2008 국정감사 정책자료집 시리즈 #1

의료사각지대 및 건강격차 해소를 위한 정책제언

2008. 10. 6

국회의원 **임 두 성**

●● 머 리 말

의료사각지대 및 건강격차 해소를 위한 정책제언

모든 국민은 육체적, 정신적, 사회적으로 건강한 삶을 누릴 권리가 있으며, 국민의 건강을 보호하고 증진하는 일은 국가와 사회의 기본책무입니다. 어떠한 국민도 연령, 종교, 인종, 장애, 소득수준 등을 이유로 차별받지 않고 보건의료 혜택을 받을 수 있는 환경이 조성되어야 합니다.

그러나 대한민국의 경제적 위상 제고와 국력신장에도 불구하고 건강격차 해소를 위한 사회안전망은 아직 미흡하기 그지없습니다. 아파도 돈이 없어서 제대로 치료를 받지 못하는 사람이 부지기수로 생겨나는 한편, 경제적인 여유가 있는 사람이 더 건강하게 오래 산다는 사실이 어느새 당연한 상식으로 받아들여지는 사회가 되었습니다.

보건의료서비스의 양과 질에 대한 지역간 격차는 갈수록 심화되고 있고, 사회경제적 지위가 개인의 건강수준까지 결정하는 안타까운 구조가 고착화되고 있습니다. 지역간·소득계층간 건강격차의 심화는 국가인적자원의 경쟁력을 약화시킴은 물론, 계층간 갈등과 국가에 대한 국민적 불신을 가중시켜 결국 국가의 지속가능발전을 저해하는 요인으로 작용하게 될 것입니다.

자료를 준비하면서 국리민복을 위해 최선을 다해야 할 정치인의 한 사람으로서 무한한 책임감을 느꼈습니다. 국민 한사람 한사람의 건강을 지켜내는 것이야말로 국가의 가장 기본적인 책무라는 인식도 확고히 하게 되었습니다. 아무쪼록 본 자료집이 건강한 국민, 밝은 사회, 강한 국가, 희망찬 미래를 만들기 위한 정책을 입안하는 데 조금이나마 보탬이 되었으면 하는 마음 간절합니다. 감사합니다.

2008년 10월

국회의원 **임 두 성**

●● 목 차 Contents

의료사각지대 및 건강격차 해소를 위한 정책제언

Ⅰ. 모두가 건강한 대한민국을 희망하며 ····· 1

1. 왜 건강형평성을 말하는가? ····· 3
2. 건강격차 해소를 위한 정책 방향 ····· 5
3. 건강형평성에 대한 이론적 배경 ····· 7
   가. 블랙리포트 (Black Report) ····· 7
   나. 1차 화이트홀 연구 (First Whitehall Study) ····· 8

Ⅱ. 의료불평등 실태 및 건강격차 원인 진단 ····· 11

1. 지역간 의료불평등 실태 ····· 13
   가. 16개 시·도별 진료비 유출·입 현황 ····· 13
   나. 16개 시·도별 보건의료자원 현황 ····· 17
   다. 지역별 응급실·분만실 현황 ····· 20
2. 소득계층간 건강불평등 실태 ····· 27
   가. 사회경제적 지위에 따른 주관적 불건강 인식도 비교 ····· 27
   나. 소득계층에 따른 암 환자 예후 비교 ····· 28
   다. 소득계층간 의료이용률 비교 ····· 30
3. 장애인과 비장애인의 의료불평등 실태 ····· 34
   가. 장애인과 비장애인의 의료이용 형평성 비교 ····· 34
   나. 여성장애인 임신·출산비 비교 ····· 36

Ⅲ. 의료사각지대 실태 진단 ····· 41

1. 건강보험 사각지대 실태 및 문제점 ····· 43
   가. 건강보험 생계형 체납 심각 ····· 43
   나. 건강보험의 소득역진적 구조 ····· 47
2. 희귀난치성질환자 실태 ····· 51
   가. 희귀난치성질환자 지원 현황 ····· 51

나. 희귀난치성질환자 지원상의 문제점 ····· 51
다. 희귀난치성질환자 지원 방향 ····· 57
3. 특정 집단에 대한 의료지원 실태 ····· 60
가. 북한이탈주민 (새터민) ····· 60
나. 노숙인・부랑인 ····· 63

Ⅳ. 의료불평등 현상 극복을 위한 정책제언 ····· 69
1. 지역별 의료불평등 개선 방안 ····· 71
가. 국립대병원 지원 및 발전방안 마련 ····· 71
나. 국공립병원 관리체계 전환 검토 ····· 74
다. 지방의료원 전문화・특성화 방안 ····· 76
라. 지역 응급의료체계 개선 ····· 78
2. 소득계층별 건강불평등 개선 방안 ····· 81
가. 소득수준별 본인부담금 경감제도 차등적용 검토 ····· 81
나. 의료급여 및 건강보험 보장성 확대 ····· 82
다. 국가 검진사업 활성화 방안 ····· 83
3. 건강형평성 평가지수 개발 및 모니터링 도입 ····· 85
가. 건강수준에서의 건강형평성 지표 ····· 85
나. 건강행태에서의 건강형평성 지표 ····· 86
4. 의료사각지대 및 건강격차 해소를 위한 특별법 추진 ····· 88
가. 목적・정의 등 기본이념 ····· 88
나. 국가건강형평성위원회 등 정책적 지원 ····· 89
다. 건강안전망기금의 설치・운용 ····· 90
라. 건강형평성 평가지수 개발 및 모니터링 도입 ····· 90

Ⅴ. 부 록 「의료사각지대 및 건강격차 해소를 위한 특별법(안)」 … 91

Ⅵ. 참 고 문 헌 ····· 101

I

모두가 건강한 대한민국을 희망하며

1. 왜 건강형평성을 말하는가?

❑ 의료서비스의 양과 질에 대한 지역적 격차가 심화되고 있고, 사회경제적인 지위가 개인의 건강수준까지 결정짓는 안타까운 구조가 고착화되는 상황임. 이에 따라 건강형평성 문제가 사회적·국가적으로 해결해야 할 중요한 화두로 떠오르고 있으며, 건강불평등을 극복하기 위한 국가적 대안을 본격적으로 논의해야 할 시점에 다다름.

❑ 건강형평성(또는 건강불평등)이란 일반적으로 교육수준, 직업계층, 소득수준, 재산 등과 같은 사회경제적 위치(socioeconomic position)에 따른 건강상의 차이를 의미함[1].

❑ 대한민국헌법 제10조에서는 "모든 국민은 인간으로서의 존엄과 가치를 가지며, 행복을 추구할 권리를 가진다"고 하였고, 제11조에서는 "누구든지 성별·종교 또는 사회적 신분에 의하여 정치적·경제적·사회적·문화적 생활의 모든 영역에 있어서 차별을 받지 아니 한다"고 함. 또한 제36조에서는 "모든 국민은 보건에 관하여 국가의 보호를 받는다"고 규정하고 있음[2].

❑ 세계인권선언에서 제25조에서도 "모든 사람은 의식주, 의료 및 필요한 사회복지를 포함해 자기 가족의 건강과 안녕에 적합한 생활수준을 누릴 권리가 있다"고 규정하고 있음. 이러한 정신에 따라 세계보건기구에서도 일찍이 건강불평등 문제를 정책목표로 세우기도 함[3].

---

1) 울산대학교, 건강형평성 평가지표 개발과 건강형평성 현황 조사 연구 30p, 2006

2) 울산대학교, 건강형평성 평가지표 개발과 건강형평성 현황 조사 연구 32p, 2006

3) 이창곤, 추적, 한국 건강불평등 29p, 2007

❑ 즉 건강형평성은 국가가 보장해야 할 국민의 가장 기본적인 권리이자 인권이기 때문에 우리사회가 실현해 나가야 할 중요한 가치임. 따라서 지역별·소득계층별 의료장벽을 낮추고 접근성을 향상시키기 위한 적극적인 정책적 개입이 필요함.

❑ 선진국은 이미 국가적 차원에서 건강형평성 문제를 중요한 정책목표로 삼고, 건강의 결정요인에 대한 연구를 지속해 옴. 이제 우리나라도 건강형평성 문제를 국가적 차원의 정책과제로 선정하고, 지역간·사회계층간 불평등을 감소시키기 위한 각종 사회적·의료적 보장정책을 정밀하게 다듬어나가야 할 시점에 왔음.

2. 건강격차 해소를 위한 정책 방향[4)]

❑ 선행연구에 의해 밝혀진 바에 따르면, 소득수준이 건강에 미치는 영향은 일정 수준 이하 빈곤층에만 국한된 현상이 아니라 거의 모든 소득계층에서 나타나고 있으며, 전반적으로 소득수준이 건강수준에 대해 계단식의 유의한 영향을 미치는 것으로 알려져 있음.

❑ 또한 건강수준의 사회경제적 불평등 감소를 위한 정책은 보건의료가 건강에 미치는 영향이 제한적이라는 점을 감안하여, 보건의료정책을 넘어서 사회정책 전반에 걸쳐 추진되어야 함. 즉 빈곤의 감소를 위한 경제정책, 차별 없는 교육정책, 촘촘한 사회보장 등 다원적이고 포괄적인 정책들의 전략적인 조율을 통해 효과를 극대화할 수 있다고 알려져 있음.

❑ Whitehead(1990)는 '건강불평등 문제해결 가능성'과 관련해, 정책적 중재가 필요한 부문을 아래 표와 같이 제시함(Machenbach & Bakker, 2002). 동 연구에서는 사회경제적 요인에 영향을 받는 건강문제와 건강위해행위의 차이, 필수 의료서비스의 제약, 건강으로 인한 하층계급으로의 이동 등에 대해서 정책적 수단의 개입이 필요하다고 주장함. 이는 한국의 향후 정책 수립의 방향을 결정하는 데 좋은 시사점이 됨.

4) <한국보건사회연구원, 「건강수준의 사회계층간 차이와 정책 방향」 280~281p, 2004>를 인용・분석하여 재정리한 것임.

• • 건강불평등의 문제 해결 가능성에 대한 Whitehead 견해 • •

구 분	개선가능성	일반적으로 불공정하다는 견해
1. 생물학적 차이	×	×
2. 건강위해 행위(개인선택)	○	×
3. 사회주도집단이 선택한 건강증진 행위 (후발그룹이 따라가는 행위)	○	×
4. 사회경제적 요인에 영향을 받는 라이프스타일에서의 건강위해 행위	○	○
5. 물리적, 사회적 환경에서 위해물질의 과다폭로	○	○
6. 필수보건의료서비스의 접근의 제약	○	○
7. 건강으로 인한 하향집단으로의 이동 (아픈 사람이 가난해지는 현상)	저소득층에서 ○	저소득층에서 ○

※ 자료 : Machenbach & Bakker, 2002 / <한국보건사회연구원, 건강수준의 사회계층간 차이와 정책 방향 282p, 2004>에서 재인용

❑ 이러한 이론적 배경을 기초로 건강격차를 감소시키는 방법을 개입의 수준과 진입 지점에 따라 ①근본적인 처방으로서 사회경제적 불평등 감소, ②보건의료나 사회복지 서비스를 통한 건강 불평등 효과 감소, ③특정한 건강 결정요인에 대한 노출의 불평등 감소 등으로 구분해 볼 수 있음.

❑ 근본적 해결 방법은 그 영향이 매우 크지만 보건의료 영역을 훨씬 뛰어넘는 것이고, 전반적인 사회정책 변화와 함께 이루어져야 한다는 점에서 접근이 쉽지 않음. 이와 달리 특정요인에 대한 구체적인 접근은 상대적으로 쉽긴 하지만 불평등 문제를 근본적으로 해결할 수 없다는 한계점이 있음.

❑ 따라서 본 자료집은 보건의료적 측면에 초점을 맞춰 우리나라의 사회경제적 계층별 건강 차이를 감소시킬 수 있는 방안에 대해 정책방향과 구체적 대안을 제시하고자 함.

3. 건강형평성에 대한 이론적 배경[5)]

가. 블랙리포트 (Black Report)

❑ 건강과 사회경제적 불평등의 관계에 대한 가장 중요한 역사적 문헌으로 평가받는 블랙리포트는 전국민 대상 무상 국가보건의료서비스(National Health Service)가 제공되고 있는 영국에서 건강불평등이 지속되고 있는 원인을 규명하고자 작성된 보고서임.

❑ 블랙리포트에서는 사회경제적 계층간 건강불평등을 설명하는 4가지 틀로 물질적·구조적 조건(materialist·structuralist), 선택(select), 문화적·행태적 요인(cultural·behavior factors), 인조(artifact) 등을 제시함.

❑ 블랙리포트는 사회계층의 결정에 관련되는 물질적 구조의 조건이 사회경제적 건강불평등을 초래한다는 시각과 함께, 건강수준에 따라 사회경제적 위치가 선택되므로, 불건강 상태가 낮은 사회계층으로의 사회이동(social mobility)을 일으키게 되며, 사회계층의 특성별로 문화적·행태적 요인이 달리 작용하여 결과적으로 건강불평등이 발생한다며, 건강불평등의 기전을 포괄적으로 설명하고 있음.

나. 1차 화이트홀 연구 (First Whitehall Study)

5) <한국보건사회연구원, 「건강수준의 사회계층간 차이와 정책 방향」 20~21p, 2004>를 인용하여 재정리한 것임.

❑ 화이트홀 연구는 관상동맥질환의 원인을 밝히기 위하여 영국의 남성 공무원을 대상으로 이들의 사망여부와 사망원인을 7.5년 동안 추적하여 직업계층간 관상동맥질환 사망률의 차이를 밝히고 있음. 동 연구는 사회경제적 사망률 불평등에 대한 위험요인의 역할을 다룬 가장 선구적인 연구 중 하나로 평가되고 있음.

❑ 화이트홀 연구 결과 가장 낮은 직업군인 '기타 직군'의 관상동맥질환 사망위험이 최상층인 행정관리직에 비해 약 4배 높은 것으로 나타남. 절대적 빈곤과 물질적 박탈 뿐만 아니라 다양한 위험요인들이 사망률에 영향을 미친다는 사실을 규명함.

❑ 사회경제적 건강불평등 기전에 대한 3가지 관점 및 통합적 이론모형을 요약하면 다음과 같음.

- **선택과 인과 관점 :** 건강수준이 사회경제적 지위를 결정한다는 인식으로 건강여부가 사회경제적 지위와 귀결된다는 점을 강조함. 그러나 단순히 건강여부만으로는 사회경제적 요인에 미치는 영향을 설명하지 못하며, 건강이 사회적 지위상승으로 이어지지는 않기 때문에 이러한 관점에는 논란이 많음.

- **특정 결정요인 관점 :** 사회경제적 지위가 낮은 집단들에게는 건강문제를 심화시키는 고위험 요인이 많이 존재하며, 이들 요인들이 건강수준에 영향을 미친다는 관점임. 특정 결정요인으로는 저소득이나 물질적 환경요인, 흡연, 영양, 음주, 운동 등 건강행태요인, 사회심리적 스트레스 및 취약한 사회적 지지 등 사회심리적 요인 등이 주목받고 있음.

- **생애적 관점 :** 건강은 성인기 이후 위험요인에 대한 노출뿐만 아니라 태아기, 아동기, 청소년기, 성인기, 노년기 등 전 생애에 걸친 다양한 사회경제적 요인들이 모두 누적적으로 건강불평등에 관여한다는 관점임.

- **통합적 이론모형 :** 건강불평등을 설명하기 위해 관련되는 요인이 중첩적이며 연쇄적으로 작용한다는 이론적 모형들이 Diderichen, Acheson, Machenbach, Marmot과 Wilkinson 등에 의해 제시됨. 모형에 따라 정책적 중재를 강조한 모형, 건강결정요인을 다원적 영향으로 설명한 모형, 생애과정을 중시한 모형, 생물학적 경로를 포함한 통합적 이론모형 등을 건강불평등의 경로와 기전을 설명하는 대표적인 모델로 꼽을 수 있음.

Ⅱ

의료불평등 실태 및 건강격차 원인 진단

1. 지역간 의료불평등 실태

가. 16개 시·도별 진료비 유출·입 현황

❑ 국민건강보험공단의 <2007년도 16개 시·도별 진료비 외부유입 현황> 자료를 분석한 결과, 지역별 외부유입진료비 비율의 편차가 매우 큰 것으로 나타남. 외부유입진료비는 강원도에 거주하는 환자가 서울의 병원에서 진료를 받는 경우와 같이, 시·도의 경계를 넘어 진료가 행해진 사례에 해당하는 진료비를 산출한 것임.

❑ 외부유입진료비 비율이 가장 높은 서울지역의 경우 총 진료비에서 외부로부터 유입된 진료비가 차지하는 비율이 34.8%에 달함. 이어 광주 34.3%, 대전 29.7%, 대구 27.5% 순으로 외부유입진료비 비율이 높았으며, 전국 평균은 24.0%인 것으로 나타남.

❑ 반면 외부유입진료비 비율이 가장 낮은 지역은 제주도로 7.5%에 불과했는데, 이는 제주도의 지리적·교통 환경적 특성에 의한 것으로 분석됨. 다음으로 낮은 지역은 전북지역으로 14.8%를 나타났고, 경남과 울산은 각각 15.3%로 동일하게 나타남.

❑ 전반적으로 우수한 보건의료자원이 분포된 대도시를 중심으로 외부유입진료비 비율이 높게 나타났으며, 진료환경이 상대적으로 낙후된 지역인 호남 및 영남권의 경우 광주, 대구 등 지역거점도시를 중심으로 외부유입진료비가 집중되는 경향을 보임.

• • 16개 시·도별 진료비 외부유입 현황(2007년) • •

(단위 : 천원)

구 분	계(관내+외부유입) : A	관 내	외부유입 : B	외부유입 진료비 비율(B/A)
계	26,608,739,344	20,224,328,472	6,384,410,872	24.0
서 울	6,811,367,761	4,442,291,011	2,369,076,750	34.8
부 산	2,236,505,120	1,786,884,541	449,620,579	20.1
대 구	1,556,873,797	1,128,926,143	427,947,655	27.5
인 천	1,150,239,168	949,293,773	200,945,395	17.5
광 주	883,451,381	580,480,646	302,970,735	34.3
대 전	945,001,701	664,465,350	280,536,351	29.7
울 산	547,633,498	463,775,133	83,858,366	15.3
경 기	4,790,474,939	3,842,889,110	947,585,829	19.8
강 원	757,978,051	624,335,941	133,642,110	17.6
충 북	714,630,604	589,837,249	124,793,356	17.5
충 남	914,951,258	725,173,591	189,777,667	20.7
전 북	1,115,250,230	950,390,809	164,859,421	14.8
전 남	1,092,346,344	862,807,671	229,538,673	21.0
경 북	1,197,644,123	985,697,243	211,946,881	17.7
경 남	1,611,940,818	1,365,789,257	246,151,561	15.3
제 주	282,450,551	261,291,005	21,159,546	7.5

※ 자료 : 국민건강보험공단 제출자료, 2008. 7
주 : 수진기준(약국제외), 2008년 5월 지급분까지 반영됐으며, 의료급여대상 포함됨.

❑ <2007년도 16개 시·도별 환자 외부유입 현황>자료를 분석한 결과, 광주가 34.2%로 외부환자의 비율이 가장 높은 가운데, 서울, 대전, 충남, 대구 등이 상위권을 차지함.

❑ 반면 지리적 특성이 반영된 제주를 비롯해 울산, 경남, 부산 등의 지역은 외부환자의 비율이 낮은 것으로 나타남. <시·도별 환자 외부유입 현황>은 전반적으로 <시·도별 진료비 외부유입 현황>과 유사한 패턴으로 나타나고 있음.

●● 16개 시·도별 환자 외부유입 현황(2007년) ●●

(단위 : 명)

구 분	계(=관내+외부유입) : A	관내	외부유입 : B	외부유입환자 비율(B/A)
계	58,389,595	42,834,849	15,554,746	26.6
서울	13,321,876	9,068,141	4,253,735	31.9
부산	4,091,081	3,213,848	877,233	21.4
대구	3,136,870	2,265,275	871,595	27.8
인천	3,038,140	2,299,714	738,426	24.3
광주	1,958,767	1,288,346	670,421	34.2
대전	1,973,387	1,354,680	618,707	31.4
울산	1,241,007	997,287	243,720	19.6
경기	12,519,206	9,662,357	2,856,849	22.8
강원	1,804,255	1,306,381	497,874	27.6
충북	1,791,481	1,339,065	452,416	25.3
충남	2,465,615	1,737,966	727,649	29.5
전북	2,169,803	1,684,208	485,595	22.4
전남	2,294,352	1,684,932	609,420	26.6
경북	3,149,749	2,341,515	808,234	25.7
경남	3,587,335	2,854,162	733,173	20.4
제주	616,166	506,467	109,699	17.8

※ 자료 : 국민건강보험공단 제출자료, 2008. 7

주 : 수진기준(약국제외), 2008년 5월 지급분까지 반영됐으며, 의료급여대상 포함됨.합계에서는 중복인원 포함되어 있음.

❑ 한편 <2007년도 16개 시·도별 진료비 유·출입 현황>자료를 통해 시·도의 경계선을 기준으로 외부유입진료비에서 외부유출진료비를 뺀 진료비 손익을 산출한 결과, 지역별 편차가 매우 심각한 수준인 것으로 나타남.

❑ 지역별로 진료비 손익을 비교해 보면, 서울지역이 1조 5,180억원(유입 2조 3,690억원, 유출 8,510억)의 이익을 남긴 것을 비롯해, 대구, 부산, 광주, 대전 등 5개 시·도에서 진료비 유출보다 유입이 많았던 것으로 나타남. 특히 서울은 2위인 대구(2,645억원)에 비해 5.7배나 높은 수익을 거두는 등 타 지역에 비해 독보적으로 높은 이익을 남김.

❑ 반면 경기, 경북, 충남, 경남 등을 비롯한 12개 시·도는 진료비 유입보다 유출이 더 많았던 것으로 나타남. 특히 경기지역은 7,882억원(유입 9,476억원, 유출 1조 7,358억원)으로 가장 큰 손실을 입었는데, 이는 인접지역인 서울의 보건의료시설을 이용한 환자가 많았기 때문인 것으로 분석됨.

•• 16개 시·도별 진료비 유·출입 현황(2007년) ••

(단위 : 천원)

구 분	외부유입 (B)	외부유출 (C)	진료비 손익 (B - C)
계	6,384,410,872	6,385,437,722	-1,026,850
서 울	2,369,076,750	851,066,938	1,518,009,812
부 산	449,620,579	269,490,299	180,130,280
대 구	427,947,655	163,461,903	264,485,752
인 천	200,945,395	373,602,042	-172,656,647
광 주	302,970,735	160,547,696	142,423,039
대 전	280,536,351	143,287,307	137,249,044
울 산	83,858,366	146,408,301	-62,549,935
경 기	947,585,829	1,735,818,826	-788,232,997
강 원	133,642,110	198,791,920	-65,149,811
충 북	124,793,356	244,578,863	-119,785,508
충 남	189,777,667	430,975,627	-241,197,961
전 북	164,859,421	186,806,275	-21,946,854
전 남	229,538,673	403,665,782	-174,127,110
경 북	211,946,881	539,644,089	-327,697,208
경 남	246,151,561	477,455,474	-231,303,914
제 주	21,159,546	49,066,157	-27,906,611
		10,770,222	-

※ 자료 : 국민건강보험공단 제출자료, 2008. 7

주 : 수진기준(약국제외), 2008년 5월 지급분까지 반영됐으며, 의료급여대상 포함됨.주민등록 주소지가 불분명한 경우는 기타로 처리함.

나. 16개 시·도별 보건의료자원 현황

❑ 지역별 의료불평등을 확인하기 위해, 전국 16개 시·도의 의료기관, 약국, 보건의료인력 1인당 환자 수를 각각 산출함. 이러한 수치들은 보건의료통계에서 통상적으로 사용하는 지표는 아니나, 보건의료자원의 불균형을 확인하기 위해 임두성의원실에서 새로이 취합·분석한 자료임.

❑ 의료기관 1개소 당 인구수를 분석한 결과, 서울 701명, 대전 811명, 부산 838명, 대구 844명 순으로 나타나 대도시일수록 낮은 수치를 보임. 반면 경북 1,157명, 강원 1,145명, 전남 1,138명, 경남 1,097명 등은 그 수치가 높게 나타나, 의료기관 수가 상대적으로 부족한 것으로 확인됨. 최저-최고 수치를 보인 서울과 경북의 경우 1.65배의 차이를 나타냄.

•• 의료기관 1개소당 인구수(전국 16개 시·도) ••

(단위 : 개소 수, 명)

구분	종합병원	병원	요양병원	치과병원	한방병원	의원	치과의원	한의원	조산원	의료기관 총계(A)	인구수 (B)	의료기관 당인구수 (B/A)
계	304	1,048	591	153	142	26,141	13,339	10,859	51	52,628	48,456,369	921
서울	62	146	47	58	31	6,768	4,129	3,052	6	14,299	10,025,669	701
부산	27	83	75	9	7	2,090	996	905	14	4,206	3,525,220	838
대구	12	85	31	15	9	1,425	664	685	1	2,927	2,470,247	844
인천	13	38	25	3	10	1,274	628	453	1	2,445	2,612,866	1,069
광주	18	40	16	4	8	807	438	263	4	1,598	1,445,067	904
대전	9	27	27	6	5	964	400	393	2	1,833	1,486,644	811
울산	4	34	25	3	2	500	284	233	0	1,085	1,079,825	995
경기	45	197	101	31	25	5,233	2,868	2,041	8	10,549	11,039,291	1,046
강원	16	33	12	1	2	635	296	285	4	1,284	1,470,447	1,145
충북	11	29	16	1	3	757	271	287	3	1,378	1,483,401	1,076
충남	11	38	34	6	7	955	375	375	0	1,801	1,936,266	1,075
전북	13	50	46	2	8	1,022	409	389	0	1,939	1,770,698	913
전남	19	64	28	3	8	863	330	269	4	1,588	1,806,644	1,138
경북	15	68	50	6	13	1,140	476	510	0	2,278	2,634,627	1,157
경남	23	112	51	5	3	1,410	636	606	3	2,849	3,124,921	1,097
제주	6	4	7	0	1	298	139	113	1	569	544,536	957

※ 자료 : 보건복지가족부 제출자료, 2008. 7

❑ 약국 1개소 당 인구수에서도 지역별 편차가 크게 나타남. 개소 당 인구수가 가장 낮은 지역인 서울은 1,884명인 반면, 가장 높은 지역인 경남은 2,902명으로 1.54배의 차이를 보임. 약국 1개소 당 인구수에서 평균 수치 이하를 나타낸 지역(보건의료자원이 충분한 지역)은 서울을 비롯해 부산, 대구, 광주, 대전 등으로 의료기관의 지역별 분포와 유사한 경향을 보임.

• • 약국 1개소당 인구수(전국 16개 시 · 도) • •

(단위 : 개소 수, 명)

구 분	약국 수	인구 수	약국 당 인구수
총 계	20,730	48,456,369	2,337
서 울	5,321	10,025,669	1,884
부 산	1,532	3,525,220	2,301
대 구	1,148	2,470,247	2,152
인 천	964	2,612,866	2,710
광 주	634	1,445,067	2,279
대 전	673	1,486,644	2,209
울 산	359	1,079,825	3,008
경 기	4,111	11,039,291	2,685
강 원	607	1,470,447	2,422
충 북	609	1,483,401	2,436
충 남	795	1,936,266	2,436
전 북	854	1,770,698	2,073
전 남	794	1,806,644	2,275
경 북	1,028	2,634,627	2,563
경 남	1,077	3,124,921	2,902
제 주	224	544,536	2,431

※ 자료 : 보건복지가족부 제출자료, 2008. 7

❑ 의사, 간호사, 조산사 등 보건의료인력 1인당 인구수 역시 지역별로 천차만별임. 먼저 의사의 경우 서울이 418.3명으로 가장 낮은 수치를 보였으며, 경북이 757.7명으로 가장 높았음. 서울, 대전, 대구, 부산 등 대도시에 의사분포가 집중되는 경향을 보였으며, 의료기관의 분포와 유사한 경향을 보이고 있음.

❑ 간호사는 광주가 349.3명으로 가장 낮았으며, 경기가 669명으로 가장 높았음. 간호사의 경우 의료기관 및 의사와는 지역적 분포가 조금 상이하게 나타나고 있으며, 최저-최고지역의 수치 역시 1.9배로 상대적으로 더 높게 나타남.

❑ 조산사는 부산이 13,455명으로 최저수치를, 충남이 69,152명으로 최고수치를 보임. 지역별 편차가 가장 큰 것으로 나타나고 있는데, 이는 조산원 및 조산사의 수가 상대적으로 매우 적은 반면, 필수적인 보건의료시설은 아니라는 점이 작용했을 가능성이 큼.

• • 보건의료인력 1인당 인구수(전국 16개 시 · 도) • •

(단위 : 명)

구 분	의 사	간호사	조산사
총 계	573.7	480.2	36,406.0
서 울	418.3	377.4	42,662.4
부 산	509.0	474.5	13,455.0
대 구	485.7	417.8	44,913.6
인 천	720.6	632.0	58,063.7
광 주	482.8	349.3	37,053.0
대 전	482.2	439.4	53,094.4
울 산	710.4	513.2	44,992.7
경 기	738.3	669.0	44,875.2
강 원	598.2	404.0	39,741.8
충 북	673.0	615.0	47,851.6
충 남	673.2	641.4	69,152.4
전 북	529.7	442.8	36,889.5
전 남	652.5	374.5	26,183.2
경 북	757.7	485.1	33,349.7
경 남	709.4	514.5	34,339.8
제 주	700.8	401.9	38,895.4

※ 자료 : 보건복지가족부 제출자료, 2008. 7 / 주 : 의사는 한의사를 포함하여 산출함.

❑ 앞서 분석한 자료들을 통해 의료기관, 약국, 보건의료인력 등이 지역별로 큰 편차를 보이고 있는 것을 확인할 수 있음. 이러한 보건의료자원

의 불균형은 지역에 따른 의료불평등의 직접적인 원인으로 작용하고 있다는 점에서 주목할 필요가 있음.

❑ 동 자료는 의료기관의 유형 및 병상규모, 보건의료인력의 전공과목 및 경험치 등이 반영되지 않은 수치이므로 보건의료서비스에서 자원의 양만큼 중요한 질적인 측면에서의 고려가 없었다는 한계가 있음. 다만 선행한 연구결과물들을 기준으로 판단해 보았을 때, 질적인 측면까지 고려할 경우 지역간의 보건의료격차는 더욱 커질 것으로 예상할 수 있음.

다. 지역별 응급실 · 분만실 현황

1) 분만실 설치 현황

❑ 보건복지가족부로부터 지역의 가장 필수적인 의료시설인 응급실과 분만실 현황을 제출받아 분석한 결과, 각 지역별 편차가 큰 것으로 파악됨. 특히 응급실이나 분만실이 전혀 없는 지역도 다수인 것으로 나타나 공공보건의료체계상의 허점을 드러냄.

❑ 분만실의 경우 문제가 매우 심각한 것으로 드러남. 대도시 및 수도권 지역은 부산 강서구, 경기 과천시를 제외하고 분만실이 운영되고 있었으나, 강원, 영남, 호남, 충청권의 경우 분만실이 없는 경우가 허다한 것으로 나타남. 특히 강원, 충청, 전북, 전남, 경북, 경남 등 6개 지역은 각각 5개가 넘는 시·군·구에서 분만실이 운영되지 못하고 있었음. 이들 지역이 대부분 고령화 지역임을 감안하더라도 산모와 태아를 위한 기본적인 시설이 한 군데도 없다는 사실은 매우 심각한 문제임.

• • 분만실이 없는 지역 현황 • •

구 분	지 역	비 고
서 울	·	0/25
부 산	강서구	1/16
인 천	·	0/10
대 구	·	0/8
광 주	·	0/5
대 전	·	0/5
울 산	·	0/5
경 기	과천시	1/44
강 원	고성군, 양양군, 인제군, 평창군, 화천군	5/18
충 북	괴산군, 단양군, 보은군, 영동군, 증평군	5/13
충 남	계룡시, 부여군, 태안군	3/16
전 북	고창군, 순창군, 완주군, 임실군, 장수군, 진안군	6/15
전 남	곡성군, 광주남구, 구례군, 보성군, 신안군, 장성군, 함평군	7/23
경 북	고령군, 봉화군, 성주군, 영양군, 의성군, 청도군	6/24
경 남	산청군, 의령군, 창녕군, 하동군, 함양군, 합천군	6/20
제 주	·	0/2

※ 자료 : 보건복지가족부 제출자료, 2008. 8

2) 응급실 설치 현황[6)]

❑ 응급실의 경우도 지역별 편차가 확연히 드러남. 부산, 경기, 전남, 경남 지역 각각 1개 시·군·구, 충남지역 2개 시·군, 전북지역 3개 군 등 전국 12개 시·군·구에 응급실이 1개소도 없는 것으로 확인됨.

• • 응급실이 없는 지역 현황 • •

구 분	부 산	경 기	충 남	전 북	전 남	경 북	경 남
지역명	강서구	과천시	계룡시 연기군	순창군 임실군 장수군	광주남구	영양군 예천군 울릉군	산청군

※ 자료 : 보건복지가족부 제출자료, 2008. 8

6) <중앙응급의료센터, 응급의료 중장기 전략 수립계획서 53~55p, 2008> 내용을 인용하여 재구성한 것임.

❑ 중앙응급의료센터가 2008년 1월 발간한 <응급의료 중장기 전략 수립계획서>를 분석한 결과, 농어촌지역과 도시지역의 응급의료서비스 편차가 심각한 수준인 것으로 드러남.

❑ 2005년 8월 보건복지가족부의 발표에 의하면 전국을 총 50개의 응급의료 진료권으로 나누어 응급의료센터의 배치 여부를 살펴본 결과, 특별시·광역시에 설정된 38개 응급의료 진료권에는 21개소를 초과하여 59개소가 설치된 반면, 지방 응급의료 진료권인 18개 진료권에는 응급의료센터가 아예 없는 상태임.

❑ 이러한 상태는 현재도 특별히 개선될 기미가 보이지 않으며, 인구감소와 농어촌 시장개방 등 농어촌 의료 시장의 어려움 때문에 오히려 더욱 악화될 가능성이 높음.

•• 언론에 보도된 지방 응급의료서비스의 문제점 ••

1. 충남 서천군에서 유일하게 응급실이 운영되던 성누가병원이 경영악화로 폐쇄 위기에 놓여 있습니다. 지난 2002년과 2006년 서해병원과 푸른병원의 응급실이 문을 닫은데 이은 것이여서 심각한 의료공백이 우려되고 있습니다.(YTN 2008.01.27)
2. 충남도는 응급실 운영병원의 부도로 응급환자 진료공백이 빚어졌던 서천군에 '서천 푸른병원'을 새 응급실 운영병원으로 지정했다고 4일 밝혔다. 이날부터 운영에 들어간 응급실에는 공중보건의사 2명과 간호사 3명이 근무하며 24시간 응급환자를 돌보게 된다. 충남도는 응급실 운영을 위해 서천 푸른병원에 응급 장비비 6,900만원과 응급의료 인건비 6,800만원 등 모두 1억3,700만원을 지원할 계획이다.(한국일보 2008.02.04)

❑ 특히 모든 농어촌이 비슷한 정도로 응급의료의 문제점을 갖는 것이 아니라 벽오지로 갈수록 더욱 심각한 문제를 가지고 있으며, 이러한 문제는 농어촌 인구감소 및 노령화 진행으로 더욱 심화될 것으로 전망됨.

❑ 2003년에 발생한 손상 통계자료를 분석한 자료에 따르면, 경증손상 뿐 아니라 중증손상 발생율 및 손상에 의한 사망자의 비율도 모두 군 지역이 높게 나타남.

●● 전국 구, 시, 군별 중증도별 손상 조율 및 성·연령 표준화율 비교 ●●

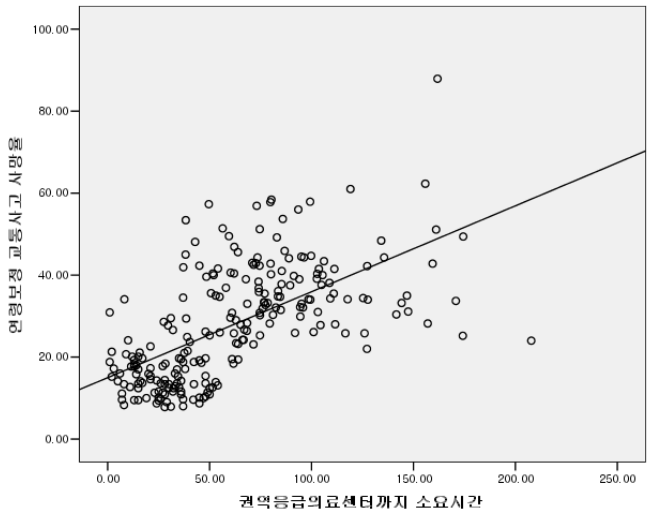
구 분		조율			성·연령 표준화율
		남	여	계	
구	경증	2,048.0	1,728.1	1,888.4	1,891.8
	중등증	256.1	225.1	240.6	245.7
	중증	25.0	18.7	21.8	22.6
	1년내 사망	7.3	3.3	5.3	5.6
시	경증	2,308.5	1,909.3	2,110.1	2,110.6
	중등증	296.3	259.6	278.1	278.1
	중증	28.8	20.9	24.9	25.3
	1년내 사망	9.8	4.5	7.2	7.4
군	경증	2,539.3	2,191.3	2,365.3	2,333.5
	중등증	339.8	324.9	332.4	306.1
	중증	47.0	34.1	40.6	34.2
	1년내 사망	18.7	8.1	13.4	10.9

※ 자료 : 손상통계작업단 결과보고(2006) 자료 재분석,
「중앙응급의료센터, 응급의료 중장기 전략 수립계획서 54p, 2008」에서 재인용

❑ 한편 응급의료센터까지의 거리 등과 교통사고 사망률과의 관계를 분석한 결과, 응급의료센터까지의 거리 혹은 도달 시간에 비례하여 교통사고 사망률이 높아지고 있는 것으로 나타남.

❑ 시·군·구별로 소속 읍면동 소재지로부터 가장 가까운 권역응급의료센터까지의 거리를 한 축으로 하고 다른 한 축은 시·군·구별 연령보정 교통사고 사망률을 분석한 결과, 아래 표에서 보는 바와 같이 응급의료센터와의 거리가 멀수록 교통사고 사망률도 대체로 높은 것으로 나타나고 있음.

•• 기초자치단체별 권역응급의료센터까지 평균 소요시간과 연령보정교통사고사망률 관계 ••



※ 자료 : 통계청 2003년 사망자료 및 GSI 조사자료(2007년6월 현재)
「중앙응급의료센터, 응급의료 중장기 전략 수립계획서 55, 2008」에서 재인용

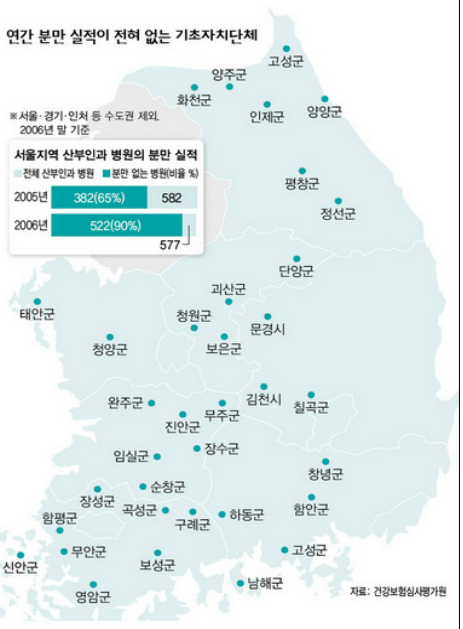
❑ 이상의 조사결과에서와 같이 낙후된 지역일수록 수익성이 낮고 의료사고가 발생할 확률이 상대적으로 높은 분만실 및 응급실 운영을 꺼릴 수밖에 없는 구조적인 문제점이 드러남.

❑ 분만실과 응급실은 국민의 생명과 직결되는 가장 기본적이고 필수적인 의료시설이자 지역적 사회안전망을 가늠할 수 있는 가장 대표적인 지표임. 이를 감안하여 지역적으로 전략적이고 균형 있게 배치될 수 있도록 공공성에 근거한 정책적 지원이 필요함.

<한겨레, 2008. 7. 21(월) 12면>

농어촌 임산부 원정출산 '산통 삼만리'

지역 시군구 산부인과 25% 분만 실적 '0%', 낮은 출산율·보험수가로 수지 안맞아 기피



"새벽에 양수가 갑자기 터지는 바람에 포항까지 비상등을 켜고 1시간20분을 달렸습니다. 정말 아찔했습니다."(경북 울진의 '아기보살')

"출산 때문에 친정인 전남 나주로 갔지만, 그곳에도 분만할 수 있는 산부인과가 없다고 해서 결국 광주까지 가서 애를 낳았어요."(전남 완도의 '자유맘')

농어촌 지역 시·군·구 4곳 중 1곳꼴로 1년 동안 분만 실적이 단 한 건도 없는 것으로 나타났다. 건강보험심사평가원(심평원)이 지난해 말 집계한 '2006년 제왕절개 및 분만평가 결과'를 보면, 수도권과 광역시를 제외한 전국의 기초자치단체 132곳 중 26.5%인 35곳은 분만 실적이 전혀 없다. 이들 지역은 분만이 가능한 의료진과 시설을 갖추고도 이를 기피하거나, 아예 시설과 인력이 없는 곳들이다. 전남(22곳 중 8곳), 강원(18곳 중 7곳), 전북(14곳 중 6곳) 지역은 도내에서 분만 실적이 없는 시·군·구가 전체의 3분의 1을 넘었다. 이어 경남 5곳, 충북 4곳, 경북 3곳, 충남 2곳 등이 분만을 전혀 하지 않은 것으로 조사됐다. 특히 경북 칠곡, 충북 청원 등은 연간 출생아 수가 1천명을 웃돌고 국제 결혼으로 다른 농어촌 지역에서도 분만 수요가 늘고 있는 상황이어서 산모들의 불편이 큰 것으로 나타났다.

출산 관련 정보를 다루는 인터넷 카페 등에는 농어촌 지역에 사는 임산부들이 '원정 출산' 과정에서 겪은 고통과 어려움을 호소한 글들을 쉽게 볼 수 있다. 일부 지역에서 이런 산모들을 위해 '이동 분만실' 등을 운영하고 있지만 큰 효과를 보지 못하고 있다.

이런 추세는 서울에서도 심해지고 있다. 심평원 자료를 보면, 2006년 말 서울의 산부인과 병원 577곳 가운데 522곳은 그 해 1년 동안 분만 실적이 '0건'으로 나타났다. 10곳 중 9곳이 사실상 출산이 불가능한 '반쪽 산부인과'인 셈이다. 특히 분만이 불가능한 산부인과 비율은 1년 전인 2005년 582곳 중 382곳(65%)에서 1년 새 25%포인트나 급격히 높아졌다. 지난 5월 서울에서 둘째를 출산한 주부 이현미(29)씨는 "진료를 받던 병원에서 분만을 받지 않는다고 해 산달에 큰 병원으로 옮길 수밖에 없었다"며 "이것저것 다시 검사해야 해서 불편하기도 했고, 무엇보다 아이 낳기가 이렇게 어려운 일인지 당황스러웠다"고 말했다.

문제는 낮은 출산율, 높은 의료사고율, 상대적인 저수가 등이 지속되는 한 이런 불편이 획기적으로 개선되기 힘들다는 점이다. 서울의 한 산부인과 병원장은 "자연분만을 하면 40만원 정도를 받는데, 한 달에 최소 20명의 분만 환자가 있어야 투자 비용을 맞출 수 있다"고 말했다. 대한산부인과의사회 백은정 공보이사는 "신생아 분만은 의사들의 체력·시간 비용, 의료 사고 가능성과 시설 투자 부담 등이 다른 진료 과목보다 월등히 크다"며 "갈수록 늘어나는 분만 소외지역을 줄이려면 의사들의 집단 이기주의만 탓하지 말고 공공성에 근거한 정책적 지원을 서둘러야 한다"고 말했다.

노현웅 기자 goloke@hani.co.kr, 송지혜 김효정 인턴기자

<한겨레, 2008. 7. 21(월) 13면>

응급 환자 생존율지역별 격차 크다

광주 꼴찌·울산 최고…100명당 1.6명 차이, 이송체계·응급시설 잘된 곳이 생명 더 살려

어느 지역에서 응급 사고를 겪었느냐에 따라 응급 환자 100명당 최고 1.63명이 더 숨졌을 만큼, 지역별로 응급 환자의 생존율 차이가 크다는 분석 결과가 나왔다.

김윤 서울대 의대 의료관리학교실 교수팀은 2003년 기준 전국 응급의료기관 382곳의 평가 자료에서 외상의 중증 등을 고려해 분석한 결과, 같은 응급 사고를 나더라도 실제 생존율이 가장 좋은 울산 지역은 가장 나쁜 광주보다 응급환자 100명당 1.63명이 더 생존할 만큼 지역 차가 크게 벌어져 있었다고 20일 밝혔다.

울산은 응급 환자 5283명 가운데 응급 질환의 종류·중증도 등을 고려한 예상 생존자 5181명보다 45명이 더 생존했다. 반면 광주에선, 환자 9564명 가운데 9400명만 생존해, 예상 생존자 수 9475명보다 75명 적었다.

울산에 이어 대전, 대구가 예상보다 생존자가 많았고, 서울은 예상 생존자와 실제 생존자가 거의 차이가 없었다. 울산은 서울보다 응급 환자 100명당 0.85명이 더 생존했다. 나머지 지역은 모두 실제 생존자 수가 예상에 미치지 못했다. 이 분석 결과는 최근 보건복지가족부와 중앙응급의료의료센터가 연 '응급의료 비전 2020 심포지엄'에서 발표됐다.

지역별 응급 외상 환자 생존율 차이 (2003년)

지역	응급 외상 환자	실제 생존자-예상 생존자* (1만명당)
서울	4만3713	0
부산	1만8670	-19
대구	1만1943	+13
인천	8974	-17
광주	9564	-78
대전	8966	+66
울산	5283	+85
경기	3만1231	-30
강원	1만2756	-11
충북	7884	-42
충남	9818	-70
전북	1만2964	-50
전남	1만9978	-56
경북	1만7381	-47
경남	1만6975	-42
제주	3646	-19

*외상 중류, 크기 등을 보정한 예상 생존율과 실제 생존율의 차이를 가리킴. '-78'이면 환자 1만명당 예상 생존자 수보다 78명이 더 숨졌음을, '+85'이면 예상보다 85명이 더 생존했음을 뜻함.
※김윤 서울대 의대 교수팀의 분석 자료를 〈한겨레〉가 재구성함.

응급 환자의 생존율은 지역 사회의 기본적인 안전망을 반영한다는 의미가 있다. 김 교수는 "암과 같은 중증 질환은 진단 뒤 대도시 등으로 이동할 수 있지만, 응급 질환은 분·초에 따라 생사가 갈린다"며 "지역적 사회 안전망을 평가하는 지표라 할 응급 환자의 생존율을 높이려면, 공공적인 성격을 가지는 응급의료체계에 대해 정부나 각 지방자치단체가 지원을 강화해 이런 지역 차를 좁혀야 한다"고 지적했다.

이번 연구를 보면, 응급 환자의 생존율이 높은 지역은 대체로 병원 전 이송 단계와 응급의료 시설의 시설, 인력 등이 잘 갖춰져 있었다.

2005년 전국 권역 및 지역 응급의료센터 112곳 평가 결과를 보면, 울산 지역은 인천, 충남, 경북, 제주 등과 함께 응급실 전담의사 충족률이 100%였다. 당시 전국 평균은 83.9%였으며, 부산이 50%, 광주 60% 등으로 매우 낮았다.

소방방재청의 2005년 자료에서 응급 사고 신고 접수부터 5분 이내 현장 도착 비율을 분석해 보니, 울산이 약 60%로 제주, 대구, 대전에 이어 4위였다. 반면 경기, 전북은 30%를 간신히 넘었고, 광주도 40%에 조금 못 미쳤다.

연구팀은 "개별 평가 항목에서는 응급 환자 사망률 순위와 다르게 나타나기도 한다"면서도 "응급실 도착 이전 단계에서의 처치, 구급차와 응급실의 의사소통 구조, 응급실 도착시간, 응급실의 시설·인력 기준 등에서 종합적으로 높은 곳이 응급환자의 생존율을 높이는 것으로 볼 수 있다"고 밝혔다.

김양중 의료전문기자 himtrain@hani.co.kr

2. 소득계층간 건강불평등 실태

가. 사회경제적 지위에 따른 주관적 불건강 인식도 비교[7)8)]

❑ 질병관리본부와 한국보건사회연구원에서 발표한 <2007년도 국민건강영양조사> 자료를 분석해 보면, 사회·경제적인 위치에 따라 스스로 인식하는 주관적 건강수준에 차이를 보이는 것을 확인할 수 있음.

❑ 25~64세 구간에서 주관적 불건강 인식률을 교육수준에 따라 구분해 보면, 대학 이상의 학력자를 기준으로 할 때 고등학교, 중학교, 초등학교 이하의 불건강 인식률이 단계적으로 유의하게 높은 양상을 보임. 특히 교육수준이 낮을수록 불건강하다고 인식하는 확률이 높아지고 있음. 아래 표는 남성을 대상으로 한 조사이며, 여성의 경우도 동일한 경향을 나타냄.

•• 교육수준별 주관적 불건강 인식률 및 교차비(2005년, 남자 25-64세) ••

구 분	대학교 이상	고등학교	중학교	초등학교 이하
대상자 수	3,319	3,752	975	1,211
주관적불건강인식수	204	420	235	375
연령보정주관적불건강인식률(95% CI)	7.17 (6.09-8.25)	11.21 (10.13-12.29)	18.32 (14.67-21.98)	20.64 (17.31-23.97)
교차비(95% CI)	1.00	1.65 (1.39-1.97)	2.89 (2.33-3.59)	3.73 (3.04-4.57)

※ 자료 : 국민건강영양조사 p379 (의원실 재구성), 2007

7) <질병관리본부·한국보건사회연구원, 국민건강영양조사 제3기(2005) 심층분석, 2007 : 건강면접 및 보건의식 부문 p377~384>을 인용·분석하여 재정리한 것임을 밝혀둠.

8) '스스로 생각하시기에 같은 연령의 다른 사람과 비교하여 자신의 건강이 어떻다고 생각하십니까'라고 묻고, 이에 대한 답변 문항은 '매우 건강', '건강한 편', '보통', '건강하지 못한 편', '매우 건강하지 못함'으로 구성함. '건강하지 못한 편'과 '매우 건강하지 못함'을 합하여 '주관적 불건강 상태'로 구분함.
분석 방법은 건강형평성 현황과 추이에 관한 기술적 분석을 위하여 사회경제적 지위변수와 건강수준 결과변수들의 관련성을 로지스틱 회귀분석으로 제시하여 연령보정 오즈비(odds ratio)와 95% 신뢰구간으로 상대적으로 불평등 정도를 제시함.

❑ 동일한 연구에서 소득수준에 따른 불건강 인식률을 분석해 보면(25~64세 대상), 소득수준 분포별로 주관적 건강수준에 차이를 보임. 소득수준이 1분위(최상위)에 속한 소득계층에 하위 소득계층의 연령 보정 주관적 불건강 인식률은 단계적으로 증가하는 경향을 뚜렷하게 보이며, 소득이 낮아질수록 교차비가 유의하게 높아지는 경향을 보임.

• • 소득수준별 주관적 불건강 인식률 및 교차비(2005년, 남자 25-64세) • •

구 분	1분위 (최상위)	2분위	3분위	4분위	5분위 (최하위)
대상자 수	2,032	1,642	1,833	1,884	1,747
주관적불건강인식 수	164	127	194	251	488
주관적불건강인식률(%)	8.07	7.73	10.58	13.32	27.93
연령보정주관적불건강인식률(95% CI)	8.12 (6.86-9.38)	7.97 (6.57-9.37)	10.27 (8.81-11.72)	12.78 (11.19-14.37)	23.10 (20.87-25.33)
교차비(95% CI)	1.00	0.98 (0.76-1.25)	1.35 (1.08-1.68)	1.73 (1.40-2.13)	3.63 (2.98-4.42)

※ 자료 : 국민건강영양조사 p383 (의원실 재구성), 2007

나. 소득계층에 따른 암 환자 예후 비교[9)]

❑ 2006년도에 보건복지가족부가 발간한 <소득계층에 따른 암 환자의 암 종별 의료이용에 관한 연구>를 분석한 결과, 소득수준이 암 환자의 생존기간에 유의한 결과를 미친다는 사실을 확인할 수 있었음.

❑ 전체 암 환자의 생존기간을 3개월 미만, 3~6개월 미만, 6개월~1년 미만, 1년~3년 미만, 3년~5년 미만, 그리고 5년 이상 등 6구간으로 구분하고, 1999년 암 등록환자[10)]의 소득계층별 생존기간을 추적 조사한 결

9) <보건복지부, 소득계층에 따른 암 환자의 암 종별 의료이용에 관한 연구 p43~44, 2006>을 인용・분석하여 재정리한 것임을 밝혀둠.

과, 생존기간이 3개월 미만인 경우, 소득1계층에서는 12.37%, 소득2계층 14.88%, 소득3계층 14.49%, 소득4계층 15.83%, 소득5계층 15.83%, 소득6계층 19.76%로 소득수준이 낮아질수록 3개월 이내 사망비율이 증가하는 추세를 보임.

❑ 반면 생존기간이 5년 이상인 경우에서는 소득1계층이 46.75%, 소득2계층 42.77%, 소득3계층 43.26%, 소득4계층 41.52%, 소득5계층 37.39%, 소득6계층 28.94%로 소득계층이 낮아질수록 생존자 비율이 뚜렷하게 감소하는 분포를 나타냄.

❑ 전체적으로 소득계층별 생존기간 분포는 생존기간이 1년 미만인 경우와 5년 이상인 경우에서 소득계층에 따른 차이가 뚜렷한 가운데, 생존기간이 1~5년 미만인 경우에서는 소득계층에 따른 차이가 별로 없는 것으로 나타남.

•• 암환자 소득계층별 생존기간 ••

소득계층	전체	3개월 미만	3~6개월 미만	6~12개월 미만	1~3년 미만	3~5년 미만	5년 이상	미상
1계층	10,394	12.37	8.33	9.92	15.17	5.17	46.75	2.29
2계층	8,754	14.88	9.29	10.29	15.74	4.96	42.77	2.07
3계층	7,950	14.49	9.49	10.67	14.92	5.22	43.26	1.99
4계층	7,384	15.83	9.37	11.19	14.95	4.96	41.52	2.18
5계층	11,037	18.13	9.92	11.44	15.53	4.78	37.39	2.80
6계층	3,912	19.76	11.15	13.55	18.25	5.70	28.94	2.66

※ 자료 : 소득계층에 따른 암 환자의 암 종별 의료이용에 관한 연구 44p

10) 건강보험 지역가입자와 의료급여수급자

❑ 한편 동 연구에 대한 제한점도 고려할 필요가 있음. 우리나라의 암 등록자료에는 생존기간에 결정적인 영향을 미치는 암 병기에 대한 정보가 부족한 것이 가장 큰 취약점으로 지적되고 있음. 특히, 의료기관이용 특성, 의료이용량 및 진료비 지출 규모는 암의 중증도를 나타내는 암 병기에 따라 영향을 받을 수밖에 없는데, 본 연구에서는 이러한 연구 자료의 한계로 암 병기를 고려하지 못한 한계가 있음을 밝혀둠.

다. 소득계층간 의료이용률 비교[11)]

❑ 국민건강보험공단의 <2007년 국민건강보험료 5분위별 건강보험 이용현황>자료에 따르면, 소득계층간 의료이용 편차가 매우 큰 것으로 나타남. 건강보험 가입세대를 소득기준으로 5분위 구분하여 의료이용세대수, 의료기관 평균진료비, 약국 평균진료비, 평균내원일수 등 의료이용량을 산출함.

❑ 그 결과 의료이용세대수, 의료기관 및 약국 평균진료비, 평균내원일수 등 모든 항목에서 소득수준이 높아질수록 이용량이 유의하게 증가함. 특히 1~3분위까지는 의료이용량이 점진적으로 증가하다가, 4분위에서 증가폭이 커지고, 5분위에서는 폭발적인 증가율을 보이고 있음.

❑ 이러한 현상은 건강보험 미가입자인 의료급여 계층에서 나타나던 의료쇼핑·중독 현상이 건강보험 가입자 중 최고소득계층에서 재연되고 있는 것이 아니냐는 의구심을 갖도록 함.

❑ 최저소득인 1분위 계층과, 최고소득인 5분위 계층과의 의료이용량 편

11) 건강보장 미래전략위원회, 건강보장 미래전략 4p, 2007.6

차는 의료이용세대수 1.17배, 의료기관 평균진료비 4.53배, 약국 평균진료비 4.46배, 평균내원일수 4.41배에 달함.

• • 2007년 국민건강보험료 5분위별 건강보험 이용현황 • •

분위	대상세대수	의료이용세대수	평균진료비(의료기관)	평균진료비(약국)	평균내원일수
1	3,833,911	3,152,284	607,773	244,285	32
2	3,833,912	3,230,992	658,308	255,368	36
3	3,833,912	3,439,288	784,468	298,121	43
4	3,833,912	3,594,260	952,169	363,758	51
5	3,833,913	3,678,449	2,751,371	1,089,523	141

※ 자료 : 국민건강보험공단, 2008. 8
주 : 지급기준, 년도 말 자격기준이며, 퇴직정산세대는 제외함.

❑ 한편, 국민건강보험공단이 제출한 <최근 5년간 소득계층별 건강보험 이용 추이>를 분석한 결과, 소득계층간 의료이용량 격차가 매년 심화되고 있는 것으로 나타남.

❑ 소득 상위 20%계층과 소득 하위 20%계층의 세대 당 연간 의료기관 평균진료비 격차는 '03년 76만1천원에서 '04년 96만7천원, '05년 125만4천원, '06년 176만2천원, '07년 214만4천원으로 매년 크게 증가하고 있음. 진료비 격차를 비율로 계산해 보면, '03년 2.52배에서 '04년 2.87배, '05년 3.33배, '06년 4.17배, '07년 4.53배임.

• • 소득계층별 건강보험 이용 추이 (의료기관 평균진료비) • •

구 분	2003년		2004년		2005년		2006년		2007년	
	하위20%	상위20%	하위20%	상위20%	하위20%	상위20%	하위20%	상위20%	하위20%	상위20%
세대당 연간 의료기관 진료비	501,380	1,262,488	517,644	1,484,535	539,013	1,793,192	556,048	2,318,419	607,773	2,751,371
진료비 격차 (상위20% -하위20%)	761,108		966,891		1,254,179		1,762,371		2,143,598	
진료비 격차 비율	2.52		2.87		3.33		4.17		4.53	

※ 자료 : 국민건강보험공단, 2008. 8

주 : 지급기준, 년도 말 자격기준이며, 퇴직정산세대는 제외함.

❑ 소득 상위 20%계층과 소득 하위 20%계층의 세대 당 연간 약국 평균진료비 격차 역시 '03년 29만1천원에서 '04년 38만9천원, '05년 51만8천원, '06년 72만4천원, '07년 84만5천원으로 매년 크게 증가하고 있음. 비율로는 '03년 2.51배, '04년 2.85배, '05년 3.27배, '06년 4.09배, '07년 4.46배로, 의료기관 평균진료비 격차의 증가추이와 매우 유사함.

• • 소득계층별 건강보험 이용 추이 (약국 평균진료비) • •

구 분	2003년		2004년		2005년		2006년		2007년	
	하위20%	상위20%	하위20%	상위20%	하위20%	상위20%	하위20%	상위20%	하위20%	상위20%
세대당 연간 약국 진료비	193,203	484,492	210,862	600,329	227,952	746,340	233,934	957,852	244,285	1,089,523
진료비 격차 (상위20% -하위20%)	291,289		389,467		518,388		723,918		845,238	
진료비 격차 비율	2.51		2.85		3.27		4.09		4.46	

※ 자료 : 국민건강보험공단, 2008. 8

주 : 지급기준, 년도 말 자격기준이며, 퇴직정산세대는 제외함.

❑ 소득 상위 20%계층과 소득 하위 20%계층의 평균내원일수 차이를 비교한 결과, ‘03년 51일, ‘04년 63일, ‘05년 77일, ‘06년 100일, ‘07년 109일로 갈수록 격차가 커지고 있음. 비율로는 ‘03년 2.42배, ‘04년 2.80배, ‘05년 3.2배, ‘06년 4.03배, ‘07년 4.41배인 것으로 나타남.

• • 소득계층별 건강보험 이용 추이 (평균내원일수) • •

구 분	2003년		2004년		2005년		2006년		2007년	
	하위20%	상위20%	하위20%	상위20%	하위20%	상위20%	하위20%	상위20%	하위20%	상위20%
평균내원일수	36	87	35	98	35	112	33	133	32	141
평균내원일수 격차 (상위20% -하위20%)	51		63		77		100		109	
평균내원일수 격차 비율	2.42		2.80		3.2		4.03		4.41	

※ 자료 : 국민건강보험공단, 2008. 8
주 : 지급기준, 년도 말 자격기준이며, 퇴직정산세대는 제외함.

❑ 사회보험 지출이 소득역진적인 구조로 이뤄지고 있는 상황에서 건강보험에 따른 혜택도 고소득층에만 집중되고 있어 빈곤층·저소득층의 부담만 가중되고 있음. 소득계층간 의료이용 격차가 매년 급속히 증가하고 있는 모순된 구조를 즉시 바로잡지 못하면, 우리사회의 의료불평등이 급격히 심화될 것임.

❑ 고소득층의 의료이용량이 기하급수적으로 증가하고 있는 원인을 밝혀내야 하며, 만약 의료쇼핑 현상 등의 징후가 감지될 경우 합리적인 의료이용을 유도할 수 있는 제도적 장치를 마련해야 함.

❑ 특히 건강보험으로 인한 혜택이 전 소득계층에 대해 동일하게 돌아갈 수 있도록 매년 소득수준별 건강보험 이용현황을 모니터링하고, 분석결과에 연계하여 보험료 납부기준을 수정하도록 하는 시스템 도입을 검토해야 함.

3. 장애인과 비장애인의 의료불평등 실태

가. 장애인과 비장애인의 의료이용 형평성 비교[12)]

- ❑ 장애인의 경우 그 특성상 의료 수요가 높은 집단임에도 불구하고, 경제적 능력이 부족하고 이동이 어려움이 많이 있는 관계로 의료이용에 제약이 많은 실정임을 감안하여 장애인과 비장애인의 의료이용에의 형평성 여부는 차별화된 기준을 적용하여 판단해야 할 필요성 있음.

- ❑ 따라서 장애인이 비장애인에 비해 의료적인 욕구가 높기 때문에 비장애인에 비해 더 많은 보건의료자원이 배분되어야 한다는 수직적인 형평의 관점에서 접근하는 것이 합리적임. 즉, 의료에 대한 욕구가 높은 장애인은 비장애인에 비해 더 많은 의료서비스가 제공되어야 하며, 그 수준은 같은 욕구를 가진 비장애인과 같은 수준이어야 한다는 점을 논의의 전제로 해야 함.

- ❑ 질병관리본부와 한국보건사회연구원에서 발표한 <2007년도 국민건강영양조사> 자료를 분석해 보면, 장애인과 비장애인 간 의료욕구에 따른 의료서비스 (미)충족도의 차이가 큰 것으로 나타남.

- ❑ '지난 1년간 필요한 의료서비스를 받지 못하거나, 늦게 받은 적이 있는가?' 라는 질문을 통해 장애인과 비장애인의 의료 미충족도 차이를 확인한 결과, 비장애인 13.2%가 의료 미충족 상태인 반면, 장애인의 경우 이의 2배에 가까운 26.0%가 의료 미충족 상태로 나타나고 있음.

12) <질병관리본부・한국보건사회연구원, 「국민건강영양조사 제3기 심층분석」 p.455~465, 2007>을 인용・분석하여 재정리한 것임을 밝혀둠.

• • 장애인과 비장애인의 의료에 대한 미충족 욕구 • •

구 분	비장애인		장애인	
	수	평균	수	평균
의료에 대한 미충족욕구	33,079	13.2%	1,073	26.0%

※ 자료 : 국민건강영양조사 제3기 심층분석, 2007

❑ 미충족 이유로는 '경제적인 이유'가 가장 높게 나타났는데, 비장애인의 48.7%, 장애인의 67.1%가 경제적인 이유를 꼽아 장애인과 비장애인 간에 입장의 차이를 보임. 반면 두 번째로 높은 이유는 '직장을 비울 수가 없어서'인데 비장애인의 32.1%, 장애인의 15.2%가 꼽고 있어서 의료서비스를 둘러싼 입장의 차이를 확인할 수 있음.

❑ 결국 장애인은 비장애인에 비해 주관적 건강상태가 나쁘다고 인식하고 있는 비율이 높고, 따라서 비장애인에 비해 의료이용량이 많은 특성을 보여주고 있으나, 동시에 의료에 대한 미충족 욕구도 높아서 수직적 개념에서 형평성 있는 의료자원의 배분이 이루어지지 못한다고 볼 수 있을 것임.

❑ 이러한 분석결과를 토대로 볼 때, 경제적 능력이 부족하고 이동에 제한이 있는 장애인을 대상으로 의료이용에 있어서의 형평성을 제고하기 위해서는 의료급여제도 외에도 교통수단의 제공이나, 방문치료 등 의료이용률을 향상시킬 수 있는 합리적인 차별(affirmative action)이 필요하며, 또한 연령이 낮은 장애아동이나 장애청년에 대한 특별한 정책적 고려가 필요한 것으로 판단됨.

나. 여성장애인 임신 · 출산비 비교

❑ 국민건강보험공단의 <장애인 · 희귀난치성질환자 임신 및 출산 진료실적>을 제출받아 분석한 결과, 분만과 관련하여 1인당 지출하는 본인부담금[13]이 장애인은 11만원, 희귀난치성질환자는 10만6천원으로 전체 평균 8만9천원에 비해 1.2배가량 높은 것으로 나타남.

❑ 장애인 가구의 월평균소득은 157.2만원으로 도시근로자 평균 가구소득인 325만원(2005년 기준)의 48%수준에 불과하다는 점을 감안해 보면, 장애인이 체감하는 임신 · 출산에 따른 경제적 부담은 일반인에 비해 상대적으로 더 커진다고 볼 수 있음.

• • 연도별 분만관련 1인당 평균 진료비 • •

(단위 : 천원, 괄호는 1인당 본인부담금)

구 분	2004	2005	2006	2007	2008.6
전체평균	631	721	728	801	855 (89)
장애인	740	809	824	867	941 (110)
희귀난치성질환자	689	774	914	910	939 (106)

※ 자료 : 국민건강보험공단 제출자료, 2008. 7

❑ <연도별 제왕절개 분만율>에 따르면, 최근 4~5년간 장애인의 제왕절개 분만율은 48.6%~54.7%로 전체여성 평균보다 13.6%~17.7% 가량 높은 것으로 나타남.

13) 참고로 2005년부터 자연분만의 경우 본인부담금이 없어졌음.

• • 연도별 제왕절개 분만율 • •

(단위 : 명, %)

구 분		2004	2005	2006	2007	2008.6
전체평균	분만인원	401,896	377,107	385,772	420,465	131,207
	제왕절개 분만인원	148,550	138,195	137,506	147,214	46,766
	비율(%) : A	37.0	36.6	35.6	35.0	35.6
장애인	분만인원	1,354	1,289	1,521	2,491	779
	제왕절개 분만인원	740	682	800	1,211	384
	비율(%) : B	54.7	52.9	52.6	48.6	49.3
비율 격차 : B - A		17.7	16.3	17.0	13.6	13.7

※ 자료 : 국민건강보험공단 제출자료, 2008. 7

❑ <산모연령별 분만 현황>을 분석해 보면, 35세 이상의 고령 출산비율의 경우 장애인이 25.5%로 전체평균인 15.1% 보다 10% 가량 높은 것으로 나타남. 장애인의 고령출산비율이 전체 평균보다 높은 것은 임신·출산과 관련된 위험성을 높이는 요인이 될 수 있음.

• • 산모연령별 분만 현황(2007년 기준) • •

(단위 : 명, %)

구 분	전 체	장애인
19세 이하	1,448 (0.3)	10 (0.4)
20~24세	18,582 (4.4)	166 (6.7)
25~29세	144,335 (34.3)	660 (26.5)
30~34세	192,333 (45.7)	1,019 (40.9)
35~39세	57,387 (13.6)	516 (20.7)
40세 이상	6,380 (1.5)	120 (4.8)
총 계	420,465 (100.0)	2,491 (100.0)

※ 자료 : 국민건강보험공단 제출자료, 2008. 7

❑ <2007년도 기준 산모연령별 제왕절개 분만 현황>을 보면, 높은 고령출산비율이 분만의 위험성을 증가시켜 제왕절개 분만률을 높이는 하나의 원인으로 작용했음을 알 수 있음.

• • 산모연령별 제왕절개 분만 현황(2007년 기준) • •

(단위 : 명, %)

구 분	전 체	장애인
19세 이하	223/1,448 (15.4)	0/10 (0.0)
20~24세	4,761/18,582 (25.6)	65/166 (39)
25~29세	42,918/144,335 (29.7)	265/660 (40)
30~34세	68,271/192,333 (35.5)	516/1,019 (50.6)
35~39세	27,222/57,387 (47.4)	285/516 (55)
40세 이상	3,819/6,380 (60)	80/120 (67)
총 계	147,214/420,465 (35.0)	1,211/2,491 (48.6)

※ 자료 : 국민건강보험공단 제출자료, 2008. 7

❑ 한편 <종합병원 분만율>에 의하면, 2008년 상반기를 기준으로 전체 분만 중 종합병원에서 분만한 비율이 희귀난치성질환자는 약 32.2%, 장애인은 25.5%로 전체 평균 18.5%에 비해 높았음. 이를 통해 희귀난치성질환자와 장애인의 분만이 고위험 분만으로 더 높은 수준의 의료를 필요로 했음을 알 수 있음.

• • 종합병원 분만율(2004～2008.6) • •

(단위 : %)

구 분		2004	2005	2006	2007	2008. 6
종합병원 분만율	전 체	22.8	21.4	19.3	18.1	18.5
	장애인	28.5	28.4	27.0	25.3	25.5
	희귀난치성질환자	35.3	33.8	46.6	34.1	32.2

※ 자료 : 국민건강보험공단 제출자료, 2008. 7

❑ 장애인이나 희귀난치성질환자의 경우, 태아의 이상 및 유전자 검사 등 각종 검사와 진료를 받기위해 전체여성에 비해 더 많은 입·내원이 필요함. 실제로 <임신·출산 관련 입·내원 횟수>에 의하면, 2008년 상반기를 기준으로 장애인과 희귀난치성질환자는 각각 평균 5.7회로 전체 여성 평균 5.2회보다 높게 나타남.

❑ 한편 장애인·희귀난치성질환자 여성의 입·내원 횟수가 전체 여성 평균과 큰 차이가 나지 않는 이유가 경제적 비용과 접근성 때문에 적극적인 검사와 진료를 받지 못한 결과라는 관점의 추가적인 연구가 필요한 것으로 보임.

•• 임신·출산 관련 입·내원 횟수(2004~2008.6) ••

(단위 : 일 / 명)

구 분		2004	2005	2006	2007	2008. 6
입내원 횟수	전 체	5.2	5.2	5.2	5.2	5.0
	장애인	5.5	5.7	5.7	5.9	5.7
	희귀난치성질환자	5.6	5.5	5.7	6.0	5.5

※ 자료 : 국민건강보험공단 제출자료, 2008. 7

❑ 지금까지의 결과를 종합해 보면, 장애인과 희귀난치성질환 산모의 경우 전체 여성 평균보다 높은 제왕절개율과 종합병원 이용률, 그리고 잦은 입·내원 횟수를 보이고 있으며, 이러한 분석결과는 장애인과 희귀난치성질환을 앓고 있는 여성이 임신과 출산에서 일반 여성에 비해 훨씬 큰 고통과 위험을 겪고 있음을 의미함.

❑ 장애인·희귀난치성질환 임산부의 경우, 분만 이후의 건강관리에도 세심한 관심을 기울여야 하기 때문에 건강한 산후조리를 위해서는 더 많

은 비용이 들 수밖에 없음. 따라서 장애인과 희귀난치성질환자의 임신과 출산을 돕는 사회적 뒷받침이 필요함.

❑ 특히 장애인과 희귀난치성질환자의 임신과 출산에 대한 실태파악과 욕구조사를 실시하여 현실적인 지원 방안이 마련되어야 하며, 장애인·희귀난치성질환자에 대한 의료비 경감과 방문보건사업 등을 통해 장애여성과 희귀난치성질환 여성도 자신감을 가지고 임신과 출산에 적극 나설 수 있도록 사회적 지원이 강화되어야 함.

Ⅲ

의료사각지대 실태 진단

1. 건강보험 사각지대 실태 및 문제점

가. 건강보험 생계형 체납 심각

❑ 국민건강보험공단의 <지역가입자 건강보험료 장기체납현황>과 <직장·지역가입 급여제한자 현황> 자료를 분석한 결과, 건강보험료 장기체납으로 인해 건강보험 급여가 제한된 세대가 2003년 100만 세대, 195만 명에서 2007년 208만 세대, 390만 명으로 5년 동안 2배 이상 급증한 것으로 나타남.

• • 건강보험 급여제한세대 및 인원 현황(2008.4.30기준) • •

(단위 : 천세대 / 천명)

구 분	2003	2004	2005	2006	2007	2008.4
총 가입세대	17,535	17,895	18,130	18,522	19,316	18,656
급여제한세대 (비율)	1,008 (5.7%)	1,286 (7.2%)	1,592 (8.8%)	1,361 (7.3%)	2,087 (10.8%)	2,016 (10.8%)
급여제한 인원수	1,951	2,380	2,921	2,673	3,901	3,758

※ 자료 : 국민건강보험공단 제출자료, 2008. 6
주 : 급여제한 당시 자격기준임.

❑ 급여제한자의 연령별 현황을 살펴보면 미성년자인 20세 미만과 65세 이상 노인이 96만 명으로 전체의 25.5%나 차지하여 취약계층이 다수 포함된 것으로 나타나고 있음. 연령대별로 보면 40대가 94만 명, 30대가 73만 명, 20대가 57만 명, 50대가 46만 명으로 나타났고 10세 미만도 23만 명에 달함.

• • 연령별 급여제한자 현황(2008.5.31기준) • •

(단위 : 명)

연령 구간	지 역	직 장	총 합계
총합계	3,711,113	42,829	3,753,942
0-4세	51,975	607	52,582
5-9세	184,297	2,698	186,995
10-14세	281,317	4,198	285,515
15-19세	301,807	4,389	306,196
20-24세	260,512	2,899	263,411
25-29세	305,663	2,077	307,740
30-34세	305,785	2,099	307,884
35-39세	420,520	4,219	424,739
40-44세	448,874	5,104	453,978
45-49세	480,948	5,297	486,245
50-54세	312,858	3,236	316,094
55-59세	149,112	1,653	150,765
60-64세	77,247	1,039	78,286
65-69세	51,534	1,171	52,705
70-74세	31,262	981	32,243
75-79세	20,668	602	21,270
80-84세	13,884	308	14,192
85-89세	8,436	184	8,620
90-94세	3,185	50	3,235
95세이상	1,229	18	1,247

※ 자료 : 국민건강보험공단 제출자료, 2008. 6

주 : 급여제한자 중 주민등록번호 오류로 인한 나이를 산정할 수 없는 건은 제외

❑ 급여제한자를 소득별로 구분해보면, 직장가입자 중 연소득 1천만원 이하인 경우가 15.7%를 차지하고 있고, 지역가입자의 경우 1천만원 미만이 79.4%를 차지하고 있어 저소득층에 집중되는 경향을 보임.

•• 보유재산 금액구간별 급여제한자 현황(08.5.31기준) ••

(단위 : 만원, 세대)

구 분		합 계	1천만원 이하	1,001~ 5,000	5,001~ 10,000	10,001~ 50,000	50,001~ 100,000	100,001~ 200,000	200,001 이상
직장	소득	6,790	1,064	5,179	435	112	-	-	-
지역	소득	319,166	253,526	60,167	4,194	1,209	34	19	17
	재산	293,003	83,009	133,853	40,551	32,310	2,362	727	191

※ 자료 : 국민건강보험공단 제출자료, 2008. 6

❑ 한편 국민건강보험공단의 <저소득층 의료보장 강화방안보고서[14]>에 의하면 건강보험료를 체납한 이유로 '생계비가 부족하여서'가 64.9%, '보험료가 너무 많아 부담이 되어서'가 14%로 생계형 체납이 무려 78.9%를 차지함.

•• 건강보험료를 체납한 이유 ••

이 유	인원수(%)
체납한 사실을 몰라서	48(9.9)
보험료가 너무 많아 부담이 되어서	65(14.0)
생계비가 부족하여서	314(64.9)
주소와 거주지가 달라서 고지서를 받지 못해서	17(3.5)
보험료를 낼 필요가 없다가 생각되어서	8(1.7)
기 타	29(6.0)
계	484(100)

※ 자료 : 저소득층 의료보장 강화방안 보고서, 건보공단, 경북대학교, 2007

❑ 또한 '건강보험료를 낼 수가 없어서 기초생활수급권자가 되려고 노력한 적이 있는가?'라는 질문에 무려 80.4%가 '있다'고 답해, 어려운 경제상황으로 의료사각지대에 내몰린 세대가 많은 것으로 나타남.

14) 건강보험체납자 602명 전화설문조사 결과

• • 기초생활수급권자가 되려고 노력한 적 유무 • •

구 분	계	있다(%)	없다(%)
남 성	400 (100)	80.3	19.8
여 성	202 (100)	80.7	19.3
합 계	602 (100)	80.4	19.6

※ 자료 : 저소득층 의료보장 강화방안 보고서, 건보공단, 경북대학교, 2007

❑ 또한 체납자의 의료이용실태를 보면 '지난 6개월간 몸이 아파도 병의원을 이용 못한 적이 있다'라고 답한 경우가 92%나 되어 의료급여제한 조치로 인해 적절한 의료서비스이용에 어려움을 겪고 있는 것으로 확인됨.

• • 지난 6개월간 몸이 아파도 병의원을 이용 못한 경험 유무 • •

구 분	계	있다(%)	없다(%)
남 성	85(100)	89.4	10.6
여 성	40(100)	97.5	2.5
합 계	125(100)	92.0	8.0

※ 자료 : 저소득층 의료보장 강화방안 보고서, 건보공단, 경북대학교, 2007

❑ 전반적 경기침체 등으로 인해 건강보험 체납자가 증가하고 있고, 의료급여 혜택을 받지 못하는 세대가 늘어나고 있어 특단의 정부 대책이 필요한 시점임. 의료사각지대에 빠진 급여제한자들의 건강권확보를 위해 생계형 체납자과 고의체납자를 구별해 가산금 면제 또는 부과가 이루어지도록 개선해 나가야 함.

❑ 또한 생계형 체납자가 80%[15]에 달하는 경제적 현실을 감안해 결손처분 기준을 완화하는 등의 대책도 검토할 필요가 있음. 특히 건강 취약계층인 미성년자와 노인에 대해 급여를 제한한다는 것은 건강권을 박탈하는 것이나 마찬가지인 만큼, 건강 취약계층은 결손처분 등 체납자 보호대책의 우선적 대상으로 고려해야 함.

나. 건강보험의 소득역진적 구조

❑ 통계청의 가계수지동향 자료를 통해 <소득5분위별 소득대비 사회보험 지출비율>을 분석한 결과, 저소득층에 대한 1차적 안전망 역할을 해야 할 국민연금, 건강보험, 고용보험, 산재보험 등 4대 사회보험이 오히려 극빈층, 서민층의 부담을 심화시키고 있다는 사실이 확인됨.

❑ 2008년 2/4분기의 경우 <소득대비 사회보험료 지출비율>은 소득1분위 2.93%, 소득2분위 2.44%, 소득3분위 2.45%, 소득4분위 2.36%, 소득5분위 2.23% 등으로 소득이 낮을수록 소득에서 사회보험료가 차지하는 비율이 높게 나타나 사회보험료 부담에 있어 소득역진 구조가 여전한 것으로 나타남. 특히 최저소득수준을 가진 소득1분위 계층의 부담이 큰 것으로 드러남.

15) 생계형 체납자에 대한 정의는 명확하지 않음. 건강보험 급여제한자의 79.4%가 연간 1천만원 미만 소득의 저소득층이고, 체납자의 80.4%가 '건강보험료를 낼 수가 없어 기초생활수급권자가 되려고 노력한 적이 있다'고 응답한 국민건강보험공단의 설문조사 결과를 근거로 생계형 체납자 규모를 판단함.

• • 소득분위별 소득대비 사회보험료 지출비율(전체가구, 2008년 2/4분기) • •

구 분	가계당월평균소득 (A)	가계당 월평균 사회보험료 (B)	소득대비 사회보험료 지출 비율 (B/A)
소득1분위	891,240원	26,090원	2.93%
소득2분위	1,991,853원	48,718원	2.44%
소득3분위	2,859,038원	70,295원	2.45%
소득4분위	3,857,560원	91,201원	2.36%
소득5분위	6,648,968원	148,411원	2.23%
평 균	3,249,997원	76,949원	2.36%

※ 자료 : 통계청, 2008년 2/4분기 가계수지동향

※ 비율계산시 소수점 둘째자리에서 반올림 (이하 표에서 동일하게 적용)

❑ 동 기간 <소득5분위별 소득대비 처분가능소득>을 분석한 결과, 소득대비 처분가능소득 비율은 소득1분위 88.94%, 소득2분위 89.16%, 소득3분위 88.13%, 소득4분위 87.63%, 소득5분위 85.86%로 대체로 소득이 높을수록 처분가능소득 비율이 적어지는 것으로 나타남.

❑ 처분가능소득은 가계의 총소득에서 조세·공적연금·사회보험 등 비소비지출을 뺀 금액으로, 가계가 소비나 저축 등에 자유롭게 사용할 수 있는 금액을 의미함. 따라서 소득수준과 처분가능소득 비율이 반비례한다는 것은 소득수준이 높은 사람이 더 많은 사회적 공적비용을 지불하게 되는 안정적인 구조임을 의미함.

❑ 결과적으로 조세·공적연금·사회보험 등을 모두 합한 비소비지출은 소득에 비례하여 부담이 증가하는 안정적인 구조임에 반해, 유독 사회보험료만 소득에 반비례하여 부담이 증가하는 역진적이고 기형적인 구조임을 알 수 있음.

• • 소득5분위별 소득대비 처분가능소득 비율(전체가구, 2008년 2/4분기) • •

구 분	가계당월 평균소득(A)	비소비지출 (B)	처분가능소득 (C=A-B)	소득대비 처분가능소득 비율 (C/A)
소득1분위	891,240원	98,542원	792,698원	88.94%
소득2분위	1,991,853원	215,850원	1,776,003원	89.16%
소득3분위	2,859,038원	339,117원	2,519,921원	88.13%
소득4분위	3,857,560원	476,933원	3,380,627원	87.63%
소득5분위	6,648,968원	937,844원	5,711,124원	85.89%

※ 자료 : 통계청, 2008년 2/4분기 가계수지동향

❑ 분석을 통해 드러난 이러한 사실들은 현재 사회보험료 부과체계가 계층별 부담능력이나 소득 수준별 형평성은 고려하지 않은 채 소득 역진적 구조를 심화시켜 오히려 빈부격차를 심화시키는 요인으로 작용하고 있다는 것을 보여주고 있음.

❑ 한편 최근 5년간 평균소득대비 사회보험료 지출비율을 살펴보면, '04년 2/4분기 2.06%, '05년 2/4분기 2.08%, '06년 2/4분기 2.08%, '07년 2/4분기 2.27% 등으로 완만한 증가세를 보이다, '08년 2/4분기 2.93%로 올해 들어 크게 증가함. 결과적으로 매년 사회보험료 부담은 커지고 있는 추세인데, 저소득층일수록 더 큰 비율의 사회보험료를 부담해야 하는 모순된 상황에 봉착해 있는 것임.

• • 연도별 평균소득대비 사회보험료 지출비율(전체가구, 2004~2008) • •

구 분	가계당월평균소득 (A)	가계당 월평균 사회보험료 (B)	소득대비 사회보험료 지출 비율 (B/A)
2008년 2/4	3,249,997	76,949	2.93%
2007년 2/4	3,092,159	70,319	2.27%
2006년 2/4	2,988,539	62,353	2.08%
2005년 2/4	2,851,727	59,486	2.08%
2004년 2/4	2,730,674	56,464	2.06%

※ 자료 : 통계청, 2004년~2008년 가계수지동향

- 이러한 분석결과는 저소득층을 비롯한 취약계층의 사회안전망이 되어야 할 사회보험이 오히려 저소득층 가계의 가처분 소득을 줄이는 등 부담증가로 이어져, 결국 저소득층과 서민의 삶을 고달프게 하는 역설적이고 모순적인 상황이 발생하고 있다는 방증임. 이는 사회연대성의 원리를 충족시켜야 할 사회보험이 본연의 목적을 달성하고 있지 못하다는 증거이기도 함.

- 이러한 소득역진적 구조의 심화는 국민들의 사회보험에 대한 불신을 가중시켜 사회보장제도 존속에 위협을 줄 수도 있는 만큼, 정부는 소득계층별 보험료 부담능력을 충분히 고려해 현실적인 보험료 부과체계를 개발해나가야 할 것임.

2. 희귀난치성질환자 실태

가. 희귀난치성질환자 지원 현황

❑ 보건복지가족부에서는 2001년부터 의료비지원 사업을 시작하여, 최초 4개 질환으로부터 출발하여 2008년 현재 111종 질환에 대해 저소득층의 본인부담금을 지원하고 있음. 이와는 별도로 희귀·난치성질환에 대해서는 2·3차 의료기관에서의 외래진료비에서 본인부담금 경감 혜택을 주고 있음(희귀난치성질환자 산정특례).

❑ 2006년부터 질병관리본부 희귀난치성질환센터에서 질병정보제공, 지역거점병원지원, 유병률 및 실태조사 사업 등을 진행하여 오고 있음. 희귀난치성질환 연구에 대한 수요를 반영하여 2008년부터 희귀난치성질환자 진단 및 치료기술 개발 사업으로 연간 20억원을 지원하고 있음.

나. 희귀난치성질환자 지원상의 문제점[16)]

1) 보건의료자원 편중

❑ 희귀난치성질환자들이 부담하는 경제적 부담은 과중한데 비해 이에 대한 정부의 지원은 부실하여, 희귀난치성질환자들이 신체적·경제적 이중고를 겪고 있는 것으로 드러남.

16) <질병관리본부, 희귀난치성질환자연구, 2007> 자료를 인용·분석하여 재정리한 내용임.

❑ 질병관리본부로부터 제출받은 <희귀난치성질환자 연구> 연구용역보고서를 분석한 결과, 희귀난치성질환자들이 이용할 수 있는 의료기관이 서울 등 수도권에 집중되어 있어 불편함을 느끼고 있고, 치료비용에 따른 가계부담 증가로 인해 빈곤가구로 전락하고 있는 것으로 나타남.

•• 설문대상자 일반특성 ••

◦대상선정 : 희귀난치성질환자 13,511명 설문, 유효표본 801명 선정
◦연별특성 : 10세 미만 17.5%, 10대 12.4%, 20대 11.2%, 30대 15.1%, 40대 12.6%, 50대 15.7%, 60세 이상 15.5%
◦지역특성 : 경기도 19.9%, 서울 17.6%, 부산 8.1% 등
◦고려사항 : 질병별 유효표본수를 고려, 질병별 최소표본조건 충족

❑ 희귀난치성질환자 801명을 대상으로 한 설문조사 결과, 환자의 주소지에서 치료받는 경우가 전체의 67.7%로 나타남. 나머지 환자인 32.3%는 주소지를 기준으로 시·도 경계를 넘어 치료받는 것으로 나타났는데, 서울소재 의료기관에서 치료받는 경우가 21.3%, 기타 시·도에서 치료받는 경우가 10.5%를 차지함.

❑ 서울에서 치료받는 비율이 높은 광역자치단체는 경기 45.3%, 충남 43.2%, 강원 37.5%, 울산 36.8%, 인천 28.6%의 순으로 높았음. 이 중 경기, 인천 등을 제외한 충남, 강원, 울산 등은 지리적으로 서울과 멀리 떨어진 지역으로, 열악한 지역보건의료 환경에 의해 서울까지 먼 거리를 치료받으러 오는 것으로 분석할 수 있음.

❑ 주거지 소재 의료기관을 많이 이용하는 광역자치단체는 서울 99.3%, 대전 90.5%, 부산 84.6%, 제주 80.0%의 순인데, 대체로 서울, 대전, 부산 등 보건의료자원이 발달한 대도시를 중심으로 높게 나타나고 있음. 제주의 경우 인접지역이 없는 지리적 영향이 미쳤을 것으로 예측됨. 반대로 서울을 제외한 기타 지역에서 치료받는 경우는 경북 31.3%, 경남 27.5%, 전남 21.9%의 순으로 높게 나타남.

• • 주소지별 주 치료 의료기관의 지역분포 • •

주치료기관 / 주소지	현재 살고 있는 주소지에서 진료	환자주소가 서울이 아닌데 서울에서 진료	기타지역에서 진료	모름/ 무응답	계
강원	19	12	1	0	32
	59.4%	37.5%	3.1%	.0%	100.0%
경기	81	72	3	3	159
	50.9%	45.3%	1.8%	1.9%	100.0%
경남	30	7	14	0	51
	58.8%	13.7%	27.5%	.0%	100.0%
경북	18	4	10	0	32
	56.3%	12.5%	31.3%	.0%	100.0%
광주	9	4	15	0	28
	32.1%	14.3%	53.6	.0%	100.0%
대구	28	4	5	0	37
	75.7%	10.8%	13.5	.0%	100.0%
대전	19	1	1	0	21
	90.5%	4.8%	4.8%	.0%	100.0%
부산	55	7	3	0	65
	84.6%	10.8%	4.6%	.0%	100.0%
서울	142	-	1	0	143
	99.3%	-	.7%	.0%	100.0%
울산	9	7	3	0	19
	47.4%	36.8%	15.8%	.0%	100.0%
인천	32	16	8	0	56
	57.1%	28.6%	14.3%	.0%	100.0%
전남	27	5	9	0	41
	65.9%	12.2%	21.9%	.0%	100.0%
전북	23	9	5	1	38
	60.5%	23.7%	13.1%	2.6%	100.0%
제주	8	2	0	0	10
	80.0%	20.0%	.0%	.0%	100.0%
충남	20	16	1	0	37
	54.1%	43.2%	2.7%	.0%	100.0%
충북	22	5	5	0	32
	68.8%	15.6%	15.6%	.0%	100.0%
계	542	171	84	4	801
	67.7%	21.3%	10.5%	0.5%	100.0%

※ 자료 : 질병관리본부, 희귀난치성질환자 연구 56~57p, 2007

2) 환자 경제적 부담 과중

❑ 희귀난치성질환자에 대해 국가가 법정 본인부담금을 지원해주고 있음에도 불구하고 비급여 항목이 높은 부분을 차지하고 있어, 가계에 의료비 부담이 큰 것으로 나타남.

❑ 희귀난치성질환자의 계층하락이 발생하고 있는지 분석하기 위해, 희귀난치성질환자의 보험료를 기준으로 10분위로 구분하고, 희귀난치성질환자의 보험료 부과 등급이 2006~2007년 동안 어떻게 변화하는지 분석함.

❑ 그 결과 지역, 직장의 경우 모두 계층이 상승한 경우보다 하락한 경우가 더 많았음. 지역가입자의 34.1%, 직장가입자의 29%가 등급이 하락한 반면, 등급이 상승한 지역가입자와 직장가입자는 각각 21%, 20.1%인 것으로 나타남.

• • 2006년~2007년의 자격 변동 정도에 따른 희귀난치성 질환자 현황 • •

계층변동지수*	지역=>지역 or 의료급여		직장=>직장 or 의료급여	
	수	누적비율	수	누적비율
의료급여	220	3.2%	79	1.1%
-9		3.2%		1.1%
-8	73	4.2%	60	1.9%
-7	39	4.8%	33	2.3%
-6	52	5.5%	58	3.1%
-5	55	6.3%	66	4.0%
-4	94	7.7%	114	5.6%
-3	178	10.2%	142	7.5%
-2	385	15.7%	248	10.9%
-1	1,276	34.1%	1,333	29.0%
0	3,129	79.0%	3,739	79.9%
1	906	92.0%	825	91.2%
2	258	95.7%	247	94.5%
3	103	97.2%	121	96.2%
4	71	98.2%	81	97.3%
5	35	98.7%	58	98.1%
6	30	99.2%	37	98.6%
7	20	99.5%	26	98.9%
8	38	100.0%	80	100.0%
9	-	100.0%	-	100.0%
계	6,962	100.0%	7,347	100.0%

※ 자료 : 질병관리본부, 희귀난치성질환자 연구 70p, 2007

주 : * 음수 값이 계층 하락, 양수 값이 계층 상승을 의미함.

❑ 이러한 가계 부담의 증가는 결국 계층의 하락으로 이어져 빈곤 가구로 전락하는 결과를 초래할 것으로 예상됨. 특히 몇 년의 기간을 두고 소득등급의 변동여부를 추적하면, 저소득층으로의 이동이 더 확연히 드러날 것으로 판단됨.

❑ 한편 질병별로 2006년 7월 1일부터 2007년 6월 30일까지 1년 동안 발생한 총진료비와 환자부담액을 분석한 결과, '고셔병'이 환자부담액 약 4천만 원으로 가장 많았으며, 그 다음으로는 '뮤코다당증'이 약 1,350만 원의 순서로 큰 것으로 나타남.

• • 질병별 환자 1인당 연간 환자부담액 및 진료비(06.7.1.~07.6.30.) • •

(단위 : 원, 명)

순위	질병구분	환자부담액	총진료비	환자수
1	고셔병(E75.2)	40,420,824	197,166,142	20
2	뮤코다당증(E76)	13,540,764	59,192,857	14
3	다발성경화증(G35)	2,584,433	9,568,954	124
4	뇌하수체양성신생물(D35.2)	2,143,756	7,225,044	15
5	림프망계통 침범 특정질환(D76)	2,129,340	7,321,530	12
6	재생불량성빈혈 등(D61)	2,107,485	7,172,871	35
7	말단거대증, 뇌하수체 거인증(E22)	1,823,516	8,142,057	26
8	척추성 근육위축 및 관련 증후군(G12)	1,803,064	5,063,183	149
9	버거병(I73.1)	1,785,283	5,557,305	16
10	신경섬유종증(Q85)	1,736,072	4,420,361	15

※ 자료 : 질병관리본부, 희귀난치성질환자 연구 198p, 2007

❑ 이상의 자료에서와 같이 희귀난치성질환은 일반적으로 진단이 어렵고 질환에 수반되는 기능장애가 심각하여 환자와 가족들이 겪는 경제적 고통이 막대함. 이번 조사를 토대로 의료비 지원 및 건강보험 적용범

위를 확대하고, 희귀난치성 질환자를 장애로 등록하는 등의 복지조치를 검토할 필요가 있음.

❑ 희귀난치성 질환의 분포나 규모에 대한 국가적 차원의 역학조사도 제대로 이루어지지 못하고 있음. 희귀난치성질환은 발생률이 낮아 민간부문의 직접적 연구투자를 기대하기 어려운 만큼, 국가적 차원에서 관련 연구기반을 조성해야 할 것임.

다. 희귀난치성질환자 지원 방향

1) 의료비 지원사업

❑ 먼저 희귀난치성질환 지원업무가 현재 보건당국의 지침에만 의존하고 있는 실정이어서, 희귀난치성질환에 대한 명확한 정의 및 지원에 대한 법적 근거가 부족함. 이에 따라 지원사업의 지속성 및 안전성이 보장되지 못하고 있으며, 희귀·난치성질환 지원사업의 대상자 선정과정에서도 혼란이 발생하고 있음.

❑ 대상질환자에 대한 추정근거도 미흡하여, 계획수립 시에도 어려움이 따름. 따라서 희귀·난치성질환자 지원을 위한 법적근거가 조속히 마련될 필요가 있으며, 이 경우 개별법 형태의 제정안이 바람직할 것으로 판단됨.

❑ 유병률 및 실태조사가 미흡해, 질병별 맞춤 지원전략이 부재한 상태임. 희귀질환의 특성상 건강보험공단 자료의 신뢰도가 낮으며, 상당수의

질환에 대한 정보가 별도로 분류되어 있지 못하고, 질환별 실태에 대한 지원이 미흡함. 희귀난치성질환센터에서 매년 2~3개 질환에 대한 조사를 시행하고 있으나 이제 시작단계이며, 대상 질환 수에 비해 부족한 실정임.

2) 진단 및 치료 등 진료접근성 저조

❑ 희귀질환의 경우 전문인력의 부족으로 진단에 오랜 시간이 소요되며, 일부 희귀질환의 경우 국내 확진이 되지 않으므로, 이에 대한 정부차원의 지원이 필요함. 희귀질환 전문클리닉도 5개 병원에 국한되어 있으며, 수도권에 집중되어 지역환자들의 의료접근성을 저하시키고 있음. 특히 의료비 외에도 교통비, 소요시간, 생산성 감소 등 진료에 소모되는 사회간접비의 비중이 큼.

❑ 따라서 지역균형발전과 연계하여 지역거점병원 및 지원센터를 활성화함으로써, 단순 클리닉 운영차원이 아닌 중증환자 관리 등 종합적 지원이 이루어질 수 있도록 해야 함.

❑ 새로운 진단 및 치료기술에 대한 접근성도 낮다는 점도 문제임. 해외에서 진단 및 치료기술이 개발되어도 국내 수입에 대한 공급자의 욕구가 부족한 시장실패의 영역임. 희귀의약품 센터에서 수입대체 업무를 하고 있으나 근거에 입각한 적정치료를 위해서는 보험급여 영역으로 포함될 수 있도록 다양한 정책적 지원이 뒷받침되어야 함.

❑ 따라서 진단 및 치료기술 향상을 위해 전문인력 양성, 진단센터 운영 지원, 치료기술 개발 지원, 신의료기술의 접근성 향상을 위한 지원 등이 필요함. 신의료기술에 대한 접근성을 높이기 위해서는 수입, 제조, 판매 등에서의 특례를 두는 방안을 검토해 볼 수 있음.

3) 중증 희귀질환자들에 대한 차별화된 접근전략 부재

❑ 호흡기 보조가 필요하거나 24시간 간병이 필요한 환자들에 대한 차별화된 전략이 부재함. 호흡기, 간병비 지원 등이 이루어지고 있으나 보조금 수준에 그치고 있어 환자 및 가족들의 삶의 질은 지속적으로 저하되고 있음. 중증환자를 위한 지역별 특수병상 지원 등에 대한 정책적 지원이 필요함.

3. 특정 집단에 대한 의료지원 실태

가. 북한이탈주민 (새터민)

❑ 통일부 산하 새터민 정착 교육시설인 '하나원'으로부터 제출받은 <2004~2008.6 북한이탈주민 건강검진 수검 현황>에 따르면, 2004년부터 2008년6월까지 총 9,159명이 검진을 받은 것으로 확인됨. 연도별로는 '04년 1,659명, '05년 1,316명, '06년 1,856명, '07년 2,530명, '08년 6월 현재 1,798명으로 최근 급증하고 있음. 현재 새터민들은 국내 입국시에 통일부 하나원 산하 '하나의원'에서 의무적으로 건강검진을 받고 있음.

•• 2004~2008.6 새터민 건강검진 수검 현황 ••

(단위 : 명)

구 분	계	2004	2005	2006	2007	2008. 6
검진대상자 수	9,159	1,659	1,316	1,856	2,530	1,798
남 성	4,762	513	406	479	1,971	1,393
여 성	4,397	1,146	910	1,377	559	405

※ 자료 : 통일부 하나원, 2008. 8

❑ 건강검진 결과 전체 수검자의 20%인 1,828명이 결핵, B형간염, 성병, 부인과질환을 보유한 것으로 확인됨. 특히 감염률은 '04년 21%, '05년 16%, '06년 14%로 매년 감소하다가, '07년 24%, '08.6월 현재 22%로 급증함. 질환 유형별로는 B형간염 1,010명, 부인과질환 417명, 성병 224명, 결핵 177명 순으로 나타남.

• • 2004~2008.6 새터민 건강검진 이상소견자 비율 • •

(단위 : 명, %)

구 분	계	2004	2005	2006	2007	2008. 6
검진대상자 수	9,159	1,659	1,316	1,856	2,530	1,798
이상소견자 수	1,830	348	214	260	607	401
이상소견자 비율	20%	21%	16%	14%	24%	22%

※ 자료 : 통일부 하나원, 2008. 8

• • 2004~2008.6 새터민 건강검진 결과 이상소견자 현황 • •

(단위 : 명)

구 분	계	2004	2005	2006	2007	2008. 6
계	1,830	348	214	260	607	401
결 핵	179	43	28	25	51	32
B형간염	1,010	203	86	150	368	203
성 병	224	35	28	29	84	48
부인과 검사	417	67	72	56	104	118

※ 자료 : 통일부 하나원, 2008. 8

❑ 건강검진 이상소견자 비율을 연령대별로 분석해보면, 30대가 26%로 가장 높았으며, 20대 22%, 40대 18%, 50대 13%, 10대 5% 순으로 나타남. 전반적으로 20~40대에 질병감염자가 집중되어 있으며, 10세 이하와 61세 이상의 새터민들은 상대적으로 감염자 수가 적었음.

• • 2004~2008.6 새터민 건강검진 이상소견자 연령별 현황 • •

(단위 : 명, %)

구 분	계	10세 이하	10대	20대	30대	40대	50대	61세 이상
하나원입소자 수1)	9,435	328	1,107	2,460	3,247	1,440	373	480
이상소견자 수	1,830	16	112	537	828	261	48	28
이상소견자 비율	19%	5%	10%	22%	26%	18%	13%	6%

※ 자료 : 통일부 하나원, 2008. 8

주1) 연령대별 검진대상자에 대한 통계산출이 불가한 관계로, 하나원입소자 수를 기준으로 분석함. 하나원입소자는 의무적으로 건강검진을 받도록 되어 있으므로 연령별 유병률을 분석하기에는 무리가 없지만, 세부수치는 달라질 수 있음.

• • 2004~2008.6 새터민 건강검진 이상소견자 연령별 · 질환별 현황 • •

(단위 : 명)

구 분	계	10세이하	10대	20대	30대	40대	50대	61세이상
이상소견자 수	1,830	16	112	537	828	261	48	28
결 핵	179	8	12	56	69	23	5	6
B형간염	1,010	8	83	318	467	103	24	7
성 병	224	·	7	71	100	39	3	4
부인과검사	417	·	10	92	192	96	16	11

※ 자료 : 통일부 하나원, 2008. 8

❑ 북한의 보건의료 실태와 새터민의 건강상태가 이처럼 심각함에도 불구하고, 이들에 대해 제대로 된 건강관리 및 지원이 이루어지지 못하고 있는 실정임. 특히 새터민에 대한 건강검진을 담당하고 있는 하나의원은 제대로 된 진료시스템을 갖추지 못하고 있음.

❑ 현재 하나의원에는 공중보건의 6명(내과2, 한방2, 정신과1, 치과1)이 진료를 담당하고 있어, 의료인력의 수가 절대적으로 부족하며, 특히 부인과질환자를 치료하는데 어려움을 겪고 있음. 간호 및 행정인력도 매우 부족한 실정임.

❑ 새터민이 하나원을 퇴소하고 지역사회에 정착하는 단계에서 결핵 등 전염성 질환에 대한 정보가 보건소를 통해 국가전염병관리체계로 연계되지 못함으로 인해 법정전염병 관리에 허점이 발생하고 있음.

❑ 지역사회에 정착한 새터민 전염병 환자가 관할 보건소나 의료기관을 스스로 찾지 않는다면, 국가전염병관리체계상에 등록되지 않게 되고, 결국 이들 환자들은 관리 사각지대에 빠지게 됨.

❑ 따라서 새터민 환자가 지역사회에 정착한 이후 치료를 중단하더라도 질병관리본부가 이들에 대한 치료 실태를 파악할 수 없을 뿐 아니라 치료를 받도록 적절한 조치를 취할 수 없게 되는 것임.

❑ 현재 새터민은 의료급여 1종 수급권자로 지정되어 의료보호의 혜택을 받고 있음. 그러나 단순히 경제적인 측면만을 고려한 의료보호대상자로서의 혜택만으로는 제대로 된 건강관리가 어렵다는 것이 전문가들의 공통된 견해임. 따라서 새터민을 대상으로 하는 별도의 의료기관이나 지정병원 등의 도입을 검토할 필요가 있음.

❑ 새터민들은 힘든 탈북과 오랜 도주생활로 전염성질환에 대한 면역도가 낮은 상태이므로 조기치료 및 건강관리체계가 절실함. 국가는 정착단계 새터민들의 건강관리를 위한 책임 있는 조치를 취해야 함.

❑ 특히 하나의원에서의 진단 및 치료는 물론, 이들이 대한민국 사회에 온전히 정착하는 시점까지 치료를 도와주고 지원해주는 제도적 장치가 마련되어야 함. 이는 우리 동포에 대한 인도주의적 차원의 지원이자, 북한전염병의 국내 유입을 차단하는 전염병관리상의 조치이자, 통일시대를 대비한 투자이기 때문임.

나. 노숙인 · 부랑인

❑ 보건복지가족부가 제출한 <부랑인 복지시설 상태별 현황>자료를 분석한 결과 부랑인시설 입소자들의 건강상태가 열악하여 국가와 지역사회

의 관심과 대책이 시급한 것으로 드러남. 부랑인시설 입소자에 대한 의료서비스가 제대로 이루어지지 않아 정신질환자가 제대로 치료를 못 받고 전염병에 노출되는 등 부랑인시설의 건강관리가 부실한 것으로 나타남.

❑ <연도별 부랑인복지시설 입소자 현황> 자료에 의하면 2008년 상반기 부랑인 복지시설 입소자는 총 9,396명으로 최근 4년 사이 가장 많이 늘어났으며, 건강에 문제가 있는 부랑인은 8,833명(94.0%)으로 최근 4년 중 가장 높은 것으로 나타남.

•• 연도별 부랑인복지시설 입소자 현황 ••

(단위 : 명,%)

구 분	2005	2006	2007	2008.6
계	9,053	8,193	7,689	9,396
일반 부랑인	926	808	746	563
건강에 문제가 있는 부랑인	8,127	7,385	6,973	8,833
비율(%)	89.8	90.1	90.7	94.0

※ 자료 : 보건복지가족부, 2008. 9

❑ 건강상태별로 입소자들을 분류해보면 2008년 6월 현재 전국 부랑인시설 입소자 9,396명 중 질환이 없는 일반 부랑인은 563명, 장애인은 5,987명, 정신질환자는 1,777명, 신체질환자는 704명, 노인성질환자는 365명인 것으로 나타남. 특히 전체입소자 중 정신질환자가 1,777명으로써, 이는 전체 입소자의 18.9%에 해당하는 수치임.

• • 부랑인복지시설 입소자 중 건강상태별 현황 • •

(단위 : 명,%)

구 분	계	부랑인	장애인	정신질환	신체질환	노인성질환
인 원	9,396	563	5,987	1,777	704	365
비율(%)	100	6.0	63.7	18.9	7.5	3.9

※ 자료 : 보건복지가족부, 2008. 9

❑ 부랑인복지시설에 입소한 정신질환자를 질환유형별로 구분해 보면, 정신과 질환이 915명(51.5%), 간질이 101명(5.7%), 알코올 중독이 707명(39.8%)으로 나타남.

• • 부랑인복지시설 입소자 중 정신질환별 현황 • •

(단위 : 명,%)

구 분	계	정신과	간 질	알코올 중독
인 원	1,777	915	101	761
비율(%)	100	51.5	5.7	39.8

※ 자료 : 보건복지가족부, 2008. 9

❑ 부랑인 입소자 중 장애인은 5,987명으로 이는 전체 입소자의 63.7%를 차지하며, 세부 장애유형별로 보면 정신장애가 2,980(49.8%), 지적장애가 1,603(26.7%), 지체장애가 607(10.1%), 뇌병변장애가 340(5.7%) 순으로 나타남.

• • 부랑인복지시설 입소자 중 장애인 현황 • •

(단위 : 명,%)

구 분	계	정신장애	지적장애	지체장애	뇌병변장애	기타
인 원	5,987	2,980	1,603	607	340	457
비율(%)	100	49.8	26.7	10.1	5.7	7.6

※ 자료 : 보건복지가족부, 2008. 9

❑ 부랑인시설 입소자 중 신체질환자는 704명으로 전체 입소자의 7.5%를 차지하며, 세부 질환별로 보면 근골격계 질환이 164명(23.3%), 결핵 40명(5.7%), 내과질환 500명(71.0%)으로 밝혀짐.

• • 부랑인복지시설 입소자 중 신체질환별 현황 • •

(단위 : 명,%)

구 분	계	근골격계	결 핵	내과질환
인 원	704	164	40	500
비율(%)	100	23.3	5.7	71.0

※ 자료 : 보건복지가족부, 2008. 9

❑ 부랑인시설 입소자 중 노인질환자는 365명으로 전체 입소자의 3.9%를 차지하며, 세부 질환별로 보면 치매 203명(55.6%), 중풍 67명(18.4%), 와상 95명(26.0%)으로 나타남.

• • 부랑인복지시설 입소자 중 노인질환별 현황 • •

(단위 : 명, %)

구 분	계	치 매	중 풍	와 상
인 원	365	203	67	95
비율(%)	100	55.6	18.4	26.0

※ 자료 : 보건복지가족부, 2008. 9

❑ 부랑인시설 입소자 중 전염병 감염자는 2005년 770명, 2006년 700명, 2007년 696명, 2008년 상반기 625명으로 감염자 수가 감소하는 추세에 있으나 여전히 심각한 수준인 것으로 확인됨. 2008년도 상반기 세부 질환별로 보면, 결핵 114명, 성병 218명, B형 감염 288명, 기타 5명을 차지하고 있는 것으로 나타남.

• • 부랑인 전염병 감염현황 • •

(단위 : 명)

구 분	2005	2006	2007	2008.6
계	770	700	696	625
결핵	182	176	145	114
성병	230	2014	232	218
B형 감염	354	318	314	288
기타	4	5	5	5

※ 자료 : 보건복지가족부, 2008. 9

❑ 2008년 상반기동안 <부랑인시설 입소자 비급여 현황>을 보면 총 1,919건 중 암 85건, 심장질환 340건, 호흡기질환 630건, 간질환 172건, 부인과질환 20건 등으로 의료지원이 안되는 비급여 비용에 대한 부랑인 복지시설의 재정적 부담이 큰 것으로 나타남.

• • 부랑인시설 입소자 비급여 현황 • •

(단위 :건)

구 분	소계	암	심장 질환	호흡기 질환	간질환	부인과 질환	교통 사고	기타
총 계	1,919	85	340	630	172	20	2	670

※ 자료 : 보건복가족부, 2008. 9

- 한편 부랑인이 아닌 거리노숙자의 경우 본인이 쉼터, 진료소 등에서 건강검진을 받지 않는 이상 건강상태를 확인하는 것이 불가능한 실정임. 쉼터 노숙자의 경우에도 단기 입소자 및 입·퇴소를 반복하는 노숙인이 대부분으로 건강검진 실시에 어려움이 있을 뿐만 아니라, 노숙인 사업이 지자체 이양사업으로 지역별로 노숙인 관리형태가 상이하여 통계생산이 불가능한 형편임.

- 장기적인 경기침체의 여파 등으로 부랑인과 노숙인이 대거 발생할 수밖에 없는 현실임. 부랑인, 노숙인들도 엄연한 대한민국 국민인 만큼 헌법에 보장된 국민의 기본권인 건강권을 누릴 권리가 있음.

- 경제적으로 어려운 현실에 처한 사람들이 육체적 정신적으로라도 하루빨리 건강성을 회복해야 자활 자립의 기반이 마련될 것이므로, 국가적 차원에서 치료 및 재활 프로그램이 내실 있게 추진되어야 함.

Ⅳ 의료불평등 현상 극복을 위한 정책제언

1. 지역별 의료불평등 개선 방안

가. 국립대병원 지원 및 발전방안 마련[17)]

❑ 국립대병원의 임상분야 질적 수준제고를 위해서는 국립대병원 인프라 개선과 진료체계 업그레이드, 인력 및 조직의 진료역량 제고, 효과적인 사업 추진 및 관리체계 구축 등을 기본방향으로 추진되어야 함. 이러한 마스터플랜 하에서 다음의 4가지 핵심추진 방안이 우선적으로 지원될 필요가 있음.

•• 국립대병원 임상진료분야 지원 및 관리 방향 ••

17) <보건복지(가족)부, 국립대병원 발전 및 지원방안에 관한 연구 16~21p, 2007> 내용을 인용하여 재구성한 것임.

❑ 먼저, **전문센터 시설·장비 지원을 통해 국립대병원을 전문센터체제로 전환, 발전하도록 지원**해야 함. 국립대병원에 전문 진료센터 신설이나 기존 센터의 활성화를 위한 지원을 통해 기존 임상진료과나 클리닉 체계에서 전문진료센터 체계로 전환을 유도하여 국립대병원의 질적 수준을 향상시켜나가야 할 것임.

●● 국립대병원 전문센터 중심의 임상진료체계도 ●●

❑ 다음으로는 **전문질환 센터 육성을 위한 체계적 지원**이 이뤄져야 함. 개별 전문병원 수준의 지원과 운영을 탈피하여 광역 내 생애주기별 건강관리 프로그램과 연계된 생애주기별 주요 중증질환에 대한 전문치료센터로 역할을 부여하고, 보다 세밀하고 정교한 지원과 육성방안을 모색하여 국립대병원의 역할과 위상을 강화시켜 나가야 할 것임.

❑ 뿐만 아니라 기존 진료과나 임상 클리닉 수준에서 운영되는 내분비대사질환, 퇴행성질환, 호흡기질환 등 세부 전문센터의 신설이나 기존 센터의 업그레이드를 지원하여 국립대병원의 질적 수준 제고를 도모가 필요함.

❑ 세 번째로는 **집중치료실, 수술실, 응급센터 등 핵심 진료부서 인프라 확충**을 위한 지원이 필요함. 국립대병원의 질적 수준 제고를 위해서는 전문질환센터 육성과 함께 병원의 질적 수준을 가늠할 수 있는 핵심 진료부서인 집중치료실, 수술실, 응급센터에 대한 지원을 확대·강화할 필요가 있음.

❑ 집중치료실의 세분화, 기본 단위면적 및 격리병상 확충, 음압설비를 포함한 감염 차단 시설 구비, 중앙모니터링시스템 등 중환자 집중관리에 필요한 장비 확보, 집중치료실 전담 의사확보 및 간호인력 확충을 통해서 중환자 집중관리 수준을 제고시킬 수 있는 인프라를 갖추고, 효과적인 중환자 관리를 위한 조직적 역량을 제고시켜나가기 위한 진료지침개발, 지속적인 교육, 연구 지원이 필요함.

❑ 네 번째로는 **국립대병원 인프라 개선 및 조직역량 향상 평가와 그 결과에 따른 차등 지원**이 필요함. 국립대병원에 대한 지원이 효과적인 사업으로 귀결되기 위해서는 평가 및 관리체계의 수립이 필수적임. 국립대병원 지원에 대한 평가 및 관리체계 구축을 위해서는 ①지원 분야별 평가지표의 개발, ②평가자료 확보 및 처리를 위한 평가정보체계 구축, ③평가 결과에 따른 관리체계 수립 등이 선행되어야 함.

❑ 이러한 평가 및 관리체계를 구축하고, 평가결과를 토대로 시설 및 장비 지원, 연구비 지원, 정원확보 등을 차등지원하고, 기술지원을 할 수 있는 지원체계 마련도 필요함.

나. 국공립병원 관리체계 전환 검토

1) 국립대병원 관리운영 주무부처 전환[18)]

❑ 국립대병원 임상진료 분야의 발전을 효율적으로 지원·육성하기 위하여 현행 국립대병원 소관부처를 교육과학기술부에서 보건복지가족부로 전환하는 것을 검토할 필요가 있음.

❑ 임상진료 분야에 대한 전문성이 부족한 교육과학기술부는 현재 시설·장비 등에 대한 지원에만 투자를 집중하고 있어, 임상분야의 획기적인 발전을 기대하기 어려움. 임상진료 수준의 향상에 필수적인 연구비 지원을 국립대병원의 전문센터에 대한 시설·장비 지원과 연계시키고 지속적으로 관리해 나가기 위해서는 임상연구비 지원을 총괄하는 보건복지가족부에 국립대병원에 대한 시설·장비 지원을 이전하는 것이 실익이 클 것으로 봄.

❑ 또한 국립대병원의 전문질환센터, 지방의료원, 보건기관의 만성질환자 관리사업 프로그램 등을 유기적으로 연계시킬 때, 국가적인 차원에서 보다 효율적이고 체계적인 건강관리시스템을 구축할 수 있다는 점에서도 관리부처의 전환이 요구됨.

2) 지방의료원 등 보험자 직영병원으로 전환 검토

❑ 의료취약계층에 대한 보건의료안전망 역할을 해야 할 국·공립병원의 부채

18) <보건복지(가족)부, 국립대병원 발전 및 지원방안에 관한 연구 26p, 2007> 내용을 인용하여 재구성한 것임.

가 1조7천억원(전국 국·공립병원 113개소 합계, 2008년 6월 기준)에 달하는 등 심각한 재정난에 빠져있음. 특히 매년 1천6백억원 이상의 국고를 지원하고 있음에도 불구하고, 매년 8백억원 이상의 운영적자가 발생하고 있어, 공공보건의료서비스의 근간이 위협받고 있다는 우려가 큼.

❑ 의료취약계층에게 양질의 보건의료서비스를 제공해야 할 국·공립병원들이 만성적인 부채와 적자에 허덕이고 있어 제대로 된 서비스가 제공되지 못하는 실정임. 병원운영상의 어려움으로 인한 서비스 질 저하와 피해는 고스란히 환자에게 돌아갈 수밖에 없기 때문에 경영정상화를 위한 특단의 조치가 필요한 상황임.

❑ 경영정상화를 위한 대안 중 하나로 보험자 직영 병원으로의 전환을 검토할 필요가 있다고 봄. 현재 보험자 직영병원은 일산병원 1개소가 운영되고 있는데, 2000년 3월 개원 이래 지난 8년간 안정적으로 운영되어 옴. 특히 별도의 재정지원이 없음에도 불구하고, 감가상각을 제외한 운영수지는 흑자기조를 유지하고 있어 재정운용 측면에서도 긍정적인 평가를 받고 있음.

•• 국민건강보험공단 일산병원 지역주민 평가 결과 ••

◦ 민간병원에 비해 경쟁우위 영역 : 저렴한 진료비, 불필요한 검사 배제 등
◦ 인지도 부문 : 인근 및 수도권 8개 병원과 비교 → 1위
◦ 브랜드 가치 부문 : 인근 4개 병원과 비교 Leadership Brand 영역에 위치

※ 자료 : 한국보건산업진흥원, 2007. 8

❑ 보험자 직영병원 운영을 통해 취약부문 중심의 서비스를 제공하고 있는 국공립병원의 한계점과, 수익 우선 원칙으로 운영되는 민간의료기관의 문제

점을 동시에 보완할 수 있을 것으로 기대함. 의료취약지역을 중심으로 한 다양한 규모의 보험자 직영병원 운영을 통해, 지역 내 의료기관 간 기능적 역할 분담 및 의료자원의 효율적 배분을 유도할 수도 있을 것임.

❑ 특히 현재 국민건강보험공단에서 보험자 직영병원 확충의 필요성에 따라 추가건립을 검토하고 있음. 신규 건립은 조직 비대화와 재원낭비라는 비판에 직면할 수밖에 없는 현실임. 경영에 어려움을 겪고 있는 국공립병원 등을 인수하여 보험자 병원으로 운영할 경우 일거양득의 효과를 기대할 수 있음.

❑ 이 밖에도 각 지역별로 보험자 직영병원이 운영될 경우 건강보험수가 기준에 입각한 적정진료 실현에 기여함으로써, 장기적으로는 건강보험제도 발전에도 순기능으로 작용할 수 있다는 장점이 있음.

다. 지방의료원 전문화 · 특성화 방안[19)]

❑ 지방의료원이 공공보건의료전달체계의 허리 역할을 충실히 수행할 수 있도록 기능・역할의 재정립이 필요함. 의료원의 소재지 특성, 의료수요 현황, 의료기관 공급현황 등을 기준으로 전문화・특성화의 차별적 기능・역할 재정립이 필요함.

❑ 특히 지방의료원의 차별적 기능 및 역할은 급성기 진료, 요양진료, 지역보

19) <한국보건산업진흥원, 지방의료원 운영혁신방안 연구 20p, 2007> 내용을 인용하여 재구성한 것임.

건의료센터 중심으로 재정립을 시도해야 할 것으로 판단됨.

- 급성기 진료 : 일반급성기, 급성정신, 급성재활 진료로 구분함. 현재 의료공급 측면과 연관시켜 볼 때 중소도시급 이하는 일반급성기 및 급성재활을 모든 의료원에서 제공될 수 있도록 자원을 투입함. 다만, 급성정신 진료의 경우는 지역 내 민간 정신병원의 공급 정도에 따라 선택적으로 공급하도록 함.

- 요양 진료 : 아급성재활, 노인요양, 기타요양으로 구분하며 원칙적으로 지역 내 의료수요 환경을 고려하여 선택적으로 공급함. 다만 대도시 및 중소도시 특성화 유형의 경우 아급성재활, 노인요양을 필수적으로 공급하도록 함.

- 지역보건의료센터 : 공공보건의료체계 구축과 맞물려 지역보건의료센터를 운영함으로써 지방의료원이 공공보건의료체계 내에서 허리역할을 완벽하게 담당할 수 있도록 함. 이를 위하여 건강증진센터, 질병관리센터, 지역정신보건센터, 지역재활센터, 지역요양센터 등의 업무를 수행하도록 함. 전체 의료원이 반드시 공급하도록 함.

❑ 기능과 역할을 정립한 후에는 의료원이 부여받은 본연의 기능을 수행하고, 효율적 경영을 가능케 하는 정부의 지원 및 평가 등 관리운영방안이 마련되어야 함. 또한 국가보건의료사업을 효율적으로 수행하기 위한 연계체계 구축으로 공공기능을 강화시켜야 함.

❑ 기능의 적정 수행여부에 대한 합리적 평가 및 지원 방안(피드백)을 마련해야 함. 정부의 시설 및 장비, 운영체계 개선 등 적극적 지원에도 불구하고 내부인력 및 시스템의 변화가 뒤따라 주지 않는다면 지방의료원의 성공은 기대하기 어려움. 따라서 지방의료원 자체적인 내부역량 강화방안의 마련도 반드시 수반되어야 함.

라. 지역 응급의료체계 개선[20]

❑ 응급의료는 국민의 생명을 담보하는 필수서비스인 만큼, 전국적으로 균등한 수준의 응급의료서비스가 제공될 수 있도록 노력해야 함. 도서 및 산간지역을 중심으로 도서산간지역 응급의료센터 강화 지역과 지역응급의료기관 육성 필요 지역 등으로 구분하고 차별화하여 지원하는 것이 효과적임.

❑ 먼저 농어촌 지역에 대한 교통 여건, 응급의료자원 현황 등을 분석하고, 응급의료 자원 요구를 등급화 할 필요가 있음. 각 지역별 응급의료 자원 요구에 따라 응급의료 자원이 배정될 수 있도록 자원배분 및 네트워킹을 통한 지원 계획과 실행 시스템을 구축해야 함.

❑ 다음과 같이 구체적인 시행목표를 수립하는 것도 필요함.

① 농어촌 주민의 응급의료 사망 및 후유증이 도시민과 차이가 없도록 함.
② 농어촌 주민의 응급의료 접근성이 개선되어 전국 어디에서나 30분 이내 도달할 수 있도록 함.

❑ 도서산간지역에 가까이 위치한 공공병원으로서 현재 지역응급의료기관에 머물러 있는 응급실을 지역응급의료센터로 강화하는 방안을 검토해야 함. 대상병원은 모두 11개 지방의료원과 적십자병원으로서 이천, 속초, 삼척, 영월, 충주, 서산, 김천, 울진, 통영, 거창, 상주의 지역거점 공공병원 응급실을 지역응급의료센터로 기능할 수 있도록 지원해야 함.

20) <중앙응급의료센터, 응급의료 중장기 전략 수립계획서 55~58p, 2008> 내용을 인용하여 재구성한 것임.

❑ 도서나 산간지역 가까이 위치한 군 지역 6개 보건의료원에 대해 현재 야간 진료기능만 유지하고 있는 것을 개선하여, 지역응급의료기관의 기능을 수행할 수 있도록 지원해야 함. 농어촌의료서비스 개선사업과 별도로 응급실 인력 지원을 지속적으로 강화해 나가야 함.

❑ 도서지역 가운데 인구규모가 약 5,000명 이상이면서(2006년 12월 기준) 병원이 없거나 노후한 지역인 웅진군 백령면, 완도군 노화읍, 완도군 금일읍, 신안군 비금·도초면, 신안군 자은면은 기존 공공병원이나 보건지소를 리모델링하여 지역응급의료기관으로 기능하도록 역할을 재설정하는 것이 바람직함.

❑ 산간지역 가운데 고립정도가 심한 지역인 양구군·인제군에 대해서는 지역응급의료기관을 신축하도록 해당 지자체에 권고하고 이를 지원하도록 함. 야간 및 휴일진료가 불가능한 도서지역(군산시 옥도면, 여수시 남면, 여수시 삼산면, 고흥군 금산면, 진도군 조도면, 신안군 하의면, 신안군 흑산면, 제주시 추자면)에 기존 보건지소를 리모델링하여 야간 휴일 진료실로 기능할 수 있도록 보강이 필요함.

❑ 도서산간지역 소재 지역응급의료센터 및 지역응급의료기관에서 도시지역 응급의료센터로 이송 시 응급이송 처치 훈련 강화 등을 통해 빠르고 안전한 이송이 될 수 있도록, 해당 광역지자체의 훈련 및 평가에 따른 예산지원과 지자체 이송비용을 보조하는 방안이 검토되어야 함.

❑ Telemedicine을 통한 농어촌 응급의료 혹은 원격의료시스템을 만드는 것도 대안이 될 수 있음. 농어촌 지역 응급의료지원 시 원격의료 시스템을 병행

하여 구축하도록 하고, 이를 위해 국립의료원 응급실에 「농어촌응급의료 원격자문단」 신설을 검토해야 함. 원격화상자문시스템과 응급의학과 전문의를 4명 투입하여 24시간 응급의료 자문이 가능하도록 하고, 현장에 투입되는 응급의료 담당 공중보건의사 및 관련 보건의료 인력에 대해 현장처치 및 응급이송, 응급의료 원격자문 등에 관한 연수교육을 시행하도록 함.

❑ 농어촌 주민의 응급의료 접근성 실태를 중심으로 유형화하여 전국의 농어촌 지역을 벨트화·등급화 함. 이를 위해 농어촌 지역을 응급의료 자원 요구도를 중심으로 결핍정도를 조사하고 이에 기초한 지역별 등급화를 시행해야 함.

❑ 또한 농어촌 지역별 응급의료 자원 요구도 등급화에 따라 자체 충족 가능 진료 영역 및 네트워킹 필요 영역을 구분하도록 함. 자원 요구도 등급화 및 네트워킹 필요 영역 구분에 따른 자원배분 및 네트워킹을 통한 지원 모델을 구축함.

❑ 이상의 사항들을 고려하여 농어촌 응급의료 현대화를 위한 지자체 평가 및 예산 투자 계획을 다음과 같은 방향으로 추진하는 것이 바람직함.

① 도서산간 지역 응급의료시설 및 장비 우선 지원과 원격 자문 시스템 지원
② 농어촌 지역 응급의료 접근성에 대한 GPS 평가에 기초한 등급화 및 해당 소재지 공공 및 민간 의료기관의 응급의료 기능 평가를 통한 유형화
③ 응급의료 필요 모델에 기초한 지역 등급화와 응급의료 요구도 유형화에 대한 추가 자원 소요 추정
④ 농어촌 응급의료 지원을 위한 지방자치단체 계획 작성 유도, 계획 평가 및 운영 지원을 체계화하기 위해 관련 예산 및 법 체계 문제점 분석과 대안 개발

2. 소득계층별 건강불평등 개선 방안[21)]

가. 소득수준별 본인부담금 경감제도 차등적용 검토

❑ 사회보험으로써 건강보험의 중요한 기능 중 하나인 위험분산 기능이 강화되어야 함. 우리나라의 건강보험 구조는 경증질환에 비해 중증질환에 대한 환자의 부담이 과중한 것으로 평가받고 있으므로, 건강보험의 급여범위를 확장하고 환자의 본인부담금을 감소시키는 것은 건강보험의 보장성 측면에서 뿐만 아니라 건강형평성 확대 차원에서도 중요한 문제임.

❑ 최근 몇 년간 지속적으로 추진되어 온 건강보험의 급여범위 확대와 본인부담상한제의 실시는 건강보험의 보장성 확대 측면에서는 긍정적인 평가를 내릴 수 있음. 그러나 여전히 건강보험 급여범위에는 법정 비급여나 한시적 비급여 항목이 다수 존재하고 있으며, 본인부담상한제는 보험 가입자의 소득수준에 관한 고려가 없어서 가장 혜택이 필요한 계층에 집중지원하지 못한다는 맹점이 있음.

❑ 본인부담상한제는 소득에 관계없이 의료요구도가 높은 사람에게 혜택을 주고 있어서, 최소한의 본인부담조차 지불하기 어려운 여건을 가지고 있는 저소득층이나 건강취약계층에게 집중할 수 있는 혜택을 제한함으로써 건강불평등 감소효과를 내지 못하고 있음.

❑ 따라서 향후 사회경제적 계층간의 건강불평등을 완화하기 위해서는 법정비

21) <한국보건사회연구원, 「건강수준의 사회계층간 차이와 정책 방향」 321~323p, 2004>를 인용・분석하여 재정리한 것임.

급여나 한시적 비급여 항목들을 점차 건강보험 급여범위로 확대하는 한편, 본인부담상한제도의 시행에 있어서 대상자의 소득수준에 따른 차별화가 이뤄질 수 있도록 제도운영상의 보완을 검토해야 할 필요가 있음.

나. 의료급여 및 건강보험 보장성 확대

❑ 의료급여 진료비의 가파른 증가추이와 노인수급자 비중의 증가추세를 볼 때, 빈곤층에 대한 의료보장 확대 규모, 소요예산, 확대방법 등에서 효율적인 제도적 접근이 필요함. 특히 향후 노령화의 급속한 진전에 따라 의료급여 수급자의 다수를 차지하는 노인과 장애인이 급증할 것이라는 점에 주목하여 우리사회가 감당할 수 있는 한도의 의료급여 재정을 고려한 대책이 마련되어야 함.

❑ 구체적으로 수급자 확대를 위한 선결조건으로 논의되고 있는 급여범위의 조정, 이용하는 의료기관 형태에 따른 차등급여 적용, 의료급여 지불방식의 변경, 공공보건의료기관 이용 유도 등이 적극적으로 검토되어야 할 필요가 있음.

❑ 한편 2007년 7월부터 시행되고 있는 '1종 수급권자 본인부담금 부과제도'는 재검토될 필요가 있음. 수급권자의 도덕적 해이로 인한 건보재정 누수를 막겠다는 경제적 논리를 앞세워 도입되었지만, 단돈 몇 천원이 절박한 의료급여 수급권자들에게는 건강권을 심각하게 위협하는 요인으로 작용할 가능성이 높음.

❑ 제도의 문제점을 보완하기 위해 만성질환자, 희귀난치성질환자 등은 1~2곳의 병원을 정해 무료로 치료받도록 하는 선택 병의원제를 시행하는 등 제도적 보완장치를 마련했지만, 병원 이용이 잦은 급여대상자를 위한 선택병의원제도 그 대상이 만성질환자나 희귀난치성질환자 등으로 한정되어 있다는 맹점이 있음. 특히 저소득층 중에는 만성질환에 포함되지 않는, 경미한 복합장애를 가진 경우가 많다는 점이 간과된 측면이 있음.

❑ 얼마간의 비용효과를 위해 100만 의료급여자들의 건강을 담보로 내걸어선 절대 안 됨. 제도 시행 이후 1년이 넘게 지난 현 시점에서 얼마간의 경제적인 효과가 있었는지 검증하고, 이 결과를 바탕으로 제도의 계속시행 여부를 결정해야 함.

다. 국가 검진사업 활성화 방안

❑ 국민건강보험공단에서는 전 가입자를 대상으로 매년 수천억원을 들여 검진사업을 실시하고 있음(2007년 4,273억원 투입). 조기검진을 통한 예방활동을 충실히 수행할 경우 질병의 조기발견 및 치료를 통한 건강수준의 향상을 기대할 수 있으며, 이는 특히 고가의 민간 건강검진상품 이용이 제한되는 저소득층에 효과가 집중될 것임.

❑ 그런데 건강보험 건강검진 수검률을 보면, 2004년 51.29%, 2005년 51.62%, 2006년 55.65%, 2007년 59.99%로 매년 조금씩 증가하고 있지만, 전체적으로 50%대 수준에 그치고 있음.

❑ 특히 질환의심자로 판명된 2차 검진대상자들의 수검률이 2004년 49.67%, 2005년 46.27%, 2006년 43.35%, 2007년 41.85%로 절반 수준에도 미치지 못하고 있으며 해마다 감소하고 있음. 각종 이상 징후가 발견된 2차 수검자들의 검진수검률이 저조하다는 점에서, 건강검진 사업의 본래취지인 질병의 조기발견이 제대로 이루어지고 있는지 의문시 됨.

•• 건강보험 건강검진 수검률 ••

(단위 : 명, %)

구 분	1차검진			2차검진		
	대상자	수검자	수검률	대상자	수검자	수검률
2004년도	13,374,488	6,860,142	51.29	2,081,219	1,033,816	49.67
2005년도	12,464,594	6,434,349	51.62	2,472,406	1,144,050	46.27
2006년도	15,198,112	8,458,093	55.65	3,230,404	1,465,015	45.35
2007년도	13,299,290	7,978,746	59.99	3,137,288	1,312,860	41.85
2008년도 (06.23기준)	14,285,980	2,368,826	16.58	1,046,217	266,071	25.43

※ 자료 : 국민건강보험공단, 2008. 7.

❑ 2007년 한 해 동안의 직장·지역가입자별 건강검진 수검 현황을 보면, 직장가입자 82.33%, 직장피부양자 53.14%, 지역가입자 32.64% 순으로 나타남. 지역가입자 및 직장피부양자 등을 중심으로 한 수검률을 제고시키고, 실효성 있는 건강검진을 위한 적극적인 홍보·안내가 필요함.

•• 건강보험 직장·지역가입자별 수검현황(2007) ••

(단위 : 명, %)

구분	1차검진			2차검진		
	대상자	수검자	수검률	대상자	수검자	수검률
계	13,299,290	7,978,746	59.99	3,137,288	1,312,860	41.85
직장가입자	6,161,056	5,072,293	82.33	1,644,100	899,385	54.70
직장피부양자	2,811,811	1,494,118	53.14	789,421	190,202	24.09
지역가입자	4,326,423	1,412,335	32.64	703,767	223,273	31.73

※ 자료 : 국민건강보험공단, 2008. 7.

3. 건강형평성 평가지수 개발 및 모니터링 도입[22)]

❑ 세계보건기구와 경제협력개발기구는 국민 건강수준의 전반적이고 평균적인 향상은 물론 인구집단별 차이와 분포의 문제를 국가보건정책에 포함시키도록 권고하고 있음.

❑ 이를 위해서는 우선적으로 건강수준의 불평등의 크기와 특성, 경향에 대한 최근의 과학적 증거와 결정요인에 대한 기본적인 지식과 데이터를 축적함으로써 평가지수를 개발하고, 이를 기반으로 건강형평성 모니터링을 실시해야 함[23)]. 모니터링이 이루어져야 할 건강형평성 지표는 건강수준과 건강행태 차원에서 제시해 볼 수 있을 것임.

가. 건강수준에서의 건강형평성 지표

❑ 먼저, 건강여명, 총 사망률, 주요 사망원인별 사망률, 원인별 암 발생률, 원인별 암 생존율, 저체중아 출산과 조산, 주관적 건강상태, 구강건강지표, 활동제한, 비만, 혈압, 혈중, 콜레스테롤, 혈당 등은 공공자료원을 이용하여 산출이 가능한 지표들로 즉각 모니터링을 실시해야 함.

❑ 다음으로 심혈관계질환(뇌혈관질환, 허혈성 심질환 등) 발생률, 손상발생률, 우울증, 요통, B형 간염, Helicobacter Pylori 감염률 등의 지표는 모니터링의 필요성은 크지만 적절한 자료원이 존재하지 않기 때문에 산출이 어려운

22) <울산대학교, 건강형평성 평가지표 개발과 건강형평성 현황 조사 연구 413~419p, 2006>을 인용하여 요약・정리한 내용임.

23) 한국보건사회연구원, 「건강수준의 사회계층간 차이와 정책 방향」 317p, 2004

항목임. 따라서 각 지표특성에 맞는 통계수집 기준을 구체적으로 설정함으로써 모니터링 체계를 갖추도록 해야 함.

❑ 또한 다양한 건강수준 지표와 함께 사회경제적 위치 지표가 고려되어야 할 필요가 있음. 교육, 직업계층, 소득수준 등과 같이 전통적 사회경제적 위치 지표는 물론, 최근 한국사회의 변화 양상을 고려한 사회경제적 위치 지표도 고려되어야 함.

❑ 이러한 측면에서 혼혈인, 이민자, 북한이탈주민, 외국인 불법체류 노동자 등 우리 사회의 소수자이면서 그 규모가 커지고 있는 인구 집단에서의 건강불평등 문제에 대해 적극적인 관심을 가져야 할 것임. 이들 소수자와 관련해서는 인구규모가 작다는 이유로 정부의 공식통계조사에서 변수로 구성되어 있지 않은 경우가 많아, 이에 대한 개선방안이 마련되어야 함.

나. 건강행태에서의 건강형평성 지표

❑ 국내에서 공공자료원을 이용하여 산출이 가능하면서 우선적으로 모니터링이 이뤄져야 하는 건강행태 및 위험요인 지표로는 흡연, 식생활(영양상태, 식습관 등), 고위험 음주, 신체활동수준, 모유수유율, 건강검진 및 암검진(자궁경부암 등), 예방접종률(B형 간염 등) 등이 있음.

❑ 흡연의 경우 사회통계조사, 국민건강영양조사 등 다양한 자료원이 존재하므로 이들을 이용한 흡연율, 금연비 등에서의 불평등 양상을 모니터링 해야 함. 식생활의 경우 아직 질병의 위험요인으로 확립되지는 않았지만, 국

민건강영양조사를 활용한 불평등 모니터링 방안을 개발하여 지속적으로 관심을 기울여야 함.

❑ 음주의 경우 폭음문화가 만연되어 있는 상황임을 고려하여, 고위험 음주의 양상과 고위험 음주에서의 불평등 문제를 중요하게 다루어야 할 필요가 있음. 신체활동은 식생활과 함께 비만을 결정하는 요인이므로, 운동실천율 등과 같이 불평등이 비교적 명확한 지표를 활용한 측정방안을 강구해 나가야 함.

❑ 각종 검진율에서의 불평등은 명확한 것으로 나타나고 있는데, 그 이유는 일반적으로 건강검진은 공적 의료보험에서 보장되지 않기 때문에, 개인의 사회경제적 능력과 밀접하게 연관되기 때문임. 건강검진 및 암검진에 대한 불평등 모니터링 결과는 건강검진 관련 정책에 중요한 정보를 제공할 수 있으므로, 이에 대한 모니터링이 적극적으로 검토되어야 함.

4. 의료사각지대 및 건강격차 해소를 위한 특별법 추진

❑ 건강형평성 정책을 가장 효과적으로 추진하기 위한 방안은 관련 법률을 제정함으로써 근거법령에 의해 건강형평성 정책을 수립하고, 이에 대한 문제의식을 사회의제화하는 것임. 특히 국가, 지방자치단체 및 주무부처의 책임과 역할을 명문화하고 모든 유관부처간의 협조체계를 구축함으로써, 사회전반에 걸친 정책파급효과를 유도해야 함.

❑ 법률에는 국가건강형평성위원회의 구성, 건강격차해소종합대책의 수립, 건강안전망기금의 조성 및 활용, 건강형평성 평가지수 개발 및 모니터링 실시 등 실효성 있는 정책이 수립·집행될 수 있도록 관련근거를 명확히 규정하도록 해야 함.

가. 목적·정의 등 기본이념

❑ 건강형평성 실현을 위한 국가 및 지방자치단체의 책임을 정하고, 지역간·소득계층간 건강격차 해소 및 의료취약계층 지원에 필요한 사항을 규정함으로써 국민의 보건 및 복지 증진에 이바지함을 동 법률안의 목적으로 함.

❑ “건강형평성”의 정의를 거주지역, 교육수준, 직업계층, 소득수준, 재산 등과 같은 사회·경제·문화적 위치에 따라 발생하는 건강상의 차이로 포괄적으로 규정하고, 의료사각지대에 놓여 있음으로 인해 건강격차가 현저한 특정계층을 “의료취약계층”으로 정의함.

❑ 사회 전반의 건강불평등 요인 제거, 건강격차 해소 및 의료사각지대 해소 등을 위해 적극 노력하여야 한다는 국가 및 지방자치단체의 의무와 함께, 모든 국민은 육체적·정신적·사회적으로 건강한 삶을 누릴 권리가 있으며 어떠한 이유로도 차별받지 않고 보건의료혜택을 받을 수 있다는 권리를 규정함.

나. 국가건강형평성위원회 등 정책적 지원

❑ 건강격차해소종합대책의 수립 등 건강형평성 확보에 관한 중요한 사항을 결정하기 위하여 보건복지가족부장관 소속으로 '국가건강형평성위원회'를 두고, 건강격차해소종합대책 수립에 관한 사항, 건강형평성 지수 개발 및 적용에 관한 사항, 건강모니터링의 실시에 관한 사항 등을 심의·결정하도록 함.

❑ 보건복지가족부장관이 관계 중앙행정기관의 장과 협의하여 위원회의 심의를 거쳐 건강격차해소종합대책을 5년마다 수립하도록 하고, 종합계획에는 건강형평성정책의 기본목표, 추진방향, 추진계획, 보건의료자원의 효율적 배분, 지역간·소득계층간 건강형평성 확보 대책, 의료사각지대 해소 대책 등이 포함되도록 함. 또한 건강격차를 해소하기 위한 각종 연구사업을 장려하고 지원할 수 있도록 근거를 마련함.

다. 건강안전망기금의 설치 · 운용

❑ 건강격차 해소를 위한 목적의 건강안전망기금을 설치함으로써, 일시적 빈곤자 및 중증질환자에게 대불지원하거나, 건강격차해소종합대책 수립 등에 필요한 조사·연구사업에 사용되도록 함. 건강안전망기금은 국고보조금, 지방자치단체 출연금, 국민건강증진기금, 각종 기부금 등으로 조성함.

❑ 건강안전망기금 운영 및 건강안전망 종합계획에 관한 주요사항을 심의하기 위한 건강안전망심의위원회를 구성하고, 건강안전망기금의 확보 및 운용, 건강안전망기금 지원의 적정성 등을 심의하도록 함.

라. 건강형평성 평가지수 개발 및 모니터링 도입

❑ 건강형평성 정책을 효과적으로 수행하기 위해 건강형평성 평가지수를 개발·활용하고 정기적인 건강형평성 모니터링을 실시하도록 하여, 그 결과를 건강형평성 정책결정에 활용하도록 함.

❑ 또한 건강수준에 대한 불평등의 크기, 특성, 경향 및 건강결정요인에 대한 각종 통계를 생성하도록 하되, 통계를 효과적으로 생성하기 위해 기존에 생성되고 있는 보건·사회·경제적 통계지표를 개선·보완하여 활용할 수 있도록 함.

V

부 록

「의료사각지대 및 건강격차 해소를 위한 특별법안」

의료사각지대 및 건강격차 해소를 위한 특별법안

(○○○의원 대표발의)

의 안 번 호	

발의연월일 :
발 의 자 :

제안이유

모든 국민은 육체적, 정신적, 사회적으로 건강한 삶을 누릴 권리가 있으며, 국민의 건강을 보호하고 증진하는 일은 국가와 사회의 기본책무임. 어떠한 국민도 연령, 종교, 인종, 장애, 소득수준 등을 이유로 차별받지 않고 보건의료혜택을 받을 수 있는 환경이 조성되어야 함.

그러나 선진국이 앞 다투어 국민의 건강을 챙기고 있는 것과 비교해 볼 때 우리나라의 보건의료안전망은 매우 미흡한 실정임. 돈이 없어서 아파도 제대로 된 치료를 받지 못하는 사람이 부지기수로 생겨나는 한편, 경제적인 여유가 있는 사람이 더 건강하게 오래 산다는 사실이 어느새 당연한 상식으로 받아들여지고 있음.

따라서 건강형평성정책 수립 및 평가를 통해 지역간·소득계층간 건강격차를 줄이고, 빈곤층·희귀난치성질환자·장애인 등 건강취약계층에 대한 의료지원 확대를 통해 의료사각지대를 해소함으로써 건강한 대한민국을 만들고 사회통합에 기여하기 위함임.

법률 제 호

의료사각지대 및 건강격차 해소를 위한 특별법안

제1장 총 칙

제1조(목적) 이 법은 건강형평성 실현을 위한 국가 및 지방자치단체의 책임을 정하고, 지역간·소득계층간 건강격차 해소 및 의료취약계층 지원에 필요한 사항을 규정함으로써 국민의 보건 및 복지 증진에 이바지함을 목적으로 한다.

제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.

1. “건강형평성”이라 함은 거주지역, 교육수준, 직업계층, 소득수준, 재산 등과 같은 사회·경제·문화적 위치에 따라 발생하는 건강상의 차이를 말한다.
2. “의료취약계층”이라 함은 탈북자, 이주노동자, 노숙인·부랑인, 에이즈·한센병·희귀난치성질환 환자 등 특수질환자 등 사회·경제·문화적인 특수성으로 인해 충분한 보건의료서비스를 제공받지 못하는 자들을 말한다.

제3조(국가와 지방자치단체의 의무) 국가와 지방자치단체는 사회 전반의 건강불평등 요인 제거, 건강격차 해소 및 의료사각지대 해소 등을 위해 적극 노력하여야 한다.

제4조(국민의 권리) 모든 국민은 육체적·정신적·사회적으로 건강한 삶을 누릴 권리가 있으며, 어떠한 국민도 연령, 종교, 인종, 장애, 직

업, 거주지역, 교육 및 소득수준 등을 이유로 차별받지 않고 보건의료혜택을 받을 수 있는 권리가 있다.

제2장 국가건강형평성위원회 등

제5조(국가건강형평성위원회) 건강격차해소종합대책의 수립 등 건강형평성 확보에 관한 중요한 사항을 결정하기 위하여 보건복지가족부장관 소속으로 국가건강형평성위원회(이하 “위원회”라 한다)를 둔다.

제6조(위원회의 구성) ① 위원회는 위원장을 포함하여 15인 이내의 위원으로 구성한다.

② 위원회의 위원장은 보건복지가족부차관이 된다.

③ 위원회의 위원은 보건의료정책에 관한 학식과 경험이 풍부한 자 중에서 보건복지가족부장관이 임명 또는 위촉한다.

④ 그 밖에 위원회의 구성·조직 및 운영 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제7조(위원회의 기능) ① 위원회는 다음 각 호의 사항을 결정한다.

1. 건강격차해소종합대책 수립에 관한 사항
2. 건강형평성 지수 개발 및 적용에 관한 사항
3. 건강모니터링의 실시에 관한 사항
4. 건강불평등 요인 발굴 및 개선에 관한 사항
5. 그 밖에 보건복지가족부장관이 부의하는 사항

② 위원회는 직무수행을 위하여 필요한 때에는 전문적인 지식과 경험이 있는 관계 공무원 또는 관계 전문가를 참석하게 하여 의견을 듣거나 관계 기관·단체 등에 대하여 필요한 자료 또는 의견의 제출

등 협조를 요청할 수 있다.

제8조(건강격차해소종합대책) ① 보건복지가족부장관은 관계 중앙행정기관의 장과 협의하여 위원회의 심의를 거쳐 건강격차해소종합대책(이하 “종합대책”이라 한다)을 5년마다 수립하여야 한다.

② 종합계획에는 다음 각 호의 사항이 포함되어야 한다.

1. 건강형평성 확보를 위한 기본 목표 및 추진방향
2. 건강형평성정책의 추진계획 및 추진방법
3. 건강형평성정책 시행을 위한 보건의료자원의 배분
4. 지역간·소득계층간 건강형평성 확보 대책
5. 의료취약계층에 대한 건강보호·증진 대책
6. 의료사각지대 해소를 위한 대책
7. 그 밖에 건강형평성 확보를 위해 필요하다고 보건복지가족부령으로 정하는 사항

제9조(건강격차 해소를 위한 연구지원) 보건복지가족부장관은 건강격차를 해소하기 위한 각종 연구사업을 장려하고 지원하여야 한다.

제3장 건강안전망기금 등

제10조(건강안전망기금) ① 보건복지가족부장관은 국민건강권 수호 및 건강격차 해소를 위한 건강안전망기금을 설치한다. 건강안전망기금의 사용용도는 다음과 같다.

1. 일시적 빈곤에 따른 건강보험료체납자 대불 및 지원
2. 암 등 중증질환으로 인한 과다한 의료비 대불 및 지원
3. 건강격차해소종합대책 등 수립을 위한 조사·연구사업

4. 기타 보건복지가족부령이 정하는 사업

② 건강안전망기금은 다음 각호의 재원으로 조성한다.

1. 국고보조금

2. 지방자치단체의 출연금

3. 국민건강증진기금의 일부

4. 기업체, 종교단체 등 사회적 공헌활동의 기부금

5. 기타 보건복지가족부령이 정하는 재원

③ 국가와 지방자치단체는 기금운영에 필요한 예산을 확보하여야 하고, 제2항 각호의 규정에 의한 재원의 비율 등은 보건복지가족부령으로 정한다.

④ 제1·2항의 규정에 따른 건강안전망기금의 지급대상, 지급범위, 반환에 따른 절차 및 재원마련에 필요한 세부적인 사항 등은 보건복지부령으로 정한다.

⑤ 이 법에서 정한 것 외에 기금의 관리·운영에 관하여 필요한 사항은 보건복지가족부령이 정하는 바에 따라 당해 지방자치단체의 조례로 정한다.

제11조(건강안전망기금심의위원회) ① 건강안전망기금 운영 및 건강안전망 종합계획에 관한 주요사항을 심의하기 위하여 보건복지가족부에 건강안전망심의위원회(이하 “심의위원회”라 한다)를 둔다.

② 심의위원회는 다음 각 호의 사항을 결정한다.

1. 건강안전망기금의 확보

2. 건강안전망기금의 운용 및 지원

3. 건강안전망기금 지원의 적정성 심사

4. 기타 건강안전망기금과 관련하여 위원장이 부의하는 사항

③ 그 밖에 심의위원회 구성 및 운영에 필요한 세부 사항은 대통령

령으로 정한다.

제4장 건강형평성 평가지수 개발 및 모니터링

제12조(건강형평성 평가지수 개발 및 적용) ① 보건복지가족부장관은 건강형평성 정책을 효과적으로 수행하기 위해 건강형평성 평가지수를 개발·활용하여야 한다.

② 보건복지가족부장관은 제1항의 규정에 의한 평가의 결과가 건강형평성 정책결정에 활용되도록 하여야 한다.

③ 평가지수의 개발 및 활용에 필요한 구체적인 사항은 보건복지가족부령으로 정한다.

제13조(건강형평성 모니터링) ① 보건복지가족부장관은 보건복지가족부령이 정하는 바에 따라 정기적으로 건강형평성 모니터링(건강형평성에 대한 현상과 추이의 파악을 위한 정기적인 점검활동을 말한다)을 실시하여야 한다.

② 보건복지가족부장관은 모니터링 결과를 분석하여 정책결정에 활용하고, 필요한 경우 이 법 또는 관계 법령의 제도개선을 위해 노력하여야 한다.

제14조(건강형평성 통계생성 등) ① 보건복지가족부장관은 건강수준에 대한 불평등의 크기, 특성, 경향 및 건강결정요인에 대한 각종 통계를 생성하여야 한다.

② 보건복지가족부장관은 제1항에 의한 통계를 효과적으로 생성하기 위해 기존에 생성되고 있는 보건·사회·경제적 통계지표를 개선·보완하여 활용하여야 한다.

③ 보건복지가족부장관은 국가기관 및 지방자치단체 등 관계기관에 대하여 건강형평성 정책에 필요한 각종 자료 또는 통계를 요청할 수 있다.

④ 제3항의 규정에 의한 요청을 받은 기관의 장은 다른 법령에 특별한 제한이 없는 때에는 정당한 사유가 없는 한 이에 협조하여야 한다.

제5장 보 칙

제15조(비용의 보조) 국가 또는 지방자치단체는 매 회계연도마다 예산의 범위 안에서 건강형평성정책의 수행에 필요한 비용의 일부를 부담하거나 이를 수행하는 기관 또는 단체에 보조할 수 있다.

제16조(권한의 위임 또는 업무의 위탁) 이 법에 의한 보건복지가족부장관의 권한은 그 일부를 대통령령이 정하는 바에 의하여 시·도지사, 시장·군수·구청장, 배치기관의 장 또는 보건소장에게 위임 또는 위탁할 수 있다.

VI

참 고 문 헌

• 한국보건사회연구원, 「건강수준의 사회계층간 차이와 정책 방향」, 2004

• 한국보건사회연구원・질병관리본부, 「2005 국민건강영양조사 심층분석 : 건강면접 및 보건의식 부문」, 2007

• 보건복지(가족)부, 「2008년 국민기초생활보장사업 안내」, 2008

• 리처드 G. 윌킨슨, 「건강불평등, 사회는 어떻게 죽이는가」, 1996

• 마이클 마멋, 「사회적 지위가 건강과 수명을 결정한다」, 2006

• 이창곤, 「추적, 한국 건강불평등」, 2007

• 보건복지(가족)부, 「국립대병원 발전 및 지원 방안에 관한 연구」, 2007

• 한국보건산업진흥원, 「지방의료원 운영혁신방안 연구」, 2007

• 중앙응급의료센터, 「응급의료 중장기 전략 수립계획서」, 2008