

# 공공의료 / / INSIGHT

공공의료 최고의 파트너

2020년 2호



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. 어린이의 건강한 성장과 발달을 책임지는 한국형 어린이 공공전문의료의 발전 과제 ..... 4

## | 지역특집

- 1. 공평한 출발의 시작, 서울아기 건강 첫걸음 사업 ..... 10
- 2. 강원도 분만 취약지 임산부의 안전한 출산 환경 제공을 위한 노력 ..... 13
  - 안전한 출산 인프라 구축 사업단 -
- 3. 전라남도 공공산후조리원 ..... 16

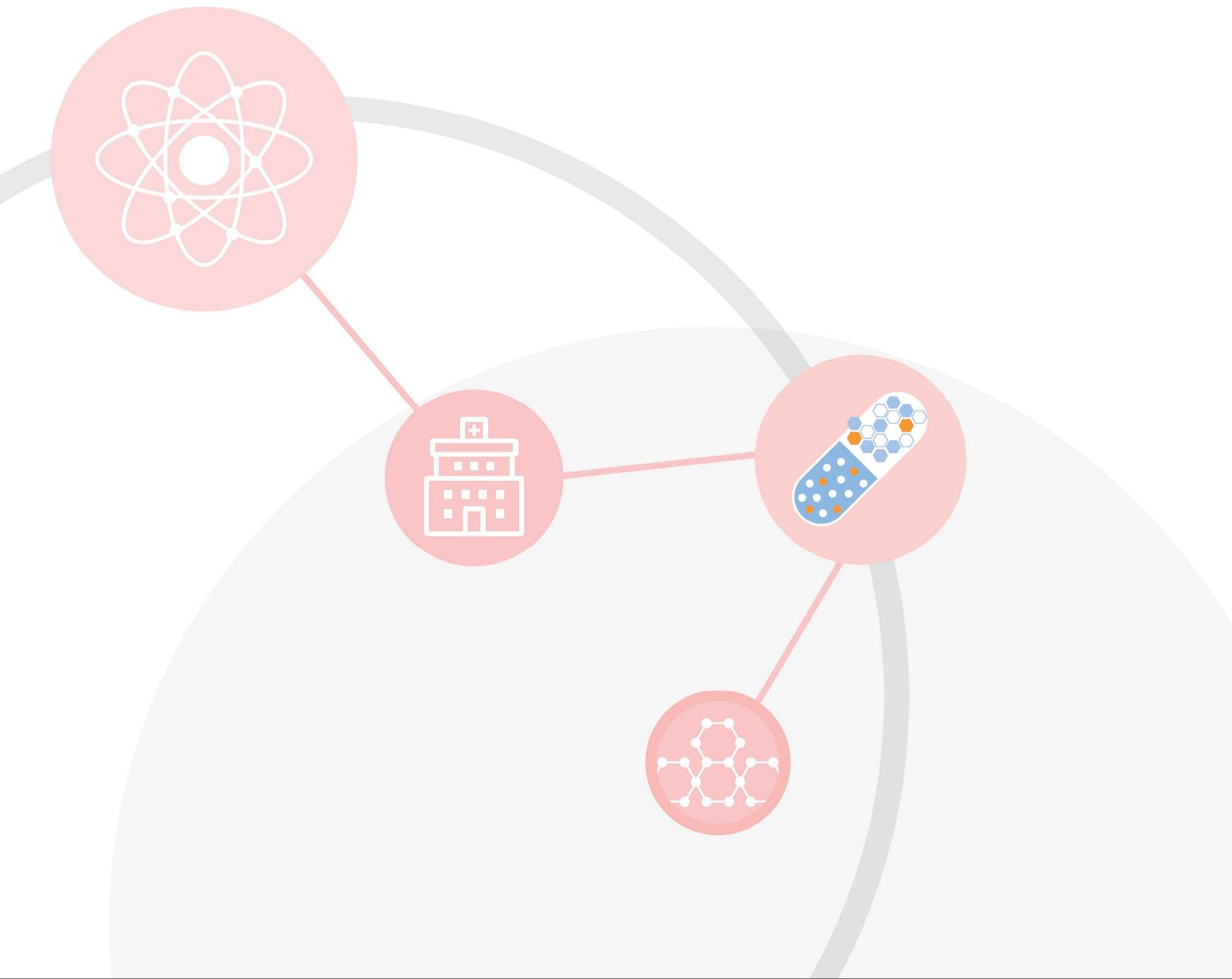
## | 공공의료 동향분석

- 1. 산모(분만·신생아) ..... 26
- 2. 어린이 의료 ..... 43

## | 공공의료 Brief

1.

# 핫이슈



# 1 어린이의 건강한 성장과 발달을 책임지는 한국형 어린이 공공전문의료의 발전 과제 - 어린이 의료 관련 법·제도적 체계 수립을 중심으로 -

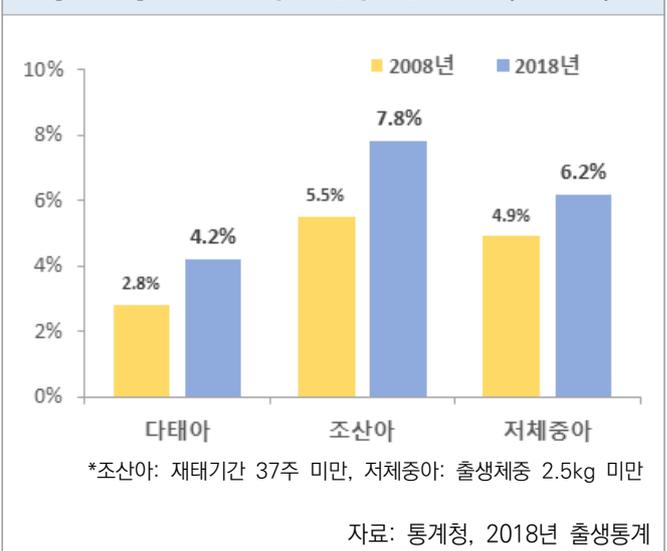


**김한석** 교수  
서울대학교어린이병원

어린이는 “나라의 미래를 이끌어갈 가장 소중한 존재”이다. 그러나 우리나라의 어린이 관련 통계를 보면 신생아 출생률이 지속적으로 감소하면서도, 다태아, 조산아 등 고위험 신생아 출생 비율은 증가하고 있어 사회적으로 큰 문제가 되고 있다 (그림 1). 의료기술적으로는 희귀난치병에 대한 정밀 유전자 검사 등 최첨단 진단기술의 개발과 함께 고난도 치료 기술이 발전함에 따라 신생아와 중증 소아청소년 환자에 대한 전문 치료 요구가 꾸준히 증가하고 있다. 이러한 국민적 요구를 선진국 수준으로 충족하려면 어린이 전문의료기관에 상응하는 다학제적 의료 기능, 인적 자원, 기반시설을 갖춰야 하지만, 우리나라에서는 이를 뒷받침할 법·제도적 체계가 부족한 실정이다. 지금 어린이의 안전하고 건강한 성장을 위해, 우리나라 어린이 의료체계는 공공전문진료센터를 기반으로 그 기틀이 재정비되어야 할 시기이다.

위와 같이 급속히 진행되는 인구 동태와 질환 구조의 변화로 인해 발생하는 사회의학적 요구에 맞춰, 신생아·소아청소년 중증희귀난치 질환 환자와 그 가족에 최상의 어린이 의료

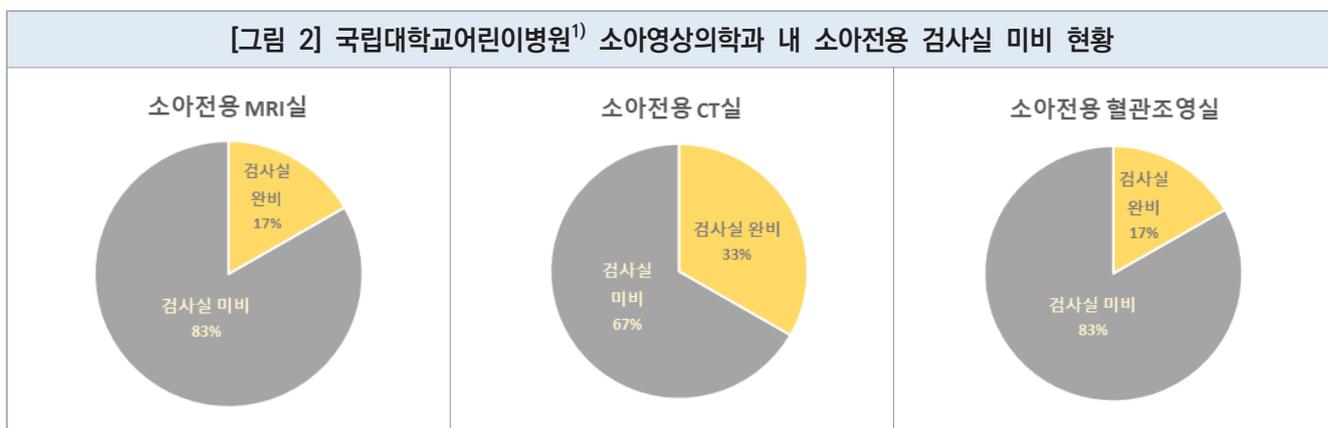
[그림 1] 고위험 신생아 출생비율의 변화('08-'18)



서비스를 제공하기 위해 해결해야 하는 문제점을 도출하고 발전 방안을 강구하고자, 지난 2019년 8월 '어린이 공공전문진료센터 발전방안 연구'를 시행하였다. 이 글에서는 연구에서 도출된 내용을 중심으로 우리 앞에 놓여진 과제들을 짚어 보고자 한다.

우선 어린이 인구의 감소에도 불구하고 중증도의 증가, 안전·감염관리 요구의 증가 등으로 인한 과중한 업무 부담은 신생아·소아청소년 의료 인력 수급에 어려움을 초래하고 있다. 중증 소아청소년 환자의 진단과 치료는 소아청소년과 뿐만 아니라 소아청소년 외과계열 진료과, 소아영상의학과, 소아 병리과, 소아영양과, 소아조제과 등과의 긴밀한 다학제 협력이 필수적이다. 하지만 대부분의 어린이전문병원에서도 이를 수행할 소아전용 검사시설과 인력도 확보하지 못하는 실정이다 (그림2, 3).

특히 5,500여종이 넘는 희귀질환의 경우, 그 중 50~75%가 소아청소년 시기에 발병하지만 질환별 환자 수가 극소수인 경우가 많고 진단과 치료에는 고도의 전문성과 숙련도가 요구되는데, 이러한 세부 희귀질환 진단 및 치료의 전문의 확보가 점차 어려워지고 있다. 간호 또한 상황은 마찬가지이다. 어린이의 경우 연령별 맞춤 투약, 진정처치, 낙상 관리, 가족 교육 등 간호 인력이 수행해야 하는 업무가 성인 환자에 비해 상당히 많아 다른 선진국의 어린이병원은 주로 한 병동에 간호사 1인이 환자 4명 미만을 담당하고 있다. 하지만 우리나라에서는 어린이 환자에 대한 기준이 따로 책정되어있지 않을 뿐더러, 국내 최대 규모인 서울대학교어린이병원의 경우에도 성인병동과 같은 비율인 간호사 1인이 환자 13명을 담당하고 있어, 이로 인한 업무 과중으로 간호사의 사직률도 높은 편이다. 결과적으로 어린이 환자의 특성에 맞는 양질의 안전한 간호를 유지, 발전하기 어려운 상황이다. 이러한 상황들은 수십 년 전 수립된 우리나라의 어린이 의료체계가 더 이상 현실을 반영하기 어렵다는 것을 시사하며, 신속한 개선이 이루어져야 하는 부분이다.



1) 2018년 기준, 전국 6개 국립대학교병원 (강원대, 경북대, 부산대, 서울대, 전북대, 전남대)



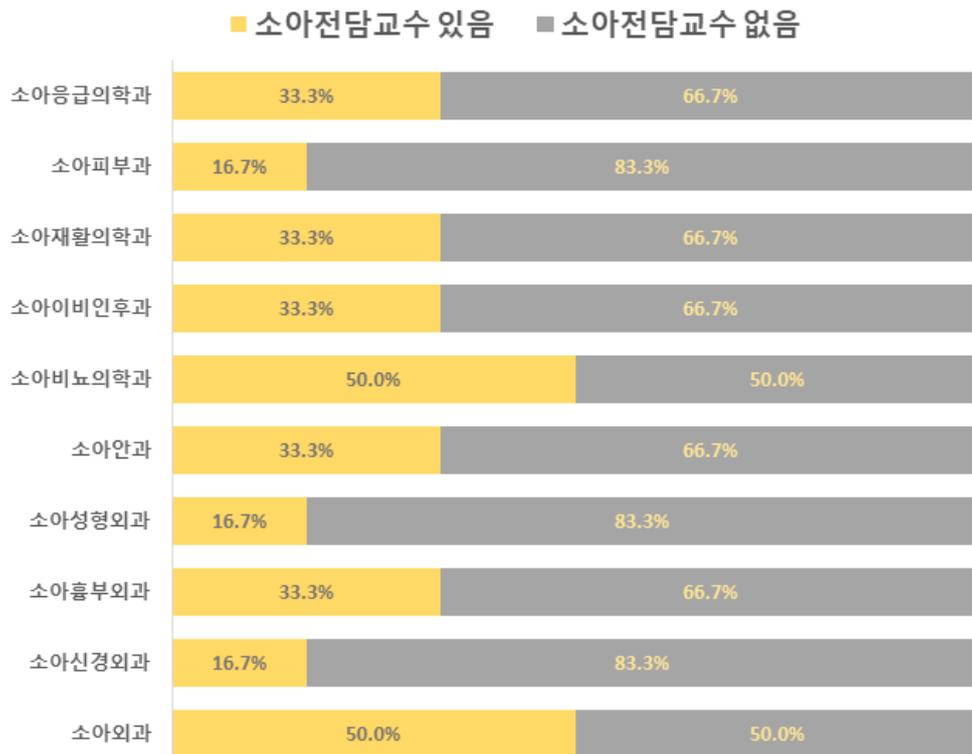
제공 가능한 의료서비스의 지역별 격차도 더욱 심화되는 추세다. 현재 각 지역의 국립대학교어린이병원조차 신생아/소아청소년 진료를 위한 필수인력이 부재하며, 특히 소아청소년 외과계열 전문 의료 제공이 매우 제한적으로 이루어지고 있는 상황이다(그림4). 결과적으로 지방의 중증 소아청소년 환자가 교통의 불편함에도 불구하고 수도권으로 집중되면서, 지역거점으로서 기능해야 하는 지방 어린이 공공전문진료센터는 환자가 지속적으로 감소하고 있다. 이 때문에 지방 어린이 공공전문진료센터는 극심한 경영난을 겪는 것은 물론이거니와, 어린이 의료에 관한 교육 및 수련이 필요한 의사, 간호사, 약사, 영양사 등 여러 직종의 경험과 전문성 축적이 지연되어 어린이 의료 질 향상을 도모하기 어려운 악순환에 처해있다.

상기 문제들을 해결하기 위한 지원이 없었던 것은 아니다. 2016년 12월 어린이병원 지원을 위해 전국 7개 어린이병원(강원대, 경북대, 부산대, 서울대, 서울아산, 세브란스, 전북대)을 제1기 어린이 공공전문진료센터로 지정하고, 2017년 4월부터 ‘어린이 공공전문진료센터 입원관리료’를 신설하여 수가

시범사업을 시행하고 있다. 본 사업은 어린이 공공전문진료센터의 시설, 인력 및 기능의 기준을 제시하고 어린이병원을 지원하는 제도적 기반을 마련하였다는 점에서 큰 의미를 주었고, 일부 재정적 지원으로 이어져 어린이병원 환경을 개선할 수 있었다. 그러나 중증 소아청소년 환자 의료의 질과 안전을 제고하려면 신생아/소아청소년 의료분야의 전문 의료인의 육성과 유지를 위해 부분적 수가 보상을 넘어 다각적 지원 체계가 필요하다. 필수인력 확보에서 더 나아가 중증희귀난치 어린이 환자 치료에 필수적인 기본 의료 장비와 어린이 환자와 그 가족 중심의 진료를 수행하기 위한 기본 시설 유지를 위한 추가적인 법·제도적 체계 수립도 선행되어야 한다.

다음 선진국의 사례들은 우리나라에서도 법·제도적 체계 수립이 필요함을 보여준다. 우선 미국은 구체적으로 의료보험 보장, 의료서비스 개선에 대한 제도적 근거를 마련하였다. 2009년 시행된 CHIPRA(Children’s Health Insurance Program Reauthorization Act)와 2019년 시행된 ACE Kids Act(Advancing Care for Exceptional Kids Act)는 의료 보험 보장의 사각지대에 놓인 어린이 환자를 대상으로 한

[그림 4] 국립대학교어린이병원<sup>1)</sup> 외과계열 진료과 소아전담교수<sup>2)</sup> 현황



1) 2018년 기준, 전국 6개 국립대학교병원 (강원대, 경북대, 부산대, 서울대, 전북대, 전남대)  
 2) 소아전담교수 : 소아청소년 환자 진료만 담당하며, 성인은 진료하지 않음

법으로, 어린이 환자와 그 의료기관에 대한 지원 내용을 담고 있다. 이를 바탕으로 미국은 어린이 의료기관의 질을 평가하기 위한 지표를 개발하고 이를 지속적으로 관리하며, 중증 소아 청소년 환자 사례를 데이터베이스화하는 등 양질의 의료서비스를 어린이 환자들에게 제공하기 위해 국가 차원의 관리와 개선을 지속적으로 진행하고 있다.

일본은 포괄적인 법을 제정하여 어린이 의료체계 마련을 위한 근거를 갖췄다. 2019년 「성육과정에 있는 자와 그 보호자 및 임산부에게 필요한 성육의료 등을 끊임없이 제공하기 위한 시책의 종합적인 추진에 관한 법률(‘성육기본법’)」을 시행하여, 기존 어린이 의료관련 주요 시책에 대한 근거를 보충하였고, 향후 어린이 의료 및 보건의에 대한 지원 강화 정책의 가능성도 시사하였다. 또한 2018년 ‘소아의료체계 구축 지침’을 발표하여, ‘소아의료체계 구축’의 방향과 수행단계 등을 제시하였다. 그 결과 일본은 어린이 중심의 의료 전달체계를 수립하였고, 일본 내 소아의료기관들의 유기적인 연계를 통한 어린이 의료의 발전을 도모할 수 있는 환경을 조성하였다.

물론 대한민국의 의료는 미국, 일본과는 다른 체계를 갖고 있다. 그러나 앞선 사례들을 통해 알 수 있는 것은 각 나라의 현실에 맞는 어린이 의료체계를 정립하고 발전시킬 근본적인

대책을 강구해야 하며, 이를 위해선 우리나라도 국가 차원의 지속적인 관심이 필요하다는 것이다. 즉, 한국의 어린이 의료로 지속적으로 관리하고 발전시킬 수 있는 환경을 조성하기 위해 교차체신의 자세로 어린이 의료 관련 법·제도를 수립해야 한다.

현재 대한민국에는 어린이의 건강을 전담하는 정부 부서가 없다. 일부 어린이병원 관련 정책은 보건복지부 공공의료과에서 주관하고 있으나, 전체 공공보건의료의 규모에 비해 어린이 공공전문진료센터의 환자 및 의료기관 수가 적어 지속적인 정책적 관심을 받기 어렵다. 또한 어린이 공공전문진료센터 협의체가 있으나 이는 정부 기관과의 연계에 대한 구체적 근거가 부족하고, 각 센터에 부여되는 의무와 권한이 없기에 어린이 의료의 구체적인 발전 전략을 수립하는 데 한계가 있다.

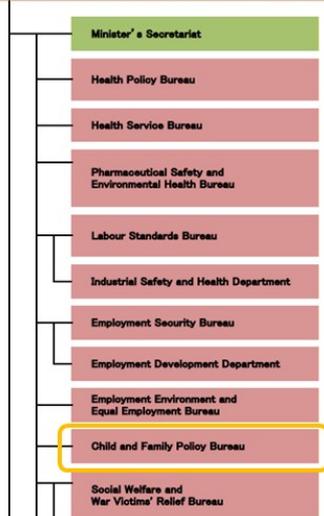
지금과 같이 어린이 공공전문진료센터의 발전 방안이 장기적 시야와 체계를 갖추지 않고 수가를 통해 부분적으로 지원하는 임시방편 형태의 정책만 시행된다면, 국민의 요구에 맞는 어린이 의료 발전을 기대하기 어려울 뿐만 아니라 지역별 어린이 의료체계 확립의 중심이 되어야 하는 거점 어린이병원으로서의 기능조차 수행하기 어려울 것이다. 이를 타개하기

[그림 5] 미국, 일본의 어린이 건강관련 정책 전담부서 현황

[일본] 후생노동성 내 어린이가정국의 하위부서로 모자보건과에서 어린이 건강 관련 정책 전담

Organization Chart

Ministry of Health, Labour and Welfare

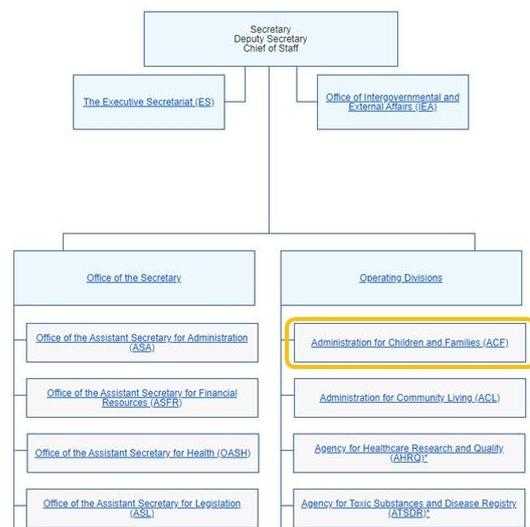


출처: 일본 후생노동성 홈페이지(<https://www.mhlw.go.jp/>)

[미국] 보건복지부 산하기관인 보건자원 및 서비스 행정국 내 모자보건국에서 어린이 건강관련 정책 전담

HHS Organizational Chart

Select an Office below to see specific organizational charts.



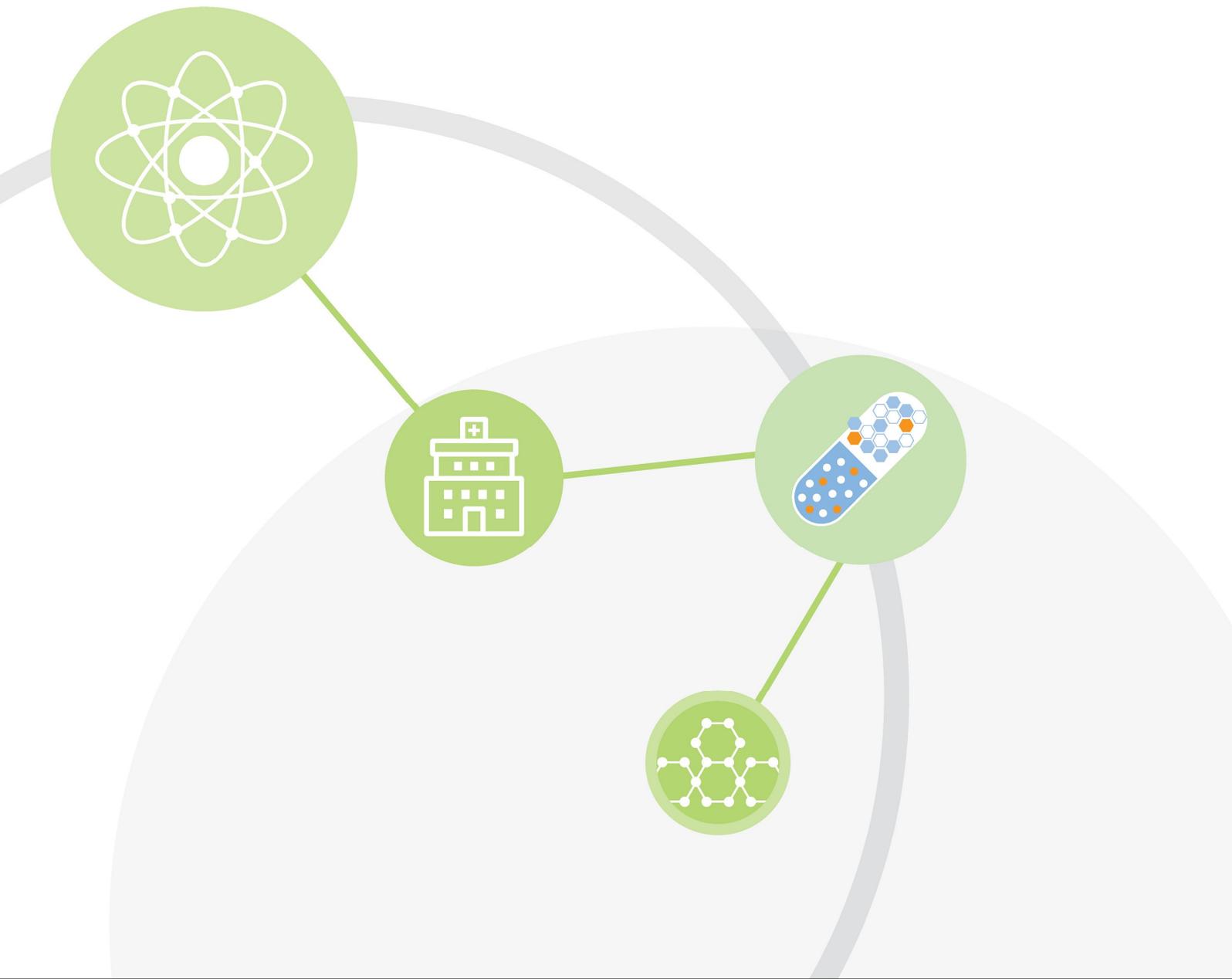
출처: 미국 보건복지부 홈페이지(<https://www.hhs.gov/>)

위해선 어린이 의료의 질 향상, 직종별 기능 정립, 인력 개발 및 보급 등 어린이병원과 관련된 상황을 지속적으로 주시하고 필요한 정책을 수립할 수 있도록, 어린이 건강 관련 법령을 정비하거나 신설하는 것이 필요하다. 그리고 이와 함께 보건 복지부 내에 어린이 의료의 발전을 구체적으로 논의하고, 정부의 지원 및 규제와 관련된 근거를 마련하여 정책을 시행하는 책임 부서 또는 조직의 신설이 선행되어야 한다.

우리나라 어린이의 건강한 성장과 발달을 책임지는 것은 국가의 중요한 책무이다. “어린이는 나라의 미래를 이끌어갈 가장 소중한 존재”라는 말을 거듭하면서, 한국형 어린이 의료 체계가 조속히 재정립될 수 있기를 기대한다.

# 2.

## 지역특집



## 1

## 공평한 출발의 시작, 서울아기 건강 첫걸음 사업



한국사회는 초저출산 사회에 진입한 2001년을 전후로 산모와 영유아에 대한 지원을 대폭 확대했다. 그럼에도 불구하고, 그 효과에 대한 평가는 전반적으로 부정적이다. 이는 ‘삶의 질’이 아닌 양적 확대에 정책의 목표를 설정하고 있던 탓이다. 특히 초기아동발달기 건강지원 서비스의 중요성에도 불구하고 주로 의료비 지원을 중심으로 접근하고 있다는 한계가 존재한다. 이러한 측면에서 가정방문을 통한 산모와 아동의 건강 및 발달 지원제도 도입은 필수적이다. 산전 및 조기 아동기 가정방문 프로그램은 국제적으로 그 효과성이 입증되어 왔으며, 미국은 산모-영아-조기아동기 가정방문(Maternal, Infant, and Early Childhood Home Visiting, MIECHV), 영국은 가족-간호사 파트너십(Family-Nurse Partnership, FNP), 그리고 호주 산모 및 조기 아동기 지속적 가정방문(Maternal and Early Childhood Sustained Home-visiting, MECSH)<sup>1)</sup>, 남호주 가족 가정 방문(Family Home Visiting, FHV) 프로그램 등을 이미 시행하고 있다(강영호 외, 2019; 정혜주 외, 2019).

우리나라에서는 올해 7월 27일, 전국 19개 지자체에서 ‘임산부·영아 건강관리 지원’ 시범사업이 그 첫걸음을 뒀다. 잘 알려져 있듯, 해당 사업의 모체는 ‘서울아기 건강 첫걸음 사업(이하 첫걸음 사업)’이다. 본고에서는 서울아기 건강 첫걸음 사업을 소개하고, 그 의의를 살펴보고자 한다. 첫걸음 사업은 구체적으로 다음의 네 가지 필요성에 주목한다(서울아기 건강 첫걸음 사업 홈페이지 참고). 첫째, 태아기와 영유아기는 건강의 ‘결정적 시기’이며, 둘째, 해당 시기는 두뇌 발달이 집중적으로 이루어지는 민감기이다. 셋째, 초기아동기는 불평등이 시작되는 시기로, 이때 이루어지는 조기개입 활동은

‘강력한 균형자’ 역할을 한다. 마지막으로 조기개입은 비용 대비 편익이 높으며, 개입의 시기가 빠를수록 효과적이다. 이와 같은 필요성에 기반하여 임신부터 출산, 그리고 태어난 아기가 만2세가 될 때까지 간호사의 가정방문 활동을 통해 산모와 아동의 건강한 발달을 지원하는 첫걸음 사업은 서울시는 물론 우리나라의 대표적인 산모·영유아 건강관리 정책으로 자리 잡았다.

### 서울아기 건강 첫걸음 사업

초기아동기 가정방문을 핵심전략으로 가지는 서울아기 건강 첫걸음 사업은 서울시 건강 격차 해소 프로그램의 일환으로 개발·시작된 초기아동 건강발달 프로그램이다. 2013년, 서울시는 강동구, 강북구, 동작구 세 개 자치구를 시작으로 ‘서울시 임산부·영유아 가정방문 건강관리사업’ 시범 사업을 실시했다. 현재는 송파구를 제외한 24개 자치구 보건소를 중심으로 운영되고 있다. 2017년 행정안전부 ‘지자체 저출산 우수 시책 경진대회’에서 우수시책으로 선정되기도 하면서(윤정원, 2019) 2020년 전국단위 시범사업으로 확대되었다. 사업의 연혁은 <표 1>과 같다.

첫걸음 사업은 “건강한 미래를 위한 공평한 출발”을 모토로 개인과 지역사회 단위에서 다양한 건강 결정요인에 개입하여 건강하고 공평한 출발을 보장하는 것을 그 목표로 가진다. 이를 달성하기 위해 5개 세부목표를 설정하고 있다: ① 임신 기간 동안 산모를 지지함으로써 부모역할로의 이행을 향상, ② 엄마가 자신을 돌보도록 도움으로써 산모의 건강과 안녕을 증진, ③ 보무가 아동의 발달을 지지하는 방식으로 아동과 상호작용하도록 도움으로써 아동의 건강과 발달을 증진, ④ 부모가 자신과 아동에 대한 포부를 가질 수 있도록 도움,

1) 서울아기 건강첫걸음 사업은 호주의 MECSH를 주로 벤치마킹하였음. 지속적인 제도의 발전을 통해 현재 서울아기 건강 첫걸음 사업은 독자적 프로그램의 성격을 가지는 것으로 평가되고 있음(강영호 외, 2018)

〈표 1〉 서울아기 건강 첫걸음 사업 연혁

년도	내용
2012년	<ul style="list-style-type: none"> <li>· '서울시 건강 격차 해소를 위한 보건 정책 방안 연구' 통해 산전-아동기 건강 형평성 사업 모형 제시</li> <li>· 호주 뉴사우스웨일즈 대학과 프로그램 도입과 관련된 논의 진행</li> </ul>
2013년	<ul style="list-style-type: none"> <li>· '서울시 임신부·영유아 가정방문 건강관리사업' 시범 사업 실시: 3개 자치구(강동구, 강북구, 동작구)</li> <li>· 호주 MECSH프로그램 도입 시작</li> <li>· 보편방문과 지속방문, 연계서비스 시작</li> </ul>
2014년	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 구로구, 도봉구, 서대문구, 양천구, 중랑구 추가되면서 8개 자치구로 사업 확대</li> <li>· '서울아기 건강 첫걸음 사업'으로 사업명칭 변경</li> <li>· 엄마모임 프로그램 도입 및 부모교육자료 제작</li> </ul>
2015년	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 광진구, 금천구, 성동구, 성북구 추가되면서 12개 자치구로 사업 확대</li> <li>· 교육자료 도입, 사업에 대한 임신부 만족도 평가-환류 체계 확립</li> <li>· 부모교육자료 DVD 및 사업홈페이지 제작</li> <li>· 서울시 '찾동'사업에 포함</li> </ul>
2016년	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 강서구, 관악구, 노원구, 동대문구, 마포구, 영등포구, 은평구, 종로구 추가</li> <li>· 가족파트너십훈련 교육과정 독자 운영</li> </ul>
2018년	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 중구, 서초구 추가</li> <li>· 교육담당 간호사 양성</li> <li>· 간호사에 의한 산모우울 중재 서비스 개발</li> </ul>
2019년	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 강남구, 중구 추가</li> <li>· 사업 수행 위한 각종 지침서, 자료 수정보완 및 신규 개발</li> <li>· 서울아기 건강 첫걸음 사업 나눔터 개최</li> </ul>
2020년	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 전국단위 임신부·영아 건강관리 지원 시범사업 확대 시행</li> </ul>

출처: 서울아기 건강 첫걸음 사업 홈페이지 참고(<http://ourbaby.seoul.kr/project/introduction/01>)(검색일 2020.08.12.)

⑤ 가족들이 가족 내 관계, 다른 가족들과의 관계 또는 서비스 조직들과의 관계를 촉진시켜 나가도록 도움으로써 가족의 사회적 관계 및 연계 증진.

더욱이 첫걸음 사업은 보편적 서비스와 선별적 서비스의

결합을 통해 '비례적 보편주의(proportionate universalism)'의 실현을 지향하고 있다. 구체적으로 임신부에 대한 보편적 평가, 산후 보편방문<sup>2)</sup>이 이루어지며, 고위험군을 대상으로는 지속방문<sup>3)</sup>, 엄마모임, 사회복지 연계서비스, 교육자료 제공



〔그림 1〕 서울아기 건강 첫걸음 사업 대상자 선정 및 관리 절차

출처: 서울아기 건강 첫걸음 사업 홈페이지 참고(<http://ourbaby.seoul.kr/project/introduction/01>)(검색일 2020.08.12.)

2) 모든 임신부에 대한 산전 산모 등록 및 평가, 출산 후 4주 이내(최대 6주 이내) 보편 방문 서비스로 구성. 산모 건강 문제, 신생아 건강 문제, 양육역량 향상 관련 서비스 등 제공

3) 출산 후 4주 이내 이루어지는 보편방문에서 지속방문 대상자 선정. 산모 연령, 산전관리 시작시기, 산모 우울상태, 음주 및 흡연 문제, 기초생활수급자 또는 차상위 계층, 가족특성(장애인 임신부, 한부모 가족, 다문화 가족), 사회심리 평가점수 등 고려하여 지속방문 대상자 선정

등이 추가로 이루어진다(그림 1).

2018년 한해 출산가정 15,161 가구가 해당 서비스를 지원받았고, 송파구를 제외한 서울시 전체 출생아 가구의 31.1%에 대한 방문건강관리가 이루어졌다. 총 방문횟수는 24,749회로 집계됐다. 활동 간호 인력은 100여명이며, 사업에 대한 만족도는 2018년 기준으로 10점 만점에 보편 방문 9.07점, 지속방문 9.34점으로 매우 높게 나타났다. 뿐만 아니라 산모 역량강화를 위한 영유아 건강간호사 교육 결과, 산모의 양육에 대한 자신감 증가 평가 점수도 2017년 7.4점보다 높은 7.51점으로 나타났다(강영호 외, 2019).

### 서울아기 건강 첫걸음 사업의 의의

첫째, 보편 및 추가지원과 의료비 중심으로 제공되던 산모·영유아 대상 건강관리 사업 및 제도와 달리 첫걸음 사업은 전문적인 서비스 지원을 중심으로 운영되고 있다는데 의의가 있다. 특히 가정방문을 통해 산모와 영유아의 건강은 물론, 이들을 둘러싼 다양한 환경적 요인까지 통합적으로 관리한다는 점에서 중요하다(정혜주 외, 2019). 전문적인 요구를 파악하면 해당 산모 및 아동에 필요한 지역사회 다양한 전문 자원과 서비스에 연계함으로써 산모와 아동의 건강한 발달을 위한 다부문 협력을 실천하고 있는 것이다. 이는 애당초 사업이 세계보건기구의 '초기아동발달 통합환경사정모델(Total Environment Assessment Model of Early Child Development, TEAM-ECD)'의 관점에서 접근했기에 가능한 것이었다.

둘째, 관련하여 아동발달을 위한 주요 창구 역할에도 주목할 필요가 있다. 보건 의료체계는 산전 및 3세 미만 영유아에게 도달하는 거의 유일한 서비스이며, 보건 의료인력은 신뢰할 수 있는 정보원으로, 해당 시기 아동과 그 가족에 가장 큰 접근권을 가지는 것으로 알려져 있다(Engle, Young, & Tamburlini, 2013; 정혜주 외, 2019에서 재인용). 특히 이와 같은 역할은 가정방문을 통해 더욱 강화 될 것으로 기대할 수 있다.

셋째, 이러한 접근은 아동의 건강(불평등)은 물론 이외 다른 지표 개선을 기대할 수 있다. 아동 친화적 돌봄과 아동 발달, 취학 준비성 지표 등의 개선, 그리고 장기적으로는 청소년 문제, 사회복지 비용 등의 감소효과를 기대할 수 있을 것이다.

뿐만 아니다. 고용증가를 촉진할 수 있다. 다만 이때에는 고용의 안정성, 급여수준 등에 대한 논의가 함께 이루어져야 한다.

초기아동기는 한 개인의 건강과 발달의 기틀이 되며, 따라서 '건강한 출발'과 '공평한 출발'을 보장하기 위한 핵심적인 시기인 까닭에 정부 차원의 제도적 개입이 필수적이다. 따라서 가정방문 산모·영유아 지원 제도는 시범사업으로 그쳐서는 안 되며, 안정적인 제도로의 정착을 기대한다.

### 참고문헌

1. 강영호, 조성현, 전경자, 이지윤, 김유미, & 조홍준. (2018). 서울아기 건강 첫걸음 사업: 도입과 확대 과정, 사업 내용과 성과, 그리고 향후 과제. 한국모자보건학회지, 22(2), 63-76.
2. 강영호, 조서현, 전경자, 이지윤, 김유지, 조홍준, 박세은, 박은영, 차보현, 김유미. (2019). 산전·조기 아동기 방문건강 관리 방안 연구 결과보고서. 서울대학교 산학협력단.
3. 윤정원. (2019). 서울시, 전국 최초 '임산부영유아 방문건강 관리사업' 내년 전국 확산. 베이비뉴스. <https://www.ibabynews.com/news/articleView.html?idxno=78825>
4. 정혜주, 이주하, 정최경희, 홍미희, 문다슬, 이재경, 김기원, 박인희, 오인성, 박소현, 김보아. (2019). 산모·영유아 필수 의료 및 건강관리 서비스 현황 및 효과성 분석. 고려대학교 산학협력단.
5. Engle, P. L., Young, M. E., & Tamburlini, G. (2013). The role of the health sector in early childhood development. Handbook of early childhood development research and its impact on global policy, 183-201.

## 2

## 강원도 분만 취약지 임산부의 안전한 출산 환경 제공을 위한 노력

- 안전한 출산 인프라 구축 사업단 -



저출산 문제는 우리나라가 시급하게 해결해야 할 중요한 정책 과제로 대두되고 있다. 2019년 기준 우리나라의 합계 출산율은 0.92로 2018년의 0.98에 이어 2년째 전 세계 국가 중 가장 낮은 수준이다. 최근 결혼과 출산 연령이 늦어짐에 따라 다양한 고위험 임신 질환을 가진 고위험 임산부가 매년 증가하는 추세이다.

정부는 이러한 저출산 문제를 해결하기 위해 임신·출산 지원 정책으로서 인프라 확충, 임신·출산 관련 의료비 지원, 산모·신생아 건강관리 서비스 지원 정책 등의 다양한 정책을 추진해 왔다.

그러나 지난 정책적 노력에도 불구하고, 강원도 내 18개 시군 중 평창, 화천, 인제, 정선의 4개 군은 분만취약지로 분류되었다. 이러한 상황에서 강원도 내 분만취약지인 화천, 인제와 더불어 양구, 홍천, 철원 지역의 분만 취약 환경을 개선하고 보완하기 위해 2015년 지역발전위원회와 농림부의 지원으로 안전한 출산 인프라 구축 사업단이 출범하였다.

안전한 출산 인프라 구축 사업단은 2018년 이후부터 보건복지부의 지원을 바탕으로 인프라 구축 사업을 진행하고 있으며, 보건소 및 보건의료원, 산부인과 병원, 대학병원 등의 다양한 직종과 유관기관이 함께 협력하여 고위험 산모 발굴, 관리, 출산에 이르는 시스템을 구축하고 있다.

출산센터팀(고위험 산모·신생아 통합 치료 센터)은 고위험 임산부의 처치 및 분만을 수행하고, 고위험 임신부 상담(야간) 등의 업무를 수행하고 있다.



**안전한 출산  
인프라 구축 사업단**  
INFRASTRUCTURE ESTABLISHMENT TEAM  
FOR SAFE PREGNANCY AND CHILDBIRTH

[그림 1] 안전한 출산 인프라 구축 사업단 로고

### 세상에 없던 안전한 출산 인프라 구축

안전한 출산 인프라 구축 사업단은 '세상에 없던 안전한 출산 인프라 구축'이라는 슬로건 아래 고위험 산모관리 프로그램을 통해 24시간, 분만취약지 임산부들에게 안전한 출산 환경을 제공하고 있다.

임신관리지원팀은 강원도 내 거주 중인 임산부 등록 및 고위험 임산부 발굴, 고위험 임산부 응급상담(주간), 의료기기 대여 및 관리, 고위험 임산부 교육, 전문 의료인 교육, 고위험 임산부 정보 관리, 연간 행사 계획 및 결과 취합, 임산부 지원 및 관리 업무를 수행하고 있다.

운영지원팀은 사업단 발전계획을 수립하고, 사업단의 실적 및 성과관리, 행정 실무와 관련된 업무 등을 수행한다.

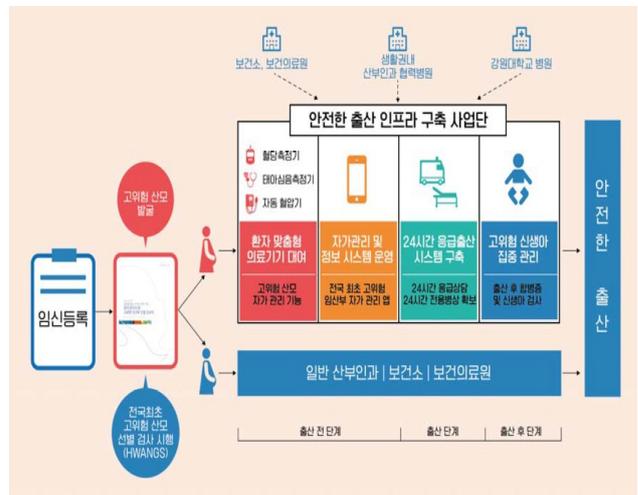
출산센터팀(고위험 산모·신생아 통합 치료 센터)은 고위험 임산부의 처치 및 분만을 수행하고, 고위험 임신부 상담(야간) 등의 업무를 수행하고 있다.



[그림 2] 안전한출산인프라구축사업단 시설 및 활동

### 분만 취약지 임산부의 안전한 출산 환경 조성

지난 5년간 안전한 출산 인프라 구축 사업단은 강원도 분만 취약지의 임산부에 대해 고위험 임신 선별 검사 쿠폰, 의료기기 및 의료소모품 무료임대, 응급산모 안심택시 이용료 지원 등의 다양한 혜택과 고위험 산모관리 프로그램 및 고위험 임신부 자가관리·경보시스템 운영 등을 통하여 4,700명이 넘는 강원도 분만 취약지의 임산부들에게 안전한 출산 환경을 제공하고 있으며, 이를 통해 저출산 고령화 사회에, 출산율 향상과 지역 내 인구증가의 선순환에 기여하고 있다.



[그림 3] 안전한 출산 인프라 구축 사업 모식도

## 안전한 출산 인프라 구축 사업단장 인터뷰

황중윤 사업단장  
(안전한출산인프라구축사업단)



### 1. 안전한 출산 인프라 구축 사업단의 대표적인 성과

- 안전한 출산 인프라 구축 사업단의 대표적인 성과는 분만취약지 산모들을 발굴하고 관리하여 안전한 출산까지 지원하는 인프라를 구축한 것이라고 할 수 있습니다.
- 2015년 사업단 출범 이후 고위험 산모 안심 모바일앱 출시를 비롯하여 응급산모 안심택시 출범, LH한국토지주택공사 강원 지역본부와 응급산모안심스테이 업무체결 등의 여러 전국 최초의 사업들을 시행하였고, 행자부 주최 저출산 극복을 위한 지자체 우수시책경진대회 최우수 선정 등 여러 성과를 바탕으로 분만취약지 산모들이 안전한 출산을 할 수 있는 안정적인 환경을 마련하기 위해 최선의 노력을 하고 있습니다.

### 2. 안전한 출산 인프라 구축 사업단의 핵심 프로그램

- 저출산 시대에 안전한 출산 환경구축은 매우 중요합니다. 출산 전 고위험 산모 발굴, 임신 중 맞춤형 관리, 출산 과정에서 발생할 수 있는 분만 합병증을 줄이는 시스템 구축이 매우 절실합니다. 이를 위해서 안전한 출산 인프라 구축 사업단은 '세상에 없던 안전한 출산 인프라 구축'이라는 슬로건을 내걸고 여러 다양한 사업들을 통해서 분만취약지의 임신부를 돕고 있습니다. 그중 가장 핵심적인 프로그램이라고 할 수 있는 것은 'HWANGS(High risk Pregnant Women Assessment Grading Nt System)'라고 할 수 있습니다.
- 'HWANGS'는 발굴-관리-출산으로 이어지는 일련의 시스템에서 가장 우선되는 발굴 단계로 자체 개발한 임신부터 출산까지 임신 주기 별 5단계 322개 항목의 설문지 선별검사를 통하여 고위험 임신부를 조기에 발굴하고 관리할 수 있습니다.

### 3. 사업단 운영의 문제점이나 어려운 점

- 분만취약지에 대한 문제를 해결하는 가장 이상적인 방법은 분만 취약지역에 산부인과를 만들어 주는 것입니다. 그러나 재정과 의료인력 부족 등의 여러 문제로 인하여 현실적으로 불가능하다 보니 '안전한 출산 인프라 구축 사업단'을 통해 광역 단위의 시스템을 구축하게 되었습니다.
- 전국 최초로 사업을 시행하다 보니 사업의 롤모델이나 벤치마킹 할 곳이 전무 하여 사업단 출범 이후 현재에 이르기까지 여러 시행착오의 어려움이 있었습니다.

- 또한, 단일 직종이 아닌 여러 의료인력 및 사무인력 등의 다양한 직종 및 유관기관들의 참여로 이루어지다 보니 협업의 어려움이 있었습니다. 하지만 분만취약지의 임신부들에게 안전한 분만 환경을 제공하고자 하는 공통된 하나의 소명 의식을 통하여 이를 극복할 수 있었습니다.

### 4. 안전한 출산 인프라 구축 사업단의 역점사업

- 응급산모 안심스테이 사업은 고위험 임신부의 응급상황 발생 시 또는 분만 시에 산부인과와의 거리로 인한 물리적 부담감을 해소하고 응급상황 및 출산 시에 인근 병원으로 빠른 이송을 가능케 하는 사업으로 분만 예정일 3주전부터 출산 후 1주까지 강원도 춘천시 일원의 아파트를 제공하고 있습니다. 2018년 7월부터 시작하여 2018년에 6명의 산모가 응급산모 안심스테이를 이용하였고 2019년에는 20명, 2020년 4월 말을 기준으로 현재까지 총 32명의 산모가 응급산모 안심스테이를 이용하여 안전하게 출산하였습니다. 하지만 평균적으로 3.5:1의 경쟁을 거쳐야 하는 등 산모 선발 및 관리와 같은 어려움이 존재하고 있습니다. 이러한 문제점들을 개선하여 취약지의 더 많은 임신부들이 안전한 출산을 위한 서비스를 제공 받을 수 있도록 사업을 강화하고 확대하기 위해 노력하고 있습니다.
- 분만취약지에 근무하는 의료인을 대상으로 재교육을 시행할 예정입니다. 또한, 분만산부인과가 새롭게 개설되는 철원병원, 양구성심병원, 속초의료원에 대하여 자문 및 교육을 통하여 사업의 고도화와 내실화에 힘쓸 것입니다.

### 5. 중앙정부나 지자체에 바라는 점

- 강원도 영동 및 남부지역의 분만취약지의 문제를 해결하고 나아가 강원도를 넘어 전국단위의 분만취약지 산모들에게 다양한 서비스를 지속적으로 제공 할 수 있도록 사업이 확대 되길 바라는 마음입니다.



안전한출산인프라구축사업단 슬로건과 황중윤 사업단장

# 3

## 전라남도 공공산후조리원



### 겪어보지 못했던 저출산 고령화의 늪

어느 시대든지 위기는 있었고 국가는 정책을 통해 문제를 해결하기 위해 노력해 왔다.

한국전쟁 이후 남한으로의 인구 유입과 1, 2차 베이비붐('55년~'74년) 시기의 인구 증가로 1961년부터 출산 억제 정책이 시행되었고(표 1. 참조), 1983년 출산율이 대체출산율<sup>1)</sup> 수준인 2.1명에 이르렀음에도 1996년까지 감소가 지속되어 인구 규모의 적정수준 유지를 위한 인구정책은 오류를 범하게 되었다.

2018년 한국의 합계출산율<sup>2)</sup>은 0.98명으로 출생통계 작성(1970년) 이래 최저치를 기록했고(통계청), 이는 경제협력 개발기구(OECD) 회원국 가운데 압도적인 꼴찌 수준으로, 우리 사회는 '저출산 고령화'라는 일찍이 겪어 보지 못한 위기를 맞게 되었다. 이것은 우리 사회의 가장 큰 구조적 위험요인으로 경제, 사회 전반에 걸쳐 심각한 영향을 미칠 수 있다. 이제 이를 극복하고 미래사회의 지속적 발전을 보장 받을 수 있는 사회를 만들기 위한 출산 정책이 절실한 시점이

되었고, 지극히 개인적인 돌봄의 형태인 산후조리가 공공의 영역으로 진입하게 되었다.

### 출산 전후, 모성과 아기 건강의 결정적 시기

“출산 휴가 100일로는 부족하다. 산전 휴가 1개월을 더 보태라. 산모만 휴가를 주었더니 안 되겠다. 그 남편에게도 30일간 출산 휴가를 주어라”

출산장려를 위한 21세기 정책공약 같지만, 이는 600여 년 전 세종대왕의 출산 정책이다. 예전부터 출산은 국가가 관여하는 중요한 사회정책의 하나이며 산모의 산후조리 지원은 사회가 공인하는 돌봄의 형태로 출산장려를 위한 국가의 복지 제공의 차원에서 매우 필요한 부분이었다.

문화권에 따라 출산 전후의 건강관리에 대한 의견의 차이는 있지만, 산후조리는 모성과 아기의 건강을 위해 중요한 것은 분명하며, 산욕기는 모성이 출산 후 신체적 정신적으로 회복하고 육아를 위한 준비를 하는 중요한 시기이다.

특히 우리나라의 여성들은 산후조리의 수행내용과 실천

〈표 1〉 표어로 살피 본 대한민국 인구정책 50년

(출처: 행정안전부 국가기록원)

산아 제한 정책	1960년대 (1960년 합계출산율 6.0명)	덮어놓고 낳다 보면 거지꼴을 못 면한다. 하나씩만 낳아도 삼천리는 초만원
	1970년대 (1970년 합계출산율 4.53명)	딸 아들 구별 말고 둘만 낳아 잘 기르자. 1976년을 '나라사랑 피임으로의 해'로
	1980년대 (1983년 합계출산율 2.06명)	잘 키운 딸 하나 열 아들 안 부럽다. 셋부터는 부끄럽습니다.
성비 불균형 감소 정책	1990년대 (1998년 합계출산율 1.57명)	선생님 착한일 하면 여자짜꿍 시켜주나요
출산장려 정책	2009년 (2009년 합계출산율 1.14명)	자녀에게 가장 좋은 선물은 동생입니다.

1) 대체출산율은 인구를 현상 유지하는데 필요한 출산율 수준으로 2.1명이 이에 해당

2) 합계출산율(Total Fertility Rate, TFR)은 여성 1명이 가임기(15~49세) 동안 낳은 평균 자녀 수

여부를 중·노년기의 건강을 예견하는 중요한 척도로 보아왔고, 노후 건강과 밀접히 연계된다는 신념을 가지고 있었기 때문에 산후조리 문화는 오랜 전통으로 이어져 왔다(유은광, 1998. 3).

### 개인적 돌봄인 산후조리가 공적 영역으로 확대

산후조리원은 1996년부터 생겨나, 국내 산모 10명 중 6명이 이용하고 있다(육아정책연구소의 보고서, 2019).

전국 564개 산후조리원의 2주 기준의 이용 요금을 살펴보면, 2,500만 원(특실기준)에서 70만 원(일반실기준)으로 비용 격차가 36배나 된다(보건복지부, 2018 전국 산후조리원현황). 또한, 한국보건사회연구원의 산후조리 실태조사 결과, 산후조리를 위해 가장 필요한 정부 정책은 산후조리원 경비 지원이었다(2018). 취약계층 산모를 위한 믿을 수 있고 비용부담이 적은 산후조리원이 필요성을 확인할 수 있다.

공공산후조리원은 산후조리원이 없어 출산 및 산후조리를 위해서 다른 지역으로 이동해야 하는 산모의 불편을 줄여주기 위한 제도로 저렴한 가격으로 산모의 요구를 충족시키기 위해 도입되어 2020년 현재 서귀포, 해남, 흥성, 삼척, 송파 지역에서 7개의 공공산후조리원이 운영되고 있다(표 2. 참조).

전라남도에는 2018년 기준 분만실 병상이 없는 지역이 22개 시·군 중 10개(담양, 보성, 신안, 나주, 구례, 곡성, 장흥, 함평, 장성, 영암)이며(국립중앙의료원 공공보건의료지원센터) 분만 가능 기관수는 2013년 14개에서 2018년 16개로 증가하였으나 분만 건수는 10,786건에서 7,219건으로 감소

하였다(건강보험심사평가원, 2018).

또한 2017년 기준 연간 50건 이상의 분만이 이루어지는 곳도 22개 시·군 중 5개 지역(목포, 여수, 순천, 광양, 영광, 강진)이며 분만 지역친화도(RI)를 살펴보면, 22개 시·군 중 13곳이 '0'이다. 지역친화도가 낮다는 것은 다른 지역으로의 의료서비스 유출량이 상대적으로 많다는 것을 의미한다.

### 전라남도 공공산후조리원 설치 현황

전라남도는 민선6기 도지사 공약으로 공공산후조리원이 설립되었고, 이는 민선 7기 도지사의 핵심 공약 중 하나이기도 하다. 2020년 6월 현재 3개 지역(해남, 강진, 완도)에서 운영되고 있으며 2020년 나주 공공산후조리원이 개원될 예정이다.

전라남도는 시설비, 운영비(인건비), 이용요금 감면료 등을 지원하고 있으며, 산후조리원의 일정 비율은 기초생활보호 대상자 및 다문화가정 등 취약계층 산모가 이용할 수 있도록 하고 있고, 다자녀(3자녀 이상), 다문화가정, 유공자, 귀농귀촌, 미혼모 가정에 이용요금의 70%를 감면해 주고 있고, 생명보험 사회공헌재단과 협업을 통한 프로그램을 운영하고 있다.

전라남도에는 민간 산후조리원도 5개 지역(목포, 여수, 순천, 광양, 영광)에서 8개소가 운영되고 있는데, [그림 1]의 지역별 분포 현황을 보면 공공산후조리원이 민간 산후조리원이 없는 취약지역에 위치해 있음을 확인할 수 있다.

〈표 2〉 전국 공공산후조리원 현황(8개소, 2020년 6월 기준)

(출처: 전라남도 사회복지과, 해남군인구정책과)

광역	전남			서울	경기	충남	제주	강원
지역	해남군	강진군	완도군	송파구	여주	홍성군	서귀포시	삼척시
운영 규모	10실	10실	10실	27실	13실	14실	14실	13실
운영 형태	해남종합 병원위탁	강진의료원 위탁	대성병원 위탁	시설공단 위탁	경기도의료원 운영	의료원 운영	인구협회 위탁	의료원 운영
가격	154만원	154만원	154만원	190만원	168만원	180만원	154만원	180만원
혜택	취약계층 이용료 70%감면	취약계층 이용료 70%감면	취약계층 이용료 70%감면	취약계층 이용료 50%감면	취약계층 이용료 50%감면	월평균 소득이하 100%이하감면	취약계층 이용료 50%감면	모든 산모 이용료 100%감면



[그림 1] 전라남도 지역별 산후조리원 현황('20.6.기준)

(출처: 전라남도 사회복지과)

### 전라남도 공공산후조리원 이용 현황

2015년 9월부터 2019년 12월까지 총 1,514명의 산모(해남 1,107명, 강진 357명, 완도 50명)가 전라남도 공공산후조리원을 이용하였다. 제일 먼저 2015년 9월에 개원한 해남 공공산후조리원 이용현황을 보면 이용 인원이 매년 증가하다가 2018년부터 감소하는 추세를 볼 수 있는데, 이는 2018년에 강진 공공산후조리원이, 2019년에 완도 공공산후조리원이 개원한 것과 관련 있어 보인다(표 3. 참조).

전라남도 공공산후조리원 이용자 중 타 지역 거주 산모의 이용률은 완도<해남<강진 순으로 나타났다. 특히, 강진 공공산후조리원의 경우, 강진 거주 산모의 이용률보다 강진 외 지역 산모의 이용률이 훨씬 더 많았는데(그림 2. 참조), 이들은 장흥, 영암, 나주, 목포, 무안지역의 산모들로 해남이나 완도보다 강진으로의 접근성이 더 용이하기 때문에 파악되며(그림 1. 참조), 산후조리원 선택에 지리적 접근성이 고려됨을 보여 준다.

2019년 6월에 완도 공공산후조리원 개원이후 강진 조리원의 완도지역 이용자가 이전보다 급격히 줄었는데, 이는 가까운 지역의 산후조리원을 선호하고 있음을 보여준다.

<표 3> 전라남도 공공산후조리원 이용현황

(단위: 명)

	'15	'16	'17	'18	'19
해남공공 산후조리원	79	275	283	246	224
강진공공 산후조리원				126	231
완도공공 산후조리원					50

(출처: 전라남도 사회복지과)

### 전라남도 공공산후조리원 운영 및 관리

식단관리와 다양한 프로그램은 산모의 건강 회복을 돕고 산후우울증 예방을 위해 심리적 안정을 제공한다. 또한, 아기 돌봄을 위한 모유수유 방법, 목욕 시키는 법, 이유식 만드는 방법 등에 대한 교육이 제공된다. 특히 산후조리원은 개별 돌봄의 형태가 아니기 때문에 신생아와 산모를 위한 엄격한 감염관리가 필요하여 타인과의 접촉을 최소화 하고 있으며 감염관리 수칙을 준수하고 있다(표 4. 참조).

코로나19 감염증 발생 이후부터 입소 산모의 수가 감소하였고 신생아, 산모의 감염예방을 위한 확대된 관리가 실시되고 있다. 특히 강진 공공산후조리원의 경우 강진의료원의 코로나 확진환자 수용과 관련하여 잠시 운영을 중단하였었다. 감염관리에 대한 현실적인 방안 마련이 필요한 시점이다.

<표 4> 공공산후조리원 감염관리 수칙

	감염관리 수칙
조리원 종사자	건강검진 년1회, 결핵검사 백일해, Tdap, 인플루엔자 접종 정기적인 감염관리 교육
산모	1. 입실 시 대피로, 화재 대처 방법 교육 2. 신생아 돌봄을 위한 소독 방법, 산욕기 감염 관리, 수유 관리, 수유법 교육 3. 코로나19 감염증 발생 이후부터는 집단 교육 실시 안 함
방문객	(기존) 병실출입제한 손 씻기, 손 소독 및 유리창을 통해 신생아 면회 (코로나19 감염증 발생 이후) 남편 입실 금지 및 남편 외 보호자 면회 금지

(출처: 해남, 강진 공공산후조리원)

## 앞으로의 과제

옛날부터 아이가 태어나거나 장을 담그면 금줄을 걸어 해가 될 수 있는 것들의 접근을 금하는 풍습이 있었다. 금줄은 바이러스 등의 감염을 차단하는 방역의 한가지이며 소중한 것을 지키고자 했던 공동체의 노력이었다. 오늘날의 코로나 19 대유행은 엄격한 감염관리가 필요한 산후조리원에 특별한 금줄의 역할을 하는 방안이 마련되어야 한다는 과제를 주고 있다.

해남 공공산후조리원을 이용한 산모 대상의 설문 결과로 확인된 문제를 보면, 심신 회복뿐만 아니라 다양하고 체계적인 프로그램에 참여하고 싶어서 산후조리원을 선택했는데, 코로나 바이러스 감염증 유행 때문에 프로그램이 운영되지 못하는 것에 많은 아쉬움을 가지고 있었다. 특히, 감염대상자가 아닌 산모의 경우는 더 그러했는데 이러한 문제는 앞으로 모든 산후조리원이 해결해야 할 과제이다.

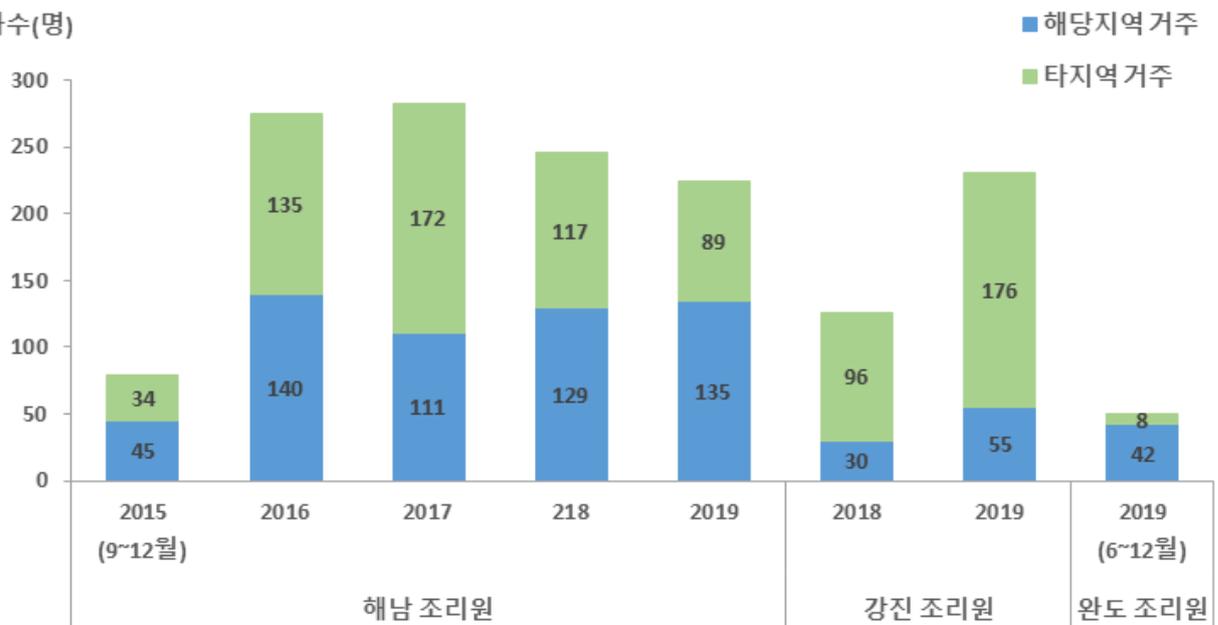
전라남도 공공산후조리원은 민간 산후조리원이 없는 3개의 취약지역에 위치하여 운영되고 있다(2020년 6월 기준). 추후

선정될 공공산후조리원도 다방면의 속고로 이해에 상충이 없도록 해야 할 것이다.

최근 민간 산후조리원의 고급화, 상업화로 비용의 격차도 10배 이상이다. 이에 대한 견제를 공공산후조리원이 할 수 없더라도 비용과 공간이 절박한 취약계층 산모들이 2주 만이라도 마음 놓고 쉴 수 있는 든든한 쉼터의 역할을 하고 있다고 생각한다.

## 전라남도 공공산후조리원 이용자의 거주지역 분포

이용자수(명)



(출처: 해남군 인구정책과, 강진, 완도 공공산후조리원)

[그림 2] 전라남도 공공산후조리원 지역별 이용현황

## 이용자 및 관계자 인터뷰

### - 해남 공공산후조리원 이용 산모 1.(해남거주) -

- “저는 둘째를 출산했어요. 공공산후조리원에 대해 인터넷을 통해 알게 되었어요. 산후조리해 줄 사람이 없고, 집에서 가까워서 선택했습니다. 귀농자 혜택을 받았고 식사, 시설에 대해 기대를 하고 왔는데 매우 만족합니다. 코로나 때문에 프로그램은 마사지 받는 것밖에 못하고 있지만 저는 대체로 만족스럽고 추후 이용할 일이 생긴다면 반드시 이용할 계획입니다.”

### -해남 공공산후조리원 이용 산모 2.(진도거주) -

- “저는 셋째 출산 후 산후조리 중입니다. 블로그를 통해 공공산후조리원에 대해 알게 되었습니다. 아이들이 있어 독립적인 산후조리 공간도 필요하고, 산후조리를 해 줄 사람도 없고, 마사지, 컨디션 회복을 위한 체계적인 산후조리를 받고 싶어 산후조리원을 선택하게 되었는데 가격도 저렴하고, 집에서 가깝고 다자녀 감면 혜택까지 있어 공공산후조리원을 선택했습니다. 전반적으로 만족스럽기는 한데, 코로나 때문에 할 수 있는 것이 너무 없는 것이 아쉬워요. 산모 정신건강을 위한 프로그램이 운영되었으면 합니다.”

### -해남 공공산후조리원 이용 산모 3.(해남거주) -

- “저는 초산이고요. 지인을 통해 공공산후조리원을 알게 되어 선택했습니다. 저는 산후조리원 이용의 감면대상자는 아니지만, 아기에 대한 것들을 배우고 편하게 몸조리를 하고 싶고 집에서 가까워서 선택했는데 기대했던 것에 대한 전체적인 만족도는 보통입니다. 특히 코로나 때문에 프로그램이 운영되지 않은 것이 매우 불만족스럽습니다.”

### - 해남 공공산후조리원 실장(간호사) -

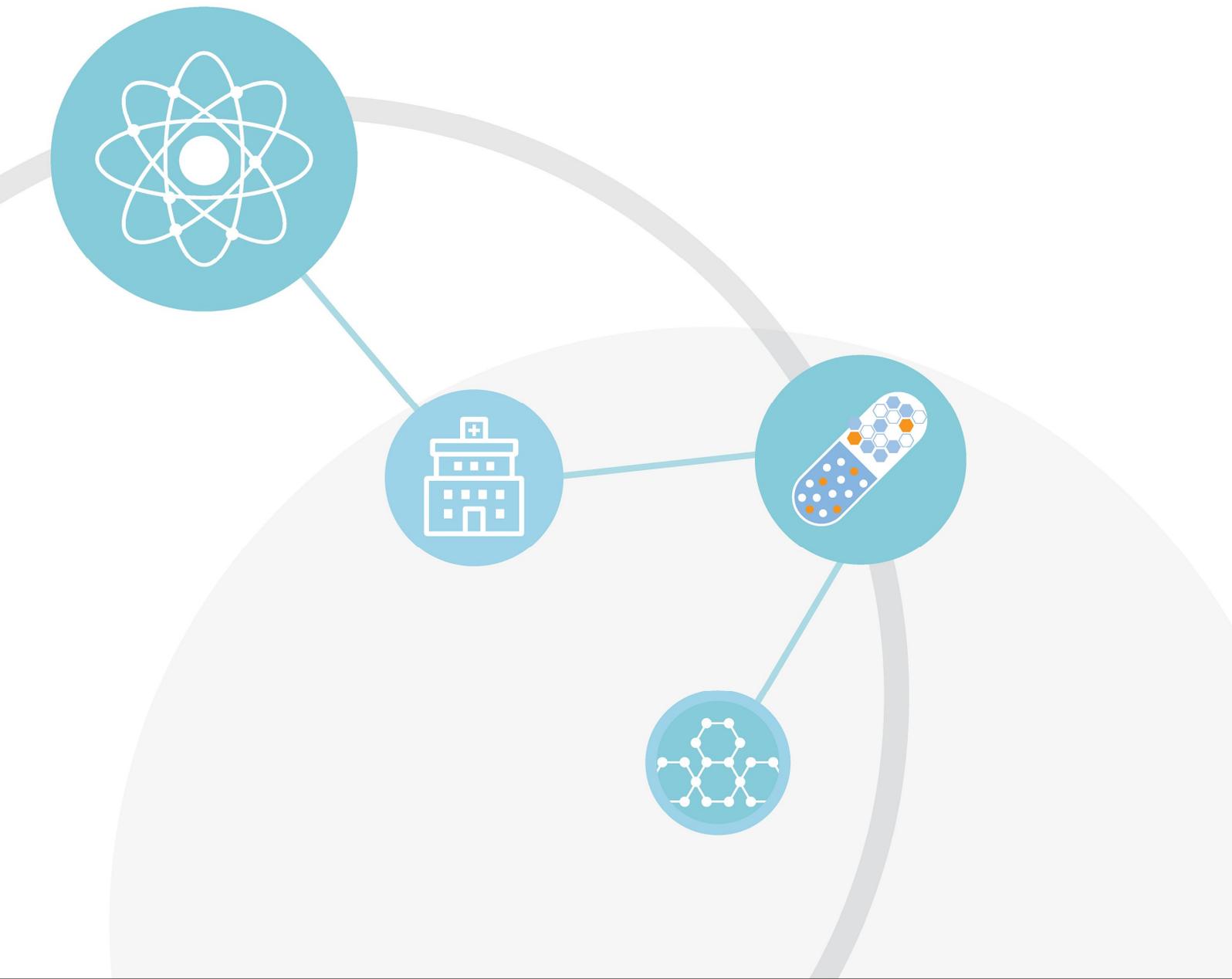
- “공공산후조리원은 비용이 저렴하고 수용 인원이 10명이라 감염관리 등이 용이한 장점이 있습니다. 우리 조리원이 개원한 2015년부터 올해까지 3번을 이용했던 다문화 가정 산모가 가장 기억에 남고 이렇게 재이용하시는 분을 볼 때 보람이 큼니다. 생명보험사회공헌재단의 지원을 받아 여러 가지 산모들을 위한 프로그램을 운영했었는데 코로나19 관련하여 중단되었고, 남편을 포함한 외부 면회객 면회까지 모두 중단하였습니다.”

### - 강진 공공산후조리원 실장(간호사) -

- “공공산후조리원은 취약계층 산모들에게 감면 혜택을 주고 있습니다. 도의 지원을 받고 있으나, 적자가 나는 경우가 있어 지원을 더 해 주었으면 하는 바람이 있습니다.”

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

■ 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

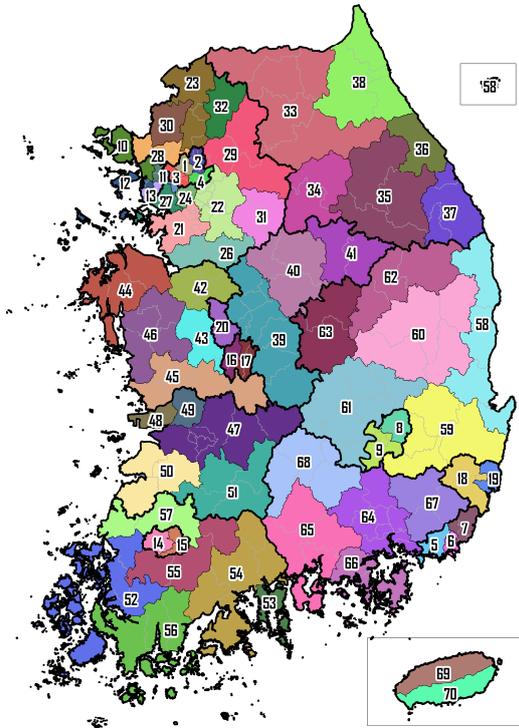
\* 시도경계를 기준으로 17개 권역으로 구분, 권역경계와 인구수·이동시간·의료이용률· 시도 공급계획을 기준으로 시군구를 70개 지역으로 구분하여 '중진료권' 도출. 필수의료분야는 시·군·구 단위를 넘어서는 포괄적인 정책관리가 필요하여, '중진료권' 단위의 정책관리 필요.

### 「공공의료 INSIGHT」 분기별 주제

1분기 (봄호)	2분기 (여름호)	3분기 (가을호)	4분기 (겨울호)
필수중증의료 (응급·외상·심뇌혈관 등)	산모(분만·신생아), 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	
인천 (4)	9 대구서남	남구 달서구 달성군 서구	60 안동권	안동시 의성군 청송군 영양군	
	10 인천서북	서구 강화군	61 구미권	구미시 칠곡군 군위군 김천시 성주군 고령군	
	11 인천동북	부평구 계양구	62 영주권	영주시 예천군 봉화군	
	12 인천중부	중구 남구 동구 옹진군	63 상주권	상주시 문경시	
광주 (2)	13 인천남부	연수구 남동구	64 창원권	창원시 의령군 함안군 창녕군 진주시 산청군 하동군 사천시 남해군	
	14 광주광서	광산구 서구	65 진주권	진주시 산청군 하동군 사천시 남해군	
대전 (2)	15 광주동남	북구 동구 남구	66 통영권	통영시 고성군 거제시	
	16 대전서부	유성구 서구	67 김해권	김해시 밀양시 양산시	
울산 (2)	17 대전동부	대덕구 동구 중구	68 거창권	거창군 합천군 함양군	
	18 울산서남	울주군 중구	제주 (2)	69 제주시 제주시	
경기 (12)	19 울산동북	남구 북구 동구	70 서귀포시 서귀포시		
	20 세종	세종			
	21 수원권	수원시 화성시 오산시			
	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 2호」 산모(분만·신생아)·어린이의료 현황분석

### ■ 「공공의료 INSIGHT」 2020년 2호 공공의료 동향분석 II 산모(분만·신생아)·어린이의료 현황분석

- 어린이에 대한 보건의료서비스는 성인건강의 기초를 마련하고 장래의 장애 및 불건강을 예방할 수 있다는 점에서 중요한 보건의료분야로 꼽힌다. 최근 신생아집중치료시설 및 어린이 의료시설의 확충, 의료기술의 발전 등으로 신생아 및 유아사망률은 크게 감소하였으나, 지역에 따라 분만 인프라, 어린이 전문진료 자원의 양과 질의 차이가 크며, 이는 의료이용의 차이, 장기적으로는 건강결과의 지역간 격차를 초래하고 있다.
- 동향분석에서는 산모·어린이와 관련된 의료기관 및 의료인력 등 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 산모·어린이 의료와 관련된 지역의 문제를 파악하고, 해당 권역 내에서 산모와 어린이에 대한 필수의료에 책임 있게 제공되기 위해 필요한 정책적 시사점들을 도출하는데 도움을 주고자 하였다.

### ■ 「공공의료 INSIGHT」 2020년 2호 공공의료 동향분석 II 분석지표

- 의료필요, 의료자원, 의료이용, 건강결과 각 단계에서 산모·어린이의료 현황을 잘 보여줄 수 있는 분석지표를 선행연구와 전문가 자문을 통해 선정하였고, 분만 및 신생아와 관련된 산모에 대한 의료와 어린이의료 두 Part로 나누어 구성하였다.
- 의료이용 지표의 경우, 기준으로 지역 내에서 양질의 의료이용이 이루어지고 있는지 가능해볼 수 있는 지표인 관내 의료이용률(RI, Relevance Index)과 기준시간내 의료이용률(TRI, Timely Relevance Index)을 국민건강보험공단의 의료이용 청구자료를 이용하여 환자주소지 기준으로 산출하여 살펴보았다. 모성 part에서는 분만 및 고위험분만, 신생아 입원 및 신생아중환자실 입원 의료이용을 살펴보고, 어린이의료에서는 소아청소년과 입원 의료이용을 살펴보았다. 신생아중환자실병상, 산모-태아집중치료실 병상 등 전문진료자원에 대해서는 지역별 병상가동률의 차이를 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 출생아수·소아청소년 인구수를 고려하여 지표를 설정하였다.
- 산모·어린이의료 현황을 살펴보기 위한 분석지표는 8개 자료원( 표 1 )을 활용하여 산모(분만·신생아) 지표 26개, 어린이 지표 10개 등 총 36개( 표 2 )지표를 각 자료원에서 지표정의에 따른 정보를 추출하여 직접 산출하였다.

**〈표 1〉 산모·어린이의료 현황 분석지표 주용 내용 및 자료원**

단계	지표 주요내용		자료원
의료 필요	출생아수		① 「출생아수( 시도/시/군/구 )」, 통계청 KOSIS
	미숙아수, 저체중아수, 다태아수, 35세 이상 산모수		② 「사망원인통계」, 통계청 MDIS
	고위험분만 수, 소아청소년 입원환자 수		③ 「맞춤형연구DB」, 국민건강보험공단
	소아청소년 인구수		④ 「주민등록인구(시군구별/1세별)」, 통계청 KOSIS
의료 자원	분만가능 기관수, 소아청소년과 진료가능 기관수		⑤ 「맞춤형연구DB」, 국민건강보험공단
	분만실 병상수, 신생아실 병상수, 신생아 집중치료실 병상수, 산부인과 전문의 수, 소아청소년과 전문의 수		⑥ 「의료기관현황」, 건강보험심사평가원
	산모-태아 집중치료실 병상수, 어린이공공전문진료센터 수		⑦
의료 이용	관내의료이용률	분만, 고위험분만, 신생아입원, 신생아 중환자, 소아청소년 입원	⑧ 「맞춤형연구DB」, 국민건강보험공단
	기준 시간내 의료이용률		
	병상가동률	산모-태아 집중치료실, 신생아 중환자	
건강 결과	영유아건강검진 수검률		⑨ 「건강검진통계 (시군구별/성별/영유아)」, 통계청 KOSIS
	모성 사망비, 출생전후기사망률, 신생아사망률, 영아사망률		⑩ 「사망원인보완조사」, 통계청 MDIS
	5세미만 사망률, 소아청소년 치료가능사망률		⑪ 「사망원인통계」, 통계청 MDIS

〈표2〉 산모·어린이의료 현황 분석지표 목록

■ Part1. 산모(분만·신생아)

구분	번호	지표명	지표내용	산출단위	자료원
의료 필요	1	출생아수(명)	대한민국 국민에 의해 발생한 출생인구 수(%)	면적 중진료권	①
	2	미숙아 구성비(%)	출생아 중 임신주수 37주 미만 출생아 수의 비율(%)	면적 중진료권	②
	3	저체중아 구성비(%)	출생아 중 2.5kg 미만 출생아수의 비율(%)	면적 중진료권	②
	4	다태아 구성비(%)	출생아 중 다태아 출생아수의 비율(%)	면적 중진료권	②
	5	35세 이상 산모의 비중(%)	출생아 중 모성의 연령이 35세 이상 수의 비율(%)	면적 중진료권	②
	6	고위험분만 비율(%)	출생아 중 고위험분만 <sup>1)</sup> 분만건수의 비율(%)	면적 중진료권	③
의료 자원	7	분만가능기관 수(출생아 천명당)	출생아 천명당 분만이 가능한 의료기관 <sup>2)</sup> 개소수	면적 중진료권	③
	8	분만실 병상수(출생아 천명당)	출생아 천명당 전체의료기관 분만실 병상수	면적 중진료권	⑤
	9	신생아실 병상수(출생아 천명당)	출생아 천명당 전체의료기관 신생아실 병상수	면적 중진료권	⑤
	10	신생아 집중치료실(NICU) 병상수(출생아 천명당)	출생아 천명당 전체의료기관 신생아 집중치료실(NICU) 병상수	면적 중진료권	⑤
	11	산모-태아 집중치료실(MFICU) 병상수(출생아 10만명당)	출생아 천명당 산모-태아 집중치료실(MFICU)로 지정된 병상수	면적 중진료권	⑥
	12	산부인과 전문의 수(출생아 천명당)	출생아 천명당 의료기관중산부인과 전문의 수	면적	⑤
의료 이용	13	분만 관내의료이용률(RI)(%)	해당지역 거주 산모의 분만 <sup>3)</sup> 의 총 의료이용량 중 거주 지역 소재 의료기관을 이용한 의료이용량의 백분율(%)	면적 중진료권	③
	14	분만 기준시간(60분)내 의료이용률(TRI)(%)	해당지역 거주 산모의 분만 <sup>3)</sup> 의 총 의료이용량 중 60분내 의료기관을 이용한 의료이용량의 백분율(%)	면적 중진료권	③
	15	고위험분만 관내의료이용률(RI)(%)	해당지역 거주 고위험분만환자 <sup>4)</sup> 의 총 의료이용량 중 거주 지역 소재 의료기관을 이용한 의료이용량의 백분율(%)	면적 중진료권	③
	16	고위험분만 기준시간(60분)내 의료이용률(TRI)(%)	해당지역 거주 고위험분만환자 <sup>4)</sup> 의 총 의료이용량 중 60분내 의료기관을 이용한 의료이용량의 백분율(%)	면적 중진료권	③
	17	산모-태아 집중치료실(MFICU) 병상가동률(%)	산모-태아 집중치료실로 지정된 병상의 연간 병상이용환자 수의 비율	면적 중진료권	③
	18	신생아 관내의료이용률(RI)(%)	해당지역 거주 신생아입원 <sup>5)</sup> 환자의 총 의료이용량 중 거주 지역 소재 의료기관을 이용한 의료이용량의 백분율(%)	면적	③
	19	신생아 기준시간(60분)내 의료이용률(TRI)(%)	해당지역 거주 신생아입원 <sup>5)</sup> 환자의 의료이용량 중 60분내 의료기관을 이용한 의료이용량의 백분율(%)	면적 중진료권	③
	20	신생아 중환자 관내의료이용률(RI)(%)	해당지역 거주 신생아 중환자 <sup>6)</sup> 의 총 의료이용량 중 거주 지역 소재 의료기관을 이용한 의료이용량의 백분율(%)	면적 중진료권	③
	21	신생아 중환자 기준시간(60분)내 의료이용률(TRI)(%)	해당지역 거주 신생아 중환자 <sup>6)</sup> 의 총 의료이용량 중 60분내 의료기관을 이용한 의료이용량의 백분율(%)	면적 중진료권	③
	22	NICU 병상가동률(%)	신생아 집중치료실을 운영하는 기관의 연간 병상이용환자 수의 비율	면적 중진료권	③
건강 결과	23	모성사망비(출생아 10만명당)	출생아수 10만명당 모성사망자 수	면적 중진료권	⑧
	24	출생전후기사망률(출생아 천명당)	총 출생아 <sup>6)</sup> 수 중 출생전후기 <sup>7)</sup> 사망자 수	면적 중진료권	⑧
	25	신생아사망률(출생아 천명당)	총 출생아 <sup>6)</sup> 수 중 출생전후기 <sup>7)</sup> 사망자 수	면적 중진료권	⑧
	26	영아사망률(출생아 천명당)	출생아 천명당 0세 사망아 수	면적 중진료권	⑧

1) 고위험분만: 분만청구 수가코드 중 산전코드 첫 번째 자리가 S, T인 명세서 청구건  
 2) 분만가능의료기관: 연간 분만실적이 50건 이상인 의료기관 (분만: 분만 수가코드 R3131-R5002가 명세서 청구건)  
 3) 분만: 분만 수가코드 R3131-R5002의 명세서 청구건  
 4) 신생아 입원: 신생아 입원료 수가코드 AG111-AG421의 명세서 청구건  
 5) 신생아 중환자: 신생아 중환자실 입원 수가코드 AJ100-AJ590의 명세서 청구건  
 6) 총 출생아수: 출생아수+28주 이상 태아사망자 수  
 7) 출생전후기: 임신 28주 이상 태아사망자 수+생후 7일 미만 신생아사망자 수

■ Part2. 어린이

구분	번호	지표명	지표내용	산출단위	자료원
의료 필요	1	소아청소년(18세 이하) 인구(천명)	18세 이하 소아청소년 인구수( 18세 이하 천명)	면적 중진료권	④
	2	소아청소년(18세 이하) 입원환자 수(인구천명당)	18세 이하 소아청소년인구 천명당 18세 이하 입원환자 수	면적 중진료권	③
의료 자원	3	어린이공공전문진료센터 수(개소)	어린이 공공전문진료센터 개소수	면적	⑥
	4	소아청소년과 진료가능 기관 수(인구10만명당)	18세 이하 소아청소년 인구 10만명당 소아청소년과 진료가능 <sup>8)</sup> 기관수	면적 중진료권	③
	5	소아청소년과 전문의 수(인구10만명당)	18세 이하 인구 10만명당 의료기관중사 하는 소아청소년과 전문의 수	면적 중진료권	⑤
의료 이용	6	영유아건강검진 수검률(%)	영유아검진 대상 중 수검을 받은 영유아의 비(%)	면적 중진료권	⑦
	7	소아청소년 입원환자 관내의료이용률(%)	해당지역 거주 소아청소년과 입원환자의 총 의료이용량 중 거주 지역 소재 의료기관을 이용한 의료이용량의 백분율(%)	면적 중진료권	③
	8	소아청소년 입원환자 기준시간(60분)내 의료이용률(%)	해당지역 거주 소아청소년과 입원환자의 총 의료이용량 중 60분내 의료기관을 이용한 의료이용량의 백분율(%)	면적 중진료권	③
건강 결과	9	5세미만(0-4세)사망률(인구10만명당)	5세 미만 인구 천명당 대비 만 5세 미만 사망자 수	면적 중진료권	②
	10	소아청소년(18세이하) 치료가능사망률(인구10만명당)	18세 이하 인구 대비 치료가능사망원인 <sup>9)</sup> 으로 사망한 18세 이하 사망자 수	면적 중진료권	②

8) 소아청소년과 진료가능기관: 소아청소년과 입원 실적이 연간 50건 이상인 의료기관  
 9) 치료가능사망원인: 현재의 의료서비스 수준 및 의료지식을 적용한 검진 및 치료등으로 피할 수 있는 사망. OECD/Eurostat (2019), "Avoidable mortality: OECD/Eurostat lists of preventable and treatable causes of death"

# Part1 산모(분만·신생아)

## 1. 의료수요

○○○ 현황 ○○○

- 2018년 전국 출생아수는 326,822명으로, 전년대비 30,900명 감소(-8.7%)한 것으로 보고된다(2018 출생통계, 통계청).
- 전체 출생아의 44.7%가 경기도와 서울시에 거주하며, 특히, 서울 4개 중진료권과 경기 수원권, 성남권, 고양권 등 7개 중진료권에 전국 출생인구의 약 1/3이 집중되어 있다.
- 결혼연령이 늦춰짐에 따라, 산모의 출산 연령이 높아지면서 고령산모의 비중이 증가하고 있으며, 2018년 35세 이상 고령산모 비율은 31.8%로, 산모 10명 중 3명은 고령산모인 것으로 나타났다.
- 고령산모가 증가함에 따라, 미숙아, 저체중아 등 고위험신생아 출산비율도 높아지는 추세이며, 2018년 전체 출생아 중 임신주수 37주 미만의 미숙아는 7.8%, 출생체중 2.5kg미만의 저체중아는 6.2%였다.
- 2018년 출생아 중 태아인 경우 59.1%가 저체중아였으며, 1.5kg미만의 극소저체중아 비율도 6.7%로 단태아(0.5%)에 비해 매우 높았다.

것으로 나타났다.

**[참고] 고위험분만 인정기준** [고시 제2016-204호, '16.11.11. 시행]

다음의 요건 중 1개 이상을 충족한 경우에 고위험 분만에 해당하는 것으로 함

- 다 음 -

가. 출산 당시 나이가 만 35세 이상인 산모	HIV 양성 중 어느 하나 이상에 소하면서
나. 임신 제1 산분기 당시 BMI가 27.5kg/m <sup>2</sup> 이상인 산모	분만에 직접적인 위험을 줄 수 있는 질환을, 임신 전 또는 임신 기간 중 진단 받고 지속 치료중인 산모
다. 임신 중 5cm 이상의 자궁근종 또는 자궁기형을 가진 산모	자. 출산과정에 영향을 미치거나, 분만 중 태아 또는 신생아의 생존 능력에 영향을 미치는 태아 기형
라. 임신 34주 미만의 조산	차. 출생당시 체중이 4kg 이상 또는 2.5kg 미만의 신생아
마. 전자간증, 자간증 또는 가중합병전자간증	카. 생애간 수술 증후군
바. 전치태반 또는 태반 조기 박리	
사. 양수과다증 또는 양수과소증	
아. 뇌혈관계 질환, 심혈관계질환, 신장 질환, 당뇨병, 혈액응고장애, 백혈병, 매독, 또는	

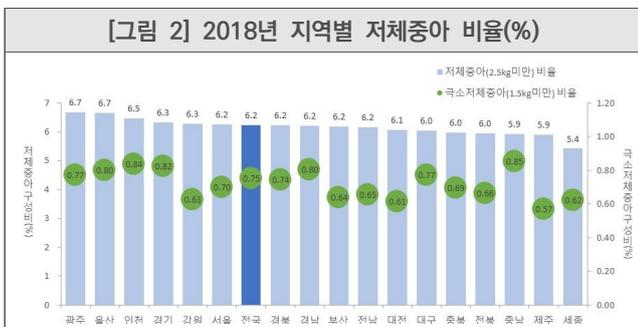
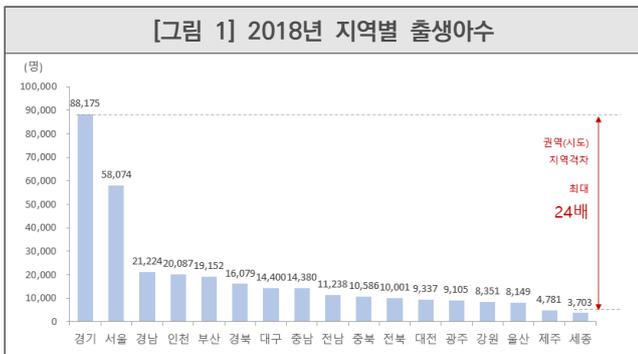
○○○ 지역격차 ○○○

- 연간 출생아수가 가장 많은 경기도는 제주도보다 24배나 많았고, 중진료권 수준에서는 출생인구가 천명 미만인 지역도 10곳이나 되어, 출생아수의 지역격차는 상당히 큰 편이었다.
- 고령산모비율은 울산을 제외한 특·광역시에서 30%이상으로 대체로 높았고, 울산, 강원, 충청, 전라, 경상 지역은 26~29%로 상대적으로 낮은 편이었다.
- 고위험분만 비율은 광주광역시가 22.8%로 가장 높았고, 충청남도가 14.3%로 가장 낮아, 시도권역수준 지역격차는 최대 1.6배였다. 중진료권 수준에서는 광주광역시 23.2%로 가장 높았고, 충북 제천권이 9.3%로 가장 낮아, 중진료권 수준의 지역격차는 최대 2.5배였다.

〈표 3〉 고위험신생아 및 고위험산모 비율의 시도권역 분포

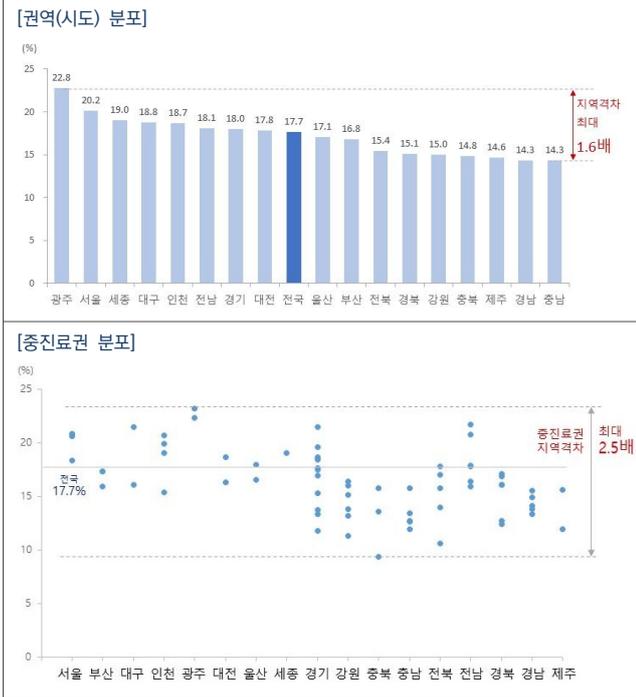
	미숙아 <sup>1)</sup> 비율	저체중아비율 <sup>2)</sup>	다태아 비율	고령산모 <sup>3)</sup> 비율
전국	7.8%	6.2%	4.2%	31.8%
서울	7.1%	6.2%	4.7%	36.2%
부산	8.0%	6.2%	4.0%	34.3%
대구	7.5%	6.0%	3.4%	32.0%
인천	8.2%	6.5%	4.4%	31.3%
광주	8.8%	6.7%	4.7%	31.6%
대전	7.3%	6.1%	4.1%	30.0%
울산	8.0%	6.7%	4.1%	29.0%
세종	6.8%	5.4%	4.1%	31.4%
경기	8.0%	6.3%	4.4%	32.7%
강원	7.2%	6.3%	3.6%	28.6%
충북	6.9%	6.0%	4.2%	26.6%
충남	8.2%	5.9%	3.8%	26.0%
전북	7.6%	6.0%	3.9%	29.7%
전남	8.9%	6.2%	3.7%	28.0%
경북	7.9%	6.2%	3.8%	28.7%
경남	8.1%	6.2%	3.8%	28.9%
제주	7.2%	5.9%	4.0%	33.9%

1) 임신주수 37주 미만, 2) 출생체중 2.5kg 미만, 3) 35세 이상



- 2018년 의료기관 분만건 중 산모의 연령이 고령(35세 이상)이거나, 임신 34주 미만의 조산, 출생체중 4kg이상 또는 2.5kg미만 등 고위험분만에 해당하는 비율은 17.7%나 되는

[그림 3] 고위험분만\* 비율



\* 의료이용 명세서 분만청구 수가코드 중 산정코드 첫번째 자리가 S,T인 청구건

[그림 4] 고위험신생아 및 고위험산모 비율의 중진료권 분포



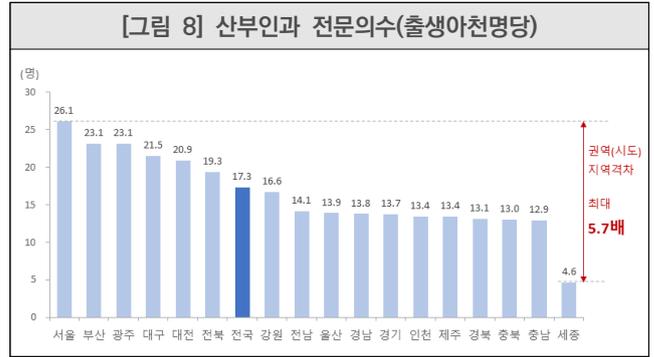


분만실 병상수의 CV가 0.54로 상대적으로 가장 작았고, 신생아실 병상수는 0.70, 신생아중환자실 병상수는 1.21로, 신생아 중환자실 병상수의 지역격차가 가장 컸다.

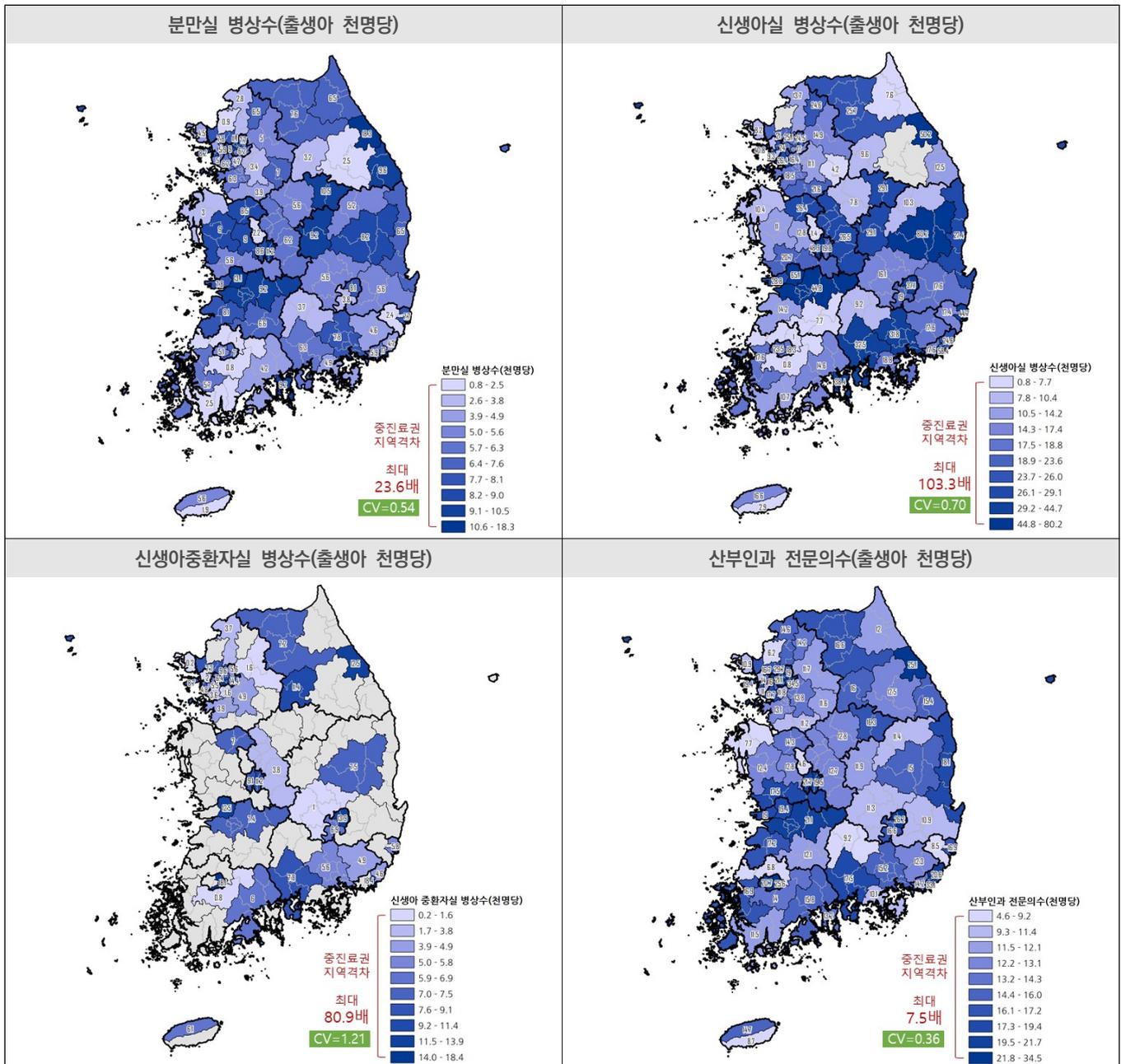
○○○ 의료인력 ○○○

- 분만과 직접적으로 관련된 산과전문의수는 별도로 집계되고 있지 않아, 전체 산부인과 전문의수로 관련 의료인력 수준을 확인해보면, 2018년 산부인과 전문의수는 출생아천명당 17.3명수준이었고, 지역별로는 서울이 출생아천명당 26.1명으로 가장 많았고, 세종이 4.6명으로 가장 적었다. 중진료권 중에서는 서울동남이 출생아천명당 34.5명으로 가장 많았고, 울산서남, 세종, 경기 파주시, 충남 서산권, 전남 영광권,

경남 거창권, 제주 서귀포시는 출생아천명당 산부인과전문의가 10명 미만으로 전문인력이 부족한 것으로 나타났다.



[그림 7] 산모(분만·신생아)관련 의료자원의 중진료권 분포



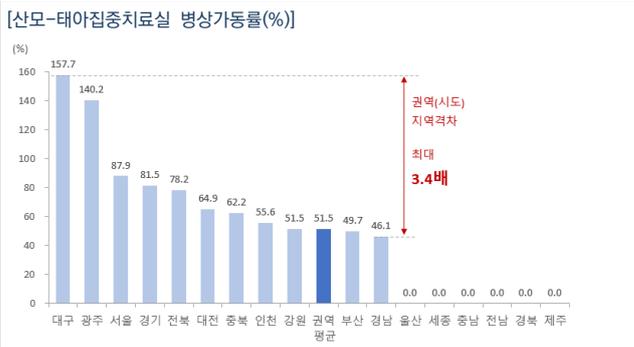
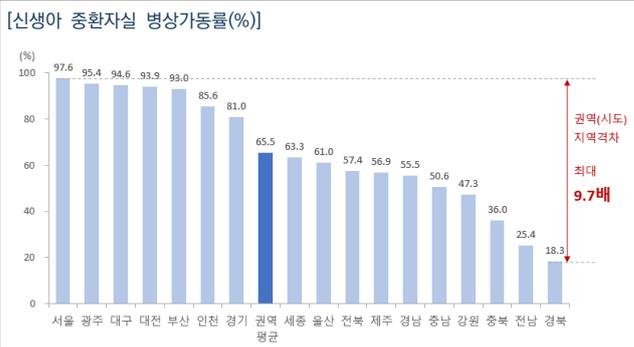
### 3. 의료이용

... 현황 ...

- 분만·신생아와 관련된 의료이용 수준을 파악하기 위하여, 첫째는 분만 및 고위험분만, 신생아 입원 및 신생아중환자실 입원에 대하여 시도권역과 중진료권 수준에서 관내의료이용률과 기준시간내 의료이용률을 측정하여 수요자 측면에서의 이용현황을 살펴보고, 둘째는, 산모-태아집중치료실과 신생아 중환자실의 병상가동률을 측정하여 공급자 측면에서의 제공현황을 살펴보았다.
- 먼저 분만과 관련한 의료이용은, 광주광역시가 일반분만 및 고위험분만 모두 관내의료이용률, 기준시간내 의료이용률이 95%이상으로 높았다.
- 세종시는 분만실 병상수가 시도권역 중 가장 적었는데, 이에 따라 분만 및 고위험분만 관내의료이용률도 30%수준으로 시도권역 중 가장 낮게 나타났다. 하지만 기준시간내 의료이용률은 시도평균 수준으로 나타나, 대전(분만실 병상수가 시도권역 중 2번째로 많음)등 인접한 지역에서 분만 의료이용을 하고 있는 것으로 보인다.
- 강원도 분만 및 고위험분만 관내의료이용률은 80~83%로, 시도평균과 비슷한 수준이었으나, 기준시간내 의료이용률은 60~64%로 낮게 나타났으며, 충북도 비슷한 경향을 보였다. 강원·충북과 같이 면적이 넓은 지역에서는 관내에서 제공·이용되는 의료서비스의 총량분 만 아니라, 의료서비스 제공 지역의 지리적 분포에도 관심을 기울여야 할 것으로 보인다.
- 경북과 전남은 분만·고위험분만의 관내의료이용률, 기준시간내 의료이용률이 모두 60%대로 낮게 나타났다. 전남은 분만 관련 의료자원이 세종시에 이어 2번째로 낮은 수준이었던 영향으로 보이나, 경북은 분만기관수나 병상수가 전국수준인 것에 비하면 관내의료이용률이 상대적으로 더 낮은 편이었다.
- 신생아 입원 및 중환자실 입원에 대한 관내의료이용률도 광주광역시에서 98%이상으로 권역 중 가장 높았고, 세종시는 0%로 가장 낮았다. 광주광역시는 산모·신생아 의료에 대한 수요가 관내에서 대부분 충족되고 있는 것으로 보이나, 세종시는 관내에서 전혀 충족되지 못하고 있었다.
- 경북은 신생아 중환자실 입원의 관내의료이용률이 0.1%로 거의 대부분이 타권역에서 이루어지고 있었다. 신생아 중환자실 병상이 출생아천명당 1.0개로 가장 적었던 영향도 있지만, 분만·고위험분만의 관내의료이용률이 낮은 것과도 연관되어 있을 것으로 보인다.
- 강원도 신생아입원 관내의료이용률은 52%로 낮았는데, 기준시간내 의료이용률은 37.9%로 더 낮았다. 분만과 마찬가지로, 신생아에 대한 의료서비스도 관내 제공여부 뿐만 아니라, 관내 의료자원에 대한 접근성을 좀 더 높이기 위한 노력이 필요해 보인다.

- 신생아중환자실 병상가동률은, 서울이 97.%로 가장 높았고, 광주, 대구, 대전, 부산 순이었다. 이 지역들은 신생아 중환자실의 관내 및 기준시간내 의료이용률이 높았던 지역으로, 수요자 측면의 이용률도 높고, 공급자 측면의 제공률도 높았다.
- 인천광역시와 경기도는 신생아중환자실 병상가동률이 81~86% 수준으로, 앞선 지역들 다음으로 높은 편이었는데, 신생아 중환자실 관내의료이용률은 60~63%로 낮았다. 인천과 경기도는 신생아중환자실 병상이 출생아천명당 3.8개로 전국평균(5.5개) 보다 낮았었는데, 관내의료이용률을 높이기 위한 여러 접근 방법 중, 신생아중환자실 병상 확대에 대한 고려도 필요해 보인다.
- 신생아중환자실 병상가동률도 낮고, 관내의료이용률도 낮은 나머지 지역들은 수요자의 필요에 맞는 의료서비스 제공을 위한 노력이 필요해 보인다.
- 산모-태아집중치료실 병상가동률은, 대구, 광주의 경우 100%가 넘는 것으로 나타나, 산모와 신생아에 대한 통합 진료서비스 수요가 공급에 비해 큰 것으로 보이나, 정상적인 값의 범위를 넘어서는 수치로, 의료보험 청구자료의 특성과 지역현황에 대한 심층분석이 요구된다.
- 서울, 경기, 전북의 산모-태아집중치료실 병상가동률은 7~80% 수준이며, 대전, 충북, 인천, 강원은 5~60%수준, 그리고 부산과 경남은 50%미만 이었다.

[그림 9] 신생아중환자실 및 산모-태아집중치료실 병상가동률(%)



•• 지역격차 ••

- 분만·고위험분만의 관내의료이용률은 시도권역 수준에서 최대 3배의 지역격차가 있었고, 기준시간내 의료이용률은 이보다 작은 1.6~7배 수준이었다.
- 신생아입원·신생아중환자실의 관내의료이용률은 극단적으로 0%인 지역(세종, 경북)이 있어서, 지역격차는 분만보다 더 컸고, 기준시간내 의료이용률도 신생아입원은 최대 2.6배, 신생아중환자실은 최대 5.3배로 격차가 더 컸다.

- 중진료권 수준의 격차는 (그림)에서 확인할 수 있다. 의료 자원과 마찬가지로, 의료이용률 변수들간의 중진료권 지역 값들의 편차를 CV값으로 비교해보면, 관내의료이용률의 편차가 기준시간내 의료이용률보다 크고, 분만 < 고위험분만 < 신생아입원 < 신생아중환자실 순으로 중진료권 지역간 의료이용률의 편차가 크게 나타났다.

[그림 10] 산모(분만·신생아)관련 의료이용 시도권역 분포

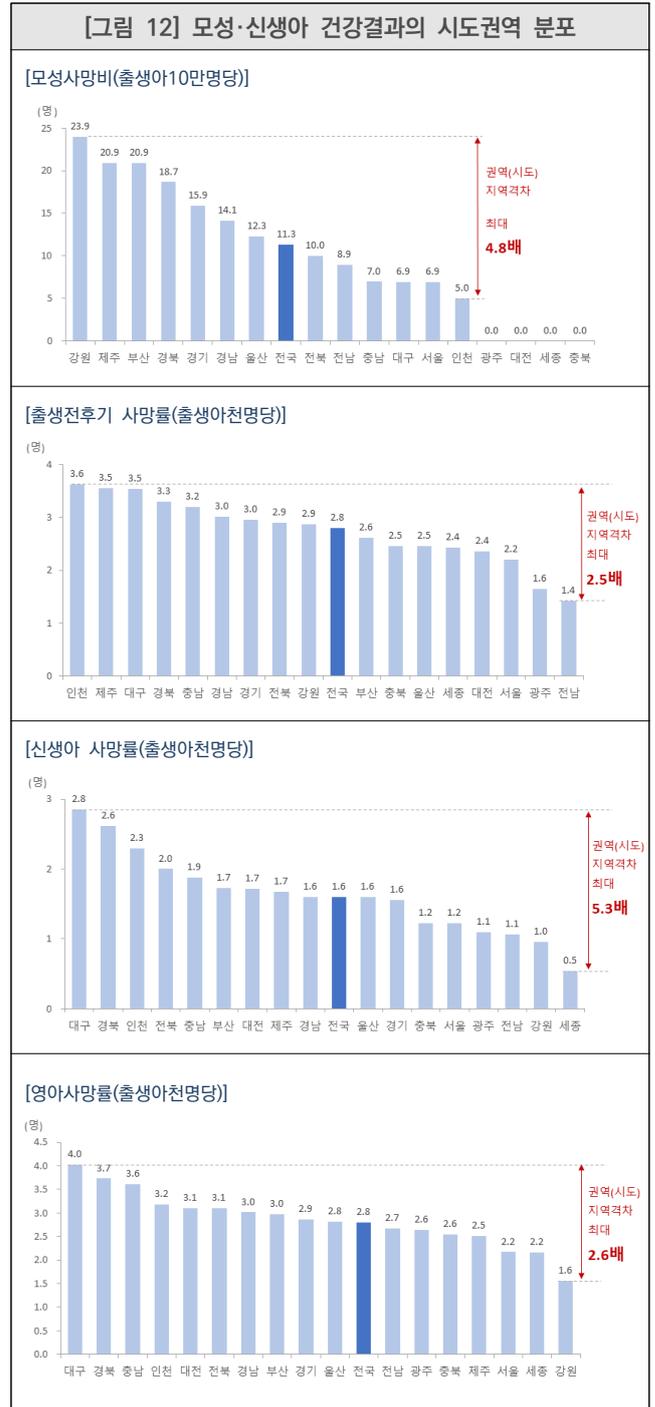


[그림 11] 분만·신생아 의료이용 중진료권 분포

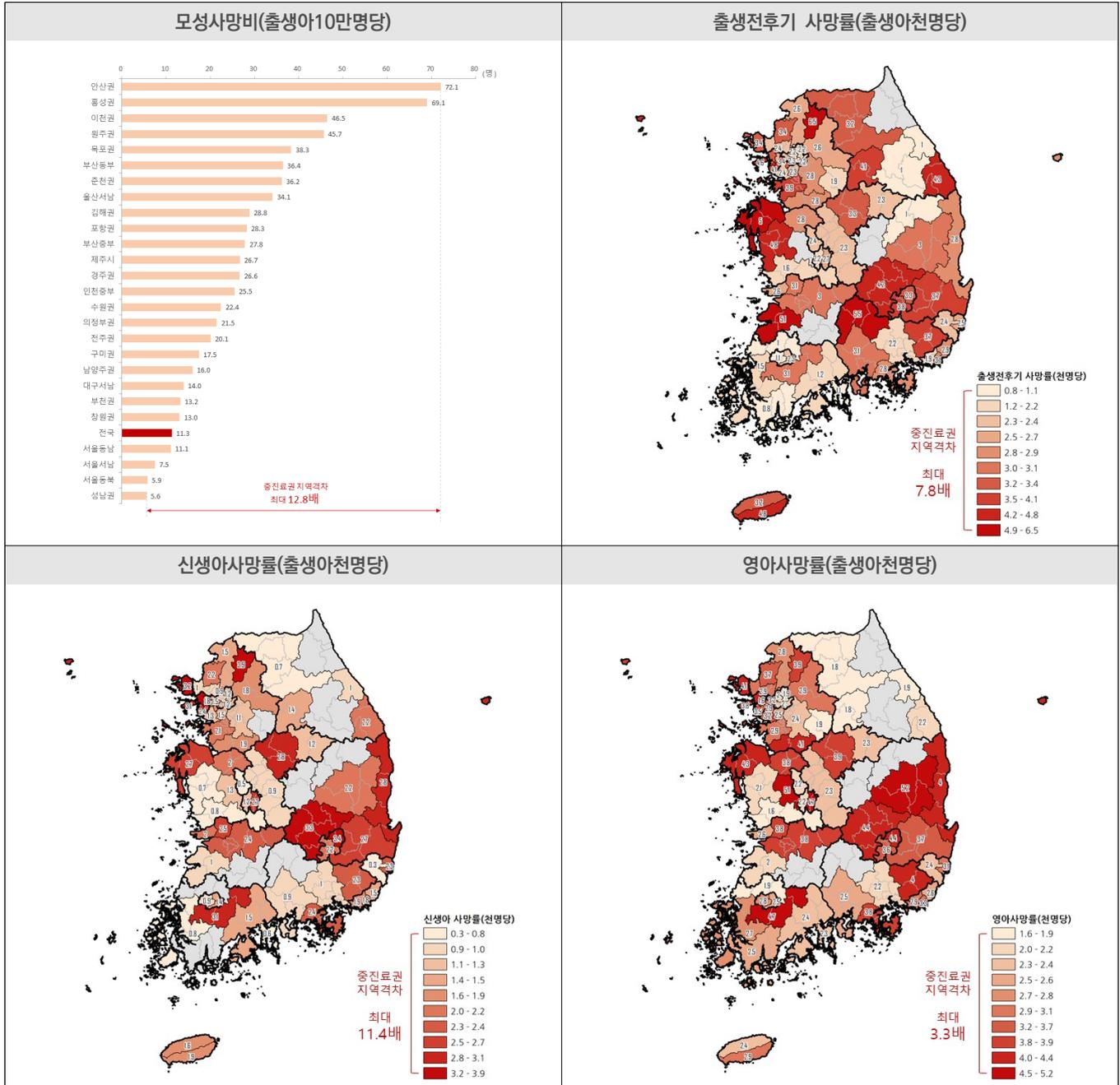


### 4. 건강결과

- 2018년 임신과 관련된 원인으로 임신 또는 분만후 42일 이내에 사망한 모성사망자는 전국 37명이며, 모성사망비(Maternal mortality ratio)는 출생아10만명당 11.3명이었다.
- 시도권역별로는 강원도 모성사망비가 출생아10만명당 23.9명으로 가장 높았고, 제주와 부산이 20.9명, 경북이 18.7명 순이었다. 광주, 대전, 세종, 충북에서는 모성사망자가 없었다.
- 70개 중진료권 중 26개 지역에서 모성사망자가 발생하였다. 모성사망비로 비교해보면, 경기 안산권 모성사망비가 출생아 10만명당 72.1명으로 가장 높았고, 충남 홍성권은 69.1명으로 두번째로 높았다.
- 출생전후기에 발생하는 태아 및 신생아(임신28주 이상 태아+생후 7일 미만 신생아) 사망을 보여주는 출생전후기 사망률은 출생아천명당 2.8명이었고, 출생전후기사망률이 가장 높은 지역은 인천, 가장 낮은 지역은 전남이었다.
- 중진료권 중에서는 포천시에서 출생아천명당 6.5명으로 출생전후기사망률이 가장 높았고, 강원 속초권, 충남 공주권, 전북 남원권, 경북 상주권에서는 출생전후기사망자가 없었다.
- 출생 후 28일 이내의 사망을 보여주는 신생아사망률은 출생아 천명당 1.6명이었고, 대구가 출생아천명당 2.8명으로 가장 높았다. 세종시는 0.5명으로, 시도권역중 가장 낮았으며, 대구와의 격차는 5.3배로, 출생전후기사망률의 지역격차보다 더 컸다.
- 출생 후 1년 이내(365일 미만)의 사망을 보여주는 영아 사망률은, 출생아 천명당 2.8명이었고, 대구가 출생아천명당 4.0명으로 가장 높았다. 영아사망률이 가장 낮은 지역은 강원으로 출생아천명당 1.6명이었다.
- 중진료권 중에서는 경북 안동권에서 영아사망률이 출생아천명당 5.2명으로 가장 높았고, 충남 공주권이 5.1명, 강원 속초권이 5.0명 순이었다.

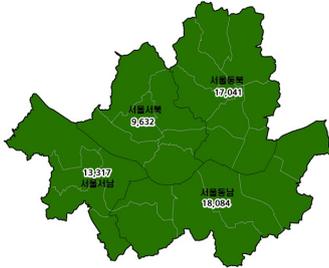


[그림 13] 모성·신생아 건강결과의 중진료권 분포

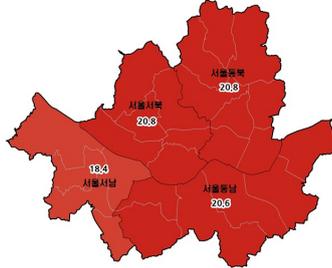


## 모성(분만·신생아)관련 필수의료서비스 지역현황

### 서울특별시



[출생아 수 (명)]



[고위험분만 비율 (%)]

#### [분만·신생아 관련 의료자원]

- 분만가능 기관 : 출생아 천명당 1.4개소
- 분만실 병상 : 출생아 천명당 8.1개
- 신생아실 병상 : 출생아 천명당 22.0개
- 신생아 중환자실 병상 : 출생아 천명당 9.2개
- 산모-태아 집중치료실 병상 : 출생아 10만명당 0.9개
- 산부인과 전문의 : 출생아 천명당 26.1명

#### 전국 10분위 분포

[출생아 수]		[고위험분만 비율]	
400 - 909	3,538 - 4,629	9.3 - 12.4	16.4 - 17.1
910 - 1,041	4,630 - 5,727	12.5 - 13.4	17.2 - 17.9
1,042 - 1,597	5,728 - 7,153	13.5 - 14.9	18.0 - 19.0
1,598 - 2,878	7,154 - 7,933	15.0 - 15.8	19.1 - 20.8
2,879 - 3,537	7,934 - 18,084	15.9 - 16.3	20.9 - 23.2

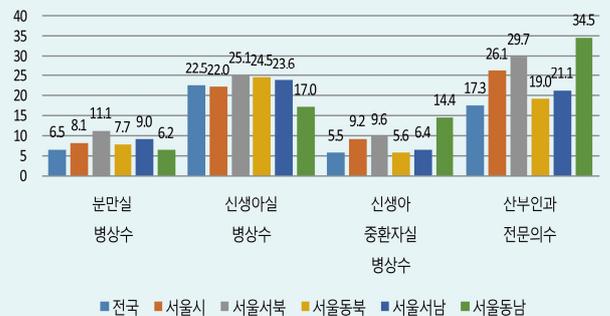
#### [의료필요] 서울시 고연령 산모, 저체중아, 다태아 비중이 가장 높음

- 서울시의 저체중아 구성비는 전국 17개 대진료권 중 6.2%(전국 6.2%)로 전국평균이며, 35세 이상 산모의 비중은 36.1%(전국 31.8%)로 17개 대진료권 중에서 제일 큰 것으로 분석되었다. 다태아구성비는 4.7%(전국 4.2%)로 17개 대진료권 중 두 번째로 높게 분석되었다.
- 진료권별로는 서울동남의 저체중아 구성비가 6.5%(서울동북 6.4%)서울서남 6.3%)서울서북 5.6%)로 가장 높고, 35세 이상 산모의 비중 역시 서울동남이 37.4%(서울서북 36.4%)서울동북 36.1%)서울서남 34.6%)로 가장 컸다. 다태아구성비 역시 서울동남이 5.2%(서울서남 4.5%)서울동북 4.4%)서울서북 4.3%)로 가장 높았다. 서울전역, 특히 서울동남 지역에서의 고연령 산모, 저체중아, 다태아 구성비가 높은 것으로 나타났다.

#### [의료자원] 의료자원은 양호하나, 진료권별 상당 수준의 격차 존재

- 서울시의 모성·분만 관련 의료자원은 전국 대비 양호한 편이었다. 특히 인구 천 명당 산부인과 전문의 수는 26.1명(전국 17.3명)으로 전국 17개 대진료권 중 가장 많았다.
- 진료권별 인구 천 명당 신생아 중환자실 병상수는 서울동북이 5.6개, 서울동남이 14.4개(서울평균 9개)로 진료권간 격차가 존재하였으며, 특히 인구 천 명당 산부인과 전문의 수는 서울동북이 19명, 서울동남이 34.5명(서울평균 26.1명)으로 진료권간 15.5명의 차이를 보였다. 인구 천 명당 분만실 병상수는 서울서북이 11.1개로 가장 많은 반면, 서울동남이 6.2개(서울평균 8.5개)로 서울뿐만 아니라, 전국 평균(6.5개)에도 못 미치는 수준이었다.

#### 서울시 모성·분만 의료자원 수(인구 천명당)



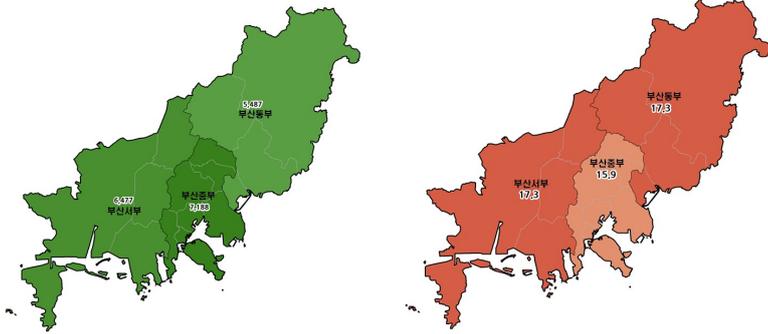
#### [의료이용] 의료이용 양호하나, 진료권별 격차 존재

- 서울시의 의료이용은 모든 지표에서 전국 대비 양호한 편이었다. 특히 신생아 중환자 기준시간(60분)내 의료이용률은 97.6%(전국 75.4%)로 전국 17개 대진료권 중 가장 높았다.
- 진료권별로는 서울동남이 분만 관내이용률 75.2%(서울서남 69.5%)서울동북 63.4%)서울서북 62.9%), 고위험 분만 관내이용률 77.7%(서울서남 69.0%)서울동북 66.9%)서울서북 66.7%), 신생아 중환자 관내이용률 70.9%(서울동북 59.3%)서울서북 51.6%)서울서남 43.5%)로 서울 4개 진료권 중 가장 높았으며, 진료권별 격차가 발생했다. 신생아중환자실 병상가동율의 경우, 서울서북이 116.8%(서울동남 89.3%)서울동북 82.6%)서울서남 60.2%)로 가장 높았으며, 전국 70개 중진료권 중에서도 가장 높았다.

#### [건강결과] 신생아, 영아사망률에서의 진료권별 격차 존재

- 서울시의 모성·분만 관련 건강결과 지표 모두 전국 대비 양호한 수준이었다.
- 진료권별로는 서울서남이 인구 천 명당 신생아 사망률 1.5명(서울평균 1.2명), 영아사망률 2.9명(서울평균 2.2명)으로 서울시 4개 진료권 중에서 가장 높았다.

## 부산광역시



[출생아 수 (명)]

[고위험분만 비율 (%)]

### [분만·신생아 관련 의료자원]

- 분만가능 기관 : 출생아 천명당 1.5개소
- 분만실 병상 : 출생아 천명당 9.7개
- 신생아실 병상 : 출생아 천명당 34.9개
- 신생아 중환자실 병상 : 출생아 천명당 8.2개
- 산모-태아 집중치료실 병상 : 출생아 10만명당 0.7개
- 산부인과 전문의 : 출생아 천명당 23.1명

### 전국 10분위 분포

[출생아 수]		[고위험분만 비율]	
400 - 909	3,538 - 4,629	9.3 - 12.4	16.4 - 17.1
910 - 1,041	4,630 - 5,727	12.5 - 13.4	17.2 - 17.9
1,042 - 1,597	5,728 - 7,153	13.5 - 14.9	18.0 - 19.0
1,598 - 2,878	7,154 - 7,933	15.0 - 15.8	19.1 - 20.8
2,879 - 3,537	7,934 - 18,084	15.9 - 16.3	20.9 - 23.2

### [의료필요] 진료권별 산모관련 의료필요 영역에 차이 나타내

- 부산의 2018년 출생아(19,152명) 중, 미숙아는 8.0%, 저체중아 6.2%, 다태아는 4.0%의 비중을 차지하였으며, 고도의 관리가 필요한 극소저체중아는 0.64%를 차지하였다. 35세이상의 고위험산모의 비중은 7대 특·광역시 중 부산(34.3%)이 두 번째로 높았으나, 고위험분만(16.8%)은 가장 적었다.
- 부산의 진료권 중 미숙아/저체중아 구성비는 부산중부가 가장 높았고, 35세이상 산모의 비중은 부산동부, 고위험분만비율은 부산서부, 부산동부에서 높게 나타나는 등, 진료권별 산모 관련 의료의 수요에 서로 다른 양상을 보였다.

### [의료자원] 산모 관련 의료자원의 진료권별 격차 심각

- 부산의 분만가능 기관(천명당) 1.5개소, 분만실 병상 수는 9.7개로 전국 최상위 수준인 반면, 신생아 중환자실 병상과 산모-태아 집중치료실 병상은 상대적으로 낮은 수준을 나타내었다.
- 부산의 진료권별 의료자원은 관찰한 전체 항목에서 부산중부권이 가장 높았으며, 약 2~4배의 상대격차를 보였다. 세부적으로는 부산중부의 분만가능기관은 1.9개소(천명당)로 부산서부(0.9개소)보다 2배 높았으며, 부산중부의 신생아 중환자실 병상수(천명당 18.4개)는 부산동부(4.6개)보다 약 4배 높게 나타났다. 특히, 부산서부권은 신생아 중환자치료를 기관 및 병상자원이 전무한 실정이다.

### [의료이용] 고위험 신생아 관리 의료이용 격차

- 부산의 분만 또는 고위험분만에 대한 관내 의료이용률(RI) 및 기준시간 내(60분) 의료이용률(TRI)은 모두 90% 이상으로 높은 반면 신생아 중환자의 관내 의료이용률(RI)과 기준시간 내(60분) 의료이용률(TRI)은 상대적으로 낮은 수준을 보였다.
- 부산의 진료권별 분만/신생아 기준시간 내(60분) 의료이용률(TRI)은 모두 90% 이상으로 높게 나타났으나, 의료이용 전반에서 진료권별 높은 차이를 나타내었다.

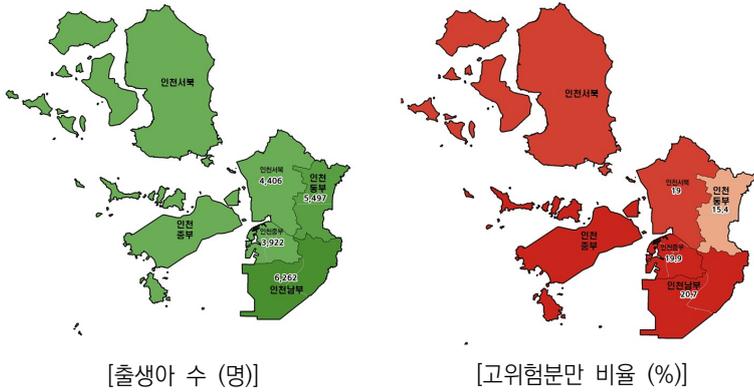
### [건강결과] 높은 신생아·영아 사망률, 진료권별 사망률 격차

- 부산의 출생전후기사망률(천명당)은 2.6명으로 전국 대비 낮은 수준이나, 신생아/영아 사망률은 각 1.7명, 3.0명으로 높은 수준을 나타내었다.
- 부산의 진료권별 출생전후기 사망, 영아 사망률은 부산중부권에서 높았으며, 신생아 사망률은 부산서부권에서 높게 관찰되었다.

### [요약] 산모 및 신생아 고위험군에 대한 의료인프라 확충을 통한 사망률 감소 노력 필요

- 부산은 전반적으로 산모·분만 관련 지표는 양호한 수준이나, 진료권별 의료자원과, 고위험 신생아 관리에 대한 격차가 심각한 수준을 나타내고 있어, 적절한 의료이용을 위한 인프라 확충을 통해 관련 사망률 감소를 위한 노력이 요구된다. 또한 모성사망률의 경우 변동의 폭이 크지만 높은 수준을 보이고 있어, 지속적으로 추이를 관찰할 필요가 있을 것으로 판단된다.

## 인천광역시



### [분만·신생아 관련 의료자원]

- 분만가능 기관 : 출생아 천명당 0.9개소
- 분 만 실 병상 : 출생아 천명당 5.1개
- 신생아실 병상 : 출생아 천명당 19.8개
- 신생아 중환자실 병상 : 출생아 천명당 3.8개
- 산모-태아 집중치료실 병상 : 출생아 10만명당 0.5개
- 산부인과 전문의 : 출생아 천명당 13.4명

### 전국 10분위 분포

[출생아 수]		[고위험분만 비율]	
400 - 909	3,538 - 4,629	9.3 - 12.4	16.4 - 17.1
910 - 1,041	4,630 - 5,727	12.5 - 13.4	17.2 - 17.9
1,042 - 1,597	5,728 - 7,153	13.5 - 14.9	18.0 - 19.0
1,598 - 2,878	7,154 - 7,933	15.0 - 15.8	19.1 - 20.8
2,879 - 3,537	7,934 - 18,084	15.9 - 16.3	20.9 - 23.2

### [의료필요 및 자원] 인천의 높은 의료필요에 비해 낮은 의료자원

- 인천의 출생아수는 20,087명으로 전국 4위를 차지했으며, 인천 남부(6,262명), 인천 동부(5,497명), 인천 서북(4,406명), 인천 중부(3,922명) 진료권 간 최대 2,340명의 차이가 있었다. 출생아수는 높은 반면 저체중아(6.5%)구성비는 전국 3위, 극소저체중아(0.84%) 구성비가 전국 2위로 높았다. 특히 극소저체중아는 인천의 모든 중진료권(인천 서북 0.96%, 인천 남부 0.87%, 인천 중부 0.77%, 인천 동부 0.75%)에서 전국(0.75%)과 같거나 높았다. 고위험분만 비율은 전국이 17.7%에 반해 인천은 18.7%였으며, 진료권별로 보면 인천 남부(20.7%)와 인천 동부(15.4%) 간에 5.3%p의 격차가 있었다.
- 인천의 의료자원을 보면 출생아 천 명당 분만가능기관 수는 진료권 간의 격차는 적었지만, 출생아 천 명당 분만실 병상수는 인천 동부 3.6개, 인천 중부 8.2개로 최대 4.6개소의 격차가 있었다. 특히 출생아 천 명당 신생아 병상 수는 인천 서북 8.2개, 인천 남부 9.3개, 인천 동부 26.0개, 인천 중부 40.8개로 진료권별 최대 32.6개의 차이가 있었다. 산부인과 전문의 수 역시 인천 서북 10.9개, 인천 남부 11.0개, 인천 동부 14.0개, 인천 중부 19.4개로 진료권별 다소 상이한 결과를 보였다.

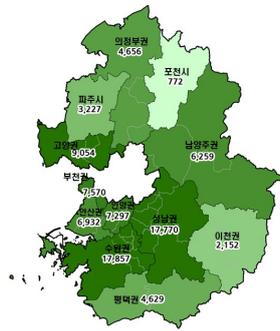
### [의료이용] 관내의료이용률과 기준시간 내 의료이용률의 진료권별 격차 존재

- 관내의료이용률에 있어서는 고위험분만의 경우 인천은 80.5%로 대부분 지역 내에서 해결하고 있으나 진료권별로 보면 인천 남부(35.9%)와 인천 중부(72.7%)의 진료권 간 36.8%p의 격차가 발생하였다. 신생아 입원 관내의료이용률은 인천 평균 77.8%, 인천 남부 2.6%, 인천 중부 76.7%로 진료권 간 최대 74.1%p의 격차가 발생했다. 신생아 중환자 관내의료이용률은 인천 평균 63.7%, 인천 남부 14.9%, 인천 중부 64.5%로 진료권 간 최대 49.6%p 격차가 발생했다. 인천 남부의 경우 상급종합병원이 있으나 관내의료이용률이 낮아 이에 대한 추가 확인이 필요하다.
- 기준시간(60분)내 의료이용률은 인천 서북과 인천 동부 진료권 간의 차이가 가장 컸다. 고위험 분만의 경우 인천 서북 88.0%, 인천 동부 95.8%, 신생아 입원의 경우 인천 서북 89.5%, 인천 동부 96.9%, 신생아 중환자실 이용의 경우 인천 서북 80.0%, 인천 동부 90.6%로 가장 큰 격차가 발생했다. 이는 인천 서북은 도서지역을 포함하고 있는 반면 인천 동북은 진료권 내 및 타 지역 의료기관 접근성이 높았기 때문으로 추측된다.

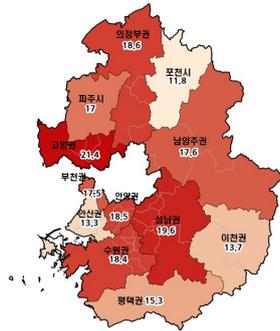
### [건강결과] 어린이의 높은 사망률

- 인천의 모성사망비는 출생아 10만 명당 5.0명으로 전국 최하였지만, 총 출생아(출생아 및 28주 이상 태아사망자) 천 명당 출생 전후기사망률은 3.6%로 전국에서 가장 높았다. 출생아 천 명당 신생아 사망률은 2.3%로 전국에서 세 번째로 높았으며, 영아 사망률은 3.2%로 전국에서 네 번째로 높았다. 이에 인천 내 출산아 사망을 줄이기 위한 대책 강구가 필요하다.

## 경기도



[출생아 수 (명)]



[고위험분만 비율 (%)]

### [분만·신생아 관련 의료자원]

- 분만가능 기관 : 출생아 천명당 1.0개소
- 분 만 실 병상 : 출생아 천명당 5.1개
- 신생아실 병상 : 출생아 천명당 16.9개
- 신생아 중환자실 병상 : 출생아 천명당 3.8개
- 산모-태아 집중치료실 병상 : 출생아 10만명당 0.2개
- 산부인과 전문의 : 출생아 천명당 13.7명

### 전국 10분위 분포

[출생아 수]		[고위험분만 비율]	
400 - 909	3,538 - 4,629	9.3 - 12.4	16.4 - 17.1
910 - 1,041	4,630 - 5,727	12.5 - 13.4	17.2 - 17.9
1,042 - 1,597	5,728 - 7,153	13.5 - 14.9	18.0 - 19.0
1,598 - 2,878	7,154 - 7,933	15.0 - 15.8	19.1 - 20.8
2,879 - 3,537	7,934 - 18,084	15.9 - 16.3	20.9 - 23.2

### [의료필요 및 자원] 진료권별 의료필요 및 자원의 격차가 큰 편

- 경기도는 전국 17개 시도 중에서 가장 많은 출생아가 태어나고 있는 것으로 나타났으며, 진료권별로 살펴보면 수원, 성남 진료권은 출생아가 1만7천여명이 넘고, 포천 진료권은 출생아 수가 772명으로 나타나 그 차이가 큰 편을 알 수 있다. 이러한 숫자의 차이는 해당 지역의 인구구조와도 밀접한 관련이 있을 수 있으므로 전체 인구수 대비, 가임기 여성 비율 등에 대한 복합적인 고려가 필요하다.
- 경기 진료권 중 출생아 천 명당 분만실이 많은 고양 진료권은 7.8개, 이천 진료권이 7.0개였으며, 가장 적은 파주 진료권은 0.9개였다. 출생아 천 명당 산부인과 전문의 수가 가장 많은 안산 진료권은 17.7명, 고양 진료권이 16.7명이었으며, 가장 적은 파주 진료권은 6.2명으로 진료권에 따라 출생아 숫자를 기반으로 한 의료자원의 격차가 큰 것으로 나타났다.

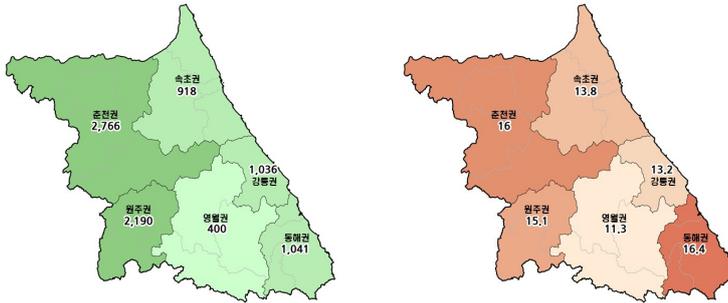
### [의료이용] 진료권에 따라 의료이용 RI와 TRI의 편차 존재

- 경기도는 분만 RI와 TRI 모두 80% 이상으로 전국 평균에 비해 높은 수준이었다. 진료권별로 살펴보면 분만 RI가 가장 높은 수원 진료권은 84.2%, 다른 진료권에 비해 낮은 편에 속하는 파주 진료권은 21.6%, 포천 진료권은 23.9%이었다. 분만 TRI가 가장 높은 안양 진료권은 95.4% 다음으로 부천 진료권이 94.3%이었으며, 가장 낮은 포천 진료권은 61.8%, 이천 진료권이 63.0%였다. 진료권에 따라 분만 RI는 약 4배, TRI는 약 1.5배 이상 차이 나는 것을 알 수 있다.
- 경기도의 고위험분만 RI는 82.1%로 전국 평균인 83.5%에 비해 약간 낮은 수준이었고, TRI는 89.5%로 전국 평균인 86.6%에 비해 다소 높았다. 고위험분만 RI가 가장 높은 수원 진료권은 87.0%였으며, 가장 낮은 포천 진료권은 12.6%, 그 뒤를 이어 파주 진료권 15.7%로 나타났다. 고위험분만 TRI가 가장 높은 안양 진료권은 95.9%, 부천 진료권은 95.0%였으며, 가장 낮은 진료권은 포천 진료권 61.2%, 이천 진료권 63.6%였다. 진료권에 따라 고위험분만 RI는 대략 7배, TRI는 약 1.5배 가량 차이 나는 것을 알 수 있다.
- 이를 통해 경기도 전반의 의료이용은 전국 평균과 비슷하거나 높은 수준이나, 진료권별로 살펴보면 그 격차가 큰 것을 알 수 있다. 특히, RI와 TRI가 모두 낮은 포천 진료권의 경우, 실제로 진료권 내, 인근 지역에 이용가능한 의료자원이 부족하다고 할 수 있어 이를 개선하기 위한 고민이 필요할 것으로 사료된다.

### [건강결과] 전국 평균에 비해 경기도의 모성사망비는 높은 편

- 경기도의 인구 십만 명당 모성사망비는 15.9명으로, 전국 평균 11.3명에 비해 높은 수준으로 나타났으며 서울(6.9명)에 비해서도 2배 이상 높은 것으로 보이나, 전국에서 실제 모성사망자 수 자체가 50명 미만으로 적기 때문에 본 내용에 대해서는 심층분석이 필요할 것으로 사료된다. 경기도의 신생아 사망률은 1.6명으로 전국과 비슷한 수준으로 나타났으며, 영아 사망률은 2.9명으로 전국 평균(2.8명)과 유사하지만 약간 높은 수준으로 나타났다.
- 영아 사망률은 경기 진료권 중 평택 진료권이 4.1명, 파주 진료권이 3.7명 순으로 높게 나타났으며 이천 진료권이 1.9명으로 가장 낮아, 경기 진료권 내 영아 사망률은 최대 2배 이상 차이 나는 것으로 나타났다.

## 강원도



### [분만·신생아 관련 의료자원]

- 분만가능 기관 : 출생아 천명당 1.8개소
- 분만실 병상 : 출생아 천명당 7.7개
- 신생아실 병상 : 출생아 천명당 19.6개
- 신생아 중환자실 병상 : 출생아 천명당 6.9개
- 산모-태아 집중치료실 병상 : 출생아 10만명당 1.4개
- 산부인과 전문의 : 출생아 천명당 16.6명

### 전국 10분위 분포

[출생아 수]		[고위험분만 비율]	
400 - 909	3,538 - 4,629	9.3 - 12.4	16.4 - 17.1
910 - 1,041	4,630 - 5,727	12.5 - 13.4	17.2 - 17.9
1,042 - 1,597	5,728 - 7,153	13.5 - 14.9	18.0 - 19.0
1,598 - 2,878	7,154 - 7,933	15.0 - 15.8	19.1 - 20.8
2,879 - 3,537	7,934 - 18,084	15.9 - 16.3	20.9 - 23.2

### [의료필요·의료자원] 시·도별 분만가능기관수는 전국수준보다 많으나, 의료인력이 부족, 중진료권간 격차 심각

- 강원도의 분만가능기관 수(출생아수 천명당)는 1.8개소로 전국평균(1.3개소)보다 많았지만, 중진료권별로 살펴보면 속초권은 1.1개소, 영월권은 전혀 없는 상태이다.
- 강원도 산부인과 전문의 수(16.6명/천명)는 전국수준(17.3명)보다 적어 의료인력이 부족한 것을 알 수 있다. 강릉시는 출생아 천명당 산부인과 전문의 25.1명으로 높은 수준이지만, 그 외 진료권(춘천권, 원주권, 영월권, 동해권, 속초권)은 전국수준보다 낮게 나타나 중진료권간 격차를 보였다.
- 동해권은 의료필요(미숙아, 저체중아, 다태아, 35세이상 산모)지표가 전국평균을 상회하였으나, 신생아실 병상수는 전국평균에 미치지 못하고, 신생아실 중환자실 병상수는 전무하였다. 속초권 또한 의료필요(미숙아, 저체중아)지표는 높은 수준이지만, 의료자원(분만가능기관 수, 신생아 및 신생아 중환자실 병상수)은 전국수준보다 적어 의료필요를 충족시키기 어려운 상황이다. 영월권은 분만가능기관 수, 신생아실 및 신생아 중환자실 병상수는 전무하였다.

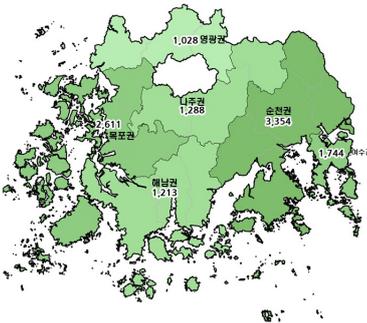
### [의료이용] 낮은 수준의 분만 RI(관내 의료이용률) 및 TRI(입원환자의 60분 이내 의료이용률), 자체 충족률 낮음

- 강원도 분만 RI는 80.3%로 전국평균(82.2%)보다 낮았다. 중진료권별 분만 RI는 원주권(86.0%)과 강릉시(86.4%)를 제외한 춘천권(71.8), 영월권(0.0%), 동해권(64.4%), 속초권(41.2%)에서 전국평균에 미치지 못하며 지역격차가 크게 나타났다. 특히, 신생아입원 RI는 모든 진료권(춘천권, 원주권, 영월권, 강릉시, 동해권, 속초권)에서 전국평균(82.7%)에 한참 못 미쳤다.
- 강원도 분만 TRI는 60.8%로 전국평균(84.4%)보다 낮았다. 중진료권별 분만 TRI는 강릉시(86.4%)를 제외한 춘천권(53.5%), 원주권(84.2%), 영월권(1.7%), 동해권(53.2%), 속초권(34.2%)에서 전국평균보다 낮았다. 특히, 신생아입원 TRI는 모든 진료권(춘천권, 원주권, 영월권, 강릉시, 동해권, 속초권)에서 매우 낮은 수치로 나타났다.

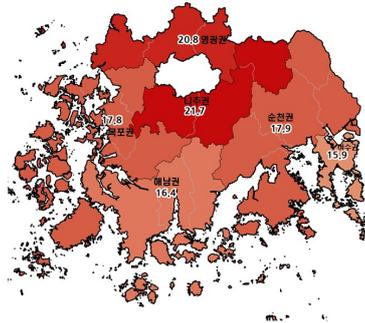
### [건강결과] 높은 모성사망비, 안전한 출산 인프라 구축으로 지역격차 개선 필요

- 모성사망(출생아 10만명당)은 23.9명으로 전국 최상위 수준을 기록했다. 춘천권, 원주권에서 36.2명, 45.7명으로 전국평균(11.3명)을 크게 상회하였다. 강원도의 경우 도내 18개 시군에서 분만가능 지역이 7개 시군에 불과하여, 분만 취약지역의 안전한 출산 인프라 구축 및 개선이 시급한 상태이다.
- 출생전후기 사망(출생아 천명당)은 춘천권, 원주권, 동해권에서 각각 3.2명, 4.1명, 4.3명으로 전국평균(2.8명)보다 높았다. 신생아 사망(출생아 천명당)은 동해권이 2.2명으로 전국평균(1.6명)보다 높게 나타났다.
- 산모(모성분만)의 취약성은 강원도내의 의료인력 부족 문제과 중진료권간 출산 인프라 격차로 인해 나타난 것으로 보여진다. 강원도의 안전한 출산 인프라 구축이 강화되어야 할 것이다.

## 전라남도



[출생아 수 (명)]



[고위험분만 비율 (%)]

### [분만·신생아 관련 의료자원]

- 분만가능 기관 : 출생아 천명당 0.7개소
- 분 만 실 병상 : 출생아 천명당 4.4개
- 신생아실 병상 : 출생아 천명당 15.8개
- 신생아 중환자실 병상 : 출생아 천명당 1.9개
- 산모-태아 집중치료실 병상 : 출생아 10만명당 -개
- 산부인과 전문의 : 출생아 천명당 14.1명

### 전국 10분위 분포

[출생아 수]	[고위험분만 비율]
400 - 909	9.3 - 12.4
910 - 1,041	12.5 - 13.4
1,042 - 1,597	13.5 - 14.9
1,598 - 2,878	15.0 - 15.8
2,879 - 3,537	15.9 - 16.3
3,538 - 4,629	16.4 - 17.1
4,630 - 5,727	17.2 - 17.9
5,728 - 7,153	18.0 - 19.0
7,154 - 7,933	19.1 - 20.8
7,934 - 18,084	20.9 - 23.2

### [의료필요] 높은 미숙아 구성비 및 고위험분만 비율

- 전남의 미숙아 구성비는 8.9%로 17개 시·도 중 가장 높았고, 전남의 중진료권 중 나주권(7.5%)을 제외한 모든 권역이 전국 수준 산출 값(이하 전국) 7.8%보다 높았으며, 고위험분만 비율도 18.1%로 전국 17.7%보다 높았다.
- 특히, 영광권은 미숙아구성비, 저체중아 구성비, 극소저체중아, 다태아 구성비, 고위험분만비율이 전국보다 높아 출생아 수는 전남권역에서 가장 적지만 고위험 산모, 신생아 관련 의료필요가 크다고 볼 수 있다.

### [의료자원] 분만실, 신생아실, 신생아 중환자실 병상 수 및 산부인과 전문의 부족

- 전남의 출생아 천 명당 분만 가능 기관 수(0.7개소, 전국 1.3개소) 및 분만실 병상 수(4.4개소, 전국 6.5개소)는 세종시를 제외한 전국 17개 시·도 중 가장 적었고, 신생아실 병상 수(전남 15.8개, 전국 22.5개)와 신생아 중환자실 병상 수(전남 1.9개, 전국 5.5개), 산부인과 전문의 수(전남 14.1명, 전국 17.3명)도 매우 적었다.
- 특히, 나주권은 분만 가능 기관이 없고 분만실 병상 수(0.8개, 중진료권 최고 18.3개)와 신생아실 병상 수(0.8개, 중진료권 최고 80.2개)가 70개 중진료권 중 최하위이고, 신생아중환자실 병상 수와 산부인과 전문의 수도 전국보다 적었으며, 영광권도 분만실, 신생아실 병상 수 및 산부인과 전문의 수가 매우 적었다.
- 또한 전남에는 산모·태아 집중치료실 병상이 없고, 순천권과 나주권에만 신생아 중환자실 병상이 운영되고 있다.

### [의료이용] 신생아, 분만 관련 낮은 관내 의료이용률(이하 RI)과 기준시간(60분) 내 의료이용률(이하 (60)TRI)

- 분만이 산모의 연구지에서 주로 이루어지고, 신생아 입원도 산모가 있는 곳에서 같이 이루어지는 경향이 있는데, 전남의 분만, 고위험분만, 신생아 입원, 신생아 중환자의 RI, (60)TRI, 병상 가동률을 보면, 모두 전국보다 매우 낮고, 중진료권 간 격차도 컸다. 이것은 지역 내와 60분 거리의 의료기관에서 산모, 신생아 관련 의료이용이 적절하게 이루어지지 않고 있다는 것으로 파악되며, 관내 의료자원의 양적, 질적 수준 파악 및 분포 등에 대한 원인 분석이 필요함을 시사한다.
- 또한 나주권역은 분만 가능 기관이 없어 관내에서 분만, 고위험분만 의료이용이 없었고, 해남권은 분만 RI(7.8%, 전국 82.52%)와 (60분)TRI(7.1%, 전국 84.4%)가 매우 낮고 다른 지역과의 격차도 컸으며, 고위험분만 RI(1.2%, 중진료권 최고 92.6%), (60분)TRI(3.0%, 중진료권 최고 96.8%)의 경우 70개 중진료권 중 최하위 수준이었다.
- 영광, 나주, 해남권의 취약한 산모, 신생아 관련 의료서비스에 대한 대책이 필요하다.

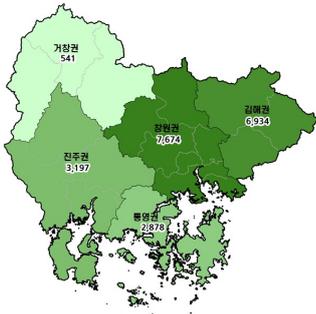
### [건강결과] 열악한 산모, 신생아 관련 의료 여건에도 낮은 모성사망비, 출생 전후기 사망률, 신생아 사망률, 영아사망률

- 전남의 모성사망비는 8.9명(전국 11.3명, 목포권 38.3명/10만 명당)이고, 신생아 사망률은 1.1명(전국 1.6명, 나주권역 3.1명/천 명당), 영아 사망률은 2.7명(전국 2.8명, 나주권역 4.7명/천 명당)으로 전국보다 낮았으나, 나주권의 신생아, 영아 관련 사망률이 전국보다 높게 나타나 해당 지역의 의료자원 부족, 적은 관내 의료이용량과 함께 속고가 필요하다.
- 전남은 미숙아 구성비가 전국 17개 시·도 중 가장 높고 고위험분만율도 전국보다 높은 열악한 분만 여건에도 인구 천 명당 출생 전후기 사망률이 1.4명(전국 2.8명)으로 17개 시·도 중 가장 낮았다. 특히, 산모, 신생아 관련 의료자원이 열악한 해남권의 출생 전후기 사망률이 0.8명(권역 최고 6.5명)으로 70개 권역 중 가장 낮고, 합계출산율(1.89명, 전국 0.98명/가임여성 1명당)은 전국 최고 수준(통계청, 2018)이다. 이와 관련된 요인분석이 필요하다.

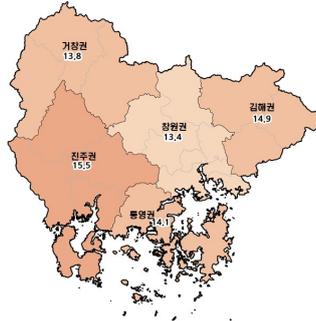
### [종합의견] 높은 의료필요, 낮은 의료이용, 의료자원의 부족에 대한 개입 필요

- 출생아 수가 많은 수도권 및 광역시는 시장 경제에 따라 산모, 신생아 관련 민간 의료서비스 공급이 용이할 수 있으나 비 수도권 중소도시와 농어촌 지역은 출생아 수가 적기 때문에 민간부문이 기피하여 의료 사각지대가 발생하기 쉬우며 공공 의료기관이 역할을 강화하여 이를 담당하여야만 의료안전망을 담보할 수 있다. 전남은 출생아 수는 중간 수준이지만 합계 출산율은 높고, 미숙아 구성비와 고위험 분만 비율이 높음에도 불구하고 관련 인프라는 매우 부족하다. 이에 전남의 안전한 분만 환경 조성을 위한 공적 영역에서의 적극적 개입이 필요하다.

## 경상남도



[출생아 수 (명)]



[고위험분만 비율 (%)]

### [분만·신생아 관련 의료자원]

- 분만가능 기관 : 출생아 천명당 1.3개소
- 분 만 실 병상 : 출생아 천명당 6.0개
- 신생아실 병상 : 출생아 천명당 24.9개
- 신생아 중환자실 병상 : 출생아 천명당 4.8개
- 산모-태아 집중치료실 병상 : 출생아 10만명당 0.3개
- 산부인과 전문의 : 출생아 천명당 13.8명

### 전국 10분위 분포

[출생아 수]		[고위험분만 비율]	
400 - 909	3,538 - 4,629	9.3 - 12.4	16.4 - 17.1
910 - 1,041	4,630 - 5,727	12.5 - 13.4	17.2 - 17.9
1,042 - 1,597	5,728 - 7,153	13.5 - 14.9	18.0 - 19.0
1,598 - 2,878	7,154 - 7,933	15.0 - 15.8	19.1 - 20.8
2,879 - 3,537	7,934 - 18,084	15.9 - 16.3	20.9 - 23.2

### [의료필요] 전국과 비슷한 수준을 보이고 있는 경상남도 모성·분만 의료필요

- 경상남도의 ‘출생아 수’는 전국에서 3번째로 많았으며, ‘미숙아 구성비’, ‘저체중아 구성비’, ‘35세 이상 산모의 비중’의 경우에는 전국 평균과 비슷하거나 혹은 낮게 나타났다. ‘다태아 구성비’는 3.8%로 전국평균 4.2%보다 낮았다. ‘고위험분만 비율’의 경우 14.3%로 전국 최저로 나타났다.
- 경남 내 중진료권 단위로 봤을 때 ‘출생아 수’는 창원권에서 7,674명으로 가장 많았으며 거창이 541명으로 가장 적었다. ‘미숙아 구성비’는 통영권이 8.6%로 가장 높게 나타났으며, ‘저체중아 구성비’는 진주권이 6.9%로 가장 높았다. ‘35세 이상 산모의 비중’은 거창권이 34.0%로 가장 높은 비율을 보이고 있으며, 전국 평균보다 2.2%높게 나타났다.

### [의료자원] 경남 내 중진료권 단위에서 분만·신생아 관련 의료자원의 불균형

- 경상남도의 ‘분만가능 기관 수’는 1.3개소(천명당)로 전국평균과 동일한 수준이다. ‘분만실 병상수’는 6.0개(천명당)로 전국 평균에 0.5개 정도 부족하다. ‘신생아실 병상수’는 24.9개(천명당)로 전국 평균 22.5개보다 많이 보유하고 있다. 하지만 ‘신생아 중환자실 병상수’는 전국 평균이 5.5개(천명당)인데 반해 4.8개로 적게 보유하고 있다. ‘산모-태아 집중치료실 병상수’는 0.3개(십만명당)를 보유하고 있다. ‘산부인과 전문의수’는 13.8명(천명당)으로 전국 평균 17.3명보다 약 3.5명정도 적게 나타났다.
- 경남 내 중진료권 단위로 살펴보면 ‘분만실 병상수(천명당)’는 창원권이 7.8개, 거창권이 3.7개로 2배가 넘는 차이를 보였고, ‘신생아실 병상수(천명당)’는 진주권 32.5개, 거창권 9.2개로 심한 격차를 보이고 있다. ‘신생아 중환자실 병상수(천명당)’는 창원권 5.6개, 진주권 7.8개, 김해권 4.9개이지만 통영권, 거창권은 보유하고 있지 않다. ‘산부인과 전문의수(천명당)’진주권 17.5명인데 반해, 거창권 9.2명으로 절반수준을 보이고 있다.
- 경남은 분만의료자원이 부족한 지역에 의사 및 간호사, 인건비를 지원하여 의료취약지의 외래산부인과 운영지원을 확대하기 위한 정책을 수행 중이며, 순회산부인과 서비스도 확대 운영하고 있다.

### [의료이용] 경남 내 중진료권 단위에서 보이는 의료이용률의 격차

- 모성·분만 관련 의료이용률 및 병상가동률은 전국 평균에 비해 경남 평균이 전반적으로 부족한 모습을 보이고 있다. 이러한 현상은 경남 내 중진료권 단위에서 크게 격차가 나타나고 있기 때문인데, 이 중 특히 거창권이 두드러지게 나타나고 있다. 거창권의 ‘분만 관내 의료이용률’은 10.0%(전국 82.2%, 경남 78.6%), ‘분만 기준시간(60분)내 의료이용률’ 9.3%(전국 84.4%, 경남 78.5%), ‘고위험분만 관내 의료이용률’ 3.9%(전국 83.5%, 경남 78.8%), ‘고위험 분만 기준시간(60분)내 의료이용률’ 3.9%(전국 86.6%, 경남 78.9%), ‘신생아입원 관내 의료이용률’ 16.5%(전국 82.7%, 경남 70.9%), ‘신생아입원 기준시간(60분)내 의료이용률’ 15.9%(전국 87.9%, 경남 77.2%)로 나타나고 있으며, 신생아 중환자 병상이 없어 해당 환자는 모두 외부로 유출되고 있다. 통영권의 의료이용률 관련 지표들은 거창권에 비해 높은 비율을 보이고 있으나, 전국평균에는 한참 미치지 못하고 있는 실정이다.
- 경남은 의료기관이 부족한 지역의 산모들을 위해 산부인과병원 이송서비스, 진료 후 귀가서비스 등의 ‘안심출산 119서비스’를 제공하고 있다.

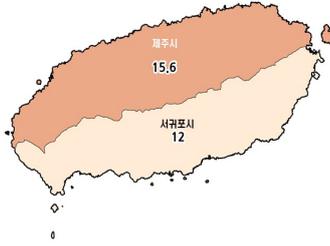
### [건강결과] 중진료권 단위의 높은 모성사망비와 신생아·영아사망률

- 경상남도의 ‘모성사망비(십만명당)’는 14.1명으로 전국 평균 11.3명보다 2.8명이나 많게 나타났다. ‘출생전후기 사망률’ 3.0%(전국 2.8%), ‘신생아 사망률’ 1.6%(전국 1.6%), ‘영아사망률’ 3.0%(전국 2.8%)로 전국 평균과 유사하거나 조금 높게 나타났다. 중진료권으로 보면 김해권의 ‘모성사망비(십만명당)’가 28.8명으로 매우 높게 나타났으며, ‘출생전후기 사망률’은 거창권이 5.5%(전국 2.8%)의 약 2배에 이르렀다. 또한 ‘신생아 사망률’, ‘영아사망률’은 통영권이 각각 2.4%, 2.3%로 나타났고, 김해권이 각각 3.8%, 4.0%로 높게 나타났다.

## 제주도



[출생아 수 (명)]



[고위험분만 비율 (%)]

### [분만·신생아 관련 의료자원]

- 분만가능 기관 : 출생아 천명당 2.1개소
- 분 만 실 병상 : 출생아 천명당 4.8개
- 신생아실 병상 : 출생아 천명당 13.6개
- 신생아 중환자실 병상 : 출생아 천명당 4.8개
- 산모-태아 집중치료실 병상 : 출생아 10만명당 -개
- 산부인과 전문의 : 출생아 천명당 13.4명

### 전국 10분위 분포

[출생아 수]		[고위험분만 비율]	
400 - 909	3,538 - 4,629	9.3 - 12.4	16.4 - 17.1
910 - 1,041	4,630 - 5,727	12.5 - 13.4	17.2 - 17.9
1,042 - 1,597	5,728 - 7,153	13.5 - 14.9	18.0 - 19.0
1,598 - 2,878	7,154 - 7,933	15.0 - 15.8	19.1 - 20.8
2,879 - 3,537	7,934 - 18,084	15.9 - 16.3	20.9 - 23.2

### [의료필요] 제주도의 35세이상 산모비중은 시도평균보다 높고, 진료권별 의료필요는 약간의 차이

- 제주도의 출생아 수는 4,781명이며, 35세이상 산모의 비중은 33.9%로 시도평균(31.8%) 보다 높게 나타났다.
- 진료권별로 살펴보면, 제주시와 서귀포시 간에 약간의 격차를 보인다. 미숙아 구성비(제주시 6.6% VS 서귀포시 9.3%), 저체중아 구성비(제주시 5.8% VS 서귀포시 6.2%), 극소저체중아(제주시 0.43%, 서귀포시 1.07%), 35세 이상 산모의 비중(제주시 33.9% VS 서귀포시 34.2%)의 경우, 서귀포시가 제주시보다 높았다. 이와 달리, 다태아 구성비(제주시 4.1% 서귀포시 3.4%), 고위험분만비율(제주시 15.6% VS 서귀포시 12.0%)는 제주시가 서귀포시보다 높게 나타났다.

### [의료자원] 시도평균에 비해 산모를 위한 의료자원은 적고 제주시의 집중

- 모성건강 관련한 제주도의 의료자원 중 병상수는 분만실(4.8개), 신생아실(13.6개), 신생아중환자실(4.8개)로 모두 시도평균에 비해 적었다. 산부인과 전문의 수 역시 시도평균(17.3명)에 비해 적은 수를 보였다(13.4명).
- 진료권별로 분석한 결과(인구천명당), 분만실 병상수(제주시 5.6개 VS 서귀포시 1.9개), 신생아실 병상수(제주시 16.6개 VS 서귀포시 2.9개)등 시설분 아니라, 산부인과 전문의 수(제주시 14.7명 VS 서귀포시 8.7명) 또한 제주시에 집중되어 서귀포시에 대한 시설 및 인력보강이 필요해 보인다.

### [의료이용] 제주도 분만·신생아의 관내의료이용률(RI), 기준시간내 의료이용률(TRI) 모두 지역간 격차 보여

- 제주도 기준시간내 의료이용률(TRI)은 분만(74.4%), 신생아입원(72.8%), 신생아중환자(56.9%)로 시도평균 보다 낮았다.
- 진료권별 의료이용은 지역 간 격차가 크다. 분만TRI의 경우 제주시 87.8% VS 서귀포시 28.8%로 차이를 보이고, 신생아 입원TRI는 제주시 78.3% VS 서귀포시 64.7%로 제주시와 서귀포시의 격차는 분명하였다. 진료권별 의료자원 차이로 인하여 서귀포시의 의료이용은 상당히 낮아, 서귀포시 산모와 신생아를 위한 의료서비스 확충이 절실하다.

### [건강결과] 시도평균에 비해 산모와 신생아 사망률 높고 지역간 지표는 유사

- 제주도 산모·신생아의 건강결과 중 모성사망비(인구10만명당) 20.9명, 출생전후기 사망률(인구천명당) 3.5명, 신생아사망률(인구천명당) 1.7명으로 시도평균보다 높게 나타났다. 특히 제주도의 모성사망비는 시도평균(11.3명)보다 월등히 높게 관찰되어, 그에 따른 대책이 필요한 것으로 판단된다.
- 진료권별 건강결과를 분석한 결과 지역 간 격차는 유사하였다. 출생전후기 사망률(인구천명당) 제주시 3.2명 VS 서귀포시 4.8명, 신생아사망률(인구천명당) 제주시 1.6명 VS 서귀포시 1.9명, 영아사망률(인구천명당) 제주시 2.4명 VS 서귀포시 2.9명. 제주시와 서귀포시의 건강결과는 유사하였지만, 시도평균 보다 높게 나타나 지속적인 관리가 요구된다.

# Part2 어린이 의료

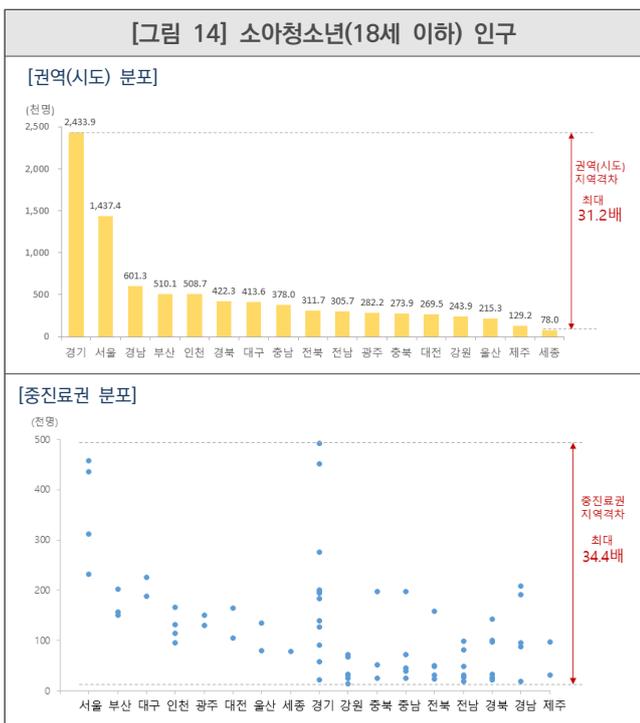
## 1. 의료수요

○○○ 현황 ○○○

- 2018년 우리나라 18세 이하 소아청소년은 8,814.9천명으로, 전체 인구의 약 17%에 해당하며, 서울과 경기, 인천 등 수도권에 소아청소년 인구의 절반(49.8%)이 거주하고 있다.
- 경기도 소아청소년 인구가 2,433.9천명으로 시도 권역 중 가장 많았고, 서울특별시 1,437.4천명으로 경기도의 약 60% 수준이며, 나머지 지역은 서울특별시의 40% 이하 수준으로, 소아청소년 인구가 서울과 경기도에 집중되어 있었다.
- 중진료권 중 서울동남권, 서울동북권, 경기 성남권, 수원권은 소아청소년 인구가 400천명 이상으로, 대구(413.6천명), 경북(422.3천명) 등의 시도 권역보다 인구규모가 컸고, 제주와 세종은 중진료권 수준으로 인구규모가 작았다.
- 2018년 한 해 동안, 입원 의료이용이 있었던 18세 이하 소아청소년 환자는 인구천명당 88.0명이며, 시도권역 중에서는 부산광역시 인구천명당 142.7명으로 소아청소년 입원환자가 가장 많았다.
- 전남, 광주, 경남의 소아청소년 입원환자도 인구천명당 약 130명 수준으로 많았던 반면, 서울, 인천, 경기 등 수도권 지역에서는 인구천명당 약 70명 수준으로, 인구대비 입원환자수가 많지는 않았다.

○○○ 지역격차 ○○○

- 18세 이하 소아청소년 인구수 가장 많은 지역과 가장 적은 지역의 차이는 시도 및 중진료권 수준에서 최대 30배 이상으로 차이가 컸다.
- 권역 내 중진료권 간의 인구규모 편차를 상대표준편차(relative standard deviation, RSD)로 산출하여 권역별로 비교해보면, 충북과 충남이 0.83으로 가장 컸고, 전북(0.79), 경기(0.68), 경북(0.64)순으로 권역 내 중진료권들 간 인구수의 편차가 크게 나타났다.
- 소아청소년 입원환자의 지역차이는 시도 권역수준에서는 최대 3.0배, 중진료권 수준에서는 최대 4.8배로, 입원환자수의 지역격차도 컸다.
- 중진료권 수준에서 소아청소년 입원환자가 가장 많은 지역은 전남 해남권으로 인구천명당 184.5명이었고, 부산서부권, 경남 통영권, 전남 나주권에서도 인구천명당 150명 이상으로 입원환자가 많았다.
- 권역 내 중진료권 입원환자수의 편차는, RSD가 가장 큰 지역이 0.18(울산, 경북, 경남)로, 인구규모의 편차에 비해 입원환자수의 권역 내 중진료권 편차는 적은 편이었다.



## 2. 의료자원

### ... 의료기관 ...

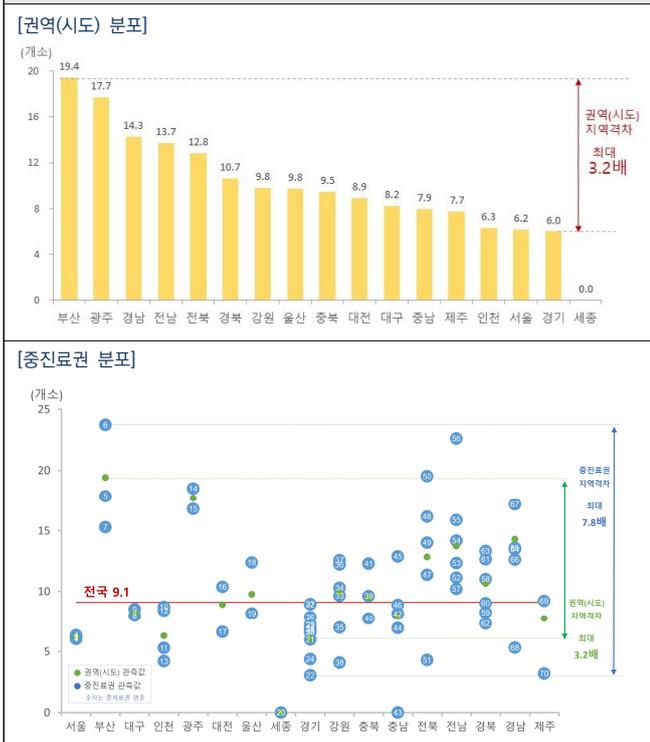
- 정부는 수익성이 낮아 공급이 원활하지 않거나 지역별 공급의 차이가 커서 국가 지원이 필요한 전문 진료 분야에 대해, '공공전문진료센터'를 지정하여 기관의 역량을 강화하고, 양질의 의료서비스를 제공할 수 있도록 육성하고 있다.
- 어린이 의료는 공공전문진료센터 지정 분야 중 하나로, 2017년 7개 기관이 1기 어린이공공전문진료센터로 지정되어 운영('17~'19)되었고, '20년 2기 센터로 3개 기관이 추가 지정되었다.
- 2018년 기준, 서울에 3개의 어린이공공전문진료센터가 지정·운영되었고, 대구, 강원, 전북, 경남에 각 1개소씩 지정·운영되었다.
- 2018년 소아청소년과 진료가 가능한 기관(소아청소년과 입원실적이 연간 50건 이상인 의료기관)은 소아청소년 인구10만명당 9.1개소이며, 시도권역 별로는 부산광역시 인구10만명당 19.4개소로 가장 많았고, 광주(17.7개소), 경남(14.3개소) 순이었다.
- 서울과 경기, 인천은 소아청소년과 진료가능 기관이 인구 10만명당 약 6개소로 인구대비 기관수로는 시도 권역 중 가장 적었고, 세종시는 소아청소년과 입원실적이 연간 50건 이상인 의료기관이 없었다.
- 중진료권 수준에서는 부산중부권에서 소아청소년과 진료가능 기관수가 인구10만명당 23.7명으로 가장 많았고, 충남 공주권은 세종시와 마찬가지로 소아청소년과 진료가능 기관이 없었다.

- 소아청소년과 진료가능 기관수의 지역격차는 시도권역 수준에서는 3.2배, 중진료권 수준에서는 7.8배로, 중진료권 지역격차가 상당히 컸다.
- 권역 내 중진료권 간의 소아청소년과 진료가능기관수의 편차도 큰 편이었으며, 특히, 충남, 제주, 전북, 강원, 경남의 상대표준편차가 0.3 이상으로 크게 나타났다.

### ... 의료인력 ...

- 2018년 소아청소년과 전문의수는 소아청소년 인구10만명당 63.6명이며, 서울이 85.1명으로 가장 많았고, 부산, 대구도 인구10만명당 80명 이상으로 어린이의료 전문인력이 많은 편이었다.
- 세종시는 소아청소년과 입원진료실적이 50건 이상인 의료기관은 없었으나, 소아청소년 전문의는 인구10만명당 47.4명이 있었고, 충남은 인구대비 소아청소년과 전문의수(44.4명)가 세종시보다도 적었다.
- 중진료권 수준에서 소아청소년과 전문의가 가장 많은 지역은 서울서북, 부산중부로 인구10만명당 100명 이상이었고, 강원 영월권, 제주 서귀포시는 각각 21.0명, 22.3명으로 가장 적었다.
- 어린이의료 전문인력의 지역간 격차는, 시도권역 수준에서는 1.9배, 중진료권 수준에서는 5.1배로, 소아청소년과 진료가능기관수의 지역격차보다는 상대적으로 적었다.
- 제주와 강원은 권역내 중진료권들 간에 소아청소년과 진료

[그림 16] 소아청소년과 진료가능 기관 수 (인구10만명당)



가능기관수의 편차가 타시도에 비해 컸는데, 소아청소년과 전문의수도 권역내 지역격차가 17개 시도중 가장 크게 나타났다(제주 RSD=0.44, 강원 RSD=0.33).

- 제주는 서귀포시의 어린이 의료자원이 제주시에 비해 절반 이하 수준이었고, 강원은 영월권과 속초권의 어린이의료 자원이 타지역에 비해 상대적으로 부족하였다.

**〈표 4〉 어린이공공전문진료센터 1기 지정현황('19.12.기준)**

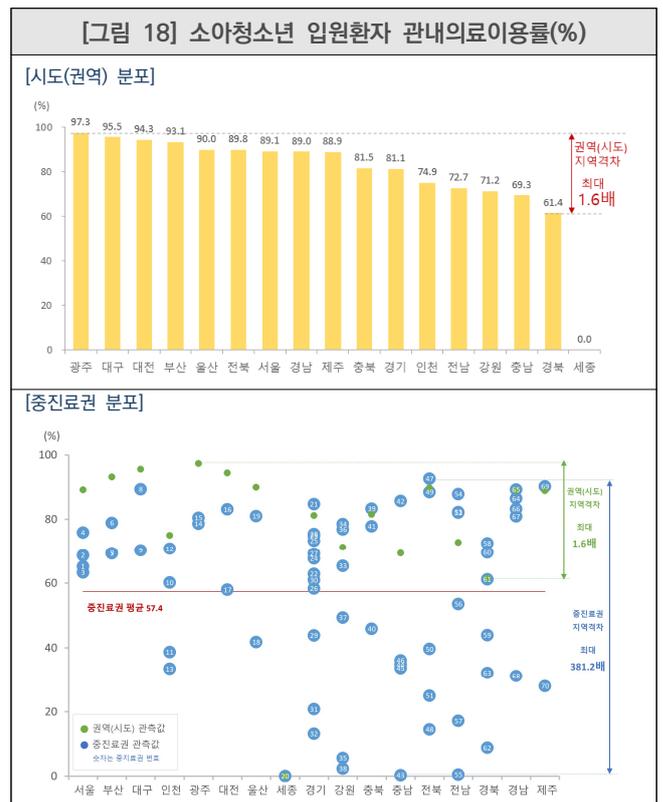
지정병원	소재지	병상수	운영기간
서울대학교병원 어린이병원	서울		'17~'19
서울아산병원 어린이병원	서울		'17~'19
세브란스병원 어린이병원	서울		'17~'19
경북대학교 어린이병원	대구		'17~'19
강원대학교 어린이병원	강원		'17~'19
전북대학교 어린이병원	전북		'17~'19
부산대학교 어린이병원	경남		'17~'19

\* 2기('20~'22) 센터로는 삼성서울병원 소아청소년센터, 전남대학교 어린이병원이 추가되어 운영중에 있으며, 충남대학교병원은 2기 센터로 지정되어 어린이병원 준비 중에 있음

### 3. 의료이용

... 현황 ...

- 2018년 한해 동안 소아청소년과에 입원한 적이 있는 18세 이하 소아청소년 인구 중 해당 지역내 의료기관을 이용한 비율을 살펴보면, 시도권역 수준에서는 광주광역시 97.3%로 가장 높았고, 경상북도가 61.4%로 가장 낮았다.
- 세종시는 소아청소년과 입원환자의 관내의료이용률이 0%였는데, 이는 앞서 소아청소년과 진료가능기관이 없었던 영향으로 보인다.
- 중진료권 수준에서는 소아청소년과 입원환자의 관내의료 이용률이 50%이하인 지역이 25개나 되었고, 9개 지역(세종, 경기 포천시, 강원 영월권, 속초권, 충남 공주권, 전북 군산시, 전남 나주권, 영광권, 경북 영주권)은 20%이하로, 5명중 1명은 타 시도의 의료기관을 이용한 것으로 나타났다.
- 소아청소년과 입원환자가 기준시간(60분)내 거리에 위치한 의료기관을 이용한 비율은 광주, 대구, 부산, 서울이 95% 이상으로 높았다. 충남, 경북, 세종은 65% 수준으로 타시도에 비해 낮은 편이었고, 강원은 51%로 17개 시도 중 가장 낮았으며, 소아청소년과 입원환자 2명 중 1명은 60분 이내 거리에 위치한 의료기관을 이용하지 못한 것으로 나타났다.
- 중진료권 수준에서 소아청소년과 입원환자의 기준시간내 의료 이용률은, 지리적으로 밀집해 있는 수도권 및 광역시에 속한 중진료권에서 대체로 90% 이상으로 높은 편이었고, 전북 전주권, 익산시, 경남 김해권 등에서 90% 이상으로 높았다.



- 소아청소년과 입원환자의 기준시간내 의료이용률이 30% 이하로 매우 낮은 중진료권은 8개 지역(경기 이천권, 강원 영월권, 순초권, 전죽 군산시, 남원권, 경북 영주권, 경남 거창권, 제주 서귀포시)이었고, 이 지역들은 관내의료이용률도 약 30% 이하로 낮아, 어린이 의료 관련 의료이용 접근성 개선을 위한 노력이 필요해 보인다.

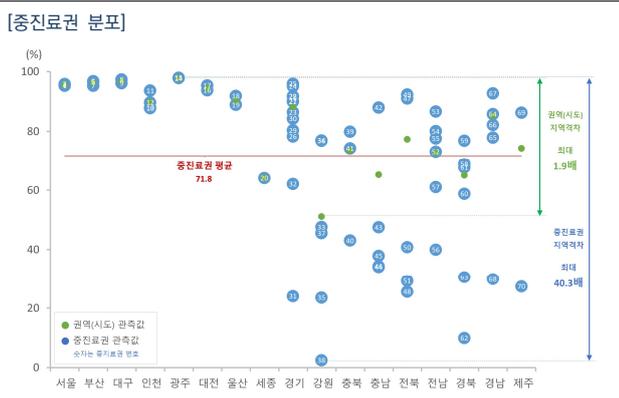
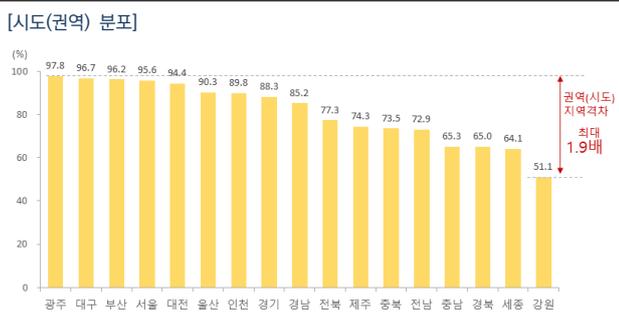
○○○ 지역격차 ○○○

- 시도권역수준에서 소아청소년과 입원환자의 의료이용 지역 격차를 살펴보면, 관내의료이용률은 최대 1.6배, 기준시간(60)내 의료이용률은 최대 1.9배 수준이었다.
- 중진료권 수준의 지역격차는 권역내 중진료권 간의 편차가 큰 지역들의 영향으로, 의료이용률이 가장 높은 지역과 낮은 지역의 비(ratio)로 측정된 지역격차는 상당히 컸다.
- 충남 공주권, 전남 나주권의 경우, 관내의료이용률이 1% 미만으로 극단적으로 낮게 나타났는데, 해당 권역에서 이 지역의 관내의료이용률을 향상시킴으로써, 중진료권 전체의 지역격차 감소에 기여할 수 있을 것으로 보인다.
- 강원, 전북, 경북, 제주 등 4개 권역은, 권역내 중진료권들 간의 소아청소년과 입원 의료이용률 지표 격차가 타 지역에 비해 컸으며, 특히, 제주의 경우, 서귀포시와 제주시의 격차가 의료자원 수준의 격차에 이어 의료이용 지표에까지 이어지고 있어, 남부와 북부 간 지역격차를 해소하기 위한 특별한 관심이 필요해 보인다.

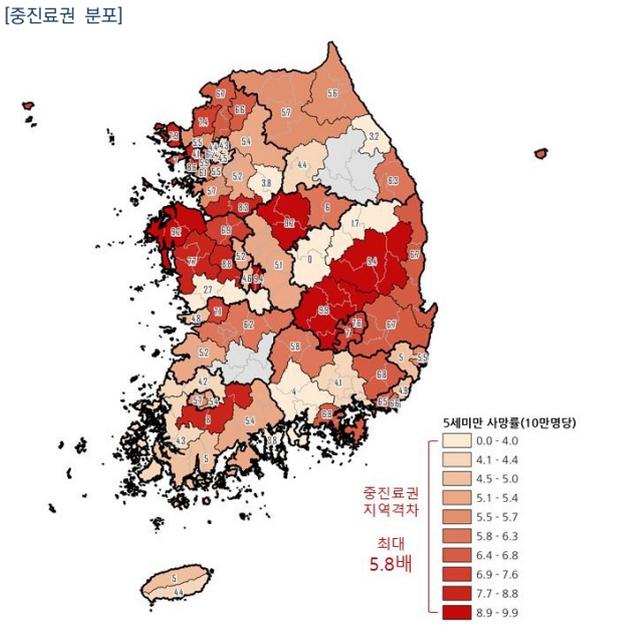
### 4. 건강결과

- 2018년 우리나라 5세미만(0~4세) 영유아사망률은 인구10만명당 5.8명이었다. 시도권역 중 사망률이 가장 높은 지역은 경상북도로 인구10만명당 7.5명이었고, 대구, 충남, 인천도 인구10만명당 7명 이상으로 영유아사망률이 높았다.
- 영유아사망률이 가장 낮은 지역은 강원도로 인구10만명당 4.8명이었고, 제주, 서울도 인구10만명당 5명 미만으로 낮은 편에 속했다.
- 중진료권 중에서는 경북 구미권이 인구10만명당 9.9명으로 영유아사망률이 가장 높았고, 대전동부, 충주권, 서산권, 안동권에서도 인구10만명당 9명 이상으로 사망률이 높았다.
- 영유아사망률의 지역격차는 시도권역 수준에서는 1.6배였으나, 중진료권 수준에서는 5.8배로 지역격차가 훨씬 컸다.
- 소아청소년에서 치료가능사망원인으로 사망률은 2018년 인구 10만명당 2.0명 수준이며, 대구와 경북이 인구10만명당 3명 수준으로 시도권역 소아청소년의 치료가능사망률이 가장 높았고, 충북이 1.3명으로 가장 낮았다.
- 중진료권 중에서는 경북 구미권이 인구10만명당 3.7명으로 가장 높았고, 대구동북, 경기 포천시도 인구10만명당 3.6

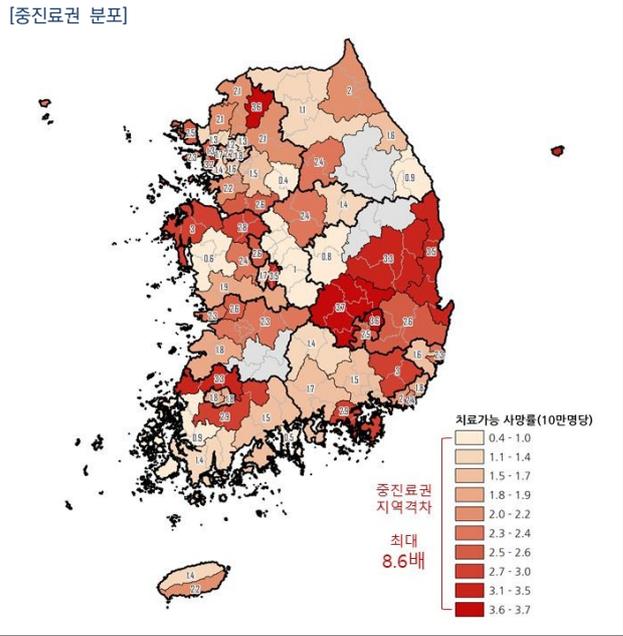
[그림 19] 소아청소년 입원환자 기준시간(60분)내 의료이용률(%)



[그림 20] 5세미만(0~4세) 사망률(인구10만명당)



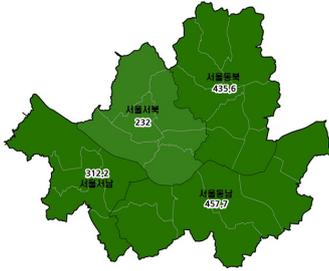
[그림 21] 소아청소년 치료가능사망률(인구10만명당)



- 명으로 소아청소년의 치료가능사망률이 높게 나타났다.
- 강원 영월권, 전북 남원권, 경북 영주권은 소아청소년에서 치료가능사망원인으로 인한 사망자가 없었다.
  - 소아청소년 치료가능사망률의 지역격차는 시도권역 수준에서 최대 2.4배로, 중진료권 수준에서는 최대 8.6배로 영유아 사망률의 지역격차보다 크게 나타났다.

## 어린이관련 필수의료서비스 지역현황

### 서울특별시



[소아청소년 인구수 (천명)]



[소아청소년 입원환자수 (천명당)]

#### [어린이 관련 의료자원]

- 어린이 공공전문진료센터 : 3개소
  - 서울대학교 어린이병원
  - 서울아산병원 어린이병원
  - 세브란스병원 어린이병원
- 소아청소년 진료가능 기관 : 인구10만명당 6.2명
- 소아청소년과 전문의 : 인구10만명당 85.1명

#### 전국 10분위 분포

##### [소아청소년 인구수]

14 - 24	99 - 132
25 - 32	133 - 158
33 - 50	159 - 197
51 - 81	198 - 232
82 - 98	233 - 493

##### [소아청소년 입원환자수]

38.3 - 55.2	81.6 - 86.1
55.3 - 62.4	86.2 - 101.7
62.5 - 69.4	101.8 - 126.5
69.5 - 75.2	126.6 - 144.8
75.3 - 81.5	144.9 - 184.5

#### [의료필요] 지역 간 소아청소년 인구 수 대비 입원환자 수 격차 존재

- 서울시의 소아청소년(18세 이하) 인구수는 1,437.4천명으로 전국 17개 대진료권 중 경기(2,433.9천명) 다음으로 많았으나, 인구 천 명당 소아청소년 입원환자 수는 70.8명(전국 88.0명)으로 전국 대비 적은 수준이다.
- 진료권별로는 서울동북(435.6천명), 서울동남(457.7천명)에 비해 서울서북(232.0천명), 서울서남(312.2천명)의 소아청소년 인구수가 적은 편이었으나, 인구 천 명당 소아청소년 입원환자수는 서울서남이 74.2명(서울동남 71.5명)서울동북 69.4명)서울서북 67.5명)으로 가장 많았다.

#### [의료자원] 전국 대비 적은 소아청소년과 전문의수 및 어린이 공공전문진료센터 접근성 양호

- 전국 7개 어린이 공공전문진료센터 중 3개가 서울시에 존재하고 있으며, 인구 10만명당 소아청소년과 전문의 수는 85.1명(전국 63.6명)으로 전국 17개 대진료권 중 가장 많았다.
- 진료권간 인구 10만명당 소아청소년과 진료가능 기관수는 큰 차이가 없었으며, 인구 10만명당 소아청소년과 전문의수는 서울서북이 106.5명(서울동남 95.5명)서울동북 72.1명, 서울서남 72.1명)으로 서울뿐만 아니라 전국 70개 중진료권 중 가장 많은 소아청소년과 전문의가 존재하는 것으로 나타났다.

#### [의료이용] 소아청소년 입원환자의 관내의료이용률(RI) 격차 존재

- 서울시의 어린이 관련 의료이용 지표는 전국 대비 모두 양호한 수준이었으나, 영유아건강검진 수검율은 74.3%(전국 74.5%)로 전국 대비 약간 낮았다.
- 진료권간 영유아검진수검율과 소아청소년 입원환자 기준시간(60분)내 의료이용률(TRI)은 큰 차이가 없는 반면, 소아청소년 입원환자 관내의료이용률(RI)은 서울서남이 63.3%(서울서북 65.2%(서울동북 68.6%(서울동남 75.8%)로 가장 낮았고, 진료권간 최대 12.5%의 격차가 존재했다.

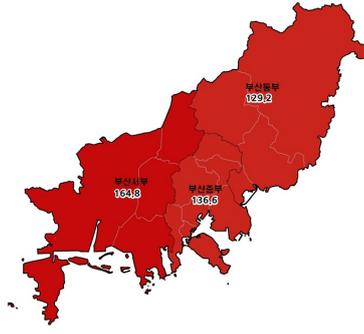
#### [건강결과] 타진료권 대비 서울서남 지역의 높은 사망률

- 서울시의 인구 10만명당 5세미만 사망률과 인구 10만명당 치료가능사망률은 전국 대비 모두 양호한 수준이었다.
- 진료권별로는 서울서남의 인구 10만명당 5세미만 사망률이 6.2%(서울동남 4.5%)서울서북 4.4%)서울동북 4.3%)로 가장 높았고, 인구 10만명당 치료가능 사망률 역시 서울서남이 2.2%(서울동남 1.8%)서울동북 1.3%)서울서북 1.2%)로 가장 높아 지역 간 상당한 격차가 존재했다.

### 부산광역시



[소아청소년 인구수 (천명)]



[소아청소년 입원환자수 (천명당)]

#### [어린이 관련 의료자원]

- 어린이 공공전문진료센터 : -개소
- 소아청소년 진료가능 기관 : 인구10만명당 19.4명
- 소아청소년과 전문의 : 인구10만명당 81.4명

전국 10분위 분포	
[소아청소년 인구수]	[소아청소년 입원환자수]
14 - 24	38.3 - 55.2
25 - 32	55.3 - 62.4
33 - 50	62.5 - 69.4
51 - 81	69.5 - 75.2
82 - 98	75.3 - 81.5
99 - 132	81.6 - 86.1
133 - 158	86.2 - 101.7
159 - 197	101.8 - 126.5
198 - 232	126.6 - 144.8
233 - 493	144.9 - 184.5

#### [의료필요] 소아청소년의 인구의 높은 입원의료이용

- 부산의 소아청소년인구(약 51만명) 중 입원의료이용 환자는 약 143명(천명당)으로 전국 최상위 수준을 보이고 있다.
- 부산의 진료권별 소아청소년인구는 고르게 분포하였으나, 부산서부권에서 인구에 비해 입원환자(164.8명/천명)가 가장 높은 수준을 보였으며, 이는 전국 70개 진료권 중 두 번째로 높은 수준이다.

#### [의료자원] 높은 소아청소년관련 의료 인프라

- 부산에는 현재 어린이 공공전문진료센터가 전무하나, 소아청소년과 진료가능 기관이 인구10만명당 19.4개소로 전국 최상위 수준이며, 관련 전문의 수도 81.4명으로 전국에서 두 번째로 많았다.
- 부산의 진료권별로는 부산중부권의 소아청소년 의료이용 관련 기관 및 인력(인구10만명당 23.7개소/103.3명)이 가장 많았으며, 세 진료권 모두 전국 대비 높은 수준을 나타내었다.

#### [의료이용] 영유아건강검진 수검률의 높은 비율, 진료권별 유사한 소아청소년 의료이용 수준

- 부산의 영유아건강검진 수검률은 77.8%로 7대 특·광역시 중에서 가장 높았으며, 소아청소년 입원환자의 관내 의료이용률(RI)은 93.1%, 기준시간 내(60분) 의료이용률(TRI)은 96.2%로 전국대비 높은 수준을 나타내고 있다.
- 부산의 진료권별 영유아건강검진 수검률은 부산서부권에서 79.9%로 가장 높았으며, 의료이용은 부산중부권에서 높게 관찰 되었으나, 진료권별 큰 차이는 없다.

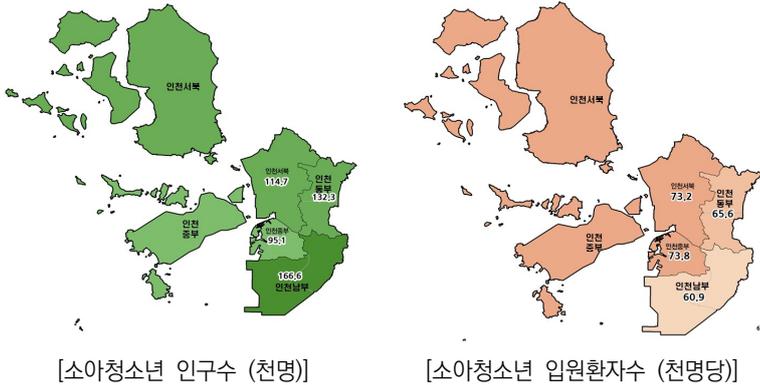
#### [건강결과] 전국대비 높은 5세미만/치료가능 사망률

- 부산의 5세미만 인구의 사망률은 인구10만명당 6.1명이었으며, 치료가능사망률(0~18세인구)은 인구10만명당 2.1명으로 전국 보다 높은 수준을 보였다.
- 부산의 진료권별로는 5세미만/치료가능 사망률 모두 부산중부-부산서부-부산동부 순으로 사망률이 높게 나타났다.

#### [요약] 의료인프라 대비 높은 사망률 관리 필요

- 부산의 소아청소년 인구의 입원의료이용은 많으나, 이를 관리 할 수 있는 기관이나 인력 등 의료자원 또한 높은 수준을 보이고 있다. 그러나 5세미만/치료가능 사망률은 전국 대비 높은 수준을 나타내고 있어 의료의 적절성과 질 향상을 위한 체계적인 관리가 요구된다.

## 인천광역시



### [어린이 관련 의료자원]

- 어린이 공공전문진료센터 : -개소
- 소아청소년 진료가능 기관 : 인구10만명당 6.3명
- 소아청소년과 전문의 : 인구10만명당 58.6명

### [의료필요] 소아청소년 인구 규모와 반비례하는 입원환자 수

• 인천광역시의 소아청소년(18세이하) 인구수는 508.7천명, 인천 중부 95.1천명, 인천 서북 114.7천명, 인천 동북 132.3천명, 인천 남부 166.6천명으로 진료권 간의 최대 71.5천명의 차이가 있었다. 인천의 소아청소년 입원환자 수는 천 명당 69.4명으로 인천 남부 60.9명, 인천 동북 65.6명, 인천 서북 73.2명, 인천 중부 73.8명으로 나타나 진료권별 소아청소년 인구수와 반대의 순위를 나타냈다.

### [의료자원] 소아청소년을 위한 의료자원 부족

• 인천에는 어린이 공공전문진료센터가 없을 뿐 아니라, 소아청소년과 진료가능 기관 수가 10만 명당 6.3명으로 전국에서도 매우 낮은 수준이었다. 또한 소아청소년이 가장 많은 인천 남부의 10만 명당 진료가능 기관 수는 4.2명으로 가장 낮았으며, 인천 남부를 포함한 모든 진료권(인천 동북 5.3명, 인천 중부 8.4명, 인천 서북 8.7명)이 전국 평균인 9.1명보다 낮았다. 또한 10만 명당 소아청소년과 전문의 수가 전국은 10만 명당 63.6명인데 반해 인천은 평균 58.6명에 그쳤다. 인천 중부(72.5명)를 제외한 나머지 진료권(인천 동북 52.2명, 인천 남부 54.6명, 인천 서북 60.2명)은 전국보다 낮았다. 이에 인천의 소아청소년을 진료할 수 있는 기관 및 인력의 확충이 필요하다.

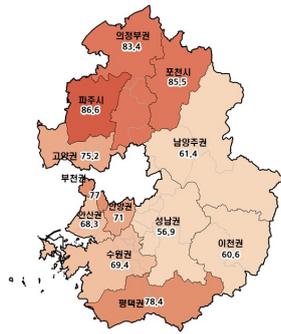
### [의료이용 및 결과] 인천 남부와 동북 진료권 간의 건강격차 존재

• 소아청소년 입원환자 관내의료이용률은 전국(85.0%) 및 인천(74.9%)과 비교해보았을 때, 인천 남부(33.5%)와 인천 동북(38.6%)이 매우 낮은 값을 보였다. 소아청소년 입원환자 기준시간(60분)내 의료이용률을 보면 인천 남부(87.8%)와 인천 동북(93.6%) 진료권 간의 격차가 있었다. 또한 건강결과인 5세 미만 사망률(10만 명당)의 경우 인천 남부(8.6명), 인천 동북(4.1명), 소아청소년 치료가능사망률(10만 명당)의 경우 인천 남부(3.2명)와 인천 동북(1.3명) 진료권 간의 큰 격차가 있었다. 인천 남부와 동북은 공통적으로 의료자원 및 관내의료이용률이 낮았다. 특히 인천 남부는 기준시간(60분)내 의료이용률 또한 낮아 다소 낮은 수준의 건강결과까지 이어졌다. 인천 동북의 경우 기준시간(60분)내 의료이용률이 높아 타 지역에서의 의료이용을 통해 건강결과 수준이 낮은 편은 아니지만, 진료권 내 의료완결성을 높여 건강 수준을 향상시킬 수 있도록 해야 한다.

## 경기도



[소아청소년 인구수 (천명)]



[소아청소년 입원환자수 (천명당)]

### [어린이 관련 의료자원]

- 어린이 공공전문진료센터 : -개소
- 소아청소년 진료가능 기관 : 인구10만명당 6.0명
- 소아청소년과 전문의 : 인구10만명당 57.0명

[소아청소년 인구수]		[소아청소년 입원환자수]	
14 - 24	99 - 132	38.3 - 55.2	81.6 - 86.1
25 - 32	133 - 158	55.3 - 62.4	86.2 - 101.7
33 - 50	159 - 197	62.5 - 69.4	101.8 - 126.5
51 - 81	198 - 232	69.5 - 75.2	126.6 - 144.8
82 - 98	233 - 493	75.3 - 81.5	144.9 - 184.5

### [의료필요 및 자원] 진료권별 의료필요 및 자원의 격차가 큰 편

- 경기도는 전국에서 인구 수가 가장 많은 곳으로, 소아청소년 인구 수 또한 전국의 1/4 이상으로 가장 많으나, 소아청소년 인구 천 명 당 입원했던 환자 수는 69.3명으로 전국 평균 88.0명 비해 낮은 수준이었다. 경기 12개 진료권 중 소아청소년 인구 천 명당 입원환자수가 가장 높았던 곳은 파주 진료권(86.6명), 포천 진료권(85.5) 등의 순이었고, 가장 낮았던 곳은 성남 진료권으로 56.9명으로 나타났다.
- 경기도의 소아청소년과 진료가능한 기관의 수는 소아청소년 인구 십만 명당 6.0개로 전국 평균인 9.1개에 비해 적었고, 소아청소년 인구 십만 명당 소아청소년과 전문의 수도 57.0명으로 전국 평균인 63.6명에 비해 적은 편이었다. 소아청소년과 진료가능한 기관의 수는 안산, 포천 진료권이 각 8.9개로 가장 많았으며, 성남 진료권이 3.0개, 안양 진료권이 4.4개로 가장 적은 편에 속하였다. 소아청소년과 전문의 수는 고양 진료권이 64.6명, 부천 진료권이 63.3명으로 가장 많았으며, 포천 진료권이 31.2명, 이천 진료권이 40.9명으로 가장 적었다. 이를 통해 진료권에 따라 소아청소년이 진료받을 수 있는 기관과 전문의 수는 대략 2배 정도 격차가 있음을 알 수 있다.

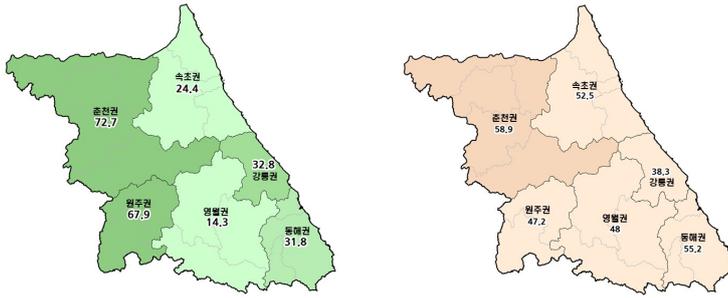
### [의료이용] 진료권에 따라 RI와 TRI 모두 격차가 큰 편

- 경기도의 소아청소년 RI는 81.1%로 전국 평균(85.0%)에 비해 낮은 편이고, TRI는 88.3%로 전국 평균( 86.6%)에 비해 높은 편이다. RI가 가장 높은 수원 진료권은 84.7%, 가장 낮은 포천 진료권은 13.2%, 이천 진료권이 20.7%였다. TRI는 가장 높은 부천 진료권이 95.9%, 안양 진료권 95.1%로 나타났고, 가장 낮은 이천 진료권은 24.0%로 나타나 진료권에 따라 소아청소년의 RI와 TRI 모두 격차가 큰 것으로 나타났다.
- 이 중 이천 진료권은 RI가 20.7%, TRI가 24.0%로 모두 낮게 나타나 진료권 내, 인근 지역에서 실제로 접근가능한 의료 자원이 부족하다고 할 수 있어 해당 지역의 의료이용 개선을 위한 고민이 필요할 것으로 사료된다.

### [건강결과] 진료권에 따라 치료가능한 사망률은 격차가 큰 편

- 경기도의 인구 십 만명당 치료가능 사망률은 1.8명으로 전국 평균인 2.0명에 비해 낮은 편이다. 진료권별로 살펴보면 치료 가능한 사망률이 포천 진료권은 3.6명, 평택 진료권이 2.6명 순으로 높았으며, 이천 진료권은 0.4명으로 가장 낮게 나타났다. 이에 진료권에 따라 치료 가능한 사망률의 차이가 큰 편임을 알 수 있어, 어떠한 요소로 인해 이러한 차이가 나타나는 지에 대한 심층분석이 필요할 것으로 사료된다.

## 강원도



[소아청소년 인구수 (천명)]

[소아청소년 입원환자수 (천명당)]

### [어린이 관련 의료자원]

- 어린이 공공전문진료센터 : 1개소
  - 강원대학교병원 어린이병원
- 소아청소년 진료가능 기관 : 인구10만명당 9.8명
- 소아청소년과 전문의 : 인구10만명당 52.5명

### 전국 10분위 분포

#### [소아청소년 인구수]

14 - 24	99 - 132
25 - 32	133 - 158
33 - 50	159 - 197
51 - 81	198 - 232
82 - 98	233 - 493

#### [소아청소년 입원환자수]

38.3 - 55.2	81.6 - 86.1
55.3 - 62.4	86.2 - 101.7
62.5 - 69.4	101.8 - 126.5
69.5 - 75.2	126.6 - 144.8
75.3 - 81.5	144.9 - 184.5

### [의료필요·의료자원] 강원도의 적은 의료인력, 영월권에서 전국 최하위 수준

- 강원도의 소아청소년(18세이하) 입원환자 수는 천명당 51.1명으로 전국평균(88.0명/천명)보다 적었다. 중진료권에서 소아청소년 입원환자 수는 춘천권이 58.9명으로 가장 많고, 강릉시가 38.3명으로 가장 적게 나타났다.
- 강원도는 어린이공공전문진료센터 1개소를 보유하고 있고, 소아청소년과 진료가능 기관 수(소아청소년 10만명당)는 9.8개소로 전국 평균(9.1개소)보다 많았다. 중진료권에서 소아청소년과 진료가능 기관 수는 영월권(7.0개소)과 속초권(4.1개소)이 전국 수준보다 낮았다.
- 강원도의 소아청소년과 전문의 수(소아청소년 10만명당)는 52.5명으로 전국평균(63.6명)보다 적었다. 중진료권에서의 의료인력은 강릉시(70.2명)를 제외한 춘천권(59.1명), 원주권(51.5명), 동해권(47.1명), 속초권(36.9명)에서 현저히 낮게 나타났다. 특히, 영월권(21.0명)의 의료인력은 전국 최하위 수준으로 인구대비 의료인력이 부족한 실정이다.

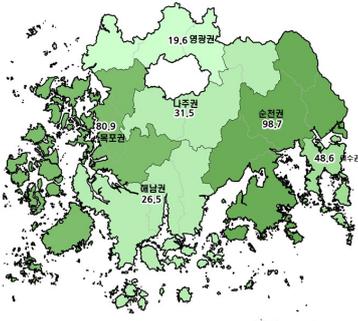
### [의료이용] 강원도 소아청소년 입원 자체충족률 낮은 수준, 영월권 의료 접근성 심각한 수준

- 강원도 소아청소년 입원환자 RI(관내 의료이용률)는 71.2%로 전국평균(85.0%)보다 낮았다. 특히, 소아청소년 입원환자 TRI(60분 이내 의료이용률)는 전국 최하위 수준인 51.1%로 현저히 낮았다.
- 영유아건강검진 수검률은 영월권(69.9%)을 제외한 모든 진료권에서 전국평균(74.5%)보다 높았다. 특히, 영월권과 속초권은 소아청소년 입원환자의 지역 자체 충족률이 2.3%로 전국에서 가장 취약한 의료접근성을 가진 지역으로 나타났다.

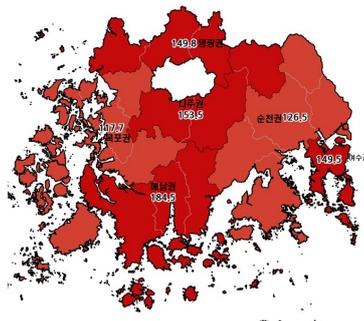
### [건강결과] 중진료권내 인프라 확충과 의료접근성 개선 필요

- 강원도의 0~4세 사망(10만명당)은 4.8명으로 전국평균(5.8명)대비 낮은 수준이나, 동해권(6.3명)에서 전국 대비 높은 수준을 보였다.
- 강원도의 치료가능 사망(만18세이하 10만명당)은 1.5명으로 전국평균(2.0명)보다 낮은 수준이나, 원주권(2.4명)의 치료가능 사망률이 전국수준보다 높게 나타났다.
- 영월권의 경우 진료가능 기관(7.0개소/전국9.1개소)이 부족하고, 의료인력(21.0명/전국63.6명)이 전국 최하위라는 점과 RI(5.6%) 및 TRI(23.5%)가 매우 낮다는 점에서 소아청소년 환자의 의료접근성이 취약한 것을 알 수 있다. 영월권의 의료필요(소아청소년 입원환자 수 48.0명/천명)가 전국수준보다 낮다는 점을 감안하더라도 진료권내 자체 충족률을 높이려는 노력이 필요함을 시사하였다. 또한 영유아건강검진 수검률이 전국평균(74.5%) 대비 영월권(69.9%)이 낮게 나타난 점 또한 개선이 필요한 부분이다.
- 소아청소년 입원환자의 자체 충족률과 TRI(60분)를 높여 의료접근성을 개선하는 지속적인 노력이 필요할 것이다.

## 전라남도



[소아청소년 인구수 (천명)]



[소아청소년 입원환자수 (천명당)]

### [어린이 관련 의료자원]

- 어린이 공공전문진료센터 : -개소
- 소아청소년 진료가능 기관 : 인구10만명당 13.7명
- 소아청소년과 전문의 : 인구10만명당 48.1명

### 전국 10분위 분포

[소아청소년 인구수]		[소아청소년 입원환자수]	
14 - 24	99 - 132	38.3 - 55.2	81.6 - 86.1
25 - 32	133 - 158	55.3 - 62.4	86.2 - 101.7
33 - 50	159 - 197	62.5 - 69.4	101.8 - 126.5
51 - 81	198 - 232	69.5 - 75.2	126.6 - 144.8
82 - 98	233 - 493	75.3 - 81.5	144.9 - 184.5

### [의료필요] 인구수에 비해 많은 소아·청소년 입원환자 수

- 전남의 소아·청소년 인구수는 전국 17개 시·도 중 중하위 수준이었고, 중진료권별로 보면 순천 98.7(천 명), 목포 80.9(천 명), 여수 48.6(천 명), 나주 31.5(천 명), 해남 26.5(천 명), 영광 19.6(천 명)순이었고, 중진료권 간 격차가 크다.
- 전남의 인구 천 명당 소아·청소년 입원환자 수는 137.1(명/천 명당)로 전국수준 측정값(이하 전국) 88(명/천 명당)과 비교하면 많아서, 전국 17개 시·도 중 부산 다음으로 두 번째로 많았다. 특히, 해남권의 경우 184.5명으로 70개 중진료권 중 가장 많았다.

### [의료자원] 부족한 소아·청소년 전문의 수

- 전남에는 어린이 공공전문진료센터가 없으며, 소아·청소년과 진료 가능 기관수는 13.7개(전국 9.1개/10만 명당)로 전국보다 많았고, 6개 권역 모두 많았다. 그러나 소아·청소년 전문의 수는 48.1명(전국 63.6명/10만 명당)으로 전국보다 적었고 나주권역을 제외한 5개 권역이 전국보다 적었다.
- 특히 해남권의 경우 전남 중진료권 중에서 소아청소년과 진료 가능 기관수는 가장 많았는데, 소아청소년과 전문의 수는 가장 적었다.

### [의료이용] 낮은 소아·청소년 입원환자 관내 의료이용률(이하 RI)과 기준시간 60분 내 의료이용률(이하 (60)TRI)

- 전남의 영유아 건강검진 수검률은 72.9%로 전국(74.5%)보다 낮았고 순천, 나주권을 제외한 4개 중진료권에서도 낮은 결과를 보였다.
- 전남의 소아·청소년 입원환자 RI는 72.7%로 전국(85%)보다 낮았으며 순천권(87.8%)을 제외한 5개 중진료권이 전국보다 낮았고, 특히 나주권의 RI는 0.4%로 전국 70개 중진료권 중 최하위 수준이었다.
- 전남의 소아·청소년 입원환자 (60)TRI도 72.9%로 전국수준(86.6%)보다 낮았는데 여수시(86.6%)를 제외한 5개 중진료권이 전국보다 낮았다. 특히 해남권은 40%로 전남지역 중진료권 중 가장 낮았다.

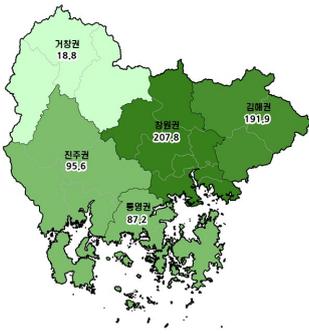
### [건강결과] 5세미만 사망률과 치료가능 사망률의 권역 간 격차 존재

- 전남의 인구 10만 명당 5세미만 사망률은 5.0명으로 전국 5.8명보다 낮았지만, 전남의 중진료권 중 나주권은 8.0명으로 매우 높았다.
- 전남의 인구 10만 명당 치료가능 사망률은 1.5명으로 전국 2.0명보다 낮았으나 전남의 중진료권 중 영광권(3.3명)과 나주권(2.9명)이 전국보다 높았다. 치료가능 사망률은 의료적 지식과 기술이 시의적절하고 효과적으로 이루어지지 않아 숨진 환자에 대한 정보를 주는 지표로 높게 나타난 지역에 대한 전반적인 분석이 필요하다.

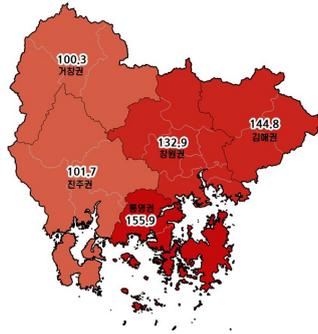
### [종합의견] 높은 소아·청소년 입원 환자 수, 중진료권 간 의료 이용 및 건강결과의 격차에 대한 대책 필요

- 전남은 소아·청소년 인구수와 비교하면 입원환자 수가 많고 소아·청소년 진료 가능 기관의 수는 적지 않으나 관련 전문의 수가 적었다. 또한 영유아 건강검진 수검률, 소아·청소년 입원환자 RI, (60분)TRI는 전국보다 낮았지만, 5세미만 사망률, 치료가능 사망률로 파악한 건강결과는 전국보다 양호하였다.
- 그러나 권역별로 살펴보면 전남의 중진료권 간 소아·청소년 환자의 의료이용과 건강결과의 격차가 컸다. 특히 관내 의료이용률이 낮은 나주권, 영광권의 건강결과가 좋지 않았는데 이에 대한 분석과 대책 마련이 필요하다.
- 소아·청소년 환자의 경우 입원 기간에 보호자가 동반하는 경우가 많은데, 거주지와 가까운 곳에서 의료이용이 이루어지지 않으면 환자뿐만 아니라 보호자의 시간적, 사회적 비용 부담이 클 수 있다. 전남의 많은 소아·청소년 입원환자 수와 낮은 소아·청소년 입원환자 RI를 고려해 보면 어린이 공공전문진료센터와 같은 의료자원의 필요성이 크다.

## 경상남도



[소아청소년 인구수 (천명)]



[소아청소년 입원환자수 (천명당)]

### [어린이 관련 의료자원]

- 어린이 공공전문진료센터 : 1개소
  - 양산부산대학교병원 어린이병원
- 소아청소년 진료가능 기관 : 인구10만명당 14.3명
- 소아청소년과 전문의 : 인구10만명당 56.2명

전국 10분위 분포	
[소아청소년 인구수]	[소아청소년 입원환자수]
14 - 24	38.3 - 55.2
25 - 32	55.3 - 62.4
33 - 50	62.5 - 69.4
51 - 81	69.5 - 75.2
82 - 98	75.3 - 81.5
99 - 132	81.6 - 86.1
133 - 158	86.2 - 101.7
159 - 197	101.8 - 126.5
198 - 232	126.6 - 144.8
233 - 493	144.9 - 184.5

### [의료필요] 경남 내 모든 중진료권에서 높게 나타나고 있는 소아청소년 입원환자수

· 경상남도의 '소아청소년(18세 이하) 인구수'는 601.3천명으로 서울, 경기를 다음으로 가장 많은 것으로 나타났다. '소아청소년 입원환자수(천명당)'는 134.1명으로 전국 평균인 88.0명보다 많았다. 중진료권으로 살펴보면 '소아청소년(18세 이하) 인구수'는 창원권 207.8천명, 김해권 191.9천명 등으로 나타났다. '소아청소년 입원환자수(천명당)'는 창원권 132.9명, 진주권 101.7명, 통영권 155.9명, 김해권 144.8명, 거창권 100.3명으로 경남의 모든 중진료권에서 전국 평균인 88.0명보다 높게 나타났다.

### [의료자원] 소아청소년 진료가능 기관에 비해 적은 전문의 수

- 전국에 어린이 공공전문진료센터는 7개소이며 그 중 하나가 경남에 있다(부산대학교병원(양산)). 또한 2020년 6월에 창원 경상대학교병원에 공공 어린이재활병원을 건립하기로 하였으며 2023년 개원예정이다. '소아청소년과 진료가능 기관수(십만명당)'는 14.3개소로 전국 평균 9.1개소 보다 많았으며, '소아청소년과 전문의 수(십만명당)'는 56.2명으로 전국 평균 63.6명보다 7.4명 적다.
- 경남 내 중진료권 단위에서의 '소아청소년 진료가능 기관수(십만명당)'는 창원권 13.5개소, 진주권 13.6개소, 통영권 12.6개소, 김해권 17.2개소로 거창권(5.3개소)을 제외하고는 모두 전국 평균(9.1개소)보다 많은 것으로 나타났다. 하지만 '소아청소년과 전문의 수(십만명당)'는 창원권 50.0명, 진주권 57.5명, 통영권 45.9명, 김해권 69.3명, 거창권 31.9명으로 김해권을 제외하고는 전문의 수가 부족한 것으로 나타났다.
- 이미 경남에 김해시, 양산시에 달빛어린이병원을 지정하였고, '19년 7월 통영시의 '서울아동병원'을 달빛어린이병원으로 지정하고 '19년 8월 1일부터 평일야간진료, 공휴일 진료, 아동응급진료 등을 수행하고 있다.

### [의료이용] 거창권에 두드러지게 나타나는 관내 의료이용률

- '영유아 건강검진 수검율'은 75.6%로 전국 평균 74.5%보다 조금 높게 나타났다. '소아청소년 입원환자 관내이용률'은 89.0%로 전국 평균 85.0%보다 높았으며, '소아청소년 입원환자 기준시간(60분)내 의료이용률'은 85.2%로 전국평균 86.6%보다 다소 낮게 나타났다.
- 중진료권 단위로 보았을 때 '영유아 건강검진 수검율'은 통영권에서 79.4%로 가장 높았고, 거창권이 68.8%로 가장 낮았다. '소아청소년 입원환자 관내의료이용률'은 진주권이 89.2%로 가장 높았고, 거창권이 31.2%로 가장 낮았다. '소아청소년 입원환자 기준시간(60분)내 의료이용률'은 김해권이 92.7%로 가장 높았으며, 거창권이 29.8%로 가장 낮았다. 거창권의 소아청소년 진료가능 기관의 수가 적다보니 관내 의료이용률과 60분 이내 관내 의료이용률이 낮게 나타난 것으로 보인다.
- 거창권의 합천군은 지역 내 소아청소년과가 없었지만, 2020년 의료취약지(소아청소년과) 지원사업에 선정되어 '삼성합천병원'에 소아청소년과를 개설하고, 시설 및 장비비, 인건비를 지원받아 '20년 8월 1일부터 소아청소년과 진료를 개시하였다.

### [건강결과] 경상남도의 5세 미만 사망률과 치료가능 사망률

- '5세 미만 사망률(십만명당)'은 5.4명으로 전국평균 5.8명보다 0.4명 적었으며, '치료가능 사망률(십만명당)'은 2.2명으로 전국 평균 2.0명보다 0.2명 많았다. 경남 내 중진료권 단위로 살펴보면 '5세미만 사망률(십만명당)'은 통영권 6.8명, 김해권 6.8명, 거창권 5.8명(전국 5.8명)으로 다소 높게 나타났으며, '치료가능 사망률(십만명당)'은 통영권 2.9명, 김해권 3.0명으로 전국 평균 2.0명보다 많은 것으로 나타났다.
- 통영권은 달빛어린이병원지정으로 이를 어느 정도 보완할 수 있을 것이며, 김해권의 경우에는 달빛어린이병원 등 많은 의료 자원을 갖고 있지만 많은 출생자수를 보이고 있기에 추가적인 대책마련이 시급하다.

## 제주도



[소아청소년 인구수 (천명)]



[소아청소년 입원환자수 (천명당)]

### [어린이 관련 의료자원]

- 어린이 공공전문진료센터 : -개소
- 소아청소년 진료가능 기관 : 인구10만명당 7.7명
- 소아청소년과 전문의 : 인구10만명당 48.8명

전국 10분위 분포		[소아청소년 입원환자수]	
[소아청소년 인구수]			
14 - 24	99 - 132	38.3 - 55.2	81.6 - 86.1
25 - 32	133 - 158	55.3 - 62.4	86.2 - 101.7
33 - 50	159 - 197	62.5 - 69.4	101.8 - 126.5
51 - 81	198 - 232	69.5 - 75.2	126.6 - 144.8
82 - 98	233 - 493	75.3 - 81.5	144.9 - 184.5

### [의료필요] 시도 평균 대비 제주도 소아청소년수 인구와 입원환자수 모두 낮아, 서귀포시는 제주시 비해 인구수 적어

- 제주도의 인구천명당 소아청소년(18세이하)인구와 소아청소년의 입원환자수는 시도평균에 비해 낮은 수준이었다. 소아청소년(18세이하)의 인구수는 129.2명(시도평균 8,814.9명)으로 17개 시도 중 세종시 다음으로 낮았으며, 소아청소년 입원환자수 또한 62.4명(시도평균 88.0명)으로 시도평균보다 적은 것으로 나타났다.
- 진료권별 소아청소년(18세이하) 인구수의 차이는 제주시와 서귀포시의 차이가 있었다(제주시 97.8명 VS 서귀포시 31.4명). 이와 달리 소아청소년 입원환자수는(인구천명당) 제주시가 서귀포시보다 약간 더 많은 것을 알 수 있었다(제주시 65.8명 VS 서귀포시 51.8명).

### [의료자원] 소아청소년 위한 제주도 의료자원은 시도평균 비해 적은 편, 진료권별 차이도 존재

- 제주도의 소아청소년 진료를 위한 의료자원은 시도평균 대비 적은 수준이다. 어린이 공공전문진료센터는(시도평균 7개소) 개소된 곳이 없었으며, 소아청소년 진료가능 기관수는(인구10만명당) 7.7개소로 시도평균(9.1개소)에 비해 더 적었다. 소아청소년과 전문의수(인구10만명당) 역시 48.8명으로 시도평균(63.6명)보다 적게 나타나, 제주도의 소아청소년을 위한 의료자원 개선 방안이 필요할 것으로 생각된다.
- 진료권별 의료자원은, 제주시에 집중적으로 분포되어 있다. 인구10만명당 소아청소년과 진료가능 기관수는(제주시 9.2개소 VS 서귀포시 3.2개소), 전문의수는 제주시와 서귀포시 간 격차가 존재한다(57.2명 vs 22.3명). 의료자원이 한 진료권에 집중되어 있으므로 소아청소년 진료를 위한 격차 해소 방안이 필요하다.

### [의료이용] 소아청소년의 TRI, 시도평균 비해 낮고 지역간 격차 보여

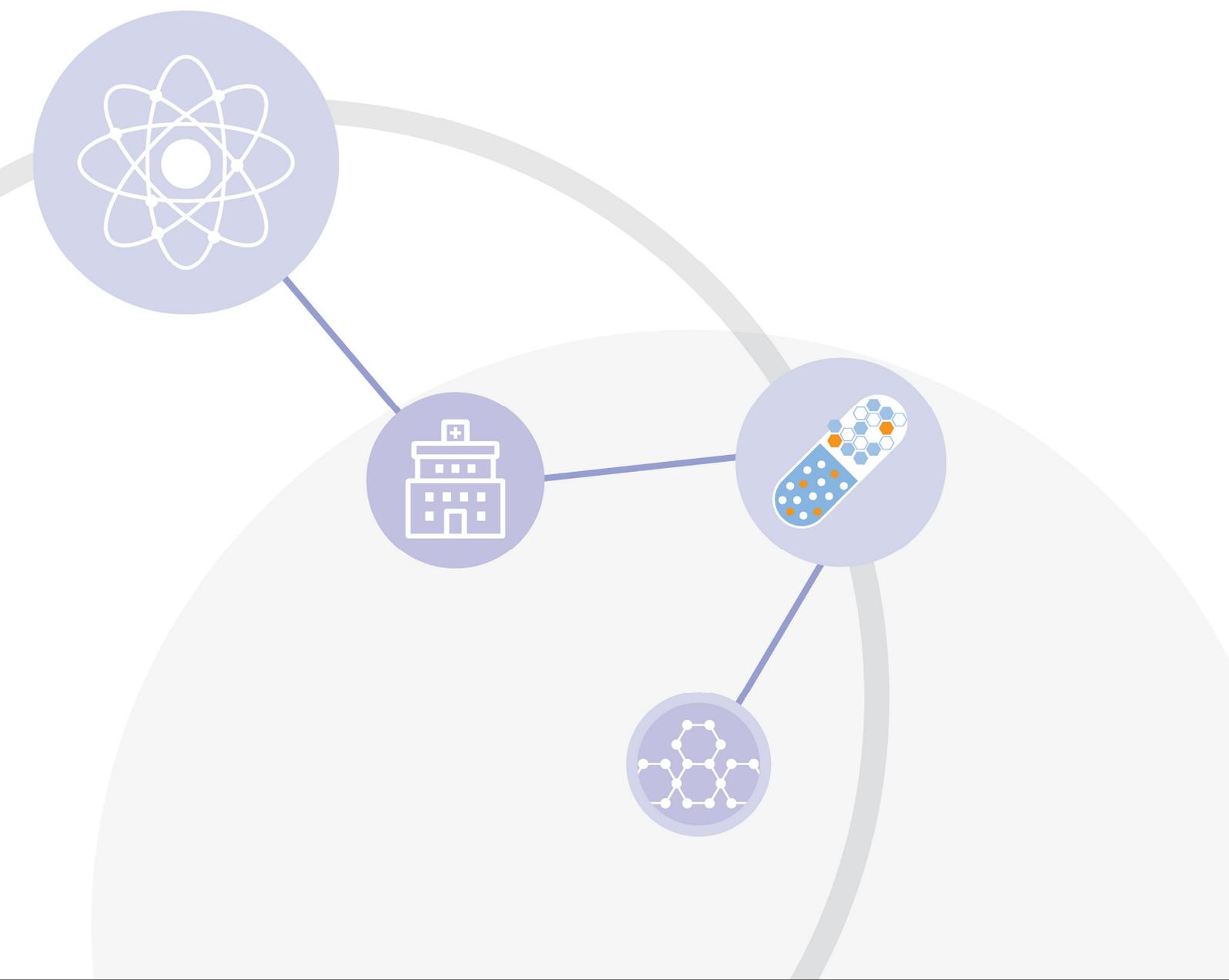
- 소아청소년 입원 관내의료이용률의 경우, 섬 지역특성상, 시도평균에 비해 제주도가 높지만(시도 85.0% vs 제주88.9%) 기준 시간 내 의료이용률(TRI)은 그에 비해 낮다(시도 86.6% vs 제주 74.3%). 입원환자 관내이용률은 제주도가 높지만(시도 85.0% vs 제주 88.9%) 입원환자 기준시간(60분)내 의료이용률(TRI)은 시도 평균(86.6%)에 비해 제주도 (74.3%)가 낮았다. 그러나 제주도의 영유아건강검진 수검율은 76.6%로 시도평균(74.5%)보다 높았다.
- 진료권별 소아청소년의 의료이용은 차이가 크다. 소아청소년 입원환자의 관내의료이용률(RI)은 제주시 90.2% VS 서귀포시 28.0%로 격차가 컸으며, 제주시의 경우 시도평균(85.0%)에 비해 높았지만, 서귀포시는 시도평균에는 전혀 미치지 못했다. 기준시간(60분)내 의료이용률(TRI) 역시 비슷한 양상을 보인다(제주시 86.2% vs 서귀포시 27.3%). 이러한 격차는 의료자원이 한 지역에 집중되어 의료이용 편차에도 영향을 준 것으로 보여, 소아청소년의 의료이용 지역 간 해소를 위한 대책이 필요할 것으로 판단된다.

### [건강결과] 시도평균대비 제주도의 건강결과는 양호하지만, 서귀포시의 치료가능사망률 개선 필요

- 제주도의 5세미만 사망률(인구10만명)의 경우 시도평균 5.8명 vs 제주 4.9명이며, 치료가능 사망률(인구10만명) 역시 시도평균 2.0명 vs 제주 1.6명으로 시도평균에 비해 양호한 건강결과가 나타났다.
- 진료권별 5세미만 사망률(인구10만명당)은 제주시와 서귀포시가 유사하게 나타났으나, 치료가능 사망률은 지역 간 차이가 났다(제주시 1.4명 vs 서귀포시 2.2명). 서귀포시의 치료가능 사망률은 시도평균(2.0명)보다 높아 개선 방안이 필요하다.

# 4.

## 공공의료 Brief



# 4 공공의료 Brief



## 지역거점공공병원 파견 의료인력 인건비 지원사업 시행

공공보건의료 시행계획 수립 및 추진실적 평가는 관계 중앙부처 8개 및 시·도 17개를 대상으로 하며, 보건복지부(공공보건의료지원센터)가 '20년 공공보건의료 시행계획 수립과 '19년 공공보건의료 시행계획 추진실적 평가를 지원한다. '19년 공공보건의료 시행계획 추진실적 평가시 관계 중앙부처 및 시·도별 평가위원을 구성하고, 기관의 추진 전략별로 점수화하여 우수하거나 미흡한 세부과제에 따른 점수의 편향을 보완하고 기본계획에 따른 전반적 사업수행을 평가하고 점수화하는 방법으로 수행한다.

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 7월에는 사업 진행 중 발생한 잔여 예산으로 2차 선정 평가를 실시하였다. 그 결과 지방의료원 8명·적십자병원 2명이 추가로 선정되었으며, 수정사업계획서 검토를 거쳐 8월 중 국비를 교부할 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. 작년에 8명의 장학생을 선발하였고, 올해 4명의 장학생을 선발하였다.

공공보건의료지원센터는 올해 초 겨울방학에 2주간의 '공공보건의료 특성화 실습 과정'을 운영하였다. 여름방학에는 신규 장학생에게 공공보건의료체계에 대한 개념을 인지시키고 향후 근무할 기관이나 진로 등에 대해 소개하는 '공공보건의료 입문 프로그램'을 운영하였다. 특강·워크숍·선배와의 대화로 구성된 1박2일 프로그램에 참여한 학생들은 "공공보건의료정책에 대한 청사진을 볼 수 있었다." "공공보건의료에 대해 깊이 생각해볼 수 있어서 유익한 시간이었다."는 의견을 남겼다.

이후 각종 홍보활동을 시작으로 하반기 장학생을 모집하여 선발위원회를 개최할 예정이다.

### 추진경과 및 주요일정

#### ▶ 지역거점공공병원 파견 의료인력 인건비 지원사업 시행

- '20.01~'06 '20년 추가 선정 평가 실시
- '20.03~06 '19년 완료 실적 평가 실시
- '20.07.24. '20년 2차 선정 평가 실시

### 추진경과 및 주요일정

#### ▶ 2020년 공중보건장학제도 시범사업 운영

- '20.02 공공보건의료 특성화 실습 과정 운영
- '20.03~04 '20년 장학생 모집
- '20.05.10. '20년 장학생 선발
- '20.07.27.-28. '20년 공공보건의료 입문 프로그램 운영시

## 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.

'20년도 운영진단 수행기관은 총 7개소로 경기도의료원 이천병원, 삼척·영월·진안군·목포시·마산의료원, 통영적십자병원이 대상이며, 지역책임의료기관급 역량강화 및 지역거점공공병원 기능개선을 위한 내실화 강화 기반을 마련한다.

이를 위해 의료서비스 제공역량 및 병원 운영 현황분석, 병원 업무프로세스 개선 (HPR) 교육·컨설팅 실시, 개선과제 이행 모니터링 등을 수행한다.

'20년도 수행기관을 대상으로 설명회 개최(6월~7월), HPR 서비스 디자인 1차 워크숍을 실시(7월)하였으며, 11월까지 HPR 워크숍(3회) 및 컨설팅(2회)을 추가 실시한다. 추진결과를 바탕으로 12월에는 HPR 개선과제 발표회 및 성과대회를 개최할 예정이다.

### 추진경과 및 주요일정

#### ▶지역거점공공병원 운영진단

- '20.01~ 개선과제 이행 모니터링 실시('19년도 실시기관)
- '20.05~06 수행기관 선정 및 통보
- '20.06~07 사전 설명회 및 방문 설명회 개최
- '20.07 HPR 1차 워크숍 실시

## 지방의료원 감염병 대응 시설·의료장비 지원

보건복지부는 코로나19 대비 감염병 전담병원으로 지정하여 환자를 치료하고 있는 지방의료원에 감염병 대응 시설·의료장비를 지원하였다.

서울, 부산, 인천, 마산의료원 등 8개 기관에서 3,974백만원의 격리병동 확충 등 감염병 대응 시설 및 의료장비 확충 관련 사업계획을 제출하였으며, 평가위원회를 통해 지원하였다. 또한, 속초시의 민간의료기관의 폐업으로 양양, 고성 등 권역에 분만 산부인과가 없는 상황에 처해져 속초의료원에 분만 시설 및 의료장비를 지원하였다.

'21년 지역거점공공병원 기능보강사업 선정평가는 '20년 8월에 진행할 예정이다. 지원예산은 선정평가 결과를 반영하여 예산안이 확정될 예정이며, 지방의료원은 국비 50%, 지방비 50%, 적십자병원은 국비 100% 비율로 지원한다. 평가결과를 예산안 확정 이후 '20년 9월 통보 예정이다.

### 추진경과 및 주요일정

#### ▶공공보건의료인력 교육훈련 추진

- '20.01 교육훈련 심의위원회 개최 : '20년 사업계획 심의
- '20.02 '20년 사업계획 승인 (보건복지부)
- '20.03 연간 교육일정 안내
- '20.05~10. 공공보건의료인력 교육 훈련 프로그램 시행
- '20.08~11 코로나19 대응 긴급 중환자실 의료인력 양성 교육 시행
- '20.11 공공보건의료 HRD 페스티벌 개최
- '20.12 '21년 교육수요조사 실시
- '20.12 교육훈련 심의위원회 개최 : '21년 사업결과 심의
- '21.01 '20년 국민건강증진기금 민간보조사업 평가 결과보고서 제출 (건강증진개발원)
- '21.01 '20년 사업추진실적 제출 (보건복지부)

## 제2기 공공전문진료센터 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. 제2기 공공전문진료센터는 어린이·호흡기·류마티스 및 퇴행성 관절염·노인 총 4개 전문분야, 27개 기관이 지정되었다.

공공보건의료지원센터는 제2기 공공전문진료센터를 대상으로 사업계획서 검토, 사업 전반의 관리 및 평가 등의 실무 작업과 기술지원 자문을 담당하고 있다. 제2기 공공전문진료센터 2020년 상반기 수행상황에 대해 향후 조사 및 검토를 수행할 예정이다.

## 79개소 공립요양병원 공공사업 성과평가

79개소 공립요양병원은 「치매관리법」제16조의4, 「공공보건의료에 관한 법률」 제6조에 의거하여, 회계연도 종료 후 공공사업(치매환자지원프로그램) 시행결과 보고서를 보건복지부 장관에게 제출해야 한다.

공공보건의료지원센터는 사업 전반의 관리 및 평가 등의 실무 업무를 담당하고 있으며, 매년 시행결과 보고서를 바탕으로 성과평가를 실시하여 보건복지부 장관에게 보고한다.

7월 중순 성과평가 결과(안)을 보건복지부로 제출할 예정이며, 7월 말까지 결과(안)에 대한 소명자료를 접수할 예정이다.

2019년도 공립요양병원 공공사업 성과평가를 통해서 우수 기관에 대한 장관 표창을 시행할 예정이며, 2021년 예산 차등지원 및 운영평가 근거로 활용 된다.

공공보건의료지원센터는 추후 사업이 원활하게 추진될 수 있도록 공공사업 저성과 기관에 대해서 현지점검 및 컨설팅을 수행할 예정이다.

## 공공 어린이 재활병원 건립 지원

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

'20년도 운영진단 수행기관은 총 7개소로 경기도의료원 이천병원, 삼척·영월·진안군·목포시·마산의료원, 통영적십자병원이 대상이며, 지역책임의료기관급 역량

### 추진경과 및 주요일정

#### ▶ 공공전문진료센터 지정 및 관리 지원

- '20.01 제2기 공공전문진료센터지정
- '20.03. 공공전문진료센터 기능강화 사업(어린이병원) 지침 개발

### 추진경과 및 주요일정

#### ▶ 79개소 공립요양병원 공공사업 성과평가

- '17.09 치매국가책임제 발의
- '18.08 공공사업비 최초(79억)지원
- '19.09 '18년 성과평가 최종결과 제출
- '20.07 '19년 최종결과 확정
- '20.08 '19년 최종결과 통보 및 기관 컨설팅 실시
- '20.10 우수 기관 장관표창
- '20.11 21년 지침개정

### 추진경과 및 주요일정

#### ▶ 공공 어린이 재활병원 지원

- '18.07 공공 어린이 재활병원 1개소 선정(충남권)
- '19.09 공공 어린이 재활의료센터 2개소 선정(전북권, 강원권)
- '20.06 공공 어린이 재활병원 1개소 선정(경남권)

강화 및 지역거점공공병원 기능개선을 위한 내실화 강화 기반을 마련한다.

이를 위해 의료서비스 제공역량 및 병원 운영 현황분석, 병원 업무프로세스 개선 (HPR) 교육·컨설팅 실시, 개선과제 이행 모니터링 등을 수행한다.

'20년도 수행기관을 대상으로 설명회 개최(6월~7월), HPR 서비스 디자인 1차 워크숍을 실시(7월)하였으며, 11월까지 HPR 워크숍(3회) 및 컨설팅(2회)을 추가 실시한다. 추진결과를 바탕으로 12월에는 HPR 개선과제 발표회 및 성과대회를 개최할 예정이다.

## 책임의료기관 공공보건의료 협력체계 구축 사업

권역·지역 단위 필수의료 강화 및 지역 간 의료 격차 해소를 위해, 보건복지부는 「공공보건의료 발전 종합대책」('18.10) 및 「민고 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, 2020년에는 권역 12개소, 지역 15개소가 지정되었다. 지정된 책임의료기관은 공공의료본부를 조직하여 지역 내 보건의료기관과 공공의료협력 사업을 수행하도록 지원하고, 원내·외 협의체를 통한 필수의료분야별 연계 및 협력을 강화하도록 지원하고 있다.

2020년 필수의료 협력사업 분야는 지역사회건강관리 및 중증응급질환으로, 퇴원 환자 연계 모델 및 서식 개발\*, 중증응급질환 병원 전단계 협력사업을 수행중에 있다.

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

지난 7월에는 포스트 코로나 대비를 위한 지역책임의료기관 지정 확대가 제3차 추경예산에 반영되어, 14개소를 추가 선정 중에 있다. 선정된 기관은 공공의료본부를 설치하여 감염 및 환자안전관리에 대한 지역 내 협력 모델을 개발하고, 권역 중증응급 질환 이송·전원 협력 사업에 참여한다.

※ ('20) 권역 12개소, 지역 15개소 →('20년 하반기) 지역 14개소(추가)

('21) 권역 15개소, 지역 35개소 확대 계획

• '20.07 '20년도 공공 어린이 재활병원, 재활의료센터 건립사업 공모 시행

### 추진경과 및 주요일정

#### ▶ 책임의료기관 공공보건의료협력 체계 구축사업

- '20.1 공공보건의료 협력체계 구축 사업 실장급 '20년 1차 회의
- '20.2 권역 국립대 병원 12개소 사업대상기관 지정
- '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 지역책임의료기관 사업계획서 작성 지원 및 검토
- '20.4 지역 책임의료기관 공모 선정 평가위원회 개최
- '20.4 지역책임의료기관 15개소 선정 평가 및 사업대상기관 지정
- '20.5 지역 책임의료기관 선정 및 국고보조금 교부 지원
- '20.7 지역 책임의료기관 14개소 추가 선정 (3차 추경)
- '20.4~8 권역 및 지역책임의료기관 중앙협의체 운영

## 〈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 기선정	필수	필수			
'20년 추가	선택	필수	필수		
'21년	필수	필수	필수	선택	선택
'22년	필수	필수	필수	필수	선택
'23년	필수	필수	필수	필수	필수

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 공유 서비스 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 보건복지부와 함께 공동 다빈도 입원질환을 중심으로「표준진료지침」을 적용함으로써 지역거점공공병원 진료의 질 향상 및 표준화를 도모하고, 신뢰성 제고를 위해 공공의료 표준진료지침(CP, Critical Pathway)을 매년 개발하여 보급하고 있다.

'20년에는 공공병원을 대상으로 3개 질환(A형간염, 족관절 외과골절, 유리체 절제술)에 대한 CP를 신규로 개발하고 있다. 최신 의기술과 의료상황 반영을 위해 과거 개발되었던 치질치핵수술, 복강경하 담낭절제술, 폐렴 CP에 대한 갱신 개발 또한 진행 중이다. 이 외에도 기개발 CP의 적용 범위를 확대시키기 위해 6개 질환을 선정하여, '20년도에는 총 12개의 질환에 대한 CP를 신규 및 갱신개발, 적용확대 연구를 수행하고 있다.

### 추진경과 및 주요일정

#### ▶ '20.2 전체 공공병원 대상 수요 조사 실시 (63개 기관, 84개 질환 조사 완료)

- '20.4 공공의료 CP개발 연구를 위한 신규개발 3개 질환 확정
- '20.4 CP 그룹별 연구진 구성
- '20.5 공공의료 CP개발 연구 참여 질환별 시범병원 (신규개발·갱신개발·적용확대) 선정 완료
- '20.7 공공의료 CP 임상 적정성 검토를 위한 학회 자문위원 섭외

구분	2020년 개발 CP명
신규개발	A형간염, 족관절외과골절, 유리체절제술
갱신개발	치질치핵수술, 복강경하담낭절제술, 폐렴
적용확대	제왕절개술+신생아관리, 편도선절제술, 경피적척추후궁골프선복원술, 무릎 관절경반월상연골절제술, 요로결석, 소아요로감염증

지난 4월 연구를 시작하여, 그룹별 국립중앙의료원 전문의의 검토를 바탕으로 참여 시범병원(공공병원 26개소)에서 질환별 CP 개발 방향을 설정하였다. 병원별 질환에 대해 의무기록 및 치료방법 분석 등 사전 조사가 이루어졌고 기본 내용을 작성하여 9월 초 CP 개발 워크숍을 개최 예정이다.

코로나감염증-19 영향으로 전년도와 다르게 소규모 그룹별 토의가 될 수 있도록 진행 될 예정이며 워크숍 이후 약 3개월의 시범 적용 기간을 거쳐 질환별 CP가이드 라인 개발을 완료하여 '21년 상반기 공공의료 CP 모니터링 시스템(www.pubcp.or.kr)을 통해 배포될 예정이다.

## 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 지역사회 연계, 취약계층에 대한 의료·복지 연계 등)를 수행하는 '공공의료 협력센터'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/>)

'20년 상반기에는 사업을 수행하는 지방의료원들이 감염병 전담병원으로 동원됨으로 사업 수행에 어려움이 있었지만, 전화상담 및 소그룹 교육을 실시함으로 프로그램 수행을 이어가고 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

### 추진경과 및 주요일정

#### ▶ 공공보건프로그램 지원

- '20. 5 코로나로 인한 사업 수행 현황 조사
- '20. 7 반기별 실적보고서 검토

### 추진경과 및 주요일정

#### ▶ 의료취약지 모니터링 연구

- '20.01 '20년 의료취약지 모니터링 연구 계획 수립

의료취약지 도출 및 지원방안 마련을 위한 연구를 수행하고 있다. 해당 연구를 통해 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.

## 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 17개를 대상으로 하며, 보건복지부(공공보건의료지원센터)가 '20년 공공보건의료 시행계획 수립과 '19년 공공보건의료 시행계획 추진실적 평가를 지원한다. '19년 공공 보건의료 시행계획 추진실적 평가시 관계 중앙부처 및 시·도별 평가위원을 구성하고, 기관의 추진 전략별로 점수화하여 우수하거나 미흡한 세부과제에 따른 점수의 편향을 보완하고 기본계획에 따른 전반적 사업수행을 평가하고 점수화하는 방법으로 수행한다.

## 공공보건의료계획 수립 및 시행결과 평가 지원

「제1차 공공보건의료 기본계획」 및 「공공보건의료 발전 종합대책」, 「지역의료 강화대책」이행을 위해 공공보건의료기관의 장은 매년 공공보건의료계획을 수립하고, 그 시행결과를 보건복지부장관에게 제출하여야 한다.

공공보건의료계획 수립 및 시행결과 평가는 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조제 3호에 따른 '공공보건의료기관' 을 대상으로 하며, 보건복지부(공공보건의료지원센터)가 '20년 공공보건의료계획 수립과 '19년 공공보건의료계획 시행결과 평가를 지원한다. '19년 공공보건의료계획 시행결과 평가시 공공보건의료기관을 기능과 관할지역 수준에 따라 유형별로 5개 그룹으로 분류하여 각 그룹별 평가기준에 따라 실시하며, 최종적으로 기관별 평가결과 환류, 우수기관 사례 공유 및 표창을 실시할 계획이다.

- '20.03 심평원 요양기관 현황자료 수집
- '20.07 GIS 분석 DB 구축
- '20.08 건보공단 DB 분석
- '20.11 분야별 A·B등급 의료취약지 분석
- '20.12 잠재분만취약지 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

### ▶ 공공보건의료 시행계획 수립 및 추진실적 평가

- '20. 05 '20년 시행계획 및 '19년 시행계획 추진실적 취합
- '20. 06 '19년 시행계획 추진실적 평가 수행
- '20. 07 '19년 추진실적 평가결과 취합 및 분석
- '20. 08 최종 결과 도출 및 보고서 작성

## 추진경과 및 주요일정

### ▶ 공공보건의료계획 수립 및 시행 결과 평가

- '20. 02 '20년 의료계획 취합 및 심의
- '20. 05 '19년 의료계획 시행결과 보고서 취합
- '20. 06 '19년 시행결과 평가 수행
- '20. 07 '19년 시행결과 평가의견 취합 검토 및 정량자료 점수화
- '20. 10 최종 결과 도출 및 보고서 작성

## 공립요양병원 운영평가 실시

「치매관리법」에 따라 2020년부터 공립요양병원에 대하여 운영평가를 2년마다 수행한다. 공립요양병원 운영평가는 양질의 의료, 공익적 보건의료서비스, 책임 운영의 3개 평가영역으로 구성되어있으며 9개 평가부문, 39개 평가기준으로 구성되어 공립요양병원의 진료 및 운영실적, 공공보건의료사업 추진 성과 등을 평가한다.

2020년 공립요양병원 운영평가는 서울·부산·대구·인천·광주·대전·경기·강원·충북·충남·전북 소재 32개소 공립요양병원을 대상으로 진행된다. 5월 지침서를 배포를 시작으로 환자 및 보호자 만족도 설문조사를 6월 15일부터 30일까지 진행하였으며, 6월 22일부터 약 3주간 현지평가를 수행하였다. 코로나-19에 대응하여 현지평가는 자체 평가 방역지침 하에 안전하게 진행되었다. 2020년 공립요양병원 운영평가는 향후 현지평가 자료의 취합 및 분석 후, 1·2차 이의신청을 통해 보다 공정한 평가 결과를 도출할 예정이다.

## 공공성 강화를 위한 지역거점공공병원 운영평가

「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 지역거점공공병원 운영평가는 향후 지침서 배포 및 현지평가를 수행하고, 이의신청 및 결과 수정·보완을 거쳐 2020년 말 최종 결과가 도출될 예정이다.

## 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 협의체를 구성하고 퇴원환자 연계, 중증응급질환 진료협력 등 필수의료 협력모형을 만든다.

관련 분야 전문가로 외부전문위원을 구성하여 '20년 4월 착수회의를 진행하였다. 책임의료기관과 관련된 국내·외 문헌 검토를 통해 관련 정책과 현황을 정리·분석한 보고서 작성을 진행 중에 있다. 아울러, 현재 진행되고 있는 타 평가지표를 면밀히 확인하여 보다 발전된 핵심 평가지표를 개발할 예정이다.

### 추진경과 및 주요일정

#### ▶ 2020년 공립요양병원 운영평가

- '20. 04 지침서 수정 및 평가 일정 확정
- '20. 05 지침서 배포 및 현지평가 위원 섭외
- '20. 06 현지평가위원 교육, 환자·보호자 만족도 조사 및 현지평가 실시
- '20. 07 1차 이의신청 접수 시작

### 추진경과 및 주요일정

#### ▶ 지역거점공공병원 운영평가

- '20. 04 지침서 편집·수정
- '20. 05 현지평가 위원 섭외 및 통계 지표 분석 검토
- '20. 06 현지평가 대체 계획 수립 및 지표 검토
- '20. 07 지침서 배포 및 현지평가 시작

### 추진경과 및 주요일정

#### ▶ 권역·지역 책임의료기관 평가체계 개발

- '20. 04 착수회의 진행
- '20. 05 국내·외 필수의료 및 평가체계 관련 문헌 검토
- '20. 06 국내 필수의료 관련 평가 지표 정리
- '20. 07 필수의료 분야별 핵심 평가지표 개발

## 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 통합치료 센터'를 선정하고 운영을 지원한다.

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

'19년에 고위험 산모·신생아 통합치료센터 선정평가를 통해 고려대 안암병원, 고려대 구로병원, 아주대병원을 선정했으며 모자의료지원팀의 기술지원을 통해 '20년 2개소가 센터를 개소하였고 1개소는 시설 공사 및 장비 구매를 추진 중이다.

## 분만취약지 고위험 임신부 연계 지원 사업

보건복지부는 광역단위의 안정적인 출산 환경을 조성하고 궁극적으로 임신부와 신생아의 건강을 증진하고자, 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 관리와 고위험 임신부 및 신생아 집중 치료비 지원 등이 있다. 또한 분만기관과 거리가 먼 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 시군은 철원, 화천, 인제 3개 지역이다.

중앙모자의료센터 모자의료지원팀에서는 보건복지부 사업 지원을 위해 전반적 실무 작업과 기술지원 자문을 담당하고 있고 현재 '20년 1, 2분기 실적보고서를 검토 예정이다.

## 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

### 추진경과 및 주요일정

#### ▶ 고위험 산모·신생아 통합치료 센터 2020년 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

#### ▶ 분만취약지 고위험 임신부 연계 지원사업

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

### 추진경과 및 주요일정

#### ▶ 의료취약지 지원

- '20.02 '20년도 사업지침 개정
- '20.03 '20년도 선정평가 공모
- '20.04 '20년도 신규기관 (소아청소년과) 선정평가

선정 및 운영 지원하고 있으며 '20년도에는 1개 기관이 신규 선정되어 운영 준비 중이다.

2020년부터는 인공신장실 취약지에 대한 지원 분야를 확대하여 시범사업 운영비 2억원을 지원한다. 지난 5월에 선정평가를 진행하여 지원한 7개 시군구 중 3개 기관을 선정 후 운영 중이다.

이에 대한 의료취약지 지원사업(소아청소년과) '20년 사업지침이 개정되었으며, 또한 보건복지부는 의료취약지 인공신장실 시범사업 신규 지침을 발간하였다.

중앙모자의료센터 모자의료지원팀은 의료취약지 사업이 원활하게 추진될 수 있도록 선정평가 및 사업계획 검토, 완료실적 검토 등 사업 전반의 관리 및 평가를 담당하고 있다.

## 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. '20년도 잠재적 분만산부인과 3개소 선정을 위해 지난 4월(1차), 6월(2차)에 지원사업 공모 하였고, 선정평가를 통해 3개소 선정 후 운영 중에 있다.

중앙모자의료센터 모자의료지원팀은 분만취약지 지원사업의 진행을 위해 검토 및 심의 등의 전반적 실무 사업을 담당하고 있고 각종 기술 지원을 통한 취약지 강화를 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·고시 하여야 한다. 이에 따라 '14년도부터 「의료취약지 모니터링연구」를 수행하여 의료 취약지 도출 및 지원방안 마련을 위한 연구를 수행하고 있다. 해당 연구를 통해 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

- '20.05 '20년도 신규기관 (인공신장실) 선정평가

### 추진경과 및 주요일정

#### ▶ 분만취약지 지원

- '20.02 '20년도 사업지침 개정
- '20.02 '20년도 선정평가 공모
- '20.04 '20년도 신규기관 1차 선정평가
- '20.06 '20년도 신규기관 2차 선정평가

### 추진경과 및 주요일정

#### ▶ 의료취약지 모니터링 연구

- '20.01 '20년 의료취약지 모니터링 연구 계획 수립
- '20.03 심평원 요양기관 현황자료 수집
- '20.04 GIS 분석 DB 구축
- '20.09 건보공단 DB 분석
- '20.11 분야별 A·B등급 의료취약지 분석

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.

## ‘인천광역시 공공보건의료 지표’ 데이터 시각화 페이지 공개

시도 공공보건의료지원단은 필수기능으로 지역 공공보건의료 관련 통계데이터 산출 및 모니터링 업무를 수행하여야 한다. 인천광역시 공공보건의료지원단(단장 고광필)은 2014년부터 인천광역시 공공보건의료 통계집 등을 발간하였으며, 2020년에는 사용자 편의를 높인 ‘인천광역시 공공보건의료 지표’ 데이터 시각화 페이지를 구축하였다.

‘인천광역시 공공보건의료 지표’는 발전된 공공보건의료 개념에 기초하여 인천광역시의 공공보건의료 현황을 지속적으로 모니터링할 수 있도록 선정된 92개의 지표로, ▲인구사회학적 특성, ▲의료자원, ▲의료이용, ▲건강행태, ▲건강결과 등 5개 영역, 16개 세부영역으로 구성되어 있다.

데이터 시각화 페이지는 8대 특·광역시 및 인천광역시 10개 군구의 공공보건의료 현황을 한 눈에 비교할 수 있도록 그래프와 지도를 제공하며, 일부 지표의 경우 읍면동 단위까지 비교가 가능하다. 또한 지난 2019년 10월에 발표된 「믿고 이용할 수 있는 지역의료 강화 대책」에서 제시한 인천광역시 4개의 중진료권별 현황도 확인할 수 있다.

2020년 하반기에는 「사회경제적 수준에 따른 인천광역시 건강불평등 현황」 연구를 통해 교육수준, 소득수준 등에 따른 공공보건의료 지표를 산출하고 있으며, 이에 대한 시각화 페이지가 추가 공개될 예정이다.

‘인천광역시 공공보건의료 지표’ 데이터 시각화 페이지는 인천광역시 홈페이지(<http://incheon.go.kr>)와 인천광역시 공공보건의료지원단 홈페이지(<http://ippi.or.kr>)에서 확인할 수 있다.

### ▶ 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

#### ▶ 인천광역시 공공보건의료 지표 재검토 연구

- '19.05 연구 계획 수립
- '19.11 인천광역시 공공보건의료 지표 선정

#### ▶ 사회경제적 수준에 따른 인천광역시 건강불평등 현황 연구

- '20.06 연구 계획 수립
- '20.06~현재 사회경제적 수준에 따른 인천광역시 공공보건의료 지표 산출

#### ▶ 데이터 시각화 페이지 공개

- '20.07 데이터 시각화 페이지 1차 공개 및 「인천광역시 공공보건의료 지표 설명서 ver.1」 발간
- '20.08~현재 인천광역시 공공보건 의료 지표 업데이트 및 데이터 시각화 페이지 추가 개발



## 센터연혁

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>2000</b> 01 공공보건의료를 제공하기 위한 '공공보건의료에 관한 법률' 개정</p> <p><b>2005</b> 04 '공공보건의료사업지원단' 설치 운영<br/>* '공공보건의료사업지원단 설치 및 운영규정' 제정(보건복지부 훈령 제155호)</p> <p>07 지방의료원 관련 사업 및 업무를 보건복지부로 이관<br/>* '지방의료원 설립 및 운영에 관한 법률' 제정</p> <p>12 공공보건의료 확충 종합대책 발표</p> <p><b>2010</b> 03 '공공보건의료지원단' 이전 확정 (보건산업진흥원 → 국립중앙의료원)<br/>'공공보건의료지원단 운영규정' 제정 (보건복지부 훈령 제38호)<br/>* 국립중앙의료원이 (중앙) '공공보건의료지원단' 업무 수행</p> <p><b>2013</b> 02 지역·계층·분야에 관계없이 국민의 보편적인 의료 이용을 보장하고 건강을 보호·증진하는 활동으로 '공공보건의료에 관한 법률' 개정하여 기관에 한정되어있던 공공보건의료를 기능적으로 정의</p> | <p><b>2014</b> 01 국립중앙의료원 공공보건의료본부 공공보건의료지원단을 공공보건의료지원센터로 확대 개편<br/>* 조직도 상 3개 팀(기획평가팀, 사업지원팀, 교육개발팀)으로 개편</p> <p><b>2016</b> 01 조직개편으로 인한 '교육개발팀' 분리<br/>* 2개 팀(공공의료기획평가팀, 공공의료사업지원팀)으로 운영 조직 개편<br/>* 교육개발평가팀은 '공공보건의료교육훈련센터'로 확대 개편</p> <p><b>2018</b> 05 5개팀으로 운영조직 개편<br/>* 공공의료정책기획팀, 공공의료평가운영팀, 공공의료강화지원팀, 공공의료정보통계팀, 공공의료사업지원팀</p> <p><b>2019</b> 07 7개팀으로 운영조직 개편<br/>* 2개팀 추가 (공공의료연계질향상팀, 모자의료지원팀)</p> <p><b>2020</b> 07 7개팀으로 운영조직 개편<br/>* 1개팀 추가 (심뇌예방관리사업팀), 1개팀 분리(모자의료지원팀이 중앙모자지원센터 모자의료지원팀으로 분리)<br/>[현재운영부서] 공공의료정책기획팀, 공공의료평가운영팀, 공공의료정보통계팀, 공공의료사업지원팀, 공공의료강화지원팀, 공공의료연계질향상팀, 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 공공보건의료를 “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

---

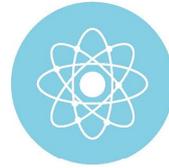
## 공공의료 INSIGHT 2020년 2호

---

발	행	일	2020년 9월	
발	행	처	국립중앙의료원 공공보건의료지원센터 ( <a href="http://www.ppm.or.kr">http://www.ppm.or.kr</a> ) 서울특별시 공공보건의료재단 ( <a href="http://www.seoulhealth.kr">http://www.seoulhealth.kr</a> ) 부산광역시 공공보건의료지원단 ( <a href="http://www.bhi.or.kr">http://www.bhi.or.kr</a> ) 인천광역시 공공보건의료지원단 ( <a href="http://ippi.or.kr">http://ippi.or.kr</a> ) 경기도 공공보건의료지원단 ( <a href="http://www.ggpi.or.kr">http://www.ggpi.or.kr</a> ) 강원도 공공보건의료지원단 전라남도 공공보건의료지원단( <a href="http://www.jncare.go.kr">http://www.jncare.go.kr</a> ) 경상남도 공공보건의료지원단( <a href="http://gnpi.or.kr">http://gnpi.or.kr</a> ) 제주특별자치도 공공보건의료지원단( <a href="http://jiph.jejunuh.co.kr">http://jiph.jejunuh.co.kr</a> )	
주		소	(04564) 서울시 중구 을지로 245 (을지로 6가 18-79)	
전	화	번	호	02-6362-3725
홈	페이지	지		<a href="http://www.ppm.or.kr/">http://www.ppm.or.kr/</a>
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 공공보건의료지원단  
JeollaNamdo Public Health Policy Institute



경상남도공공보건의료지원단  
GyeongsangNamdo Public health policy institute



제주특별자치도공공보건의료지원단  
Jeju Institute of Public Health & Health Policy