

KREI

농촌·도시 건강실태 및 의료비용 효과 비교와 정책과제

안석 · 김남훈 · 김유나



한국농촌경제연구원

KREI

농촌·도시 건강실태 및 의료비용 효과 비교와 정책과제

안석·김남훈·김유나



연구 담당

안석 | 부연구위원 | 연구 총괄, 제1~2장, 제4~5장 집필

김남훈 | 부연구위원 | 제3장, 부록 집필, 선행연구 정리

김유나 | 연구원 | 설문조사, 자료수집

정책연구보고 P257

농촌·도시 건강실태 및 의료비용 효과 비교와 정책과제

등 록 | 제6-0007호(1979. 5. 25.)

발 행 | 2019. 12.

발 행 인 | 김홍상

발 행 처 | 한국농촌경제연구원

우) 58321 전라남도 나주시 빛가람로 601

대표전화 1833-5500

인 쇄 처 | 지아이지인

I S B N | 979-11-6149-384-8 93520

※ 이 책에 실린 내용은 한국농촌경제연구원의 공식 견해와 반드시 일치하는 것은 아닙니다.

※ 이 책에 실린 내용은 출처를 명시하면 자유롭게 인용할 수 있습니다.

무단 전재하거나 복사하면 법에 저촉됩니다.

농촌 주민은 도시 주민에 비해 다양한 형태의 불편을 겪고 있다. 대표적으로 농촌은 도시에 비해 보건·의료 자원이 부족하고, 교통이 불편하여 보건·의료 서비스 접근성이 낮아서 겪는 어려움이 크다. 사회경제적 요인과 지리적 요인으로 농촌 주민이 건강상 겪는 어려움은 건강불평등으로 이해되며, 국제적으로 건강불평등에 관심이 높고 이를 해소하기 위한 연구와 노력이 이루어지고 있다. 하지만 우리나라에서는 농촌 주민이 겪는 건강불평등이 어느 정도인지, 도시와 비교해서 어떤 차이가 있는지 실태를 구체적으로 보여주는 연구는 부족하다.

현재 보건·의료 정책은 건강불평등을 개선하기 위해 정부의 공공성과 책임성 강화를 통해 필수 의료의 지역격차를 해소하고 전 국민이 일정 수준의 의료서비스를 받을 수 있도록 하려고 한다. 이러한 흐름 속에서 부족한 농촌의 보건·의료 관련 연구로 인한 정보 부족을 보완하고자, 이 연구는 농촌의 건강실태와 의료서비스 이용에 관한 기본적인 정보를 제공하고 향후 더 많은 연구들의 방향을 제시하고자 하였다.

이 연구에서는 농촌과 도시의 의료 자원의 차이를 살펴보고, 농촌 주민과 도시 주민의 건강과 의료비용 및 의료서비스 이용 형태 등을 비교·분석해서 농촌 주민이 겪는 구체적인 건강불평등을 확인하였다. 또한 농촌 관련 보건·의료 정책의 문제점을 파악하고 향후 정책의 방향성을 제안하였다. 농촌의 보건·의료에 대한 욕구가 늘어나고 있는 시점에서 이 연구가 농촌의 보건·의료 정책 개발에 좋은 자료가 될 것으로 기대한다.

2019. 12.

한국농촌경제연구원장 김 홍 상

연구 목적 및 방법

농촌과 도시의 의료서비스의 질과 건강 수준에 차이가 있지만, 그 차이가 어느 정도인지에 대한 연구는 부족하다. 이 연구는 농촌과 도시의 차이를 건강불평등의 관점에서 접근하여 농촌의 도시 대비 의료격차와 건강격차가 어느 정도인지 조사하고, 농촌이 겪고 있는 건강불평등을 개선할 정책 방향을 제시하였다.

농촌과 도시의 의료격차를 파악하기 위해 기존의 관련 자료를 분석하여 농촌과 도시의 의료자원의 차이를 조사하였다. 건강격차를 파악하기 위해 건강보험공단 DB를 활용하여 농촌과 도시 주민의 유병률, 사망률을 분석하였다. 또한 농촌 주민의 질병별 의료기관 이용 형태 조사를 통해 농촌 주민이 겪는 불평등과 의료비용 분석을 통해 농촌과 도시의 의료비용 효과를 비교하였다.

주요 조사 결과

농촌과 도시의 지역 간 차이를 드러내는 의료격차는 시설과 인력의 차이로 나타난다. 농촌은 필수의료기관이 도시에 비해 부족한 것으로 조사되었다. 농어촌 군 지역 중에서 53.7%만 중요과목 진료가 가능하며, 23%의 군 지역에는 응급의료기관이 없는 것으로 조사되었다. 2017년 기준 농어촌 의료기관은 도시의 12.9%에 불과했다. 우리나라 의사의 절반은 수도권에 있고, 농촌인 군 지역에 있는 의사는 5.7%였다.

농촌과 도시의 건강 수준은 치료가능사망 상병, 주요 질환, 그리고 농촌형 질환과 만성질환의 유병률과 사망률을 통해 조사하였다. 순환기 질환, 호흡기 질환, 소화기계 질환, 비뇨기 질환, 대사증후군(암), 폐렴, 심장 질환, 근골격계 질환, 치

때, 고혈압의 연령표준화한 유병률과 사망률 모두 농촌이 도시보다 높았으며, 감염성 질환과 연령표준화한 암 유병률은 도시가 농촌보다 높았지만, 사망률은 농촌이 높았다. 유병률과 사망률을 통해서 농촌 주민과 도시 주민 간 건강격차가 있음을 확인하였다.

농촌과 도시 주민의 의료기관 이용 형태를 비교한 결과 질병별로 의료기관을 이용을 달리하고 있었다. 만성질환이 있는 농촌 주민은 도시 주민과 비슷하게 주로 관내 의료기관을 통해 치료 및 관리를 하고 있었으며, 농촌 주민이 도시 주민보다 더 자주 의료기관을 이용하였다. 하지만 주요 질환, 특히 암과 같은 중증질환자인 경우 농촌 주민은 관내보다는 관외 의료기관을 더 많이 이용하였으며, 의료기관 이용횟수는 도시 주민과 비슷하였다. 즉 만성질환의 경우 농촌에서 관리가 이루어지고 있지만, 중증질환의 경우 농촌 의료기관보다는 의료의 질이 높은 도시 의료기관을 이용하고 있었다.

의료비용의 경우 병원급이나 상급종합병원으로 갈수록 단위 의료비가 증가하였고, 도시보다는 농촌 주민의 의료비용이 더 높았다. 농촌 주민의 경우 병이 심해져 상급병원에 가기 때문에 도시 주민보다 의료비가 더 높은 것으로 보인다. 사망자와 기대여명을 기준으로 농촌과 도시의 의료비용 효과성을 비교해 보았을 때, 농촌이 도시보다 의료비용은 증가하며 동시에 사망자도 증가하여 농촌의 의료비용 효과성이 도시보다 낮게 나왔다.

정책제언

우리나라의 보건·의료 정책에서 농촌 관련 부문을 ‘농어촌보건복지기본계획’, ‘공공의료발전 종합대책, 공공보건의료 기본계획’, ‘지역보건의료계획’, ‘지역사

회 통합돌봄' 정책들을 통해 살펴보면, 농촌 관련 보건·의료 정책의 문제점은 농촌의 특성을 고려하지 않은 채로 도시의 정책을 농촌에 적용하여 효과가 나지 않고 있다는 것이다. 농촌 보건·의료 정책은 농촌의 부족한 자원과 인력을 확충하거나 지원하여 의료의 질을 개선하려 하지만, 농촌의 의료 상황은 개선되지 못하고 농촌 주민은 건강불평등을 겪고 있다. 따라서 이 연구에서는 농촌의 보건·의료 정책은 건강불평등을 해소하는 방향으로 진행되어야 하며, 이를 위해 의료 인프라 확충과 의료접근성 개선, 의료인력 확보와 농촌형 지역의료체계 구축을 방안으로 제시하였다.

Comparison of health status and the effectiveness of health cost between rural and urban residents

This study investigated the extent of the medical and health gaps between rural and urban areas through the perspective of health disparity and suggested policy directions to improve the disparity which rural residents have experienced.

For this purpose, we analyzed the disease prevalence, mortality rate, and other relevant health indices of rural and urban residents by using the national health insurance data provided by the National Health Insurance Data Sharing Service (NHISS) along with existing data sets regarding health in South Korea. Also, we compared health service use and health cost between rural and urban residents.

The medical gap appears to be the difference in the number of medical facilities and medical professionals. Based on the analysis, only 12.9% out of all medical institutions in South Korea are distributed in rural areas, and 23% of rural areas do not have emergency medical facilities. Also, 5.7% of doctors are working in rural areas, while half of the doctors treat patients in the capital area.

The health indicators including disease prevalence and mortality rates, confirmed that there was a health gap between rural and urban residents. Rural areas had higher disease prevalence and mortality rates of circulatory, respiratory, digestive and digestive disorders, urinary diseases, metabolic

syndrome (cancer), pneumonia, heart disease, musculoskeletal diseases, dementia and hypertension than urban areas did. Although rural areas showed the lower age-standard prevalence rates of infectious diseases and cancers, they had higher mortality rates.

There were different hospital utilization patterns by disease between rural and urban areas. For chronic diseases, rural patients were more likely to use medical institutions, in particular in-town hospitals and clinics, than urban patients were. However, they used out-of-town medical institutions more often than in-town clinics for serious disease such as cancer. In other words, rural residents tended to visit out-of-town medical facilities due to the big difference in medical service qualities between rural and urban medical institutions.

Rural patients were likely to pay more medical costs when they visited advanced hospitals located mainly in urban areas than urban residents were. One interpretation of this fact is that rural patients are apt to delay visiting the health care institutions until their diseases get worse. Also, the cost-effectiveness analysis revealed that the effectiveness of medical services in rural areas was less than that in urban areas. The more medical expenses insurance paid for rural patients, the more mortality rates and life expectancy losses they experienced.

The Korean government has not considered the characteristics of rural areas while designing health plans, which resulted in critical inequality of the medical service quality and health status between rural and urban areas. Even though health authorities made an effort to improve the quality of medical care by expanding medical resources, the health disparity has not

significantly improved.

For better medical and health services, this study suggests that the government should implement health and medical policies of rural areas targeting to address health inequalities. For this purpose, it should expand medical infrastructure, improve medical access, provide more medical professionals, and establish a medical system to reflect rural characteristics deviating from the urban point of view.

Researchers: An, Sok; Kim, Namhoon; Kim, Yuna

Research period: 2019. 5. ~ 2019. 12.

E-mail address: ansok@krei.re.kr

제1장 서론

1. 연구 배경 및 목적	3
2. 선행연구 검토	10
3. 이론적 배경	18
4. 연구 내용 및 방법	24

제2장 농촌·도시의 건강실태 비교

1. 지역 의료격차	35
2. 농촌·도시 건강격차	48

제3장 농촌·도시 의료비용 비교

1. 농촌·도시 의료비용 분석	81
2. 농촌·도시 의료비용 효과성	86

제4장 농촌 관련 보건·의료 정책의 현황과 문제점

1. 농촌 보건·의료 정책 및 계획	97
2. 현행 정책의 문제점	110

제5장 농촌 보건·의료 정책 방향과 과제

1. 정책의 방향	119
2. 정책과제	123

제6장 요약 및 결론

1. 요약	137
2. 결론	141

부록

1. 설문조사표 1-농촌 주민	143
2. 설문조사표 2-보건공무원	148
3. 의료기관 이용 행태	153
4. 농촌 주민의 진료 현황	156

참고문헌	159
------------	-----

제1장

〈표 1-1〉 건강보험 DB 구성	27
〈표 1-2〉 치료가능 사망 질병과 상병코드	29
〈표 1-3〉 분석에 사용한 변인	30

제2장

〈표 2-1〉 의료기관 분류	36
〈표 2-2〉 2019년 1월 기준 농촌 지역 응급의료기관 현황	37
〈표 2-3〉 연도별 병원종별 도농 간 의료기관 수 현황	40
〈표 2-4〉 농어촌 지역에서 의료기관에 도달하기까지의 소요시간(2015년 기준) ...	41
〈표 2-5〉 광역시·도별 의료기관종별 의료기관 수(2018년 기준)	41
〈표 2-6〉 연도별 병원종별 도농 간 병상 수 현황	43
〈표 2-7〉 지역별 보건의료인력 분포	44
〈표 2-8〉 연도별 보건의료기관종별 서비스 만족도	45
〈표 2-9〉 보건의료기관에 대한 서비스 불만족 이유	46
〈표 2-10〉 치료가능사망률 상·하위 시·군·구 현황	48
〈표 2-11〉 샘플 기초 통계량	49
〈표 2-12〉 순환기 질환 연령표준화 유병률 및 사망률	51
〈표 2-13〉 호흡기 질환 연령표준화 유병률 및 사망률	52
〈표 2-14〉 소화기계 질환 연령표준화 유병률 및 사망률	52
〈표 2-15〉 비뇨기 질환 연령표준화 유병률 및 사망률	53
〈표 2-16〉 감염성 질환 연령표준화 유병률 및 사망률	54
〈표 2-17〉 암 연령표준화 유병률 및 사망률	55
〈표 2-18〉 대사증후군(당뇨) 연령표준화 유병률 및 사망률	55

〈표 2-19〉 치료가능사망 상병 연령표준화 사망률	56
〈표 2-20〉 전체 암 연령표준화 유병률 및 사망률	57
〈표 2-21〉 폐렴 연령표준화 유병률 및 사망률	58
〈표 2-22〉 심장 질환 연령표준화 유병률 및 사망률	58
〈표 2-23〉 근골격계 질환 연령표준화 유병률 및 사망률	59
〈표 2-24〉 치매 연령표준화 유병률 및 사망률	60
〈표 2-25〉 고혈압 연령표준화 유병률 및 사망률	60
〈표 2-26〉 지역별 2018년 당뇨 및 고혈압 지속치료를	62
〈표 2-27〉 65세 이상 노인 농촌·도시 유병률과 사망률	63
〈표 2-28〉 치료가능 사망 상별 지역별 의료기관 이용비율	65
〈표 2-29〉 치료가능 사망 상별 지역별 의료기관 평균 이용횟수	66
〈표 2-30〉 주요 질환 지역별 의료기관 이용비율	67
〈표 2-31〉 주요 질환 지역별 의료기관 평균 이용횟수	68
〈표 2-32〉 주요 질환 지역별 의료기관 이용비율	69
〈표 2-33〉 주요 질환 지역별 의료기관 평균 이용횟수	70
〈표 2-34〉 농촌형 질환 지역별 의료기관 이용비율	71
〈표 2-35〉 농촌형 질환 지역별 의료기관 평균 이용횟수	72
〈표 2-36〉 농촌형 질환 상병별 지역별 의료기관 이용비율	73
〈표 2-37〉 농촌형 질환 상병별 지역별 의료기관 평균 이용횟수	74
〈표 2-38〉 만성질환(당뇨) 지역별 의료기관 이용비율과 평균 이용횟수	75

제3장

〈표 3-1〉 농촌형 질병 의료비용 분석	82
〈표 3-2〉 주요 질환과 치료가능 사망 의료비용 분석	82

〈표 3-3〉 의료기관 종별 단위 의료비 분석	83
〈표 3-4〉 전체 의료기관 소재지별 의료비 분석	84
〈표 3-5〉 상급종합병원 소재지별 의료비 분석	85
〈표 3-6〉 2018년도 사망 관련 지표를 이용한 비용 효과성 분석	89
〈표 3-7〉 질병 유병과 사망 관련 지표를 이용한 비용 효과성 분석	90
〈표 3-8〉 2018년도 의료비용의 점증적 효과비를 이용한 비용 효과성 분석 ..	91
〈표 3-9〉 의료비용의 점증적 효과비를 이용한 비용 효과성 분석(2010~2018) ..	92

제4장

〈표 4-1〉 공공의료의 개념 변화	107
〈표 4-2〉 분야별 의료기관 서비스 수준 평가(5점 척도, 평균)	111

부록

〈부표 3-1〉 치료가능 사망 상별 지역별 의료기관 이용비율	153
〈부표 3-2〉 치료가능 사망 상별 지역별 의료기관 평균 이용횟수	153
〈부표 3-3〉 주요 질환 지역별 의료기관 이용비율	154
〈부표 3-4〉 주요 질환 지역별 의료기관 평균 이용횟수	154
〈부표 3-5〉 농촌형 질환 지역별 의료기관 이용비율	155
〈부표 3-6〉 농촌형 질환 지역별 의료기관 평균 이용횟수	155
〈부표 4-1〉 2018년 권역별 농촌 전체 환자의 관내·관외 진료 현황	156
〈부표 4-2〉 2018년 권역별 농촌 암 환자의 관내·관외 진료 현황	156
〈부표 4-3〉 2018년 권역별 농촌 고혈압 환자의 관내·관외 진료 현황	157

그림 차례

제1장

〈그림 1-1〉 건강의 사회적 결정요인, 의료격차, 건강격차의 상호 관계 모형	21
〈그림 1-2〉 사회적 결정요인이 건강에 영향을 미치는 경로	23
〈그림 1-3〉 농촌·도시 건강불평등	24
〈그림 1-4〉 회피가능 사망의 정의	28
〈그림 1-5〉 연구 내용 및 방법	32

제2장

〈그림 2-1〉 연도별 도농 간 의료기관 수 격차	38
〈그림 2-2〉 연도별 도농 간 병상 수 격차	42
〈그림 2-3〉 지역별 인구 10만 명당 치료가능사망률	47

제3장

〈그림 3-1〉 가중치 적용 여부에 따른 기대여명 손실 연수 계산	88
--------------------------------------	----

제4장

〈그림 4-1〉 권역/지역 책임의료기관 제도(안)	102
-----------------------------	-----

제5장

〈그림 5-1〉 병·의원에 자주 가는 이유	131
〈그림 5-2〉 PACE 프로그램 연계	133

부록

〈부도 4-1〉 2018년 권역별 농촌 전체 환자의 서울 원정 진료 현황	157
〈부도 4-2〉 2018년 권역별 농촌 암 환자의 서울 원정 진료 현황	158
〈부도 4-3〉 2018년 권역별 농촌 고혈압 환자의 서울 원정 진료 현황	158

제1장

〈글상자 1-1〉 농촌의 의료비용 불평등 5

제5장

〈글상자 5-1〉 장흥군 지역사회통합 건강증진사업: 경로당 건강지도사 125

〈글상자 5-2〉 찾아가는 의료서비스(순회진료) 127

〈글상자 5-3〉 곡성 농업인 재활센터 129

제1장

서론



1

서론

1. 연구 배경 및 목적

1.1. 연구 배경 및 필요성

- 농촌과 도시 주민의 건강실태를 보기 위해 농촌과 도시의 보건·의료서비스 차이와 농촌과 도시 주민의 건강 차이를 중심으로 연구를 진행함.
 - 농촌과 도시 주민의 건강실태를 알아보기 위해 농촌과 도시의 보건·의료 수준과 보건·의료 자원의 차이를 통해 농촌 주민이 겪는 지역격차를 살펴봄.
 - 농촌 주민의 건강 수준이 도시에 비해 어느 정도 수준인지를 비교함으로써 농촌 지역 주민의 건강실태를 살펴봄.

- 이 연구에서는 농촌과 도시의 건강실태를 의료자원과 의료서비스 질의 차이와 건강 수준의 차이를 건강불평등의 관점에서 접근하여 살펴봄.

1.1.1. 농촌과 도시의 건강불평등

- 건강불평등은 사회 전반의 문제로 개인들이나 집단 사이의 건강 차이나 격차를 지칭하며 국제적 관심 사항임(한국건강증진재단 2014). 지금까지 건강불평등은 주로 소득계층 간 연구가 많았으며 지역적 건강불평등은 미흡한 편이었음(이진희 2016).
- 농촌·도시 건강불평등은 지역적 불평등으로 농촌과 도시에 사는 개인이 지역적 격차로 인해 건강상 불평등을 경험한다고 볼 수 있으며 건강 수준의 불평등과 의료서비스 이용의 불평등으로 나누어 볼 수 있음.
 - 미국의 경우 농촌 주민은 도시 주민에 비해 스스로 더 건강하지 않다고 생각하고, 당뇨 비율이 높으며, 비만 비율이 높고, 신체활동이 저조함(Hartley 2004).
 - 미국의 경우 의료보험 체계가 한국과 달라 의료이용을 직접 비교하기는 힘들지만, 농촌 주민이 제때 적절한 치료를 받지 못하는(deferred care) 경향이 높으며, 유방암 검진(mammogram)과 같은 예방 의료서비스를 받는 비율이 낮으며, 치과 검진 비율이 낮음(Bennett et al. 2008).
- 나라별로 상황의 차이는 있지만, 유럽 역시 도시에 비해 농촌 지역의 의료인력 부족이 보고됨. 특히 수술의나 전문의의 경우 도시 편중 경향이 두드러짐(OECD 2018).
- 우리나라의 경우, 도시와 농촌 건강을 비교한 연구는 많지 않으며, 대부분 노인에 국한해서 이루어져 도시 주민 대비 농촌 주민의 건강실태가 드러나지 않음. 간접적으로 농촌의 건강실태를 보면, 농업인과 일반인을 비교한 연구에서 농업인이 특정 질병에 대해 유병률이 높으며 이와 관련 의료비용이 일반인에 비해 높게 나타남(농민신문 2019. 1. 23.).

글상자 1-1 농촌의 의료비용 불평등

농민신문 2019. 1. 23. “일반인보다 더 아픈 농업인, 의료비용도 ‘4배 ↑’”

농업인이 일반인(비농업인)보다 근골격계통 질환을 비롯한 각종 질환을 더 많이 앓고, 의료비용도 4배 이상 더 지출하는 것으로 나타났다.

(중략)

특히 쪼그려 앉았다 일어나기를 반복하는 농작업 특성상 무릎·허리 통증을 비롯한 근골격계통 질환 유병률의 격차가 컸다. 2015년 기준 ‘근육골격계통 및 결합조직의 질환’ 유병률은 농업인이 60.8%로 일반인 52.2%보다 8.6%포인트 높았다. 순환기계통 질환 유병률 역시 농업인은 47.1%, 일반인은 37.3%로 격차가 9.8%포인트에 달했다. 이밖에 호흡기계통 질환, 소화기계통 질환 등도 농업인이 2~3%포인트 높았다.

의료비용의 차이 또한 두드러졌다. 같은 질환으로 병원을 찾더라도 일반인보다 농업인이 지출하는 비용이 4배 이상 많았다. ‘척추병증 및 기타 등병증’으로 인한 총의료비 가운데 환자 본인부담금의 경우 농업인(41만5665원)이 일반인(8만6926원)보다 4.8배 많았다. ‘관절증’도 농업인(34만8765원)이 일반인(8만6926원)보다 4배 더 지출했다.

(후략)

자료: 농민신문(2019. 1. 23.). “일반인보다 더 아픈 농업인, 의료비용도 ‘4배 ↑’.”

- 농업인 의료비용이 일반인 의료비용에 비해 관절증의 경우 4배(34만 8천 원 vs 8만 7천 원), 뇌혈관 질환은 3.5배(164만 4천 원 vs 46만 원) 이상 더 높은 것으로 나타남(농민신문 2019. 1. 23.).

○ 농촌 주민의 진료비와 만성질환 유병률 모두 도시와 비교하여 높게 나타남.

- 1인당 연평균 진료비 상위 10개 지역이 모두 농촌 지역(고흥군, 의령군, 부안군 등)이며, 하위 10개 지역은 모두 도시 지역(수원 영통구, 경기 화성시, 용인 수지구 등)으로 나타남(국민건강보험 보도자료 2018. 10. 31.; 농민신문 2018. 11. 2.).
- 각종 암 질환(위암, 간암, 폐암, 대장암)과 만성질환(고혈압, 당뇨)의 인구 10만 명당 진료인원 상위 지역은 모두 농촌 지역이며 하위 지역은 모두 도시 지역으로 나타남(국민건강보험 보도자료 2018. 10. 31.).

1.1.2. 농촌 지역 보건·의료 정책 쟁점

○ 농촌 지역의 인구구조는 과거 농촌의 전형에서 벗어나 새로운 형태를 보이고 있으며, 도시와 농촌의 소득격차도 확대되고 있음(김동진 외 2013).

- 이미 농촌은 초고령사회에 진입하였으며 고령화율은 2015년 현재 면 지역에서 28.0%에 달하고(정도채·심재현 2017), 노인 단독가구가 증가하고 있음(안석 외 2017).
- 1995년에서 2012년까지 도시가구 소득 증가는 2.4배, 농가 소득 증가는 1.4배로 소득격차가 증가하였고, 2013년 농촌 지역 절대 빈곤율이 7.1%로 도시 지역 1.7%보다 높고, 도시 근로자 가구 소득 대비 농가 소득도 2003년 76.4%에서 2012년 58.1%로 감소하였음(김동진 외 2013; 농림축산식품부 2014).

○ 우리나라는 의료 공급의 대부분을 민간에 의존하고 있어 ‘넓은 면적 적은 인구’가 특징인 농어촌 지역에는 의료기관이 적절하게 배치되어 있지 않음(농림축산식품부 2018).

- 영리를 추구하는 민간 의료기관은 인구가 밀집한 대도시 지역에 집중됨.
- 공공의료기관도 인구를 기준으로 배치되고 나름대로 가시적 성과를 달성하기 때문에 인구가 적은 농어촌 지역에는 공공의료기관이 입지하기 어려우며, 입지하더라도 규모(시설 기능, 전문인력 등)가 작아 필요한 의료 수요를 충족하지 못함.
- 특히 도시에서 떨어진 농어촌 지역에는 필수의료기관이 부재하거나 수가 절대적으로 부족한 실정임.

○ 제3차 농어업인 삶의 질 향상 기본계획(2015~2019)에서는 주민들이 체감할

수 있는 농어촌 보건 복지 서비스 질 제고와 복지 체감도 증진을 목표로 하고 있으며, 보건 복지 분야의 주요 과제 중 하나로 보건·의료 서비스 확충 및 의료취약지 해소를 선정한 바 있음(농림축산식품부 2014).

- 세부과제로 공공보건의료 확충 및 역량 강화, 응급 분만 등 필수의료 사각지대 해소, 공공보건의료서비스 시설 및 장비 현대화 등을 추진하여 왔음.

○ 그러나 보건·의료 서비스의 양적, 질적 수준에서의 도시와 농어촌의 격차는 쉽게 줄어들지 않고 있음(농림축산식품부 2018).

- 2015~2017년 농촌의 정주만족도 조사 결과를 도시와 비교하면, 필요시 의료서비스 접근성, 지역에서 이용 가능한 의료서비스의 범위와 수준, 응급의료서비스 접근성 모두 도시에 비해 낮은 것으로 나타났음.
- 응급의료 인프라는 어느 정도 확충되었으나 응급의료서비스의 질적 수준에서는 대도시와 격차가 존재함.

○ 이러한 현실에도 불구하고 최근까지의 우리나라 병상자원 정책의 흐름은 대도시 등에서의 신규 병상자원에 대한 규제 정책과 1, 2, 3차 의료기관에서의 전달체계와 관련한 논의가 주를 이루었음.

- 다행히 최근 들어 공공의료 강화 필요성에 대한 논의가 이루어지고 있으며, 이러한 논의를 바탕으로 2018년 ‘공공의료발전 종합대책’이 마련되어 농어촌 등 의료자원이 부족한 지역의 공공의료 강화를 위한 정책이 추진되고 있음.

○ 문재인정부에서는 ‘국민의 나라 정의로운 대한민국’을 비전으로, ‘국민이 주인인 정부’, ‘더불어 잘사는 경제’, ‘내 삶을 책임지는 국가’, ‘고르게 발전하는 지역’, ‘평화와 번영의 한반도’를 5대 국정목표로 제시하였으며, 구체적인 실

천을 위해 100대 국정과제를 제시함.¹⁾

- 이 중 농어촌 보건·의료와 관련하여서는 100대 국정과제 중 2개의 국정과제와 연관 있음.
- ‘내 삶을 책임지는 국가’ 국정목표의 ‘전략 1. 모두가 누리는 포용적 복지국가’의 국정과제 45번 ‘의료공공성 확보 및 환자 중심 의료서비스 제공’에 ‘취약지 300병상 이상 거점 종합병원 확충’과 ‘공중보건장학제도 시범사업 실시 및 취약지 공공의료기관 의사 파견지원 확대’가 포함되어 있음.
- ‘고르게 발전하는 지역’ 국정목표의 ‘전략 3. 사람이 돌아오는 농산어촌’의 국정과제 81번 ‘누구나 살고 싶은 복지 농산어촌 조성’에 ‘교통, 의료 등 농산어촌 생활 인프라 확충’이 제시되어 있음.

1.1.3. 농촌 보건·의료 연구의 필요성

- 지금까지 농촌 지역의 진료비와 암 질환이 도시 지역에 비해 높게 나타나고, 특정 질병 관련해서 농촌 주민의 유병률이 높게 나온 자료가 제시되고 있지만, 단편적인 정보 제공에 그치고 있음.
- 따라서 도시와 비교해서 농촌 주민의 건강 상태, 건강 행태, 의료기관 이용 형태 등 다각적인 분석을 통한 농촌 주민의 건강과 건강 관리체계를 살펴보는 것이 필요함.
- 농촌 의료의 불평등은 농촌 지역의 인구구조와 근린환경의 변화로 건강 수준과 건강 관련 삶의 질에 대한 중요성이 증가하고 있으나, 객관적이며 비교 가능한 건강 수준 지표를 이용하여 건강 수준이나 삶의 질을 측정하려는 시도는 부족함.

¹⁾ <<https://www1.president.go.kr/government-projects#page2>>. 검색일: 2019. 12. 15.

- 인구 10만 명당 사망률이나 질병 유병률, 기대여명과 같은 기존 건강 수준 지표는 질병으로 인한 삶의 질 저하와 연령 가중치, 시간 할인율 등을 고려하지 못하여 객관적 추정이 가능한 지표로 사용하기 어려움.
- 의료서비스의 효율성 분석을 위해서는 단일 기준으로 이루어진 건강 수준 지표가 필요하며, 기존 지표는 질병을 앓고 난 후 나타나는 건강과 삶의 질 저하의 차이를 고려하지 않아 효율성 비교 분석이 불가능하다는 단점이 있음.

○ 농촌의 의료 불평등을 실증적으로 분석하여 제시함으로써 농촌 주민들, 특히 농촌의 취약계층(독거노인, 저소득층)이 겪을 의료불평등을 감소시키고 의료 형평성을 위한 정책을 제안할 필요가 있음.

1.2. 연구 목적

- 농촌과 도시의 의료격차와 건강격차를 분석하여 건강불평등을 개선하기 위한 정책 방향을 제시함.
- 국민건강보험 맞춤형 DB 분석을 통해 도시 주민과 비교하여 농촌 주민의 건강 상태, 의료기관 이용에 관한 기초 자료를 생성하고, 도시와 농촌 주민 간 건강과 의료서비스 이용 효율성 차이를 비교하며, 도시보다 부족한 의료 자원 활용 방안과 농촌 주민 건강관리 개선을 위한 방안을 제시함.

2. 선행연구 검토

2.1. 주요 선행연구

2.1.1. 지역별 건강 수준 차이(건강격차)

○ 김지현·윤태호(2008)의 연구는 읍·면·동별 표준사망비를 활용한 실증 연구를 통해 도시와 농촌의 건강불평등을 포함한 소지역별 건강불평등을 실증적으로 분석하였음.

- 읍·면·동 단위의 소지역 수준의 건강 수준을 파악하기 위해 간접표준화법으로 관찰 사망자 수의 합을 기대사망자 수의 합으로 나눈 표준사망비를 이용하였으며, 이를 토대로 건강불평등 해결을 위한 보건·의료 자원 배분의 정책적 기초자료를 제공함.
- 통계청 사망통계자료를 통해 파악한 실제 사망자 수를 표준인구의 연령별 사망자 수인 기대사망자 수로 나눈 값인 표준사망비를 이용하여 대표성 있는 건강 수준을 파악하여 보건·의료 자원의 효과적 배분을 연구함.
- 실증 분석 결과, 지역이 표준화사망비 격차의 중요한 요인으로, 표준사망비가 가장 낮은 하위 20개 소지역은 모두 대도시의 동 지역이며, 표준사망비가 가장 높은 상위 20개 지역은 모두 광역도에 속하는 지역으로 그중에서 농촌 지역이 9개를 차지하였음.
- 표준화사망비가 낮은 지역일수록 소득 수준이나 교육 수준이 높고 지역의 사회적 자원이 풍부한 곳이며, 표준화사망비가 높은 지역일수록 사회복지 시설이 밀집되어 있는 곳이거나 인구수가 적은 농촌 지역으로 나타났으며, 이를 토대로 지역의 사회경제적 상황과 표준화사망비가 연관성이 있는 것으로 판단됨.

- 우리나라의 보건·의료 자원의 배분은 인구수에 따라 결정되는 경우가 많으나 공공보건의료 자원을 효과적으로 배분하기 위한 지표로서 표준화사망비의 활용이 필요하다고 주장함.

○ 이미숙(2005)의 연구는 사회 계층과 지역에 따라 주관적 건강 인식과 만성 및 급성 질환에 차이가 있는지를 통해 건강불평등 양상을 규명하였으며, 지역적 관점에서 농어촌이 취약 지역이며 광역시가 수혜 지역으로 나타남.

- 주관적 건강 상태나 만성질환 이환의 경우도 농어촌 지역이 서울에 비해 취약 지역일 확률이 높았으며 이는 건강 수준의 차이를 만드는 구조적 요인과 의료자원의 부족에 원인이 있는 것으로 보고 있음.
- 급성질환의 경우에는 상기 건강불평등 지표와 양상이 조금 다르나 여전히 농어촌 지역이 급성질환 이환의 측면에서 취약 지역으로 나타났으며 이는 농어촌 지역의 사회적 낙후가 취약 조건으로 나타나기 때문이라고 해석함.
- 따라서, 건강불평등이 거주지역이나 교육, 직업과 같은 취약한 구조적 문제에서 비롯되고 있으므로 건강 증진을 위한 정책에서 건강불평등의 요인을 반드시 고려해야 함.

○ 박진옥(2018)의 연구는 한국건강형평성학회의 자료를 기반으로 기대수명과 건강수명의 지역 간 격차와 지역 내 소득 수준에 따른 건강불평등 현황을 연구하였으며, 연구 결과 기대수명과 건강수명, 소득 간 기대수명 및 건강수명 격차가 시·군·구별로 큰 차이를 보이고 있음.

- 수도권 및 광역시가 다른 지역보다 상대적으로 건강 수준이 높다는 결과는 우리나라의 건강격차 문제를 보여주고 있으며, 모든 지역에서 나타나는 소득 분위 간 건강격차는 사회계층 간 구조적 불평등을 반영한다고 볼 수 있음.

- 이를 통해 각 지역이 갖는 고유한 특성들이 불평등의 크기를 결정한다고 볼 수 있으며, 따라서 건강격차는 사회적, 경제적, 환경적 요인을 조정하는 시·군·구 수준의 정책이 필요하다고 주장함.

○ 이진희(2016)의 연구는 지역적 건강불평등의 존재 여부를 실증적으로 증명하고 개인 수준 및 지역 수준의 건강 결정요인을 파악하여 지역적 건강불평등의 구성적, 맥락적 요인을 규명하고자 하였으며, 실증 분석 결과, 지역별, 연령별로 건강불평등이 존재함을 증명하였음.

- 건강 수준 결정요인에 있어서 개인 수준의 변수가 건강불평등에 영향력이 큰 것으로 분석되었으며, 지자체의 정책과 근린환경의 개선 역시 거주민의 건강 수준을 향상시킬 수 있는 것으로 나타남.
- 지역 수준의 변수는 개인 수준의 변수에 비해 건강불평등에 미치는 영향은 작았으나 공원이나 인구 규모, 관련 정책 등이 건강불평등을 야기할 가능성이 있는 것으로 나타나 지역의 건강불평등에 구성적 요인과 함께 맥락적 요인도 건강 수준에 영향을 미친다는 결과를 도출함.
- 따라서, 건강에 대한 개인 차원의 관심과 함께 물리적 환경 및 서비스 개선이 건강불평등을 해소하는 역할을 할 수 있다는 정책적 시사점을 제시함.

○ 윤태호·김지현(2006)의 연구는 전국 규모의 자료를 활용하여 도시와 농촌 지역의 건강 수준과 보건·의료 서비스 이용의 차이를 종합적으로 분석하였고, 도시와 농촌 간 사망률과 이환율, 사고 및 자살, 주관적 건강 수준과 정신적 건강, 의료 이용에서 전반적으로 격차가 존재함을 실증적으로 증명함.

- 사망률은 농촌 지역이 도시 지역과 비교하여 2배에서 3배 정도 높았으며, 자살이나 간 질환, 운수사고, 만성하기도 질환도 도시보다 농촌 지역에서 높으며 이는 농촌 지역의 특수한 환경에 기인함.

- 고혈압과 당뇨병 유병률에서 의사 진단에 의한 유병률은 도시 지역이 높은 반면, 검진에 의한 유병률은 농촌 지역이 높거나 비슷한 양상을 보임. 이는 농촌 지역의 고혈압과 당뇨병에 대한 미충족 의료가 도시 지역에 비해 더 높음을 의미함.
- 농촌의 취약한 의료기관 분포와 이로 인한 의료서비스 접근성 감소, 의료 서비스 이용에 필요한 간접비용 증가로 농촌 지역 주민들은 도시 지역에 비해 의료 이용은 많이 하지만 의료 이용의 접근도가 낮음.
- 따라서, 농촌 지역의 건강불평등은 단순히 농촌 지역의 소득 수준이나 교육 수준이 낮다는 것만으로는 설명이 어려우며 단순히 인적 구성의 차이가 아니라 농촌 지역의 특성을 고려한 자원 배분과 함께 건강에 유해한 농촌 지역의 환경 관리 등의 정책을 제안함.

○ 도시와 농촌의 건강격차는 청소년에게서도 나타나고 있으며, 특히 농촌 지역 청소년이 비만이나 충치와 같은 부정적 건강 행태나 부족한 보건·의료 서비스 이용이 원인이 되는 질병에 취약함(교육부 보도 2018).

- 2017년 학생 건강검사 표본통계 자료에 따르면 농촌 지역 초등학생의 비만율은 도시 지역보다 3.5%포인트 높은 18%로 나타남. 중학생(1.3%포인트)과 고등학생(1.7%포인트)도 농촌이 도시보다 높아 농촌 거주 학생이 도시 거주 학생보다 비만율이 높았음.
- 2015년 아동구강건강 실태조사에 따르면 일반시(69.3%)나 특별·광역시(71.2%)가 군 지역(58.4%)보다 높아 도시일수록 수진율이 높았으며, 평소 치과 치료로 치아를 관리한 특별·광역시 거주 아동은 51.2%만이 충치가 있었으나 군 지역은 60.1%의 아동이 충치를 앓아 군 지역 아동의 치아 건강이 나쁘게 나타남(조영식 외 2015).

○ 우리나라의 도시 노인과 농촌 노인 간 건강 수준 격차는 일관되지 않으나 대체적으로 농촌 노인이 도시 노인보다 건강이 나쁜 것으로 보임.

- 일반적으로 농촌 노인이 도시 노인보다 건강상태와 정신건강이 더 취약한 것으로 보고됨. 농촌에서의 사회관계와 물리적 환경의 불편함이 지속되고 이를 해소하기 위한 인프라 접근성은 낮아, 질병으로 이어지기 쉬운 것으로 나타남(이진희 2016).
- 일부 연구에서 농촌 노인은 도시 노인과 비교하여 질병 유병률이 대체적으로 낮으며(전종덕 외 2013), 지각하는 건강과 건강 관련 삶의 질은 여전히 낮은 것으로 나타남(조미형 외 2013).

2.1.2. 지역별 의료서비스 불평등(의료격차)

○ 김기환·임재영(2012)은 농촌 가구원과 도시 가구원을 중심으로 보건의료비 지출의 결정요인과 두 집단 간 보건의료비 지출의 불평등성에 대하여 실증적으로 분석하였으며, 분석 결과를 통해 도시와 농촌 간, 그리고 두 집단 내에서 보건의료비 지출의 불평등이 존재하고 이는 경제적 불평등이 가장 큰 원인이라고 주장함.

- 소득이 보건의료비 지출에 가장 유의한 영향을 미치는 요인이며 도시와 농촌 간, 그리고 각 집단 내 보건의료비 지출 불평등이 존재하여 소득이 낮은 농촌 가구원의 보건의료비 지출 부담이 도시 가구에 비해 상대적으로 큰 결과를 보여줌.
- 국민건강보험 제도를 통해 보건·의료 서비스의 접근성이 상당 부분 해결되었으나 보건·의료 서비스의 보장성 문제에 있어서는 소득이 낮은 집단이 보건의료비 불평등을 겪는 등 아직까지 미흡함을 보여줌.

○ 주경식(1995)의 연구에서는 도시와 농촌 간에 의료이용 수준과 의료필요 정도를 감안한 의료이용 수준을 비교하여 도시·농촌의 의료이용 수준을 평가하였으며, 이를 토대로 군부가 도시보다 이용 수준이 높았으나 다른 요인들을 통제한 경우 도시의 이용 수준이 군부보다 유의하게 높음을 확인함.

- 그러나 의료필요 요인은 유의하였으나 의료필요 충족도에 있어서는 차이를 보이지 않고 군부의 의료필요 대비 충족 정도는 낮지 않아 의료이용을 저해할 만큼 군부의 지리적 접근도는 문제가 아님을 주장함.

- 따라서 향후 지역 간 보건·의료 자원 배분에서 농촌 지역에 자원 공급을 증가시킨다는 접근에서 벗어나 지역의 의료필요 요인과 다양한 구조적 요인을 감안한 정책이 필요함.

○ 오영호(1999)의 연구는 도시와 농촌 간 의료이용현상을 파악하여 도시와 농촌 간 외래의료이용의 차이가 존재하는지, 존재한다면 어느 정도인지 실증적으로 검증하였으며, 연구 결과 농촌이 도시보다 이용경험률이 9% 높았으나 의사방문횟수와 본인부담비의 경우는 도시 지역이 농촌 지역보다 높은 것으로 나타남.

- 본인부담의료비가 농촌 지역이 도시 지역보다 적다는 것은 단순히 좋다고 판단하기 어려우며, 농촌 지역은 공공보건기관이 민간의료기관보다 많은 의료가격이 낮다는 점을 고려하면 농촌 지역 의료서비스 이용이 용이하다고 볼 수 없음.

- 공공보건의료기관의 서비스 질이 민간의료기관에 비해 여전히 낮은 점을 감안하면 의료의 질적인 차이를 줄이는 방안이 필요함.

○ 결론적으로 농촌 보건·의료 서비스 체계 부족과 낮은 접근성은 농촌의 건강 격차를 확대하는 역할을 하고 불평등을 심화시키는 원인이 되고 있음.

- 농촌 지역 주민의 경우 도시 지역 주민보다 다른 지역 소재의 의료기관 이용빈도가 높으며 의료기관까지의 소요시간도 도시와 비교하여 길(김동진 외 2013).
- 군 지역 취약지 지역응급의료기관의 법정 기준 충족률은 2014년 현재 60%를 조금 웃돌 정도로 농촌의 응급의료시설 접근성은 도시와 비교하여 떨어지며 이로 인해 의료서비스에 대한 접근비용이 도시와 비교하여 높음(유인술 2015).
- 일상생활에 어려움이 있는 노인을 위한 의료서비스도 도시와 비교했을 때 접근성이 부족하여 의료서비스 이용률이 낮은 의료불평등을 겪고 있음(안 석 2016).
- 농촌 주민의 낮은 경제·사회적 수준과 생활 환경의 열악함이 도시 주민에 비해 낮은 건강 수준을 보여줌(최민정·권정호 2014).

○ 농업인으로 대상을 한정하여도 일반인보다 근골격계 질환을 비롯한 각종 질환에 더 취약하였고 외래진료비용도 도시보다 많은 것으로 나타남(강대용 2019).

- 건강검진을 받은 농업인의 비율은 63.4%로 일반인의 76.1%와 비교하여 낮으며 2010년 이후 일반인의 수검률은 7.9% 증가했지만 농업인은 0.5% 증가에 그침.
- 특히, 여성농업인의 근골격계 질환 유병률은 10만 명당 7만 728명으로 일반 여성의 6만 219명과 차이가 있으며 운동장애로 인한 외래 의료비 지출은 일반인보다 6배 이상 높음.

○ 건강불평등을 지역 특히 농촌과 도시의 건강 수준에서 비교하는 연구는 많지 않음. 선행연구에서는 청소년이나 노인을 대상으로 농촌과 도시의 건강을 비

교하지만, 일관적인 결과를 보이지 않음. 또한 농촌의 의료서비스 환경으로 인한 접근성 부족을 제시하는 연구가 있음.

2.2. 선행연구와의 차별성

- 국내 선행연구는 대부분 도시와 농촌 노인 또는 청소년의 신체적 정신적 건강 상태를 비교하고 있으며, 특정 연령대를 대상으로 하고 있지만(이진희 2016), 이 연구는 전 연령대를 포함하여 도시와 농촌 주민의 건강 및 의료 이용을 비교함.
- 이 연구는 건강보험 데이터 분석을 통해 농촌과 도시의 건강 수준, 의료기관 이용 형태, 의료비용 관련 자료를 분석하고 농촌과 도시의 의료비용을 비교하여 도시 대비 농촌 주민이 부담하는 의료비용 수준을 측정하고, 비용의 효과성을 도시와 비교함.
- 이 연구에서는 농촌과 도시 주민의 의료기관 이용 형태를 분석하여 농촌 주민이 의료서비스 이용 시 경험하는 의료격차를 확인함.
- 농촌과 도시의 의료격차와 건강격차를 분석하여 농촌이 겪는 전반적인 건강 불평등을 확인함.
- 이 연구에서 구성한 건강보험 데이터는 농촌 주민과 도시 주민 250만 명을 포함하며, 2010년부터 2018년까지 건강보험을 이용한 의료기관 이용 정보를 담고 있어 도시 주민 대비 농촌 주민의 건강 수준과 의료서비스 이용 형태를 보여줄 수 있음.

3. 이론적 배경

3.1. 건강불평등(Health disparities, Health inequalities) 개념

○ 건강 측면에서 불평등(Health disparities)이란 “이미 사회적 요인으로 불리한 집단이 건강 측면에서 더 불리하게 제도적으로 놓이게 되는 것²⁾”으로 정의함(Braveman & Gruskin 2003).

- 반면에, 건강 측면에서의 평등(Equity in health)이란 “집단 간 불평등으로부터 모든 사람에게 사회경제적 조건 없이 최상의 건강상태를 위한 불이익이 없는 상태”로 정의함.³⁾

- 개인의 능력 부족과 같은 사회경제적인 요인과 열악한 거주환경, 그리고 건강 및 의료서비스에 대한 접근성 부족 등이 건강불평등으로 이어지고 있으며 건강 측면에서 평등이 이루어지면 다른 요소들로 인해 파생된 사회적 불평등을 완화시킬 수 있음.

○ 건강불평등은 지역 또는 집단의 불균형한 물리적, 사회적 자원이 지역 또는 집단의 건강에 영향을 미침으로써 발생함(Roux & Mair 2010). 건강불평등의 한 측면인 건강격차의 결정요인은 사회경제적 요인, 심리사회적 요인, 인구학적 요인과 함께 지리적 요인을 포함하고 있어 지역의 차이로 인해 건강불평등을 경험할 수 있음을 명시함(Brennan et al. 2008).

²⁾ “Inequities in health systematically put groups of people who are already socially disadvantaged (for example, by virtue of being poor, female, and/or members of a disenfranchised racial, ethnic, or religious group) at further disadvantage with respect to their health.”

³⁾ “Equity in health is the absence of systematic disparities in health (or in the major social determinants of health) between groups with different levels of underlying social advantage/disadvantage—that is, wealth, power, or prestige.”

○ 개인 또는 집단의 소득, 성별, 연령, 인종, 이민, 장애, 지역(도시/농촌), 교육 등 다양한 차원의 요인으로 인한 사회적 배제나 자원의 불균형한 분포가 건강에 영향을 미칠 수 있으며 이를 건강불평등으로 정의함(WHO 2017).

○ 사회경제적 요인이 서비스나 상품에 접근을 구조적으로 불평등하게 하여 사회적 배제를 가져오고, 이러한 과정에서 건강에 영향을 미치는 현상을 건강불평등으로 정의함(Pantyley 2017).

○ 일반적으로 불평등이란 평등의 반대말로 같지 않다는 점을 전제로 하며 이는 다르거나 동일하지 않다는 의미로 차이와는 다른 개념으로 정의함(윤도현 외 2004).

- 차이는 수평적, 수직적 측면을 모두 포괄하는 반면, 불평등은 수직적 차이에만 관련이 있으며, 불평등에는 단순한 차이가 아니라 좋다, 나쁘다 등의 평가가 들어 있음.

○ 위의 다양한 건강불평등의 정의에서는 공통적으로 지역적 요인이 포함되는 맥락적 요인으로 인한 의료격차와 건강 수준의 차이인 건강격차를 포함하고 있음.

- 의료격차: 집단 간 보유하는 보험의 차이나 접근할 수 있는 의료의 질, 의료 접근성의 차이로 인한 불균등한 차이를 말하며, 이러한 차이는 건강격차의 원인이 됨(Wasserman et al. 2019).

- 건강격차: 전체 인구에 비해 특정 집단에게 질병의 발병률, 유병률, 사망률, 생존률이 일반 인구에 비해 유의미하게 불평등한 차이가 남(NIH 2003).

○ House(2002)의 연구에 의하면 건강불평등(Inequality in Health)이란 사

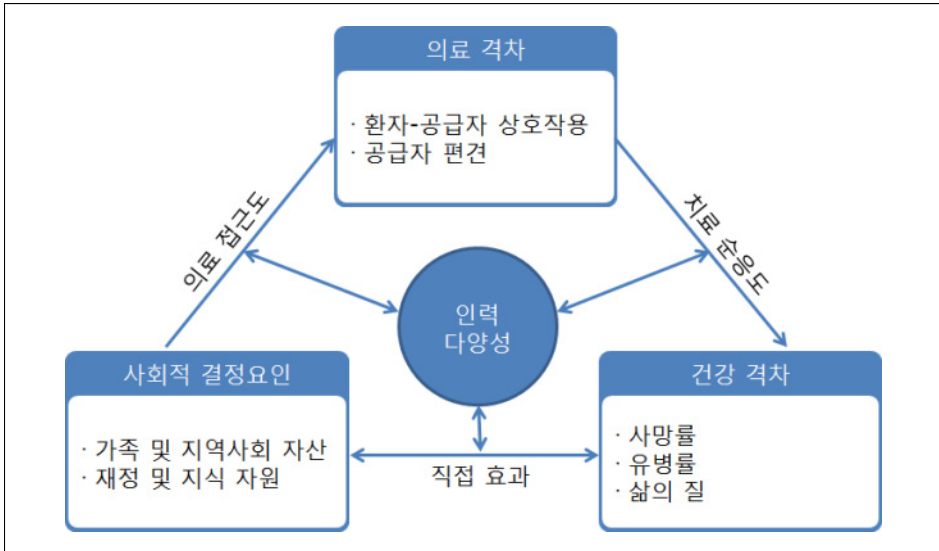
회경제적 차이로 인해 나타나며, 더 크게는 개인이 속한 이웃과 지역의 사회경제적 차이가 개인의 건강에 영향을 미친다고 봄.

- 사회경제적 상태와 성별, 인종, 또는 지리적 위치 등의 인구 사회적 요인과 지역적 차이로 인한 구조적 불평등 요인이 건강 수준의 격차로 나타나는 사회적 불평등(Social Inequality in Health) 또는 건강불평등(Health Inequality)으로 개념화함.

3.2. 의료격차와 건강격차의 관계

- 집단 또는 지역 간에 의료인력의 불균등한 분포, 의료서비스 접근성 격차, 의료 이용과 의료비 부담으로 인해 의료격차가 발생함(조흥준 2013).
- 건강불평등은 주로 지역의 의료격차로 인해 발생하며, 이는 건강격차에 영향을 줌. 건강격차는 주로 사회적 요인(소득, 교육, 인종 등)으로 인한 차이를 의미하며, 의료격차는 지리적 요인이 포함된 지역불평등이 포함된 차이를 의미함.
- <그림 1-1>은 사회적 결정요인(인구 사회변인)과 의료격차, 건강격차의 관계를 보여줌. 사회적 요인과 지리적 요인으로 발생한 의료격차로 인해 건강불평등을 겪게 됨.

그림 1-1 건강의 사회적 결정요인, 의료격차, 건강격차의 상호 관계 모형



자료: Moy, E. & M. Freeman(2014).

- 농촌과 도시는 지역 간 의료격차가 크게 발생하며, 농촌은 의료 자원이나 의료서비스 접근성, 의료서비스의 질이 도시에 비해 낮아 지역불평등을 겪게 됨. 이러한 의료격차로 인한 불평등은 농촌 주민의 건강격차를 심화시킴.
- CDC(Center for Disease Control and Prevention)는 사회적으로 소외된 계층이 최적의 건강을 얻기 위한 기회나 질병 부담의 격차(건강불평등)를 예방할 수 있다고 정의함(Ward et al. 2019 재인용).
- 이 연구에서는 의료자원과 접근성 등의 비교를 통한 도농 간 의료격차와 주민의 건강 비교를 통한 도농 간 건강격차를 확인함으로써 농촌 주민의 건강불평등을 살펴봄.

3.3. 농촌 건강불평등 요인

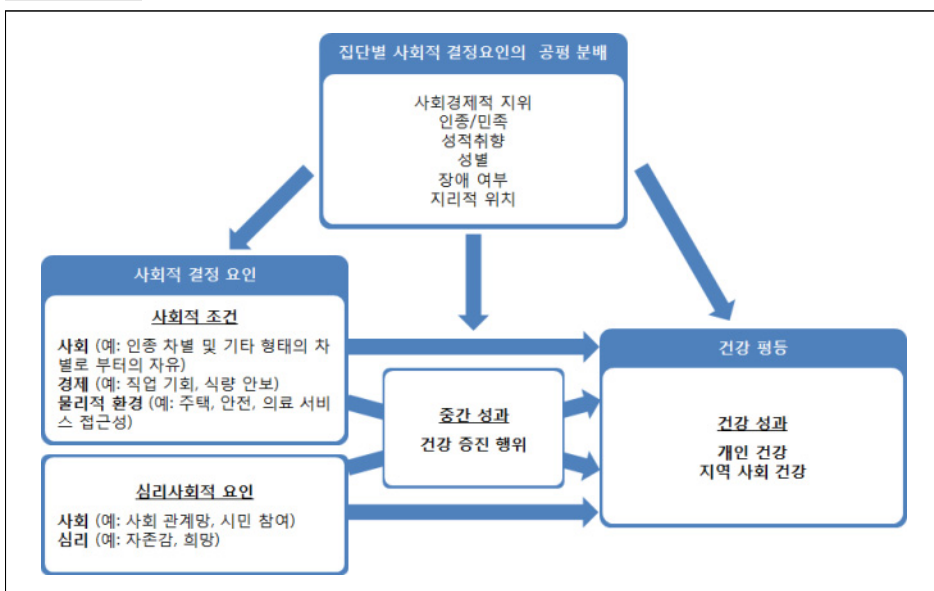
- 건강불평등이 구체적으로 어떠한 원인에 의한 것인지를 판별하기 위해 Macintyre & Ellaway(2000)는 지역 간 건강 수준 차이를 거주민의 구성과 분포에 따른 구성적 요인(Compositional factor)과 개인 변인을 표준화한 후 나타나는 지역 효과인 맥락적 요인(Contextual factor)으로 설명함.
- 구성적 요인은 각 지역의 거주민 구성 분포에 의한 요인이며 맥락적 요인은 물리적 환경이나 공공서비스의 차이와 같은 지역 수준의 변수로 인한 요인을 의미함.
 - 지역적 건강불평등이 단순한 지역 간 인구구성의 차이라면 이는 지역적 문제가 아니라 개인적 요인에 의한 것이며, 반대로 인구구성을 표준화하였음에도 건강불평등이 존재한다면 이는 지역적 요인으로 해석할 수 있음(이진희 2016).
- 구성적 요인인 낮은 소득, 낮은 교육 수준과 지리적 특성으로 서비스 격차가 발생함(이진희 2016 재인용).
 - 농촌의 경우 노인 인구가 급속히 증가함에 따라 질병 유병률이 높으며 도시보다 낮은 생활과 소득 수준으로 도시와의 건강격차가 발생함.
- 맥락적 요인인 농촌 지역의 취약한 의료기관 분포와 이로 인한 낮은 접근성으로 인해 의료서비스 이용을 위한 비용이 증가함(윤태호·김지현 2006).
 - 농촌 지역 주민은 의료서비스에 접근하기 위해서는 장거리를 이동해야 하므로 응급상황에서는 의료기관에 대한 낮은 접근성이 주요 문제가 될 수 있으며, 농촌 지역의 낮은 서비스 접근성은 농촌 지역 환자에게 신체적, 정신적 부담을 주며, 후속 치료를 포기하게 함.⁴⁾

- 농촌 주민이 의료서비스가 필요할 때, 지리적 요인으로 능력 있는 의사를 찾거나 전문병원을 방문하기 위해서 근처 도시로 나가야 하며, 이동수단의 제한과 정보 접근이 어려움으로 농촌 지역 건강불평등이 악화됨.

○ 농촌은 도시에 비해 부족한 의료인력, 낮은 의료서비스 접근성 등의 지역불평등을 겪음(조흥준 2013).

○ 사회 심리적 요인과 지역을 포함한 집단의 특성이 개인별 건강격차와 지역별 건강격차에 영향을 미침<그림 1-2>.

그림 1-2 사회적 결정요인이 건강에 영향을 미치는 경로



자료: Brennan et al.(2008). "Promoting Health Equity:A Resource to Help Communities Address Social Determinants of Health." p. 10. 재인용.

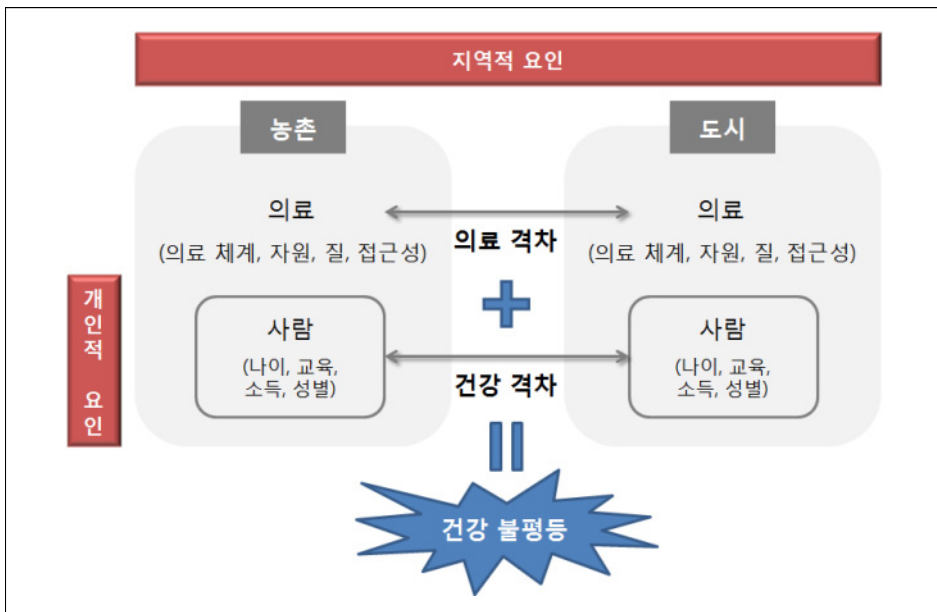
4) Stanfrod Medicine 내용 정리. <<http://med.stanford.edu/ruralhealth/health-pros/factsheet/s/disparities-barriers.html>>. 검색일: 2019. 6. 12.

4. 연구 내용 및 방법

4.1. 연구 범위

- 이 연구에서는 농촌과 도시의 건강불평등을 살펴보기 위해 농촌과 도시의 건강격차와 의료격차를 데이터를 통해 분석하였음.
- 농촌과 도시의 건강실태를 농촌과 도시의 건강불평등 틀로 분석함.
 - 선행연구와 이론을 근거로 이 연구에서는 건강불평등을 지역 간 의료자원과 수준, 접근성 등의 차이로 인한 의료격차와 거주 지역에 따른 거주민의 건강 수준의 차이인 건강격차로 정의하며, 이 틀을 이용하여 분석을 진행함<그림 1-3>.

그림 1-3 농촌·도시 건강불평등



자료: 저자 작성.

○ 도시와 농촌의 범위는 행정 단위로 읍·면을 농촌으로 정의하고, 동 지역을 도시로 정의하여 분석함.

○ 연구 대상 연령은 건강보험공단 자료에 포함되는 전 연령을 대상으로 함.

○ 연구에서 건강 수준을 측정하기 위해 사용하는 지표는 건강보험 데이터가 포함하고 있는 질병, 의료기관 이용, 의료비용 등을 이용함.

4.2. 연구 내용

○ 의료격차

- 기존 데이터 분석과 문헌연구를 통해 의료격차를 보여줌.
- 의료격차는 의료기관, 의료인력의 지역적 격차와 의료서비스 이용형태의 차이로 분석함.
- 건강보험데이터를 이용하여 농촌 주민과 도시 주민의 의료기관 이용 형태를 분석하고 농촌 주민이 경험하는 의료격차를 살펴봄.

○ 도시와 농촌의 건강 수준 비교

- 도시와 농촌 주민의 건강상태, 의료기관 이용 형태를 비교 분석함.
- 도시와 농촌 지역별 건강 상태 변화를 유병률, 사망원인 등의 건강지표를 사용하며 비교함.
- 도시와 농촌의 피할 수 있는 사망 상병을 분석하여 건강격차를 살펴보고 의료기관 이용 관계 및 진료비를 분석함.

○ 도시와 농촌 주민의 의료서비스 이용 효율성 비교

- 농촌 지역 주민의 질병을 치료하고 건강을 관리하기 위한 의료서비스의 양과 비용을 측정하여 의료비용이 효율적으로 이용되는지 여부를 확인함.

○ 건강불평등 개선 과제

- 국민건강보험 데이터에서는 알 수 없는 농촌 지역(의료비 상위) 보건·의료 서비스 이용 행태와 이유 등을 설문 조사를 통하여 분석하고, 의료비 지출 이유를 설명하고, 보건·의료 서비스 욕구를 조사하여 농촌의 건강관리체계 방향을 제시함.
- 농촌을 대상으로 하는 보건·의료 정책을 살펴보고 문제점을 개선할 방향을 제시함.

4.3. 연구 방법

4.3.1. 국민건강보험 맞춤형 DB 분석

○ 국민건강보험데이터(National Health Insurance Sharing Service: NHISS)는 우리나라 건강보험가입자 관련 빅데이터로 국민건강보험공단에서 보건의료분야의 정책과 학술연구를 지원하기 위해 제공하고 있음.

- 빅데이터는 전 국민의 자격 및 보험료 자료, 병·의원 이용 내역과 건강검진 결과, 의료급여 자료, 노인장기요양 자료 등 2002년부터 축적된 1조 건 이상의 자료와 주민등록번호와 연계하여 구축되었으며,⁵⁾ 보건·의료 분야의 연구와 정책 수립을 지원하기 위하여 제공되고 있음.

⁵⁾ 개인정보보호를 위하여 주민등록번호 대신 8자리의 개인 일련번호가 부여되어 가입자를 식별할 수 없음.

- 보험가입자의 인구통계학적 정보와 상세한 보건·의료 정보가 연구자에게 제공되고 있으나, 비급여 정보가 빠져 있으며 질병의 중증도가 과잉 평가되는 한계점도 있음.

○ 국민건강보험정보는 크게 표본연구 DB와 맞춤형 DB로 제공되며 이 연구에서는 맞춤형 DB를 사용함.

- 맞춤형 DB는 전 국민 건강정보 자료를 정책 및 학술 연구목적으로 이용할 수 있도록 연구자가 요청한 표본과 변수를 포함한 자료로 가공하여 연구자에게 제공하는 데이터로, 표본연구 DB에는 없는 지역 정보를 요청할 수 있어서 이 연구에 적합한 자료임.
- 표본연구 DB는 건강보험 빅데이터를 기반으로 수요도가 높은 데이터를 표본 추출하여 정책 및 학술연구용으로 제공하기 위해 규격화한 자료임.
- 표본연구 DB는 기본적으로 자격과 진료내역, 요양기관에 대한 정보를 담고 있음<표 1-1>.

○ 국민건강보험 맞춤형 DB: 이 연구에서는 2010년부터 2018년까지 9년간 국민의 약 5%인 250만 명(농촌 50%, 도시 50%)을 샘플로 하는 데이터를 구성하였음.

표 1-1 건강보험 DB 구성

분류	내용
자격 및 보험료	• 생년월일, 성별, 나이, 거주 지역 등 • 건강보장유형(가입자 구분), 보험료분위 • 장애중증도, 장애유형 • 사망연월, 사망원인
진료내역	• 명세서일반: 요양기관, 상병명, 내원일수, 요양 개시일, 진료과목 등 • 진료내역: 병원 내의 처치 및 수술, 원내 약처방, 투여량, 진료비 등 • 수진자 상병내역: 부상병을 추가한 상세 • 처방전교부 상세내역: 원외 처방약, 투약량, 투여일수, 약물 정보 등
건강검진 및 요양기관	• 검진연도, 검진 내용 등 • 요양기관 종류, 요양기관 주소, 의사 수 등

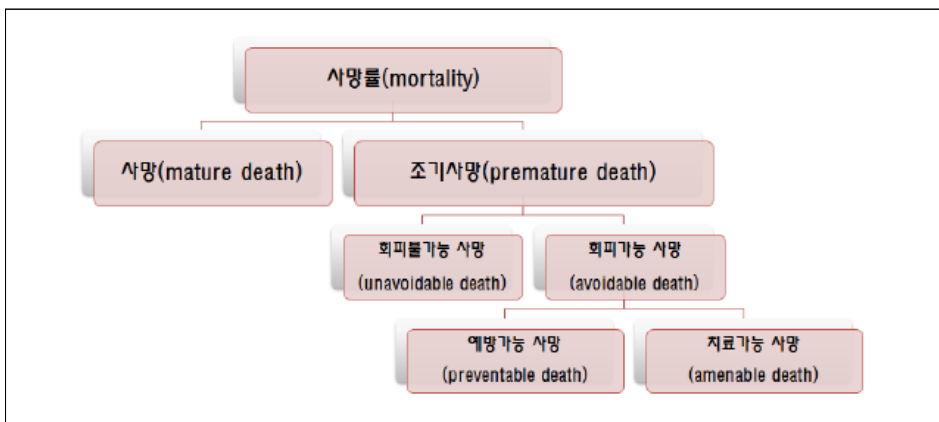
자료: 국민건강보험(2017). 『표본코호트2.0 DB 사용자 매뉴얼』.⁶⁾

4.3.2. 질병 분석

○ 건강 결과 지표로서 회피가능 사망(Avoidable Mortality)을 이용함. 효과적인 보건정책 및 의료서비스를 통해 예방하거나 피할 수 있는 사망으로 보건정책, 의료서비스의 질과 효율성, 건강불평등 수준을 가늠하는 지표로 사용되고 있음(서성효 외 2016; Rutstein et al. 1976).

- 회피가능 사망(Avoidable mortality)은 치료가능 사망(Amenable mortality)과 예방가능 사망(Preventable mortality)으로 구분됨. 치료가능 사망은 의료서비스를 통해 조기검진과 필요한 적절한 치료로 피할 수 있는 사망을 말하며, 예방가능 사망은 건강정책으로 예방할 수 있는 사망을 의미함(정영호 2014; 김동진·이정아 2017; OECD/EU 2016).

그림 1-4 회피가능 사망의 정의



자료: Olatunde et al.(2016).

- 회피가능 질환 중에서 치료가능 질환 또는 사망원인만을 연구 대상으로 할 경우 선행연구를 재구성한 신정우(2016)의 연구를 기초로 이 연구에서는 <표 1-2>에서 제시한 상병을 중심으로 분석을 실행함.

⁶⁾ <<https://nhiss.nhis.or.kr/bd/ab/bdaba005iv.do>>. 검색일: 2019. 12. 15.

- 이 연구에서는 치료가능 사망 관련 상병을 중심으로 유병률, 사망률, 의료기관 이용 형태 등을 분석함.

표 1-2 치료가능 사망 질병과 상병코드

질병	사망 원인	ICD-10 코드
순환기계 질환	만성류마티스성 심질환	I01-I09
	고혈압성 질환	I10-I15
	허혈성 심질환	I20-I25
	뇌혈관 질환	I60-I69
호흡기 질환	독감	J09-J11
	폐렴	J12-J18
	천식	J45-J46
소화기계 질환	위·십이지장 궤양	K25-K28
	충수염, 탈장, 담석증, 담낭염 등	K35-K38, K40-K46, K80-K83, K85, K86.1-K86.9, K91.5
비뇨기계 질환	신장염	N00-N07, N17-N19, N25-N27
	요로폐쇄, 전립선 비대증	N13, N20-N21, N35, N40, N99.1
감염성 질환	결핵	A15-A19, B90
	박테리아 간염 질병	A38-A41, A46, A48.1, B50-B54, G00, G03, J02, L03
	C형 간염	B17.1, B18.2
	후천성면역결핍증	B20-B24
암/신생물	대장암	C18-C21
	피부암	C43
	유방암	C50
	자궁경부암	C53
	방광암	C67
	갑상선암	C73
	림프암	C81
	백혈병	C91, C92.0
	기타 신생물	D10-D36
대사증후군	당뇨병	E10-E14
출산 관련 질환	출생 전후기 질병	P00-P96, A33
	선천성 기형	Q00-Q99
의료사고	치료 중이나 후에 생긴 질병	Y60-Y69, Y83-Y84
신경계 질환	뇌전증	G40-G41

주 1) 출산 관련 질환, 의료사고, 신경계 질환은 분석에서 제외함.

2) 사망원인은 영문으로 표시된 사망원인과 상병코드를 참고하여 저자가 분류하였으며 자세한 병명은 상병코드 참조.

자료: 서성호 외(2016: 106-107).

○ 농촌의 만성질환을 분석에 포함함.

- 농촌형 질병에 농업인이 주로 걸리는 근골격계 질병과 고령화된 농촌 주민이 주로 가지고 있는 만성질환을 포함하여 분석함.
- 우리나라 대부분의 질병 부담이 만성질환에서 비롯되고 있으며 특히 직접 의료비인 진료비 측면에서 고혈압과 당뇨병 등으로 대표되는 만성질환으로 인한 진료비가 최근 10년간 급증하였음.
- 만성질환은 적절한 관리를 통해 심각한 질환으로 발전하는 것을 예방할 수 있지만, 관리가 잘 안 되고 있음(오인환 외 2011; 윤석준 2012).
- 농업인 질병을 구체적으로 분석하기 위해 치료가 가능한 사망 질환인 고혈압, 근골격계통 질환과 함께 치매를 포함하여 분석함.
- 도시와 농촌의 만성질환 유병률, 의료비용, 지속치료율 등을 비교하여 건강격차와 의료격차를 분석함.

○ 농촌 주민과 도시 주민의 건강 차이를 건강보험 데이터를 이용하여 지역, 연령, 상병 등을 이용하여 분석하였음<표 1-3>.

표 1-3 분석에 사용한 변인

항목	세부 변인
인구사회학적 요인	성별, 연령, 출생, 사망, 지역 수진자 도시 농촌 거주 여부와 지역, 의료기관 지역
질환 검사 및 치료행위	질환명 KCD6; 주상병 및 부상병, 입내원일수/처방일수, 진료과목코드, 심결비용, 진료비, 사망일

자료: 국민건강보험(2017). 『표본코호트2.0 DB 사용자 매뉴얼』.

4.3.3. 의료서비스 효율성 비교

○ 의료서비스에 대한 효율성은 효과 평가 단위에 따라 비용-편익 분석(cost-benefit analysis)과 비용-효과 분석(cost-effectiveness analysis), 비용-

효용 분석(cost-utility analysis) 등으로 구분할 수 있음.

- 비용-편익 분석은 편익이 화폐 단위로 추정되어 다른 사업 간 직접 비교가 가능하나 의료서비스의 효율성 평가 측면에서 건강의 가치를 화폐화하는 것이 어려운 문제임.
- 비용-효과 분석은 목표달성을 위해 다양한 대안 중에서 가장 효율적인 대안을 찾는 경우 사용하는 방식이나 대안의 결과가 서로 다른 단위인 경우 비교가 불가능함.

○ 이 연구에서는 치료 방법의 비용 효과성 비교가 아니라 도시 주민과 농촌 주민이 받는 의료서비스의 비용과 효과를 각각 측정하고 도시와 농촌의 의료서비스 비용 효과를 비교하였음.

4.3.4. 외부 전문가 활용

○ 농촌 건강관리 관련 외부 전문가와 협동 연구 및 원고 위탁

- 농촌 보건·의료 정책에 관한 원고
- 국민건강보험 DB에서 제공하는 2,980개의 질병 중 분석에 필요한 질환 선정자문
- 각종 건강 지표 활용방법과 데이터 결과 해석 자문

4.3.5. 위탁조사: 설문조사

○ 농촌 주민 조사

- 건강보험 데이터 분석을 통해 밝혀진 진료비 상위 10위 농촌 지역 10개 군에 거주하는 주민 총 509명을 대상으로 개별면접조사를 실시함.

- 의료(요양)기관 이용 패턴
- 의료서비스의 질
- 의료정책

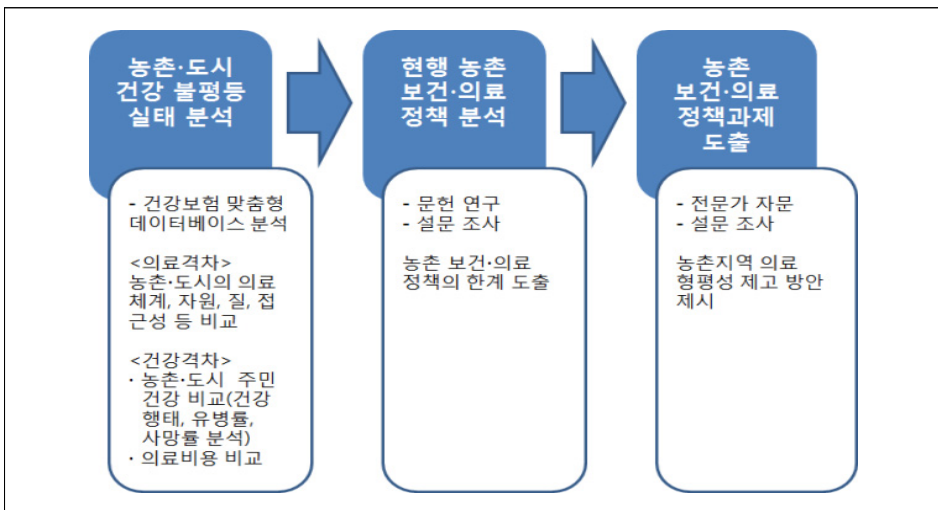
○ 농촌 지역 지방자치단체 보건·의료 공무원 115명을 대상으로 전화 조사를 실시함.

- 지역 의료서비스의 질
- 의료정책

4.3.6. 관련 전문가, 정책담당자 면접조사 및 자문회의

○ 전문가 협의회를 통해 현행 제도체계 및 한계점 및 정책과제에 대한 논의하였음.

그림 1-5 연구 내용 및 방법



자료: 저자 작성.

제2장

농촌·도시의 건강실태 비교



2

농촌·도시의 건강실태 비교

1. 지역 의료격차⁷⁾

1.1. 농촌 필수의료기관 분포

○ 농촌의 경우 의료기관이 도시와 비교하여 부족하며, 특히 필수의료기관 부재는 커다란 사회문제로 부상함.

- 시·군·구별 인구 10만 명당 의사 수는 가장 많은 대구 중구가 1,737명이며 가장 적은 강원 고성이 46.3명으로 37.5배 차이가 나며, 내과·한방과·정형외과·산부인과 등 중요과목 진료 가능 시·군 비율이 2015년 76.8%에서 2017년 71.7%로 감소함(농민신문 2018. 6. 1.).
- 필수의료기관 부재로 전국 138개 농어촌 시·군 중 28.3%는 1차 진료서비

⁷⁾ 제2장 1절은 보건사회연구원 김동진 박사에게 위탁한 원고(도농 간 보건·의료 자원의 불평등) 내용을 재정리하였음.

스 제한 지역이며 군 지역 중에서 53.7%만 중요과목(내과, 한방과, 정형외과, 산부인과, 치과 등) 진료가 가능한 상황임(농림축산식품부 2018).

- 예로, 2019년 4월 현재, 전북 8개 군 중에 안과가 없는 지역이 2개 군(임실군, 장수군)이며, 산부인과가 없는 지역은 5개 군(순창군, 임실군, 장수군, 진안군, 무주군)임.⁸⁾
- 장수군과 무주군은 병원이 없고 의원만 있음.

표 2-1 의료기관 분류

구분	기준	대상
의원	30개 병상 미만	동네 병원, 의원, 치과의원, 한의원, 주로 외래환자 대상
병원	30개 병상 이상	주로 입원환자 대상. 전문병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원
종합병원	100개 병상 이상	주로 입원환자 대상. 100~500개 병상 미만이면서 일정 수 이상의 진료과목이 있고 진료과목마다 전속 전문의가 있음.
상급종합병원	종합병원 중 보건복지부 지정	주로 중증질환자 대상. 500개 병상 이상이면서 20개 이상의 진료과목과 진료과목마다 전속하는 전문의가 있음.

자료: 보건복지부(2012). 『의료기관 개설 및 의료법인 설립 운영 편람』.

○ 2004년 전국 군 지역의 48.9%가 지역응급의료기관이 없었음. 지역응급의료기관의 상급 의료기관인 지역응급의료센터는 2004년 100개소 중 농어촌 지역은 2개소였음.

- 2019년 1월 지역응급의료센터는 117개소로 증가하였지만, 여전히 농촌 지역은 2개소(화순군, 홍성군)에 불과함.
- 2019년 63개 군에 응급의료기관이 있지만, 여전히 82개 군 중 19개 군(23%)에는 응급의료기관이 없음.

⁸⁾ 보건 의료빅데이터개방시스템 요양기관 개폐업 현황. <<https://opendata.hira.or.kr/op/opc/yadmOpCloPrsnt.do>>. 검색일: 2019. 12. 15.

표 2-2 2019년 1월 기준 농촌 지역 응급의료기관 현황

도	군
경기(2)	양평군(병), 연천군(보)
경남(8)	고성군(병), 합천군(병), 하동군(병), 의령군(병), 남해군(병), 창녕군(병), 함양군(병), 산청군(보)
경북(8)	예천군(병), 울진군(병), 고령군(병), 청도군(병), 성주군(병), 의성군(병), 울릉군(보), 청송군(보)
전남 (22/15군)	무안군(중), 영광군(2, 중, 중), 고흥군(2, 중, 병), 장흥군(2, 중, 병), 해남군(2, 중, 중), 곡성군(병), 구례군(병), 담양군(병), 보성군(2, 병, 병), 완도군(병), 신안군(병), 장성군(병), 강진군(병), 진도군(병), 화순군(3, 상, 병, 병)
전북(8)	부안군(중), 고창군(중), 완주군(병), 진안군(병), 무주군(보), 순창군(보), 임실군(보), 장수군(보)
충남(5)	서천군(병), 부여군(병), 청양군(보), 태안군(보), 홍성군(중)
충북(5)	진천군(중), 옥천군(중), 괴산군(병), 영동군(병), 음성군(병)
강원(8)	영월군(중), 홍천군(중), 정선군(병), 양구군(병), 철원군(병), 횡성군(병), 평창군(보), 화천군(보)
기타(4)	울산 울주군(병), 인천 강화군(병), 인천 옹진군(병), 부산 기장군(중)

주 1) 상=상급종합병원, 중=종합병원, 병=병원, 보=보건의료원

2) 화순과 홍성은 지역응급의료센터가 포함됨.

자료: 중앙응급의료센터 응급의료기관 현황⁹⁾ 재구성.

○ 의료취약지¹⁰⁾

- 농어촌 지역을 중심으로 분만 서비스 가능 산부인과가 감소하고 있음. 분만취약지 98개 지역 중 78개가 군으로 농촌 지역임. 산부인과는 있으나 분만실이 없는 40개 시·군(2017년 12월 기준) 중 33개 지역이 군 지역임.
- 2018년 응급의료 취약지는 99개 시·군이며, 이 중 78개가 군 지역으로 응급의료취약지는 감소하지 않음.
- 내과취약지 62곳 중 60곳이 군으로 농촌 지역, 외과취약지 88곳 중 76곳이 군으로 농촌 지역, 소아청소년과 취약지 89개 중 75곳이 군으로 농촌 지역임.
- 의료취약지에 포함된 시 지역 역시 농촌의 포함된 도농복합시로 대부분 농촌 지역임.

⁹⁾ <https://www.e-gen.or.kr/egen/notice_view.do?brdctsn=6801>. 검색일: 2019. 12. 15.

¹⁰⁾ 보건복지부 국립중앙의료원(2016, 2018). 『의료취약지 모니터링 연구』.

1.2. 지역 간 의료기관 및 병상 수 분포 격차

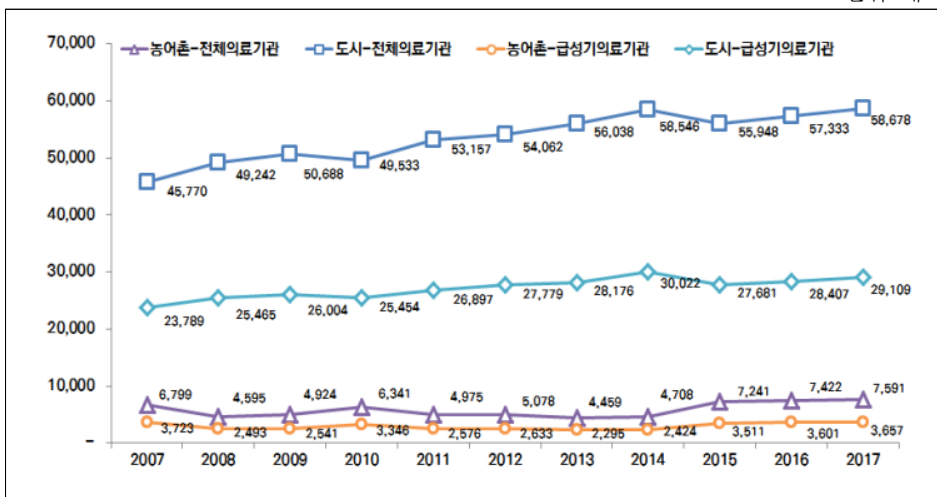
1.2.1. 의료기관 분포 현황

○ 농어촌의 자원 결핍은 여러 가지 분야에서 나타나고 있지만, 특히 보건·의료 자원의 분포 측면에서 도농 간 격차는 다른 어떤 자원의 격차보다 크다고 할 수 있음.

- 2017년 기준 의료기관의 수는 도시의 경우 58,678개소, 농어촌의 경우 7,591개소로 농어촌에 분포한 의료기관은 도시의 12.9%에 불과함.
- 종합병원, 병원, 의원 등 급성기 의료기관의 경우에도 도시는 29,109개소 인 반면, 농어촌은 3,657개소로 도시의 12.6%에 불과함.

그림 2-1 연도별 도농 간 의료기관 수 격차

단위: 개소



주: 전체의료기관-종합병원, 병원, 의원, 치과병원, 치과의원, 한방병원, 한방의원, 요양병원
급성기의료기관-종합병원, 병원, 의원

자료: 농촌진흥청 국립농업과학원(2018). 『농어업인 등에 대한 복지실태 조사보고서』, pp. 263-264 재구성.

○ 의료기관 종별로는 종합병원, 치과병·의원, 한방병·의원의 도농 간 분포의 격차가 상대적으로 큼.

- 종합병원은 도시에 316개소가 운영 중인 반면, 농어촌은 28개소로 도시의 8.9% 수준임.
- 치과병·의원은 도시에 15,826개소, 농어촌에 1,788개소가 운영되고 있어, 농어촌은 도시의 11.3% 수준에 불과함.
- 한방병·의원은 도시에 12,686개소, 농어촌에 1,781개소가 운영되고 있어, 농어촌은 도시의 14.0% 수준에 불과함.

○ 의료기관 수를 기준으로 지난 10년간 의료격차가 더욱 심화됨. 종합병원 및 요양병원의 개수 격차는 감소하였으나, 나머지 의료기관 수 격차가 커졌기 때문임.

- 2007년 농어촌의 의료기관 수는 도시의 14.9% 수준이었으나, 2017년에는 농어촌 의료기관 수가 도시의 12.9% 수준으로 적어짐.
- 종합병원과 요양병원의 경우 비율 기준으로는 의료기관 수 격차가 좁혀짐. 2007년 농어촌의 종합병원 수는 도시의 7.1%였으나, 2017년에는 도시의 8.9%로 증가함. 요양병원의 개수는 2007년 농어촌이 도시의 30.0%, 2017년 34.5%로 증가함.
- 그러나 개수를 기준으로 하면 2007년에는 도농 간 종합병원 수 차이가 262개소였으나, 2017년에는 288개소여서 격차가 확대된 것으로 볼 수 있음. 요양병원도 도농 간 차이가 2007년 319개소에서 2017년 992개소로 확대됨.
- 병원 수는 2007년 농촌이 도시의 24.7% 수준에서, 2017년 18.8% 수준으로 낮아지는 등 종합병원과 요양병원 이외의 의료기관 수 격차는 넓어짐.

표 2-3 연도별 병원종별 도농 간 의료기관 수 현황

단위: 개소

연도	구분	계	종합 병원	요양 병원	병원	의원	치과 병원	치과 의원	한방 병원	한의원
2007	농어촌	6,799	20	137	187	3,516	4	1,543	17	1,375
	도시	45,770	282	456	758	22,749	147	11,737	121	9,520
2008	농어촌	4,595	22	130	170	2,301	20	947	8	997
	도시	49,242	291	560	894	24,280	164	12,671	131	10,251
2009	농어촌	4,924	22	341	175	2,344	3	1,007	8	1,024
	도시	50,688	290	621	954	24,760	175	13,064	143	10,681
2010	농어촌	6,341	30	177	185	3,131	5	1,444	15	1,354
	도시	49,533	282	672	969	24,203	183	12,630	144	10,450
2011	농어촌	4,975	23	170	170	2,383	3	1,118	8	1,100
	도시	53,157	296	805	1,075	25,526	196	13,884	170	11,205
2012	농어촌	5,078	23	189	178	2,432	3	1,130	5	1,118
	도시	54,062	300	898	1,149	26,330	199	13,670	194	11,322
2013	농어촌	4,459	23	190	164	2,108	3	1,007	5	959
	도시	56,038	301	1,038	1,167	26,708	197	14,572	198	11,857
2014	농어촌	4,708	21	205	170	2,233	4	1,018	6	1,051
	도시	58,546	300	1,099	1,266	28,456	198	14,915	228	12,084
2015	농어촌	7,241	27	336	273	3,211	6	1,672	10	1,706
	도시	55,948	310	999	1,219	26,152	207	14,912	250	11,899
2016	농어촌	7,422	28	346	271	3,302	6	1,734	12	1,723
	도시	57,333	313	1,040	1,239	26,855	217	15,262	270	12,137
2017	농어촌	7,591	28	365	232	3,397	6	1,782	12	1,769
	도시	58,678	316	1,057	1,232	27,561	225	15,601	300	12,386

자료: 농촌진흥청 국립농업과학원(2018). 『농어업인 등에 대한 복지실태 조사보고서』. pp. 263-264 재구성.

○ 도농 간 의료기관 분포의 격차는 의료기관에 대한 물리적 접근성을 저하시키고 있음.

- 농어촌 지역에서 의료기관에 도달하기까지의 시간을 조사한 결과 종합병원의 경우 30분 미만 도달률은 36.3%에 불과하며, 1시간 이상 소요되는 경우도 15.2%나 되는 것으로 나타났음.

표 2-4 농어촌 지역에서 의료기관에 도달하기까지의 소요시간(2015년 기준)

단위: %

	행정리 안에 있음	다른 지역에 있음							이용하지 않음
		10분 미만	10~20분 미만	20~30분 미만	30~40분 미만	40~50분 미만	50~60분 미만	1시간 이상	
약국	7.6	31.4	40.2	13.6	5.0	1.2	0.2	0.8	0.1
보건진료소	3.0	28.2	27.1	8.2	3.1	1.1	0.3	0.3	28.9
보건소	3.3	41.3	37.3	8.9	2.7	0.6	0.1	0.3	5.4
병·의원, 한의원	5.7	25.9	37.8	17.6	8.5	2.4	0.5	1.3	0.3
종합병원	0.4	3.9	12.0	20.0	23.0	14.2	6.8	15.2	4.5

자료: 자료 농촌진흥청 국립농업과학원(2018). 『농어업인 등에 대한 복지실태 조사보고서』. p. 265.

○ 광역시·도별 의료기관 종별 의료기관 수를 살펴본 결과, 약국을 포함한 의료기관 수는 총 93,184개소이며, 이 중 45.3%는 수도권(서울, 경기)에 분포하는 것으로 나타남.

- 경기도를 제외한 나머지 8개 광역도에 분포한 의료기관은 26,864개소로 전체의 28.8%였음.

표 2-5 광역시·도별 의료기관종별 의료기관 수(2018년 기준)

단위: 개소

구분	전체	상급 종합 병원	종합 병원	병원	요양 병원	의원	치과 병원	치과 의원	조산원	보건 기관	한방 병원	한의원	약국
전체	93,184	42	311	1,465	1,560	31,718	237	17,668	21	3,478	307	14,295	22,082
서울	22,345	13	45	223	119	8,372	65	4,807	3	33	42	3,614	5,009
부산	6,679	4	25	137	187	2,342	24	1,265	2	32	9	1,135	1,517
대구	5,001	5	10	108	64	1,760	17	882	-	25	2	869	1,259
인천	4,404	3	16	62	72	1,529	9	900	2	63	26	649	1,073
광주	2,809	2	20	78	64	933	13	614	-	16	87	318	664
대전	2,975	1	9	49	51	1,068	6	523	1	19	6	512	730
울산	1,791	-	8	41	42	604	3	381	-	24	2	283	403
세종	465	-	-	-	6	171	1	80	-	18	1	73	115
경기	19,851	5	58	265	336	6,817	36	4,082	7	332	51	3,070	4,792
강원	2,497	1	14	45	33	761	4	382	-	244	2	354	657
충북	2,704	1	12	39	52	865	3	417	1	266	8	393	647
충남	3,605	2	11	45	91	1,062	11	548	-	401	5	521	908
전북	3,740	2	11	77	86	1,153	3	573	-	405	29	509	892

(계속)

구분	전체	상급 종합 병원	종합 병원	병원	요양 병원	의원	치과 병원	치과 의원	조산원	보건 기관	한방 병원	한의원	약국
전남	3,367	1	23	74	84	943	7	469	2	563	24	377	800
경북	4,441	-	20	76	120	1,282	14	652	1	559	4	632	1,081
경남	5,310	2	23	139	144	1,620	20	881	1	414	9	801	1,256
제주	1,200	-	6	7	9	436	1	212	1	64	-	185	279

자료: 심평원 보건의료빅데이터개방시스템(<http://opendata.hira.or.kr/op/opc/olapMdclRcStatsInfo.do>).
검색일: 2019. 8. 26.

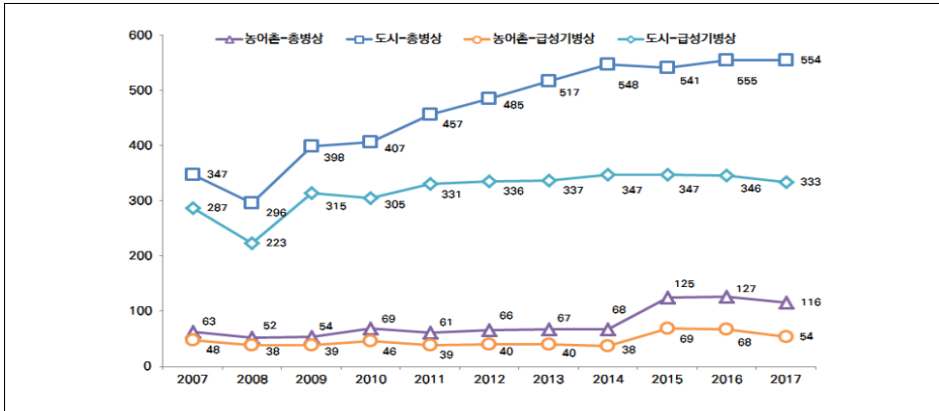
1.2.2. 병상 수 분포 현황

○ 도농 간 의료기관 분포의 격차에 따라 병상 수의 격차도 나타나고 있음.

- 2017년 기준 도시의 병상 수는 554천 개 병상, 농어촌의 병상 수는 116천 개 병상으로 농어촌에 분포한 병상 수는 도시의 20.9% 수준임.
- 종합병원, 병원, 의원 등 급성기 병상의 경우는 도시 333천 개 병상, 농어촌 54천 개 병상으로 16.2%에 불과함.

그림 2-2 연도별 도농 간 병상 수 격차

단위: 천 개



주: 총병상-종합병원, 병원, 의원, 치과병원, 치과의원, 한방병원, 한방의원, 요양병원 병상
급성기병상-종합병원, 병원, 의원 병상

자료: 농촌진흥청 국립농업과학원(2018). 『농어업인 등에 대한 복지실태 조사보고서』. pp. 261-262 재구성.

○ 의료기관 종별로는 특히 종합병원 병상 수의 격차가 상대적으로 크게 나타남.

- 종합병원 병상 수는 도시 141천 개 병상인 반면, 농어촌 9천 개 병상으로 농어촌에 분포한 병상 수는 도시의 6.5% 수준에 지나지 않음.

○ 지난 10년간 병상 수 비율 격차는 줄어들었으나, 병상 수 개수 격차는 약 1.5 배 커진 것으로 나타남. 병상 수 비율 격차 또한 종합병원과 요양병원을 제외한 나머지 의료기관에서는 더욱 커진 것으로 나타남.

- 2007년 도농간 병상 수 차이는 283,585개였으나, 2017년에는 438,687 개로 확대됨. 병상 수 비율은 2007년에 농어촌 병상 수가 도시의 18.3% 수준이었으나, 2017년에는 20.9% 수준으로 많아짐.
- 의원의 경우 2007년 농어촌의 병상 수가 도시의 22.1%, 2017년 13.6%로 도농 간 격차가 커짐. 이외에도 종합병원과 요양병원을 제외한 나머지 의료기관의 병상 수 비율 격차는 넓어짐.

표 2-6 연도별 병원종별 도농 간 병상 수 현황

단위: 개소

연도	구분	계	종합 병원	요양 병원	병원	의원	치과 병원	치과 의원	한방 병원	한의원
2007	농어촌	63,316	4,581	14,393	25,847	17,432	29	0	880	154
	도시	346,901	121,259	52,334	86,545	78,860	220	17	7,365	301
2008	농어촌	51,649	5,016	12,789	23,674	9,611	24	0	377	158
	도시	296,086	123,657	64,181	98,980	88,231	229	14	8,233	704
2009	농어촌	54,200	5,277	15,122	24,066	9,289	25	0	358	63
	도시	398,422	125,324	74,381	106,722	82,473	266	39	8,336	881
2010	농어촌	68,663	9,136	21,150	24,182	13,181	25	0	926	63
	도시	406,943	123,961	91,677	106,488	75,023	303	45	8,565	881
2011	농어촌	60,574	5,893	21,144	24,125	8,874	24	0	438	76
	도시	456,938	131,835	114,150	121,400	77,703	327	90	10,205	1,228
2012	농어촌	65,723	5,882	25,362	25,874	8,251	24	0	278	52
	도시	484,932	132,968	135,692	129,146	73,618	293	61	11,669	1,485

(계속)

연도	구분	계	종합 병원	요양 병원	병원	의원	치과 병원	치과 의원	한방 병원	한의원
2013	농어촌	67,345	5,982	26,842	27,464	6,659	24	0	279	95
	도시	517,174	135,443	165,817	128,397	72,982	283	92	12,309	1,851
2014	농어촌	67,742	5,797	29,538	25,771	6,220	0	0	338	78
	도시	547,815	139,185	184,448	137,803	69,918	277	76	13,793	2,315
2015	농어촌	124,651	8,459	54,999	50,581	9,742	30	0	579	261
	도시	540,776	138,415	174,847	139,299	69,206	256	61	15,922	2,770
2016	농어촌	126,553	9,032	57,684	49,839	9,003	30	0	785	180
	도시	555,379	139,986	188,689	140,286	66,167	237	80	17,194	2,740
2017	농어촌	115,802	9,182	61,067	36,353	8,290	30	0	681	199
	도시	554,499	140,978	198,663	131,617	60,514	233	94	19,501	2,899

자료: 농촌진흥청 국립농업과학원(2018). 『농어업인 등에 대한 복지실태 조사보고서』. pp. 261-262 재구성.

1.3. 지역 간 의료인력 분포 격차

○ 도농 간 의료자원의 격차는 의료인력 분포의 측면에서도 뚜렷하게 나타나고 있음.

- 우리나라의 의사의 절반 이상(52.1%)이 수도권에 분포하고 있는 반면, 농촌 지역인 군 지역에서 활동하는 의사는 전체의 5.7%에 불과함.

표 2-7 지역별 보건의료인력 분포

단위: 명

지역	보건의료인력 수				보건의료인력 대비 인구수			
	의사	치과의사	한 의사	계	의사	치과의사	한 의사	계
대도시	53,755	12,910	9,780	76,445	1:415	1:1729	1:2283	1:292
수도권	5,1444	12,946	9,331	73,721	1:605	1:2405	1:3336	1:422
시	92,688	22,878	18,015	133,581	1:510	1:2606	1:2623	1:353
군	5,025	1,272	1,722	8,019	1:883	1:3487	1:2575	1:553
전체	97,713	24,150	19,737	141,600	1:529	1:2056	1:2619	1:365

주: 대도시는 서울특별시+6대 광역시의 구, 수도권은 서울특별시+인천광역시(옹진군 제외)+경기도(연천군 제외), 시는 군(광역시 소속 군 포함 82개 군)을 제외한 모든 지역.

자료: 국가통계포털. 검색일: 2017. 12. 11. 국민건강보험공단 건강보험통계(2016): 시·군·구별 인력현황 I (의사, 약사 등); 김동진 외(2017) 재인용.

○ 지역별로 인구 10만 명당 의사 수를 구한 결과 상위 10개 지역의 인구 10만 명당 의사 수는 1,752명이었고, 상위 10개 지역 평균은 인구 10만 명당 883명이었음.

- 반대로, 하위 10개 지역의 인구 10만 명당 의사 수는 56명, 하위 10개 지역 평균은 인구 10만 명당 40명 수준으로 지역별 격차가 컸음.

1.4. 지역 간 의료서비스의 질 격차

○ 보건의료기관종별 서비스 만족도 조사 결과 농어촌은 도시에 비해 의료기관에 대한 만족도가 높은 것으로 나타났음.

- 보건의료기관종별로는 보건소의 만족도가 가장 높았고, 다음으로 한방병원, 종합병원, 병·의원의 순으로 나타났음.

표 2-8 연도별 보건의료기관종별 서비스 만족도

단위: %

연도	구분	종합병원			병·의원			한의원(한방병원)			보건소		
		만족	보통	불만	만족	보통	불만	만족	보통	불만	만족	보통	불만
2008	농어촌	62.9	26.6	10.5	54.4	38.7	6.8	55.0	37.9	7.0	75.6	21.2	3.2
	도시	52.0	33.3	14.7	47.3	44.1	8.6	55.2	38.1	6.7	51.0	38.3	10.7
2010	농어촌	58.4	29.8	11.8	53.5	44.2	7.7	52.0	38.7	9.3	71.2	26.3	2.5
	도시	51.3	33.4	15.2	46.1	43.1	9.7	56.6	35.7	7.6	50.6	35.0	14.4
2012	농어촌	58.8	30.2	10.9	54.5	37.7	7.8	52.0	35.7	9.3	70.0	25.8	4.2
	도시	51.7	34.4	13.9	45.2	45.6	9.2	56.6	36.2	7.6	56.7	34.2	9.1
2014	농어촌	60.4	34.4	12.6	49.7	43.6	6.7	55.8	37.1	7.1	72.6	23.3	4.1
	도시	53.2	34.4	12.6	47.5	45.0	7.4	54.0	38.6	7.4	62.2	33.9	4.0
2016	농어촌	59.5	31.4	9.1	58.2	36.1	5.7	61.5	30.1	8.4	68.5	28.0	3.5
	도시	51.8	35.3	13.0	47.3	44.8	7.8	51.9	39.9	8.1	55.1	35.7	9.2
2018	농어촌	60.9	30.5	8.6	58.5	35.3	6.2	64.5	31.1	4.4	79.0	17.4	3.6
	도시	57.0	31.9	11.1	53.2	39.4	7.4	56.0	39.0	5.0	63.2	31.9	4.9

주: 2010년 이전-15세 이상 인구 대상, 2012년 이후-13세 이상 인구 대상

자료: 각 연도 사회조사; 농촌진흥청 국립농업과학원(2018). 『농어업인 등에 대한 복지실태 조사보고서』. p. 266
재인용 일부 발췌.

○ 보건의료기관이 제공하는 서비스에 만족하지 못한 사람들을 대상으로 그 이유에 대해 조사한 결과, 농어촌의 경우 ‘의료비가 높다’, ‘진료 및 입원대기 시간이 길다’, ‘치료 결과가 미흡하다’는 응답이 많았음.

- 다음으로 ‘불친절하다’, ‘진료가 불성실하다’, ‘전문의료인력이 부족하다’의 순으로 나타났음.
- 도시와 비교하였을 때 서비스에 만족하지 못하는 이유는 불친절하다, 의료시설이 낙후되거나 미비하다, 전문의료인력이 부족하다 등이었음.

표 2-9 보건의료기관에 대한 서비스 불만족 이유

단위: %

연도	구분	불친절하다	의료비가 높다	치료 결과가 미흡하다	진료가 불성실하다	진료 및 입원대기 시간이 길다	의료 시설이 낙후 되거나 미비하다	필요 이상으로 진료 (검사 등) 를 많이 한다	전문 의료 인력이 부족하다	기타
2008	농어촌	11.7	32.8	19.9	9.4	16.4	2.0	5.6	1.6	0.6
	도시	13.4	27.9	20.3	9.0	15.7	5.9	4.1	3.7	0.0
2010	농어촌	11.7	29.9	17.9	8.0	19.4	2.6	8.5	1.7	0.3
	도시	8.4	30.7	21.1	6.7	19.8	5.1	5.1	2.9	0.2
2012	농어촌	13.5	24.3	18.1	10.1	16.3	6.7	5.5	5.2	0.2
	도시	11.1	28.2	19.7	11.1	17.9	2.4	7.9	1.4	0.2
2014	농어촌	10.3	17.5	24.2	8.6	22.5	5.1	5.8	5.2	0.7
	도시	11.2	26.1	20.0	9.6	19.8	2.2	9.1	2.0	0.1
2016	농어촌	15.6	19.5	20.7	9.2	17.1	7.1	6.4	4.2	0.3
	도시	11.5	24.9	20.0	9.8	19.9	1.8	9.8	1.7	0.7
2018	농어촌	11.5	22.1	17.3	7.0	17.7	4.9	5.8	6.2	-
	도시	9.1	25.1	21.7	8.1	20.6	2.0	8.2	2.7	0.5

주: 의료서비스 불만족자 대상, 주된 응답.

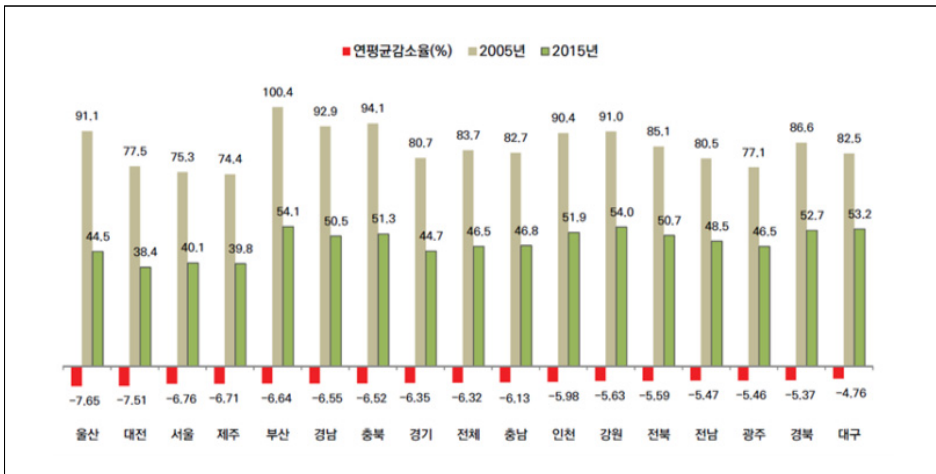
자료: 각 연도 사회조사; 농촌진흥청 국립농업과학원(2018). 『농어업인 등에 대한 복지실태 조사보고서』. p. 267 재인용.

○ 치료가능사망률은 검진과 치료로 피할 수 있는 사망으로 의료서비스의 성과를 종합적으로 평가할 수 있는 지표로 인정받고 있음.

- 2005~2015년 기간 동안 전국 단위에서 치료가능사망률의 연평균 감소율은 평균 6.32%로 나타났으며, 이 수치보다 높은 감소율은 의료서비스 수준이 전국 평균에 비해 많이 개선된 것으로 해석할 수 있음.
- 치료가능사망률의 연평균 감소율이 전국 평균보다 높은 지역은 울산, 대전, 서울, 제주, 부산, 경남, 충북, 경기였고, 충남, 인천, 강원, 전북, 전남, 광주, 경북, 대구 등은 전국 평균보다 낮았음.

그림 2-3 지역별 인구 10만 명당 치료가능사망률

단위: 명



자료: 강희정 외(2016), 『한국의료의 질 보고서』 p. 10. 한국보건사회연구원.

○ 치료가능사망률 격차를 시·군·구로 구분하였을 때 지역별 격차가 더 두드러짐. 서울 강남구의 치료가능사망률은 인구 10만 명당 29.6명, 경북 영양군은 107.8명으로 3.6배의 격차가 나타났음(보건복지부 2018a).

- 치료가능사망률 하위 5개 지역 중 경북 울릉군을 제외하면 모두 수도권이었으며, 상위 5개 지역은 모두 군 지역이거나 지방의 중소도시였음.

표 2-10 치료가능사망률 상·하위 시·군·구 현황

단위: 명/인구 10만 명

순위	하위 5개 시·군·구		상위 5개 시·군·구	
	지역	치료가능사망률	지역	치료가능사망률
1	서울 강남구	29.6	경북 영양군	107.8
2	서울 서초구	30.1	강원 양구군	92.0
3	경북 울릉군	30.3	충북 음성군	86.3
4	성남시 분당구	30.3	경남 밀양시	82.1
5	용인시 수지구	30.9	경남 의령군	80.9

자료: 보건복지부(2017). 『국민보건의료실태조사』.

2. 농촌·도시 건강격차

2.1. 건강보험공단 데이터 추출

○ 건강보험 공단 데이터 분석이 안정적인 수 있도록 분석영역별로 충분한 표본 수가 확보될 수 있도록 표본을 고려함.

- 예로, 읍면과 동 지역 인구비율이 20:80임. 두 영역 간 비교가 중요하다면 동일하거나 유사한 비율로 추출하는 절충할당(예, 50:50 혹은 40:60)이 필요함.

○ 오차한계(*moe*)는 유병률 추정치로부터 신뢰하한 혹은 신뢰상한까지의 거리로 정의됨. 만약, 오차한계가 0.01이 될 수 있도록 (분석영역별) 표본크기를 정한다면 다음을 만족하는 n 유도¹¹⁾

$$1.96 \sqrt{\frac{p(1-p)}{n} \left(1 - \frac{n}{N}\right)} = 0.01$$

- 여기서 p =유병률, n 과 N 은 표본과 모집단 개체수를 각각 나타냄. $1 - n/N$

¹¹⁾ 예로, 모집단 5천만인 경우 신뢰수준 99%, 표본오차 1%인 경우 필요 샘플사이즈는 16,636임. 모집단 3만인 경우 신뢰수준 95% 표본오차 3%인 경우, 필요 샘플사이즈는 1,031명.

은 유한모집단 수정계수(finite population correction factor)로 불리며, 모집단 전체를 포함($n/N=1$)하여 추정한다면, 표본오차는 이론적으로 0의 값을 가져야 함.

○ 자문을 통한 의견을 토대로 농촌 주민을 충분히 포함한 데이터를 추출함.

- 전 국민 5%(약 250만 명)를 농촌과 도시 5:5 비율로 추출함.
- 종단과 횡단 분석이 가능하도록 데이터를 추출함.
- 2010년을 기준으로 동일 샘플을 추출하여 동일 인물의 9년간 변화를 추적할 수 있음(2010~2018).
- 사망, 자격상실 등으로 건강보험 데이터에서 탈락한 인원은 2014년과 2018년 지역, 연령, 성별을 고려하여 보충하여 2010년, 2014년, 2015년을 비교할 수 있도록 함.

표 2-11 샘플 기초 통계량

분류 \ 연도		2018년	
		도시	농촌
성별	남	710,034	581,911
	여	715,069	564,870
노인기준	65세 미만	1,194,409	794,277
	65세 이상	230,694	352,504
나이	20세 이하	191,303	136,551
	21~40세	440,038	235,151
	41~60세	487,155	351,602
	61~80세	246,168	297,213
	81세 이상	60,439	126,264
지역별	특별시	333,987	
	광역시	432,380	
	일반시	309,880	
	도농도시	348,856	
	도농농촌	645,444	
	군	501,337	
합계		1,425,103	1,146,781

자료: 국민건강보험공단, 국민건강보험 맞춤형 DB.

2.2. 건강격차

○ 농촌과 도시 주민의 건강격차를 살펴보기 위해 치료가능 사망에 포함되는 상병 기준으로 유병률, 사망률, 지속치료율¹²⁾을 비교하였음.

- 유병률과 사망률은 인구구조를 반영하지 않은 조유병률¹³⁾과 조사망률, 그리고 농촌과 도시의 다른 인구구조를 반영하여 표준화한 연령표준화 유병률과 사망률을 제시함. 연령표준화¹⁴⁾ 수치는 개별 연령대를 비교하기보다는 지역 전체를 비교하기 위하여 사용하였음.

- 연령별 구간의 표준인구 비율을 계산하여 연령표준화 유병률을 구한 연령표준화 작업을 통해 인구구조가 다른 두 집단의 유병률을 비교하였음.

○ 치료가능 사망 상병은 특성이 다른 질환이 포함되어 있기 때문에 농촌 주민의 건강과 의료기관 이용 특성을 살펴보기 위해 주요 질환¹⁵⁾과 농촌형 질환¹⁶⁾, 만성질환¹⁷⁾인 당뇨를 추가 분석하였음.

○ 농촌은 노인인구가 도시보다 많은 인구구조를 보이며, 노인인구는 건강지표에 큰 영향을 미치기 때문에 연령표준화 지표와 더불어 65세 미만, 65세 이상 연령구간의 유병률과 사망률을 제시하여 농촌과 도시의 건강격차를 비교하였음.

12) 이 연구에서는 만성질환자 대비 1년 중 10개월 이상 치료한 환자의 비율을 지속치료율로 구하였음.

13) 표준화하지 않은 유병률(해당 관찰기간 동안 특정 인구집단의 유병자 수를 전체인구로 나눈 값으로 일반적으로 인구 100,000명당 비율로 표시).

14) 각 연령군에 해당하는 표준인구의 비율을 가중치로 주어 산출한 지표로 연령 구조가 다른 지역 간 혹은 기간별 유병률, 사망률 등을 비교하기 위해 사용함. 우리나라 2005년 주민등록연앙인구를 표준인구로 사용함.

15) 주요 질환은 우리나라 3대 사망원인 상병인 암, 폐렴, 심장 질환을 포함하였음.

16) 농촌형 질환은 농촌의 유병률이 높은 고혈압, 근골격 질환, 치매를 포함하였음.

17) 만성질환은 넓게 고혈압과 당뇨뿐만 아니라 치매, 근골격계 질환 등을 포함하며, 이 보고서에서는 대표적으로 고혈압과 당뇨, 근골격계 질환을 만성질환으로 분류함.

2.2.1. 치료가능 사망 질환별 유병률과 사망률

- 순환기 질환은 만성류마티스성 심질환, 고혈압성 질환, 허혈성 심질환, 뇌혈관 질환을 포함함. 순환기 질환의 유병률과 사망률 모두 농촌이 높게 나타남.
- 조유병률은 농촌이 도시에 비해 1.5배 이상 높고, 연령표준화 후 유병률 격차는 감소되었으나 여전히 농촌이 도시보다 10% 이상 높은 유병률을 보임.
 - 조사사망률은 농촌이 도시에 비해 2배 이상 높았으며, 연령표준화 후 사망률 격차는 감소되었으나 여전히 농촌이 도시보다 20% 이상 높은 사망률을 보임.

표 2-12 순환기 질환 연령표준화 유병률 및 사망률

단위: 명/십만 명

연령	도시 유병률	농촌 유병률	도시 표준화 유병률	농촌 표준화 유병률	도시 사망률	농촌 사망률	도시 표준화 사망률	농촌 표준화 사망률
20세 이하	176.2	174.3	-	-	0.5	1.5		
21~40세	1,804.6	2,122.9	-	-	0.7	0.4		
41~60세	16,593.7	18,906.9	-	-	7.2	12.7		
61~80세	44,883.2	47,997.6	-	-	68.1	89.2		
81세 이상	54,555.8	56,043.7	-	-	539.5	530.3		
전체	16,319.9	24,863.1	11,253.7	12,385.5	31.7	70.5	17.9	21.9

자료: 국민건강보험공단, 국민건강보험 맞춤형 DB.

- 호흡기 질환은 독감, 폐렴, 천식을 포함함. 유병률과 사망률 모두 농촌이 높게 나타남.
- 조유병률은 농촌이 도시보다 17% 높지만, 연령표준화한 유병률은 격차가 줄어 농촌이 7% 더 높았음.
 - 조사사망률은 농촌이 2배 이상 높게 나타남. 표준화한 사망률은 격차가 줄어들지만 농촌이 여전히 20% 더 높게 나타남.

표 2-13 호흡기 질환 연령표준화 유병률 및 사망률

단위: 명/십만 명

연령	도시 유병률	농촌 유병률	도시 표준화 유병률	농촌 표준화 유병률	도시 사망률	농촌 사망률	도시 표준화 사망률	농촌 표준화 사망률
20세 이하	13,773.4	14,960.0	-	-	0.0	0.7		
21~40세	6,084.9	6,280.6	-	-	0.2	1.3		
41~60세	6,278.1	6,565.9	-	-	7.7	8.7		
61~80세	9,019.5	10,405.0	-	-	73.6	111.2		
81세 이상	13,400.3	14,624.1	-	-	999.1	998.3		
전체	8,000.2	9,389.2	8,560.6	9,189.9	47.4	113.1	24.8	30.0

자료: 국민건강보험공단, 국민건강보험 맞춤형 DB.

○ 소화기계 질환은 위·십이지장 궤양, 충수염, 탈장, 담석증, 담낭염 등을 포함함. 농촌과 도시의 표준화 유병률은 차이가 없지만, 표준화 사망률은 농촌이 높게 나타남.

- 소화기 질환의 조유병률은 농촌이 20% 정도 높지만, 인구 구조를 반영한 연령표준화 유병률은 그 격차가 줄어 유병률이 비슷한 것으로 나타났으며, 조 사망률은 농촌이 2.8배 높았으며 표준화 사망률은 1.8배 높게 나타남.

표 2-14 소화기계 질환 연령표준화 유병률 및 사망률

단위: 명/십만 명

연령	도시 유병률	농촌 유병률	도시 표준화 유병률	농촌 표준화 유병률	도시 사망률	농촌 사망률	도시 표준화 사망률	농촌 표준화 사망률
20세 이하	1,364.9	1,160.7	-	-	0.0	0.7		
21~40세	2,452.5	2,429.1	-	-	0.0	0.4		
41~60세	5,004.2	5,210.2	-	-	0.4	1.7		
61~80세	7,831.6	8,311.5	-	-	3.4	6.5		
81세 이상	6,432.9	6,548.2	-	-	53.3	53.1		
전체	4,276.7	5,108.8	3,563.9	3,618.3	2.4	6.7	1.3	2.3

자료: 국민건강보험공단, 국민건강보험 맞춤형 DB.

○ 비뇨기계 질환은 신장염, 요로폐쇄, 전립선 비대증을 포함함. 표준화 유병률은 차이가 없지만, 표준화 사망률은 20% 정도 농촌이 높게 나타남.

- 비뇨기계 질환의 조유병률은 농촌이 높지만, 인구구조를 반영하여 표준화 한 유병률은 농촌과 도시의 차이가 없었음. 조사사망률은 농촌이 도시에 두 배 이상 높았으며, 인구구조를 반영한 표준화 수치는 차이가 줄어들었지만 여전히 농촌이 20% 정도 사망률이 높았음.

표 2-15 비뇨기 질환 연령표준화 유병률 및 사망률

단위: 명/십만 명

연령	도시 유병률	농촌 유병률	도시 표준화 유병률	농촌 표준화 유병률	도시 사망률	농촌 사망률	도시 표준화 사망률	농촌 표준화 사망률
20세 이하	305.8	312.7	-	-	0.0	0.0		
21~40세	871.7	893.0	-	-	0.0	0.4		
41~60세	3,597.4	3,857.8	-	-	3.7	4.9		
61~80세	12,134.4	11,921.1	-	-	24.7	33.1		
81세 이상	13,630.3	12,054.9	-	-	135.4	119.8		
전체	4,214.1	5,820.0	2,975.3	3,009.4	9.8	19.9	5.8	7.0

자료: 국민건강보험공단, 국민건강보험 맞춤형 DB.

○ 감염성 질환은 결핵, 박테리아 간염 질병, C형 간염, 후천성면역결핍증을 포함함. 감염성 질환의 유병률은 농촌이 도시에 비해 낮지만, 사망률은 농촌이 도시보다 높게 나타남.

- 감염성 질환의 조유병률, 표준화 유병률 모두 농촌이 도시보다 낮았지만, 조사사망률은 농촌이 도시보다 2.4배, 표준화 사망률은 25% 높게 나타남.

표 2-16 감염성 질환 연령표준화 유병률 및 사망률

단위: 명/십만 명

연령	도시 유병률	농촌 유병률	도시 표준화 유병률	농촌 표준화 유병률	도시 사망률	농촌 사망률	도시 표준화 사망률	농촌 표준화 사망률
20세 이하	14,787.0	13,470.4	-	-	0.0	0.0		
21~40세	10,810.7	9,980.4	-	-	0.5	0.9		
41~60세	10,583.7	9,994.3	-	-	5.6	6.3		
61~80세	11,384.1	10,819.8	-	-	40.8	55.4		
81세 이상	9,323.5	8,687.4	-	-	337.5	387.8		
전체	11,302.8	10,475.4	11,816.2	10,961.4	19.9	48.1	11.2	14.0

자료: 국민건강보험공단, 국민건강보험 맞춤형 DB.

○ 치료가능사망 상병에 포함되는 암은 대장암, 피부암, 유방암, 자궁경부암, 방광암, 갑상선암, 림프암, 백혈병 등이 포함됨. 암은 조유병률과 표준화 유병률 모두 도시가 농촌보다 높고 조사망률과 표준화 사망률은 농촌이 높았음.

- 암 유병률은 조기검진에 따른 암 진단율, 적극적인 암 치료, 의료기관 접근성 등의 영향을 받기 때문에 도시의 암 유병률이 더 높게 나타날 수 있음.¹⁸⁾
- 의료 환경뿐만 아니라 도시와 농촌의 다른 식습관, 생활양식, 환경에 따른 차이로 인해 도시민의 암 유병률이 농촌 주민 유병률보다 높게 나타날 수 있음.
- 암의 유병률은 도시가 더 높지만, 치료가능 암의 사망률은 도시보다 농촌이 17% 더 높게 나타남. 암은 초기 발견된 경우 치료가 가능한 질병이기 때문에, 농촌보다 발달된 도시의 의료환경이 암의 조기 발견과 조기 치료를 가능하게 해서 도시의 높은 유병률과 낮은 사망률에 영향을 미쳤을 것으로 보임.

¹⁸⁾ 도시의 암 유병률이 높은 이유는 이 연구범위를 벗어나기 때문에 추후 연구가 필요함.

표 2-17 암 연령표준화 유병률 및 사망률

단위: 명/십만 명

연령	도시 유병률	농촌 유병률	도시 표준화 유병률	농촌 표준화 유병률	도시 사망률	농촌 사망률	도시 표준화 사망률	농촌 표준화 사망률
20세 이하	1,137.5	1,056.0	-	-	1.6	1.5		
21~40세	3,665.6	3,115.9	-	-	2.5	3.8		
41~60세	7,814.1	6,824.2	-	-	29.2	38.1		
61~80세	8,878.5	7,764.8	-	-	92.3	105.8		
81세 이상	5,158.9	4,282.3	-	-	266.4	248.7		
전체	5,708.1	5,340.9	4,795.0	4,173.2	111.5	191.8	23.9	28.1

주: 치료가능 암 상병만 포함.

자료: 국민건강보험공단, 국민건강보험 맞춤형 DB.

○ 대사증후군은 만성질환인 당뇨를 포함함. 대사증후군의 유병률과 사망률은 도시에 비해 농촌이 높게 나타남.

- 만성질환인 당뇨의 연령표준화 유병률은 농촌이 도시에 비해 30% 이상 높으며, 표준화한 사망률 역시 30% 이상 높게 나타남.

표 2-18 대사증후군(당뇨) 연령표준화 유병률 및 사망률

단위: 명/십만 명

연령	도시 유병률	농촌 유병률	도시 표준화 유병률	농촌 표준화 유병률	도시 사망률	농촌 사망률	도시 표준화 사망률	농촌 표준화 사망률
20세 이하	176.2	221.9	-	-	0.0	0.0		
21~40세	995.6	1,268.1	-	-	0.0	0.0		
41~60세	6,866.0	8,540.1	-	-	1.2	0.9		
61~80세	18,020.6	18,756.6	-	-	6.4	9.7		
81세 이상	16,366.9	13,209.6	-	-	37.7	54.3		
전체	6,485.1	9,220.4	649.3	858.4	2.7	7.2	1.6	2.1

자료: 국민건강보험공단, 국민건강보험 맞춤형 DB.

○ 치료가능 사망 상병을 주상병으로 갖는 사망자의 사망률을 계산했을 때, 사망률은 2배 이상 농촌이 높았으며 표준화한 사망률 역시 농촌이 22% 이상 높

있음. 치료가능 사망률의 차이는 환자의 중증도, 의료기관의 접근성 등 다양한 요인이 영향을 미침. 농촌의 경우는 필수의료서비스 부족, 낮은 의료 질이 영향을 미친 것으로 보임.

표 2-19 치료가능사망 상병 연령표준화 사망률

단위: 명/십만 명

연령	도시 사망률	농촌 사망률	도시 표준화 사망률	농촌 표준화 사망률
20세 이하	2.1	5.1		
21~40세	3.9	7.7		
41~60세	55.5	74.1		
61~80세	309.3	410.9		
81세 이상	2,351.3	2,391.2		
전체	148.9	326.5	86.3	106.0

주: 치료가능 상병은 여러 상병이 포함되어 있기 때문에 단일한 유병률로 제시하기에는 무리가 있어 치료가능 상병 유병률은 제시하지 않음.

자료: 국민건강보험공단, 국민건강보험 맞춤형 DB.

○ 치료가능사망 상병을 통해 농촌의 유병률과 사망률을 살펴 볼 때, 비노기 질환과 암을 제외한 모든 질환에서 농촌이 도시보다 높은 유병률을 보여 지역 간 건강격차가 있음을 보여줌. 암의 경우, 농촌의 유병률이 도시보다 낮은 것에 비해 사망률은 높게 나타나 질병의 진단, 치료 등 의료의 질이 도시에 비해 낮음을 시사하고 있음.

○ 치료가능사망 상병의 유병률과 사망률은 질환별 특성이나 질환의 중증도를 고려하지 않은 지표이기 때문에 연구의 제한점임.

2.2.2. 주요 질환 유병률과 사망률

○ 전체 암¹⁹⁾의 유병률은 치료가능사망 상병에 포함된 암과 비슷하게 농촌의 유병률은 도시보다 낮고, 사망률은 도시보다 높음.

- 농촌의 암 조유병률은 도시에 비해 다소 높게 나오지만, 인구구조를 반영한 표준화 유병률은 낮게 나옴. 표준화한 사망률은 농촌이 도시에 비해 8% 정도 높게 나옴.

표 2-20 전체 암 연령표준화 유병률 및 사망률

단위: 명/십만 명

연령	도시 유병률	농촌 유병률	도시 표준화 유병률	농촌 표준화 유병률	도시 사망률	농촌 사망률	도시 표준화 사망률	농촌 표준화 사망률
20세 이하	1,248.3	1,178.3	-	-	3.1	3.7		
21~40세	4,371.4	3,749.9	-	-	7.7	9.0		
41~60세	9,968.7	8,854.6	-	-	64.0	73.8		
61~80세	13,583.8	12,502.1	-	-	352.7	376.7		
81세 이상	9,436.0	8,106.8	-	-	832.6	848.0		
전체	7,671.7	7,756.8	6,266.3	5,586.4	111.5	191.8	74.0	80.3

자료: 국민건강보험공단, 국민건강보험 맞춤형 DB.

○ 폐렴은 급성질환으로 농촌의 조유병률과 조사망률이 도시에 비해 상당히 높게 나타남. 연령표준화하면 농촌과 도시의 유병률과 사망률 차이가 감소하지만, 여전히 농촌이 도시보다 높게 나타남.

- 폐렴은 급성질환으로 노인 폐렴환자의 80% 이상이 입원치료가 필요하며, 폐렴 사망환자의 70%가 노인이기 때문에 의료시설이 부족한 농촌 노인에게는 위험한 질병임.²⁰⁾ 실제 농촌 노인의 유병률과 사망률이 도시 노인에 비해 높게 나타남.

¹⁹⁾ 치료가능사망 상병에 포함되지 않은 건강보험공단 데이터상의 모든 암을 포함함.

²⁰⁾ 세브란스병원 웹사이트 참조. 2019. 12. 15. 접근. <http://sev.iseverance.com/health_info/disease_info/health_FAQ/view.asp?con_no=2035&page=79&SearchField=&SearchWord=>.

표 2-21 폐렴 연령표준화 유병률 및 사망률

단위: 명/십만 명

연령	도시 유병률	농촌 유병률	도시 표준화 유병률	농촌 표준화 유병률	도시 사망률	농촌 사망률	도시 표준화 사망률	농촌 표준화 사망률
20세 이하	1,916.9	2,189.7	-	-	0.0	0.7		
21~40세	983.1	994.7	-	-	0.0	1.3		
41~60세	1,287.7	1,331.3	-	-	7.7	8.1		
61~80세	3,070.3	3,483.7	-	-	72.8	110.1		
81세 이상	7,387.6	7,697.4	-	-	972.5	964.4		
전체	1,844.7	2,623.3	649.3	858.4	46.4	109.9	24.3	29.2

자료: 국민건강보험공단, 국민건강보험 맞춤형 DB.

○ 심장 질환²¹⁾은 연령을 표준화한 후 농촌과 도시의 유병률이 큰 차이를 보이지 않지만, 사망률은 농촌이 20% 높게 나타남.

표 2-22 심장 질환 연령표준화 유병률 및 사망률

단위: 명/십만 명

연령	도시 유병률	농촌 유병률	도시 표준화 유병률	농촌 표준화 유병률	도시 사망률	농촌 사망률	도시 표준화 사망률	농촌 표준화 사망률
20세 이하	18.8	19.8	-	-	0.0	0.0		
21~40세	142.0	142.9	-	-	0.0	0.4		
41~60세	1,487.0	1,693.1	-	-	1.0	2.0		
61~80세	6,556.9	6,556.9	-	-	17.0	22.3		
81세 이상	7,849.2	6,449.2	-	-	119.9	119.8		
전체	2,020.2	2,960.2	1,340.0	1,378.0	7.1	16.2	4.0	5.0

자료: 국민건강보험공단, 국민건강보험 맞춤형 DB.

○ 우리나라 3대 사망원인이 되는 질병 기준으로 비교한 농촌과 도시의 유병률과 사망률은 치료가 가능 사망 상병의 유병률과 사망률의 양상과 비슷함.

- 암의 유병률은 농촌이 도시에 비해 낮게 나오고, 다른 질병의 유병률은 비

21) 심장 질환은 허혈성 심질환(120~125)만을 포함하였음.

숫하거나 높게 나오며, 사망률은 연령표준화 이후에도 농촌이 도시에 비해 높게 나옴.

2.2.3. 농촌형 질환과 만성질환 유병률과 사망률

○ 근골격계 질환은 반복되는 작업으로 인해 근육과 신경 등이 손상되는 대표적인 농업인 질환으로 농촌이 도시보다 유병률이 높다고 알려져 있음(이철갑 2012).

- 근골격계 질환의 조유병률은 도시에 비해 농촌이 24% 정도 높게 나오며, 표준화 유병률은 격차가 줄어들지만 여전히 9% 이상 농촌이 높게 나옴.
- 농촌과 도시 사망률의 격차는 유병률보다 높아 조사망률은 2.5배, 표준화 사망률은 35% 이상 높았음.

표 2-23 근골격계 질환 연령표준화 유병률 및 사망률

단위: 명/십만 명

연령	도시 유병률	농촌 유병률	도시 표준화 유병률	농촌 표준화 유병률	도시 사망률	농촌 사망률	도시 표준화 사망률	농촌 표준화 사망률
20세 이하	16,013	15,891	-	-	0.0	0.0		
21~40세	29,895	31,863	-	-	0.2	0.0		
41~60세	46,256	51,670	-	-	0.2	2.3		
61~80세	64,392	73,655	-	-	10.6	17.6		
81세 이상	57,832	67,132	-	-	162.1	161.7		
전체	40,768	50,748	35,279	38,619	7.2	18.5	3.7	5.0

자료: 국민건강보험공단, 국민건강보험 맞춤형 DB.

○ 치매환자는 농촌이 도시에 비해 전체 두 배 이상 많아 표준화하지 않은 조유병률이 두 배 이상 높게 나오지만, 연령표준화 작업 후 농촌과 도시 간 유병률 격차는 감소하는 경향을 보임.

- 치매는 연령의 영향을 많이 받는 질환이기 때문에 연령을 표준화하였을 때

그 격차가 뚜렷하게 감소하지만, 연령표준화 후에도 농촌의 치매 유병률이 도시에 비해 높게 나타남.

- 치매의 조사망률은 농촌이 2배 이상 높지만, 표준화한 사망률은 격차가 줄어들어 거의 비슷하게 나타남.

표 2-24 치매 연령표준화 유병률 및 사망률

단위: 명/십만 명

연령	도시 유병률	농촌 유병률	도시 표준화 유병률	농촌 표준화 유병률	도시 사망률	농촌 사망률	도시 표준화 사망률	농촌 표준화 사망률
20세 이하	0.0	0.0	-	-	0.0	0.0		
21~40세	1.4	2.1	-	-	0.0	0.0		
41~60세	70.8	113.2	-	-	0.6	0.9		
61~80세	2,625.4	4,255.9	-	-	26.4	33.8		
81세 이상	22,986.8	2,3471.5	-	-	770.4	715.7		
전체	1,453.0	3,722.4	649.3	858.4	29.6	67.3	14.1	14.2

자료: 국민건강보험공단, 국민건강보험 맞춤형 DB.

○ 고혈압은 농촌에서 높은 유병률을 보이는 농촌형 질환이면서 대표적인 만성 질환으로 농촌의 유병률과 사망률이 도시보다 높음.

- 고혈압의 조유병률은 농촌이 도시보다 50% 더 높으며, 표준화할 때 그 격차는 줄어들지만, 여전히 10% 이상 높음. 사망률 역시 조사망률은 농촌이 도시에 비해 2.5배 이상 높으며, 표준화한 사망률은 30% 정도 더 높게 나타남.

표 2-25 고혈압 연령표준화 유병률 및 사망률

단위: 명/십만 명

연령	도시 유병률	농촌 유병률	도시 표준화 유병률	농촌 표준화 유병률	도시 사망률	농촌 사망률	도시 표준화 사망률	농촌 표준화 사망률
20세 이하	121.8	110.6	-	-	0.0	0.0		
21~40세	1,524.6	1,834.1	-	-	0.0	0.0		
41~60세	14,204.1	16,157.2	-	-	0.0	0.3		
61~80세	35,193.9	38,090.2	-	-	3.0	3.2		
81세 이상	41,218.4	44,560.6	-	-	71.0	76.9		
전체	13,170.0	20,121.2	9,165.5	10,192.7	2.8	7.2	1.6	2.1

자료: 국민건강보험공단, 국민건강보험 맞춤형 DB.

○ 농촌형 질환은 대부분 만성질환으로 지속적인 치료와 관리를 필요로 함. 농촌형 질환 유병률은 농촌이 도시보다 높으며, 사망률 역시 치매 외에는 농촌이 더 높게 나타나 건강격차와 의료격차가 있음을 시사함.

- 질병의 유병률은 연령표준화 후 농촌과 도시의 격차가 감소하는 경향을 나타내지만 암과 같은 일부 질환을 제외하면 대부분 질병에서 농촌의 유병률이 도시보다 높게 나타나서 농촌과 도시 간 건강격차를 보여줌.

2.2.4. 지속치료율²²⁾

○ 지속치료율은 만성질환자가 얼마나 잘 관리되고 있는지를 보는 지표임. 만성질환의 지속치료율은 도시와 농촌이 큰 차이를 보이지 않아 농촌에서 만성질환 관리가 다른 질병관리에 비해 관리가 잘 되고 있음을 보여줌.

- 당뇨와 고혈압 모두 도시와 농촌의 지속치료율은 큰 차이를 보이지 않지만, 당뇨는 65세 미만인 경우 도농복합시의 농촌과 군 지역이 다른 지역에 비해 높거나 같고, 65세 이상인 경우 광역시나 도농복합시 도시에 비해 낮았음.
- 고혈압 지속치료율의 경우 농촌 지역이 도시 지역에 비해 조금 높은 수준이었음.

²²⁾ 이 연구에서는 만성질환자 대비 1년 중 10개월 이상 치료한 환자의 비율을 지속치료율로 구하였음.

표 2-26 지역별 2018년 당뇨 및 고혈압 지속치료율

연령	당뇨						고혈압					
	특별시	광역시	일반시	도농 도시	도농 농촌	군	특별시	광역시	일반시	도농 도시	도농 농촌	군
0~20세	0.08	0.14	0.09	0.15	0.11	0.12	0.02	0.02	0.00	0.05	0.02	0.06
21~40세	0.17	0.23	0.20	0.22	0.22	0.25	0.19	0.26	0.21	0.23	0.23	0.28
41~60세	0.27	0.38	0.33	0.36	0.37	0.40	0.35	0.43	0.38	0.41	0.44	0.47
61~80세	0.30	0.43	0.37	0.42	0.41	0.41	0.40	0.51	0.46	0.49	0.51	0.51
80세 이상	0.28	0.40	0.33	0.37	0.34	0.33	0.38	0.48	0.43	0.46	0.44	0.46
65세 미만	0.26	0.37	0.32	0.35	0.37	0.40	0.34	0.43	0.38	0.41	0.43	0.47
65세 이상	0.30	0.43	0.36	0.41	0.39	0.39	0.40	0.51	0.46	0.48	0.49	0.49

자료: 국민건강보험공단, 국민건강보험 맞춤형 DB.

2.2.5. 65세 이상 노인 유병률 및 사망률

- 인구구조상 초고령화 사회인 농촌에서 노령인구 증가와 질병에 취약한 이들의 건강관리는 지역사회의 주요 관심 사안임. 농촌과 도시 노인의 유병률과 사망률을 비교하여 이들 집단을 통해 농촌의 건강격차와 의료격차를 살펴보았음.
- 대부분 질병의 유병률과 사망률은 농촌이 높게 나타나 농촌 노인이 도시 노인보다 건강이 나빴으며(건강격차), 사망률 또한 높게 나타나 의료의 질이 낮음(의료격차)을 시사함.
 - 암은 농촌의 전체 유병률과 65세 이상 노인의 유병률이 도시보다 낮게 나오지만, 전체 집단과 65세 이상 노인 사망률은 높게 나와 농촌에서 암 치료를 위한 의료접근성이 낮다는 것을 시사함. 특히 65세 이상 노인의 유병률이 낮지만 사망률은 높게 나와 이 집단의 관리가 필요함.
 - 농촌 주민의 당뇨 조유병률과 표준화 유병률은 도시에 비해 높지만, 65세 이상 노인 집단은 오히려 도시에 비해 조유병률이 낮게 나옴. 농촌의 조유

병률 수치는 낮지만 사망률은 농촌 노인이 도시 노인에 비해 높게 나와 만성질환인 당뇨를 치료하는 의료의 질이 도시보다 낮음을 시사함.

- 치료가능 사망 상병에서 순환기 질환과 호흡기 질환, 주요 질환인 폐렴, 그리고 농촌형 질환인 근골격 질환, 치매, 고혈압의 유병률이 도시에 비해 높게 나타났으며, 사망률은 모든 질환에서 높게 나타났음.

표 2-27 65세 이상 노인 농촌·도시 유병률과 사망률

단위: 명/십만 명

질병		조유병률		조사망률	
		도시	농촌	도시	농촌
치료가능 사망상병	치료가능 압	7,923.0	6,489.3	145.0	163.5
	대사증후군(당뇨)	18,852.7	17,340.5	15.1	24.2
	순환기 질환	50,641.1	53,082.8	189.7	233.1
	감염성 질환	10,831.2	10,097.8	117.2	163.5
	호흡기 질환	10,641.8	12,323.0	298.2	394.9
	소화기 질환	7,767.9	7,845.0	15.6	21.5
	비뇨기계 질환	13,821.8	12,692.1	53.5	61.9
주요 질환	전체 압	12,835.6	11,130.4	523.9	568.4
	폐렴	4,529.4	5,241.4	291.4	383.8
	심장	7,614.0	6,934.4	44.8	54.2
농촌형 질환	근골격	64,535	72,877	47.7	63.2
	치매	8,689.9	11,867.4	197.0	244.2
	고혈압	38,971.5	41,995.6	3.3	9.8

주 1) 연령이 65세 이상인 동일 노인 집단만을 비교하기 때문에 연령표준화를 하지 않은 조유병률과 조사망률을 제시함.

2) 65세 미만은 유아, 청년, 성인 등 건강상 특성이 다른 집단이 묶여 있어 제시하지 않음.

자료: 국민건강보험공단, 국민건강보험 맞춤형 DB.

2.3. 지역 불평등

- 도시 주민과 농촌 주민의 의료기간 이용 형태와 두 지역 간 이용 차이를 살펴보고 도시에 비해 농촌 주민이 겪는 지역불평등을 살펴봄.

2.3.1. 치료가능 사망 상병 의료기관 이용형태²³⁾

○ 의료기관을 이용하는 형태는 농촌과 도시 단위로 개인이 거주하는 지역의 의료기관을 이용하는지, 서울이 아닌 관외 의료기관을 이용하는지, 서울의 의료기관을 이용하는지를 분석하였음. 대부분 지역은 관내 1차 의료기관을 주로 이용하였으며 그다음 관내 2차 의료기관과 관외 1차, 2차 의료기관을 이용하였음.

- 서울과 광역시 주민은 자체 도시의 1차, 2차, 3차 의료기관을 대부분 이용함. 광역시의 경우 서울의 3차 의료기관을 이용하는 비율이 1.6%로 다른 지역보다 매우 낮음.
- 서울 주민의 관외(서울 지역) 3차 기관 이용은 서울 내 3차 기관이용을 의미하며 다른 지역에 비해 높은 비중으로 이용함. 광역시의 경우 서울 지역 3차 의료기관 이용비율이 1.9%로 매우 낮은 이유는 광역시 내(서울 외 지역)의 3차 의료기관을 이용하기 때문으로 보임<표 2-28>.
- 또한 광역시 경우 관외(서울 외 지역) 1차, 2차 의료기관의 이용비율이 높은데 이는 같은 도시 다른 구의 2차 의료기관을 이용하기 때문으로 보임.
- 지역에 관계없이 의료기관을 이용한 주민 50% 이상은 관내 1차 의료기관 이용하여 지역 내 1차 의료기관 이용이 매우 높고, 건강관리가 지역 단위에서 주로 이루어지고 있음을 보여줌.
- 농촌의 경우 보건소 이용비율이 8.9%, 군 지역 주민의 관내 보건소 이용비율은 11.9%로 다른 지역에 비해 매우 높게 나타남.
- 농촌의 경우 3차 의료기관을 이용하기 위해 근처 대도시(서울 외 지역)나 서울 지역의 3차 의료기관을 이용하는 것으로 나타남. 의료기관을 이용하는 농촌 주민의 10% 정도가 3차 의료기관을 이용하기 위해 근처 도시나 서

²³⁾ 이용비율과 이용횟수.

울로 이동을 하는 것으로 보임.

- 군 지역 주민의 관외(서울 외) 1차 의료기관 이용비율이 21.0%, 2차 의료기관 이용비율이 23.8%로 높게 나타나는 이유는 근처 대도시의 의료기관을 이용하기 때문으로 보임.
- 군 지역 의료기관 이용 주민의 9.4%가 관외(서울 외)로, 3.6%가 서울로 3차 의료기관을 이용하기 위해 이동하는 것으로 나타나 이들이 상대적으로 다른 지역에 비해 이동을 위한 시간적, 경제적 비용을 더 지불하고 있음.
- 특히 군 지역 농촌 주민이 인근 대도시 3차 의료기관이나 서울의 3차 의료기관을 이용하는 경우 종종 질환자인 경우가 대부분이기 때문에 이동에 어려움이 더욱 클 것으로 예상됨.

표 2-28 치료가능 사망 상별 지역별 의료기관 이용비율

단위: %

지역	관내				관외(서울 외 지역)				관외 ²⁴⁾ (서울 지역)			
	보건소	1차	2차	3차	보건소	1차	2차	3차	보건소	1차	2차	3차
특별시	2.2	54.0	10.5	4.8	0.2	8.5	4.0	0.8	0.3	20.2	11.0	12.7
광역시	1.4	54.8	16.7	2.2	0.4	24.1	15.7	9.6	0.0	1.6	0.6	1.9
일반시	1.5	56.8	16.3	2.9	0.4	18.4	10.8	4.2	0.1	7.0	3.6	5.6
도농(도)	2.4	59.6	21.1	1.7	0.4	16.0	11.2	5.7	0.0	3.5	1.7	4.2
도농(농)	6.2	58.3	22.4	1.2	0.4	14.8	14.5	6.1	0.0	2.4	1.8	4.0
군	11.9	50.0	16.0	0.1	0.4	21.0	23.8	9.4	0.0	1.9	1.5	3.6
도시	1.9	56.3	16.3	2.8	0.4	17.2	10.8	5.4	0.1	7.6	3.9	5.8
농촌	8.9	54.4	19.4	0.7	0.4	17.7	18.9	7.6	0.0	2.2	1.7	3.8

주 1) 이용비율: 이용횟수를 지역 전체 환자 수로 나눈 비율. 지역별 환자가 각각 의료기관을 이용한 비율

2) 관내외 구분은 시·군·구 단위를 적용하였음.

3) 관외(서울 지역)는 서울이므로, 특별시민이 관외(서울 지역) 의료기관을 이용하는 경우는 구는 달라지지 만 서울 내 의료기관을 이용하는 경우를 의미하기 때문에 분석상에 큰 의미는 없음.

4) 광역시 관외(서울 외 지역) 역시 광역시민이 자신이 거주하는 구와 다른 구의 의료기관을 이용하는 경우가 포함되며 이때는 같은 도시의 의료기관을 이용하는 것을 의미함.

자료: 국민건강보험공단, 국민건강보험 맞춤형 DB.

²⁴⁾ 서울의 경우 관외가 서울 내이기 때문에 특별시의 서울 지역 관외는 다른 지역의 관외와는 다른 의미를 가짐.

- 군 지역 주민의 2/3가 관내 의료기관을 이용하는 동시에 절반 정도 (47.2%)가 인근 도시의 의료기관을 이용하며, 6.5%의 군 지역 주민은 서울의 의료기관을 이용하여 농촌 주민이 의료기관 이용을 위해 타 지역으로 이동을 하고 있음을 보여줌<부표 3-1>.

○ 치료가능 사망 상병으로 인한 의료기관 이용횟수는 농촌이 도시보다 다소 많은 것으로 나타나는데, 전체적으로 볼 때 농촌의 의료접근성이 높아 보이지만, 의료기관을 이용하는 질환의 특성에 의료기관을 이용하는 형태가 다르므로 질환별 형태를 살펴볼 필요가 있음<표 2-29>.

- 농촌 주민은 관내 의료기관을 더 자주 방문하기 때문에 전체 이용횟수가 도시에 비해 더 많아 보임(농촌 7.9회, 도시 6.7회, <부표 3-2>).

○ 인근 도시 또는 서울의 3차 의료기관을 이용하는 횟수는 도시와 차이가 거의 나지 않는데, 이는 대도시 3차 의료기관을 이용하는 중증질환자가 필요해서 방문해야 하는 이용횟수를 의미하는 것으로 보임. 농촌 거주 3차 의료기관 이용자가 인근 도시나 서울의 3차 의료기관을 이용할 경우 도시 거주민보다 교통비 등을 포함한 더 많은 의료 관련 비용을 지불하고 있음을 의미함.

표 2-29 치료가능 사망 상병 지역별 의료기관 평균 이용횟수

단위: 회

지역	관내				관외(서울 외 지역)				관외(서울 지역)			
	보건소	1차	2차	3차	보건소	1차	2차	3차	보건소	1차	2차	3차
특별시	5.2	5.7	4.7	4.9	4.3	4.0	4.3	4.0	4.9	4.5	4.8	5.1
광역시	5.8	5.8	4.8	6.0	4.4	5.0	5.1	5.3	3.4	3.2	3.5	4.8
일반시	5.4	5.6	5.0	4.9	5.0	4.4	4.6	4.9	4.4	3.9	4.5	5.0
도농(도)	5.2	5.7	5.0	5.1	4.3	4.3	4.7	4.6	4.5	3.6	3.9	4.6
도농(농)	7.3	6.6	5.2	5.2	4.4	4.9	5.1	4.6	4.1	4.1	4.3	4.7
군	6.7	7.3	5.2	6.3	4.1	5.2	5.0	4.5	3.3	3.6	4.2	4.6
도시	5.4	5.7	4.9	5.2	4.5	4.6	4.8	5.0	4.7	4.2	4.6	5.0
농촌	6.9	6.9	5.2	5.3	4.2	5.1	5.0	4.5	3.7	3.9	4.3	4.7

자료: 국민건강보험공단, 국민건강보험 맞춤형 DB.

2.3.2. 주요 질환 의료기관 이용형태²⁵⁾

○ 주요 질환은 치료가능 사망 상병과 달리 관내 1차 의료기관보다 인근 대도시(서울 외 관외 지역) 2차, 3차 의료기관 이용비율이 높아짐<표 2-30>.

- 도시(광역시와 일반시)의 경우 관내 1차, 2차 의료기관 이용비율이 관외(서울 외) 의료기관 이용비율보다 높지만, 농촌(도농(농), 군)은 관외(서울 외) 2차 의료기관 이용비율이 높아짐. 특히 군 지역은 관외(서울 외) 2차, 3차 의료기관 이용비율이 관내 1차 의료기관 이용비율보다 높게 나타남.
- 또한 서울 지역 3차 의료기관 이용비율이 광역시를 제외한 모든 지역에서 10% 이상으로 나타나 주요 질환의 경우 의료의 질이 높은 수도권 의료기관을 찾는 경향을 보여줌.

표 2-30 주요 질환 지역별 의료기관 이용비율

단위: %

지역	관내				관외(서울 외 지역)				관외(서울 지역)			
	보건소	1차	2차	3차	보건소	1차	2차	3차	보건소	1차	2차	3차
특별시	0.0	22.4	13.2	9.8	0.0	3.5	5.5	1.5	0.0	11.1	17.6	31.4
광역시	0.0	23.5	19.0	5.0	0.0	13.8	23.7	25.1	0.0	0.9	1.2	7.3
일반시	0.0	25.3	20.5	6.1	0.0	9.5	17.1	10.6	0.0	4.1	6.4	17.0
도농(도)	0.1	27.0	24.1	4.1	0.0	8.9	18.7	16.1	0.0	2.2	3.5	14.7
도농(농)	0.1	23.8	24.3	2.8	0.0	8.4	24.0	17.3	0.0	1.5	3.8	14.0
군	1.0	17.7	13.6	0.5	0.0	12.9	35.6	24.9	0.0	1.1	3.0	12.1
도시	0.0	24.4	19.1	6.2	0.0	9.2	16.7	14.1	0.0	4.4	6.9	17.0
농촌	0.5	20.9	19.2	1.7	0.0	10.5	29.5	20.9	0.0	1.3	3.4	13.1

자료: 국민건강보험공단, 국민건강보험 맞춤형 DB.

○ 주요 질환의 경우 관내외 의료기관 이용 형태를 볼 때, 농촌은 뚜렷하게 관내 의료기관보다는 관외 의료기관을 이용하고 있음이 나타남(<부표 3-3> 참조).

²⁵⁾ 이용비율과 이용횟수.

- 특히 군 지역의 경우 주요 질환자의 1/3만이 관내 의료기관을 이용했으며, 2/3 이상이 인근 도시와 서울 지역의 의료기관을 이용하였음.
- 질 높은 의료서비스를 요하는 주요 질환의 경우 농촌 지역은 관내에서 치료를 할 수 없어 인근 대도시나 서울의 의료기관을 이용해야 하기 때문에 이들의 시간적 경제적 부담이 클 수밖에 없음.

○ 주요 질환의 경우 지역에 상관없이 3차 의료기관의 이용횟수가 가장 높게 나타남. 특히 서울 지역 3차 의료기관 이용횟수가 가장 높게 나타나 중증 질환자가 의료의 질이 높은 서비스를 이용하기 위해 서울 지역의 3차 의료기관을 이용하는 것으로 보임<표 2-31>.

표 2-31 주요 질환 지역별 의료기관 평균 이용횟수

단위: 회

지역	관내				관외(서울 외 지역)				관외(서울 지역)			
	보건소	1차	2차	3차	보건소	1차	2차	3차	보건소	1차	2차	3차
특별시	2.3	2.4	3.6	5.6	2.3	2.3	4.2	4.8	1.0	2.2	4.1	6.1
광역시	1.6	2.5	3.5	6.0	1.0	2.5	4.2	5.8	-	2.0	4.0	6.3
일반시	5.9	2.4	3.9	5.3	2.8	2.3	4.6	5.4	-	2.1	4.1	6.3
도농(도)	2.9	2.5	3.6	4.7	1.0	2.3	4.2	5.4	2.0	2.0	4.0	5.9
도농(농)	2.5	2.8	3.5	5.1	1.7	2.5	4.4	5.2	-	2.2	4.4	6.2
군	2.6	3.5	3.2	6.0	3.3	2.3	3.8	5.1	-	2.1	4.1	6.1
도시	3.2	2.5	3.6	5.5	1.9	2.4	4.3	5.6	1.7	2.1	4.1	6.1
농촌	2.6	3.1	3.4	5.3	2.4	2.4	4.1	5.1	-	2.2	4.3	6.1

자료: 국민건강보험공단, 국민건강보험 맞춤형 DB.

- 주요 질환의 경우 전체 평균 4.7회에서 4.9회 의료기관을 이용하는 것으로 나타나 지역별로 차이가 없었음. 관내 의료기관 이용자보다는 인근 도시 지역 의료기관 이용자가 더 많이 이용했으며, 서울 지역 의료기관 이용자가 가장 많이 이용하였음(<부표 3-4> 참조).

- 증증일수록 관내보다는 관외(서울 외), 관외(서울)의 의료기관을 더 자주 이용하고 있는 것으로 보이며 이는 의료의 질 차이를 보여주는 것으로 보임.

○ 주요 질환 지역별 의료기관 이용비율을 보면 암과 심장 질환의 경우 관외 의료기관 이용비율이 관내 의료기관 이용보다 높게 나타남. 암과 심장 질환의 경우 농촌 의료기관 이용자는 3명 중 1명만이 관내 의료기관을 이용하고 3명 중 2명은 관외 의료기관을 이용하고 있었음<표 2-32>.

- 특히 농촌 지역인 군 지역은 암과 심장 질환의 치료를 위해 관내 의료기관을 이용하는 비율은 4명 중 1명뿐이며 4명 중 3명은 관외 의료기관을 이용하고 있음.

표 2-32 주요 질환 지역별 의료기관 이용비율

단위: %

지역	암(치료 가능)			폐렴			심장 질환		
	관내	관외 (비수도권)	관외 (서울)	관내	관외 (비수도권)	관외 (서울)	관내	관외 (비수도권)	관외 (서울)
특별시	42.8	8.4	55.2	61.2	13.1	29.3	35.6	10.6	58.2
광역시	46.3	53.7	8.4	64.4	37.4	1.7	35.7	65.4	4.2
일반시	48.7	33.8	25.2	69.4	25.7	7.9	42.2	38.9	23.3
도농도시	50.4	39.9	19.0	76.1	22.8	3.8	47.4	44.2	13.8
도농농촌	45.4	45.0	19.0	72.0	28.4	3.6	41.4	51.2	13.2
군	24.5	67.7	16.5	56.0	46.1	3.1	23.0	73.5	10.4
도시	46.9	34.8	26.3	67.7	25.8	9.7	39.7	42.1	23.2
농촌	36.0	55.3	17.9	64.1	37.1	3.3	32.3	62.2	11.8

자료: 국민건강보험공단, 국민건강보험 맞춤형 DB.

○ 주요 질환별 의료기관 이용횟수는 지역에 관계없이 암은 4회, 폐렴은 2.3회, 심장 질환은 4회로 일정하게 나타나, 의료기관의 위치와 상관없이 일정 횟수를 방문해야 하는 것으로 보임<표 2-33>.

- 폐렴은 의료기관의 관내·관외 지역 구분없이 2회 정도 이용하였음. 심장

질환은 관내 의료기관을 가장 많이 이용하며, 관외(서울 외) 의료기관을 관내 의료기관보다 약간 적게 그리고 관외(서울) 의료기관을 가장 적게 이용하였음.

- 암은 관내 의료기관을 가장 적게 이용하고, 관외(서울) 의료기관을 가장 많이 이용하였음. 중증일수록 서울의료기관을 더 많이 이용하는 것으로 보임.
- 관외 의료기관 이용비율이 높은 암과 심장 질환의 경우, 의료기관 이용횟수 역시 도시 이용자보다 비슷하거나 많기 때문에 농촌 주민이 필요한 의료기관 이용에 지불해야 하는 시간적 경제적 비용이 더 많을 것으로 추정됨.

표 2-33 주요 질환 지역별 의료기관 평균 이용횟수

단위: 회

지역	암(치료 가능)				폐렴				심장 질환			
	관내	관외 (비수도권)	관외 (서울)	전체 평균 횟수	관내	관외 (비수도권)	관외 (서울)	전체 평균 횟수	관내	관외 (비수도권)	관외 (서울)	전체 평균 횟수
특별시	3.0	3.4	4.3	3.9	2.3	2.1	2.4	2.4	3.5	3.4	3.6	3.7
광역시	2.9	4.1	5.6	4.0	2.2	2.2	2.1	2.3	4.0	3.8	2.9	4.1
일반시	2.8	3.8	4.7	3.9	2.2	2.2	2.3	2.3	4.0	3.7	3.4	3.9
도농(도)	2.7	3.9	4.9	3.8	2.1	2.1	2.3	2.2	4.4	3.8	3.1	4.2
도농(농)	2.8	4.0	5.1	4.0	2.1	2.2	2.1	2.2	4.3	3.8	3.1	4.1
군	3.2	3.5	5.2	4.0	2.2	2.2	2.2	2.3	3.9	3.9	3.1	4.1
도시	2.8	4.0	4.6	3.9	2.2	2.2	2.3	2.3	4.0	3.8	3.5	4.0
농촌	2.9	3.7	5.2	4.0	2.1	2.2	2.2	2.3	4.1	3.9	3.1	4.1

자료: 국민건강보험공단, 국민건강보험 맞춤형 DB.

2.3.3. 농촌형 질환 및 만성질환 의료기관 이용형태²⁶⁾

○ 농촌형 질환은 만성질환으로 지역에 관계없이 관내 1차 의료기관을 주로 이용하였음. 농촌 주민은 농촌형 질환 관리를 위해 관내 보건소를 이용하는 비율이 도시에 비해 4배 이상 높았음<표 2-34>.

²⁶⁾ 이용비율과 이용횟수.

표 2-34 농촌형 질환 지역별 의료기관 이용비율

단위: %

지역	관내				관외(서울 외 지역)				관외(서울 지역)			
	보건소	1차	2차	3차	보건소	1차	2차	3차	보건소	1차	2차	3차
특별시	1.4	57.7	5.4	0.7	0.1	7.2	2.0	0.1	0.2	18.3	5.0	1.8
광역시	1.1	56.6	8.2	0.3	0.2	23.2	8.0	1.0	0.0	0.9	0.3	0.2
일반시	1.3	58.6	9.0	0.4	0.3	16.3	5.4	0.6	0.0	5.7	1.7	0.7
도농(도)	1.7	65.0	9.9	0.2	0.2	13.5	5.2	0.6	0.0	2.4	0.8	0.5
도농(농)	4.8	66.9	8.2	0.1	0.2	11.7	5.2	0.5	0.0	1.4	0.7	0.4
군	7.5	62.2	6.6	0.0	0.1	14.0	7.3	0.6	0.0	0.9	0.5	0.3
도시	1.4	59.3	8.2	0.4	0.2	15.8	5.4	0.6	0.0	6.2	1.8	0.7
농촌	6.2	64.5	7.4	0.1	0.1	12.9	6.3	0.6	0.0	1.2	0.6	0.3

자료: 국민건강보험공단, 국민건강보험 맞춤형 DB.

- 농촌형 질환의 경우 농촌 주민의 5명 중 4명은 관내 의료기관을 이용하여 도시보다 높은 비율로 관내 의료기관을 이용하는 것으로 나타남(부표 3-5) 참조).

○ 농촌형 질환의 경우 관내 1차 의료기관을 가장 자주 이용하는 것으로 나타났으며, 농촌 주민이 도시 주민에 비해 30% 이상 더 자주 이용하였음(표 2-35).

- 만성질환인 농촌형 질환을 관리하기 위한 의료접근성은 농촌이 도시보다 유리한 것으로 보여짐.
- 군 지역 주민의 경우 관내 1차 의료기관 이용횟수가 14.6회로 가장 많았음. 군 지역 주민은 농촌형 질환(만성질환) 관리를 위해 관내 1차 의료기관을 주로 이용하고 있는 것으로 나타남.

표 2-35 농촌형 질환 지역별 의료기관 평균 이용횟수

단위: 회

지역	관내				관외(서울 외 지역)				관외(서울 지역)			
	보건소	1차	2차	3차	보건소	1차	2차	3차	보건소	1차	2차	3차
특별시	6.9	9.7	4.4	3.8	4.6	5.8	4.5	3.2	5.9	6.7	4.5	3.7
광역시	8.3	10.1	4.8	4.1	4.3	7.3	5.0	3.7	3.4	4.7	3.3	3.2
일반시	7.6	9.4	4.7	3.6	5.1	6.4	4.4	3.7	4.1	5.8	4.1	3.4
도농(도)	6.4	9.8	4.7	4.1	4.8	6.1	4.3	3.5	4.7	5.4	3.6	3.4
도농(농)	7.2	12.4	4.8	3.9	4.3	6.8	4.5	3.5	5.9	5.7	3.5	3.3
군	7.0	14.6	5.8	4.2	4.0	7.3	4.6	3.4	5.0	5.3	3.3	3.1
도시	7.2	9.8	4.7	3.9	4.7	6.7	4.6	3.6	5.4	6.3	4.2	3.5
농촌	7.1	13.4	5.2	3.9	4.2	7.1	4.6	3.4	5.5	5.5	3.4	3.2

자료: 국민건강보험공단, 국민건강보험 맞춤형 DB.

○ 농촌형 질환을 위해 의료기관을 이용하는 평균 횟수는 농촌이 도시에 비해 36% 높았음. 특히 관내 의료기관 이용횟수가 도시 9.9회, 농촌 13.9회로 농촌이 40% 더 자주 이용하여, 농촌 주민은 농촌형 질환을 관내 의료기관을 통해 치료 및 관리하는 것으로 나타남(〈부표 3-6〉 참조).

- 군 지역의 주민의 경우 관내 의료기관 이용 빈도가 15.3회로 가장 높아 농촌 지역 주민의 농촌형 질환 치료 및 관리를 관내 의료기관에 주로 의지하고 있었음.
- 농촌형 질환은 주요 질환에 비해 질 높은 의료서비스를 요구하지 않기 때문에 농촌 지역 의료기관에서 의료수요를 감당하는 것으로 보여짐.

○ 농촌형 질환을 상병별로 살펴볼 때, 관내 의료기관 이용비율은 지역에 관계없이 높게 나타나며, 서울 지역 의료기관 이용률이 낮게 나타남(표 2-36).

- 근골격계 질환과 고혈압은 농촌 주민의 80%가 관내 의료기관을 이용하였으며, 서울 지역 의료기관 이용은 고혈압 2.8%, 치매 3.1%, 근골격계 질환 6.2%로 매우 낮았음. 이는 만성질환 특성상 질병이 급하게 진행되지 않고,

지속적으로 의료기관을 방문해서 관리를 하기 때문에 접근성이 높은 관내 의료기관을 이용하는 것으로 보임.

- 치매의 경우 질병의 경중에 따라 질 높은 의료서비스가 필요하기 때문에 관외(서울 외) 의료기관의 이용률이 높게 나타난 것으로 보임.

표 2-36 농촌형 질환 상병별 지역별 의료기관 이용비율

단위: %

지역	고혈압			치매			근골격계 질환		
	관내	관외 (비수도권)	관외 (서울경기)	관내	관외 (비수도권)	관외 (서울경기)	관내	관외 (비수도권)	관외 (서울경기)
특별시	70.7	10.8	26.0	43.1	32.4	33.6	68.3	16.1	40.0
광역시	71.8	32.8	1.7	51.5	55.4	1.1	72.2	48.6	3.4
일반시	73.8	23.6	9.4	57.1	43.2	7.1	72.5	35.2	14.8
도농도시	80.2	21.0	4.6	68.0	35.1	3.6	78.7	32.8	7.6
도농농촌	83.3	18.9	3.1	65.5	37.9	3.3	82.0	33.9	6.7
군	80.3	24.3	2.5	53.6	51.8	2.9	77.8	47.1	5.6
도시	74.0	22.7	9.9	55.1	43.4	9.3	73.0	34.5	15.2
농촌	81.8	21.6	2.8	59.0	45.5	3.1	80.0	40.2	6.2

자료: 국민건강보험공단, 국민건강보험 맞춤형 DB.

○ 농촌형 질환의 상병별 이용횟수는 관내 의료기관이 가장 빈도가 높았으며, 서울 지역 의료기관 이용횟수가 가장 낮았음. 만성질환인 농촌형 질환 중 고혈압과 근골격계 질환은 농촌의 관내 의료기관에서 치료와 관리가 이루어지고 있음을 보여줌<표 2-37>.

- 고혈압과 치매의 경우 도시와 농촌의 평균 이용횟수 차이가 거의 없지만, 근골격계 질환은 농촌이 30% 이상 자주 의료기관을 이용하는 것으로 나타남. 특히 농촌 관내 의료기관의 이용 빈도가 도시 관내 의료기관 이용 빈도보다 40% 정도 높게 나타나 농촌에서 근골격계 질환의 치료와 관리는 관내에서 이루어지고 있음을 보여줌.
- 치매의 경우 고혈압과 근골격계 질환과 달리 관외(서울 외) 의료기관 이용

빈도와 관내 의료기관 이용 빈도가 비슷하게 나왔음. 농촌 주민의 경우 치매를 치료 또는 관리하기 위해 관외(서울 외) 의료기관과 관내 의료기관을 비슷한 빈도와 비율로 이용하고 있었음. 농촌 지역 치매 관리가 관내 의료기관만으로 이루어지지 않고 있음을 보여줌.

표 2-37 농촌형 질환 상병별 지역별 의료기관 평균 이용횟수

단위: 회

지역	고혈압				치매				근골격계 질환			
	관내	관외 (비수도권)	관외 (서울 경기)	전체 평균 횟수	관내	관외 (비수도권)	관외 (서울 경기)	전체 평균 횟수	관내	관외 (비수도권)	관외 (서울 경기)	전체 평균 횟수
특별시	7.0	5.2	5.2	6.9	5.4	6.8	4.9	6.2	8.9	5.5	6.3	9.5
광역시	7.8	6.0	4.1	7.6	6.7	7.3	4.2	7.5	9.0	6.9	4.3	10.0
일반시	7.2	5.5	4.8	7.1	6.6	6.8	4.4	7.0	8.5	5.9	5.3	9.0
도농(도)	7.4	5.4	4.6	7.3	6.8	6.7	4.8	7.1	8.8	5.7	4.8	9.2
도농(농)	7.9	5.5	4.4	7.8	6.5	6.4	4.1	6.8	11.3	6.2	4.7	11.7
균	8.1	5.5	3.8	8.0	6.3	6.5	4.4	6.8	13.6	6.5	4.4	13.9
도시	7.4	5.6	5.0	7.3	6.5	7.0	4.8	7.1	8.8	6.2	5.8	9.5
농촌	8.0	5.5	4.1	7.9	6.4	6.4	4.2	6.8	12.4	6.4	4.6	12.7

자료: 국민건강보험공단, 국민건강보험 맞춤형 DB.

○ 만성질환인 당뇨의 경우 만성질환인 고혈압과 비슷한 비율과 이용횟수를 보여줌. 농촌 당뇨병환자는 관내 의료기관을 가장 자주 그리고 높은 비율로 이용하였으며 도시 당뇨병환자도 비슷한 의료기관 이용형태를 보여줌(표 2-38).

- 상대적으로 높은 의료의 질을 요구하지 않는 만성질환 특성상 지속적인 관리가 필요하기 때문에 가까운 거리의 접근성이 높은 관내 의료기관을 이용하고 있음을 의미함.

표 2-38 만성질환(당뇨) 지역별 의료기관 이용비율과 평균 이용횟수

단위: 회, %

지역	이용비율			이용횟수		
	관내	관외 (비수도권)	관외 (서울 경기)	관내	관외 (비수도권)	관외 (서울 경기)
특별시	62.7	10.1	35.7	6.9	5.3	5.4
광역시	64.6	41.4	2.3	7.7	6.4	4.4
일반시	67.4	28.2	12.9	7.3	5.7	5.1
도농도시	74.9	25.9	6.5	7.6	5.7	4.5
도농농촌	75.0	27.2	5.7	7.6	5.8	4.3
군	68.3	38.2	4.3	8.0	5.8	3.9
도시	67.3	27.7	13.2	7.4	6.0	5.2
농촌	71.8	32.5	5.0	7.8	5.8	4.1

자료: 국민건강보험공단, 국민건강보험 맞춤형 DB.

2.3.4. 소결

○ 의료기관 분포의 불평등은 현재 진행형이며, 그 격차는 현재보다 향후 더 커질 가능성이 높음.

- 도시의 의료기관 수는 점점 증가하는 추세인 반면, 농어촌의 의료기관 수는 현상을 유지하는 수준에 머물고 있으며, 향후 농어촌 인구수 감소 추세가 이어질 경우 의료기관 경영이 어려워져 폐업이 늘어날 가능성도 있음.

○ 이렇게 의료기관 분포의 도농 간 격차가 크게 나타나는 이유는 우리나라의 보건·의료자원은 공공부문보다는 민간에 의존하는 경향이 크기 때문에 민간 보건·의료 자원이 인구가 밀집되어 있는 대도시에서 주로 있기 때문임.

- 농어촌 지역에 거주하는 지역주민의 의료접근성과 그에 따른 삶의 질을 보장해주기 위해서는 공공의료기관 확충이 강조될 필요가 있음.

○ 통계에서 나타난 것처럼 도농 간 의료인력 분포의 격차는 매우 크게 나타나고

있으며, 농어촌에서의 의료인력 부족 문제는 점차 심화되고 있음.

- 특히 최근 공보의 수 감소 현상까지 겹쳐져 그 문제는 더욱 악화되고 있으나, 중앙정부와 의료인 단체 간 의료인력 부족 현상을 바라보는 시각 차이가 있어 문제해결을 위한 사회적 합의가 이루어지지 못하고 있음.

○ 의료기관 종별 서비스 만족도 조사를 통해 파악한 농어촌 주민의 주관적인 의료서비스의 질은 도시에 비해 높은 것으로 나타났음.

- 의료기관 종별로는 농어촌 주민의 경우 보건소의 만족도가 가장 높았고, 병·의원의 만족도가 가장 낮았으며, 도시와 비교하면 보건소, 한의원, 병·의원, 종합병원의 순으로 차이가 컸음.

○ 의료서비스의 객관적인 질적 수준을 나타내는 치료가능사망률은 수도권을 중심으로 한 대도시 지역과 그 외 지역의 격차가 비교적 크게 나타났음(보건복지부 2018a).

- 치료가능사망률 상위 5개 지역에 포함된 곳 중 4개 지역은 군 지역이며, 산간 지역이나 해안 지역의 경우 대체적으로 높게 나타남.
- 전국 평균(50.4명)에 비해 시·군의 69%는 치료가능사망률이 높게 나타나는데, 이는 농어촌 주민이 적절한 의료서비스를 제공받지 못하고 있는 것을 나타냄.
- 이는 대도시와 지방의 의료서비스 질 격차를 적나라하게 보여주는 결과라 할 수 있음.

○ 유병률의 경우 연령표준화를 통해 농촌과 도시의 인구구조 차이를 보정했을 때, 대부분 질병의 농촌 유병률이 높게 나와 농촌과 도시 간 건강격차가 존재함을 보여주었음.

- 치료가능사망 상병의 의료기관 이용형태를 보면 농촌 주민이 도시 주민보다 의료기관을 더 자주 이용한 것으로 나타남. 의료기관 이용 형태를 종류별로 볼 때, 지역에 관계없이 관내 1차 의료기관 이용이 가장 높았으며, 농촌 주민은 도시 주민에 비해 보건소 이용이 높았음.
- 상병별로 의료기관 이용을 살펴보면, 농촌형 질환과 만성질환의 경우는 지역에 관계없이 관내 의료기관을 주로 이용하고 있었으며, 농촌 주민이 도시 주민에 비해 더 자주 관내 의료기관을 이용하였음.
- 하지만 암과 같은 중증질환의 경우 관내 의료기관 이용비율이 낮아지고, 관외(서울 외), 관외(서울) 의료기관 이용비율이 높아졌음. 중증질환은 높은 의료의 질을 요구하기 때문에 더 나은 시설과 인력이 있는 도시 지역의 의료기관을 이용하였고, 군 지역에서는 단지 24.5%의 암환자만이 관내 의료기관을 이용하였으며, 그 횟수도 관외 의료기관보다 적었음.
- 높은 의료의 질을 요구하고 관외 의료기관 이용비율이 높은 암의 경우, 치료를 위해 지불해야 하는 시간적, 경제적 부담이 도시 주민에 비해 농촌 주민이 더 큼.
- 농촌과 도시의 만성질환 지속치료율은 큰 차이가 없지만, 농촌이 약간 더 높게 나타났음.
- 건강보험자료를 통해 살펴본 유병률과 사망률은 농촌 주민이 도시 주민에 비해 높아 건강격차를 겪고 있음. 또한 의료기관 이용 형태는 높은 의료서비스를 요구하는 주요 질환의 경우 관내보다는 관외 의료기관을 이용하는 경향을 보여주고 있어서 도시 주민보다 낮은 의료접근성을 겪고 있음을 보여줌. 즉 농촌 주민은 건강격차와 의료격차를 겪고 있으며 농촌과 도시 사이에 의료불평등이 있음을 보여줌.

제3장

농촌·도시 의료비용 비교



3

농촌·도시 의료비용 비교

1. 농촌·도시 의료비용 분석

○ 2018년 표본을 기준으로 주요 상병의 의료비용을 환자의 거주지와 의료기관의 소재지 및 특성으로 분류하여 분석함.

- 거주지는 도시와 농촌, 의료기관의 소재지는 관내·외 또는 시도내·외, 의료기관의 종별은 보건소와 의원급, 병원급, 상급종합병원으로 구분하여 분석함.
- 도시 표본이 과표집된 상태이므로 총 의료비용 대신 환자 1인당 또는 병원 1회 방문당 의료비용을 중심으로 분석하였으며 연령별 분석이 필요한 경우 65세를 기준으로 표본을 나누어 분석함.

표 3-1 농촌형 질병 의료비용 분석

단위: 만 원

내용	고혈압		치매		근골격	
	도시	농촌	도시	농촌	도시	농촌
인구 1인당 의료비용	2.2	4.5	6.2	14.8	17.1	27.7
환자 1인당 의료비용	15.6	21.2	395.9	370.5	34.1	43.2
병원 1회 방문당 의료비용	2.3	2.9	60.5	58.3	4.4	4.3

주: 인구 1인당 의료비용은 추출한 전체 표본이 각 질병 치료를 위해 지출한 의료비용임. 환자 1인당 의료비용은 추출한 표본 중에서 해당 상병으로 치료를 받은 표본의 의료비용임. 병원 1회 방문당 의료비용은 추출한 표본 중에서 해당 상병으로 치료를 받은 표본이 병원 1회 방문할 때마다 지출한 의료비용임.

자료: 국민건강보험공단, 국민건강보험 맞춤형 DB.

표 3-2 주요 질환과 치료가능 사망 의료비용 분석

단위: 만 원

내용	암/신생물		폐렴		치료가능 사망	
	도시	농촌	도시	농촌	도시	농촌
인구 1인당 의료비용	15.9	19.5	1.9	4.0	33.2	48.6
환자 1인당 의료비용	185.7	218.9	97.8	146.0	79.5	98.1
병원 1회 방문당 의료비용	39.5	45.0	44.2	67.6	11.9	12.3

주: 인구 1인당 의료비용은 추출한 전체 표본이 각 질병 치료를 위해 지출한 의료비용임. 환자 1인당 의료비용은 추출한 표본 중에서 해당 상병으로 치료를 받은 표본의 의료비용임. 병원 1회 방문당 의료비용은 추출한 표본 중에서 해당 상병으로 치료를 받은 표본이 병원 1회 방문할 때마다 지출한 의료비용임.

자료: 국민건강보험공단, 국민건강보험 맞춤형 DB.

○ <표 3-1>과 <표 3-2>는 농촌형 질병과 주요 질환, 치료가능 사망 관련 질병의 의료비용을 보여주는데 치매의 환자 1인당 의료비용을 제외하고 모든 질병의 단위 의료비는 농촌이 높음.

- 농촌에서는 상기 질병에 걸린 환자가 병이 심각해져서 병원을 방문할 가능성이 있으며 이는 농촌 의료서비스 이용에 문제가 있는 것으로 보임.

표 3-3 의료기관 종별 단위 의료비 분석

단위: 만 명, 회, 만 원

내용	도시			농촌		
	의원급	병원급	상급종합	의원급	병원급	상급종합
농촌형 질병						
환자 수	58.1	21.4	3.3	64.4	25.1	2.6
환자 1인당 병원 방문 빈도	10.0	5.0	3.7	12.5	5.4	3.4
환자 1인당 의료비	33.0	89.3	64.8	62.3	126.5	82.6
병원 1회 방문당 의료비	3.3	17.7	17.4	5.0	23.5	24.1
주요 질환						
환자 수	5.8	6.4	5.7	4.7	7.1	5.0
환자 1인당 병원 방문 빈도	2.5	4.1	6.0	2.9	4.1	5.7
환자 1인당 의료비	23.3	182.0	282.9	27.1	209.6	303.0
병원 1회 방문당 의료비	9.4	44.0	47.2	9.4	51.7	53.4
치료가능 사망						
환자 수	46.2	17.5	8.1	44.7	21.2	6.7
환자 1인당 병원 방문 빈도	5.7	5.1	5.2	6.8	5.4	4.7
환자 1인당 의료비	22.7	140.4	179.1	43.8	160.3	195.4
병원 1회 방문당 의료비	4.0	27.5	34.7	6.4	29.4	41.5

주: 환자 수는 해당 상병으로 의료기관에서 진료를 받은 표본 수임. 환자 1인당 병원 방문 빈도는 환자 1인당 병원을 방문한 평균 횟수임. 환자 1인당 의료비용은 추출한 표본 중에서 해당 상병으로 치료를 받은 표본의 의료비용임. 병원 1회 방문당 의료비용은 추출한 표본 중에서 해당 상병으로 치료를 받은 표본이 병원 1회 방문할 때마다 지출한 의료비용임.

자료: 국민건강보험공단, 국민건강보험 맞춤형 DB.

○ <표 3-3>은 의료기관의 종별(의원급, 병원급, 상급종합병원)로 단위 의료비를 분석한 표로 분석 결과는 다음과 같음.

- 병원급이나 상급종합병원으로 갈수록 농촌의 농촌형 질병과 주요 질환, 치료가능 사망의 환자 수와 방문 빈도는 도시와 비교하여 줄어들고 있으나 단위 의료비는 도시와 비교하여 증가하는 경향이 뚜렷함.
- 그러나 환자 1인당 의료비나 병원 1회 방문당 의료비는 도시보다 커지는 경향이 있으며 이는 농촌 거주 환자들이 상급종합병원에 병이 심해져 올 가능성이 있는 것으로 보임.

표 3-4 전체 의료기관 소재지별 의료비 분석

단위: 만 명, 회, 만 원

내용	도시			농촌		
	관내	관외 (비서울)	관외 (서울)	관내	관외 (비서울)	관외 (서울)
농촌형 질병						
환자 수	49.0	22.9	10.1	53.3	26.8	4.1
환자 1인당 병원 방문 빈도	9.9	6.8	6.1	13.9	7.0	4.9
환자 1인당 의료비	39.6	56.4	39.5	53.5	85.1	65.1
병원 1회 방문당 의료비	4.0	8.3	6.5	3.8	12.1	13.4
주요 질환						
환자 수	7.4	5.8	4.2	5.8	8.0	2.4
환자 1인당 병원 방문 빈도	3.5	4.7	5.3	3.5	4.5	5.8
환자 1인당 의료비	94.2	197.0	242.3	91.4	221.1	310.6
병원 1회 방문당 의료비	27.2	42.3	45.6	26.4	48.9	53.9
치료기능 상병						
환자 수	41.5	18.1	9.4	41.4	22.2	4.1
환자 1인당 병원 방문 빈도	6.1	5.3	5.0	7.4	5.7	4.7
환자 1인당 의료비	45.8	100.0	107.9	47.2	135.3	152.9
병원 1회 방문당 의료비	7.5	18.9	21.7	6.4	23.9	32.5

주: 환자 수는 해당 상병으로 의료기관에서 진료를 받은 표본 수임. 환자 1인당 병원 방문 빈도는 환자 1인당 병원을 방문한 평균 횟수임. 환자 1인당 의료비용은 추출한 표본 중에서 해당 상병으로 치료를 받은 표본의 의료비용임. 병원 1회 방문당 의료비용은 추출한 표본 중에서 해당 상병으로 치료를 받은 표본이 병원 1회 방문할 때마다 지출한 의료비용임.

자료: 국민건강보험공단, 국민건강보험 맞춤형 DB.

○ <표 3-4>는 의료기관의 소재지를 관내(같은 시·군·구)와 비서울 관외, 서울로 나누어 환자 수와 단위 의료비를 계산함.

- 관외 의료기관에 농촌 거주 환자가 방문한 빈도는 도시 거주 환자보다 적음에도 불구하고 농촌 거주 환자가 관외에서 지출한 단위 의료비용이 도시 거주 환자보다 많으며 특히 서울에서 지출한 비용도 농촌이 더 많음.
- 단위 의료비가 많다는 것은 낮은 의료의 질과 서비스 접근성 부족 등으로 농촌에서 적절한 의료서비스를 받지 못하는 경우가 많다는 것이며, 따라서 농촌 주민이 서울과 대도시의 의료서비스를 이용하는 경우 의료비 지출이 도시 주민 대비 많아지는 경향이 뚜렷함.

표 3-5 상급종합병원 소재지별 의료비 분석

단위: 만 명, 회, 만 원

내용	도시			농촌		
	관내	관외 (비서울)	관외 (서울)	관내	관외 (비서울)	관외 (서울)
농촌형 질병						
환자 수	0.7	1.2	1.5	0.1	1.5	0.9
환자 1인당 병원 방문 빈도	2.7	4.4	5.1	0.5	5.3	3.0
환자 1인당 의료비	52.6	68.0	64.8	67.1	83.1	80.0
병원 1회 방문당 의료비	13.7	18.7	18.3	17.0	24.4	24.8
주요 질환						
환자 수	1.0	2.2	2.7	0.2	3.0	1.9
환자 1인당 병원 방문 빈도	5.3	12.4	16.2	1.3	15.4	11.5
환자 1인당 의료비	229.9	264.3	300.1	242.4	272.0	335.6
병원 1회 방문당 의료비	41.8	47.1	49.1	46.1	53.0	54.6
치료가능 상병						
환자 수	1.7	3.2	3.4	0.4	4.3	2.2
환자 1인당 병원 방문 빈도	8.8	16.2	17.0	2.1	19.6	10.2
환자 1인당 의료비	154.9	184.5	174.9	171.5	187.2	201.7
병원 1회 방문당 의료비	29.7	36.7	35.3	32.6	41.4	43.3

주: 환자 수는 해당 상병으로 의료기관에서 진료를 받은 표본 수임. 환자 1인당 병원 방문 빈도는 환자 1인당 병원을 방문한 평균 횟수임. 환자 1인당 의료비용은 추출한 표본 중에서 해당 상병으로 치료를 받은 표본의 의료비용임. 병원 1회 방문당 의료비용은 추출한 표본 중에서 해당 상병으로 치료를 받은 표본이 병원 1회 방문할 때마다 지출한 의료비용임.

자료: 국민건강보험공단, 국민건강보험 맞춤형 DB.

○ <표 3-5>는 의료기관 중에서 상급종합병원은 중증의 환자가 주로 방문하는 의료기관이라는 전제하에 상급종합병원을 따로 분석한 표로 결과는 앞에서 언급한 전체 의료기관을 대상으로 한 분석과 같은 결과를 보임.

2. 농촌·도시 의료비용 효과성

2.1. 비용 효과성 분석의 정의와 방법

○ 비용 효과성은 목적 달성을 위해 지출하는 비용 대비 효과를 의미하며 비용 1 단위당 효과로 측정함.

- 의료분야에서 비용 효과성은 특정 의료처치에 소요되는 비용과 비교하여 건강 개선 효과를 측정하며, 기존 처치와 새로운 처치의 비용 효과성을 분석하여 새로운 처치의 적용 정당성을 증명함.
- 의료 처치별로 단위 금액당 평균 효과를 계산 후 비교하거나 처치 효과 간 증분에 대한 처치 비용 간 증분비를 이용하기도 함.

○ 보건경제학 분야에서 가장 많이 사용하는 비용 효과성 분석 방법은 점증적 비용 효과비(incremental cost effectiveness ratio)로 의료 효과 1단위가 증가하는 데 소요되는 추가 비용으로 정의함.

- 치료 방법 A와 치료 방법 B에 드는 비용이 각각 C_a 와 C_b 이고 치료 효과가 각각 E_a 와 E_b 라면 점증적 비용 효과비는 다음과 같이 계산함.

$$ICER = \frac{C_b - C_a}{E_b - E_a}$$

- 예를 들어 60세의 환자가 1,000만 원이 필요한 현재 치료를 유지하면 65세까지 살 수 있는데 6,000만 원이 필요한 새로운 치료를 받으면 70세까지 살 수 있다고 하면 새로운 치료법의 점증적 비용 효과비는 1,000만 원/년이며, 1년의 수명을 연장하는 데 1,000만 원이 필요하다는 의미임.

○ 이 연구의 목적은 치료 방법의 비용 효과성 비교가 아니라 도시 주민과 농촌

주민이 받는 의료서비스의 비용과 효과를 각각 측정하고 도시와 농촌의 의료 서비스 비용 효과를 비교하는 데 있음.

- 같은 질병을 치료하려고 도시와 농촌에서 지출하는 건강보험공단이 지출하는 의료비와 치료로 얻은 의료 효과를 측정하여 점증적 비용 효과비 또는 유사한 지표를 이용함.
- 예를 들어 중증도와 같은 모든 조건이 동일하다고 가정하고 농촌이 도시와 비교하여 더 많은 의료비용을 지출하는데 더 높은 사망률을 보이면 농촌의 의료서비스는 비용 효과성이 없으며, 의료비용을 적게 지출하는데 더 낮은 사망률을 보이면 농촌의 의료서비스는 높은 비용 효과성이 있다고 주장할 수 있음.

○ 의료비용 효과를 추정하기 위해서는 의료서비스 투입에 대한 건강 수준의 변화를 측정할 수 있어야 하나, 건강보험공단에서 제공한 자료는 측정 지표가 제한되어 있으며 표본의 사망 여부가 유일한 지표임.

- 우리나라의 보험체계상 의료비용은 건강보험공단이 지출하는 의료비로 측정할 수 있으나, 의료 처치 후 건강 수준의 변화를 측정할 수 있는 지표는 건강보험공단에서 제공한 명세서와 같은 자료로는 효과를 측정하기가 어려움.
- 개인의 건강을 대표하는 지표인 표본의 사망 관련 지표나 집단 차원에서 표준화할 수 있는 단위 인구당 사망자 수 등을 활용하여 의료서비스 효과를 측정하였음.

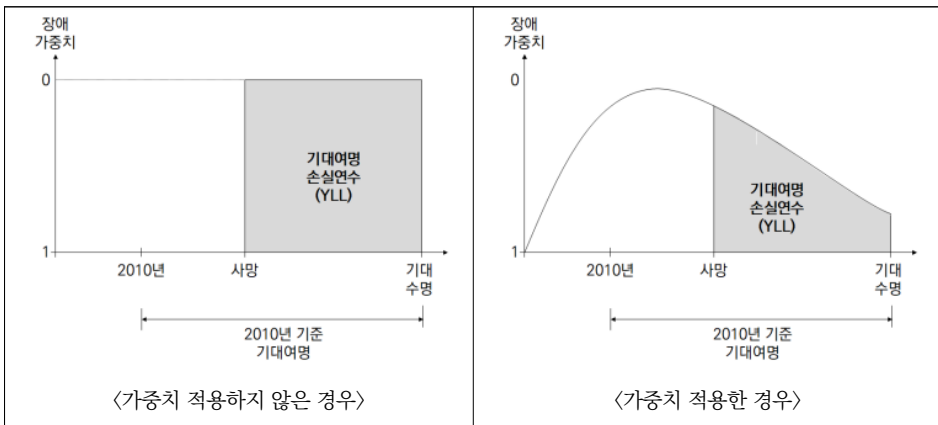
○ 사망은 인구 10만 명당 사망자 수를 연령표준화 작업을 하여 측정하는 방법이 일반적인데 이 연구에서는 조기 사망이라는 개념을 활용하여 질병으로 인한 기대여명 손실 연수도 활용함.

- 기대여명을 기준으로 조기 사망 손실 연수를 측정하는 방법은 표준기대여명 상실 연수²⁷⁾(Standard Expected Years of Life Lost)와 잠재수명 상실 연수(Potential Years of Life Lost)가 있으며 나이와 시간 할인(time discounting), 그리고 기타 계수와 같은 사회적 가중치(social weighting)를 고려하여 조기 사망 관련 손실 연수를 다음과 같이 계산함.

$$YLL = \int_A^{A+L} [KCxe^{-\beta x} e^{-r(x-a)} + (1-K)e^{-r(x-a)}] dx$$

- r 은 할인율, β 는 연령 가중치, $K \in (0,1)$ 는 연령에 따른 가중치 적용 여부, A 는 사망 시점 연령, L 은 사망 시점 기대여명이며 연령 가중치 적용 여부에 따라 조기 사망으로 인한 생존 연수 양상은 <그림 3-1>와 같음.
- 이 연구에서는 2010년 기대여명을 기준으로 2018년까지 사망한 환자의 조기 사망 손실 연수를 계산하였음.

그림 3-1 가중치 적용 여부에 따른 기대여명 손실 연수 계산



자료: Devleeschauwer et al.(2014: 3) 그림을 저자가 수정함.

²⁷⁾ 표준기대여명 상실 연수는 각 연령에서 이상적인 기준으로 표준기대여명을 설정하는 방식으로 통계청의 생명표를 사용할 수 있으며 잠재기대여명 상실 연수는 수명의 한계를 임의로 설정하는 방식으로 일반적으로 65세를 한계수명으로 이용한다(정영호 2011).

2.2. 농촌 의료의 비용 효과성 분석

○ 비용 효과성 분석을 위해 사용한 표본은 두 종류로 2018년 표본의 질병과 사망 관련 자료와 2010년을 기준으로 추출한 표본의 질병과 사망을 2018년까지 추적한 자료임.

표 3-6 2018년도 사망 관련 지표를 이용한 비용 효과성 분석

단위: 명, 억 원

내용	치료가능 사망		암/신생물		폐렴	
	도시	농촌	도시	농촌	도시	농촌
10만 명당 사망자 수						
연령 비표준화	148.9	326.5	111.5	191.8	46.4	109.9
연령표준화	86.3	106.0	74.0	80.3	24.3	29.2
의료비용	4,728	5,578	2,261	2,234	265	459
총 의료비당 사망자 수						
연령 비표준화	0.031	0.059	0.049	0.086	0.175	0.239
연령표준화	0.018	0.019	0.033	0.036	0.091	0.064

주: 총 의료비용은 추출한 표본이 해당 상병의 치료로 지출한 의료비용 총액임. 사망자 수는 해당 상병으로 사망한 표본 수임.

자료: 국민건강보험공단, 국민건강보험 맞춤형 DB.

○ <표 3-6>에서는 2018년을 기준으로 해당 표본의 치료가능 사망, 암/신생물, 폐렴 관련 질병의 유병과 사망, 지출 의료비를 분석하였으며 분석 결과는 다음과 같음.

- 단위 의료비당 연령 비표준화 사망자 수는 농촌이 월등히 높아 농촌이 의료비 대비 효율성이 떨어짐.
- 연령표준화 사망자 수를 이용해도 치료가능 사망과 암/신생물은 여전히 농촌 의료서비스의 비용 효과성이 떨어지나 폐렴의 경우는 높은 것으로 보임.
- 따라서 질병 종류에 따라 도시와 농촌의 비용 효과성 차이가 다르나 대체로 농촌의 비용 효과성이 떨어진다고 결론 내릴 수 있음.

표 3-7 질병 유병과 사망 관련 지표를 이용한 비용 효과성 분석

단위: 명, 백만 원

내용	치료가능 사망		암/신생물		폐렴	
	도시	농촌	도시	농촌	도시	농촌
질병 유병 관련 지표						
환자 수(A)	935,551	863,020	327,359	283,507	176,262	177,508
환자 지출 총의료비(B)	2,218,336	2,890,944	1,130,744	1,249,470	128,641	214,997
환자 1인당 의료비(B/A)	2.37	3.35	3.45	4.41	0.73	1.21
사망 관련 지표						
사망자 수(C)	12,963	21,908	10,021	14,305	3,156	6,397
사망자 지출 총의료비(D)	413,981	516,980	353,457	397,359	25,126	43,748
사망자 1인당 지출 의료비(D/C)	31.94	23.60	35.27	27.78	7.96	6.84
분석 지표						
환자당 사망자 수(C/A)	0.01	0.03	0.03	0.05	0.02	0.04
단위 의료비당 사망자 수(C/B)	0.58	0.76	0.89	1.14	2.45	2.98

주: 환자 수는 해당 상병으로 의료기관에서 진료를 받은 표본 수임. 환자 지출 총의료비는 해당 상병 치료로 지출한 총 의료비용임. 사망자 수는 해당 상병으로 사망한 표본 수임. 사망자 지출 총의료비는 사망자가 지출한 총 의료비용임.

자료: 국민건강보험공단, 국민건강보험 맞춤형 DB.

○ <표 3-7>에서는 2010년 표본을 2018년까지 추적한 자료로 해당 표본의 치료가능 사망, 암/신생물, 폐렴 관련 질병의 유병과 사망, 지출 의료비를 분석하였으며 분석 결과는 다음과 같음.

- 농촌 지역 환자의 1인당 의료비 지출이 도시보다 높음에도 불구하고 단위 의료비 대비 치료가능 사망, 암/신생물, 폐렴으로 사망한 환자 수가 농촌에서 모두 도시보다 높아 비용 효과성은 떨어짐.
- 표본 중에서 사망자만을 대상으로 분석한 결과 사망자 1인당 의료비 지출 금액이 도시가 더 크므로 농촌 지역 환자는 도시 지역 환자와 비교하여 의료서비스 지출 대비 의료서비스의 질은 떨어지며 농촌에서 사망한 환자는 도시에서 사망한 환자와 비교하여 양질의 의료서비스를 받지 못하고 있을 가능성이 큼.

표 3-8 2018년도 의료비용의 점증적 효과비를 이용한 비용 효과성 분석

단위: 백만 원, 명, 연

지표	치료가능 사망	암	폐렴
의료비 증분	849.2	-26.92	193.76
사망자 수 증분			
연령 비표준화	177.6	80.3	63.5
연령표준화	19.6	6.3	5.0
점증적 효과비(ICER)			
연령 비표준화	0.209	-2.984	0.328
연령표준화	0.023	-0.233	0.026

자료: 국민건강보험공단, 국민건강보험 맞춤형 DB.

○ <표 3-8>은 2018년 기준으로 치료가능 사망과 암/신행물, 폐렴 등으로 사망한 환자를 대상으로 사망자 수와 의료비용의 점증적 효과비를 측정하고 분석한 표임.

- 표에서 의료비 증분은 농촌 전체 의료비에서 도시 전체 의료비를 뺀 값이며 사망자 수 증분은 농촌 주민 중에서 해당 질병으로 사망한 사망자 수에서 도시 주민 사망자 수를 뺀 값임.
- 의료서비스 질이 높으면 사망자 수는 낮아지므로 점증적 효과비가 음(-)이면 도시에 비해 비용 효과성이 있다는 것을 의미하고, 양(+)이면 도시에 비해 비용 대비 효과성이 낮다는 것을 의미함.

○ 점증적 효과비를 분석한 결과, 치료가능 사망과 폐렴의 점증적 효과비는 모두 양(+)의 값이므로 농촌이 도시보다 사망자가 많은데도 불구하고 의료비용은 증가하여 농촌의 의료비용 효과성이 도시에 비해 떨어지는 것으로 나타남.

- 암은 점증적 효과비가 음(-)의 값을 보이며 의료비의 증분이 음(-)의 값을 가지므로 도시와 비교하여 의료비 지출이 적어 농촌에 의료비용을 투입하여 사망자 수를 줄일 수 있는 유인이 있음.

표 3-9 의료비용의 점증적 효과비를 이용한 비용 효과성 분석(2010~2018)

단위: 백만 원, 명, 연

지표	치료가능 사망	암	폐렴	심장 질환
의료비-사망자 수 분석				
환자 1인당 의료비 증분	0.979	0.953	0.481	0.114
환자 1인당 사망자수 증분	0.012	0.020	0.018	0.005
점증적 효과비(ICER)	0.012	0.021	0.038	0.041
의료비-손실 연수 분석				
사망자 1인당 의료비 증분	-8.338	-7.494	-1.123	-2.164
사망자 1인당 손실 연수 증분				
가중치 없음	-2.47	-3.29	-0.85	-1.33
연령 가중치 적용	-2.11	-2.94	-0.71	-0.93
할인율 적용	-1.26	-1.56	-0.41	-0.84
연령 가중치·할인율 적용	-1.18	-1.58	-0.40	-0.61
점증적 효과비(ICER)				
가중치 없음	3.37	2.28	1.33	1.62
연령 가중치 적용	3.96	2.55	1.57	2.32
할인율 적용	6.62	4.80	2.72	2.59
연령 가중치·할인율 적용	7.04	4.73	2.83	3.55

자료: 국민건강보험공단, 국민건강보험 맞춤형 DB.

○ <표 3-9>에서는 <표 3-8>과 같은 방법으로 2010년 표본 중 2018년까지 치료가능 사망이나 암, 폐렴, 심장 질환으로 사망한 환자를 대상으로 사망자 수와 2010년 기대여명을 기준으로 조기 사망 손실 연수를 계산하여 점증적 효과비를 분석하였음.

- 의료비와 사망자 수를 대상으로 한 점증적 효과비는 치료가능 사망이 0.012, 암이 0.021, 폐렴이 0.038, 심장 질환이 0.041로 모두 양(+)의 값인데 이는 농촌이 도시보다 의료비용은 증가하며 사망자도 증가한다는 것을 의미함.

2.3. 소결

- 의료비용 효과성을 분석해 보면 대상 질병의 단위 의료비용은 도시 주민보다 농촌 주민에게 더 높아 병이 심각해져서 병원을 방문했을 가능성이 있음.
 - 이러한 경향은 상급병원으로 갈수록, 관외와 서울 소재 의료기관일수록 증가하고 있으며 농촌의 의료 질이 도시와 비교하여 낮을 가능성을 실증하고 있음.
- 농촌 의료의 비용 효과성은 도시와 비교하여 낮아 농촌 의료 정책을 다시 생각해볼 필요성이 있음.
 - 농촌 지역의 단위 의료비당 사망자 수가 도시보다 높고 같은 비용을 투입해도 사망자 수나 사망으로 인한 기대손실 연수가 농촌이 더 높아 농촌 의료 서비스의 비용 효과성이 도시보다 낮다고 실증하고 있음.

제4장

농촌 관련 보건·의료 정책의 현황과 문제점



4

농촌 관련 보건·의료 정책의 현황과 문제점

1. 농촌 보건·의료 정책 및 계획

- 지역격차를 해소하기 위해 다양한 「도서개발촉진법」(1986년), 「농어촌지역 발전기본법」(1986년)에 의한 농어촌지역종합개발정책(1988년), 경제사회 개발계획(1987년)과 같은 균형발전정책이 시행되었으며, 국민의 삶의 질 개선을 위해 「국토기본법」(2002년)과 「국가균형발전특별법」(2004년) 제정으로 보건·의료 확충을 약속함.
- 우리나라는 의료의 불평등 해소보다는 평균을 향상시키는 방향으로 진행해 오 (강희정 2019). 의료의 평균 향상을 위한 정책은 의료취약지 해소나 의료의 균 일한 질 향상에 소홀하게 됨.
- 현재 농촌을 포함하는 다양한 보건·의료 관련 계획이 진행 중임.
 - 농어촌보건복지 기본계획

- 공공의료 발전 종합대책, 공공보건의료 기본계획
- 지역보건의료계획(현 제7기)
- 지역사회 통합 돌봄(커뮤니티케어)

1.1. 농어촌 보건복지 기본 계획(2012~2019)²⁸⁾

- 농어촌 주민의 보건복지 증진과 이를 위한 추진전략을 제시하기 위해 보건복지부는 2015년 9월에 ‘제3차 농어촌 보건복지 기본계획’을 발표하였음.
- 현재 농어촌은 고령화율과 독거노인 비율이 높고, 저소득층 비율의 증가 등 인구·가구구조의 변화와 낮은 복지서비스 접근성, 낮은 재정자립도와 낮은 복지예산 비중 문제에 시달리고 있음.
 - 이를 해결하기 위해 제3차 농어촌 보건복지 기본계획에서는 보건복지 사업 위주의 정책을 수요자 중심의 생애주기별, 취약인구집단별 계획을 수립하고 집단별 미충족 요구를 반영하였음.
- 농어촌 주민의 보건복지 서비스에 대한 양적, 질적 수준 제고를 위해 생애주기별 안전망 강화, 농촌 저소득층, 장애인, 다문화가족 등 취약 인구집단 보호 강화, 농어촌 보건복지서비스 접근성 강화 정책을 추진하고자 함.
 - 생애주기별 안전망 강화를 위해서 생애주기별로 보육 및 청소년 교육 여건 개선, 농어촌 일자리 창출, 문화기반 확대, 농어업인 사회보험료 지원 합리화, 여성을 위한 복지·문화 기반시설 확충, 노인 돌봄 서비스 강화를 계획함.

²⁸⁾ 보건복지부. 2015. 『제3차 농어촌 보건복지 기본계획』. 제4차 기본계획은 2019년 12월 공표 예정.

- 농어촌 지역에 거주하는 취약 인구 보호를 위해 저소득층 보호 강화, 장애인 자립 지원 확대, 다문화가족 역량 강화를 계획함.
- 취약지역 접근성 강화를 위해 의료취약지 지원을 다각화하고 의료인력을 확충하여 보건·의료 서비스 접근성을 제고하고, 복지취약지 선정과 마을 단위 복지공동체 구축을 통해 복지서비스 접근성을 개선하고자 함.

1.2. 공공의료발전 종합대책²⁹⁾

○ 정부는 2018년 10월에 공공보건의료 역할 증대와 책임성 강화를 위해서 ‘필수의료의 지역격차가 없는 포용국가 실현을 위한 공공보건의료 발전 종합대책’을 발표하였음.

○ 우리나라는 전 국민 건강보험 시행과, 우수한 의료인력 확충 등으로 손쉽게 의료서비스를 받을 수 있는 의료 접근성을 보장하였으나, 민간의료서비스 위주의 서비스 공급으로 수익성이 낮은 필수의료서비스 공백이 존재함.

- 우리나라 공공보건의료는 응급의료센터의 접근성 격차, 분만 취약지 증가, 지역 의료체계의 약화, 지속적 건강관리 체계 부족 등으로 생명과 직결된 필수의료서비스 공급이 비수도권과 중소도시·농어촌 등 지역별 격차가 심각함.
- 따라서 지역에 따른(수도권과 비수도권 간, 도시와 농어촌 간) 의료 접근성과 사망률 등 건강 수준의 격차가 존재하며, 필수의료서비스 이용에 불평등이 없도록 의료 공공성과 공공의료의 강화가 필요한 상황임.

²⁹⁾ 보건복지부. 2018a. 『공공보건의료 발전 종합대책』.

○ 이러한 보건·의료 지역격차를 해결하기 위해서 공공보건의료 발전 종합대책에서는 공공보건의료 발전을 위해서 보편적 의료이용을 보장하고 필수의료 보장과 효과적 전달을 목적으로 공공의료 발전 방향을 설정함.

- 이를 위해 공공보건의료의 역할과 기능 확대, 공공의료기관 간 협력체계를 구축, 민간의료기관에도 공공의료서비스 공급에 있어서 적극적 역할 부여 등의 정책을 실시하고자 함.

○ 지역격차 해소를 위한 공공보건의료 책임성 강화를 목표로 권역/지역의 책임 의료기관을 지정하고 공공보건의료 협력체계를 구축하며 지역 공동체를 기반으로 지속적인 예방적 건강관리 정책을 확대할 예정임.

- 필수의료에 대한 전 국민 보장 강화를 위해서 필수 중증 의료서비스 공급 강화와 건강 취약계층 의료서비스 확대, 공중보건위기 대응 등의 안전체계를 구축할 예정임.
- 공공보건의료인력 양성을 위해 국립공공의료대학원을 설립하고 공중보건 장학제도 등으로 지역 보건의료를 위한 인력을 국가가 직접 양성할 예정임.
- 지방정부 역할 및 책임을 확대하고 중앙정부의 조정 및 지원 기능을 강화하여 공공보건의료 거버넌스를 구축할 예정임.

○ 지역에서의 자체 충족적인 공공보건의료체계를 구축하기 위해 보다 구체적으로 필수의료의 개념을 정하고, 서비스 제공방안을 제시하고 있음.

○ 중진료권 내 양질의 필수의료서비스 보장을 계획함.

- 지역책임 및 지역협력 의료기관을 통한 중진료권 내 응급/중환자/심뇌질 환/분만/신생아/감염 등 필수의료서비스 제공
- 지역책임 및 지역협력 의료기관의 질 향상을 위해 심평원 적정성 평가 지표

에 근거한 지표관리 강화, 중증도 완화

- 임상진료지침, 교육훈련 등을 통한 역량 강화

○ 전체 지역주민의 의료안전망 구축

- 중진료권 내 주민 전체에 대한 필수보건의료서비스 제공 계획 수립 및 민간 병원 등을 포함한 지역 자원 연계를 통한 필수보건의료서비스 제공 계획
- 지역책임의료기관과 1차 보건의료기관 등 지역사회 내 의료전달체계 구축

○ 취약계층에 대한 안전망 구축

- 취약계층의 의료접근성 향상 및 격차 해소: 의료비 지원사업, 간병 지원, 무료 검진 및 진료, 퇴원 후 방문 진료 및 간호, 교육 및 상담프로그램, 지역사회 연계 지원 등
- 계층별 특화서비스: 장애인재활프로그램, 돌봄여성건강지원프로그램, 외국인근로자 클리닉, 경제활동 중단자 정신건강지원센터 등

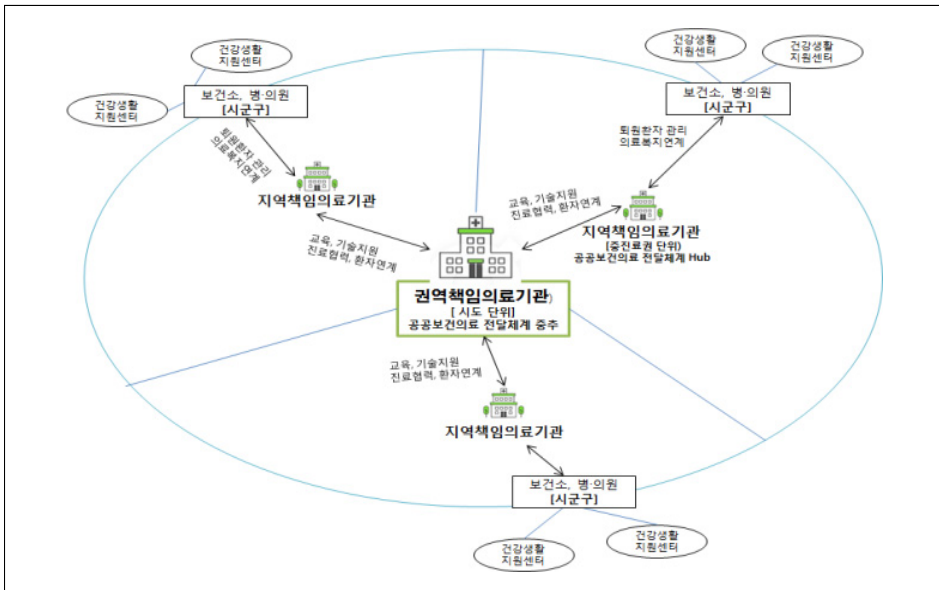
○ 이번 대책에서는 지역책임의료기관의 지정을 위해 자원이 부족한 중진료권 단위에서 공공병원 신축 계획을 수립함.

○ 지역책임의료기관에는 필수요료를 위한 급성기 진료가 가능한 종합병원급 공공병원 또는 민간병원을 지정함.

- 공공병원의 인프라 및 역량이 낮은 취약한 지역은 공공병원의 기능 강화를 통해 지역책임의료기관으로 육성함.
- 공공병원이 없는 지역은 역량 있는 민간병원 중에서 지역책임의료기관을 지정하고, 지원 계획을 수립함.

- 지역 내 공공병원이 없고 의료서비스의 질을 담보할 수 있는 민간병원도 없는 곳은 공공병원 신축 계획을 수립함.

그림 4-1 권역/지역 책임의료기관 제도(안)



자료: 보건복지부(2018a). 『공공보건의료 발전 종합대책』.

○ 공공보건의료 기본계획(2016~2020)³⁰⁾

- 지역 간 균형 잡힌 공공보건의료 제공체계 구축
- 의료취약지 지원 강화를 위해 분만취약지 지원 강화, 응급의료 취약지 이송체계 및 인프라 확충, 의료취약지 모니터링 체계 구축, 1차의료 취약지 의료 접근성 향상, 기타 취약지 지원 확대를 포함
- 공공보건의료 전문인력 양성, 공공의료기관의 안정적 인력관리체계 구축과 공공보건의료인력에 대한 교육·훈련 강화를 포함

³⁰⁾ 보건복지부·공공보건정책관. 2016. 『제1차 공공보건의료 기본계획(안)[2016~2020]』.

1.3. 제7기 지역보건의료계획³¹⁾

- 중장기 지역보건의료계획을 4년마다 수립하며, 시·군·구에서 1년마다 연차별 시행계획을 수립하며, 중앙에서 지역보건의료의 방향 제시, 광역 정책 수립 후 지자체 공유
- 시·군·구 지역보건의료계획에는 지역의 보건·의료 수요, 보건·의료 서비스 공급대책과 인력·시설 등 보건·의료 자원 관리, 전달체계 구성 방안과 취약계층의 건강관리 및 건강상태 격차 해소 계획, 지역보건의료와 사회복지사업 사이의 연계성 확보 계획을 포함
- 지역보건의료의 방향
 - 지역사회 자원의 균형 배치를 통해 의료 접근성 강화(의료 접근성 향상)
 - 지역 간 계층 간, 건강격차 감소(건강격차 해소)
 - 전반의 보건의료종합계획으로 공공보건의료계획, 지역사회보장계획 등과 연계
- 보건소는 지역사회 건강증진과 보건의료체계의 헤드쿼터로서 관리자 역할로, 보건소를 거점으로 지역사회 중심 의료체계를 확립(경향신문 2019. 7. 9.)³³⁾

31) 보건복지부·한국건강증진개발원. 2018. 『제7기 지역보건의료계획 수립 안내』.

33) 경향신문 기사. 2019. 7. 9. “보건소를 거점으로 지역사회 중심의 보건의료체계 확립 앞장설 것.”

1.4. 지역사회 통합 돌봄(커뮤니티케어)³⁴⁾

○ “케어가 필요한 주민(노인, 장애인 등)들이 살던 곳(자기 집, 그룹 홈 등)에서 개인의 욕구에 맞는 서비스를 누리고 지역사회와 함께 어울려 살아갈 수 있도록 주거, 보건의료, 요양, 돌봄, 독립생활의 지원이 통합적으로 확보되는 지역 주도형 사회서비스 정책”으로 예방·건강관리, 재가 서비스 지원을 통해 ‘살던 곳’ 즉 지역사회에서 가능한 오래 독립적으로 건강하게 살 수 있도록 지원함.

- 1단계 선도사업 실시(2018~2022), 2단계 커뮤니티케어 제공기반 구축(2023~2025), 3단계 커뮤니티케어 제공 보편화(2026년 이후)
- 2019년 4대 선도사업 선정(8개 지역): 노인 통합 돌봄 모델, 장애인 자립생활 지원 모델, 정신질환자 지역사회 정착 지원 모델, 노숙인 자립 지원 모델
- 지역상황에 맞게 지자체에서 자율적으로 서비스를 구성하고 운영함. 시·군·구는 ‘지역케어회의’ 운영, 읍·면·동은 ‘케어안내창구’ 운영함.
- 읍·면·동에서는 서비스 접수, 욕구조사, 서비스 통합안내를 함.
- 시·군·구에서는 읍·면·동에서 의뢰된 대상자 사정, 사례관리, 서비스를 연계를 실시함.
- 현재 1차 노인선도사업에 광주 서구, 경기 부천시, 충남 천안시, 전북 전주시, 경남 김해시, 장애인 선도사업에 대구 남구, 제주 제주시, 정신질환자 선도사업에 경기 화성시가 선정되었고, 2차에 부산 북구, 부산 진구, 경기 안산시, 경기도 남양주시, 충북 진천군, 충남 청양군, 전남 순천시, 제주 서귀포시가 선정됨.

³⁴⁾ 보건복지부. 2019b. 『지역사회 통합 돌봄[커뮤니티케어] 선도사업 추진계획』; 보건복지부. 2018b. 『지역사회 통합 돌봄 기본계획』.

○ 선도사업 실시 및 핵심 인프라 확충 과제

- 선도사업 실시하여 지역 실정에 맞는 서비스 발굴, 다양한 커뮤니티케어 모델 개발
- 주거 및 노인 건강관리를 위한 핵심 시설인프라 확충
- 중앙 및 지자체에 전담조직 설치 및 법률 정비

○ 2025년까지 지역사회 통합돌봄 제공기반 구축 과제

- 핵심요소: 주거서비스(노인 맞춤형 케어안심주택, 집수리 사업, 커뮤니티형 도시재생 뉴딜), 건강의료서비스(집중형 방문건강서비스, 방문의료, 노인 만성질환 전담 예방·관리, 병원 ‘지역연계실’ 운영), 요양돌봄서비스(차세대 노인장기요양보험 구축, 재가의료급여 신설, 식사 배달 등 다양한 신규 재가서비스, 회복·재활 서비스), 서비스 연계(읍·면·동에 ‘케어안내창구’ 신설, 시·군·구에 지역케어회의 등 지역사회 민·관 서비스 연계·협력)
- 다양한 서비스 발굴 및 집으로 찾아가는 방문 건강관리서비스 및 방문의료 확충 포함
- 인력 양성 및 케어매니지먼트 시스템 구축
- 수가체계 개편과 민간 서비스제공기관의 공공성 강화
- 지자체의 책임성 강화 및 서비스 품질관리체계 구축

1.5. 농촌 보건·의료 주요 정책 현황

- 기존 정책들에서 이미 제시한 대로 농촌 보건·의료 정책과제는 다양한 대상별, 지역별 정책을 통해 건강격차와 의료격차 해소를 도모하고 건강불평등 감소를 목적으로 하고 있음.

- 농촌의 의료취약지와 고령화에 따른 의료 욕구, 지역별 의료격차, 건강격차 등의 문제를 해소하기 위해 다양한 농어촌 대상 의료 정책을 실시함.
- 농촌의 건강불평등 문제를 해결하기 위해, 의료취약지 지원, 생애주기별 취약인구집단별 접근, 공공보건의료 책임성 강화를 통한 지역격차 해소, 지역사회 자원 균형을 통한 의료접근성 강화, 지역주도 돌봄 통합 서비스 정책 시행 등을 계획하고 있음.

○ 농촌 보건·의료 정책은 크게 의료취약지 지원을 포함한 인프라 확충, 공공보건의료인력 확충, 지역서비스 제공 체계(권역책임의료기관: 권역/지역 책임의료기관 지정)로 구분할 수 있음.

○ 인프라 확충을 위한 정책

- 농어촌 보건기관의 인프라 확충을 위해 ‘농어촌특별세’를 재원으로 보건(지)소, 보건진료소, 건강생활지원센터 등 공공보건의료기관의 시설 현대화, 필수 차량 구비 등 기능 보강을 위한 농어촌의료서비스 개선사업³⁵⁾을 진행하고 있음(박세진·김미나 2017).
- 고령화되는 농촌 주민 대상으로 만성질환 예방 및 만성질환자 관리가 필요함. 농촌에서 건강 증진 기능이 중요해지고 있고, 이를 위해 건강생활지원센터³⁶⁾ 설립이 진행 중임. 하지만, 현재 66개 지역에 건강생활지원센터가 있으나 대부분 도시 지역인 시와 동 지역에 위치하며, 농촌은 10개 군 지역에만 설치되어 있음.³⁷⁾

³⁵⁾ 1994년 우루과이라운드 협상타결 이후 10년간 한시 사업으로 시작하였으며, 「농어촌특별세법」 개정(2014. 1. 1.)으로 2024년 상반기까지 사업시한이 연장됨(한국건강증진개발원 홈페이지. <<https://www.khealth.or.kr/board?menuId=MENU00845&siteId=null>>. 검색일: 2019. 12. 1.).

³⁶⁾ “지역사회의 필요와 요구에 기반하고 주민참여와 지역자원 협력을 통해 주민들이 ‘건강생활’을 영위할 수 있도록 ‘지원’하는 소생활권 중심의 ‘건강증진 기능 특화 지역보건기관’”(한국건강증진개발원 홈페이지. <<https://www.khealth.or.kr/board?menuId=MENU00847&siteId=null>>. 검색일: 2019. 12. 1.).

- 의료취약지 지원을 위해 응급의료취약지, 소아청소년과 의료취약지, 분만 취약지에 대해 거점의료기관 선정·지원, 의료인력 지원, 보조금 지원, 산부인과 설치·운영을 지원함.

○ 의료취약지 지원

- 공공의료의 개념이 보다 선제적이고 기본적으로 변화됨에 따라 기존에 응급·분만 등 의료취약 분야 중심으로 지정되었던 의료취약지의 개념에도 변화가 예상됨.
- 응급·외상·심뇌혈관 등 필수중증의료를 중심으로 분만뿐만 아니라 어린이 의료에까지 영역이 확장되고 있음.

표 4-1 공공의료의 개념 변화

구분	현재	개선
정의	시장실패로 인해 보건·의료 서비스 제공이 취약한 분야	국민의 생명·안전 및 기본적 삶의 질을 보장하는 필수의료
보완적	보완적	선제적·기본적
제공기관	지역 내 분절적 의료수행 권역-지역-기초 협력체계 부재	권역·지역 책임의료기관 지정 권역-지역-기초 전달체계 수립
대상	취약계층 중심	모든 국민
분야	- 취약지 - 취약계층 - 취약분야: 응급, 분만 - 신종감염병 등	- 필수중증의료(응급·외상·심뇌혈관 등) - 산모(모성·분만), 어린이 의료 - 장애인, 재활 - 지역사회 건강관리 - 감염 및 환자 안전

자료: 보건복지부(2018a), 『공공보건의료 발전 종합대책』.

- 의료취약지 해소를 위해 지역 응급의료기관이 없는 군 지역에 응급의료기관 운영을 위한 인력·시설·장비 등을 지원, 응급의료서비스 기반을 확보하고 있음.

37) 한국건강증진개발원 홈페이지. <https://www.khealth.or.kr/board?menuId=ME_NU01061&siteId=null>. 검색일: 2019. 12. 1.

- 취약지역의 119 구급서비스 접근성 강화 및 이송체계 구축하고 구급차 공백 상황 시에도 신속한 응급처치 및 구급활동이 가능한 펌블런스(소방펌프차+구급차) 차량 배치를 확대하고 있음.
- 분만 산부인과가 없는 분만 취약지역에 산부인과가 설치·운영될 수 있도록 지원을 계획함.
- 인프라 확충을 위해 지속적인 정책을 진행했지만, 실제 종합병원 등 의료기관 수의 차이가 커져 지역격차가 줄어들지 않고 있음.
- 주민설문조사에 의하면, 자주 가는 병원에 대해 농촌 주민은 대부분 관내 병·의원(46.6%, 42.6%)을 이용하며, 관외 병원은 11%가 주로 이용함.
- 관내 병원³⁸⁾을 가는 이유는 ‘가던 곳이라’(40.2%), ‘거리가 가까워서’(39.3%)라고 답해, 접근성이 주된 이유로 나타남.
- 관외병원³⁹⁾을 가는 이유는 ‘좋은 치료를 받기 위해’(48.2%), ‘의사나 병원이 믿을만해서’(23.2%)로, 의료의 질이 주된 이유로 나타남.

○ 농촌 의료인력 확충 및 지원

- 「보건의료인력지원법」⁴⁰⁾에서는 국가가 보건의료인력 수급에 책임이 있음을 법으로 정해 놓음. 특히 지방자치단체의 책임을 규정해 놓고 있음.
- 의료인력에 대한 주요 정책은 지역 의료인력 확충을 위한 파견인력 지원 및 공공의료인력 양성임.
- 파견인력 지원은 지방의료원과 적십자병원이 국립대병원에서 의사를 파견

38) 응답자 453명 대상.

39) 응답자 56명 대상.

40) 「보건의료인력지원법」 2019. 4. 23. 제정, 2019년 10. 24. 시행. <<http://www.law.go.kr/%EB%B2%95%EB%A0%B9/%EB%B3%B4%EA%B1%B4%EC%9D%98%EB%A3%8C%EC%9D%B8%EB%A0%A5%EC%A7%80%EC%9B%90%EB%B2%95/>>.(16371,20190423)

받는 경우 인건비를 지원받음(보건복지부 2018a).

- 의료인력이 부족한 지역에 간호인력을 확충하기 위해 건강보험재정에서 인건비를 지원하는 방안을 추진 중임⁴¹⁾(메디파나뉴스 2019. 11. 12.).
- 장학제도를 통해 장학금을 받은 기간 동안 공공보건의료 분야에서 근무하게 하는 2019년 공중보건장학제도 시범사업이 실시, 20명의 학생을 지원하려했지만 9명만 선발됨.

○ 지역의료체계

- 농촌 지역을 위해서 보건소를 예방의료 중심으로 운영하며, 권역/지역 책임의료기관 지정을 통해 지역의료 체계를 갖추려고 함. 또한 지역사회통합돌봄을 통해 지역 주도형 서비스를 계획하고 있음.
- 지역의료체계를 보면 권역·지역 책임의료기관 지정을 통해 시·군·구 지역에 의료서비스를 제공하도록 하며, 지역사회통합돌봄을 통해 지역 내에서 통합적인 돌봄 서비스를 제공하여 지역 주민이 살아온 지역 내에 오래 거주할 수 있도록 함.
- 2018년 확정된 공공보건의료종합대책에서는 공공의료강화를 위해 전국을 70여 개의 진료권으로 구분하고, 권역/지역 책임의료기관을 지정·운영할 계획임.
- 책임의료기관은 필수(중증)의료를 중심으로 진료권 내에서 역할을 수행함. 권역책임의료기관은 시도진료권 단위에서 주로 국립대학교병원이 기능을 수행함. 지역책임의료기관은 중진료권(시도보다 작고, 시·군·구보다 큰 진료권)에서 기능을 수행하게 됨.
- 지역사회통합돌봄은 노인인구가 증가하는 농촌 지역사회의 보건의료 욕구

⁴¹⁾ 메디파나뉴스 기사. 2019. 11. 12. “지역 간 의료 격차 해소 대책 중 핵심 ‘인력 문제’ 미비하다.”

를 충족시킬 수 있는 사업이지만, 주로 도시 위주로 시범사업과 정부정책이 접근하고 있음.

- 농촌형 지역사회통합돌봄의 필요성은 점점 커지고 있으며, 보건·의료 서비스가 인프라가 부족한 농촌에서 적절한 체계를 만들어야 함.

2. 현행 정책의 문제점

2.1. 농촌형 정책 부재의 문제점

○ 현 보건·의료 정책들은 도시적 관점을 농촌에 적용시키고 있어 맞지 않는 부분이 있음.

- 예로 공간상 일반적인 중앙-권역-지역 체계를 통해 농촌 마을에까지 의료서비스를 제공하고자 함. 하지만 공간적으로 시도보다 좁고, 시·군·구보다 넓은 지역인 권역에서 제공하는 서비스를 면에 거주하는 농촌 주민이 이용하는 것은 불가능함. 농촌 지역 단위에서 제공하는 의료서비스는 주로 보건(지)소를 통해 제공되는데, 농촌 보건(지)소의 공공의료는 예방적 접근을 목표로 하며, 진료나 치료의 질은 민간 의료기관 특히 대도시 민간 의료기관의 서비스 수준을 따라가지 못해 농촌 주민에게 낮은 서비스 제공을 전제로 하고 있음.
- 보건지소 및 보건진료소는 통폐합되고 공중보건의 자원이 감소하여, 농촌 지역 소외계층의 의료서비스 접근성과 서비스 질이 악화되고 있음(최경환 2008).
- 농촌인구의 감소와 교통의 발달로 보건기관의 효율성을 위해 보건지소와 보건진료소의 통폐합이 추진되었으며 교통망 확충으로 도시 병원 방문을

선호하게 되면서 보건지소나 보건진료소의 이용객이 급감함(전북일보 2016. 8. 9.).

- 기존 정책에서 생애주기별 안전망 강화와 서비스 접근성 강화 정책을 추진하고 있지만, 이에 못지않게 농촌 지역에서는 의료서비스 질의 개선 또는 양질의 의료서비스 접근성 향상이 중요하나 이를 위한 정책이 부족함.
- 농촌 지역에서는 의료기관 서비스 질 격차로 인한 관외 의료기관 이용이 증가하고 있고, 의료의 질과 크게 상관없는 만성질환 관리를 위해 농촌 관내 의료기관을 이용하는 현실을 감안한 농촌형 보건·의료 정책이 필요하지만 미흡함.
- 이 연구의 설문조사에 의하면 1차 예방사업인 신체활동 교육, 건강행태 개선교육, 예방활동, 홍보, 및 예방 접종관리는 도시와 비교했을 때 전반적으로 잘 이루어지고 있다고 볼 수 있지만, 주민과 공무원 모두 응급진료, 중환자 진료, 수술 관련 진료, 입원 진료 등 진료 관련 항목에서 서비스 수준이 도시에 비해 현저하게 낮다고 평가함<표 4-2>.

표 4-2 분야별 의료기관 서비스 수준 평가(5점 척도, 평균)

구분	의료서비스	공무원(n=115)		주민(n=509)	
		지역 수준 평가	도시와 비교 (도시가 좋음: 5점)	지역 수준 평가	도시와 비교 (도시가 좋음: 5점)
진료	응급 진료	2.03	4.50	2.47	4.10
	중환자 진료	1.55	4.65	2.14	4.35
	수술 관련 진료	1.46	4.69	2.14	4.35
	입원 진료	1.68	4.50	2.62	4.12
	민간병원 미진료 과목 진료	1.89	4.28	2.61	4.01
1차	운동이나 체조와 같은 신체 활동 교육	3.01	3.22	3.17	3.59
	음주나 흡연과 같은 건강 행태 개선 교육	3.26	3.17	3.20	3.56
	건강 증진 및 질병 예방 활동	3.38	3.17	3.34	3.55
	국가 건강 검진 참여 홍보	3.52	3.03	3.38	3.56

(계속)

구분	의료서비스	공무원(n=115)		주민(n=509)	
		지역 수준 평가	도시와 비교 (도시가 좋음: 5점)	지역 수준 평가	도시와 비교 (도시가 좋음: 5점)
2차	질병 조기 발견 및 조기 치료 활동	3.06	3.57	2.86	3.84
	예방접종 관리	4.03	2.88	3.23	3.73
3차	근골격계 질환 재활 치료	2.43	4.02	2.74	3.86
	만성질환자 관리 및 치료	3.40	3.51	2.82	3.90
	정신질환 관리	2.23	4.01	2.49	4.01

자료: 설문조사 결과를 바탕으로 저자 작성.

○ 의료기관 질 격차로 인한 유병률, 사망률 증가

- 농촌의 유병률이 높게 나오는 것은 해당 질병의 예방이 취약함을 의미함. 사망률이 높은 이유는 의료서비스의 질이 낮아 해당 질병관리 및 치료가 도시에 비해 잘 이루어지지 않고 있음을 의미함.
- 농촌의 경우 노인인구 증가로 도시보다 더 급하게 만성질환자가 증가하며 유병률도 높음. 농촌 관내 의료 기관에서 만성질환자 관리가 주로 이루어지지만, 의료의 질이 낮아 도시보다 높은 사망률을 보이며 이로 인한 고통과 비용을 농촌 주민이 감당해야 함.
- 농촌의 특성 중 하나는 복합 만성질환자 증가를 들 수 있음. 복합 만성질환자의 경우, 더 자주 의료기관을 이용해야 하며, 더 많은 의료비용을 지불하며, 더 많은 의료 관리시간을 소모하게 됨.
- 이 연구의 설문조사 결과와 건강보험데이터 분석 결과를 보면, 농촌에서 필요한 부분은 크게 진료와 관리의 질 향상으로 볼 수 있음.

2.2. 의료인력 확충의 문제점

○ 농촌 의료인력 확충 정책은 장기적이며 인력이 충분히 확보되기 어려움.

- 농촌 의료인력을 확충하기 위한 정책은 크게 교육을 통한 공공보건의료인력 양성과 지원금을 통한 의사나 간호사 인력 확보라 할 수 있지만, 공공의료대학원은 2023년 개교 추진 중이기 때문에 실제로 의료인력이 양성되려면 여전히 많은 시간을 기다려야 함. 또한 모집인원이 40여 명 수준이기 때문에 다양한 분야의 의료인력이 절대적으로 부족한 농촌 지역에는 충분하지 않음.
- 보건의료시설 부족과 접근성이 낮은 농촌 지역에 의료인력을 보내려는 정책은 효과성이 떨어질 수밖에 없음.

○ 공공보건의료인력 확충을 위해 지원을 하지만, 공중보건의 축소가 현실적으로 다가오고 있으며, 지역 간 의료인력 불평등은 커짐.

- 의대 정원 감소와 여성 의대생 증가, 의학전문대학원 제도로 병역의무를 마쳐야 하는 남자 의대생이 감소하여 공보의 수는 2010년 5,179명에서 2015년 3,626명으로 약 30%(1,553명) 감소하여 한 명의 공중보건의가 1개 면을 책임지기도 함(연합뉴스 2016. 4. 28.).
- 공공의료인력 교육 강화를 위해 공공의료대학원 설립을 추진하고 있으며 4년제 국립대학법인 형태로 설립하며 2022년 개교를 목표로 하고 있지만, 2019년 11월 국회통과가 무산돼 전망이 불투명함(전북일보 기사 2019. 11. 28.).⁴³⁾
- 의료인력을 양성하는 데는 오랜 기간이 소요되고, 배출인력도 연간 49명에 불과한 상황임.

⁴³⁾ 전북일보 기사. 2019. 11. 28. “국립공공보건의료대학원법 국회통과 ‘무산’.”

○ 현재 파견의료인력에 대한 재정 지원이 이루어지고 있지만, 여전히 지역의료 기관은 의료인력 확보에 어려움을 겪고 있으며, 특히 충분한 간호인력 확보도 못하고 있음.

- 농어촌 지역의 지자체에서는 지역의 공공의료기관에서 활동할 의료인력을 구하기 위해 적지 않은 예산을 확보하여 재정적인 인센티브를 마련하고 있음에도 불구하고 인력 확보가 용이하지 않은 상황임.

2.3. 지역의료체계의 문제점

○ 농촌을 대상으로 하는 의료·보건 정책은 공공의료 발전에 중점을 두고 있지만 농촌 지역의 불평등한 의료격차 특성을 고려하지 못하고 있으며, 그동안 정책의 효과성이 나타나지는 않음.

○ 우리나라의 보건·의료 자원 실태파악을 위한 대표적인 조사는 보건복지부에서 실시하는 ‘보건의료자원 실태조사’인데, 중앙 단위에서의 조사는 전국적으로 표준화된 정보를 얻을 수 있어 매우 유용하긴 하지만 지역 단위에서 지역의 특수성을 반영한 의료자원 확보계획을 수립하는 데는 활용의 한계가 있음.

○ 우리나라에서 전반적으로는 병상자원의 양적 과잉 현상이 발생하면서 동시에 지역별로는 병상자원의 부족 현상이 발생하고 있음. 결과적으로 병상자원의 양적 과잉이 지역별 자체충족률과 의료이용 결과 개선에는 도움 되지 못하고 있음.

- 지역별 인구 1,000명당 병상 수와 자체충족률, 중증도 보정 사망비 간에는 상관관계가 낮거나 없음. 즉 병상 수가 많은 것이 지역주민의 의료이용과 결과 개선에 도움이 되지는 못함.

- 권역화와 지역 책임의료기관 지정을 통해 지역의료체계를 구성하는데, 중진료권 단위가 시도보다는 작지만, 시·군·구보다는 큰 단위이기 때문에 실제 농촌 주민은 중진료권 단위의 지역책임의료기관에서 소외될 수 있음.
- 권역별 지역의료체계에서 농촌 주민이 접근할 수 있는 서비스 기관은 보건(지)소와 건강생활지원센터인데, 건강관리 서비스 위주인 농촌 지역 건강생활지원센터는 도시에 비해 수가 적으며, 농촌에 필요한 필수 의료서비스의 질을 높이지는 못함.

○ 도시와는 지역환경과 자원환경이 다른 농촌에서 지역사회통합돌봄이 실시되기 위해서는 농촌형 지역사회통합돌봄 모델이 개발되어야 함.

- 지역사회통합돌봄이 16개 시·군·구에서 선도사업을 추진 중에 있음. 이 중 농촌 지역은 2개 군(충북 진천군, 충남 청양군)에서 참여하고 있음. 충북 진천은 주요 사업으로 방문형 보건·의료 서비스 제공과 동네 복지사 운영이, 충남 청양은 노인 식사 배달과 방문형 건강관리사업이 있음.
- 지역사회통합돌봄은 지역사회의 다양한 의료·복지 서비스를 연계하고 통합하여 보건·복지·의료 서비스를 지역에서 제공하여 지역에서 가능한 오랫동안 생활할 수 있도록 해야 하는데, 현재 선도사업은 부족한 보건·의료 시설(인프라)에 대한 지원이 없으며, 서비스 통합에 대한 계획이 나타나지 않음.
- 지역사회통합돌봄 단계별 계획에서도 핵심 인프라 확충 계획이 있지만, 주로 도시형 사업을 위주로 계획하였기 때문에 지역 필수의료시설 확충은 고려사항이 아님. 농촌은 기존의 보건·의료 서비스 시설을 그대로 이용하기 때문에 보건·의료 서비스의 질은 도시와 차이가 나게 됨. 또한 의료인력 확충의 어려움과 시설 부족으로 인해 의료불평등을 그대로 겪게 됨.

- 현재 지역 중심의 정책에서 의료격차와 건강격차 해소를 위한 접근이 시도되고 있기 때문에 지역 중심 정책 시행 단계에서 농촌의 불평등한 격차를 고려한 정책이 필요함.

2.4. 소결

- 정책에서 드러난 문제점은 농촌 주민이 겪는 건강불평등과 상당 부분 일치함.
 - 농촌 보건·의료서비스의 질 저하는 농촌의 의료인력의 부족과 보건·의료 시설 부족이 주요 원인임. 농촌 주민의 높은 유병률과 사망률은 낮은 농촌 보건·의료 서비스의 질과 관련이 큼.
 - 농촌의 의료 인프라 부족으로 인해 농촌의 주요 질환자는 치료를 위해 관외 의료기관을 방문해야 하며, 직접 치료 외적 비용을 지불하고 있음.
 - 지역의료체계 부족으로 인해 농촌 주민의 효과적인 치료를 받지 못해 의료 비용의 효과성이 떨어짐.
 - 농촌 지역은 보건소 위주의 예방과 교육 사업은 대체적으로 잘 이루어지고 있음. 또한 높은 의료서비스의 질을 요구하지 않는 만성질환 관리는 농촌 관내 의료기관을 주로 이용하며 지속치료를 역시 도시에 비해 낮지 않아 비교적 잘 이루어지고 있음. 하지만 만성질환의 유병률과 사망률은 농촌이 도시에 비해 높기 때문에 체계적인 관리와 치료가 필요한 부분임.

제5장

농촌 보건·의료 정책 방향과 과제



5

농촌 보건·의료 정책 방향과 과제

1. 정책의 방향

○ 농촌 보건·의료 정책은 농촌 주민이 겪는 건강불평등을 해소하는 방향으로 진행되어야 함. 또한 도시 위주 정책과 효율성을 추구하는 현재의 보건·의료 정책 방향에서 농촌을 포함한 대한민국에 거주하는 모든 국민에게 건강하게 살아갈 권리를 보장하도록 하는 시각으로 방향을 전환해야 함. 다행히 건강정책의 방향을 보여주는 제3차 건강증진종합계획(2011~2020) 총괄목표에 건강수명 연장과 함께 건강형평성 제고가 포함되었음(조홍준 2013).

- 건강형평성은 지역의 의료격차를 해소함으로써, 거주 지역에 상관없이 의료서비스가 필요한 개인이 양질의 의료서비스에 접근할 수 있도록 보장되며, 지역에 따른 건강 건강격차가 완화되고, 결국에는 건강불평등이 해소됨으로써 이룰 수 있음.
- 하지만 농촌과 도시는 의료 자원의 불균형으로 인해 의료격차가 발생하며, 농촌 주민의 유병률과 사망률은 도시보다 높아 건강격차를 겪고 있음. 또

한 농촌 주민은 주요 질환을 치료하기 위해 관외 의료기관을 이용하기 때문에 직접치료 비용 외에 타 도시로 이동하는 간접치료 비용 등을 더 부담하고 있음.

○ 농촌 보건·의료 정책은 연구 결과가 제시하는 의료격차와 건강격차를 해소하기 위해 인프라 확충, 의료인력 확보, 의료 접근성 향상 및 지역의료체계 구축이 필요하며, 도시 주민 위주로 세워진 보건·의료 체계로 인한 건강불평등을 해소하는 방향으로 나아가야 함.

- 농촌의 의료불평등 감소를 위한 정책방향은 기존 정책들이 보여준 방향과 크게 다르지 않음. 구체적인 방향으로는 인프라 확충과 인력 확보, 보건·의료 서비스 접근성 향상, 만성질환 관리, 농촌형 보건·의료 서비스 전달체계 개발로 볼 수 있음.

○ 의료자원 부족은 농촌 지역 의료 인프라 확충을 통해 해소할 수 있지만, 인구수가 적은 농촌에 민간 의료 기관의 유인이 쉽지 않기 때문에 공공의료기관의 확충과 기관의 역할 확대가 필요함.

- 공공의료기관의 역할이 큰 농촌 지역에서 보건소는 예방사업에 집중을 하고 있으며, 예방서비스를 통한 농촌 노인의 인플루엔자 접종은 도시 지역 거주자보다 16% 높아 불평등은 개선될 수 있음을 보여주고 있음(조흥준 2013).

1.1. 인프라

○ 공공의료기관 역시 시설을 확충하기 위해서는 의료 수요와 의료기관의 현황 및 의료 기관의 지속가능성을 고려해야 하며, 새로운 의료시설 설립과 의료인

력 확충 등에는 많은 시간과 재정이 투입되어야 하기 때문에 농촌 지역에 의료 인프라가 확충되기는 쉽지 않음.

- 농촌의 의료서비스 인프라는 절대적으로 부족하지만, 도시에 비해 거주 인구가 많지 않은 농촌에 민간 의료기관이 들어갈 유인이 없고, 오히려 농촌 의료시설이 감소하기도 함. 때문에 공공부문에서 의료 인프라를 확충해야 하며, 농촌 민간의료 기관에 대한 지원이 필요함.

○ 의료기관에 대한 접근성을 높이는 방법은 지역에 의료기관의 수를 늘리거나, 교통 지원을 통해 이동을 지원하여 먼 곳의 의료기관을 쉽게 이용하게 할 필요가 있음. 의료기관의 확충은 많은 시간과 자본이 소요되며, 의료기관의 지속가능성 또한 예측이 어렵기 때문에, 단기적으로 인프라를 확충하는 데는 어려움이 있음. 이를 보완하기 위해 농촌 주민이 대도시 의료기관을 더 쉽게 이용할 수 있도록 지원을 할 필요가 있음.

○ 최근 「의료법」 개정⁴⁴⁾을 통해 지역의 실질적인 수요를 반영한 병상수급계획이 가능하도록 제도를 정비하였기 때문에 지역에서도 부족한 병상자원을 확보할 수 있는 실질적이고 적극적인 노력이 경주되어야 함.

- 지역에서는 필수요료를 제공할 수 있는 필수병상을 확보하기 위해 실태조사를 근거로 한 시행계획을 마련할 필요가 있으며, 중앙에서도 지역에서 필수요료를 제공할 수 있는 병상을 확보할 수 있도록 적절한 자원을 배분해야 할 것임.
- 아울러 장기적으로 지역의 병상자원 수급을 적절히 조절할 수 있는 모니터링 체계가 마련되어야 할 것임.

44) 「의료법」 개정안에 따르면 시·도지사는 중앙에서 수립한 기본시책에 따라 지역 실정을 고려하여 지역별, 기능별, 종별 의료기관 병상 수급 및 관리계획을 수립한 후 보건복지부장관에게 제출하도록 하였음(안 제60조 제2항).

1.2. 의료인력

- 농촌의 의료인력 확충은 국가 책임이지만, 현재의 농촌 지역 의료인력 지원은 정책의 문제점에서 살펴보았듯이 정책의 실효성이 떨어지기 때문에 적극적인 정책개입이 필요함.
- 농촌의 취약한 경제·사회적 여건이 의료인력의 농촌 기피 현상의 한 원인이므로 국가 정책을 통해 농촌 지역 의료인력 확보 지원이 이루어져야 함.
 - 국가 책임과 함께 지방자치단체에 의료자원의 공급과 이용에 대한 책임(accountability)을 부여해야 함.
 - 우리나라의 경우 광역지자체 등의 의료자원 확보를 위한 기획력이 부족하여 향후 광역책임의료기관 등을 중심으로 지자체별 의료자원 확보를 위한 책무성을 부여하고 기획력을 향상시킬 필요가 있음.
- 보건의료인력을 농어촌에 근무하게 하는 요인들은 보건·의료 정책 외부 요인들이 대부분이므로 국가 단위, 지역 단위에서 광범위한 사회적, 경제적, 정치적 요인들이 고려되어야 함.

1.3. 농촌형 지역의료체계

- 지역에 적합한 보건·의료 체계를 구성하여 지역에 따른 의료서비스 격차를 줄여야 함.
 - 보건의료의 방향이 취약계층 중심 진료 가능에서 필요의료(응급·외상·심뇌혈관, 여성·어린이·장애인, 감염병 등) 서비스 전 국민 제공과 중증의료 골든타임 내 접근 보장으로 바뀜(농림축산식품부 2018).

- 도시 위주의 보건·의료 정책을 농촌에 적용하지 말고, 농촌 의료 상황에 대한 사회·경제적 이해가 선행된 후 농촌에 적합한 보건·의료 정책이 이루어져야 함.
- 농촌 보건·의료 정책은 거주 인구수를 기준으로 제공하는 효율성 측면이 아닌 대한민국에 거주하는 국민이 받아야 하는 기본적인 권리 측면에서 접근하여 농촌 주민이 어렵지 않게 필수 의료서비스를 받을 수 있도록 해야 함.
- 자원이 부족한 농촌에 효율적으로 농촌 주민의 건강을 관리할 농촌형 지역사회통합돌봄 및 보건·의료 체계가 개발되어야 함.
- 농촌을 대상으로 한 다양한 보건·의료·복지 정책이 통합되어 진행되어야 함. 농촌에서는 지역사회가 지역주민을 돌보는 정책이 필요하며, 지역사회통합돌봄과 함께 농촌 지역 보건·의료·복지 자원이 연계되는 정책이 필요함.

2. 정책과제

○ 농촌의 건강불평등 해소를 위해, 의료격차 감소를 위한 의료인력 확충, 건강격차 감소를 위한 지역보건 의료서비스 역할 확대와 통합, 의료서비스 접근성을 높이기 위한 지원 정책을 제안함.

- 농촌 주민이 겪는 의료격차를 완화하기 위해서는 보건·의료 서비스의 접근성을 높여야 함. 접근성 향상을 위해서는 농촌 지역의 부족한 보건·의료기관을 세우거나, 의료인력을 확보하는 정책이 필요함.
- 농촌 지역의 낮은 의료서비스의 질로 인한 의료격차와 이로 인해 주민들이 겪게 되는 건강격차를 감소시키기 위해 기존의 보건·의료 인프라를 활용하

여 보건·의료 서비스의 접근성을 높이고, 체계적인 만성질환 관리와 건강 관리를 통해 건강격차를 좁히도록 해야 함. 현재의 보건·의료 서비스 체계에서 각 서비스 주체의 역할 조정과 확대, 관련 기관의 연계·통합을 통한 농촌 주민의 건강관리와 의료 접근성 향상이 필요함.

- 농촌 주민이 겪는 보건·의료 자원의 부족으로 인한 중증질환자의 필요 의료서비스 접근성 문제를 해소하기 위해 관외 의료서비스 접근성을 높이기 위한 지원이 필요함.

2.1. 인력 확보를 위한 정책

○ 귀농 은퇴의료인력 중에서 공공보건의료기관에 근무할 의향이 있는 경우, 농촌 보건소나 민간 의료기관과 연계를 통해 농촌 지역에서 의료활동을 할 수 있도록 지원하는 방안을 고려할 수 있음.

- 은퇴의료인력 활용: 은퇴의사 60.5%가 노인복지시설, 보건소, 장애인 복지시설과 같은 공공보건의료기관에 근무할 의향이 있음(이신호 외 2008).

○ 임상전문간호사(Nurse Practitioner) 제도를 농촌 지역에 도입하여 부족한 의료인력 확보를 고려할 수 있음.

○ 임상전문간호사는 임상실무분야에서 석사 이상의 교육을 받은 전문간호사로 일반 간호사의 역할을 넘어 의사의 일부 업무인 진단, 진료, 치료, 처방 및 상담 등을 할 수 있음(의학신문 2019. 10. 31.).

- 임상전문간호사는 공공의료대학의 진행이 불투명한 현재 농촌 지역에서 활동할 전문의료인력을 양성할 수 있는 대안이 될 수 있음.

- 농촌 주민을 건강지도사로 양성하여 농촌 주민 대상 건강 교육을 활성화할 수 있음. 예로 장흥군의 경우 지역주민을 교육하여 지역건강을 증진하는 효과를 가져옴(〈글상자 5-1〉 참고).

글상자 5-1 장흥군 지역사회통합 건강증진사업: 경로당 건강지도사

- 열악한 보건·의료 서비스와 노령화되는 지역사회
 - 전라남도 장흥군은 65세 이상 인구 31.6%의 초고령화 지역이며 출산은 2018년 기준 181명이었음. 장흥군 거주민의 평균 연령이 높아지면서 의료서비스에 대한 수요가 증가하였지만, 장흥군의 의료기관 접근성이 열악해 의료서비스를 받기 어려움.
 - 장흥군의 의료기관 42개 중 67%(28개소)가 장흥읍에 편중되어 있고, 면 단위에는 의료기관이 보건지소 뿐인 지역이 많음. 상근 의사는 60여 명에 불과하며 그중 50명이 장흥읍에 있음.
- 지역 내 보건 전문가와 서비스 전달 인력을 활용하여 '지역사회 통합 건강증진 사업'을 추진
 - 장흥군은 전문보건인력을 구하기 어려운 지역 여건을 극복하기 위해 직접 지역 전문가를 직접 키우는 방안을 모색함.
 - '푸른장흥건강대학(이하 건강대학)'을 기반으로 예방 중심의 건강 증진 프로그램이 보건·의료 서비스 접근성이 떨어지는 지역에 전달되도록 함. 건강대학은 노년층을 위한 건강 강좌 프로그램으로 2004년부터 생활 원예, 걷기 운동, 현장 체험학습, 봉사활동 등의 강좌를 제공함. 수강생들은 건강대학을 통해 자기 건강관리 능력을 향상시킬 뿐만 아니라, 지역에서 보건·건강 프로그램을 보급하는 건강 지도자로 활동하기도 함. 심화교육을 이수할 경우 운동 지도자로도 활동 가능함.
 - 건강 및 운동 지도자가 참여하는 '찾아가는 건강관리 프로그램' 중 하나인 '경로당 운동교실'은 보건소와 거리가 먼 면 지역의 경로당을 방문하여 스트레칭, 레크리에이션, 건강 체조, 영양 교육 등을 진행함.
 - 지도사는 대부분 50세에서 70세 사이로, 한 마을 프로그램을 진행하는 경우 20만 원의 활동비를 보조받아 지역 주민 일자리 창출에도 기여함.
 - 건강지도사의 마을 프로그램 지도로 건강 수준이 향상되고 분위기가 바뀜. 건강지도사 프로그램을 보고 참여하기를 희망하는 마을이 늘어남으로써 지자체 활력 증가에도 도움을 주고 있는 것으로 나타남.
 - 2016년에는 건강증진 사업으로 육성한 주민 역량을 활용하여 '국제통합의학박람회'에서 주민 주도로 건강 축제를 기획 및 진행함. 건강한 노후 생활방식의 전파뿐만 아니라 노년층이 주체가 되어 건강 증진 활동을 지속한다는 것의 의미가 큼.
- 장흥군의 건강증진사업은 지역 주민의 역량을 활용하여 정책의 효과성을 높였다는 점에서 중요한 의미가 있음. 또한 주민의 능동적인 참여가 다수에게 혜택을 제공한다는 점에서 공공 의료 복지로서의 의미가 있음.

자료: 2017 삶의질 따뜻한 정책을 말하다. 연구진 직접 인터뷰 내용.

- 농어촌 지역의 인구학적 특성 및 질병 양상을 반영한 보건의료인력 교육 강화가 필요함.

- 도시에 비해 농어촌 지역에서는 1차의료서비스의 중요성이 더 크지만, 우

리나라 전공의 수련과정 중 1차의료 관련 수련과정이 매우 부실하다는 지적이 있음.

- 전공의 수련과정에서 습득해야 할 1차의료 수련역량이 정의되어 있지 않으며, 1차의료를 담당할 전문과목도 정의되어 있지 않음.
- 전공의 수련목표와 교육과정이 추상적으로 설정되어 있고 연차별로 수련 내용이 논리적으로 구분되어 있지 않은 학회도 있는 등 수련과정이 매우 부실하며, 같은 맥락에서 일차진료과목으로 분류되는 가정의, 일반내과, 일반소아청소년과의 경우에도 1차진료 중심의 전공의 수련이 이뤄지지 않고 있음(김재중 2013).
- 1차진료 수련이 강한 영국의 경우 1차진료의사 수련과정 4년 중 약 절반을 지역사회에서 수련하고 있으나, 우리나라의 경우 1차진료를 담당하는 대표적인 전문과목인 가정의학과와 의 경우도 지역사회 연계된 수련과정이 없음.

○ 농어촌은 의료서비스 제공 환경이 도시와는 다르기 때문에 농어촌에 적합한 교육 커리큘럼이 마련되지 않을 경우 skill mismatch⁴⁵⁾가 발생하므로, 지역에 근무할 의사에 대한 교육 수련과정에서 이에 대한 고려가 필요함.

⁴⁵⁾ 교육훈련을 통해 갖춘 역량과 실제 수행하는 역할이 일치하지 않는 것을 skill mismatch라고 하며, 수행하는 역할에 비해 역량이 지나친 경우를 over-skilling, 반대의 경우를 under-skilling이라고 함. over-skilling에서는 자원의 낭비가 일어나고 under-skilling에서는 의료의 질과 환자 안전의 문제가 발생함. over-skilling은 역할의 확대를 통해 해결할 수 있으며, under-skilling은 지속적인 교육을 통해 해결할 수 있음.

2.2. 지역 보건·의료서비스 기관 역할 확대

- 의료격차와 건강격차를 위한 정책으로는 농촌 관련 보건·의료기관의 역할을 확대하거나 조정하여 농촌 주민의 보건·의료 서비스 접근성을 향상시킴. 예로 농촌 지역 보건소의 역할과 농업안전보건센터의 역할을 확대함.
 - 농촌 지역 보건(지)소의 순회진료 확대와 농업안전보건센터와 보건소 연계 서비스 개발 및 역할 조정이 필요함.
- 농촌 주민의 의료접근성 향상과 건강관리를 위해서 복지기관과 보건·의료 기관의 연계를 통해 지역의료체계를 구축하고 순회진료를 확대해야 함.
 - 순회진료 확대를 위해 보건지소의 통합을 고려해야 함. 현재 보건지소의 인력 부족으로 인해 순회진료가 어렵기 때문에 인력이 부족한 보건지소의 통합과 보건소의 역할 확대를 통해 보건·의료기관 접근성이 낮은 면 지역 주민을 위한 순회진료를 확대할 필요가 있음.

글상자 5-2 찾아가는 의료서비스(순회진료)

○ 낙동정맥 찾아가는 보건소

- 경상북도 영양군은 고령 및 농업 인구가 많은 지역임.
- 대중교통 이용이 불편한 오지마을 주민들의 의료서비스 불균형을 해소하기 위해 생활권이 겹치는 인접 3개 군(영양군, 영덕군, 울진군)이 연계·협력하여 대형버스로 찾아가는 보건소를 운영함.
- 찾아가는 보건소는 한의사, 물리치료사, 간호사, 운전기사로 구성되어 있으며, 노년층과 농업인의 통증 완화를 위해 한방진료와 물리치료를 실시하고, 고혈압과 당뇨, 고지혈증 등을 예방·관리하기 위한 검사 및 상담도 실시함. 또한 응급처치 교육과 만성질환 및 치매 예방 관리 프로그램, 운동교실, 구강교육 등을 실시함.

○ 순회 이동진료실

- 전라남도 함평군은 의료시설 접근성이 떨어지는 산촌 및 오지 마을을 중심으로 순회 이동진료실을 운영하고 있음. 순회 방문은 주 4회 마을별로 이루어지며, 일반 의료진료와 치과진료, 한방진료, 물리치료뿐만 아니라 골다공증 및 체지방 검사도 제공함.
- 의료서비스뿐만 아니라 생활 밀착형 복지서비스도 운영함. 월 1회 온누리 행복나눔 서비스의 날을 지정하여 이·미용, 청소, 전기 및 보일러 수리 등 어르신들이 직접 하기 힘든 생활 서비스들을 제공함.

○ 섬 중에 섬 ‘침·뜸’ 치료 사업

- 전라남도 신안군은 전국에서 가장 많은 섬을 보유한 지역으로 보건지소나 보건진료소 이외의 의료시설이 잘 갖추어지지 않음. 배를 타고 목포로 나가야만 병원을 이용할 수 있는 실정임.
- 신안군 보건소는 월 2회 의료기관이 멀거나 없는 무의도서 48개소를 방문하여 의료서비스를 제공함. 침·뜸, 한방물리치료뿐만 아니라 일반과 진료 및 치과검진, 기타 보건교육도 함께 실시함.

자료: 행정안전부(2018), 『2018 공공서비스 사각지대 해소시책 사례집』.

○ 의료의 질 향상을 위한 농업안전보건센터 역할 확대가 필요함.

- 농업안전보건센터⁴⁶⁾는 농업인의 주요 질환에 대해 조사·연구하고 농업인 질환 예방 및 교육을 담당하기 위해 2013년 5개 기관을 시작으로 8개 기관으로 증가했다가 다시 현재 5개 기관으로 축소됨(농림축산식품부 2018).
- 농업안전보건센터는 농림축산식품부가 설치·지원하는 지역의료기관으로 지역의 의료불평등을 개선할 수 있는 자원이지만, 그 역할이 현재 조사, 연구에 머물러 있어 역할의 재정립과 확대를 통해 농촌의 의료불평등을 개선 하도록 해야 함.
- 농업안전보건센터는 연구 목적 외에 질환 예방 및 유관기관과 협력체계 구축을 목적으로 함. 하지만 실제적인 진료와 같은 의료서비스를 제공하지 않고 질환 조사 연구만을 수행하고 있어 역할에 한계가 있음.
- 농업안전보건센터는 질환 조사, 연구뿐만 아니라 예방, 치료, 건강 증진을 도모하고 있기 때문에 예방과 치료 등을 통한 농촌 지역 주민들의 의료 욕구를 충족시킬 수 있음. 하지만 대학병원이 지정기관이기 때문에 농촌 주민에 대한 접근성이 약할 수밖에 없으며, 농촌 현장에서의 진료와 의료 활동은 인력과 전문성으로 인해 한계를 갖게 됨.

46) 농업안전보건센터 홈페이지. <<http://www.koreanfarmer.org/?site=basic2&mn=1134>>. 검색일: 2019. 12. 15. 농업안전보건센터는 현재 강원(강원대병원, 허리질환), 경남(경상대병원, 상지 근골격계 질환), 전남(조선대병원, 무릎 관절염), 제주(제주대병원, 농작업 손상), 충남(단국대병원, 농약 중독) 5개 지역 센터가 있음.

- 각 농업안전보건센터는 담당하는 전문 영역의 경험과 지식을 교류하며, 유관기관인 보건소와 협력체계를 구축할 필요가 있음.
- 안전보건센터는 농업인 또는 농촌형 질병에 대한 예방 및 치료 교육을 보건소 의료인력에게 실시하여 공공보건인력의 역량을 강화시키며, 보건소의 순회진료와 같은 현장활동을 지원하게 함으로써 그 역할을 확대시키면 농촌의 부족한 의료자원을 보완할 수 있음.

○ 농촌 지역 보건소가 적극적으로 지역 보건·의료 서비스를 제공하고 농촌 지역 주민을 관리할 필요가 있음.

- 예로, 곡성군은 보건의료원 내에 농업인 재활센터를 설립하여 농촌형 만성질환인 근골격질환을 치료·관리함.

글상자 5-3 곡성 농업인 재활센터

- 곡성군은 인구 3만 명 미만으로 재정자립도가 낮고, 전체 인구 중 80% 이상이 농업에 종사하며 2019년 65세 이상의 주민 비율이 34%에 달하는 고령화 지역임. 곡성군 내에는 일명 농부병이라 불리는 근골격계 관련 만성질환을 겪는 주민이 많으나 근골격계 전문 재활의료기관이나 민간 의료시설이 부족한 실정이었음.
- 지자체 최초 전문 재활 기관 설립
 - 2016년 11월 곡성군은 지자체 차원에서 근골격계 치료와 재활서비스가 가능한 2층 규모의 '농업인 재활센터'를 보건의료원 부지 내에 설립함. 초음파 진단기 등의 의료장비와 각종 운동 기구를 갖추었으며, 재활의학과 전문의, 물리치료사, 간호사 등의 전문인력을 배치함.
 - 물리치료사와 재활전문가를 채용하여 전문적인 치료가 가능하며 하루 이용 인원은 40~50명 정도이며 최대 100명까지 방문할 정도로 활성화되어 있음.
 - 센터 1층에서는 전문 물리치료사가 좌식 사이클, 슬링, 트레드밀 등 근골격계 기능 강화에 도움이 되는 운동기구와 마사지 기구를 활용하여 개인의 신체 상태에 맞는 운동을 체계적으로 익힐 수 있도록 돕고 있음. 2층에서는 전문 강사가 소도구를 이용한 요가 등의 재활 프로그램을 실시하여 노약자들의 근력과 유연성을 높일 수 있도록 돕고 있음.
 - 재활센터 설립 이전에는 군민들이 통증치료를 위해 광주나 남원의 의료시설을 방문하여 시간과 비용이 많이 소요되었으나 재활센터 설립 후 접근성이 상당히 개선된 것으로 보임.
 - 센터는 전통시장 근처에 위치해 접근성 및 효율성이 높은 편임. 곡성읍에서 멀리 떨어진 면 지역 주민들의 이용 편이를 위해 셔틀버스도 운영하였지만, 현재는 운행 중 사고 책임 문제로 인해 중지된 상태임.
 - 또한 재활센터는 조선대학교 농업안전보건센터와 업무협약(MOU)을 체결하여 농업인의 직업성 질환인 근골격계 질환에 대한 조사 연구를 진행하고, 재활센터 내의 재활프로그램 강사를 대상으로 역량 강화 교

육을 실시함. 또한 외부강사를 섭외하기 어려운 농촌 지역 특성을 고려해 기존의 지역 사람을 재활프로그램 전문 강사로 육성하는 교육을 진행함.

- 다른 지자체에서도 전문 인력이 무상으로 지도해주는 전문 재활시설에 대한 관심이 높음. 전국의 많은 농촌 지역에서 편리하고 체계적으로 운동 교육과 재활 치료를 받을 수 있도록 중앙정부 차원의 지원이 필요함.

자료: 2018 삶의질 행복한 농촌을 말하다. 연구진 직접 인터뷰 내용.

2.3. 지역 보건·복지·의료서비스 통합을 통한 지역의료서비스 체계 구축

- 지역의 보건·복지·의료 서비스 통합은 서비스 분절, 복잡한 서비스 이용 절차, 서비스 미인지 등으로 발생하는 서비스 지연, 낮은 접근성을 개선하여 서비스 이용의 효율성을 향상시켜 서비스가 필요한 사람에게 적절한 시기에 적절한 서비스를 제공할 수 있음.

- 농촌의 통합 서비스 대상으로는 대표적으로 고령화로 인해 증가하는 노인들의 만성질환 관리를 들 수 있음.

- 농촌 지역의 고령화하는 인구구조로 인해 고령 만성질환자가 증가하고 있으며, 이 인구 집단에서 대표적인 만성질환인 고혈압과 당뇨의 유병률과 사망률은 농촌이 더 높음. 농촌 지역에서 당뇨의 경우 65세 이상 사망률이 도시에 비해 높고, 고혈압은 유병률과 사망률이 모두 높아 치료와 관리가 필요함.

- 만성질환은 주로 노인성 질환으로 볼 수 있으며, 고령화 사회인 농촌의 보건·의료 정책에서 대상이 되는 주요한 질환임.

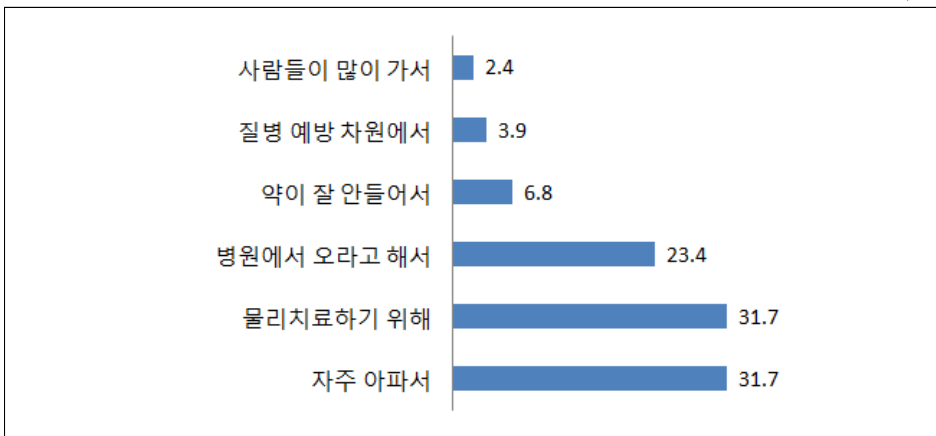
- 이 연구에서 실시한 농촌 주민 대상 설문조사에서 응답자의 40.3%(다소 자주 35.6%, 매우 자주 4.7%)가 의료기관에 자주 가는 편이라고 응답하였으며, 연령이 높아짐에 따라 더 자주 가는 편으로 응답(60대 44.4%, 70대 이상

이 57.5%)하였으며, 자주 가는 편(205명) 응답자가 병·의원에 자주 가는 이유는 ‘자주 아파서’(31.7%), ‘물리치료하기 위해’(31.7%)로 나타남.

- 도시보다 더 높은 의료서비스 이용 빈도는 만성질환자의 의료기관 방문이 주요 이유로 보이며, 건강보험 데이터 분석 결과에서도 농촌 근골격계 질환자의 관내 의료기관 이용빈도가 가장 높게 나와서 설문조사의 결과와 일치함.

그림 5-1 병·의원에 자주 가는 이유

단위: %



주: n=205

자료: 설문조사 결과를 바탕으로 저자 작성.

○ 농촌 주민의 경우 만성질환을 관리할 때 관내 1차 의료기관을 가장 의지하고 있는 것으로 나타났기 때문에, 농촌 지역에서 대응하기에 적합한 질환으로 볼 수 있음.

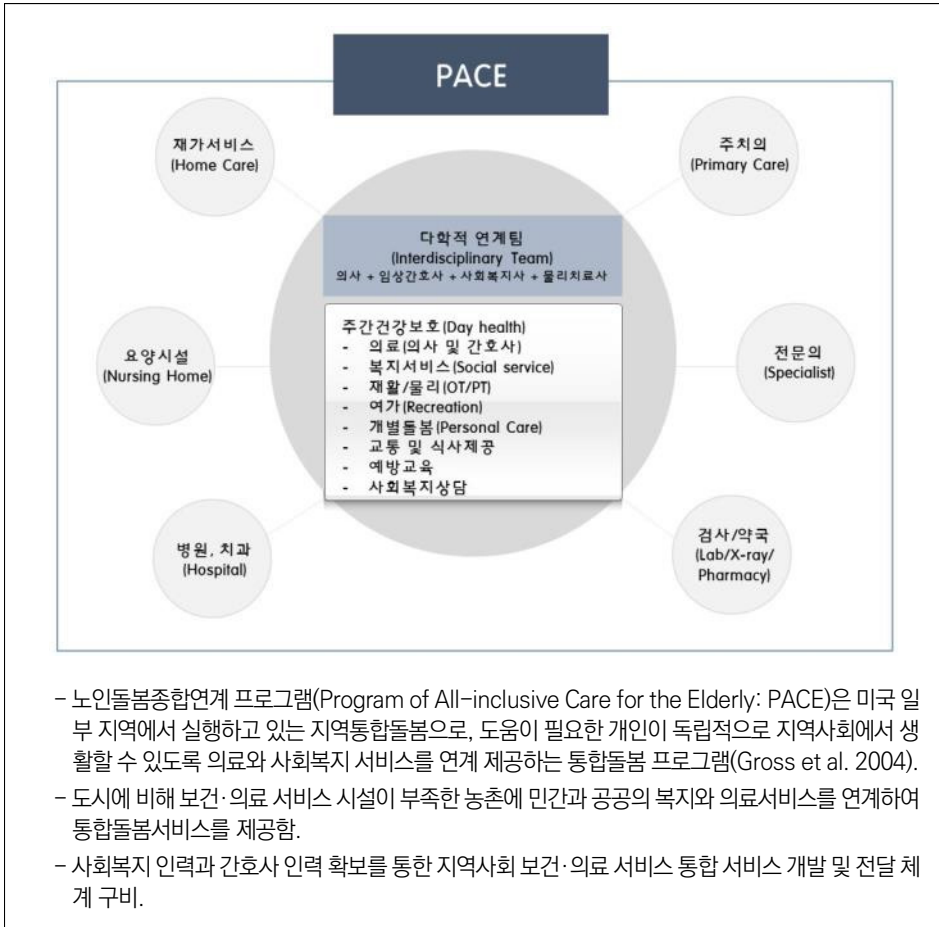
- 의료농촌 만성질환 관리 방안으로 보건소 역할 확대, 순회진료, 지역사회 통합돌봄(커뮤니티케어)을 통해 농촌의 고령화된 만성질환자를 관리하여 농촌의 건강격차를 해소할 필요가 있음.

○ 농촌형 지역사회통합돌봄 체계의 하나로 보건소의 역할을 확대하여 사회복지와 의료복지의 통합서비스를 제공하기 위해 보건소와 주간보호센터의 통합 또는 연계 체계를 구축할 수 있음. 보건소와 노인주간보호센터의 결합을 통해 사회복지 서비스와 보건·의료 서비스를 한 곳에서 받을 수 있게 함. 통합 서비스를 통해 농촌 주민의 의료서비스 접근성을 높이며, 적절한 만성질환 관리를 받을 수 있도록 함.

- 현재 노인주간보호센터는 의무적으로 간호(조무)사나 물리치료사를 1명 이상 고용하며, 주간보호센터에서는 인지 훈련, 기본동작훈련, 음악치료, 미술치료 등 활동 프로그램과 혈압·당뇨 체크와 같은 건강지원서비스, 식사와 교통제공 서비스⁴⁷⁾ 등을 제공함.
- 노인주간보호센터는 신체, 여가, 관계, 예술 등 다양한 사회·정서 프로그램과 함께 건강 증진을 위한 신체활동과 건강관리 서비스를 제공하기 때문에 보건소와의 연계 또는 통합을 통해 보건·의료 서비스를 제공할 수 있음.
- 주간보호센터의 사회복지사와 보건소의 간호사는 농촌 노인의 사회, 정서, 건강 관련 전반적인 평가를 통해 필요한 통합 서비스를 제공할 수 있음.
- 보건소와 주간보호센터 통합 서비스는 치매, 당뇨 및 농촌형 질환인 근골격계 질환 등 만성질환 관리가 필요한 고령 농촌 노인을 대상으로 한 곳에서 필수 서비스를 제공할 수 있기 때문에 접근성과 효율성의 높음.
- 현재 지역통합돌봄 선도사업이 진행되는 농촌 지역에서는 농촌형 사업으로 보건소의 순회진료와 함께 노인 돌봄 프로그램으로 통합서비스 개발을 고려할 필요가 있음.
- 통합서비스의 대표적인 해외사례로 PACE를 들 수 있음.

⁴⁷⁾ 주간보호센터의 프로그램은 지역과 기관에 따라 다른 프로그램을 제공함.

그림 5-2 PACE 프로그램 연계



자료: 안석 외(2017). 『농촌노인의 의료·복지서비스 이용 실태 및 정책과제: 기능장애 노인을 중심으로』. p. 101.

2.4. 의료서비스 접근성 지원

○ 농촌 중증환자 관리와 의료비 지원

- 농촌 지역 중증질환자는 3차 진료기관과 같은 의료의 질이 높은 기관을 방문해야 하지만 의료서비스 접근성이 낮기 때문에 관리와 지원이 필요함.

- 농촌 중증환자의 경우 의료의 질이 높은 관외 또는 서울 지역 의료기관을 이용하고 있으며, 치료를 위해 필수적으로 이용해야 하는 의료기관 이용 횟수가 있기 때문에 이들에 대한 지원이 필요함.
- 농촌 지역 중증질환자를 지역에서 등록·관리하는 체계를 만들고, 중증질환자의 의료비 지원에 교통비와 같은 직접의료치료 외의 항목을 고려하여 지원하여야 함.
- 영국과 프랑스는 산모를 대상으로 하는 관리체계를 가지고 있음.
- 프랑스의 경우 지원금을 받기 위해서는 의무적으로 규정된 검사를 받도록 요구하고 있으며, 영국에서는 산모 관리를 위해 담당자와 담당조산사가 산모에 배치되어 관리함(오혜진 2018: 39-43).
- 또한 일본의 경우 생활보호제도 중 의료부조에 입원, 치료 외에도 병원 이용에 소요되는 교통비가 항목에 포함되어 있음(오혜진 2018: 26).
- 우리나라 경우 제도에 포함되지는 않지만, 저소득계층의 암환자에게 일반 기업과 사회복지협의회가 협약하여 교통비를 지원⁴⁸⁾하는 사업을 하였음.

48) 헬스경향신문 기사. 2018. 11. 15. “한국화이자제약, 전이성암환자 교통비 지원하는 ‘HOPE 캠페인’ 시작.”

제6장

요약 및 결론



6

요약 및 결론

1. 요약

- 농촌과 도시의 건강실태를 건강불평등 관점에서 보면, 농촌은 도시보다 의료 시설과 의료인력이 부족하여 의료격차를 겪고 있으며, 더 높은 유병률과 사망률을 보여 건강격차를 보여줌.

의료격차

- 필수 의료기관이 부재한 의료취약지역이 주로 농촌 지역임.
 - 응급의료기관이 없는 군 지역이 23%이며, 분만취약지, 내과취약지, 외과취약지, 소아청소년과 취약지의 대부분이 농촌 지역임.
- 농촌과 도시의 의료기관의 격차가 큼.

- 의료기관 종별로 종합병원, 치과병·의원, 한방병·의원의 농촌과 도시 격차가 큼. 농촌의 종합병원은 도시의 8.9%, 치과병·의원은 11.3%, 한방병·의원은 14.0%에 불과함.
- 농촌의 종합병원 병상 수는 도시의 6.5%에 불과함.

○ 농촌과 도시의 의료인력 분포격차가 뚜렷함.

- 우리나라 의사의 절반 이상이 수도권에 분포하고 있으며, 군에서 활동하는 의사는 5.7%에 불과함.

건강격차

○ 농촌의 유병률과 사망률이 도시보다 높아 농촌 주민이 건강격차를 겪고 있음을 보여줌.

- 치료가능사망 상병들 중 암과 감염성 질환을 제외한 상병들의 연령표준화 유병률이 농촌이 도시보다 높음.
- 모든 치료가능사망 상병들의 연령표준화 사망률이 농촌이 도시보다 높음.
- 주요 질환에서 암의 연령표준화 유병률은 농촌이 도시보다 낮지만, 폐렴과 심장 질환의 유병률은 농촌이 더 높으며, 모든 주요 질환 사망률은 농촌이 도시보다 높았음.
- 농촌형 질환의 연령표준화 유병률과 사망률은 농촌이 도시보다 높았음.
- 만성질환 지속치료율은 농촌과 도시가 비슷하여 농촌에서 만성질환 관리가 다른 상병 관리보다 상대적으로 유리한 측면이 있음.

65세 이상 노인의 건강 비교

- 65세 이상 노인의 경우 암과 당뇨, 비뇨기계 질환의 조유병률은 농촌이 도시보다 낮지만, 그 외 치료가능상병과 주요 질환, 농촌형 질환의 조유병률은 농촌이 도시보다 높았으며, 모든 질병의 조사망률은 농촌이 높았음.
- 노인의 순환기 질환과 고혈압의 유병률은 농촌이 높아 농촌 지역 노인의 순환기 질환 관리와 만성질환 관리가 중요해짐.
- 농촌 노인의 치매 유병률이 도시보다 높아 농촌 지역 치매관리가 필요한 것으로 나타남.

지역불평등: 의료기관 이용형태

- 질병에 따라 치료 및 관리를 위한 요구되는 의료의 질의 차이가 있기 때문에 질병의 경중 또는 종류에 따라 농촌 주민의 의료기관 이용형태가 다르게 나타남.
- 농촌 주민은 높은 의료서비스 질을 요구하지 않는 만성질환의 경우 관내의 료기관을 주로 이용하며, 높은 의료서비스가 요구되는 주요 질환의 경우 관외 의료기관을 이용하고 있음.

질환별(치료가능사망 상병, 주요 질환, 농촌형 질환) 의료기관 이용형태

- 치료가능사망 질병을 위해 대부분 관내 의료기관을 이용하였으며, 특히 농촌의 72.8%가 관내 의료기관을 이용하였음. 관내 의료기관을 이용하는 농촌 지역 주민은 평균 7.4회를 방문하였고, 도시는 6.1회를 방문하여 농촌 주민의 의료접근성이 더 높아 보임.
- 주요 질환의 경우 관내 의료기관 이용보다는 관외 의료기관 이용비율이 높았으며, 농촌 주민의 경우 40.4%만 관내 의료기관을 이용하였고, 서울 지역 의료기관 이용도 17%로 나타나, 주요 질환 치료를 위해 시간적, 경제적

비용을 더 치르고 있었음. 주요 질환을 위한 의료기관 이용횟수는 도시와 농촌의 차이가 없어 주요 질환자는 일정한 수의 의료기관 방문이 필요함을 알 수 있음.

- 만성질환을 포함한 농촌형 질환의 경우 관내 의료기관 이용비율이 가장 높았으며, 농촌 주민의 78%가 관내 의료기관을 이용하였음. 농촌형 질환을 위한 의료기관 이용횟수는 농촌 주민이 도시 주민보다 많아 접근성이 높은 관내 의료기관을 통해 농촌 주민의 농촌형 질환 관리가 이루어지고 있음을 보여주고 있음.

○ 농촌 주민과 공무원 대상으로 한 설문 결과 역시 의료격차를 보여주고 있으며, 농촌형 질환 관리를 위해 관내 의료기관을 이용하고 있음을 보여줌.

- 농촌 주민과 농촌 지역 공무원 모두 진료서비스는 도시가 좋다고 평가하고 있으며, 예방, 교육, 만성질환 관리는 상대적으로 도시에 비해 그리 나쁘지 않다고 평가하고 있음.
- 농촌 주민들은 병원을 자주 이용하는 이유에 ‘자주 아파서’(31.7%)와 ‘물리치료하기 위해’(31.7%)라고 응답하여, 근골격계 질환과 같은 만성질환을 관리하기 위해 관내 의료기관을 자주 이용하는 것으로 나타나 농촌은 다른 질환에 비해 관내 의료기관을 통한 만성질환 관리에 상대적으로 유리한 것으로 보임.

의료비용 효과성

○ 의료비용 효과성을 분석해 보면 대상 질병의 단위 의료비용은 도시 주민보다 농촌 주민에게 더 높아 병이 심각해져서 병원을 방문했을 가능성이 있음.

○ 또한 농촌 의료의 비용 효과성은 도시와 비교하여 낮은 것으로 분석됨.

2. 결론

○ 농촌은 보건·의료 정책은 크게 인프라 확충, 의료인력 확보, 지역보건·의료체계 확립으로 볼 수 있음.

- 농촌 정책은 필수 의료시설이 부족한 의료취약지 해소와 지역 특성상 부족한 의료시설을 확충하기 위해 공공보건의료기관의 시설 현대화, 농어촌의료서비스 개선사업을 진행하고, 의료취약지 의료인력 지원을 하고 있음.
- 의료인력 확보를 위해 지역에 의료인력을 파견하여 지원하고, 공공의료대학원 설립을 추진하고 있으며, 공중보건장학제도 시범사업을 통해 공공보건의 양성을 시도하고 있음.
- 농촌의 보건소를 지역의 예방의료 중심으로 하고, 권역별 의료기관을 지정하여 지역의료체계를 마련하고 있으며, 지역사회통합돌봄을 시작하고 있음.

○ 현재 농촌 지역을 위한 정책들은 도시 위주 시각을 적용하여 효율성 위주의 보건·의료 정책이 시행되고 있기 때문에 농촌의 현실에 맞지 않아 효과가 나타나지 않고 오히려 의료격차가 커지는 부분이 있음.

- 오랫동안 시행되어온 정책에도 불구하고, 여전히 농촌의 유병률과 사망률은 도시에 비해 높아 건강불평등이 존재하고 있으며, 그 격차는 줄어들지 않아 보임. 이는 농촌 지역 보건·의료의 양과 질이 모두 도시에 비해 낮은 것을 의미하고 있어 정책이 효과적으로 농촌 지역의 건강불평등을 다루지 못하고 있는 것을 보임.
- 의료인력확충 정책에서 교육을 통한 의료인력 양성은 장기적이며 배출하는 인력의 수가 적어 효과성에 의문이 들고, 파견인력 지원 역시 현재 농촌 지역 회피로 인해 인력 확보에 어려움이 있음.

- 지역의료체계는 도시위주의 체계를 구축하고 있어 도시와 다른 환경과 인구구조를 가지고 있는 농촌에 효과적으로 적용되기 힘든 부분이 있음. 현재 진행되는 지역사회통합돌봄 역시 농촌 지역은 준비 없이 시범사업이 진행되고 있음. 필요한 시설이 부족한 상황에서 농촌에 맞는 농촌형 지역사회통합돌봄 개발이 필요함.

○ 농촌 보건·의료 정책은 건강불평등을 해소하기 위해 인프라 확충, 의료인력 확보, 의료 접근성 향상 및 지역의료체계 구축이 필요함.

- 의료기관에 대한 접근성을 높이는 방법은 지역에 의료기관의 수를 늘리거나, 교통 지원을 통해 이동을 원활하게 하여 먼 곳의 의료기관을 쉽게 이용하게 함.
- 현재의 농촌 지역 의료인력 지원은 실효성이 떨어지기 때문에 적극적인 정책개입이 필요함.
- 농촌은 도시와 다른 지역 특성과 인구구조를 가지고 있기 때문에 농촌 지역에 적합한 보건·의료 체계를 구성하여 의료서비스 격차를 줄여야 함.

○ 이번 연구는 농촌과 도시의 의료 환경과 집단의 건강 차이 및 의료서비스 이용형태를 통한 지역 간 차이와 농촌 보건·의료 정책의 문제점을 살펴보았음. 분석 결과 농촌 의료 상황과 농촌 주민의 건강이 도시에 비해 취약하며 상병별 의료기관 이용이 다른 형태를 나타내며, 의료비용의 효과성이 도시에 비해 떨어짐을 보여주었음.

○ 향후 연구에서는 농촌 주민의 상병별로 도시에 비해 얼마나 더 경제적 부담을 하고 있는지와 다양한 변인들을 포함한 분석을 통해 건강격차의 원인 역시 밝혀낼 수 있을 것임. 또한 농촌에 더 취약한 질병을 밝혀내어 농촌형 보건·의료 체계를 구상하는 데 도움을 줄 수 있을 것임.

Q04. 다음과 같은 기관을 이용하기 위해서는 시간이 얼마나 걸립니까?

구분	걸어서 5분 미만	걸어서 5-10분 미만	걸어서 10-30분 미만	걸어서 30분 이상
병의원 등 의료기관	1	2	3	4
보건(지)소	1	2	3	4
버스 정류장	1	2	3	4

Q05. 지난 한 달 동안 보건(지)소를 총 몇 회 가셨습니까? 총 ()회

Q06. 지난 한 달 동안 병·의원을 총 몇 회 가셨습니까? 총 ()회

Q07. 병(의)원을 자주 가는 편 입니까?

- ① 매우 안 가는 편 ② 조금 안 가는 편
③ 다소 자주 가는 편 ④ 매우 자주 가는 편 ③, ④ ☞ Q07-1번으로

Q07-1. 자주 가는 이유는?

- ① 병원에서 오라고 해서 ② 자주 아파서 ③ 약이 잘 안들어서
④ 소일거리처럼 ⑤ 물리치료하기 위해 ⑥ 사람들이 많이 가서
⑦ 질병 예방 차원에서

Q08. 평소 자주 가는 병(의)원은 어디에 위치합니까?

(관내: 거주지역, 관외: 거주지역 밖)

- ① 관내 병원 ② 관내 의원 ③ 관외 병원 ④ 관외 의원
①, ② ☞ Q08-1번으로
③, ④ ☞ Q08-2번으로

Q08-1. 관내 병원을 가는 이유?

- ① 거리가 가까워서 ② 가던 곳이라 ③ 경제적 이유로
④ 아는 사람들이 많이 가서 ⑤ 의사를 잘 알아서
⑥ 믿음만 해서 ⑦ 별 이유 없이 ⑧ 다른 병원을 잘 몰라서

Q08-2. 관외 병원을 가는 이유?

- ① 좋은 치료를 받기위해 ② 교통이 편리해서
③ 의사나 병원이 믿음만 해서 ④ 지역에서 치료할 수 없어서
⑤ 가족이나 친구의 권유로

Q09. 관외 큰 병원을 가고 싶은 경우가 있습니까?

- ① 매우 아니다 ② 조금 아니다 ③ 다소 그렇다 ④ 매우 그렇다

Q10. 병(의)원 이용 시 주된 교통수단은?

- ① 자가 차량 ② 도보, 자전거 ③ 택시
④ 구급차 ⑤ 버스 ⑥ 기타()

Q11. 집에서 병원까지 몇 분이 소요됩니까? (분)

Q12. 병(의)원을 이용할 때 교통비는 얼마였습니까? (원)

2. 의료의 질

Q13. 우리 지역의 의료 수준은?

- ① 매우 낮다 ② 조금 낮다 ③ 다소 높다 ④ 매우 높다

Q14. 현재 이용하는 병원에 만족하십니까?

- ① 매우 불만족 ② 조금 불만족 ③ 다소 만족 ④ 매우 만족

Q15. 현재 주로 다니는 병원을 선택한 중요한 이유는 무엇이었습니까? (3개)

- ① 의료진이 우수하다고 생각되어서
② 장비, 시설 및 병원환경이 뛰어나서
③ 의료진들이 친절해서
④ 비용이 저렴해서
⑤ 병원이 가까워서
⑥ 다니던 병원이어서
⑦ 다른 의료기관이 없어서
⑧ 다들 다니기 때문에
⑨ 기타 ()

Q16. 지난 1년을 돌아보았을 때, 필요 없지만 치료를 받은 경우가 있었습니까?

- ① 있다 ☞ Q16-1번으로 ② 없다

Q16-1. 필요 없지만 치료를 받은 이유는 무엇입니까?

- ① 병(불편함)이 나아지지 않아서
② 의사 권유로
③ 습관적으로 병원 방문
④ 다른 사람들 따라서
⑤ 별 이유 없이

Q17. 지난 1년을 돌아보았을 때, 치료를 받고 싶었으나 가지 못한 적이 있습니까?

- ① 있다 ☞ Q17-1번으로 ② 없다

Q17-1. 치료를 받으려 가지 못한 가장 큰 이유는 무엇입니까?

- ① 경제적 부담 ② 병원 등 예약 힘들 ③ 교통이 불편함
④ 내가 갈 수 있는 시간에 문을 열지 않음
⑤ 병원 등에서 오래 기다리기 싫어서
⑥ 거동이 불편해서 혼자 못 감 ⑦ 근처에 치료할 병원이 없어서
⑧ 기타()

Q18. 지난 1년 동안 가고 싶었지만 가지 못한 병원이 있습니까? (모두)

- ① 내과 ② 피부과 ③ 신경과 ④ 비뇨기과
⑤ 정신과 ⑥ 정형외과 ⑦ 신경외과 ⑧ 흉부외과
⑨ 성형외과 ⑩ 산부인과 ⑪ 소아청소년과 ⑫ 이비인후과
⑬ 안과 ⑭ 치과 ⑮ 응급의학과
⑯ 재활의학과 ⑰ 한방병원(한의원) ⑱ 기타()

Q19. 지난 1년간 입원을 한 적이 있습니까?

- ① 예 ② 아니오

Q20. 지난 1년 동안 입원이 필요하지만 못한 적이 있습니까?

- ① 예 ☞ Q20-1번으로 ② 아니오

Q20-1. 입원을 하지 못한 이유는?

- ① 관내 병원에 입원할 시설이 없어서 ② 관외 병원까지 갈 수 없어서
③ 경제적 이유로 ④ 집을 비울 수가 없어서
⑤ 입원하면 돌봐 줄 사람이 없어서 ⑥ 시간이 없어서

Q21. 농촌 지역 의료 질을 높이기 위해 필요한 정책은 무엇이라고 생각하십니까? (3개)

- ① 농촌 주민을 위한 건강지도사 양성 및 파견
② 낮은 접근성 해결을 위한 찾아가는 보건의료서비스
③ 읍내 의료기관 접근성 향상을 위한 교통수단(택시, 셔틀버스 서비스) 지원
④ 질병을 치료 또는 예방하기 위한 공공 물리치료 및 재활센터
⑤ 공공 응급시설 확충
⑥ 농촌형 공공 치매돌봄서비스
⑦ 의료인력 확보
⑧ 보건소의 공공 의료기관 역할 확대
⑨ 지역 내 의료 시설에 다양한 진료과목 확보
⑩ 지역 내 민간 응급의료 시설 확보
⑪ 기타()

3. 개인 특성 정보

DQ1. 귀하는 개인의료보험(실비, 실손, 암보험 등)을 가지고 있으십니까?

① 있음

② 없음

DQ2. 귀하의 직업은 무엇입니까?

① 전업농

② 겸업농(농사 + 기타 소득활동)

③ 비농업(농사 외 다른 일)

④ 무직

⑤ 기타()

DQ3. 성별: ① 남 ② 여

DQ4. 출생연도: ()년

2. 설문조사표 2-보건공무원

농촌 지역 보건의료서비스 현황 조사(보건공무원)

안녕하십니까? 조사에 협조해주셔서 감사합니다.

국무총리실 소속 정부출연연구기관인 한국농촌경제연구원에서는 올해 농촌과 도시의 건강실태를 분석하기 위해 보건소 공무원을 대상으로 설문 조사를 실시하고 있습니다. 귀하의 응답 내용은 신규 농업인의 정착과 고령 농업인의 안정적인 은퇴 지원 정책 마련에 중요한 기초자료로 활용되오니 성실히 답변해 주시기 바랍니다.

조사결과는 통계법 33조에 의거 연구에 참고만 할 뿐 다른 목적에는 사용하지 않을 것이며, 전체 통계결과만을 인용하고 개인정보는 절대 유출하지 않을 것입니다.

협조를 부탁드립니다. 여러분 가정에 늘 평안과 행운이 깃들기를 기원합니다. 감사합니다.

2019년 8월
한국농촌경제연구원

담당자

담당자: 안 석 부연구위원 (☎ 061-820-2239) 김남훈 부연구위원 (☎ 061-820-2095)

I. 농촌 지역 의료서비스 현황

1. 현재 귀하께서 근무하고 있는 기관의 소재지를 적어주십시오.

_____시·도 _____시·군

2. 귀하께서 일하고 있는 지방자치단체의 의료기관 개수를 적어주십시오.

① 상급종합병원 개수: ()개

② 종합병원 개수: ()개

③ 병원 개수: ()개

④ 의원 개수: ()개

3. 귀하께서 일하고 있는 지방자치단체 내 민간 병원에서 제공하지 못하는 진료과목은 무엇입니까?

(모두 선택)

- | | | | |
|--------|---------|----------|---------|
| ① 내과 | ② 피부과 | ③ 신경과 | ④ 비뇨기과 |
| ⑤ 정신과 | ⑥ 정형외과 | ⑦ 신경외과 | ⑧ 흉부외과 |
| ⑨ 성형외과 | ⑩ 산부인과 | ⑪ 소아청소년과 | ⑫ 이비인후과 |
| ⑬ 안과 | ⑭ 치과 | ⑮ 응급의학과 | ⑯ 재활의학과 |
| ⑰ 한의원과 | ⑱ 기타() | | |

4. 귀하께서 일하고 있는 지방자치단체 내 민간 병원에서 가장 많이 제공하는 진료 과목은 무엇입니까?

- | | | | |
|--------|---------|----------|---------|
| ① 내과 | ② 피부과 | ③ 신경과 | ④ 비뇨기과 |
| ⑤ 정신과 | ⑥ 정형외과 | ⑦ 신경외과 | ⑧ 흉부외과 |
| ⑨ 성형외과 | ⑩ 산부인과 | ⑪ 소아청소년과 | ⑫ 이비인후과 |
| ⑬ 안과 | ⑭ 치과 | ⑮ 응급의학과 | ⑯ 재활의학과 |
| ⑰ 한의원과 | ⑱ 기타() | | |

5. 귀하께서 일하고 있는 지방자치단체에서 꼭 치료가 필요하나 제대로 치료되지 않고 있는 질환은 무엇입니까? (2개 선택)

- | | | | |
|------------|--------|---------|---------|
| ① 고혈압 | ② 당뇨병 | ③ 암 | ④ 만성폐질환 |
| ⑤ 간질환 | ⑥ 심장질환 | ⑦ 뇌혈관질환 | ⑧ 정신질환 |
| ⑨ 관절염/류마티스 | ⑩ 치주질환 | ⑪ 기타() | |

6. 귀하께서 일하고 있는 지방자치단체에는 응급의료기관이 있습니까? 있다면 몇 개입니까?

- ① 없음 ② 있음: ()개

II. 농촌 지역 의료서비스 평가 및 향후 역할 조사

7. 귀하께서 근무하고 계시는 기관의 의료서비스와 근무 지역 민간 병원의 진료의료서비스를 평가해 주십시오.

서비스	기관					지역 민간병원				
	높	음	↔	낮	음	높	음	↔	낮	음
응급 진료	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
중환자 진료	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
수술 관련 진료	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
입원 진료	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
민간병원 미진료 과목 진료	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
총평	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1

12. 농촌의 의료비 지출이 도시보다 더 많다고 생각하신다면 그 이유는 무엇이라고 생각하십니까?

(2개 선택)

- ① 민간 의료시설의 과다 의료서비스 제공으로 인한 불필요 진료 증가
- ② 노령화에 따른 노인 인구의 증가
- ③ 사회적 약자를 위한 공공의료기관의 역할 부족
- ④ 치료 지연으로 더 많은 의료비 지출
- ⑤ 농촌 노동의 특성으로 도시 주민보다 더 많은 의료서비스 필요
- ⑥ 낮은 의료서비스 질로 인한 병원비 증가
- ⑦ 농촌 주민들의 과도한 의료서비스 이용
- ⑧ 농촌 주민이 도시 주민보다 유병률이 높음
- ⑨ 기타()

13. 농촌 주민의 건강 수준 향상을 위해 농촌 공공의료서비스의 향후 역할은 무엇이라고 생각하십니까?

(2개 선택)

- ① 지역사회에 부족한 의료서비스 제공을 위한 공공보건의료사업 기획
- ② 민간 의료기관과 경쟁체제를 통한 의료서비스 질 개선
- ③ 공공의료서비스 제공기관으로서 민간 의료공급 부재 시 적절한 의료서비스 제공
- ④ 농촌 지역 사회적 약자를 위한 저렴한 의료서비스 제공
- ⑤ 건강관리나 재활 치료와 같은 예방적 보건의료서비스 제공에 더 중점
- ⑥ 지역 민간 의료기관과 협력관계 구축하여 보완적 의료서비스 제공
- ⑦ 공동체와의 협력이나 복지서비스 연계를 통한 효율적 의료서비스 제공
- ⑧ 기타()

14. 다음은 지방자치단체에서 시행하고 있는 농촌 의료 및 건강관리 서비스입니다. 귀하께서 근무하시는 기관이나 지자체에서 추진하고자 하는 서비스는 무엇입니까? (3개 선택)

- ① 농촌 주민을 위한 건강지도사 양성 및 파견
- ② 낮은 접근성 해결을 위한 찾아가는 보건의료서비스
- ③ 읍내 의료기관 접근성 향상을 위한 교통수단(택시, 셔틀버스 서비스) 지원
- ④ 질병을 치료 또는 예방하기 위한 공공 물리치료 및 재활센터
- ⑤ 지역 내 의료 시설에 다양한 진료과목 확보
- ⑥ 공공 응급시설 확충
- ⑦ 농촌형 공공 치매돌봄서비스
- ⑧ 의료인력 확보
- ⑨ 보건소의 공공 의료기관 역할 확대
- ⑩ 지역 내 응급의료 시설 확보
- ⑪ 기타()

Ⅲ. 개인 특성 정보

15. 귀하가 현재 근무하고 있는 기관의 이름과 직위, 직업군, 그리고 근무기간(타 병원 및 보건소 포함)을 적어주십시오.

기관: () 직위: ()

근무 기간: ()년 ()개월

직업군: ① 의사 ② 간호사 ③ 행정 ④ 기타()

16. 귀하의 성별과 출생연도를 적어주십시오.

성별: ① 남 ② 여

출생연도: ()년

17. 마지막으로 농촌의 보건의료서비스와 관련된 의견을 적어주십시오.

♣ 이상 조사를 마치겠습니다. 조사에 응해주셔서 감사합니다 ♣

3. 의료기관 이용 행태

부표 3-1 치료가능 사망 상별 지역별 의료기관 이용비율

단위: %

지역	관내	관외(서울 외)	관외(서울)
특별시	65.0	12.4	39.9
광역시	68.5	44.1	3.9
일반시	70.1	30.8	15.0
도농(도)	75.6	30.1	8.7
도농(농)	76.7	32.0	7.7
군	68.3	47.2	6.5
도시	69.8	30.4	15.9
농촌	72.8	39.0	7.2

자료: 국민건강보험공단, 국민건강보험 맞춤형 DB.

부표 3-2 치료가능 사망 상별 지역별 의료기관 평균 이용횟수

단위: 회

지역	관내	관외(서울 외)	관외(서울)	전체평균
특별시	6.0	4.4	5.3	6.6
광역시	6.2	5.8	4.2	6.9
일반시	6.0	5.0	4.8	6.5
도농(도)	6.2	5.0	4.4	6.6
도농(농)	7.2	5.5	4.8	7.6
군	7.7	5.8	4.6	8.3
도시	6.1	5.3	5.0	6.7
농촌	7.4	5.7	4.7	7.9

자료: 국민건강보험공단, 국민건강보험 맞춤형 DB.

부표 3-3 주요 질환 지역별 의료기관 이용비율

단위: %

지역	관내	관외(서울 외)	관외(서울)
특별시	43.2	10.0	56.0
광역시	45.4	57.3	8.9
일반시	49.1	35.0	26.1
도농(도)	52.3	40.7	19.5
도농(농)	48.4	46.4	18.4
군	31.5	66.7	15.5
도시	47.3	37.1	26.6
농촌	40.4	56.0	17.0

자료: 국민건강보험공단, 국민건강보험 맞춤형 DB.

부표 3-4 주요 질환 지역별 의료기관 평균 이용횟수

단위: 회

지역	관내	관외(서울 외)	관외(서울)	전체평균
특별시	3.6	3.8	5.1	4.8
광역시	3.4	4.9	5.9	4.9
일반시	3.5	4.5	5.4	4.7
도농(도)	3.3	4.6	5.4	4.7
도농(농)	3.4	4.7	5.8	4.9
군	3.5	4.4	5.8	4.9
도시	3.5	4.7	5.3	4.8
농촌	3.5	4.5	5.8	4.9

자료: 국민건강보험공단, 국민건강보험 맞춤형 DB.

부표 3-5 농촌형 질환 지역별 의료기관 이용비율

단위: %

지역	관내	관외(서울 외)	관외(서울)
특별시	65.3	9.4	25.3
광역시	66.2	32.4	1.3
일반시	69.3	22.6	8.2
도농(도)	76.8	19.5	3.7
도농(농)	80.0	17.5	2.5
군	76.3	22.0	1.7
도시	69.2	22.1	8.7
농촌	78.1	19.8	2.1

자료: 국민건강보험공단, 국민건강보험 맞춤형 DB.

부표 3-6 농촌형 질환 지역별 의료기관 평균 이용횟수

단위: 회

지역	관내	관외(서울 외)	관외(서울)	전체평균
특별시	9.8	6.0	6.6	10.5
광역시	10.1	7.5	4.5	11.2
일반시	9.5	6.4	5.6	10.1
도농(도)	10.0	6.2	5.1	10.4
도농(농)	12.8	6.8	5.0	13.2
군	15.3	7.3	4.7	15.8
도시	9.9	6.8	6.1	10.6
농촌	13.9	7.0	4.9	14.5

자료: 국민건강보험공단, 국민건강보험 맞춤형 DB.

4. 농촌 주민의 진료 지역 현황

부표 4-1 2018년 권역별 농촌 전체 환자의 관내·관외 진료 현황

단위: 명, 회, 원, %

지역	환자 수			진료횟수			진료1회당 비용		
	관외	관외 (비서울)	관외 (서울)	관외	관외 (비서울)	관외 (서울)	관외	관외 (비서울)	관외 (서울)
경기권	195,784 (53.1)	118,125 (32.1)	54,560 (14.8)	2,990,226 (66.8)	1,059,114 (23.7)	425,113 (9.5)	46,240 (13.7)	131,457 (38.8)	160,731 (47.5)
충청권	195,784 (53.5)	141,380 (38.7)	28,474 (7.8)	3,804,340 (70.7)	1,398,181 (26.0)	181,573 (3.4)	47,449 (10.6)	149,534 (33.4)	251,273 (56.1)
강원권	60,274 (54.0)	40,068 (35.9)	11,376 (10.2)	1,021,585 (68.4)	395,276 (26.5)	75,642 (5.1)	49,808 (11.9)	140,471 (33.6)	227,518 (54.5)
전라권	161,407 (51.8)	132,687 (42.6)	17,212 (5.5)	3,914,016 (70.1)	1,554,852 (27.8)	115,169 (2.1)	50,532 (10.3)	173,130 (35.4)	265,772 (54.3)
경북권	148,045 (54.2)	113,055 (41.4)	11,860 (4.3)	2,788,733 (68.8)	1,194,517 (29.5)	72,502 (1.8)	52,989 (10.3)	156,099 (30.4)	305,220 (59.3)
경남권	152,520 (55.1)	115,130 (41.6)	9,016 (3.3)	2,791,376 (68.8)	1,209,437 (29.8)	54,011 (1.3)	52,914 (10.8)	159,436 (32.6)	276,733 (56.6)
기타	19,279 (66.3)	8,129 (28.0)	1,656 (5.7)	491,570 (83.7)	85,455 (14.5)	10,401 (1.8)	52,078 (11.0)	131,962 (27.9)	288,316 (61.0)

부표 4-2 2018년 권역별 농촌 암 환자의 관내·관외 진료 현황

단위: 명, 회, 원, %

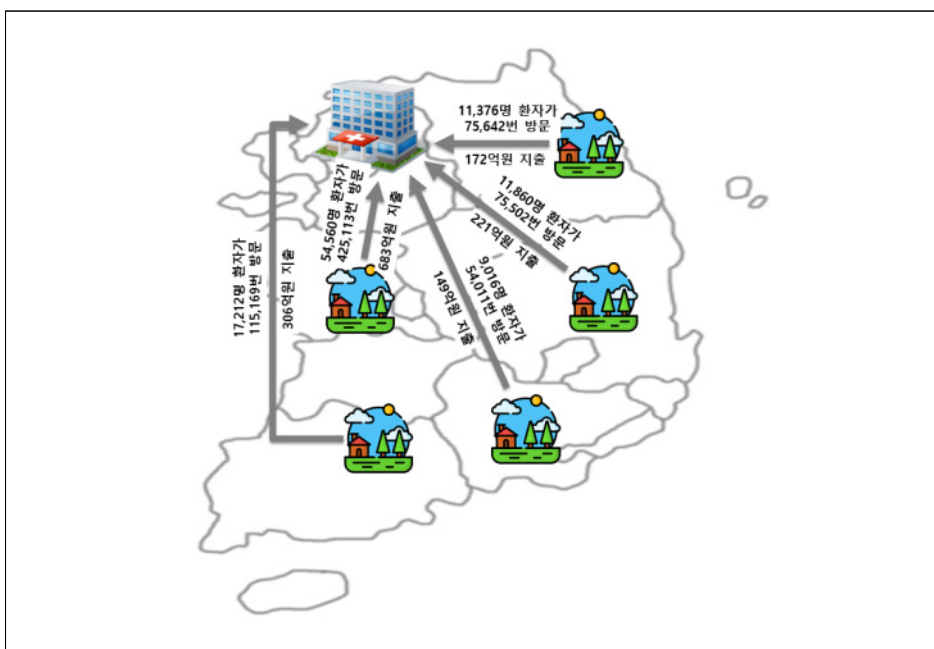
지역	환자 수			진료횟수			진료 1회당 비용		
	관외	관외 (비서울)	관외 (서울)	관외	관외 (비서울)	관외 (서울)	관외	관외 (비서울)	관외 (서울)
경기권	12,154 (61.7)	1,181 (6.0)	6,369 (32.3)	54,178 (55.1)	5,483 (5.6)	38,708 (39.3)	389,122 (29.7)	459,336 (35.0)	463,775 (35.3)
충청권	10,106 (48.5)	5,915 (28.4)	4,824 (23.1)	40,755 (40.4)	29,717 (29.5)	30,336 (30.1)	333,199 (23.9)	520,717 (37.3)	543,141 (38.9)
강원권	3,617 (59.8)	850 (14.0)	1,586 (26.2)	16,324 (54.2)	4,253 (14.1)	9,562 (31.7)	448,433 (28.6)	559,928 (35.7)	558,680 (35.7)
전라권	11,935 (59.3)	5,316 (26.4)	2,868 (14.3)	65,819 (63.3)	20,265 (19.5)	17,952 (17.3)	383,680 (25.5)	516,600 (34.3)	605,239 (40.2)
경북권	7,329 (46.4)	6,126 (38.8)	2,324 (14.7)	29,510 (38.4)	32,084 (41.7)	15,289 (19.9)	329,336 (22.4)	506,462 (34.5)	633,807 (43.1)
경남권	9,898 (62.8)	3,963 (25.2)	1,896 (12.0)	43,773 (57.2)	20,533 (26.8)	12,176 (15.9)	383,977 (25.2)	544,458 (35.7)	594,907 (39.1)
기타	1,416 (76.5)	115 (6.2)	319 (17.2)	7,453 (73.9)	565 (5.6)	2,072 (20.5)	288,677 (20.1)	501,320 (35.0)	643,568 (44.9)

부표 4-3 2018년 권역별 농촌 고혈압 환자의 관내·관외 진료 현황

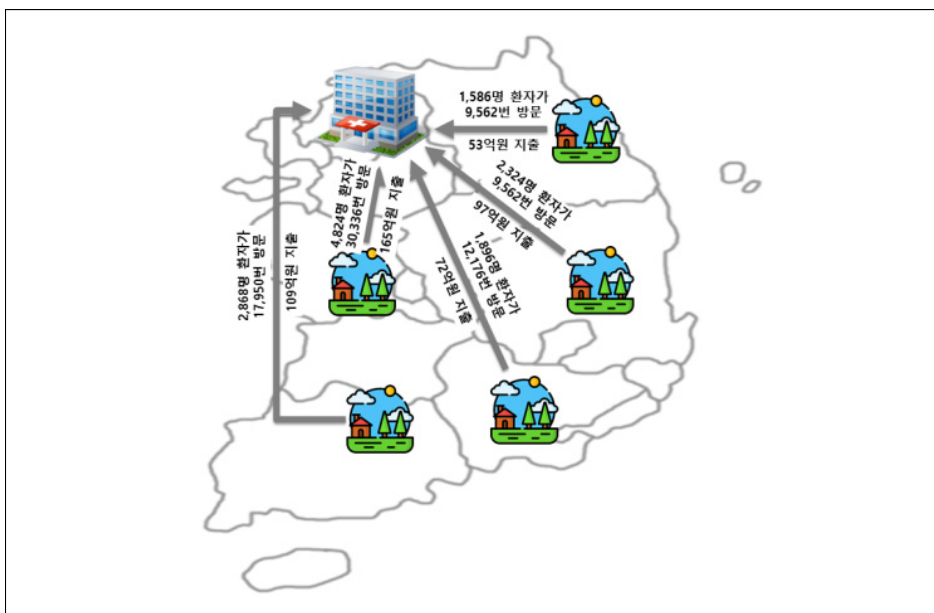
단위: 명, 회, 원, %

지역	환자 수			진료횟수			진료 1회당 비용		
	관외	관외 (비서울)	관외 (서울)	관외	관외 (비서울)	관외 (서울)	관외	관외 (비서울)	관외 (서울)
경기관	40,566 (89.2)	1,944 (4.3)	2,965 (6.5)	287,791 (92.5)	9,422 (3.0)	13,914 (4.5)	24,345 (26.4)	37,848 (41.0)	30,061 (32.6)
충청권	45,957 (87.7)	5,282 (10.1)	1,155 (2.2)	360,429 (92.0)	26,897 (6.9)	4,405 (1.1)	31,794 (28.9)	39,252 (35.6)	39,158 (35.5)
강원권	15,969 (89.1)	1,390 (7.8)	554 (3.1)	115,541 (92.9)	6,691 (5.4)	2,140 (1.7)	27,995 (27.5)	46,535 (45.7)	27,354 (26.8)
전라권	42,025 (86.3)	5,563 (11.4)	1,085 (2.2)	369,532 (92.1)	28,081 (7.0)	3,739 (0.9)	24,566 (24.2)	45,422 (44.7)	31,528 (31.1)
경북권	32,929 (88.1)	4,028 (10.8)	436 (1.2)	281,004 (92.6)	20,950 (6.9)	1,555 (0.5)	26,697 (25.4)	52,779 (50.1)	25,813 (24.5)
경남권	30,435 (90.1)	3,083 (9.1)	279 (0.8)	237,164 (93.5)	15,322 (6.0)	1,049 (0.4)	29,156 (22.7)	62,418 (48.7)	36,709 (28.6)
기타	3,906 (94.5)	163 (3.9)	65 (1.6)	29,716 (97.5)	540 (1.8)	225 (0.7)	25,447 (30.4)	34,320 (40.9)	24,057 (28.7)

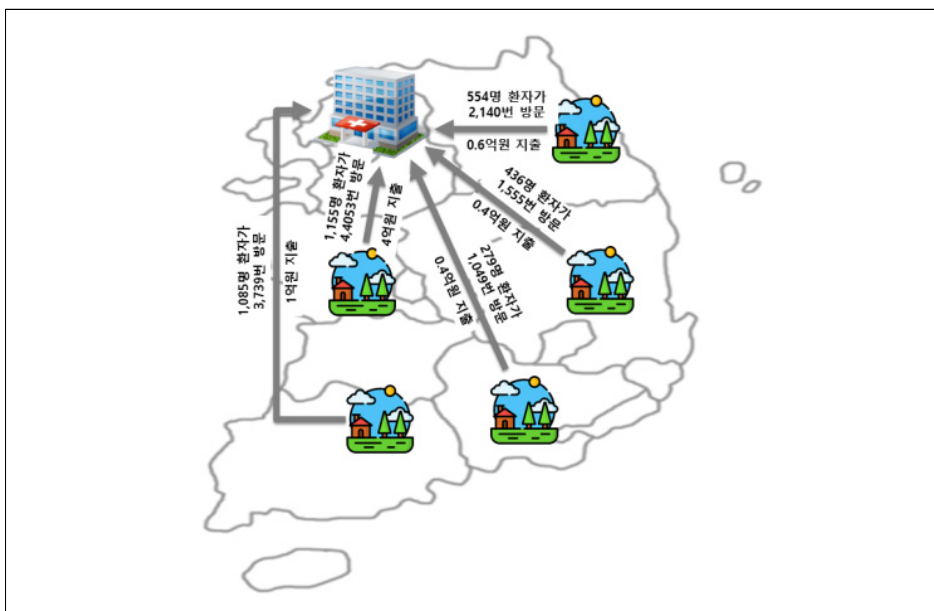
부도 4-1 2018년 권역별 농촌 전체 환자의 서울 원정 진료 현황



부도 4-2 2018년 권역별 농촌 암 환자의 서울 원정 진료 현황



부도 4-3 2018년 권역별 농촌 고혈압 환자의 서울 원정 진료 현황



- 강희정. 2019. “의료 격차와 정책 과제.” 『보건복지포럼』 4. pp. 18-30. 한국보건사회연구원.
- 강희정·하솔잎·김소운·홍재석·최대은·이광수·정해민·서은원. 2016. 『한국 의료 질 보고서』. 한국보건사회연구원.
- 강대용. 2019. “국민건강보험공단 자료를 활용한 농업인·비농업인 질병현황 비교.” 농업인 특수건강진단제도 도입 방안 마련 토론회.
- 국민건강보험. 2017. 『표본코호트2.0 DB 사용자 매뉴얼』.
- 김기환·임재영. 2012. “보건의료비 지출 결정요인과 불평등성 분석-농촌가구원과 도시가구원을 중심으로.” 『한국농식품정책학회 학술대회 논문집』. pp. 338-356.
- 김동진·채수미·최지희·이정아. 2017. 『농어업인의 삶의 질 향상 심층연구 - 농어촌 공공보건의료인력 확보방안』. 한국보건사회연구원·한국농촌경제연구원.
- 김동진·김태완·김유경·박세경·정진욱·이윤경·황주희·마상진·채희란·오혜인·윤희피. 2013. 『농어촌 보건복지 현황 및 정책과제』. 한국보건사회연구원.
- 김동진·이정아. 2017. “지역박탈에 따른 회피가능사망을 격차와 함의.” 『보건·복지 Issue&Focus』 340. pp. 1-8.
- 김재중. 2013. “전공의의 효율적 수련을 위한 전문과목별 수련과정 개편 연구.” 대학의학회.
- 김지현·윤태호. 2008. “표준사망비를 활용한 우리나라 소지역별 건강불평등 비교.” 『Journal of preventive medicine and public health』 41(5): 300-306.
- 농림축산식품부. 2014. 『2015-2019 제 3차 농업인의 삶의 질 향상 및 농어촌 지역개발 5개년 기본계획』.
- _____. 2018. 『제 3차 삶의 질 향상 기본계획 종합평가』.
- 농촌진흥청 국립농업과학원. 2018. 『농어업인 등에 대한 복지실태 조사 보고서』.
- 박세진·김미나. 2017. “보건의료환경 변화에 부응한 지역보건의료기관 시설 개선방안: 농어촌의료서비스개선사업 중심으로.” 『건강증진 리서치 브리프』 제11권 제15호. 한국건강증진개발원.
- 보건복지부. 2012. 『의료기관 개설 및 의료법인 설립 운영 편람』.
- _____. 2015. 『제3차 농어촌 보건복지 기본계획』.
- _____. 2017. 『국민건강의료실태조사』.
- _____. 2018a. 『공공보건의료 발전 종합대책』.
- _____. 2018b. 『지역사회 통합 돌봄 기본계획』.

- _____. 2019. 『지역사회 돌봄[커뮤니티케어] 선도사업 추진계획』.
- 보건복지부·공공보건정책관. 2016. 『제1차 공공보건의료 기본계획(안)[2016~2020]』.
- 보건복지부·국립중앙의료원. 2016. 『의료취약지 모니터링 연구』.
- _____. 2018. 『의료취약지 모니터링 연구』.
- 보건복지부·한국건강증진개발원. 2018. 『제7기 지역보건의료계획 수립 안내』.
- 박진옥. 2018. “지역 건강불평등 현황.” 『보건복지포럼』 260. pp. 7-19. 한국보건사회연구원.
- 서성효·정율원·김영택. 2016. “우리나라 사망원인통계를 이용한 회피가능 사망 분석.” 『주간 건강과 질병』 9(6): 98-107.
- 신정우. 2016. “치료를 통해 회피할 수 있는 사망률(Amenable mortality)과 의료비 지출의 지역별 분포.” 『보건·복지 Issue&Focus』 266: pp. 1-8.
- 안석. 2016. 『기능장애 노인의 도·농 간 의료서비스 이용 불평등 분석』. 2016 사전기초연구결과. 한국농촌경제연구원.
- 안석·박대식·김경인. 2017. 『농촌노인의 의료·복지서비스 이용 실태 및 정책과제: 기능장애 노인을 중심으로』. 한국농촌경제연구원.
- 오영호. 1999. “도시와 농촌간 의사외래의료이용 차이의 계량적 분석.” 『보건사회연구』 19(1): 103-121.
- 오인환·윤석준·김은정. 2011. “한국인의 질병부담.” 『대한의사협회지』 54(6): 646-652.
- 오혜진. 2018. “건강보험 보장성 강화정책이 의료비에 미치는 영향: 임신 출산 진료비 지원정책 중심으로.” 경희대학교 석사논문.
- 유인술. 2015. “응급의료체계의 현황과 문제점.” 『HIRA 정책동향』 제9권 제4호.
- 윤도현·김성희·김정훈. 2004. “한국의 빈곤과 불평등-한국사회의 민주화와 관련하여.” 『한국의 빈곤과 불평등』. pp. 1-156.
- 윤석준. 2012. “우리나라 만성질환 관리사업의 현황과 개선방향.” 『HIRA 연구』 6(1): 5.
- 윤태호·김지현. 2006. “도시와 농촌 간 건강불평등.” 『한국농촌간호학회지』 1(1): 11-20.
- 이미숙. 2005. “한국 성인의 건강불평등: 사회계층과 지역 차이를 중심으로.” 『한국사회학』 39(6): 183-209.
- 이신호·이운태·박수범·이상구·송태운·강대욱·김시연. 2008. 『은퇴의사를 활용한 공공보건의료기관 의료인력 확충방안』. 한국보건산업진흥원.
- 이진희. 2016. “지역적 건강불평등과 개인 및 지역수준의 건강결정요인.” 『보건사회연구』 36(2): 345-384.
- 이철갑. 2012. “농업인 근골격계질환.” 『Journal of the Korean Medical Association』 55(11): 1054-1062.
- 전종덕·류소연·한미아·박종. 2013. “도시와 농촌지역 노인의 건강행태 및 건강수준 비

- 교.” 『농촌의학·지역보건』 38(3): 182-194.
- 정도채·심재현. 2017. “늘어나는 곳과 줄어드는 곳, 농촌인구와 농촌개발과제.” 농업전망대회 자료집 2017. 한국농촌경제연구원.
- 정영호. 2014. “우리나라의 회피가능사망 분석.” 『보건복지포럼』 214(1): 42-53. 한국보건사회연구원.
- 정영호. 2011. “조기사망 손실년수 추정을 통한 질병부담.” 『보건복지포럼』 181(0): 66-75. 한국보건사회연구원.
- 조미형·박대식·최용욱. 2013. 『농촌 노인의 건강 관리 실태와 정책 과제』. 한국농촌경제연구원.
- 조영식·박덕영·최연희·이병진·손창균. 2015. 『2015년도 아동구강건강실태조사』. 보건복지부.
- 조흥준. 2013. “보건의료에서의 형평성: 우리나라의 현황.” 『J Korean Med Assoc』 56(3): 184-194.
- 주경식. 1995. “도시 농촌간 의료이용 수준의 비교분석.” (Doctoral dissertation, 연세대학교 대학원).
- 최경환. 2008. 『농촌 보건의료 서비스체계 개선방안점』. 한국농촌경제연구원.
- 최민정·권정호. 2014. “농촌노인의 사회적 배제와 경제적 불평등의 실증분석.” 『사회과학 담론과 정책』 7(1): 103-138.
- 한국건강증진재단. 2014. 『건강불평등과 지역사회 건강증진』.
- 한국농촌경제연구원. 2017. “삶의 질 따뜻한 농촌을 말하다.” 『2017 농어촌 삶의 질 향상 우수 사례10선』.
- _____. 2018. “삶의 질 행복한 농촌을 말하다.” 『2018 농업인 삶의 질 향상 정책 우수사례집』.
- 행정안전부. 2018. 『2018 공공서비스 사각지대 해소시책 사례집』.
- Bennett, K. J., B. Olatosi & J. C. Probst. 2008. Health disparities: a rural-urban chartbook. South Carolina Rural Health Research Center.
- Braveman, P. & S. Gruskin. 2003. “Defining equity in health.” *Journal of Epidemiology & Community Health* 57(4): 254-258.
- Brennan Ramirez L. K., E. A. Baker & M. Metzler. 2008. “Promoting Health Equity: A Resource to Help Communities Address Social Determinants of Health.” Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention.
- Devleesschauwer, B., A. H. Havelaar, C. M. De Noordhout, J. A. Haagsma, N. Praet, P. Dorny, L. Duchateau, P. R. Torgerson, H. Van Oyen, & N.

- Speybroeck. 2014. "Calculating disability-adjusted life years to quantify burden of disease." *International journal of public health* 59(3): 565-569.
- Gross, D. L., L. Temkin-Greener, S. Kunitz & D. B. Mukamel. 2004. "The Growing pains of integrated health care for the elderly: Lessons from the expansion of PACE." *The Milbank Quarterly* 82(2): 257-282.
- Hartley, D. 2004. "Rural health disparities, population health, and rural culture." *American Journal of Public Health* 94(10): 1675-1678.
- House, J. S. 2002. "Understanding social factors and inequalities in health: 20th century progress and 21st century prospects." *Journal of Health and Social behavior* 43(2): 125-142.
- Macintyre, S. & A. Ellaway. 2000. "Ecological approaches: rediscovering the role of the physical and social environment." *Social epidemiology* 9(5): 332-348.
- Moy, E. & W. Freeman. 2014. "Federal investments to eliminate racial/ethnic health-care disparities." *Public Health Reports* 129(1_suppl2). pp. 62-70.
- National Institute of Health. 2003. Strategic Research Plan and Budget to Reduce and Ultimately Eliminate Health Disparities.
- OECD. 2018. *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*.
- OECD/EU. 2016. *Health at a Glance: Europe 2016: State of Health in the EU Cycle*.
- Olatunde, O., B. Windsor-Shellard & A. Campbell. 2016. Revised Definition of Avoidable Mortality'. London: Office for National Statistics.
- Pantyley, V. 2017. "Health inequalities among rural and urban population of Eastern Poland in the context of sustainable development." *Annals of Agricultural and Environmental Medicine* 24(3): 477-483.
- Roux, Ana V. Diez & Mair, Christina. 2010. "Neighborhoods and health." *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 1186 (2010): 125-145.
- Rutstein, D. D., W. Berenberg, T. C. Chalmers, C. G. Child 3rd, A. P. Fishman, E. B. Perrin, J. J. Feldman, P. E. Leaverton, J. M. Lane, D. J. Sencer, & C. C. Evans. 1976. "Measuring the quality of medical care: a clinical method." *New England Journal of Medicine* 294(11): 582-588.
- Ward, J. B., D. R. Gartner, K. M. Keyes, M. D. Fliss, E. S. McClure & W. R.

- Robinson. 2019. "How do we assess a racial disparity in health? Distribution, interaction, and interpretation in epidemiological studies." *Annals of epidemiology* 29: 1-7.
- Wasserman, J., R. C. Palmer, M. M. Gomez, R. Berzon, S. A. Ibrahim & J. Z. Ayanian. 2019. "Advancing health services research to eliminate health care disparities." *American journal of public health* 109(S1): S64-S69.
- World Health Organization. 2017. *National health inequality monitoring: a step-by-step manual*. World Health Organization.

〈보도자료 및 안내자료〉

- 경향신문 기사. 2019. 7. 9. "보건소를 거점으로 지역사회 중심의 보건의료체계 확립 앞장설 것."
- 국민건강보험 보도자료. 2018. 10. 31.
- 교육부 보도자료. 2018. 3. 15. "2017년도 학생 건강검사 표본통계 발표: 초·중·고생 신체발달, 건강생활 실천, 주요 질환 등 분석."
- 농민신문 기사. 2018. 6. 1. "농촌 의료기관·편의시설 등 턱없이 모자라. 인프라 구축 절실."
- _____. 2018. 11. 2. "1인당 연간 진료비 살펴보니...전남 고흥 '281만원' vs 수원 영통 '108만원'."
- _____. 2019. 농업인·비농업인 질병현황 비교, 강대용 연세대 교수.
- _____. 2019. 1. 23. "일반인보다 더 아픈 농업인, 의료비용도 '4배 ↑'."
- 메디파나뉴스 기사. 2019. 11. 12. "지역 간 의료 격차 해소 대책 중 핵심 '인력 문제' 미비하다."
- 연합뉴스 기사. 2016. 4. 28. "공중보건의 5년 새 1천500명 감소."
- 의학신문 기사. 2019. 10.31. "전문간호사 업무범위, 처방권 포함돼야."
- 전북일보 기사. 2016. 8. 9. "익산지역 보건지소·진료소 기능전환 필요."
- _____. 2019. 11. 28. "국립공공보건의료대학원법 국회통과 '무산'."
- 헬스경향신문 기사. 2018. 11. 15. "한국화이자제약, 전이성암환자 교통비 지원하는 'HOPE 캠페인' 시작."

〈참고 사이트〉

- 국가법령정보센터. 「보건의료인력지원법」. 〈<http://www.law.go.kr/%EB%B2%95%EB%A0%B9/%EB%B3%B4%EA%B1%B4%EC%9D%98%EB%A3%8C%EC%9D%B8%EB%A0%A5%EC%A7%80%EC%9B%90%EB%B2%95>〉. 검색일: 2019. 12. 15.
- 국민건강보험 표본코호트 2.0 DB 사용자 매뉴얼. 〈<https://nhiss.nhis.or.kr/bd/ab/bdaba005iv.do>〉. 검색일: 2019. 12. 15.
- 농업안전보건센터 홈페이지. “2019 농업관련질병/예방.” 〈<http://www.koreanfarmer.org/subpage/?site=basic2&mn=1134>〉. 검색일: 2019. 12. 15.
- 보건의료빅데이터개방시스템. 〈<https://opendata.hira.or.kr/op/opc/yadmOpCloPrsnt.do>〉. 검색일: 2019. 12. 15.
- 세브란스병원 웹사이트. 〈http://sev.iseverance.com/health_info/disease_info/health_FAQ/view.asp?con_no=2035&page=79&SearchField=&SearchWord=〉. 검색일: 2019. 12. 15.
- 심평원 보건의료빅데이터 개방시스템. 〈<http://opendata.hira.or.kr/op/opc/olapMdclRcStatsInfo.do>〉. 검색일: 2019. 8. 26.
- 중앙응급의료센터 응급의료기관 현황. 〈https://www.e-gen.or.kr/egen/notice_view.do?brdctsno=6801〉. 검색일: 2019. 12. 15.
- 청와대 국정과제. 〈<https://www1.president.go.kr/government-projects#page2>〉. 검색일 2019. 12. 15.
- 한국건강증진개발원 홈페이지. 〈<https://www.khealth.or.kr/board?menuId=MEN U00845&siteId=null>〉. 검색일: 2019. 12. 1.
- 한국건강증진개발원 홈페이지. 〈<https://www.khealth.or.kr/board?menuId=MEN U00847&siteId=null>〉. 검색일: 2019. 12. 1.
- 한국건강증진개발원 홈페이지. 〈<https://www.khealth.or.kr/board?menuId=MEN U01061&siteId=null>〉. 검색일: 2019. 12. 1.
- Stanford Medicine. 〈<http://med.stanford.edu/ruralhealth/health-pros/factsheets/disparities-barriers.html>〉. 검색일: 2019. 6. 12.

