

# 보건·복지 ISSUE & FOCUS

Korea Institute for Health  
and Social Affairs

ISSN 2092-7117  
제 159호 (2012-40) 발행일 : 2012. 10. 05

**KIHASA** 한국보건사회연구원  
Korea Institute for Health and Social Affairs

## 농어촌 주민의 일반 · 응급의료이용 현황 및 시사점

도시지역에 비해 농어촌지역 주민의 경우 자신이 거주하고 있는 지역(시군구) 밖에 소재하는 의료기관을 이용하는 비율이 높았고, 의료기관까지의 소요시간도 상대적으로 길었음

응급의료 발생시 119 도착시간에서도 도농간 차이가 있었으며, 도시에 비해 농어촌 지역주민들이 응급의료기관의 접근성에 대한 불만이 많았음

특히 일반의료는 물론 응급의료 분야에서도 농어촌지역 주민들의 접근성이 떨어져 있다는 사실은 도시에 비해 노인 등 취약인구가 많이 거주하고 있다는 사실을 반영할 때 시급히 개선되어야 할 문제임을 시사하고 있음



김동진 부연구위원

### 1. 배경

#### 가. 조사 필요성 및 목적

- 농어촌은 도시에 비해 고령화 현상이 더 급속하게 진행되고 있고, 점차 소득이 감소하고 있어 최저 생계비 기준으로 빈곤수준은 도시에 비해 2배 이상 높은 것으로 나타나고 있음
  - 이는 전반적으로 건강취약계층이 농어촌에 밀집될 수밖에 없음을 암시하고 있으며, 나아가 이러한 현실은 단기적으로 개선의 여지가 보이지 않고 있음
- 고령화 및 낮은 경제적 여건은 주민의 건강상태로 이어져 노령화로 인한 만성질환 유병률은 도시에 비해 높은 수준을 보이고 있고, 연령표준화 사망률 또한 도시에 비해 높은 것으로 나타나고 있음
  - 일반적인 만성질환 유병률이 농어촌에서 더 높은 것은 물론, 농업 노동의 기계화, 시설화 등에 따른 농작업 사고 또한 증가추세에 있어 전체 산업재해율이 0.71%<sup>1)</sup>인 것에 비해 농업재해율은 1.40%로 2배 가량 높음
  - 또한, 손상, 교통사고, 자살 사망률 또한 도시에 비해 농어촌이 높은 것으로 나타남

1) 2008년도 기준

- 이와 같은 전반적인 여건은 도시지역에 못지않게 농어촌지역에도 의료시설이나 응급의료시설 설치의 필요성을 보여주고 있으나, 현실은 전체 의료기관의 12.9%, 전체 병상수의 15.4%만이 농어촌에 분포되어 있음<sup>2)</sup>
  - 우리나라 인구의 약 20% 가량이 농어촌에 거주하는 현 상황에서 농어촌에서 활동하고 있는 의사는 전체의 4.8%로 의료기관의 지역분포에 비해 더욱 열악함
- 이러한 배경 하에서 본 연구는 농어촌지역 거주민의 일반의료 및 응급의료 이용 현황을 파악하기 위해 전국 만20세 이상 성인남녀 1,000명을 대상으로 2012년 4월 2일~9일 사이 총 7일간 전화조사를 실시하였음
- 본 조사는 국민건강영양조사 등 기존의 자료원에 비해 농촌의 현황을 살펴보고 도농간 비교를 위한 조사의 목적에 보다 충실하게 샘플링하였으며, 또한 농어촌의 의료이용 현황 파악을 위한 최신의 자료라는 장점이 있음

나. 조사대상자 일반 사항 및 건강상태

- 조사대상자의 성별, 연령별, 소득수준별 분포를 지역별로 나누어 보면, 농어촌에서 고령의 여성인구가 많고, 비교적 소득 수준이 취약한 것으로 나타났으며 이는 기존의 다른 연구결과와 비교하여 크게 다르지 않음
  - 응답자 중 도시지역은 남성(51.74%)이, 농어촌지역은 여성(52.79%)이 상대적으로 많았음. 연령의 경우 도시지역에 비해 농어촌지역에서의 고령화 현상이 두드러졌음
  - 월평균 가구소득이 100만원 미만인 가구는 농어촌지역이 33.87%로 도시지역의 14.16%보다 2배 이상 높았고, 반면 월평균 가구소득이 400만원 이상인 가구는 농어촌지역이 10.21%로 도시지역의 20.16%에 비해 절반 수준에 그쳤음
- 응답자의 주관적 건강상태는 도시지역 거주자에 비해 농어촌지역 거주자의 경우 자신의 건강상태를 나쁘게 평가하는 비율이 2배 이상 높았으며(도시 13.41%, 농어촌 27.59%), 의사진단에 의한 질환 유병률 또한 도시지역(29.76%)에 비해 농어촌지역(39.07%)이 높은 것으로 나타났음
  - 주관적 건강상태의 경우 2009년 국민건강영양조사 결과와 비교하면 자신의 건강상태를 나쁘게 평가하는 비율(도시 16.0%, 농촌 24.7%)의 도농간 격차가 더 증가한 것으로 나타났음
  - 질환별로는 도시, 농어촌 모두 고혈압, 관절염, 당뇨 등 성인병의 유병률이 높았고, 관절염(도시 5.36%, 농어촌 10.69%), 농부증(도시 1.34%, 도시 4.31%)의 경우 지역간 편차가 큰 질환으로 나타났음
  - 평소 건강관리 활동 또한 도시지역 거주자에 비해 농어촌지역 거주자의 응답이 적은 것으로 나타났으나 통계적으로 유의하지는 않았음

2) 2007년 12월 기준

〈표 1〉 응답자의 일반적 특성

(단위: 명(%))

구 분	도시지역	농어촌지역	전체	P-value
전체	373 (100.00)	627 (100.00)	1,000 (100.00)	
<b>성별</b>				
남성	193 ( 51.74)	296 ( 47.21)	489 ( 48.90)	0.165
여성	180 ( 48.26)	331 ( 52.79)	511 ( 51.10)	
<b>연령</b>				
20~39세	166 ( 44.50)	180 ( 28.71)	346 ( 34.60)	0.000
40~49세	87 ( 23.32)	124 ( 21.95)	211 ( 21.10)	
50~59세	62 ( 19.62)	116 ( 17.89)	178 ( 17.80)	
60~69세	29 ( 7.77)	95 ( 9.76)	124 ( 12.40)	
70세 이상	29 ( 7.77)	112 ( 8.54)	141 ( 14.10)	
<b>월평균 가구소득</b>				
50만원 미만	14 ( 3.81)	82 ( 13.29)	96 ( 9.76)	0.000
50~100만원 미만	38 ( 10.35)	127 ( 20.58)	165 ( 16.77)	
100~150만원 미만	38 ( 10.35)	66 ( 10.70)	104 ( 10.57)	
150~200만원 미만	39 ( 10.63)	70 ( 11.35)	109 ( 11.08)	
200~250만원 미만	51 ( 13.90)	82 ( 13.29)	133 ( 13.52)	
250~300만원 미만	36 ( 9.81)	55 ( 8.91)	91 ( 9.25)	
300~350만원 미만	52 ( 14.17)	46 ( 7.46)	98 ( 9.96)	
350~400만원 미만	25 ( 6.81)	26 ( 4.21)	51 ( 5.18)	
400만원 이상	74 ( 20.16)	63 ( 10.21)	137 ( 13.92)	
<b>주관적 건강상태</b>				
매우 건강한 편임	39 ( 10.46)	41 ( 6.54)	80 ( 8.00)	0.000
건강한 편임	144 ( 38.61)	228 ( 36.36)	372 ( 37.20)	
보통임	140 ( 37.52)	185 ( 29.51)	325 ( 32.50)	
조금 안 좋음	38 ( 10.19)	130 ( 20.73)	168 ( 16.80)	
매우 안 좋음	12 ( 3.22)	43 ( 6.86)	55 ( 5.50)	
<b>평소 건강관리 여부</b>				
건강관리 하지 않음	152 ( 40.75)	259 ( 50.20)	411 ( 41.10)	0.863
건강관리 하고 있음	221 ( 59.25)	368 ( 58.69)	589 ( 58.90)	
<b>의사진단에 의한 질환 여부</b>				
질환 있음	111 ( 29.76)	245 ( 39.07)	356 ( 35.60)	0.003
질환 없음	262 ( 70.24)	382 ( 60.93)	644 ( 64.40)	

## 2. 농어촌 주민의 일반의료 이용 현황

- 농어촌 주민의 의료이용 현황을 살펴보기 위하여 1,000명의 응답자 중 의사 진단에 의해 치료를 받고 있거나 약을 복용하고 있는 356명(35.60%: 도시 29.76%, 농어촌 39.07%)에 대해 이용 현황을 조사하였음

○ 현재 의사의 진단으로 치료를 받고 있거나 약을 복용하고 있는 응답자 356명의 의료기관 이용현황을 살펴보기 위해, 이용 중인 의료기관의 위치, 소요시간 등을 분석하였음

### 가. 거주지역내 의료기관 이용 현황

- 의사진단 유병환자 365명 중 85.39%가 거주지가 속한 시도에 위치한 의료기관을 이용하고 있는 것으로 나타났음. 그러나 시군구를 기준으로 살펴볼 경우, 응답자 365명 중 68.54%만이 본인이 거주하는 지역내 의료기관을 이용하는 것으로 나타났음

○ 지역별로는 자신의 거주지역 동일 시도 내에 있는 의료기관을 이용한다는 응답자가 도시지역의 경우 84.68%, 농어촌지역은 85.71%로 나타났음

○ 그러나 지역을 시군구로 한정할 경우 자신의 거주지역과 동일 지역 내에 있는 의료기관을 이용한다는 응답자는 도시지역의 경우 76.58%인 반면, 농어촌지역은 64.90%에 불과한 것으로 나타나 농어촌지역 거주민의 경우 타 시군구 소재 의료기관을 이용하는 경우가 도시지역 거주민에 비해 유의미하게 많은 것으로 나타났음

〈표 2〉 거주지역 내 의료기관 이용현황

(단위: 명(%))

구분	도시지역	농어촌지역	전체	P-value
전체	111 (100.00)	245 (100.00)	356 (100.00)	
시도 기준				
동일지역	94 ( 84.68)	210 ( 85.71)	304 ( 85.39)	0.799
타지역	17 ( 15.32)	35 ( 14.29)	52 ( 14.61)	
시군구 기준				
동일지역	85 ( 76.58)	159 ( 64.90)	244 ( 68.54)	0.028
타지역	26 ( 23.42)	86 ( 35.10)	112 ( 31.46)	

### 나. 의료기관까지의 소요시간 및 교통수단

- 의료기관까지 가는데 소요되는 시간은 응답자의 50% 이상이 20분 이내에 도착하는 것으로 응답하였음. 반대로 의료기관까지의 소요시간이 1시간 이상이라는 응답자도 20%에 달하는 것으로 나타났음

〈표 3〉 의료기관 이용시 소요시간

(단위: 명(%))

소요시간	도시지역	농어촌지역	전체	P-value
전체	111 (100.00)	245 (100.00)	356 (100.00)	
10분 이내	55 ( 49.55)	67 ( 27.35)	122 ( 34.27)	0.000
10~20분 이내	23 ( 20.72)	51 ( 20.82)	74 ( 20.79)	
21~30분 이내	8 ( 7.21)	46 ( 18.78)	54 ( 15.17)	
31~60분 이내	5 ( 4.50)	31 ( 12.65)	36 ( 10.11)	
60분 이상	20 ( 18.02)	50 ( 20.41)	70 ( 19.66)	

- 도시의 경우 의료기관까지의 소요시간이 10분 이내가 49.55%로 50%에 육박한 반면, 1시간 이상 소요시간은 18.02%에 불과했음. 그러나 농어촌지역은 10분 이내가 28.07%인 반면 1시간 이상은 21.05%로 도시지역에 비해 의료기관까지 가는데 걸리는 시간이 길었음
- 2010년 수행된 농림어업총조사 결과에 의하면 병의원이 거주지역과 같은 행정리내에 있거나, 타지역이지만 10분 이내 거리에 있는 경우가 33.7%, 1시간 이상 소요되는 지역에 있는 경우가 전체의 1.6%였고, 종합병원 기준으로는 10분 이내 거리에 있는 경우가 5.0%, 1시간 이상 소요되는 경우가 전체의 18.4%였음
- 본 조사결과를 2010년 농림어업총조사 결과와 연결하여 생각해보면, 농어촌지역 주민의 경우 거주지에서 보다 가까운 의료기관이 있으나, 치료를 위해 보다 먼 곳에 있는 의료기관에 방문하고 있는 것으로 유추해 볼 수 있음

■ 의료기관 이용시 교통수단은 전체적으로 버스이용자가 가장 많고, 도보, 승용차의 순으로 나타났음

- 지역별로는 도시지역은 도보(38.74%)가 가장 많고, 다음으로 버스(30.63%), 승용차(22.52%) 등의 교통수단을 이용하고 있으나, 농어촌지역은 버스(38.78%)가 가장 많고, 다음으로 승용차(29.80%), 도보(24.08%)의 순으로 이용하고 있는 것으로 나타났음

〈표 4〉 의료기관 이용시 교통수단 (단위: 명(%))

교통수단	도시지역	농어촌지역	전체	P-value
전체	111 (100.00)	245 (100.00)	356 (100.00)	0.095
도보	43 ( 38.74)	59 ( 24.08)	102 ( 28.65)	
버스	34 ( 30.63)	95 ( 38.78)	129 ( 36.24)	
승용차	25 ( 22.52)	73 ( 29.80)	98 ( 27.53)	
열차	2 ( 1.80)	6 ( 2.45)	8 ( 2.25)	
택시	2 ( 1.80)	5 ( 2.04)	7 ( 1.97)	
기타	5 ( 4.50)	7 ( 2.86)	12 ( 3.37)	

다. 질병치료시 어려운 점

■ 질병치료시 애로사항에 대한 질문에서는 응답자의 43.70%가 경제적 문제를 꼽았고, 다음으로 25.90%가 간병인의 문제를 지목하였음

- 질병치료시 애로점에 대해서도 지역별 편차가 드러나는데, 도시지역에 비해 농어촌지역에서는 의료기관 접근성(도시 12.33%, 농어촌 22.65%)을 질병치료시 어려운 점으로 응답한 경우가 많았음

〈표 5〉 질병치료시 어려운 점 (단위: 명(%))

어려운 점	도시지역	농어촌지역	전체	P-value
전체	373 (100.00)	627 (100.00)	1,000 (100.00)	0.001
치료비가 많이 듦	173 ( 46.38)	264 ( 42.11)	437 ( 43.70)	
의료서비스의 질이 낮음	48 ( 12.87)	52 ( 8.29)	100 ( 10.00)	
의료기관이 멀	46 ( 12.33)	142 ( 22.65)	188 ( 18.80)	
환자를 돌볼 사람이 없음	99 ( 26.54)	160 ( 25.52)	259 ( 25.90)	
기타	7 ( 1.88)	9 ( 1.44)	16 ( 1.60)	

### 3. 농어촌 주민의 응급의료 이용 현황

#### 가. 응급상황 경험

- 전체 조사대상자 1,000명 중 23.40%에 해당되는 234명만이 응급상황을 경험한 것으로 나타났음

○ 응급상황 경험 비율은 도농간 차이를 발견할 수 없었으며, 응급상황 종류로는 사고나 중독 보다는 질병으로 인한 응급상황(71.79%)이 많았음. 이러한 현상은 도시와 농어촌 모두에서 유사하게 나타났음

〈표 6〉 응급상황 발생 경험

(단위: 명(%))

응급상황 발생 경험	도시지역	농어촌지역	전체	P-value
전체	373 (100.00)	627 (100.00)	1,000 (100.00)	
없다	289 ( 77.48)	477 ( 76.08)	766 ( 76.60)	0.612
있다	84 ( 22.52)	150 ( 23.92)	234 ( 23.40)	

#### 나. 응급상황시 병원전 단계에 대한 대처

- 응급의료체계는 크게 병원전 단계와 병원단계로 구분할 수 있음. 본 조사에서는 응급상황 발생시 최대한 빨리 응급의료시설에 도착하는데 필요한 병원전 단계에 대한 현황조사를 실시하였음

- 응급상황 발생시 환자에 대한 응급처치를 위해 가장 먼저 연락을 취하는 곳은 119로 나타났음. 응급상황을 경험한 응답자(234명) 중 61.54%가 응급상황시 가장 먼저 119에 연락하는 것으로 나타났으며 가족에게 연락해 의료기관 방문(29.49%), 본인 스스로 의료기관 방문(4.70%), 이웃 등 타인의 도움으로 의료기관 방문(4.27%)의 순이었음

- 또한, 응급환자 발생시 응급구조사나 의료인의 응급처치(first response)를 받기까지의 소요시간을 비교해보면 역시 119에 연락을 취했을 때가 가장 빠른 것으로 나타났음

○ 지역별로는 도시지역에 비해 농어촌지역에서 119에 연락했을 때 소요되는 시간이 평균 4분 정도 더 긴 것으로 나타나는 등 의료 서비스에 대한 접근성 문제가 응급의료에서도 나타나고 있음

〈표 7〉 응급환자 발생시 가장 먼저 연락을 취하는 곳 및 연락 소요시간

(단위: 명(%), 분)

구 분	도시지역 (N=84)		농어촌지역 (N=150)		전체 (N=234)	
	연락처	소요시간*	연락처	소요시간*	연락처	소요시간*
119	51 (60.71)	10.2	93 (62.00)	14.3	144 (61.54)	12.9
본인	4 ( 4.76)	15.0	7 ( 4.67)	18.6	11 ( 4.70)	17.3
가족	28 (33.33)	20.5	41 (27.33)	24.7	69 (29.49)	23.0
타인	1 ( 1.19)	25.0	9 ( 6.00)	37.2	10 ( 4.27)	36.0

주: \*119에 연락할 경우: 응급차가 도착할때까지 걸리는 시간, 119외에 연락할 경우: 응급의료기관(병원 등)까지 가는데 걸리는 시간

#### 다. 응급환자 발생시 어려운 점

- 응급상황이 발생할 경우 가장 어려운 점은 주위에 응급처치를 할 수 있는 사람이 없는 경우(37.61%)였고, 두 번째로는 응급의료기관까지의 접근성 문제(25.21%)인 것으로 나타났음

○도시지역의 경우 응급시 어려운 점이 없었다는 응답도 25.00%로 나타났으나 농어촌에서는 그러한 응답은 14.67%에 불과했으며, 응급의료기관까지의 접근성 문제(29.33%)와 119 구급차가 도달하기까지의 시간이 많이 걸리는 문제(18.00%)에서는 도시에 비해 높은 응답을 나타내었음

〈표 8〉 응급환자 발생시 가장 어려운 점

(단위: 명(%))

어려운 점	도시지역	농어촌지역	전체	P-value
전체	84 (100.00)	150 (100.00)	234 (100.00)	
응급처치를 할 수 있는 사람이 없음	33 ( 39.29)	55 ( 36.67)	88 ( 37.61)	0.054
응급실이 있는 병원까지의 거리가 너무 멀	15 ( 17.86)	44 ( 29.33)	59 ( 25.21)	
119 구급차가 오는데 시간이 많이 걸림	11 ( 13.10)	27 ( 18.00)	38 ( 16.24)	
별다른 어려움이 없음	21 ( 25.00)	22 ( 14.67)	43 ( 18.38)	
기타	4 ( 4.76)	2 ( 1.33)	6 ( 2.56)	

## 4. 시사점

- 농어촌 거주민에 대한 의료 접근성 강화의 필요성은 각종 선행연구는 물론 본 연구결과에 의해서도 잘 나타나고 있음

○그에 반해 도시에 비해 턱없이 부족한 의료기관 및 병상 수는 농어촌 주민에 대한 의료 접근성을 위협하고 있으며, 이는 필수의료 접근성 차이로 인한 도농간 건강수준의 격차로 나타날 수 있음

○또한, 의료기관 접근성에 대한 상대적인 차이로 인해 농어촌 건강보험 가입자의 불만이 커지고 있으며, 보험료 부담에 대한 저항으로 나타날 수도 있음

- 농어촌지역병원은 크게 보건의료원<sup>3)</sup>, 지방의료원<sup>4)</sup>, 민간병원 등으로 나눌 수 있음<sup>5)</sup>. 농어촌지역에서 개원하고 있는 이들 병원들은 수익성 악화와 의료인력의 기피현상으로 인해 운영의 어려움은 갈수록 심화되는 반면, 체계적인 지원은 받지 못하고 있는 실정임

○때문에 농민단체 등 일선에서는 농어촌지역병원에 대한 실질적인 지원을 위해서는 일회성 지원보다는 병원 운영을 위한 체계적이고 지속적인 지원이 필요함을 역설하고 있음

- 일본, 미국, 캐나다 등은 농어촌 등 의료취약지역을 지정하고, 의료전달체계가 제대로 작동하도록 적극적인 정책을 펼치고 있음<sup>6)</sup>

○일본은 주민수 및 지자체 재정자립도 등을 고려하여 불채산 지역을 정하고 해당지역에서 운영중인 공립병원에 대해 특별양여금 지원

○미국은 대도시 이외 지역으로서 인접한 병원까지 차로 1시간 이상되는 지역을 의료취약지역으로 정의하고 해당 지역에 병원을 설립하고 운영할 경우 필요 경비 지원

3) 울릉, 화천, 평창, 태안, 무주 등 17개

4) 영월, 삼척, 속초, 홍성, 서산 등

5) 나백주(2012). 농어촌 지역병원 의료서비스 수준 및 여건. 농림부 발표자료

6) Ibid.

○캐나다는 지리정보시스템을 활용하여 응급의료서비스가 미치지 못하는 지역의 인구 규모를 고려하여 서비스 공급을 고려하는 정책 실시

■ 일반적인 의료전달체계 외에도 손상, 교통사고, 자살 사망률이 도시에 비해 농어촌이 높다는 사실은 응급의료와 응급대응체계 구축의 필요성이 절실함을 보여주고 있음

■ 농어촌의 경우 도시에 비해 응급의료기관에 대한 접근성이 낮기 때문에 병원전 단계에 대한 정책 강화가 요구되고 있음

○ 최근 응급의료에 관한 이슈는 “응당법”으로 대표되는 응급의료기관에 대한 서비스 기준강화 등으로 주로 “병원단계”에서의 서비스 질 강화로 표현할 수 있음

○ 그러나 응급의료에 관한 문제를 농어촌으로 범위를 좁혀 생각해보면, 병원단계는 물론 응급의료기관으로 후송하는 “병원전 단계”부터 선결되어야 할 것으로 보임

■ 그 동안 농어촌 응급의료 정책강화를 위해 투입된 정부의 노력에도 불구하고 그 정책효과는 잘 나타나지 않고 있는 반면, 최근 “응당법” 실시 이후 지방 병원급 의료기관이 응급의료센터의 지정을 반납하는 등 농어촌 응급의료전달체계가 더욱 악화되고 있는 실정임

■ 응급의료의 가장 큰 특징 중의 하나는 지역성이라고 할 수 있음. 그러나 우리나라의 응급의료체계는 과도한 중앙집권적 방법으로 수행되어 왔음<sup>7)</sup>

○ 응급의료의 특성상 환자가 발생한 해당 지역의 의료자원을 사용하여 환자에게 신속하게 치료가 제공될 때 환자의 생존율이 높아짐

○ 따라서 응급의료의 지역화는 가장 중요한 정책방향이라고 할 수 있음

■ 미국의 경우, 응급의료 초기단계에서는 중앙정부의 지원과 정책으로 전반적인 틀을 구성하고, 이후에는 지방정부의 자발적인 노력과 지역특성에 맞는 정책 수립을 통해 응급의료체계를 구축하였음<sup>8)</sup>

○ 우리나라의 경우, 도시와 농촌의 의료제공 환경 차이를 정책에 반영할 수 있도록 중앙에서는 정책의 근간이 되는 기본정책을 수립하되 세부적인 정책들을 지방에서 수립하도록 하고, 수립된 계획에 따라 효과적으로 정책이 실시되도록 지원과 모니터링을 실시하는 방안을 검토해 볼 수 있을 것임

7) (재)응급의학연구재단(2011). 병원전 단계 응급의료체계 효율화 방안

8) Ibid.

집필자 | 김동진(건강보장연구실 부연구위원) 문의 | 02-380-8278

발행인 | 최병호 발행처 | 한국보건사회연구원

서울특별시 은평구 진흥로 235(122-705) | TEL 02)380-8000 | FAX 02)352-9129 | <http://www.kihasa.re.kr>

한국보건사회연구원 홈페이지의 발간자료에서 온라인으로도 이용하실 수 있습니다. <http://www.kihasa.re.kr/html/jsp/publication/periodical/focus/list.jsp>