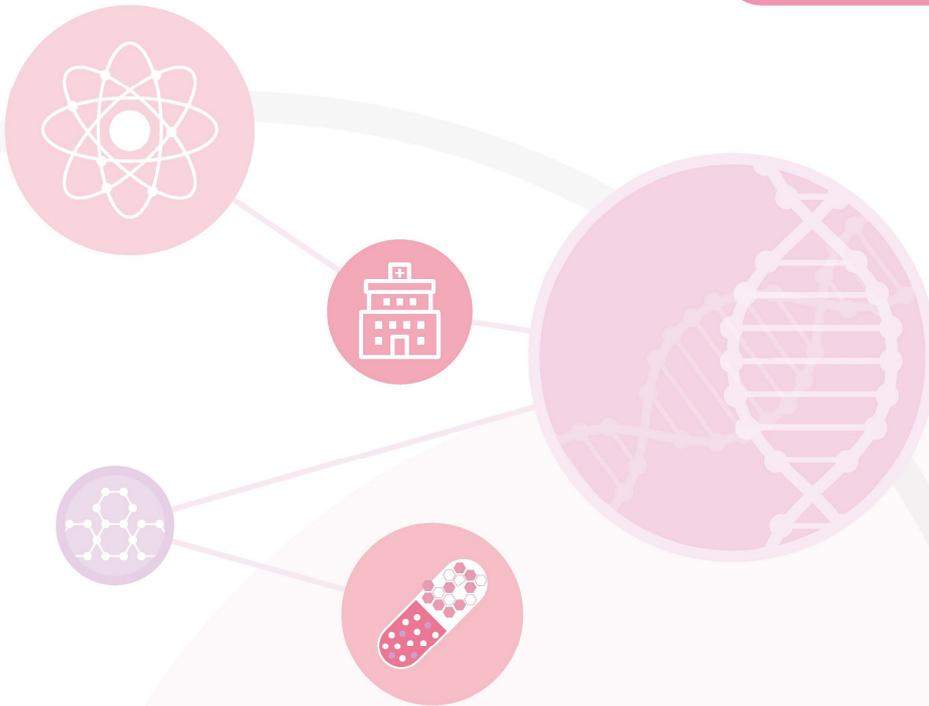


공공의료 / / INSIGHT

공공의료 최고의 파트너

2020년 1호



국립중앙의료원 | 공공보건의료지원센터
national medical center | center for public healthcare policy

서울특별시
공공보건의료재단
SEOUL HEALTH FOUNDATION

부산광역시
공공보건의료지원단
Busan public health policy institute

인천광역시
공공보건의료지원단
Incheon Metropolitan City Public Health Policy Institute

분당서울대학교병원
경기도공공보건의료지원단
GYEONGGI PUBLIC HEALTH POLICY INSTITUTE

강원도 공공보건 의료지원단
GANGWON PUBLIC HEALTH POLICY INSTITUTE

전라남도 공공보건의료지원단
JeollaNamdo Public Health Policy Institute

경상남도 공공보건의료지원단
GyeongsangNamdo Public health policy Institute

제주특별자치도공공보건의료지원단
Jeju Institute of Public Health & Health Policy



CONTENTS



| 핫이슈

- 1. 권역외상센터 설립부터 지역외상체계 구축을 위한 노력까지 4
- 2. 권역심뇌혈관질환센터의 확충과 중앙심뇌혈관질환센터의 필요성 8

| 지역특집

- 1. 강원도 심뇌혈관질환 진료역량 강화를 위한 노력 14
 - 강원권역심뇌혈관질환센터 운영 -
- 2. 경기도 지역외상체계 구축을 위한 노력 18
 - 전국 최초로 지역외상체계지원단 설립 -
- 3. 경남의 응급의료현황과 공공보건의료 관련 정책 및 사업 21
- 4. 섬 가거도 필수중증의료 현황 23
- 5. 서귀포 지역 내 응급·중증질환 의료서비스 질 향상을 위한 과제 26
 - 〈서귀포의료원의 제주대학교병원 위탁운영 타당성 평가 연구〉를 중심으로 -

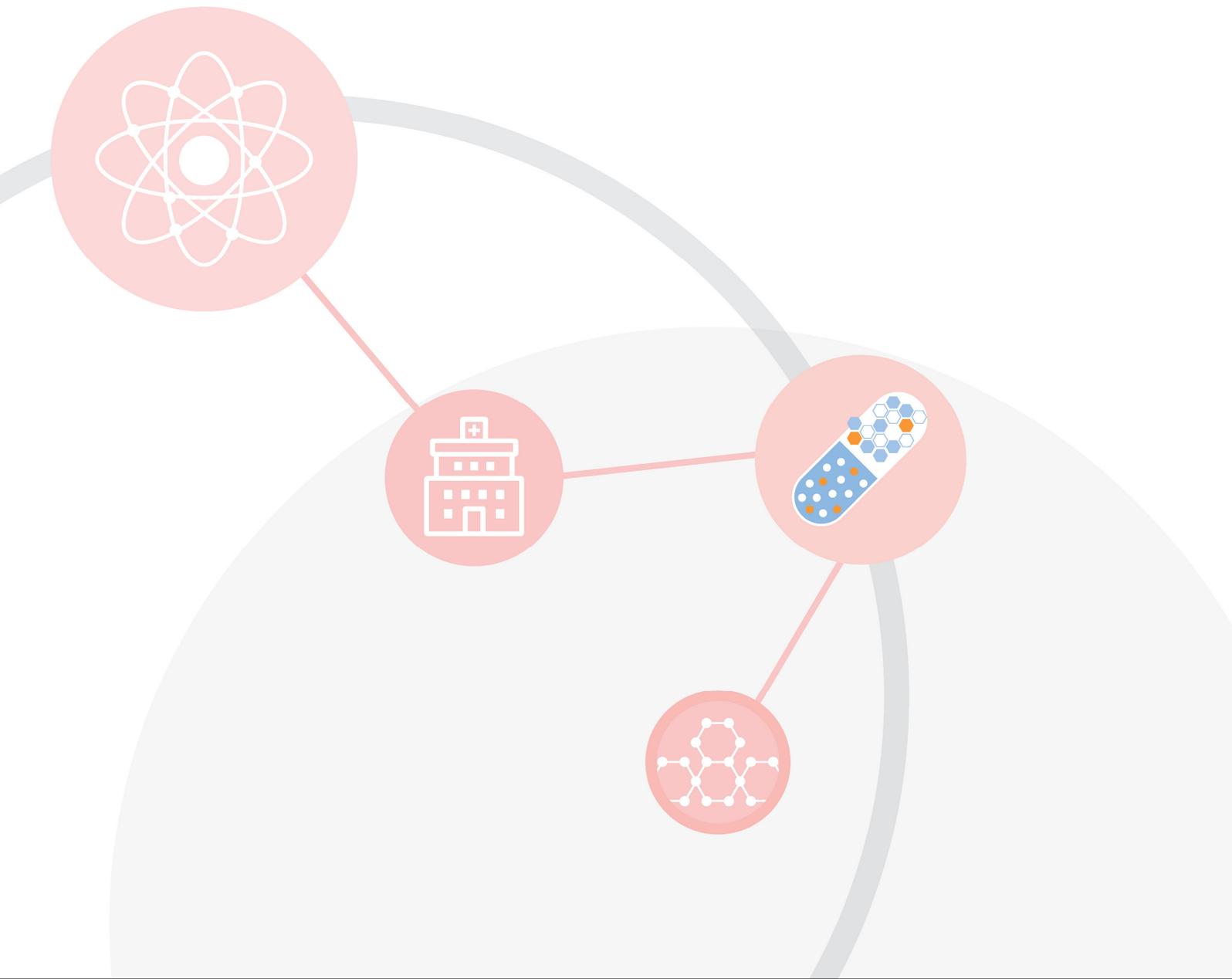
| 공공의료 동향분석

- 1. 응급·외상 34
- 2. 심·뇌혈관질환 51

| 공공의료 Brief

1.

핫이슈



1 권역외상센터 설립부터 지역외상체계 구축을 위한 노력까지



정경원 교수 (아주대학교병원)
경기도 외상체계지원단 단장

2011년 1월 미국 애리조나 주에서 총기 난사 사건이 있었다. 당시 지역 행사 차 참석했던 가브리엘 기퍼즈(Gabrielle Giffords) 주의회 하원의원이 머리에 총을 맞고 쓰러졌다. 당시 그녀는 헬기를 이용해 최상위 외상센터(Level 1 trauma center)로 8분만에 이송되었다. 외상센터 소생실에 도착한 뒤 30여분이 지나 수술실로 이동하였고 뇌수술 후 후유증 없이 생환하였다. 후에 그녀가 자신을 치료했던 한국계 미국인 외과의사 피터 리(Peter M. Rhee)와 함께 미의회에 출석하여 오바마 대통령과 조우하는 장면이 크게 보도되었다. 미국의 선진외상시스템이 만들어 낸 기적과도 같은 일이었다. 2011년 1월 공교롭게도 우리에게도 석해균 선장이 다발성 총상으로부터 생환했던 사건이 있었다. 중동지역 아라비아해에서 소말리아 해적에게 납치되었던 삼호 주얼리호 선장이 구출과정에서 여러 발의 총을 맞고 헬기로 오만의 왕립병원으로 이송되었다. 이송과정에서 미군과 우리 해군에 속한 의료진들의 즉각적인 응급처치가 진행되었다. 많은 출혈로 인하여 병원 도착 당시에 환자의 의식이 처지고 혈압이 떨어졌으나 오만 의료진들의 소생술 뒤에 안정되어 내원 1시간이 되기 전에 안정을 찾고 수술방으로 이동할 수 있었다. 수 차례의 수술과 장고의 치료 끝에 환자는 큰 장애 없이 생환하여 일상으로 복귀하였다.

비약이 심할 수 있지만, 당시에 상기 두 외상 환자가 우리나라에서 발생하였다면 생환하지 못했거나 심한 후유증이 남았을 것이다. 2012년 발표된 우리나라의 예방가능외상 사망률은 35.2%였다. 1990년대의 40%대에서 감소하기는 하였으나 여전히 선진국의 2-3배가 넘는 수치였다. 한국정부는 2009년부터 “중증외상특성화센터” 사업을 통해 외상진료체계를 구축하고자 했으나 별다른 성과를 내지 못한 채 사업을 접으려던 차였다. “석해균 선장 사건” 이후 우리 정부는 열악한 국내 외상시스템의 현실을 한 번 더 자각하고 새로운 마스터플랜을

세웠다. 전국에 6-8개의 대규모 외상센터를 설립하고 헬기 이송을 통한 이송체계를 확립하는 것이었다. 하지만 석연치 않은 이유로 기존에 비해 상대적으로 소규모의 외상센터를 전국에 17개 설립하는 것으로 계획이 변경되었다.

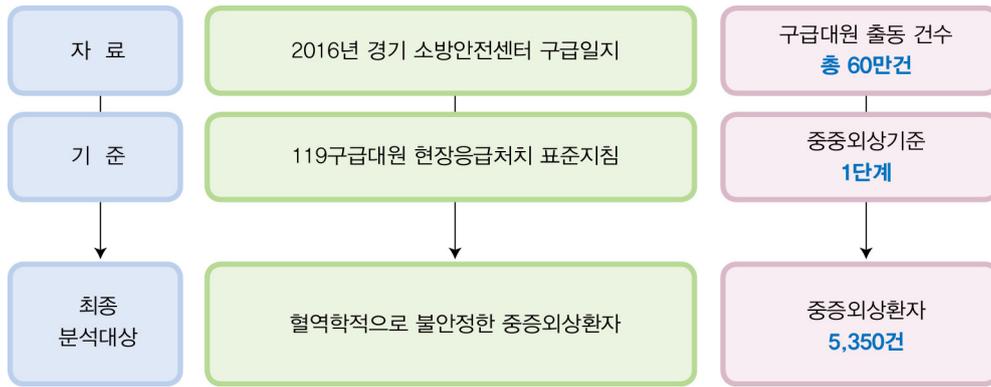
“권역외상센터 설립 사업”은 2012년 시작되어 2017년 말에 전국 17개 권역에 센터 지정을 완료하였고, 2020년 4월 현재 15개 병원이 정식 개소하여 운영 중에 있다. 비교적 빠른 시간에 외상센터들이 자리잡아 가고 있지만 외상센터들 간에 운영방식에 차이를 보이고 있고 일부 지역은 초기에 지정을 받고서도 센터 운영을 위한 방향설정에 여전히 어려움을 호소하고 있다. 그도 그럴 것이 외상센터 운영이 어느 한 병원만의 노력으로 되어 질 리 만무하기 때문이다. 우리 정부로서는 파격적인 물적, 인적, 정책적 지원을 해 오고 있지만 투자 대비 효과에 대해서는 갑론을박 말이 많다. 보건복지부 입장으로는 우리나라 의학분야, 특히 공공의료분야에 있어서 초기 설립 비용부터 대규모의 인건비를 포함한 운영자금을 매해 지원하는 이런 사업은 없었다고 한다.

공공의료분야의 핵심 중 하나가 응급의료시스템일 것이고 선진국들의 역사를 보면 외상시스템 구축이 응급의료시스템 확립의 마중물 역할을 해 왔다. 환자 수로 생각하면 규모가 적지만, 시간의 영향을 가장 많이 받는 중증외상환자의 이송과 치료에 대한 적절한 시스템을 확립하면 심근경색이나 뇌졸중 환자의 이송 및 치료 시스템 구축의 근간이 될 수 있었기 때문이다. 우리나라도 앞서 간 나라들의 경험을 따라가고 있다고 생각하지만 그 동안 눈부시게 발전해 온 국내 다른 의학분야들의 상황을 볼 때 마음이 조급해지는 것을 부정할 수 없다. 아직 뒤쳐져 있는 외상센터들을 질 향상 노력을 통해 상향 평준화시키고 지역별로 나름대로의 외상시스템 구축을 병행해야 할 것이다. 전문외상처치술에서 강조하는 중증외상환자치료의 원칙처럼 “동시다발적인 다학제적인 접근(simultaneous and multidisciplinary approach)”이 요구된다.

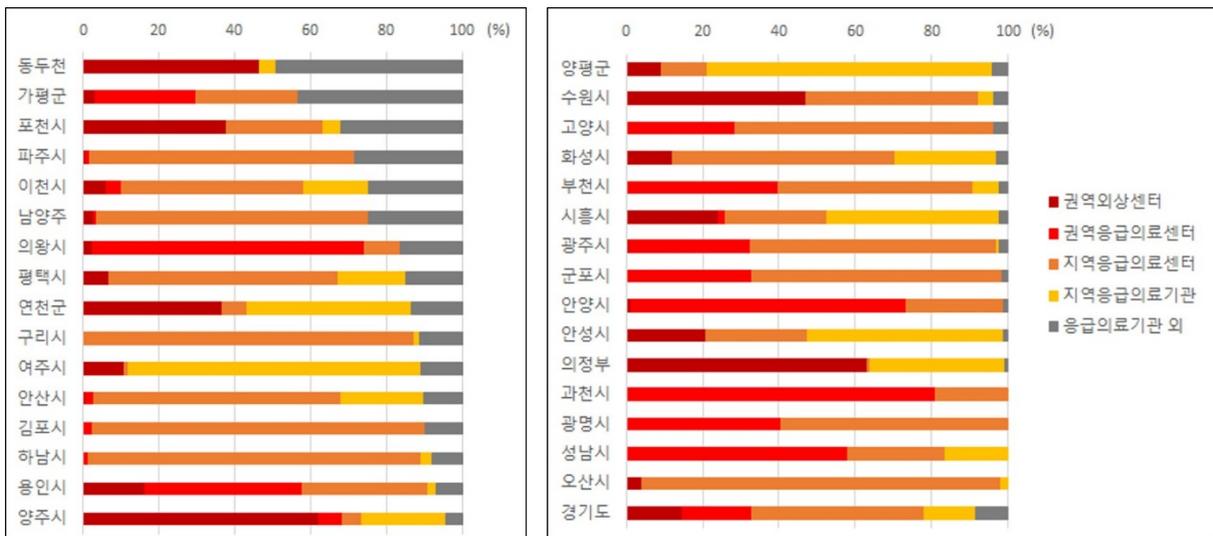
경기도는 2013년에 “아주대학교 병원”이 “남부권역외상센터”로 2014년에 “가톨릭대학교 의정부성모병원”이 “북부권역외상센터”로 지정되었다. 2017년 경기도는 지역단위로서는 국내 최초로 외상체계구축의 일환으로 “경기도 지역 예방가능 외상사망 평가를 위한 제도설계(경기도·아주대학교의과대학,

허윤정 외, 2017년 12월)” 연구를 진행하였으며 그 결과를 토대로 이듬 해 예방가능외상사망을 평가와 함께 다각적인 양적·질적 분석을 통해 지역외상체계의 문제점을 도출하였다(2018 경기도 외상관리체계 구축, 경기도·아주대학교의과대학, 이국종 외, 2019년 3월). 이 결과를 토대로 경기도는 “경기도 지역외상체계 관리·지원을 위한 조례”를 입법화하여 2019년 6월 “경기도 외상체계지원단”을 설립하였다. 경기도 외상체계지원단은 경기도민의 중증외상 사망률을 낮추고 효과적인 지역외상체계를 구축하기 위하여 설립되었으며, 예방가능외상사망 조사 및 개선, 중증외상환자 이송체계 개선, 119 구급대원의 외상처치 품질향상, 도민 대상 외상예방 및 대응 능력 향상, 외상환자와 그 가족의 재활과 사회복귀에 관련된 인프라 개선 및 지역사회 외상 예방체계 강화를 목표로 운영한다.

“미국외과학회 외상분과위원회(American College of Surgeons Committee on Trauma)”에서 발간한 지역외상체계 구축을 위한 지침(Regional Trauma Systems: Optimal Elements, Integration, and Assessment, Systems Consultation Guide)에는 지역외상시스템 확립을 위한 세 단계의 활동을 제시한다. (1) 문제점을 파악 및 평가하고(Assessment), (2) 그러한 문제점들을 개선할 수 있는 정책을 개발한 뒤(Policy Development), (3) 그러한 정책 변화가 효과적으로 적용되고 안착하는지 확인(Assurance) 하는 과정을 말한다. 우리는 외상체계지원단 설립 첫 해 문제점을 파악 및 평가하는 단계로서 현재 경기도 내에 얼마나 많은 중증외상환자가 발생하며 어떤 경로로 이송되어 어떻게 진료 받는지를 알아보려고 했다. 경기도 소방재난본부의 협조 하에 2016년 경기도 소방구급활동기록 자료를 분석하여 중증외상환자 발생에 관한 역할을 조사하였다. 먼저 생체 징후가 불안정하여 당장의 치료가 필요한, 그래서 시스템적인 접근이 없으면 사망할 수 밖에 없는 중증외상환자에 주목하였다. 즉, “현장 중증도 분류 지침(Field Triage Decision Scheme)”의 1단계에 해당하는 혈압, 맥박, 호흡이 불안정하거나 의식이 처지는 외상환자들을 분석하였다. 그 결과 경기도 전역에 한 해 최소 5,000여 명의 중증외상환자가 발생하는 것으로 나타났다 [그림 1]. 이들은 즉각적으로 최종치료가 가능한 외상센터에 이송되어 치료 받아야 하는 환자들이다. 하지만 80% 가까운 환자들이 권역외상센터 이외의 기관으로 이송되었다[그림 2].



[그림 1] 2016년 경기도 소방구급활동 기록지 분석 과정



[그림 2] 경기도 내 2016년 중증외상환자가 이송된 의료기관(%)

2018년까지 “119구급대원 현장응급처치 표준지침”에서 중증 외상환자들을 권역외상센터 혹은 지역응급의료센터 이상급으로 이송하는 것을 원칙으로 하고 있기 때문에 이러한 상황에 대해 현장구급대원에게 모든 잘못을 물을 수는 없는 노릇이다. 또한 환자를 수용했으나 제대로 된 처치를 제공하지 못했을 대부분의 근처 병원들을 질책하는 것도 그 병원들로서는 억울한 일일 것이다. 그럼에도 불구하고 분명한 사실은 한 해 4,000여명의 중증외상환자들이 적절한 치료를 받지 못하고 그날의 운에 자신들의 목숨을 내맡겼을 가능성이 높았다는 점이다.

2017년 환자들을 대상으로 했던 “경기도 예방가능외상사망 평가 연구”(2018 경기도 외상관리체계 구축, 경기도·아주대학교 의과대학, 이국종 외, 2019년 3월)에서 중증외상환자들이 외상센터에서 치료 받는 경우 비외상센터에 비해 절반 이하로 낮은 예방가능외상사망률을 보였다. 경기 북부·남부 권역외상

센터가 모든 환자를 수용할 수 있다는 가정하에 5,000여명의 환자들이 모두 적절한 시간에 권역외상센터로 이송되는 체계가 갖추어진다면 경기도 예방가능외상사망률을 당초 목표치인 10% 이하를 금방 달성할 수 있다는 예측이 가능하다. 경기도 두 권역외상센터의 경우 한 해 2,000~3,000명의 외상입원 환자를 진료한다. 개소 후 해를 거듭할수록 수용 환자 수가 증가하고 있고 내원 환자 중 중증 비율 또한 증가하고 있다. 현실적으로 당장은 어려울 수 있으나 생체징후가 불안정한 중증외상환자를 경기도 내 두 개의 권역외상센터로 집중 이송시키는 노력만으로도 예방가능외상사망률을 현저히 떨어뜨릴 수 있을 것이다. 이를 위해서는 현재 사용률이 높지 않은 헬기를 이용한 환자 이송을 적극 고려해야 하며, 여러가지 법적 제약이 많은 우리나라 의료환경을 고려할 때 소방구급대원과외의 적극적인 협력체계를 구축하되 의료진이 헬기이송에 직접 관여하는 노력이 병행되어야 한다. 또한 현재의 시스템

하에서 중증외상환자 모두를 권역외상센터에 수용하는 것은 불가능할 것이므로 기존의 응급의료시스템 하에 있는 상위 응급의료기관을 활용하여 중증외상환자 일부를 수용할 필요가 있다. 적어도 응급의료기관 이외의 의료기관으로 이송되는 전체 20%에 가까운 중증외상환자 이송을 줄일 수 있을 것이다(그림 2). 경기도 외상체계지원단은 이번 역학 조사를 시작으로 도내 예방가능외상사망률을 낮추기 위해 다각도로 활동을 계획하고 있다. 올 해 두 번째 경기도 예방가능외상사망률 조사를 계획 중에 있으며, 두 권역외상센터가 제 역할을 할 수 있는 토대를 마련하고자 평가 및 지원할 것이다. 또한 외상 환자 발생 현황을 더 세밀하게 분석하여 각 지역 상황에 맞는 외상이송체계지도도를 작성하여 적용할 것이다(그림 3). 권역외상센터와 지리적 접근도가 떨어지는 지역에는 경기도와 협의하여 소위 “외상거점병원” 지정을 고려 중이다.



[그림 3] 경기도 외상이송체계 지도 예시

기퍼즈 하원의원이 치료받았던 애리조나 투싼 지역의 외상센터와 지역외상시스템이 미국 내에서 최고라고 평가받는 것은 아니다. 여러가지 자료를 검토했을 때, 그리고 당시 주치의이자 외상센터장이었던 피터 리 박사의 발언 등을 종합해 볼 때 미국외상시스템의 평균 정도의 성적표를 내는 외상센터와 지역외상시스템이었다. 하지만 두부에 심한 총상을 입은 중증외상환자가 일상처럼 이송되고 수술 받고 소생하였다. 어느 한 개인이나 어느 한 병원의 노력이 아닌 오랜 시간 걸쳐 구축된 견고한 시스템의 결과였다. 우리는 지금 어디에 와 있는가? 전국에 권역외상센터를 지정하고 운영을 시작한지

8년째 되어 가고 있다. 아직 성숙도에 차이가 있지만 비교적 초기에 개소한 외상센터들은 나름대로 자리를 잡고 자신들의 역할을 해 나가고 있는 듯 하다. 2019년 발표된 예방가능외상사망률 평가 연구결과를 보더라도 권역외상센터의 효과는 두드러지고 있다. 다만 이제 권역외상센터들의 치료 역량을 끌어 올리는 것을 뛰어 넘어 외상센터들로 중증외상환자들이 적절한 시간에 적절한 방법으로 이송될 수 있도록 지역적인 체계를 갖추어야 한다.

외상은 암, 심·뇌혈관 질환과 함께 우리나라 3대 사망원인 중 하나이다. 특히 40세 이하의 젊은 연령층에서는 가장 흔한 사망원인으로 꼽히는데, 이 연령층이 주요 생산연령층인 점을 고려하면 사회 전체에 미치는 영향이 크다. 사람 목숨을 산술적으로 비교할 수 없겠지만 다른 의학 영역에 비해 상대적으로 적은 비용과 노력으로도 더 많은 사망을 예방할 수 있다면, 그것도 생산연령층에 있는 젊은 인구의 사망이라면 좀 더 꾸준하게 집중해 나갈 이유가 분명하다. “공공(公共)”은 “국가나 사회의 구성원에게 두루 관계되는 것”이라고 되어 있다. 즉, “공공의료”는 우리 사회의 구성원 누구에게나 평등하고 차별 없이 자동적으로 적용되어야 할 것이다. 특히 예측할 수 없이 발생하는 중증외상의 경우 이 후 진행될 진료에 대한 의사결정이 어느 한 개인이나 주변 환경에 좌우되는 것이 아닌 이미 조직화된 시스템이 발동하여 자동적으로 이루어져야 한다. 그래서 더 이상 “예방가능한 사망(preventable death)”이라는 용어가 거론되지 않는 사회가 될 수 있도록 해야 할 것이다. 주어진 여건을 잘 파악하고 교정 가능한 점들을 가려내어 개선을 위한 계획을 세우고 제도와 정책을 만들고 잘 지켜나가도록, 그리고 전체적인 질이 향상되도록 반복하여 꾸준히 관리할 때 가능할 것이다.

2 권역심뇌혈관질환센터의 확충과 중앙심뇌혈관질환센터의 필요성



차재관 교수 (동아대학교병원)
부산권역심뇌혈관질환센터 센터장

1. 권역심뇌혈관질환센터 개요

2006년 정부는 인구 고령화 추세에 따른 심뇌혈관질환 발병률 상승으로 국가적 질병 부담을 감소시키고, 수도권과 지방간 심뇌혈관질환에 대한 보건의로 수요 및 공급 불균형을 해소하여 전국민이 양질의 의료혜택을 받게 하기 위해 제1기 (2006-2010) 심뇌혈관질환 종합대책을 수립, 2008년에 권역별 심뇌혈관질환센터 설치계획을 수립하여 2020년 현재 까지 전국에 총14개의 전국 권역심뇌혈관질환센터를 지정하여 운영 중에 있다.



[그림 1] 전국 14개 권역심뇌혈관질환센터 위치

초기 권역심뇌혈관질환센터의 주요사업은

1. 24시간 365일 전문진료체계 구축을 통한 환자 안전망 구축
2. 예방관리사업 및 교육사업을 통한 심뇌혈관질환 인지도 향상
3. 병원환자정보를 활용한 통계사업으로 빅데이터 구축

4. 권역심뇌혈관질환센터 운영사업을 통한 유기적 총괄 시스템 구축

현재까지 이 기본 틀을 유지하면서 권역에서 지역으로 지속적으로 사업을 확대해 나가고 있으며, 특히 지역사회와 연계를 통한 공공보건의료사업 및 다양한 취약지 지원사업 등을 통해 사회 깊숙이 자리잡고 있는 심뇌혈관질환의 예방 및 관리에 힘쓰고 있다.

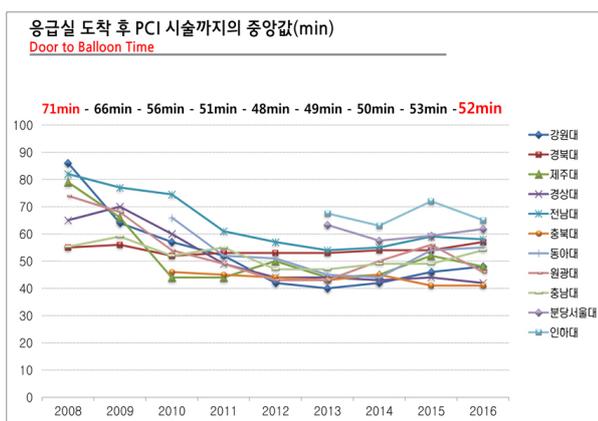
| | | | |
|-------------------------|----------------------|------------------------|--------------------------|
| 24시간 365일 전문진료체계 | 예방관리사업 및 교육사업 | 병원환자정보 활용한 통계사업 | 권역심뇌혈관질환센터 운영지원사업 |
|-------------------------|----------------------|------------------------|--------------------------|

- 24시간 전문 진료팀 상주
- CP 개발 및 모니터링
- CCU & SU 운영
- 뇌졸중 조기재활 및 심장재활
- 입원 및 퇴원 환자 전문교육
- 퇴원 후 F/U 모니터링
- 전문인력 대상 교육
- 지역사회 교육 및 홍보
- DB구축을 통한 통계 생산
- 진료권 분석
- 병원 자체 생산지표 개발 및 산출
- 병원전단계 응급후송 연계체계
- 권역내 의료기관 간 네트워크
- 지자체와 공조체계 구축
- CP 개발, 운영 지원 및 관리

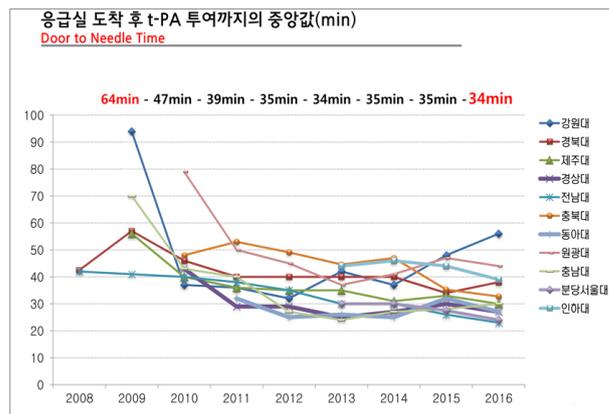
[그림 2] 초기 권역심뇌혈관질환센터 주요 사업 내용

지난 10여년간 전국 권역심뇌혈관질환센터의 주요성과로는 응급실 도착 후 PCI 시술까지의 중앙값은 2008년 평균 71분에서 2016년 52분으로 단축되었으며, 응급실 도착 후 t-PA 투여까지의 중앙값은 2008년 평균 64분에서 2016년 34분으로 단축되었다.

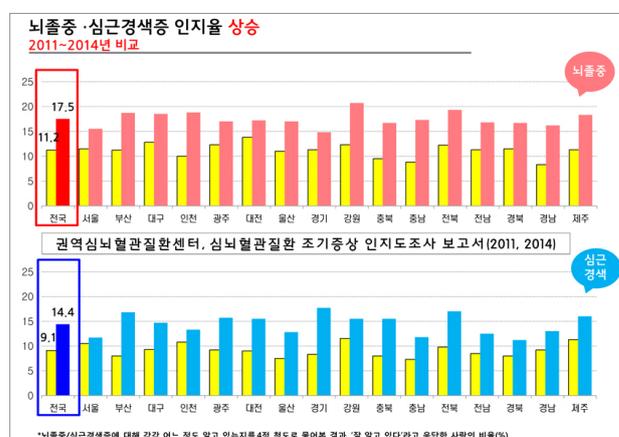
뇌졸중 인지율도 전국 평균 2011년 11.2%에서 2014년 17.5%로 향상되었으며, 심근경색증 인지율 또한 전국평균 2011년 9.1%에서 2014년 14.4%로 향상되었다.



[그림 3] 전국 11개 권역심뇌혈관질환센터 연도별 응급실 도착 후 PCI시술까지의 중앙값(min)



[그림 4] 전국 권역심뇌혈관질환센터 연도별 응급실 도착 후 t-PA투여까지의 중앙값(min)



[그림 5] 전국 권역심뇌혈관질환센터 뇌졸중, 심근경색증 인지율 비교(2011-2014)

특히 권역심뇌혈관질환센터 사업은 외국에서는 보기 힘든 국가주도형 거점 심뇌혈관센터 모델로 2014년 ‘Stroke’ 저널에 그 성과와 방향들이 보고되었다. 또한 권역심뇌혈관질환센터 사업을 통해 각 권역에 선진적인 심뇌혈관센터들이 자리잡으며 급성기 심뇌혈관 치료 프로토콜, 뇌졸중 집중치료실, 그리고 심뇌혈관 환자 교육 프로그램 등 여러 인프라들이 국내 급성기 심뇌혈관질환 치료의 표준적인 모델로 자리잡게 되었다.

2. 우리는 정말 심뇌혈관질환에 대해 최선의 치료를 하고 있는가?

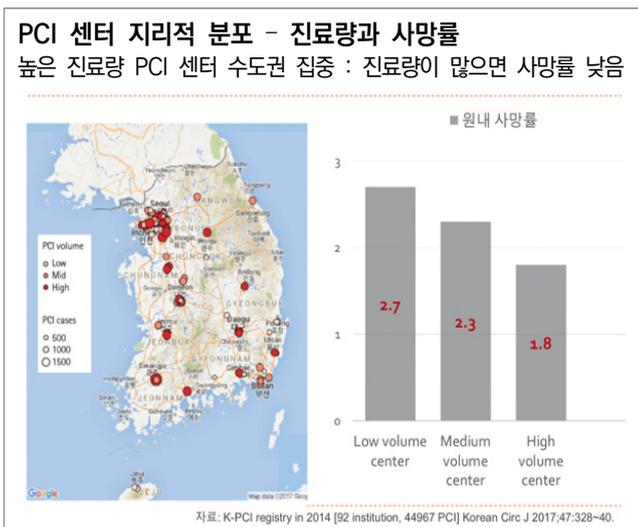
최근 우리나라는 서구식 식생활 및 주변 환경 변화 등으로 사망률도 선진국화 되고 있으며 전체 사망 원인으로는 암 다음으로 뇌혈관, 심혈관질환으로 인한 순환기 계통 질환이다.

하지만 단일 질환 사망률로 보면 뇌혈관, 허혈성심질환이 1~2위를 차지할 정도로 급속히 증가하고 있으며 사망률을 낮추기 위한 대응 체계는 아직 미흡한 상태이다. 또한 뇌졸중의 경우 2018년 자료에 의하면 뇌졸중에 의한 사망률이 OECD 국가들 중 가장 낮았지만 뇌졸중에 의한 장애의 정도를 줄인다는 보고는 아직 없다. 그러므로 뇌졸중에서 보이는 사망률의 저하는 급성기 뇌졸중 치료가 체계적으로 대응하였다기 보다는 잘 발달된 국민의료보험의 영향으로 급성기 뇌졸중 환자들이 병원에 가는 문턱이 낮아진 영향일 가능성이 크다.

국내에서 아직도 급성기 심뇌혈관질환의 사망률과 후유증이 낮아지지 않는 이유들은 다음 2가지로 설명된다.

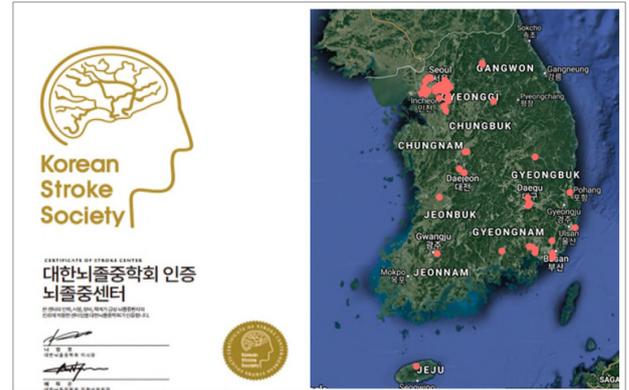
가. 필수 의료자원의 일부 지역 집중화로 지역 불균형 전국 심뇌혈관질환 진료 가능 병원은 총 173개로 서울지역이 34개로 가장 많고, 부산, 광주, 인천, 대전 등 광역시에 의료기관이 집중화 되어 있으며, 특히 도서지역 및 기타 지역 중 진료 기관이 없는 지역도 있어 환자발생시 이동 거리와 소요시간은 더 커질 수 밖에 없다.

아울러 지역의료기관은 70%이상이 민간병원으로서 수도권에 비해 심뇌혈관질환 치료 역량이 미흡하여 환자 이송 및 치료에 허점을 보이는 경향이 많다.



[그림 6] 전국 PCI센터 지리적 분포에 따른 진료량과 사망률의 상관관계

Certification program for primary stroke center in Korea

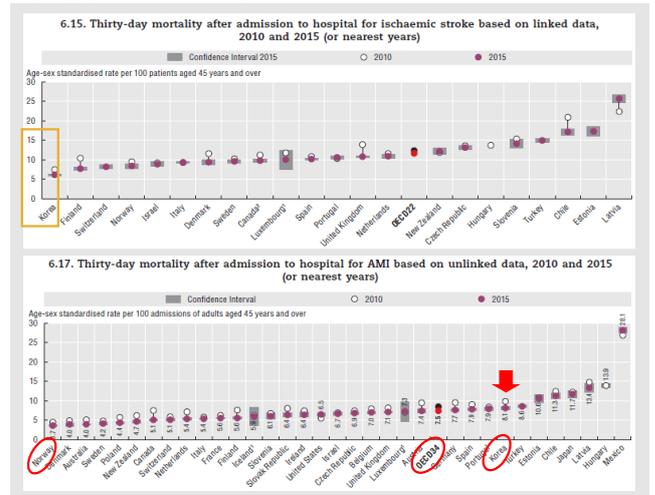


[그림 7] 대한뇌졸중학회 인증 전국 뇌졸중센터 지리적 분포도

나. 지역사회 응급 대응 및 치료 역량 격차

우리나라 뇌졸중 발병 후 3시간 이내 응급실 도착 비율은 25%이하로 외국 평균 60%에 비해 낮은 비율이며, 급성심근경색 발병 후 2시간 이내 응급실 도착 비율도 50%이하로서 여러 병원을 이동하다 치료를 놓쳐 사망에 이르는 경우가 많은데, 2004년부터 2014년까지의 뇌졸중 및 급성심근경색 환자의 응급실 도착까지 방문 의료기관수 조사결과 2개 ~ 3개기관 이상을 거치는 비율이 증가한 경향을 보이고 있다. 이는 환자의 심뇌혈관질환 인지도 저하, 지역 병원, 간 심뇌혈관질환 응급대응 및 치료 역량의 차이로 볼 수 있다. 이는 2018년 보고된 뇌졸중 학회 통계연보에서도 호전되는 경향이 보이지 않는다.

급성심근경색 OECD 평균 대비 8%▲, 노르웨이 대비 2.2배



[그림 8] OECD 국가별 심뇌혈관질환 사망률 비교

특별히 의료기관이 적은 농어촌 지역은 심뇌혈관 시술이 가능한 병원까지 이송하는데 시간이 걸려 골든타임 내에 치료를 못 받는 경우가 대부분이다. 그러나 의료기관이 밀집된

대도시의 경우에도 치료가 가능한 의료기관들은 많이 있지만 환자들과 119 구급대원에게 이에 대한 상세한 정보가 제공되지 않아 혼선을 일으키는 경우가 많다. 부산광역시의 경우를 예를 들면 급성기 심근경색을 치료 할 수 있는 의료기관은 많으나 실제로 공식적인 인증을 받은 의료기관의 수는 적다.

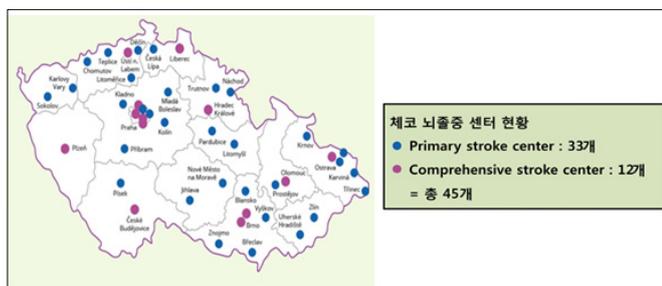
이는 일정 수준의 급성기 치료를 제공할 수 있는 의료기관들보다 일과시간에만 시술이 제공 가능한 의료기관들이 늘어나면서 휴일 혹은 야간에 환자나 119 구급대원들이 급성기 심혈관 질환자들을 잘못 이송하게 되고 결국 재이송을 야기하게 함으로서 치료 시간 지연 및 사망률의 증가를 일으킨다. 실제로 2014년 보고에 의하면 부산광역시가 의료기관이 많은 대도시임에도 불구하고 사망률이 전국에서 가장 높게 나타나고 있다.

급성기 심뇌혈관 질환은 사망률이 높을 뿐 아니라 후유장애의 정도가 계층에 따라 가장 차이가 많이 나는 질환이다. 그러므로 이러한 계층간의 치료 격차를 줄이기 위해서는 다른 어떠한 질병보다 국가 주도형의 권역별 심뇌혈관질환센터를 확충해야 한다.

3. 심뇌혈관질환도 국가책임 필수 의료로 관리 필요

앞에서 언급한 것과 같이 급성기 심뇌혈관 질환의 치료는 주어진 시간 내에 적절한 시술들을 국민 모두에게 제공하도록 하는 필수적인 안전망의 개념이다. 외상에 비해 그 발생 비율이 월등하게 높고 노인인구 구성이 증가하는 우리 현실에서는 급성기 심뇌혈관 질환은 민간의료 중심에서 국가주도형으로 그리고 의료자원의 불평등을 넘어 누구에게나 평등한 의료안전망으로 바뀌어야 한다.

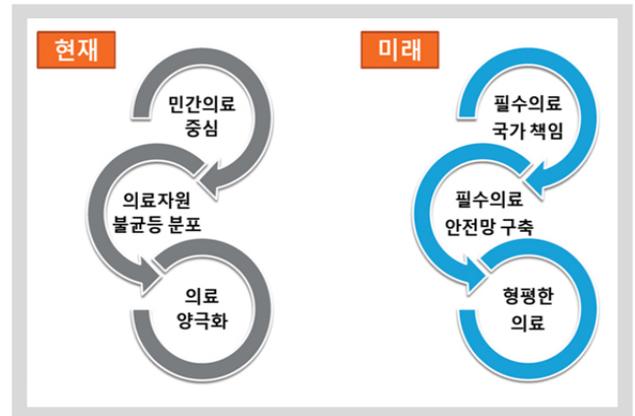
이미 유럽국가들은 심뇌혈관 치료의 안전망을 이미 오래전부터 구축해 왔다. 특히 체코공화국의 경우 45개의 뇌졸중센터를 전국에 균등히 배치하였다.



[그림 9] 체코공화국 뇌졸중센터 분포현황

이를 통해 구급대원들이 급성기 뇌졸중 환자 이송 시 가야 할 병원들을 명확히 했고 이런 45개 센터들에 뇌졸중 의료진들을 집중시킴으로 의료자원의 낭비를 막아 뇌졸중 치료 시간을 단축하고 있다. 이러한 국가 주도형 모델은 장차 우리나라가 급성기 심뇌혈관 치료의 보편적 선진화를 위해서 반드시 참고해야 할 모델이다.

국가책임 필수 의료 - 응급, 외상, 중증환자 + 심뇌혈관질환



[그림 10] 현재와 미래의 필수 의료 안전망 구축 방향(안)

4. 중앙심뇌혈관질환센터의 필요성

현재 전국 14개 권역심뇌혈관질환센터는 병원 전단계, 병원 단계, 병원 후단계에 걸쳐 초급성기 진료체계 구축, 조기 재활 치료체계 구축, 예방을 위한 교육체계 구축, 레지스트리 등록 사업 등 다양한 분야에 걸쳐 성과를 이루었다. 하지만 지속적인 지원예산 삭감 및 지역별 전문의 부족사태 등으로 24시간 당직체계 유지 어려움, 지역으로의 사업 확대 등으로 체계를 유지해 나가는데 있어 한계에 다다른 상태이다. 권역센터들의 예산의 삭감은 급성기 심뇌혈관 질환의 필수적인 의료인력 확충에 제동을 걸고 병원들로 하여금 공익적인 사업들을 접게 할 가능성 높다. 장기적으로 권역내 당직 시스템을 붕괴 시킬 것이다. 특별히 이번 COVID-19 사태를 겪으며 거점병원의 붕괴라는 것이 얼마나 위협적인가에 대해 다시 생각하게 한다.

향후 대한민국 의료의 장기적 목표가 필수 의료에 대한 보편적 치료의 균등한 제공이라고 생각한다면 기존의 권역심 뇌혈관질환센터들의 인력과 예산을 확충하여 권역내 급성기 심뇌혈관질환 발생에 대한 지속적인 대처가 가능한 거점으로 만들 필요가 있다. 특히 향후 인구 100만명당 1개꼴의 거점 심뇌혈관질환센터 구축이 필요하다.

정부는 2018년에 ‘심뇌혈관질환관리 종합계획’을 발표하여 심뇌혈관질환 걱정 없는 건강한 사회만들기를 목표로 2020년 ‘심뇌혈관질환관리 중앙지원단’을 구성하였다. 하지만 기존의 중앙 응급센터와 국립 암센터와 달리 심뇌혈관 질환의 경우 중앙 컨트롤 센터가 없다.

향후 체계적인 국가 심뇌혈관 질환의 안전망의 구축, 정책적인 제언, 국가 심뇌혈관질환 데이터의 운영, 마지막으로 R&D 사업 개발을 위해서는 명실상부한 중앙심뇌혈관질환센터의 설립이 필요하다.

아울러 중앙심뇌혈관질환센터는 현재 운영되고 있는 14개 권역센터들의 컨트롤 타워로서 강한 리더십을 갖기 위해서는 국내 대표성을 갖는 기관들이 주도적으로 설립해야 한다.

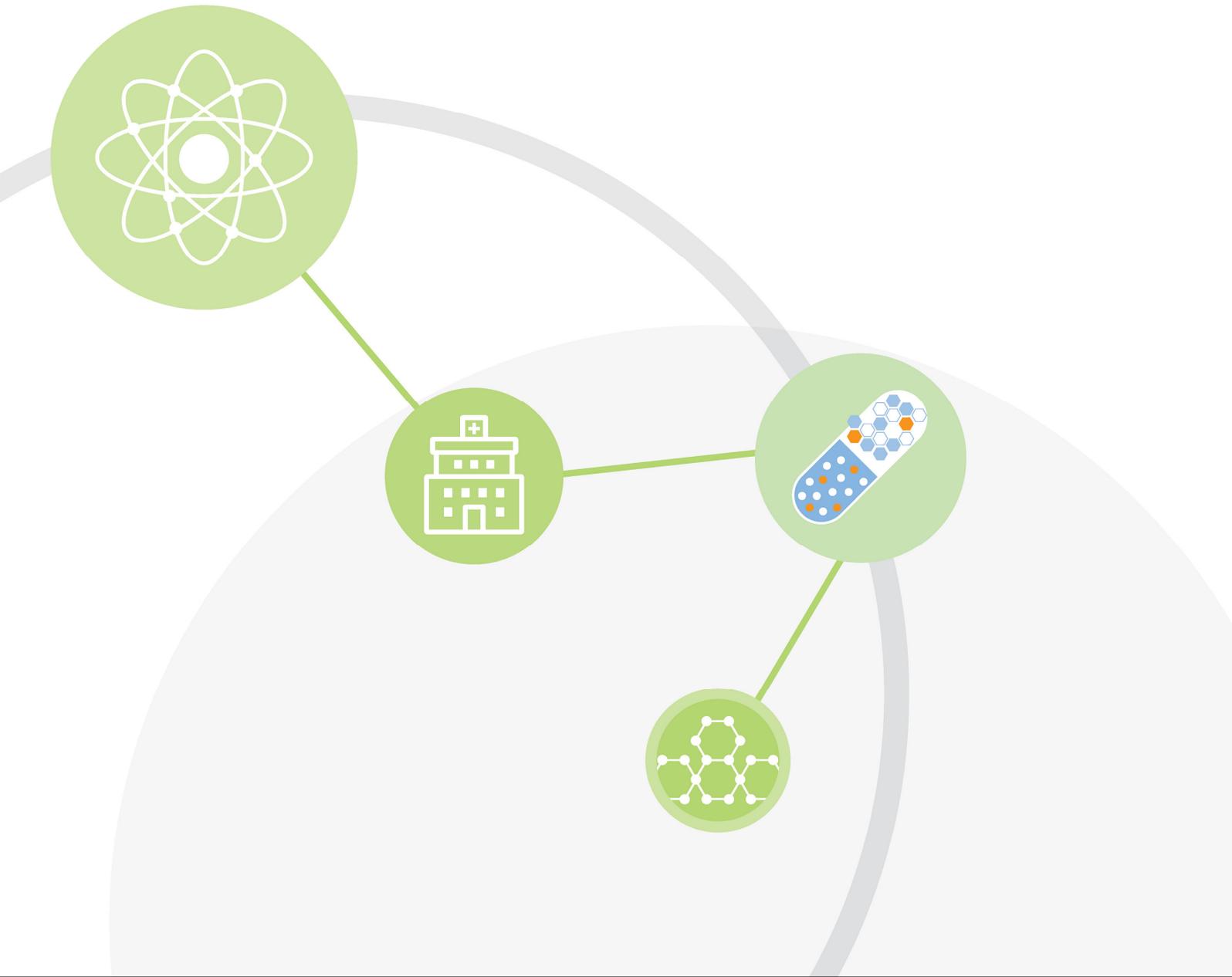
5. 맺는말

급성기 심뇌혈관 질환은 사망율이 높고 또한 후유장애가 크며 아울러 소외된 계층에서 그 피해가 더 크게 나타난다. 그러나 발달된 최신 의료기술로 빠른 시간 내에 시술만 이루어진다면 사망률과 후유증은 충분히 낮출 수 있다. 그러므로 누구에게나 평등한 치료기회를 제공받을 수 있는 접근성이 가장 필요한 때이다.

이를 위해서는 현재의 민간 주도형 의료시스템에서 국가 주도형 거점병원 시스템으로 변화가 필요하며, 이를 위해서는 막대한 예산의 투입보다 우선적으로 정책적인 변화와 의료자원의 재분배를 통해 빠르게 성과를 낼 수 있다고 생각한다.

2.

지역특집



1

강원도 심뇌혈관질환 진료역량 강화를 위한 노력

-강원권역심뇌혈관질환센터 운영-

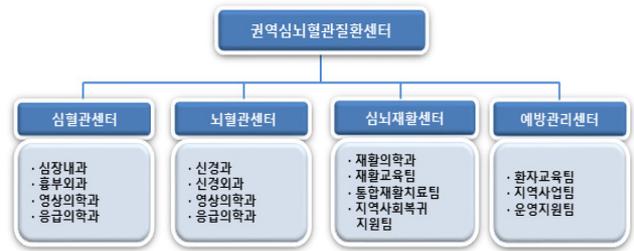


최근 우리나라는 인구의 고령화, 질병 구조의 변화 및 생활 습관의 서구화 등으로 심근경색 및 뇌졸중의 발생률과 사망률이 지속적으로 증가하고 있다. 강원도의 경우 심장질환과 뇌혈관 질환 사망률은 10대 사망원인별 사망률 중 2위와 5위를 기록하였다. 국민의 건강 생활 보장과 미래의 사회경제적 부담 경감 등 다양한 측면을 고려했을 때 심뇌혈관질환에 대한 체계적인 관리가 필요하다.

정부는 2006년 제1기 심뇌혈관질환 종합대책을 발표한 이후 2008년부터 전국 14개 권역의 지방 대학병원을 권역심 뇌혈관질환센터로 지정하여 지방의 심뇌혈관질환 급성기 진료 역량 강화를 위해 노력하고 있다.

강원권역심뇌혈관질환센터는 전국 14개 센터 중 2008년 가장 먼저 지정되었고, 2010년 5월 27일 개소하여 현재까지 강원도 내 심뇌혈관질환 진료 및 예방관리의 중추적인 역할을 수행하고 있다.

강원권역심뇌혈관질환센터는 심혈관센터, 뇌혈관센터, 심뇌재활센터 등 3개의 임상센터와 예방관리센터로 구성되었고, 산하 9개 진료과 5개 팀을 운영하고 있다.



[그림 2] 강원권역심뇌혈관질환센터 조직도

365일 24시간, 든든한 전문 진료 제공

심혈관센터는 급성 심근경색을 포함한 심혈관계질환 및 심장질환을 신속하고 정확하게 치료하기 위하여 365일 24시간 전문 진료체계를 구축하였고, 질병의 예방, 재활, 질병 후 관리 등에 대한 전문적이고 체계적인 통합서비스를 제공한다.

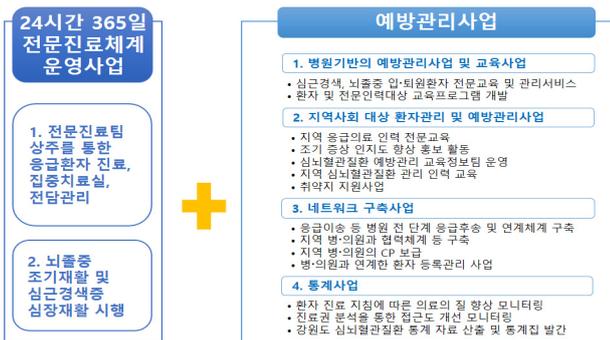
뇌혈관센터는 급성 뇌혈관질환대응팀과 뇌혈관지원팀으로 구성되었고, 급성 뇌졸중 환자를 위한 빠른 치료를 제공하며, 최선의 예방, 재활 방법을 제공한다.



[그림 1] 강원권역심뇌혈관질환센터 건물 배치도



[그림 3] 강원권역심뇌혈관질환센터 시설 및 활동



[그림 4] 주요 업무 내용

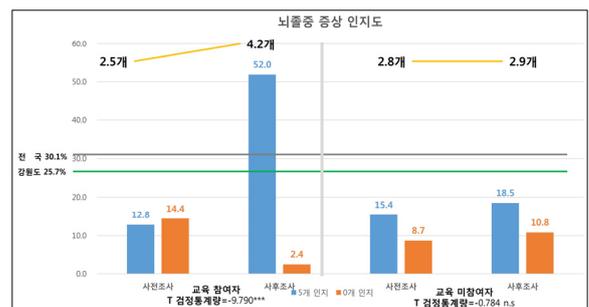
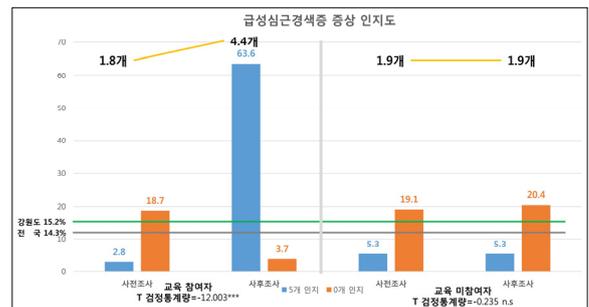
심뇌재활센터에서는 전문적이고, 통합적인 재활 치료와 교육을 통해 심뇌혈관질환자들에게 보다 나은 서비스를 제공하고 있다. 재활 치료 이후 환자들의 가정이나 지역사회 복귀를 위한 계획을 수립하고, 지역사회 자원을 조사하고 연계하는 등 지속적인 관리사업을 시행하고 있다.

예방관리센터에서는 병원 기반의 예방관리사업과 교육사업, 지역사회 환자 관리 및 예방관리사업, 네트워크 구축사업, 통계사업 등을 시행하고 있다.

강원도 심뇌혈관질환 진료의 양적 질적 향상

지난 10여 년간 강원권역심뇌혈관질환센터는 시설, 장비, 인력 측면에서 모두 강화되었다. 센터와 의료진의 노력으로 센터를 이용하는 입원 및 외래 환자들이 급증하였고, 의료 서비스의 질 또한 향상되었다.

센터의 노력은 병원 내에만 그치지 않았다. 지역사회에 근거 기반의 체계적이고 표준화된 예방관리사업을 보급하고 확산하기 위해 노력하고 있다. 예방관리센터의 지역사회 교육과 홍보사업은 지역주민들의 역량 강화와 지역 네트워크 구성에 긍정적인 영향을 미치고 있다. 교육에 참여한 지역주민들의 심뇌혈관질환 인지도 및 응급상황 발생 시 신속 대응 능력이 향상하였다.



[그림 4] 교육 및 홍보사업 효과

강원권역심뇌혈관질환센터장 인터뷰



김성훈 센터장
(강원권역심뇌혈관질환센터)

1. 강원권역심뇌혈관질환센터의 대표적인 성과

- 강원권역심뇌혈관질환센터의 대표적인 성과는 급성기 치료 역량 강화와 지역사회의 서비스 강화라고 할 수 있습니다.
- 센터 설립 이후 심혈관조영실을 비롯한 병원 내 시설을 강화하였고, 심혈관조영기, 뇌혈관조영기, CT, MR, IVUS 등의 장비와 전문 인력을 확충하여 지역주민들에게 센터 설립 전 제공하지 못했던 의료서비스를 제공할 수 있게 되었습니다. 또한, 심뇌재활센터에 재활의학과 전문의를 확충하고 다양한 인프라를 구축하여 심장 재활 및 뇌 재활 서비스를 활성화하였습니다. 지난 10여 년간 센터의 꾸준한 노력으로 센터를 이용하는 입원 및 외래 환자들이 급증하였고, 의료서비스의 질 또한 향상되었습니다.
- 예방관리센터를 설립한 이후에는 지역사회 서비스도 대폭 강화되었습니다. 심뇌혈관질환자 교육을 위한 인력과 공간을 확보하였고, 전산시스템을 구축하였습니다. 현재, 원내 심근경색, 뇌졸중 입원환자를 대상으로 전문의 소그룹 교육, 영양사의 입원/퇴원 환자 영양교육, 퇴원 후 환자 전화관리 등 사업을 운영하고 있습니다. 또한, 지역사회에서 근거 기반의 체계적이고 표준화된 예방관리사업을 보급하고 확산하기 위해 노력하고 있습니다.

2. 강원권역심뇌혈관질환센터의 차별화된 특별한 점

- 강원도의 지리적 특성과 인구 특성으로 인해 의료자원이 부족하고 의료서비스 접근성의 한계가 존재합니다. 하여 센터에서는 춘천, 원주, 강릉의 세 개의 생활권별로 소방본부와 연계하여 응급구조사 역량 강화 교육 프로그램을 운영하고, 권역별 요구사항을 프로그램에 반영하기 위한 노력들을 하고 있습니다.
- 예방관리센터에서는 취약지역 주민들을 위한 심근경색, 뇌졸중 증상 대처 방법 교육과 홍보사업을 수행하고 있습니다. 교육이나 홍보를 일회성적으로 하는 것이 아니라 평가를 통해 사업의 효과와 개선사항을 정비하여 표준화된 프로그램을 개발하고 있습니다. 지역사회 관련 기관단체와 협력하여 심뇌혈관질환 대처 방법을 지역사회에 확산하는 순환적인 사업 모형을 구축하고자 노력하고 있습니다.

3. 센터 운영의 문제점이나 어려운 점

- 권역심뇌혈관질환센터 운영에 있어 대표적인 문제점으로는 강원도 내 응급의료체계의 문제, 센터 내부인력의 문제, 국가 예산지원 감소 등이 있습니다.
- 우선 예방관리센터에서 심뇌혈관질환의 빠른 증상 파악과 119에 도움을 요청하는 방법 등 교육과 홍보 캠페인을 시행하고 있습니다. 하지만, 영동지방을 비롯한 강원도 내 의료취약지역은 응급치료가 가능한 병원까지 이동하는데 어려움이 있습니다. 하여 교육 내용과 환자들의 실제 상황과의 괴리감이 있고 현실적인 응급의료체계 개선이 필요하다고 생각합니다.
- 2008년 권역심뇌혈관질환센터 지정 및 설립 초기에는 직원들을 비정규직으로 채용하여 인원교체가 잦았고 이로 인해 업무 수행에 어려움이 있었습니다. 하지만 2017년 이후 센터 직원들을 정규직으로 전환하였고, 정규직 비율이 높아짐에 따라 현재는 안정적인 업무 수행이 가능해졌습니다.
- 임상센터의 당직체계 운영, 지역사회 예방관리사업의 확대, 장비 교체 시기 도래 등으로 인해 추가적인 예산지원이 필요한 실정임에도 불구하고 2014년부터 센터에 대한 국가 예산지원은 해마다 감소하고 있습니다. 따라서 지방 병원의 한계를 국가 지원을 통해 극복할 수 있도록 재정지원 확대가 필요하다고 생각합니다.
- 마지막으로, 예방관리센터에서 환자 교육 프로그램을 시작했을 때, 환자나 보호자로부터 가장 많이 받았던 문의가 비용을 지불해야 하는지에 대한 것이었습니다. 환자 중 다수가 농촌 지역에 거주하는 노인들로 경제적인 어려움이 있는 분들이 많다 보니 프로그램 내용보다는 비용을 얼마나 지불해야 하느냐가 더 큰 관심사일 때가 많았습니다. 따라서, 교육 프로그램 수가에 대한 고려가 없으면 교육이 가장 필요한 대상자들이 오히려 소외될 수 있는 문제점이 있었습니다.



[인터뷰 현장_강원권역심뇌혈관질환센터에서]

4. 강원권역심뇌혈관질환센터가 나아갈 방향

- 강원권역심뇌혈관질환센터는 10여 년간 진료, 재활, 예방사업을 수행하면서 축적한 경험과 노하우를 강원도 전 지역으로 확산하여 강원도의 심뇌혈관질환 관리수준 향상을 위해 노력하고 있습니다.
- 센터에서는 뇌졸중학회에 연계하여 강원권역의 응급구조사 대상 뇌졸중 환자의 응급처치 역량 강화 교육을 권역별 의료기관별로 실시하고 의료기관 간 협력체계를 구축하고자 합니다. 또한, 심뇌재활 맞춤형 개인 관리 어플리케이션을 개발하여 환자 진료와 관리에 활용하고, 지역사회 중심 심장 재활 운동프로그램을 개발하여 지역사회에 보급하고자 합니다.
- 강원도 지역 특성을 반영한 근거 기반의 심뇌혈관질환예방 관리사업을 시범적으로 실시하고, 성과를 확인하여 지역사회에 보급하고자 합니다. 권역 내 시, 군에서 체계적인 심뇌혈관질환 예방관리사업을 수행할 수 있도록 역량 강화 교육과 필요 자원을 지원하여 강원도 심뇌혈관질환예방관리 수준 향상에 기여하고자 합니다.

5. 중앙정부나 지자체에 바라는 점

- 강원대학교병원의 권역심뇌혈관질환센터는 지방에 있는 병원으로 전문 인력 확보에 어려움이 있습니다. 센터 전문 인력이 갖추어야 할 역량에 대한 기준과 검증시스템을 정부 차원에서 마련하고 그에 합당한 지원체계가 필요합니다. 이를 통해 검증된 인력을 확보하고, 업무수행능력의 질적 향상을 보장해야 할 것입니다.
- 또한, 기준 인원보다 많은 인력을 운영할 때에는 센터의 효율적인 운영과 유지를 위해 국가의 지원이 필요합니다. 이는 안정적 당직체계 운영과 의료의 질 향상, 지역사회 예방관리사업 활성화에 기여할 것입니다.
- 센터 연구사업을 위한 별도의 지원이 필요합니다. 센터에서 운영하는 사업에 대한 객관적인 평가와 피드백이 이루어져야 향후 사업을 발전시키고 새로운 전략 모색이 가능할 것입니다.
- 이처럼 권역센터에 지속적인 국비 국가예산지원과 더불어 광역 시도 차원의 지원도 필요할 것입니다. 시설, 장비, 인력, 예산지원이 원활히 이루어질 수 있도록 중앙정부나 지자체에서 법적, 제도적 개선을 마련해주면 좋겠습니다.

2

경기도 지역외상체계 구축을 위한 노력

- 전국 최초로 지역외상체계지원단 설립 -



1. 경기도 외상체계지원단 소개

‘경기도 외상체계지원단’은 경기도민의 중증외상으로 인한 사망률을 낮추고 효과적인 지역외상체계를 구축하기 위하여 설립되었으며, 예방가능외상사망 조사 및 개선, 중증외상 환자 이송체계 개선, 119구급대원의 외상처치 품질향상, 도민 대상 외상예방 및 대응 능력 향상, 외상환자와 그 가족의 재활과 사회복귀에 관련된 인프라 개선 및 지역사회 외상 예방체계 강화를 목표로 운영하는 사업이다[그림 1].

2. 경기도 외상체계지원 사업

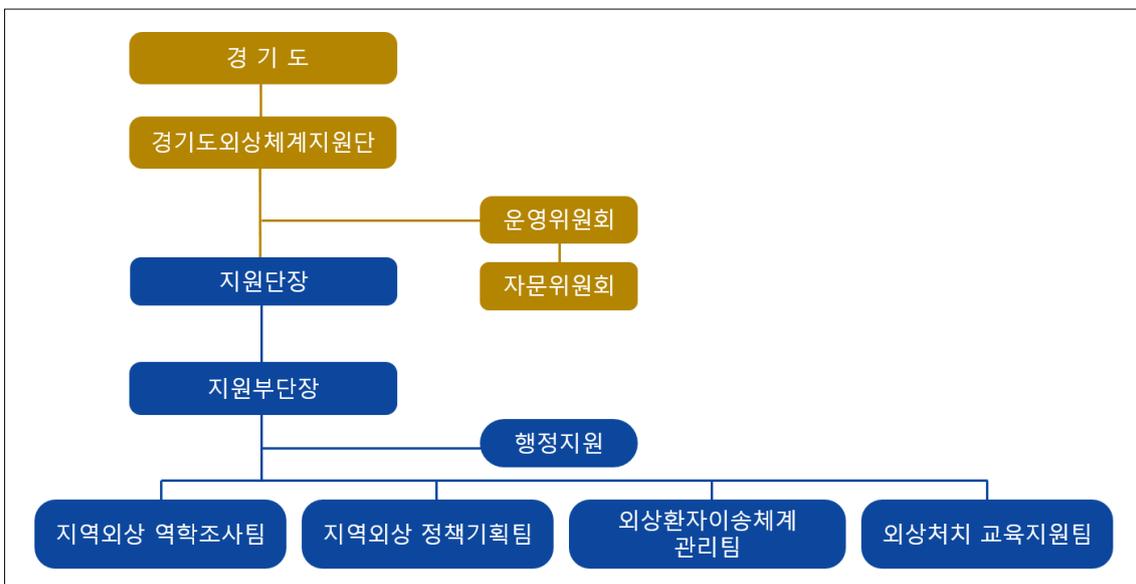
1) 경기도 외상 발생 역학 조사

2017년 경기도 예방가능외상사망률은 17%로 조사되었다. 2017년 ‘국가응급환자진료정보망(National Emergency Department Information System, NEDIS)’을 이용하여 산출한 외상으로 인한 사망자는 2017년 기준 2,109명으로 적절한 시간 내에 외상센터로 이송되어 적절한 치료를 받았

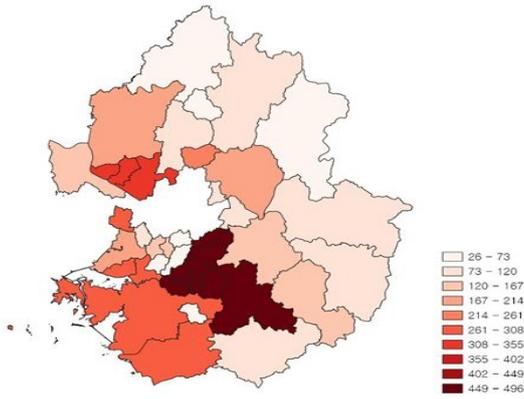
다면 연간 약 359명의 도민이 더 살 수 있었음을 뜻한다. 2017년 NEDIS 기준 경기도 내 응급의료기관을 방문한 외상환자는 총 312,444명이며, ‘119구급대원 현장응급처치 표준지침’에서 제시하는 중증도 평가기준 1단계에 해당하는 중증 외상환자는 8,117명(2.6%)으로 나타났다. 이는 해당 평가기준 2~4단계의 중증외상환자가 제외됨에 따라, 전체 중증외상환자의 규모가 과소평가 된 수치이다. 따라서 향후 중증외상환자를 대상으로 분석을 시행할 시 최소 외상환자 중증도 평가기준 2단계 이하로의 분석이 필요하다. 2016년 경기도 “구급활동일지”를 분석한 결과 도내 중증외상은 5,340건으로 지역별로 용인시(496건), 수원시(487건), 성남시(452건) 순으로 북부에 비해 남부 지역 발생자수가 높음을 알 수 있다[그림 2].

2) 중증외상환자 이송현황 조사

2016년 경기도 소방구급활동 데이터베이스를 토대로 도내 발생한 중증외상환자의 현장에서 병원도착까지 이송 소요

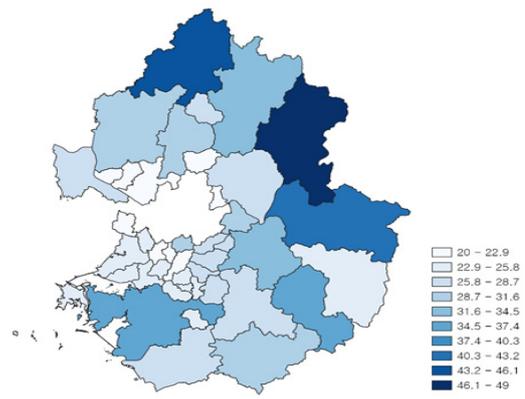


[그림 1] 경기도 외상체계지원단 조직도



| 시군구 | 발생수(명) |
|-----|--------|
| 용인시 | 496 |
| 수원시 | 487 |
| 성남시 | 452 |
| 고양시 | 351 |
| 화성시 | 284 |
| 평택시 | 280 |
| 안산시 | 270 |
| 부천시 | 264 |
| 의정부 | 260 |
| 시흥시 | 195 |

[그림 2] 2016년 경기도 중증외상환자 발생수

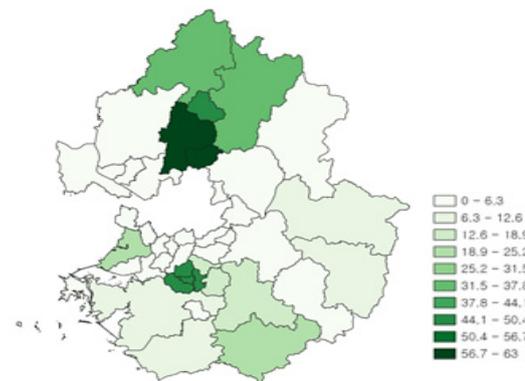


| 시군구 | 소요시간(분) |
|-----|---------|
| 가평군 | 49 |
| 화성시 | 36 |
| 포천시 | 32 |
| 양주시 | 31 |
| 남양주 | 28 |
| 김포시 | 26 |
| 수원시 | 25 |
| 안산시 | 24 |
| 의왕시 | 21 |
| 안양시 | 20 |

[그림 3] 2016년 경기도 해당 시·군에서 발생한 중증외상환자의 현장-병원 이송시간

시간은 중앙값 26분으로, 가장 짧은 지역은 안양시 20분, 가장 긴 지역은 가평군 49분으로 나타나 지역 편차가 크다. 31개 시·군 중 11개(35.5%) 시·군의 이송 소요시간은 30분 이상으로 해당지역의 이송체계 개선이 선행 되어야 할 것으로 보인다. 도내 각 시·군에서 발생하여 30km 이내의 병원으로 이송된 중증외상환자의 현장-병원 간 이송거리를 살펴보면, 가장 짧은 지역은 부천시 2km, 가장 먼 지역은 가평군 30km로 지역 간 편차가 매우 크다. 이는 적절한 응급의료기관이 도내에 고르게 분포해 있지 않은 결과로 보여지며, 중증외상환자에 대한 적절한 현장 분류 및 이송병원 선정을 위한 지역별 지침 개발이 요구된다[그림 3].

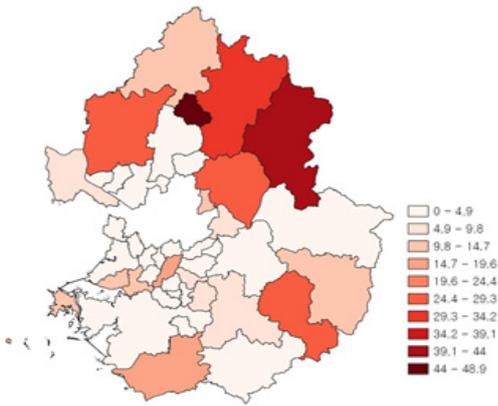
중증외상환자는 도내 총 177개의 병원으로 이송되었으며, 이중 138개(78.1%)가 지역응급의료센터 이상인 병원으로 이송되었다. 중증외상환자가 가장 많이 이송된 병원은 남부 권역외상센터인 아주대학교병원(360건)이며, 북부권역외상센터인 의정부성모병원(284건) 순으로 나타났다[그림 4].



| 응급의료기관명 | | 발생(건) |
|---------|----------------|-------|
| 권역 | 아주대학교병원 | 360 |
| 외상센터 | 가톨릭대학교 의정부성모병원 | 284 |

[그림 4] 2016년 경기도 권역외상센터로 이송된 중증외상환자의 발생 수

‘119구급대원 현장응급처치 표준지침’에 따르면 중증외상 환자의 경우 최소 지역응급의료센터급 이상의 의료기관으로 이송하도록 하고 있으나, 2017년 도내에서 발생한 중증외상 환자 중 21.9%는 지역응급의료기관이나 응급의료기관으로 지정되어 있지 않은 의료기관으로 이송되었다. 여주시에서 발생한 중증외상환자의 약 88%가 지역응급의료기관 이하 병원으로 이송되어 가장 많고, 다음으로 양평군(78.7%), 연천군(56.7%), 동두천시(53.3%), 안성시(52.6%) 순으로 나타났다. 동두천시, 가평군에서 발생한 중증외상환자의 48.9%, 43.3%는 응급의료기관 이외의 의료기관으로 이송되었으며, 해당지역의 응급의료자원 역량 및 분포 등에 대한 심층적인 분석이 필요해 보인다[그림 5].



| 시군구 | 비율(%) |
|------|-------|
| 동두천시 | 48.9 |
| 가평군 | 43.3 |
| 포천시 | 32.1 |
| 파주시 | 28.3 |
| 이천시 | 24.8 |
| 남양주 | 24.7 |
| 의왕시 | 16.3 |
| 평택시 | 14.8 |
| 연천군 | 13.3 |
| 구리시 | 11.1 |

[그림 5] 2016년 중증외상환자의 응급의료기관 이외 의료기관으로 이송(%)

3. 외상 관련 교육·훈련 프로그램 개발 및 실시

경기 북부, 남부 두 차례에 걸쳐 119 구급대원 외상환자치치 및 분류 역량강화 교육을 실시했다. 교육 후 피교육생들을 대상으로 한 설문조사에서 교육에 대한 만족도와 업무활용도가

높게 나타났다. 또한 이후의 외상교육에 대한 수요도 높게 나타나 2020년부터는 소방대원의 현장 외상처치 품질향상과 외상환자 중증도 분류능력 제고를 위한 교육기회를 연 8회까지 확대할 계획이다.



3

경남의 응급의료현황과 공공보건의료 관련 정책 및 사업



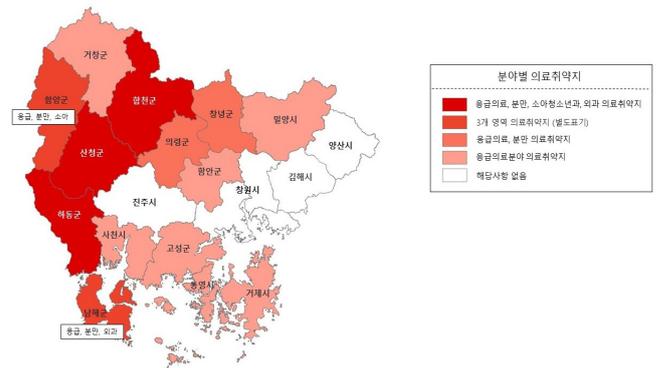
2019년 11월 보건복지부는 「믿고 이용할 수 있는 지역의료 강화 대책」을 발표하였고, 경상남도는 후속대책으로 2019년 11월 11일 「경상남도 공공보건의료 강화 대책」을 발표하였다. 발표된 내용에는 경남 응급의료관련 정책이 다수 포함되어 있고, 이를 경남 응급의료현황과 함께 살펴보면 어떤 응급의료 관련 정책들이 제시되었는지 알아보고자한다.

2018년 의료취약지 모니터링 연구에 따르면, 경남의 18개 시·군 가운데 4개시(창원시, 진주시, 김해시, 양산시)를 제외한 나머지 14개의 시·군은 응급의료취약지로 분석되었다. 그리고 전국 시·도 가운데 전남(17곳), 경북(16곳), 강원(15곳)에 이어 4번째로 응급의료취약지가 많은 지역으로 분석되었다. 특히 경남의 응급의료취약지는 서부권에 편중되어 있으며, 이들 지역 대부분은 종합병원이 없어 분만, 소아청소년과 등 필수의료 분야의 의료취약지에도 다수 해당된다.

이에 대해 경상남도는 지역응급의료기관 기능 상향에 대한 정책을 제시했다. 당직의료기관을 지역응급의료기관으로 상향시키고, 취약지 지역응급의료기관 운영 지원 강화를 위해 취약도가 높은 시군 지역응급의료기관에 재정적 지원을 하기로 하였다. 또한 야간진료 의료기관이 없는 소재지의 경우 보건소·지소를 야간응급진료센터로 운영, 보건소를 보건의료원으로 격상하는 정책을 마련하였다.

〈경상남도 응급의료기관 현황〉(2018년 기준)

| 구 분 | 기관수 | 비 고 |
|----------|------|------------|
| 권역응급의료센터 | 2개소 | 창원, 양산 |
| 지역응급의료센터 | 7개소 | 창원, 진주, 김해 |
| 지역응급의료기관 | 29개소 | 함안, 거창만 없음 |



경상남도 분야별 의료취약지

(자료출처 : 이연상 외(2018). 서부경남권 보건의료 현황과 주민·전문가 인식에 관한 연구. 경남연구원.)

응급의학전문의 수의 부족도 하나의 문제로 지적되고 있다. 응급의료통계연보를 살펴보면 경남의 응급의학전문의 수는 2014년 43명에서 2018년 54명으로 꾸준히 상승하는 추세를 보이고 있으나, '인구10만 명당 응급의학전문의 수', '응급의료기관 1개 소당 응급의학전문의 수', '응급의학전문의 1인당 연간 내원환자 수'는 여전히 전국 평균과 비교하면 많이 미흡한 수치를 보여주고 있다. 특히 최근 5년간 '인구10만 명당 응급의학전문의 수'가 전국 평균 1.2명 상승하였으나 경남은 0.3명에 그쳤다. 이러한 인력난을 해소하고자 경상남도는 응급의료취약지 14곳의 응급실 기능 강화를 위한 추가 인력 인건비 및 장비비를 지원하는 제도를 마련하였다. 또한 앞서 언급한 야간응급진료센터 운영의 인건비도 추가적으로 지원하기로 하였다.

경상남도 응급의학전문의 수 및 1인당 내원환자 수(전국평균)

(단위: 명)

| 구분 | 응급의학전문의 수 | 인구10만 명당 응급의학전문의 수 | 응급의료기관 1개 소당 응급의학전문의 수 | 응급의학전문의 1인당 연간 내원환자 수 |
|-------|-----------|-----------------------|---------------------------|--------------------------|
| 2014년 | 43 | 1.3(2.4) | 1.4(2.3) | 13,529(9,609) |
| 2015년 | 46 | 1.4(2.7) | 1.5(2.4) | 11,183(8,268) |
| 2016년 | 48 | 1.4(3.0) | 1.5(2.7) | 10,757(7,486) |
| 2017년 | 48 | 1.4(3.3) | 1.9(3.0) | 9,058(6,902) |
| 2018년 | 54 | 1.6(3.6) | 2.0(3.3) | 9,529(6,540) |

(자료출처 : 2014 ~ 2018년 응급의료통계연보, 국립중앙의료원)

또한 3대 중증응급환자의 응급진료 사망률을 살펴보면 중증외상의 경우 전국 평균에 약 2배정도의 수치를 보여주고 있으며, 뇌졸중의 경우 2017년은 약 2배, 2018년은 약 3배에 이르는 사망률은 보여주고 있다. 경남은 이를 개선·보완하기 위해 응급환자 이송체계를 강화하는 방안을 마련하였다. 2021년까지 닥터헬기를 도입하고, 119구급대와 2020년부터 운영을 시작하는 권역외상센터 간 의료지도체계 구축하여 효과적인 치료를 제공할 계획이다. 이에 더해 소방서 원거리 지역 응급환자 이송체계 개선을 통한 특별구급대 처치범위를 확대하여 응급진료 시 발생하는 사망률을 낮추는 정책을 올해부터 본격적으로 시행할 계획이다.

3대 중증응급환자의 응급진료 사망률

(단위: %)

| 구분 | 중증외상 | | 뇌졸중 | | 급성 심근경색 | |
|----|------|------|------|------|---------|------|
| | 2017 | 2018 | 2017 | 2018 | 2017 | 2018 |
| 전국 | 0.77 | 0.79 | 0.45 | 0.49 | 1.97 | 1.82 |
| 서울 | 0.45 | 0.44 | 0.23 | 0.32 | 1.32 | 1.17 |
| 부산 | 1.49 | 1.59 | 0.95 | 0.83 | 1.95 | 1.93 |
| 경남 | 1.24 | 1.30 | 0.88 | 1.34 | 1.44 | 1.64 |

(자료출처 : 2017 ~ 2018 응급의료현황통계, 국립중앙의료원)

응급의료는 도민의 생명과 밀접히 연관된 필수의료 영역으로, 모든 도민이 골든타임 내에 적절한 전문치료를 받을 수 있도록 접근성을 개선하는 정책적 노력을 지속적으로 기울이는 것이 필요할 것이다.

4 섬 가거도 필수중증의료 현황



천혜의 비경 속에 숨겨진 아픈 기억

인간의 간섭을 적게 받아 신비로운 원시림을 보유하여 킥공과 아바타 촬영지로 유명한 섬 카우아이가 하와이에 있다면 우리나라에는 가거도가 있다.

우리 국토 최서남단에 위치한 가거도는 목포에서 쾌속선으로도 4시간 30분이나 소요되는데 풍량이 조금만 높아져도 결항이 되니 접근성으로 보았을 때 최악의 조건에 처한 곳이지만 예로부터 가히 사람이 살 만한 섬이라 해서 가거도라 불리게 되었고, 풍부한 어장을 보유하여 일부 낚시꾼들에게는 유명한 섬이다.

가거도는 지리적, 외교적, 정치적으로 중요하나 섬 지역이라는 지리적 특성으로 행정, 유통, 교육, 문화 등 모든 분야에서 취약하며, 의료에서의 취약성도 예외는 아니다. 가장 문제가 되는 것이 응급의료체계로 약물중독, 사고, 임신과 관련된 문제로 이는 응급 후송을 요하는 대표적인 문제들이다(임정수 외, 2002). 가거도에도 응급후송과 관련된 안타까운 기억이 있는데 일명 가거도 헬기 추락사고이다.

2015년 3월 가거도 보건지소의 급성 충수염 증상을 보이는 7세 소아 환자 발생으로 최대한 빠르게 환자를 이송하기 위해 해경 헬기 출동을 요청하였고, 해경은 기상 악화에도 불구하고 환자 이송을 위해 출동했다가 조종사 등 4명을 태운 채 전남 신안 가거도 인근 해상에서 추락하는 사고가 발생하였다.

이 사고를 계기로 2017년부터 기상 상황에 대처가 더 용이하고 가거도까지 비행이 가능한 중형 헬기로 교체하여 운영하고 있다.

도서지역의 보건의료 문제

육지에서 멀리 떨어진 도서 지역은 적은 인구수로 인해 의료 서비스의 절대적 수요가 부족하고, 지리적 고립성으로 인해 병원 운영비용이 상대적으로 높을 뿐만 아니라, 의료 서비스 인력의 거주 여건도 좋지 않아 민간 의료 시설이 도서 지역에 입지하는 경우가 드물다(조유향 외, 2011). 그러나 필수의료는 누구든, 지역, 시간에 관계없이, 형평성 있게 제공되어야 할 보건의료서비스 영역으로 정의할 수 있으며, 이러한 국민의 생명과 직결된 필수의료의 분야는 수익성과 경영, 의료기관간의 경쟁으로의 접근보다는 국가가 책임져야 한다(이건세, 2018). 특히 응급, 외상, 심뇌혈관 질환등과 관련된 상황은 미리 예측이 어려운 특징이 있고, 지연되었을 경우 생명과 건강에 대한 영향이 크며, 빠르고 적절한 조치가 예후에 큰 영향을 미치기 때문에 적정 시간(golden time) 내 치료를 제공하는 것이 매우 중요하다. 이러한 문제점을 해결하기 위해 전라남도는 가거도, 노화도, 조도, 흥도, 하의도, 암태도에 시설, 인력, 장비를 갖춘 기능 확대형 거점 보건지소를 설치 운영하여 24시간 응급진료 체계를 유지하고 있다.

가거도 기능확대형 보건지소 운영 현황과 대응

가거도는 약국도 없고 보건의료기관이 보건지소밖에 없어 보건지소의 역할이 크다. 가거도 보건지소장에 의하면, 보건지소가 기능 확대형으로 운영되기 때문에 시설, 인력 장비가 잘 갖춰져 있다.(표1. 참조) 그래서 정규 운영시간에는 간단한 혈액검사, X-ray 검사가 가능하고 야간에는 당직의가 있어 응급환자 발생 시 대처가 가능하다.

얼마 전 50~60대 남자 환자의 기흉 진단을 빨리해서 헬기로 이송하여 적절한 치료를 받을 수 있었는데 이것은 X-ray 장비를 갖췄기 때문이었다. 가거도 보건지소장은 가능하다면

〈표 1〉 가거도 보건지소 자원현황 2020.4.1. 기준

| 내용 | | 현황 | | | |
|------------------|--------------|--------------------------------------|-------------|------------|--|
| 인력 구성 (8명) | 의사(4명) | 성형외과 전문의 1명, 일반의 1명, 치과의사 1명, 한의사 1명 | | | |
| | 간호사 | (1 명) | | | |
| | 임상병리사 | (1 명) | | | |
| | 방사선사 | (1 명) | | | |
| | 물리치료사 | (1 명) | | | |
| | 행정인력 | (0 명) | | | |
| 시설 | 1. 접수실 | 4. 안치실 | 7. 임상병리실 | 10. 건강 증진실 | |
| | 2. 진료실 | 5. 방사선실 | 8. 한방 진료실 | 11. 행정실 | |
| | 3. 소독실 | 6. 물리치료실 | 9. 치과 진료실 | | |
| 장비 | 1. 자외선소독기 | 6. 간섭전류치료기 | 11. 치과유니트체어 | | |
| | 2. 고온고압멸균기 | 7. 방사선촬영장치 | 12. 치과용컴프레서 | | |
| | 3. 환자감시장치시스템 | 8. 초음파영상장치(심장) | 13. 치과방사선 | | |
| | 4. 경피신경자극기 | 9. 혈액분석기 | 14. 제세동기 | | |
| | 5. 초음파치료기 | 10. 원심분리기 | 15. 응급카드 | | |

CT 같은 장비까지 갖춰서 뇌출혈 같은 질환을 빨리 확인하고, 대처할 수 있기를 희망하였다.

또한 도서 지역의 경우 주로 어업에 종사하고 있어 조업 중에 사고로 인한 손상이 많기 때문에(표 2. 참조), 응급이나 외상에 대한 다양한 외상환자 진료 경험이 있는 숙련된 전문의의 배치가 의사의 숫자보다 더 중요하다고 강조한다. 그러나 가거도처럼 육지에서 멀리 떨어진 낙도에 이러한 조건을 갖춘 인력의 확보가 매우 어렵기 때문에 현재로서 가장 안정적인 대책은 군 대체 복무라 생각한다고 하였다.

가거도에서 중증외상이나 뇌혈관 질환과 관련된 응급상황 등이 발생하면 응급환자 이송 체계 매뉴얼에 따라 이송을 위한 연락을 하고 필요한 응급처치를 시행하고 이송을 하는데 필요할 때는 목포한국병원과 원격협진이 이루어진다.

응급상황이라는 판단을 의사가 내리면 환자이송에 응급의료 전용헬기(119헬기, 닥터헬기, 해경헬기)를 무료로 이용할 수 있으며 응급환자 이송에 해경함정, 119나르미(개인사선)의 역할도 매우 크다.

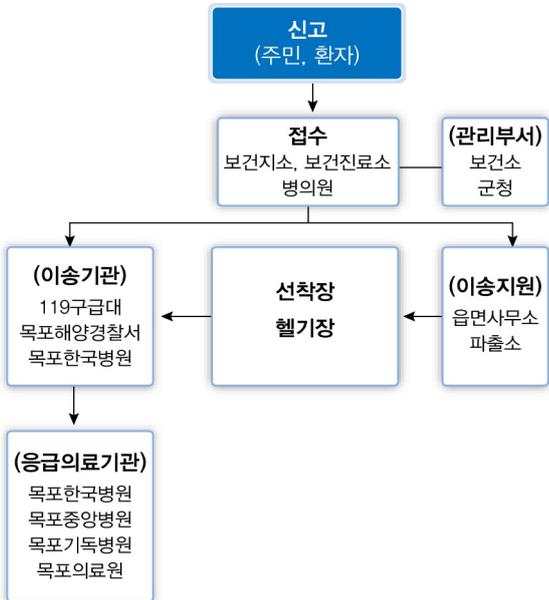
〈표 2〉 최근 5년 가거도 필수중증의료 발생 및 처치 현황

| 연도 | 응급 외상 | | 외상 및 심뇌질환 제외 응급 | | 심근경색, 뇌경색, 뇌출혈 | | 야간이송 (건) | | | |
|------|-------|------------------------------------|-----------------|------------------------|----------------|--------------------------|----------|----|-----|---------|
| | 건수 | 내용 | 건수 | 내용 | 건수 | 내용 | 계 | 헬기 | 경비정 | 기타 (사선) |
| 2015 | 8건 | 근육/인대파열, 뱀에 물림, 손목자해, 열상, 골절, 출혈 등 | 5건 | 복통, 객혈, 코피(지혈안됨) | 6건 | 흉통, 의식저하 등 | 7 | 1 | 6 | 0 |
| 2016 | 3건 | 열상, 염좌, 관통상 | 3건 | 복통 등 | 6건 | 흉통, 혼수상태, 호흡 곤란 등 | 6 | 1 | 5 | 0 |
| 2017 | 6건 | 발가락 출혈, 근육 열상, 개방골절 등 | 7건 | 익사, 고열, 복통, 구토 등 | 6건 | 의식소실, 좌반신 마비 등 | 4 | 0 | 3 | 1 |
| 2018 | 5건 | 출혈, 열상, 손가락 절단 등 | 5건 | 복통, 혈변 등 | 4건 | 시아결손, 균형장애, 간질발작, 안면마비 등 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 2019 | 6건 | 손가락절단, 골절 등 | 4건 | 복통, 체온 저하, 알러지반응, 고열 등 | 4건 | 흉통 등 | 1 | 1 | 0 | 0 |

남은 과제

전라남도는 육지에서 떨어진 도서 지역의 필수중증의료를 비롯한 도서주민의 보건의료 충족수준을 개선시키고, 격차 해소를 위해 노력하고 있다. 기능 확대형 보건지소 운영, 원격 협진, 응급 구조 헬기 운영 등이 그것이다. 이러한 사업들은 계속된 지역 주민들의 요구도 파악 및 주기적인 사업 운영 실태 파악을 통해 확대, 보완되어야 할 것이다. 또한 비치된 의료장비의 이용 현황, 원격협진시스템, 응급헬기 이·착륙점의 관리실태 등을 통하여 주민의 건강권 보장과 수요자 중심의 공공보건의료 체계를 강화시켜 나가야 할 것이다.

-가거도 응급환자 이송 체계도-



관계자 인터뷰

-가거도 보건지소장 -

→ “가거도처럼 기능 확대형 보건지소가 아직은 전국에 보편적으로 있지 않은 것으로 알고 있어요. 섬지역 같은 곳은 응급 환자가 생겼을 때 대처하기 어려운 면이 있는데 가거도 보건지소 정도의 인력, 시설, 장비 정도로 갖춰져 있다면 그동안 커버하지 못했던 일들을 할 수 있어 주민들에게 매우 유용 하리라 생각합니다.”

-가거도 보건지소 간호사-

→ “첫 발령지이고, 병원이 없는 특수한 지역이라 업무에 투입 되었을 때 걱정을 했었는데 보건지소의 자원이 잘 구성되어 있어서 괜찮았습니다. 환자 처치가 어느 정도는 가능하기 때문에 기능 확대형으로 운영되기 전보다 불필요한 환자 이송이 줄었다고 합니다. 구토와 심한 어지럼증을 호소해 헬기로 긴급 이송되었던 할머니가 치료 후 찾아와 고마움을 표현했을 때 의료인으로서 보람을 느꼈습니다.”

-가거도 청년회장-

→ “가거도는 신안군에서 가장 높은 산을 보유하고 있고, 청정 바다를 보유한 아름다운 섬입니다. 여기에 사는 우리도 대한민국의 국민입니다. 우리가 원하는 것은 도시사람들이 받는 만큼의 복지혜택을 달라는 것이 아닙니다. 다만, 사람 목숨이 위태로울 때 주야 구분 없이 대형 헬기가 와서 적절한 조치를 받을 수 있는 것입니다.”



5

서귀포 지역 내 응급·중증질환 의료서비스 질 향상을 위한 과제

- <서귀포의료원의 제주대학교병원 위탁운영 타당성 평가 연구>를 중심으로 -



서귀포시에서 커져온 응급·중증질환 의료서비스 요구
 제주도에서 필수의료서비스(응급·중증)를 제공하는 응급 의료기관은 타 시도에 비해 그 수가 적다. 게다가 필수의료 서비스(응급·중증)기관은 대개 제주시에 집중적으로 분포되어 있다. 이와 같은 의료자원 격차는 필수의료서비스(응급·중증)에 접근할 수 있는 정도에 영향을 미친다. 제주시의 경우, 권역 응급의료센터에 60분 이내에 의료접근이 불가능한 인구 비율이 3%를 넘지 않지만, 서귀포시의 경우 61.3%에 달한다. 지역 응급의료센터에 30분 이내에 도착하지 못하는 인구비율 또한 서귀포시가 제주시보다 월등히 높다(서귀포시 36.8% vs 제주시 13.7%). 상황이 이렇다 보니, 서귀포시에서는 응급·중증질환 환자를 위한 의료서비스가 확충되어야 한다는 요구가 계속해서 제기되었다.

어려워, 서귀포의료원 또한 의료진이 자주 바뀌거나 잦은 공백이 생기면서 의료서비스 제공에 공백으로 이어지는 일이 있었다. 필수의료서비스를 제공하는 응급실에서 의사인력 공백이 발생하면 응급환자를 전원하거나 후송하는 사례가 증가하게 된다. 서귀포시 지역주민이 제기해온 서귀포의료원 위탁운영 요구는 결국 응급·중증환자의 문제를 해결해달라는 요구로, 서귀포 지역주민이 언제든지 응급의료나 중증질환을 치료받을 수 있도록 필수의료서비스를 확충해달라는 요구이기도 했다.

〈표 1〉 제주특별자치도·진료권별 응급의료기관 현황 (2019년)

(단위 : 개소)

| 구분 | 합계 | 권역응급의 료센터 | 지역응급의 료센터 | 지역응급의 료기관 |
|-------------|-----|--------------|--------------|--------------|
| 전국 | 400 | 35 | 126 | 239 |
| 서울 | 54 | 5 | 30 | 19 |
| 부산 | 40 | 2 | 9 | 29 |
| 대구 | 21 | 1 | 5 | 15 |
| 인천 | 27 | 3 | 10 | 14 |
| 제주특별 자치도 | 6 | 1 | 4 | 1 |
| 제주시 | 5 | 1 | 3 | 1 |
| 서귀포시 | 1 | - | 1 | - |

자료출처: 제주특별자치도, 지역응급의료시행계획 2019, 중앙응급의료센터, 응급의료기관현황 2019

서귀포의료원은 서귀포지역의 유일한 공공의료기관이며 종합병원이지만, 지역주민들은 서귀포의료원에 대한 기대와 불만도 있다. 다른 지방의료원과 마찬가지로, 의료인력 수급이

서귀포시민의 기대에 따라 응급·중증질환 의료 공백 없도록 협력 필요

응급·중증질환을 위한 의료서비스는 필수적 의료서비스로 공공의 책임이 중요하다. 특히 일반 외래서비스에 비하여 질과 양의 측면에서 고강도의 의료서비스가 필요하다. 이 때문에, 그만큼의 서비스를 제공할 수 있는 인프라를 확보하고 응급·중증질환 환자에게 제공되는 서비스의 신속하고 정확한 질적 수준을 상시적으로 유지해야 한다. 서귀포시 시민소통 정책자문단 소속 자문위원, 서귀포시 지역사회 단체 및 기관을 통해 심층인터뷰를 진행한 결과, 서귀포지역의 응급·중증질환 의료서비스 문제는 무엇보다 서비스가 제 때 제공되지 못한다는 점을 알 수 있었다. 인터뷰 참여자 중 다수가 의료서비스가 당장 필요한 시기에 적절하게 제공하지 못하고 환자들이 대개 다른 병원으로 이송될 수밖에 없는 ‘서비스 공백’ 상태를 문제점으로 지적했다.

“서귀포하고 제주시 거리가 최소 한시간 정도 걸리는데 골든타임을 놓치는 문제는 가장 큰 문제예요. 응급환자들, 뇌혈관계통 환자들은 촌각을 다투는데 (서귀포의료원에) 응급처치할 사람이 없다는 겁니다. 의사도. 그 상태로 J 병원으로 가다가 죽는 사례도 있고. (중략) 의료진의 어떤 수준, 질적 서비스 부족문제 이런건 다 차치하고라도

“(필요한 건) 응급의료센터, 응급실이죠, 전혀 기능을 못하고 있다고.” (연구참여자 L)

이와 같은 문제점을 개선하기 위한 방안도 논의되었다. 심층인터뷰에 함께 한 이들은 지역거점병원의 역할로서 응급 서비스를 강화하고, 협력적 응급시스템 구축을 통해 응급의료 서비스를 효율적으로 제공하는 것이 가능해져야 한다고 지적했다.

“응급센터를 키워야 돼요. 응급센터. 일단 응급실에 있는 의사들을 많이 채워 가지고 가장 가까운 데서 응급조치 해 가지고 그 다음에 서울로 가든 OO병원으로 가든 하는데. (중략) 서귀포 사람들이 가장 필요한 안덕면이나 대정이나 그런 데 필요한 건 응급처치를 할 수 있는 그런게 필요하지. (중략) 지금은 응급의료원이 필요한 거예요. 그래서 거점병원 아니에요. 거점이” (연구참여자 A)

서귀포 지역의 응급·중증질환 의료서비스 질을 높이려면

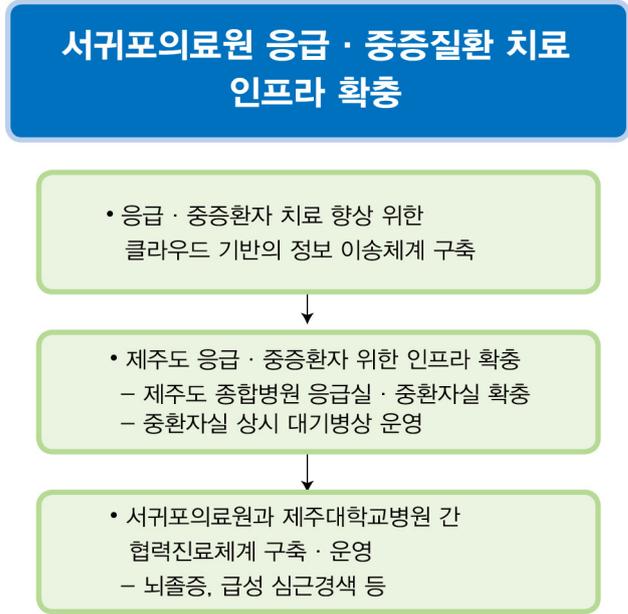
서귀포시민이 기대하는 수준으로 서귀포지역의 응급·중증질환 환자 문제를 해결하기 위해서는 여러 가지 개선방안이 논의되어야 한다. 무엇보다 서귀포의료원과 제주대학교병원 간의 신속한 협력과 대응이 전제되어야 한다. 이를 위해서는 의뢰하는 응급·중증질환 환자에 대해 신속하고 정확한 치료가 제공될 수 있는 협력체계가 개편될 필요가 있다. 기술적으로는 서귀포의료원과 제주대학교병원(다른 제주시 소재 병원도 포함 가능)간 응급·중증질환 환자를 대상으로 진료정보 공유시스템을 운영하면서 신속한 대응이 이루어지는 기반을 만들 수 있겠다.

둘째, 서귀포의료원에서 제주대학교병원에 의뢰하는 응급·중증질환 환자를 치료하기 위해서는 제주대학교병원 내의 실질적인 인프라 확충이 필요하다. 일례로, 서귀포 지역에서 의뢰되는 환자가 대기할 수 있는 응급환자용 병상을 확보하고 가동시킬 필요가 있다. 이를 위해 제주특별자치도가 제주대학교 병원 등 제주시 소재 (종합)병원에 운영비 지원을 고려하여 시행할 필요가 있다.

“응급환자가 발생했을 때 사망률이 확 줄고 거의 적다 그러면 적자운영이면 어때요. 사람을 살리는데 목숨 값이 어떻게 계산할 수가 있겠어요. (중략) 적자도 바람직한 적자가 되었으면 좋겠어요.” (연구참여자 G)

“도에서나 의회에서는 적자병원, 적자병원 이렇게 할 게 아니고. 당연히 적자 봅니다. 우리 목숨이 걸린 건데. (중략) 우선 적자를 보더라도 병상수를 늘려서 자연스럽게 의사

수를 늘리면 의료서비스를 넓혀줘야 되는데 가장 큰 (해결해야 할) 문제점이라고 생각합니다.” (연구참여자 B)



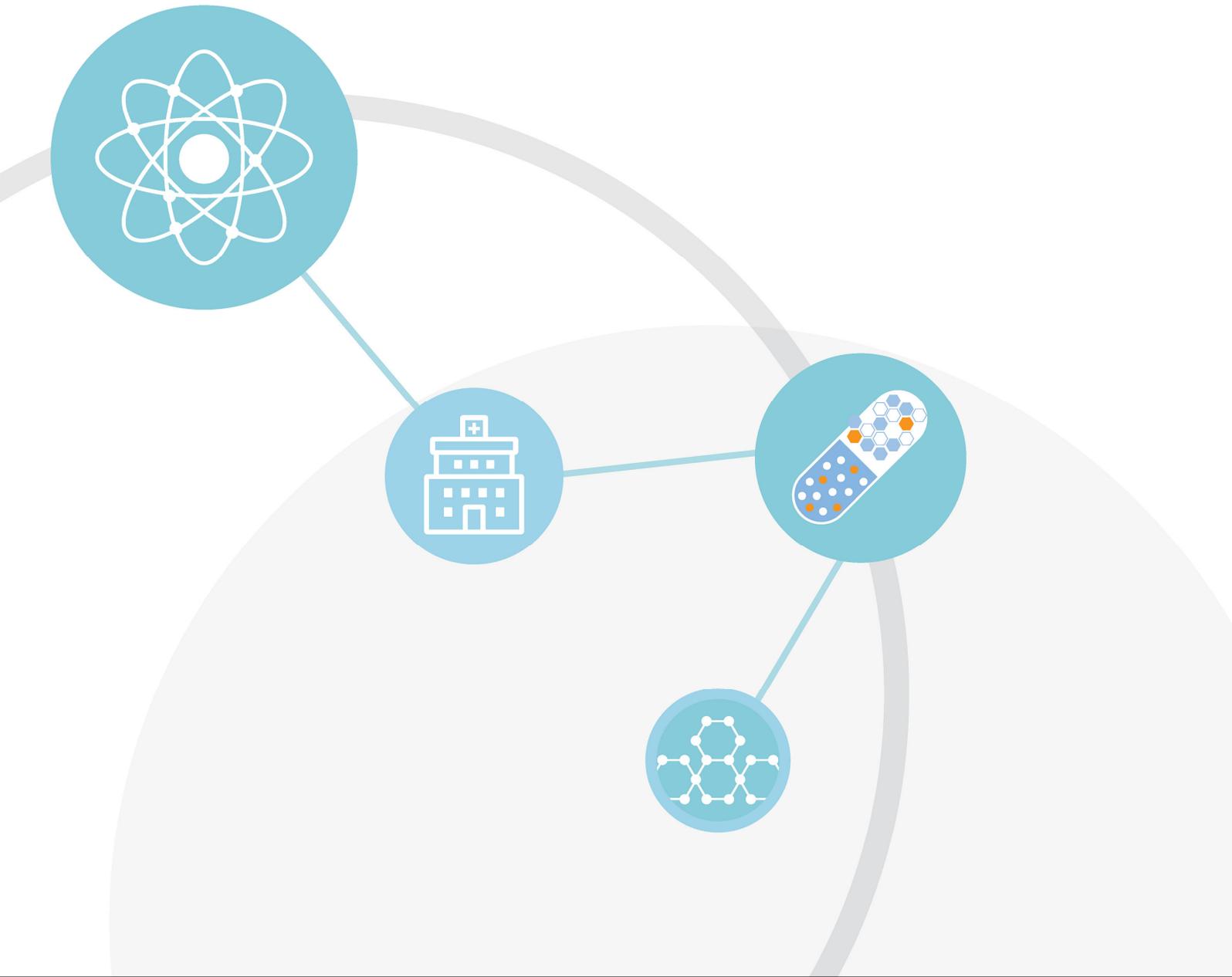
[그림 1] 서귀포시민 요구와 기대를 충족하기 위한 서귀포의료원 응급·중증질환 치료인프라 확충방안

참고문헌

• 박형근 외, (2019). 서귀포의료원의 제주대학교병원 위탁운영 타당성 평가 연구. 제주특별자치도 공공보건의료지원단

3.

공공의료 동향분석



「공공의료 동향분석」 필수의료서비스 현황 분석

■ 생명과 직결되지만 수익성이 낮은 **필수의료*** 공급부족으로 거주 지역에 따라 의료접근성, 사망률 등 건강수준의 격차 존재. 국민 누구나 어디에 살든지 **차별 없이 필수의료 서비스를 이용하기 위해서는 의료 공공성과 공공의료 강화 필요**

* ① 응급·외상·심뇌혈관 등 중증의료 ② 산모·신생아·어린이 의료 ③ 재활 ④ 지역사회 건강관리(만성질환, 정신, 장애인) ⑤ 감염 및 환자안전 등

- 정부는 「**의료 공공성 강화**」를 국정과제로 확정('17.7.)하고, 전국민 필수의료 보장과 필수의료 서비스의 지역 균형발전 추진을 위해 「**공공보건의료 발전 종합대책('18.10)**」과 「**지역의료 강화대책('19.11)**」 마련

| | 「공공보건의료 발전 종합대책」 | 「지역의료 강화대책」 |
|-------|--|--|
| 비전 | 필수의료의 지역 격차 없는 포용국가 실현 | 어디서나 안심하고 이용하는 필수의료서비스 |
| 핵심 목표 | <ul style="list-style-type: none"> • 필수중증의료 국가 책임 강화 • 산모·어린이·장애인 의료서비스 확대 • 지역공동체 기반의 건강관리 체계 강화 | <ul style="list-style-type: none"> • 필수의료분야 건강 격차 완화 |
| 추진 과제 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 지역격차 해소를 위한 공공보건의료 책임성 강화 <ul style="list-style-type: none"> ☐ 공공보건의료 강화를 위한 책임의료기관 지정 ☑ 권역-지역-기초 간 공공보건의료 협력체계 구축 ☑ 지역공동체 기반 지속적·예방적 건강관리 확대 2. 필수의료 전 국민 보장 강화 <ul style="list-style-type: none"> ☐ 응급·외상·심뇌혈관 등 필수중증의료 강화 ☑ 산모·어린이·장애인·재활환자 의료서비스 확대 ☑ 감염병, 공중보건위기 대응 등 안전체계 구축 3. 공공보건의료 인력양성 및 역량 제고 <ul style="list-style-type: none"> ☐ 공공의료 핵심인력 양성을 위한 국립공공의대 설립 ☑ 필수 공공보건의료 인력 양성 및 관리 ☑ 공공보건의료기관 역량 제고 4. 공공보건의료 거버넌스 구축 <ul style="list-style-type: none"> ☐ 지방정부 역할 및 책임 확대 ☑ 중앙정부 내 수평적 거버넌스 구축 ☑ 중앙정부의 조정 및 지원기능 강화 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 지역의료 자원 육성 <ul style="list-style-type: none"> ☐ 지역의료 서비스 질 제고 ☑ 지역의료 자원 확충 ☑ 지역의료 인력 양성·확충 ☑ 필수의료 건강보험 지원 강화 2. 지역의료 협력 활성화 <ul style="list-style-type: none"> ☐ 지역의료 책임성 제고 ☑ 지역 내 공공·민간 협력 활성화 ☑ 시·도 정책역량 및 거버넌스 강화 |

■ 공공의료 동향분석에서는 필수의료 분야별 현황분석을 토대로, 의료 공공성 강화를 위한 중앙·지방정부 차원의 정책효과와 방향을 검토 및 점검해 볼 수 있는 기초자료를 제공하고자 함

- 지역 내 필수의료 자원과 건강수준 문제 파악을 위한 지역별 분석은 **시도 공공보건의료지원단***에서 수행하며, 이를 토대로 지역의 특성을 고려한 지역의료 강화대책 수행 및 평가를 위한 기초자료를 제공하고자 함

* '20년 「공공의료 INSIGHT」에는 8개시도(서울, 부산, 인천, 경기, 강원, 전남, 경남, 제주) 공공보건의료지원단에서 참여

- 필수의료 각 분야를 분기별 주제로 하여, 의료수요, 의료자원, 의료이용, 건강결과의 권역(시도)·지역(중진료권)별* 지역격차를 중심으로 현황분석을 수행하고, 정책적 시사점 도출

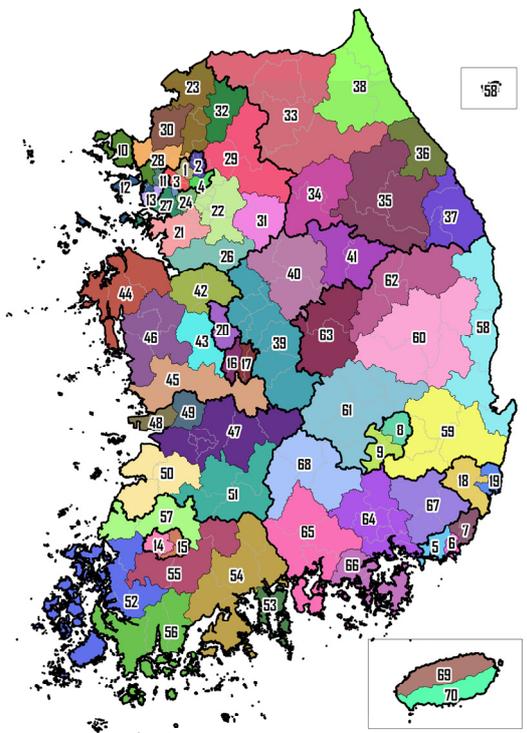
* 시도경계를 기준으로 17개 권역으로 구분, 권역경계와 인구수·이동시간·의료이용률·시도 공급계획을 기준으로 시군구를 70개 지역으로 구분하여 '중진료권' 도출. 필수의료분야는 시·군·구 단위를 넘어서는 포괄적인 정책관리가 필요하여, '중진료권' 단위의 정책관리 필요.

「공공의료 INSIGHT」 분기별 주제

| 1분기 (봄호) | 2분기 (여름호) | 3분기 (가을호) | 4분기 (겨울호) |
|--------------------------|----------------------|----------------|-----------|
| 필수중증의료 (응급·외상·심뇌혈관 등) | 산모(모성·분만), 어린이 의료 | 장애인, 재활, 감염 | 정신, 치매 |

권역·지역 진료권 구분

| 대진료권 (권역) | 중진료권 (지역) | 시군구 | 대진료권 (권역) | 중진료권 (지역) | 시군구 |
|-----------|-----------|-------------------------------------|------------------------|------------------------------------|----------------------------|
| 서울 (4) | 1 서울서북 | 종로구 중구 용산구 서대문구 마포구 은평구 | 전남 (6) | 52 목포권 | 목포시 영암군 무안군 신안군 진도군 함평군 |
| | 2 서울동북 | 동대문구 중랑구 성동구 광진구 도봉구 노원구 강북구 성북구 | | 53 여수권 | 여수시 |
| | 3 서울서남 | 양천구 구로구 강서구 금천구 영등포구 | | 54 순천권 | 순천시 광양시 구례군 고흥군 보성군 |
| | 4 서울동남 | 서초구 강남구 강동구 송파구 관악구 동작구 | | 55 나주권 | 나주시 화순군 곡성군 |
| 부산 (3) | 5 부산서부 | 강서구 사하구 사상구 북구 | | 56 해남권 | 해남군 장흥군 강진군 완도군 |
| | 6 부산중부 | 서구 중구 동구 영도구 남구 부산진구 연제구 동래구 | | 57 영광권 | 영광군 담양군 장성군 |
| 대구 (2) | 7 부산동부 | 금정구 기장군 수영구 해운대구 | 58 포항권 | 포항시 영덕군 울진군 울릉군 | |
| | 8 대구동북 | 동구 북구 중구 수성구 | 59 경주권 | 경주시 경산시 청도군 영천시 | |
| 대구 (2) | 9 대구서남 | 남구 달서구 달성군 서구 | 60 안동권 | 안동시 의성군 청송군 영양군 구미시 칠곡군 군위군 김천시 | |
| | 인천 (4) | 10 인천서북 | 서구 강화군 | 61 구미권 | 성주군 고령군 |
| 11 인천동북 | | 부평구 계양구 | 62 영주권 | 영주시 예천군 봉화군 | |
| 광주 (2) | 12 인천중부 | 중구 남구 동구 옹진군 | 63 상주권 | 상주시 문경시 | |
| | 13 인천남부 | 연수구 남동구 | 64 창원권 | 창원시 의령군 함안군 창녕군 진주시 산청군 하동군 사천시 | |
| 대전 (2) | 14 광주중서 | 광산구 서구 | 65 진주권 | 남해군 | |
| | 15 광주동남 | 북구 동구 남구 | 66 통영권 | 통영시 고성군 거제시 | |
| 대전 (2) | 16 대전서부 | 유성구 서구 | 67 김해권 | 김해시 밀양시 양산시 | |
| | 17 대전동부 | 대덕구 동구 중구 | 68 거창권 | 거창군 합천군 함양군 | |
| 울산 (2) | 18 울산서남 | 울주군 중구 | 제주 (2) | 69 제주시 제주시 | |
| | 19 울산동북 | 남구 북구 동구 | 70 서귀포시 서귀포시 | | |
| 세종(1) | 20 세종 | 세종 | | | |
| | 21 수원권 | 수원시 화성시 오산시 | | | |
| 경기 (12) | 22 성남권 | 성남시 광주시 용인시 하남시 | | | |
| | 23 의정부권 | 의정부시 동두천시 양주시 연천군 | | | |
| | 24 안양권 | 안양시 과천시 의왕시 군포시 | | | |
| | 25 부천권 | 부천시 광명시 | | | |
| | 26 평택권 | 평택시 안성시 | | | |
| | 27 안산권 | 안산시 시흥시 | | | |
| | 28 고양권 | 고양시 김포시 | | | |
| | 29 남양주권 | 남양주시 구리시 양평군 가평군 | | | |
| | 30 파주시 | 파주시 | | | |
| | 31 이천권 | 이천시 여주시 | | | |
| | 32 포천시 | 포천시 | | | |
| | 강원 (6) | 33 춘천권 | 춘천시 홍천군 화천군 양구군 철원군 | | |
| 34 원주권 | | 원주시 횡성군 | | | |
| 35 영월권 | | 영월군 정선군 평창군 | | | |
| 36 강릉권 | | 강릉시 | | | |
| 37 동해권 | | 동해시 태백시 삼척시 | | | |
| 38 속초권 | | 속초시 고성군 양양군 인제군 | | | |
| 충북 (3) | 39 청주권 | 청주시 증평군 진천군 옥천군 영동군 보은군 | | | |
| | 40 충주권 | 충주시 괴산군 음성군 | | | |
| | 41 제천권 | 제천시 단양군 | | | |
| 충남 (5) | 42 천안권 | 천안시 아산시 | | | |
| | 43 공주권 | 공주시 계룡시 | | | |
| | 44 서산권 | 서산시 태안군 당진시 | | | |
| | 45 논산권 | 논산시 부여군 금산군 서천군 | | | |
| | 46 홍성권 | 홍성군 청양군 예산군 보령시 | | | |
| 전북 (5) | 47 전주권 | 전주시 김제시 완주군 진안군 무주군 | | | |
| | 48 군산시 | 군산시 | | | |
| | 49 익산시 | 익산시 | | | |
| | 50 정읍권 | 정읍시 고창군 부안군 | | | |
| | 51 남원권 | 남원시 순창군 임실군 장수군 | | | |



출처: 민고 이용할 수 있는 「지역의료 강화대책(2019.11.)」

「2020년 봄호」 필수중증의료(응급·외상·심뇌 등) 현황분석

■ 「공공의료 INSIGHT」 2020년 봄호 공공의료 동향분석 II 필수중증의료 현황분석

- 필수중증의료는 응급·외상·심뇌 등 3대 중증응급질환에 대한 의료서비스로, 효과적인 초기 응급조치와 신속한 전문진료 연계가 환자의 생존에 중요한 영향을 미친다. 하지만 지역에 따라 응급의료 및 전문진료 자원의 양과 질의 차이가 크며, 이는 의료이용의 차이, 장기적으로는 건강결과의 지역간 격차를 초래한다.
- 동향분석에서는 중증응급질환과 관련된 응급의료 및 전문진료 자원의 지역분포와 의료이용의 지역간 차이를 살펴보고, 의료자원 분포에 영향을 미치는, 또는 고려되어야 할 의료필요와 건강결과의 지역격차도 함께 살펴보았다.
- 의료필요와 의료자원, 의료이용, 건강결과의 지역현황을 권역(시도) 단위, 중진료권 단위로 분석하여 필수중증의료와 관련된 지역의 문제를 파악하고, 해당 권역 내에서 필수중증의료에 책임 있게 제공되기 위해 필요한 정책적 시사점들을 도출하는데 도움을 주고자 하였다.

■ 「공공의료 INSIGHT」 2020년 봄호 공공의료 동향분석 II 분석지표

- 의료필요, 의료자원, 의료이용, 건강결과 각 단계에서 필수중증의료 현황을 잘 보여줄 수 있는 분석지표를 선행연구와 전문가 자문을 통해 선정하였고, 질환 특성을 고려하기 위해 응급·외상, 심·뇌혈관 등 2개 Part로 나누어 구성하였다.
- 의료이용 지표의 경우, 중증응급질환의 특성을 고려하여 응급실 단계의 의료이용 현황을 살펴볼 수 있는 지표를 주로 구성하였고, 국가응급의료진료정보망(NEDIS) 전송자료를 토대로 중앙응급의료센터에서 발간하고 있는 「중증응급질환 응급실 내원 현황보고서」 지표 중 일부를 사용하였다. 입원 단계의 의료이용 현황은, 지역 내에서 양질의 의료이용이 이루어지고 있는지 가능해볼 수 있는 지표인 관내 의료이용률(RI, Relevance Index)과 기준시간내 의료이용률(TRI, Timely Relevance Index)을 통해 살펴보았다.
- 의료자원 지표의 경우, 의료기관 종별 기능을 고려하여, 권역(시도)수준의 의료자원과 중진료권수준의 의료자원을 구분하여 기관과 인력 차원에서 살펴보았다. 의료 기관과 인력의 진료역량은 의료서비스 제공량과 무관하지 않으므로, 해당지역의 인구수를 고려하여 지표를 설정하였다.
- 필수중증의료 현황을 살펴보기 위한 분석지표는 9개 자료원[표1]을 활용하여 총 27개[표2]를 산출하였다. 「중증응급질환 응급실 내원 현황보고서」를 토대로 하는 지표들은 중진료권 단위의 지표값을 산출하기 위해 환자 주소지 기준으로 재산출된 값을 중앙응급의료센터에서 제공받아 사용하였으며, 나머지 지표들은 각 자료원에서 지표정의에 따른 정보를 추출하여 직접 산출하였다.

[표1] 필수중증의료 현황 분석지표 주용 내용 및 자료원

| 단계 | 지표 주요내용 | 자료원 | |
|----------|--------------------------------|--|--|
| 의료 필요 | 노인인구 비율 | ① 「주민등록인구(성/행정구역(시군구)/연령5세별)」, 통계청 KOSIS | |
| | 응급실 이용현황(응급실 내원건수, 중증환자 구성비 등) | ② 「2018 중증응급질환 응급실 내원 현황 보고서」, 중앙응급의료센터 | |
| 의료 자원 | 응급·외상 | 권역외상센터, 권역응급의료센터, 지역응급의료센터, 지역응급의료기관, 응급의료기관 이외 응급실운영기관 수 | ③ 「2018 응급의료통계연보」, 중앙응급의료센터 |
| | | 응급의학과 전문의 및 응급실 전담간호사 수 | ④ 응급의료기관 평가자료(평가기간: '18.9~'19.6), 중앙응급의료센터 |
| | 심·뇌 혈관 | 권역심뇌혈관질환센터 수 | ⑤ 질병관리본부 |
| | | 심혈관질환 인증 의료기관 수, 심혈관질환 전문의 수 뇌혈관질환 인증 의료기관 수, 뇌혈관질환 전문의 수 | ⑥ 대한심혈관중재학회 ⑦ 대한뇌졸중학회 |
| 의료 이용 | 응급실 의료이용 현황 | ⑧ 「2018 중증응급질환 응급실 내원 현황 보고서」, 중앙응급의료센터 | |
| | 입원 의료이용 현황 | ⑨ 「맞춤형연구DB」, 국민건강보험공단 | |
| 건강 결과 | 응급실 원내사망률 | ⑩ 「2018 중증응급질환 응급실 내원 현황 보고서」, 중앙응급의료센터 | |
| | 연령표준화 사망률 | ⑪ 「사망원인통계」, 통계청 MDIS | |

[표2] 필수중증의료 현황 분석지표 목록

| 〈분석지표 목록 내용 예시〉 | | 지표가 속한 Part | 산출 단위 | 자료원 |
|-----------------|----------|---|-----------------------|--|
| 3 | • 지표명 | (응급실 중증환자 구성비율(%)) | 응급·외상 심·뇌혈관 권역 중진료권 ② | 2 |
| | • 지표내용설명 | (응급실 전체 내원건수 대비 중증응급환자 내원 건수 비율(%)) | | |
| 의료 필요 | 1 | 65세이상 노인인구 비율(%) 전체인구 중 65세이상 인구의 비율(%) | 심·뇌혈관 권역 중진료권 ① | *중증응급환자 NEDIS에 전송된 퇴실 또는 퇴원 진단정보에 28개 중증응급질환에 해당하는 코드가 하나 이상 포함된 경우 ① 중증응급·중증응급질환전체 ② 중증외상·ICISS_2015(0.9) ③ 심혈관질환: I210-I219 ④ 뇌혈관질환: I60-I64 |
| | 2 | 응급실 이용자수(천명당) 인구천명 당 응급실 전체 내원건수 | 응급·외상 권역 중진료권 ② | |
| | 3 | 응급실 중증환자 구성비율(%) 응급실 전체 내원건수 대비 중증응급환자* 내원 건수 비율(%) | 응급·외상 심·뇌혈관 권역 중진료권 ② | |
| 의료 자원 (기관) | 4 | 권역응급의료센터 수(인구100만명당) 「응급의료에 관한 법률」에 따라 지정된 권역응급의료센터 수(인구100만명당) | 응급·외상 권역 ③ | *입원환자 ① 중증응급: 의료이용명세서에 응급의료관리료가 산정되고, 주·부상병에 28개 중증응급질환에 해당하는 코드가 포함된 경우(단, 중증외상의 경우, 상병코드로 구분할 수 없어 제외) ② 응급: 의료이용명세서에 응급의료관리료가 산정된 경우 ③ 응급심뇌: 의료이용명세서에 응급의료관리료가 산정되고, 주·부상병에 심근경색(I21), 뇌졸중(I60-I64) 상병코드가 포함된 경우 ④ 심뇌: 의료이용명세서 주·부상병에 심근경색(I21), 뇌졸중(I60-I64) 상병코드가 포함된 경우 |
| | 5 | 지역응급의료센터·기관 수(인구10만명당) 「응급의료에 관한 법률」에 따라 지정된 지역응급의료센터 및 지역응급의료기관 수(인구10만명당) | 응급·외상 권역 중진료권 ③ | |
| | 6 | 응급의료기관 이외 응급실운영기관 수(인구10만명당) 「응급의료에 관한 법률」에 따라 신고한 응급실 운영기관 또는 야간 응급실을 운영하는 종합병원 수(인구10만명당) | 응급·외상 중진료권 ③ | |
| | 7 | 권역심뇌혈관센터 수(개소) 「심뇌혈관질환의 예방 및 관리에 관한 법률」에 따라 지정된 권역심뇌혈관질환센터 수 | 심·뇌혈관 권역 ⑤ | |
| | 8 | 심혈관질환 인증의료기관 수(인구100만명당) 심장 및 혈관 질환의 중재기술 영역에서 양질의 수준 높은 전문적 의료를 수행할 수 있다고 대한심혈관중재학회가 인증하는 의료기관 수(인구100만명당) | 심·뇌혈관 권역 중진료권 ⑥ | |
| | 9 | 뇌혈관질환 인증의료기관 수(인구100만명당) 뇌졸중 치료의 안정성과 의료의 질관리 제고를 위한 대한뇌졸중학회의 심사기준을 통과한 의료기관 | 심·뇌혈관 권역 중진료권 ⑦ | |
| | 10 | 권역응급의료센터 응급의학과전문의 수(인구10만명당) 권역응급의료센터의 평균 응급의학과전문의 수(인구10만명당) | 응급·외상 권역 ④ | |
| | 11 | 지역응급의료기관·센터 응급실전담간호사 수(인구10만명당) 지역응급의료센터의 평균 응급실전담간호사 수(인구10만명당) | 응급·외상 권역 ④ | |
| | 12 | 지역응급의료기관·센터 응급의학과전문의 수(인구10만명당) 지역응급의료기관 또는 지역응급의료센터의 평균 응급의학과전문의 수(인구10만명당) | 응급·외상 권역 중진료권 ④ | |
| 의료 자원 (인력) | 13 | 지역응급의료기관·센터 응급실전담간호사 수(인구10만명당) 지역응급의료기관 또는 지역응급의료센터의 평균 응급실전담간호사 수(인구10만명당) | 응급·외상 권역 중진료권 ④ | *중증응급질환 상병코드 1. 심근경색증 I210-I219 2. 뇌경색증 I6300-I64 3. 뇌실질출혈 I610-I629 4. 거미막하출혈 I600-I609 5. 중증외상 ICISS_2015* < 0.90 *2011년부터 20104년까지의 NEDIS 전송자료를 이용하여 2015년 SRR산출, 퇴원 또는 퇴실 진단코드에서 SRR이 가장 낮은 순으로 3개를 골라 ICISS가 0.9미만인 외상환자를 의미 6. 대동맥박리 I7101-I7109, I7110-I7119, I713, I715, I718 7. 담낭관질환 K8000-K8011, K8030-K8041, K8051, K819, K830, K831 8. 외과계질환(장출혈/폐색/탈도) K352-K353, K631, K650-K659, K661 9. 위장관출혈/이물질 I8500-I8501, I864, I983, K920-K922, K226, K2500, K2540, K2501, K2521, K2541, K2561, K260, K262, K264, K266, T181 10. 기관지출혈/이물질 R042, R048, R049, T1740-T1799 11. 중독(CO 포함) T360-T659 12. 주산기질환 O000-O009, O140-O159, O4200, O4201, O4209, O4210, O4211, O4219, O4220, O4221, O4229, O4290, O4291, O4299, O450-O459, O6000-O6039, O800-O809, O820-O829, O720-O723, O622 13. 조산아/저체중아 P0700-P0739, P220-P229, P240-P249, P360-P369, P520-P529, P590-P599 14. 중증화상 T3130-T3199, T2030-T2039, T2070-T2079, T213, T217 15. 간질지속상태 G410-G419 16. 뇌수막염 A830-A879, G000-G07 17. 패혈증 A021, A227, A241, A267, A400-A409, A410-A414, A419, A427, B007, B377 18. 영노성호수 E1000-E1018, E1100-E1118, E1300-E1318, E1400-E1418 19. 폐색전/DVT I260, I269, I802 20. 부정맥 I441, I442, I450-I459, I472, I480-I489, I490, I495, I498, I499 21. ARDS/폐부종 J80, J81, J850-J869, J9600-J9699 22. DIC D65 23. 정중첩/폐색 K561-K563, K565-K566 24. 사지절단 S480-S489, S580-S589, S6800-S689, S780-S789, S880-S889, S980-S984, T050-T059, T060-T068, T116, T136 25. 금성신부전 N170-N179 26. 인과적 응급 H3300-H3309, H3310-H332, H3330-H334, H3350-H3358, H340-H349, H400, H4010-H4019, H4020-H403, H404, H405, H406, H4080-H409, H420, H428 27. 소생술후 상태 I460-I469 28. 비노기과 응급 N44, N4500-N4502, N4590-N4592 |
| | 14 | 심혈관질환 전문의 수(인구10만명당) 대한심혈관중재학회에서 인증하는 심혈관질환 중재기술 인증의 수(인구10만명당) | 심·뇌혈관 권역 중진료권 ⑥ | |
| | 15 | 뇌혈관질환 전문의 수(인구10만명당) 뇌혈관질환인증의료기관의 신경과 전문의 수(인구10만명당) | 심·뇌혈관 권역 중진료권 ⑦ | |
| 의료 이용 | 16 | 응급실 중증환자 119 구급차 이용률(%) 중증응급환자*의 직접내원 건수 중 119 구급차를 이용한 건수 비율(%) | 응급·외상 심·뇌혈관 권역 중진료권 ② | ① 중증응급환자*의 직접내원 건수 중 119 구급차를 이용한 건수 비율(%) |
| | 17 | 응급실 중증환자 전원율(%) 응급실에 내원한 중증응급환자*가 응급실 퇴실 후 다른 의료기관으로 전원 간 비율(%) | 응급·외상 심·뇌혈관 권역 중진료권 ② | |
| | 18 | 응급실 중증환자 1차 전원율(%) 응급실에 직접 내원한 중증응급환자*가 응급실 퇴실 후 다른 의료기관으로 전원 간 비율(%) | 응급·외상 심·뇌혈관 권역 중진료권 ② | |
| | 19 | 응급실 중증환자 재전원율(%) 다른 의료기관으로부터 전원 온 중증응급환자*가 응급실 퇴실 후 다른 의료기관으로 다시 전원 간 비율(%) | 응급·외상 심·뇌혈관 권역 중진료권 ② | |
| | 20 | 응급실 내원한 환자 최종치료 제공률(%) 발병 후 24시간 이내 응급실에 내원한 중증응급환자*의 최종치료를 제공*받을 비율 *최종치료 제공: 응급실 퇴실결과가 입원(일반병실, 중환자실 및 수술실로 간 후 입원, 기타 입원인 경우 | 응급·외상 심·뇌혈관 권역 중진료권 ② | |
| | 21 | 응급실 내원한 환자 최종치료 제공 평균 소요시간(분) 발병 후 24시간 이내 응급실에 내원하고 최종치료가 제공된 중증응급환자*의 발병일시부터 응급실 내원일시까지 간격의 평균 | 응급·외상 심·뇌혈관 권역 중진료권 ② | |
| | 22 | 응급실환자의 응급의료기관 지역유출율(%) 중증응급환자*가 거주 지역 외 응급의료기관에 내원한 비율(%) | 응급·외상 심·뇌혈관 권역 중진료권 ② | |
| | 23 | 입원환자의 관내의료이용률(RI)(%) 해당지역 거주 입원환자*의 총 의료이용량 중 거주 지역 소재 의료기관을 이용한 의료이용량의 백분율(%) | 응급·외상 심·뇌혈관 권역 중진료권 ③ | |
| | 24 | 입원환자의 60분 이내 의료이용률(TRI)(%) 해당지역 거주 입원환자*의 총 의료이용량 중 60분 이내 의료기관을 이용한 의료이용량의 백분율(%) | 응급·외상 심·뇌혈관 권역 중진료권 ③ | |
| | 25 | 응급실 환자 원내사망률(%) 중증응급환자*의 응급실 또는 입원 후 병원 내에서 사망한 비율(도착전 사망 제외) | 응급·외상 심·뇌혈관 권역 중진료권 ② | |
| 건강 결과 | 26 | 심혈관질환 연령표준화사망률 (인구10만명당) 표준인구('05 주민등록연앙인구)의 연령구조를 보정한 심혈관질환(I20-I51) 사망률 | 심·뇌혈관 권역 중진료권 ⑨ | ⑨ |
| | 27 | 뇌혈관질환 연령표준화사망률 (인구10만명당) 표준인구('05 주민등록연앙인구)의 연령구조를 보정한 뇌혈관질환(I60-I69) 사망률 | 심·뇌혈관 권역 중진료권 ⑨ | |

Part1 응급·외상

1. 의료수요

○○○ 현황 ○○○

- 2018년 전국 153개 센터급 이상 응급의료기관을 이용한 응급실이용자수는 인구천명당 107.7명이며, 이중 **중증응급 환자의 비중은 13.6%** 수준으로 나타났다.[표1]
- 응급실 이용이 가장 많은 권역은 제주도로, 인구천명당 211.8명이며, 전국 평균보다 약 2배 많았다. 중증응급환자와 중증외상환자의 응급실 방문도 전국에서 가장 많았고, 특히 중증외상환자는 전국 평균보다 2.4배나 많아, 중증응급의료 서비스 수요가 타권역 보다 높게 나타났다. 하지만, 제주도 응급실 중증환자의 비율은 11.7%로 전국에서 가장 낮았다. 이는 중증응급환자보다 **비중증응급환자의 응급실 방문이 타지역에 비해 더 많다**는 것을 의미한다. 제주도는 중증응급환자의 최종치료를 담당해야 하는 권역·지역응급의료센터에서 **비중증응급환자에 대한 일차응급진료 수요를 상당부분 담당하고 있는 것으로 보인다**. [표1], [그림1]
- 전라남도 응급실 이용자수는 인구천명당 81.9명으로, 전국 평균(인구천명당 107.7명)보다 적었고, 중증응급환자의 비율은 19.5%로 17개 권역 중 가장 높았다. 이는 중증응급환자가 권역·지역응급의료센터에 상대적으로 더 집중되고 있는 것을 나타내며, 제주도와는 반대되는 결과이다. [표1], [그림1]

표1. 2018년 응급실이용자수*(인구천명당)

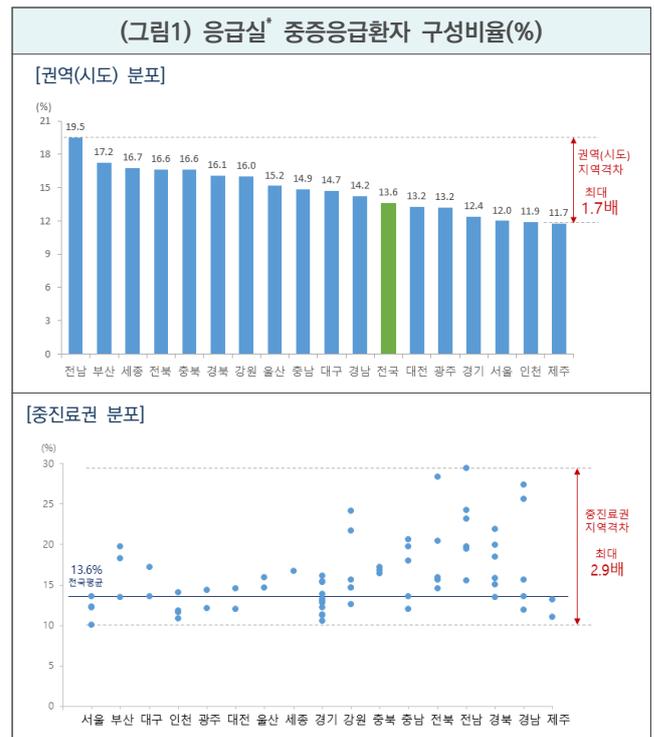
| | 전체 | 중증응급 | 중증외상 | 비중증응급 |
|----|--------|-------|------|--------|
| 전국 | 107.7명 | 14.7명 | 4.1명 | 93.1명 |
| 서울 | 123.7명 | 14.8명 | 3.8명 | 108.8명 |
| 부산 | 59.8명 | 10.3명 | 2.1명 | 49.5명 |
| 대구 | 81.0명 | 11.9명 | 2.3명 | 69.1명 |
| 인천 | 127.6명 | 15.1명 | 4.6명 | 112.5명 |
| 광주 | 92.7명 | 12.2명 | 3.8명 | 80.5명 |
| 대전 | 111.0명 | 14.7명 | 4.3명 | 96.3명 |
| 울산 | 69.4명 | 10.5명 | 2.2명 | 58.9명 |
| 세종 | 50.1명 | 8.4명 | 2.0명 | 41.7명 |
| 경기 | 112.4명 | 13.9명 | 3.7명 | 98.5명 |
| 강원 | 125.2명 | 20.0명 | 5.1명 | 105.2명 |
| 충북 | 85.4명 | 14.2명 | 4.0명 | 71.3명 |
| 충남 | 140.6명 | 20.9명 | 6.9명 | 119.7명 |
| 전북 | 108.4명 | 18.0명 | 6.1명 | 90.4명 |
| 전남 | 81.9명 | 16.0명 | 4.9명 | 65.9명 |
| 경북 | 116.7명 | 18.8명 | 6.0명 | 98.0명 |
| 경남 | 86.2명 | 12.2명 | 3.1명 | 74.0명 |
| 제주 | 211.8명 | 24.9명 | 9.7명 | 187.0명 |

* 전국 153개 센터급 이상 응급의료기관으로부터 NEDIS에 전송된 2018년 응급실 내원 건수 (진료외 방문 및 도착 전 사망 제외)

- 응급실 내원환자 중 중증외상환자의 비율은 전라남도가 6.0%로 가장 높았으며, 전북(5.7%), 경북(5.2%)순으로 나타났고, 중증외상환자의 비율이 가장 낮은 지역은 대구가 2.9%였으며, 서울(3.1%), 울산(3.2%)순 이었다. [그림1]

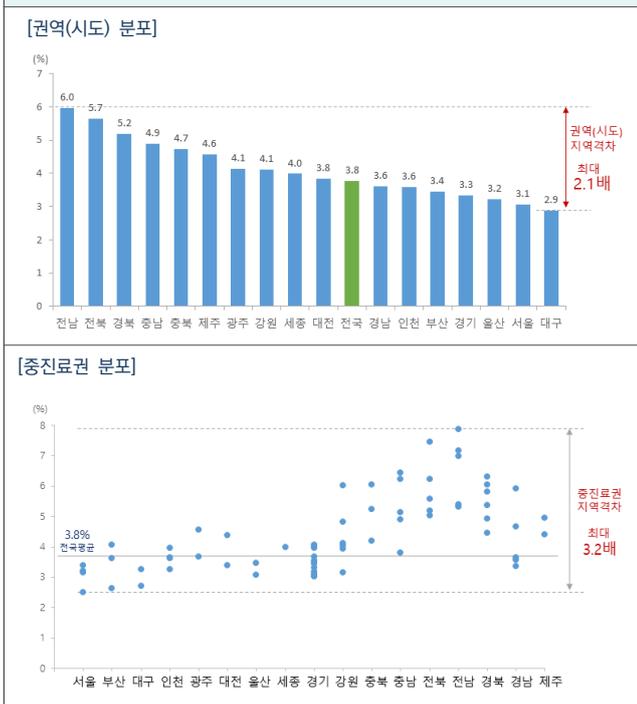
○○○ 지역격차 ○○○

- 응급실 이용자수의 권역 간 차이는, 전체 내원환자의 경우 최대 4.2배였으나, 중증응급환자의 경우 최대 3.0배로, 비중증응급환자의 응급의료 수요에서 권역간 차이가 더 컸다. [표1]
- 응급실 중증응급환자 비율의 경우, 권역 수준의 지역격차는 최대 1.7배 었으나, 중진료권 수준의 지역격차는 최대 2.9배로 더 컸다. 특히, 전북 정읍권, 전남 해남권, 경남 통영권, 거창권에서 중증응급환자 비율이 25%이상으로 높았다. [그림1]
- 경상남도의 경우, 응급실 중증환자 비중이 가장 낮은 지역과 높은 지역의 차이는 15.5%p로, 17개 권역 중 가장 컸다. 창원권의 경우 11.9%로, 시도 권역 중 응급실 중증환자 비중이 가장 낮은 제주도 수준이지만, 거창권은 27.4%로, 창원권보다 2.3배나 높았다. [표2]



* 전국 153개 센터급 이상 응급의료기관으로부터 NEDIS에 전송된 2018년 응급실 내원 건수 기준 (진료외 방문 및 도착 전 사망 제외)

(그림2) 응급실* 중증외상환자 구성비율(%)



*전국 153개 센터급 이상 응급의료기관으로부터 NEDIS에 전송된 2018년 응급실 내원 건수 기준 (진료외 방문 및 도착 전 사망 제외)

표2. 응급실이용자수 및 응급실 중증환자 구성비율(2018)

| | 응급실이용자수* (인구천명당) | 응급실* 중증환자 구성비율 | | |
|-------------|------------------|----------------|-------|-----|
| | | 중증응급 | 중증외상 | |
| 전국평균 | 107.7명 | 13.6% | 3.8% | |
| 최대값 | 239.3명 | 29.4% | 7.9% | |
| 최소값 | 31.4명 | 10.1% | 2.5% | |
| 격차1 (최대-최소) | 208.0명 | 19.3%p | 5.4%p | |
| 격차2 (최대/최소) | 7.6배 | 11.7배 | 4.6배 | |
| 서울 | 1 | 서울서북 115.8 | 13.6 | 3.4 |
| | 2 | 서울동북 131.5 | 12.2 | 3.2 |
| | 3 | 서울서남 174.3 | 12.3 | 3.2 |
| | 4 | 서울동남 84.8 | 10.1 | 2.5 |
| 부산 | 5 | 부산서부 63.4 | 18.3 | 3.6 |
| | 6 | 부산중부 50.8 | 19.8 | 4.1 |
| | 7 | 부산동부 69.7 | 13.5 | 2.6 |
| 대구 | 8 | 대구동북 96.0 | 13.6 | 2.7 |
| | 9 | 대구서남 64.1 | 17.2 | 3.3 |
| 인천 | 10 | 인천서북 129.1 | 11.8 | 3.6 |
| | 11 | 인천동북 136.3 | 10.9 | 3.3 |
| | 12 | 인천중부 112.2 | 14.0 | 4.0 |
| | 13 | 인천남부 129.2 | 11.6 | 3.7 |
| 광주 | 14 | 광주광서 102.8 | 12.1 | 4.6 |
| | 15 | 광주동남 83.3 | 14.4 | 3.7 |
| 대전 | 16 | 대전서부 106.6 | 12.1 | 3.4 |
| | 17 | 대전동부 116.5 | 14.6 | 4.4 |
| 울산 | 18 | 울산서남 70.6 | 15.9 | 3.5 |
| | 19 | 울산동북 68.6 | 14.6 | 3.1 |
| 세종 | 20 | 세종 50.1 | 16.7 | 4.0 |
| 경기 | 21 | 수원권 105.0 | 12.8 | 3.0 |
| | 22 | 성남권 117.4 | 11.2 | 3.0 |
| | 23 | 의정부권 104.9 | 15.3 | 3.2 |
| | 24 | 안양권 135.6 | 11.3 | 4.0 |
| | 25 | 부천권 121.0 | 13.0 | 3.3 |
| | 26 | 평택권 89.1 | 13.3 | 4.0 |
| | 27 | 안산권 87.0 | 13.0 | 3.7 |
| | 28 | 고양권 130.9 | 10.6 | 3.1 |
| | 29 | 남양주권 97.3 | 13.9 | 3.5 |
| | 30 | 파주시 136.3 | 12.2 | 3.4 |
| | 31 | 이천권 93.8 | 16.2 | 4.1 |
| | 32 | 포천시 130.4 | 15.5 | 3.5 |
| 강원 | 33 | 춘천권 148.2 | 14.6 | 4.0 |
| | 34 | 원주권 76.5 | 21.7 | 4.8 |
| | 35 | 영월권 84.5 | 24.2 | 6.0 |
| | 36 | 강릉시 162.9 | 12.6 | 3.2 |
| | 37 | 동해권 133.8 | 14.7 | 4.1 |
| | 38 | 속초권 148.5 | 15.6 | 3.9 |
| 충북 | 39 | 청주권 77.4 | 16.4 | 4.2 |
| | 40 | 충주권 89.9 | 16.8 | 5.2 |
| | 41 | 제천권 128.8 | 17.2 | 6.0 |
| 충남 | 42 | 천안권 136.3 | 12.1 | 3.8 |
| | 43 | 공주권 91.7 | 19.8 | 4.9 |
| | 44 | 서산권 164.9 | 13.6 | 5.1 |
| | 45 | 논산권 161.4 | 17.9 | 6.2 |
| | 46 | 홍성권 126.5 | 20.7 | 6.4 |
| 전북 | 47 | 전주권 103.7 | 15.6 | 5.6 |
| | 48 | 군산시 90.7 | 15.9 | 5.2 |
| | 49 | 익산시 166.4 | 14.6 | 5.0 |
| | 50 | 정읍권 45.0 | 28.3 | 6.2 |
| 전남 | 51 | 남원권 145.9 | 20.4 | 7.5 |
| | 52 | 목포권 110.7 | 15.5 | 5.4 |
| | 53 | 여수권 80.2 | 19.8 | 7.9 |
| | 54 | 순천권 77.6 | 19.5 | 5.3 |
| | 55 | 나주권 65.7 | 23.1 | 5.3 |
| | 56 | 해남권 53.5 | 29.4 | 7.2 |
| | 57 | 영광권 70.3 | 24.2 | 7.0 |
| 경북 | 58 | 포항권 135.1 | 15.1 | 5.4 |
| | 59 | 경주권 74.5 | 19.9 | 4.9 |
| | 60 | 안동권 172.6 | 15.9 | 5.8 |
| | 61 | 구미권 124.8 | 13.5 | 4.5 |
| | 62 | 영주권 93.9 | 21.9 | 6.1 |
| | 63 | 상주권 119.3 | 18.5 | 6.3 |
| | 64 | 창원권 108.8 | 11.9 | 3.4 |
| 경남 | 65 | 진주권 92.5 | 15.7 | 3.6 |
| | 66 | 통영권 31.4 | 25.6 | 4.7 |
| | 67 | 김해권 83.3 | 13.6 | 3.6 |
| | 68 | 거창권 58.3 | 27.4 | 5.9 |
| 제주 | 69 | 제주시 201.6 | 11.1 | 4.4 |
| | 70 | 서귀포시 239.3 | 13.2 | 4.9 |

* 전국 153개 센터급 이상 응급의료기관으로부터 NEDIS에 전송된 2018년 응급실 내원 건수 기준(진료외 방문 및 도착 전 사망 제외)

- 응급실 중증외상 환자 비중의 지역 차이는, 중증응급환자 전체 비중의 차이보다 더 컸다. 권역간 차이는 최대 2.1배, 중진료권 간 차이는 최대 3.2배로, 외인으로 인해 발생하는 중증외상이 지역특성의 영향을 더 많이 받는 것으로 보인다.(그림2)
 - 전북 남원권, 전남 여수시, 해남권, 영광권은 응급실 중증외상 환자 비중이 7% 이상으로 전국 평균보다 약 2배가량 높았고, 서울동남, 부산동부, 대구동북은 2%대로 낮았다.[표2]
- ... 관련 정책 및 시사점 ...
- 보건복지부는 응급의료 질 향상을 위해 매년 응급의료기관 평가를 진행하고, 평가결과에 따라 응급의료관리료를 차등 지급하여 응급의료기관의 자율적인 질 개선을 유도하고 있다. 하지만, 비응급환자의 권역응급센터 내원이 여전히 많고, 동일 종별 간 응급의료서비스 편차도 커서, 응급의료기관 종별 역할과 기능 구분의 필요성이 커지고 있다.
 - 4차 「응급의료 기본계획(2018-2022)」에서는 ‘중별 기능 강화를 통한 응급진료 최적화’를 응급실 단계의 중점과제로 선정하고, 권역·지역응급센터는 중증응급환자 최종치료, 지역응급기관은 일차응급진료 역할에 집중하도록 지정기준과 평가지표 보안을 계획하고 있다. 또한 종별 당직전문의제도 개편 추진, 권역 응급센터의 경증환자 방문을 억제하는 시범사업 등도 준비하고 있다.
 - 다른 측면에서는, 경증환자의 일차응급진료 수요를 충족시킬 수 있도록, 야간이나 휴일에 경증환자들이 이용할 수 있는 의료기관을 확대하는 등의 대안마련이 필요하다.

2. 의료자원

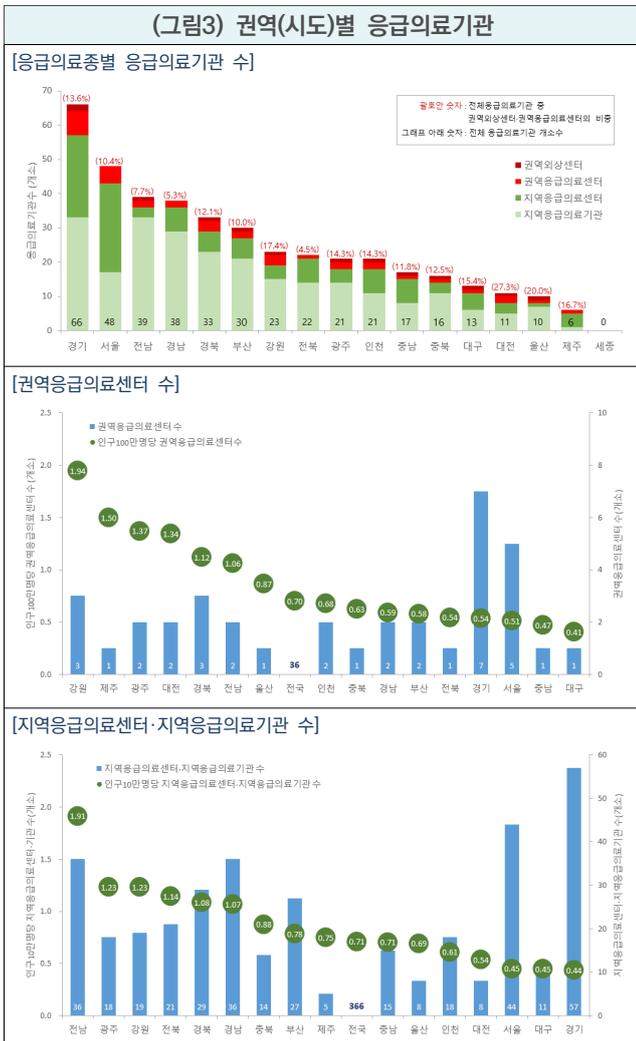
... 의료기관 ...

- 응급의료기관은 중증응급환자를 진료하는 권역응급의료센터·지역외상센터와 지역 내에서 응급환자를 진료하는 지역응급의료센터·지역응급의료기관 체계로 운영되고 있다. 2018년(12.31.기준) 전국 응급의료기관은 414개이며, 이중 권역응급의료센터는 36개소, 권역외상센터는 13개소로, **중증응급진료를 담당하는 기관의 비중은 11.5%에 해당했다.**
- 권역응급의료센터는 경기 7개소, 서울 5개소로, 수도권에 기관수는 많았으나, 인구수를 고려하면, 강원이 인구100만명당 1.94개소로 가장 많았고, 서울과 경기도는 인구100만명당 각각 0.51명, 0.54명으로, 대구, 충남에 이어 3-4번째로 낮은 수준이었다.(그림3)
- 권역외상센터는 11개 시도권역에 1개소씩 있고, 경기에는 2개소가 있었다. 전북과 제주는 2018년에는 권역외상센터가 없었지만, 현재('20)는 각각 1개소씩 개소하여 운영 중이며, 서울과 경남은 개소 준비 중이다.
- 전체 응급의료기관 중 권역외상센터·지역응급의료센터의 비중은 대전이 27.3%, 울산이 20.0%로, 전국 평균(11.5%) 보다 약 2배 이상 높았다. 반면에, 전북, 경남은 각각 4.5%, 5.3%

전국의 절반 수준으로 낮아, 시도 권역 간 중증응급 진료 기관 비중의 차이가 상당히 컸다.(그림3)

- 지역응급의료센터와 지역응급의료기관은 전국 366개소로, 인구10만명당 0.71개소 수준이었다. 기관수는 서울, 경기도가 각각 44개소, 57개소로 많았지만, 인구수를 고려하면, 전남이 인구 10만명당 1.91개소로 가장 많았고, 서울, 대구, 경기도는 인구10만명당 0.4명 수준으로 가장 적었다.(그림3)
- 중진료권 수준에서 지역응급의료센터·지역응급의료기관이 가장 많은 지역은 전남 해남권으로 인구10만명당 3.02명이었다. 강원 영월권, 전남 영광권, 나주권, 전북 남원권, 경북 상주권, 영주권은 인구 10만명당 2명대 이상으로 높은 편이었고, 경기 안양권, 파주시, 인천남부는 인구10만명당 0.2명대 이하로 낮았다.(그림3)
- 지역응급의료센터·지역응급의료기관 수의 지역 간 격차는 시도권역 수준에서는 최대 4.39배인 반면, 중진료권 수준에서는 최대 26.7배로, 중진료권 수준에서 일반응급 진료 자원 격차는 훨씬 큰 것으로 나타났다.(그림5)
- 세종시는 지역응급의료기관이 1개소 있었으나, '18.9월 폐소되어 현재까지 응급의료기관이 없는 상태이다.

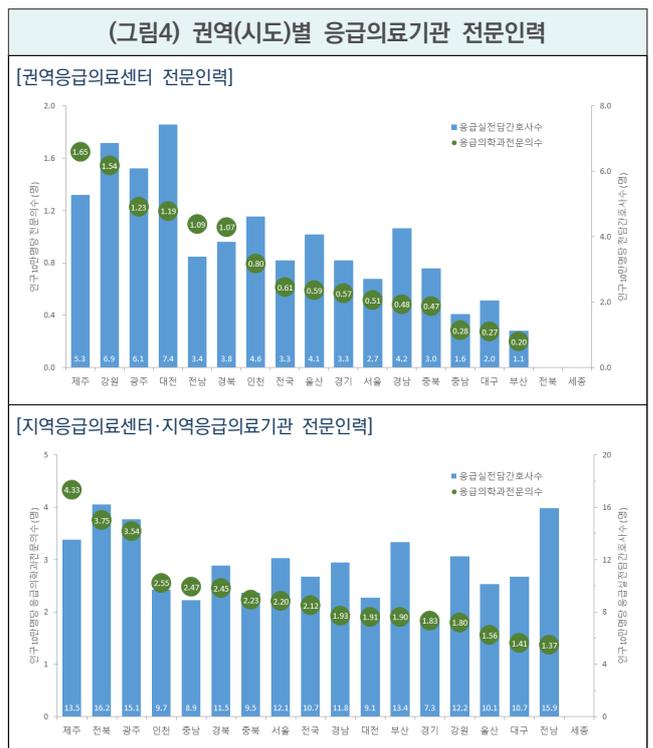
(그림3) 권역(시도)별 응급의료기관



... 의료인력 ...

- 전국 권역응급의료센터의 응급의료 전문인력은, 응급의학과 전문의의 경우 인구10만명당 0.61명, 응급실전담간호사의 경우 인구10만명당 3.3명으로, 제주와 강원은 응급의학과 전문의가 인구10만명당 1.5명 이상으로 많았고, 충남, 대구, 부산은 인구10만명당 0.3명 이상으로 적었다.(그림4)

(그림4) 권역(시도)별 응급의료기관 전문인력



- 권역응급의료센터 응급실전담간호사는, 대전과 강원이 인구 10만명당 6명 이상으로 많았고, 충남, 대구, 부산은 인구 10만명당 2명 이하로 적어, 대체로, 응급의학전문의가 상대적으로 많은 지역에 전담간호사도 많은 경향이 있었다.(그림4)
- 권역응급의료센터 전문인력의 권역간 차이는, 응급의학과 전문의의 경우 최대 8.34배, 응급실전담간호사는 6.68배로, 전문의의 권역 간 격차가 간호사보다 더 컸다.(그림4)
- 전국 지역응급의료센터·지역응급의료기관에서의 전문인력은, 응급학과전문의의 경우, 인구10만명당 2.12명, 응급실전담간호사는 인구10만명당 12.1명 수준이었다. 응급의학과 전문의는 제주가 인구10만명당 4.33명으로 가장 많고, 전남이 1.37명으로 가장 적었으나, 응급실전담간호사는 전남이 인구 10만명당 1.37명으로 가장 많았다.(그림5)
- 중진료권 수준에서 지역응급의료센터·지역응급의료기관의 응급의학과전문의는 인천서북, 충북 제천권, 경북 상주권이 인구10만명당 5명이상으로 전국 평균보다 2배 이상 높았고,

응급실전담간호사는 부산중부, 광주광서, 강원 영월권, 동해권, 전남 해남권 영광권, 경북 상주권이 인구10만명당 20명 이상으로, 전국평균의 약 2배 이상이었다.(그림5)

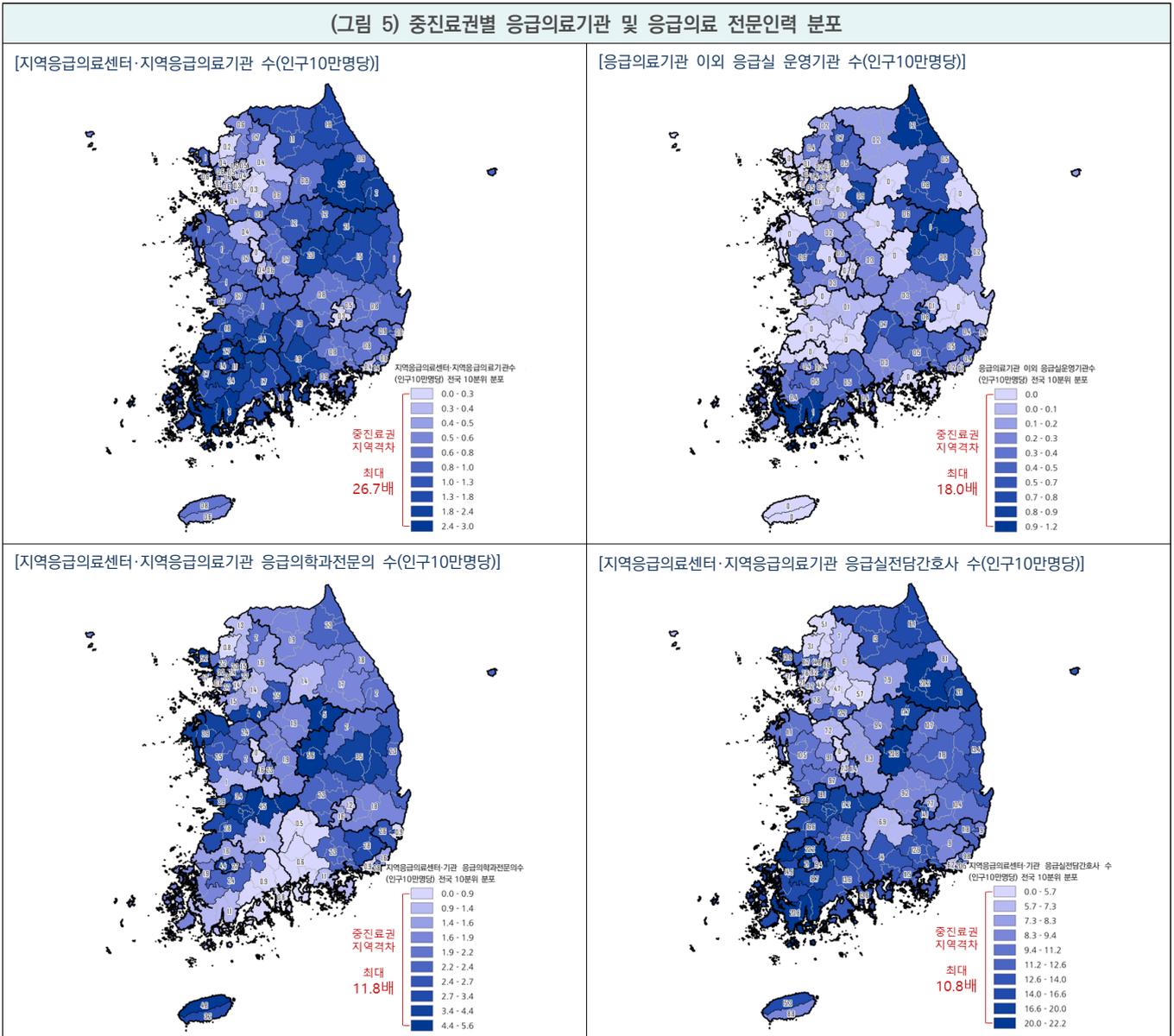
- 지역응급의료센터·기관 전문인력의 중진료권 수준의 지역격차는 전문의의 경우 최대 11.8배, 전담간호사는 10.8배로, 권역간 격차(전문의 3.16배, 전담간호사 2.21배)보다 훨씬 컸다.

◦◦◦ 관련정책 및 정책시사점 ◦◦◦

- 응급질환은 시간 민감성이 높아 지역에서 완결적 제공이 필요하나 지역별 인프라 격차가 큰편이다. 정부*는 이를 개선하기 위해 70개 중진료권 중심으로 최소 1개 이상 지역응급의료센터를 지정·육성하고, 시·군·구별 최소 1개 이상의 응급실을 운영하여 지역응급의료체계 기반을 확충해나갈 예정이다.

*환자중심의 응급의료서비스 제공을 위한 「응급의료체계 개선 방향(안) (’20.1.)」

(그림 5) 중진료권별 응급의료기관 및 응급의료 전문인력 분포



3. 의료이용

... 현황 ...

- 응급환자는 '시급성'이 가장 큰 특징으로, 최상의 응급의료 서비스는 가장 빨리 제공되는 적절한 진료일 것이다. 신속하고 안전하게 치료에 적합한 병원으로 응급환자를 이송하기 위해 119구급서비스가 운영되고 있으나, **중증응급환자의 119구급차 이용률은 47.4%, 중증외상은 57.5%에 불과**하였다.
- 중증외상의 치료 골든타임은 1시간으로, 처음 방문한 병원에서 최종치료를 받지 못하면 골든타임 사수는 어려워진다. **응급실로 직접 내원한 중증외상환자 전원율은 6.4%, 전체 중증응급환자는 5.1%로, 미국의 응급실 전원율(0.6~0.7%)과 비교하면 상당히 높은 수준**이었다. 전원이 발생하면 이송 지연이 3시간 이상 소요되며, 전원환자의 사망률은 3배가량 높은 것으로 알려져 있어, 전원을 최소화하기 위한 적극적인 대책 마련이 필요해 보인다.
- 응급증상 발생 후 24시간 이내 도착한 중증응급환자 중 최종치료를 받은 환자는 66.2%이며, 이 환자들이 응급실에서 퇴실할 때까지 소요된 시간은 평균 734분이었다. **중증응급환자가 응급실을 내원하여 퇴실하기까지 약 12시간이 소요**된 셈이다.
- 중증외상환자는 사고발생부터 응급실 퇴실까지 평균 503.4분이 소요되어, 전체 중증응급환자보다 최종치료까지 소요시간은 짧았지만, 응급실에서 최종치료가 제공된 비율은 56.5%로 약 10%p 더 낮았다.
- 중증응급환자가 거주하는 중진료권을 벗어나 타지역 응급실을 이용한 경우는 37.8%로, 입원예약을 타지역에서 이용한 경우(20%)보다 더 많았다.(중증응급 입원환자의 관내의료 이용률은 80%로, 20%는 거주지역 외 의료기관 이용)

... 지역격차 ...

- **(그림6)**은 응급의료이용이 신속하고 적절하게 이루어졌는지 살펴볼 수 있는 지표값들의 분포를 보여준다. 녹색점은 시도권역 값을, 파란색점은 중진료권 값을 나타내고, 파란색점 안에는 70개 중진료권 번호를 표시하였다. 위아래로 넓게 퍼져있을수록 지역 간 격차가 큰 지표임을 나타낸다.
- **지역격차가 가장 큰 지표는 전원율로, 시도권역 수준에서는 3배 이상, 중진료권 수준에서는 최대 10배까지 차이가 있었다.** 응급실에 직접내원한 중증응급환자의 전원율이 가장 높은 지역은 충남으로 9.9%였고, 가장 낮은 지역은 울산(2.7%)이었다. 중증외상의 직접내원 전원율은 대구가 12.7%로 가장 높았고, 세종이 3.2%로 가장 낮았다.
- **경기와 충남은, 권역내 중진료권의 전원을 격차가 최대 7~8배로 다른 권역에 비해 큰 편**이었다. 특히 경기 이천권, 충남 서산권, 홍성권의 중증응급환자의 직접내원 전원율은

15% 이상으로, 중진료권 전체의 지역격차 확대에 크게 기여하였다.

- **대구**는 중증외상환자의 전원율이 다른 권역에 비해 특히 높았는데, **응급실에 직접내원한 경우와, 전원으로 내원한 경우 모두 전원율이 10%이상**이었다. 때문에 중증외상환자의 최종치료 제공까지 소요시간은 738.5분으로, 전국평균(503.4)의 1.5배이며, 시도권역 중 가장 길었다.
- **경남**은 중증외상환자의 재전원율이 대구에 이어 2번째로 높았고, **권역내 중진료권간 격차는 가장 컸다.** 전원으로 응급실을 내원한 중증외상환자가 또 다른 응급실로 재전원된 비율은 진주권 14.3%, 거창권 12.5%로, 70개 중진료권 중 가장 높았던 반면, 창원권은 3.9%로, 전국평균(4.9%)보다 낮았다.
- **최종치료 제공률은 중증응급과 중증외상 모두 울산이 가장 높았고, 서울과 제주가 가장 낮았다.** 특히, 서울은 권역 내 모든 중진료권에서 중증응급과 중증외상 환자의 최종치료 제공률이 전국 평균보다 낮았다. 권역내 중진료권간의 격차는 중증응급환자에서보다, 중증외상환자에서 더 컸고, 경기, 전북, 경북이 큰 편이었다.
- 발병 후 24시간 이내 응급실에 내원한 환자의 최종치료 제공까지 소요시간은 제주가 가장 짧았고, 대구가 가장 길었다. 대구는 중증응급환자의 경우, 최종치료 제공까지 소요시간은 1,049분으로, 제주(550.0분)와 비교하면 두 배나 더 길었다.
- 중증외상의 최종치료 제공까지 소요시간의 시도권역 격차는 최대 1.8배, 중진료권 격차는 2.3배로, 전남 여수시(343.0분)와 경북 포항권(346.8분)에서 최종치료 제공까지 소요시간이 가장 짧았으며, 대구서남(785.1분)과 경남 거창권(778.6분)에서 가장 길었다.

표3. 권역별 중증응급·외상환자 응급의료서비스 이용현황(2018)

| | 119구급차이용률 | | 응급실 직접내원 전원율 | | 최종치료제공률* | |
|----|-----------|-------|--------------|-------|----------|-------|
| | 중증응급 | 중증외상 | 중증응급 | 중증외상 | 중증응급 | 중증외상 |
| 전국 | 47.4% | 57.5% | 5.1% | 6.4% | 66.2% | 56.5% |
| 서울 | 50.2% | 60.9% | 5.0% | 7.9% | 62.3% | 47.6% |
| 부산 | 51.9% | 68.0% | 3.4% | 6.3% | 68.7% | 60.9% |
| 대구 | 51.8% | 68.4% | 5.9% | 12.7% | 64.3% | 60.3% |
| 인천 | 50.1% | 58.9% | 4.0% | 5.2% | 72.2% | 61.9% |
| 광주 | 44.9% | 48.1% | 5.5% | 4.6% | 65.6% | 58.1% |
| 대전 | 52.5% | 64.9% | 2.9% | 3.3% | 62.7% | 55.0% |
| 울산 | 41.1% | 59.3% | 2.7% | 5.2% | 78.4% | 73.6% |
| 세종 | 50.0% | 68.9% | 3.5% | 3.2% | 64.1% | 57.8% |
| 경기 | 46.3% | 56.5% | 4.4% | 5.4% | 65.4% | 52.7% |
| 강원 | 47.0% | 60.2% | 5.1% | 5.7% | 70.1% | 59.1% |
| 충북 | 46.8% | 62.0% | 6.1% | 6.2% | 64.1% | 60.8% |
| 충남 | 44.6% | 54.0% | 8.9% | 8.4% | 64.9% | 59.0% |
| 전북 | 46.2% | 52.3% | 5.7% | 5.0% | 61.9% | 54.4% |
| 전남 | 44.2% | 54.2% | 7.5% | 7.2% | 75.7% | 71.7% |
| 경북 | 44.0% | 53.2% | 5.2% | 5.1% | 69.4% | 64.0% |
| 경남 | 42.4% | 54.8% | 5.8% | 8.7% | 69.4% | 58.9% |
| 제주 | 45.5% | 50.2% | 5.4% | 4.9% | 60.7% | 54.2% |

* 발병 후 24시간이내 내원한 중증응급환자 최종치료제공률

• 마지막으로 중증응급 및 중증외상환자의 관내의료이용률의 지역격차는 상당히 컸다. 응급의료이용의 경우, 지역유출률은 최소 4.5%(제주시)에서 최대 100%(세종, 강원 영월권, 충남 공주권, 전북 정읍권, 전남 해남권, 영광권, 경북 영주권,

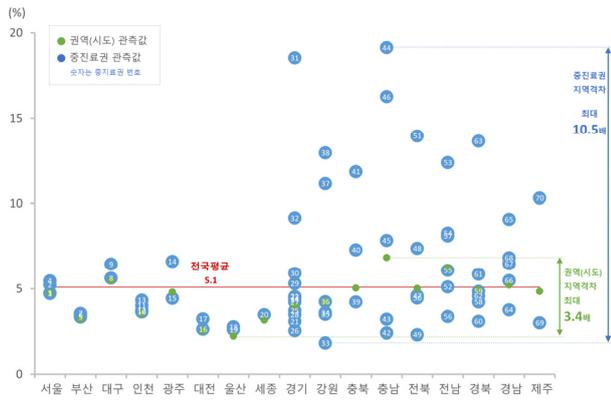
경남 통영권 거창권)까지 있었고, 관내 입원의료이용률의 경우, 최소 0.5%에서 최대 93.3%까지 격차가 상당했다.
 • 중증응급환자의 60분 이내 의료이용도 최소 5.0%에서 최대 86.6%까지 중진료권 수준의 지역격차가 상당히 컸다.

표4. 중진료권별 중증응급 및 중증외상 환자 의료이용 현황 (2018)

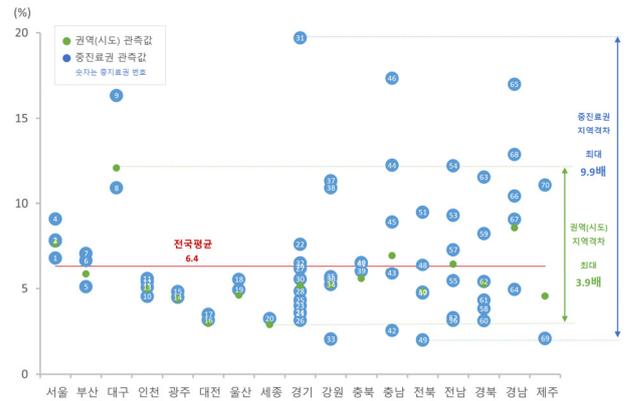
| | | 응급의료서비스 이용 | | | | | | | | 입원의료서비스 이용 | | | | | | | |
|----|-------------|------------|--------|--------|--------|--------|--------|----------|----------|------------|--------|--------|----------|---------|--------|-----------|--|
| | | 119구급차이용률 | | 직접내원 | | 전원율 | | 최종치료제공률 | | 최종치료제공소시간 | | 지역유출률 | | 관내의료이용률 | | 60분내의료이용률 | |
| | | 중증응급 | 중증외상 | 중증응급 | 중증외상 | 중증응급 | 중증외상 | 중증응급 | 중증외상 | 중증응급 | 중증외상 | 중증응급 | 응급 | 중증응급 | 응급 | | |
| | 전국 | 47.4% | 57.5% | 5.1% | 6.4% | 66.2% | 56.5% | 734.0분 | 503.4분 | 37.8% | 34.5% | 80.0% | 77.1% | 52.8% | 60.0% | | |
| | 최대 | 56.3% | 71.1% | 19.1% | 19.7% | 81.6% | 79.4% | 1,110.8분 | 785.1분 | 100.0% | 100.0% | 93.3% | 91.6% | 86.6% | 88.4% | | |
| | 최소 | 33.1% | 41.6% | 1.8% | 2.0% | 56.5% | 40.4% | 531.8분 | 343.0분 | 4.5% | 2.9% | 0.5% | 0.0% | 5.0% | 7.6% | | |
| | 격차1 (최대-최소) | 23.3%p | 29.4%p | 17.3%p | 17.7%p | 25.1%p | 39.0%p | 579.1분 | 442.1분 | 95.5%p | 97.1%p | 92.8%p | 91.6%p | 81.6%p | 80.8%p | | |
| | 격차1 (최대/최소) | 1.7배 | 1.7배 | 10.5배 | 9.9배 | 1.4배 | 2.0배 | 2.1배 | 2.3배 | 22.3배 | 34.7배 | 171.3배 | 2,179.0배 | 17.3배 | 11.6배 | | |
| 서울 | 1 | 서울서북 | 52.8% | 64.5% | 4.7% | 6.8% | 59.5% | 45.5% | 781.8분 | 603.4분 | 32.1% | 36.3% | 57.5% | 59.6% | 80.0% | 79.3% | |
| | 2 | 서울동북 | 52.6% | 62.9% | 5.2% | 7.9% | 63.4% | 46.5% | 686.1분 | 558.4분 | 28.9% | 27.8% | 72.4% | 70.6% | 70.2% | 70.7% | |
| | 3 | 서울서남 | 49.0% | 58.0% | 4.7% | 7.8% | 64.9% | 51.0% | 721.7분 | 523.6분 | 32.4% | 31.9% | 65.1% | 58.7% | 63.0% | 63.9% | |
| | 4 | 서울동남 | 44.7% | 58.0% | 5.5% | 9.1% | 58.7% | 45.7% | 779.4분 | 598.4분 | 30.6% | 38.5% | 70.2% | 69.0% | 67.7% | 67.8% | |
| 부산 | 5 | 부산서부 | 50.8% | 66.6% | 3.3% | 5.1% | 65.2% | 56.1% | 956.1분 | 685.5분 | 91.4% | 84.4% | 18.3% | 9.9% | 67.3% | 65.1% | |
| | 6 | 부산중부 | 53.6% | 71.1% | 3.5% | 6.7% | 69.0% | 61.7% | 981.7분 | 710.2분 | 26.7% | 34.2% | 73.8% | 77.1% | 72.7% | 70.3% | |
| | 7 | 부산동부 | 50.6% | 64.4% | 3.5% | 7.1% | 71.9% | 65.4% | 953.7분 | 707.8분 | 49.2% | 55.1% | 38.5% | 44.2% | 72.4% | 69.0% | |
| 대구 | 8 | 대구동북 | 51.3% | 67.6% | 5.6% | 10.9% | 64.7% | 62.4% | 1,015.7분 | 717.0분 | 46.0% | 50.1% | 79.6% | 76.3% | 80.0% | 78.3% | |
| | 9 | 대구서남 | 52.7% | 70.2% | 6.5% | 16.3% | 63.6% | 56.3% | 1,110.8분 | 785.1분 | 24.0% | 35.9% | 47.1% | 52.9% | 75.1% | 72.5% | |
| 인천 | 10 | 인천서북 | 42.5% | 51.0% | 3.6% | 4.5% | 73.6% | 64.1% | 561.8분 | 378.5분 | 42.7% | 34.8% | 67.4% | 49.5% | 53.5% | 63.1% | |
| | 11 | 인천동북 | 50.9% | 60.6% | 4.0% | 5.6% | 71.2% | 60.3% | 625.2분 | 429.7분 | 43.7% | 44.3% | 57.0% | 56.5% | 60.3% | 59.8% | |
| | 12 | 인천중부 | 53.4% | 63.4% | 3.7% | 5.4% | 72.9% | 59.1% | 614.7분 | 424.0분 | 44.7% | 48.1% | 59.0% | 56.0% | 34.0% | 33.5% | |
| 광주 | 13 | 인천남부 | 52.0% | 59.8% | 4.3% | 5.1% | 71.5% | 63.7% | 627.9분 | 399.7분 | 41.4% | 34.9% | 54.2% | 54.0% | 65.8% | 64.1% | |
| | 14 | 광주광서 | 41.6% | 41.6% | 6.6% | 4.5% | 63.8% | 57.7% | 777.8분 | 413.1분 | 62.6% | 34.3% | 42.9% | 25.7% | 62.3% | 58.3% | |
| 대전 | 15 | 광주동남 | 48.4% | 58.4% | 4.4% | 4.8% | 67.4% | 58.7% | 944.7분 | 548.1분 | 21.3% | 37.8% | 74.6% | 79.8% | 71.2% | 69.6% | |
| | 16 | 대전서부 | 48.6% | 62.4% | 2.6% | 3.2% | 61.3% | 51.3% | 601.9분 | 466.6분 | 36.1% | 35.7% | 61.3% | 58.6% | 68.8% | 68.3% | |
| | 17 | 대전동부 | 56.3% | 67.1% | 3.2% | 3.5% | 64.0% | 58.4% | 652.2분 | 382.3분 | 27.3% | 30.6% | 70.2% | 69.1% | 82.5% | 81.1% | |
| 울산 | 18 | 울산서남 | 43.3% | 59.4% | 2.7% | 5.5% | 78.4% | 76.1% | 653.0분 | 386.6분 | 60.7% | 49.4% | 42.2% | 32.0% | 61.5% | 69.2% | |
| | 19 | 울산동북 | 39.6% | 59.3% | 2.6% | 4.9% | 78.4% | 71.7% | 727.4분 | 430.5분 | 29.4% | 40.3% | 68.7% | 71.8% | 68.9% | 67.7% | |
| 세종 | 20 | 세종 | 50.0% | 68.9% | 3.5% | 3.2% | 64.1% | 57.8% | 678.0분 | 496.0분 | 100.0% | 100.0% | 0.5% | 0.0% | 64.6% | 61.5% | |
| | 21 | 세원권 | 44.1% | 56.9% | 3.1% | 3.6% | 60.5% | 51.0% | 749.1분 | 493.6분 | 16.8% | 21.1% | 80.3% | 78.2% | 68.3% | 73.4% | |
| | 22 | 성남권 | 45.1% | 55.3% | 4.5% | 7.6% | 67.4% | 52.1% | 707.7분 | 493.0분 | 33.1% | 32.9% | 66.9% | 63.8% | 73.9% | 77.2% | |
| 경기 | 23 | 의정부권 | 51.7% | 69.6% | 4.5% | 4.0% | 67.6% | 64.8% | 870.5분 | 493.9분 | 30.6% | 35.6% | 69.4% | 66.0% | 60.3% | 60.7% | |
| | 24 | 안양권 | 45.9% | 47.7% | 4.3% | 3.6% | 58.8% | 40.4% | 633.6분 | 455.0분 | 24.9% | 18.0% | 76.2% | 67.8% | 56.4% | 57.3% | |
| | 25 | 부천권 | 47.3% | 56.0% | 3.7% | 4.3% | 61.8% | 51.0% | 683.8분 | 565.3분 | 26.2% | 26.3% | 71.3% | 66.5% | 76.1% | 77.3% | |
| | 26 | 평택권 | 46.2% | 55.8% | 2.5% | 3.1% | 73.4% | 62.9% | 566.6분 | 372.8분 | 57.3% | 43.9% | 53.0% | 38.1% | 53.7% | 62.5% | |
| | 27 | 안산권 | 45.4% | 58.4% | 4.2% | 6.2% | 73.5% | 60.4% | 697.9분 | 450.0분 | 44.9% | 44.5% | 59.6% | 56.0% | 65.0% | 65.5% | |
| | 28 | 고양권 | 45.8% | 56.7% | 3.5% | 4.8% | 66.1% | 51.1% | 691.8분 | 553.4분 | 21.0% | 20.8% | 76.9% | 76.6% | 76.1% | 78.5% | |
| | 29 | 남양주권 | 48.9% | 61.4% | 5.3% | 6.3% | 71.0% | 58.6% | 717.1분 | 544.1분 | 53.9% | 53.1% | 46.1% | 47.9% | 57.1% | 58.4% | |
| | 30 | 파주시 | 48.5% | 59.3% | 5.9% | 5.5% | 63.5% | 53.3% | 683.0분 | 487.0분 | 77.2% | 65.1% | 23.2% | 14.6% | 66.8% | 69.8% | |
| | 31 | 이천권 | 45.6% | 59.6% | 18.5% | 19.7% | 61.2% | 50.8% | 769.6분 | 504.9분 | 73.1% | 59.9% | 31.8% | 18.3% | 23.0% | 34.6% | |
| | 32 | 포천시 | 45.3% | 61.8% | 9.1% | 6.5% | 62.3% | 57.8% | 823.0분 | 425.0분 | 80.1% | 69.5% | 23.7% | 11.5% | 56.0% | 60.7% | |
| 강원 | 33 | 춘천권 | 47.7% | 60.3% | 1.8% | 2.1% | 73.4% | 56.1% | 592.9분 | 455.5분 | 18.6% | 16.1% | 79.3% | 76.7% | 30.4% | 36.6% | |
| | 34 | 원주권 | 50.5% | 68.2% | 3.6% | 5.2% | 67.3% | 64.9% | 991.1분 | 547.4분 | 12.1% | 15.7% | 85.2% | 84.8% | 67.1% | 68.8% | |
| | 35 | 영월권 | 45.9% | 63.5% | 3.5% | 5.7% | 76.8% | 72.2% | 903.0분 | 634.7분 | 100.0% | 100.0% | 6.5% | 4.2% | 5.0% | 7.6% | |
| | 36 | 강릉시 | 45.3% | 55.1% | 4.2% | 5.6% | 72.5% | 56.5% | 660.0분 | 539.0분 | 9.1% | 8.3% | 87.2% | 89.6% | 80.2% | 77.8% | |
| | 37 | 동해권 | 39.3% | 50.4% | 11.1% | 11.3% | 66.9% | 56.8% | 736.2분 | 514.3분 | 70.5% | 49.7% | 35.4% | 24.2% | 16.7% | 24.4% | |
| | 38 | 속초권 | 48.3% | 64.4% | 12.9% | 10.9% | 63.3% | 56.5% | 665.9분 | 493.6분 | 65.1% | 52.2% | 22.6% | 13.2% | 11.6% | 15.6% | |
| | 39 | 청주권 | 45.9% | 63.6% | 4.2% | 6.0% | 61.3% | 53.9% | 680.2분 | 471.5분 | 24.4% | 27.8% | 77.9% | 78.2% | 67.8% | 70.8% | |
| 충북 | 40 | 충주권 | 49.2% | 63.2% | 7.3% | 6.6% | 71.6% | 69.5% | 626.3분 | 437.5분 | 54.8% | 43.6% | 49.2% | 44.3% | 27.3% | 35.1% | |
| | 41 | 제천권 | 47.2% | 56.3% | 11.8% | 6.5% | 64.2% | 69.1% | 723.7분 | 411.1분 | 50.1% | 32.3% | 55.5% | 43.3% | 28.6% | 36.4% | |
| | 42 | 천안권 | 45.5% | 55.4% | 2.4% | 2.5% | 65.9% | 53.9% | 591.3분 | 420.5분 | 12.1% | 12.8% | 82.7% | 87.7% | 84.2% | 82.3% | |
| 충남 | 43 | 공주권 | 47.5% | 62.4% | 3.2% | 5.9% | 71.4% | 59.8% | 667.5분 | 498.4분 | 100.0% | 100.0% | 13.7% | 7.6% | 29.0% | 43.9% | |
| | 44 | 서산권 | 45.2% | 52.0% | 19.1% | 12.2% | 61.7% | 61.6% | 611.1분 | 387.8분 | 49.2% | 30.4% | 68.9% | 38.3% | 38.1% | 62.3% | |
| | 45 | 논산권 | 47.1% | 54.3% | 7.8% | 8.9% | 67.1% | 63.4% | 617.0분 | 473.8분 | 68.6% | 56.1% | 33.4% | 22.8% | 31.8% | 39.8% | |
| | 46 | 홍성권 | 37.9% | 50.9% | 16.3% | 17.4% | 62.0% | 60.7% | 697.3분 | 509.5분 | 61.8% | 48.8% | 38.7% | 22.2% | 23.9% | 37.9% | |
| 전북 | 47 | 전주권 | 44.9% | 47.5% | 4.6% | 4.7% | 63.1% | 54.5% | 801.9분 | 526.1분 | 20.0% | 16.1% | 81.3% | 78.4% | 61.8% | 67.7% | |
| | 48 | 군산시 | 47.9% | 57.4% | 7.4% | 6.4% | 60.6% | 50.8% | 839.0분 | 557.0분 | 54.7% | 37.9% | 51.8% | 42.7% | 60.1% | 63.5% | |
| | 49 | 익산시 | 45.2% | 51.7% | 2.3% | 2.0% | 56.5% | 45.4% | 1,080.0분 | 759.0분 | 10.0% | 8.8% | 85.1% | 81.7% | 86.6% | 88.4% | |
| | 50 | 정읍권 | 42.1% | 56.7% | 4.5% | 4.8% | 71.9% | 61.1% | 993.2분 | 736.3분 | 100.0% | 100.0% | 40.9% | 23.4% | 23.7% | 41.1% | |
| | 51 | 남원권 | 52.2% | 63.0% | 13.9% | 9.5% | 62.1% | 66.9% | 713.3분 | 459.3분 | 52.6% | 36.8% | 39.0% | 20.4% | 16.4% | 27.2% | |
| | 52 | 목포권 | 46.3% | 51.7% | 5.1% | 3.3% | 76.6% | 74.1% | 610.3분 | 368.9분 | 38.1% | 24.3% | 60.0% | 56.3% | 32.4% | 39.9% | |
| 전남 | 53 | 여수권 | 42.7% | 48.1% | 12.4% | 9.3% | 68.7% | 69.7% | 567.0분 | 343.0분 | 48.9% | 26.0% | 56.6% | 40.6% | 47.4% | 58.9% | |
| | 54 | 순천권 | 41.6% | 60.4% | 8.3% | 12.2% | 79.4% | 68.5% | 766.1분 | 545.8분 | 39.6% | 40.1% | 70.7% | 55.5% | 39.3% | 55.7% | |
| | 55 | 나주권 | 50.5% | 63.0% | 6.1% | 5.5% | 71.2% | 71.0% | 998.1분 | 608.1분 | 92.2% | 96.0% | 27.9% | 20.2% | 64.1% | 68.0% | |
| | 56 | 해남권 | 35.2% | 48.0% | 3.4% | 3.1% | 80.1% | 79.0% | 941.5분 | 647.5분 | 100.0% | 100.0% | 50.9% | 28.3% | 25.4% | 46.3% | |
| 경북 | 57 | 영광권 | 48.6% | 60.5% | 8.1% | 7.3% | 74.0% | 71.8% | 878.5분 | 520.5분 | 100.0% | 100.0% | 29.6% | 13.3% | 49.1% | 59.9% | |
| | 58 | 포항권 | 42.9% | 51.2% | 4.2% | 3.8% | 64.6% | 55.7% | 531.8분 | 346.8분 | 20.6% | 15.6% | 80.0% | 67.2% | 53.9% | 67.0% | |
| | 59 | 경주권 | 41.4% | 55.1% | 4.8% | 8.2% | 68.0% | 57.6% | 867.5분 | 580.7분 | 71.6% | 58.6% | 32.4% | 27.5% | 44.1% | 51.3% | |
| | 60 | 안동권 | 48.1% | 55.5% | 3.1% | 3.1% | 73.6% | 73.9% | 593.0분 | 374.5분 | 20.6% | 13.1% | 74.5% | 68.7% | 30.4% | 35.3% | |
| | 61 | 구미권 | 43.8% | 51.2% | 5.8% | 4.3% | 68.9% | 65.2% | 633.9분 | 417.0분 | 34.8% | 21.0% | 67.5% | 55.7% | 52.5% | 60.9% | |
| | 62 | 영주권 | 42.2% | 57.4% | 4.6% | 5.4% | 81.6% | 79.4% | 673.7분 | 424.9분 | 100.0% | 100.0% | 15.1% | 5.4% | 10.8% | 18.4% | |
| 경남 | 63 | 상주권 | 48.3% | 57.3% | 13.6% | 11.5% | 71.3% | 69.8% | 634.9분 | 408.7분 | 55.2% | 40.8% | 51.7% | 38.6% | 29.0% | 38.2% | |
| | 64 | 창원권 | 43.5% | 54.5% | 3.8% | 4.9% | 66.1% | 52.2% | 719.8분 | 534.3분 | 18.5% | 14.7% | 82.0% | 78.4% | 63.1% | 70.1% | |
| | 65 | | | | | | | | | | | | | | | | |

(그림6) 권역·중진료권 응급의료이용 분포 (2018)

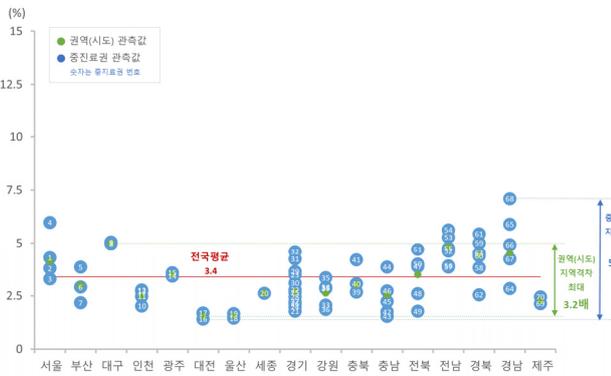
[중증응급환자] 응급실 직접내원환자 전원율(%)



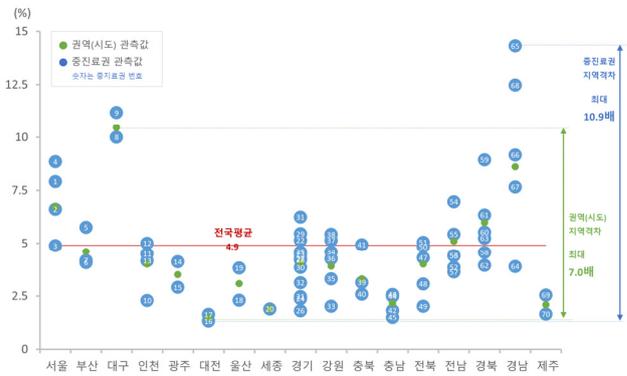
[중증외상환자] 응급실 직접내원환자 전원율(%)



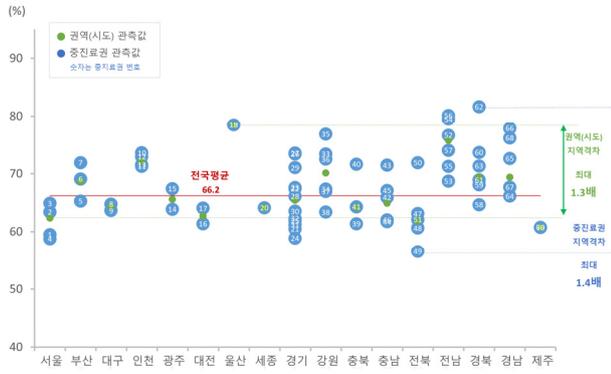
[중증응급환자] 응급실 전원내원 환자 재전원율(%)



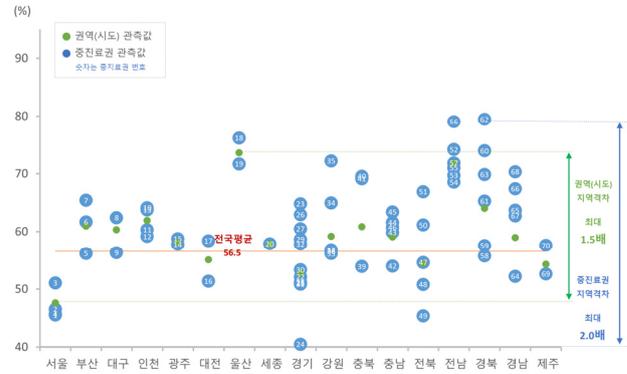
[중증외상환자] 응급실 전원내원환자 재전원율(%)



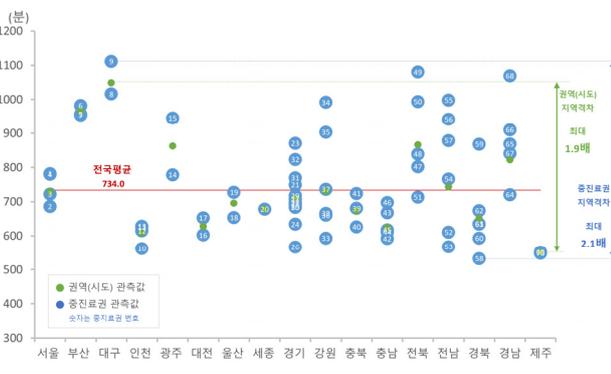
[중증응급환자] 응급실 내원환자 최종치료 제공률(%)



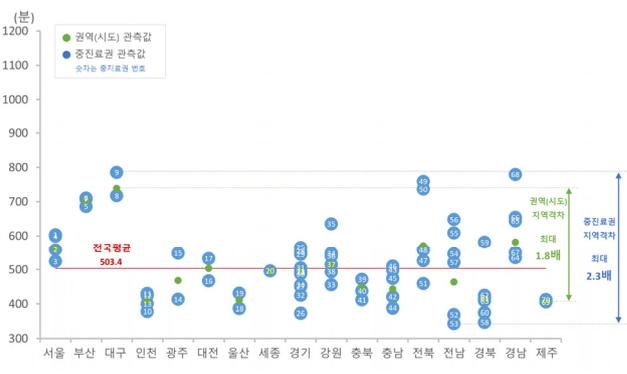
[중증외상환자] 응급실 내원환자 최종치료 제공률(%)



[중증응급환자] 응급실 내원환자 최종치료제공 소요시간(분)



[중증외상환자] 응급실 내원환자 최종치료제공 소요시간(분)



◦◦ 관련정책 및 정책시사점 ◦◦

- 응급의료체계(EMSS: Emergency Medical Services System)는 응급의료가 병원 밖으로 확대된 개념으로, 병원전 단계(Pre-hospital phase)와 병원단계(In-hospital phase)의 인력, 시설, 장비 등이 구조적이고 기능적으로 결합되어 응급환자 발생부터 최종진료까지 적시에 최선의 응급의료를 제공할 수 있어야 한다.
- 정부는 올해 초 「응급의료체계 개선 협의체」 논의 결과를 토대로, 「응급의료체계 개선방향」을 확정하였다. ① **응급의료 서비스 이용격차 없는 지역 완결형 응급의료체계 구축**, ② **중증도에 따른 합리적 응급의료서비스 이용체계 마련**을 통해 기존의 공급자 중심, 중앙정부 중심의 체계에서 환자와 지역중심의 응급의료서비스 제공체제로 개선하고자 한다.
- 병원전(현장·이송) 단계에서는 중증응급환자를 골든타임 안에 최적병원으로 이송하기 위해 현장의 119구급대원 중증도 분류기준을 응급실 기준과 연계되도록 개선하고, 3대 중증 응급질환(중증외상, 심근경색, 뇌졸중)의 최적치료가 가능한 병원으로 신속히 이송할 수 있도록 이송병원을 사전에 정하는 지역단위 이송지침 및 이송지도를 마련할 예정이다.
- 병원단계에서는 중증응급환자가 역량 있는 의료기관에서 집중 진료를 받을 수 있도록, 응급의료기관의 종별 진료책임과 역할을 명확화하고, 중증응급질환 환자가 다른 지역으로 전원·이송되지 않고 지역 내에서 최종치료를 받을 수 있도록 지역내 책임진료체계를 구축할 예정이다.
- 이를 위해, 상급종합병원 지정기준에 ‘응급전용 중환자실’ 포함하고, 상급종합병원 지정을 위한 ‘중증환자’ 기준에 ‘고난이도 중증응급질환군’을 추가하는 등 역량 있는 병원에서 중증응급환자 진료가 이루어 질 수 있도록 관련기준을 개선하고, 의료적 필요시 신속하고 효율적인 병원간 전원이 이뤄질수 있도록 (가칭)중앙/지역전원협의체 구성·운영 및 관련 추가정비 등을 계획하고 있다.
- 한편, 지방정부 역량 강화를 위해, 포괄보조사업을 확대하여 예산 집행자율성을 높이고, 지역의 정책지원조직(시·도 공보건의료지원단)을 강화하며, 지역의 응급의료정책 발전 유도를 위한 지역응급의료 정책평가 등을 추진할 예정이다.

* 사도 공보건의료지원단: ('18) 5개 → ('20) 12개 → ('22) 17개

「환자 중심의 응급의료서비스 제공을 위한, 응급의료체계 개선 방향('20.1)」 추진을 통해 달라지는 점

상황 : 대동박리 (비수도권 중소도시 거주 40대 남자)

비수도권 중소도시에 거주하는 직장인 A(45, 男)씨는 평소 고지혈증이 있었고, 저녁식사 중 갑자기 허리에 통증이 발생하여 집에서 10분 거리에 있는 B병원 응급실(지역응급의료센터)에 방문하였다. 허리통증에 대한 검사를 위해 시행한 CT에서 복부대동맥박리가 발견되었으나 B병원에서는 응급수술을 할 수 없어, 인근의 다른 지역응급의료센터와 권역응급의료센터에 전원 문의를 하였으나 전문 의 등 의료자원 부족, 응급수술 불가 및 중환자실 부족의 사유로 미수용 답변을 받았다. 2시간이 지난 후 중앙응급의료센터 중앙응급의료상황실 전원 조정을 통해 수도권에 있는 C병원으로 이송되어 수술을 받았다.

| 2019년 현재 | 추진과제 | 2022년 달라지는 모습 |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • 중증도와 긴급도 관계없이 환자 위치 기준 가장 근거리 있는 응급의료기관으로 이송 • 응급환자나 보호자가 원하는 병원으로 이송 | <ul style="list-style-type: none"> • 현장과 응급실 응급환자 중증도 분류표준화 <ul style="list-style-type: none"> - 현장과 응급실간 응급환자 중증도 분류 표준화를 위한 '병원前응급환자 분류기준' 마련('20. 1) 및 시범사업 후 전국확대 추진 | <ul style="list-style-type: none"> • 표준화된 중증도 분류기준에 따라 환자의 중증도에 맞는 적정 진료 제공이 가능한 병원으로 이송 |
| <ul style="list-style-type: none"> • 질환에 따라서 지역 내 최종치료가 안 되는 경우 발생 • 여러 응급의료기관을 거쳐(전원 및 재전원) 타지역 이동하여 최종치료 | <ul style="list-style-type: none"> • 중증응급질환군 지역내 책임진료체계 구축 <ul style="list-style-type: none"> - 권역·지역응급의료센터 법정기준·응급의료기관 평가기준·응급의료수기를 연계하여 중증응급질환군에 대한 지역 내 책임진료체계 구축('21.下) - 지정된 중증응급질환군에 대한 실질적인 최종치료가 가능하도록 기능별·질환별 당직전문 의 진료체제로 개선 | <ul style="list-style-type: none"> • 지역내 책임진료체계 구축으로 지역 내에서 실질적인 최종치료 가능 |
| <ul style="list-style-type: none"> • 비수도권 중증응급질환 발생 시 치료 가능한 수도권 대형병원 응급실로 이송 | <ul style="list-style-type: none"> • 상급종합병원 지정기준 개선 <ul style="list-style-type: none"> - 지정기준에 응급전용중환자실 포함, 고난이도 중증응급질환을 전문진료질환군에 추가 | <ul style="list-style-type: none"> • 상급종합병원 지정기준 조정으로 지역 상급종합병원이 중증응급환자를 적극 수용하여 최종치료 가능 |

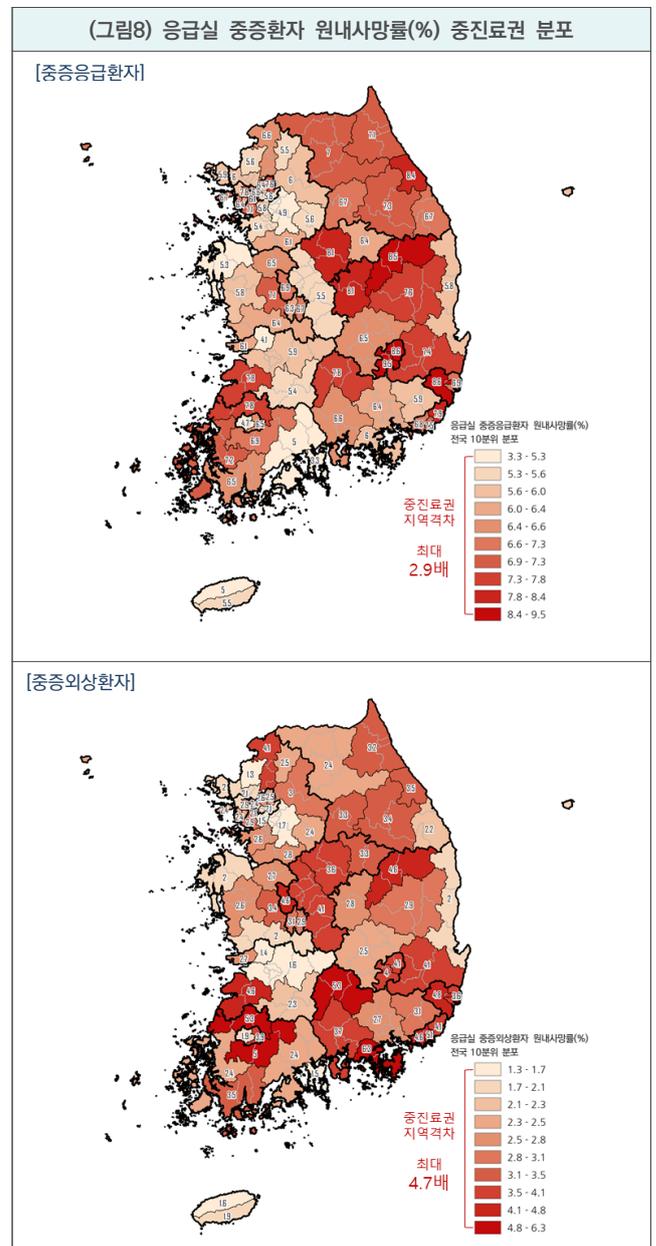
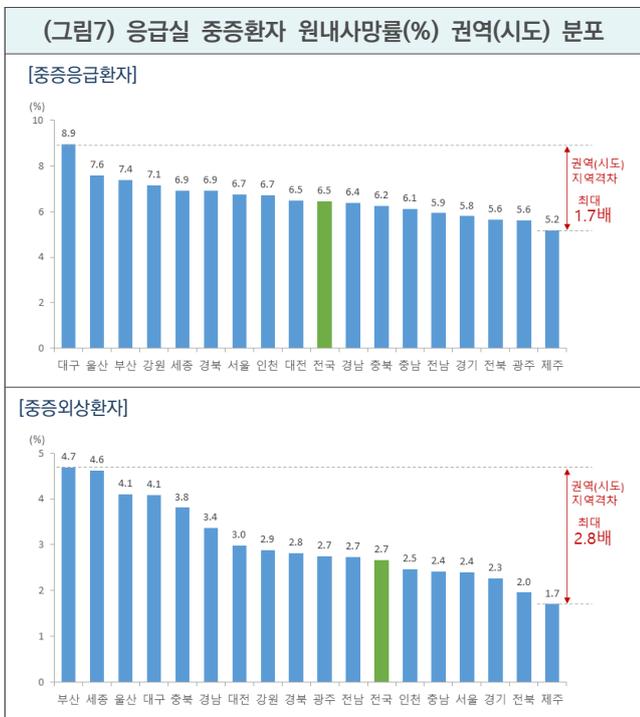
* 출처: 보건복지부, 환자 중심의 응급의료서비스 제공을 위한, 「응급의료체계 개선 방향('20.1)」

4. 건강결과

- 2018년 전국 153개 센터급 이상 응급의료기관을 방문한 중증응급환자가 응급실 또는 입원후 병원 내에서 사망한 비율은 6.5%였고, 중증외상환자는 2.7%였다.
- 중증응급환자의 원내사망률은 제주가 5.2%로 가장 낮았고, 대구는 8.9%로 제주에 비해 1.7배나 높았다. 중진료권 수준에서는 대구서남이 9.5%로 가장 높았고, 대구동북, 울산 서남, 강원 강릉권, 충북 충주권, 경북 영주권, 상주권도 원내사망률이 8%이상으로 높은 편이었다. 반면, 전남 여수시는 3.3%로 중진료권중 중증응급환자의 원내사망률이 가장 낮았으며, 대구서남과는 2.9배 차이로 상당히 컸다.
- 중증외상환자의 원내사망률도 제주가 1.7%로 가장 낮았다.

중증외상환자의 원내사망률이 가장 높은 권역은 부산으로 4.7%였으며, 제주와 비교하면 2.8배나 높았다. 세종, 울산, 대구도 4% 이상으로 중증외상환자의 원내사망률이 높은 편이었다.

- 중진료권 수준에서는 경남 통영권이 6.3%로 가장 높았고, 부산중부, 전남 나주권도 5%이상으로 높은 편이었다. 중증외상환자의 원내사망률이 가장 낮은 지역은 경기 파주시로 1.3%였고, 경남 통영과는 4.7배나 차이가 있었다. 광주광역시, 경기 성남권, 안양권, 전북 전주권, 익산시, 전남 여수시, 제주시도 중증외상환자 원내사망률이 1%대로 낮은 편이었다.



응급·외상관련 필수의료서비스 지역현황

서울특별시



[서울특별시 진료권별 응급실 내원건수(천명당)]

[중증응급 의료자원]

- 권역응급의료센터 수: 인구100만명당 0.51개소
- 권역응급의료센터 응급의학과전문의 수: 인구10만명당 0.51명
- 권역응급의료센터 응급실전담간호사 수: 인구10만명당 2.7명

[응급 의료자원]

- 지역응급의료센터·기관 수: 인구10만명당 0.45개소
- 지역응급의료센터·기관 응급의학과전문의 수: 인구10만명당 2.2명
- 지역응급의료센터·기관 응급실전담간호사 수: 인구10만명당 12.1명

응급실 내원건수(천명당) 전국 10분위 분포

| | |
|--------------|---------------|
| 31.4 - 63.4 | 104.9 - 116.5 |
| 63.4 - 74.5 | 116.5 - 129.1 |
| 74.5 - 84.5 | 129.1 - 135.6 |
| 84.5 - 92.5 | 135.6 - 161.4 |
| 92.5 - 104.9 | 161.4 - 239.3 |

[의료필요]

- 서울시의 응급실 환자의 구성 중 중증응급환자는 인구천명당 14.8명(전국 14.7명)이고, 중증외상환자는 인구천명당 3.8명(전국 4.1명)으로 양호한 수준이다.[표1]

[의료자원]

- 서울시의 권역응급의료센터 수의 경우 인구 100만명당 0.5명(전국시도 대비 14위, 전국 0.7명)이며, 지역 응급의료센터 및 지역응급의료기관 수 또한 인구10만명당 0.5명(전국시도 대비 14위, 전국 0.7명)으로 인구대비 응급의료기관에 대한 의료자원이 부족한 실정이다.(그림3)
- 특히, 지역응급의료센터 및 기관의 응급실 전담 간호사의 경우, 서울시는 12.1명으로 전국 10.7명에 비해 높은 수준이나(그림3), 진료권별 격차가 크게 나타나 동북권역(8.6명) 및 서남권역(8.2명)의 경우 전국 평균(10.7명)도 미치지 못하는 수준이다.

서울시 지역응급의료센터·기관
응급실전담간호사 수(인구 10만명당)



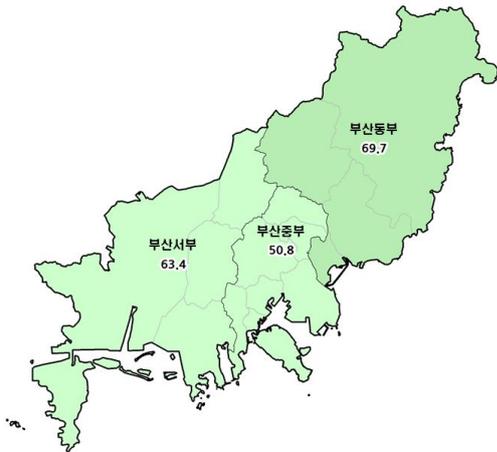
[의료이용]

- 서울시의 중증응급환자 최종 치료 시간의 경우, 중증응급환자는 평균 728.9분으로 전국 734.0분 대비 다소 낮으나 중증외상환자는 560.9분으로 전국 503.4분에 비해 약 57분 이상 치료시간이 더 소요되었다.
- 진료권별로 살펴보면 중증응급환자의 경우 서북권역(781.8분) < 동남권역(779.4분) < 서남권역(721.7분) < 동북권역(686.1분) 순으로 진료권간 약 1시간 반 이상의 큰 격차를 보였다. 또한, 중증외상 환자의 경우에도 서북권역(603.4분) < 동남권역(598.4분) < 동북권역(558.4분) < 서남권역(523.6분)으로 진료권간 약 80분의 큰 격차를 보였다.[표4]

[건강결과]

- 서울시의 응급실 환자의 원내 사망률은 중증응급환자의 경우 6.7%(전국시도대비 7위, 전국 6.5%)으로 다소 높은 편이며, 중증외상환자의 경우 2.4%(전국시도대비 14위, 전국 2.7%)으로 양호한 편이다.(그림7)

부산광역시



[부산광역시 진료권별 응급의료기관 내원건수(천명당)]

[중증응급 의료자원]

- 권역응급의료센터 수: 인구100만명당 0.58개소
- 권역응급의료센터 응급의학과전문의 수: 인구10만명당 0.20명
- 권역응급의료센터 응급실전담간호사 수: 인구10만명당 1.11명

[응급 의료자원]

- 지역응급의료센터·기관 수: 인구10만명당 0.78개소
- 지역응급의료센터·기관 응급의학과전문의 수: 인구10만명당 1.90명
- 지역응급의료센터·기관 응급실전담간호사 수: 인구10만명당 13.4명

전국 응급의료기관 내원건수(천명당) 10분위 분포

| | |
|--------------|---------------|
| 31.4 - 63.4 | 104.9 - 116.5 |
| 63.4 - 74.5 | 116.5 - 129.1 |
| 74.5 - 84.5 | 129.1 - 135.6 |
| 84.5 - 92.5 | 135.6 - 161.4 |
| 92.5 - 104.9 | 161.4 - 239.3 |

[의료필요 및 의료자원] 중증응급환자의 높은 응급실 이용 비율, 관련 전문기관 및 전문인력의 진료권 간 격차

- 부산의 응급실 이용자수는 59.8명(인구천명당)으로 7대 특·광역시 중 가장 적었으나[표1], 그 중 중증응급환자의 비율은 가장 높았다(그림1). 권역응급의료센터는 0.58개소(인구100만명당)로 특·광역시 중 중위 수준이었으며, 관련 전문의수와 전담간호사 수는 가장 적었다. 지역응급의료센터·기관수는 0.78개소(인구10만명당)로 상위 수준이었으며, 해당 응급실전담간호사 수는 가장 많았다.(그림3),(그림4)
- 진료권별로는 부산동부의 응급실 이용자가 많으나 중증응급/외상 환자의 비율은 부산중부-부산서부-부산동부 순의 격차를 보였다.[표2] 응급의료기관 외 응급실 운영기관수는 부산중부와 부산서부에서 적었으며, 특히 부산중부권에 전문인력 등 의료 인프라가 밀집되어있는 것으로 나타났다.(그림5)

[의료이용] 중증응급 환자에 대한 치료 제공까지의 긴 소요시간, 진료권별 지역유출률에 격차

- 부산의 중증응급 및 중증외상환자의 응급실 내원 시 119구급차 이용률은 상위 수준이며, 중증응급환자의 전원율은 모두 하위, 중증외상환자의 경우 중·하위 수준이었다. 중증응급환자의 최종치료시간은 평균 966.0분, 중증외상환자는 702.5분으로 치료 제공 소요시간이 긴 편이며, 응급의료 기관 지역유출률은 중증응급, 중증외상 모두 매우 높은 수준을 보였다(특·광역시 기준). 중증응급 입원RI는 2016년 86.2%에서 2018년 80.8%로 감소하였다.[표4]
- 진료권별로는 부산중부에서 중증응급/외상 환자의 119구급차 이용률이 가장 높았으며, 전원율은 관찰지표 모두 진료권별로 격차를 보였다. 중증응급환자의 최종치료제공 소요시간은 부산중부-부산서부-부산동부 순 이었으며, 특히 부산서부의 응급의료기관 지역유출률이 높고 입원RI가 낮은 것으로 나타났다.[표4]

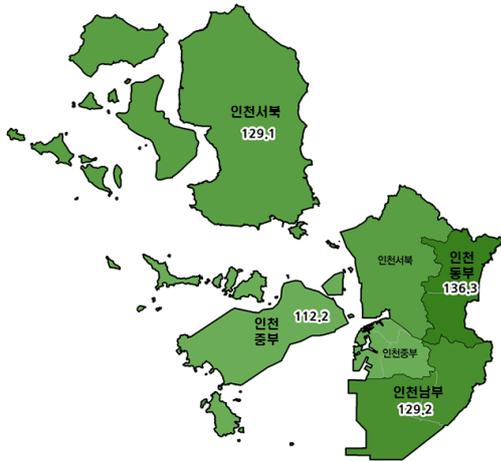
[건강결과] 중증응급/외상 환자의 높은 원내 사망률

- 부산의 응급실 중증응급/중증외상 환자 원내 사망률이 각 7.4%, 4.7%로 높았으며, 특히 중증외상환자 원내 사망률은 전국 17개 시·도 중 가장 높게 나타났다.(그림7)
- 진료권별로는 중증응급 원내사망은 부산동부-부산중부-부산서부 순으로 높은 반면 중증외상의 경우 부산중부-부산서부-부산동부 순의 격차를 보였다.(그림8)

[요약] 중증응급/외상 관련 높은 의료필요, 의료자원/이용에 격차, 높은 원내 사망률

- 부산은 응급실을 이용하는 환자에 비해 중증응급 환자가 차지하는 비율은 높아 전문적이고 집중적인 응급의료 서비스 제공을 필요로 한다. 또한 환자 치료 제공소요기간이 길고 지역유출률이 진료권별로 격차를 보여 응급의료 인프라 확충이 시급하다. 응급실 중증환자 원내 사망률은 부산이 모두 높아 응급 및 외상 관련 의료서비스제공 전반에 대한 개선이 필요한 것으로 판단된다.

인천광역시



[인천광역시 진료권별 응급의료기관 내원건수(천명당)]

[중증응급 의료자원]

- 권역응급의료센터 수: 인구100만명당 0.68개소
- 권역응급의료센터 응급의학과전문의 수: 인구10만명당 0.80명
- 권역응급의료센터 응급실전담간호사 수: 인구10만명당 4.60명

[응급 의료자원]

- 지역응급의료센터·기관 수: 인구10만명당 0.61개소
- 지역응급의료센터·기관 응급의학과전문의 수: 인구10만명당 2.55
- 지역응급의료센터·기관 응급실전담간호사 수: 인구10만명당 9.7명

전국 응급의료기관 내원건수(천명당) 10분위 분포

| | |
|--------------|---------------|
| 31.4 - 63.4 | 104.9 - 116.5 |
| 63.4 - 74.5 | 116.5 - 129.1 |
| 74.5 - 84.5 | 129.1 - 135.6 |
| 84.5 - 92.5 | 135.6 - 161.4 |
| 92.5 - 104.9 | 161.4 - 239.3 |

[의료필요 및 결과] 높은 응급실 이용자수와 중증응급환자의 원내 사망률

- 천 명당 응급실 이용자수는 인천 중부 112.2명, 인천 서북 129.1명, 인천 남부 129.2명, 인천 동북136.3명으로, 진료권 간 격차는 있지만 전국 평균(107.7명)보다 모두 높았다. 반면 응급실 중증응급과 중증외상 환자 구성비율은 인천 중부(14.0%, 4.0%)를 제외한 모든 진료권이 전국 평균(13.6%, 3.8%)보다 다소 낮은 결과를 보였다.[표2]
- 반면 응급실 중증응급 및 중증외상 환자 원내 사망률은 인천 동북(7.8%, 2.9%)이 진료권 중 가장 높은 값을 보였으며 전국과 비교해도 각 1.3%p, 0.2%p 높았다.(그림7),(그림8) 따라서 중증환자들이 필요시 응급실에서 신속한 치료를 받을 수 있도록 경증환자는 동네 병의원의 이용을 유도하는 의료전달체계 개선 노력이 필요하다.

[의료자원] 응급외상 의료자원의 진료권 간 격차 발생

- 인천 내에는 권역응급의료센터 2개소, 지역응급의료센터 8개소, 지역응급의료기관 10개소가 있다. 10만 명당 지역응급의료기관·센터 기관수는 인천 남부 0.1개소, 인천 중부 0.6개소, 인천 동북 0.6개소, 인천 서북 1.0개소로 진료권 간 최대 0.9개소 차이가 있다.
- 지역응급의료기관·센터의 10만 명당 응급의학과 전문의 수는 인천 남부 0.6명, 인천 서북 5.2명으로 진료권 간 최대 4.6명의 격차가 발생했으며, 10만 명당 응급실 전담 간호사 수는 인천 남부 2.1명, 인천 동북 14.6명으로 진료권 간 최대 12.5명의 격차가 발생했다.(그림5)

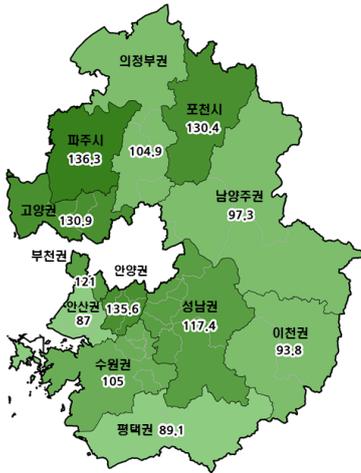
[의료이용] 낮은 의료접근성에도 불구하고 119구급차의 높은 이용률과 빠른 최종치료 제공

- 2018년 기준, 중증응급 입원환자의 60분 이내 의료이용률(TRI)은 인천 중부(34.0%)와 인천 남부(65.8%) 진료권 간 최대 31.8%p의 차이가 있었고, 응급 입원환자의 60분 이내 의료이용률(TRI) 역시 인천 중부(33.5%)와 인천 남부(64.1%) 간 최대 30.6%p 차이가 발생했다.
- 인천 중부는 도서 지역인 중구와 옹진군을 포함하고 있기 때문에 다른 진료권에 비해 더 낮은 접근성을 보였다. 그러나 인천의 진료권별 응급실 환자 119구급차 이용률은 인천 서북의 중증응급(52.5%)과 중증외상(51.0%) 값이 119 구급차 이용률이 가장 높은 인천 중부에 비해 각각 10.9%p, 12.4%p 낮았다.
- 발병 후 24시간 이내 응급실 내원한 환자 최종치료 제공까지 소요시간을 보면 중증응급의 경우, 인천 서북(561.8분), 인천 중부(614.7분), 인천 동북(625.2분), 인천 남부(627.9분) 진료권 간 격차는 있지만 모든 진료권이 전국 평균(734.0분)보다 훨씬 빨랐다.
- 중증외상의 최종치료 제공까지 소요시간은 인천 서북(378.5분), 인천 남부(399.7분), 인천 중부(424.0분), 인천 동북(429.7분)의 값을 나타냈고, 전국 평균(503.4분) 보다 최대 124.9분 빠르게 최종치료를 제공했다.[표4]

[정책사업] 인천의 지역 특성에 따른 도서지역 응급의료 이송체계 개선 추진

- 인천의 옹진군, 강화군, 중구의 일부 지역은 도서지역이라는 지리적 한계로 인해 중증응급상황이 발생했을 때 골든 타임이 지켜지기 어려운 상황이다. 이와 같은 어려움을 해소하고자 관련 기관의 협조를 받아 응급의료헬기(닥터헬기, 소방헬기, 해경헬기, 군 헬기 등)를 공동 활용하고 있으며, 해경정, 군 행정선, 여객선 등을 활용하여 도서지역 중증응급환자의 응급의료 접근성을 높이고자 노력하고 있다.

경기도



[경기도 진료권별 응급의료기관 내원건수(천명당)]

[중증응급 의료자원]

- 권역응급의료센터 수: 인구100만명당 0.54개소
- 권역응급의료센터 응급의학과전문의 수: 인구10만명당 0.57명
- 권역응급의료센터 응급실전담간호사 수: 인구10만명당 3.27

[응급 의료자원]

- 지역응급의료센터·기관 수: 인구10만명당 0.44개소
- 지역응급의료센터·기관 응급의학과전문의 수: 인구10만명당 1.83명
- 지역응급의료센터·기관 응급실전담간호사 수: 인구10만명당 7.3명

전국 응급의료기관 내원건수(천명당) 10분위 분포

| | |
|--------------|---------------|
| 31.4 - 63.4 | 104.9 - 116.5 |
| 63.4 - 74.5 | 116.5 - 129.1 |
| 74.5 - 84.5 | 129.1 - 135.6 |
| 84.5 - 92.5 | 135.6 - 161.4 |
| 92.5 - 104.9 | 161.4 - 239.3 |

[의료필요 및 의료자원] 도내 진료권별 의료필요 및 자원의 격차가 큰 편

- 경기도의 인구 천 명당 응급실 이용자 수는 112.4명으로 전국(107.7명)에 비해 다소 많으며, 응급실 이용자 수가 가장 많은 진료권은 파주(136.3명) 진료권, 가장 적은 진료권은 안산 진료권(87.0명)으로 나타났다.[표1],[표2]
- 경기도는 중증응급과 중증외상으로 응급실에 내원한 환자의 비율이 각 12.4%, 3.3%로 전국(13.6%, 3.8%)보다 낮은 것으로 나타났다.(그림1),(그림2) 중증응급으로 응급실에 내원한 환자의 비율이 가장 높은 이천 진료권은 16.2%, 가장 낮은 고양 진료권은 10.6%로 나타났고, 중증외상으로 응급실에 내원한 환자의 비율이 가장 높은 이천 진료권은 4.1%, 가장 낮은 수원, 성남 진료권은 3.0%로 나타났다.[표2]
- 경기도는 인구 백만 명당 권역응급의료센터, 인구 십만 명당 지역응급의료센터와 지역응급의료기관, 권역응급의료센터와 지역응급의료센터·기관의 전문의와 간호사 모두 전국에 비해 다소 적었다. 진료권별로 살펴보면 평택 진료권이 모든 응급 의료 자원이 전국에 비해 다소 많은 것으로 나타났으며, 파주 진료권은 지역응급의료센터, 지역응급의료기관과 해당 의료기관의 전문의와 간호사가 경기 진료권 중 가장 적은 것으로 나타났다.(그림3),(그림4),(그림5)

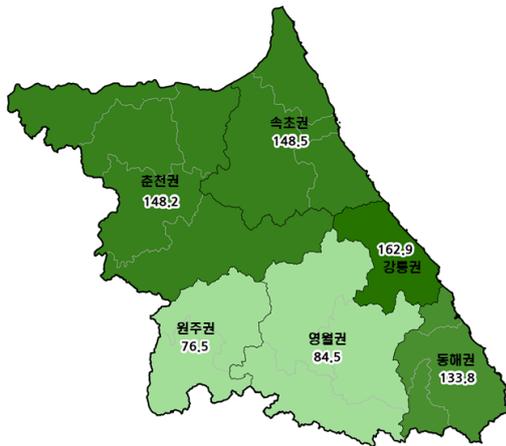
[의료이용] 중증응급과 응급에서 TRI(입원환자의 60분 이내 의료이용률)보다 RI(관내의료이용률)의 진료기간 의료이용 격차가 큰 편

- 경기도의 중증응급과 응급 RI는 각 78.0%, 75.0%로 전국(각 80.0%, 77.1%)에 비해 낮은 것으로 나타났다. 중증응급 RI와 응급 RI는 경기 진료권 중 수원 진료권이 유일하게 전국에 비해 높은 RI 값(각 80.3%, 78.2%)을 가지고 있으며, 중증응급 RI가 가장 낮은 진료권은 파주(23.2%) 진료권, 응급 RI가 가장 낮은 진료권은 포천(11.5%) 진료권으로 나타났다.
- 경기도의 중증응급과 응급 TRI는 각 62.2%, 67.4%로 전국(각 52.8%, 60.0%)에 비해 높은 것으로 나타났다. 중증응급 TRI가 가장 높은 진료권은 고양과 부천 진료권(각 76.1%)로 나타났으며, 응급 TRI가 가장 높은 진료권은 고양 진료권(78.5%)로 나타났다. 중증응급과 응급 TRI가 가장 낮은 진료권은 모두 이천 진료권으로 각 23.0%, 34.6%로 나타났다.[표4]
- 이를 통해 진료권에 따라 중증응급 RI는 대략 3배 이상, 응급 RI는 7배 이상 차이이며, 중증응급과 응급 TRI는 대략 2배 이상 차이 나는 것으로 보아 진료권별 의료이용의 격차가 큰 것으로 보인다.

[건강결과] 진료권에 따른 병원 내 사망률의 편차 존재

- 경기도에서 응급실에 중증응급 혹은 중증외상으로 내원한 환자 중 병원 내에서 사망한 비율은 각 5.8%, 2.3%로 전국 사망률인 6.5%, 2.7%에 비해 낮았다.(그림7)
- 응급실에 중증응급으로 내원한 환자의 병원 내 사망률이 가장 높은 안산 진료권은 7.1%로 의정부 진료권(6.6%)과 함께 전국에 비해 높은 것으로 나타났으며, 가장 낮은 성남 진료권은 4.9%로 나타났다. 응급실에 중증외상으로 내원한 환자의 병원 내 사망률이 가장 높은 의정부 진료권은 4.1%, 가장 낮은 파주 진료권은 1.3%로 나타났다.(그림8)
- 이를 통해 진료권에 따라 중증응급 혹은 중증외상으로 응급실에 내원한 환자의 병원 내 사망률은 1.5~4배가량 차이나 그 격차가 큰 것으로 보인다.

강원도



[강원도 진료권별 응급의료기관 내원건수(천명당)]

[중증응급 의료자원]

- 권역응급의료센터 수: 인구100만명당 1.94개소
- 권역응급의료센터 응급의학과전문의 수: 인구10만명당 1.54명
- 권역응급의료센터 응급실전담간호사 수: 인구10만명당 6.85명

[응급 의료자원]

- 지역응급의료센터·기관 수: 인구10만명당 1.23개소
- 지역응급의료센터·기관 응급의학과전문의 수: 인구10만명당 1.80명
- 지역응급의료센터·기관 응급실전담간호사 수: 인구10만명당 12.2명

전국 응급의료기관 내원건수(천명당) 10분위 분포

| | |
|--------------|---------------|
| 31.4 - 63.4 | 104.9 - 116.5 |
| 63.4 - 74.5 | 116.5 - 129.1 |
| 74.5 - 84.5 | 129.1 - 135.6 |
| 84.5 - 92.5 | 135.6 - 161.4 |
| 92.5 - 104.9 | 161.4 - 239.3 |

[의료필요·의료자원] 응급의료기관은 전국평균보다 많으나, 응급의료 인력은 부족하고, 응급의료의 중진료권별 격차가 존재

- 강원도의 인구 100만 명당 권역 응급의료센터의 수는 1.94개소, 인구 10만 명당 지역응급의료센터, 지역응급의료기관 수는 1.2개소로 전국평균(0.69/0.71)보다 많았고, 17개 시도 중 1위와 2위를 차지하였다.(그림3)
- 권역 응급의료센터의 응급의학과 전문의(1.5명/10만) 및 응급실전담간호사 수(6.9명/10만)는 전국평균(0.6/3.3)보다 많았으나, 지역응급의료센터 응급의학과 전문의 수는 10만 명당 1.8명으로 전국 평균인 2.1명보다 적었다.(그림4)
- 중진료권별 지역응급의료센터·기관 응급의학과 전문의 수는 속초권을 제외한 다섯 개 진료권(춘천, 원주, 강릉, 동해, 영월)이 전국평균(2.1)보다 적었다. 지역응급의료센터·기관 응급실전담간호사 수는 중진료권별 격차가 존재하고, 원주권과 강릉권의 지역응급의료센터·기관 응급실전담간호사 수는 전국평균(10.7)보다 적었다.(그림5)
- 비록 강원도 내 응급의료기관의 수는 타 시도에 비해 많지만, 응급의료 인력이 부족함을 시사한다. 또한, 응급의료기관이나 응급의료 인력의 중진료권별 격차가 존재하여 응급의료의 지역 격차 해소를 위한 노력이 필요한 것으로 보인다.

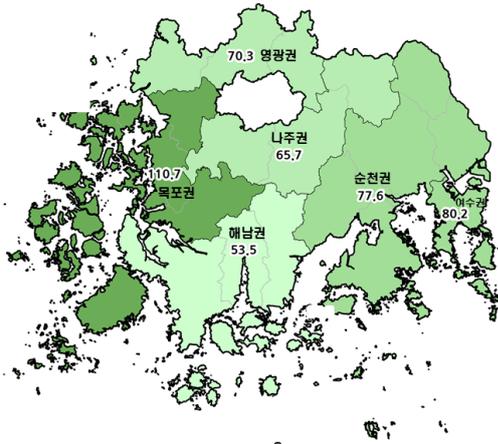
[의료이용] 시도수준의 중증응급, 응급환자 관내 의료이용률은 높으나, 중진료권별 격차 심각

- 2018년 강원도의 중증응급환자, 응급환자 관내 의료이용률은 전국평균(80.0/77.1)보다는 높은 수준을 보여주고 있다. 하지만 중증응급환자 관내 의료이용률은 2016년에 비해 0.4%p 감소하였다(82.6).
- 중진료권별로 중증응급, 응급환자의 관내 의료이용률의 격차가 컸다. 춘천권, 원주권, 강릉권은 전국평균은 상회하는 높은 관내 의료이용률을 보여준 반면 영월권, 동해권, 속초권의 경우 관내 의료이용률이 40%에도 못 미치는 낮은 수치를 보여주고 있었다.
- 강원도의 중증응급환자와 응급환자의 기준시간내(60분) 의료이용률은 2018년 전국 17개 시도 중 최하위로 중증응급환자 기준시간내(60분) 의료이용률 평균 52.8%와 응급환자 기준시간내(60분) 의료이용률 평균 60%에 한참 미치지 못하는 수준(31.6/37.1)으로 나타났다.[표4]
- 중진료권별로 중증응급환자와 응급환자의 기준시간내(60분) 의료이용률이 큰 격차를 보였으며, 원주권과 강릉권을 제외한 네 개 진료권(춘천, 영월, 동해, 속초)에서 전국평균보다 낮은 수준을 보였다.[표4]
- 이상의 결과는, 강원도 내 일부 중진료권의 응급의료 인력 및 시설의 부족은 응급환자의 지역 유출로 이어지고 있음을 시사한다. 따라서 거주하는 지역에 따른 의료접근성의 격차를 해소하기 위해 각 지역의 취약성 개선방안의 마련과 응급의료기관 의료인력 수급 보장 정책 등이 필요할 것으로 보인다.

[건강결과] 강원도 중증응급, 중증외상 환자 원내 사망률 전국 평균보다 높아

- 강원도의 중증응급(7.1명/10만) 및 중증외상(2.9명/10만) 환자의 원내 사망률은 전국 평균인 10만명당 6.5명과 10만 명당 2.7명보다 높았다. 강원도 내 중진료권별 중증응급 환자 사망률 모두 전국평균보다 높았고, 중증외상 환자 사망률은 원주권(3.3명), 영월권(3.4명), 강릉시(3.5명), 속초권(3.2명)이 전국평균(2.7명)보다 높게 나타났다.(그림7),(그림8)
- 따라서, 시도별 중증응급, 외상환자 사망률 격차를 줄이기 위한 지속적인 노력이 필요하고, 중진료권별 특성을 고려한 맞춤형 정책 마련이 필요할 것이다.

전라남도



[전라남도 진료권별 응급의료기관 내원건수(천명당)]

[중증응급 의료자원]

- 권역응급의료센터 수: 인구100만명당 1.06개소
- 권역응급의료센터 응급의학과전문의 수: 인구10만명당 1.09명
- 권역응급의료센터 응급실전담간호사 수: 인구10만명당 3.38명

[응급 의료자원]

- 지역응급의료센터·기관 수: 인구10만명당 1.91개소
- 지역응급의료센터·기관 응급의학과전문의 수: 인구10만명당 1.37명
- 지역응급의료센터·기관 응급실전담간호사 수: 인구10만명당 15.9명

전국 응급의료기관 내원건수(천명당) 10분위 분포

| | |
|--------------|---------------|
| 31.4 - 63.4 | 104.9 - 116.5 |
| 63.4 - 74.5 | 116.5 - 129.1 |
| 74.5 - 84.5 | 129.1 - 135.6 |
| 84.5 - 92.5 | 135.6 - 161.4 |
| 92.5 - 104.9 | 161.4 - 239.3 |

[의료필요] 낮은 응급실 방문자 수와 높은 중증응급, 외상환자 구성 비율

- 전남의 응급실 이용자 수는 인구 천 명당 81.9명으로 전국 평균 107.7명보다 적고, 중진료권별로 보면 목포권역(110.7명)을 제외한 5개 권역 모두 적었다.[표1],[표2]
- 반면에, 응급실 환자 구성비율은 중증응급, 중증외상 모두 전국 최상위 수준이며 6개 중진료권 모두 전국 평균보다 높았고, 특히, 영광, 나주, 해남권역에서 더 높았다.(그림1),(그림2],[표2]

[의료자원] 지역응급의료센터, 지역응급의료기관 수에 대한 중진료권별 격차 존재

- 전남지역의 응급의료 관련 자원은 지역응급의료센터, 기관 응급의학과 전문의 수(전국 2.1, 전남 1.4)를 제외하면 전국 평균보다 낮지 않으나, 지역응급의료센터, 지역응급의료기관 수의 지역별 격차(장흥 5.1, 영암 0, 함평 0)가 컸다.(그림3),(그림4),(그림5)

[의료이용] 낮은 119구급차 이용률, 입원 RI, TRI(60분)와 높은 전원률, 지역유출율

- 전남은 중증 환자의 응급실 구성비율이 높은데도 중증응급, 중증외상의 119구급차 이용률이 전국 평균보다 낮고 중진료권의 이용률 격차가 있었다. 신속한 이송은 응급환자의 생존과 예후에 큰 영향을 주므로 이에 대한 집중 분석이 필요하다.
- 전남의 발병 후 24시간 이내 응급실 내원한 환자 최종치료 제공까지 소요 시간은 중증응급의 경우는 전국 평균보다 길고, 중증외상 환자의 경우는 짧았는데, 중진료권 간 격차가 있었다.
- 전남의 중증응급, 중증외상 환자의 응급실 전원율, 1차 전원율, 재전원율 모두 전국 평균보다 높고 중진료권 간 격차가 컸다.[표4],[그림6] 높은 전원율은 지역 내에서 적절한 의료서비스를 제공받지 못함을 의미하며, 환자의 예후에도 부정적인 영향을 미치기 때문에 이에 대한 분석과 대책이 필요하다.
- 중증응급, 중증외상 환자 지역유출율은 직접 내원한 경우의 중증외상환자 지역유출율을 제외하고 모두 전국 평균보다 높고 중진료권별 편차가 매우 컸다(영광, 해남권역의 지역유출율은 모두 100%).
- 2016년~2018년의 중증응급, 중증외상 입원환자의 관내 의료이용률(RI)은 6개 중진료권 모두 전국 평균보다 낮았고, 2018년 기준으로 비교하면 중진료권별 격차가 컸다.(중증응급은 전국평균 80.0, 순천권 70.7, 나주권 27.9, 중증외상은 전국평균 77.1, 목포권 56.3) 순천권 55.5) 여수 40.6) 해남권 28.3) 나주권 20.2) 영광권 13.3)[표4]
- 중증응급 입원환자의 60분 이내 의료이용률(TRI)은 2016년, 2017년, 2018년 모두 전국 평균보다 낮았다. 2018년 기준으로 비교하면 중증응급의 경우 나주권 64.1, 해남권25.4(전국평균 52.8), 중증외상의 경우 나주권 68, 목포권 39.9(전국평균 60.0)로, 중진료권별 격차가 크고 도서지역이 없는 나주권에 비해 도서지역이 포함된 다른 권역이 낮았다. 이는 헬기와 선박을 이용해 이동해야 하는 도서지역의 지리적 특징 때문에 1시간 이내에 의료이용이 어려운 것으로 파악된다.

[건강결과] 진료권별 격차 존재

- 전남의 중증응급 환자 원내 사망률은 5.9%로 전국 평균 6.5%보다 낮으나 중진료권별로 살펴보면 영광권 7.8%, 여수시 3.3%로 격차가 크고, 중증외상환자 원내 사망률은 전국 평균과 같은 2.7%이나 영광권 5.3%, 여수시 1.5%로 중진료권 간 격차가 컸다.(그림7),(그림8)

[건강결과] 낮은 RI, TRI(60분), 높은 지역유출률, 이와 관련된 중진료권별 심한 격차

- 전남은 전반적으로 응급의료 관련된 자원이 적은 편은 아니나, 높은 응급실 중증환자 비중, 낮은 RI, TRI(60분), 높은 지역 유출률 등의 결과를 보면 전문적인 의료서비스 제공을 위한 다방면의 노력이 필요하다.

경상남도



[경상남도 진료권별 응급의료기관 내원건수(천명당)]

[중증응급 의료자원]

- 권역응급의료센터 수: 인구100만명당 0.59개소
- 권역응급의료센터 응급의학과전문의 수: 인구10만명당 0.48명
- 권역응급의료센터 응급실전담간호사 수: 인구10만명당 4.24명

[응급 의료자원]

- 지역응급의료센터·기관 수: 인구10만명당 1.07개소
- 지역응급의료센터·기관 응급의학과전문의 수: 인구10만명당 1.93명
- 지역응급의료센터·기관 응급실전담간호사 수: 인구10만명당 11.8명

전국 응급의료기관 내원건수(천명당) 10분위 분포

| | |
|--------------|---------------|
| 31.4 - 63.4 | 104.9 - 116.5 |
| 63.4 - 74.5 | 116.5 - 129.1 |
| 74.5 - 84.5 | 129.1 - 135.6 |
| 84.5 - 92.5 | 135.6 - 161.4 |
| 92.5 - 104.9 | 161.4 - 239.3 |

[의료필요] 중진료권 중 통영권과 거창권의 낮은 응급의료 이용자 수, 높은 중증응급 비율

- 경남의 인구 천명당 '응급실 이용자수'는 86.2명으로 전국 평균(107.7명)보다 낮고 '응급실 환자 구성 비율'은 중증응급이 14.2%, 중증외상이 3.6%로 전국평균(중증응급 13.6%, 중증외상 3.8%)과 비슷한 수준으로 나타나고 있다. [표1], (그림1)
- 그러나 경남 중진료권 내에서 통영권과 거창권은 '응급실 이용자 수'는 각각 인구 천명 당 31.4명, 58.3명으로 전국 평균보다 적은 반면, 중증응급 환자의 비율은 통영권 25.6%, 거창권 27.4%로 높았다. [표2] 통영권의 경우 조선업에 종사하는 비율이 높다보니 중증응급환자의 비율이 높게 나타났을 것이라고 추측해볼 수 있고, 거창권의 경우 응급의료관련 자원이 워낙 부족하여 중증응급단계로 많이 발전이 되었을 것이라 예상된다.

[의료자원 및 이용] 서부경남지역의 열악한 응급의료자원, 관외 지역으로 응급의료환자 유출 높아

- 경상남도의 중증응급외상에 대한 '권역응급의료센터 수'는 0.48명, '응급의학과전문의 수'는 1.9명으로 전국평균(각각 0.61명, 2.1명)보다 부족하다. (그림3), (그림4) 특히 '지역응급의료센터·기관 응급의학과전문의 수' 경우에는 중진료권별로 차이가 심하게 나타나는데 김해권, 창원권은 각각 2.8명, 2.3명이나 진주권 0.6명, 통영권 1.1명, 거창권 0.5명으로 최소 1.2명, 최대 2.3명이나 차이가 나고 있다. (그림5)
- 위와 같은 전문의 부족현상은 '응급실 환자의 응급의료기관 지역유출율'에도 영향을 주는 것으로 보인다. 통영권과 거창권은 중증응급외상 환자의 지역유출율이 100.0%이며, 응급의학과전문의가 2.8명인 김해권도 44.8% 전국평균(37.8%)보다 높은 유출율을 보이고 있다. [표4]
- '입원환자의 관내의료이용률(중증응급)'도 2018년 기준 통영권, 거창권은 각각 39.8%, 14.1%로 전국평균(80.0%)의 1/2, 1/6수준이며, '입원환자의 관내의료이용률(응급)' 또한 통영권 23.0%, 거창권 6.7%로 전국평균(77.1%)의 1/3, 1/12수준이다. '입원환자의 60분 이내 관내의료이용률(중증응급)'의 경우에도 통영권, 거창권은 각각 18.9%, 9.6%로 전국평균 수준에 한참 못 미치며, '입원환자의 60분 이내 관내의료이용률(응급)'역시 같은 추세이다. [표4]

[건강결과] 경남 중진료권 내 중증응급과 중증외상에 의한 원내사망률 격차

- 경상남도의 '응급실 환자 원내사망률' 중 중증응급, 중증외상으로 인한 사망률은 각각 6.4%, 3.4%로 전국평균(중증응급 6.5%, 중증외상 2.7%)과 비교하였을 때 유사한 수준을 보이고 있다. (그림7)
- 경상남도 내 중진료권별로는 차이가 나타나고 있다. 중증응급의 경우 김해권이 5.9%이나 거창권은 7.8%로 가장 높은 원내사망률을 보이고 있으며, 중증외상의 경우에는 진주권이 3.7%, 통영권이 6.3%, 거창권이 5.3%로 전국평균보다 높은 비율을 보이고 있다. 특히 통영권의 경우에는 전국평균보다 2배 이상 높은 비율을 나타내고 있다. (그림8)

[총평]

- 경상남도의 중증응급/중증외상에 대한 의료필요, 의료자원, 의료이용, 건강결과 등을 살펴볼 때 통영권과 거창권의 문제가 눈에 띄게 나타나고 있다. 이 두 지역은 응급의료취약지로 분류되고 있으며, 경상남도는 이를 개선하기 위해 19년 1월 31일에 경상대학교병원에 권역응급의료센터를 개소하였으며 닥터헬기 도입방안을 마련 중이다. 또한 이러한 응급의료취약지에 대한 인건비 및 장비비를 지원, 권역외상센터 개소를 위한 노력, 응급환자 이송체계를 개선하는 등 다양한 노력을 기울이고 있다.

제주특별자치도



[제주특별자치도 진료권별 응급의료기관 내원건수(천명당)]

[중증응급 의료자원]

- 권역응급의료센터 수: 인구100만명당 1.50개소
- 권역응급의료센터 응급의학과전문의 수: 인구10만명당 1.65명
- 권역응급의료센터 응급실전담간호사 수: 인구10만명당 5.26명

[응급 의료자원]

- 지역응급의료센터·기관 수: 인구10만명당 0.75개소
- 지역응급의료센터·기관 응급의학과전문의 수: 인구10만명당 4.33명
- 지역응급의료센터·기관 응급실전담간호사 수: 인구10만명당 13.5명

전국 응급의료기관 내원건수(천명당) 10분위 분포

| | |
|--------------|---------------|
| 31.4 - 63.4 | 104.9 - 116.5 |
| 63.4 - 74.5 | 116.5 - 129.1 |
| 74.5 - 84.5 | 129.1 - 135.6 |
| 84.5 - 92.5 | 135.6 - 161.4 |
| 92.5 - 104.9 | 161.4 - 239.3 |

[의료필요] 전국수준에 비해 중증외상 환자의 응급실 방문자수 높은 수준

- 제주도에서 중증외상 환자의 응급실방문자수(인구천명당)와 응급실 환자 구성비율은 모두 전국대비 높게 나타났다(응급실방문자 수 제주도 9.7명 VS 전국 4.1명, 응급실 구성비율 제주도 4.6% VS 전국 3.8%).[표1],[그림1]
- 진료권별로 비교하면, 제주시에 비해 서귀포시 중증외상 환자의 응급실방문자수가 더 높으나 중증외상 환자의 응급실 환자 구성비율은 거의 차이가 없었다(응급실 방문자 수 제주시 88.7명 VS 서귀포시 118.2명, 중증외상 응급실 환자 구성비율 제주시 4.4% VS 서귀포시 4.9%).[표2]

[의료자원] 응급외상 위한 의료인력, 제주도 전체로는 전국수준보다 많으나 서귀포시는 확충 필요

- 제주도의 응급의료 자원은 전국 대비 많은 수준이었다. 권역응급의료센터(이하 권역센터) 및 지역응급의료센터(이하 지역센터) 수는 전국보다 많거나 비슷한 수준이었으며, 응급의학과전문의수는 권역과 지역 모두 전국수준보다 높았다(권역센터 응급전문의 수 제주도 1.6명 vs 전국 0.6명, 지역센터 제주 4.3명 vs 전국 2.1명), 응급실전담간호사 수 역시 비슷한 경향을 보인다.[그림3],[그림4]
- 진료권별로는 인구당 지역센터 응급의학과전문의 수에 큰 차이가 없었지만 응급실전담간호사 수는 제주시와 서귀포시 간 차이가 있어 서귀포시 의료인력 보강이 더 필요한 것으로 판단한다(응급전문의 수 제주시 4.8명 VS 서귀포시 3.2명, 응급실전담간호사 수 제주시 15.3명 VS 서귀포시 8.8명).[그림5]

[의료이용] 중증응급·외상환자의 응급실 지역유출율과 관내의료이용률에서 진료권별 격차 나타나

- 중증응급·외상환자의 응급의료기관 지역유출율은 전국수준보다 낮았는데 이는 지역적 특성으로 인한 것으로 보인다(제주도 3.5% 전국 37.8%). 중증응급질환으로 인한 입원환자 관내이용률(RI)의 경우, 전국수준보다 높게 나타났다(제주도 94.0% VS 전국 80.0%).
- 진료권별로 응급실 환자의 의료기관 지역유출율을 살펴보면, 서귀포시가 제주시에 비해 크게 높았다. 특히 중증응급 및 중증외상환자 중 외부로 전원된 지역유출율은 제주시와 서귀포시 간 상당한 차이를 보였다(중증응급환자 제주시 10.9% VS 서귀포시 92.4%, 중증외상환자 제주시 7.3% VS 서귀포시 94.0%).[표4]
- 관내의료이용률(RI)은 제주시와 서귀포시 간 격차를 보였지만(2018년 중증응급환자의 RI 제주시 93.3% VS 서귀포시 42.3%) 제주시와 서귀포시 모두 해마다 관내의료이용률은 증가하는 추세를 보였다. 또한, 제한시간 내 의료이용률(TRI)의 경우, 전국 대비 제주도가 낮았으며(중증응급환자의 TRI, 제주도 50.7% VS 전국 52.8%, 응급환자 TRI, 제주도 56.5% VS 전국 60.0%), 중증응급환자의 경우 연도별로 TRI가 감소하는 추세로, 이를 회복할 수 있는 방안을 강구하여야 할 것으로 판단된다. 진료권별 TRI를 보면, 제주시와 서귀포시의 격차가 여전히 존재했다(중증응급환자의 TRI 제주시 73.0% VS 서귀포시 15.5%, 응급환자 제주시 76.8% VS 서귀포시 19.6%).
- 전반적으로 제주시와 서귀포시의 RI, TRI의 격차를 줄이고 서귀포 지역의 응급외상서비스를 적절히 제공하기 위한 대책이 필요할 것으로 보인다.

[건강결과] 중증응급 및 외상환자 사망률 전국대비 낮고, 제주시와 서귀포시 사망률도 유사

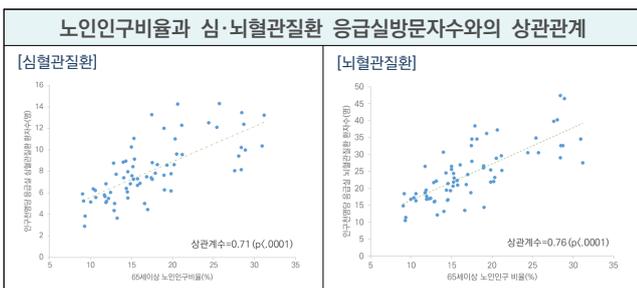
- 중증응급·외상환자의 원내사망률(%)은 전국수준보다 낮아 제주도 전체의 건강결과는 양호한 것으로 판단한다(제주도 5.2명 VS 전국 6.5명, 중증외상환자 제주도 1.7명 VS 전국 2.7명). 제주시와 서귀포시 간 원내사망률(인구10만명당)을 비교하면, 제주시와 서귀포시 사망률은 유사하게 나타나 건강결과에서 지역 간 차이가 없었다(중증응급환자 사망률 제주시 5.0명 VS 서귀포시 5.5명, 중증외상환자 사망률 제주시 1.6명 VS 서귀포시 1.9명).[그림7],[그림8]

Part2 심·뇌혈관질환

1. 의료수요

○○○ 현황 ○○○

- 2018년 우리나라 노인인구 비율은 14.8%로 고령사회에 해당한다. 권역별로는 전남이 21.9%로 초고령사회에 해당하며, 세종, 울산, 경기, 인천, 대전, 광주 등은 9.3%~12.8%로 고령화 단계에 있다.(그림9)
- 중진료권 수준에서는 70개 지역 중 16개 지역의 노인인구 비율이 20.2%~30.9%로, 중진료권 5곳 중 하나가 초고령 사회에 해당하였다.[표5]
- 응급실 심·뇌혈관질환 환자의 비율은 전국적으로는 2.6% 수준이며, 심혈관질환 0.6%, 뇌혈관질환 2.0%로 전체 응급실 환자 중에서 차지하는 비율은 크지 않았다.(그림10)
- 노인인구 비율이 9.3%로 가장 낮은 세종시의 경우, 심·뇌혈관 질환 응급실 환자는 전국의 절반 이하 수준으로 낮았고(인구 만명당 심혈관질환 2.9명, 뇌혈관질환 10.5명), 노인인구 비율이 21.9%로 가장 높은 전라남도의 경우, 응급실 심·뇌혈관질환 환자는 전국보다 약 1.3배 높았다(인구만명당 심혈관질환 9.66명, 뇌혈관질환 27.3명).(그림9),(그림10)
- 전반적으로, 노인인구 비율이 높을수록 심·뇌혈관질환 응급실 환자수가 증가하는 경향을 보였다. 70개 중진료권의 노인인구 비율과 응급실 심·뇌혈관질환 환자수의 상관계수는 0.7 이상으로, 통계적으로 유의하고 강한 상관관계가 있었다.

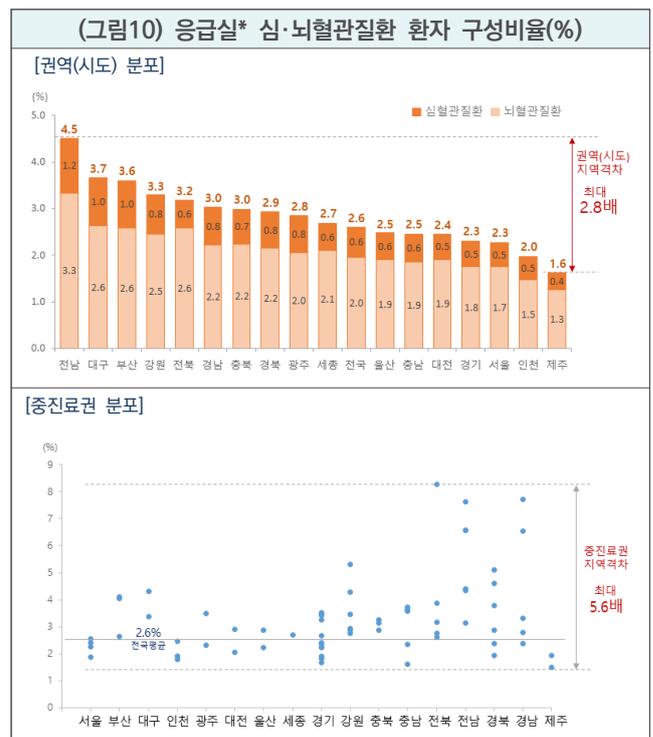


○○○ 지역격차 ○○○

- 노인인구비율의 지역차이는 권역·중진료권 수준에서 2배 이상 이었다. 전남의 노인인구비율이 21.9%로 가장 높았고, 울산과 세종은 10%이하로, 전남의 절반 수준이었다.(그림9)
- 중진료권 수준에서는 울산동북, 세종, 수원권, 안산권에서 노인인구비율이 9%대로 낮은 수준이었고, 논산권, 정읍권, 남원권, 영광권, 안동권, 상주권, 거창권 등은 28% 이상으로 전국 평균보다 노인인구가 2배 이상 많았다.[표5]



* 전국 153개 센터급 이상 응급의료기관으로부터 NEDIS에 전송된 2018년 응급실 내원 건수 기준 (진료의 방문 및 도착 전 사망 제외)



* 전국 153개 센터급 이상 응급의료기관으로부터 NEDIS에 전송된 2018년 응급실 내원 건수 기준 (진료의 방문 및 도착 전 사망 제외)

- 노인인구비율의 지역차이는 최대 2.5배이나, 응급실 심·뇌혈관 질환 환자 구성비의 격차는 최대 5.6배로 더 컸다. 권역수준에서는 제주도의 응급실 심·뇌혈관질환 환자 구성비가 1.6%로 가장 낮았고, 전남이 4.5%로 가장 높았다.(그림10)
- 중진료권 수준에서는 서울동남, 인천서북, 인천남부, 경기 성남권, 안양권, 고양권, 충남 천안권, 경북 포항권, 제주시의 응급실 심·뇌혈관질환 환자비율이 1%대로 낮은 수준 이었고, 정읍권, 해남권, 거창권은 7% 이상으로 높아, 중진료권 수준에서 응급실 심·뇌혈관질환 환자 구성비의 지역차이가 상당히 컸다.[표5]

... 관련 정책 및 정책 시사점 ...

- 심·뇌혈관질환은 65세 이상 노인인구에서 많이 발생하는 질환으로, 인구고령화에 따른 심·뇌혈관질환 의료수요 증가에 대한 대비가 필요하다.
- 70개 중진료권의 노인인구 비율과 응급실 심·뇌혈관질환 환자수 사이에 강한 상관관계가 있어, 노인인구 비율이 높은 군 지역에 심·뇌혈관질환 관련 응급대응 역량 강화가 필요해 보인다.
- 「제1차 심뇌혈관질환관리 종합계획(2018-2022)」에서는 인구 고령화에 따른 심뇌혈관질환의 사회경제적 비용부담 경감을 위해 '심뇌혈관질환 고위험군 관리'와 '고혈압·당뇨 등 선형 질환 관리'를 강화하는 등 적극적인 예방과 관리를 중점과 제로 추진하고 있다. 응급증상이 발생하기 전에, 사전에 고위험군을 발굴하고 체계적으로 관리하기 위한 노력이 필요하며, 이를 위해 보건소와 의원급 의료기관의 협력체계 구축 및 고위험군 관리전략 개발 등의 노력이 필요하다.

표5. 2018년 노인인구 및 응급실 심·뇌혈관질환 비율(%)

| | 65세이상 노인인구 비율(%) | | 응급실* 중증환자 구성비율(%) | | | |
|-------------|------------------|--------|-------------------|--------|--------|--------|
| | | | 심혈관질환 | | 뇌혈관질환 | |
| | 권역 | 중진료권 | 권역 | 중진료권 | 권역 | 중진료권 |
| 전국평균 | 14.8 | | 0.6 | | 2.0 | |
| 최대값 | 21.9 | 31.2 | 1.18 | 2.47 | 3.34 | 6.44 |
| 최소값 | 9.3 | 9.0 | 0.37 | 0.33 | 1.26 | 1.10 |
| 격차1 (최대-최소) | 12.7%p | 22.1%p | 0.81%p | 2.14%p | 2.08%p | 5.34%p |
| 격차2 (최대/최소) | 2.4배 | 2.5배 | 3.2배 | 6.55배 | 2.66배 | 4.86배 |
| 서울 | 1 | 서울서북 | 14.4 | 15.7 | 0.63 | 1.92 |
| | 2 | 서울동북 | 15.2 | 0.55 | 1.85 | |
| | 3 | 서울서남 | 14.0 | 0.51 | 1.76 | |
| | 4 | 서울동남 | 13.2 | 0.43 | 1.44 | |
| 부산 | 5 | 부산서부 | 17.1 | 14.9 | 1.08 | 3.04 |
| | 6 | 부산중부 | 19.0 | 1.24 | 2.59 | |
| | 7 | 부산동부 | 16.6 | 0.72 | 1.93 | |
| 대구 | 8 | 대구동북 | 14.7 | 15.0 | 0.96 | 2.41 |
| | 9 | 대구서남 | 14.5 | 1.17 | 3.15 | |
| 인천 | 10 | 인천서북 | 12.3 | 11.7 | 0.45 | 1.45 |
| | 11 | 인천동북 | 11.9 | 0.50 | 1.29 | |
| | 12 | 인천중부 | 15.7 | 0.60 | 1.86 | |
| | 13 | 인천남부 | 10.6 | 0.48 | 1.42 | |
| 광주 | 14 | 광주광서 | 12.8 | 10.4 | 0.62 | 1.68 |
| | 15 | 광주동남 | 15.2 | 1.01 | 2.47 | |
| 대전 | 16 | 대전서부 | 12.7 | 10.0 | 0.48 | 1.57 |
| | 17 | 대전동부 | 16.0 | 0.59 | 2.32 | |
| 울산 | 18 | 울산서남 | 10.7 | 12.9 | 0.62 | 2.27 |
| | 19 | 울산동북 | 9.3 | 0.58 | 1.66 | |
| 세종 | 20 | 세종 | 9.3 | 9.3 | 0.58 | 2.10 |
| | 21 | 수원권 | 11.9 | 9.1 | 0.50 | 1.75 |
| | 22 | 성남권 | 12.2 | 12.2 | 0.47 | 1.44 |
| | 23 | 의정부권 | 15.0 | 15.0 | 0.72 | 2.53 |
| | 24 | 안양권 | 11.9 | 11.9 | 0.38 | 1.44 |
| | 25 | 부천권 | 11.7 | 11.7 | 0.47 | 2.19 |
| | 26 | 평택권 | 12.9 | 12.9 | 0.56 | 1.82 |
| | 27 | 안산권 | 9.0 | 9.0 | 0.68 | 1.71 |
| | 28 | 고양권 | 11.9 | 11.9 | 0.40 | 1.28 |
| | 29 | 남양주권 | 14.3 | 14.3 | 0.92 | 2.52 |
| | 30 | 파주시 | 12.8 | 12.8 | 0.64 | 1.59 |
| | 31 | 이천권 | 15.3 | 15.3 | 0.98 | 2.45 |
| 32 | 포천시 | 17.5 | 17.5 | 1.02 | 2.50 | |
| 강원 | 33 | 춘천권 | 18.8 | 18.1 | 0.58 | 2.34 |
| | 34 | 원주권 | 15.3 | 15.3 | 1.45 | 2.85 |
| | 35 | 영월권 | 25.7 | 25.7 | 1.70 | 3.62 |
| | 36 | 강릉시 | 19.4 | 19.4 | 0.53 | 2.22 |
| | 37 | 동해권 | 20.5 | 20.5 | 0.72 | 2.16 |
| | 38 | 속초권 | 20.6 | 20.6 | 0.96 | 2.51 |
| 충북 | 39 | 청주권 | 16.4 | 14.5 | 0.71 | 2.16 |
| | 40 | 충주권 | 19.8 | 19.8 | 0.69 | 2.43 |
| | 41 | 제천권 | 21.1 | 21.1 | 0.96 | 2.30 |
| 충남 | 42 | 천안권 | 17.5 | 10.6 | 0.41 | 1.20 |
| | 43 | 공주권 | 19.8 | 19.8 | 0.85 | 2.77 |
| | 44 | 서산권 | 19.0 | 19.0 | 0.73 | 1.61 |
| | 45 | 논산권 | 28.4 | 28.4 | 0.63 | 2.94 |
| | 46 | 홍성권 | 25.4 | 25.4 | 0.96 | 2.76 |
| 전북 | 47 | 전주권 | 19.5 | 17.0 | 0.43 | 2.33 |
| | 48 | 군산시 | 16.8 | 16.8 | 0.83 | 2.33 |
| | 49 | 익산시 | 17.5 | 17.5 | 0.53 | 2.08 |
| | 50 | 정읍권 | 28.4 | 28.4 | 1.82 | 6.44 |
| | 51 | 남원권 | 28.9 | 28.9 | 0.69 | 3.19 |
| 전남 | 52 | 목포권 | 21.9 | 21.2 | 0.86 | 2.28 |
| | 53 | 여수권 | 17.5 | 17.5 | 0.91 | 3.49 |
| | 54 | 순천권 | 18.9 | 18.9 | 0.99 | 3.36 |
| | 55 | 나주권 | 24.4 | 24.4 | 1.91 | 4.65 |
| | 56 | 해남권 | 31.2 | 31.2 | 2.47 | 5.15 |
| | 57 | 영광권 | 28.5 | 28.5 | 1.92 | 4.65 |
| 경북 | 58 | 포항권 | 19.8 | 17.4 | 0.55 | 1.39 |
| | 59 | 경주권 | 20.3 | 20.3 | 1.48 | 3.12 |
| | 60 | 안동권 | 28.1 | 28.1 | 0.55 | 2.33 |
| | 61 | 구미권 | 14.6 | 14.6 | 0.64 | 1.72 |
| | 62 | 영주권 | 27.6 | 27.6 | 0.86 | 4.23 |
| | 63 | 상주권 | 28.7 | 28.7 | 1.04 | 2.74 |
| | 64 | 창원권 | 14.4 | 14.4 | 0.59 | 1.80 |
| 경남 | 65 | 진주권 | 15.5 | 20.2 | 0.93 | 2.39 |
| | 66 | 통영권 | 14.0 | 14.0 | 2.37 | 4.19 |
| | 67 | 김해권 | 12.4 | 12.4 | 0.72 | 2.05 |
| | 68 | 거창권 | 30.9 | 30.9 | 1.78 | 5.94 |
| 제주 | 69 | 제주시 | 14.4 | 13.1 | 0.38 | 1.10 |
| | 70 | 서귀포시 | 17.9 | 17.9 | 0.33 | 1.61 |

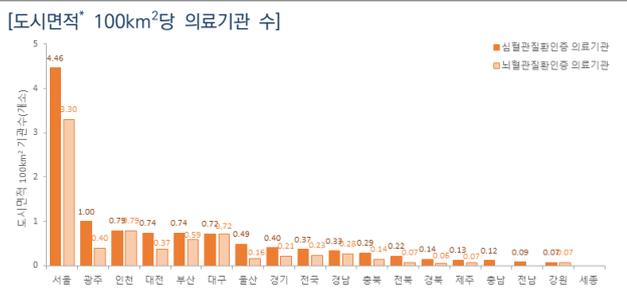
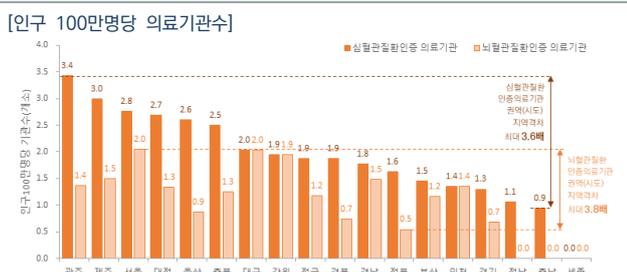
* 전국 153개 센터급 이상 응급의료기관으로부터 NEDIS에 전송된 2018년 응급실 내원 건수 기준(진료의 방문 및 도착 전 사망 제외)

2. 의료자원

... 의료기관 ...

- 2018년 권역심뇌혈관센터는 전국 14개소로, 17개 시도 권역 중 서울, 대전, 세종에는 권역심뇌혈관센터가 없었다.
- 심장 및 혈관 중재시술 등 심혈관질환 전문 진료가 가능한 심혈관질환인증 의료기관은 2018년 기준 전국 97개소이며, 이 중 44개소(45.4%)는 서울과 경기 두 지역에 집중되어 있었다. 하지만, 수도권에는 인구도 집중되어 있어, **인구수를 고려한 기관수는 광주와 제주가 인구100만명당 3개소 이상으로 17개 권역 중 가장 높았고, 충남은 1개소 미만으로 가장 낮았다.**(그림11)
- 뇌혈관질환인증 의료기관은 전국 61개소이며, 17개 권역 중 세종, 충남, 전남에는 뇌졸중 전문진료가 가능한 뇌혈관질환인증 의료기관이 없었다.
- 심혈관질환인증 의료기관과 마찬가지로, 서울과 경기도 전체 뇌혈관질환인증 의료기관의 47.5%가 집중되어 있었고, **서울은 인구수를 고려해도 인구100만명당 2.0개소로 뇌혈관질환인증 의료기관수가 가장 많았다.**(그림11)
- 심·뇌혈관질환은 증상발생 후, 신속한 전문진료를 필요로 하므로, 전문진료가 가능한 의료기관으로의 접근성이 중요하다. **도시면적당 기관수를 살펴보면, 서울의 심·뇌혈관질환 전문 진료기관수가 월등히 높았다.** 전국 평균은 100km²당 심혈관인증 의료기관은 0.37개소, 뇌혈관질환인증 의료기관은 0.23개소 수준이나, 서울은 각각 4.46개소, 3.30개소로 전국 평균보다 11~14배 높았다. 나머지 권역들 중에서는 광주가 심혈관질환인증 의료기관이 1.00개소로 가장 높았고, 그 이외는 모두 100km²당 1개소 미만이었다.(그림11)

(그림11) 권역(시도)별 심혈관질환인증¹⁾·뇌혈관질환인증²⁾ 의료기관 수



*행정구상 '동', '읍'에 해당하는 지역의 면적(행정구역현황, KOSIS)

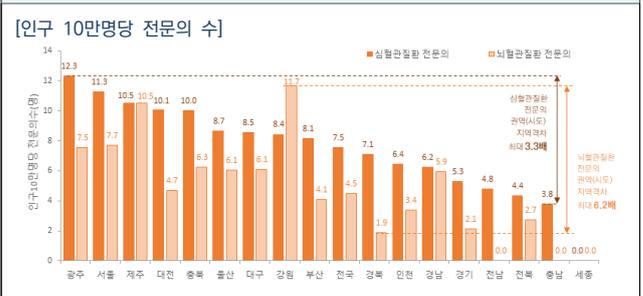
1) 심장 및 혈관 중재시술을 시행하는 기관으로서 대한심혈관중재학회가 정하는 소정의 요건을 충족하여, 심장 및 혈관 질환의 중재시술 영역에서 양질의 수준 높은 전문적 의료를 수행할 수 있다고 대한심혈관중재학회가 인증하는 임상기관한심혈관중재학회 인증 기관
2) 대한뇌졸중학회에서 뇌졸중의 치료과정, 시술, 장비, 인력, 환자교육 등 뇌졸중 치료의 안정성과 의료의 질관리 제고를 위한 심사기준을 통화한 기관

- 중진료권 수준으로 내려가면, 심·뇌혈관질환 전문 진료기관의 지역격차는 훨씬 커진다. 심혈관질환인증 의료기관이 없는 지역은 26곳, 뇌혈관질환인증 의료기관이 없는 지역은 41 곳으로, 각각 중진료권 5곳 중 2곳, 3곳 꼴로 심·뇌혈관질환 전문 진료를 받을 수 있는 의료기관이 없었다.(그림13)
- 서울과 대전은 권역심뇌혈관센터는 없었지만, 중진료권마다 심·뇌혈관질환 인증의료기관이 있었다. 충남과 전남은 권역 심뇌혈관센터는 있었지만, 중진료권에 심·뇌혈관질환 인증 의료기관이 한 곳도 없었다. 세종은 권역심뇌혈관센터도, 심·뇌혈관 질환인증 의료기관도 없어서, 권역 내에서 심·뇌혈관질환 전문 진료를 받을 수 있는 곳이 전무했다.(그림13)

... 의료인력 ...

- 심혈관질환 중재시술 인증을 받은 전문의는 전국 395명으로, 인구 10만명당 7.5명이며, 뇌혈관질환 인증기관의 신경과 전문의는 전국 232명으로, 인구10만명당 4.5명 수준이다.
- 심혈관질환의 경우, 인구10만명당 전문의수의 권역별 격차는 최대 3.3배로, 심혈관질환인증 의료기관의 지역격차(3.6배)와 비슷한 수준이었다. 하지만, 인구10만명당 뇌혈관질환 전문의의 차이는 최대 6.2배로, 뇌혈관질환인증 의료기관의 권역별 격차인 3.8배보다 1.6배 더 컸다.(그림12)
- 경남과 제주의 경우, 뇌혈관질환인증 의료기관은 인구100만명당 1.5개소로 비슷한 수준이지만, 뇌혈관질환 전문의수는 인구10만명당 5.9명, 10.5명으로, 제주가 1.8배 많았다. 이는 해당권역에서 제공되는 뇌혈관질환 진료의 질 차이를 가늠해 볼 수 있는 결과로, 뇌혈관질환의 경우, 지역간 전문 진료 자원의 양적 차이보다, 질적 차이가 더 큰 것을 보여 준다.(그림11),(그림11)
- 심·뇌혈관질환 전문의가 모두 없는 지역은 70개 중진료권 중 16곳(세종, 경기 파주시, 이천권, 포천시, 강원 강릉시, 동해권, 속초권, 충북 제천권, 충남 공주권, 서산권, 홍성권, 전남 나주권, 해남권, 영광권, 경북 영주권, 상주권, 경남 통영권, 거창권)으로, 4곳 중 1곳은 심·뇌혈관질환 전문 진료 인력이 없었다.(그림13)

(그림12) 권역(시도)별 심혈관질환 전문의¹⁾·뇌혈관질환 전문의²⁾ 수



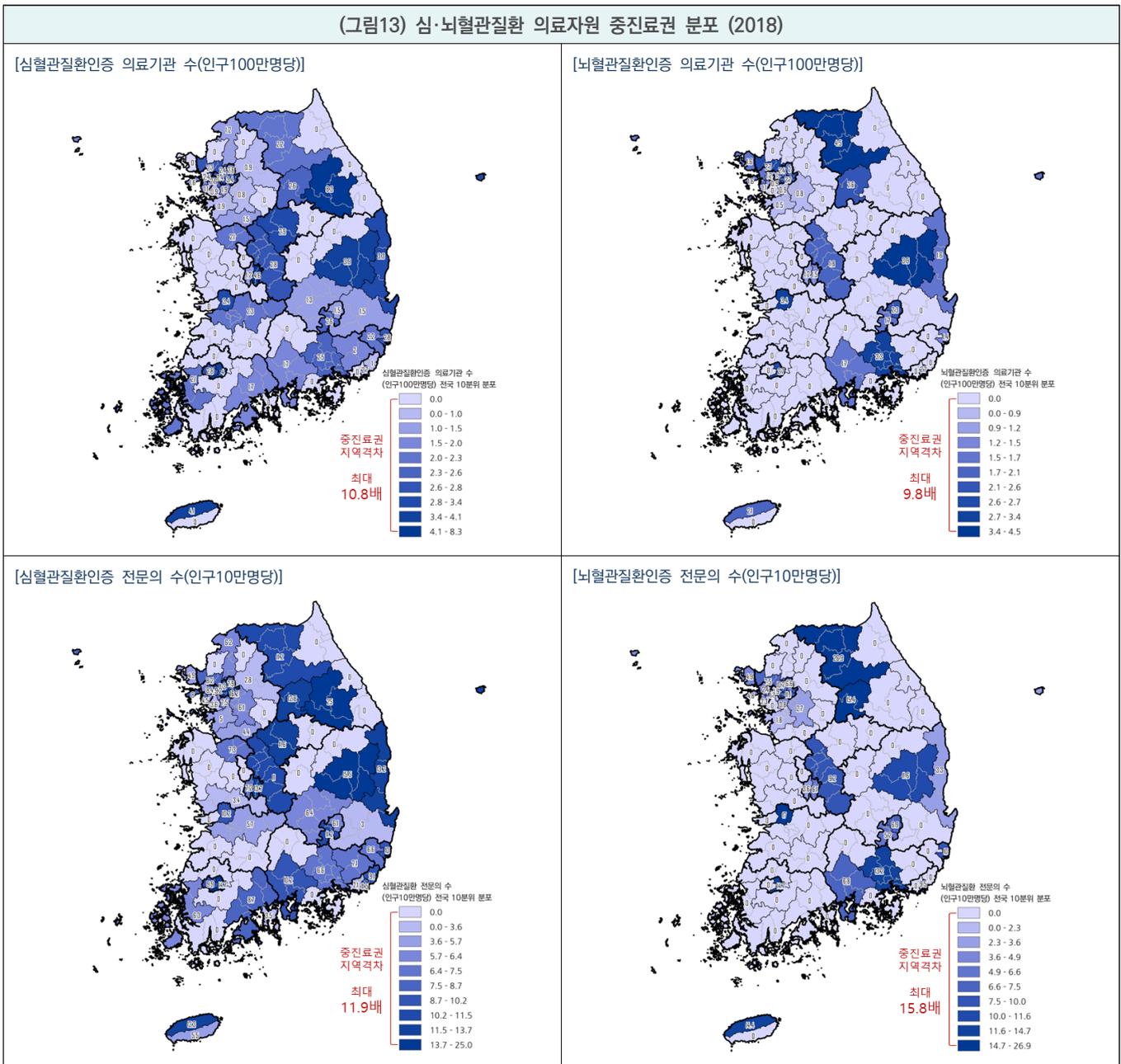
1) 대한심혈관중재학회에서 인증하는 심혈관질환 중재시술 인증의
2) 뇌혈관질환인증 의료기관의 신경과 전문의

◦◦ 관련 정책 및 정책 시사점 ◦◦

- 심·뇌혈관질환은 증상 발생 후 전문적인 집중진료를 받기까지 소요된 시간이 짧을수록 치명률을 낮출 수 있으므로, 가까운 지역 내에서 적정의료기관을 이용할 수 있도록 지역 생활권 중심으로 적정한 전문진료 인프라를 구축하는 것이 필요하다.
- 정부는 권역심뇌혈관질환센터로 즉각 이송이 어려운 환자의 신속한 대응을 위해 **중진료권 기반으로 지역심뇌혈관질환센터 지정**을 추진 중에 있다(「심뇌혈관질환관리 종합계획(2018-2022)」, 「지역의료 강화대책(‘19.11.)」). **지역심뇌혈관질환센터**

에서는 중증환자 1차 대응을 수행하고, 중증환자 2차 대응은 권역센터에서 담당하도록 하여, 지역 완결적 의료체계를 정립하고자 한다. 역량을 갖춘 지역우수병원, 지역책임의료기관을 중심으로 지역심뇌혈관질환센터를 지정하고, 없는 곳은 기능보강 등을 통해 육성할 예정으로, 지역적 격차를 고려하여 관련 학회 인증, 적정성 평가, 응급의료기관과 연계 등 다양한 모델을 검토하여 진행할 예정이다.

(그림13) 심·뇌혈관질환 의료자원 중진료권 분포 (2018)



3. 의료이용

... 현황 ...

- 심·뇌혈관질환과 같은 중증응급질환은 병원단계에서의 치료 역량 뿐만 아니라, 병원前단계에서의 신속한 응급처치와 적정 의료기관으로의 이송이 중요하기 때문에, 119구급차 이용률을 중요한 지표로 모니터링 하고 있다. 2018년 응급실 내원 중증응급환자의 119구급차 이용률은 심혈관질환 53.1%, 뇌혈관질환 56.3%로, 중증응급환자 전체 평균(47.4%) 보다는 높았지만, 여전히 5명 중 2명은 119구급차를 이용하지 않고 있었다. [표6]
- 심·뇌혈관질환 증상발생 후, 신속한 집중진료를 위해서는 첫 번째 내원한 기관에서 적정진료를 받을 수 있어야 한다. 그렇지 않을 경우, 전원과정을 거치면서 치료 골든타임을 놓치게 되고, 이는 치명률과 후유장애를 높이는 결과를 초래한다. 응급실 직접내원환자의 전원율은 심혈관질환 6.3%, 뇌혈관질환 6.8%로, 전체중증응급환자 평균(5.1%)보다 높은 편이었다. 또한 타기관에서 전원 온 환자를 다른 기관으로 또 다시 전원을 보내는 경우도 심혈관질환 2.1%, 뇌혈관질환 4.0%였다. [표6]
- 심·뇌혈관질환 발생 후 24시간 이내에 응급실을 내원한 환자가 최종치료를 제공받은 비율은 심혈관질환 88.9%, 뇌혈관질환 80.9%로, 중증응급환자 전체평균(66.2%)보다는 높은 편이었다. 하지만, 증상발생 24시간 이내 의료기관을 방문했어도 최종치료를 받지 못하는 환자가 뇌혈관질환의 경우 20%나 되는 상황에는 주목이 필요하다. [표6]
- 증상발생 후 24시간 이내 응급실을 내원하여 최종치료를 제공받은 환자의 최종치료까지의 소요시간은 심혈관질환의 경우 691분, 뇌혈관질환의 경우 648분이었다. 최종치료 제공까지 소요시간은 증상발생 후 응급실 내원까지의 소요시간과 응급실 재실시간을 포함하는데, 권역심뇌혈관질환센터 내 급성기 진료 소요시간이 60분 이내인 것을 고려하면, 최종치료가 제공되었다 하더라도, 골든타임(급성심근경색 120분, 뇌졸중 180분)을 초과하여 최종치료가 제공되었을 가능성이 높다. (그림14)
- 골든타임을 초과하여 응급실을 내원하게 되는 이유 중 하나는 가까운 곳에 적절한 의료기관이 없기 때문일 것이다. 타지역의 의료기관을 찾아가면서 시간을 지체하게 되는데, 중진료권을 기준으로 타지역 응급실을 직접 내원한 비율은 심혈관질환의 경우 41%, 뇌혈관질환의 경우 39%였다. 전원을 통해 타지역 응급실을 내원한 비율은 심혈관질환 56.9%, 뇌혈관질환 57.2%로, 직접 내원한 경우보다 더 높아, 중진료권 내에서 심·뇌혈관질환 적정진료를 받을 수 있는 인프라 구축이 필요해 보인다. (그림14)
- 응급실을 내원하여 입원한, 최종치료가 제공된 심·뇌혈관질환 환자 중 거주지역 중진료권 내 의료기관을 이용한 비율은

77.6%로 낮은 편은 아니었으나, 60분 이내 이용률은 52.5%로 절반 정도에 불과했다. 중진료권 내에서도 심뇌혈관질환 입원 의료서비스를 받을 수 있는 의료기관으로의 접근성이 낮은 편이었다. [표7]

... 지역격차 ...

- 전반적으로, 심·뇌혈관질환자의 응급 및 입원 의료이용의 권역·중진료권 격차는 상당히 컸는데, 이는 앞서 살펴본 지역 간 심·뇌혈관질환 의료자원의 격차와 무관하지 않아 보인다. (그림14)
- 충남은 응급실 내원 심혈관질환자의 전원율이 13.4%로 17개 권역 중 가장 높았고, 최종치료 제공률도 80.5%로 전남에 이어 2번째로 낮았다. 이는 심혈관질환인증 의료기관과 전문의수가 권역 중 가장 낮은 상황을 일부 반영하는 결과로 볼 수 있다. [표6]
- 반면, 광주 는 심혈관질환인증 의료기관과 전문의수는 전국 평균의 1.7배 수준으로 권역 중 가장 많았으나, 응급실 직접내원 심혈관질환자의 전원율은 10.0%로 전국평균(6.3%)보다 높았고, 최종치료제공률은 86.1%로 충남, 전북에 이어 3번째로 낮았다. 또한 최종치료 제공까지 소요시간도 1,220.7분으로 전국에서 가장 길어, 의료자원의 양적 확대 뿐만 아니라, 질적 관리가 필요함을 보여준다. (그림11), (그림11), [표6]
- 응급실 직접내원 심혈관질환자 전원율이 30%가 넘는 9개 지역(충남 서산권, 홍성권, 전북 남원권, 경북 상주권, 충북 제천권, 경기 포천시, 이천권, 강원 속초권, 동해권)은 남원권만 제외하고 심·뇌혈관질환인증 전문의가 없는 지역이었다. 이러한 지역들은 의료자원의 확충도 필요하지만, 전문진료가 가능한 의료기관으로 바로 이송될 수 있도록 소방과 의료기관과의 협력 체계 구축이 우선적으로 필요할 것으로 보인다. [표7]

표6. 권역별 심·뇌혈관질환자 응급의료서비스 이용현황(2018)

| | 119구급차이용률 | | 응급실 직접내원 전원율 | | 최종치료제공률* | |
|----|-----------|-------|--------------|-------|----------|-------|
| | 심혈관질환 | 뇌혈관질환 | 심혈관질환 | 뇌혈관질환 | 심혈관질환 | 뇌혈관질환 |
| 전국 | 53.1% | 56.3% | 6.3% | 6.8% | 88.9% | 80.9% |
| 서울 | 56.5% | 59.3% | 3.8% | 6.2% | 90.4% | 79.9% |
| 부산 | 54.9% | 59.3% | 0.9% | 3.7% | 90.8% | 82.9% |
| 대구 | 54.5% | 55.8% | 2.4% | 6.9% | 88.4% | 82.0% |
| 인천 | 58.4% | 59.5% | 5.2% | 4.7% | 92.1% | 88.8% |
| 광주 | 57.5% | 57.2% | 10.0% | 8.8% | 86.1% | 74.1% |
| 대전 | 61.1% | 61.7% | 1.8% | 4.8% | 92.1% | 80.6% |
| 울산 | 45.2% | 50.7% | 0.8% | 1.8% | 91.7% | 93.7% |
| 세종 | 53.8% | 56.9% | 1.5% | 3.8% | 87.3% | 75.0% |
| 경기 | 53.1% | 56.0% | 7.2% | 6.4% | 88.8% | 79.3% |
| 강원 | 49.8% | 52.8% | 8.6% | 7.3% | 87.4% | 84.3% |
| 충북 | 47.3% | 53.4% | 9.5% | 7.6% | 86.4% | 77.6% |
| 충남 | 52.1% | 54.2% | 22.2% | 13.4% | 80.5% | 76.9% |
| 전북 | 49.4% | 52.3% | 14.0% | 7.3% | 79.9% | 75.9% |
| 전남 | 44.2% | 52.1% | 5.8% | 12.5% | 91.9% | 80.1% |
| 경북 | 46.2% | 52.4% | 6.1% | 6.1% | 89.3% | 84.8% |
| 경남 | 45.3% | 54.1% | 5.3% | 8.0% | 90.6% | 83.1% |
| 제주 | 55.2% | 54.3% | 12.1% | 9.3% | 88.0% | 81.3% |

* 발병 후 24시간 이내 내원한 중증응급환자 최종치료제공률

• 의료이용 현황의 지역간 격차를 한눈에 확인할 수 있도록 권역별 중진료권별 값을 (그림14)에 표시하였다. 점들이 아래위로 넓게 퍼져있을수록 지역간 격차가 큰 지표임을 보여준다. 응

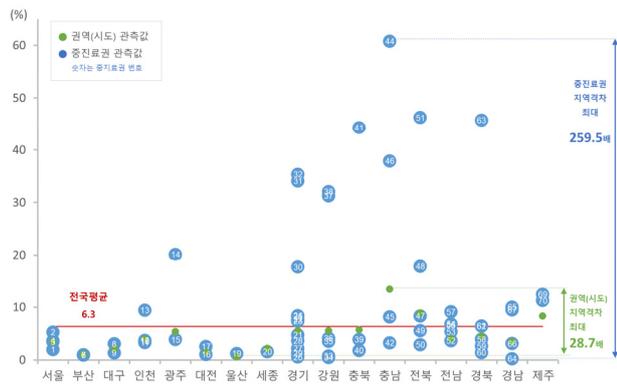
급실 직접 내원 심혈관질환 환자의 전원을 지역격차가 최대 259.5배로 가장 컸고, 응급 심·뇌혈관질환 입원환자의 관내 의료이용률의 지역격차도 163.1배로 상당히 컸다.

표7. 중진료권별 심장혈관질환 및 뇌혈관질환 환자 의료이용 현황 (2018)

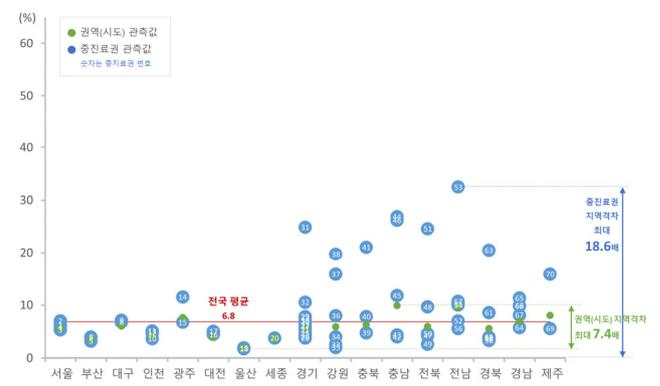
| | 응급의료서비스 이용 | | | | | | | | | | 입원의료서비스 이용 | | | |
|-----------|------------|--------|----------|--------|---------|--------|------------|----------|----------|--------|------------|--------|------------|--------|
| | 119구급차이용률 | | 직접내원 전원을 | | 최종치료제공률 | | 최종치료제공소요시간 | | 지역유출율 | | 관내의료이용률 | | 60분이내의료이용률 | |
| | 심혈관질환 | 뇌혈관질환 | 심혈관질환 | 뇌혈관질환 | 심혈관질환 | 뇌혈관질환 | 심혈관질환 | 뇌혈관질환 | 심혈관질환 | 뇌혈관질환 | 응급심뇌 | 심뇌 | 응급심뇌 | 심뇌 |
| 전국 | 53.1% | 56.3% | 6.3% | 6.8% | 88.9% | 80.9% | 691.6분 | 648.6분 | 41.0% | 39.3% | 77.6% | 77.6% | 52.5% | 53.3% |
| 최대 | 62.6% | 64.1% | 60.8% | 32.4% | 96.3% | 94.3% | 1,373.4분 | 1,049.5분 | 100.0% | 100.0% | 91.9% | 87.1% | 87.5% | 83.1% |
| 최소(0% 제외) | 29.2% | 42.0% | 0.2% | 1.7% | 62.0% | 63.7% | 443.5분 | 487.2분 | 5.1% | 3.7% | 0.6% | 16.5% | 4.7% | 10.0% |
| 격차(최대-최소) | 33.4%p | 22.2%p | 60.5%p | 30.7%p | 34.2%p | 30.6%p | 929.9분 | 562.3분 | 94.9%p | 96.3%p | 91.3%p | 70.5%p | 82.8%p | 73.1%p |
| 격차(최대/최소) | 2.1배 | 1.5배 | 259.5배 | 18.6배 | 1.6배 | 1.5배 | 3.1배 | 2.2배 | 19.7배 | 26.9배 | 163.1배 | 5.3배 | 18.6배 | 8.4배 |
| 서울 | 1 서울서북 | 62.0% | 64.1% | 2.0% | 6.3% | 89.3% | 81.1% | 599.8분 | 640.8분 | 29.1% | 34.8% | 58.0% | 33.4% | 79.5% |
| | 2 서울동북 | 56.9% | 59.2% | 5.3% | 7.0% | 89.2% | 78.8% | 558.4분 | 597.3분 | 29.4% | 26.3% | 71.7% | 61.8% | 69.3% |
| | 3 서울서남 | 55.5% | 59.9% | 3.4% | 5.3% | 91.9% | 80.1% | 535.2분 | 633.6분 | 33.2% | 30.0% | 61.6% | 58.9% | 60.8% |
| | 4 서울동남 | 51.0% | 53.6% | 3.6% | 5.8% | 91.3% | 80.7% | 589.6분 | 632.0분 | 26.8% | 26.5% | 72.5% | 53.4% | 67.8% |
| 부산 | 5 부산서부 | 57.1% | 59.6% | 0.9% | 3.2% | 89.8% | 79.0% | 776.6분 | 758.3분 | 94.6% | 91.9% | 12.3% | 55.0% | 67.1% |
| | 6 부산중부 | 54.7% | 58.8% | 0.9% | 4.0% | 89.7% | 83.4% | 788.9분 | 764.6분 | 22.6% | 23.8% | 78.9% | 67.4% | 73.6% |
| | 7 부산동부 | 52.5% | 59.6% | 0.9% | 3.9% | 93.9% | 87.3% | 709.8분 | 785.9분 | 49.6% | 50.0% | 36.8% | 56.1% | 74.1% |
| 대구 | 8 대구동북 | 55.2% | 56.8% | 3.0% | 6.8% | 86.4% | 83.2% | 1,007.9분 | 666.2분 | 47.0% | 47.4% | 75.8% | 62.7% | 81.4% |
| | 9 대구서남 | 53.1% | 53.9% | 1.3% | 7.1% | 92.0% | 80.0% | 975.9분 | 823.5분 | 25.4% | 17.9% | 55.8% | 71.1% | 75.6% |
| 인천 | 10 인천서북 | 48.5% | 53.2% | 3.5% | 3.6% | 91.3% | 88.8% | 498.3분 | 533.4분 | 43.8% | 41.4% | 50.2% | 37.4% | 55.6% |
| | 11 인천동북 | 59.3% | 59.7% | 3.3% | 5.1% | 94.3% | 87.0% | 552.0분 | 624.7분 | 35.9% | 40.3% | 61.8% | 59.0% | 60.0% |
| | 12 인천중부 | 59.8% | 61.4% | 3.7% | 4.7% | 93.4% | 91.9% | 547.9분 | 603.1분 | 43.1% | 44.9% | 53.1% | 50.8% | 36.0% |
| 광주 | 13 인천남부 | 62.6% | 62.1% | 9.4% | 5.0% | 89.2% | 87.9% | 668.5분 | 634.7분 | 51.7% | 41.5% | 52.2% | 55.3% | 64.0% |
| | 14 광주광서 | 59.2% | 58.3% | 20.1% | 11.5% | 84.8% | 74.1% | 1,239.6분 | 772.5분 | 90.5% | 82.4% | 21.3% | 41.1% | 64.7% |
| 대전 | 15 광주동남 | 56.4% | 56.4% | 3.8% | 6.7% | 87.0% | 74.1% | 1,207.5분 | 781.7분 | 9.5% | 11.5% | 85.6% | 72.3% | 72.5% |
| | 16 대전서부 | 60.1% | 59.3% | 1.0% | 4.4% | 93.3% | 80.2% | 520.6분 | 568.1분 | 36.3% | 45.8% | 54.9% | 58.1% | 71.9% |
| 울산 | 17 대전동부 | 62.0% | 63.6% | 2.5% | 5.0% | 91.0% | 80.8% | 458.5분 | 583.2분 | 26.4% | 19.9% | 76.1% | 70.7% | 85.7% |
| | 18 울산서남 | 48.4% | 52.5% | 0.0% | 1.7% | 94.4% | 94.3% | 488.8분 | 540.3분 | 52.5% | 52.9% | 38.7% | 40.9% | 66.6% |
| 세종 | 19 울산동북 | 43.3% | 49.1% | 1.2% | 1.9% | 89.6% | 93.1% | 567.3분 | 601.7분 | 29.9% | 34.4% | 72.8% | 65.1% | 68.6% |
| | 20 세종 | 53.8% | 56.9% | 1.5% | 3.8% | 87.3% | 75.0% | 560.0분 | 612.0분 | 100.0% | 100.0% | 0.6% | 16.5% | 72.6% |
| 경기 | 21 수원권 | 54.5% | 53.7% | 4.7% | 5.3% | 90.5% | 76.5% | 604.8분 | 691.4분 | 18.0% | 14.2% | 78.7% | 70.0% | 66.4% |
| | 22 성남권 | 51.6% | 56.3% | 7.7% | 6.2% | 89.8% | 85.4% | 600.9분 | 624.5분 | 31.3% | 35.7% | 62.7% | 64.7% | 71.7% |
| | 23 의정부권 | 59.5% | 60.1% | 7.3% | 7.7% | 86.8% | 75.9% | 812.0분 | 701.4분 | 30.0% | 27.0% | 74.1% | 75.0% | 57.1% |
| | 24 안양권 | 55.2% | 56.2% | 8.4% | 6.8% | 88.3% | 83.0% | 493.1분 | 556.1분 | 28.9% | 26.5% | 67.4% | 62.2% | 57.1% |
| | 25 부천권 | 54.5% | 57.4% | 8.3% | 4.7% | 81.5% | 63.7% | 513.9분 | 576.5분 | 21.9% | 18.3% | 36.8% | 70.3% | 76.8% |
| | 26 평택권 | 58.4% | 57.0% | 0.5% | 4.1% | 96.3% | 88.6% | 518.7분 | 531.3분 | 53.2% | 53.3% | 50.5% | 54.6% | 58.5% |
| | 27 안산권 | 52.7% | 56.3% | 2.2% | 6.0% | 95.7% | 86.5% | 722.3분 | 614.6분 | 44.2% | 47.4% | 58.3% | 73.1% | 65.8% |
| | 28 고양권 | 46.5% | 53.7% | 3.6% | 3.8% | 90.9% | 83.9% | 549.5분 | 600.4분 | 21.0% | 19.7% | 77.4% | 72.2% | 77.4% |
| | 29 남양주권 | 52.0% | 57.1% | 1.3% | 7.8% | 95.0% | 84.5% | 725.2분 | 652.7분 | 35.2% | 47.7% | 48.9% | 59.4% | 58.6% |
| | 30 파주시 | 52.7% | 54.7% | 17.6% | 7.1% | 79.9% | 75.3% | 576.0분 | 613.0분 | 79.3% | 90.3% | 7.6% | 38.1% | 67.1% |
| 강원 | 31 이천권 | 57.0% | 51.1% | 34.1% | 24.8% | 70.8% | 69.7% | 735.9분 | 712.3분 | 78.2% | 76.5% | 20.5% | 44.7% | 24.4% |
| | 32 포천시 | 50.5% | 53.2% | 35.4% | 10.5% | 74.5% | 72.9% | 893.0분 | 663.0분 | 79.5% | 90.6% | 7.2% | 29.8% | 56.1% |
| | 33 춘천권 | 52.7% | 53.4% | 0.8% | 2.5% | 89.8% | 90.3% | 590.7분 | 567.4분 | 19.0% | 21.0% | 77.6% | 70.4% | 27.1% |
| | 34 원주권 | 58.4% | 56.9% | 0.4% | 4.0% | 89.9% | 83.2% | 1,085.9분 | 1,049.5분 | 6.7% | 10.7% | 86.1% | 83.1% | 67.0% |
| | 35 영월권 | 54.4% | 49.3% | 3.5% | 2.0% | 87.4% | 87.5% | 1,019.4분 | 828.0분 | 100.0% | 100.0% | 4.4% | 19.3% | 81.7% |
| | 36 강릉시 | 40.2% | 49.4% | 4.1% | 8.0% | 94.3% | 84.1% | 556.0분 | 546.0분 | 10.9% | 8.6% | 90.9% | 69.0% | 17.8% |
| | 37 동해권 | 32.5% | 49.3% | 31.3% | 15.8% | 83.1% | 81.0% | 772.6분 | 596.2분 | 84.8% | 77.0% | 25.7% | 32.5% | 9.6% |
| 충북 | 38 속초권 | 46.1% | 55.0% | 32.0% | 19.7% | 78.3% | 73.4% | 583.8분 | 570.8분 | 76.4% | 68.1% | 10.4% | 25.2% | 4.7% |
| | 39 청주권 | 48.5% | 53.5% | 3.9% | 4.7% | 88.4% | 76.6% | 586.8분 | 628.6분 | 25.5% | 27.3% | 79.6% | 76.1% | 67.7% |
| | 40 충주권 | 45.1% | 52.5% | 1.8% | 7.8% | 95.1% | 84.4% | 582.5분 | 630.3분 | 63.1% | 54.1% | 47.7% | 46.4% | 28.6% |
| 충남 | 41 제천권 | 45.6% | 54.6% | 44.3% | 21.0% | 71.7% | 71.6% | 1,147.2분 | 784.4분 | 71.1% | 57.2% | 40.0% | 51.1% | 26.9% |
| | 42 천안권 | 52.7% | 55.4% | 3.2% | 4.0% | 92.4% | 85.7% | 601.6분 | 515.5분 | 10.1% | 14.3% | 82.7% | 81.7% | 80.2% |
| | 43 공주권 | 52.9% | 58.4% | 0.0% | 4.3% | 94.2% | 83.1% | 549.5분 | 624.5분 | 100.0% | 100.0% | 7.2% | 47.6% | 28.9% |
| | 44 서산권 | 56.5% | 54.1% | 60.8 | 26.9% | 62.0% | 66.6% | 804.3분 | 625.3분 | 58.8% | 56.8% | 52.6% | 43.4% | 53.3% |
| | 45 논산권 | 52.5% | 54.4% | 8.1% | 11.8% | 88.6% | 75.7% | 545.0분 | 603.1분 | 76.5% | 72.8% | 25.5% | 42.8% | 33.1% |
| 전북 | 46 홍성권 | 43.8% | 49.8% | 37.9% | 26.2% | 76.4% | 73.3% | 667.1분 | 647.4분 | 72.3% | 71.7% | 26.6% | 27.4% | 26.8% |
| | 47 전주권 | 53.1% | 53.8% | 8.3% | 4.2% | 83.9% | 78.9% | 628.5분 | 715.9분 | 29.6% | 24.6% | 76.7% | 82.4% | 60.8% |
| | 48 군산시 | 38.0% | 51.6% | 17.7% | 9.6% | 80.9% | 76.1% | 611.0분 | 686.0분 | 71.7% | 55.0% | 53.6% | 72.4% | 65.3% |
| | 49 익산시 | 49.7% | 46.6% | 5.5% | 2.6% | 78.8% | 74.1% | 771.0분 | 924.0분 | 6.9% | 9.4% | 83.6% | 73.9% | 87.5% |
| | 50 정읍권 | 37.1% | 51.7% | 2.9% | 4.6% | 87.2% | 81.2% | 1,002.9분 | 796.1분 | 100.0% | 100.0% | 19.6% | 40.8% | 19.3% |
| | 51 남원권 | 53.8% | 57.4% | 46.2% | 24.6% | 62.6% | 65.2% | 724.7분 | 768.1분 | 64.8% | 62.6% | 23.1% | 33.5% | 18.7% |
| 전남 | 52 목포권 | 47.7% | 53.4% | 3.6% | 7.0% | 92.3% | 86.8% | 656.4분 | 603.9분 | 44.1% | 43.3% | 52.2% | 51.7% | 28.9% |
| | 53 여수권 | 38.7% | 53.8% | 5.3% | 32.4% | 92.5% | 65.4% | 603.0분 | 570.0분 | 72.8% | 56.2% | 39.1% | 60.6% | 46.7% |
| | 54 순천권 | 41.9% | 48.9% | 6.8% | 10.0% | 94.9% | 84.1% | 716.8분 | 697.5분 | 34.9% | 38.0% | 60.2% | 64.5% | 38.8% |
| | 55 나주권 | 47.4% | 58.6% | 6.6% | 10.2% | 89.9% | 75.5% | 1,373.4분 | 775.6분 | 97.3% | 95.7% | 12.8% | 42.9% | 64.8% |
| | 56 해남권 | 31.1% | 43.9% | 6.7% | 5.6% | 89.1% | 84.2% | 1,241.5분 | 733.9분 | 100.0% | 100.0% | 25.4% | 21.1% | 23.6% |
| 경북 | 57 영광권 | 56.8% | 54.2% | 9.1% | 10.7% | 88.7% | 77.3% | 1,304.9분 | 726.3분 | 100.0% | 100.0% | 14.6% | 20.7% | 46.9% |
| | 58 포항권 | 47.7% | 57.0% | 3.9% | 3.3% | 90.1% | 83.9% | 443.5분 | 487.2분 | 20.9% | 24.0% | 74.6% | 77.2% | 55.4% |
| | 59 경주권 | 41.7% | 48.5% | 2.6% | 3.8% | 89.5% | 84.3% | 907.0분 | 618.3분 | 77.5% | 71.1% | 33.5% | 56.3% | 47.9% |
| | 60 안동권 | 45.9% | 54.1% | 1.4% | 3.6% | 92.7% | 87.5% | 902.7분 | 581.5분 | 29.2% | 25.4% | 65.2% | 52.5% | 28.4% |
| | 61 구미권 | 50.3% | 52.6% | 6.4% | 8.5% | 90.0% | 83.0% | 664.0분 | 568.7분 | 39.7% | 46.1% | 57.0% | 56.5% | 52.0% |
| | 62 영주권 | 42.6% | 47.8% | 6.4% | 3.9% | 95.8% | 90.9% | 939.6분 | 619.8분 | 100.0% | 100.0% | 8.1% | 45.4% | 9.3% |
| | 63 상주권 | 42.4% | 54.5% | 45.8% | 20.5% | 75.0% | 80.0% | 855.4분 | 554.4분 | 78.4% | 64.2% | 36.7% | 39.3% | 27.8% |
| 경남 | 64 창원권 | 45.2% | 50.6% | 0.2% | 5.7% | 94.3% | 84.7% | 576.9분 | 639.1분 | 18.4% | 20.7% | 77.9% | 82.5% | 59.0% |
| | 65 진주권 | 50.4% | 59.5% | 10.0% | 11.3% | 89.3% | 83.3% | 774.1분 | 801.3분 | 11.1% | 16.2% | 84.4% | 64.7% | 44.2% |
| | 66 통영권 | 29.2% | 54.0% | 3.1% | 9.9% | 94.5% | 84.4% | 814.8분 | 724.9분 | 100.0% | 100.0% | 20.7% | 40.6% | 17.1% |
| | 67 김해권 | 45.7% | 57.8% | 9.5% | 8.1% | 83.8% | 81.2% | 788.9분 | 805.9분 | 42.9% | 44.5% | 50.2% | 63.1% | 57.9% |
| 제주 | 68 거창권 | 38.1% | 42.0% | 0.0% | 9.8% | 95.1% | 79.8% | 1,062.9분 | 888.2분 | 100.0% | 100.0% | 12.3% | 31.7% | 14.2% |
| | 69 제주시 | 54.4% | 54.0% | 12.4% | 5.5% | 88.2% | 85.6% | 473.0분 | 506.0분 | 5.1% | 3.7% | 91.9% | 87.1% | 74.9% |
| | 70 서귀포시 | 57.1% | 55.0% | 11.2% | 15.8% | 87.5% | 74.7% | 450.0분 | 543.0분 | 66.2% | 60.5% | 28.2% | 19.0% | 11.5% |

(그림14) 권역·중진료권 심·뇌혈관질환 의료이용 분포 (2018)

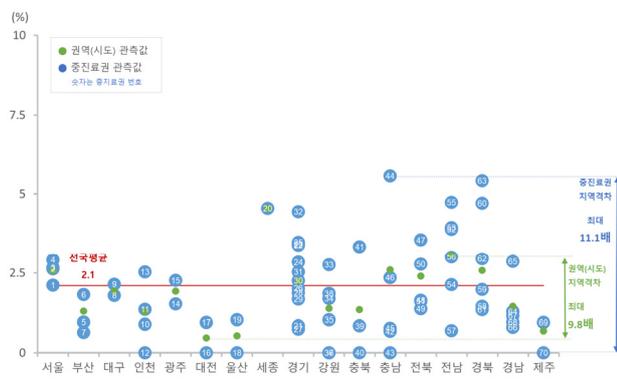
[심혈관질환] 응급실 직접내원환자 전원율(%)



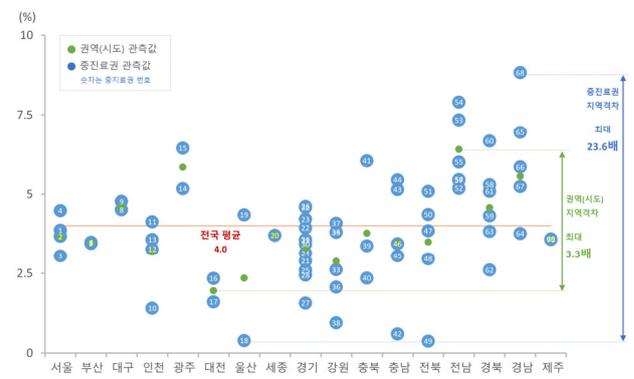
[뇌혈관질환] 응급실 직접내원환자 전원율(%)



[심혈관질환] 응급실 전원내원 환자 재전원율(%)



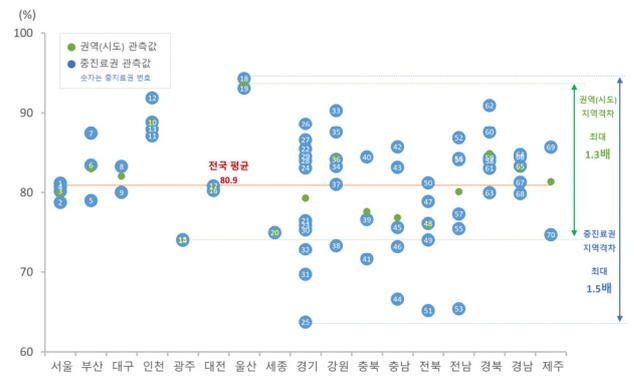
[뇌혈관질환] 응급실 전원내원 환자 재전원율(%)



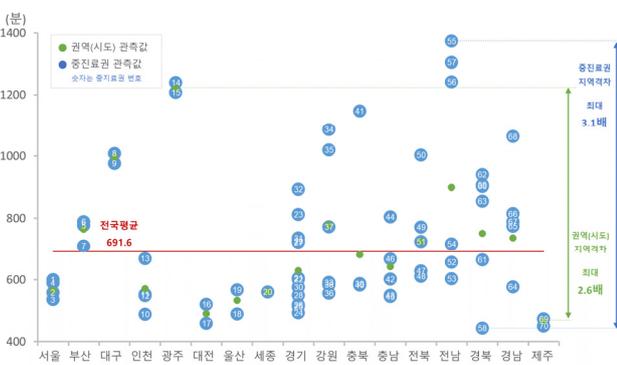
[심혈관질환] 응급실 내원환자 최종치료 제공률(%)



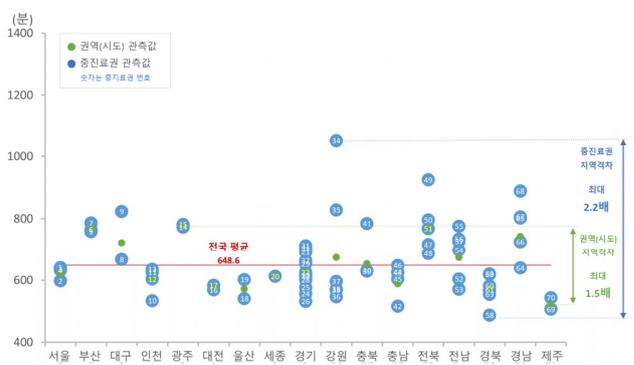
[뇌혈관질환] 응급실 내원환자 최종치료 제공률(%)



[심혈관질환] 응급실 내원환자 최종치료제공 소요시간(분)



[뇌혈관질환] 응급실 내원환자 최종치료제공 소요시간(분)



··· 관련 정책 및 정책 시사점 ···

- (그림14)를 보면, 시도 권역마다 의료이용의 중진료권 간 차이는 다양하게 나타난다. 이는 개별 의료기관 중심의 의료 서비스 제공으로는 의료격차를 줄이는데 한계가 있으며, 지역마다 다양한 의료수요와 여건에 대한 고려가 필요함을 보여준다.
- 특히 심·뇌혈관질환과 같은 필수의료 분야는 병원단계의 진료 역량 뿐만 아니라, 병원 전·후 단계까지 고려한 포괄적인 정책관리가 필요하므로, 지역별로 다양한 의료문제를 관리·조정하기 위한 시·도의 역할이 중요하다.
- 「공공보건의료 발전 종합대책(‘18.11)」에서는 필수의료의 지역격차 해소를 위한 지방정부의 역할과 책임을 강조하고 있으며, 이를 위해 「지역의료 강화 대책(‘19.11)」을 마련하여, 지역 내 필수의료 협력을 위한 책임의료기관 지정을 추진하고 있다.
- '20년에는 17개 권역 중 14개 권역의 국립대병원을 권역책임의료기관으로 지정하고, 70개 중진료권 중 15개 지역에 지방의료원을 공모하여 공공병원부터 지역책임의료기관을 지정할 계획*이다. **권역책임의료기관은 권역 내 필수의료 협력체계를 총괄·조정하고 지역의료 역량을 강화하는 역할을 수행하며, 지역책임의료기관은 지역 내 필수의료 문제를 발굴**

하고, 기관 간 협력을 연계·조정하는 역할을 수행한다.

* '21년부터는 권역 책임의료기관이 지정되지 않은 권역은 인근 국립대병원을 지정하거나, 사립대 병원을 공모할 계획이며, 지역책임의료기관이 지정되지 않은 나머지 지역은 단계적으로 공공병원을 추가 공모하고, 공공병원이 없는 지역은 공익적인 민간병원을 공모할 계획이다.

표8. 17개 권역별 책임의료기관 지정계획(안)

| 권역 | 책임의료기관 | 권역 | 책임의료기관 |
|----|--------|----|----------|
| 서울 | 서울대병원 | 경기 | 분당서울대병원 |
| 부산 | 부산대병원 | 강원 | 강원대병원 |
| 대구 | 경북대병원 | 충북 | 충북대병원 |
| 인천 | 미정 | 충남 | 충남대병원 |
| 광주 | 전남대병원 | 전북 | 전북대병원 |
| 대전 | 충남대병원 | 전남 | 전남대병원 |
| 울산 | 미정 | 경북 | 칠곡 경북대병원 |
| 세종 | 미정 | 경남 | 경상대병원 |
| | | 제주 | 제주대병원 |

* 출처: 보건복지부 보도참고자료(2020.2.18.), "지역 내 필수의료 협력을 위한 책임의료기관 지정 추진"

- 권역책임의료기관은 심·뇌혈관질환과 같은 중증응급환자의 이송·전원 및 진료협력을 강화하는 협력모형을 개발하고, 지역책임의료기관은 중진료권 단위에서 권역책임의료기관의 협력 사업에 참여하여 권역-지역 간 협력체계 구축을 진행하게 된다.

〈뇌졸중 환자 병원 전단계 이송협력 예시〉

상황 : 급성 허혈성 뇌졸중 (대구 거주 60대 남자)

대구에 거주하는 A(62, 男)씨는 경추 추간판 탈출(목 디스크)로 인해 평소 우측 팔 저림, 미약한 두통 등 증상이 있어 거주지 근처 B병원에서 재활치료 중이었다. 식사 도중 팔에 저림이 심해지고 극심한 두통이 발생하여 119에 신고하였다. 119 구급대원은 중증도를 판단하기 어려워 환자와 상의 후 거주지 근처 B병원(지역응급의료기관)으로 이송하였다. 검사 결과 급성 허혈성 뇌졸중으로 혈전용해 시술이 필요하였으나, B병원에는 시술이 어려워 다시 40분 거리 C대학병원 응급실(권역응급 및 권역심뇌혈관질환센터)로 이송하였다. 응급실 도착 후 검사 결과를 확인하여 혈정용해술을 시행하였으나 증상 발생 후 5시간이 지체된 상태로 장기간 치료가 필요한 후유증이 남았다.

| 현재 |
|--|
| • 중증도 분류기준이 명확하지 않아 119구급대에서 환자 상태 정확히 판단 곤란 |
| • 구급대에서 병원의 정확한 진료가능 정보를 신속히 확인 어려움 |
| • 환자 도착해도 검사·치료공간 확보시간 등으로 치료 지연 가능 |

⇒
⇒

| 달라지는 모습 |
|--|
| • 환자상태 공유를 통해 관련 전문의가 구급대에 중증도 분류 의료지도 강화 |
| • 구급대-병원 간 정확한 진료가능 정보를 신속 공유 → 적정 이송병원 결정 |
| • 환자도착 전 검사·치료공간 확보, 의료진 중비 등으로 즉시 치료 |

* 출처: 보건복지부, 민고 이용할 수 있는 「지역의료 강화 대책(‘19.11)」

4. 건강결과

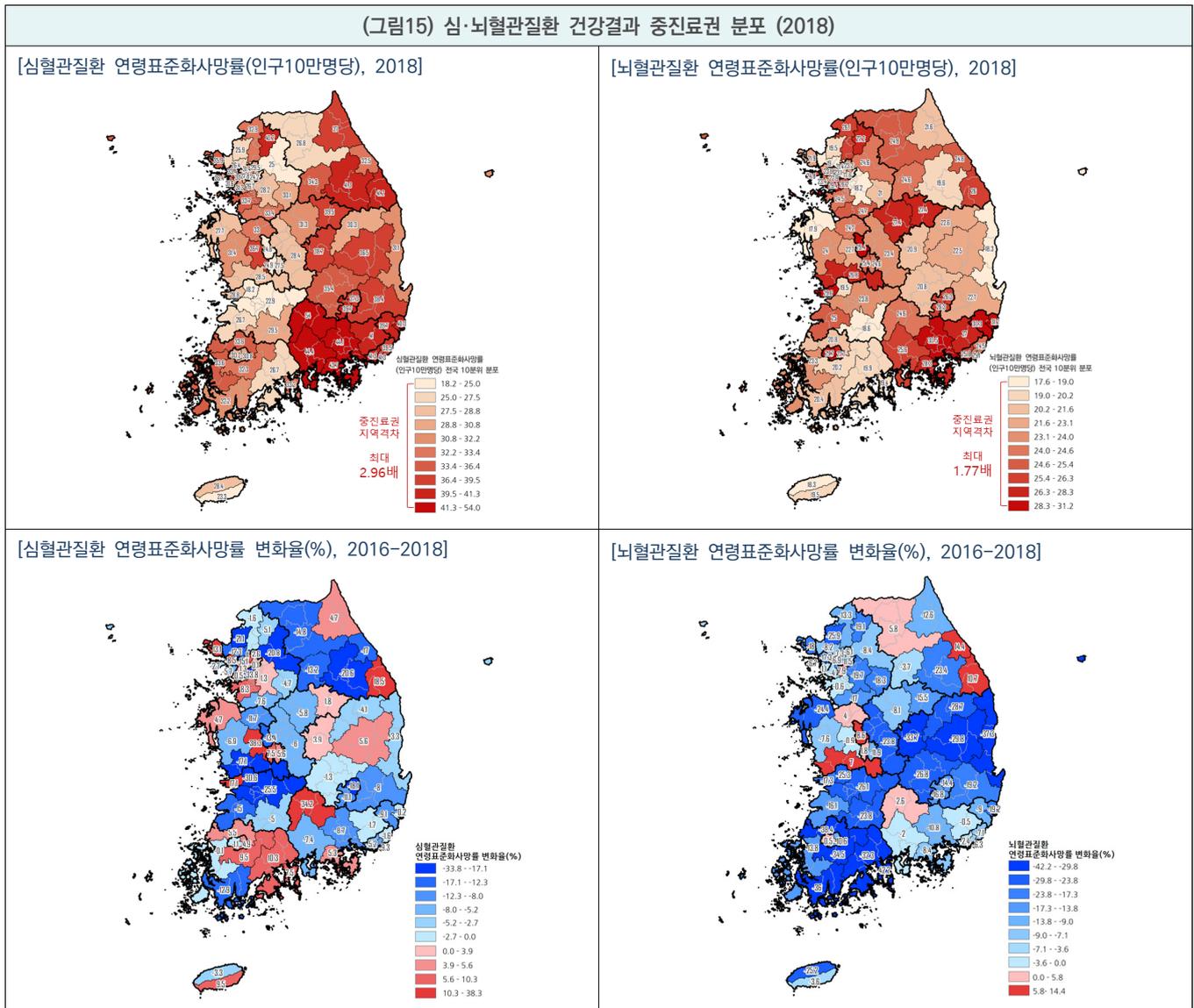
○○○ 현황 ○○○

- 2018년 우리나라 인구10만명당 심·뇌혈관질환 연령표준화 사망률은, 심혈관질환 32.2명, 뇌혈관질환 23.3명이며, 2016-2018년 동안 감소하는 추세이다.
- 하지만, 시도권역, 중진료권 수준으로 내려가면, 심·뇌혈관질환 사망률이 증가하는 지역도 있었다. 권역수준에서는 세종시 뇌혈관질환 연령표준화사망률이 3년 연속 증가하는 추세이다. 인구10만명당 27.1명, 28.1명, 29.4명으로 매년 인구10만명당 1명 정도씩 꾸준히 증가하였다.
- 중진료권수준에서는 서울서북, 인천서북, 대전동부, 전북 군산권, 전남 나주권, 경북 안동권, 경남 통영권, 거창권에서 심혈관질환 연령표준화사망률이 3년 연속 증가하였고, 경기 안양권, 강원 춘천권, 동해권에서는 뇌혈관질환 연령표준화사망률이 3년연속 증가하였다.(그림15)

○○○ 지역격차 ○○○

- 2018년 인구10만명당 심혈관질환 사망률은 경남이 44.5명으로 시도 권역중 가장 높았고, 전북이 24.4명으로 가장 낮았다. 최근 3년동안, 경남은 심혈관질환사망률이 가장 높은 수준이 유지되었던 반면, 전북은 17개 권역 중 심혈관질환 사망률 감소가 가장 컸다.(그림15)
- 2018년 심혈관질환 사망률의 시도권역간 격차는 최대 1.82배, 중진료권 격차는 최대 2.96배였고, 최근 3년동안 권역 간 격차는 비슷한 수준인 반면, 중진료권 격차는 증가한 것으로 나타났다.
- 뇌혈관질환 사망률의 경우, 시도권역 격차는 최대 1.66배, 중진료권 격차는 최대 1.77배로, 권역 격차와 중진료권 격차 크기가 비슷한 수준이었다. 최근 3년 동안, 시도 격차는 1.55배에서 1.66배로 증가하고, 권역 격차는 1.94배에서 1.77배로 감소하여, 그 차이가 좁혀진 것으로 나타났다.

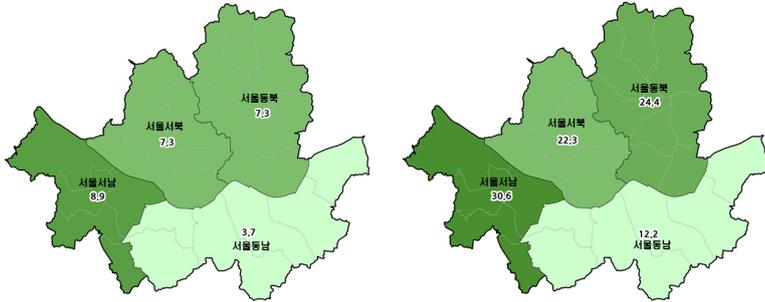
(그림15) 심·뇌혈관질환 건강결과 중진료권 분포 (2018)





심·뇌혈관질환 관련 필수의료서비스 지역현황

서울특별시



[응급실 내원 심혈관질환 환자 수(만명당)] [응급실 내원 뇌혈관질환 환자 수(만명당)]

[심뇌혈관질환 의료자원]

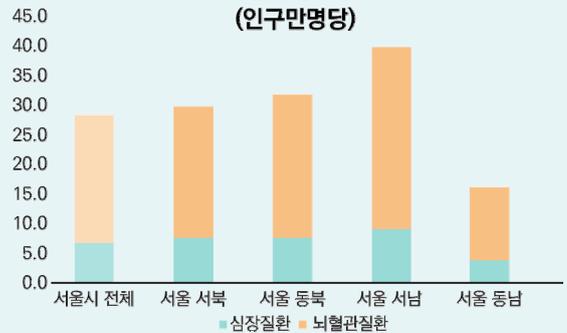
- 권역심뇌혈관질환센터: -
- 심혈관질환인증 의료기관: 인구100만명당 2.76개소
- 뇌혈관질환인증 의료기관: 인구100만명당 2.05개소
- 심혈관질환인증 전문의: 인구10만명당 11.3명
- 뇌혈관질환인증 전문의: 인구10만명당 7.7명

| [심혈관질환] | | [뇌혈관질환] | |
|-----------|-------------|-------------|-------------|
| 2.9 - 5.0 | 7.6 - 8.2 | 10.5 - 14.3 | 22.3 - 24.5 |
| 5.0 - 5.6 | 8.2 - 8.9 | 14.3 - 17.3 | 24.5 - 28.0 |
| 5.6 - 6.2 | 8.9 - 10.2 | 17.3 - 18.8 | 28.0 - 32.7 |
| 6.2 - 6.9 | 10.2 - 12.3 | 18.8 - 20.6 | 32.7 - 40.2 |
| 6.9 - 7.6 | 12.3 - 14.3 | 20.6 - 22.3 | 40.2 - 47.4 |

[의료필요]

- 서울시의 심뇌혈관질환으로 인한 응급실 환자의 구성을 살펴보면 심혈관질환으로 인한 응급실 방문자수는 인구 만 명당 6.5명, 뇌혈관질환으로 인한 응급실 방문자가 21.6명으로 심혈관질환에 비해 뇌혈관질환으로 인한 응급실 방문자가 3배 이상 높았다. 진료권별로 살펴보면 서남권역의 심뇌혈관질환으로 인한 응급실 방문자가 가장 많았고, 동북 < 서북 < 동남 순이었으며 서남권역과 동남권역은 약 23.6명 이상의 격차를 보였다.

서울시 심뇌혈관질환 응급실 환자 구성비율 (인구만명당)



[의료자원]

- 서울시의 심뇌혈관질환 인증의료기관수나 전문의 수는 전국 시도대비 높은 수준을 보이거나 심혈관질환 전문의 수의 경우 진료권별 격차가 인구 10만명당 8.3명(동남권역 16.2명-동북권역 7.9명)이며, 뇌혈관질환 전문의 수의 경우 9.2명(동남권역 11.1명-서남권역 1.9명) 진료권별 의료자원의 격차가 컸다. 특히 서남권역의 경우 전국 4.5명 대비 1.9명으로 매우 낮은 수준이었다.(그림13)

[의료이용]

- 서울시의 심혈관 질환 및 뇌혈관질환으로 인한 응급실 환자의 119 구급차 이용률은 전국 시도 대비 4위로 높은 수준이었다. 또한 중증응급환자의 최종 치료 시간의 경우 전국대비 양호한 수준이나 진료권별로 살펴보면 심혈관질환의 경우 서북권역(599.8분)과 서남권역(535.2분)은 1시간 이상의 최종 치료시간의 차이를 보이며 뇌혈관질환 또한 서북권역(640.8분)과 동북권역(597.3분)은 43분 이상의 최종 치료시간의 차이를 보였다.(표7)

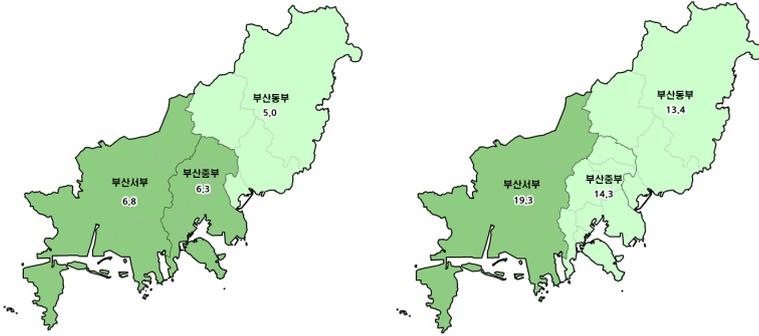
[건강결과]

- 서울시의 심혈관질환(2016년 15위, 2017년 14위, 2018년 13위) 및 뇌혈관질환(2016년 17위, 2017년 16위, 2018년 13위)의 연령표준화 사망률은 전국 시도 대비 13위로 낮은 수준이나 해마다 순위가 높아지고 있으므로 장기적 관찰이 필요하다.(그림15)

[자유지표]

- 서울시 뇌혈관질환 의료이용률은 9.2% 수준이나 의료급여 인구 중 비율은 37.7%를 차지하고 있으며, 허혈성심질환 전체 의료이용률은 7.7%이나 의료급여 인구 중 비율은 23.8%로 의료급여자의 뇌혈관 및 허혈성심질환으로 인한 의료이용률이 전체인구에 비해 3배이상 높았다.

부산광역시



[응급실 내원 심혈관질환자 수(만명당)] [응급실 내원 뇌혈관질환자 수(만명당)]

[심뇌혈관질환 의료자원]

- 권역심뇌혈관질환센터: 1개소
- 심혈관질환인증 의료기관: 인구100만명당 1.45개소
- 뇌혈관질환인증 의료기관: 인구100만명당 1.16개소
- 심혈관질환인증 전문의: 인구10만명당 8.1명
- 뇌혈관질환인증 전문의: 인구10만명당 4.1명

| [심혈관질환] | | [뇌혈관질환] | |
|-----------|-------------|-------------|-------------|
| 2.9 - 5.0 | 7.6 - 8.2 | 10.5 - 14.3 | 22.3 - 24.5 |
| 5.0 - 5.6 | 8.2 - 8.9 | 14.3 - 17.3 | 24.5 - 28.0 |
| 5.6 - 6.2 | 8.9 - 10.2 | 17.3 - 18.8 | 28.0 - 32.7 |
| 6.2 - 6.9 | 10.2 - 12.3 | 18.8 - 20.6 | 32.7 - 40.2 |
| 6.9 - 7.6 | 12.3 - 14.3 | 20.6 - 22.3 | 40.2 - 47.4 |

[의료필요] 부산중부에 진료권에 편중된 심/뇌혈관 질환 관련 의료기관 및 인력

- 부산의 65세 이상 노인인구는 약 17.1%로 전체 인구대비 높은 비율을 차지하고 있으며, 응급실 이용자수는 59.8명(인구천명당)으로 이 중 심혈관질환과 뇌혈관환자 구성 비율은 가장 높은 수준을 보였다(특·광역시 기준).[\(그림9\)](#)
- 부산소재 권역심뇌혈관센터는 1개소이며, 심혈관질환 및 뇌혈관질환 인증 의료기관 수는 각 1.5개소, 1.2개소(인구100만명당)로 적은 수준이며, 전문의 수 또한 낮은 수준을 보이고 있다.[\(그림11\)](#),[\(그림12\)](#)
- 진료권별 응급실 환자구성은 심혈관질환은 부산중부-부산서부-부산동부, 뇌혈관질환은 부산서부-부산중부-부산동부 순으로 격차를 보였다. 의료자원의 경우 심/뇌혈관 인증의료기관은 부산중부에 밀집되어있으며, 부산서부와 동부는 전무한 상황이다. 전문의 수 또한 부산중부에 밀집되어있는 것으로 나타났다.[\[표5\]](#)

[의료이용] 진료권별 심/뇌혈관질환 환자 지역유출률의 큰 격차

- 부산의 응급실 내원 시 119 구급차 이용률은 심혈관질환에서는 하위, 뇌혈관 질환에서는 상위 수준이었다(특·광역시 기준). 두 질환 모두 관찰한 전원율이 모두 낮은 편이나 심혈관질환에 비해 뇌혈관질환의 전원율이 높게 나타났다. 심혈관질환 환자의 최종치료시간은 평균 764.0분, 뇌혈관질환은 768.5분으로 치료 제공 소요시간이 다소 긴 편이고, 응급의료기관 지역유출률은 심/뇌혈관질환 모두 높은 수준을 보였다. 응급심뇌, 심뇌혈관질환자의 입원RI는 2016년 이후 지속적으로 감소하고 있으나 높은 수준이었다(특·광역시 기준).[\[표7\]](#)
- 진료권별로는 부산서부의 응급실 내원 시 119구급차 이용률이 높았으며, 전원율은 진료권별로 격차를 보였다. 중증응급환자의 최종 치료제공 소요시간은 부산중부-부산서부-부산동부 순이었으며, 특히 응급의료기관 지역유출률은 부산서부에서 높게 나타났으며, 응급심뇌 입원RI는 부산중부에 비해 부산서부와 부산동부가 낮은 수준을 보였다.[\[표7\]](#)

[건강결과] 지속해서 높은 심/뇌혈관질환 연령표준화사망률

- 부산의 중증 뇌혈관질환 환자의 원내 사망률은 7.1%로 전국보다 높았으며, 진료권별로는 부산동부의 심/뇌혈관질환 환자 원내 사망률이 부산중부나 부산서부에 비해 높게 관찰되었다.[\(그림15\)](#)
- 부산의 심혈관질환 사망률은 2016년 43.5명(인구10만명당)에서 지속적으로 감소하여 2018년 40.8명이었으나 특·광역시 중 가장 높았으며, 뇌혈관질환 사망률은 2016년 26.7명(인구10만명당)에서 2018년 25.1명으로 감소하였다.
- 진료권별로는 2018년 기준 심/뇌혈관질환 모두 부산동부의 사망률이 낮았으며, 부산중부의 경우 지속적으로 감소하고 있는 반면, 부산서부와 부산동부의 사망률은 증감을 반복하였다.

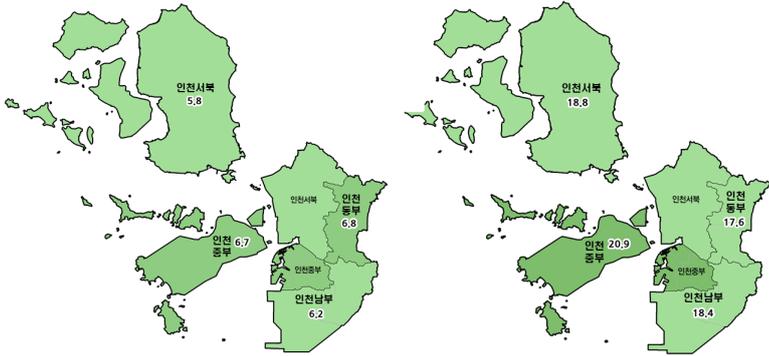
[요약] 심/뇌혈관질환 관련 높은 의료필요, 의료자원 및 의료이용의 격차, 높은 사망률

- 부산의 중증 심/뇌혈관질환 전원율은 대체로 낮았으나, 재전원율과 지역유출률 일부에서 지역 단위에 따라 다른 양상을 보였다. 의료자원은 부산중부에 밀집되어 있으며, 관련 의료시설 및 인력은 대체로 낮은 수준을 보였다. 심혈관질환 관련 사망률이 감소하는 경향을 보이고 있으나 지속해서 높은 것으로 나타나 보다 집중적인 관리가 요구된다.

[자유지표]

- 심뇌혈관질환의 특성상 빠른 시간 내에 적절한 치료를 받는 것이 무엇보다 중요하므로 공공의료동향분석 '뽐'호에서는 질환별 관내 의료이용률 현황을 세부적으로 살펴보고자 한다. 이를 위해 해당 파트에서는 심뇌혈관질환을 심혈관질환과 뇌혈관질환으로 구분하였으며, 뇌혈관질환(I60-I63)을 다시 출혈성뇌혈관질환(I60-I62)과 뇌경색(I63)으로 구분하여 부산시 및 진료권 단위의 입원 관내의료이용률(RI)을 살펴보았다.
- 부산은 2016-2018년 동안 질환별 입원RI는 큰 변동이 없으며, **심/뇌혈관질환 두 경우 모두 응급일 때의 입원RI가 낮아지는 경향을 보였다.** 구체적으로는 부산의 응급심혈관 입원RI는 2018년 85.3%로 2016년 이후 증감을 반복하고 있으며 하위수준이었다. 응급뇌혈관의 경우 2018년 86.1%로 지속적으로 감소하고 있으며, 마찬가지로 낮은 수준을 보이고 있다(특·광역시 기준). 심혈관 질환의 입원RI는 연도별 큰 변동은 없었으며, 출혈성 뇌혈관과 뇌경색증은 2016년 이후 지속적으로 입원RI가 낮아지고 있으나 상위 수준으로, 특히 **뇌경색증 환자의 입원RI 경우 17개 시·도중 부산이 관찰기간 동안 가장 높게 나타났다.**
- 진료권별로는 **응급심혈관, 응급뇌혈관, 심혈관, 출혈성뇌혈관, 뇌경색증 모두 부산중부-부산동부-부산서부 순으로 높았으며, 특히 응급심혈관과 응급뇌혈관의 경우 진료권간 순위격차가 두드러지는 것으로 나타났다.** 부산중부의 심혈관 입원RI는 진료권에서 높은 수준을 보였으나, 부산서부와 부산동부는 중위 이하 수준이었다.
- 본 분석결과는 동향분석 권역·지역단위 분석지표에서 정의된 질병분류코드와는 차이가 있어 직접적인 비교는 어렵다.

인천광역시



[응급실 내원 심혈관질환자 수(만명당)] [응급실 내원 뇌혈관질환자 수(만명당)]

[심뇌혈관질환 의료자원]

- 권역심뇌혈관질환센터: 1개소
- 심혈관질환인증 의료기관: 인구100만명당 1.35개소
- 뇌혈관질환인증 의료기관: 인구100만명당 1.35개소
- 심혈관질환인증 전문의: 인구10만명당 6.4명
- 뇌혈관질환인증 전문의: 인구10만명당 3.4명

응급실 내원 환자수(만명당) 전국 10분위 분포

| [심혈관질환] | | [뇌혈관질환] | |
|-----------|-------------|-------------|-------------|
| 2.9 - 5.0 | 7.6 - 8.2 | 10.5 - 14.3 | 22.3 - 24.5 |
| 5.0 - 5.6 | 8.2 - 8.9 | 14.3 - 17.3 | 24.5 - 28.0 |
| 5.6 - 6.2 | 8.9 - 10.2 | 17.3 - 18.8 | 28.0 - 32.7 |
| 6.2 - 6.9 | 10.2 - 12.3 | 18.8 - 20.6 | 32.7 - 40.2 |
| 6.9 - 7.6 | 12.3 - 14.3 | 20.6 - 22.3 | 40.2 - 47.4 |

[의료필요 및 자원] 의료필요 및 자원의 진료권 간 격차 존재

- 인천 중부(15.7%)는 도서 지역과 구도심이 혼재되어 있어 노인인구 비율이 전국(14.8%) 및 인천 내 진료권(인천 남부(10.6%), 인천 서북(11.7%), 인천 동북(11.9%)) 보다 높다. 인천 중부의 응급실 심혈관질환 환자 구성비율(0.6%)은 가장 낮은 인천 서북(0.5%)과 비교하면 0.1%p 높다.
- 응급실 뇌혈관질환 환자 구성비율도 인천 중부(1.9%)가 가장 낮은 인천 동북(1.3%)에 비해 0.6%p 높은 값을 보였다.[표5] 한편 인천 동북의 인구 100만 명당 심혈관질환 인증의료기관 수와 10만 명당 심혈관질환 전문의 수(2.39개소, 8.4명)가 진료권 중 가장 많았고, 인천 평균(1.35개소, 6.4명)보다 각각 1.04개소, 2.0명이 더 많았다. 인천 서북의 경우 100만 명당 뇌혈관질환 인증의료기관 수와 10만 명당 뇌혈관질환 전문의 수(1.65개소, 4.9명)가 인천 평균(1.35개소, 3.4명)보다 각각 0.3개소, 1.5명 더 많았다.(그림13)

[의료이용] 인천 서북과 인천 남부 간의 의료이용의 격차가 존재

- 인천 서북과 인천 남부의 의료이용 차이가 두드러졌다. 응급실 환자 전원율의 경우 심혈관질환은 인천 서북(2.5%)과 인천 남부(7.1%) 진료권 간 최대 4.6%p 차이가 있었고, 뇌혈관질환의 경우는 인천 서북(3.0%)과 인천 남부(4.6%) 간의 최대 1.6%p의 격차가 발생했다.
- 심혈관질환과 뇌혈관질환 환자의 응급실 119 구급차 이용률 역시 인천 서북(48.5%, 53.2%), 인천 남부(62.6%, 62.1%) 진료권 간 가장 큰 격차가 발생했다. 특히 인천 남부의 응급실 심혈관질환 환자 1차 전원율은 9.4%로 인천 서북보다 5.9%p 높았다.[표7] 이를 통해 남부 119 구급대의 적정 병원 이송률을 높이기 위한 노력이 필요하다.

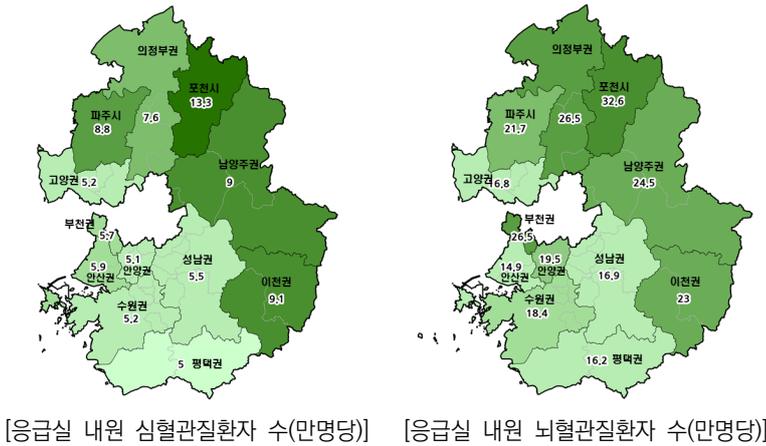
진료권 간 의료이용의 격차 존재하지만 빠른 최종치료 제공

- 심뇌 입원환자의 60분 이내 의료이용률(TRI)을 보면 인천 중부(33.5%)와 인천 동북(60.6%) 간의 최대 27.1%p의 격차가 발생했고, 전국 평균보다 19.8%p 높았다. 응급심뇌 입원환자의 TRI는 인천 중부(36.0%)와 인천 남부(64.7%) 진료권 간 최대 28.7%p의 차이가 있었고, 인천 중부는 전국 평균보다도 16.5%p 낮았다.
- 한편 심혈관질환의 경우, 발병 후 24시간 이내 응급실 내원한 환자 최종치료 제공률은 92.1%로 인천이 전국 1위를 차지했다. 발병 후 24시간 이내 응급실 내원한 환자의 최종치료 제공까지 소요시간은 진료권 중 인천 서북(488.3분)이 가장 빨랐으며, 인천 평균(571.0분)보다 82.7분 빨랐고 전국 평균(691.6분)보다 203.3분 빨랐다.
- 뇌혈관질환의 경우, 발병 후 24시간 이내 응급실 내원한 환자 최종치료 제공률은 88.8%로 전국 2위이다. 발병 후 24시간 이내 응급실 내원한 환자의 최종치료 제공까지 소요시간은 진료권 중 인천 서북(533.4분)이 인천 평균(602.6분) 보다 69.2분 빨랐고, 전국 평균(648.6분) 보다 115.2분 빨랐다.
- 인천의 응급실 심혈관질환 및 뇌혈관질환 환자의 응급의료기관 지역유출율(16.1%, 15.4%)은 전국 평균보다 각각 24.9%p, 23.3%p 낮은 값을 보였고 진료권 간의 이동이 많았지만 대부분 인천 내에서 해결 하고 있음을 알 수 있었다.[표7]

[건강결과] 높은 원내 사망률과 낮은 연령표준화 사망률

- 인천의 응급실 심혈관질환 환자 원내 사망률은 11.4%로 전국 3위이며, 진료권 모두 전국 평균(9.7%)보다 높은 값을 나타냈다. 응급실 뇌혈관질환 환자 원내 사망률은 8.4%로 전국 2위이며, 진료권별로 살펴봐도 전국 평균(6.6%)보다 높았다.
- 반면 연령표준화 사망률을 보면 심혈관질환은 2016년 34.9%에서 2018년 28.8%로 감소하는 추세이며, 뇌혈관질환은 2016년 26.4%에서 2018년 23.6%로 감소했다.(그림15)

경기도



[심뇌혈관질환 의료자원]

- 권역심뇌혈관질환센터: 1개소
- 심혈관질환인증 의료기관: 인구100만명당 1.30개소
- 뇌혈관질환인증 의료기관: 인구100만명당 0.69개소
- 심혈관질환인증 전문의: 인구10만명당 5.3명
- 뇌혈관질환인증 전문의: 인구10만명당 2.1명

응급실 내원 환자수(만명당) 전국 10분위 분포

| [심혈관질환] | | [뇌혈관질환] | |
|-----------|-------------|-------------|-------------|
| 2.9 - 5.0 | 7.6 - 8.2 | 10.5 - 14.3 | 22.3 - 24.5 |
| 5.0 - 5.6 | 8.2 - 8.9 | 14.3 - 17.3 | 24.5 - 28.0 |
| 5.6 - 6.2 | 8.9 - 10.2 | 17.3 - 18.8 | 28.0 - 32.7 |
| 6.2 - 6.9 | 10.2 - 12.3 | 18.8 - 20.6 | 32.7 - 40.2 |
| 6.9 - 7.6 | 12.3 - 14.3 | 20.6 - 22.3 | 40.2 - 47.4 |

[의료필요 및 의료자원] 도내 진료권별 의료필요와 자원의 격차가 큰 편

- 경기도는 전국에서 65세 이상 노인인구비율은 11.9%로 타시도에 비하여 낮은 편에 속하였고, 응급실에 심혈관질환, 뇌혈관질환으로 내원한 환자의 비율도 각 0.5%, 1.8%로 전국(각 0.6%, 2.0%)보다 낮았다. 진료권 내에서는 **65세 이상 노인인구 비율과 응급실에 심혈관질환 혹은 뇌혈관질환으로 내원한 환자의 비율이 대략 2배 차이가 나 의료필요가 진료권마다 다를 수 있음을 짐작할 수 있다.**(그림9),(그림10)
- 경기도의 인구 백만 명당 심혈관질환 인증의료기관, 뇌혈관질환 인증의료기관과 인구 10만 명당 심혈관질환 및 뇌혈관질환 전문의 수는 전국에 비해 다소 적은 것으로 나타났다.(그림11),(그림12)
- 진료권별로 살펴보면, 고양 진료권의 심혈관질환 및 뇌혈관질환 인증의료기관과 심혈관질환, 뇌혈관질환 전문의 수는 각 모두 전국 값을 웃도는 것으로 나타났으며, 파주, 이천, 포천 진료권의 경우 심혈관질환, 뇌출중 의료기관과 전문의까지 전문한 것으로 나타났다.
- 그 외에도 의정부, 평택, 안산, 남양주 진료권의 경우 뇌출중 인증의료기관과 전문의가 전문한 것으로 나타나, **진료권에 따라 의료 자원의 격차가 큰 것을 알 수 있다.**(그림13) (단, 해당 진료권에 상급종합병원 등 의료자원이 위치하고 있더라도, 인증의료기관 수를 기반으로 분석되었기 때문에, 실제 뇌혈관질환 및 심혈관질환과 관련된 의료자원이 과소추정 되었을 가능성이 있음.)

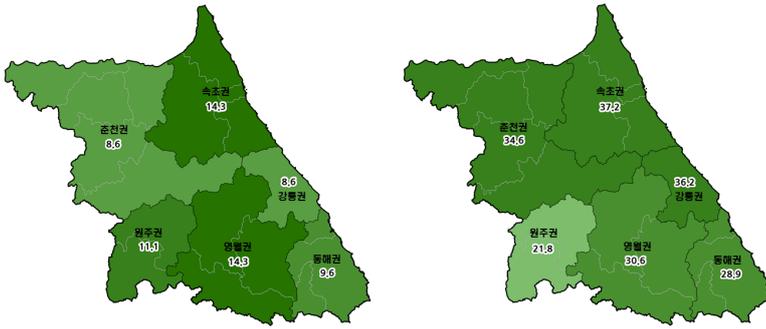
[의료이용] 진료권에 따라 RI(관내의료이용률)와 TRI(입원 환자의 60분 이내 의료이용률)의 격차 존재

- 경기도의 응급심뇌 RI는 75.2%로 전국(77.6%)에 비해 낮고, 심뇌 RI는 81.5%로 전국(77.6%)에 비해 높은 것으로 나타났다. 진료권별로 응급심뇌 RI에 대해 살펴보면 수원 진료권이 78.7%로 경기 진료권 중 유일하게 전국(77.6%)에 비해 높은 것으로 나타났으며, 가장 낮은 진료권은 포천 진료권(7.2%)으로 전국 진료권 중에서도 네 번째로 낮은 것으로 나타났다. 심뇌 RI는 의정부 진료권이 75.0%로 가장 높고, 포천 진료권이 29.8%로 가장 낮았다.[표7]
- 경기도의 응급심뇌와 심뇌 TRI는 각 61.7%, 64.7%로 전국(각 52.5%, 53.3%)에 비해 높은 것으로 나타났다. 응급심뇌와 심뇌 TRI가 가장 높은 진료권은 고양 진료권으로 각 77.4%, 81.0%로 나타났으며, 가장 낮은 진료권은 이천 진료권으로 각 24.4%, 28.3%로 나타났다.[표7] **이에 따라 진료권에 따라 응급심뇌와 심뇌 RI, TRI의 격차가 큰 것을 알 수 있다.**

[건강결과] 대다수의 진료권에서 사망률은 전국에 비해 낮으나, 진료권에 따른 격차 존재

- 경기도의 인구 십만 명당 심혈관질환 및 뇌혈관질환의 연령표준화 사망률은 각 29.5명, 22.8명으로 전국(각 32.2명, 23.3명)에 비해 다소 낮은 것으로 나타났다.
- 진료권별로 살펴보면 인구 십만 명당 심혈관질환 연령표준화 사망률이 가장 높은 진료권은 포천(40.2명) 진료권으로 나타났으며, 진료권 중 사망률이 가장 낮은 진료권은 남양주(25.0명) 진료권으로 나타났다.
- 인구 십만 명당 뇌혈관질환 연령표준화 사망률이 가장 높은 진료권은 안산(29.4명) 진료권으로 나타났으며, 진료권 중 사망률이 가장 낮은 진료권은 성남(18.2명) 진료권으로 나타났다.(그림15)
- **심혈관질환과 뇌혈관질환의 연령표준화 사망률은 진료권에 따라 1.5~2배가량 차이 나는 것으로 나타났다.**

강원도



[응급실 내원 심혈관질환자 수(만명당)] [응급실 내원 뇌혈관질환자 수(만명당)]

[심뇌혈관질환 의료자원]

- 권역심뇌혈관질환센터: 1개소
- 심혈관질환인증 의료기관: 인구100만명당 1.94개소
- 뇌혈관질환인증 의료기관: 인구100만명당 1.94개소
- 심혈관질환인증 전문의: 인구10만명당 8.4명
- 뇌혈관질환인증 전문의: 인구10만명당 11.7명

응급실 내원 환자수(만명당) 전국 10분위 분포

| [심혈관질환] | | [뇌혈관질환] | |
|-----------|-------------|-------------|-------------|
| 2.9 - 5.0 | 7.6 - 8.2 | 10.5 - 14.3 | 22.3 - 24.5 |
| 5.0 - 5.6 | 8.2 - 8.9 | 14.3 - 17.3 | 24.5 - 28.0 |
| 5.6 - 6.2 | 8.9 - 10.2 | 17.3 - 18.8 | 28.0 - 32.7 |
| 6.2 - 6.9 | 10.2 - 12.3 | 18.8 - 20.6 | 32.7 - 40.2 |
| 6.9 - 7.6 | 12.3 - 14.3 | 20.6 - 22.3 | 40.2 - 47.4 |

[의료자원] 심뇌혈관질환 인증의료기관 및 전문인력은 전국평균보다 많으나, 중진료권별 의료자원의 격차 심각

- 강원도의 심혈관질환 인증의료기관의 수(1.94개/100만), 뇌혈관질환 인증의료기관의 수(1.94개/100만), 심혈관질환 전문의의 수(8.4명/10만), 뇌혈관질환 전문의의 수(11.7명/10만)는 모두 전국평균(1.87/1.18/7.5/4.5)보다 많은 것으로 나타났다.(그림11),(그림12)
- 하지만, 중진료권별로 살펴보면, 춘천권, 원주권을 제외한 영월권, 강릉시, 동해권, 속초권 같은 경우 뇌혈관인증 의료기관과 전문인력이 전무하였다.(그림13) 게다가 강릉시, 동해권, 속초권은 심혈관질환 인증의료기관과 전문인력 또한 전무한 상황으로 해당 지역 주민들은 뇌혈관질환 발생 시 신속한 대처가 어려운 것으로 보인다.(그림13)
- 최근 보건복지부에서 시행하는 ‘믿고 이용할 수 있는 지역의료 강화대책’ 등을 통해 의료취약지역의 의료강화가 이루어지길 기대한다.

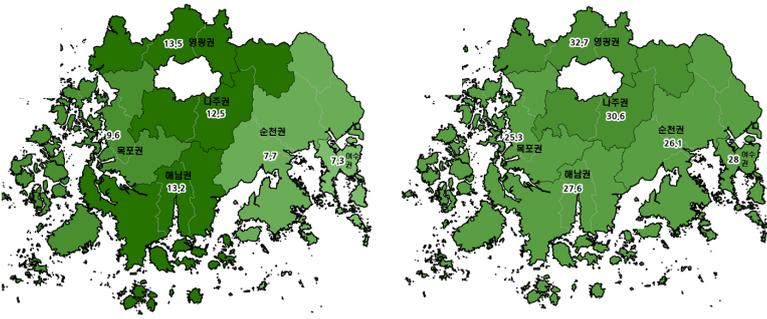
[의료이용] 시도수준의 심뇌혈관질환 관내 의료이용률은 높으나, 중진료권별 격차 심각

- 2018년 강원도의 응급심뇌혈관질환자의 관내 의료이용률은 전국평균(77.6)보다 높았으나, 2016년에 비해 0.3%p 감소하였다(84.4). 일반 심뇌혈관질환자의 경우 관내 의료이용률이 오히려 전국평균(77.6)보다 낮았고, 2016년에 비해 1.1%p 하락한 수치를 보여주고 있다.
- 중진료권별로 살펴보았을 때, 춘천권, 원주권, 강릉시 등은 응급, 일반 심뇌혈관질환자의 관내 의료이용률이 70% 이상 높은 수치를 보여주고 있지만, 영월권, 동해권, 속초권의 경우 관내 의료이용률이 40%에도 미치지 못하였다.
- 강원도의 응급심뇌혈관질환과 일반심뇌혈관질환의 기준시간내(60분) 의료이용률은 전국평균(52.5/53.3)에 크게 미치지 못하는 것으로 각각 30.2%와 34.5%로 2018년 전국 최하위 수준으로 나타났다.
- 원주권과 강릉시는 응급심뇌혈관질환과 일반심뇌혈관질환 모두 전국평균(52.5/53.3)보다 높은 수준을 보였지만, 그 외 4개 진료권(춘천권, 영월권, 동해권, 속초권)은 전국평균에 한참 미치지 못하는 것으로 나타나 중진료권별 지역 간 격차가 큰 것으로 나타났다.[표7]
- 이상의 결과로 보아 중진료권별 의료이용의 격차를 해소하기 위해 지속적인 원인 분석과 해결방안 모색이 필요할 것으로 보인다.

[건강결과] 강원도 심뇌혈관질환 사망률 전국평균보다 높아

- 강원도의 심혈관질환자 원내 사망률은 10만 명당 9.5명으로 전국평균(9.7)보다 낮게 나타났으나 뇌혈관질환자 원내 사망률은 10만 명당 7.2명으로 전국평균(6.6)보다 높았다. 심혈관질환자 연령 표준화 사망률은 최근 3년간 감소하는 추세를 보여주고 있으나 여전히 전국평균(32.2)보다 높았고, 뇌혈관 질환자 연령 표준화 사망률은 증가하였다가 다시 감소하는 추세를 보여주고 있다.(그림13)
- 강원도의 지리적, 인구적 특성으로 인해 의료 접근성의 한계가 존재한다. 중진료권별로 원내 사망률, 심혈관질환 연령표준화 사망률, 뇌혈관질환 연령표준화 사망률의 지역 간 격차가 크게 나타났다. 이러한 필수요로 분야 건강 격차 완화를 위해 권역-지역-기초의 연계 협력체계를 마련해야 하며, 심뇌혈관질환 예방사업 및 대처 방법, 지역 의료기관의 역량 강화 등에 힘써야 할 것이다.

전라남도



[응급실 내원 심혈관질환자 수(만명당)] [응급실 내원 뇌혈관질환자 수(만명당)]

[심뇌혈관질환 의료자원]

- 권역심뇌혈관질환센터: 2개소
- 심혈관질환인증 의료기관: 인구100만명당 1.06개소
- 뇌혈관질환인증 의료기관: 인구100만명당 0.00개소
- 심혈관질환인증 전문의: 인구10만명당 4.8명
- 뇌혈관질환인증 전문의: 인구10만명당 0.0명

응급실 내원 환자수(만명당) 전국 10분위 분포

| [심혈관질환] | | [뇌혈관질환] | |
|-----------|-------------|-------------|-------------|
| 2.9 - 5.0 | 7.6 - 8.2 | 10.5 - 14.3 | 22.3 - 24.5 |
| 5.0 - 5.6 | 8.2 - 8.9 | 14.3 - 17.3 | 24.5 - 28.0 |
| 5.6 - 6.2 | 8.9 - 10.2 | 17.3 - 18.8 | 28.0 - 32.7 |
| 6.2 - 6.9 | 10.2 - 12.3 | 18.8 - 20.6 | 32.7 - 40.2 |
| 6.9 - 7.6 | 12.3 - 14.3 | 20.6 - 22.3 | 40.2 - 47.4 |

[의료필요] 높은 중증 심뇌혈관 의료수요에 맞춘 공급기반 구축 필요

- 전남의 심혈관질환, 뇌혈관질환으로 인한 인구 만 명당 응급실 방문자 수는 전국 평균보다 높고 응급실 환자 구성 비율을 보면 심혈관, 뇌혈관질환 모두 전국 최상위 수준이며, 전남 6개 중진료권 모두 전국 평균보다 높았다.[표5] 심·뇌혈관질환은 노인인구에서 많이 발생하는 질환으로 전국에서 가장 노인인구 비율이 높은 전남은 이에 대한 대책이 요구된다.

[의료자원] 뇌혈관 인증 의료기관 및 전문의가 없음

- 전남의 심혈관 인증기관 수는 목포권을 제외한 5개 중진료권이 전국 평균보다 낮고 심혈관 전문의 수는 순천권을 제외한 5개 중진료권이 전국 평균보다 낮으며 **뇌혈관인증 의료기관 및 전문의는 없었다.**
- 전남의 응급의료기관은 총 41개이며 이중 관상동맥중재술이 가능한 기관이 5개소, 정맥 내 혈전용해제 사용기관은 13개 소이며 전남 6개 중진료권별 의료자원 보유에 격차가 있다.(그림13)

[의료이용] 낮은 119구급차 이용률, 입원 RI, TRI(60분)와 높은 전원률, 지역유출율

- 전남의 심뇌혈관질환 관련 119구급차 이용률은 전국 평균보다 낮았다. 중증응급 심혈관질환 환자 전원율은 재전원율만 3.1%로 전국평균 2.1%보다 높고, 치료제공률은 전국 평균보다 높았다.[표7]
- 전남의 **뇌혈관질환 응급실 환자 전원율(전체), 1차전원율, 재전원율이 모두 전국 평균보다 월등하게 높게 나타났고** 중증 응급환자 치료제공률은 낮았다. 이는 전남에 뇌혈관 인증 의료기관 및 전문의가 없는 실정과 무관하지 않아 보인다.
- 발병 후 24시간 이내 응급실 내원한 환자 최종치료 제공까지 소요 시간은 뇌혈관, 심혈관질환 모두에서 전국 평균보다 길고, 특히, 나주, 해남, 영광권의 경우 전국 평균과의 차이가 컸다. 거주 지역 외 응급의료기관을 내원한 건수로 확인하는 **지역유출율은 중증응급심혈관질환, 중증응급뇌혈관질환 모두 전국 평균보다 높고, 중진료권으로 보면 목포, 순천권은 전국 평균 수준이나 영광, 나주, 해남권은 매우 높아 차이가 매우 컸다.**[표7]
- 전남의 **입원환자의 관내 의료이용률(RI)**은 심뇌, 응급심뇌 모두 전국 평균보다 낮고 세종시를 제외했을 때 17개 권역 중 최하위 수준이며 전남의 6개 중진료권 모두 전국 평균보다 낮았다.
- 전남의 2018년 기준 **입원환자의 60분 이내 의료이용률(TRI 60분)**은 응급심뇌, 심뇌 모두 전국 평균보다 낮으며, 응급심뇌의 경우 17개 권역 중 최하위 수준이며, 중진료권별로 보면 나주권을 제외한 5개 권역이 전국 평균보다 낮았는데, 특히, 도서지역을 포함한 권역이 낮았다.[표7]

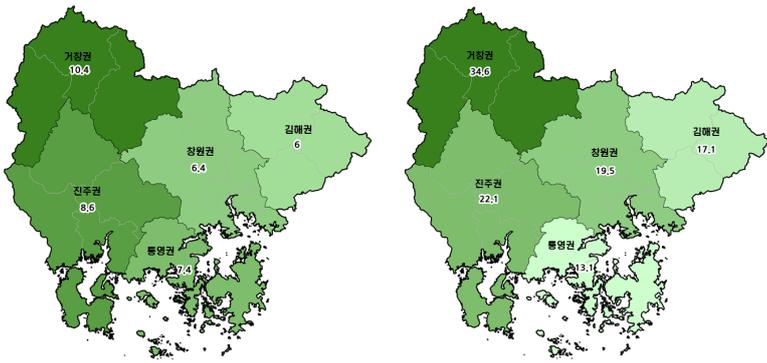
[건강결과] 원내 사망률의 진료권별 격차

- 전남의 중증심혈관질환, 뇌혈관질환 환자 원내 사망률은 전국 평균보다 낮은 수준이고, 중진료권별 격차가 존재하였는데, 뇌혈관질환의 원내 사망률에서 더 두드러지고(목포권 8.7, 여수시 2.9) 목포, 영광권이 전국 평균보다 높았다. 2016년~2018년 심혈관질환사망률(연령표준화)은 전국 평균보다 낮고, 뇌혈관질환사망률은 2016년, 2017년은 전국 평균보다 높았다가 2018년에는 20.6명으로 전국평균 23.3명보다 낮았다.(그림15)

[종합의견] 높은 전원율, 낮은 의료이용률에 대한 대책 필요

- 전남은 중증심혈관질환, 뇌혈관질환 관련 높은 전원율, 낮은 RI, TRI(60분), 119 구급차 이용률, 중진료권 간 높은 격차 등의 문제를 가지고 있다. 이러한 문제의 해결을 위해서는 적절한 기반 구축과 지역특성이 고려된 적극적인 대책 마련이 필요하다.

경상남도



[응급실 내원 심혈관질환 환자 수(만명당)] [응급실 내원 뇌혈관질환 환자 수(만명당)]

[심뇌혈관질환 의료자원]

- 권역심뇌혈관질환센터: 1개소
- 심혈관질환인증 의료기관: 인구100만명당 1.78개소
- 뇌혈관질환인증 의료기관: 인구100만명당 1.48개소
- 심혈관질환인증 전문의: 인구10만명당 6.2명
- 뇌혈관질환인증 전문의: 인구10만명당 5.9명

응급실 내원 환자수(만명당) 전국 10분위 분포

| [심혈관질환] | | [뇌혈관질환] | |
|-----------|-------------|-------------|-------------|
| 2.9 - 5.0 | 7.6 - 8.2 | 10.5 - 14.3 | 22.3 - 24.5 |
| 5.0 - 5.6 | 8.2 - 8.9 | 14.3 - 17.3 | 24.5 - 28.0 |
| 5.6 - 6.2 | 8.9 - 10.2 | 17.3 - 18.8 | 28.0 - 32.7 |
| 6.2 - 6.9 | 10.2 - 12.3 | 18.8 - 20.6 | 32.7 - 40.2 |
| 6.9 - 7.6 | 12.3 - 14.3 | 20.6 - 22.3 | 40.2 - 47.4 |

[의료필요 및 의료자원] 통영권, 거창권의 응급실 심뇌혈관질환 환자 비율과 심뇌혈관질환 관련 의료자원 현황

- 경상남도의 '응급실 환자 중 심뇌혈관질환 비율'을 보면 심혈관질환 0.8%, 뇌혈관질환 2.2%로 전국평균(심혈관질환 0.6%, 뇌혈관질환 2.0%)과 비슷한 비율을 보이고 있다. [그림10] 하지만 중진료권 단위에서 본다면 통영권과 거창권의 비율이 도내 타지역보다 높다. 통영권은 심장질환 2.4%, 뇌혈관질환 4.2%로 전국평균(심장 0.6%, 뇌혈관 2.0%)에 비해 각각 4.0배, 2.1배 높게 나타나고 있고, 거창권의 경우 심장질환 1.8%, 뇌혈관질환 5.9%로 전국평균 대비 각 3.0배 높은 환자 구성 비율을 보여주고 있다. [표5]
- '응급실 환자 중 심뇌혈관질환자의 비율'이 타 중진료권보다 높은 통영권, 거창권의 '심뇌혈관질환 인증의료기관 수'를 보면 '심혈관질환 인증의료기관 수', '뇌혈관질환 인증의료기관 수' 모두 0개소(인구 100만명당)로 나타났다. 또한 '심혈관질환 전문의 수', '뇌혈관질환 전문의 수'도 0명(인구 10만명당)으로 전국과 비교했을 때만 아니라 경남 내 다른 중진료권과 비교하였을 때도 극심한 의료격차가 보여지고 있다. [그림13]

[의료이용] 심뇌혈관질환 관련 의료자원 부족으로 인한 높은 지역유출율과 낮은 관내이용률

- 통영권, 거창권의 심뇌혈관질환 관련 의료자원이 부족한 부가적 현상으로 '응급실 환자의 응급의료 기관 지역유출율(심뇌혈관질환)'은 두 진료권 모두 100.0%로 전국평균 41.0%, 창원권 18.4%, 진주권 11.1%, 김해권 42.9%에 비해 월등히 높게 나오고 있으며 문제가 심각하다. [표7]
- 경상남도의 '입원환자의 관내이용률(응급심뇌)'을 보면 2018년 기준으로 통영권은 20.7%로 전국평균 77.6% 1/3수준에도 미치지 못하고 있으며, 거창권의 경우 12.3%로 1/6수준이다. 또한 '입원환자의 관내이용률(심뇌)'도 2018년 기준 통영권이 40.6%, 거창권이 31.7%로 전국 평균의 절반수준에 미치고 있다. [표7]
- 경상남도의 '입원환자의 60분 이내 관내이용률(응급심뇌)'는 2018년에 44.6%로 전국평균 52.5%에 비해 낮은 비율을 보이고 있다. 경상남도 내 중진료권별로 볼때 통영권이 17.1%, 거창권이 14.2%의 비율을 보이고 있다. '입원환자의 60분 이내 관내이용률(심뇌)'의 경우에도 해당 두 지역이 전국평균과 경남평균에 절반수준밖에 되지 않는다. [표7]
- 게다가 두 진료권의 노인인구비율(통영권 - 고성군(28.5%)), 거창권(30.9%)이 전국평균(14.8%)보다 높기 때문에 심뇌혈관질환 관련 의료문제에 지속적으로 영향을 줄 것으로 사료된다. [표7]

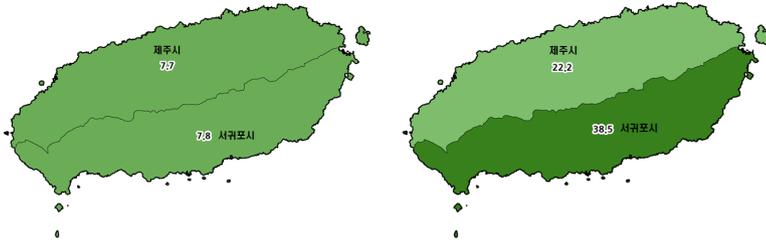
[건강결과] 증가하는 뇌혈관질환 연령표준화 사망률

- 경상남도의 '심혈관질환 연령표준화사망률'을 살펴보면 2016년부터 2018년까지 조금씩이나마 지속적으로 감소하고 있다. 하지만 경남 내 중진료권단위로 보았을 때 통영권, 거창권에서는 조금씩이나마 상승중이다. [그림15]
- 경상남도의 '뇌혈관질환 연령표준화사망률' 평균은 2017년보다 2018년에 상승하는 추세를 보이고 있다. 중진료권 단위로 봤을 때 모든 지역이 2018년에 상승하고 있다. [그림15]

[총평]

- 경상남도의 의료자원 및 현황이 타 지역에 비해 부족하다고는 볼 수 없다. 하지만 진료권별로 격차가 심하게 나타나고 있고, 이중 통영권과 거창권의 심뇌혈관질환 관련 의료필요, 의료자원, 의료이용 등의 현황은 좋지 않은 실정이다.
- 경상남도는 이를 이 두 진료권의 국한된 문제로 받아들이기 보다는 경남 전체의 문제로 받아들이고 있다. 특히 의료인력의 충원을 위한 인건비 지원, 장비비 지원 등 여러 정책들을 마련하는 중이고 더욱 적극적인 예방정책의 추진이 필요하다

제주특별자치도



[응급실 내원 심혈관질환자 수(만명당)] [응급실 내원 뇌혈관질환자 수(만명당)]

[심뇌혈관질환 의료자원]

- 권역심뇌혈관질환센터: 1개소
- 심혈관질환인증 의료기관: 인구100만명당 3.00개소
- 뇌혈관질환인증 의료기관: 인구100만명당 1.50개소
- 심혈관질환인증 전문의: 인구10만명당 10.5명
- 뇌혈관질환인증 전문의: 인구10만명당 10.5명

| 응급실 내원 환자수(만명당) 전국 10분위 분포 | | | |
|----------------------------|-------------|-------------|-------------|
| [심혈관질환] | | [뇌혈관질환] | |
| 2.9 - 5.0 | 7.6 - 8.2 | 10.5 - 14.3 | 22.3 - 24.5 |
| 5.0 - 5.6 | 8.2 - 8.9 | 14.3 - 17.3 | 24.5 - 28.0 |
| 5.6 - 6.2 | 8.9 - 10.2 | 17.3 - 18.8 | 28.0 - 32.7 |
| 6.2 - 6.9 | 10.2 - 12.3 | 18.8 - 20.6 | 32.7 - 40.2 |
| 6.9 - 7.6 | 12.3 - 14.3 | 20.6 - 22.3 | 40.2 - 47.4 |

[의료필요] 응급실 방문자수 전국수준보다 많고, 서귀포시는 뇌혈관질환 응급환자수 월등히 높아

- 제주도에서 심뇌혈관질환으로 응급실을 방문한 이들은 전국수준에 비해 많았다. 심혈관질환의 경우 인구만명당 7.7명(전국 6.9명), 뇌혈관질환 또한 인구만명당 26.6명(전국 21.1명)으로 전국수준에 비해 심뇌혈관질환으로 인한 응급환자수가 많은 것으로 나타났다. 진료권별로는 인구만명당 심혈관질환으로 인한 응급실 방문자수에서 제주시와 서귀포시 간 차이가 없었다(제주시 7.7명 VS 서귀포시 7.8명). 이와 달리, 뇌혈관질환으로 인한 경우 제주시에 비해 서귀포시에서 응급실 방문자수가 월등히 더 많은 것을 알 수 있다(제주시 22.2명 VS 서귀포시 38.5명).

[의료자원] 심뇌혈관질환 위한 의료자원은 전국대비 높은 수준, 그러나 제주시에 집중

- 제주도의 경우 심뇌혈관질환을 위한 의료자원은 전국수준보다 많은 편이었다. 인구10만명당 심혈관질환 전문의 수는 10.5명으로 전국수준(7.5명)보다 많았으며, 뇌혈관질환 전문의 수 또한 10.5명으로 전국(4.5명)대비 높았다. 인증의료기관 수도 비슷한 경향을 보인다.(그림11),(그림12)
- 진료권별로 살펴보면, 의료자원은 제주시에 집중적으로 분포되어 있다. 반면, 서귀포시에는 심뇌혈관질환 인증의료기관과 뇌혈관질환 전문의 모두 없는 것으로 나타났다. 서귀포시는 인구10만명당 심혈관질환 전문의 수 또한 많지 않아 제주시와는 격차를 보이고 있었다(서귀포시 5.5명 vs 제주시 12.3명).(그림13) 의료자원이 한 진료권에만 집중되어, 서귀포시의 심뇌혈관질환 의료자원을 확충할만한 개선 방안이 필요하다.

[의료이용] 심뇌혈관질환 환자의 진료권별 지역 간 의료이용 격차 존재

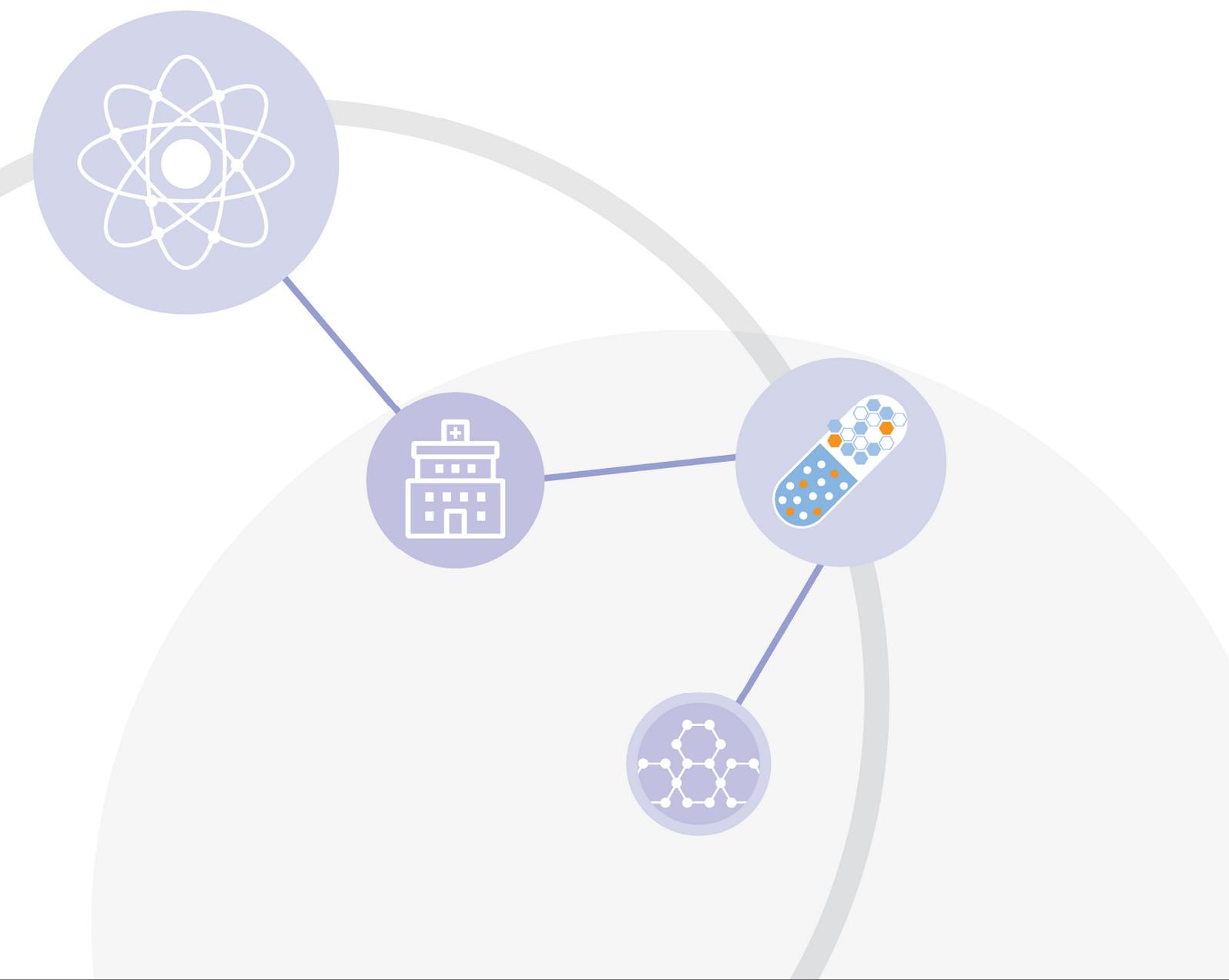
- 의료이용 경향은 섬 지역이라는 특성상 지역유출율이 낮고 관내 의료이용률(RI)이 높은 것으로 나타났다. 제주도 심뇌혈관질환자의 응급의료기관 지역유출율은 전국수준에 비해 낮았으며(심혈관질환자, 제주도 4.4% VS 전국 41.0%, 뇌혈관질환자 제주도 3.4% VS 전국 39.3%), 입원환자의 관내의료이용률은 전국 대비 높았다(심뇌혈관질환자의 RI 제주도 85.7% VS 전국 77.6%).
- 진료권별로는 제주시와 서귀포시 간 의료이용에 큰 격차가 보였다. 심뇌혈관질환자의 응급의료기관 지역유출율은 제주시에 비해 서귀포시에서 현저히 높았다(심혈관질환자의 지역유출률 제주시 5.1% VS 서귀포시 66.2%, 뇌혈관질환자 제주시 3.7% VS 서귀포시 60.5%).[표7]
- 제주시와 서귀포시의 관내의료이용률(RI) 역시 큰 격차가 나타났으며, 서귀포시 심뇌혈관환자의 RI는 매년 감소하는 경향을 보여왔다(2018년 응급심뇌혈관질환자의 RI 제주시 91.9% VS 서귀포시 28.2%, 심뇌혈관질환자 제주시 87.1% VS 19.0%).
- 제한시간 내 의료이용률(TRI)의 경우, 제주도 전체로는 전국 대비 비슷하거나 낮게 나타났다(응급심뇌혈관 환자의 TRI, 제주도 52.8% VS 전국 52.5%, 심뇌혈관 환자의 TRI 제주도 47.6% VS 전국 53.3%). 그러나, 역시 진료권별로는 제주시와 서귀포시의 TRI에 큰 격차가 나타났다(응급심뇌혈관 환자의 TRI 제주시 74.9% VS 서귀포시 11.5%, 심뇌혈관 환자의 TRI 제주시 71.2% VS 서귀포시 13.5%), 이러한 격차는 심뇌혈관질환 위한 의료자원이 한 지역에만 집중되면서 의료이용 편차에도 영향을 준 것으로 보인다.[표7]

[건강결과] 전국수준 대비 건강결과는 양호, 사망률은 제주시와 서귀포시 유사

- 2018년 심뇌혈관질환자의 연령표준화사망률(인구10만명당)은 제주도가 전국수준에 비해 낮게 나타났다(심혈관질환 사망률 제주 26.8명 VS 전국 32.2명, 뇌혈관질환 사망률 제주도 18.5명 VS 전국 23.3명).
- 제주시와 서귀포시의 심뇌혈관질환 연령표준화사망률(인구10만명당)은 유사하였다(심혈관질환 사망률 제주시 28.4명 VS 서귀포시 23.3명, 뇌혈관질환 사망률 제주시 18.3명 VS 서귀포시 19.5명). 이러한 경향은 최근 3년간 지속되어 왔다.(그림15)

4.

공공의료 Brief



4 공공의료 Brief



공공보건의료 시행계획 수립 및 추진실적 평가 지원

「제1차 공공보건의료 기본계획」 및 「공공보건의료 발전 종합대책」 이행을 위해 관계 부처 및 시·도는 매년 공공보건의료 시행계획을 수립하고, 그 추진실적을 보건복지부장관에게 제출하여야 한다.

공공보건의료 시행계획 수립 및 추진실적 평가는 관계 중앙부처 8개 및 시·도 17개가 수립대상으로 보건복지부(공공보건의료지원센터 평가 지원)는 '20년 공공보건의료 시행계획 수립과 '19년 공공보건의료 추진실적 평가를 지원한다. 공공보건의료 기본계획, 공공보건의료 발전 종합대책과 함께 믿고 이용할 수 있는 지역의료 강화대책(2019.11)을 포함하여 수립토록 '20년 공공보건의료 시행계획 수립지원하고, '19년 추진실적에 대해 관계 부처 및 시·도의 의견수렴을 실시하였고, 전문가 자문회의를 통해 지침을 개정하였다.

공공보건의료계획 수립 및 시행결과 평가 지원

「공공보건의료에 관한 법률」 제8조, 제9조에 의거 공공보건의료기관은 매년 공공보건의료계획을 수립하고, 그 시행결과를 보건복지부장관에게 제출하여야 한다.

보건복지부(공공보건의료지원센터 평가 지원)는 전체 공공의료기관 222개소('19.12월 기준)을 대상으로 '20년 공공보건의료계획 수립 및 '19년 시행결과 평가를 지원한다.

'20년 공공보건의료계획은 공공보건의료 기본계획, 공공보건의료 발전 종합대책, 지역의료 강화대책, 공공보건의료 시행계획과 연계하여 작성할 수 있도록 지원하였으며, '19년 시행결과 작성지침에 대하여 공공보건의료기관의 의견수렴, 전문가 및 기관 담당자 자문회의를 통해 지침을 개정하였다. '20년 공공보건의료계획에 대한 심의는 2.19~3.4(2주간) 진행되었으며, 심의결과는 4월 한으로 통보할 예정이다. '19년 공공보건의료계획 시행결과 수립 지침은 2.14(금) 통보되었으며, 4월 한 결과 제출 예정이다.

추진경과 및 주요일정

▶ 공공보건의료 시행계획 수립 및 추진 실적 평가

- '19.12-'20.01 '20년 시행계획 수립 작성지침 통보 및 계획 제출
- '20.02-03 '19년 시행계획 추진실적 평가 작성지침 통보 및 결과 제출

추진경과 및 주요일정

▶ 공공보건의료계획 수립 및 시행 결과 평가

- '19.12-'20.01 '20년 의료계획 수립 작성지침 통보 및 계획 제출
- '20.02-03 '19년 의료계획 시행결과 평가 작성지침 통보 및 결과 제출

지역거점 공공병원 운영평가를 통한 공공성 강화

「지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률」에 따라 매년 지방의료원 및 적십자병원을 대상으로 지역거점 공공병원 운영평가를 실시하고 있으며, 2010년부터 2020년까지 국립중앙의료원에서 수행 (2012년 제외)하였다.

2020년 피평가 대상기관은 지방의료원 34개소, 적십자병원 6개소(영주적십자병원 시범평가)로 총 40개소이다. 2020년 지역거점공공병원 운영평가 평가는 양질의 의료, 공익적 보건의료서비스, 합리적 운영, 책임 운영 4가지 영역으로 구성, 현지평가, 설문조사, 정성평가, 전산자료 분석 등 다양한 방법으로 평가된다.

2020년 평가 지침서는 2020년 상반기 발표예정이다.

추진경과 및 주요일정

▶ 지역거점공공병원 운영평가

- '20.1~2 지침 개정 자문회의
- '20.2 지침 의견수렴
- '20.2~3 지침 개정

2020년 공립요양병원 운영평가

「치매관리법」에 따라 2020년부터 공립요양병원 79개소에 대하여 운영평가를 수행해야 한다. 평가 수행 전에 2020년 평가 대상 기관(서울·부산·대구·인천·광주·대전·울산·경기·강원·충북·충남 소재 공립요양병원)을 안내하였고, 추가 신청 및 제외 신청을 1월 31일까지 공문을 통해 접수하였다.

공립요양병원 시범평가(2019년)를 수행한 결과, 평가지표에 대한 자세한 설명 및 교육이 필요하였다. 이에 공립요양병원 운영평가 가이드북을 만들어 배포하고, 2020년 1월 21일, 22일 공립요양병원 운영평가 가이드북 교육을 실시하였다.

2020년 공립요양병원 운영평가는 향후 지침서 배포 및 지침설명회를 개최할 예정이며, 일시 및 개최 방법 등은 추후 공지될 예정이다.

추진경과 및 주요일정

▶ 2020년 공립요양병원 운영평가

- '20.01.09-01.31 공립요양병원 운영평가 평가대상기관 안내 및 추가신청
- '20.01.21-22 공립요양병원 운영평가 가이드북 교육 실시
- '20.04 ~ 지침서 배포 및 지침설명회 (예정)

권역·지역 책임의료기관 평가체계 개발

「공공보건의료 발전 종합대책」 및 「지역의료 강화 대책」 이행의 일환으로 권역 및 지역 책임의료기관의 평가체계를 개발한다. 책임의료기관은 권역과 지역 내 정부지정센터(응급·외상·심뇌혈관질환센터 등), 지역보건의료기관 등과 필수의료 협의체를 구성하고 퇴원환자 연계, 중증응급질환 진료협력 등 필수의료 협력모형을 만든다.

'20년에는 권역 및 지역 책임의료기관 평가체계 개발을 위하여 외부 전문위원을 구성하고, 국·내외 관련 정책과 현황을 분석하여 '20년 4월 평가체계 개발 연구 착수회의를 진행할 예정이다.

추진경과 및 주요일정

▶ 권역·지역 책임의료기관 평가체계 개발

- '18.10.01 공공보건의료 발전 종합대책 발표
- '20.3 연구위원 구성
- '20~현재 권역·지역 책임의료기관 평가체계 개발 연구
- '20.01~02 제2차 공공보건의료 기본계획 수립 추진계획안 마련
- '20.03~ 제2차 공공보건의료 기본계획 수립 연구 수행

지역거점공공병원의 자체 혁신 역량강화를 위한 운영진단 실시

보건복지부는 「지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률」 제22조에 따라 지역거점공공병원을 대상으로 운영진단 및 시정조치를 실시하여야 한다. 이에 따라, 2007년부터 매년 지역거점공공병원 운영진단을 실시하고 있다.

'20년 운영진단 대상 기관은 총 7개소로 지역책임의료기관 육성 및 지역거점공공병원 기능 개선 등 역량강화 기반을 마련하기 위해 선정되었다.

〈2020년 지역거점공공병원 운영진단 대상기관〉

| 구분 | 기관 |
|---------------------|-----------------------------|
| 지역책임의료기관 육성(5개소) | 경기도의료원 이천병원, 삼척·충주·서산·포항의료원 |
| 지역거점공공병원 기능 개선(2개소) | 목포시의료원, 통영적십자병원 |

'20년 운영진단은 지역책임의료기관 및 의료서비스 제공역량 등 기관 현황분석, 병원 업무프로세스 개선(HPR) 활동·지원, 개선과제 모니터링 등 사후 관리를 수행한다. 이를 위해 추후 사전 설명회 개최, 병원 업무프로세스 개선(HPR) 방법론 교육컨설팅, HPR 1~3회차 활동, 개선과제 추진실적 점검, 개선과제 발표회 및 성과평가 대회 등을 실시할 예정이다.

향후 '23년까지 「공공보건의료발전 종합대책 및 지역의료 강화 대책」의 세부 과제 일환으로 지역거점공공병원이 지역책임의료기관 기준에 부합하는 역할을 수행할 수 있도록 기관별 역량강화 프로그램을 추진·지원할 예정이다.

2020년 공중보건장학제도 시범사업 운영

보건복지부는 공공의료에 사명감을 갖춘 학생을 선발하여 양성하고 향후 지역에 근무하게 함으로써 지역의료격차 해소에 기여하기 위해 2019년부터 「공중보건장학제도 시범사업」을 실시하고 있다. 사업 첫 해에 8명의 장학생을 선발하였다.

3월 말부터 2020년 공중보건장학생을 모집하고 있다. 대상자는 의과대학(의학전문대학원) 재학생으로 장학금을 지원받은 기간(최소 2년~최대 5년)동안 공공보건 의료업무에 종사할 것을 조건으로 1인당 연간 2,040만원의 장학금을 지원한다. 관심이 있는 학생은 소속 의과대학(의학전문대학원) 행정실에 지원서와 학업계획서(포트폴리오)를 4월 17일(금)까지 제출하고, 의과대학은 학장의 추천서를 첨부하여 시·도에 제출, 시·도에서는 관련 서류를 4월 24일(금)까지 보건복지부에 제출하면 된다. 2020년에는 인천, 경기, 강원, 충북, 충남, 전북, 전남의 7개 시·도가 사업에 참여하였다. 공공보건의료지원센터는 이 사업의 사무국으로서 각종 위원회를 구성·운영하고 학생 관리, 멘토링 체계 운영, 모니터링 등을 실시할 예정이다.

추진경과 및 주요일정

▶ 지역거점공공병원 운영진단

- '20.01 '20년도 운영진단 연구 실시
- '20.01 '20년도 운영진단 대상기관 선정(7개소)
- '20.04~12 개선과제 추진 모니터링 실시('19년 대상기관 7개소)
- '20.05 운영진단 연구 대상기관 통보 및 사전 설명회 개최(예정)
- '20.05 병원 업무프로세스 개선(HPR) 방법론 교육컨설팅 실시(예정)
- '20.06~10 병원 업무프로세스 개선(HPR) 활동 실시(3회)(예정)
- '20.11 개선과제 발표회 및 성과평가 대회 개최(예정)

추진경과 및 주요일정

▶ '20.02 공공보건의료 특성화 실습 과정 운영

- '20.03~04 20년 장학생 모집
- '20.05~ 20년 장학생 선발

한편, 공공보건의료지원센터는 2020년 겨울방학을 이용하여 공공보건의료분야에 대한 의과대학생의 인식을 제고하기 위해 '공공보건의료 특성화 실습 과정'을 운영하였다. 실습에 참여한 학생들은 2주 간 국립중앙의료원을 포함하여 8개 기관을 방문하였고, "단순히 강의를 듣는 것에 국한된 것이 아니라 평소에 쉽게 볼 수 없는 기관의 시설들을 속속들이 볼 수 있어서 의미 있는 시간이었다."는 의견을 남겼다.

지역거점공공병원 파견 의료인력 인건비 지원사업 시행

보건복지부는 2011년부터 지역거점공공병원이 우수 의료인력을 안정적으로 확보할 수 있도록 대학병원 등의 의사인력을 파견 시 인건비를 지원해주고 있다. 2020년에는 국고 기준으로 지방의료원에 50억원, 적십자병원에 5억원이 지원되었다. 작년 12월에 2020년 선정 평가위원회를 개최한 결과 연속 지원 인력을 포함하여 총 55명이 사업 대상으로 선정되었다.

올해 3월부터는 2019년 사업 완료 실적을 평가 중이며, 2020년 사업 진행 중 잔여 예산이 발생한다면 추가 선정 평가를 통해 더 많은 인력을 지원할 계획이다.

제2기 공공보건의료인력 교육훈련심의위원회 위촉 및 2020년 공공보건의료인력 교육훈련 추진계획 수립

국립중앙의료원(원장 정기현)은 지난 1월 공공보건의료인력 교육훈련의 기본 방향을 설정하고, 교육과정 운영에 관한 심의 의결을 담당하고 있는 공공보건의료인력 교육훈련심의위원회의 제2기 위원을 위촉하였다.

위촉 위원은 △감신 교수(경북대학교 의과대학) △강철환 교수(분당서울대학교 병원) △김석연 부회장(대한공공의학회) △조승연 회장(전국지방의료원연합회) △권영대 교수(가톨릭대학교 의과대학) △박훈기 교수(한양대학교 의과대학) △이승희 교수(서울대학교 의과대학) △최윤경 교수(한국방송통신대학교 간호학과) △김창훈 단장(부산광역시 공공보건의료지원단) △조희숙 단장(강원도 공공보건의료지원단) 등 선임직 위원 10명이다.

이외 보건복지부 공공의료과장과 국립중앙의료원 공공보건의료본부장이 당연직 위원으로 참여한다. 위촉기간은 2020년 1월 1일부터 2021년 12월 31일까지다.

새롭게 구성된 제2기 공공보건의료 교육훈련 심의위원들은 지난 1월 23일 "2020-1차 교육훈련심의위원회"를 개최하고, 2020년 공공보건의료인력 교육훈련 사업계획을 수립하였다.

'20년에는 권역책임의료기관 중심의 공공보건의료인력 교육훈련체계를 구축하기

추진경과 및 주요일정

- '20.01~ 20년 추가 선정 평가 실시
- '20.03~ 19년 완료 실적 평가 실시

추진경과 및 주요일정

▶ 공공보건의료인력 교육훈련 추진

- '20.01 교육훈련 심의위원회 개최 및 '20년 사업계획 심의
- '20.02 '20년 사업계획 승인 (보건복지부)
- '20.03 연간 교육일정 안내 (공문, 포스터)
- '20.05~'20.10. 공공보건의료인력 교육훈련 프로그램 시행
- '20.11 공공보건의료 HRD 페스티벌 개최
- '20.12 '21년 교육수요조사 실시
- '20.12 교육훈련 심의위원회 개최 및 '21년 사업결과 심의
- '21.01 '20년 국민건강증진기금 민간보조사업 평가 결과보고서 제출 (건강증진개발원)
- '21.01 '20년 사업추진실적 제출 (보건복지부)

위하여 신규 사업으로 “공공의료인력 교육훈련 거버넌스 구축을 위한 시·도지원단, 시·도 공공보건의료위원회, 공공의료기관 간 간담회”를 중점 추진하고 있다. 이와 관련 지난 3월 20일에는 “교육훈련 연계협력 강화를 위한 강원권역 감담회”를 개최하여 지역 공공병원 의료진을 위한 임상교육 세부 추진방안에 대한 논의를 진행한 바 있다.

또한, 공공보건의료인력 교육훈련 우수사례를 공유할 수 있는 “공공보건의료 HRD페스티벌”을 개최할 예정이다. 이는 그간 의료 질 향상 활동 중심으로 진행된 “QI활동 사례보고”의 발전적 개편안으로, 공공병원 의료 서비스 질 향상 활동 및 교육훈련의 저변 확대를 도모하는 프로그램이라 할 수 있다.

「지역의료 강화대책(19.11)」의 핵심 목표인 지역 간 필수의료서비스 격차 해소에 근접하기 위하여 “권역-지역책임의료기관 간 필수의료 분야 현장파견 연수 프로그램 (의료임상교육 Match-Making)”을 실시할 예정이다. 이는 중장기적으로 공공보건 의료인력 교육훈련이 개개인의 임상 교육훈련 뿐 아니라 진료시스템에 대한 체험형 교육을 통하여 실질적인 현장적용도 제고로 귀결시키기 위한 프로젝트라 할 수 있다.

이외 교육훈련센터는 국정과제인 ‘의료 공공성 강화’에 바탕을 두고, 「공공보건 의료 발전 종합대책(18.10)」의 추진력 제고를 위하여 공공보건의료인력 역량 강화에 필요한 공공보건교육, 의료임상교육, 직무교육 등을 개발, 보급, 운영하고 있다.

분만취약지 고위험 임신부 연계 지원 사업

보건복지부는 광역단위의 안정적인 출산 환경을 조성하고 궁극적으로 임신부와 신생아의 건강을 증진하고자, 분만 병원 개설 및 유지가 어려운 분만 취약지에 거주하는 임신부를 위하여 보건기관, 분만진료권 산부인과, 대학병원이 협력하는 연계 지원 체계를 구축하는 사업을 지원하고 있다.

지원 내용은 연계 협력 체계를 활용한 고위험 임신부 선별 검사 및 관리(기기 대여, 상담 등)와 고위험 임신부 및 신생아 집중 치료비 지원 등이 있다. 또한 분만기관과 거리가 먼 사업 등록 임신부에게 분만기관 인근 거주지를 마련하는 안심스테이 사업과 고위험 임신부 선별검사의 고도화(비침습적 산전 유전자 선별검사 추가)를 통해 분만 취약지 고위험 임신부의 안전한 분만환경을 조성하고 있다.

’18년부터 강원도에서 강원대병원 고위험 산모·신생아 치료병원에 안전한 출산 인프라 구축 사업단을 설치하여 사업을 수행하고 있으며 총 사업 수행 시군(국비 지원)은 철원, 화천, 인제 3개 지역이다.

중앙모자의료센터 모자의료지원팀에서는 보건복지부 사업 지원을 위해 사업계획서 검토, 사업 전반의 관리 및 평가 등의 실무 작업과 기술지원 자문을 담당하고 있다. 현재 ‘19년도 사업 결과보고서 및 ‘20년 운영사업계획서 검토를 완료했으며, 이를 바탕으로 추후 성과평가를 시행할 예정이다.

추진경과 및 주요일정

▶ 분만취약지 고위험 임신부 연계 지원사업

- '20.01 '20년도 사업지침서 수정·보완
- '20.02 '20년도 사업계획서 검토
- '20.03 '19년도 사업결과보고서 검토

고위험 산모·신생아 통합치료센터 지원 사업

보건복지부는 고위험 산모의 임신부터 중증질환 신생아를 통합적으로 치료할 수 있는 체계를 구축하고자 '신생아 집중치료 지역센터' 및 '고위험 산모·신생아 통합치료센터'를 선정하고 운영을 지원한다.

모자의료지원팀에서는 보건복지부의 사업 정책 지원 및 선정된 사업기관을 대상으로 사업목적에 맞는 센터 운영을 위해 사업계획 검토, 시설·장비 심의, 사업추진 현황 모니터링, 성과평가 등 다양한 기술지원을 수행하고 있다.

'19년에 고위험 산모·신생아 통합치료센터 선정평가를 통해 고려대 안암병원, 고려대 구로병원, 아주대병원을 선정했으며 모자의료지원팀의 기술지원을 통해 '20년 센터 개소를 목표로 시설 공사 및 장비 구매를 추진 중이다.

중앙모자의료센터 모자의료지원팀은 '20년 사업 추진을 위해 신생아, 고위험센터 사업지침 개정을 지원했으며, 고위험센터 신규 사업기관 선정평가를 지원할 계획이다.

의료취약지 지원 사업

보건복지부는 '14년부터 필수의료서비스 중 소아청소년과가 없는 의료취약지역에 소아청소년과 설치에 필요한 시설·장비·인력 등을 지원한다. 신규 선정기관에는 사업 첫해년도에, 시설·장비 비 1.92억 원, 운영비 1.25억 원을 지원하며, 2차년도 이후부터는 운영비 2.5억 원을 지원한다. '14-19년까지 7개의 소아청소년과를 선정 및 운영 지원하고 있다.

2020년부터는 인공신장실 취약지에 대한 지원 분야를 확대하여 운영비 2억원을 지원할 예정이다.

이에 대한 '20년 사업지침이 개정되었으며, '20년에는 소아청소년과 신규 1개소를 선정할 예정으로 지난 3월 초 신규기관 선정을 위한 사업공모가 진행되었다. 또한 보건복지부는 의료취약지 인공신장실 분야 신규 3개소를 선정할 계획이다.

분만취약지 지원 사업

산부인과가 없는 분만취약지역에 산부인과가 설치, 운영될 수 있도록 시설·장비비 등을 지원 하는 분만취약지 지원 사업은 '11년도부터 '19년까지 전국 37개소가 선정되었다. 각 사업모델 별로 분만 산부인과 5억원, 외래 및 순회진료 산부인과 각 2억원의 운영비를 지원하였다.

보건복지부는 '20년에는 폐업위기에 있는 잠재적 분만취약지의 분만산부인과에 운영비 5억원을 지원하여 폐업위기의 분만산부인과에 선제적으로 지원할 방침이다. 이에 대한 내용을 사업지침 내용에 포함하여 2020년 사업지침을 개정했다. '20년도에는 잠재적 분만산부인과 3개소를 선정을 위해 지난 2월 지원사업 공모하였고, 현재 선정평가를 준비 중에 있다.

추진경과 및 주요일정

▶ 고위험 산모·신생아 통합치료센터 2019년 사업기관 기술지원

- '20.02 '20년도 사업지침서 개정
- '20.02 '19년도 사업결과보고서 검토
- '20.02 '20년도 사업계획서 검토
- '20.02 '20년도 선정평가 공모

추진경과 및 주요일정

▶ 의료취약지 지원

- '20.02 '20년도 사업지침 개정
- '20.03 '20년도 선정평가 공모
- '20.상반기 '20년도 신규기관 선정 평가 (예정)

추진경과 및 주요일정

▶ 분만취약지 지원

- '20.02 '20년도 사업지침 개정
- '20.02 '20년도 선정평가 공모
- '20.04 '20년도 신규기관 선정평가 (예정)

2021년 지역거점공공병원 기능보강사업 지원

보건복지부와 공공보건의료지원센터는 2020년 4월에 2021년 지역거점공공병원 기능보강사업 선정평가를 진행함과 동시에 2020년 지방의료원 미확정 예산 4,825백만원에 대한 추가 선정평가를 진행할 예정이다.

지원예산은 4월 선정평가 결과를 반영하여 2021년도 부처 예산안을 편성할 계획으로, 지방의료원은 국비 50%, 지방비 50%, 적십자병원은 국비 100%로 지원된다.

올해 개정된 지역거점공공병원 기능보강사업 주요 변경사항으로 집행율이 저조한 기관이라 하더라도, 예외적으로 환자안전 및 생명보호와 관련된 사업은 선정평가 위원회의 평가를 거쳐 지원하는 사항과 대부분의 지역거점공공병원이 의료기관 인증을 획득하여 인증 획득기관에 대한 서류평가 총점의 5% 가산이 삭제되었다.

2020년 지방의료원 미확정 예산 4,825백만원에 대한 평가결과는 평가 종료 후 해당 지자체에 통보될 예정이며, 2021년 선정평가 결과는 예산안 확정 이후 9월 통보 예정이다.

공공전문진료센터 지정 및 관리 지원

보건복지부는 「공공보건의료에 관한 법률」에 따라 3년 주기로 지역 간 의료공급의 불균형을 해소하고, 수익성이 낮아 공급이 원활하지 않은 전문진료 분야에 대한 접근성을 높이기 위하여 공공전문진료센터를 지정한다.

보건복지부는 2019년 제2기 공공전문진료센터 지정기관 선정 절차를 완료하였고, 어린이·호흡기·류마티스 및 퇴행성 관절염·노인 총 4개 전문분야, 27개 기관을 2020년 1월부터 2022년 12월까지 3년간 제2기 공공전문진료센터로 지정하였다.

공공보건의료지원센터는 제1기 공공전문진료센터에 이어 제2기 공공전문진료센터를 대상으로 사업계획서 검토, 사업 전반의 관리 및 평가 등의 실무 작업과 기술지원 자문을 담당하고 있다. 향후 원활한 사업 운영을 위하여 사업운영 지침을 올해 안에 개발할 예정이다.

2021년도 공립요양병원 치매기능보강사업 사업공모 시작

공립요양병원 치매기능보강사업은 치매환자에 대한 전문적인 집중 치료를 제공하여 치매질환의 악화방지 및 치매환자가족의 부담경감을 목표로 하여 공립요양병원에 치매관리법령에 따른 치매전문병동 확충을 지원하는 사업이다. 최종적으로 공립요양병원의 시설·장비를 보강하여 치매안심병원 지정·운영을 위한 치매전문병동을 설치할 수 있도록 지원한다.

추진경과 및 주요일정

▶ 지역거점공공병원 기능보강사업

- '20.04 '21년 지원대상 선정평가 및 '20년 지원대상 선정평가(4차)

추진경과 및 주요일정

▶ 공공전문진료센터 지정 경과

- '16.07 제1기 공공전문진료센터 지정
- '19.09 제2기 공공전문진료센터 지정 공고
- '19.11 제2기 공공전문진료센터지정 평가
- '20.01 제2기 공공전문진료센터지정

추진경과 및 주요일정

▶ 공립요양병원 치매기능보강사업

- '18.12. 치매관리법 개정
- '19.08. 치매안심병원 1호 지정
- '19.12 치매전문병동 44개소 설치 완료
- '20.03 '20년 사업 수정사업계획 검토 완료
- '20.04 '21년 사업공모

현재 79개소 공립요양병원 중 '19년 12월 기준으로 44개소의 공립요양병원이 치매전문병동 설치를 완료하였다. 그 중 4개소는 치매안심병원으로 지정되어 운영하고 있다.

공공보건의료지원센터는 공립요양병원 기능강화 및 위상정립을 위하여 필요한 사업지침 개발, 사업 계획 검토 및 기술지원 업무를 수행하며 사업이 원활하게 추진 될 수 있도록 지원하고 있다.

공공 어린이 재활병원 건립 지원

보건복지부는 집중재활치료 및 의료서비스가 필요한 영유아기 장애아동(고위험 아동 포함) 및 중증장애아동을 위한 공공 어린이 재활병원 설립을 추진하고 있다.

2018년 충남권역 어린이 재활병원 1개소 건립지원을 시작으로, '19년 9월에는 공공어린이 재활의료센터 2개소(전북권, 강원권 각 1개소)가 선정되었으며, 향후 총 3개의 공공 어린이 재활병원, 6개의 공공 어린이 재활의료센터를 건립 지원할 예정이다.

공공보건의료지원센터는 공공 어린이 재활병원 건립에 필요한 사업지침 개정, 사업대상 선정 지원, 사업수행기관 기술지원 등을 통해 전반적인 사업 관리를 수행하고 있다.

책임의료기관 공공보건의료 협력체계 구축 사업

권역·지역 단위 필수의료 강화 및 지역 간 의료 격차 해소를 위해, 보건복지부는 「공공보건의료 발전 종합대책」('18.10) 및 「믿고 이용할 수 있는 지역의료 강화 대책」('19.11)을 발표하였다.

대책 이행을 위해 국립중앙의료원 공공보건의료지원센터는 권역(국립대병원) 및 지역(지방의료원 등 종합병원) 책임의료기관을 중심으로 권역-지역-기초로 이어지는 전달체계를 구축하며, 필수의료 강화 및 공공보건의료 협력체계 구축을 위한 '책임의료기관 공공보건의료 협력체계 구축 사업'을 수행하고 있다('19~)

2019년도 권역책임의료기관 10개소 지원을 시작으로, 2020년도에는 권역 12개소, 지역 15개소(공모)를 지원한다. 공공의료본부를 조직하여 지역보건의료기관 등과 공공의료협력 사업을 수행할 수 있도록 지원하고 원내·외 협력체계를 구축을 통해 필수의료 분야별 연계 및 협력을 강화하도록 지원하고 있다.

※ ('19) 권역 10개소 → ('20) 권역 12개소, 지역 15개소 → ('21) 권역 15개소, 지역 35개소 확대 계획

추진경과 및 주요일정

▶ 공공 어린이 재활병원 지원

- '18.07 공공 어린이 재활병원 1개소 선정(충남권)
- '19.09 공공 어린이 재활의료센터 2개소 선정(전북권, 강원권)
- '20.05~ 공공 어린이 재활병원 및 재활의료센터 신규 공모 예정

추진경과 및 주요일정

▶ 책임의료기관 공공보건의료협력 체계 구축사업

- '20.2 공공보건의료 협력체계 구축 사업 지침 배포
- '20.3 권역 책임의료기관 사업계획서 작성 지원 및 검토
- '20.3 권역책임의료기관 선정 및 국고보조금 교부 지원
- '20.4 권역 및 지역 책임의료기관 사업계획서 작성 지원 및 검토
- '20.4 지역 책임의료기관 공모 선정 평가위원회 개최
- '20.5 지역 책임의료기관 선정 및 국고보조금 교부 지원

올해는 퇴원환자 연계 모델 및 서식 개발*, 중증응급질환 병원 전단계 협력사업을 수행하게 되며, 향후 필수의료를 대상으로 단계적 협력분야 확대를 계획하고 있다.

* '19년 권역 : 5개 질환(심장질환, 뇌졸중, 호흡기, 노인골절 및 관절 수술, 암) 개발 완료

〈필수의료 협력사업 단계적 확대 추진 계획(안)〉

| 구분 | 지역사회 건강관리 (급성기 환자 연계·관리 등) | 중증응급질환 협력 | 감염 및 환자안전 | 정신·재활 | 산모·신생아·어린이 건강관리 |
|------|----------------------------|-----------|-----------|-------|-----------------|
| '19년 | 필수 | 선택 | | | |
| '20년 | 필수 | 필수 | | | |
| '21년 | 필수 | 필수 | 필수 | 선택 | 선택 |
| '22년 | 필수 | 필수 | 필수 | 필수 | 선택 |
| '23년 | 필수 | 필수 | 필수 | 필수 | 필수 |

※ 본 계획은 보건복지부 내부 논의자료로, 향후 변경될 수 있음

국립중앙의료원 공공보건의료지원센터는 퇴원환자 케어플랜 수립 및 지역사회 연계 기술지원, 중앙 단위 협의체 운영과 관계기관의 협의, 사업에 대한 평가 및 모니터링을 통해 사업성과를 공유하고 전반적인 기술 지원을 수행하고 있다. 또한 공공의료 네트워크 강화를 통한 지역 간 정보공유 및 플랫폼 인프라 구축을 위한 공공의료연계망(<http://www.pubnet.or.kr/>)을 구축·운영 중이다.

※ 공공의료 연계망 : 퇴원환자 연계, 사후 관리·모니터링, 위치기반 지역자원 공유서비스 등 필요 기능 개발·운영
(신규 책임의료기관 추가 연계, 신규질환 연계서식 반영 및 행복e음 연동 등 지속적 고도화 및 유지보수, 환자별 일상 수행 등록 관리 기능 수행)

오는 9월 경 심포지엄 개최를 통해, 전년도 성과 및 애로사항 등을 공유하고 올해 사업 방향에 대한 논의의 장을 마련할 예정이다.

공공의료 표준진료지침(CP, Critical Pathway) 적용 지원

표준진료지침(CP, Critical Pathway)은 질환별 임상진료지침(CPG)을 기초로 개별 병원에서 적정 진료를 행할 수 있도록 질환, 수술별 순서와 치료의 시점, 진료행위 등을 미리 정해 둔 표준화 된 치료 과정이다.

이에 국립중앙의료원 공공보건의료지원센터에서는 공공의료수행기관이 준수한 비용·효과적 적정진료를 시행할 수 있도록 공공의료 표준진료지침(CP, Critical Pathway)을 개발하여 보급하고 있다.

지금까지의 표준진료지침(CP)은 입원부터 퇴원까지의 치료과정(투약, 의뢰, 치료적 중재, 진단검사, 영양, 교육, 퇴원계획, 평가, 타과 의뢰 등)을 진료계획서의 형태로 도식화, 전산화한 형태로 개발하여 보급되었지만 2019년부터는 지역 통합 연계를 위한 CP로 개발을 확대하였다.

추진경과 및 주요일정

- '20.2 전체 공공병원 대상 수요조사 실시 (63개 기관, 93개 질환 조사 완료)
- '20.4 공공의료 CP개발 연구를 위한 신규개발 3개 CP 확정
- '20.4 CP 그룹별 전문의 자문위원 확정
- '20.4 신규개발 CP 참여계획서 제출 요청

• 2019년 공공의료 CP 개발 연구 결과

| 구분 | 2019년 개발 CP명 |
|--------|--|
| 신규개발 | 복막투석관 삽관 및 제거, 뇌전증, 치매, 급성뇌졸중 후 재활 |
| 갱신개발 | 슬관절치환술, 충수절제술, 탈장 |
| 적용확대개발 | 탈장, 충수절제술, 복강경하담낭절제술, 대장내시경용종제거술, 대상포진 |

2019년 공공의료 CP 개발 연구를 통해 개발 된 치매 CP는 지역 의료를 연계하여 병원 전단계 환자 발골에서부터 시범병원 치료 종료 후 지역에 연계되기까지의 치료과정을 포함한 CP이다.

급성뇌졸중 후 재활 CP는 지역 의료기관 간 연계하는 CP로 국립대학교병원 4개소(분당서울대학교병원, 강원대학교병원, 충남대학교병원, 제주대학교병원)가 참여하여 공동 연구가 진행되었고 기관 및 지역 특성에 따라 병원 전단계 환자 이송부터 급성기 뇌졸중 환자 치료 후 지역 공공병원으로 연계까지 포함한 CP로 개발되었다.

그리고 지난 '14년에 개발되어 보급되었던 충수절제술, 탈장, 슬관절치환술 3개의 CP에 대해 갱신 개발을 추가로 진행하였고 학회 추천 전문가의 임상 적정성 검토 및 시범병원의 5개월 간 적용을 통해 수정 후 개발이 완료되었다.

'19년 공공의료 CP 개발 연구 결과에 따른 CP 가이드라인은 질환별로 공공의료 CP 모니터링 시스템(<http://www.pubcp.or.kr>)을 통해 '20년 상반기에 보급될 예정이다.

2020년 공공의료 표준진료지침(CP)개발 연구는 정책 방향에 따라 개발 범위를 점차 확대할 예정이며 올해는 지난 1월에 시행 된 질환 수요조사 결과에 따라 3개의 신규개발, 3개의 갱신개발, 3개의 적용확대개발이 동시에 진행되며 일정은 정부 정책 권고에 따라 조정되어 수행 될 예정이다.

• [참고] 유형별 CP 적용 결과 (효과)

| | 유형 | CP명 (적용년도) | 핵심지표 | 핵심지표 | | 증감 | 효과 |
|---|--------------|--------------------------|--------------------|----------------|----------------|----|---|
| | | | | 전 | 후 | | |
| 1 | 효율성 | 슬관절치환술 (2019년) | 평균재원 일수 감소 | 24.5일 | 17.5일 | ▼ | 평균 재원일수 감소로 총진 료비 절감, 환자 비용 부담 저하 (평균 재원일수 7일 감소) |
| | | 무지외반증 수술 (2017년) | 평균재원 일수 감소 | 17.5일 | 15일 | ▼ | 재원일수 감소로 병상 가동 률 증가 및 환자 비용 부담 저하 (평균 재원일수 2.5일 감소) |
| | | 복강경하 담낭절제술 (2017년) | 평균진료 비 감소 | 3,918,657 원 | 3,580,322 원 | ▼ | 평균진료비 감소로 환자 부담 저하 (평균 진료비 338,335원 감소) |
| 2 | 환자안전 ·질향상 | 결핵 (2017년) | 결핵확진 검사시간 단축 | 27 시간 | 17 시간 | ▼ | 결핵의심환자의 확진시간 단 축으로 의료진 및 환자 감염 위험성 감소 |

| 유형 | CP명 (적용년도) | 핵심지표 | 핵심지표 | | 증감 | 효과 |
|-----------------------|--------------------------|---------------------------|------|-------|----|---|
| | | | 전 | 후 | | |
| | | | | | | (평균 결핵확진검사 소요시간 10시간 단축) |
| | 복강경하 담낭절제술 (2017년) | 항생제 사용일수 감소 | 3.5일 | 2.8일 | ▼ | 항생제 불필요한 투여 방지로 환자 위험 저하 (평균 항생제일수 0.7일 감소) |
| 3 지속· 통합적 치료 | 약물중독 (2017년) | 지역 정신건강 증진센터 연계율 | 0% | 31.3% | ▲ | 약물중독자 중 자살시도자, 우울장애 환자 등 지역 정신 건강증진센터로 연계하여 지 속적 관리 및 치료 제공 (지역정신건강증진센터 평균 연계율 31.3% 증가) |
| | 치매 (2019년) | 지역사회 기관 연계율 | 내용없음 | 90% | ▲ | 치매환자 지속적 관리 및 환자 상태 악화 지연 (지역사회기관 연계율 90% 달성) |

공공·의료·복지 연계 체계 확대 등 공공보건프로그램 모델 보급

보건복지부는 공공·의료·복지 통합지원센터 구축을 위해 6개 지방의료원에 운영비를 지원하고 있다. (2020년 수원, 속초, 영월, 공주, 순천, 마산)

보건복지부 '공공보건의료 발전 종합대책(18.10.1)'에 따르면, 공공보건의료 강화를 위해 권역·지역 책임의료기관을 지정하고, 필수의료연계체계(진료협력, 퇴원 후 지역 사회 연계, 취약계층에 대한 의료·복지 연계 등)를 수행하는 '공공의료협력센터'를 설치·운영할 수 있도록 할 계획이다.

이를 위해 공공보건의료지원센터(공공의료연계질향상팀)는 공공의료통합연계 모니터링 및 기술지원(취약계층 모니터링 및 사업지원, 공공의료복지연계망* 활용지원 등)을 지속적으로 수행하고 있다.

* 지방의료원↔NMC↔행복e음 간 연계(<http://www.pubnet.or.kr/>)

'17년 대비 '19년 공공의료복지 연계실적은 지역연계 서비스 60.22%, 의료서비스 55.78%, 보건·복지연계 서비스 48.35% 순으로 증가하였다.

'19년 의료서비스의 주 대상자는 저소득(69%), 장애인(17%), 독거노인(28%) 이 많았으며, 서비스는 입원(27%), 외래지원(83%), 방문진료(1%) 순으로 나타났다. 보건·복지 연계서비스에서 주 서비스는 긴급생계비지원(45%), 사례관리(29%), 후원물품 지원(12%) 순이었으며, 지역연계는 주민센터, 보건소 등 공공기관이 52%, 정신, 아동 및 북한하나센터 등 민간기관이 48%로 공공기관 연계율이 민간기관 보다 더 높은 것으로 나타났다.

추진경과 및 주요일정

▶ 공공보건프로그램 지원

- '19. 12. 12 '20년도 사업 선정평가
- '20. 03. '19년도 정산보고 및 예산 결산 검토

| 공공의료복지 연계실적(6개소) | | '17년 | | '18년 | | '19년 | | 증감율 ('17~'19) |
|---------------------|----------|--------|-------------|--------|-------------|--------|-------------|-------------------|
| 의료 서비스 | 실인원 | 1,260명 | (평균 210명) | 1,754명 | (평균 292명) | 1,588명 | (평균 2,65명) | 55.78% |
| | 서비스 | 6,893건 | (평균 1,148건) | 7,164건 | (평균 1,194건) | 7,463건 | (평균 1,244건) | 7.63% |
| 보건· 복지 연계 | 실인원 | 461명 | (평균 77명) | 842명 | (평균 140명) | 807명 | (평균 135명) | 42.87% |
| | 서비스 | 988건 | (평균 165건) | 1,639건 | (평균 273건) | 1,913건 | (평균 319건) | 48.35% |
| 지역 연계 | 공공 기관 | 88개 | (평균 15개) | 164개 | (평균 27개) | 189개 | (평균 32개) | 60.22% |
| | 민간 기관 | 21개 | (평균 4개) | 55개 | (평균 9개) | 85개 | (평균 14개) | |

공공의료기관 현황 등록 및 공공의료포탈 웹사이트 운영

공공보건의료지원센터는 매년 시행되는 공공보건의료계획 수립 및 제출에 따라 공공의료기관 현황정보를 공공의료포탈 웹사이트에 등록받는다.

모든 공공의료기관은 공공보건의료에 관한 법률 제8, 9조에 따라 적정진료 실천, 취약계층에 대한 건강 안정망 제공, 미충족 보건료서비스 공급 등 공공보건의료 계획에 대한 결과보고서를 제출하며 지침에 따라 기관현황정보를 공공의료포탈 웹사이트에 등록 하여야 한다.

공공의료기관 현황정보는 15년 210개소의 정보를 공공의료포탈 웹사이트에 등록 받기 시작하여 현재 5개년도 자료를 보유하고 있으며, 올해 3월 중순부터 '19년 말 기준 현황 정보를 등록받아 공공의료포탈의 기관별 정보 메뉴를 통해 제공할 예정이다. 또한, 공공의료기관 및 관할 시도에서는 별도 배포되는 계정으로 공공의료포탈 웹사이트에 로그인하여 해당 기관의 공공보건의료계획 추진실적 평가 결과를 확인할 수 있도록 제공하고 있다.

공공의료포탈에 등록된 공공의료기관 현황자료를 기반으로 매년 시도별 통계자료를 산출하여 통계청장의 승인을 받은 국가승인통계를 제공하고 있다. 그리고 공공의료 기관 지도위치서비스 및 기관정보비교 서비스를 제공함으로써 공공의료기관에 대한 국민의 알권리를 충족시키며 인지도 제고를 위해 노력하고 있다.

의료취약지모니터링 연구 및 헬스맵 서비스 운영

보건복지부는 「공공보건의료에 관한 법률」('13.2.2시행)에 따라 주기적으로 국민의 의료 이용 실태 및 의료자원의 분포 등을 평가·분석하여 의료취약지를 지정·고시하여야 한다. 이에 따라 '14년도부터 「의료취약지 모니터링연구」를 수행하여 의료취약지 도출 및 지원방안 마련을 위한 연구를 수행하고 있다. 해당 연구를 통해

추진경과 및 주요일정

▶ 공공의료기관 현황 등록 및 공공의료포탈 운영

- '20.02 매뉴얼 업데이트
- '20.03~04 '19년 말 기준 공공의료 기관 현황정보 등록

추진경과 및 주요일정

▶ 의료취약지 모니터링 연구

- '20.01 '20년 의료취약지 모니터링 연구 계획 수립
- '20.03 심평원 요양기관 현황자료 수집

확보한 자료는 헬스맵 서비스(healthmap.or.kr)를 통해 웹에서 제공하고 있다.

'20년도 「의료취약지 모니터링연구」에서는 소아청소년과, 분만실 등 필수 의료 분야를 대상으로 A·B등급 의료취약지를 도출할 예정이다. 또한, 분만 잠재의료취약지 분석을 통해 현재 분만실이 운영 중이나, 운영 중단 시 분만 A등급 취약지가 될 수 있는 지역을 미리 선정하여 지원할 수 있는 기준을 마련할 예정이다. 이와 같이, 의료취약지 지원 정책에 대한 기술 지원을 지속적으로 수행 할 예정이다.

헬스맵 서비스를 통하여 시도·진료권·시군구 단위로 의료수요, 의료자원, 의료이용, 건강결과 등의 지표를 추가로 제공할 예정이다. 또한, Flash player 종료에 따른 브라우저 대응을 위한 고도화를 진행할 예정이며, 책임의료기관 지역진단 기술지원을 위한 기능을 마련할 예정이다.

제2차 공공보건의료 기본계획(2021~2025) 수립

「공공보건의료에 관한 법률」 제4조에 따라 국민에게 양질의 공공보건의료를 제공하기 위해 보건복지부는 공공보건의료 기본계획을 5년마다 수립하여야 한다. 이에 따라 2016년 제1차 공공보건의료 기본계획(2016~2020)이 수립되었으며 이는 국가차원의 공공보건의료 종합계획으로서 의미가 매우 크다.

5개년 단위의 1차 기본계획이 완료되는 2020년에는 제2차 공공보건의료 기본계획(2021~2025) 수립을 위해 연구가 추진될 예정이다.

2020년 1분기에는 제2차 공공보건의료 기본계획 수립을 위한 추진계획안을 마련하여 계획수립 방향성, 추진 체계 등을 수립하였다.

올해 수행하게 될 제2차 공공보건의료 기본계획 수립 연구를 통해 제2차 공공보건의료 기본계획 비전 및 추진전략 설정, 공공보건의료 추진과제별 추진계획, 공공보건의료 기본계획 추진 체계 및 모니터링 체계 등을 개발할 예정이다.

공공보건의료 기본계획의 정책영역 분야는 지역별 공공보건의료서비스 제공체계 마련(1분야), 분야별 필수의료 서비스 제공(2분야), 공공보건의료기관 역량·인력 강화(3분야), 공공보건의료 지식·정보·디지털기술(4분야), 공공보건의료 거버넌스·재정·법제도(5분야)로 총 5대 분야로 구성된다.

제2차 공공보건의료 기본계획 수립 연구를 통해 변화하는 보건의료 환경에 따라 요구되는 새로운 공공보건의료체계의 발전 방향을 제시하고, 향후 5년간 국가수준 공공보건의료 정책의 목표와 방향에 따른 핵심 정책영역과 과제를 도출하고 과제 수행을 위한 추진계획 및 방법, 자원의 조달 및 관리, 모니터링과 성과 도출을 위한 계획을 수립할 예정이다.

- '20.04 GIS 분석 DB 구축
- '20.09 건보공단 DB 분석
- '20.11 분야별 A·B등급 의료취약지 분석

▶ 헬스맵 서비스 운영

- '20.01 공공보건의료계획 지역진단 지원
- '20.03 의료취약지 모니터링 지표 서비스 제공
- '20.11 브라우저 고도화
- '20.12 '20년 모니터링 결과 지표 제공

추진경과 및 주요일정

▶ 제2차 공공보건의료 기본계획 (2021~2025) 수립

- '20.01~02 제2차 공공보건의료 기본계획 수립 추진계획안 마련
- '20.04~ 제2차 공공보건의료 기본계획 수립 연구 수행

시·도 공공보건의료 지원단 설립 및 운영 지원

고령화 및 건강불평등에 대한 지역의 책무성을 강화하고 보건의료 분야의 지방분권 강화에 대비하기 위해 광역자치단체의 정책역량 강화는 필수적이다. 시·도 공공보건의료지원단(이하, 지원단)은 광역단위의 싱크탱크이자 거버넌스 플랫폼으로서, 시·도의 정책역량 강화에 기여한다.

시·도지사는 「공공보건의료에 관한 법률」 제22조제1항에 따라 지원단을 설치·운영할 수 있다. 2020년 3월 기준으로 서울(재단), 인천, 부산, 경기, 제주, 강원, 경남, 전남(이상, 지원단) 총 8곳에서 지원단을 운영 중이다. 보건복지부는 2019년부터 국고 지원을 시작하였고 이를 통해 운영 지원과 전국적 확충을 유도하고 있다. 향후 법률 개정을 통해 재단까지 확대할 예정이다.

공공보건의료지원센터는 지원단 미설치 시·도에 대한 컨설팅 및 자료제공을 통해 설립 지원을 하고 있다. 올 2분기에 광주와 대전이 설치할 예정이며 대구, 울산 역시 올해 안으로 설치 예정이다. 또한 공공보건의료지원센터는 기존 지원단과의 거버넌스 구축 및 연계활동에 노력하고 있다. 연석회의와 공공의료 동향 분석지 「INSIGHT」 공동 발간 등이 그 사례이다. 올해 제1차 연석회의는 COVID-19로 인하여 6월 이후로 연기된 상태이며, 긴급 현안 논의를 위해 공공보건의료지원단·재단 대표 영상회의가 진행되었다.

범부처 공공병원 협의체 TF 구성·운영 지원

국가 공중보건위기 대응 및 통합서비스 제공 등을 위해 범부처 공공병원 간 연계·협력은 필요하다. 하지만 소관 부처 및 설립 목적이 다른 범부처 공공병원 간의 연계 및 협력에는 한계가 있다. 이에 공공보건의료 발전 종합대책(2018. 10. 1.)에 따른 범부처 공공병원 협의체 TF 구성·운영을 통한 중앙정부의 수평적 거버넌스 구축이 추진 중에 있다.

2019년 제1차 협의체 회의 결과, 협의체 구성·운영 방안*, 통합적 의로서비스 제공을 위한 진료분야별 협력방안, 공공병원 의료인력 확보 및 교육훈련을 위한 협력방안이 의결되었다. 이에 따라 보훈·군·경찰 등의 국가돌봄병원 분과와 재활·교통재활·산재 등의 공공재활의료기관 분과, 정신건강 분과 활동이 진행 중이다. 또한 공동 활용 가능한 교육훈련 프로그램 현황 조사와 공공병원 의료인력 실태조사 추진 등이 진행 중이다.

공공보건의료지원센터는 2020년 제2차 협의체 회의 개최를 지원하기 위해 사무국(보건복지부)과 함께 제1차 협의체 회의 의결 과제 추진 현황 확인, 미추진 과제 추가 발굴, 신규 과제 개발 중이다. 지난 2월 21(금)에는 COVID-19 관련 의료인력 지원 방안 협의를 위해 범부처 긴급 영상회의가 개최되었다.

추진경과 및 주요일정

▶ 지원단 설치 시기

- '14년 인천
- '15년 부산
- '17년 제주, 경기
- '17년 서울 재단('12년 서울 지원단)
- '19년 강원, 경남, 전남
- '20년 광주, 대전, 대구, 울산 예정

▶ 시·도 - 중앙 연석회의

- '18년 부산, 서울, 경기 개최
- '19년 제주, 인천, 강원, 경남 개최
- '20년 지원단·재단 대표 영상회의 (4. 2.)

▶ 시·도 공공보건의료 지원단

국비 지원 사업

- '20.01~02 '19년도 국비 지원 사업 결산 및 정산
- '20.03. '20년도 국비 지원 사업 안내 배포

추진경과 및 주요일정

▶ 추진 경과

- '17.9.20 '공공보건의료 발전 협의체' 회의 개최
- '18.10.1. '공공보건의료 발전 종합 대책 발표'
- '18.11.29. '범부처 공공병원 협의체 준비회의 개최'
- '19.3.28. '범부처 공공병원 협의체 준비 실무회의 개최'
- '19.7.25. '범부처 공공병원 협의체' 1차 회의 개최
- '19.9.26. 제2회 보훈병원 공공 보건의료 컨퍼런스 개최
- '19.11.27. 공공재활의료기관장 협의회 1차 회의 개최
- '19.12.5. 국가돌봄병원시스템 구축 관련 실무 TF 회의(4차) 개최
- '20.1.7. 정신분야 실무협의체 준비 회의 개최
- '20.2.21. COVID-19 관련 범부처

* 협의체 구성은 10개 부처 15개 주요 공공병원으로 이루어짐. 전자에는 국무조정실, 복지부(간사), 교육부, 과기정통부, 법무부, 국방부, 국토부, 고용부, 보건처, 경찰청이 포함되며 후자에는 국립중앙의료원, 경찰병원, 국군의무사령부, 국립법무병원, 근로복지공단병원, 국립교통재활병원, 원자력병원, 중앙보훈병원, 국립서울대병원, 대표지방국립대병원, 국립정신건강센터, 국립결핵병원, 국립재활원, 국립암센터, 지방의료원연합회가 포함됨

긴급 영상회의 개최

공공보건의료 시행계획 수립 및 추진실적 평가 지원

「제1차 공공보건의료 기본계획」 및 「공공보건의료 발전 종합대책」 이행을 위해 관계 부처 및 시·도는 매년 공공보건의료 시행계획을 수립하고, 그 추진실적을 보건복지부장관에게 제출하여야 한다.

공공보건의료 시행계획 수립 및 추진실적 평가는 관계 중앙부처 8개 및 시·도 17개가 수립대상으로 보건복지부(공공보건의료지원센터 평가 지원)는 '20년 공공보건의료 시행계획 수립과 '19년 공공보건의료 추진실적 평가를 지원한다. 공공보건의료 기본계획, 공공보건의료 발전 종합대책과 함께 믿고 이용할 수 있는 지역의료 강화대책(2019.11)을 포함하여 수립토록 '20년 공공보건의료 시행계획 수립지원하고, '19년 추진실적에 대해 관계 부처 및 시·도의 의견수렴을 실시하였고, 전문가 자문회의를 통해 지침을 개정하였다.

추진경과 및 주요일정

▶ 공공보건의료 시행계획 수립 및 추진 실적 평가

- '19.12-'20.01 '20년 시행계획 수립 작성지침 통보 및 계획 제출
- '20.02-03 '19년 시행계획 추진실적 평가 작성지침 통보 및 결과 제출

공공보건의료계획 수립 및 시행결과 평가 지원

「공공보건의료에 관한 법률」 제8조, 제9조에 의거 공공보건의료기관은 매년 공공보건의료계획을 수립하고, 그 시행결과를 보건복지부장관에게 제출하여야 한다.

보건복지부(공공보건의료지원센터 평가 지원)는 전체 공공의료기관 222개소('19.12월 기준)을 대상으로 '20년 공공보건의료계획 수립 및 '19년 시행결과 평가를 지원한다.

'20년 공공보건의료계획은 공공보건의료 기본계획, 공공보건의료 발전 종합대책, 지역의료 강화대책, 공공보건의료 시행계획과 연계하여 작성할 수 있도록 지원하였으며, '19년 시행결과 작성지침에 대하여 공공보건의료기관의 의견수렴, 전문가 및 기관 담당자 자문회의를 통해 지침을 개정하였다. '20년 공공보건의료계획에 대한 심의는 2.19~3.4(2주간) 진행되었으며, 심의결과는 4월 한으로 통보할 예정이다. '19년 공공보건의료계획 시행결과 수립 지침은 2.14(금) 통보되었으며, 4월 한 결과 제출 예정이다.

추진경과 및 주요일정

▶ 공공보건의료계획 수립 및 시행 결과 평가

- '19.12-'20.01 '20년 의료계획 수립 작성지침 통보 및 계획 제출
- '20.02-03 '19년 의료계획 시행결과 평가 작성지침 통보 및 결과 제출

지역거점 공공병원 운영평가를 통한 공공성 강화

「지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률」에 따라 매년 지방의료원 및 적십자병원을 대상으로 지역거점 공공병원 운영평가를 실시하고 있으며, 2010년부터 2020년까지 국립중앙의료원에서 수행 (2012년 제외)하였다.

2020년 피평가 대상기관은 지방의료원 34개소, 적십자병원 6개소(영주적십자병원 시범평가)로 총 40개소이다. 2020년 지역거점공공병원 운영평가 평가는 양질의 의료, 공약적 보건의료서비스, 합리적 운영, 책임 운영 4가지 영역으로 구성, 현지평가, 설문조사, 정성평가, 전산자료 분석 등 다양한 방법으로 평가된다.

2020년 평가 지침서는 2020년 상반기 발표예정이다.

추진경과 및 주요일정

▶ 지역거점공공병원 운영평가

- '20.1~2 지침 개정 자문회의
- '20.2 지침 의견수렴
- '20.2~3 지침 개정

2020년 공립요양병원 운영평가

「치매관리법」에 따라 2020년부터 공립요양병원 79개소에 대하여 운영평가를 수행해야 한다. 평가 수행 전에 2020년 평가 대상 기관(서울·부산·대구·인천·광주·대전·울산·경기·강원·충북·충남 소재 공립요양병원)을 안내하였고, 추가 신청 및 제외 신청을 1월 31일까지 공문을 통해 접수하였다.

공립요양병원 시범평가(2019년)를 수행한 결과, 평가지표에 대한 자세한 설명 및 교육이 필요하였다. 이에 공립요양병원 운영평가 가이드북을 만들어 배포하고, 2020년 1월 21일, 22일 공립요양병원 운영평가 가이드북 교육을 실시하였다.

2020년 공립요양병원 운영평가는 향후 지침서 배포 및 지침설명회를 개최할 예정이며, 일시 및 개최 방법 등은 추후 공지될 예정이다.

추진경과 및 주요일정

▶ 2020년 공립요양병원 운영평가

- '20.01.09-01.31 공립요양병원 운영평가 평가대상기관 안내 및 추가 신청
- '20.01.21-22 공립요양병원 운영평가 가이드북 교육 실시
- '20.04 ~ 지침서 배포 및 지침설명회(예정)

권역·지역 책임의료기관 평가체계 개발

「공공보건의료 발전 종합대책」 및 「지역의료 강화 대책」 이행의 일환으로 권역 및 지역 책임의료기관의 평가체계를 개발한다. 책임의료기관은 권역과 지역 내 정부 지정센터(응급·외상·심뇌혈관질환센터 등), 지역보건의료기관 등과 필수의료 협의회를 구성하고 퇴원환자 연계, 중증응급질환 진료협력 등 필수의료 협력모형을 만든다.

'20년에는 권역 및 지역 책임의료기관 평가체계 개발을 위하여 외부 전문위원을 구성하고, 국·내외 관련 정책과 현황을 분석하여 '20년 4월 평가체계 개발 연구 착수회의를 진행할 예정이다.

추진경과 및 주요일정

▶ 권역·지역 책임의료기관 평가체계 개발

- '18.10.01 공공보건의료 발전 종합대책 발표
- '20.3 연구위원 구성
- '20~현재 권역·지역 책임의료기관 평가체계 개발 연구

서울특별시 공공보건의료재단, 서울시 코로나19 관련 대응 전격 지원

코로나19의 전국적 확산과 국가적 위기가 초래했다. 대구·경북지역 집단감염 사태의 발생으로 병상부족, 치료체계와 의료시스템 마비 등 공공의료자원의 부족이 드러났고, 초기 대응의 한계에 직면했다. 하지만, 정부와 지자체는 상호 협력과 비상방역체계를 가동함으로써 지역사회 확산에 체계적인 방역대책을 실행해 나가고 있다.

서울시 출연기관인 공공보건의료재단(대표이사 김창보, 이하 재단)은 서울시 건강 정책의 싱크탱크이자 거버넌스 플랫폼으로서 코로나19 관련 정보공유와 대응현장을 발 빠르게 지원한다. 재단은 2015년 메르스 사태를 경험하며 공공의료시스템 및 감염병에 대한 선제적 대응력을 강화하기 위해 2017년 7월 전국 최초로 설립됐다.

재단은 병원 내 감염, 지역사회 집단감염 현장을 전문적으로 지원한다. 재단 대표 이사와 연구원들은 은평성모병원, 서울재활병원, 구로구콜센터 등 코로나19 발생 현장에 투입되어 즉각대응반으로 활동하고 있다. 이들은 발생현장의 정확한 상황 파악과 신속한 판단을 통해 각 주제별로 명확한 역할을 제시하며, 다양한 이해관계자의 의견을 조율하는 등 확산방지를 위한 현장대응을 유도한다. 더불어 보건소 선별진료소 현장조사와 정부에서 배포한 지침을 보기 쉽게 주제별로 정리하여 재배포하는 등 최일선 방역현장에서 필요한 부분을 모니터링하며 적극적으로 지원한다. 또한 재단은 서울시감염병지원단(단장 최재필)과 협업하여 코로나19의 국내·외 발생현황과 주요 보도내용 등 정책동향을 담은 '서울시 코로나19 대응 주요소식'을 매일 발간하고, 재단 공식블로그를 활용하여 대국민안전수칙 등을 앞장서 홍보하고 있다.

공공보건의료재단은 앞으로도 서울시의 원활한 공공보건의료 공급체계 마련, 감염병 대응체계 구축 등 공공의료시스템 강화와 관련하여 선제적이고 다양한 역할을 수행할 계획이다.

코로나19 관련 자료는 재단 홈페이지에서 확인할 수 있다.

(<http://www.seoulhealth.kr/html/business/corona19?menuId=154>)

추진경과 및 주요일정

- '20년 2월, 재단 내 '서울시 코로나19 전담대응반' 구성
- '20년 2월, 은평성모병원, 서울재활병원 즉각대응반 활동
- '20년 3월, 구로콜센터 집단감염사례 모니터링, 즉각대응반 활동
- '20년 2월~현재, '서울시 코로나19 대응 주요소식' 일간지 발간



센터연혁

- | | |
|--|---|
| <p>2000 01 공공보건疫료를 제공하기 위한 '공공보건疫료에 관한 법률' 개정</p> | <p>2014 01 국립중앙疫료원 공공보건疫료본부 공공보건疫료 지원단을 공공보건疫료지원센터로 확대 개편 * 조직도 상 3개 팀(기획평가팀, 사업지원팀, 교육개발팀)으로 개편</p> |
| <p>2005 04 '공공보건疫료사업지원단' 설치 운영 * '공공보건疫료사업지원단 설치 및 운영규정' 제정(보건복지부 훈령 제155호)</p> <p>07 지방疫료원 관련 사업 및 업무를 보건복지부로 이관 * '지방疫료원 설립 및 운영에 관한 법률' 제정</p> <p>12 공공보건疫료 확충 종합대책 발표</p> | <p>2016 01 조직개편으로 인한 '교육개발팀' 분리 * 2개 팀(공공疫료기획평가팀, 공공疫료사업지원팀)으로 운영 조직 개편 * 교육개발평가팀은 '공공보건疫료교육훈련센터'로 확대 개편</p> |
| <p>2010 03 '공공보건疫료지원단' 이전 확정 (보건산업진흥원 → 국립중앙疫료원) '공공보건疫료지원단 운영규정' 제정 (보건복지부 훈령 제38호) * 국립중앙疫료원이 (중앙) '공공보건疫료지원단' 업무 수행</p> | <p>2018 05 5개팀으로 운영조직 개편 * 공공疫료정책기획팀, 공공疫료평가운영팀, 공공疫료 강화지원팀, 공공疫료정보통계팀, 공공疫료사업지원팀</p> |
| <p>2013 02 지역·계층·분야에 관계없이 국민의 보편적인 疫료 이용을 보장하고 건강을 보호·증진하는 활동으로 '공공보건疫료에 관한 법률' 개정하여 기관에 한정되어있던 공공보건疫료를 기능적으로 정의</p> | <p>2019 07 7개팀으로 운영조직 개편 * 2개팀 추가 (공공疫료연계질향상팀, 모자의료지원팀)</p> <p>2020 07 7개팀으로 운영조직 개편 * 1개팀 추가 (심뇌예방관리사업팀), 1개팀 분리(모자의료지원팀이 중앙모자지원센터 모자의료지원팀으로 분리) [현재운영부서] 공공疫료정책기획팀, 공공疫료평가운영팀, 공공疫료정보통계팀, 공공疫료사업지원팀, 공공疫료강화지원팀, 공공疫료연계질향상팀, 심뇌예방관리사업팀</p> |



센터소개

공공보건의료지원센터는 지역·계층·분야에 관계없이 국민의 보편적인 의료 이용을 보장하고 건강을 보호·증진하는 모든 활동을 지원합니다.

경제 수준이 높아지고 고령화가 급속해짐에 따라 국민의 건강한 삶에 대한 양적, 질적 수요가 증가하고 있습니다. 또한, “공공보건의료에 관한 법률”이 개정(2013년)되어 공공보건医료를 “국민의 보편적 의료이용 보장”이라는 기능적 개념으로 정의한 바 있습니다. 이러한 사회적 변화 속에서 공공보건의료지원센터 역할이 더욱 중요해지고 있습니다.

2005년에 설립된 공공보건의료지원센터는 공공보건의료에 관한 법률 제21조(공공보건의료 지원센터의 설치·운영)에 의해 수행 업무가 더욱 확대되어 아래와 같은 업무를 수행하고 있습니다.

1. 공공보건의료 수행기관에 대한 기술 지원
2. 공공보건의료 인력에 대한 교육·훈련 프로그램의 개발 및 보급
3. 공공보건의료와 관련된 정보·통계의 수집 및 분석
4. 공공보건의료계획의 시행결과 평가
5. 공공보건의료사업(의료취약지 거점의료기관 및 공공전문진료센터)의 시행결과 평가 등)

앞으로도 공공보건의료정책 지원에 더욱 힘써, 전국 공공보건의료 수행기관에 전문적인 기술 지원을 실시하여 질 높은 공공보건의료 서비스를 국민여러분께 제공 할 수 있도록 항상 노력하는 공공보건의료지원센터가 되겠습니다.



센터 기능 및 역할

● 공공의료정책기획팀

- 공공보건의료 기본계획 수립 및 추진 지원
- 시도 공공보건의료 지원단 설립 및 운영 지원
- 중앙단위 공공보건의료 거버넌스 구축 지원
- 공공보건의료 관련 법률 개정
- 국립공공보건의료대학 정책 지원

● 공공의료평가운영팀

- 관계 부처 및 시도 공공보건의료 시행계획 수립 지원
- 공공보건의료계획 수립·결과 평가 지원
- 지역거점공공병원 운영평가
- 공립요양병원 운영평가
- 권역·지역 책임의료기관 평가체계 개발 방안

● 공공의료정보통계팀

- 진료권 분석 및 의료취약지 모니터링
- 공공의료 성과모니터링 및 빅데이터 분석
- 공공의료 통계집 및 공공의료 INSIGHT
- 공공병원 및 책임의료기관 통합공사·모니터링시스템 운영
- 공공의료연계협력 정보체계 구축

● 공공의료사업지원팀

- 지역거점공공병원 기능보강사업 지원
- 영주적심자병원 신축 임대형민간투자사업(BTL) 지원
- 공공전문진료센터 지정 및 관리 지원
- 외국인근로자 등 의료지원 사업 지원
- 공립요양병원 기능보강 및 치매안심병원 지정 지원
- 공공 어린이 재활병원 및 권역 재활병원 건립사업 지원

● 공공의료강화지원팀

- 공공의료기관 운영컨설팅 및 질 향상 지원
- 지역거점공공병원 파견 의료인력 인건비 지원
- 지역거점공공병원 운영진단
- 공공보건의료 통합 인력 관리체계 구축

● 공공의료연계질향상팀

- 권역·지역 책임의료기관 공공의료본부 설치·운영
- 공공의료연계 모델 개발 및 통합 관리 체계 운영모니터링
- 보건의료복지연계/퇴원환자관리 사업 및 운영
- 공공의료 표준진료지침(OP) 개발 및 보급 등 질 향상 사업
- 병원만성질환사업 등 공공보건프로그램 사업 지원
- 취약계층 모니터링 및 의료안전망 정책지원

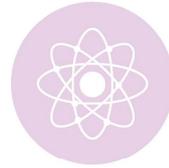
● 심뇌예방관리사업팀

- 심뇌혈관질환관리 중앙지원단 예방관리사업분과 업무수행
- 심뇌혈관질환 예방관리사업 기술지원 및 정책개발
- 고혈압·당뇨병 등록관리사업 운영 평가 및 환류
- 시도 및 시군구 심뇌혈관질환 예방관리사업 모니터링
- 시도 및 시군구 심뇌혈관질환 예방관리사업 협력 네트워크 구축·운영
- 심뇌혈관질환 예방관리사업 교육 및 홍보사업 지원

공공의료 INSIGHT 2020년 1호

| | | | | |
|---|-----|---|--|---|
| 발 | 행 | 일 | 2020년 6월 | |
| 발 | 행 | 처 | 국립중앙의료원 공공보건의료지원센터 (http://www.ppm.or.kr) 서울특별시 공공보건의료재단 (http://www.seoulhealth.kr) 부산광역시 공공보건의료지원단 (http://www.bhi.or.kr) 인천광역시 공공보건의료지원단 (http://ippi.or.kr) 경기도 공공보건의료지원단 (http://www.ggpi.or.kr) 강원도 공공보건의료지원단 전라남도 공공보건의료지원단(http://www.jncare.go.kr) 경상남도 공공보건의료지원단(http://gnpi.or.kr) 제주특별자치도 공공보건의료지원단(http://jiph.jejunuh.co.kr) | |
| 주 | | 소 | (04564) 서울시 중구 을지로 245 (을지로 6가 18-79) | |
| 전 | 화 | 번 | 호 | 02-6362-3725 |
| 홈 | 페이지 | 지 | | http://www.ppm.or.kr/ |
| 인 | 쇄 | 처 | | 이문기업 |

공공의료 /



/ INSIGHT

공공의료 최고의 파트너



국립중앙의료원
national medical center



공공보건의료지원센터
center for public healthcare policy

서울특별시
공공보건의료재단
SEOUL HEALTH FOUNDATION

부산광역시
공공보건의료지원단
Busan public health policy institute

인천광역시
공공보건의료지원단
Incheon Metropolitan City Public Health Policy Institute

분당서울대학교병원
경기도공공보건의료지원단
GYEONGGI PUBLIC HEALTH POLICY INSTITUTE

강원도 공공보건 의료지원단
GANGWON PUBLIC HEALTH POLICY INSTITUTE

전라남도 공공보건 의료지원단
JeollaNamdo Public Health Policy Institute

경상남도 공공보건 의료지원단
GyeongsangNamdo Public health policy Institute

제주특별자치도 공공보건 의료지원단
Jeju Institute of Public Health & Health Policy