를 골자로 한 개정을 하면서 콜레라 등에 대한 정기예방접종의무를 삭제하였다. 1986년 의료법상 ‘漢醫師’등을 ‘韓醫師’로 용어가 변경되어 전염병예방법도 그에 맞추어 4차 개정을 하였다. 1993년 제5차 개정은 전염병환자의 공중집합소 등에 대한 출입금지, 취학금지, 이동금지, 환자 사체의 화장의무, 이장 및 매장 금지 등 규제적인 내용을 폐지하였고, 다중이용시설에 대한 소독의무를 두었으며, 법정전염병의 변경이 있었다. 1994년 뇌염백신 접종후 사망한 사건을 계기로 예방접종에 관한 전반적 심의를 위해 예방접종심의위원회를 설치하고, 예방접종으로 인한 국가배상제도 등을 골자로 한 6차 개정이 있었다. 1995년 “만성 B형간염”을 제3종전염병에 추가시키고, “B형 간염”을 정기예방접종 시행의 대상에 추가하는 7차 개정이 있었다(황창용, 1997). 그러나 그 동안의 개정된 내용을 살펴보면, 커다란 변화 없이 주로 법정전염병의 추가 내지 삭제 등에 그쳐왔고, 일부 비현실적인 행정규제를 완화하는 정도였다. 9차 개정에서는(2000년 8월) ① 환자의 인권과 권리를 보장하는 전염병 관리, ② 시대에 적합한 전염병유형 재정리, ③ 신종 전염병에 대한 신속한 대응체계 마련, ④ 능동적인 국가관리체계 구성, ⑤ 신고율 향상과 국민의 의무 이행 등을 기본 원칙으로 이루어졌다. 아울러 2000. 10.5시행규칙 개정시 B형간염으로 인한 취업제한 철폐를 위해 규칙 제17조에 명시된(업무종사자의 일시적제한 대상) B형간염을 삭제하였다. 2003년도에는 SARS의 출현으로 이와 관련하여 전염병 정의, 예방 시설, 환자관리 관련 법 일부와 예방접종과 관련하여 예방접종심의위원회, 예방접종피해보상심의위원회, 예방접종피해조사반 신설과 같은 시대의 변화에 부응

하는 법개정이 계속 이루어지고 있다.

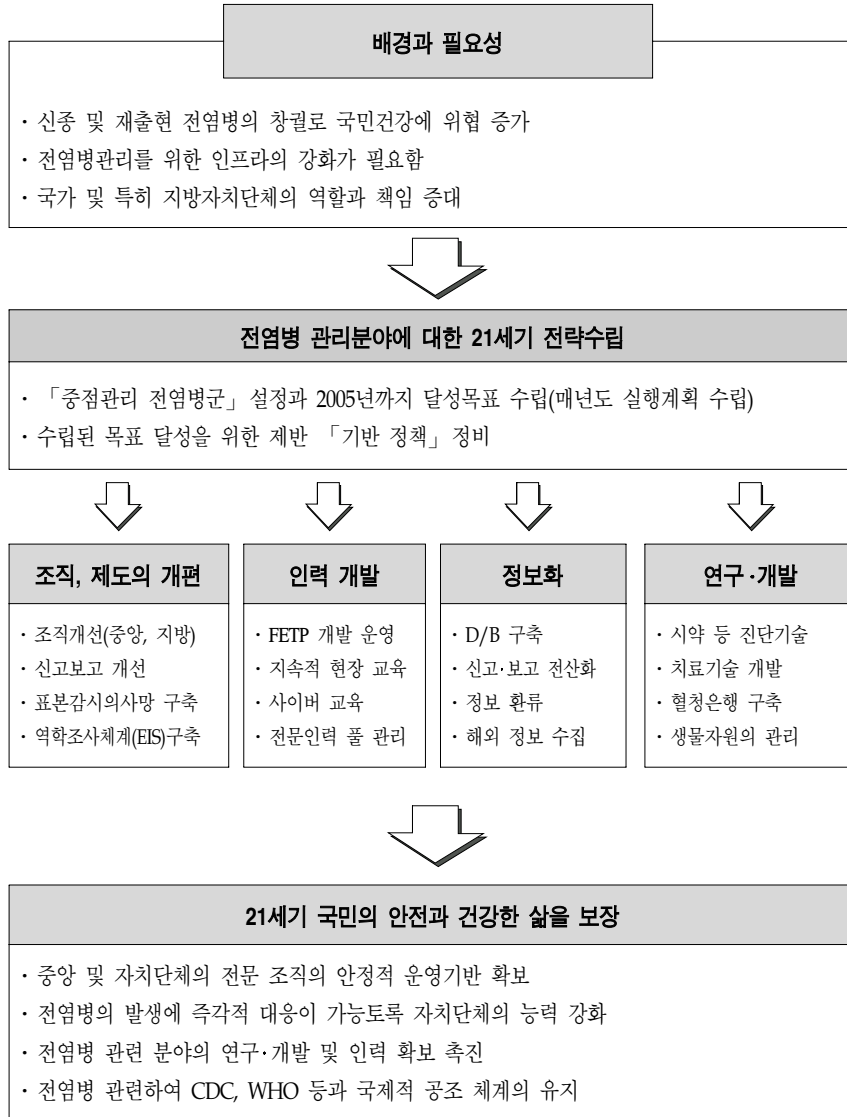
〈표 4-2〉 전염병질환 관련법 개정 주요 내용

전염병예방법 (2000. 1. 12)	대통령령 (2000. 8.28)	보건복지부령 (2000.10.5)
전염병의 종류와 분류 개선	전염병의 분리사실 신고	제4군 전염병 지정
용어 정의		전염병 진단기관 규정
국가 및 지방자치단체의 전염병 환자 등의 권리보호를 위한 노력과 전염병 관리 책무 규정		
전염병의 종류와 신고방법 정확히 구분	전염병 역학조사	전염병환자 신고, 보고
전염병표본감시 도입		전염병표본감시
국립보건원장,시·도지사의 역학조사 및 방역대책 임무 규정	시·도지사는 보건·위생 공무원이나 공중보건의사중에서 역학조사관을 임명하여 방역관을 보좌하도록 함	
예방접종 관련	예방접종후 이상반응 역학조사	예방접종관련 사항
	해외유행전염병관리 근거마련	

### 3. 전염병관리체계

전염병관리사업이란 ‘전염병의 발생과 유행을 방지하여 국민보건을 향상시키는 목적으로’(전염병예방법 제1조) 국가 및 지방자치단체가 수행하는 제반 사업이다. 정부는 전염병 관리의 선진화와 함께 신종 및 재출현 전염병에 대비하여 전염병의 예방 및 관리를 위하여 조직제도의 개편, 인력개발, 연구개발, 정보화의 4개의 축을 중심으로 21세기 전염병 관리전략을 마련하여 추진 중에 있다 (그림 4-1 참조)(보건복지부, 2002).

[그림 4-1] 21세기에 대비한 전염병관리 전략



주: FETP(Field Epidemiology Training Program)  
 자료: 보건복지부, 보건복지백서(2002)



#### 4. 전염병질환 감시조직 및 감시체계

##### 가. 전염병질환 감시조직

중앙단위의 국립보건원과 국립검역소에서는 전염병에 대한 감시체계 운영 및 DB구축, 검역을 통한 감염병 전파방지역할을 한다. 국립보건원에서는 전염병 발생현황에 대한 정보화사업을 추진하여 과거 전염병 발생자료의 데이터베이스를 구축하고, 전염병 전산보고시스템(전자문서 EDI보고)을 구축하였으며(2000년 8월), 정보관리·분석프로그램을 개발하여 전염병 발생현황에 대한 분석을 하고 있다. 그리고, 감염병발생주보(CDWR), 감염병발생정보(CDMR)를 통하여 보건 의료인, 국민에게 전염병 발생현황에 대한 정보를 제공하고, 전염병의 진단, 치료, 관리 등에 대한 연구개발을 강화하고 있다(보건복지부, 2002). 국립검역소는 국립인천공항검역소를 포함한 13개 검역소와 7개의 검역지소로 구성되어 있으며, 검역항은 개장항 28개소, 공항 6개소로 모두 34개소로 구성되어 있다. 이곳에서는 콜레라, 페스트, 황열 등 검역전염병의 국내침입 및 전파방지, AIDS 검사(채혈) 및 국제공인 예방접종(황열, 콜레라)과 검역구역내 해·하수검사 등 전염병 유행예측조사를 실시한다.

시·도 보건(위생)과에서는 전염병 발생수준 및 유행여부 파악, 자료분석 및 정보환류, 기초조사와 함께 역학조사반을 편성·운영하며 전염병 유행발생시 역학조사를 실시한다. 시·도 보건환경연구원에서는 전염병에 대한 검사 및 역학조사를 실시하며, 비상방역체제를 유지한다. 시·군·구(보건소)단위에서는 전염병환자 발생 신고 접수 및 보고, 사례조사, 자료분석·정보환류의 기능을 하고 유행발생시 기초조사 실시 및 결과보고를 한다.

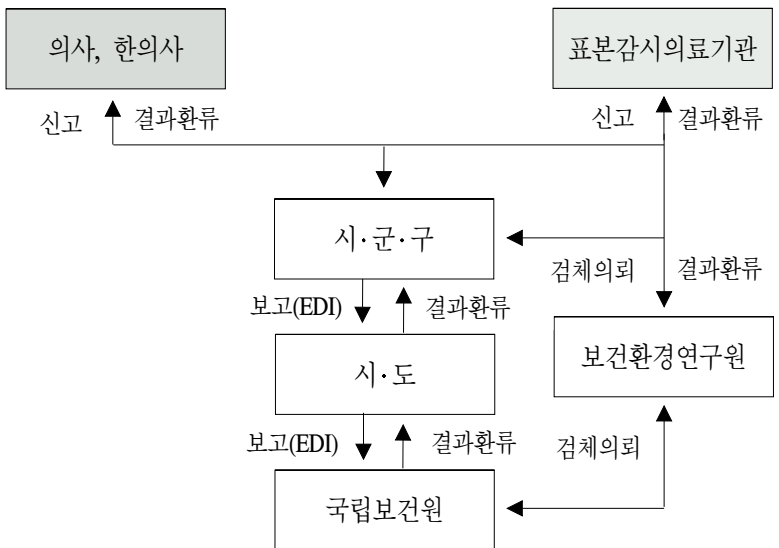
##### 나. 전염병 감시체계

###### 1) 전염병 신고·보고 및 조치

국립보건원 감염병 발생 정보실에서는 월 1회 감염병 발생 정보지를 통해서

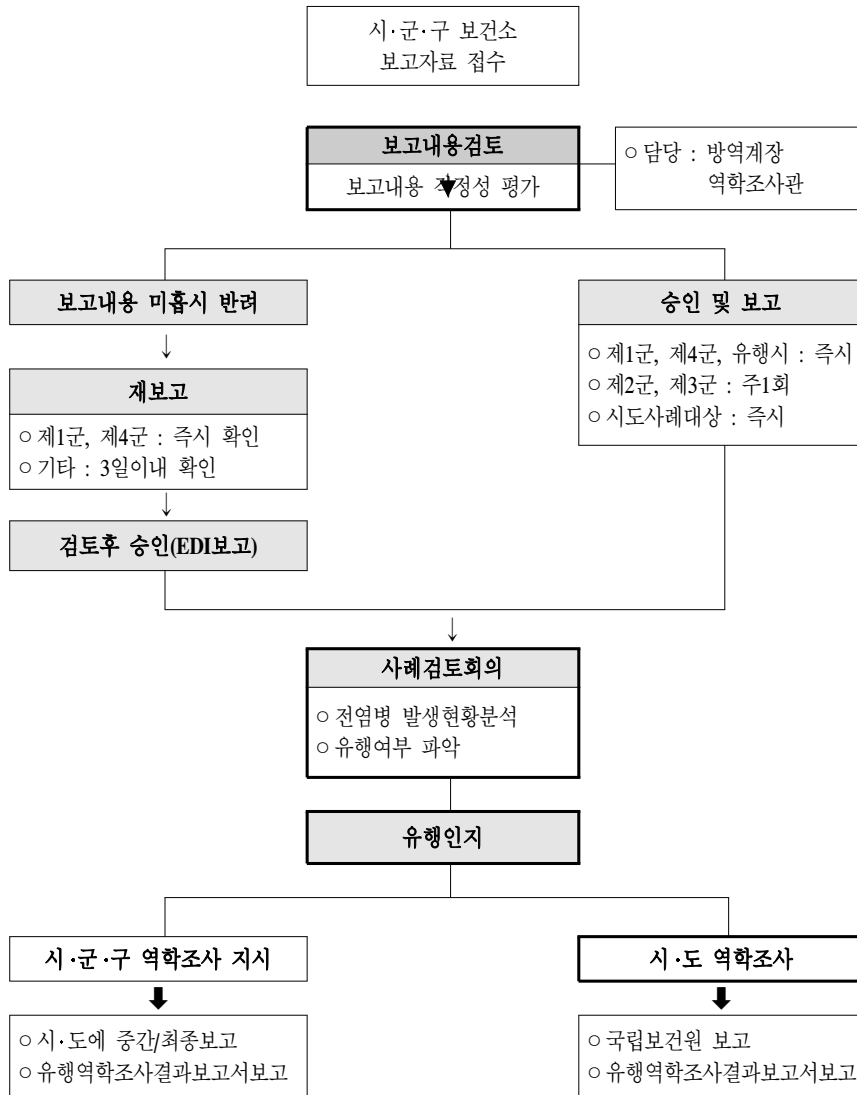
제1종, 제2종 법정전염병에 대한 감시자료를 발간·배포하고, 방역과에서는 년 1회 급성전염병통계연보를 통해서 제1종, 제2종 법정전염병에 대한 통계자료를 발간·배포한다. 유행의 원인을 보건소나 시·도 수준에서 밝히지 못하거나 규모가 큰 경우는 국립보건원 역학조사과에서 지원한다(그림 4-2, 4-3 참조).

[그림 4-2] 전염병 신고·보고체계



자료: 국립보건원, 2003년 전염병보고 및 정보관리지침(2003)

[그림 4-3] 전염병 발생 보고체계



자료: 국립보건원, 2003년 전염병보고 및 정보관리지침(2003)

2) 표본감시체계

전염병 발생수준 파악, 전염병 발생경향의 변동양상 파악, 전염병 발생의 고위험군 파악을 위하여 표본감시체계를 운영한다. 표본감시체계는, 전염병의 전수(全數)보고가 어렵거나(B형 간염, 인플루엔자, 성병), 전염병 관리를 위해 조기발견이 매우 중요한 질환(인플루엔자, 해외유행전염병)에 대해서 운영하고 있다(표 4-3 참조). 표본감시의료기관은 국립보건원장이 선정기준을 충족하는 보건의료기관에 대해 시·도지사의 추천을 받아 표본감시의료기관으로 지정한다.

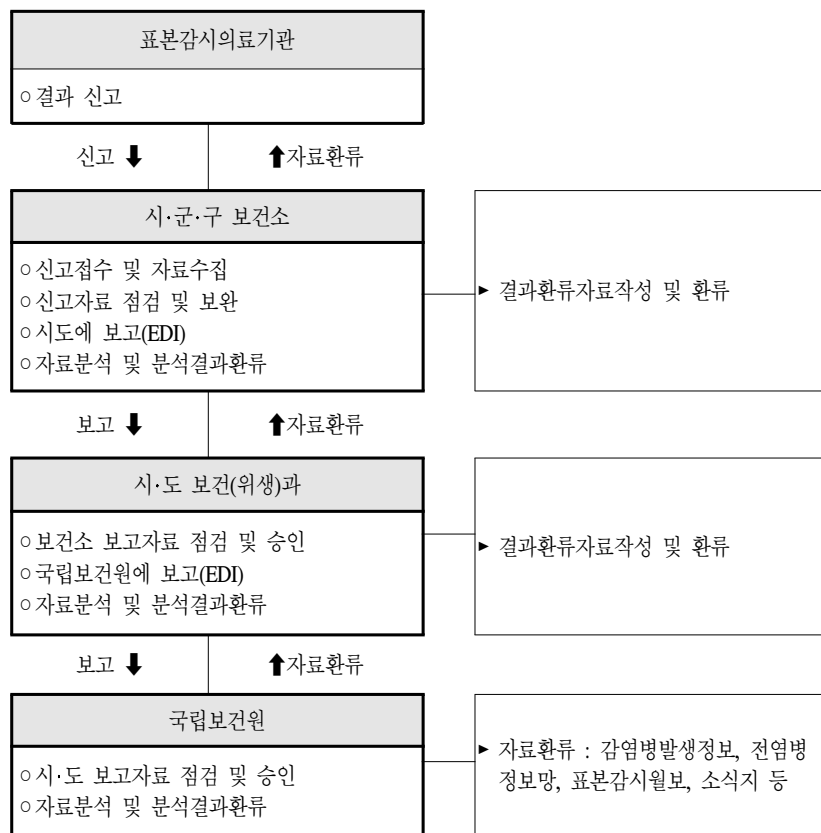
〈표 4-3〉 표본감시 전염병

표본감시 전염병	표본감시목적	표본감시의료기관 선정기준
해외유행전염병중 지정전염병	· 유입규모와 변동양상 파악 · 고위험지역 및 국가 파악	· 기생충학 교실이 있는 의과대학
반코마이신내성황색 포도상구균감염증	· 감수성 저하균주 조기파악 및 확산방지	· 국민건강보험법에 의한 종합전문요양기관(3차의료기관)
크로이츠펠트-야콥병	· CJD발생현황 파악 및 변종CJD 조기발견	· 신경과가 개설된 병원
인플루엔자	· 의사환자의 발생경향을 감시하여 유행을 조기파악 · 유행중인 인플루엔자 바이러스를 분리하여 예방백신의 효과 및 유행양상예측 · 국가인플루엔자 관리대책수립	① 임상 표본 감시 체계 · 시·군·구 보건소 · 소아과·내과·가정의학과가 설치된 의료기관 중 인구수를 기준으로 지정 ② 실험실 표본 감시체계 · 시·군·구 보건소 · 참여의사가 있는 의료기관
바이러스성 간염	· A형간염·급성B형간염 발생규모와 경향 파악 · 주산기 B형 간염바이러스 감염자, HBsAg 양성 산모의 발생 규모와 경향을 파악하여 수직감염 규모파악 및 관리대책수립 · C형간염 발생 규모와 경향 파악	· 의료법상 병원급 이상의 모든 의료기관 · 지역보건법상 보건의료원 · 분만업무를 행하는 의료기관
성병	· 감염 규모 파악 · 감염규모 변동양상 파악 · 고위험군파악 및 성병관리정책수립	· 시·군·구보건소 · 비뇨기과, 피부과, 산부인과가 설치된 의료기관

자료: 보건복지부·국립보건원·대한의사협회. 법정전염병진단·신고기준(2002)

기타 전염병 감시체계로는 콜레라 보초감시 기관(78개 해안지역 보건소 및 관내 253개 민간의료기관, 모니터기관 19,430개), 전국 주요지역 설사환자 감시망 (병원급 160개소)이 있다.

[그림 4-4] 표본감시체계 신고·보고 흐름도



자료: 국립보건원, 2003년 전염병보고 및 정보관리지침(2003)

## 제 2 절 전염병질환 관리의 문제점

### 1. 결핵 감시체계

그 동안 퇴치될 것으로 생각되었던 결핵은 완전 퇴치되지 않고 2001년도에도 사망원인 10위를 차지하고 있으며, 우리나라뿐만 아니라 선진 외국에서도 발생이 증가하여 사회적 이슈가 되고 있다. 미국은 1985~1992년 기간 중 결핵환자의 증가이유로 결핵 공공보건조직의 퇴화, 결핵 유병률이 높은 국가로부터의 이민자, AIDS 유행, 컴퓨터·병원·교도소 등의 시설에서의 결핵의 지속적인 발병을 그 이유로 들고 있다(류우진, 2000). 일본의 경우 1999년 결핵긴급사태를 선언할 정도로 결핵 유병률이 급격히 증가하고 있으며, 후생노동성은 새로운 결핵대책을 세우고 '표준의료대책' 보급이 시급한 실정임을 지적하고 있다. 2002년도 일본 오사카에서는 15개국에 참가한 결핵대책회담이 열려 결핵대책에 관한 5개항의 '오사카선언'을 채택하기도 하였다. 우리나라 결핵유병률은 1965년 5.1%에서 1995년 1.0%로 지난 30여년 동안 지속적으로 감소하여왔다. 그럼에도 불구하고 1998년도에는 결핵으로 인한 인구 10만명당 사망률이 7.1로서 경제협력기구(OECD) 29개 회원국 중 1위를 차지하였으며(김건영, 2000), 2003년도에는 터키에 이어 OECD 국가 중 2위이다. 또한 호흡기결핵에 의한 사망은 사망순위 10위를 차지한다(통계청, 2003). 연령별 결핵 유병률이 선진국의 경우 노령층이 높는데 비해, 후진국은 젊은 20~30대 연령층에서 높은 것을 볼 수 있다. 우리나라의 결핵발생 연령층은 20~30대에서 높은 수준으로 후진국형이다.

최근 미국, 일본 등 선진 각 국에서 결핵환자가 다시 증가한 이유는 그 동안 결핵이 통제되었다고 생각하여 정부와 정책입안자의 관심이 저하되었으며, 그 결과 결핵 전문 인력, 시설, 예산 등의 감소로 결핵관리 체계가 붕괴된 반면, 고령자 증가와 AIDS 환자 증가 등 결핵에 취약한 환경으로의 변화 때문이다. 따라서 결핵 문제를 다시 국가 주요 정책으로 다루게 되었다. 우리나라도 그 동안 다른 질병에 비해 결핵에 대한 상대적인 관심 저하로 결핵사업 지원체계가 약화되어 왔었다. 우리나라의 결핵관리와 관련된 문제점은 다음과 같다.

## 가. 결핵 조기발견 및 정보감시체계 미흡

### 1) 조기발견의 어려움

결핵 조기발견에 대한 인식이 낮아, 결핵환자의 60%가 우연히 발견되고 있다. 결핵환자의 약 30%만이 기침, 가래와 같은 자각증상으로 알게 되며, 독감과 혼돈 될 가능성이 크다. 결핵 환자 중 20%는 전혀 증상이 없기 때문에, 매년 X-검사를 하지 않으면 증상만으로 결핵을 발견하기가 힘들다. 특히 군인, 학생, 외국인 근로자, 산업체근로자, 재소자, 노숙자, 요양시설, 유치원 등 집단 공동생활자, 면역력 약한 대상자 등이 결핵 발병 위험이 높은 취약집단이며, 이들을 대상으로 적극 관리가 효과적임에도 불구하고 이들에 대한 체계적인 접근이 이루어지지 않고 있는 실정이다(WHO, 2001). 또한, HIV/AIDS 환자의 경우 이 질병의 특성인 면역력의 감소로 결핵 동시 감염이 높은 실정이다.

현재 실시하고 있는 결핵환자 발견을 위한 집단검진은 많은 비용이 소요되는데 비하여 환자발견율이 낮다. 또한 정기적인 검진에도 불구하고 도말양성 환자의 발생률을 줄이지 못하여, 효과가 낮다. 따라서 결핵고위험자 중심의 결핵검사가 필요하다.

### 2) 결핵정보감시체계 미흡

1962년부터 전국 시·군·구 보건소를 주축으로 결핵환자 조기발견 및 등록관리, BCG 예방접종, 이동검진 방법 등을 통한 환자발견 등 결핵에 대한 범국가적인 관리를 시행하여왔다. 그러나, 민간의료부문에서 치료를 받고 있는 결핵환자들에 대해서는 제대로 관리가 되지 않아 완전한 국가결핵관리체계는 이루어지지 않았다(류우진, 2000). 이에 정부는 2000년 6월 1일부터 결핵정보감시체계를 구축 운영하여, 민간 병원을 포함한 모든 병·의원에서 새로운 결핵 환자를 진료하면 7일 이내에 결핵정보관리보고서를 작성하여 보건소에 보고하도록 의무화하였다. 그러나, 2001년도 결핵정보감시체계를 통하여 신고·보고된 결핵환자 발생수는 총 32,010명이며 그중 보건소에서 13,003명, 민간 병·의원에서

19,007명으로 전체결핵환자 발생률의 50% 이상을 점유하고 있는 민간 병·의원 의 신고율은 59.4%로 추정되고 있어 아직도 저조한 수준이다(보건복지부, 2003).

결핵발생률은 1년 동안 인구 10만명당 발생하는 신환자(new cases)를 의미한다. 그러나, 결핵이 발병하는 시점을 정확히 알 수 없기 때문에, 신환으로 발견되거나 신고되는 환자수(notified cases)로 대체하는데, 신환자에 대한 진단기준도 표준화되어 있지 않을 뿐 아니라, 병·의원이 환자 신고 의무를 잘 이행하지도 않기 때문에 발생률 파악이 어렵다.

### 3) 결핵 진단, 치료 및 보고에 관한 지침서 활용도 평가 필요

국립보건원 전염병관리부에서는 결핵관리지침을 마련하여 환자 발견 진단 및 진료의 기준 등을 제시하고 있다. 그러나 지침은 관련 학회의 참여하에 지속적으로 보완되어야 할 것이다. 또한 지침의 활용도를 제고시키는 방안이 마련되어야 할 것이며, 이에 따른 평가가 이루어져야 할 것이다.

## 나. 결핵환자 관리 서비스 미흡

### 1) 취약집단 관리

선진국에서는 노인층에게서 결핵발병률이 높으나, 우리나라는 젊은층에서 결핵발병률이 높다. 그리고 저소득층, 외국인근로자, 재소자 등에서 결핵발생률이 높을 것으로 추정되나, 이에 대한 정확한 현황조차 파악되고 있지 않다. 2000년 우리나라 총 결핵발생자 중 20대 결핵환자수가 전체 연령에서 22.8%를 차지하여 60세 이상을 제외하고 가장 높은 발생률을 보이고 있다(국립보건원, 2003a). 김범택 등(1998)이 1995년 서울시내 고등학교 1학년생 전원을 대상으로 흉부 X선 간접촬영을 실시한 결과, 결핵 유병률은 0.2%이었으며, 학교보건원이 2003년 7월 서울시내 전체 중학교 2학년과 고등학교 1, 3학년을 대상으로 벌인 결핵 검진 결과에서는 일개 고등학교 3학년 학생 22명이 결핵에 감염되었다는 보



고도 있었다. 또한 군 복무중인 사병이 결핵에 감염되는 사례들이 증가하고 있다. 국군의무사령부가 제출한 군내 법정전염병 발생현황에 의하면 결핵환자는 1999년 551명에서 2000년과 2001년에는 각각 1,991명과 1,879명으로 크게 늘어났다(2002년 10월 4일 매일경제).

경기도 안산시 보건소가 2003년 5월부터 관내 외국인 노동자 594명을 대상으로 기초혈액검사 등을 실시한 결과 20%인 121명이 각종 질환을 갖고 있었으며, 3.7%인 22명이 결핵 유소견자로 발견되었다(2003년 6월 7일 한겨레신문). 특히, 외국인 근로자들은 불법체류자인 경우 신분 노출우려와 질병이 확인될 경우 직장을 잃을 것을 우려해 건강검진을 원하지 않는 경우가 많다. 외국의 경우 재소자들의 건강상태 또한 심각한 것으로 밝혀져 문제가 되고 있는데, 우리나라에서는 재소자를 대상으로 한 조사조차 실시되지 않고 있다. 최근 연구에서 지난해 미국의 교도소에서 가석방된 죄수 중 130여만명이 C형 간염, 13만 7000여명이 HIV, 1만2000여명이 결핵에 감염된 상태였던 것으로 밝혀졌다(2003년 8월 14일 뉴시스).

## 2) 약제관리 미흡

결핵환자들에게 필요한 약을 제때 공급이 되도록 하는 일은 무척 중요하다. 그러나 일부 제약회사에서 매출손실이 발생하자 수익이 낮은 결핵 치료제 생산을 줄이고 있어 이에 대한 정부의 대책이 요구된다(2001년 11월 27일 서울연합뉴스). 2001년 재고를 파악하지 않은 상태에서 북한에 보내 결핵백신 부족사태를 맞은 적도 있다(2001년 11월 13일 한국경제신문). 2002년도 복지부는 보험약가를 80원으로 인상, 성진제약 등이 생산에 나서고 있지만 여전히 채산성이 맞지 않다고 지적하고 있어 안심할 수 없는 상황이다(2003년 3월 22일 약업신문). 또한 결핵치료는 장기간에 걸쳐 다약제를 동시에 투여하며, 자주 환자를 진찰할 수 없기 때문에 치료 약제에 의한 부작용의 감시가 중요한데, 의약분업이후 약국에서 약 구입의 어려움, 치료약 부족 등으로 순응도가 낮아질 우려가 있다.

다. 결핵관리 지원체계 미흡

1) 결핵전문인력 부족

결핵으로 인한 사망이 사망순위 10위임에도 불구하고, 결핵전문병원인 서울 시립서대문병원의 결핵전문의는 두 명에 불과하다. 의과대학에서 결핵과는 비인기학과로 결핵전공을 기피함으로써 결핵전문의 확보에 차질이 예상되고 있다. 2002년도에는 보건복지부가 의과대학의 결핵과를 비롯한 비인기학과에 대해 국공립병원과 특수법인병원의 전공의들에게 50만원 안팎을 인건비를 추가 지원할 대책안으로 내놓기도 하였다(2002년 5월 29일 동아일보). 그러나, 의료계에서는 당장의 지원금보다는 전공의 수련을 마치고도 장래가 보장되어있지 않는 사회적 여건을 개선하는 것을 근본적인 해결책으로 보고있다. 미국의 경우 우리나라보다 결핵환자는 적지만 결핵전문가는 훨씬 많다(2003년 6월 25일 한겨레 신문). 보건소에서 결핵을 담당하는 결핵관리요원도 1997년 506명에서 2001년 283명으로 44%의 감소하였다(2001년 9월 1일 중앙일보)

2) 시설 및 예산 부족

결핵환자들을 수용하는 시설이 많이 부족한 실정이다. 국립결핵병원으로 마산, 목포병원이 있으며, 결핵환자 수용시설로는 무의탁 난치료 결핵환자들을 수용보호하고 있는 사립결핵환자요양시설(춘광원, 밀알의 집)이 2002년 현재 1개소에 60명을 수용보호하고 있다(보건복지부, 2002). 정부의 결핵예산은 1997년 57억 7400만원에서 1998년과 1999년에는 각각 34억 4900만원으로 감소하였고, 2000년과 2001년도에는 33억 8800만원으로 계속하여 감소하는 추세이다(보건복지부, 2003a)

3) 홍보교육 미흡

과거 결핵 발생률이 높았던 시절에는 결핵사업이 공공 보건의료사업의 주요

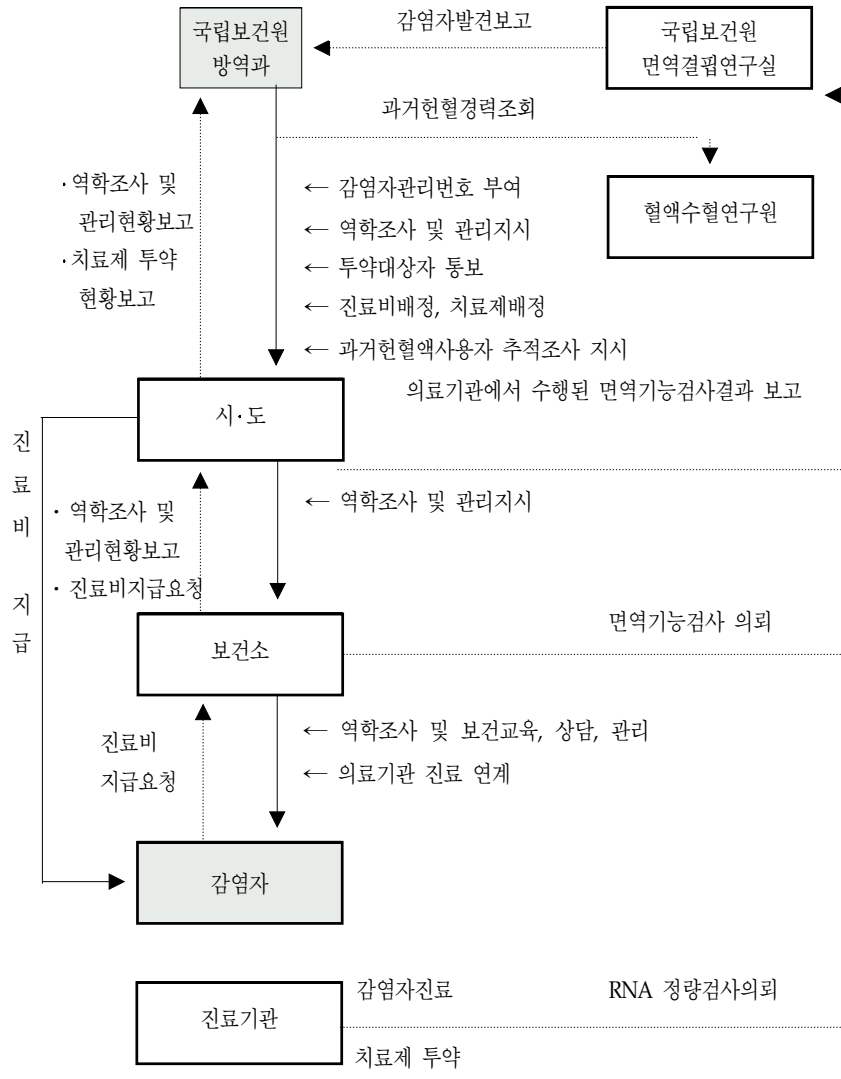
한 부분을 차지하였다. 최근 결핵이 다시 건강을 위협하는 주요 질병으로 떠오르고 있지만 이에 대한 예방 대책은 아주 미흡한 실정이다. 결핵 예방과 조기 발견을 위해 교육홍보가 중요한 수단이지만 보건교육에서 결핵부분은 거의 다루어지지 않고 있다. 최근 결핵에 관한 교육홍보자료는 대한결핵협회에서 발행하는 월간지인 보건세계를 제외하면 보건교육관련기관, 사업장, 보건소 등에서 거의 다루어지지 않고 있다(최은진, 2002).

## 2. 성병 및 AIDS 관리

성병은 남녀 모두에게 높은 이환율과 발생률을 보이는 질병으로 불임 등의 합병증을 유발하며 근래에는 HIV 전파 위험을 증가시키는 질환이다. 정부에서는 성병의 7개 질병(매독, 임질, 클라미디아감염증, 비임균성요도염, 연성하감, 성기단순포진, 침규콘딜롬) 등에 대한 표본감시를 실시하고 있는데, 이중 매독은 1기, 2기 매독과 선천성 매독만을 보고하도록 하고 있으며, 비임균성요도염은 보건소에만 보고하도록 하고 있다.

HIV/AIDS 감염자는 정기검진, 수시검진, 기타검진 등을 통하여 발견하게 된다. 정기검진 대상자는 전염병예방법에 의해 성병에 관한 건강진단을 받아야 할 자로서 년 2회 검진을 받는다. 수시검진 대상자는 검사희망자, 선원, 교도소 수형자, 마약사용자 등이며 기타 외국인 불법체류자, 산업기술연수생 등도 수시로 검진을 받게되어 있다. 1차 검사는 보건소, 국립검역소, 혈액원, 의료기관 등에서 이루어지며, 양성으로 판정시 보건환경연구원, 혈액수혈 연구원에서 2차 검사를 한다. 이곳에서 양성으로 판정이 되면, 다시 국립보건원 면역결핍연구실에서 3차 검사를 통해 확진을 한다. 이곳에서 양성으로 판정이 되면 국립보건원 방역과에 보고를 하게 되며, [그림 4-5]와 같은 감염자 관리체계에 따라 감염자에 대한 관리가 진행된다(국립보건원, 2003d).

[그림 4-5] HIV/AIDS 감염자 관리체계



자료출처 : 국립보건원, HIV/AIDS 관리지침(2003)

## 가. 성병 및 AIDS 조기발견 및 정보감시체계 미흡

### 1) 조기발견의 어려움

조기발견 사업 대상자를 1985년 10월 특수업태부 대상, 1987년 8월부터는 성병검진대상자 전원, 1988년 4월부터는 외항선원까지 확대하였으며, 현재에는 성병검진대상자, 일반검진대상자 등에 대한 정기검진과 검사희망자 등에 대해 수시 검진을 실시하고 있다. 1999년 8월 1일부터 윤락구역이 형성된 전국 28개 보건소를 중심으로 HIV/STI 감시체계를 구축하여 운영하여 성병 및 AIDS 감염 규모의 파악과 예측에 주력하고 있다. 그러나 문제점은 감염이 되더라도 5~10년 후 발병한 후에야 감염사실을 알기 때문에 검사를 받지 않는 경우 조기발견이 어렵다.

### 2) 수혈 및 다양한 경로를 통한 감염

감염경로는 성접촉, 수혈, 혈액제제(혈우병치료제, 알부민), 출산시 산모로부터 신생아에게로의 수직감염, 주사용 마약사용 등 다양하다.

HIV에 감염이 되더라도 3~4주가 지나지 않으면 바이러스 항체가 형성되지 않아 검사에서 음성으로 나타날 가능성이 있다. 현재 국내에서 사용하는 효소면역검사법을 사용하면 감염 후 3~4주 이내의 초기 감염자는 음성반응이 나온다. 그러므로 헌혈 당시 항체가 형성되지 않아 음성으로 판정되어 헌혈을 하거나, 감염사실을 모르고 성행위를 하여 타인에게 감염을 시키는 등의 심각한 문제가 발생할 수 있다. 전문가들은 핵산증폭검사로 검사법을 바꾸어야 한다고 주장하고 있으나 이 검사도 검사결과 시기를 다소 단축할 뿐 항체미형성기간(window period) 기간 중 음성으로 나오는 것에 대한 대안은 아니다.

### 3) 정확한 발생률 정보 부족

우리나라에서는 일반인과 고위험군을 대상으로 HIV 감염률 및 발생률을 추

정하고 있다. 일반인의 경우 헌혈자와 산전검사를 하는 산모를 대상으로 하는데, 이들 헌혈자의 대부분이 20~30대 젊은층 남자이며, 헌혈자로 제한되어 있어서 전체를 대표하기 어려우며, 과소 추계될 확률이 크다. 그리고 산전검사를 통해서 HIV 감염이 밝혀진 경우는 극히 드물다.

우리나라에서는 1985년 처음으로 AIDS 환자가 보고된 이후, HIV누적 감염자수는 2003년 9월말 현재 2,405명이다(국립보건원, 2003a). 2003년 현재 가장 생산적인 연령층인 20~40대 연령층이 전체 HIV감염의 97.4%를 차지하고 있어 심각한 문제가 되어가고 있다. 최근 5년간 신규 HIV 감염자 증가율이 33.3%로 증가하고 있는데 1995~1996년을 기점으로 해외유입보다 국내 감염이 증가하고 있고, 동성애자들이 증가로 볼 수 있겠다. 우리나라 감염형태는 주로 동성애로 볼 수 있다.

#### 4) 성병 및 AIDS 관리 표준 지침서 활용도 평가 필요

무증상 만성감염증 기간 중 치료를 받기 시작하여야 할 시기로는 CD4세포수가 200~350 $\mu$ /L 정도로 감소되었을 때, 또는 증세가 나타날 때, 또는 HIV RNA가 높을 때로 보고 있다. 그러나, 아직까지도 우리나라에서는 치료시작 시기에 관해 임상전문가들이 합의한 표준화된 치료지침서나 예방지침서가 없어, 환자를 효율적으로 관리하는데 어려움이 있다(연세대학교 의과대학 에이즈 연구소, 2003). 관련 학회와 전문가들이 참여하여 지침서를 보완하여야 할 것이며, 지침서 활용도 평가가 실시되어야 할 것이다.

### 나. 성병 및 AIDS 환자 관리 서비스 미흡

#### 1) 취약계층의 관리

성병과 HIV/AIDS의 고위험군은 동성애자, 윤락업 종사자, 고위험성행태(다수의 정상대자가 있는 경우 등) 남성이다. 그 외 성활동이 활발한 젊은층(20~30대, 10대 증가), 혈액제제 치료를 받는 환자, 외국인 노동자, 군인, 재소자, 외국

인 불법체류자 등이 있다.

산업연수생이나 예술홍행 취업비자로 입국, 장기 체류하는 외국인 등에 대해서는 입국이나 외국인 등록 전에 AIDS 검사를 의무적으로 받도록 하고 있으며(시행령 제10조), 전염병 감염사실이 발견되면 추방하게 되어 있다. 그러나 이러한 규정 때문에 외국인 근로자들이 검진을 회피하고 있는데 국내 거주 불법 외국인 체류자가 점차 증가하는 추세이므로 체계적인 관리가 요구된다. 한편 동성애자들은 남성이 여성에 비해 수가 훨씬 많다. 발견된 남자 환자중 대부분이 동성애자들인데, 이들에 대한 접근이 어렵기 때문에 환자 조기발견이 어렵다.

## 2) 환자관리 문제

HIV 감염자는 감염이 되어도 발병까지 5~10년 정도가 소요되기 때문에 감염자 자신이 감염사실을 인지하지 못한 상태에서 타인에게 전파시킬 가능성이 높다. 감염자들은 후천성면역결핍증예방법령에 의거 보건기관의 역학조사에 응하여야 하고(법 제10조), 취업이 제한된 업소에 취업을 할 수 없으며(법 18조), 타인에 대한 전파매개행위(법 19조)를 할 경우 동 법에 의거 처벌을 받게된다. 그런데 감염자들은 건강상의 문제가 발생하였을 경우(예: 치과치료, 수술 등 감염의 위험성이 높을 때), 의료기관으로부터 치료거부를 받지 않기 위하여 감염 사실을 숨길 수 있다. 이와 관련하여 AIDS 환자가 관련법을 위반할 경우의 조치와 병원에서 치료를 거부당한 AIDS환자에 대한 치료 등의 문제가 제기되고 있다. 또한 AIDS 검사과정에서 보건소, 국립보건원, 해당 병원 등에서 반복 검사되어, 중복 검사로 인한 시간과 비용이 낭비되는 단점이 있다.

## 3) 약제관리 미흡

일단 발견된 환자가 치료를 위해 복용해야 하는 치료약의 분량은 매우 많다. 따라서 무증상의 환자가 장기간 약물 복용하는데 대한 순응도가 낮게 되며, 약물 복용을 중단하면 내성이 생기기 때문에 추후 내성이 생긴 바이러스에 의한

감염이 발생할 가능성도 있다. 또 다른 문제는 치료약이 고가라는 점이다. ZDV, 3TC, Crixivan 등으로 3제 요법(cocktail요법)으로 치료하는데 지속적으로 고가의 약을 복용하여야 하기 때문에 환자에게 부담이 크다. 1개월 약제비가 비보험 799,140원, 보험 399,570원이며, 좋은 치료약제 비용은 비보험의 경우 926,400원, 보험의 경우는 674,100원이다. 이렇게 고가의 약을 감염후 계속해서 복용하여야 하기 때문에 증상이 없는 상황에서 지속적으로 치료약을 복용하도록 하는데 문제가 발생 할 수 있다(연세대학교 의과대학 에이즈 연구소, 2003).

#### 다. 성병 및 AIDS 관리 지원체계 미흡

##### 1) 전문인력 부족

국립보건원의 경우 AIDS, 성병, 결핵 업무를 함께 담당하는 직원이 2명에 불과하다. 그리고 보건소에서는 방역계 에이즈담당자와 검사실의 병리사들간의 상담내용에 일관성이 없고, 공무원의 인사이동이 잦아 전문성이 떨어지고 있다. 민간에이즈상담기관들의 경우, 대부분 에이즈전문상담원을 두지 않고 다른 업무를 겸하는 직원들이 상담을 실시하여, 상담의 전문성 및 일관성이 떨어진다.

##### 2) 예산 부족

성병관리사업은 지방사업으로 전환되었으므로 성병검진사업비의 중앙지원 부족분을 시·도 및 시·군·구가 자체적으로 충당하도록 되어있다. 그리고 현 AIDS법에 의하면, 정부와 지방자치단체가 AIDS 환자에게 각기 50%씩 치료비를 지원해 주는 것으로 되어있다. 그러므로, 지방자치단체의 지원능력이 부족할 경우가 문제가 된다. 또한 치료비를 일단 본인이 지불하고 영수증을 제출하면 약 2개월 후에 정부에서 비용을 반환 받을 수 있으므로, 매달 진료를 받고 약을 받아야 하는 환자의 입장에서는 3개월 정도의 치료비용을 가지고 있어야 한다. 환자에 대한 치료비지원 방식이 개선되어야 실질적으로 환자의 치료에 도움을 줄 수 있다. 보건복지부의 에이즈 예산은 1999년부터 계속 4~5억 정도이



나 지출액은 4~12억으로 증가일로에 있으므로, 총괄적인 예산지원이 필요하다 (연세대학교 의과대학 에이즈 연구소, 2003).

#### 라. 성병·AIDS 보건교육

최근 국민들의 AIDS에 대한 경각심이 높아지기는 하였으나 체계적인 AIDS 예방교육을 받지 못한 국민들이 있어 왜곡된 정보로 불필요하게 AIDS를 염려하는 사람들도 늘어나는 추세를 볼 수 있다. 그리고 AIDS 감염자나 환자의 요구사항도 가족 간의 갈등문제부터 건강문제, 직장문제, 생계문제, 진료시 고충문제, 입원시 간병인 문제, 임종대비문제, 결혼문제 등 다양해지는 추세에 있다.

AIDS상담을 하는 기관으로는 현재 국립보건원 면역결핍연구실, 보건소, 검역소, 병원, 그리고 민간기구 등이 있다. 국립보건원 면역결핍연구실에서의 감염자 상담은 양성자로 판정된 뒤 처음 검사할 때 가장 심도 있게 이루어지고 있으며, 정기적으로 면역검사를 받으러 온 감염자와의 상담은 채혈시 공중보건의가 하고 있다. 그리고 일반인에 대한 상담은 연구실에 근무하는 연구관, 연구사가, 보건소에서는 행정직공무원인 방역계 직원 또는 검사실에 있는 병리사가 맡고 있다. 감염자 상담은 방역계 직원이 한 달에 한번씩 전화 또는 직접 만나서 보건상담을 하고 있으며 상담결과를 정기적으로 상급기관에 보고하고 있다.

병원에서는 주로 외래진료를 통해 감염자나 환자 또는 AIDS 염려증 환자를 대상으로 상담해주고 있다. 치료적 상담이 주이고 정신적 치료가 필요한 사람은 정신과에 의뢰한다. 또한 사회적인 문제, 경제적인 문제도 상담을 해 주고 있으나 충분한 시간을 가지고 상담하기가 어려운 실정이다. AIDS 상담을 주로 하는 민간기구로는 한국에이즈퇴치연맹, 대한에이즈예방협회, STOP AIDS 운동본부, 그리고 건강관리협회, 대한적십자사, 대한가족계획협회 등이 있으며, 대부분 상담은 자체 직원이 담당하고 있다. 건강관리협회에서는 채혈시 병리사나 간호사가 상담을 해주고 있으며 전화상담은 다른 직원이 전담하고 있다. 대한적십자사는 간호사에게 정기적으로 자체 AIDS교육을 실시하고 있다. 또한, 간호사나 병리사가 채혈시 AIDS상담을 하는 경우나 보건정보센터에서 일반 성병

문의시 상담을 해주는 경우가 있다. AIDS 민간단체에서는 다양한 상담체계로 상담을 실시하며, 대부분 AIDS 상담전담원을 두지 않고 상담원들이 다른 업무와 병행하고 있으며, 일관된 AIDS 지식을 가지고 있지 않다.

이상과 같은 현재의 상담체계에서는 몇 가지 문제점이 있다. 먼저, 감염자나 환자관리를 맡고 있는 공무원의 인사교체가 잦으며, 보건소에서 AIDS 상담을 맡고 있는 방역계 직원은 AIDS 상담교육을 정기적으로 받고 있으나, 체혈시 AIDS 상담을 하고 있는 병리사들은 정기적으로 AIDS 상담교육보다는 임상병리 전문교육을 받고 있어, 상담이 이분화 되어있다. 또한 AIDS 상담기관들은 각 기관별 전문화나 역할분담이 이루어지지 않고 있다. 때문에 감염자나 환자, 염려증 환자, 일반인 등이 상담을 하고자 할 때 여러 상담기관에 문의해야 하며 그들의 정보가 일관성이 없어 상담의뢰자가 오히려 혼란에 빠질 경우도 있다 (권관우, 1997).

### 3. 중증호흡기증후군 (SARS: Severe Acute Respiratory Syndrome) 관리

SARS는 전염력 높은 중증의 새로운 감염병으로 공식적으로 기록된 21세기 첫 신종전염병이다. SARS는 세계보건기구에 2003년 2월에 공식적으로 보고된 후 수개월만에 전세계 30여개 국가로 확산되었다. 세계보건기구 공식발표에 의하면 2002년 11월 1일부터 2003년 7월 31일까지 전세계 29개국(또는 지역)에서 8,098명이 발생하고(한국: 3명) 이 중 774명이 SARS로 사망하였다(권준욱, 2003).

SARS는 아시아의 질병이라고 할 수 있을 만큼 환자 발생 수와 사망자에서 95% 이상이 아시아 국가에 분포한다. 그렇지만 이것이 아시아의 국소적 질병이라는 의미는 아니며, 세계화에 따라 지구상 어느 한 곳에서 발생한 전염병의 전파 능력을 보여준 예이다. 이러한 신종전염병은 전파속도가 빠르며, 질병이 발생하여 그 존재를 인식하기 이전에는 특별히 예방을 할 수 있는 방법이 없는 것이 큰 문제점이다.

## 가. SARS 감시체계

SARS와 같은 신종 전염병은 감시체계를 통한 조기발견 및 관리에 초점을 두어 질병확산을 최소화하는 것이 중요하다. 실제로 우리나라에서 SARS가 발생하였을 때, 조기 인지·신고 강화, 환자 발생시 신속한 사례조사 및 환자관리, 병원체에 대한 검사의뢰체계 구축으로 병원체 감시 강화, 보건의료인 및 대국민 홍보·교육을 기본방향으로 하였었다. 다음은 SARS 발생시 구축되었던 국가의 감시체계를 중심으로 이에 대한 현황 및 문제점을 살펴보고자 한다.

### 1) 감시체계 조직

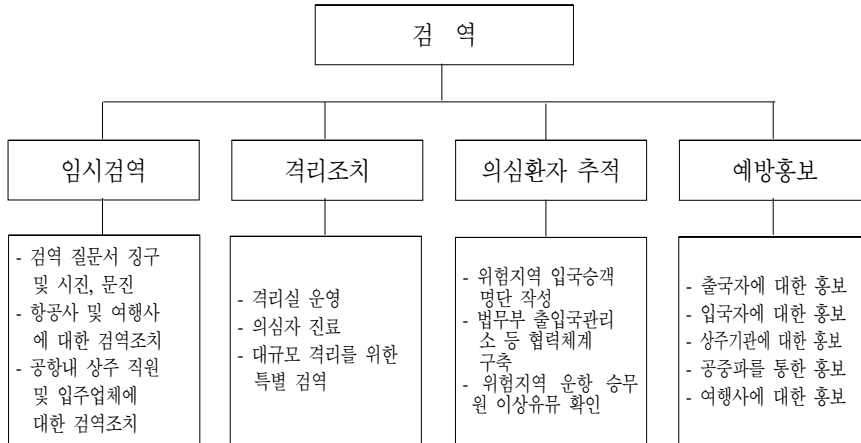
#### ① 일반 행정조직

국무조정실에 종합상황실을 설치하고, 이를 중심으로 각 관련부처별이 역할 및 기능에 따라서 신종전염병질환 방역을 위한 활동을 하였다. 외교부에서는 각 현지 공관에서의 상황 파악 및 정보 수집을, 국정홍보처 및 행자부는 각종 홍보자료 배부 및 언론 협조를 구하며, 농림부, 산자부, 환경부 등도 필요한 부문에서 협조를 하였다.

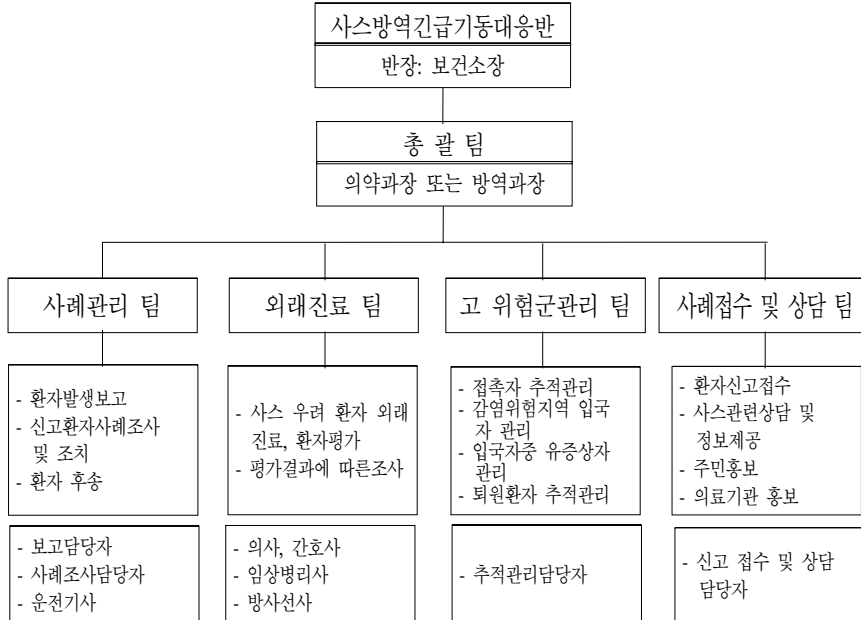
#### ② 보건행정조직

보건복지부에 중앙사스방역대책본부를 설치하여 운영하되, 실질적이고 실무적 방역은 추진실무단인 국립보건원에서 실시하였다. 검역소에서는 임시검역, 격리조치, 의심환자추적, 예방홍보 등의 역할을 수행하며, 이러한 업무 수행을 위해서 군의관이나 위생병, 간호장교, 역학조사관 등이 검역소의 업무수행을 지원하였다(그림 4-6 참조). 시·도 보건(위생)과에서는 환자 발생 및 경과 보고, 환자사례조사, 환자 및 접촉자 관리 등을 하였으며, 일선보건소의 경우도 사례관리 및 외래진료, 고위험군 관리, 그리고 사례접수 및 상담팀으로 신종전염병 질환방역대책팀을 구성하여 운영하였다(그림 4-7 참조)(권준욱, 2003).

[그림 4-6] 검역소의 역할



[그림 4-7] 시·군·구 보건소의 역할



자료: 권준욱, SARS 관리의 실례, Pfizer Line(2003).

## 2) 감시 활동

### ① 공항·항구에서의 검역활동

SARS 관리에서 가장 중요한 것은 검역이다. 2003년도 SARS의 경우에는 거의 모든 나라가 검역에 크게 의존하여 SARS의 국내 유입을 막으려는 노력을 많이 하였다. 공항에서 체온이 섭씨 38도 이상 되는 여행객을 찾아내기 위하여 열감지 적외선 카메라를 각국이 다투어 설치한 사실이나 검역질문서를 강화하였다는 사실이 이것을 증명한다. 그러나 검역만으로 완전하게 질병의 국내유입을 막을 수는 없다. 열감지 카메라의 감시를 피하려면 간단히 해열제를 사용하여 피할 수도 있는 단점이 있다. 또한 해외 여행중에 목적지 가는 것에 지장을 받는 불리한 사실을 검역조사지에 신고하지 않을 가능성도 있으므로, 이러한 사항에 대한 대비가 강화되어야 한다.

### ② 감염원이 있을 가능성을 발견하였을 때의 조치

2003년 5월 2일 개정된 검역법 시행규칙 제24조의 2항(검역전염병 외의 지정과 감시등)에 SARS도 콜레라 등과 마찬가지로 검역전염병에 준하여 관리할 수 있도록 관리대상 전염병으로 지정하여, SARS 환자에 대해 격리 및 자택감시, 항공기에 대한 조사가 가능하도록 하였다. 감시기간은 240시간 이내로 격리시간은 환자가 완치될 때까지이다. 그 후 2003년 7월 임시국회에서 검역전염병을 전염병예방법상 4군의 전염병과 생물테러전염병으로 확대하였고, 자택격리 등의 조치와, 격리시설의 지정과 그 비용이 국가부담, 검역소와 지방자치단체의 협조 등이 가능하도록 검역법 및 전염병 예방법을 동시에 개정하였다.

한 비행기나 여객선에 탑승하고 있는 승객에 대한 관리방법에 대한 부분도 명확하게 제시되어야 한다. 실제로 2003년 5월말 SARS 추정환자가 탑승했던 비행기는 41개 중, 4개의 비행기에서 모두 25명의 2차 환자가 발생하였다(WHO, 2003). 또한 SARS가 의심되는 환자가 항공기나 여객선에서 발생 혹은 발생했을 것으로 의심이 되지만, 해당 항공기나 여객선의 입국을 막을 수 없거

나 이미 공항이나 항만에 도착하여 출발지로 회항시킬 수 없는 상황에서, 해당 항공기나 선박에 있는 승객을 모두 격리하여 관찰할 수 있는 시설 및 제반 장비를 갖추어야 한다. 최소격리기간인 10일간을 관찰하여야 하고, 규모 면에서 선박은 천명단위의 승객도 가능하므로 이에 대한 계획도 검토한다.

③ SARS 환자 또는 의심되는 환자가 항공기나 선박에 있었다는 정보를 사후에 얻은 경우에 대한 대책

동승한 승객들에게 연락할 수 있는 전화번호, 주소 등을 확보하여, 이들에게 올 수 있는 위험을 개별적 그리고 대중매체를 통하여 알리고 만약 SARS의 위험이 있는 증상이 있을 때의 조치방법을 알려줄 뿐만 아니라 해당 보건당국에서 최대잠복기간까지 일일이 증상 발생 등에 관한 추적을 하고 의심이 될 경우 필요한 조치를 즉각 취한다.

3) 법적 근거 마련

종래의 전염병예방법의 제반규정은 신종전염병에 기동력 있게 대응하기에는 부족한 편이었다. 따라서 SARS 발생 후 2003. 8. 6. 개정법률에 따라 전염병예방법 일부가 신설되었으나, 아직도 미흡한 점이 남아있어 추후 문제가 발생할 소지가 있으므로 지속적인 법적 보완이 필요하다(이경환, 2003)(표 4-4 참조).

〈표 4-4〉 SARS 관련 법 개정 및 문제점

	기존 규정	2003. 8. 6. 개정법률	2003. 8.6 개정법률의 문제점
신체의 자유의 침해	- 제4군 전염병 환자에 대한 격리규정 없었음 - 제4군 전염병 환자에 대한 강제수단규정 없었음	- 제29조 제3항 신설: 강제 격리수용 근거 마련 - 제54조의7 신설: 행정상 강제집행 근거 마련	- 제29조 제3항: SARS의증환자에 대한 근거 미흡
재산권의 보장	- 제4군 전염병에 대한 전염병예방시설설치 근거 없었음	- 제23조 신설: '전염병예방시설' 지정근거 - 제54조 제6호 신설: '전염병예방시설'에 대한 국가의 재정부담 근거	- SARS와 관련된 국고비용은 국가가 부담하지만, 병원이 병실을 이용하지 못함으로써 얻는 손실에 대한 보상 규정 없음 ※ 기타 문제점 - 주거의 자유 침해에 대한 법적 근거 필요 - 사생활의 보호 - 신고규정 필요 - 예방접종에 대한 직접강제 법적 근거 필요

자료: 이경환, 『SARS 등 신종전염병에 대한 법적 제도적 개선방안 강구』, 『한국에서의 사스 감염분석 및 향후 관리대책 수립방안』, 보건복지부, 2003. 내용 정리한 것임

### 제 3 절 전염성질환 보건의료서비스 공급체계의 개선방안

#### 1. 전염병 관리 지원체계 강화 기본 방향

##### 가. 전염병관리 조직 강화

2003년 SARS의 출현으로 전염병 퇴치가 국가핵심과제로 설정되면서, 효과적으로 전염병을 관리하기 위해서 전염병관리를 위한 전문운영체계 구축이 필요로 하게 되었다. 이에 2004년 1월 '질병관리본부'가 신설될 예정이며, 국립보건원이 연구전담기구인 국립보건연구원으로 개편된다. 이러한 확대 개편을 통

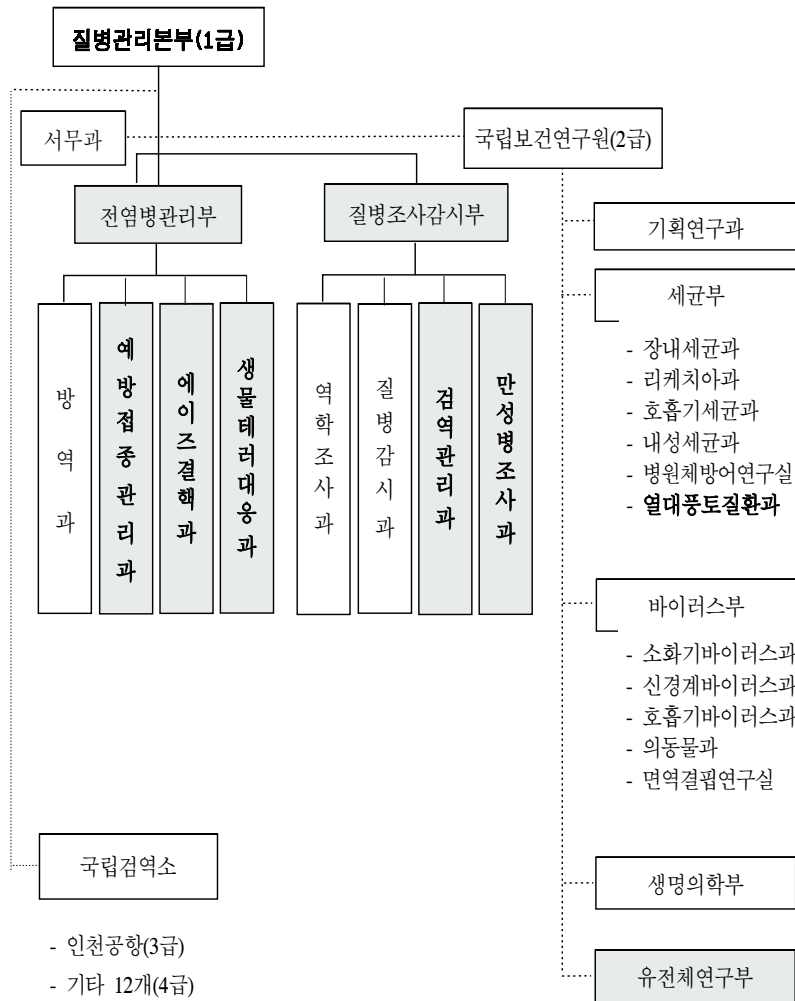
하여, 신종 또는 재출현 전염병으로 인한 사회·경제적 손실과 위기상황을 예방하고, 생물테러에 대한 효과적인 대응체계 구축으로 국가 안보를 보장하며, 예방가능한 질병의 퇴치로 실질 국민질병 부담 및 기회비용 감소, 만성퇴행성질환으로 인한 국민의료비 상승 억제 기반 구축 등의 효과를 기대하고 있다(국립보건원, 2003).

‘질병관리본부’로의 조직개편의 주요 특징은 첫째, 전염병 관리를 위한 방역 기능 강화로 국립보건원 전염병관리부(1부 3과)를 전염병관리부(1부 4과)와 질병조사감시부(1부 4과)로 확대하며 둘째, 질병관련 시험·연구기능의 전문화를 위해 질병관리본부의 소속기관인 국립보건연구원 체제로 확대 개편하며, 셋째, 검역과 방역기능의 일원화를 위하여 기존 13개 국립검역소를 질병관리본부로 이관하는 것 등이다(그림 4-8 참조).

이와 더불어 전염병관리 체계화를 위한 예산, 조직, 전문인력의 연차적 확충 및 예방접종의 확대 등 전염병 전산관리 시스템 확대, 민간 의료기관의 참여유도를 위한 지원 등의 수단을 강구하여 전체적인 전염병 관리 조직을 강화해야 한다. 중앙을 중심으로 권역별로 관련기관간 네트워크, 감염전문가 네트워크 구축 시범사업이 필요하며, 네트워크 활성화를 위해 네트워크 유무와 운영 사례 등이 의료기관 평가에 반영되도록 할 필요가 있다. 또한, 시·도 보건환경연구원에 해당 시·도 전염병 예방 및 관리지원단을 두어 관련 인력들의 교육, 훈련의 장으로 활용하도록 하여야 할 것이다. 중앙의 국립보건원은 민간과의 연계체계를 구축하여, 민간을 지원하도록 하고, 지방에서는 시·도 보건환경연구원을 중심으로 관할지역내 민간 의료기관에 대한 기술지원과 교육 훈련을 할 수 있도록 연계체계를 구축하고, 공공과 민간 전염병질환 관리 의료인들간 네트워크를 구성하여 공공과 공공, 공공과 민간간의 네트워크를 구축한다.



[그림 4-8] 질병관리본부 개편 조직



자료: 국립보건원, 2004년 질병관리본부 개편과 추가 필요 예산(안)(2003)

나. 개정된 전염병 예방법에 따른 중앙, 광역, 기초자치단체간 그리고 타관련 기관간의 명확한 관계설정 및 역할규정 필요

최근 개정된 전염병예방법에서는 전염병의 발생감시 및 역학조사, 건강검진, 전염병예방시설의 설치 등에서 권한을 시·군·구청장에게 위임하고 있다. 그러나 중앙, 광역, 기초자치단체간의 명확한 관계설정 특히 광역의 역할규정의 구체성이 부족하므로 명확한 업무 분담 및 관계 설정이 필요하다. 더불어 전염병 관리사업 상당부분이 지방자치단체에 위임되고 있으나, 지자체간 재정자립도의 차이와 자원분포의 불균형으로 시·도간 전염병 예방 및 관리사업에 투입되는 인력과 예산에 차이가 있다. 자립도가 낮은 지자체에 대한 지원으로 시·도간 전염병 예방 및 관리사업 자원 불균형에 대한 조정이 필요하다.

다. 국가 표준지침 개발 및 보급 및 활용도 평가 필요

효과적이고 효율적인 전염병 관리 및 치료를 위해서는 전염병에 대한 관리지침이 필수적으로 요구된다. 우리나라에서도 그 동안 국립보건원에서 관련 지침서들이 개발되었지만, 그 질과 양에서 지속적인 확충이 필요하다. 또한, 개발된 지침서의 보급과 활용도에 대한 평가 및 활용도 제고 방안이 모색되어야 할 것이다.

라. 전문인력 양성 및 훈련

조직강화 외에도 역학조사관 등의 전문인력 양성과 보건소 전문교육·훈련 확대, 해외신기술 획득을 위한 국제훈련 확대, 그리고 AIDS 조사 및 상담 등을 위한 교육훈련센터 운영이 필요하다. 예를 들면, AIDS의 경우 전담상담원을 두고 그 일이 주업무가 될 수 있도록 하며, 사례별로 현장상담을 할 수 있는 새로운 지침서 개발에 따라 일원화된 교육기관에서의 교육 등 체계적인 전문인력 양성 및 훈련이 필요하다.

## 2. 결핵 관리 강화 방안

과거 결핵이 만연하던 시대에서는 벗어났지만, 아직까지도 결핵문제는 낙관적이라고는 할 수 없다. 정부는 1997년 “2000년대 국가결핵관리사업”의 목표를 설정하고 구체적인 정책과제와 그에 따르는 세부사항을 개발하고 시행하고 있다. 특히, 인력개발, 정보화 촉진 및 사업평가 체계 구축, 관리조직 및 기능 개선, 연구개발 강화 등을 추진 전략으로 과거 양 위주의 사업에서 효과와 질 위주의 사업으로의 전환을 꾀하고 있다(권준욱, 2003). 그러나, 이를 위해서는 다음과 같은 사항이 추가되어야 할 것이다.

결핵정보감시체계가 운영되면서 기존의 전국실태조사가 폐지되었다. 최근 민간 의료기관의 참여가 상당히 증가되고는 있으나 아직도 결핵 발생률과 추세 파악이 어렵다. 때문에 병원 검사실 중심의 환자 모니터 및 연계 강화가 필요하고, 결핵감시체계가 정상화되기까지는 기존 감시체계인 전국실태조사와 병행하는 방법이 검토돼야 한다. 또한 결핵환자 발견을 위해 진단검진은 현실적으로 여러 가지 한계를 가지고 있으므로, 유증상자 객담검사(수동적) 방법과 고위험군 집단검사방법 도입하여 군인, 사회복지시설, 외국인 근로자, 재소자 등 고위험군에 집중된 결핵환자 조기발견 시스템을 구축하여야 한다. 그리고 일반인에 대한 결핵자각증상 교육을 통하여, 결핵환자 발견 및 조기치료에 역점을 두도록 한다. 일반인 교육에는 BCG접종의 중요성과 함께 예방접종에 대한 불안감을 감소시키기 위해 부작용에 대한 올바른 지식을 보급시킴으로써 결핵 예방을 강화하여야 한다.

환자들의 치료에 필요한 1·2차 결핵치료제에 대한 낮은 보험약가 때문에 제약회사들이 항결핵제 생산을 기피하고 있다. 따라서, 예방접종약, 검사시약, 치료약 등 전염병 예방접종 및 치료를 위한 약제의 원활한 공급을 국가가 책임지고 확보하여 결핵환자의 완치율을 높여야 한다.

### 3. 성병 및 AIDS 관리 강화 방안

성병 및 AIDS 문제는 의료문제이면서 사회복지, 인권문제 등이 복합적으로 관련되어 있기 때문에 올바른 지식제공, 사회적 인식 변화, 개인의 책임 있는 행동유도 등 포괄적인 접근이 필요하다. 특히, AIDS는 약물복용과 적절한 관리로 일상적인 삶을 영위해 갈 수 있는 만성질환으로의 인식변화를 유도하기 위한 새로운 전략수립이 필요하다. 성병이나 AIDS 환자의 경우 환자들이 자신의 질병이 외부에 드러나는 것을 꺼리는 경향이 있어 한 개의 창구에서 적합한 상담자를 찾아갈 수 있도록 이용자의 편익을 고려한 상담체계와 인터넷 사이트가 필요하다. 또한 환자가 약국 이용을 꺼릴 수 있는데, 이는 환자들로 하여금 치료시기를 놓치게 하거나 제대로 치료받는데 장애가 될 수 있으므로, 이들 환자들의 경우 치료하는 의료기관에서 투약을 할 수 있도록 허용해야 한다.

### 4. SARS 등 신종전염병 관리 강화 방안

최근 국립보건원에 전염병감시체계가 강화되어 SARS 등 신종전염병에 효과적으로 대처하고 있다. 그러나 SARS 등 즉각적인 대책이 매우 중요한 질병의 발생을 최대한 유행초기에 찾아낼 수 있는 조기경보 감시체계가 강화되어야 한다. 보건당국은 필요한 정보를 최대한 빨리 대중매체를 통하여 국민에게 전하여 필요한 방역대책에 협조할 수 있게 하여야 한다. 관리체계는 첫째, 신종전염병질환의 국내 유입을 최대한 억제한다. 둘째, 일단 국내 유입되는 경우, 최대한 시간 내에 최소의 전파 범위 내에서 발견하고 차단한다. 셋째, 신종전염병질환이 일단 전파될 경우에도 가장 적극적인 정책으로 확산을 조기에 차단한다는 원칙 하에 구성되어야 할 것이다.

## 제 5 장 응급의료서비스 공급체계의 개선

### 제 1 절 응급의료체계의 구성

#### 1. 응급의료서비스 공급체계의 개념

##### 가. 응급의료서비스 공급 체계의 개념

응급의료에 관한 법률 제2조에 ‘응급의료란 응급환자의 발생부터 생명의 위협에서 회복되거나 심신상의 중대한 위해가 제거되기까지의 과정에서 응급환자를 위하여 행하여지는 상담·구조·이송·응급처치 및 진료 등의 조치를 말한다’고 정의하고 있다. 이러한 응급의료의 의미는 광의와 협의로 나뉘어 질 수 있는데 광의의 응급의료란 생명의 위협을 받는 환자에 대하여 전문 의료기술을 집중시켜 생명 소생과 건강 회복을 꾀하는 것이라 할 수 있으며, 협의의 응급의료란 응급상황의 발생 현장에서 생명을 보전하기 위한 최소한의 처치를 우선적으로 시행한 다음 전문적 처치단계로 연결시켜주는 응급의료행위를 일컫는 것이다(탁기천 외, 1993). 응급의료는 급성질환이나 손상으로 인한 신체적 이상에 대해 신속하고 적절한 응급처치를 시행하여 환자의 생명을 구하고 환자의 상태를 최단 시간내에 정상 내지는 이에 가까운 상태로 회복시켜 계속 요구되는 치료나 수술, 재활의 효과를 높이는 것을 목적으로 하고 있다(대한응급의학회, 1990).

응급의료의 대상인 응급환자는 크게 두 가지 부류로 나눌 수 있는데, 당장 응급처치를 하지 않으면 생명의 보전이 어려운 위급한 환자와 여러 종류의 다양한 아급성 환자로 구분된다. 대부분의 응급환자 통계에서는 전체 환자의 10% 내외가 응급환자이고 나머지 환자는 경증환자 혹은 급하지 않는 경우라고 보고되고 있다(이한식, 1997). 이에 따라 응급의료에 관한 법률에서는 응급환자

는 질병, 분만, 각종 사고 및 재해로 인한 부상이나 기타 위급한 상태로 인하여 즉시 필요한 응급처치를 받지 아니하면 생명을 보존할 수 없거나 심신상의 중대한 위해가 초래될 가능성이 있는 환자 또는 이에 준하는 자로 정의하고 응급증상 및 이에 준하는 증상을 명시하여 응급환자의 범위를 정하였다(표 5-1 참조).

〈표 5-1〉 응급증상 및 이에 준하는 증상

구분		증상
응급 증상	신경학적 응급증상	급성의식장애, 급성신경학적 이상, 구토·의식장애 등의 증상이 있는 두부증상
	심혈관계 응급증상	심폐소생술이 필요한 증상, 급성호흡곤란, 심장질환으로 인한 급성흉통, 심계항진, 박동이상 및 쇼크
	중독 및 대사장애	심한 탈수, 약물·알콜 또는 기타 물질의 과다복용이나 중독, 급성대사장애
	외과적 응급증상	개복술을 요하는 급성복증(급성복막염·장폐색증·급성췌장염 등 중한 경우에 한함), 광범위한 화상, 관통상, 개방성·다발성 골절 또는 대퇴부 척추의 골절, 사지를 절단할 우려가 있는 혈관 손상, 전신마취하에 응급수술을 요하는 증상, 다발성 외상
	출혈	계속되는 각혈, 지혈이 안되는 출혈, 급성 위장관 출혈
	안과적 응급증상	화학물질에 의한 눈의 손상, 급성 시력 소실
	알러지	얼굴 부종을 동반한 알러지 반응
	소아과적 응급증상	소아경련성 장애
정신과적 응급증상	자신 또는 다른 사람을 해할 우려가 있는 정신장애	
응급 증상에 준하는 증상	신경학적 응급증상	의식장애, 현훈
	심혈관계 응급증상	호흡곤란, 과호흡
	외과적 응급증상	화상, 급성복증을 포함한 배의 전반적인 이상증상, 골절·외상 또는 탈골, 그밖에 응급수술을 요하는 증상, 배뇨증상
	출혈	혈관손상
	소아과적 응급증상	소아경련, 38℃ 이상인 소아고열(공휴일·야간 등 의료서비스가 제공되기 어려운 때에 8세 이하의 소아에게 나타나는 증상)
	산부인과적 응급증상	분만 또는 성폭력으로 인하여 산부인과적 검사 또는 처치가 필요한 증상
	이물에 의한 응급증상	귀·눈·코·항문 등에 이물이 들어가 제거술이 필요한 환자

자료: 응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조

그런데, 2003년 정부에서는 응급의료에 관한 법률을 개정하면서, 응급환자의 기준에 소아고열(8세 이하), 이물삼입, 분만, 현훈 등을 추가하여 응급환자의 혜택을 받을 수 있는 대상 확대하였다.

전술한 응급의료는 여타의 의료 서비스와 달리 이에 적합한 고유의 공급 체계를 가지고 있으며, 이것을 응급의료체계(Emergency Medical Service System: EMSS)라고 한다. 즉, 불의의 사고나 질병으로 인한 응급상황에서 환자의 생명과 신체에 대한 위협을 예방 또는 감소시키기 위해서는 현장에서의 신속하고 정확한 응급처치, 빠른 이송, 병원에서의 적합한 치료가 필수적이며, 응급의료 체계는 이러한 각 단계에서 필요한 구성요소를 조직하고 유기적으로 연결시키는 통합적인 체계를 말한다는 것이다.

#### 나. 응급의료서비스 공급 체계의 구성요소<sup>23)</sup>

응급의료체계는 전문인력, 교육, 통신체계, 이송방법, 신고체계, 재난대책 등 통상적으로 다음의 15가지 요소로 구성되어있다.

##### 1) 전문인력

현장 및 환자이송을 전문적으로 시행할 수 있도록 자격을 갖춘 응급구조사, 병원에서 전문적인 응급처치를 시행할 수 있는 응급의학 전문의와 응급간호사를 포함한다.

##### 2) 교육

일반인에 대한 응급처치법의 교육을 비롯하여, 응급의료에 참여하는 요원(최초 반응자, 응급구조사, 응급간호사, 응급의료진 등)들을 전문화시킬 수 있도록 교육하고 양성하는 체계이다.

23) 중앙응급의료센터 홈페이지 자료([www.nemc.go.kr](http://www.nemc.go.kr))

### 3) 통신체계

응급의료에 참여하는 요원들이 상호 긴밀히 연락을 취할 수 있는 통신체계로, 최근에는 무선통신망과 유선통신망과 더불어 휴대폰을 이용한 통신체계가 강조되고 있다.

### 4) 이송방법

각 단계의 유기적인 연결을 위한 유무선의 통신망으로 구급차와 현장, 병원과 구급차, 현장과 병원, 병원과 병원을 잇는 응급의료체계내의 혈액과 같은 기능을 수행한다.

### 5) 응급의료기관

적절한 진단과 응급처리를 제공하여 환자의 생명을 구하고 합병증을 최소화시키는 의료기관이 있어야 한다. 응급의료기관은 처치능력별로 3~4단계로 구분되어서 응급환자의 중증도에 따라서 최상의 의료를 제공받을 수 있도록 필요한 조건(인력, 시설, 운영지침 등)을 만족시켜야 한다.

### 6) 집중처치기관

중증의 응급환자나 특수한 응급환자를 전문적으로 치료할 수 있는 의료기관이 지역별로 편성되어서 전문적인 처치가 지연되지 않도록 운영되어야 한다.

### 7) 공인안전단체

응급환자의 발생을 예방하고 응급환자 발생시 기본적인 응급처치를 시행할 수 있는 기관이 필요하다. 예를 들면, 산림안전단체, 수상안전단체, 도로교통안전협회 등이 대표적이다.



8) 일반인 참여

응급의료체계를 전문요원만으로는 운영하기 어려우므로 응급의료의 수혜자인 일반인들이 운영지침이나 의료계획에 적극 참여함으로써 적절한 응급의료체계를 구축할 수 있다.

9) 신고체계

응급환자의 발생을 신속히 신고할 수 있는 체계로 구축해야 한다. 신고전화 번호를 일원화하고, 최근에는 전산시스템을 도입한 GIS나 GPS를 신고체계에 접목시킴으로써 신속성과 정확성을 강화시키고 있다.

10) 이송체계

환자가 발생한 현장에서 응급의료기관으로의 이송, 의료기관에서 전문의료기관으로의 병원간 환자이송 등을 체계화시키는 업무가 필요하다.

11) 의무기록 표준화

응급환자의 의료정보를 기록하는 의무기록지를 표준화하여 모든 요원들이 환자상태를 신속히 판단하고, 의료정보를 공유할 수 있도록 추구하는 요소이다.

12) 일반인 홍보 및 교육

일반인들이 응급상황에서 응급의료체계를 신속하고 정확하게 이용할 수 있도록 홍보하고 교육하는 것이 중요하다. 또한 응급환자를 발견시 신고와 함께 기본적인 응급처치를 시행할 수 있도록 교육하는 것이다.

13) 평가기관

구축된 응급의료체계를 지속적으로 감시하고 평가함으로써 보다 발전된 방향으로 응급의료체계를 개선시킬 수 있는 기관이 필요하다.

14) 재난대책

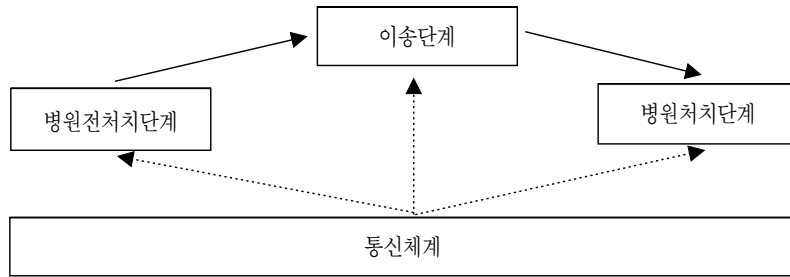
대량 응급환자가 발생할 수 있는 재난에 대비하여 응급의료체계를 최대한 활용할 수 있는 대책이 갖추어져야 한다.

15) 상호협력체계

응급의료에 관여하는 소방, 경찰, 의료기관 등이 상호 유기적으로 협력하고 통합적으로 운영될 수 있는 운영체계가 갖추어져야 한다.

위의 15가지 응급의료체계의 구성요소를 바탕으로 이를 응급의료서비스가 제공되는 단계별로 구분하여 도식화하면 [그림 5-1]과 같다. 일반적으로 응급의료 서비스는 병원전 처치단계(prehospital care and transportation), 병원 처치단계(hospital care), 통신체계(telecommunication system)의 3가지 요소 및 단계로 구성되어 있다. 병원전 처치단계에서는 신속하게 구급차가 출동하여 현장에 도착하여 환자의 중증도에 따른 적절한 이송 의료기관으로 이송하고, 현장 및 이송 중에 적절한 응급처치가 이루어져야 한다. 병원 처치단계에서는 우선 응급의료기관의 질적 수준에 따라 단계화하고, 양질의 응급의료서비스를 제공하여야 한다. 특히 응급환자의 최종진료기관으로서 기능하도록 적절한 질적 수준을 보장하여야 한다. 통신체계에는 응급환자에 대한 신고접수, 구급차의 파견 및 이송 중 통신 등이 포함된다.

[그림 5-1] 응급의료체계 구성요소



## 제 2 절 응급의료서비스의 현황 및 문제점

### 1. 우리나라 응급의료체계 현황

우리나라는 1960년대 이후의 산업화 정책에 따른 도시화, 공업화가 급속히 진행되어 각종 사고가 발생하여 인적 물적 손실을 초래하였다. 최근 통계청의 보고(2002)에 의하면 2001년 현재 10만명당 60명이 각종 사고로 사망하였다. OECD 회원국과 비교해보면, 우리나라 국민의 3대 사인 중 순환기계질환, 악성 신생물에 의한 사망률은 국제적으로 비교적 낮은 수준을 보이는데 비해 사고로 사망하는 확률은 남녀 모두 세 번째로 높았다(통계청, 1999). 또한 의학기술의 발전 및 경제수준의 향상으로 평균 수명이 증가하고 노인 인구가 급증하여 만성질환에 대한 수요가 증가하였다. 이러한 만성질환은 환자를 급작스러운 위험 상태에 빠지게 하는 경우가 많다. 이와 같은 일련의 현상들은 우리나라 보건의료서비스에서 응급의료서비스의 중요성이 날로 가중되고 있음을 보여주는 것이라 할 수 있다.

서구 선진국에서는 이미 1960년대에 응급의료를 위한 특별한 서비스 체계를 구축하고 발전시켰다. 우리나라에서는 1991년 대한적십자사내에 응급환자정보 센터를 설치하여 응급의료체계 구축을 위한 기반을 조성하였으며, 1994년 보다 효율적인 응급의료체계를 구축하기 위하여 기존의 의료법에서 독립된 응급의료

에 관한 법률을 제정하여 독자적인 법체계를 갖추었고 이어 1995년에는 동법의 시행령 및 시행규칙을 제정하였다. 응급의료에 관한 법률 제13조에는 ‘국가 및 지방자치단체는 응급환자의 보호, 응급의료기관등의 지원 및 설치·운영, 응급의료종사자의 양성과 응급이송수단의 확보 등 응급의료를 제공하기 위한 시책을 강구하고 시행하여야 한다’고 명시하여, 응급의료 서비스 제공에 대한 국가의 의무를 명확하게 밝히고 있다. 또한 최근 정부에서는 현재 50.4%에 달하는 예방 가능한 사망률<sup>24)</sup>을(이평수 등, 1999) 2007년까지 선진국 수준인 20%대로 감소시킨다는 정책 방향을 제시하고 이를 실현시키기 위한 응급의료체계 개선 계획을 발표하였다.

이와 같이 우리나라의 응급의료서비스 체계는 비교적 단기간에 법적, 제도적 장치를 정비하여 그 모습을 갖추었다고 할 수 있다. 그러나 아직도 응급환자의 높은 예방가능 사망률, 병원전 이송구급 서비스의 낮은 질적 수준, 응급의료기관의 낮은 질적 수준, 미흡한 응급의료전달체계 등 여러 가지 문제점을 안고 있다. 상세한 내용은 다음과 같다.

#### 가. 이송방법 및 체계

응급의료에 관한 법률에는 국가 또는 지방자치단체, 의료기관, 응급환자의 이송을 목적사업으로 하여 보건복지부장관의 설립허가를 받은 비영리법인이 구급차를 운용할 수 있도록 명시되어 있다. 구급차등의 운용자는 구급차등이 출동하는 때에는 응급구조사 1인 이상이 포함된 2인 이상의 인원이 항상 탑승하도록 하여야 한다. 단, 의사 또는 간호사가 탑승한 경우에는 응급구조사가 탑승하지 않아도 된다. 구급차는 위급의 정도가 중한 응급환자의 이송에 적합하도록 제작된 구급차와 위급의 정도가 중하지 아니한 응급환자의 이송에 주로 사용되는 구급차로 나뉘는데, 전자를 특수구급차, 후자를 일반구급차라고 한다. 구급차 출동시 출동사항과 응급처치의 내용을 기록하여 그 응급환자를 인수한

24) 사망한 응급환자 중 적절한 진료(optical care)를 받았을 경우 예방할 수 있었던 사망 사례를 말한다(American College of Surgeons, 1993)

의사의 서명을 얻은 뒤 1부는 보관하고, 1부는 당해 응급환자의 진료의사에게 제출하며, 1부는 이송처치료징수용으로 환자 또는 그 보호자에게 교부하도록 하였다. 구급차에는 산소호흡기 및 흡입기, 기도확보장치 등의 의료장비와 구급 의약품을 갖추도록 하였다(표 5-2 참조).

〈표 5-2〉 구급차별 탑재 의료장비·구급의약품 및 통신장비 기준

구분	내용	구급차종류	
		특수	일반
의료 장비	후두경 등 기도삽관장치	○	
	외상처치에 필요한 기본장치	○	○
	휴대용 간이인공호흡기	○	
	산소호흡기 및 흡입기	○	○
	쇼크방지용 하의 (MAST)	○	
	부목 및 기타 고정장치(철부목(Wire-Splint), 경부·척추 보호대(Cervical, Spine-Protector)]	○	
	자동제세동기	○	
	휴대용 산소포화농도 측정기	○	
기도확보장치		○	
구급 의약품	수액제제(인공혈액제제 등)로서 비닐팩에 포장된 것	○	○
	리도카인	○	
	아트로핀	○	○
	주사용 비마약성진통제	○	
	주사용 항히스타민제	○	
	소독제(과산화수소, 알콜 및 포비돈액)	○	
	니트로글리세린(설하용)	○	
흡입용 기관지확장제	○		
통신 장비	구급차에 장착된 무전기로서 정보통신부장관이 지정한 응급의료전용 주파수를 사용할 수 있는 무전기. 다만, 소방서구급차에 장착된 무전기는 정보통신부장관이 지정한 소방용전파지정기준에 의한 전파를 사용할 수 있는 통신장비를 갖춘 경우에는 이를 구급차무전기에 같음	○	

주: 응급의료에 관한 법률 시행규칙 제38조 재구성

#### 나. 응급의료기관 및 집중처치 기관

응급의료서비스 중 병원단계 서비스는 보건복지부에서 지정한 중앙응급의료센터, 권역응급의료센터, 지역응급의료센터, 지역응급의료기관에서 제공되고 있다. 또한 외상, 화상, 심혈관질환, 독극물 중독의 특정한 응급환자에 대해서는 보건복지부에서 시·도지사와의 협의를 거쳐 종합병원 중에서 전문응급의료센터를 지정할 수 있도록 하였다. 2003년 5월 현재 권역응급의료센터가 15개, 지역응급의료센터가 106개, 지역응급의료기관이 285개로 전체 응급의료기관 수는 406개이다.

중앙응급의료센터는 응급의료기관등에 대한 평가 및 질 향상 활동 지원, 응급의료종사자에 대한 교육훈련, 권역응급의료센터간의 업무조정 및 지원, 응급의료관련 연구, 대형재해 등의 발생시 응급의료 관련업무 조정 및 지원을 담당하게 하였다.

권역응급의료센터는 특별시·광역시·도별로 종합병원 중에서 1개소를 지정하는 것을 원칙으로 하되, 의료자원의 분포, 주민의 생활권, 주민의 수 등을 감안하여 추가로 지정하거나 2개 이상의 시·도에 1개소를 지정할 수 있도록 하였다. 권역응급의료센터는 응급환자만을 위한 전문·전담의료기관이어야 하고, 그 시설 또는 건물은 다른 의료시설 또는 건물과 구별되도록 설치·운영되어야 한다고 규정하고 있다.

#### 다. 통신체계

응급의료 정보 및 통신체계의 관리를 위해서 전국에 12개의 응급의료정보센터가 운영되고 있다. 이 센터에서는 각 병원의 응급의료관련 정보를 체계적으로 수집, 관리하여 환자의 상태에 따라 적절한 병원을 선정하고 119구급대 등 각 구급차 운행기관을 통해 환자이송을 요청, 수행하고 있다. 응급의료에 관한 법률에는 응급환자의 안내·상담 및 지도, 응급환자를 이송중인 자에 대한 응급처치의 지도 및 이송병원의 안내, 응급의료에 관한 각종 정보의 관리 및 제공,

응급의료통신망 및 응급의료전산망의 관리·운영 및 그에 따른 업무를 수행하기 위해서 지역별로 응급의료정보센터를 설치하도록 하였다. 응급의료정보센터에서는 응급의료 기관 및 구급차에서는 중환자실 및 응급실의 인력·규모·시설·의료기구 및 장비, 구급차의 편성·장비 및 운영인력, 응급실 근무자, 당직응급의료종사자, 응급실의 사용가능 병상수, 그 밖에 응급의료와 관련된 주요의료시설 및 의료장비 등에 대하여 정보센터의 장이 필요에 의하여 요구하는 사항을 보고하도록 하였다. 응급의료기관등에 대한 평가를 위한 자료수집체계의 수립·운영, 응급의료기관등에 대한 평가 지원, 응급의료에 관한 실태조사 그밖에 응급의료의 발전을 위하여 보건복지부장관이 부여하는 업무를 수행하도록 규정하였다.

또한 응급의료기관등을 운영하는 자와 정보센터가 연계될 수 있도록 응급의료 통신망을 구축하여야 한다. 정보센터의 통신체계 운용비용은 국가 및 지방자치단체가 그 2분의 1을 각각 부담하도록 하였다. 통신체계 개선을 위해 응급의료정보센터를 중심으로 각 병원간, 병원과 구급차간, 정보센터와 병원, 구급차간 통신체계를 보강하고 통신 난청지역에 대한 전반적인 조사를 통해 무선주파수의 확대 배정 등 통신망을 보강할 계획이다. 응급환자 발생시 1339(지역번호없이)로 전화하면 의사의 상담과 의료기관 안내를 받을 수 있다(중앙응급의료센터, [www.nemc.go.kr](http://www.nemc.go.kr)).

#### 라. 전문인력

응급의료서비스 공급의 전문인력은 응급의학전문의와 응급구조사로 구분할 수 있다. 응급의학전문의는 1996년부터 배출되기 시작하여 96년 20명, 97년 27명, 98년 25명, 99년 62명, 2000년 34명, 2001년 35명으로 증가하여 2003년 현재 286명이다. 2002년 12월 현재 45,755명의 활동의사 중에서 응급의학 전문의는 206명으로 0.45%를 차지하고 있다. 종합병원, 병원, 정신병원, 의원, 보건기관에 각각 67, 22, 1, 99, 17명이 근무하고 있다.

응급구조사는 병원전 처치 및 이송단계에서 응급환자가 발생한 현장에서 응

급환자에 대하여 상담·구조 및 이송업무를 행하며, 현장, 이송중 또는 의료기관에서 응급처치의 업무에 종사하는 인력이다. 응급의료에 관한 법률에는 응급구조사를 업무의 범위에 따라 1급 응급구조사와 2급 응급구조사로 구분하였는데 2003년 응급의료에 관한 법률 개정 시에 이러한 응급구조사의 업무를 확대하였다.

〈표 5-3〉 응급구조사의 업무범위

업무내용	1급	2급
심폐소생술의 시행을 위한 기도유지(기도기(airway)의 삽입, 기도삽관(intubation), 후두마스크 삽관 등을 포함)	○	
정맥로의 확보	○	
인공호흡기를 이용한 호흡의 유지	○	
약물투여 : 저혈당성 혼수시 포도당의 주입, 흉통시 니트로글리세린의 혀아래(설하) 투여, 쇼크시 일정량의 수액투여, 천식발작시 기관지확장제 흡입	○	
구강내 이물질의 제거	○	○
기도기(airway)를 이용한 기도유지	○	○
기본 심폐소생술	○	○
산소투여	○	○
부목·척추고정기·공기 등을 이용한 사지 및 척추 등의 고정	○	○
외부출혈의 지혈 및 창상의 응급처치	○	○
심박·체온 및 혈압 등의 측정	○	○
쇼크방지용 하의 등을 이용한 혈압의 유지	○	○
자동제세동기를 이용한 규칙적 심박동의 유도	○	○
흉통시 니트로글리세린의 혀아래(설하) 투여 및 천식발작시 기관지확장제 흡입(환자가 해당 약물을 휴대하고 있는 경우에 한함)	○	○

주: 응급의료에 관한 법률 시행규칙 제33, 34조 재구성

2급 응급구조사는 보건복지부장관이 지정하는 응급구조사 양성기관에서 대통령령이 정하는 양성과정을 이수하거나 보건복지부장관이 인정하는 외국의 응급구조사 자격인정을 받은 자로 한정되어 있다. 1급의 경우, 대학 또는 전문대학에서 응급구조학을 전공하고 졸업한 자, 보건복지부장관이 인정하는 외국의 응



급구조사 자격인정을 받은 자, 2급응급구조사로서 응급구조사의 업무에 3년 이상 종사한 자는 시험에 합격한 후 보건복지부장관의 자격인정을 받아야 한다.

우리나라에서는 1995년부터 국가시험을 통하여 응급구조사가 배출되기 시작하였다. 2002년 현재 전국적으로 11개교에 응급구조학과가 개설되었으며, 정원은 주야간 합하여 756명이다. 응급구조사 국가시험 합격자는 2001년 현재 1급 4,337명, 2급 3,383명으로 총 7,720명이다(표 5-4 참조).

〈표 5-4〉 응급구조사 국가시험 합격자 현황

(단위: 명)

구분	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	계
1급	347	588	571	771	757	708	595	4,337
2급	363	517	459	531	417	549	547	3,383
계	710	1,105	1,030	1,302	1,174	1,257	1,142	7,720

자료: 보건복지부, 『보건복지통계연보』, 각 연도.

이상과 같이 전반적인 응급의료서비스 공급 측면에서의 문제점을 이송 방법 및 체계, 관련기관, 통신체계 및 인력에 대하여 분석한 결과 전반적인 문제점이 분석되었고, 개선의 여지가 많은 것이 나타났다. 이에 응급의료체계를 이송 및 병원전 처치서비스, 병원진료서비스, 응급의료정보서비스 등 단계별 서비스로 구분하여 구체적으로 문제점을 분석하고자 한다.

## 2. 이송 및 병원전 처치서비스의 현황 및 문제점

### 가. 환자의 구급도에 따른 적합한 병원으로의 신속한 이송의 미흡

2001년 현재 4,897대의 구급차가 운영되고 있는 것으로 나타나, 1999년에 비하여 약 1,000대 가량 증가하였다. 지역별로 구급차 분포는 지역간 차이를 보이는데, 강원도의 경우 10만명당 구급차 수는 약 20대로 가장 많았으며, 대전, 경기, 충북, 충남, 전북, 전남, 경북 지역은 10대 이상이나, 서울은 5.88대에 불과

하다. 면적당 구급차 수의 경우 100km<sup>2</sup>당 구급차 수는 서울이 약 100대로 가장 많았고, 부산 등 광역시가 대체로 20대 이상의 수준이다. 강원과 경북은 100km<sup>2</sup>당 구급차 수가 1.82대로 가장 낮은 수준이다.

〈표 5-5〉 지역별 구급차 현황(2001년)

(단위: 대, %)

지역	구급차 총수	인구 10만명당 구급차 수	면적 100km <sup>2</sup> 당 구급차 수	119 구급차 중 특수구급차의 비율
서울	592(109)	5.88(1.08)	97.77(18.00)	44.0
부산	250( 56)	6.73(1.51)	32.81( 7.35)	45.1
대구	194( 40)	7.65(1.58)	21.91( 4.52)	71.1
인천	200( 47)	7.82(1.84)	20.41( 4.80)	39.0
광주	100( 27)	7.15(1.93)	19.94( 5.38)	100.0
대전	146( 26)	10.28(1.83)	27.05( 4.82)	76.9
울산	90( 23)	8.60(2.20)	8.52( 2.18)	60.0
경기	1029(170)	10.95(1.81)	10.15( 1.68)	55.1
강원	302(103)	19.88(6.78)	1.82( 0.62)	60.0
충북	208( 73)	13.83(4.85)	2.80( 0.98)	77.6
충남	303( 91)	16.03(4.81)	3.52( 1.06)	90.1
전북	279( 72)	14.51(3.74)	3.47( 0.89)	47.2
전남	242( 81)	11.97(4.01)	2.02( 0.68)	64.6
경북	347(101)	12.50(3.64)	1.82( 0.53)	66.3
경남	295( 97)	9.67(3.18)	2.81( 0.92)	38.1
제주	50( 30)	9.47(5.68)	2.71( 1.62)	71.4

주: ( ) 안은 119 구급대 구급차 수  
 자료: 보건복지부, 『보건복지통계연보』, 2002, 재구성

구급차 총 수뿐만 아니라, 구급차의 종류별로도 지역간에 차이가 있다. 응급 의료에 관한 법률에서는 위급의 정도가 중한 응급환자의 이송에 적합하도록 제작된 구급차를 특수구급차로, 위급의 정도가 중하지 아니한 응급환자의 이송에 주로 사용되는 구급차를 일반구급차로 구분하였다. 전국의 119 구급대는 664대의 특수구급차를 보유하고 있으며, 이는 전체의 약 60%를 차지한다. 이를 지역 별로 살펴보면, 경남지역의 경우 전체 119 구급차의 38.1%가 특수구급차인 것으로 나타나서 특수구급차 보유율이 가장 낮았다. 반면 광주는 22대 119 구급

차가 전수가 특수구급차이어서 대조를 이루었다. 서울, 부산, 인천, 경기, 전북, 경남 지역의 특수구급차 비율이 50%내외로 다른 지역에 비하여 상대적으로 낮았다.

이용자 수와 구급차 분포의 지역간 차이를 연결시켜 살펴보면, 2002년 현재 총 982,550명의 환자가 이송되어 인구 천명당 약 20.3명 119 구급차를 이용한 것으로 보고되었다. 지역별로는 제주도가 인구 천명당 119 구급차 이용자수는 34명으로 가장 많았으며, 강원, 충남의 순이었다. 119 구급차 1대당 이송환자수는 서울, 부산, 광주, 대전, 경기는 1,000명이 넘는 수준인 반면, 강원, 충북은 500명 미만으로 대조를 이루었다.

〈표 5-6〉 지역별 119 구급차 이용현황

(단위: 명)

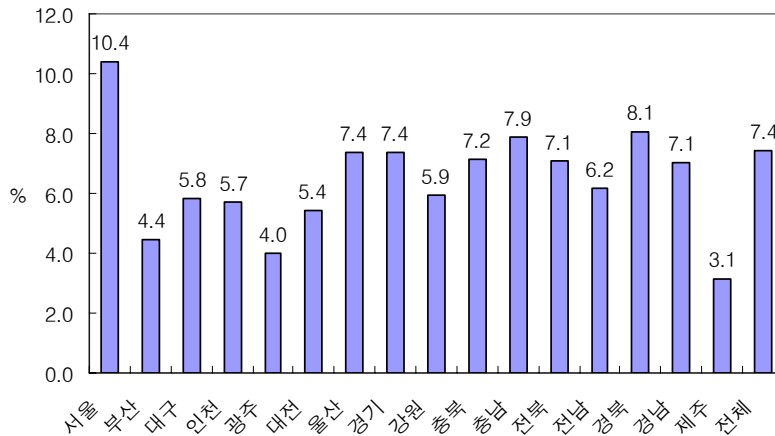
구분	이송 환자수	인구1천명당 구급차이용자	구급차 1대당 이송환자수
전 체	982,550	20.3	857.4
서울	204,376	19.8	1,875.0
부산	71,625	18.9	1,279.0
대구	39,585	15.6	989.6
인천	50,596	19.6	1,076.5
광주	27,121	19.6	1,004.5
대전	31,615	22.4	1216.0
울산	15,107	14.3	656.8
경기	180,741	18.8	1,063.2
강원	46,187	29.7	448.4
충북	35,646	23.7	488.3
충남	50,760	26.3	557.8
전북	41,859	20.8	581.4
전남	41,388	19.7	511.0
경북	58,183	20.8	576.1
경남	69,152	22.1	712.9
제주	18,609	34.0	620.3

자료: 행정자치부, 『소방행정자료 및 통계』, 2003, 재구성

응급의료서비스에서의 신속한 이송은 응급환자의 예후를 위해서 반드시 확보되어야 하는 중요한 요소이다. 그런데, 현재 우리나라의 이송서비스에는 크게 두 가지 문제가 있다. 첫째는 빠른 시간내에 구급차가 응급환자 발생현장에 도착하지 못하며, 둘째는 구급차가 병원까지 신속하게 이동하지 못한다는 점이다.

2002년 1년 동안 119 구급대에 신고된 총 1,290,232건 중에서 7.4%는 119 구급차가 빠른 시간내에 응급환자 발생 현장에 도착하지 못하여 119 구급차가 아닌 다른 차량을 이용하여 이송되었다. 이러한 타차량 이용으로 인한 미이송 비율은 지역별로 차이가 있었는데, [그림 5-2]와 같다. 서울의 경우 전체 신고건수의 10.4%가 타차량을 이용하여 미이송한 것으로 나타나 가장 높았으며, 경북, 충남, 경기, 울산의 순이었다. 이러한 결과는 이송서비스에 대한 미충족 수요가 있다는 것을 반영하는 것이다.

[그림 5-2] 타차량 이송으로 인한 미이송률, 2002



자료: 행정자치부, 『소방행정자료 및 통계』, 2003

119 구급차의 이송소요 시간별 이송건수의 분포를 보면, 전체 이송건수의 29.7%가 10분 이내에 이송된 것으로 나타났으나, 이송소요 시간이 61분 이상인 경우도 7.2%나 되었다. 이송시간은 환자의 생존율에 크게 영향을 주기 때문에

빠른 시간내에 이송하는 것은 매우 중요하며 이에 따라 외국에서는 중환자의 경우 환자 발생 신고로부터 도시 지역에서는 5분 이내, 시외 지역에서는 10분 이내에 전문진료팀과 장비가 환자가 있는 장소까지 도착하도록 시스템을 구축하였다(이한식 외, 1997). 우리나라의 이송서비스 수준은 외국에 비하여 크게 뒤떨어지고 있는 실정이므로 이에 대한 대책 마련이 시급하다. 또한 이러한 이송소요 시간별 분포의 지역별 차이를 살펴보면, 서울의 경우 전체 이송건수의 2.2%만이 10분 이내에 병원까지 이송한 것으로 나타났으며, 61분 이상 소요된 경우도 15.9%나 되었다. 반면 대구 지역의 경우 전체 이송건수의 약 80%가 이송소요 시간이 10분 이내로 이송소요 시간이 지역별 차이가 큰 것으로 나타났으므로 이에 대한 개선책의 마련이 필요하다.

〈표 5-7〉 119 구급차의 이송소요 시간별 이송건수의 분포, 2002

(단위: %)

구분	10분이내	11~20분	21~30분	31~60분	61분 이상
전 체	29.7	25.2	17.9	20.0	7.2
서울	2.2	20.4	26.5	34.9	15.9
부산	20.2	34.1	22.1	19.1	4.5
대구	77.9	17.0	3.7	1.2	0.1
인천	31.8	37.4	20.2	9.5	1.2
광주	14.1	49.5	23.4	11.0	2.0
대전	62.1	26.7	7.4	3.1	0.7
울산	27.0	38.6	19.5	12.1	2.7
경기	65.7	21.0	6.9	5.2	1.2
강원	23.2	27.6	19.1	19.9	10.2
충북	20.9	27.4	23.3	24.1	4.3
충남	29.0	24.0	14.8	21.3	10.9
전북	7.7	31.0	25.8	29.2	6.3
전남	8.2	28.2	23.3	31.5	8.7
경북	24.8	28.5	20.9	21.1	4.7
경남	30.3	14.2	14.4	28.0	13.1
제주	23.3	26.0	15.8	28.7	6.2

자료: 행정자치부, 『소방행정자료 및 통계』, 2003, 재구성

현재 우리나라에서는 다양한 이송서비스 제공 주체를 인정하고 있다. 즉, 이송 서비스를 민간과 공공 부문에서 모두 제공하도록 하고 있다. 의료기관에서 운영하는 구급차가 전체의 53.8%로 가장 많았으며, 119 구급대의 구급차가 28.9%, 이송업소 및 단체의 구급차가 9.0%의 순이었다. 전체 구급차 중 119구급대가 운영하는 구급차의 비율은 다소 증가하고 있으며, 응급의료기관 및 보건소 등에서 운영하는 구급차의 비율은 감소하였다. 그러나 2001년 현재 국가기관 및 자치단체의 구급차는 전체의 40% 미만을 차지하고 있어서 민간 부문이 공공 부문에 비하여 많은 서비스를 제공하고 있는 것으로 나타났다. 그런데, 공공 부문의 서비스 기관 및 주체는 행정자치부 소관의 소방국 및 각 시·도의 소방본부에서 담당하고 있으므로 세부 사항에 대한 자료를 입수할 수 있으나, 민간 부문의 경우 가용한 자료가 거의 없었다. 또한 민간과 공공간의 업무분담 및 연계에 대한 명확한 규정이 없는 실정이므로 이에 대한 개선이 요구된다.

〈표 5-8〉 구급차 현황

(단위: 대, %)

구분		1997	1999	2001
국가기관/ 자치단체	119구급대	890( 25.6)	1,041( 27.0)	1,416( 28.9)
	보건소 등	402( 11.6)	387( 10.0)	330( 6.7)
의료기관	응급의료기관	688( 19.0)	684( 17.7)	736( 15.0)
	기타	1,267( 36.5)	1,517( 39.3)	1,900( 38.8)
이송업소 및 단체		197( 5.7)	184( 4.8)	442( 9.0)
기타		31( 1.6)	48( 1.2)	73( 1.5)
계		3,475(100.0)	3,861(100.0)	4,897(100.0)

자료: 보건복지부, 『보건복지통계연보』, 2002.

#### 나. 응급처치 서비스 제공 전문 인력

병원전 서비스에는 응급환자를 단순히 병원이 이송하는 것뿐만 아니라, 적절한 응급처치의 제공을 포함한다. 본 절에서는 병원에 도달하기 이전에 응급서비스를 담당하는 인력의 양적, 질적 수준을 분석함으로써 병원 전단계의 서비

스의 양 및 질적인 수준을 평가하였다.

우리나라의 현재 병원전 응급의료서비스 수준은 충분한 질이 담보되지 않는 것으로 보고되고 있다. 한 도시의 119 구급대원을 대상으로 조사한 결과, 응급 환자 유형별 병원전 환자 분류 판단의 타당도가 떨어지며, 필요한 처치를 하지 않았거나, 처치를 하였지만 방법이 적절치 못한 것으로 나타났다(김선민 외, 1999). 이러한 결과는 병원전 응급의료서비스 인력의 미흡한 질적 수준이 그 근본적인 원인이다. 병원전 응급의료서비스를 제공하는 주요 인력인 응급구조사의 경우, 현재 응급의료에 관한 법률에서 2급 응급구조사가 1급 응급구조사로 승급할 때는 전문응급처치에 필요한 교육과정을 전혀 거치지 않고 단지 2급 응급구조사로서 응급구조사 업무에 3년 이상 종사한 자로 한정하고 있다. 따라서 2급 응급구조사가 1급으로 승급하였을 경우, 전문적인 응급처치에 대한 지식 및 기술 측면에서 미흡할 것으로 판단되므로 이러한 법 조항을 검토하여 합리적으로 개정하는 방안이 필요하다. 또한 1급 응급구조사를 양성하는 기관에 있어서도 실습과정 중 실습생의 신분보장 제도가 없으며, 전문 실습지도강사 제도가 없어 전문적인 실습이 이루어지지 못하고, 응급의학과 의사의 참여가 저조하여 이론과 실습의 연계가 부족하다는 문제점이 있다.

다음으로 전문 자격을 갖춘 인력은 2002년 12월 현재 119 구급대는 고속도로 구급대 164명을 포함하여 1,107개대 4,559명의 구급대원이 있으며, 이들은 자격에 따라 응급구조사(2,218명), 간호사 및 조무사(222명), 구급교육 이수자(25)(2,119명)로 구분할 수 있으며, 응급구조사 및 간호사는 전체의 53%이었다. 응급의료에 관한 법률에는 구급차에 간호사 및 응급구조사 1인을 포함한 2인 이상이 탑승하도록 규정되어 있는데 이러한 규정을 감안한다면 2002년 현재 119 구급차량이 1,107대이므로 1대당 2.2명의 응급구조사 및 간호사가 탑승하게 된다. 그런데, 2교대시 필요인원은 2명이며, 3교대시 3명이므로 구급대원이 2교대 근무를 한다면 필요한 인원만큼 확보되어 있다.

25) 현재 구급대 업무를 수행하고 있으나, 응급구조사 및 간호사 등의 자격이 없는 대원들을 대상으로 행정자치부령으로 소방학교에서 실시한 응급구조에 대한 교육을 이수한 자를 말한다.

그러나 이 중 응급구조사 및 간호사 등의 전문적 자격 미소지 인력이 전체의 46%에 달하므로 이들의 질적 향상을 위한 대책이 필요하다. 또한 3교대시에는 인력이 부족하므로 응급구조사 및 간호사 등 자격 소지자의 충원책이 검토되어야 할 것으로 판단된다. 또한 지역별로 서울은 구급차 1대당 응급구조사 및 간호사 4.11명이 탑승할 수 있으나, 강원, 충북, 충남, 전북, 전남, 경북, 경남 지역 의 경우 2명 미만이어서 지방에서의 인력이 충원이 필요하다.

〈표 5-9〉 119 구급대 구급차수 및 인력 현황, 2002

지역	구급차수(대)	응급구조사 및 간호사수(명)	구급차 1대당 탑승 인원(명)
전체	1,107	2,440	2.20
서울	109	448	4.11
부산	51	129	2.53
대구	45	124	2.76
인천	41	119	2.90
광주	22	59	2.68
대전	26	85	3.27
울산	20	42	2.10
경기	158	349	2.21
강원	100	199	1.99
충북	76	75	0.99
충남	91	140	1.54
전북	72	135	1.88
전남	79	141	1.78
경북	98	165	1.68
경남	97	145	1.49
제주	21	55	2.62

자료: 행정자치부, 『소방행정자료 및 통계』, 2003에서 재구성

### 3. 병원서비스단계의 문제점

#### 가. 병원에서의 치료서비스 제공 소요 시간

앞 절에서 현재 우리나라에서 응급환자 발생에서 응급의료기관 도착까지 시간적인 지체가 많다는 것을 지적하였다. 병원서비스에서도 이와 같은 문제점이



존재한다. 2001년 국민건강·영양조사의 결과에 의하면, 2주간 발생한 대형 사고중독의 경우, 응급치료를 받기까지 소요된 시간은 평균 1시간 54분으로서 1시간 이상 소요된 경우가 전체의 35.8%를 차지하였다. 응급치료를 받기까지 소요된 시간은 동지역에서 읍면지역 보다 길게 나타났다.

〈표 5-10〉 2주간 대형사고중독의 응급치료 소요시간: 지역별

(단위: %)

구분	계	10분 이내	10~29분	30분~59분	1시간 이상	(평균)
전국	100.0	7.47	27.45	29.29	35.79	(114 분)
동	100.0	5.56	23.41	28.76	42.27	(124 분)
읍면	100.0	12.13	37.36	30.59	19.93	( 88 분)

자료: 한국보건사회연구원, 『2001년도 국민건강·영양조사』, 2002

2주간 대형사고 중독 경험자의 58%가 응급치료를 받기까지 시간이 지연되었다고 응답하였으며, 그 사유로는 읍면지역의 경우 동지역에 비해 교통편과 도읍자 부재가 많았고, 동지역은 응급의료장비의 문제와 대기환자수가 많았다.

〈표 5-11〉 2주간 대형사고중독의 응급치료 소요시간 적절여부 및 지연사유

(단위: %)

구분	계	적절여부		지연 이유					
		적절	지연	의료기관 소재지	응급약품 및 장비	교통편	도움자	대기 환자수	기타
전국	100.0	42.18	57.82	23.57	16.30	18.22	6.71	6.40	28.80
동	100.0	40.14	59.86	21.57	23.61	10.72	-	9.28	34.82
읍면	100.0	46.25	53.75	28.04	-	34.91	21.63	-	15.42

자료: 한국보건사회연구원, 『2001년도 국민건강·영양조사』, 2002.

동지역에서는 병원 응급실이 환자들로 붐비기 때문에 치료가 지연된다는 것이다. 이러한 응급실 환자 적체현상은 주로 경한 환자들로 인한 것이다. 보건복지부에서는 응급 증상에 해당하지 않는 환자들이 응급실을 이용할 경우 응급의료관리를 부과하여 이를 해소해 보고자 하였다.

#### 나. 서비스 제공 기관 수의 지역적 불균형 및 과다

2003년 5월 현재 전체 응급의료기관은 406개로서, 권역응급의료센터가 15개, 지역응급의료센터가 106개, 지역응급의료기관이 285개이다. 지역별로는 서울, 경기를 제외하고 전남지역에 40개소, 경남지역에 38개소의 응급의료기관이 있는 것으로 나타나 다른 지역에 비하여 많았다. 그런데, 응급의료센터의 분포를 살펴보면, 인천, 울산, 충남의 경우 각 지역소재지에 응급의료센터가 2, 3개소에 불과하여 서울, 경기, 전남에 비하여 매우 적어서 지역적 편차가 큰 것으로 나타났다.

권역응급의료센터와 지역응급의료센터가 담당하는 인구는 393,716명, 전체 응급의료기관이 담당하는 인구는 117,339명이다. 서울은 전체 응급의료기관이 약 20만명의 인구를 담당하고 있어 그 인구가 가장 많았으며, 대전, 경기의 순이었다. 서울, 부산, 대구, 인천, 대전, 경기, 제주는 그 지역 소재 응급의료기관당 10만명 이상의 인구를 담당하는 것으로 나타났다.

응급의료센터 1개소당 인구는 인천의 경우 100만명이 넘는 것으로 나타나 약 20만명 내외인 전남, 제주, 광주 지역과 대조를 이루었다. 그런데, 선진국의 경우 인구 100만~150만당 1개의 응급센터가 설치되는 것이 적절한 것으로 간주하고 있으며(이평수 외, 2002), 우리나라 응급의료에 관한 법률 시행규칙<sup>26)</sup>에도 특별시 및 광역시에는 인구 100만명당 1개소, 도에는 인구 50만명당 1개소의 지역응급의료센터를 설치하도록 하였다. 이러한 사실을 감안하면, 인천, 충남을 제외하고는 응급센터가 지나치게 많은 것을 알 수 있다. 즉, 응급의료 서비스를 제공하는 병원의 양적 분포는 지역적 편차가 심하고, 일부 지역에서는 수요보다 과다하게 분포하고 있었다. 따라서 이러한 지역에서는 응급환자 유치의 유

26) 시·도지사는 법 제30조의 규정에 따라 지역응급의료센터를 지정하고자 하는 경우에는 주민의 접근시간을 고려하여 적절한 분포가 이루어지도록 다음 각호의 기준에 따라 지정하여야 한다. 다만, 주민의 생활권, 의료자원의 분포 등 불가피한 사유로 인하여 기준을 초과하여 지역응급의료센터를 지정할 필요가 있는 경우에는 법 제3조의3제1항의 규정에 의한 지역응급의료위원회의 심의를 거쳐 이를 지정할 수 있다.

1. 특별시 및 광역시: 인구 100만명당 1개소

2. 도: 인구 50만명당 1개소(응급의료에 관한 법률 시행규칙 제 17조)

인이 제공될 수 있는 가능성이 있다고 할 수 있다. 또한 도시가 아닌 농촌 지역의 경우 응급의료기관의 수는 많을 수 있지만, 이러한 기관들이 인력, 시설 및 장비를 충분히 확보하고 있는지에 대한 상세한 파악이 필요하다.

〈표 5-12〉 응급의료기관 현황, 2003년 5월

(단위: 개, 명)

지역	권역센터	지역센터	지역기관	계	센터당 인구 <sup>1)</sup>	전체 응급의료기관당 인구 <sup>1)</sup>
서울	1	33	17	51(34)	295,351	196,901
부산	1	6	23	30( 7)	528,712	123,366
대구	1	4	13	18( 5)	508,306	141,196
인천	1	1	15	17( 2)	1,293,468	152,173
광주	1	5	16	22( 6)	235,609	64,257
대전	1	4	3	8( 5)	288,259	180,162
울산 <sup>2)</sup>	1	2	8	11( 3)	352,141	96,038
경기	2	15	37	54(17)	565,976	178,178
강원	2	2	20	24( 4)	380,397	63,399
충북	0	4	12	16( 4)	378,016	94,504
충남	0	2	17	19( 2)	949,721	99,971
전북	1	5	17	23( 6)	319,667	83,391
전남	1	9	30	40(10)	200,850	50,212
경북	1	7	22	30( 8)	347,292	92,611
경남	1	3	34	38( 4)	766,531	80,687
제주	0	4	1	5( 4)	132,804	106,243

주: ( )안은 응급의료센터 소계,

1) 인구는 2002년 기준

2) 보건복지부에서는 2003년 권역응급의료센터 평가 실시 결과 지정을 취소한다고 밝혔음.

자료: 중앙응급의료센터 내부자료

#### 다. 응급실의 시설

2002년 12월 현재 응급실의 병실은 951개, 병상은 8,034개이다(표 5-13 참조). 이러한 시설의 전체적인 숫자는 응급의료에 관한 법률<sup>27)</sup>에 규정된 각 응급의

료기관별 병상 확보 기준에 비추어 부족한 규모는 아니다. 그러나, 2003년 권역 응급의료센터 평가 결과에 의하면, 응급환자 전용 입원실과 중환자실 확보율은 낮았는데, 15개센터 중 입원실을 확보한 곳은 6개소, 중환자실을 확보한 센터는 3개소에 불과하였다. 또한 응급환자 전용 대수술실을 확보한 권역센터는 8개소에 불과하며, 실제로 응급환자 전용으로 사용되지 못하고 있는 실정이다.

〈표 5-13〉 의료기관종별 응급실 병실 및 병상수, 2002

(단위: 실, 개)

	종합전문	종합병원	병원	요양병원	의원	병원화보건소
병실	49	258	310	5	327	2
병상	1,315	3,905	2,258	21	527	8

자료 : 심사평가원 내부자료, 2003.

인구 10만명당 응급실의 병실 수는 광주 5.1개, 강원 3.6개, 전북 3.9개인데 반하며, 서울은 1개 미만이었다. 또한 병상 수의 경우 인구 10만명당 광주 39.2개, 전남 36.2개, 제주 29.6개, 전북 28.7개이었으며, 서울은 10병상미만이다. 전남, 제주, 광주의 경우 응급의료기관의 수가 인구에 비하여 많았기 때문에 인구 10만명당 병상수는 다른 지역에 비하여 상대적으로 많다. 그런데, 서울의 경우, 응급의료센터 1개소당 인구가 30만명 미만임에도 불구하고 10만명당 병상수는 1개 미만으로 전국에서 가장 낮은 병상 확보율을 보이고 있다. 이것은 기본적으로 병상수조차 법적 기준에 맞게 보유하지 못하는 응급의료기관이 많다는 것을 뜻한다. 이와 같은 기관이 양질의 응급의료 서비스를 제공할 수 있다고 기대하기 어려우므로 이에 대한 개선 방안 마련이 시급하다.

27) 응급의료에 관한 법률 시행규칙 제 13, 17, 18조 의하면, 권역별 응급의료센터의 경우 응급진료를 위한 30병상, 중환자실 20병상, 입원실 30병상을 확보하여야 한다고 규정하고 있으며, 지역응급의료센터와 지역응급의료기관은 응급진료를 위한 병상을 각각 20, 10병상 확보하여야 한다고 명시하였다.

〈표 5-14〉 지역별 인구수별 응급실 병실 및 병상수, 2002

(단위 : 실, 개, %)

지역	병실	병상	병상수 점유율
서울	139(0.9)	1,395( 9.5)	17.4
부산	83(2.6)	630(19.6)	7.8
대구	52(2.3)	338(15.1)	4.2
인천	45(2.1)	435(19.8)	5.4
광주	56(5.1)	430(39.2)	5.4
대전	21(1.6)	263(20.0)	3.3
울산	17(1.9)	191(21.1)	2.4
경기	168(2.2)	1,207(15.6)	15.0
강원	47(3.6)	292(22.4)	3.6
충북	31(2.5)	262(21.2)	3.3
충남	29(1.9)	235(15.2)	2.9
전북	62(3.9)	455(28.7)	5.7
전남	60(3.5)	626(36.9)	7.8
경북	66(2.8)	514(21.6)	6.4
경남	67(2.5)	623(22.8)	7.8
제주	8(1.7)	138(29.6)	1.7

주: 괄호안은 인구 10만명당 시설 현황  
 자료: 심사평가원 내부자료

### 라. 전문인력

병원서비스 단계에서의 가장 큰 문제점은 인력의 부족이다. 즉, 응급의학 전문의의 수가 절대적으로 부족하기 때문에 각 기관에서는 최소한의 필요 응급의학 전문의를 확보하지 못하고 있는 실정이다. 이러한 응급의학 전문의의 부족이 병원단계에서의 응급의료서비스의 질적 저하를 초래한다는 것은 명약관화한 일이다. 보건복지부에서는 2003년 전문간호사 양성 교육 기관을 지정하면서 응급전문간호사 교육 기관을 지정하였다. 4년제 간호대학 교육을 마친 후 2년 동안 응급실 간호에 대한 교육을 별도로 이수할 경우 응급전문간호사 자격을 취득하게 된다. 그러나, 응급전문간호사가 배출되기까지는 시간이 소요되며 간호

사의 업무 범위와 의사의 업무 범위는 구분되기 때문에 응급의학 전문의의 부족은 심각한 문제이다.

2003년 권역응급센터 평가 결과에 의하면, 응급의학 전문의 정원<sup>28)</sup>을 확보한 병원은 15개소 중 7개소에 불과하다. 특히 대학병원이 아닌 권역센터의 경우 응급의학 전문의의 부족 현상은 더욱 심하다. 또한 전문의 1인 이상이 24시간 교대 근무가 가능한 권역센터도 5개소에 불과하다. 그러나, 간호사, 응급구조사 및 기타 인력<sup>29)</sup>의 경우 대부분 기준을 충족하는 것으로 나타났다.

권역응급센터 이외의 기관에서는, 전체 응급의료기관의 49.2%가 전담 전문의를 배치하지 않았으며, 지역센터의 경우 법적기준인 2인 이상을 충족하는 비율은 47.0% 수준이었다(이신호 외, 2002). 또한 전담전문의를 제외한 응급의학전공의, 타과 전공의, 인턴, 일반의 등 상근의사를 6인 이상 배치한 지역센터는 38.2%에 불과하였다. 이러한 결과는 응급의료기관 유형에 상관없이 응급의학 전문의를 기준으로 확보하고 있는 기관은 적다는 것을 보여주는 것이라 할 수 있다.

응급의학 전문의 확보에 있어서도 지역적 편차가 있었다. 전국적으로는 응급의학 전문의 1명이 231,260명의 인구를 담당하고 있었는데 이를 지역별로 살펴보면, 충북, 제주, 대구의 경우 응급의학 전문의 1인이 50만명 이상의 인구를 진료하는 것으로 나타났으며, 부산, 광주, 울산, 전남, 경북, 경남의 경우 20만명 미만이다.

28) 응급의료에 관한 법률 시행규칙 제 13조에 의하면, 권역응급의료센터의 응급의학 전문의 기준은 전년도 연간 내원환자수에 따라 규정되는데, 전년도 연간 내원환자수 30,000명 이상인 경우 응급의학전문의 4인 이상을 포함한 응급실 전담 전문의 6인 이상, 20,000~29,999명인 경우 응급의학전문의 3인 이상을 포함한 응급실 전담 전문의 5인 이상, 10,000~19,999명인 경우 응급의학전문의 2인 이상을 포함한 응급실 전담 전문의 4인 이상이다.

29) 응급의료에 관한 법률 시행규칙 제 13조에 의하면, 권역응급의료센터의 간호사 기준은 15인 이상이며, 응급구조사는 구급차 1대당 2인 이상이다.

〈표 5-15〉 지역별 응급의학 전문의 수, 2002

(단위: 명, %)

지역	응급의학전문의	전체 활동전문의 중 비율	응급의학 전문의 1인당 인구
서울	50	0.41	200,839
부산	27	0.69	137,073
대구	5	0.25	508,306
인천	6	0.24	431,156
광주	10	0.62	141,366
대전	6	0.38	240,216
울산	7	0.94	150,918
경기	29	0.30	331,779
강원	6	0.48	253,598
충북	2	0.16	756,031
충남	5	0.36	379,888
전북	4	0.23	475,900
전남	14	0.98	143,464
경북	18	0.97	154,352
경남	16	0.71	191,633
제주	1	0.19	531,215

자료: 심사평가원 내부자료

#### 4. 응급의료정보서비스

현재 우리나라에서는 1339 응급의료정보센터가 119 구급대와 국민에게 전화를 통하여 응급환자의 안내·상담 및 지도, 응급처치의 지도 및 이송병원의 안내, 응급의료에 관한 각종 정보의 관리 및 제공의 업무를 수행하고 있다. 1339 응급의료정보센터는 기존의 129 응급환자정보센터의 기능 중 병원안내, 응급처치 및 질병상담 등만을 전담하게 되었으며, 응급환자 신고 및 이송 기능은 119 구급대로 일원화되었다. 잘 갖추어진 응급의료 통신체계는 응급의료체계가 원활히 작동하게 하는 기능을 하므로 매우 중요하다(Softic, 2000). 따라서 1339 응급의료정보센터는 우리나라 응급의료체계의 주요 근간을 이루고 있다고 할 수

있다. 그러나, 현재 우리나라의 응급의료정보서비스에는 다음과 같은 문제점이 있다.

#### 가. 병원전 처치서비스와의 원활한 연계부족

응급의료정보서비스는 병원전 처치 서비스와 두 가지 측면에서 연계가 필요하다. 첫 번째는 병원에 도착하기 전까지 환자에게 최적의 응급처치를 제공하도록 돕는 것이며, 둘째는 빠른 이송을 돕는 것이다. 현재 우리나라의 응급의료정보서비스는 이 두 가지 측면에서 문제점을 가지고 있다.

1339에 접수된 건수 중에서는 병원안내가 과반수를 차지하여 가장 많았으며, 이에 반하여 구급차 출동연결, 질병상담, 응급처치상담은 상대적으로 적었다. 1999년과 2000년에는 1339 응급의료정보센터에서 응급처치에 대한 상담은 전혀 이루어지지 않은 것으로 보고되었다. 그런데, 응급환자가 병원 도착 전 단계에서 적절한 의료서비스를 제공받을 수 있도록 전문적인 교육을 받은 전화상담원의 역할이 중요하다. 우리나라에서는 소방대원, 응급구조사, 공중보건 의사가 주로 이 역할을 대신하고 있으나, 전화상담원을 위한 적절한 교육 프로그램은 없으며, 정식 자격이나 지시행동지침서도 없이 근무하고 있는 실정이다(이관과 임현술, 2003). 따라서 이에 대한 개선방안이 요구된다.

응급의료에 관한 법률 시행령에는 응급의료정보센터의 장이 응급의료기관의 장과 구급차등을 운용하는 자에게 중환자실 및 응급실의 인력·규모·시설·의료기구 및 장비, 구급차의 편성·장비 및 운영인력, 응급실 근무자, 당직응급의료종사자, 응급실의 사용가능 병상수, 그 밖에 응급의료와 관련된 주요의료시설 및 의료장비 등에 대하여 정보센터의 장이 필요에 의하여 요구하는 사항을 요청할 수 있도록 하였다. 그러나, 병원내 OCS가 가동되지 않는 소규모 응급의료기관의 경우 이러한 정보의 파악이 어려워져 현재 전 응급의료기관의 정보가 실시간으로 입력되고 있지 않은 실정이다.



나. 낮은 인식도 및 저조한 이용률

우리나라는 119 구급대의 경우 많은 국민이 인지하고 적극 이용하고 있는데 반하여, 1339 응급의료정보센터에 대한 인식도와 이용은 극히 저조한 실정이다. 1339 응급의료정보센터 이용실태에 관한 최근 연구(김재광 외, 2000)에서는 조사 대상 의료진의 46%, 구급대원의 15%, 일반인의 59%가 1339 응급의료정보센터를 전혀 인지하지 못하는 것으로 조사되어, 일반인뿐만 아니라 의료인의 인식도도 낮은 것으로 보고되었다.

1339 응급의료정보센터가 본격적으로 가동되기 시작한 1999년에 비하여 2000, 2001년도에 접수건수는 크게 증가하였다. 그러나, 2002년 1년 동안 119 구급대의 신고건수는 1,290,232건인 것에 반하여, 2001년 1339 응급의료정보센터의 접수건수는 924,165건으로 119 구급대보다 이용률이 낮은 것으로 나타났다(표 5-16 참조).

〈표 5-16〉 1339 응급의료정보센터 접수건수

(단위: 건, %)

	1999	2000	2001
질병상담	21,905( 7.19)	65,169( 6.60)	97,756( 10.58)
병원안내	202,688( 66.56)	802,097( 81.22)	538,169( 58.23)
구급차출동연결	113( 0.04)	336( 0.03)	1,563( 0.17)
응급의료병원	10	4	11
119구급대	73	201	517
응급환자이송단	1	84	888
112 순찰대	13	34	102
기타	16	13	45
응급처치상담	-	-	88,621( 9.59)
기타	81,801( 26.86)	119,987( 12.15)	198,056( 21.43)
계	304,498(100.00)	987,587(100.00)	924,165(100.00)

주: 1339 응급의료정보센터는 1998년 7월부터 운영되었기 때문에, 1999년 자료부터 제시함.  
 자료: 보건복지부, 『보건복지통계연보』, 2002

또한 1339 응급의료정보센터를 인지하고 있는 의료진에서는 이용한 경우가 한 예도 없었다고 전술한 연구의 결과에서 보고하였다. 1339 응급의료정보센터에 대한 인식도와 이용률은 낮지만, 센터를 이용한 구급대원 중 57%가 이용 후 만족하였다고 응답하였으며, 84%가 1339 응급의료정보센터의 필요성을 느낀다고 하였다. 이러한 연구 결과는 1339 응급의료정보센터에 대한 홍보가 필요함을 시사한다.

### 제 3 절 응급의료서비스의 개선방안

#### 1. 기본방향

전술한 바와 같은 현재 응급의료서비스 체계의 문제점을 개선하기 위한 방안을 제시하기 전에 향후 응급의료서비스에 대한 수요가 어떻게 변화할 것인지 간략하게나마 살펴보았다.

#### 가. 응급의료서비스 수요 전망

응급의료서비스 수요는 크게 질환과 손상으로 인하여 발생한다고 할 수 있다. 따라서 이러한 원인으로 병원전 처치서비스, 병원 처치서비스, 응급의료정보서비스를 이용하는 수요를 분석하여야 한다. 그러나 가용한 자료의 부족으로 다음과 같이 대략적으로 살펴보았다.

병원전 처치서비스의 수요는 119 구급차의 자료를 이용하여 검토하였다. 2001년에 비하여 2002년도 119 구급차 이송인원은 0.3%가량 감소하였다(행정자치부, 2003). 이를 연령별로 살펴보면, 30세 이하 연령층에서는 이송인원이 감소하였으나, 그 이상 연령에서는 증가하였으며, 특히 61세 이상 노년층에서의 증가폭이 컸다. 또한 119 구급차 이송인원을 환자 유형별로 살펴보면, 질병으로 인한 이송은 증가한 반면, 사고 및 중독으로 인한 이송은 감소하였다.

병원 처치서비스의 수요는 손상에 대해서만 검토하였다. 전체 손상환자 발생

건수는 1999년 739만 7천건, 2000년 761만 1천건, 2001년 850만 4천건으로 2001년에 급격하게 증가하였다. 이 중 입원환자의 발생건수는 2001년 943,617건, 외래환자는 7,531,476건으로 2000년에 비하여 외래환자가 급격하게 증가하였음을 알 수 있다(표 5-17 참조).

〈표 5-17〉 손상으로 인한 입원환자 및 외래환자 발생건수, 발생률 (단위: 건)

구분		입원환자 발생건수	외래환자 발생건수	입원환자 발생률	외래환자 발생률
1999년	0~4세	27,808	651,784	0.84	19.77
	5~14세	55,793	994,519	0.84	14.90
	15~44세	485,266	3,172,874	1.92	12.56
	45~59세	152,426	1,043,802	2.14	14.63
	60세 이상	101,285	681,303	2.04	13.73
	계	822,578	6,544,282	1.74	13.83
2000년	0~4세	27,510	636,885	0.85	19.73
	5~14세	56,757	985,181	0.84	14.64
	15~44세	570,838	3,188,546	2.27	12.69
	45~59세	185,453	1,101,949	2.48	14.75
	60세 이상	114,811	714,612	2.22	13.83
	계	955,369	6,627,173	2.00	13.88
2001년	0~4세	25,556	663,618	0.82	21.38
	5~14세	54,834	1,130,248	0.81	16.66
	15~44세	550,316	3,598,446	2.20	14.40
	45~59세	191,461	1,297,759	2.47	16.77
	60세 이상	121,450	841,405	2.24	15.55
	계	943,617	7,531,476	1.96	15.68

자료: 김재용 등, 『손상군의 역학지표를 활용한 질병부담 측정』, 한국보건사회연구원, 2002.

전술한 응급의료서비스의 수요 전망을 종합하면, 인구의 노령화와 만성질환자의 증가는 응급의료서비스 수요의 증가로 이어질 전망이다. 또한 손상환자 발생건수는 급격하게 증가하고 있으며, 특히 외래환자가 증가하는 추세를 보이고 있어 이로 인한 응급의료서비스 수요도 증가할 것으로 전망된다.

#### 나. 응급의료서비스 공급 체계 개선의 기본 방향

응급의료서비스가 필요한 응급환자는 생존 및 예후가 발생 초기의 정확한 응급처치에 의해 영향을 많이 받으며, 비교적 단시간에 일반 외래환자에 비하여 질과 양의 측면에서 고강도의 의료서비스를 필요로 하고, 의료기관이나 의사를 선택할 능력과 시간이 없으므로 자신의 상황 통제력이 거의 없다고 할 수 있다. 따라서 이러한 환자에게 응급의료서비스를 제공할 때는 신속성, 정확성 및 서비스의 질이 담보되어야 한다. 그러나, 현재 우리나라 응급의료서비스 공급 체계에 몇 가지 문제점이 있어 양질의 서비스가 제공되지 못하고 있다는 것은 전술한 바와 같다. 이러한 응급의료서비스 공급 체계 개선에 있어 기본 전제는 서비스의 각 요소가 그 기능을 제대로 수행하여야 한다는 것과, 요소간의 연계가 원활히 이루어져야 한다는 것이다. 세부적으로 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 병원전 처치 서비스를 개선하기 위해서 비용-효과적인 방법으로 구급차를 개량하고 지역간 균형적으로 배치하고, 응급환자의 신속한 이송을 위한 기반을 강화하며, 기존의 소방대 구급대원의 질 향상을 위한 교육프로그램을 개발 및 1급 응급구조사 시험을 강화하고, 이송 및 처치에 대한 국가차원의 표준지침(protocol)을 개발하며, 응급의료지도(medical direction)를 담당하는 전담기구를 마련한다.

둘째, 병원 처치서비스를 개선하기 위해서 응급진료권 분석을 통하여 응급의료기관을 효율적으로 배치하고, 다양한 분야가 참여하는 응급의료기관 평가 담당 기구를 설치하여 평가 결과에 따라 제재 및 인센티브를 제공하며, 권역응급의료센터, 지역응급의료센터, 지역응급의료기관의 전달체계를 수립한다.

셋째, 응급의료정보 서비스를 개선하기 위해서 응급환자정보 전송 시스템을 구축하고, 국민을 대상으로 응급의료에 대한 정보를 제공 및 교육하는 실질적인 프로그램을 개발한다.

넷째, 응급의료는 공공성이 강하므로 국가가 양질의 서비스를 공급할 수 있도록 적절한 재원을 확보하여 적절히 사용하도록 한다.

## 2. 병원전 처치서비스의 개선방안

### 가. 서비스 표준화 및 질 향상

병원전 처치서비스의 질 향상은 인력의 질 향상, 장비 및 시설의 질 향상 등이 동시에 이루어져야 가능한 것이다. 따라서 전문화된 바와 같이 구급차가 개량되고, 구급차에 탑승하는 서비스 제공자의 질이 향상된다면 병원전 처치서비스의 질은 향상된다. 그러나 아직도 어떤 서비스를 어떻게 제공할 것인가의 문제는 해결되지 않는다. 이는 병원전 응급서비스의 질 관리와 연결된다. 대부분의 선진국에서는 의료의 질 향상을 위해서 표준진료지침을 마련하였다. 이러한 개념을 병원전 처치서비스에서 적용하고자 하였다.

미국의 경우 응급구조사가 여러 단계로 구분되어 각기 다른 역할을 수행하고 있다. 이 중 생명에 위협을 주는 모든 질환 및 손상의 응급환자에게 전문적인 응급처치를 시행할 수 있는 고급 응급구조사(EMT-P: paramedic)는 초기에는 의료의 많은 부분을 의사의 직접적인 지시 하에 시행할 수 있었으나, 응급 처치까지의 시간적인 장애를 극복하기 위하여 최근에는 응급의료지침서를 통한 의사의 간접 지시(indirect direction)가 많이 활용되고 있다.

우리나라에서도 병원전 처치 서비스의 질향상을 위해서 다음의 두 가지 방안을 생각해볼 수 있다. 첫째는 이송 및 처치에 대한 국가차원의 표준지침(protocol)을 개발하는 것이다. 즉, 병원전 처치서비스를 제공하는 인력이 준수하여야 하는 지침을 국가차원에서 개발하여 교육 및 보급한다. 이러한 표준지침 개발에는 관련 전문가와 현장의 실무자들의 의견을 수렴하여 개발하고 지속적으로 피드백을 받아 갱신하도록 한다. 둘째는 현재 1339 응급의료정보센터에서 수행하고 있는 ‘이송중인 자에 대한 응급처치의 지도’ 기능을 강화하여 응급의료지도(medical direction)를 담당하는 전담기구를 마련하는 것이다. 응급환자가 많은 것으로 알려져 있는 내과, 정형외과, 소아과, 일반외과, 신경외과, 산부인과<sup>30)</sup> 전문의가 팀을 이루어 응급환자를 이송하는 구급차에서 무선으로 상담을 하는 방안이다.

30) 중앙응급의료센터 내부자료, 2002

#### 나. 신속한 이송을 위한 기반 강화

전술한 바와 같이 구급차가 현장에 늦게 도착하여 구급차가 아닌 다른 차량으로 이송하는 경우가 전체의 7.4%에 달하였다. 구급차가 아닌 다른 차량으로 이송할 경우, 현장에서부터 실시되어야 하는 기도유지, 인공호흡, 심장마사지, 수액공급 등의 긴급 소생술이 시행되지 못하거나, 척추손상이 의심되는 다발성 손상 환자가 등에 업혀서 응급실로 후송되는 경우가 발생한다. 영국의 경우, 구급차서비스센터는 국가에서 관리하는데 NHS의 일부로 운영되고 있다. 대부분의 경우 구급차로 이송하지만, 그 외에도 대도시의 교통체증 상황에서도 사고 발생 지역에 빨리 도착할 수 있는 구급 오토바이와 이에 탑승할 응급구조사 인력이 있다.

우리나라에서도 구급차가 신속하게 환자를 이동할 수 있도록 소방도로를 확보하는 등의 기반시설을 확충하거나, 구급차 외에 추가적으로 다른 이송수단을 모색하는 방안이 강구되어야 한다. 구급차 외에 이송수단을 이용할 경우 이에 적합한 응급처치 인력의 양성을 고려하여야 한다. 또한 응급환자를 이송하는 구급차의 운행을 방해하지 않도록 국민들에게 홍보하거나 벌금을 내도록 하는 제재조치를 시행할 수도 있다.

#### 다. 구급차 개량 및 지역간 균형적 배치

우리나라에서는 응급의료에 관한 법률에서 특수구급차와 일반구급차로 구분하여 탑재하는 응급의료기구의 기준을 달리하고 있다. 그러나, 구급차 구분에 있어 위급의 정도가 중하거나 경하다는 판단의 기준이 명확하지 않다. 또한 현재 위급의 정도가 중한 응급 환자를 이송하는 목적의 특수구급차는 119 구급대가 보유하고 있는 전체 구급차의 약 60%에 불과하였으며, 이러한 구급차의 보유 대수는 지역간에 차이가 심하였다.

선진국에서 구급차의 의미는 단순한 이동수단의 범위를 벗어나 이동집중치료실(mobile intensive care unit)의 개념으로 확대되고 있다. 일본의 경우, 구급차가

인구 4만명당 1대의 비율로 배치되어 있는데, 모든 구급차는 특수 구급차로 교체되고 있다. 이러한 추세를 감안한다면, 우리나라의 구급차는 개량이 필요하다고 판단된다. 그러나, 모든 구급차를 특수구급차로 전환하는 것은 비용-효과적인 방법이라고 단언할 수는 없다.

미국의 경우, 환자 이송체계는 주마다 약간씩 다르나 기본적으로 초급 응급 구조사의 탑승으로 활동하는 일반 구급차와 중급이나 고급 응급구조사가 탑승한 특수 구급차로 나눈다. 이러한 두 형태를 적절히 배치함으로써 좋은 효과를 거두고 있는데 이 두 형태의 구급차가 구분하여 출동하는 2-tier system 과 한 형태의 구급차만 출동하는 1-tier system 또는 두 형태의 복합적인 체계(docking system) 등으로 운영되고 있다. 현재 내과적 질환은 BLS(basic life support) unit 을 중심으로 하는 2-tiered system이, 외상환자의 경우는 처음부터 ALS(advanced life support) unit을 출동시키는 1-tier system을 활용하고 있는데 효과적인 활동이라 분석되고 있다. 하지만 모든 응급 활동을 ALS unit 만으로 진행할 경우에는 최소한 4~5배 이상의 운영경비가 소요되는 것으로 보고되고 있다.

미국의 사례는 우리나라에 시사하는 바가 크다고 생각되는데, 현재 일반 구급차의 응급의료장비 및 기구의 탑재 기준을 기본소생술을 시행할 수 있는 수준으로, 특수구급차의 경우 전문소생술을 시행할 수준으로 강화하는 제도 개선을 우선적으로 시행하여 이에 따라 현재 119 구급대에서 보유하고 있는 구급차의 성능을 개선하는 것이 바람직하다고 판단된다. 또한 일반구급차와 특수구급차의 적정 보유 비율을 산정하여 전국 119 구급대에서 이러한 기준에 맞추도록 한다면, 현재 특수구급차의 보유비율이 현저하게 차이나는 문제를 해결할 수 있을 것이다.

#### 라. 인력의 질 향상 및 지역간 균형적 배치

현재 우리나라 119 구급대에는 병원전 처치서비스를 제공할 수 있는 전문자격 인력이 매우 부족한 실정이다. 따라서 전문적인 자격을 갖춘 인력을 충원하는 것이 시급하다. 그러나, 기존의 인력을 모두 새로운 인력으로 대체하는 것은

불가능하다고 판단되므로 현재 소방서의 구급인력에 대한 교육을 강화하는 방안을 강구하여야 한다. 일본에서는 1963년 개정된 소방법의 구급후송업무에 따라 응급처치에 대한 250시간의 교육 과정을 이수한 소방대원들에 의하여 응급 의료가 시행되었다. 응급처치에 대한 소방대원의 교육과정은 6개월 과정 중 135시간의 구급교육 과정을 이수하는 구급과정 I 과 구급과정 I 을 이수한 후에 구급대원이 되고자하는 사람에게 115시간의 추가적인 교육을 실시하는 구급과정 II로 구분되며, 2개의 과정을 모두 이수해야만 응급업무에 종사할 자격이 부여된다. 우리나라에서도 119 구급대원에게 현재 실시하고 있는 교육 이수 시간을 늘이고, 세분화된 교육 과정을 마련하되 이론 및 실습을 겸한 교육을 통하여 기존 소방대 구급대원들의 질을 향상시키는 것이 바람직하다. 또한 간호사 인력의 경우에는 반드시 병원전 처치에 대한 교육을 이수하도록 법에 명시하여야 한다.

또한 현재 2급 응급구조사가 1급 응급구조사로 승급할 때는 전문응급처치에 필요한 교육과정을 전혀 거치지 않고 단지 2급 응급구조사로서 3년 이상 응급구조사 업무에 종사한 자로 한정하고 있으므로 이러한 규정을 강화하여 이론과 실제를 겸비한 양질의 응급구조사를 양성하여야 한다. 1급 응급구조사의 경우에도 일정기간 후에 지속적으로 재교육을 받도록 하는 프로그램을 수립하여 시행하는 것이 바람직하다. 이러한 재교육 프로그램의 관리를 권역응급의료센터에서 담당하도록 한다면 이론을 익히는 교육에 그치지 않고 실습 및 견학이 가능하므로 효과적인 교육이 될 것으로 판단된다.

전문자격자의 비율이 지역별로 크게 차이가 나고 있는데, 균형적으로 배치될 수 있는 방안을 강구하여야 한다. 인력을 재배치하는 것은 현실적으로 매우 어려운 문제라고 판단되므로 강원, 충북, 충남, 전북, 전남, 경북, 경남 지역 등 유자격 인력이 절대적으로 부족한 지역에 대해서는 적극적인 인원 보강을 위한 지원이 필요하다.



### 3. 병원 처치서비스의 개선방안

#### 가. 응급의료기관의 효율적 배치

현재 권역응급의료센터와 지역응급의료센터가 인구 40만명당 1개소로 선진국의 100만명당 1개소에 비하여 과다하게 배치되어 있다. 그러나, 응급의료기관의 수는 지역별로 편차가 크며, 더욱이 병실 및 병상수 등 시설도 지역별로 차이가 있었다. 특히 2001년 국민건강영양조사에 의하면, 읍·면지역의 경우 응급의료기관에 대한 접근성이 동지역에 비하여 떨어지는 것으로 나타났다. 따라서 응급진료권을 분석하여 응급의료기관 및 병실이나 병상이 수요에 비하여 모자라는 응급진료권의 경우 응급의료센터 건립을 지원하는 방안을 고려할 수 있다. 이러한 방법을 통하여 응급의료기관을 균형적으로 배치할 수 있을 것으로 판단된다.

#### 나. 응급의료기관의 질 관리

전술한 바와 같이 현재 응급의료기관 중에서는 기본적으로 병상수조차 법적 기준에 맞게 보유하지 못하는 응급의료기관이 많다. 이러한 기관이 양질의 응급의료서비스를 제공할 수 없다는 것은 명약관화한 일이다. 응급의료기관으로 지정된 병원에 대해서는 정기적인 평가를 통하여 질 관리를 실시하여야 한다.

보건복지부에서는 권역별 응급의료센터의 평가를 실시하여 지정을 취소한 바 있으며, 2003년 현재 지역응급의료기관의 평가를 계획하여 수행하고 있다. 그러나, 이러한 평가가 인력, 시설, 장비 등의 구조적인 측면에 국한하지 않고 응급의료의 질적 수준까지 포함하여야 한다. 따라서 평가를 담당하는 전문가뿐만 아니라 의료기관을 이용자가 참여하는 평가 담당 기구를 설치하여 다차원적인 평가가 되도록 하여야 한다.

결과 기준에 미달하는 응급의료기관의 경우 지정을 취소하는 등 제재를 가하도록 하고, 양질의 응급의료기관이 경우 재정적으로 지원하는 등 인센티브를 주도록 한다. 응급의료기관에 대한 인센티브의 재원은 응급의료기금을 활용하

여 조성할 수 있을 것으로 판단된다. 또한 중요한 사항은 이러한 평가의 결과를 국민들이 알 수 있도록 해주어야 한다는 것이다.

#### 4. 응급의료정보서비스의 개선방안

##### 가. 응급정보체계 구축

응급의료정보센터가 그 기능을 원활하게 수행하기 위해서 응급환자 정보 전송시스템을 구축한다. 즉, 119 구급차와 응급의료기관의 정보를 직접 실시간으로 연결시킬 수 있는 시스템을 개발하여 설치하는 것이다. 이 때 응급의료기관에서는 각 기관의 정보를 파악하여 입력하여야 한다. 이를 위해서는 추가 인력, 시설 및 장비가 필요하여 비용이 소요되므로 우리나라와 같이 90% 이상이 민간의료기관인 환경에서는 실현이 매우 어렵다. 따라서 이에 대한 재원은 응급의료기금 등의 예산으로 정부에서 지원하여야 한다. 그러나, 병원 관계자들의 협조를 얻는 것이 더 어려운 문제일 수 있으므로 충분한 설명 등을 통하여 이해를 구하는 작업이 선행되어야 한다고 판단된다. 협조가 잘 이루어지지 않을 경우 법 및 제도 개선을 통한 제재의 방법과 인센티브를 제공하는 방안을 동시에 사용할 수 있다.

##### 나. 국민을 대상으로 응급의료에 대한 정보 제공 및 교육

현재 응급의료정보센터의 기능을 강화하여 국민을 대상으로 응급의료에 대한 양질의 정보를 제공하고 교육을 실시하도록 한다. 즉, 일반인도 일차구호의 능력을 갖출 수 있도록 하며, 응급의료에 대한 바른 이해를 통하여 불필요한 구급차 사용을 억제하고, 응급환자 발생시 신속하고 정확하게 신고할 수 있는 능력을 습득하도록 한다.

교육 방법에 대해서는 민방위교육, 예비군교육, 학교 교과과정 등의 기존의 교육 채널이 단시간에 다수를 대상으로 할 수 있으므로 이를 지속적으로 이용하여 응급처치 교육을 실시하도록 하되 이론적인 교육에 그치지 말고 실습을

병행할 수 있는 체계를 갖추어야 할 것으로 판단된다. 또한 매스미디어를 적극 활용하는 방안을 강구하도록 한다.

##### 5. 응급의료서비스 요소간 네트워크 강화방안

응급의료서비스에 있어서는 병원전 처치서비스, 병원서비스, 응급의료정보서비스간의 원활한 연계가 이루어져야 신속성과 정확성이 보장되어 양질의 서비스를 공급할 수 있다. 이를 위해서는 응급환자에게 가장 적합한 응급의료기관으로 신속히 이송하여야 하며, 응급의료기관에서는 이러한 응급환자를 적절하게 처치할 수 있는 시설, 인력, 장비를 구비하여 환자가 의료기관에 도착하는 즉시 처치를 실시할 수 있어야 한다. 이러한 일련의 과정이 원활하게 작동하기 위해서는 응급의료정보센터가 응급의료기관과 이송주체간의 정보를 신속하고 정확하게 전달하여야 한다.

이 중 특히 응급의료기관간에는 연계가 거의 이루어지지 않고 있는데 이에 대한 개선이 필요하다. 2001년 국민건강영양조사에 의하면, 2주간 대형사고를 경험한 사람의 58%가 응급치료를 받기까지 시간이 지연되었다고 응답하였으며, 동지역 거주자의 경우 대기환자가 많아서 지연되었다고 하였다. 또한 2001년에 병원응급실 이용자를 대상으로 실시한 소비자보호원의 조사에서도 응답자의 약 60%가 대기 후에 치료하였다고 응답하였다. 이것은 응급의료 기관간 진료 연계도가 낮은 이유에서 기인하는 것이다.

일본의 경우, 응급의료기관을 1차, 2차, 3차 응급센터를 구분하여 직접 혹은 단계를 거쳐서 알맞은 응급의료기관에서 응급처치를 받게 하였다. 3차 응급센터에서는 중환자를 치료하며 경중 환자는 응급의료정보센터의 권고에 따라 1-2차 응급센터를 방문하게 된다. 3차 응급센터에도 경중 환자를 진료하는 구역이 있지만 중환자를 진료하는 응급센터의 공간에서는 오직 구급차를 통해 내원하는 중환자만 진료하게 되며 이러한 환자는 많지 않기 때문에 3차 응급센터에 근무하는 의사는 소수의 중중 환자의 처치에 몰두할 수 있다. 이러한 체계는 국가가 직접 관리하고 있는데 3차 응급센터를 자체 수입만으로는 운영이 힘들기 때문에 국가나 지방자치단체의 지원 등을 받아 자체 수입과 합쳐 운영되고

있다. 우리나라는 현재 권역응급의료센터, 지역응급의료센터, 지역응급의료기관의 전달체계를 수립하였으나, 제대로 작동하고 있지 않고 있다. 그러나, 이러한 체계를 작동시키기 위해서는 재원이 필요하므로 응급의료기금을 활용하는 방안이 모색될 수 있다.

#### 6. 응급의료서비스 공급을 위한 자원조달 방안

우리나라의 의료서비스는 대부분 민간에 의해서 공급되고 있다. 그러나, 일반적으로 응급의료서비스는 공중보건, 사회안전이 교차하는 영역으로 이는 응급의료서비스가 개인에 대한 일반적인 의료서비스와는 달리 정부가 적절한 서비스의 제공에 책임을 져야 할 공공성이 높은 영역임을 의미한다. 이에 따라 정부에서는 응급의료에 관한 법률을 제정하고, 응급의료체계 구축을 위하여 매년 교통범죄금 수입의 20%에 해당하는 금액을 응급의료기금에 출연토록 하는 등 양질의 응급의료서비스 공급을 위해서 노력하고 있다.

2002년 응급의료에 관한 법률 개정 이후 응급의료기금은 정부출연금 434억을 포함하여 475억으로 대폭 확대되어, 응급의료서비스 체계 개선을 위한 물적 토대가 마련되었다. 미국의 경우 응급의료서비스체계의 기획 및 적용, 프로그램의 운용, 프로그램의 개발 및 확장, 연구분야에 응급의료기금을 사용하였는데, 대부분을 응급의료서비스 개선에 배정하였다(이신호, 2003). 따라서 이 기금은 단기적으로는 응급의료서비스 공급을 위한 기반을 조성하는데 사용하고, 향후 이와 같이 조성된 인프라를 바탕으로 제공되는 서비스의 질을 관리하는데 활용하도록 해야 한다.

또한 응급의료 부문의 채산성이 낮아 민간의료기관의 투자 기피하는 실정이며, 이에 따라 인력 및 장비 등 인프라가 미흡하다. 따라서 응급의료서비스의 특성을 감안한 합리적인 수가체계의 구축이 요구된다. 즉, 현재 원활하게 가동되지 않고 있는 응급환자 전달체계 개선을 위한 차등수가체계, 응급의료기관 종별 적정 수가체계, 구급차 응급환자이송과 관련한 적정수가 개발 등이 필요하며, 이러한 수가체계 개선에 따른 건강보험 재정규모 및 재정 확보 방안이 강구되어야 한다.

# 제3부

공공보건의료 공급의 개선방안

보건의료는 불확실성과 정보의 비대칭성의 특성을 갖고 있어 자원배분이 적절히 계획되거나 규제되지 않을 때에는 보건의료 서비스를 적정화·효율화하고, 자원 배분의 형평을 기하기 어려운 특성을 가지고 있다. 보건의료 서비스에 대한 자원배분이 적절히 계획되거나 규제되지 않을 때 전문의의 과다배출, 비효율적인 의료전달체계, 과잉처치나 진료행태의 왜곡을 초래하게 되며, 결과적으로 의료비를 상승시키고 보건의료서비스 질을 떨어뜨릴 수 있다는 데 근간을 두고 구미국가는 물론 전세계적으로 대부분의 국가에서 보건의료 공급의 적정화를 위한 규제와 관여, 직간접적인 공공부문 공급구조를 가지고 국가나 공공이 의료체계에서 큰 역할을 하고 있다.

최근 일련의 구미국가들의 의료개혁에서 공통적으로 제기되고 있는 보건의료체계의 효율화와 의료비 억제를 위한 대책은 공공부문의 지배적인 구조와 의료의 공공성의 견지하는 가운데서 부분적으로 시장을 통한 경쟁기전과 효율화를 도입하고 있는 것이다

우리나라도 1960년대 말까지는 국가가 대부분의 종합병원과 시도립병원을 소유하고 운영하면서 기본적인 위생 및 의료서비스 제공에서 주도적 역할을 하여 왔다. 그러나 그 이후 1977년 의료보험 도입과 1989년 전국민 확대와 더불어 의료수요가 급증은 그 시기의 경제성장과 맞물려 의료공급 규모의 급성장을 가져왔으나 공공부문 투자는 거의 이루어지지 않은 가운데 주로 민간부분에서 공급이 이루어지면서 공공부문이 의료체계에서 차지하는 비중은 크게 축소되어 민간의료기관이 의료공급을 주도하게 되었다. 이에 따라 현재 공공의료기관이 전체 의료기관에서 차지하는 비중은 기관수로는 15%, 병상기준으로는 8%로 공공부문의 점유율이 낮아 OECD 국가중 공공부문의 비중이 가장 낮은 국가로 나타나게 되었다. 국내총생산 대비 비율은 계속 상승하여 2000년 5.9%(장영식 외, 2003)에 이르고 있다. 이는 OECD 국가들에 비하여 낮은 수준이지만 지속적인 상승요인들이 존재하고 있어 향후 국민의료비의 급상승을 예측하고 있다. 전체 국민의료비 중 공공부분(중앙 및 지방정부, 사회보장) 지출 비중은 낮은 국가이지만 1985년 26.6%에서 2001년 53.2%로 증가되고 있다. 이와 같이 의료부분이 국민경제에서 차지하는 비중이 커짐으로써 의료자원의 배분과 사용의

효율을 높이는 일이 의료발전을 위해서 뿐만 아니라 사회의 균형적 발전을 위해서도 더욱 중요해지고 있다.

그나마 비중이 낮은 공공보건의료기관은 국가 재정적 지원이 부족한 가운데 시설의 낙후와 의사에 대한 경제적 보상에서 낙후를 면치 못하고 있다. 또한 공공병원간, 공공보건기관과 공공병원간 연계체계 부재, 기능면에서 민간의료기관과 공공병원과의 차별성 부족, 일반적인 정부조직이 안고 있는 것과 유사한 조직운영의 경직성, 관료화, 운영 비효율 문제를 안고 있어 충분한 역할을 하고 있지 못하고 있으며 공공보건의료 조직에 대한 사회적 위상도 낮다.

이러한 여건에서 공공보건의료기관은 기능면에서도 변화하는 의료환경에 부응하지 못하고 있다. 보건소를 중심으로 하는 공공보건기관도 민간부문에서 거의 이루어지지 않고 있는 건강증진, 보건교육, 질병예방 및 관리기능이 아직까지 미흡하다. 또한 노인인구의 증가에 따라 노인장기요양환자의 관리에서 보건, 의료, 복지 기능의 연계와 통합서비스 제공에 대한 요구도가 높아지고 있으나 공공보건기관이나 공공의료기관이 충분한 역할을 개발하지 못하고 있다.

최근 한국의 보건의료체계를 평가한 OECD 보고서에서는 우리나라의 보건의료문제의 하나로 형평성 문제, 즉, 저소득층의 의료서비스 접근성에서 의료이용과 관련된 경제적 장벽이 존재하며, 그 이유로 높은 본인부담 의료비, 선진국에 비하여 공공보건의료와 질병예방서비스가 미흡한 점을 제기하였다. 이에 대한 해결방안으로 자원조달 기전의 개선과 함께 급속한 인구 노령화에 대비한 의료공급체계 개편의 일환으로 공공보건의료체계내의 연계, 공공보건체계의 강화가 필요하다는 점을 제시하였다(OECD, 2002; OECD, 2003b).

본 연구는 우리나라 의료서비스의 적정화와 효율화, 형평성 제고를 위한 제도적 틀을 개선하기 위한 보건의료서비스 공급정책의 일환으로 첫째, 공공보건의료서비스의 구조와 현황을 진단하고, 둘째, 공공보건의료체계의 개선방안을 다각적으로 제시하고자 한다. 특히 공공의 역할이 확대될 필요성이 제기되고 있는 질병예방·건강증진사업과 만성질환관리, 전염성 질환관리, 응급의료에서의 공공보건의료의 역할 검토와 도입을 위한 전략을 모색하는데 초점을 두고자 한다.

## 제 6 장 공공의료 공급체계의 현황과 개선방안

### 제 1 절 공공의료서비스 체계의 현황과 문제점

#### 1. 우리나라 공공의료의 위상

우리나라 공공의료의 위상을 파악하는 데는 첫째, 몇 가지 지표를 통하여 구미 선진국과 비교하는 방안이 있다. 둘째, 보건의료공급체계의 재정조달 방식을 통해 보는 방식이 있다. 후자의 보건의료 재원조달 방식을 보면 우리나라는 사회보험방식에 의한 전국민 의료보험을 실시하고 있으므로 일면 의료의 공공성을 근본적으로 추구하고 있다고 볼 수 있다. 그러나 전자의 지표상으로 보면 <표 6-1>과 같이 OECD 국가들 중 전체의료비에서 공공지출이 차지하는 비중은 다른 국가들이 50~90% 수준임에 비하여 가장 낮은 미국과 유사한 44.4%(2000년)이다. 중앙정부 예산 중 보건부문에 대한 지출수준으로 보면 최하위 수준으로 다른 국가들이 10~20%임에 비하여 0.78% 수준이다.

의료기관중 공공병상의 비중을 보면 8.1%로 다른 국가와 큰 차이를 보인다. 대부분의 선진국은 국민보건서비스(NHS)나 사회보험형 국가로 미국, 일본 등을 제외하면 공공병상의 비율이 60~99%로 높아 의료공급체계의 양상이 다르며, 특히 공공의료에 대한 양상에는 큰 차이가 있다.

우리나라 국민의료비 추이 및 정부 총지출 중 보건부문 지출은 <표 6-2>와 같다. 국민의료비는 1998년의 경우를 제외하고는 매년 10% 이상씩 증가하고 있으며, 1997년 GDP 대비 국민의료비 비율이 5%대로 진입한 이후 2000년에는 5.9%로 증가율이 커지고 있다. 그러나 중앙정부 예산에서 보건부문이 차지하는 비중은 1985년의 1.4%에서 1997년에는 0.8% 수준으로 오히려 감소하였음을 볼 수 있다.



〈표 6-1〉 OECD 국가의 공공의료비 비율, 보건의료부문 지출 및 공공병상비율  
(단위: \$, %)

	1인당 GDP(2000)	전체의료비 중 공공의료비 비율(2000)	중앙정부 총지출 중 보건부문 지출비율 <sup>1)</sup>	공공병상비율 (2000)
Australia	20,317	68.9	14.81(1998)	40.2 <sup>2)</sup>
Austria	23,415	69.7	-	70.0
Belgium	22,147	71.2	-	-
Canada	22,890	70.9	1.01(2001)	-
Czech Republic	5,006	91.4	17.27(2001)	89.9
Denmark	29,658	82.5	0.72(2000)	-
Finland	23,083	75.1	3.31(1998)	96.7
France	22,072	75.8	-	64.9
Germany	22,654	75.0	-	46.4
Greece	10,782	56.1	7.06(1998)	70.9 <sup>2)</sup>
Hungary	4,564	75.5	6.09(2000)	-
Iceland	29,774	84.4	25.29(1997)	-
Ireland	24,837	73.3	16.26(1997)	-
Italy	18,528	73.4	-	72.6 <sup>2)</sup>
Japan	37,531	78.3	1.60(1993)	37.2
<b>Korea</b>	<b>9,818</b>	<b>44.4</b>	<b>0.78(1997)</b>	<b>8.1</b>
Luxembourg	43,639	87.8	-	-
Mexico	5,778	47.9	4.95(2000)	70.0
Netherlands	23,193	63.4	14.79(1997)	-
New Zealand	13,231	78.0	17.73(2001)	-
Norway	37,072	85.0	4.80(1999)	99.9
Poland	4,074	-	0.82(2001)	99.2
Portugal	10,362	68.5	-	-
Slovak Republic	3,655	89.4	17.92(2001)	-
Spain	14,001	71.7	5.85(1997)	-
Sweden	27,031	85.0	2.04(1999)	-
Switzerland	33,400	55.6	19.48(2000)	-
Turkey	2,954	-	3.09(2001)	93.2
United Kingdom	24,556	80.9	15.42(1999)	95.7 <sup>2)</sup>
United States	34,602	44.2	21.87(2001)	25.5 <sup>3)</sup>

주: 1) 괄호안은 해당년도

2) 1999년도

3) 1998년도

자료: OECD Health Data, 2002, 2003; IMF, Government Finance Statistics Yearbook, 2002.

〈표 6-2〉 우리나라 국민의료비, 정부 총지출 중 보건부문 지출비율 추이  
(단위: 백만원, %)

	국민의료비			정부 총지출 중 보건부문 지출비율(%)
	국민의료비(백만원)	증가율(%)	GDP 대비(%)	
1985	3,465,450	-	4.3	1.4
1986	3,873,240	11.8	4.1	1.5
1987	4,455,210	15.0	4.0	2.3
1988	5,508,890	23.7	4.2	2.2
1989	7,073,610	28.4	4.8	2.0
1990	8,540,990	20.7	4.8	2.0
1991	9,707,730	13.7	4.5	2.0
1992	11,637,680	19.9	4.7	1.0
1993	13,160,210	13.1	4.7	1.0
1994	15,117,720	14.9	4.7	0.7
1995	17,619,140	16.5	4.7	0.7
1996	20,712,380	17.6	4.9	0.7
1997	22,747,740	9.8	5.0	0.8
1998	22,855,230	0.5	5.1	-
1999	26,824,857	17.4	5.6	-
2000	30,679,909	14.4	5.9	-

자료: OECD Health Data, 2003; IMF, Government Finance Statistics Yearbook, 1993, 2002.

## 2. 공공의료기관의 현황

우리나라에서 공공보건의료기관중 보건기관(보건소, 보건지소, 보건진료소)을 제외한 의료기관은 공공병원이다<sup>31)</sup>. 그 동안 공공병원은 저소득층에 대한 의료 안전망의 역할, 특수질환의 진료 및 관리, 전염병관리사업 등 공공보건의료의 임무를 수행하여 왔다. 그러나 공공의료를 담당하고 있는 공공병원들은 위상과 점유율, 경영성과에서 사회적인 기대에 미치지 못하고 있는 실정이다.

최근 의약분업제도 도입시 발생한 전국적인 의료파업 사태를 계기로 공공의료에 대한 인식과 필요성이 새롭게 부각되고, 필수 의료 내지 국가 비상진료를 확보하기 위한 목적으로 공공의료의 확대 필요성이 제기되고 있다.

31) 따라서 우리나라에서 공공의료기관은 공공병원과 동일어로 사용할 수 있다.

현재 우리 나라의 공공병원을 설립목적과 기능에 따라 분류하면 다음과 같이 5가지로 분류할 수 있다(문옥륜, 2000; 류시원, 2000).

- ① 주민에 대한 일반적인 서비스를 제공하는 목적으로 설립된 의료기관(지방공사의료원, 보건의료원)
- ② 국가의 의료수준 및 의료기술의 향상을 목적으로 하는 교육과 연구 중심의 의료기관(국립대학병원, 국립의료원, 일산 국민건강보험공단병원)
- ③ 특정질환의 진료와 연구를 목적으로 하는 의료기관(한센병원, 정신병원, 결핵병원, 산재의료원, 노인전문요양병원, 국립암센터, 원자력병원, 국립재활원)
- ④ 특정집단의 환자진료를 목적으로 하는 의료기관(경찰병원, 서울시립아동병원, 보훈병원, 군 병원)
- ⑤ 공공의 목적을 달성하기 위한 의료기관(적십자병원 등)

그 동안 우리나라 공공의료체제와 공공의료기관에 대해서는 다음과 같은 문제점들이 지적되어 왔다(김철웅, 2003; 김재용 외, 2002; 류시원 외, 2000; 김성순, 2000).

- 국가적인 차원의 문제
  - 국가의 공공의료체제 내에서 기능 불명확
  - 관리주체의 다원화와 이로 인한 기관간 연계성 미흡
  - 공공병원을 관리하고 조정하는 능력의 부재
  - 공공보건 의료 인프라의 확충을 위한 보건 의료 재정 확보의 미흡
- 공공의료기관 내부운영 차원의 문제
  - 병원의 경영성과 저조
  - 예산 및 인력 운영의 경직성, 내부관리의 비효율성 상존
  - 공익적 진료사업으로 인한 수익성 저조요인 상존
  - 공공병원 평가의 비합리성: 공공성에 대한 불충분한 평가

공공병원의 비중은 1960년대부터 낮았으나, 최근 들어 그 비중이 더욱 감소하였다. 1999년 현재 우리나라의 공공의료기관은 총 3,555개로 전체 의료기관에서 차지하는 비중이 매우 낮아 기관수로는 15.5%에 불과하며, 병상기준으로 공공병상의 점유율이 8.8%로 낮다(표 6-3참조). 이는 OECD 국가의 공공병상비율이 영국 95.7%(1999년), 캐나다 99.3%(1997), 노르웨이 99.9%(2000년), 오스트레일리아 40.2%(1999년), 일본 37.2%(2000년), 미국 25.5%(1998년)에 비하여 절대적으로 공공병상 비중이 낮은 수준이다(OECD, 2002; NAPH, 1998).

민간부문의 병상수는 1987년에서 1997년 사이 2배 이상 증가하였으나, 공공부문의 병상수는 같은 기간에 18.5% 밖에 증가하지 않아 병상 비중이 21.2%에서 12.6%로 감소하였다. 같은 기간 공공부문의 외래 환자 점유율은 22.9%에서 9.6%로, 입원 환자 점유율은 25.9%에서 13.4%로 감소하였다(신영진, 2000).

〈표 6-3〉 공공 및 민간의료기관 수 및 병상수, 1999년

(단위: 개소, 병상, %)

구분	의료기관수		병상수	
	N	비율	N	비율
계	40,297	100.0	226,756	100.0
공공 의료기관	3,555	8.8	35,044	15.5
민간 의료기관	36,742	91.2	191,712	84.5

자료: 김성순. 공공보건의료 인프라 확충방안, 제215회 정기국회 국정감사 정책제안서, 2000. 10.

공공의료기관 병상의 지역간 분포를 보면, 민간의료기관에 비해서는 농촌지역 배치가 다소 높기는 하나 공공병상도 도시에 85.0%가 배치되어 있음을 볼 수 있다(표 6-4 참조).

〈표 6-4〉 공공 및 민간의료기관의 병상수

	계		공공의료기관		민간의료기관	
	병상수	비율	병상수	비율	병상수	비율
전체	226,783	100.0	29,777	100.0	171,954	100.0
도시지역	201,731	89.0	29,777	85.0	171,954	89.7
농촌지역	25,052	11.0	5,267	15.0	19,785	10.3

자료: 김성순. 공공보건의료 인프라 확충방안, 제215회 정기국회 국정감사 정책제안서, 2000. 10.

우리나라의 공공보건의료기관 중 보건기관(보건소, 보건지소, 보건진료소)을 제외하면 공공의료기관은 병원급 이상의 기관으로 총 130개소이다(표 6-5 참조).

〈표 6-5〉 공공의료기관 중 종합병원, 병원의 설립형태별, 종별 구분

(단위: 개소)

구분	계	특수법인	국립	시·도립	지방공사	공립	
계	130	30	34	15	34	17	
종합병원	57	23	2	2	30	-	
병원	일 반	28	4	1	2	4	17
	특 수	22	3	10	9	-	-
	치매(요양)	2	-	-	2	-	-
	군 병원	21	-	21	-	-	-

자료: 김성순. 공공보건의료 인프라 확충방안, 제215회 정기국회 국정감사 정책제안서, 2000. 10.

공공의료기관들은 국립, 지방공사, 특수법인의 형태로 설립되어 있으며, 관리 주체가 8개 담당부처에 총 15개 관련법령으로 분산되어 있다(표 6-6 참조). 이로 인하여 개별 공공의료기관들이 각각 소속부처에 설립목표에 따라 별개로 운영되고 있어 기관간 횡적 연계를 원활히 추진하기 어렵고, 국가보건의료 정책에 대한 책임성과 협조에서 지속성과 일관성을 확보하지 못하고 있다. 이에 따라 조직환경이 보건의료 서비스의 질적 개선이나 전문성 강화를 위한 인력 확보나 조직내 유인 동기가 낮고 관리에서 부정적 측면으로 작용하고 있다.

〈표 6-6〉 공공병원의 관리추체 분산 현황

구분	공공의료기관 종류	관련 부서	관련 법률
국립(10)	국립의료원, 서울정신, 재활원, 춘천정신, 공주정신, 나주정신, 목포결핵, 소록도, 마산결핵, 부곡정신	보건복지부	보건복지부와 그 소속기관직제
국립(1)	암센터	보건복지부	암센터법
국립(1)	경찰병원	행정자치부	경찰청과 그 소속기관직제
국립(19)	수도통합병원의 18	국방부	국방부와 그 소속기관직제
국립(1)	국립감호정신병원	법무부	법무부와 그 소속기관직제
시·도립(12)	서대문, 아동, 은평, 부산시립정신질환요양, 대전시립정신, 경기도립정신, 백암정신, 용인정신, 축령정신, 소양신경정신, 광양치매전문요양, 경남도립정신질환요양	보건복지부	시·도조례
지방공사(34)	강남병원, 부산의료원의 32	행정자치부	지방공기업법
특수법인(1)	서울대학교병원	교육부	서울대학교병원설치법
특수법인(7)	부산대학교병원의 6	교육부	국립대학교병원설치법
특수법인(6)	서울적십자병원의 5	보건복지부	대한적십자조직법
특수법인(9)	산재의료관리원중앙병원의 9	노동부	산업재해보상보험법
특수법인(5)	서울보훈병원의 4	보훈처	한국보훈 복지공단법
특수법인(1)	원자력병원	과기처	원자력연구소법
특수법인(1)	의료보험관리공단일산병원	보건복지부	의료보험법

자료: 김재용 외, 『공공보건의료체계 개편방안 연구』, 한국보건사회연구원, 2001.

### 3. 공공의료서비스 체계의 특성과 문제점

#### 가. 공공의료기관의 인력수

공공의료기관의 특징으로 앞서 제기되어 온 병원의 경영성과 저조, 예산 및 인력 운영의 경직성, 내부관리의 비효율성 상존한다는 것이 기존의 인식이다. 그러나 실제로는 공공의료기관의 인력규모는 동급의 민간병원에 비하여 절대수가 적은 것으로 파악되고 있다. 공공병원의 인력규모는 대학병원인 종합전문요

양기관을 제외하면 병원의 규모가 감소할수록 평균 인력수가 감소하고 있는 것으로 나타나고 있다.

국립대학병원이 대부분인 공공 종합전문요양기관을 제외하면, 공공 종합병원·병원·정신병원 모두 동급의 민간병원에 비하여 인력의 절대 규모가 적다. 종합전문요양기관의 경우에는 국립대학교병원의 100병상당 인력수가 174.5명으로, 민간의 146.8명보다 높고, 특히 의사직에서 공공 55명, 민간 37.8명으로 동급의 사립대학교병원보다 의사인력이 차지하는 비중이 높다.

그러나 300병상 이상의 종합병원급에서는 공공병원의 100병상당 인력수가 89.9명, 민간병원이 106.4명으로 100병상당 16.5명이 적은 것으로 조사되었고, 160~299병상 규모의 종합병원급에서는 공공병원의 인력수가 83.2명, 민간병원이 92.1명으로 100병상 당 8.9명이 적은 것으로 조사되었고, 160병상 미만의 종합병원급에서는 공공병원의 인력수가 94.0명, 민간병원이 99.0명으로 100병상 당 5.0명이 적은 것으로 나타났다.

병원급 기관에서는 공공병원의 인력수가 71.7명, 민간병원이 81.6명으로 100병상 당 9.9명이 적었으며, 특수병원인 정신병원의 경우에도 공공병원이 20.0명, 민간병원이 27.4명으로 100병상당 7.4명이 적은 것으로 나타났다(김철웅, 2003).

#### 나. 공공병원의 진료 특성

2000년 현재 병상이용률을 보면, 종합전문요양기관 종합병원, 병원급 기관에서 민간병원보다 공공병원의 병상이용률이 높은 것으로 나타났다. 평균재원일수는 국립대학병원이 대부분인 공공 종합전문요양기관의 평균 재원일수가 민간병원과 큰 차이를 보이지 않았으나, 종합병원과 병원급 기관의 경우에는 공공병원의 재원일수가 민간병원보다 긴 경향을 보여주고 있다.

공공병원의 환자진료실적 상 가장 특징적인 것은 의료급여환자의 진료비중이 민간병원보다 월등하게 높다는 것이며, 의료급여환자의 비중이 외래보다는 입원환자에서 그 비중이 더욱 크게 나타나고 있다는 것이다.

지방공사의료원의 경우만을 보더라도 1997년 전체 진료건수중 의료급여건수

의 구성비가 18.0%(외래 13.2%, 입원 25.7%)였으며, 전체 의료급여환자의 의료기관 이용에서 지방공사의료원이 차지하는 비중은 14.4%에 이르는 것으로 나타났다(류시원 외, 2000).

1999년과 2002년 환자조사 결과에서도 전체 외래환자 중 의료급여 환자의 구성이 공공의료기관은 민간의료기관의 2배 정도인 것으로 나타났다. 그러나 2002년에는 1999년에 비하여 공공의료기관의 환자구성에서 의료급여환자가 차지하는 비율은 낮아졌다(표 6-7 참조).

〈표 6-7〉 공공과 민간의료기관의 외래환자 구성(환자조사결과)

구 분	1999년				2002년			
	공공			민간 <sup>3)</sup>	공공			민간 <sup>3)</sup>
	소계	공립 <sup>1)</sup>	기타 <sup>2)</sup>		소계	공립 <sup>1)</sup>	기타 <sup>2)</sup>	
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
의료보험	82.9	85.0	79.5	89.8	83.7	85.9	79.7	89.2
의료급여	11.6	13.1	9.0	4.7	8.8	10.3	6.1	4.5
기타 <sup>4)</sup>	5.6	1.9	11.5	5.5	7.4	3.8	14.2	6.3

주: 1) 지방공사의료원, 시도립 병원, 보건기관 등

2) 국립대학병원, 특수법인 및 기타 공공병원

3) 민간 법인 및 개인 의료기관

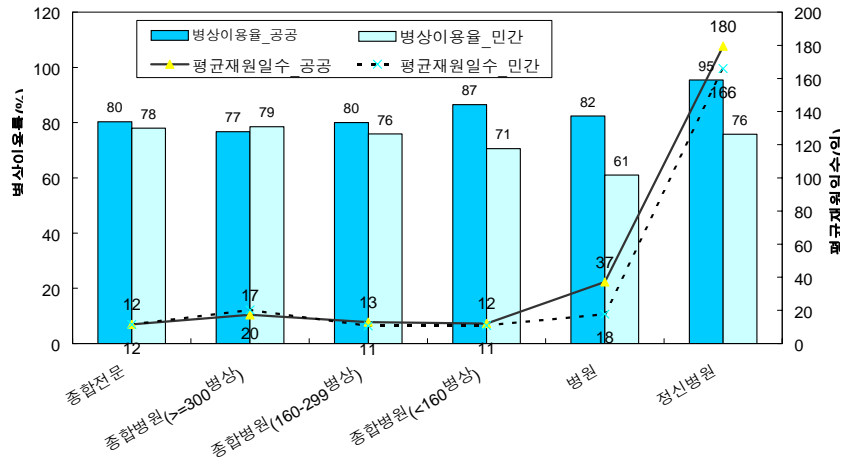
4) 산재보험, 자동차보험, 전액자비 및 기타 포함

자료: 1999년, 2002년 환자조사 원자료

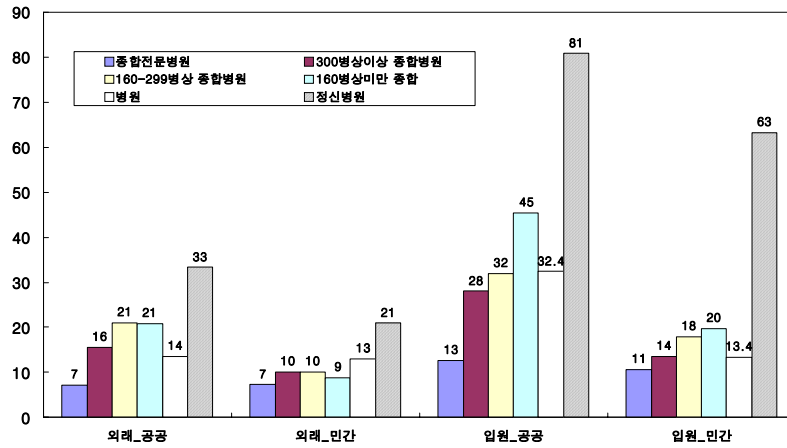
공공병원들이 의료안전망으로서의 역할을 실제로 수행한다는 점에 대해서는 최근의 몇몇 연구에서도 명확히 나타나고 있다. 최근 한 연구에서는 공공병원과 민간병원의 진료생산성을 분석한 결과 공공병원의 생산효율성이 민간에 뒤지지 않으며, 재정수익성의 악화를 감수하고 민간병원보다 의료급여 환자에 더 치중하고 있다는 결과를 제시하고 있다(정영선 외, 1996). 시립병원 의료서비스의 공공성을 분석한 다른 연구에 의하면, 시·도 지방자치단체 직영병원은 공공의료서비스에 비중을 두고 있지만, 공사형태로 운영되거나 위탁되는 병원은 의료급여환자에 대한 비중이 낮다고 보고되고 있다(정윤수 외, 1999).



[그림 6-1] 병원규모 및 특성별 공공병원과 민간병원의 진료실적



[그림 6-2] 병원규모 및 특성별 공공과 민간병원의 의료급여환자의 비중



자료: 김철웅, 박형근, 이원영 등, 공공병원의 발전방안에 대한 연구: 시도립병원 및 지방 공사의료원을 중심으로, 2002.

#### 다. 공공병원 시설 및 장비의 미비와 노후화

장비현황은 1999년도에 조사한 공공병원은 민간병원과 비교할 때 단가가 높은 인공호흡기 등의 장비는 구비정도나 신규구입 정도가 낮으며, 필요한 장비가 부족하고 노후화되어 있다. 또한 공공병원의 시설을 살펴보면 외래 편의시설의 경우 필히 갖추어야 할 시설들에 있어서 80% 이상의 병원들이 구비하고 있지만 중환자 시설, 응급실 병상과 설비 등은 민간병원에 비하여 미흡한 것으로 나타났다. 최근 지방공사의료원에 대한 조사에서도 의료장비 및 시설의 노후화가 공공병원 경쟁력 약화의 주요 요인으로 꼽히고 있다(류시원 외, 2000).

#### 라. 공공의료기관 관리운영체계의 분산

김재용 등(2001)은 <표 6-6>과 같이 공공의료기관 관리주체가 분산되어 있어 보건의료 서비스의 질적 개선이나 전문성 강화를 추구함에 있어서 조직적 환경이 부정적인 측면으로 작용하고 있다고 보고 있다. 동일 시·군·구에 중앙정부의 국립병원, 광역의 시도립병원과 지방공사의료원, 기초의 보건소가 함께 있어도 기능적인 연계체계를 구축할 근거가 없고 역할이 중복되어도 조정할 기전이 없이 각개 약진하는 상황이며, 각급 소관부서의 계획과 이해관계에 따라 기능이 확대·축소됨으로써 국가가 의료정책 실행수단으로 활용하는데 제약이 있다.

#### 마. 공공보건기관과의 연계체계 미흡

공공병원의 장점은 공공의료체계 내에서 다른 공공병원, 혹은 보건의료기관과의 연계를 하기 쉽다는 것이다. 미국이나 싱가포르 같은 경우는 공공의료체계 내에서 상호간의 환자 정보를 공유하고, 포괄적 보건의료서비스를 제공하는데 협력체계를 구축하고 있으며, 이로 인해서 경증의 환자가 응급실을 방문하는 회수가 줄어들고, 치료 서비스 이외의 보건서비스를 효율적으로 제공하고 있다. 그러나 우리나라 공공병원과 보건기관은 관장하는 부처가 8개 부처로 분산되어 있고, 공공병원은 거의 치료서비스만 제공하고 있으며, 보건기관은 진

료 및 보건사업을 수행하고 있으나, 이들간의 업무 조정이나 협력관계가 전혀 구축되지 못하고 있다.

#### 바. 일반진료 서비스에 치중된 역할

우리나라 공공병원은 그 동안 민간병원과 유사하게 치료중심의 의료서비스를 제공해왔다. 공공병원도 예방·건강증진, 만성 및 전염성 질환에 대한 의료서비스 등 포괄적인 서비스를 제공하지 못하여 왔다. 만성질환이 증가하고, 노인인구가 증가하고 있는 상황에서 질병 예방서비스나 만성질환관리, 재활 등 포괄적인 서비스를 제공하지 못함에 따라 공공의료기관의 질병관리체계가 민간의료기관과 차별성이 없이 치료에 치중되어 있다. 최근 서비스 요구가 증대되고 있는 건강증진, 질병예방, 질병의 조기발견과 장기적 관리, 재활, 그리고 재가 치료 등은 현재의 민간의료기관이 담당할 동거나 역량이 부족하므로 공공의료기관이 담당해야 역할이 크지만 아직까지 공공기관에서도 이러한 역할이 개발되어 있지 못하다.

## 제 2 절 공공의료서비스 체계의 개선방안

### 1. 미국 공공병원의 역할과 시사점

우리나라 상황에서 공공병원이 향후 어떤 역할을 하는 것이 바람직한지에 대한 논의는 매우 중요하다. 미국은 우리나라 의료체계에 큰 영향을 미친 국가이며, 다른 선진국과는 달리 민간의 비중이 높고 시장지향적 체계를 가진 국가라는 점에서 미국의 사례는 우리나라에서 공공병원의 역할을 모색하고 최소한의 기준을 찾는 데 시사점을 줄 수 있다고 본다. 이러한 점에서 미국에서 공공병원이 어떤 역할을 하고 있는가를 고찰하고자 한다.

### 가. 미국 공공병원의 역할<sup>32)</sup>

미국에서 공공병원은 구빈원에서 출발하였는데, 1996년 현재 1,300개로서 전체 병원의 21%를 차지하고 있다. 1970년대 이래 메디케이드(Medicaid)의 관리의료(managed care)에 의한 의료수가 통제와 민간의료기관과의 경쟁심화로 보건의료 안전망 역할을 하는 공공병원들은 비영리 또는 영리 민간병원으로 전환하는 경우가 늘고 있어 지속적으로 감소하는 추세이다.

공공병원의 재정은 Medicaid, Medicare, 지방이나 주정부 지원금에 의존하고 있다. 1997년 총 수익 중 36%는 Medicaid로부터, 22%는 Medicare로부터, 그리고 주정부와 주정부의 보조금은 17%를 차지하였다. 본인부담환자나 기타로 6%의 재정을 충당되었고, 상업보험자로 부터는 19%가 충당되었다.

미국의 공공병원은 진료부문에서 지역사회 입원의료의 상당한 부분을 제공하고 있음을 볼 수 있다. 1997년 NAPH(National Association of Public Hospital and Health System) 회원 병원은 평균 405병상을 보유하고 있으며, 진료량은 미국 전체 병원 평균보다 높고, 퇴원환자는 거의 2배 높다.

입원진료 수요는 전국의 다른 병원들보다 높은 수준이며, 공공병원의 평균 병상점유율은 1997년 71%였는데, 같은 기간 동안 전국 병원들의 평균은 62%였다. 효율성에 대한 척도인 평균 재원일수는 감소하여 1993년~1997년 사이 평균재원일수는 7.0일에서 6.3일로 10%가 감소하였다. 그러나 효율성의 증가에도 불구하고, 평균재원일수는 전국평균(6.1일)보다 높다. 이는 보다 까다로운 환자의 상태 등 여러 가지 원인에서 기인하는 것으로 보인다.

외래진료는 일차의료 및 전문과목에 대한 외래진료량이 확대되고 있어 공공병원들에 의해 제공된 외래진료량은 1993년의 313,102건에서 1997년의 365,594건으로 17%가 증가되었다. 외래진료는 지역사회에 있는 Community clinic과 병원에 있는 primary and specialty clinic에서 제공된다. 특히 지난 몇 년 동안에는 Community-based primary care physician과 계약 혹은 community clinic을 개원하여 일차의료 영역을 확장하고 있다.

32) NAPH, America's Safety Net Hospitals and Health Systems, 1999.

미국에서 공공병원이 제공하는 의료서비스 기능의 특징은 크게 두 가지 즉, 1) 특수한 인구집단(이민자, 에이즈환자, 폭력피해자 등 포함)에 대한 서비스와, 2) 일반인구에 대한 특수한 서비스(응급의료서비스, 외상, 화상, 독극물중독, 신생아중환자실)로 볼 수 있다. 이를 구체적으로 보면 다음과 같다.

#### 1) 저소득층에 대한 진료

공공병원들에 의해 제공되는 의료의 상당한 부분은 저소득층 환자에 대한 것이다. 이러한 환자들의 대부분은 Medicaid의 적용을 받거나 보험이 없는 사람들이다. 1997년 입원환자의 40% 정도를 차지하는 Medicaid 환자들이었으며, 27%의 입원환자들이 본인부담 환자이다. Medicare나 사보험 환자들은 각각 전체 퇴원환자의 18%와 15%를 차지한다.

#### 2) 산과 진료

산과진료는 미국 공공병원에서 환자진료의 중요한 부분을 차지하고 있다. 1997년 공공병원에서 분만한 아동을 181,000명으로 병원당 평균 2,800명이었는데 이들의 대부분은 저소득층 임산부이다. 그러나 최근에는 공공병원의 분만수는 급격히 감소하고 있다. 공공병원에서의 분만 감소는 Medicaid에 등록된 임산부 중 분만과정에서의 위험이 적은 임산부들에 대하여 병원간 경쟁이 심해졌기 때문인데, 이는 보건의료 시장의 변화로 비롯된 것으로 보인다.

#### 3) 비보상적 진료(Uncompensated Care)

공공병원들에게 uncompensated care가 집중되고, 다른 병원에서의 시혜적인 진료의 비중은 낮아지고 있다. 보험 미가입자의 수는 지속적으로 증가하여, 이러한 환자들의 진료 부담은 계속 증가되고 있다.<sup>33)</sup> 공공병원에서 영리 민간병

33) 공공병원의 uncompensated care는 연방, 주, 지방정부의 보조금에 의존한다. 주정부, 지방정부에서 직접 내려오는 보조금은 상환되지 못하는 진료의 46%를 커버해주고 있다. 다른 재원은

원으로 전환한 병원들의 시혜적인 진료가 감소되고 있는 것과 대조적이다.

4) 응급진료, 외상진료 등 지역사회의 필수적인 고비용 의료서비스 제공

미국에서 공공병원들은 외상치료를 포함하여 가장 활발하게 응급실을 운영하고 있는 병원들이다. 공공병원들은 응급치료, 외상치료, 신생아, 소아 집중치료, 화상치료, 정신과 치료 등 다양하고 전문적이고, 고비용인 서비스를 지역사회에 제공해 왔다. 공공병원은 전체 병원에서 매우 적은 부분을 차지하고 있으나 화상치료 병상의 66%를 제공하고, 소아집중치료 병상의 33%, 그리고 신생아 병상의 25%를 보유하고 있다.

5) 교육 및 연구담당

공공병원의 73%가 수련병원이고, 이 병원들의 2/3 이상이 주요 Academic medical center이다. 1997년에 NAPH 병원은 전체 레지던트의 16%인 16,000명을 양성하였다. 의사에 대한 수련 이외에도 간호사 및 전문기사, 기타 보건의료 전문가들을 양성하고 있는 것으로 나타났다.

나. 미국의 공공병원과 지역보건소와의 연계(성공사례)

미국의 공공병원이 일차의료기관과의 연계하여 경증환자의 응급실 진료를 억제하는 등의 노력을 기울이고 있기도 하지만, 특히 병원과 지역사회 일차의료기관의 조직적 통합을 이룬 사례가 있다.

Denver Health는 지역사회 보건의료조직이 통합된 것으로서, 수평적으로는 일차의료기관을 하나의 관리팀이 운영하고 있으며 진료과정과 치료지침을 공유하고 있다. 수직적인 통합은 911 응급의료서비스, 349병상의 병원, 10개의 CHC 및 기타 관련기관이 연결되면서 시작되었다. 이러한 통합체계에서 의사는 치료

---

Medicaid와 Medicare의 Disproportionate Share Hospital 프로그램에서 각각 22%와 8%를 상환해 주고 있다.

의 연속성의 핵심적 역할을 담당하고 있다. 이러한 통합의 장점을 환자, 의과대학, 병원, 일차의료기관의 입장에서 살펴보면 다음과 같다. 환자들이 일차의료에 대한 방문은 자신의 이웃에서 가능하고, 전문의 진료에 대한 접근성이 높아졌으며, 환자의 안전과 만족이 증가하였다. 의과대학의 입장에서는 병원 스태프와 전공의에게 일차보건의료기관과 공공병원이 제공하는 진료체계에 대한 경험을 쌓게 해준다. 병원은 일차의료서비스로가 충실하게 제공되므로 입원환자가 적절한 추가진료를 받을 수 있도록 퇴원이 가능하게 되어 입원기간을 단축시킬 수 있으며, 아울러 비응급적 상황에서 응급의료를 사용하는 것이 감소되는 편익이 생기게 되었다. 일차의료기관은 장비를 공동구매할 수 있고, 보건의료인력은 Denver Health에서 더 전문적인 교육과 훈련을 받을 수 있게 되었다(Gabow et al., 2003).

#### 다. 시사점

이상과 같이 살펴본 미국의 공공병원의 특징을 요약해보면 다음과 같다. 첫째, 일차적으로는 저소득층, 보험이 없는 사람들에 대한 진료를 제공하는 Safety net으로서 핵심적 역할을 수행하고 있다. 둘째, 지역사회 필수의료서비스를 제공하고 있으며, 임신 및 분만, 응급의료, 화상진료, 외상치료 등의 고비용, 전문기술이 필요한 특수한 진료를 함께 제공하고 있다는 것은 민간병원에 비해서 의료서비스의 질이 낮지 않음을 알 수 있다. 셋째, 미국의 공공병원은 변화하는 보건의료환경에서 효율적인 진료를 제공하기 위해서 지역사회의 보건소와 긴밀한 협조관계를 구축하고 있는 것이다.

이러한 미국 공공병원의 역할은 우리나라의 공공보건의료에 관한 법에서 ‘공공보건의료기관이 우선적으로 수행해야 할 역할’로 규정한 내용과 큰 차이는 없다. 다만, 미국에서의 산과 진료는 우리나라에서 민간의 공급이 충분한 부분이라고 볼 수 있다. 그러나 응급진료·외상진료 등 고비용이면서 지역사회 필수적인 의료서비스 제공한다는 점과 교육훈련과 학술적 기능을 담당한다는 점에서 향후 우리나라 공공의료기관의 기능 정립에 시사하는 바가 있다고 본다.

## 2. 공공의료체계 개편에 대한 기존 논의의 검토

### 가. 공공의료의 기능과 범위에 관한 규정

그 동안 우리나라에서 공공의료에 대한 개념과 규정은 공공의료를 별도로 하고 있다기보다는 공공보건과 공공의료를 함께 다루고 있다. 따라서 이 절에서는 공공보건과 공공의료를 같이 포함하여 법과 규정에 나타난 역할을 보고자 한다.

공공보건의료의 개념과 범위에 대해서는 몇 가지 논의가 이루어져 왔으나 합의된 개념이나 범위에 대해서는 아직까지 논란이 많다. 기존의 논의는 대개 3가지로 정리될 수 있다. 첫째는 ‘공공보건의료이나 기관에 의해 제공되는 보건 의료 서비스’란 개념이다. 이는 공공의료에 관한 법 제2조 1항에 규정된 정의이다. 여기서 공공보건의료기관이라 함은 ‘국가·지방자치단체 또는 대통령이 정하는 공공단체<sup>34)</sup>가 설립하는 보건의료기관으로 정의하고 있다.<sup>35)</sup>

둘째는 ‘공공성’이 강조되는 보다 광의의 개념이다. 이는 개인의 편익보다는 사회 전체의 편익을 지향하며, 그 주체가 반드시 공공기관일 필요가 없으며, 민간보건의료기관이라도 공공의 이익을 위한 사업에 참여하여야 함을 내포하는 개념이다. 이 개념은 ‘공공성’을 국가의 역할과 국가의 개입을 포함하는 범위로 받아들여기도 한다. 반면, 우리나라의 의료체계는 의료의 외부효과와 형평성 문제를 해결하는 제도로 사회보험방식의 국가 통제에 의한 직접적인 수요보조 방법을 가지고 있으므로 직접적인 공공의료기관 확충과 같은 직접적인 공급보조 방식이 아니더라도 충분히 공공성을 담보할 수 있다는 논의가 제기되고 있기도

34) 공공보건의료에 관한 법 시행령 제2조의 공공단체의 범위에는 지방공사 또는 지방공단, 한국보훈복지공단, 서울대학교병원, 국립대학교병원, 한국원자력 연구소, 정부투자기관, 국립암센터, 대한적십자사, 국민건강보험공단, 산재보험법에 근거한 노동부장관의 허가를 받아 설비한 관리기구와 지정 법인이 포함되어 있다.

35) 공공의료에 관한 법 제3조 1항에서는 국가 및 지방자치단체는 공공보건기관을 설치·운영하여 국민의 기본적인 보건의료수요를 형평적으로 충족시킬 수 있도록 노력하여야 한다고 규정하고 법 제3조 2항에서는 국가 및 지방자치단체는 공공보건의료기관의 설치·운영에 소요되는 비용을 보조할 수 있다고 정하고 있다.



한다.

셋째는 ‘공공에 대한 보건의료서비스’이다. 이는 개인을 대상으로 제공되는 개별적 서비스와 대비되는 개념으로 다수를 대상으로 하는 보건의료서비스를 지칭한다.

한편, 공공보건의료에 관한 법에서 ‘공공보건의료기관의 사업’으로 규정한 내용은 당해 기관의 설립·운영에 관한 법령에서 정한 사업 이외에 아래와 같이 규정하고 있다(공공보건의료에 관한 법 4조).

- 주요 질병관리사업
- 공공보건의료에 관한 전문적인 연구 및 검사사업
- 보건의료인의 교육훈련사업
- 국가 또는 지방자치단체의 공공보건의료시책의 수립 및 평가지원사업
- 국가 또는 지방자치단체의 각종 보건의료활동에의 참여 및 지원사업
- 민간보건의료기관에 대한 기술지원 및 교육사업
- 기타 보건복지부장관이 요청하는 사업

또한 공공보건의료기관이 우선적으로 제공해야 할 서비스의 내용을 아래와 같이 규정하고 있다(공공보건의료에 관한 법 5조).

- 의료보호환자 등 취약계층에 대한 보건의료
- 노인·장애인·정신질환 등 타 분야와의 연계가 필수적인 보건의료
- 전염병예방 및 관리
- 아동과 모성에 관한 보건의료
- 응급환자의 진료
- 민간보건의료기관이 담당하기 어려운 예방보건의료
- 기타 보건의료기본법의 보건의료발전계획(제15조)에 따라 보건복지부장관이 정하는 보건의료

공공의료 기관의 역할 측면에서 외국의 경우를 보면 공공의료의 비중이 상대적으로 낮은 미국에서도 공공병원의 역할은 취약계층에 대한 진료, 즉, 메디케

이드, 메디케어환자, 비보험환자 등의 취약계층환자에 대한 진료제공과 비용이 드는 특수진료(응급의료서비스, 신생아중환치료, 화상치료, Trauma center) 및 사회적으로 도움이 되는 의학연구와 의학교육을 수행하고 있어 우리나라 공공병원의 기능과 범위에 비하여 폭넓은 역할을 하고 있다고 볼 수 있다(NAPH, 1999).

본 연구에서는 공공보건의료서비스를 공공보건조직인 보건소(보건지소, 보건진료소 포함)와 공공의료기관(공공병원)에서 제공하는 서비스로 연구범위를 제한하여 개선방안을 제시하고자 한다.

#### 나. 공공의료체계 개편에 관한 기존 논의<sup>36)</sup>

최근 들어 현행 공공의료체계가 봉착하고 있는 문제점들의 지적과 함께 공공보건의료체계 개선방향과 공공의료의 확충 필요성에 대한 논의가 최근 5년내에 활발히 진행되고 있다. 이들 논의에서 그 동안 개선되어 온 개편안들을 살펴보면 대체로 다음과 같이 네 가지로 요약될 수 있다. 공공보건의료체계에 대한 개선방안을 제시하기에 앞서 기존 제시된 논의를 정리해 보면 다음과 같다.

##### 1) 기존 개선방안(I 안)

첫 번째 개편안은 상당히 많은 연구자들과 일선 담당관, 그리고 최근 중앙정부에서 제시한 공공보건의료 확충방안으로 논의 범위에 차이는 있으나 기본적인 기조는 유사하다.<sup>37)</sup> 이러한 논의는 다음의 4가지 기조로 공공의료의 확충,

36) 그간 정부 내외에서 제시되어 온 개편안들은 매우 다양하여 네 가지 이상으로 세분화시킬 수 있겠으나, 유사한 방안이 많아 여기서는 4가지로 분류하여 기존 개편안의 내용을 검토해 보고자 한다. 그리고 최근 논의되어 구체적인 계획단계에 있는 현 국립의료원의 국가중앙의료원으로서의 개편 설립방안과, 국립보건원의 질병관리본부로의 개편방안을 다루지 않으며, 8개 부처에 소속된 공공병원의 부처 일원화 방안 등 국가 행정체계 개편 방안에 대한 구체적인 검토는 다루지 않고 주로 공공의료기관의 기능과 관련된 내용을 중심으로 검토하고자 한다.

37) 이러한 방안으로는 보건복지부 공공보건과, 공공보건의료기관 연계체계 구축(안), 2003. 8; 보건의료발전기획단, 참여정부 보건의료발전계획(안), 2003. 11; 김용익 외, 의료시장개방에 대비한 보건의료체계 공공성 강화방안, 2002. 11; 김성순, 공공보건의료 인프라 확충방안, 제

정부의 적극적 통제를 강조하는 구체적인 개선방안들을 제시하고 있다.

〈표 6-8〉 기존 공공의료 개편방안( I 안)

개선 부문	개선 방안
관리운영체계 개선방안	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 공공보건의료체계의 목표와 역할 정립</li> <li>· 보건의료재정의 점진적 확충</li> <li>· 공공의료 관리체계의 조정</li> <li>· 보건정보체계의 구축</li> <li>· 법적 근거의 확보(보건의료기본법, 공공보건의료에 관한 법 등 관련 법령의 정비 및 개정)</li> </ul>
시설 확충	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 공공보건의료기관의 기능 강화</li> <li>· 공공병상의 확충</li> <li>· 도시보건분소의 설치</li> <li>· 국가중앙의료원(현 국립의료원), 질병관리본부(현 국립보건원)으로의 중앙보건의료 조직 개편</li> <li>· ‘지역거점병원’의 확보(공공병원 신설 또는 기존 공공병원 현대화를 통한)</li> </ul>
인력 확보	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 공공의료기관의 안정적인 우수 인력 확보</li> <li>· 보건기관 전문인력 확보</li> </ul>
서비스와 기능 개선	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 공공보건의료의 총괄 관리 및 기관간 기능적 연계체계 구축</li> <li>· 예방서비스의 확대</li> <li>· 방문보건서비스의 다양화와 지역자원 활용</li> <li>· 건강증진 서비스 제공, 적극적 질병관리</li> <li>· 재활 및 요양서비스 확대</li> <li>· 포괄적 서비스 제공체계 구축</li> <li>· 교육 및 훈련기능의 확보</li> </ul>

또한 이들 논의에서는 공공병원이 해야 될 필수적인 역할로 다음을 설정하고 있다.

- ① 지역별로 저소득층, 노인, 장애인 등에 대한 의료안전망 역할을 수행한다.

215회 정기국회 국정감사 정책제안서, 2000. 10; 신영진, 지방공사의료원 정체성 확보방안, 공공보건의료 발전을 위한 대토론회 발표자료, 2001; 이평수 등, 공공보건의료기관이 수행해야 할 사업검토 및 평가체계 구축방안, 2000; 의료제도 발전특별위원회, 의료제도 발전을 위한 정책과제, 2003 등이 있으며, 전체적인 맥락은 유사하다.

- ② 취약계층에 대한 우대 및 비용 감면, 사회적 비용이 수반되는 환자의 사회복귀를 위한 요양 및 간호서비스를 제공한다.
- ③ 암 등록 및 진단, 전염병관리 등과 관련된 의료정보관리, 응급의료 및 야간진료 등 민간이 수행하기 어려운 기능과 임상 예방의학(산전진찰, 성장·발달 등) 기능을 수행한다.
- ④ 보건소·지역 내 특수병원·국립대학병원과 연계, 국가 중점질환관리와 건강증진 등의 사업을 체계적으로 수행한다.
- ⑤ 공공보건사업 수행 인력 대한 교육훈련 및 의료 기술적 지원을 한다.
- ⑥ 표준진료의 시범적인 적용을 통해 병원 운영모델을 개발하여 민간부문을 선도한다.

## 2) 기존 개선방안(Ⅱ안)

두 번째 개선방안으로 제시한 내용은 상기 개선방안(I안)과 흐름을 같이 하지만 공공부문의 비효율성 개선이 수반되어야 하며, 공공보건의료를 확충하기 위하여 지방보건행정조직의 서비스능력을 강화하고, 적정 보건의료 인력의 확보와 서비스의 질적 수준 향상이 필요함을 제기하였다. 또한 공공의료체계의 개편방향을 다음과 같이 공공보건의료의 기본적 지향방향과 접목시켜 제시하였다(김재용 외, 2001).

〈표 6-9〉 기존 공공의료 개편방안(Ⅱ안)

지향 방향	개선 방안
비차별성, 형평성과 접근도 개선 측면	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 포괄적 보건의료서비스 제공을 위한 도시지역 보건분소 설립</li> <li>· 농어촌 보건기관의 질적 강화와 서비스 전달체계 도입</li> <li>· 지방행정조직을 보건(복지)청의 전환</li> <li>· 공공보건기관에 대한 투자 확대 및 인력 지원</li> </ul>
지역사회 기반활동, 국가정책의 수용 측면	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 공공보건의료 체계의 관리운영 일원화, 중앙에 담당부서 설치</li> <li>· 공공보건의료기관 기능 활성화를 위한 지원의 제도적 확립</li> <li>· 국립대학병원, 의과대학의 공공성 제고</li> <li>· 적정의사 인력 구조의 확보</li> </ul>
비영리성, 서비스 질적 수준 측면	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 국민건강정보 관리체계의 구축</li> <li>· 노인의료비 절감을 위한 서비스 공급체계 확보</li> <li>· 공공보건의료기관의 평가기준 개편</li> </ul>

## 3) 기존 개선방안(Ⅲ안)

세 번째 개선방안으로 제시한 내용은 공공의료에 국한한 논의는 아니지만 앞서의 첫 번째, 두 번째 방안이 국가 의료서비스 공급을 확충하자는 입장임에 반하여 시장옹호론적 입장에서 의료서비스에서 시장 경쟁 논리와 효율성을 강조하는 입장으로, 국가의 역할은 직접서비스 제공보다는 재정기전을 통해 조정 역할을 하여야 한다는 것이다.<sup>38)</sup> 즉, 민간민간부문의 경쟁을 통해 효율성을 증진시켜야 하며, 일반적인 진료를 위한 공공병원의 설립은 타당성이 낮으며, 의료보호제도, 의료보험 제도를 통한 수요보조방식을 통한 의료공급자의 효율성 제고가 중요하다는 것이다. 따라서 의료의 공공성 제고를 위한 방안은 진료비 지불제도의 변경 (방문당 수가, 일당진료비, 포괄수가제, 총액계약제 등)과 의료보험의 제도적 개선을 통해 재원조달과 배분의 사회화, 정부 재정기능의 강화와 공공재정의 확충(의료급여, 의료보험 제도에서), 진료비 지불방식을 경상비

38) 이러한 논의로는 다음의 연구가 있다. 이규식, 「의료의 공공성 제고와 공공의료기관 확충 논의의 검토」, 『보건행정학회지』, 11(1):107~130, 2001; 김한중, 「의료사태의 경험과 교훈」, 『보건행정학회지』, 11(1): 86~106, 2001.

용과 자본비용으로 분리하여 자본비용에 대해 비용 보상하는 방안이 필요함을 제기하고 있다.

#### 4) 기존 개선방안(IV안)

네 번째 개선방안으로 제시한 내용들은 공공의료에 국한한 논의는 아니지만 세 번째 제시된 방안과 같이 우리나라 의료체계의 개선을 위해서는 보험제도의 개선, 지불보상제도의 개편을 강조하고 있다. 하지만 시장의 경쟁기능을 통해 의료체계를 개선하는 것이 적절치 않으며, 정부기능의 확대와 강화, 효율성과 함께 형평성을 확보하기 위한 제도적 장치가 필요함을 제기하고 있다.<sup>39)</sup>

#### 5) 기존 개선방안의 검토

기존 논의는 우리나라 보건의료공급체계의 문제점에 대한 해결안을 제시하고 있다. 보건의료의 공공성 강화와 보건의료재정의 확충 필요성에 대해서는 I ~ IV안이 공통적이나 I안은 공공보건의료확충에 대한 방대한 계획을 제시하고 있다. 이들 방안 중 공공보건의료 개선방안에 초점을 맞추어 제시하고 있는 I안을 중심으로 검토하면 다음과 같다.

첫째, 정부나 국민들의 보건의료 정책방향에 대한 합의를 통한 방향 정립이 우선적으로 이루어지지 않으면 여러 가지 제안들이 현실적으로 순조롭게 추진 되기가 어렵다는 점이다.

둘째, 해결 가능성이 쉽지 않고, 누적되어 온 문제이거나 재정적 부담이 크고 사업의 타당성에 대한 이견이 많을 수 있는 문제들을 접근하고 있다는 점에서 실현가능성에 제약이 크다는 점이다. 예로 세부 방안에서 공공병원의 첨단 시설 확보, 우수 인력 확보를 위한 유인책 마련, 기초자치단체마다 1개의 공공병원 건립(민간병원 인수 포함)과 공공기관 중심의 거점병원 확보, 인구 5~10만

39) 이러한 논의 다음의 연구 등이 있다. 양봉민, 『우리나라 의료제도의 구성과 성과』, 『건강보장연구』, 제1호, 1997; 양봉민, 『건강보험정책의 과제와 발전방안』, 『보건행정학회 전기학술대회연제집』, 2003.

명당 도시 보건지소의 설치 등의 내용을 예로 들 수 있다.

셋째, 질병구조나 인구사회적 변화에 따라 증가하는 수요를 충족시키고, 치료 중심의 체제에서 전환하기 위한 ‘예방서비스’의 구축과 체계적인 예방서비스를 전달하기 위한 시스템 개발에 대한 제안은 미흡하다. 즉, 서비스 공백이 높은 필수 서비스의 충족과 질적의 육성보다는 양적인 공공보건의료 시설 인프라 확보를 우선적으로 제안하고 있다.

넷째, 국가 보건의료체계에서 공공의 역할 설정과 이를 위한 시스템에 대한 검토가 없다는 점이다. 즉, 미국의 공공보건의료 역할에서 강조하고 있는 ‘평가, ‘정책개발’, ‘실행’의 3대 역할중 실행 부분에 치우쳐 있다. 보건의료 서비스의 기준과 가이드라인 설정, 질병관리 및 모니터링(평가), 조정자 역할, 민간공공을 포함한 파트너-십의 형성 등에 대한 관점이 부족하다는 점이다.

즉, 모니터링, 지역사회 건강문제의 진단과 조사, 주민에 대한 정보 제공, 교육, 역량 강화, 지역사회 파트너-십의 확보와 조정, 정책과 사업계획의 개발, 법과 규정의 마련, 보건의료서비스간 연계, 보건의료 인력의 확보, 보건의료서비스의 효과, 접근성, 질 평가, 연구기능에 대한 고려가 충분히 포함되지 못하고 있다.

다만, 공공병원에서 표준진료를 시범적으로 적용한다는 것은 의료의 질 관리를 도입하고자 하는 시도가 포함되어 있다고 볼 수 있다.

본 연구에서는 기존 개선방안에 대한 현실적 검토와 함께 추가로 고려할 방안을 다음과 같이 제안하고자 한다.

### 3. 공공의료서비스 공급체계 개선방안

#### 가. 기본 방향

공공의료의 문제는 보건의료서비스 시장에서 정부와 민간의 역할을 어떻게 할 것이냐? 자원 배원을 어떻게 할 것이냐? 의 문제와 연결되며 이는 의료체계 자체의 성격이나 재정기전 등 우리나라 의료체계의 근본적인 성격과도 관련되

어 있어 향후에도 논란이 많을 수밖에 없는 사안이다. 그러나 본 연구에서는 전반적으로 변화되어야 할 방향을 다음의 세 가지 기본방향 아래 개선방안을 제시하고자 한다.

기본 방향은 다음과 같다. 첫째, 공공의료의 역할은 보건의료 공급체계에서 다음에 대한 주도적 역할을 통하여 보건의료체계의 합리적 운영을 위하여 국가가 다음의 기능에서 리더십을 확보하는데 둔다.

- 예방서비스를 포함한 필수 보건의료서비스의 직접 제공 또는 연계와 조정
- 필수의료에 대한 보건의료서비스의 기준과 가이드라인 제시 및 보건의료 인력 교육훈련과 학술적 기능의 확보
- 보건의료서비스의 모니터링 및 질 관리

둘째, 국가의 재정기전을 통한 조정역할과 공공성 강화를 통하여 의료서비스의 형평과 취약계층 의료이용 접근도를 향상시킬 수 있도록 한다.

셋째, 공공의료 서비스와 관리운영의 수준을 향상시키고 공공보건의료기관간 기능적 연계가 이루어지도록 하여 공공보건의료 조직의 효용성을 높인다.

#### 나. 공공의료서비스 체계의 개편방안

##### 1) 지역별, 기능별 수급균형을 고려한 공공병원의 시설 확충과 인력 확보

공공의료기관의 역할이 미국의 공공병원 기능에서 보는 바와 같은 최소한의 저소득층의 의료안전망(Safety net) 기능, 민간병원에 대한 견제기능을 위해 필요하다는데 대해서는 광범위한 합의가 이루어져 왔다. 우리나라 공공부문 병상은 전체의 15% 정도에 불과하며, 특수질환 또는 특수대상에 대한 진료를 주된 기능으로 하는 기관이 포함되어 있기 때문에 일반진료에서 공공부문의 역할은 더욱 적다.<sup>40)</sup>

공공병원의 확충은 필요하다. 병원의 투자요소가 크고, 일단 설립되면 운영비

40) 2003년 6월말까지의 의료기관 진료건수 1억 8,188건 중 공공의료기관 진료건수는 5.5%에 불과한 것으로 나타났다(김성순 의원 자료: 데일리팜, 2003. 9.21).



의 규모가 크므로 줄이기가 쉽지 않다. 공공병원의 시설, 인력의 확충은 공공병원에 대한 종합적인 지역적, 기능적 수요 진단에 근거한 장단기적 수급계획 하에 이루어져야 한다.

단기적으로는 기존 공공병원을 중심으로 지역거점병원을 지정하여 앞서의 기존 개선안 I에서 구상한 기능을 부여할 수 있을 것이다.<sup>41)</sup>

이를 위해서는 우선 기존 공공병원의 시설, 장비를 보강하고 현대화하며, 우수한 의사인력의 안정적 확보를 통하여 다음과 같은 기능에서 공공병원 서비스의 선도적인 역할과 서비스의 질적인 향상이 이루어지도록 하여야 한다.

첫째, 공공병원은 일반 진료기능의 확충보다는 민간의 진입이 활발하지 않은 요양 병상의 확충, 특수 질환 병상의 확충, 응급처치 시설의 확충, 기타 부족한 필수 의료서비스 기능을 우선적으로 확충하여야 한다. 전국적 수요 진단에 근거한 수급계획 하에 요양, 재활, 정신의료, 응급의료에 대한 추가 시설과 병상이 확충되어야 한다.

둘째, 응급처치 시설 중 고가의 비용이 요청되는 화상진료센터, 특수 외상진료 센터 등의 특수 질환 처치를 위한 시설은 지역적 배치를 고려하여 전문 응급처치 기능을 공공병원별로 배치하여야 할 것이다.<sup>42)</sup>

셋째, 요양 병상을 확충하거나 요양병원으로 건립하는 경우에는 진료중심의 병원서비스와 함께 간호요양원(nursing home)과 주간 요양센터, 사회복지시설이 연계되는 체계로 설비되어야 비용효과적인 관리가 가능한 장기노인요양서비스 체계로 구축되어야 할 것이다.

넷째, 공공병원의 의료인력이 점차 민간부문에 비하여 위상이 낮아지고 있는 주요 원인의 하나가 적절한 의료인력의 확보나 의료인력의 잦은 이직으로 인하여 안정적인 진료가 이루어지지 못하는 환경을 꼽을 수 있으므로 ① 탄력적이고 적극적인 의료인력의 채용, ② 채용후 의사인력에게 전문가적 경력발전 동

41) <표 6-8>에서 공공의료기관의 '서비스와 기능' 부분 참조

42) 응급의료서비스의 원가보전율은 일반의료서비스의 절반 이하로 민간의료기관은 응급실에 대한 인력, 시설, 장비의 투자를 기피하여 법적 기준을 충족하지 못하는 응급의료센터가 1/3수준을 넘고 있다. 이 결과 외상환자의 예방가능한 사망률이 50%로 낮은 수준인 것으로 제시되고 있다(김 윤, 2003).

기부여 등 근무만족 여건의 확보, ③ 경영능력을 갖춘 병원장의 공채가 이루어져야 한다.

## 2) 공공병원 관리 운영의 효율성 제고

그 동안 개별 공공병원은 인력의 불충분, 예산과 인력관리의 경직성, 병원 경영 성과 저조, 경영의 부실 및 경영진의 책임의식 미흡, 내부 관리의 비효율성이 상존하여 그 위상과 사회적인 인식이 낮아져 왔으며, 공공병원 이용 환자도 지속적으로 감소하고 있다.

그 과정에서 시도립 병원의 지방공사화, 일부 기관의 민간위탁과 민영화도 이루어지기도 하였다.

그러므로 공공병원도 지속가능성, 즉, 존속과 성장체계를 확보하기 위하여 해당 조직 운영에서 생산성과 효율성을 높여야 한다. 물론 여기서 사회적 효율성이 우선 고려되어야 하며, 수익성에 대한 고려가 우선시 되어서는 안될 것이다.

이를 위해서는 다음과 같이 경영관리를 통한 경영 합리화도 이루어져야 한다. 첫째, 생산자의 비용구조를 개선하여 생산적이고 효율적인 조직으로 변화시켜야 한다. 둘째, 의료서비스의 질을 적극적으로 개선시켜야 한다. 셋째, 공공병원 평가와 경영성과 평가에서 공공의료 역할 수행에 대한 다각적인 평가와 역할 수행에 따른 수익 감소분에 대한 편익이 고려되어야 한다. 넷째, 탄력적인 의료인력의 채용, 채용후 근무만족 여건의 확보, 경영능력을 갖춘 병원장의 공채 등 인력관리 시스템을 확보한다. 다섯째, 정보화를 통한 실용적이고 효율적인 병원정보화와 관리체계 정비와 관리운영의 개선이 이루어져야 한다. 여섯째, 민간병의원이 고급 의료기술과 서비스로 시장을 확대해 나가는데 대응하여 공공병원은 병원간, 다른 부문간 협력이 가능한 체제라는 우위성을 확보하여 공공의료의 대상이 되는 서비스 개발로 공공의료 기능을 특화시켜 나가야 한다.

## 3) 공공병원의 지역사회 기반 활동 강화

보건소가 지역 보건당국자로서 역할을 해야 하듯이 광역단위 이하의 공공병원(지방공사의료원 등 일반 공공병원)은 임상진료에 대한 책임뿐 아니라 지역 의료에 대한 책임으로 광역 시·도 단위의 보건의료 기획에 참여하여 역할을 하여야 한다. 이러한 지역사회에 대한 책임은 선진국들에서 의료기관 질 평가 항목에 필수적으로 포함되어 있는 사항이기도 하다.

첫째, 국가와 광역자치단체의 보건의료계획에 참여하고, 실행 단계에서도 계획에 따라 분배된 공공의료의 역할을 이행하여 보건의료 기획과 조정기능을 강화하여야 한다.

둘째, 국가 또는 지역사회 건강문제의 평가(모니터링, 진단과 조사)에 근거하여 국가 주요 질병관리사업의 중심 역할을 하여야 한다.

셋째, 지역사회 관련 인적자원, 민간의료기관 및 관련 기관, 단체와 협력관계(파트너-십)을 가지고 필요한 서비스를 제공하거나 위탁, 외주를 통해 자원간 연계와 활용을 위한 조정 역할을 해야 한다.

넷째, 광역단위 이하의 공공의료기관은 공공보건기관과 공동으로 지역주민의 건강관리 역량 제고를 위해서 지역사회에 기반한 교육기능과 연구기능을 가져야 하고, 지역의 보건 및 사회적 요구에 부응하는 활동을 하여야 한다.

진료 위주의 활동에서 위의 제시된 역할을 수용하도록 하기 위해서는 공공의료기관에 ‘지역사업과’ 또는 ‘지역의료팀’(별도 독립된 부서가 아닌 Taskforce team)을 구성하여 운영하고, 1999년부터 일부 공공의료기관에 지원되고 있는 ‘공공보건의료사업’을 확대하여 공공의료기관이 지역사회 사업을 수행하는 경험과 역량을 갖추도록 국가에서 별도의 재정적 지원을 확대할 필요가 있다. 또한 공공병원은 중앙의 관련 기관이나 대학의 기술지원단과 협력지원 시스템을 확보하여 지역에서 효과적이고 타당성 있는 지역사회 질병관리사업을 수행할 수 있는 역량을 갖춰야 한다.

#### 4) 공공병원의 예방서비스 기능 강화

공공병원은 지역사회 기반 활동의 하나로 또는 이와 연계하여 진료와 예방사업이 통합되는 형태의 서비스를 제공하여야 한다. 즉, 환자진료 현장에서 임상 예방적 진료활동이 강조되어야 하며, 공공보건기관의 건강증진 및 보건교육 사업과 연계되어야 한다. 이를 위해서는 다음과 같은 사업이 고려될 수 있다. 이러한 예방서비스 기능은 특히 지역거점병원의 주요 역할이 되어야 할 것이다.

첫째, 보건소와 적극적인 협력관계를 통하여 지역사회에서 병원과 지역내 보건소들과 연결된 건강증진사업과 캠페인 공동으로 전개한다.

둘째, 공공병원에 ‘지역사업과’ 또는 ‘지역의료팀’을 설치하여 공공병원의 예방서비스 기능과 지역사회 기반 활동을 담당하도록 하며, 임상부서와 연계하여 예방서비스 제공, 보건교육사업을 운영한다.

#### 5) 공공병원의 필수 의료서비스 제공 역할 강화

공공병원의 우선적인 역할은 민간이 충분히 공급하는 의료서비스 보다는 민간의 참여가 낮고 유인이 적은 분야, 필수적인 의료이지만 투자소요가 크지만 수익성이 낮은 분야에서 역할을 강화하여야 할 것이다. 이는 민간과 차별화된 기능으로써 민간과 경쟁체제가 아닌 협조체계를 구축하고 공공의료의 역할을 확고히 하기 위해서도 강화되어야 할 분야이다. 앞서 제기한 미국의 공공병원 기능을 참조하여 다음의 기능이 강화되어야 한다.

- 응급의료: 화상 진료센터, 외상 진료센터 기능 등의 제공
- 전염병 관리: 전염병 병상의 확보, 지역 전염성질환관리와 역학조사 관장
- 국가 주요질병관리사업 전개: 치료와 지역의료활동을 포함한 질병관리사업
- 장기요양 서비스: 장기요양 병상 확보, 장기요양 시설 부설 설치 또는 협력시설 지원, 병원 가정간호사업, 보건기관의 방문보건사업 의뢰환자 지원

## 6) 보건소와 다른 공공병원 등 공공보건의료기관간 연계체계 구축

공공병원은 관리주체의 다원화로 인하여 기관간 연계성이 미흡하여 공공의료 기관의 비중이 낮은 가운데 그나마 효율적인 활용이 이루어지지 않는다는 지적이 제기되어 왔다.

더구나 최근의 질병 양상은 치료과정에서 지속적, 연속성을 요구하는 만성질환자의 증가에 따라 의료공급체계에서 기능적 연계가 더욱 중요해지고 있다.

연계체계는 [보건지소, 보건지소] → [보건소, 보건의료원] → [지역거점병원(지방공사의료원, 각종 특수병원)] → [국립대학병원, 국립암센터, 국립재활원] → [국가중앙의료원(현 국립의료원), 국립암센터] 간의 연계체계로 광역단위의 연계체계와 중앙단위의 연계체계로 우선적으로 공공보건의료기관간만이라도 의료전달체계를 운영하도록 한다.

공공보건의료기관간 연계가 이루어지기 위해서는 우선적으로는 ① 1, 2, 3차 공공보건의료기관의 기능정립과 기능간 역할 분담의 기준 설정, ② 공공보건의료기관간 네트워크의 형성, ③ 기관간 보건의료전산망 인프라 구축, ④ 상호연계를 위한 프로세스의 표준화, ⑤ 협력분야에 대한 협약 체결, ⑥ 공공의료기관간 의뢰환자에 대하여 인센티브를 부여, ⑦ 장기적으로 인력 교류에 이르기까지 협력체계를 유지함으로써 상호 긍정적인 영향을 주고받아야 할 것이다.

그러나 각 공공보건의료기관간의 구체적인 기능분담과 연계의 구체적인 내용은 기관에 따라 지역적 상황이 매우 상이하고 주체가 다양하며, 경영에 대한 책임이 다르기 때문에(예로 보건기관은 관공서, 지방공사의료원은 공기업) 현실적으로 실질적으로 교류와 관련을 갖기 위해서는 많은 노력이 요구된다. 원칙적으로 연계되어야 할 내용은 다음과 같다.

- 진료환자의 의뢰 및 회송: 진료·검사 정보 등 의무기록의 전달과 추후 건강관리의 연계
- 임상진료 및 임상병리·방사선 검사 지원
- 보건의료인력에 대한 지속적인 의료기술지원, 각종 교육훈련 지원
- 지역단위로 건강증진사업과 질병관리사업 등 지역보건의료사업간의 협력

체계 구축 및 공동사업의 추진

- 전문의료진이 부족한 보건기관, 오벽지 병원에 대하여 사업 수용성이 있고 기술적으로 타당한 분야에 대한 원격의료 지원을 통해 의료접근성과 질 제고

7) 민간의료기관과의 연계, 협력체계 확보

민간의료의 비중이 높은 우리나라에서 보건의료체계를 정상화시키고, 효과적으로 운영하기 위해서는 공공의 취약성을 개선함과 함께 민간부문과 기능적 분업과 협업을 통해 상호협조체계를 이루는 것이 필요하다.

필수적인 의료서비스, 공공성이 강한 의료서비스를 공급함에 있어서 공공부문이 재원조달에서 핵심적인 역할을 담당하여야 하지만 민간부문에 의한 공급이 공공부문에 비하여 효율적일 때는 직접서비스의 제공은 민간부문이 맡을 수 있다. 더구나 우리나라와 같이 민간공급자가 광범위하게 존재하여 공공과 민간의 갈등이 초래될 가능성이 있을 경우에는 공공부문의 모니터링을 전제로 민간 의료부문과 협력체계를 통하여 공급할 영역이 많다.

새롭게 증가하는 보건의료 서비스인 건강증진과 예방서비스, 만성질환관리, 장기요양, 재활에서는 민간부문 역시 취약하므로 새로운 공급체계가 마련되어야 하고, 공공이 비용효과적인 새로운 공급기반(제도, 정책, 서비스)을 만들어야 한다.

그러나 의료서비스에서 정부실패(비효율성, 관료적 성격, 경직성 등)을 고려할 때 민간과 시장시스템의 적용이 필요한 부분이 있다. 서비스 부문에 따라 투입과 산출물의 균질적인 의료서비스, 의료시장에서 시장원리가 가능한 빈발하고 정형적이며 경증인 질병 분야는 정보의 비대칭성이나 불확실성 그리고 형평성에 대한 문제가 큰 영향을 미치지 않을 수 있기 때문에 민간에서 공급하도록 하는 것이 효율적일 수 있음이 제기되고 있기도 하다.(김창엽, 2001). 예로 건강검진, 영유아 예방접종, 급성기 진료, 노인에 대한 수발 서비스 등을 들 수 있다.

첫째, 공공성이 높은 의료서비스를 민간에게 공급하도록 하는 방안이다. 공공과 민간과의 연계 방식은 사업의 종류에 따라 건강문제에 따라 다음과 같은 방식이 고려될 수 있다(Savas, 1982, 문옥륜 2003 재인용).

- 공공-민간 협력(public-private partnership: PPP)
- 민간위탁(contracting out)
- 보조금 지급(subsidy)
- 구매권(vouching)
- 독점생산권(franchising)

둘째, 의료취약지역의 민간병원에 대해서는 지역적 분포 개선을 위하여 시설 투자와 운영비를 지원하여 공공성이 높은 민간의료기관을 지원하는 방안도 민간협력 기관의 확보측면에서 고려되어야 한다.

#### 8) 공공병원의 보건의료 정보시스템 구축과 활용 확대

공공병원이 병원관리의 내부효율을 높이고 질병관리 및 모니터링 시스템을 가지기 위해서는 주요 사업에 대한 정보관리시스템이 구축되어야 한다. 이를 위해서는 첫째, 공공병원에서 정보와 통계 담당 부서와 담당자가 확보되어야 한다. 둘째, 전국 표본조사 자료 중 지역별로 가능한 통계의 확보, 건강보험과 심사평가원의 지역 진료정보를 확보할 수 있어야 하고, 자체 환자 진료자료를 정보화 하여야 한다. 이러한 대상자 진료정보를 가지고 주요 질병관리, 2차적 질병예방과 추구관리가 가능하도록 되어야 한다. 셋째, 거점병원은 정보통신기술을 활용하여 의료정보체계가 구비된 e-hospital을 구축하여 정보화를 통한 내부 관리운영의 효율성을 높이고, 정보 활용을 통한 환자관리, 이를 통한 사업통계의 확보, 사업평가에의 활용체계를 갖추어야 한다. 넷째, 정보화를 위해서는 표준화된 업무(인사 및 노무관리, 기획 및 예산관리, 진료 및 업무 등)의 전산프로그램과 연계프로그램 개발이 전제되어야 한다.

## 9) 공공보건의료 인력에 대한 교육훈련기능과 학술적 기능의 확보

공공병원의 교육훈련기능은 세 가지로 볼 수 있다.

첫째, 개별 병원단위 인력의 역량 개발과 질 관리를 위한 교육훈련 기능이다. 둘째, 하위 공공보건의료인력의 훈련과 기술지원을 위한 역할이다. 국립대학병원은 광역 공공병원의 인력에 대한 보수교육 프로그램을 운영하고, 광역 공공병원은 기초 단위의 공공보건의료기관(보건의료원, 보건소, 보건지소, 보건진료소)의 보건의료인력에 대한 교육훈련 기능을 상시적으로 가져야 한다. 셋째, 국가 또는 지역 단위의 인력수요에 기반한 전문의 양성, 기타 필수사업(예: 응급의료, 전염병 및 방역관리 사업) 담당 인력의 훈련 역할이다. 이는 민간 병원이 자체 운영목적으로 교육훈련 기능을 갖는 것과는 차별화된 기능으로 민간과 차별화된 공공부문의 역할을 정립하는 것이며, 결과적으로 공공보건의료 부문의 서비스의 질을 개선하는 데에도 효과를 가져올 수 있다.

기존 개선안(I 안)에서 공공병원의 역할의 하나로 “진료표준의 시범적인 적용을 통한 병원 운영모델을 개발하여 민간부문을 선도하는 기능”이 포함되어 있다. 표준진료를 시범적으로 적용한다는 것은, 그 동안 제대로 해오지 못했던 의료의 질관리를 체계적으로 수행하려는 의도가 반영된 것으로 보인다. 최근 미국에서도 공공병원이 경쟁적인 의료시장에서 연방정부의 질 관리 제고 및 의료수가 통제를 목표로 하는 연방정부의 의료개혁에 부응하고 있기도 하다.

그러나 표준적 진료의 시범적 적용은, 공공병원의 학술적 기능을 강화하기 위한 노력이 뒷받침되어야 실행이 원만하게 이루어 질 것으로 생각된다. 즉, 공공보건사업 수행인력에 대한 교육뿐 아니라 지역사회 일차의료의사를 양성하는 기능을 담당해야 할 것이며, 이러한 교육기능과 함께 이를 뒷받침할 수 있는 학술적 기능을 가지고 있어야 표준진료서비스를 병원과 지역사회 일차의료기관에서 제공할 수 있을 것이다.



## 10) 공공병원 평가체계의 재정립을 통한 공공성 확보와 질 관리

현재 공공병원의 평가는 행정자치부에 의해 진행되어 온 지방공사의료원의 경영평가제도를 예로 볼 때 공공의료 역할 수행에 대한 평가가 충분히 반영되어 있지 않고 진료실적과 수익성 같은 경영성과 평가의 비중이 너무 높게 구성되어 있다. 공공병원 평가기준은 공공병원의 목적과 기능, 경영 기준에 근거하여 공공의료 기능수행을 얼마나 효과적으로 제공하였는가가 반영되어야 하며, 이를 위하여 공공의료 역할 수행에 대한 평가와 경영관리에 대한 객관적인 평가기준으로 분리하여 실시하여야 한다.

첫째, 공공의료의 역할 수행에 대한 평가는 민간과는 차별하여 공공병원의 공공성을 강화하고 지원하기 위한 평가기준으로 정립될 필요가 있다. 이러한 기준에는 다음 내용이 포함되어야 할 것이며, 평가항목과 가중치의 기준 설정을 위하여 여러 전문가, 실무자, 정책자의 합의도출 과정이 필요하다.

- 의료급여 등 저소득층 진료
- 행려환자 등 무료 진료, 변사체 처리 등 민간에서 담당하지 않는 서비스
- 법정전염병 진료 및 관리 실적
- 응급환자 진료 실적
- 특수병동의 운영(결핵, 전염병 격리병상, 정신요양, 장애인재활 등)
- 공중보건 측면에서 중요한 주요 국가관리 질병(고혈압, 당뇨병, 뇌졸중, 암, 심질환 등)의 관리수준과 지역주민의 서비스 접근도<sup>43)</sup>
- 지역의료 사업, 건강증진 및 예방사업 수행정도
- 지역내 사회복지수용시설 등 집단시설에 수용되어 있는 환자들에 대한

43) 미국 Managed care 의 신임기구인 NCQC(National Committee for Quality Assurance)가 의료기관 평가에 사용하는 표준화된 성과평가도구인 HEDIS(Health Plan Employer Data and Information Set)는 다음과 같은 의료서비스 효과와 접근도 평가지표를 상당히 포함하고 있음을 볼 수 있다.

- **의료서비스 효과 지표:** 아동과 청소년 예방접종상태, 유방암 자궁암 검진상태, 산전관리, 산후관리, 고혈압관리, 급성심질환자의 콜레스테롤 관리, 포괄적인 당뇨관리, 천식환자 투약추구관리, 퇴원 정신질환자 관리, 급연상담, 노인인플루엔자 예방접종
- **접근도 평가지표:** 예방과 외래진료 접근도, 아동의 1차의료 접근도, 치과정기방문 등(김윤, 2003).

진료실적

- 교육 훈련 수행정도
- 보건기관(보건소, 보건지소)과의 교류 및 지원활동
- 지역사회 의료계획 참여 및 지역보건의료사업에 대한 연구개발 활동
- 자체적인 진료지침 및 질 관리 업무 수행정도

둘째, 경영관리에 대한 평가에서는 공공의료 역할 수행에 따른 수익감소분 및 수혜자 편익을 고려하여 기관 운영의 효율성이 평가되어야 한다.

11) 의료의 공공성 강화를 위한 공공재정의 확충

우리나라는 정부예산 중 보건부문 예산지출이 0.38%(2000년)로 낮은 수준이고<sup>44)</sup> 중앙정부 일반회계예산에서 보건부문이 차지하는 비율은 0.78%(1997년)로 지난 10년 동안 0.7%대의 수준이다. 국민의료비중 공공부문 지출은 44.4%(2000년, 사회보험 포함)로 보건의료에 대한 국가의 지출이 다른 선진국과 비교할 때 매우 낮은 수준이다. 보건의료부분 특히 공공보건의료부분에 대한 예산 책정 비율은 낮으며, 공공보건의료기관의 투자가 부족하여 우수한 인력유치와 시설장비의 현대화를 어렵게 하였다. 또한 공공의료기관이 주요 질병관리사업, 연구 및 검사사업, 공공보건의료시책 수립과 평가지원 사업, 교육훈련사업, 민간의료기관에 대한 기술지원 및 교육사업을 할 수 있는 재정적 지원을 거의 하지 못하여 온 것이 사실이다. 또한 민간의료기관의 공익적인 의료활동을 유인하기 위한 보조금 지원도 거의 없었다.

위와 같은 사업이 도입되고 활성화되기 위해서는 재정적 유인이 필요하고,

44) 정부 보건의료 예산은 절대액은 다소 증가하였으나 정부예산 중 순수 보건의료 예산의 비중은 1997년도 0.515%, 1998년 0.422%, 1999년 0.381%, 2000년 0.377%이다. 정부예산중 보건복지부 예산의 비중은 꾸준히 증가하였으나 의료보장 국고지원과 복지부문 예산이 늘고 보건 의료사업 예산비중은 오히려 감소하는 추세를 보인다(보건복지백서, 2003).

보건복지부 세입·세출예산에서 파악된 정부일반회계 대비 보건부문(건강증진기금 포함)의 비중은 1995년 0.18%, 1996년 0.19%, 1997년 0.16%, 1998년 0.15%, 1999년 0.17%, 2000년 0.16%, 2001년 0.20%이다(김용익 외, 2002).

공공의료 재정의 획기적인 확충이 필수적으로 요구된다.

## 12) 새롭게 증가하는 보건의료 서비스의 제공체계 도입

노령화, 보건의료 수요 변화로 사회적 요구가 크게 증가하는 대표적인 보건의료서비스가 건강증진과 예방서비스, 만성질환관리, 장기요양, 재활 등이다. 이러한 서비스는 기존의 급성기 치료중심의 의료공급체계에서 공급이 매우 부족하며 수익성 측면에서 민간의 참여유인이 낮은 영역이다. 이 부분에 공공이 적극적인 역할을 하여야 한다는데 대해서는 이미 많은 동의가 이루어져 왔으므로 새롭게 증가되고 있는 보건의료 요구를 비용효과적으로 충족시키기 위한 정책 수단으로 공공의료기관이 적극적인 역할을 하여야 한다.

만성질환 관리를 위한 공공의료기관의 역할은 ① 서비스 공급을 위한 시설과 인력의 확충, ② 효율적인 만성질환 관리체계의 개발, ③ 효과적인 관리방안 도출을 위한 시범사업 운영, ④ 보건의료인력의 만성질환 관리능력 향상을 위한 교육 프로그램 개발과 운영 등을 들 수 있다.

전통적으로 공공의 역할로 간주되고 있는 전염성질환의 관리를 위해서 공공의 역할은 ① 전염병 감시체계를 확고하게 세우며, ② 이를 위한 정보체계를 갖추는 것이 중요하다. 특히 지역사회에서 공공병원과 공공보건기관간의 연계는 전염병관리를 위한 행정과 업무를 통합하는데 기여를 할 수 있을 것이다.

필수적인 의료로써 응급의료에 대한 공공의료기관의 역할은 ① 응급의료에 관한 법 시행령에서 규정하고 있는 ‘지역응급의료계획’ 수립과 시행에 참여하며, ② 고가의 비용이 요구되는 특수 응급처치 시설을 확보하는 것과, ③ 응급의료 수요는 낮지만 지리적 접근도를 고려하여 필요한 지역응급의료센터를 설치하는 것이 될 것이다.

## 제 7 장 공공보건 공급체계의 현황과 개선방안

### 제 1 절 공공보건서비스 체계의 현황과 문제점

#### 1. 공공보건기관의 특징

국가의 정치사회 및 문화의 역사적 배경, 보건의료체계에 따라 공공보건의료의 주체와 역할에 대해서는 매우 다양한 시각의 차가 존재하며 우리나라에서도 공공의료에 대해서는 논의가 많다. 그러나 공공보건 또는 지역보건의 기능과 역할에 대해서는 대부분 그 필요성을 인정하고 있다.<sup>45)</sup> 공공보건사업은 질병의 예방과 건강증진적 접근을 통해서 거시적인 측면에서 의료수요를 절감시킬 수 있다는 점에서도 효율적인 사업임이 제시되고 있다(Saltman et al., 1998).

OECD의 한국의료체계 평가(2003)에서 지적한 바와 같이 의료의 보장성, 형평성이 아직까지 부족한 우리나라의 의료체계의 특성상 저소득층에 대한 의료안전망(safety net)과 질병예방관리를 위한 공공보건조직의 역할은 중요하다.

우리나라에서 공공보건기관은 국가보건의료체계의 하부조직으로서 1956년 보건소법이 제정되고, 1962년 동법이 개정되면서 전국의 시·군·구 행정단위별로 설치되었다. 1970년에는 군부지역에 읍·면 단위별로 보건지소가 설치가 이루어졌고, 1981년에는 농어촌특별조치법에 의해 의료취약지역에 보건진료소가 설치되어 2003년 1월 현재 <표 7-1>과 같이 보건소 242개소, 보건지소 1,269개소, 보건진료소 1,891개소 등 총 3,402개소의 지역보건의료기관을 설치 운영하고 있다.

공공보건기관은 의료의 공공성과 공공보건의료부문이 취약한 가운데 의료부문과는 달리 전국적으로 비교적 잘 조직되어 있으며, 우리나라에서도 정부가 주도한 분야로서 공공보건의료의 핵심적인 역할을 하여 왔다.

---

45) 다만 보건소의 기능 가운데 일반진료기능에 대해서는 관련된 논란이 지속되고 있다.

〈표 7-1〉 공공보건기관의 설치현황

(2003년 1월 현재, 단위: 개소)

지역별	보건소	보건지소	보건진료소
계	242	1,269	1,891
서울	25	-	-
부산	16	8	5
대구	8	8	9
인천	10	21	25
광주	5	-	11
대전	5	6	8
울산	5	12	11
경기	39	125	160
강원	18	93	131
충북	11	97	162
충남	15	158	233
전북	14	142	242
전남	22	207	329
경북	25	217	310
경남	20	163	209
제주	4	12	46

자료: 행정자치부 <http://www.mogaha.go.kr>

지역유형별(특별시, 광역시, 중소도시, 통합시, 일반군, 보건의료원군) 배치현황을 보면 <표 7-2>와 같다.

〈표 7-2〉 지역별 공공보건기관의 배치 현황 (2000년)

(단위: 개소, %)

	계	특별시	광역시	중소도시	통합시	일반군	보건의료원
계(N)	3,383(100.0)	25( 0.7)	180( 5.3)	53( 1.6)	1,221(36.1)	1,559(46.1)	345(10.2)
보건소	242(100.0)	25(10.3)	49(20.2)	34(14.0)	50(20.7)	68(28.1)	16( 6.6)
보건지소	1,264(100.0)	- ( 0.0)	56( 4.4)	2( 0.2)	477(37.7)	610(48.3)	119( 9.4)
보건진료소	1,877(100.0)	- ( 0.0)	75( 4.0)	17( 0.9)	694(37.0)	881(46.9)	210(11.2)

자료: 2000년 국민보건의료실태조사 원자료 (전국조사자료이나 일부 지역은 조사표 미회수로 제외됨)

## 2. 공공보건기관의 인력 구조

1995년 지역보건법의 개정으로 보건소의 역할은 16개 분야의 업무로 광범위하게 규정되어 있다. 그 동안 건강증진사업, 정신보건사업, 신종 및 재출현 전염병 관리사업의 추가와 중앙정부의 조직편제의 변화에 따른 노인보건과, 암관리과 등의 신설로 일선 집행기관인 보건소의 업무량은 늘어났는데, 오히려 보건소 전문인력은 2000년 국민보건의료실태조사자료의 분석결과 1996년보다도 감축되거나 정체 상태에 있음을 볼 수 있다(표 7-3 참조). 보건소 인력구조를 1996년과 비교하면 2000년에는 전반적으로 행정직, 비기술 보건직과 간호주무사가 차지하는 비중이 48.8%에서 43.1%로 다소 줄었음을 볼 수 있다. 의사, 간호사 인력이 IMF 이후 구조조정 여파로 줄어들었으며, 새로운 사업에 필요한 전문인력들의 확보가 거의 이루어지지 않았음을 볼 수 있다(표 7-4 참조).

각 지역유형별로 보면 <표 7-5>와 같이 보건소의 인력규모와 구성에 큰 차이가 있다.

〈표 7-3〉 보건소의 보건의료인력수 평균치(2000년)

(단위: 명)

		계	특별시	광역시	중소도시	통합시	일반군	보건의료원
보건소	계	11,495	1,852	2,093	1,293	2,513	2,795	949
	평균	47.5(18.6) <sup>1)</sup>	74.1(19.8)	42.7(14.2)	38.0(15.8)	50.3(16.8)	41.1(12.8)	59.3(16.7)
의사	계	750	137	122	60	131	163	137
	평균	3.1( 2.4)	5.5( 1.6)	2.5( 1.2)	1.8( 0.8)	2.6( 0.9)	2.4( 2.0)	8.6( 2.9)
치과의사	계	205	25	23	15	42	75	25
	평균	0.9( 0.8)	1.0( 0.3)	0.5( 0.6)	0.4( 0.6)	0.8( 0.6)	1.1( 1.1)	1.6( 0.6)
한의사	계	146	9	24	21	35	48	9
	평균	0.6( 0.6)	0.4( 0.5)	0.5( 0.7)	0.6( 0.5)	0.7( 0.6)	0.7( 0.5)	0.6( 0.6)
간호(조산)사	계	2,803	584	623	292	533	587	184
	평균	11.6( 6.3)	23.4( 5.8)	12.7( 5.7)	8.6( 5.0)	10.7( 4.6)	8.6( 3.4)	11.5( 3.4)
간호조무사	계	1,667	-	137	191	546	647	146
	평균	6.9( 5.8)	-	2.8( 3.1)	5.6( 2.9)	10.9( 5.4)	9.5( 5.2)	9.1( 6.0)
약사	계	159	86	35	17	13	2	6
	평균	0.7( 1.1)	3.4( 1.3)	0.7( 0.6)	0.5( 0.6)	0.3( 0.5)	0.0( 0.2)	0.4( 0.5)
의료기술인력	계	2,123	287	397	223	523	533	160
	평균	8.8( 3.0)	11.5( 2.3)	8.1( 2.6)	6.6( 2.6)	10.5( 2.8)	7.8( 2.4)	10.0( 2.1)
일반기타인력	계	3,510	724	710	443	687	664	282
	평균	14.5(11.1)	29.0(14.9)	14.5(10.5)	13.0(11.2)	13.7( 9.2)	9.8( 4.7)	17.6(12.6)
공공보건기관 <sup>2)</sup>	계	19,838	1,852	2,546	1,342	5,785	6,585	1,728
	평균	81.6(37.6)	74.1(19.8)	52.0(23.7)	39.5(17.3)	115.7(30.2)	96.8(27.5)	101.7(30.5)
의사	계	2,034	137	183	64	617	772	261
	평균	8.4( 5.6)	5.5( 1.6)	3.7( 3.6)	1.9( 0.9)	12.3( 3.6)	11.4( 3.9)	15.4( 4.7)
치과의사	계	824	25	48	16	287	371	77
	평균	3.4( 2.9)	1.0( 0.3)	1.0( 1.8)	0.5( 0.6)	5.7( 2.1)	5.5( 2.2)	4.5( 2.3)
한의사	계	150	9	25	21	35	50	10
	평균	0.6( 0.6)	0.4( 0.5)	0.5( 0.7)	0.6( 0.5)	0.7( 0.6)	0.7( 0.5)	0.6( 0.6)
간호(조산)사	계	4,975	584	714	311	1,356	1,583	427
	평균	20.5( 9.7)	23.4( 5.8)	14.6( 6.2)	9.2( 5.2)	27.1( 9.3)	23.3( 8.5)	25.1( 7.1)
간호조무사	계	4,897	-	380	197	1,787	2,110	423
	평균	20.2(19.2)	-	7.8(14.8)	5.8( 2.7)	35.7(17.0)	31.0(14.5)	24.9(18.0)
약사	계	167	86	36	17	20	2	6
	평균	0.7( 1.2)	3.4( 1.3)	0.7( 0.7)	0.5( 0.6)	0.4( 1.0)	0.0( 0.2)	0.4( 0.5)
의료기술인력	계	2,948	287	417	230	877	909	228
	평균	12.1( 5.1)	11.5( 2.3)	8.5( 2.8)	6.8( 2.7)	17.5( 4.8)	13.4( 3.4)	13.4( 4.3)
일반기타인력	계	3,635	724	721	455	742	702	291
	평균	15.0(11.4)	29.0(14.9)	14.7(10.4)	13.4(12.1)	14.8( 9.6)	10.3( 5.2)	17.1(13.9)

주: 1) 괄호 안의 수치는 표준편차임.

2) 행정구역내 보건소, 보건지소, 보건진료소를 합함.

자료: 2000년 국민보건의료 실태조사 원자료

〈표 7-4〉 보건소의 보건의료인력수 평균치<sup>1)</sup>(2000년, 1996년)

(단위: 명)

	계	특별시	광역시	중소도시	통합시	일반군	보건의료원
<b>2000년도</b>	81.6	74.1	52.0	39.5	115.7	96.8	101.7
(N)	(243)	(25)	(49)	(34)	(50)	(68)	(17)
의사 <sup>2)</sup>	12.4	6.9	5.2	3	18.7	17.6	20.5
간호(조산)사	20.5	23.4	14.6	9.2	27.1	23.3	25.1
간호조무사	20.2	-	7.8	5.8	35.7	31.0	24.9
약사	0.7	3.4	0.7	0.5	0.4	0.0	0.4
의료기술인력	12.1	11.5	8.5	6.8	17.5	13.4	13.4
일반기타인력	15.0	29.0	14.7	13.4	14.8	10.3	17.1
<b>1996년도</b>	82.6	80.8	48.8	41.3	111.8	96.7	111.9
(N)	(240)	(25)	(40)	(36)	(45)	(78)	(16)
의사 <sup>2)</sup>	10.5	6.2	4.0	2.2	17.6	13.9	16.1
간호(조산)사	22.4	25.8	14.3	11.3	28.9	25.6	28.1
간호조무사	14.3	1.2	5.6	5.9	21.6	21.7	18.1
약사	0.7	4.4	0.7	0.4	0.1	0.0	0.1
의료기술인력	7.8	10.6	5.7	4.3	9.0	8.8	8.6
일반기타인력 <sup>3)</sup>	26.0	31.4	17.7	16.1	34.2	25.4	40.1

주 : 1) 보건소 지역내 보건지소, 보건진료소 인력을 합한 수치임.

2) 의사, 치과 의사, 한의사를 합한 수치임.

3) 위생사(보건직), 보건직(기술직 제외), 행정직, 기능 및 고용직을 합한 수치임.

자료: 2000년 국민보건의료 실태조사 원자료

1996년 전국보건기관 인력현황조사 원자료



〈표 7-5〉 보건소 유형별 평균인력과 관할인구 현황 (2000년)

(단위: 개소, 명)

보건소 유형	지역수 (시·군·구)		평균인력(A)		관할인구규모(B)		직원1인당 관할인구(B/A)	
	I	II	I	II	I	II	I	II
계	242	243	47.5	81.6	190,516	189,861	4,011	2,327
특별시	25	25	74.1	74.1	395,809	395,809	5,342	5,342
광역시	49	49	42.7	52.0	252,123	252,123	5,905	4,849
중소도시	34	34	38.0	39.5	253,283	253,283	6,665	6,412
통합시	50	50	50.3	115.7	210,774	210,774	4,190	1,822
일반군	68	68	41.1	96.8	60,130	60,130	1,463	621
보건의료원	16	17	59.3	101.7	38,525	38,100	650	375

주: I) 보건소 인력만 고려할 경우.

II) 보건소 관내 보건지소, 보건진료소 인력을 합할 경우.

자료: 1) 2000년 국민보건의료실태조사 원자료

2) 통계청, 2000년 인구 및 주택총조사결과

보건기관의 인력문제는 절대적인 인력의 규모뿐 아니라 인력의 질적 측면에서도 부족한 실정이다. 지역유형별 인구당 보건소 인력의 양과 질의 불균형이 심하여 지역간 균형적 업무수행의 양과 질이 보장이 안된다. 이는 보건행정 및 공공보건서비스의 공급수준에 상당한 차이를 초래하는 요인이 된다.

인력구성 면에서 새로운 보건사업을 수행하는데 양과 질에서 부족하고, 현재의 경직된 인력충원 구조로는 전문인력의 충원과 승진이 어렵고 이들에 대한 지속적인 교육훈련 기회가 적으며, 인력개발을 위한 투자가 미흡하다. 전문지식을 가진 공공보건행정 관리자의 필요성에 대하여 행정자치부와 지방정부의 인식이 낮으며, 공공보건서비스 체계 내에 바람직한 공공보건서비스 공급을 위한 인력양성 정책이 인사제도나 교육훈련 과정에 반영되어 있지 않다. 제한된 수의 전문직위와 순환보직의 결핍은 다양한 방면으로 전문성을 발휘할 기회와 전문성을 습득할 기회를 제한시켜 보건의료분야의 전문성 축적을 저해하며, 기존 확보된 전문인력을 충분히 활용하지 못하게 하고 있다.

구조조정이 진행된 현시점에서 최근 보건소의 업무영역이 확대되고 있어 전

문인력의 수는 훨씬 더 부족할 것으로 예상된다. 보건소의 전문인력부문은 일부 직종을 제외하고 거의 모든 직종이 현행 지역보건법에서 규정한 보건소 최소 배치기준에 규정된 면허 또는 자격 종별에 따른 최소 배치기준에도 못 미치는 보건소가 대부분이다. 인구 10만 명당 자격 종별 인력에 있어서 의사, 치과 의사의 경우 다른 인력에 비해 지역별 편차가 비교적 적으나 한의사, 약사, 간호사, 영양사의 경우 지역별로 편차가 크거나 지역별로 인력을 확보하지 못한 곳이 많다(이평수 등, 1999).

보건지소에 근무하는 공중보건역사의 경우 보건사업에 대한 역할설정과 참여 동기가 미흡하여 우수한 보건인력임에도 불구하고 활용이 잘 되지 않고 있으며, 보건행정에 책임과 권한이 제한되어 있어 진료 이외의 보건사업에 참여를 활성화하기 위한 제도개선이 필요하다.

### 3. 보건소의 기능과 역할

우리나라 보건소의 기능은 1960년대에는 전염병 예방사업과 가족계획사업, 1970년대에는 민간의료기관의 접근성에 제약이 있는 의료보호환자를 위한 일차진료를 담당하였으며, 1980년 ‘농어촌 보건의료를 위한 특별조치법’에 의하여 군지역을 중심으로 보건의료취약지역에 대한 보건진료원, 공중보건의 배치가 이루어졌다. 1995년 보건소법이 지역보건법으로 개편됨에 따라 지역의료계획의 수립 등 지방자치제 실시에 능동적으로 대응할 수 있는 제도적 준비가 이루어졌다.

그 동안 보건소는 외부효과가 높은 전염성질환의 예방 및 관리와 취약계층과 의료보호환자를 대상으로 한 일차진료, 만성질환의 예방 및 관리, 공공기관으로서 행정 및 통제 역할을 해 오면서 의료의 공공성과 공공보건의료부문과 취약한 우리나라에서 그나마 보건소는 사회적 안전망으로써 공공보건의료의 핵심적인 역할을 해 왔다고 볼 수 있다.

우리나라에서 주요 급성기 질환 치료중심의 서비스는 주로 민간의료기관에 의해 확산되었지만 질병예방과 건강증진사업은 미흡하나마 거의 대부분 공공보

건체계, 즉, 보건소를 통해서 전달되어 왔다.

그 동안 보건소의 기능은 보건소법이 1995년 지역보건법 개정, 건강증진법과 정신보건법의 제정으로 업무 영역이 확대되는 계기가 되었으며, 그 이후 건강증진사업, 지역사회 정신보건사업, 질병관리사업, 방문보건사업과 가정간호사업 등 새로운 사업이 추가되었다. 지역보건법에 명시된 보건소의 업무는 16종류로 매우 포괄적으로 제시되어 있으며, 최근 대민서비스 부분에서는 업무내용이 다양한 분화를 보여 예방에서 재활까지, 양적인 사업에서 질적인 사업으로, 백화점식 사업에서 핵심사업으로 발전하는 과도기에 놓여 있으며, 이러한 가운데 최근 보건소의 조직과 역할은 적지 않게 변화되고 있다.

보건소의 사업은 인력과 기능면에서 전통적인 직접서비스로 소내에서 제공되는 일반진료, 예방접종, 모자보건사업에 치중되어 있다는 문제가 여전히 제기되고 있다. 보건소 업무별 투입인력에 관한 보건소 인력 시간활동조사 결과를 보면 진료 및 진료지원 업무, 급성전염병 관리, 결핵관리, 모자보건 업무에 투입하는 인력의 비중이 여전히 높은 것으로 나타나고 있다(김용익, 2003; 의료제도발전특별위원회, 2003; 장원기 외, 1998; 강민중, 1999; 남정자 외, 1996; 한국보건의료관리연구원, 1998).

대부분의 보건소가 기본적으로 수행하고 있는 업무는 일반진료, 치과진료, 전염병관리, 모자보건·가족계획, 건강진단, 방역소독, 의료인·의료기관 지도관리 업무이다. 진료와 전통적인 전염병관리, 모자보건사업에 인력이 치우쳐 있어 건강증진, 의약감시, 질병관리 사업은 있다고 하여도 담당자가 1인인 경우가 많아 사업이 활성화되어 있지 않다. 보건소가 지역보건당국(District health authority)으로서의 역할과 보건서비스 제공자로서의 역할을 수행하고 있으나 지역보건당국자로서의 역할을 매우 취약하다. 지방분권적 정책능력, 보건정보의 취합과 활용능력, 지역내 보건사업의 기획과 수행 능력이 아직까지 취약하며, 문제해결형 접근이 부족하다.

보건소가 수행을 강화하거나 추가되어야 할 업무인 건강증진사업, 노인보건, 정신보건, 지역보건계획의 수립 등 사업기획 업무의 수행정도는 보건소에 따라 수행정도에 차이가 크며, 수행정도가 낮은 것으로 나타나고 있다(남정자 외,

1996; 장원기 외, 1998).

최근에는 별도로 운영되는 각종 기금사업 등이 지원되면서 다양한 사업들이 시도되고 있다. 그러한 사업수행을 위한 기획능력의 부족으로 무분별한 사업계획을 세움으로써 백화점식 나열사업들이 양산되고 있어 지속성과 일관성을 보장할 장치 없이 유사한 관련업무들이 효과적으로 조정·통합되지 못한 채 전체 보건소 조직 및 인력활용의 효율성을 떨어뜨리고 한정된 재정과 자원의 투입효과를 충분히 거두지 못하는 측면도 없지 않다. 중앙에서 각과에서 따로 요청되는 사업, 별도로 운영되는 각종 기금 및 국고지원사업 등이 조정 통합되지 못한 채 각각의 사업이 별개로 운영되고 있어 전문인력이 부족한 가운데 실효성이나 사업의 확산효과를 얻지 못하고 있는 측면이 문제로 제기되고 있다.

최근 일부 보건소를 대상으로 국비 지원사업으로 지역을 선정하여 공공보건 의료사업을 펼친 대표적인 사업으로는 1998년~2001년의 보건소 거점건강증진 사업이 있었고, 1999년부터 지원되고 있는 보건소 선도모자보건사업, 2001년부터 공공의료기관을 대상으로 한 공공보건의료사업을 들 수 있다. 2002년 9월부터는 전국 보건소를 대상으로 100개 정도의 보건소를 선정하여 보건소 건강증진사업이 시행되고 있으며 2004년부터 56개 보건소가 추가될 예정이다. 이외에도 고혈압 및 당뇨병관리사업, 암관리사업, 구강보건 시범사업 등이 산발적으로 시행되어 오고 있다.

향후 공공보건의료체계의 중추적 역할을 수행하는 공공보건기관, 특히 보건소가 어떠한 기능과 역할을 가지고 효율적으로 변화되어야 하는지에 대한 검토 필요성이 제기되고 있다. 특히 이러한 변화는 현재 요구되고 있는 보건소의 변화 수준은 과거와는 달리 단순한 내부적인 기능과 역할의 변화가 아니라 우리나라 전체 보건의료체계 내에서 공공보건의료부분의 기능, 보건소의 기능과 역할 설정이라는 전반적인 변화의 틀 속에서 새로운 역할과 방향을 모색해야 하는 단계에 있다.

이와 관련하여 보건소 건강증진사업에 대해서 다음과 같은 문제점이 제기되고 있다(감신, 2002). 국가보건의료체계 내에서 보건소의 방향성이 미비하고 구체적인 보건소 역할 및 업무내용이 불명확하며 급변하는 보건의료 환경의 변화

에 보건소 조직이 적절하게 대응하지 못하고 있기 때문으로 볼 수 있으며, 이러한 지적은 다른 종류의 사업에서도 유사한 문제를 가지고 있다고 볼 수 있다.

첫째, 사업기획과 평가측면으로 사업에 대한 이해부족과 불명확한 업무내용 설정으로 보건소에서 사업을 막연하게 접근하고 있으며, 장기적인 목표가 설정되어 있지 않고 사업의 평가계획도 없거나 형식적인 경우가 많다.

둘째, 사업방법 측면으로 사업내용에 대한 우선순위나 타당성 검토과정이 없이 사업들을 나열하여 시행하고 있으며, 지역사회 참여 등 타당성 있고 효과적인 사업 접근 전략이 개발되어 있지 않다. 또한 편의적으로 일부 특정집단으로 대상으로 실시하거나 직접적인 대인서비스 중심으로 내원자에게 접근하는 사업이 많아 사업 요구도가 높은 목표집단(target population)을 정하여 접근하지 못하고 있다.

셋째, 사업 조직 및 인력 측면에서 사업을 전담할 조직 또는 부서, 담당 전문 인력이 부족하며 사업수행체계가 미비하다.

넷째, 사업지원체계 측면에서 중앙정부의 행정적, 기술적, 재정적 지원이 부족하다. 중앙정부 차원에서 지역단위에서의 다양한 요구를 충족시키지 못하고 있다. 예로 건강증진에 대한 중앙정부 차원의 적극적인 대중매체 홍보, 관계법령 및 정책 개발, 프로그램 및 교육자료 개발·보급, 건강증진사업 지침서 개발 등이 지원되지 못하며, 인력에 대한 교육·훈련과정이 부족하다.

#### 4. 보건소 예산

우리나라 2001년도 보건복지부일반회계예산 대비 보건사업(건강증진기금 출연금 포함) 예산 비중은 2.61%에 불과하고, 정부일반회계예산 대비 보건사업 예산(건강증진기금 출연금 포함)의 비중은 0.20%에 불과하다(김용익 외, 2001). 이러한 현실은 지방자치단체에서의 보건의료사업 예산부족으로 이어진다.

보건소 사업을 예산구성측면에서 보더라도 전염병관리사업, 기초예방접종사업 등 기본사업 외에는 기초자치단체가 자발적으로 하는 사업이 활발하지 않음을 볼 수 있다. 보건소 예산은 인건비 등 경직성 경비가 대부분이며 사업비 비

중은 22.9%로 저조하다(보건복지부 공공보건과, 2002).

장원기 등(2000)은 보건소 유형별로 1998년도 7개 기초자치단체의 보건사업비 재원별 구성내역을 보았는데 보건사업 예산은 평균 10억원으로 국비 40%, 시·도비 13.3%, 지방비 46.7%로 구성되어 있으나, 국고보조금 혹은 시도 지원에 대한 기초자치단체 의무부담금을 고려하면, 기초자치단체의 순수한 사업투자비는 전체 사업비의 21.5%에 불과한 것으로 나타났다.

#### 5. 보건지소, 보건진료소의 진료기능 치중과 지역보건활동 미흡

농촌지역에는 2003년 현재 1,269개의 보건지소와 1,981개의 보건진료소가 보건소 하부조직으로 읍면단위에 설치되어 있으며 보건지소에서 공중보건일반의, 공중보건치과의, 간호인력, 치위생사가 배치되어 있고, 보건진료소에는 보건진료원이 배치되어 있는 등 상당한 인력이 투입되어 있다. 1999년 10월 현재 공중보건일반의사 1,272명, 공중보건치과의사 652명, 공중보건한의사 3명, 간호사 486명, 간호조무사 535명으로 총 5,906명으로 보건지소당 4.7명이 근무하고 있다. 보건진료소에는 보건진료원이 1명씩 근무하고 있다.

그러나 읍·면 지역단위에서 보건지소 인력과 보건진료원, 보건요원과의 명확한 업무 설정, 업무협조 체계가 마련되어 있지 못하여 지역단위로 보건사업이 조직화되어 있지 못하며, 행정적인 지원도 미미하여 군지역 읍면단위의 지소, 진료소 인력이 보건사업에 효과적으로 활용되지 못하고 있다.

보건지소의 활동은 진료위주로 치우쳐 있으며, 보건사업의 시행은 읍면의 보건요원을 중심으로 양적인 실적위주의 사업이 수행되고 있고, 보건지소 근무 공중보건의사의 보건사업 시행은 전적으로 개개인에 의존하고 있으며 시행정도가 낮은 실정이다.

#### 6. 보건소의 역할 비중과 이용 현황

의료보험자료의 의료이용자료에서 산출된 보건기관(보건소, 보건지소, 보건진

료소)의 연간 이용경험률은 동지역 2.3%, 읍지역 6.0%, 면지역 22.9%로 진료서비스가 보건소의 전체 업무를 대표하는 것은 아니라도 보건소 이용률은 낮다(김재용, 2001). 2001년 국민건강영양조사에서 2주간 외래이용기관 중 보건기관이 차지하는 비율은 전국 1.99%, 시지역 0.80%, 군지역 6.91%이었다.<sup>46)</sup> 2001년 서울시민보건지표조사에서는 보건소의 2주간 외래이용수준은 인구 100명당 0.57건으로 외래의료이용 기관의 비중에서 보건소는 3.01%를 차지하고 있다. 진료기관으로서의 보건소 이용률은 도시지역에서는 특히 낮다. 농촌 지역, 저소득층, 의료급여대상자에서 보건소 이용이 상대적으로 높은 것으로 나타난다(최정수 외, 2002; 김혜련 외, 2002).

보건소 이용현황은 2001년도 서울시민보건지표조사에서 진료와 예방을 포함한 서비스에 대하여 가구단위의 이용현황이 파악되었는데 연간 보건소 이용경험이 있는 가구는 25.4%였다. 기초생활수급가구의 이용률은 46.0%였다(표 7-6 참조).

〈표 7-6〉 가구 월소득별 지난 1년간 진료 및 예방보건서비스로 보건소를 이용한 경험이 있는 가구비율

(단위: 가구, %)

	계 (N)	이용가구 비율
전 체	100.00 (20,905)	25.44
기초생활수급자	100.00 (354)	45.97
100만원 이하	100.00 (5,128)	25.08
101~200만원	100.00 (8,557)	26.53
201~300만원	100.00 (4,495)	25.34
301만원 이상	100.00 (2,371)	19.63

자료: 2001년 서울시민보건지표조사 원자료

46) 2001년 국민건강영양조사결과 처방전 조제를 위한 약국 방문은 제외하고 산출한 결과는 보건소의 비중은 전국 1.31%(시지역 1.31%, 군지역 9.80%)로 나타났다

보건소에서 제공하는 서비스 종류별로 이용정도를 보면 보건소서비스 중 가장 이용이 높은 서비스는 예방접종으로 보건소 이용가구 중 62.4%가 이용한 것으로 나타났다. 다음은 일차진료로서 28.3%, 건강검진 17.8%로서 보건소에서 주로 이용하는 서비스는 예방접종, 1차진료, 건강검진 등에 편중되어 있다(표 7-7 참조).

〈표 7-7〉 보건소 이용가구의 이용 서비스 종류

(단위: %)

서비스종류	전체	받았다	안받았다
예방접종	100.00	62.38	37.62
건강교실	100.00	0.57	99.43
건강검진	100.00	17.80	82.20
방문보건서비스	100.00	0.74	99.26
영양관리서비스	100.00	0.49	99.51
정신보건서비스	100.00	0.44	99.56
일차진료	100.00	28.29	71.71
서류증명서 발급	100.00	7.84	92.16
기 타	100.00	2.33	97.67

자료: 2001년 서울시민보건지표조사 원자료 (N=5,394가구)

보건소를 이용하는 이유는 주로 비용 저렴과 거리인 것으로 나타났다. 비용이 저렴해서 이용한다는 경우가 82.6%로 대부분을 차지하였고, 그 다음은 거리가 가까워서 5.0%, 신뢰할 수 있어서 3.4%였으며, 시설이나 직원의 친절도 등은 각각 0.4%, 0.9%로 극히 미미하였다.

소득수준별로 보면 소득이 상대적으로 중간이상의 가구에서는 비용저렴 외에 거리가 가까워서 이용하는 경우가 상대적으로 높았다. 기초생활수급가구에서는 보건소 서비스를 신뢰할 수 있어서, 직원이 친절하여 이용한다고 한 경우도 많았다(표 7-8 참조).



〈표 7-8〉 가구 월소득별 보건소 이용 이유

(단위: %)

	계	거리가 가까워서	비용이 저렴해서	신뢰할 수 있어서	시설이 좋아서	직원이 친절해서	기타
기초생활수급자	100.00	2.92	74.10	6.22	-	5.01	11.75
100만원 이하	100.00	3.97	84.91	2.04	0.52	0.91	7.65
101~200만원	100.00	4.69	83.37	3.17	0.38	0.66	7.73
201~300만원	100.00	5.99	81.85	4.05	0.52	0.65	6.93
301만원 이상	100.00	7.64	77.82	5.12	0.45	0.76	8.20
전 체	100.00	5.01	82.63	3.36	0.44	0.86	7.70

자료: 2001년 서울시민보건지표조사 원자료 (N=5,394가구)

보건소를 이용하지 않는 가구에서 이용하지 않는 가장 큰 이유는 거리가 멀거나 교통이 불편해서(32.6%), 보건소에 필요한 서비스가 없어서(23.0%), 보건소 서비스를 신뢰 할 수 없어서(15.2%)였으며, 보건소 위치를 모르거나 홍보부족으로 인해 모르고 있는 경우(9.3%)도 상당한 이유로 나타났다. 기초생활수급가구 중에서 이용하지 않는 이유는 거리가 멀거나 교통불편을 이유로 든 경우가 높았고, 의료서비스에 대한 불신은 다른 보험계층 가구에 비해 낮았지만 위치를 모르거나 홍보부족을 이유로 보건소를 이용하지 않는 비율도 상대적으로 높았다(표 7-9 참조).

〈표 7-9〉 가구 월소득별 보건소 미이용 사유

(단위: %)

	전체	기초생활 대상	100만원 이하	101~ 200만원	201~ 300만원	301만원 이상
건강해서 갈필요 없음	9.13	1.07	10.88	9.04	8.25	8.37
거리, 교통불편	32.58	43.48	31.97	33.36	32.63	30.08
의료, 서비스 불신	15.19	7.82	12.04	15.16	17.06	18.83
직원의 관료적, 불친절	2.41	4.33	2.74	2.27	2.74	1.47
필요 서비스가 없음	22.97	22.16	22.78	23.06	22.67	23.66
특수한 사람만 이용	5.92	5.23	6.20	5.98	5.60	5.77
위치를 모름, 홍보부족	9.30	12.40	10.96	8.91	8.25	8.87
기타	1.86	2.32	1.99	1.57	1.95	2.34
무응답	0.64	1.21	0.46	0.63	0.83	0.61
전 체	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

자료: 2001년 서울시민보건지표조사 원자료

주민이 보건소에 요구하는 사업내용은 현재 보건소의 업무범위 내에서 인지하게 되는 제약점이 있으나 향후 보건소 사업을 설정하는 데에 고려사항이 될 수 있다. 주민이 보건소에 요구하는 건강증진 및 보건교육 내용은 질병예방교육 프로그램이 17.2%로 가장 높았고 운동프로그램 14.7%, 영양·식습관 프로그램 11.5%, 정신건강교육 11.0%, 의료서비스 이용교육은 9.2%였다. 금연이나 절주 프로그램은 3.5%, 1.1%로 각각 나타나 서울시민들이 보건소에 요구하는 프로그램에서 아주 낮은 비중을 차지하는 것을 볼 수 있다(표 7-10 참조).

〈표 7-10〉 소득수준별 주민들이 보건소에 요구하는 건강증진 및 보건교육 프로그램 종류

(단위: %)

	전체	100만원 이하	101~200만원	201~300만원	301만원 이상
없음	16.8	22.3	15.1	13.6	16.1
금연 프로그램	3.5	2.7	3.8	3.7	3.5
절주 프로그램	1.1	1.0	1.2	1.2	0.9
영양, 식습관 프로그램	11.5	9.0	12.1	12.6	12.8
운동 프로그램	14.7	11.4	15.1	16.7	16.7
질병예방 교육	17.2	20.3	16.6	16.0	14.9
정신건강 교육	11.0	11.2	11.0	10.8	10.8
성·피임교육, 가족계획	3.0	1.9	3.6	3.3	2.9
구강보건 교육	3.6	3.2	3.7	3.5	4.0
의료서비스 이용 교육	9.2	9.6	9.5	9.0	7.9
약물 사용법 교육	3.8	3.9	3.7	4.0	3.4
공해, 환경보건 교육	4.5	3.4	4.4	5.3	5.7
모름	0.2	0.3	0.2	0.3	0.2
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

자료: 2001년 서울시민보건지표조사 원자료

## 제 2 절 공공보건서비스 체계의 개선방안

최근 인구의 노령화, 만성질환의 증가, 건강증진사업에 대한 필요성 증대, 국민의료비 상승에 대한 대처 필요성, 국가에 대한 보건의료 서비스 기대 증가 등으로 국민의 보건의료에 대한 요구는 빠르게 변화하고 있으며 이런 변화에 적합한 요구를 해결하기 위해서는 보건소의 기능과 역할을 새롭게 설정하는 것이 요구되고 있다.

앞서 공공보건서비스 체계에서 나타난 여러 가지 문제점들은 (1) 보건소의 보건당국자로소의 기능 미흡, (2) 건강증진만성질환과 장기요양서비스 관리 등 지역사회에서 수요가 증가하는 기능에 수용성 미비, (3) 인력구성의 전문성 미흡, (4) 공공보건의료체계간의 연계성 미흡, (5) 이러한 사업을 효과적으로 운영하기 위한 교육훈련의 미흡과 정보관리시스템 구축·활용 미흡으로 요약될 수 있다. 이들 문제점을 개선하기 위한 방안을 구체적으로 제시하면 다음과 같다.

### 1. 공공보건기관의 기능 정립과 인프라 구축

#### 가. 미국의 공공보건 필수역할의 시사점

1987년 미국은 공공보건기능의 강화를 위하여 전국의 지역보건 대표 협의회에서 질병예방관리센터(CDC)와 공동으로 지역보건당국의 기능을 확립한 프로토콜(APEX/PH)에 합의하였고, 1988년 의학연구소(Institute of Medicine)의 'Future of Public Health' 에서 공공보건체계의 기능을 크게 3가지 즉, 평가, 정책과 프로그램 개발, 실행으로 분류하고 이들 요소를 다음과 같이 10가지로 세분하여 제시하였다(Turnock et al., 1994).

- 평가(Assessment): ① 지역사회의 보건의료요구 진단(Assess), ② 보건의 문제와 보건의 위해 등 탐색(Investigate), ③ 보건요구에 영향을 미치는 요소의 분석(Analyze)
- 정책·프로그램 개발(Policy development): ④ 보건시책의 기획과 실행, 관

리를 위한 지원 및 협력체계의 구성과 홍보(Advocate), ⑤ 보건요구들의 우선순위 설정(Prioritize), ⑥ 정책과 프로그램 개발(Plan)

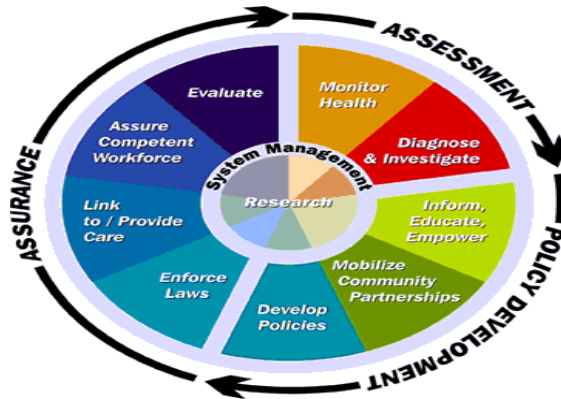
- 실행(Assurance): ⑦ 인적·물리적 자원의 배분(Manage), ⑧ 프로그램의 수행(Implement), ⑨ 프로그램의 평가(Evaluate), ⑩ 정보 및 교육의 제공(Inform-educate)

공공보건서비스의 역할이 유럽의 국가들에 비하여 상대적으로 적은 미국에서도 최근 공공보건시스템과 조직이 건강수준을 높이고 국민의료비를 억제하는데 어느 만큼 성과를 올리고 있는가에 대한 관심이 높아지면서 최근에는 의료비의 절감을 추구하고 있는 관리의료(Managed Care)와의 연계로 공중보건 기능의 역할강화가 새롭게 부각되고 있다.

보건후생성 산하의 CDC에서는 국가 보건서비스 수행기준(National Public Health Performance Standards Program: NPHPSP)에 따라 ‘필수 공중보건서비스(Essential public health services)’를 다음의 10가지(Ten essential public health services: EPHS)로 제시하여 공공보건사업에서의 기획과 조정, 지역사회와의 연대, 평가 역할을 강조하고 있다.<sup>47)</sup> 또한 각 주에서 이를 실행하도록 CDC가 중심이 되어 공중보건 필수사업에 대한 인증제도 도입(Halverson et al., 1998)<sup>48)</sup>, 공공보건 필수서비스에 대한 수행기준과 도구를 개발하고 이에 대한 타당성 평가 등을 진행하여 오고 있다(Zahner et al., 2003; Beaulieu et al., 2003).

47) <http://www.health.gov/phfunctions/public.htm>

48) 미국에서는 지역간 공공보건 인프라가 취약하고 지역간 차이가 큰 문제점을 해결하기 위하여 현재 11개 주에서 공공보건사업에 대한 인증제도를 필수 또는 자발적으로 도입하고 있다. 이 인증제도의 목적은 첫째, 최일선에서 예방과 건강증진활동을 보다 효과적으로 할 필요가 있고, 둘째, 지역 보건센터등을 관리의료(MCOs)와 협력하여 지역사회에 기반한 예방 프로그램을 운영하는 기관으로 활용할 필요성이 높아지고 있으며, 셋째, 일반 대중에게 공공보건기관가 수행하는 서비스의 가치와 질을 알리는데 있다.



- 지역사회 건강수준과 건강문제의 모니터링
- 지역사회 건강문제와 건강위해의 진단과 조사
- 건강문제에 관하여 주민에 대한 정보 제공, 교육, 역량 강화
- 건강문제 파악과 해결을 위한 지역사회 파트너-쉽의 확보와 운영
- 개인과 사회의 건강노력을 지지하기 위한 정책과 사업계획의 개발
- 건강보호와 안전 확보를 위한 법, 규정의 마련
- 필요한 대상에게 보건의료서비스를 연계하거나 직접 서비스 제공
- 유능한 보건의료 인력의 확보
- 개인 및 인구집단에 대한 보건의료서비스의 효과, 접근성, 질 평가
- 건강문제 해결을 위한 연구

미국은 또한 상기의 10가지 공공보건 필수서비스에 근간을 두고 공공보건 인프라의 시스템을 개편하기 위해서 공공보건조직에 ‘Turning Point Initiative’를 도입하여 ‘Healthy People 2010’의 목표들을 최종 목표로 두고 공공보건조직의 효율과 성과를 높이기 위한 시도를 진행하고 있다(Berkowitz et al., 2003).

우리나라에서도 빠른 시일내에 보건복지부가 주도하여 관련 단체, 관련 전문가그룹의 합의를 통하여 우리나라의 보건의료 서비스 체계 내에서 공중보건체

계의 역할과 필수보건 서비스에 대한 방향을 설정하고 합의를 도출해 낼 필요가 높다.

보건소가 이러한 보건당국자로서의 기획 조정 역할과 능력을 갖추기 위해서는 보건소에 전문지식을 가진 보건행정 관리인력의 확보, 보건소의 기존의 다양한 대민사업 중심의 업무기능을 조정하고 조직구조의 변화가 수반되어야 한다. 단기적으로 변화를 가져오기는 어려울 것이므로 보건소의 역할에 대한 장기적 비전과 목표를 세우고 단계적으로 개편을 하여야 할 것이며, 보건의료관리능력의 배양을 위한 인력의 확보와 기존 인력에 대한 교육훈련의 투자와 통계 및 정보관리 기능 강화가 수반되도록 하여야 할 필요가 있다.

#### 나. 지역보건당국자로서의 보건소의 역할 강화

우리나라의 보건소는 지역보건당국으로서의 역할과 보건서비스 제공자로서의 역할을 수행하고 있으나 직접 서비스 제공에 치우쳐 지역보건당국자, 보건행정 기관으로서의 역할을 매우 취약하다. 지역내 보건사업의 기획 등 정책능력, 지역보건정보의 취합과 활용 능력, 지역의 중점관리 보건의료문제의 관리능력이 강화되어야 한다. 이러한 역할의 부족은 민간의료기관과의 적절한 기능 분담과 연계, 지역자원의 효과적 활용, 보건문제별 고위험 취약집단의 파악과 접근, 각종 보건의료 사업간의 조정과 통합, 지역내 보건의료직종간의 갈등 조정, 지역내 보건의료 문제의 모니터링을 어렵게 하는 가장 큰 요인이다.

#### 다. 보건소 중심 지역단위 건강증진사업 강화와 조직, 인력의 재편

보건소는 지역주민의 건강증진서비스 수요를 충족시키기 위해서 다음과 같은 역할을 적극적으로 하여야 한다.

- 지역내 건강증진사업의 기획과 조정 및 통합기능 수행
- 건강생활습관(금연, 절주, 영양, 운동 등의 건강증진 행태와 건강보호 행태)를 유도할 수 있는 보건교육과 건강정보 제공

- 지역내 다른 공공기관과 민간부문 및 지역사회가 참여할 수 있는 광범위한 협조를 이끌어내는 사업 전략의 수립 및 운용
- 보건소의 건강증진사업은 한정된 인력과 자원을 고려할 때 1차적으로는 직접적인 대민서비스 보다는 지역내 초중교 교사, 유아교사 및 보육교사, 사업장 보건관리 담당자, 주민대표, 사회복지사 등에 대한 전달교육을 통해 대상자에게 확산되도록 하는 방안으로 접근

이를 위해서 보건소 조직에 건강증진팀 또는 부서를 두거나 보건소 산하에 『건강증진센터』를 설립하며<sup>49)</sup>, 건강증진사업에 필요한 최소한의 전문인력을 확보하도록 한다.

현재 2002~2003년에 100개 보건소가 국고(건강증진기금) 지원에 의해 건강증진시범사업을 실시하고 있으며, 2004년 150개 보건소, 2005년 200개 보건소로 건강증진시범보건소를 확대 실시할 계획에 있어 상당한 재원이 배분될 예정이다. 건강증진사업의 확대와 정착이 가능해질 수 있는 여건이 조성되어 있으므로 각 지역 사업의 효과적 수행과 성과의 확산을 통하여 보건소의 건강증진사업 수행 능력을 향상시키고 타당성 높은 사업이 수행되도록 해야 한다. 건강증진사업에 대한 및 평가시스템을 개발하여 각 지역의 건강증진시범사업 과정을 모니터링 하고, 무엇보다도 보건소가 건강증진사업 기획, 조정 능력을 확보하도록 유도하고, 지역내 관련 인력과 기관의 참여를 유도하며, 기술적 지원을 실시하여야 할 것이다.

#### 라. 보건소 중심 지역단위 질병예방관리의 강화와 조직·인력의 재편

보건소는 지속적인 관리가 가능한 지역사회 기관으로서의 장점이 있다. 보건소 조직망을 통해서 내소자 상담, 환자발견, 가정방문상담, 각종 지역사회시설, 학교, 직장 등을 활용한 추구관리, 공공병원 등으로의 환자의뢰가 가능하며, 지

49) 지역 건강증진센터는 도시지역에서 고려되고 있는 ‘보건분소’나 ‘보건지소’, ‘지역센터’가 될 수 있다.

역사회 단위의 질병예방프로그램을 조정, 통합하는 역할을 할 수 있다. 보건소의 질병예방관리사업에서의 역할은 다음을 들 수 있다.

- 건강증진사업과 연계한 위험요인 관리 및 지역내 질병관리 관련서비스와의 연계 조정
- 국가 만성질환 관리사업을 지원하기 위한 주요 대상질환자 지역 DB와 등록체계 구축
- 보건소정보시스템을 활용하여 주민에게 질병예방을 위한 보건교육 및 정보 제공
- 등록관리자 및 취약계층환자(노인 및 저소득층)의 고혈압과 당뇨 등의 지속적 관리와 공공병원과 공동으로 만성질환 관리 사업 실시, 필요시 적절한 의료기관에의 의뢰

2002년 4월 『국민건강증진종합계획(Health Plan 2010)』에서는 국가만성질환관리 대상질환을 고혈압, 당뇨병, 심혈관질환, 뇌혈관질환, 관절염의 5가지 선정하여 감소를 위한 목표를 세우고 있다. 보건소는 이들 질병 관리 목표를 달성하기 위한 일선조직으로서 지역사회 질병관리사업을 하도록 되어 있다.

보건소는 첫째, 전국적으로 설치가 마무리단계에 있는 ‘보건소정보시스템’을 활용하여 지역 당뇨 및 고혈압관리사업, 흡연과 비만 등 위험요인 관리 사업을 수행하고, 둘째, 지역내 만성질환 치료, 재활과 관련이 있는 의료기관과 민간자원의 통합하는 조정자 역할을 해야 할 것이다. 이러한 사업수행에 적합하도록 보건소는 보건소 내외의 인력자원을 조직화할 필요가 있다.

마. 보건소의 지역 장기요양서비스·재활·정신보건사업 수행과 관련사업 조정·통합 기능 확보

노인요양, 지역사회 재활서비스, 지역사회 정신보건서비스의 요구가 증가하고 있으나 민간의료기관에서는 이러한 역할을 제공할 유인이 아직까지 적다. 최근 에 와서야 장기요양 서비스 체계를 마련하기 위한 준비가 진행되고 있는 중으



로<sup>50)</sup> 장기요양체계에서 보건소의 역할이 명확하게 설정되어 있지 않다. 그러나 선진국에서 장기요양 서비스의 상당부분이 비용효과적으로 이루어지기 위해서 지역사회 보건복지서비스의 역할과 비중을 확대하고 있는 점을 주목해야 할 것이다. 우리나라에서도 보건소가 지역사회 요양서비스, 재활서비스, 정신보건 서비스의 통합관리 역할을 담당하도록 장기요양서비스 체계가 마련하여야 한다. 또한 보건소는 우선 지역사회 수준의 장기요양 서비스 요구를 충족시키기 위해서 직접 서비스 제공 또는 위탁관리 등의 형태를 통하여 지역내에 이러한 서비스를 적극적으로 확보하여야 한다.

우선적으로 보건소는 시·군·구 단위의 공공보건기관으로서 종합복지관, 가정봉사센터, 경로당 등의 지역사회 복지서비스 조직과 연계하여 방문보건사업(재가노인, 재가 거동불편 환자, 장애인, 저체중 및 미숙아 등 대상)을 강화하며, 지역사회 정신보건센터와 치매환자 주간보호(day care) 센터를 운영하거나 관리하여 저소득 취약계층에 대한 사회안전망 역할을 확보하여야 할 것이다.

현재 일부 보건소에서 이러한 역할이 이루어지고 있기는 하다. 보건소는 이러한 역할을 확산하고, 향후 조직을 보건복지사무소 형태로 조직을 단계적으로 발전시켜 지역내 복지자원과의 통합체계를 구축하여 이러한 역할들을 강화하여야 나가야 할 것이다.

#### 바. 보건소 지역보건사업의 효율화를 위한 정보관리화 확대

보건소의 지역보건담당자로서 조정 통합 역할을 수행하고, 주요 질병에 대한 주민의 건강관리를 조직적으로 수행하고, 지역보건사업의 효율을 높이기 위해서 사업 정보관리 체계 구축하고 사업운영 과정에서 정보화를 적용하여야 한다. 보건소의 전산화와 정보시스템구축이 2003년말까지 거의 전국적으로 완성 단계에 있으므로 이러한 인프라가 적극 활용되어야 한다.

보건소가 지역주민의 질병예방과 관리를 통한 평생건강관리체계의 중심기관

50) 보건복지부에서는 공적노인요양보장추진기획단을 2003년 4월부터 운영하여 장기요양서비스 체계에 대한 청사진을 마련하고 있다.

으로 기능할 수 있기 위해서는 보건소 정보시스템을 활용하여 지역내 생정통계의 확보, 사업통계의 생산, 국가에서 생산되는 통계와 정보의 지역단위 자료 확보, 지역보건의료 계획을 위한 지역진단자료의 지속적 확보를 통하여 지역보건사업 수행의 내부 효율을 높이고, 지역 보건의료 정보센터의 역할을 하여야 한다. 또한 이러한 정보관리 체계를 통하여 지역주민에게 건강정보 제공 역할을 확대하여야 한다. 또한 일본, 미국 등과 같이 지역 보건의료통계의 수집관리, 사업의 정보화 적용을 위한 보건정보통계 담당인력을 보건소에 필수적으로 확보하여야 할 것이다.

## 2. 보건소와 공공병원과의 연계체계(네트워크) 구축

보건소가 질병예방관리, 취약계층의 필수보건서비스와 지역사회 요양 및 재활서비스, 방문보건서비스 등을 원활하게 수행하기 위해서는 환자의뢰, 담당인력의 업무능력 확보 등을 지원할 수 있도록 병원서비스와의 연계가 뒷받침되어야 한다. 현재 보건소는 이러한 연계체계의 미비로 각종 사업의 대상자 관리에서 실효성을 확보하지 못한 사업이 많다. 환자의뢰, 보건기관 인력의 교육훈련 지원, 기술 지원, 질병관리사업의 공동 수행을 위하여 지리적 접근성을 고려하여 지방공사의료원, 국립대학 부속병원 등 공공병원과의 실질적인 연계협력체계가 확립되어야 한다. 현재 공공의료 확충방안의 일환으로 검토되고 있는 공공보건의료기관간의 네트워크 구축 방안이 현실화되어야 할 필요성이 높다.

농촌지역에서는 보건소 조직인 읍·면 지역단위의 보건지소, 보건진료소의 지역보건사업을 통합 조정하고 조직화하여 지역단위의 보건사업을 활성화시키고 읍·면지역 보건의료인력의 활용성을 높여야 한다.

셋째, 보건소 업무에 대한 중앙정부의 총괄조정기능의 확보되어야 한다. 보건복지부의 3개국 9개과에서 각종 보건사업을 기획하여 보건소를 집행기관으로 사업을 추진하는데 있어서 총괄조정기능의 부재로 사업추진 인력, 시설에 대한 고려 없이 사업을 개별적으로 추진하는데 따른 일선 보건소의 사업 중복, 업무부담의 과중 및 부실화와 자원의 낭비를 초래하고 있다. 주요 지역보건사업에

대한 기획과 실행, 평가 과정을 중앙정부 단위에서 조율할 수 있는 기전을 확보할 필요가 있다.

### 3. 보건지소, 보건진료소 조직의 효과적인 활용

첫째, 보건지소의 보건행정 역할을 강화하여 읍면 지역의 모든 보건진료원과 보건요원의 활동을 통합, 조정하여 관장하는 기관으로 육성하여 지역보건인력의 활용도를 높이고 지역주민 건강관리를 조직적으로 수행하도록 개편하여야 한다. 이를 위해서는 보건지소와 진료소를 관장하는 보건소의 지역사업 관리 역할이 명확히 설정되어야 하며, 보건지소(보건 진료소)－보건소－공공병원(또는 민간병원)과의 협력체계가 구축되어 공중보건의를 포함한 읍면 인력에 대한 교육훈련, 기술 지원, 원활한 환자 의뢰가 실질적으로 이루어지는 체제와 이러한 연계활동을 적극적으로 유인하기 위한 실효성 있는 정책이 마련되어야 한다.

둘째, 보건지소의 기능을 지역의 요구에 맞추어 특성별로 ① 진료기능 위주 보건지소, ② 예방보건 위주 보건지소, ③ 진료와 예방업무의 복합형 통합보건지소로 유형화하여 각 지역에 맞는 형태로 조직을 재편하고 유형별로 업무를 명확히 설정하고 각 유형별 지원을 통해 육성하여야 한다.

셋째, 보건지소가 읍·면 단위에서 주민들의 중점 질병을 관리하는 사업을 실시하여야 한다. 농촌지역의 고령화, 높은 만성질환 유병률을 고려하여 중점사업으로 지역사회 고혈압 관리사업, 당뇨관리사업, 방문보건사업을 강화하며, 이를 위해 관련 인력에 대한 충실한 교육훈련을 통하여 기존 인력이 새로운 사업을 수행할 수 있는 역량을 확보하도록 한다. 교육훈련사업은 광역 보건당국 단위로 실시하는 것이 바람직할 것이다.

### 4. 지역 보건지소 또는 분소의 선별적 확보

농촌지역에서는 보건지소, 보건진료소의 기능 재조정과 통합을 통해 지역보

건지소 또는 분소의 역할을 확보할 수 있을 것이다.

인구의 노령화, 만성질환 증가에 대처하기 위해서 지역단위 건강증진 사업과 질병의 예방관리 기능, 장기요양 서비스 기능을 확보하는데 있어서 도시지역에서는 관할 주민수가 방대하므로 기존의 보건소 조직 외에 ‘보건분소’나 ‘보건지소’, ‘주민 건강관리센터’의 형태로 지역보건지(분)소 설치가 검토되어 왔으며, 최근 공공보건의료의 확충사업의 하나로 논의가 활발히 이루어지고 있다. 그 동안 도시지역 보건분소 확대에 대해서는 지속적인 논의가 있었으며(김성순, 2000; 신영전, 2000; 김용익, 2002) 또한 김재용, 2001; 건강세상네트워크, 2003) 등의 조사에서 도시지소 보건지소 확대에 대하여 찬성하는 의견이 높게 제기되었다. 그러나 구체적인 시설의 기능과 규모, 관할 인구, 센터의 인력 구성, 운영형태에 대해서는 아직까지 보건소장 등 관련자 사이에서도 많은 이견들이 제기되고 있으며, 공공기관 운영의 경영효율화 문제를 이유로 소위 ‘국립의원화’되어 민간부문과의 갈등을 초래하고, 향후 국가적인 부담을 초래할 우려의 의견도 적지 않다.

도시 보건분소를 설립할 경우 지역 요구도를 파악하여 다양한 형태로 추진될 필요가 있으며, 설립목적이 분명히 설정되어야 할 것이다. 취약계층에 대한 서비스를 우선적으로 할 것인가?, 아니면 지역보건서비스나 건강증진서비스를 주민에게 폭넓게 전달하는데 둘 것인가? 에 따라 도시분소의 서비스 수요가 다르고 이에 따라 지리적 입지조건과 기능이 달라져야 한다.

보건의료 수요, 지역주민의 활용 등을 고려 할 때 도시지역 저소득층 지역주민자치센터(동사무소) 중 시설 공간의 공동활용이 가능한 곳에 설치할 필요가 있다. 주민자치단체와 연계하는 것은 주민복지를 위한 공간을 갖추고 있는 주민자치단체에는 사회복지사가 배치되어 있어 지역내 자원의 효과적 활용, 지역 복지자원 및 자원봉사 조직, 지역 행정조직과의 효과적 연계가 가능하고 자원의 중복을 막으면서 취약계층의 파악과 접근을 용이하게 할 수 있는 방안이 될 수 있다. 도시 보건분소를 설치하는 경우 시·구청의 주민복지시설(예: 구청 여성복지회관 등)과 연계도 이루어져 주민의 입장에서 유사한 사업간 연계 운

영이 이루어져야 할 것이다.

도시 보건분소의 조직은 영국, 미국, 캐나다 등의 보건당국이나 보건센터의 분소와 같이 적은 인력으로 운영될 수 있어야 하며, 인력의 규모나 확보형태는 지역의 요구도에 따라 보다 탄력적인 형태로 이루어져야 할 것이다.

도시 보건분소의 기능은 내소자에 대한 직접진료 기능은 지양하고, 다음의 역할을 설정하되 서비스 제공형태는 지역의 수요와 특성을 고려하여 핵심기능을 선택하여 제공하고 민간자원의 활용, 외주의 형태로 운영이 가능하도록 하여 효율을 확보하는 것도 필요하다.

- 건강증진 기능: 보건교육, 건강증진사업의 운영 또는 조정 기능(지역내 구청, 동사무소, 민간기관의 관련 사업과 연계하여 운영)
- 취약계층 질병관리 기능: 영유아 기본 예방접종, 국가 중점관리 질환 대상자 관리
- 복지서비스 연계기능: 독거노인, 치매, 장애아동, 재가 거동불편 환자 등에 대하여 방문간호사업을 주간보호시설 등 각종 복지서비스, 요양서비스, 치료서비스 기관과의 연계하여 실시

##### 5. 보건의료인력 총원과 기존 인력의 교육훈련 강화를 통한 역량 확보

첫째, 지역보건법령에서 규정하고 있는 전문인력 최소배치 기준을 충족하지 못하는 보건소가 거의 대부분이므로 우선적으로 지역보건법의 전문인력 최소배치 기준이 충족되도록 중앙의 보건복지부와 행정자치부, 지방자치단체와 보다 적극적인 인력확보를 위한 공조체제가 필요하다.

우리나라에서는 전문인력의 수급상 확보가 난이한 점보다는 인력의 신규채용의 제약이 크다. 행정자치부가 정한 지방 공무원 총정원제, 최근의 표준정원제에 묶여 있어 인력을 늘리는 것은 쉽지 않다. 그러나 장기적으로는 필요한 인력을 채용하는데 관련된 내무부의 정원규정과 중앙의 통제 등을 완화하여 시·도 또는 국가가 지방의 보건의료 전문인력 확보와 양성을 지원하는 분위기를 조성하여야 하겠으며, 시·군·구 기초단체도 보건행정과 서비스의 질을 높

이고 전문화시키기 위하여 전문인력의 채용에 대한 시각을 변경하여야 할 것이다. 또한 이러한 여건을 조성하기 위하여 지역보건계획과 이행에 대한 평가항목에 전문인력 확보현황을 포함하도록 하며, 국고지원금을 차등 지원할 경우 이 요소를 반영하도록 한다.

둘째, 보건소 인력 구성의 적정화를 위한 목표(직종별 쿼터제 등)를 설정하고 이를 단계적으로 달성하는 계획이 세워져야 한다. 보건소의 인력구조에서 전문기술직이 차지하는 비율을 점차적으로 높여 직접 서비스인력비율을 확대함으로써 전문인력의 수와 직종별 구성비율의 적정화를 도모하도록 한다. 이를 위해서는 기존의 보건소 인력에서 많은 수를 차지하고 있는 기능직 인력과 비기술보건의인력의 축소가 이루어져야 한다.

보건소는 주민의 건강관리를 위한 조직이므로 전문 인력 중심의 기관이어야 함에도 아직까지 보건소의 인력구성이 보건직, 행정사무직, 간호조무사가 차지하는 비중이 여전히 높고(1996년 48.8%, 2000년 43.1%) 상대적으로 보건의료기술인력의 확보가 낮아 지역보건사업의 기획과 조정, 질적인 사업수행에 근본적인 제약요인이 되고 있다. 적정 전문인력의 확보를 통하여 인력 구성의 적정화가 지속적으로 이루어져야 한다.

군지역, 보건의료원 지역, 통합시에서 지역에서 상당한 규모로 배치되어 있는 비기술직 보건직, 간호조무사 인력에 대해서는 신규채용을 억제하여 점진적으로 수를 줄여나가야 할 것이다. 동시에 이들 인력이 시·군·구의 일반행정인력으로 흡수될 수 있도록 비기술직 보건인력의 한시적 직렬변동 또는 복수직 인정 등의 조치가 지방행정 전체적인 차원에서 고려되어야 할 것이다.

셋째, 현재의 전문직 의사, 치과의사 등이 활용이 전반적으로 미비함으로 이들 고급인력의 적극적인 활용방안이 검토되어야 한다. 즉, 신규사업인 만성퇴행성질환관리, 주민 건강관리에 이들 인력의 활용도를 높이기 위하여 각종 프로그램이나 프로젝트 운영에 참여시키도록 하여야 할 것이다. 이를 위해서는 이들 인력을 대상으로 하는 교육과 지침이 개발되어 새로운 역할을 할 수 있도록 지원하여야 할 것이다.

넷째, 보건소 업무를 효율적으로 운영하고 정보화하는 데 요구되는 새로운

지원인력으로 전산통계 업무, 정보처리업무, 보건기획 담당 인력과 기타 향후 노령화사회에서 보건소가 새로운 기능을 수행함에 따라 요구되는 다양한 직종의 인력, 예로 노인질환 관리를 위한 인력 등이 원활히 확보되어야 한다.

그런데 변화하는 보건의료환경 속에서 보건소에서 시대적으로 요구되는 전문 직종의 인력을 정규인력으로 모두 충원하는 것은 현실적으로 어려움이 있으며, 향후에도 보건소의 탄력적인 운영을 저해하는 요소가 될 수 있고, 전문적 수요 자체가 한정되어 있는 분야에 대해서는 비상근직 파트-타임 전문인력의 활용이 적극적으로 권장되어야 한다. 이를 위해서는 인건비 예산운용의 탄력적 사용이 가능하도록 되어야 할 것이다.

셋째, 보건소 인력의 직급의 상한을 상향조정하여 유능한 인력의 확보할 수 있는 환경, 보건기술직 직급제한의 개선, 경력발전 기회부여를 통한 유능한 인력의 확보여건 조성, 장기적으로 유능한 보건의료 인력의 확보를 위하여 지방 5급 보건직의 고시제도와 국가 행정고시의 '사회복지'를 '보건의료 및 사회복지'로 확대하여 유능한 인력의 공채가 가능하도록 하는 등 방안이 제도적으로 마련되어야 할 것이다.

## 제 8 장 만성·전염성·응급의료에 대한 공공보건의료의 역할

최근 공공보건의료 정책은 새로운 전기를 맞고 있다. 주로 공공부문을 중심으로 새로운 시도들이 현실적으로 나타나고 있으며, 정부의 재정 투자가 어떤 수준에서든 이루어진다면 단계적으로 조정과 합의를 거쳐 변화의 전기가 될 가능성이 높다. 우리나라의 공공의료의 지나치게 역할이 적고 위축되어 있다는 점, 그리고 국가-광역-기초의 각 단계에서 보건의료정책의 기획과 집행, 평가, 통합과 조정기능을 위한 공공의료의 역할을 새롭게 정립하고 강화하여야 한다는 점에 대해서는 공감대가 형성되어 있다. 다만 구체적인 수단과 기능설정에 대해서는 논란이 있다.

그 중에서도 공공부문이 현재의 보건의료 수요를 충족시키지 못하고 있는 부분, 민간의료기관과 크게 경쟁관계에 있지 않으면서 필수적인 보건의료서비스에 대해서는 공공부문에서 공급구조를 새롭게 설계해야 한다는 데 대해서는 거의 이견이 없다. 이러한 기능으로 뽑을 수 있는 것이 급속한 노령화, 증가하는 만성질환과 장기요양 서비스 수요를 포괄적이고 비용효과적으로 수용할 수 있는 기전의 마련, 사회적 외부효과가 큰 전염성질환의 대처, 또한 민간만으로는 부족하고 국가가 주도적이고 핵심적인 기능을 하여야 할 응급의료체계이다. 이러한 기능이 공공보건의료기관에서 강화되어야 하는 것은 우리나라의 보건의료체계 특성으로 볼 때 불가피하다.

### 제 1 절 만성질환 관리

증가하는 만성질환에 대처하기 위해서 그 동안 국가목표가 제시되고 주요 질



환의 국가관리에 대한 방안의 구상이 있었지만 현실적인 정책과 시행은 여전히 미흡하다. 이제부터라도 국가가 지역 보건사업을 대폭적으로 확충하고 재활 및 요양서비스를 강화하지 않으면 장년·노년인구가 급증할 미래의 질병부담과 의료비 상승은 감당할 수 없다. 향후 각종 질병으로 증가할 사회적 부담을 감당하기 위하여 국가의 적극적인 질병관리와 건강증진 서비스에서의 역할을 해야 한다. 치매, 노인요양 등 새로운 보건의료 수요에 대비하여 장기요양서비스체계는 연속성을 갖는 일련의 의료 및 복지서비스 체계로 통원서비스, 급성입원서비스, 전문간호시설 서비스, 간호양로원 서비스, 가정방문서비스, 일상생활보조 서비스 등이 상호 연계되는 형태로 구성되어야 하며 이러한 서비스 공급에서 공공보건의료 기능의 강화와 보건의료인력의 효율적 활용방안이 모색되어야 한다. 만성질환 관리를 위한 공공보건의료기관의 역할은 크게 다음의 3가지 관점에서 기능을 하여야 할 것이다.

첫째, 국가의 주요 건강문제와 주요 국가관리 질병에 대하여 공공보건의료기관은 중앙, 광역, 지역 단위에서 관련 부서와 기관이 각각 책임 있는 역할을 담당하여야 한다. 또한 중앙과 광역 및 지역간에 상호 연계되고 “의료(1, 2, 3차 단계별)－보건－복지 및 재활서비스”가 연계될 수 있도록 우선적으로 공공보건의료 중심의 만성질환 및 장기요양서비스 관리체계를 구축하고, 점차 민간의료기관도 연계되도록 발전시킨다(그림 8-1 참조).

즉, 보건소, 보건지소(진료소 포함), 지방공사의료원 등이 공동으로 고혈압, 당뇨병 등 주요 만성질환에 대한 지역관리 체계를 마련하여 환자 파악, 고위험자 관리, 치료, 합병증의 진단 및 관리를 위한 스크리닝 검사, 추구관리, 보건교육을 연계하여 실시할 수 있는 사업체계를 개발하여 운영한다.

건강검진후 추구관리가 필요한 자비부담능력이 없는 저소득층 환자에 대해서 보건소에서는 일차적으로 관리 대상으로 하고, 2차적으로 지방공사의료원과 국공립병원에서 치료하는 경우 혜택을 주어 건강검진사업의 유용성을 높여 나간다. 이는 결과적으로 국민건강보험이나 중앙 및 지역의 각종 건강검진사업에 대한 신뢰와 추진율을 높이는데도 기여할 수 있다.

그리고 이러한 역할을 공공보건의료 기관에서 효과적으로 수행하기 위해서는

미국의 질병관리예방센터(CDC)가 「만성질환역학관리를 위한 공공보건사업 지원 프로그램(STEPPS)」을 가지고 공공보건 종사 전문가에 대한 교육훈련과 지원사업을 하듯이 체계적인 인력의 교육훈련과 네트워크, 지원체계를 운영하는 것을 우리 실정에 맞추어 원용할 수 있을 것이다.<sup>51)</sup> 우리나라에서도 중앙이나 현재 추진중인 질병관리본부에서 이러한 기능은 담당하여야 할 것이다.

3장에서 제안한 「만성질환관리 보건의료복지 네트워크(가칭)」와 같이 지역별 실정을 고려하여 보건소, 국공립병원, 지방공사의료원이 각각 기획, 운영의 역할을 분담하는 체제로 네트워크를 구축한다. 특히 보건소는 공공병원과는 달리 시·군·구 단위의 관공서로서 지역내 사회복지시설 및 관련 공공의료기관과의 원활한 업무협조를 기대할 수 있는 조직으로 역할을 할 수 있다. 또한 연계기관 주요 만성질환에 대해서 모니터링을 위한 감시체계가 운영되어야 한다.

지역사회 수준에서 만성질환의 관리의 주요 수단의 하나는 방문보건사업이다. 이 사업을 활성화하기 위해서는 ‘재택보건의료 지원체계’ 즉, 공공보건의료 기관간의 연계체계가 확보되어야 한다. 기존 사업에서 미흡하고 명확하지 못한 점이 대상자에 대한 방문보건사업의 역할범위, 의료요구 평가, 추가적인 치료가 필요한 환자의 의뢰와 치료비 지원 등으로 파악되고 있는데 연계체계를 확보함으로써 해결되어야 점이 많고, 방문보건사업을 보다 실효성 있게 운영할 수 있을 것이다.

그런데 광역단위의 지방공사의료원과 지방자치단체에 속한 보건소가 긴밀하게 연계되기 위해서는 지방공사의료원의 주관 부서가 경기도와 같이 시·도 보건(위생)과로 이관되어야 하며, 장기적으로는 보건소가 지방공사의료원 등 광역단위 산하의 공공병원과 통합되는 형태로 운영되어야 할 것이다.

둘째, 질병예방사업, 즉, 건강증진사업이 시·군·구 단위의 보건소에서 뿐 만 아니라 공공의료기관(국립대학병원, 시도립병원, 지방공사의료원 등)에서도 개

51) 미국 CDC의 한 센터인 Chronic Disease Prevention and Health Promotion 에서는 유방암, 자궁암, 당뇨, 흡연, 심혈관질환, 영양, 관절염 등의 만성질환관리를 위하여 각 주의 공공보건활동을 지원하고 인력을 훈련하고 있으며, 특히 인력에 대한 담당인력에 대한 교육훈련과 상담, 네트워크, 대학과의 기술지원체계를 강조하고 있다(Frey, CA et al., 2003).

별 환자진료과정에서 임상예방적 진료기능을 보다 적극적으로 도입해야 한다. 의료인에 의한 보건교육, 질병 위해요인에 대한 포괄적인 관리는 만성질환의 예방, 만성질환자에 대한 지속적 관리, 중증으로의 이행 예방을 위해서도 필요하다.

건강증진 캠페인, 보건교육 등을 공공병원과 보건소가 공동으로 수행하거나 역할을 분담하여 전개하며, 공공병원에서는 주기적으로 건강캠페인 등을 통하여 환자와 지역사회에 대하여 ‘의료기관 건강증진사업’을 전개하도록 한다.

셋째, 수요가 증가하고 있음에도 공급이 부족한 장기요양체계 구축과 장기요양병상 및 시설 확충, 서비스 공급에 공공의료기관이 주도적 역할을 담당하여야 한다. 현재 논의되고 있는 ‘지역거점병원’과 ‘도시지역 보건센터’의 설립목적과 기능은 이러한 역할에서 주도적 기능을 찾아야 할 것이다.

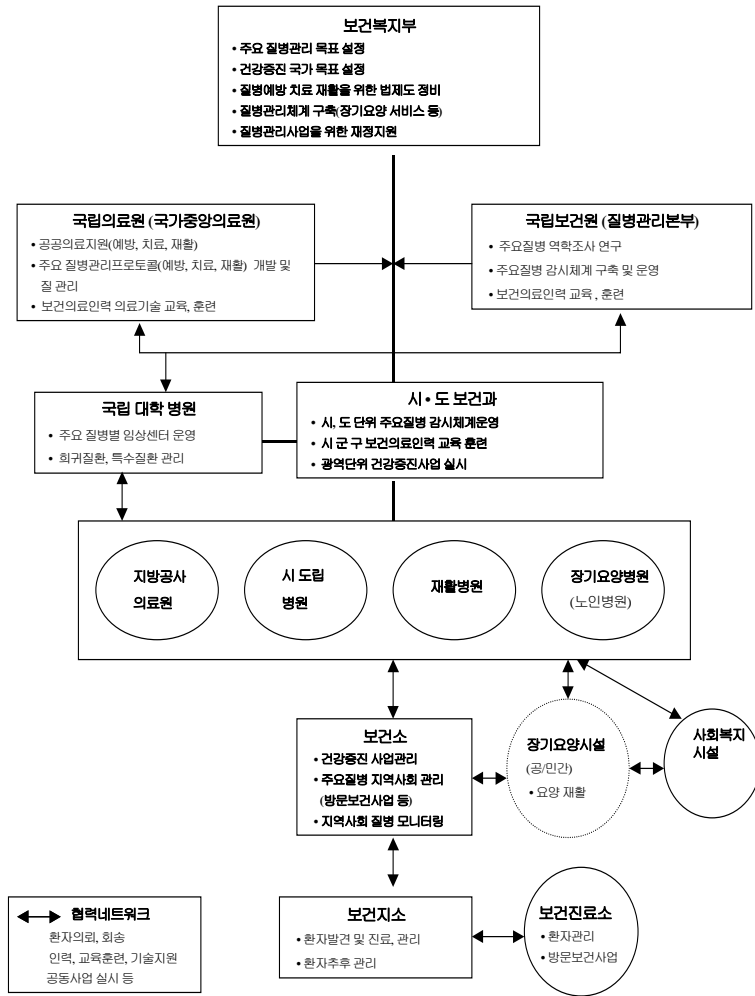
현재 우리나라는 급성기 치료 중심의 의료시설이 과잉인데 반하여 장기요양 시설이 본격적으로 도입되어 있지 않다. 장기요양 서비스 체계의 목적은 장기요양서비스 요구를 충족시키고, 비용절감을 통한 환자의 의료비 부담 경감과 국민의료비의 절감에 있다. 현 단계에서 정부가 비용절감적인 대체서비스를 개발하는 모델로 공급하지 않으면 장기요양 서비스도 민간 중심의 서비스가 개발될 수 있으며, 이는 비용이 높고 상업화된 치료서비스 중심의 모델로 구축될 가능성도 있다고 본다. 장기요양 서비스는 도입단계에서는 요양서비스 수가가 책정된다고 하더라도 큰 수익성을 기대할 수 없어 민간의료기관에서 공급 유인이 낮으므로 지방공사의료원 등의 공공병원과 보건소에서 주도적으로 장기요양 서비스의 인프라를 구축하고 서비스 공급 역할을 해야 한다. 국가 또는 지방자치단체가 공공병원이나 보건소의 부설기관 또는 별도 시설로 장기요양시설(장기요양병상, 장기요양시설, 주간 및 재가 요양·재활 시설)을 설치에 능동적으로 개입하고 지원시책을 마련해야 한다. 서비스 공급방식은 직접 공급이나 공공의 지원과 모니터링을 전제로 민간의 위탁운영 등 다양한 운영방식을 선택할 수 있다.

지역 중심의 장기요양 서비스 체계로 운영되기 위해서는 보건소와 지역 복지서비스 조직과의 연계를 통한 “의료(치료서비스)－보건(예방서비스)－복지(요

양서비스)의 통합적 체계” 즉, (가칭)『만성질환 네트워크 추진협의회』가 필요하며, 재가서비스 강화를 위한 방문보건사업, 가정간호사업, 재가 서비스시설(중간시설)과의 통합적 운영을 위한 관리를 지역 보건소가 담당할 수 있도록 재택보건의료지원체계를 강화해야 할 필요가 높다.

노령화가 진전되어 장기요양체계가 구축된 선진국의 경험과 노령화 추이에 따른 장래 의료비 부담을 고려할 때 우리나라의 장기요양체계는 무엇보다도 병원 중심보다는 비용효과적인 지역사회 중심의 시설과 인력으로 설계되어야 할 것이다.

[그림 8-1] 주요 만성질환관리를 위한 공공보건의료기관 연계모형



## 제 2 절 전염성질환 관리

최근 국내외 교류의 증가, 환경의 변화로 신종전염병과 재출현 전염병이 증가하고 있어 큰 사회적 관심이 되어 있다. 전염병 관리사업은 외부효과를 큰 공공재로 국가가 담당해야 할 대표적인 공중보건사업으로 인식되어 있다. 특히 우리나라는 공공의 투자가 적고 민간의료기관의 비중이 높아 영리성이 높은 의료공급에 치우쳐 감염성질환관리과 같은 공익성이 강한 서비스의 관리와 공급이 부족하다. 여기에는 전통적으로 정부와 민간부문 의료인간의 협력체계가 구축되지 못하여 온 우리나라의 사회적 배경과 민간의료인의 협조를 유인하는 효과적인 정책수단을 강구하지 못한 정부의 역량 부족도 작용하여 전염병관리에 있어서도 신고체계, 표본감시망의 효과적인 활용, 전염병 감시체계의 운용이 최근들어 개선이 되었지만 아직까지 미흡하다. 전염성질환의 관리를 위한 국가나 공중보건의료기관의 역할은 특히 다음 세 가지 점에서 강화되어야 한다.

첫째, 주요 전염성질환(결핵, 성병·AIDS 등)별로 보건소, 시·도 보건과, 공공병원(지방공사의료원, 결핵병원, 국립대학병원 등), 국립보건원(질병관리본부), 시·도 보건환경연구원 간에 전염병관리 연계체제를 견고히 구축한다. 여기에서 전염병의 발생감시, 역학조사, 건강검진, 전염병예방시설의 설치, 각급 수준에서 전염병 예방과 관리를 위한 조사·연구사업 공동 실시, 관련 인력에 대한 전문적인 교육훈련과 기술지원 등의 기능에 대해서 협력체계를 제도화하고, 명확하고 구체적인 역할 규정, 관련 담당자간의 정례회의와 ‘전염병감시망’의 사업전산화를 통한 업무연계체제를 확고하게 시행하여야 한다.

최근 공중보건의를 대상으로 양성한 ‘역학조사관’을 적극 활용하여야 할 것이다.

또한 주요 전염성질환에 대한 실무 관리지침, 즉, 인플루엔자 관리지침, 예방접종관리지침, 결핵 진단 및 치료지침, 성병·AIDS 환자관리 및 상담 지침, SARS 발생시 관리지침의 개정이나 새로운 개발에 이들 연계 기관의 담당자들이 전문가와 함께 참여하여야 한다.

둘째, 보건소 단위에서는 ① 결핵·성병·AIDS 감염자 및 환자의 관리사업,

② 전염성질환 예방교육과 대민홍보사업, ③ 전염병 발생시 즉각적 대응을 위한 지방자치단체 내 관련조직간의 협력체계 구축, ④ 민간의료기관과 전염병환자의 보고와 감시, 치료, 관리에 대한 상호 협력 기능을 강화하고 전염병신고전산망을 민간의료기관에서 참여하도록 협력체계를 구축하여야 한다.

셋째, 공공병원(지방공사의료원, 보건의료원, 시도립병원, 결핵병원 등)의 전염병관리에 대한 책임과 역할을 강화해야 한다. 공공병원은 우선 전염병 병상을 유지하여 비상시에 대처능력을 확보하여야 한다. 또한 지역내 결핵과 AIDS 등 전염성질환의 고위험 취약계층인 사회복지시설, 외국인 근로자, 채소자를 대상으로 결핵과 성병·AIDS 등 상존하는 전염성질환에 대한 보건교육, 집단검진, 환자발견과 지속적인 추서관리 역할을 담당하여야 한다. 이들 지역내 집단시설은 전담 의료인력을 두지 못하는 경우가 많으므로 공공병원이 이들 시설수용자의 전염병관리를 지원하여야 한다. 이를 유인하기 위해서 공공병원 평가기준에 공익적 사업수행 항목에 포함하여 평가되도록 하여야 하며, 국가의 재정지원을 통하여 취약집단의 전염병 관리수준을 높이고 감염수준을 낮추도록 공공병원의 책임이 강화되도록 하여야 할 것이다.

### 제 3 절 응급의료 관리

우리나라는 2001년 10만명당 60명이 각종 사고로 사망하여 OECD 국가중 사고사망률이 매우 높은 국가이다. 또한 노인 인구나 만성질환자 증가로 급작스러운 위험상태에 빠지는 만성질환 인구도 증가하고 있어 효과적인 응급의료체계의 확립이 중요성이 높아지고 있다.

응급의료체계에 대한 확충은 공공보건의료의 확충이라는 최근의 보건의료 정책 기조에 중요한 내용으로 포함되어 있으며, 근래와 와서 정부의 응급의료에 대한 지원과 개입도 크게 강화되고 있다.

민간의료기관이 지배적인 우리나라 실정에서 응급의료는 수가가 충분하지 못하여 민간의 참여 유인이 매우 부족한 대표적인 서비스이다. 또한 응급의료는

발생의 불확실성, 응급의료 서비스에 필요한 인력, 특수장비와 시설 확보, 정보 시스템 운영, 이송시스템의 운영에 필요한 높은 비용 때문에 국가의 역할과 재정기여 필요성이 매우 높은 부문이다. 그러므로 응급의료에 대해서는 정부의 적극적 개입과 공공병원의 역할이 중요하다.

1 응급환자의 높은 사망률, 미흡한 응급의료 전달체계의 미흡, 응급의학 전문의 등 인력 부족, 응급의료 수가의 적정화 등을 해결하기 위한 공급의 적정화와 확충방안이 국가적으로 마련되어야 한다. 최근 정부에서는 예방가능한 사망률을 선진국 수준까지 감소시키기 위한 정책 방향을 제시하고 이를 실현시키기 위하여 최근 법을 개정하고 응급의료기금 확충, 응급의료비 미수금 대불제도, 필수 응급의료서비스 전달을 위한 민간의료기관 지원, 권역응급의료센터의 정비 등 다양한 응급의료체계 구축을 위한 대책을 추진하고 있는 단계에 있다. 응급의료의 특성상 전문인력의 확보, 응급실 및 특수장비의 확보와 지원 측면에서 국가와 공공주도의 역할정립이 더욱 중요해지고 있다.

국가의 역할과 공공병원의 역할을 나누어 응급의료서비스 공급에 관한 과제를 제시하면 다음과 같다.

첫째, 국가의 응급의료에 대한 지원, 기획 및 조정역할이 강화되어야 한다. 응급의료수가를 원가보상 수준으로 현실화하고, 응급의학전문의 확보와 응급실 시설 개선을 위한 재정적 지원을 강화하고, 응급실 시설과 인력확보 수준을 종합하여 병원평가에 연계시켜야 한다. 더불어 응급의료서비스에 대하여 지속적인 모니터링과 평가를 하여야 한다. 이러한 평가 및 모니터링은 인력, 시설, 장비 등의 구조적인 측면뿐만 아니라 응급의료의 질 평가까지 확대하여야 할 것이다. 평가 결과에 따라 양질의 응급의료 제공할 수 없는 기관에 대해서는 응급의료기관 지정을 취소하고, 양질의 응급의료기관에 대해서는 재정적인 인센티브를 충분히 주어야 실효성을 거둘 수 있을 것이다.

현재 응급의료에 관한 법률 시행령에는 중앙에서는 5년마다 ‘응급의료기본계획’을 지역에서는 ‘지역응급의료시행계획’을 수립하도록 규정하고 있다. 그러나 특히 지방에서는 자세한 계획서 작성지침이 없기 때문에 구체적인 계획이 세워지지 못하고 있다. 지역보건의료계획 수립의 선례를 바탕으로 지역응급의



료시행계획이 수립될 수 있도록 하여야 할 것이다.

응급의료에 관한 계획수립에는 병원전 처치 서비스를 공급하는 지역내 행정 자치부 소속 소방구급대, 병원처치를 담당하는 민간의료기관 등 다양한 분야의 관련자를 참여시켜 실효성 있는 계획이 수립되도록 해야 한다.

응급환자 이송서비스 주체의 다원화로 인하여 환자가 중증도 및 질병상태 등에 따라 적절한 기관으로의 이송되지 못하고 있는 현실이 개선되어야 한다. 이송차량은 이동치료실로서의 역할과 차량에 탑승하는 응급서비스 제공자의 수준을 선택하는 역할을 하므로 외국에서도 중요성이 커지고 있으며, 예방가능한 사망률을 낮추는데도 큰 영향을 미친다. 응급환자 이송서비스의 공급 주체를 명확히 규정할 필요가 있다. 영국의 경우 응급차서비스는 NHS의 일부로 국가에서 관리하고 있다. 우리나라에서도 응급환자 발생 현장에서 의료기관까지의 이송은 공공부문에서 담당하여 응급상황에 적절한 유자격 인력이 환자를 적합한 의료기관으로 이송할 수 있도록 개선되어야 한다.

둘째, 공공병원에 대한 권역 및 지역응급의료센터 지정 확대와 필수적인 응급서비스 공급역할이 강화되어야 한다. 수익성 및 기타의 이유로 민간에서 공급하기를 꺼리고 있는 응급의료서비스의 공급을 공공병원에서 담당하여야 한다. 선진국의 경우 외상, 화상 및 수지접합술 등 민간에서 담당하기를 꺼리는 응급의료서비스를 공공병원에서 제공하고 있다.

지역응급의료센터로 지정 받은 병원 중에서도 민간의료기관의 경우에는 응급실 병상확보, 설비의 확보가 미비한 곳이 많다. 향후 권역 또는 지역응급센터 지정병원으로 공공병원을 확대 지정하여 안정적인 응급시설·장비·병상이 확보되도록 육성하여야 한다. 이는 응급의료의 강화와 공공의료의 확충을 통한 국가의 보건의료 책임성 강화와도 일맥상통하는 정책이 될 수 있다고 본다.

# 제4부

결론

## 제 9 장 결론 및 정책제언

보건의료공급체계는 서비스와 서비스를 소비자와 공급자간에 연결시켜주는 연계체계로서, 소비자에게 필요한 보건의료서비스를 소비자가 이용하기 용이하도록 공급하는 것은 매우 중요하다. 우리나라는 최근 평균수명의 연장과 급속한 노인인구의 증가와 함께 사망원인 구조도 만성질환 중심으로 더욱 진전되고 있으며, 도시화·공업화가 급속히 진행되어 응급의료서비스 수요는 급증하고 있다. 동시에 발생률과 사망률이 감소 추세에 있었던 전염병질환도, 교통의 발달과 인구 이동의 증가로 전염병의 전파 속도가 과거에 비해서 빨라짐에 따라 신종전염병이 발생하거나, 소멸되었던 전염병이 해외에서 유입되어 빠르게 국내에서 전파되고 있다.

이러한 수요자의 질병 유형의 변화에 따라 보건의료서비스 공급체계의 발빠른 변화가 필요하게 되었다. 만성질환의 관리에 필요한 건강증진 및 예방서비스, 치료서비스, 장기요양서비스, 재활서비스, 가사지원·수발 등 복지서비스와 신속 정확한 응급처치서비스, 전염병질환 감시체계구축과 환자에 대한 치료서비스 등 더욱 포괄적이고 종합적인 보건의료서비스를 제공하여야 할 필요성이 제기되며, 또한 이러한 서비스를 단기간에 효율적으로 제공하기 위하여는 공공부분의 개입이 필요하다.

본 연구에서는 이러한 관점에서 인구사회적 변화에 따라 보건의료서비스 기능의 재정립 및 확충이 요구되는 만성질환 및 전염병질환, 응급의료체계를 중심으로 필요서비스, 서비스제공기관, 제공기관간의 연계체계에 대한 개선방안 및 만성질환, 전염병질환 및 응급의료서비스 공급체계를 개선하기 위한 공공보건의료부문의 구조 및 역할 분담 방안을 다음과 같이 제시하고자 한다.

### 1. 건강증진 및 예방 전담기구 설립

질병양상의 변화로 효율적인 국민건강관리를 위해서는 치료위주 보건의료체

계에서 예방 및 건강증진체계로의 전환이 필요하다. 그럼에도 불구하고 민간의료기관 위주의 현 보건의료체계 내에서 질병이 아닌 건강서비스의 접근도는 무척 낮으며, 전문 건강 프로그램 개발 및 전문인력 또한 부족하다. 또한, 학교, 보건소, 직장 등에서 자체 교육자료 개발 및 교육 능력 부족, 산발적인 건강교육 프로그램 개발로 인한 프로그램의 질 저하 및 예산낭비, 정부기관의 경우 마케팅 전략 및 홍보부분 취약 등의 문제점과 함께 건강서비스와 엔터테인먼트를 통합한 새로운 보건서비스 전략이 필요하다.

따라서 국가의 출연기관으로, (가칭)건강교육센터를 설립하여 건강증진 및 예방사업을 활성화하여야 한다. 건강교육센터에서는 체계적인 교육 홍보자료를 개발하고 이를 수요자(보건소, 학교, 직장, 대중매체 등)에게 제공하며, 전문 교육 인증기관으로 다양한 프로그램을 개발하고 전문인력을 훈련하여 자격을 부여하고, 전문인력 pool을 갖추고 일반 소비자에 대한 서비스를 제공하도록 한다.

## 2. 만성질환에 대한 보건의료서비스 공급 개선방안

### 가. 만성질환관리를 위한 보건의료복지의 네트워크 운영

만성질환 관리를 위하여는 예방, 치료, 요양의 서비스의 연속선상의 제공을 위하여는 각 부문간의 연계와 각 부문내에서의 연계가 이루어져야 한다. 이를 위해서는 선결적으로 구축되어야 하는 내용은 다음과 같다. 첫째, 보건예방과 건강관리체계를 강화하여야 한다. 보건예방대책으로는 각 지자체, 직장, 학교, 건강관련단체 및 지역사회주민 등 지역사회전체의 건강증진운동을 전개할 수 있는 추진계획을 수립하여야 하고, 학교보건 및 직장보건차원에서 건강교육을 실시하여야 한다. 특히 순환기계질환의 유병률이 높은 중고연령계층을 대상으로 한 사업장 보건대책이 필요하다. 또한 뇌졸중, 순환기질환 등은 응급상황 발생시 병원도착 이전에 이루어지는 응급처치에 따라 구명률이 달라지므로, 일반인을 대상으로 한 응급조치교육이 필요하다. 둘째, 급성기에 일차적으로 대응할 수 있는 종합병원급의 의료시설을 중간보건의료권마다 설치하여야 한다. 셋

제, 발병후 가능한 한 조기단계에서부터 환자 개개인의 상태에 적합한 재활치료를 제공할 수 있는 체제의 구축이 필요하다. 그리고 재택보건의료지원체계를 강화하여, 병원 및 요양시설, 복지시설 및 재택보건의료 지원체계와의 연계체제를 마련하여야 한다.

#### 나. 만성질환관리를 위한 네트워크 구축

(가칭)만성질환네트워크추진협의회를 중심으로 예방, 치료, 요양서비스 제공 체계가 연계되도록 한다. 이 협의회는 설치되는 보건소, 지방공사의료원 또는 그 이외의 국공립병원이나 민간병원까지도 포함하여 지역의 실정에 따라서 협의회에 설치하도록 한다. 동 협의회의 역할은 연계조정 중심적인 역할을 담당하고 각 부문에 있는 기관들은 언제든지 협의회를 통하여 만성질환자에 대한 정보를 습득할 수 있도록 하여야 한다. 예방, 치료, 요양의 3개 부문에서 이루어지고 있는 각종 정보는 기본적으로 동 협의회에서 관리하고 종합적인 계획을 수립하는데 활용하도록 한다. 이 때 각 시·군·구의 협조를 얻을 수 있도록 한다.

#### 다. 만성질환관리를 위한 자원조달

만성질환을 관리하기 위해 필요한 비용은 국민건강증진기금, 국민건강보험, 국가예산 및 개인부담금으로 조달되고 있는데, 각 부문별 재원의 조달방안에 대해서 정리하면 다음과 같다. 첫째, 건강증진 영역에 대하여 국민건강증진시설의 유형개발, 확대설치 및 운영보조금 이외에 만성질환의 위험인자를 관리하는데 소요되는 비용도 국민건강증진기금에서 조달할 수 있도록 하여야 한다. 둘째, 만성질환의 급성기적 치료에 소요되는 비용부담은 현행과 같이 건강보험에서 지원하고, 만성기적 의료관리비용에 대해서는 본인부담의 월간 상한제를 실시하여야 하고 이에 따른 보험재정의 손실분은 국고에서 지원하도록 한다. 셋째, 장기요양서비스에 필요한 비용은 독일이나 일본과 같이 별도의 사회보험제도를 도입하여 운영하도록 한다. 그러나 사회보험방식으로 비용을 조달한다고 하더라도 모든 장기요양자의 비용을 부담하기 어렵기 때문에 경증상태에 해당

하는 장기요양자에 대한 비용은 각 지자체에서 일부 부담하는 방안을 강구하여야 한다.

### 3. 전염성질환에 대한 보건의료서비스 공급 개선

#### 가. 전염병관리를 위한 인프라의 개선 및 지속적 강화

국립보건원의 전염병관리를 위한 조직을 확대 개편하고, 검역소는 질병관리본부에서 관장하도록 하여 국내전염병 감시체계를 개선한다. 효율적인 사업추진을 위해서는 중앙의 조직변화에 보조를 맞출 수 있도록 지방자치단체의 조직변화가 뒤따라야 할 것이다. 전염병관리 업무가 효율적으로 실시될 수 있도록 전염병 관련 법률의 지속적인 개정과 보완이 필요하다. 현재 공공보건부문에 구축되어 있는 전염병신고전산망을 민간병의원으로 확대하고, 전염병별 신고서식 및 역학조사서 입력 및 보고서식 통합하여 보건소 전염병관리담당자의 업무의 효율성 및 전염병관리의 효율을 높인다. 전염병 신고업무의 활성화를 위해서는 관련 공무원과 민간기관의 전염병 관리 담당자들의 자발적인 참여를 유도할 수 있도록 금전적, 비금전적 동기부여가 필요하다. 국립보건원의 연구기능이 강화되고 보건의료분야 통계생산이 이루어질 수 있도록 연구예산 확보 및 인력 훈련이 강화되어야 할 것이다. 또한 해외유입신종전염병의 관리를 위하여 검역 전염병 및 해외 전염병 감시 체계 구축한다. 구체적으로 한국과 인접한 국가인 한·중·일 네트워크를 구축하고, 기존 국가간 전염병감시정보망(Global outbreak alert and response network, 기존 아태지역 국가간 전염병감시 정보망 등)에 적극적으로 참여한다.

#### 나. 결핵 관리 강화

「결핵정보감시체계」를 확대·발전시켜 결핵환자 신고율을 높이고 결핵역학지표(TB epidemiological index) 및 결핵관리지표(TB management index)를 상시적으로 파악하고, 결핵균 DNA 지문정보시스템을 도입하여 WHO 등의 세계결핵

관리 정보 표준에 부합한 종합 정보 기틀을 정비한다. 공공의료부문과 민간의료부문의 결핵환자 치료와 관리에 대한 상호 협력체계를 구축하여 결핵치료의 질과 효과를 높이고, 영상원격판독체계(PACS)를 도입하여 환자진단기간을 단축하여 전염기간을 최소화하며, 외국인 노동자의 유입으로 인한 결핵문제의 확대를 방지하기 위한 외국인 결핵치료 및 관리 체계를 구축한다.

#### 다. 성병 및 AIDS 관리 강화

한국형 AIDS 유전 정보를 확보하고 치료 지침 개발, 치료제 개발 등을 추진하며, AIDS 예방에 관한 올바른 지식, 사회의 부정적인 인식과 편견에 대한 올바른 태도 개선, 바람직하지 못한 태도 및 행동, 예방에 대한 개인책임 의식에 대한 홍보교육을 강화한다. 그리고, AIDS 관련 민간단체, 언론기관, 교육기관 등과 협조하여 지속적인 AIDS 예방홍보 교육 실시하고 감염위험이 높은 집단인 유흥접객원, 동성연애자 등에 대한 AIDS 예방 홍보물과 교육자료를 공급하여 사회적인 홍보교육을 강화한다. 상담기관들의 역할 분담과 전문화 작업이 필요하며, 이와 더불어 AIDS 상담 교육 전담 기관 및 교육지침 등 교육과정과 교육체계를 마련하여 보다 효과적인 상담이 이루어져야 한다. 또한 AIDS 감염 예방을 위해 전국에 콘돔 자동판매기를 보급하여 AIDS예방을 추진한다.

#### 라. SARS 등 신종전염병 관리 강화

SARS 등 즉각적인 대책이 매우 중요한 질병의 발생을 최대한 유행초기에 찾아낼 수 있는 조기경보 감시체계를 구축하여야 한다. 관리체계는 첫째, 신종전염병질환의 국내 유입을 최대한 억제한다. 둘째, 일단 국내 유입되는 경우, 최단시간 내에 최소의 전파 범위 내에서 발견하고 차단한다. 셋째, 신종전염병질환이 일단 전파될 경우에도 가장 적극적인 정책으로 확산을 조기에 차단한다는 원칙하에 구성되어야 한다.

#### 4. 응급의료전달체계의 개선

##### 가. 병원전 처치서비스의 개선

첫째, 관련 전문가와 현장의 실무자들이 참여하여 병원전 처치서비스를 제공하는 인력이 준수하여야 하는 지침을 국가 차원에서 개발하여 교육한다. 둘째, 응급환자가 많은 것으로 알려져 있는 내과, 정형외과, 소아과, 일반외과, 신경외과, 산부인과 전문가가 팀을 이루어 응급의료지도를 담당하는 전담기구를 마련한다. 셋째, 병원전 처치서비스 제공 인력에 대한 지속적인 재교육을 실시하여 질관리를 철저히 하며, 유자격 인력의 지역별 불균형 문제를 해결하도록 유인책을 마련한다. 넷째, 119 구급차의 성능을 개선하고 일반구급차와 특수구급차의 적정 보유비율을 산정하여 지역별로 합리적으로 배치한다. 다섯째, 구급차의 신속한 이동을 위해서 소방도로를 확보하는 등 기반시설을 확충하거나 구급차 외에 다른 이송수단을 모색하고 구급차 운행을 방해하지 않도록 국민들에게 홍보한다.

##### 나. 병원 처치서비스의 개선

첫째, 응급의학전문의가 그 수요에 비하여 부족하므로 충분히 배출할 수 있도록 유인책을 마련한다. 둘째, 응급의료기관, 병실, 병상 수의 지역별 편차가 크며, 접근성이 떨어지는 지역이 있으므로 응급의료 진료권을 분석하여 수요에 따라 응급의료기관을 균형적으로 배치하도록 한다. 셋째, 현재 응급의료기관 중에서는 인력 및 시설을 법적 기준에 맞게 보유하지 못하는 기관이 많다. 따라서 응급의료기관으로 지정된 병원에 대해서는 정기적인 평가를 통하여 질관리를 실시하고, 이러한 평가 결과에 근거하여 지정을 취소하는 등 제재를 가하도록 하고, 양질의 응급의료기관이 경우 재정적으로 지원하는 등 인센티브를 주도록 한다.



#### 다. 응급의료정보서비스의 개선

첫째, 119 구급차와 응급의료기관의 정보를 직접 실시간으로 연결시킬 수 있는 시스템을 개발하여야 하며 이를 위해서 병원 관계자들의 협조를 얻도록 충분한 설명을 통하여 이해를 구하도록 한다. 또한 추가적으로 필요한 인력, 시설에 대해서는 국가 차원에서 재정적인 지원을 실시하도록 한다. 둘째, 현재 미진하게 실시되고 있는 응급의료에 대한 정보 제공 및 교육을 강화하도록 한다.

### 5. 공공보건의료공급체계의 개선과 만성질환·전염성질환·응급의료에 대한 공공보건의료의 역할

어느 국가나 사회도 보건의료 부문에 투입할 수 있는 자원에는 한계가 있으며, 인구의 노령화와 만성질환 증가로 인한 의료보험재정과 국민의료비 증가가 큰 국가사회적 부담으로 제기되고 있다. 이러한 현실에서 본 연구는 우리나라의 보건의료의 구조적 문제 해결과 보건의료서비스의 적정화, 자원배분의 형평추구, 의료비 지출의 억제에 위한 정책과제의 실마리를 푸는 데 있어서 우선적으로 고려되어야 할 보건의료 공급영역으로 만성질환 및 감염성질환, 응급의료 문제를 제기하고 이러한 과제에서 공공보건의료의 역할을 재검토하는데 두고자 한 것이다.

본 연구에서는 먼저 공공부문 보건의료체계의 조직구조를 개선시키기 위한 방안을 제시하고, 향후 공공보건의료의 기능으로 강화하여야 할 만성질환·전염성질환·응급의료에서의 역할에 대해 제시하였다.

#### 가. 공공보건의료체계의 개선방안

공공의료의 조직구조를 개선하기 위해서는 첫째, 공공의료기관과 공공보건기관과의 기능적 연계체계의 구축을 통하여 국가의 의료정책의 실행수단으로 공공보건의료기관이 활용되도록 조직화하여야 할 것이다. 공공의료기관간의 관리운영체계를 연계하기 위한 방안과, 지역 보건기관과 공공의료기관을 연계하여

지역사회 기반의 활동과 환자의 의뢰와 회송, 인력의 교육훈련, 주요 질병관리 사업이 연계 운영되도록 해야 하며, 공공의료기관은 진료중심의 기능에서 지역 의료 기획과 교육훈련, 연구 기능을 함께 확보하여야 할 것이다.

둘째, 지역별, 기능별 수급균형을 고려하여 타당성 높은 공공보건의료서비스 공급의 확대가 이루어지도록 하며, 특히 필수 의료서비스로써 공급이 부족한 부문과 수요가 증가하는 장기요양서비스 부문에서 우선적으로 공공보건의료기관 중심의 공급체제를 도입하고, 점차 민간의료기관과의 협력체제를 통하여 만성질환관리와 장기요양서비스 체계를 발전시켜 나가야 할 것이다.

셋째, 의료인력에 대한 재정적 유인과 정보시스템의 구축과 적절한 평가체계의 확보를 통한 질 관리와 경영 효율화를 통하여 공공의료기관의 관리운영을 효율화하여 보건의료 시장에서 공공의료기관의 위상을 높여 나가야 할 것이다.

공공보건기관의 조직구조를 개선하기 위한 방안은 다음과 같다.

첫째, 지역의 보건의료에 대한 기획과 조정, 지역보건의료의 관리, 평가와 모니터링 기능 등 보건당국자로서의 역할을 강화하여야 한다.

둘째, 지역단위 건강증진사업, 질병예방관리사업을 강화하고 이를 위한 조직의 재구성과 인력의 확보와 재편성이 요구된다. 공공의료기관과의 기능적 연계와 함께 농촌지역의 경우에는 보건지소, 보건진료소와 기능적으로 연계를 통하여 주민 질병예방관리사업의 공동추진이 필요하다.

셋째, 보건소의 방문보건사업을 체계화하고 지역내 복지서비스와의 적극적인 연계체계를 공식적으로 운영하여 요구가 증가되고 있는 지역의 장기요양, 재활 및 복지서비스에서 조정, 관리 역할을 주도적으로 하여야 한다.

#### 나. 만성질환관리를 위한 공공보건의료의 역할

공공보건의료기관에서 강화하여 할 만성질환 관리 기능은 지속적, 포괄적 서비스의 도입이다. 즉, 건강증진, 질병예방, 재활서비스 요소를 환자진료 현장에 적극적으로 도입하고, 지역 보건기관과 연계하여 고혈압, 당뇨병 관리 등 주요 만성질환관리 사업을 공동으로 실시한다. 보건교육, 건강증진 캠페인 활동, 지

역단위 질병 모니터링 활동 등이 그 예이다. 이것은 최근 공공의료가 표준적 진료를 제공하여야 한다는 논의와도 부합될 것이다.

공공보건의료기관에서 이러한 질병관리 역할을 충실히 하기 위해서는 미국의 CDC에서는 10가지 공공보건 필수서비스 목표를 정하고, 각 주의 심혈관질환, 당뇨병, 부인암, 영양, 흡연 등 주요 만성질환과 위험요인에 대한 지원체계(STEPPS)를 마련하여 공공보건의료기관 담당자의 교육훈련과 기술지원, 네트워크 체계를 구축하도록 지원하는 있음을 볼 때 우리나라도 공공보건의료시스템의 기본 기능을 설정하고 각 사업별 단편적 접근에서 벗어나 공공보건조직에 있는 인력에 대한 포괄적인 교육과 훈련, 지원체계를 갖추어야 할 것이다.

#### 다. 전염병관리를 위한 공공보건의료의 역할

전염병 관리를 위한 공공보건의료의 우선적인 역할은 첫째, 공공의료기관과 보건기관의 연계성을 통한 전염성질환감시와 보고체계의 확립이다. 시·도 보건과, 공공병원(지방공사의료원, 결핵병원, 국립대학병원 등), 국립보건원(질병관리본부), 시·도 보건환경연구원 간에 전염병관리 연계체제를 견고히 구축한다. 여기에서 전염병의 발생감시, 역학조사, 건강검진, 전염병예방시설의 설치, 각급 수준에서 전염병 예방과 관리를 위한 조사·연구사업 공동 실시, 관련 인력에 대한 전문적인 교육훈련과 기술지원 등의 기능에 대해서 협력체계를 제도화하고, 명확하고 구체적인 역할 규정, 민간의료기관을 포함하는 ‘전염병감시망’의 개선을 통해서 업무연계체제를 확고하게 시행하여야 할 것이다.

둘째, 공공의료기관이 지역단위로 전염병 고위험 취약대상집단을 집중 관리하는 역할을 하여야 할 것이다. 즉, 공공병원(지방공사의료원, 보건의료원, 시도립병원, 결핵병원)의 전염병관리에 대한 책임과 역할을 강화해야 한다. 공공병원원은 우선 전염병 병상을 유지하여 비상시에 대처능력을 확보하여야 한다. 또한 지역내 결핵과 AIDS 등 전염성질환의 고위험 취약계층이 밀집된 시설을 대상으로 전염성질환에 대한 보건교육, 집단검진, 환자발견과 지속적인 추서관리 역할을 담당하여야 한다.

라. 응급의료체계에서 공공보건의료의 역할

응급의료에 있어서 공공보건의료의 역할은 첫째, 지역 응급의료시행계획의 수립에 소방구급대, 민간의료기관 등 지역의 관련기관을 포괄적으로 참여시켜 실효성 있는 계획을 수립하는 역할과 함께 응급의료 서비스의 모니터링 기능이다. 이러한 역할은 중앙과 시·도의 응급의료 계획에 보건소와 공공병원이 주도적으로 참여하여 세부적인 실행기능을 맡도록 하여야 할 것이다.

둘째로는 좀더 많은 공공병원이 지역적 배치를 고려하여 ‘권역’ 또는 ‘지역’ 응급의료센터로 지정되도록 인력 및 시설을 법적 기준에 맞도록 국가적으로 지원하여, 민간기관이 유지하기 어려운 응급진료센터의 기능을 지속적으로 확보하도록 하여야 한다. 이러한 공공병원들은 민간의료기관에서 참여하기 어려운 특수 외상치료, 화상치료 서비스를 공공병원별로 특성화 병원으로 육성하여 특수응급의료서비스를 공급하는 역할을 담당하도록 하여 국가 보건의료에서 민간과 차별화 되는 책임성 있는 역할을 하여야 할 것이다.

본 연구는 많은 제한점을 가지고 있다. 공공보건의료체계의 개선방안을 기존의 공공병원과 보건소를 중심으로 접근하였으며, 의료서비스를 주도적으로 공급하고 있는 민간의료체계의 공공성 강화나, 민간과 공공의 협력방안에 대해서 심층적으로 접근하지 못하였다. 이러한 내용들은 향후 추가적으로 연구가 이루어져야 할 필요성이 높다.

## 참고문헌

- 감신, 『한국의 지방자치정부와 보건의료』, 『지방자치와 공공보건의료정책 워크숍 자료집』, 건강연대, 2002.
- 건강세상네트워크, 『주민보건센터 설립에 관한 주민의견 조사결과 및 설립방안』, 2003.
- 공적노인요양보장추진기획단, 『공적노인요양보장체계 구축에 관한 공청회-재정 운영방식 및 시설·인력 인프라 구축을 중심으로』, 공청회자료 2003-14, 한국보건사회연구원, 2003.
- 국립보건원, 『2002 전염병 통계연보』, 2003a.
- \_\_\_\_\_, 『HIV/AIDS 관리지침』, 2003d.
- \_\_\_\_\_, 『성병 관리지침』, 2003c.
- \_\_\_\_\_, 『전염병 보고 및 정보관리 지침』, 2003b.
- 권관우, 『제1, 2기 상담연수자료』, 한국에이즈퇴치연맹, 1997(<http://www.k aids.or.kr/>).
- 권준욱, 『SARS관리의 실례』, 『Pfizer Line』, 제6권, 2003.
- \_\_\_\_\_, 『국가의 결핵관리정책』, 국립보건원, 2003
- \_\_\_\_\_, 『국가의 전염병관리정책』, 국립보건원, 2003
- 김건영, 『우리나라 결핵 현황과 대책』, 병원신문, 2000년 4월 27일.
- 김범택·심재용·이혜리, 『학교 건강검진에서 결핵으로 나온 청소년에 대한 추적조사』, 『가정의학회지』, 제19권 제4호, 1999.
- 김성순, 『공공보건의료 인프라 확충방안』, 『제215회 정기국회 국정감사 정책제안서』, 2000. 10.
- 김승권 외, 『저출산대비 인구정책개발 및 범정부추진체계 수립방안』, 한국보건사회연구원, 2003.

- 김용익 외, 『보건의료시장개방에 대비한 보건의료체계 공공성 강화방안』, 2002.
- 김용익, 「지방공사 의료원이 나아갈 방향」, 『공공보건의료 발전을 위한 대토론회 발표자료집』, 2002.
- 김윤, 『보건의료 공공성의 개념과 제고방안 토의자료』, 2003.
- 김일훈, 의학신보 2003년 12월14일 23쪽.
- 김재광·류지호·신중호 외, 「경인지역 1339 응급환자정보센터의 이용실태에 관한 연구」, 『대한응급의학회 춘계학술대회 초록집』, 2002.
- 김재용 외, 『손상군의 역학지표를 활용한 질병부담 측정』, 한국보건사회연구원, 2002.
- 김재용, 장선미, 신영전 등, 『공공보건의료체계 개편방안연구』, 한국보건사회연구원, 2002.
- 김정순 등, 『신종 및 재출현 전염병의 위기 관리를 위한 국가전략 개발 연구』, 서울대학교 보건대학원, 보건복지부, 2000.
- 김정순·이주현, 「성병 및 에이즈 발생실태와 대응전략」, 『보건학논집』, 제36권 제1호, 1999.
- 김창엽, 「의료공급에서 공공부문과 민간부문의 역할 분담방안」, 『2001년도 한국 보건행정학회 후기학술대회연제집』, 2001.
- 김철웅, 「공공병원의 발전방안에 대한 연구」, 『의료제도발전을 위한 정책과제 자료집』, 대통령자문 의료제도발전특별위원회, 2003, pp.815-891.
- 김철홍·고원중·권오정 외, 「새로운 국가결핵감시체계 시행 후 한 민간종합병원에서 작성된 결핵정보관리보고서의 정확도 조사」, 『결핵 및 호흡기 질환』, 제54권 제2호, 2003.
- 김혜련 외, 『일차보건의료의 현황과 발전방안』, 한국보건사회연구원, 1996.
- 김희진 외, 『의약분업하의 효율적인 국가결핵관리 모델개발』, 보건복지부, 2002.
- 남정자 외, 『2010년 국민건강증진 목표설정과 전략개발』, 보건복지부, 2000.
- 대한결핵 및 호흡기학회, 「폐결핵 진료의 기준, 1997」, 『결핵 및 호흡기질환』, 제47권 제6호, 1997.

- 대한노인병학회 내부자료.
- 대한에이즈예방협회·보건복지부, 『우리나라에서의 바람직한 AIDS관리 정책』,  
『대한에이즈예방협회 창립4주년 기념 심포지움 자료집』, 1997.
- 대한응급의학회, 『응급의학』, 군자출판사, 1990.
- 류우진, 『한국의 결핵감시체계』, 『결핵 및 호흡기질환』, 제48권 제3호, 2000.
- 류우진 등, 『전국 고등학교 결핵 소집단 발생유행에 관한 역학조사 및 대책수  
립을 위한 연구』, 대한결핵협회 결핵연구원, 2002.
- 문옥륜, 『공공 및 민간보건의료부문 협력체계 구축방안(미발표자료)』, 2003.
- 박경숙·감신·김선민·김용익·김재용 외, 『생산적 복지 구현을 위한 정책과제』,  
정책기획위원회, 2002.
- 보건간호사회, 『보건간호사 활동실태조사』, 2001.
- 보건복지부 공공보건과, 『공공보건의료기관 연계체계 구축(안)』, 2003. 8.
- 보건복지부, 『2002 보건복지백서』, 2003.
- \_\_\_\_\_, 『2003년도 노인보건복지사업안내』, 2003.
- \_\_\_\_\_, 『2003년도 보건복지부소관 세입·세출 예산 개요』, 2002.12.
- \_\_\_\_\_, 『국민건강증진기금 결산서』, 2002.
- \_\_\_\_\_, 『보건복지통계연보』, 각년도.
- 보건복지부·국립보건원·대한의사협회, 『법정전염병 진단·신고기준』, 2002.
- 보건의료단체연합 정책기획위원회, 『2002년 지방자치와 보건의료/지방자치제선  
서 공약(안)』, 건강권실현을 위한 보건의료단체연합, 5월 열린 토론회, 2002.
- 보건의료발전기획단, 『참여정부 보건의료발전계획(안)』 공청회 자료, 2003
- 선우덕, 『노인전문병원의 개선방안』, 『보건복지포럼』, 한국보건사회연구원, 2002  
년 7월호.
- 선우덕·황주희, 『생활기능장애노인의 재활서비스정책 현황과 과제』, 『보건복지  
포럼』, 한국보건사회연구원, 2000년 6/7월호.
- 송건용, 『의료전달체계 개선 방안 연구』, 2003.

- 식품의약품안전청, 『식품·의약품 안전관리 중·장기 발전계획(2000~2004)』, 2003.
- 신영전, 「지방공사의료원 정체성 확보방안」, 『공공보건의료 발전을 위한 대토론회 발표자료』, 2001.
- 양병국 외, 『최근 증가하고 있는 전염병의 관리대책 수립을 위한 연구』, 보건복지부, 2003.
- 연세대학교 의과대학 에이즈 연구소, 『국내 HIV/AIDS의 특성』, 제1회 학술심포지움 자료집, 2003.
- 예방의학과 공중보건 편집위원회, 『예방의학과 공중보건』, 계축문화사, 2001.
- 의료제도발전특별위원회, 『의료제도발전을 위한 정책과제 자료집』, 2003. 2.
- 이경환, 「SARS 등 신종전염병에 대한 법적 제도적 개선방안 강구」, 『한국에서의 사스 감염분석 및 향후 관리대책 수립방안』, 보건복지부, 2003.
- 이관·임현술, 「서울 지역 주민들의 1339 응급의료정보센터 이용양상에 관한 연구」, 『대한보건협회지』, 제28권 제1호, 2002.
- 이규식, 『의료보장과 의료체계』, 계축문화사, 2002.
- 이신호 외, 『응급의료기금을 활용한 응급의료 발전계획』, 한국보건산업진흥원, 2002.
- 이평수·이윤태·김선민·오종희·황진태 외, 『공공보건의료기관이 수행해야 할 사업검토 및 평가체계 개발』, 한국보건산업진흥원, 2000.
- 이평수 외, 『응급의료체계개선방안 실천연구』, 한국보건산업진흥원, 1999.
- 이한식 외, 『응급의학』, 군자출판사, 1997.
- 이현주 외, 『지역사회복지협의체 시범사업 평가와 모형개발』, 한국보건사회연구원, 2002.
- 이홍순, 「SARS와 한국의 질환관리 정책」, 『Pfizer Line』, 제6권, 2003.
- 일본간호협회, 「보건활동 기반정비 위원회 보고서」, 『보건활동 기반 정립에 관한 조사』, 1993.
- 장원기·김진순·박영택·이우백, 『지역단위 공공보건의료기관 기능 개편방안』, 한



- 국보건사회연구원, 1998.
- 정영선·이기호, 「공공병원의 효율성과 사회적 역할」, 『보건행정학회지』, 제6권 제2호, 1996.
- 정윤수·허만형, 「공공병원 의료서비스의 공공성 분석」, 『한국행정학보』, 제33권 제4호, 1999.
- 최은진·서미경·최승희·오유미, 『국민건강증진을 위한 보건교육자료의 현황 평가』, 한국보건사회연구원, 2002.
- 탁기천·손명숙·고영관 등, 「응급실 환자의 내원 및 응급처치 소요에 관한 조사연구」, 『대한응급의학회지』, 제4권, pp.78~93.
- 통계청, 『사망원인통계연보』, 1999·2003.
- 한국보건사회연구원, 『사회복지시설 거주자의 건강증진을 위한 보건환경 개선 방안 연구』, 1999.
- 한국보건산업진흥원, 『공공보건의료기관이 수행해야 할 사업검토 및 평가체계 구축방안』, 2000.
- 한국보건의료관리연구원, 『21세기 보건소를 위한 보건소 업무 표준화 및 교육 훈련 프로그램 개발 기초연구』, 1998.
- 한달선, 「의료체계 선진화의 기본방향 모색」, 『건강보장연구』, 제2호, 1998.
- 황나미 외, 『가정간호 및 방문간호 사업 현황과 연계방안』, 한국보건사회연구원·보건복지부, 2001
- 황창용, 『전염병관리 관련법령의 변화 추이분석 및 향후 개정방향에 관한 연구』, 연세대 보건대학원 역학 및 질병관리학과 석사논문, 1997.
- 행정자치부, 『소방행정자료 및 통계』, 2003.
- Beaulieu, JE, Scutchfield, FD, Kelly AV, “Recommendations From Testing of the National Public Health Performance Standards Instruments”, *Public Health Management and Practice*, 9(3): 1885-198, 2003.
- Berkowitz, B, Nicola, RM, “Public Health Infrastructure System Change: Outcomes

- From the Turning Point Initiative”, *Journal of Public Health Management and Practice*, 9(3): 224-227, 2003.
- Centers for Disease Control and Prevention, *Efficiency of Quarantine During an Epidemic of Severe Acute Respiratory Syndrome-Beijing, China*, MMWR, 2003, 52(43):1037-1040.
- Fagnani, L., Regenstein, M., Gage Ks, et al, “America’s Safety Net Hospitals and Health Systems: Their situation at the end of millennium, What american’s think, What policy makers must do”, *NAPH*, 1999, pp.1-10.
- Frey, CA, Remington, PL, Lengerich E., “Evaluation of the Centers for Disease Control and Prevention’s Chronic Disease State-Based Epidemiology for Public Health Program Support(STEPPS) Program”, *Journal of Public Health Management and Practice*, 9(4): 266-274, 2003.
- Gabow P., Eisert S., & Wright R., “Denver Health : A model for the integration of a Public hospital and Community Health centers”, *Annals of Medicine*, 2003:138(2):143-149.
- German Federal Ministry of Health, *Appropriateness and Efficiency*, The Report of the Advisory Council for Concerted Action in Health Care, August 2002.
- Halverson, PK, Nicola, RM, Baker EL, “Performance Measurement and Accreditation of Public Health Organization: A Call to Action”, *Journal of Public Health Management and Practice*, 4(4): 5-7, 1998.
- Lassey ML, Lassey WR, & Jinks MJ, *Health Care Systems Around the World*, Prentice Hall Inc., 1997.
- NAPH, *America’s Safety net Hospital Systems*, 1999.
- OECD, *Caring for the elderly*, 1997.
- OECD, *Health Data*, 2002.
- OECD, *Health Data*, 2003a.

- OECD, *OECD Health Reviews of Health Care System—Korea*, 2003b.
- Roemer, Milton I., *National Health Systems of the World*, Oxford University Press, 1991.
- Sofic, S., “A Single Dispatch Center and Communication System”, *Medical Archives*, 2000, 54(4), pp.227 ~ 229.
- The Magazine of the Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Duffy Jim, *Emerging from a remote corner of China*, 2003, Fall, 27-33.
- Turnock, B.J., et al, “Implementing and Assessing Organizational Practice in Local Health Department”, *Public Health Reports*, Vol. 109, No. 4, 1994.
- US Department of Health and Human Services, *Preventing Chronic Diseases: Investing Wisely in Health*, April 2003.
- WHO, *Consensus document on the epidemiology of severe acute respiratory syndrome(SARS)*, 2003.
- WHO, “Global Tuberculosis Control: Forms for data collection(Standard and European forms)”, *WHO REPORT*, 2001;37-50.
- WHO, *The World Health Report*, 2000.
- Zahner SZ, Vandermause, R., “Local Health Department Performance: Compliance with State Statutes and Rules”, *Public Health Management and Practice*, 9(1): 25-34, 2003.
- 2001년 11월 13일 한국경제신문
- 2001년 11월 27일 서울연합뉴스
- 2001년 9월 1일 중앙일보
- 2002년 5월 29일 동아일보
- 2002년 10월 4일 매일경제
- 2003년 6월 7일 한겨레신문
- 미국 질병관리국 홈페이지, <http://www.cdc.gov>

에이즈정보센터 홈페이지, <http://aidsinfo.or.kr>

한국에이즈퇴치연맹 홈페이지, <http://www.kaids.or.kr>

iSHAP 홈페이지, <http://www.ishap.org>

K-Plus 홈페이지, <http://www.k-plus.org>

[www.nemc.go.kr](http://www.nemc.go.kr)

□ 저 자 약 력 □

---

- 서 미 경  
미국 University of South Carolina 보건학 박사  
현 한국보건사회연구원 연구위원
  - 김 혜 련  
한양대학교 대학원 보건관리학 박사  
현 한국보건사회연구원 부연구위원
  - 한 영 자  
연세대학교 대학원 보건학 박사  
현 한국보건사회연구원 책임연구원
  - 선우 덕  
일본 동경대학교 대학원 보건학 박사  
현 한국보건사회연구원 부연구위원
  - 송 현 중  
연세대학교 대학원 보건행정학 박사  
현 한국보건사회연구원 책임연구원
  - 김 남 순  
서울대학교 보건대학원 보건학 박사과정 수료  
현 한국보건사회연구원 책임연구원
  - 황 나 미  
서울대학교 대학원 보건간호학 박사  
현 한국보건사회연구원 연구위원
  - 김 동 진  
서울대학교 보건대학원 보건학 석사  
현 한국보건사회연구원 주임연구원
  - 박 인 철  
고려대학교 대학원 의학과 박사과정  
현 연세대학교 의과대학 응급의학교실 교수
  - 오 희 철  
연세대학교 대학원 보건학 박사  
현 연세대학교 의과대학 예방의학교실 교수
-

연구보고서 2003-03

---

보건의료서비스 공급체계 개선방안  
Measures for Improving the Delivery of Public  
Health Care Services

---

2003년 12월 日 인쇄                      값 8,000원

2003년 12월 日 발행

저 자 서미경 · 김혜련 외

발행인 박 순 일

발행처 한국보건사회연구원

서울특별시 은평구 불광동 山42-14

대표전화 : 02) 380-8000

등 록 1994년 7월 1일 (제8-142호)

인 쇄 대명기획

© 한국보건사회연구원 2003

---

ISBN 89-8187-296-1 93510