

KREI

농촌지역 방문 진료 실태와 개선 과제

조승연 · 박대식 · 나현수



KREI

농촌지역 방문 진료 실태와 개선 과제

조승연·박대식·나현수



연구 담당

조승연 | 부연구위원 | 연구 총괄, 제1~5장 집필

박대식 | 명예선임연구위원 | 사례 조사

나현수 | 위촉연구위원 | 자료 정리

정책연구보고 P288

농촌지역 방문 진료 실태와 개선 과제

등 록 | 제6-0007호(1979. 5. 25.)

발 행 | 2022. 12.

발 행 인 | 김홍상

발 행 처 | 한국농촌경제연구원

우) 58321 전라남도 나주시 빛가람로 601

대표전화 1833-5500

인 쇄 처 | 더크리P&B(주)

I S B N | 979-11-6149-619-1 95520

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

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

무단 전재하거나 복사하면 법에 저촉됩니다.

농촌지역은 보건의료기관의 공급이 부족하여 주민들이 적시에 적절한 의료서비스를 받기 어려울 수 있다. 농촌지역의 보건의료 사각지대 감소를 목적으로 비대면 진료, 마을주치의 제도와 같은 정책 방안들이 제시되고 있다. 무엇보다도 방문 진료에 대한 사회적 관심이 고조되고 있다. 다양한 방식으로 방문 진료를 제공하는 의원들이 언론에 보도되고 있으며, 보건복지부와 건강보험심사평가원은 2019년에 ‘일차 의료 방문 진료(왕진) 수가 시범사업’을 시작하였다.

농촌지역에 방문 진료가 활성화되려면 농촌 주민 중 방문 진료 고수요 집단을 식별하고, 이들을 위한 방문 진료 공급 확대 방안을 마련해야 한다. 이 연구에서는 농촌 주민의 미충족 의료 수요 실태를 파악하여 방문 진료 수요를 추계하고 도시와 비교하였다. 그리고 도시 및 농촌지역의 방문 진료 의원들을 사례 조사하여 단기적, 중장기적 정책 개선 방안을 제시하였다.

단기적으로는 농촌 주민들을 대상으로 방문 진료에 대해 적극적으로 홍보하여 수요를 진작시켜야 한다. 중장기적으로는 방문 진료 의료기관에 경제적 인센티브를 제공하고 장기요양 재가서비스 기관과의 연계 체계를 확립하며, 지역 의과대학과 수련의 과정에 방문 진료 과정을 포함하여 공급을 증가시켜야 한다. 이 연구가 농촌지역에서 방문 진료 활성화를 위한 정책 방안 마련을 위한 기초 연구 자료로 활용되기를 기대한다.

2022. 12.

한국농촌경제연구원장 김 홍 상

보건의료자원이 농촌지역에 부족하여 주민들은 적시에 적절한 보건의료서비스를 받기 어렵다. 농촌 주민의 미충족 의료 수요 감소를 목적으로 방문 진료 활성화 방안 등에 대한 논의가 계속되고 있지만, 관련 연구는 부족하다. 이 연구는 농촌 주민의 미충족 의료 수요 실태와 결정 요인을 분석하고 농촌 주민 중 방문 진료 대상자를 추계하여 도시와 비교하였다. 또한 도시와 농촌지역에서 방문 진료를 제공하는 보건의료기관들을 조사하고 ‘일차 의료 방문 진료(왕진) 수가 시범사업’ 실태를 분석하였다. 이를 통해 단기적, 중장기적 관점에서 농촌 주민을 위한 방문 진료 개선 방안을 제시하였다.

농촌 주민은 도시민보다 미충족 의료 수요가 높다. 특히 의료기관 접근성과 거동 불편 및 건강상의 이유로 미충족 의료 수요가 높다. 농촌 주민의 나이가 80세 이상일 경우 접근성 문제로 인한 미충족 의료 수요 발생 확률이 매우 높다. 농촌 주민 중 14.2%, 도시민 중 12.1%가 방문 진료 필요 대상자이지만, 고령자 중 방문 진료 필요 대상자 비율이 농촌은 16.7%, 도시는 13.9%다. 농촌지역에서 방문 진료를 중점적으로 확대해야 할 집단은 농촌 노인이다.

‘일차 의료 방문 진료 수가 시범사업’에 참여한 농촌지역 의료기관의 수는 의과 76개소, 한의과 199개소 정도로 매우 적다. 한편 방문 진료 서비스에 대해 인식하고 있는 농촌 주민의 비율은 12%에 불과하였지만, 서비스 수혜 의향이 47%로 나타났다. 적어도 수요 측면에서 활성화 저변은 마련되어 있다고 볼 수 있다.

도시 및 농촌지역에서 방문 진료를 제공하는 의료기관들의 유형을 분류하면 지역사회 통합돌봄 선도사업 또는 장기요양 재가서비스 결합형, 의료복지사회적협동조합 또는 의료소비자생활협동조합형, 공공보건의료기관형, 방문 진료 특화형 등으로 분류할 수 있다. 이들 기관의 공통적인 방문 진료 참여 요인은 기관장의 자

발적, 이타적, 개인적 신념이다. 한편 시범사업으로 인상된 수가체계가 방문 진료 지속성 달성에 일조하였다.

단기적으로, 농촌 주민들에게 시범사업 등 방문 진료 서비스를 적극적으로 홍보하여 현장의 수요를 진작시켜야 한다. 중장기적으로, 방문 진료 제공에 따른 기회비용 보전을 목적으로 경제적 유인책을 마련해야 한다. 첫째, 원거리 농촌지역에 대한 방문 진료 교통비 수가를 신설하여 기회비용을 일부 보상해야 한다. 둘째, 의사 및 간호사, 때로는 사회복지사까지 팀으로 제공되는 방문 진료 특성상 적어도 간호사에 대한 추가 수가 체계를 마련해야 한다. 셋째, 보건소 및 보건지소와 같은 공공보건의료기관은 시범사업 적용 대상에서 제외되므로 이들의 방문 진료에도 시범사업 수가를 적용해야 한다.

비경제적 측면에서, 농촌지역에 위치한 장기요양 재가서비스 기관과 방문 진료 의료기관의 연계 방안을 마련해야 한다. 또한 지역 의과대학 교육과정에 방문 진료 관련 과목을 개설하고 수련의 및 전공의 과정에 방문 진료 실습과정을 마련해야 한다. 이를 통해 일선 의사들의 인식 변화와 참여를 유도하여 방문 진료 공급 확대를 견인해야 한다.

제1장 서론

1. 연구의 필요성과 목적	3
2. 선행연구 검토	6
3. 연구의 범위	10
4. 연구 내용 및 방법	11

제2장 농촌지역의 보건의료자원 수급 실태와 문제점

1. 농촌지역의 보건의료자원 공급 실태	15
2. 농촌 주민의 미충족 의료 수요 실태	22
3. 농촌 주민의 미충족 의료 수요 결정 요인	33
4. 소결 및 시사점	37

제3장 농촌지역의 방문 진료 확대 필요성

1. 방문 진료의 의의 및 내용	41
2. 방문 진료에 대한 쟁점	46
3. 농촌지역의 방문 진료 대상자 추계	53
4. 소결 및 시사점	57

제4장 방문 진료 관련 정책 및 사례

1. 일차 의료 방문 진료(왕진) 수가 시범사업	61
2. 지역사회 통합돌봄 선도사업	75
3. 지역사회 자생·자발적 방문 진료 의원	95
4. 소결 및 시사점	109

제5장 농촌지역 방문 진료 활성화 방안

- 1. 단기 방안 115
- 2. 중장기 방안 117

부록

- 한국농촌경제연구원 통신원 대상 설문조사표 129

참고문헌 137

제2장

〈표 2-1〉 도농 민간 보건의료기관 현황 16

〈표 2-2〉 도농 민간 보건의료기관 병상 수 현황 17

〈표 2-3〉 지역 공공보건의료기관의 유형 18

〈표 2-4〉 공공 보건의료기관 현황, 2020년 18

〈표 2-5〉 보건소 최소 인력 배치 기준 19

〈표 2-6〉 보건지소 최소 인력 배치 기준 20

〈표 2-7〉 농촌지역 보건의료기관에 대한 접근성, 2021년 21

〈표 2-8〉 변수 설명 및 측정 방법 22

〈표 2-9〉 응답자의 인구경제사회학적 특성에 대한 요약통계량 23

〈표 2-10〉 양적 미충족 의료 수요 여부 26

〈표 2-11〉 양적 미충족 의료 수요 원인 27

〈표 2-12〉 질적 미충족 의료 수요 실태(1): 상용 치료원 여부 27

〈표 2-13〉 질적 미충족 의료 수요 실태(2): 상용 치료원 유형 28

〈표 2-14〉 질적 미충족 의료 수요 실태(3): 상용 치료원의
건강 문제 해결 여부 29

〈표 2-15〉 질적 미충족 의료 수요 실태(4): 상용 치료원의
보건의료자원 연계 여부 29

〈표 2-16〉 외래 진료 병원 방문 여부 30

〈표 2-17〉 질적 미충족 의료 수요 실태(5): 충분한 대화 시간 31

〈표 2-18〉 질적 미충족 의료 수요 실태(6): 이해하기 쉬운 설명 31

〈표 2-19〉 질적 미충족 의료 수요 실태(7): 질문 기회 제공 32

〈표 2-20〉 질적 미충족 의료 수요 실태(8): 치료 및 처치에 의견 반영 32

〈표 2-21〉 미충족 의료 수요 상대적 위험 비율(전체 표본) 34

〈표 2-22〉 미충족 의료 수요 상대적 위험 비율(농촌)	35
〈표 2-23〉 미충족 의료 수요 상대적 위험 비율(도시)	36

제3장

〈표 3-1〉 방문 간호 서비스 유형 및 내용	42
〈표 3-2〉 지역사회 통합돌봄 방문 의료 대상자 및 서비스 내용(예시)	43
〈표 3-3〉 지역사회 통합돌봄 방문 간호 대상자 및 서비스 내용(예시)	44
〈표 3-4〉 미국의 가정방문 일차 의료의 요건	45
〈표 3-5〉 방문 진료 및 유사 서비스 내용	46
〈표 3-6〉 방문 진료에 대한 법적 근거	47
〈표 3-7〉 도시 및 농촌지역 방문 진료 대상자 추계(만 18세 이상)	54
〈표 3-8〉 도시 및 농촌지역 고령자 중 방문 진료 대상자 추계	56

제4장

〈표 4-1〉 방문 진료 서비스 세부 내용(예시)	63
〈표 4-2〉 일차 의료 방문 진료 시범사업 방문 진료료(수가) 및 접수	64
〈표 4-3〉 일차 의료 방문 진료 수가 시범사업 본인부담금액	65
〈표 4-4〉 광역 단체별 시범사업 참여 의료기관 수(의과)	66
〈표 4-5〉 시범사업 진료 과목별 참여 현황(의과)	67
〈표 4-6〉 도시 및 농촌 시범사업 참여 의료기관(의과 및 한의과)	68
〈표 4-7〉 현지통신원 응답자의 인구경제사회학적 특성에 대한 요약통계량	69
〈표 4-8〉 설문조사 요약통계분석 결과	70
〈표 4-9〉 지역사회 통합돌봄 선도사업 지방자치단체(16단체)	77

〈표 4-10〉 선도사업 노인 대상자의 유형별 분류	80
〈표 4-11〉 통합돌봄 프로그램 유형	81
〈표 4-12〉 지역사회 통합돌봄 선도사업 보건의료 특화 프로그램	84
〈표 4-13〉 우리동네 돌봄스테이션 사업 실태	87
〈표 4-14〉 생거진천 재택 의료센터 방문 진료 서비스 특징	89
〈표 4-15〉 건강의집 수익 상태(2020년 6월)	98
〈표 4-16〉 파티마 재가복지센터 서비스 유형 및 인력	101
〈표 4-17〉 우리동네의원 외래 및 방문 진료 현황	108

제5장

〈표 5-1〉 장애인 건강주치의 시범사업 의사 및 간호사 수가	121
〈표 5-2〉 도시와 농촌 장기요양 재가서비스 기관 수	123
〈표 5-3〉 장기요양 재택 의료센터 시범사업 수가 체계	125

제1장

〈그림 1-1〉 연구 추진도 12

제2장

〈그림 2-1〉 민간 및 공공 보건의료기관 분포, 2020년 20

제4장

〈그림 4-1〉 일차 의료 방문 진료(왕진) 수가 시범사업 체계 62

〈그림 4-2〉 지역사회 노인 통합돌봄 모형 구조 79

〈그림 4-3〉 지역사회 장애인 통합돌봄 모형 구조 79

〈그림 4-4〉 지역사회 정신질환자 통합돌봄 모형 구조 80

〈그림 4-5〉 우리동네 돌봄스테이션 방문 진료 사례 87

〈그림 4-6〉 생거진천 재택 의료센터 89

〈그림 4-7〉 생거진천 재택 의료센터 기본 수가 모형 90

〈그림 4-8〉 찾아가는 의료원 버스 93

〈그림 4-9〉 찾아가는 의료원 방문 진료 모습 94

〈그림 4-10〉 건강의집 의원의 방문 진료 제공 사례 96

〈그림 4-11〉 파티마 의원 방문 진료 모습 99

〈그림 4-12〉 파티마 의원과 파티마 재가복지센터 100

〈그림 4-13〉 원주 의료사협 마을 건강반장 104

〈그림 4-14〉 원주 의료사협 공동방문간호스테이션 안내서 105

〈그림 4-15〉 우리동네의원 전경 106

〈그림 4-16〉 우리동네의원 방문 진료 홍보 내용 107

제5장

〈그림 5-1〉 일차 의료 방문 진료 수가 시범사업 홍보물	116
--	-----

제1장

서론



1

서론

1. 연구의 필요성과 목적

1.1. 연구의 필요성

우리나라의 의료서비스 공급은 민간 의료기관이 주도하며 생존과 영리 추구 목적에 따라 농촌보다는 도시에 집중적으로 분포한다(안석 외, 2019, p.40). 과소화된 농촌 특성상 민간 의료기관이 진입할 유인이 낮고, 진입한다 해도 1차 진료 위주의 소규모 기관이 대부분이며, 도시로 이동할 수도 있다. 2020년 시점에서 농촌 지역의 보건의료기관 수는 8,030개소로, 도시 보건의료기관 수의 13%에 불과하였다(농촌진흥청, 2021, p.229). 농촌지역 의료기관의 병상 수는 130,453개로, 도시 의료기관의 병상 수의 25% 정도에 불과하였다(농촌진흥청, 2021, p.224).

정부는 의료인력의 배출이 증가하여 도시에서 과다 공급된다면 잔여 의료인력이 농촌으로 이동하는 '낙수효과'의 확산을 기대하였다. 그러나 실제로 효과는 미미하다. 1965~1980년 사이 33개 의과대학이 신설되었고, 연간 배출 의사 수가

3,500명에서 8,200명으로 증가하였지만(김동진 외, 2017, pp.112~113), 의료 인력 지역불균등 문제는 여전히 해결되지 않고 있다.

농촌 주민은 넓은 지역에 분산적으로 거주하여 진료 및 치료를 위해 원거리 의료기관으로 이동해야 하는 경우가 많다. 의료기관까지 이동시간이 도시민의 경우 평균 15분이지만, 농촌 주민의 경우 평균 23.9분이나 된다(농촌진흥청, 2019, p.108). 농촌지역 청년의 74%는 의료기관까지 자가용으로 이동하며 평균 19.4분을 소요하지만, 농촌지역 독거노인의 59.5%가 대중교통을 이용하며 평균 33.3분을 소요한다. 먼 지역에 거주하거나, 연령대가 높거나, 주로 상급병원을 이용하는 농촌 주민은 의료기관까지 더 많은 이동시간을 소요한다(농촌진흥청, 2022, p.111).

도시민에 비해 농촌 주민은 상대적으로 적시에 적절한 만큼의 의료서비스를 이용하기 어려우며, 이용한다 해도 의료서비스의 양과 질이 도시민의 수준에 미치지 못할 수 있다. 따라서 농촌 주민이 경험하는 미충족 의료 수요(unmet medical needs)가 매우 높을 것이다. 미충족 의료 수요는 ‘환자 또는 의료인이 필요에도 불구하고 의료서비스를 받지 못하거나 연기되는 것’을 의미한다(전찬희 외, 2019, p.84). 미충족 의료는 질병 악화뿐만 아니라 필요한 경우에 의료서비스를 제공받지 못할 수 있다는 우려, 그 자체만으로도 개인의 정신적, 정서적 건강에 악영향을 미칠 수 있다(김소애 외, 2019, p.55).

농촌 주민의 미충족 의료 수요 감소를 목적으로 방문 진료 서비스 확대에 대한 논의가 계속되고 있다. 현재 보건복지부 차원에서 민간 의료기관의 방문 진료 참여를 유도하는 단계이다. ‘의료접근성이 낮은 농촌지역을 대상으로 방문 진료 서비스 확대’에 대한 전략이 윤석열 정부 국정과제 67번에 제시되어 있다(제20대 대통령직인수위원회, 2022). 또한 보건복지부와 건강보험심사평가원(이하 ‘심평원’)이 주도하여 거동 불편자를 위한 ‘일차 의료 방문 진료(왕진) 수가 시범사업(1~3차)’에 548개 병·의원(농촌 76개소)과 1,348개 한의원(농촌 199개소)이 참여하고 있다. 보건복지부, 국민건강보험공단, 지자체가 연계한 ‘장기요양 재택

의료센터 시범사업'도 진행 중이다.

정부 부처가 주도하는 Top-down 방식의 시범사업과는 별개로, 도시 또는 농촌지역사회에서 방문 진료에 특화하여 자생적으로 활동하는 의원이 등장하고 있다. 가령 강원도 춘천시 '호호방문 진료센터'는 강원도 춘천시 수몰 지역을 중심으로 거동이 불편한 환자들에게 방문 진료 서비스를 제공하고 있다. 서울 강북구 '가정의집' 의원은 방문 진료에 특화하면서도 일정 수준 이상의 영리를 달성하고 있다(김창오 외, 2020, p.1423). 서울 노원구 '파티마의원'은 외래 진료가 중심이지만 거동 불편 환자들에게 방문 진료를 24년 이상 제공하고 있다. 원주 의료복지사회적협동조합 '밝음의원'은 원주 농촌지역을 중심으로 거동 불편자들에게 방문 진료를 제공하고 있다.

농촌지역에서 높은 수요가 예상되는 방문 진료의 사례 및 실태, 이에 대한 개선 방안이 제시된 연구가 필요하지만, 이를 찾아보기 어렵다. 이는 그동안 우리나라에서 의사의 방문 진료를 지원하는 제도적 장치가 마련되지 않았기 때문이라고 생각된다(김창오 외, 2020, p.1404). 방문 진료 의료기관의 운영 상태에 대한 개별 사례 연구(김창오 외, 2020)가 있지만, 도시 기관이 대상이며 농촌지역 의원의 방문 진료 실태와 개선 방안을 다룬 연구는 거의 없다.

도시 및 농촌지역에서 드물게 활동하는 방문 진료 의료기관의 사례를 분석하여 문제점과 개선점을 도출하고, 향후 방문 진료가 농촌지역에서 활성화될 방안 마련이 필요한 시점이다. 구체적으로, '일차 의료 방문 진료(왕진) 수가 시범사업'과 농촌지역 기저에서 발아하는 방문 진료 의료기관에 대한 사례를 조사하여 현재 방문 진료 의료기관의 방문 진료 지속가능성을 지원하고, 의료기관의 방문 진료 참여를 독려할 유인책 마련이 필요하다.

1.2. 연구의 목적

이 연구의 주목적은 농촌지역에서 방문 진료 서비스를 제공하는 의료기관에 대

한 사례를 조사하여 방문 진료가 농촌지역에서 활성화될 정책적 지원 방안을 마련하는 것이다. 현재 방문 진료 서비스를 제공하는 의료기관의 서비스 지속가능성과 의료기관의 방문 진료 제공 가능성을 제고할 방안을 제시한다.

부수적으로 농촌 주민의 미충족 의료 수요 실태 및 결정 요인을 분석하고, 방문 진료 서비스 수요를 추계하여 농촌지역의 방문 진료 서비스 확대 필요성을 논증한다.

2. 선행연구 검토

2.1. 국내외 방문 진료 의료기관 사례 연구

방문 진료 사례를 다룬 연구는 매우 희소하지만, 김창오 외(2020)는 거동 불편 환자를 위한 방문 진료 의원('가정의집') 운영 사례를 분석하여 방문 진료 의원이 환자 만족도, 임종 지원, 요양시설 입소 예방 등의 성과를 달성하고 있다는 장점을 제시하였다. 특히 건강보험 수가 체계하에서 방문 진료 의원이 일정 수준의 영리를 달성할 수 있으며, 지속적인 운영이 가능하다는 점을 근거로 향후 우리나라 방문 진료 서비스 확대를 위한 개선 방안을 제시하였다. 개선 방안으로 지역사회 돌봄 계획에 따라 방문 진료만을 전문적으로 행하는 의료기관의 신설 유도, 시범 사업 성과 분석을 통한 혁신적인 지불 보상 체계의 확립을 제시하였다.

양의(洋醫) 방문 진료 현황을 분석한 연구는 찾아보기 어렵지만, 한의약 방문 진료 사업 현황과 시사점을 제시한 연구가 있다. 김지혜, 박지은(2021)은 2020년 1월에 지역사회 통합돌봄 선도사업과 행정안전부 주민자치형 공공서비스 구축사업을 통해 16개 한의원이 661명의 대상자에게 총 5,345회 한의약 방문 진

료 서비스를 제공하였으며, 가정방문 1회당 서비스 비용이 10만~20만 원 정도로 수가가 형성되었다고 분석하였다. 한의약 방문 진료 서비스가 장애인 및 노인 등 거동 불편 환자의 근골격계 질환, 통증 감소, 복합 질환 개선 등의 건강 증진 효과가 있다고 언급하였다. 또한 약 1,000명의 한의사를 대상으로 방문 진료 참여 및 인식에 대해 설문 조사하였다. 방문 진료 서비스를 제공한 한의사가 34.7%나 되며, 64.2%가 방문 진료가 필요하다고 응답하였고, 방문 진료에 참여할 의향이 있는 한의사의 비율이 51.2%에 이를 정도로 호응도가 높다고 제시하였다.

해외의 방문 진료 또는 재택 의료 서비스 실태를 다룬 소수의 연구가 있다. 이요셉(2019)은 미국과 싱가포르의 가정 건강 서비스 제도의 특징 및 장점을 부각하며, 이를 국내에 적용할 경우 예상되는 장애 요인을 판별하였다. 미국과 싱가포르 모두 보건복지부 차원에서 가정 건강 서비스를 일원화하여 부처간 정책 혼란이 없다는 점을 가장 큰 장점으로 제시하였다. 오영인 외(2019)는 일본의 왕진 및 방문 진료를 아우르는 재택 의료 실태를 분석하여 일본의 왕진 수가가 기본 왕진료, 외래 초진(재진) 진찰료, 가산금, 교통비, 진료 항목별 수가 등 세부적으로 구분되어 재택 의료 서비스 제공의 보상체계가 세분화되어 있다는 점을 강조하였다. 일본의 재택 의료 성공 사례를 근거로 우리나라에서 재택 의료 활성화되기 위해 ① 재택 의료 관련 법률의 정비, ② 보상체계 구축, ③ 정상적 의료전달체계 범위 내에서 서비스 제공, ④ 의사의 지시·감독하에서만 의료인력 가용 등과 같은 요건이 필요하다고 강조하였다.

2.2. 도시 또는 농촌지역의 미충족 의료 수요 실태 관련 연구

매우 희소한 방문 진료 관련 연구에 비해 미충족 의료 수요의 실태와 원인 등을 다룬 연구는 다수 존재한다. 김소애 외(2019)는 우리나라 미충족 의료 수요의 발생 원인 및 유형, 인구집단별 미충족 의료 수요의 차이를 분석하고 미충족 의료 수요의 감소를 위한 정책 및 의료접근성 제고 방안을 제시하였다. 2005년부터 성인

과 노인의 의료서비스 미충족률은 증가추세를 보였으며 노인과 경제적 취약계층의 미충족률이 높게 나타났다. 성별, 연령, 교육 수준, 결혼 상태 등 다양한 인구사회경제학적 요인이 미충족 의료 수요를 견인하였으며, 만성질환 유병자의 미충족률이 특히 높게 나타났다. 미충족 의료 수요 감소를 목적으로 저소득 가구를 위한 건강보험료 부과체계의 개선, 차상위 계층을 위한 소득 지원 등 주로 경제적 지원 방안을 제시하였다.

장인수(2020)는 우리나라 지역사회 의료기관의 불균등한 분포가 65세 이상 노인의 미충족 의료 수요 결정 요인이라 주장하였다. 의료기관 1개소가 증가할 경우 노인 미충족 의료 수요 확률이 1.83% 감소한다는 결과를 근거로 지역별 의료 자원 분배의 중요성을 강조하였다. 특히 노인인구 비율이 높은 지역에 오히려 노인 미충족 의료 확률이 높다는 점을 들어 의료자원의 분배 실패 문제를 제기하였다. 정책적으로 노인인구의 의료기관 접근성 제고 방안을 제시하였다.

최재우, 김창오(2022)는 거동이 불편하거나 몸이 허약하여 의료기관에 방문할 수 없는 미충족 의료 수요의 규모를 추계하였다. 이를 기초로 방문 진료 잠재 수요를 예측하였다. 추계 결과, 2018년 시점에서 19세 이상 성인 중 방문 진료 대상자가 약 27.8만 명으로 집계되었다. 전체 인구 대비 방문 진료 수요 예상자의 비율은 지역별로 다르게 나타났는데, 전북(1.5%), 충남(1.45%), 경북(1.36%), 경남(1.28%), 강원(1.22%)의 순으로 높게 나타났다. 높은 연령, 독거 상태, 낮은 교육 수준 및 소득, 활동 제한 여부를 미충족 의료 수요의 결정 요인으로 제시하였다.

우세린 외(2020)는 근로자의 노동환경 취약성으로 인해 발생하는 미충족 의료 수요를 근로자의 고용 형태와 성별에 따라 분석하였다. 남성 근로자는 정규직에 비해 비정규직 남성이, 여성 근로자는 비정규직에 비해 정규직 여성이 각각 미충족 의료 수요 발생 가능성이 높게 나타났다. 정규직 여성이 겪는 직장생활, 보육, 가사 등으로 인한 시간 부족을 미충족 의료 수요와 관련된 주요인으로 식별하였다.

주재홍 외(2020)는 우리나라의 미충족 의료 수요 추이가 2006년 이후 지속적으로 감소하였지만, 소득계층과 연령에 따른 격차가 여전히 존재한다고 지적하

였다. 고령인구의 미충족 의료 수요가 높다는 점을 근거로 향후 고령화에 대응한 미충족 의료 수요 감소 대책이 필요하다고 주장하였다.

김동진 외(2017)는 농어촌 주민의 의료이용실태를 설문 조사하여 미충족 의료 수요의 유형과 실태를 분석하고, 이에 대응한 보건의료인력 확보방안과 지속적 근무를 위한 정책 대안을 제시하였다. 미충족 의료를 경험한 농어촌 주민의 비율이 약 31.5%로 나타났으며, 노인보다는 젊은 연령군에서 직업 활동으로 인한 시간 부족을 이유로 미충족 의료 수요 경험률이 높았다. 반면 의료서비스 만족도 측면에서 미충족 의료를 경험한 농어촌 주민의 비율은 그보다 더 높아 59.1%로 나타났다. 미충족 의료 경험의 결정 요인으로 의료기관 운영시간에 방문할 수 없는 시간적 제약이 1순위로 꼽혔으며, 그다음으로는 의료기관까지의 원거리, 교통수단의 부재가 2순위, 원하는 진료과목이 개설된 의료기관의 부재가 3순위로 나타났다. 이를 근거로 농어촌 지역의 미충족 의료 수요 감소를 위한 정책 방안을 제시하였다. 의료취약지에 대한 보건의료인력 파견 제도 확대, 간호인력 추가확보, 여성 의사가 일하기 좋은 환경조성이 이에 포함된다. 장기적 정책으로 농어촌 지역 의사 양성을 위한 의대 설치, 농어촌 장학의 제도, 농어촌 근무 요건의 지역정원 제도의 총량적 방안을 제시하였다.

2.3. 선행연구와의 차별성

농촌사회 기저에서 방문 진료 서비스를 제공하는 의사들이 존재하나, 이에 대한 심층적인 사례 연구는 거의 없다. 이 연구는 농촌지역 방문 진료 의료기관에 대한 사례를 제시하여 농촌지역을 대상으로 방문 진료 확대를 위한 개선 방안을 제시한다는 점에 의의가 있다.

미충족 의료 수요 관련 선행연구 중 농촌지역만을 선택하여 그 실태와 원인을 분석한 연구는 김동진 외(2017)가 유일하다. 그러나 선택표본이 농촌지역 주민 대표이므로 농촌 주민 전체를 대표하지 못하고, 표본크기가 400명으로 비교적

적다. 도농 비교가 제시되지 않아 도시의 미충족 의료 수요 실태와 직간접 비교가 어렵다는 한계도 있다. 또한 농촌과 도시의 의료자원 공급 실태를 비교 분석한 연구는 매우 많지만, 의료 수요의 측면에서 도시와 농촌의 실태를 비교 분석한 연구는 거의 없다.

이 연구는 수요 측면에서 농촌지역의 미충족 의료 실태를 분석하여 의료사각지대를 식별하고, 이를 통해 방문 진료 수요를 추계한다는 점에서 선행연구와 차별성이 있다. 그리고 미충족 의료를 의료기관 이용 횟수와 같은 양적 측면뿐만 아니라 상용 치료원 여부, 건강 문제 해결 여부와 같은 질적인 측면까지 고려한다는 점에서도 선행연구와 차별성이 있다.

3. 연구의 범위

이 연구에서 언급하는 방문 진료는 의사가 환자의 가정을 방문하여 진료, 치료 및 처방 등 일련의 의료서비스를 제공하는 행위로 한정한다. 따라서 의사 이외의 의료인력이 단독으로, 가령 간호사가 가정에 방문하여 간호 서비스를 제공하는 가정방문간호 또는 장기요양 방문간호서비스와 같은 행위는 연구의 범위에서 제외된다. 반면 의사와 의료인력이 함께 방문 진료를 제공하는 행위는 방문 진료에 포함한다. 방문 진료 의료기관 역시 의사가 환자의 가정을 방문하여 의료서비스를 제공하는 기관으로 한정한다.

‘일차 의료 방문 진료 수가 시범사업’은 방문 진료를 활성화할 목적으로 시작된 정부 정책 사업이다. 그러나 지역사회 통합돌봄 선도사업과 같은 기존사업에 방문 진료 서비스 프로그램이 일부 포함되어 있다. 따라서 시범사업뿐만 아니라 방문 진료 서비스가 포함된 정부 정책 사업들도 연구 내용에 포함한다.

농촌지역은 행정구역상 읍면 지역이다. 어촌까지 포함하지만, 연구 목적상 농촌지역이라 지칭한다.

4. 연구 내용 및 방법

먼저 2차 통계자료 연구 결과, 정부 고시, 연구 발표 자료 등을 이용하여 농촌지역의 보건의료자원의 공급 부족 실태를 파악한다. 농촌지역의 보건의료서비스 수요 파악을 목적으로 2018년 의료패널조사 원자료를 가공 및 분석한다. 구체적으로, 농촌 주민의 미충족 의료 수요의 유형과 실태를 파악하고 결정 요인을 제시한다.

다음으로 선행연구와 보도자료 등을 검토하여 방문 진료의 개념과 내용을 제시하고, 방문 진료와 성격이 유사한 재택 의료 및 왕진 등과의 차이를 알아본다. 입법례를 검토하여 방문 진료에 대한 법적 쟁점을 논하고, 선행연구에 제시된 방문 진료의 경제적 및 치료적 효과, 활성화를 위한 제반 사항을 논의한다. 추가적으로 2018년 의료패널 원자료의 2단계 층화추출 가중치를 이용하여 농촌 주민의 방문 진료 수요를 추계 및 시산(試算)한다. 이를 통해 농촌 주민 중 방문 진료 고(高) 수요 집단을 식별한다.

다음으로 국내의 방문 진료 서비스 사례를 조사한다. 언론 보도자료를 참고하고, 면접조사를 병행하여 방문 진료 전용 지역사회 활동의사, 의료복지사회적협동조합 및 의료생활협동조합에 소속된 방문 진료 의료기관, 도시 및 농촌의 자생·자발적 방문 진료 의료기관 등의 방문 진료 사례를 조사한다. 조사 내용은 방문 진료 서비스 내용, 진료과목, 의료기관 운영 상태 및 현황, 참여 동기, 서비스 장애 요인을 포함한다. 또한 전문가에게 원고를 위탁하여 일본 농촌지역의 재택 의료 실태를 파악한다.¹⁾

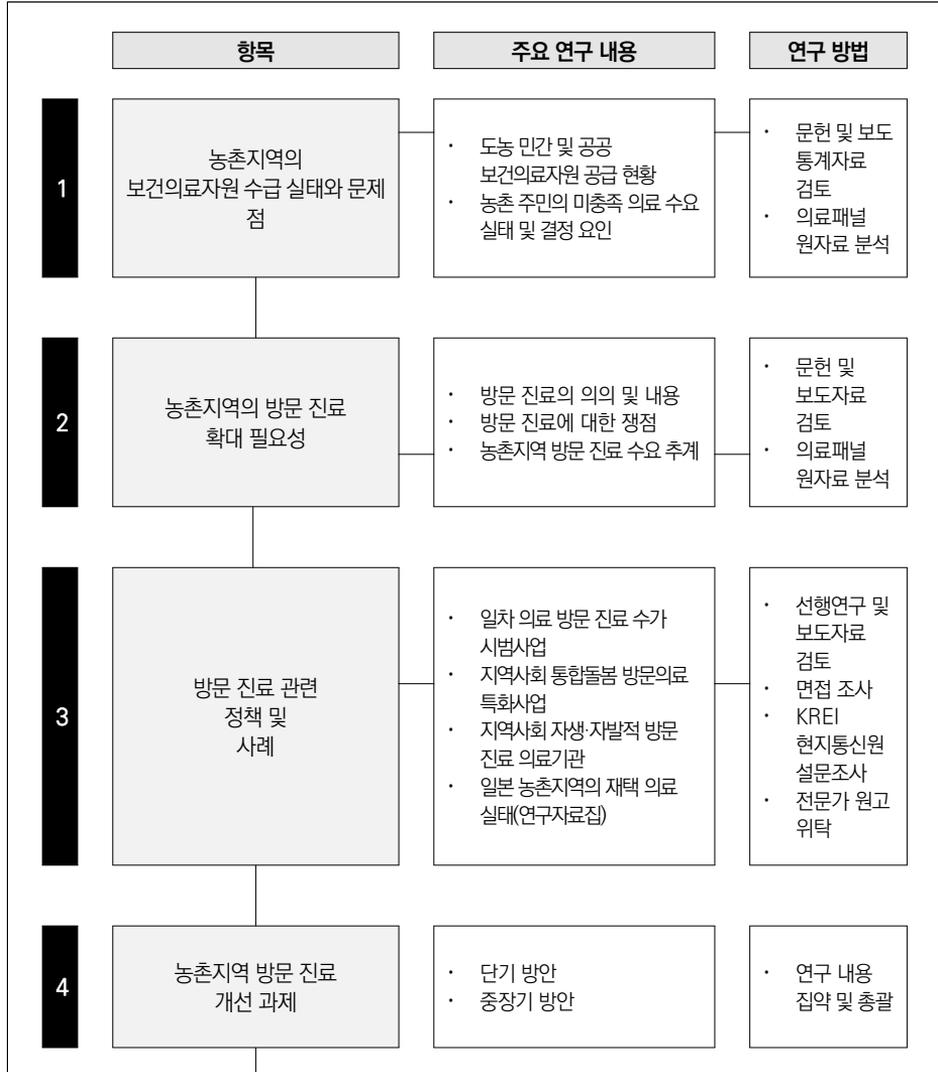
추가적으로 보도 통계자료를 이용하여 도시 및 농촌지역의 '일차 의료 방문 진료(왕진) 수가 시범사업'에 참여한 의료기관의 유형과 특성을 파악한다. KREI 현

1) 일본은 선진국 중 가장 먼저 고령화사회로 진입하였다. 건강보험제도의 재정건전성 문제와 지속가능성 유지를 위한 한 가지 방안으로 1991년부터 방문간호제도가 시작되었다. 또한 1992년 의료법이 개정되어 재택 의료가 외래 및 입원 외 제3의 의료시스템으로 자리잡았다(오영인 외, 2019, p.15). 이에, 일본 농촌지역의 재택 의료 실태와 시사점에 대한 원고를 농촌복지연구원 최경환 원장에게 위탁하였다. 일본 사례는 연구자료집 형태로 제공된다.

지통신원을 설문조사하여 시범사업에 대한 인식과 참여율, 적정 방문 진료 본인 부담금액을 계산하고, 수요 측면에서 향후 시범사업 개선 과제를 도출한다.

이상의 연구 내용을 종합하여 농촌지역에서 방문 진료 확대 또는 활성화되기 위한 방안을 제시한다. 방안은 단기적 방안과 중장기적 방안으로 구분된다.

〈그림 1-1〉 연구 추진도



주: 일본 농촌지역의 재택의료 실태는 연구자료집으로 발간됨.

자료: 저자 작성.

제2장

농촌지역의 보건의료자원 수급 실태와 문제점



2

농촌지역의 보건의료자원 수급 실태와 문제점

1. 농촌지역의 보건의료자원 공급 실태

농촌지역의 보건의료자원의 공급 현황을 파악하고 도시와 비교하여 보건의료 자원 과소 공급 여부를 논의할 필요가 있다. 이 절에서는 ‘보건복지통계연보’, ‘농어업인 등에 대한 복지실태 조사보고서’ 등에 제시된 2차 통계자료 분석 결과를 이용하여 농촌지역의 민간 및 공공 보건의료자원의 공급 실태를 파악하고 도시와 비교한다.

도시에 비해 인구수가 적고 면적이 넓은 농촌의 특성상 다양한 생활 인프라 공급량이 부족하다. 그중에서도 보건의료자원의 도농간 공급격차가 매우 크다(안석 외, 2019, p.38). 2020년 시점에서 농촌지역의 인구 100만 명당 민간 보건의료기관의 수는 총 822개소로 도시의 약 7/10 수준이었다<표 2-1>.

〈표 2-1〉 도농 민간 보건의료기관 현황

단위: 개소

연도	2017		2018		2019		2020	
	농촌	도시	농촌	도시	농촌	도시	농촌	도시
계	798.3	1,138.4	808.4	1,157.6	816.1	1,179.5	822.4	1,198.6
종합병원	2.9	6.1	3.1	6.2	3.0	6.3	3.0	6.4
요양병원	37.9	20.4	38.8	20.7	38.4	21.1	38.7	21.1
병원	24.1	23.8	24.0	23.7	23.3	24.3	22.9	24.9
의원	352.8	532.3	355.9	544.4	359.4	558.1	359.3	569.6
결핵병원	0.0	0.1	0.0	0.1	0.0	0.1	0.0	0.1
한센병원	0.1	0.0	0.1	0.0	0.1	0.0	0.1	0.0
정신병원	4.8	1.2	4.7	1.3	4.6	1.3	4.7	1.3
치과병원	0.6	4.3	0.6	4.5	0.7	4.5	0.7	4.4
치과의원	185.1	301.3	188.2	305.6	191.6	310.2	194.1	315.6
한방병원	1.2	5.8	1.3	5.7	2.0	6.4	2.5	7.5
한의원	183.7	239.2	186.2	241.6	187.5	243.3	190.0	243.7
부속의원	4.9	3.4	5.4	3.6	5.5	3.6	6.5	3.7
조산원	0.2	0.5	0.1	0.4	0.0	0.4	0.0	0.3

주: 인구 100만 명당 통계임.

자료: 농촌진흥청(2022, p.229). 2021년 농어업인 등에 대한 복지실태 조사보고서. 자료를 저자 재구성.

농촌 주민이 빈번히 이용하는 의원급 민간의료기관의 수는 도시의 의원급 민간 의료기관의 6/10 정도에 불과하며, 병원급 민간의료기관의 수는 도시의 9/10 정도에 불과하다. 농촌지역의 종합병원 수는 도시의 5/10 수준이다. 치과병원 수는 도시의 2/10 수준에 불과하고, 치과의원의 수는 도시의 6/10 수준에 불과하다. 전체적으로 도시보다 농촌지역에서 인구수 대비 민간 보건의료기관 수가 적다. 더욱이 연도별 도농 보건의료기관의 공급량 차이에 대한 추세가 보이지 않아 농촌지역의 보건의료기관 과소 공급이 지속적인 문제임을 알 수 있다. 요약하면 농촌지역에서 민간 보건의료기관이 과소 공급 상태이며, 기관의 유형에 따라 과소 공급 수준이 다르다.

전체 병상 수는 도시보다 농촌에서 더 많지만, 의료기관 유형에 따라 그 차이가 다르다. 병상 수는 의료기관의 실질적인 규모와 경쟁력을 나타내는 지표이다. 2020년 시점에서 인구 100만 명당 농촌지역의 총 병상 수는 13,361개로 도시보

다 약간 많은 수준이다<표 2-2>. 그렇지만 농촌지역의 종합병원 병상 수는 도시의 3/10에 불과하다. 병원급 의료기관의 병상 수는 농촌에서 약간 더 많지만, 의원급의 경우 도시의 7/10 수준이다. 요양병원과 정신병원 병상 수가 도시보다 농촌에서 매우 많고, 전체 도농 병상 수 차이의 큰 비중을 차지한다. 도농 병상 수의 차이에서도 연도별 큰 변화가 보이지 않는다. 의료기관 유형에 따라 다르긴 하지만, 전반적으로 농촌지역에서 민간 보건의료기관 병상 역시 과소 공급 상태이다.

<표 2-2> 도농 민간 보건의료기관 병상 수 현황

단위: 개

연도	2017		2018		2019		2020	
	농촌	도시	농촌	도시	농촌	도시	농촌	도시
계	13,631.2	11,049.9	13,830.1	11,075.9	13,441.5	11,069.3	13,360.8	11,301.6
종합병원	953.5	2,722.7	1,003.5	2,746.8	965.8	2,768.7	961.3	2,813.6
요양병원	6,341.7	3,836.8	6,791.2	3,984.4	6,652.6	4,018.9	6,737.5	4,075.9
병원	3,775.2	2,541.9	3,608.3	2,480.5	3,443.0	2,455.9	3,345.4	2,535.4
의원	860.9	1,168.7	752.6	1,070.0	672.9	975.4	637.2	946.1
결핵병원	0.0	19.3	0.0	19.2	0.0	19.1	0.0	18.8
한센병원	72.7	0.0	72.1	0.0	71.7	0.0	13.1	0.0
정신병원	1,519.1	317.9	1,479.9	334.2	1,445.6	332.0	1,451.7	326.8
치과병원	3.1	4.5	3.3	4.4	3.7	8.0	3.7	4.2
치과의원	0.0	1.8	0.0	1.8	0.0	2.0	0.0	1.8
한방병원	70.7	376.6	84.7	370.8	128.7	415.4	143.0	485.4
한의원	20.7	56.0	24.3	60.4	41.0	71.7	50.7	91.3
부속의원	13.6	3.0	10.3	2.7	16.6	1.6	17.2	1.6
조산원	0.0	0.7	0.0	0.7	0.0	0.6	0.0	0.7

주: 인구 100만 명당 통계임.

자료: 농촌진흥청(2022, p.226). 2021년 농어업인 등에 대한 복지실태 조사보고서. 자료를 저자 재구성.

정부 또는 지자체가 관리 및 운영하는 지역 공공보건의료기관도 농촌 주민에게 중요한 보건의료자원이다. 보건의료원, 보건소, 보건진료소, 보건지소 등이 이에 해당하며, 각 기관의 설치 근거 및 기준이 다르다<표 2-3>.

보건소와 보건지소는 ‘지역보건법’ 및 ‘지역보건법’ 시행령을 근거로 한다. 보건소는 시군구별로 1개소, 보건지소는 읍면별로 1개소 설치 가능하지만, 지자체

조례 또는 단체장의 재량에 따라 추가 설치가 가능하다. 보건진료소는 ‘농어촌 등 보건의료를 위한 특별 조치법’을 근거로 리(里) 단위 벽지·오지에 위치한다.

〈표 2-3〉 지역 공공보건의료기관의 유형

구분	법적 근거	설치 기준
보건의료원	• ‘지역보건법’ 제12조	• 의료법 제3조 제2항 제3호 가목에 따른 병원 요건을 갖춘 보건소
보건소	• ‘지역보건법’ 제10조 • ‘동법시행령’ 제8조	• 시군구별 1개소(지자체 조례로 추가설치 가능)
보건지소	• ‘지역보건법’ 제13조 • ‘동법시행령’ 제10조	• 읍면별로 1개소(보건소가 설치된 읍면은 제외하며, 필요한 경우 시장, 군수, 구청장이 추가 및 통합 설치 및 운영)
보건진료소	• ‘농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법’ 제15조	• 리 단위 벽지 또는 오지와 같은 의료 취약지역

자료: 지역보건법(법률 제184718호, 2021. 8. 17., 일부개정) 제10조, 제12조, 제13조(<https://www.law.go.kr/법령/지역보건법>). 검색일: 2022. 9. 25.; 지역보건법 시행령(대통령령 제32864호, 2022. 8. 9., 일부개정) 제8조, 제10조(<https://www.law.go.kr/법령/지역보건법시행령>). 검색일: 2022. 9. 25.; 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법(법률 제18413호, 2021. 8. 17., 일부개정) 제15조(<https://www.law.go.kr/법령/농어촌등보건의료를위한특별조치법>). 검색일: 2022. 9. 25. 을 저자 재구성.

2020년 시점에서 농촌지역의 보건소는 79개소로 도시의 보건소 개소 수의 1/2 수준에 불과하였다(표 2-4). 이와는 달리 보건지소와 보건진료소는 군 또는 읍면 단위에 설치되므로 도시보다 농촌지역에서 개소 수와 비율이 많거나 높다.

〈표 2-4〉 공공 보건의료기관 현황, 2020년

단위: 개소, %

구분	보건의료원		보건소		보건진료소		보건지소	
	합계	비율	합계	비율	합계	비율	합계	비율
전국	15	100	241	100	1,904	100	1,321	100
도시	-	-	162	67	57	3	69	5
농촌	15	100	79	33	1,847	97	1,252	95

자료: 이소영, 김가희(2021, p.147). 자료를 저자 재구성.

보건지소와 보건진료소가 대부분의 농촌지역에 위치하여 농촌 주민이 이용할 수 있는 공공보건의료 서비스가 일견 충분해 보일 수 있다. 그러나 이들 기관이 제

공하는 보건의료서비스 종류는 한정적이다. 보건소에는 다양한 진료과목을 담당하는 의사가 근무하지만, 보건지소의 의료인력은 의사 1명, 치과 의사 1명, 한의사 1명 등 보건소에 비하면 수가 적기 때문이다<표 2-5>, <표 2-6>.

<표 2-5> 보건소 최소 인력 배치 기준

단위: 명

구분	특별시의 구	광역시·시의 구, 인구 50만 명 이상인 시의 구 및 인구 30만 명 이상인 시	인구 30만 명 미만인 시	도농복합시	군	보건의료원이 설치된 군
의사	3	3	2	2	1	6
치과 의사	1	1	1	1	1	1
한의사	1	1	1	1	1	1
조산사	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)
간호사	18	14	10	14	10	23
약사	3	3	1	1	1	2
임상병리사	4	4	3	4	2	4
방사선사	2	2	2	2	2	3
물리치료사	1	1	1	1	1	2
작업치료사	1	1	1	1	1	2
치과위생사	1	1	1	1	1	1
영양사	1	1	1	1	1	2
간호조무사	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	(6)
보건의료정보관리사	-	-	-	-	-	-
위생사	(3)	(3)	(2)	(2)	(2)	(2)
보건교육사	1	1	1	1	1	1
정신건강전문요원	1	1	1	1	1	1
정보처리기(능)사	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)
응급구조사	-	-	-	-	(1)	-

주: 보건소장은 제외된 인력임. 의사, 치과 의사, 한의사는 공중보건의사를 포함함. 괄호로 표시된 기준은 해당 시군구의 여건에 따라 조정 가능함.

자료: 지역보건법 시행규칙(보건복지부령 제667호, 2019. 8. 19., 일부개정). 검색일: 2022. 9. 25. 을 저자 재구성.

보건진료소의 경우 시설 최소 요구 인력에 의사를 포함하지 않는다. 혈액검사와 같은 기본적인 예방적 검사를 간호사 면허를 가진 보건의료공무원 1명이 담당

하는 경우가 일반적이다. 보건소가 위치하지 않거나 보건소와 원거리에 정주하는 농촌 주민의 공공 보건의료서비스 공백이 매우 클 것이라 예상할 수 있다.

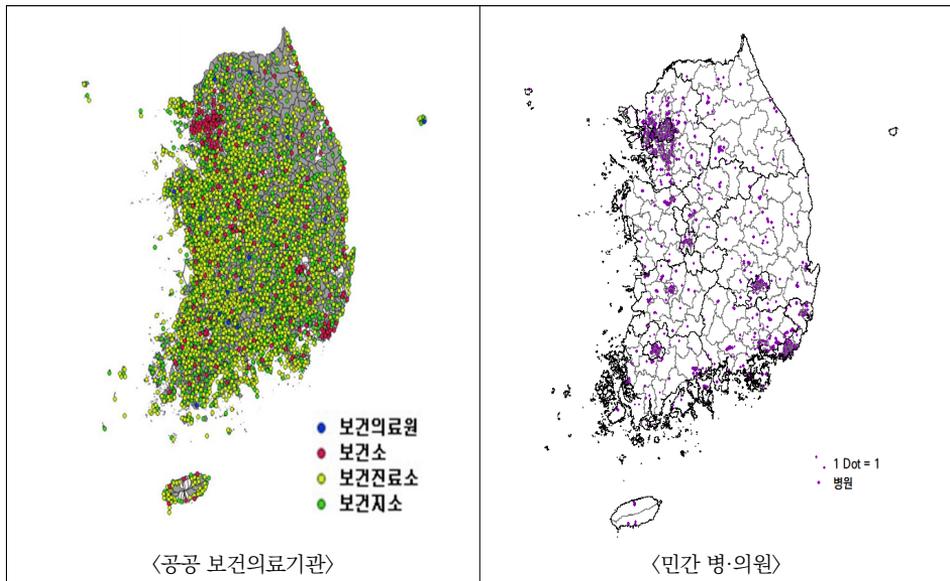
〈표 2-6〉 보건지소 최소 인력 배치 기준

단위: 명					
구분	의사	치과의사	한의사	간호(조무)사	치위생사
최소 인원수	1	1	1	3	1

주: 치과의사, 한의사는 공중보건의사로서 치과의사 및 한의사의 인력 사정에 따라 조정 배치 가능함.
 자료: 지역보건법 시행규칙(보건복지부령 제667호, 2019. 8. 19., 일부개정). 검색일: 2022. 9. 25.을 저자 재구성.

농촌지역에 공공 보건의료기관이 부족하고 농촌 주민이 넓은 지역에 분산적으로 거주하기 때문에 민간 및 공공 보건의료기관에 대한 낮은 접근성과 서비스 이용 제약의 문제가 발생한다.

〈그림 2-1〉 민간 및 공공 보건의료기관 분포, 2020년



주: 병원시설은 보건소 및 조산소를 제외한 병·의원임.
 자료: 이소영, 김가희(2021, p.148); 김남훈 외(2020, p.29).

민간 병·의원, 보건의료원과 보건소는 주로 도시를 중심으로 분포하지만, 보건진료소와 보건진료소는 농촌지역에 주로 분포한다(그림 2-1). 결과적으로 농촌 주민이 진료 및 치료를 목적으로 다른 지역으로 이동해야 하는 경우가 빈번하다.

민간 보건의료기관이 읍면 지역에 위치하지 않는 곳도 많다. 2021년을 기준으로 한방 병·의원이 위치하지 않는 농촌지역의 비율이 48.1%나 되며, 일반 병·의원의 경우에는 42.9%, 치과 병·의원의 경우 57.2%나 된다. 종합병원의 경우에는 그 비율이 96.2%에 이른다(표 2-7). 약국이 읍면 지역 내에 위치하지 않는 농촌의 비율이 28.2%나 된다. 보건진료소 및 보건소가 읍면 외 다른 지역에 위치하는 농촌지역의 비율이 각각 14%, 10% 정도이지만, 보건소의 경우 이동시간이 20분 이상인 경우가 절반 이상이며, 보건진료소도 이와 크게 다르지 않다.

〈표 2-7〉 농촌지역 보건의료기관에 대한 접근성, 2021년

단위: %

구분	행정리 내	읍면 내 (행정리 외)	타 지역에 위치							
			10분 미만	10~20분 미만	20~30분 미만	30~40분 미만	40~50분 미만	50~60분 미만	1시간 이상	
약국	8.6	63.2	28.2	1.4	11.6	8.8	4.3	1.1	0.2	0.8
보건진료소	8.4	77.6	14	0.5	4.6	5	2.5	0.8	0.2	0.5
보건소	7.2	82.8	10	0.4	3.2	3.6	2.1	0.5	0.1	0.2
한방 병·의원	4.9	47	48.1	1.3	14.7	16	10.5	2.7	0.7	2.2
일반 병·의원	5.8	51.3	42.9	1.4	14.1	14.4	9	2.2	0.4	1.4
치과 병·의원	4	38.8	57.2	1.5	16.2	19.5	13.5	3.5	0.8	2.2
종합병원	0.2	3.6	96.2	0.6	8.7	20.1	25.3	16.8	8	16.6

주: 소요 시간은 자가용 이용 이동시간을 나타냄.

자료: 농촌진흥청(2022, p.231)을 저자 재구성.

이상과 같이 농촌지역의 민간 및 공공 보건의료자원 공급이 과소하여 농촌 주민은 적시에 적절한 의료기관 이용이 어려울 수 있다. 보건진료소와 보건진료소가 농촌 주민의 거주지 인근에 위치하더라도 진료과목이 한정되어 보건의료서비스의 질도 낮을 수 있다. 농촌지역의 보건의료자원 과소 공급은 농촌 주민이 적시에 적절한 보건의료서비스 이용에 제약이 발생하는, 소위 미충족 의료 수요의 발생

을 야기한다. 다음 절에서는 농촌 주민의 미충족 의료 수요 실태를 도시민의 그것과 비교하여 시사점을 제시한다.

2. 농촌 주민의 미충족 의료 수요 실태

2.1 자료 설명 및 요약통계분석

농촌 주민의 미충족 의료 수요 실태 분석을 목적으로 한국보건사회연구원과 건강보험공단이 공동으로 제공하는 의료패널 원자료를 분석하였다. 의료패널조사는 2008년부터 시작된 전국 단위 패널 표본 조사이다. 조사 응답자의 보유 질환, 의료 이용, 의약품 소비, 의료비 지출 및 지출원, 건강 인식 등에 대한 개인 및 가구 단위의 통계를 제공하여 보건 의료체계의 대응성 및 접근성을 제고할 일련의 정책 방안 도출을 지원할 목적으로 진행되고 있다. 의료패널 조사는 전국 단위의 보건의료 수요 실태에 대한 정보를 제공할 뿐만 아니라 응답자의 거주 지역이 도시와 농촌으로 구분되어 농촌 주민의 미충족 의료 수요 실태를 도시와 비교 분석하기에 적합하다.²⁾

미충족 의료 수요 파악을 목적으로 생성한 표본 데이터에 포함된 응답자의 인구경제사회학적 특성에 관한 변수와 측정 방법이 <표 2-8>에 제시되어 있다.

<표 2-8> 변수 설명 및 측정 방법

변수	설명 및 측정 방법
나이	응답자 나이, 세(연속변수)
가구원 수	응답자 가구의 가구원 수, 명(연속변수)
도시, 농촌 구분	0: 동 1: 농촌(읍면)

²⁾ 연구 시점에서 2018년 자료가 가장 최근의 것이므로 이를 이용하였다.

(계속)

변수	설명 및 측정 방법
연간 총 가구소득	해당 응답자 가구의 가구소득, 원(연속변수)
결혼 여부	0: 별거, 이혼, 사별 또는 배우자 실종, 1: 혼인 중
교육 수준	0: 중졸 이하, 1: 고졸, 2: 대졸 이상
장애 여부	0: 장애 없음, 1: 등록 또는 미등록 장애 판정 또는 장애 보유
취업 상태	0: 미취업(노동시장 미참여 포함), 1: 취업
만성 질환 여부	고혈압, 당뇨, 이상지질혈증, 관절병증, 결핵, 허혈성심장질환, 뇌혈관질환이 각각 있으면 0, 없으면 1(복수응답 가능)
활동 제한 여부	0: 활동 제한 없음, 1: 질병이나 손상 등으로 인해 활동 제한

주: 연속변수 표시 외의 항목은 범주를 의미함.

자료: 한국보건사회연구원, 국민건강보험공단. 2018년 의료패널 자료를 저자 재구성.

〈표 2-9〉 응답자의 인구경제사회학적 특성에 대한 요약통계량

단위: 세, %, 명, 만 원

변수		도시(10,009명, 74.93%)	농촌(3,349명, 25.07%)	동일성 검정 결과 (P-value)	
나이		52.79	60.35	<0.0001	
성별	남성	46.43	44.64	0.0723	
	여성	53.57	55.36		
혼인 상태	혼인 중	65.17	67.90	0.0039	
	미혼, 사별, 이혼 등	34.83	32.10		
교육 수준	중졸 이하	23.73	48.94	<0.0001	
	고졸	31.36	27.62		
	대졸 이상	44.91	23.44		
취업 여부	취업	60.00	63.75	0.0001	
	미취업	40.00	36.25		
장애 여부	있음	6.68	9.76	<0.0001	
	없음	93.32	90.24		
만성질환 여부	고혈압	있음	24.12	35.56	-
		없음	75.88	64.44	
	당뇨	있음	10.21	14.99	
		없음	89.79	85.01	
	이상지질혈증	있음	18.22	21.23	
		없음	81.78	78.77	
	관절병증	있음	21.10	37.12	
		없음	78.90	62.88	

(계속)

변수		도시(10,009명, 74.93%)	농촌(3,349명, 25.07%)	동일성 검정 결과 (P-value)
만성질환 여부	결핵	있음	0.29	0.48
		없음	99.71	99.52
	허혈성심장질환	있음	3.93	6.00
		없음	96.07	94.00
	뇌혈관질환	있음	3.79	5.79
		없음	96.21	94.21
활동 제한 여부	있음	5.67	8.42	<0.0001
	없음	94.33	91.58	
가구원 수		3.15	2.80	<0.0001
연간 가구소득		5,704	4,220	<0.0001

주: 나이, 가구원 수, 연간 가구소득은 평균값, 나머지는 항목에 대한 구성 비율을 의미함. 소수점 반올림 결과, 항목별 구성 비율의 총합이 100%가 아닐 수도 있음. 만성질환은 복수응답이 가능하므로 동일성 검정에서 제외함.

자료: 한국보건사회연구원, 국민건강보험공단. 2018년 의료패널 자료를 저자 분석.

샘플 데이터를 도시와 농촌으로 구분하여 응답자의 인구경제사회학적 특성을 비교 분석하였다(표 2-9). 만 18세 이상의 전체 응답자 13,358명 중 도시민이 10,009명(74.93%), 농촌 주민이 3,349명(25.07%)으로 나타났다. 응답자의 평균 나이는 도시민이 약 53세, 농촌 주민이 약 60세로 농촌 주민이 약간 많다. 응답자 중 남성의 비율은 도시의 경우 46.43%, 농촌의 경우는 44.64%로 농촌지역에서 약간 높다. 도시민 중 65.17%가 혼인 중이었고, 농촌 주민은 67.90%가 혼인 중으로, 양자 간 큰 차이는 없다. 도시민 중 대졸자 이상의 비율이 44.91%, 농촌 주민은 23.44%로 도시민에 비해 농촌 주민의 학력 수준이 낮다. 도시민 중 취업자 비율은 60%, 농촌 주민은 63.75%로 농촌 주민의 취업률이 더 높다. 평균 가구원 수는 도시민 가구의 경우 3.15명, 농촌 주민 가구의 경우 2.8명으로 나타났다. 연간 가구소득은 도시민이 약 5천 7백만 원, 농촌 주민이 약 4천 2백만 원으로 도시민 가구소득이 더 높다.

전반적으로 도시민보다 농촌 주민의 만성질환 유병률이 높다. 농촌 주민의 35.56%가 고혈압 질환 보유자였으나, 도시민은 24.12%다. 농촌 주민의 14.99%가 당뇨 질환 보유자였으나, 도시민은 10.21%다. 이상지질혈증의 경우, 농촌 주민의 21.23%, 도시민의 18.22%가 질환을 앓고 있다. 관절병증의 경우, 도시민과 농촌 주민 간 유병률 차이가 매우 크다. 농촌 주민의 37.12%가 관절병 유병자였으나, 도시민 집단은 21.1%에 불과하다. 결핵은 유병률의 차이가 높지 않았으나, 허혈성심장질환은 농촌 주민의 6%, 도시민의 3.93%가 질환을 앓고 있다. 뇌혈관질환은 농촌 주민의 5.79%, 도시민의 3.79%가 앓고 있다. 또한 도시민의 5.67%, 농촌 주민의 8.42%가 질병이나 손상 등으로 활동에 제한이 있었으며, 도시민 증 장애가 있는 응답자의 비율은 6.68%, 농촌 주민의 경우 9.76%로 나타났다.

이처럼 농촌 주민은 도시민보다 질환, 장애, 활동 제한을 경험할 확률이 높기 때문에 의료 수요량도 도시민보다 높을 수 있다. 그러나 보건의료자원의 공급이 이에 미치지 못할 경우 미충족 의료 수요가 발생한다. 다음 절에서는 농촌 주민의 미충족 의료 수요 실태를 파악한다.

2.2 농촌 주민의 미충족 의료 수요 실태

농촌 주민의 미충족 의료 수요를 양적 및 질적 미충족 의료 수요로 구분하여 분석하였다. 먼저 양적 미충족 의료 수요는 “지난 1년간, 병·의원 치료 또는 검사를 받아 볼 필요가 있었으나, 받지 못한 적이 한 번이라도 있었는가?”라는 설문에 대해 “예/아니오”로 응답한 결과를 이용하였다. 분석 결과, 도시민의 11.68%, 농촌 주민의 13.38%가 양적 미충족 의료 수요를 경험하였다(표 2-10). 통계적으로 유의한 수준에서 도시보다 농촌에서 미충족 의료 수요 발생 비율이 높게 나타났다.

〈표 2-10〉 양적 미충족 의료 수요 여부

단위: 명, %

구분		도시 (10,009명, 74.93%)	농촌 (3,349명, 25.07%)	동일성 검정 결과(P-value)
양적 미충족 의료 수요	있음	11.68	13.38	0.0091
	없음	88.32	86.62	

자료: 한국보건사회연구원, 국민건강보험공단. 2018년 의료패널 자료를 저자 분석.

미충족 의료 수요의 원인이 도시민과 농촌 주민 간 서로 다를 수 있다. 양적인 미충족 의료 수요 경험자에게 그 이유를 묻는 설문 응답을 이용하여 도시민과 농촌 주민의 양적 미충족 의료 수요 발생 원인을 분석하였다(표 2-11). 분석 결과, 도시민과 농촌 주민 사이에 미충족 의료 수요 발생 원인들이 통계적으로 유의한 수준에서 사뭇 다르게 나타났다. ‘방문 시간의 부족’이 도시민(35.59%)과 농촌 주민(28.35%) 모두에게 1순위 원인으로 꼽혔으며, ‘증세가 경미’해서 방문하지 않았다는 이유도 도시민(29.6%)과 농촌 주민(26.56%) 모두 두 번째로 비율이 높게 나타났다. ‘경제적 이유’라는 응답도 도시의 경우 양적 미충족 의료 유경험자의 21.47%, 농촌의 경우 17.19%로 세 번째로 비율이 높게 나타났다. 반면 거동 불편 또는 건강상의 이유로 의료기관을 방문할 수 없었다고 응답한 비율이 도시는 7.53%, 농촌은 15.85%로 도농 차이가 극명하였다. 의료기관이 멀어서 방문하지 못했다고 응답한 비율도 도시민은 1.37%에 불과하지만, 농촌 주민은 7.37%로 집단 간 차이가 크게 나타났다. ‘아이를 돌볼 사람이 없어서’, ‘빠른 시일 내에 예약이 되지 않아서’, ‘주치의가 없어서’ 등의 응답은 도시와 농촌에서 모두 비율이 매우 낮았다. 미충족 의료 수요의 주요 원인이 도시민과 농촌 주민 모두 비슷하다. 그러나 농촌 주민의 경우 의료기관 접근성과 거동 불편 또는 건강상의 이유가 양적 미충족 의료 수요와 강하게 관련되어 있다고 볼 수 있다.

〈표 2-11〉 양적 미충족 의료 수요 원인

단위: 명, %

구분		도시 (1,169명, 72.29%)	농촌 (448명, 27.71%)	동일성 검정 결과 (P-value)
양적 미충족 의료 수요의 원인	경제적 이유(치료비용 부담)	21.47	17.19	<0.0001
	의료기관이 너무 멀어서	1.37	7.37	
	거동 불편, 건강상 이유로 방문 어려움	7.53	15.85	
	아이를 돌볼 사람이 없어서	0.94	0.67	
	중세가 경미해서	29.60	26.56	
	어디로 가야할지 몰라서(정보 부족)	1.37	1.56	
	방문할 시간이 없어서	35.59	28.35	
	빠른 시일 내에 예약되지 않아서	0.34	0.89	
	주치의가 없어서	0.17	0.22	
	기타	1.63	1.34	

자료: 한국보건사회연구원, 국민건강보험공단. 2018년 의료패널 자료를 저자 분석.

다음으로 질적인 측면³⁾에서 농촌 주민이 경험하는 미충족 의료 수요 실태를 파악할 목적으로 농촌 주민이 이용하는 의료기관 중 ‘아플 때나 검사 또는 치료 상담을 하고자 할 때 주로 방문하는 의료기관’, 즉 상용 치료원 여부 및 유형에 대한 설문 응답을 이용하였다. 도시민의 경우 상용 치료원이 있다는 응답이 43.75%, 농촌 주민의 경우에는 48.01%로 나타났으며, 비율의 차이가 통계적으로 유의하였다(표 2-12).

〈표 2-12〉 질적 미충족 의료 수요 실태(1): 상용 치료원 여부

단위: 명, %

구분		도시 (10,009명, 74.93%)	농촌 (3,349명, 25.07%)	동일성 검정 결과(P-value)
상용 치료원 여부	있음	43.75	48.01	<0.0001
	없음	56.25	51.99	

자료: 한국보건사회연구원, 국민건강보험공단. 2018년 의료패널 자료를 저자 분석.

3) 의료서비스의 치료 효과와 같은 질적 수준이 아닌, 이용자가 경험하는 의료서비스의 다양성 등을 언급한 것임을 밝혀둔다.

상용 치료원이 있다는 응답자에게 기관 유형을 묻는 설문 응답을 이용하여 응답자가 주로 이용하는 상용 치료원의 유형을 알아보았다. 도시민과 농촌 주민 모두 의원급 의료기관이 1순위로 꼽혔으며, 병원과 종합병원/대학병원이 서로 비슷한 수준에서 2순위로 나타났다. 보건소를 주로 이용한다는 비율이 농촌 주민은 4.6%, 도시민은 1.32%로, 상대적으로 도시민보다 농촌 주민이 공공보건의료기관을 자주 이용하는 것으로 나타났다<표 2-13>.

<표 2-13> 질적 미충족 의료 수요 실태(2): 상용 치료원 유형

단위: 명, %

구분		도시 (4,379명, 73.14%)	농촌 (1,608명, 26.86%)	동일성 검정 결과 (P-value)
상용 치료원 종류	보건소	1.32	4.6	<0.0001
	의원	65.86	66.17	
	병원	16.51	14.24	
	종합병원/대학병원	15.39	14.55	
	기타	-	-	
	한방 병·의원	0.91	0.44	

자료: 한국보건사회연구원, 국민건강보험공단. 2018년 의료패널 자료를 저자 분석.

상용 치료원이 이용자의 '일상적 건강 문제를 어느 정도로 해결해 주는지' 묻는 설문의 응답을 이용하여 응답자들이 느끼는 상용 치료원의 일상적 건강 해결 여부를 분석하였다<표 2-14>. 분석 결과, 도시와 농촌 모두 상용 치료원 의사가 이용자의 일상적 건강 문제를 '거의' 또는 '대체로' 해결해 준다는 응답자의 비율이 약 88%로 높게 나타났으며, 항목별 응답 비율에서 도농간 유의한 차이가 발견되지 않았다. 전반적으로, 도시민과 농촌 주민 모두 상용 치료원의 의료서비스의 서비스 수준에 만족한다고 볼 수 있다.

〈표 2-14〉 질적 미충족 의료 수요 실태(3): 상용 치료원의 건강 문제 해결 여부

단위: 명, %

구분		도시 (2,258명, 73.50%)	농촌 (814명, 26.50%)	동일성 검정 결과 (P-value)
일상적 건강 문제 해결	거의 그렇다	15.94	15.72	0.7775
	대체로 그렇다	72.10	72.48	
	그저 그렇다	8.64	8.60	
	대체로 그렇지 않다	2.70	2.95	
	거의 그렇지 않다	0.62	0.25	

자료: 한국보건사회연구원, 국민건강보험공단. 2018년 의료패널 자료를 저자 분석.

상용 치료원 의사가 이용자에게 건강관리에 적합한 시설이나 의료인력 등을 적절히 소개 및 연계하여 건강 및 질병 관리에 도움을 주는 것이 중요하다. 관련 시설이나 의료인력은 특정 과목 전문의, 다른 의료기관, 사회복지센터, 마을 체육시설, 간병단체, 금연 상담 전화 등을 들 수 있다. 이와 관련된 설문 응답을 이용하여 상용 치료원의 보건의료자원 연계 실태를 분석하였다(표 2-15). 분석 결과, 도시민과 농촌 주민 모두 '거의' 또는 '대체로' 그렇다는 응답이 50% 이상이였으며, '대체로' 또는 '거의' 그렇지 않다는 응답도 29% 정도로 높게 나타났다. 통계적으로 유의한 수준에서 항목별 응답 비율에 차이가 있지만, 전반적으로 도시민과 농촌 주민 모두 상용 치료원이 연계 서비스를 적극적으로 제공한다고 인식하고 있었다.

〈표 2-15〉 질적 미충족 의료 수요 실태(4): 상용 치료원의 보건의료자원 연계 여부

단위: 명, %

구분		도시 (2,258명, 73.50%)	농촌 (814명, 26.50%)	동일성 검정 결과 (P-value)
상용 치료원 시설 및 인력 소개	거의 그렇다	11.47	13.64	0.0001
	대체로 그렇다	43.09	45.21	
	그저 그렇다	16.03	12.29	
	대체로 그렇지 않다	17.49	13.02	
	거의 그렇지 않다	11.91	15.85	

자료: 한국보건사회연구원, 국민건강보험공단. 2018년 의료패널 자료를 저자 분석.

외래 진료에서 환자와 의사와의 밀도 있는 접촉이 특히 중요하다. 일차 의료기관 사이의 생존 경쟁이 격화되어 의사들은 짧은 시간에 많은 환자를 진료하려는 유인을 갖게 된다. 이는 '3분 진료'라고 알려진 의사의 일방적인 의료서비스로 귀결될 수 있다. '지난 1년간 외래 진료를 위해 병원을 방문'한 응답자들에게 환자(이용자) 경험을 묻는 설문 응답을 이용하여 이용자가 느끼는 의료서비스의 질적 수준을 파악하였다.

먼저 '지난 1년간 외래 진료를 목적으로 병원에 방문하였는지' 묻는 설문 응답을 이용하여 통계적으로 유의한 수준에서 도시민(87.69%)보다 농촌 주민(91.72%)의 외래 진료 병원 이용률이 높다는 사실을 확인하였다<표 2-16>.

<표 2-16> 외래 진료 병원 방문 여부

단위: 명, %

구분		도시 (9,633명, 74.98%)	농촌 (3,214명, 25.02%)	동일성 검정 결과(P-value)
외래 진료 병원 방문 여부	있음	87.69	91.72	<.0001
	없음	12.31	8.28	

자료: 한국보건사회연구원, 국민건강보험공단. 2018년 의료패널 자료를 저자 분석.

외래 진료 환자 경험을 분석할 목적으로, 첫째, '외래 진료 의사와 진료 시 대화 시간이 충분하였는지' 묻는 설문 응답을 이용하였다<표 2-17>. 도시민과 농촌 주민 간 응답 비율의 차이가 통계적으로 유의하지는 않았다. 도시민과 농촌 주민 모두 '항상' 또는 '대체로' 그렇다고 응답한 비율이 75% 이상으로 높게 나타났다. 사회 일각에서 제기되는 짧은 진료 시간에 대한 이용자의 불만이 우려할만한 수준은 아니라고 볼 수 있다.

〈표 2-17〉 질적 미충족 의료 수요 실태(5): 충분한 대화 시간

단위: 명, %

구분		도시 (8,447명, 74.13%)	농촌 (2,948명, 25.87%)	동일성 검정 결과 (P-value)
외래 진료 시 의사와의 대화 시간 충분	항상 그렇다	11.98	11.57	0.6149
	대체로 그렇다	63.75	64.08	
	가끔 그렇다	18.47	19.20	
	전혀 그렇지 않다	4.87	4.27	
	모르겠다	0.94	0.88	

자료: 한국보건사회연구원, 국민건강보험공단. 2018년 의료패널 자료를 저자 분석.

둘째, ‘외래 진료 의사가 이용자에게 질환과 치료 행위 등에 대해 이해하기 쉽게 설명했는지’ 묻는 설문 응답을 이용하여 의사가 이용자의 눈높이에 맞는 주의 설명의무를 이행하였는지 알아보았다(표 2-18). 도시민과 농촌 주민 모두 ‘항상’ 또는 ‘대체로’ 그렇다는 응답이 80% 이상으로 높게 나타났다.

〈표 2-18〉 질적 미충족 의료 수요 실태(6): 이해하기 쉬운 설명

단위: 명, %

구분		도시 (8,447명, 74.13%)	농촌 (2,948명, 25.87%)	동일성 검정 결과 (P-value)
이해하기 쉬운 설명	항상 그렇다	12.44	11.53	0.0879
	대체로 그렇다	69.88	69.10	
	가끔 그렇다	14.86	15.98	
	전혀 그렇지 않다	2.18	2.37	
	모르겠다	0.64	1.02	

자료: 한국보건사회연구원, 국민건강보험공단. 2018년 의료패널 자료를 저자 분석.

셋째, ‘의료 행위에 대해 궁금한 내용이 있을 때 의사가 이용자에게 질문할 기회를 제공하였는지’ 묻는 설문 응답을 이용하여 의사와 이용자 사이의 쌍방향적 의사소통 정도를 알아보았다(표 2-19). 분석 결과, 도시민과 농촌 주민 모두 ‘항상’ 또는 ‘대체로’ 그렇다고 응답한 비율이 75% 이상으로, 의사와 이용자 사이에 소통이 원활하다고 볼 수 있다.

〈표 2-19〉 질적 미충족 의료 수요 실태(7): 질문 기회 제공

단위: 명, %

구분		도시 (8,447명, 74.13%)	농촌 (2,948명, 25.87%)	동일성 검정 결과 (P-value)
궁금증 해소	항상 그렇다	11.84	10.82	0.0140
	대체로 그렇다	65.98	66.35	
	가끔 그렇다	17.62	17.61	
	전혀 그렇지 않다	3.56	3.46	
	모르겠다	1.01	1.76	

자료: 의료패널 2018년 자료를 이용하여 저자 계산.

넷째, 의사가 주도하는 ‘치료 및 처치 행위에 이용자의 의견을 반영해 주었는지’ 묻는 설문 응답을 이용하여 이용자의 요구 맞춤형 의료서비스 제공 여부를 분석하였다(표 2-20).

〈표 2-20〉 질적 미충족 의료 수요 실태(6): 치료 및 처치에 의견 반영

단위: 명, %

구분		도시 (8,447명, 74.13%)	농촌 (2,948명, 25.87%)	동일성 검정 결과 (P-value)
의견 반영	항상 그렇다	11.22	10.55	0.1092
	대체로 그렇다	60.45	60.11	
	가끔 그렇다	15.41	16.93	
	전혀 그렇지 않다	3.72	3.83	
	모르겠다	3.31	3.70	
	나는 참여를 원하지 않았다	5.88	4.88	

자료: 한국보건사회연구원, 국민건강보험공단. 2018년 의료패널 자료를 저자 분석.

분석 결과, 통계적으로 유의한 수준에서 도시민과 농촌 주민 사이 응답 비율의 차이가 보이지는 않았지만, 양 집단 모두 ‘항상’ 또는 ‘대체로’ 의사가 처치 및 치료에 본인의 의견을 반영한다고 응답한 비율이 70% 이상으로 높게 나타났다.

3. 농촌 주민의 미충족 의료 수요 결정 요인

다양한 요인이 상호 관련되어 농촌 주민의 미충족 의료 수요 발생에 복합적인 영향을 미친다면 미충족 의료 발생 고위험군 식별이 어려워진다. 다른 요인들이 미치는 영향을 개별적으로 통제된 상태에서 결정 요인을 식별해야 한다. 이 절에서는 2018년 의료패널 자료 원자료와 계량경제 모형을 이용하여 농촌 주민의 미충족 의료 수요 발생에 영향을 미치는 다양한 인구경제사회학적 요인을 알아본다. 이를 통해 방문 진료 서비스 제공에 있어서 가장 중점을 두어야 할 농촌 주민의 집단을 식별한다.

3.1. 변수 및 모형

계량경제모형의 성과변수 설정을 목적으로 미충족 의료 수요 발생 여부와 발생 원인을 고려하였다. 먼저 미충족 의료 상태를 경험하지 않은 응답자들을 준거집단(reference group)으로 분류하여 이들의 성과변수 값에 0을 부여하였다. 미충족 의료 수요를 경험한 응답자들이 제시한 가장 중요한 이유(경제적 이유, 의료기관 접근성 문제, 거동 불편 및 건강상의 이유, 기타 이유⁴⁾)에 따라 각각 1의 값을 부여하였다. 미충족 의료 수요에 영향을 미칠 수 있는 응답자의 인구사회경제학적 요인을 공변량(covariates)으로 설정하였다.

다항 로지스틱 회귀분석 모형(Multivariate logistic regression)을 이용하여 순위가 부여되지 않은(unordered) 성과변수를 공변량에 대해 회귀분석하였다. 전체 응답자 표본과 도시 및 농촌으로 분리된 표본을 이용하여 모형 추정 후, 모수

⁴⁾ 기타 이유에는 아이를 돌볼 사람이 없어서, 증세가 가벼워서, 정보 또는 방문 시간 부족 등 기타 모든 이유를 포함한다.

값에 기초하여 상대적 위험 비율(relative risk ratio)을 계산하였다. 상대적 위험 비율은 준거집단이 비해 비교집단(comparison group)⁵⁾의 공변량이 성과 발생에 미치는 위험도를 측정한다. 공변량의 상대적 위험 비율 값이 1보다 클 경우, 해당 공변량이 비교집단의 성과 발생에 미치는 위험도가 준거집단에 비해 높다는 것을 의미한다. 상대적 위험 비율 값이 1 미만일 경우는 그 반대의 경우를 의미한다.

〈표 2-21〉 미충족 의료 수요 상대적 위험 비율(전체 표본)

공변량	상대적 위험 비율 추정치			
	경제적 이유	의료기관 접근성 문제	거동 불편 및 건강상 이유	기타 이유
65~80세 미만	1.065	1.926	2.146*	0.776*
80세 이상	0.752	5.030***	5.312***	0.401***
남성	0.967	0.469*	0.864	0.852**
기혼	0.834	1.303	0.895	1.112
고졸	0.645**	0.501	0.952	1.131
대졸 이상	0.332***	2.747**	0.521	1.187
가구원 수	1.317***	0.538*	0.973	0.912**
장애	1.052	1.094	2.537***	0.590***
활동 제한	3.154***	3.150***	12.536***	1.876***
취업	0.959	0.823	0.058***	2.009***
농촌	0.594***	4.029***	2.181***	1.106
ln(가구소득)	0.427***	0.910	0.700**	0.934
상수	22.808*	0.010***	0.058**	0.132***

주 1) 가구 단위의 강건 군집 표준오차를 사용하였으나 표에는 생략함.

2) ***, **, *는 각각 신뢰수준 1%, 5%, 10% 수준에서 추정치가 유의함을 의미함.

3) 준거그룹은 65세 미만, 여성, 중졸 이하, 비장애, 활동 제한이 없고 실업 상태인 도시민임.

자료: 한국보건사회연구원, 국민건강보험공단. 2018년 의료패널 자료를 저자 분석.

전체 응답자 표본 분석 결과, 응답자의 다양한 인구사회경제학적 배경이 미충족 의료 수요 발생 위험에 영향을 미치는 것으로 나타났다(표 2-21). 미충족 의료 경험이 없는 준거집단에 비해 교육 수준이 낮거나, 가구원이 많거나, 활동 제

5) 비교집단이 아닌 처리집단(treated group)이 정확한 표현이지만 처리효과 모형을 이용한 것이 아니므로 비교집단이라 설정하였다.

한이 있거나, 도시민이거나, 가구소득이 낮은 응답자들은 경제적 이유로 인한 미충족 의료 수요 발생 확률이 높게 나타났다. 준거집단에 비해 나이가 80세 이상의 고령이거나, 여성이거나, 교육 수준이 대졸 이상이거나, 가구원이 적거나, 활동 제한이 있거나, 농촌 주민인 응답자들은 접근성의 이유로 미충족 의료 수요 상태가 발생할 확률이 높게 나타났다. 또한 준거집단에 비해 나이가 65~80세 또는 80세 이상의 고령이거나, 장애 또는 활동 제한이 있거나, 실업 상태이거나, 농촌 주민이거나, 가구소득이 낮은 응답자들은 거동 불편 또는 건강상의 이유로 미충족 의료 수요 상태가 발생할 확률이 높게 나타났다.

〈표 2-22〉 미충족 의료 수요 상대적 위험 비율(농촌)

변수	상대적 위험 비율 추정치			
	경제적 이유	의료기관 접근성 문제	거동 불편 및 건강상 이유	기타 이유
65~80세 미만	1.858	1.670	0.614	0.767
80세 이상	1.016	4.797**	2.414*	0.381**
남성	0.842	0.285**	0.666	1.144
기혼	0.916	1.118	0.584	0.867
고졸	1.264	0.663	0.582	0.900
대졸 이상	0.496	2.119	0.292	0.780
가구원 수	1.076	0.680	0.946	0.836**
장애 판정	1.025	1.481	3.955***	0.546
활동 제한 여부	2.282**	4.330***	9.622***	2.449**
취업	1.065	0.728	0.063***	1.706***
ln(가구소득)	0.511**	0.696	0.616	1.408**
상수	3.420	0.211	0.925	0.009***

주 1) 가구 단위의 강건 군집 표준오차를 사용하였으나 표에는 생략함.

2) ***, **, *는 각각 신뢰수준 1%, 5%, 10% 수준에서 추정치가 유의함을 의미함.

3) 준거그룹은 65세 미만, 여성, 중졸 이하, 비장애, 활동 제한이 없고 실업 상태인 도시민임.

자료: 한국보건사회연구원, 국민건강보험공단. 2018년 의료패널 자료를 저자 분석.

농촌 주민 표본 분석 결과, 준거집단에 비해 응답자가 활동 제한이 있거나, 소득이 낮을수록 경제적 이유로 인한 미충족 의료 수요 발생 확률이 높게 나타났다 <표 2-22>. 준거집단에 비해 농촌 주민의 나이가 80세 이상이거나, 여성이거나,

활동 제한이 있는 경우 접근성의 이유로 미충족 의료 수요 발생 확률이 높게 나타났다. 또한 준거집단에 비해 농촌 주민의 나이가 80세 이상이거나, 장애가 있거나, 활동 제한이 있거나, 실업 상태인 경우 거동 불편 및 건강상의 이유로 미충족 의료 수요 발생 확률이 높게 나타났다.

도시민 표본 분석 결과, 준거집단에 비해 응답자의 교육 수준이 고졸 이상이거나, 가구원이 적거나, 활동 제한이 없거나, 가구소득이 높을수록 경제적 이유로 인한 미충족 의료 수요 발생 확률이 낮게 나타났다(표 2-23). 반면 접근성을 이유로 미충족 의료 수요에 영향을 미치는 유일한 요인은 대졸 이상의 학력으로 나타났다. 준거집단에 비해 응답자의 나이가 65~80세 또는 80세 이상이거나, 장애가 있거나, 활동 제한이 있거나, 실업 상태일 경우 거동 불편 및 건강상 이유로 인한 미충족 의료 수요 발생 확률이 높게 나타났다.

〈표 2-23〉 미충족 의료 수요 상대적 위험 비율(도시)

변수	상대적 위험 비율 추정치			
	경제적 이유	의료기관 접근성 문제	거동 불편 및 건강상 이유	기타 이유
65~80세 미만	0.947	2.202	4.226***	0.789
80세 이상	0.718	5.001	8.432***	0.432**
남성	0.994	0.703	0.974	0.786***
기혼	0.824	1.557	1.068	1.174
고졸	0.578**	0.389	1.072	1.214
대졸 이상	0.308***	2.631**	0.579	1.330*
가구원 수	1.368***	0.457	1.022	0.931
장애 판정	1.036	0.708	2.002**	0.606**
활동 제한 여부	3.379***	1.700	16.568***	1.704**
취업	0.928	0.924	0.055***	2.095***
ln(가구소득)	0.413***	1.058	0.743	0.847**
상수	29.128*	0.004**	0.016***	0.255**

주 1) 가구 단위의 강건 군집 표준오차를 사용하였으나 표에는 생략함.

2) ***, **, *는 각각 신뢰수준 1%, 5%, 10% 수준에서 추정치가 유의함을 의미함.

3) 준거그룹은 65세 미만, 여성, 중졸 이하, 비장애, 활동 제한이 없고 실업 상태인 도시민임.

자료: 한국보건사회연구원, 국민건강보험공단. 2018년 의료패널 자료를 저자 분석.

4. 소결 및 시사점

농촌 주민의 미충족 의료 실태 분석 결과, 농촌 주민은 도시민보다 의료기관 접근성과 거동 불편 또는 건강상의 이유로 적시에 적절한 의료기관 이용이 어려운 양적 미충족 의료 수요량이 높다는 것을 확인하였다. 농촌 주민은 넓은 지역에 분산적으로 거주하고, 고령자의 비율이 높기 때문에 상기 분석 결과가 농촌지역의 인구사회학적 특성을 반영한다고 볼 수 있다.

그러나 질적인 측면에서 도시민과 농촌 주민 간 미충족 의료 수요에는 현저한 차이가 발견되지 않았다. 오히려 양 집단 모두 대체로 의료기관의 서비스 수준에 만족하고 있었으며, 만족도가 도시민과 농촌 주민 사이에 크게 다르지 않았다. 세부적으로, 도시민과 농촌 주민 모두 상용 치료원 또는 외래 진료 의사의 진료 및 치료, 서비스 연계 등에 대해 만족도가 높게 나타났다.

미충족 의료 수요 결정 요인 분석 결과, 응답자의 다양한 인구사회경제학적 요인이 미충족 의료 수요 발생 위험에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 전반적으로, 접근성 및 거동 불편으로 인한 미충족 의료 수요 발생 위험에 응답자의 낮은 교육 수준 및 가구소득, 실업, 장애 또는 활동 제한 여부 등이 영향을 미쳤다.

경제적 이유와 거동 불편 및 건강상의 이유로 인한 미충족 의료 수요의 영향 요인들은 도시와 농촌지역 간 대체로 비슷하게 나타났다. 가구소득, 활동 제한 여부가 경제적 이유로 인한 미충족 의료 수요의 발생에 공통적으로 영향을 미쳤다. 거동 불편 및 건강상의 이유로 인한 미충족 의료 수요 발생에는 80세 이상의 고령, 장애 및 활동 제한 여부, 실업 상태가 공통적으로 영향을 미쳤다.

그러나 접근성 문제로 인한 미충족 의료 수요 발생 요인은 도시와 농촌지역 간 다소 다르게 나타났다. 도시의 경우 응답자의 학력 수준만이 관련되어 있었으나, 농촌지역의 경우에는 80세 이상의 고령과 활동 제한이 유의하게 영향을 미쳤다. 이는 농촌지역에 비해 도시에는 의료기관이 충분하므로 활동 제한이 있거나 고령 이더라도 의료서비스 접근성에 큰 장애가 발생하지는 않는다는 것을 의미한다.

반면 다른 영향 요인들을 동일한 수준으로 통제하더라도 농촌지역에서는 80세 이상의 고령자와 활동 제한자들이 의료기관 접근성의 문제로 인한 미충족 의료 상태가 심각할 수 있다는 것을 보여준다. 따라서 농촌지역에서 접근성 문제로 인한 의료사각지대에 놓여있는 주요 인구집단은 농촌지역의 고령자와 활동 제한자들이라고 볼 수 있다.

다른 영향 요인이 고정된 상태에서 농촌 주민의 고령과 활동 제한 여부가 접근성 문제로 인한 미충족 의료 수요 발생에 강한 영향을 미쳤다는 결과가 시사하는 바가 크다. 첫째, 이는 농촌지역에서 노인과 활동 제한자가 직면하는 의료 공백이 도시에 비해 크다는 사실을 증명한다. 둘째, 농촌 노인 및 활동 제한자의 의료사각지대 감소를 목적으로 도시민들과 다른 정책 방안이 필요하다는 것을 시사한다.

종합적으로, 도시민과 비교했을 때, 농촌 주민의 의료공백 발생의 결정적 원인은 민간 및 공공 보건의료자원의 공급 부족으로 인한 접근성 문제라고 볼 수 있다. 그리고 접근성 문제로 인해 농촌지역의 노인과 활동 제한자들의 미충족 의료 수요가 상당하다. 대안으로 방문 진료 서비스 확대를 고려해 볼 수 있다. 다음 장에서는 먼저 방문 진료의 의의 및 개념, 쟁점 등을 언급하고, 농촌지역에서 방문 진료 수요자를 추계하여 도시와 비교하고, 농촌지역에 방문 진료 확대 필요성을 논증한다.

제3장
농촌지역의 방문 진료
확대 필요성



3

농촌지역의 방문 진료 확대 필요성

1. 방문 진료의 의의 및 내용

방문 진료 사례에 대한 논의에 앞서 방문 진료의 의의 및 범위, 내용 등에 대한 이해가 필요하다. 우리나라에서는 방문 진료가 활성화된 적이 없었기에 더욱 그러하다. 방문 진료에 대한 명확한 법적 정의가 제시된 바는 없지만, 소수의 선행 연구가 정의를 제시한 바 있다. 김창오 외(2020, p.1405)와 방문의료연구회(2022, p.11)는 방문 진료를 ‘의사가 환자의 생활 장소로 방문하여 수행하는 진료 활동’으로 넓게 정의하였다. 반면 오영인 외(2019, p.72)는 방문 진료의 내용과 요건을 더욱 구체화하여 ‘의사가 환자에 대한 종합평가를 통하여 계획을 수립하고 정기적으로 자택 및 시설을 방문하여 진료, 처치, 상담 서비스 등을 제공하는 의료서비스’로 정의하였다. 공통적으로 의사가 환자의 생활지로 방문하여 의료서비스를 제공하는 것을 요건으로 한다.

방문 의료, 재택 의료, 왕진 등 방문 진료와 유사한 개념이 자주 거론되므로 추가 논의가 필요하다. 방문 의료는 방문 진료까지 포함하는 의료 행위로서 방문 간

호, 재활, 복약 지도, 건강관리 등 복지적 활동까지 아우르는 광범위한 보건의료 서비스를 의미한다(방문의료연구회, 2022, p.11). 의사뿐만 아니라 간호(조무)사, 물리치료사, 작업치료사 등의 의료인력이 환자의 생활지에 방문하는 경우까지 포함된다(이건세, 2019, p.2). 의료인력 가용과 행위의 측면에서 방문 진료보다 넓은 개념이라고 볼 수 있다.

방문 간호는 몇 가지 정부정책에서 유형과 내용을 찾아볼 수 있다<표 3-1>. 보건소 방문 간호 서비스는 보건소의 의료인력이 취약계층 가정을 방문하여 간호 서비스를 제공하는 정책 사업이다. 지역보건법에 의거하여 공공보건의료기관인 보건소, 보건지소, 보건진료소가 참여한다.

<표 3-1> 방문 간호 서비스 유형 및 내용

유형	보건소 방문 간호 (방문 건강관리)	의료기관 가정 간호	장기요양 방문 간호
법적 근거	• 지역보건법 제11조	• 의료법 시행규칙 제24조	• 노인장기요양보험법 제23조
운영 주체	• 보건소(보건지소, 보건진료소 포함)	• 의료기관	• 장기요양 방문 간호 기관
대상자	• 보건소 접근성이 낮은 취약계층 지역주민	• 수술 후 조기 퇴원 환자 • 재활 필요 환자 • 암환자, 만성질환자 등 전문 간호가 필요한 환자	• 65세 이상 노인 또는 64세 이하 노인성 질병 유병자(치매 등)
서비스 제공 인력	• 간호사, 물리치료사, 영양사 등	• 가정전문간호사	• 간호(조무)사
서비스 내용	• 건강 문제 및 만성질환 관리, 합병증 예방, 건강행태 개선 등	• 전문간호 및 기본간호	• 기본간호, 투약관리, 구강관리, 상담 등
비용	• 무료	• 방문 당 70,790원(20% 자부담) • 의료급여 대상자는 무료이나 비급여항목은 자부담	• 30분 미만: 36,530원 • 30~60분 미만: 45,810원 • 60분 이상: 55,120원 • 모든 경우 15% 자부담금 발생

자료: 국립중앙의료원(<https://www.nmc.or.kr/nmc/main/contents.do?menuNo=200282>). 간호서비스. 검색일: 2022. 9. 27. ; 한국건강증진개발원(<https://www.khealth.or.kr/board?menuId=MENU00863&siteId=null>). 건강관리사업. 검색일: 2022. 9. 27.; 노인장기요양보험법(국가법령정보센터)노인장기요양보험법(법률 제18610호, 2021. 12. 21., 일부개정)(<https://www.law.go.kr/법령/노인장기요양보험법>). 검색일: 2022. 9. 27. 을 참고하여 저자 작성.

의료기관 가정 간호는 환자의 필요와 요청에 따라 의료기관에 소속된 가정전문 간호사가 환자 가정에 방문하여 의사의 지침(간호지시서)에 따라 간호 서비스를 제공하는 것이다. 장기요양 방문 간호 서비스는 장기요양 방문간호기관에 고용된 간호(조무)사가 65세 이상 노인이나 64세 이하 노인성 질병 유병자(치매 등)의 가정으로 방문하여 간호 서비스를 제공하는 것이다.

방문 간호와는 별개로, 방문 의료에 대한 내용이 포함된 정책 사업을 찾아볼 수 있다. 가령 보건복지부와 지자체가 주도하는 ‘지역사회 통합돌봄 선도사업’에 핵심 통합돌봄 프로그램에 방문 의료 확대에 대한 내용이 포함되어 있다<표 3-2>. 의사 및 간호사 등 의료인력이 요보호자 가정에 찾아가 방문 의료 서비스를 제공하고, 퇴원 시 종합적인 환자 평가, 방문 치료 및 환자관리계획을 수립하고 타 의료기관으로 의뢰·회송 서비스까지 지원하는 것을 주요 내용으로 한다.

<표 3-2> 지역사회 통합돌봄 방문 의료 대상자 및 서비스 내용(예시)

환자 유형	주요 대상자	서비스 내용
급성기	• 수술 후 회복기에 있는 골절 환자 등	• 의료인 등 방문, 직접 치료
만성 중증	• (중증 환자) 악성종양, 심장질환 등 • (호흡치료) 인공호흡기 사용, 기도유지 등	• (중증 환자) 의료인 등 방문, 직접 치료 - 드레싱 등 처치, 각종 장비 점검 사용법 교육, 투약 등
만성 관리	• (자가 처치 환자) 복막투석, 자가 도뇨 등 • (정신질환자) 폐쇄병동 퇴원 후 일상 적응 • (기타 만성 노인질환) 요양병원 퇴원 후	• 의료인 등 방문, 주로 교육 - 자가 처치 교육, 일상생활 교육, 일부 투약 등 • (정신질환) 폐쇄병동 퇴원 후 일상 적응 • (기타 만성 노인질환) 요양병원 퇴원 후
호스피스 (임종기)	• 사망에 임박하여 적극적 치료보다는 편안한 임종을 원하는 말기 환자	• 의료인과 사회복지사 등이 방문하여 상담 및 처치 • 통증 조절 등 증상 완화와 심리 안정, 상담 서비스 등

자료: 보건복지부(2020, p.60), 2020년 지역사회 통합돌봄 자체 추진 가이드북을 참고하여 저자 작성.

한편 지역사회 통합돌봄 선도사업은 자체적인 방문 간호 서비스도 별도로 추진하고 있다. 사업 내용은 지역사회 간호 단체와 협력하여 요보호자의 욕구와 상태에 부합하는 지역사회 통합 간호 및 건강돌봄서비스의 제공과 활성화를 위한 연계모형 추진을 골자로 한다<표 3-3>.

〈표 3-3〉 지역사회 통합돌봄 방문 간호 대상자 및 서비스 내용(예시)

대상자 유형	주요 대상자	서비스 내용
만성질환자 등	<ul style="list-style-type: none"> • 만성질환자(고혈압, 당뇨 등), 노인 등 건강 위험군 • 장기요양 수급자 등 • 치매 및 인지기능 저하자 	<ul style="list-style-type: none"> • 간호 사정 및 판단, 교육상담, 건강증진 활동 기획 및 수행, 가족 상담 및 돌봄 지원, 의사 지시에 의한 투약관리, 위기 상황 시 지역사회 연계 등
회복기에 있는 치료적 간호 대상자	<ul style="list-style-type: none"> • 인공호흡기 등 의료기기 부착 환자, 기도 삽관 환자 등 • 수술 및 상해 후 회복 환자 	<ul style="list-style-type: none"> • 의사의 진단과 처방에 따른 치료적 간호 • 회복을 위한 영양상의 간호 등

자료: 보건복지부(2020, p.60), 2020년 지역사회 통합돌봄 자체 추진 가이드북을 참고하여 저자 작성.

왕진⁶⁾은 환자 또는 환자 보호자의 일시적 요청에 따라 의사가 의료기관 외의 장소에서 제공하는 진료 및 처치 행위를 의미한다. 오영인 외(2019, p.20)는 왕진을 ‘의료기관 접근성이 낮은 환자 또는 환자 가족의 요청을 받아 비연속적으로 환자의 장소로 방문하여 의료서비스를 제공하는 것’으로 정의한다.

해외에서는 방문 진료가 다른 용어로 정의된다. 우선 일본에서는 ‘재택 의료’라는 용어를 사용한다. 재택 의료는 ‘의사를 비롯한 보건 인력 등이 환자의 자택 및 시설을 방문하여 진료, 처치, 의학적 상담지도 등의 종합적인 의료 관리를 실시하는 행위’(오영인 외, 2019, p.19)이다. 재택 의료에는 왕진과 방문 진료가 포함되며, 의사의 방문이 일시적이라면 왕진이고, 지속적, 계획적이라면 방문 진료로 분류된다.

미국에서는 방문 진료가 ‘가정방문 일차 의료(home-based primary care 또는 home-based medicine)’라는 이름으로 정의된다. 때로는 ‘House calls’로도 표현되며, 요건이 엄격하다(표 3-4).

6) 응급의료체계의 확립, 교통 수단의 발달, 1989년에 시작된 전국민 건강보험 제도로 인해 의사 왕진 서비스는 역사 속에서 점차 사라졌다(최재우, 김창오, 2022, p.1225). 1930년대만 해도 미국, 유럽 등 서구권 국가에서 의료서비스 중 왕진이 차지하는 비율이 약 40% 정도였으나, 1950년대에는 비율이 10% 미만, 1980년에는 0.6%로 급락하였다(매일경제, 2018. 9. 16. “의사왕진수가 높은 활성화법 1년째 국회서 낫잠.”). 왕진 서비스가 사라진 원인은 우리나라의 경우와 마찬가지로 의료 기술의 발전, 왕진의 결과 발생할 수 있는 의료사고 소송에 대한 부담감, 왕진 서비스에 대한 낮은 수가 등으로 집약되며, X-ray, 초음파, 자기공명영상장치(MRI) 등을 이용한 질병 진단 방식이 유행하여 왕진 서비스를 제공하는 의사 수가 급감한 것과도 관련이 있다.

〈표 3-4〉 미국의 가정방문 일차 의료의 요건

구분	선정 기준	확대 기준	제외 기준
주체	<ul style="list-style-type: none"> 일차 의료인력의 방문(의사, 가정전문간호사, 의사보조인) 	<ul style="list-style-type: none"> 간호사, 물리치료사, 사회복지사 등 타 인력의 추가 방문 가능 	<ul style="list-style-type: none"> 간호사가 단독적으로 주도하는 경우는 제외 의사가 전화 상담만 행하는 경우는 제외
장소	<ul style="list-style-type: none"> 환자 가정 	<ul style="list-style-type: none"> 환자 예후 관리를 위한 일시적 시설 방문 가능(재활시설 등) 	<ul style="list-style-type: none"> 요양시설, 요양병원 등 시설 장기 입소 환자는 제외
내용	<ul style="list-style-type: none"> 계획적인 연속적 관리 포괄적 관리(만성질환 및 장애 등 예방적 관리 포함) 	<ul style="list-style-type: none"> 정신건강, 장기요양, 사회복지서비스 등 추가 서비스 제공 가능 	<ul style="list-style-type: none"> 일시적(1회성) 방문 퇴원 후 관리, 전환기 의료 서비스 단일 질병 또는 증후군에 대한 질병관리 또는 위험인자 관리

자료: Totten et al.(2016, p.4); 김창오 외(2020, p.1406)를 참고하여 저자 편집 및 정리.

의사가 포함되는 ① 일차 의료인력이 환자의 가정으로 방문해야 하고, ② 진료 서비스는 포괄적, 계획적, 연속적 행위이어야 한다. 확대 기준에 의하면, 의사가 환자에게 방문할 경우 간호사, 물리치료사 등 보조 의료인력이 참여하는 것은 가능하며, 환자의 일시적인 거소로도 방문 가능하다. 또한 진료 및 처치뿐만 아니라 정신건강, 장기요양 등의 추가적 서비스 제공도 가능하다. 그러나 제외 기준에 따르면, 간호사만이 방문하거나 의사가 단순 전화 상담 서비스를 제공할 경우 ‘가정 방문 일차 의료’로 인정하지 않는다. 시설 입소 환자에게 방문하여 진료 서비스를 제공하는 경우도 제외된다. 일시적, 단일 질병에 대한 관리는 포함되지 않는다. 종합하면 미국의 ‘가정방문 일차 의료’는 의사의 주도하에 환자의 가정으로 방문하여 종합적, 계획적 진료 및 치료 서비스를 제공하는 것이라 볼 수 있다.

이상의 내용을 종합하여 방문 진료와 유사한 용어의 정의와 내용을 정리하면 〈표 3-5〉와 같다. 이 연구에서는 방문 진료를 다루지만, 의사의 일시적 방문 여부를 엄격히 구분하여 왕진을 논의에서 배제하지는 않는다. 현재 방문 진료가 왕진 처럼 일시적인 경우가 많기 때문이다.

〈표 3-5〉 방문 진료 및 유사 서비스 내용

구분	국내			일본	미국
	방문 진료	방문 의료	왕진	재택 의료	가정방문 일차 의료
주체	• 의사	• 의사 또는 의료인력	• 의사	• 의사 또는 의료인력	• 의사 또는 의료인력
주요 법적 근거	• 의료법 제33조 제1항 제2호 • 국민건강보험법 제41조의5	• 의료법 제33조 제1항 제2호 • 의료법 시행규칙 • 노인장기요양보험법	• 의료법 제33조 제1항 제2호	-	-
서비스 내용	• 계획적, 장기적인 진료, 처치, 상담 등	• 계획적 또는 일시적인 진료, 처치, 상담, 간호, 건강관리 등	• 일시적인 진료, 처치, 상담 등	• 진료, 처치, 상담, 간호, 건강관리 등	-

자료: 저자 작성.

2. 방문 진료에 대한 쟁점

2.1. 방문 진료의 법적 쟁점

원칙적으로 법령은 의료기관 이외의 장소에서 이루어지는 진료행위를 허용하지 않는다. 의료법 제33조는 의료기관 외에서 이루어지는 진료행위를 불법으로 규정하지만, 예외적 허용 사항을 제시한다(표 3-6). 이는 ① ‘응급의료에 관한 법률’ 제2조 제1호에 따른 응급환자를 진료하는 경우, ② 환자나 환자 보호자의 요청에 따라 진료하는 경우, ③ 국가나 지방자치단체의 장이 공익상 필요하다고 인정하여 요청하는 경우, ④ 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 가정 간호를 하는 경우, ⑤ 그 밖에 이 법 또는 다른 법령으로 특별히 정한 경우나 환자가 있는 현장에서 진료를 하여야 하는 부득이한 사유가 있는 경우이다. 이 중 ② ‘환자나 환자 보호자의 요청에 따라 진료하는 경우’에 근거하여 환자 또는 환자 보호자의 요청

이 있다면 의사가 환자의 주소 또는 거소로 방문하여 진료할 수 있다. 강행 규정적 성격을 가진 의료법 제33조에 대한 예외 규정으로서 방문 진료가 소극적으로 허용된다고 볼 수 있다. ⑤ ‘그 밖에 이 법 또는 다른 법령으로 특별히 정한 경우나 환자가 있는 현장에서 진료를 하여야 하는 부득이한 사유가 있는 경우’ 역시 방문 진료를 간접적으로 허용하는 규정이라고 볼 수 있다. 또한 2018년 12월 11일에 신설된 국민건강보험법 제41조의5(방문요양급여)에는 국민건강보험 ‘가입자 또는 피부양자가 질병이나 부상으로 거동이 불편한 경우 등 보건복지부령으로 정하는 사유에 해당하는 경우에는 가입자 또는 피부양자를 직접 방문하여 요양급여를 실시할 수 있다.’고 제시되어 있다<표 3-6>.

<표 3-6> 방문 진료에 대한 법적 근거

법령	내용
의료법 제33조	<ul style="list-style-type: none"> • 의료법 제33조 ① 의료인은 이 법에 따른 의료기관을 개설하지 아니하고는 의료업을 할 수 없으며, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 외에는 그 의료기관 내에서 의료업을 하여야 한다. <ol style="list-style-type: none"> 1. 응급의료에 관한 법률 제2조 제1호에 따른 응급환자를 진료하는 경우 2. 환자나 환자 보호자의 요청에 따라 진료하는 경우 3. 국가나 지방자치단체의 장이 공약상 필요하다고 인정하여 요청하는 경우 4. 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 가정간호를 하는 경우 5. 그 밖에 이 법 또는 다른 법령으로 특별히 정한 경우나 환자가 있는 현장에서 진료를 하여야 하는 부득이한 사유가 있는 경우
국민건강보험법 제41조	<ul style="list-style-type: none"> • (요양급여) ① 가입자와 피부양자의 질병, 부상, 출산 등에 대하여 다음 각 호의 요양급여를 실시한다. <ol style="list-style-type: none"> 1. 진찰·검사 2. 약제(藥劑)·치료재료의 지급 3. 처치·수술 및 그 밖의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송(移送)
국민건강보험법 제41조의5	<ul style="list-style-type: none"> • (방문요양급여) 가입자 또는 피부양자가 질병이나 부상으로 거동이 불편한 경우 등 보건복지부령으로 정하는 사유에 해당하는 경우에는 가입자 또는 피부양자를 직접 방문하여 제41조에 따른 요양급여를 실시할 수 있다.

자료: 의료법(법률 제17787호, 2020. 12. 29., 일부개정) 제33조. 검색일: 2022. 12. 30.; 국민건강보험법(법률 제19123호, 2022. 12. 27., 일부개정) 제41조. 검색일: 2022. 12. 30.를 저자 정리.

종합하면 의료법 제33조는 방문 진료를 허용하는 규정이라고 볼 수 있고, 국민 건강보험법 제41조는 요양급여의 대상이 되는 방문 진료를 허용한다. 방문 진료 실시를 목적으로 반드시 입법 절차가 요구되는 것은 아니다. 따라서 방문 진료가 사실상 금지된 의료행위라는 주장(이태훈 외, 2022, p.130)은 설득력이 낮다. <글상자 3-1>에 언론에서 제시된 방문 진료의 법적 허용 기준에 대한 다양한 견해가 담겨있다.

<글상자 3-1> 방문 진료 및 왕진 관련 법적 허용에 대한 언론 보도

“방문 진료는 의료법상 이미 가능하다. 그동안 방문 진료 수가 없어서 활성화되지 않았을 뿐이다.”(메디게이트 뉴스, 2019. 9. 23. “방문 진료는 의료법상 이미 가능, 커뮤니티케어 찬반과 무관…수가 낮으면 의사들이 참여 안하면 그만.”)

“물론 모든 왕진이 다 위법한 것은 아니고, 아래와 같이 적법한 경우도 있다. (중략) 그 다음으로, 의료법 제33조 제1항 각호의 예외에 해당하는 경우를 들 수 있다. 의료법 제33조는 왕진을 원칙적으로 금지하면서도, 응급환자인 경우, 환자나 환자보호자의 요청이 있는 경우, 국가나 지방자치단체의 장이 공익상 필요하다고 인정하여 요청하는 경우, 가정간호를 하는 경우, 그 밖에 이 법 또는 다른 법령으로 특별히 정한 경우나 환자가 있는 현장에서 진료를 하여야 하는 부득이한 사유가 있는 경우 등을 예외적으로 적법하다고 규정하고 있다. 필자 역시 얼마 전 의료인이 위법한 왕진을 하였음을 이유로 수사기관에 고발된 사건을 담당하였는데, 환자의 요청이 있었다는 사실을 적극 소명하여 무혐의처분을 받은바 있다.”(한진, 2016. 10. 21. “왕진은 과연 위법한가.”)

“서울행정법원 행정11부(부장 서태환)는 노인시설 원장들의 요청으로 주 1회씩 방문 진료하고 돈을 받은 한의사 강모(54)씨가 보건복지부 장관을 상대로 낸 자격정지처분 취소소송에서 원고 패소 판결했다고 밝혔다. 재판부는 ‘의료법은 환자 본인이나 보호자가 구체적인 진료 요청을 할 때만 방문 진료를 허용한다’고 밝혔다.”(중앙일보, 2011. 7. 6. “환자 요청 없는 방문 진료 위법.”)

“국내에서 현재 왕진은 원칙적으로 불법이다. 하지만 의료법 33조 예외 규정에 따

라 환자나 환자 보호자의 요청이 있을 경우, 응급환자가 발생하거나 공익상 필요한 경우, 법령으로 특별히 정한 경우에는 왕진 서비스가 가능하다. 환자나 환자 보호자가 요청하고 의사가 승낙하면 언제든지 왕진은 가능한 셈이다. 그런데도 국내 왕진 서비스는 개점 휴업 상태다. 환자 요청이 있더라도 병원과 의사가 적극적으로 왕진에 응할 유인책이 없기 때문이다.”(매일경제, 2018. 9. 16. “의사왕진수가 높은 활성화법 1년째 국회서 ‘낮잠’.”)

자료: 메디게이트 뉴스(2019. 9. 23.). “방문 진료는 의료법상 이미 가능, 커뮤니케이션 찬반과 무관…수가 낮으면 의사들이 참여 안하면 그만.”; 한진(2016. 10. 21.). “왕진은 과연 위법한가.”; 중앙일보(2011. 7. 6.). “환자 요청 없는 방문 진료 위법.”; 매일경제(2018. 9. 16.). “의사왕진수가 높은 활성화법 1년째 국회서 ‘낮잠’.”를 참고하여 저자 작성.

방문 진료 또는 왕진이 금지된 의료 행위라는 대중적인 인식은 존재한다. 이는 적절한 수가 체계가 마련되지 않아 방문 진료 또는 왕진이 대중의 인식에서 사라진 것이 하나의 원인이라고 생각된다. 환자 또는 환자 보호자의 요청에 따라 왕진 또는 방문 진료가 허용된다. 환자의 요청 없이 의사가 가정에 방문하여 진료하는 행위는 불법이다. 만약 의사의 의료기관 외 진료 행위에 대한 법적 분쟁이 발생할 경우 의사가 환자 또는 보호자의 요청이 있었다는 사실을 직접 소명해야 하는 거증책임(學證責任)이 주어진다. 방문 진료 또는 왕진 요청이 발생할 경우 의사는 이에 대한 사전적인 증빙 마련이 요구된다.

2.2. 방문 진료의 경제적 및 치료적 효과

방문 진료는 의사와 환자 모두에게 경제적 및 치료적 편익을 제공하는 것으로 알려져 있다. 국내의 경우 방문 진료가 본격화된 적이 없으므로 이와 같은 직간접적 장점을 언급하기는 다소 이르지만, 다수의 국외 선행연구들은 다음과 같은 방문 진료의 장점을 제시한다.

첫째, 방문 진료 서비스 수혜자 집단은 입원율(rate of hospitalizations)과 응급의료서비스 이용률이 낮아 증장기적으로 개인이 부담하는 의료비용이 감소한다(Eric De Jonge et al., 2014, p.1828). 방문 진료 서비스 수혜자는 비수혜자에 비해 입원율이 9%p 낮고, 응급의료기관 이용률은 20%p 낮다(Eric De Jonge et al., 2014, p.1828).

둘째, 방문 진료는 거동 불편 노인이나 장애인과 같이 이동성 및 의료기관 접근성이 낮은 환자들을 위한 안전 제고 효과가 있다(Unwin, B. K. & P. E. Tatum III, 2011, p.930). 의료기관 이동 시 발생할 수 있는 낙상 또는 부상의 위험이 감소하여 예상치 못한 의료비용의 발생 위험이 현저히 감소한다.

셋째, 의료기관 예약, 대기, 이동과 같은 시간적 비용 절감뿐만 아니라 편리함(conveniences)이 가져오는 부수적 편익이 발생한다. 미국의 경우 방문 진료 서비스 대기기간이 평균 1.5시간에 불과하며, 이용자의 70%가 방문 진료 서비스의 가장 큰 장점으로 서비스 이용의 편리성을 제시하였다(Ensign S. F. et al., 2019, p.5).

넷째, 방문 진료 의사 또는 의료기관의 수익성 증가 효과가 있다. 미국의 경우 메디케어(Medicare)제도가 외래 진료보다 방문 진료에 더 높은 수가를 제공한다. 모바일 애플리케이션을 이용하는 방문 진료 서비스의 경우 환자가 추가 비용을 부담하여 의료기관의 수익성이 증가한다. 또한 방문 진료의 경우 병·의원 진료에 비해 간접비(overhead expenses) 지출액이 낮아, 수익성이 증가한다(Hamrick, 2012, p.759).

다섯째, 의사의 직업 만족도를 제고한다. 의사가 방문 진료에 참여할 경우 환자의 전반적인 질병과 건강 상태를 진단하게 되므로 외래 진료보다 심리적인 직업 만족도가 높다. 의사가 병·의원에서 상주하여 연속적인 진료에 몰입할 경우 번아웃(burn-out)의 위험이 수반되지만 방문 진료는 이와 같은 의사의 번아웃을 감소할 방안으로 평가받는다(Mobius MD).⁷⁾

⁷⁾ Mobius MD(<https://mobius.md/2019/11/04/benefits-of-house-calls-for-patients-and-providers>). Benefits of house calls for patients and providers. 검색일: 2022. 10. 1.

일본의 경우, 의사 왕진 및 방문 진료 서비스가 건강보험의 재정부담을 완화하는 효과가 있다고 밝혀졌다. 환자가 병원에 입원하지 않고 재택 의료 서비스를 받는 경우 의료비 지출이 1/3 수준으로 감소한다. 구체적으로 1개월 동안 입원한 환자의 평균 의료비 지출액은 약 487만 원이지만, 1개월 동안 재택 의료 환자의 의료비 지출은 평균적으로 약 170만 원에 불과하다(조선일보, 2018. 8. 7. “노인 집에 찾아가 치료, 일본은 왕진 1000만건.”).

국내에서 한의약 방문 진료의 장점을 다룬 연구가 존재한다. 김지혜, 박지은(2021, p.64)은 한의약 방문 진료의 장점으로 ① 환자와의 정서적 유대 형성, ② 진료 장비의 이동이 용이함(한의약 한정), ③ 환자의 주변 환경을 파악하여 진료 및 치료에 활용, ④ 비교적 긴 진료 시간을 통해 환자의 증상에 대한 면밀한 관찰, ⑤ 환자에게 예방, 건강관리, 양생에 관련된 정보 제공과 같은 장점을 제시한 바 있다.

2.3. 농촌지역의 방문 진료 활성화 여건

우리나라에서 의사가 환자의 가정을 방문하여 진료하는 행위가 제도적으로 보장된 적은 거의 없었다(김창오 외, 2020, p.1404). 일차 의료 강화 방안의 일환으로 1996년에 주치의 시범사업이 실시될 예정이었으나, 정부의 준비 소홀과 의사들 반대하여 실패하였다(봉승원 외, 2006, p.370). 2002년 3월 일부 취약계층 환자를 위해 의사와 의료인 간 원격의료가 실험적으로 시행되었으나, 본격적으로 정책화된 적은 없다. 가령 코로나19 처치를 목적으로 비대면 진료가 허용된 바 있지만, 비대면 진료가 일반 진료과목까지 확장될 법적·제도적 여건이 미비하다. 즉 방문 진료 또는 비대면 진료와 같은 새로운 일차 의료 시스템이 온전히 정착되기에 아직까지는 어렵다고 판단된다.

국내에서 방문 진료 활성화에 대한 본격적인 관심은 2019년에 시작된 ‘일차 의료 방문 진료 수가 시범사업’과 함께 시작되었다 해도 과언이 아닐 정도로 현재 방

문 진료 모형은 지평을 모색하는 단계이다. 물론, ‘장애인 건강주치의 시범사업’, ‘중증소아 재택 의료 시범사업’과 같은 정책 사업이 방문 의료서비스를 기반으로 하여 실시된 적은 있지만, 일부 의료 취약계층을 위한 사업이었다. 왕진 서비스는 의사의 일시적인 왕진 서비스만 대중의 기억에 남아있을 뿐, 왕진의 역사와 실태에 대한 논의 역시 깊게 제기된 바 없다. 김창오 외(2020, p.1404)는 왕진 및 방문 진료에 대한 대중적 인식의 부재가 장기간 지속되어 방문 진료가 우리나라에서 실현 불가능한 모델로 폄하될 위험에 대해 경계한다.

민간 의료기관이 주도하는 방문 진료 활성화의 장애 요인으로 방문 진료 관련 수가 체계의 미정립이 거론된다(메디게이트 뉴스, 2019. 9. 23.). 즉 방문 진료는 이미 법적으로 가능하므로 의사가 방문 진료의 기회비용 손실을 수가 인상으로 보전해야 한다는 것이다. 이는 방문 진료 수가를 인상하여 민간 의료기관의 사업 참여를 유도하는 ‘일차 의료 방문 진료 수가 시범사업’의 사업 내용과도 어느 정도 부합한다.

그러나 방문 진료 수가체계의 세밀화 또는 인상은 의료기관의 방문 진료 참여를 전적으로 견인할 ‘충분조건’이라기보다는 ‘필요조건’에 해당한다는 견해가 있다. 김창오 외(2020, p.1424)는 수가 인상 이외에 방문 진료 전담 의원이 일정 규모의 영리를 달성할 수 있었던, 즉 방문 진료를 지속할 수 있었던 요건으로 다음을 제시하였다. 먼저 ① 방문 진료에 대한 지역사회의 수요가 높았으며, ② 지역사회 내에서 방문 진료 서비스를 제공하는 의료기관이 거의 없었고, ③ 지역사회 돌봄 조직이 방문 진료 의원에게 물적·인적으로 협력하였고, ④ 방문 진료 수가(시범사업 수가)가 시의적절하게 인상되어 일정 수준의 경제성을 달성할 수 있었다는 점을 들고 있다. 여기서 세 번째 요건(③)은 지역사회 돌봄 기관이 지역사회에서 방문 진료에 절실히 필요한 인원을 식별하고 이들을 방문 진료 의원에게 연계하며, 방문 진료 의원이 필요에 따라 협력 상급의료기관으로 전원 및 의뢰를 중계하는 역할을 의미한다. 즉 방문 진료 의원이 의료서비스 제공자(provider)이자 조정자(coordinator)의 역할을 하는 것이다. 결국 방문 진료 확산을 목적으로 수가

인상 및 세밀화 이외의 활성화 방안 제시가 중요하다고 볼 것이다.

농촌지역에서 방문 진료 의료기관이 어느 정도의 경제성을 달성하려면 방문 진료 서비스를 제공하는 의료기관이 희소하고, 방문 진료에 대한 높은 지역사회 수요가 필요하다. 농촌지역에는 민간 및 공공 보건의료기관이 부족하여 읍면 단위에서 방문 진료 서비스를 제공하는 의료기관 역시 희소할 것이다. 또한 농촌지역에서는 소수의 주민이 넓은 지역에 거주하고 고령화 비율이 높아 상대적으로 방문 진료에 대한 수요가 높을 것이다. 따라서 농촌지역에서 방문 진료가 활성화될 수 있는 환경적 여건이 어느 정도는 마련되어 있다고 볼 수 있다.

다음 절에서는 농촌지역에서 방문 진료 확대 필요성을 정밀히 논증할 목적으로 농촌지역의 방문 진료 수요를 추계하여 도시와 비교한다. 또한 농촌 주민 중 방문 진료 고(高)수요 집단을 식별한다.

3. 농촌지역의 방문 진료 대상자 추계

의료패널 2018년 자료를 이용하여 분석한 농촌 주민의 미충족 의료 수요 상태에 기초하여 방문 진료 대상자를 추계한다. 농촌 주민 중 미충족 의료 수요자를 방문 진료 필요 대상자라고 전제하고, 의료패널 자료에 제시된 개인별 횡단면 가중치를 이용한다. 구체적으로, 미충족 의료 수요의 주요 원인을 ① 의료기관 접근성, ② 거동 불편 및 건강상의 이유, ③ 기타 이유⁸⁾로 분류하고, 각각의 경우에 해당하는 응답자들에게 횡단면 가중치를 적용하여 추정치를 모집단 수준으로 적용한다. 농촌뿐만 아니라 도시의 방문 진료 대상자도 추계하여 농촌지역의 대상자 수 및 비율과 비교한다.

⁸⁾ 기타 이유에는 아이를 돌볼 사람이 없어서, 증세가 가벼워서, 정보 또는 방문 시간 부족 등 기타 모든 이유를 포함한다.

이와 같은 분석 방법은 우리나라 전체 인구 중 방문 진료 필요 대상자를 거동 불편 및 건강상의 이유로 한정하여 추계한 최재우, 김창오(2022)의 방법론을 응용한 것이다. 이 연구에서는 지역을 도시와 농촌으로 구분하고, 의료기관 접근성으로 인한 미충족 의료 수요까지 고려한다. 미충족 의료 수요 결정 요인 분석 결과에서 나타났듯이, 농촌 주민의 다양한 인구경제사회학적 요인을 통제한 상태에서도 응답자의 고령이 미충족 의료 수요 발생에 결정적이었다. 따라서 응답자 중 고령자(65세 이상)를 따로 분류하여 방문 진료 필요 대상자도 시산한다.

3.1. 농촌지역 방문 진료 필요 대상자

의료패널 2018년 자료를 전체 표본, 도시 및 농촌 표본으로 분리하여 방문 진료 필요 대상자를 추계하였다(표 3-7). 전체 표본에 횡단면 가중치를 적용하여 추산한 우리나라 만 18세 이상 인구수는 39,221,143명이다. 이 중 도시민과 농촌 주민의 수는 각각 31,259,560명, 7,961,583명으로 나타났다. 도시민 중 12.1%, 농촌 주민 중 14.2%가 방문 진료 필요 대상자로 나타나, 상대적으로 도시보다 농촌에서 방문 진료가 더욱 필요하다는 것을 알 수 있다.

〈표 3-7〉 도시 및 농촌지역 방문 진료 대상자 추계(만 18세 이상)

단위: 명, %

구분	도시		농촌		전체		
	대상자	비율	대상자	비율	대상자	비율	
필요 대상자	의료기관이 멀어서	55,989	1.48	71,538	6.31	127,527	2.6
	거동 불편 및 건강상의 이유	239,891	6.35	168,938	14.91	408,828	8.33
	기타 이유	3,480,907	92.17	892,382	78.77	4,373,289	89.08
	합계	3,776,787	100	1,132,858	100	4,909,644	100
비대상자	27,482,774		6,828,726		34,311,499		
전체	31,259,560		7,961,583		39,221,143		

주: 비율은 방문 진료 필요 대상자 항목의 구성 비율을 의미함.

자료: 한국보건사회연구원, 국민건강보험공단. 의료패널 2018년 자료를 이용하여 저자 계산.

방문 진료 필요 대상자 전체(4,909,644명)를 고려했을 때, 의료기관 접근성을 이유로 한 방문 진료 필요 대상자 비율은 2.6%, 거동 불편 및 건강상의 이유는 8.33%, 기타 이유는 89.08%로 나타났다. 도시민 중 방문 진료 필요 대상자는 3,776,787명이다. 이 중 의료기관 접근성을 이유로 한 대상자의 비율은 1.48%, 거동 불편 및 건강상의 이유는 6.35%, 기타 이유로 인한 대상자 비율은 92.17%로 나타났다. 농촌 주민 중 방문 진료 필요 대상자는 1,132,858명이다. 이 중 의료기관 접근성을 이유로 한 대상자 비율은 6.31%, 거동 불편 및 건강 상태를 이유로 한 대상자 비율은 14.91%, 기타 비율은 78.77%로 나타났다.

이처럼 도시보다 농촌지역에서 방문 진료 대상자 비율이 더 높고, 특히 의료기관 접근성의 문제와 거동 불편 및 건강 상태를 이유로 한 방문 진료 대상자 비율이 특히 더 높다는 것을 알 수 있다. 세부적으로, 방문 진료 필요 대상자 중 의료기관 접근성을 이유로 방문 진료가 필요한 사람의 비율이 도시보다 농촌에서 약 4.5배 더 높게 나타났다. 방문 진료 필요 대상자 중 거동 불편 및 건강상의 이유로 방문 진료가 필요한 사람의 비율이 도시보다 농촌에서 약 2배 더 높게 나타났다.

3.2. 방문 진료 필요 고령 대상자 추계

우리나라의 65세 이상의 노인(이하 '고령자')을 전체, 도시 및 농촌으로 구분한 방문 진료 대상자 추계 분석 결과가 <표 3-8>에 제시되어 있다. 고령자의 인구수를 추산한 결과, 10,891,044명으로, 이 중 도시와 농촌의 고령자 인구수는 각각 7,843,715명, 3,047,329명이다. 전체 고령자 중 방문 진료 필요 대상자의 비율은 14.7%로 나타났다. 도시민 고령자 중 방문 진료 필요 대상자의 비율은 13.9%, 농촌지역 고령자 중 비율은 16.7%로 나타났다.

전체 방문 진료 필요 고령자 중, 의료기관 접근성을 이유로 한 방문 진료 필요 대상자 비율은 5.64%, 거동 불편 및 건강 문제를 이유로 한 대상자 비율은

22.45%, 기타 이유에 의한 대상자 비율은 71.91%로 나타났다.

〈표 3-8〉 도시 및 농촌지역 고령자 중 방문 진료 대상자 추계

단위: 명, %

구분	도시		농촌		전체		
	대상자	비율	대상자	비율	대상자	비율	
필요 대상자	의료기관이 멀어서	30,819	2.82	59,366	11.69	90,185	5.64
	거동 불편 및 건강상의 이유	217,897	19.96	141,168	27.80	359,065	22.45
	기타 이유	842,682	77.21	307,341	60.52	1,150,023	71.91
	합계	1,091,398	100	507,875	100	1,599,273	100
비대상자		6,752,317		2,539,454		9,291,771	

주: 괄호 안의 수치는 비율을 구성 비율을 의미함.

자료: 한국보건사회연구원, 국민건강보험공단. 의료패널 2018년 자료를 이용하여 저자 계산.

방문 진료가 필요한 도시민 고령자는 1,091,398명으로 추계되었다. 이 중 의료기관 접근성을 이유로 한 대상자의 비율은 2.82%, 거동 불편 및 건강 문제를 이유로 한 대상자 비율은 19.96%, 기타 이유로 인한 대상자 비율은 77.21%로 나타났다.

방문 진료가 필요한 농촌지역 고령자는 507,875명으로, 이 중 의료기관 접근성을 이유로 한 대상자 비율은 11.69%, 거동 불편 및 건강 상태를 이유로 한 대상자 비율은 27.80%, 기타 이유로 인한 대상자 비율은 60.52%로 나타났다.

방문 진료가 필요한 고령자 중 의료기관 접근성을 이유로 방문 진료가 필요한 고령자의 비율이 도시보다 농촌에서 약 4배 더 높게 나타났다. 방문 진료 필요가 필요한 고령자 중 거동 불편 및 건강상의 이유로 방문 진료가 필요한 고령자의 비율이 도시보다 농촌에서 약 1.5배 더 높게 나타났다. 이처럼 방문 진료 필요 대상자의 비율은 도시보다 농촌에서 더 높고, 특히 농촌 주민 중 고령자 집단에서 매우 높게 나타났다.

4. 소결 및 시사점

농촌지역에서 방문 진료 확대 필요성은, 적어도 수요 측면에서는 충분히 논증된다. 우선 전체 인구 중 방문 진료 필요 대상자 비율이 도시보다 농촌에서 더 높게 추계되었으며, 고령자의 경우 그 차이가 더 크게 나타났다. 특히 농촌지역의 방문 진료 필요 대상자 중 접근성을 이유로 한 대상자 비율이 도시보다 매우 크게 나타났다. 거동 불편 및 건강상의 이유로 방문 진료가 필요한 대상자 비율도 도시보다 높게 나타났다. 이러한 도농 차이는 고령자로 대상을 한정했을 경우에도 현저하였다. 요약하면, 농촌지역에서 방문 진료 고(高)수요 집단은 농촌 노인이라고 볼 수 있으며, 결정적인 원인은 접근성과 거동 불편 및 건강 상태이다. 이는 미충족 의료 수요 결정 요인 분석 결과와도 일치한다.

공급 측면에서 농촌지역에 방문 진료를 확대할 목적으로 추가적인 입법 절차가 필요한 것은 아니다. 이미 지역사회 통합돌봄 선도사업의 핵심 통합돌봄 프로그램 등에서도 방문 진료가 포함되어 있다. 구체적인 방문 진료 사례를 다룬 연구가 희소하기 때문에 현장에서, 특히 농촌지역에서 방문 진료 서비스가 어떻게 제공되고 있는지 파악할 필요가 있다. 농촌지역에서 높은 방문 진료 수요에 비해 낮은 공급이 예상되기 때문에 더욱 그러하다. 다음 장에서는 ‘일차 의료 방문 진료(왕진) 수가 시범사업’ 실태를 파악하고, 도시 및 농촌지역에서 방문 진료를 제공하는 의료기관의 사례를 소개한다. 이를 통해 농촌지역 방문 진료 활성화 방안을 제시할 근거를 마련한다.

제4장

방문 진료 관련 정책 및 사례



4

방문 진료 관련 정책 및 사례

1. 일차 의료 방문 진료(왕진) 수가 시범사업

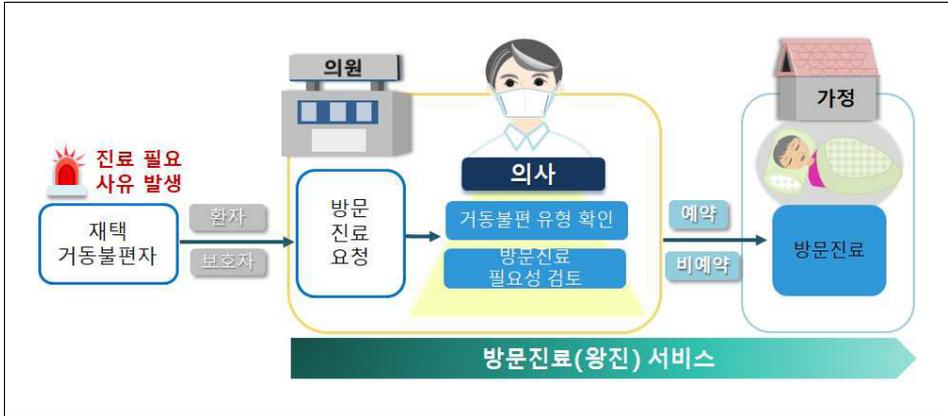
1.1. 사업 배경, 목적 및 내용

인구구조가 급속히 고령화되어 지속적이고 계획적인 의료서비스 수요가 증가하였다. 거동 불편 및 고령으로 인하여 의료기관에 방문하기 어려운 환자들을 위한 의료접근성 문제가 지속적으로 제기되어 보건복지부는 2019년 12월 ‘일차 의료 왕진 수가 시범사업(1차)’을 실시하였다. 이후 2021년 5월 ‘일차 의료 방문 진료 수가 시범사업(2차)’으로 사업 명칭을 변경하였으며, 참여 의료기관을 추가 모집하였다. 2022년 7월 참여 의료기관을 추가 재모집하며 3차 사업이 실시되었다.9), 10) 한편 보건복지부는 2021년 8월 ‘일차 의료 한의(韓醫) 방문 진료 시범사

9) 보건의료기본법 제44조(보건의료 시범사업) ① “국가와 지방자치단체는 새로운 보건의료제도를 시행하기 위하여 필요하면 시범사업을 실시할 수 있다.”와 국민건강보험법 제41조5항(방문요양급여) “가 입자 또는 피부양자가 질병이나 부상으로 거동이 불편한 경우 등 보건복지부령으로 정하는 사유에 해

업'도 실시하였다. 한의 방문 진료 시범사업은 2021년 8월 이래 사업 변경 없이 진행 중이다.

〈그림 4-1〉 일차 의료 방문 진료(왕진) 수가 시범사업 체계



자료: 보건복지부(2019, p.3). 일차 의료 왕진 수가 시범사업 지침.

시범사업은 의료법 제3조 제2항 제1호 ‘가(의원)’목과 ‘다(한의원)’목에 제시된 의원과 한의원 중 시범사업 참여 신청을 통해 자격을 부여받은 의료기관을 대상으로 한다. 의료기관을 1회 이상 내원하여 의사의 대면 진료를 받은 환자 중 질병, 부상 및 출산 등으로 인하여 의사의 진료를 받아야 할 필요성이 있으나 보행이 곤란·불가능한 사람¹¹⁾을 대상자로 한다. 예외적으로 초진 환자도 의사의 판단에 따라 방문 진료 서비스를 받을 수 있다. 대상 환자가 방문 진료 의사에게 서비스를 요청할 경우 의사는 환자의 거동 불편 유무를 확인하고 방문 진료 필요성을 검토하여 서비스 제공 여부를 결정한다〈그림 4-1〉.

의료법 제33조에 따라 환자나 환자 보호자의 요청에 따라 진료하는 경우와 같

“당하는 경우에는 가입자 또는 피부양자를 직접 방문하여 제41조에 따른 요양급여를 실시할 수 있다.”를 법적 근거로 둔다.

10) 논의의 편의상 이하 왕진을 방문 진료로 통일한다.

11) 가령 ① 마비(하지·사지마비·편마비 등), ② 수술 직후, ③ 말기 질환, ④ 의료기기 등 부착(인공호흡기 등), ⑤ 신경계 퇴행성 질환, ⑥ 욕창 및 궤양, ⑦ 정신과적 질환, ⑧ 인지장애 등.

이 거동 불편을 겪지 않는 환자나 환자 보호자가 요청하는 경우 의사가 방문 진료 서비스를 제공할 수 있으나, 시범사업 수가 전액을 환자가 부담해야 한다. 단, 한 의 방문 진료료는 서비스 시 발생하는 행위, 약제 및 치료 재료 등에 대한 비용을 모두 포함하고 있어 이외의 비용에 대해서는 별도로 수가를 산정할 수는 없다.

〈표 4-1〉 방문 진료 서비스 세부 내용(예시)

구분	서비스 내용
진찰	• 문진, 시진, 청진, 타진, 촉진 등
처방	• 구강섭취약, 연고, 좌약 등을 처방
질환 관리	• 만성질환, 단순한 급성·아급성 질환 등에 대한 관리
검사	• 혈압계, 산소포화도측정기, 이경 등을 활용한 기본검사 등
상급병원 의뢰	• 필요시 적절한 전문 의료기관으로의 의뢰
교육상담	• 질병 상태 및 관리계획에 대한 환자·보호자 교육 실시
기타	• 검체 채취, 투약, 주사, 응급처치 등에 대한 교육 등

자료: 보건복지부(2019, p.4). 일차 의료 왕진 수가 시범사업 지침.

방문 진료 서비스 유형은 의료기관 대면 진료 서비스의 내용과 일견 유사하지만 진찰, 간단한 검사, 처방 등에 한정될 수밖에 없다. 다만 방문 진료 의사의 재량과 여건에 따라 추가적인 의료서비스 제공은 가능하다(표 4-1).

의과 및 한의과 시범사업 참여 의원은 환자에게 방문 진료 서비스 제공 횟수 및 방법에 따라 건강보험공단에 방문 진료료, 즉 시범 수가를 청구할 수 있다(표 4-2). 시범사업 참여 의사는 거동 불편 환자의 가정에 방문하여 진료 후 관련 서식을 건보공단에 제출하여 방문 진료료를 지급받는다. 환자의 특성, 진료 내용 및 시간, 소요 시간 등에는 관계없이 서비스 건수당 방문 진료료가 지급된다.

국민건강보험 요양급여 비용에서 제공되는 시범사업 수가는 방문 진료 의료 행위 및 처치 비용 포함 여부에 따라 상이하며, ‘2차’ 및 ‘3차’ 시범사업에서 수가가 인상되었다(표 4-2). ‘방문 진료료 1’은 방문 진료에서 발생하는 의료 행위, 약제, 치료 재료에 대한 비용을 모두 포함한다. 따라서 상기 행위별 수가를 방문 진료 의사가 개별적으로 청구할 수는 없다. ‘방문 진료료 2’에는 의료 행위, 약제, 치

료 재료 비용 등이 포함되지 않는다. 이상의 별도 비용은 요양급여비용 산정기준에 의거하여 계산된다. 두 가지 방문 진료료 중 의사가 선택하여 공단에 청구한다.

〈표 4-2〉 일차 의료 방문 진료 시범사업 방문 진료료(수가) 및 점수

단위: 점, 원

구분		점수	방문 진료 수가				
			2019년	2020년	2021년	2022년	
의과	1차	방진료 1	1,377.81	114,910	118,220	-	-
		방진료 2	958.51	79,940	82,240	-	-
	2차	방진료 1	1,377.81	-		120,700	-
		방진료 2	958.51			83,970	
	3차	방진료 1	1,377.81	-		-	124,280
		방진료 2	958.51				86,460
한의과	방진료	1,037.97			93,210		

주: 방진료는 방문 진료료를 의미함.

자료: 보건복지부(2019, p.10). 일차 의료 왕진 수가 시범사업 지침.

의과 및 한의과 시범사업 방문 진료료 산정에 있어 세부적인 제한 사항이 있다. 먼저 한 명의 의사가 동일 건물 또는 가정의 여러 환자에게 서비스를 제공할 경우 방문 진료료 소정 점수의 75%만 산정하며, 동일 세대 환자들에게 동시 또는 연속으로 서비스를 제공할 경우 첫 번째 방문 진료료는 소정 점수에 의해 산정하고, 두 번째부터 소정 점수의 50%만 산정한다. 방문 진료료는 의사 1인당 한 달에 최대 60회까지 산정가능하며, 의료기관에 방문 진료 의사가 2인 이상일 경우 의사 1인당 한달에 최대 60회¹²⁾까지 산정가능하다. 일주일에 최대 15회까지만 산정가능하며, 소아, 공휴일, 야간 왕진에 대한 가산은 없다.

요양급여의 범위 및 비용 부담 규정에 따라 환자의 방문 진료료 본인부담액이 상이하다. 방문 진료료는 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조 제1항에 의거하여 건강보험 가입자 또는 피부양자는 방문 진료료(요양급여비용)의 30/100을 본인이 부담한다. 차상위 본인부담 경감 대상자 중 희귀 난치성 질환

¹²⁾ 2022년 8월 시범사업 지침이 개정되어 일주일 최대 15회에서 한 달 최대 60회로 변경되었다.

또는 중증질환자는 방문 진료료의 5/100를 본인이 부담한다. 희귀 난치성 이외의 질환으로 6개월 이상 치료를 받고 있거나 치료가 필요한 사람 또는 18세 미만의 아동은 방문 진료료의 10/100을 본인이 부담한다. 1종 의료급여 수급자의 경우에는 방문 진료료의 5/100를, 2종은 10/100을 본인이 부담한다<표 4-3>.

<표 4-3> 일차 의료 방문 진료 수가 시범사업 본인부담금액

구분		자부담액
건강보험가입자 또는 피부양자		방문 진료료의 100분의 30
차상위 본인부담 경감대상자	희귀 난치성 질환자 또는 중증 질환자	방문 진료료의 100분의 5
	만성질환자	방문 진료료의 100분의 10
의료급여 1종		방문 진료료의 100분의 5
의료급여 2종		방문 진료료의 100분의 10

자료: 보건복지부(2019, p.10). 일차 의료 왕진 수가 시범사업 지침.

1.2. 농촌지역 방문 진료 시범사업 현황

방문 진료 시범사업이 대안으로 작동하여 농촌 주민의 미충족 의료 수요를 감소하려면 농촌지역 1차 의료기관의 적극적인 참여가 필요하다. 방문 진료 시범사업은 중앙부처의 정책 사업이므로 지자체는 관여하지 않고, 농촌지역에 위치한 의료기관의 참여를 유도할 인센티브가 부재하므로 더욱 그러하다.

시범사업 참여 의료기관의 전반적인 현황을 파악하면 다음과 같다. 먼저 2019년 1차 시범사업에 참여한 의과 의료기관의 수는 348개소에 불과하다. 지역별로 보면 서울과 경기도가 각각 107개소, 92개소로 다른 지역에 비해 압도적으로 많다. 2022년 시점에서 2차 및 3차 시범사업까지 참여한 의과 의료기관의 서울이 196개소, 경기도가 114개소로, 역시 다른 광역자치단체에 비해 매우 많다<표 4-4>.

2022년 시점에서 시범사업에 참여한 한의과 의료기관의 수는 1,348개소로, 이 중 서울이 306개소, 경기도가 245개소로 다른 지역에 비해 매우 많다. 부산은

100개소, 경남은 96개소 등으로 서울과 경기도 참여 의료기관의 수보다는 적지만, 의과에 비해 권역별 격차가 그리 크지는 않다<표 4-4>.

<표 4-4> 광역 단체별 시범사업 참여 의료기관 수(의과)

단위: 개소

구분	의과		한의과
	2019년(1차)	2022년(1~3차)	2021~2022년
서울	107	196	306
경기	92	114	245
충남	18	20	87
전북	17	34	57
광주	16	21	22
대전	16	21	64
충북	15	16	45
부산	14	29	100
경남	11	13	96
대구	10	15	69
제주	9	9	16
인천	7	15	72
전남	7	11	41
경북	4	8	64
강원	3	23	33
울산	2	2	17
세종	-	1	14
합계	348	548	1,348

주: 2022년 참여 의료기관 수는 2022년 시점에서 1차부터 3차까지 참여한 경우를 의미함.

자료: 보건복지부(각 연도), 일차 의료 방문 진료 시범사업 보도 참고자료를 저자 재구성.

진료 과목별 방문 진료 시범사업 참여 의료기관 현황을 살펴보면 1차 시범사업의 경우 일반의가 전체의 약 52% 정도이며, 다음은 내과, 가정의학과, 이비인후과 순으로 많다<표 4-5>. 3차까지 통틀어 일반의 의원의 비율이 약 38%이며, 다음으로는 내과, 가정의학과, 이비인후과 순으로 많다. 시범사업이 진행될수록 전문의 의원의 비율이 증가하였다.

〈표 4-5〉 시범사업 진료 과목별 참여 현황(의과)

단위: 개소

구분	의과	
	2019년(1차)	2022년(1~3차)
일반의	182	210
내과	61	108
가정의학과	29	75
이비인후과	19	26
외과	12	31
정형외과	9	16
비뇨의학과	7	15
마취통증의학과	5	12
소아청소년과	4	11
안과	4	4
정신건강의학과	4	7
피부과	4	4
산부인과	-	6
기타	7	22
합계	348	548

주: 2022년 참여 의료기관 수는 2022년 시점에서 1차부터 3차까지 참여한 경우를 의미함.
 자료: 보건복지부, 2019~2022년 일차 의료 방문 진료 시범사업 보도 참고자료를 저자 재구성.

도시 및 농촌의 방문 진료 시범사업 참여 의료기관 현황을 살펴보면, 2022년 시점에서 전체 시범사업 참여 병·의원 중 3차 사업까지 참여한 농촌 병·의원의 비율은 13.95%로 나타났다(표 4-6). 시범사업에 참여한 한의원 중 농촌지역에 위치한 한의원의 비율은 14.8%로 나타났다. 2020년 시점에서 우리나라 전체 의원 중 농촌지역에 위치한 의원의 비율이 11.2%, 농촌지역에 위치한 한의원의 비율이 9.4%였던 것을 고려하면, 미약하긴 하지만 농촌지역에서 시범사업 참여율이 높다고는 볼 수 있다.¹³⁾

¹³⁾ 2020년 시점에서 도시 및 농촌지역의 의원 수는 각각 49,034개소, 6,222개소였으며, 한의원 수 각각 4,732개소, 495개소였음(농촌진흥청, 2022, p.226).

〈표 4-6〉 도시 및 농촌 시범사업 참여 의료기관(의과 및 한의과)

단위: 개소, %

구분	의과(2019~2022년)		한의과(2021~2022년)	
	병·의원 수	비율	병·의원 수	비율
도시	472	86.05	1,149	85.2
농촌	76	13.95	199	14.8
합계	548	100	1,348	100

자료: 보건복지부(2019~2021). 2019~2021년 일차 의료 방문 진료 시범사업 보도 참고자료를 저자 재구성.

1.3. 시범사업에 대한 농촌 주민의 인식 및 참여

‘일차 의료 방문 진료 수가 시범사업’이 시작된 지 약 3년이 지났지만, 시범사업 참여율뿐만 아니라, 참여한 의료기관의 실제 방문 진료 실적이 극히 미미하다고 한다. 2019년 12월 27일부터 2020년 10월 31일, 약 10개월 동안의 시범사업에 참여한 병·의원 321개소 중 실제로 수가를 청구한 곳은 104곳에 불과하였다. 방문 진료 환자들에 대한 건보 청구 건수도 3,771건에 불과하였다(테일리메디, 2021. 2. 2.).

시범사업 기간이 코로나19 확산기와 겹쳐 대면 진료가 어려워져 병·의원의 참여율이 저조할 수 있다. 그러나 일각에서는 시범사업에 대한 홍보 부족과 30%에 이르는 높은 본인부담금이 원인이라는 견해도 있다(테일리메디, 2021. 2. 2.). 특히 농촌지역은 고령화율이 높아 인터넷 또는 매체 접근성이 낮을 수 있고, 병·의원과 주민이 산포하여 시범사업에 대한 정보 확산이 낮을 수 있다. 따라서 농촌 주민의 시범사업에 대한 인식과 수요, 참여 의향 등을 파악하여, 향후 농촌 주민을 위한 시범사업 개선 방안에 대해 논의해 볼 필요가 있다.

이 절에서는 KREI 현지통신원 1,000명을 설문 조사하여 ‘일차 의료 방문 진료 수가 시범사업’에 대한 농업인 또는 농촌 주민의 인식과 참여 의향, 방문 진료 수요, 본인부담금에 대한 인식 등을 파악하였다. 설문조사 기간은 2022년 11월

16~23일로, 설문 응답률은 73.8%였다. 738명의 응답자 중 동 지역에 거주하는 응답자(n=90)는 분석 표본에서 제외하였다. 설문조사지는 부록에 제시되어 있다.

〈표 4-7〉 현지통신원 응답자의 인구경제사회학적 특성에 대한 요약통계량

단위: 세, 원, 명, %

특성		통계량
나이(n=648)		61.54 ± 9.56
성별 (n=640)	남(n=533)	83.28
	여(n=107)	16.72
가구원 수(n=644)		2.56 ± 1.12
월평균 소득(n=630)		6,629,810 ± 15,188,526
읍/면 (n=638)	읍(n=135)	21.16
	면(n=503)	78.84
주 소득원 (n=640, 복수응답)	농업/근로/사업(n=573)	89.53
	자녀지원(n=23)	3.59
	연금/이자소득(n=137)	21.41
	기초 수급자(n=11)	1.72
	차상위지원(n=4)	0.63
	기타(n=19)	2.97
차량유무 (n=641)	있음(n=631)	98.44
	없음(n=10)	1.56
건강보험 종류 (n=641)	지역가입자(n=404)	63.03
	직장가입자(n=222)	34.63
	의료급여(n=8)	1.25
	미가입(n=6)	0.94
	기타(n=1)	0.16

주: 나이, 가구원 수, 월 평균 소득에 대한 통계량은 평균±표준편차를 나타냄. 나머지 항목들은 상위 항목 내에서 각 항목의 구성 비율을 표시함. 복수응답 가능 항목의 경우 전체 응답자 수 대비 각 항목의 구성 비율을 의미함. 괄호 안의 관측치 수는 결측 및 무응답을 제외한 유효관측치 수를 나타냄.

자료: KREI 현지통신원 설문조사 자료를 이용하여 저자 계산.

응답자의 인구경제사회학적 특성에 대한 요약통계량이 〈표 4-7〉에 제시되어 있다. 응답자의 평균 나이는 약 62세로 다소 고령화되었으며, 남성 응답자의 비율이 83%에 이른다. 이는 KREI 현지통신원이 가구주를 대상으로 선별되었고, 대부분의 가구주가 남성이기 때문이다. 평균 가구원 수는 2.56명으로 나타났다.

응답자의 월평균 소득은 약 6백 6십만 원인데, 표준편차가 1천 5백만 원으로 매우 크기 때문에 일부 고소득 응답자의 극대값 효과가 발생했다고 볼 수 있다. 응답자의 79% 정도가 먼 지역에 거주하고 있었다. 대부분의 응답자들이 농업/근로/사업 소득자였으며, 차량을 보유(98.44%)하고 있었다. 약 98%의 응답자가 직장 또는 지역 건강보험에 가입하고 있었다.

농촌 주민의 방문 진료에 대한 인식과 참여율, 적정 자부담금 등에 대한 전반적인 이해가 필요하다. 이를 목적으로 설문조사 결과를 요약통계 분석하였다<표 4-8>.

<표 4-8> 설문조사 요약통계분석 결과

단위: 원, 횟수, %

항목		구성 비율
건강 상태 (n=651)	매우 좋음(n=37)	5.68
	좋음(n=249)	38.25
	보통(n=291)	44.7
	나쁨(n=71)	10.91
	매우 나쁨(n=3)	0.46
질환 유무 (n=647)	있음(n=335)	51.78
	없음(n=312)	48.22
질환 종류 (n=377, 복수응답)	고혈압(n=196)	53.61
	당뇨(n=110)	30.42
	이상지질혈증(n=34)	9.34
	관절병증(n=92)	24.4
	심장질환(n=35)	9.04
	뇌혈관질환(n=17)	3.92
	기타(n=67)	16.87
질환으로 인한 거동 불편 (n=329)	그렇다(n=50)	15.2
	아니다(n=279)	84.8
장애 유무 (n=642)	있음(n=75)	11.68
	없음(n=567)	88.32
장애 종류 (n=74, 복수응답)	시각장애(n=12)	16.22
	청각장애(n=18)	24.32
	신체장애(n=43)	58.11
	정신장애(n=1)	1.35
	기타(n=7)	9.46

(계속)

항목	구성 비율	
장애 종류 (n=74, 복수응답)	시각장애(n=12)	16.22
	청각장애(n=18)	24.32
	신체장애(n=43)	58.11
	정신장애(n=1)	1.35
	기타(n=7)	9.46
장애로 인한 거동 불편 (n=73)	그렇다(n=36)	49.32
	아니다(n=37)	50.68
가족 중 장애로 인한 거동 불편 (n=640)	있음(n=146)	22.81
	없음(n=458)	71.56
	가족 없음(n=36)	5.63
본인/가족 중 질환 또는 장애 때문에 의료기관 진료를 받은 경험 (n=641)	있음(n=347)	54.13
	없음(n=294)	45.87
6개월간 진료 횟수(n=345)	7.61	
의료기관 방문의사 있으나 방문하지 못한 경험 (n=622)	있음(n=132)	21.22
	없음(n=490)	78.78
방문하지 못한 이유 (n=132, 복수응답)	경제적 이유(n=13)	9.85
	거리상 멀어서(n=39)	29.55
	건강상 이유(n=20)	15.15
	일이 바빠서(n=76)	57.58
	교통 불편(n=21)	15.91
	병원 선택 어려움(n=10)	7.58
	기타(n=8)	6.06
주로 이용하는 의료기관 유형 (n=636, 복수응답)	보건소(n=61)	9.59
	보건지소/보건진료소(n=74)	11.64
	동네 의원(n=410)	64.47
	동네 한의원(n=78)	12.26
	동네 치과의원(n=114)	17.92
	대학병원 등 상급병원(n=243)	38.21
	기타(n=28)	4.4
거동 불편 환자를 위한 방문 진료 인지 여부 (n=639)	예(n=77)	12.05
	아니오(n=562)	87.95

(계속)

	항목	구성 비율
인지 경로 (n=76)	병·의원 의사 소개(n=6)	7.89
	이웃, 친구, 가족 소개(n=15)	19.74
	TV, 신문, 인터넷(n=23)	30.26
	복지관, 마을회관, 경로당 등(n=28)	36.84
	기타(n=4)	5.26
3년간 방문 진료 경험 (n=628)	있음(n=38)	6.05
	없음(n=590)	93.95
주로 받은 방문 진료과 횟수 (n=33, 복수응답)	가정의학과(n=11)	33.33
	내과(n=20)	60.61
	이비인후과(n=8)	24.24
	안과(n=6)	18.18
	정형외과(n=15)	45.45
	한의원(n=14)	42.42
	기타(n=6)	18.18
거동 불편으로 방문 진료가 필요한 가족의 유무 (n=632)	있음(n=78)	12.34
	없음(n=554)	87.66
거동 불편 이외의 이유로 방문 진료 받을 의향 유무 (n=630)	있음(n=170)	26.98
	없음(n=460)	73.02
의원 방문 진료 본인부담금에 대한 인식 (n=636)	적절하다(n=225)	35.38
	적절하지 않다(n=411)	64.62
의원 방문 진료 적절한 금액 (n=405)	15,996.3	
한의원 방문 진료 본인부담금에 대한 인식 (n=626)	적절하다(n=255)	40.73
	적절하지 않다(n=371)	59.27
한의원 방문 진료 적절한 금액 (n=364)	14,011.48	
현재 수준의 본인부담금을 지불하고 앞으로 방문 진료 받을 의향 (n=630)	있음(n=296)	46.98
	없음(n=334)	53.02

(계속)

	항목	구성 비율
방문 진료 필요 진료과목 (n=295, 복수응답)	가정의학과(n=140)	47.46
	내과(n=114)	38.64
	이비인후과(n=33)	11.19
	안과(n=22)	7.46
	정형외과(n=96)	32.54
	한외과(n=123)	41.69
	기타(n=7)	2.37
의향이 없는 이유 (n=312)	본인부담금이 높아서(n=122)	39.1
	의료기관이 주변에 가깝고 직접 방문하는 것이 편해서(n=129)	41.35
	의사가 집에 오는 것이 부담(n=19)	6.09
	방문 진료 약속 잡기 어려울 것 같아서(n=10)	3.21
	방문 진료를 어떻게 신청하는지 잘 몰라서(n=20)	6.41
	기타(n=12)	3.85

주: 6개월간 진료 횟수, 의원 및 한의원 방문 진료에 대한 적절 금액 대한 통계량은 평균±표준편차를 나타냄. 나머지 항목들은 상위 항목 내에서 각 항목의 구성 비율을 표시함. 복수응답 가능 항목의 경우 전체 응답자 수 대비 각 항목의 구성 비율을 의미함. 괄호 안의 관측치 수는 결측 및 무응답을 제외한 유효관측치 수를 나타냄.

자료: KREI 현지통신원 설문조사 자료를 이용하여 저자 계산.

응답자의 건강 상태는 ‘매우 좋음’, ‘ 좋음’, 또는 ‘보통’의 비율이 약 88%에 이를 정도로 건강 상태가 양호하였다. 그러나 특성 질환을 앓고 있는 응답자의 비율이 절반(51.78%)에 달했다. 질환 유형 중 고혈압(53.61%)과 관절병증(24.4%)의 비율이 높았으며, 이러한 질환 때문에 거동이 불편한 응답자의 비율이 15.2%에 달했다. 장애인의 비율은 11.68%였으며, 신체장애(58.11%)인의 비율이 높았다. ‘본인의 장애로 인해 거동이 불편하다’는 응답자 비율이 49.32%, 장애로 인한 거동 불편 가족이 있는 응답자의 비율이 22.81%로 나타났다. 응답자 중 본인 또는 가족이 질환 또는 장애 때문에 의료기관을 방문하여 진료를 받은 비율이 54.13%였으며, 가장 많이 진료받은 사람을 기준으로 평균 진료 횟수가 약 7.6회로 나타났다.

방문 진료와 관련된 설문 응답을 살펴보면, 의료기관에 방문하지 못한 경험이

있는 응답자의 비율이 21.22%로 다소 높게 나타났다. 이중 ‘일이 바빠서’ 방문하지 못했다는 비율이 57.58%로 가장 높았으며, 다음으로는 ‘거리가 멀어서’(29.55%), ‘교통이 불편해서’(15.91%), ‘건강상의 이유로’(15.15%) 순으로 비율이 높게 나타났다. 주로 이용하는 의료기관은 동네 의원이 64.47%로 가장 높고, 다음으로는 대학병원 등 상급병원(38.21%), 동네 치과의원(17.92%), 동네 한의원(12.26%) 등의 순으로 이용 비율이 높았다.

‘방문 진료 의원이 주변에 있다는 것을 알고 있다’고 대답한 응답자의 비율이 12.05%로 매우 낮다. 인지 경로는 주로 ‘복지관, 마을회관, 경로당 등’(36.84%)이었으며, 매체를 통해서 알게 되었다는 응답자의 비율도 30.26%로 높다. ‘이웃, 친구, 가족의 소개’로 알게 되었다는 응답자 비율은 19.74%로 다소 낮고, ‘병의원 의사의 소개’로 알게 되었다는 응답자 비율은 7.89%로 매우 낮다.

방문 진료를 경험한 응답자의 비율도 매우 낮다. ‘본인 또는 가족이 지난 3년간 방문 진료를 받았다’는 응답자 비율이 6.05%에 불과하였다. 이 중 내과(60.61%), 정형외과(45.45%), 한의과(42.42%) 등의 순으로 진료과 이용 비율이 높게 나타났다. 거동 불편 등의 이유로 응답자 또는 가족이 방문 진료가 필요하다고 응답한 비율이 12.34%였으며, 오히려 본인부담금이 상향되더라도 거동 불편 이외의 이유로 방문 진료를 받을 의향이 있다는 응답자 비율이 26.98%로 나타났다.

시범사업 본인부담금에 대한 응답자들의 전반적인 인식을 알아보았다. ‘의원에서 제공하는 방문 진료 본인부담금이 적절한가?’ 묻는 설문에 대해 응답자의 64.62%가 적절하지 않다고 응답하였고, 이들이 제시하는 적정 본인부담금이 평균 15,996원이었다. 한의원에서 제공하는 방문 진료 본인부담금에 대해서는 59.27%가 적절하지 않다고 응답하였고, 이들이 제시하는 한의원 방문 진료 적정 본인부담금은 평균 14,011원이었다. 현행 ‘일차 의료 방문 진료 수가 시범사업’의 본인부담금에 대해서 높다는 인식이 우세하였다.

그럼에도 불구하고, 현재 수준의 본인부담금을 지불하고 앞으로 방문 진료를 받아볼 의향이 있다고 대답한 응답자 비율이 46.98%로 어느 정도 높게 나타났다. 이

들이 원하는 방문 진료과 과목으로는 가정의학과(47.46%), 한의과(41.69%), 내과(38.64%), 정형외과(32.54%) 등의 순으로 높게 나타났다. 의향이 없다는 응답자들은 주로 의료기관이 '인근에 위치하고 직접 방문하는 것이 편하다'(41.35%)고 응답하였고, 다음으로는 '본인부담금이 높아서 의향이 없다'는 비율이 39.1%로 나타났다. 나머지 이유 등으로 인해 방문 진료 의향이 없다고 비율은 매우 적게 나타났다.

2. 지역사회 통합돌봄 선도사업

2.1. 선도사업의 배경 및 목적

우리나라는 2017년에 65세 이상 노인인구비율이 14% 이상인 고령사회로 진입하였고, 2026년에는 노인인구가 전체 인구의 20% 이상을 차지하는 초고령사회로 진입할 전망이다. 노인인구가 급증하여 이전보다 의료 및 돌봄 서비스 수요가 증가하였고, 돌봄 비용과 국민 의료비도 급증하였다. 2016년 건강보험 노인진료비(비율)는 25조 원(38.7%)이었으나, 2025년 노인진료비는 58조 원(50.8%)까지 증가할 전망이다. 2016년 의료급여 노인진료비(비율)는 3.1조 원(46.3%)이었으나, 2025년에는 5.7조 원(51.5%)까지 증가할 전망이다. 또한 2016년 기준 GDP 대비 치매 관리비용의 비율이 0.83%였으나, 2030년에는 1.8%로 증가할 전망이다(대한민국 정책브리핑, 지역사회 통합돌봄).¹⁵⁾

가족 구조도 변화하여 돌봄 형태가 변화하였다. 특히 1인 가구가 급증하고 가족 형태도 분절화되어 전통적인 가족 또는 시설 중심의 돌봄 체계로는 증가하는

¹⁵⁾ 대한민국 정책브리핑(<https://www.korea.kr/special/policyCurationView.do?newsId=148866645#L1>). 지역사회 통합 돌봄(커뮤니티 케어). 검색일: 2022. 10. 1.

돌봄 수요를 감당하기 어려워졌다. 요보호자들은 시설보다 그들이 살던 곳에서 지역사회와 어울리며, 돌봄 욕구에 부합하는 서비스를 받고자 하는, 이른바 통합 돌봄 서비스 수요가 증가하였다. 이에 따라 지역사회가 중심이 되어 요보호자에게 통합적인 돌봄 서비스를 제공할 목적으로 2019년 6월 지역사회 통합돌봄 선도사업이 실시되었다. 선도사업은 ‘돌봄이 필요한 노인, 장애인 등이 그들의 거주지에서 개개인의 욕구에 부합하는 서비스를 누리고, 지역사회와 더불어 살아갈 수 있도록 지원하는 지역 주도형 통합 서비스 정책’으로 정의된다(보건복지부, 2020, p.2). 즉 다양한 경로를 통해 제공되던 분절적인 돌봄 서비스가 요보호자의 욕구를 반영하여 통합돌봄의 형태로 제공되는 것이 핵심이다. 주거, 보건의료, 요양, 돌봄, 독립 생활 지원과 같은 개별 복지서비스가 통합적으로 제공되는 것을 뜻한다.

우리나라에서 선도사업의 역사는 매우 짧지만, 선진국은 이미 지역사회 중심의 돌봄 서비스 제공을 추진한 바 있다. 영국은 1990년 커뮤니티 케어법을 제정하여 지방정부에게 지역 사회 내에서 포괄적 케어 서비스를 제공하게끔 책임을 부여하였다. 일본은 2013년 8월 ‘병원-시설로부터 지역-재택으로’라는 슬로건으로 지역포괄케어시스템을 도입하였다. 스웨덴은 이미 1950년대 재가 돌봄서비스 체계를 도입하고, 2001년 사회서비스법을 개정하여 돌봄 서비스 제공에 있어 지역의 책임과 재량을 확대하였다.

선도사업의 주목적은 지역사회 중심의 돌봄 체계 확산이며, 단계적으로 진행된다. 1단계(2019~2022년)는 선도사업을 실시하여 통합돌봄 모형을 개발하고 핵심 인프라를 확충하는 초기 단계이다. 세부적으로, 케어안심주택, 주민건강센터, 커뮤니티케어 도시재생 뉴딜과 같은 생활 기반 시설 사업에 투자하고, 관련 법령과 제도를 정비하여 지역사회 통합돌봄 기본법을 제정하고 개별법령 및 복지사업 지침을 정비하는 단계이다. 2단계(2023~2025년)는 지역사회 통합돌봄 제공 기반을 구축하는 단계로서 장기요양 등 재가서비스를 대폭 확충하고, 인력 양성, 케어관리 시스템을 구축하며, 재정 전략을 마련하는 시기이다. 3단계(2026

년 이후)는 지역사회 통합돌봄의 완성 단계로서, 케어가 필요한 사람에게 맞춤형 보편적 돌봄을 제공하고, 지역사회가 중심이 되어 자율적으로 돌봄 서비스를 제공하는 단계이다.¹⁷⁾

2.2. 선도사업의 내용

지역사회 통합돌봄 선도사업은 2019년 2월 신규 국정과제로 선정되었고, 동년 6월 기초 지자체 8곳에서 실시되었으며, 9월 추경예산을 통해 지자체 16곳으로 확대되었다. 돌봄 대상 그룹을 노인, 장애인, 정신질환자로 구분하였으며, 각 그룹에 대하여 지자체 공모를 통해 사업 대상 지자체가 선정되었다(표 4-9).

〈표 4-9〉 지역사회 통합돌봄 선도사업 지방자치단체(16단체)

사업 대상군	지자체	비고
노인 사업	광주 서구, 경기 부천시, 충남 천안시, 전북 전주시, 경남 진해시	1차
	부산 북구, 부산 부산진구, 경기도 안산시, 경기도 남양주시, 충북 진천군, 충남 청양군, 전남 순천시, 제주 서귀포시	2차 추경으로 지역 확대
장애인 사업	대구 남구, 제주 제주시	1차
정신질환자 사업	경기 화성시	1차

자료: 김남훈 외(2020, p.5).

선도사업은 보건복지부와 지자체가 주도하지만 추진 방향은 상이하다. 보건복지부는 지역사회 통합돌봄 핵심 자원을 마련하여 지자체와 연계 거점을 확립한다. 가령 요보호자를 위한 돌봄 안심 주거 인프라를 확충하고, 방문 건강 및 방문 보건 의료 서비스를 지원하는 등이다. 재가 장기요양 및 돌봄 서비스를 확충하며, 민관 서비스를 연계하고 통합돌봄 확산 목적의 법률안 마련도 이에 포함된다. 지자체는

17) 대한민국 정책브리핑(<https://www.korea.kr/special/policyCurationView.do?newsId=148866645#L1>). 지역사회 통합 돌봄(커뮤니티 케어). 검색일: 2022. 10. 1.

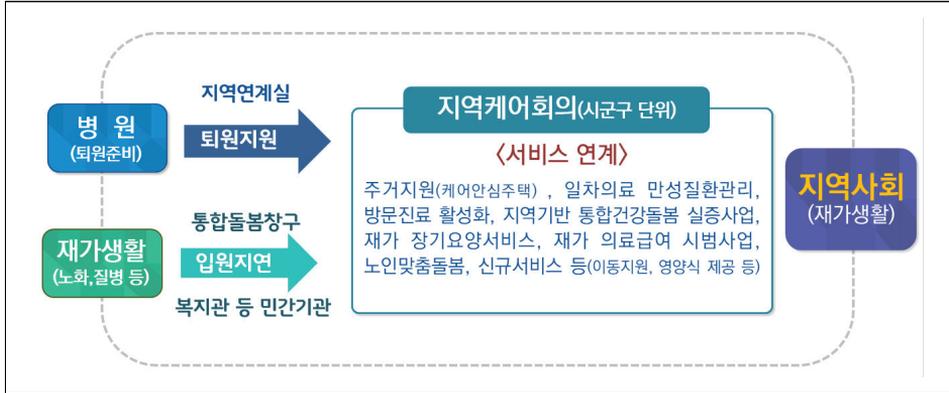
돌봄 대상자를 자체적으로 발굴하여 지자체가 통합돌봄 모형을 개발한다. 통합돌봄 모형은 통합돌봄 창구를 설립하여 대상자의 복합적 돌봄 욕구를 평가하고 서비스 모형을 개발하며, 지역 보건복지 및 의료기관과의 협력을 연계하는 것을 골자로 한다(보건복지부, 2020, p.8).

보건복지부와 지자체의 역할도 다르다. 보건복지부는 선도사업 추진과 지역 확산을 지원한다. 거시적인 사업 가이드를 마련하고 컨설팅, 교육, 복지사업 평가 및 포상 지원 등에 관여하며, 타 부처와 협의회가 필요할 경우 이를 추진한다. 지역 사회 통합돌봄법 제정과 예산확보도 보건복지부가 관여하며, 보건의료와 복지, 주거 등 다분야 연계를 위한 기반을 마련한다. 광역자치단체는 시도 단위에서 사업 정책 방향을 수립하고 중장기 추진 계획을 마련한다. 사업 목적으로 지방비를 확보하고 이를 시군구 예산에 배정하며, 광역자치단체 차원에서 보건의료 및 주거 인프라를 확보한다. 기초지자체는 사업 추진을 위해 인력조직예산을 확보하고, 지역 특성을 고려한 정책 방향 및 계획을 수립하며, 민관 연계를 위한 지역케어회의, 민간 협의회 등을 구성한다.

선도사업이 노인, 장애인, 정신질환자를 대상 집단으로 설정하므로 대상자별 통합돌봄 모형은 다소 상이하다. 대상자 집단에 관계없이 통합적으로 서비스를 제공하는 것이 원칙이며, 통합돌봄창구, 지역케어회의, 민관협의회를 중심으로 대상자별 필요서비스 인프라를 구축하여 통합돌봄 모형을 개발한다.

노인 모형은 돌봄 노인이 생활 근거지에서 건강하게 장수하는 것을 목적으로 하며, 서비스 세부 내용으로는 의료기관 퇴원지원, 주거개보수, 방문 건강관리 및 방문 보건의료, 돌봄, 재가의료급여 지원을 들 수 있다<그림 4-2>.

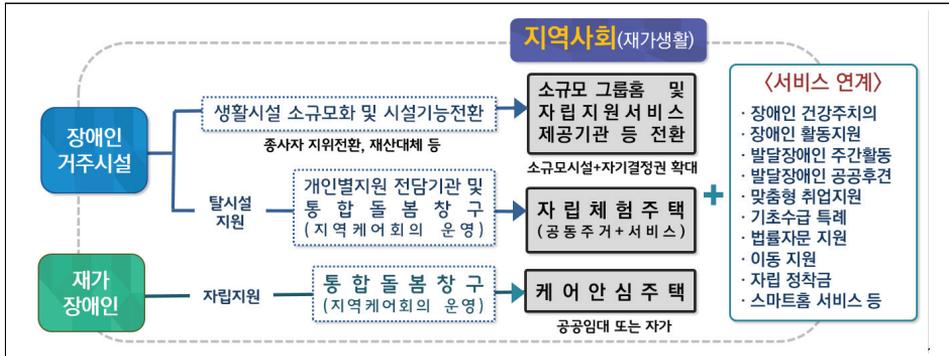
〈그림 4-2〉 지역사회 노인 통합돌봄 모형 구조



자료: 보건복지부(2020, p.11). 지역사회 통합돌봄 자체 추진 가이드북.

장애인 모형의 주목적은 통합돌봄계획에 근거하여 장애인의 탈시설 및 자립생활을 지원하는 것이고, 개별 서비스로는 개인별 통합돌봄계획, 자립정착금 지원, 장애인 건강주치의 사업과의 연계, 장애인 건강보건관리, 활동지원 등을 들 수 있다(그림 4-3).

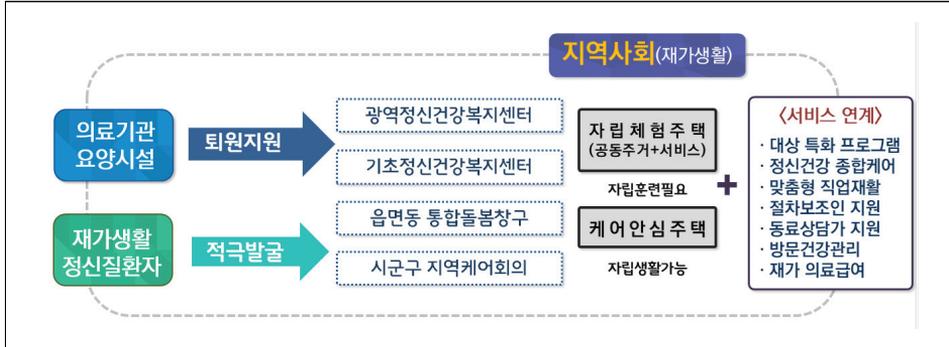
〈그림 4-3〉 지역사회 장애인 통합돌봄 모형 구조



자료: 보건복지부(2020, p.12). 지역사회 통합돌봄 자체 추진 가이드북.

정신질환자 모형의 주목적은 정신질환자의 안정적인 지역 사회복귀와 정착 지원이다. 세부적으로 자립체험주택 운영, 종합케어서비스, 방문관리 및 동료 상담가 지원 등을 들 수 있다(그림 4-4).

〈그림 4-4〉 지역사회 정신질환자 통합돌봄 모형 구조



자료: 보건복지부(2020, p.13). 지역사회 통합돌봄 자체 추진 가이드북.

2020년 시점에서 총 12,746명이 지역사회 통합돌봄 선도사업 지원 대상자로 선정되었다. 지자체별로 평균 797명 수준이다. 전체 대상자 중 노인이 11,355명, 장애인이 1,172명, 정신질환자가 219명이었다. 대상자의 대부분을 차지하는 노인을 대상 유형에 따라 세부적으로 구분하면 만 75세 도래자 및 건강 고위험군으로서 선제개입이 필요한 대상자 비율이 36%, 건강보험공단에서 대상자로 지정한 노인 비율이 22.2%다. 지자체에서 자체적으로 설정한 대상자 비율은 26.1%, 의료기관에 단기 입원 후 지역에 복귀한 대상자 비율은 11.1%에 해당한다(표 4-10).

〈표 4-10〉 선도사업 노인 대상자의 유형별 분류

단위: 명, %

유형	유형 내용	대상자 수	비율
유형 1	요양병원 장기입원 후 지역 복귀 대상자	522	4.6
유형 2	의료기관 6개월 이내 단기입원한 환자 중 지역 복귀 대상자	1,255	11.1
유형 3	만 75세 도래자 및 건강 고위험군에 대한 선제개입 필요자	4,090	36.0
유형 4	건강보험공단 자체 파악 대상자	2,525	22.2
유형 5~8	지자체 자체 발굴 대상자	2,963	26.1
합계	-	11,355	100

자료: 보건복지부(2020, p.83). 지역사회 통합돌봄 자체 추진 가이드북.

지역사회 통합돌봄 선도사업은 16개 지자체에서 총 422개 프로그램의 형태로 진행된다. 프로그램을 유형화하면 보건의료 프로그램이 171개(40.5%)로 비율

이 가장 높다. 다음으로 일상생활지원 프로그램이 94개(22.2%), 주거 60개(14.2%), 돌봄 38개(9.0%) 등의 순으로 비율이 높다<표 4-11>. 주요 프로그램의 예시로서, 보건의료의 경우 방문의료, 방문간호, 방문약료, 방문재활, 검진비 지원 등을 들 수 있다. 주거의 경우에는 집수리 사업, 케어안심주택 운영, 자립정착금 지원 등을 들 수 있다. 일상생활의 경우, 가사지원, 영양음식지원, 이동지원서비스, 스마트홈 사업, 위기가정 긴급지원 프로그램 등을 들 수 있다. 정신건강 프로그램의 사례로 정신질환자 위기대응, 집중 사례 관리, 심리검사 및 진단비 지원 등을 들 수 있으며, 돌봄 요양은 주야간 돌봄사업, 등급외자 가사지원사업, 돌봄 요양 비용지원 사업 등을 들 수 있다.

<표 4-11> 통합돌봄 프로그램 유형

단위: 개, %

계	일자리	주거	일상 생활	보건 의료	정신 건강	돌봄 요양	보호 교육	문화 여가	안전 권익
424	8 (1.9)	60 (14.2)	94 (22.2)	171 (40.5)	25 (5.9)	38 (9.0)	8 (1.9)	9 (2.1)	11 (2.6)

자료: 보건복지부(2020, p.83). 지역사회 통합돌봄 자체 추진 가이드북.

2.3. 선도사업에 포함된 방문 진료 프로그램

통합돌봄 운영의 핵심 요소 중 보건의료 서비스가 포함되어 있다. 세부적으로 방문 건강관리, 방문 의료, 방문 약료, 만성질환 관리를 내용으로 한다. 그러나 선도사업은 다양한 프로그램의 형태로 진행되기 때문에 방문 진료 프로그램이 선도사업에 명확히 규정되어 있지는 않고, 세부 프로그램에서 중앙정부 또는 지자체 보건의료 사업과 연계된 형태로 그 모습이 등장한다. 예를 들면, 2019년에 시작된 ‘일차 의료 방문 진료 수가 시범사업’이 지역사회 통합돌봄 선도사업의 보건의료 프로그램에 연계되어 있다. 2020년을 기준으로 선도사업에 포함된 방문 진료 프로그램의 사례를 제시하면 아래와 같다.

첫째, 보건복지부 연계사업인 요양병원 퇴원환자 방문 진료 사업이 있다. 2020년 전남 순천시 요양병원 6개소¹⁸⁾에서 시행되었으며, 요양병원 퇴원 이후 가정으로 복귀하는 환자¹⁹⁾가 재입원없이 의료서비스를 누릴 수 있도록 의사가 가정으로 방문하여 진료하는 것을 골자로 한다. 프로그램은 의사, 간호사, 사회복지사로 구성된 환자지원팀이 대상자에게 방문 의료를 제공하고, 읍면동 통합돌봄창구와 연계하여 의료 외적 욕구 해결을 내용으로 한다.

둘째, 경남 김해시 몇 곳의 의료기관에서 자체적으로 시행하는 방문 보건 의료 사업이 있다. 김해시 종합병원 6개소, 요양병원 2개소에서 실시하며 불필요한 의료기관 입원을 줄이고, 퇴원한 환자가 재입원하지 않도록 의료진이 방문하여 진료한다. 주로 상근의사, 간호사, 사회복지사가 팀으로 움직인다. 의사가 방문할 경우, 1회 방문에 일차 의료 방문 진료 수가를 적용하여 12만 원, 최소 1시간 이상 진료한다. 방문 의료서비스 사업이므로 간호사의 방문 간호, 물리치료사의 방문 재활도 포함된다. 다만 서비스 대상자는 65세 이상 의료기관 퇴원 환자 중 지속적인 관리가 필요한 건강위험인자를 보유한 사람을 대상이므로 일차 의료 방문 진료 수가 시범사업의 거동 불편자와는 성격이 다르다. 2020년을 기준으로 서비스 대상자는 150명이었으며, 재정 규모는 국비(50%) 및 지방비(50%)를 포함하여 총 2억 3,400만 원이었다.

셋째, 충남 천안시 의사회가 자체적으로 실시하는 방문형 보건의료 사업을 들 수 있다. 이 사업의 대상자 요건이 따로 특정되어 있지는 않다. 천안시 지역케어회의 의료분과를 통해 대상자와 의료기관을 매칭한 후, 천안시 의사회가 방문 진료 사전평가지수를 근거로 대상자를 1회 내원 진료한다. 초진 내원진료시 발생하는 본인부담금은 지자체가 부담하며, 2020년 기준으로 국비(50%)와 지방비(50%) 포함, 총 1억 6백만 원의 예산이 사용되었다.

넷째, 광주 서구 한의사회가 자체적으로 실시하는 방문 보건의료 사업이 있다.

18) 순천 메디팜요양병원, 정원요양병원, 선암요양병원, 예선요양병원 등.

19) 거동 불편 등의 이유로 내원이 어려운 환자를 대상으로 한다.

통합돌봄 대상자 중 근골격계 및 만성질환 등 거동 불편자 중 한의과 진료가 필요한 사람이 대상이다. 광주 서구 한의사회와 구청 통합돌봄과가 사업 대상과 지원 내용을 협의한 후, 서구 18개 동 주민센터에서 대상자를 발굴하고 접수한다. 이후 통합돌봄과에서 건강사정 및 대상자 욕구를 조사하고 적격자에게 한의원을 연계하여 한의사가 총 12회 방문하여 진료한다. 2020년 시점에서 서비스 대상자가 70명이었으며, 국비(50%) 및 지방비(50%)를 합해 9천만 원의 예산이 사용되었다.

선도사업에서 의사의 방문 진료 서비스는 프로그램 및 수혜자 수뿐만 아니라 소요 예산도 작다. 광주 서구의 방문 보건의료 사례는 도시지역을 대상으로 하므로 결국 농촌 주민이 주요 대상자인 선도사업 기반 방문 진료 사례는 단 세 곳에 불과하다.

방문 의료서비스 공급 확대를 목적으로 2021년 보건복지부는 3개 지자체에서 3가지의 보건의료 특화 프로그램을 시행하였다. 2022년에는 5개 지자체, 6개 프로그램으로 확대되었다(표 4-12). 이 중 충남 청양과 충북 진천의 보건의료 특화 프로그램은 전적으로 농촌지역을 대상으로 하므로 방문 진료 사례 연구 대상으로서 적합하다.

〈표 4-12〉 지역사회 통합돌봄 선도사업 보건 의료 특화 프로그램

연도 및 구분	지역	사업명	대상자	내용	협력기관	
2021년	경기 안산	거점형 케어 안심주택 통합돌봄 협력모델	관내 거주 무주택세대, 병원 장단기 입원 후 지역 복귀자 등	케어안심주택에서 보건 의료 서비스 제공	안산 의료복지 사회적 협동조합	
	충남 청양	찾아가는 의료원	통합돌봄 대상자 중 방문 진료 필요자	찾아가는 진료버스	보건 의료원	
	경기 부천	방문간호센터	거동 불편 통합돌봄 대상자	통합방문간호	보건소	
2022년	방문 의료	광주 서구	재택 의료센터	재택 의료 필요 대상자	다학제 팀을 통한 의료요양돌봄 통합 사례관리	지역 의원
		경기 안산	집으로 온 주치의			안산 의료복지 사회적 협동조합
	경기 부천	재택 의료센터	장기요양대상자, 퇴원환자 등	통합방문간호	부천 의료복지 사회적 협동조합	
	통합 간호	충북 진천 생거진천 재택 의료센터			지역 의원	
	방문 진료	충북 진천	우리동네 돌봄 스테이션	의료버스 이용자	의료버스 이용 및 통합안내 창구 전담요원 연계	지역 종합병원
		부산 북구	찾아가는 통합안내 창구			부산시

자료: 의학신문(2022. 8. 18.). “통합돌봄 선도사업, 방문의료 등 특화프로그램 확대.”를 저자 재구성.

2.4. 선도사업 방문 진료 특화 프로그램 사례(1): 충북 진천

2.4.1. 배경

충북 진천은 2개의 읍, 5개의 면, 총 304개 행정리로 구성된 농촌지역이다. 2022년 7월 기준으로 진천군의 인구는 총 85,817명이었다. 이 중 65세 이상 노인 인구가 17.2%로 고령화율이 높다(행정안전부, 2022, 주민등록인구현황). 진천군 행정구역 중 초평면, 문백면, 백곡면, 이월면은 65세 이상 노인인구의 비율이 27~40%로 고령화율이 매우 높다(김남훈 외, 2020, p.79).

노인인구의 비율이 높고, 농촌 특성상 대중교통 이용이 제한적이므로 진천군에 거주하는 노인들이 겪는 보건, 의료, 복지 서비스 미충족율이 높을 수 있다. 이에 대응할 목적으로 진천군은 2019년 7월부터 지역사회 통합돌봄 선도사업 지자체로 선정되어 노인들에게 통합돌봄 서비스를 제공하고 있다. 진천군의 선도사업 참여의 주목적은 ‘살던 곳에서 건강한 노후를 보낼 수 있는 생거진천’ 구현으로, Aging-in-Place(AIP)를 추구한다. 세부적으로, 통합돌봄 선도사업 전담팀을 구성하고, 7개 읍면에 통합돌봄 안내 창구를 설치하여 진천군 노인의 개인 욕구에 부합하는 주거, 보건, 의료, 영양지원 서비스를 통합적으로 제공한다.

진천군은 농촌 마을 경로당을 거점 경로당으로 지정하여 ‘우리 동네 거점 돌봄센터’를 설립하여 운영하고 있다. 2022년 8월 시점에서 총 28개소가 설치되어 있다. ‘우리 동네 거점 돌봄센터’는 군 중심지에 주로 위치한 노인 복지관의 위치적 한계를 극복할 목적으로 노인 복지관에서 제공하는 돌봄 프로그램을 ‘우리 동네 거점 돌봄센터’에서 운영하는 것이다. 진천군에서 돌봄센터가 28개소 분산적으로 위치해 있으므로 서비스 접근성이 높다. 특히, ‘거점 돌봄센터’는 우리 동네 주치의로 선정된 4개 의원과 7개 한의원이 센터를 방문하여 다수의 진천군 노인들에게 왕진 성격의 보건의료 서비스를 제공하는 ‘찾아가는 방문형 보건의료 사업’을 지원한 바 있다(김남훈 외 2020, p.89).

그러나 거점 돌봄센터를 기반으로 한 방문 보건의료 서비스는 환자의 가정이 아닌, 돌봄센터에 모인 노인들이 대상이므로 서비스 제공 대상 그룹이 한정적이다. 거동 불편 노인들은 센터에 쉽게 모이기 어렵고, 칩거 중일 수도 있다. 더욱이, 왕진 성격의 방문 보건·의료 사업상 노인들을 위한 장기적·체계적 질병 및 건강관리에도 한계가 있을 수 있다.

지역사회에서 지속적으로 증가하는 보건·의료 서비스 수요에 대응하고자 진천군은 2022년 4월부터 ‘보건의료 특화사업’을 통합돌봄 사업에 포함하여 시행하고 있다. ‘보건의료 특화사업’은 ‘우리동네 돌봄스테이션(2022년 4월 실시)’과 ‘생거진천 재택 의료센터(2022년 7월 실시)’로 구체화되며, 근본적으로 왕진이

라기 보다는, 지역 의료인력이 주기적, 계획적으로 환자의 가정에 방문하여 진료 및 치료 서비스를 제공하는 방문 진료의 특성을 지닌다. 따라서 농촌지역 방문 진료 사례 연구로서 적합하다.

2.4.2. 주요 특징: 우리동네 돌봄스테이션

일반적으로 환자가 퇴원 후 돌봄 서비스를 받기까지 신청 절차가 복잡하고 소요 기간도 길다. 거동이 불편하거나 서비스 신청 방법에 익숙하지 않은 노인들의 경우 돌봄 서비스에서 배제될 수 있으므로 이들을 위한 돌봄 및 보건 의료 사각지대 감소에 대한 문제가 연일 제기되었다. 그러나 현재 진천군에서 방문 의료를 제공하는 기관은 단 3곳에 불과하며, 심지어 초평면과 백곡면과 같이 심지어 병·의원 위치하지 않는 곳도 있다.

우리동네 돌봄스테이션은 진천군이 지역 병원과 협력하여 퇴원환자를 발굴하고, 이들에게 방문 진료를 포함한 통합간호서비스를 제공할 목적으로 시작되었다. 궁극적으로 퇴원환자의 회복 기간을 줄이고, 재입원을 방지하며, 거동 불편 노인의 미충족 의료 욕구 감소를 목적으로 한다. 구체적으로, 지역 노인 중(65세 이상 병원 퇴원자, 장기요양 등급 내외자 등)에게 담당 간호사가 매칭되어 이들에게 필요한 진료, 재활, 영양 관리 등 여러 가지 돌봄 욕구를 충족을 위한 서비스를 연계하고 조정하는 방식이다.

진천군은 2020년 2월 보건복지부에 보건의료 특화 프로그램 참여 신청 및 선정을 계기로, 4월 진천중앙제일병원이 돌봄스테이션 거점병원으로 지정되었고, 전담인력 3명이 배정되어 진천군 퇴원환자 발굴과 이들을 위한 간호서비스 연계 프로그램을 추진하였다. 초기에는 간호서비스 중심으로 시작되었으나 2022년 1월에는 간호사, 영양사, 물리치료사, 사회복지사 등 담당 인력이 총 10명으로 증가하여 보건의료 중심의 통합 돌봄의 성격으로 변모하였고, 5월부터 건강관리 기본패키지의 제공의 일환으로 가정의학과 전문의가 방문 진료 서비스까지 제공하

고 있다. 방문 진료 의사는 1명으로 비상근직이며, 필요에 따라 주 2회, 대상별 연 12회 이내로 환자 가정에 방문하여 진료한다<그림 4-5>.

<그림 4-5> 우리동네 돌봄스테이션 방문 진료 사례



자료: 진천군(2022, p.17). 진천군 보건의료 특화사업 추진 자료집.

2022년 상반기를 기준으로 방문 간호, 방문 진료, 방문 재활, 방문 영양 프로그램이 운용 중이며, 방문 간호 서비스 대상자와 건수가 가장 많지만, 방문 진료 대상자도 38명에 이른다<표 4-13>.

<표 4-13> 우리동네 돌봄스테이션 사업 실태

구분	방문간호	방문 진료	방문재활	방문영양
대상자	210명	38명	21명 (일반관리군 8명, 심화관리군 13명)	159명 (일반관리군 114명, 심화관리군 45명)
서비스 횟수	1,765건 (직접방문 650건, 전화상담 1,115건)	49건	51건	377건
내용	위생관리, 만성질환관리교육, 낙상예방운동교육, 욕창예방교육, 인슐린투여교육, 의치세정제 교육 등	가정의학과 전문의 2명이 주 2회 3시간: 진료 및 투약 처방, 침습 및 비침습적 처치 제공	일반관리군: 재활운동교육, 심화관리군: 재활치료+운동교육	일반관리군은 1~2회 영양상담 및 교육, 심화관리군은 4회 영양판정 및 관리

자료: 진천군(2022, p.16). 보건의료 특화사업 추진 자료집.

결과적으로 진천군 병원 퇴원환자가 즉각적(one-stop)으로 통합돌봄 서비스 수혜자로 등록되는 연계 실적이 현저히 증가하였다. 돌봄스테이션 시행 전(2019년)에는 연계 퇴원환자 수가 14명에 불과하였으나, 2020년에는 188명, 2021년에는 209명, 2022년 상반기에는 93명으로 시행 전과 비교했을 때, 실적이 급증하였다. 또한 서비스 제공까지 소요시간도 단축되어 이전에 비해 약 11일이 감소하였다.

2.4.3. 주요 특징: 생겨진천 재택 의료센터

퇴원환자를 위한 즉각적 통합 돌봄·의료 서비스 제공이 주 목적인 우리동네 돌봄스테이션과 비교했을 때, 생겨진천 재택 의료센터는 방문 진료 본연의 목적에 부합하는 프로그램이다. 즉 방문 간호 서비스에 방문 진료가 자리잡은 형태가 아니라, 진천군 의원이 방문 진료 서비스를 제공하고 재택 의료 사령탑으로 역할할 목적으로 시작되었다.

진천군 내에서 거동 불편과 의료기관 접근성의 이유로 적시에 적절한 의료서비스를 받지 못하는 노인들이 증가하고, 장기요양 등급자와 병원 퇴원자들을 위한 체계적인 방문 진료의 필요성이 제기되었다. 진천군은 2022년 4월 보건복지부에 보건의료 특화 프로그램-재택 의료센터 공모를 신청하였고, 5월 파주 연세송내과 재택 의료센터를 벤치마킹하여 7월 생겨진천 재택 의료센터 수행기관으로 선정되어 지금에 이르고 있다. 사업기간은 2022년 7월부터 2023년 11월까지로, 1~4 등급 장기요양대상자와 병원퇴원자 등을 대상으로 하지만, 방문 진료 의사의 의학적 판단과 재량에 따라 대상자가 확대될 수도 있다.

방문 진료 대상자들을 건강보험공단, 각 읍면 보건소, 지역 의료기관과 연계하여 발굴한다. 이들의 질병력, 건강 및 거동 상태 등을 파악하여 최종 대상자를 선정 후, 재택 의료팀(의사, 간호사, 사회복지사)이 방문하여 케어회의 후 장기적인 방문 진료 계획을 수립한다. 이후 의사는 월 1회 이상, 간호사는 월 2회 이상 방문하여 진료 및 간호하고, 사회복지사는 지역복지관 등 지역 자원 연계 및 관리

를 담당하는 방식으로 운영된다.

거점 의원은 1986년에 개원한 진천의원이다. 진료과목은 일반내과, 소아과, 일반외과로서, 의사 1명, 사무장 1명, 간호조무사 2명이 상근한다. 재택 의료센터 운영을 목적으로 간호사 1명과 사회복지사 1명이 신규채용되었다. 진천의원은 재택 의료센터 이전에 이미 ‘일차 의료 방문 진료 수가 시범사업’에 참여하였으며, 현재도 시범사업에 참여 중이다. 진천의원은 외래 진료도 제공한다.

<그림 4-6> 생거진천 재택 의료센터



자료: 진천뉴스(2022. 7. 31.). “생거진천재택의료센터 개소식 성료, 진천의원 박재영 센터장 취임.”

생거진천 재택 의료센터는 ‘일차 의료 방문 진료 수가 시범사업’과 비교했을 때, 목적과 내용, 수가 체계 등 전반적인 운영 방식에서 차이가 있다<표 4-14>.

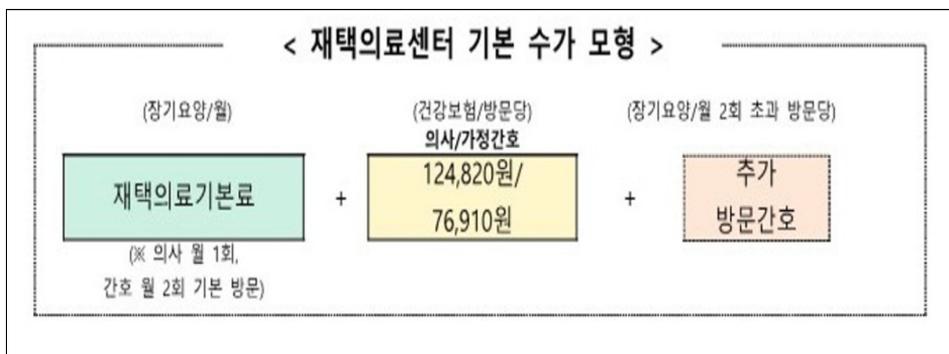
<표 4-14> 생거진천 재택 의료센터 방문 진료 서비스 특징

구분	일차 의료 방문 진료 수가 시범사업	생거진천 재택 의료센터 방문 진료
목적	거동 불편자의 의료 접근성 향상	재택 의료 전담 의원을 지정하여 의료-요양 연계체계를 확립하고 AIP 실현
참여의원	방문 진료 가능 의사 1인 이상의 의원	진천의원
주요 대상자	거동 불편 환자	의료적 욕구가 있으나, 거동이 불편한 노인(장기요양 1~4 등급, 병원퇴원자 등)
서비스	환자 및 보호자 요청에 따른 일회성 방문 진료	월 2회 이상 대상자를 정기적으로 방문하여 포괄적 의료서비스 제공(팀기반)
수가체계	시범사업 방문 진료 수가 적용	시범사업 수가와 별도로 인건비, 운영비 등을 지원하고 견보 왕진료, 재택 의료 기본료, 방문 간호료까지 수가 지원 가능
본인 부담금	시범사업 수가의 30% 적용 (의료급여 1, 2종은 경감)	군비 예산으로 본인부담금을 10%로 하향

자료: 진천군(2022, p.27). 진천군 보건의료 특화사업 추진 자료집.

우선적으로, 의료와 영양 연계체계를 확립하여 지속적, 포괄적 방문 진료 서비스를 제공하며, 이미 방문 진료 참여 경험이 있는 의원을 선정한다(진천의원). 시범사업의 경우 장기요양제도와 별도의 연계 장치는 없으나, 재택 의료센터는 장기요양등급자가 중심 대상이므로 환자의 정보가 체계화, 객관화 되어있다는 장점이 있다. 또한 진천군이 재택 의료센터를 지정한 후 운영비 등을 일부 지원한다. 사회복지사는 초기상담 시 복지욕구 사정 후 지역복지자원 연계, 재택 의료센터 행정업무를 전담하여 센터의 원활운동을 지원한다. 센터가 안정적으로 운영될 수 있도록 방문 진료와 재택 의료 기본료 수가체계를 적용하여 운영되어 사업의 지속가능성을 확보하고 있으며, 지자체에서는 방문 진료 본인부담금 일부 보조하여 대상자의 부담을 낮췄다(표 4-14). 재택 의료센터 기본 방문 진료 수가는 ‘일차 의료 방문 진료 시범사업’ 수가 체계를 기본으로 하지만, 간호 지시서 발급에 따른 가정간호 수가도 적용 받는다. 즉, 방문 진료 의사와 간호사가 함께 진료할 경우 각각 개별 수가를 건보공단에 청구할 수 있다. 또한 2022년 12월부터 장기요양 재택 의료 기본 수가를 대상자별로 월 11만~12만 원 적용할 계획이며, 월 2회를 초과하는 방문간호 제공 시 건당 4만 원(본인부담금 15%)의 방문 간호를 지자체 예산으로 추가 지급하려 계획 중이다(그림 4-7).

<그림 4-7> 생거진천 재택 의료센터 기본 수가 모형



자료: 진천군(2022, p.31). 진천군 보건의료 특화사업 추진 자료집.

요약하면, 생거진천 재택 의료센터는 수가 체계 측면에서 방문 진료 의원의 참

여 지속성이 높고, 진천의원이 방문 진료 컨트롤 타워로서 간호사와 사회복지사 까지 가용 가능한 팀체제로 운영된다. 대상자 발굴도 장기요양 등급자가 중심이므로 가장 방문 진료 욕구가 높은 집단을 대상으로 한다고 볼 수 있다.

현재 시행 중인 ‘일차 의료 방문 진료 시범사업’이 의사 1인 이상인 의원을 대상으로 하지만, 실질적으로 의사가 1인일 경우 의원을 비우고 방문 진료 가정으로 이동하기 어렵고, 이를 보상할 경제적 유인도 적다. 더욱이 간호사의 방문을 보살 할 별도 수가 체계가 미비한 상태이다. 이러한 상황에서 진천군의 생거진천 재택 의료센터는 농촌지역에서 방문 진료 시스템이 구체적으로 자리할 하나의 모형으로 평가받을만하다.

2.5. 선도사업 방문 진료 특화 프로그램 사례(2): 충남 청양

2.5.1. 배경

충남 청양군은 1읍·9면으로 구성되어 행정 구역상 농촌지역으로 분류된다. 2022년 10월 시점에서 청양군의 인구수는 30,278명이었으며, 65세 이상 노인 인구의 비율이 37.9%에 이를 정도로 초고령화된 지역이다(행정안전부, 2022, 주민등록인구현황). 특히 2000년부터 인구수가 연평균 1.4% 감소하여 지금은 소멸위험지역으로 분류되기도 한다.

청양군 노인들의 지속적, 통합적 돌봄 욕구에 대응할 목적으로 2019년 ‘지역이 함께 꿈꾸는 품위 있는 노년’을 슬로건으로 노인 대상 지역사회 통합돌봄 선도사업이 시작되었다. 고령자 복지주택 사업,²¹⁾ 융복합 먹거리 종합계획 사업, 주

21) ‘고령자 복지주택 사업’은 청양군 저소득 고령자들이 입주 단지 내에서 통합돌봄 서비스를 누릴 수 있는 주거시설 사업이다. 시설에는 1, 2층에 행정기관, 사회복지관, 재택 의료센터, 통합재가센터 등이 위치하고, 3층에 127세대 규모의 주거시설이 위치한다. 이를 통해 노인들의 건강관리, 생활 지원, 문화 및 자립 활동 등 통합적인 돌봄 서비스를 지원한다.

민자치 프로그램 등이 잘 알려진 선도사업 프로그램이다.

특히 소멸위험 농촌지역의 특성상 청양군의 보건의료자원 공급량이 매우 부족하다. 2020년 시점에서 청양군의 병원 수는 25개소, 병상 수는 207개에 불과하였다. 종합병원은 없었으며, 요양병원은 2개소에 불과하였다. 공공보건의료기관인 보건소는 청양 보건의료원 1곳이며, 보건지소는 9개소에, 보건진료소는 13개소 정도였다. 의료인력도 매우 적어, 청양군 의료기관 중 상근 의사가 14명, 치과 의사는 6명에 불과하였다(충청남도기본통계 2020).²²⁾

2.5.2. 찾아가는 의료원의 방문 진료

노인들의 높은 보건의료 서비스 수요에 대응할 목적으로 청양군은 2021년 1월에 통합돌봄 선도사업에 보건의료 특화프로그램을 추가하였다. 프로그램의 중심은 2021년 6월 17일부터 시작된 ‘찾아가는 의료원’이다 ‘찾아가는 의료원’사업은 25인승 소형 진료버스(그림 4-8)를 이용하여 청양군의 의료취약지역 노인들에게 의사 및 의료인력이 방문 진료 서비스를 제공하는 사업이다.

청양군 방문 진료 사업은 청양군 보건의료원이 사업을 주도한다. 청양 보건의료원은 보건소의 규모와 기능이 확대된 기관으로, 정형외과, 산부인과, 정신건강의학과 등 12개 진료과목이 개설되어 있고, 연중무휴 응급실도 운영하고 있다. 또한 군내 9개의 보건지소와 13개 보건진료소를 관할하고 있다. 따라서 지역사회 내에서 방문 진료가 필요한 환자 발굴은 읍면 단위의 보건지소, 때로는 보건진료소 간호사가 일차적으로 담당한다.

22) 통계청 통계설명자료(<https://www.narastat.kr/metasvc/index.do?orgId=213&confmNo=213003&kosisYn=Y>). 충청남도 기본통계 2020년. 검색일: 2022. 11. 15.

<그림 4-8> 찾아가는 의료원 버스



자료: 충청연합방송(2022. 7. 28.). “청양군, ‘찾아가는 의료원’ 무료 영양제주사 문제없나?”

‘찾아가는 의료원’은 청양군 보건의료원 원장의 자발적 참여로 시작되었다. 한독지가의 소형버스 기증이 참여에 도움이 되었다. 농촌지역에는 주로 오전에 외래 환자가 몰리기 때문에 주 2회, 오후에 진료버스를 이용하여 방문 진료하며, 환자 1명당 1시간 정도, 하루에 총 4~5명 정도 진료한다. 월 단위로 계산하면 1개월에 32~40명 정도 진료하는 셈이다. 의료인력은 보건의료원 소속 전문의 1명(때로는 공보의)과 간호사가 팀으로 움직이며, 필요에 따라 물리치료사가 동행하기도 한다.

‘찾아가는 의료원’ 진료버스는 주로 리 단위 마을회관을 방문한다. 마을회관에 방문 일시와 시간을 고지하고, 거주지에서 회관까지 이동할 수 있는 다수의 환자를 버스에서 진료한다. 필요에 따라 회관 내에서 진료하기도 한다. 거동 불편 환자 또는 외상환자들은 직접 주말에 직접 거주지에 방문하여 진료하기도 하지만, 기본적인 방문 진료 대상 장소는 마을회관이다.

청양군 보건의료원의 ‘찾아가는 의료원’ 방문 진료가 다른 유형의 방문 진료 프

로그래들과는 성격이 다소 다르다. 첫째, 공공보건의료기관인 보건의료원에서 주도하는 사업이므로, ‘일차 의료 방문 진료 수가 시범사업’ 수가 적용을 받지 못한다. 따라서 방문 진료를 제공하여 발생하는 외래 환자 손실과 부수 비용은 통합 돌봄 선도사업비와 보건의료원 자체비로 조달한다. 둘째, 방문 진료 환자에게 본인부담금을 받지 않는다.²³⁾ 셋째, 거동 불편 환자만을 대상으로 하지는 않고, 방문 진료가 필요한 청양군민은 누구나 진료받을 수 있다. 즉 시범사업 수가의 적용을 받지 않으므로 방문 진료 환자 선정에 큰 제한은 없다.

〈그림 4-9〉 찾아가는 의료원 방문 진료 모습



자료: e-청양신문(2022. 12. 1.). “찾아가는 의료원, 대치면 첫 진료 시작.”

²³⁾ 공공보건의료기관이 방문 진료를 제공할 경우 환자의 본인부담금 납부 여부, 본인부담금액 등에 대한 규정이 마련되어 있지는 않다.

3. 지역사회 자생·자발적 방문 진료 의원

이 절에서는 도시 및 농촌지역사회에서 자생적으로 방문 진료를 제공하는 의원급 의료기관에 대한 사례를 제시한다. 방문 진료 의료기관은 크게 두 가지로 분류된다. 먼저, 매우 드물긴 하지만 외래 진료 없이 방문 진료만 특화하여 환자를 찾아가는 도시지역의 의원 1곳과 장기요양 재가서비스 센터를 병설하여 방문 진료를 제공하는 의원 1곳을 소개한다. 다음으로 농촌지역에서 지역주민의 출자금을 기반으로 설립된 의료복지사회적협동조합(이하 ‘의료사협’) 또는 의료생활협동조합(이하 ‘의료생협’)에 소속된 방문 진료 의료기관의 사례를 제시한다.

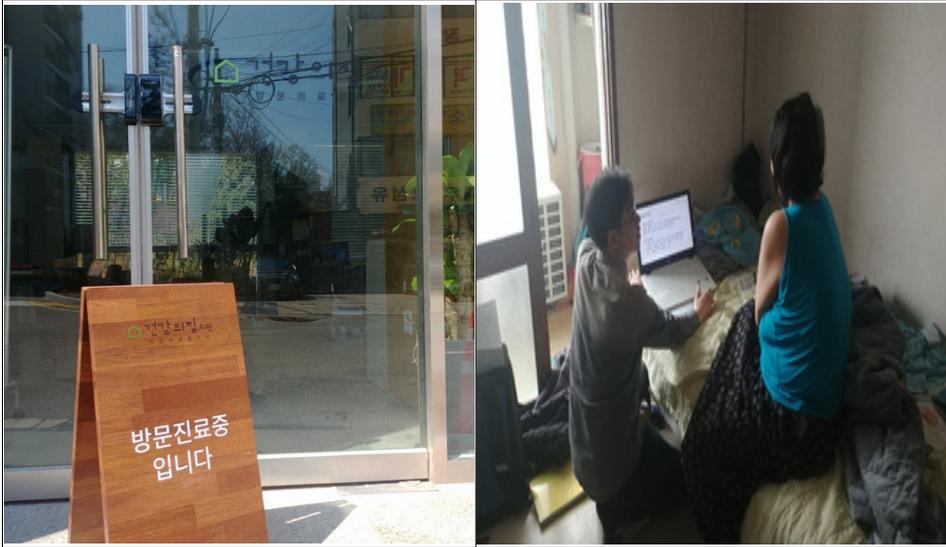
3.1. 방문 진료 특화형-도시: 서울 강북구 번동 ‘건강의집’ 의원²⁴⁾

3.1.1. 배경

‘건강의집’ 의원은 2019년 3월 서울 강북구 번동의 아파트 밀집지역에서 개원하였다. 개원 당시 의료인력은 가정의학과 전문의 1명과 예방의학강사 자격 의사 1명, 간호사 1명이었으나, 간호사 2명과 케어매니저 1명이 추가로 고용되었다. 개원 초기부터 지금까지 외래 진료 없이 방문 진료만 제공하고 있으며, 국민건강보험 요양급여 수가에 근거하여 진료하고, 환자에게 교통비와 같은 비급여 진찰료를 받지 않고 있다. 보통 방문 진료는 1회에 30분 이상, 의사 2명이 개별적으로 1회에 3~4일 정도 제공하고 있다<그림 4-10>.

²⁴⁾ 본 절의 내용은 김창오 외(2020) 및 ‘건강의집’ 원장과의 연구 자문회의 내용의 일부를 토대로 작성되었다.

〈그림 4-10〉 건강의집 의원의 방문 진료 제공 사례



자료: 건강의집의원 방문의료클리닉(<http://www.maeulclinic.com/475ad3a1dad24f5197907b85d19b8749#>). 검색일: 2022. 12. 30.

개원 시점에는 ‘일차 의료 방문 진료 수가 시범사업’ 시행 전이었으므로 2018년 3월에 시행된 ‘장애인 건강주치의 시범사업’ 수가를 기반으로 운영되었다. 개원 후 3개월까지 지역 사회복지관, 장애인 종합복지관, 장애인자립생활지원센터 등과 연계하여 중증장애인 환자를 발굴하였으며, 방문 진료 누적 환자는 50명 미만이었다. 그러나 개원 후 3개월부터 9개월까지 방문 진료 환자가 약 170명으로 증가하였다. 특히 지역사회 장기요양 재가서비스 기관으로부터 다수의 환자가 의뢰되었으며, 이들과의 협력관계가 마련되었다. 이후 ‘일차 의료 방문 진료 수가 시범사업’ 시행에 힘입어 방문 진료 환자 수가 약 290명으로 증가하였다. 추가적으로 2020년 3월 가정간호관리료가 인상(47,000원에서 71,000원)인상되어 가정간호서비스도 제공하고 있다. 2020년 3월부터 6월까지 1달 평균 약 80건의 가정간호서비스가 제공되었다. 이처럼 ‘건강의집’은 ① 장애인 건강주치의 시범사업, ② 일차 의료 방문 진료 수가 시범사업, ③ 장기요양 방문간호, ④ 의료기관 가정간호사업에 기초하여 운영되고 있다.

3.1.2. 주요 특징

‘건강의집’이 제공하는 방문 진료 서비스의 내용과 목적을 몇 가지 유형으로 구분할 수 있다. 특히 방문 진료 경험이 증가함에 따라 다양한 환자들을 접하게 되어 제공 서비스 유형이 다양화되었다(learning by doing). 첫째, 가정방문 일차 의료(home-based primary care)서비스 제공이다. 이는 방문 진료의 기본 원칙으로 의사가 환자의 가정에 방문하여 계획적, 연속적, 포괄적 진료를 제공함을 의미하며, 기본적으로 환자에게 주치의 역할을 제공함을 의미한다. 따라서 일시적인 왕진보다는 방문 진료 본연의 목적에 부합한다고 볼 수 있으며, ‘건강의집’ 방문 진료가 주치의 역할과 비슷하게 사전 계획적이라는 것을 의미한다. 둘째, 전환기 의료(transitional care)서비스의 제공이다. 이는 퇴원 환자의 의료기관 재입원을 방지하고, 요양시설에서 퇴원 촉진을 목적으로 한다. 셋째, 입원 대체 재택 의료로서 거동 불편환자의 병원 이송 및 후송의 어려움에 대응하여 가정에서 대체적으로 제공하는 집중 치료 제공이 목적이다. 넷째, 거동이 불편한 허약 노인의 일상생활에서 예상되는 기능저하를 예방할 목적의 사전적 재활(proactive rehabilitation)을 들 수 있다. 다섯째, 가정 내 임종지원으로 임종 임박 환자를 의료기관으로 전원하지 않고, 가정 내에서 임종과 관련 행정 처리를 지원하는 것이다.

‘건강의집’의원이 방문 진료만 제공하므로 의원 운영 실적 및 경제성 달성 여부가 중요하다. 2020년 6월 기준으로 총 196건의 방문 진료 및 가정간호가 제공되었다. 이 중 의사의 방문 진료는 142건으로 전체 진료 중 72.4%에 해당하고 나머지 진료(27.6%)는 가정간호서비스였다. 수가 보상 체계는 54.9%가 장애인 건강주치의, 21.1%가 방문 진료 수가 시범사업, 14.3%가 방문간호지시서, 9.8%가 기타 유형에 해당하였다. 즉, 전체 방문 진료 및 가정간호 중 75% 이상이 장애인 건강주치의와 일차 의료 방문 진료 수가 시범사업에 근거를 두었다. 2020년 6월을 기준으로 월평균 4,300만 원의 수입이 발생하였으며, 수입 대부분은 건보공단 요양급여 청구액에서 비롯되었다<표 4-15>.

〈표 4-15〉 건강의집 수익 상태(2020년 6월)

단위: 천 원, %

계정	내용		금액	비율
비용	인건비	급여 총액 (의사 1인, 간호사 3인, 케어매니저 1인)	22,000	61.0
		기타 인건비	2,000	5.6
	운영비	약품 및 재료비, 혈액검사비	8,000	22.3
		임대료 및 기타	4,000	11.1
	총지출		36,000	100
수입	건강보험공단 청구액(방문 진료료, 가정간호기본료 등)		36,000	83.7
	법정 본인부담금		4,000	9.3
	기타 수입(방문간호지시서, 촉탁의)		3,000	7.0
	총수입		43,000	100
마진	총수입-총지출		7,000	-

자료: 김창오 외(2020, p.1413)를 저자 재구성.

전체 수입 중 본인부담금 수입은 10% 미만에 불과하다. 비용 대부분은 인건비로, 전체 비용 중 약 67%에 해당하며, 운영비 지출이 전체 비용 중 약 33% 정도를 차지한다. 결과적으로, 2020년 6월 기준으로 약 700만 원의 마진(순수익)이 발생하였다. ‘건강의집’이 정부 지원 또는 후원금 없이도 영리를 달성하였다는 점에서 방문 진료 특화 의원 운영이 시장성이 낮다는 일각의 주장과는 궤를 달리하는 결과라고 볼 수 있다. 지역사회에서 방문 진료 수요가 충분하다는 전제 하에 방문 진료 의원의 운영 방식에 따라 어느 정도의 영리를 달성할 수 있다는 점에서 고무적이다. 특히 적시에 시행된 ‘일차 의료 방문 진료 수가 시범사업’이 지역 사회 자생적 방문 진료 기관의 운영 지속가능성 유지에 어느 정도 도움이 되었다.

3.2. 장기요양 재가서비스 기관 결합형-도시: 서울 노원구 파티마의원²⁵⁾

3.2.1. 배경

파티마 의원은 서울 노원구 중계동에 위치한다. 1997년 개원하였으며, 진료과목은 내과, 정형외과, 소아과, 이비인후과, 가정의학과 등으로 의사(원장) 1명, 봉직 의사(부원장) 1명, 간호사 3명이 상근하고 있다. 개원초기(IMF 시기)에 노원구 쪽방촌 환자들이 직면하는 의료 사각지대 감소를 목적으로 원장의 자발적, 개인적 신념에 의해 방문 진료가 시작되었다. 현재 노원구, 도봉구 일대의 거동 불편 노인 또는 외상 환자들을 중심 대상으로 방문 진료를 제공하고 있다. 장기요양 제도와 ‘일차 의료 방문 진료 수가 시범사업’ 이전에 시작되었으므로, 지역사회에 자생한 자발적 방문 진료 의원으로 분류할 수 있다.

파티마 의원은 외래 진료와 방문 진료를 병행하며, 방문 진료는 주로 평일 오후 12~2시 또는 외래 진료가 뜬 오후 3~4시에 이루어진다. 부원장 1명이 상근하므로, 방문 진료 시간 동안 병원이 비어 진료 공백 상태가 발생하는 경우는 거의 없다. 방문 진료는 대개 간호사, 사회복지사와 팀 기반으로 제공된다<그림 4-11>.

<그림 4-11> 파티마 의원 방문 진료 모습



자료: 국민일보(2018. 12. 11.). “1인 개원 의사가 왕진 나가는 건 어려운 게 현실.”

25) 본 절의 내용은 파티마 의원 원장과의 연구 자문회의 내용의 일부를 토대로 작성되었다.

3.2.2. 주요 특징

파티마 의원이 제공하는 방문 진료의 가장 큰 특징은 장기요양 재가서비스 기관과의 직접적인 연계이다. 원장은 2008년 7월 장기요양 재가서비스 센터를 설립하여 현재까지 운영하고 있다. 재가서비스 센터는 파티마 의원과 같은 건물, 같은 층에 위치하며, 장기요양 등급자에게 방문요양, 방문목욕, 방문간호 서비스를 제공한다(그림 4-12). 장기요양 서비스 인력 총원이 약 147명에 이를 정도로 규모화되었으며, 관리직원(시설장)은 파티마 의원 원장이다(표 4-16). 또한 전문적 요양보호사 양성을 지원할 목적으로 서울 노원구에 요양보호사 교육원도 설립하여 운영하고 있다.

〈그림 4-12〉 파티마 의원과 파티마 재가복지센터



자료: 저자 촬영(2022. 10. 18.).

파티마 의원의 장기요양 재가서비스 센터를 함께 운영하므로 방문 진료 환자 식별 및 발굴에 유리하며, 효율적, 체계적인 운영이 가능하다는 장점이 있다. 장기요양 사회복지사와 요양보호사가 평소에 환자를 면밀히 관찰하여 의료적 처치

가 필요할 경우, 원장이 방문 진료를 제공한다. 현재 파티마 의원은 현재 ‘일차 의료 방문 진료 수가 기본사업’ 수가를 적용받아 방문 진료를 제공한다.

〈표 4-16〉 파티마 재가복지센터 서비스 유형 및 인력

구분	요양보호사	간호(조무)사	사회복지사	관리직원(시설장)
방문요양	119명	-	6명	1명
방문목욕	17명	-	-	
방문간호	-	간호사 2명 간호조무사 2명	-	

주: 2022년 11월 20일 기준 현황임. 시설장은 파티마 의원 원장을 의미함.

자료: 전국 요양기관 찾기(<https://www.silvercarekorea.com/silver/index.php?>). 검색일: 2022. 12. 30.

팀 기반으로 제공되어야 효율적인 방문 진료의 특성상 간호사 등 추가 인력 고용이 필요한 경우가 많다. 그러나 파티마 의원은 추가 고용 없이, 필요한 경우 재가서비스 센터 인력을 가용할 수 있으므로 인건비 부담이 적다. 원장은 환자의 상태와 의학적 판단에 따라 장기요양 방문간호지시서를 발급하여 방문 간호를 지원한다. 특히 방문 요양보호사는 환자의 가정 환경과 질병력 등에 대해 면밀히 파악하고 있으므로, 방문 진료 의사가 단순히 진료 및 처리뿐만 아니라, 보다 큰 틀에서, 환자가 처해있는 환경까지 고려한 통합적 진료 제공이 가능하다. 이는 장기요양 재가서비스 기관 병설형 방문 진료 의원의 대표적인 장점이라고 볼 수 있다. 의사가 방문 진료 사령탑으로 역할하여 환자 상태에 대한 정보를 정확히 수집할 수 있는 장점도 있다.

3.3. 의료복지사회적협동조합형(1)-농촌: 강원 원주 밝음의원²⁶⁾

3.3.1. 배경 및 연혁

강원도 원주시는 1읍·8면·16동으로 구성되며 도농복합시 지역과 농촌지역을 포함하고 있다. 2022년 10월 시점에서 원주시 전체인구 360,581명 중 60,174명이 65세 이상 노인인 고령인구 비율이 16.7%에 이른다(행정안전부, 2022). 고령인구 비율이 높고, 농촌지역을 포함하므로 농촌 노인들의 미충족 의료 수요가 높을 것이라 예상되는 지역이다.

강원 원주 의료사협²⁷⁾은 2002년 의료소비자생활협동조합 형태로 설립되었다. 2019년 말을 기준으로 조합원 수는 1,316가구로, 출자금은 약 2억 9천만 원이다. 2004년 노동부 사회적 일자리 재가케어복지사업을 실시하였고, 2008년 장기요양 재가서비스 센터(‘길동무’)와 밝은요양보호사 교육원을 설립하였으며, 2014년 의료사협 형태로 전환되었다. 2015년에는 NH 투자증권 임직원 지정기탁사업 및 사회복지공동모금회 지원사업 지원금을 기반으로 농촌지역 의료 사각지대 건강지원사업을 펼친 바 있다.

2002년 밝음의원이 개원하여 왕진 성격의 방문 의료가 제공된 적이 있다. 2018년부터 장애인 건강주치의 시범사업에 참여하고 있으며, 원주시 장애인종합복지관과 연계한다. 2019년 ‘일차 의료 방문 진료 수가 시범사업’을 기반으로 활발히 방문 진료 서비스를 제공하고 있다. 2021년에는 원주시 자체 재가의료급여 사업에 참여하였으며, 2022년 ‘장기요양 재택의료센터 시범사업’에 응모하였

26) 본 절은 ‘밝음의원’ 원장과의 자문회의 내용과 ‘밝음의원’ 자료집을 토대로 작성되었다.

27) 의료사협은 “공익을 목적으로 지역주민과 조합원, 의료인이 협동하여 의료기관을 운영하며, 건강증진 및 보건 활동을 통해 건강한 지역공동체를 만들어 나가는 협동조합으로 비영리 목적의 사회적 협동조합”을 의미한다(원주 의료복지사회적협동조합, 2021. 3. 10.). 의료생활협은 조합원 300명의 출자금 3,000만 원 이상, 의료사협은 500명 이상의 출자금 5,000만 원 이상을 설립 요건으로 한다. 기본 출자금은 5구좌(5만 원)로 조합원 출자금으로 의료사협 소속 병·의원과 시설 구입에 이용된다. 의료생활협은 1994년 안성을 시작으로 2020년을 기준으로 인천, 안산, 대전, 원주 등 총 25개가 있다.

다. 현재 의료사협에 밝음의원, 밝음한의원, 주거복지센터 등 7곳의 기관이 소속되어 있다.

3.3.2. 주요 특징

원주 의료사협 밝음의원은 가정의학, 재활의학 등을 진료과목으로, 전문의 2명이 상근하여 간호사 1명과 함께 방문 진료한다. 외래 진료와 방문 진료를 병행하며, 방문 진료는 주로 화~목요일에 제공된다. 방문 진료 환자는 하루에 보통 7명 정도로, 외래 진료와 방문 진료 환자 수 비율이 약 4:1 정도이다. 원주 및 횡성 인근 면 단위 농촌지역까지 방문한다.

지역 조합원이 출자하여 의료사협 설립 후 방문 진료 의사를 고용하는 사협 운영 특성상 방문 진료 건수뿐만 아니라 환자들 간 접촉의 밀도가 높다는 특징이 있다. 의료사협이 장기요양 재가서비스 기관(‘길동무’)을 별도 운영하고 있으므로, 환자 식별 및 발굴이 용이하다. 재가서비스 기관은 방문요양, 목욕차량을 이용한 방문목욕, 방문간호 서비스를 제공하며, 사회복지사 2명, 요양보호사 15명, 간호사 2명 등이 고용되어 있다. 재가서비스 기관이 밝음의원으로 협진 및 방문 진료를 요청하고, 밝음의원이 필요시 의사소견서를 발급하거나, 방문 진료하는 방식으로 운영된다.

원주 의료사협 방문 진료 시스템에서 가장 두드러진 특징은 마을 주민이 주민을 돌보는 건강반장의 활동이다(그림 4-13). 건강반장활동은 노인 일자리 사업을 기초로 2018년 원주지역의 70세 이상 노인 22명이 주축이 되어 시작되었다. 마을 내에 고립 또는 칩거 중인 주민을 식별하고, 마을 주민의 건강 증진 및 질병 상태를 파악하여, 정보를 의료사협과 밝음의원에 전달한다. 보통 건강반장 회원 1명이 마을 노인 2~4명을 담당하여 이들의 건강 상태와 일상생활 수행 능력, 인지능력 등을 면밀히 확인한다. 마을 주민이 자치적으로 활동하므로 농촌 마을에서 발생하는 의료 사각지대 식별에 유리하다.

〈그림 4-13〉 원주 의료사협 마을 건강반장



자료: 사회적경제 미디어-이로운 넷. (2020. 2. 27.). “우리 마을 주민은 우리가 돌본다! 원주 건강반장 활동 개시.”
자료: 국민일보(2018. 12. 11.). “1인 개원 의사가 왕진 나가는 건 어려운 게 현실.”

원주 의료사협은 앞으로 건강반장제도의 확대뿐만 아니라, 전남 영광 ‘여민동락’ 공동체의 이동형 점포인 ‘동락점빵’을 벤치마킹하여, ‘찾아가는 건강점빵’ 플랫폼 설치를 계획하고 있다. ‘건강점빵’은 ‘동락점빵’에 건강반장과 방문 의료를 융합한 것으로, 농촌 마을 주민이 필요로 하는 생필품 판매와 돌봄, 복지, 방문 진료 서비스까지 제공하는 이동형 통합돌봄서비스를 뜻한다.

건강반장 활동과 더불어 원주 의료사협은 공동방문간호스테이션을 운용한다. 공동방문간호스테이션은 강원공동모금회의 재정 지원에 근거하여, 원주 의료사협이 진행하는 자체적 시범사업이다. 2022년 9월 2차 사업이 시작되었으며, 2023년 8월까지 진행될 예정이다.

공동방문간호스테이션의 사업의 주목적은 방문간호사가 환자의 가정에 방문하여 환자의 건강 및 질병 상태에 근거한 안전한 대리처방전 발행을 보조하는 것이다. 보통 거동 불편 환자의 경우 의사 대면 진료가 어렵기 때문에 가족 또는 관계인들이 의약품을 대리 처방받는 경우가 흔하지만, 이들은 의료인이 아니므로 정확한 환자 상태의 진단과 정보 전달에 한계가 있을 수 있다. 환자의 상태에 근거한 안전한 처방전 발행을 위해서 의료진의 판단이 요구되며, 이를 공동방문간호

스테이션 방문간호사가 전담한다.

공동방문간호스테이션 서비스 대상자는 6개월간 의료서비스를 받지 못하거나, 대면 진료 및 기타 검사 없이 대리처방만 받거나, 치매 추적검사가 필요하거나, 장기요양 방문간호 필요 대상자 등을 포함한다.

공동방문간호스테이션은 방문간호사가 환자 가정에 방문하여 혈액검사, 혈당, 혈압, 약 부작용, 복용순응도 등을 파악하여 방문간호를 신청한 의원에 보고한 후 처방전을 발생하는 방식으로 이루어진다<그림 4-14>. 현재 공동방문간호스테이션에는 원주시 일차 의료기관 6개 의원(밝음의원 포함)이 참여하고 있고, 지역 복지관, 원주시 생활보장과, 지역 보건진료소 등과도 연계하고 있다. 의원이 방문간호사에게 주기적인 환자 관찰을 지시하므로 안전한 대리처방과 동시에 계획적인 환자 상태 파악이 가능하다는 장점이 있다.

<그림 4-14> 원주 의료사협 공동방문간호스테이션 안내서

거동불편으로 내원하지 못하는 환자들의
안전한 <대리처방>을 돕는

공동 방문간호스테이션

◇ **공동방문간호스테이션이란?**
- 원주의료사협에서 공동방문간호스테이션 2차년도 시범사업을 운영합니다.
(시범사업기간 : 2022년 9월부터 2023년 8월까지)
거동이 불편하여 의사의 대면진료를 받지 못하고, 가족 등이 대리처방을 받아온 환자의 집으로 방문간호사가 방문하여 혈액검사, 혈당, 혈압, 약부작용 및 복용순응도, 건강상태 등을 파악하여 방문간호를 신청한 의원의 의사에게 보고드립니다.

◇ **누가 이용하나요?**
의료기관 의사가 신청하여, 거동불편으로 6개월이상 대면진료를 받지 못한 환자의 집으로 방문간호사가 갑니다.

◇ **이용 절차는 어떻게 되나요?**

의료기관 의사가 방문간호를 요청	방문간호사가 방문활동후, 요청한 의원에 방문간호내용을 보고	의원에서 보다 안전한 대리처방을 위해 방문간호내용을 참고하고, 1~3달 적정주기로 방문간호를 요청
-------------------	----------------------------------	--

◇ **비용은 어떻게 되나요?**
방문간호를 의뢰하는 의원과 방문간호를 받는 환자 모두에게 부과되는 비용은 없습니다. 본 사업은 강원공동모금회의 지원으로 이루어지는 공익사업입니다.

※ 문의 신청 / 033-732-7577 / wjmed1@naver.com
원주의료사협 공동방문간호스테이션 담당자

원주의료사협
밝음의원

사회복지협
원주의료복지사회적협동조합

사회복지공공모금회

자료: 원주신문(2022. 9. 26.) “원주의료복지사회적협동조합, 사회복지공공모금회 공동 방문간호스테이션 '2차년도 선정.”

3.4. 의료복지사회적협동조합형(2)-농촌: 홍성 의료생협 우리동네의원²⁸⁾

3.4.1. 배경

충남 홍성군은 3읍·8면으로 구성된 농촌지역이다. 2022년 10월, 홍성군의 인구는 98,099명으로, 65세 이상 노인인구의 비율이 25.6%에 이를 정도로 초고령화되었다(행정안전부, 2022). 고령화율이 높은 농촌지역의 특성상 홍성군 역시 노인들의 미충족 의료 수요가 높을 것이라 예상되는 지역이다.

의료사(생)협 차원에서 방문 진료를 제공하는 의원급 의원 사례로 홍성군 홍동면 의료마을의료조합의 우리동네의원을 들 수 있다. 우리마을의료조합은 홍동면에서 2015년 5월에 지역주민 출자금 4천 1백만 원, 325명을 조합원으로 시작되었다(그림 4-15).

〈그림 4-15〉 우리동네의원 전경



자료: 저자 촬영(2022. 11. 24.).

2021년 2월 시점에서 조합원 수가 565명, 출자금은 약 1억 4천만 원으로 증가하였다. 우리동네의원은 2015년 8월에 개원하였으며, 개원 초기부터 환자의 요

28) 이 절은 '우리동네의원' 원장과의 자문회의 내용을 바탕으로 작성되었다.

청에 따라 방문 진료를 실시하였다(그림 4-16). 우리동네의원은 가정의학과와 내과를 중심으로 외과, 소아청소년과, 이비인후과, 피부과 등 총 13개 진료과목을 운영하고 있으며, 초음파검사기, 심전도기기, 혈액검사기 등의 의료 장비를 보유하고 있다.

〈그림 4-16〉 우리동네의원 방문 진료 홍보 내용

자료: 홍성의료복지사회적협동조합. 우리동네의원 방문진료 안내(<https://hoonoon.tistory.com/134>). 검색일(2023. 3. 15.).

3.4.2. 주요 특징

우리동네의원의 방문 진료 의료진은 전문의(원장) 1명, 간호사 1명으로 구성되며, 팀으로 점심시간이나 진료 시간 중 일부를 할애하여 방문 진료한다. 평균적으로 일주일에 1~2건 이루어지며, 방문 진료 횟수는 2020년 85건, 2021년 52건에 달하였다(표 4-17). 방문 진료 요청이 있을 경우 하루에 보통 1건만 제공하며, 의원 운영 효율화를 목적으로 의원에서 이동시간이 15분 이하인 지역에 거주하는 환자가 주요 대상이다. 즉, 방문 진료보다는 왕진에 가깝다고 볼 수 있다. ‘일차 의료 방문 진료 수가 시범사업’ 이전에는 일반 진료비 수준의 진료비와 이동비 5천 원 정도를 환자에게 청구하였다. 현재는 시범사업에 참여하고 있으므로 시범

사업 수가를 적용받는다. 방문 진료 환자들에게 이동비를 따로 청구하지는 않는다. 방문 진료 주요 내용은 일반 진료, 건강검진, 약물복용관리, 치매검진, 낙상에 방, 생활 상담 등이다.

〈표 4-17〉 우리동네의원 외래 및 방문 진료 현황

단위: 명, 회, %

연도	이용자 수	이용횟수	조합원 이용률	방문 진료 횟수	영유아 검진	만성질환	금연진료
2019	1,464	6,120	71	35	70	37	20
2020	1,557	6,360	68	85	50	56	9
2021	1,458	6,829	63.4	52	58	60	-

자료: 우리동네의원 내부자료.

지역사회 및 조합이 방문 진료 수요자를 발굴한다. 환자나 환자 보호자가 직접적으로 방문 진료를 요청하기도 하지만, 지역사회 구성원, 이를테면 장기요양 재가서비스(방문요양, 주간보호)기관장 및 요양보호사, 마을 이장 등이 마을에서 방문 진료가 필요한 환자를 식별하여 환자 또는 보호자와 협의하여 의원에 방문을 요청하는 경우가 많다.

또한 생협 차원에서 방문 진료가 필요한 환자를 주체적으로 발굴하기도 한다. 홍성 의료생협 조합사업부는 홍성 여성농업인센터와 연계된 ‘구석구석 건강교실’, ‘생활건강교실’ 등과 같은 지역 주민을 위한 건강증진 프로그램을 운영하고 있다(한국농촌경제연구원, 2019, p.31). 따라서 지역주민들이 서로의 건강 및 질병 상태에 대한 정보를 공유하기 쉽고, 의료 및 건강 복지 활동에 활발히 참여하였기에 지역사회에서 방문 진료 환자가 우리동네의원에 적절히 공급되었다.

우리동네의원은 약료서비스까지 제공한다. 홍동면에 약국이 없어 ‘의약분업 예외지역’²⁹⁾에 해당되므로 의원에서 처방 후 의약품을 조제할 수 있다. 방문 진

²⁹⁾ 의약분업 예외지역 지정 등에 관한 규정(2018; 제2조) ① 약사가 의사 또는 치과의사의 처방전에 의하지 아니하고 의약품을 조제할 수 있거나 의사 또는 치과의사가 의약품을 직접 조제할 수 있는 지역(이하 “예외지역”이라 한다)의 범위는 다음 각호의 1과 같다.

1. 의료기관 또는 약국이 개설되어 있지 않은 읍·면지역

료 환자들이 다양한 의약품을 혼동하여 복용하거나 과용할 경우 약물 부작용으로 인해 질환 관리에 실패할 수 있다. 특히 독거노인의 경우 더욱 그러할 수 있다. 우리동네의원 원장이 방문 진료 시 처방 및 복약지도에 신경을 많이 쓰는 간접적 계기이기도 하다.

종합적으로, 우리동네의원은 조합원 및 마을 주민들이 연합하여 마을의 열악한 보건의료 여건을 자치적으로 해결하는 전형적인 지역 자치적 돌봄 모형의 사례라고 할 것이며, 그 중심을 우리동네의원이 맡고 있다고 볼 수 있다. 이미 흥동면에는 지역사회 문제와 난제들을 주민들이 연대하고 협력하여 해결한 경험이 축적되어 있었고, 의료생협이 활성화될 환경이 조성되어 있었다는 점이 중요하다.

4. 소결 및 시사점

4.1. 시범사업 방문 진료에 대한 정보 부족 및 비대칭

2019년 ‘일차 의료 방문 진료 수가 시범사업’이 시작되었지만 도시, 농촌에 관계없이 병·의원들의 참여율은 매우 낮고, 시범사업에 참여한 병·의원의 실제 방문

-
2. 의료기관 또는 약국이 개설되어 있지 않은 도서지역
 3. 의료기관과 약국이 개설되어 있으나 해당 의료기관과 약국이 실거리(도보 또는 교통편을 이용한 실제 이동거리)로 1km 이상 떨어져 있는 등 해당 지역주민이 의료기관과 약국을 함께 이용하기 어렵다고 시장·군수·구청장이 인정하는 읍·면 또는 도서 지역
 4. 공단지역 내에 개설된 부속의료기관과 인근 약국이 실거리로 1km 이상 떨어져 있어 해당 공단의 종사자가 부속의료기관과 약국을 함께 이용하기 어렵다고 시장·군수·구청장이 인정하는 부속 의료기관이 위치한 지역
 5. 의료기관 또는 약국이 군사시설통제구역 또는 개발제한구역에 위치하여 지역주민이 해당 의료기관 또는 약국을 함께 이용하기 어렵다고 시장·군수·구청장이 인정하는 지역. 다만, 군사시설통제구역 또는 개발제한구역 중에서 읍·면 또는 도서지역이 아니면서 군사시설통제구역 또는 개발제한구역 내에 보건지소와 약국이 위치한 경우에는 제외한다.

진료 제공 횟수도 극히 적다. 2019년 12월부터 2020년 10월까지 시범사업에 참여하여 실제로 방문 진료 수가를 진보공단에 청구한 병·의원의 수가 104곳에 불과하였으니, 현재 의료 현장에서 시범사업은 불모의 상태에 가깝다.

대부분의 농촌 주민에게 방문 진료가 알려져 있지 않았다. 설문조사 결과에 따르면, 농촌 주민 응답자 중 주변에 방문 진료 병·의원이 있다고 알고 있는 이들의 비율이 12% 정도에 불과하다. 더욱이 실제로 방문 진료를 받았다는 농촌 주민 응답자의 비율은 약 6%에 불과하다. 따라서 수요 측면에서 농촌 주민을 대상으로 방문 진료 참여 방법에 대한 특단의 홍보 대책이 필요하다. 이미 방문 진료에 대해 알고 있다고 응답한 농촌 주민들은 복지관, 마을회관, 경로당 등의 기관과 언론매체를 정보습득의 주요 경로로 제시하였으므로 이들을 통한 정보 전달과 홍보 확대가 바람직할 것이다.

시범사업 본인부담금을 지불하고 향후 방문 진료를 받아볼 의향을 가진 응답자의 비율이 약 47%에 이른다. 농촌 주민의 방문 진료 잠재 수요는 충분하다고 볼 수 있다. 더욱이 거동 불편 이외의 이유로 본인부담금이 인상되더라도 방문 진료를 받아볼 의향이 약 27%로 비교적 높다. 결국 농촌 주민들을 대상으로 방문 진료에 대한 충분한 정보 전달이 이루어지면, 의료 현장에서 방문 진료 수요 증가가 예상된다.

그러나 절반 이상의 농촌 주민 응답자들이 시범사업 본인부담금이 높다고 인식하였다. 이들이 제시하는 적절 본인부담금은 의원의 경우 약 16,000원, 한의원의 경우 약 14,000원으로, 현행 수준의 본인부담금 약 40~50% 정도였다. 방문 진료 홍보 확대와 더불어, 적절 본인부담금 지원 방안 마련이 필요하다.

4.2. 의료기관의 방문 진료 참여 관련 요인

사례로 조사된 대부분의 농촌 및 도시지역 방문 진료 의원들은 현재 시범사업에 참여하여 관련 수가를 적용받지만, 시범사업 이전부터 이미 방문 진료 서비스

를 제공하고 있었다. 따라서 이들은 시범사업을 계기로 시작된 방문 진료 의료기관으로 분류하기 어렵고, 시범사업이 방문 진료 참여의 결정 요인으로 보기도 어렵다.

오히려 사례 조사에서 언급된 의원들의 결정적인 방문 진료 참여 요인은 원장의 개인적 신념이다. 농촌 및 도시 기관, 그리고 공공 및 민간 의료기관에 관계없이 방문 진료 의원 원장들은 지역사회에서 방문 진료의 필요성과 수요를 인식 및 예측하고 있었고, 경제적 손익과는 무관하게 행동하였다. 이러한 개인적 신념과 참여 동기는 일종의 관찰 불가능한 요인이므로 명확한 정의를 제시하거나 구분화하기는 어렵지만, 지역사회와의 연대, 봉사, 그리고 지역주민들을 향한 이타심에서 비롯된다. 결국 방문 진료 활성화 방안은 수가 인상 또는 수가체계 개선보다는 일선 의사들의 인식 변화를 유도하는 측면에서 접근해야 한다.

4.3. 돌봄 또는 장기요양 재가서비스와 결합된 농촌지역 방문 진료

사례로 조사된 농촌지역 방문 진료 의원들이 제공하는 방문 진료 서비스는 직간접적으로 지역주민들을 위한 돌봄 서비스와 결합된 특징이 있다. 도시지역의 방문 진료 의원들은 비교적 그렇지 않았다. 지역사회 통합돌봄 보건의료 특화 사업지로 선정된 충북 진천 경우, ‘우리동네 돌봄스테이션’은 방문 간호, 방문 진료, 방문 재활, 방문 영양 서비스까지 통합된 서비스를 제공하므로 지역사회 통합돌봄에 방문 의료가 자리잡은 형태라고 볼 수 있다. 충남 청양의 경우에도 보건의료원이 주도한 ‘찾아가는 의료원’이 청양군 주민들의 건강관리 서비스까지 제공한다. 원주 의료사협 밝음의원의 경우 지역사회 통합돌봄 선도사업과는 관계없이 마을 주민이 주도하는 건강 반장, ‘찾아가는 건강점빵’이 활동하거나 활동 계획 단계에 있고, 장기요양 재가서비스 기관과 연계하여 환자를 발굴한다. 홍성 의료생협 우리동네의원 역시 방문 진료뿐만 아니라 건강교실 서비스를 제공하고 있다.

종합하면, 사례로 조사된 농촌지역의 방문 진료 의원들은 유형과 성격이 상이하지만 방문 진료가 중심이 된 의료 돌봄 서비스 제공 기관이라 볼 수 있다. 도시 사례의 경우 방문 진료가 돌봄 서비스와 강하게 연계된 특징점을 찾아보기는 어려웠다.

4.4. 방문 진료 의원의 시범사업 수가 활용

공공보건의료기관인 충남 청양의 보건의료원 사례를 제외하고 농촌 및 도시지역의 방문 진료 의원 모두 시범사업 수가를 적용받고 있다. 시범사업 수가가 방문 진료 지속가능성과 의원 경영에 어느 정도 기여하고 있다고 판단된다. 가령 ‘건강의집’ 의원과 원주 의료사협 ‘밝음의원’은 시범사업 이전부터 장애인 건강주치의 사업에 참여하여 인상 수가를 적용받아 거동 불편 중증 장애인들에게 방문 진료를 제공하였다. 그렇지만 결정적으로 일반 거동 불편 환자들을 위한 방문 진료 시범사업 수가가 적시에 인상되어 방문 진료를 지속할 수 있었다.

또한 시범사업 수가 인상은 외래 진료와 방문 진료 사이의 적절한 균형 달성에도 기여하였다고 볼 것이다. 가령 외래 환자가 뜬 시간인 점심시간이나 오후에 방문 진료를 제공하는 ‘파티마의원’과 홍성 ‘우리동네의원’이 그러하다. 충북 진천은 지역사회 통합돌봄 사업비에 방문 진료 수가를 적용하여 진천군 노인들을 대상으로 자부담금이 인하된 새로운 수가 시스템을 개발하였다.

제5장

농촌지역 방문 진료 활성화 방안



5

농촌지역 방문 진료 활성화 방안

1. 단기 방안

현재 방문 진료를 제공하는 의원의 수가 매우 적고, ‘일차 의료 방문 진료 수가 시범사업’ 확대 계획이 발표된 바 없다. 방문 진료 참여 의료기관의 수를 단기간에 급증시키기는 어려울 것이다. 다만 농촌 주민에게 방문 진료 제도를 적극적으로 홍보하여 현장의 수요를 진작시키고, 이를 통해 의원의 참여를 간접적으로 유도해 볼 수는 있다.³⁰⁾

“농촌은 진짜 느려서 방문 진료에 대해 다 알고 있나 아니면 모르면 몰랐겠지, 이런 생각도 들었고, 여전히 모르는 사람도 많을 거예요. 그러니까 사실 저희가 방문을 나가면서 병원을 비워야지 사람들이 ‘여기도 방문을 하고 있구나’ 그렇게 알 정도지, 뭐 사실 아무리 현수막을 붙여도 어른들이 그걸 볼 수 있는 그런 눈에 그런 현수막이 붙어 있다고 눈에 잘 들어오는 게 아니잖아요.” (방문 진료 의원 A)

³⁰⁾ 사례 조사에서 언급된 방문 진료 의사 등과 면접 조사 내용이 포함되어 있다. 의원, 지역과 같은 개인 정보를 제외하여 익명성을 보장하였다.

의료패널 자료 분석 결과에 제시된 것처럼 농촌지역에서 방문 진료를 중점적으로 제공해야 할 대상은 의료기관 접근성이 낮은 지역에 거주하거나, 거동 불편 및 건강상의 이유로 의료기관 이용이 어려운 농촌 노인들이다. 의료기관 접근성이 낮은 지역에 거주하는 농촌 노인들에게는 마을회관, 복지관, 경로당 등의 시설을 통해 방문 진료 서비스와 참여 의원에 대한 적극적인 홍보 확대가 필요하다. 보건지소나 보건진료소 인력이 시설장과 협력하여 홍보할 수 있다.

〈그림 5-1〉 일차 의료 방문 진료 수가 시범사업 홍보물



자료: 보건복지부, 건강보험심사평가원(2020). 일차 의료 방문 진료 수가 시범사업 홍보물.

추가적으로 일선 의료 현장에서 배포되는 유인물 형태의 시범사업 홍보물〈그림 5-1〉보다는, 설문조사 결과에 제시된 것처럼 지역신문, 라디오, 스마트폰, 인터넷 등 다양한 매체를 이용하여 농촌 노인 또는 개인에게 홍보할 필요가 있다.

“결국 이장님 통해서 이렇게 알리는 과정들이 있었느냐가 문제예요. 요즘에는 이장님도 나이가 들고 보통은 자기 일이 바쁘다 보니까 그렇게 열심히 모든 내용들을 다 열심히

전달하지는 않으시니까...(중략)... 저희가 이제 방문 진료 필요한 어른들을 모집하고 ‘저희 병원에서 방문 진료 합니다.’ 라고 회장님이나 이장님들한테 요청을 해요. 저희한테 알려달라고 근데 생각보다 많이 들어오지 않아요.” (방문 진료 의원 A)

“저희가 방문 진료를 하고 있다는 걸 알고 있으면 집에 무슨 문제가 생기면 저희가 하고 있으니까 연락이 되면 되는 거잖아요. 그런 시스템이 갖춰져 있다는 걸 지역 주민이 아는 것이 중요한 것 같아요. 결국에는 누구든 언제든 그런 상황은 발생할 수 있고 그때 이용할 수 있다는 것.” (방문 진료 의원 A)

거동이 불편하거나 건강상의 이유로 의료기관 방문이 어려운 농촌 노인들은 장기요양 재가서비스 이용자일 가능성이 높고, 적어도 장기요양제도에 대해 익숙하다는 장점을 이용할 필요가 있다. 장기요양 재가서비스 기관 및 담당 인력들은 이용자들의 질병 및 건강 상태를 잘 알고 있고 접촉의 밀도와 빈도가 높기 때문에 이들이 일선 방문 진료 의료기관과 연계 및 협력한다면 홍보 효과가 높을 것이라 생각된다.

“결국에는 얘기 드린 것처럼, 장기 요양기관들과 같은 거점을 알고 강하게 서로 소통하고 있는 게 사실 중요하긴 하죠...(중략)... 장기 요양을 모르는 사람은 거의 없고.” (방문 진료 의원 A)

2. 중장기 방안

중장기적으로, 농촌지역 방문 진료 활성화 방안은 방문 진료 의원의 실제적 참여, 즉 공급 확대 측면에서 고려해 볼 수 있다. 농촌지역 병·의원들의 방문 진료 참여 확대 및 활성화, 참여 의원의 방문 진료 제공 및 지속가능성을 독려하는 방식으로 접근해야 할 것이다.

첫 번째로 제시하는 공급 확대 방안은 지역 병·의원들을 대상으로 방문 진료 참여에 대한 경제적 유인책을 마련하여 방문 진료의 질적 수준을 제고시키고, 중장기적으로 농촌지역에서 방문 진료 참여 기관의 수를 증가시키는 것이다. 두 번째, 현행 장기요양제도의 장점을 방문 진료에 적용할 개선 방안을 제시한다. 현재 시행 중인 ‘장기요양 재택 의료 시범사업’에 대한 내용이 이에 포함된다. 세 번째, 의과대학 교육과정과 수련의 및 전공의 과정에 방문 진료 기반 재택 의료 과목을 추가하여 의과 대학생 및 의사들의 방문 진료 인식 변화를 유도할 장기적 방안을 제시한다.

2.1. 경제적 유인책 마련

2.1.1. 원거리 농촌지역에 대한 방문 진료 교통비 수가 마련

방문 진료 의사가 원거리 지역으로 이동한다면 교통비, 시간 및 외래 환자 감소 등과 같은 유무형의 기회비용이 비례적으로 증가한다. 그러나 원거리 이동에 따른 기회비용에 대한 구체적인 보상 방안이 마련되어 있지 않아 의료기관의 방문 진료 참여 의향이 감소할 수 있다. 농촌 주민들은 넓은 지역에 분산적으로 거주하므로 더욱 그러하다. 농촌의 경우, 한의원 및 일반 병·의원이 타 지역에 위치하여 이동시간이 30분 이상 소요되는 주민의 비율이 16.1%, 13%나 된다(농촌진흥청, 2022, p.231). 이들에게 의사가 방문하여 30분 동안 진료할 경우 왕복 이동시간과 진료시간까지 총 1.5시간이 소요되는 셈이다.

현재 ‘일차 의료 방문 진료 수가 시범사업’ 수가 체계에는 교통비가 일괄 포함되어 있지만, 농촌지역의 경우 수가 체계에서 교통비를 분리하여 거리 또는 시간 비례방식으로 원거리 교통비 지원 방안을 마련해 볼 수 있다. 적용 가능한 해외 사례로 일본의 재택 의료 원거리 교통비 지급 기준을 제시할 수 있다. 일본의 왕진

및 방문 진료 수가는 행위별 수가제를 바탕으로 왕진료 또는 재택환자방문진료료, 의학종합관리료, 교통비, 진료항목별 수가 등으로 구성된다(최경환, 2022, p.109). 여기서 교통비는 자가용 운행에 대한 실비기준으로 환자 부담(의료보험)이 원칙이며, 원거리 방문 진료에 대해 가산 수가를 지급하며, 지급 기준은 다음과 같다.³¹⁾

첫째, 의료기관이 없는 도서 지역을 방문하였을 경우, 풍랑으로 인해 이동시간이 예상보다 1.5배 초과하였다면, 추가 1km당 약 1,500엔의 가산 수가를 적용받는다. 같은 이유로, 도서 지역 체류(진료)시간이 1시간을 초과하였을 경우, 초과 30분마다 1,000엔이 가산된다.

둘째, 방문 진료 거리가 편도 16km 이상인 지역을 방문하여 진료 시간이 1시간을 초과할 경우, 초과 진료시간 30분마다 1,000엔이 가산된다. 추가 교통비는 환자가 부담한다.

일본 사례를 근거로, 현재 일괄적으로 포함된 시범사업 교통비 수가를 농촌지역을 특정하여 분리하거나, 근거리 및 원거리 지역으로 구분하여 이동 거리 및 시간에 따라 세부 수가 체계를 마련해 볼 수 있다. 단, 일본과 같이 일정 거리, 즉 16km 이상의 지역으로만 한정하여 추가 진료 시간에 비례하는 교통비를 지급한다면 16km 이하에 위치하는 의원의 방문 진료 참여율이 현저히 낮을 수 있다. 따라서 장기요양 방문요양보호사에 대한 원거리 교통비 지급 규정을 참고하여 구간별 또는 거리별 교통비 지급 기준을 점수화하고 이에 대응한 수가 체계를 마련하는 것이 적절하다.

2.1.2. 간호사 방문 진료 수가 체계 마련

현재 '일차 의료 방문 진료 수가 시범사업'에 참여한 의원과 한의원은 인상 수

31) 일본의 방문 진료 원거리 가산 수가에 대한 내용은 한국농촌복지연구원 최경환 원장에게 위탁한 일본 농촌지역의 재택의료 실태와 시사점(2020)의 p.114를 참고하였다.

가를 적용받는다. 인상 수가는 방문 진료 의사 1인의 방문 진료 횟수에 비례하고, 간호사 또는 방문 진료에 동행하는 케어매니저 또는 사회복지사에 대한 별도 수가를 적용하지는 않는다. 이는 시범사업 참여 의원 또는 참여 의향이 있는 의원들의 경제성 및 사기 저하의 주요 요인이 된다. 보통 방문 진료는 의사, 간호사, 사회복지사 또는 케어매니저로 구성된 팀으로 이루어진다. 의사 이외의 인력에 대한 별도 수가 마련은 매우 중요하다.

“의사 왕진료는 왕진 1, 2가 있잖아요. 그래서 어찌 됐든 그걸로 청구하고 그 환자 한 명당 14만 원씩을 주겠다는 거예요. 그러려면 이제 의원에서 만약에 그걸 내가 시범 사업에 참여한다면 내가 간호사하고 사회복지사를 하나 더 써야 돼요. 그런데 환자 당 14만 원을 가지고 한다면은 수치 타산이 맞을까? 물론 모수가 크면 되겠지만 그게 이제 이게 힘들게 한단 말이에요.” (방문 진료 의원 B)

“일단 첫 번째로 ‘수가 문제’ 라고 전제를 해버리면 생각의 폭이 좁아지고, 문제를 진단하는 데 좀 제한이 될 것 같아요. 수가 문제도 있지만, ‘수가 문제로 전적으로 환원될 수 있는 문제는 아니다’ 이런 것이죠. 이제 방문 진료에 의사 단독으로 가는 경우는 거의 없어요. 의사, 간호사, 사회복지사가 같이 하기도 하고...(중략)… 그런데 수가는 의사만이 있거든요. 이제 방문 진료 의사의 수가 방문 간호사의 수가 이런 것이 각각 인정이 되어야 되는 거죠. 그런 면에서 지역별 수가가 인정이 안 돼 있는 거죠.” (방문 진료 의원 C)

방문 진료 간호사 수가는 장애인 건강주치의 시범사업을 근거로 설계해 볼 수 있다. 현재 장애인 건강주치의 시범사업은 거동 불편 등의 이유로 외래 진료가 어려운 중증장애인을 대상으로 최대 연 18회 의사 또는 간호사가 방문하여 의료서비스를 제공하는 ‘방문 의료 서비스’를 포함한다. 방문 진료료(의사)는 1회에 120,000원으로 ‘일차 의료 방문 진료 수가 시범사업’의 의원에게 제공하는 수가 124,280원과 큰 차이가 없다. 방문 간호료에 대한 적정 수가를 장애인 건강주치의 시범사업 수준, 즉 74,000원 수준에서 설정해 볼 수 있다<표 5-1>.

〈표 5-1〉 장애인 건강주치의 시범사업 의사 및 간호사 수가

단위: 원

구분	방문 진료료	방문간호료
의원	120,700	74,690
병원, 정신병원, 종합병원	120,700	74,220

자료: 보건복지부 보도자료(2021. 9. 29., p.9). 장애인 건강주치의 3단계 시범사업 시행.

2.1.3. 공공보건의료기관까지 방문 진료 수가 적용

현재 시범사업 방문 진료 수가 체계는 민간 의료기관이 방문 진료 참여시 의사 1인에 대한 인상 수가를 적용한다. 그러나 보건소 또는 보건진료소가 방문 진료에 참여할 경우, 인상 수가를 청구할 수 없어 발생하는 모든 비용과 손실을 기관이 부담해야 한다. 별개로 보건진료소 간호사가 방문 간호를 제공할 경우에도 수가 규정은 마련되어 있지 않다.

공공보건의료기관인 보건소 차원에서 농촌 주민들을 대상으로 방문 진료를 제공하는 의사들의 사례가 등장하고 있다. 사례로 언급되었던 청양군 보건의료원 뿐만 아니라, 강원도 삼척의료원도 의료원 원장의 개인적 경험과 의지로 농촌 주민들을 대상으로 방문 진료를 제공하고 있다. 청양군 보건의료원은 방문 진료 환자들에게 본인부담금을 받지 않아, 그 손실을 지역사회 통합돌봄 사업비와 보건 의료원 자체 사업비로 조달하고 있다. 삼척의료원의 경우 거동이 불편한 취약계층(중위소득 80% 이하) 환자에게 본인부담금 없이 방문 진료를 제공하고 있다(한국농어민신문, 2022. 9. 6.). 이들 기관은 상주 의사, 간호사, 사회복지인력 등이 팀을 이루어 방문 진료를 제공하므로, 이들을 위한 수가 규정을 마련하거나 시범사업 수가를 적용하여 지속 가능한 방문 진료를 지원할 필요가 있다.

농촌지역의 경우 민간의료기관은 희소하지만, 보건지소와 보건진료소는 드물지 않게 분포한다. 보건지소는 공보의 1명과 간호 공무원 1명이 상주하며(최대 4명), 보건진료소는 간호사 1인이 담당하며, 읍면 단위 지역에 위치하므로 농촌 주민들의 건강 및 질병 상태에 대한 정보력이 높다. 문제는 보건지소 공보의가 방문 진료,

또는 보건진료소 간호사가 방문 간호를 제공할 경우 기관이 부재 상태이므로 진료 공백이 발생할 수 있고, 공보의 공급이 지속적으로 감소하고 있다는 것이다.

“잠깐이라도 농어촌 어르신들의 집을 방문해 이분들의 삶에 부대껴봤다면, 농어촌 지역의 의료 사각지대 해소를 위해서 어떤 요구를 충족시켜야 하는지 쉽게 알 수 있을 것입니다. 농어촌 주민들이 살고 일하는 읍면 지역까지 필수 의료서비스를 제공하는 보건지소와 보건진료소이지만, 현재 농어촌 지역에선 보건지소가 축소되거나 통폐합 되는 사례가 있고, 한 명의 공중보건의가 두 개의 보건지소를 왔다 갔다 하면서 근무하는 경우도 봅니다. 가장 우선적으로 지역 보건지소나 보건진료소의 인력확충, 의약품 및 의료기기 보급을 위한 지원이 필요합니다.” (한국농어민신문, 2022. 9. 6.)

현실적으로 농촌지역의 몇 개의 읍면 지역을 담당하는 방문 진료 전담 공보를 순환형식으로 배치하여 대응해 볼 수 있다. 보다 직접적으로, 보건지소 의료인력과 방문 진료 시범사업에 참여한 의원이 연계하고 방문 진료 필요 환자들을 의뢰하고 공동으로 대응 방법을 모색할 필요가 있다.

2.2. 농촌지역 장기요양 재가서비스 기관과의 연계

2008년 7월 노인장기요양보험제도가 시행된 이래, 전국 각지에 수많은 장기요양 재가서비스 기관들이 설립되었다. 장기요양 재가서비스 기관은 민간이 주도하여 시설 및 인력 요건을 충족시키면 자유롭게 설립할 수 있다. 농촌지역이라도 일정 수준의 경제성이 달성된다면 기관이 유지 존속한다. 가령 2022년 시점에서 농촌지역에 방문요양기관이 2,557개소, 방문간호기관의 경우 116개소 위치하였다(표 5-2). 농촌지역에 극히 희소한 방문 진료 의원에 비해 그 기관 수가 충분히 많다고 볼 수 있다.

〈표 5-2〉 도시와 농촌 장기요양 재가서비스 기관 수

단위: 개소

구분	방문요양	방문목욕	방문간호	주·야간보호	단기보호
도시	9,196	7,046	515	1,444	53
농촌	2,557	1,812	116	662	6
총계	11,753	8,858	631	2,106	59

주: 농촌은 읍면 지역에 해당함.

자료: 김수린 외(2022, p.68).

장기요양 재가서비스 기관 및 요양보호사들은 이용자들의 건강 및 질병 상태뿐만 아니라 생활 방식 전반에 익숙하다. 이들이 농촌지역 방문 진료 의원과 연계하여 적시에 진료를 요청한다면 환자 발굴과 관리가 용이해질 것이다. 방문 진료 의사가 환자의 가정에 방문하여 라포형성과 문진 등에 소요되는 시간을 절약할 수 있다는 장점도 있다.

방문 진료 의원과 장기요양 재가서비스 기관과의 이상적인 연계방식으로 사례 조사에서 언급된 ‘파티마의원’을 들 수 있다. 즉 방문 진료 의원이 재가서비스 기관을 병설하는 것이다. 환자 발굴 및 관리, 방문 진료 의원 운영에 있어 효율적, 효과적이다.

“제가 장기요양보험에서 재가센터를 차렸어요. 재가센터를 차리니까 그래서 1~5등급까지 치매까지 쪽 있잖아요. 그분들이 요양원에 안 가고 집에 계신 분들을 우리가 요양보호사를 보내잖아요. 요양보호사를 보내고 사회복지사가 가고 그다음에 이제 어떤 문제가 생기면 제가 가죠. 제가 왕진을 가서 예를 들어서 욕창이 있다. 그럼 욕창이 있다는 걸 보고 내가 아 이 환자는 욕창이 있으니 간호사 들어가 그 간호사가 일주일에 몇 번 들어가라고 제가 간호사시서를 써요. 그럼 간호사가 이제 가서 드레싱도 하고, 어떤 상황이 벌어지면 저한테 전화하고 그다음에 이제 여명이 얼마 안 남은 어르신이 있으면은 그건 이제 가서 수액도 놔주고 뭐 이제 처음에 제가 몇 번 가보고 이제 의사가 보기에 큰 무리가 없겠다고 생각하면 이제 간호사를 하루에 한 번씩 내지는 그 상황에 따라서 보내는 거죠. 수발에 대한 거는 요양보호사가 하고, 그다음에 사회복지사가 그 집 가정이나 이런 거에 대한 전반적인 것 좀 살펴보고 그다음에 의료적인

것은 제가 가서 보고 제가 평가해보고 뭐 간호사를 보내든 아니면 입원을 시키든 될 하든 어떤 액션을 한다고요. 그다음에 저한테 이제 보고가 들어오면은 제가 못 갔을 때도 급작스럽게 보고 그럼 빨리 응급실로 보내라 이런 게 커뮤니티 케어예요.” (방문 진료 의원 C)

이처럼 방문 진료 의원이 재가서비스 기관을 병설하는 사례는 매우 드물어 이를 구체적인, 실현 가능한 정책 방안으로 제시하기는 어렵다. 그렇지만 장기요양 재가서비스 기관들이 방문 진료 의원과 연계하는 방안을 고려해 볼 수는 있다. 장기요양 2등급 이상의 환자³²⁾들은 거동 불편 환자로 판단되므로, 시범사업 방문 진료 대상자로 분류될 수 있다. 장기요양 재가서비스 기관 차원에서 이들을 위해 방문 진료 의원 또는 보건소 및 보건지소에게 직접적으로 방문 진료 요청을 할 수 있다. 또한 건보공단이 일종의 창구로서 관여할 수도 있다.

이 같은 내용을 구체화한 프로그램이 2022년 12월 1일~2023년 11월 30일까지 시행될 ‘장기요양 재택 의료센터 시범사업’이다. 주요 내용은 장기요양 1~4등급 재가서비스 이용자 중 거동이 불편하여 재택 의료가 필요한 1~2 등급자를 대상으로 방문 진료 또는 방문 간호 서비스를 제공하는 것이다. 의료기관은 ‘일차 의료 방문 진료 수가 시범사업’에 참여하는 의원으로 한정되며, 방문 진료팀은 의사, 간호사, 사회복지사가 1인 이상으로 구성되어야 한다. 민간뿐만 아니라 공공 보건의료기관도 참여(상급종합병원은 제외) 가능하다.

32) 장기요양인정 점수가 75점 이상으로, 심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 전적으로 또는 상당 부분 타인의 도움이 필요한 사람을 의미한다(노인장기요양보험법 시행령 2022: 제7조).

〈표 5-3〉 장기요양 재택 의료센터 시범사업 수가 체계

구분	지급 기준	
장기요양 보험 수가	재택 의료기본료	• 의사 간호사 사회복지사 등으로 구성된 다학제팀 운영, 의사 월 1회, 간호사 월 2회 방문 및 사례관리, 지역사회 자원연계를 고려하여 환자 당 월 14만원 지급(본인부담금 없음)
	지속관리료	• 대상자에 대한 지속적 관리 목적으로 6개월 연속 재택 의료기본료 청구 시 환자 당 6만원 지급(본인부담금 없음)
	추가간호료	• 월 2회 초과하는 간호는 지역 내 방문간호기관 연계를 원칙으로 함. 환자 상태 등에 따라 직접 수행할 경우 방문건수 당 47,450원 지급(본인부담 15%), 월 3회까지 청구 가능
건강보험 방문 진료 수가	‘일차 의료 방문 진료 수가 시범사업’ 수가 적용	

자료: 보건복지부(2022, p.3). 장기요양 재택 의료센터 시범사업 세부 계획안을 저자 재구성.

‘장기요양 재택 의료센터 시범사업’에서는 ‘일차 의료 방문 진료 수가 시범사업’과 장기요양보험 수가가 동시에 적용된다(표 5-3). 즉, 방문 진료 시범사업 수가에 재택 의료기본료, 지속관리료, 추가간호료 등 장기요양보험 수가까지 통합적으로 제공되는 형태이다. 가령 방문 진료팀(의사, 간호사, 사회복지사)이 환자 1인을 월 3회 방문 진료하였을 경우, 시범사업 수가 3회분(124,280원×3회=372,840원)에 장기요양보험 수가 14만 원을 추가로 청구할 수 있다. 방문 진료 참여 의원의 경제성 유지에 어느 정도 기여할 수 있을 것이다.

그러나 지자체 공모를 통한 ‘장기요양 재택 의료센터 시범사업’ 참여 의원의 수가 28개소에 불과하다는 결정적인 단점이 있다. 이 중 17개소는 서울, 경기 지역 의원으로(동아일보, 2022. 12. 14.), 실제 농촌지역으로 한정한다면 그 수가 매우 적을 것이다.³³⁾ 또한 의사, 간호사, 사회복지사로 구성된 다학제 팀 구성을 요건으로 하므로, 사회복지사 추가 고용이 어려운 의원들은 참여할 유인이 적다. 농촌지역의 소규모 의원이 시범사업 참여를 목적으로 사회복지사를 고용할 가능성이 낮을 것이다.

이처럼 장기요양 등급자를 대상으로 방문 진료를 요건화하여 추가 수가를 제공

³³⁾ 2022년 12월 14일 시점에서 시범사업에 참여한 의원 수이다.

하는 프로그램의 대의(大意)는 시의적절하지만, 극소의 농촌지역 방문 진료 의원만이 사업 대상자로 선정될 가능성이 매우 높다.

시범사업 기관을 추가로 공모하여, 적어도 농촌지역에 일부 할당하는 쿼터제를 검토해 볼 수 있다. 농촌지역에서 장기요양 기관과 연계하여 방문 진료를 제공하는 의원을 대상으로 신설 수가를 마련해 볼 수도 있다. 농촌지역이라도 방문요양서비스 기관은 사회복지사가 1.53명 상주한다(김수린 외, 2022, p.78). 지역 사회 자원연계 업무와 방문 진료 이용자 관리에 재가서비스 기관 사회복지사를 활용하고, 이에 대한 보상적 차원에서 건보공단에서 추가 인건비를 지원하는 방안을 고려해 볼 수 있다.

2.3. 지역 의과대학 교육과정에 방문 진료 관련 과목 개설

초고령사회를 목전에 두고 방문 진료 또는 재택 의료에 대한 사회적 관심과 수요가 지속적으로 증가하고 있다. 그러나 지역사회 의료기관의 방문 진료 참여율은 매우 낮다. 방문 진료 기반 재택 의료 체계가 자리잡기 매우 어렵다는 인식이 우세하다.

결정적인 원인으로 의과대학생 또는 현장 의사들이 방문 진료에 직간접적으로 경험해볼 기회가 거의 없다는 점이 언급된다. 의대 교육과정에 방문 진료나 재택 의료에 대한 필수 과목이 거의 개설되어 있지 않고, 수련의 및 전공의 과정(인턴 및 레지던트)에서도 방문 진료에 대한 교육이나 현장 실습이 제공되지 않는다.

“보건의료인들의 참여율이 저조할까? 의대에 다닐 때 경험한 바가 없으니까 너무 낮선 거예요. 이게 뭐야 보고 배운 게 없는데 그렇게 될 수 있죠. 그래서 이 교육 문제는 지금의 문제예요.” (방문 진료 의원 C)

“방문 진료가 정규 교육과정으로 인정이 안 되어 있으니까 관심 있는 학생들이 참여하는 형태로 비제도권 또는 마이너 동아리 형태로 이렇게 이어지고 있는 거죠. 근데 만약에 지금 이런 방문 진료 시범사업이 당장 3년 5년 10년 후에 어떤 형태를 갖춰야겠다 하면요. 지금 바로 의대 교육 과정에 방문 의료 수업이 어떤 식으로든 배치가 되어야 되고, 바로 시범적으로 몇 개 학교에서 시작하고 또 1년 후에는 어떻게 해야 할지 플랜이 나와야 될 것 같아요.” (방문 진료 의원 C)

의과대학 본과 교육과정에 방문 진료 및 재택 의료 실습 과목들을 추가하여 의대생들의 관심과 참여를 직간접적으로 유도하고, 이를 통해 잠재적인 방문 진료 의사의 공급 확대를 유도할 필요가 있다. 이미 서울대학교 의과대학은 2020년부터 본과 4학년 학생을 대상으로 재택 의료 관련 수업을 진행하고 있다. 한국사회적의료기관연합회와 연계하여 현재 방문 진료, 왕진을 제공하는 의료기관에서 임상실습을 제공한다(청년 의사, 2022. 12. 1.). 동시에 서울대학교 병원 공공진료센터 통합케어클리닉을 개설하여 의사, 간호사, 사회복지사가 팀으로 지역사회 재가 중증질환자들에게 방문 진료 및 재택 의료 서비스를 제공한다. 이처럼 미충족 의료 수요가 높은 농촌지역에 근접한 지역 의과대학 교육과정에 농촌 노인들을 대상으로 하는 방문 진료 실습을 교과과정에 포함하여 저변을 확대할 필요가 있다.

사례 조사에서 언급된 의사들이 방문 진료에 자발적으로 참여한 공통적인 요인은 산술적인 경제적 보상보다는 의사의 개인적, 자발적 신념이다. 이들은 지역사회 또는 무의촌 환자들을 접하는 과정에서 방문 진료의 필요성과 방법을 깊이 학습하였다. 장기적인 시각에서 의과대학 교육과정, 수련의 및 전공의 과정에서 다양한 경로를 통해 학생들을 왕진, 방문 진료에 직간접적으로 노출되게끔 유도하여 방문 진료에 대한 의사들의 인식과 행동의 변화를 이끌어야 한다. 한 명의 의사를 양성하기까지 적어도 5~10년의 시간이 필요하므로 장기적 방안이라 볼 수 있다. 시범사업 수가와 같은 경제적 보상체계는 농촌지역 방문 진료 활성화를 위한 필요 조건이며, 충분 조건이라고 보기는 어렵다.

한국농촌경제연구원 통신원 대상 설문조사표

한국농촌경제연구원 국무총리실 소속 정부출연연구기관
 (우)58217 전라남도 나주시 빛가람로 601
 (☎061-820-2000)

농촌지역 방문 진료 수요 설문	ID					
<p>안녕하십니까? 본 설문조사에 협조해주셔서 감사합니다.</p> <p>국무총리실 소속 정부출연연구기관인 한국농촌경제연구원에서는 올해 ‘농촌지역 방문 진료 실태와 개선 과제’ 연구를 목적으로 농촌 주민의 방문 진료에 대한 의견을 조사합니다. 본 조사 결과는 농촌지역의 위한 방문 진료 활성화 방안을 제시하기 위해 활용되오니 설문 조사 참여를 부탁드립니다.</p> <p>조사결과는 통계법 33조에 의거 연구에 참고만 할 뿐이며, 전체 통계 결과만을 인용하고 개인정보는 절대 유출하지 않을 것입니다.</p> <p>조사에 응해주셔서 대단히 감사합니다.</p> <p style="text-align: right;">2022년 11월 한국농촌경제연구원</p>						
수행 기관	<p>한국농촌경제연구원. 담당자: 조승연 부연구위원(☎061-820-2080) 나현수 연구원(☎061-820-2181)</p>					

현지통신원 번호 기입란

--	--	--	--	--

※ ‘현지통신원 번호’는 우편 발송봉투에 기입되어 있사오니 참고하여 기입해주세요. 또한, 현지 통신원 번호를 찾기 어려운 분들은 성함, 핸드폰번호 중 기입이 편하신 사항을 적어주세요.

I. 건강상태 및 만성질환

1. 귀하의 전반적인 건강 상태는 어떠하십니까?

- ① 매우 좋음 ② 좋음 ③ 보통 ④ 나쁨 ⑤ 매우 나쁨

2. 귀하께서는 현재 질환을 앓고 계십니까?

- ① 그렇다 ② 아니다

2-1. (2번 문항에 ①을 선택한 경우만 응답) 어떤 질환을 앓고 계십니까? (복수응답 가능)

- ① 고혈압 ② 당뇨 ③ 이상지질혈증 ④ 관절병증
⑤ 심장질환 ⑥ 뇌혈관질환 ⑦ 기타()

2-2. (2번 문항에 ①을 선택한 경우만 응답) 질환 때문에 거동이 불편하십니까?

- ① 그렇다 ② 아니다

3. 귀하께서는 현재 장애가 있으십니까?

- ① 그렇다 ② 아니다

3-1. (3번 문항에 ①을 선택한 경우만 응답) 어떤 장애가 있으십니까? (복수응답 가능)

- ① 시각장애 ② 청각장애 ③ 신체장애 ④ 정신장애 ⑤ 기타()

3-2. (3번 문항에 ①을 선택한 경우만 응답) 장애 때문에 거동이 불편하십니까?

- ① 그렇다 ② 아니다

4. 귀하의 가족 중 질환 또는 장애 때문에 거동이 불편하신 분이 계십니까?

- ① 있다 ② 없다 ③ 가족 없음

5. 귀하 또는 귀하의 가족께서는 질환 또는 장애 때문에 지난 6개월 동안 의료기관(병원 또는 의원)에 방문하여 진료를 받으신 적이 있습니까?

- ① 있었다 ② 없었다

5-1. (5번 문항에 ①을 선택한 경우만 응답, 가장 많이 진료받으신 분을 기준으로) 6개월 간 총 몇 회 정도 진료 받으셨습니까? ()회

6. 귀하 또는 귀하의 가족께서 지난 6개월 동안 질환이나 장애 때문에 병원이나 의원에 방문하고 싶었으나 방문하지 못하신 적이 한 번이라도 있었습니까?

- ① 있었다 ② 없었다

6-1. (6번 문항에 ①을 선택한 경우만 응답) 방문하지 못하신 이유는 무엇입니까?
(복수응답 가능)

- ① 경제적 이유 ② 병원 또는 의원이 멀어서
③ 거동 불편 및 건강상의 이유로 ④ 일이 바빠서
⑤ 교통편이 불편해서 ⑥ 어느 의료기관으로 가야할지 몰라서
⑦ 기타 사유()

7. 귀하 또는 귀하의 가족께서 주로 이용하시는 의료기관은 어떤 유형입니까?

(복수응답 가능)

- ① 보건소 ② 보건지소 또는 보건진료소 ③ 동네 의원
④ 동네 한의원 ⑤ 동네 치과의원 ⑥ 대학병원 등 상급병원
⑦ 기타()

II. 방문 진료 수요

※ 현재 귀하의 거주지 인근에 **거동 불편 환자**를 대상으로 의사·한의사가 가정에 방문하여 진료하는 의원·한의원 있습니다. 방문 진료는 의사 또는 한의사가 귀하의 가정으로 방문하여 진료 및 치료, 처치 등을 하는 것을 말합니다.

8. 거동 불편 환자에게 방문 진료를 제공하는 의원이 주변에 있다는 것을 알고 계십니까?

- ① 예 ② 아니오

8-1. (위의 문항에 ①을 선택한 경우만 응답) 어떤 경로로 알게 되셨습니까?

- ① 병·의원 의사의 소개로
② 이웃, 친구 또는 가족의 소개로
③ TV, 신문, 또는 인터넷을 통해서
④ 복지관, 마을회관, 경로당 등 기관을 통해서
⑤ 기타 사유()

9. 귀하 또는 귀하의 가족 중 지난 3년간 방문 진료를 받으신 분이 계십니까?

- ① 있다 ② 없다

9-1. (문항 9번에 ①을 선택한 경우만 응답) 지난 3년간 귀하 또는 귀하의 가족께서 주로 어떠한 방문 진료를 몇 번 정도 받으셨습니까? (예시: 2명이 내과 진료를 2번 받았다면 4회로 기록해 주십시오. 복수응답 가능합니다.)

- ① 가정의학과: ()회
② 내과: ()회
③ 이비인후과: ()회
④ 안과: ()회
⑤ 정형외과: ()회
⑥ 한의원: ()회
⑦ 기타: ()회

10. 현재 귀하 또는 귀하의 가족 중 거동이 불편해서 방문 진료가 필요한 분이 계십니까?

- ① 있다 ② 없다

11. 귀하 또는 귀하의 가족께서 거동 불편 이외의 이유로 방문 진료를 받아보실 의향이 있으십니까? 다만, 거동 불편 이외의 경우에는 본인부담금이 매우 높아질 수 있습니다.

- ① 예 ② 아니오

II. 방문 진료 본인부담금 관련

※ 건강보험 적용 후, 방문 진료 1회 진료 본인부담금은 의원의 경우 약 37,000원, 한의원의 경우 약 28,000원 정도입니다(일차의료 방문 진료 수가 시범사업).

12. 의원 방문 진료 본인부담금(현재 1회에 37,000원)에 대해 어떻게 생각하십니까?

- ① 적절하다
② 적절하지 않다(너무 높거나 낮다)

12-1. (문항 12번에 ②을 선택한 경우만 응답) 의원 방문 진료 1회에 본인부담금은 어느 정도가 적절하다고 생각하십니까? ()원

13. 한의원 방문 진료 본인부담금(현재 1회에 28,000원)에 대해 어떻게 생각하십니까?

- ① 적절하다
② 적절하지 않다(너무 높거나 낮다)

13-1. (문항 13번에 ②을 선택한 경우만 응답) 한의원 방문 진료 1회에 본인부담금은 어느 정도가 적절하다고 생각하십니까? ()원

14. 현재 수준의 본인부담금을 지불하고 귀하 또는 귀하의 가족께서 거동이 불편하신 이유로 앞으로 방문 진료를 받아볼 의향이 있으십니까?

- ① 있다 ② 없다

14-1. (문항 14번에 ①을 선택한 경우만 응답) 주로 어떤 진료과목의 방문 진료가 필요하십니까? (복수선택 가능)

- ① 가정의학과 ② 내과 ③ 이비인후과 ④ 안과
⑤ 정형외과 ⑥ 한의과 ⑦ 기타 ()

14-2. (문항 14번에 ②을 선택한 경우만 응답) 의향이 없는 가장 큰 이유는 무엇입니까?

- ① 본인부담금이 높아서
② 의료기관이 주변에 가깝고 직접 방문하는 것이 편해서
③ 의사가 집에 오는 것이 부담스러워서
④ 방문 진료 약속을 잡기 어려울 것 같아서
⑤ 방문 진료를 어떻게 신청하는지 잘 몰라서(정보부족)
⑥ 기타: ()

♣ 아래의 문항들은 현재 방문 진료 본인부담금이 높아서 거절하시는 분만 응답해 주십시오.
(14-2번 문항을 ①로 응답하신 경우만 응답)♣

15. 의원 방문 진료 본인부담금이 1회에 25,000원이라면 받으실 의향이 있으십니까?
(현재 1회에 37,000원)

- ① 예 ② 아니오

20. 읍/면/동 중에서 어디에서 거주하십니까?

- ① 읍 ② 면 ③ 동

21. 귀하를 포함해서 함께 거주하는 가족이 총 몇 명이십니까?

()명

22. 가구의 월 평균 소득은 얼마입니까? ()원

23. 주 소득원은 무엇입니까? 모두 골라 주세요.

- ① 농업·근로·사업 소득 ② 자녀 지원
③ 각종 연금 또는 이자소득 ④ 기초 수급자
⑤ 차상위 지원 ⑥ 기타()

24. 귀하 또는 귀하의 가족께서는 차량(승용차, 트럭 등)을 가지고 계십니까?

- ① 그렇다 ② 아니다

25. 귀하께서는 어떤 유형의 공적 건강보험에 가입되어 있으십니까?

- ① 지역가입자 본인 또는 피부양자
② 직장가입자 본인 또는 피부양자
③ 의료급여 1종 또는 2종
④ 미가입 ⑤ 기타()

♣ 이상 조사를 마치겠습니다. 조사에 응해 주셔서 대단히 감사합니다. ♣

- 김남훈, 조승연, 하혜지. (2020). 농어업인의 삶의 질 향상 심층연구: 농촌형 지역사회 통합돌봄 모형 개발 및 확산 방안. 한국농촌경제연구원.
- 김동진, 채수미, 최지희, 이정아. (2017). 농어업인의 삶의 질 향상 심층연구-농어촌 공공보건의료인력 확보방안. 한국보건사회연구원, 한국농촌경제연구원.
- 김소애, 서영원, 우경숙, 신영진. (2019). “국내 미충족 의료 현황 및 영향요인 연구에 관한 체계적 문헌고찰.” 비판사회정책 제62호. pp.53-92.
- 김수린, 조승연, 김정승. (2022). 농촌지역 장기요양 재가서비스 실태와 개선방안. 한국농촌경제연구원.
- 김지혜, 박지은. (2021). “한의약 방문진료 현황과 정부 유관 사업(안)소개.” 한의정책. 제9권 1호. pp.63-70.
- 김창오, 홍종원, 조미희, 최은희, 장숙량. (2020). “거동 불편 대상자를 위한 방문진료모형: 1년 6개월간의 운영사례 보고.” 한국노년학회지. 제40권 제6호. pp.1403-1428.
- 방문의료연구회. (2022). 환자를 찾아가는 사람들. 스토리플래너.
- 봉승원, 김태훈, 김신실, 김영식. (2006). “주치의제도의 필요성과 내용에 대한 인식도 조사.” 가정의학회지 제27권 5호. pp.370-375.
- 안석, 김남훈, 김유나. (2019). 농촌·도시 건강실태 및 의료비용 효과 비교와 정책과제. 한국농촌경제연구원.
- 오영인, 임지연, 강태경. (2019). 일본의 재택의료 현황과 시사점. 한국의료정책연구소.
- 우세린, 손민성, 김귀현, 최만규. (2020). “고용형태별 및 성별에 따른 미충족 의료경험의 차이.” 보건사회연구. 제40권 제1호. pp.592-616.
- 이건세. (2019). “커뮤니티케어·재택 의료 추진 전략.” 정책동향. 제13권 제3호. 한국의료정책연구소.
- 이소영, 김가희. (2021). “재생산 건강 보장을 위한 산부인과 인프라의 공급 고찰.” 보건사회연구. 제41권 제2호. pp.141-156.
- 이요셉. (2019). 미국과 싱가포르의 방문의료·돌봄서비스 동향. 정책동향. 제13권 제3호. 건강보험심사평가원.
- 이태훈, 이자경, 장숙량, 이혜진, 서동민, 홍종원, 김창오. (2022). “미국의 거동 불편 칩거노인들을 위한 재택의료 서비스.” 대한가정의학회지. 제12권 제3호. pp.129-136.
- 장인수. (2020). “지역 내 병·의원 공급 부족이 노인 미충족 의료에 미치는 영향.” 통계연

- 구. 제25권 제2호. pp.49-77. 통계청.
- 주재홍, 김휘준, 장지은, 박은철, 장성인. (2020). “2018 미충족의료율과 추이.” 보건행정학회지. 제30권 제1호. pp.120-125. 한국보건행정학회.
- 전찬희, 곽전원, 곽민호, 김정현, 박용순. (2019). “한국 노인에서 미충족 의료 수요와 연관 요인: 제7기 국민건강영양조사(2017년).” 대한임상건강증진학회지. 제19권 제2호. pp.84-90.
- 최경환. (2022). 일본 농촌지역의 재택 의료 실태와 시사점. 한국농촌경제연구원.
- 최재우, 김창오. (2022). “거동 불편 사유로 인한 미충족 의료의 규모와 관련 요인탐색 연구: 방문의료 대상자 추계를 위한 근거.” 보건행정학회지. 제32권 제1호. pp.53-62. 한국보건행정학회.
- 농촌진흥청. (2022). 2021 농어업인 등에 대한 복지실태 조사보고서. 농촌진흥청 국립농업과학원.
- 농촌진흥청. (2021). 2020 농어업인 등에 대한 복지실태 조사보고서. 농촌진흥청 국립농업과학원.
- 농촌진흥청. (2019). 2018 농어업인 등에 대한 복지실태 조사보고서. 농촌진흥청 국립농업과학원.
- 한국농촌경제연구원. (2019). 2019 농업인 삶의질 향상 우수사례집: 농촌의 희망을 말한다. 한국농촌경제연구원 삶의질정책연구센터.
- Ensign, S. F., K. Baca-Motes, S. R. Steinhubl. & E. J. Topol. (2019). “Characteristics of the modern-day physician house call.” *Medicine*. 98(8).
- Eric De Jonge, K., Jamshed, N., Gilden, D., Kubisiak, J., Bruce, S. R., & Taler, G. (2014). “Effects of home-based primary care on Medicare costs in high-risk elders.” *Journal of the American Geriatrics Society*. 62(10). pp.1825-1831.
- Hamrick, I. (2012). “More house calls by fewer physicians.” *The Journal of the American Board of Family Medicine*. 25(6). pp.759-760.
- Totten, A. M., E. F. White-Chu, N. Wasson, E. Morgan, D. Kansagara, C. Davis-O'Reilly. & S. Goodlin. (2016). “Home-based Primary Care Interventions.” AHRQ Publication No. 15(16)-EHC036-EF. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality(US).
- Unwin, B. K. & P. E. Tatum III. (2011). “House calls.” *American Family Physician* 83(8). pp.925-938.

〈언론보도자료〉

- 국민일보. (2018. 12. 11.). “1인 개원 의사가 왕진 나가는 건 어려운 게 현실.”
- 동아일보. (2022. 12. 14.). “의사가 月 1회 어르신 집 찾아가는 재택진료 첫발.”
- 매일경제. (2018. 9. 16.). “의사왕진수가 높은 활성화법 1년째 국회서 ‘낮잠.’”
- 메디게이트 뉴스. (2019. 9. 23.). “방문진료는 의료법상 이미 가능, 커뮤니티케어 찬반
과 무관…수가 낮으면 의사들이 참여 안하면 그만.”
- 데일리메디. (2021. 2. 2.). “기대감 컸던 의사 왕진 ‘저조’…의원 한 곳당 ‘36건’ 불과.”
- 의학신문. (2022. 8. 18.). “통합돌봄 선도사업, 방문의료 등 특화프로그램 확대.”
- 조선일보. (2018. 8. 7.). “노인 집에 찾아가 치료, 일본은 왕진 1000만건.”
- 중앙일보. (2011. 7. 6.). “환자 요청 없는 방문진료 위법.”
- 진천뉴스. (2022. 7. 31.). “생거진천재택의료센터 개소식 성료, 진천의원 박재영 센터장
취임.”
- 충청연합방송. (2022. 7. 28.). “청양군, ‘찾아가는 의료원’ 무료 영양제주사 문제없나?”
- e-청양신문. (2021. 6. 21.). “찾아가는 의료원, 대치면 첫 진료 시작.”
- 청년의사. (2022. 12. 1.). “‘의사 없어 환자도 없는’ 재택 의료 퇴비우스 띠 끊는 서울대
병원.”
- 포인트데일리. (2022. 3. 4.). “지역민이 의료생협 만들고 의원 건립한 여주 흥동면 ‘우리
동네의원.’”
- 한국농어민신문. (2022. 9. 6.). “공중보건위가 본 농어촌 의료현장 ‘의료공백 해소, 보건
소 인력확충이 먼저.’”
- 한진. (2016. 10. 21.). “왕진은 과연 위법한가.” 법무법인 세승.
- 사회적경제 미디어-이로운 넷. (2020. 2. 27.). “우리 마을 주민은 우리가 돌본다! 원주
건강반장 활동 개시.”

〈법령자료〉

- 노인장기요양보험법(시행 2022. 6. 22. 법률 제18610호, 2021. 12. 21., 일부개정)
제23조(<https://www.law.go.kr/법령/노인장기요양보험법>). 검색일: 2022.
9. 27.
- 노인장기요양보험법 시행령(시행 2022. 6. 22. 대통령령 제32712호, 2022. 6. 21., 일부
개정) 제7조([https://www.law.go.kr/법령/노인장기요양보험법시행령/\(32712,
20220621\)](https://www.law.go.kr/법령/노인장기요양보험법시행령/(32712,20220621))). 검색일: 2022. 9. 27.
- 의료법(시행 2021. 12. 30. 법률 제17787호, 2020. 12. 29., 일부개정) 제33조([https://
www.law.go.kr/법령/의료법](https://www.law.go.kr/법령/의료법)). 검색일: 2022. 12. 30.
- 국민건강보험법(시행 2022. 12. 27. 법률 제19123호, 2022. 12. 27., 일부개정) 제41조

(<https://www.law.go.kr/법령/국민건강보험법>). 검색일: 2022. 12. 30.
 보건의료기본법(시행 2021. 3. 23. 법률 제17966호, 2021. 3. 23., 일부개정) 제44조
 (<https://www.law.go.kr/법령/보건의료기본법>). 검색일: 2022. 12. 30.
 의약분업 예외지역 지정 등에 관한 규정(시행 2018. 7. 25. 보건복지부고시 제2018-76호,
 2018. 4. 25., 일부개정) 제2조([https://www.law.go.kr/행정규칙/의약분업
 예외지역지정등에관한규정/\(2018-76,20180425\)](https://www.law.go.kr/행정규칙/의약분업예외지역지정등에관한규정/(2018-76,20180425))). 검색일: 2022. 12. 30.
 지역보건의법(시행 2022. 8. 18. 법률 제18418호, 2021. 8. 17., 일부개정) 제10조, 제12조,
 제13조(<https://www.law.go.kr/법령/지역보건의법>). 검색일: 2022. 9. 25.
 지역보건의법 시행령(시행 2022. 8. 18. 대통령령 제32864호, 2022. 8. 9., 일부개정) 제8조,
 제10조(<https://www.law.go.kr/법령/지역보건의법시행령>). 검색일: 2022. 9. 25.
 지역보건의법 시행규칙(시행 2019. 10. 3. 보건복지부령 제667호, 2019. 8. 19., 일부개정)
 (<https://www.law.go.kr/법령/지역보건의법시행규칙>). 검색일: 2022. 9. 25.
 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법(시행 2022. 2. 18. 법률 제18413호, 2021. 8. 17.,
 일부개정) 제15조([https://www.law.go.kr/법령/농어촌등보건의료를위한특별
 조치법](https://www.law.go.kr/법령/농어촌등보건의료를위한특별조치법)). 검색일: 2022. 9. 25.

<참고자료>

보건복지부. (각 연도). 일차 의료 방문 진료 수가 시범사업 보도 참고자료.
 보건복지부. (2020). 지역사회 통합돌봄 자체 추진 가이드북. 보건복지부 커뮤니케이터
 추진본부.
 보건복지부, 건강보험심사평가원(2020). 일차 의료 방문 진료 수가 시범사업 홍보물.
 보건복지부. (2019). 일차 의료 방문 진료 수가 시범사업 지침.
 보건복지부. (2022). 장기요양 재택 의료센터 시범사업 세부 계획안.
 보건복지부. (2021). 장애인 건강주치의 3단계 시범사업 시행.
 한국보건사회연구원. 국민건강보험공단. 2018년 의료패널 자료.
 원주 의료복지사회적협동조합. (2021. 3. 10.). 사회적경제 기업의 운영 사례 자료집.
 진천군. (2022). 진천군 보건의료 특화사업 추진 자료집.
 제20대 대통령직인수위원회. (2022. 5.). 윤석열정부 110대 국정과제.
 행정안전부. (2022). 주민등록인구현황.

<참고 인터넷 사이트>

국립중앙의료원([https://www.nmc.or.kr/nmc/main/contents.do?menuNo=200
 282](https://www.nmc.or.kr/nmc/main/contents.do?menuNo=200282)). 간호서비스. 검색일: 2022. 9. 27.
 한국건강증진개발원(<https://www.khealth.or.kr/board?menuId=MENU00863&>

- siteId=null). 방문건강관리사업. 검색일: 2022. 9. 27.
- 대한민국 정책브리핑(<https://www.korea.kr/special/policyCurationView.do?newsId=148866645#L1>). 지역사회 통합 돌봄(커뮤니티 케어). 검색일: 2022. 10. 1.
- 건강의집의원 방문의료클리닉(<http://www.maeulclinic.com/475ad3a1dad24f5197907b85d19b8749#>). 검색일: 2022. 12. 30.
- 전국 요양기관 찾기(<https://www.silvercarekorea.com/silver/index.php?>). 검색일: 2022. 12. 30.
- Mobius MD(<https://mobius.md/2019/11/04/benefits-of-house-calls-for-patients-and-providers/>). Benefits of house calls for patients and providers. 검색일: 2022. 10. 1.
- 통계청 통계설명자료(<https://www.narastat.kr/metasvc/index.do?orgId=213&confmNo=213003&kosisYn=Y>). 충청남도 기본통계 2020년. 검색일: 2022. 11. 15.
- 홍성의료복지사회적협동조합(<https://hoonoon.tistory.com/134>). 우리동네의원 방문진료 안내. 검색일: 2023. 3. 15.