

국내 질병 관리 및 건강불평등 현황과 정책과제



Disease Management and Health Inequality:
Current Status and Policy Recommendations

- 김남순** | 한국보건사회연구원 선임연구위원
- 박은자** | 한국보건사회연구원 연구위원
- 전진아** | 한국보건사회연구원 연구위원
- 김동진** | 한국보건사회연구원 부연구위원
- 서제희** | 한국보건사회연구원 부연구위원

인구사회경제적 변화로 인해 주요 질병 관리에서 해결해야 할 과제가 많다. 감염병 영역에서는 메르스 이후 의료관련감염 문제가 지속적으로 제기되고 있으며 이에 대한 정밀한 관리 체계를 구축해야 한다. 고령화로 인해 만성질환이 증가하고 있어 지역사회에 대해 일차의료기관을 중심으로 하는 포괄적 관리가 요구되며, 정신건강 관리 서비스도 강화해야 한다. 또한 건강불평등을 모니터링해야 하며 취약계층에 초점을 맞춘 중재가 강화되어야 한다.

1. 들어가며

2017년에 새 정부가 출범하였으며 보건의료 정책에 대한 청사진이 발표되었다. 새 정부가 추진하는 주요 정책으로는 ‘건강보험 보장성 강화’, ‘치매 국가책임제’ 및 ‘의료 전달체계 개선’ 등이 있다. 정부가 보건의료정책을 새롭게 추진하는 시점에 국내 보건의료체계의 성과와 과제를 살펴보는 것은 매우 의미 있는 작업으로 생각된다.

돌이켜 보면 국내 의료계가 보유한 의학기술

은 급속도로 발전해 왔고 대형 의료기관을 중심으로 성장해 왔다. 또한 국민건강보험제도가 비교적 단기간에 정착되면서 국민의 의료서비스에 대한 접근성이 개선되었다. 따라서 국민의 의료 서비스 이용이 증가하고 심장질환, 암질환과 같은 중증질환에 대한 치료 결과가 개선되었다. 이와 같은 방향으로 보건의료체계가 발전해 오면서 국민의 기대수명이 증가하고 있는 것은 중요한 성과로 생각된다.

한편, 인구사회경제적 변화와 함께 보건의료

체계에 내재된 문제로 인해 주요 질병 관리에서 해결해야 할 과제가 많다. 감염병 영역에서는 메르스 이후 의료관련감염에 대한 관심이 증가하고 있으며 사회적 문제로 부상하고 있다. 고령화로 인해 만성질환이 더욱 증가하고 있어 이에 대한 세밀한 정책이 요구되는 시점이다. 지역사회 정신건강증진 부담이 커지고 있지만 인프라가 부족하여 대책이 필요하다. 또한 우리 사회가 양극화 되는 환경을 고려할 때 국민에게 국가 질병 관리 정책이 골고루 긍정적인 영향을 미치고 있는지에 대해서도 종합적 검토가 필요한 시점이다.

이 글에서는 무술(戊戌)년 새해를 맞아 보건의료 분야에서 지속적으로 노력해 왔지만 사회적 환경 변화에 맞추어 개선이 필요한 질병 관리 영역과 정책과제를 살펴보고자 하였다. 따라서 최근 문제가 되고 있는 의료관련감염, 건강증진을 포함한 만성질환 관리, 지역사회 정신건강증진 등에 대해 검토하고 추진 방향을 모색하였다. 또한 건강불평등 문제를 검토하여 개선 방향을 제시하고자 하였다.

2. 주요 질병 관리 문제와 건강불평등 현황과 정책과제

가. 의료관련감염

1) 의료관련감염 중요성과 현황

의료관련감염은 병원 현장에서 발생하는 가장 흔한 문제로, 의료관련감염의 예방은 환자안전 측면에서도 매우 중요하다(Burke, 2003, p.

651). 2015년 발생한 메르스(MERS)와 주사기 재사용으로 인한 C형 간염의 집단 감염, 그리고 최근 발생한 신생아 중환자실에서 신생아 집단 사망 사건 등으로 인해 의료관련감염에 대한 관심이 국내에서도 더욱 높아졌다. 또한 인구의 고령화, 암 환자와 장기이식 환자 같은 면역 저하 환자가 증가하였고, 다양한 침습성 의료기술 발달에 따른 침습적 조작과 인공 의료기구 사용이 증가하여 의료관련감염 위험이 높아졌으며, 항생제 내성균이 증가하고 있어 병원 내에서 발생하는 감염에 대한 감시와 관리는 더욱 어려워지고 있는 실정이다.

국내의 의료관련감염 현황과 관리에 대한 논의와 연구는 2000년 이전부터 관련 학계를 중심으로 이뤄지기 시작했다. 이후 2006년 질병관리본부 용역 연구 사업으로, 중환자실과 수술실의 감염을 모니터링하는 ‘전국 의료관련감염 감시체계(KONIS: Korean National healthcare-associated infections Surveillance)’가 구축되었다. 이후 이 사업은 매년 지속되고 있으며 자발적 참여 의료기관 또한 점차 확대되고 있다. 2011년부터는 주요 항생제 내성균(6종)에 의한 의료관련감염을 지정 감염병으로 분류하여 표본 감시를 하기 시작했고, 이 중 반코마이신내성장알균(VRE) 감염증과 카바페넴내성장내세균속균종(CRE) 감염증은 2017년부터 제3군 감염병으로 지정되어 전수감시 대상이 되었다. 이 외에 의료기관인증제도 시행 시 감염 관리를 주요 평가 영역으로 하는 등 의료관련감염을 줄이기 위한 노력은 점차 확대되고 있다. 의료기관과 정부의

표 1. 중환자실의 의료관련감염 발생률

(단위: %)

	연도	요로감염	혈류감염	폐렴
감염률	2006~2011	3.82	1.99	1.41
	2012~2016	1.07	1.42	0.91
	연도	도뇨관 관련 요로감염	중심정맥관 관련 혈류감염	인공호흡기 관련 폐렴
삽입기구 관련 감염률	2006~2011	4.41	3.11	2.11
	2012~2016	1.26	2.40	1.38

주: 1) 감염률(재원 일수 1000일당) = (중환자실에서 발생한 감염 건수 / 재원 일수) x 1000
 2) 삽입기구 관련 감염률(재원 일수 1000일당)
 = (중환자실에서 발생한 해당 기구 관련 감염 건수 / 중환자실의 해당 기구 삽입 일수) x 1000
 자료: 보건복지부. (2017. 8. 24.). 중환자실 환자의 요로감염 등 의료관련감염 10년간 감소. 보도자료.

이러한 노력이 의료관련감염 발생 감소로 이어졌다고 할 수 있을 것이다(표 1).

의료관련감염에 대한 감시 혹은 관리는 일부 의료기관 또는 특정 영역에 한해 제한적으로 이루어졌다. KONIS는 의무 감시체계가 아니라 의료기관이 자발적으로 참여하는 감시체계이고, 중환자실이나 수술실 감염만을 감시한다는 제한점이 있다. 그러다 보니 참여하는 기관이 대부분 병상 규모가 있는 병원이어서 중소병원과 의원에서 발생하는 의료관련감염을 감시하는 체계는 거의 없다. 항생제 내성균에 대한 표본 또는 전수 감시와 C형 간염에 대한 전수감시 정도가 있다.

한편, 2015년 메르스 유행 시 감염 전파 경로가 대부분 병원이었음이 드러나면서 의료관련감염 관리의 중요성이 대두되었다. 의료기관의 자

발적 노력과 더불어 정부의 적극적 개입이 필요함을 인지하고 ‘국가방역체계 개편방안’의 후속 조치로 의료관련감염 대책 세부 실행 계획을 마련하고자 하였다. 이를 위해 ‘의료관련감염대책 협의체’를 구성하였고, 협의체는 최대한 합의를 도출하여 정부에 권고안을 제시하였다(표 2). 이 중 병문안 문화 개선을 위한 캠페인이 추진되고 있으며 응급실 감염 관리 강화 및 과밀화 해소를 위한 시설 규정 개선, 병원 내 감염관리실 설치를 위한 관련 법 개정,¹⁾ 병원의 감염 관리 활동 증진을 위한 감염예방관리료 수가 신설, 감염병 예방을 위한 의료기관의 시설 기준 강화 등이 진행되었다. 그리고 2017년에는 질병관리본부에 의료관련감염 전담 부서(의료관련감염관리과)가 신설되었다.

1) 감염관리실 설치 대상 기관이 2017년 3월 기준 200병상 이상이면서 중환자실이 있는 의료기관이었으나 2018년 10월까지 단계적으로 150병상 이상 병원으로 확대하는 것으로 관련 법령을 개정하였다.

표 2. 의료관련감염 대책 추진 과제 상세 내용

구분	추진 과제
I. 조기 추진 과제	(1) 병문안 문화 개선 (2) 응급실 감염 관리 강화 및 과밀화 해소
II. 단기·중장기 과제	(3) 포괄간호서비스 확대 (4) 감염 관리 인프라(병원 감염관리실 설치 등) 확대 (5) 의료인 진료 환경 개선 (6) 전문치료체계 구축 및 감염 정보 공유 (7) 감염 관리 활동 평가 체계화 및 보상 강화 (8) 의료기관 시설 기준 개선 (9) 감염병 신고·감시체계 개편
III. 추가 논의 과제	(10) 의료 전달체계 개편(※ 별도의 협의체에서 논의)

자료: 보건복지부. (2015. 12. 29). '16년 의료관련감염 예방·관리 대책 중점 추진. 보도자료.

2) 추진 과제

메르스 유행 이후 의료관련감염 관리를 위해 정부가 이전보다 적극적으로 개입하기 위한 여러 가지 정책이 시행되고 있는데 다음과 같은 문제를 고려하여 추진해야 할 것으로 생각된다.

첫째, 현재의 의료관련감염 감시체계는 구조적으로 취약한 중소병원(특히, 대부분의 요양병원)과 일차의료기관을 포함하지 못하고 있으며, 중환자실과 수술실 감염에 국한한 감시체계로 감시체계의 사각지대가 상당하다는 것이다. 실제로 최근 발생한 신생아 중환자실 사건과 C형 간염 집단 감염 발생은 이 감시체계에 포함되어 있지 않았던 사례다. 인력이나 기술적인 측면에서 의료관련감염 관리에 취약한 이들 영역에 대한 중장기 개선 방안이 마련되어야 한다. 영국의 경우 일차의료기관에 대한 의료관련감염 관리

가이드라인을 2000년대 초반부터 제공하고 있으며 주기적으로 수정·보완하고 있다.

둘째, 의료기관에서 의료관련감염 관리를 효과적으로 수행하기 위해서는 전담조직과 인력이 필요하다. 의료법에서는 이를 위해 전담조직 설치 의무 기준을 200병상 이상 병원으로²⁾ 명시하고 있다. 그러나 구조적으로 취약한 중소병원에 대한 방안은 미흡한 실정이다. 최근 질병관리본부의 용역 연구 사업으로 중소병원 감염 관리를 위한 기술 지원 사업을 진행 중이지만 일부 지역에서만 제한적으로 이루어지고 있다. 상대적으로 감염에 취약한 노인 환자가 장기 입원하고 있는 요양병원의 감염 관리를 어떻게 할 것인지에 대한 구체적인 방안 마련이 시급하다.

셋째, 의료관련감염 관리 영역의 범주에 대한 논의가 필요하다. 즉, 병원뿐만 아니라 일차의료

2) 2018년 1월 현재 기준.

기관, 장기요양시설 등도 의료관련감염 관리의 영역에 포함되어야 한다. Cardoso 등(2014, p. 1)의 체계적 문헌 고찰에 따르면 의료관련감염의 정의에 너싱 홈이나 장기요양시설에 거주하는 입소자와 입원 여부와 관계없이 침습적인 시술 또는 전문 간호서비스를 받은 후 발생한 감염이 포함된다. 그러나 현재 국내의 의료관련감염 관리는 주로 일정 규모 이상의 병원에 초점이 맞춰져 있다.

넷째, 최근 발생한 신생아 중환자실 집단 사망 사건에서도 쟁점으로 부각된 것이 간호 인력 수와 근무 시간에 대한 내용이다. 의료관련감염과 같은 환자안전 영역에서 충분한 인력과 적절한 근무 시간은 의료관련감염 예방을 위해 매우 중요한 요소이다. 따라서 정부는 의료기관이 적정 인력을 배치하고 적정 근무 시간을 운영할 수 있도록 적절한 보상과 규제 방안을 마련할 필요가 있다.

다섯째, 의료관련감염 예방을 위해서는 의료기관의 적극적이고 자발적인 참여가 중요하다. 이를 위해 적절한 지원과 보상이 필요한데 2016년에 신설된 감염예방관리료 수가는 이러한 측면에서 시행된 것이라 할 수 있다. 이 외에 감염관리 활동 결과를 바탕으로 인센티브를 지급하거나 미국과 같이 지정된 특정 감염 사건으로 발생한 의료비에 대해서는 보상하지 않는 등의 네거티브 인센티브도 장기적으로는 고려할 필요가 있다.

마지막으로, 의료관련감염 관리 주체별로 명확한 역할과 책임, 권한 설정이 필요하다. 정부가

발간한 의료관련감염 지침을 보면 의료관련감염 관리를 위한 주요한 세 주체는 보건복지부(질병관리본부), 지방자치단체(광역, 기초), 의료기관이다. 각 주체의 역할과 기능에 대한 부분이 일정 정도 제시되어 있지만 이를 수행하기 위한 권한과 그에 따른 책임은 아직 불분명하다. 의료관련감염 관리 체계가 실제로 작동하기 위해서는 역할과 책임, 권한 설정이 매우 중요하므로 이에 대한 구체적인 논의가 이루어져야 한다.

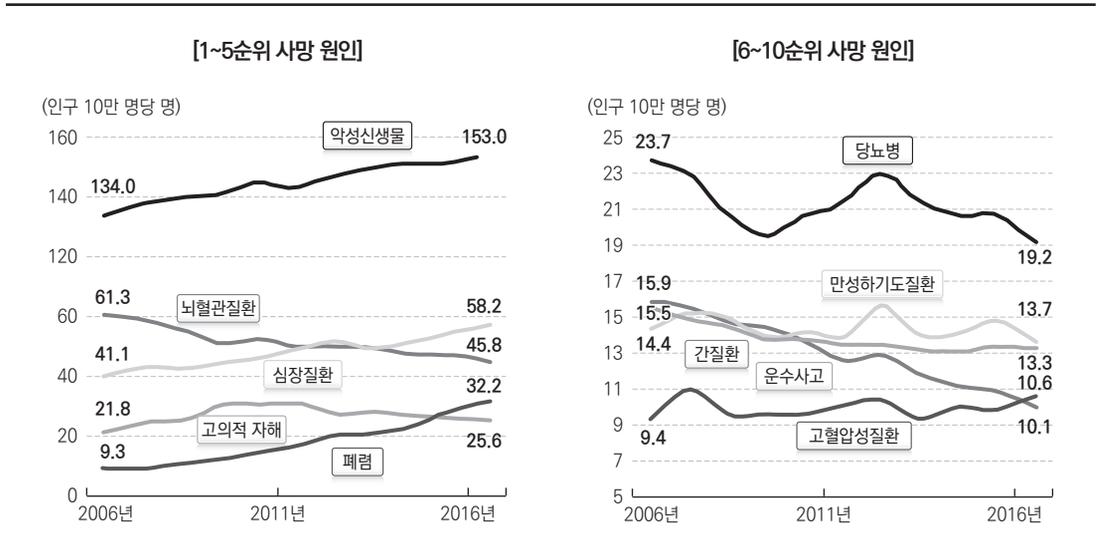
나. 만성질환

1) 만성질환 관리의 중요성과 현황

메르스 등 신종 감염병이 유행하면서 감염병 관리에 대한 관심이 높아지고 있는데, 감염병과 함께 만성질환 관리 또한 중요한 보건학적 분야이다. 만성질환(chronic disease)은 비감염성질환(NCDs: noncommunicable diseases), 생활습관병 등으로도 불리는데 주요 만성질환에는 심혈관계질환(심근경색, 뇌졸중 등), 암, 만성호흡기질환(만성폐쇄성폐질환, 천식 등), 당뇨병 등이 있다.

만성질환은 조기 사망의 원인이 될 뿐만 아니라 뇌졸중, 심근경색 등은 장애의 원인이 되어 삶의 질을 악화시킨다. 2016년 10대 사망 원인은 악성신생물(암), 심장질환, 뇌혈관질환, 폐렴, 고의적 자해(자살), 당뇨병, 만성하기도질환, 간질환, 고혈압성질환, 운수사고 순으로 만성질환인 악성신생물(암)로 인한 사망률이 인구 10만 명당 153명, 심장질환이 인구 10만 명당 58.2명, 뇌

그림 1. 주요 사망 원인별 사망률 추이, 2006~2016년



자료: 통계청. (2017). 2016 사망원인통계.

혈관질환이 인구 10만 명당 45.8명이었다. 2006년과 비교할 때 악성신생물(암), 심장질환, 폐렴의 사망률이 증가하였고 뇌혈관질환, 당뇨병, 운수사고로 인한 사망률은 감소하였다(그림 1).

2) 만성질환 관리 사업과 정책 현황

만성질환 관리 사업에서는 건강증진과 함께 고혈압과 당뇨병 관리가 핵심적이다. 국내에도 다양한 만성질환관리 사업이 있다. 질병관리본부에서 하는 ‘고혈압 당뇨병 등록·관리 사업’은 지역에 거주하는 고혈압·당뇨병 환자를 대상으로 치료 일정 안내, 교육서비스 제공 등을 한다. ‘의원급 만성질환 관리제’는 국민건강보험공단에서 수행하고 있으며, 의료기관에서 지속적으로 관리를 받겠다는 의사를 표명한 고혈압·당뇨

병 환자에 대해 본인부담금을 경감해 주는 것이다. 이 외에도 보건복지부는 ‘지역사회 일차의료 시범사업’, ‘만성질환 관리 수가 시범사업’ 등을 추진하고 있다.

이처럼 동일한 취지를 가진 사업들이 추진되고 있어 중복성 문제가 제기되고 있으나 정부가 관련 내용을 체계적으로 검토하고 잘 조정한다면 국내 상황에 적합한 만성질환 관리 모형을 정착시키는 계기로 삼을 수도 있다. 보건복지부는 국정감사 등에서 만성질환 관리 사업의 중복 문제가 지적됨에 따라 만성질환관리제도개선위원회를 운영하는 등의 노력을 기울이고 있다. 이와 같은 측면에서 만성질환 관리 정책의 방향성과 추진 과제 등을 검토할 필요가 있다.

3) 추진 과제

(가) 예방적 건강 관리 강화

유전적 요인, 건강행태 요인, 환경적 요인 등 다양한 요인이 만성질환에 영향을 미치며 개인이나 사회의 노력을 통해 건강행태 요인을 바꾸어 만성질환 발생을 예방하거나 늦출 수 있는 것으로 알려져 있다. 금연, 절주, 신체활동 실천 등 만성질환 위험 요인을 줄이는 건강한 행동을 통해 만성질환 발생을 사전에 예방하는 것은 국가적으로 매우 중요하다.

세계보건기구에서는 주요 만성질환의 위험 요인으로 흡연, 건강하지 않은 식습관, 신체활동 부족, 해로운 음주를 선정하고 2013년부터 2020년까지 정책 로드맵(WHO Global NCD Action Plan)을 제시하였는데, 2025년까지의 목표는 다음과 같다.

- 비감염성질환을 치료하는 기술과 의약품 80% 개발.
- 50%의 사람들이 심장발작 및 뇌졸중에 대한 예방적 치료를 받음.
- 당뇨병과 비만 증가 억제.
- 소금 섭취 30% 감소.
- 해로운 음주 10% 감소.
- 심혈관계질환, 암, 당뇨병, 만성호흡기질환으로 인한 30~70세 조기 사망 25% 감소.
- 부적절한 신체활동을 하는 사람 10% 감소.
- 흡연율 30% 감소.
- 고혈압 유병률 25% 감소.

우리나라에서도 금연정책 등 관련 정책과 건강증진사업 등 다양한 사업을 통해 국민들이 건강한 행동을 할 수 있도록 노력해 왔다. 건강한 사람뿐만 아니라 고혈압·당뇨병 환자 등이 금연, 식이섭취 관리, 신체활동 실천을 통해 심근경색, 뇌졸중 등의 중증질환으로 발전하는 것을 억제하는 것 또한 필요하다. 따라서 예방적 건강 관리는 건강한 사람과 만성질환자 모두에게 필요하다고 하겠다.

오늘날 상당수의 사람들이 금연, 신체활동 실천 등 예방적 건강 관리가 건강에 미치는 영향과 편익을 알고 있으나 건강한 행동으로 행태를 바꾸도록 패러다임을 전환하는 것은 쉽지 않다. 예를 들어 신체활동을 증진시키고자 할 경우 지역 사회 캠페인, 대중매체 캠페인, 학교 기반 보건교육 프로그램, 생활터에서의 사회적 지지 중재 프로그램 등 다양한 영역의 프로그램이 실시되어야 지역사회에서 신체활동 실천을 실제로 증가시킬 수 있다. 대상자별로 효과적인 건강증진 프로그램을 통합적으로 실시하는 전략 개발이 요구된다.

(나) 지역사회 일차의료 기반 만성질환 관리 체계 구축

급성질환과 달리 만성질환은 발병 후 지속적으로 병을 앓는 경우가 많고 질환을 효과적으로 관리하기 위해서는 의사의 진료뿐만 아니라 환자 자신의 질병 관리가 필요하다. 우리나라 보건의료기본법에서는 “국가와 지방자치단체는

암·고혈압 등 주요 만성질환(慢性疾患)의 발생과 증가를 예방하고 말기 질환자를 포함한 만성질환자에 대하여 적절한 보건의료의 제공과 관리를 위하여 필요한 시책을 수립·시행하여야 한다.”라고 만성질환의 예방 및 관리에 대해 규정하고 있다.³⁾

종합병원에 비해 의원 등 일차의료기관은 환자의 거주지에서 가깝고 환자가 더 자주 의료진을 방문할 수 있어 만성질환자가 질환을 관리하는데 장점이 있다. 일차의료기관의 의료진과 지역사회 관련 기관이 협력하여 만성질환자가 의약품 복용뿐만 아니라 질환 관리를 위해 금연, 식이 조절, 신체활동 실천 등을 할 수 있도록 지원해야 한다. 앞으로 인구노령화 등으로 만성질환자 수가 큰 폭으로 늘 수 있기 때문에 지역사회 일차의료 기반 만성질환 관리 체계를 효과적으로 구축하고 활성화할 필요가 있다.

(다) 4차 산업혁명과 만성질환 관리

최근 빠르게 발전하는 정보통신기술은 보건의료 분야에도 많은 영향을 미치고 있다. 정보통신기술을 사용하여 의료기관뿐만 아니라 집, 직장 또는 이동 중에도 보건의료서비스를 이용하고 만성질환 관리에 대한 정보를 받아 볼 수 있다. 환자 중심 케어 모델(patient-centred care model)에서는 환자를 중심으로 서비스를 개편하고 환자 스스로 본인의 질병, 특히 만성질환을 관리할 것을 제안하고 있는데 모바일 앱 등을 활

용한 만성질환 관리 서비스를 통해 흡연, 신체활동 부족 등 만성질환 위험 요인에 대한 일반 국민의 인식이 증가하고 만성질환 자가 케어 및 홈 케어가 향상될 것으로 기대된다. 그러나 개인 의료 정보 보호, 디지털 격차에 따른 서비스 접근성 문제 등이 제기될 수 있으므로 새로운 만성질환 관리 서비스 개발과 함께 법적, 제도적 지원이 필요하다.

다. 정신건강증진

1) 정신건강증진의 중요성과 현황

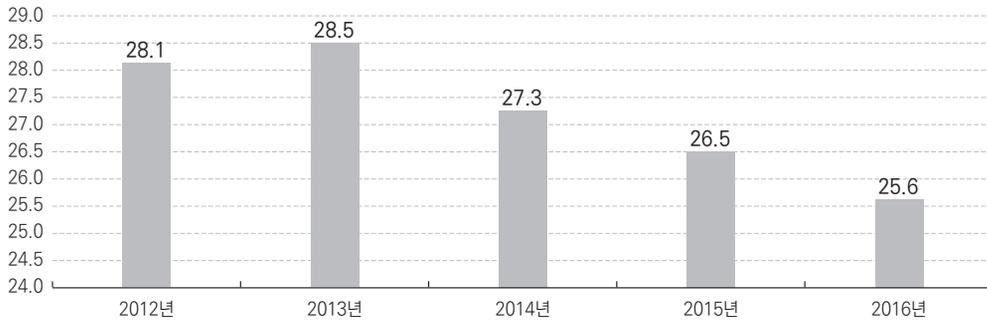
정신건강서비스에 대한 요구는 지속적으로 증가하고 있다. 2016년 자살 사망률은 인구 10만 명당 25.6명으로 최근 몇 년간 감소하고 있으나 여전히 경제협력개발기구(OECD) 국가 중 가장 높다. 또한 2016년 정신질환 실태조사에 따르면, 평생 동안 한 가지 이상의 정신질환에 한 번 이상 이환된 적이 있는 비율로 측정되는 정신장애 평생유병률은 25.4%로, 국민의 약 4분의 1은 평생 동안 한 번 이상은 하나 이상의 정신질환을 경험한 것으로 나타났다(홍진표 등, 2017).

이처럼 높은 자살 사망률에 대응하기 위한 자살 예방 및 자살 시도 관리와 더불어 정신질환 등 정신건강 문제 관련 서비스 제공에 대한 요구는 지속적으로 높아지고 있으나 실제로 정신보건서비스를 이용하는 비율은 낮다. 최근 조사에 따르면 국내에서 정신질환을 진단받은 성인 중

3) 보건의료기본법(법률 제13649호, 2015. 12. 29., 일부개정) 제41조(만성질환의 예방 및 관리).

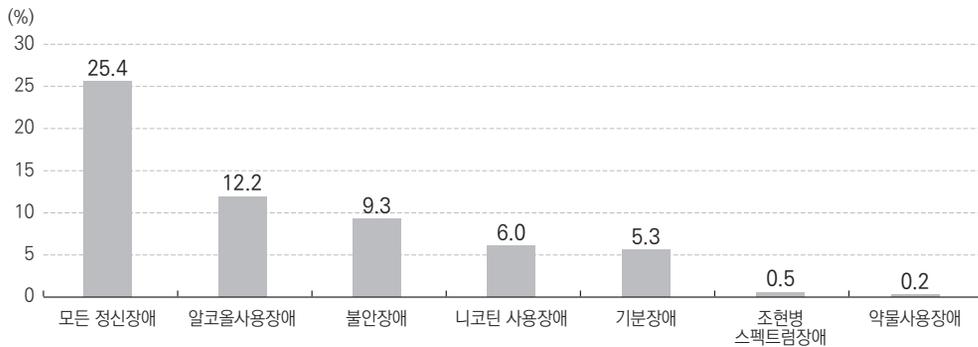
그림 2. 자살 사망률(2012~2016년)

(단위: 10만 명당 명)



자료: 중앙자살예방센터 홈페이지(www.spckorea.or.kr)에서 2017. 1. 5. 인출.

그림 3. 정신장애 평생 유병률



자료: 홍진표, 이동우, 함봉진, 이소희, 성수정, 윤탁 등(2017), 2016년도 정신질환 실태조사, p. 13의 그림 1을 발췌하였음.

22.2%가 정신건강 관련 인력⁴⁾을 한 번 이상 방문하고, 16.6%가 정신건강의학과 전문의를 방문한 것으로 나타났다(홍진표 등, 2017).

이와 같은 정신건강 문제에 대응하기 위해

2016년 ‘행복한 삶, 건강한 사회를 위한 정신건강 종합대책’(2016. 2. 25.)이 발표되었으며, 최근 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」(이하 정신건강복지법)(2017. 5.

4) 의사, 정신건강의학과 의사, 사회복지사, 목사 등을 의미한다.

30.)이 시행되었다. 이에 따라 정신건강증진 분야는 다양한 정책적, 제도적 변화를 경험하고 있다(전진아 등, 2017).

2) 추진 과제

최근의 정신건강증진 정책 변화는 일반 국민 대상 정신건강증진사업과 더불어 정신질환자를 대상으로 한 복지서비스 지원을 강조하고 있으며, 이에 따라 정신건강증진 분야의 다양한 이해 당사자들은 지역사회를 기반으로 한 정신건강증진서비스 제공에 대해 고민하고 있다(전준희, 2017, pp. 63-74). 예를 들어 법 시행 이후 정신건강증진센터에서 명칭이 변경된 정신건강복지센터는 한정된 인력과 예산으로 인한 입·퇴원 조건 변화에 따라 의료기관에서 지역사회로 복귀하게 되는 중증정신질환자 대상 사례관리 기능을 어떻게 할 것인지, 기존에 진행하던 자살 예방, 아동·청소년 대상 정신건강증진사업 등의 다양한 정신건강증진사업을 어떻게 추진하며, 정신건강복지법에서 제시하는 다양한 복지서비스 제공을 어떻게 실현할 수 있을 것인지에 대한 고민이 주를 이룬다(윤미경, 2017, pp. 13-21). 또한 정신질환자 대상 주거부터 직업훈련까지 다양한 서비스를 제공하는 정신재활시설은 시설의 양적 부족, 지역적 불균형 분포 문제를 어떻게 해결할 수 있을 지에 대한 고민을 지속하고 있다(하경희, 2017, pp. 77-85). 그리고 지역사회 내에서 가장 큰 미충족 정신건강서비스 영역이지만 정신건강복지법에 명시되지 않은 '중독'에 대한

접근을 어떻게 할 것인지에 대한 논의 역시 지속되고 있다(백정우, 2017, pp. 3-27). 마지막으로 지역사회는 변화된 입·퇴원 조건으로 인해 기존 의료기관에 있던 중증정신질환자, 특히 보호자가 없거나 고령인 정신질환자들이 안정적인 주거가 확보되지 않은 채 지역사회로 나오게 될 때 이들의 주거 문제에 어떻게 대응할 것인지에 대한 고민을 하고 있다.

정신건강증진체계와 지역사회가 안고 있는 이 같은 고민들은 결국 기존의 체계와 지역사회가 다양한 욕구를 가진 정신질환자 혹은 일반 국민을 대상으로 적절한 정신건강서비스를 제공하기 위한 인력, 예산, 시설 등의 자원을 충분히 가지고 있지 못하다는 점과 더불어 정신건강증진체계 내 정신건강증진사업의 모호함을 의미하기도 한다. 따라서 본고에서 구체적인 과제들을 제시하기는 제한적이나 위에서 언급한 문제의식에 기반하여 정신건강증진체계 개선을 위한 몇 가지 주요한 사항을 언급하고자 한다.

첫째, 중독 예방 및 관리를 포함한 지역사회 정신건강서비스 제공 인프라 확충, 구체적으로 시설, 인력, 예산 확충이 최우선적으로 필요하다. 특히 시설과 관련하여, 정신건강복지센터 예산 구조상 정신건강복지센터가 없는 지역의 정신건강 문제가 있는 대상자에게 서비스를 제공하기는 어렵기 때문에 시·군·구당 1개 이상의 정신건강복지센터 설치의 필수적이다. 또한 지역사회로 복귀하는 정신질환자의 주거 안정 및 사회 재화를 도모할 수 있는 정신재활시설과 주거시설 확충이 필요하다. 그리고 지역사회 내 중독 고위

험군에 대한 사례관리 및 서비스 제공을 위한 중독관리통합지원센터 확충 역시 필요하다. 시설 확충에 따른 인력 확보와 예산 확충이 수반되어야 하는 것도 필요하다고 본다.

둘째, 정신건강증진체계 간 역할을 구체화할 필요가 있다. 지역마다 가지고 있는 인프라가 다른 상황에서 몇 가지 방안을 모색해 보면 다음과 같다. 우선 정신재활시설이 설치되어 있는 지역의 경우, 중증정신질환자를 대상으로 한 집중 사례관리 및 위기 개입의 역할은 정신건강복지센터를 주축으로 하고, 주간재활과 직업훈련 프로그램 제공 및 일반 사례관리의 역할은 정신재활시설을 주축으로 진행하는 방안을 고려해 볼 수 있다. 또한 현재 정신재활시설이 설치되어 있지 않은 지역이 대다수라는 것을 감안할 때, 지역사회 내에서 직업재활훈련을 실시하는 기관인 장애인복지관, 장애인직업재활시설, 자활후견기관 등과의 연계를 통해 이들 기관에서 이러한 기능을 제공할 수 있도록 역할을 조정하는 것 역시 고려해 볼 수 있다.

셋째, 지역사회 정신건강서비스 제공 주체의 역량 강화가 필요하다. 앞서 언급한 것처럼 인력 확보와 인력 역량 강화도 필요하지만, 정신건강서비스 제공 주체인 정신건강복지센터나 정신재활시설의 정신질환자 및 정신건강 문제에 대한 옹호 활동, 지역사회 정신건강서비스 제공 내용에 대한 홍보와 교육 활동, 그리고 지역사회 정신건강서비스 수요 및 질환 특성 진단 등과 같은 연구 기능 강화도 필요하다.

마지막으로, 통합적 지역사회 정신건강서비스

제공을 위한 서비스 제공 주체 간 연계 체계 구축이 필요하다. 정신건강증진체계의 개선과 발전을 위해서는 체계 내에서만 변화를 꾀해서는 안 된다. 종합대책에서 나타난 것처럼 현재의 정신건강서비스는 보건복지부뿐 아니라 여성가족부, 교육부, 고용노동부 등 다양한 부처에서 다양한 주체들에 의해 제공되고 있다. 또한 최근 보건복지부에서 강조하는 읍면동 복지허브화사업 등과 같이 보건 영역을 넘어 사회복지 전달체계에서도 정신건강증진체계와의 연계를 모색하고 있는 상황이다. 따라서 정신건강증진체계는 지역사회 내에서 정신건강서비스를 제공하는 다양한 주체들과의 연계 모형을 개발하고 시범사업을 통해 현장에 적용할 수 있도록 노력해야 한다.

라. 건강불평등

1) 건강불평등 현황

사회경제적 지위에 따라 건강 수준에 차이가 난다는 것은 익히 알려진 사실이며, 대체로 잘 사는 사람들이 더 건강하고 오래 사는 것으로 알려져 있다. 실제로 지난 수백 년 동안 건강이 사회경제적 지위와 직접적으로 관련되어 있다는 사실은 여러 방법으로 입증되었으며, 수많은 연구들이 사회경제적 지위에 따라 상병과 사망 수준에 차이가 있다는 것을 보여 주었는데, 이는 역학 연구에서 매우 일관성 있게 나타나는 결과 중의 하나이다(Berkman & Kawachi, 2003).

국가의 평균적인 건강 수준 향상을 위해서도 건강불평등에 대한 대응은 반드시 필요하다. 이

는 미국의 사례에서도 잘 알 수 있는데, 미국은 보건의료 분야에 가장 많은 자원을 투입하고 있음에도 불구하고 보건의료 관련 각종 지표에서 비효율적인 성과를 나타내고 있는데, 가장 큰 이유로 인구집단 간 건강불평등 문제가 지적되고 있다.

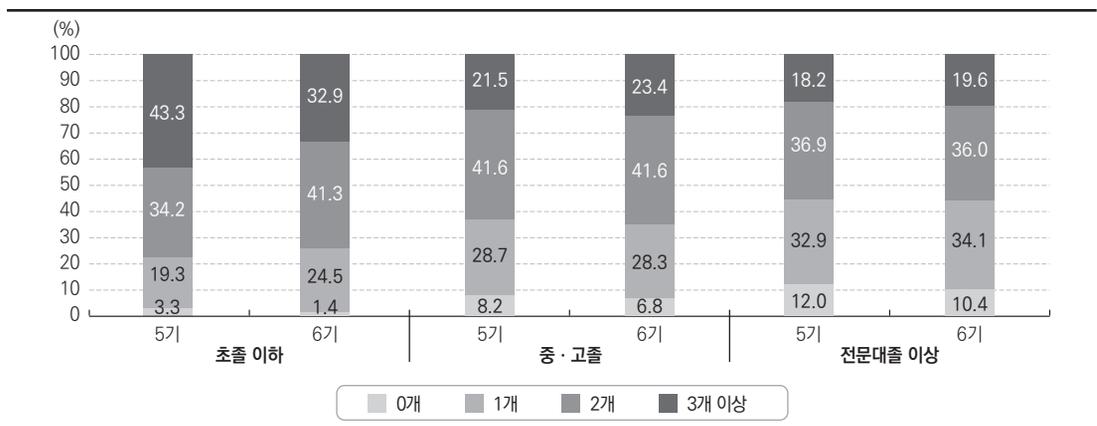
최근 우리나라도 건강불평등에 대한 사회적 관심이 증가하고 있는 바, 유럽 국가들의 경험처럼 우리나라의 건강불평등에 제대로 대응하기 위해서는 건강불평등 문제에 대한 정확한 현황 파악과 문제 인식이 필요하다.

최근의 한 조사 결과에 따르면, 우리나라의 20세 이상 성인 600명 중 67.7%가 사회계층 간, 지역 간 건강 수준 차이가 있다고, 즉 '건강불평등이 있다'고 인식한 것으로 나타났다. 그리고 건강불평등을 인식하는 사람 중 47.9%가 우리나라의 건강불평등이 심각하거나 매우 심각하다고 응답

하였다. 건강불평등을 인식하고 있는 사람 중 그것이 불공정하다고 생각하는 비율은 69.2%로, 건강불평등을 인식하는 다수가 그것이 사회적으로 공정하지 못함을 인지하고 있었다. 사회경제적 지위별로는 건강불평등 인식은 교육 수준이 높을수록 높았고, 건강불평등의 심각성은 교육 수준과 소득 수준별로 차이가 있었으며, 건강불평등에 대한 불공정성은 교육 수준, 소득 수준 그리고 연령별 격차가 있었다(김동진 등, 2017).

건강불평등의 현황은 주관적인 현황 외에 객관적인 수치로도 나타나고 있다. 건강생활 실천과 관련해서도 사회경제적 지위별 격차가 나타나고 있다. 현재 흡연, 고위험(문제) 음주, 근력운동 미실천, 식품 미보장을 나쁜 생활습관으로 정의할 때, 사회경제적 지위에 따라 나쁜 생활습관을 하고 있는 개수의 격차를 비교한 결과 교육 수준에 따라 뚜렷한 차이가 발생하였다(그림 3).

그림 4. 교육 수준별·연도별 나쁜 생활습관 추이(30~64세)



주: 5기(2010-2012년), 6기(2013-2015년).

자료: 국민건강영양조사(보건복지부, 질병관리본부, 2010-2015년)를 활용하여 분석한 결과임.

건강 격차는 사회경제적 지위뿐만 아니라 지역별로도 나타나고 있다. 2013~2015년 총사망률을 보면, 지역 박탈⁵⁾ 정도가 가장 심한 1분위 지역의 총사망률은 인구 10만 명당 412.2명이었던 반면, 지역 박탈 정도가 덜한 4분위 지역의 총사망률은 인구 10만 명당 341.3명으로 두 집단 간에는 인구 10만 명당 70.9명(남자 135.6명, 여자 18.5명)의 차이가 있었다(표 4).

2) 추진 과제

건강불평등에 대한 연구 결과들은 우리나라에서 건강불평등 현황에 대한 정책 대응의 필요성

을 시사한다. 그리고 정책 대응은 세계보건기구의 권고에 따라 상위(upstream)정책이나 중위(midstream)정책에서 이루어지는 것이 더욱 효과적일 것이다.⁶⁾ 그럼에도 불구하고 연구 결과에 따르는 보다 현실적인 대응 방안을 제시하면 다음과 같다.

첫째, 건강불평등 대응 정책 스펙트럼에 따르면 건강불평등을 해소하기 위한 정책은 현상을 측정하고 그에 대한 이해를 확산시키는 것에서 출발하고 있다(Whitehead, 1998, pp. 469-492). 그러나 현실에서는 사회경제적으로 취약한 집단에서 오히려 건강불평등을 인지하지 못

표 4. 지역박탈지수 분위별 총사망률(2013~2015년)

구분	전체				남자				여자			
	조율 (명/ 10만 명)	표준화율 (명/ 10만 명)	상대격차 (배)	절대격차 (명/ 10만 명)	조율 (명/ 10만 명)	표준화율 (명/ 10만 명)	상대격차 (배)	절대격차 (명/ 10만 명)	조율 (명/ 10만 명)	표준화율 (명/ 10만 명)	상대격차 (배)	절대격차 (명/ 10만 명)
전체	532.7	363.0			583.7	506.7			479.8	253.1		
1분위	1163.6	412.2	1.2	70.9	1267.4	599.7	1.3	135.6	1061.7	266.3	1.1	18.5
2분위	702.1	391.0	1.1	49.8	774.3	550.2	1.2	86.1	629.0	264.6	1.1	16.8
3분위	512.2	367.3	1.1	26.1	568.3	510.5	1.1	46.3	456.0	256.4	1.0	8.6
4분위	398.6	341.3	1.0	0.0	433.1	464.2	1.0	0.0	364.2	247.8	1.0	0.0

주: 1) 지역박탈지수를 4분위로 나누어 분위별로 사망률을 산출함.

2) 표준화율은 지역별 연령표준화율임.

자료: 1) 통계청. (2010). 인구주택총조사.

2) 통계청. (2013-2015). 주민등록 연앙인구.

3) 통계청. (2013-2015). 사망원인통계.

5) 지역박탈지수는 지역의 박탈 혹은 결핍 정도를 지수화하여 지역의 사회경제적 수준을 대표할 목적으로 만들어진 지표이다. 본 연구에서 활용한 지역박탈지수는 '낙후된 주거 환경, 낮은 교육 수준, 노인인구, 낮은 사회계급 변수, 1인 가구, 자가용 미소유, 아파트 비거주, 여성 가구주, 이혼 및 사별' 등이다(김동진 등, 2013, p. 176).

6) 세계보건기구에서는 건강불평등 해소를 위해 일상 조건 개선, 자원의 불균등한 분포 개선, 문제의 측정과 대응 정책의 영향평가를 권고하고 있으며, 일상 조건 개선과 관련해서는 공정한 출발(equity from start), 건강한 장소 건강한 국민(healthy places, health people), 차별 없는 고용과 양질의 일자리(fair employment and decent work), 생애에 걸친 사회적 보호(social protection across the life course), 보편적 보건의료(universal health care)를 제안하고 있다.

해 문제적 인식이 확산된다는 데 한계가 있다. 인식은 불평등에 대한 가치 판단과 태도에 영향을 미칠 수 있기 때문에 건강불평등이 발생하는 구조에 대한 사회적 이해를 높일 필요가 있다.

둘째, 사회경제적 지위가 낮은 사람들이 보다 좋은 생활습관을 갖도록 건강증진서비스가 더욱 강화될 필요가 있다. 현재 시·군·구별로 실시되고 있는 통합건강증진사업은 보편적인 인구집단을 대상으로 실시하고 있는 바, 사업의 강도를 '필요'에 비례하도록 전환할 필요가 있다. 즉, 사회경제적 위치가 낮은 인구집단이 더 많은 건강증진서비스에 노출될 수 있도록 '비례적 보편주의'에 입각한 사업 수행이 이루어질 필요가 있다.

셋째, 지역 낙탈 수준과 지역의 사망률과는 양의 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 지역의 결핍 수준과 사망률의 연결 고리를 끊기 위해서는 단순히 의료에 대한 접근성을 높이는 것뿐만 아니라 건강의 사회적 결정 요인에 대한 포괄적인 중재 정책과 공중보건사업을 통한 예방 활동 강화가 필요하다고 할 수 있다.

건강불평등은 그 자체로 불공평하고 모든 국민에게 영향을 미치지 않지만, 노력에 따라 피할 수 있거나 감소시킬 수 있다. 국민의 건강 수준 제고를 위해서는 반드시 건강불평등을 해소해야 하며, 이를 위해 국가적 대응 방향을 수립하고 구체적인 대응 방안을 마련해야 할 것이다.

3. 나가며

지금까지 주요 질병 관리 문제와 함께 건강불평

등의 현황을 파악하고 추진 과제를 검토하였다.

감염병 중에서는 최근에 사회적 문제로 제기되고 있는 의료관련감염 문제를 살펴보았다. 이에 적절히 대응하기 위해서는 기존과 달리 의료기관의 시설, 인력과 서비스를 관리할 수 있는 시스템이 필요하며 의료관련감염 범위 확대가 필요함을 제시하였다. 만성질환에 대한 예방적 건강관리를 강화하고 지역사회 일차의료 기반 만성질환 관리 체계를 구축하면서 정보기술(IT)을 활용한 관리 방안을 마련해야 할 필요성을 검토하였다. 정신건강 측면에서는 새롭게 제기된 과제로 지역사회 중증정신질환자 관리, 중독 회복 지원, 자살 시도자 관리 문제를 검토한 결과 지역사회 정신건강증진 관리 인력과 조직 문제가 선결되어야 함을 인지하였다. 마지막으로 건강불평등 문제를 완화하기 위해서는 사회경제적으로 취약한 집단에 대한 중재에 초점을 맞추어야 하며, 보건의료서비스는 물론 건강 결정 요인에 대한 포괄적 접근이 필요하다고 보았다.

종합하면, 지역사회의 의료관련감염을 포함한 감염병과 만성질환 관리 역량을 강화하기 위한 정책이 체계적으로 추진되어야 한다는 것이다. 새해부터 보건의료 분야의 질병 관리 영역에서 보다 내실 있는 정책이 추진될 수 있기를 기대한다. ■

참고문헌

김동진, 이소영, 기명, 김명희, 김승섭, 김유미 등. (2013). 한국의 건강불평등 지표와 정

- 책과제. 한국보건사회연구원, p. 176.
- 김동진, 채수미, 최지희, 이정아, 김창엽, 박유경 등. (2017). 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발: 통계로 본 건강불평등. 한국보건사회연구원.
- 백정우. (2017). 국가 정신건강, 중독 및 자살예방사업 추진을 위한 거버넌스는 어떻게 구축되어야 하는가? 국가정신건강 정책솔루션 포럼1 자료집. pp. 3-27.
- 보건의료기본법(법률 제13649호, 2015. 12. 29. 일부 개정) 제41조(만성질환의 예방 및 관리).
- 보건복지부, 질병관리본부. (2010-2015). 국민건강영양조사 원자료.
- 보건복지부. (2015. 12. 29). '16년 의료관련감염 예방·관리 대책 중점 추진. 보도자료.
- 보건복지부. (2017. 8. 24.). 중환자실 환자의 의료감염 등 의료관련감염 10년간 감소. 보도자료.
- 윤미경. (2017). 정신건강복지법 시행 후 지역사회 현장의 영향과 개선방안. 국가정신건강 정책솔루션 포럼3 자료집. pp. 13-21.
- 전준희. (2017). 회복지향적 정신건강서비스 전달체계에서 정신건강복지센터의 역할과 기능 제안. 국가정신건강 정책솔루션 포럼3 자료집. pp. 63-74.
- 전진아, 이난희, 김진호. (2017). 정신건강증진사업의 현황과 최근의 정책적 변화. 보건복지포럼, 2017년 4월호(통권 제246호), 51-63.
- 하경희. (2017). 회복지향적 재활 및 주거서비스의 제공체계 제안. 국가정신건강 정책솔루션 포럼3 자료집. pp. 77-85.
- 홍진표, 이동우, 함봉진, 이소희, 성수정, 윤탁 등. (2017). 2016년도 정신질환 실태조사. 보건복지부.
- 통계청. (2010). 인구주택총조사.
- 통계청. (2013-2015). 사망원인통계.
- 통계청. (2013-2015). 주민등록 연양인구.
- 통계청. (2017). 2016 사망원인통계.
- Berkman, L., & Kawach, I. (Ed). (2003). 사회역학 (신영전, 김명희, 전희진, 김석현 역). 서울: 한울 아카데미. (원서출판 2000)
- Burke, J. P. (2003) Infection control: a problem for patient safety. *N Engl J Med*, 348, 651.
- Cardoso, T., Almeida, M., Friedman, N. D., Aragao, I., Costa-Pereira, A., Samento, A. E., et al. (2014). Classification of healthcare-associated infection: a systematic review 10 years after the first proposal. *BMC Medicine*, 12(40), 1.
- Whitehead, M. (1998). Diffusion of ideas on social inequalities in health: a European perspective. *Milbank Q*, 76(3), 469-492.
- 중앙자살예방센터 홈페이지. www.spckorea.or.kr