

공무원직접수행 학술용역

서울시 지역 건강격차 해소를 위한
공공보건의료서비스 강화방안 연구

2011.10

서울특별시
복지건강본부

서울시 지역 건강격차 해소를 위한 공공보건의료서비스 강화방안 연구

2011.10

저자

연구 책임자 : 박유미

참여 연구원 : 유희정

이순우

이수미

서울특별시
복지건강본부

제 출 문

본 보고서를 「서울시 지역 건강격차 해소를 위한
공공보건의료서비스 강화방안 연구」
공무원직접수행 학술용역의 최종보고서로 제출합니다.

2011. 10

서울특별시
복지건강본부

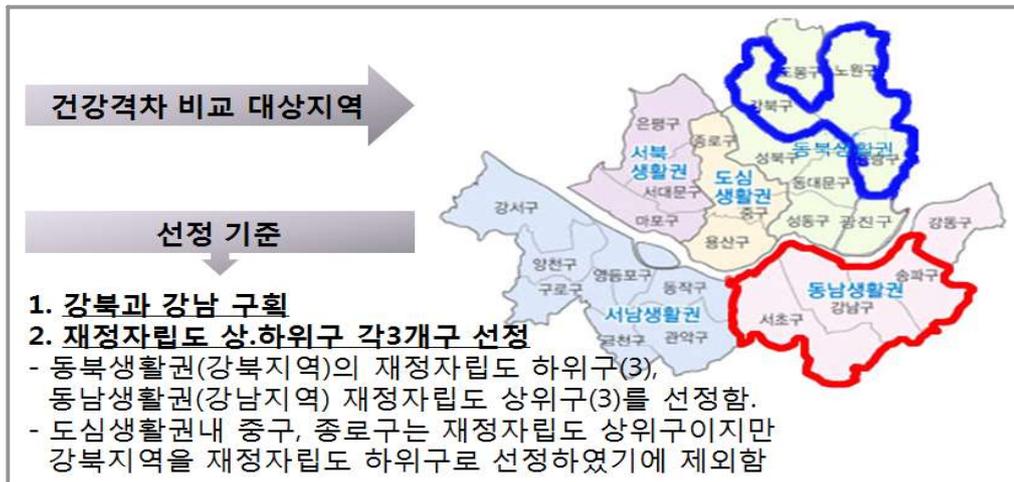
서 문

1. 연구동기 및 목적

- 최근 공공의료기관에 대한 지속적 지원으로 권역별 공공보건의료서비스 인프라가 구축되었으나 지역 간 건강행태 및 건강 수준의 격차는 크게 나타나고 있으며, 인구 10만명당 사망자 수 (표준화)의 지역 간 양극화가 뚜렷해지고 있다. 이에 따라 관련 자료와 현황 등을 분석 검토하여 지역 간 건강격차를 줄이기 위한 공공보건의료서비스 강화 방안을 모색하고자 한다.

2. 연구범위

- 공간적 범위 : 재정자립도 상 하위구 중 강북과 강남지역으로 구분하여 3개구씩 선정하였다.
(그림 1. 연구 공간적 범위 - 지역선정기준)



※ 출처 : 서울시 보건정책과

- 시간적 범위 : 서울시민보건지표조사(1997~2010), 지역사회건강조사(2008~2010) 시립병원 및 보건소 이용율(2008~2010), 공공보건추진사업(2011) 건강빈곤지수(2009 통계로 본 한국 건강불평등-건강사회연구센터) 지역박탈지수(건강불평등 완화를 위한 건강증진전략 및 사업개발2009-건강증진사업단)

3. 감사의 글

- 용역 연구 수행과정에서 새로운 제언과 따뜻한 격려 관심을 가져주신 복지건강본부 이정관 본부장님, 복지기획관 황치영 국장님, 보건정책과 모현희 과장님, 연구내용 관련하여 보건소 입장에서 정책적 자문을 해주신 강북구보건소 이인영소장님, 성북구 보건소 황원숙소장님, 그리고 시립병원 운영 및 학술적인 분야를 아우르며 적절한 방향을 제시하여 주신 서울의료원 기획조정실 김민기 실장님, 부산대 의학전문대학원 윤태호 교수님, 고려대 윤석준 교수님께 진심으로 감사의 말씀을 드립니다.
- 또한 각종자료 준비와 현장 답사 방문 시 적극 협조하여 주신 시립병원 및 25개 보건소 직원여러분께 감사드리며, AHP기법 설문분석에 참여하여 주신 정한옥 연구원님께도 감사드립니다.

서울시 지역 건강격차 해소를 위한 공공보건의료서비스 강화 방안 연구

요약서

I. 서론

“강남구에만 살면 건강할까?”, “나 혼자 건강하면 될까?”

사회양극화와 더불어 건강양극화도 심화되고, 최근에는 서울시 지역 간에도 건강격차가 있다고 보고된다. 2010년 서울시민보건지표조사를 보면 건강검진수진경험률, 흡연률, 경제적 이유로 인한 미치료율이 강남지역 쪽에서 유리하게 나타났으며 한국 건강형평성 학회가 발표가 인구10만명당 사망자수의 지역 간 양극화가 뚜렷하게 나타나 강북구는 강남구에 비해 월등히 높게 나타났다. 그렇다면 “강남구에 산다는 것”은 어떤 중간기제가 있어 이런 결과가 나오게 되었을까?

개인의 건강수준의 총합만으로 지역 간 건강격차를 설명할 수 없다는 것은 많은 연구를 통해 설명되어지고 있다. 건강을 결정하는 요인으로 개인의 성, 연령, 유전요인, 개인의 건강생활습관(이것이 차지하는 비율은 높지 않다), 사회·지역사회네트워크, 생활환경, 보건의료서비스, 교육, 주거, 노동환경, 위생, 일반사회 경제, 문화, 환경조건들이 포함되어 지기 때문이다.(Whitehead와 Dahlgren,1991)

사회경제적 수준에 따라, 또한 지역에 따라 건강격차가 있다는 연구들은 많이 보고가 되고 있다. 최근에는 그 건강격차의 시계열적 추이에 대한 보고는 되지만 가장 중요한 부분인 건강격차에 대한 원인과 기전에 대한 연구와 결과는 국내외적으로 미진한 상황이다. 이번 연구 역시 서울시 지역 간, 사회경제적 계층 간 건강격차의 원인이나 기전을 연구하기에는 많은 제한점이 있어 서울시 지역 건강격차 크기와 추이, 공공보건의료서비스 현황 분석과 취약계층을 대상으로 지원하고 있는 보건서비스를 분석함으로써 지금까지의 서울시 건강격차를 확인할 기회를 제공하고자 한다. 또한 서울시 보건정책과 보건사업을 담당하고 있는 팀장과 과장을 중심으로 서울시 건강격차 해소를 위한 단기적 보건사업 선정과 장기적 보건정책방향을 계층화 분석기법을 활용하여 제시하고자 한다.

II. 본론

- 우선, 지역 간 건강격차를 보다 확연하게 보기위해 2010년 재정 자립도로 상위3개구(강남구, 서초구, 송파구)와 하위3개구(강북구, 노원구, 중랑구)를 선정하였다.
- 개인수준의 건강격차를 보기 위해 흡연율, 비만율, 자살률 등 7개 지표로 지역 간(상/하위구) 격차를 살펴본 결과, 지역 간 건강격차 차이뿐만 아니라 '98년에서 '10년 동안의 추이에서도 격차를 보였다.
- 지역수준의 박탈 지수와 사망률의 관계 자료를 재검토하였는데 지역박탈지수 8개의 지표(낙후된 주거환경비율, 노인인구비율, 고졸미만 학력인구비율, 가구원기준하위사회계층비율, 아파트가구비율, 자동차미소유가구비율, 독거가구비율, 여성가구비율)가 상위3개구에서는 하위3개구에 비해 훨씬 바람직한 방향으로 나타났다.

- 상/하위3개구의 지역박탈지수와 표준화 사망률, 조기사망자수, 암표준화사망률, 손상표준화사망률, 응급의료지수, 의사1인당 인구수, 재정자립도와 일치하는 양상을 보여 지역박탈지수가 좋지 않은 값을 가진 하위3개구가 위의 지표 역시 나쁜 값으로 나왔다.
- 다음으로, 보건의료자원에 대한 차이를 분석하였는데 역시 상위3개구가 인구1000명당 병상 수, 종사의료인력, 인구 1000명당 의사수가 하위3개구보다 월등하게 높게 나타났다.
- 시립병원의 의료급여 진료비율이 최근 4년 사이에 28%에서 25%로 감소하였고 향려노숙환자의 경우 동부병원을 가장 많이 이용하였고 서울시민이 서울시립병원을 이용하는 지역친화도는 7.58%를 차지하였다.
- 시립병원별 이용환자의 거주지를 조사했을 때 의료접근도가 좋은 근접지역이 높게 나타났으나 장애인이나 취약계층을 위한 서비스나 차량제공 등을 했을 경우에는 원거리 시민의 이용도도 높게 나타나 향후 공공보건의료서비스제공방향 제고에 이용하겠다.
- 보건소의 진료현황에서 인구대비 하위3구에서 보건소 이용율이 높았으나 강남구 보건소의 경우는 서울시 25개 보건소 중에서 의료급여 진료건수가 가장 높게 나타났는데 의료취약계층 밀집지역내 보건분소가 위치하고 또한 일차진료, 한방, 치과, 재활치료 등 다양한 서비스 제공이 그 원인으로 파악된다.
- 취약계층에 대한 시립병원과 보건소의 보건서비스제공을 분석한 결과 산발적이고 제한된 범위의 사업들이 제공되고 있어 체계적인 계획수립을 통한 선택과 자원의 집중이 필요할 것으로 보인다.
- 영국은 1998년부터 지역 간 혹은 사회계층간 건강불평등을 해소하기위한 종합적인 보건대책(Health Action Zones 시범사업)을 수립했다. 건강취약지역 26개 선정 후 지역거버넌스 관점으로 접근하여 보건, 고용, 교육, 주택, 빈곤 등 건강에 영향을 미치는 요인들을 종합적으로 점검하고 대처함으로써 이들 지역의 건강증진을 도모하였다.
- 건강불평등 해소를 위한 정책방안에 대한 문헌고찰 내용 중 건강불평등이 지속적 정책 아젠다 형성활동의 필요, 건강형평성의 모니터링체계 구축, 로컬 거버넌스 체계 구축, 건강불평등 영향조사 등이 제시되었다.
- 계층화 분석 기법을 통한 설문조사 결과로, 서울시 지역건강격차 해소를 위해 단기적으로 정신보건사업과 응급의료사업을 우선 추진과 중장기 보건정책방향은 서울시 핵심 건강형평성 지표개발과 모니터링체계, 조례제정을 통한 사업 추진 기반 등이 높게 나타났다.

II. 결론

건강불평등 대책마련을 위해서는 불평등의 크기 파악도 중요하지만 건강불평등이 생겨나는 원인과 기전을 알아야한다. 우선적으로 서울시는 지역 간 건강격차 원인과 기전에 대한 전문가의 추가 연구가 필요하다. 그러나 현재 보건의료자원과 보건의료서비스로 서울시 지역 건강격차 해소를 위해 단기적 접근과 중장기적 보건정책을 수립할 필요가 있겠다.

이번 연구는 서울시 지역 건강불평등에 대한 현황분석과 서울시공공보건의료자원 및 서비스를 건강불평등의 관점에서 분석하였다는 것에 큰 의미가 있다고 판단된다.

본 문 목 차

제1장 서론	11
1. 연구 배경 및 필요성	11
2. 연구 목적	11
3. 연구의 범위	12
4. 연구의 틀	14
제2장 본론	15
1. 건강과 건강불평등이란?	15
(1) 건강과 건강결정요인	15
(2) 건강불평등 원인과 기전	15
2. 국내외 건강불평등 관련 문헌고찰	17
(1) 건강불평등 격차크기	17
(2) 건강불평등 격차해소 접근전략	18
(3) 국내 지역 간 건강불평등	19
(4) 건강불평등 격차해소 정책방안	21
(5) 건강불평등 해소사례	24
3. 서울시 지역 간 건강격차와 공공보건의료서비스 분석	26
(1) 서울시 지역 건강격차 현황 및 분석	26
(2) 서울시 의료자원 현황 및 분석(보건소 포함)	42
(3) 서울시 의료서비스 현황 및 분석	46
(4) 서울시 공공보건의료서비스 현황 및 분석	59
4. AHP를 통한 우선순위 선정	65
(1) 설문조사	65
(2) 평가기준 및 모형	66
(3) 평가결과	67
제3장. 결론	69
1. 고찰	69
2. 정책적 제언	71

표 목 차

표 1. 지역 간 건강격차 해소를 위한 보건정책 수립 연구체계도	14
표 2. 한국의 건강빈곤지수(HPI)	21
표 3. 사회적 건강결정요인 완화 정책 제시(2010)	23
표 4. 재정자립도 상·하위구 거주주택현황	26
표 5. 재정자립도 상·하위구 건강빈곤지수 근원계	32
표 6. 재정자립도 상·하위구 건강빈곤지수 중재요인계	32
표 7. 재정자립도 상·하위구 건강빈곤지수 건강상태계	32
표 8. 재정자립도 상·하위구 지역박탈지수를 포함한 서울시 건강지표(2008)	39
표 10. 재정자립도 상·하위구 건강수준 지표(2010)	40
표 11. 재정자립도 상·하위구 건강수준 지역 간 격차 추이(1997~2010)	40
표 12. 월소득 100만원이하 재정자립도 상·하위구 건강수준 지역간 격차 추이	41
표 13. OECD 국가와 의료기관 비교현황	42
표 14. 상위 3개구 의료기관 현황	42
표 15. 하위 3개구 의료기관 현황	42
표 16. OECD 국가와 병상수 비교현황	43
표 17. 상위 3개구 병상수 현황	43
표 18. 하위 3개구 병상수 현황	43
표 19. 상위 3개구 의료 종사인력 현황	43
표 20. 하위 3개구 의료 종사인력 현황	43
표 21. OECD 국가와 인구1,000명당 의사 현황	44
표 22. 상위 3개구 인구 1,000명당 의사 현황	44
표 23. 하위 3개구 인구 1,000명당 의사 현황	44
표 24. 상위 3개구 300병상 이상 의료기관 현황	45
표 25. 하위 3개구 300병상 이상 의료기관 현황	45
표 26. 시립병원 현황	46
표 27. 전체 시립병원 의료보장별 년도별 현황	47
표 28. 시립병원별 의료보장별 진료실적 현황	48
표 29. 행려 노숙환자의 의료보장별 현황	49
표 30. 서북병원 행려노숙 현황	50
표 31. 동부병원 행려노숙 현황	50
표 32. 지정의료기관 현황	50
표 33. 의료비 지원 현황	50
표 34. 시립병원별 지역 친화도 및 지역환자 구성비	51
표 35. 상위 3개구 전체 예산 대비 보건소 예산 현황	54
표 36. 하위 3개구 전체 예산 대비 보건소 예산 현황	54
표 37. 상위 3개구 보건소 예산 및 주민1인당 보건비	54
표 38. 하위 3개구 보건소 예산 및 주민1인당 보건비	54
표 39. 상위 3개구 보건소 일차진료 현황	55
표 40. 하위 3개구 보건소 일차진료 현황	55

표 41.	상위 3개구 보건소 건강보험 진료 현황	56
표 42.	하위 3개구 보건소 건강보험 진료 현황	56
표 43.	상위 3개구 보건소 의료급여 진료 현황	57
표 44.	하위 3개구 보건소 의료급여 진료 현황	57
표 45.	무료간병인 현황 및 실적(2010)	59
표 46.	보건복지부 지원 말기암 환자 완화 의료기관 지정 현황(2011)	60
표 47.	호스피스 병상 운영 실적(2010)	60
표 48.	격리병상 현황(2011)	61
표 49.	무료진료 현황	61
표 50.	시립병원별 교육현황	62
표 51.	보건소 취약계층 대상 사업	63

그림 목 차

그림 1. 연구 공간적 범위 - 지역선정	4
그림 2. 건강결정요인 모형(2009)	15
그림 3. 사회적 요인에서 건강불평등 경로(2007)	16
그림 4. 건강불평등의 원인과 기전을 이해하기 위한 모형(2001)	16
그림 5. 재정자립도 상·하위구 거주주택 현황(2010)	26
그림 6. 재정자립도 상·하위구 고혈압 유병률 최근 추이(2008~2010)	27
그림 7. 재정자립도 상·하위구 건강검진 수진률 추이(1997~2010)	27
그림 8. 월소득 100만원이하의 재정자립도 상·하위구 건강검진 수검률 추이(1997~2010)	28
그림 9. 재정자립도 상·하위구 흡연률 추이(1997~2010)	28
그림 10. 월소득 100만원이하의 재정자립도 상·하위구 흡연률 추이(1997~2010)	29
그림 11. 재정자립도 상·하위구 비만률 추이(1997~2010)	29
그림 12. 월소득 100만원이하의 재정자립도 상·하위구 비만률 추이(1997~2010)	30
그림 13. 재정자립도 상·하위구 건강수준인식률 추이(1997~2010)	30
그림 14. 월소득 100만원이하의 재정자립도 상·하위구 주관적 건강수준인식률 추이	31
그림 15. 재정자립도 상·하위구 응급의료지수(2009)	31
그림 16. 재정자립도 상·하위구 자살사망률(2008~2009)	31
그림 17. 건강빈곤지수 근원계(2008)	33
그림 18. 재정자립도 상·하위구 건강빈곤지수 근원계(2008)	33
그림 19. 건강빈곤지수 중재요인계(2008)	34
그림 20. 재정자립도 상·하위구 건강빈곤지수 중재요인계(2008)	34
그림 21. 건강빈곤지수 건강상태계(2008)	35
그림 22. 재정자립도 상·하위구 건강빈곤지수 건강상태계(2008)	35
그림 23. 건강빈곤지수 총계(2008)	36
그림 24. 재정자립도 상·하위구 건강빈곤지수 총계(2008)	36
그림 25. 건강빈곤지수 총계와 연령표준화 사망률(2008)	37
그림 26. 재정자립도 상·하위구 건강빈곤지수 총계와 연령표준화 사망률(2008)	38
그림 27. 재정자립도 상·하위 3구 건강빈곤지수(2008)	38
그림 28. 보건의료자원현황(상·하위 3개구)	44
그림 29. 시립병원 및 보건소 위치도	48
그림 30. 시립병원 의료보장 추이	48
그림 31. 시립병원별 의료보장별 진료실적 현황	49
그림 32. 서울의료원 외래진료 구별이용현황	52
그림 33. 장애인 치과병원 외래진료 구별 이용현황	52
그림 34. 상위 3개구 하위 3개구 의료보장별 진료이용율(2008~2010)	58

제 1장. 서론

1. 연구 배경 및 필요성

- 최근 공공의료기관에 대한 지속적 지원으로 권역별 공공의료서비스 인프라를 구축하여 접근성을 높이고 시립병원에 첨단장비 및 현대적 시설을 갖추었다. 시립병원에 대한 연차별 예산지원으로 '07년 55,295백만원, '08년 71,300백만원, '09년 52,511백만원, '10년 93,353백만원을 편성 운영하였으며, 보건소 의료장비 지원에 대한 연차별 예산은 '07년 320백만원, '08년 599백만원, '09년 1,034백만원, '10년 374백만원을 편성 운영하였다. 현재 서울시립병원 13개소(4,660병상)이며 보건소(지소 및 분소포함)는 52개소가 설치 운영되고 있다.
- 서울시민보건지표조사('10), 지역사회건강조사('10)를 실시하고 그 결과를 분석한 자료에서 지역 간 건강행태 및 건강수준의 격차가 크게 나타나고 있음을 볼 수 있었다. 그 예로 건강검진수진경험율은 강남지역(64.5%)이 강북지역(62.9%)보다 높고, 흡연율은 강남지역(17.3%)보다 강북지역(19.5%)이 낮으며 경제적 이유로 인한 미치료율은 강남지역(3.0%)이 강북지역(3.9%)보다 낮았다. 여기서 강남지역은 강남구, 서초구, 송파구를 강북 지역은 강북구, 도봉구, 노원구의 평균을 비교하였다.
- 또한, 서울시 구별 표준화사망률(2000~2004년, 인구10만명당 성/연령 표준화 사망자수)은 강남구가 1,809명이고 강북구는 2,334명으로 그 차이가 525명이나 되어 지역 간 양극화가 뚜렷해짐이 드러났다.
- 건강수준의 격차가 큰 지역은 서울시의 건강형평사업에 밀접한 연관이 있으며 시민의 건강수준을 높이기 위해서는 건강수준이 낮은 지역의 공공보건사업을 집중적으로 높여야 할 필요성이 있다.

2. 연구의 목적

- 이 연구의 목적은 지역간 건강 격차를 줄이기 위한 양질의 공공의료서비스 제공 및 강화방안을 모색하고자 하는 것이며 건강수준이 낮은 지역의 차별적 자원배분, 집중적 사업지원에 대한 부작용을 최소화 할 수 있도록 사회 경제적 지위(소득, 교육, 직업) 등의 측면에서 취약한 조건에 있는 지역을 선정하고 공공의료서비스를 집중하고자 하는 것이다.

- 구체적인 연구내용은 첫째 서울시 지역별로 건강행태 및 수준에 대한 자료를 재분석하고자 서울시민보건지표조사 통계자료를 활용하였으며 '97~'10년까지 지역별 건강수준을 재분석하고, 지역사회건강조사 및 그 외 보건통계자료를 분석하였다. 둘째 시립병원 및 보건소 보건의료서비스 및 건강형평성 사업 내용에 대한 분석을 위하여 인력, 예산, 장비, 시설 등에 대한 권역별 분석과 공공보건사업 내용을 검토하였다. 셋째 지역 간 건강불평등 해소 관련 국외·국내 문헌고찰을 하였고 넷째 서울형 공공보건의료서비스 관련 전문가 심층자문을 실시하였다. 다섯째 지역 건강격차 해소를 위한 공공보건의료서비스 강화 방안을 도출하는 방법으로 서울시 업무관련 직원들의 설문조사를 실시하고 집단의사결정을 객관적으로 도출할 수 있는 AHP를 활용하여 통계적 분석 실시하였으며, 이를 통하여 사업의 우선순위 선정하였다 또한 보건정책방향 수립 및 활용방안에 대한 중·단기 순위를 제시하였다.

3. 연구의 범위

- **서울시 지역 건강격차 현황 및 분석**
 - 서울시민보건지표조사('10)와 지역사회건강조사('10)를 통하여 고혈압유병률, 건강검진수진률, 흡연율, 비만율, 주관적 건강수준인식률을 비교분석하였으며,
 - 영국의 건강빈곤지수(Health Poverty index, HPI)의 근원적 요인, 중재요인, 건강상태 등을 이용하여 국내 가용한 지표를 검토 적용한 “2009년 통계로 본 한국 건강불평등”(건강사회연구센터)의 발표 자료를 활용하여 서울시 각 구별 건강빈곤지수(25개)를 제시하였다.
 - 지역박탈지수에 대하여 건강불평등 완화를 위한 건강증진 전략 및 사업개발 2009(건강증진사업단)의 발표 자료를 활용하여 서울시의 격차를 제시하였다. 지역박탈지수의 지표에는 낙후된 주거환경비율, 노인인구비율, 고졸미만 학력인구비율, 가구원 기준 하위 사회계층비율, 아파트 가구비율, 자동차 미소유 가구비율, 독거가구비율, 여성가구비율로 8개 지표로 구성되어 있다.
- **서울시 의료자원 현황 및 분석(보건소 포함)**
 - 서울시지역보건의료계획('10)과 서울시 통계사이트를 활용하여 인구현황, 보건의료자원현황(의료기관, 의료종사인력, 인구1,000명당 의사수) 비교분석, 보건소의 진료현황은 직접 자료를 제출받아 상위 3개구, 하위 3개구를 비교 분석하였다.
 - 서울시 의료기관수, 병상수, 종사인력, 300병상이상 의료기관 현황을 활용하여 서울시 상위 3개구와 하위 3개구의 보건의료자원의 격차를 제시하였으며,
 - 서울시 상위 3개구, 하위 3개구 보건소 분석을 통하여 구별 예산, 구예산 대비 보건소 예산, 보건소 진료현황(1차 진료, 건강보험, 의료급여), 주민1인당 보건의료비 현황 등 보건소 이용 격차를 제시하였다.

○ **서울시립병원 의료서비스 현황 및 분석**

- 서울시립병원 중 특수병원 6개소(어린이병원, 은평병원, 용인정신병원, 백암정신병원, 축령정신병원, 고양정신병원)와 2011년에 개원한 서남병원을 제외한 7개 병원(서북병원, 서울의료원, 보라매병원, 동부병원, 북부병원, 장애인치과병원)을 대상으로 선정하였다
- 서울시립병원의 진료실적('07~'10)을 통하여 의료보장별(건강보험 등, 의료급여), 년도별, 시립병원별, 외래입원 현황을 분석하였고, 별도로 행려노숙환자가 많은 서북병원, 동부병원의 행려노숙환자의 의료보장별 현황을 분석하였다
- 서울시립병원의 의료이용량('09)을 통하여 지역친화도(RI)와 지역환자구성도(CI) 분석하였고,
- 서울시립병원의 외래진료실적('10)을 이용하여 자치구별 진료이용 현황을 GIS로 비교하였다.

○ **서울시 공공보건의료서비스 현황 및 분석**

- 서울시립병원 중 7개 병원(서북병원, 서울의료원, 보라매병원, 동부병원, 북부병원, 장애인치과병원)과 각 자치구의 보건소 25개소를 대상으로 선정하였다
- 서울시립병원의 내부자료 및 보건소의 제5기 지역보건의료계획을 통하여 분석하였다

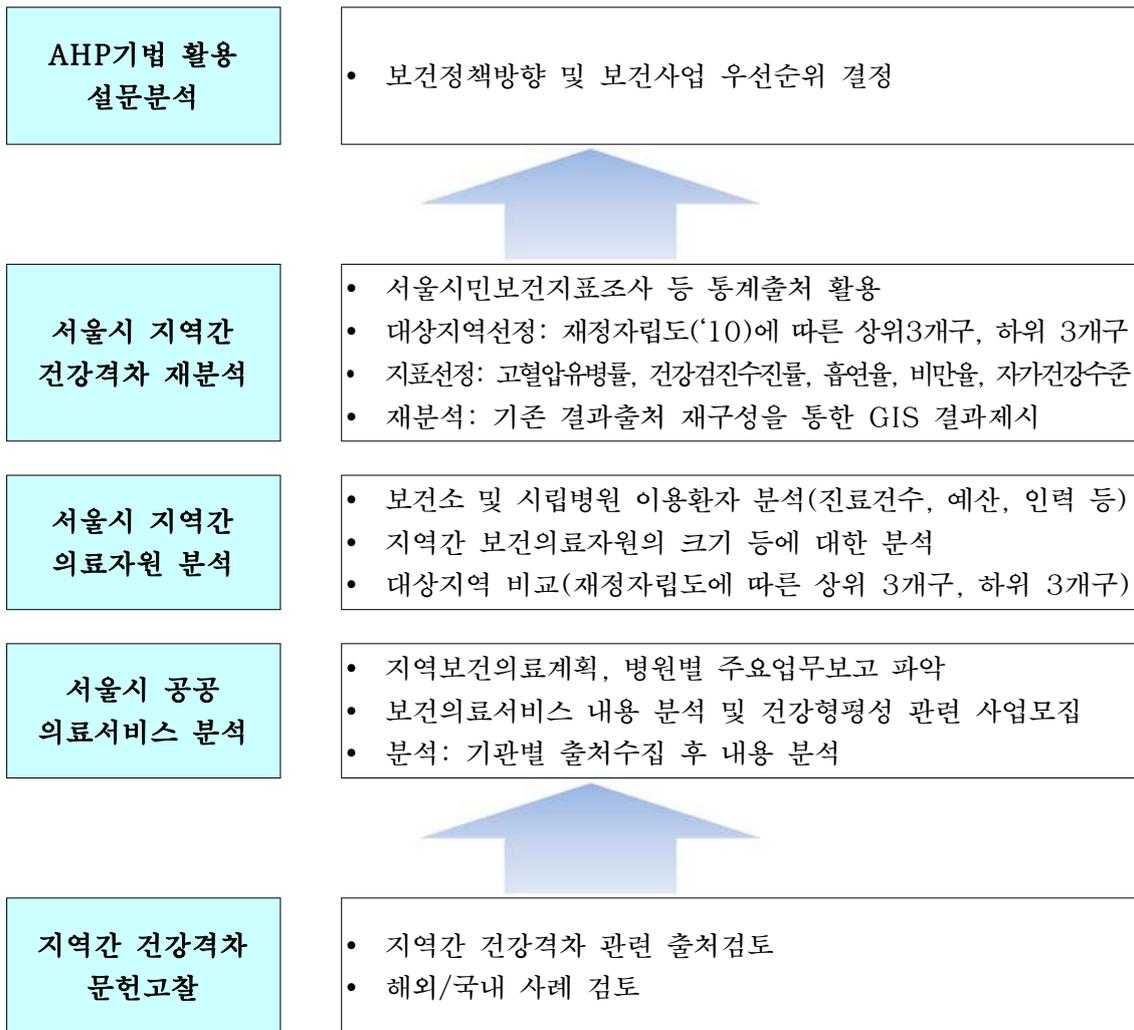
○ **AHP를 통한 보건정책방향 및 보건사업 우선순위 선정**

- 중장기계획 보건정책방향(안)을 7개, 단기계획 공공보건사업을 11개 제시하여 쌍방 비교를 통한 설문으로 AHP 기법을 활용하여 우선순위를 선정하였다.

○ **서울시 지역간 건강격차를 해소하기 위한 서울시 보건사업 및 보건정책 제언**

4. 연구의 틀

○ 목적 : 지역간 건강격차를 해소하는 보건정책 수립



[표 1. 지역 간 건강격차 해소를 위한 보건정책 수립 연구체계도]

※ 상위 3개구 : 서초구, 강남구, 송파구, 하위 3개구 : 노원구, 중랑구, 강북구

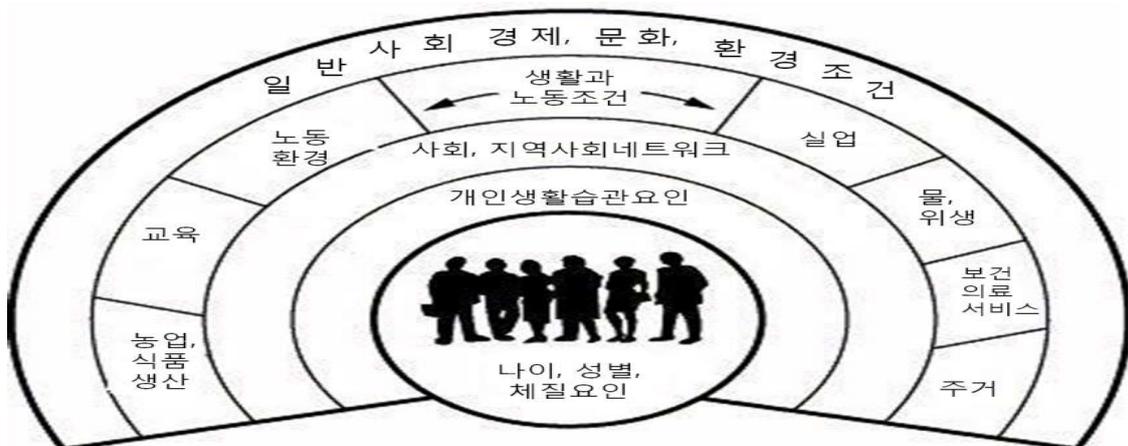
제 2장. 본론

1. 건강과 건강불평등이란?

(1) 건강과 건강결정요인

- 1) 건강은 단순히 질병, 장애의 부재가 아니라, 사회적, 정신적, 육체적 안녕을 포괄하는 개념(WHO)으로 1974년 Lalonde 등은 인간의 건강 수준이 보건의료제도, 환경요인, 생활습관 및 인체의 생리적인 조건에 의해 복합적으로 결정되며, 각 요인은 다양한 하부 요인으로 구성될 수 있음을 주장하였다.
- 2) 건강결정요인은 화이트헤드와 달그렌의 모형에 따르면 다섯 개의 군으로 구성이 되는데 첫째는 연령, 성 등의 유전적 요인, 둘째, 개인의 생활습관요인들, 셋째, 사회, 지역 사회 네트워크, 넷째, 생활 또는 노동조건, 다섯째, 일반적인 사회경제, 문화, 환경조건이다.

[그림 2. 건강결정요인 모형(2009)]



※ 출처 : Dahlgren, G.and M.Whitehead(1991).Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm, Institute of Future Studies, 재인용

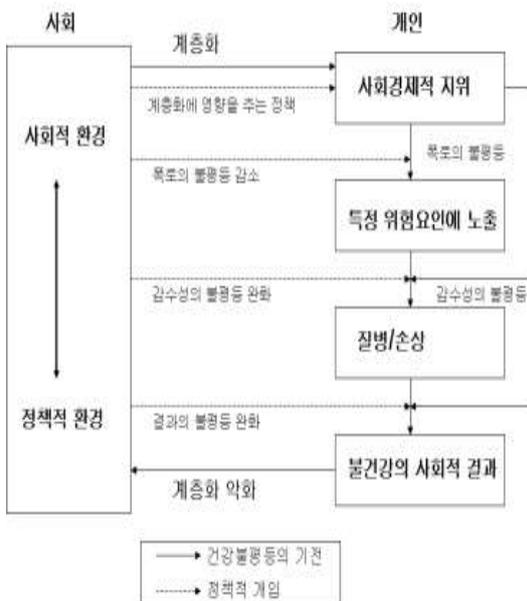
(2) 건강불평등원인과 기전

- 1) 건강불평등은 사회경제적 수준, 지역 등에 따라서 건강과 건강위험요인의 분포차이로 국제 건강형평성 학회에서는 사회적, 경제적, 지리적으로 구분된 인구집단 들 사이에 존재하는, 한 가지 이상의 건강측면에서 나타나는 체계적이고 잠재적으로 교정 가능한 차이로 정의하여 복합적이고 총체적인 접근이 필요하다.

2) 건강불평등 원인과 기전

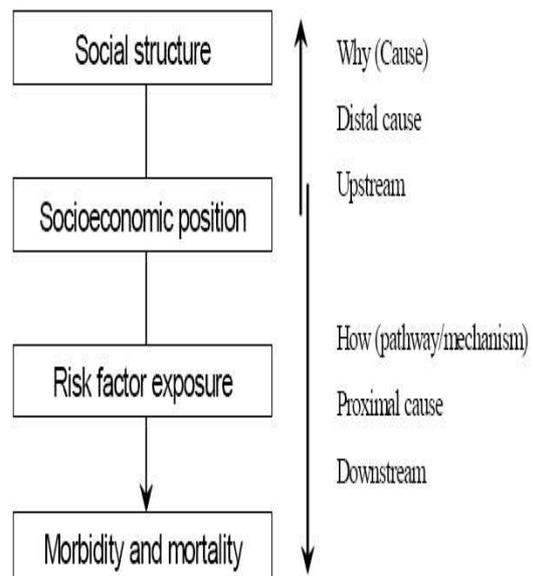
- ① 특정한 사회구조로 인하여 특정 개인의 사회경제적 위치가 규정되고, 개인의 사회경제적 위치의 영향에 의하여 다양한 위험요인(기전)의 폭로기회, 폭로수준이 달라진다. 그 결과로서 건강수준에서의 사회경제적 불평등이 나타난다.(그림 왼쪽)
- ② 건강불평등 원인(cause)과 기전(pathway/ mechanism)을 구분하여서 설명되는데 건강불평등의 원인이란 사회경제적 건강 불평등이 왜(why)생성되고 지속되는가에 대한 문제, 사회정책, 경제정책이라는 상위단계(upstream)에서의 인과성에 초점을 둔다.
- ③ 건강불평등의 기전(pathway/ mechanism)은 사회경제적 건강 불평등이 어떻게(how)생성되는가에 대한 하위단계(downstream)에서의 인과성에 초점을 둔다. 이를 근원(proximal cause)이라 한다.(그림오른쪽)
- ④ 건강수준에서의 사회경제적 차이가 나타나는 근본 원인은 사회구조 속에서 찾을 수 있다. 특정한 사회구조로 인하여 특정 개인의 사회경제적 위치가 규정되고, 개인의 사회경제적 위치의 영향에 의하여 다양한 위험요인(기전)의 폭로기회, 폭로 수준이 달라진다. 그 결과로서 건강수준에서의 사회경제적 불평등이 나타난다.

[그림 3. 사회적 요인에서 건강불평등 경로(2007)]



※ 출처 : 김창엽, 재인용

[그림 4. 건강불평등의 원인과 기전을 이해하기 위한 모형(2001)]



※ 출처 : Evans T, Whitehead M 등

3) 건강불평등의 기전

- ① 유물론적 해석, 인위적 조작, 행동학적 설명, 문화적 설명, 사회기능 이론, 생애과정적 관점으로 해석한다.
- ② 인조설과 선택설은 받아들여지지 않고 있는 상황에서 현재 건강 불평등의 기전과 관련하여 중요하게 논쟁하는 기전은 물질적 요인, 심리사회적 요인, 행태요인에 대한 것이다.
- ③ 문화적/ 행태적 요인(행동학적 설명) : 개인에 의하여 자유롭게 선택된 불건강 행태가 사회경제적 건강 불평등을 만든다.

- ④ 물질적/ 구조적 요인 : 사회계층의 결정에 관련되는 물질적 조건이 사회경제적 건강불평등의 설명방식인 데 물질적, 심리사회적 요인이 사회계층별로 달릴 분포하고, 이들이 결과적으로 관찰된 건강 불평등의 크기의 일부를 설명할 수 있다.
- ⑤ 생애과정적 관점 : 인간의 생애가 연속적이기 때문에 성인기의 불평등의 발현에 발달과 성장의 주요한 기전이 작용한다는 것이다.
- 예) 생애초기의 생애가 이후의 삶의 질병발생에 영향을 미치는 기전 중 하나는 잠복 모형 생애초기의 결정적인 단계에서 반응에 대한 수용양상에 따라 삶의 최기의 경험이 성인 이후의 다양한 질병에 대한 취약성이나 저항력을 갖게 한다는 것, 둘째 생애초기의 불이익은 장기간에 걸쳐 축적되어 질병을 야기하는 것과 같이 축적된다는 것, 세 번째 설명은 생애초기의 낮은 교육수준은 성인기의 취업 기회와 직업경험에 제약을 가한다는 설명이다. 그러므로 건강불평등 문제에 있어 생애주기에 따른 건강 결정요인과 보건사업을 계획하는 것은 각 연령군에 특화된 고유의 보건문제를 효율적으로 설정하기 위한 목적과 더불어, 건강 불평등을 야기하는 주요한 기전으로서 연속된 삶의 구체적과 그이 효과를 주요하게 간주한다는 것을 의미한다. 이는 특히 보건정책 부분에서 개입의 시간지점을 설정하는 데 있어 주요한 관점을 제공한다.

2. 국내외 건강불평등 관련 문헌고찰

(1) 건강불평등 격차크기

1) 국내 사회경제적 위치에 따른 사망률의 불평등의 변화를 평가한 연구

- ① Khang 등(2004b), 강영호 등(2005)는 교육수준에 따른 사망률 및 유병률 변화 평가를 했는데 운수사고와 자살 사망에서의 불평등 크기가 증가한 것으로 나타났다.
- ② 조홍준(1997)은 소득수준별 사망률 불평등을 밝혔는데 가장 소득수준이 낮은 군의 사망의 대응비는 소득수준의 가장 높은 군보다 2.15배 높은 것으로 나타났다..
- ③ 송윤미(1998), Song과 Byeon(2000), 이무송 등(2003)은 가장 낮은 소득 등급의 사망위험은 가장 높은 소득 등급에 비하여 2.07배 높은 사망률을 보인다.
- ④ 강영호(2004)은 교육수준이 고졸미만인 사람은 고졸이상인 사람보다 사망할 위험이 1.90배 높았고, 사회계층 분류상 하류 계급에서의 사망 위험이 다른 계급에 비하여 1.67배 높았다. 또한 가구원수 보정 월평균 가구소득을 상하의 두 개 군으로 나누었을 때, 상위 소득군에 비하여 하위 소득을 가진 사람들의 사망위험은 62%높았다.
- ⑤ Khang과 Kim(2005a)은 교육수준, 직업계층, 소득수준에 따른 사망률의 차이가 매우 큰 것으로 발표했다.

2) 우리나라의 사회 계층별 사망률의 차이는 외국과 비교하여 상위권이나 외국보다 높은 수준으로 보고됐다.

- 김혜련 등(2004)의 육체노동자의 사망률이 서구유럽 11개 국가를 대상으로 한 연구에 비해 1.65배보다는 높은 수준의 사망률 차이를 보인다.

(2) 건강불평등 격차해소 접근전략

- 1) 건강불평등 완화를 위해서는 사회경제적 요인 자체에 대한 원인적 처방이 중요하고, 건강불평등 하위 기전에 대한 개입은 명백한 한계를 가진다는 주장이 존재한다.
 - ① 사회경제적 요인이라는 근본적 원인(fundamental cause)이 남아 있는 한, 여전히 다른 기전을 통하여 사회경제적 건강 불평등을 양산하게 된다고 주장한다.
 - ② 건강불평등의 원인이 관련하여 사회경제적 조건 자체가 무엇보다 중요하다는 Link와 phelan의 지적은 매우 타당하다. 그리고 하위 기전에 대한 개입이 오히려 불평등 크기를 크게 할 수 있다는 점에서도 사회경제적 요인 자체에 대한 관심이 더욱 필요하다.
 - ③ 하지만, 그렇다고 하위기전데 대한 개입이 쓸모없다거나 중요성이 떨어진다고 평가할 수는 없다. 하위기전의 존재를 알고 있으면서 이에 대한 개입을 하지 않는 것이 윤리적으로 타당한지도 의문이다. 낮은 사회계층의 높은 흡연율이 결과적으로 폐암사망에서의 불평등으로 이어지는 것이 명백한 상황에서 낮은 사회계층의 흡연율을 낮추기 위한 행태적 개입 활동을 하지 않을 수 있을까?
 - ④ 건강 불평등의 절대적 차이는 명백히 크게 감소하였다는 사실이 지적 될 필요가 있다. 예를 들어, 미국의 흑백 인종 간 사망률의 격차는 20세기 초반 크게 감소하였는데, 이는 당시 크게 증가한 상수도 보급에 따른 전염성 질환 사망의 감소에 따른 것이다.
- 2) 성인기 사망률 불평등에 있어서 아동기의 역할이 중요한지, 성인기의 역할이 여전히 중요한지에 대해서는 논란이다.
 - 두 시기의 폭로가 모두 중요하다는 주장이 설득력을 얻고 있다.
- 3) 심리사회적 요인(물질적 조건)은 화이트홀 연구(1,2차)는 사회경제적 건강불평등의 설명틀로서 심리사회적 요인의 중요성을 매우 크게 부각시켰다.
 - ① 직무통제 지표가 관상동맥질환 발생률에서의 직업계층 간 불평등을 상당 부분 설명한다는 사실을 밝혔다. 그와 동시에 관상동맥질환의 위험요인으로 알려져 왔던 임상적 위험요인이나 건강행태, 키(어릴 적의 폭로를 반영한다)등과 같은 요인의 역할이 그리 크지 않다는 점도 지적했다.
 - ② 심리사회적 요인(예, 직무긴장, 스트레스 등)은 두 가지의 경로를 통해 건강과 건강불평등에 영향을 미친다. 한 가지는 건강행태에 대한 영향이다. 스트레스가 클 때, 사람들은 담배를 피우고 술을 마시며 운동을 하지 않는다. 다른 하나는 인체내부의 호르몬 또는 면역계에 대한 작용이다. 즉, 스트레스를 갖게 될 때, 호르몬체계나 면역계에 영향을 주고 이것이 직접적으로 다양한 질병을 일으킬 수 있다는 점이다.
- 4) 건강행태의 영향력은 사회경제적 건강 불평등에 대해 크지 않다.
 - ① 세계적으로 사회경제적 건강 불평등에 대한 건강행태의 영향에 대해서도 많은 여구가 진행되어 왔는데, 사회경제적 건강불평등에 대한 건강행태의 영향력은 그리 크지 않다고 보고 하였다. Lantz등(1998)연구 결과 소득계층별 사망률 불평등과 건강행태의 기여도에서 전체 사망률 상대비 차이의 9%와 14%만을 건강행태가 설명한 것이다. 그래서 사회경제적 건강행태의 차이는 사망률 불평등의 작은 부분만을 설명하기 때문에, 개인의 행태에만 초점을 둔 공중보건정책은 사망률에 있어서의 사회경제적 불평등을 줄이는 데 제한적인 효과만을 가질 것이라고 주장한다.

- ② 그러나 상대적 측면의 연구에서 그러하였고 절대적 측면에서의 설명력(2006, Lynch 등)(즉, 특정 행태적 위험요인이 제거 되었을 때, 절대불평등 크기에서의 변화정도)을 측정할 경우, 기존에 알려져 있는 관상동맥질환 위험요인들이 관상동맥질환에서의 불평등을 대부분 설명할 수 있다는 점을 보여준다.

5) 건강불평등에 있어서 의료의 역할은 미미하다

- ① 영국의 블랙 리포트는 NHS실시에도 불구하고 건강 불평등은 사라지지 않았다는 점을 지적하였다. 건강불평등현상은 질병의 발생과 사망, 의료서비스의 제공이전과 이후에 모두 존재하고, 이는 우리나라의 연구도 마찬가지이다. 의료서비스는 질병 발생이후에 역할을 하므로 우리나라의 건강불평등의 크기가 모두 의료서비스에 있어서의 불평등한 제공 때문이라고 하수는 없을 것이다. 하지만 그렇다고 의료서비스에서의 불평등이 과소평가되어서는 안된다. 건강 수준에서의 불평등에 기여하는 정도의 측면뿐만 아니라, 의료서비스 이용의 불평등 자체가 갖는 윤리적 문제도 중요하게 다루어져야 한다. 이는 의료서비스가 건강에 대한 기여정도에 상관없이 보편적으로 국민이 누려야 할 권리의 측면 때문이다.

(3) 국내 지역 간 건강불평등

1) 건강불평등 해결을 위한 접근 방안 중 지역중심의 접근법은 개인적 수준의 건강결정요인을 개선시키는 것과 동시에 그 주민들의 건강수준에 영향을 미치는 지역의 사회문화적 환경을 긍정적으로 바꾸어 나가는 것이다.

- 지역 그 자체의 변화에 대한 노력없이 개인의 건강수준을 개선하기 위해 특정계층에게 서비스를 제공하는 방식의 개인적 접근법(예컨대, 저소득층 방문보건사업, 영양플러스사업 등)으로 전 인구집단에 걸쳐 있는 건강불평등의 문제를 해결하기란 어렵다
- 개인중심의 접근에서 탈피하여 건강과 건강행태에 영향을 미치는 구조적, 환경적 요인 개선 필요하고 공중보건사업에서 upstream과 downstream 정책의 결합이 필요하다.

2) Macintyre(2002)은 건강에 영향을 주는 지역적 특성을 다섯 가지로 설명하였다.

- ① 지역에 거주하는 모든 주민들이 공유하는 물리적 환경
- ② 가정, 직장, 놀이공간에서 건강한 환경의 가용성
- ③ 일상생활에서 주민들을 지지하기 위해 제공되는 공적 또는 사적 서비스
- ④ 지역의 사회문화적 특성
- ⑤ 지역의 명망으로 유형화함

3) 영국의 지역기반 중재사업을 통한 효과성 분석에서 성공요인을 다음과 같이 정리한다.

- ① 물리적 환경의 변화 또는 차이가 있을 때, 재원이 충분할 때, 지역공동체 내 좋은 리더십과 파트너십이 있을 때, 적절하고 잘 고안된 프로그램이 있을 때, 정치적 지지가 확보할 때, 프로그램 진행 도중에 목표가 변화하지 않을 때, 지역의 규모가 적절할 때 등
- ② 건강불평등의 문제를 해결하기 위해서는 박탈된 사람들에 대한 개인적 접근과 박탈된 사람들이 거주하는 지역에 대한 접근이 다 같이 고려되는 것이 필요하다.

- ③ 지역별 건강불평등지표는 계층별 건강불평등 지표의 제한점을 보완해주는 동시에 계층에 의한 지표가 설명해주지 못하는 건강불평등의 기여요인을 설명해 줄 수 있다는 점에서 계층별 지표와 지역별 지표를 동시에 고려하는 것이 바람직하다.
- ④ 지역 간 건강불평등의 접근과 이에 근거한 중재사업만으로 건강불평등이 해결되지 않는 것은 분명하지만 우리 사회에서 보건사업이 대부분 개인 중심적 접근에 의존하였다는 점을 고려할 때, 이를 보완할 정책수단으로써 지역 간 건강불평등을 줄이려는 노력과 이를 모니터링 하는 것은 우리 사회의 건강불평등을 해결하는 데 분명 기여를 할 것이다.

4) 지역 간 건강불평등 국내외 사례

- 건강에서 개인주의적 접근에서 벗어나 인구집단의 건강과 문화적, 사회구조적요인, 집단수준에서 나타나는 환경의 영향으로 관심전환하고 있다.
- 개인적 건강행위라 할지라도 이는 개인이 살고 있는 지역사회나 보다 넓은 범위의 환경 특성을 고려하지 않고서는 이해 할 수 없다는 것이다.

5) 지역차원에서 건강 불평등을 설명하기 위한 다양한 지표 : 사회박탈지수

- ① 지역수준에서 사회박탈지표는 지역 그 자체의 특성을 파악하기 위한 것이므로 개인적 수준으로 환원시키는 것은 곤란하다.
 - 영국의 전통적인 주요 박탈 지수 : 타운젠드 지수, 카스테어즈 지수, Jarman 지수, 도시지역박탈지수
 - 타운젠드지수 : 경제활동인구 중 실업자(16-64세), 자가용이 없는 가구, 자가 소유 집이 없는 가구, 한방에 1인 이상 거주하는 가구 등
- ② 한국형 사회 박탈지표의 개발
 - 낙후된 주거환경 비율, 노인인구 비율, 고졸미만 학력 인구비율, 가구원 기준 하위사회계층 비율, 아파트 가구비율, 자동차 미소유 가구 비율, 여성가구주 비율
 - 건강집중지역의 선정 : 기초지자체 수준의 건강 집중지역은 지역박탈지표와 사망률로 측정된 지역건강수준을 조합하였으며, 총 표준화 사망률, 조기사망자수, 암표준사망률, 심뇌혈관질환표준사망률, 손상표준사망률이 포함된다.
- ③ 서울특별시 읍면동별 건강취약지역: 구로구의 가리봉1,2동, 금천구의 시흥본동, 동대문구 전농1동, 용산구 남영동, 종로구 창신1동, 중구 회현동
 - 서울시 구별 분류 시에는 건강취약 구에 포함되지는 않으나 구내에서 동별 지역 격차가 크게 나타난다. 이것은 부산의 동별 차이보다도 더 크게 나타난다.

6) 한국의 지역 건강불평등 모니터링:건강빈곤지수(Health Poverty Index)의 적용

- 지자체가 지역보건의료계획수립의 의무가 있어 지역의 건강수준과 지역 간 건강불평등 양상을 파악하는 것이 지역에 맞는 보건정책결정을 위해 매우 중요하다.
- 건강불평등은 사회정의의 문제이면서 현대사회의 건강의사회적 결정요인에 대한 과학적 고려가 필요한 부분이다.
- WHO는 건강불평등을 줄이기 위해 건강불평등과 건강의 사회적 결정요인에 대한 지역적, 국가적 모니터링체계를 갖출 것을 권고한다.

[표 2 한국의 건강빈곤지수(HPI)]

범위	영역	시·군·구 HPI지표	자료원
근원	지역적 전망	재정자주도(%)* 취업자수 비율(%)* 교원1인당 학생수(명)*	국가통계포털 e-지방지표 국가통계포털 지역통계 국가통계포털 e-지방지표
	지역 여건	노령인구비율(%)* 4년제 이상 대학 진학률(%)	국가통계포털 e-지방지표 서울시 교육통계연보
	개인과 가족의 여건	국민기초생활보장수급자 세대 비율(%)* 일인당 자동차 등록대수(대)* 적령아동취학률(%)***	서울시 통계연보 국가통계포털 e-지방지표 서울시 교육통계연보
중재요인	건강지지자원	일인당총진료비(천원)* 인구 천명당 의료기관 병상수(개)**	건강보험 통계연보 국가통계포털 e-지방지표
	건강한 장소	인구 천명당 도시공원조성면적(천m ³) 암 검진율(%)	국가통계포털 e-지방지표 지역사회건강조사
	행동과 환경	현재 흡연율(%) 상수 및 하수도 보급률(%)** 사고중독 발생률(%)	지역사회건강조사 국가통계포털 e-지방지표 지역사회건강조사
건강상태	보건복지 자원	일인당 건강보험 급여비(천원)* 일반회계 중 복지예산 비중(%)*	건강보험 통계연보 국가통계포털 e-지방지표
	적절한 관리	인구 천명당 의료기관 종사 의사수(명)* 필요의료서비스 미치료율(%) 노인 천명당 노인여가복지시설수(개) 양호한 주관적 건강수준 인지율(%)	국가통계포털 e-지방지표 지역사회건강조사 국가통계포털 e-지방지표 지역사회건강조사
	건강결과	인구 십만명당 자살률(명)* 비만인구율(%) 고혈압 평생 의사진단 유병률(천명당) 연령표준화 사망률(십만명당)*	국가통계포털 e-지방지표 지역사회건강조사 지역사회건강조사 국가통계포털 지역통계

*2007/**2006/***2005/나머지는 2008

(4) 건강불평등 격차해소 정책방안

1) 강영호는 건강 불평등의 원인과 대책(2007, 정책 & 지식 포럼)에서 건강불평등의 격차 해소대책으로 다음과 같이 제시하였다.

① 구체적인 상위 정책을 논하는 것 이상으로 중요한 과제는 건강 불평등 문제에 대한 지속적인 정책 아젠다 형성 활동필요하다.

- 우리나라의 건강 불평등 현황과 시계열 동향, 국가간 비교 연구 등이 지속적으로 이루어지고, 일반인에게 알려질 필요가 있다.

② 건강 형평성의 모니터링이 우선적으로 이루어져야 할 부분을 찾는 노력도 필요

- 건강 수준과 건강 불평등 수준이 모두 악화되고 있는 문제에 대해서는 우선적으로 세부적인 모니터링이 집중적으로 이루어질 필요가 있고, 해당 건강 문제에서의 불평등 악화 원인을 찾는 노력이 병행 되어야 한다.

③ 건강 불평등 영향 평가(Health inequalities impact assessment)의 가능성이 제기

④ 건강 불평등 문제와 관련하여 영유아기 대책마련필요

- 최근 증가하고 있는 가족해체의 피해는 고스란히 낮은 사회계층의 아동에게 전가되고 있다고 할 수 있다. 저소득층 아동의 물질적 조건을 개선하기 위한 노력 중요하다.

⑤ 건강 불평등의 하위 기전과 관련하여 주목하여야 할 것은 흡연행태이다.

- 물론 연구 결과, 건강불평등의 기전으로서 음주, 고혈압도 중요하지만, 흡연의 경우 최근 금연정책의 수행과 함께 불평등이 심화되고 있는 행태이고, 건강영향, 건강 불평등 양상에 대하여 가장 충분한 근거 자료가 있는 행태이다.
- 각종 정책의 영향에 대한 외국의 연구결과나 경험에 대한 정보를 구축하는 과정이 필요하다. 예를 들면 흡연에서의 형평성에 영향을 미치는 각종 흡연 관련 정책의 효과를 검토한 Kunst 등(2004)의 연구 결과, 다음과 같은 정책들이 흡연율에서의 불평등을 완화하는 데에 효과가 있는 것으로 나타났다.
 - 담배광고 금지, 담배값 인상, 직장 금연 프로그램, 니코틴대체 등 금연보조제의 무상 보급, 전화상담 서비스 등

2) 건강불평등 해소를 위해서 김순양은 로컬보건의료거버넌스 체계 구축이 필요하다고 주장했는데(2008) 지역사회단위에서의 건강불평등 문제에 대처하기 위해서는 공·사 부문의 다양한 이해관계자들이 함께 참여하는 로컬거버넌스 체계의 구축필요하다.

① 거버넌스는 기존의 정부와 민간부문 간의 엄격한 경계를 전제로 하는 거버넌스 관점과 대칭되는 개념으로 지역수준의 시민참여와 지역발전을 위한 공·사 협력체계를 의미한다(김홍희, 2007)

② 구축방안

- 중앙정부의 지원과 조장, 국가차원의 정책적 개입필요(저소득층에 대한 의료접근성 향상시키는 정책, 지역 간 의료불평등해소위한 정책, 건강영향평가도입이나 건강친화적 관련정책모색)
- 지역기반의 사업시행체계 구축 : 로컬거버넌스 체계
 - 사업단위 설정을 시군구단위로 하고, 영세지역을 몇 개 묶는 방안
 - 공사 부분의 관련 행위자 선정과 역할 수행을 위한 권한 부여
 - 비전과 전략의 공유
 - 의사결정 및 시행체계 : 시군구 단위 보건소 중심으로 사업시행체계 + 자원봉사자, 행정인턴, 지역의료기관, 사회복지관, 의과대학 인력과 장비 활용모색
 - 역할 및 리더십, 조정 및 연계체계 마련(중앙정부와 지방자치단체 간의 조정 중요)
- 프로그램의 개발 및 관리
 - 대상지역특성에 맞는 적절한 프로그램 개발, 취약계층 우선 선정, 원인과 욕구수준 조사, 건강불평등의 원인별 프로그램 운영
 - ※ 프로그램개발 시 사회경제적 요인의 건강불평등 쪽은 장기 프로그램으로, 사회심리적 요인과 관련한 지역사회네트워크 구축은 중기 프로그램으로, 건강행태는 가급적 단기 프로그램으로 유형화하여 개발해야 한다.

※ 특히 중·단기적으로는 가시적 성과를 낼 수 있는 건강행태요인 관련 프로그램 (금연, 식생활, 비만예방, 학교급식, 산재예방 등)과 사회 심리적 요인에 대처하기 위한 사회적 개입프로그램(인간관계지원, 근린네트워크 구축 등)을 우선적으로 개발하는 것이 바람직하다.

- 재원의 동원 및 관리
 - 우선 국비 확보하되 보건복지부와 관련 다른 부처예산도 동원,(유사사업 동폐합) - 시군구 예산은 재정능력에 따라 분담비율을 차등화
 - 민간재원 적절하게 동원 : 지역 기업의 기여 고려해 비용부담동참, 오염과다 배출기업에 대한 건강저해부담금(가칭)일정액 부담, 지역사회 복지공동모금 중에서 일정액을 사용하는 방안, 지역사회 기부금 확충방안 등을 통해 민간재원 활용
- 성과관리 및 환류 : 성과측정 프로그램수립하고 평가계획으로 정기 및 자체평가지행, 질적/양적 평가
 - 평가결과를 공개하고 차등적인 재정 인센티브와 연동

3) 다빈도 발생 질환의 지역적 의료이용차이(신호성, 2011)에서 보건의료서비스이용의 차이가 건강수준과 바로 연결되는 것은 아니지만 지역건강불평등을 악화시키는 한 요인으로 작용한다는 보고가 있고 지역수준의 건강불평등을 완화시키는 정책(Solar and Irwin)으로 취약 계층에 초점을 맞춘 프로그램개발, 빈곤층과 부유층의 건강차이를 줄이기 위한 정책, 인구집단 내에서 사회적 건강격차의 인지에 기초해서 개발될 수 있는 건강불평등 완화정책을 제안하였다.

[표 3 사회적 건강결정요인 완화 정책 제시(2010)]

요소	포괄적 정책	선택적 정책
사회계층: 불평등 및 계층분화의 영향을 완화하기 위한 정책	세금이나 공공서비스 할인 등을 통한 소득 불평등 완화 정책	취약계층에 대한 사회보장 정책 아동복지: 아동급식, 성장관리 등 유아기 프로그램 개발, 인지 발달 등 입학전 프로그램 개발
	무상 교육, 건강보험, 대중교통정책	
	일정 소득이 보장된 안정된 직장, 노동집약적 성장정책	
	건강을 포함한 다양한 분야의 향상된 지원 배분, 사회적 재분배 정책	
	여성에 대한 동등한 기회보장, 양성평등 정책	
자율적 사회운동 지원 및 활동 장려 정책		
노출: 취약계층의 건강저해에 관여하는 요소의 노출감소를 위한 정책	건강하고 안전한 지역사회 환경 조성, 기초적인 지역사회 서비스에 대한 접근성 보장	취약계층에 대한 음식물 조리, 연료, 난방 등의 지원 프로그램 및 정책 취약계층을 위한 주거 안정 정책
	건강하고 안전한 사회환경, 식수 및 위생관리	
	건강하고 안전한 작업장 환경	
	건강증진 및 건강한 생활방식을 위한 정책 (금연, 술소비, 건강한 먹거리 등)	

요소	포괄적 정책	선택적 정책
취약성: 특정계층의 취약성 감소를 위한 정책	고용보험이나 실업자를 위한 사회안정망	취약집단의 학생을 위한 통학수단 제공
	편부모를 위한 사회안전망 프로그램이나 정책(직업, 교육기회 제공)	무상급식
	지역사회 임파워먼트 향상을 위한 지역사회 네트워크 건설 및 개발 지원	건강증진을 위한 추가적인 지원 소득이전이나 현금급여를 위한 소득, 고용창출 정책
취약계층의 사회, 경제, 불건강의 불공평한 결과를 줄이기 위한 정책	보건의료지출의 형평성, 과의료비 지출로 인한 빈곤보호 정책	만성질환, 과의료비 지출, 사고를 당한 사람을 대상으로 하는 부가적 건강서비스 지원정책
	과의료비 지출이나 만성질환으로 가계가 어려워진 사람들의 직장복귀 지원 정책	건강 장애 계층에 대한 부가적 재활프로그램
	무능력자를 위한 고용정책	
	만성질환, 사고로 손상을 입은 사람들을 위한 소득보장, 사회보장 정책	

※ 출처 : Solar & Irwin

(5) 건강불평등 해소 사례

1) 영국의 건강 불평등 문제와 건강활동구역시범사업 Health Action Zones(HAZs)

- 경제적인 빈부격차가 큰 선진자본주의 국가들에서는 지역 간 혹은 사회계층 간 건강 불평등은 심각한 사회문제
- 1998년 영국 노동당 정부 핵심정책과제 채택한 **건강활동구역시범사업** : 건강불평등 해소 위한 종합적인 보건대책
 - 보건의료 낙후지역 공모하여 26곳 처음 선정하여 지역 내 건강불평등 문제 대처하기 위한 사업실시
 - 해당 지방자치단체나 보건당국 등의 공공기관과 지역 내 다양한 민간부문 함께 참여
 - 지역거버넌스(local governance)관점을 통해 문제 해결
 - 혁신, 공동체적 개입, 증거중심의 접근을 통해 낙후지역 및 취약집단의 건강불평등에 대처
- ⇒ 보건, 고용, 교육, 주택, 빈곤 등 건강에 영향을 미치는 요인들을 점검하고 이에 대처함으로써 낙후지역 및 취약집단의 건강증진을 도모하고자 시도
- 전략적 목표(2)
 - ① 장기적인 관점에서 건강관련 성과를 향상시키고 건강불평등을 완화 - 보건서비스 효율성 및 반응성 증대
 - ② 지역단위에서 공공보건 욕구과약 후 지역 건강불평등 해소를 하는 데 선구자 역할 수행
- 원칙(7) : 형평의 달성, 공동체적 개입, 파트너십을 통한 사업시행, 일선실무자들의 참여, 증거에 입각한 접근, 사람중심의 서비스 전달체계 구축, 총체적인 체제접근방식의 채택

- 관리 운영 : 전략적 보건당국(SHA) 설치 :HAZs사업에 대한 관리상의 책임 - 핵심 프로젝트팀 포함
- 예산 : 기본배당으로 26개 HAZs사업에 대한 기본배당금:148.3백만 파운드, 개발 지원금, 약물방지사업, 금연사업, 혁신기금 등을 통해 엄청난 예산 투입
- 그러나 성과에 있어 논란 큼(7년 시범사업이 끝나기 전에 spearhead group사업으로 전환)
- 정책적 시사점
 - ① 건강불평등 문제에 대처하는 데서 지역거버넌스 관점의 접근 필요 - 공사부분간의 파트너십
 - ② 공공부문들 간, 특히 정부부처들 간 및 중앙정부와 지자체 간의 적극적인 협조 및 연계 체계 구축필요
 - 특히 지역보건당국과 해당 지방자치단체간의 협력적 관계형성을 매우 중시함. 우리의 경우 부처할거주의 강함. 건강증진관련 사업의 경우도 보건복지부나 보건소가 배타적으로 독주하려는 경향, 사업 통해 건강불평등 문제를 의료적 차원에서만 접근가능, 고용, 주택, 교육, 문화 등 복합적인 차원에서 접근 어려움. 정부부처들 간의 원활한 협조 및 연계체계를 구축하여 건강불평등 문제 해결
 - ③ 건강불평등 문제에 대처하기 위해서는 우선 건강불평등의 현황에 대한 정확한 실태 파악이 전제
 - 정확한 건강지도(health map)를 작성하는 데서 접근
 - ④ 사업 지역 내에서 너무 방만하게 프로젝트를 운영하는 것을 지양하고 프로젝트를 통합하고 대규모화가 효율
 - ⑤ 사업성과 관리가 제대로 되어야한다. HAZs사업 후, 각 사업지역별로 자체평가를 하게하고, 이를 토대로 전국적인 평가를 행하는 등 이중적인 평가시스템을 구비 - 성과관리를 차등예산지원과 연계 못함
사업시행과정 자율성 보장하되 시행결과에 따른 성과평가 강화 - 차등적 재정지원 연계 등 원칙필요

3. 서울시 지역 간 건강격차와 공공보건의료서비스 분석

(1) 서울시 지역 건강격차 현황 및 분석

- 사회경제적 구조는 건강의 근원적 결정 요인으로 작용하기 때문에 기간에 따른 변화와 추세를 통해 사회경제적 구조를 파악하는 것은 중요하다. 이와 관련 재정자립도 상,하위구를 강북, 강남지역에서 각 3개구씩 선정하여 지역 간 인구현황과 거주 주택별 현황을 비교하고, 건강수준에 대한 주요지표로 고혈압유병율, 건강검진수진률, 흡연율, 비만율, 주관적 건강수준인식률, 응급의료지수, 자살사망률 7가지 지표를 비교하였다.

1) 일반 현황

① 인구현황

- 총인구수('10)는 재정자립도 상위 3개구 1,567,881명, 하위 3개구 1,314,766명으로 상위 3개구가 25만여명 더 많다.
- 대졸이상 인구수는 재정자립도 상위 3개구가 42만여명 더 많고, 대졸미만 인구수는 재정자립도 하위 3개구가 18만여명 더 많다.
- 의료보장 인구수를 비교한 결과 건강보험 인구수는 재정자립도 상위 3개구가 14만여명이 더 많고, 의료급여 인구수는 재정자립도 하위 3개구가 8천여명이 더 많은 것으로 나타났다.
- 사업장 수를 비교한 결과 재정자립도 상위 3개구가 7만여개소 더 많다.

② 거주주택별 현황

- 재정자립도 상, 하위구를 비교할 때에는 단독주택의 비율이 하위 3개구가 상위 3개구보다 2배정도 높았으며, 상.하위구 모두 아파트 거주자가 가장 많았으나, 재정자립도 하위구에 속한 노원의 아파트 거주현황은 월등히 많았다.

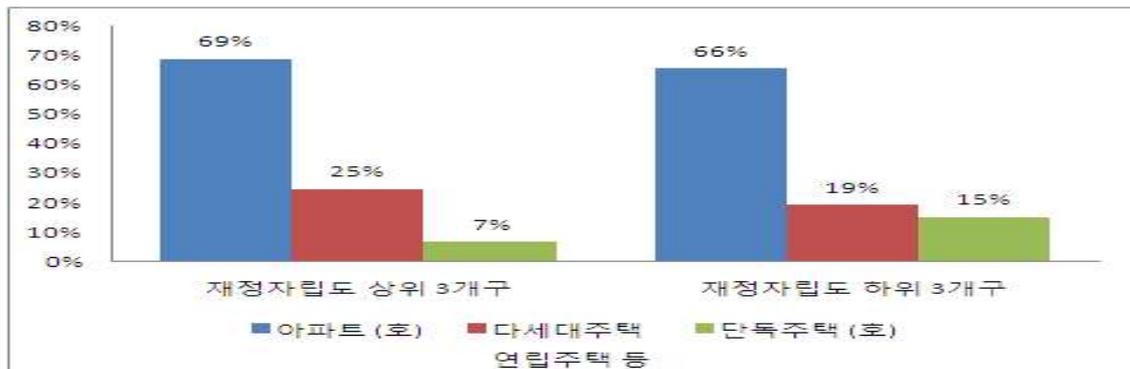
[표 4 재정자립도 상.하위구 거주주택 현황 (2010)]

(단위:호)

거주주택	계	아파트	다세대주택 연립주택 등	단독주택
재정자립도 상위 3개구	451,949	310,887 69%	111,426 25%	29,636 7%
재정자립도 하위 3개구	357,613	234,422 66%	68,875 19%	54,316 15%

※ 출처 : 통계청(인구총조사)

[그림 3. 재정자립도 상.하위구 거주주택 현황 (2010)]



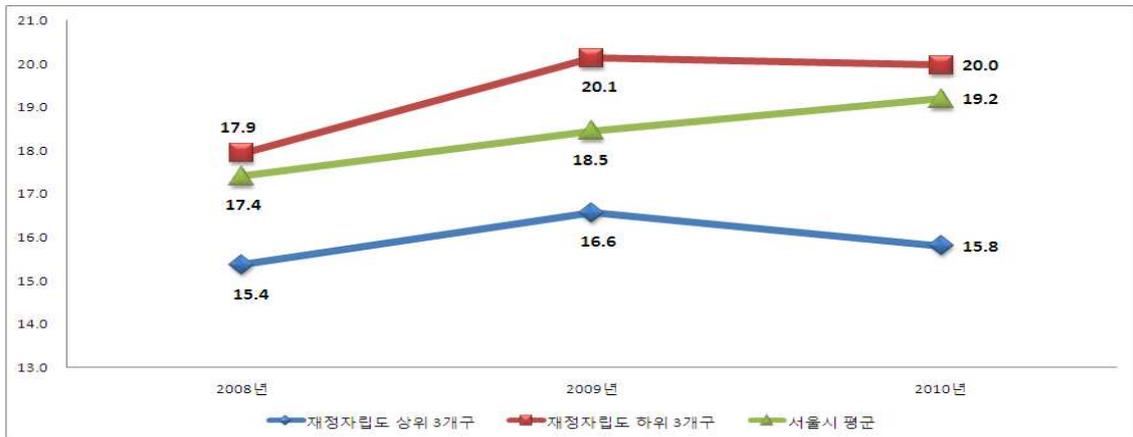
※ 출처 : 통계청(인구총조사)

2) 건강수준 격차

① 고혈압유병률

- 고혈압유병률('10)은 재정자립도 하위 3개구가 높다.
- 최근 3년간 고혈압유병률 추이(2008~2010)를 통하여 지역간 격차추이를 살펴보면 재정자립도 하위 3개구가 상위 3개구보다 지속적으로 높게 나타나고 그 격차가 커지고 있어 재정자립도 하위구의 고혈압에 대한 공공보건사업 집중화가 필요한 것으로 보인다.
- 고혈압유병률 격차 : 2.5('08)→3.5('09)→4.2('10)

[그림 4. 재정자립도 상.하위구 고혈압유병률 최근 추이(2008~2010)]

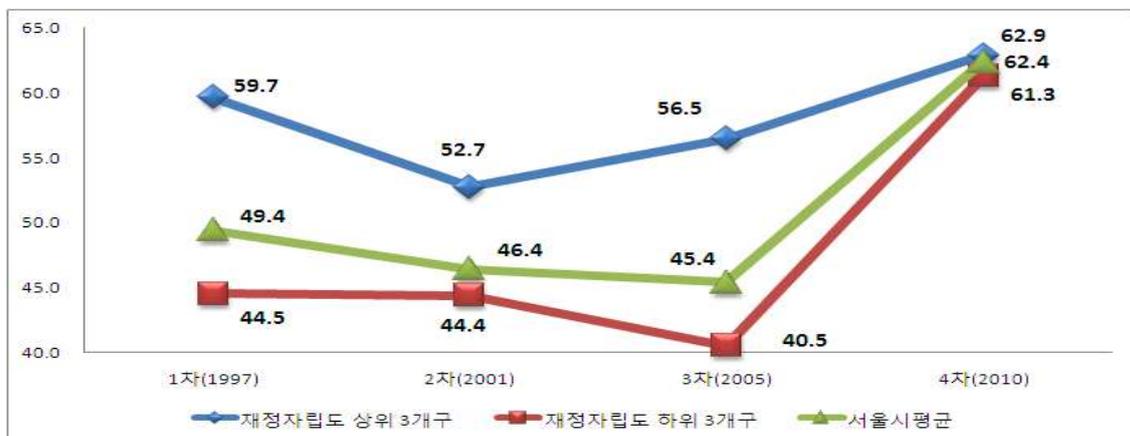


※ 출처 : 지역사회건강조사

② 건강검진 수진률

- 건강검진 수진률('10)은 재정자립도 하위 3개구가 낮았다.
- 건강검진 수진률의 지역간 격차 추이(1997~2010)를 살펴보면 재정자립도 상위 3개구와 하위 3개구의 격차가 뚜렷하게 컸으나 '10년도 크게 줄어들어 개선되고 있으며 재정자립도 하위 3개구 소득 월100만원 이하의 수진률이 급격히 상승하는 현상을 보였다. 이는 건강검진에 대한 시민의 인식도가 높아졌고, 건강보험공단에서 검진표가 제공되어 재정적 부담이 적고 건강관리에 대한 시민의 관심이 높아진 것이 그 원인으로 보인다.
- 건강검진 수진률 격차 : 15.2('97)→8.3('01)→16.0('05)→1.6('10)

[그림 5. 재정자립도 상.하위구 건강검진 수진률 추이(1997~2010)]

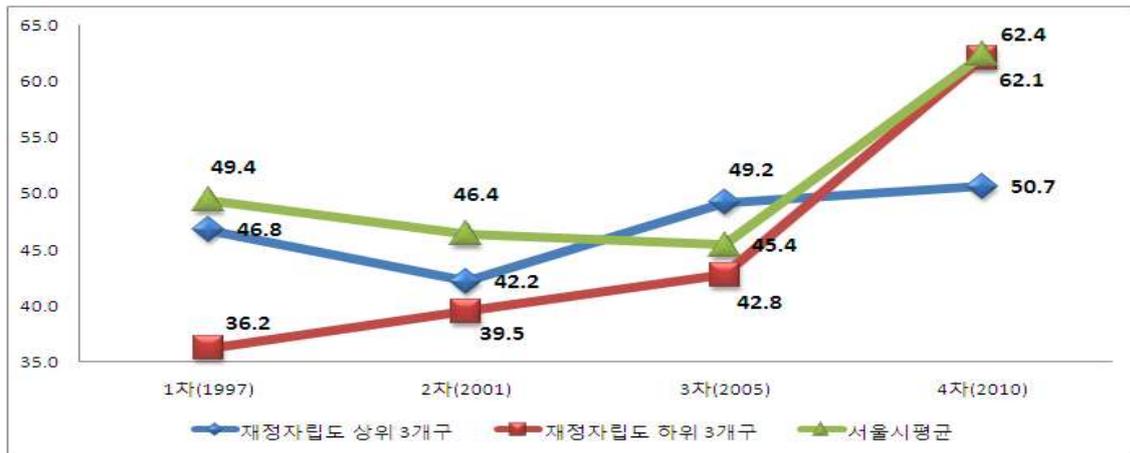


※ 출처 : 서울시민보건지표조사

- 월소득100만원이하의 재정자립도 상.하위구의 건강검진 수진률 격차추이('97~'10)를 살펴보면 '97년 재정자립도 하위 3개구의 36.2%, 상위구(3) 46.8%로 하위구가 낮았으나 '10년에는 그 격차가 역전되어 재정자립도 하위구(3)가 62.1%, 상위구가 50.7%의 수진률을 보이며 서울시 전체평균과도 거의 격차가 없다.

· 건강검진 수진률 격차 : 10.6('97)→2.7('01)→6.1('05)→11.4('10)

[그림 6. 월소득100만원이하의 재정자립도 상.하위구 건강검진 수진률 추이(1997~2010)]



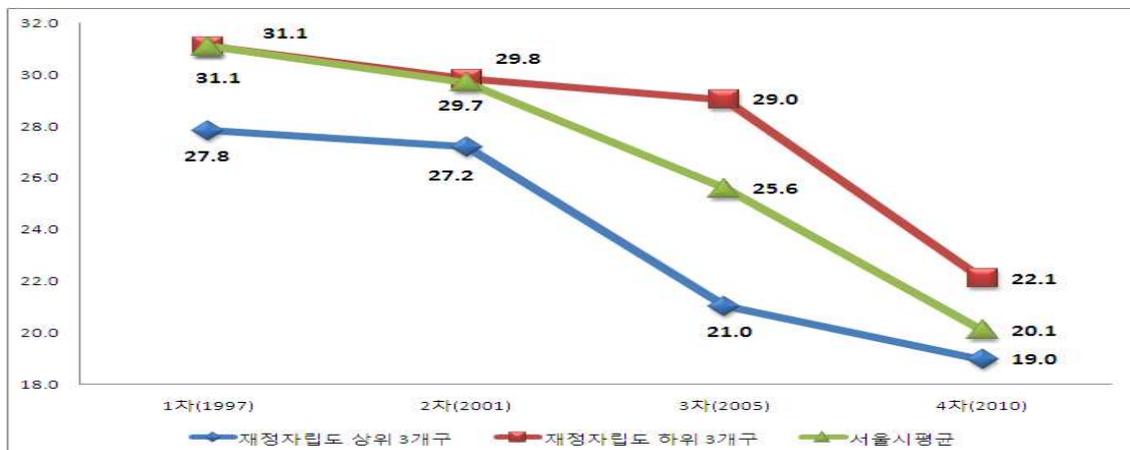
※ 출처 : 서울시민보건지표조사

③ 흡연률

- 흡연율('10)은 재정자립도 하위 3개구가 높다.
- 흡연율에 대한 지역간 격차 추이('97~'10)를 살펴보면 '97년 재정자립도 상위 3개구의 흡연율이 27.8%, 하위 3개구가 31.1%로 격차를 보였으며 '10년 재정자립도 상위 3개구의 흡연율이 19%, 하위 3개구가 22.1%로 격차는 약간 줄었으나 크지 않고 재정자립도 상.하위 3개구 모두 흡연율은 감소하고 있다. 전체적으로 흡연율이 줄고 있는 이유는 시민 개개인의 건강에 대한 관심이 높아진 것과, 공공보건사업으로 수년째 진행되고 있는 금연사업의 가시적인 효과로 보인다.

· 흡연율 격차 : 3.3('97)→2.6('01)→8.0('05)→3.1('10)

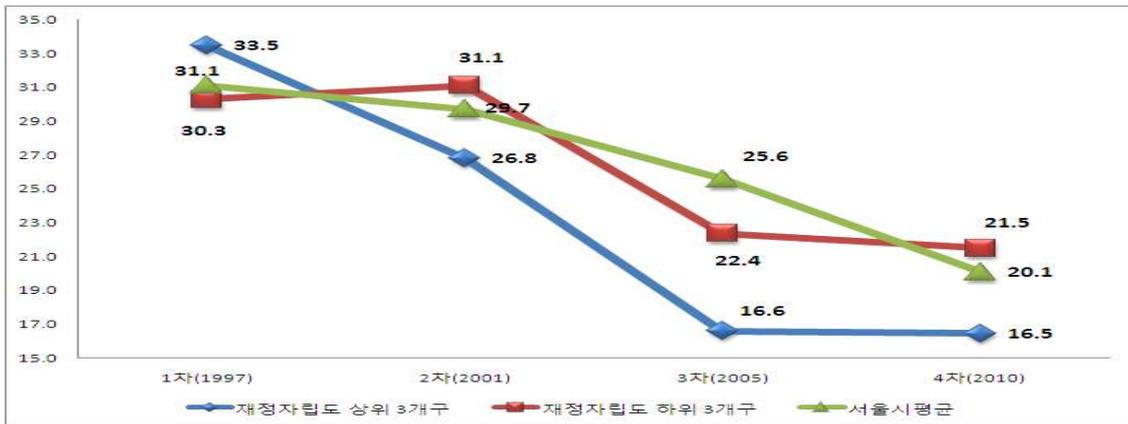
[그림 7. 재정자립도 상.하위구 흡연율 추이(1997~2010)]



※ 출처 : 서울시민보건지표조사

- 월소득100만원이하의 재정자립도 상·하위구의 흡연률 격차추이('97~'10)를 살펴보면 재정자립도 상위 3개구가 33.5%로 하위 3개구의 30.3% 보다 높았으나, '10년에는 상위 3개구는 16.5%, 하위 3개구는 21.5%로 역전되어 그 격차는 커졌고, 재정자립도 상·하위 구 모두 지속적으로 흡연율이 감소하고 있다.
- 흡연율 격차 : 3.2('97)→4.3('01)→5.8('05)→5.0('10)

[그림 8. 월소득100만원이하의 재정자립도 상·하위구 흡연율 추이(1997~2010)]

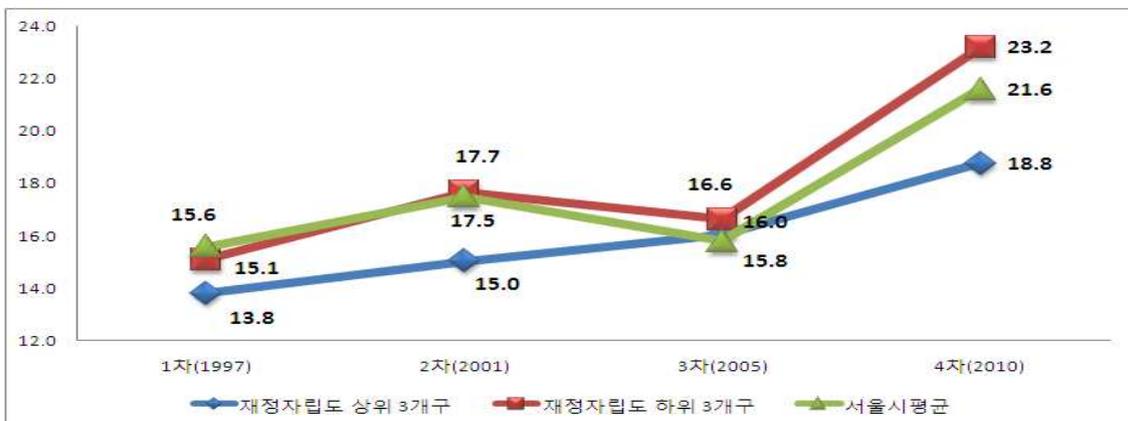


※ 출처 : 서울시민보건지표조사

④ 비만율

- 비만율('10)은 재정자립도 하위 3개구가 높다.
- 비만율에 대한 지역간 격차 추이('97~'10)를 살펴보면 격차가 커지고 있으며 전체적으로 비만율이 증가하고 있다. 보건복지부는 '11년 한국비만학회와 함께 소득과 비만의 연관성을 보여주는 분석 결과를 발표하였는데, 소득 하위25%의 저소득층 소아·청소년 비만율은 1998년 5.0%에서 2008년 9.7%로 늘었으며, 이는 전 소득 계층 가운데 가장 높은 비만율을 보였다. 지방함량이 높은 값싼 고열량·저영양식품인 패스트푸드의 보급으로 저소득층 소아·청소년 비만이 증가한 것으로 보이며 소아청소년 비만은 성인비만으로 이어져 사회 경제적으로 심각한 문제를 야기하게 되는 만큼 비만관련 보건사업은 중요하다.
- 비만율 격차 : 1.3('97)→2.7('01)→0.6('05)→4.4('10)

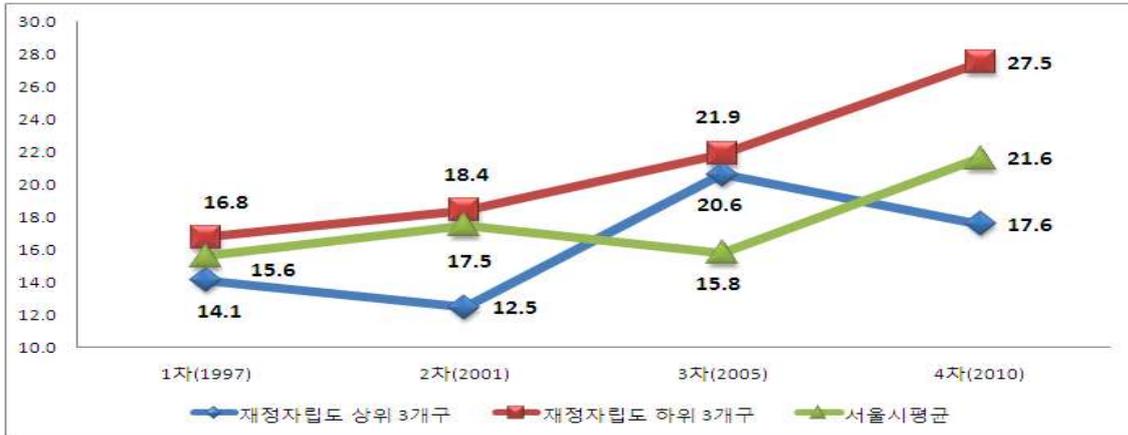
[그림 9. 재정자립도 상·하위구 비만율 추이(1997~2010)]



※ 출처 : 서울시민보건지표조사

- 월소득100만원이하의 재정자립도 상.하위구의 비만율 격차추이('97~'10)를 살펴보면 재정자립도 상위 3개구가 하위 3개구보다 낮았고 그 격차는 '10년 더 커지고 있으며 서울시 평균보다 재정자립도 하위 3개구는 비만율이 더 높다.
- 비만율 격차 : 2.7('97)→5.9('01)→1.3('05)→9.9('10)

[그림 10. 월소득100만원이하의 재정자립도 상.하위구 비만율 추이(1997~2010)]

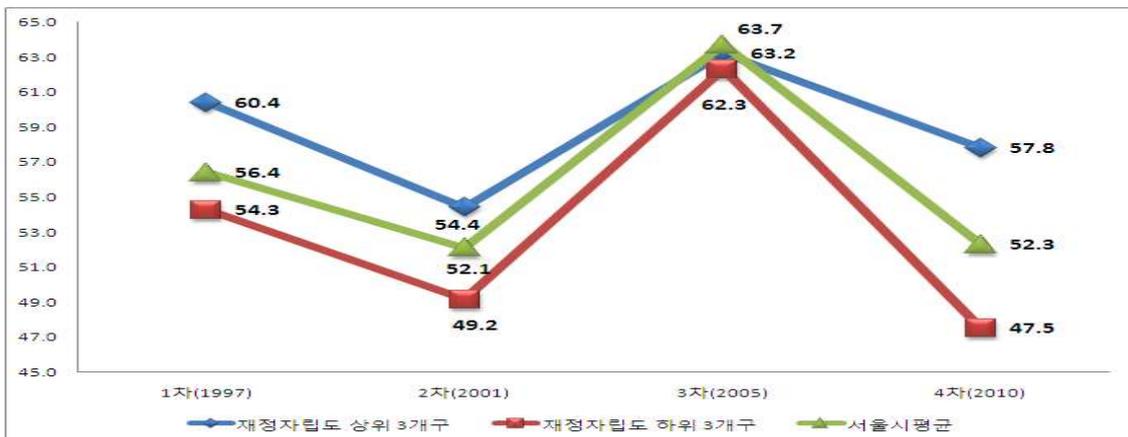


※ 출처 : 서울시민보건지표조사

⑤ 주관적 건강수준인식률

- 주관적 건강수준인식률('10)은 재정자립도 하위 3개구가 낮다
- 주관적 건강수준인식률의 지역 간 격차 추이('97~'10)를 살펴보면 격차가 커지고 있으며 재정자립도 하위구의 주관적 건강수준 인식률이 더 낮다. 이는 앞서 분석한 고혈압유병율, 건강검진수진율, 흡연율, 비만율에서 나타난 결과 재정자립도 하위 3개구의 건강수준이 낮게 나타났으며 개인 스스로에게도 이를 반영한 것으로 보인다.
- 주관적 건강수준인식률 격차 : 6.1('97)→5.2('01)→0.9('05)→10.3('10)

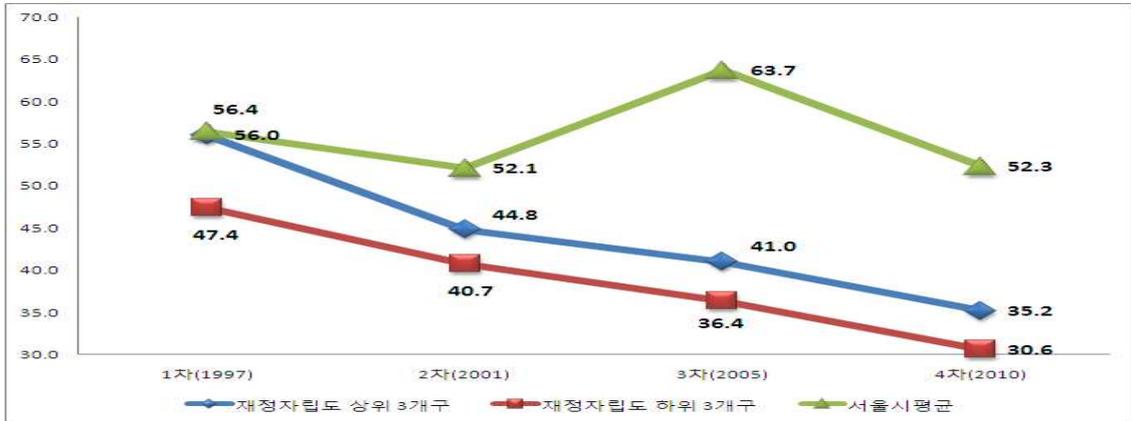
[그림 11. 재정자립도 상.하위구 주관적 건강수준인식률 추이(1997~2010)]



※ 출처 : 서울시민보건지표조사

- 월소득100만원 이하의 재정자립도 상. 하위구의 주관적 건강수준인식률 격차추이 ('97~'10)를 살펴보면 재정자립도 상.하위구의 격차는 '97년이후 다소 줄고 있으며, 서울시 평균보다 낮다. 재정자립도 하위구(3)가 지속적으로 낮게 나타나고 있다.
- 주관적 건강수준인식률 격차 : 8.6('97)→4.1('01)→4.6('05)→4.6('10)

[그림 12. 월소득100만원이하의 재정자립도 상.하위구 주관적 건강수준인식률 추이(1997~2010)]

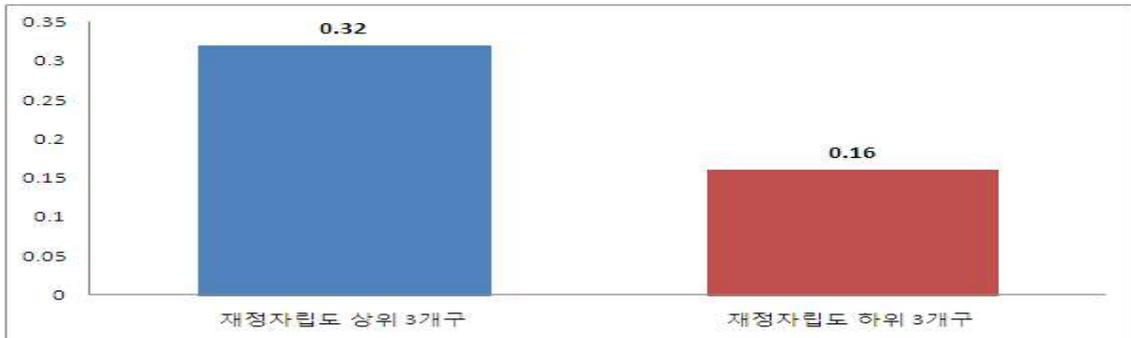


※ 출처 : 서울시민보건지표조사

⑥ 응급의료지수

- 응급의료지수는('09)은 재정자립도 하위 3개구 0.16으로 더 낮다. 응급의료지수는 지역의 응급의료기관, 인력, 인프라, 서비스 질 등 12개 지표를 종합해 내놓은 지수이며 높을수록 응급의료의 질이 좋다.

[그림 13. 재정자립도 상.하위구 응급의료지수(2009)]

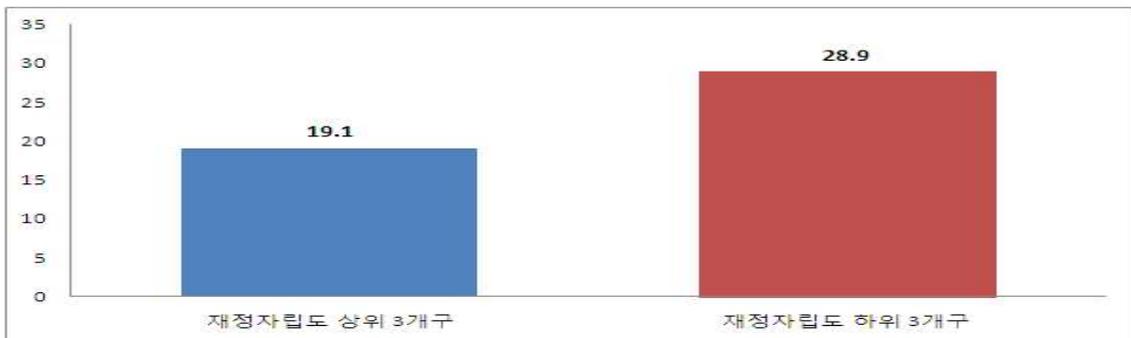


※ 출처 : 건강불평등 완화를 위한 건강증진 전략 및 사업개발2009(건강증진사업단)

⑦ 자살사망률('08~'09)

- 표준인구 10만명당 자살률이며 재정자립도 하위3개구가 28.9로 더 높다.

[그림 14. 재정자립도 상.하위구 자살사망률(2008~2009)]



※ 출처 : 서울통계

3) 지역 건강불평등 모니터링 건강빈곤지수(HPI) 격차

- 지역 간 건강불평등의 현황을 근원, 중재요인, 건강결과의 다층적 구조로 파악하고, 간략히 시각화하여 지속적 모니터링이 가능한 영국의 HPI를 국내에 적용하여 그 활용 가능성과 현재의 지역 간 건강불평등 현황을 파악하고자 한다. 대상 지역 선정은 서울시 25개구와 재정자립도 상.하위구(각3개구씩)를 대상으로 진행하였다. 영국 HPI의 개념 구조를 바탕으로 각 지표에 해당하는 국내의 지표를 선정하였고 해당 지표에 적용할 수 있는 출처는 가용성과 안정성, 공신력 등의 기준에 의해 건강보험 통계연보, 국가통계포털 지역통계, 국가통계포털 e-지방지표, 서울시 교육통계연보, 서울시 통계연보, 지역사회건강조사를 출처원으로 하였다.

[표 5 재정자립도 상.하위구 건강빈곤지수 근원 계(2008)]

범위 영역	근 원							
	지역적 전망			지역여건		개인과 가족의 여건		
시군구 HPI지표 2009	재정 자립도 (%)	취업자수 비율 (%)	교원 1인당 학생수	노령인구 비율 (%)	4년제이상 대학 진학률 (%)	국민기초 생활보장 수급자세대 비율 (%)	일인당 자동차 등록대수	적령아동 취학률 (%)
년도	07	07	07	07	08	07	07	05
재정자립도 상위 3개구	266.5	2.0718	55.27	20.36	1.6156	0.0326	1.19	2.7931
재정자립도 하위 3개구	221.8	0.5195	68.66	26.38	1.3941	0.0874	0.7	2.8912

[표 6 재정자립도 상.하위구 건강빈곤지수 중재요인 계(2008)]

범위 영역	중 재 요 인						
	건강지지자원		건강한 장소		행동과 환경		
시군구 HPI지표 2009	일인당 총진료비 (천원)	인구 천명당 의료기관 병상수 (개)	인구 천명당 도시공원 조성면적 (천㎡)	암 검진률 (%)	현재 흡연율 (%)	상수 및 하수도 보급률 (%)	사고중독 발생률 (%)
년도	07	06	06	08	08	06	08
재정자립도 상위 3개구	2,108.8131	21.13	59.11	115.4	57.9	299.99	9.1
재정자립도 하위 3개구	1,873.357	15.51	38.79	90.9	77.3	299.55	12.5

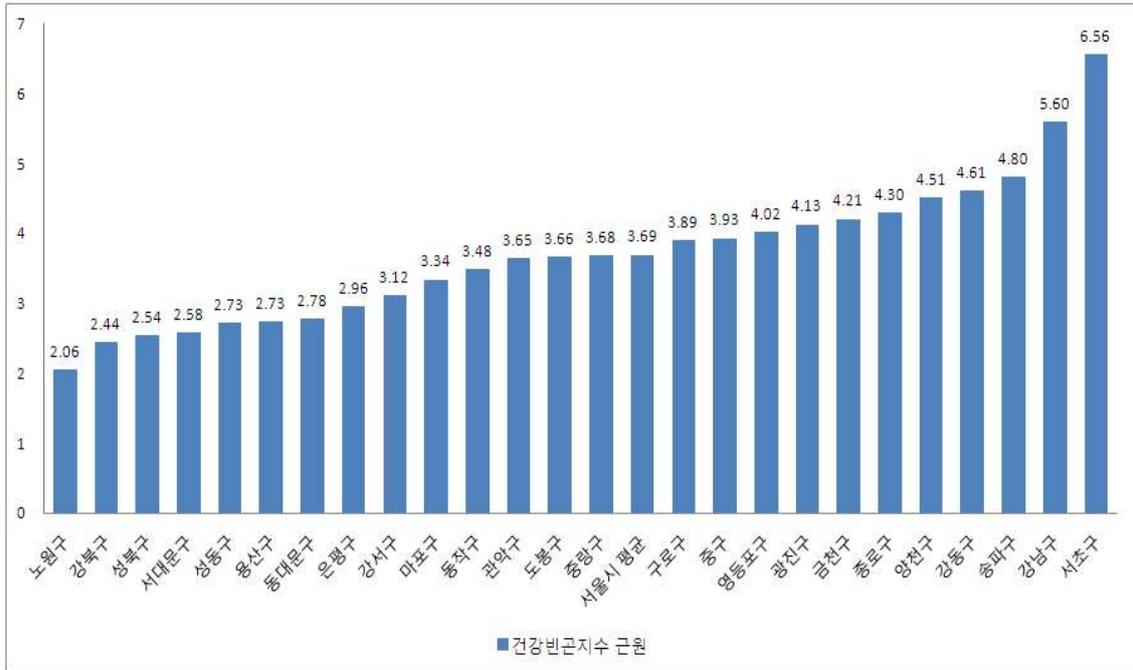
[표 7 재정자립도 상.하위구 건강빈곤지수 건강상태 계(2008)]

범위 영역	진 강 상 태									
	보건복지 자원			적절한 관리				건강 결과		
시군구 HPI지표 2009	일인당 건강보험 급여비 (천원)	일반회계 중 복지예산 비중(%)	인구천명 당 의료기관 중사의사 수(명)	필요 의료서비 스 미치료율 (%)	노인천명당 노인여가 복지시설 수 (개)	양호한 주관적 건강수 준인지율 (%)	인구 십만명당 자살률 (명)	비만 인구율 (%)	고혈압 평생 의사진단 경험율 (%)	연령 표준화 사망률 (십만 명당)
년도	07	07	07	10	07	08	07	08	08	07
재정자립도 상위 3개구	1,536.3	64.6	48.19	34.8	7.74	170	53.8	54	46.1	996.4
재정자립도 하위 3개구	1377	101.24	20.15	27.8	7.61	156	66.7	67.1	53.8	1,275.2

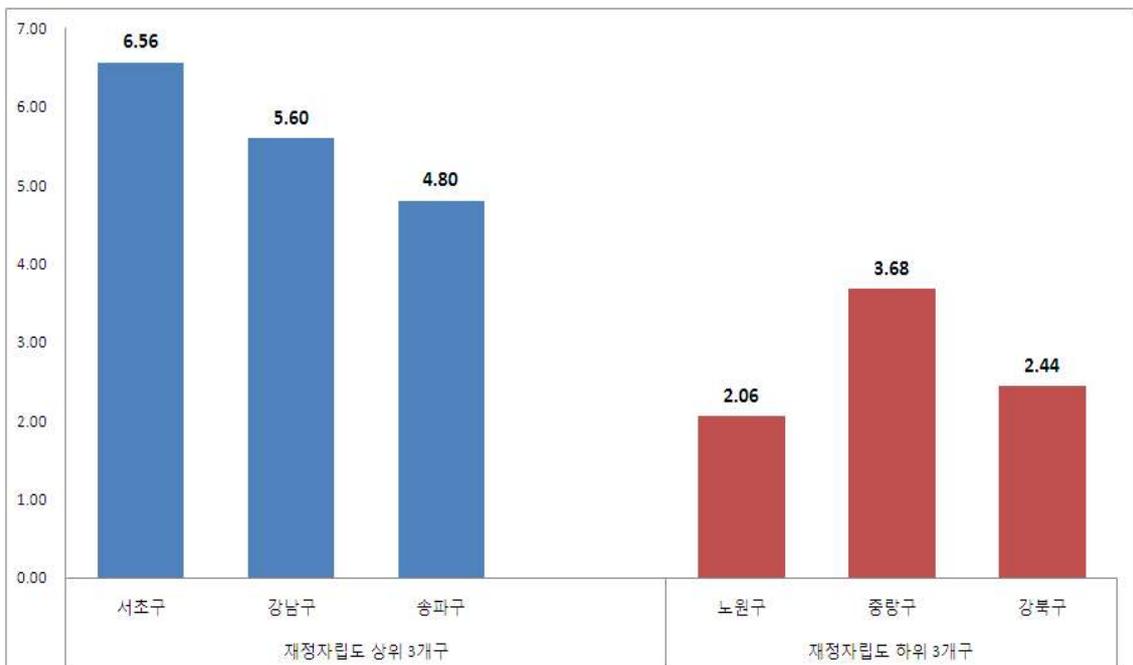
※ 출처 : “2009 통계로 본 한국 건강불평등”(발행 2009년 11월 10일, 건강사회연구센터)의 특집
“한국의 지역 건강불평등 모니터링 : 건강빈곤지수의 적용”

- 각 지표의 값을 건강이 빈곤하지 않은(바람직한) 상태가 1이 되도록 0에서 1사이의 값으로 환산하여 비교한 결과 재정자립도 상위 3개구가 하위 3개구보다 건강이 더 바람직한 상태로 나타났다.

[그림 15. 건강빈곤지수 근원계(2008)]

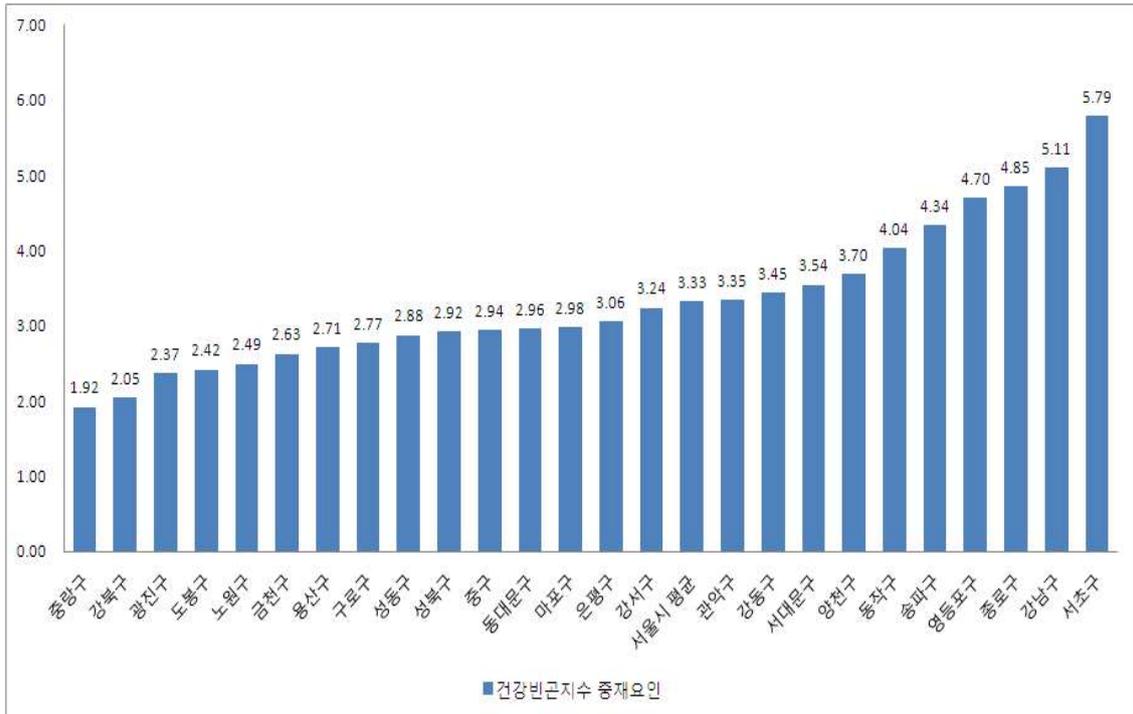


[그림 16. 재정자립도 상.하위구 건강빈곤지수 근원계(2008)]

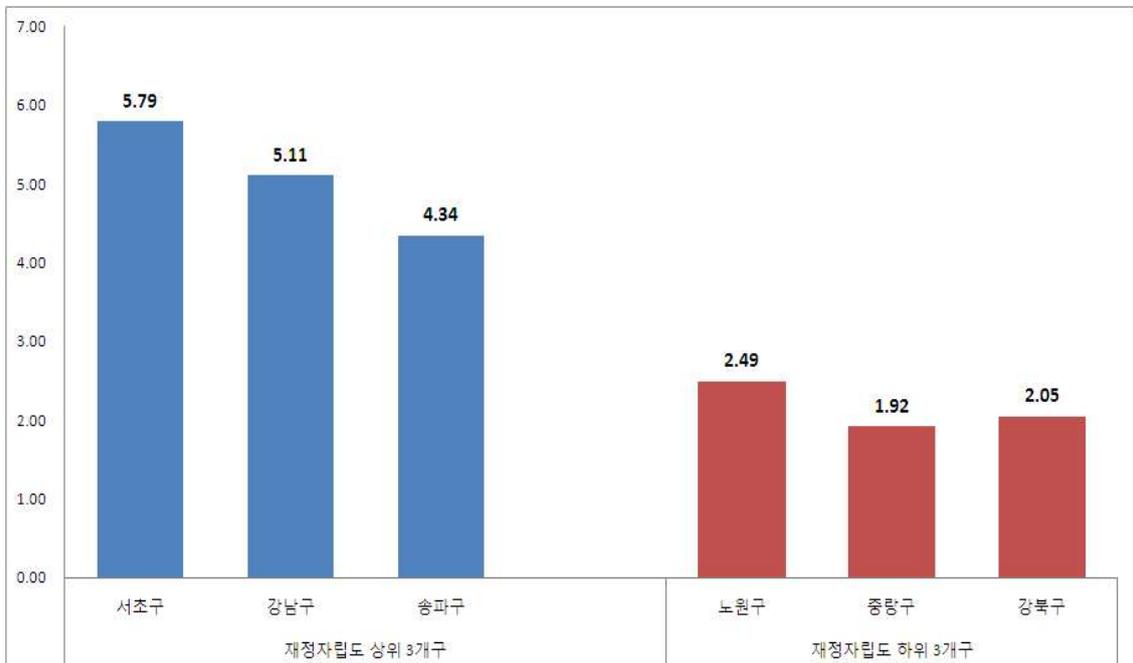


※출처 : “2009 통계로 본 한국 건강불평등” (발행 2009년 11월 10일, 건강사회연구센터)의 특집 “한국의 지역 건강불평등 모니터링 : 건강빈곤지수의 적용”

[그림 17. 건강빈곤지수 중재요인계(2008)]

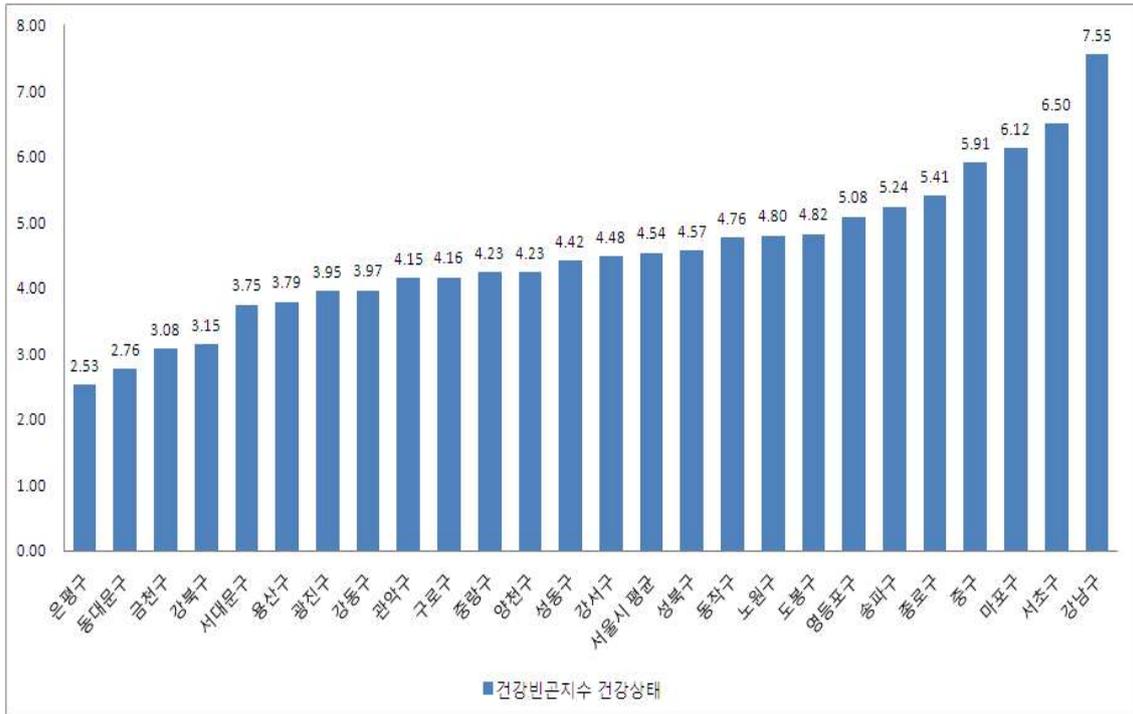


[그림 18. 재정자립도 상·하위구 건강빈곤지수 중재요인계(2008)]

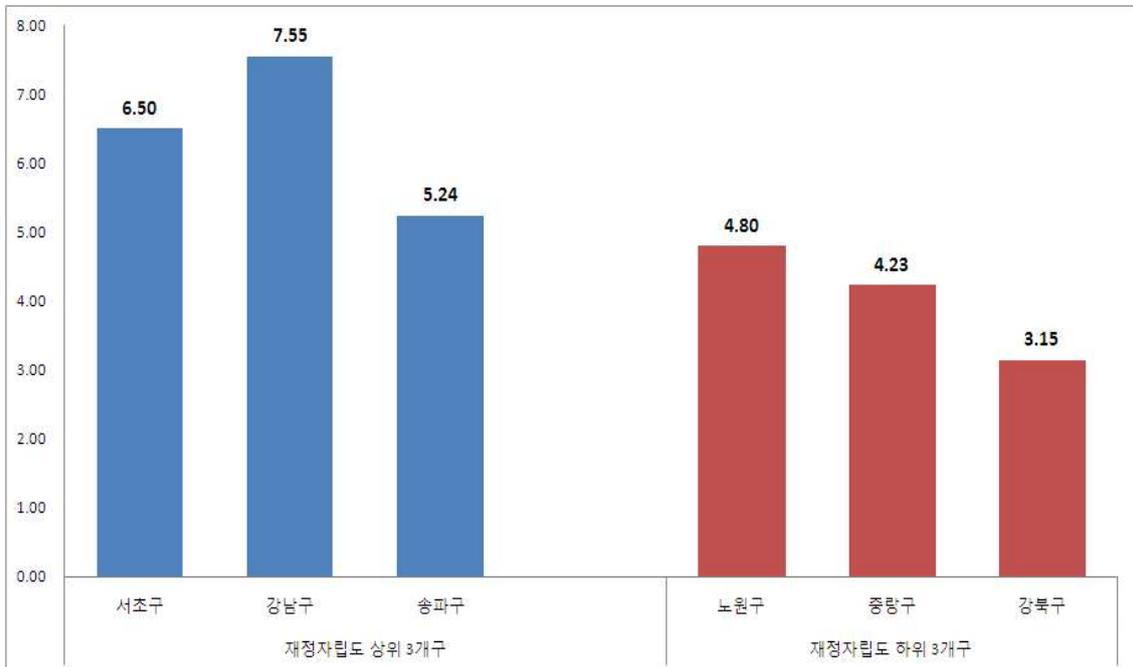


※ 출처 : “2009 통계로 본 한국 건강불평등” (발행 2009년 11월 10일, 건강사회연구센터)의 특집 “한국의 지역 건강불평등 모니터링 : 건강빈곤지수의 적용”

[그림 19. 건강빈곤지수 건강상태계(2008)]



[그림 20. 재정자립도 상·하위구 건강빈곤지수 건강상태계(2008)]



※ 출처 : “2009 통계로 본 한국 건강불평등” (발행 2009년 11월 10일, 건강사회연구센터)의 특집 “한국의 지역 건강불평등 모니터링 : 건강빈곤지수의 적용”

[그림 21. 건강빈곤지수 총계(2008)]

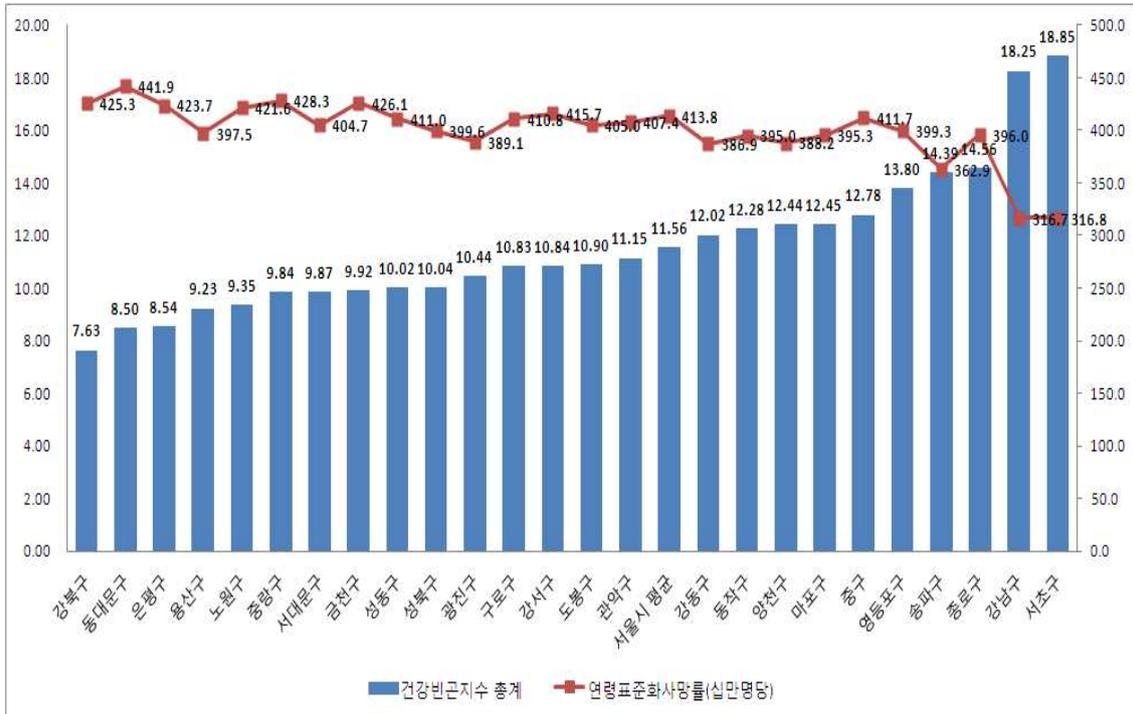


[그림 22. 재정자립도 상·하위구 건강빈곤지수 총계(2008)]

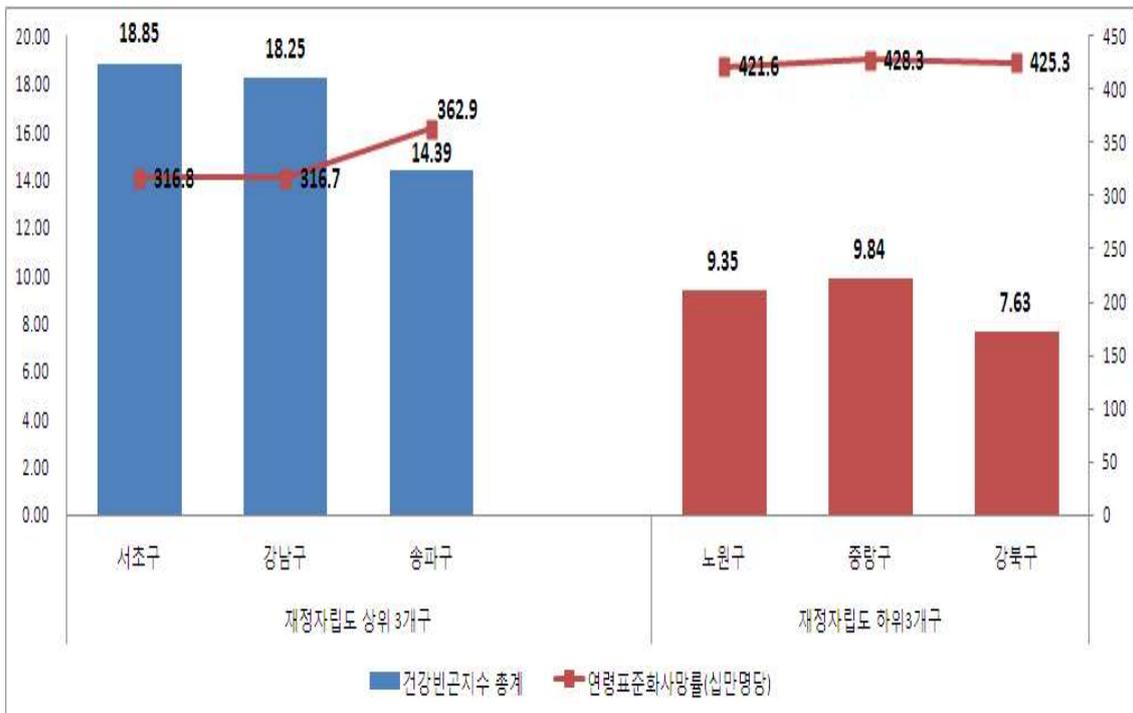


※ 출처 : “2009 통계로 본 한국 건강불평등” (발행 2009년 11월 10일, 건강사회연구센터)의 특집 “한국의 지역 건강불평등 모니터링 : 건강빈곤지수의 적용”

[그림 23 건강빈곤지수 총계와 연령표준화 사망률(2008)]



[그림 24 재정자립도 상·하위구 건강빈곤지수 총계와 연령표준화 사망률(2008)]

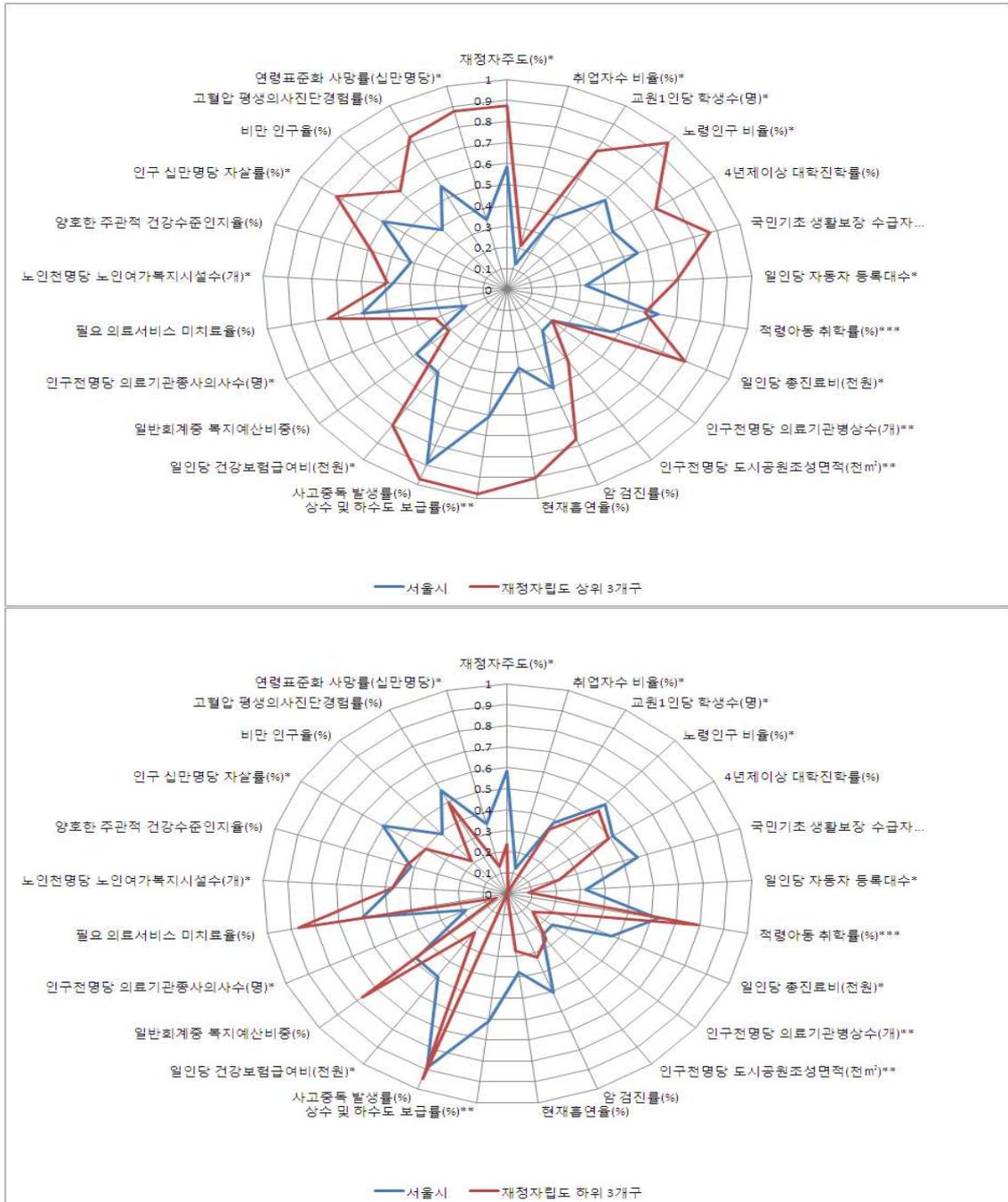


※ 출처 : “2009 통계로 본 한국 건강불평등” (발행 2009년 11월 10일, 건강사회연구센터)의 특집 “한국의 지역 건강불평등 모니터링 : 건강빈곤지수의 적용”

○ 재정자립도 상.하위구 건강빈곤지수(HPI) 비교

- 재정자립도 상위구(3)의 스파이더그램은 서울시 평균보다 대부분이 높게 나타나 건강빈곤지수에서 바람직한 상태로 나타났으며 재정자립도 하위구(3)의 스파이더그램은 서울시 평균보다 대부분이 낮게 나타나 건강빈곤지수에서 바람직하지 못한 상태로 시각적으로 구분 할 수 있을 정도로 격차를 보였다.

[그림 25 재정자립도 상.하위구 건강빈곤지수(2008)]



※ 출처 : “2009 통계로 본 한국 건강불평등” (발행 2009년 11월 10일, 건강사회연구센터)의 특집 “한국의 지역 건강불평등 모니터링 : 건강빈곤지수의 적용”

4) 지역박탈지수를 포함한 서울시 건강지표

- 국내 연구들에서 사용된 사회박탈지표들은 주로 영국의 타운젠드 지표¹⁾와 카스테리어즈 지표를 사용하거나 이를 일부 변형한 것으로 한국형 사회 박탈지표를 산출하고 있다. 지역박탈지수의 해당지표에 적용할 수 있는 출처는 인구주택총조사 출처를 활용하였고 가구 수준에 속하는 하위지표들로는 주거밀집도, 주택소유, 자동차(승용차) 소유, 주거환경, 독거가구, 여성가구주 가구, 아파트 가구가 포함되어 있으며, 개인 수준에 속하는 하위지표들로는 하위 교육수준, 하위사회계급, 노인인구 등이다.
 - 지역박탈지수의 지표(8개)
 낙후된 주거환경비율, 노인인구비율, 고졸미만 학력인구비율, 가구원 기준하위 사회계급비율, 아파트가구비율, 자동차 미소유 가구비율, 독거가구비율, 여성가구비율
- 재정자립도 상.하위구의 지역박탈지수 비교
- 지역박탈지수는 8개 지표를 종합해 내놓은 지수이며 낮을수록 바람직함을 의미한다.. 재정자립도 상위 3개구의 지역박탈지수 계는 -2.8로 하위 3개구의 -1.95보다 낮았다. 또한 재정자립도 하위 3개구의 표준화사망률, 조기사망자수, 암 표준화사망률, 손상표준화 사망률은 상위 3개구보다 높게 나타났다.

[표 8 재정자립도 상.하위구 지역박탈지수를 포함한 서울시 건강지표(2008)]

구 분	표준화 사망률	조기 사망자 수	암 표준화 사망률	손상 표준화 사망률	지역 박탈 지수	응급 의료 지수	의사1인 당 인구수	재정 자립도	
재정자립도 상위 3개구	계	1105.49	94.91	227.78	93.78	-2.80	0.97	886	230.8
	서초구	358.52	30.45	74.32	29.17	-1.08	0.19	411	79.8
	강남구	354.88	30.13	76.67	29.82	-0.79	0.29	147	77.1
	송파구	392.09	34.33	76.79	34.79	-0.93	0.49	328	73.9
재정자립도 하위 3개구	계	1,387.08	141.88	281.73	122.01	-1.95	0.50	2,582	89.6
	노원구	454.75	40.11	93.44	36.40	-1.20	0.48	501	27.4
	중랑구	466.80	50.74	94.91	46.14	-0.41	0.30	1,133	30.5
	강북구	465.53	51.03	93.38	39.47	-0.34	-0.28	948	31.7

※ 출처 : 건강불평등 완화를 위한 건강증진 전략 및 사업개발2009(건강증진사업단)

1) 타운젠드 지표는 실업률, 주택 미소유율, 과잉밀집도 비율, 승용차 미소유율로 구성되고, 카스테리어즈 지표는 남성 실업률, 가구주의 하위사회계급비율, 과잉밀집도 비율, 승용차 미소유율로 구성된다. 이들 지표들은 모두 z score로 표준화를 한 후 점수화 된다.

[지역간 건강수준 격차 분석결과]

- 분석결과 재정자립도 하위 3개구의 '10년 고혈압유병률·흡연율·비만율과 '08~'09년 자살률은 높고 '10년 건강검진 수진률·주관적 건강수준인식률과 '09년 응급의료지수는 낮았다. 이 결과는 건강수준 분석지표 7개 모두가 재정자립도 하위 3개구에서 건강수준이 더 낮다는 것을 보여주고 있어 지역 간 건강격차는 있다고 볼 수 있다.

[표 9 재정자립도 상.하위구 건강수준 지표 비교 (2010)]

지 표	년도	재정자립도 상위 3개구	재정자립도 하위 3개구	지역 간 격차*
고혈압유병률	'10	15.80	20.00	4.20
건강검진 수진률	'10	62.90	61.30	1.60
흡연율	'10	19.00	22.10	3.10
비만율	'10	18.80	23.20	4.40
주관적 건강수준인식률	'10	57.80	47.50	10.30
응급의료지수	'09	0.32	0.16	0.16
자살률	'08~'09	19.10	28.90	9.80

※ 출처 : 서울시민보건지표조사, 지역사회건강조사, 서울통계, 건강불평등 완화를 위한 건강증진 전략 및 사업개발2009(건강증진사업단)

* 지역간 격차

- 고혈압 유병률, 흡연율, 비만율, 자살률 지역 간 격차 = 재정자립도 하위구 값 - 상위구 값
- 건강검진수진률, 주관적 건강수준인식률, 응급의료지수 지역 간 격차 = 재정자립도 상위구 값 - 하위구 값

- 지역 간 격차추이를 분석한 결과 고혈압유병률, 비만율, 주관적 건강수준인식률의 격차는 커지고 있어 이에 대한 공공보건사업 추진의 강화가 필요한 것으로 보인다.

[표 10 재정자립도 상.하위구 건강수준 지역 간 격차추이(1997~2010)]

지 표	년도	재정자립도 상위 3개구	재정자립도 하위 3개구	지역간 격차추이*
고혈압유병률	'08→'10	15.4→15.8	17.9→20.0	2.5→ 4.2
건강검진 수진률	'97→'10	59.7→62.9	44.5→61.3	15.2→ 1.6
흡연율	'97→'10	27.8→19.0	31.1→22.1	3.3→ 3.1
비만율	'97→'10	13.8→18.8	15.1→23.2	1.3→ 4.4
주관적 건강수준인식률	'97→'10	60.4→57.8	54.3→47.5	6.1→10.3

※출처 : 서울시민보건지표조사, 지역사회건강조사

* 지역간 격차 추이

- 고혈압유병률, 흡연율, 비만율 지역 간 격차추이 = 재정자립도 하위구 값 - 상위구 값
- 건강검진수진률, 주관적 건강수준인식률 지역 간 격차추이: 재정자립도 상위구 값 - 하위구 값

- 지금까지의 분석은 재정자립도 상.하위구의 지역 간 비교를 통하여 소득과 건강수준의 연관성을 분석하고자 하였다. 다른 측면으로 월소득 100만원이하를 대상으로 저소득층의 지역 간 격차추이를 분석한 결과 흡연율과 비만율의 격차추이가 커지고 있으며 건강검진 수진율에서는 재정자립도 하위구에서 급격히 상승하여 역전되는 현상을 보였다. 이에 대한 원인은 여러 가지 사회적 요인이 작용한 것으로 보여 충분한 연구가 필요할 것으로 보인다.

[표 11 월소득 100만원이하 재정자립도 상.하위구 건강수준 지역 간 격차추이(1997~2010)]

지 표	년도	재정자립도 상위 3개구	재정자립도 하위 3개구	지역 간 격차추이*
건강검진 수진률	'97→'10	46.8→50.7	36.2→62.1	10.6→ -11.4
흡연율	'97→'10	33.5→16.5	30.3→21.5	-3.2→ 5.0
비만율	'97→'10	14.1→17.6	16.8→27.5	2.7→ 9.9
주관적 건강수준인식률	'97→'10	56.0→35.2	47.4→30.6	8.6→4.6

※ 출처 : 서울시민보건지표조사

* 지역간 격차 추이

- 고혈압 유병율, 흡연율, 비만율 지역 간 격차추이 = 재정자립도 하위구 값 - 상위구 값
- 건강검진수진률, 주관적 건강수준인식률 지역 간 격차추이 = 재정자립도 상위구 값 - 하위구 값

- 영국의 HPI를 국내에 적용한 지역 건강불평등 모니터링 건강빈곤지수(HPI) 25개 지표를 통한 격차를 분석한 결과 재정자립도 상위 3개구가 하위 3개구보다 건강이 더 바람직한 상태로 나타났다.
- 영국의 타운젠드 지표와 카스태어즈 지표를 일부 변형한 지역박탈지수 8개 지표를 분석한 결과 재정자립도 하위 3개구가 상위 3개구보다 높다. 지역박탈지수는 낮을수록 바람직함을 의미하므로 하위 3개구가 더 취약한 것으로 보인다.

(2) 서울시 의료자원 현황 및 분석(보건소 포함)

1) 의료기관 현황

[표 13 OECD국가와 의료기관 비교 현황]

(2010년, 개소)

지역	OECD('08년)			전국	서울
	평균	최소	최대		
백만명당 병원수(개)	31.03	9(스웨덴)	69.9(일본)	58.5	42.3

- 서울시 전체 의료기관수는 15,500('11년) 여개로 하위3개구 전체의 10%정도, 상위 3개구는 전체의 30%이상 분포하고 있으며, 상위3개구가 하위3개구 보다 3배 정도 의료기관수도 많아 의료공급측면에서 상위 3개구에 집중되어 의료서비스 접근성이 더 높은 편이다.

[표 14 상위 3개구 의료기관 현황]

(2011년, 개소)

지역	종합병원	병원	의원	치과	한방	계
서초구	1	9	510	324	250	1,094
강남구	5	29	1,338	613	369	2,354
송파구	2	14	427	299	210	952
상위3개구계	8	52	2,275	1,236	829	4,400

[표 15 하위 3개구 의료기관 현황]

지역	종합병원	병원	의원	치과	한방	계
중랑구	3	12	221	124	97	457
강북구	1	13	212	103	87	416
노원구	4	9	333	181	143	670
하위3개구계	8	34	766	408	327	1,543

※ 출처 : 서울시 건강정보

2) 병상현황

[표 16 OECD국가와 병상수 비교 현황]

(2010년, 개소)

지역	OECD('08년)			전국	서울
	평균	최소	최대		
천명당 병상수(개)	5.34	1.7(멕시코)	13.8(일본)	8.95	7.3

- 서울시 병상수 전체는 74,000개(11년)로 상위3개구가 하위3개구에 비하여 1.6배 정도 많은 병상수를 가지고 있으며, 특히 상위 3개구는 입원진료를 주로 하는 병원 이상 의료기관 병상수를 많이 확보하고 있고, 외래진료를 주로 하는 의원급 병상은 비슷한 수준으로 입원 의료서비스 접근이 상위3개구 지역주민이 편리하다.
- 특히 상위 3개구가 하위 3개구보다 종합병원 병상은 2배정도 더 많고, 한방진료 병상은 상위 3개구가 하위 3개구보다 12배 더 많고, 치과병상은 하위구는 없어 전반적으로 진료분야 별 병상 확보가 상위구가 많은 편이다.

[표 17 상위 3개구 병상수 현황]

(2011년, 단위 : 개)

지역	종합병원	병원	의원	치과	한방	계	인구 1000명당 병상수
서초구	1,156	926	398	6	168	2,654	6.1
강남구	3,342	1,350	972	28	346	6,038	10.5
송파구	3,180	1,065	856	-	93	5,194	7.5
상위 3개구 계	7,678	3,341	2,226	34	607	13,886	8.0

[표 18 하위 3개구 병상수 현황]

지역	종합병원	병원	의원	치과	한방	계	인구 1000명당 병상수
중랑구	1,124	969	962	-	-	3,055	7.1
강북구	214	1,298	705	-	38	2,255	6.5
노원구	2,045	576	692	-	8	3,321	5.4
하위 3개구 계	3,383	2,843	2,359	0	46	8,631	6.3

※ 출처 : 서울시 건강정보

3) 의료 종사인력

- 상위 3개구가 의료기관수가 3배정도 많이 분포되어 있어 의료 종사인력도 하위3개구에 비하여 상위 3개구 의료 종사인력도 3배정도 많고, 의사수는 상위 3개구가 하위 3개구에 비하여 3.7배, 간호사는 3.8배, 의료기사 등 3.1배 많고, 약사수는 하위3개구가 상위 3개구의 1.38배 많다.

[표 19 상위 3개구 의료 종사인력 현황]

계	의사	약사	간호사	의료기사	계
서초구	2,446	103	3,614	1,106	7,269
강남구	5,656	184	9,552	3,954	19,346
송파구	3,017	138	5,168	1,360	9,683
상위 3개구 계	11,119	425	18,334	6,420	36,298

[표 20 하위 3개구 의료 종사인력 현황]

계	의사	약사	간호사	의료기사	계
중랑구	798	230	1616	758	3,402
강북구	587	288	1195	502	2,572
노원구	1604	71	1994	777	4,446
하위 3개구 계	2,989	589	4,805	2,037	10,420

※ 출처 : 서울시 건강정보

4) 인구1000당 의사수

[표 21 OECD 국가와 인구1,000명당 의사 현황]

(2010년)

지역	OECD('08년)			한국	서울
	평균	최소	최대		
천명당 의사수(명)	3.11	1.5(터키)	5.35(그리스)	2.01	2.5

※ 한의사 치과의사 포함

- 인구 1000명당 의사수는 하위3개구는 2.2명, 상위 3개구는 의료기관의 집중되어 의사수는 6.6명으로 훨씬 높은 편이며, 하위 3개구 평균의사수도 우리나라 평균 의사수 2.1명 보다는 양호한 편이다.

[표 22 상위 3개구 인구 1,000명당 의사 현황]

(단위 : 명)

계	계	인구수	인구/1000	인구1000명당 의사수
서초구	2,446	434,720	434.7	5.6
강남구	5,656	570,095	570.1	9.9
송파구	3,017	685,279	685.3	4.4
계	11,119	1,690,094	1690.1	6.6
평균	3,706	563,365	563.4	6.6

[표 23 하위 3개구 인구 1,000명당 의사 현황]

계	의사수	인구수	인구/1000	인구1000명당 의사수
중랑구	798	427,455	427.5	1.9
강북구	587	346,520	346.5	1.7
노원구	1604	611,230	611.2	2.6
계	2989	1,385,205	1385.2	2.2
평균	996	461,735	461.7	2.2

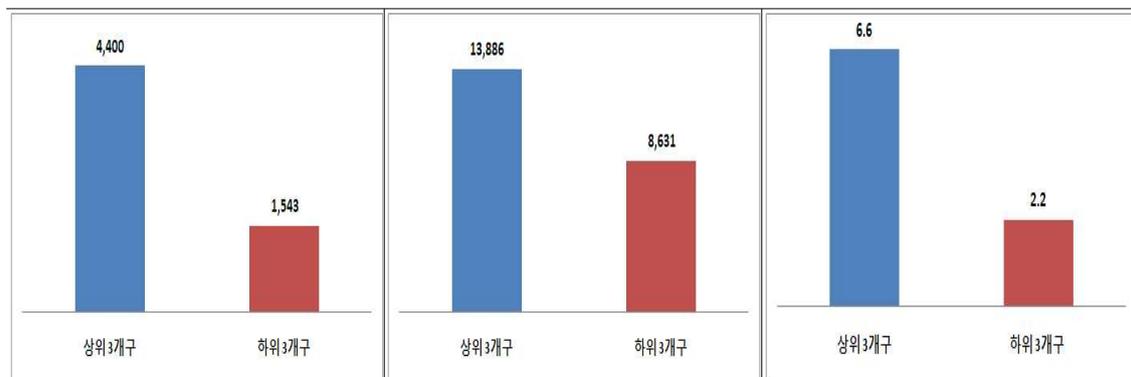
※ 출처 : 서울시 건강정보

[그림 26 보건의료자원 현황(상위 3개구, 하위 3개구)]

< 의료기관 >

< 병상수 >

< 인구 1,000명당 의사수 >



5) 300병상 이상 의료기관

- 300병상 의료기관수는 5개소로 상·하위 3개구가 동일하나 하위 3개구는 상급종합병원이 1개소이며, 상위 3개구는 4개소의 상급종합병원이 분포되어 하위 3개구에 비하여 상위 3개구는 권역별 의료전달체계를 잘 갖추고 있다.

[표 24 상위 3개구 300병상 이상 의료기관 현황]

연번	구명	명칭	총병상수	상급종합병원	민간/국립
1	서초구	가톨릭대학서울성모병원	1,156	○	민간
2	강남구	강남세브란스병원	804	○	민간
3	강남구	삼성서울병원	1,960	○	민간
4	송파구	서울아산병원	2,680	○	민간
5	송파구	국립경찰병원	500	×	국립
계			7,100		

[표 25 하위 3개구 300병상 이상 의료기관 현황]

연번	구명	명칭	총병상수	상급종합병원	민간/국립
1	중랑구	원진재단법인 녹색병원	393	×	민간
2	중랑구	서울의료원	623	×	공립
3	노원구	을지병원	668	×	민간
4	노원구	인제대학교 상계백병원	709	○	민간
5	노원구	한국원자력병원	495	×	민간
계			2,888		

※ 출처 : 서울시 내부자료

[상위 3개구와 하위 3개구의 보건의료자원 현황 총평]

- 의료자원 중 병원현황에 대하여 OECD 국가 자료와 비교한 결과, 백만명당 의료기관수 평균은 OECD 31.0개소, 전국 58.5개소, 서울시 42.3개소로 서울시는 인구밀집 지역으로서 전국 평균 병원수보다 낮고, OECD 평균보다 높다
- 의료자원 병상수 현황에 대하여 OECD 국가와 비교한 결과 천명당 병상수는 평균은 OECD 3.11개소 전국 8.95개소, 서울시 7.3개소로서 서울시는 인구밀집지역으로 전국 평균 병상수 보다는 낮고, OECD 평균보다 높다.
- 의료종사인력은 상위3개구와 하위3개보다 의료기관 수가 3배정도 많아서 이에 따른 의료종사인력도 3배 이상 많으나, 인구 천명당 의사수는 OECD 국가 평균 3.11명, 전국 2.01명, 서울시는 2.5명으로 인구 1,000명당 의사수는 전국보다 약간 높고 . OECD 평균의사수보다 다소 낮다.

(3) 서울시 의료서비스 현황 및 분석

- 서울시에 2011년 9월 현재 시립병원 13개소와 보건소·분소·도시보건지소 52개소가 있다.
- 어린이병원은 서초구에, 은평병원·서북병원은 은평구에 위치하고 있고, 서울의료원은 강남구에 분원을 두고 2011년에 중랑구에 이전하였다. 그리고 동부병원은 동대문구에, 북부병원은 중랑구에, 보라매병원은 동작구에 위치하고 있다. 또한 서남병원은 2011년에 양천구에서 개원하였고, 장애인치과병원은 성동구에, 용인·백암·축령·고양정신병원은 경기도에 위치하고 있다.
- 각 구에 보건소가 1개소씩 총 25개소 있으며, 분소·도시보건지소는 구로구, 도봉구를 제외한 나머지 구에 1~2개소씩 분포하고 있다. 2개소의 분소·도시보건지소가 있는 구는 중구, 광진구, 성북구, 서대문구이다.

[그림 29 시립 병원 및 보건소 위치도]



[표 26 시립병원 현황]

구분	명칭	위치	병상수	진료과
계	13개		4,660개	121개
직영(3)	어린이병원	서초구	295	6
	은평병원	은평구	317	11
	서북병원	은평구	510	12
특수법인(1)	서울의료원	중랑구	623	23
	서울의료원(강남분원)	강남구	30	3
공공기관 위탁(2)	동부병원	동대문구	200	18
	북부병원	중랑구	200	8
민간위탁(7)	보라매병원	동작구	767	23
	서남병원	양천구	350	8
	장애인치과병원	성동구	(18Units)	1
	용인정신병원	경기도 용인시	500	2
	백암정신병원	경기도 용인시	296	2
	축령정신병원	경기도 남양주시	273	2
	고양정신병원	경기도 고양시	299	2

[시립병원]

- 서울시립병원 중 특수병원 6개소(어린이병원, 은평병원, 용인정신병원, 백암정신병원, 축령정신병원, 고양정신병원)와 2011년에 개원한 서남병원을 제외한 7개 병원(서북병원, 서울의료원, 보라매병원, 동부병원, 북부병원, 장애인치과병원)을 대상으로 선정하였다.
- 진료실적은 시립병원 내부 자료로 2007년부터 2010년도까지를, 구별 시립병원 이용현황은 2010년도 외래 진료 실적만을 이용하였다. 또한 지역친화도(RI)와 지역환자구성비(CI)분석 자료는 2009년도 시립병원의 진료실적 및 통계청자료 2009년도 구별 진료실적(관내·관외)을 이용하였다.
- 시립병원은 구별 분포가 고르지 않기 때문에 재정자립도에 의한 상위3개구, 하위3개구로 구분하지 않고, 시립병원 중심으로 분석하였다.

1) 전체 시립병원 의료보장별 현황 및 추이

- 시립병원 총 진료실적은 꾸준히 늘고 있는 추세이고, 건강보험등 75%, 의료급여는 25%를 차지하고 있다.
- 외래진료는 건강보험등이나 의료급여 모두 실적이 늘었다. 반면에 입원진료의 경우 건강보험등은 증가하였으나, 의료급여는 감소하였다.

[표 27 전체 시립병원 의료보장별 년도별 현황]

(단위 : 명)

년 도	총			외래			입원		
	총계	의료급여	건강보험등	소계	의료급여	건강보험등	소계	의료급여	건강보험등
07	1,630,538	453,847	1,176,691	1,028,927	195,391	833,536	601,611	258,456	343,155
08	1,691,968	437,122	1,254,846	1,100,634	197,439	903,195	591,334	239,683	351,651
09	1,809,536	428,597	1,380,939	1,209,500	207,340	1,002,160	600,036	221,257	378,779
10	1,826,841	453,122	1,373,719	1,203,807	219,739	984,068	623,034	233,383	389,651
계	6,958,883	1,772,688	5,186,195	4,542,868	819,909	3,722,959	2,416,015	952,779	1,463,236

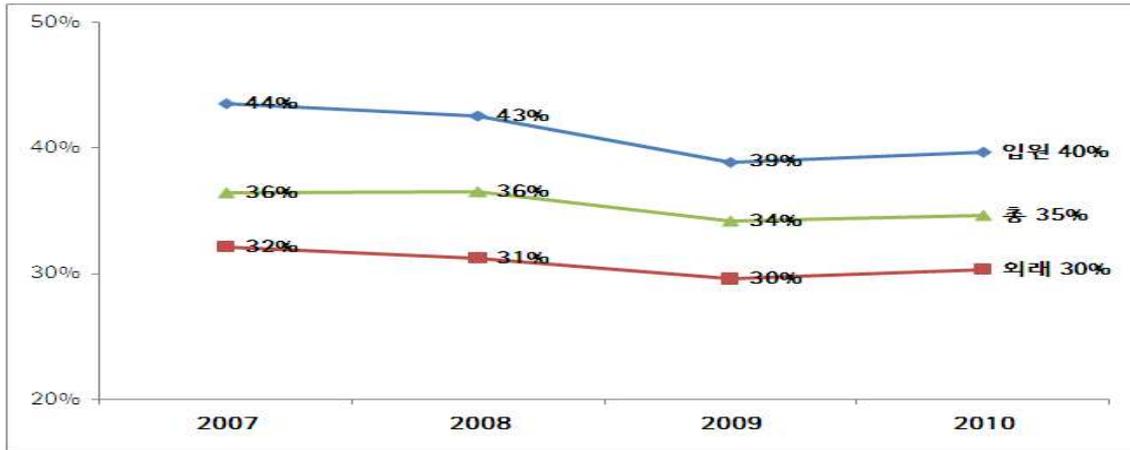
※ 출처 : 시립병원 내부자료

- 의료급여의 진료실적의 비율은 28%에서 25%로 줄고 있다. 의료급여의 경우 외래 진료보다 입원진료의 비율이 더 많이 감소했다.
- 지방의료원의 경우 의료급여의 비율은 27.1%로 서울시립병원의 경우보다 높다. 지방의료원 입원환자의 의료급여 비율은 40.2%이고, 외래환자의 의료급여비율은 20.1% 이다.
- 국립대병원의 경우 5년간 지속적으로 의료급여 진료실적이 줄어들고 있다. 서울대병원의 의료급여 비율은 지난 2006년 입원 5.2%, 외래 3.3%였으나, 2010년에는 입원 3.2%, 외래 2.6%로 감소하였다. 한편, 2010년 기준 의료급여 비율은 서울대병원이 가장 낮았다.

- 의료급여가 감소하는 원인으로는 2007년 7월 1일 의료급여의 외래 본인부담금 신설, 2008년 4월 1일 의료급여 2종의 차상위 건강보험등 환자로 전환되었기 때문에, 의료급여의 병원 문턱이 높아지고 있는 것으로 보여지고, 한편, 건강보험공단에 따르면 의료급여는 2007년 3.7%(185만명)에서 2010년 3.3%(168만명)으로 감소하였다.

[그림 30 시립병원 의료보장 추이('07-'10)]

(단위 : %)



※ 출처 : 시립병원 내부자료

2) 시립병원별 의료보장별 진료실적 현황

- 서북병원, 동부병원, 장애인치과병원은 의료급여 진료실적 비율이 40%이상으로 다른 시립병원보다 비율이 높았으며, 그 외 병원은 건강보험등이 차지하는 비율이 높았다.
- 서울의료원(653병상)과 보라매병원(767병상)은 병상 수 비슷하고 종합병원이나, 서울의료원이 의료급여에 대한 입원 비율이 보라매병원보다 높다. 보라매병원의 경우 '건강불평등을 해소하는 병원'이라는 비전에 발맞추어 의료급여에 대한 진료를 확대해 나가야 할 것이다.

[표 28 시립병원별 의료보장별 진료실적 현황]

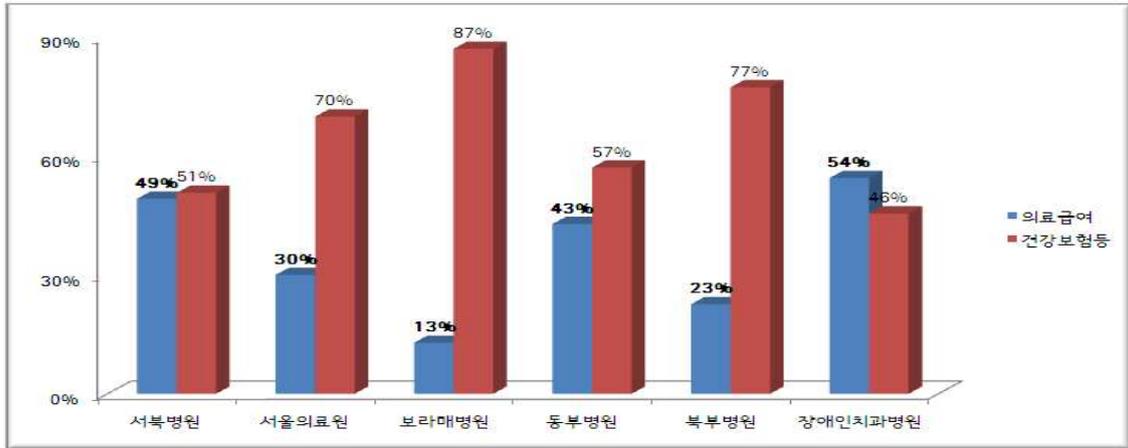
(단위 : 명)

구분	계	의료급여	의료급여비율	건강보험등	건강보험등비율
서북병원	732,891	361,028	49%	371,863	51%
서울의료원	1,836,102	551,063	30%	1,285,039	70%
보라매병원	3,205,815	412,979	13%	2,792,836	87%
동부병원	784,570	336,462	43%	448,108	57%
북부병원	334,085	75,524	23%	258,561	77%
장애인치과병원	65,420	35,632	54%	29,788	46%
총계	6,958,883	1,772,688	25%	5,186,195	75%

※ 출처 : 시립병원 내부자료

[그림 31 시립병원별 의료보장별 진료실적 현황]

(단위 : %)



※ 출처 : 시립병원 내부자료

3) 행려노숙환자의 의료보장별 현황(서북병원, 동부병원)

- 행려노숙환자의 경우 시립병원 중 4개 병원(서북병원, 서울의료원, 보라매병원, 동부병원)에서 진료를 받고 있다. 진료실적은 동부병원이 가장 높으며, 보라매병원이 가장 낮다. 진료실적은 해마다 감소하고 있다.

[표 29 행려 노숙환자의 의료보장별 현황]

(단위 : 명)

구분	년도	총진료실적	행려노숙			
			소계	외래	입원	비율
서북병원	2008	60,856	16,862	1,481	15,381	27.7%
	2009	92,404	19,353	1,866	17,487	20.9%
	2010	98,863	17,835	1,432	16,403	18.0%
서울의료원	2008	458,036	15,325	4,625	10,700	3.3%
	2009	481,517	14,814	4,482	10,332	3.1%
	2010	459,689	14,555	3,858	10,697	3.2%
보라매병원	2008	778,386	8,649	551	8,098	1.1%
	2009	841,709	2,409	51	2,358	0.3%
	2010	850,298	3,479	223	3,256	0.4%
동부병원	2008	194,432	37,411	19,413	17,998	19.2%
	2009	200,760	35,206	19,259	15,947	17.5%
	2010	203,374	28,974	15,523	13,451	14.2%

※ 출처 : 시립병원 내부자료

- 서울시의 행려노숙환자의 경우 총진료 실적에서 높은 비율을 차지하고 있는 서북병원과 동부병원의 현황을 자세히 살펴보았다. 행려환자의 경우 의료급여자이고, 노숙환자의 경우 건강보험등, 의료급여, 일반인 순수노숙으로 나누어진다. 노숙환자에서 건강보험등 67%, 의료급여 4% 및 일반(순수노숙) 29%의 비율로 구성된다.

[표 30 서북병원 행려노숙 현황] (단위 : 명)

구분	노숙외래				행려 의료 급여	외래 총계	노숙입원				행려 의료 급여	입원 총계
	건강보험	의료급여	일반	소계			건강보험	의료급여	일반	소계		
2008	232	28	93	353	26	379	7,623	315	6,206	14,144	1,237	15,381
2009	293	19	117	429	14	443	8,839	14	8,534	17,387	100	17,487
2010	248	8	70	326	7	333	11,269	174	5,024	16,467	25	16,492

※ 출처 : 시립병원 내부자료

[표 31 동부병원 행려노숙 현황] (단위 : 명)

구분	노숙외래				행려 의료 급여	외래 총계	노숙입원				행려 의료 급여	입원 총계
	건강보험	의료급여	일반	소계			건강보험	의료급여	일반	소계		
2008	13,830	984	3,606	18,420	993	19,413	9,697	1,059	5,653	16,409	1,589	17,998
2009	14,863	878	2,865	18,606	653	19,259	10,395	563	4,300	15,258	689	15,947
2010	12,560	687	1,922	15,169	354	15,523	8813	570	3,337	12,720	731	13,451

※ 출처 : 시립병원 내부자료

※ 자활지원과 노숙인 의료지원사업

- 거리 및 시설 노숙인들에게 건강검진, 질병치료 등의 의료서비스 제공으로 정신적·육체적 건강상태를 유지하도록 함으로써 자활·자립기반을 마련해 주고 있다. 서울역 무료진료소운영과 의료기관을 지정하여 국민건강보험공단 부담금을 제외한 본인부담금을 전액 지원해주고 있다.

[표 32 지정의료기관 현황] (단위 : 개소)

계	무료진료소	국·공립병원	일반병·의원	보건소	약국
58	1	8	6	28	15

※ 출처 : 자활지원과 내부자료

[표 33 의료비지원 현황] (단위 : 천원)

년도	2009	2010	2011
예산액	5,616,857	5,302,767	6,020,854

※ 출처 : 시립병원 내부자료

4) 구별 시립병원 이용현황

- 지역적 접근성의 형평은 의료부문의 형평성을 구현하는 핵심요소로서 주요 정책목표로 설정되어 왔다. 의료부문의 형평성의 핵심 개념인 접근성의 형평을 기반으로 하여 지역간 불평등의 문제를 규명하고자 한다. 이에 대한 지표로 지역친화도, 지역환자구성비가 있다.
- 지역친화도(Relevance Index : RI)란 지역 거주환자의 총 의료이용량 중 해당지역 소재 의료기관을 이용한 의료이용량의 백분율로 나타내며, 자가지역의 친화도가 높다는 것은 타지역으로의 의료서비스 유출량이 상대적으로 적은 것을 나타낸다.
- 또한, 지역환자구성비(Commitment Index : CI)란 지역소재 의료기관의 총 의료이용량 중 특정지역 거주환자의 의료이용량의 백분율로 나타내며, 해당 의료기관을 방문하는 환자들의 지역별 구성과 의료기관의 진료권 범위를 파악할 수 있다. 의료기관의 자가지역에 대한 지역환자구성비가 낮을수록 타지역 환자의 유입이 많다는 것을 의미한다.
- 서울시 전체적으로 서울시립병원을 이용하는 지역친화도는 7.58%이고, 지역친화도와 지역환자구성비는 비슷한 양상을 보였다.
- 일반적으로 시립병원이 위치한 곳의 근접지역이 높았으며, 동부병원의 경우 은평구에 소재한 은평의 마을(성인남성부랑인대상 사회복지생활시설 1,770명)에서 특히 입원환자가 많아서 지역친화도와 지역환자구성비가 높았다. 또한, 장애인치과병원의 경우 위치한 성동구 다음으로는 등록장애인 수가 많은 노원구, 강서구순으로 높았다.

[표 34 시립병원별 지역친화도 및 지역환자구성비]

병원명(소재지)	RI 높은 3개구	CI 높은 3개구
서북병원 (은평구)	은평구, 서대문구, 중구	은평구, 서대문구, 중구
서울의료원 (강남구)	송파구, 강남구, 성동구·광진구	강남구, 송파구, 서초구
보라매병원 (동작구)	관악구, 동작구, 금천구	관악구, 동작구, 금천구
동부병원 (동대문구)	동대문구, 성동구, 은평구, 성북구	동대문구, 성동구, 은평구, 성북구
북부병원 (중랑구)	중랑구, 노원구, 동대문구	중랑구, 노원구, 동대문구
장애인치과병원 (성동구)	성동구, 노원구, 강서구	성동구, 노원구, 광진구

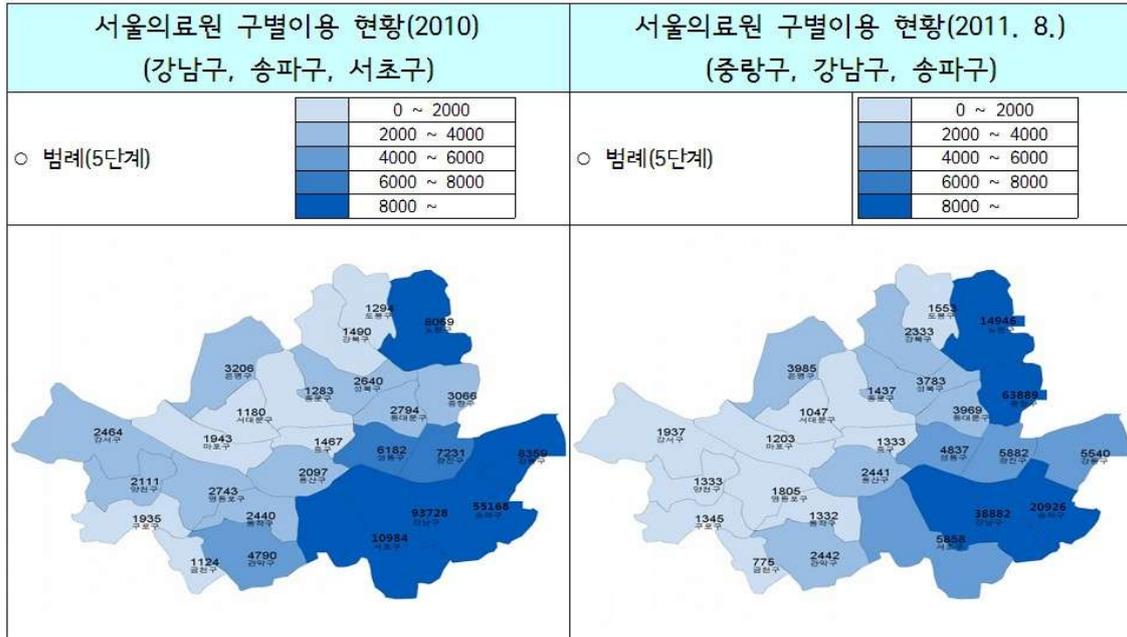
※ 출처 : 시립병원 내부자료 및 통계청

- 2010년 외래진료실적 현황에서 보면 시립병원이 위치한 근접구에 진료실적이 높고, 지역친화도 및 지역환자구성비가 높은 구와 비슷한 양상을 보인다.
- 서울의료원의 경우 인접하지않는 노원구와 은평구의 실적이 높은 이유는 노원구는 과거에 중계노인복지관을 위탁운영하였고 협약을 체결하여 복지관에서 교통편의를 제공

하고 있고, 은평구는 은평의 마을(성인남성부랑인대상 사회복지생활시설 1,770명)과 협약을 체결하였기 때문이다. 서울의료원이 2011년에 중랑구에 이전하여 2010년도보다 중랑구 외래진료실적이 확연히 높아졌음을 알 수 있다.

[그림 32 서울의료원 외래진료 구별이용 현황]

(단위 : 명)

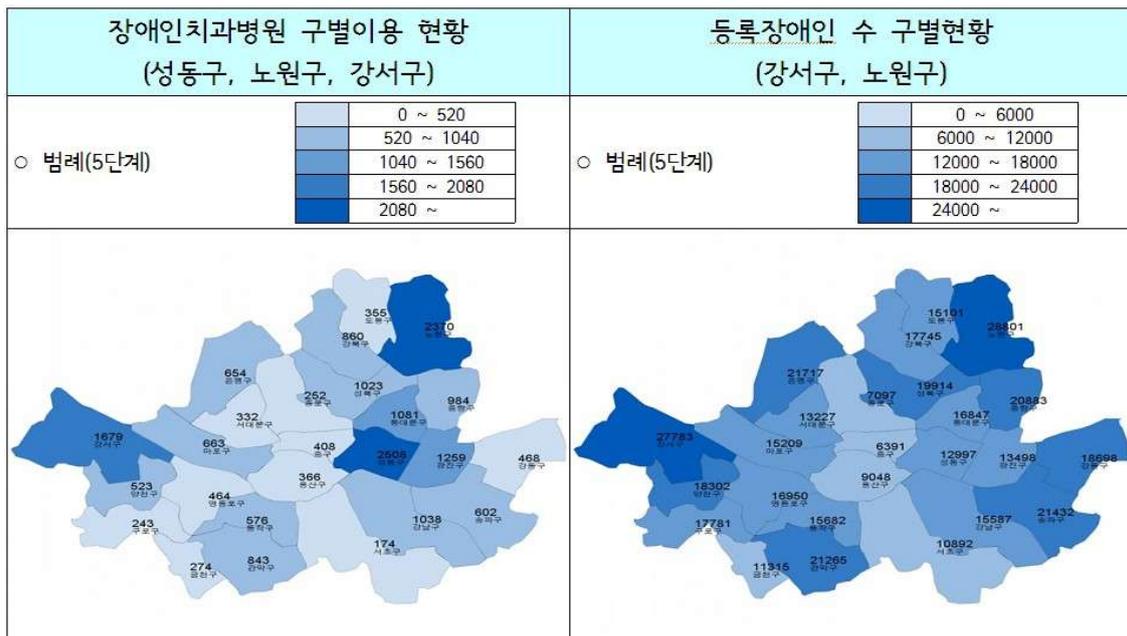


※ 출처 : 시립병원 내부자료

- 장애인치과병원의 경우 외래진료만 하고 있으므로 지역친화도, 지역환자구성비의 높은 순대로 성동구 다음으로는 등록장애인 수가 많은 노원구, 강서구순으로 높았다.

[그림 33 장애인치과병원 외래진료 구별이용 현황]

(단위 : 명)



※ 출처 : 시립병원 내부자료

[시립병원 의료서비스 분석결과]

- 시립병원 총 진료실적은 꾸준히 늘고 있는 추세이고, 건강보험등 75%, 의료급여는 25%를 차지하고 있다.
- 의료급여의 진료실적의 비율은 28%에서 25%로 줄고 있다. 의료급여의 경우 외래 진료보다 입원진료의 비율이 더 많이 감소했다.
- 서북병원, 동부병원, 장애인치과병원은 의료급여 진료실적 비율이 40%이상으로 다른 시립병원보다 비율이 높았으며, 그 외 병원은 건강보험등이 차지하는 비율이 높았다.
- 서울의료원(653병상)과 보라매병원(767병상)은 병상 수 비슷하고 종합병원이나, 서울의료원이 의료급여에 대한 입원 비율이 보라매병원보다 높다. 보라매병원의 경우 '건강불평등을 해소하는 병원'이라는 비전에 발맞추어 의료급여에 대한 진료를 확대해 나가야 할 것이다.
- 행려노숙환자의 경우 시립병원 중 4개 병원(서북병원, 서울의료원, 보라매병원, 동부병원)에서 진료를 받고 있다. 진료실적은 동부병원이 가장 높으며, 보라매병원이 가장 낮다. 진료실적은 해마다 감소하고 있다.
- 서울시 전체적으로 서울시립병원을 이용하는 지역친화도는 7.58%이고, 지역친화도와 지역환자구성비는 비슷한 양상을 보였다.
- 일반적으로 시립병원이 위치한 곳의 근접지역이 높았으며, 동부병원의 경우 은평구에 소재한 은평의 마을(성인남성부랑인대상 사회복지생활시설 1,770명)에서 특히 입원환자가 많아서 지역친화도와 지역환자구성비가 높았다. 또한, 장애인치과병원의 경우 위치한 성동구 다음으로는 등록장애인 수가 많은 노원구, 강서구순으로 높았다.
- 시립병원의 의료서비스 분석 결과 의료급여 진료실적 감소에 따른 대책이 필요할 것으로 보이며, 지역친화도와 지역환자구성비도 위치한 구가 아닌 전체 서울시를 아우를 수 있는 방안에 대한 연구가 필요할 것으로 보인다.

[보건소]

1) 보건예산 현황

① 전체 예산대비 보건소 예산비율

- 상위 3개구가 하위 3개구보다 평균예산이 660억보다 정도 많으나 총 예산대비 보건소 예산 비율은 하위 3개구 3.5, 상위 3개구 3.6으로 자치구 대비 보건소 예산 비율은 비슷한 수준이다.

[표 35 상위 3개구 전체 예산 대비 보건소 예산 현황]

구분	자치구당 예산액	보건소 예산	비율 (%)
서초구	348,070,630	13,095,615	3.8
강남구	625,413,139	20,425,932	3.3
송파구	367,711,839	13,927,022	3.8
상위3개구 계	1,341,195,608	47,448,569	10.8
상위3개구 평균	447,065,203	15,816,190	3.6

[표 36 하위 3개구 전체 예산 대비 보건소 예산 현황]

구분	자치구당 예산액	보건소 예산	비율(%)
중랑구	351,269,778	14,718,893	4.2
강북구	330,982,321	14,931,876	4.5
노원구	459,829,359	8,105,671	1.8
하위3개구 계	1,142,081,458	37,756,440	10.5
하위3개구 평균	380,693,816	12,585,480	3.5

※출처 : 2010년 서울시지역보건의료계획 시행결과 자료

② 보건예산 및 주민 1인당 보건비

- 상위 3개구 평균예산은 하위3개구보다 구별 32억 정도 많으나 보건소 예산대비 주민 1인당 보건비는 상위3 개구가 하위3 개구보다 29만명 정도 주민이 많아 비슷한 수준이다.

· 인구: 하위3개구 293,751명 더 많음(상위3개구 1,669,095명/하위3 개구 1,375,744명)

[표 37 상위 3개구 보건소 예산 및 주민1인당 보건비] (2009년, 단위:천원)

구분	보건소 예산액	예산 비율		주민 1인당 보건비
		운영비	인건비	
서초구	13,095,615	65%	35%	30,778
강남구	20,425,932	72%	28%	36,336
송파구	13,927,022	67%	33%	20,437
상위3개구계	47,448,569	69%	31%	87,552
상위3개구평균	15,816,190	69%	31%	29,184

[표 38 하위 3개구 보건소 예산 및 주민1인당 보건비]

구분	보건소예산액	예산 비율		주민 1인당 보건비
		운영비	인건비	
중랑구	14,718,893	60%	40%	34,652
강북구	14,931,876	72%	28%	43,870
노원구	8,105,671	64%	36%	13,275
하위3개구 계	37,756,440	66%	34%	91,798
하위3개구 평균	12,585,480	66%	34%	30,599

※출처 : 2010년 서울시지역보건의료계획 시행결과 자료

2)진료현황

① 일차진료 이용현황

- 상위 3개구가 하위 3개구보다 구별 연평균 13,000여건으로 진료를 많이 하나, 인구대비 보건소 이용율은 하위 3개구가 상위 3개구에 비해 보건소 진료이용율은 0.3% 높다.

※ 보건지소 및 분소 실적 포함 / 한방과, 치과진료 실적 제외

[표 39 상위 3개구 보건소 일차진료 현황]

(단위 : 명, 건)

구분	2008년		2009년		2010년		계(08년~10년)	
	인구수	진료수	인구수	진료수	인구수	진료수	인구수	진료수
서초구	406,320	7,269	425,481	9,774	434,720	8,961	1,266,521	26,004
강남구	557,832	62,125	562,138	64,994	570,095	56,093	1,690,065	183,212
송파구	668,962	27,785	681,476	40,429	685,279	38,562	2,035,717	106,776
상위 3개구 (계)	1,633,114	97,179	1,669,095	115,197	1,690,094	103,616	4,992,303	315,992
상위 3개구 (평균)	544,371	32,393	556,365	38,399	563,365	34,539	1,664,101	105,331
상위 3개구 평균이용율(%)	6.0		6.9		6.1		6.3	

[표 40 하위 3개구 보건소 일차진료 현황]

구분	2008년		2009년		2010년		계(08년~10년)	
	인구수	진료수	인구수	진료수	인구수	진료수	인구수	진료수
중랑구	427,871	43,762	424,761	45,559	427,455	43,717	1,280,087	133,038
강북구	342,274	8,139	340,367	11,274	346,520	8,639	1,029,161	28,052
노원구	615,981	28,066	610,616	44,489	611,230	41,911	1,837,827	114,466
하위 3개구 (계)	1,386,126	79,967	1,375,744	101,322	1,385,205	94,267	4,147,075	275,556
하위 3개구 (평균)	462,042	26,656	458,581	33,774	461,735	31,422	1,382,358	91,852
하위 3개구 평균 이용율(%)	5.8		7.4		6.8		6.6	

※ 출처 : 서울시 내부자료(2011년)

2) 건강보험 진료

- 건강보험 대상 보건소 진료는 상위 3개구가 구별 평균 11,000건 정도 하위 3개구 보다 많이 실시하고 있으며, 인구대비 보건소 이용율은 하위3개구가 건강보험 이용율은 높은 편이다

※ 보건지소 및 분소 실적 포함 / 한방과, 치과진료 실적 제외

[표 41 상위 3개구 보건소 건강보험 진료 현황]

(단위 : 명, 건)

구분	2008년		2009년		2010년		계(08년~10년)	
	보험인구	진료수	보험인구	진료수	보험인구	진료수	보험인구	진료수
서초구	402,740	6,832	422,203	9,320	431,351	8,566	1,256,294	24,718
강남구	547,084	54,976	551,041	57,947	558,885	49,645	1,657,010	162,568
송파구	661,258	26,893	673,705	39,254	677,651	37,599	2,012,614	103,746
상위 3개구 (계)	1,611,082	88,701	1,646,949	106,521	1,667,887	95,810	4,925,918	291,032
상위 3개구 (평균)	537,027	29,567	548,983	35,507	555,962	31,937	1,641,973	97,011
상위 3개구 (평균이용율,%)	5.5		6.5		5.7		5.9	

[표 42 하위 3개구 보건소 건강보험 진료 현황]

구분	2008년		2009년		2010년		계(08년~10년)	
	보험인구	진료수	보험인구	진료수	보험인구	진료수	보험인구	진료수
중랑구	414,966	40,501	413,149	42,366	415,885	40,808	1,244,000	123,675
강북구	330,327	7,442	329,140	10,353	335,116	7,921	994,583	25,716
노원구	590,530	26,275	586,101	41,754	586,755	39,688	1,763,386	107,717
하위 3개구 (계)	1,335,823	74,218	1,328,390	94,473	1,335,746	88,417	3,999,959	257,108
하위 3개구 (평균)	445,274	24,739	442,797	31,491	445,919	29,472	1,333,990	85,703
하위 3개구 평균이용율(%)	5.6		7.1		6.6		6.4	

※ 출처 : 서울시 내부자료(2011년)

3) 의료급여 진료현황

- 의료급여자수는 하위 3개구가 상위 3개구보다 2배 이상이나 보건소 진료이용 실적은 상위 3개구가 월등히 많을 뿐만 아니라, 상위 3개구 의료급여자 대비 이용율도 월등히 높다
- 강남구 보건분소는 내과 물리치료(3명) 활성화, 장애인치과, 한방진료 등 다양한 보건의료서비스의 제공 및 취약지역에 위치하고 있어 접근도가 높아 타구에 비하여 의료급여 대상을 진료를 가장 많이 실시하고 있다.

※ 보건지소 및 분소 실적 포함 / 한방과, 치과진료 실적 제외

[표 43 상위 3개구 보건소 의료급여 진료 현황]

(단위 : 명, 건)

구분	2008년		2009년		2010년		계(08년~10년)	
	급여인구	진료수	급여인구	진료수	급여인구	진료수	급여인구	진료수
서초구	3,580	437	3,278	454	3,369	395	10,227	1,286
강남구	10,748	7,149	11,097	7,047	11,210	6,448	33,055	20,644
송파구	7,704	892	7,771	1,175	7,628	963	23,103	3,030
상위 3개구 (계)	22,032	8,478	22,146	8,676	22,207	7,806	66,385	24,960
상위 3개구 (평균)	7,344	2,826	7,382	2,892	7,402	2,602	22,128	8,320
상위 3개구 평균이용율(%)	38.5		39.2		35.2		37.6	

[표 44 하위 3개구 보건소 의료급여 진료 현황]

구분	2008년		2009년		2010년		계 (08년~10년)	
	급여인구	진료수	급여인구	진료수	급여인구	진료수	급여인구	진료수
중랑구	12,905	3,261	11,612	3,193	11,570	2,909	36,087	9,363
강북구	11,947	697	11,227	921	11,404	718	34,578	2,336
노원구	25,451	1,791	24,515	2,735	24,475	2,223	74,441	6,749
하위 3개구 (계)	50,303	5,749	47,354	6,849	47,449	5,850	145,106	18,448
하위 3개구 (평균)	16,768	1,916	15,785	2,283	15,816	1,950	48,369	6,149
하위 3개구 평균이용율(%)	11.0		13.9		12.3		12.7	

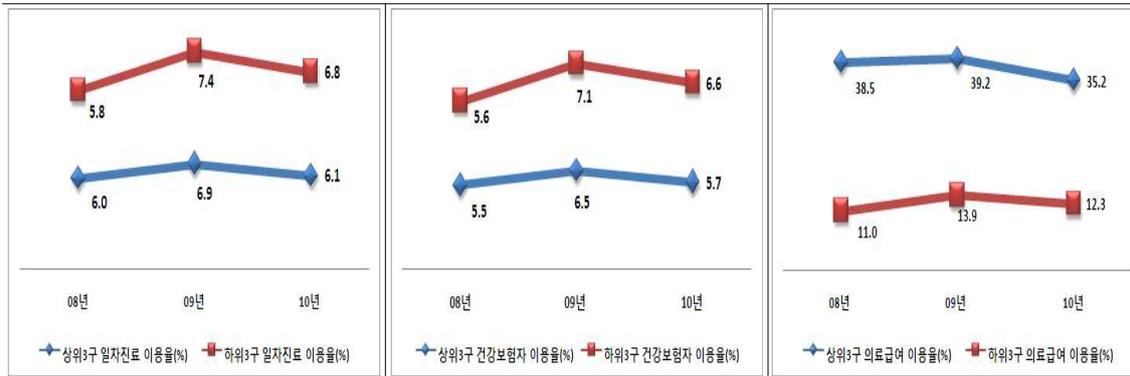
※ 출처 : 서울시 내부자료(2011년)

[그림 32 상위 3개구 하위 3개구 의료보장별 진료이용율 (2008년 ~2010년)]

〈일차진료 이용율〉

〈건강보험 이용율〉

〈의료급여 이용율〉



[상위 3개구와 하위 3개구의 보건소 진료현황 총평]

- 상위 3개구와 하위 3개구의 일차진료 실적은 상위 3구가 연평균 14,000건 정도 많이 진료를 하였으나, 인구대비 보건소 이용율을 살펴보면 상위 3개구가 하위 3개구 보다 연평균 인구가 28만정도 많아 인구대비 보건소 이용율은 하위 3개구가 0.3% 정도 더 높다,
- 상위 3개구와 하위 3개구의 일차진료 중 건강보험대상의 진료는 상위 3개구가 하위 3개구보다 연평균 33,000건 진료를 많이 실시하고 있으나, 인구대비 건강보험 대상의 보건소 이용율은 하위 3개구가 상위 3개구보다 0.5% 더 높다,
- 상위 3개구와 하위 3개구의 의료급여 대상자는 하위 3개구가 상위 3개구보다 2배 이상 많으나, 실제로 의료급여자의 진료는 상위 3개구가 하위 3개구보다 연평균 2,000건 이상 많이 실시하였으며, 의료급여 인구대비 보건소 진료이용율은 상위 3개구가 하위 3개구보다 2배 이상 높다.

특히 강남구는 의료급여 대상자의 진료실적이 25개구중 가장 많은 것으로 나타나 이는 강남구보건소 분소는 취약계층이 접근이 용이한 위치에 소재하고 있고, 내과 물리치료(3명) 활성화, 장애인치과, 한방진료 등 의료수요에 부응하는 다양한 보건의료서비스 제공으로 의료급여 대상자 들이 타구보다 월등히 보건소를 많이 이용하고 있다.

(4) 서울시 공공보건서비스 현황 및 분석

[시립병원]

- 서울시립병원 중 특수병원 6개소(어린이병원, 은평병원, 용인정신병원, 백암정신병원, 축령정신병원, 고양정신병원)와 2011년에 개원한 서남병원을 제외한 7개 병원(서북병원, 서울의료원, 보라매병원, 동부병원, 북부병원, 장애인치과병원)을 대상으로 선정하였다.
- 민간기피 필수 의료서비스, 취약계층 지원서비스를 중심으로 분석하였다.
- 2010년 실적을 중심으로 분석하였고, 보건복지부 지원 말기암환자 완화의료기관 지정 및 격리병동 현황은 2011년 자료이다.

1) 무료간병인 현황

- 시립병원에서 외부위탁계약과 자원봉사를 활용하여 의료급여, 노숙자, 독거노인, 요양원입소자, 차상위계층 등을 대상으로 운영하고 있다.
- 입원한 취약계층에서 무료간병인 혜택을 받는 비율이 서울의료원과 북부병원에서 10%이상이고, 그 외 병원은 10%미만이다.
- 입원했을 때 간병에 대한 많은 부담을 느끼고 있으므로, 취약계층에 대한 무료간병서비스를 자원봉사 활용 등으로 점차 확대해 나가는 방안을 강구해야 할 것이다.

[표 45 무료간병인 현황 및 실적(2010)]

병원명	간병인수			예산(천원)			수혜인원		수혜 연인원 ('09누적)	대상자입원실적 (무료간병인비율)
	계	위탁	자원 봉사	계	인건비	자원봉사 (식비)	실인원	연인원		
서북병원	24	15	9	94,498	92,938	1,560	177	3,774	15,723	74,403(5%)
서울의료원	32	7	25	151,462	146,262	5,200	306	7,767	9,191	73,555(11%)
보라매병원	27	6	21	48,049	37,500	10,549	146	1,129	6,833	43,122(3%)
동부병원	23	15	8	69,478	67,936	1,542	327	3,844	17,773	50,872(8%)
북부병원	20	9	11	39,282	38,749	533	71	1,346	5,439	13,056(10%)
계	126	52	74	402,769	383,385	19,384	1,027	17,860	54,968	

※ 출처 : 시립병원 내부자료

2) 호스피스병상 현황

- 호스피스·완화의료는 완치를 목표로 하는 치료에 반응하지 않으며 질병이 점차 진행됨으로써 수개월 내 사망할 것으로 예상되는 환자와 그 가족들이 질병의 마지막 과정과 사별기간에 접하는 신체적, 정신적, 사회적, 영적문제들을 해소하기 위해 제공되는 전인적인 의료서비스이다. 또한, 완화의료는 임종이 예상되는 시점 이전이라도 투병과정에서 발생하는 통증 및 증상완화가 필요한 모든 환자에게 의사에 의해 제공되는 적극적인 의료서비스이다. 서울시에서 약 20여개 병원에서 운영하고 있다.

- 보건복지부 지원 말기암환자 완화의료기관으로 지정된 곳은 서울시에서 8개 병원으로, 총 161호스피스병상이 운영되고 있다.

[표 46 보건복지부 지원 말기암환자 완화의료기관 지정 현황(2011)]

기관명	소재지	운영 병상수	비고
전진상 의원	금천구	10	
고려대 구로병원	구로구	13	
서울대병원	종로구	27	
가톨릭대 성바오로병원	동대문구	15	
서울특별시 서북병원	은평구	29	시립병원
가톨릭대 서울성모병원	서초구	16	
서울특별시 동부병원	동대문구	21	시립병원
서울특별시 북부병원	중랑구	30	시립병원

※ 출처 : 보건복지부

- 시립병원 중 3개 병원(서북병원, 동부병원, 북부병원)에서 보건복지부 지정을 받아 운영 중이고, 서울의료원은 자체 운영 중이다. 보건복지부 지정을 받게 되면 예산지원을 받을 수 있어서 서북병원의 경우 2010년에 예산이 동부병원·북부병원의 경우보다 월등히 많다.

[표 47 호스피스 병상 운영 실적(2010)]

구분	실적(명)	예산(천원)	비고
서북병원	6,134	39,250	2008년 지정(29병상)
서울의료원	1,161	14,020	지정 X
동부병원	2,141	6,875	2011년 지정(21병상)
북부병원	4,911	4,741	2011년 지정(30병상)
계	14,347	64,886	

※ 출처 : 시립병원 내부자료

3) 격리병상 현황

- 격리병상은 사스(SARS)나 AI(조류인플루엔자) 등 신종전염병 위기상황에서 질병을 차단해야 할 병실이다.
- 공기 공급과 배출 시설 모두 미세입자를 거르기 위한 특수필터인 헤파필터(HEPA 필터)를 사용하고 다른 병실과 공간을 따로 사용하는 일반병실과, 복도-전실-병실간 압력차로 전염병을 차단할 수 있는 음압시설을 추가로 갖춘 음압병실로 구분된다.
- 격리병상은 현재 서남병원 운영예정인 1개 병상을 제외하면 시립병원 전체에서 173병상(일반 67병상, 음압 105병상)이 운영되고 있다.

[표 48 격리병상 현황(2011)]

병원별	격리병상 수(개)			비고
	계	음압시설	일반시설	
서북병원	62	12	50	
서울의료원	51	51	-	
보라매병원	26	11	15	
동부병원	31	29	2	
서남병원	3	2(운영 중)	1(운영예정)	
계	173	105	68	

※ 출처 : 시립병원 내부자료

4) 무료진료 현황

- 의료취약계층의 진료를 다양한 방법으로 실시하고 있다. 8개 시립병원들이 공동 참여하는 나눔진료 봉사단 운영이 대표적이고, 각 시립병원별 특징에 맞추어 여러 분야로 운영되고 있다.

[표 49 무료진료 현황]

구분	지원내용	대상
서울시 나눔진료 봉사단 운영	- 봉사단 구성(8개 시립병원) - 월 1~2회 의료서비스 제공	의료취약계층 (노숙인, 쪽방거주지역)
노인치과 이동진료실 운영	- 노인치과 이동진료 전담반구성(9명) - 주2회 방문 진료	65세 이상 기초생활 수급자, 노인요양시설, 복지관 등 시설 입소자
장애인치과 이동진료실 운영	- 장애인 생활시설, 장애인 복지관등 - 주 2~3회 방문 검진 및 진료	중증장애인
이동 집단 검진	- 결핵조기발견을 위한 검진	노인요양시설, 복지관 등 시설 입소자, 행려자, 노숙자 등
배뇨장애 진료	- 배뇨장애에 대한 진료	노인요양시설, 복지관 등 시설 입소자
무료틀니 지원	- 무료틀니 및 사후관리	의료취약계층
다문화가족주치의	- 다문화가족에 대한 검진	다문화가족 구성원
청소년 무료검진	- 건강검진	취약계층 청소년
저소득층 진료비 감면	- 조례에 근거 대상에 따라 차등 감면	의료급여자, 장애인, 행려자, 차상위계층등

※ 출처 : 시립병원 내부자료

5) 교육 현황

- 교육은 의료취약계층을 우선으로 하고, 일반인도 대상에 포함시켜 실시한다. 만성질환관리를 위한 건강행태 개선에 대한 교육이 내용의 중심이다.

[표 50 교육 현황]

구 분	내 용
서북병원	금연교실, 당뇨교실, 절주교실, 여행프로젝트(직업재활프로그램)
서울의료원	금연교실, 당뇨병교실, 웃음치료 등 만성질환 관리사업, 새터민의료진교육지원
보라매병원	시민건강교실, 건강증진사업, 보건소연계사업
동부병원	금연 사업, 노숙인알콜상담, 성인병예방사업, 당뇨교실, 시민건강강좌
북부병원	가정복지지원, 건강강좌, 우울증예방
장애인치과병원	하얀미소프로젝트, 성동건강START, 치아의 날·장애인의 날 행사

※ 출처 : 시립병원 내부자료

[보건소]

- 보건소는 25개구 전체를 대상으로 선정하였다.
- 제5기 지역보건의료계획(2011년~2014년)을 중심으로 분석하였다.
- 취약계층을 경제적취약, 공간적(지리적)취약, 건강적취약으로 정의하였다
 - 경제적 취약 : 개인의 자격 여부는 간단한 문답으로 확인하여(소득/자산증명 불필요) 1~4번 중 하나라도 해당이 되면 차상위계층으로 구분
 - (1) 기초생활보장 수급자가 아니면서, (부양의무자 존재 여부와는 무관하게) 소득 인정액이 최저생계비의 120% 이하
 - (2) 생계형 건강보험료 6회 이상 체납자
 - (3) 본인 혹은 가구의 주 생계부양자가 6개월 이상의 장기실업
 - (4) 본인 혹은 가구의 주 생계부양자가 법정 최저임금 이하의 시급/월급 수령
 - 공간적(지리적)취약 : 불완전한 고용 상태의 노동 빈곤층 등 비정규직 노동자층, 숙련기술이 부족한 노동자, 저소득 영세자영업자, 사양산업 및 영세사업장에서 일하는 저소득 노동자, 저소득 농민, 여성 및 노인 근로자, 장애인, 국제결혼이민자, 외국인 노동자, 탈북자, 노숙인, 부랑인 등을 공간적 취약계층으로 구분
 - 건강적 취약 : 65세 이상 노인, 에이즈·한센병·희귀난치성질환 환자 등 특수질환자, 재가 만성질환자(고혈압, 당뇨, 뇌졸중, 관절염, 치매), 요실금과 알코올 중독을 포함한 정신질환자, 암환자 등
- 보건소 개별보건사업은 지역이나 대상, 사업 선정에 있어서 건강격차에 대한 종합적인 자료 검토 분석 없이 이루어지고 있다. 또한 목표를 정하는 것도 특별한 기준이 존재하지 않고, 달성도도 %가 아닌 회수, 명수로 표시하고 있다.

[표 51 보건소 취약계층 대상 사업]

(단위 : 천원)

사업	세부사업	대상자	예산	실적	국비:사비:구비	경제적	공간적	건강적
맞춤형 방문건강 관리사업	방문등록관리	의료급여수급자, 차상위계층	6,627,904	166,351	50:25:25	○		○
	취약계층 건강관리	신생아, 영유아, 산모, 결핵아동, 허약노인, 다문화가정	665,000		00:50:50	○	○	○
건강검진 사업	생애전환기건강검진	40,66세 의료수급권자	145,972		50:25:25	○		
	영유아건강검진	의료수급권자	134,399	3,262	50:25:25	○		
	취약계층 건강검진	장애인	160,000		시비100		○	
	취약계층 건강검진	노인	68,000		시비100			
	취약계층 건강검진	비취학청소년		284				○
구강보건 사업	불소도포	어린이	252,000		시비100			
	노인의치보철	의료수급권자노인, 장애인	4,807,935	3,261	50:25:25	○	○	
	노인의치보철사후관리	의료수급권자노인, 장애인	115,300	1,153	50:25:25	○	○	
	불소도포, 스케일링	의료수급권자노인, 장애인	78,000	7,047	50:00:50	○	○	
암관리사업	암환자의료비지원	의료급여수급자, 하위50%	8,872,160		30:35:35	○		○
	국가암조기검진사업	의료급여수급자, 하위50%	5,308,957		30:35:35	○		
	재가암환자등록관리	암환자	322,440	5,289	50:25:25	○		○
정신보건사업	중증정신질환자관리	중증정신질환자	26,991,193	3,052	국비 480,000			○
모자보건 사업	난임부부 인공, 체외수정 시술비지원	전국가구월평균소득 150%이하	11,319,791	14,150	30:35:35	○		
	산모신생아도우미지원	전국가구월평균소득 50%이하	4,412,852		50:25:25	○		
	미숙아, 선천성이상아 등록관리	미숙아, 선천성이상아	2,926,601	2,435	30:35:35			○
	희귀난치성 유전질환자 지원	희귀난치성유전질환자	15,964,170		30:35:35			○
	신생아 청각선별검사	최저생계비 120%	206,715	7,994	30:35:35	○		
전염병예방 관리사업	만성전염병 관리	결핵/에이즈환자의료비 지원	4,682,244	1,927	46:54:00			○
임산부영유아 영양플러스사업		최저생계비200%미만 (국비120%, 시비200%)	3,432,658	6,991	51:49:00	○	○	
노인보건 사업	치매선별검사	노인	463,168	70,696	50:25:25			○
	치매관리	치매환자	6,809,704	166,630	시비100			○
지역사회중심 재활보건사업		정기관리장애인 (도봉구, 양천구)	84,166	1,347	50:00:50		○	

※ 출처 : 제5기 지역보건의료계획

[시립병원 및 보건소 공공보건서비스 분석결과]

- 시립병원에서 외부위탁계약과 자원봉사를 활용하여 의료급여, 노숙자, 독거노인, 요양원입소자, 차상위계층 등을 대상으로 운영하고 있다. 입원한 취약계층에서 무료간병인 혜택을 받는 비율이 서울의료원과 북부병원에서 10%이상이고, 그 외 병원은 10%미만이다.
- 입원했을 때 간병에 대한 많은 부담을 느끼고 있으므로, 취약계층에 대한 무료간병서비스를 자원봉사 활용 등으로 점차 확대해 나가는 방안을 강구해야 할 것이다.
- 보건복지부 지원 말기암환자 완화의료기관으로 지정된 곳은 서울시에서 8개 병원으로, 총 161호스피스병상이 운영되고 있다.
- 시립병원 중 3개 병원(서북병원, 동부병원, 북부병원)에서 보건복지부 지정을 받아 운영 중이고, 서울의료원은 자체 운영 중이다. 보건복지부 지정을 받게 되면 예산지원을 받을 수 있어서 서북병원의 경우 2010년에 예산이 동부병원·북부병원의 경우보다 월등히 많다.
- 격리병상은 사스(SARS)나 AI(조류인플루엔자) 등 신종전염병 위기상황에서 질병을 차단해야 할 병실이고, 현재 서남병원 운영예정인 1개 병상을 제외하면 시립병원 전체에서 173병상(일반 67병상, 음압 105병상)이 운영되고 있다.
- 의료취약계층의 진료를 다양한 방법으로 실시하고 있다. 8개 시립병원들이 공동 참여하는 나눔진료 봉사단 운영이 대표적이고, 각 시립병원별 특징에 맞추어 여러 분야로 운영되고 있다.
- 교육은 의료취약계층을 우선으로 하고, 일반인도 대상에 포함시켜 실시한다. 만성질환관리를 위한 건강행태 개선에 대한 교육이 내용의 중심이다.
- 보건소 개별보건사업은 지역이나 대상, 사업 선정에 있어서 건강격차에 대한 종합적인 자료 검토 분석 없이 이루어지고 있다. 또한 목표를 정하는 것도 특별한 기준이 존재하지 않고, 달성도도 %가 아닌 회수, 명수로 표시하고 있다.
- 시립병원 및 보건소의 공공보건서비스 분석 결과 민간이 기피하는 필수적인 공공보건서비스와 취약계층 대상으로 실시하는 공공보건의료서비스에서 시립병원의 공공성부분을 강화하고 더 많은 대상에게 혜택이 돌아갈 수 있는 방안(특히 예산)에 대한 연구가 필요할 것으로 보인다.

4. AHP를 통한 우선순위 선정

(1) 설문조사

- 본 설문조사는 실무적으로 업무 수행을 통해 보건사업에 대해 경험과 이해가 풍부한 담당자 및 담당팀장을 대상으로 서울시가 가장 우선적으로 수행하여야 할 보건사업과 보건사업정책방향에 대해 의견을 수렴하기 위하여 실시하였으며, 집단의 객관적인 의사결정을 위하여 계층화 분석법(AHP)을 활용하여 쌍대비교를 실시한다.

[AHP의 소개]

1. 계층 분석적 의사결정방법(Analytic Hierarchy Process: AHP)의 정의

- 70년대 초반 T. Saaty에 의하여 개발
- 의사결정의 계층구조를 구성하고 있는 요소 간의 쌍대비교(pairwise comparison)에 의한 판단을 통해 평가자의 지식, 경험 및 직관을 포착하고자 하는 하나의 새로운 의사결정 방법론

2. 계층화 분석법(AHP)의 특징

- 1) 계층적 구성(hierarchic structure)
- 2) 측정(measurement)
- 3) 일관성(consistency)
- 4) 민감도 분석(sensitivity analysis)
- 5) 과정의 반복(process repetition)
- 6) 그룹의사결정(group decision making)

3. AHP 적용의 타당성 검토

1) 연구구성원 등 보건분야 담당의견을 반영한 의사결정

- 실제 본 연구를 담당하고 있는 연구 TF팀 연구원 등 전문가 의견을 반영하여 서울시지역건강격차를 해소를 위한 공공보건서비스 및 보건정책방향을 사업의 우선순위를 결정하고자 한다.
- 이때, 계층적 분석법(AHP)은 집단의사결정 시 유용한 기법이다.

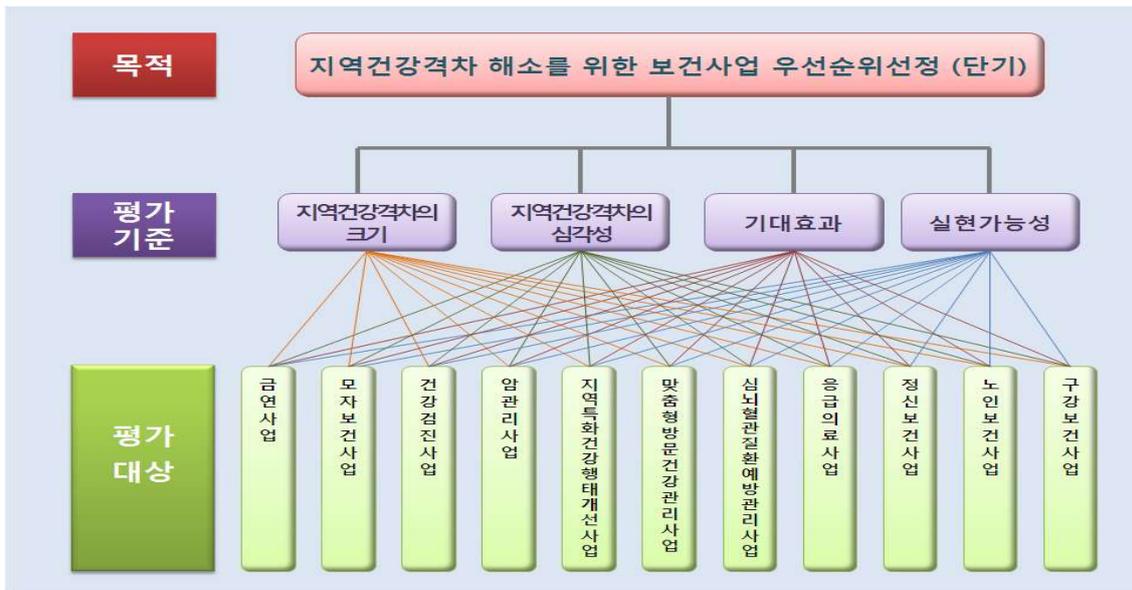
2) 척도화된 객관적 의사결정

- 서울지역 건강격차 해소를 위한 공공보건서비스 강화에 대한 보건의료서비스의 중요성을 인지할 때 우선사업의 수립을 객관적이고, 합리적으로 도출하고자 한다.
- 정성적인 평가 대상을 척도화 함으로써 객관성을 확보하고자 한다.

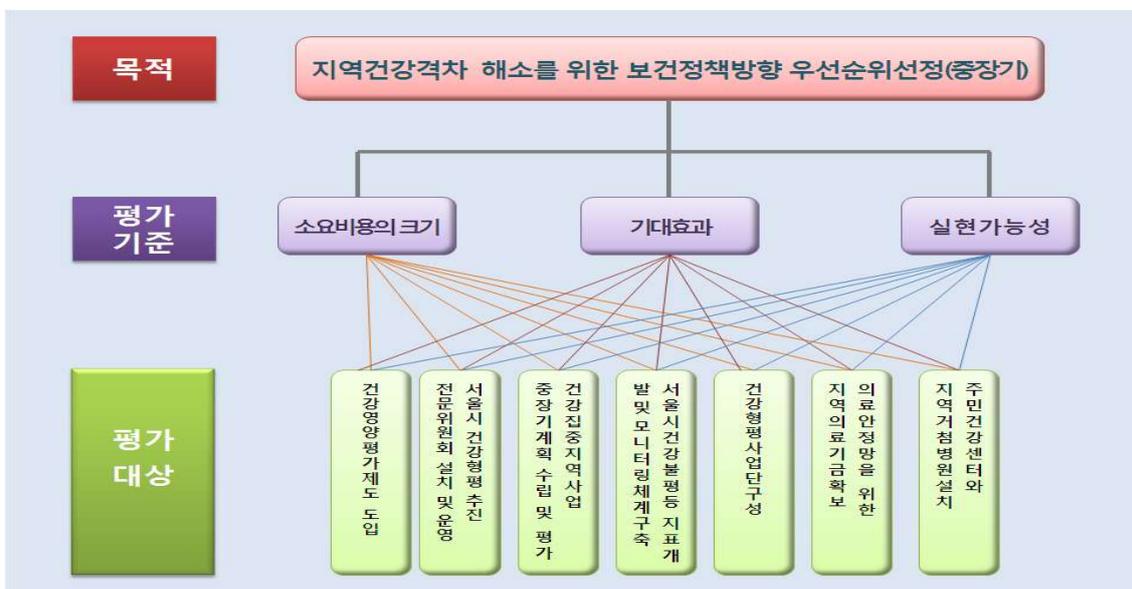
※ 따라서 계층적 분석법(AHP)에 근거하여 집단 의사결정을 객관적으로 도출하는 것이 타당하다고 판단함

(2) 평가기준 및 모형

- 단기 : 단기적으로 우선 수행하여야 할 중요한 세부보건사업 11개에 대하여 우선순위를 정하고자 한다.
 - 평가기준 : 지역건강격차크기, 지역건강격차심각성, 기대효과, 실현가능성
 - 사업명 : 금연사업 등 단기 추진 보건사업 11개
 - 평가모형



- 중기 : 서울시 건강불평등 지표개발 등 중장기적으로 수행하여야 할 7개 보건정책방향에 대한 우선순위를 정하고자 한다.
 - 평가기준 : 소요비용중요성, 기대효과, 실현가능성
 - 사업명 : 서울시 건강불평등 지표개발 등 중장기 보건정책방향 7개
 - 평가모형



(3) 평가결과

- 단기

- 평가기준의 가중치 결과

평가기준은 지역건강격차 크기, 지역건강격차 심각성, 기대효과, 실현가능성에 대하여 조사를 실시하였는데 평가기준 별 가중치가 큰 순서는 지역건강격차크기 > 지역건강격차심각성 > 실현가능성 > 기대효과 순으로 조사되었다.

단기	지역건강격차크기	지역건강격차심각성	기대효과	실현가능성
지표	0.465	0.239	0.074	0.223

- 평가대상의 쌍대비교

세부보건사업 11개를 대상으로 평가기준별로 가중치를 고려하여 조사를 실시하였는데

- 지역건강격차의 크기 평가에서는 정신보건 > 응급의료 > 심뇌혈관 사업순이며
- 지역건강격차의 심각성 평가에서는 정신보건 > 응급의료 > 심뇌혈관 사업순이며
- 기대효과 평가에서는 정신보건 > 응급의료 > 모자보건 사업 순이며
- 실현가능성 평가에서는 정신보건 > 응급의료 > 심뇌혈관 순으로 중요하다고 조사되었다.

구분	금연사업	모자보건	건강검진	암관리	지역특화건강행태	맞춤형방문관리	심뇌혈관질환	응급의료	정신보건	노인보건	구강보건
지역건강격차크기	0.034	0.109	0.053	0.071	0.074	0.047	0.122	0.142	0.278	0.035	0.035
지역건강격차의 심각성	0.039	0.112	0.044	0.062	0.076	0.072	0.124	0.153	0.251	0.034	0.032
기대효과	0.055	0.119	0.053	0.052	0.083	0.083	0.109	0.149	0.233	0.029	0.035
실현가능성	0.043	0.109	0.068	0.046	0.084	0.065	0.125	0.146	0.255	0.028	0.031
순위	9	4	8	6	5	7	3	2	1	11	10

⇒ 각 세부사업 11개 대하여 4개의 평가표의 가중치를 고려하여 최종적으로 중요도를 선정한 결과 가장 중요한 사업은 정신보건사업 > 응급의료사업 > 심뇌혈관사업 순으로 우선사업순위가 중요하다고 하였다.

• 중장기

- 평가기준의 가중치 결과

평가기준은 소요비용의 중요성, 기대효과, 실현가능성, 대하여 조사를 실시했는데 실현가능성 > 기대효과 > 소요비용의 중요성 순으로 조사되었다.

중장기	소요비용의 중요성	기대효과	실현가능성
지표	0.195	0.204	0.601

- 평가대상의 쌍대비교

보건정책방향 7개를 대상으로 평가기준별로 가중치를 고려하여 조사를 실시하였는데
 · 소요예산중요성 평가에서는 서울시 건강불평등 지표 개발 및 모니터링체계 구축 > 건강형평사업단 구성 > 의료안전망을 위한 지역의료기금 확보 사업순이며
 · 기대효과 평가에서는 건강영향 평가제도 도입 > 서울시 건강불평등 지표 개발 및 모니터링체계 구축 > 의료안전망을 위한 지역의료기금 확보 사업순이며
 · 실현가능성 평가에서는 서울시 건강불평등 지표 개발 및 모니터링체계 구축 > 서울시 건강형평추진 전문위원회 설치 및 운영 > 건강형평성 사업단 구성 순으로 중요하다고 조사되었다.

구분	건강영양 평가제도 도입	서울시 건강형평 추진 전문위원회 설치및운영	건강집중 지역사업 중장기계획 수립및평가	서울시 건강불평등 지표개발 및모니터링 체계 구축	건강형평 사업단 구성	의료 안전망을 위한지역 의료기금 확보	주민건강 센터와 지역거점 병원설치
소요예산 중요성	0.073	0.117	0.152	0.234	0.175	0.153	0.096
기대효과	0.188	0.19	0.19	0.155	0.097	0.109	0.071
실 현 가 능 성	0.089	0.215	0.18	0.234	0.141	0.062	0.078
순 위	5	2	3	1	4	6	7

⇒ 각 보건정책방향 7개 사업에 3개의 평가표의 가중치를 고려하여 최종적으로 서울시 건강불평등 지표 개발 및 모니터링체계 구축 > 서울시 건강형평성 추진 전문위원회 설치 및 운영 > 건강집중지역사업 중장기 계획 수립 및 평가로 보건정책방향이 중요하다고 하였다.

제 3장. 결론

1. 고찰

(1) 건강불평등의 실제 원인과 기전은 확실치 않다

- 1) 건강불평등 대책은 건강 불평등의 원인과 기전에 대한 연구결과를 기초로 작성되어야 한다.
 - 외국과는 서로다른사회제도(교육, 의료, 복지제도 등), 경제정책을 가지고 있고, 사망원인 구조도 서로 다른 국가의 건강 불평등 정책을 우리나라에 적용하는 것은 문 제점을 가질 가능성이 있다.
- 2) 우리나라는 건강불평등의 실제 원인과 기전에 대한 연구는 미진하다
 - 건강불평등의 격차의 양상이나 불평등의 크기를 규명하는 기술적 연구가 대부분을 차지하고 있고 최근 시계열적 격차 추이 등이 연구뿐이다.
- 3) 건강불평등의 원인은 사회구조나 사회경제적 위치 같은 거시 구조 때문으로, 건강 불평등의 기전은 개별 건강위험요소에 노출같은 미시적 과정으로 설명하고 이것이 연결되어지면서 불평등초래로 설명되어지고 있으나 그 중간기체에 대한 접근은 아주 중요하나 그에 대한 연구가 없다.(연세대학교, 염유식, 2007)
 - 거시의 구조에서 곧장 개별 위험요소의 노출로 연결되지 않는다는 것이 사회학에서는 설명한다.
 - 즉 거시와 미시의 구분 외에 중간수준의 개념들이 채워져야 한다. 거시와 미시를 이어주는 중간기체로서 어떠한 것이 가능한 어떻게 다른 수준의 기체들이 상호작용하여 건강 불평등을 일으키는지에 대한 논의가 필요하다.
 - 예로 강남구가 비강남보다 사망률이 낮다는 것을 밝혀내는 것은 건강 불평등을 확인시키는 주요한 기술적 연구이지만 그 자체가 설명을 제공하지는 않다. 강남에 산다는 이유만으로 비강남 사람들과 달라질 수 있는 방법은 없다.
 - 중간기체가 없다면 강남에만 살면 건강해질 수 있거나 그래서 돈이 최고라거나 등으로 되어질 수 있기 때문에 중간수준의 기체가 밝혀져 강남에 산다고 저절로 건강해지는 것이 아니라 그 중간 기체로 그렇구나 등으로 바뀔 것이다.
 - 중간기체에 대한 면밀한 고찰 없이 단순히 사회 구조를 바꾸는 것만으로는 건강 불평등이 줄어들기 힘들다. 예로 입시 불평등을 줄이기 위해 고등학교 평준화하니깐 특목고등장, 초등학교부터 입시경쟁에 끼어 들어가 버렸다. 원하는 사회 변화를 가져오기 위해서는 단순히 사회구조를 변화시켜서는 불충분하고 사회 구조가 바뀌었을 때 행위자들이 어떻게 반응을 하며 행위전략을 바꿀 것인지에 대한 즉, 중간기체에 대한 철저한 이해와 예측이 따라야만 한다.

- 특정 사회 구조에서 어떠한 중간기제를 통해 개별행위자들이 건강이라는 개념에 대해 반응하며 행동하고 그 결과로 우리사회에서 건강이라는 개념이 어떻게 변형되고 강화되는 지에 대한 연구가 필요하다.

4) 건강 불평등 해소를 위한 다양한 수준의 연구가 선행되어야 한다.

- 사회경제적 건강 불평등의 근원적 원인인 사회구조(social structure)에 대한 연구와 불평등의 기전에 대한 연구를 수행할 필요가 있다.

(2) 서울시는 지역 건강격차는 증가하는 추이를 보이고 지역간 의료자원 차이도 존재한다.

1) 현재까지 건강행태(흡연, 음주, 운동 등)의 영향력은 사회경제적 건강 불평등에 대해 크지 않다고 보고된다.

- 사회경제적 건강행태의 차이는 사망률 불평등의 작은 부분만을 설명하기 때문에, 개인의 행태에만 초점을 둔 공중보건정책은 사망률에 있어서의 사회경제적 불평등을 줄이는 데 제한적인 효과만을 가질 것이라고 대부분 주장한다.
- 그러나 상대적 비교 크기가 아닌 절대불평등 크기에서의 변화정도를 측정할 경우 일부에서 건강행태요인이 질환의 건강불평등의 대부분 설명할 수 있다는 점 보고도 있다.

2) 의료의 역할은 건강불평등에서 있어서 미미하다.

- 그러나 역할은 미미하지만 의료서비스 이용의 불평등 자체가 갖는 윤리적 문제도 중요하게 다루어져야 하는데 이는 의료서비스가 건강에 대한 기여정도에 상관없이 보편적으로 국민이 누려야 할 권리의 측면 때문이다.

3) 건강격차는 존재하지만 건강행태와 의료서비스제공이외에 다양한 수준에서 접근과 기전 연구가 필요하다.

(3) 서울시 공공보건의료서비스(시립병원과 보건소제공)의 이용은 지리적 접근성이 중요한 요인으로 나타난다.

1) 시립병원과 보건소이용자에 대한 지역친화도와 지역환자이용구성비가 아주 높다.

- 보건의료기관의 위치에 따라 이용률의 차이가 나타나고 장애인이나 취약계층에 대한 접근성을 높여 주었을 때(차량제공)는 더욱 높은 이용률을 보였다.

2) 그러나 강남구 분소처럼 다양한 의료서비스 제공과 접근성이 좋을 때는 서울시 자치구 중 가장 높은 취약계층의 이용률을 나타내어 시사점이 있다고 하겠다.

3) 건강취약지역의 선정과 그 지역에 집중적인 필수 공공보건의료서비스제공은 공공보건의료기관의 활성화를 이끌 것으로 보인다.

(4) 계층화 분석기법을 통한 건강격차해소를 위한 우선 보건사업과 보건정책방향 선정시 “지역건강격차의 크기”와 “실현가능성”에 가중치가 높았다.

- 1) 가시적 성과와 함께 단기적으로 추진해야할 격차해소 보건사업으로 정신보건사업과 응급의료사업이 선정되었다.
 - 보건정책과에서 사업과 정책추진 과정에 관여하는 대상자가 참여한 AHP 설문조사 결과는 우선 사회경제적 격차와 지역간 격차가 높아지고 있는 자살률에 대한 높은 가중치를 주어 정신보건사업이 선정이 되어진 것으로 보인다.
- 2) 장기적으로 추진해야할 보건정책방향에 대해서는 서울시의 건강격차 핵심 지표의 선정과 모니터링이 선정되었고 이것이 실현가능성에서 높은 점수를 차지하였다.
- 3) 그러나 실제 이 분야에 사업추진부서팀장이 의견이 많이 반영된 결과로 보이며 실제 추진시에는 보다 다양한 대상을 통한 단기 사업 선정이 필요하다.

2. 정책적 제언

- 이 연구는 아직 건강불평등에 대한 원인과 기전이 학계에서 조금씩 연구되어지고 있는 과정에 있고 건강불평등격차에 대한 정부의 조사나 모니터링 시스템이 부재한 상태에서 진행되어 정책적 제언이 실제 활용하고자 하는 데 있어 어려움이 있을 수 있지만 서울시 건강 불평등에 대해 현황 분석과 서울시 공공보건의료자원 및 서비스를 건강불평등의 관점에서 분석하였다는 것은 큰 의미가 있다고 본다.
- 서울시 지역간 건강격차가 있고 그 격차 추이가 증가하고 있다는 점, 서울시 시립병원과 보건소에서 의료자원분석을 통한 취약계층에 대한 서비스 내용 파악했다는 점, 그리고 서울시 보건사업과 보건정책을 수행하고 있는 팀장, 과장으로 구성하여 지역 건강격차해소를 위한 사업과 보건정책방향의 우선순위를 선정해 보았다는 점은 향후 서울시 건강형평성 사업에 있어 의미가 있는 일이라고 본다. 그러나 실제 사업 계획수립과 추진을 위해서는 시민단체, 전문가, 시민 등의 보다 다양한 구성원의 의견수렴이 필요할 것으로 본다.
- 이번 연구의 제한점으로 이번 연구 대상이었던 서울시 상위구(3개구)와 하위구(3개구)의 격차를 통한 서울시에 존재하고 있는 지역격차를 보다 확연하게 볼 수 있도록 구성하였다. 그래서 연구 대상구만의 문제가 아닌 서울시 지역간 격차 현황을 분석하고자 하였다는 점에서 이해가 필요할 것으로 보인다. 또한 아직 건강격차를 생기게 하는 원인과 기전에 대한 연구가 국내외적으로 미흡한 상황인 점을 이해할 필요가 있다.

- 기존 자료의 재분석 과정에서 원 조사목적과 상관없이 이번 연구 목적에 맞추어 인용되거나 해석 되었을 수 있다는 점이다. 또한 여기서 활용한 건강 불평등 지표는 핵심 건강 불평등을 나타내는 지표라기보다는 문헌고찰을 통해 선정되었음을 밝히는 바이다.
- 이번 연구에서는 단기 보건사업과 중장기 보건정책방향으로 정책적 제언을 하고자 한다.
 - 단기 : 건강집중지역선정과 우선순위 보건사업을 통한 가시적인 성과도출
 - 중장기 : 다부문간 협력체계 구성, 지속 가능한 사업 추진을 위한 지원단 운영, 법적 기반마련 등

(1) 단기 보건사업 방향

- 1) 건강결정요인과 관련한 포괄적 패키지를 마련하고 이의 실행을 위해 부문 간 협력으로 접근한다.
 - 건강 불평등에 대한 보건의료 증재는 그 효과가 제한적이라고 하더라도 포괄적 패키지 전략(보편주의적 혹은 선택주의적 접근방식을 통합)
- 2) 지역수준의 지역박탈지수, 사회자본과 개인수준의 건강지표 등을 활용하여 건강취약 지역을 선정(건강집중지역가칭)한 후 그 원인과 욕구수준에 따른 파악한다.
- 3) 건강불평등을 줄여나가기 위한 프로그램 개발한다.
 - 가시적 성과를 낼 수 있는 단기·중기 프로그램과 지속적 추진을 해야 하는 장기 프로그램으로 구별하여 추진한다.
 - 단기·중기적으로 건강행태요인 관련 프로그램(금연, 식생활, 비만예방, 학교급식, 산재예방 등)과 사회심리적 요인에 대처하기 위한 사회적 개입프로그램(인간관계지원, 근린네트워크 구축 등)을 우선적으로 개발한다.
 - 이때, 지역별, 사회경제적, 생애주기 특성별로 적합한 프로그램개발도 고려해야 한다.
 - 장기적으로는 사회경제적 요인에 대한 프로그램과 정책 등을 추진한다.
- 4) 건강수준과 건강불평등수준이 모두 악화되고 있는 건강문제에 대한 우선적으로 세부적인 모니터링이 집중적으로 이루어져야 한다.

(2) 중장기 보건정책방향

- 1) 서울시 건강불평등 지표 개발 및 모니터링체계를 구축한다.
 - 서울시 지역간 건강불평등 지표를 생산하고 모니터링을 통해 평가 기준과 인센티브 기준을 마련하고 근거 중심의 사업이 되도록 한다.
 - 서울시민보건지표조사를 활용하여 지속적 시계열적 추이를 볼 수 있으므로 지역 단위의 건강불평등 양상을 파악하고 이를 지역보건정책에 반영하여 건강불평등을 감소시키는 노력에서 지속적 모니터링이 중요함을 강조한 것이지만 이러한 모니터링 체계 구축에 대한 논의조차 되어져 본적이 없다.

- 2) **서울시 건강형평 추진 전문위원회 설치 및 운영(조례 제정)한다.**
- 건강형평정책에서는 소득, 고용, 주거, 교통, 교육 분야 등도 포함해야하므로 서울시 조직을 부문 간(intersectoral) 협력을 실제화 할 수 있도록 개편하기 위함이다.
- 3) **건강집중지역사업 중장기계획 수립(지역보건의료 계획 내 포함) 및 평가한다.**
- 지역 간 건강불평등 지표를 통한 서울시 건강집중지역(취약지역)을 선정하고 지역단위 협력사업을 시행하고 중장기 계획 수립과 평가 필요하다.
 - 지역의 모든 인구집단으로 하는 교육·홍보 사업에서 탈피하여 건강취약지역을 중심 사업 배치하여야 한다.
 - 건강취약지역에 대해 보건의료영역뿐만 아니라 주거, 교육, 교통, 노동 분야를 포함한 포괄적 지역 지원 사업, 이른바 건강집중지역 지원사업이 필요하다.
 - 서울시 지역보건의료계획의 연차별/ 중장기 계획에 포함하여 평가와 환류가 되도록 하고, 건강취약하다고 선정된 건강취약지역 중심으로 자원의 집중적 배치가 필요하고 이때, 건강형평사업을 수행 할 수 있도록 목적성 특별 교부금을 배분하는 필요가 있다.
- 4) **건강형평사업단구성 및 운영(사업지원, 전문교육·훈련, 타부서 연계, 로컬 거버넌스 마련 등)한다.**
- 건강집중지역에 대한 인력훈련과 기술지원, 사업 모니터링을 실시하고 타 부서와의 사업 연계방안 마련, 민관학 및 시민단체 등으로 구성된 협의체를 구성한다.
- 5) **건강영향평가제도 도입한다.**
- 건강형평정책에서 핵심적인 정책 중 하나로 건강에 직간접적인 영향을 미칠 수 있는 모든 정책에 대해 건강영향평가 시행을 제도화한다.
 - 지역 내 취약계층뿐만 아니라 그 지역에 거주하는 모든 이들의 건강불평등을 제고하는 내용을 포함한다.
- 6) **의료안전망을 위한 지역의료기금 확보한다.**
- 긴급하게 의료비가 필요한 시민 누구에게나 무상 또는 무이자로 의료비를 지원한다.
 - 건강불평등 완화를 위한 정책에는 추가적 재정 필요하며 소득, 주거, 교육, 문화부문의 사회 안전망과 유기적으로 결합하는 형태로 설계, 운영한다.
- 7) **주민건강센터와 지역거점병원 설치(공공보건의료서비스 확대)한다.**
- 건강취약지역과 인접한 2~3개의 동지역을 포괄하면서 도시형 보건지소의 기능을 포괄하는 주민건강센터(가칭)와 지역간 의료서비스 격차 해소에 기여하는 공공의료서비스를 제공할 지역거점 병원 지정과 지원한다.

[참 고 문 헌]

1. 한양대산학협력단 건강증진사업단 건강불평등 완화를 위한 건강증진 전략 및 사업개발 최종보고서, 2009
2. 김순양 영국의 건강불평등 문제와 Health Action Zone, 한국정책지식센터, 2007
3. 강영호 건강불평등의 원인과 대책 정책&지식 제329회, 2007
4. 건강사회연구센터 2009 통계로 본 한국의 건강불평등, 2009
5. 김순양 건강불평등 해소를 위한 로컬 보건의료거버넌스 체계의 구축방안, 2008
6. 이수연 의료서비스 이용 및 치료비 부담률의 비형평성 원인에 대한 연구
7. 신호성 다빈도 발생질환의 지역적 의료이용 차이, 보건복지포럼 2011.8
8. 김기태 당신 동네는 건강합니까, 한계레 21 기사, 2011.01.12
9. 이수연 의료서비스 이용 및 치료비 부담률의 비형평 원인에 대한 연구
10. 서울시 한국보건사회연구원 제4차 서울시시민지표조사, 2010.09
11. 서울시 제5기 지역보건의료계획, 2011. 12
12. 자치구 제5기 지역보건의료계획, 25개 자치구, 2011. 12
13. 서울시 지역사회건강조사(서울시 지역사회 건강통계) 2008~2010
14. 이창곤 추적, 한국 건강불평등(사회의 제화를 위한 국민보고서), 2007.09
15. 강인옥외 21인 건강형평성 측정방법론 한국건강형평성학회, 2007

서울시 지역 건강격차 해소를 위한 공공보건의료서비스 강화 방안 연구

©서울특별시 복지건강본부 2011

서기 2011년 10월 31일 인쇄

서기 2011년 10월 31일 발행

발행 : 서울특별시 복지건강본부

편집 : 서울특별시 복지건강본부

인쇄 : 서울특별시 복지건강본부

주소 : 서울특별시 중구 태평로1가 31 대한상공회의소 9층

[별첨 : 설문지]

서울지역 건강격차 해소를 위한 공공보건서비스 강화방안연구 - AHP 설문조사 (I) 보건사업 우선순위(단기) -

본 설문은 AHP(Analytic Hierarchy Process) 기법을 활용하여 서울시 지역건강격차 해소를 위한 공공보건의료서비스 우선순위를 선정하기 위한 것입니다.

우선 단기적 보건사업의 우선순위를 정하고자 합니다

각 사업항목 간 상대적 중요도를 전문가의 관점에서 판단하여 주시면 감사하겠습니다.
응답의 일관성이 낮은 경우 설문을 다시 하게 되오니 신중하게 응답해 주십시오.

※ AHP(Analytic Hierarchy Process: 계층화 분석법)는

평가에서 고려되는 사업항목들을 계층화한 다음, 사업항목 간 상대적 중요도를 측정하여 사업타당성을 종합적으로 판단하는 의사결정 기법입니다.

○ 성 명 : _____

○ 소 속 : _____

○ 직 위 : _____

○ 연락처 : ☎ _____ FAX: _____ E-mail: _____

◎ 설문작성 시 유의사항 ◎

첫째, 본 설문지는 서울시 지역 건강격차 해소를 위한 공공보건의료서비스 강화방안 연구 우선순위를 판단하기 위한 것입니다.

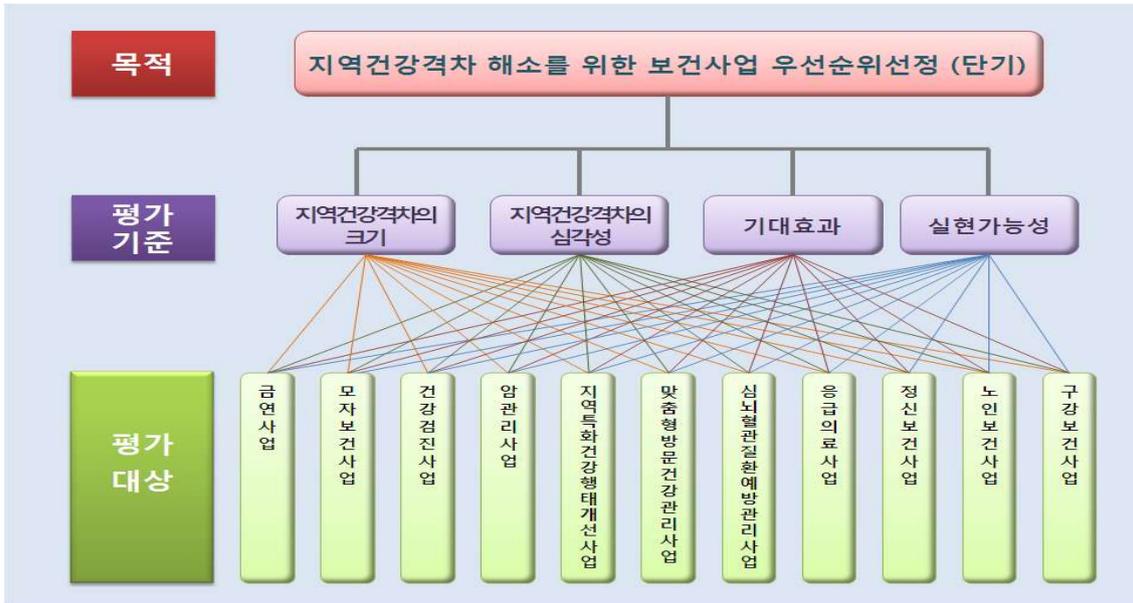
둘째, 평가항목 간 비교는 평가기준 A가 B에 비해 상대적으로 얼마나 중요한지(또는 적절한지)를 평가하는 것입니다.

셋째, 사업항목 간 비교는 사업항목 A가 B에 비해 상대적으로 얼마나 중요한지(또는 적절한지)를 평가하는 것입니다.

넷째, p.2~3에서 제시하는 '평가 구조', '평가 구성', '평가 단계' 을 꼭 읽어보시고 설문에 응해주시기 바라며, 의사결정 시 참고자료를 활용해주십시오.

1. AHP 평가 구조

[그림 1] 서울시 지역 건강격차해소를 위한 공공보건의료서비스 강화방안 연구의 AHP 계층 구조



2. 평가 구성

[표 1] 평가 기준

평가기준	평가내용	평가기준 항목
지역건강 격차의 크기	- 서울 지역간(계층간) 건강격차 크게 보이는 사업 선정	<ul style="list-style-type: none"> • 유병율, 사망률의 격차 • 지역적측면, 소득 교육 직업 등 계층적 측면
지역건강 격차의 심각성	- 아무런 중재조치를 취하지 않았을 때의 상황, 즉 문제의 긴급·심각성·경제적 손실 등을 고려하여 건강에 대한 영향이 가장 큰 문제	<ul style="list-style-type: none"> • 긴급성 • 심각성 • 경제적 손실
기대효과	- 각 분야에 있어서 목표설정과 전략개발을 수행함에 따른 지역건강격차 개선의 가능성이 많은 문제, 즉 효과가 가장 큰 문제를 선정	<ul style="list-style-type: none"> • 건강격차의 해소 • 개선의 가능성
실현 가능성	- 정부나 보건관련 공공기관, 지역단체, 조직들의 실현가능성이나 법규, 그의 타당성, 경제성, 수용성, 자원의 이용도 등을 고려한 실현가능성이 큰 사업을 선정	<ul style="list-style-type: none"> • 법규 • 타당성 • 경제성 • 수용성 • 자원의 이용도

3. 평가 단계

□ 평가기준의 가중치 결정 : 지역건강격차 크기, 지역건강격차 심각성, 기대효과, 실현가능성

□ 평가기준별 사업항목간 쌍대비교

- 지역건강격차 크기 : 11개사업간 쌍대비교
- 지역건강격차의 심각성 : 11개사업간 쌍대비교
- 기대효과 : 11개사업간 쌍대비교
- 실현가능성 : 11개사업간 쌍대비교

※ 11개 보건사업

- 금연사업, 모자보건사업, 건강검진사업, 암관리사업, 지역특화건강행태개선사업, 맞춤형방문건강관리사업, 심뇌혈관예방관리사업, 응급의료사업, 정신보건사업, 노인보건사업, 구강보건사업

4. 평가기준의 가중치 결정

□ 설문 I 은 평가항목 분류 기준들 간 상대적 중요도를 평가하기 위한 것입니다. 전문가의 관점에서 신중히 응답해 주십시오.

[그림 2] 평가 기준의 중요도 평가 구조



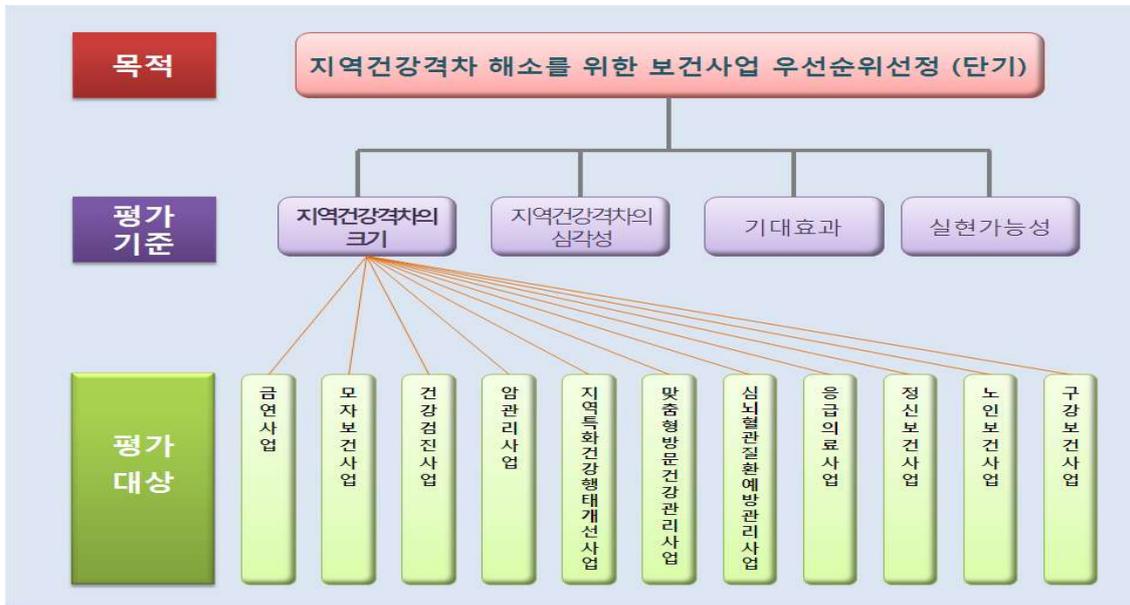
I. 평가 기준의 상대적 중요도 평가

사업항목	절대중요		매우중요		중요		약간중요		같다		약간중요		중요		매우중요		절대중요		사업항목
	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
지역건강격차의 크기	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	지역건강격차의 심각성	
지역건강격차의 크기	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	기대 효과	
지역건강격차의 크기	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	실현가능성	
지역건강격차의 심각성	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	기대 효과	
지역건강격차의 심각성	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	실현 가능성	
기대 효과	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	실현 가능성	

5. 지역건강격차의 크기에 대한 보건사업 평가

- **설문 Ⅱ**는 지역건강격차의 크기 측면 ‘지역건강격차 보건사업우선순위선정 (단기)’에 대한 사업 항목들 간 상대적 중요도를 평가하기 위한 것입니다. 전문가의 관점에서 신중히 응답해 주십시오.

[그림 3] 사업항목 간 중요도 평가(지역건강격차의 크기)



Ⅱ. 사업항목 간 ‘지역건강격차의 크기’ 측면의 상대적 중요도 평가

사업항목	상대적 중요도										사업항목							
	절대중요	매우중요	중요	약간중요	같다	약간중요	중요	매우중요	절대중요									
금연사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	모자보건사업
금연사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	건강검진사업
금연사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	암관리사업
금연사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	지역특화건강행태개선사업
금연사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	맞춤형 방문건강관리사업
금연사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	심뇌혈관질환예방관리사업
금연사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	응급의료사업
금연사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	정신보건사업
금연사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	노인보건사업
금연사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	구강보건사업
모자보건사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	건강검진사업
모자보건사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	암관리사업
모자보건사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	지역특화건강행태개선사업

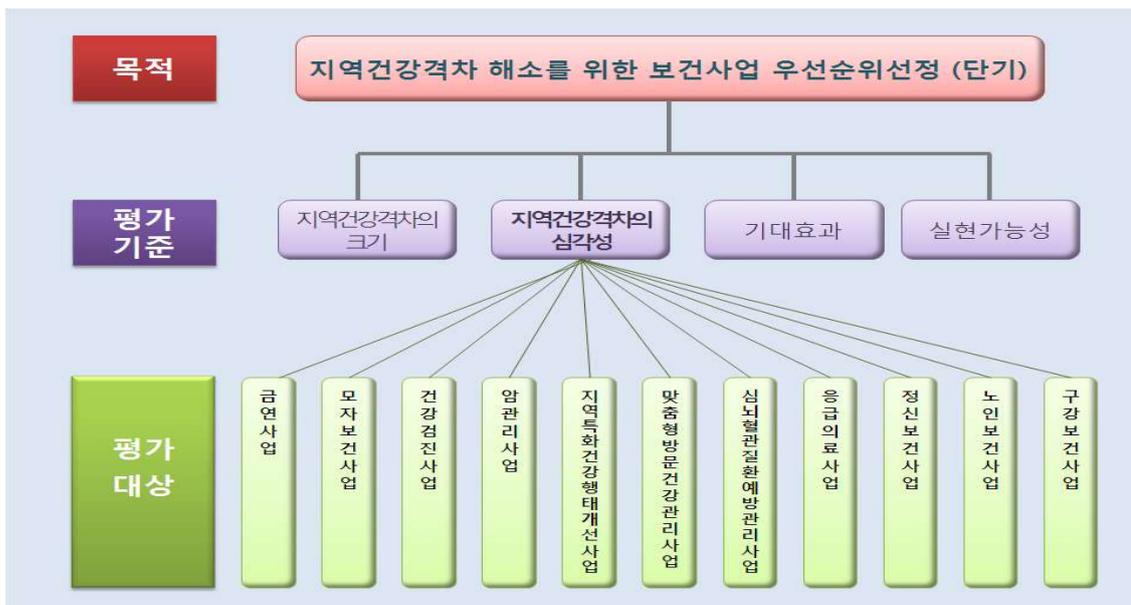
사업항목	절대중요	매우중요	중요	약간중요	같다	약간중요	중요	매우중요	절대중요	사업항목								
모자보건사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	맞춤형 방문 건강관리사업
모자보건사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	심뇌혈관질환 예방관리사업
모자보건사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	응급의료사업
모자보건사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	정신보건사업
모자보건사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	노인보건사업
모자보건사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	구강보건사업
건강검진사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	암관리사업
건강검진사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	지역특화건강 행태개선사업
건강검진사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	맞춤형 방문 건강관리사업
건강검진사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	심뇌혈관질환 예방관리사업
건강검진사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	응급의료사업
건강검진사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	정신보건사업
건강검진사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	노인보건사업
건강검진사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	구강보건사업
암관리사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	지역특화건강 행태개선사업
암관리사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	맞춤형 방문 건강관리사업
암관리사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	심뇌혈관질환 예방관리사업
암관리사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	응급의료사업
암관리사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	정신보건사업
암관리사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	노인보건사업
암관리사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	구강보건사업
지역특화건강 행태개선사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	맞춤형 방문 건강관리사업
지역특화건강 행태개선사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	심뇌혈관질환 예방관리사업
지역특화건강 행태개선사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	응급의료사업
지역특화건강 행태개선사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	정신보건사업
지역특화건강 행태개선사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	노인보건사업
지역특화건강 행태개선사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	구강보건사업
맞춤형 방문 건강관리사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	심뇌혈관질환 예방관리사업
맞춤형 방문 건강관리사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	응급의료사업
맞춤형 방문 건강관리사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	정신보건사업
맞춤형 방문 건강관리사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	노인보건사업
맞춤형 방문 건강관리사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	구강보건사업

사업항목	절대중요		매우중요		중요		약간중요		같다		약간중요		중요		매우중요		절대중요		사업항목
	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
심뇌혈관질환 예방관리사업	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	응급의료사업	
심뇌혈관질환 예방관리사업	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	정신보건사업	
심뇌혈관질환 예방관리사업	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	노인보건사업	
심뇌혈관질환 예방관리사업	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	구강보건사업	
응급의료사업	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	정신보건사업	
응급의료사업	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	노인보건사업	
응급의료사업	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	구강보건사업	
정신보건사업	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	노인보건사업	
정신보건사업	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	구강보건사업	
노인보건사업	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	구강보건사업	

6. 지역건강격차의 심각성에 대한 보건사업 평가

- **설문 Ⅲ**는 지역건강격차의 심각성 측면 ‘지역건강격차 보건사업우선순위선정 (단기)’에 대한 사업 항목들 간 상대적 중요도를 평가하기 위한 것입니다. 전문가의 관점에서 신중히 응답해 주십시오.

[그림 4] 사업항목 간 중요도 평가(지역건강격차의 심각성)



Ⅲ. 사업항목 간 ‘지역건강격차의 심각성’ 측면의 상대적 중요도 평가

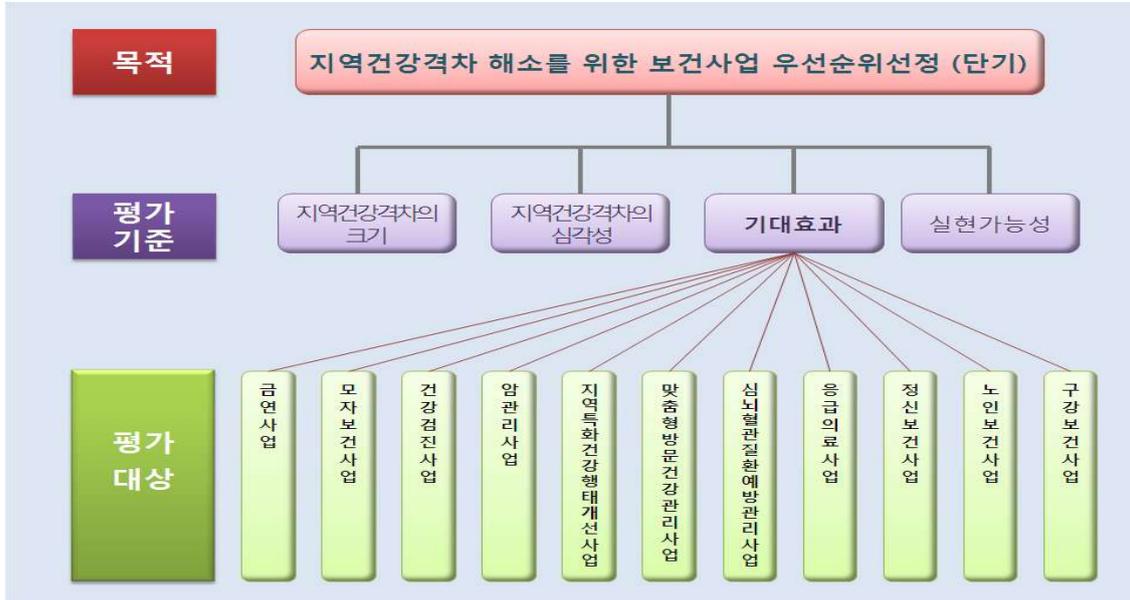
사업항목	절대중요	매우중요	중요	약간중요	같다	약간중요	중요	매우중요	절대중요	사업항목
금연사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	모자보건사업
금연사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	건강검진사업
금연사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	암관리사업
금연사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	지역특화건강 행태개선사업
금연사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	맞춤형 방문 건강관리사업
금연사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	심뇌혈관질환 예방관리사업
금연사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	응급의료사업
금연사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	정신보건사업
금연사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	노인보건사업
금연사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	구강보건사업
모자보건사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	건강검진사업
모자보건사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	암관리사업
모자보건사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	지역특화건강 행태개선사업
모자보건사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	맞춤형 방문 건강관리사업
모자보건사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	심뇌혈관질환 예방관리사업
모자보건사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	응급의료사업
모자보건사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	정신보건사업
모자보건사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	노인보건사업
모자보건사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	구강보건사업
건강검진사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	암관리사업
건강검진사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	지역특화건강 행태개선사업
건강검진사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	맞춤형 방문 건강관리사업
건강검진사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	심뇌혈관질환 예방관리사업
건강검진사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	응급의료사업
건강검진사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	정신보건사업
건강검진사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	노인보건사업
건강검진사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	구강보건사업
암관리사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	지역특화건강 행태개선사업
암관리사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	맞춤형 방문 건강관리사업
암관리사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	심뇌혈관질환 예방관리사업
암관리사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	응급의료사업
암관리사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	정신보건사업
암관리사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	노인보건사업

사업항목	절대중요	매우중요	중요	약간중요	같다	약간중요	중요	매우중요	절대중요	사업항목								
암관리사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	구강보건사업
지역특화건강 행태개선사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	맞춤형 방문 건강관리사업
지역특화건강 행태개선사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	심뇌혈관질환 예방관리사업
지역특화건강 행태개선사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	응급의료사업
지역특화건강 행태개선사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	정신보건사업
지역특화건강 행태개선사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	노인보건사업
지역특화건강 행태개선사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	구강보건사업
맞춤형 방문 건강관리사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	심뇌혈관질환 예방관리사업
맞춤형 방문 건강관리사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	응급의료사업
맞춤형 방문 건강관리사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	정신보건사업
맞춤형 방문 건강관리사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	노인보건사업
맞춤형 방문 건강관리사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	구강보건사업
심뇌혈관질환 예방관리사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	응급의료사업
심뇌혈관질환 예방관리사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	정신보건사업
심뇌혈관질환 예방관리사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	노인보건사업
심뇌혈관질환 예방관리사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	구강보건사업
응급의료사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	정신보건사업
응급의료사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	노인보건사업
응급의료사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	구강보건사업
정신보건사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	노인보건사업
정신보건사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	구강보건사업
노인보건사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	구강보건사업

7. 기대효과에 대한 보건사업 평가

- 설문 IV는 기대효과 측면 '지역건강격차 보건사업우선순위선정 (단기)'에 대한 사업 항목들 간 상대적 중요도를 평가하기 위한 것입니다. 전문가의 관점에서 신중히 응답해 주십시오.

[그림 5] 사업항목 간 중요도 평가(기대효과)



IV. 항목 간 '기대효과' 측면의 상대적 중요도 평가

사업항목	중요도										사업항목							
	절대중요	매우중요	중요	약간중요	같다	약간중요	중요	매우중요	절대중요									
금연사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	모자보건사업
금연사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	건강검진사업
금연사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	암관리사업
금연사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	지역특화건강행태개선사업
금연사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	맞춤형 방문건강관리사업
금연사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	심뇌혈관질환예방관리사업
금연사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	응급의료사업
금연사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	정신보건사업
금연사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	노인보건사업
금연사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	구강보건사업
모자보건사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	건강검진사업
모자보건사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	암관리사업
모자보건사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	지역특화건강행태개선사업
모자보건사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	맞춤형 방문건강관리사업
모자보건사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	심뇌혈관질환예방관리사업
모자보건사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	응급의료사업

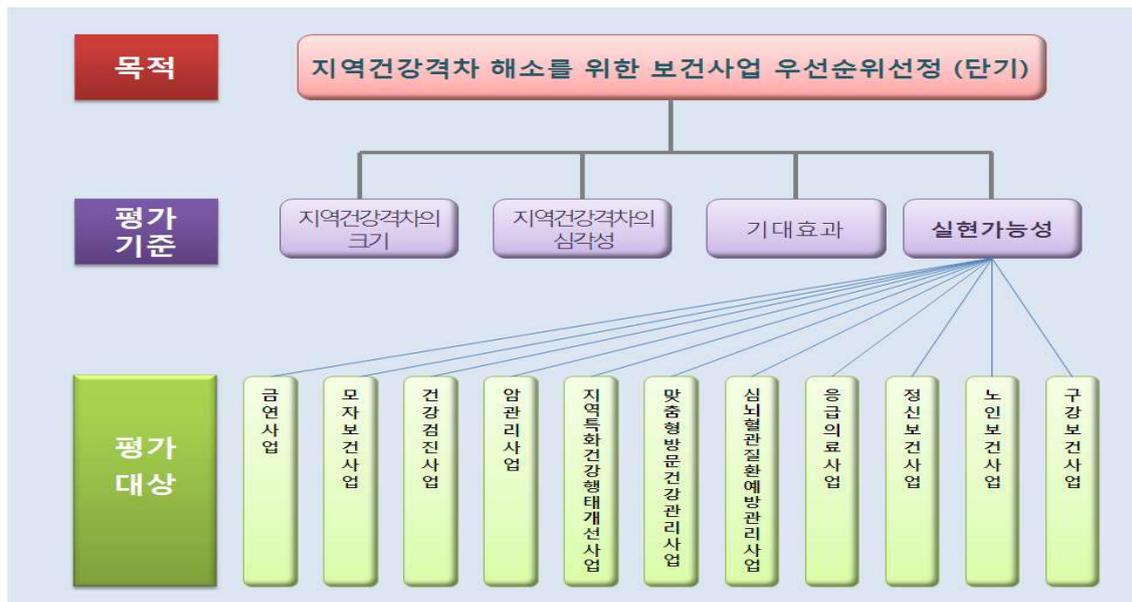
사업항목	절대중요	매우중요	중요	약간중요	같다	약간중요	중요	매우중요	절대중요	사업항목								
모자보건사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	정신보건사업
모자보건사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	노인보건사업
모자보건사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	구강보건사업
건강검진사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	암관리사업
건강검진사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	지역특화건강 행태개선사업
건강검진사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	맞춤형 방문 건강관리사업
건강검진사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	심뇌혈관질환 예방관리사업
건강검진사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	응급의료사업
건강검진사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	정신보건사업
건강검진사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	노인보건사업
건강검진사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	구강보건사업
암관리사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	지역특화건강 행태개선사업
암관리사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	맞춤형 방문 건강관리사업
암관리사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	심뇌혈관질환 예방관리사업
암관리사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	응급의료사업
암관리사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	정신보건사업
암관리사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	노인보건사업
암관리사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	구강보건사업
지역특화건강 행태개선사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	맞춤형 방문 건강관리사업
지역특화건강 행태개선사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	심뇌혈관질환 예방관리사업
지역특화건강 행태개선사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	응급의료사업
지역특화건강 행태개선사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	정신보건사업
지역특화건강 행태개선사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	노인보건사업
지역특화건강 행태개선사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	구강보건사업
맞춤형 방문 건강관리사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	심뇌혈관질환 예방관리사업
맞춤형 방문 건강관리사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	응급의료사업
맞춤형 방문 건강관리사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	정신보건사업
맞춤형 방문 건강관리사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	노인보건사업
맞춤형 방문 건강관리사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	구강보건사업

사업항목	절대중요		매우중요		중요		약간중요		같다		약간중요		중요		매우중요		절대중요		사업항목
	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨		
심뇌혈관질환 예방관리사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	응급의료사업	
심뇌혈관질환 예방관리사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	정신보건사업	
심뇌혈관질환 예방관리사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	노인보건사업	
심뇌혈관질환 예방관리사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	구강보건사업	
응급의료사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	정신보건사업	
응급의료사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	노인보건사업	
응급의료사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	구강보건사업	
정신보건사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	노인보건사업	
정신보건사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	구강보건사업	
노인보건사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	구강보건사업	

8. 실현가능성에 대한 보건사업 평가

- **설문 V**는 실현가능성 측면 ‘지역건강격차 보건사업우선순위선정 (단기)’에 대한 사업 항목들 간 상대적 중요도를 평가하기 위한 것입니다. 전문가의 관점에서 신중히 응답해 주십시오.

[그림 6] 사업항목 간 중요도 평가(실현가능성)



V. 사업 항목 간 '실현가능성' 측면의 상대적 중요도 평가

사업항목	절대중요	매우중요	중요	약간중요	같다	약간중요	중요	매우중요	절대중요	사업항목
금연사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	모자보건사업
금연사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	건강검진사업
금연사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	암관리사업
금연사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	지역특화건강 행태개선사업
금연사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	맞춤형 방문 건강관리사업
금연사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	심뇌혈관질환 예방관리사업
금연사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	응급의료사업
금연사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	정신보건사업
금연사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	노인보건사업
금연사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	구강보건사업
모자보건사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	건강검진사업
모자보건사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	암관리사업
모자보건사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	지역특화건강 행태개선사업
모자보건사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	맞춤형 방문 건강관리사업
모자보건사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	심뇌혈관질환 예방관리사업
모자보건사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	응급의료사업
모자보건사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	정신보건사업
모자보건사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	노인보건사업
모자보건사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	구강보건사업
건강검진사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	암관리사업
건강검진사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	지역특화건강 행태개선사업
건강검진사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	맞춤형 방문 건강관리사업
건강검진사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	심뇌혈관질환 예방관리사업
건강검진사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	응급의료사업
건강검진사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	정신보건사업
건강검진사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	노인보건사업
건강검진사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	구강보건사업
암관리사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	지역특화건강 행태개선사업
암관리사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	맞춤형 방문 건강관리사업
암관리사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	심뇌혈관질환 예방관리사업

사업항목	절대중요	매우중요	중요	약간중요	같다	약간중요	중요	매우중요	절대중요	사업항목								
암관리사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	응급의료사업
암관리사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	정신보건사업
암관리사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	노인보건사업
암관리사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	구강보건사업
지역특화건강 행태개선사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	맞춤형 방문 건강관리사업
지역특화건강 행태개선사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	심뇌혈관질환 예방관리사업
지역특화건강 행태개선사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	응급의료사업
지역특화건강 행태개선사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	정신보건사업
지역특화건강 행태개선사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	노인보건사업
지역특화건강 행태개선사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	구강보건사업
맞춤형 방문 건강관리사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	심뇌혈관질환 예방관리사업
맞춤형 방문 건강관리사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	응급의료사업
맞춤형 방문 건강관리사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	정신보건사업
맞춤형 방문 건강관리사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	노인보건사업
맞춤형 방문 건강관리사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	구강보건사업
심뇌혈관질환 예방관리사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	응급의료사업
심뇌혈관질환 예방관리사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	정신보건사업
심뇌혈관질환 예방관리사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	노인보건사업
심뇌혈관질환 예방관리사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	구강보건사업
응급의료사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	정신보건사업
응급의료사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	노인보건사업
응급의료사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	구강보건사업
정신보건사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	노인보건사업
정신보건사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	구강보건사업
노인보건사업	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	구강보건사업

◆ 수 고 하 셧 습 니 다 ◆

서울지역 건강격차 해소를 위한 공공보건서비스 강화방안연구

- AHP 설문조사 (Ⅱ) 서울시보건정책방향(중장기) -

본 설문은 AHP(Analytic Hierarchy Process) 기법을 활용하여 서울시 지역건강격차 해소를 위한 공공보건의료서비스 우선순위를 선정하기 위한 것입니다.

다음은 중장기적 서울시 보건정책방향을 정하고자 합니다.

각 항목 간 상대적 중요도를 전문가의 관점에서 판단하여 주시면 감사하겠습니다. 응답의 일관성이 낮은 경우 설문을 다시 하게 되오니 신중하게 응답해 주십시오.

※ AHP(Analytic Hierarchy Process: 계층화 분석법)는

평가에서 고려되는 사업항목들을 계층화한 다음, 사업항목 간 상대적 중요도를 측정하여 사업타당성을 종합적으로 판단하는 의사결정 기법입니다.

○ 성 명 : _____

○ 소 속 : _____

○ 직 위 : _____

○ 연락처 : ☎ _____ FAX: _____ E-mail: _____

◎ 설문작성 시 유의사항 ◎

첫째, 본 설문지는 서울시 지역 건강격차 해소를 위한 공공보건의료서비스 강화방안연구 우선순위를 판단하기 위한 것입니다.

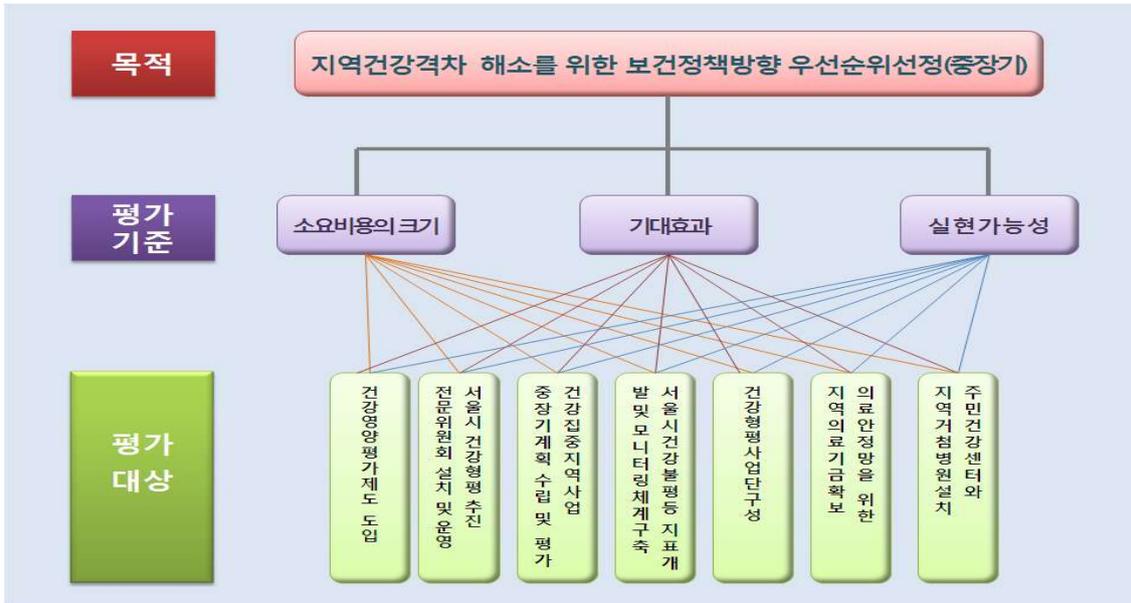
둘째, 평가항목 간 비교는 평가기준 A가 B에 비해 상대적으로 얼마나 중요한지(또는 적절한지)를 평가하는 것입니다.

셋째, 항목 간 비교는 항목 A가 B에 비해 상대적으로 얼마나 중요한지(또는 적절한지)를 평가하는 것입니다.

넷째, p.2~3에서 제시하는 ‘평가 구조’, ‘평가 구성’, ‘평가 단계’ 을 꼭 읽어보시고 설문에 응해주시기 바라며, 의사결정 시 참고자료를 활용해주십시오.

1. AHP 평가 구조

[그림 1] 서울시 지역 건강격차해소를 위한 공공보건의료서비스 강화방안 연구(중장기)의 AHP 계층 구조



2. 평가 구성

[표 1] 평가 기준

평가기준	평가내용	평가기준 항목
소요비용의 크기	- 서울시 보건정책 수행시 예상되는 인력, 시설, 예산의 소요비용	<ul style="list-style-type: none"> 인력, 시설, 소요 예산
기대효과	- 각 분야에 있어서 목표설정과 전략개발을 수행함에 따른 지역건강격차 개선의 가능성의 효과가 가장 큰 보건정책을 선정	<ul style="list-style-type: none"> 건강격차의 해소 개선의 가능성
실현 가능성	- 정부나 보건관련 공공기관, 지역단체, 조직들의 실현가능성이나 법규, 그의 타당성, 경제성, 수용성, 자원의 이용도 등을 고려한 실현가능성이 큰 보건정책을 선정	<ul style="list-style-type: none"> 법규 타당성 경제성 수용성 자원의 이용도

3. 평가 단계

- 평가기준 가중치 결정 : 소요비용의 크기, 기대효과, 실현가능성
- 평가기준별 보건정책간 쌍대비교
 - 소요비용의 크기 : 7개 정책간 쌍대비교
 - 기대효과 : 7개 정책간 쌍대비교
 - 실현가능성 : 7개 정책간 쌍대비교

※ 7개 보건정책 영향

- 건강영향평가제도 도입, 서울시 건강형평추진 전문위원회 설치 및 운영, 건강집중지역 중 장기계획 수립 및 평가, 서울시 건강불평등 지표 개발 및 모니터링체계구축, 건강형평사업 단 구성, 의료안전망을 위한 지역의료기금 확보

4. 평가기준의 가중치 결정

- **설문 I** 은 평가항목 분류 기준들 간 상대적 중요도를 평가하기 위한 것입니다. 전문가의 관점에서 신중히 응답해 주십시오.

[그림 2] 평가 기준의 중요도 평가 구조

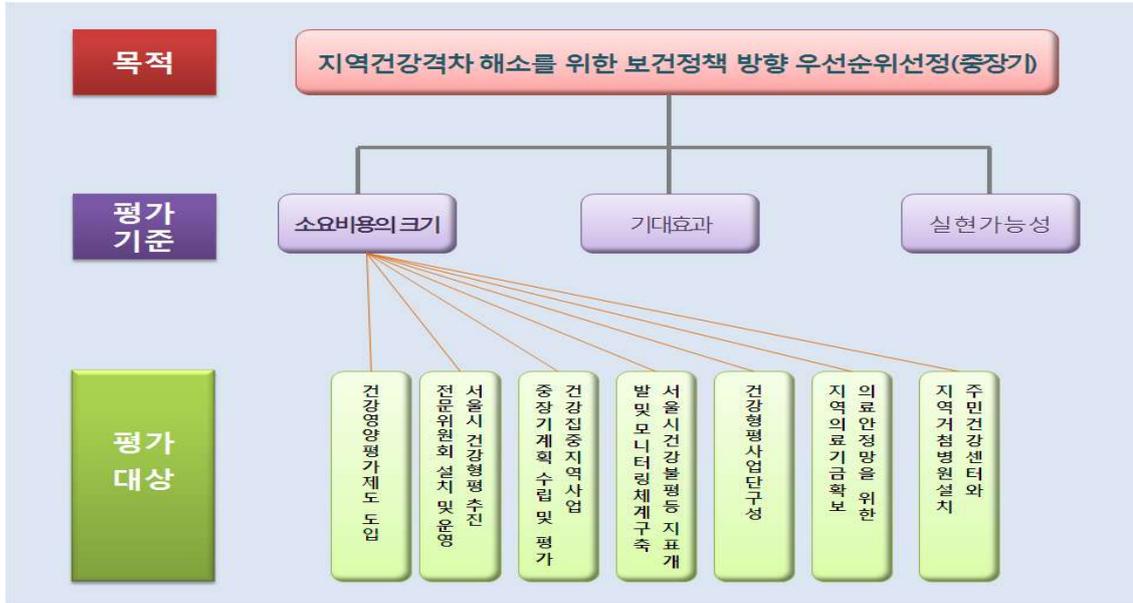
I. 평가 기준의 상대적 중요도 평가

사업항목	중요도														사업항목			
	절대중요	매우중요		중요		약간중요		같다	약간중요		중요		매우중요			절대중요		
소요비용의 크기	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	기대 효과
소요비용의 크기	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	실현 가능성
기대 효과	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	실현 가능성

5. 소요비용의 크기에 대한 보건정책 평가

- **설문 Ⅱ**는 소요비용 측면 ‘중장기 서울시 보건정책 방향 우선순위 선정’을 위한 항목들 간 상대적 중요도를 평가하기 위한 것입니다. 전문가의 관점에서 신중히 응답해 주십시오.

[그림 3] 항목간 중요도 평가(소요비용의 크기)



Ⅱ. 항목 간 ‘소요비용의 크기’ 측면의 상대적 중요도 평가

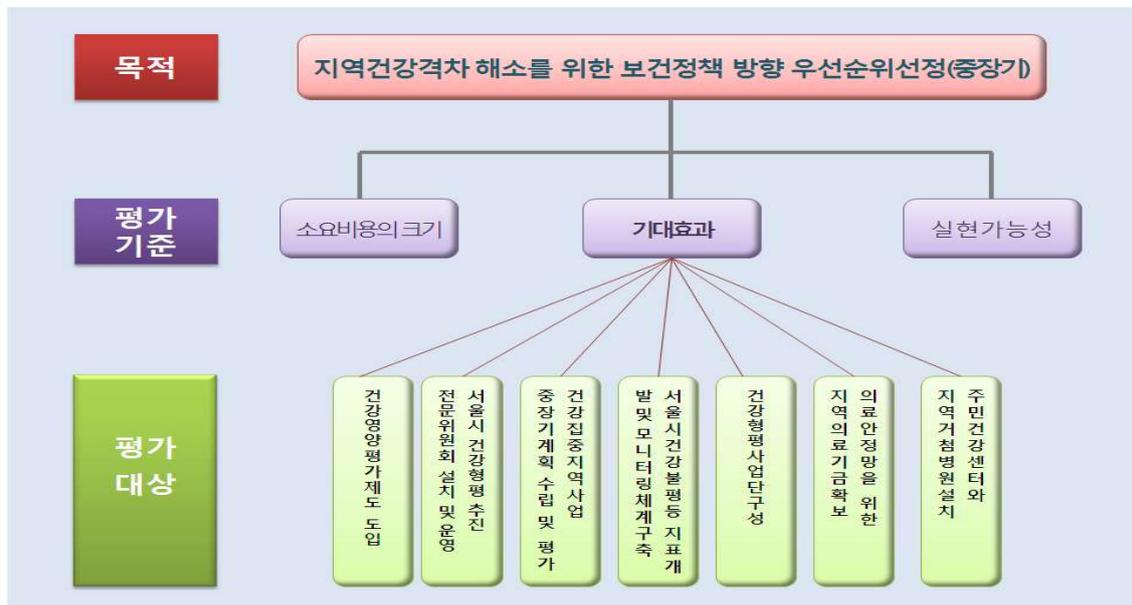
사업항목	절대중요									상대중요									사업항목
	9	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
건강영양평가제도 도입	9	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	서울시 건강형평추진 전문위원회 설치 및 운영
건강영양평가제도 도입	9	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	건강집중지역사업 중장기 계획 수립 및 평가
건강영양평가제도 도입	9	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	서울시 건강불평등 지표 개발 및 모니터링체계 구축
건강영양평가제도 도입	9	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	건강형평사업단 구성
건강영양평가제도 도입	9	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	의료안정망을 위한 지역의료기금 확보
건강영양평가제도 도입	9	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	주민건강센터와 지역거점병원 설치

사업항목	절대중요	매우중요	중요	약간중요	같다	약간중요	중요	매우중요	절대중요	사업항목								
서울시 건강형평추진 전문위원회 설치 및 운영	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	건강집중지역사업 중장기 계획 수립 및 평가
서울시 건강형평추진 전문위원회 설치 및 운영	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	서울시 건강불평등 지표 개발 및 모니터링체계 구축
서울시 건강형평추진 전문위원회 설치 및 운영	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	건강형평사업단 구성
서울시 건강형평추진 전문위원회 설치 및 운영	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	의료안전망을 위한 지역의료기금 확보
서울시 건강형평추진 전문위원회 설치 및 운영	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	주민건강센터와 지역거점병원 설치
건강집중지역사업 중장기 계획 수립 및 평가	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	서울시 건강불평등 지표 개발 및 모니터링체계 구축
건강집중지역사업 중장기 계획 수립 및 평가	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	건강형평사업단 구성
건강집중지역사업 중장기 계획 수립 및 평가	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	의료안전망을 위한 지역의료기금 확보
건강집중지역사업 중장기 계획 수립 및 평가	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	주민건강센터와 지역거점병원 설치
서울시 건강불평등 지표 개발 및 모니터링체계 구축	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	건강형평사업단 구성
서울시 건강불평등 지표 개발 및 모니터링체계 구축	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	의료안전망을 위한 지역의료기금 확보
서울시 건강불평등 지표 개발 및 모니터링체계 구축	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	주민건강센터와 지역거점병원 설치
건강형평사업단 구성	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	의료안전망을 위한 지역의료기금 확보
건강형평사업단 구성	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	주민건강센터와 지역거점병원 설치
의료안전망을 위한 지역의료기금 확보	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	주민건강센터와 지역거점병원 설치

6. 기대효과에 대한 보건정책평가

□ **설문 Ⅲ**는 기대효과 측면 ‘중장기 서울시 보건정책 방향 우선순위 선정’을 위한 항목들 간 상대적 중요도를 평가하기 위한 것입니다. 전문가의 관점에서 신중히 응답해 주십시오.

[그림 4] 항목간 중요도 평가(기대효과)



Ⅲ. ‘기대효과’ 측면의 상대적 중요도 평가

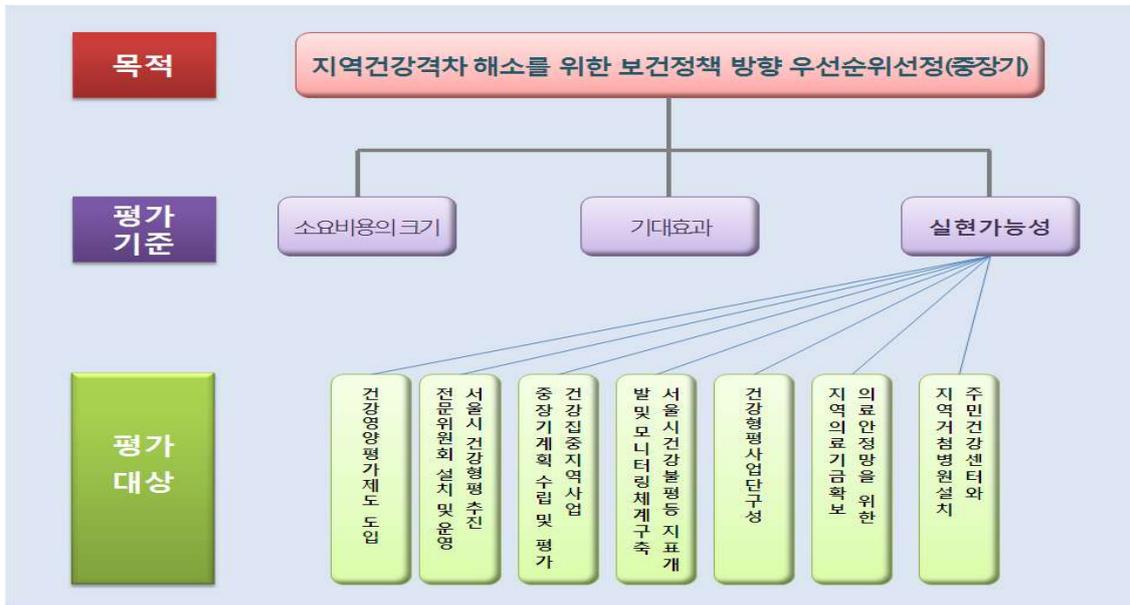
사업항목	절대중요		매우중요		중요		약간중요		같다		약간중요		중요		매우중요		절대중요		사업항목
	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
건강영양평가제도 도입	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	서울시 건강형평추진 전문위원회 설치 및 운영	
건강영양평가제도 도입	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	건강집중지역사업 중장기 계획 수립 및 평가	
건강영양평가제도 도입	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	서울시 건강불평등 지표 개발 및 모니터링체계 구축	
건강영양평가제도 도입	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	건강형평사업단 구성	
건강영양평가제도 도입	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	의료안정방을 위한 지역의료기금 확보	

사업항목	절대중요		매우중요		중요		약간중요		같다	약간중요		중요		매우중요		절대중요	사업항목	
	9	8	7	6	5	4	3	2		1	2	3	4	5	6			7
건강영양평가제도 도입	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	주민건강센터와 지역거점병원 설치
서울시 건강형평추진 전문위원회 설치 및 운영	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	건강집중지역사업 중장기 계획 수립 및 평가
서울시 건강형평추진 전문위원회 설치 및 운영	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	서울시 건강불평등 지표 개발 및 모니터링체계 구축
서울시 건강형평추진 전문위원회 설치 및 운영	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	건강형평사업단 구성
서울시 건강형평추진 전문위원회 설치 및 운영	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	의료안전망을 위한 지역의료기금 확보
서울시 건강형평추진 전문위원회 설치 및 운영	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	주민건강센터와 지역거점병원 설치
건강집중지역사업 중장기 계획 수립 및 평가	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	서울시 건강불평등 지표 개발 및 모니터링체계 구축
건강집중지역사업 중장기 계획 수립 및 평가	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	건강형평사업단 구성
건강집중지역사업 중장기 계획 수립 및 평가	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	의료안전망을 위한 지역의료기금 확보
건강집중지역사업 중장기 계획 수립 및 평가	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	주민건강센터와 지역거점병원 설치
서울시 건강불평등 지표 개발 및 모니터링체계 구축	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	건강형평사업단 구성
서울시 건강불평등 지표 개발 및 모니터링체계 구축	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	의료안전망을 위한 지역의료기금 확보
서울시 건강불평등 지표 개발 및 모니터링체계 구축	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	주민건강센터와 지역거점병원 설치
건강형평사업단 구성	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	의료안전망을 위한 지역의료기금 확보
건강형평사업단 구성	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	주민건강센터와 지역거점병원 설치
의료안전망을 위한 지역의료기금 확보	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	주민건강센터와 지역거점병원 설치

7. 실현가능성에 대한 보건정책 평가

- **설문 IV**는 실현가능성 측면 ‘중장기 서울시 보건정책 방향 우선순위 선정’을 위한 항목들 간에 상대적 중요도를 평가하기 위한 것입니다. 전문가의 관점에서 신중히 응답해 주십시오.

[그림 5] 항목간 중요도 평가(실현가능성)



IV. 항목 간 ‘실현가능성’ 측면의 상대적 중요도 평가

사업항목	절대중요		매우중요		중요		약간중요		같다		약간중요		중요		매우중요		절대중요		사업항목
	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
건강영양평가제도 도입	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	서울시 건강영양추진 전문위원회 설치 및 운영	
건강영양평가제도 도입	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	건강집중지역사업 중장기 계획 수립 및 평가	
건강영양평가제도 도입	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	서울시 건강불평등 지표 개발 및 모니터링체계 구축	
건강영양평가제도 도입	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	건강영양사업단 구성	
건강영양평가제도 도입	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	의료안정망을 위한 지역의료기금 확보	

사업항목	절대중요		매우중요		중요		약간중요		같다	약간중요		중요		매우중요		절대중요	사업항목	
	9	8	7	6	5	4	3	2		2	3	4	5	6	7			8
건강영양평가제도 도입	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	주민건강센터와 지역거점병원 설치
서울시 건강형평추진 전문위원회 설치 및 운영	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	건강집중지역사업 중장기 계획 수립 및 평가
서울시 건강형평추진 전문위원회 설치 및 운영	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	서울시 건강불평등 지표 개발 및 모니터링체계 구축
서울시 건강형평추진 전문위원회 설치 및 운영	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	건강형평사업단 구성
서울시 건강형평추진 전문위원회 설치 및 운영	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	의료안전망을 위한 지역의료기금 확보
서울시 건강형평추진 전문위원회 설치 및 운영	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	주민건강센터와 지역거점병원 설치
건강집중지역사업 중장기 계획 수립 및 평가	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	서울시 건강불평등 지표 개발 및 모니터링체계 구축
건강집중지역사업 중장기 계획 수립 및 평가	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	건강형평사업단 구성
건강집중지역사업 중장기 계획 수립 및 평가	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	의료안전망을 위한 지역의료기금 확보
건강집중지역사업 중장기 계획 수립 및 평가	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	주민건강센터와 지역거점병원 설치
서울시 건강불평등 지표 개발 및 모니터링체계 구축	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	건강형평사업단 구성
서울시 건강불평등 지표 개발 및 모니터링체계 구축	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	의료안전망을 위한 지역의료기금 확보
서울시 건강불평등 지표 개발 및 모니터링체계 구축	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	주민건강센터와 지역거점병원 설치
건강형평사업단 구성	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	의료안전망을 위한 지역의료기금 확보
건강형평사업단 구성	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	주민건강센터와 지역거점병원 설치
의료안전망을 위한 지역의료기금 확보	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	주민건강센터와 지역거점병원 설치

◆ 수 고 하 셧 습 니 다 ◆