예방의학회지 : 제30권 제4호
Korean J. of Preventive Medicine
Vol. 30, No. 4, December. 1997

지역보건의료계획 수립에 있어 지역의료보험자료의 활용가능성

이상이 · 김철웅 · 문옥륜

서울대학교 보건대학원

= Abstract =

The Possibility of Regional Health Insurance Data in Blueprinting the Local Community Health Plan

Sang Yi Lee, Chul woung Kim, Ok Ryun Moon

Graduate School of Public Health, Seoul National University

The health center has to play an important role in promoting community health and satisfying a variety of community health needs and demands in the decentralized Korea. The nearly enacted Community Health Act compels every health center to make its own health plans which intend to deal with local health problems and plan its future health care. This obligation is obviously a big burden to most health centers. They do not have experiences in and abilities of making local health care plans. In order to establish a systematic community health plan, health centers have to concentrate their efforts on enhancing the ability of making health care plan through gathering and analysing the local health informations. However, it is very difficult in reality. This is simply because it will take long time to accomplish these activities. It seems natural that various professionals and researchers participate in carrying out the process of making community health plan in the initial stage.

No standardized methodology and analysing framework exist even in the health professional society. Nonetheless, it is common to introduce survey research methodologies in analysing consumer's health care utilization and cost, and in identifying factors influencing health behaviors. Many researchers and professionals have applied social survey methodologies in obtaining information on providers and health policy makers as well. The authors have found that few studies have ever utilized local health data stored at the self-employed medical insurance society as the data source of planning activities.

The purpose of this study is to illustrate the usefulness of the data stored at the

Sung-Dong Gu Self-employed Medical Insurance Society in establishing the community health plan. The major contents of this study are as follows ;

1. Frequency of utilization by age, area, sex, type of medical care institutions, and some major diseases

2. Medical treatment by type of medical care institutions, by classification of 21 diseases, by frequency of three-character categories

3. Medical treatment of major neoplasm and some chronic diseases by age, sex, and area.

The conclusion of this study is that it is of great potentiality to find out the local health problems and to use them in blueprinting the community health plan through comparing the frequency of medical utilization analyzed by a variety of variables with NHI health data or the health data from survey research.

Key words : self-employed medical insurance data, community health plan

Ⅰ. 서 론

본격적인 지방자치를 시작한지 2년 밖에 되지 않았지만 지역보건행정의 많은 부분이 과거의 모습과 크게 달라지고 있다. 지역보건당국인 보건소는 명실상부한 지역보건활동의 중심이 되기 위해 전향적으로 변모하는 새로운 모습을 보여주고 있다. 그러나 보건소의 이러한 변신노력이 항상 만족스러운 것은 아니다(창원시와 인제대 보건대학원, 1997). 단지 일부의 보건소만이 지방자치제의 성패와 관련된 핵심적 내용을 보건의료분야에서 달성하기 위해 지역보건계획을 수립하고, 이를 지역사회의 참여 속에 실천하기 위해 노력하고 있을 따름이라는 사실을 부인할 수 없다. 이렇듯 지역보건의 영역에서 지방자치의 개념과 원칙을 밑으로 부터의 동력에 의해 실천하고 있는 보건소도 있으나, 여전히 많은 수의 보건소가 지방자치시대에 요구되는 적합한 보건사업을 기획, 실천할 역량이 모자라기 때문에 중앙차원에서의 일련의 법적 조치에 의한 지원 또는 강제가 필요하게 되었다.

1995년 9월, 보건복지부는 보건소법 개정법률안을 정기국회에 제출하여 지역보건법으로 명칭을 바꾸고 동법 3조에 지방자치단체의 장은 관할 지역내 지역보건의료 수준을 바람직한 상태로 유도하기 위한 종합적인 지역보건의료계획을 수립할 것을 규정하고 있다.

지역보건의료계획이란 일정한 지역을 단위로 하여 해당 지역사회 내의 지역보건의료 수준을 바람직한 상태로 유도하기 위한 효과적인 목표를 설정하고, 이를 달성하는 데 있어 한정된 보건자원을 합리적으로 활용하기 위한 방안을 모색하는 종합적이고 체계적인 계획으로 이해할 수 있다(Green, 1992). 보건복지부는 지역보건의료의 개선 및 발전을 위해 지방자치단체와 보건소가 지역의 특성과 요구에 맞게 지역보건의료계획을 자율적으로 작성하도록 하고 있으나, 일선 보건소의 지역보건의료계획 수립 업무를 기술적으로 지원하고 광역 및 중앙 차원의 종합적 보건의료계획을 수립하기 위해 지역보건의료계획서 작성지침(보건복지부, 1996)을 마련하였다. 이 지침서는 시·군·구 지역보건의료계획서의 경우 지역보건의료계획의 달성목표, 지역개요, 지역보건의료수요 현황, 지역보건의료공급 현황, 지역사회진단결과 분석, 지역의료기관과 민간의료기관 간의 기능분담 및 발전방향, 보건소 업무의 추진현황과 추진계획, 지역보건의료기관의 확충 및 정비계획 등을 일정한 양식에 따라 작성하도록 요구하고 있다.

지역보건법에 근거한 지역보건의료계획의 작성이 지역 보건소의 기능과 업무범위를 확대, 강화하여 지역보건의료의 명실상부한 주체적, 중심적 기관으로서의 위상을 강화하고자 하는 것이었음에도 불구하고 대다수의 보건소는 인력에 비해 업무량이 늘어나고 있고, 지역 보건소 단위에서 지역보건의료계획을 수립해 본 경험이 없어 보건소 내부인력만으로 체계적인 보건의료계획을 수립하는 것이 객관적으로 어려운 상황이다. 이러한 상황을 감안할 때 체계적인 지역보건의료계획의 수립을 위해서는 보건소 내부의 기획역량 제고와 각종 지역보건의료정보 수집 및 분석체계의 정비 등의 선결과제가 먼저 해결되어야 할 것이다. 그러나 현실적으로 이러한 조건이 단시일내에 충족되기 어려운 관계로 우선은 지역사회의 대학 및 연구기관 등 외부 전문가의 참여를 통한 지역보건의료계획의 수립이 필요해지게 된 것이다. 이러한 과정에 의해 이루어진 연구로는 수원시 보건향상을 위한 의료정책개발(서울대학교 지역의료체계 시범사업단, 1995), 구리시 보건의료체계 및 보건사업개발에 관한 연구(서울대학교 보건대학원 보건정책학교실, 1996), 경주시 지역보건의료사업을 위한 계획(영남대학교 의과대학 예방의학교실, 1996), 창원시 보건의료정책개발(인제대 보건대학원, 1997), 성동구 보건의료계획(서울대학교 보건대학원 보건정책학교실과 한양대학교 의과대학 예방의학교실, 1997) 등이 있다.

상기 연구들에서 사용된 연구방법은 다소의 차이를 보여주고 있긴 하나 대체적으로 지역행정자료분석, 의료이용 및 보건의식과 행태 연구를 위한 주민건강조사, 지역의료보험자료 분석, 의료기관 및 약국 설문조사, 보건소 이용자 대상 설문조사, 지역내 정책관계자 설문조사, 보건소 직원 설문조사 등으로 되어 있다(성동구 보건의료계획, 1997).

상기 연구들은 지역보건의료계획 수립에 필요한 다양한 정보를 획득하기 위해 공통적으로 지역조사(survey)를 실시하였는데, 보통 지역조사를 실시하기 전에 지역행정자료나 기존의 지역보건자료를 최대한 활용하기 위해 충분한 검토를 하게 된다. 그러나 지역보건의료계획을 수립하는 데 있어 지역의료보험자료를 그 자체로 활용하거나 지역조사를 실시하기 전에 지역의료보험자료를 충분히 검토함으로써 지역보건문제의 파악과 건강증진사업 및 특수보건사업 프로그램의 구축을 위한 조사용 설문지 개발에 활용한 경우는 별로 없다. 이는 지역의료보험자료의 신뢰성이 낮을 것이라는 연구자의 예단에 기인하거나 또는 자료의 활용성에 대한 부정적 견해나 자료의 획득절차 및 분석의 번거로움 등에 기인한 것일 수도 있다. 그러나 지역의료보험자료가 지역보건의료계획 수립을 위한 유익한 정보의 획득에 도움이 된다면 어떤 목적과 형태로든 이를 활용하는 것이 바람직할 것이다. 보건복지부의 지역보건의료계획서 작성지침에도 지역주민의 의료기관 이용현황을 파악하는데 지역의료보험자료를 참고할 것을 명시하고 있다.

본 연구는 성동구 지역의료보험 전산테이프를 분석하여 지역보건계획을 수립함에 있어 지역의료보험자료의 활용성을 제시하고, 이의 타당성을 찾는 것을 목적으로 하고 있다.

Ⅱ. 연구방법

1. 연구대상 및 자료

성동구 지역보건의료계획을 수립하는 데 있어 계획수립을 위한 연구대상은 성동구 지역 주민 전체가 된다. 성동구 전체지역주민은 342,648명이며, 성별 구성백분율을 보면 남자가 50.8%, 여자가 49.2%이고, 연령별 구성백분율을 보면 0-9세가 13.7%, 10-19세 14.3%, 20-29세 24%, 30-39세 19.7%, 40-49세 11.5%, 50-59세 9.5%, 60-69세 4.7%, 70-79세 1.9%, 80세 이상 0.6%로 되어 있다. 특히 65세 이상의 노인인구는 전체인구의 4.3%를 차지하고 있다.

본 연구에서는 성동구 주민의 의료이용양상을 중심으로 한 지역보건계획 수립에 필요한 제반 정보를 얻고 이의 활용성을 검토하기 위해 성동구 지역의료보험조합 자료를 사용하였다. 연구에 사용된 자료는

1995년 7월부터 12월까지 성동구 지역의료보험조합의 피보험자 및 부양자를 진료했던 각급의료기관이 의료보험연합회를 통해 청구한 진료비에 대한 6개월간의 급여자료이다. 성동구 지역의료보험조합의 적용인구는 193,629명으로 전체 구 인구의 56.5%를 차지하고 있다.

공식적인 절차를 밟아 유닉스 기종에서만 쓸 수 있는 6개의 급여테이프를 입수하였으며, 이를 윈도우용 일반컴퓨터에서 통계 작업을 하기 위해 텍스트파일로 전환하였다.

2. 연구자료의 생성과정

각 요양기관으로부터 작성된 진료비 명세서는 해당 접수창구를 통해 접수된 후 즉시 의료보험연합회 심사부로 이송되어 임상경험을 갖춘 심사요원(간호사, 약사, 의료기사 등)에 의해 진료수가기준 및 요양급여기준 등의 심사원칙에 따라 1차 심사를 받게 된다. 특이사항이 없어 심사종결 된 모든 청구자료는 의료보험연합회 전산운용과로 이송되어 전산 입력된다. 이렇게 전산입력 되어진 데이타파일은 보험관리과로 이송되며, 여기서 지역의료보험조합에서 필요로 하는 자료를 중심으로 월단위로 정리된 후 해당 지역의료보험조합으로 보내지게 된다(문옥륜 등, 1997).

의료보험연합회가 소장하고 있는 데이타파일은 크게 의료보험 피보험자 자격관리를 위한 파일과 의료보험급여내역에 관한 파일로 이루어져 있다. 그 중 피보험자 자격관리에 관한 자료의 경우, 의료보험연합회는 최소의 정보만을 가지고 있고 대부분은 해당 지역의료보험조합이 가지고 있다. 보험관리과에서 지역의료보험조합으로 보내는 파일은 급여에 관한 파일이고 지역의료보험조합에서는 그 파일을 받아 피보험자 자격관리에 관한 파일과 매칭시켜 보관하게 된다. 애초 각 요양기관으로부터 의료보험연합회에 청구된 명세서 자료가 보험운용과에서 입력될 때의 파일 layout의 크기는 1997년 1월 1일 현재 450바이트인데 보험관리과를 거쳐 각 지역의료보험조합에 배포된 테이프의 파일 layout의 크기는 354바이트로 그 크기가 상당히 줄어듬을 알 수 있다.

3. 자료의 변수 및 분석방법

Layout에 표기되어 있는 지역의료보험조합 자료의 변수는 총 60개이며 피보험자 및 수진자 관련변수, 질병 및 급여 관련변수 그리고 요양기관 관련변수로 구성되어 있다.

본 연구에 주로 사용된 변수로는 주민등록번호, 요양기관번호, 동 구분, 서식, 주병, 부병, 심사총금액, 약국조제건수 등이며, 분석방법은 주요 변수의 빈도분석을 중심으로 한 기술통계분석이다.

성동구 지역의료보험 적용인구의 의료이용을 의료보험 통계연보의 전국치와 비교하기 위하여 수진건수를 구하였다. 지역보건의료계획 수립을 위한 주요 지역보건의료문제의 발견과 관련하여서는 수진건수보다는 주요 질병별 수진자수가 더 의미가 있을 것이므로 주상병과 부상병을 통틀어 동일 상병으로 진료받은 여러개의 동일 주민등록번호 변수를 하나로 처리함으로써 수진자수를 구하였다.

1995년 7월부터 12월까지의 성동구 지역의료보험 전산테이프를 사용하였으므로 계산된 총수진건수, 수진자수, 총진료비, 주요 상병별 진료비, 질병분류별 수진건수 등에 단순히 2를 곱해줌으로써 1995년 1년간의 해당 주요 변수값을 구하였다. 이는 1995년 상반기도 하반기와 질병발생 및 수진양상이 별로 다르지 않을 것이란 가정을 전제로 한 것이다.

Ⅲ. 연구결과

1. 의료기관 종류별 수진건수 및 진료비

표 1은 성동구 지역의료보험자료의 분석을 통해 적용인구가 이용했던 각급의료기관 종류별로 수진건수, 진료비를 입원과 외래로 구분하여 산출한 것이다.

성동구 지역의료보험 적용인구는 입원진료의 경우

전체 입원수진건수의 67.5%가 종합병원을, 18.1%가 병원을, 13.7%가 의원을 각각 이용했던 것으로 나타났다(표 1). 95년 의료보험 연합회 전국자료의 대도시 지역 통계에 의하면, 전체 입원수진건수의 72.1%가 종합병원, 12.7%가 병원, 13.9%가 의원, 0.1%가 조산원, 1.1%가 한방의료기관 수진건수였다. 여기서 성동구가 전국 대도시 평균에 비해 종합병원 입원수진건수는 적은 반면 병원수진건수는 더 많음을 알 수 있다. 이는 성동구에 종합병원급 의료기관이 1개인데 비해 병원급 의료기관은 6개로 타지역에 비해 그 수가 많은 것에 가장 크게 기인한 것으로 보인다.

한국보건사회연구원의 '95 국민건강조사 자료에 의하면, 연간 전체 입원수진건수 중 종합병원 입원수진건수가 57.7%, 병원이 19.9%, 의원이 19.7%로 되어 있다. 이 자료와 비교해 볼 때, 성동구지역의료보험자료는 종합병원 입원수진건수 백분율은 더 크고 의원 입원수진건수 백분율은 더 적음을 알 수 있다.

성동구 의료보험자료의 총지급진료비 중 종합병원에 지급된 진료비는 전체의 50.8%, 병원 6.91%, 의원 31.79%, 치과병의원 5.0%, 약국 4.2%, 한방병의원 1.4% 등으로 나타났다(표 1). 성동구 자료는 의료보험 연합회 전국자료의 종합병원 47.0%, 병원 7.7%, 의원 36.1%, 치과병의원 5.6%, 약국 1.9%, 한방병의원 1.2% 등과 비교해 볼 때 종합병원 진료비가 좀 더 크고, 의원 진료비가 다소 작은 양상을 보여주고 있다.

의료보험자료 중 외래이용자료는 일반적으로 연구자료로서의 신뢰성이 낮은 것으로 평가되고 있다. 이는 의료기관의 의료공급 및 잘못된 청구관행에 기인한다. 그러나 입원 진료자료의 경우 잘못된 청구관행을 견제하기 위한 보험진료비 심사기관의 각종 감시장치들로 인해 연구자료로서의 정확성이 높아지고 있으므로 이를 지역보건의료계획의 기초자료로 활용하더라도 무방할 것으로 판단된다.

한편, 이와 같은 방식으로 다른 변수들을 이용하여 지역의 각종 의료이용 관련 통계치들을 생산할 수 있다. 지역의료보험자료를 연령구간별로 나누어 입원과 외래 및 전체수진건수, 진료비를 구하고 이를 연령구간별 적용인구로 나누어 주면 적용인구 1인당 수진건수, 진료비가 구해진다. 이를 통해 연령구간별 의료이용량을 계측할 수 있게 되며, 전국자료나 지역조사자료와 비교하여 지역의 보건문제를 발견하는 데 활용할 수 있게 된다.

지금까지의 연구에서 년간 외래의료이용량을 알아내기 위한 지역조사나 전국조사가 이루어진 바 없었고, 연간 입원의료이용이나 사용진료비에 대한 조사는 잘 훈련된 조사원을 동원하더라도 신뢰성있는 결과를

표 1. 의료기관 종류별 수진건수 및 진료비(입원, 외래) (단위 : 수, 원, %)

의료기관	수진건수(%)			지급진료비		
	소계	입원	외래	소계	입원	외래
종합병원	60,956(10.0)	5691(67.5)	55,265(9.2)	7,694,748,264(50.8%)	4,835,779,284	2,858,968,980
병원	16,511(2.7)	1529(18.1)	14,982(2.5)	1,047,157,903(6.9%)	580,198,927	466,958,976
의원	263,366(43.1)	1156(13.7)	26,2210(42.9)	4,819,758,736(31.8%)	407,288,856	4,412,469,880
치과병원	354(0.1)	0(0.0)	354(0.1)	12,161,316(0.1%)	0	12,161,316
치과의원	41,003(6.7)	0(0.0)	41,003(6.7)	749,124,810(4.9%)	0	749,124,810
조산원	7(0.0)	3(0.0)	4(0.0)	342,100(0.0%)	290,100	52,000
보건기관	15(0.0)	0(0.0)	15(0.0)	168,645(0.0%)	0	168,645
약국	218,550(35.8)	0(0.0)	218,550(35.8)	630,953,850(4.2%)	0	630,953,850
한방의료기관	10,091(1.7)	52(0.6)	10,039(1.6)	206,366,218(1.4%)	17,372,004	188,994,214
계	610,853 (100.0)	8,431 (100.0)	602,422 (100.0)	15,160,781,842 (100.0%)	5,840,929,171	9,319,852,671

기대하기 힘들 것이므로 지역의료보험자료를 이용하는 것이 더 바람직할 것이다.

2. 동별 수진건수 및 인구 천명당 수진건수(입원, 외래)

지역의료보험자료를 분석하여 성동구라는 단일 자치구 내에서 적용인구의 동별 의료이용량과 이용양상의 차이, 동별 질환별 의료이용의 차이 등 동별로 여러 변수들의 차이가 존재하는지의 여부와 그 정도를 알아볼 수 있다. 성동구의 경우 적용인구 천명당 수진건수에 있어 상당한 변이를 보여주고 있다. 왕십리 1동과 도선동은 수진율이 낮고 금호1가동, 옥수1동, 성수1가 3동, 행당2동은 수진율이 높다(표 2).

실제 동별로 의료이용에 차이가 난다면 그 이유를 밝혀야 하는데, 대체로 의료기관에 대한 지리적 접근성의 차이, 사회경제적 접근성의 차이, 문화적 접근성의 차이 등에 기인한 비형평성에 의한 것일 수도 있겠고, 의료필요의 차이 즉, 노인인구와 영유아의 구성비가 상대적으로 높은 동에서는 그렇지 않은 동보다 의료이용량이 많을 것이다. 이와 관련된 정보는 기존의 지역행정자료를 검토하므로써 쉽게 얻을 수 있다. 또는 지역표본조사를 설계할 때 이와 관련된 내용을 설문항목에 추가함으로써 더 나은 지역보건의료관련 특성파악이 가능해지게 된다.

지역의료보험자료를 분석한 후 지역조사를 위한 표본추출을 한다면 표본추출과정에서 도움을 얻을 수 있다. 보통 표본추출을 할 때 지역사회 전체 인구를 동단위로 나누고 동 또는 통별로 조사대상을 무작위 표본추출을 하는 것이 바람직하겠으나 이 경우 조사자가 가가호호를 찾아다니며 조사한다는 것이 사실상 힘들고 많은 조사비용과 시간이 요구된다. 지역조사의 편의상 인구학적, 사회경제적 여건이 비슷한 동을 그룹으로 분류하고 여기서 동단위로 집락표본추출을 하

표 2. 동별 수진건수 및 천명당 수진건수 (단위 : 건, %)

동	입원	외래	입원+외래	적용인구	천명당 수진건수
왕십리1동	427(0.07)	20,312(3.33)	20,739(3.40)	10,864(5.61)	1,908.97
왕십리2동	518(0.08)	33,871(5.54)	34,389(5.63)	11,879(6.13)	2,894.94
도선동	290(0.05)	14,759(2.42)	15,049(2.46)	7,891(4.08)	1,907.11
마장동	623(0.10)	45,350(7.42)	45,973(7.53)	14,023(7.24)	3,278.40
사근동	300(0.05)	20,673(3.38)	20,973(3.43)	7,696(3.97)	2,725.18
행당1동	462(0.08)	30,878(5.05)	31,340(5.13)	10,140(5.24)	3,090.73
행당2동	245(0.04)	18,503(3.03)	18,748(3.07)	5,085(2.63)	3,686.92
응봉동	337(0.06)	27,631(4.52)	27,968(4.58)	8,219(4.24)	3,402.85
금호1가	325(0.05)	32,143(5.26)	32,468(5.32)	8,064(4.16)	4,026.29
금호2가	476(0.08)	34,409(5.64)	34,885(5.71)	9,781(5.05)	3,566.61
금호3가	542(0.09)	33,432(5.47)	33,974(5.56)	11,058(5.71)	3,072.35
금호4가	450(0.07)	29,321(4.80)	29,771(4.87)	9,359(4.83)	3,181.00
옥수1동	422(0.07)	36,941(6.05)	37,363(6.12)	9,326(4.82)	4,006.33
옥수2동	244(0.04)	18,382(3.01)	18,626(3.05)	5,268(2.72)	3,535.69
성수1가1동	522(0.09)	33,679(5.51)	34,201(5.60)	12,136(6.27)	2,818.14
성수1가2동	407(0.07)	26,939(4.41)	27,346(4.48)	9,010(4.65)	3,035.07
성수1가3동	508(0.09)	52,410(8.58)	52,990(8.67)	14,706(7.60)	3,603.29
성수1가4동	298(0.05)	18,913(3.10)	19,211(3.14)	5,934(3.06)	3,237.45
송정동	375(0.06)	25,256(4.13)	25,631(4.20)	9,269(4.79)	2,765.24
용답동	588(0.10)	48,620(7.96)	49,208(8.06)	13,919(7.19)	3,535.31
계	8431(1.38)	602,422(98.62)	610,853(100.00)	193,627(100.00)	

게 되는 경우가 많다. 이때 동별 의료이용량과 동별·질환별 의료이용양상 등 동별로 여러 변수들의 차이와 특성을 미리 알고, 이를 참고한다면 집락표본추출 및 지역조사에서 많은 도움이 되게 된다.

3. 주요 변수별 암의 수진자수

성동구 지역의료보험 적용인구의 주요 질환별 수진건수와 수진자수를 구하여 의료보험연합회 전국자료나 국민건강조사 또는 지역조사자료와 비교함으로써 지역의 주요 보건문제를 질병별로 고찰해 볼 수 있다. 가령 우리나라의 주요 보건문제의 하나인 주요 암의 수진건수와 수진자수를 성동구 지역의료보험 적용인구의 성별, 연령별, 거주지별 등 주요 특성변수별로 구하고, 이를 전국자료나 다른 지역의 연구결과와 비교함으로써 지역내 보건문제의 상대적 크기와 중요성을 가늠할 수 있게 된다. 이를 통해 주요 보건문제에 대한 개입(intervention)시 표적인구와 지역을 선정하는데 도움을 받을 수 있다.

표 3, 표 4, 표 5는 각각 성동구 지역의료보험 적용인구에서 주요 암의 성별, 연령별, 동별 수진자수를 보여주고 있다. 암에 이환되었을 경우 거의 대부분이 의료기관을 방문하게 될 것이므로 적용인구 10만명당 수진자수를 유병률로 보아도 무방할 것이다. 그리고 암환자 전부가 의료보험급여를 받도록 되어 있으며, 의료기관에서도 악성 암환자에 대한 진료비 청구시 왜곡의 가능성이 매우 적을 것이므로 지역의료보험자료의 신뢰성은 충분히 인정된다 하겠다. 오히려 지역조사의 경우 응답 편견 등 각종 편견(bias)이 개입될 가능성이 있으므로 지역의료보험자료를 활용하는 것이 더 바람직할 것으로 판단된다.

성동구 지역의료보험 적용인구의 성별 위암 수진자수는 여자 66명(46%), 남자 78명(54%)이며 적용인구 10만명당 수진자수는 74. 37명이다(표 3). '95 국민건강조사자료의 위암 성비는 여자 34%, 남자 66%였고 조사대상인구 10만명당 이환건수(유병률)는 시지역 56명, 군지역 101명이었다. 성동구 자료와 국민건강조사자료를 비교해 볼 때 성동구 지역의료보험 적용인구의 위암 유병률은 시지역 평균보다 높고 군지역 평균보다 낮다.

위암의 적용인구 십만명당 수진자수는 51-60세에서 260. 93명으로 크게 증가하기 시작하여 연령이 많아질수록 증가하는 경향을 보여주고 있다. 유방암과 자궁암도 이와 비슷한 양상을 보였다(표 4).

적용인구 십만명당 위암 수진자 수는 행당1동이 가장 많아 108. 48명이고, 마장동, 성수1가 3동이 그 뒤를 잇고 있다. 유방암은 금호3가동과 성수1가 3동에서, 자궁암은 용답동과 성수1가 3동에서 수진자 수가 가장 많은 것으로 나타났다(표 5).

고혈압, 당뇨병, 뇌졸중 등의 주요 만성질환의 경우도 암의 경우와 마찬가지로 성별, 연령별, 동별 수진건수 및 수진자수 구해 볼 수 있겠는데, 고혈압의 수진자수는 유병자수와 동일하지는 않을 것이다. 왜냐하면 모든 고혈압 유병자가 의료기관을 방문하여 치료받고 있지는 않을 것이기 때문이다.

이러한 일련의 과정에서 특정 연령층 또는 특정 지역에, 주요 질병으로 인한 보건문제가 포착되게 되면, 이후 잘 구축된 지역설문조사를 통해 변수들간의 인과관계를 규명해 낼 수 있게 되며, 이를 기반으로 구체적 보건사업을 기획할 수 있게 된다.

4. 21대 질병 분류별 수진건수

성동구의 경우 적용인구의 21대 분류별 수진건수를 의료보험 통계연보의 전국치와 비교해보면 대체적으로 비슷한 순위와 비율을 보여주고 있다. 성동구의 21대 분류별 전체수진건수에서 호흡기계 질환이 27.31%를 차지하여 가장 많고 소화기계 질환이 19.85%, 손상, 중독 및 외인에 의한 결과가 5.32%를 각각 차지하고 있다. 신생물의 경우 천명당 수진건수가 성동구는 11.81인데 비해 전국치는 30.90이며, 정신 및 행동장애의 경우 성동구는 47.02인데 비해 전국치는 81.14로 되어 있다(표 6).

표 3. 성별 주요 암의 수진자수 (단위 : 명)

순위	종류	남자+여자	여자	남자	십만명당 수진자수
1	위암	144	66	78	74.37
2	자궁암	86	86	0	44.42
3	간암	83	24	59	42.87
4	유방암	82	75	7	42.35
5	대장암	77	35	42	39.77
6	기관지 및 폐암	63	22	41	32.54
7	갑상선암	55	53	2	28.41
8	방광 및 신장암	35	10	25	18.08
9	백혈병	25	8	17	12.91
10	입술, 구강 및 인두암	23	11	12	11.88

표 4. 연령별 주요 암의 수진자수 (단위 : 명)

연령구간	위암			유방암			자궁암		
	수진자수	십만명당	수진자수	수진자수	십만명당	수진자수	수진자수	십만명당	수진자수
20~30	4	8.60		4	8.60		3	6.45	
31~40	17	44.64		20	52.52		10	26.26	
41~50	22	98.11		19	84.73		20	89.19	
51~60	48	260.93		23	125.03		31	168.51	
61~70	35	388.50		15	166.50		10	111.00	
71~80	16	422.72		5	132.10		8	211.36	
80~	2	160.13		0	0.00		1	80.06	

표 5. 동별 주요 암의 수진자수 (단위 : 명)

동	위암			유방암			자궁암		
	수진자수	십만명당	수진자수	수진자수	십만명당	수진자수	수진자수	십만명당	수진자수
성수1가3동	14	95.20		8	54.40		8	54.40	
용답동	8	57.48		6	43.11		8	57.48	
마장동	14	99.84		5	35.66		3	21.39	
성수1가1동	6	49.44		4	32.96		6	49.44	
금호3가	8	72.35		7	63.30		4	36.17	
금호2가	4	40.90		2	20.45		4	40.90	
왕십리2동	10	84.18		5	42.09		2	16.84	
금호4가	7	74.79		3	32.05		4	42.74	
송정동	7	75.52		2	21.58		1	10.79	
행당1동	11	108.48		5	49.31		5	49.31	

* 10개 동만을 보여줌

표 6. 21대 분류별 수진건수(천명당) (단위 : 건,.%)

질병그룹	수진건수 (성동구)	수진건수 (전국 시지역)	천명당 수진건수 (성동구)	천명당 수진건수 (전국시지역)
특정감염성 및 기생충성 질환	25,836(4.54)	3,154,045(4.25)	133.43	169.76
신생물	2,287(0.40)	574,091(0.77)	11.81	30.90
혈액 및 조혈기관의 질환과 면역기전을 침범한 특정장애	2,825(0.50)	94,648(0.13)	14.59	5.09
내분비, 영양 및 대사 질환	10,774(1.89)	1,253,772(1.69)	55.64	67.48
정신 및 행동 장애	9,105(1.60)	1,507,649(2.03)	47.02	81.14
신경계의 질환	5,388(0.95)	740,004(1.00)	27.83	39.83
눈 및 눈 부속기의 질환	27,063(4.76)	3,711,857(5.00)	139.77	199.78
귀 및 유양돌기의 질환	12,369(2.18)	1,567,323(2.11)	63.88	84.36
순환기계의 질환	19,642(3.45)	2,209,401(2.98)	101.44	118.91
호흡기계의 질환	155,271(27.31)	23,503,978(31.67)	801.91	1265.0
소화기계의 질환	112,850(19.85)	14,790,297(19.93)	582.82	796.04
피부 및 피하조직의 질환	26,082(4.59)	3,780,775(5.09)	134.70	203.49
근골격계 및 결합조직의 질환	25,784(4.54)	5,180,231(6.98)	133.16	278.81
비뇨생식기계의 질환	22,555(3.97)	2,920,211(3.93)	116.49	157.17
임신, 출산 및 산욕	3,014(0.53)	436,125(0.59)	15.57	23.47
주산기에 기원한 특정병태	154(0.03)	79,120(0.11)	0.79	4.26
선천성 기형, 변형 및 염색체 이상	444(0.08)	76,319(0.10)	2.29	4.11
달리 분류되지 않은 증상, 징후와 임상검사의 이상소견	10,990(1.93)	974,661(1.31)	56.76	52.46
손상, 중독 및 외인에 의한 특정 기타결과	30,273(5.32)	4,934,365(6.65)	156.35	265.58
질환이환 및 사망의 원인	131(0.02)	39018(0.05)	0.68	2.10
건강상태 및 보건서비스 접촉에 영향을 주는 요인	522(0.09)	0(0.00)	2.70	0.00
기타	65,193(11.47)	2,688,640(3.62)	.	144.71
계	568,552(100.0)	74,216,530(100.0)		

5. 질병 소분류별 다발생순위별 수진건수 및 수진자수

의료보험 통계연보에는 질병 소분류별 다발생순위별 수진건수가 입원과 외래에 대해 각각 나와 있다. 표 7은 성동구 자료의 질병 소분류별 다발생순위별 수진건수를 외래 진료건수로 다발생 14개 질병항목에 대해서만 살펴본 것인데, 통계연보의 전국치와 비교할 수 있도록 천명당 추정수진건수를 구하였다. 성동구 주요 상위 순위 질병의 천명당 추정수진건수는 비교적 전국치와 비슷한 수치와 순위를 보여주고 있으나 급성비인두염과 상세불명 소화성궤양은 성동구가 전국자료에 비해 훨씬 낮은 수치를 나타내고 있다.

의료보험자료의 외래수진건수가 대개 연구자료로서의 신뢰성이 낮은 점을 고려해 볼 때 급성비인두염과 상세불명의 소화성궤양에서의 수진건수 차이는 지역보건계획과 관련한 보건문제 파악에 있어 별 의미가 없는 것으로 볼 수 있다.

표 8은 성동구 지역의료보험자료의 질병 소분류별 다발생 순위별 수진자수를 입원과 외래를 합쳐 다발생 순위별로 14개를 보여주고 있다. 성동구의 경우 적용인구 천명당 수진자수가 가장 많은 질병은 치아우식증으로 되어 있다.

이 자료를 입원과 외래로 구분해서 질병 소분류별 다발생순위별 천명당 수진자수를 구할 수도 있다. 이를 통해 지역사회의 보건문제가 될 수도 있는 다발생 질병이 무엇이며, 그 규모가 어느 정도인지 짐작할 수 있게 된다.

표 7. 질병 소분류별 다발생순위별 수진건수, 외래 (단위 : 건)

순위	질병	수진건수 (성동구)	수진건수 (전국)	수진건수*2	천명당 추정 수진건수	천명당 수진건수 (전국)
1	다발성 및 상세불명의 급성상기도염	20,657	12,186,631	41314	213.369	276.87
2	급성기관지염	19,951	10,522,195	39902	206.077	239.05
3	치아우식증	18,149	8,318,457	36298	187.464	188.99
4	급성편도염	12,134	4,945,746	24268	125.334	112.36
5	치수 및 치근단 주위조직의 질환	11,684	6,044,597	23368	120.686	137.33
6	급성인두염	11,483	4,915,204	22966	118.609	111.67
7	급성비인두염	9,552	6,936,901	19104	98.664	157.60
8	위염 및 십이지장염	8,895	5,064,252	17790	91.878	115.06
9	본태성 고혈압	7,300	3,393,557	14600	75.403	77.10
10	결막염	6,175	3,059,260	12350	63.782	69.50
11	급성 후두염 및 기관염	6,067	2,994,286	12134	62.667	58.65
12	위궤양	5,048	2,478,474	10096	52.141	56.31
13	자극성 장증후군	3,411	888,294	6822	35.233	20.18
14	상세불명의 소화성궤양	3,405	2,581,546	6810	35.171	68.03

주) 1) 전국시지역과의 비교를 위하여 1년간의 총 수진건수를 추정한 것
(성동구 자료는 6개월분임)
2) 95 의료보험 통계연보, 의료보험연합회

표 8. 질병 소분류별 다발생순위별 수진자수(입원+외래) (단위 : 명)

순위	질병명	수진자수	천명당 수진자수
1	치아우식증	8,595	44.38
2	다발성 및 상세불명의 급성상기도염	7,832	40.44
3	급성기관지염	7,724	39.89
4	위염 및 십이지장염	7,189	37.12
5	급성편도염	6,464	33.38
6	급성 인두염	5,490	28.35
7	치수 및 치근단 주위조직의 질환	5,226	26.99
8	급성비인두염	4,516	23.32
9	결막염	4,163	21.50
10	질 및 외음부의 기타염증	3,851	19.88
11	상세불명의 소화성궤양	3,580	18.48
12	위궤양	3,496	18.05
13	급성 후두염 및 기관염	3,428	17.70
14	치은염 및 치주질환	3,377	17.44

주) 천명당 수진자수는 수진자수를 지역의료보험 적용 인구수로 나눈 것임

6. 질병 소분류별 다발생 고순위 질병의 이용 의료기관 종류별 수진건수

성동구의 다발생 고순위 질병을 외래에 대해 알아보고, 이들 고순위 질병에 이환되었을 때 지역주민들이 어떤 종류의 의료기관을 이용하고 있는지를 의료기관종별로 살펴보았다. 급성기관지염은 외래 기준으로 질병 소분류별로 보았을 때 성동구에서 두 번째로 다발생하는 질병인데, 이 질병에 걸린 지역 주민들의 4.51%는 종합병원을, 2.26%는 병원을, 93.23%는 의원을 각각 이용하는 것으로 나타났다. 다발생 주요질환들의 이용의료기관 종류별 수진건수 백분율을 전국자료와 비교했을 때 큰 차이를 보여주지는 않았다(표 9).

표 9. 질병 소분류별 다발생 고순위 10대질병의 이용 의료기관 종류별 수진건수 백분율(외래) (단위 : %)

순위	질 병	성동구			전국		
		종합병원	병원	의원	종합병원	병원	의원
1	다발성 및 상세불명의 급성상기도염	9.57	1.53	88.90	6.11	3.59	90.31
2	급성기관지염	4.51	2.26	93.23	4.27	3.11	92.62
3	치아우식증	2.74	0.95	96.30	1.14	0.11	98.75
4	급성편도염	4.91	1.13	93.96	4.08	3.28	92.65
5	치수 및 치근단 주위조직의 염증	2.28	0.83	96.69	1.69	0.14	98.18
6	급성인두염	5.80	0.75	93.45	6.52	2.58	90.90
7	급성비인두염	12.06	4.32	83.62	4.80	3.12	92.07
8	위염 및 십이지장염	14.53	6.65	78.82	8.69	5.77	85.54
9	본태성 고혈압	39.67	5.22	55.12	32.48	8.68	58.83
10	결막염	6.98	1.93	91.09	4.94	2.98	92.08

7. 주요 전염병 수진자수

우리나라의 전염병 신고체계는 아직도 부실하다. 지역사회에 주요 전염성질환이 발생했을 경우 민간의료기관은 이를 보건소에 신고해야 하나, 여러가지 이유로 잘 실천되지 않고 있다. 자치구 보건소가 소지하고 있는 주요 전염성 질환 통계자료는 해당 보건소가 직접 진료했던 실적자료를 중심으로 일부 신고자료를 합친 것이 대다수다. 그러나 이 자료는 부실한 신고체계와 관리미흡으로 인해 대부분이 쓸모없는 형편이다. 성동구의 경우도 마찬가지여서 다른 자료원을 찾을 수 밖에 없었다.

표 10. 주요 전염병 수진자수 (단위 : 명, %)

전염병	수(%)	천명당 수진자수
만성B형간염	629(53.29)	3.25
급성B형간염	331(21.51)	1.71
성홍열	71(5.90)	0.37
유행성이하선염	63(5.24)	0.32
세균성이질	34(2.83)	0.18
홍역	26(2.16)	0.13
아메바성이질	21(1.75)	0.11
장티푸스	11(0.91)	0.06
백일해	4(0.33)	0.02

표 10은 성동구 지역의료보험 적용인구의 주요 전염병 수진자수를 보여주고 있다. 이의 활용은 부실한 보건소 자료를 보완하는 의미가 있게 된다.

8. 주요 만성질환의 이용 의료기관별 수진건수(입원, 외래)

외래 치료를 받을 때 성동구 지역내 고혈압 환자의 39%는 종합병원을 이용하고, 5.13%는 병원을, 55.87%는 의원을 이용하고 있다. 당뇨병 환자의 경우 고혈압 환자에 비해 의원급 의료기관보다는 종합병원을 조금 더 많이 이용하고 있다. 뇌혈관질환자들은 외래진료를 이용하는 경우에도 대부분(91.97%)이 종합병원을 이용하고 있음을 알 수 있다(표 11).

Ⅳ. 고 찰

성동구 지역의료보험조합의 적용인구는 193,629명이고 전체인구가 342,648명이므로 적용률은 56.5%가 된다. 나머지 43.5%는 직장 또는 공·교의료보험의 적용을 받고 있는 것으로 간주할 수 있다. 지역의료보험 적용인구와 공·교 또는 직장의료보험 적용인구의 수진정도와 양상이 동일할 것이라는 가정을 한다면 성동구 지역의료보험자료를 이용한 적용인구 1인당

표 11. 주요 만성질환의 이용 의료기관별 수진건수(입원, 외래) (단위 : 명, %)

질병	외래			소계	입원			소계
	종합병원	병원	의원		종합병원	병원	의원	
고혈압	2,959(39.00)	382(5.13)	4,162(55.87)	7,449(100.0)	40(85.11)	4(8.51)	3(6.38)	47(100.0)
당뇨	2,445(49.60)	206(4.16)	2,289(46.24)	4,950(100.0)	125(91.24)	8(5.04)	4(2.92)	137(100.0)
뇌혈관 질환	380(91.79)	0(0.00)	34(8.21)	414(100.0)	104(98.11)	2(1.89)	0(0.00)	106(100.0)

년간 수진건수 등의 변수값을 성동구 지역주민 전체의 것으로 간주할 수 있게 된다. 가령 성동구 지역의료보험자료를 이용한 적용인구 1인당 년간 수진건수가 6.18회라면, 이것은 성동구 지역주민 1인당 년간 수진건수가 되는 것이다. 그러나 의료보험연합회 통계연보의 전국치를 참조하여 판단한 결과, 지역의료보험 적용인구의 해당 변수값과 지역 또는 공·교의료보험 적용인구의 그것이 다르다면 전국치를 근거로 한 가중치를 주어 성동구 전체지역주민의 해당 변수값을 구해야 한다.

앞서 살펴본 지역의료보험자료의 활용성 실례들 외에도 주요 변수들을 이용한 지역보건문제의 발견과 이와 관련된 정보획득의 가능성은 넓게 열려있다. 가령, 지역내 65세 이상 노인의 보건문제를 알아보기 위해 주요 수진질병양상 및 의료이용양상을 질병다발생순위별, 동별, 의료기관종별 등의 주요 변수별로 살펴볼 수도 있다.

지역의료보험조합 자료에는 적용인구가 이용한 요양기관의 소재를 자치구 단위로 알려주는 지역코드가 없는 관계로 의료이용의 지역친화도를 계산할 수 없다는 한계가 있다. 즉, 적용인구가 관내의 의료기관을 어느정도 이용하고 관외의 의료기관을 어느정도 이용하고 있는지를 알 방법이 없게 된다. 또 지역코드를 알 수 없는 관계로 관내에 소재하고 있는 지역의료보험 요양기관의 생산성, 가령 관내 의원 1개당 1년간 또는 1일 지역의료보험환자 진료실적을 유추할 수도 없다.

지역의료보험조합에서 소장하고 있는 피보험자의 자격관리파일을 구할 수 있으면, 이것을 급여파일과 매칭시켜 분석한다면 보험료 부과액 등 소득, 재산과표 변수와 급여파일의 주요 변수들간의 상관관계분석 및 회귀분석 등 분석적 통계기법을 사용할 수 있게 될 것이다. 또 지역의료보험조합의 예방보건사업파일을 통해 지역의료보험 적용인구의 예방검진관련 정보를 다양한 변수들과의 관계속에서 파악할 수 있게 되는데, 보건소의 건강증진사업의 일환으로 지역의료보험조합의 예방검진사업 실적을 높이고 이들 성과와 자료를 공동관리하는 방식으로 이 사업을 효과적으로 발전시킬 수도 있을 것이다.

고혈압, 당뇨병 등 지역주민의 만성질환을 효과적으로 관리하기 위해 보건소 중심의 만성질환 관리체계를 수립하려 할 때 지역의료보험자료가 유익하게 활용될 수 있다. 지난 1년간 고혈압이나 당뇨병 등으로 의료기관을 한 번이라도 이용했던 모든 환자들의 명단을 거주지 동별, 성별, 연령별로 구할 수 있기 때문이다. 보건소가 이것을 데이터베이스화해서 관리하게 되면, 이를 통해 환자관리율과 치료순응도를 높일 수 있게 된다.

지역보건의료계획의 작성과 관련한 지역보건문제의 발견에 있어 가장 중요한 수단은 통계에 근거한 문제의 발견이다. 이를 위하여 의료보험 급여자료(입원진료 및 외래진료)를 활용하게 되며, 이 과정을 통해 발견된 지역보건문제들을 중심으로 보건문제의 우선순위를 결정하고 우선순위가 높은 문제의 서비스목표를 설정하며, 서비스 꾸러미 개발 및 소요인력 추계 등을 수행하게 된다(송건용, 1997). 의료보험 급여자료 중 지역사회에서 활용할 수 있는 것은 지역의료보험조합 급여자료뿐이며, 이것 이외에 통계적으로 보건

문제를 파악할 수 있는 수단은 지역사회 표본조사 밖에 없다. 바람직한 지역보건의료계획의 수립을 위해서는 지역사회를 대상으로 하는 여러 종류의 조사가 이루어져야 하는데, 이러한 조사를 통해 정확성 있는 자료를 얻어내기 위해서는 많은 비용이 소요되게 된다. 그러한 관계로 지역사회 조사에서는 최적의 최대 정보의 획득이 목표가 되며, 이를 위해 조사를 실시하기 전에 본 연구에서 사용한 지역의료보험 전산자료를 활용한 통계적 지역보건의료문제의 발견 단계를 거칠 필요가 있다.

V. 요약 및 결론

본 연구는 1995년 7월부터 12월까지 성동구 지역의료보험조합의 급여자료를 이용하여 주요 변수별로 수진건수, 수진자수, 지급진료비 등을 구하여 의료보험연합회 전국자료나 '95 국민건강조사자료와 비교해 봄으로써 지역의 주요 보건의료문제를 발견하고, 이를 지역보건계획 수립에 활용하고자 하는 것이다. 즉, 지역보건계획 수립에 있어 지역의료보험 전산자료의 다양한 활용가능성과 그 한계를 검토해 보고자 하였다.

본 연구의 주요 결과를 요약하면 다음과 같다.

첫째, 지역의료보험자료의 강점은 거주지가 명확한 주민들의 의료이용도와 진료비 지출에 관한 자료를 확보할 수 있다는 데 있다. 이 두 자료는 지역보건계획 수립의 핵심자료이다.

둘째, 성동구의 지역의료보험 적용인구는 입원진료의 경우 전체 입원수진건수의 67.5%, 18.1%, 13.7%가 각각 종합병원, 병원, 의원을 이용하였다. 이것을 의료보험연합회 전국자료에서의 해당 비율인 72.1%, 12.7%, 13.9%와 비교하여 볼 때, 종합병원 입원수진건수는 더 적고, 병원 입원수진건수는 다소 많은 것이다. 이는 성동구의 병원급 의료기관이 6개소로, 다른 지역에 비해 그 수가 상대적으로 많다는 것에 크게 기인하는 것으로 보여진다. 또한 '95 국민건강조사자료와 비교해보면, 성동구 자료가 종합병원 입원수진건수 백분율에 있어서는 더 큰 반면, 의원 입원수진건수 백분율에 있어서는 좀 더 작아 타당한 양상을 보여주고 있다. 한편, 의료보험자료 중 외래이용자료는 많은 경우에 연구자료로서 신뢰성이 낮은 것이 사실이나 지금까지 전국조사나 지역조사를 통해 연간 외래의료이용량을 밝혀낸 경우가 거의 없었고, 이 조사의 성격상 각종 편견(bias)으로 인한 조사결과의 낮은 신뢰성을 고려해 볼 때 지역의료보험자료를 활용하는 것이 더 바람직하다.

세째, 성동구자료의 경우 동별로 적용인구 천명당 수진건수에서 상당한 변이를 보여 왕십리1동과 도선동은 수진율이 낮고 옥수1동과 행당2동은 수진율이 높다. 이러한 의료이용의 차이는 지역보건계획에 있어 몇 가지 함의를 가진다. 먼저 행정자료의 검토를 통해 동별 의료이용의 차이에 대한 원인을 찾아야 하겠고, 다음으로 지역표본조사의 설계 및 표본추출에 이를 활용해야 한다. 또 성동구 보건소가 지역보건문제의 해결을 위한 동 단위의 개입을 시행하게 될 때 이 자료는 보건사업의 지역별 우선순위 설정에 활용될 수 있다.

네째, 성동구의 지역의료보험 적용인구에서 주요 암의 수진자 수는 암의 유병자 수로 보아도 무방하다. 이는 암에 이환되었을 경우 거의 모든 환자들이 의료기관을 방문할 것이며, 악성 암환자에 대한 요양의료기관의 진료비 청구시 왜곡의 가능성이 매우 적을 것이기 때문이다.

다섯째, 우리나라 전염병 신고체계가 부실한 관계로 보건소가 보유하고 있는 주요 전염병 수진자 자료는 통계자료로 사용하기에 부적합한 경우가 대부분이다. 그러므로 보건소 전염병자료를 보완하는 측면에서 지역의료보험자료의 활용이 가능하다.

이상의 결과를 통해 볼 때, 지역보건의료계획 수립과 관련하여 외래 수진자료의 이용이 자료신뢰성이 낮고 활용성이 떨어지는 등의 한계가 있는 것은 사실이나 입원자료의 다양한 변수별 분석결과는 지역보건의료문제의 파악과 보건계획수립에 있어 활용 가능성의 여지가 많을 것으로 판단된다. 향후 연구자료로서 지역의료보험자료의 신뢰성을 높히기 위한 제반 연구

와 노력이 이루어져 지역보건의료계획 수립에 있어 지역조사와 더불어 지역의료보험자료의 활용성이 확립되도록 해야 할 것으로 판단된다.

참고문헌

김신의. 지역보건의료계획의 경험. 한국보건행정학회 전기학술대회 연제집, 1997

문옥륜. 조유향. 지역보건계획. 고려의학, 1995, pp. 45-61

문옥륜. 한국사회와 의료보장정책. 명경출판사. 1994, pp. 341-395

문옥륜. 한국의료보험론. 신광출판사, 1997, pp. 428-433

박기준. 국민건강증진법의 내용 및 시행계획. 연세대 보건대학원 추계세미나 자료집, 1995

박형종. 건강증진사업의 의의. 연세대 보건대학원 추계세미나 자료집, 1995

변종화. 국민건강증진사업의 추진계획, 연세대 보건대학원 추계세미나 자료집, 1995

보건복지부. 농어촌 의료서비스 기술지원단. '96 농어촌 의료서비스 개선사업지침, 1995

보건복지부. 지역보건의료계획서작성지침, 1996

보건사회연구원. 한국인의 건강과 의료이용실태, 1995 ; pp. 124-126

서울대학교 보건대학원 보건정책학교실, 한양대학교 의과대학 예방의학교실. 성동구 보건의료계획, 1997

서울대학교 보건대학원 보건정책학교실. 구리시 보건의료체계 및 보건사업개발에 관한 연구, 1996

서울대학교 지역의료체계 시범사업단. 수원시 보건향상을 위한 의료정책개발 : 보건의료계획을 중심으로, 1995.

송건용. 지역보건의료계획의 경과와 평가. 한국보건행정학회 전기학술대회 연제집, 1997

양지훈. 광역자치단체에서의 보건의료계획의 경험. 한국보건행정학회 전기학술대회 연제집, 1997

영남대학교 의과대학 예방의학교실. 경주시 지역보건의료사업을 위한 계획, 1996

의료보험연합회. 전산실 내부자료, 1997

의료보험연합회. 통계연보, 1995

이규식. 보건소의 건강증진사업과 지역보건계획. 보건행정학회지, 1997 ; 7(1) : pp. 1-31

인도주의실천의사협의회. 지방자치와 보건의료, 1995

인제대학교 보건대학원. 창원시 보건의료정책개발, 1997

Andrew Green. An Introduction to Health Planning in Developing Countries, 1992.

Charles Collins, Andrew Green. Decentralization and primary health care : some negative implications in developing countries. International Journal of Health Services, 1994 ; 24(3) : pp. 459-475

Kinne S, Thompson B, Chrisman NJ, Hanley JR. Community organization to enhance the delivery of preventive health services. Am J Pre Med, 1989 ; 5(4) : pp. 225-229

Mark E Cowen, Mary Bannister, Richard Shellenberger, Robert Tilden. A Guide for planning community-oriented health care. Medical care, 1996 ; 34(3) : pp. 264-279

Merino R, Fischer E, Bosch SJ. Technical assistance offered community health programs through a resource model, Public Health Rep, 1985 ; 100(1) : pp. 25-30

Merino R, Rose DN, Bosch SJ. A medical school's involvement in the development of a community-based health center. J Community Health, 1982 ; 8(2) : pp. 130-140

Ministry of Health. Denmark. The health promotion programme of the Government of Denmark, 1992

Richard Smith. Health of the nation : The BMJ view. British Medical Journal, 1991 ; pp. 1-8