

속표지



# 군 장병 중심 군 의료체계 구축에 관한 연구

2023년도 군사망사고진상규명위원회  
군 장병 중심 군 의료체계 구축에 관한 연구  
용역 최종보고서를 제출합니다.

2023. 06. 30.

연구수행기관		한국일차보건의료학회
연구책임자	임 종 한	[한국일차보건의료학회]
공동연구원	김 대 희	[가톨릭대학교 인천성모병원 응급의학과]
	박 성 배	[일산병원 가정의학과]
	백 명 제	[경희대병원 정신건강의학과]
	오 주 환	[서울대학교 의과대학]
연구보조원	김 형 남	[군인권센터]
	이 창 희	[일산병원 가정의학과]
	정 수 창	[한국일차보건의료학회]



# CONTENTS

## 목 차

요약문 .....	i
제1장 서 론 .....	1
1절. 연구 배경 및 목적 .....	3
1. 연구 배경 .....	3
2. 연구목적 .....	14
3. 연구방향 (군 의료체계 구축 방향) .....	15
2절. 연구내용 및 특징 .....	17
1. 연구내용 .....	17
2. 연구 특징 .....	17
3절. 연구 방법 .....	19
1. 설문조사 .....	19
2. 집중면담조사(FGI) .....	20
3. 문헌 및 자료 조사 .....	21
4. 군 의료 데이터베이스 분석 .....	22
제2장. 군 의료서비스 공급 및 이용 현황 .....	25
1절. 군 의료서비스 공급 현황 .....	27
1. 군 의료전달체계 .....	27

2. 군 의료 시설 .....	28
3. 군 의료 인력 .....	31
4. 군 의료 시설 인력 소결 .....	34

### **제3장. 군 의료서비스 이용 실태조사 결과 ..... 35**

1절. 실태조사 대상자 특성(군) .....	37
2절. 실태조사 결과 .....	40
1. 미충족 의료 경험 실태 .....	40
2. 미충족 의료 경험 장병의 의료서비스 이용 장애 원인 .....	40
3. 응답자의 특성에 따른 미충족 의료 경험의 차이 .....	42
3절. 실태조사 결과 분석 .....	51
1. 미충족 의료 개념 .....	51
2. 미충족 의료 분포 .....	52
3. 미충족 의료 개선 방향 .....	53
4절. 실태조사 기반 정책제언 .....	56
1. 건강상태에 따른 인력 관리 방안 마련 .....	56
2. 업무 대체 전담 인력 편성 .....	56
3. 실질적 의료 접근권 개선 .....	56

### **제4장. 군 일차의료 주요 현안 ..... 59**

1절. 일차의료체계와 군 관련 실태 .....	61
1. 국내 일차의료 현황 .....	61
2. 해외 일차의료 현황 .....	67
3. 각국의 일차의료와 군 의료 현황 .....	84
2절. 집중 면접조사(FGI) 결과 .....	96
1. 군 장병 중심 군 의료체계 구축 연구 집중면접조사 (제대장병/요약) .....	96
2. 군 장병 중심 군 의료체계 구축 연구 집중면접조사 (전역군의원/요약) .....	98
3절. 군 일차의료 소결 및 제언 .....	102

1. 소결 .....	102
2. 제언: 최종 4가지 실천방안을 제안하고자 한다. ....	104

## **5장. 군 정신보건의료 주요 현안 ..... 109**

1절. 군 정신보건의료와 군 관련 실태 .....	111
1. 국내 정신보건의료 현황 .....	111
2절. 군 정신보건의료 현황 통계 .....	116
1. 군 병원 정신건강의학과 외래 및 입원 현황 .....	116
2. 군 병원 의무조사 현황 .....	118
3. 군 병원 응급진료 현황 .....	119
3절. 집중 면접조사 결과 .....	120
1. 군 병원 및 사단 의무대 외래진료 .....	120
2. 군 병원 입원과 민간병원 위탁입원 .....	127
3. 정신과적 응급상황 시 군 정신과 응급진료 .....	129
4. 군 정신건강의학의 체계적 문제 .....	130
4절. 군 정신보건의료 소결 .....	135
1. 수요 대비 공급 부족의 군 정신건강의료 서비스에 대한 대안 .....	135

## **제6장 군대기간이 건강에 미치는 영향평가 ..... 141**

1절. 연구대상 군 입대자 개요 .....	144
2절. 데이터베이스 분석 결과 .....	149
1. 사망 결과 비교 .....	149
2. 새로운 질환발생 결과 비교 .....	159
3. 비교 분석 결과 .....	164
3절. 군 장병 건강관리체계 소결 .....	166

<b>제7장. 결론: 정책 권고</b> .....	<b>169</b>
1절. 정책 개선 방향 .....	171
2절. 단기 개선 과제 .....	172
1. 군 주치의제도 도입 .....	172
2. 군 일차의료 개혁 위한 태스크 팀 구성, 일차의료 개혁안 수립 .....	172
3. 미충족 의료서비스 충족 대안 마련 .....	172
4. 수요 대비 공급 부족의 군 정신건강의료 서비스에 대한 대안 마련 .....	173
5. 장기 개선 과제 .....	174
6. 기대효과 .....	175
 <b>참고문헌</b> .....	 <b>177</b>
 <b>부록</b> .....	 <b>183</b>
〈부록 1〉 집중 그룹 인터뷰 질문지 .....	185
〈부록 2〉 집중 그룹 인터뷰 (군의원) .....	186
〈부록 3〉 집중 그룹 인터뷰 (제대군인) .....	214
〈부록 4〉 군 일반 병사용 설문지 .....	245
〈부록 5〉 군 의료기관이용자-병사용 설문지 .....	249

# CONTENTS

## 표 목 차

〈표 1〉 군 의료시설 규모 현황	29
〈표 2〉 군 의료시설 장비 현황	29
〈표 3〉 군 의료시설 보건 인력 현황	31
〈표 4〉 군 의료시설 의사 인력 현황	31
〈표 5〉 군의관 현황	32
〈표 6〉 군 의료시설 간호 인력 및 관련 현황	34
〈표 7〉 군 의료서비스 이용 실태 조사 현장 분포	37
〈표 8〉 군 및 계급에 따른 설문조사 응답자 분포	38
〈표 9〉 응답자의 소속 부대 위치에 따른 설문조사 응답자 분포	38
〈표 10〉 응답자의 소속 부대 위치에 따른 설문조사 응답자 분포	38
〈표 11〉 군 의료서비스 이용 경험에 따른 설문조사 응답자 분포	39
〈표 12〉 설문조사 응답자의 미충족 의료 경험	40
〈표 13〉 의료서비스 이용 장애 원인	41
〈표 14〉 미충족 의료 경험 장병의 의료서비스 이용 장애 원인	41
〈표 15〉 군별 미충족 의료 경험 비율	42
〈표 16〉 계급별 미충족 의료 경험 비율	42
〈표 17〉 계급별 미충족 의료 경험 비율	43
〈표 18〉 부대 위치에 따른 미충족 의료 경험 비율	43
〈표 19〉 부대에서 군 의료기관까지의 거리에 따른 미충족 의료 경험 비율	43
〈표 20〉 부대에서 민간 의료기관까지의 거리에 따른 미충족 의료 경험 비율	44
〈표 21〉 부대 위치에 따른 미충족 의료 경험 장병의 의료서비스 이용 장애 원인	45
〈표 22〉 입대 전 기저질환 유무에 따른 미충족 의료 경험 비율	46
〈표 23〉 입대 전 3년 이내 입원치료 경험 유무에 따른 미충족 의료 경험 비율	47

<표 24> 입대 후 의료서비스 이용 경험 유무에 따른 미충족 의료 경험 비율	47
<표 25> 입대 후 의료서비스 이용 빈도에 따른 미충족 의료 경험 비율	47
<표 26> 증상별 미충족 의료 경험 비율	48
<표 27> 기저질환 유무에 따른 미충족 의료 경험 장병의 의료서비스 이용 장애 원인	48
<표 28> 대체인력 유무에 따른 미충족 의료 경험 장병의 의료서비스 이용 장애 원인	54
<표 29> 접근성 및 연속성	70
<표 30> 케어메니지먼트	71
<표 31> 포괄성	71
<표 32> 조정성	72
<표 33> 환자/보호자 및 간병인 참여	72
<표 34> 인구집단기반 건강관리	73
<표 35> 환자중심 서비스 개발 원칙	73
<표 36> 호주 PIP의 당뇨병 보상영역	78
<표 37> 환자중심메디칼홈 및 병사중심메디칼홈의 구조적 특성	93
<표 38> 최근 5년(2017~2021년) 10세 단위별 우울증 환자수	111
<표 39> 최근 5년(2017~2021년) 10세 단위별 불안장애 환자수	112
<표 40> 최근 5개년(2018~2022년) 입원 및 외래진료 현황	116
<표 41> 최근 5개년(2018~2022년) 병원별 외래진료 현황	116
<표 42> 최근 5개년(2018~2022년) 병원별 입원 현황	117
<표 43> 최근 5개년 정신건강의학과 위탁치료 및 보정된 군 병원 입원 현황	117
<표 44> 최근 5개년(2018~2022년) 병원별 의무조사 현황	118
<표 45> 최근 5개년(2018~2022년) 병원별 응급진료 현황	119
<표 46> 국방부 부대관리 훈련	136
<표 47> 육군 규정	136
<표 48> 군 입대년도 별 대상자 수	144
<표 49> 군 입대년도 별 평균 복무 기간	144
<표 50> 군 입대년도 기준 군 입대 연령	144
<표 51> 군 입대년도 기준 군 입대 연령 분포	145
<표 52> 군 입대년도 별 찰슨동반상병지수로 본 건강상태	145
<표 53> 군 입대자의 관찰기간 5년간 군 입대 사실이 없는 사람들과 군 입대 경험자 비교	146
<표 54> 2013년 군 입대 코호트와 대조군의 사망 비교	149
<표 55> 2014년 군 입대 코호트와 대조군의 사망 비교	151
<표 56> 2015년 군 입대 코호트와 대조군의 사망 비교	153
<표 57> 2016년 군 입대 코호트와 대조군의 사망 비교	155
<표 58> 2017년 군 입대 코호트와 대조군의 사망 비교	157

〈표 59〉 2013년 군 입대 코호트와 대조군의 새로운 질환 발생 비교 .....	159
〈표 60〉 2014년 군 입대 코호트와 대조군의 새로운 질환 발생 비교 .....	160
〈표 61〉 2015년 군 입대 코호트와 대조군의 새로운 질환 발생 비교 .....	161
〈표 62〉 2016년 군 입대 코호트와 대조군의 새로운 질환 발생 비교 .....	162
〈표 63〉 2017년 군 입대 코호트와 대조군의 새로운 질환 발생 비교 .....	163

# CONTENTS

## 그림목차

[그림 1] 군 의료전달체계 .....	27
[그림 2] 전국 군 병원·의원(공공의료기관) 시설 위치 .....	30
[그림 3] MDC 목록 (MDC, NJ state Health Assessment Data) .....	62
[그림 4] 기능적 일차의료기관 비율 .....	63
[그림 5] 지역기반 환자중심의원 모형 모식도 .....	65
[그림 6] King's fund 보고서의 일차의료 핵심요소 .....	67
[그림 7] 미국 질 보장 위원회 PCMH 인증 .....	68
[그림 8] 환자중심 일차의료기관(PCMH)의 팀 구성 .....	69
[그림 9] PCN service specifications .....	74
[그림 10] 2025년 일본 지역포괄케어의 모습 .....	77
[그림 11] PCMH Implementation Level Score .....	82
[그림 12] 권장 의사-스태프 비율 .....	83
[그림 13] 미 군 의료체계-환자중심 메디컬홈(PCMH) 일차의료 .....	90
[그림 14] 10년간 정신건강의학과 의원수 변화 .....	113
[그림 15] 시도별 정신건강의학과 의원 분포 .....	113
[그림 16] 시도별 인구 10만명 당 정신건강의학과 의원 분포 .....	114

# 요 약 문

## 제1장 서론

### 1절. 연구 배경과 목적

#### 1. 연구 배경

군대는 대외의 적으로부터 민주적 기본질서를 수호하기 위해서 존재한다. 민주적 기본질서의 핵심은 모든 국민의 기본권 보장임은 두말할 나위가 없다. 그런데 외부의 적으로부터 민주적 기본질서를 지켜야 할 군인들도 실제로 기본권에 대해 보장받는다. 군인에 있어서 의료를 받을 권리는 국가에게 급부를 요구하는 보건권, 의료인에게 최선의 진료를 요구하는 의료권 및 결과에 대한 보상을 요구할 수 있는 권리까지 포괄하는 개념이다. 하지만 최근에 김대희 교수 등의 연구 결과에 의하면, ‘아플 때 원하는 의료서비스를 받지 못했다.’로 표현될 수 있는 미충족 의료(unmet healthcare need) 경험은 2020년 조사된 전체 설문조사 대상자 중 24.8%에게서 나타났으며, 이러한 군 장병의 미충족 의료 경험률은 일반 국민(10.8%)에 비해서는 2.3배, 20대 남성(3.7%)에 비해서는 6.7배에 달하는 높은 수치이다. 군 의료의 접근성, 서비스의 질, 효율성을 개선하는 전략 수립이 필요하다.

#### 2. 연구목적

본 연구는 현역 장병을 대상으로 군 의료체계 이용 경험을 조사하여 미충족 의료 등으로 인한 사고 사례의 재발을 방지, 건강권을 보장하는 데에 최우선의 목적을 둔다. 본 연구는 군 의료체계의 의료 접근권 및 장병 건강권 보장을 위해 공급자 중심의 관리 관점이 아닌 수요자 중심 관점에서 군 의료체계를 구축하는 구체적인 방안과 시범사업, 향후 5년의 청사진을 제시하고자 한다. 본 연구에서는 한편으로는 군 의료서비스의 수준을 제고하기 위한 방안을 모색하고, 다른 한편으로는 민간 의료서비스에 대한 장병의 수요, 실태, 접근성 등을 실증적으로 파악하여 장병들이 차별 없이 적절하게 필요에 따라 민간 의료서비스를 이용할 수 있게끔 관련 제도를 개선하도록 하는 것을 목적으로 한다.

### 2절. 연구내용

군 의료(대대급) 3곳을 정하여 장병을 대상으로 하는 방문 조사, 설문지 조사, 집중면담조사(FGI), 문헌 조사를 통해 일차 의료체계 현황분석과 미충족 의료 실태를 확인하였다. 정신보건 전문인력(정신건강전문요, 병생활전문상담관) 집중면담조사(FGI)를 통한 정신보건의료체계 현황분석을 하였다. 최근 5년간의 입대 코호트를 대상으로 군 복무 기간이 건강에 미치는 영향을 평가하는 조사연구를 수행하고 현 군 의료체계 분석 후, 군 장병 중심 의료체계, 책임 의료체계 구축 등을 제안하였다. 이상에서 군 질병 발생,

의료이용, 사망 현황에 대한 체계적인 분석을 시행했는데, 다학제 전문인력에 의해 연구 진행되었고, 군 의료진과 외부 전문인력과의 긴밀한 협조관계 구축되어 연구 진행되었다.

### 3절. 연구 방법

#### 1. 설문조사

군 또는 민간에서 복무 중 의료서비스를 경험한 사람만으로 총 748명에 대해서 설문조사를 진행하였다. 설문조사지는 총 4종류이며 군 복무 중 군 의료서비스를 이용한 자와 민간 의료서비스를 이용한 자를 나누었고, 해당 집단 내에서 각각 간부와 병사를 구분하여 구성하였다. 설문항목은 공통 사항과 군 의료서비스 및 민간 의료서비스 이용에서 각각 확인하고자 한 특수 사항으로 구분되며, 각각의 설문지 내에서 입원 경험이 있는 사람은 별도의 설문항목을 통하여 이를 확인하였다. 공통사항으로는 인적사항(생년월, 성별, 결혼상태, 학력 등), 복무 관련 정보(소속, 계급, 병과, 보직 등), 군 복무 경험, 질병·의료 기초 정보, 군대·군 의료체계에 대한 인식을 조사하였다.

#### 2. 집중면담조사(FGI)

전역 후 군에서 발생한 질병 혹은 부상으로 군 및 민간 의료시설을 이용 중인 전역장병, 군 의료 및 의료 보조 인력, 정신건강 관련 의료서비스 이용 경험이 있는 현역 및 전역장병, 군 의료체계 관련 피해자 및 피해자의 가족 등 30명을 대상으로 집중면담조사를 시행하였다. 조사내용은 전역 후 군에서 발생한 질병으로 군 및 민간 의료시설을 이용 중인 전역장병의 의료 서비스 이용 실태와 장애 요인, 군 의료관리 체계의 적절성과 운영 실태, 군 정신건강 관련 의료 서비스 제공의 적절성과 운영 실태 등에 대해서였다.

#### 3. 문헌 및 자료 조사

한국학술지인용색인(Korea Citation Index) 홈페이지를 이용하여 관련 국내 학술지논문을 검색하고 그 결과물을 분석에 활용하였다. 학술연구정보서비스(Research Information Sharing Service) 홈페이지를 이용하여 관련 국내 학위논문, 단행본, 연구보고서를 검색하고 그 결과물을 분석에 활용하였으며, 펍메드(PubMed) 검색 엔진을 이용하여 관련 국외 학술지논문을 검색하고 그 결과물을 분석에 활용하였다. 국내 장병건강권 관련 선행연구, 장병건강권 관련 국가인권위원회 진정 사건 및 결정례, 군 의료체계 관련 현황 통계자료를 분석하여 결과를 제시하였다.

#### 4. 군 의료 데이터베이스 분석

최근 5년간의 입대 코호트를 대상으로 군대기간이 건강에 미치는 영향을 평가하는 조사연구를 실시하였다. Propensity score matching에 의한 혹은 특정한 변수 특징을 공유하는 인구집단간 비교추적을 하였으며, 같은 신체적 정신적 상태인 청년집단 중 군 입대 여부에 따라 군대기간과 제대 후 일정기간 동안의 추적관찰에서 건강상태가 달라지게 되는지 건강보험특성을 매칭하여 개인자료를 추적관찰하였다.

## 제2장 군 의료서비스 공급 및 이용 현황

전체 군의관은 수는 조금씩 감소하고 있다. 단기군의관의 공급에 큰 변화가 없었던 것에 비해, 장기군의관은 지원한 군의관보다 전역한 군의관이 많아 꾸준히 감소하는 추세를 보이고 있다. 일반의보단 전문의의 비율이 높으며, 정형외과, 내과의 비율이 상대적으로 높다. 전체 군의관 중 내과, 소아과, 가정의학과 군의관 비율 ('23. 5월 기준) 총 16.1% (내과: 13.7%, 가정의학과 : 2.0%, 소아과 : 0.4%)이다. 일반의는 11.8%에 해당된다. 약 700여명의 군의관이 일차의료가 가능하다. 간호사, 사회복지사등 보건의료인력에서도 필요한 인력을 충원하고 있지 못하다. 높은 간호등급을 유지하게 하는 병상기준 간호인력을 충족시키고 있지 못하며, 사회복지사를 두고 있는 병원도 매우 적다. 전자의무기록(EMR) 의료정보 공유시스템도 구축되지 않아, 의료기관별 환자의 의무기록에 대한 공유도 잘 이루어지고 있지 못하다. 상당수의 군의관이 일차의료에 종사하면서도 일차의료 전문인력에 대한 전문교육도 잘 받고 있지 못하는 상태이다.

## 제3장 군 의료서비스 이용 실태조사 결과 및 고찰

군 또는 민간에서 복무 중 의료서비스를 경험한 사람만으로 총 748명에 대해서 설문조사를 진행하였는데, 본 연구 결과에서 장병들의 군 의료기관 의료서비스의 미충족 의료 경험률은 24.2%였다. 즉, 현역군 장병들의 24.2%가 입대 후 지난 일 년 사이에 미충족 의료를 경험한 것으로 조사되었다. 이는 선행연구의 24.8%와 유사한 수치이다. 20세에서 40세 사이 일반 국민의 미충족 의료 경험률이 7.3%(국민건강영양조사, 2020)에 불과한 점을 감안하면, 현역군 장병들의 미충족 의료 경험 비율이 비슷한 연령대 일반 국민들에 비해서 3배 이상 높은 것을 확인할 수 있었다.

설문조사 결과에 따르면 군에서 의료서비스 이용 시 장애 원인은 도달 가능성과 수용성 측면이 가장 높게 나타났다. '증상이 가볍거나 시간이 지나면 좋아질 것 같아서'는 도달 가능성으로 분류하였는데 54.7%로 가장 높았다. 수용성 측면으로 분류하였던 '아프다고 말하기 어려워서 꾀병을 부린다는 오해를 받을까 봐' 역시 43.1%로 나타났다. 군에서의 수용성이 아직도 미충족 의료의 중요한 원인이 되고 있다.

## 제4장 군 일차의료 주요 현안

제대 군인 심층 인터뷰에 의하면 병원 단위 국군 통합병원이라든가 이런 부분에 있어서 환자가 집중돼 있어서 제대로 관리되지 않는 상황이며, 전체적으로 봐서는 필요한 일차 의료서비스도 못 받고 통합병원에서도 제대로 서비스가 진행되지 않는 상태이다. 군 자원의 효율적인 배치, 운용 이런 부분이 전반적으로 잘 이루어지지 못하고 비효율성이 높아졌다. 군 장병 중심으로 군자원의 효율적인 배분이 이루어져야 한다. 물리적인 거리의 제약으로 미충족 의료가 높게 보고되는 사각지대에서는 민간의료기관을 활용하거나 정보인프라를 개선해 군의관과의 소통이 개선되어야 할 것이다.

세계 선진국들의 일차의료는 시대가 요구하는 고기능형 일차의료로 변화하고 있다. 이는 선진국들이 공통적으로 겪고 있는 인구의 고령화와 그에 따른 만성질환자의 증가, 그리고 필연적인 결과로 합병증 증가와 이로 인한 거동 불편자/거동 불능자의 증가로 인해 의료서비스의 질과 효율성 두가지 모두가 당면 과제가 되었기 때문이다. 여러나라 군 의료에서도 의료자원의 효율적인 활용과 의료서비스의 질 향상을 위해 환자중심의료(PCMH)가 빠르게 확산되고 있다.

## 제5장 군 정신보건의료 주요 현안

집중면담조사에 참여한 상담관 모두는 일선부대에서 예약 대기로 인해 사단 및 군 병원 정신건강의학과 진료받는 것이 어렵다고 호소하였다. 군에서 정신건강문제가 발생할 때 대부분의 경우는 자타해의 위험성이 있는 응급상황인 경우가 많지만 외래 진료 예약이 밀려있어 길게는 1-2달까지 대기를 해야 되는 상황이다. 대안으로 민간 정신건강의학과 서비스의 적극적 활용, 정신건강의학과 군의관의 효율적 활용을 위한 예진시스템의 도입, 병영생활전문상담관 중 정신건강전문요원(정신건강사회복지사 등) 자격소지자를 사단 의무대 혹은 군 병원에서 배치, 군정신건강의학과 관련된 매뉴얼의 제작 보급등이 모색되어야 할 것이다.

## 제6장 군대기간이 건강에 미치는 영향 평가

군 입대자와 대조군(비입대자) 들 중 입대 전 동반상병(찰슨동반상병지수 산정 기준 질환들)이 없는 건강한 사람들로만 최종 분석 대상자 선정하여 분석한 결과에서, 군 입대자에서 대조군(비 입대자- 일반 사회활동군)에 비해 더 사망이 적었다. 입대 후 첫 2년간의 관찰기간 동안의 사망 확률이, 제대 후 총 5년간 추적관찰한 기간보다 더 적었다.

군 입대자와 대조군(비입대자) 들 중 입대 전 동반상병(찰슨동반상병지수 산정 기준 질환들)이 없는 건강한 사람들로만 최종 분석 대상자 선정하여 분석한 결과에서, 군 입대자에서 대조군(비 입대자- 일반 사회활동군)에 비해 더 새로운 질환 발생이 더 적었다. 백혈병, 림프종의 경우 일부 연도에선 양 그룹간 발생차이가 없는 경우도 있었다. 입대 후 첫 2년간의 관찰기간 동안의 새로운 질환발생 확률이, 제대 후 총 5년간 추적관찰한 기간보다 더 적었다. 거의 모든 질환들이 제대 후를 포함한 기간에서 군 입대자에 게서 대조군보다 적었던 발생확률의 차이가 다소 줄어드는데 반해, 치매의 경우는 몇 개년도에서 군 입대자에서의 발생이 더 줄어들기도 했다.

연구의 제한점으로 기존 질환이 있었던 군 입대자와 비입대자는 동일한 비교를 할 수 있는 방법을 찾을 수 없어, 분석에서 제외하였으므로, 분석할 수 있었다면, 그 결과는 건강한 사람들의 결과인 본 결과와는 같지 않을 수도 있다.

## 제7장 결론 및 정책 권고

### 1. 정책 개선 방향

군 인력과 자원을 최대한 효율적으로 재배치하여 군 의료의 질(質)을 획기적으로 개선 함과 동시에 장병들이 체감할 수 있는 따뜻하고 진정성있는 의료서비스 제공에 중점을 둔다.

우선 장병들이 입대부터 전역 시까지 체계적으로 군의관(주치의)의 건강관리를 받을 수 있게 될 것이며, 치료와 더불어 예방이 강조되는 국민 보건의료정책기조에 발맞추어 각종 질병에 대해 선제적으로 대응할 수 있는 다양한 예방적 건강관리 방안을 마련하도록 해야 한다. 이로써 장병 개개인에 대한 맞춤형 건강관리가 가능해질 것이다.

둘째, 군 의료기관의 기능을 재조정하고 기존 인력 및 자원을 최대한 효율적으로 재배치함으로써 군 의료의 질(質) 전문성을 강화한다.

군 일차의료기관으로 대대, 연대, 사단 의무실의 인력과 시설을 보강해 군 장병 중심의료기관의 역할을 수행하도록 한다. 군 병원 기능을 ‘상급종합병원’, ‘종합병원’, ‘정양(靜養) 병원’, ‘특수목적병원’으로 재조정하여 최상급 군 병원이 전체 군 병원 발전을 견인함과 동시에 특성화·전문화된 병원들이 환자상태별 맞춤형 의료서비스를 제공해야 할 것이다. 또한, 중증의상센터 설립을 통해 총상, 화상, 다발성 골절 등군 중증의상환자 치료를 위한 역량을 구비함과 동시에 민간에도 개방하여 공공의료기관으로서의 역할도 수행하도록 한다.

셋째, 민·관·군 진료협력을 활성화한다.

쏠 군 병원이 지역 내 대학병원, 일차의료기관과 협진 및 인적교류 체계를 구축하여 민간의 우수한 의료진이 군 병원에서 진료할 수 있도록 하고, 군 병원 역시 도서 및 격오지 지역 주민에게 개방하여 의료접근성 향상에 기여하게 한다.

넷째, 군 의료기관사이에 의료전달체계를 구축하여 의료기관간의 협력을 촉진하고, 의료정보체계를 구축하여 상호협력의 기반을 공공히 한다.

신속한 환자 후송을 위해 의무후송전용헬기를 도입하고 변화하는 수송환경을 고려하여 후송수단 간(구급차, 버스, 헬기, 열차) 최적조합을 모색하는 한편, 군의관 및 간호 인력의 친절도 향상을 위한 교육 및 인센티브를 강화하여 장병들이 체감할 수 있는 따뜻한 의료서비스를 제공한다.

### 2. 단기 개선 과제

#### 1) 군 주치의 제도 도입

모든 장병들은 군대 내 군 의료 팀 조직체계를 적극 활용하여, 군대 내 소속부대의 군의관과 간호사(군 또는 민간)를 주치팀으로 배정받고, 몸이 불편한 증상이 있을 때, 지체없이 진료를 받을 수 있어야 한다. 또한 그런 사항이 진료기록으로 관리되고, 이를 가족들과도 전화 등 개인통신장비를 통해 실시간 공유될 수 있어야 하며 투명하고 의료이용이 어렵지 않고 기록에 모두 남을 수 있도록 적극적으로 개선하는

것이 필요하다.

군의 위계적인 조직체계는 장병과 주치팀의 배정을 일반사회보다도 더 용이하게 할 수 있으며, 이팀의 조정기능(Coordination)을 통해 필요시 군내 상급의료기관이나 군대 외부 상급의료기관에서 의료서비스 이용을 할 필요가 있을 때 지체되지 않고 진료를 받을 수 있을 것이다.

미국을 포함한 여러나라 군 의료에서도 의료자원의 효율적인 활용과 의료서비스의 질 향상을 위해 환자 중심일차의료(PCMH)가 빠르게 확산되고 있다. 그러나 국내에서는 일차의료 군의관으로 활용할 수 있는 고급 인력자원이 존재함에도, 간호사, 사회복지사등 필요한 보건의료인력이 충원되지 못해 군 일차의료개 제 역할을 못하고 있다. 전자의무기록(EMR)등 의료정보 공유를 위한 의무기록 시스템도 구축되지 않아, 의료기관별 환자의 의무기록에 대한 공유도 잘 이루어지고 있지 못하다. 또한 상당수의 군의관이 군 일차 의료를 전담하면서도 일차의료에 관한 전문교육도 잘 받고 있지 못하는 상태이다.

군 장병 주치의 및 주치팀의 역할은 선제적 정기 관리 (Preventive care). 급성 증상 발생시 장병의 First contact point (예: 군의관 팀에 문자메시지/카카오톡 채널 전송으로 직접 쌍방향 contact체계 마련), 장병의 입대시 건강검진기록을 포함한 건강변화를 제대시까지 상급군 병원과 민간병원 이용자료 포함한 종합 추적 관리 (Continuum of care), 다빈도 증상과 비 중증질환 대부분에 대한 관리와 치료 (Comprehensiveness), 상급 군 병원 혹은 (군 병원 대기 시간이 길 경우, 민간병원)으로의 시의적절한 의뢰/조정 (timely navigation/Coordination)등이다. 세계 선진국 대열에 합류하고 있는 우리나라의 현 시점에 군도 이러한 선진 강화형 군 일차의료 모델인 환자중심 메디컬홈(PCMH)/사병중심메디컬홈 (SCMH)와 같은 주치의팀 제도 도입으로 의료서비스의 질을 높이고, 의료자원을 효율적으로 활용해야 할 것이다.

## 2) 군 일차의료 개혁 위한 태스크 팀 구성, 일차의료 개혁안 수립

의무사령부 참모장이상의 태스크 팀장과 더불어 의무사령부 의료기획팀장, 의무사령부 의료정보팀장, 의무사령부 의료행정/원무팀장, 환자중심 일차의료 센터장(MD), 외부전문가 (대한가정의학회, 한국일차 보건의료학회)등으로 군 일차의료 개혁을 위한 태스크 팀을 구성한다. 환자중심 일차의료센터는 전담 의사(MD) 1명, 간호사(간호장교 또는 민간인력) 2~5명, 복지사(민간인력) 1명, 행정요원(군인력) 1명으 로 구성하도록 한다.

군일차의료 개혁안은 군 의료발전 계획에 반영되도록 한다. 1차 년도에 군 의료실태조사를 바탕으로 군 일차의료 개혁 비전을 세운다. 2차 년도에는 PCMH, SCMH 표준모델을 구축하고 운영방안을 마련한 다. 3~5차년도에서는 PCMH, SCMH 표준모델을 2기관에서 10기관, 20기관씩 점진적 확대해 나간다. 내년부터 일차의료 개혁 TF에 예산을 배정한다.

### 3) 미충족 의료서비스 충족 대안 마련

#### 가. 건강상태에 따른 인력 관리 방안 마련

본 연구에서는 의료적 필요가 큰 장병들에게서 미충족 의료 경험률이 높게 나타나는 경향을 확인할 수 있었다. 의료적 필요가 큰 장병들은 의료기관을 빈번하게 이용해야만 하는 경우가 흔한데, 해당 장병의 부재 시 부대 내 다른 장병들이 업무 대체 인력으로 투입되어야 한다. 또한 외진이나 병가와 관련된 여러 가지 행정 절차가 필요한데, 이 역시 행정인력에게는 부담이 될 수밖에 없다. 이와 같은 주변 장병들의 업무 부담 가중이 장병들의 의료서비스 이용을 주저하게 만들었을 가능성이 높다.

따라서 만성 질환을 가지고 있거나, 주기적으로 의료서비스를 이용해야만 하는 등 의료적 필요가 큰 장병들을 위한 별도의 인력 관리 방안을 마련해야 한다. 업무 대체 인력을 쉽게 수급 가능한 보직을 담당하게 해야만 하고, 별도의 대체 인력을 편성하는 것도 고려해야 할 것이다. 이와 함께 외진이나 병가 시 행정 처리를 간소화 하는 방안도 마련해야 할 것이다.

#### 나. 업무 대체 전담 인력 편성

만성 질환을 가지고 있거나, 주기적으로 의료서비스를 이용해야만 하는 등 의료적 필요가 큰 장병들에게 심리적 부담감을 덜어줄 수 있는 인사 제도를 마련해야 한다. 여러 공공 혹은 민간 조직에서는 인력 부재 시 발생하는 업무 공백을 대체하기 위한 전담 인력을 운영 중이다. 군에서도 이러한 업무 대체 전담 인력을 편성해야 할 것으로 사료된다. 이를 통해서 필요 시 장병들이 업무 공백 관련 심리적 부담감 없이 의료서비스를 이용할 수 있게 해야 할 것이다.

### 4) 수요 대비 공급 부족의 군 정신건강의료 서비스에 대한 대안 마련

#### 가. 민간 정신건강의학과 서비스의 적극적 활용

군에서 정신건강의학과 단기 및 장기 군의관과 민간 전문임기제 군무원을 확보할 마땅한 방안이 없는 상황에서 민간 정신건강의학과 서비스를 적극적으로 활용할 필요가 있다. 사단 등 부대 단위 별 인근 정신건강의학과 의료기관과 MOU를 맺어 적시에 진료를 받을 수 있는 체계를 구축할 필요도 있겠다.

최근 정부와 국회가 비대면 진료 입법을 준비하고 있다. 발의된 다양한 비대면 진료 입법안을 검토하였을 때 모든 입법안에서 공통적으로 제시하는 것은 군인을 비롯한 의료접근성이 떨어지는 지역에 위치하는 분을 대상으로 하고 있다는 것과 정신질환을 주된 대상으로 삼고 있다는 것이다. 일부 의사단체에서 비대면 진료에 대해 반대하고 있지만 코로나19로 인해 허용된 비대면 진료가 뚜렷한 부작용이 없이 시행되었고 선진국에서는 코로나19로 활성화된 비대면 진료가 일상화되어 이전보다 반대의 수위가 낮아 비대면 진료 법제화는 시간문제로 생각된다. 따라서 군에서는 선제적으로 정신건강의학과 비대면 진료를 준비하여 가능한 빨리 도입할 채비를 서둘러야 할 것으로 보인다. 특히 전방부대 등 의료사각지대에 있는 부대의 경우 비대면 진료 법제화 전부터 비대면 진료를 선제적으로 준비할 필요가 있다.

#### 나. 정신건강의학과 군의관의 효율적 활용

첫째, 대학병원에서 시행되는 정신건강의학과 예진시스템을 사단의무대 및 군 병원에서 도입한다면 도입하면, 정신건강의학과 진료 부담을 줄이고 정건강신학과 진료 효율을 높일 수 있다.

둘째, 국군수도병원에서 충분한 임상지식을 쌓고 다양한 입원환자를 대상으로 예진을 경험한 간호장교들은 예진을 볼수 있는 역량을 충분히 갖추고 있어, 이를 활용할 필요가 있다.어 나갈 수 있다.

셋째, 병영생활전문상담관 중 정신건강전문요원(정신건강사회복지사 등) 자격소지자를 사단의무대 혹은 군 병원에서 배치한다면 진료-상담-부대관리의 원활한 의사소통을 통해 상담과 진료 효과의 시너지가 발생할 수 있을 것이다.

넷째, 정신건강의학과 군의관이 임관하여 배치를 받기 전 군 장병의 정신건강의 특성, 치료를 할 때 유의해야 할 사항, 군정신건강과 관련된 시스템 등에 대한 교육을 미리 받아야 한다. 군정신건강의학과 관련된 매뉴얼이 시급히 제작될 필요가 있고 배치 전 정신건강의학과 군의관을 별도로 교육하는 기회가 마련될 필요가 있다.

#### 다. 군 병원 정신건강의학과 응급진료 부활

2019년까지 365일 24시간 운영되었던 국군수도병원, 국군양주병원의 정신건강의학과 응급진료는 2020년부터 중단되었다. 현재는 국군대전병원에서만 일부 응급진료가 가능하다. 군에서 자살시도, 자해 등 자타해의 위험성이 높은 장병이 긴급하게 정신건강의학과 진료를 받을 수 있는 것은 매우 중요하다. 가능한 빠른 시간 내에 응급진료를 부활하여 국군수도병원, 국군양주병원, 국군대전병원 세 병원은 이전과 같이 365일 24시간 시급한 진료가 필요한 장병들에게 진료를 제공해야 할 것으로 판단된다. 국군수도병원 및 타 군 병원과 협업하여 군 정신응급의료체계를 재활성화해야 할 것이다.

#### 라. 정신건강의학과 민간위탁 입원치료 적정화

민간병원에 위탁된 군 정신건강의학과 입원환자의 대부분이 조현병, 알코올의존 등 만성질환인 정신전문병원에 입원한 경우가 적지 않은 것으로 파악된다. 정신전문병원의 경우 급성기 적응장애 환자에게 적절한 평가와 치료를 제공하기 어려운 환경일 가능성이 많아 치료적인 도움을 받지 못할 가능성이 높으며 군 장병의 경우 입원이 필요하더라도 1달 이상 장기적인 입원이 필요한 경우는 드무나 1달 이상 장기적인 입원이 시행되고 있어 민간위탁 입원치료를 적절하게 관리해야 한다.

### 3. 장기 개선 과제

#### 1) 군대 내 군 장병 건강책임의료체계 수립

장병의 건강 관리에 군단에서 높은 우선순위를 두고 진행하며, 이에 성공적인 군단급 인사는 향후 승진 등 인사고과에 반영될 수 있도록, 군단장은 통상적인 대대급 단위의 장병수 (300-1000명)을 담당하는 군의관 1명과 협동팀(상담, 선제적 조사 활동을 위한 5인의 군인 혹은 군무원으로 구성)을 기본단위로

연대, 사단급에서 여러 군의관과 그 팀들이 합동으로 규모의 경제를 활용한 적극적 대안을 정기적으로 마련하고 실천하도록 자원과 환경을 적극 제공한다. 이러한 장병의 건강에 대한 투명한 기회와 기록은 군에 대한 장병 가족과 국민들의 신뢰를 높일 것임. 군 당국은 각 군단별로 이런 장병들의 건강상태변화에 대해 예의 주시하고, 매년 소속 장병들 전체 중 사망과 질병발생 통계를 고시하여, 군단 간 비교를 통해 상호 질경쟁을 꾀할 필요가 있다. 이를 통해, 군 장병의 건강관리가 보다 우선적인 군단장 등 상위지휘관의 관심사항이 되어야 하며, 군단장 등 상급지휘관의 인사고과에 반영되도록 하여 군의 건강관리에 만전을 기하고, 그 과정을 국민들과 장병가족들과 투명하게 기록으로 소통할 수 있도록 한다.

## 2) 실질적 의료 접근권 개선

군 의료서비스에 대한 낮은 접근성은 군 의료체계 관련 여러 가지 문제 중에서도 주요한 문제이다. 군 의료서비스 접근권을 저해하는 가장 큰 원인은 물리적 제약이다. 본 연구에서도 전방에서 복무 중인 장병과 부대에서 군 혹은 민간 의료기관까지의 거리가 먼 장병에서 미충족 의료 경험률이 높은 것으로 나타났다. 국방부 및 군도 이러한 문제를 이미 파악하고 있기에 후송 버스 증편, 원격의료 도입 등 여러 가지 정책적 노력을 하고 있다. 하지만 이러한 노력에도 불구하고, 상당수 장병들은 군 의료서비스 접근에 여전히 제약을 받고 있는 상황이다.

따라서 실질적으로 의료 접근권을 개선 가능한 제도를 마련해야 한다. 군 내부의 의료자원을 이용하여 접근권 개선을 하고자 하였던 기존의 정책적 노력만으로는 한계가 명확하다. 우선 국내 전체 의료기관 중 95%를 차지하는 민간 의료기관을 적극적으로 활용해야 할 것이다. 민간 의료자원 역시 부족한 격오지의 경우에는 일반 국민과 군 장병 모두 진료 가능한 공공 일차의료기관을 설립하는 것도 고려해야 할 것이다.



# 제1장 서론



# 제1장 서론

## 1절

## 연구 배경 및 목적

### 1. 연구 배경

인간은 누구나 건강할 권리를 가진다. 생명·건강을 지키는 인간의 권리를 의미한다. 이전에는 건강권이란 하나의 선언적 뿐 실정법상의 권리는 아니라는 것이 많은 학자나 행정실무자들의 견해였다. 그러나 제2차 세계대전 이후 국제연합 헌장을 비롯한 세계인권 선언, WHO(세계보건기구) 헌장, 국제인권규약 등 인권보장을 강조한 문서가 발표되면서부터 건강권을 인권의 하나로 인정하는 경향이 국제적으로 확산되었다.

대한민국 헌법은 ‘모든 국민은 인간으로서의 존엄과 가치를 지니며, 행복을 추구할 권리를 가진다. 국가는 개인이 가지는 불가침의 기본적 인권을 확인하고 이를 보장할 의무를 진다(10조)’. 또 ‘모든 국민은 인간다운 생활을 할 권리를 가진다. 국가는 사회보장·사회복지 증진에 노력할 의무를 진다. 국가는 재해를 예방하고 그 위험으로부터 국민을 보호하기 위해 노력해야 한다’(34조)라는 조문을 통해 국민의 건강권을 포괄적으로 보장하고 있다.

건강권이 인정됨으로써 첫째, 각 개인은 국가에 대해 자기 건강권이 침해받지 않도록 요구할 수 있다(자유권적 보장). 예컨대 국가가 승인한 의료·의약품 등에 의한 피해, 인체실험 등에 의한 신체적·정신적 피해를 입지 않도록 해달라고 국가에 요구할 수 있다. 이 경우 생명·신체에 대한 피해방지를 요구하는 권리를 생명권, 신체권이라고 할 수 있다. 둘째, 국가에 대해 적극적인 건강의 유지·증진, 질병의 예방·치료 기타 건강회복 조치, 의료보장 등의 충실 등을 위한 시책(사회권적 보장)을 요구할 수 있다(김주경, 2011).

보건의료기본법은 모든 국민은 법률이 정하는 바에 의해 자신과 가족의 건강에 관해 국가의 보호를 받을 권리를 가지며, 성별·연령·종교·사회적 신분 또는 경제적 사정 등을 이유로 자신과 가족의 건강에 관한 권리를 침해받지 않는다고 규정하고 있다. 또한, 국가는 보건의료발전계획을 수립하여 시행해야 하며, 국민건강관리사업을 통해 여성과 어린이, 노인, 장애인 등의 건강증진과 학교보건의료, 산업보건의료, 환경보건의료, 식품위생·영양 등을 관리해야 한다고 규정하여 건강권의 보호를 위한 규정을 두고 있다.

군대의 존재 이유는 무엇인가? 대외의 적으로부터 민주적 기본질서를 수호하기 위해서 존재한다. 민주적 기본질서의 핵심은 모든 국민의 기본권 보장임은 두말할 나위가 없다. 그런데 외부의 적으로부터 민주

적 기본질서를 지켜야 할 군인들이 실제로 기본권에 대해 제대로 누릴 수 없다면 이것은 매우 모순이다. 그렇지만 현실에 있어서 군인의 기본권 침해가 적지 않다. 따라서 이러한 기본권침해를 줄이기 위해서는 권리 개념의 설정과 권리구제가 반드시 필요하다.

그렇다면, 군인의 의료를 받을 권리는 무엇이고, 어떻게 구제를 받을 수 있는가? 군인에 있어서 의료를 받을 권리는 국가에게 급부를 요구하는 보건권, 의료인에게 최선의 진료를 요구하는 의료권 및 결과에 대한 보상을 요구할 수 있는 권리까지 포괄하는 개념이다. 이러한 군인의 의료를 받을 권리는 헌법상 생존권적 측면, 자유권적 측면, 평등권적 측면, 청구권적 측면을 모두 가지고 있는 복합적인 권리로, 헌법에 제10조, 제11조, 제34조, 제36조 등에 근거를 두고 있다. 군인의 의료를 받을 권리의 구체적 내용을 의료행위의 접근, 과정, 결과의 단계에서 살펴보면, 의료행위의 접근단계에서는 적기에 진료를 받을 권리와 민간의료기관의 선택권 등의 의료접근권이 있고, 의료행위의 과정단계에서는 의료과오를 당하지 않을 권리, 정보를 제공받을 권리, 비밀을 보장받을 권리 등 최선의 진료를 받을 권리가 있으며, 의료행위의 결과단계에서는 피해를 보상받을 권리와 국가배상을 청구할 권리가 있다.

군인 역시 기본권의 제한이나 사법심사에 있어 일반국민과 다름이 없는 법적 지위를 가지고 있을 뿐만 아니라 군 의료관계의 법적성격이 ‘군 복무관계에 기초한 영조물이용관계’이기 때문에, 이러한 권리가 침해당했을 경우에는 사법적 구제를 받을 수 있다. 그러한 구제수단으로는 고충처리제도, 청원제도, 국가인권위원회에 진정제도, 국가배상제도, 행정쟁송제도, 형사소송제도, 헌법소송제도 등이 있다(박지훈, 2009). 한편, ‘군인의 의료접근권’의 주된 내용으로 적기에 진료를 받을 권리와 민간의료기관을 이용할 권리로 나눌 수가 있는데, 이러한 권리가 침해되었을 때의 구제수단으로 행정소송, 국가배상소송 등이 있고, 행정소송을 함에 있어 행정법상 가구제 등을 통해 신속한 권리구제에 기여할 수 있을 것이다. 예컨대, 민간의료기관에서 진료를 원하는 군인이 소속대로부터 그 진료를 거부당한 경우에 거부처분 취소소송을 제기할 수 있다.

또한, ‘군인의 최선의 진료를 받을 권리’에서는 의료과오를 당하지 않을 권리, 정보를 제공받을 권리, 비밀을 보장 받을 권리 등으로 나눌 수 있는데, 군에서는 계급적 구조 등 특수한 요인으로 인해 장병들의 권리가 더욱 침해를 받고 있는 실정이므로, 이에 대한 구제수단으로 국가배상소송, 형사소송 등이 있다. 국가배상소송에서는 군의관의 주의의무가 어디까지인지를 확정하는 것이 중요하다. 마지막으로 ‘군인의 피해를 보상받을 권리’에서는 군인연금법상의 장애보상금과 상이연금을 받을 권리 및 국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률상의 국가유공자가 될 권리 등이 있고, 권리의 침해가 당했을 경우에 행정소송을 통해 구제를 받을 수가 있다. 또한, 군의관의 과실이 개입된 경우에는 이러한 피해보상이외에도 국가배상을 통한 구제를 받을 수 있다.

국가인권위원회는 지난 2020년 장병 건강권 제고를 목적으로 장병들이 경험한 ‘미충족 의료’의 실태를 파악하고, 어떠한 요인이 미충족 의료를 발생시키는 원인으로 작용하는지 살펴보는 연구를 수행하였다

(김대희, 2020). 이를 위해 전국 각지의 군부대와 군 병원 등지에서 총 869명의 장병을 대상으로 현장 설문조사를 진행하고, 군 의료인력, 군 의료 보조인력, 군 감염병 예방 업무 담당 인력, 군 정신건강 관련 의료서비스 이용 경험이 있는 인원, 군 의료체계 관련 피해자 및 피해자의 가족 등 28명을 대상으로 심층면접을 진행하였다. 주요 연구 결과는 다음과 같다.

‘아플 때 원하는 의료서비스를 받지 못했다.’로 표현될 수 있는 미충족 의료(unmet healthcare need) 경험은 전체 설문조사 대상자 중 24.8%에게서 나타났으며, 이는 2014년도, 2015년도 군 건강조사 자료를 사용하여 분석한 선행연구의 결과와 비슷한 수치로 확인되었다. 이러한 군 장병의 미충족 의료 경험률은 일반 국민(10.8%)에 비해서는 2.3배, 20대 남성(3.7%)에 비해서는 6.7배에 달하는 높은 수치이다.

의료서비스 접근성을 저해하는 가장 주요한 요인을 Lavesque의 의료이용 모델을 이용하여 분석하였을 경우, 일반 국민은 지불 가능성(affordability)이 가장 주요한 원인으로 작용하는데 반해서, 군 장병들은 지불 가능성보다는 도달 가능성(approachability), 수용성(acceptability), 가용성과 편의성(availability and accommodation)이 복합적으로 작용하고, 그 중에서도 수용성 관련 요인이 가장 주요한 원인으로 확인되었다.

수용성과 관련된 미충족 의료 경험 비율을 살펴보기 위해서 ‘아플 때 아프다고 말하기 어려웠던 경험’이 있었는지 추가로 물었다. 전체 설문조사 대상자의 23.7%가 이러한 문화적 장벽(cultural barriers)을 경험하였다고 답변하였다. 또한 만성질환을 앓고 있는 등 평소 건강이 좋지 않은 장병, 교대 근무나 부재 시 대체 인력이 없는 등 업무 부담이 상대적으로 큰 장병, 사회경제적 수준이나 가족 관계 척도가 낮은 장병에서 이러한 문화적 장벽을 경험하는 비율이 높은 것으로 확인되었다.

따라서 군 장병들의 ‘미충족 의료’를 개선하기 위해서는 건강상태에 따른 의료이용의 불형평성 개선, 근무 환경에 따른 의료이용의 불형평성 개선, 사회경제적 수준에 따른 의료이용의 불형평성 개선, 군 내 병영문화 상 아플 때 아프다고 말하기 어려운 구조적 여건의 개선, 후송 등 실질적 의료접근권의 지속 개선 등 군 의료서비스 접근성을 저해하는 주요 요인들에 대한 개선이 필요할 것으로 사료된다.

2020년 김대희 등에 의해 수행된 장병 건강권 보장을 위한 군 의료체계 실태조사 연구에서는 건강상태에 따른 의료이용의 불형평성 개선, 근무 환경에 따른 의료이용의 불형평성 개선, 사회경제적 수준에 따른 의료이용의 불형평성 개선, 군 내 병영문화 상 아플 때 아프다고 말하기 어려운 구조적 여건의 개선, 후송 등 실질적 의료접근권의 지속 개선 등을 군 의료서비스 이용 장애 요인의 개선 방향으로 꼽았다. 또, 의료서비스 만족도 향상, 군 의료인력 수급 문제 개선, 보훈서비스에 대한 국가의 관점 전환 등을 군 의료서비스 질적 개선의 방향으로 꼽았다.

또한 이 연구에서는 군 의료서비스 개선을 위해 단기적으로 추진할 수 있는 과제로 진료에 따른 업무 공백 발생 시 업무 대체 방안 마련, 병가 제도 개선, 의료서비스 이용 절차 간소화, 진료 대기 시간 단축,

만성 질환자에 대한 맞춤형 관리 대책 마련, 민간 의료서비스 이용 시에 발생하는 본인 부담 해소, 전장병 대상 건강권 교육 강화, 군 의료인력 수급정책 개선, 정신의학체계 내 자살위험 및 부적응 병사 관리, 치료 포섭 체계 마련, 병원급 군 의료기관의 민간 개방 시범사업 시행, 요구에 따른 사회복지제도 모델에 따른 맞춤형 보훈·보상 서비스 제공을 제시하였다. 장기 개선 과제로는 군 의료 서비스가 '1차적 의료 관문'의 역할에 충실하고, 민간 의료기관과 역할을 분담하는 '선택과 집중'이 필요하다는 제언, 군의 특성 상 특화가 필요한 외상 진료, 폭발상, 총상 등의 분야에 집중 투자가 이루어져야 한다는 제언, 군인의 건강권 문제에 대한 군 전반의 인식 제고가 이루어져야 한다는 제언, 보훈·보상을 권리의 측면에서 바라보고 실질적 보장을 강화하는 방향으로 제도가 개편되어야 한다는 제언을 제시하였다;

기존의 연구를 종합하면,

첫째 군 의료서비스에 대한 주요 문제점은 부적절한 의료서비스 수준이다. 군 의료서비스는 대대 의무실에서부터 국군수도병원까지 진료 단계별로 갖추어야 할 의료 역량이 민간 의료서비스에 비하여 턱없이 부족하고, 유사 수준의 자원 배분으로 인한 비효율의 문제가 심각하다. 대대 및 연대 의무실은 의료 장비는 물론, 인력도 부족하여 일차 진료마저 어려운 환경이지만 장병들이 아플 때 최초로 방문하는 의료기관으로 사실상 의료서비스의 최초 관문과 같은 역할을 하고 있다. 1차 의료에 해당하는 역할을 담당하는 기관이 기본적인 의료 시설로서의 역량을 갖추고 있지 못한 상황은 적절한 치료를 받을 권리를 시작 단계에서부터 침해하는 결과를 낳고 있다. 사단·의무대는 체계상 민간 의료서비스의 전문 의원 급 수준의 진료 역량을 갖추어야 하지만 인력이나 장비에 비해 이용하는 인원이 과도하고, 대대 및 연대 의무실이 제 기능을 하지 못함에 따라 사실 상의 1차 의료 역할까지 떠안고 있어 연쇄적인 역량 저해의 결과를 낳고 있다. 각지에 설치되어있는 군 병원은 한정된 의료인력 속에서 외래 진료, 수술, 요양, 재활, 검진 등 여러 기능을 전문화, 특성화하지 않고 각지의 군 병원마다 제각각 모두 담당하고 있어 인력, 장비, 시설 등의 비효율이 심각한 상태다. 국군수도병원은 군 의료체계 상 최상급 병원임에도 진료 역량이 실질적으로 민간 종합병원에도 미치지 못하는 수준이며, 경증 질환자를 제외한 급성기 환자 및 중증 환자에 대한 진료 비중이 낮아 의료서비스의 질적 수준 저하가 심화되고 있다. 이러한 가운데 최근에는 중증외상 센터를 설립, 운영을 앞두고 있어 현황과 실제의 괴리가 발생할 것으로 우려된다.

둘째는 숙련된 의료인력의 부족이다. 의사 인력의 경우 전체 군의관 중 전의 자격 취득 후 5년 이상의 경력을 가진 장기 군의관의 비중이 1~2% 정도에 불과하고, 대부분 임상 경험이 짧은 단기 군의관들이 진료와 수술을 담당하고 있다. 그마저도 장기 군의관은 50% 이상이 관리직에 보임되어 의료서비스의 전문성 확보에 난항을 겪고 있다. 간호 인력의 경우 대부분 국군간호사관학교 출신의 간호 장교들이 주축을 이루고 있는데, 해당 인력의 경우 민간 의료체계에서의 임상 경험이 없이 군 의료체계에서 바로 종사하게 되어 임상 경험이 단기 군의관에 비해서도 상대적으로 더 부족하다는 문제점을 배태하고 있다. 게다가 해당 인력은 졸업 후 7~10년이 경과한 시점에 대부분 전역하기 때문에 업무의 연속성과 전문성의 전수가 불가능한 상황에 가깝다. 이로 인해 임상 경험이 적은 중위 이하 간호장교 위주로 간호 서비스가 제공되어

업무 능력상의 애로는 물론, 환자 안전 관리 역시 미흡하게 이루어지고 있는 실정이다. 의료보조인력의 경우 약사, 방사선사, 임상병리사 등이 만성적으로 부족하여 무자격자인 의무병에 의한 X-ray 촬영, 약 조제, 주사 등 의료보조행위가 만연하던 것이 최근 연도의 인력 확충으로 일부 보정되고 있는 실정이다. 그러나 군이 필요로 하는 만큼의 의료보조인력의 수급에 현실적인 한계가 있고, 이로 인해 일선 부대에서는 비의료인력에게 간호조무사, 응급구조사 자격을 취득하게 하여 의료인력화 하는 등의 고육책까지 등장하고 있는 실정이다.

셋째는 공급자 중심의 의료체계다. 국군수도병원 및 군 병원은 국군 의무사령부의 소속으로 군 의료체계 내에서 관리 및 운영되고 있으나, 대대 및 연대의무실, 사단의무대는 모두 일선 부대 소속으로 군 의료체계 밖의 비의료인인 부대장에 의해 관리 및 운영되고 있다. 이로 인해 장병들의 이용 빈도가 높은 대대 및 연대 의무실이나 사단의무대의 경우 독립된 의료기관으로 관리, 운영되기보다는 부대 내 여러 자원 중의 하나로 취급되는 경향이 다분하다. 하여 수요자의 이용 편의를 향상시키기 위한 제도 개선, 시설 및 장비 보완보다는 유사시 동원 가능한 의료 자원을 획득하는데 업무의 방점을 두는 문제가 발생하고 있다. 이러한 군 의료서비스 상의 문제점들은 이미 오래 전부터 지적되어오던 것이다. 그만큼 문제 양상도 시간이 지남에 따라 변화하거나 개선된 점이 있고, 그 과정에서 한계가 확인되거나 새로운 문제가 발견되고 있는 실정이다. 따라서 현재 시점에서 장병들의 실제 경험을 바탕으로 군 의료서비스의 문제 상황을 재차 조망하는 일은 군 의료체계 발전 방향의 타당성을 검토하고 지속성을 담보하기 위해 반드시 필요한 일이다.

2020년 코로나19 대유행 이후 청년층의 정신건강문제는 더욱 심각해졌다. 한국트라우마스트레스학회와 보건복지부의 국민정신건강실태조사에 따르면 청년층의 우울위험군 비율은 다른 연령층보다 높은 30%로 나타났다. 2020년 전체 국민의 자살률은 2019년에 비해 낮아졌지만 20대는 무려 12.8%가 증가하였다. 정신건강의학과 진료에 대한 수요는 폭발하여 2021년 우울증으로 진료를 받은 20대는 177,166명으로 4년전 17년의 78,016명에 비해 2.3배나 증가하였다. 최근 10년동안 정신건강의학과 의원은 정확히 2배 증가하였다.

코로나19 팬데믹으로 인한 국민의 정신건강수준이 급격히 악화된 와중에 특히 10-30대의 정신건강지표가 특히 악화되고 있다. 통계청의 통계에 따르면 코로나19 유행이 시작한 2020년에 전체 국민의 자살율은 전년도에 비해 감소하였으나 10대, 20대의 자살율은 전년도 대비 9.4%, 12.8% 급증하였다. 뿐만 아니라 정신건강의학과에 대한 편견이 젊은 층에서 줄어들면서 정신건강의학과를 방문하는 젊은 환자가 폭발적으로 늘어났다.

국민보험공단 자료에 따르면 우울증으로 정신건강의학과 진료를 받은 20대 환자는 2017년 78,016명에서 2021년 177,166명으로 4년만에 2.3배 증가하여 2017년 성인 연령대 중 최저였던 20대 우울증 치료 환자가 4년만에 최고로 치솟았다. 급격하게 진료 수요가 늘어날 수 있었던 원동력 중 하나는 최근

10년 동안 정신건강의학과 의원수가 수도권, 대도시권에 급격히 늘어 진료의 공급이 가능했기 때문이다.

대한정신건강의학과협회 자료에 따르면 최근 10년동안 정신건강의학과 의원수는 정확히 두배(2011년 742개→2021년 1407개)가 늘어났다. 같은 기간동안 전체 의원수가 20% 증가한 것에 비하면 큰 폭의 증가세이다. 지역별 증가폭을 비교하면 젊은 층, 특히 직장인들이 많은 지역을 중심으로 의원수 증가가 나타난다.

청년층이 대부분인 군의 정신건강문제 또한 최근 악화된 징후가 포착되었다. 2021년 자살사망자는 97명으로 최근 10년동안 가장 높은 수치를 기록하였으며 군의 전체 사망자 중 자살이 차지하는 비율이 80%에 이른다. 2021년 국방부는 병역판정 신체검사 등 검사규칙을 개정하면서 정신건강 문제가 있는 대상자의 현역병 입영을 차단하려고 하였으며 복무부적응 등의 이유로 매년 6천명 이상 병사를 현역복무 부적합 전역 조치를 취함에도 불구하고 여전히 정신건강문제는 일선부대의 장병 관리에 주요한 이슈로 남아있다. 특히 최근에는 초급간부를 비롯한 간부들의 정신건강문제와 자살사망이 더욱 늘어나는 추세로 병사의 정신건강에 초점을 맞췄던 과거의 정책들의 변화가 필요한 실정이다.

민간과 마찬가지로 군내에서도 정신건강의학과 진료 수요는 꾸준히 늘어나고 있다. 2019년 군 병원 진료과 통계에 따르면 병사의 정신건강의학과 진료는 2016년 대비 30% 증가하였다. 하지만 정신건강의학과 군의관 인력은 점차 감소하고 있으며 전문임기제 정신건강의학과 전문의도 최근 모두 공석이다. 2011년 국군수도병원 정신건강센터를 개소한 후 2014년 민관군 병영문화혁신사업의 일환으로 추가로 5개의 군 병원에 정신건강센터를 확대하여 진료 뿐만 아니라 다양한 정신건강서비스를 제공하려고 하였다. 하지만 현재 인력부족으로 정신건강센터는 축소운영하고 있으며 최근 수년간 8개의 군 병원 정신건강의학과 병동은 문을 닫았다. 또한 정신건강의학과 응급진료 또한 최근 사라졌다. 국방부와 의무사령부는 군 병원 정신건강증진센터, 국방치유회복센터 등 혁신적인 정신건강서비스모델을 기획했지만 현재 국군수도병원, 국군구리병원을 제외하고는 기본적인 외래진료 기능만 제공되고 있다. 문제는 기본적인 외래진료기능조차 수요를 감당하지 못하고 있어 예약한 후 한참을 기다려야 진료가 가능하다. 자살위험군이 식별되면 적시에 진료를 받도록 국방부 훈령, 육군규정 등에는 마련되어있지만 현실에서는 작동하지 못하여 일선부대의 관리부담이 해소되지 못하고 있다. 특히 정신건강의학과 군의관이 줄어들면서 1차의료에 해당되는 사단 의무대에 정신건강의학과가 사라지고 있다.

군 장병 집단은 일반 인구집단에 비해 정신건강이 중요하고, 최근 군 보건 의료에서도 그 중요성은 더욱 커지고 있다. 장병들은 젊은 남성군이 많은데 이들은 경험이 적고 정신적 스트레스에 취약한 편이며 이들이 격리된 상태에서 특수 조직인 군대라는 새로운 환경의 일원으로 적응해야 하는 상황에서 정신적, 심리적, 신체적 변화를 유발될 수 있다.

신체 및 정신적 건강이 증시되는 군의 특수성 때문에 60%에서는 정신건강문제를 적절하게 치료받거나 도움을 받지 못하고 숨기는 경향이 있다고 한다(Sharp et al., 2015). 실제 최근 5년간(2016-2020년)

군 사망자의 70%(265명)이 자살사망자이고, 최근 현역복무부적합으로 전역하는 장병 대부분이 정신건강 문제를 이유로 전역하고 있다.

군의 폐쇄적인 환경 속에서 적절한 도움을 받기 어렵고 무기 접근이 용이하므로 군 장병의 정신건강 문제는 일반 인구에 비해 장병 본인 및 주변 사람들에게 더욱 위험한 영향을 줄 수 있다. 특히 자살은 개인과 가족의 비극일 뿐 아니라 사회적 파급력이 크고, 자살과 복무 부적응은 군 사기 저하뿐 아니라 국가 방위력의 손실이면서 사회의 생산적 구성원의 소멸로 국가적 손실이기도 하다. 이런 문제점을 인식한 군에서 많은 노력을 하여 군 문화를 개선하고 군 장병의 삶의 질 향상을 도모하고 있다. 하지만 군내 정신건강의학과 의료체계는 여러 개선 방안이 마련되었으나 실제 진료의 양적, 질적 향상으로 이어지지는 않고 있다.

국가인권위원회 연구보고서에 따르면 군내 정신건강의학과 진료실적(병사기준)도 2016년 31,487명에서 2019년 41,028명으로 3년 만에 30% 증가하였고 이는 다른 진료과에 비해 급증하는 수준이다. 그럼에도 불구하고 일선부대에서는 적시에 필요한 수준의 사단의무대, 군 병원의 정신건강의학과 진료를 보기 어렵다는 의견이 강하다. 사단의무대, 군 병원에서 진료를 보기 위해서는 진료예약 대기 1달 가량의 기간을 기다려야 하는 상황이며, 자살, 자해 등의 위급한 상황이 발생되었을 때 응급으로 진료를 받을 수 있는 시스템도 현재 없는 상황으로 이로 인한 부대의 장병 관리 부담은 매우 높다. 군의관 중심의 의료체계에서 민간의료기관과 같이 수요증가에 따른 진료인력을 확보하기 어려운 구조에서 현재 공급-수요 불균형을 타개할만한 대안 마련이 시급한 상황이다. 이러한 현실에서 현재의 군내의 정신건강전달체계, 정신건강서비스와 인력의 현황, 문제점들을 살펴보고 군에 적용가능한 대안을 마련할 필요가 있겠다.

현재 지역사회의 경우 정신건강복지센터를 통해 지역사회중심의 통합적 정신질환자 관리체계를 구축하여 정신질환의 예방, 조기발견, 상담, 치료, 재활 및 복귀를 도모하고 자살위기개입, 예방사업, 고위험군 선별, 사례관리를 실시하며 필요 시 전문치료 및 재활기관과의 네트워크 구축으로 상호협력관계를 맺고 있다. 이러한 정신건강복지센터의 모델은 군에 직접적으로 도입하기는 어렵겠지만 정신건강복지센터의 예방적, 통합적 기능을 군정신건강의 1차의료인 사단의무대 정신건강의학과 그리고 군 병원에 일부 도입하여 일선군부대의 주된 어려움을 해결할 필요가 있겠다.

뿐만 아니라 정신건강서비스에서 가장 전문가그룹인 정신건강의학과 군의관 진료인력을 확대할 방안이 현실적으로 마땅치 않다. 국방부는 이에 대한 대응책으로 민간 정신건강의학과 전문의 채용, 장기군의관 처우개선을 통한 인력확보를 시도하였으나 최근 10년동안 결과를 살펴보았을 때 민간 정신건강의학과 전문의는 현재 단 한명도 채용되고 있지 않으며, 장기복무연장을 신청한 정신건강의학과 군의관도 없었다. 이러한 현실에 대한 대안은 코로나19로 시작된 비대면 진료(원격진료)이다. 국회에서 발의된 다양한 비대면 진료 법안에서 군 장병을 비롯한 의료접근성이 낮은 대상군이 주된 대상자이며, 특히 정신질환에 대한 비대면 진료 기능 또한 우선적으로 제시되고 있다. 비대면 진료를 위한 법개정이 우선되어야 되겠지

만 법개정은 시간문제일 가능성이 높아 군에서는 선제적으로 정신건강의학과 비대면 진료에 대한 준비가 진행될 필요가 있다. 이를 위해 여러 군 의료서비스와 관련된 법령 및 군내 규정을 살펴보고 개선방안이 마련될 필요도 있다.

현재 군정신건강시스템의 가장 시급한 과제는 가장 기초적인 기능인 외래진료만이라도 적시에 볼 수 있도록 하는 것과 응급진료 정상화이다. 진료양 증가를 위해서는 필요한 진료인력을 군에서 자체적으로 확보할 수 있는 방법은 별로 없다. 장기군외관 확대, 전문임기제 정신건강의학과 의사 채용 등은 실패하였으며 현재 국방부가 계획하고 있는 장기군외관 처우개선 등 정책으로는 정신건강의학과 진료인력이 유인될 가능성은 낮다. 결국 민간 정신건강의학과 진료를 활용하는 대안 외에는 대안은 없다. 전문의 확보가 어렵다면 전문의와 함께 협업할 수 있는 정신건강전문요원, 병영생활전문상담관을 확보하여 사단 의무대 및 군 병원에서 군외관과 함께 일할 수 하면서 업무 부담을 덜어주고 진료에 집중할 수 있는 환경을 조성해주어야 한다. 군내 정신건강시스템이 강화되더라도 간부의 경우 군에서 정신건강의학과 진료를 받지 않으려는 경향이 강하다. 국방부는 올해 간부가 민간 정신건강의학과 진료 자기부담금을 전액 지원하는 정책을 시행 준비 중이다. 하지만 문제는 군부대가 주로 위치한 전방지역에 정신건강의학과 의료기관이 거의 없다는 점이다. 결국 현재로서는 군 장병이 정신건강의학과 진료를 안정적으로 받을 수 있는 유일한 대안은 비대면 진료이다. 국내에서 비대면 진료가 가능해진다면 가장 큰 혜택은 정신적인 어려움을 겪고 있는 군 장병이 받지 않을까 기대한다.

우리나라 군은 다른 나라와 달리 징병제를 기반으로 하기 때문에 여러가지 특수한 상황에 직면하게 된다. 군 의료관의 대부분이 징병에 의한 단기 의료인력이고 군 의료의 지휘체계가 따로 없고 부대에 소속이 되어있다는 것이 중요한 요소들이고 국민이 군 의료를 신뢰하기 힘든 구조를 갖추고 있다. 미국의 경우 군 보건체계(Military Health System)의 목표를 전투준비력과 군인, 군 가족, 퇴역 군인 등의 건강 및 안녕(Well-being)의 최적화를 위한 포괄적 의료서비스의 제공에 두고 있고 조직의 이상(Vision)이 질 좋고 신뢰할 수 있고 적응하는 일체적 동시-통합된 '부대를 위한 부대(Team of Teams)'라는 가치를 가지고 있다. 이러한 비전과 가치는 실제적 인력과 조직으로 실현되는데 51개의 군 병원, 381개의 이동 치료소, 144,000명의 전문 의료인력이 야전의료체계와 함께 구축되어 있다. 군 사병의 수와 군 의사의 수 비율이 100명당 1명을 넘어가는 것으로 보아 알 수 있다. 그리고 군인뿐만 아니라 군인의 가족까지 군병의원을 사용할 수 있는 혜택을 부여하고 있다. 또한 군 일차의료도 환자중심 메디컬홈 모델로의 변화로 고기능 일차의료의 제공을 도모하고 있다. PCMH(Patient-Centered Medical Home: 환자중심 메디컬홈) 모델은 환자중심적인 기능을 가진 팀 기반 일차의료로서 환자의 방문여부와 관계없이 환자중심적으로 환자를 관리하는 강화된 일차의료이다.

독일의 경우 독일 연방군은 합동의무군(약 18,000명의 군인과 3,000명의 민간직으로 구성)이 약 1만 명의 전 독일 군인에게 의료 서비스를 제공하고 있다. 독일군의 의료 서비스는 각 군과 별개로 연방군 의무사령부가 독립적으로 의무부대를 총괄하여 수행하고 있다. 사령부는 약 600개의 지구부대로 나뉘어 독일 전역에 산재해 있으며 직할인 5개의 군 병원 및 독일 연방군 의과대학교가 있다. 사령부 산하 중앙연

구소에서는 “약학, 독성학, 미생물학, 방사선학의 전문연구기관과 예방의학 연구소를 설립” 해두고 있다.

미충족 의료와 접근성의 개선, 의료시스템의 효율성의 증대등 은 인구의 고령화로 인해 민간의료에서도 동일하게 그 해법을 찾기 위해 노력하고 있다. 민간의료에서는 이를 일차의료의 강화와 의료 전달체계 개선을 통해 해결하기 위해 여러 시범사업을 진행하였다. 고양시 복합만성질환 집중관리 시범사업, 일차 의료 만성질환관리 시범사업, 고양시 환자중심 재택의료 통합서비스 시범사업, 일차의료 재택의료센터 시범사업, 지역기반 환자중심 일차의료 제공방안 연구 등 여러 시범사업과 연구과 이미 완료되었거나 진행되고 있다.

이러한 일차의료강화의 움직임은 1978년 알마아타 선언에서 일차보건의료가 국가보건의료체계의 기반 이 되어야 한다고 천명한 이후 선진 서구국가들에서 공통적으로 나타나는 현상이다. 지난 30년동안 이들 국가들은 일차보건의료를 개혁하고 강화하기 위한 노력을 기울여 왔지만 우리나라의 일차의료는 거의 변화가 없었다. 이러한 움직임은 군 의료시스템의 일차의료에도 그대로 반영되었고 우리 군의 일차의료 시스템은 의무실과 의무대 수준에서 머물러 왔다. 하지만 선진 서구국가들의 군 일차의료는 민간의료의 개혁과 발 맞추어 함께 발전해 가고있다. 미국의 민간医료를 실례로 들면 오바마 케어라고 불리는 ‘환자보호 및 부담적정보험법(Patient Protection and Affordable Care Act)’발효 이후 민간부문에서 일차의료의 강화가 강조되었고 미국 군 의료는 이에 발 맞추어 2010과 2011년에 걸쳐 미군의 육, 해,공 삼군의 모든 군 일차의료의원을 일시에 ‘환자중심 메디칼홈’이라는 고기능 일차의료의원으로 탈바꿈하였다.

환자중심 메디칼홈 (PCMH 또는 의료 가정)은 부분적으로는 HIT(건강 정보 기술) 사용에서 영감을 받은 연결되고 조정되며 포괄적인 일차진료를 제공하기 위한 의료 전달 체계 모델이다. PCMH는 의사, 간호사, 치료 조정자, 기술자, 사무실 직원 및 지역 사회 서비스를 한곳에 모아 치료 품질을 개선하고, 접근성을 높이며, 서비스 이용률을 낮추고, 의료의 인플레이션 비용을 통제하는 팀 기반 접근 방식을 사용한다. PCMH는 1967년 미국 소아과 학회(American Academy of Pediatrics)에서 특별한 건강이 필요한 어린이의 가족을 치료에 통합하고 여러 제공자가 액세스할 수 있도록 어린이의 의료 기록을 단일 위치에 보관할 목적으로 등장했다. 현대적인 형태의 PCMH는 미국의 주요 의사 조직의 승인을 받았으며 환자에게 제공되는 치료에 대해 더 많은 책임을 지도록 일차진료 시스템을 개혁하는 주요 이니셔티브가 되었다.

현재 의료 시스템은 세분화되어 있으며 지나치게 전문화된 의료를 기반으로 제공자에게 보상하는 경향이 있지만 PCMH는 최상의 의료가 강력한 일차 의료기반을 가지고 있다는 전제를 기반으로 한다. 지금까지 미국 전역의 여러 시범 프로젝트에서 PCMH 모델이 환자 및 제공자 만족도를 개선하고 비용을 절감하며 전문 진료의 사용을 줄이며 병원 입원을 줄이고 응급실 방문을 줄일 수 있음을 보여주었다.

본 연구의 목표는 최근 민간의료에서 진행되고 있는 환자중심 일차의료 (Medical Home)의 원칙과 표준을 군의 환경에 맞게 수정하여 적용할 수 있도록 군사 환경에서 PCMH를 구현하는 것과 관련된

프로세스에 대한 사례 보고를 제공하고 민간 환경과 비교하여 의료 제공자와 군 의료시스템이 이러한 맥락에서 필요한 추가 고려 사항을 제안하고자 한다. 2008년 미국 군 의료 MHS(Military Health System)는 환자중심 메디칼홈(PCMH) 모델을 선택하여 최대 환자 만족도 유지, 증거 기반 치료의 효율성 증대를 수행 하고자 했다. 2009년 9월에 서명된 MHS PCMH 정책은 모든 일차의료 클리닉에서 일관된 육군, 해군 및 공군 PCMH 운영 지침 및 구현의 개발을 지시했다.

- 트라이 서비스 거버넌스
- 공식 PCMH 인증을 위해 NCQA(National Center for Quality Assurance) 선정
- 미국 전역의 민간 및 군 일차의료 관행에 대한 외부 검토 제공
- 세 가지 가능한 인증 수준: 1, 2 및 3(가장 높음)
- MHS 목표는 모든 클리닉이 레벨 2 또는 3을 달성하는 것

미 군 의료 일차의료 개혁을 위한 정책변화

- DOD/HA Policy 09-015 “Policy Memorandum Implementation of the ‘Patient-Centered Medical Home’ Model of Primary Care in MTFs”, September 2009
  - Army - Operation Order 11-20, “Army Patient-Centered medical Home”, January 2011
  - Navy - BUMED Instruction 6300.19 “Primary Care Services in Navy Medicine”, May 2010
  - Air Force Instruction 44-171, “Patient Centered Medical Home and Family Health Operations”, January 2011
- 435개 이상의 모든 군 일차의료 기관 [가정의학과, 내과, 소아과, 공공기반 메디칼 홈, 전사전환유닛 (WTU, Warrior Transition Units)]에서 PCMH 치료 모델을 구현하였다.

우리나라의 경우 건강보험심사평가원에 따르면 현재 670여 명의 군의관과 129명의 보건의료분야 종사자가 군 주요 의료시설에서 복무 중에 있다. 우리나라 현역군인의 수가 60만으로 추정할 때 사병 대 군의관수는 1000:1로 외국에 비해 턱없이 부족한 상태이다. 군인들의 대부분은 젊고 건강하기 때문에 의사가 많이 필요 없다고 생각할 수 있으나 100:1 이상 수준의 외국과 비교하면 차이가 많이 나는 것을 알수 있다.

따라서 현재 존재하는 군의 의무대/의무실을 환자중심메디컬홈과 같은 일차의료의 고기능화 하는것이 반드시 필요하리라 판단된다. 고기능 일차의료는 민간과 공공영역 어디서나 활용될 수 있는 고령화 시대와 의료비 상승 시대에 질과 효율성을 강화한 모델이며 군과 같은 공공영역에서의 적용이 더 쉬울 수 있는 모델로 판단된다. 보건소와 공단, 그리고 지역사회 일차의료도 변화를 도모하고 있는 현시점에 군에서의 선제적 도입은 국민의 군 의료에 대한 신뢰를 높일것으로 판단되며 이렇게 구축된 고기능 일차의료는 군가족과 지역사회도 그 혜택을 누릴 수 있도록 구성하여 그 질 유지를 도모해야 할 것이다. 군은 장병모집 과정에서 입대 전 실시하는 신체검사를 통해 누구보다 건강한 사람들을 모집한다. 건강한 청년

으로 입증된 사람들이 군대 복무 기간 중 일반인보다 위험이 높은 군사적 훈련 중 상황과 이로 인한 사고는 일반인에게 비교적 알려진 사실일 것인데 비해, 그 외 요인과 관련해서는 누구보다 건강한 집단이 바로 군 장병이라고들 생각한다. 이런 군 장병이 질환으로 인한 사망과 필요한 때와 질에 맞는 서비스를 받지 못한다는 것은 일반인 특히 군 장병의 가족들은 납득이 어렵다.

군대는 일반인과 달리 명확히 소속부대에 등록이 되어 있는 특성을 갖고 있고, 해당 소속부대마다 모두 군 의료체계의 가장 일차단위인 군의관을 보유하고 있다는 점을 잘 활용하여 실마리를 풀 수 있다. 현재의 일반의료시스템과 동일하게 어떤 의사나 아무때나 찾아가는 시스템으로 찾아오지 않는 동안 의사가 적극적으로 할 수 있는 것은 아무것도 없는 시스템을 벗어나서 책임단위 군의관과 소속부대 장병간 정기적인 예방적 건강상황 확인 (설문도구 활용과 주요 발생 질환 예방적 검진을 선택한 구성으로)과 이상증상이 생길 때 바로 담당 의사(군의관 주치의)와 비대면 (휴대 전화, 화상 전화 등) 연결이 가능하도록 군대 내 일차의료 책임체제로 일반 의료보다 선도적인 선제적 보건의료체계를 구축해서 문제를 풀 수 있고, 효과성이 일반인구보다 사전등록된 인구라는 점과 상대적으로 더 건강한 인구집단이란 점 때문에, 더 높을 수 있다.

전국의 60만 장병들을 5-10개 내외의 최종 책임 규모의 경제 단위로 서로 경쟁성과 비교성을 갖는 하부단위로 나누어 매년 장병들의 건강결과 (질환발생과 사망 원인 통계와 추이) 를 발표하도록 할 필요가 있다. 5-10개로 분할된 하부단위의 군 의료책임자와 전투부대 일반책임장성은 자신의 책임단위가 내는 성과에 예민하게 반응하면서 해당 자원을 효율적으로 재조직화하여 사용하도록 독려 지도감독 하게 되어야 한다. 각 하부단위는 5-10만명 규모로 사망과 사고나 질환으로 인한 합병증이나 장애 발생, 새로운 질환발생 등의 통계를 서로 비교할 만한 적절한 확률적 표본이 자 실제 존재하는 인구집단으로 (드물게 발생하는 질환을 제외하고) 비교성과 책무성을 확보할 수 있다.

이런 환경에서 일차의료를 담당하는 군의관들은 (1:1000으로 담당) 대대나 연대 단위로 일차의료군의관들의 협의체를 정기적으로 운용하면서 성과향상을 위한 공동의 노력을 기울이게 여건을 형성할 수 있을 것이다. 각 일차의료담당군의관은 지금과 달리 자신이 담당하는 장병들의 건강상태를 입대시점 기준 자료를 기반으로 3개의 군(1군-정상군; 2군-질환/사고에 대한 위험(개인 혹은 가족력 혹은 환경인자) 소유군, 3군-비전염성 만성질환 기 보유군)으로 나누어 각각 그룹마다 특성을 고려한 다른 관리 간격과 방법을 적용하여 사전예약으로 관리할 수 있을 것이다. 보다 충분하고 예측가능한 시점에서 계획된 진료를 충실하게 해나간다면, 결과는 지금보다 나아질 수 있고, 일반인구에 대해서도 주치의 역할을 하는 일차의료시스템의 모범적 선행이 될 수 있을 것이다.

군 장병이기 때문에 더 잘 생기는 질환 양상을 일반인구와 비교할 수 있는 건강보험자료를 이용한 비교코호트 연구를 실행하는 것이 필요하다. 군 의료시스템과 국민건강보험공단 간 공동연구로 보건복지부와 국방부는 추진하도록 할 필요가 있고, 지속적인 연구가 이루어진다면, 장병들의 건강을 보다 예방적 해결책을 구사하여 관리할 수 있게 될 것이다.

## 2. 연구목적

위와 같은 연구의 배경에 근거하여 연구진이 이번 실태조사를 통해 목적인 바는 크게 아래 두 가지로 표현할 수 있다.

가. 건강권의 보장 건강권은 국민으로서 당연히 누려야 할 기본권임에도 불구하고, 장병의 건강권 침해 빈도와 정도는 모두 여전히 심각한 수준에 머물고 있다. 2019년 기준으로 국가인권위원회에 접수되는 진정 사건 중 ‘건강권 침해 및 환자 보호조치 미흡’으로 분류된 사건이 전체 사건의 약 16.1%를 차지하고 있고, 2013년 「군 의료관리체계에 대한 인권상황 실태조사」에 따라 국가인권위원회의 권고가 이루어졌고, 그간의 군 의료체계 개혁을 위한 다양한 정책, 제도적 주문 등이 지속되어왔음에도 유사한 형태의 건강권 침해 사건이 지속적으로 발생하고 있다. 당뇨병 특이 증상을 보였음에도 적절한 치료를 받지 못해 당뇨병 합병증으로 사망에 이른 **이OO** 훈련병 사건(2014), 신경차단술 치료 중 조영제 대신 세척용 에탄올을 주사 받아 팔이 영구 마비된 **김OO** 병장 사건(2016), 열이 나고 멍이 쉽게 드는 등의 증상으로 민간 병원에서 혈액암의 가능성과 응급한 조치를 경고 하였음에도 군 병원 진료 예약 날짜만을 기다리다 백혈병에 의한 뇌출혈로 사망한 **홍OO** 일병 사건(2018) 등의 건강권 침해 사건은 과거 발생한 건강권 침해 사건과 비슷한 양상으로 피해자가 사망, 또는 장애에 이르게 된 대표적 사례다.

군 복무 중에도 언제든지 적절한 의료서비스를 받을 수 있어야 한다는 사회적 요구는 지속적으로 증가하고 있지만, 현재의 군 의료체계는 지속적인 미충족 의료가 발생하고 있는 상황으로 이러한 사회적 요구에 부응하고 있지 못하다. 현행 군 의료체계의 의료 접근권을 기존의 공급자 중심의 관리 관점이 아닌 수요자 중심의 미충족 의료 관점에서 파악하여, 군 장병의 의료 접근권에 대한 실효적인 개선 방안을 마련할 필요가 있다. 의무 복무 중 접근 가능한 의료서비스가 군별, 지역별, 병역 유형별로 모두 상이함에 따라 관련 진정이 지속적으로 제기되었지만, 이에 대한 개선이 없어서 의료 접근권 취약 집단의 미충족 의료 발생이 가중되고 있다. 군별, 지역별, 병역 유형별로 차별적 제공되는 의료서비스에 대한 실태와 이에 대한 원인을 파악하여, 장병건강권의 차별적 요인을 개선할 필요가 있다.

이에 본 연구는 현역 장병을 대상으로 군 의료체계 이용 경험을 조사하여 미충족 의료 등으로 인한 사고 사례의 재발을 방지, 건강권을 보장하는 데에 최우선의 목적을 둔다.

나. 적절한 의료서비스의 제공 현행 「대한민국헌법」에 따라 군인은 군 복무로 인하여 불이익한 처분을 받지 아니하여야 함에도, 군 복무 중에도 언제든지 적절한 의료서비스를 받을 수 있어야 한다는 기본적인 전제도 제대로 충족되지 못하고 있는 것이 현실이다. 2013년 「군 의료관리체계에 대한 인권상황 실태조사」의 핵심은 아프면 언제든지 질 높은 의료서비스를 받을 수 있는 물적, 인적, 환경적 여건을 마련하여야 한다는 것이었다. 2020년 「장병 건강권 보장을 위한 군 의료체계 실태조사」이후 상당 부분 개선이 이루어지기는 하였으나, 여전히 의료서비스 제공에 대한 장병들의 불만

은 상당한 수준이다. 또한 군 의료서비스와 민간 의료서비스 간의 격차가 시간이 지날수록 심화되고 있는 현실 속에서 군 의료서비스에 대한 국민의 불신이 증가하고, 현역 장병의 민간 의료서비스 이용 빈도도 획기적으로 증가함에 따라 이에 따른 군 의료체계의 형태와 자원 활용에 대한 새로운 대안 마련이 필요하다. 이에 본 연구는 군 의료체계의 의료 접근권 및 장병 건강권 보장을 위해 공급자 중심의 관리 관점이 아닌 수요자 중심 관점에서 군 의료체계를 구축하는 구체적인 방안과 시범사업, 향후 5년의 청사진을 제시하고자 한다. 본 연구에서는 한편으로는 군 의료서비스의 수준을 제고하기 위한 방안을 모색하고, 다른 한편으로는 민간 의료서비스에 대한 장병의 수요, 실태, 접근성 등을 실증적으로 파악하여 장병들이 차별 없이 적절하게 필요에 따라 민간 의료서비스를 이용할 수 있게끔 관련 제도를 개선하도록 하는 것을 목적으로 한다.

### 3. 연구방향 (군 의료체계 구축 방향)

- 군 장병중심으로 가치 기반의 의료체계를 개혁한다.
  - Medical Home 모델에서의 핵심은 환자와 일차의료 제공자 및 팀 간의 지속적인 관계이다. 제공자와 팀은 환자를 치료하고, 환자의 상태를 관리하도록 돕고, 교육 및 지역사회 자원 활용을 통해 더 건강한 생활 방식으로 안내할 책임이 있다.
- 군 의료자원을 선택과 집중으로 효율적으로 재구성한다.
  - 강력한 일차의료는 인구의 건강 개선과 중복되거나 불필요한 서비스의 감소로 인해 장기적으로 지출 감소로 이어질 수 있다. 이것이 성공하려면 제공자가 시간을 내어 환자를 자신의 치료에 참여시키고 지침을 이해하기 쉽게 만들고 치료 계획에서 환자의 책임을 강조하는 것이 중요하다.
  - 2006년, 미국 가정의학회(American Academy of Family Physicians)의 한 부서인 Transform MED에서 첫 번째 PCMH 시범사업을 시작했다. Puget Sound의 Group Health Cooperative는 회원당 월 \$10의 비용 절감, 병원 입원의 16% 감소, 응급실 비용의 회원당 월 \$4 절감을 경험했다.
  - 사우스 캐롤라이나-팔메토 일차의료 의사의 BlueCross BlueShield는 PCMH 환자 중 등록자 1,000명당 입원일수가 10.4% 감소했으며 PCMH 그룹의 의료 및 약국 비용이 6.5% 절감된 것을 확인하였다.
  - 이러한 수치는 PCMH를 채택한 제공자와 환자의 장기 비용이 감소했음을 보여준다. 하지만 이러한 장점에도 불구하고 민간의료에서는 새로운 의사 소통 옵션, 더 나은 치료 조정 및 Medical Home에 대한 표준화된 평가 계획 개발과 같은 이 모델의 보다 부가가치적이고 새롭게 제공되는 서비스를 반영할 만한 지불체계 개혁 문제의 해결이 선행 되어야 한다.
  - 군 의료 환경은 민간의료 영역에 비해 이러한 문제에 대한 접근이 보다 수월할 수 있으므로 신중하지만 적극적인 접근 방법이 필요하다고 하겠다.

- 군 장병의 일반적 건강문제를 해결하기 위해 군 일차의료체계를 우선 강화한다.
  - 미국 의료계는 PCMH 모델을 정의하는 7가지 핵심 원칙을 채택하였다. 환자의 경우 PCMH는 향상된 접근성, 보다 유연한 진료 일정, 확장된 진료 시간대 및 환자와 치료 팀 간의 의사 소통을 위한 새로운 대안(예: 보안된 온라인 소통-카카오톡채널등)을 제시할 수 있다.
  - 7가지 원칙이 PCMH의 기본적인 기능을 정의하지만 진료의 규모, 환자 패널 및 인력을 기반으로 구현하는 방법에 대하여는 유연성을 제공한다.
  - 미해군의 PCMH 모델인 “Medical Home Port”(MHP)의 예를 보면 정신 건강, 전투 준비 상태 및 사례 관리가 일차 진료 시스템에 포함된다. PCMH는 현재 가정의학, 소아과 및 내과에서 시행되고 있다. CY2010에 Navy Medicine은 샌디에이고의 해군 의료 센터와 Bremerton, Pensacola, Camp Pendleton, Jacksonville 및 Camp Lejeune의 Portsmouth 및 해군 병원에 추가 의료 시설을 구축했다. Medical Home Program Management Office는 Navy Medicine 전반에 걸쳐 시작된 MHP의 설립 및 기대에 관해 2010년 5월에 발행된 상세한 지침 가이드를 수행하는 것을 돕기 위해 의학국에 설립되었다. 의학국 부국장은 MHP의 PCMH 표준 준수에 대한 현장 방문 및 평가를 제공하기 위해 NCQA에 대한 해군에서 NCQA 연락 담당자를 식별하는 임무를 맡는다.
  
- 군의 부족한 의료자원은 민간의료자원과의 협력을 강화하는 방향에서 (대면, 비대면) 보완하도록 한다.
  - 케어 팀(의사, 간호사 및 케어 관리자)은 영양사, 심리학자 또는 약사와 같이 전통적으로 일차의료에서 찾아볼 수 없는 다른 핵심 서비스를 지역사회 자원을 활용하여 통합된 서비스를 제공할 수도 있다.
  - 지역사회 일차의료 각 전문과 의원과 협진진료 시스템을 구축하고 및 지역거점 병원과 응급실, 입원 연계 및 조정을 위해 군 의료와 MOU를 맺고 지역 협의체 구성 및 운영안을 제시한다.

## 2절

## 연구내용 및 특징

## 1. 연구내용

- 군 의료(대대급) 3곳을 정하여 장병을 대상으로 하는 방문 조사, 설문지 조사, 집중면담조사(FGI), 문헌조사를 통해 일차 의료체계 현황분석
- 군 의료(대대급) 3곳을 정하여 장병을 대상으로 하는 방문 조사, 설문지 조사, 집중면담조사(FGI), 문헌조사를 통해 미충족 의료 실태 확인
- 정신보건 전문인력 (정신건강전문의, 병생활전문상담관) 집중면담조사(FGI)를 통한 정신보건의료체계 현황 분석
- 현 군 의료체계 분석후 군 장병중심 의료체계, 책임의료체계 구축 등 제안

## 2. 연구 특징

- 군 질병 발생, 의료 이용, 사망 현황에 대한 분석
  - 같은 신체적 정신적 상태인 청년집단 중 군 입대 여부에 따라 군 복무 기간과 제대 후 일정기간의 추적관찰에서 건강상태가 달라지는지 건강보험특성 매칭 개인자료 추적관찰이 이루어질 예정이다.
  - 입대 기간, 전, 중, 후 동일 기간으로 이루어진 3개의 기간에서, 입대 전 건강상태지표가 유사했던 청년 인구집단 (건강상의 차이가 서로 없는) 중, 입대 기간과 이후 입대 기간과 제대 후 일정 기간이 입대 여부에 따른 차이가 있는지 사망(자살사망을 포함한), 질환의 발병과 질환의 합병증 발병에 대해 추적 조사가 이루어질 예정이다.
- 다학제 전문인력에 의한 연구
  - 미국 공군에서 PCMH로의 첫 번째 전환은 2008년에 시작되었으며 2010년 현재 13개의 MTF(Medical Treatment Facility)가 해당 모델과 함께 실행되고 20개가 추가되고 있다. PCMH는 MTF에서 일차의료가 어떻게 이루어져야 하는지에 대한 미 공군 의무총감의 비전, 즉 환자와 의료진 모두에게 만족스러운 경험을 제공한다.
  - 예를 들어, 텍사스의 Goodfellow 공군 기지에서 4,800명 이상의 환자에게 서비스를 제공하는 일차의료의원은 두 개의 일차의료팀으로 재구성되었다. 각 팀은 가정의 1명, 전문의사/전문간호사

/추가 의사 1명, 간호사 1명; 그리고 5명의 의료기사로 구성된다. 대상자는 팀 중 하나에 배정되며, 이는 치료에 더 빠르고 더 나은 접근을 가능하게 하는 관계를 구축하는 데 도움을 준다. 일부 팀원은 배치 또는 새로운 할당으로 인해 변경되지만 환자는 항상 하나의 “익숙한 얼굴”을 볼 수 있으므로 의료 클리닉은 주치의의 사무실 같은 느낌이 든다.

○ 군 의료진과 외부 전문인력과의 긴밀한 협조 관계 모색

- 지역사회 전문과목 일차의료 의원과 거점병원 등 의료 자원을 파악하고 최대한 활용하기 위한 방안을 제시한다.
- 지역사회 일차의료 각 전문과 의원과 협진진료 시스템 구축 및 지역거점 병원과 응급실, 입원 연계 및 조정을 위해 군 의료와 MOU를 맺고 지역협의체 구성 및 운영 방안을 제안한다.

## 3절

## 연구 방법

## 1. 설문조사

## 가. 조사 대상

- ① 군 의료서비스를 이용하기 위해 국군수도병원 및 군 병원을 방문한 병사
- ② 군 의료서비스를 이용하기 위해 국군수도병원 및 군 병원을 방문한 간부
- ③ 군 복무 중 군 의료서비스를 이용한 각급 군부대 병사
- ④ 군 복무 중 군 의료서비스를 이용한 각급 군부대 간부
- ⑤ 군 복무 중 민간 의료서비스를 이용한 각급 군부대 병사
- ⑥ 군 복무 중 민간 의료서비스를 이용한 각급 군부대 간부

## 나. 조사 규모

설문 조사의 대상은 전원 군 또는 민간에서 복무 중 의료서비스를 경험한 사람만으로 설정하였다. 설문 조사 규모는 총원 750명을 예정하였다.

- 현역 장병 대상 미충족 의료 관련 설문조사 실시 : 748명
  - \* 육군 장병 : 537명 (1개 대대 100명 x 6회)
  - \* 공군 장병 : 88명 (1개 비행단 88명 x 1회)
  - \* 해군 장병 : 5명 (1개 함정 5명)
  - \* 해병대 장병 : 118명 (1개 대대 118명 x 1회)

설문조사지는 총 4종류이며 군 복무 중 군 의료서비스를 이용한 자와 민간 의료서비스를 이용한 자를 나누었고, 해당 집단 내에서 각각 간부와 병사를 구분하여 구성하였다. 설문 항목은 공통 사항과 군 의료 서비스 및 민간 의료서비스 이용에서 각각 확인하고자 한 특수 사항으로 구분되며, 각각의 설문지 내에서 입원 경험이 있는 사람은 별도의 설문 항목을 통하여 이를 확인하였다. 공통사항으로는 인적 사항(생년월, 성별, 결혼상태, 학력 등), 복무 관련 정보(소속, 계급, 병과, 보직 등), 군 복무 경험, 질병·의료 기초 정보, 군대·군 의료체계에 대한 인식을 조사하였다. 설문조사 대상 집단별 특수 사항은 아래와 같다.

## 1) 군 복무 중 군 의료서비스를 이용한 병사

설문의 대상은 군 병원 외래 진료 병사, 군 병원 입원 병사, 군 복무 중 군 의료서비스를 이용한 각급 군부대 병사이다. 해당 집단에 대한 특수 사항으로 군 의료 서비스 이용 실적, 군 의료서비스 접근성 및 미충족 의료 경험, 군 의료 서비스 만족도, 입원 경험이 있는 자에 한하여 군 의료기관 입원 서비스 만족도, 복무 중 민간 병원 이용 실적 및 관련 미충족 의료 경험을 조사하였다.

2) 군 복무 중 군 의료서비스를 이용한 간부

설문의 대상은 군 병원 외래 진료 간부, 군 병원 입원 간부, 군 복무 중 군 의료서비스를 이용한 각급 군부대 간부이다. 해당 집단에 대한 특수 사항으로 군 의료 서비스 이용 실적, 군 의료서비스 접근성 및 미충족 의료 경험, 군 의료 서비스 만족도, 입원 경험이 있는 자에 한하여 군 의료기관 입원 서비스 만족도, 복무 중 민간 병원 이용 실적 및 관련 미충족 의료 경험을 조사하였다.

3) 군 복무 중 민간 의료서비스를 이용한 병사

설문의 대상은 군 복무 중 군 의료서비스를 이용한 각급 군부대 병사이다. 해당 집단에 대한 특수 사항으로 민간 의료 서비스 이용 실적, 민간 의료서비스 접근성 및 미충족 의료 경험, 민간 의료시설 이용을 위한 제도 관련 경험, 복무 중 군 의료서비스 이용 경험, 인식 및 서비스 만족도를 조사하였다.

4) 군 복무 중 민간 의료서비스를 이용한 간부

설문의 대상은 군 복무 중 군 의료서비스를 이용한 각급 군부대 간부이다. 해당 집단에 대한 특수 사항으로 민간 의료 서비스 이용 실적, 민간 의료서비스 접근성 및 미충족 의료 경험, 민간 의료시설 이용을 위한 제도 관련 경험, 복무 중 군 의료서비스 이용 경험, 인식 및 서비스 만족도를 조사하였다.

다. 분석

- 공통으로 조사대상 전체 단순분포 양적 분석
- 공통으로 조사대상 내 미충족 의료 경험을 중심으로 한 양적 비교 분석
- 군 의료서비스 이용자의 경우 군 의료서비스 만족도
- 민간 의료서비스 이용자의 경우 민간 의료서비스 이용의 동인, 민간 의료서비스 이용을 위한 제도 활용 실태, 민간 의료서비스 이용자의 군 의료서비스에 대한 인식과 이용 경험 분석

2. 집중면담조사(FGI)

가. 조사 대상

- 전역 후 군에서 발생한 질병 혹은 부상으로 군 및 민간 의료시설을 이용 중인 전역장병
- 군 의료 및 의료 보조 인력
- 군 정신건강 관련 의료서비스 이용 경험이 있는 현역 및 전역장병
- 군 의료체계 관련 피해자 및 피해자의 가족

나. 조사 규모

집중면담조사 대상자의 총원은 30명이다.

- 집중면담조사(Focus group interview) 실시가 원칙
- 집중면담조사 인터뷰가 불가능한 경우에는 개별 인터뷰 실시
- 면담 그룹 인터뷰 수행 시 규모는 4명으로 실시
- 개별 면담 수행 시 규모는 FGI와 동일하게 3~5명으로 실시

각 주제별 세부 면접대상자 내역은 아래와 같다.

- 1) 전역 후 군에서 발생한 질병 혹은 부상으로 군 및 민간 의료시설을 이용 중인 전역장병
  - \* 현역 장병 대상 미충족 의료 관련 면접조사 : 3~5명
- 2) 군 의료
  - \* 장병 관리 보직 군 간부 대상 미충족 의료 관련 면접조사 : 3~5명 - 의사인력
- 3) 군 정신건강 관련 의료서비스 이용 경험이 있는 현역 및 전역장병
- 4) 군 의료체계 관련 피해자 및 피해자의 가족

#### 다. 조사 내용

- 전역 후 군에서 발생한 질병으로 군 및 민간 의료시설을 이용 중인 전역장병의 의료 서비스 이용 실태와 장애 요인
- 군 의료관리체계의 적절성과 운영 실태
- 군 정신건강 관련 의료 서비스 제공의 적절성과 운영 실태
- 군 의료체계 관련 피해자 보상체계의 적절성과 현 실태

### 3. 문헌 및 자료 조사

#### ○ 국내외 선행연구 고찰

- 한국학술지인용색인(Korea Citation Index) 홈페이지를 이용하여 관련 국내 학술지논문을 검색하고 그 결과물을 분석에 활용
- 학술연구정보서비스(Research Information Sharing Service) 홈페이지를 이용하여 관련 국내 학위논문, 단행본, 연구보고서를 검색하고 그 결과물을 분석에 활용
- 펍메드(PubMed) 검색 엔진을 이용하여 관련 국외 학술지논문을 검색하고 그 결과물을 분석에 활용

#### 가. 국내 장병건강권 관련 선행연구

- 국가인권위원회 실태조사
- 군인의 의료권에 대한 법률적 탐색 연구
- 군인의 건강권에 대한 기타 연구

나. 장병건강권 관련 국가인권위원회 진정 사건 및 결정례

다. 군 의료체계 관련 현황 통계 자료

- 군내 건강 전문인력 현황 및 파악
- 최근 5년간 군내 건강서비스 현황 및 실적 파악

#### 4. 군 의료 데이터베이스 분석

군대기간이 건강에 미치는 영향을 최근 5년간의 입대 코호트를 대상으로 입대한 해로부터 군 장병의 군 복무 종료 (제대) 후 일정기간까지 총 5년간을 건강보험 데이터베이스를 활용하여 분석 같은 신체적 정신적 상태인 청년집단 중 군 입대 여부에 따라 군대기간과 제대 후 일정기간 동안의 추적관찰에서 건강상태가 달라지게 되는지 건강보험특성 매칭 개인자료 추적관찰.

입대기간, 전,중,후 동일기간으로 이루어진 3개의 기간에서, 입대 전 건강상태지표가 유사했던 청년인구집단 (건강상의 차이가 서로 없는) 중, 입대기간과 이후 입대기간과 제대 후 일정 기간이 입대여부에 따른차이가 있는지 사망(자살사망을 포함한), 질환의 발병과 질환의 합병증 발병에 대해 추적 조사.

특정한 변수 특징 (성별과 연령)을 공유하는 인구집단간 비교추적.

[입대 전] 군 복무 경험자와 비경험자의 특성 차이 없음이 입대 전 최소 3년간 확인된 두 그룹을 건강보험 데이터베이스에서 선정.

[입대 후] 군 복무를 마치고 제대한 시점 (입대 후 2년 경과 시점), 제대 후 3년 (입대 후 5년 경과 시점) 군 복무 경험 유무에 따른, 동일 관찰 기간의 발생 (사망, 새로운 특정 질환(들)의 발생에서의 차이가 있는지 비교 분석 (본 분석).

#### 가. 분석 대상 인구

2013년 입대 그룹 이후 5년 간 입대한 그룹들의 제대 후 약 3년간의 발생을 일반인구 중 상기 제안한 비교군을 건강보험데이터 베이스를 활용 구축하여 비교 분석

- [2013년 입대 코호트] 제대 후 2017년까지 추적 군 입대경험 없는 2010-12년 건강상태 유사 특성자와 매칭비교
- [2014년 입대 코호트] 제대 후 2018년까지 추적 입대경험 없는 2011-13년 건강상태 유사 특성자와 매칭비교
- [2015년 입대 코호트] 제대 후 2019년까지 추적 입대경험 없는 2012-14년 건강상태 유사 특성자와 매칭 비교

[2016년 입대 코호트] 제대 후 2020년까지 추적 입대경험 없는 2013-15년 건강상태 유사 특성자와 매칭 비교

[2017년 입대 코호트] 제대 후 2021년까지 추적 입대경험 없는 2014-16년 건강상태 유사 특성자와 매칭비교

#### 나. 군 입대 코호트 구축을 위한 자료 구축 방법

- 건강보험데이터베이스 상 보험급여정지 사유가 '군 입대'인 경우만 대상자로 선택
- 급여정지일자와 급여정지종료일자를 각각 '입대일자'와 '제대일자'로 사용함
- 자료정제 방법
  - 급여정지일자(입대일자)가 급여정지종료일자(제대일자)보다 앞선 경우(가 아닌 경우, 자격변동자료 오류로 간주)만 추출
  - 동일한 급여정지일자에 급여정지종료일자가 다른 경우가 있는 급여정지종료일자의 최대값 (더 나중인 일자) 으로 제대일을 적용
  - 급여정지일자와 급여정지종료일자와의 간격이 30개월을 벗어나는 경우 (군 복무 기간이 30개월 이상인 경우는 유사특성 대조군 선정의 어려움을 고려하여) 분석 대상자 제외
  - 병무청나이 기준 입대 연령이 18세미만인 경우 연구 대상자에서 제외
  - 병역 기피자 고려하여 병무청 입대 연령이 기준 37세 초과할 경우 대상자 제외
  - 여성의 경우 (약 8천 명 정도 확인되었으나) 대부분 장교로 입대하고, 훈련소 4주년을 제외하고는 급여정지가 종료되므로 건강보험자격 자료만으로는 정확한 복무기간을 파악하기 어렵다고 판단 되어 대상자에서 제외함



## 제2장 군 의료서비스 공급 및 이용 현황



## 제2장. 군 의료서비스 공급 및 이용 현황

### 1절 군 의료서비스 공급 현황

#### 1. 군 의료전달체계

군 의료전달체계는 지원 대상 병력의 배치 상태와 상황에 따라 다르게 설정되어 있으며, 상황의 변화에 신속히 대처할 수 있는 조직으로 되어있다. 군 지원 병원 및 후방병원과 수도병원은 차 진료 기관 역할 수행을 위해 첨단 의료 장비를 확보하여 운영하고 있으며, 군단지원병원은 2차 진료 기관 역할을 수행하고 있고, 사단 의무대와 연대 의무중대 및 대대 의무실은 1차 진료 기관 역할을 수행하고 있다. 이러한 체계는 진료 능력 범위를 설정하여 의료 이용의 편의를 도모하고 의료자원 활용의 효율성을 제고할 목적으로 도입되어 체계적인 군 의료서비스를 제공하고 있다(정한근, 2005).

진료수준	지원범위	진료체계도	기 능
3차	전군지원	수도병원	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 전문적인 치료</li> <li>• 진료종결 및 요양기능</li> <li>• 군 임상의학 연구</li> </ul>
	군지원	군(야전) 지원병원    후방병원	
2차	군단지원	군단지원병원	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 책임지역 병력 진료지원</li> <li>• 외래진료, 최초입원진료 및 요양기능</li> <li>• 지원부대 의무지원</li> </ul>
		이동외과병원	
1차	소속부대 지원	사단의무대    연대의무중대	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 군 1차 진료 / 응급처치</li> <li>• 경환자에 대한 입실기능</li> <li>• 후송대기 기능 (후송을 위한 치료 / 조치)</li> </ul>
		대대의무실	

[그림 1] 군 의료전달체계

우리 군에서 설립·운영하고 있는 군 병원을 소속별로 살펴보면 국군의무사령부 소속병원, 국군서울지구병원, 해군 소속 포항병원 및 진해병원(해양의학연구원), 공군소속 항공의료원으로 구분할 수 있다.

이를 좀 더 구체적으로 살펴보면 후방병원은 의무사령부에서 2~3차 진료를 제공할 수 있는 병원으로써 수도병원, 대전병원, 부산병원, 광주병원, 대구병원, 마산 병원, 논산병원, 그리고 계룡대 병원 등의 8개의 군 병원이 여기에 포함된다. 후송병원은 군사령부급에 대한 차 진료를 제공할 수 있는 병원으로써 원주병원, 청평 병원 등의 2개 군 병원이 여기에 포함된다. 야전병원은 군단급에 대한 2차 진료 지원을 제공할 수 있는 병원으로써 벽제병원, 춘천병원, 철정병원, 일동병원, 양주병원, 그리고 강릉병원, 등 6개 군 병원이 여기에 포함된다. 한편, 해군의 진해병원 및 포항병원, 공군의 항공의료원은 관련지역 및 해당 군에 대한 1~2 차 진료를 제공하는 것에 추가하여 각 군 특성에 맞는 연구기능을 가지고 있는 특수병원이 라고 할 수 있다(최광표 외, 2002).

## 2. 군 의료 시설

군 의료서비스 공급은 국가인권위원회가 2020년 실시한 ‘장병 건강권 보장을 위한 군 의료체계 실태조사’의 조사내용을 갱신하여 시설, 인력, 장비의 현황을 점검하였다. 의료시설은 국군의무사령부 예하 군 병원, 각 군 예하 병원급 시설, 각급 부대 예하 의무대 및 의무실의 분포를 살펴 파악하여야 하는데, 각급 부대 예하 의무대 및 의무실의 분포는 군부대 시설로 그 특성상 정보를 파악하는 데 제한이 있으므로 국군의무사령부 예하 군 병원과 각 군 예하 병원급 시설, 의료원을 중심으로 살폈다. 현황은 국립중앙의료원 공공보건의료지원센터 자료를 바탕으로 작성하였다.

시설 현황은 국군의무사령부 예하에 편제된 군 병원 시설 총 12개, 각 군 예하에 편제된 해군해양의료원, 해군포항병원, 공군항공의료원 3개를 대상으로 한다. 이외 각급 부대 예하 의무대급 시설임에도 육군 제21사단 의무대(백두병원), 육군훈련소지구병원, 공군교육사령부 기지 병원, 계룡대지구병원 등 병원급 및 의원급 의료 시설로 등록된 곳이 있으나 여기에서는 제외하도록 한다.

### 가. 군 의료 시설 및 장비

군 의료시설의 주요 시설 규모는 <표1>과 같다. 군 의료시설은 2022년 12월 기준 2,532개의 일반 입원병실, 35개의 상급 입원병실, 89개의 정신과 폐쇄병실, 103개의 응급실, 43개의 수술실, 133개의 물리치료실을 확보하고 있다. 분만실과 호스피스 병동은 갖추고 있지 않고, 성인 중환자실은 국군수도병원에만 26개가 있다. 코로나-19 감염병 확산 이후 감염병 격리병실 중 음압 병실이 새롭게 확보되어 감염병 격리 음압병실이 58개, 일반병실이 30개 확보되어 있다.

〈표 1〉 군 의료시설 규모 현황

(단위 : 개)

구분	일반 입원 병실	상급 입원 병실	성인 중환 자실	정신과 폐쇄 병실	감염 음압 병실	감염 일반 병실	응급실	수술실	분만실	물리 치료	호스 피스	
의무사	고양	136	0	0	8	6	0	4	3	0	9	0
	양주	330	0	0	8	0	6	9	6	0	9	0
	포천	100	0	0	0	0	0	10	0	0	6	0
	춘천	139	1	0	0	4	8	5	1	0	7	0
	홍천	158	0	0	10	8	0	9	2	0	5	0
	강릉	85	3	0	0	3	6	5	2	0	9	0
	구리											
	수도	592	14	26	15	8	0	28	11	0	13	0
	대전	401	17	0	8	20	0	11	5	0	19	0
	함평	97	0	0	0	3	0	8	1	0	12	0
	대구	180	0	0	10	0	10	0	4	0	10	0
서울	30	0	0	0	0	0	3	2	0	6	0	
해군	포항	120	0	0	0	0	0	3	2	0	3	0
	해양	114	0	0	0	6	0	5	2	0	13	0
공군	항공	50	0	0	0	0	0	3	2	0	7	0

자료 : 국립중앙의료원 공공보건의료지원센터, 공공보건의료기관 정보 (2022년 12월 기준, 국군구리병원 통계자료 미제공)

군 의료시설에 마련되어 있는 특수·고가장비 및 진단용 방사선 발생장치 보유 개수는 〈표2〉와 같다. 장비들의 수요가 높은 CT, MRI, 초음파영상진단기가 주로 갖추어져 있고, CT는 19개, MRI는 20개, 초음파영상진단기는 63개가 있다. 유방촬영장치, 골밀도검사기는 국군수도병원과 서울지구병원에만 있고, 양전자단층촬영기는 국군수도병원에만 있다. 체외 충격파 쇄석기는 국군수도병원에 2개, 국군대전병원에 1개가 구비되어 있다. 뇌종양치료기를 갖춘 곳은 없다. 특수·고가장비의 보유 현황은 2020년 조사와 비교하여 크게 달라진 바가 없다.

〈표 2〉 군 의료시설 장비 현황

(단위 : 개)

구분	CT	MRI	유방 촬영장치	양전자 단층 촬영기	초음파 영상 진단기	골밀도 검사기	뇌종양 치료기	체외 충격파 쇄석기	인공 신장기
의무사	고양	1	1	0	0	3	0	0	0
	양주	2	2	0	0	4	0	0	0
	포천	1	1	0	0	1	0	0	0
	춘천	1	1	0	0	3	0	0	0
	홍천	2	1	0	0	2	0	0	0
	강릉	1	1	0	0	3	0	0	0
	구리								

장병 건강권 보장을 위한 군 의료체계 실태조사

구분	CT	MRI	유방 촬영장치	양전자 단층 촬영기	초음파 영상 진단기	골밀도 검사기	뇌종양 치료기	체외 충격파 쇄석기	인공 신장기	
수도	수도	3	4	1	1	17	1	0	2	10
	대전	1	2	0	0	5	0	0	1	0
	함평	1	1	0	0	4	0	0	0	0
	대구	1	1	0	0	1	0	0	0	0
	서울	1	1	1	0	6	1	0	0	0
해군	포항	1	1	0	0	3	0	0	0	0
	해양	1	1	0	0	6	0	0	0	0
공군	항공	1	1	0	0	4	0	0	0	0

자료 : 국립중앙의료원 공공보건의료지원센터, 공공보건의료기관 정보 (2022년 12월 기준, 국군구리병원 통계자료 미제공)

< 전국 군 병원·의원(공공의료기관) 시설 위치 >



[그림 2] 전국 군 병원·의원(공공의료기관) 시설 위치

### 3. 군 의료 인력

군 의료시설에 종사하는 의사 인력, 간호 인력, 보건 인력의 현황은 군 의료 시설과 마찬가지로 국군의 무사령부 예하 군 병원과 각 군 예하 병원급 시설, 의료원을 중심으로 살폈다. 현황은 국립중앙의료원 공공보건의료지원센터 자료를 바탕으로 작성하였다.

자료에 따르면 현재 569명의 의사, 한의사, 치과 의사와 471명의 보건 인력, 1,363명의 간호 인력이 군 주요 의료시설에서 근무하고 있다. 아래 표3은 군 보건의료인력의 현황이다.

〈표 3〉 군 의료시설 보건 인력 현황

(단위 : 명)

구분	의무사												해군		공군
	고양	양주	포천	춘천	홍천	강릉	구리	수도	대전	함평	대구	서울	포항	해양	항공
방사선사	8	14	8	8	8	8		30	12	4	5	5	6	4	7
임상병리사	6	11	7	7	5	5		31	10	2	3	7	5	5	8
물리치료사	3	8	3	4	2	3		11	7	2	2	2	2	2	2
작업치료사	0	0	0	0	0	0		0	1	0	0	0	0	0	0
치과기공사	0	3	0	0	0	0		4	5	0	0	0	0	0	0
치과위생사	5	14	5	3	5	4		21	13	0	3	4	3	4	1
의무기록사	3	4	4	3	3	2		9	4	3	3	3	1	1	1
약사	1	1	1	1	1	0		15	2	0	1	4	0	2	5
사회복지사	0	1	0	0	0	0		2	0	0	0	0	0	0	0

자료 : 국립중앙의료원 공공보건의료지원센터, 공공보건의료기관 정보 (2022년 12월 기준, 국군구리병원 통계자료 미제공)

다음은 군 의료시설에 종사하고 있는 의사의 인력 현황이다. 주요 군 의료시설에 종사하는 의사 인력은 군의관 외에도 계약직 의사를 포함한다. 대부분 전문의로 구성되어 있으며 내과와 정형외과 의사가 다른 진료과 의사에 비해 수가 많다.

〈표 4〉 군 의료시설 의사 인력 현황

(단위 : 명)

구분	의무사												해군		공군
	고양	양주	포천	춘천	홍천	강릉	구리	수도	대전	함평	대구	서울	포항	해양	항공
내과	4	7	4	4	3	3		22	6	2	2	5	2	6	7
신경과	0	1	0	0	0	0		3	2	0	0	1	0	1	1
정신건강의학과	2	3	2	2	2	1		5	3	1	1	0	1	1	2
외과	1	4	1	1	1	2		14	5	1	1	3	1	2	2
정형외과	4	10	5	5	4	3		14	7	2	4	5	2	4	4
신경외과	3	4	4	4	3	2		7	4	2	2	1	1	4	0
흉부외과	0	1	0	0	1	0		5	2	0	0	0	0	0	0

장병 건강권 보장을 위한 군 의료체계 실태조사

구분	의무사												해군		공군
	고양	양주	포천	춘천	홍천	강릉	구리	수도	대전	함평	대구	서울	포항	해양	항공
성형외과	0	0	0	0	0	0		2	0	0	0	0	0	0	0
마취통증의학과	0	3	0	0	0	0		9	4	0	0	1	0	2	1
산부인과	1	1	1	1	1	1		1	1	0	0	1	0	0	1
소아청소년과	0	0	0	0	0	0		1	0	0	0	0	0	0	0
안과	1	2	1	1	1	1		4	2	1	0	1	1	1	3
이비인후과	2	3	2	2	2	2		5	3	1	1	1	2	1	2
피부과	2	3	2	2	2	2		2	3	1	1	1	1	2	1
비뇨기과	1	1	1	1	1	1		3	1	0	0	1	0	1	1
영상의학과	3	3	3	2	3	2		7	4	2	2	2	1	2	3
방사선종양학과	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0
병리과	0	0	0	0	0	0		1	0	0	0	1	0	0	0
진단검사의학과	0	1	0	0	0	0		2	1	0	1	0	0	0	1
결핵과	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0
재활의학과	1	3	0	1	1	1		6	2	0	0	0	0	1	1
예방의학과	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0
가정의학과	0	0	0	1	1	0		0	0	1	0	1	0	2	3
응급의학과	4	4	4	4	4	3		4	5	0	0	4	2	4	2
핵의학과	0	0	0	0	0	0		1	1	0	0	0	0	0	0
직업환경의학과	0	0	0	0	0	0		0	1	0	0	0	0	1	1
전문의 계	29	54	30	31	30	24		118	57	14	15	29	14	35	36
전공의 계	0	0	0	0	0	0		2	0	0	0	0	0	0	0
일반의 계	0	0	0	0	0	0		0	0	0	1	0	0	0	0
치과 계	5	12	5	5	4	4		0	0	0	3	4	3	3	2
한의사 계	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0

자료 : 국립중앙의료원 공공보건의료지원센터, 공공보건의료기관 정보 (2022년 12월 기준, 국군구리병원 통계자료 미제공)

의사 인력 중 군의관의 경우 2022년 기준 전군에 2,449명이 복무 중이며, 이 중 88.2%인 2,161명이 전문의(\*전임의를 포함한 숫자)다. 이들은 주요 군 의료시설 외에도 사단 의무대, 대대 의무실 등에 배치되어 임무를 수행하고 있다.

〈표 5〉 군의관 현황

(단위 : 명)

구분	일반의	전문의	전임의*	총계
육군	258	1,492	119	1,869
해군	19	267	15	301
공군	11	261	7	279

\* 전문의 중 추가 수련을 통해 전임의 자격을 취득한 경우, 전문의 통계에서는 제외  
 자료 : 국회의원 송옥주, 2022년 국방부 국정감사 제출 자료

병원에서 근무하는 군의관에 대해서 전문과목과 병원별 배치현황을 파악할 수 있지만, 일차의료기관의 역할을 담당하는 사단 의무대와 연대 의무중대 및 대대 의무실에 대해서는 배치현황에 대한 자료조차 구하기 쉽지 않고, 더구나 군 일차의료 수행에 대한 점검과 평가는 전무하다.

일차의료 수행에 필요한 응급처치 및 의료시설(X-선 촬영, 임상병리검사, 심리검사 등) 및 의사 외 전문인력의 배치, 약품 비치에 대해서도 정확한 평가를 하기 힘들다. 군의관은 배치되어 있지만, 일차의료 서비스 제공에 필요한 여건은 매우 열악하다고 볼수 있다.

군 일차의료 현황을 보면 대대에는 군의관이 의무지대장(중위급)으로 1명이 근무하고, 연대에는 일반적으로 내과, 외과 전문의가 한 명씩 의무중대장(대위급)으로 근무하고 있으며, 대대와 연대 의무대의 보유 물품의 차이는 거의 없고, 약물치료, 수액요법, 봉합 등의 간단한 처치, 깁스, 찜질기 등을 이용한 간단한 물리치료 및 예방사업 정도를 담당하고 있고, 방사선 장비나 검사 장비는 없어, 군의관의 문진에 의존하여 진료를 수행하고 있다. 검사가 필요한 환자의 경우 사단 의무대로 전원하며, 부대의 특성에 따라 주 1회에서 주 5회까지 사단 의무대로 외진을 시행하고 있다. 사단 의무대는 의무대장(중령급)을 비롯해 대위급의 신경외과, 정형외과, 이비인후과, 구강외과, 보철과, 한방과 전문의가 한 명씩 진료하고 있다. 사단 의무대는 미리 협조 된 가까운 민간의료기관으로 응급상황시 환자를 후송하기도 한다. 사단 보유 물품으로는 혈압계, 반창고 등을 비롯한 약 500개의 물품을 보유하고 있다. 전문의와 X-ray, 혈액검사가 가능한 일반적인 일차의료기관의 역할을 담당하고 있다.

전체 군의관 중 내과, 소아과, 가정의학과 군의관 비율 ( '23. 5월 기준) 총 16.1% ( 내과: 13.7%, 가정의학과 : 2.0%, 소아과 : 0.4% )이다. 일반의는 11.8%에 해당된다. 약 700여 명의 군의관이 일차의료 가능하다.

사병수 55만을 700명의 일차의료 군의관이 관리한다면 786명 장병당 1명의 일차의료 군의관 배정이 가능하다. 보통 의사 1인당 1000명이 환자군이 적절한 관리 환자 수이므로 일차의료에 대한 교육 훈련 시스템이 갖추어지면 군의관 수는 환자 중심 군 일차의료기관 운영에 가능한 수준이라고 할 수 있다.

일차의료 진료가 불가능한 전문과의 군의관은 군 병원 배치나 일차의료 교육 후 부대에 배치하도록 한다. 교육과정은 대한가정의학회, 대한내과학회, 한국일차보건의료학회에 위탁하여 시행하도록 한다. 외국도 특수과 전문의가 일차의료에 들어가기 위해서는 PRR(Physician Retraining & Reentry)이라는 교육 후 일차의료 진료가 가능하다. 군 일차의료인력에 대해 교육 등 체계적인 관리가 시급하다.

이어서 아래는 군 간호인력 현황이다. '간호등급'은 일반병동에서 간호사 1명이 관리하는 병상수를 기준으로 부여한다. 기준은 상급종합병원과 나머지 의료시설이 다르나, 군 의료시설 중에는 상급종합병원이 없다. 1등급은 2개 이상 2.5개 미만, 2등급은 2.5개 이상 3개 미만, 3등급은 3개 이상 3.5개 미만이다.

〈표 6〉 군 의료시설 간호 인력 및 관련 현황

(단위 : 명)

구분	의무사												해군		공군
	고양	양주	포천	춘천	홍천	강릉	구리	수도	대전	함평	대구	서울	포항	해양	항공
간호사	30	119	34	47	38	30		371	138	23	23	30	28	22	26
조산사	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0
간호조무사	22	59	21	25	16	17		94	81	11	14	12	1	5	26
간호등급	1	1	1	1	1	1		2	1	1	1	7	1	1	1
병상수	150	344	100	152	176	97		655	446	100	200	30	120	120	50

자료 : 국립중앙의료원 공공보건의료지원센터, 공공보건의료기관 정보 (2022년 12월 기준, 국군구리병원 통계자료 미제공)

#### 4. 군 의료 시설 인력 소결

전체 군의관은 수는 조금씩 감소하고 있다. 단기군의관의 공급에 큰 변화가 없었던 것에 비해, 장기군의관은 지원한 군의관보다 전역한 군의관이 많아 꾸준히 감소하는 추세를 보인다. 일반의보단 전문의의 비율이 높으며, 정형외과, 내과의 비율이 상대적으로 높다. 전체 군의관 중 내과, 소아과, 가정의학과 군의관 비율 ('23. 5월 기준) 총 16.1% (내과: 13.7%, 가정의학과 : 2.0%, 소아과 : 0.4%)이다. 일반의는 11.8%에 해당한다. 약 700여명의 군의관이 일차의료가 가능하다. 간호사, 사회복지사 등 보건의료인력에 서도 필요한 인력을 충원하고 있지 못하다. 높은 간호등급을 유지하게 하는 병상 기준 간호인력을 충족시키고 있지 못하며, 사회복지사를 두고 있는 병원도 매우 적다. 전자의무기록(EMR) 의료정보 공유시스템도 구축되지 않아, 의료기관별 환자의 의무기록에 대한 공유도 잘 이루어지고 있지 못하다. 상당수의 군의관이 일차의료에 종사하면서도 일차의료 전문인력에 대한 전문교육도 잘 받고 있지 못하는 상태이다.

## 제3장 군 의료서비스 이용 실태조사 결과



## 제3장. 군 의료서비스 이용 실태조사 결과

### 1절

#### 실태조사 대상자 특성(군)

현역 장병 군 의료서비스 이용 실태조사는 「장병 건강권 보장을 위한 군 의료체계 실태조사(김대희 외, 2020)」를 기반으로 후속 연구 형태로 수행되었다. 따라서 선행연구 수행 시 사용되었던 설문지의 일부를 차용하여 설문조사를 실시하였다. 설문을 통하여 확인하고자 한 주된 내용은 현역 장병의 미충족 의료 경험, 군 의료서비스 접근 저해 요인, 군 의료서비스 이용 장애 요인 등이었다.

단일한 설문지를 이용하였고, 사전에 국방부의 협조를 받아 선정한 국군수도병원, 육군 전방 부대 1개소, 육군 후방 부대 1개소, 공군 비행단 1개소, 해병대 사단 1개소에서 대면한 의무복무 중인 현역 장병을 대상으로 수행하였다. 참고로 해군의 경우 국방부에서 선정하여 준 부대의 협조를 받을 수 없어서 본 연구에서는 제외되었다. 설문조사에 앞서 연구원 및 설문조사 요원이 본 연구의 취지 및 설문조사 참여자의 권리와 유의사항을 소개한 후 진행되었다.

총 7회의 현장 대면 설문조사를 실시하였고, 총 748명의 현역 장병이 설문조사에 참여하였다.

〈표 7〉 군 의료서비스 이용 실태 조사 현장 분포

구분	부대	병사(명)	비고
군 병원	국군수도병원	231	
	소계	231	
육군	육군 제□□사단	181	전방 사단
	육군 제○○사단	167	후방 사단
공군	공군 제◇◇전투비행단	68	
해병대	해병 제☆사단	101	
	소계	517	
	합계	748	

응답자의 소속 군은 육군 71.8%, 해군 0.7%, 공군 11.8%, 해병대 15.8%로 육군이 가장 많았고, 계급은 훈련병 1.6%, 이병 5.7%, 일병 36.6%, 상병 38.9%, 병장 17.1%로 구성되었다.

〈표 8〉 군 및 계급에 따른 설문조사 응답자 분포

구분	육군		해군		공군		해병대		합계	
	명	%	명	%	명	%	명	%	명	%
훈련병	12	2.2	.	.	.	.	.	.	12	1.6
이병	43	8.0	.	.	.	.	.	.	43	5.7
일병	207	38.5	4	80.0	33	37.5	30	25.4	274	36.6
상병	202	37.6	.	.	33	37.5	56	47.5	291	38.9
병장	73	13.6	1	20.0	22	25.0	32	27.1	128	17.1
합계	537	100.0	5	100.0	88	100.0	118	100.0	748	100.0

(결측 빈도 : 0)

응답자 중 전방 부대에 소속된 장병은 32.9%였고, 후방 부대에 소속된 장병은 67.1%였다.

〈표 9〉 응답자의 소속 부대 위치에 따른 설문조사 응답자 분포

구분	육군		해군		공군		해병대		합계	
	명	%	명	%	명	%	명	%	명	%
전방	235	44.0	1	20.0	.	.	9	7.6	245	32.9
후방	299	56.0	4	80.0	88	100.0	109	92.4	500	67.1
합계	534	100.0	5	100.0	88	100.0	118	100.0	745	100.0

(결측 빈도 : 육군 3명)

응답자의 직무별 분포는 다음과 같았다. 전투 관련 보직 38.4%, 기술 관련 보직 41.1%, 행정 관련 보직 11.2%, 기타 특수 보직 9.2%로 기술 관련 보직의 병사가 가장 많았다.

〈표 10〉 응답자의 소속 부대 위치에 따른 설문조사 응답자 분포

구분	육군		해군		공군		해병대		합계	
	명	%	명	%	명	%	명	%	명	%
전투	216	40.8	.	.	9	10.2	59	50.0	284	38.4
기술	208	39.2	.	.	49	55.7	47	39.8	304	41.1
행정	45	8.5	.	.	27	30.7	11	9.3	83	11.2
특수	61	11.5	4	100.0	2	2.3	1	0.8	68	9.2
합계	530	100.0	4	100.0	88	100.0	118	100.0	739	100.0

(결측 빈도 : 육군 7명, 해군 1명, 공군 1명)

군 의료서비스 이용 경험이 있다고 응답한 장병은 22.6%, 없다고 응답한 장병은 77.4%였다.

〈표 11〉 군 의료서비스 이용 경험에 따른 설문조사 응답자 분포

구분	병사	
	명	%
이용 경험 있음	579	77.4%
이용 경험 없음	169	22.6%
<b>합계</b>	<b>748</b>	<b>100</b>

(결측 빈도 : 육군 7명, 해군 1명, 공군 1명)

군 의료서비스 이용 경험이 없다고 응답한 장병은 22.6%, 있다고 응답한 장병은 77.4%였다.

2절

실태조사 결과

1. 미충족 의료 경험 실태

연구진은 장병들이 의료서비스를 이용코자 하였으나 실제로는 이용하지 못하였던 경험을 파악하고자 하였다. 미충족 의료 경험은 2020년 선행연구에서도 주요 지표로 분석되었기에, 현역 장병들의 군 의료 서비스에 대한 접근성이 이전에 비하여 어느 정도 개선되었는지, 현재의 문제점은 무엇인지 파악하는데 시사점이 크다 할 수 있다. 이에 본 연구에서는 미충족 의료 경험을 설문지를 통해서 조사 및 분석하였다.

장병들의 미충족 의료 경험은 다음과 같은 물음을 통해서 조사되었다.

“지난 1년 동안 진료 또는 검사를 받아 볼 필요가 있었으나 제때 받지 못한 경험이 있었습니까?”

해당 질문은 미충족 의료 관련 선행 연구에서 보편적으로 쓰이는 질문으로 관련 연구 및 선행연구에서도 사용되었던 질문이다. 따라서 선행연구 결과와 비교분석이 용이하고, 일반 인구 집단과의 비교분석 역시 용이하다는 장점이 있어 해당 질문을 사용하였다.

〈표 12〉 설문조사 응답자의 미충족 의료 경험

구분	병사	
	명	%
미충족 의료 경험 있음	181	24.2
미충족 의료 경험 없음	416	55.6
의료서비스가 필요한 적이 없음	151	20.2
합계	748	100

(결측 빈도 : 0)

본 연구 결과 미충족 의료 경험이 있는 장병은 24.2%였다. 미충족 의료 경험이 없다고 응답한 장병은 55.6%였고, 20.2%의 장병은 의료서비스가 필요한 적이 없다고 응답하였다.

2. 미충족 의료 경험 장병의 의료서비스 이용 장애 원인

연구진은 장병들이 미충족 의료 경험이 있는 장병 총 181명을 대상으로 의료서비스 이용 시 장애를 초래하였던 원인을 물었다. 장애 원인은 선행연구에서 Levesque 의료서비스 이용 모델을 바탕으로 선정 한 15가지 문항과 동일하게 구성하였다. 미충족 의료 경험이 있었던 응답자들에게 어떠한 이유 때문에 미충족 의료 경험이 발생하였는지를 복수 응답을 가능하게 하여 물었다.

〈표 13〉 의료서비스 이용 장애 원인

분류	설문지 문항
도달 가능성 관련 요인	증상이 가볍거나 시간이 지나면 좋아질 것 같아서
	어느 의료 기관 혹은 어느 과 진료를 받아야 하는지 몰라서
	치료나 검사를 받으면 아플 것 같아서
수용성 관련 요인	아프다고 말하기 어려워서 / 피병을 부린다는 오해를 받을까 걱정이 되어서
	진급 누락이나 보직 변경 등 인사상 불이익을 받을 것 같아서
	의료기관 방문을 허락받지 못해서 / 허락받지 못할 것으로 생각해서
	시간이 없어서 / 업무를 비울 수 없어서
가용성 관련 요인	예약이 어려워서 / 예약할 수단이 없어서
	의료기관이 멀어서 / 교통수단이 없어서
	외진 갈 수 있는 날짜 / 인원이 정해져 있어서
	대기시간이 길어서 / 긴 대기 때문에 일과시간 중 진료를 받지 못해서
	의료비 / 교통비나 식비 부담 때문에
적절성 관련 요인	군 의료기관의 의료 수준이 낮을 것 같아서 / 진료 결과에 대한 믿음이 안 가서
	군 의료기관 의료진들이 불친절하거나 강압적인 분위기가 싫어서
기타	기타

미충족 의료 경험이 있었던 총 181명의 장병들이 응답한 미충족 의료 발생 원인은 다음과 같았다.

〈표 14〉 미충족 의료 경험 장병의 의료서비스 이용 장애 원인

설문지 문항	명	%
증상이 가볍거나 시간이 지나면 좋아질 것 같아서	99	54.7
어느 의료 기관 혹은 어느 과 진료를 받아야 하는지 몰라서	11	6.1
치료나 검사를 받으면 아플 것 같아서	8	4.4
아프다고 말하기 어려워서 / 피병을 부린다는 오해를 받을까 걱정이 되어서	78	43.1
진급 누락이나 보직 변경 등 인사상 불이익을 받을 것 같아서	14	7.7
의료기관 방문을 허락받지 못해서 / 허락받지 못할 것으로 생각해서	35	19.3
시간이 없어서 / 업무를 비울 수 없어서	62	34.3
예약이 어려워서 / 예약할 수단이 없어서	38	21.0
의료기관이 멀어서 / 교통수단이 없어서	30	16.6
외진 갈 수 있는 날짜 / 인원이 정해져 있어서	66	36.5
대기시간이 길어서 / 긴 대기 때문에 일과시간 중 진료를 받지 못해서	36	19.9
의료비 / 교통비나 식비 부담 때문에	13	7.2
군 의료기관의 의료 수준이 낮을 것 같아서 / 진료 결과에 대한 믿음이 안 가서	58	32.0
군 의료기관 의료진들이 불친절하거나 강압적인 분위기가 싫어서	30	16.6
기타	24	13.3

(응답대상자 : 총 181명, 복수 응답)

장병 건강권 보장을 위한 군 의료체계 실태조사

미충족 의료 경험이 있었던 총 181명의 장병 중 54.7%가 ‘증상이 가볍거나 시간이 지나면 좋아질 것 같아서’ 의료서비스가 필요함에도 불구하고 의료서비스를 이용하지 않았다고 응답하였다. 이어서 43.1%의 장병이 ‘아프다고 말하기 어려워서 / 피병을 부린다는 오해를 받을까 봐’ 의료서비스를 이용하기 어려웠다고 응답하였다.

또한 36.5%의 장병이 ‘외진 갈 수 있는 날짜/인원이 정해져 있어서’ 의료서비스를 이용하기 어려웠다고 응답하였고, 34.3%의 장병은 ‘시간이 없어서 / 업무를 비울 수 없어서’ 의료서비스를 이용하기 어려웠다고 응답하였다. 이 외에 32.0%의 장병은 ‘군 의료기관의 의료 수준이 낮을 것 같아서 / 진료 결과에 대한 믿음이 안 가서’ 의료서비스 이용하는 것을 주저하게 되었다고 응답하였다.

**3. 응답자의 특성에 따른 미충족 의료 경험의 차이**

연구진은 장병들이 미충족 의료 경험 시 원인이 되는 요인을 파악하기 위해서 응답자의 특성에 따른 미충족 의료 경험 차이를 요인별로 분석하였다.

**〈표 15〉 군별 미충족 의료 경험 비율**

구분	육군		해군		공군		해병대		합계	
	명	%	명	%	명	%	명	%	명	%
미충족 의료 경험이 있다	145	27.0			22.0	25.0	14.0	11.9	181	24.2
미충족 의료 경험이 없다	311	57.9	3	60.0	39	44.3	63	53.4	416	55.6
의료서비스가 필요하지 않았다	81	15.1	2	40.0	27	30.7	41	34.7	151	20.2
<b>합계</b>	<b>537</b>	<b>100.0</b>	<b>5</b>	<b>100.0</b>	<b>88</b>	<b>100.0</b>	<b>118</b>	<b>100.0</b>	<b>748</b>	<b>100.0</b>

(결측 빈도 : 0)

군별 미충족 의료 경험 비율은 위와 같았다. 군별 미충족 의료 경험은 육군이 27.0%로 가장 높고, 공군 25.0%, 해병대 11.9% 순으로 확인되었지만, 유의미한 차이는 없었다.

**〈표 16〉 계급별 미충족 의료 경험 비율**

구분	훈련병		이병		일병		상병		병장		합계	
	명	%	명	%	명	%	명	%	명	%	명	%
미충족 의료 경험이 있다			66	24.1	73	25.1	33	25.8	9	20.9	181	24.2
미충족 의료 경험이 없다	7	58.3	141	51.5	177	60.8	77	60.2	14	32.6	416	55.6
의료서비스가 필요하지 않았다	5	41.7	67	24.5	41	14.1	18	14.1	20	46.5	151	20.2
<b>합계</b>	<b>12</b>	<b>100.0</b>	<b>274</b>	<b>100.0</b>	<b>291</b>	<b>100.0</b>	<b>128</b>	<b>100.0</b>	<b>43</b>	<b>100.0</b>	<b>748</b>	<b>100.0</b>

(결측 빈도 : 0)

계급별 미충족 의료 경험 비율은 위와 같았다. 계별 미충족 의료 경험은 상병이 25.8%로 가장 높고, 일병 25.1%, 이병 24.19% 병장 20.9% 순으로 확인되었지만, 유의미한 차이는 없었다.

〈표 17〉 계급별 미충족 의료 경험 비율

구분	전투		기술		행정		특수		합계	
	명	%	명	%	명	%	명	%	명	%
미충족 의료 경험이 있다	68	23.9	85	28.0	20	24.1	7	10.3	180	24.4
미충족 의료 경험이 없다	163	57.4	151	49.7	49	59.0	46	67.6	409	55.3
의료서비스가 필요하지 않았다	53	18.7	68	22.4	14	16.9	15	22.1	150	20.3
<b>합계</b>	<b>284</b>	<b>100.0</b>	<b>304</b>	<b>100.0</b>	<b>83</b>	<b>100.0</b>	<b>68</b>	<b>100.0</b>	<b>739</b>	<b>100.0</b>

(결측 빈도 : 9)

보직별 미충족 의료 경험 비율은 위와 같았다. 보직별 미충족 의료 경험은 기술 보직이 28.0%로 가장 높고, 행정 24.1%, 전투 23.9% 특수 10.3% 순으로 확인되었지만, 유의미한 차이는 없었다.

〈표 18〉 부대 위치에 따른 미충족 의료 경험 비율

구분	전방		후방		합계	
	명	%	명	%	명	%
미충족 의료 경험이 있다	88	35.9	93	18.6	181	24.3
미충족 의료 경험이 없다	133	54.3	281	56.2	414	55.6
의료서비스가 필요하지 않았다	24	9.8	126	25.2	150	20.1
<b>합계</b>	<b>245</b>	<b>100.0</b>	<b>500</b>	<b>100.0</b>	<b>745</b>	<b>100.0</b>

(결측빈도 : 3)

부대 위치에 따른 미충족 의료 경험 비율은 위와 같았다. 부대 위치에 따른 미충족 의료 경험은 전방이 35.9%로 후방 18.6%에 비해서 유의미하게 높았다.

〈표 19〉 부대에서 군 의료기관까지의 거리에 따른 미충족 의료 경험 비율

구분	30분 미만		30분 이상		합계	
	명	%	명	%	명	%
미충족 의료 경험이 있다	133	22.8	47	28.8	180	24.1
미충족 의료 경험이 없다	326	55.9	90	55.2	416	55.8
의료서비스가 필요하지 않았다	124	21.3	26	16.0	150	20.1
<b>합계</b>	<b>583</b>	<b>100.0</b>	<b>163</b>	<b>100.0</b>	<b>746</b>	<b>100.0</b>

(결측빈도 : 2)

부대에서 군 의료기관까지의 거리에 따른 미충족 의료 경험 비율은 위와 같았다. 부대에서 군 의료기관까지의 거리에 따른 미충족 의료 경험은 30분 이상인 경우가 28.8%로 30분 미만인 경우의 22.8%에 비해서 유의미하게 높았다.

〈표 20〉 부대에서 민간 의료기관까지의 거리에 따른 미충족 의료 경험 비율

구분	30분 미만		30분 이상		합계	
	명	%	명	%	명	%
미충족 의료 경험이 있다	103	21.5	76	28.5	179	24.0
미충족 의료 경험이 없다	282	59.0	134	50.2	416	55.8
의료서비스가 필요하지 않았다	93	19.5	57	21.3	150	20.1
합계	478	100.0	267	100.0	745	100.0

(결측빈도 : 3)

부대에서 민간 의료기관까지의 거리에 따른 미충족 의료 경험 비율은 위와 같았다. 부대에서 민간 의료기관까지의 거리에 따른 미충족 의료 경험은 30분 이상인 경우가 28.5%로 30분 미만인 경우의 21.5%에 비해서 유의미하게 높았다.

상기 표 3장 2절 7-9항목을 종합하면 부대 위치에 따른 미충족 의료 경험 비율은 전방에 위치한 부대에서 가장 높게 나타났다. 또한 부대에서 군 의료기관 혹은 민간 의료기관까지의 거리가 30분 이상인 경우에 미충족 의료 경험 비율이 높게 나타났다.

즉, 상대적으로 의료 인프라가 덜 갖추어진 전방에 위치한 부대와 군 혹은 민간 의료기관까지의 거리가 먼 부대에서 미충족 의료의 경험이 높게 확인된 것은 군 장병에게서 발생하는 미충족 의료의 경험이 높게 나타났다는 점에서 의료시설의 인프라 및 의료시설 접근성 등이 미충족 의료 경험에 큰 영향을 미치는 것으로 나타났다.

이에 본 연구진은 전방 부대와 후방 부대에서 미충족 의료 경험이 있는 장병을 대상으로 미충족 의료 발생 원인에 대해서 추가 분석을 시행하였다. 그 결과는 다음과 같다.

〈표 21〉 부대 위치에 따른 미충족 의료 경험 장병의 의료서비스 이용 장애 원인

구분	군 복무 중 지난 1년 이내 미충족 의료 경험이 있는 장병			
	전방		후방	
	명	%	명	%
증상이 가볍거나 시간이 지나면 좋아질 것 같아서	48	51.6	51	58.0
어느 의료기관/과를 가야할지 몰라서	4	4.3	7	8.0
치료나 검사를 받으면 아플 것 같아서	6	6.5	2	2.3
아프다고 말하기 어려워서 / 꾀병을 부린다는 오해를 받을까 봐	40	43.0	38	43.2
진급 누락이나 보직 변경 등 인사 상 불이익을 받을 것 같아서	7	7.5	7	8.0
의료기관 방문을 허락받지 못해서 / 허락받지 못할 것으로 생각해서	14	15.1	21	23.9
시간이 없어서 / 업무를 비울 수 없어서	34	36.6	28	31.8
예약이 어려워서 / 예약할 수단이 없어서	19	20.4	19	21.6
의료기관이 떨어져서 / 교통수단이 없어서	12	12.9	18	20.5
외진 갈 수 있는 날짜/인원이 정해져 있어서	28	30.1	38	43.2
대기시간이 길어서 / 긴 대기 때문에 일과 시간 중 진료를 받지 못해서	24	25.8	12	13.6
의료비 / 교통비나 식비 부담 때문에	8	8.6	5	5.7
군 의료기관의 의료 수준이 낮을 것 같아서 / 진료 결과에 대한 믿음이 가지 않아서	33	35.5	25	28.4
군 의료기관 의료진들이 불친절하거나 강압적인 분위기가 싫어서	17	18.3	13	14.8
기타	19	20.4	5	5.7
합계	93	100.0	88	100.0

(복수 응답)

하지만 미충족 의료 경험이 있는 대상으로만 미충족 의료 발생 원인에 대해서 추가 분석을 시행한 하위 그룹 분석의 결과는 예상과는 다르게 나타났다.

전방 부대와 후방 부대의 미충족 의료 경험 비율이 35.9%와 18.6%로 유의미한 차이가 있었음에도 불구하고 하위 그룹 분석에서 전방 부대와 후방 부대의 장병들이 응답한 의료서비스 이용 장애 원인 사이에는 유의미한 차이가 있는 요인들이 많지 않았다.

유의미한 차이를 보였던 요인으로는 ‘의료기관 방문을 허락받지 못해서 / 허락받지 못할 것으로 생각해서’, ‘의료기관이 떨어져서 / 교통수단이 없어서’, ‘외진 갈 수 있는 날짜 및 인원이 정해져 있어서’, ‘대기시간이 길어서 / 긴 대기 때문에 일과시간 중 진료를 받지 못해서’, ‘군 의료기관의 의료 수준이 낮을 것 같아서 / 진료 결과에 대한 믿음이 가지 않아서’였는데, 그 중 ‘군 의료기관의 의료 수준이 낮을 것 같아서 / 진료 결과에 대한 믿음이 가지 않아서’를 제외하고는 후방 부대에서 응답한 비율이 오히려 더 높았다.

‘의료기관 방문을 허락받지 못해서 / 허락받지 못할 것으로 생각해서’는 수용성 관련 요인이다. ‘의료기관이 멀어서 / 교통수단이 없어서’, ‘외진 갈 수 있는 날짜 및 인원이 정해져 있어서’와 ‘대기시간이 길어서 / 긴 대기 때문에 일과시간 중 진료를 받지 못해서’는 가용성 관련 요인이다. 즉, 군의 문화적 요인과 군 의료서비스 자체의 요인이 복합적으로 작용하여 미충족 의료 경험에 영향을 주고 있는 것으로 나타났다.

다만 의료인프라가 상대적으로 우수할 것으로 예상되는 후방 부대의 장병들이 미충족 의료를 경험하게 하는 장애요인으로 가용성 요인을 꼽은 경우가 더 많았다. 즉, 미충족 의료를 경험한 후방 부대 장병들의 경우 가용성 요인 때문에 미충족 의료를 경험하는 경우가 더 많은 것으로 나타났다. 이러한 특성은 해당 문제가 단순한 가용성 문제가 아닌 군의 문화적 요인과 복합적으로 작용하고 있을 가능성을 시사한다. 따라서 후방 부대 소속 장병들의 미충족 의료 서비스 경험 비율을 감소시키기 위해서는 접근성 강화와 함께 군 문화 개선 노력도 함께 필요할 것으로 사료된다.

입대 전 기저질환 유무에 따른 미충족 의료 경험은 다음과 같았다. 기저질환이 있었던 장병의 경우에는 41.7%로 기저질환이 없었던 장병의 경우 21.1%에 비해서 유의미하게 높았다.

〈표 22〉 입대 전 기저질환 유무에 따른 미충족 의료 경험 비율

구분	기저질환 있음		기저질환 없음		합계	
	명	%	명	%	명	%
미충족 의료 경험이 있다	48	41.7	133	21.1	181	24.3
미충족 의료 경험이 없다	58	50.4	356	56.4	414	55.5
의료서비스가 필요하지 않았다	9	7.8	142	22.5	151	20.2
합계	115	100.0	631	100.0	746	100.0

(결측빈도 : 2)

입대 전 3년 이내 입원치료 경험 유무 따른 미충족 의료 경험 비율은 다음과 같았다. 입원치료 경험이 있었던 경우에는 40.4%로 입원치료 경험이 없었던 경우의 21.6%에 비해서 유의미하게 높았다.

〈표 23〉 입대 전 3년 이내 입원치료 경험 유무에 따른 미충족 의료 경험 비율

구분	입원치료 경험 있음		입원치료 경험 없음		합계	
	명	%	명	%	명	%
미충족 의료 경험이 있다	42	40.4	139	21.6	181	24.2
미충족 의료 경험이 없다	51	49.0	365	56.7	416	55.6
의료서비스가 필요하지 않았다	11	10.6	140	21.7	151	20.2
합계	104	100.0	644	100.0	748	100.0

(결측빈도 : 0)

〈표 24〉 입대 후 의료서비스 이용 경험 유무에 따른 미충족 의료 경험 비율

구분	이용 경험 있음		이용 경험 없음		합계	
	명	%	명	%	명	%
미충족 의료 경험이 있다	168	29.0	13	7.7	181	24.2
미충족 의료 경험이 없다	364	62.9	52	30.8	416	55.6
의료서비스가 필요하지 않았다	47	8.1	104	61.5	151	20.2
합계	579	100.0	169	100.0	748	100.0

(결측빈도 : 0)

입대 후 의료서비스 이용 경험 유무에 따른 미충족 의료 경험은 위와 같았다. 입대 후 의료서비스 이용 경험 유무에 따른 미충족 의료 경험 비율은 이용 경험이 있었던 경우가 29.0%로 이용 경험이 없었던 경우의 7.7%에 비해서 유의미하게 높았다.

〈표 25〉 입대 후 의료서비스 이용 빈도에 따른 미충족 의료 경험 비율

구분	1회 이상 5회 미만		5회 이상 10회 미만		10회 이상		합계	
	명	%	명	%	명	%	명	%
미충족 의료 경험이 있다	88	23.2	47	38.8	31	47.0	166	29.3
미충족 의료 경험이 없다	256	67.4	70	57.9	33	50.0	359	63.3
의료서비스가 필요하지 않았다	36	9.5	4	3.3	2	3.0	42	7.4
합계	380	100.0	121	100.0	66	100.0	567	100.0

(결측빈도 : 0)

입대 후 의료서비스 이용 빈도에 따른 미충족 의료 경험은 위와 같았다. 입대 후 의료서비스 이용 빈도에 따른 미충족 의료 경험 비율은 10회 이상인 경우가 47.0%로 가장 높았고, 5회 이상 10회 미만인 경우는 38.8%, 1회 이상 5회 미만 23.2% 순이었다. 의료서비스 이용 빈도가 높은 군의 미충족 의료 경험 비율이 낮은 군에 비해서 유의미하게 높은 것을 확인할 수 있었다.

〈표 26〉 증상별 미충족 의료 경험 비율

구분	미충족 의료 경험이 있다		미충족 의료 경험이 없다		의료서비스가 필요하지 않았다		합계 (명)
	(명)	(%)	(명)	(%)	(명)	(%)	
눈과 귀	12	42.9	8	28.6	8	28.6	28
호흡기계	48	52.2	29	31.5	15	16.3	92
면역계	16	57.1	6	21.4	6	21.4	28
심뇌혈관계	6	37.5	7	43.8	3	18.8	16
소화기계	6	37.5	6	37.5	4	25.0	16
내분비계	1	25.0	1	25.0	2	50.0	4
근골격계	99	66.9	40	27.0	9	6.1	148
피부	22	47.8	19	41.3	5	10.9	46
신경계	17	50.0	11	32.4	6	17.6	34
비뇨생식계	5	50.0	3	30.0	2	20.0	10
사고 및 중독	4	36.4	4	36.4	3	27.3	11
기타	6	66.7	3	33.3	0	0.0	9

(복수 응답)

증상에 따른 미충족 의료 경험은 위와 같았다. 증상별 미충족 의료 경험 비율은 근골격계 66.9%, 면역계 57.1%, 호흡기계 52.2%, 신경계 50.0%, 비뇨생식계 50.0% 순서로 높았다.

〈표 27〉 기저질환 유무에 따른 미충족 의료 경험 장병의 의료서비스 이용 장애 원인

구분	군 복무 중 지난 1년 이내 미충족 의료 경험이 있는 장병			
	기저질환 있음		기저질환 없음	
	명	%	명	%
증상이 가볍거나 시간이 지나면 좋아질 것 같아서	19	39.6	80	60.2
어느 의료 기관/과를 가야할지 몰라서	3	6.3	8	6.0
치료나 검사를 받으면 아플 것 같아서	3	6.3	5	3.8
아프다고 말하기 어려워서 / 꾀병을 부린다는 오해를 받을까 봐	22	45.8	56	42.1
진급 누락이나 보직 변경 등 인사 상 불이익을 받을 것 같아서	7	14.6	7	5.3
의료기관 방문을 허락받지 못해서 / 허락받지 못할 것으로 생각해서	12	25.0	23	17.3

구분	군 복무 중 지난 1년 이내 미충족 의료 경험이 있는 장병			
	기저질환 있음		기저질환 없음	
	명	%	명	%
시간이 없어서 / 업무를 비울 수 없어서	19	39.6	43	32.3
예약이 어려워서 / 예약할 수단이 없어서	12	25.0	26	19.5
의료기관이 멀어서 / 교통수단이 없어서	13	27.1	17	12.8
외진 갈 수 있는 날짜/인원이 정해져 있어서	24	50.0	42	31.6
대기시간이 길어서 / 긴 대기 때문에 일과시간 중 진료를 받지 못해서	9	18.8	27	20.3
의료비 / 교통비나 식비 부담 때문에	7	14.6	6	4.5
군 의료기관의 의료 수준이 낮을 것 같아서 / 진료 결과에 대한 믿음이 가지 않아서	17	35.4	41	30.8
군 의료기관 의료진들이 불친절하거나 강압적인 분위기가 싫어서	10	20.8	20	15.0
기타	8	16.7	16	12.0
<b>합계</b>	<b>48</b>	<b>100.0</b>	<b>133</b>	<b>100.0</b>

(복수 응답)

상기 표 3장 2절 11-15항목을 종합하면 의료서비스 필요가 높을 것으로 예상되는 장병의 미충족 의료 경험 비율이 높게 나타났다. 이에 본 연구진은 미충족 의료 경험이 있는 장병을 기저질환 유무에 따라 분류한 후 미충족 의료 발생 원인에 대해서 추가 분석을 시행하였다. 그 결과는 위와 같다.

기저질환이 있는 장병과 없는 장병의 미충족 의료 경험 비율이 41.7%와 21.1%로 매우 유의미한 차이가 있었음에도 불구하고 하위 그룹 분석에서 기저질환이 있는 장병과 없는 장병들이 각각 응답한 의료서비스 이용 장애 원인 사이에는 유의미한 차이가 있는 요인은 일부에 불과하였다..

유의미한 차이를 보였던 요인으로는 ‘증상이 가뻐거나 시간이 지나면 좋아질 것 같아서’, ‘진급 누락이나 보직 변경 등 인사상 불이익을 받을 것 같아서’, ‘의료기관 방문을 허락받지 못해서 / 허락받지 못할 것으로 생각해서’, ‘예약이 어려워서 / 예약할 수단이 없어서’, ‘의료기관이 멀어서 / 교통수단이 없어서’, ‘외진 갈 수 있는 날짜 및 인원이 정해져 있어서’였는데, 그 중 ‘증상이 가뻐거나 시간이 지나면 좋아질 것 같아서’라고 말한 경우만 기저질환이 없는 장병에서 응답한 비율이 오히려 더 높았고, 나머지는 기저질환이 없는 장병에서 응답한 비율이 높았다.

‘진급 누락이나 보직 변경 등 인사상 불이익을 받을 것 같아서’, ‘의료기관 방문을 허락받지 못해서 / 허락받지 못할 것으로 생각해서’는 수용성 관련 요인이다. ‘의료기관 방문을 허락받지 못해서 / 허락받지 못할 것으로 생각해서’, ‘예약이 어려워서 / 예약할 수단이 없어서’, ‘의료기관이 멀어서 / 교통수단이 없어서’, ‘외진 갈 수 있는 날짜 및 인원이 정해져 있어서’는 가용성 관련 요인이다. 즉, 군의 문화적

## 장병 건강권 보장을 위한 군 의료체계 실태조사

요인과 군 의료서비스 자체의 요인이 복합적으로 작용하여 미충족 의료 경험에 영향을 주고 있는 것으로 나타났다.

이는 의료서비스 접근권을 보장받아야만 하는 의료서비스 필요도가 높은 장병들이 오히려 의료서비스 이용에 제한받고 있음을 보여준다. 그 원인 또한 군 의료서비스 자체의 문제만이 아닌 군 문화의 영향도 함께 받고 있음을 보여준다. 현역 입대 인력 자원이 부족해지고 그 결과 기저질환이 있는 장병의 입대가 늘어나고 있기에 향후 이러한 경향은 더욱 심해질 것으로 예상된다. 따라서 의료서비스 필요도가 높은 장병들의 의료서비스 접근성 향상을 위한 별도의 정책이 필요할 것으로 사료된다.

## 3절

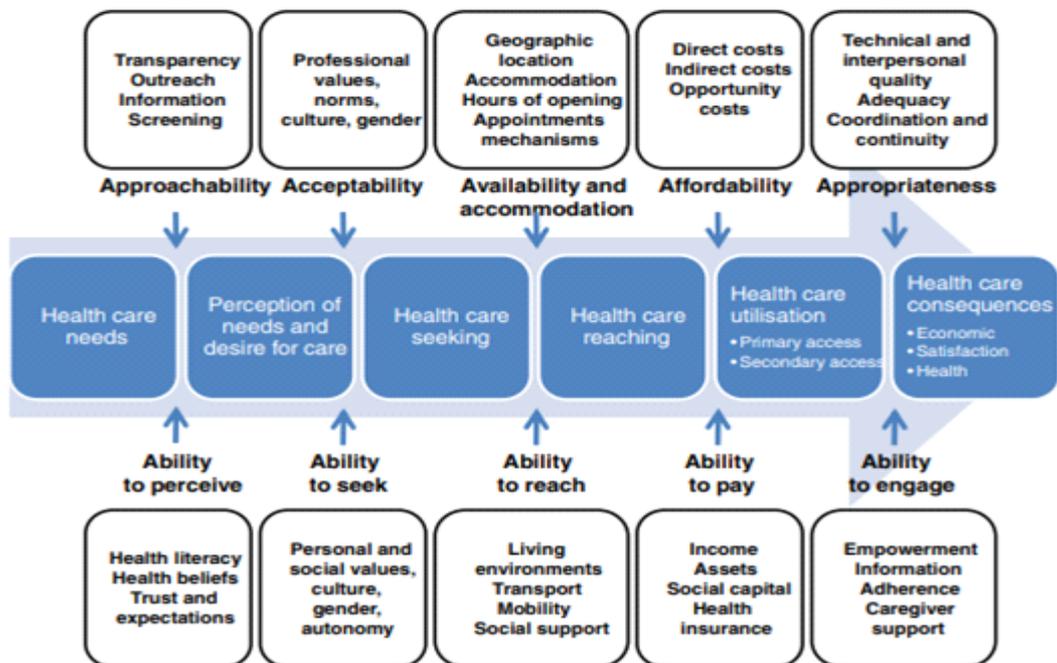
## 실태조사 결과 분석

## 1. 미충족 의료 개념

미충족 의료란 의료적 필요(medical needs)가 있음에도 불구하고 재정적, 물리적, 사회적 원인으로 인해 필요한 의료서비스를 적절하게 제공받지 못하는 상태로 건강 문제를 해결하기 위해 필요한 의료서비스와 실제로 이용한 서비스의 차이로 정의한다(Carr, & Wolfe, 1976). 미충족 의료는 개인이 의료서비스가 필요하다고 느끼거나 의료전문가가 의료서비스가 필요하다고 판단하였지만 이를 충분히 이용하지 못했을 때 발생한다(Donabedian, 1973).

미충족 의료를 설명하는 이론적 모델 중 Levesque의 사람 중심 모델은 의료 이용에 이르기까지의 과정을 다섯 단계로 정의하였고 각 단계에 맞추어 의료접근성의 영역을 구분하였다(Levesque, Harris, & Russell, 2013). Levesque의 모델에서 의료서비스 이용 단계는 도달 가능성, 수용성, 가용성, 지불 가능성, 적절성의 측면으로 구분하였다.

이 모델은 의료서비스 이용 단계에 따라 구분되어 있기 때문에 단계별로 의료서비스 이용과 사회적 상호작용을 세분하여 살펴보는 데 도움이 된다. 따라서 본 연구의 연구진은 미충족 의료 경험 유무뿐 아니라 Lavesque의 모델에서 구분한 접근성의 특성에 따른 미충족 의료 경험에 영향을 미치는 요인을 분석하여 군 의료서비스 접근성 적절성을 분석하고자 하였다.



출처: Levesque, Harris, & Russell, 2013에서 인용

## 2. 미충족 의료 분포

본 연구 결과에서 장병들의 군 의료기관 의료서비스의 미충족 의료 경험률은 24.2%였다. 즉, 현역 군 장병들의 24.2%가 입대 후 지난 일 년 사이에 미충족 의료를 경험한 것으로 조사되었다. 이는 선행연구의 24.8%와 유사한 수치이다. 20세에서 40세 사이 일반 국민의 미충족 의료 경험률이 7.3%(국민건강영양조사, 2020)에 불과한 점을 감안하면, 현역 군 장병들의 미충족 의료 경험 비율이 비슷한 연령대 일반 국민들에 비해서 3배 이상 높은 것을 확인할 수 있었다.

본 연구에서는 장병들의 미충족 의료 분포를 살펴보기 위해서 장병들이 의료서비스 이용 시 장애 원인으로 지목한 요인들을 Levesque 모델을 이용하여 분류하였다. Levesque 모델의 도달 가능성, 수용성, 가용성, 지불 가능성, 적절성으로 구분한다.

설문조사 결과에 따르면 군에서 의료서비스 이용 시 장애 원인은 도달 가능성과 수용성이 측면이 가장 높게 나타났다. ‘증상이 가볍거나 시간이 지나면 좋아질 것 같아서’는 도달 가능성으로 분류하였는데 54.7%로 가장 높았다. 수용성 측면으로 분류하였던 ‘아프다고 말하기 어려워서 / 피병을 부린다는 오해를 받을까 봐’ 역시 43.1%로 나타났다.

장병들이 의료서비스 이용 시 접근성을 저해하는 주요 원인이 도달 가능성과 수용성으로 대표되는 문화적 문제라는 지적은 여러 관련 연구에서도 여러 차례 언급되었던 문제이다. 선행연구 결과 역시 도달 가능성 측면이 가장 높았고, 수용성 측면 역시 높았다. 그럼에도 불구하고 본 연구의 결과는 군 의료서비스 체계 자체의 문제보다는 도달 가능성과 수용성 측면이라는 군의 문화적 문제가 여전히 군 의료서비스 접근성을 저해하는 가장 주요한 원인으로 작용하고 있음을 확인할 수 있었다.

이어서는 가용성 측면이 높게 나타났다. 가용성 측면으로 분류하였던 ‘외진 갈 수 있는 날짜/인원이 정해져 있어서’ 의료서비스를 이용하기 어려웠다고 응답과 ‘시간이 없어서/ 업무를 비울 수 없어서’ 의료서비스를 이용하기 어려웠다는 응답은 각각 36.5%와 34.3%였다. 이는 ‘부대에서 정한 단체 외진 날짜에 일정을 맞출 수 없어서’라는 응답이 24.2%였고, ‘훈련, 근무 때문에 의료기관에 갈 시간적 여유가 없거나, 근무지를 비울 수 없어서’라는 응답이 46.4%였던 선행연구 결과와 크게 다르지 않은 결과이다.

즉, 군 의료서비스 체계 자체의 문제 역시 군 의료서비스 접근성을 저해하는 가장 주요한 원인으로 작용하고 있음을 확인할 수 있었다. 다만 선행연구에서 25.5%로 높게 나타났던 ‘군 의료 시설에 갔지만 대기 시간이 너무 길어서’라는 응답이 본 연구에서는 19.9%로 감소한 것은 군 의료서비스 체계가 개선되고 있음을 나타내기에 고무적인 성과로 평가 가능할 것이다. 향후에도 군 의료서비스에 대한 지속적인 개선을 통해서 군 의료서비스 접근성 향상이 가능할 것으로 예상된다.

흔히 군 의료서비스 체계의 가장 큰 문제점으로 제기되는 문제는 의료서비스의 적절성이다. 군 의료서비스의 질적 수준이 낮아 이용을 주저하게 된다는 지적은 지속적으로 있었다. 본 연구에서도 응답자의 32.0%가 '군 의료기관의 의료 수준이 낮을 것 같아서 / 진료 결과에 대한 믿음이 안 가서' 의료서비스 이용하는 것을 주저하게 되었다고 응답하였다. 이는 선행연구에서 '군 의료기관의 의료 수준이 낮아 신뢰가 가지 않아서'라는 응답이 15.2%에 불과하였던 것을 감안하면 대폭 높아진 수치이다. 장병들에게 여전히 군 의료서비스의 질적 수준에 대한 불신이 팽배함을 확인할 수 있었다.

### 3. 미충족 의료 개선 방향

본 연구진에서는 장병들이 미충족 의료 경험 시 원인이 되는 요인을 실증적으로 파악하기 위해서 응답자의 특성에 따른 미충족 의료 경험 차이를 요인별로 분석하였다. 그 결과 현역 군 장병들의 미충족 의료는 주로 의료서비스 이용 의사를 표현하기 어려운 사회문화적 환경 및 낮은 군 의료서비스 접근성과 관련되어 있음을 확인할 수 있었다. 이는 선행연구에서도 동일하게 확인되었던 바이다.

우선 의료서비스를 자주 이용해야 할 것으로 예상되는 장병에서 미충족 의료 경험률이 높았다. 기저 질환이 있는 장병(41.7% vs. 21.1%), 입대 전 3년 이내 입원 치료 경험이 있는 장병(40.4% vs. 21.6%), 및 군 의료서비스 이용 빈도가 높은 장병(입대 후 5회 이상: 41.7% vs. 5회 미만: 23.2%)에서 미충족 의료 경험률이 높았다. 또한 발생 빈도가 높은 증상을 호소하였던 장병의 미충족 의료 경험 비율이 빈도가 낮은 증상을 호소하였던 장병에 비해서 유의미하게 높았다(근골격계 질환: 66.9%; 호흡기계 질환: 52.2% vs. 내분비계 질환: 25.0%; 사고 및 중독: 36.4%).

이어서 의료서비스 접근성이 낮을 것으로 예상되는 장병에서 미충족 의료 경험률이 높았다. 전방에서 복무 중인 장병(40.4% vs. 21.6%), 부대에서 군 의료기관까지의 거리가 먼 장병(차량 이동 시간 30분 이상: 28.8% vs. 30분 미만: 22.8%), 부대에서 군 의료기관까지의 거리가 먼 장병(차량 이동 시간 30분 이상: 28.5% vs. 30분 미만: 21.5%)에서 미충족 의료 경험률이 높았다. 또한 의료서비스 이용 시 장병에게 실질적 부담으로 작용할 것으로 예상되는 부재 시 업무를 대체할 인력이 없는 경우(40.7% vs. 23.1%)에서 미충족 의료 경험률이 높았다.

본 연구를 통해서 의료서비스 이용 의사를 표현하기 어려운 사회문화적 환경과 낮은 군 의료서비스 접근성이 여전히 현역 군 장병들이 의료서비스를 이용하기 어렵게 만드는 장애 요인으로 작용하고 있음을 확인할 수 있었다. 군 장병들의 건강권을 보장하기 위해서는 이에 대한 실질적인 개선이 필요할 것이다.

〈표 28〉 대체인력 유무에 따른 미충족 의료 경험 장병의 의료서비스 이용 장애 원인

구분	군 복무 중 지난 1년 이내 미충족 의료 경험이 있는 장병			
	대체인력 있음		대체인력 없음	
	명	%	명	%
증상이 가볍거나 시간이 지나면 좋아질 것 같아서	88	55.3	11	50.0
어느 의료 기관/과를 가야할지 몰라서	10	6.3	1	4.5
치료나 검사를 받으면 아플 것 같아서	8	5.0	0	0.0
아프다고 말하기 어려워서 / 피병을 부린다는 오해를 받을까 봐	68	42.8	10	45.5
진급 누락이나 보직 변경 등 인사 상 불이익을 받을 것 같아서	12	7.5	2	9.1
의료기관 방문을 허락받지 못해서 / 허락받지 못할 것으로 생각해서	34	21.4	1	4.5
시간이 없어서 / 업무를 비울 수 없어서	47	29.6	15	68.2
예약이 어려워서 / 예약할 수단이 없어서	31	19.5	7	31.8
의료기관이 멀어서 / 교통수단이 없어서	28	17.6	2	9.1
외진 갈 수 있는 날짜/인원이 정해져 있어서	55	34.6	11	50.0
대기시간이 길어서 / 긴 대기 때문에 일과시간 중 진료를 받지 못해서	30	18.9	6	27.3
의료비 / 교통비나 식비 부담 때문에	12	7.5	1	4.5
군 의료기관의 의료 수준이 낮을 것 같아서 / 진료 결과에 대한 믿음이 가지 않아서	52	32.7	6	27.3
군 의료기관 의료진들이 불친절하거나 강압적인 분위기가 싫어서	26	16.4	4	18.2
기타	21	13.2	3	13.6
<b>합계</b>	<b>159</b>	<b>100.0</b>	<b>22</b>	<b>100.0</b>

(복수 응답)

2절의 분석을 종합하면 현역 장병의 의료서비스 이용에서 수용성과 가용성 두 가지 측면이 주된 장애요인으로 작용하고 있는 것으로 나타났다. 따라서 이를 개선하기 위한 정책이 필요할 것으로 사료된다. 이는 선행연구에서도 지적되었던 사항이다.

선행연구에서 제시되었던 대표적인 인력 정책이었다. 장병들의 의료서비스 이용으로 인한 부재 시 이를 대체할 수 있는 인력을 확보해야 한다는 주장이었다. 본 연구진은 해당 대책의 실효성에 대해서 알아보고자 하였다. 이에 미충족 의료 경험이 있는 장병을 대체인력 유무에 따라 분류한 후 미충족 의료 발생 원인에 대해서 추가 분석을 시행하였다. 그 결과는 위와 같다.

유의미한 차이를 보였던 요인으로는 ‘의료기관 방문을 허락받지 못해서 / 허락받지 못할 것으로 생각해서’, ‘시간이 없어서 / 업무를 비울 수 없어서’, ‘예약이 어려워서 / 예약할 수단이 없어서’, ‘외진 갈

수 있는 날짜 및 인원이 정해져 있어서', '대기시간이 길어서 / 긴 대기 때문에 일과시간 중 진료를 받지 못해서'였는데, 그 중 '의료기관 방문을 허락받지 못해서 / 허락받지 못할 것으로 생각해서'라고 말한 경우만 대체인력이 없는 장병에서 응답한 비율이 오히려 더 높았고, 나머지는 대체인력이 없는 장병에서 응답한 비율이 높았다.

'시간이 없어서 / 업무를 비울 수 없어서'는 수용성 관련 요인이다. '예약이 어려워서 / 예약할 수단이 없어서', '외진 갈 수 있는 날짜 및 인원이 정해져 있어서', '대기시간이 길어서 / 긴 대기 때문에 일과시간 중 진료를 받지 못해서'는 가용성 관련 요인이다. 즉, 의료서비스 이용으로 인한 부재 시 이를 대체해 줄 인력이 존재하는 것만으로도 수용성 측면과 가용성 측면 모두에서 개선이 된다고 예상할 수 있다.

이는 의료서비스 필요도가 높은 장병들의 의료서비스 접근성 향상을 위한 정책으로서 대체인력 확보 정책의 효용성을 보여주는 결과로 사료된다. 따라서 향후 장병 의료서비스 접근성 향상 대책을 수립하는데 있어 인력 정책이 우선되어야 할 것으로 사료된다.

4절

실태조사 기반 정책제언

1. 건강상태에 따른 인력 관리 방안 마련

본 연구에서는 의료적 필요가 큰 장병들에게서 미충족 의료 경험률이 높게 나타나는 경향을 확인할 수 있었다. 의료적 필요가 큰 장병들은 의료기관을 빈번하게 이용해야만 하는 경우가 흔한데, 해당 장병의 부재 시 부대 내 다른 장병들이 업무 대체 인력으로 투입되어야 한다. 또한 외진이나 병가와 관련된 여러 가지 행정 절차가 필요한데, 이 역시 행정인력에는 부담이 될 수밖에 없다. 이와 같은 주변 장병들의 업무 부담 가중이 장병들의 의료서비스 이용을 주저하게 했을 가능성이 높다.

따라서 만성질환을 가지고 있거나, 주기적으로 의료서비스를 이용해야만 하는 등 의료적 필요가 큰 장병들을 위한 별도의 인력 관리 방안을 마련해야 한다. 업무 대체 인력을 쉽게 수급 가능한 보직을 담당하게 해야만 하고, 별도의 대체 인력을 편성하는 것도 고려해야 할 것이다. 이와 함께 외진이나 병가 시 행정 처리를 간소화하는 방안도 마련해야 할 것이다.

2. 업무 대체 전담 인력 편성

본 연구의 결과에 따르면 장병의 근무 환경이 미충족 의료 발생 여부에 큰 영향을 미치는 것으로 나타났다. 부재 시 업무를 대체할 인력이 없는 장병에서 미충족 의료 경험률이 높게 나타났다. 이와 같은 현상은 여러 선행연구에서도 확인된 바 있다. 즉 부재 시 발생하는 업무 공백 때문에 부대 내 다른 장병들의 업무 부담이 가중되는 상황을 피하고자 하는 경향이 장병들의 의료서비스 이용을 주저하게 했을 가능성이 높다.

따라서 이러한 심리적 부담감을 덜어줄 수 있는 인사 제도를 마련해야 한다. 여러 공공 혹은 민간 조직에서는 인력 부재 시 발생하는 업무 공백을 대체하기 위한 전담 인력을 운영 중이다. 군에서도 이러한 업무 대체 전담 인력을 편성해야 할 것으로 사료된다. 이를 통해서 필요시 장병들이 업무 공백 관련 심리적 부담감 없이 의료서비스를 이용할 수 있게 해야 할 것이다.

3. 실질적 의료 접근권 개선

군 의료서비스에 대한 낮은 접근성은 군 의료체계 관련해 여러 가지 문제 중에서도 주요한 문제이다. 군 의료서비스 접근권을 저해하는 가장 큰 원인은 물리적 제약이다. 본 연구에서도 전방에서 복무 중인 장병과 부대에서 군 혹은 민간 의료기관까지의 거리가 먼 장병에서 미충족 의료 경험률이 높은 것으로

나타났다. 국방부 및 군도 이러한 문제를 이미 파악하고 있기에 후송 버스 증편, 원격의료 도입 등 여러 가지 정책적 노력을 하고 있다. 하지만 이러한 노력에도 불구하고, 상당수 장병은 군 의료서비스 접근에 여전히 제약을 받는 상황이다.

따라서 실질적으로 의료 접근권을 개선할 수 있는 제도를 마련해야 한다. 군 내부의 의료자원을 이용하여 접근권 개선을 하고자 하였던 기존의 정책적 노력만으로는 한계가 명확하다. 우선 국내 전체 의료기관 중 95%를 차지하는 민간 의료기관을 적극적으로 활용해야 할 것이다. 민간 의료자원 역시 부족한 격오지의 경우에는 일반 국민과 군 장병 모두 진료 가능한 공공 일차의료기관을 설립하는 것도 고려해야 할 것이다.



## 제4장 군 일차의료 주요 현안



## 제4장. 군 일차의료 주요 현안

### 1절

### 일차의료체계와 군 관련 실태

#### 1. 국내 일차의료 현황

##### 가. 수요에 못 미치는 일차의료 서비스

현재까지 우리나라 의료시스템에서는 단독개원 및 다학제 팀 없는 의사 중심 구조, 전문의 중심 개원으로 인해 분절적이고 전문화된 영역에 국한된 일차의료 서비스가 제공되고 있다. 진단명을 바탕으로 볼 때, 10개의 주요 일차의료 질환 MDC(Major Diagnostic Category) 영역을 모두 보는 기능적 일차의료 의원, 즉 포괄적 의원은 2017년 기준 30.6%에 불과하다 (윤재문, 2021).

주요 질환을 모두 보는 포괄적인 의원이라고 하더라도 실제로 서비스는 약 처방, 검사 등 기존 진료의 영역을 넘어서지 못하여 지역사회기반 통합적 돌봄 서비스를 제공한다고 보기 어렵다고 할 수 있다. 이전 여러 지자체의 지역사회 통합돌봄 및 보건복지 전달체계 개편 사업 등에서도 왕진과 방문진료, 보건의료-복지 연계를 담당하는 의원을 구하는 것에 대한 어려움을 토로하였다.

##### 나. 다학제팀의 운영 경험 부족

국내에서는 일부 개원의 및 의료협동조합에서 모험적으로 다학제 팀 기반의 일차의료기관을 운영하고 있으나 제도적인 지원책은 미비한 실정이다. 기존에 운영하는 곳도 지자체 사업 등을 수행하며 추가적인 재원을 지원받고 있으므로 수가 기반의 일반적인 모형으로 확산하기에는 어려움이 존재한다고 할 수 있다.

##### 다. 우리나라 일차의료 통계

일차의료의 환자들은 진단이 명확하지 않은 상태에서 증상만으로 의료기관을 찾아가는 것을 감안한다면, 25개의 주요 진단 분류(major diagnostic category, MDC)는 계통적인 분류를 따르기 때문에 일차의료의 포괄성 정의에 좀 더 적절할 것으로 생각된다.

MDC	Definition
0	Ungroupable
1	Nervous System
2	Eye
3	Ear, Nose, Mouth, And Throat
4	Respiratory System
5	Circulatory System
6	Digestive System
7	Hepatobiliary System and Pancreas
8	Musculoskeletal System and Connective Tissue
9	Skin, Subcutaneous Tissue, and Breast
10	Endocrine, Nutritional, and Metabolic System
11	Kidney and Urinary Tract
12	Male Reproductive System
13	Female Reproductive System
14	Pregnancy, Childbirth, and Puerperium
15	Newborn and Other Neonates (Perinatal Period)
16	Blood and Blood Forming Organs and Immunological Disorders
17	Myeloproliferative Diseases and Disorders (Poorly Differentiated Neoplasms)
18	Infectious and Parasitic Diseases and Disorders
19	Mental Diseases and Disorders
20	Alcohol/Drug Use or Induced Mental Disorders
21	Injuries, Poison, and Toxic Effect of Drugs
22	Burns
23	Factors Influencing Health Status
24	Multiple Significant Trauma
25	Human Immunodeficiency Virus (HIV) Infection

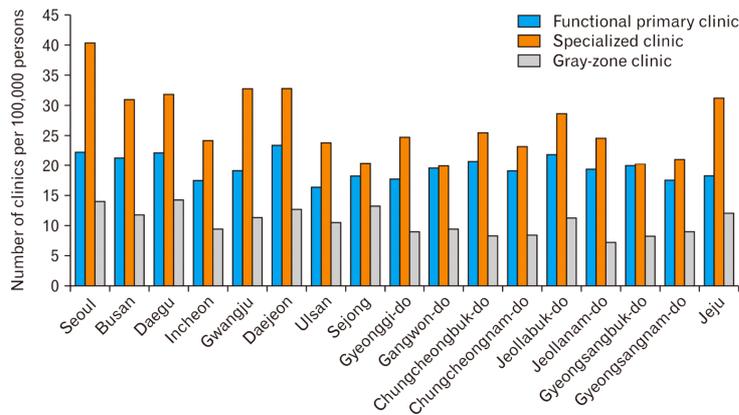
**[그림 3] MDC 목록 (MDC, NJ state Health Assessment Data)**

특정 의료기관이 특정 MDC에 대해 월평균 1회 (연간 12회) 이상 청구를 하는 경우 해당 의료기관은 해당 MDC의 진료 역량이 있다고 판단하며, 20개의 MDC 중 75%에 해당하는 15개 이상의 MDC에 대해 진료 역량이 있으면 해당 의료기관은 포괄성을 충족한다고 정의된다. 특정 의료기관이 하나의 MDC에 60% 이상 진료건수가 집중되는 경우에는 특성화 의원으로 분류, 특성화 의원이 아니면서 포괄성을 만족하면 기능적 일차의료, 포괄성을 만족하지 못하면 경계성 의원으로 정의된다.

2017년 기준 기능적 일차의료기관의 숫자는 총 10,199개(30.6%)로 인구 10만 명당 19.7개(약 인구 5천 명당 기능적 일차의료기관 1개), 특성화 의원은 총 14,699개로 인구 10만 명당 28.4개로 집계된다. 전문과목으로 나누어 보았을 때는 표명된 진료과를 기준으로 할 때 가정의학과와 87.5%, 내과의 75.0%가 기능적 일차의료기관에 해당한다. 안과, 피부과, 정형외과, 정신건강의학과 등은 95% 이상이 특성화 의원에 해당한다.

국내 의원급 의료기관에서 기능적 일차医료를 담당하는 비율은 일반의(표시과목 없음), 내과, 가정의학과, 소아청소년과, 외과의 순서로 나타난다. 특성화 의원은 여러 개의 과목이 고르게 분포하는 양상이다.

## 기능적 일차의료 기관 비율 (30.6%)



윤재문, et al. "[일차의료정책포럼] 기능적 일차의료의 정의와 국내 현황." Korean Journal of Family Practice 11.1 (2021): 3-9.

## [그림 4] 기능적 일차의료기관 비율

## 라. 우리나라 일차의료의 서비스

통합적 의료-돌봄 서비스 제공을 위해서는 일차의료에서 예약제 외래, 등록환자 중심의 walk-in 외래, 복합만성질환 관리, 방문진료, 가정간호, 장애인 주치의, Population Health Management, 케어매니지먼트, 케어코디네이션, 임종기 돌봄, 영양사, 운동처방사/작업치료사 등의 팀 케어 등 여러 다학제적 서비스가 필요하나 현재 우리나라에서는 이러한 일차의료에 특성화된 수가가 미미하거나 존재하지 않아 이러한 서비스가 일반적이지 않다.

우리나라 개원가의 특성상 단독개원이 주요한 형태이고 저수가 또는 무수가로 인해 팀 접근 경험 거의 없는 것도 중요 원인이다. 근에 시행되고 있는 일차의료 만성질환관리 시범사업에서는 등록환자에 대한 교육, 리마인더 이외에 포괄평가 기능이 추가된 바 있다.

## 마. 우리나라 일차의료의 인력

복잡한 건강 요구가 있는 환자를 치료하기 위해서는 팀 기반 접근 방식으로 일차의료의와 긴밀히 협력하는 임상 교육을 받은 전담 직원이 필요하다. 장기적 집중관리를 진료에 통합하기 위한 중요한 단계는 케어 팀 내에서 집중관리를 위한 직무 책임을 결정하는 것이다.

집중관리 직원은 일반적으로 간호 또는 사회복지 분야에 종사하며 복잡한 건강 요구가 있는 환자를 관리하도록 훈련을 받은 인력이다. 의사, 비의사 일차의료 공급자 및 타 분야를 포함한 여러 팀 구성원이 집중 관리에 참여할 수 있지만 고위험에 처한 각 환자는 진료실에서의 임상 진단 및 치료를 넘어 적극적으로 지속적인 집중관리를 책임지는 임상 훈련을 받은 인력이 있어야 한다.

하지만 이러한 인력은 대부분 병원 수준의 의료기관에서 활동하고 있으며 일차의료에서는 일부의 특수한 경우를 제외하고는 활용하지 못하고 있다. 우리나라 개원의원 대부분인 (83.4%) 단독개원이고 대부분 간호사 1명 또는 간호조무사 2-3명과 함께 의원을 운영 중이기 때문이다. (이정찬, 2022)

## **바. 우리나라 일차의료 개혁을 위한 노력**

### **1) 일차의료 만성질환관리 시범사업**

일차의료 만성질환 시범사업에서는 의원급 의료기관에서 고혈압, 당뇨병 신규등록 환자를 대상으로 포괄평가를 하고 1년간의 맞춤형 건강관리 종합계획인 케어플랜을 수립하고 관리하도록 하고 있다. 일차의료에서 다학제 팀을 구성하여 교육, 상담, 포괄평가, 케어플랜 작성, 모니터링까지 시행하도록 한 점이 차별성이 있다.

그러나 특정 질병이 있는 사람, 내원환자 대상 사업 형태를 유지하여 고혈압, 당뇨병이라는 특정 질환자만 등록하여 포괄적이고 전인적인 환자 관리보다 질병에 대한 걱정검사, 치료 제공에 초점을 두고 있다. 일차의료 만성질환관리 시범사업에서는 의원 내 간호사, 영양사 케어 코디네이터가 상담 및 환자에게 필요한 지역사회 서비스 연계를 실시한다.

지역사회 서비스는 보건소, 국민건강보험공단, 그 외 민간기관에 의뢰·연계를 통해 만성질환 관리를 위한 신체활동 관련 시설 지원, 영양·운동 실습 교육 프로그램 운영 등 환자의 생활습관 관리 활동을 지지하도록 하고 있다. 그러나 현실적으로는 케어 코디네이터가 보건소에 연계를 하려고 하더라도, 보건소별로 협조 수준이 달라, 지역에 따라 연계 성공률이 달라질 수밖에 없는 구조이다.

사회복지관, 재가요양센터, 지자체 복지사업 등과의 연계는 의원 내 사회복지사 없이는 거의 불가능하다는 자문 의견이 대다수다. 따라서 역량있는 내부 조정자가 있더라도 외부적인 시스템이 구축되어 있지 않으면 활동에 제약이 있을 수밖에 없음을 확인할 수 있었다.

### **2) 환자중심 일차의료 시범사업**

#### **가) 지역기반 환자중심 일차의료 시범사업 모형의 개발**

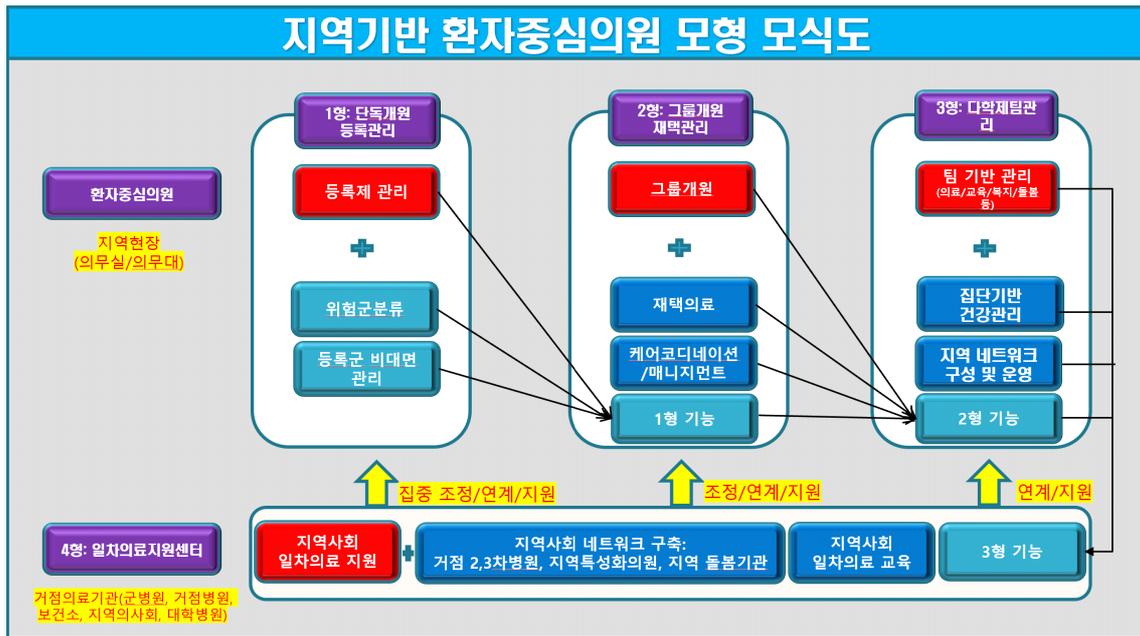
#### **○ 이상적 일차의료의원 모형의 단계별 구조**

단독개원 중심의 개원가 현실을 반영하여 지역사회 내에서 수용 가능하며 확장 가능한 단계별 모형을 제시하였다. (조비룡, 2022)

- 1형은 단독개원 의원이 구조적 변화 없이 등록관리의 기능을 담당할 수 있도록 변화를 유도하는 모델
- 2형은 소규모 그룹개원의원이 재택의료를 포함한 확장된 기능을 담당할 수 있는 모델
- 3형은 중소규모 그룹개원의원이 원 내 다학제 팀을 운영하며, 일차의료 교육과 네트워크 운영이

가능한 모델

- 4형은 1형, 2형, 3형 의원의 모든 기능을 갖추되 다른 소규모 유형의 일차의료의원에 인력을 파견하고 교육을 제공하는 등 일차의료지원센터의 역할을 담당하는 모델



[그림 5] 지역기반 환자중심의원 모형 모식도

○ 대상자 등록과 관리

시범사업 대상은 궁극적으로 전 국민을 대상으로 하되, 대상자의 질병이나 외상상태, 요구되는 서비스의 강도에 따라 분류된다. 이를 기준으로 건강증진군, 만성질환예방군, 잘 조절되는 단순 만성질환군, 조절되지 않는 만성질환군/복합만성질환군, 기능저하군, 준와상군, 와상군으로 구분하여 총 7개로 구분하였다.

○ 서비스

시범사업 일차의료의원에서 제공하는 서비스는 검진이나 교육을 포함한 건강관리, 비대면관리, 급/만성기 외래진료, 케어매니지먼트, 다학제 분야의 팀케어, 방문진료와 방문간호를 포함하며 각각의 업무의 종류와 범위에 대해 정의하였다. 이때 대상자의 분류에 따라 제공되는 서비스의 양과 종류에 차이가 있다.

○ 인력

제공되는 서비스의 종류에 따라 의사 1명당 간호사 1~2 및 간호조무사 1~2명이 필요하며, 이들은 비대면 관리와 케어매니저, 방문간호사, 준간호사 등의 업무를 담당하게 된다. 기타 다학제 서비스에 따른 물리치료사, 작업치료사, 영양사, 사회복지사, 작업치료사, 건강코치, IT인력, 행정 인력 등이 필요하다. 작은 규모의 일차의료의원에서는 일차의료 지원센터를 통한 인력지원 및 공유를 통해 다학제 서비스 제공이 가능하게 된다.

나) 국내외 일차의료 사례고찰에 의한 다학제팀 논리개발 및 비교

### ○ 외국

다양한 일차의료의 기본개념에서의 다학제팀의 운영은 중요한 기본원칙으로 언급되고 있으며, 적어도 2명 이상의 의료서비스 제공자가 개인 및 가족 혹은 지역사회수준에서 제공하는 보건의료서비스라는 비슷한 개념을 공유하고 있다. 또한, 팀 기반의 의료는 환자 중심, 인구기반 의료서비스를 제공함은 물론 환자의 자기관리능력과 의료의 질을 향상시키며, 의료제공자의 만족도도 높인다.

이러한 효과를 바탕으로 지금까지 영국을 비롯한 유럽, 미국, 캐나다 등 다양한 나라에서 일차의료는 다학제팀 기반으로 꾸준히 변화해 왔다. 특히 진료형태로는 여러 명의 임상가가 존재하는 그룹진료 형태를 띠고 있으며 여러 의료전문가가 함께하는 다학제팀이 이를 지원하는 형태를 띤다. 다만 일차의료기관 내에 기본적으로는 간호사가 존재하나 다른 직종의 다학제팀은 기관 내에 존재하기도 하고, PCN(Primary Care Network: 영국)과 같이 외부에 존재하는 다학제팀이 연계지원하는 형태를 띠기도 한다. 또한 고기능을 수행하는 기관일수록 해당 기관에 방문해서 환자들이 진료받는 것 이외에 케어코디네이션, 케어메니지먼트의 역할을 수행하는 간호사 또는 사회복지사 등의 다른 전문가가 해당 역할을 수행하고 있다.

### ○ 국내

국내 여러 시범사업을 통해서 일차의료지원센터 형태의 다학제팀이 있으나 아직까지는 활성화되지 못한 상황이다. 또한 기관 내 일차의료에서의 다학제팀은 일차의료 만성질환관리 시범사업의 케어코디네이터, 장애인주치의 시범사업에서 방문간호사 정도로 일부 존재하며 아직은 다직종의 여러 가지 역할을 수행하는 다학제팀은 부재한 상황이다.

다만, 일차의료에 그대로 적용하기는 어렵지만 가정형 호스피스 다학제팀 운영에 대한 수가, 고용, 규정 등은 중요한 사례로 참고할 만하며, 2022년 12월부터 시작된 장기요양 재택의료 시범사업도 기능이 저하된 장기요양 등급자를 대상으로 한 다학제팀의 방문진료/간호 서비스를 제공하고 있어 눈여겨 볼만하다.

### ○ 향후 방향

일차의료 만성질환관리 시범사업에서의 낮은 케어코디네이터 고용률에서 보는 것처럼 현재 주로 1인 진료형태의 일차의료는 대다수인 우리나라의 현실에서 그룹진료와 다학제팀 운영으로 급격한 변화를 이루기에는 어려운 점이 많다. 따라서, 일차의료기관 내에서 다학제팀의 운영들이 의료협동조합이나 표준모델의원 등의 형태로 많은 경험들이 축적되어야 할 것으로 보인다.

또한 영국의 PCN과 같이 직접 다학제팀을 운영하기 어려운 일차의료기관에 대한 지원을 위해 다학제팀의 기능을 지원할 수 있는 일차의료지원센터의 형태가 필요하다. 그뿐만 아니라 다학제팀의 운영을 위해서는 이를 운영하기 위한 규정, 고용, 수가 등의 제도적인 뒷받침이 필요하다. 이후에는 더욱 나아가 다학제팀 운영에 맞는 각 의료전문인들의 교육, 역량강화 및 이에 걸맞은 질 관리도 갖추어져야 할 것이

다.

#### 다) 결론

일차의료기관은 지역사회를 기반으로 각 대상자의 수요에 맞게 그 기능이 변해야 할 필요가 있다. 즉, 노인 및 복합 만성질환자가 많아짐에 따라 의료 이상의 돌봄에 대한 요구가 커지고 있으므로, 이에 맞게, 방문진료의 활성화, 영양이나 재활 등의 다학제적 접근, 지역사회 인프라와의 연계 등을 함께 제공할 수 있어야 한다.

그러나 기존에 오랫동안 운영되어 왔던 사업이나 일차의료기관의 형태를 일시에 바꾸는 것은 불가능하며, 변화를 위한 제도적인 지원이 필요하다. 기존의 일차의료기관이나 기존 사업을 유지하면서 단계적인 변화를 이루기 위한 구체적인 모형과 지원 방안을 제시함으로써 향후 바람직한 일차의료 정착을 위한 중요한 시발점이 될 것으로 기대되는 시범사업이다.

## 2. 해외 일차의료 현황

### 가. 해외 일차의료 개혁의 물결

#### 1) 일차의료 핵심 요소

일차의료기관은 의료의 질 및 환자 경험의 향상, 형평성 향상, 지속 가능한 의료체계 구축의 핵심으로 최초접촉, 포괄성, 조정기능, 지속성을 가진 의료서비스를 제공하는 기관이다. 영국의 의료에 대해 다루는 King's fund의 보고서에서는 일차의료의 핵심요소로 1) 접근성, 2) 지속성, 3) 조정기능, 4) 지역기반, 5) 환자중심의 전인적관리를 제시하였고, 이는 기존 일차의료의 요소들과 거의 비슷하다.



[그림 6] King's fund 보고서의 일차의료 핵심요소

## 2) 해외의 포괄적 일차의료 확장

미국, 영국 등에서는 이러한 일차의료 핵심 요소들을 충족하기 위해 환자 중심 의료, 커뮤니티케어를 위한 의료 제공을 위해 팀 기반의 일차의료를 확장해 왔다. 팀은 의사, 간호사를 중심으로 보조인력, 행정직, 사회복지사가 기본을 이루며, 물리치료사 혹은 작업치료사, 영양사, 약사 등으로 확장할 수 있다.

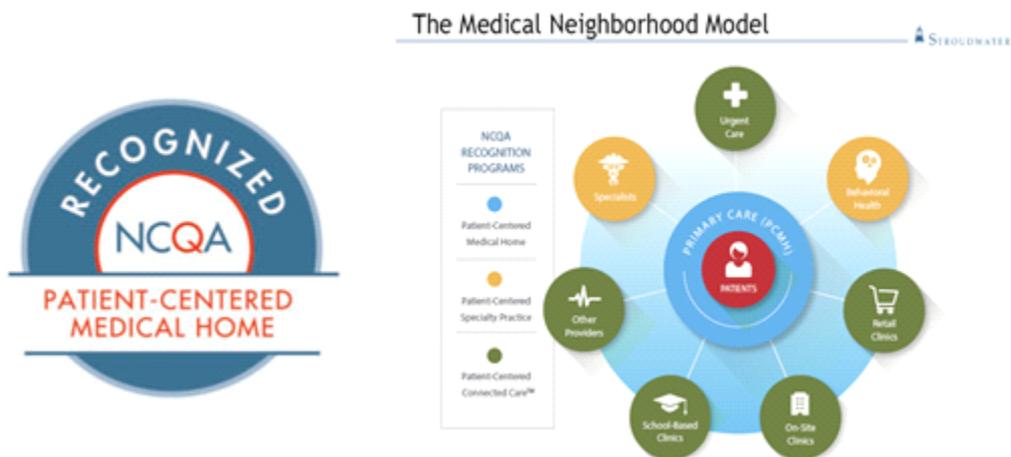
팀이 환자에 대한 다양한 관리를 나누어 진행하고 그 과정이나 결과를 팀 회의를 통해 공유하며, 팀은 한 의원 내에서 대부분 근무하거나 일차의료 네트워크를 통하여 인력이 공유되는 형태를 가지게 된다. 이러한 다학제 팀을 통해 서비스가 다양화되고, 환자 관리가 더 좋아지고 만족도가 향상될 것을 기대하게 된다.

### 나. 미국 사례

#### 1) 다양한 보험과 운영체계 안에서 일차의료 시범사업을 수행

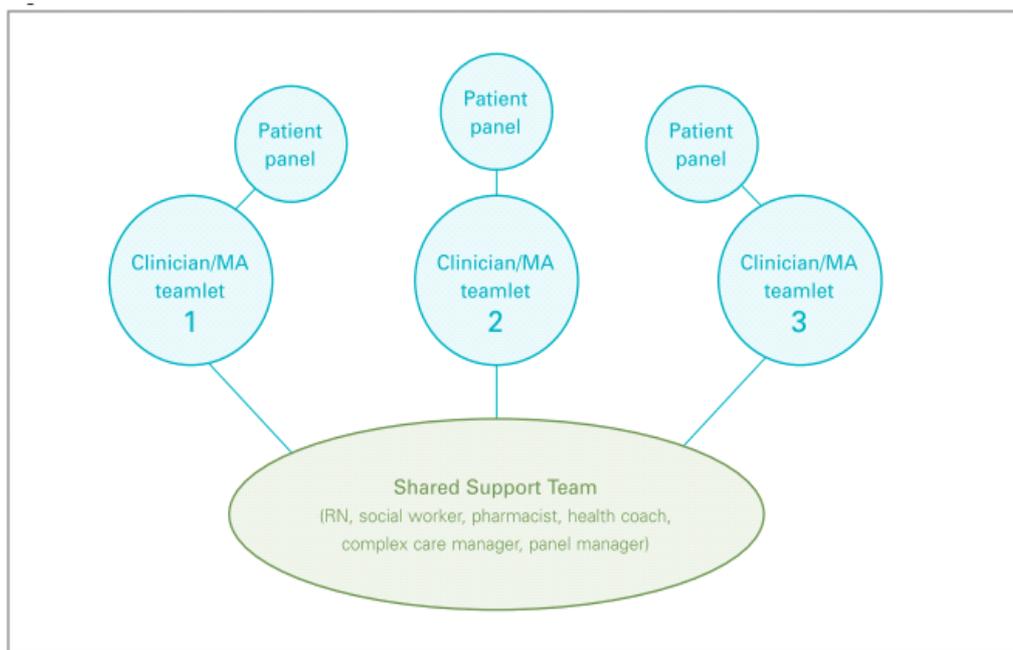
미국은 다양한 일차의료 모델이 혼합된 곳으로 책임의료조직 (Accountable Care Organization, ACO), 관리의료조직(Managed Care Organization, MCO), 건강관리조직(Health Maintenance Organization, HMO) 등의 모델이 존재한다.

환자중심 일차의료기관(Patient Centered Medical Home, PCMH) 시범사업 및 후속시범 사업인 포괄적 일차의료(Comprehensive Primary Care Plus, CPC+), Primary Care First(PCF)등의 시범사업이 완료되었거나 현재도 진행 중이다. 환자중심 일차의료기관(Patient Centered Medical Home, PCMH) 시범사업에서는 다학제 팀의 중요성이 강조되었고, 의원을 기존의 의사 중심의 운영에서 다학제 팀 운영으로 변화시키는 것을 주장하였다. 또한 환자에 대한 조정 기능을 주요 요소 중 하나로 제시하였다.



[그림 7] 미국 질 보장 위원회 PCMH 인증

캘리포니아 건강협회(California Healthcare Foundation)에서 제시한 팀 모형을 보면 의사와 보조 인력이 한 팀을 이루고, 이 팀들이 사회복지사, 약사 등 상대적으로 수요가 적은 다학제 팀을 공유하면서 팀 기반 서비스를 제공하도록 하고 있는 것을 볼 수 있다. (이혜진, 2021)



[그림 8] 환자중심 일차의료기관(PCMH)의 팀 구성

## 2) 미국의 CPC+ (Comprehensive Primary Care Plus) 시범사업 (2017~2021)

미국 최대 공공보험인 Center for Medicare & Medicaid (이하 CMS) 및 다수 민간 보험회사가 참여하는 일차의료 강화를 위한 시범사업이고 지불제도 및 전달체계 개선 시범사업으로 참여를 위한 필수 요구 사항을 다음과 같이 제시하였다. (CMS, 2017)

- Access and continuity: 접근성과 연속성
- Care management: 사례 관리
- Patient and caregiver engagement: 환자/보호자 참여
- Comprehensiveness and coordination: 포괄성과 조정성
- Planned care and population health: 데이터 활용 질 향상

Comprehensive Primary Care Plus(CPC+)는 지역 기반의 다중 지불자 지불개혁 및 의료전달체계 혁신을 통해 일차의료를 강화하는 것을 목표로 하는 전국적 고기능 일차의료메디컬홈 모델이다. CPC+에는 미국에서 일차의료의 다양한 요구 사항을 충족하기 위해 점진적으로 고급 진료전달 요구 사항과 지불 옵션이 포함된 두 개의 일차의료의원 트랙이 존재한다. 18개 지역에서 2,610개의 일차 진료가 Comprehensive Primary Care Plus(CPC)에 참여하였다.

3) 등록대상 환자군

가) CPC+ 시범사업 사례

○ 활동성(active) 환자의 식별

등록을 시작하려면 의원의 활동성 환자를 식별해야 한다. 활동성 환자란 과거 일정 기간 내 의원에서 진료를 받은 환자이다. 추적 기간은 최소 18개월은 되어야 한다. 특정 기간은 환자와의 만남과 환자 집단을 추적하는 프로세스에 따라 달라진다. 일반적으로 실무에서는 18개월에서 36개월 사이 기간을 사용하였다.

4) 제공하는 서비스 - 포괄성, 조정성, 연속성이 확보되어야 한다.

가) CPC+ 사례

일반적인 진료와 더불어 5가지 포괄적인 일차의료 기능이 요구된다.

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>① 접근성 및 연속성</li> <li>② 케어매니지먼트</li> <li>③ 포괄성 및 조정성</li> <li>④ 환자/보호자 및 간병인 참여</li> <li>⑤ 계획 진료 및 인구집단 건강관리</li> </ul> |
|---|

(가) 접근성 및 연속성

환자, 간병인, 환자를 돌보는 전문가 팀 간의 신뢰 있고 지속적인 관계는 효과적인 일차 진료의 기초이다. 환자가 필요로 하고 원할 때 의료서비스의 가용성을 보장해야 한다.

〈표 29〉 접근성 및 연속성

기능	설명
Access	관리팀에 지속적 접근성 유지 + 실시간 EHR 접근가능-> on-call system 구축 또는 ICT 활용
Continuity	팀 조직화 -> 접근성 유지 + 지속성 최적화 -> 사례관리 프로그램
방문여부와 상관없는 Proactive 비대면 관리	->유선/온라인채널/문자/이메일: 2way 소통 필수 ->비대면 진료(와상 환자)
➢ 케어팀 - 비대면 관리	

(나) 케어매니지먼트

고위험, 고요구도 환자에 대한 집중관리는 포괄적인 일차 진료의 특징이므로 케어매니지먼트는 핵심적인 요소이다.

〈표 30〉 케어메니지먼트

기능	설명
Proactive activities(선제적)	→ 건강 상태 개선 → 과다 의료 이용, 그에 따른 폐해와 낭비 예방 목적 (CMMI 2020)
High-risk, high-need patients	→ CMS는 포괄적인 일차의료의 품질 증명서로 여김
모든 등록환자는 위험도 분류 시행	→ 장기 관리: <b>고위험군 proactive, relationship-based (longitudinal) care management</b> → 단기 관리: <b>이행기군 (ED, Admission, 최근진단) -&gt; episodic or short-term care management</b>
➢ 간호사/케어팀 - 케어메니지먼트	

#### (다) 포괄성과 조정성

일차의료에서의 포괄성은 각 환자의 건강 목표를 추구하는데 있어서 대상환자군의 의학적, 심리적, 건강관련 복지적 요구의 대부분을 충족하는데 목적을 두는 것을 의미한다. 포괄성은 일차의료 서비스 제공에 폭과 깊이를 더하고 효과적인 일차의료의 핵심인 관계적 속성을 기반으로 한다. 전반적으로 더 낮은 의료 이용률과 비용, 분절화된 치료 감소, 더 나은 건강 결과와 관련이 있다.

최적의 조정성이 발휘되어야 일차의료기관의 포괄성이 담보될 수 있다. 지역사회 자원을 최대한으로 활용할 수 있는 조정성의 확보는 포괄성을 강화하는 데 필수적인 요소이다.

〈표 31〉 포괄성

대상자군 대부분의 보건의료/건강관련 복지 요구 해결할 수 있어야	-> 복합적 관리가 필요한 군의 요구도에 대응 능력
	-> <b>lower utilization and costs, less fragmented care, and better health outcomes.</b>
	-> <b>Data analytics -&gt; 필요도 파악 -&gt; 우선순위 관리</b>
<b>Hub for navigation and coordination</b> (e.g. 지역사회 일차의료지원센터)	
➢ IT 인력 - EMR연동 환자 요구도 파악 ➢ 케어팀 - 케어코디네이션	

〈표 32〉 조정성

기능	설명
지역사회 특성화의원/거점병원 연계/조정	Coordination with <b>specialty care</b> -> Closed-loop referrals -> Co-management with specialists, linkages with community and social services.
건강행동 관리/상담 프로그램	<b>Behavioral health</b> integration -> LCSW, psychologist – care management 또는 on site 제공
다제약물 관리/조정	Comprehensive <b>medication management</b> -> 케어 매니지먼트 대상자, 이행기 환자
건강관련 복지-돌봄 관리/조정	Health-related <b>social</b> needs ➢ 복지사/케어팀 – 케어코디네이션

(라) 환자/보호자 및 간병인 참여

최적의 치료 및 건강 결과를 얻으려면 환자/간병인이 환자의 치료를 관리하고 치료 제공의 설계 및 개선에 참여해야 한다. 환자 및 가족 자문 위원회(Patient and Family Advisory Council, PFAC)를 조직하여 치료 조직 및 전달, CPC+를 통한 지속적인 변화에 대한 환자 및 간병인의 관점을 이해하는데 도움을 제공한다. 개선 활동도 PFAC의 의견을 적극 활용하여 수행해야 한다.

〈표 33〉 환자/보호자 및 간병인 참여

최적의 결과를 위한 필수 사항	-> 자기 관리 및 보건의료제공 개선에 <b>환자/보호자 참여가 필수</b>
환자/보호자 자문위원회: Patient and Family Advisory Council (PFAC)	-> 의료제공과 관리의 조직화 및 변화에 <b>환자/보호자적 시각</b> -> 환자의 목표, 취향 그리고 요구도가 통합되어 있는가 -> <b>advanced care planning</b> -> recommendations from the PFAC -> QI 활동 -> <b>환자중심/환자만족</b>
Self-management support	-> 자기관리 서포트
➢ 복지사, Care Team - 자문위원회 운영	

(마) 계획된 의료 및 인구 건강

전체 환자 모집단의 요구를 충족시키기 위해, 제공하는 일차의료 서비스를 구성해야 한다. 팀 기반 관리를 활용하면 시기적절하고 적절한 예방적 관리와 만성 질환에 대한 일관된 증거 기반 관리를 선제적으로 제공하게 된다.

CPC+가 계획된 치료 및 인구집단 건강이라고 부르는 이러한 의료서비스 전달 방식은 데이터를 사용하여 환자의 요구 사항을 파악하고 환자에게 다가가 치료를 찾도록 격려하며 해당 치료를 효율적으로 관리

하기 위한 팀 기반 접근 방식을 요구한다. Annual Wellness Visit(정기적 검진, 국가검진 포함), Preventive and Screening Measures(백신 접종, 여행자 의학, cancer screening) 등이 포함된다.

〈표 34〉 인구집단기반 건강관리

기능	
환자중심의 핵심	내원 여부와 상관없이 지속적으로 관리
팀기반 관리	선제적 관리, 인구집단의 건강 증진 (e.g. 재택의료지원센터)
선제적, 예방적 관리	케어팀: 의사/간호(외래,방문)/복지/영양/운동/정보/행정/간호조무
근거중심 만성질환 관리	Clinical Pathway(정보팀)
인구집단 수준 미충족 요구도 부분 확인	Data analysis(정보팀)
질 측정 및 서비스의 질 향상 활동	
➤ 정보팀, QI 담당 인력	

#### (바) 환자중심 일차의료기관 서비스 개발의 원칙

환자중심 서비스 개발의 원칙은 등록제/다학제팀에 기반한 관리를 선제적으로 예방적으로 내원 여부와 상관없이 지속적으로 제공하는 것이다.

〈표 35〉 환자중심 서비스 개발 원칙

등록/팀기반 관리	케어팀 (의사/간호(외래,방문)/복지 + 영양/운동/정보/행정/간호조무)
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 접근성 증가</li> <li>✓ 케어매니지먼트</li> <li>✓ 케어코디네이션</li> <li>✓ 비대면 관리</li> <li>✓ Data 기반 Population Health Management</li> </ul>	
선제적 관리	내원 여부와 상관없이 지속적
예방적 관리	위험군 분류 및 인구집단의 건강 증진, 자기관리

#### 5) 인력

과정(Process)이 있어도 구조(Structure)가 없으면 불가능하기 때문에 구조적 변화가 필요하다.

연방정부인증 의료센터(Federally-qualified Health Center) 사례를 보면 공공지원형 지역의료센터인 연방정부인증 의료센터에서는 주마다 인력기준을 두고 있다. 해당 인력 기준을 만족하지 못하는 경우 인증을 받을 수 없고 재정지원을 받지 못한다. 한 예를 보면 간호사(Nurse Practitioner, Nurse), 의사보조인력(Physician Assistant, Medical Assistant), 임상심리사(Clinical Psychologist, CP), 조산사(Midwife), 의료사회복지사(Clinical Social Worker, CSW) 등의 인력을 필수 인력으로 제시하고 있다.

다. 영국 사례

1) Primary Care Network(PCN)을 활용한 다학제 서비스

영국에서도 약사, 정신건강 전문가, 물리치료사, 작업치료사, 영양사 등은 한 의원에서 고용하기에는 수요가 충분하지 않고, 인건비가 높다. 모든 의원이 다양한 검사장비를 갖추고 있을 수 없으므로, 3만 - 5만명 단위의 일차의료 의원들이 서로 네트워크를 만들어 환자 정보를 공유하고, 다양한 서비스 자원을 공유하도록 국가가 지원하고 있다. (NHS, 2019)

아직은 정착되어 가는 단계이지만 1250개의 PCN이 영국에 운영되고 있으며 일차의료인과 지역 보건, 복지와의 협력모델로 자리 잡고 있다.

- PCN 지원서비스 범주

Service specification	Introduced from	Examples
Structured medicines review and optimisation	2020/21	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Directly tackling over-medication, including inappropriate use of antibiotics.</li> <li>• Focus on priority groups including the frail elderly.</li> </ul>
Enhanced health in care homes	2020/21	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PCN members expected to support the implementation of vanguard models tested between 2014/15 and 2017/18.</li> </ul>
Anticipatory care	2020/21	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Practices in PCNs to collaborate to offer more care, and more proactive care to patients at high risk of poor health outcomes.</li> </ul>
Personalised care	2020/21	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementing aspects of the Comprehensive Model of Personalised Care.<sup>6</sup></li> </ul>
Supporting early cancer diagnosis	2020/21	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensuring high and prompt uptake of cancer screening invites.</li> </ul>
Cardiovascular disease prevention and diagnosis	2021/22	<ul style="list-style-type: none"> <li>• The Testbed Programme will test the most promising approaches to detecting undiagnosed patients, with subsequent roll-out across PCNs.</li> </ul>
Tackling neighbourhood inequalities	2021/22	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Approaches will be developed through the Testbed Programme and tailored to meet the specific context of PCN neighbourhoods.</li> </ul>

[그림 9] PCN service specifications

개별 일반의원이 PCN으로 등록이 되면 임상 위탁 그룹(clinical commissioning groups, CCGs)로부터 제공받는 비용을 바탕으로 위에 같은 7가지의 주요한 서비스를 제공해야 한다. 서비스 내용으로 구조화된 사용약물 평가, 돌봄기관(Care home)에서의 의료, 사전연명, 개별화된 돌봄관리, 조기암진단, 심혈관질환 예방 등의 내용이 존재하며 이를 위해 다양한 인력들을 제공하고 있다.

## 2) PCN 제공 인력 및 역할

NHS에서는 PCN을 통해서 다음과 같은 인력들이 제공될 수 있음을 밝히고 있다.

### ○ 임상약사 (Clinical pharmacists)

특정질환에 대한 약물에 대한 지식제공 및 노인, 요양시설 등에서 복합만성질환으로 인해 다약제 복용 중인 환자들에 대해 약물 검토 등의 역할을 수행한다.

### ○ 약국기술자(Pharmacy technicians)

임상약사의 업무보조로 임상약사의 감독하에 업무를 수행한다. 임상약사의 자문 및 처방 등의 내용을 실제 환자의 차트, 처방 등에 적용시키고 일차의료팀에 전달하는 역할을 담당한다.

### ○ 일차물리치료사(First contact physiotherapists)

직접 또는 일반의원(GP practice)에서 의뢰된 환자에 대해서 진단 및 관리를 담당하고 주로 근골격계 질환 및 관련 문제에 대해서 다룬다.

### ○ 의사보조 (Physician's associates)

미국의 Physician assistant과 비슷한 직능으로 일반의로서의 교육을 받은 인력으로 의사의 감독하에 환자를 진료하며, 일차의료 다학제팀의 일원으로 역할을 한다.

### ○ 영양사 (Dietitians)

환자 및 인구집단에 있어 영양 관련 문제를 진단하며 이에 대한 해결방안을 제시한다. 모든 연령에서 당뇨병, 음식알레르기, 대사질환 등의 적절한 치료적인 식이방법이 필요한 환자들에게 적절한 방안 및 치료식 등을 제시한다.

### ○ 준간호사 (Nursing associates and trainee nursing associates)

간호사(Registerd Nurse)와 다른 의료인들의 연결점인 동시에 간호사의 감독하에 다양한 역할을 할 수 있다.

### ○ 사회복지사(Social prescribing link workers)

사회복지사이나 특히 해당 환자에게 적절한 돌봄과 지지를 제공하는 계획을 세우는 것이 이들의 역할이

다. 특히 해당 환자의 의료적, 심리적지지 및 전인적 접근을 위해 지역사회 그룹 및 자원들을 연결해주는 역할을 하며 이에 사회처방 ‘social prescribing’이라는 용어를 사용한다.

○ **케어 코디네이터(Care co-ordinators)**

PCN 내의 일반의사 및 다른 일차의료전문가들과 협력하여 환자관련 문제들을 파악하고 이를 위한 적절한 지원을 도출해 낸다. 특히 개별 PCN의 원칙과 건강 불평등, 건강위험그룹을 고려하여 개별화된 돌봄을 제공하고자 한다.

○ **건강코치(Health and wellbeing coaches)**

건강코치는 코칭기술을 활용하여 사람들이 건강을 유지하는 기술과 지식을 키우고 자신들의 건강과 안녕을 위한 목표에 도달할 수 있도록 도와주는 역할을 한다. 자기관리 교육, 집단교육 등을 시행한다.

○ **작업치료사(Occupational therapists)**

작업치료사는 환자들의 일상생활 활동을 영위하는 데 겪게 되는 어려움을 해결하는데 그 역할이 있다. 특히 일반의사가 취약하거나 복합적인 의료적 필요를 가진 환자들을 지원하는데 역할을 보인다.

**라. 일본 사례**

1) 일본의 일차의료

일본도 2004년 국가가 비용을 지원하는 기초 임상(인턴) 연수 제도를 필수화하였고, 2018년부터는 “종합진료과”라는 일차의료전문과목을 개설하기로 하는 등 일차의료 강화를 위한 여러 움직임이 비교적 단기간에 훌륭한 성과를 거두며 도약을 준비 중이다 (황서은, 2019). 우리나라의 의료체계는 일본의 영향을 받았고 비슷한 의료보험제도를 공유하고 있어 일본 의료체계의 개혁방향을 살펴보는 것은 향후 우리나라의 일차의료 발전방안을 찾는 데 도움이 될 것이다.

2) 일본의 일차의료 강화를 위한 동향

○ **단골 의사 기능 강화를 위한 수가 개정**

2016년 핵심 개정 내용은 외래의 기능 분화로 진료소는 단골의사 기능 역할을, 대형병원은 전문적인 진료를 하면서 유기적으로 상호 연계되는 것을 목적으로 하였다. 이를 위한 대표적인 수가 항목인 지역포괄진료비는 200병상 미만의 병원 혹은 진료소만 산정할 수 있도록 하였으며 고혈압, 당뇨병, 이상지질혈증, 치매 중 2개 이상(의증은 제외)의 질환을 가진 환자에게 단골 의사가 2가지 이상의 해당 질환에 대해 영양 지도, 복약관리, 건강관리, 개호보험 상담, 재택의료 제공과 24시간 대응 등을 제공하는 경우 산정 가능하도록 하였다.

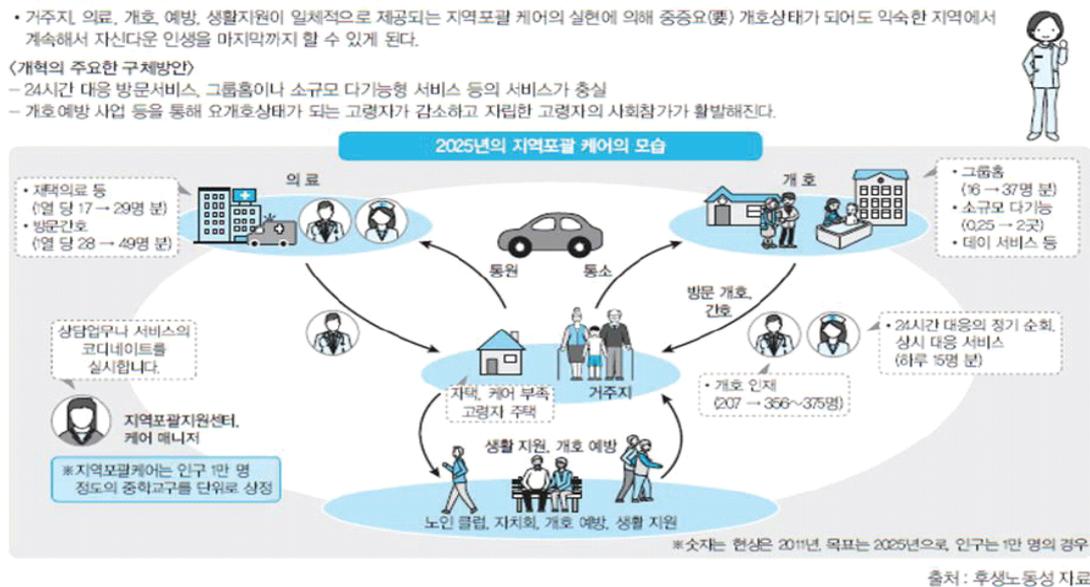
한편, 일본의 생활습관병 지도관리료는 고혈압, 당뇨병, 이상지질혈증 환자에게 영양계획서를 작성하고

치료계획에 따라 운동, 영양, 음주와 같은 생활습관에 대한 종합적인 지도와 치료를 할 경우 200병상 미만의 병원과 진료소에서 월 1회 산정할 수 있다.

### 3) 지역사회에서 의료서비스와 사회복지서비스의 연계

일본은 2000년부터 개호 보증을 도입하였고, 2012년 개정된 개호 보험법에서는 이러한 사회복지서비스와 의료서비스를 잘 연계하여 5개 요소(의료·요양·예방·주거·생활지원)를 포괄적으로 제공할 수 있는 ‘지역포괄케어시스템’의 추진을 명시하였다.

도표 3-2 사회보장, 세제일체개혁안에 의한 개호의 미래상



[그림 10] 2025년 일본 지역포괄케어의 모습

각 시·정·촌과 도도부현이 지역의 자주성과 주체성을 바탕으로 지역의 특성에 따라 지역포괄케어시스템을 만들어 가게 되고 중학교 하나가 포함하는 권역, 즉 30분 이내의 구역 내 허브를 구축하여 거주지를 중심으로 노인들이 독립적인 생활을 영위하는 것을 목적으로 하였다. 각 지역마다 지역포괄지원센터가 핵심 역할을 하고 있다.

한편, 일본의 지역의사회도 지역의료 제휴실을 설치하여 종합 상담 창구로서 방문 약사와의 연계, 재택의료 지역 자원 지도, 지역 자원 조사, 시설 수용 정보 제공 등을 지원하거나, 다양한 시설과 직종 간 환자 정보의 교류와 의사소통이 가능하도록 통신망을 지원하는 등 주도적 역할을 하고 있다. 이렇게 일본의 진료소 의사들이 지역포괄케어시스템에 적극적으로 참여하게 된 배경에는 재택의료서비스 제공이 활성화되었기 때문이다.

인구 고령화에 따라 요양비용에 증가 및 요양시설 부족에 대한 일본 정부의 우려와 남은 여생을 집에서

보내고 싶어 하는 고령자들의 바람에 따라 일본 정부에서는 재택의료서비스를 활성화하고자 수가 및 시스템에 대한 제도적 준비를 하였고 이에 일차의료의사도 적극적으로 참여하고 있다.

한편, 우리나라의 노인장기요양보험제도 역시 노인요양비에 대한 가정의 부담을 경감하고 노인의 삶의 질을 향상시키기 위한 목적에서 2007년에 도입되었다. 하지만 우리나라에서는 병원급 의료기관에 의료서비스와 사회복지서비스를 연계해주는 팀이 구축되어 있으나, 주로 병원 비용 지원 등의 경제적 지원에만 초점을 맞추고 있다. 또한, 의원급 의료기관과 사회복지서비스의 직접적인 연계는 거의 없는 실정이다.

만성질환의 효과적인 관리를 위해서는 단순 약물 처방이 아니라 사회적 요소(social determinants)를 포함한 여러 복합적인 인자들을 관리하는 것이 필요하며, 이는 일본의 포괄케어시스템과 같이 의료서비스와 사회복지서비스의 유기적인 연계가 이루어질 경우 더 효과적일 수 있을 것이다. (이진세, 2019)

**마. 호주 사례**

1) 호주는 일차의료에서 고혈압, 당뇨병 적정관리율이 30-50%에 불과하여 일차의료의 질 관리가 요구되는 상황에 봉착하였다.

2) 진료질평가 프로그램(Practice Incentive Program, PIP)

**〈표 36〉 호주 PIP의 당뇨병 보상영역**

지불유형	당뇨병	천식
등록 지불 (Sign-on)	PIP 프로그램에 참여하지 않은 당뇨병 환자가 새로 등록하여 recall/reminder 시스템을 이용할 경우 지불(최초 1회)	PIP 프로그램에 참여하지 않은 천식 환자가 새로 등록하여 recall/reminder 시스템을 이용할 경우 지불(최초 1회)
서비스 인센티브 지불 (Service Incentive)	연간 진료 cycle 완료한 당뇨병 환자 수에 따라 가정의에게 지불	연간 진료 cycle 완료한 중등증 또는 중증 천식 환자 수에 따라 가정의에게 지불
결과 지불 (Outcomes)	등록 환자의 2%가 당뇨병으로 진단받고, 그중 50%가 당뇨병 진료 cycle 완료한 경우 지불	-

자료: Australian Government Department of Human Services. Medicare Practice Incentive Program[cited 2019 Jan 24].

의료의 질, 자원, 농어촌 지원 등 3개 영역으로 구분하여 각 영역별 세부 프로그램을 구성하였다. 당뇨병 등 만성질환 등록, 교육 등의 서비스, 결과에 대해 인센티브를 지불하였다.

3) 만성질환관리프로그램(Chronic Disease Management, CDM)

2005년부터 만성질환관리프로그램(Chronic Disease Management, CDM)을 통해 환자 관리계획 수립, 팀 기반 서비스 조정, 건강평가 등을 포괄적으로 하도록 권장하고 있다. 전반적인 보건의료체계의 효율성에도 불구하고, 호주의 만성질환 관리의 문제점이 증가하고 있다.

예방 및 치료를 포괄한 만성질환 관리를 위해 호주 정부는 일차의료개혁의 일환으로 보건의료전달체계 및 지불보상제도를 개편 중이다. 그중에서 만성질환관리 질을 개선하기 위해 호주 정부는 Practice Incentive Program(이하 PIP)의 개선 방향을 2016년 10월 발표하고 2019년 5월 시행하였다.

PIP는 우리나라 고혈압·당뇨병 관리 질에 대해 인센티브를 제공하는 가산지급 사업과 유사하게 환자 수를 기반으로 인센티브를 지급하고 있어, 우리나라의 일차의료 만성질환관리 질 평가 및 성과와 연계된 보상과 관련하여 시사하는 바가 클 것으로 예상된다. (이도경, 2019)

#### 4) 호주의 만성질환관리 현황

##### ○ 만성질환관리 현황

호주의 일차의료는 만성질환자 관리의 첫 번째 관문이며, 가정의(general practitioner)가 필요시 다른 의료기관에 진료를 의뢰하고, 간호, 치과 서비스 등 관련 서비스를 조정하는 등 호주 일차의료의 중심 역할을 하고 있다. 만성질환관리를 위해 매년 상당한 재정이 일차의료에 투입되지만 권장되는 관리가 항상 제공되는 것은 아니며 치료 효과가 기대했던 것처럼 나타나지 않았다.

매년 4만여 명이 심혈관질환으로 사망하는데, 가정의 진료를 받는 고혈압 환자의 30% 미만만이 적절하게 혈압관리가 되고 있었다. 당뇨병의 경우는 가정의 관리를 받는 절반 이하의 환자들만 혈압, 혈당 및 콜레스테롤이 적절한 수준으로 관리되고 있었다. 정신질환의 경우, 5명 중의 1명은 지난 12개월 이내 정신 질환을 앓았다고 보고되며, 관리의 필요성에도 불구하고 정신질환자의 건강결과 관련 데이터는 거의 없었다.

이와 같이 호주 일차의료의 만성질환관리 질 개선의 필요성이 높은 실정이다. 관리계획 수립, 팀 기반 서비스 조정, 건강평가를 장려하기 위해 매년 비용 지출이 증가하였지만 만성질환 의료 질과 환자 건강 결과는 미흡하거나 데이터 부족으로 그 효과를 정확히 측정할 수 없는 실정이다. (Swerissen et al., 2016).

#### 5) 호주 만성질환관리 문제점

##### ○ 부적절한 인센티브

Medicare의 지불제도는 행위별수가제를 기반으로 하고 있다. 행위별 수가제의 경우 서비스의 복잡함과 질에 상관없이 횟수에 따라 보상하기 때문에 서비스 제공 시간은 줄이고, 진료 환자 수 또는 재방문 유도 등 서비스 제공 횟수를 증가시키는 효과가 있다. 만성질환자의 관리의 효율성을 높여 재방문을 감소시키는 인센티브가 미흡하며, 추가적인 서비스 이용 비용은 연방정부의 부담을 증가시킨다.

기존 행위별 수가제의 문제를 보완하기 위해서 건강평가, 관리 계획 수립, 의료서비스 조정에 대한

보상을 하지만 이 또한 행위별로 보상한다는 제한점이 있다. 또한 관리 계획을 수립하더라도 실제 실행이 되는지 모니터링이 되는지는 알 수 없으며, 환자가 지속적으로 방문을 하지 않은 의사라고 하더라도 건강 평가에 대해 청구를 할 수 있다. 결국 가정의에게 보상을 하지만 지속적인 관리가 되지 않고 건강평가의 질 수준이 낮을 수 있다.

### ○ PIP 재설계 관련

2016년 호주 정부는 PIP의 실질적인 의료 질 개선 기능 강화를 발표하며 6가지 질 개선 영역(효과성, 효율성, 접근성, 환자 중심성, 형평성, 안전)을 제시하였다.

성공적인 대규모 의료 질 개선을 위해 견고한 평가 시스템이 필수적임을 언급하였다. 또한 PIP 사업의 성과와 효과를 측정하기 위해서는 일차의료 서비스에 대한 강력한 데이터 수집이 필요함을 강조하였다. 데이터 수집 방법을 Medicare 청구 자료에서 임상정보 시스템을 통한 데이터 수집으로의 변환을 제시하고, 가정의의 진료 소프트웨어 시스템에서 비식별 정보를 수집할 가능성을 언급하였다.

PIP 개선의 장기적인 목표는 질 개선에 가정의들의 참여를 장려하고, 가정의들이 제공한 서비스를 스스로 평가하여 담당하고 있는 환자, 인구에게 맞는 유연한 의료서비스를 제공할 수 있도록 돕는 것이다. 호주 정부는 PIP 재설계 원칙을 다음과 같이 제시하였다.

- 일차의료 진료 인증을 통해 안전과 의료 질 지속적 확보
- 개원의별 환자 인구 특성에 맞는 의료서비스를 제공할 수 있도록 프로그램의 유연성 허용
- 데이터 제출 의무화 및 12개월 이내 데이터 제출을 통한 건강결과와 질 개선 측정
- 데이터 제출 기반 자동화된 인센티브 지불
- 개별 일차의료기관 내 상대적(예, 전년 대비) 질 개선을 장려
- 디지털 건강 정보 개혁을 지속적으로 추진
- 가정의들의 행정부담 최소화

제시된 원칙을 바탕으로 개선된 PIP는 의료서비스에 대한 접근성과 형평성을 개선하고 만성질환의 발견 및 관리를 강화할 것이다. 또한 가정의 진료의 질, 안전, 효과성, 효율성, 책임성을 제고하고 데이터 및 정보 시스템을 개선해 나갈 예정이다.

### 바. 미국의 Medical Home 모형: PCMH (Patient-Centered Medical Home)

#### 1) 등록대상 환자군

모든 환자를 제공자 패널에 할당하고 제공자와 환자에게 할당을 확인하며, 정기적으로 패널 할당을 검토하고 업데이트해야 한다. 패널 데이터 및 레지스트리를 사용하여 질병 상태, 위험 상태, 자가 관리

상태, 지역사회 및 가족의 필요에 따라 환자에게 사전에 연락하고 교육하고 추적한다.

Empanelment(등록)는 진료가 수요와 공급을 더 잘 관리할 수 있게 하여 환자 접근성과 지속성을 향상시킨다. PCMH(Patient-Centered Medical Home) 모델에서는 환자와 가족, 제공자 및 케어 팀이 서로를 케어의 파트너로 인식할 것이 요구된다. 환자와 가족의 선호도에 민감한 개인 주치의(Primary Care Physician, PCP)와 치료 팀에 개별 환자를 배정하는 임패널먼트(empanelment, 등록화)는 이러한 파트너십을 공식화하고 확인하며 효과적인 PCMH 진료의 다른 모든 구성 요소의 기반이 된다.

환자 패널의 지속적인 관리인 패널 관리는 통제된 의료 환경을 조성하고 사전 예방 및 만성 질환 치료를 가능하게 한다. 환자/가족과 제공자/치료 팀 간의 관계는 환자 중심 의료 홈(Patient-Centered Medical Home, PCMH) 모델의 핵심이다. 지불 능력과 관계없이 환자에게 서비스를 제공하고 “문호 개방” 정책을 유지하는 경우, 임패널링은 특히 어려울 수 있다. 이미 등록된 환자에게 최적의 치료를 제공하기 위해 신규등록을 제한해야 하기 때문이다.

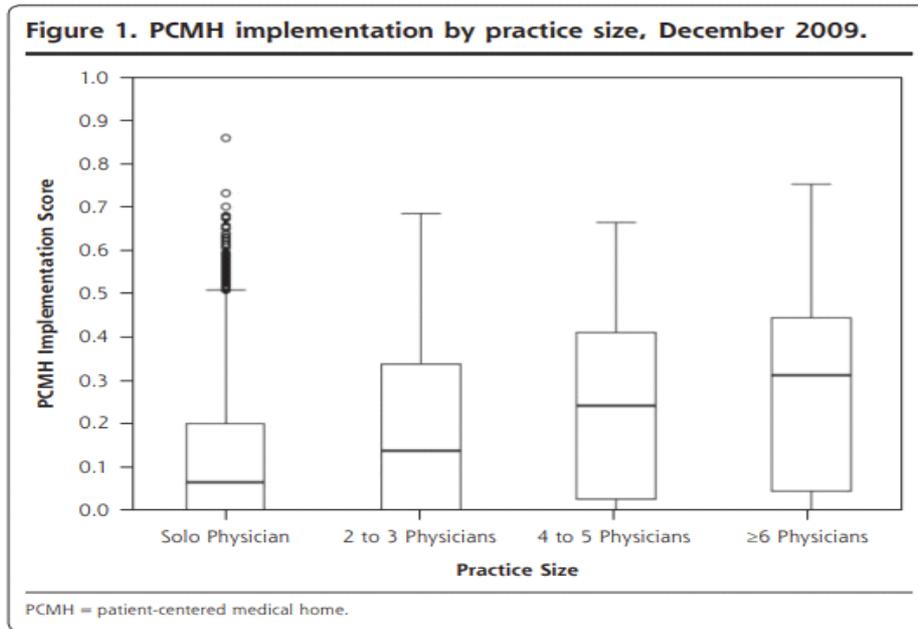
지난 18개월 동안 2회 이상 방문한 환자의 방문 이력을 보여주는 진료 관리 시스템에서 활동성(active) 환자 보고서를 생성하고 환자번호, 이름, 생년월일, 방문 날짜, 배정된 PCP, 진료 제공자를 기록한다. 초기 리스트는 환자별로 정렬 후 패널이 아직 할당되지 않은 경우 방문 기록을 기반으로 패널 할당을 시작한다. 할당된 일차의료의 (PCP) 별로 위 리스트를 정렬하여 초기 패널 크기를 식별하고 아직 할당되지 않은 환자를 식별한다.

## 2) 인력

가) 과정(Process)이 있어도 구조(Structure)가 없으면 불가능함

일차의료기관의 규모는 일반적으로 PCMH 구현 수준의 강력한 예측인자로 간주되므로, 이 두 가지 요인 간의 관계를 조사하여 이 점수가 규모 차이의 영향과 구현의 가변성을 포착하는 정도를 평가한 점수를 보고한 바 있다.

BCBSM(Blue-cross Blue-shield Massachussetts) PCMH 프로그램에 참여하는 2,494개의 일차진료 중 59.6%가 단독의사, 23.4%가 2~3명, 8.8%가 4~5명, 8.1%가 6명 이상이였다 (Alexander, 2013). 전체 평균 PCMH 점수는 6명 이상의 의사가 있는 진료에서 가장 높았으며 진료의 수가 감소할수록 감소하였다. 팀기반 환자중심 주치의적인 일차의료를 제공하기 위한 의사, 외래 간호사, 방문간호사, 가정간호사, 간호조무사, 복지사, OT/PT사, 영양사, IT전문가, 행정인원 등의 인력이 요구된다.



[그림 11] PCMH Implementation Level Score

나) 일차의료 속성에 충실한 서비스를 제공하기 위해서는 해당 인력 필요  
PCMH 모델로의 전환을 돕기 위해 다음과 같은 주요 전략을 사용한다.

- 강화된 고위험/고요구도군 집중관리
- 정신건강 및 행동장애 의료적 관리와 통합
- 다제 약물 관리 개선
- 개선된 분류 및 예약 기능
- 인구집단 기반 관리
- 지역 사회 봉사활동을 포함한 환자와 가족의 참여

이 모든 요소는 강력한 건강 정보 시스템, 질 향상을 위한 데이터 분석 능력, 다양한 인력이 참여하는 팀 기반 관리가 강조된다.

Patel 등은 PCMH를 효과적으로 운영하기 위해 의사 FTE당 총 필요 직원 수를 4.25명으로 제안하였다. (Patel, 2013)

■ Table 2. Staffing Ratios for PCMHs

Staffing Variable	Interview Range <sup>a</sup>	MGMA <sup>b</sup>	Proposed
<b>Provider FTE</b>		1	1
<b>Provider panels</b>	625-2500	2435	2150
<b>Patient panels</b>			
Risk adjustment	Most were unadjusted; several used risk stratification techniques	No	Based on proprietary risk adjustment software <sup>c</sup>
<b>Staffing ratio estimates (FTEs)</b>			
Clerical	0.18-1.85	1.12	1.42
MA, technician, LPN	0-1.66	1.33	1.33
RN	0.21-1.78	1.33	1.33
RN care manager	0-1.0	1.33	0.40
NP/PA	0-1.36	0.23	0.25
Health coaches	0-0.25	0	0.25
Pharmacist	0-0.53	0	0.20
SW (includes mental health)	0-0.50	0	0.25
Mental health providers	0-0.83	0	0.25
Nutritionist	0-0.20	0	0.10
Clinical data analyst	NA	0	0.05
<b>Total</b>		<b>2.68</b>	<b>4.25</b>

FTE indicates full-time equivalent; LPN, licensed practical nurse; MA, medical assistant; MGMA, Medical Group Management Association; NA, not applicable; NP, nurse practitioner; PA, physician assistant; PCMH, patient-centered medical home; RN, registered nurse; SW, social worker.  
<sup>a</sup>Based on telephone interviews.  
<sup>b</sup>Median integrated delivery system owned, all internal medicine.  
<sup>c</sup>Data are from reference 33.

### [그림 12] 권장 의사-스태프 비율

미국 의료그룹관리협회(MGMA)는 추정치와 비교하여 케어매니저, 행동 건강/사회 복지사, 약사, 건강 교육자, 영양사, 데이터 분석가 등의 인력을 늘릴 것을 권장하였다.

#### 3) 환자 등록 및 관리

환자의 등록을 시작하려면 일차의료 기관의 활동성 환자를 식별해야 한다. 활동성 환자란 기관에서 일정 기간을 소급하여 돌아보았을 때 일차의료적 관리를 받은 환자이다. 소급 진료 기간은 최소 18개월이 되어야 한다. 특정 소급 기간은 일차의료 기관의 환자 접촉 및 환자 모집단을 추적하는 절차에 따라 달라질 수 있다. 일반적으로 실무에서는 18개월에서 36개월 사이의 소급 기간을 사용한다.

각 활동성 환자는 의사 및/또는 치료 팀에 배정되어야 하며 할당은 환자와 의사 및/또는 치료 팀의 최종 확정과정을 거쳐야 한다. 의사 및/또는 케어 팀에 최소 95%의 등록률을 달성하고 유지해야 한다. (Grumbach, 2015)

### 3. 각국의 일차의료와 군 의료 현황

#### 가. 미국

미국의 경우 군 보건체계(Military Health System)의 목표를 전투준비력과 군인, 군 가족, 퇴역 군인들의 건강 및 안녕(Well-being)의 최적화를 위한 포괄적 의료서비스의 제공에 두고 있고 조직의 이상(Vision)이 질 좋고 신뢰할 수 있고 즉응하는 일체적 동시-통합된 ‘부대를 위한 부대(Team of Teams)’라는 가치를 가지고 있다.

이러한 추상적 가치는 실제적 인력과 조직으로 실현되는데 51개의 군 병원, 381개의 이동치료소, 144,000명의 전문 의료인력이 야전의료체계와 함께 구축되어 있음. 군 사병 수 대 군 의사의 수 비율이 100명당 1명을 넘어가는 것으로 보아 알 수 있다, 그리고 군인뿐만 아니라 군인의 가족까지 군병의원을 사용할 수 있는 혜택을 부여하고 있다. (김대희, 2020)

또한 군 일차의료도 환자중심 메디컬홈 모델로의 변화로 고기능 일차의료의 제공을 도모하고 있다. PCMH(Patient-Centered Medical Home: 환자중심 메디컬홈) 모델은 환자중심적인 기능을 가진 팀 기반 일차의료로서 환자의 방문여부와 관계없이 환자중심적으로 환자를 관리하는 강화된 일차의료이다.

#### 1) 미국 군 의료인력 및 현황

군의원은 연차에 따라 달리 책정된 수당을 받고, 기본 군의원 수당 외에도 다년복무연장 수당, 전문의 자격 수당, 의사면허수당, 전문의 면허수당등을 받는다.

- 미 육군 의료: 의무국이 육군 의료행정을 총괄하며 의무역사실(Office of Medical History)을 두고 미 독립전쟁기부터의 사료를 관리하고 교육하고 있다. .
- 미 해군 의료: 해군 의료국(Bureau of Medicine and Surgery, BUMED)에서 현역 및 퇴역한 수병, 해병 및 그 가족에게 의료서비스를 제공함. BUMED는 국방의무본부(Defense Health Headquarters, DHHQ) 안에 위치하며 300명의 해군 및 400명의 군무원이 미군 관련 기업체 종사자와 함께 근무 중이다.
- 해병대: 4,500명의 현역 및 예비역이, 병원군단에는 30,000명의 현역 및 예비역이, 간호군단에는 4,000명의 현역, 예비역 및 퇴역 군인 그리고 치과과분야로 1,400명이, 의무군단으로 3,000명의 현역 및 예비역이 있다.
- 미 공군 의료: 76개의 군 의료시설(Military Treatment Facilities, MTFs)과 6개의 지역MTFs,

4개의 파병지 MTFs를 운영하고 있다. 공군에는 군의관 3,543명, 군치의관931명, 기타 장교 6,401명, 병 20,554명이 있으며 군무원 6,731명과 민간계약직 4,252명이 근무 중에 있다(총 58,258명). 원정(파병지) 의무지원 보건의 대응부대 및 항공의무후송 등도 담당한다.

- 항공중환자이송대:항공기 내부에 중환자실을 제공하며, 환자지원 운반대는 어떤 수송기든 수 분 안에 부상자를 이송토록 조율·관리 한다.
- 전략중환자후송대:항공기를 통해 미국 내 병원으로 환자를 이송하는 역할. 이러한 활동으로 2001년부터 약 326,000명의 환자가 전 세계적으로 이송된다.
- 하루에 군의관들은 약 25,000명의 환자를 보고 있고, 60,000회의 처방을 하며, 26,000번의 수술을 진행한다. 치과진료는 매일 5,000회 이뤄진다. (김대희, 2020)

## 2) 미국 군 의료보험

미국 군인 의료권은 미국법전 제10편 제55장에 규정된 법적 권리임. 각 군의 의료조직에서 제공하는 의료서비스는 별도로 구성된 ‘군인의료보험(TRICARE)’을 통하여 그 비용이 조달된다. 국방부 내 공제회격인 군건강제도(Military Health System, MHS)가 운영과 관리를 맡고 있다. 2018년 기준으로 681개의 MTFs와 63,000명의 군무원, 84,000명의 군인이 미국 내외에서 MHS에 속해 있었다.

MHS 이용 우선순위는 1순위자는 현역 군인이며, 2순위는 현역 군인의 가족으로 TRICARE Prime 등록자이다. 3순위는 퇴역군인과 TRICARE Prime 등록 가족 및 생존자이고, 4순위는 현역 군인 가족 중 TRICARE Prime 미등록자 및 Tricare Reserve Select 등록자이다. 가장 후순위자는 나머지 자격자이다.

## 3) 미국 군 응급의료:

실무에서 미군이 크게 주목받는 점은 응급 처치 및 후송에 관한 역량이다. 미국 군의 응급의료체계는 “미국 본토가 아닌 외국에서의 작전이 그 주를 이루고 있어 미군의 병원 구조는 군단과 야전군에서 양질의 의료를 제공할 수 있는 완벽한 능력을 구비” 하고 있다. 미군의 전투후송체계는 4단계로 구성된다.

ROLE 1은 부상을 입은 개별 장병에 대한 치료로서 생명구조에초점을 두고 일선 부대에서 이뤄진다. ROLE 2는 상급외상술및 응급의료로서 전 단계에서 시작한 소생시도를 이어가며 대대 지원대나 연대를 지원하는 의무중대가 시행한다. ROLE 3은 의료치료시설에서진행하는 모든 종류의 환자에 대한 상급치료이다. 완결수술, 중환자치료등이 포함된다. ROLE 4는 미국에 있는 병원 혹은 재활치료 등이 가능한 해외 의료시설에서 시행하는 치료이다.

#### 4) 미국 군 의무 물자조달

지역별로 각 주 및 예비 주공급자를 선정하며 이외에도 별도 예비 주공급자를 선정하고 있다. 주공급자와의 계약에 따라 배송은 미국 내 1~2일, 미국 본토 외 7일의 기한 내에 이뤄지게 되어 있다.

#### 5) 미국 군 건강관리 프로그램

군인 건강 설문조사'를 정기적으로 실시하여 정보를 축적하고 이에 따라 정책을 만들고 있다. 대체로 건강 위험요소를 파악해 줄이는 방향, 정신건강에 대한 관심 증대, **군 외부 기관과의 협력 등의 큰 경향을 보여주고 있다.**

2000년대 말 자살률 증가에 따라 미 국방부가 국립정신보건원에 의뢰하여 2011년 대규모 '정신심리검강 조사'를 실시한 바 있다. 정신건강에 대한 관심이 성추행 및 성폭행으로도 이어져서 해당 현황도 조사 대상에 포함되어 있다. 단순히 건강, 의료기관 만족에 대한 조사 뿐 아니라 그 원인에 대한 조사와 연구가 활발하게 이뤄질 수 있는 환경이 마련되어 있다.

### 나. 독일

독일 연방군은 합동 의무군(약 18,000명의 군인과 3,000명의 민간직으로 구성)이 약 1만 명의 전 독일 군인에게 의료 서비스를 제공하고 있다. 독일군의 의료 서비스는 각 군과 별개로 연방군 의무사령부가 독립적으로 의무부대를 총괄하여 수행하고 있다. 사령부는 약 600개의 지구부대로 나뉘어 독일 전역에 산재해 있으며 직할인 5개의 군 병원 및 독일 연방군 의과대학교가 있고, 사령부 산하 중앙연구소에서는 약학, 독성학, 미생물학, 방사선학의 전문연구기관과 예방의학 연구소를 설립하였다.

독일의 주요 군 병원의 규모는 우리보다 크며, 중앙군 병원은 의료수련교육 등이 가능한 수준으로 요하네스구텐베르크 대학교와 연계해 1년 인턴과정을 운영한다. 군 장병의 80%가 반경 10km 이내 가까운 지역의 의료시설에 도달할 수 있다.

합동 의무군은 전략항공 의무후송대 및 다양한 응급 후송 차량들을 운용한다. 3단계 야전 의료전달체계 (medical evacuation chain)가 존재한다.

1단계: 이동전개형 의무시설(Mobile Aid Stations)로 야전에서 다친 장병에게 “전문가에 의해 부상자 분류, 통증 및 쇼크 관리, 지혈, 인공호흡등의 응급치료”가 제공

2단계: 이동전개형 외과병원(Mobile Surgical Hospitals)으로 “외과 의사 및 마취과 의사에 의해 보완적인 진단 및 치료”가 제공

3단계: 야전병원(Field Hospitals)으로, “외래 및 입원환자에 대한 전문적 진단, 집중치료, 수술, 필요한 경우 본국으로 환자후송 조치함

민군협력기구중 일부에 “대규모 재난 발생 시 신속한 의무지원을제공할 수 있도록 응급치료소를 설치하였다. 중상을 입었을 경우 민간 대학병원에서도 치료 지원을 받을 수 있으며 사회보험의 혜택을 받을 수 있다. 전역 후에도 군인들이 보건의료 지원을받을 수 있으며, 민간인도 군 병원에서 진료를 받을 수 있다. 군 병원 환자의 20%가 민간인 환자가 차지하는 등 군 의료에 대한 신뢰도 향상을 도모하고 있다.

민간 수준의 의료지원을 위해 인적 자원과 물적 자원의 관리를 중앙의무센터에 집중한다. 군 의료인력의 신분이 법으로 보장이 되며, 계급도 중장까지 진급이 가능하며 보수 역시 민간병원에 준하여 군 병원 의료수준이 민간에 비해 더 앞서기도 한다. 민-군 협력 위하여 7개의 협력센터를 설립하여서 환자 분류와 치료제공에서 함께하고 있다. (김대희, 2020)

#### 다. 이스라엘

자격 요건에 맞는 모든 남녀는 18세에 징집된다. 남자 70%. 여자 50% 이내로만 징집을 시행한다. 복무기간은 남자는 2년 8개월, 여자는 비전투병은 2년, 전투병은 2년 8개월 간 복무한다. 군 의무군단은 군 및 민간시설에서의 군인 보건 및 의료를 전담하며 의무군단은 기술병참국소속 독립된 군단이다. 평시에는 군인에 대한 의료서비스를 제공, 전시나 응급상황에서는 국민 전체로 확대 수행한다.

군 의료 연구개발은 국방연구개발에 하나로 통합된다. 군과 학계의 협력에 기반하여 대학 산하에 군 의료연구소를 두고 지속적 인력개발을 추구하고 군 의료인력 양성은 군의무학교 및 훈련소에서 담당하며 하다사 의료센터와 히브리대학이 공동으로 운영한다. 교육기관은 히브리대학교 하다사 의과대학이며, 2012~2015년 사이에는 학생이 1000명이상이었다.

이스라엘 방위군(IDF)의 모든 병사에게 의료 서비스를 제공하는 것은 건강 유지 관리 기관(HMO) 역할을 하는 의무 군단(MC)의 책임이다. MC는 필요한 의료 서비스의 두 가지 주요 목표에 따라 두 가지 수준의 의료 서비스를 제공한다. 우선 수준은 전쟁 및 테러 공격 시 의료 서비스를 제공하는 것이고, 두 번째 수준은 일상적인 활동 중에 직업 및 정규 군인이 필요로 하는 1차 및 2차 의료 서비스이다.

의료 서비스의 지속적인 증가와 과소비, IDF 내 경험이 부족한 의사, 직업 군의관으로 발전하고자 하는 젊은 의사 수의 감소, 예비군 의사 수의 감소, 낮은 의료 만족도, 잘 훈련된 가정의의 부족, 민간 의료 시스템에 비해 군대 내 의료의 질이 낮다는 느낌 등 몇 가지 주요 고질적인 문제에 직면해 있다. (김대희, 2020)

이러한 문제를 극복하고 민간인과 직업 군인 간의 불평등을 최소화하기 위해 IDF의 의사 결정권자들은 전쟁, 테러, 생물학적 전쟁과 같은 다양한 건강 위협에 대비하여 MC의 주요 목표와 선협적 의무를 재정의 해야 했고, 의사 결정권자들은 MC가 직업 군인에게 필요한 일차의료 서비스를 숙련된 민간 의료 서비스 제공자에게 아웃소싱하기로 결정했으며, 이는 비용을 통제하면서 MC 진료 시스템의 효율성, 품질 및 “이미지”를 개선할 수 있는 방법이었다. 아웃소싱은 아웃소싱 기업의 핵심 활동을 주요 활동과 보완적인 분야로 확장하기 위해 관리 책임을 외부 기관이나 기업에 이전하는 방법인데, 이러한 제휴는 지식과 기술을 추가하여 컴퍼니 내의 기술을 보완하는 방법이다. (Magnezi, 2006)

의료 아웃소싱은 의료의 질과 비용 측면을 기준으로 입찰을 통해 선정되었으며, 2001년 한 해 동안 모든 계급의 21~50세 직업군인 약 5000명을 대상으로 실시되었음. 목표는 모든 직업 군인에게 주치의 선택과 함께 일차 의료(입원 진료 제외)를 제공할 민간 HMO를 한 곳 선정하는 것이었다. 계약에 따라 직업 군인은 같은 HMO에 가입한 민간인과 달리 무료 추가 건강 보험에 가입할 수 있고 본인 부담금이 면제된다. (Danker, 2007)

## 라. 일본

### 1) 일본의 방위 의료 체계

자위대병원은 방위성이설치한 자위대중앙병원과 지구병원으로 구성되고, 방위성은 방위의과대학부속 병원을 두고 있다. 자위대 의료의 보장범위는 우리나라에 비하여 넓은 편인데, 미국과 같이 자위대 가족 구성원은 물론, 방위성 직원과 그 가족, 방위성공제조합 피보험자까지 자위대의 보건의료 서비스를 누릴 수 있다.

병원 등에서 근무하는 의사는 정년이 일반 자위대원에 비하여 5년이 더 긴 65년으로 하여 그 신분을 보장하고 있다. 자위대병원의 경우 인력유출을 막기 위해 의료보험기관화 되었으며 일부 병원에서는 외래 진료의 경우 민간인에게도 진료를 개방하여 수익을 얻고 있다. 이는 나아가 의료인력의 전문성 향상으로도 이어진다고 보고되었다. (김대희, 2020)

방위성산하 방위의과대학부속병원은 장기군의원 양성을 위한 수련병원이며 민간인 진료도 하고 있음. 직업군의원, 간호사 양성을 위한 교육기관으로 방위의학연구센터를 두어 외상연구부문, 의료공학연구부문, 이상환경위생연구부문, 행동과학연구부문, 정보시스템연구부문 등 재난 의료분야에 대한 연구를 수행한다.

자위대소속군의원 중 10년 이상 장기복무하는 자는 약 40%를 차지하고 있었고, 많은 수가 민간으로 이직하는 것이 일본에서도 문제가 되고 있다. 방위대출신 중 30%정도만이 계속 복무를 희망하고 있었는데 이는 우리나라의 상황에 비하면 매우 준수한 수준이다.

## 마. 미국 군의 일차의료 개혁: PCMH와 SCMH(Soldier-Centered Medical Home)

### 1) 환자중심 메디컬홈 (Patient-Centered Medical Home, 이하 PCMH)

1978년 알마아타 선언에서 일차보건의료가 국가보건의료체계의 기반이 되어야 한다고 천명한 이후 선진 서구 국가 일차의료에서 공통적으로 나타나는 현상중 하나가 일차의료 개혁이다. 지난 30년동안 이들 국가들은 일차보건의료를 개혁하고 강화하기 위한 노력을 기울여왔고 그 대표적인 일차의료 모형이 메디컬홈이다. (조비룡, 2022)

미국의 경우에는 이러한 민간 일차의료의 움직임이 군 의료시스템 일차의료에도 그대로 반영되었다. 선진 서구국가들의 군 일차의료는 민간의료의 개혁과 발 맞추어 함께 발전해 가고 있다는 것이다. 미국의 민간의료를 실례로 들면 오바마 케어라고 불리는 ‘환자보호 및 부담적정보험법(Patient Protection and Affordable Care Act)’발효 이후 민간 부분에서 일차의료의 강화가 강조되었고 미국 군 의료는 이에 발 맞추어 2010과 2011년에 걸쳐 미군의 육, 해, 공 삼군의 모든 군 일차의료의원을 일시에 ‘환자중심 메디컬홈’이라는 고기능 일차의료의원으로 탈 바꿈하였다. (Hudak, 2013)

### 가) 환자중심 메디컬홈 (PCMH 또는 환자중심의료홈)

부분적으로는 HIT(건강 정보 기술) 사용에서 영감을 받은 연결되고 조정되며 포괄적인 일차진료를 제공하기 위한 의료 전달 체제 모델이다. PCMH는 의사, 간호사, 치료 조정자, 기술자, 사무실 직원 및 지역 사회 서비스를 한곳에 모아 치료 품질을 개선하고, 접근성을 높이며, 서비스 이용률을 낮추고, 의료의 인플레이션 비용을 통제하는 팀 기반 접근 방식을 사용한다.

PCMH는 1967년 미국 소아과 학회(American Academy of Pediatrics)에서 특별한 건강이 필요한 어린이의 가족을 치료에 통합하고 여러 제공자가 액세스할 수 있도록 어린이의 의료 기록을 단일 위치에 보관할 목적으로 등장하였다. 현대적인 형태의 PCMH는 미국의 주요 의사 조직의 승인을 받았으며 환자에게 제공되는 치료에 대해 더 많은 책임을 지도록 일차의료 시스템을 개혁하는 주요 이니셔티브가 되었다.

현재 의료 시스템은 세분화되어 있으며 지나치게 전문화된 의료를 기반으로 제공자에게 보상하는 경향이 있지만 PCMH는 최상의 의료가 강력한 일차 의료기반을 가지고 있다는 전제를 기반으로 한다. 지금까지 미국 전역의 여러 시범 프로젝트에서 PCMH 모델이 환자 및 제공자 만족도를 개선하고 비용을 절감하며 전문 진료의 사용을 줄이며 병원 입원을 줄이고 응급실 방문을 줄일 수 있음을 보여주었다.

### 나) 미 육,해,공 삼군의 일차의료와 PCMH

본 연구에서는 최근 민간의료에서 진행되고 있는 환자중심 일차의료 (Medical Home)의 원칙과 표준을 군의 환경에 맞게 수정하여 적용할 수 있도록 군사 환경에서 PCMH를 구현하는 것과 관련된 프로세스에 대한 사례 보고를 제공하고 민간 환경과 비교하여 의료 제공자와 군 의료시스템이 이러한 맥락에서 필요한 추가 고려 사항을 제안하고자 한다.

## 장병 건강권 보장을 위한 군 의료체계 실태조사

2008년 미국 군 의료 MHS(Military Health System)는 환자중심 메디칼홈(PCMH) 모델을 선택하여 최대 환자 만족도 유지, 증거 기반 치료의 효율성 증대를 수행 하고자 하였다. 2009년 9월에 서명된 MHS PCMH 정책은 모든 일차의료 클리닉에서 일관된 육군, 해군 및 공군 PCMH 운영 지침 및 구현의 개발을 지시하였다. (Marshall, 2011)

- 트라이 서비스 거버넌스
- 공식 PCMH 인증 위해 NCQA(National Center for Quality Assurance) 선정
- 미국 전역의 민간 및 군 일차의료 관행에 대한 외부 검토 제공
- 세 가지 가능한 인증 수준: 1, 2 및 3 (가장 높음)
- MHS 목표는 모든 클리닉이 레벨 2 또는 3을 달성하는 것
- 미 군 의료 일차의료 개혁을 위한 정책변화 (Savage, 2013)

DOD/HA Policy 09-015 “Policy Memorandum Implementation of the ‘Patient-Centered Medical Home’ Model of Primary Care in MTFs”, September 2009

- Army - Operation Order 11-20, “Army Patient-Centered medical Home”, January 2011
- Navy - BUMED Instruction 6300.19 “Primary Care Services in Navy Medicine”, May 2010
- Air Force Instruction 44-171, “Patient Centered Medical Home and Family Health Operations”, January 2011

435개 이상의 모든 군 일차의료 기관 [가정의학과, 내과, 소아과, 공공기반 메디칼 홈, 전사전환유닛 (WTU, Warrior Transition Units)]에서 PCMH 치료 모델을 구현하였다.



[그림 13] 미 군 의료체계-환자중심 메디컬홈(PCMH) 일차의료

## 다) 군 장병중심으로 가치 기반의 의료체계 개혁

Medical Home 모델에서의 핵심은 환자와 일차의료 제공자 및 팀 간의 지속적인 관계이다. 제공자와 팀은 환자를 치료하고, 환자의 상태를 관리하도록 돕고, 교육 및 지역사회 자원 활용을 통해 더 건강한 생활 방식으로 안내할 책임이 있다. (Flieger, 2017)

## 라) 군 의료자원을 선택과 집중으로 효율적으로 재구성

강력한 일차의료는 인구의 건강 개선과 중복되거나 불필요한 서비스의 감소로 인해 장기적으로 지출 감소로 이어질 수 있다. 이것이 성공하려면 제공자가 시간을 내어 환자를 자신의 치료에 참여시키고 지침을 이해하기 쉽게 만들고 치료 계획에서 환자의 책임을 강조하는 것이 중요하다.

2006년, 미국 가정의학회(American Academy of Family Physicians)의 한 부서인 Transform MED에서 첫 번째 PCMH 시범사업을 시작하였다. Puget Sound의 Group Health Cooperative는 회원당 월 \$10의 비용 절감, 병원 입원의 16% 감소, 응급실 비용의 회원당 월 \$4 절감을 경험하였다.

사우스 캐롤라이나-팔메토 일차의료 의사의 BlueCross BlueShield는 PCMH 환자 중 등록자 1,000명당 입원일수가 10.4% 감소했으며 PCMH 그룹의 의료 및 약국 비용이 6.5% 절감된 것을 확인하였다. 이러한 수치는 PCMH를 채택한 제공자와 환자의 장기 비용이 감소했음을 보여준다. 하지만 이러한 장점에도 불구하고 민간의료에서는 새로운 의사 소통 옵션, 더 나은 치료 조정 및 Medical Home에 대한 표준화된 평가 계획 개발과 같은 이 모델의 보다 부가가치적이고 새롭게 제공되는 서비스를 반영할 만한 지불체계 개혁 문제의 해결이 선행 되어야 한다.

군 의료 환경은 민간의료 영역에 비해 이러한 문제에 대한 접근이 보다 수월할 수 있으므로 신중하지만 적극적인 접근 방법이 필요하다고 하겠다.

## 마) 군 장병의 일반적 건강문제를 해결하기 위해 군 일차의료체계를 우선 강화

미국 의료계는 PCMH 모델을 정의하는 7가지 핵심 원칙을 채택하였다. 환자의 경우 PCMH는 향상된 접근성, 보다 유연한 진료 일정, 확장된 진료 시간대 및 환자와 치료 팀 간의 의사 소통을 위한 새로운 대안(예: 보안된 온라인 소통-카카오톡채널등)을 제시할 수 있다.

7가지 원칙이 PCMH의 기본적인 기능을 정의하지만 진료의 규모, 환자 패널 및 인력을 기반으로 구현하는 방법에 대하여는 유연성을 제공한다.

## 바) 군의 부족한 의료자원은 민간의료자원 활용

민간의료와 협력을 강화하는 방향에서 (대면, 비대면) 보완하도록 해야한다. 케어 팀(의사, 간호사 및

케어 관리자)은 영양사, 심리학자 또는 약사와 같이 전통적으로 일차의료에서 찾아볼 수 없는 다른 핵심 서비스를 지역사회 자원을 활용하여 통합된 서비스를 제공할 수도 있다. 지역사회 일차의료 각 전문과 의원과 협진진료 시스템 구축 및 지역거점 병원과 응급실, 입원 연계 및 조정을 위해 군 의료와 MOU를 맺고 지역 협의체 구성 및 운영안을 제시하고자 한다.

## 2) SCMH(Soldier-Centered Medical Home) vs PCMH

지난 40년 동안 환자 중심 메디컬홈(PCMH)은 미국과 전 세계의 전통적인 일차의료 모델을 대체하는 선도적인 일차의료 모델로 발전해 왔다. PCMH의 목표는 만성 질환 관리를 개선하는 것이지만 미군에서는 환자중심 메디컬홈(PCMH)과 병사중심 메디컬홈(SCMH)을 비롯한 다양한 치료 제공 플랫폼을 포괄하는 메디컬홈의 범위가 만성질환 관리 이상으로 확장되었다. (Taylor-Clark, 2023)

PCMH와 SCMH는 의료 준비태세에 영향을 미칠 수 있는 예방치료 및 급성 질환에 대한 의료 서비스를 최적화하는 데 중요한 역할을 한다. 의료 준비태세란 병사가 임무 수행에 방해가 되는 의학적 제한 없이 필요할 때 전투 지역에 배치될 수 있는 능력을 말한다. 병사의 의료 준비태세는 미 육군의 전반적인 작전 준비태세를 뒷받침한다. 이를 위해 PCMH와 SCMH의 구조와 치료 프로세스는 병사의 건강 결과를 향상시키도록 설계되어야 한다.

특히 미 육군의 메디컬 홈은 PCMH와 SCMH를 포함한 다양한 일차의료 제공 플랫폼을 포괄한다. 육군의 메디컬 홈은 일반적으로 현역 군인, 퇴직자 및 가족을 대상으로 한다. PCMH는 군인, 가족, 은퇴자를 위한 일차의료를 제공하고 SCMH는 PCMH의 “군인 버전”으로 생각하면 된다.

SCMH는 여단 전투팀 내 대대에 배치된 현역 병사에게 일차의료 서비스를 제공한다. 대대는 일반적으로 500~1,000명의 병사를 포함하여 4~6개 중대로 구성된 미 육군 전투병(예: 보병), 전투근무(예: 공병) 또는 전투근무지원(예: 군수) 부대이다. 여단 전투팀은 작전 임무를 수행하는데 필요한 모든 자산으로 구성된 배치 가능한 대규모 복합 무기 미 육군 부대이다.

치료 접근성, 주치의 연속성, 그리고 환자 중심 커뮤니케이션은 MHS가 품질 및 안전 지표로 보장하고 메디컬홈 인증을 위한 공동위원회에서 요구하는 3가지 치료 프로세스이다. 여러 연구자들은 육군 메디컬홈 시행 이후 이러한 치료 프로세스가 개선되었다는 것을 기정 사실로 받아들이고 있다. 또한 이전 연구에 따르면 이러한 치료 프로세스는 각각 직장 출석 및 직무 수행 능력에 영향을 미치는 급성 질환 관리와 관련된 결과를 개선하는 데 기여한다고 보고되었다.

이러한 메디컬홈 플랫폼은 미군의 가장 중요한 자산인 병사의 고유한 의료 요구 사항을 지원하도록 설계되었다. 미 육군 내 PCMH와 SCMH는 환자 중심 치료 원칙을 채택하는 동시에 국가적으로 인정받는 구조적 특성과 치료 프로세스를 통합하여 조직 및 환자 결과를 개선하기 위해 복합적이지만 적응력있는

시스템에서 함께 작동한다. (Taylor-Clark, 2023)

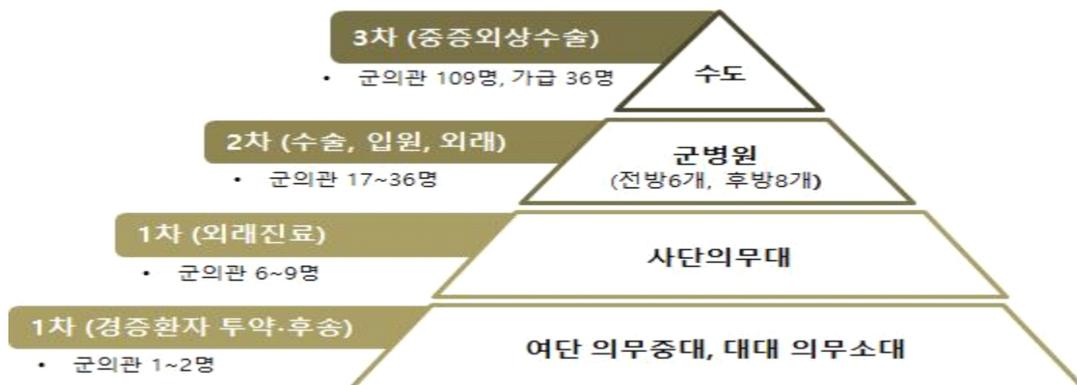
〈표 37〉 환자중심메디칼홈 및 병사중심메디칼홈의 구조적 특성

	PCMH(환자중심메디칼홈)	SCMH(병사중심메디칼홈)
<b>유사점</b>		
일 환자수	17-21	17-21
전문과	가정의학과, 내과, 소아과 및 스포츠 의학 전문의	가정의학과, 내과, 일반과 전문의
<b>차이점</b>		
등록대상자	현역군인, 가족, 퇴직자	현역 군인
제공자	민간인, 현역, 예비역	작전 부대에 배정된 군의관
제공자 선택	가능	불가능
등록자수	1,100~1,300명	500~1,000명
위치	수혜자가 쉽게 접근할 수 있는 장소	작전 부대와 가까운 곳에 위치
배치	군의관, 의무병은 현장 훈련, 배치 및 기타 비전투 임무 및 작전에 배정된 병사와 동행하지 않음	현장훈련, 배치 및 기타 비전투 임무와 작전에 배정된 병사와 동행
리더십 계층 구조	보건 진료소 지휘관	작전 부대 지휘관(예: 대대장), 보건소 지휘관의 의료 표준 감독 및 관리

## 바. 우리나라의 군 미충족 의료와 군 일차의료

### 1) 우리나라 군 의료 전달 체계와 일차의료 가능 군의관 인력 통계

#### 가) 군 의료 전달 체계

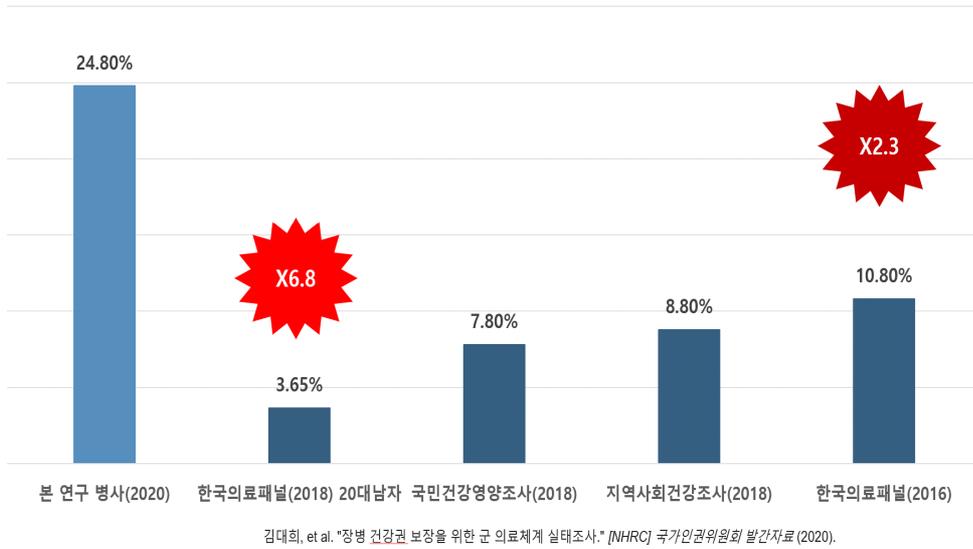


#### 나) 일차의료 진료가능 군의관 비율

전체 군의관 중 내과, 소아과, 가정의학과 군의관 비율 (’23. 5월기준)

: 총 16.1% ( 내과: 13.7%, 가정의학과 : 2.0%, 소아과 : 0.4% ) (국방부, 2023)

■ 미충족 의료 경험 (군 장병 vs 일반 인구 집단)



2) 우리나라 군에서 미충족 의료 발생률은 일반인구에 비해 매우 높다.

3) 미충족 의료 발생 원인 - 상위10개 항목

우리나라 군 의료 시스템에서 미충족 의료 발생 원인을 요인별로 분석하면 아래와 같다. (김대희, 2020).

가) 도달 가능성 관련 요인

- 증상이 가볍거나 시간이 지나면 좋아질 것 같아서 (1위, 46.2%)
- 군의관 등 군 의료인에게 적절한 상담을 받지 못해서 (6위, 17.7%)
- 어디가 아픈지 잘 모르거나, 어느 의료 시설을 가야할지 몰라서 (10위, 9.5%)

나) 수용성 관련 요인

- 훈련, 근무 때문에 의료기관에 갈 시간적 여유가 없거나, 근무지를 비울 수 없어서 (2위, 44.9%)
- 부대 분위기가 아프다고 말하기 어려워서 (3위, 27.8%)

다) 가용성 관련 요인

- 군 의료 시설에 갔지만 대기 시간이 너무 길어서 (4위, 24.7%)
- 부대에서 정한 단체 외진 날짜에 일정을 맞출 수 없어서 (5위, 23.4%)
- 부대에서 정한 외진 인원이 정해져 있어서 (7위, 15.2%)
- 의료 시설 예약이 어렵거나, 불가능한 환경이어서 (9위, 10.8%)

라) 적절성 관련 요인

- 군 의료기관의 의료 수준이 낮아 신뢰가 가지 않아서 (7위, 15.2%)

이러한 원인 중 대부분이 강력한 군 일차의료기반이 뒷받침되면 해결될 수 있는 문제들이다. 특히 1위에서 6위까지의 문제들은 그 근본적인 원인이 제대로 작동하지 못하는 군 일차의료에 기인한다고 볼 수 있다.

## 2절

## 집중 면접조사(FGI) 결과

### 1. 군 장병 중심 군 의료체계 구축 연구 집중면접조사 (제대장병/요약)

일시 : 2023.06.08. 목 오후 19:00~21:00

참석 : 연구진 : 임종한, 박성배

제대장병 : 박00, 임00, 안00, 여00, 이00

#### 가. 군 의료의 변화

군 의료 구축에 관한 연구 과제를 수행하고 있는 인하대 임종한 교수가 제대 군인들에게 군 의료가 어떻게 변화됐으면 좋겠는지? 어떻게 평가하면 좋겠는지 이야기를 나누도록 하겠다고 하였다. 군 사병 의료 접근에 대한 만족도 및 필요한 진료를 받는 데 소요되는 평균 시간(또는 시일)에 대해 질문하였다.

#### 나. 군 사병 의료 접근도

처음에 몸이 아프다고 호소했을 때 지역의 제일 가까운 지역에 병원에 데리고 갔다. 1차적인 치료를 받고 필요할 때 경찰병원으로 이송되는데, 그전에 국군 병원에 한 번은 진료를 봐야지 갈 수 있다고 해서 국군 병원에 간 적이 있다.

의경은 부대 안에 의무관이 없어서 중대장님의 허락을 받아야 병원에 갈 수 있었다. 사격 중 갑자기 소리가 들리지 않았는데, 자주 나타나는 현상이니 하루 이틀 지나면 괜찮아질 거라고 하였다. 계속 아픔을 호소해서 근처 병원에 갔지만 전문적이지 않았다. 큰 병원에 갈 수 있도록 요청했고 승인받아 간 곳이 서울의 삼성병원 응급실이었다. 돌발성 난청과 이명이라는 진단을 받아서 경찰병원에 갈 수 있었다. 경찰 병원 가기까지 일주일 정도 걸렸다. 돌발성 난청은 스테로이드 고막 주사로 치료하는데, 발병 후 빨리 맞을수록 좋지만 시기가 늦었기 때문에 상태가 더 나빠졌다고 들었다.

#### 다. 정신과 의사의 부족

부대 내에서 공황 발작 증세를 겪었다. 정신과적인 병은 한 의사가 오랫동안 여러 번 봐야 그 병을 판정하고, 그에 대한 처방을 내리는데 의사 자체가 없다 보니 예약이 안 되고, 초진 및 재진도 늦어지고 미뤄지고, 약만 받게 되었다. 여타 응급환자의 접근도는 괜찮다고 보지만 정신과적인 부분의 접근도는 떨어진다고 본다.

지휘관이 빠른 인지와 적절한 조치를 위해 군 문화 자체가 개선돼야 한다. 일과 후 휴대폰 사용 가능

등 조금 좋아지는 흐름이 있는 것 같다. 휴대폰을 잘 활용하는 것도 좋다고 생각한다. 병원에 가려고 했다는 사실을 증명할 방법이 있었으면 좋겠다.

낮은 접근도에 대해 고려해야 할 문제는 근본적으로 세 가지가 있다고 생각함. 정신과에 한정해서 이야기하자면 의사가 적고, 상급종합병원이 없고, 전문적인 지식이 필요한 사항을 비전문가가 처리하는 문제가 있다.

#### 라. 군 장병 건강관리 체계

군 장병 전체 대상의 체계적인 등록관리, 의무기록 정례화 및 건강관리 체계 정비를 통한 군 장병 중심 의료체계 구축이 필요하다. 담당 군의관과 평소에 카카오톡 등 SNS 시스템을 통해 일과 후라도 건강상태를 상담할 수 있다면 도움이 됐을 것으로 생각한다.

#### 마. 미군과 우리 군의 일차의료

군의관 1명 정도 있는 대대에서도 가능한 모형은 사병 중심 일차의료 모형이다. 미군의 경우 정규군 137만 명에 의사가 1만 6,549명임. 우리나라는 장병 54만에 군의관이 2,400명이니까 군의관 한 명당 약 225명이다.

알마아타 선언 이후 일차의료가 보건의료의 근간이 되어야 한다고 우리나라 포함 147개국이 서명하였다. 강화형 일차의료는 PCMH(환자중심 메디칼 홈)라는 모델이다. 일차의료가 운영되려면 사람을 고용해야 하고, 지불제도가 변해야 한다.

미군은 PCMH를 통해 24/7(24시간/7일) 언제든지 접근 가능한 일차의료 모델로 가고자 하였다. 군의 팀이 먼저 다가오는 시스템이다. 민간의 자원도 활용해야 한다. 환자나 보호자가 참여하는 기능이 중요하다. 군이 Team based 환자 중심 일차의료로 변한다면 우리나라 전체의 보건의료체계에 큰 변화를 가져올 것이다.

#### 바. 군 의료 체계 문제점 및 개선방향

울릉도나 백령도 같은 도서 지역 그리고 남부 쪽에 있는 전라도나 경상도 후방 지역의 후송 체계가 미흡하다. 의료가 의무사령부로 통합되지 않다는 느낌을 많이 받았다. 응급 외상 환자 발생 시에 후송 체계에 대해서는 조금 더 보완할 필요가 있다.

병원 단위 국군 통합병원이라든가 이런 부분에 있어서 환자가 집중돼 있어서 제대로 관리되지 않는 상황이다. 전체적으로 봐서는 필요한 1차 서비스도 못 받고 통합병원에서도 제대로 서비스가 진행되지

## 장병 건강권 보장을 위한 군 의료체계 실태조사

않는 상태이다. 군 자원의 효율적인 배치, 운용 이런 부분이 전반적으로 잘 이루어지지 못하고 비효율성이 높아졌다.

군 장병 중심으로 개선돼야 한다. 경찰병원에 갔을 때 스트레스성이니 한 일주일 정도 쉬었다가 그대로 부대 복귀하라고 하였다. 매일 카톡이나 이런 것으로 제 증상에 대해 상담할 수 있었다면 좀 더 빠르게 대처할 수 있었을 것 같다.

카카오톡으로 의사분이랑 연결이 돼서 의사분이 판단을 내릴 수 있다면 긍정적이라고 생각한다. 저출산으로 인해 병력이 많이 없어서 일상에서의 건강관리가 더 중요하다. 군의관과 소통할 수 있는 시스템 구축이 필요하다. 일과 후에도 군의관들이 근무하고 의료행위를 수행할 수 있다면 가능하지 않을까 생각한다.

### 사. 군 장병 중심 의료 체계 강화

의료 체계 부분에 있어서 국방부는 사단을 근거로 해서 사단 모델을 강화하는 쪽으로 방향을 잡고 있다. 1차 진료의 단위를 사단에 설치하면 지리적인 접근성이나 제한적인 부분이 있어서 사각지대가 상당 부분 발생하기 때문에 일차의료 기관은 대대급에 설치해야 한다.

대대급의 군의관은 본인이 검사할 수 있는 장비 자체가 없기 때문에 굉장히 한정적이라고 생각한다. 원격 진료를 확대하고 원격 진료 가능한 시설을 확충하는 게 더 낫지 않나 생각한다.

환자를 진단할 때 기준점이 되는 평소 건강상태를 잘 파악하고, 지속적으로 모니터링하면 좋겠다. 환자의 건강상태나 각종 정보들을 집약해서 취합하려면 의사만으로는 안 되고 다학제적인 팀 관리 서비스가 필요하다.

우리나라 군 의료체계가 훨씬 더 개방적으로 그리고 좀 더 효율적이면서 질 관리가 잘 되는 방향으로 개선되길 원한다.

## 2. 군 장병 중심 군 의료체계 구축 연구 집중면접조사 (전역군의관/요약)

일시 : 2023.06.01. 목 오후 19:00~21:00

참석 : 연구진 : 임종한, 박성배

전역 군의관 : 김00, 유00, 강00, 김00, 이00, 김00

### 가. 군 의료 체계 구축

오늘 집중면접조사를 통해서 선생님들의 군 의료에 대한 경험이 정확한 분석을 거쳐서 향후 대안 마련에 큰 도움이 될 것 같다.

#### 나. 미군의 PCMH Model

군 장병 중심의 군 의료 체계 구축에 관한 연구에서 가장 중요한 부분이 군의 일차의료 모형이다. 미국의 정규군이 137만 명이고 의사가 1만 6500명 정도 되는데 일차의료 비율이 30% 정도 됨. 한국의 경우 민간과 비교했을 때 군의관의 수가 절대적으로 부족한 것은 아니다. (군 의료 자료)

PCMH는 접근성, 연속성, 포괄성, 조정성 및 Team Based Care를 기반하여 환자를 정확하게 Analysis, Access Continuity, Care Management, Care Coordination 이런 것들이 보장되는 일차 의료를 얘기하는 것이다. PCMH는 인구기반 관리, 조정성 강화, 집중 관리, 질 관리 등 많은 부분에 대해서 개혁이 진행되고 있는 상태이다. 2008년 미군은 PCMH 모델을 선택해서 이후 Army, Navy air Force의 모든 군 일차의료 기관이 PCMH로 변경하였다.

일차의료 기반 PCMH 관리팀의 주요 기능은 Twenty-four/Seven(24시간/7일) 접근성이다. 따라서 원격진료와 혼용되는 비대면 진료와는 전혀 다른 개념이다. 비대면 진료는 진료를 대체하지만 24/7 접근성은 진료와 진료 사이의 지속적인 비대면 관리를 의미한다.

#### 다. 군 의료 환경 및 군의관의 역할

군의관 접근성이 떨어진다고는 보기 어렵다. 단, 의료시설 접근성은 매우 떨어지는 편이다. 피검사나 X-ray도 대대의 의무실에서는 할 수 없다. 병사들의 호소를 체크하지만, 바로 처리하지 못하고 의뢰하는 경우 다수이다. 또한, 명령 하달 구조에 의한 이송 지연의 문제가 부분적으로 존재한다.

군에 입대하는 병사들 자체가 신체검사를 통과한 건강한 20대 초반 초중반 남자들이기 때문에 특정하게 특수한 전문과가 필요하다기보다는 좀 폭넓게 보는 일차의료적 접근이 필요하다. 군의관이 항상 상주하지 않는 지역(격오지)에 근무하는 병사들의 의료 접근도를 평가하기는 어렵다. 군부대 안에 있을 때 의료 접근도가 더 높다고 생각이 든다. 다만, GOP라든가 특별한 조건에서는 접근성의 제한성이 있을 수 있다.

군 장병 중에 정신과 문제라든가 세부적인 상담을 요하는 경우도 있는데 군 문화에 따라서 오픈하고 얘기하기가 상당히 어려운 부분이다. 훈련으로 인한 타박상이라든가 근육통이라든가 그런 것들을 매우 경시하는 문화가 있을 때도 있었다.

### 라. 군의 일차의료 접근성

일차의료 접근성은 '지휘관의 생각, 해당 부대의 문화, 부대의 지리적 접근성' 등이 편차를 가르는 중요한 요소이다. 전문의의 경우에는 자기 특수 전공을 살려서 진료할 수 있는, 최소한 사단 의무대나 군 병원 정도 가면 좋은데 잘되지 않는다.

전문의가 아닌 경우 군 병원까지는 웬만하면 거의 갈 수가 없고, 격오지에서 1년~2년 있다가 올라오는 경우가 많다. 접근성을 높이기 위해서는 대대의 의무실을 네트워크화해서 일차의료를 수행할 수 있는 단위를 만들어야 된다고 생각한다.

### 마. 군 병원 일차의료 역량 강화

일차의료 역량이 강화되면 군 병원으로 후송되는 숫자가 줄어들 것 같다. 수도병원의 군 의료는 굉장히 편중된 경향이 있다. 일차의료 역량을 강화하면 군 병원이나 수도병원에 편중된 격차를 줄일 수 있을 것 같다.

### 바. 군의관 사병 소통 채널 개설

군 병원 내부망만 접속이 가능해서 카카오톡 채널을 만들 수는 없을 것 같다. 그에 준하는 군의관과 사병이 소통할 수 있는 비대면 관리 툴을 만들어야 할 것으로 보인다. 복무기간 단축과 더불어서 군에 대한 대국민 인지도 및 호감을 증진시킬 수 있는 사안이라는 생각이 든다. 건강에 대한 outcome을 관리하는 방식이니까 충분히 가능하다 생각한다. 전 장병을 등록하고 평가할 수 있는 Tool도 개발해야 한다고 생각한다

### 사. 군 의료 서비스 강화

대대급이 강화되지 않고서 사단급에서의 의료 서비스가 강화될 수가 있을지가 중요한 포인트다. 기본적인 일차의료 단위의 구축은 정치권에서도 상당히 중요한 내용으로 정리되어야 한다.

대대를 몇 개 묶으면 연대일 텐데 체감상으로는 전국의 모든 연대 군의관 채우기도 꽤 빠듯할 것 같다. 다만, 일반화하기는 좀 어렵다. 대대를 몇 개 묶은 일차의료 단위 구축에 대해 현실적으로 고려해야 한다.

대대 군의관은 신병 건강 상담하면서 병력, 가족력, 가정환경, 교육 수준까지 모두 상담을 진행한다. 헬스케어의 관점에서 보면 병사들에게 많은 도움이 될 수 있을 것 같다.

### 아. 군의관의 예방적 역할

예방적인 차원에서 접근을 한다면 훈련과 관련된 부분이라고 생각한다. 훈련을 구성하고 주관하는 간부들에게 의료서비스 문제가 중요하게 여겨지지 않는 것 같다. 내가 복무할 때는 그렇게 느꼈다.

훈련 상황에서 사병의 질병이나 부상의 가능성 자체를 예방하기보다는 환자가 발생하면 바로 군의관에게 맡기는 정도에 그치기 때문에 대대급에서 사병들한테 직접적인 예방 의료가 체감되려면, 훈련과 관련하여 지휘관들부터 예방을 강조하고 각종 사고에 대비하는 것을 중요하게 여기는 교육부터 필요하다.

### 자. 장병 건강 관리 시스템

장병들의 건강 관리 수준에 대해 군의관뿐만 아니라 다른 일반 장교들도 책임을 의식해야 한다. 책임을 공유할 수 있는 평가 시스템으로도 작동해야 한다. 의무 기록을 체계적으로 관리할 수 있는 시스템을 정착시켜야 한다.

군 장병의 건강 수준을 체계적으로 관리할 수 있는 시스템을 구축하고 안착하는 것이 매우 중요하다.

3절

군 일차의료 소결 및 제언

1. 소결

가. 가치기반의료와 환자중심 일차의료

이미 1절에서 언급했듯이 세계 선진국들의 일차의료는 시대가 요구하는 고기능형 일차의료로 변화하고 있다. 이는 선진국들이 공통으로 겪고 있는 인구의 고령화와 그에 따른 만성질환자의 증가, 그리고 필연적인 결과로 합병증 증가와 이로 인한 거동 불편자/거동 불능자의 증가로 인해 의료서비스의 질과 효율성 두 가지 모두가 당면 과제가 되었기 때문이다.

의료서비스의 질을 높이면서도 동시에 효율적인 의료비 사용을 달성할 수 있는 의료시스템은 기존의 행위별 수가제 기반 지불방법에서 탈피해야만 가능하다. 그 이유는 행위별 수가제는 서비스 제공의 양에 기반한 지불제도로서 자연스럽게 서비스양의 증가가 이루어지는 기전을 가지고 있고 또한 질을 담보하기 쉽지 않기 때문이다. 즉 과잉치료를 유발하게 된다.

개발도상국이나 최빈국들의 경우와 같이 의료의 발전이 시급한 상황에서는 행위별 수가제가 매우 효과적이다. 이들 나라에서 시급한 급성질환의 치료에는 빠른 의료발전이 우선이기 때문이다. 질과 상관 없이 많은 양의 서비스 또는 비싼 가격의 서비스를 제공해도 행위 유무에 기반하여 보상되는 것이 일단 선진의료의 도입을 가져오기 때문이다.

하지만 인구의 고령화로 인한 국민총생산(GDP) 대비 경상의료비가 증가하는 것이 문제로 대두되는 선진국의 경우에는 행위별 수가제를 탈피하여 인두제적인 성격이 가미된 혼합형 수가제를 채택하는 경우가 많다. (이재호, 2013)

인두제는 오히려 반대로 과소치료의 가능성이 높아져 의료비 상승을 완화할 수 있다. OECD 평균 이상의 일차의료접수를 받은 상위 7-8개국의 지불제도는 대부분 혼합형 지불제도에 기반하고 있다.

하지만 전적인 인두제는 서비스의 양적 팽창의 억제에 가능 하지만 질의 담보가 힘든 것은 행위별 수가제와 마찬가지로이다. 따라서 기본적으로 보상의 기준이 서비스의 질이 유지되면서 동시에 효율적으로 서비스를 제공하는 것에 기반하여야 한다. 다시 말해 질 높은 서비스를 효율적으로 제공해야 더 높은 보상을 받게되는 지불제도가 필요한 것이다. 이러한 질과 효율성 두가지 모두 보상과 묶어 놓은 지불제도와 이에 기반한 환자관리를 하는 의료시스템을 '가치기반의료'라고 부른다.

우리나라에서도 가치기반의료에 대한 관심이 점차 높아지고 있고 곧 이를 기반한 시범사업이 시작될

것이다. 2023년부터 환자중심 일차의료 시범사업의 준비 작업이 시작되었다. 혼합형 지불제도를 기반으로 등록제와 다학제 팀 관리를 기반으로 하는 비용과 질을 둘 다 잡기 위한 노력이 시작된 것이다.

#### 나. 미국 군 일차의료의 변화

이에 발맞추어 각국, 특히 미국의 군 일차의료도 함께 급속히 변화해 가고 있다. 환자보호 및 부담적정 보험법 (Affordable Care Act, aka 오바마케어)과 이후의 의료 개혁 법안(The Medicare Access and CHIP Reauthorization Act of 2015, MACRA) 의해 미국의 민간 의료가 가치기반의료로 가는 것과 발맞추어 미군 일차의료도 2009년부터 시작하여 미 육, 해, 공군의 모든 430여 개의 일차의료기관이 거의 동시에 다학제 팀 기반 관리에 기반한 강화형 일차의료 모형인 환자중심 메디컬홈(PCMH)으로 탈바꿈하였다. 미 육군의 경우는 모든 사단급의 의무대를 PCMH로 대대급의 의무실에도 '군인버전'의 환자중심 메디컬홈인 사병중심 메디컬홈(SCMH)을 구축하여 대대급에서도 환자중심 일차의료 서비스를 받을 수 있도록 조치하였다. 이와 마찬가지로 우리나라 군도 사단급 의무대에는 PCMH를, 대대급 의무실에는 SCMH의 구축을 목표로 시범사업을 진행할 것을 제안한다.

#### 다. 환자중심 군의팀

환자중심 메디컬홈의 특징은 등록된 대상군에 대해 위협도 기반 군 분류 후 다학제 주치팀이 선제적이고 예방적으로 맞춤형 관리를 포괄적이고 지속적으로 환자 본인의 방문 여부와 상관없이 제공한다는 것이다. 1절의 우리나라 군 의료의 미충족 의료에 대한 언급에서도 볼 수 있듯이 미충족 의료의 원인 대부분은 환자중심 메디컬홈 같은 강화된 군 일차의료의 존재가 있다면 해결될 사안임을 알 수 있다. 제대군인 및 군의관 집중면접 조사에서도 이러한 점이 확인될 수 있었다.

#### 라. PCMH와 접근성

격오지의 경우 의료접근성이 더욱더 떨어질 수 있는데, 그나마 대대에 있는 인원들은 군의관이라도 볼 수 있는데 소초에 있는 사병들은 임무를 대신할 수 있는 인원 등의 문제와 거리상의 문제로 의료 접근성이 떨어짐을 시사하였다. 이는 평소에 모든 사병이 SCMH 또는 PCMH의 다학제 군의팀에 등록되어 있고, 최소한 근무 중 외 시간에 휴대폰에 접근이 가능하다면 해결될 수 있는 문제로 사료된다. 근무가 끝난후라도 자신의 상태를 군의팀에 남기면 주치간호사 또는 주치팀이 업무시간 중 평소의 의무기록을 바탕으로 사병의 상태를 파악하고 의료적 지시사항 또는 상급의료기관으로의 이송 등을 결정 한다. 최소한 업무시간 외에는 이러한 상담을 언제든지 올릴 수 있어야 하고 이에 대한 조치는 업무시간 중 이루어지게 된다.

#### 마. 의무대 PCMH와 의무실 SCMH의 협업

이와 같이 군의팀을 운영하기 위해서는 추가적인 인력의 배치가 반드시 필요한데, 군의관의 경우 일단

입대 후 일차의료에 대한 교육을 대한가정의학회/대한내과학회/한국일차보건의료학회 등을 통해 받도록 한 후 메디컬흡화된 일차의료에 배치하여 군의관 1인당 500~1,300명의 사병을 담당하도록 한다.

대대 의무실의 경우는 SCMH화 하여 군의관 1명당 한 명의 간호장교 또는 민간 간호사를 배치되어 의사/간호사 팀당 300~500명가량의 사병을 등록하여 담당하도록 한다.

사단 의무대의 경우에는 PCMH화 하여 보다 많은 사병을 관리하되 여러과와 여러 직종이 함께하는 다학제 팀을 이루게 된다. 이러한 다학제 팀은 주변의 대대 의무실들과 일차의료 네트워크를 형성하여 비대면 협진 또는 카카오톡채널의 공동 매니저로 함께 참여하여 대대의 사병 관리에 협업하되, 특히 집중 관리가 필요한 사병들을 대상으로 의무실과 의무대의 군의관이 협업하여 관리하게 된다.

바. 만약 군 내부에서 인력 확보가 불가능할 경우는 미국의 민간 의료 인력을 활용하는 사례나 이스라엘 군의 아웃소싱을 하는 방법 등 다양한 방안을 간구해야 할 필요가 있겠다. 또한 단순히 외부의 민간의료를 활용하게 하는 것을 넘어 Military Clinic에 민간 의사가 진료할 수 있는 방안도 마련해야 할 것이다. (Dankner, 2007)

사. 이러한 변화들을 위해서는 반드시 예산의 배정이 필요하며 이러한 군 의료 시스템의 획기적인 변화를 위해서는 군 일차의료 발전 TF team의 구성이 필수적이고 군 의료발전계획안에 이러한 계획이 반드시 자세히 기술되어야 한다.

아. 사병과 그 가족, 예비군과 그 가족뿐만 아니라 지역사회 주민들에게도 군의 PCMH를 개방하여, 사단의 의무대의 역할을 지역사회까지 확장하여, 군대 주위 특히 격오지의 의료접근성을 높이고 군 의료의 서비스 질 유지를 도모해야 한다.

## **2. 제언:** 최종 4가지 실천방안을 제안하고자 한다.

가. **군내 군 일차의료 개혁 위한 TF 팀 구성이 필요하다.**

- 1) TF 팀 구성의 예는 아래와 같고 이 팀의 단장은 의무사령부 최고층 인사가 맡아야 한다. 민간의 예를 들어 국민건강보험 일산병원에 PCMH를 세팅하기 위하여 TF 팀을 구성하였고 이 팀의 단장은 병원의 부원장이 맡도록 하였다.

TF 팀에는 의무 사령부의 의료기획, 의료정보, 의료행정, 의료원무를 담당하는 각각의 부서장이 반드시 참여하여야 한다. 환자중심 메디컬홈의 테스트베드로 군 일차의료지원센터(4형 환자중심 일차의료기관)

를 구축하여 센터장(겸임 가능)/전담의(전임)/간호사/복지사/행정직원들을 배치한다. 이 센터는 군 환자 중심 일차의료 기능을 테스트하고 주변의 대대 일차의료를 지원하는 지원센터 역할을 가지게 된다.

- TF 팀 단장: 의무사령부 참모장 이상
- 의무사령부 의료기획팀장
- 의무사령부 의료정보팀장
- 의무사령부 의료행정/원무팀장
- 환자중심 일차의료 센터장 - MD (겸임 가능)
  - 전담 의사 1명 - MD 전임
  - 간호사 2~5명 - 간호장교 또는 민간 인력
  - 복지사 1명 - 민간 인력
  - 행정요원 1명 - 군 인력

**나. 군 보건의료발전계획에 일차의료발전 계획이 포함되도록 한다.**

1) 군 보건의료발전계획의 개요를 살펴보면 다음과 같다.

(근거) 「군보건의료에 관한 법률」 제6조에 따라 3년마다군 보건의료 발전계획을 수립  
(경과) 「군보건의료에 관한 법률」 제정 이후, '13년부터 수립 중

2) 최근의 보건의료발전계획안(2020년 달라지는 군 의료 시스템)을 살펴보면 다음과 같다.

가) '환자 중심'진료 여건 개선

- ① 현역병사의 민간병원 이용 절차가 간소화됩니다.
- ② 군 장병들이 외과 치료 후 충분히 회복한 뒤에 부대로 복귀할 수 있도록 군 병원 내에 정양\*센터를 운영합니다.

나) 치료비 부담 경감을 위한 의료 지원 확대

- ① 병사 단체 실손보험을 연내에 도입합니다.
- ② 공무와 연관된 질병·부상 병사에 대한 간병료를 실비로 지원합니다.
- ③ 외부 전문기관으로 위탁하는 진단검사 수혜 대상이 확대됩니다.
- ④ 치과 임플란트 수혜 대상이 확대됩니다.
- ⑤ 가슴기살균제 피해자 건강지원이 확대됩니다.

다) 환자 생존률 향상을 위한 후송 지원 역량 강화

- ① 장병과 국민의 골든아워\*를 지키기 위해 군 의무후송헬기지원 역량을 확대하였습니다. \* 응급

치료로 환자의 생존을 결정할 수 있는 시간

- ② 전방 지역 병사들이 병원을 이용할 때 교통편의가 증진되도록 셔틀버스 증차 및 노선 확대, 지자체 택시 활용 등을 지원합니다.

라) 적기 치료를 위한 감염병 대응 및 질병예방 강화

- ① 발열환자 관리지침을 제정하고 전군에 전달하여 장병들의 조기치료 기회를 놓치지 않겠습니다.

마) 군 복무 중 장병 건강 보호 및 편의 개선

- ① 장병 건강 보호를 위해 미세먼지 방지마스크 수량을 늘려보급합니다.
- ② 장병 병문안이나 장례식에 참석하는 가족이 군 병원에서 진료 받을 시 진료비를 전액 면제합니다.

3) 2020년 군 보건의료발전계획에는 민간병원 이용을 원활하게 하고 교통편의를 증진하여 의료접근성을 높이겠다는 군의 의지는 보이지만 군 자체의 일차의료 역량을 강화를 통해 해결하겠다는 청사진은 보이지 않는다.

4) 따라서 다음과 같이 별도의 군 일차의료발전 5개년 계획 또는 군 보건의료발전계획의 보완이 필요하다.

- 1차년도: 비전세우기, 군 일차의료 실태조사
- 2차년도: PCMH, SCMH 표준모델 구축, 운영방안 구축
- 3차년도: PCMH, SCMH 표준모델 2기관 운영, 평가
- 4차년도: PCMH, SCMH 표준모델 10기관 운영, 평가
- 5차년도: PCMH, SCMH 표준모델 20기관씩으로 점진적 확대 운영, 평가

**다. 군 일차의료 개혁과정을 위한 예산 배정이 필요하다.**

내년부터 일차의료 개혁 TF에 예산 배정이 필요하다. 미국 환자중심 일차의료 시범사업 CPC+의 경우 환자중심기능 실현을 위해 시범사업에서 월평균 3만 원의 환자당 관리료를 책정하였다.

임종한 등은 지역사회 통합적 관리 연구에서 환자중심 일차의료를 제공하였을 때 연 40만 원의 의료비가 절감되었음을 보고하였다 (임종한 외, 2022). 이는 초기 투자가 무작정 적인 예산의 투입이 아닌 결과적으로는 군 총의료비 감소를 가져오리라는 것을 시사한다.

예산의 크기는 예를 들어 환자중심 민간 의원의 경우 의사 1명, 간호사/간호조무사 3명이 근무할 경우

1년 매출이 3억 5천~4억 5천 정도 된다. 1,000명을 관리하는 의무실/의무대의 경우 사병 1명당 월 2~3만 원의 추가 관리비 예산을 배정하면 필요인력의 인건비와 환자중심 서비스를 충분히 제공할 수 있을 것이다(월 3천만 원). 기존 행위별수가에 의한 서비스는 그대로 유지하는 것이 권장된다.

**라. 의무실/의무대의 PCMH/SCMH화를 위한 청사진 제시로 군 일차의료 개혁의 구체화가 필요하다.**

- 1) 사단급/여단급 의무대는 모두 PCMH로 변화를 유도하여 일차의료 군의관 한 명당 대상자 1,000~1,300명을 등록(군인, 군인 가족, 지역사회 주민)하여 지속적이고 포괄적인 관리를 제공한다. 1인당 월 3만 원 또는 년 36만 원 가량의 추가 관리료 수입이 기존 행위별 수가로 인한 수입에 추가되어 년 3억 6천만 원의 추가 수입이 발생한다. 이 추가 수입으로 환자중심 기능을 위한 인력 고용이 가능하다.
- 2) 대대급 의무실은 모두 SCMH화 하여 300~500명의 사병을 등록 하여 지속적이고 포괄적으로 관리한다. 1인당 월 2~3만 원 또는 년 24~36만 원 가량의 추가 관리료를 기존 행위별수가 수입에 추가적으로 받는다. 년 약 1억 천만 원~ 1억 8천만 원의 추가 수입으로 추가 인력 고용이 가능하게 된다.
- 3) 대대급 의무실은 항상 사단급 의무대의 PCMH와 협업을 위해 등록된 환자의 카카오프 채널 등의 환자관리플랫폼에 함께 들어와 관리하는 시스템 필요(특히 정신과적 문제시 더욱 중요).
- 4) 또한 주변의 다른 대대급 의무실(SCMH)들과 사단급 의무대(PCMH), 주변 민간병의원, 보건소등과 네트워크를 이루어 환자정보공유 플랫폼(예: 카카오프 채널)과 같은 도구를 통해 환자 동의하 환자 정보를 서로 공유하고 환자군을 공동 관리하도록 해야 한다.



## 제5장 군 정신보건의료 주요 현안



## 5장. 군 정신보건의료 주요 현안

### 1절

### 군 정신보건의료와 군 관련 실태

#### 1. 국내 정신보건의료 현황

##### 가. 코로나19 기간 동안 악화된 청년들의 정신건강

코로나19 이전부터 청년들의 정신건강 문제는 제기되었다. 경제적 어려움, 취직과 결혼, 출산의 어려움이 지속되었고 안정적인 직업생활에 대한 기대가 줄어들면서 청년들은 미래에 대한 희망을 그리지 못하는 상황이였다. 코로나19 팬데믹으로 인한 국민의 정신건강수준이 급격히 악화된 와중에 특히 10-30대의 정신건강 지표가 특히 악화되고 있다. 통계청의 통계에 따르면 코로나19 유행이 시작한 2020년에 전체 국민의 자살률은 전년도에 비해 감소하였으나 10대, 20대의 자살률은 전년도 대비 9.4%, 12.8% 급증하였다.

##### 나. 코로나 기간 동안 폭증한 청년의 정신건강의학과 진료 통계

정신건강의학과에 대한 편견이 젊은 층에서 줄어들면서 정신건강의학과를 방문하는 젊은 환자가 폭발적으로 늘어났다. 국민보험공단 자료에 따르면 우울증으로 정신건강의학과 진료를 받은 20대 환자는 2017년 78,016명에서 2021년 177,166명으로 4년 만에 2.3배 증가하여 2017년 성인 연령대 중 최저였던 20대 우울증 치료 환자가 4년 만에 최고로 치솟았다. 그뿐만 아니라 불안장애로 병원을 찾는 20대 환자도 4년 만에 매년 16.9%, 4년 동안 86.% 증가하였다.

〈표 38〉 최근 5년(2017~2021년) 10세 단위별 우울증 환자수

(단위: 명, %)

구분	2017년	2018년	2019년	2020년	2021년	증감률	
						연평균	'17년 대비 '21년
전체	691,164	764,861	811,862	848,430	933,481	7.8	35.1
10대 미만	1,140	1,243	1,493	1,350	1,940	14.2	70.2
10대	30,273	43,029	48,099	47,774	57,587	17.4	90.2
20대	78,016	100,598	122,039	148,136	177,166	22.8	127.1
30대	83,819	94,371	106,756	118,277	140,270	13.7	67.3
40대	99,336	106,764	113,422	116,660	130,718	7.1	31.6
50대	126,567	130,723	131,282	127,385	130,059	0.7	2.8
60대	129,330	136,019	137,497	139,883	148,039	3.4	14.5
70대	118,022	123,639	122,168	119,221	118,611	0.1	0.5
80대 이상	52,480	58,324	61,098	63,670	66,570	6.1	26.8

자료: 건강보험심사평가원(2022)

〈표 39〉 최근 5년(2017~2021년) 10세 단위별 불안장애 환자수

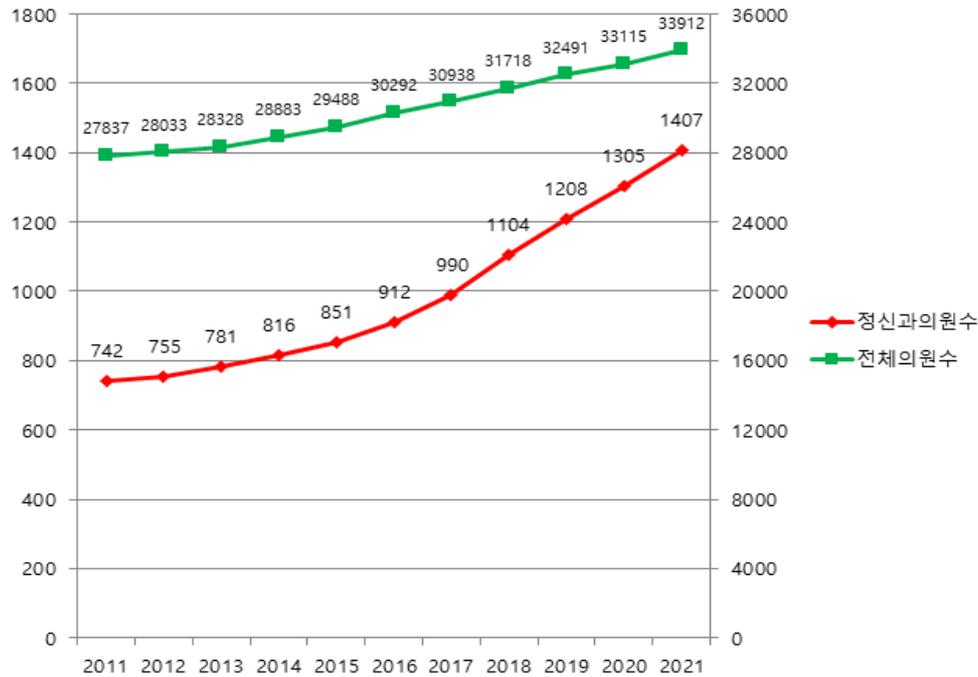
(단위: 명, %)

구분	2017년	2018년	2019년	2020년	2021년	증감률	
						연평균	'17년 대비 '21년
전체	653,694	710,510	743,083	780,384	865,108	7.3	32.3
10대 미만	2,154	2,173	2,394	2,778	3,398	12.1	57.8
10대	17,763	21,489	23,853	25,190	31,701	15.6	78.5
20대	59,080	70,229	80,969	92,713	110,351	16.9	86.8
30대	80,302	88,942	96,944	100,893	116,023	9.6	44.5
40대	112,805	121,239	126,009	128,644	144,477	6.4	28.1
50대	135,525	143,325	144,706	145,069	154,362	3.3	13.9
60대	121,334	130,238	134,117	144,045	159,845	7.1	31.7
70대	100,253	106,003	106,220	110,148	113,935	3.2	13.6
80대 이상	44,018	48,382	51,535	56,145	59,441	7.8	35.0

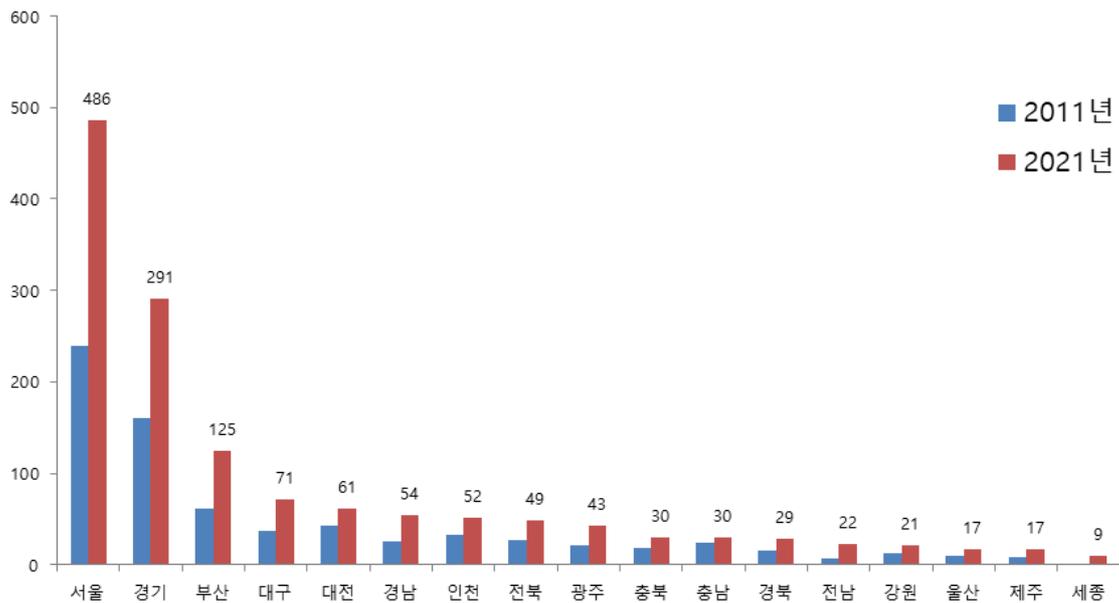
자료: 건강보험심사평가원(2022)

#### 다. 10년 동안 2배 증가한 정신건강의학과 의원

급격하게 진료 수요가 늘어날 수 있었던 원동력 중 하나는 최근 10년 동안 정신건강의학과 의원 수가 급증하였기 때문이다. 대한정신건강의학과협회 자료에 따르면 최근 10년 동안 정신건강의학과 의원 수는 정확히 두 배(2011년 742개 => 2021년 1407개)가 늘어났다. 같은 기간 동안 전체 진료과 의원 수가 20% 증가한 것에 비하면 큰 폭의 증가세이다. 지역별 분포를 비교하면 젊은 층이 많은 지역인 수도권, 대도시권을 중심으로 의원 수 증가가 나타난다. 서울에 486개의 정신건강의학과 의원이 있지만, 강원도에는 21개의 정신건강의학과 의원이 있다. 강원도에 있는 정신건강의학과 의원도 춘천, 원주, 강릉에 집중되어 있어 전방부대와의 접근성이 떨어지는 부분이 있다. 그뿐만 아니라 경기도 정신건강의학과는 서울 다음으로 많은 편이지만 수도권에 밀집되어 있어 파주를 제외한 경기북부 전방부대와의 접근성이 떨어진다.

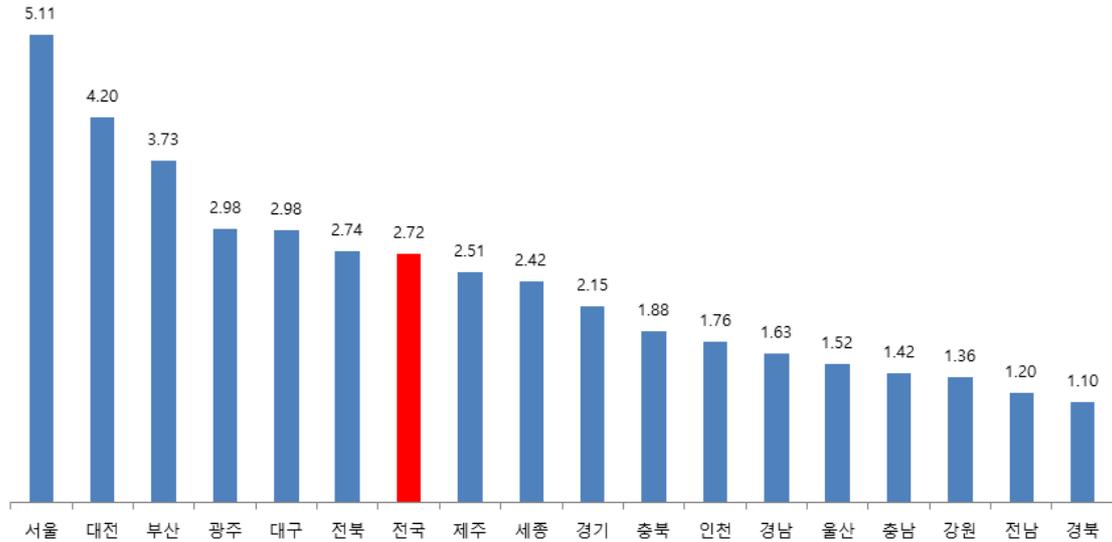


[그림 14] 10년간 정신건강의학과 의원수 변화



[그림 15] 시도별 정신건강의학과 의원 분포

인구 10만 명 당 정신건강의학과 의원 수를 비교하여도 시도별 차이가 확연하다. 서울 정신건강의학과 수는 10만명 당 5.11개이지만 강원도는 1.36개에 불과하다. 이로 인해 도심권의 국민들은 좀 더 수월하게 정신건강의학과 진료를 볼 수 있지만 그렇지 않은 곳은 진료를 보려고 하더라도 예약 대기가 길어 적시에 진료가 어렵거나 소수의 정신건강의학과의원에 많은 환자들이 몰려 충분한 진료시간을 확보하지 못할 가능성이 높다.



[그림 16] 시도별 인구 10만명 당 정신건강의학과 의원 분포

라. 최근 정신건강의학과 진료 증가의 함의와 시사점

청년층을 중심으로 우울증 및 불안장애를 비롯한 정신건강의학과 진료가 급격히 증가한 것은 청년층의 정신건강 문제가 최근 악화된 부분도 영향을 미쳤을 것이다. 하지만 몇 년 사이에 우울증과 불안장애의 유병률이 2배 가까이 증가할 수는 없다. 이렇게 큰 폭으로 증가한 것은 청년층을 중심으로 정신건강의학과 진료에 대한 편견과 오해가 줄어든 결과이다. 즉, 몸이 아플 때 병원에 가는 것과 같이 마음이 아플 때도 병원에 가는 것이다. 많은 유명 연예인이 연이어 언론에서 우울증, 공황장애, 불안장애로 정신건강의학과 치료를 받았다고 고백하면서 정신건강의학과 진료에 대한 인식이 달라졌고, 언론과 SNS를 통해 정신건강의학과 진료를 받더라도 취직을 비롯한 사회생활, 민간보험 가입의 제한 등의 문제로 이어지지 않는다는 진실이 광범위하게 공유되었다. 또한 보건복지부에서 정신건강의학과 진료의 본인부담금을 대폭으로 낮추면서 경제적으로 어렵더라도 진료받는 것이 큰 부담이 되지 않게 되었다.

과거도 달리 온라인공간에서도 본인이 정신건강의학과 진료를 받고 있다는 이야기를 서로 많이 하고 심적으로 어려운 게시글이 올라오면 진료를 받으라는 조언이 줄을 잇는다. 대학과 회사에서도 우울증, 공황장애, 불면증으로 치료를 받고 있다는 사실을 동료에게 공개하는 것이 더 이상 이상한 일이 되지 않았다. 또한 이전에는 동료에게 정신건강의학과를 가보라는 것이 차별과 공격으로 인식되었다면 이제는 진지한 진심어린 조언으로 여겨지기도 한다.

이러한 환경과 경험을 가지고 있는 MZ세대가 이제 군에 입대하는 것이다. 정신건강의학과에 대한 편견 없이 접근성이 높은 환경에서 지내왔으며 심적으로 힘들면 자연스럽게 정신건강의학과 진료를 요청하는 세대이다. 이로 인해 군내에서 정신건강의학과 수요가 앞으로 지속적으로 증가될 것으로 보이나 단기

군의회관으로 구성된 군 의료 서비스의 한계로 벌써부터 공급이 수요를 따라가지 못하고 있다. 이로 인한 일선부대의 부담과 장병의 고통이 수 년 전부터 이슈가 되었지만 뚜렷한 해결책 없이 현 시스템이 유지되어왔다. 앞으로 군 정신건강의료와 관련된 통계와 정신건강의학과 군의회관 및 병영생활전문상담관의 FGI를 통해 현 문제를 진단하고 대안으로 모색하려고 한다.

2절

군 정신보건의료 현황 통계

해당 통계는 본 연구를 위해 국방부 보건정책과에 요청한 자료로 출처는 국방의료통계정보체계(DMSIS)이다. 요청한 자료 중 일부는 「국방정보공개 운영 훈령」상 공개가 제한되었으며 본 보고서에서 다루는 내용과 관련이 없거나 통계내용이 충분하지 않은 경우는 다루지 않았다.

1. 군 병원 정신건강의학과 외래 및 입원 현황

〈표 40〉 최근 5개년(2018~2022년) 입원 및 외래진료 현황

(단위: 건)

구 분	2018	2019	2020	2021	2022
입원	926	1,037	940	1,053	1,330
외래진료	44,330	49,006	48,796	46,375	42,071

통계에 따르면 최근 5년간(2018~2022) 군 병원 정신건강의학과 입원진료 건수는 증가하는 추세를 보이고 있다. 2022년 입원 건수는 2021년 대비 277건(26.3%) 증가하였으며 2018년 대비 404건(43.6%) 증가하였다. 반면 2022년 외래 건수는 2021년 대비 4,304건(9.3%) 감소하였으며 2018년 대비 2,259건(5.1%) 감소하였다. 이는 코로나19로 인한 진료환경의 변화, 군 내 정신건강의학과 군의관의 감소, 민간 정신건강의학과 진료 활성화 등에 의한 것으로 볼 수 있겠다.

〈표 41〉 최근 5개년(2018~2022년) 병원별 외래진료 현황

(단위: 건)

	2018	2019	2020	2021	2022
계	44,330	49,006	48,796	46,375	42,071
국군수도병원	12,955	15,236	12,682	8,423	8,774
국군대전병원	5,701	6,682	6,186	5,463	3,471
국군양주병원	3,912	4,080	3,983	4,495	4,886
국군고양병원	2,807	3,365	2,595	2,374	2,415
국군포천병원	1,985	2,166	2,361	2,459	2,187
국군춘천병원	2,705	2,757	2,735	3,091	2,160
국군홍천병원	3,510	3,280	3,419	2,860	2,607
국군강릉병원	1,918	1,924	1,480	1,097	1,662
국군구리병원	382	1,121	4,434	9,048	7,382
국군합평병원	1,968	1,878	2,666	1,995	1,475
국군대구병원	1,982	1,893	1,004	680	1,158
국군부산병원	1,564	1,431	520	-	-

	2018	2019	2020	2021	2022
해양의료원	1,394	1,301	2,071	1,833	1,447
해군포항병원	884	1,123	1,479	1,481	1,247
항공우주의료원	509	769	1,181	1,076	1,200
국군원주병원	154	-	-	-	-

최근 5년간(2018~2022) 군 병원 정신건강의학과 외래진료추세를 보면 전반적인 감소추세를 보이고 있다. 국군수도병원의 경우 2022년 외래진료 건수는 2018년 대비 4,181건(32.3%) 감소하였다. 정신건강의학과 전문의 인력 감소, 정신응급기능의 상실 등으로 인해 외래 기능이 축소된 것으로 보이며 타 군 병원의 경우 신체검사 등이 외래진료 건수에 포함되어 있어 실제 정신건강의학과 외래진료건수는 과대 보고되었을 가능성이 있겠다.

〈표 42〉 최근 5개년(2018~2022년) 병원별 입원 현황

(단위: 건)

	2018	2019	2020	2021	2022
계	926	1,037	940	1,053	1,330
국군수도병원	335	343	359	285	606
국군대전병원	63	123	92	94	98
국군양주병원	113	167	163	185	178
국군고양병원	47	78	4	5	32
국군포천병원	1	10	2	3	21
국군춘천병원	41	42	40	34	37
국군홍천병원	35	16	3	9	42
국군강릉병원	67	46	1	2	-
국군구리병원	-	-	209	335	257
국군함평병원	59	83	18	11	39
국군대구병원	81	85	6	19	3
국군부산병원	82	44	4	-	-
해양의료원	1	-	-	-	-
해군포항병원	-	-	39	71	17
항공우주의료원	1	-	-	-	-
국군원주병원	-	-	-	-	-

〈표 43〉 최근 5개년 정신건강의학과 위탁치료 및 보정된 군 병원 입원 현황

(단위: 건)

	2018	2019	2020	2021	2022
위탁치료	30	89	170	305	812
보정된 입원	896	948	770	748	518

장병 건강권 보장을 위한 군 의료체계 실태조사

최근 5년간(2018~2022) 군 병원 정신건강의학과 입원추세를 보면 국군수도병원, 국군양주병원, 국군구리병원만 연간 100건 이상의 입원을 수용하고 있다. 2022년의 경우 실제 외래를 통해 입원이 가능한 병원은 국군수도병원, 국군양주병원, 국군구리병원, 국군대전병원 정도로 본 통계에서는 위탁입원 인원도 함께 합산된 것으로 보인다. 따라서 국방의료통계정보체계(DMSIS)를 통해 확인된 군 병원 입원수는 위탁치료 인원수를 제하고 보는 것이 타당할 것으로 보인다.

이에 따라 보정된 입원수를 보면 2022년 입원 건수는 2021년 대비 230건(30.7%) 감소하였으며 2018년 대비 376건(42.0%) 감소한 것으로 볼 수 있다. 이는 국군수도병원 등 군 병원의 정신응급의료기능 상실과 이에 따른 민간 정신건강의학과 진료 활성화, 군 병원 정신건강의학과 군의관 및 전문의 부족으로 인한 것으로 보인다. 군 장병들의 정신건강의학과 진료 및 입원 수요를 충족시키기 위해 2020년부터 국군구리병원이 운영되고 있으나 폭증하는 수요를 감당하기엔 역부족으로 평가된다.

2020년을 기점으로 군 정신건강의학과 진료환경에 큰 변화(응급진료기능 상실, 다수의 정신건강의학과 전문의 감소 등)가 있었다. 폭증하는 군 정신건강의학과 진료수요를 충족하기 위해 국군구리병원내 정신건강증진센터의 개설 및 다수의 실무자 회의를 실시하였고 정신과 전문의 및 전문인력을 확보하기 위한 노력을 기울였으나 군 병원 입원/외래 진료 건수의 감소, 위탁치료의 증가 등 충분한 성과를 거두지 못한 것으로 보인다.

**2. 군 병원 의무조사 현황**

**〈표 44〉 최근 5개년(2018~2022년) 병원별 의무조사 현황**

(단위: 건)

	2018	2019	2020	2021	2022
계	146	119	80	63	59
국군수도병원	88	76	51	35	29
국군대전병원	8	17	10	3	2
국군양주병원	11	5	5	4	19
국군고양병원	4	1	-	-	-
국군포천병원	-	-	-	-	-
국군춘천병원	2	4	3	1	-
국군홍천병원	2	-	-	-	-
국군강릉병원	16	7	-	-	-
국군구리병원	-	-	9	18	7
국군함평병원	4	1	-	-	-
국군대구병원	3	2	-	-	-
국군부산병원	8	6	-	-	-
해양의료원	-	-	-	-	-
해군포항병원	-	-	2	2	2
항공우주의료원	-	-	-	-	-
국군원주병원	-	-	-	-	-

최근 5개년 의무조사 건수를 보면 2022년 군 병원 총 의무조사 건수는 2021년 대비 4건(6.3%) 감소하였으며, 2018년 대비 87건(59.6%) 감소하였다. 국군수도병원의 의무조사 건수가 대폭 감소하였으며 이는 앞서 기술한 정신건강의학과 전문의 인력의 감소 등의 영향이 있었을 것으로 보인다. 또한 군 내 의무조사 적응증에 대한 다양한 합의가 이루어지며 6개월 이상 치료한 우울증, 적응장애의 경우에는 의무조사 대상에 포함시키지 않는 경우 등이 의무조사 건수 감소에 기여한 것으로 보인다.

### 3. 군 병원 응급진료 현황

〈표 45〉 최근 5개년(2018~2022년) 병원별 응급진료 현황

(단위: 건)

	2018	2019	2020	2021	2022
계	677	588	518	336	209
국군수도병원	89	96	132	24	18
국군대전병원	76	63	52	103	51
국군양주병원	36	54	27	20	6
국군고양병원	83	108	50	51	5
국군포천병원	9	1	-	1	-
국군춘천병원	13	40	24	13	1
국군홍천병원	31	17	14	15	3
국군강릉병원	59	35	23	-	-
국군구리병원	4	3	9	4	3
국군함평병원	151	38	37	3	4
국군대구병원	35	19	1	-	-
국군부산병원	28	7	8	-	-
해양의료원	29	72	83	88	78
해군포항병원	30	35	47	14	40
항공우주의료원	1	-	11	-	-
국군원주병원	3	-	-	-	-

최근 5개년 군 병원 응급진료 건수를 보면 2022년 군 병원 총 의무조사 건수는 2021년 대비 127건(37.8%) 감소하였으며, 2018년 대비 468건(69.1%) 감소하였다. 코로나19 대유행(2020년) 이후 대부분의 군 병원에서 응급진료(협진 제외)가 중단되었으며 이후 정신건강의학과 전문의 인력 부족 등으로 인해 현재까지 응급진료는 재개되지 못한 상태이다. 다만, 2020년 이후부터는 각 군 병원 응급실에 내원하여 협진 등으로 진료본 케이스 등이 집계되었던 것으로 보인다.

3절

집중 면접조사 결과

1. 군 병원 및 사단의무대 외래진료

가. 정신과 군의관 숫자 및 외래 진료건수 감소

최근 몇 년간 정신과 군의관의 숫자와 외래진료 건수가 감소함에 따라 부대 및 진료 현장에서는 진료대기 증가, 초진시행 어려움, 정신과 군의관 편제 감소로 인한 의욕저하 등으로 이를 체감하고 있는 것으로 나타났다. 특히, 초진 예약의 어려움을 가장 불편하게 생각하고 있는 것으로 나타났다.

군의원D: 군의원 숫자가 계속 줄어들고 심지어 군대 규모 자체도 계속 줄어들고 통합되다 보니, 군 전반에 걸친 문제라고 보여요. 정신과 군의원 한 명당 보는 진료 숫자가 증가한다거나, 진료 지연 같은 것들이 주된 문제가 되고 있는 것 같습니다.

군의원A: 정신과 군의관이 계속 줄어들고 거기에 대해서 편제를 계속 줄이고 있는데, 그 과정에서 단기 군의원들의 의사가 반영이 되지 않고 있는 것 같습니다. 숙된 말로 좀 후방 자리나 편한 자리 부터 없어지는 것 같고... 최소한 편제를 정할 때는 단기 군의원들의 의견이 반영이 돼야 조금 더 의욕을 가지고 근무를 할 수 있을 것 같습니다.

상담관B: 저는 11년부터 근무를 했었으니까... 초창기에 군의원님 만나러 군 병원 가는 거에 있어서 어려움을 호소하는 것을 간부님들이나 병사들한테 들어본 적이 없는데. 군의원님들이 교체되는 시기에는 공백 기간이 굉장히 길어지는 거를 최근 들어 더 많이 느끼고 있는 것 같고, 초진 예약 잡는 게 굉장히 어려워서 간부님들이 호소를 많이 하고 있어요. 그러니까 애는 빨리 병원을 가보셔야 된다고 얘기를 해도 한숨부터 쉬는 간부님들이 많아서... 그렇게 체감을 하고 있는 것 같습니다

상담관C: 실제로 병원을 급히 가야 되는 경우들이 있음에도 불구하고 거의 한 달 이상 대기해야 하는 상황이어서 군 병원으로 가는 게 제한돼서 간부님들도 아예 민간 병원으로 먼저 의뢰를 하는 경우들이 굉장히 많이 발생하고 있어요. 예약이 되지 않아서 새벽에 대기했다가 다시 돌아오는 경우들도 굉장히 많아요. 그래서 간부님들도 그렇고 병사도 굉장히 지쳐하는 상황들을 실질적으로 저희도 느끼고 있어요.

특히 사단의무대 정신과 군의원 편제가 줄어들면서 돌레부대 장병들의 일차적 정신과 진료 어려움으로 이어진 것으로 나타났다.

상담관D: 저희가 이번에 사단 안에 정신과 군의원님 제셨다가 이번 5월에 전역을 하셨어요. 그래서 지금은 아예 안 계신 상황이고, 최근에는 사실상 초진 문제라던가 이런 게 많이 어렵다 보니

까 간부는 대부분 민간을 많이 이용하세요.

상담관B: 저희는 부대에서 군 병원까지 1시간 40분가량 걸리는데 정신과 군의관님이 사단에 계셨던 적이 없었던 것 같거든요. 제가 만나본 적도 없는 것 같고 언제 있었는지 기억도 안 나고...

정신과 진료의 어려움은 부대상황에 의한 문제, 최근 코로나 사태, 과도한 행정적 소요와도 관련이 있다고 인식하는 것으로 나타났다.

군의관D: 부대 사정상 저는 초진을 오후에만 보고 오전에는 재진 환자들을 보고 있는데, 초진 환자가 올 때는 오후에 시간에 맞춰서 와야 되는데... 인솔 간부를 무조건 동행해야 되기 때문에 그런 문제들로 지연되는 경우가 많습니다. '그냥 지금 가면 안 되냐' 이러는데 아무래도 예약 시스템도 있고 그렇게 오면 또 거부감이 들기도 해서... 그렇게 지연이 되는 것 같습니다.

군의관A: 외래 진료건수가 작년 재작년에 줄었다고 저도 통계를 확인을 했는데, 제 생각에는 정신과 의사가 줄어든 것도 있지만 코로나 때문에 부대 전체적으로 진료 여건이 보장이 안 됐기 때문에 줄어든 부분도 분명히 있었던 것 같고요. 또 실제로 초진을 병원에서 하루에 한 5명에서 6명씩을 봅니다. 그래서 일주일 만에 예약을 받은 사람들을 보면 절반 정도는 정말 제가 초진을 볼 필요한 환자들이긴 한데, 나머지 절반 정도는 소견서나, 민간병원에서 벌써 심리검사, 약 처방 다 하고 와서 현부심 같거나 진단서 써달라고 그러고.

군 병원 및 사단의무대 외래진료 건수 감소와 진료의 어려움에 대한 해결책으로 군의관에게 외래진료에 대해 인센티브를 제공해 동기부여 하거나, 사단의무대에 정신과 군의관을 우선적으로 배치하는 방안을 제시하였다.

군의관C: 사실 저희가 좀 박탈감을 느끼는 게 다른 군의관에 비해서 진료 양이 많아서입니다. 절대적인 양으로는 레지던트 때에 비해서 절반도 안 되는 로딩이긴 한데, 다른 군의관보다 많이 보니까 아무래도 덜 보게 되고... 더 보려는 의지랑 요인이 안 생겨서 그런 게 많고 현실적으로 지금 수가 늘어날 수는 없으니까 요인을 주면 또 하지 않을까 이런 생각이 들어요. 군의관들한테 진료를 보도록 인센티브를 주는 게 어떨까 이런 생각도 잠깐 해보긴 했었습니다.

군의관D: 상대적 박탈감이라던가, 뭔가 적절한 보상이... 의무 복무라서 그런 걸 말하면 안 되긴 하는데, 그런 게 없다 보니까 진료 수를 무리해서 늘리지는 않는 상황인 것 같습니다. 늘리려는 시도들이 있다 보면 오히려 반감이 생겨서 협조하는 게 거부감이 들기도 하고...

상담관A: 사단 의무대에 정신과 군의관님이 계시고 안 계시고의 차이가 있는 것 같아서, 일단 사단별로 군의관님 한 분 씩만 배치를 해도 정신과의 진료를 못해서 어려움이 있는 건 어느 정도 조금 해소가 되지 않을까 생각을 하고 있습니다.

상담관C: 치료라는 게 그냥 진료 현장 안에서만 보는 게 아니라, 그 인원이 어떻게 생활하는지 이런 부분들을 종합했을 때 진짜 진료가 또 이루어지고 치료 효과도 있는 건데, 그냥 병원에 가는

것도 중요하지만 사단급에 병사를 여러 각도에서 또 볼 수 있는 근처에 있는 군의관 선생님이 제시는 제 가장 베스트일 것 같고.

#### 나. 초진대기 및 외래진료 환자수, 진료시간

초진대기시간은 군의관의 경우 2일, 2주, 2달, 상담관의 경우 1주, 2주, 1달 정도로 판단하고 있는 것으로 나타났다. 군의관의 경우 필요 시 어느 정도 일찍 초진을 볼 수 있을 것이라고 하였으나, 상담관의 경우 예약이 쉽지 않고 선착순 예약이 실패할 때의 진료의 어려움이 있다고 하여 인식이 상이하였다.

군의관B: 생각보다 너무 얼마 안 걸리고요. 지금 2주밖에 안 걸린다고 들었고...

군의관C: 제가 휴가를 안 쓸 때만 해도 예약이 별로 어렵진 않았습시다. 원하면 이틀 내로 볼 수 있는 정도였고... 제가 비우는 날이 많아지면 그때 접근성이 확 떨어지는 경우가 생겨서, 민간 정신과로 가도록 제가 없을 때 안내를 자동으로 의무병한테 시켰고, 그렇게 하니까 일선 부대에서 바로 그쪽으로 가서 아주 큰 불만은 없고, 또 거기서 이제 리피트 하면 제가 다시 보고 해서 사실 크게 무리는 없었던 것 같습니다.

상담관A: 최소 일주일. 일주일 전에 예약만 잘하면 일주일이 걸리고요. 예약하는 시간을 놓치면 2주가 걸린다고... 제가 부대에서 확인을 했었습니다.

상담관D: 요즘 일주일이긴 한데, 일단 초진을 구리병원으로 가서 선착순을 해야 되기 때문에... 초진을 못하면 계속 늦어지고, 행군이 있다거나 그때 상황이 생기면 더 자꾸 딜레이 된다고 하시더라고요.

군의관의 외래진료 환자 수는 하루를 기준으로 초진 4-6명, 재진 5-14명 정도의 진료를 시행하고 있으며, 진료 시간은 초진 20-30분, 재진 5-10분 정도가 소요되나, 내원 환자 수에 따라 유동적으로 시간을 조절하여 초진을 5-90분 시행하기도 하는 것으로 나타났다

#### 다. 효율적 외래진료를 위한 개선방안

참가자들은 효율적인 외래진료를 위해 군의관 업무량 조절, 행정적 요소의 개선을 개선방안으로 제시하였다. 특히, 실제 전문의의 진료 역량에는 큰 차이가 없음에도 부대에서 현역복무부적합 심사를 위해 군 병원의 소견서만을 인정해주거나, 기록을 남기기 위해 사단의무대의 진료 지속 중에도 군 병원을 중복 진료 하는 등 비효율적이고 불합리한 관습으로 인해 많은 불편감을 느끼고 있는 것으로 나타났다. 최근 현역복무부적합 심사 구비서류가 군의관 소견서 외에 병무청 지정병원에서 발행한 병무용 소견서도 가능한 것으로 변경되었음에도, 대다수 부대에서 이를 인식하지 못하고 있는 것으로 보인다.

군의관D: 올해부터 병판의가 훈련소 병사들 귀가 조치 판정을 하고, 이렇게 넘어가게 됐거든요. 그런 식으로 병판의 진료 권한 증가시키는 것도 현실적으로 관찮을 거라고... 큰 도움이 되지 않을

까 그렇게 생각합니다.

군의원C: 원칙상은 민간에서 받은 진단서도 현부심 하는 데 쓸 수 있다고 되어있는데 지작사에서 심의 할 때 그걸 좀 꺼리는 경향이 있긴 있습니다. 그러니까 군의원 소견서를 되도록이면 받으려고 하는 의도가 있긴 있어서 어쩔 수 없이 오게 되면 사실 그때는 이제 어쩔 수 없이 좀 진료의 연속성이 끊기게 되긴 하는데…

군의원A: 결국에 환자나 간부들이나 현부심을 시키겠다고 마음을 먹는 순간 그 책임을 안 지려고 합니다. 환자들은 최대한 빨리 전역하고 싶어 하고, 간부들은 그냥 데리고 있어봤자 문제가 될 것 같으니까 최대한 빨리 소견서 받아서 그냥 내보내고 싶어 합니다. 지휘 부담이라는 측면에서 충분히 이해는 가지만 정신과 의사 입장에서는 진단기준에도 있는데, 당장 1주일 2주일 만에 '소견서나 진단서를 써달라' 이런 이야기를 들으면 방어 진료를 할 수밖에 없습니다. 그리고 얼마 전에 조금 다른 얘기지만 경련 관련해서 민간병원에서 진료를 받고 검사 받은 걸 가지고 군 병원에서 소견서를 받는 게 사실은 병역 기피의 수단으로 마스크도 타지 않았습니까? 이런 것들이 문제가 되는 상황에서 민간병원 소견서나 진단서를 쪽 가지고 와서 이거 가지고 '소견서만 써달라' 이런 부탁을 받을 때 사실 굉장히 난감합니다. 오히려 그런 사람이 더 오래 걸리게 되고 중복되고 그런 문제가 있는 것 같아서… 만약 민간병원 진료를 보는 사람 같은 경우에는 아예 그냥 군 병원 진료나 사단 진료를 볼 게 아니고, 그런 사람들을 따로 심의하는 루트가 생긴다고 하면 중복 진료도 줄어들고 군 병원의 진료 능력도 늘어나지 않을까 하는 생각이 듭니다.

상담관D: 사단 의무대에 있는 군의관님이 계시더라도 군에서 그분들의 소견을 인정을 하지 않으시는 부분이 있더라고요. 저희가 병사 같은 경우에 심사를 하려면 전문의 군의관님의 소견서가 필요한데, 그것을 국군 병원이나 구리병원이나 이런 데서 다시 받아와라, 이렇게 해서 인정이 되지 않으니까… 진료, 약 처방도 하고 다 하시는데 소견서는 효력이 없는 상황이 되다 보니까 사단 의무대에 군의관님 계신다고 해도 다시 구리병원으로 진료를 받으러 가야 되는 상황이 된대요. 민간병원을 갔다 왔는데 다시 군 병원에 가서 소견서를 다시 받아오는 게 현역복 무부적합 심사 때 훨씬 더 유리하다 해서 행보관님이 또 찾아가시는 경우가 사실 좀 많아요, 이중으로 진료를 받으러 다니시는 경우가.

외래 진료 시 지속적인 상담이 필요한 환자나, 부대와 의사소통을 위해 병영생활전문상담관을 사단의 무대 및 군 병원에 배치하는 방안에 대해서는 군의원, 상담관의 의견이 상이한 것으로 나타났다. 군의관의 경우 부대에서 상담관이 장병들에게 도움이 된다는 부분에는 동의하나, 사단의무대 및 군 병원에 효율적 외래진료를 위해 배치하는 것은 일정 수준 이상의 자격이 검증되고 일관된 매뉴얼이 갖추어진 뒤 상담관과 군의관의 원활한 소통 하에 이루어져야 한다고 생각했다. 상담관의 경우 부대 현지에서 복무환경과 상황을 파악하고 이에 기반한 상담이 이루어지고 있으므로 사단의무대, 병원의 배치는 접근성이 떨어지고 기존 부대 배치 상담관과의 중복된 치료관계 문제로 제한점이 있을 것이라고 생각했으며, 현재 세팅에서 상담관과 군의관의 소통을 활성화하는 방안을 선호하는 것으로 나타났다.

군의원A: 인력 수급에 관련해서는 예를 들면 정신과 군의관이 면접을 한다던지, 동료 평가들을 한다던지 해서 괜찮은 상담관을 큰 센터 쪽으로 오게 하고 전반적으로 질이 좋은 사람들을 좀 채용할 수 있는 방법이 좀 있었으면 좋겠습니다.

군의원D: 저도 사단의무대 진료 보면 병영생활 상담관이 쓴 일지 같은 것들을 보게 되는데, 그게 사실 환자의 병영 생활을 파악하기에 도움이 되는 거는 사실인데, 약을 끊어야 된다, 입원을 해야 된다, 진단명을 말한다거나, 이런 식의 문제들이 저도 체감할 때가 있어가지고... 그런 퀄리티 측면에서는 조금 문제가 될 때도 있다고 봅니다. 그래서 병영생활전문상담관을 이용한다고 하면 아예 제대로 된 매뉴얼을 갖춰가지고 인지행동치료라던가 이런 것들을 할 수 있게끔 하면 큰 도움이 될 거라고 생각은 됩니다.

군의원B: 도움이 많이 되기는 하고, 용사님들이 직접적으로 조언해 주고 이런 거에 도움을 많이 받는 것 같은데, 군의관하고 소통이 좀 이상하게 된다는 생각이 좀 들긴 했습니다.

군의원C: 상담관이 의료 조직으로 들어가 있는 게 아니라 군인 조직으로 들어가 있어서 사실 그게 좀 아쉬운 것 같습니다. 저희랑 같은 체계에 있는 게 아니라...

상담관B: 이게 군 병원에서 상담관이 어떤 역할을 하느냐에 따라 달라질 것 같은데, 예를 들어 코디네이터 역할처럼 앞으로 어떻게 하는 게 좋을지 그런 부분에서 소통 창구가 될 수 있는 역할은 될 수 있을 것 같은데... 기지나 소초의 근무 상황에 따라서 이 아이가 처한 어려움을 저희도 파악하고 그거에 맞춰서 간부랑 소통하고 이런 역할들을 하고 있는데, 병원에서만 그러다면 상담을 한다면 그런 건 또 접근성이 훨씬 더 떨어지지 않을까라는 생각을 하게 되네요.

상담관A: 사단 의무대에 상담관 또 한 명을 배치해서 같이 근무를 하게 하는 방안인 것 같거든요. 근데 이미 각 부대별로 담당 상담관들이 있기 때문에 이 용사들이 사단에 상담관하고 상담을 하더라도 부대로 돌아가면 결국 자기 부대 상담관들하고 상담을 하게 되기 때문에 이게 약간 이중관계, 중복이 되지 않을까라는 생각도 좀 들고... 저도 정신과 군의관님을 항상 만나고 싶고 소통을 하고 싶고 그게 필요하다고 느껴요. 그래서 어떨 때는 용사가 정신과에 간다고 하면 제가 소견서를 부탁하지 않았는데 적어주기도 하거든요. 군의관님들은 워낙 바쁘기 때문에 몇 분 동안 아이들을 다 파악하기가 힘들기 때문에, 소견서를 적어주면 많이 도움이 될 거라고 저는 생각을 해서... 그래서 결국은 이게 소통의 문제이기 때문에, 어떤 식으로든 소통을 활성화한다면 꼭 상담관이 거기에 상주를 해서 상담을 하는 것이 꼭 필요할까? 라는 생각도 조금 들기는 합니다.

민간 대학병원 정신건강의학과에서는 원활한 진료 진행을 위해 예진 시스템을 시행하고 있다. 군 병원의 정신건강전문요원을 이용한 예진시스템을 도입한다면 초진 건수를 늘리고 효율적인 외래 진행에 도움이 될 수 있을 것으로 보인다. 참가자들은 예진 시스템의 유용성에는 동의하였으나, 외래 건수 자체를 늘려야 의미가 있을 것이라고 판단하였다.

군의원A: 군 병원에서 예진을 하는 것은 정말 좋은 것 같습니다. 지금 병동의 간호 장교들이 굉장히

기능이 좋습니다. 예진을 하는 것 자체는 좋을 것 같습니다.

군의원D: 결국에는 외래를 많이 늘린다는 전제가 되어야 사실 의미가 있는 시스템이어서... 그냥 지금 숫자로 유지하면 사실 예진 시스템이 크게 효과가 있을까 싶습니다.

#### 라. 민간 의료기관 외래진료

일선 부대에서는 군 병원, 사단의무대 정신과 진료가 어려워 민간 정신과 외래진료를 이용하고 있다. 이러한 민간 의료기관 외래진료에 대하여 참가자들은 대부분 대기가 짧아 빠른 진료 및 검사가 가능하고, 다양한 검사 및 특정분야에 대한 전문 진료가 가능하며, 군과 비교했을 때 비교적 자유로운 환경을 장점으로 제시하였다.

상담관A: 일단 민간 정신병원은 진료 대기가 군 병원보다는 확실히 빠르고요. 입원도 가능할 수 있고, 종합심리검사를 하는 것이 가능하기 때문에 우리 군인들 상태를 빨리 확인할 수 있는 좋은 점이 있어요.

군의원B: 군대 환경 특성 상 기본적으로 군 장병들 자유를 제한하는데, 군 의료기관에서 진료를 보면 당연히 그런 거에 대한 거부감이 있는데, 민간에서 진료를 보면 그런 거에 대한 해소를 줄 수 있어서 그런 게 좀 장점인 것 같고. CAT(종합주의력검사), QEEG(정량뇌파) 이런 거 좀 돌려보고 싶은 환자들 있는데 그런 것들이 군 의료기관에 없으니까 그쪽에서 할 수 있어가지고 그게 장점인 것 같고요.

군의원C: 틱 환자가 있었는데 제가 소아 정신을 잘 모르다 보니까 외부에 보내는 게 도움이 됐고, 또 추가적으로 사실 군 의료에 대한 불신이 정신과 분야에도 있기 때문에 민간에 갔다 와서 진단을 받거나 이런 게 도움이 됐었던 것 같고요.

단점으로는, 장병들의 자비진료로 인한 비용문제와 군의 특수성에 대한 이해도가 낮거나 과도진료 등으로 진료의 질이 떨어질 수 있다는 점, 진료의 지속, 연결성 저하 및 현역복무부적합 심사 시 군 의료기관에서의 동시 진료로 효율이 저하되는 부분을 제시하였다.

상담관A: 심리 검사 비용이 한 30만 원 정도 하는데 그거를 지금 자비로 다 하고 있거든요. 그래서 비용 문제가 있고... 그리고 민간 병원이 아무래도 개인, 또 민간이다 보니까 자기네 영업수의 문제가 있어서 좀 과도하게 진료를 하는 면이 조금 있는 것 같아서 그거에 대한 불신이 좀 있습니다.

군의원D: 제대로 진료가 이어지기가 힘든 게 단점이라고 생각이 듭니다. 제가 알기로는 휴가라든가 외출 이런 걸로 진료를 받게 되다 보니까 약이 떨어졌음에도 못 나가는 인원이 많았던 것도 있었고, 또 워낙 진료를 로컬에서는 짧은 기간에 자주 보다 보니까 그것 또한 자주 나갈 수 없는 제한점이 있어서 치료적으로는 좀 단점이지 않나 싶었고요. 그리고 현부심 같은 절차

를 할 때 간부들이 민간병원에서 제대로 팔로우 되고 있음에도 현부심 절차에 군 진료가 꼭 필요하다, 이러면서 사단의무대, 군 병원, 민간병원 이렇게 동시다발적으로 치료를 받다 보니까 치료 자체에도 좋지 않은 영향이 있는 것 같습니다. 민간 병원 진료에 대한 효력이 군에서는 크게 없나? 이렇게 생각이 들어서 인정받지 못하는 부분 그런 것들도 단점이 될 수 있을 것 같습니다.

군의관B: 군 정신의학이 되게 특수한 것 같은데, 민간에서 치료자가 잘 이해하고 있지 않다면 환자가 그냥 지지부진하게 그냥 계속 똑같은 것 같고...

최근 10년 동안 민간 정신과 의원은 약 2배로 늘어난 것으로 알려져 있으나, 대부분 수도권에 위치하고 있다. 격오지 부대 장병들의 민간병원 진료는 상대적으로 군에서의 진료대기보다는 짧지만, 항상 즉각적이지 않은 것으로 나타났다. 따라서 국방부와 협약을 통해 진료의 질이 보장될 수 있는 적절한 병원을 선정하여, 군 장병들에게 우선순위로 진료를 시행할 수 있도록 하는 해결방안 또한 제시되었다.

상담관A: 부대 근처에는 정신과가 없고요. 대부분 더 큰 도시의 민간 병원으로 병사나 간부들이 상당히 많이 가는데 저기도 예약을 하려면 보통 한 달 정도 기다려야 된다고... 그 도시에 정신과 병원이 몇 개 있는지는 모르는데, 개인 정신과에 의뢰를 해보면 보통 한 달 정도는 대기해야 된다는 얘기를 듣고 진료를 못하고 오는 경우들을 제가 좀 많이 봤습니다.

상담관B: 제가 생각해 봤을 때는 대학병원까지는 어렵더라도 종합병원이나 이런 곳에 국방부와 협약을 맺어서 군 복무하고 있는 장병들을 우선순위로 해주면 훨씬 더 좋지 않을까라고 생각해 봤습니다.

상담관A: 협약을 하면 되게 좋은 방법인 것 같은데, 어떤 병원하고 협약을 맺는지 민간 병원에 대한 신뢰성 문제가 아무래도 있는 것 같은데... 우리지역의 경우는 중소 정도 되는 규모의 병원으로 주로 많이 가고 있거든요. 얼마 전에는 거기에 병사들이 많이 가다 보니까 '내가 너를 현부심으로 내보내줄 수 있다' 이런 과도한 얘기까지 해가지고, 위탁 협약을 하는 것도 상당히 조심스러울 수가 있겠다. 그래서 어느 병원을 선정을 해서 같이 협력을 해야 될 것인가, 선정의 문제가 좀 많이 어렵겠다라는 생각을 했습니다.

상담관C: 병원 진료를 하려고 할 때 어느 병원을 선택하는지에 대해서 간부님들이 고민이 굉장히 많으세요. 그래서 지역별로 소개해 줄 수 있는 검증된 병원들이나, 정보 제공이 되면 훨씬 더 수월하고 안전하게 병원을 방문할 수 있을 것 같아요.

군의관C: 벽지나 산간 지방 이런 데는 정신과 의원 자체가 적긴 하지만, 개원의가 늘어나면 그래도 지방에도 좀 더 생기는 추세일 것 같고 최근까지도 또 많이 개원하시는 동문 선배들을 볼 때 비단 서울이라도 바로 다이렉트로 부대에서 연결될 수 있는 의원을 지정해 놓으면 사단별, 여단별, 이런 식으로 해놓으면 개원 초기에 수익도 안정적으로 연결이 될 수 있고, 나중에 원격 진료를 연결한다고 해도 안정적으로 연결될 수 있게 지정제로 병원 말고 병무용 진단서 받을 병원급 말고 의원급으로 좀 많이 넓히면 나쁘지 않겠다라는 아이디어가 떠올라서 말씀드립니다.

## 2. 군 병원 입원과 민간병원 위탁입원

군 병원 정신건강의학과 입원환자는 최근 몇 년간 감소하는 추세이다. 코로나 사태의 영향도 있지만 실제 정신과 입원이 가능한 군 병원의 수가 줄어들면서 병상 자체가 감소한 상황이다. 참가자들은 공통적으로 군 정신과 환자들의 입원 어려움이 매우 크다고 인식하고 있는 것으로 나타났다. 응급환자의 경우 군 병원에 입원하는 것이 거의 불가능해 위탁 또는 진료목적의 청원휴가로 민간병원 입원을 시행하나, 민간병원 또한 입원병상이 줄어드는 추세로 이것 역시 쉽지 않은 것으로 나타났다.

*군의관B: 네 정말 힘들고요. 우리지역은 민간 국립병원도 없어서 입원을 더 이상 안 받고, 다른 민간 병원도 입원을 안 받고 이러니까 입원을 시킬 데가 거의 없어가지고... 민간에 입원을 시킬 수도 없어서 제가 후송당직 때는 한번 다른 대학병원으로 입원시킨다고 응급실에서 저랑 환자랑 12시간 대기를 해가지고 입원한 경우도 있었고... 그리고 공항 왔는데 입원시킬 곳이 없어서, 다 안 받는다고 그래서 부대 복귀시킨 적도 있었습니다. 군 병원은 요새 입원은 아예 할 수가 없고 민간도 입원시킬 자리가 없어서 그냥 보호자들 보고 알아서 찾아라, 이렇게 하는 경우가 많아요.*

*군의관D: 저는 의무대대에 있어서 정확히 상황은 잘 모르는데, 자살에 대해서 위험성이 있는 경우에 의뢰서를 써서 보내면 사실 대부분 대기 걸리고 그냥 외래로 돌아오는 걸 많이 봐서 군 병원으로 입원은 거의 안 됐던 것 같긴 하고요. 그래서 민간 병원, 결국에 위탁 입원이 현실적인 해결책인 것 같습니다.*

*군의관C: 저는 이전 근무지에서 많이 보내보기는 했는데, 양주병원이 8자리에서 6자리로 줄이고 사실상 구리병원도 중간에 공사를 하고 늘렸다고 들었는데 아직 받은 또 오픈을 안 했었던 상태였고... 그래서 확실히 어렵고. 또 저희 쪽에서 수도병원까지 가기에는 간부들이 너무 힘들어서 구리를 많이 가는데, 다시 돌아오는 경우가 있어서 확실히 어렵다고 느꼈고, 위탁을 많이 보냈던 것 같아요. 사실 저 같은 경우에는 다른 군의관들이랑 얘기하다가 위탁은 부대에서 알아서 하는 문제고 청원 휴가로 많이 소개를 하자고 해서 청원으로 많이 안내를 드렸던 것 같습니다.*

*상담관A: 군 병원에서는 그렇게 긴급하게 입원이 가능한 경우가 상당히 좀 어려운 걸로 알고 있습니다. 병동이 없고 그래서 아마 입원을 못해서 대기를 해야 되고 급한데 그래서 이제 할 수 없이 민간병원으로 입원을 하게 된 경우가 있었습니다.*

군 병원 입원이 어려운 다른 이유로 군 병원 보호병동의 미흡한 인력, 안전문제가 제시되었다. 또한 자의입원을 원하는 환자들이 늘어남에 따라 군 병원 입원대기가 늘어나고, 자연스럽게 위탁입원도 증가하고 있는 추세인 것으로 나타났다. 과거에는 군 병원의 진료능력을 초과하거나 응급성이 인정되는 정신과 민간병원 위탁 입원치료가 거의 없었으나, 최근 급격히 증가하고 있다. 민간병원에서 부적절하게 장기간 위탁입원을 유지할 경우 군의 위탁진료 예산 낭비도 우려되는 상황인 것으로 나타났다.

군의원A: 군 병원에 입원실을 운영하면서 어려운 점이 많이 있습니다. 보호병동이라고는 하는데, 대학 병원에 입원실을 생각하면 인력이나 안전이나 좀 걱정되는 부분들이 많이 있습니다. 그래서 정말 조증이나 정신병적인 위험한 환자들, 급한 환자들은 우리병원만 해도 보호병동을 입원 시키는 게 환자 안전이 걱정이 될 정도가 돼서... 오히려 그런 환자들 정말 위탁 입원을 제가 먼저 보내는 경우들이 좀 있었던 것 같습니다. 그리고 정신과 수요 자체가 늘어난 부분은, 좀 얘기하기가 조심스럽지만 자기가 입원을 원하고 있는 환자들 같은 경우에 이게 본인 진료 권의 보장이라든지, 입원을 안 시켰을 때 혹시나 문제가 됐을 때를 걱정을 하다 보면 입원을 좀 적극적으로 할 수밖에 없을 것 같습니다. 그런 사람들이 있다 보니까 우리병원도 벌써 제가 근무한 지 한 달이 됐는데 벌써 입원 대기가 3주가 넘게 걸리고, 그런 환자들이 입원 대기가 걸려 있는 상황에서 경미하든 중증이든 간에 자살에 시도를 하게 되고, 그런 경우에 중간에 위탁 승인을 의무사에서 승인을 안 해주기가 좀 부담스러운 상황이라서 아마 숫자가 좀 늘어나지 않을까 싶은 생각이 듭니다.

군의원B: 제가 위탁 입원 지금 관리하고 있는 환자들 중에서도 너무 두 달 세 달 이렇게 의미 없이 입원을 시켜가지고 너무 의료비가 막 증가되는 것 같지 않나 이런 걱정이 있습니다.

민간병원 위탁 입원치료 중에 환자가 적절히 치료받지 못하거나, 환자와 부대의 소통이 단절될 수 있다는 단점이 있을 수 있는 것으로 나타났다.

상담관D: 민간병원에서 폐쇄병동에 들어가게 됐고 오히려 그 폐쇄병동에 있으면서 더 큰 트라우마로 악화된 경우도 사실은 있어서 그런 부분은 많은 우려가 좀 되더라고요. 바로 퇴원을 하고 싶은데 또 퇴원 수속이 빨리 진행이 안 돼서... 전화 쓸 수 있는 게 제한이 되어 있더라고요. 핸드폰도 다 반납되고 그러니까 전화하는 시간만 되면 부모님한테, 불안이 높은 친구였는데 '빠달라 나 미칠 것 같다' 이러면서.

상담관A: 민간 위탁병원으로 입원 치료를 하면 입원한 인원의 상황이라든가, 호전 정도라든가 이런 게 군하고 긴밀하게 연계하는 게 조금 어렵지 않겠나. 거기서는 이제 개인 정보 보호라고 해서 철저하게 정보를 잘 제공해 주지 않은 경우가 많거든요. 군에서는 아무래도 간부들이 늘 같이 가고 하기 때문에 상황을 좀 확인할 수가 있는데, 정보의 단절이라든가 이런 게 좀 있을 것 같은 생각이 듭니다.

군 병원 입원의 어려움의 대안으로 캠프 입소가 제시되었다. 부대에서 운영하는 캠프는 병사의 치유와 복무 적응을 돕기 위해 설치되었으나, 현재는 현역복무부적합심사 전 통과의례처럼 여겨져 원래 목적에 맞지 않게 기능하고 있다. 캠프가 초기 적응의 어려움이 있는 인원들을 수용하여 본 취지에 맞게 운영된다면 도움이 될 것이라고 생각하는 것으로 나타났다.

상담관A: 캠프가 이제 병원을 대신하는 역할도 지금 약간 좀 하고 있는 것 같습니다. 원래는 캠프를

만약에 운영을 하게 되면 두 파트로 나눠서 운영을 해야 된다. 라는 말을 좀 계속 했었거든요. 그러니까 정말 나갈 아이들, 그리고 적응하기 위한 아이들, 그렇게 두 개의 파트로 나눠서 해야 되는 게 가장 바람직한데... 현실적으로는 그게 어렵기 때문에 괜찮은 아이들도 캠프 가면 나중에 더 안 좋아서 나오게 되는 경우들이 상당히 많기 때문에 지금은 조금 문제점이 있지만 그래도 폐지할 수는 없는 그런 제도로 운영이 되고 있는 것 같습니다.

상담관C: 5년 전쯤 수방사 캠프를 간 적이 있었었거든요. 수방사가 철저히 병역심사관리대랑 캠프를 나눠서 운영을 하고 있었었고, 거기 캠프 입소 심의 자체가 굉장히 좀 까다롭게 되어 있어서 정말 적응 심각해지기 전에 초기에도 적응 어려움이 있는 인원들을 대상으로 프로그램을 따로 운영을 하고 있더라고요. 수방사 그런 프로그램들이 많이 알려지면 좋을 것 같아요. 사단급의 캠프는 병역심사관리대가 따로 있지는 않기 때문에 캠프에서 분리의 목적으로 많이 운영이 되고 있고, 캠프라는 명칭 자체가 이미 병사들에게 굉장히 좋지 않게 낙인이 되어 있어서, 다르게 이름을 변경해서 새롭게 운영을 한다거나 이런 부분들이 필요해요.

### 3. 정신과적 응급상황 시 군 정신과 응급진료

최근 몇 년 전부터 정신건강의학과 진료를 시행하는 군 병원 응급실이 현저히 감소하면서, 군 내 정신과적 응급진료를 제공이 매우 어려워진 상황이다. 정신과적 응급상황에서 군 병원의 응급진료를 시행하지 못하는 경우, 상담관에게 상담요청을 하거나, 민간병원 응급실에서 진료를 받거나, 부대에서 집중관찰 하거나, 캠프에 입소시키는 것으로 나타났다.

상담관B: 공황 발작 같은 경우에 애가 숨을 못 쉬고 쓰러지는 경우에는 인근 병원으로 응급으로 가더라고요. 근데 자해하거나 자살 시도를 한 경우에는 그냥 데리고 있고, 거기 간부나 대대장님이 저한테 밤에 연락이 오는 거죠. 상담 좀 해달라고. 병원을 왜 안 보내시고 저한테 연락을 주셨냐 제가 깜짝 놀라서 지금 밤이라서 어디 갈 수가 없어서... 어쩔 수 없이 또 간부가 지키고 있으면서 제가 상담을 하고, 그런 부분이 몇 번 있었거든요.

상담관D: (정신과적 응급상황 시 군 병원 응급실을 못 갈 경우) 간부들이 지켜요. 다섯 명 정도, 지켜요 그냥. 무조건 일단 관리.

상담관A: 인근의 제일 가까운 민간 병원 응급실에 데려가서 빨리 꼬매거나 그런 응급처치를 하고, 그 다음부터는 간부가 하루 종일 같이 밤새 지키거나, 용사인 경우에는 캠프로 빨리 입소를 시켜서 병원 어떤 대신하는 그런 역할을 지금 하고 있는 게 현실인 것 같습니다. 캠프에 거의 자리가 없는데 초긴급이라고 하면 사무장님이나 인사처에서 연락이 가면 초긴급으로 해서 들어갈 수도 있다고 합니다.

정신과적 응급상황에 대한 처치나 매뉴얼 등 관련정보 공유가 필요하다고 느끼는 것으로 나타났다. 또한, 정신과적 증상이 심각한 경우, 군 병원 응급진료를 위해서는 입원이 가능하고 타과 진료가 가능하다

는 조건이 충족되어야 하나, 군 병원 진료환경 상 불가능한 경우가 많은 것으로 나타났다. 따라서 정신과 적 응급상황으로 민간병원 응급실 진료를 받는 장병의 경우 치료비를 지원해주는 제도가 있지만 충분한 홍보가 필요할 것으로 보인다.

상담관B: 그런 상황에 어떻게 해야 된다, 시스템에 대해서 안내가 부족한 건 아닌지... 그리고 갈 수 있는 병원들이 어떻게 되어 있는지 그거에 대해서 정보가 좀 공유가 잘 되어야 되지 않을까 싶습니다.

상담관A: 보통은 상담관을 부르거든요. 그래서 저도 밤에 몇 번 자해했다 그래서 뛰쳐나간 적이 있었는데, 그런 매뉴얼을 간부들한테 확실하게 전해주면 자해를 했을 때는 한밤중에 상담관을 부르는 게 아니라 사단에서 정해진 MOU를 맺든 어떻게 해서 그 병원으로 데려갈 수 있게 시스템을 좀 마련을 해주면 더 안전하게 되지 않을까 그런 생각이 듭니다.

군의원B: 자살, 자해가 저희가 받기에 입원 시설이 없다 보니까... 그리고 다른 과도 이제 같이 가꿔야 되는데 이제 다른 과 문제도 있고 이래가지고...

#### 4. 군 정신건강의학의 체계적 문제

##### 가. 군의관의 정신과 진료 외 업무

정신과 군의관은 진료 외 그린캠프, 병역심사대, 현역복무부적합 심사 등 다양한 업무를 하고 있다. 이러한 업무들에 정신과 군의관이 필수적인지에 대해서는 참가자들의 의견이 상이했다. 군의관은 진료 외 업무에서 정신과 군의관의 역할이 필요하다고 느끼는 것으로 나타났다. 진료 외 업무량이 크지 않으며, 병역심사대의 경우 군의관 부재 시 부대의 지휘부담에 의해 전역결정이 나는 경우가 압도적으로 많아질 것을 우려하는 것으로 나타났다.

군의원C: 제가 있는 군단에 지금 같은 건물에 그린캠프, 병역 심사대가 같이 운영되고 있는데 사실 그린캠프 업무는 제가 전혀 관여를 하지 않습니다. 제가 하는 거는 2주에 한 번 면담을 하고 의견서를 쓰는 업무를 하고 있는데, 의견서가 모여져서 지작사에 가서 심의를 받는 건데 그걸 돌아가면서 한 명씩 가서 군의관이 심의를 하는 시스템이고. 어쨌든 이게 전문의 의견대로 거의 공익을 갈지 전역이 될지 아니면 계속 복무를 할지 결정이 되기 때문에 병역 심사대에 막상 와보니까 그래도 필요한 일이라고 생각은 들기는 했습니다. 왜냐하면 이게 군의관이 어쨌든 여기서 중심을 잡고 판단을 해야지... 또 일선 부대는 사실 무조건 다 나가고 싶어 합니다. 그것도 이해는 되고, 정신과 질환의 심각도와 유무량 상관없이 데리고 있는 거 자체가 힘드니까... 나가지 않아야 할 인원이 많이 보여서 그래도 군의관이 판단을 하는 게 중요해 보이고 임상심리사 선생님이랑 여기 지휘관이랑 같이 이제 일반 군인이랑 셋이서 판단을 하는데 꽤 다릅니다. 그래서 군의관이 판단을 하는 게 사실 필요는 합니다.

군의원C: (군요원이 심사 업무를 하지 않는다면) 거의 다 내보낼 것 같습니다. 그러니까 이제 아무래도 여기 병사들을 관리하는 분은 다른 부대에서 현역으로 보병을 하다 오시고 이런 분들입니다. 그러면 지휘 부대에 더 기준에 들 수밖에 없기 때문에 제가 보기에 거의 나갈 확률이 훨씬 더 크기는 합니다.

군의원D: 저는 이제 사단의무대에만 있었어서 진료 외 업무는 그린 캠프 관련해서만 경험을 했었는데, 사실 크게 관여되는 부분은 없고 그냥 진료 협조해 주는 거 말고는 없어서 그런 거는 그냥 유지돼도 괜찮지 않을까 이렇게 생각이 듭니다.

의학적인 부분 외에 정신과 군요원이 행정적 부분까지 판단하게 되는 경우는 필요하지 않다고 느끼는 것으로 나타났다. 이는 군 의료시스템의 정책적 부분과도 연관이 되어있는 부분으로 평가된다.

군의원A: 정신과 의사가 의학적인 부분을 판단하면 되는데 다른 행정적인 부분까지 판단을... 조심스러운 이야기이긴 합니다만, 사실은 복무 의지 저하 라던지 군 적응이 어려운 부분이 사실 정신과 질환은 아니지 않습니까? 근데 이제 거기에 동반되는 증상들이 자살 사고나 우울로 나타나는 거니까 그런 부분에 대해서 저희가 진료를 보고 이 사람이 치료가 필요하다, 약을 먹어야 된다, 이런 부분들은 저희가 해 줄 수 있겠지만... 현역복무부적합심사에 들어가면 사실 다 결정이 돼 있습니다. 이미 여러 군요원들이나 민간 병원이나 그린캠프나 병심반에서 다 결정이 되어 있고 정말 가부 여부만 그 자리에 인사사령관이나 군요원이나 몇 명이 와서 결정을 하는데, 사실 그런 행정 조치까지는 굳이 정신과 의사가 필요한가라는 생각이 좀 들기는 합니다.

상담관은 진료 외 업무에도 전문가의 소견이 필요한 경우가 있어 우려를 표현하였으나, 대체적으로 정신과 군요원의 진료 업무를 우선적으로 평가하는 것으로 나타났다. 현재 진료 외 업무를 담당하는 정신과 군요원을 진료 업무에 집중적으로 배치해 부대 내 장병들의 진료 접근성을 높이고 상담관과 협업하는 것이 더 중요하다는 의견을 제시했다.

상담관A: 병역 심사대에 지금 군요원님이 계시는데, 이미 병역 심사대로 갔을 때는 우리 군요원 선생님들 소견서가 충분히 들어가고 진료 기록이 충분히 있는데 병역 심사대에 있는 군요원 선생님을 또 만나야 되는지 저는 좀 행정적으로 낭비가 아닌가라는 생각이 좀 들고요. 군요원님들이 있으면 사단 회의나 여단 회의 때 꼭 부르세요. 군요원님이 꼭 거의 그 회의에 꼭 필요한 건 아니고 그냥 지휘관이 이거 괜찮은 거야? 이렇게 물어볼 때 그 대답을 하는 그런 역할밖에 안 했었기 때문에 필요하지 않은 그런 행정 소요는 많이 없어져도 되지 않을까 생각을 했습니다.

상담관D: 저는 좀 우려되는 부분들도 조금 있는데요. 저는 간부 상담이다 보니까 군무원 분들도 많이 상담을 하거든요. 그분들 중에 정신질환이 이미 있는데 입사를 하시는 분들이 계세요. 그런 부분을 저희가 충분히 말씀을 드리기는 하지만 이해도가 없으시다 보니까 비전문가끼리 얘기를 하다가 엉뚱한 방향으로 가는 경우가 상당히 많아서. 그래서 그런 회의에는 참석을 하셔서

이걸 좀 걸러주시는 부분이라든가 전문가 소견을 한 번씩 해 주시는 게 도움이 많이 되고 있다라는 생각이 좀 듭니다.

상담관A: 병역심사대에 있는 군의관님들을 사단으로 다 모으는 걸 저는 적극 찬성하는 편입니다. 더 중요하다고 생각을 하기 때문에.

상담관B: 네 저도 병역 심사대보다는 사단 쪽이나 용사들 더 가까운 곳에서 1차 진료를 먼저 보는 게 중요할 것 같아요. 지금 코로나 이후에 캠프를 필수로 다시 가야 되는 분위기로 또 다시 바뀌었거든요. 그러면 군 병원도 가고 민간병원도 가고 또 캠프도 갔다가 병역 심사대를 가기 때문에 굳이 거기서 또 애들을 만나고 또 서류를 또 확인하고 이러는 게... 진료가 더 중요하지 않나 싶습니다.

상담관D: 저도 그런 생각인데, 이제 병사들을 보다 보면 (현부심이) 최소 4개월이 걸리거든요. 마치 현역복무부적합심사를 막기 위해서 애쓰는 모양새로 가게 되고... 진료를 받고 약물 처방을 받고 이러면서 회복될 수 있는 기회를 다 놓치고, 내가 더 심각해져야만 가기 때문에, 이제 내가 더 심각해져야 된다, 이런 부정적인 방향으로 바뀌기도 하고요. 처음 초진을 빨리 받을 수 있다면 저희가 상담을 진행할 때도 그게 많이 도움이 되고 또 상담 장면에서도 같이 협업이 이루어질 수 있는데 군 병원하고 저희하고 너무 멍니다.

#### 나. 원격진료의 필요성

군 정신건강의 중요성이 증가하고, 정신과적 진료의 수요도 높아지고 있으나 현실적으로 공급이 늘어나기 쉽지 않은 상황이다. 민간의료로 적극 이용하는 대안이 있겠으나 정신의료기관이 수도권에 집중되어 있음을 고려했을 때, 전방 및 격오지 근무 장병들의 진료 접근성 보장을 위해 비대면 진료, 즉 원격진료 시행은 필연적일 것으로 보인다. 이와 관련하여 참가자들은 모두 진료 접근성 보장을 위해 원격진료를 포함한 적극적 대책이 필요하다는 의견을 제시했다.

군의관D: 실제로 파주, 연천, 이런 전방 부대에 제가 있다 보니 민간 병원을 이용할 때 거리상의 문제가 항상 있더라고요. 가는 거에 제약이 있다던가... 그래서 그런 단점 때문에 그런 것들이 고려되어야 하지 않을까 저도 공감합니다.

군의관B: 저도 작년에 섬에 근무했던 군의관 얘기 들어보니까 거기에 자살한 환자가 있는데, 거의 진료가 안돼서... 취약 지역에 원래 진료를 보는 인원도 적으니까, 정신과 진료를 보는 거에 대한 부대원들, 간부들도 시선이 좋지 않고, 이런 거에 대한 대책이 필요하지 않을까 싶습니다.

군의관A: 군내에서 현재 수요가 공급보다 훨씬 더 많은 상태이기 때문에 필요한 사람은 적극적으로 위탁 입원도 시키고, 그리고 의료 취약지인 강원도 북부나 경기도 외곽 같은 경우에는 필요한 경우에는 원격으로도 충분히 고려해 볼 대안이 된다고 생각을 합니다.

#### 다. 군 정신건강관련 인원의 소통과 교육의 필요성

참가자 중 상담관은 군 정신건강관련 인원과 소통, 특히 군의관과의 적극적 소통을 원하고 있는 것으로 나타났다. 군 내 정신과 환자들의 상담과 치료에 긍정적 발전을 위해 소통, 협업과 이를 위한 매뉴얼, 정기적 소통모임, 사례회의 등이 필요하다는 의견을 제시했다.

*상담관A: 군의관님들하고 저희하고는 상당히 밀접한 부분이, 같은 아이들을 같이 보고 있기 때문에 정신과적인 문제로서 서로 소통을 많이 할 수 있는 어떤 매뉴얼이 나왔으면 좋겠다. 그리고 정신과 군의관 선생님들을 만나기가 쉽지가 않은데, 이런 것들에 대해서 배려를 많이 해 주시면 서로에 대해 거리감이 좀 줄어들지 않을까 좀 그런 생각이 들었습니다. 매뉴얼은 예를 들어 병원에 갈 때 초진인 경우에 상담관의 소견서가 필요하다던가, 정기적으로 분기별로 한 번씩 만나는 것도 어떨까라는 생각을 했습니다.*

*상담관C: 병원에서 케이스 컨퍼런스 활동을 통해서 한 사례를 두고 발표하고 임상심리사나 정신보건 사회복지사가 발표해서 이 환자를 다각적으로 치료 계획을 세우는 부분들이 있잖아요. 지금까지 여러 컨퍼런스들이 있었지만, 다 같이 팀이 돼서 이 한 환자를 어떻게 치료하고 있다는 것들을 시범적으로 보여주는 자리들이 제도를 세팅하는 데 도움이 될 수 있을 것 같다고 생각이 들어요.*

*상담관D: 사단 내 정신과 군의관이 다 배치가 되신다면 그것을 중심으로 해서 저희 상담관들하고 같이 케이스 사례를 같이 나눈다든가, 보고하는 자리라던가 정기적으로 한 달에 한 번이든 고정화 되어 있다면 상당히 참 좋은 계기가 될 것 같고요. 상담관들 입장에서는 군의관님들께 접근해 가는 게 굉장히 조심스럽습니다. 이게 좀 공식화돼서 소통을 좀 같이 할 수 있고 병사의 이런 진료나 상담하는 거에 좀 더 전문성을 띄었으면 좋겠다, 라는 생각이 듭니다.*

참가자들은 군 정신의료 시스템, 관련 행정 및 규정, 응급상황에 대한 매뉴얼 등 전반적인 교육이 부족하다는 인식을 나타냈다. 특히 상담관은 정신과적 응급상황에 대한 처치와 관련된 정보가 부족하고, 체계적인 교육과 매뉴얼 작성, 활용이 중요하며 군의관은 군 정신의료의 전반적 시스템에 대한 교육이 필요하다고 생각하고 있었다. 특히 국방부 부대관리 훈령에는 ‘자살 우려자를 식별한 자는 즉시 대대장급 지휘관까지 신속하게 보고를 하고 지휘관은 상담관 및 정신과 군의관 상담 및 진단을 받게 한다’ 라고 명시되어 있는 부분이나, 군 내 응급환자지원에 대한 컨트롤타워 역할을 하고 있는 의료종합상황센터 등을 참가자들은 잘 모르고 있었다. 군 정신건강관련 인원들에게 적절한 교육이 필요할 것으로 보인다.

*상담관B: 저는 오늘 이 시간을 통해서 자살 시도하거나 이런 상황이 됐을 때 육군 규정에 응급 진료나 이런 것들이 필수로 되어 있다는 게 새로 알게 된 사실이었고, 또 의료종합상황센터를 통해서 위탁 승인 가능하다는 것을 새롭게 알게 됐거든요. 과연 간부들은 얼마나 알고 있는지 이게 좀 의문이 들었어요. 그래서 종합적으로 한눈에 볼 수 있는, 응급 상황에서는 어떻게 해야*

된다, 각 지역별 거점 병원이나, 리스트나 연락처라던가 이런 것들이 정확하게, 체계적으로 잘 활용될 수 있는 방안이 좀 필요할 것 같습니다.

상담관A: 저도 의료종합상황센터라던가, 매뉴얼로 이렇게 정해져 있다든가 이런 것 들을 처음 들었거든요. 군 정신과에 대해서 우리들이 정보를 상당히 모르고 있구나, 또 간부들도 거의 이렇게 많이 알고 있지 않을 거라고 생각을 해요.

상담관C: 자해나 자살 사고가 있었는데 그동안 매뉴얼 없이 어떻게 운영이 되고 있었나, 라는 것을 놀랍게 바라보고 있어서. 이런 상황에서는 어떻게 대처해야 되고 어느 병원을 가야 되고 이런 것들이 빨리 세팅이 돼야 될 필요가 있겠다고 다시 한 번 자각하는 시간이었던 것 같습니다.

군의원B: 그린 캠프가 왜 존재하는지 어떤 의도로 있는 건지, 현부심 절차나 심신장애 전역이나 이런 것들도 계속 헛갈리고, 이 환자가 어떤 상황에 처해서 이렇게 힘들어하고 밖에서는 안 보이는 증상이 생기고 그리고 나가기만 하면 다 낫는 걸까, 이런 고민이 되게 많았거든요. 선배 군의관들부터 계속 비슷한 고민을 하는 것 같은데... 노하우나 이런 것들이 내려오기보다는 던져지면 계속 마주하고, 아니면 옆에 일하고 있는 원무과 부사관들한테 시스템 물어봐야 되고, 전체적인 교육이나 매뉴얼이나 이런 것들이 좀 있었으면 좋겠다. 군 정신의료 시스템이 어떻게 이루어졌는지, 목적이 뭔지, 의도가 뭔지. 그리고 정신과 군의관이 야전에 갈 일이 별로 없으니까, 야전상황이 어떤지, 거기서 오는 환자들이 어떤 상황에 있는 건지, 그런 것들도 좀 뭔가 이렇게 전수가 됐으면 좋겠다는 생각이 들었습니다.

## 4절

## 군 정신보건의료 소결

## 1. 수요 대비 공급 부족의 군 정신건강의료 서비스에 대한 대안

## 가. 민간 정신건강의학과 서비스의 적극적 활용

단기군의원 중심의 군 정신건강 체계를 극복하고자 국방부와 의무사령부는 처우개선을 통한 장기군의원의 의무복무 이후 지속적 근무 및 전문임기제 군무원 정신건강의학과 전문의 확보를 십여 년 전부터 시도하였다. 하지만 민간과의 처우가 확연히 다른 한계로 최근 10년 동안 정신건강의학과 장기군요원은 모두 의무복무를 마치고 전역을 하였다. 또한 한 때 4명까지 확보하였던 전문임기제 군무원은 모두 사직을 하였고 최근 2년 동안 새로운 인력을 뽑지 못하고 있다. 앞서 통계에서 제시하였듯이 최근 5년 동안 급격히 감소한 단기군요원을 대체하기 위해 시도한 장기군요원 및 전문임기제 군무원 확보 정책도 현재로서는 실패한 제도로 평가된다. 문제는 군에서 정신건강의학과 단기 및 장기 군요원과 민간 전문임기제 군무원을 확보할 마땅한 방안이 없다는 것이다.

이러한 상황에서 국방부는 22년부터 간부의 경우 민간의료기관에서 정신건강의학과 외래진료를 받는 경우 본인부담금 전액을 지원하는 획기적인 정책을 시작하였다. 이는 늘어나는 간부의 자살을 비롯한 정신건강문제가 심각한 것에 비해, 정신건강의학과 진료에 대한 편견 및 군에서 진료를 받은 경우 불가피하게 진료를 받는 것이 노출되는 것을 해소하기 위한 정책이기도 하지만 군내 정신건강의학과 진료 공급 자체가 제한되기 때문이기도 하다. FGI에 참여한 상담관 모두는 일선부대에서 예약 대기로 인해 사단 및 군 병원 정신건강의학과 진료받는 것이 어렵다고 호소하였다. 군에서 정신건강문제가 발생할 때 대부분의 경우는 자타해의 위험성이 있는 응급상황인 경우가 많지만 외래 진료 예약이 밀려있어 길게는 1-2달까지 대기를 해야 되는 상황이 있다는 것이 공통된 인식이다.

이로 인해 많은 장병들이 특히 자타해의 위험성이 높은 시급한 상황에서 민간 정신건강의학과 진료를 받고 있다. 문제는 민간 의료기관에서 진료를 받는 경우 병사는 본인부담금이 발생한다. 국방부는 민간 의료기관 방문 시 본인부담금의 일부를 환급해주고 있지만, 병사의 경우 부대에서 진료를 권하고 부대 간부가 동행하는 경우가 대부분인 만큼 간부와 같이 정신건강의학과 진료 시 본인부담금 전액을 군에서 환급해줄 필요가 있다.

일선부대에서 자타해의 위험성이 높은 장병들이 민간 의료기관에서 진료를 받고 현실과 다르게 국방부 부대관리 훈령 및 육군 규정에서는 여전히 자타해의 위험성이 높은 장병은 정신건강의학과 군요원의 진료를 받도록 되어있다.

〈표 46〉 국방부 부대관리 훈련

**국방부 부대관리훈령 제237조(자살우려자 관리)**

- 지휘관은 자살우려자로 식별된 사람에 대하여 다음 각 호와 같이 분리한다.

1. 정신과 군의관 상담 및 진단을 받도록 하고 자해 및 타해의 심각한 위협이 있다고 판단시는 절차에 따라 군 병원에 입원 치료 조치

〈표 47〉 육군 규정

**육군규정 941 사고예방 및 처리 규정 제17조의 2(자살우려자 관리)**

① 자살우려자는 일과 전, 일과 후, 출타 시로 구분하여 24시간 관찰체계를 유지한다.

② 자살우려자는 정신과 군의관의 상담과 진단을 받도록 권유하고, 우울증으로 진단된 경우에는 병원에 입원 또는 통원치료를 받을 수 있는 여건을 보장한다. 그 밖의 경우에는 본인의 동의를 받아 그린캠프에 입소시킨다

국방부 부대관리 훈령과 육군규정대로 신속하게 정신건강의학과 군의관 진료를 받을 수 있도록 현실이 개선할 수 있다면 최선이겠지만 현실적으로 어렵다. 따라서 국방부 부대관리 훈령 및 육군규정을 정신건강의학과 군의관에서 민간 정신건강의학과 의사를 포함한 개념인 정신건강의학과 전문의로 수정할 필요가 있겠다.

민간 정신건강의학과 진료를 적극적으로 활용하는 것에 난제가 하나 있다. 가장 수요가 많은 전방부대 인근, 즉 경기 북부, 강원 북부에는 앞에서 제시하였듯이 민간 정신건강의학과 의료기관이 드물다. 경기 북부, 강원 북부가 아니더라도 대부분의 군부대가 위치하는 곳은 정신건강의학과 의료기관이 밀집해있는 수도권, 대도시권과 거리가 있다. 따라서 일선부대에서는 민간 의료기관을 이용하려고 하더라도 장거리로 이동해야 하는 어려움이 있다. 최근 정부와 국회가 비대면 진료 입법을 준비하고 있다. 발의된 다양한 비대면 진료 입법안을 검토하였을 때 모든 입법안에서 공통적으로 제시하는 것은 군인을 비롯한 의료접근성이 떨어지는 지역에 위치하는 분을 대상으로 하고 있다는 것과 정신질환을 주된 대상으로 삼고 있다는 것이다. 일부 의사단체에서 비대면 진료에 대해 반대하고 있지만 코로나19로 인해 허용된 비대면 진료가 뚜렷한 부작용이 없이 시행되었고 선진국에서는 코로나19로 활성화된 비대면 진료가 일상화되어 이전보다 반대의 수위가 낮아 비대면 진료 법제화는 시간문제로 생각된다. 따라서 군에서는 선제적으로 정신건강의학과 비대면 진료를 준비하여 가능한 빨리 도입할 준비를 서둘러야 할 것으로 보인다.

비대면 진료가 아니더라도 사단 등 부대 단위 별 인근 정신건강의학과 의료기관과 MOU를 맺어 적시에 진료를 받을 수 있는 체계를 구축할 필요도 있겠다.

**나. 정신건강의학과 군의관의 효율적 활용**

단기군의관 1인당 진료건수는 5년 전에 비해 줄어들었다. 코로나19의 영향도 무시할 수 없겠지만 정신건강의학과 진료 건수 증가는 필요한 상황이다. 타과 군의관들도 인정하는 부분은 타과 대비 정신건강의

학과 업무 로딩이 많다. 뿐만 아니라 진료 건수를 늘리기 위한 인센티브도 제한적인 상황에서 무조건적인 진료 건수 증가 압박은 오히려 군의관의 사기를 저하시킬 수 있고 진료를 시행한 장병에게 사고가 발생할 수 있는 부작용도 예상 가능하다.

진료 건수를 증가시키기 위해 필요한 첫 번째 대안은 정신건강의학과 예진시스템 도입이다. 타과 대비 정신건강의학과 진료에서 가장 시간적 소모가 큰 부분은 초진이다. 활용할 수 있는 별도의 의학적 검사가 없으며, 증상의 과장 등으로 인해 평가가 어려운 상황, 그리고 자타해의 위험성을 평가해야 하는 과정이 초진에 포함되기 때문에 정신건강의학과 초진 진료시간은 재진 진료시간에 비해 월등히 길다. FGI에서 확인되었듯이 다른 과와는 달리 평균 30분 가까이 혹은 이상을 할애해야 되는 특성이 있다. 따라서 군의관들은 자의로 1일 초진건수를 제한하고 있으며 이로 인해 초진 진료대기가 필연적으로 발생한다. 결국 정신건강의학과 진료 건수 증가를 가로막는 가장 큰 이유는 초진이다. 군의관의 초진의 진료 시간을 줄여 주는 것이 진료 건수를 늘리는 필수적인 방안이다. 교수가 초진 환자를 진료하기 직전 전공의 등이 예진을 시행하면서 초진 진료시간을 줄이는 대학병원의 사례를 사단의무대 및 군 병원에서 도입한다면 군의관의 초진 부담이 확연히 줄어들고 현재보다 2배 이상의 초진 진료가 가능할 것으로 평가된다.

국군수도병원 정신건강의학과에서 1년 동안 수련을 받는 정신건강의학과 주특기 간호장교(정신건강전문요원 2급)가 매년 6명씩 배출된다. 그동안 주특기 간호장교는 1년 동안의 수련을 마친 후 군 병원 정신건강의학과 입원병동에서 주로 배치되거나 정신건강과는 전혀 다른 분야에 배치되었다. 국군수도병원에서 충분한 임상지식을 쌓고 다양한 입원환자를 대상으로 예진을 경험한 간호장교들은 외래 환자의 예진을 볼 역량이 충분하다고 판단되어 이를 활용할 필요가 있다.

또한 군정신건강의학과 진료는 민간 정신건강의학과 혹은 군내 타과 진료 세팅과 달리 환자와 동행한 간부들과의 상담이 큰 비중을 차지한다. 부대 입장에서는 전문성이 있는 정신건강의학과 군의관에서 자타해 위험성, 피병의 여부, 부대 관리 방안 등 다양한 영역의 문제를 물어보고 상의하기를 원한다. 동행 간부와와의 상담 또한 예진을 시행한 정신건강의학과 주특기 간호장교가 군의관과 함께 업무를 양분한다면 정신건강의학과 진료 건수 확대에 큰 도움이 될 것으로 기대된다.

현재 군은 6백여명의 병영생활전문상담관을 운용하고 있다. 상담관의 주된 업무는 자살예방, 자살고위험군 발굴, 부적응병사와의 심리상담 등이다. 통계에 따르면 상담관의 1일 상담건수는 2명에 불과한 것으로 나타났다. 정신건강 관련 교육 및 평가 등 타업무를 병행하기 때문이기도 하지만 상담관은 각 부대를 순회하면서 상담을 진행하는 특성 상 부대를 이동하는 시간이 소요되기 때문이다. 따라서 심리상담이라는 주된 업무의 효율성이 떨어지는 한계가 있다. 병영생활전문상담관이 사단의무대 및 군 병원 정신건강의학과에 배치가 된다면 이론적으로 1시간에 1명씩 1일 8명까지 상담이 가능하게 되어 부대를 순회하면서 상담하는 것보다 효율적으로 상담을 진행할 수 있다. 뿐만 아니라 진료 시 상담 업무를 병행하는 정신건강의학과 군의관의 진료시간을 단축시킬 수 있어 진료 건수 확대도 자연스럽게 가능하게 된다. 또한 한

장병에게 상담과 진료를 제공하는 병영생활전문상담관 군의관의 의사소통은 필수적이다. 하지만 현재 같은 장병에 개입하고 있는 병영생활전문상담관과 군의관의 소통은 거의 이루어지지 않고 있다. 병영생활 전문상담관 중 정신건강전문요원(정신건강사회복지사 등) 자격소지자를 사단의무대 혹은 군 병원에서 배치한다면 진료-상담-부대관리의 원활한 의사소통을 통해 상담과 진료 효과의 시너지가 발생할 수 있을 것으로 생각된다.

FGI를 했던 군의관들이 지적하듯이 현역복무부적합 심의를 위해서는 군의관 소견서가 필요하다. 같은 지위, 유사한 능력의 군의관이 사단의무대와 군 병원에서 근무하고 있지만 사단의무대 군의관 소견서는 현역복무부적합 심의에 사용할 수 없고 군 병원 소견서만 심의에 사용할 수 있다. 이로 인해 사단에서 진료를 받고 있던 장병도 소견서를 위해 군 병원에 이증으로 방문하는 경우가 흔하다. 또한 민간병원에서 진료를 했던 경우에도 민간병원 소견서는 현역복무부적합 심의에 활용할 수가 없어 이증으로 군 병원 정신건강의학과 진료를 받아 소견서를 발급 받아야 한다. 공급양 자체가 적은 군 병원의 진료를 이러한 행정적인 문제로 진료를 받도록하는 부담을 줄여야 한다. 현역복무부적합 심의 제도를 개선하여 사단의무대 소견서도 현역복무부적합 심의에 활용할 수 있도록 제도를 개선하고 의무사령부 협약병원, 혹은 병무청 지정병원의 병무용진단서를 현역복무부적합 심의에 활용할 수 있도록 하는 것이 군 병원의 효율적 진료를 위해 필요하다고 판단된다.

마지막으로 다른 진료과와 확연히 차별된 군정신건강의학의 특수성이 있다. 다른 과의 경우 군의관으로 임관하기 전 대학병원에서 진료했던 지식과 경험을 통해 별도의 교육이 없더라도 자신의 분야에서 진료를 수행하기 어렵지 않다. 하지만 정신건강의학과는 다르다. 대학병원에서 진료를 했던 환자와 군에서 마주하는 환자는 전혀 다른 그룹이다. 따라서 군의관이 임관하여 배치를 받기 전 군 장병의 정신건강의 특성, 치료를 할 때 유의해야 할 사항, 군정신건강과 관련된 시스템 등에 대한 교육을 미리 받아야 한다. 하지만 현재는 그 어떤 교육과 인계가 없이 정신건강의학과 군의관은 맨몸으로 현장에서 스스로 시행착오를 거치면서 이러한 지식을 학습한다. 군정신건강의학과 관련된 매뉴얼이 시급히 제작될 필요가 있고 배치 전 정신건강의학과 군의관을 별도로 교육하는 기회가 마련될 필요가 있다.

#### 다. 군 병원 정신건강의학과 응급진료 부활

2019년까지 365일 24시간 운영되었던 국군수도병원, 국군양주병원의 정신건강의학과 응급진료는 2020년부터 중단되었다. 현재는 국군대전병원에서만 일부 응급진료가 가능하다. 군에서 자살시도, 자해 등 자타해의 위험성이 높은 장병이 긴급하게 정신건강의학과 진료를 받을 수 있는 것은 매우 중요하다. 한동안 코로나19 등의 이유로 국군수도병원 정신건강의학과 의료진이 감소하면서 정신건강의학과 응급진료가 사라졌지만 현재 국군수도병원 정신건강의학과는 코로나19 이전과 유사한 인원이 배치되어 있다. 또한 양주병원 정신건강의학과도 코로나19 이전과 동일하게 3명의 군의관이 배치되어있다. 두 병원 이전보다 외래진료, 입원진료 지표가 감소한 상황이라 응급진료를 이전과 같이 운영하지 못할 이유는 없다. 가능한 빠른 시간 내에 응급진료를 부활하여 국군수도병원, 국군양주병원, 국군대전병원 세 병원은 이전

과 같이 365일 24시간 시급한 진료가 필요한 장병들에게 진료를 제공해야 할 것으로 판단된다. 2020년부터 군 장병 정신과 진료수요 해결 및 정신건강센터 전문화를 위해 국군구리병원이 운영되고 있다. 2023년 현재 국군구리병원은 정신과 전문의 7명을 확보하였고 개방 18병상, 폐쇄 24병상을 운영하고 있다. 이에 따라 국군수도병원 및 타 군 병원과 협업하여 군 정신응급의료체계의 재활성화에 대한 논의가 이루어져야 하겠다.

#### 라. 정신건강의학과 민간위탁 입원치료 적정화

2019년까지 2자리숫자였던 정신건강의학과 민간위탁 입원치료는 22년 800명대로 10배 가까이 증가하였다. 국군수도병원 의료진 이탈, 국군구리병원 병상 리모델링, 코로나19로 인한 진료 차질을 고려한다고 하더라도 800명대로 증가한 민간위탁 입원치료는 과도하다고 판단된다. 세부적인 통계는 없지만 FGI 당시 군의관의 의견에 따르면 입원환자의 대부분이 조현병, 알코올의존 등 만성질환인 정신전문병원에 입원한 경우가 적지 않은 것으로 파악된다. 정신전문병원의 경우 급성기 적응장애 환자에게 적절한 평가와 치료를 제공하기 어려운 환경일 가능성이 많아 치료적인 도움을 받지 못할 가능성이 높으며 군 장병의 경우 입원이 필요하더라도 1달 이상 장기적인 입원이 필요한 경우는 드무나 1달 이상 장기적인 입원이 시행되고 있어 민간위탁 입원치료의 적절성에 대한 평가가 필요하다고 판단된다.

민간위탁 입원치료는 수도병원의 진료능력을 초과한 경우에 시행되는 원칙이 있다. 따라서 수도병원보다 진료능력이 높은 대학병원이나 대학병원은 아니더라도 전공의 수련을 시행하고 있는 의료기관이 민간위탁 입원치료를 시행하는 것이 합당하다. 따라서 정신건강의학과와 의 경우 민간위탁 입원치료가 가능한 병원의 조건을 구체적으로 정하거나 의무사령부 협력병원으로 협약된 병원에 한해 민간위탁치료를 승인하는 방안을 마련할 필요가 있다고 판단된다. 대학병원의 경우 입원할 병상이 없어 빠른 의뢰가 어려울 수 있는데 이를 보완하기 위해 협력병원과의 실시간 의뢰시스템 도입을 검토해야 할 것이다.

최근 수년 동안 의무조사가 급격히 줄어든 것은 군 병원 정신건강의학과와 필수 진료 역량이 떨어지고 있다는 반증이다. 정신건강의학과 의무조사의 대부분을 차지하고 있는 질환은 조현병, 양극성장애, 지적장애이며 질환의 특성 상 유병율의 변화 없이 일정한 수준으로 유지될 수밖에 없다. 이러한 질환을 앓는 장병은 의무조사를 하여 안전하게 사회로 복귀하도록 돕는 것이 필수이나 최근 그렇지 못한 사례가 늘어나고 있다. 아마도 식별이 안 되거나 현역복무부적합으로 전역하는 사례가 대부분일 것으로 판단된다. 조현병, 양극성장애, 지적장애 환자들이 누락 없이 적극적으로 의무조사를 할 수 있도록 군의관 교육, 우선적인 입원을 할 수 있는 제도 마련이 필요할 것으로 판단된다.



---

## 제6장 군대기간이 건강에 미치는 영향평가

---



## 제6장 군대기간이 건강에 미치는 영향평가

군은 장병모집 과정에서 입대 전 실시하는 신체검사를 통해 누구보다 건강한 사람들을 모집한다. 건강한 청년으로 입증된 사람들이 군대 복무 기간 중 일반인보다 위험이 높은 군사적 훈련 중 상황과 이로 인한 사고는 일반인에게 비교적 알려진 사실일 것인데 비해, 그 외 요인과 관련해서는 누구보다 건강한 집단이 바로 군 장병이라고 생각한다. 이런 군 장병이 질환으로 인한 사망과 필요한 때와 질에 맞는 서비스를 받지 못한다는 것은 일반인 특히 군 장병의 가족들은 납득이 어렵다. 군에 입대함으로써, 사망 혹은 특정 질환(들)이 더 잘 생기는지, 그렇지 않은지, 일반인구와 비교할 수 있는 건강보험자료를 이용한 비교 코호트 연구를 실행을 통해 실증할 필요가 있다.

건강상태가 유사한 청년이 군 입대 여부에 따라, 군 입대기간 중, 제대 직후 일정기간 동안, 건강상태를 사망과 특정 질환발생에서 유의한 차이가 있는지 확인하는 것을 목적으로 한다.

만약 군 입대에 불리한 차이가 있다면, 그 차이를 없애기 위한 군대 내부의 노력이 앞으로 필요하다.

만약 군 입대로 인해 사망이나 특정 질병(들)의 발생 가능성에 불리한 차이가 없다면, 이런 불리하지 않은 상황에도 불구하고 일반 사회보다 더 적은 발생 가능성을 갖는 군 복무 기간 중 발생하게 되는 각 개별 사망사건 등에 대해 유가족들이 납득할만한 소통의 향상을 더욱 추구할 필요가 있으며, 일반사회 보다는 발생확률이 적다는 사실을 인지하고, 그럼에도 불구하고, 더욱 감소시킬 수 있는 회피 가능한 사망이나 중대질병 발생을 줄이는 노력을 보다 소신껏 해 나갈 수 있다. 군 입대 시기 동안 가족들이 오히려 일반 사회에 있는 시기 보다 더 안심하고 지낼 수 있도록 위험 요소를 줄이려는 노력을 더욱 진행하는 것이 가능할 것이다.

1절

연구대상 군 입대자 개요

○ 총 대상자 수: 2,485,548명

〈표 48〉 군 입대년도 별 대상자 수

입대 년도	대상자 수(명)
2013	269,971
2014	291,493
2015	269,971
2016	282,351
2017	248,801

군 입대자 수는 연도별 기록이 있지만, 출생자 수의 감소를 반영하여 2013년-2017년 사이 조금씩 감소하는 경향을 보여주고 있다.

〈표 49〉 군 입대년도 별 평균 복무 기간

입대 년도	복무 기간					
	대상자수	최소값	최대값	중위수	평균	표준편차
2013	269,971	1	912	638	608	143
2014	291,493	1	912	639	610	140
2015	269,971	1	912	638	611	140
2016	282,351	1	912	638	606	144
2017	248,801	1	912	630	587	156

〈표 50〉 군 입대년도 기준 군 입대 연령

입대 년도	입대 연령					
	대상자수	최소값	최대값	중위수	평균	표준편차
2013	269,971	18	36	20	20.34	1.34
2014	291,493	18	35	20	20.39	1.35
2015	269,971	18	36	20	20.44	1.33
2016	282,351	18	37	20	20.43	1.34
2017	248,801	18	37	20	20.46	1.43

군 입대자의 군 입대 연령은 최소 18세 최대 37세사이 큰 변동을 보이고 있지 않다.

〈표 51〉 군 입대년도 기준 군 입대 연령 분포

연령	2013년 (명)	2014년 (명)	2015년 (명)	2016년 (명)	2017년 (명)
18	2,861	2,366	1,780	2,079	2,140
19	40,054	36,453	26,966	35,932	32,347
20	152,898	172,257	160,179	155,125	136,217
21	47,035	49,408	52,577	57,907	47,199
22	13,185	14,989	13,537	15,794	14,826
23	5,706	6,703	6,374	6,492	6,889
24	2,694	3,255	3,203	3,398	3,373
25	2,075	2,188	2,050	2,255	2,219
26	1,186	1,233	1,031	1,085	1,146
27	788	859	640	716	751
28	506	632	529	535	519
29	284	321	332	290	340
30	280	316	312	323	355
31	227	258	228	231	253
32	124	151	130	122	148
33	60	91	85	53	62
34	1	10	8	6	10
35	3	3	7	7	5
36	4		3	1	1

〈표 52〉 군 입대년도 별 찰슨동반상병지수로 본 건강상태

입대 년도	찰슨동반상병지수					
	지수보유자 수(명)	최소값	최대값	중위수	평균	표준편차
2013	31,469	1	11	1	1.16	0.49
2014	36,383	1	11	1	1.16	0.48
2015	33,448	1	10	1	1.15	0.48
2016	39,539	1	10	1	1.15	0.48
2017	38,288	1	9	1	1.16	0.48

〈표 53〉 군 입대자의 관찰기간 5년간 군 입대 사실이 없는 사람들과 군 입대 경험자 비교

	전체			2013			2014			2015		
	입대자	비 입대자	p- value <sup>2</sup>	입대자	비 입대자	p- value	입대자	비 입대자	p- value	입대자	비 입대자	p- value
<b>연령(세)</b>												
18	4,935 (0.81) <sup>1</sup>	7,822 (1.29)	<.0001	1,339 (1.07)	2,350 (1.88)	<.0001	985 (0.80)	1,758 (1.43)	<.0001	727 (0.63)	1,260 (1.10)	<.0001
19	75,964 (12.49)	123,439 (20.29)		18,433 (14.75)	33,378 (26.70)		15,227 (12.40)	27,261 (22.20)		11,447 (9.99)	19,370 (16.91)	
20	348,258 (57.25)	195,519 (32.14)		71,131 (56.91)	38,158 (30.53)		73,156 (59.58)	35,175 (28.65)		68,247 (59.57)	37,142 (32.42)	
21	113,364 (18.64)	178,786 (29.39)		21,689 (17.35)	33,025 (26.42)		20,629 (16.80)	37,301 (30.38)		22,239 (19.41)	36,794 (32.11)	
22	32,168 (5.29)	50,951 (8.38)		6,160 (4.93)	8,834 (7.07)		6,104 (4.97)	10,474 (8.53)		5,709 (4.98)	9,997 (8.73)	
23	14,264 (2.35)	22,399 (3.68)		2,539 (2.03)	3,831 (3.06)		2,874 (2.34)	4,612 (3.76)		2,688 (2.35)	4,355 (3.80)	
≥24	19,306 (3.17)	29,343 (4.82)		3,702 (2.96)	5,417 (4.33)		3,810 (3.10)	6,204 (5.05)		3,513 (3.07)	5,652 (4.93)	
<b>주소지</b>												
Metropolitan (특별시, 광역시)	149,678 (24.61)	154,558 (25.41)	<.0001	32,590 (26.07)	32,315 (25.85)	0.2097	30,949 (25.21)	31,592 (25.73)	0.0029	28,700 (25.05)	29,224 (25.51)	0.0118
그 외 시도	458,581 (75.39)	453,701 (74.59)		92,403 (73.93)	92,678 (74.15)		91,836 (74.79)	91,193 (74.27)		85,870 (74.95)	85,346 (74.49)	
<b>보험료 등급</b>												
의료급여	17,000 (2.79)	25,150 (4.13)	<.0001	3,749 (3.00)	5,773 (4.62)	<.0001	3,464 (2.82)	4,950 (4.03)	<.0001	3,008 (2.63)	4,483 (3.91)	<.0001
지역보험Q1(Lo west)	22,982 (3.78)	42,888 (7.05)		5,408 (4.33)	9,688 (7.75)		4,909 (4.00)	9,050 (7.37)		4,177 (3.65)	8,196 (7.15)	
지역보험Q2	32,102 (5.28)	33,705 (5.54)		7,734 (6.19)	7,410 (5.93)		6,980 (5.68)	6,770 (5.51)		5,953 (5.20)	6,462 (5.64)	
지역보험Q3	36,553 (6.01)	29,392 (4.83)		8,408 (6.73)	6,649 (5.32)		7,977 (6.50)	6,186 (5.04)		6,941 (6.06)	5,379 (4.69)	
지역보험Q4	34,750 (5.71)	31,144 (5.12)		8,210 (6.57)	6,891 (5.51)		7,420 (6.04)	6,555 (5.34)		6,522 (5.69)	5,836 (5.09)	
지역보험Q5	35,608 (5.85)	30,273 (4.98)		8,016 (6.41)	7,084 (5.67)		7,368 (6.00)	6,593 (5.37)		6,728 (5.87)	5,641 (4.92)	
직장보험Q1 (Lowest)	71,308 (11.72)	94,790 (15.58)		13,341 (10.67)	19,247 (15.40)		13,979 (11.38)	18,926 (15.41)		13,227 (11.54)	18,156 (15.85)	
직장보험Q2	82,869 (13.62)	83,387 (13.71)		16,071 (12.86)	16,619 (13.30)		16,341 (13.31)	16,595 (13.52)		15,553 (13.58)	15,856 (13.84)	
직장보험Q3	87,417 (14.37)	77,933 (12.81)		17,870 (14.30)	14,007 (11.21)		17,917 (14.59)	14,933 (12.16)		16,828 (14.69)	14,570 (12.72)	
직장보험Q4	91,472 (15.04)	74,525 (12.25)		18,015 (14.41)	14,374 (11.50)		18,024 (14.68)	14,966 (12.19)		17,380 (15.17)	14,015 (12.23)	
직장보험Q5	90,479 (14.88)	75,440 (12.40)		17,023 (13.62)	15,361 (12.29)		17,465 (14.22)	15,453 (12.59)		17,293 (15.09)	14,102 (12.31)	
결측	5,719 (0.94)	9,632 (1.58)		1,148 (0.92)	1,890 (1.51)		941 (0.77)	1,808 (1.47)		960 (0.84)	1,874 (1.64)	

	전체			2016			2017		
	입대자	비 입대자	p- value <sup>2</sup>	입대자	비 입대자	p- value	입대자	비 입대자	p- value
<b>연령(세)</b>									
18	4,935 (0.81) <sup>1</sup>	7,822 (1.29)	<.0001	916 (0.70)	1,263 (0.97)	<.0001	968 (0.84)	1,191 (1.03)	<.0001
19	75,964 (12.49)	123,439 (20.29)		16,182 (12.43)	24,370 (18.71)		14,675 (12.69)	19,060 (16.48)	
20	348,258 (57.25)	195,519 (32.14)		71,948 (55.25)	42,627 (32.73)		63,776 (55.13)	42,417 (36.67)	
21	113,364 (18.64)	178,786 (29.39)		26,801 (20.58)	39,533 (30.36)		22,006 (19.02)	32,133 (27.78)	
22	32,168 (5.29)	50,951 (8.38)		7,274 (5.59)	11,632 (8.93)		6,921 (5.98)	10,014 (8.66)	
23	14,264 (2.35)	22,399 (3.68)		2,978 (2.29)	4,828 (3.71)		3,185 (2.75)	4,773 (4.13)	
≥24	19,306 (3.17)	29,343 (4.82)		4,131 (3.17)	5,977 (4.59)		4,150 (3.59)	6,093 (5.27)	
<b>주소지</b>									
Metropolitan (특별시, 광역시)	149,678 (24.61)	154,558 (25.41)	<.0001	29,906 (22.96)	32,681 (25.09)	<.0001	27,533 (23.80)	28,746 (24.85)	<.0001
그 외 시도	458,581 (75.39)	453,701 (74.59)		100,324 (77.04)	97,549 (74.91)		88,148 (76.20)	86,935 (75.15)	
<b>보험료 등급</b>									
의료급여	17,000 (2.79)	25,150 (4.13)	<.0001	3,653 (2.81)	5,351 (4.11)	<.0001	3,126 (2.70)	4,593 (3.97)	<.0001
지역보험Q1(Lo west)	22,982 (3.78)	42,888 (7.05)		4,441 (3.41)	8,747 (6.72)		4,047 (3.50)	7,207 (6.23)	
지역보험Q2	32,102 (5.28)	33,705 (5.54)		6,219 (4.78)	6,968 (5.35)		5,216 (4.51)	6,095 (5.27)	
지역보험Q3	36,553 (6.01)	29,392 (4.83)		7,257 (5.57)	5,929 (4.55)		5,970 (5.16)	5,249 (4.54)	
지역보험Q4	34,750 (5.71)	31,144 (5.12)		6,890 (5.29)	6,298 (4.84)		5,708 (4.93)	5,564 (4.81)	
지역보험Q5	35,608 (5.85)	30,273 (4.98)		7,222 (5.55)	5,965 (4.58)		6,274 (5.42)	4,990 (4.31)	
직장보험Q1(Lo west)	71,308 (11.72)	94,790 (15.58)		15,988 (12.28)	20,438 (15.69)		14,773 (12.77)	18,023 (15.58)	
직장보험Q2	82,869 (13.62)	83,387 (13.71)		18,518 (14.22)	17,905 (13.75)		16,386 (14.16)	16,412 (14.19)	
직장보험Q3	87,417 (14.37)	77,933 (12.81)		18,489 (14.20)	17,939 (13.77)		16,313 (14.10)	16,484 (14.25)	
직장보험Q4	91,472 (15.04)	74,525 (12.25)		20,014 (15.37)	16,410 (12.60)		18,039 (15.59)	14,760 (12.76)	
직장보험Q5	90,479 (14.88)	75,440 (12.40)		20,258 (15.56)	16,168 (12.41)		18,440 (15.94)	14,356 (12.41)	
결측	5,719 (0.94)	9,632 (1.58)		1,281 (0.98)	2,112 (1.62)		1,389 (1.20)	1,948 (1.68)	

장병 건강권 보장을 위한 군 의료체계 실태조사

군 입대자와 대조군(비입대자) 들 중 입대 전 동반상병(찰슨동반상병지수 산정 기준 질환)이 없는 건강한 사람들로  
만 최종 분석 대상자 선정

## 2절

## 데이터베이스 분석 결과

## 1. 사망 결과 비교

〈표 54〉 2013년 군 입대 코호트와 대조군의 사망 비교

		2013						
					MODEL 1		MODEL 2	
		변수 (ref)	N	No of incident cases	OR	p-value	OR	p-value
2FU	사망	군 입대 (비입대자)	249,986	457	0.168	<.0001	0.180	<.0001
		연령- 18세 (20세)					0.838	0.648
		연령- 19세 (20세)					1.336	0.011
		연령- 21세 (20세)					0.747	0.030
		연령- 22세 (20세)					0.595	0.033
		연령- 23세 (20세)					0.508	0.080
		연령- 24세 이상 (20세)					0.879	0.617
		주소지 - 그 외 (특별시 및 광역시)					0.888	0.281
		보험료 등급 - 의료급여 (직장건보 5분위)					1.960	0.002
		보험료 등급 - 지역건보 1분위 (직장건보 5분위)					1.554	0.034
		보험료 등급 - 지역건보 2분위 (직장건보 5분위)					1.108	0.673
		보험료 등급 - 지역건보 3분위 (직장건보 5분위)					0.874	0.619
		보험료 등급 - 지역건보 4분위 (직장건보 5분위)					1.317	0.240
		보험료 등급 - 지역건보 5분위 (직장건보 5분위)					1.782	0.007
		보험료 등급 - 직장건보 1분위 (직장건보 5분위)					1.561	0.013
		보험료 등급 - 직장건보 2분위 (직장건보 5분위)					0.846	0.424
		보험료 등급 - 직장건보 3분위 (직장건보 5분위)					0.710	0.132
		보험료 등급 - 직장건보 4분위 (직장건보 5분위)					0.874	0.527
		보험료 등급 - 결측 (직장건보 5분위)					2.476	0.004
5FU	사망	군 입대 (비입대자)	249,986	724	0.265	<.0001	0.294	<.0001

장병 건강권 보장을 위한 군 의료체계 실태조사

2013						
변수 (ref)	N	No of incident cases	MODEL 1		MODEL 2	
			OR	p-value	OR	p-value
연령- 18세 (20세)					0.965	0.903
연령- 19세 (20세)					1.302	0.005
연령- 21세 (20세)					0.871	0.185
연령- 22세 (20세)					0.783	0.167
연령- 23세 (20세)					0.492	0.028
연령- 24세 이상 (20세)					0.946	0.787
주소지 - 그 외 (특별시 및 광역시)					0.976	0.772
보험료 등급 - 의료급여 (직장건보 5분위)					2.413	<.0001
보험료 등급 - 지역건보 1분위 (직장건보 5분위)					2.138	<.0001
보험료 등급 - 지역건보 2분위 (직장건보 5분위)					1.241	0.263
보험료 등급 - 지역건보 3분위 (직장건보 5분위)					1.043	0.841
보험료 등급 - 지역건보 4분위 (직장건보 5분위)					1.243	0.267
보험료 등급 - 지역건보 5분위 (직장건보 5분위)					1.877	0.000
보험료 등급 - 직장건보 1분위 (직장건보 5분위)					1.632	0.001
보험료 등급 - 직장건보 2분위 (직장건보 5분위)					0.851	0.348
보험료 등급 - 직장건보 3분위 (직장건보 5분위)					0.691	0.048
보험료 등급 - 직장건보 4분위 (직장건보 5분위)					0.794	0.198
보험료 등급 - 결측 (직장건보 5분위)					3.300	<.0001

〈표 55〉 2014년 군 입대 코호트와 대조군의 사망 비교

		2014						
					MODEL 1		MODEL 2	
		변수 (ref)	N	No of incident cases	OR	p-value	OR	p-value
2FU	사망	군 입대 (비입대자)	245,570	381	0.161	<.0001	0.158	<.0001
		연령- 18세 (20세)					1.453	0.279
		연령- 19세 (20세)					0.962	0.774
		연령- 21세 (20세)					0.743	0.026
		연령- 22세 (20세)					0.413	0.001
		연령- 23세 (20세)					0.561	0.093
		연령- 24세 이상 (20세)					0.570	0.062
		주소지 - 그 외 (특별시 및 광역시)					0.948	0.650
		보험료 등급 - 의료급여 (직장건보 5분위)					1.829	0.021
		보험료 등급 - 지역건보 1분위 (직장건보 5분위)					1.822	0.007
		보험료 등급 - 지역건보 2분위 (직장건보 5분위)					1.539	0.083
		보험료 등급 - 지역건보 3분위 (직장건보 5분위)					1.198	0.509
		보험료 등급 - 지역건보 4분위 (직장건보 5분위)					1.472	0.128
		보험료 등급 - 지역건보 5분위 (직장건보 5분위)					1.507	0.102
		보험료 등급 - 직장건보 1분위 (직장건보 5분위)					1.724	0.005
		보험료 등급 - 직장건보 2분위 (직장건보 5분위)					0.719	0.172
		보험료 등급 - 직장건보 3분위 (직장건보 5분위)					0.620	0.064
		보험료 등급 - 직장건보 4분위 (직장건보 5분위)					1.009	0.969
		보험료 등급 - 결측 (직장건보 5분위)					1.973	0.080
5FU	사망	군 입대 (비입대자)	245,570	653	0.250	<.0001	0.248	<.0001
		연령- 18세 (20세)					1.370	0.254
		연령- 19세 (20세)					0.953	0.648
		연령- 21세 (20세)					0.752	0.006
		연령- 22세 (20세)					0.525	0.001
		연령- 23세 (20세)					0.497	0.014
		연령- 24세 이상 (20세)					0.703	0.101

장병 건강권 보장을 위한 군 의료체계 실태조사

2014						
변수 (ref)	N	No of incident cases	MODEL 1		MODEL 2	
			OR	p-value	OR	p-value
주소지 - 그 외 (특별시 및 광역시)					0.935	0.458
보험료 등급 - 의료급여 (직장건보 5분위)					2.407	<.0001
보험료 등급 - 지역건보 1분위 (직장건보 5분위)					1.749	0.001
보험료 등급 - 지역건보 2분위 (직장건보 5분위)					1.877	0.001
보험료 등급 - 지역건보 3분위 (직장건보 5분위)					1.177	0.437
보험료 등급 - 지역건보 4분위 (직장건보 5분위)					1.129	0.566
보험료 등급 - 지역건보 5분위 (직장건보 5분위)					1.559	0.020
보험료 등급 - 직장건보 1분위 (직장건보 5분위)					1.574	0.003
보험료 등급 - 직장건보 2분위 (직장건보 5분위)					0.924	0.647
보험료 등급 - 직장건보 3분위 (직장건보 5분위)					0.639	0.021
보험료 등급 - 직장건보 4분위 (직장건보 5분위)					0.864	0.413
보험료 등급 - 결측 (직장건보 5분위)					2.071	0.013

〈표 56〉 2015년 군 입대 코호트와 대조군의 사망 비교

		2015						
					MODEL 1		MODEL 2	
		변수 (ref)	N	No of incident cases	OR	p-value	OR	p-value
2FU	사망	군 입대 (비입대자)	229,140	301	0.123	<.0001	0.128	<.0001
		연령- 18세 (20세)					0.286	0.213
		연령- 19세 (20세)					0.997	0.986
		연령- 21세 (20세)					0.995	0.973
		연령- 22세 (20세)					0.584	0.052
		연령- 23세 (20세)					1.343	0.285
		연령- 24세 이상 (20세)					0.419	0.039
		주소지 - 그 외 (특별시 및 광역시)					0.998	0.989
		보험료 등급 - 의료급여 (직장건보 5분위)					3.863	<.0001
		보험료 등급 - 지역건보 1분위 (직장건보 5분위)					2.163	0.004
		보험료 등급 - 지역건보 2분위 (직장건보 5분위)					1.657	0.095
		보험료 등급 - 지역건보 3분위 (직장건보 5분위)					1.805	0.055
		보험료 등급 - 지역건보 4분위 (직장건보 5분위)					1.331	0.389
		보험료 등급 - 지역건보 5분위 (직장건보 5분위)					2.710	0.000
		보험료 등급 - 직장건보 1분위 (직장건보 5분위)					1.671	0.033
		보험료 등급 - 직장건보 2분위 (직장건보 5분위)					0.822	0.496
		보험료 등급 - 직장건보 3분위 (직장건보 5분위)					0.841	0.552
		보험료 등급 - 직장건보 4분위 (직장건보 5분위)					1.218	0.460
		보험료 등급 - 결측 (직장건보 5분위)					2.650	0.017
5FU	사망	군 입대 (비입대자)	229,140	524	0.229	<.0001	0.236	<.0001
		연령- 18세 (20세)					0.335	0.124
		연령- 19세 (20세)					1.009	0.942
		연령- 21세 (20세)					0.939	0.562
		연령- 22세 (20세)					0.644	0.030
		연령- 23세 (20세)					1.158	0.515
		연령- 24세 이상 (20세)					0.619	0.074

장병 건강권 보장을 위한 군 의료체계 실태조사

2015						
변수 (ref)	N	No of incident cases	MODEL 1		MODEL 2	
			OR	p-value	OR	p-value
주소지 - 그 외 (특별시 및 광역시)					0.887	0.247
보험료 등급 - 의료급여 (직장건보 5분위)					3.225	<.0001
보험료 등급 - 지역건보 1분위 (직장건보 5분위)					1.948	0.001
보험료 등급 - 지역건보 2분위 (직장건보 5분위)					1.704	0.012
보험료 등급 - 지역건보 3분위 (직장건보 5분위)					1.315	0.247
보험료 등급 - 지역건보 4분위 (직장건보 5분위)					1.216	0.414
보험료 등급 - 지역건보 5분위 (직장건보 5분위)					1.905	0.002
보험료 등급 - 직장건보 1분위 (직장건보 5분위)					1.365	0.078
보험료 등급 - 직장건보 2분위 (직장건보 5분위)					0.829	0.351
보험료 등급 - 직장건보 3분위 (직장건보 5분위)					0.818	0.327
보험료 등급 - 직장건보 4분위 (직장건보 5분위)					1.010	0.959
보험료 등급 - 결측 (직장건보 5분위)					1.685	0.132

〈표 57〉 2016년 군 입대 코호트와 대조군의 사망 비교

		2016						
					MODEL 1		MODEL 2	
		변수 (ref)	N	No of incident cases	OR	p-value	OR	p-value
2FU	사망	군 입대 (비입대자)	260,460	343	0.174	<.0001	0.179	<.0001
		연령- 18세 (20세)					0.279	0.204
		연령- 19세 (20세)					1.069	0.649
		연령- 21세 (20세)					0.789	0.088
		연령- 22세 (20세)					0.824	0.369
		연령- 23세 (20세)					0.617	0.186
		연령- 24세 이상 (20세)					0.735	0.309
		주소지 - 그 외 (특별시 및 광역시)					1.078	0.541
		보험료 등급 - 의료급여 (직장건보 5분위)					4.217	<.0001
		보험료 등급 - 지역건보 1분위 (직장건보 5분위)					2.278	0.003
		보험료 등급 - 지역건보 2분위 (직장건보 5분위)					2.782	0.000
		보험료 등급 - 지역건보 3분위 (직장건보 5분위)					1.675	0.115
		보험료 등급 - 지역건보 4분위 (직장건보 5분위)					3.229	<.0001
		보험료 등급 - 지역건보 5분위 (직장건보 5분위)					1.544	0.193
		보험료 등급 - 직장건보 1분위 (직장건보 5분위)					2.006	0.004
		보험료 등급 - 직장건보 2분위 (직장건보 5분위)					0.814	0.487
		보험료 등급 - 직장건보 3분위 (직장건보 5분위)					1.667	0.043
		보험료 등급 - 직장건보 4분위 (직장건보 5분위)					1.662	0.046
		보험료 등급 - 결측 (직장건보 5분위)					3.577	0.001
5FU	사망	군 입대 (비입대자)	260,460	601	0.267	<.0001	0.275	<.0001
		연령- 18세 (20세)					0.665	0.419
		연령- 19세 (20세)					0.907	0.414
		연령- 21세 (20세)					0.946	0.587
		연령- 22세 (20세)					0.799	0.186
		연령- 23세 (20세)					0.859	0.535
		연령- 24세 이상 (20세)					0.916	0.685

장병 건강권 보장을 위한 군 의료체계 실태조사

2016						
변수 (ref)	N	No of incident cases	MODEL 1		MODEL 2	
			OR	p-value	OR	p-value
주소지 - 그 외 (특별시 및 광역시)					1.053	0.581
보험료 등급 - 의료급여 (직장건보 5분위)					2.705	<.0001
보험료 등급 - 지역건보 1분위 (직장건보 5분위)					1.721	0.004
보험료 등급 - 지역건보 2분위 (직장건보 5분위)					1.896	0.001
보험료 등급 - 지역건보 3분위 (직장건보 5분위)					1.146	0.553
보험료 등급 - 지역건보 4분위 (직장건보 5분위)					1.645	0.014
보험료 등급 - 지역건보 5분위 (직장건보 5분위)					1.138	0.574
보험료 등급 - 직장건보 1분위 (직장건보 5분위)					1.320	0.085
보험료 등급 - 직장건보 2분위 (직장건보 5분위)					0.646	0.026
보험료 등급 - 직장건보 3분위 (직장건보 5분위)					0.984	0.926
보험료 등급 - 직장건보 4분위 (직장건보 5분위)					1.106	0.557
보험료 등급 - 결측 (직장건보 5분위)					1.523	0.199

〈표 58〉 2017년 군 입대 코호트와 대조군의 사망 비교

		2017						
					MODEL 1		MODEL 2	
		변수 (ref)	N	No of incident cases	OR	p-value	OR	p-value
2FU	사망	군 입대 (비입대자)	231,362	308	0.184	<.0001	0.190	<.0001
		연령- 18세 (20세)					0.309	0.243
		연령- 19세 (20세)					1.048	0.770
		연령- 21세 (20세)					0.739	0.049
		연령- 22세 (20세)					1.082	0.703
		연령- 23세 (20세)					1.418	0.167
		연령- 24세 이상 (20세)					0.684	0.228
		주소지 - 그 외 (특별시 및 광역시)					0.883	0.360
		보험료 등급 - 의료급여 (직장건보 5분위)					3.121	0.000
		보험료 등급 - 지역건보 1분위 (직장건보 5분위)					2.830	0.000
		보험료 등급 - 지역건보 2분위 (직장건보 5분위)					1.988	0.029
		보험료 등급 - 지역건보 3분위 (직장건보 5분위)					1.576	0.191
		보험료 등급 - 지역건보 4분위 (직장건보 5분위)					2.571	0.002
		보험료 등급 - 지역건보 5분위 (직장건보 5분위)					2.138	0.018
		보험료 등급 - 직장건보 1분위 (직장건보 5분위)					2.418	0.000
		보험료 등급 - 직장건보 2분위 (직장건보 5분위)					0.951	0.865
		보험료 등급 - 직장건보 3분위 (직장건보 5분위)					0.827	0.530
		보험료 등급 - 직장건보 4분위 (직장건보 5분위)					1.960	0.009
		보험료 등급 - 결측 (직장건보 5분위)					3.171	0.004
5FU	사망	군 입대 (비입대자)	231,362	543	0.292	<.0001	0.304	<.0001
		연령- 18세 (20세)					0.744	0.5582
		연령- 19세 (20세)					1.016	0.9036
		연령- 21세 (20세)					0.901	0.3548
		연령- 22세 (20세)					1.191	0.2647
		연령- 23세 (20세)					1.285	0.2291
		연령- 24세 이상 (20세)					1.095	0.6537

장병 건강권 보장을 위한 군 의료체계 실태조사

2017						
변수 (ref)	N	No of incident cases	MODEL 1		MODEL 2	
			OR	p-value	OR	p-value
주소지 - 그 외 (특별시 및 광역시)					0.8	0.0351
보험료 등급 - 의료급여 (직장건보 5분위)					3.118	<.0001
보험료 등급 - 지역건보 1분위 (직장건보 5분위)					2.442	<.0001
보험료 등급 - 지역건보 2분위 (직장건보 5분위)					1.744	0.0169
보험료 등급 - 지역건보 3분위 (직장건보 5분위)					1.692	0.0286
보험료 등급 - 지역건보 4분위 (직장건보 5분위)					1.878	0.0063
보험료 등급 - 지역건보 5분위 (직장건보 5분위)					1.944	0.0043
보험료 등급 - 직장건보 1분위 (직장건보 5분위)					1.809	0.001
보험료 등급 - 직장건보 2분위 (직장건보 5분위)					0.986	0.9457
보험료 등급 - 직장건보 3분위 (직장건보 5분위)					0.881	0.5459
보험료 등급 - 직장건보 4분위 (직장건보 5분위)					1.729	0.003
보험료 등급 - 결측 (직장건보 5분위)					2.483	0.003

## 2. 새로운 질환발생 결과 비교

군 입대자 코호트와 대조군의 2년, 5년 관찰 기간 중 새로운 질환(찰슨동반상병지수산정 기준 질환) 발생을 비교하였다(표 59-표 63).

〈표 59〉 2013년 군 입대 코호트와 대조군의 새로운 질환 발생 비교

		2013					
		MODEL 1			MODEL 2		
	질병	N	No of incident cases	OR	p-value	OR	p-value
2FU	심근경색	249,986	84	0.555	0.0098	0.589	0.0254
	울혈성 심부전	249,986	292	0.269	<.0001	0.284	<.0001
	말초 혈관병증	249,986	2,113	0.695	<.0001	0.713	<.0001
	뇌혈관질환	249,986	795	0.404	<.0001	0.417	<.0001
	치매	249,986	42	0.167	<.0001	0.206	0.0005
	만성 폐질환	249,986	37,965	0.727	<.0001	0.755	<.0001
	결합조직 질환	249,986	2,342	0.632	<.0001	0.647	<.0001
	궤양	249,986	24,556	0.742	<.0001	0.766	<.0001
	간질환	249,986	6,925	0.511	<.0001	0.544	<.0001
	당뇨병	249,986	1,839	0.325	<.0001	0.355	<.0001
	마비	249,986	180	0.125	<.0001	0.139	<.0001
	중증도, 중증 신장질환	249,986	1,712	0.542	<.0001	0.592	<.0001
	당뇨병(합병증 동반)	249,986	499	0.299	<.0001	0.334	<.0001
	암	249,986	290	0.428	<.0001	0.454	<.0001
	백혈병	249,986	50	0.136	<.0001	0.17	<.0001
	림프종	249,986	47	0.424	0.0072	0.475	0.0242
	중증도, 중증 간질환	249,986	168	0.585	0.0008	0.641	0.0077
	전이 고형종양	249,986	39	0.393	0.0086	0.445	0.0278
	후천성 면역결핍증	249,986	87	0.359	<.0001	0.391	0.0002
	5FU	심근경색	249,986	166	0.596	0.0013	0.62
울혈성 심부전		249,986	638	0.383	<.0001	0.408	<.0001
말초 혈관병증		249,986	4,727	0.814	<.0001	0.841	<.0001
뇌혈관질환		249,986	1,461	0.53	<.0001	0.554	<.0001
치매		249,986	99	0.32	<.0001	0.367	<.0001
만성 폐질환		249,986	65,803	0.880	<.0001	0.907	<.0001
결합조직 질환		249,986	4,288	0.734	<.0001	0.751	<.0001
궤양		249,986	43,629	0.898	<.0001	0.926	<.0001
간질환		249,986	12,594	0.626	<.0001	0.657	<.0001
당뇨병		249,986	3,445	0.447	<.0001	0.479	<.0001
마비		249,986	282	0.205	<.0001	0.225	<.0001
중증도, 중증 신장질환		249,986	2,967	0.646	<.0001	0.689	<.0001
당뇨병(합병증 동반)		249,986	988	0.328	<.0001	0.359	<.0001
암		249,986	546	0.555	<.0001	0.579	<.0001
백혈병		249,986	77	0.283	<.0001	0.327	<.0001
림프종		249,986	80	0.481	0.0022	0.552	0.0163
중증도, 중증 간질환		249,986	296	0.682	0.0012	0.739	0.0144
전이 고형종양		249,986	81	0.421	0.0004	0.478	0.0034
후천성 면역결핍증		249,986	151	0.373	<.0001	0.411	<.0001

〈표 60〉 2014년 군 입대 코호트와 대조군의 새로운 질환 발생 비교

		2014					
		MODEL 1			MODEL 2		
질병	N	No of incident cases	OR	p-value	OR	p-value	
2FU	심근경색	245,570	89	0.648	0.0457	0.622	0.0381
	울혈성 심부전	245,570	354	0.356	<.0001	0.365	<.0001
	말초 혈관병증	245,570	2,526	0.690	<.0001	0.715	<.0001
	뇌혈관질환	245,570	765	0.514	<.0001	0.528	<.0001
	치매	245,570	61	0.151	<.0001	0.16	<.0001
	만성 폐질환	245,570	39,577	0.814	<.0001	0.821	<.0001
	결합조직 질환	245,570	2,381	0.727	<.0001	0.746	<.0001
	퀘양	245,570	24,356	0.776	<.0001	0.797	<.0001
	간질환	245,570	6,897	0.553	<.0001	0.572	<.0001
	당뇨병	245,570	1,921	0.394	<.0001	0.412	<.0001
	마비	245,570	156	0.130	<.0001	0.138	<.0001
	중증도, 중증 신장질환	245,570	1,653	0.534	<.0001	0.544	<.0001
	당뇨병(합병증 동반)	245,570	551	0.302	<.0001	0.329	<.0001
	암	245,570	302	0.398	<.0001	0.422	<.0001
	백혈병	245,570	40	0.379	0.0062	0.369	0.0073
	림프종	245,570	51	0.417	0.0044	0.367	0.0018
	중증도, 중증 간질환	245,570	167	0.637	0.0045	0.642	0.0083
	전이 고형종양	245,570	50	0.389	0.0027	0.348	0.0014
	후천성 면역결핍증	245,570	66	0.404	0.0009	0.394	0.0011
	5FU	심근경색	245,570	161	0.610	0.0023	0.62
울혈성 심부전		245,570	729	0.382	<.0001	0.402	<.0001
말초 혈관병증		245,570	5,149	0.795	<.0001	0.817	<.0001
뇌혈관질환		245,570	1,378	0.647	<.0001	0.652	<.0001
치매		245,570	102	0.275	<.0001	0.274	<.0001
만성 폐질환		245,570	67,320	0.954	<.0001	0.961	<.0001
결합조직 질환		245,570	4,316	0.824	<.0001	0.832	<.0001
퀘양		245,570	43,152	0.942	<.0001	0.962	0.0006
간질환		245,570	12,918	0.658	<.0001	0.679	<.0001
당뇨병		245,570	3,676	0.480	<.0001	0.508	<.0001
마비		245,570	250	0.196	<.0001	0.214	<.0001
중증도, 중증 신장질환		245,570	2,948	0.682	<.0001	0.697	<.0001
당뇨병(합병증 동반)		245,570	1,072	0.361	<.0001	0.379	<.0001
암		245,570	547	0.553	<.0001	0.571	<.0001
백혈병		245,570	58	0.415	0.0023	0.435	0.0062
림프종		245,570	74	0.480	0.0031	0.433	0.0014
중증도, 중증 간질환		245,570	289	0.762	0.0221	0.775	0.0427
전이 고형종양		245,570	90	0.343	<.0001	0.276	<.0001
후천성 면역결핍증		245,570	114	0.500	0.0005	0.497	0.0008

〈표 61〉 2015년 군 입대 코호트와 대조군의 새로운 질환 발생 비교

		2015					
		MODEL 1			MODEL 2		
질병	N	No of incident cases	OR	p-value	OR	p-value	
2FU	심근경색	229,140	87	0.553	0.0082	0.597	0.0277
	울혈성 심부전	229,140	376	0.240	<.0001	0.236	<.0001
	말초 혈관병증	229,140	2,772	0.724	<.0001	0.716	<.0001
	뇌혈관질환	229,140	733	0.510	<.0001	0.518	<.0001
	치매	229,140	65	0.161	<.0001	0.168	<.0001
	만성 폐질환	229,140	39,115	0.782	<.0001	0.783	<.0001
	결합조직 질환	229,140	2,477	0.783	<.0001	0.755	<.0001
	궤양	229,140	24,049	0.779	<.0001	0.785	<.0001
	간질환	229,140	6,542	0.537	<.0001	0.538	<.0001
	당뇨병	229,140	1,891	0.339	<.0001	0.341	<.0001
	마비	229,140	130	0.150	<.0001	0.15	<.0001
	중증도, 중증 신장질환	229,140	1,632	0.524	<.0001	0.527	<.0001
	당뇨병(합병증 동반)	229,140	563	0.259	<.0001	0.263	<.0001
	암	229,140	262	0.523	<.0001	0.532	<.0001
	백혈병	229,140	45	0.324	0.0011	0.37	0.0055
	림프종	229,140	49	0.400	0.0038	0.402	0.0055
	중증도, 중증 간질환	229,140	133	0.565	0.0015	0.612	0.0094
	전이 고형종양	229,140	42	0.555	0.0679	0.603	0.1327
	후천성 면역결핍증	229,140	68	0.581	0.031	0.584	0.0401
	5FU	심근경색	229,140	185	0.623	0.0017	0.634
울혈성 심부전		229,140	755	0.362	<.0001	0.367	<.0001
말초 혈관병증		229,140	5,480	0.820	<.0001	0.818	<.0001
뇌혈관질환		229,140	1,296	0.618	<.0001	0.631	<.0001
치매		229,140	84	0.151	<.0001	0.153	<.0001
만성 폐질환		229,140	66,116	0.955	<.0001	0.954	<.0001
결합조직 질환		229,140	4,499	0.844	<.0001	0.86	<.0001
궤양		229,140	41,607	0.941	<.0001	0.945	<.0001
간질환		229,140	12,549	0.649	<.0001	0.655	<.0001
당뇨병		229,140	3,767	0.454	<.0001	0.465	<.0001
마비		229,140	207	0.239	<.0001	0.238	<.0001
중증도, 중증 신장질환		229,140	2,843	0.690	<.0001	0.705	<.0001
당뇨병(합병증 동반)		229,140	1,046	0.329	<.0001	0.331	<.0001
암		229,140	539	0.643	<.0001	0.667	<.0001
백혈병		229,140	68	0.545	0.0169	0.586	0.0439
림프종		229,140	82	0.547	0.009	0.55	0.0131
중증도, 중증 간질환		229,140	239	0.626	0.0004	0.677	0.005
전이 고형종양		229,140	100	0.639	0.0291	0.679	0.0715
후천성 면역결핍증		229,140	119	0.566	0.0028	0.606	0.012

〈표 62〉 2016년 군 입대 코호트와 대조군의 새로운 질환 발생 비교

		2016					
		MODEL 1			MODEL 2		
질병	N	No of incident cases	OR	p-value	OR	p-value	
2FU	심근경색	260,460	128	0.506	0.0003	0.516	0.0006
	울혈성 심부전	260,460	544	0.366	<.0001	0.365	<.0001
	말초 혈관병증	260,460	3,577	0.696	<.0001	0.715	<.0001
	뇌혈관질환	260,460	861	0.520	<.0001	0.529	<.0001
	치매	260,460	64	0.280	<.0001	0.337	0.0004
	만성 폐질환	260,460	49,721	0.774	<.0001	0.771	<.0001
	결합조직 질환	260,460	2,830	0.769	<.0001	0.77	<.0001
	퀘양	260,460	29,539	0.752	<.0001	0.753	<.0001
	간질환	260,460	8,068	0.529	<.0001	0.536	<.0001
	당뇨병	260,460	2,452	0.350	<.0001	0.361	<.0001
	마비	260,460	151	0.227	<.0001	0.24	<.0001
	중증도, 중증 신장질환	260,460	1,946	0.570	<.0001	0.582	<.0001
	당뇨병(합병증 동반)	260,460	647	0.270	<.0001	0.277	<.0001
	암	260,460	349	0.517	<.0001	0.514	<.0001
	백혈병	260,460	32	0.524	0.0823	0.471	0.0494
	림프종	260,460	54	0.459	0.0079	0.428	0.005
	중증도, 중증 간질환	260,460	133	0.602	0.0046	0.626	0.0113
	전이 고형종양	260,460	47	0.516	0.0317	0.489	0.0242
후천성 면역결핍증	260,460	74	0.276	<.0001	0.285	<.0001	
5FU	심근경색	260,460	245	0.644	0.0008	0.65	0.0014
	울혈성 심부전	260,460	1,025	0.446	<.0001	0.445	<.0001
	말초 혈관병증	260,460	7,109	0.831	<.0001	0.846	<.0001
	뇌혈관질환	260,460	1,540	0.613	<.0001	0.622	<.0001
	치매	260,460	103	0.256	<.0001	0.286	<.0001
	만성 폐질환	260,460	73,326	0.833	<.0001	0.878	<.0001
	결합조직 질환	260,460	5,128	0.806	<.0001	0.808	<.0001
	퀘양	260,460	47,158	0.887	<.0001	0.885	<.0001
	간질환	260,460	14,788	0.651	<.0001	0.66	<.0001
	당뇨병	260,460	4,645	0.441	<.0001	0.452	<.0001
	마비	260,460	235	0.335	<.0001	0.348	<.0001
	중증도, 중증 신장질환	260,460	3,321	0.684	<.0001	0.695	<.0001
	당뇨병(합병증 동반)	260,460	1,230	0.331	<.0001	0.342	<.0001
	암	260,460	604	0.576	<.0001	0.566	<.0001
	백혈병	260,460	52	0.625	0.0991	0.572	0.0571
	림프종	260,460	85	0.700	0.1056	0.692	0.1065
	중증도, 중증 간질환	260,460	222	0.748	0.0323	0.765	0.0559
	전이 고형종양	260,460	92	0.614	0.0231	0.629	0.0365
후천성 면역결핍증	260,460	125	0.389	<.0001	0.426	<.0001	

〈표 63〉 2017년 군 입대 코호트와 대조군의 새로운 질환 발생 비교

		2017					
		MODEL 1			MODEL 2		
질병	N	No of incident cases	OR	p-value	OR	p-value	
2FU	심근경색	231,362	118	0.616	0.0107	0.629	0.0168
	울혈성 심부전	231,362	598	0.413	<.0001	0.413	<.0001
	말초 혈관병증	231,362	3,650	0.798	<.0001	0.808	<.0001
	뇌혈관질환	231,362	818	0.593	<.0001	0.601	<.0001
	치매	231,362	56	0.333	0.0004	0.325	0.0003
	만성 폐질환	231,362	47,758	0.784	<.0001	0.787	<.0001
	결합조직 질환	231,362	2,801	0.755	<.0001	0.749	<.0001
	퀘양	231,362	27,339	0.763	<.0001	0.767	<.0001
	간질환	231,362	7,790	0.540	<.0001	0.555	<.0001
	당뇨병	231,362	2,566	0.395	<.0001	0.407	<.0001
	마비	231,362	125	0.262	<.0001	0.271	<.0001
	중증도, 중증 신장질환	231,362	1,854	0.608	<.0001	0.617	<.0001
	당뇨병(합병증 동반)	231,362	675	0.266	<.0001	0.271	<.0001
	암	231,362	324	0.514	<.0001	0.54	<.0001
	백혈병	231,362	36	0.636	0.1861	0.692	0.2901
	림프종	231,362	71	0.420	0.0008	0.435	0.0017
	중증도, 중증 간질환	231,362	115	0.643	0.0208	0.641	0.0226
	전이 고형종양	231,362	48	0.263	0.0002	0.25	0.0001
	후천성 면역결핍증	231,362	59	0.255	<.0001	0.318	0.0005
	5FU	심근경색	231,362	278	0.635	0.0002	0.652
울혈성 심부전		231,362	1,330	0.509	<.0001	0.511	<.0001
말초 혈관병증		231,362	7,133	0.846	<.0001	0.857	<.0001
뇌혈관질환		231,362	1,439	0.626	<.0001	0.645	<.0001
치매		231,362	86	0.246	<.0001	0.237	<.0001
만성 폐질환		231,362	60,944	0.837	<.0001	0.839	<.0001
결합조직 질환		231,362	4,952	0.798	<.0001	0.795	<.0001
퀘양		231,362	41,553	0.850	<.0001	0.854	<.0001
간질환		231,362	14,048	0.645	<.0001	0.66	<.0001
당뇨병		231,362	4,837	0.471	<.0001	0.48	<.0001
마비		231,362	193	0.304	<.0001	0.32	<.0001
중증도, 중증 신장질환		231,362	3,089	0.695	<.0001	0.702	<.0001
당뇨병(합병증 동반)		231,362	1,326	0.336	<.0001	0.34	<.0001
암		231,362	584	0.595	<.0001	0.638	<.0001
백혈병		231,362	67	0.675	0.1146	0.717	0.1912
림프종		231,362	115	0.575	0.0043	0.597	0.0091
중증도, 중증 간질환		231,362	196	0.647	0.0029	0.65	0.0039
전이 고형종양		231,362	105	0.419	<.0001	0.432	<.0001
후천성 면역결핍증		231,362	114	0.357	<.0001	0.368	<.0001

### 3. 비교 분석 결과

#### 가. 사망 비교

군 입대자와 대조군(비입대자) 들 중 입대 전 동반상병(찰슨동반상병지수 산정 기준 질환들)이 없는 건강한 사람들로만 최종 분석 대상자 선정하여 분석한 결과에서, 군 입대자에서 대조군(비 입대자- 일반 사회활동군)에 비해 더 사망이 적었다(표 54- 표 58).

입대 후 첫 2년간의 관찰기간 동안의 사망 확률이, 제대 후 총 5년간 추적 관찰한 기간보다 더 적었다.

#### 나. 새로운 질환발생 비교

군 입대자와 대조군(비입대자) 들 중 입대 전 동반상병(찰슨동반상병지수 산정 기준 질환들)이 없는 건강한 사람들로만 최종 분석 대상자 선정하여 분석한 결과에서, 군 입대자에서 대조군(비 입대자- 일반 사회활동군)에 비해 더 새로운 질환 발생이 더 적었다(표 59 - 표 63).

백혈병, 림프종의 경우 일부 연도에선 양 그룹 간 발생 차이가 없는 경우도 있다.

입대 후 첫 2년간의 관찰기간 동안의 새로운 질환발생 확률이, 제대 후 총 5년간 추적관찰한 기간보다 더 적었다.

거의 모든 질환들이 제대 후를 포함한 기간에서 군 입대자에게서 대조군보다 적었던 발생확률의 차이가 다소 줄어드는 데 반해, 치매의 경우는 몇 개년도에서 군 입대자에서의 발생이 더 줄어들기도 했다.

#### 다. 분석결과 연구 해석 유의점 (연구의 제한점)

기존 질환이 있었던 군 입대자와 비입대자는 동일한 비교를 할 수 있는 방법을 찾을 수 없어, 분석에서 제외하였으므로, 분석할 수 있었다면, 그 결과는 건강한 사람들의 결과인 본 결과와는 같지 않을 수도 있다.

군 입대 전 기간 중, 건강상태는 찰슨동반상병 기준 질환들을 통해 확인하였으나, 그 외 건강하지 않은 상황을 모두 다 파악하지 못하였을 수도 있으므로, 그런 건강상의 자료상으로 알 수 없는 세부 건강상태가 입대자의 건강상태를 실제 건강상태보다 더 좋은 것으로 바이어스를 일으킨다면 관찰 초기에 이런 사례를 걸러낼 수 없었을 것이므로, 대조군이 관찰기간 중 건강상의 악화가 일어날 가능성이 더 클 수 있으나, 이런 점을 구분할 수 있는 자료는 없어서, 이런 방향의 바이어스가 있을 경우, 발견할 수 없음. 그럼에도 불구하고, 제대 후 일반사회에 통합된 이후 군 입대 기간 대조군보다 덜 발생하던 사망과 질병이 일관되게

그 격차가 줄어드는 점으로 볼 때, 입대자의 제대 이후 기간인 일반 사회생활 기간이 입대 기간에 비해 건강상의 위험 요소가 증가하는 것으로 볼 수 있으므로, 위와 같은 바이어스의 가능성으로 인한 사례가 결과의 바이어스를 일으킬 가능성은 크지 않았을 것으로 볼 수 있다.

## 3절

## 군 장병 건강관리체계 소결

동일한 건강상태를 갖고 있던 사람이 군 입대를 하지 않고, 일반 사회에 있었다면, 발생하는 사망이나 새로운 질환의 발생이 더 많았을 것을 시사하는 이 연구 결과로 볼 때, 군 사망사고의 수준은 일반 사회의 사망사고 보다는 적은 것으로 볼 수 있다.

그럼에도 불구하고, 사회에서 발생하는 사망이나 질환의 발생이 바람직한 결과로써 따라야 하는 수준에 있는 것은 전혀 아님. 군 사망사고와 새로운 질환 발생은 막을 수 있다면 최대한 막아야 할 일이고 앞으로 도 더 발생을 줄이기 위한 여러 요인들을 찾는 데 노력해야 한다.

사회보다는 상대적으로 덜 발생하는 사망과 질환이라는 의미는 모두 용인될 수 있는 것이라는 의미는 아님. 가급적 덜 발생되게 할 수 있는 방안을 더 찾는 노력은 계속되어야 하며, 그럼에도 불구하고 발생하는 사망이나 질환에 대해서는 그 과정에서 군 장병이 적절한 의료이용을 하지 못했거나, 위험을 회피할 수 없었다면 여전히 가족들에겐 납득하기 곤란한 일일 것임. 이를 최대한 줄이기 위해서는, 투명하고 공개적인 건강 관련한 군대 내의 과정이 필요함. 그중 하나는 군 장병 주치의의 시스템이고, 다른 하나는 군대 내 일정 크기의 단위별로 상호 장병들의 건강상의 해가 발생하는 정도를 매년 연감으로 공시하는 것임. 군단별 사망(자살 포함)과 질병발생에 대한 인구규모 표준화 발생률 (예: 10만 명당)을 공시하여, 군단별 비교가 가능하도록 할 필요가 있음. 장병들의 건강의 유지가 군병력의 전투력 유지이기도 하므로, 국방력을 잘 유지하기 위한 군단 간 비교 경쟁을 활용할 필요가 있음. 군단 책임자의 장병에 대한 책무는 군 장병에게 새로이 주치의 시스템이 주어질 때, 그 시스템이 더욱더 잘 작동하게 만드는 요소가 될 것임. 이런 주치의 시스템은 추후 건강상의 안 좋은 일이 발생하는 경우, 그 과정의 기록이 잘 유지되는 투명한 군 행정에 도움이 되어, 장병들의 가족과 군 사이에 신뢰를 유지하는 데 도움이 될 것이다.

군대의 특성상, 모든 군 장병은 소속부대가 모두 지정되어 있어, 진료를 담당하는 군의관도 지정되어 있는 셈이며, 이론적으로 장병 한 사람의 건강을 우선적으로 담당하고 건강유지 책임을 지려는 노력을 기울일 잠재적 의사가 있는 셈 (소속부대 군의관)이다.

이런 군대 고유의 위계체계를 활용하면 주치의 시스템을 더 효과적으로 운영할 수 있을 것이다,

이를 위해, 모든 장병들은 군대 내 조직체계를 적극 활용하여, 군대 내 소속부대의 군의관을 주치의로 배정받고, 몸이 불편한 증상이 있을 때, 지체없이 진료를 받을 수 있고, 그런 사항이 진료기록으로 관리되고, 가족들과도 전화 등 개인통신장비를 통해 실시간 공유될 수 있도록 투명하고 의료이용이 어렵지 않고 기록에 모두 남을 수 있도록 적극적으로 개선하는 것이 필요함. 군의 위계적인 조직체계는 장병과 주치의 배정을 일반사회보다도 더 용이하게 할 수 있으며, 이를 통해 필요시 군내 상급의료기관이나 군대 외부 상급의료기관에서 의료서비스 이용을 할 필요가 있을 때 지체되지 않고 진료를 받을 수 있을 것이다.

**군대 군 장병 주치의들의 역할은 아래와 같다.**

1. 선제적 정기 관리 (Preventive care)
2. 급성 증상 발생 시 장병의 First contact point (예: 군의관 팀에 문자메시지 전송으로 직접 contact체계 마련)
3. 장병의 입대 시 건강검진기록을 포함한 건강변화를 제대 시까지 상급 군 병원과 민간병원 이용자료 포함한 종합 추적 관리 (Continuum of care)
4. 다빈도 증상과 비 중증질환 대부분에 대한 관리와 치료 (Comprehensiveness)
5. 상급 군 병원 혹은 (군 병원 대기 시간이 길 경우, 민간병원)으로의 시의적절한 의뢰 (timely navigation)

**군대 내 군 장병의 건강을 책임지는 체계의 구성을 다음과 같이 할 수 있다.**

1. 장병의 건강 관리에 군단에서 높은 우선순위를 두고 진행하며, 이에 성공적인 군단장급 인사는 향후 승진 등 인사고과에 반영될 수 있도록
2. 군단장은 통상적인 대대급 단위의 장병 수(300-1,000명)를 담당하는 군의관 1명과 협동팀(상담, 선제적 조사 활동을 위한 5인의 군인 혹은 군무원으로 구성)을 기본단위로
3. 연대, 사단급에서 여러 군의관과 그 팀들이 합동으로 규모의 경제를 활용한 적극적 대안을 정기적으로 마련하고 실천하도록 자원과 환경을 적극 제공

이러한 장병의 건강에 대한 투명한 기회와 기록은 군에 대한 장병 가족과 국민들의 신뢰를 높일 것임. 군 당국은 각 군단별로 이런 장병들의 건강상태변화에 대해 예의 주시하고, 매년 소속 장병들 전체 중 사망과 질병발생 통계를 고시하여, 군단 간 비교를 통해 상호 질 경쟁을 피할 필요가 있음

이를 통해, 군 장병의 건강관리가 보다 우선적인 군단장 등 상위지휘관의 관심 사항이 되어야 하며, 군단장 등 상급지휘관의 인사고과에 반영되도록 하여 군의 건강관리에 만전을 기하고, 그 과정을 국민들과 장병가족들과 투명하게 기록으로 소통할 수 있어야 할 것이다.

이를 통해 군의 건강상태 향상과 이것이 상시적인 대비태세로서의 군사력으로도 이어질 뿐 아니라 제대 이후 사회생활에 필요한 건강상태를 잘 유지하여 제대할 수 있도록 국가와 군이 장병들의 건강상태를 군 복무 기간동안 적극적으로 관리하는 체계로 발전할 필요가 있다.

장병 건강권 보장을 위한 군 의료체계 실태조사

예시) 장병건강책임단위와 매년 발표(가상의 숫자를 사용한)자료

		육군							해군/해병대	공군	
		수도군단	제1군단	제A군단	제3군단	제K군단	제6군단	제7기동군단	제8군단		
병력수		50000	60000	60000	70000	40000	50000	40000	80000	60000	60000
사망자수	사고사	5	6	0	7	8	5	4	4	6	6
		10	10	0	10	20	10	10	5	10	10
	10만명 기준										
질병사	자살	5	3	0	7	12	10	4	2	12	3
		10	5	0	10	30	20	10	2.5	20	5
	10만명 기준										
질병사	질병사	0	2	0	0	2	1	0	2	2	3
		0	3.3	0	0	5	2	0	2.5	3.3	5
	10만명 기준										

\*주의) 이 표에 사용된 숫자는 모두 실제 통계가 아닌 가상의 숫자로 예시를 한 것임

		육군							해군/해병대	공군	
*가상의수		수도군단	제1군단	제A군단	제3군단	제K군단	제6군단	제7기동군단	제8군단		
병력수		50000	60000	60000	70000	40000	50000	40000	80000	60000	60000
질병합발생	질병합발생	5	6	0	7	8	5	4	4	6	6
		10	10	0	10	20	10	10	5	10	10
	10만명 기준										
만성질환발생	만성질환발생	5	3	0	7	12	10	4	2	12	3
		10	5	0	10	30	20	10	2.5	20	5
	10만명 기준										

군대 내 군 장병 건강책임의료체계 수립 권고

군 복무 기간 국가는 군 장병의 건강을 입대 전과 다르지 않게 책임지고 있음을 보여줄 수 있는 책무성을 수립하는 것이 필요하다. 보다 구성원의 건강관리에 유리한 조건을 갖고 있는 군대는 보다 적극적으로 선제적인 장병 건강관리에 대한 책임과 투명한 과정을 구축하여, 이를 통해 군 장병의 부모는 자녀가 군 복무를 수행하는 기간을 멀리서도 안심하고 함께 할 수 있을 것이다. 이러한 군 장병 가족의 안심할 수 있는 군 입대 시기는 국방력이자 국방에 필요한 활동에 대한 국민들과 장병 가족들의 지지로 나타날 것이다.

## 제7장 결론: 정책 권고



## 제7장. 결론: 정책 권고

### 1절

### 정책 개선 방향

군 인력과 자원을 최대한 효율적으로 재배치하여 군 의료의 질(質)을 획기적으로 개선함과 동시에 장병들이 체감할 수 있는 따뜻하고 진정성 있는 의료서비스 제공에 중점을 둔다.

우선, 장병들이 입대부터 전역 시까지 체계적으로 군의관(주치의)의 건강관리를 받을 수 있게 될 것이며, 치료와 더불어 예방이 강조되는 국민 보건의료 정책 기조에 발맞추어 각종 질병에 대해 선제적으로 대응할 수 있는 다양한 예방적 건강관리 방안을 마련하도록 해야 한다. 이로써 장병 개개인에 대한 맞춤형 건강 관리가 가능해질 것이다.

둘째, 군 의료기관의 기능을 재조정하고 기존 인력 및 자원을 최대한 효율적으로 재배치함으로써 군 의료의 질(質) 전문성을 강화한다.

군 일차의료기관으로 대대, 연대, 사단 의무실의 인력과 시설을 보강해 군 장병 중심의료기관의 역할을 수행하도록 한다. 군 병원 기능을 '상급종합병원', '종합병원', '정양(靜養) 병원', '특수목적병원'으로 재조정하여 최상급 군 병원이 전체 군 병원 발전을 견인함과 동시에 특성화·전문화된 병원들이 환자 상태별 맞춤형 의료서비스를 제공해야 할 것이다. 또한, 중증외상센터 설립을 통해 총상, 화상, 다발성 골절 등 군 중증외상환자 치료를 위한 역량을 구비함과 동시에 민간에도 개방하여 공공의료기관으로서의 역할도 수행하도록 한다.

셋째, 민·관·군 진료협력을 활성화한다

쑈 군 병원이 지역 내 대학병원, 일차의료기관과 협진 및 인적교류 체계를 구축하여 민간의 우수한 의료진이 군 병원에서 진료할 수 있도록 하고, 군 병원 역시 도서 및 격오지 지역 주민에게 개방하여 의료접근성 향상에 기여하게 한다.

넷째, 군 의료기관 사이에 의료전달체계를 구축하여 의료기관 간의 협력을 촉진하고, 의료정보체계를 구축하여 상호협력의 기반을 공고히 한다. 신속한 환자 후송을 위해 의무후송전용 헬기를 도입하고 변화하는 수송환경을 고려하여 후송수단 간 (구급차, 버스, 헬기, 열차) 최적 조합을 모색하는 한편, 군의관 및 간호 인력의 친절도 향상을 위한 교육 및 인센티브를 강화하여 장병들이 체감할 수 있는 따뜻한 의료서비스를 제공한다.

## 2절

## 단기 개선 과제

### 1. 군 주치의제도 도입

모든 장병들은 군대 내 조직체계를 적극 활용하여, 군대 내 소속부대의 군의관을 주치의로 배정받고, 몸이 불편한 증상이 있을 때, 지체없이 진료를 받을 수 있고, 그런 사항이 진료기록으로 관리되고, 가족들 과도 전화 등 개인통신장비를 통해 실시간 공유될 수 있도록 투명하고 의료이용이 어렵지 않고 기록에 모두 남을 수 있도록 적극적으로 개선하는 것이 필요하다. 군의 위계적인 조직체계는 장병과 주치의 배정을 일반사회보다도 더 용이하게 할 수 있으며, 이를 통해 필요시 군내 상급의료기관이나 군대 외부 상급의료기관에서 의료서비스 이용을 할 필요가 있을 때 지체되지 않고 진료를 받을 수 있을 것이다.

군대 군 장병 주치의들의 역할은 선제적 정기 관리 (Preventive care), 급성 증상 발생 시 장병의 First contact point (예: 군의관 팀에 문자메시지 전송으로 직접 contact 체계 마련), 장병의 입대 시 건강검진기록을 포함한 건강변화를 제대시까지 상급 군 병원과 민간병원 이용자료 포함한 종합 추적 관리 (Continuum of care), 다빈도 증상과 비 증증질환 대부분에 대한 관리와 치료 (Comprehensiveness), 상급 군 병원 혹은 (군 병원 대기 시간이 길 경우, 민간병원)으로의 시의적절한 의뢰 (timely navigation) 등이다.

### 2. 군 일차의료 개혁 위한 태스크 팀 구성, 일차의료 개혁안 수립

의무사령부 참모장 이상의 태스크 팀장과 더불어 의무사령부 의료기획팀장, 의무사령부 의료정보팀장, 의무사령부 의료행정/원무팀장, 환자중심 일차의료 센터장(MD), 외부 전문가 (대한가정의학회, 한국일차보건의료학회) 등으로 군 일차의료 개혁을 위한 태스크 팀을 구성한다. 환자중심 일차의료센터는 전담 의사(MD) 1명, 간호사(간호장교 또는 민간 인력) 2~5명, 복지사(민간인력) 1명, 행정요원(군인력) 1명으로 구성한다.

군일차의료 개혁안은 군 의료발전 계획에 반영되도록 한다. 1차년도에 군 의료실태조사를 바탕으로 군 일차의료 개혁 비전을 세운다. 2차년도에는 PCMH, SCMH 표준모델을 구축하고, 운영방안을 마련한다. 3~5차년도에서는 PCMH, SCMH 표준모델을 2기관 -> 10기관 -> 20기관씩 점진적 확대해 나간다. 내년부터 일차의료 개혁 TF에 예산을 배정한다.

### 3. 미충족 의료서비스 충족 대안 마련

#### 가. 건강상태에 따른 인력 관리 방안 마련

본 연구에서는 의료적 필요가 큰 장병들에게서 미충족 의료 경험률이 높게 나타나는 경향을 확인할

수 있었다. 의료적 필요가 큰 장병들은 의료기관을 빈번하게 이용해야만 하는 경우가 흔한데, 해당 장병의 부재 시 부대 내 다른 장병들이 업무 대체 인력으로 투입되어야 한다. 또한 외진이나 병가와 관련된 여러 가지 행정 절차가 필요한데, 이 역시 행정인력에게는 부담이 될 수밖에 없다. 이와 같은 주변 장병들의 업무 부담 가중이 장병들의 의료서비스 이용을 주저하게 만들었을 가능성이 높다.

따라서 만성 질환을 가지고 있거나, 주기적으로 의료서비스를 이용해야만 하는 등 의료적 필요가 큰 장병들을 위한 별도의 인력 관리 방안을 마련해야 한다. 업무 대체 인력을 쉽게 수급 가능한 보직을 담당하게 해야만 하고, 별도의 대체 인력을 편성하는 것도 고려해야 할 것이다. 이와 함께 외진이나 병가 시 행정 처리를 간소화하는 방안도 마련해야 할 것이다.

#### 나. 업무 대체 전담 인력 편성

만성 질환을 가지고 있거나, 주기적으로 의료서비스를 이용해야만 하는 등 의료적 필요가 큰 장병들에게 심리적 부담감을 덜어줄 수 있는 인사 제도를 마련해야 한다. 여러 공공 혹은 민간 조직에서는 인력 부재 시 발생하는 업무 공백을 대체하기 위한 전담 인력을 운영 중이다. 군에서도 이러한 업무 대체 전담 인력을 편성해야 할 것으로 사료된다. 이를 통해서 필요시 장병들이 업무 공백 관련 심리적 부담감 없이 의료서비스를 이용할 수 있게 해야 할 것이다.

### 4. 수요 대비 공급 부족의 군 정신건강의료 서비스에 대한 대안 마련

#### 가. 민간 정신건강의학과 서비스의 적극적 활용

군에서 정신건강의학과 단기 및 장기 군의관과 민간 전문임기제 군무원을 확보할 마땅한 방안이 없는 상황에서 민간 정신건강의학과 서비스를 적극적으로 활용할 필요가 있다. 사단 등 부대 단위별 인근 정신건강의학과 의료기관과 MOU를 맺어 적시에 진료를 받을 수 있는 체계를 구축할 필요도 있겠다.

최근 정부와 국회가 비대면 진료 입법을 준비하고 있다. 발의된 다양한 비대면 진료 입법안을 검토하였을 때 모든 입법안에서 공통적으로 제시하는 것은 군인을 비롯한 의료접근성이 떨어지는 지역에 위치하는 분을 대상으로 하고 있다는 것과 정신질환을 주된 대상으로 삼고 있다는 것이다. 일부 의사단체에서 비대면 진료에 대해 반대하고 있지만 코로나19로 인해 허용된 비대면 진료가 뚜렷한 부작용이 없이 시행되었고 선진국에서는 코로나19로 활성화된 비대면 진료가 일상화되어 이전보다 반대의 수위가 낮아 비대면 진료 법제화는 시간문제로 생각된다. 따라서 군에서는 선제적으로 정신건강의학과 비대면 진료를 준비하여 가능한 한 빨리 도입할 준비를 서둘러야 할 것으로 보인다.

#### 나. 정신건강의학과 군의관의 효율적 활용

첫째, 대학병원에서 시행되는 정신건강의학과 예진 시스템을 사단의무대 및 군 병원에서 도입한다면 도입하면, 정신건강의학과 진료 부담을 줄이고 정건강신외학과 진료 효율을 높일 수 있다.

둘째, 국군수도병원에서 충분한 임상지식을 쌓고 다양한 입원환자를 대상으로 예진을 경험한 간호장교들은 예진을 볼 수 있는 역량을 충분히 갖추고 있어, 이를 활용할 필요가 있다.

셋째, 병영생활전문상담관 중 정신건강전문요원(정신건강사회복지사 등) 자격소지자를 사단의무대 혹은 군 병원에서 배치한다면 진료-상담-부대관리의 원활한 의사소통을 통해 상담과 진료 효과의 시너지가 발생할 수 있을 것이다.

넷째, 정신건강의학 군의관이 임관하여 배치를 받기 전 군 장병의 정신건강의 특성, 치료를 할 때 유의해야 할 사항, 군정신건강과 관련된 시스템 등에 대한 교육을 미리 받아야 한다. 군정신건강의학과 관련된 매뉴얼이 시급히 제작될 필요가 있고 배치 전 정신건강의학과 군의관을 별도로 교육하는 기회가 마련될 필요가 있다.

#### 다. 군 병원 정신건강의학과 응급진료 부활

2019년까지 365일 24시간 운영되었던 국군수도병원, 국군양주병원의 정신건강의학과 응급진료는 2020년부터 중단되었다. 현재는 국군대전병원에서만 일부 응급진료가 가능하다. 군에서 자살시도, 자해 등 자타해의 위험성이 높은 장병이 긴급하게 정신건강의학과 진료를 받을 수 있는 것은 매우 중요하다. 가능한 한 빠른 시간 내에 응급진료를 부활하여 국군수도병원, 국군양주병원, 국군대전병원 세 병원은 이전과 같이 365일 24시간 시급한 진료가 필요한 장병들에게 진료를 제공해야 할 것으로 판단된다. 국군수도병원 및 타 군 병원과 협업하여 군 정신응급의료체계를 재활성화해야 할 것이다.

#### 라. 정신건강의학과 민간위탁 입원치료 적정화

민간병원에 위탁된 군 정신건강의학과 입원환자의 대부분이 조현병, 알코올의존 등 만성질환인 정신전문병원에 입원한 경우가 적지 않은 것으로 파악된다. 정신전문병원의 경우 급성기 적응장애 환자에게 적절한 평가와 치료를 제공하기 어려운 환경일 가능성이 많아 치료적인 도움을 받지 못할 가능성이 높으며 군 장병의 경우 입원이 필요하더라도 1달 이상 장기적인 입원이 필요한 경우는 드무나 1달 이상 장기적인 입원이 시행되고 있어 민간위탁 입원치료를 적절하게 관리해야 한다.

### 5. 장기 개선 과제

#### 가. 군대 내 군 장병 건강책임의료체계 수립

장병의 건강 관리에 군단에서 높은 우선순위를 두고 진행하며, 이에 성공적인 군단급 인사는 향후 승진 등 인사고과에 반영될 수 있도록, 군단장은 통상적인 대대급 단위의 장병 수 (300-1,000명)을 담당하는 군의관 1명과 협동팀(상담, 선제적 조사 활동을 위한 5인의 군인 혹은 군무원으로 구성)을 기본단위로 연대, 사단급에서 여러 군의관과 그 팀들이 합동으로 규모의 경제를 활용한 적극적 대안을 정기적으로 마련하고 실천하도록 자원과 환경을 적극 제공한다. 이러한 장병의 건강에 대한 투명한 기회와 기록은

군에 대한 장병 가족과 국민들의 신뢰를 높일 것임. 군 당국은 각 군단별로 이런 장병들의 건강상태변화에 대해 예의 주시하고, 매년 소속 장병들 전체 중 사망과 질병발생 통계를 고시하여, 군단 간 비교를 통해 상호 질경쟁을 꾀할 필요가 있다. 이를 통해, 군 장병의 건강관리가 보다 우선적인 군단장 등 상위지휘관의 관심 사항이 되어야 하며, 군단장 등 상급지휘관의 인사고과에 반영되도록 하여 군의 건강관리에 만전을 기하고, 그 과정을 국민들과 장병가족들과 투명하게 기록으로 소통할 수 있도록 한다.

### 나. 실질적 의료 접근권 개선

군 의료서비스에 대한 낮은 접근성은 군 의료체계 관련 여러 가지 문제 중에서도 주요한 문제이다. 군 의료서비스 접근권을 저해하는 가장 큰 원인은 물리적 제약이다. 본 연구에서도 전방에서 복무 중인 장병과 부대에서 군 혹은 민간 의료기관까지의 거리가 먼 장병에서 미충족 의료 경험률이 높은 것으로 나타났다. 국방부 및 군도 이러한 문제를 이미 파악하고 있기에 후송 버스 증편, 원격의료 도입 등 여러 가지 정책적 노력을 하고 있다. 하지만 이러한 노력에도 불구하고, 상당수 장병들은 군 의료서비스 접근에 여전히 제약을 받고 있는 상황이다.

따라서 실질적으로 의료 접근권을 개선 가능한 제도를 마련해야 한다. 군 내부의 의료자원을 이용하여 접근권 개선을 하고자 하였던 기존의 정책적 노력만으로는 한계가 명확하다. 우선 국내 전체 의료기관 중 95%를 차지하는 민간 의료기관을 적극적으로 활용해야 할 것이다. 민간 의료자원 역시 부족한 격오지의 경우에는 일반 국민과 군 장병 모두 진료 가능한 공공 일차의료기관을 설립하는 것도 고려해야 할 것이다.

## 6. 기대효과

- 군 장병이 아플 때 원하는 날짜에 적절한 진료를 받을 수 있는 여건 마련
- 군 장병들의 미충족 의료 발생 요인들을 파악하여 이를 개선할 수 있는 여건 마련
- 군 의료체계 및 구조의 개편의 방향성을 제시
- 군 장병 대상 미충족 의료 관련 연구의 학문적 토대 마련
- 대안 마련을 위한 군정신건강시스템 관련 법령 및 규정 변경(안) 제시
- 민관 협력 및 비대면 진료를 포함한 대안 마련
- 장병 중심의 일차 의료 모델 제시, 의료체계 관련 병영문화 개선, 비대면 진료 활성화를 내용으로 하는 제도개선 과제 도출
  - 미 육, 해, 공 삼군의 PCMH 전환 노력을 벤치 마킹하고 제도 개선 실행 방안을 제시한다.
  - 이 연구에서는 PCMH로 전환할 때 인력구조 및 인력확보 방안, IT 및 워크플로, 지속 가능성 및 평가등을 제시하고 이러한 각 섹션에서 군일차의료를 장병중심 medical home으로 전환하는데 있어 PCMH 공동 원칙 및 인증기준을 구현할 때 군사적 맥락에서 고려해야 하는 추가 고려 사항을 제시한다.

- 예들 들어 미 해군의 첫 번째 노력은 2008년 6월 메릴랜드 주 베테스다에 있는 국립 해군 의료 센터(NNMC)에서 시범사업 프로젝트로 시작되었다. 이 사업에서 해군은 일차 진료의 연속성, 서비스에 대한 접근, 입증된 의료, 환자 만족도가 개선되고 응급실 및 전문 진료의 사용이 감소하는 것을 확인했다.
  - 미 육군은 의료 시스템 내에서 PCMH 모델을 구현하는 유사한 조치를 취했다. 목표는 주요 의사 조직에서 인정하는 PCMH의 합동 원칙을 기반으로 하지만 육군의 요구와 시스템 매개변수를 준수하는 작전을 구축하는 것이었다. 각 클리닉은 다른 버전이 아닌 육군 PCMH 모델로 전환되고 있는지 확인하기 위해 모니터링 하였다. 육군은 또한 2011년에 PCMH가 요구하는 새로운 팀 기반 워크플로가 정보 기술(IT) 및 전자 의료 기록(EMR)을 사용하여 발생하는 방식에 대한 플레이북을 개발하였다. 육군 시범사업에서는 다음과 같은 항목을 제시했다.
    - (1) 현장 선택
    - (2) 제공자와 환자에 대한 마케팅
    - (3) 실무에서 역할과 책임 재정의
    - (4) 훈련
    - (5) 운영 매뉴얼 개발
    - (6) IT를 PCMH 원칙에 맞추고
    - (7) 측정 및 평가하고
    - (8) 부가가치 서비스를 포함하도록 지불방법을 변경하였다.
  - 공군 PCMH 모델은 장기 지출을 줄이면서 서비스에 대한 접근성과 의료의 질을 향상시키는 데 중점을 두었다. 공군 PCMH에는 PACT라는 약어를 형성하는 네 가지 주요 신조인 의사 주도 팀, 주당 90회 예약 가능, 교차 예약 없음, 제공자와 의료팀의 시간 관리가 있다.
- 시범사업 실시를 포함한 제도개선 실행 5개년 청사진 제시
- 미군의 MHS는 2011년부터 시작 9년내에 435개의 일차의료의원중 100%가 NCQA PCMH 레벨 2 또는 3단계 인증을 목표로 청사진을 제시하였고 계획보다 진행이 빠른 결과를 보였다. 이와 마찬가지로 우리 군의 일차의료 강화계획의 5개년 청사진을 제시함으로써 일차의료 강화의 빠른 정착을 유도할 수 있을 것이라 사료된다.

## 참고문헌

- 건강보험심사평가원(2022), 최근 5년(2017~2021년) 우울증과 불안장애 진료현황 분석.  
건강보험 진료통계. 보건의료빅데이터개방시스템.  
<http://opendata.hira.or.kr/op/opc/olapHthInsRvStatInfo.do>
- 국가인권위원회 (2006). 군 복무 부적응자 인권상황 실태조사. 국가인권위원회.  
\_\_\_\_\_ (2014a). 군 의료관리체계에 대한 인권상황 실태조사. 국가인권위원회.  
\_\_\_\_\_ (2014b). 군인 권리보호 및 구제체계에 대한 인권상황 실태조사. 국가인권위원회.  
\_\_\_\_\_ (2017). 군 적응교육 프로그램 인권상황 실태조사. 국가인권위원회.  
\_\_\_\_\_ (2019). 2019 군대 내 인권상황 실태조사. 국가인권위원회.  
\_\_\_\_\_ (2020). 2019 국가인권위원회 통계. 국가인권위원회. 국방부 (2016). 국군 인권교육 교재. 국방부.  
\_\_\_\_\_ (2019a). 군 의료시스템 개편 이행·점검 TF 최종회의 (7월). 국방부.  
\_\_\_\_\_ (2019b). 군 의료시스템 개편 이행·점검 TF 최종회의 (10월). 국방부.  
\_\_\_\_\_ (2019c). 군 의료시스템 개편 이행·점검 TF 최종회의 (12월). 국방부. 국회예산정책처  
(2012). 사업평가현안분석 제45호: 군 의무사업의 문제점과 개선과제.  
국방부 보건의료정책과. 군 의료체계 실태조사 관련 참고자료. 2023  
국회예산정책처. ‘군 병원 외래/입원환자 현황’ (2020). e-나라지표. 통계청.  
[http://www.index.go.kr/potal/main/EachDtlPageDetail.do?idx\\_cd=1765](http://www.index.go.kr/potal/main/EachDtlPageDetail.do?idx_cd=1765)
- 김광주(1994). “우리나라 軍醫療再活福祉에 관한 연구.” 국내석사학위논문 경희대학교 행정대학원, 1994. 서울
- 김귀현,김세원(2022). “도시 및 농·어촌지역 미충족 의료서비스 경험 영향요인 : 2019년과 2020년 비교.” 韓國島嶼研究 34.4: 209-222.
- 김대희, 김광묘, 김형남, 송지아, 전명욱, & 최홍조. (2020). 장병 건강권 보장을 위한 군 의료체계 실태조사. [NHRC] 국가인권위원회 발간자료.
- 김동환. “군 격오지 원격의료서비스 질이 고객충성도에 미치는 영향 : 이용만족도의 매개효과.” 국내석사 학위논문 을지대학교 대학원, 2022. 대전
- 김미선, 손민성, 최만규 (2013). 주요 선진국의 군 건강관련 조사 실태 및 특성 : 미국, 호주, 캐나다를 중심으로, 디지털융복합연구, 11(12), 537-549.

## 장병 건강권 보장을 위한 군 의료체계 실태조사

김민제 (2019년 8월 8일). “군인권센터 “육군 7군단, 훈련 열외자 병명 적은 명찰 달게 했다””. 『한겨레』.

[http://www.hani.co.kr/arti/society/society\\_general/905009.html](http://www.hani.co.kr/arti/society/society_general/905009.html)

김소애, 서영원, 우경숙, 신영전 (2019). 국내 미충족 의료 현황 및 영향요인 연구에 관한 체계적 문헌고찰. 비판사회정책, 62, 53-92.

김주경.(2011).헌법상 건강권의 개념 및 그 내용.헌법판례연구,120,137-180.

김지숙(2022). “근무형태와 근무시간에 따른 미충족 치과의료의 영향요인.” 국내석사학위논문 한양대학교 보건대학원, 서울

김창곤,황복순(2009). “대학병원에 입원한 백혈병 병사에 대한 군 의료사회사업개입에 관한 탐색적 연구.” 한국군사회복지학 2.2 (2009): 53-65.

김태우(2007). “2007년 군 의료체계 개선 방안에 대한 군 병원의 건강증진센터 모델 개발 연구.” 한국 스포츠 리서치 18.1: 525-536.

군 의료체계 실태조사 관련 참고자료\_국방부정책과.pdf 2023

노현승. 미국의 Patient-Centered Medical Home. HIRA 정책동향. 2013;7(4):63-72.

문도원 (2017a). 군 장병의 건강권의 실체와 권리구제에 관한 소고. 한국군사회복지학, 10(1), 41-67.

문도원 (2017b). 군 의료체계의 문제점과 개선방안: 의료보장체계와 의료전달체계 중심으로. 한국군사회복지학, 10(2), 85-113.

민현준. “군 의료기관의 공유의사결정과 환자만족도.” 국내박사학위논문 경원대학교 일반대학원, 2010. 경기도

박기연, 남궁승필, 박상혁 (2019). 육군 사단급 복무 부적응 병사 치유를 위한 그린캠프 운영 개선방안. 문화기술의융합, 5(4), 61-65.

박지훈. “군인의 의료를 받을 권리에 대한 법적 연구.” 국내석사학위논문 고려대학교 법무대학원, 2009. 서울

백은숙. “군 의료복지 개선 방안에 대한 연구.” 국내석사학위논문 대전대학교, 2006. 대전

신지훈 (2015). 깨진 유리창 이론에 기초한 군(軍) 인명사고 예방 연구. 입법정책, 9(2), 63-80.

- 엄기성.(1996).국방의료 전산망체계 구축을 위한 방법론적 연구.항공우주의학 학술대회(),74-74.
- 오정미, 정문숙 (1995). 군 병원 간부들의 개인적 성향에 따른 직무 만족도. 한국보건간호학회지, 9(1), 1-16.
- 윤재문, 최슬기, 조유선, 박상민, & 김윤. (2021). [일차의료정책포럼] 기능적 일차의료의 정의와 국내 현황. Korean Journal of Family Practice, 11(1), 3-9.
- 이가현. “국민건강영양조사 제8기 자료를 이용한 종사상 지위와 미충족 의료경험과의 관련성.” 국내석사 학위논문 忠南大學校 大學院, 2023. 대전
- 이건세. 일본 지역포괄케어 시스템의 현황과 한국 지역통합돌봄 구축의 과제. 대한공공의학회지 2019;3:9-26
- 이근정, 최효정, 안보령, 유승미, 엄혜은. 가치기반 만성질환 통합관리를 위한 운영체계 마련 연구. 2019. 건강보험심사평가원.
- 이도경. 호주 일차의료 만성질환관리 및 성과지불제도 최신 동향 2019
- 이재호, 고병수, 임종한, & 이상일. (2013). 일차의료 표준모형과 질 평가체계. Journal of the Korean Medical Association, 56(10), 866-880.
- 이재호, 최용준, Robert J, 김수영, 김용식, 박훈기, 전태희, 홍승권, Stephen J. 델파이법을 이용한 일차 의료 개념정의: 이차출판. 보건행정학회지. 2014;24(1):100-106.
- 이정찬. (2022). 2020 전국 의사조사. 의료정책포럼, 19(4), 60-67.
- 이혜진외. 통합돌봄 전달체계 지원을 위한 지역기반 환자중심 일차의료 강화 방안 연구, 국민건강보험공단 2021
- 임종한 등(2022). 가치기반 지역사회중심 일차의료 건강관리 모델 효과분석 연구용역. 건강보험공단 심사평가연구원 연구용역
- 임종한 등. 가치기반 지역사회중심 건강관리 모델 개발 연구. 2021. 건강보험심사평가원 연구용역

정한근. 2005. “군 병원 입원환자의 만족도 결정요인분석” 연세대 석사학위논문.

조비용, 선우성, 손기영, 박성배등 지역기반 환자중심 일차의료 제공방안 연구, 국민건강보험공단 2022

조병희 (2015). 개정판 질병과 의료의 사회학. 서울: 집문당. 조성제 (2016). 군인의 의료를 받을 권리와 개선방안에 관한 소고. 강원법학, 49, 791-824.

조비용 등. 일차의료 만성질환관리 활성화를 위한 케어코디네이터 역할 설정 및 진료 모형 개발. 보건복지부·서울대학교 산학협력단. 2018.

정승원 (2018년 6월 7일). “대대적 개혁 불구 여전히 부실한 ‘군(軍) 의료’”. 『데일리메디』. <http://www.dailymedi.com/detail.php?number=831280>

조현재, 이은화, 박동연 and 박호선(2010). “차세대 국방의료정보체계 구축 방향에 관한 연구.” 한국IT서비스학회 학술대회 논문집 2010.9 : 38-43.

주재홍, 김휘준, 장지은, 박은철, 장성인 (2020). 2018 미충족 의료율과 추이. 보건행정학회지, 30(1), 120-125.

지영진, 윤태영, 권용진. “국방의학원 설립 타당성 검토 및 군 의료체계 선진화 방안 연구.” 대한의사협회 의료정책연구소 연구보고서 -. (2010): 1-222.

최광표, 최광현, 김인국. 2002. 군 병원 종합발전방향. 한국국방연구원.

최영진. “임금근로자의 장시간 근로와 치과 미충족 의료의 관련성.” 국내석사학위논문 한양대학교 대학원, 2020. 서울

최정준(2021). “코로나 19(COVID-19) 팬데믹 시 군의 대응 활동과 역할 확대 방안.” 한국과 국제사회 5.5 : 89-124.

통일부. 한국국방연구원 (2016). 군 의료인력 발전방안 연구: 장기군외관 및 전문계약직 의사 중심.

하동열. “공군 격오지부대 병사의 2차 의료기관 선택요인에 관한 연구.” 국내석사학위논문 한남대학교 국방전략대학원, 2013. 대전

황서은; 정수민; 이종구. 일본의 일차의료 현황과 한국에 주는 시사점. 가정의학, 2019, 9.3: 319-322.

Alexander, J.A., et al., Assessment and measurement of patient-centered medical home implementation: the BCBSM experience. Ann Fam Med, 2013. 11 Suppl 1: p. S74-81. CMS, CPCPlus\_Implementation\_Guide\_FINAL.pdf. 2017, CMS.

Dankner, R., Rieck, J., Bentacur, A. G., Dayan, Y. B., & Shahar, A. (2007). Civilian doctors

- in military clinics—outsourcing for better medicine. *Military medicine*, 172(1), 75-78.
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Q.*, 44, 166-03.
- \_\_\_\_\_. (1973). *Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care*. Cambridge:Harvard University Press.
- Flieger, S. P. (2017). Implementing the patient-centered medical home in complex adaptive systems: Becoming a relationship-centered patient-centered medical home. *Health care management review*, 42(2), 112.
- Grumbach, K. and J.N. Olayiwola, Patient empanelment: the importance of understanding who is at home in the medical home. *J Am Board Fam Med*, 2015. 28(2): p. 170-2.
- Hudak, R. P., Julian, R., Kugler, J., Dorrance, K., Ramchandani, S., Lynch, S., ... & Reeves, M. (2013). The patient-centered medical home: a case study in transforming the military health system. *Military medicine*, 178(2), 146-152.
- Levesque, J. F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International journal for equity in health*,12(1), 18.
- Magnezi, R., Dankner, R. S., Kedem, R., & Reuveni, H. (2006). Outsourcing primary medical care in Israeli defense forces: Decision-makers' versus clients' perspectives. *Health policy*, 78(1), 1-7.
- Major Diagnostic Categories, NJ State Health Assessment Data, New Jersey Department of Health, PO Box 360, Trenton, NJ 08625-0360, [nj.gov/health/shad](http://nj.gov/health/shad)  
<https://www-doh.state.nj.us/doh-shad/query/MDCtable.html>
- Marshall, R. C., Doperak, M., Milner, M., Motsinger, C., Newton, T., Padden, M., ... & Mun, S. K. (2011). Patient-centered medical home: an emerging primary care model and the military health system. *Military medicine*, 176(11), 1253-1259.
- NHS Long Term Plan. 2019
- Patel, M.S., et al., Estimating the staffing infrastructure for a patient-centered medical

home. The American journal of managed care, 2013. 19(6): p. 509-516.

Regina M. Julian, Military Health System (MHS) Patient Centered Medical Home (PCMH),  
Brief to Recovering Warrior Task Force TRICARE Management Activity 2013,  
<https://rwtf.defense.gov/Portals/22/Documents/Meetings/m14/021pcmh2.pdf>

Savage, A. I., Lauby, T., & Burkard, J. F. (2013). Examining selected patient outcomes and staff satisfaction in a primary care clinic at a military treatment facility after implementation of the patient-centered medical home. *Military medicine*, 178(2), 128-134.

Taylor-Clark, T. M., Herald, L. R., Loan, L. A., Swiger, P. A., Li, P., & Patrician, P. A. (2023). Patient Vs. Soldier-Centered Medical Home: Comparing Access, Continuity, and Communication in the US Army. *Military Medicine*, 188(5-6), e1232-e1239.

# 부 록



## 부록 1: 군 일차의료 접근성관련 FGI 질문지

1. 우리나라 군 사병들이 의료관련 접근도가 어떻다고 생각하십니까?  
근무지에 따라 다를수 있으므로 근무지의 종류와 접근도가 좋다, 보통이다, 나쁘다라고 표명해 주시고 그렇게 생각하시는 이유를 설명 해 주세요
2. 낮은 접근도에 미치는 영향은 어떤것이 있을까요?
3. 말씀해주신 낮은 접근도의 원인을 나열해 보면 다음과 같습니다. 순서를 정한다면 어떻게 될까요?
4. 낮은 접근도를 어떻게 개선하면 좋을까요?
5. 사병이 증상을 호소하면 군의관/군 병원 진료를 보는데 평균 몇시간 또는 몇일이 소요되나요?
6. 접근도가 좋다고 생각하시면 어떻게 하면 더 좋아질 수 있을까요?
7. 환자중심 일차의료는 등록제를 기반으로 팀 접근에 의한 지속적 관리가 목표입니다. 대대 의무실에서 이러한 일차의료 실현이 가능할까요? 가능한 이유 또는 불가능한 이유를 설명해 주세요
8. 사단 의무대에서 환자중심 일차의료 가 가능할까요? 가능/불가능 이유는?
9. 군 병원에서 환자중심 일차의료 가 가능할까요? 가능/불가능의 이유는?
10. 대대의 의무실은 SCMH, 사단의 의무대는 PCMH화 한다고 할때 특히 사단의 의무대는 지역사회 민간의료 네트워크를 형성하고 민간의료를 최대한 활용해야 합니다. 근무하시던 환경에서 주위에 민간의료와 네트워크 형성이 가능한 환경이었다고 생각하십니까?
11. 입대하는 모든 사병들이 자신의 담당 군의관이 정해지고 군의관과 언제든지 연락할 수 있는 카카오톡채널 같은 2way 채팅이 가능하다면 접근성이 증가할까요? 안된다면 그 이유는?

부록 2:

군 장병 중심 군 의료체계 구축 연구\_FGI\_군의원

일시 : 2023.06.01 목 오후 19:00~21:00

방법 : 비대면 줌 <https://inha-ac-kr.zoom.us/j/95602765271>

참석 :

- 연구진

임종한(연구책임자&Interviewer1), 박성배(세부연구책임자&Interviewer2)

- 군의원

김OO : 2017년 2월 입대~2020년 4월 25일 전역, 강원도 인제 2사단 1년, 강원도 원주 1군사령부(현재 지작사로 통합) 1년, 경기도 광명 1년 주로 대대급 군의원 근무.

유OO : 2017년 2월 입대~2020년 4월 25일 전역, 강원도 인제 특공연대 1년, 강원도 춘천 1년, 부산 53사단 예하 대대 1년 근무.

강OO : 2017년~2020년 군의원 복무, 경기도 화성 서해안경계 대대 3년 근무.

김OO : 2019년 입대~2022년 4월까지 군의원 복무, 강원도 인제군 12사단 포병대대 1년, 강원도 홍천 11사단 방공대대 1년, 수도방위사령부 공병대대 1년 근무.

이OO : 1군단 1포병여단 1년, 17사단 신병교육대 1년, 1군지사 606수송대대 1년 근무.

김OO : 2004년~2007년 군의원 복무, 전방 신병교육대, 파병, 육군 훈련소, 삼청 교육대 피해보상위원회.

-----

Interviewer2(박성배)

네네. 저희가 지금 진행하고 있는 연구 이름이 **군 장병 중심의 군 의료 체계 구축에 관한 연구**인데요. 제가 맡은 부분도 그렇고 사실은 거기에서 가장 중요한 부분이 군의 일차의료 모형인 것 같습니다. 그런데 이제 그것이 환자 중심 일차의료라는 민간에서의 모습, 실제로는 환자 중심 또는 사병 중심 일차의료라고 해서 그게 미국 외국 같은 경우는 군에서도 그런 모델로 변화된 것을 알 수 있습니다. 그래서 그런 부분에 대해서 잠깐 설명드리겠습니다. 최대한 그림 위주로 설명을 드리려고 하는데요.

예를 들어서 미국 같은 경우는 그러면 어느 정도 되느냐라고 혹시 궁금하실 수도 있을 것 같아서 미국이 정규군이 한 137만 명이 되더라고요. 그래서 의사가 1만 6,500명 정도 되니까 의사당 사병 수가 한 83명 정도로 굉장히 높은, 그러니까 의사가 많은 상황인데, 그럼 우리나라 군의 경우 내과 가정의학과 이런 식으로 뭐랄까 일차의료랑 관계된, 일차의료 비율이 한 30% 정도 되니까요. 30%로 치면 한 일차의료 군의원 한 명당은 한 675명 정도 된다고 볼 때, 우리가 민간에서 볼 때 의사 한 명당 한 1천 명

정도가 가장 적당하다고 하거든요. 그런 걸로 봐서는 ‘우리나라도 군의관의 수가 그렇게 모자란 것은 아니다.’라는 생각도 들더라고요. 어쨌든 그런 통계를 볼 수 있고요. 지금 일차의료를 왜 자꾸 강조를 하느냐라고 하실지 모르겠는데, 실제로 1978년에 알마아타 선언 이후로 전 세계의 일차의료는 변해가고 있었습니다. 특히 서구에서는 더욱더 그러는데요. 일차의료 자체가 그냥 의학의 전문 분야로 도입되는 것. 그리고 바람직한 일차의료의 서비스들이 부가적 지불제, 혼합적 지불제를 해서 새로운 지불 제도로 변해 가는 것. 팀 활동, 다학제, 그룹 진료 그리고 서비스 범위 확대, Gate의 역할 이런 것들이 계속 발전해 왔습니다. 30년 동안.

그런데 최근에는 더욱더 인구의 노령화, 복합 만성 질환, 노세, 거동 불편 환자의 증가 때문에 일차의료에게 기대한 것이 더욱더 많아졌죠. 시스템의 효율성까지도. 그래서 비용 부분에 대해서도 의료비 증가가 너무 가파르기 때문에 그거에 대한 추세 또한 일차의료의 역할이 돼 가고 있습니다. 그래서 일차의료의 고기능화가 될 수밖에 없는 상황인데 우리나라에서는 아직 그렇게 적응해 나가기에는 진짜 너무나 갈 길이 멍니다. 왜냐하면 대부분 단독개원의가 83.4%이고, 그리고 비대면 환자 관리라든가 다학제 팀에 대한 그런 수가 전혀 없기 때문에 이런 것들이 현재 불가능한 상황입니다. 하지만 불가능하다고 무조건 안 하고 있을 수는 없지 않습니까? 그래서 결국에는 이런 고기능의 일차의료를 추구하기 위해서는 다학제적인 Team Based 접근이 필요합니다. 그게 주춧돌이 되어야지만 됩니다. 그래서 여기서 보시다시피 Team Based Care가 어떻게 보면 가장 초석이 되어 있죠. 이러한 움직임은 이미 외국에서 여러 선진국에서 나오고 있는데요. 미국에서는 PCMH(Patient-Centered Medical Home), 영국에서는 PCN(Primary Care Network)이라고 해서 이미 그 방향으로 나가고, 팀 접근에 등록제 주치의 이러한 것이 이미 제시되고 사실은 그쪽으로 움직이고 있습니다.

그래서 이 PCMH라는 거를 미리 아셔야지 저희가 추구하는 거를 아실 수 있을 것 같아가지고, PCMH가 Patient-Centered Medical Home입니다. 결국은 일차의료의 핵심 속성이 있는데요. 접근성, 연속성, 포괄성 그리고 조정성 이런 첫 번째 First Contact 이런 게 있습니다. 그래서 그러한 것들과 새로운 지불제도를 합쳐서 이러한 강화된 일차의료를 해보자는 건데요. 아까 말한 것처럼 일차의료 속성이 접근성, 연속성(Continuity), 포괄성(Comprehensiveness), 조정성(Coordination) 이래서 3c라고 이야기 하고요. 이런 것에 기반해서 Team Based Care, 환자를 정확하게 Analysis, Access Continuity, Care Management, Care Coordination 이런 것들이 보장되는 일차의료를 얘기하는 것입니다. 그래서 이러한 Practice Innovation을 하기 위해서 전부 다 움직이고 있고요. 인구 기반 관리, 조정성 강화, 집중 관리, 질 관리 등 많은 부분에 대해서 지금 개혁이 사실 진행되고 있는 상태입니다. 우리나라에서도 Mixed Payment 다시 말해 지금까지 행위별수가제가 아니라 Mixed Payment를 지불제도 개혁을 같이 해가면서 나아가고 있는 상황입니다.

그런데 이게 민간에서만 이렇게 이루어지고 있는 게 아닙니다. 미군을 한번 보도록 하겠습니다. 미군은 거기 있는 Health System이 Military Health System이라고 MHS라고 그러죠. MHS가 2008년도에

이런 PCMH 모델을 아예 선택해서 모든 Army, Navy, air Force 전부 다 PCMH로 변경하기로 결단하였습니다. 그래서 2년에 걸쳐서 거의 모든 군의 일차의료 기관들이 전부 다 변화한 거죠. 이렇게 보시면 육군(Army) 같은 경우는 2011년, Navy(해군) 같은 경우는 2010년, air Force(공군) 같은 경우에도 2011년에 거의 동시에 법령을 발표해서 일사분란하게 다 일차의료를 PCMH화하였습니다. 그래서 결론적으로 봤을 때 435개의 일차의료 기관들을 전부 다 단기 목표, 중기 목표, 장기 목표까지 두면서 완전히 PCMH화 하였고요. 예를 들어서 air Force를 보면 2,230개 air Force가 전부 다 100% Transformation 하였고요. 그리고 Army 같은 경우는 조금 특이하게도 PCMH뿐만 아니라 SCMH라고 그래가지고 조금 다른 이제 그러니까 지금 현재 사병만 관리(Care)하는 SCMH를 따로 두는, 그런 어쨌든 그것도 PCMH 한 종류입니다. 그래서 Army도 144개 그리고 공군도 110개의 모든 일차의료기관이 다 변화하였습니다. 그런데 아까 말씀드린 SCMH하고 PCMH는 뭐가 다르냐면요 거의 비슷한데요. PCMH는 이제 군 장병 및 가족 그리고 전역자, 예비역, 예비역 군인의 가족까지도 즉 퇴직자와 그 가족까지도 전부 다 등록 대상자가 됩니다. SCMH는 이제 Soldier-Centered Medical Home이죠. 현역 군인을 대상으로 하고 있습니다. 명수도 좀 적고요. 그렇게 해서 미국의 군도 다 말씀드리는 것이 모든 한 450개 일차로 전부 다 환자 중심 일차의료 기관으로 변했던 거죠.

그래서 결국에는 우리나라도 지금 이런 모델이 지금 제시했습니다. 가정의학회에서 공단과 함께 해가지고 이미 사업이 시작을 했고요. 관리팀의 그 기능 그러면 그 중요한 기능이 뭐냐 Twenty-four/Seven입니다. 관리팀의 의사, 단독 의사가 아니라 Team제이기 때문에 Twenty-four/Seven, 24시간 7일이죠. 접근성이 있고 외래 방문 여부와 상관없는 Proactive(사전 예방적인) 한 비대면 관리 이런 거죠. 이런 지금도 저희가 이미 Testing 하고 있는데요. 비대면 관리입니다. 이 각각의 환자들이 전부 다 환자들이죠. 환자들 한분 한분과 1대1로 비대면 관리를 하고 있습니다. 비대면 진료하고는 틀립니다. 비대면 진료는 (대면)진료를 대신하지만 이거는 진료와 진료 사이의 지속적인 Seamless한 관리라고 보실 수 있겠습니다. 그래서 환자와 이렇게 대화하면서 계속 관리하게 되는 거죠. 언제든지. 그런데 주로 이분들은 지금 재택 환자이기 때문에 이렇게 하고 계시고요. 예를 들어서 식단과 당뇨 관리 이런 것들도 다 지금 하고 있습니다. 이게 지금 다시 말씀드리는 것처럼, 지금 논란이 되고 있는 원격진료처럼 진료를 대체하는 거는 아니고요. 중간에 지속적으로 연락을 주고받을 수 있다는 비대면 관리라고 보시면 되겠습니다. 그리고 고위험군 같은 경우는 High-risk, High-needs Patient는 이제 Proactive하게 먼저 다가가서, 이제 선제적 관리를 해주게 되고요. 그리고 포괄성과 조정 기능 그러니까 다른 Specialty 그러니까 여러 특수과들, 이제 보통 우리가 봤었을 때 개업하신 선생님들이 30%가 일차의료를 가지고 계시고, 한 70%는 특성화 기능을 가지고 계시는데, 그런 특성화 의원들과의 조정 그리고 정신과와의 조정 그리고 Comprehensive 다제 약물 관리, 그리고 복지 서비스 이런 것도 다 같이 Coordination 하게 됩니다. 그리고 환자와 보호자가 Care Plane에 같이 참여하는, 이러한 환자 보호자 참여 그리고 전체 데이터 자기가 관리하고 있는 전체 군의 Data를 받아서 선제적으로 관리하는 것 등이 다 들어갑니다. 이와 같이 내 환자 중에서 당뇨 군이 몇 명이나? 혈압이 몇 명이나? 그중에서 잘 관리되는 사람이 몇 명이나? 또 내가 관리해야 될 사람 각각이 해준 것과 안 해준 것은 뭐 뭐가 있는지? 이런 것들도 다 이제 이미 이런

계 다 Data로 보호가 되는 거죠. 이런 Tool이 있어야지만 이런 관리가 가능합니다.

그래서 결론적으로는 우리가 추구하고자 하는 건 등록을 전제로 한 Team 기반 관리입니다. 주치의 Team 기반 관리죠. 그래서 접근성이 증가하고 Care management, Care coordination, 비대면 관리 이런 것들이 가능하고요. 선제적 예방적 관리가 가능하려면 결국은 Team 기반 관리가 중요하다는 거고요. 아까 말씀드린 대로 모든 이러한 진료 형태의 개혁을 추구하는 것이죠. 그래서 결론적으로는 대한가정 의학회가 공단과 함께 제시했던 모형입니다. 모형이 지금 보시면은 이게 1형 의원과 2형 의원, 3형 의원 4형 의원이 있는데요. 1형 의원은 단독 개원하신 선생님들이 환자들을 등록 하고 위험군을 분류한 다음에 비대면으로 관리하는 모델입니다. 그리고 2형은 거기에 이제 의사가 2명 이상으로 그룹 개원되는 상태이기 때문에 재택의료가 가능하고 그리고 Care management 같은 집중 관리가 가능한 형이라고 보실 수 있습니다. 3형 같은 경우는 다학제 Team이 같이 있죠. 그래서 간호사뿐만 아니라 복지사 필요에 따라서 영양사 운동 처방사가 같이 있는 Team 기반 관리를 하면서 아까 말씀드린 Population health management가 가능하고, 지역사회 네트워크를 활발하게 활용하는 그런 기관이라고 할 수 있고요. 4형 거점 기관 같은 경우는 지역 의사회나 2차, 3차 병원 또는 군 의료, 공단, 지자체 누가 하든지 상관없습니다. 그러한 공공적인 조직이 이 1형, 2형, 3형의 기능을 다 가지고 있으면서 동시에 일차 지역사회 일차를 지원하는 겁니다.

언뜻 생각해 보면 이게 민간형인데요. ‘군에 적용을 한다면 어떨까?’라고 생각해 보면 1형 같은 경우는 그냥 의사 한 명에 뭐랄까 인력도 많이 필요하지 않은 경우이기 때문에 대대의 의무실 같은 경우가 아까 말한 SCMH처럼 등록자 관리, 비대면 관리하는 것을 생각해 볼 수 있을 것 같고요. 그리고 2형이나 3형 같은 경우는 사단 의무대가 이런 모형으로 갈 수 있을 것으로 판단되고요. 4형 같은 지원까지 할 수 있으려면 이거는 병원, 군 병원 정도의 사이즈가 가능할 것이라고 판단됩니다. 그래서 결국 저희가 추구하고 있는 거는 군부대 의무실, 의무대 또는 군 병원에서의 일차의료가 다학제 Team 기반이 되고 환자 중심이 되어 결국에는 일차의료 지원센터와 함께 나가는 것이 되어 지역에 이게 군 병원만 가지고는 군 인력만 가지고는 불가능할 가능성이 많습니다. 미국 같은 경우도 마찬가지로 지역사회의 일차의료와 지역사회 네트워크를 형성하여 같이 나가야 합니다. 그래서 민간과 거래 거의 같이 하는데 지금 나중에 들어오실 김승수 선생님도 결국 환자 정보 공유가 돼야 이러한 지역사회 네트워크가 가능한데 그런 얘기도 아마도 해 주실 수 있을 것 같습니다.

어쨌든 결론 ‘환자 중심 일차로의 시작은 대한민국 군 의료부터’라는 목표를 가지고 오늘 한번 얘기를 좀 나눠봤으면 좋겠습니다. 이상입니다.

#### Interviewer1(임중환)

감사합니다. 발표된 내용 중에 또 핵심적인 내용 부분이 이제 미충족 의료라고 볼 수가 있는데요. 그러니까 지리적인 이유 때문에 아니면 경제적인 이유 때문에 필요한 서비스를 받지 못하는 경우가 있는데,

군 같은 경우에는 문화적인 이유 때문에 제대로 서비스를 받지 못하는 그런 미충족 의료가 이슈가 되는 부분이고 우리나라 전체 의료로 보게 되면 비용을, '가능하면 자원을 적게 쓰면서도 의료 서비스의 질을 높이는 그런 부분에 대한 요구가 우리 의료 시스템에서 미충족 의료를 줄여야 된다.' 그리고 '자원에 대한 활용을 적절하게 하면서 의료 서비스의 질을 높여야 된다.'라고 하는 관점에서 일차의료에 대한 요구도가 높아지는 것 같습니다. 이것을 군에 적용한 모델에 대한 걸 소개를 해주신 것 같습니다.

그러면 이제 본격적으로 여러분의 의견을 듣도록 그렇게 하겠습니다. 혹시 지금 박OO 센터장님이 한 거에 대해서 '이거는 좀 확인했으면 좋겠다.' '아니면 좀 이해도를 높이기 위해서 이거는 좀 질문했으면 좋겠다.'는 사항이 혹시 있으신가요?

**Interviewer2(박성배)**

네 제가 너무 빠른 속도로 말씀을 드리는 바람에 저게 뭐 소리인가 하신 게 있을 수도 있는데 얼마든지 편하게 물어봐 주셔도 되겠습니다. 그런데 이게 지금 연구로 그냥 단순히 모델링만 한 게 아니고요. 이 4형 의원은 지금 공단과 함께 일산병원이 같이 센터를 개소를 해가지고 지원센터를 개소하였습니다. 4월 17일부터 그래서 실제로 이게 가능한가 불가능가를 지금 Testing 하고 있는데요. 혹시 궁금하신 거 있으실까요?

**Interviewer1(임종한)**

예 아마 구체적인 얘기를 좀 나누면서 좀 의견을 듣는 게 좋을 것 같습니다. 첫 번째 질문을 좀 드리겠는데요. 그 전에 이제 FGI 질문지를 보여드렸을 것 같은데 우리나라 군 사병들의 의료 관련 접근도가 어떻다고 생각하십니까? 근무지에 따라서 다를 수도 있는데, 근무지의 종류에 따라서 접근도가 좋다, 보통이다, 나쁘다 이렇게 의견을 내릴 수 있는 것 같은데요. 그렇게 생각하는 이유에 대해서 본인의 경험을 말씀을 해주시면 좋을 것 같습니다. 군의관 시절 동안에 판단해 봤을 때 군 사병들의 의료 관련 접근도가 어땠다 하는 것들의 의견을 주시면 좋을 것 같습니다. 자유롭게 얘기를 해주시면 좋을 것 같은데 누가 먼저 말문을 좀 떼어주시죠.

**Interviewee1(김OO)**

네 제가 먼저 말씀드리겠습니다. 접근성에 대해서 말씀해 주셨는데 사실 이게 접근성이라는 게 단지 그냥 의사 만나는 것 이것을 접근성이라고 한다면, 사실 군 의료의 접근성은 거의 최고라고 보셔야 될 것 같습니다. 실질적으로 일차의료라는 행태가 병원에서, 의원에서 혹은 대대급 의무실에서 무언가 진행을 할 수 있어야 되는데, 그런 것들 피검사나 X-ray 이런 거 전혀 없기 때문에 단지 청진기랑 의사 한 명만 덜렁 있기 때문에 그런 점에서 일차医료를 평가한다면 접근성은 많이 떨어진다고 보시면 될 것 같고, '의사 접근성은 매우 좋은데 그런 퍼실리티에 대한 접근성은 매우 많이 떨어진다.' 생각하시면 됩니다. 그렇게 아시면 될 것 같고, 일차의료에서 이제 2차, 3차로 이제 후송을 하는 그런 것들에 대한 접근성은 매우 좋은 편입니다. 군대라고 옛날처럼 이렇게 절대 안 보내고 '아파도 참아라' 이렇게 하시면 요즘

군대 그렇게 하면 큰일 나는 상황이라서 사실 간부들이 오히려 더 보내려고 하고, 예를 들어 외래 진료 잡아준다고 해서 외진 잡아준다, 버스에 태워 보낸다 이런 식으로 진행을 하는데 그게 몇 달씩 밀려 있고 실질적으로 피병 환자는 고를 수가 없게 되어 있어서 사실 의료 자체에 대한 접근성은 매우 좋으나 일차의 료의 시설에 대한 접근성의 경우 기능 자체가 많이 떨어진다. 이렇게 보시면 될 것 같습니다.

**Interviewer1(임종한)**

의사에 대한 접근성이라고 하는 부분이 장병들이 원하면 군의관 하고의 접촉이 어떻게 이루어지나요? 원래 그 Permission을 내는 부분이 군 장병이 요청했을 때, 일단 군 장교 그러니까 명령 선에서 보게 되면은 위에 있는 대대장이나 아무튼 결정을 통해서 군의관 쪽에 접근이 가능할 수 있을 것 같은데 어떤가요?

**Interviewee1(김OO)**

일반 군대의 분대가 제일 작은 단위니까, 분대에 있는 병사들은 이제 사실 일과 어떤 행사 이제 분대 훈련 같은 게 없을 때는 그냥 분대장 Confirm하에 의무실에 갔다 오는, 말하고 그냥 갔다 오는 그런 식으로 진행이 되고, 훈련 도중에는 이제 소대장이나 중대장까지 부사관들 혹은 이제 대위, 중위 정도까지 Confirm을 받고 보통 가게 되고, 그 외에 점심시간이나 당직 시간에는 이제 의무실 당직을 서는 곳도 있기 때문에, 그런 것들에 대한 접근성은 사실 많이 좋다고 보시면 될 것 같고, 또 일례로 휴대폰이 지금 보급되면서 그런 것들을 안 보내줬을 때 많은 문제가 장교들이나 부사관들 진급에 생기기 때문에, 그런 걸 그게 이제 예를 들어 너무 어려운 군대 위계질서라서 ‘그런 거를 말을 하지 못한다.’라는 거는 발생하지 않는다고 보시면 될 것 같습니다.

**Interviewer1(임종한)**

네, 인력에 대한 부분하고 또 퍼실리티를 좀 나눠서 설명을 해줬는데, 일차의료라고 하는 부분들이 이제 군 장병이 Complain이 들어왔을 때 그 컴플레인 대해서 민감하게 ‘어떤 부분에 대한 것들이 문제가 있구나’ 하는 걸 체크 하고, 그때 바로 처리할 수 있는 것도 있고 또 의뢰를 하는 부분이 있는데 그거는 대대급에 배치된 군의관에 따라서 굉장히 편차가 있을 것 같은데, 아니면은 전공과목이나 이런 부분에 대해서는 어떻게 생각하시는지요?

**Interviewee1(김OO)**

사실 이제 전공을 따지기에는 군대에 오는 병사들 자체가 신체검사를 통과하고 건강한 20대 초중반 남자들이 오기 때문에 특정하게, 그런 Specify한 전문과가 필요하다기보다는 좀 Broad 하게 일차의료 가 감기 같은 게 많이 든다고 보시면 될 것 같고요. 제일 많은 거는 사실 축구하다가 발목 삐고, 다치고 이런 게 제일 많아서 그런 것들이 골절이 의심되는 경우에는 다 무조건 X-ray에 있는 대로 보내는 식으로 하고, 그런 보내는 거에 대한 차량이나 지원 같은 것들도 각 부대에서 그런 소대장들이나 간부들이 그냥 군대 차 자체가 이제 제한돼 있기 때문에, 그런 개인 자차로 가는 경우도 되게 많았고, 물론 이제 안전에 사실 가장 많이 신경을 쓰고 있어서 그런 문제는 네 금방금방 해결되는 상황이 많아가지고 그렇게 보시면

될 것 같습니다. 그래서 전문가가 딱히 필요하다기보다는 Broad 하게 보는 경우가 제일 많았습니다. 예를 들어 Seizure 같은 경우는 어떻게 할 수 있는 방법이 없고, 약 자체가 없기 때문에 그런 경우는 이제 바로 군의관 동행해서 병원으로 후송을 시키는 경우가 많고 마찬가지로 자살 시도나 이런 것도 마찬가지로 바로 보내는 경우가 많고 딱 일차의료에서 할 수 있는 것만 진행을 하는 경우가 제일 많았습니다. 왜냐하면 아무 장비가 없기 때문에 피검사, X-ray조차 없기 때문에, 저희도 이제 방어 진료 개념으로 다가 많이 보내는 경우가 제일 흔했습니다.

**Interviewer1(임종한)**

혹시 다른 분들도 지금 접근성에 대해서 어떻게 생각하시는지를 자연스럽게 얘기를 해 주시면 좋을 것 같습니다.

**Interviewee2(이OO)**

우선 저도 제가 근무했던 부대에서는 다 의사에 대한 접근도가 매우 높았지만, 이게 아무래도 군의관이었던 사람들 갖고 이렇게 모임을 하는 거다 보니까, 제가 듣기로는 어느 강원도의 몇몇 부대에서는 이렇게 그러니까 군대별로 따로 근무지가 편성이 돼서 군의관이 항상 상주하지 않는 지역에 근무하는 병사들도 있는 것으로 알고 있습니다. 그래서 그 사람들의 의료 접근도를 저희가 평가하기는 어렵지만 저도 제가 근무하는 부대에서는 진짜 밥 먹으러 가다 심심해서 응급실 들리고 누구와의 Confirm이나 Permission 없이도 진료 보러 오는 이런 환경이어서 의사를 만나기에는 매우 오히려 밖에서보다 편합니다. ‘밖에는 내가 돈을 내야 진료를 볼 수 있다.’ 약간 이렇게 돈 아까워서 오히려 20대 남자들은 병원을 거의 가지 않는데 군대에서는 다 공짜고 그러다 보니까 그냥 심심할 때 의무대 들려서 약 받고 가고, 오히려 저는 이렇게 바깥에서 생활하는 것보다 군부대 안에 있을 때 의료 접근도가 더 높다고 생각이 들었습니다.

**Interviewer1(임종한)**

그러면은 접근도가 낮을 수 있는 군대나 이런 부분들이 어느 정도 있다고 생각하시나요?

**Interviewee2(이OO)**

예, 저도 그러니까 예를 들어 GOP 전방 근무 부대의 경우 군의관이 이렇게 Center 그러니까 약간 중심되는 지역에만 이렇게 상주를 하고 약간 기피하는 소규모 부대, 소규모 진지 이런 데서는 군의관이 계속 상주를 하지 않습니다. 그런 데서 만약에 ‘진료가 바로 필요한데 못 받는 경우도 있을 수 있다.’라고 생각만 하는 거고, 약간 저희가 군의관만 모여서 토론을 하다 보니까 약간 그런 바이러스가 있지 않을까 이런 생각도 들어서 말씀드렸습니다.

**Interviewer1(임종한)**

네, 아무튼 특별한 GOP라든가 특별한 조건, 아니면 해군 같은 경우에서는 배를 타고 간다든가 아무튼 ‘특별한 조건 하에서는 접근성의 제한성이 있는 경우가 있다.’ 이렇게 볼 수 있는데, 그러면은 ‘장병들이

대대급에 있는 의무대를 이용하는 데 있어서는 그렇게 큰 어떤 장벽이 있다거나 그렇게 있는 상태는 아니다.’ ‘문화적인 부분에서도 지금 같은 경우는 조금 더 자유로운 분위기다.’ 이런 말씀이시죠?

**Interviewee2(이OO)**

예, 맞습니다. 저도 굉장히 자유로워서 오히려 ‘이런 걸로 진료를 보러 오나?’ 약간 이런 생각이 들 때도 많았습니다.

**Interviewer1(임중한)**

네, 다른 분들은 조금 이런 접근도 부분에 있어서 의료의 접근성에 대해서 혹시 미충족 의료가 상당 부분이 존재할 가능성이라든가 이런 부분에 대해서는 어떻게 생각하시는지

**Interviewee3(김OO)**

네, 저는 인제군의 포병대대 GOP부대에서 근무를 했습니다. 아까 앞서 두 선생님들끼리 말씀을 해주신 것처럼 제가 이제 본부라든지 다른 각 근처에 있는 1중대 2중대에서는 이렇게 의사를 만나기가 굉장히 쉬웠었는데, 3포대 같은 경우에는 이제 GOP에 올라가 있다 보니까 통행이 일단 자유롭지가 않고, 거기에 군의관이 직접 가서 진료를 해야지만 할 수가 있는데 그것도 제가 이제 약 총을 싸 들고가야 되다 보니까 해봐야 감기약, 소염진통제 정도 들고 갑니다. 그래서 그런 특수한 환경에서는 좀 사각지대가 있는 거는 분명한 것 같고요. 오히려 또 아예 또 GP인 경우에는 그쪽에는 아예 24시간 상주하는 군의관 선생님들이 계셔서 오히려 그쪽은 조금 더 상황이 나은 것 같은데 GOP 부대 같은 경우에는 그런 사각지대가 있는 것 같습니다. 그 외에 제가 2년 차, 3년 차 때 겪었던 부대들은 앞서 선생님들께서 말씀하신 것처럼 너무나 쉽게 의사를 볼 수는 있습니다. 그런데 그게 자기가 원하는 의사한테 원하는 진료를 받을 수 있는 환경은 아니고, 어쨌든 인제 같은 경우에는 가슴 X-ray 한번, 발목 X-ray 한번 찍으려고 해도 30분 이상 차를 타고 사단 의무대에 가야 되는 환경이었기 때문에, 그거를 배차를 내서 사단 의무대에 갈 것이냐 말 것이냐 이런 부분들은 저는 접근성이 좀 많이 낮다고 생각이 들었습니다.

**Interviewer1(임중한)**

실질적인 어떤 진찰을 받는 사단 접근도에 대한 건 좀 떨어지는 부분이고, 대대 같은 경우는 군의관을 자주 보긴 하지만 기본적인 시설이나 이런 것들이 갖춰지지 않아서 실질적인 부분에 있어 일차의료의 Cover 부분들은 좀 떨어지는 편이다.

**Interviewee3(김OO)**

네, 맞습니다.

**Interviewer1(임중한)**

그런 말씀인 거죠? 그리고 ‘사단 쪽을 접근할 때는 아무래도 한 30분 정도 이동을 해야 되기 때문에

그런 부분에 대한 제약이 있다.’ 그렇게 정리해도 되겠죠? 다른 분들도 조금 경험을 좀 말씀해 주시면 좋을 것 같습니다. 대대급에서 뭔가 이렇게 할 수 있는 게 없는 부분에 대해서는 어떻게 생각하시는지?

**Interviewee4(유OO)**

제가 의견을 한 말씀 드리자면, 저 같은 경우는 1년 차 때 이제 특공연대에서 근무를 했었고 이제 2~3년 차 때는 일반적인 대대에서 근무를 해서, 제 생각에는 대대의 어떤 훈련 강도나 어떤 특정한 그런 대대에 있어서는 문화적으로도 의료 접근도가 떨어질 수 있다고 생각을 하는 게, 물론 앞서 말씀하셨던 선생님들의 말씀처럼 이제 제가 속한 대대에서 사병들이 제 얼굴을 보는 거는 쉬웠는데, 어떤 시설적인 문제가 생각보다 굉장히 심했어 가지고 이제 약품을 제대로 공급받지 못하는 경우도 많아서 이제 얼굴을 봤지만, 약 처방을 못하는 경우도 많았고, 또는 이제 부대 내에 지금 제가 근무하던 시점 기준으로는 이제 특공연대 예하 대대에 근무했을 때 이제 같은 훈련을 했는데 어떤 병사는 이제 진료를 아프다고 진료를 오고 어떤 병사들은 참으면 이제, 마치 진료를 보러 오는 병사가 약간 약한 것처럼, 그런 약간 심리적인 어떤 좀 암묵적인 문화가 형성이 돼 있었다고 할까요? 그래서 그런 것들이 어떤 부대의 장 그러니까 중대장 혹은 대대장님까지도 어떤 그런 문화에 어떤 제가 봤을 때는 영향을 주는 것 같았습니다. 그래서 무조건 ‘하면 된다.’는 식으로 그때도 훈련이 조금 제가 봐도 틀림없이 몸에 이상이 올 만한 무리한 훈련임에도 불구하고 무조건 하자는 이런 문화가 있었고 그래서 오히려 더 진료 진료를 제가 봐주겠다고 치료를 받아야 된다고 함에도 병사가 거부하는 경우도 있었습니다. 현재는 물론 휴대폰도 보급되고 문화가 많이 바뀌었을 수도 있고 지휘관도 많이 바뀌니까 달라졌을 수 있는데, 부대에 따라서는 그런 부분 때문에 이제 의사 얼굴을 보기는 쉽지만 실제적으로 의료를 이제 혜택을 받고 건강을 챙기기에는 어려운 상황도 있을 수 있는 것 같습니다. 이상입니다.

**Interviewer1(임중한)**

네, 군 장병 중에 이제 좀 정신과 문제라든가 이런 세부적인 상담을 요하는 그런 경우도 있는데 군 문화에 따라서 그런 것들을 솔직히 오픈하고 얘기하기가 상당히 어려운 부분이어서 군 통합병원이나 이런 쪽으로 정신과 전문의를 만나러 가면 모를까 그렇지 않은 대대 차원 내에서 그런 부분들에 대한 것들을 군의관한테 직접적으로 얘기하는 거는 조금 문화적인 거에 따라서 차이가 많고 좀 힘들고 그런 상황도 있지 않을까 생각이 드는데요.

**Interviewee4(유OO)**

예, 맞습니다. 다행히 이제 물론 좀 파트에 따라 다를 수 있다고 생각하는데 차라리 이렇게 우울하거나 정신과적인 문제가 있으면 그거는 이제 얘기를 하고 또 간부들이 잘 협조를 하는 편인데 특히 훈련으로 인한 타박상이라든가 근육통이라든가 이제 그런 것들을 매우 경시하는 문화가 제가 있을 때 있었고, 이제 훈련에 대해서 매우 좀 이제 강도가 높았기 때문에 또 아이러니하게 또 강도가 높은 훈련을 하니까 또 그 훈련으로 인해서 어디가 아프거나 어디가 불편하면 그거를 조금 경시하는 그런 생각들이 팽배해 있었고, 그래서 약간 제가 약을 주겠다거나 혹은 쉬어야 된다고 조언을 함에도 그거를 병사 입장에서 듣지

않는 경우도 되게 많았습니다.

**Interviewer1(임종한)**

‘군 문화에 영향을 많이 받는 부분이 있다. 의사하고 직접적으로 만나서 세부적인 그런 것들을 진료받는데 있어서는 군문화의 영향이 어느 정도 있다.’ 이렇게 또 말씀해 주신 것 같습니다. 또 다른 분들은 얘기를 얘기 안 하신 분이?

**Interviewee5(강OO)**

저만 아직 얘기를 안 한 것 같은데

**Interviewer1(임종한)**

네, 말씀해 주십시오.

**Interviewee5(강OO)**

말씀을 잘 해주셔가지고요. 그런데 저도 이OO 선생님처럼 중요하다고 생각되는 게, 예를 들면 제가 있던 대대는 한 연대 안에 대대가 4개 있습니다. 그런데 그중 군의관이 있는 대대는 저 하나밖에 없습니다. 그래서 어차피 제가 보는 병사들은 군 위반이 있는 대대의 병사들인데, 나머지 세 개의 대대에서 그런 진료를 보려면은 그러니까 대대 군의관을 만날 수 있는 게 아니라 일주일에 한 두 번이나 세 번 정도씩 있는 연대나 사단이나 아니면은 군 병원 진료를 봐야 되거든요. 그래서 그런 차원에서 그러니까 군의관이 없었던 곳에서 근무한 병사들의 경험도 중요할 것 같고, 대체적으로 접근성은 좋은 편인데 사실 이게 제 생각엔 두 가지 요소에 좀 많이 좌우가 되는 것 같은데 하나는 지휘관이 어떻게 생각하는지 문화가 있고 하나는 그 부대의 지리적 접근성이 중요한 것 같습니다. 왜냐하면, 저 같은 경우에도 제가 있던 부대에는 해안 초소가 두 개가 있었는데, 하나의 초소 가는데 한 험한 길로 한 40분 정도 걸리는데, 순회 진료라고 해서 일주일에 한두 번씩 가는데 ‘마침 운전병이 없으면 그냥 이번 주는 순회 진료를 못 간다.’ 약간 이런 일이 있어가지고, 그러니까 그런 일은 다들 비밀비재하고 그래서 오히려 막 엄청 심한 것 같은 질환이면 민간이든 군 병원이든 어디든 보내는 데가 좀 환자가 즉각적으로 요구하는 접근성 차원에서 생각하면은 그런 식의 외적인 좀 제한이 있을 때는 일차의료 접근성이 좀 제한될 때가 있었던 것 같습니다.

**Interviewer1(임종한)**

네, 대대의 어떤 위치나 이런 거에 따라서도 영향을 좀 받을 수도 있을 것 같고, 또 군 문화 자체에도 또 영향을 또 받을 수 있을 것 같습니다.

**Interviewer2(박성배)**

제가 질문이 하나 있는데요 이걸 제가 좀 무식한 질문이지만 그냥 그러려니 생각하시고 대답해 주시면,

그게 의대만 졸업하고 군을 가실 때하고, 인턴을 졸업하고 군을 갈 때하고, 전공의를 마치고 전문의로서 갈 때하고, 배치되는 위치가 다 틀린가요? 아무 선생님이나 좀 대답을 해주시면.....

**Interviewee5(강OO)**

배치는 이상적으로는 그러니까 전문의의 경우에는 자기 특수 전공을 살려서 진료할 수 있는 최소 정말 최소 사단 의무대나 군 병원 정도 가면 좋은데 사실 그게 잘 되지는 않고, 그리고 의대만 졸업하고 갔을 때는 이제 보통 공보의 비율이 높았었던 것 같은데, 하여튼 크게 분류 오히려 전문 특성별로 분류가 많이 된다고보다는 그냥 여기저기 다 퍼진다고 생각하시면 될 것 같습니다.

**Interviewer2(박성배)**

그러면은 전문이 판 다음에 간다고 해서 병원급으로 가고, 그전에 전문의가 아닌 상태에서 갔다고 그래 가지고 대대로 배치되고 이런 거는 아니네요?

**Interviewee5(강OO)**

그러니까 전문의가 아닌 경우 갔을 때는 군 병원까지는 웬만하면 거의 갈 수가 없고요. 그리고 군 병원의 자리는 제한돼 있기 때문에 내과, 외과, 정형외과 이런 분들도 바로 군 병원에 가는 게 아니라 격오지에서 1년, 2년 이렇게 있다가 올라오는 경우가 많았던 것으로 저는 알고..... 저희가 근무할 때 그랬는데 지금도 크게 다르지 않을 것 같습니다.

**Interviewer2(박성배)**

그러면 대대에 계신 분들은 대부분 인턴을 마치고 오신 분들이라고 보면 되나요? 아니면 그냥 의대 졸업하시고 오신 분들인가요? 물론 전문의들도 있겠지만 네네.....

**Interviewee2(이OO)**

의대만 졸업하고는 군의관을 가는 경우가 거의 없다고 보시면 되고, 인턴 1년 이상 또 인턴 1년 하고 전공의를 하다가 중포했을 경우, 이런 경우 최소 그런 경우가 돼야 군의관으로 가지, 의대만 졸업하고 나서는 군의관 가는 경우가 저는 한 번도 보지 못했습니다.

**Interviewer2(박성배)**

그러면 거의 최소한 인턴 경험 또는 그 이상이라고 보면 되겠군요. 감사합니다.

**Interviewer1(임종한)**

그러면은 대대에서 배치되고 또 사단 의무대가 이렇게 있는데, 이렇게 장병들이 군의관을 보고 또 사단 의무대로 가거나 다른 지역 의뢰하거나 의뢰 체계와 관련해서 제대로 서비스를 받고 있는지 그거는 어떻게 생각하십니까? 접근도 부분을 지금에 있는 어떤 의료 체계와 관련해서 지금에 있는 대대 그리고 사단

의무대가 배치되고 또 인력이 배치되고 이런 부분들이 지금 있는 구조가 접근성과 관련해서 적절한가요? 군에 있는 지리적인 위치나 군 문화 이런 부분들, 그러니까 지리적인 위치는 어차피 굉장히 고정적인 여건이고 문화는 조금씩은 이제 변화되고 있는 부분인데 지금의 군의 인력 배치 또 의뢰 체계 이런 부분들 같은 경우는 본격적으로 논의가 되지 않았기 때문에 사실 오늘 얘기하는 초점 같은 경우는 군이 어떤 체계로 바뀌어야지만 접근도를 높일 수 있느냐? 그리고 군에 있는 문화를 조금 더 개방적인 문화로 바꿀 수 있느냐? 그런 의견이거든요.

‘접근성과 관련해서 어떤 부분이 좀 개선됐으면 좋겠다.’ 특히 이제 의뢰체계와 관련해서라든가?

#### Interviewee4(유OO)

제가 의견을 한 말씀 드리고 싶은 게, 그렇게 이제 지역 곳곳에 있는 사단 의무대 이상급의 이제 병원급 진료 접근성에 대해서 이게 이루어지려면, 우선 차량이 있어야 되고, 운전병이 있어야 되고, 선택 간부가 있어야 됩니다. 그러면은 이제 환자를 데리고 이렇게 외진을 갈 수가 있는데 보통은 세 요소 다 부족한 부대가 상당히 됩니다. 그래서 차량 우선 시설적인 부분으로 예를 들어 제가 첫째 근무했던 특공연대 같은 경우는 굉장히 노후화가 심했고, 고장이 잦아 가지고 그 차량 자체를 수리하러 보내느라고 이제 제대로 된 이제 외진이 이루어지지 않고, 제 자차로 이렇게 급할 때는 그렇게 간다든지 그런 식으로 했었고요. 운전병 자체도 부대에 보통 운전병이 넉넉한 경우가 거의 없었습니다. 특히나 제가 근무했던 대대들은 운전병이 부족해서 분명히 응급차 운전병인데도 불구하고 다른 차 훈련에 이렇게 또 투입되는 경우가 되게 많았었고 그래서 이제 제가 직접 운전해서 환자를 데리고 간 경우도 많았고요. 다음으로 선택 간부는 이제 부대 내에 의무 부사관이 존재하는 경우에는 이게 상당히 해결이 잘 되는데 그렇지 않은 경우에는 거의 군의관이 가야 되는 상황이 많고, 그러면 이제 그동안에 의무실을 비워야 되니까 의료 공백이 생기고, 또 이제 다른 간부들이 선택 간부를 하는 경우가 간혹 있는데 다른 간부들도 자기 병과 혹은 자기 소속 안에서 일을 하느라고 이제 이게 이루어지지 않는 경우도 되게 많아서, 인력이 충분하고 이제 차량 등의 시설이 양호하다면은 이제 지리적 위치가 조금 안 좋아도 이제 바로바로 사단 의무대급 이상의 어떤 이제 의료시설로 이송을 할 수 있으면, 그러면은 접근성이 괜찮아질 거라고 생각합니다. 이상입니다.

#### Interviewer1(임중한)

물리적으로 이렇게 이동하는 것 말고 대대에 있는 군의관하고 사단 의무대에 있는 군의관하고 소통해서 따로 정보 네트워크를 활용하거나 그런 거는 불가능한 건가요?

#### Interviewee4(유OO)

기본적으로 사단 의무대급 이상의 의료기관과 대대 의무실에 시설이나 약품 종류 등등 이제 수준이 굉장히 차이가 크기 때문에, 이제 보통은 그 네트워크가 이루어진다 하더라도 그냥 사단의 무대로 이송을 하라고 대부분 할 것 같습니다. 대대 의무실에서 해결할 수 있는 환자가 굉장히 제한적이라서 그렇습니다.

**Interviewer1(임종한)**

네, 그러면 지금에 있는 문제를 전제로 한다면 접근성을 높일 수 있는 대안에 대해서는 어떤 의견을 줄 수 있을까요? 지금 결국 사단 의무대에 대한 접근 자체가 굉장히 편차가 많고 또 어려운 경우도 발생을 하는데, 혹시 이거에 대한 해결 방안에 대해서는 어떤 의견을 줄 수 있을까요?

**Interviewee3(김OO)**

지금 일부 여단이나 사단에서 시범적으로 운영을 하고 있는 것으로 알고 있는데요. 사단 의무대까지 가는 그런 물리적인 거리가 너무 멀기 때문에 인근에 있는 대대끼리 의무실을 통합을 해서 거기에 이제 X-ray를 두고 일차적인 일차 진료를 그쪽에서 보는 방식으로 그렇게 일부 운영을 하고 있는 것으로 알고 있습니다. 그런데 그렇게 하니까 병사들도 전문 과목에서 어쨌든 의사를 볼 수 있으니까 외과 군의관, 내과 군의관 이렇게 볼 수 있으니까 병사들도 만족도가 올라가고 군의관도 자기 전문 분야를 진료할 수 있으니까 그런 부분에서 만족도가 높았던 것 같습니다. 물론 아주 외딴 대대 같은 경우에는 그것조차도 불가능하겠지만 이게 좀 확대되어야 되지 않을까 라고 생각이 들었습니다.

**Interviewer1(임종한)**

‘대대간을 연결해서 일차의료를 수행할 수 있는 단위를 만들어야 된다.’ 이런 거네요. 결국에는. 그러니까 ‘사단 의무대에만 의존할 수는 없고 접근성을 강화하기 위해서는 대대를 연결해서 일차의료에 대한 대응을 할 수 있는, X-ray를 찍거나 기본적인 것들을 할 수 있는 그런 부분들을 좀 만들어야 된다.’ 그런 의견을 주시는 거죠?

**Interviewee3(김OO)**

네, 맞습니다.

**Interviewer1(임종한)**

네, 그것도 굉장히 좋은 의견이신데, 그런데 거기에 일차의료에 대한 기본적인 서비스를 하려면은 인턴 수련만 되는 게 아니고 그래도 일차의료에 대한 기본적인 교육 수련이나 이런 것들이 뒷받침이 좀 되면 훨씬 더 예를 들면 거기 배치돼 있는 대대에 있는 군의관을 대상으로 한 일차의료에 대한 교육 프로그램이 라든가 이런 부분이 있으면 ‘이런 경우는 이렇게 설치해라.’, ‘일차의료라는 건 어쩡다.’ 그런 부분들이 있으면 용이할 것 같은데.....

**Interviewee3(김OO)**

그러니까 일차의료 역량이 강화되면 일단은 군 병원으로 후송되는 숫자가 일단 많이 줄어들 것 같고요. 그리고 궁극적으로는 수도병원의 군 의료가 굉장히 편중되게 집중되어 있는 경향이 있습니다. 모든 의료가 수도 병원에서 해결이 되지 않으면은 민간 병원을 이용하게 할 수 있게 한다든지 이런 식으로 이루어지기 때문에 그렇게 일차의료를 역량을 강화하면 군 병원이나 수도병원에 편중된 그런 격차를 좀 줄일

수 있지 않을까 생각이 듭니다.

#### Interviewer1(임종한)

네, 지금 가능하면 이제 대대급에서 일차의료 서비스를 할 수 있는 대안들을 적극적으로 모색해야 되고, '그것에 대한 예산 규정이나 인력 배치나 이런 부분에 대한 걸 적극적으로 해야 된다.'라고 하는 부분이 지금 박OO 센터장이 말씀하신 그런 군 장병 중심의 의료기관 또 SCMH, PCMH와 부합되는 거 아닌가요? 박OO 센터장님.

#### Interviewer2(박성배)

그 만약에 제 생각에는 사단급의 의무대는 만약 거기에 이제 여러 과의 이제 군의관이 있지 않습니까? 그러니까 거기 있는 역할을 진짜로 PCMH처럼 해서 군뿐만 아니라 군의 가족 또는 지역사회에 있는 사람들까지도 이용할 수 있는, 그래서 '점점 질이 더 높아지는 그런 모델로 가야 가는 게 낫지 않을까?'라는 생각이 들고요. 그런데 대대급의 군의관 한 명 있는 부분은 어떻게 해서든지 팀을 이루어서 방금 말씀하신 것처럼 대대끼리 팀을 이루던 그 안에서의 이제 Paramedic을 민간에서 이렇게 차출해서 한 명의 Nurse와 예를 들어서 물리치료사 또는 영양사 이런 분들이 같이 팀을 이루어서 강화된 Soldier 중심의 그러니까 군인 사병 중심의 일차 Medical Home이 간다면 지금 말씀하신 그런 '일차의료 역량 강화가 되는 거 아닌가?'라는 생각이 듭니다.

#### Interviewer1(임종한)

대대의 일차의료 서비스를 가능한 형태로 팀 접근을 가능한 식으로 인력 배치도 두고, 예산도 배정하고 그런 부분들이 지금에 있는 사각지대를 줄일 수 있을 것이다. 일차의료 서비스의 질을 높일 것이다. 그런 거에 대해서 좀 의견을 주시죠. 그런 것들이 얼마큼 현실적으로 가능할지? 또 이런 방향으로 진행됐으면 좋겠다 하는. '대대에서 일차의료 가능한 방식으로 가야 되지 않을까?'라는 부분하고, 대대에서도 외부쪽에 있는 일차의료 자원들을 활용하거나 아니면은 이제 좀 정보기구라든가 이런 장비들하고 대대 일차의료에 있는 군의관하고 소통할 수 있는 다른 그런 소통 채널을 IT로 연다든가 그런 부분에 대해서는 도움이 될까요?

#### Interviewee2(이OO)

우선 소통 채널을 강화한다는 것 자체가 조금 저는 좀 부정적으로 바라보는 게 지금 제가 있는 대대에서는 의료정보 시스템조차 잘 돌아가지가 않았습시다. 제가 Charting이나 이런 거를 좀 해서 환자한테 조금 이렇게 기록을 좀 쌓고 싶어도, 전혀 이게 기록이 저장도 되지 않고 그랬고, 만약에 설령 기록이 된다고 하더라도 제가 쓴 기록을 사단에서 조회할 수가 없었습니다. 이렇게 군대가 인터넷이 안되다 보니까 인터넷으로만 연결이 돼서 그런지는 몰라도 대대에서 진료를 본 기록을 사단에서 조회할 수 없고 그런 것도 잘 안되는데 어떤 방법으로 이렇게 소통을 할 수 있을지? 사실 군대에서는 핸드폰도 사실 원칙적으로 말하면 일과 시간에는 사용하면 안되는 그런 환경이기 때문에 그렇게 생각합니다. 환자 관련

해서 대회 안에서도 어제랑 오늘 어떤 기록을 어떤 진료를 받았는지도 기록이 잘 안되는 그런 굉장히 열악한 환경인데, 어떤 방법으로 이렇게 실시간 소통을 할 수 있을지? 조금 과연 할 수 있을지? 조금 부정적인 불가능할 것 같다는 생각이 좀 들긴 합니다.

**Interviewer2(박성배)**

그러면 질문을 좀 하나 드릴게요. 그러면 의무실에 컴퓨터가 있고 그 컴퓨터가 인터넷에 혹시 연결이 되나요?

**Interviewee2(이OO)**

인터넷은 없고, 인트라넷이라고 해서 군 병원 내부망만 접속이 됩니다. 군대 내부망. 그래서 네이버 전혀 켜지지 않고 네 이런 게 전혀 켜지지 않습니다. 군대에 있는 컴퓨터로는.

**Interviewer2(박성배)**

그러면 저희가 지금 사실은 저희가 Testing 하고 있는 게 비대면 관리 Tool이 지금 저희는 개발을 못했고, 저걸로 하고 있거든요. 카카오 채널. 그러니까 그것도 사용이 불가능하겠네요?

**Interviewee2(이OO)**

핸드폰으로, 이렇게 핸드폰으로 무선 인터넷을 통해서 하는 건 가능할 텐데 유선 인터넷 연결조차 하려면 굉장히 많은 보안 그런 담당자들을 만나야 되고, 그런 보안 부서에서 굉장히 싫어합니다. 그런 유선으로 인터넷 연결하는 것 자체를 엄청나게 조금 하기 꺼려하는 그런 느낌이 있어서 카카오톡 채널을 만들게 된다면은 핸드폰이나 이렇게 무선 인터넷으로는 충분히 가능할 것 같다는 생각은 합니다.

**Interviewer2(박성배)**

그러면 혹시 장병들은 자기 요즘에 일과 시간 끝나면 핸드폰을 다 이렇게 배포를, 자기 걸 준다니까 그걸로 접속을 하면 될 것 같고, 군의관 같은 경우는 대대마다 태블릿을 하나를 이렇게 제공을 해서 거기를 통해서 사병들하고 이렇게 접촉하는..... 이런 거가 허가 날 가능성은 거의 없는 건가요?

**Interviewee2(이OO)**

허가는 대대장에 따라서 좋아할 것 같은데, 군의관이라는 사람들이 대부분 의무로 하는 거다 보니까 밖에서 '내가 환자 10명 보면 돈 얼마 번다.' 이렇게 적극성 이런 게 전혀 떨어집니다. '나는 그냥 무조건 칼퇴근해야지.' 최대한 늦게 출근하고 최대한 일찍 퇴근하고, 약간 그런 마인드가 좀 만연해 있어서 그렇게 밤에 이렇게 실시간으로 병사들이랑 소통을 할지? 전혀 제 생각에는 아무도 안 하려고 할 거고 하더라도 이렇게 지휘 체계에서 시켜서 '오늘 당직은 너니까 네가 24시간 네가 오늘 밤에는 실시간으로 어떤 카톡이 오더라도 소통해.' 그러니까 이렇게 시켜야지만 그런 시스템이 돌아갈 것 같은데, 과연 그런 당직을 서면서 과연 얼마 정도의 적극성으로 그런 진료를 볼지? 약간 그런 생각이 들었습니다.

**Interviewer2(박성배)**

네, 100% 동의합니다. 그거를 지금 민간에서도 못하고 있는데 군에서 그거를 무조건적으로 잘하리라고 저는 생각은 안 들고요. 당연히 그렇게 한다면은 그런 인력을 따로 고용을 하든지 팀제로 운영돼야 되는데요. 지금 마침 우리가 지금 얘기하고 있는 게 이 비대면 관리 Tool인데요. 지금 방금 김OO OOO.com CEO께서 조인을 해주셨어요. 우리 선생님도 가정의학과시고, 그리고 또 군의관 다녀오셨는데 인사 잠깐 먼저 해 주시겠습니까?

**Interviewee6(김OO)**

일단 선생님들 늦게 들어와서 죄송합니다. 저는 이제 2000년에 의대 졸업했고요. 2004년 3월 2월에 가정의학과 Board 받고 3년간 군의관하고, 국민건강보험공단 일산병원에서 2007년부터 9년까지 촉탁의 겸 Fallow 생활을 했고요. 그 이후로는 지금 제약업계에 있습니다. 이제 제약업계에서 영업 총괄 본부장도 해봤고요. 현재는 이제 IT 업체 지금 대표를 맡고 있고요. 저는 이제 군 생활할 때, 이제 우리 박OO 교수님께서서는 군대를 안 갔다 오신 걸로 알고 있는데, 저는 굉장히 즐겁게 군 생활을 했어요. 왜냐하면 2004년에는 전방에 있는 신병교육대에서 군의관은 생활을 했고요. 그다음은 파병 갔다 왔고요. 그리고 육군 훈련소도 갔다 왔고, 마지막은 국방부에서 요즘 한참 좀 다시 뜨고 있는 삼청 교육대 피해보 상위원회에서 일하다가 전역을 했습니다. 제가 군 생활한 지는 이제 벌써 2004년이니까 거의 20년 되고 있는데요. 제가 전방에 있었을 때는 저는 그랬어요. 저는 그랬고. 그 당시에 이제 전방 12사단에 있었던 인제군 원통 내에 있었거든요. 사실 저는 굉장히 동료 군인관들과 굉장히 즐겁게 지냈어요. 이제 점프라는 전문 용어도 있긴 했는데 우리는 거기서 잘 지냈었거든요. 그래서 여러 가지 Tool도 있었고, 평일뿐만 아니라 야간 주말에도 환자 발생하면은 굉장히 그냥 기꺼이 가서 진료 보고 심지어 수술도 하고 했었습니다. 저는 아니지만 외과 군의원께서요. 했었는데, 아까 마무리 선생님께서 하신 말씀 들었는데, 우리 군의관들을 우리가 이런 상황에서 동기 부여하기는 쉽지 않다는 거는 저도 99% 동의합니다. 임OO 선생님께서 말씀하신 대로 동의하고요. 그런 부분들을 우리 박OO 교수님께서 우리의 의견들을 모아서 새로운 안을 저는 만들 수 있을 거라 저는 확신합니다.

**Interviewer2(박성배)**

그런데 지금, 무슨 얘기를 하고 있었냐면요. 군의관과 사병이 요즘에 사병들이 다 핸드폰이 가능하니까 군의관하고 연결되는 톨만 만약에 있다면, 그리고 아까 말한 당직 체계에서 당직비도 있고 해가지고 그 인력을 따로 채용해서 만약에 한다면, 여기서 관건은 그런 Tool을 군대에 깔 수가 있나요? 저는 그게 궁금한데 지금 우리 선생님들은 그건 불가능할 것이다. '이게 아예 유선 인터넷도 불가능한데 이게 가능한 얘기겠냐?' 라는 말씀을 주셔서 그 얘기를 하고 있었습니다. 들어오시기 전에.

**Interviewee6(김OO)**

저는 현장을 몰라요. 사실 군 현장을 모르는데요. 저는 이제 전반적인 Trend를 이야기하다 보면 그러니까 군의 지휘관들이 지금 전쟁이 없잖아요. 그러면 이제 공보다는 과가 없는 게 사실은 승진에 영향을

미치거든요. 그렇다고 치면은 ‘그런 측면에서 공은 없지만 과를 줄일 수 있다는 측면에서 어프로치를 하면은 틈새는 보이지 않을까?’라고 생각을 하고 있습니다. 그건 제 의견입니다. 왜냐하면, 저는 이제 전방에 있을 때 저희 부대에서 사망 사고가 있었어요. 20대 초반 신병이 사실은 보호관심 병사였고 저랑 지휘관이랑 굉장히 긴밀하게 이 친구를 의병 전역시키려고 노력했었는데, 신병교육대에서는 그 당시에 의병 전역이 제도상 불가능했어요. 그래서 ‘신병 교육을 마치고 자대 배치를 받으면 거기서 의병 전역을 시키자’라고 사단하고 작전을 다 짰었는데, 그런데 그 와중에 신병 교육 받는 과정에서 샤워하다가 심장마비로 사망을 했습니다. 그래서 이제 흔히 하는 말로 부대가 발각 뒤집혔죠. 저는 그때 그 지휘관께 지금도 연락하고 있는 사이이긴 한데 고마운 게 뭐냐면, 그때 우리가 A, B, C를 다 했어요. 제가 노력해서 정신과, 그 친구가 조금 Mental retardation이 있어서 정신과 외진도 군 밖에 외진도 두 번이나 보냈었고, 평가도 받고 하면서 이제 그런 노력들이 참작이 돼서 한 명도 징계를 안 받았어요. 사망 사고임에도 불구하고. 그런데 그거에 에너지를 쏟는 게 어마어마해요. 사단, 군단, 이제 군 사령부에서. 그런 측면에서 본다고 그러면은 지금이라고 하면, 그런 것들에 대한 Motivation을 주면 저는 지휘관들이 이걸 이해하지 않을까 싶고요. 군 측면에서는 지금 정부라든지 국방부 입장에서는 군에서 우리가 이제 뭐라고 그러죠? ‘의무 복무하는 사병들 특히 사병들에 대해 병사들에 대해서 이런 것들을 하겠다.’라고 하면, 그런 거는 분명히 이제 복무기간 단축과 더불어서 충분히 대국민 설득 플러스 이제 뭐죠? Awareness든지 인지도 호감을 증진시킬 수 있는 사안이라서 충분히 자극할 수 있는 부분이라고 생각이 듭니다.

**Interviewer2(박성배)**

오히려 ‘이것 때문에 공이 되는 게 아니라 과를 줄일 수 있다.’라는 그런 걸로 어프로치가 가능하겠군요?

**Interviewer1(임종한)**

그건 이제 건강에 대한 Outcome에 대한 관리하는 방식이니까 충분히 가능하다 생각하고, 그것을 다 등록을 하고 가능하면 이제 평가할 수 있는 Tool이나 이런 부분들을 또 개발해야 된다. 이렇게 볼 수 있겠습니다. 이제 조금 이제 좀 정리하고 싶은데요.

일차의료 단위가 제 역할을 못 한다. 대대급에서 그렇게 할 수 있는 구조도 안 돼 있고, 또 그렇게 할 수 있는 시설이나 그런 것도 쫓아가지 않는 문제가 있고, 그런데 이제 사단으로 보게 되면 시간이 많이 걸리는 상태이기 때문에 접근성에 있어서 가기도 힘들고, 또 시간도 많이 걸리고, 이동하는 데도 또 여러 가지 문제가 있고 이런 부분들이 결국 현실을 요약하는 부분이다. 이렇게 볼 수 있는데 핵심적으로는 대대 쪽에 어떻게 하든지 대대를 엮어서 일차의료의 기본적인 단위를 만들고, 사단 쪽에서 일자리를 좀 지원할 수 있는 별도의 구조를 그거 IT든지 다른 어떤 것들이든지 해서 보면은 가능하면 대대에서 일차의료의 제대로 시행될 수 있도록 좀 백업하는 부분들을 사단 의무대에도 적극적으로 해야 되지 않나? 소통이 돼 있고 의무기록이나 이런 것들을 다 공유할 수 있고, 그런 부분들이 접근도를 높이는 데 있어서 중요할 계기라 생각되어지는데, 조금 거기서 의견을 주시면 좋을 것 같습니다. 어떻게 하면 대대와 사단을 다 연결할지? 그리고 대대 쪽에서는 어떤 변화가 있어야 될지? 그런 것들을 좀 정리해 주시면 좋을 것

같습니다. 그리고 ‘사단까지 보내는데 어느 정도 시간이 걸렸다.’ 그런 것도 얘기를 좀 해주시면 저희가 기록을 남겨서 사단 보는데 이렇게 힘들다 그런 의견을 좀 주시면 좋을 것 같습니다. 본인의 경험을 통해서 사단 병원 보내는 데 얼마큼 힘들었는지? 그런 것들이 몇 시간 걸리는지? 어떤 거 좀 얘기를 하고 대대급에서 일차의료에 어떤 변화가 있었으면 좋겠다. 혹시 IT와 관련해서 이런 것들을 조금 더 접근도를 높이는 데 활용 가능한 부분이 있다고 한다면 김OO 선생님께서 그런 부분에 대한 의견을 주시면 좋을 것 같습니다. 이렇게 IT를 활용하자. 군에서도.

### Interviewee1(김OO)

네 일단 말씀하신 내용이 다 맞는 말이긴 한데, 사실 이제 기본적인 군대 상황에서 지금 가진 인프라를 가지고 말씀한 걸 하기엔 많이 힘들 것 같고요. 차라리 의사끼리라도 그런 내용을 공유할 수 있는 군의관 플랫폼이 있긴 한데, 사실 그게 이제 채팅 창구로만 이용되고 대화 창구로만 이용되는 경향이 있어서 그런 거랑 연계를 해서 정보 시스템을 만들면 좋을 것 같고, 아까 다른 군의관 선생님 말씀하셨던 것처럼 이게 약품도 등록이 안 됩니다. 약품이 등록이 되는 거는 거기 약 주는 곳이란 저희랑 이렇게 되고, 사단에서 우리가 무슨 약을 가지고 있는지 볼 수도 없고, DUR(Drug Utilization Review)도 안 뜨고, 의료 기록도 안 뜹니다. 그런 기본적인 것조차 안 되어 있는 상황이라서 사실 그런 것들에 대한 제한점이 있을 것 같아서 아예 그렇게 군의관끼리 하는 게 사실 이제 원래 군의관 게시판이라는 게 인터넷에 존재했는데 여러 가지 문제가 있어 없어지긴 했었어 가지고 그렇게 하면 또 그런 군대 자체에서 좀 이제 싫어하는, 따로 이제 집단을 만드는 거기 때문에 그런 게 좀 있을 것 같습니다. 그래서 제일 되면 좋겠다는 거는 그런 정보 공유 기본적인 정보 공유조차 안 되고, DUR 이런 것도 전혀 없고, 약을 뭐 먹었는지 알 수가 없고, 제가 의료 기록을 아무리 열심히 써도 수도병원 이런 데서는 보지를 못하고, 보려면 제가 종이에 써가지고 애한테 들려서 보내야 되는데 그런 거를 이제 애가 그 사람을 믿고 해야 되는 것이고, 의료 기록이란 검사 결과도 연동이 되는 곳은 되는데 일반 대대랑 병원끼리랑은 안 된다고 보시면 될 것 같아서 상황이 가야 할 길이 많이 멀 것 같습니다.

### Interviewer1(임종한)

네, 아무튼 사람은 있지만 그 안에서 일자리 할 수 있는 여건들은 매우 취약하다. 그렇게 볼 수 있는데 원래는 일차의료의 정의가 건강 문제 같은 경우는 원칙적으로는 잘 Cover한다면 거의 한 90% 정도까지는 Cover 하는데, ‘지금의 대대급에서 군의관에 배치됐을 때 Cover 할 수 있는 부분이 일차의료 부분에서 몇 점이다.’ 그건 어떻게 생각하십니까? 우리가 사람은 며칠 했는데 아까 얘기한 것처럼 여러 가지 DUR도 안 되고, Chart도 안 되고, 기본적인 약품도 안 되고, X-ray 찍는 거도 안 되고 이렇게 해서 ‘일차의료의 지금 수행 정도가 한 몇 점 정도다. 대대급에서.’

### Interviewer2(박성배)

점수로 할까요? 아니면은 발생하는 환자의 몇 퍼센트 정도를 Cover를 하고 있는가? 이렇게 하시든지. 둘 다 아무거나 편하신 스케일로 해주셔도 될 거예요.

**Interviewee1(김OO)**

그런데 이런 이송 보내고 이런 권한 자체가 군의관에게 보통은 전적으로 있고 간부가 거부를 하게 되면 저희가 신고하는 경우도 많았거든요. 아까 말씀하신 문화 때문에 예를 들어 대대장 눈치 본다고 밤 12시에 그거를 이제 Notify를 하고 보내야 되는데, 그런 거 중간에 당직 사령들 다른 간부들이 눈치 본다고 뇌진탕 같은데 그냥 놔두면 안 되냐? LOC가 있었는데 그걸 안 보내겠다. 이런 경우도 있어가지고 그런 경우는 저는 그냥 연대장한테 바로 꽂아서 전화해 버리면은 다 징계받고 이렇게 진행되는 경우가 있었습니다. 사실 그래서 군의관의 권한이 좀 그럼 보내는 거에서는 좀 막강하다고 보셔야 될 것 같고, 그런데 이제 중요한 게 Decision을 내리는 데 근거할 만한 게 이제 의사뿐이라는 것 이게 좀 제한점이 될 것 같습니다. 그래서 보내는 거 자체는 그렇게 사실 이처럼 위급하다고 판단되면 바로 합니다. 사실 자차로 가는 경우도 있고, 간부 차로 가는 경우도 있고 그런 점에서 '일차의료를 Cover한다고 한다면은 그 이송까지 포함을 한다면은 네 꽤나 많이 Cover를 하고 있는데, 다만 이제 그런 질 자체가 조금 떨어질 수 있다.'라고 보시면 될 것 같습니다.

**Interviewer2(박성배)**

예를 들어서 '100명의 사병이 의무실을 방문했다.' 그러면 몇 명 정도는 알아서 해결을 하시고, 몇 명 정도를 Refer 한다고 봐야 될까요?

**Interviewee1(김OO)**

그게 좀 부대마다 달라서 사실 이제 Refer를 저희가 하는 경우는 거의 없다고 보시면 됩니다. 본인이 원해서 내가 진료 보고 싶다. 내가 전문의 진료를 보고 싶다. 이런 경우가 대부분이고 10명 중에 10%도 안 될 것 같습니다. 군의관 판단하에 너는 이제 다른 검사가 필요하다 해서 보내는 경우는 10%도 안 될 것 같고, 그만큼 이제 무상 의료기 때문에 좀 그런 도덕적 해이가 만연하다고 보셔야 될 것 같습니다. 공짜니까 그냥 무릎 아픈데 찍고 싶다고 그런데 저희가 '이거 너 잘 걸어 다니고 문제 없으니까 일단 보자.' 그러면은 바로 신고합니다. 그래서 네 원하면 '다 무릎이 아픈데 병원을 안 보내줘요.' 이런 식으로 찢러버리기 때문에 무상 의료의 단점이 아주 적나라하게 있습니다.

**Interviewee3(김OO)**

그리고 한 가지 더 청원할 게 있는데 박OO 교수님께서 팀 중심 일차의료 말씀 많이 하시지 않습니까? 그런데 네 의료에서는 진짜 의사만 있지 Paramedic이 굉장히 부족한 현실이 있습니다. 그래서 X-ray를 찍으려고 그래도 방사선사가 야간에는 없어서 의무병이 찍어야 되고, 당연히 IV 놔주는 간호사는 당연히 없고 해서 의사 한 명에서 할 수 있는 그런 진료에 많이 제한이 있었던 것 같습니다. 그래서 특히나 이미 한 번 걸러진 인구 집단이기 때문에 대부분 의무실로 오는 아이들이 아주 Allergy라든지 대부분은 Trauma가 많았던 것 같습니다. 그런데 일단 X-ray가 안 된다는 게 일차의료에서 가장 큰 문제였던 걸로 저는 기억합니다.

**Interviewer2(박성배)**

그러면 만약에 이동형 X-ray라든가 이런 게 있으면 굉장히 유용하겠네요? 그죠? 아닌가요? 차에 실어 가지고 이렇게 이동용으로 가는 그런 거 요즘에는 많이 나오려고 하는 것 같은데 네.

**Interviewee1(김OO)**

비용도 그렇다 치고 이제 찍을 사람이 사실 이제 의사가 찍으려면 다 할 수 있지 않습니까? 의사가 간호사 일도 다 할 수 있고 방사선사도 다 할 수 있는데, 지금 저희가 제가 들어가고 중간쯤에 아마 거의 바뀌어서 그냥 의무병한테 IV랑 이런 거 다 가르쳐가지고 애네가 간호사 면허가 없는데 하게 했었는데, 그 당시에 이제 그거 법적으로 문제가 돼서 애들이 IV도 안 잡고, 간호대생인데 IV도 못 잡게 하고 그렇게 됐었습니다. 의사 지도하에도 안 된다. 그렇게 됐었어 가지고 의사가 저희가 직접 IV 놓는 경우도 많아서 방사선의 경우에도 다 하게 되면은 이렇게 군의관이 해야 되는 경우가 많아질 텐데 특히 당직 상황에서 급하게 찍어야 되는데, 그런 상황에 그런 이동형을 부르더라도 방사선사의 그런 당직 체계가 있을 리는 사실 만무하고 의사가 해야 되는데 그게 사실 38개월간 끌려간 입장에서 그거에 대한 적극성을 좀 담보할 수 없을 것 같습니다.

**Interviewer2(박성배)**

아까 말씀드린 미국의 PCMH 같은 경우는 외부 인력도 많이 사용하거든요. 꼭 군대에서 지금 현재 현역으로 군 복무하는 뿐만 아니라 지역사회의 그런 Paramedic 등을 고용하거든요. pcmh에서는. 그래서 그런 방법도 생각해 봐야 될 텐데, 그게 우리나라에서는 불가능한 거죠? 현재로는? 외부 인력을 활용하는 부분?

**Interviewee6(김OO)**

아니, 활용할 수는 있겠지만 계약을 맺으면 되지 않을까 싶어요. 왜냐하면 X-ray 장비가 대대로 들어가는 건 힘들겠지만 어차피 부대 당직이 있으니까 찍고 오면 되지 않을까요? 꼭 군의관이 필요하다고 판단 되면. 주위에 있다는 가정하에서.

**Interviewer2(박성배)**

찍고 온다는 게 민간 의원에 가서 찍고 온다는 뜻인가요? 지금? 아니면은.....

**Interviewee6(김OO)**

그렇죠. 민간 의원에 가서 찍어오는 거죠. Resource가 있다면. 교수님께서 말씀하신 대로 민간 자원을 활용한다는 측면에서 보면 있다면. 그런데 없다면 이제 새로운 답을 찾아야겠죠.

**Interviewer1(임종한)**

아무튼 지역 자원을 활용할 수 있을 정도의 이동성이 보장돼야 되는데, 이제 그것도 이동할 수 있는

차량이나 이런 부분들이 없다고 한다면 또 제약이 많고, 네 의사는 배치돼 있지만 또 실질적으로 할 수 있는 부분에 Paramedical이 뒷받침되지 않으니깐 동기도 떨어지는 군의관들이 그거 다 직접적으로 하기는 굉장히 어려운 상태이고, 이제 일차의료에서 Cover 할 수 있는 부분들은 굉장히 제한이 많은데 그 대신 의뢰하기는 쉽다. 또 현실이 그러니까 군 장병 같은 경우도 여기서 할 수 있는 게 없으니깐 맨날 보내달라 요구하는 거 많아질 수밖에 없는 거고, 그러면 이제 보내줄 수밖에 없는 거고. 일차의료가 할 수 있는 부분이 굉장히 없고, 군통합병원에도 워낙 환자들이 쌓이니까 정신보건 쪽 같은 경우에도 대기하는 시간들이 굉장히 늘어나거든요. 보편은 진료나 이런 것들이 또 이루어지지 않는 측면이 있기 때문에 지금 같은 경우는 일차의료 자체가 기능을 못 하니까 이제 군통합병원에서 환자가 몰리는 구조가 민간하고도 굉장히 비슷한 구조다.

일차의료 안 되니까 아무래도 000 쪽으로 많이 몰려가는 부분이 있는데, 이제 군의 특성상 이제 그런 부분들이 어려워지는 특성들이 같이 결부된 것이 아닐까 하는 생각이 좀 듭니다.

그래서 결국에는 일차医료를 실행 가능할 수 있도록 인력구조를 뒷받침하거나 시설을 뒷받침하거나 이런 부분들이 우선이 좀 돼야 되고 또 사단 의무대하고 소통할 수 있는 최소한의 의무기록을 공유하거나, Checking 하거나, 정보를 공유하거나 이런 체계는 기본적으로 돼야 되는데 그런 것조차도 안 되니까 여기서 Decision 내리고 하는 것도 좀 어려운, Decision을 내릴 수 있게 Supporting 할 수 있는 구조가 더 돼야 되는 거니까 실제로. 그리고 민간 자원을 활용할 수 있는 것들에 대한 것들을 조금 더 활용 가능한 여건들을 더 만들어야 되지 않을까 하는 생각이 좀 드는데요. 네, '이거는 일차의료 부분에 있어서 지금의 군 의료의 문제를 해결하기 위해서는 이런 부분이 좀 달라졌으면 좋겠다.' 그런 부분이 있으면 조금 이제 말씀해 주시고 정리를 하면 좋을 것 같습니다.

#### **Interviewer2(박성배)**

그전에 잠깐만 여쭙보면요. 지금 군에서의 움직임은 대대의 의무실을 강화된 일차의료로 가려고 하는 것보다는 사단에 의무대를 강화하려는 움직임이 사실은 더 커요. 그런데 저는 아무리 생각을 해도 의무대를 강화한다고 접근도가 높아지거나 사병들이 더 잘 관리될 것 같진 않은데, 그거에 대한 의견도 지금 임OO 학장님께서 말씀하시는 거랑 같이 이렇게 포함해서 좀 말씀해 주시면 감사하겠습니다.

#### **Interviewer1(임종한)**

네, 그러니까 사단 쪽의 병원을 강화하는 쪽의 흐름인데 이게 여러 가지 이제 제한점이 있을 것 같은데, 어차피 3차 병원을 갖다가 기능을 확대하는 거하고 같은 효과가 되지 않겠느냐 어차피 대대라고 하는 생활 공간에서의 서비스를 받는 구조를 봐야 되는데 그렇지 않게 되면은 이동성에 대한 문제라든가 또는 지리적인 여건들 또 문화적인 배려 이런 부분들이 굉장히 Limitation이 있을 것 같은데 의견을 주시죠. 이것이 대대급이 강화되지 않고서 사단에서의 의료 서비스가 강화될 수가 있을지? 굉장히 중요한 Point 이기 때문에 보편은 '일차의료의 기본적인 단위가 모든 대대는 어렵지만 그래도 대대를 엮어서 그래도 일차의료 가능한 부분들을 만들어야 된다.' 하는 것들이 정치권이 중요한 내용으로 지금 정리돼야 될

내용이라고 생각을 하는데, 어떻게 생각하시는지? 일차의료 단위가 기본적으로 만들어내야 된다. 한 번씩 돌아가시면서 이제 정리하면서 말씀해 주시면 좋을 것 같습니다. 아까 박OO 교수님이 얘기한 것도 좀 얘기해주시고.

### Interviewee2(이OO)

제가 한번 말씀드리겠습니다. 우선은 지금 1차, 2차, 3차 의료 이렇게 단계별로 진료가 이루어지는 게 가장 이상적인데, 군 밖의 의료라고 하더라도 지금 일차 진료비 다르고, 2차 진료비 다르고, 대학병원 진료비 다른 데도 모든 환자들이 대학병원에 그냥 Direct로 오는 경우가 굉장히 많지 않습니까? 그만큼 환자들이 '나는 대학병원 진료를 받고 싶어.'라는 자기 그냥 이미 마인드 속에 대학병원 진료를 받고 싶어 하면서 오는 경우가 많은 것처럼, 군대는 공짜기 때문에 더 심합니다. 그리고 진짜 제가 궁금한 점은 이렇게 군대에서 진짜 3차 진료가 필요한 환자군이 몇 퍼센트 정도 되는지? 저는 그게 가장 의문이고, 그런 환자들이 오히려 피병 환자들 때문에 외진도 늦어지고 그리고 군 병원에 있는 군의관들도 대부분 생각이 아 애도 피병이겠지 애도 피병이겠지 하는 마인드가 많을 것 같아서 그래서 이거는 '사용자의 그런 특성 요인도 좀 있지 않나?'라는 생각이 듭니다. 대대 일차 군의관을 좀 많이 신뢰하고 그러면은 조금 더 2차 진료받으러 가는 인원이 줄고, 3차 의료 받으러 가는 인원이 줄고 할 텐데 지금은 그냥 나 무조건 그러니까 3차 진료, 군 병원이나 사단 의무대 진료를 희망하는 애들은 대대 의무실 들어올 때부터 이미 마음속에 있습니다. '나는 사단 의문데 갈 거야 나는 군 병원 갈 거야' 이런 마음이 기본적으로 박혀 있고 있기 때문에 약간 군 의료 이용자 입장에서 '좀 개선 저 할 점이 좀 있지 않나?'라는 생각이 들었습니다. 이상입니다.

### Interviewer1(임중환)

군 의료의 특성상 이용자들의 어떤 요구 이런 것들이 상당히 큰 비중으로 차지할 것이다. 그렇게 볼 수 있을 것 같고요. 그런데 일차의료도 또 상당히 취약하니까 일차의료로 해결할 수 있는 것이 없기 때문에 상대적으로 그렇게 나타나는 반응일 수 있지 않을까 하는 생각도 들은 것 같습니다.

누가 또 말씀을 해주시죠.

### Interviewee5(강OO)

저는 이게 어쨌든 대대 중심의 일차의료인 연구 과제이지 않습니까? 그런데 대대가 굉장히 많습니다. 그러니까 예를 들면 저는 51사단이었는데 영외 직할 때만 한 10개 있고 한 연대 연대별로 한 네다섯 개씩 있으니 그러니까 대대는 엄청나게 사람이 적고 많은 것도 있어가지고, 사실 의사 수가 절대적으로 부족한 데가 물론 이게 부대들이 다 너무 다양하지만, 그러니까 제가 개인적으로 느끼기에는 거의 예를 들면 충청북도 단양군이나 경북 울릉군 정도쯤 되는 게 사단 의무대 느낌이고 저한테는, 대대를 중심으로 군의관을 한다고 하는 거는 거의 읍면 정도 수준으로 저는 체감이 되거든요. 그래서 물론 접근성도 좋고 일차의료를 포괄적이고 지속적으로 즐기는 것은 좋은데, 그러니까 지금 한 해 군의관이 800명 정도 가는

상황에서 대대 중심으로 일차의료를 개편하는 거는 그러니까 그게 물리적으로 가능할지가 약간 저는 그게 좀 걱정됩니다.

**Interviewer2(박성배)**

그 질문에 잠깐 제가 추가 질문이 있는데 혹시 그러면 옆에 있는 몇 개의 대대를 묶어서 예를 들어서 한 군의관 한 명당 예를 들어서 한 700명 800명을 같은 대대가 아니더라도 엮어가지고 그들과 함께 지속적으로 소통을 하면서 하는 방법은 어떨까요?

**Interviewee5(강OO)**

그래서 그렇게 대대들을 묶으면 한 연대 정도 될 것 같은데요. 그런데 이게 위치가 너무 애매해가지고, 그러니까 어디는 차라리 대대나 연대 가느니 사단 가는 게 나을 정도로 되게 소규모고, 그런데 막상 오히려 접근성은 제일 떨어져서 진료가 제일 많이 필요한 것 같은 격오지 느낌이 오히려 대대 연대를 가기보다 차라리 사단 가는 게 나왔던 상황이 저는 좀 봤던 것 같거든요. 그래서 대대를 몇 개 묶으면 연대일 텐데, 저는 체감상으로는 전국의 모든 연대 군의관 채우기도 꽤 빠듯할 것 같습니다. 통계 같은 걸 보지 않아서 그거는 정확히는 대답을 못 할 것 같습니다.

**Interviewer1(임종한)**

네, 가능하면 대대 단위를 묶어서 할 수 있는 일차의료 단위를 만들면 좋겠지만, 그것을 일반화하기는 좀 어려울 것 같고, 사단이 기본적인 역할을 하고 연대급에서 대대를 몇 개 묶어서 일차의료를 할 수 있는, 왜냐하면 사단의 위치가 굉장히 떨어져 있어서 접근도의 차이가 있다고 한다면 그런 부분들을 일차의료의 기본적인 단위로 내리는 그런 부분들을 좀 현실적으로 고려해야 된다. 지금에 있는 인력 구성으로서는 대대나 연대별 그러니까 대대별로 인력 배치하는 것이 어려운 그런 상태이기 때문에 결국에는 좀 접근도나 또 지역적인 위치 다 고려해서 연대 또 사단 부분에서 일차의료에 대한 제공 단위에 대한 거를 좀 재구성을 하는 걸로, 그렇게 의견을 주신 것이라 보면 되나요?

**Interviewee5(강OO)**

예, 그렇습니다.

**Interviewer1(임종한)**

네, 아무튼 ‘대대를 묶는데 그것이 일반화하기는 좀 어려운 부분이 있기 때문에 그거와 사단 의무대를 연결해서 효율적인 단위를 만들어야 될 것이다.’라고 의견을 좀 주신 것 같습니다. 오늘은 그런데 아무튼 일차의료를 대대를 묶어서 하든지 아니면 사단에 있는 쪽이든지 간에 일차의료를 기본적으로 강화하는 흐름에 대해서는 동의를 하시는 거죠? 어차피 그게 해결돼야지만 되는 거니까 구조가.

**Interviewee5(강OO)**

예, 그렇게 생각합니다. 그런데 대대는 너무 Micro 한 Mob이라고 생각이 듭니다.

**Interviewer1(임종한)**

대대 자체는 그렇고 묶어서 연대나 대대의 묶음 이런 부분들이 사단 자체가 접근성이 좋으면 그걸로 Cover가 되겠지만 그렇지 않은 부분 쪽에서는 이것들을 엮어서 일차의료 단위를 만드는 작업을 해야 될 것이다. 그렇게 볼 수 있을 것 같고 지금 일차의료에서 하는 교육 훈련 쪽이나, Paramedical에 대한 배치나, 약품이나 이런 게 워낙 떨어지니까 또 의무기록에 대한 배치나, 이런 것도 그렇고 또 사단 의무대 하고 소통하는 것도 다 떨어지기 때문에 그런 부분에 대한 일차의료 강화하는 방식에 대한 것들이 인력이나 시설이나 의료 체계나 이런 것들이 전부 다 바뀌어야 되지 않나? 일차의료 강화되기 위해서는 그런 생각이 좀 드는데요. 또 지금 정리된 거 말고 또 의견을 좀 주시죠.

**Interviewee6(김OO)**

잠깐 의견을 드리면 저는 어제 박OO 교수님하고 여기 모델에 대해서 잠깐 회의를 했었는데요. 지금 우리가 조금 이제 회의의 논의의 주제가 조금 Focus를 해야 될 게, 자꾸 마치 근무 시간에 중한 환자, 또는 이제 근무 시간에 상급종합병원 진료를 원하는 환자, 또는 야간에 히스토리를 잘 알 수 없는 상황에서 응급 진료를 요하는 환자에 대해서 주제를 우리가 나누고 있는 것 같아요. 그런데 제가 알기로는 박OO 교수님께서 논의하고자 하는 주제는 Main stream은 그 전 단계인 건강 관리가 더 Main이라고 생각이 드는데요. 제가 그렇게 이해해도 되나요? 박OO 교수님?

**Interviewer2(박성배)**

맞습니다.

**Interviewee6(김OO)**

예, 그래서 조금 분리해서 하면 어떨까 싶어요. 왜냐하면 저도 이제 군생활하면서 신병교육대에서 환자 좀 많이 봤었는데, 사실은 우리가 우리나라에서 제일 건강한 자원들을 모아놓은 집단이 저는 군대라고 생각이 들거든요. 술도 못 마시게 하고 과로도 못 하게 하고 하는 상황이라서. 예외적인 경우는 좀 다르게 나누고 지금은 이 건강한 사람들을 어떻게 더 건강하게 유지하게 할 수 있는 방법이 있을까? 그런 측면에서 Primary Care 일차의료 어떤 것들을 할 수 있을까? 그거를 대대에서 할 수 있을까? 이런 것들에 대해서 논의를 하고, 그렇죠. 대대에서 못할 수 있죠. 왜냐하면 전문의가 아닐 수도 있고 물리적으로 시간이 안 될 수도 있는데 그럼 그 부분은 대대에서 맞지 못하는 일차의료는 어떻게 상급 기관과 역할을 나눌 수 있을까? 그런 것에서 Focus 하면 어떨까 합니다. 제 의견은.

**Interviewer2(박성배)**

네, 전적으로 동의하는 바고요. 그렇지만 또 아직 지금 Fresh 하게 군대에서 나오신 선생님들이 문제점

이 뭔지를 얘기해 주시는 거를 사실 경청을 하는 것도 사실은 목적이기는 합니다.

그런데 사실은 저희가 추구하는 방향은 그겁니다. 아픈 사람을 어떻게 케어하느냐? 뿐만 아니라 진짜 건강한 사람들 그러니까 그 모든 사병과 1대1 관계를 맺으므로, 그 사병들에게 만성 질환이 있으면 질환 관리를 하겠지만, 질환이 없어도 예방적인 부분 그렇죠? 예방적으로 생활 습관 이런 부분에 대한 것도 다 Touch 하는 일차의료를 말한 거기 때문에 김OO CEO와 또 같이합니다. 하긴 하지만 어쨌든 우리 선생님들도 다른 아직 유OO 선생님이라든가 김OO 선생님이라든가 아직 좀 의견을 주실 분들이 있을 것 같아가지고 그거 마무리하면서, 김OO CEO께서는 또 저희 서로 연계 부분에 대해서 끝에 아마 또 해주실 말씀이 약간 있으실 것 같긴 합니다.

네 어쨌든 좀 김채호 선생님

### Interviewee3(김OO)

제가 한 말씀 드리겠습니다. 아까 듣다가 생각이 난 건데 대대 군의관은 신병 건강 상담을 하면서 이제 병력이라든지 가족력, 가정 환경 교육 수준 이런 것까지 모두 상담을 진행을 하거든요. 그래서 인프라가 많이 부족해서 진료 자체는 많이 제한이 되지만 말씀해 주신 것처럼 Health Care의 관점에서 보면 특히나 이제 병사들이 근력 향상 이런 데 관심이 굉장히 많기 때문에 그런 부분에 대해서는 많이 도움이 될 수 있을 것 같습니다. 특히나 이제 훈련이라든지 식이(조절) 이런 거를 철저하게 통제가 가능한 곳이다 보니까 더 아마 더 수월하게 Health Care 부문에서는 도움이 될 가능성이 높다고 보입니다.

### Interviewer2(박성배)

그렇죠. 만약에 예를 들어서 고도 비만인 사람만 이렇게 골라내가지고 특별하게 관리를 한다든가 이런 게 충분히 가능한 시스템이죠.

### Interviewer1(임종한)

좋은 것 같습니다. 일차의료의 순기능에 대해서 말씀해 주신 것 같습니다.

### Interviewee4(유OO)

예, 저도 짧게 한 말씀 드리면은 이제 그런 예방적인 차원에서 접근을 한다면은 앞에서 선생님들이 말씀하셨듯이 이제 군대 내에는 그래도 상당히 좀 건강한 젊은 남자들의 집단이고 그래서 제 생각에는 가장 예방을 이제 생각을 해야 될 부분이 훈련과 관련된 부분이라고 생각합니다. 그래서 장병들도 훈련과 관련해서 훈련 후로 굉장히 환자가 돼서 이제 진료를 요청하는 경우가 굉장히 많고, 그래서 이제 그 훈련을 이제 구성하고 주관하는 간부들의 어떤 뭐랄까 아직은 개념 자체가 의료의 중요성 자체가 그렇게 중요하게 받아들여지고 있지 않는 걸로 제가 복무할 때는 그렇게 느꼈고, 이제 각종 사고에 대해서 신경은 쓰지만 이제 조금 어떤 훈련 상황에서 이제 사병 한 사람 한 사람이 어떤 질환을 가지게 될 수 있거나, 혹은 외적으로 어떤 다치거나, 혹은 우리가 갈 수 있는 그런 환자가 될 수 있는 그런 가능성 자체를 이렇게

예방하기보다도 그냥 이제 환자가 발생을 하면은 바로 그냥 같이 대동하는 군의관에게 맡기는 정도에 그치기 때문에 이제 대대급에서 사병들한테 직접적으로 예방의 어떤 체감이 되려면은 가장 중요한 거는 이제 훈련과 관련해서 어떤 지휘관들부터 이제 예방을 강조를 하고 그래서 각종 사고에 대비하는 거를 중요하게 여기는 그런 교육부터가 필요할 것 같습니다.

**Interviewee6(김OO)**

당연히 그런 부분은 박OO 교수님께서 잘하실 거라고 생각합니다.

**Interviewer2(박성배)**

아직 말씀 안 해 주신 선생님 계시나요? 이OO 선생님도 아까 최종 의견 제시해 주셨죠?

**Interviewee2(이OO)**

네, 저도 제시했습니다.

**Interviewer2(박성배)**

네, 그렇다면 지금 너무 우리 선생님들하고 오늘 얘기 나누면서 제가 그 모델이 뚜렷해졌습니다. 이게 대대만 갖고서도 안 되고, 사단만 갖고서도 안 된다는 거를 확실히 알겠고요. '여러 인프라라든가 너무 안 갖춰져 있는 게 많다.'라는 것도 확실히 깨달았습니다. 그래서 어저께 김OO 대표님하고 얘기를 했었던 환자 정보 공유 Tool이 군대에서 더 필요하다는 생각이 드네요. 그게 돼야 대대끼리 대대와 사단, 사단끼리 그러니까 의무실과 의무대가 심지어는 군 병원까지도 연계가 되어서 그 Tool이 필요하겠다는 생각이 드는데. 김OO 대표님 어떻게 생각하세요? 저는 그게 제일 먼저일 것 같은 느낌도 드는데요.

**Interviewee6(김OO)**

저는 당연히 공감하고요. 저는 잘 모르겠는데, 제가 사단 의무대에, 사단 내에 있는 신병교육대에 있을 때는 의무기록 시스템이 그냥 종이 Chart였고요. 사단 의무대도 EMR은 아니었던 걸로 생각하고 있는데 현재는 어떤가요? 최근 전역하시거나 복무 중이신 선생님 한번 의견을 들어보고 싶습니다.

**Interviewee3(김OO)**

네, 최근에는 EMR을 사용을 하고 있고요. eDEMIS랑 NDEMIS 두 가지로 이원화돼서 eDEMIS는 이제 대대급 NDEMIS는 병원 이상급 이렇게 이원화돼서 두 가지 체계가 있습니다.

**Interviewee6(김OO)**

서로 호환이 되나요? 서로 볼 수 있나요?

**Interviewee3(김OO)**

서로 볼 수 있는데, 아주 제한적으로만 볼 수 있고 X-ray 이런 것도 띄워서 보거나 그런 건 전혀 안 되는 상황입니다.

**Interviewee6(김OO)**

아~ 그래요? 일단 그것만 해도 될 것 같고요. 그것만 해도 될 것 같고 저는 이제 제 생각은 뭐냐하면 이제 저는 이제 하고 있는 일이 있어서 그런지 몰라도 지금은 현재 사회나 눈높이가 아픈 사람을 치료하는 게 목적이 아니라 의료라는 게, 건강한 사람을 계속 건강하게 유지하는 게 목적이라고 저는 그렇게 생각하고 있거든요. 그런 측면에서 본다고 그러면은 군 의무기록 또는 EMR 시스템도 좀 바뀌어야 되지 않을까? 싶고요. 우리 박OO 교수님이 하고 있는 것처럼 지금은 의무기록을 일방적으로 환자를 접한 병사든 장교든 장병을 접한 환자 장병을 접한 군의관에 의해서만 기록이 되고 있는데, 그게 아니라 이제 지휘관이든 아니면은 그걸 볼 수 있는 권한을 부여받는 그런 체계가 있다는 가정하에서 군의관이든 아니면 군의관, 지휘관 또는 부사관이든 볼 수 있는 사람들이 보면 정보가 좋을 수 있는 사람들이 보고. 그리고 또 하나는 의무기록 이외에 생활 기록 또는 우리가 흔히 알고 있는 Personal Health Record도 기록할 수 있는 권한을 부여받도록 해서 그렇게 환자를 치료하는 치료 기록을 남기는 의무기록이 아니라 건강한 장병을 받아서 계속 건강하게 유지하고 관리하는 그런 Tool로 조금 발전시킬 수 있는 방안으로 좀 더 진화돼야 되지 않을까 싶습니다.

**Interviewer1(임중한)**

네, 가능하면 건강하게 들어왔으니까 건강하게 그런 의무를 좀 맞출 수 있도록 그걸 뒷받침할 수 있는 부분에서의 의무기록 시스템이 구축됐으면 좋겠다는 생각이 들고요. 처음에 주치의가 환자를 봤을 때 건강한 사람으로 평가하더라도 건강에 대한 평가하고 향후에 건강을 증진하거나 관리할 수 있는 계획을 세우잖아요. 그런데 각 장병도 마찬가지로. 그래서 의무기록이 다 유지되고 평가될 수 있도록 하는 거 하고, 그다음에 그 장병들의 건강의 관리 수준 자체가 군의관만 책임지는 것이 아니고 가능하면은 다른 일반 장교들도 ‘군 장병이 그중에서 어떤 어떤 정도의 건강수준으로 관리됐다.’라고 하는 부분이 군 장교의 인사고과에도 좀 반영이 돼야지만, 그것도 좀 예방적으로 생각하고 보면은 그냥 군의관한테만 맡기는 것이 아니고, 본인도 하나의 책임을 공유할 수 있는 그런 평가 시스템으로도 작동해야 된다. 그렇지 않을까 싶습니다. 그래서 이거를 좀 더 체계적으로 의무기록을 관리할 수 있는 시스템을 정착시키자. 일차의료를 강화하는 것도 마찬가지로지만 기본적으로 건강 정보 관리 부분이 기본적으로 좀 따라가야 될 것이다. 그런 생각이 좀 듭니다.

**Interviewer2(박성배)**

승진 시스템에 이런 것들이 얼마나 잘 돼 있느냐? 그리고 한 건강 비율이 들어와서 건강하게 나가는 사람의 비율이 몇 퍼센트냐?를 가지고 인사고과에 반영되게 된다면 이런 식으로 바로 될 것 같습니다.

**Interviewer1(임종한)**

평가 지표로 작용할 수 있게. 네, 실제로 그렇게 하면 좋지 않을까 싶은데요.

자, 오늘 굉장히 중요한 얘기가 많이 나왔는데, ‘군 장병의 건강 수준을 높게 관리할 수 있도록 하는 시스템을 보내서 안착하는 것이 매우 중요하다.’ ‘질환에 대한 치료나 부상에 대한 치료 그 이상이다.’라고 하는 얘기를 많이 좀 했고요. 일차의료의 역할이 그중에서 굉장히 중요한 부분인데, 그것이 꼭 대대급은 아니지만은 대대로 묶어서든지 아니면 사단과 연계하든지 간에 일차의료의 제대로 된 역할을 할 수 있는 기반들을 인력이나 시설이나 또는 의무기록이나 정보관리나 이런 분이 다 쫓아가야 된다고 하는 의견이 나온 것 같습니다.

혹시 마무리할 때 이 얘기는 조금 더 했으면 좋겠다는 얘기들 있으시면 얘기해 주시고 이제 마무리하면 될 것 같습니다.

**Interviewee1(김OO)**

한마디만 하자면 사실 이제 네 지금 병사 복무 기간이 많이 줄었지 않습니까? 1년 반, 18개월로 알고 있는데 사실 그래서 이제 군의관을 징병 당할 남자 의사들이 다 의대 졸업하고 공보의도 아니고 공보의도 3년이기 때문에 병사로 되게 많이 가고 있습니다. 저희가 그렇죠. 예상은 했는데 실제로 그렇게 일어나고 있어서 그런 것들을 어떻게 유인을 할 것인가? 그것도 좀 고민을 해보시면 좋을 것 같습니다.

**Interviewer1(임종한)**

그런 인력들도 활용할 수 있는 방안들을 생각을 해보면 좋을 것 같습니다.

군의 정보 관리의 중요성 부분에 대해서 김 선생님이 참여하셔서 더 명확하게 더 부각이 된 것 같습니다. 네 감사드립니다.

**Interviewer2(박성배)**

오늘 참여해 주신 선생님 참여해 주신 모든 선생님들, 그리고 이거를 조직해 준 주신 김OO 선생님 너무 감사해요. 다음에 또 모실 기회가 있을지 모르겠습니다.

**부록 3:**

**군 장병 중심 군 의료체계 구축 연구\_FGI\_제대장병**

일시 : 2023.06.08 목 오후 19:00~21:00

방법 : 비대면 줌 <https://inha-ac-kr.zoom.us/j/94827157081>

참석

- 연구진

임종한(연구책임자&Interviewer1), 박성배(세부연구책임자&Interviewer2)

- 제대장병

박OO(Interviewee1) : 의경복무, 2017년 11월 3일 전역,

CRPS(Complex Regional Pain Syndrome)

임OO(Interviewee2) : 의경복무(인천공항 기동부), 2015년 복무 시작,

돌발성 난청(Sudden Sensory Neural Hearing Loss)

안OO(Interviewee3) : 육군 복무(강원도 고성 22사단), 2013년 6월~2014년 9월,

다발성 근염(Polymyositis)

여OO(Interviewee4) : 육군 복무(지상작전사령부), 2020년 7월 20일~10월 16일,

공황장애(Panic Disorder)

이OO(Interviewee5) : 해병대 장교복무(김포), 2018년 임관~2022년 전역,

지뢰폭발 발목절단.

-----

**Interviewer1(임종한)**

군생활 중 의료접근성은 어땠는지? 언제 복무했는지? 그거에 대한 거를 잠깐 소개해 주시면 좋을 것 같습니다. 저는 이번 FGI라고 이야기 하는데요. 집중 인터뷰의 좌장을 맡게 될 인하대 임OO 교수입니다. 반갑습니다.

지금 군 의료 측에 관한 이제 연구 과제를 수행하고 있는데, 군 장병을 대상으로 해서 설문조사도 하고, 또 몇몇 그룹을 통해서 심층 인터뷰도 하고 또 의무 기록에 관한 이제 통계 분석이나 이런 걸 통해서 군 의료 서비스의 질 향상을 위한 특히 접근도와 관련해서 그런 거에 대한 이제 보고서 작업을 하고 있습니다. 여러분은 이제 제대 군인으로서 본인이 경험했던 거에 비추어 봐서 군 의료가 어떻게 좀 변화됐으면 좋겠는지. 어떻게 좀 평가하면 좋겠는지. 그렇게 얘기를 나누도록 하겠습니다.

그러면 박OO 센터장님. 네 소개 부탁드립니다.

**Interviewer2(박성배)**

잘 들리시죠? 네, 네, 안녕하십니까? 저는 일산병원 국민건강보험공단 일산병원에 가정의학과에 근무하고 있는 박OO입니다. 이번 군 장병 중심의 군 의료 체계 구축에 관한 연구를 진행하면서 그 속에서 군 의료에서 특히 일차의료 모형의 이제 뭐랄까 제안을 하는데 책임을 맡고 있습니다.

네, 오늘 저 여기 제대 장병들께서 주시는 소중한 정보들이 앞으로 진짜 우리나라 군 의료의 변화의 주춧돌이 될 거라고 믿습니다. 잘 부탁드립니다. 감사합니다.

**Recorder(정OO)**

네, 안녕하세요? 저는 한국일차보건의료학회에서 이번 연구에 연구원으로 참여하게 된 정OO 이라고 합니다. 바쁜 시간들 내주셔서 너무 감사드리고, 이제 여러분이 말씀해 주시는 내용이 최대한 연구에 반영될 수 있도록 최선을 다하겠습니다. 반갑습니다.

**Interviewer1(임중한)**

감사합니다. 제가 여기 보이는 순서대로 잠깐 소개를 해 드릴 테니까 인사하시면 좋을 것 같습니다. OO이라고 적혀 있는 분이 있는데요.

**Interviewee1(박OO)**

네, 안녕하세요? 저는 이제 박OO이라고 하고요. 2017년 11월 3일에 전역했고 의경으로 이제 근무했었습니다. 네, 그리고 이제 앓고 있는 병은 **복합부위통증증후군**을 앓고 있습니다.

**Interviewer1(임중한)**

나중에 좀 자세한 설명을 듣도록 하겠습니다. 임OO 님

**Interviewee2(임OO)**

안녕하세요? 저는 2015년부터 인천공항 기동부에서 중국어 통역병으로 의경 복무했던 임OO이고요. 저는 당시 사격 훈련 중에 돌발성 난청 및 이명 증상으로 제대하고 지금 병을 앓고 있습니다.

**Interviewer1(임중한)**

감사합니다. 안OO 님.

**Interviewee3(안OO)**

네, 안녕하세요. 저는 안OO이라고 합니다. 저는 강원도 고성 22사단에서 육군으로 근무를 했고요. 13년도 6월부터 근무를 했고 14년도 9월에 의병 전역했습니다. 저는 후반기 훈련과 전방 GOP 근무 중에 다발성 근육염이라는 자가면역 희귀 질환을 앓게 되어서 전역을 하게 됐습니다.

감사합니다.

**Interviewer1(임종한)**

여OO 님

**Interviewee4(여OO)**

반갑습니다. 여OO입니다. 2020년 7월 20일에 입대를 했고요. 같은 해 10월 16일에 공황장애라는 증상으로 제대를 했습니다. 복무부대는 지상작전사령부입니다. 네 감사합니다.

**Interviewer1(임종한)**

네, 그러면 이제 본격적으로 질문 들어가도록 그렇게 하겠습니다. 우리나라 군 사병이 혹은 이제 의경이 의료 관련 접근도가 어떻다고 생각하시는지요?

복무지에 따라서 좋다, 보통이다, 나쁘다 이런 것들을 표명해 주시고 그렇게 생각하시는 이유를 같이 설명해 주시면 좋을 것 같습니다.

한번 이제 증상을 호소하고 군의관하고 군 병원 진료를 받는데, 평균 어느 정도 몇 시간 또는 며칠 소요되는지? 아무튼, 그런 상황을 좀 설명해 주시면 좋을 것 같습니다.

**Interviewee1(박OO)**

이제 저희 의경은 처음에 이제 몸이 아프다고 호소했을 때, 이제 제일 가까운 지역의 병원에 데리고 갑니다. 그래서 그 병원에서 일차적인 치료를 받고, 그리고 거기서 조금 더 좀 큰 병원에 가야 된다. 그렇게 됐을 때는 경찰병원으로 이송이 되는데, 그전에 저는 이제 지휘원이 이제 국군 병원에 그래도 한 번은 진료를 봐야지 갈 수 있다고 해서 국군 병원에 간 적이 있는데, 거기까지 진료가 거의 한 2주에서 3주 정도 걸렸던 것 같습니다. 그래서 접근도는... 그렇게 지역 병원에까지 가는 거는 좋다고 생각하는데 이제 그 국군 병원에 가는 것 자체가 예약이 좀 더 많이 밀려 있어서 그거는 좀 안 좋다고 생각합니다. 이상입니다.

**Interviewer1(임종한)**

처음 갔을 때 거기서 해결하는 게 뭐가 있어요?

**Interviewee1(박OO)**

없습니다.

**Interviewer1(임종한)**

처음 갔을 때, 일차의료가 필요한 서비스를 좀 해결이 잘 돼야 될 것 같은데. 네, 그게 좀 접근도는 있는데, 근데 거기서 뭐 해결되는 게 뭐가 있나요?

**Interviewee1(박OO)**

거기서는 이제 처음에 제 병 자체를 알지도 못했고, 이제 거의 ‘그냥 이제 군대에서 좀 힘들어서 그럴 것 같다. 그러지 않겠냐?’ 그래서 그냥 약 진통제만 조금 처방받고 돌아왔습니다. 그리고 이제 좀 대기하다가 계속 통증이 있으니까 이제 국군 병원에 갔었고,

그리고 그 병원을 가더라도 뭐 나온 게 없으니까 검사한 것도 딱히 없고, 그래서 그냥 거의 거기서도 똑같이 ‘좀 스트레스성으로 그러지 않겠냐?’ 그리고 이제 다시 부대로 복귀했고, 그리고 이제 마지막으로 경찰병원에 갔었는데 이제 그때 이제 좀 거기서도 처음에는 ‘좀 스트레스성이지 않겠냐?’ 그래서 돌려보냈지만 제가 계속 이제 아픔을 호소하니까 이제 제가 전남 구례에서 근무를 했었는데, 거기서 이제 경찰병원까지 한 4시간 정도 걸립니다. 그래서 자주 갈 수 있는 거리가 아니라서 한 몇 번 왔다 갔다 하니까 이제 조금 그때 좀 뭔가 안 좋더라는 느낌을 거기서 받았는지 그때 이제 조금 더 제대로 된 진료를 했던 기억이 있습니다.

**Interviewer1(임종한)**

다른 분들 다 듣고, 다시 또 토론 이렇게 하도록 하겠습니다. 그다음에는 임OO 님

**Interviewee2(임OO)**

네, 임OO입니다. 우선 의료 관련 접근으로는 제가 의경이긴 한데 인천공항에서 복무를 했던 지라 그 근처에 병원도 없었고, 제 생각에 접근도가 안 좋았던 이유 중에 하나는 육군 군부대는 부대 안에 그래도 의료관도 계시고 한데, 의경은 그런 게 아예 없어요. 그래서 중대장님이 ‘우선 진료를 나가봐라’라고 허락을 해 주셔야지만 갈 수 있었던 상황이었고, 저는 군 사격 당시에 사격을 하자마자 귀가 들리지 않았는데, ‘그냥 자주 그런 현상이니 하루 이틀 지나면 괜찮아질 거다.’라고 해서 처음에 청력을 잃었을 때는 눈앞에서조차도 대화를 하지 못했었으니까.

그래도 괜찮을 것 같다고 허락을 해 주지 않으셔서 하루, 이틀 동안 아무 대화도 못하면서 가만히 있다가, 제가 계속 아픔을 호소해서 근처에 있는 병원을 갔지만, 가까운 의원이라서 공항 안에 하나의 의원이 있긴 한데 되게 전문적이지는 않았습니다. 왜냐면은 그 당시에 그냥 ‘고막에 귀지가 많아서 그렇다.’ 이런 식으로 이런 식으로 내려주셔서.

그리고 일차적 치료를 그런 식으로 하고 다시 부대에 복귀했지만, 청력이 안 들리니 원래 정상적으로 대하던 사람이 청력을 잃으니 너무 잠도 못 자고 잠들기 어려워서 좀 큰 병원에 갈 수 있도록 허락해 달라고 요청을 했더니 가보도록 하라고 하셔서 가깝게 간 데가 서울에 있는 삼성병원 응급실로 왔습니다.

왜냐하면 그때 다 퇴근 시간이었고 그리고 혼자서 서울 삼성병원 응급실로 갔는데 공항 버스를 타고 가는데도 원래는 제가 들었던 소리들이 있는데, 버스에서 '이번 정류장은 무슨 정류장입니다.' 그런 안내도 아예 들리지 않고, 버스 전광판에 무슨 정류장이다 그런 글씨만 보면서 서울 삼성병원에 겨우 도착을 해서 응급실로 가보니 그제서야 이제 '사격으로 인한 돌발성 난청과 이명이 왔다.'라고 진단서를 받을 수 있어서, 그 진단서 가지고 부대에 복귀를 해서 중대장님께 설명을 드렸더니, 그래서 이제 경찰 아까 말씀하신 OO님이 말씀하신 대로 경찰병원에 갈 수 있도록 조치를 내려주셨습니다.

그래서 의경의 입장에서 의료 관련 접근도는 좋지 않았습니다. 경험상.

**Interviewer1(임중한)**

그러면은 경찰병원 가기까지 어느 정도 걸렸나요? 시간이?

**Interviewee2(임OO)**

일주일 정도 걸렸습니다.

**Interviewer1(임중한)**

일주일 정도 걸리고... 주변 의료기관 가는 거는 며칠 걸렸나요?

**Interviewee2(임OO)**

삼일 정도 걸렸습니다. 그래서 덧붙여 하나 말씀드리자면은 돌발성 난청에 대한 치료 방법은 1차적으로는 스테로이드 고막 주사를 귀에 맞는 건데, 그게 발병 후에 빨리 맞을수록 좋지만 그 시기가 늦었기 때문에 더 악화되는 경우 있다고 해서 그게 조금 아쉬웠다.

**Interviewer1(임중한)**

네, 우선 진단을 빨리 받고 적절한 치료를 했어야 되는데, 대응이 가야 되는데, 그런 부분들이 조금 늦은 게 아닌가? 그런 생각이 듭니다.

그다음 안OO 님

**Interviewee3(안OO)**

네, 말씀드리겠습니다. 저는 일단 강원도 고성 그것도 GOP에서 근무를 했기 때문에, 그래서 아마 좀 더 그랬겠지만 병원에 좀 상당히 늦게 간 케이스입니다. 그래서 저의 생각에는 접근도가 굉장히 나쁘다고 생각을 하고요.

일단 조금 설명을 드리자면 저는 제 병은 통증은 없습니다만 저의 근육이 조금씩 이렇게 제 면역으로

인해서 소실되는 것이라서, 어느 순간 갑자기 딱 바로 병원에 가는 게 아니라 이미 조금 진행이 됐을 때 신체적으로 뭔가 근력이 뭔가 이상을 느끼고 나서 제가 보고를 하고 이제 병원에 이렇게 갔어야 됐는데, 문제는 제가 그때 아까 말씀드렸지만 혹한기 훈련과 GOP 전방 교체 투입시기라서 제가 반드시 이제 취사병 최선임자로서 투입이 됐어야만 했습니다. 그래가지고 제가 완전 군장을 하고 이제 철책으로 올라가는 상황이었었는데, 그때 처음으로 몸 상태가 뭔가 ‘이거는 정상적이지 않다.’라고 판단을 했고, 그 당시 중간에 다른 소초에 들려서 처음으로 이제 중대장한테 보고를 했습니다.

‘이거 병원 가야 한다 이거는 일반적인 사항은 아닌 것 같다.’ 통증은 없지만 ‘이게 말이 안 된다.’라고 제가 보고를 했었고 문제는 그런 상황에 있어서 목살을 당하기 굉장히 쉬운 환경에 아무래도 노출되어 있었습니다. 아시겠지만 군대라는 공간이 굉장히 폐쇄적이고 상명하복이 당연시 되는 환경이잖아요? 그래서 그 당시 저도 중대장에 의해서 ‘네가 가야 한다. 이미 너가 거기까지 갔으니까 네가 임무를 하고 와라’ 해서 저는 그 몸으로 2주 이상을 더 일을 혼자서 이제 일을 하고 내려와서, 그제서야 제가 제발로 의무대에 가고 그 의무대 통해서 강릉병원으로 제가 이제 가고, 그다음에 강릉병원에서 며칠 입원하면서 검사를 한 후에 비로소 이제 그때 국군수도병원으로 갈 수 있었는데, 문제는 이미 저는 몇 주 동안 훈련을 받으면서 제 몸이 굉장히 악화됐었고, 또 훈련을 받는다는 게 일단은 근력을 쓰는 일을 하는 거잖아요? 근데 저는 하필 또 근육병 환자라서 그런 게 영향이 있거든요.

그래서 더 좀 문제가 됐던 것도 있고, 또 각 병원에 이송되는 와중에도 제가 이송이라는 표현을 왜 못 했냐면 사실 저희 어머니 아버지가 지방에서 올라오셔서 저를 데리고 이렇게 병원을 각각 가셨어요. 강릉병원도 저희 어머니, 아버지가 데리고 갔고 국군수도병원도 저희 어머니 아버지가 데리고 갔어요. 왜냐하면 그때 그 당시 진짜인지 모르겠으나 앰블런스가 저한테 없다고 그랬어요. 그러니까 부모님이 지방에서 오셔서 데리고 직접 이송하셔서 이렇게 해가지고 그렇게 되면 당장 이송이 안 되는 거니까 그럼 또 그만큼 늦춰지잖아요. 하루, 이들이 부모님이 항상 시간이 나시는 것도 아니고 결국엔 일을 빼고 오셔야 하는 건데 그런 뭔가 여러 가지 사항들이 종합돼서 이제 치료를 받아야 하는 그런 골든타임을 굉장히 늦춰지게 만든다고 저는 느꼈거든요. 그래서 결과적으로 저는 국군수도병원까지 가는 데는 거의 두 달 정도가 걸린 것 같아요. 그러니까 굉장히 많이 늦어졌죠.

저도 그래서 바로 전에도 말씀해 주셨지만, 제가 나중에 수도병원 통해서 분당서울대병원 협진을 갔었는데, 그때 저의 진료를 봐주신 그 의사 선생님께서 맨 처음으로 저희 부모님이랑 저한테 했던 얘기가 ‘너무 늦게 왔다.’ 였어요. ‘이 병은 그래도 빨리 왔으면, 조금이라도 더 이렇게 좀 관리의 병으로도 좀 살 수도 있었을 텐데 너무 늦게 오셨다. 그래서 너무 많이 힘들어졌다.’라고 이제 말씀을 해 주셨던 게 기억이 나고 그런 부분에 있어서 좀 많이 안타깝습니다. 안타깝고 또 그런 이유로 굉장히 좀 접근도가 낮다고 저는 생각을 합니다.

**Interviewer1(임종한)**

마지막으로 여OO 님. 네.

**Interviewee4(여OO)**

예, 일단 저는 접근도가 보통이라고 생각을 합니다. 왜 그러냐면은 제 상황에 있어서 그렇습니다. 저는 육군이었고 육군 훈련소에서 이제 공황 발작 증세가 있었고요. 부대 내에서 이제 발작을 했다 보니까, 바로 엠블런스가 달려왔고, 응급실에 바로 가서 육군훈련 지부 병원에 바로 후송이 됐고, 그리고 그 다음 날에, 그 발작한 날이 일요일이라서 정신과 전문의는 없었고, 바로 다음 날에 이제 정신과 전문의를 볼 수 있었습니다.

그런 거에 있어서는, 부대 안에서 발생한 병에 있어서는 특별한 훈련이나 이런 게 없다고 했을 때, 후송되는 거는 되게 잘 된다고 생각은 합니다. 워낙에 이거를 안 해가지고 사고가 많이 일어나게 하지 않습니까? 그런데 중요한 건 재진이 문제입니다. 재진을 할 때 의사 자체가 없어서 두 번째, 세 번째 진료를 보기가 15일 후에, 2주 후에 이렇게 돼버리니까. 정신과적인 병에 있어서는 한 의사가 오랫동안 여러 번 봐야지 그 병을 판정하고 그에 대한 치료를 내리는데, 의사 자체가 없다 보니 예약이 안 되고 그러면서 계속 의사를 보는 날짜가 미뤄지고 약도 떨어지고, 그런 부분에 있어서는 떨어진다고 볼 수 있겠습니다.

그러니까 응급 환자를 치료하는 데 있어서는 괜찮다고 보고, 정신과적인 부분에 한해서 의사를 계속 재진하고 계속 보는 거에 있어서는 떨어진다고 생각합니다.

**Interviewer1(임종한)**

그러면은 아무래도 정신의학과 관련해 있는 전문 인력이 절대적으로 부족하고, 통합병원 쪽에서 이제 환자들이 몰리기 때문에 결국에서는 지진이나 그 이후에 진료받는 것도 쉽지 않고, ‘어떤 정체 상태.’ 이렇게 볼 수가 있는 거죠?

**Interviewee4(여OO)**

그렇습니다.

**Interviewer1(임종한)**

네, 알았습니다. 그러면은 조금 전체적으로 보면은 각자의 의견을 좀 들었으면 좋을 것 같은데, 이제 본인의 특수한 경험이나 이런 부분들은 고려하다 하더라도 지금에 있는 우리나라의 군 의료 체계에 있어서 특히 일차료는 취약하고 의뢰는 되지만 또 3차 병원에서는 환자가 몰려가지고 진료가 정상적으로 안 되고, 이런 상황들이 지금의 현황 부분인데 ‘군 의료 체계 부분에 있어서 접근도를 향상하기 위해서 어떤 것이 필요한지?’ 그런 부분에 대해서는 조금 의견을 들었으면 좋을 것 같습니다.

**Interviewee1(박OO)**

네, 이제 좀 더 집중 높이기 위해서는 좀 더 지역의 각 지역에 있는 병원을 좀 더 활용했으면 좋겠다는 생각도 있긴 있습니다. 왜냐하면 저도 이제 국군 수도병원을 갔었는데, 이제 ‘경찰병원에서도 이제 계속 있을 수 없으니까 한 번씩 국군수도병원 가서 이제등급 검사를 해야 된다.’고 돼 있습니다. 그래서 이제 국군수도병원으로 갔는데, 환자가 진짜 너무 많습니다. 진짜 너무 많아서 계속 한 3시간 정도 대기를 했었던 기억이 있고, 그렇기 때문에 이제 어느 정도의 병은 일단 민간 병원에 좀 위탁을 해서 이제 ‘국군 병원은 국군수도병원이나 국군 병원은 조금 더 치료에 집중할 수 있는 병원으로 갔으면 어떨까?’라는 생각이 좀 더 컸었습니다. 이상입니다.

**Interviewer1(임종한)**

(지금 주신) 의견 같은 경우는 주변에 있는 이제 일차의료기관을 활용할 수 있는 걸 좀 많았으면 좋겠다. 이렇게 의견을 내시는 거죠?

**Interviewee1(박OO)**

예, 맞습니다. 육군이나 다른 군대도 마찬가지로 생각합니다.

**Interviewer1(임종한)**

다른 분들은 어때요? 지금 있는 이제 일차의료가 제 역할을 못하니까, 결국에서는 환자 집중하는 거가 지금 일반 의료 시스템하고 거의 비슷하거든요. 일차의료이 취약하니까 결국은 대학병원으로 몰리고, 대학병원에서는 경증 환자까지도 다 몰리니까 결과적으로는 제대로 진료하기가 어려운 그런 상태에서, 이 시스템 자체가 조금 접근도도 떨어지는 부분이고 또 증증은 증증대로 진료받는데 또 어려운 상태가 벌어지고 있는 것 같습니다. 이런 상태에 있어서 조금 어떤 것이 좀 개선됐으면 좋겠는지 접근도와 관련해 서도 의견을 그다음 주시죠. 임OO 님.

**Interviewee2(임OO)**

네, 저는 박OO님께서 말씀하신 것처럼 그것도 동의하지만, 우선적으로 제일 중요한 거는 병원이 생겼다 한들 지휘관님이 지시를 내려주시지 않으면은 저희가 외출하지 못합니다. 그래서 저 같은 경우에는 일단 지휘관님이 즉각적으로 대응을 해주셨다면은 아무 병원을 민간 병원이든 국군 병원이든 가서 응급실 가서 볼 수 있었지만, 지휘관분들이 매일 저녁에 점호도 하고 할 때, 조금 더 ‘경장들이 (의경들이) 아프다고 호소한 거에 대해서 조금 더 심각하게 바라보고 즉각적인 대응을 해주셨으면 좋겠다.’고 생각합니다.

**Interviewer1(임종한)**

‘군 지휘관이 이런 부분에 대한 인지를 좀 빨리해서 적절한 조치를 취하도록 군 문화 자체를 좀 바꾸는 거, 그런 부분들이 좀 개선돼야 되지 않겠느냐?’ (이런 의견이신 거죠?) 지금은 조금은 군 문화나 휴대폰에 대한 소지나 이런 것도 좀 달라지고, 조금 좋아지는 흐름이 있을 것 같기는 한데 그런 걸 어떻게 평가하십니까?

**Interviewee2(임OO)**

지금은 제가 전역한 지 조금 돼가지고, 어떤 상황인지 모르겠지만 지금은 괜찮아졌으리라 생각합니다.

**Interviewer1(임종한)**

안OO 님. 네네.

**Interviewee3(안OO)**

네, 일단은 앞서 말씀해 주신 두 분의 의견에도 저도 어느 정도 공감을 하는데요. 일단 저도 당시에 지금도 아마 그럴 거라고 생각은 드는데 말씀해 주셨던 것처럼, 지금도 아마 수도병원에는 굉장히 사람이 몰릴 겁니다. 아무래도 그 하나밖에 없고 또 전국에서 오다 보니까 몰릴 텐데 그런 부담을 좀 줄이기 위해서라도 '각 근무지 근처에 있는 병원들과의 뭔가 MOU 같은 게 조금은 그래도 조금은 필요하지 않나?'라는 생각을 저는 1차적으로 하고요. 만약에 말씀하셨던 것처럼 정말 중증이거나 누가 봐도 명확한 그런 상황들이 있지 않습니까? 예를 들어 절단 환자나, 그런 환자들은 위급한 환자들은 당장 당연히 이제 수도병원이나 그런 상급병원으로 이송하는 게 맞고, 비교적 그 정도는 아니라고 생각이 든다면 지휘관의 판단하에, 이렇게 혹은 의무관의 판단하에, 주변의 관련 병원으로 이렇게 좀 진료를 볼 수 있도록 그렇게 업무 부담을 해주는 게 맞지 않나? 생각하고.

또 저는 요즘은 휴대폰을 잘 사용할 수 있지 않습니까? 저희 때와 다르게 휴대폰을 사용할 수 있으니까 그런 부분을 좀 활용하는 것도 좋다고 저는 생각을 합니다. 예를 들어 진료 신청 같은 경우에도 저 같은 경우에는 GOP에 있었으니까 거기서 대대 의무대까지 가기에 굉장히 오랜 시간이 소요가 됐습니다. 그러면 예를 들어 휴대폰을 활용한다면 제가 하다못해 자기 직전이나 점호 이후에라도 연락을 통해서 의무 군의관분께 이렇게 요청을 한다든가, 저의 증상을 설명한다든가, 이런 게 좀 미리 좀 됐다면 군의관이 그런 사실을 미리 좀 알았다면, '그거는 뭐 당장 병원에 가야 할 사안 같은데 당장 와' 이런 식으로 뭔가 이렇게 정보를 빠르게 교류할 수 있지 않았을까? 하는 생각이 첫 번째로 있고요.

또 제가 굉장히 아쉬웠던 부분 중에 하나가 저는 '제가 병원에 가려고 했다.'라는 그 사실을 저의 말로밖에 증명을 할 수가 없습니다. 지금 제가 보훈 신청을 해놓은 상태인데, 저의 말과 주변 그 당시 이제 생활관 같이 사용했던 장병들의 인후 보증서 이런 정도로만 증빙할 수 있는데, 사실 그게 그렇게 보훈 대상이 되는데 효과가 별로 없거든요. 그러면 우리가 휴대폰을 통해서 만약에 뭔가 신청한다고 했을 때, 그게 설령 목살이 되더라도, 어떤 이유에 의해서 반려가 됐더라도, 나중에 그게 기록으로 남길 수 있다면 우리 사병들께서도 나중에라도 이게 있어서 그래도 좀 보호 대상이라도 되는 데 좀 도움이 되지 않을까? 저는 그렇게 생각을 하고요. 네 그렇습니다. 감사합니다.

**Interviewer1(임종한)**

조금 더 이야기 듣도록 하겠습니다. 여OO 님.

## Interviewee4(여OO)

제 질병의 경우는 심각했던 상황이었습니다. 일단은 제 군 생활은 그런데 여기에서 물어보셨던 게 낮은 접근도를 해결하는 방법인데, 접근도 해결 방법은 크게 근본적으로 세 가지가 있다고 생각합니다. 일단 제가 정신과적인 병이라서 정신과에 한정해서 얘기를 드리자면 일단 의사가 적습니다. 의사를 뽑아야 되고요. 둘째, 상급종합병원이 없고요. 셋째, 전문적인 지식을 요하는 것을 비전문가가 보고 있습니다.

이게 무슨 소리냐면 일단 의사 수가 적습니다. 이거는 뉴스에서도 계속 나오죠. 의사 수가 적고, 지금 국군수도병원에 정신과 전문의가 다섯 분 계십니다. 구리병원에 일곱 분 이렇게 해가지고 총 국군 병원에만, 지금 제가 심평원에서 찾아본 것만 29명이고요. 육군 병원에 없고, 해군 병원에 2명, 공군 병원에 3명, 전국에 국군 병원에 정신과 전문의 34분이 계십니다. 이거를 국방부 국방백서에서 말한 우리나라 현재 현역 군인의 숫자 50만 명으로 나눠보면은 군 정신과 전문의 한 명당 1만 4,705명을 봐야 됩니다. 숫자가 많이 적어요. 물론 이거는 물론 이거는 실제로 우리나라 우리나라 국민 5천만 나누기 대한민국에 있는 정신과 의사 수를 하면 1만 3천 명이 나옵니다. 1만 4천 명이랑 그렇게 크게 다르지 않은데, 중요한 건 군 병원에 현역만 오는 게 아니죠. 예비군도 오고요 국가유공자도 오고요. 그 외에 더 많은 질병 사람들이 많이 옵니다. 그러면은 절대적으로 의사 수는 부족해요. 그러면은 의료의 질은 떨어질 테고, 의사들도 한계는 있을 테니까, 참고로 경찰병원에 두 분 계십니다. 정신과 전문의가. 이러면은 정신과 진료 질이 떨어질 수밖에 없죠.

두 번째가 제가 말씀드린 거는 상급종합병원이 없다는 건데, 일단 국군 병원 중에서 상급종합병원으로 평가받는 곳은 없습니다. 가장 높은 데가 국군수도병원인데 종합병원이고요. 나머지 경찰병원, 해군, 육군 다 병원급입니다. 사람(환자)은 상급 종합병원급으로 모이는데 병원이 종합병원급이다 보니 그거를 받아 내지를 못합니다. 특히 정신과는 더 그렇고요.

세 번째는 전문적인 지식을 비전문가가 본다는 건데, 요새 장병들이 입대를 하면은 심리검사 같은 것들을 많이 합니다. 입대 심리검사도 하고 복무 중에서도 심리검사를 하는데 그 심리검사의 결과를 전문가가 아닌 중대장, 대대장 같은 심리적인 전문성을 가지고 있지 않은 사람이 그거를 보고 판단을 하고 결정을 내려서 이 사람의 병이 있는지 없는지를 비전문가가 확인을 합니다. 그러면은 이 사람은 병이 있어도 없는 게 될 수 있고, 없어도 있는 게 될 수 있기 때문에 접근성은 낮아지게 됩니다. 이걸 해결하기 위해서 의사 또는 거기 병영 생활 전문 상담관들이 있죠. 한 부대씩? 그분한테 조언을 구하는 게 가장 최선이라고 생각을 하는데 의사 수가 또 부족해요. 이게 돕니다. 계속. 이 의사 수가 부족해서 접근도를 높이려면 의사의 수를 높여야 되는데 의사 수를 높이려면은 돈이 들고 돈이 들면 접근도가 많아지고, 계속 돕니다. 그게 문제라고 생각합니다.

## Interviewer1(임종한)

네, 아무튼 현실 속에서의 딜레마를 잘 언급해 주신 것 같습니다. 네, 지금 이제 저희가 생각하고 있는

거가 ‘군 장병 중심의 이제 의료 체계를 구축했으면 좋겠다.’ 그런 생각을 하고 있고요. 지금의 군 장병들이 이제 건강한 상태로 입대를 했으니까 가능하면 건강을 잘 유지한 상태로 제대로 했으면 좋겠다. 이런 생각이 들어서 지금은 이제 의무기록조차도 제대로 잘 관리가 되고 있지 않거든요. 그다음에, 들어왔을 때 군 장병들의 건강을 증진한다든가 건강에 대한 문제를 케어할 수 있는 그런 부분에 대한 관리가 필요한데, 건강 관리도 잘 안 되고, 또 의무 기록도 제대로 관리가 안 되니까 나중에 보면 보상과 관련해서 보훈과 관련해서도 상당 부분에 문제를 갖고 있는 부분이기 때문에 이 참에 군 장병 전체를 대상으로 등록 관리를 체계적으로 하고, 그리고 군 장병 중심으로 건강관리 체계 또 의무 기록을 갖추거나 이런 부분들을 제대로 했으면 좋겠다.

그리고 이제 이제 병원 쪽으로 가게 되면 전문인력이 배치가 되지만, 여기에서 환자가 많이 정체되지 않으려면, 그래도 평소에 보편은 건강 관리를 하고 걸러주는 역할로서 일차의료가 역할을 해야 되는데, 일차의료가 역할을 못하니까 결국에서는 군통합병원이나 이런 병원급에서도 역할을 제대로 잘 못하는 부분이 지금 벌어지고 있어서 결국은 대대급을 묶어서 아니면 사단 무대에 있어서 군 장병 중심의 의료 체계를 갖자. 그래서 장병이 어떤 요구가 있는지를 파악을 하고 거기에 맞는 인력 배치라든가, 또 건강 관리 시스템을 구축해야 되지 않냐? 하는 것들이 저희의 생각인데, 박OO 센터장님 맞습니까?

**Interviewer2(박성배)**

네, 그것도 잠깐 설명드리고, 먼저 질문을 조금 드리겠습니다. 아까 강원도 고성군에서 근무하셨던 우리 안OO 선생님은 GOP에 계셨다고 그랬잖아요. 그런 경우는 대대에 군의관이 있나요? 그러니까 대대 의무실에 군의관이 있나요?

**Interviewee3(안OO)**

일단 GOP 내부에는 당연히 없고요. 왜냐하면, 개인 소초별로 개인 박사 근무를 하기 때문에, 그때는 군의관이 없었고요. 이제 대대 본부에 이제 의무대가 있었고 거기에 군의관님이 계셨어요. 그러니까 제가 GOP에서 ‘어떤 군의관분을 만나야 한다.’라고 하면 결국에 본부로 이렇게 내려가는 과정을 거쳐야 했습니다. 그 당시에는 저는. 그러면 이제 아무래도 그럼 또 시간이 걸리고, 그런 경우에 그리고 혼자 내려올 수가 없어요. 어떤 개인이 혼자 이렇게 병원 가야 된다고 군의관이 있는 대대 본부로 내보낼 수가 없거든요. 다른 소초에서 대대 본부로 가는 어떤 포차를 얻어 타던가, 아니면 저희 소초에서 갈 때 같이 가던가, 전,후조로 가던가 뭐 이런 식인데 아무래도 좀 어렵죠. 그래서 저도 그 당시에 다른 타부대 포차를 얻어 타고 그렇게 했던 기억이 있습니다.

**Interviewer2(박성배)**

의무대라고 말씀하시는데, 거기에는 의사가 몇 명이 있는 의무대인가요?

Interviewee3(안OO)

한분 계십니다.

Interviewer2(박성배)

그럼 의무실인 거네요. 어떻게 보면?

Interviewee3(안OO)

네, 의무실입니다. 죄송합니다. 제가 잘 몰라서.....

Interviewer2(박성배)

그러면 그 GOP 소초에서, 초소에서 대대까지 가는 데 한 30분 정도 걸린다고 보면 되나요?

Interviewee3(안OO)

아니요. 훨씬 오래 걸립니다.

Interviewer2(박성배)

훨씬 더 오래 걸리나요?

Interviewee3(안OO)

네, 소초에 따라 소초에 따라 좀 다른데 어떤 소초는 한 번에 포차를 탈 수가 없습니다. 철책을 좀 이렇게 타고 포차를 타야 되는 경우도 있고 그래가지고, 저 같은 경우에는 제가 정확하지 않습니다. 시간이 오래 지나서, 근데 30분은 아니었던 걸로 기억하고요. 그래도 1시간 정도는 걸렸던 걸로 기억합니다.

Interviewer2(박성배)

한 시간? 그러니까 군의관을, 하여튼 어떤 상황이든지 '군의관을 보려면 한 시간을 가야 된다.'라는 말이 되는 거네요?

Interviewee3(안OO)

네, 그 정도는 걸렸던 걸로 기억하고 있습니다.

Interviewer2(박성배)

그게 만약에 군의관과 평소에, 예를 들어서 카카오톡이라든가 그런 간단한 요즘에 문명의 이기들이 있지 않습니까? 그런 거라도 자기 담당 군의관이 있어서 그 군의관하고 업무 시간은 꼭 아니더라도, 예를 들어서 업무 이후에 아까 여OO 님이 말씀하신 것처럼, 핸드폰 일과 후 핸드폰 세대라고 하셨는데, 만약에 그때 그랬더라면 그게 담당 군의관이 배정이 돼 있고, 군의관에게 일과 후라도 '내가 지금 상황이

이렇게 이렇습니다.’ 라고 얘기할 수 있었다면 훨씬 더 도움이 됐을까요?

**Interviewee3(안OO)**

훨씬, 훨씬 더 도움이 됐을 거라고 생각합니다. 아무래도 그리고 뭐 아시겠지만 이 절차라는 게 결국엔 먼저 위에 보고를 하고 이렇게 움직여야 되는 시스템이잖아요? 근데, 아무래도 상급자에게 먼저 이렇게 뭔가 보고를 하고, 또 이렇게 하는 그 절차 자체가 나로 인해서 뭔가 일이 벌어진다는 그런 상황? 그런 느낌이 좀 죄송하다는 그 마음 때문에 좀 사람이 이렇게 군에 있으면 좀 위축돼서 그런 행동들이 좀 이렇게 잘 하기 어려운 게 사실인데, 내가 그냥 휴대폰을 통해서 바로 군의관한테 먼저 뭔가 얘기할 수 있다면 아무래도 그런 일도 좀 줄지 않을까? 저는 그렇게 생각합니다.

**Interviewer2(박성배)**

알겠습니다.

지금 이제 여러 가지 의견을 제시해 주셔서 진짜 너무 감사하고요. 지금 임OO 학장님께서 말씀하신 것처럼 저희가 그러면 생각하는 그런 모형은 도대체 무엇인가? 그리고 도대체 그건 어디서 온 건가? 이런 거를 잠시만 한 5분에서 10분 정도 제가 잠깐 설명을 드리도록 할게요.

네, 지금 혹시 화면이 보이실까요?

제가 잠깐 설명을 드리면, 저희가 지금 생각하고 있는 게 환자 중심 민간에서는 ‘환자 중심 일차의료라’고 부르는 겁니다. 그런데 이제 이게 군에 적용이 되면은 ‘환자 중심 일차 의료 모형’이 그대로 적용이 될 수도 있고요. 아까 말씀하신 GOP까지는 모르겠는데요. 그런데 일단은 군의관 1명 정도 있는 대대에서 가능한 모형은 ‘사병 중심 일차의료 모형’이라는 겁니다.

아까 우리나라 군 의료 자원에 대한 말씀을 주셨는데, 사실 정신과 의사는 진짜 부족할 수도 있을 것 같아요. 아까 말씀하신 대로처럼 그런데 실제로 미군 같은 경우도 보면은 정규군이 137만 여명에 의사가 1만6549명입니다. 그래서 의사당 한 83명 정도의 사병이 할당이 돼 있거든요. 근데 우리나라는 (정규군)54만에 군의관 2400명이니까 사실은 군의관 한 명당 한 225명이란 말이죠. 그런데 보통 일차의료라고 얘기하면은 민간 모델에서는 1천명에서 한 1300명 정도가 적정 관리군 사이즈라고 얘기를 합니다. 그러니까 여기 정신과적인 게 우리가 군대 같은 경우는 건강한 분들이 이렇게 다 입대를 하잖아요? 처음에 입대할 때는 대부분. 그러기 때문에 사실은 지금 입대하는 군의관들이 전부 다 일차의료를 할 수 있는 능력이 된다면 사실 명수가 부족한 거는 아니죠. 그런데 보통 의사들 중에 한 3분의 1 정도가 원래 일차의료 의사라고 얘기를 하거든요. 일차의료 가능 의사. 그렇게 생각했을 때, 그러면 3분의 1로 나눈다고 칠지라도 한 일차의료 군의관 한 명당 한 675명의 이제 장병을 등록을 해서, 수시로 자신의 환자처럼 자신이 등록된, 뭐라고 할까 자기가 담당하는 장병들을 꾸준히 관리를 한다면, 아플 때만 관리하는 게

아니라 건강한 상태에서도 지속적으로 관리를 하는 시스템이 된다면, 사실은 지금 우리나라 군의관 숫자가 민간에 비해서 더 부족하다고 보기도 힘들다는 거죠. 그래서 ‘명수의 문제가 아니라 이진 시스템의 문제일 것이다.’라는 것이 일단 지금 자료 분석을 하면서 드는 생각이구요.

그거는 그런데요. 이 일차의료의 문제는 군에만 있지 않습니다. 지금 우리 나라 사실 아실란가 모르겠지만 일산 지역 같은 경우는 저녁에 애들이 아프면 갈 데가 없습니다. 애기들이 소아과. 지금 일산 지역에 5개 병원이 있는데, 5개 병원이 전부 다 소아과 응급실을 안 뵙니다. 더 이상. 뭐가 문제가 있죠. 뭐가 문제가 아주 큰 의료 시스템입니다.

우리나라는 지금까지 급성기 질환을 잘 관리하기 위해서 어쩔 수 없이 그렇게 해왔지만 그러다 보니까 지금 이 모양 이 꼴이 된 상황입니다. 그래서 사실은 1978년도에 알마아타 선언이라는 것이 있으면서는 일차의료이 그 나라의 의료의, ‘일차보건의료가 그 나라 의료의 근간이 돼야 된다.’라고 총 147개국이다 사인을 했거든요. 우리나라도 그중에 있었고요. 그러면서 그 이후에 30년 동안 사실 일차의료이 보건 의료의 그 나라의 의료의 중심이 돼 점점 Foundation 역할을 했었어야 되는데, 그걸 못한 거죠.

그렇지만 외국 같은 경우는 30년 동안 계속 변해왔습니다. 의학의 전문 분야가 되기도 하고, 지불제도도 변하고, 다학제 Team 활동도 장려하고, 그리고 그룹 진료. 그리고 일차의료 서비스가 단순히 감기 이런 거 보는 것이 아닌, 전체적으로 정신보건 서비스와 작은 수술 등까지도 지역사회 기반에서는 하게 되어 있는, 이런 쪽으로 계속 변화해 간 거죠. 최근 10년 동안에는 노령화, 군에는 적용이 안 되겠지만 노령화, 복합 만성 질환 등 거동 불편 환자 증가 때문에 일차의료한테 기대하는 것이 더 많아졌습니다. 의료비가 너무 증가한 거죠. 지금 우리나라 의료 재정이 바닥나게 생겼거든요. 더 이상 국가의료보험 가지고는 병원에 가서 진료를 못 받을 상황이 올지도 모릅니다. 언젠가는. 그런데 그렇기 때문에 시스템의 효율성이 있어야지만 되거든요. 효율성조차도 일차의료이 고기능화돼서 그것을 해주기를 이제 기대하게 될 수밖에 없는 거죠. 이거는 전 세계적인 선진국들의 움직임입니다. 이거는 만성질환화가 됐기 때문이죠.

그런데 우리나라는 83.4%가 단독 개원이고, 그리고 비대면으로 환자를 관리해야 한다든가 아까 말한 카카오톡 채널이나 이런 것, 전화 이런 것들 그리고 다학제 Team으로 접근하는 것에 대한 보상도 전혀 없었고요. Team에 대한 접근이 사실 주춧돌이 돼야 되는데, 다학제 Team이 완전히 다른 인두제라는 걸 사용하는 영국 제도도 결국에는 일차의료 강화로 다 지금 변화하고 있습니다. 근데 그러면 ‘과연 이 강화형 일차의료라는 게 뭐냐?’ 강화형 일차의료는 환자 중심 메디칼 홈(PCMH : The Patient-Centered Medical Home)이라는 모델인데요. 일차의료의 기본적인 핵심 속성을 가지고 새로운 의료 전달을 하자는 거죠. 지금까지 의료이 전달됐던 방식하고는 다른 방식으로 가자는 얘기인데요.

일차의료의 핵심이 원래 접근성이 가장 뛰어나야 되고요. 연속적으로, 그리고 포괄적으로, 여기서 포괄적이라는 거는 신체적인 거, 심리적인 거, 예방적인 거, 교육적인 거, 모든 게 다 들어가야 되는 포괄성을 가지고 있는 의료를 얘기를 합니다. 포괄성, 조정성. 그런데 혼자서 다 할 수 없잖아요? 그러니까 근처에는

정신과, 아까 말씀하신 근처에 있는 병원, 근처에 있는 의원, 근처에 있는 모든 것을 활용할 수 있는 이런 조정성을 가지고 있어야 됩니다. 일차의료야. 이게 일차의료의 기본이거든요 원래 근데 지금 아마 여기 계신 분들도 그렇게 생각하실 겁니다. 지금 ‘일차의료는 감기 보는 데 아닌가?’ 이렇게 생각하실 텐데, 사실은 그런 게 원래 일차의료의 모습이 아니죠. 우리나라가 비정상적으로 그렇게 발전을 한 거죠. 그래서 결국 접근성 강화하고 다학제 Team 기반으로 인구 기반 관리하면서 조정성, 집중 관리죠. 그리고 질 관리 이런 것들이 가능한 제도로 가져야 되는 건데, 문제는 이러한 일차의료의 되려면 사람을 고용해야 됩니다.

의사 혼자서, 아까 말씀하셨죠? 지금 만약에 군의관이 몇 명 없다고 그래서 과연 변할까요? 저희는 그렇게 생각하지 않아요. 군의관 몇 명 없다고 해서 이게 변할 상황이 아닙니다. 지금 그래서 아까 말한 것처럼 지역사회에 있는 민간 자원도 활용을 해야 되고요. 그리고 그 민간 자원도 혼자서 일하는 의사들끼리 뭉쳐도 별 효과가 없습니다. 중요한 건 이 의사를 중심으로 간호사들과 거기에 이제 정신보건 하는 인력들, 그리고 영양 관계하는, 작업 치료할 수 있는, 물리 치료할 수 있는, 그리고 운동 처방할 수 있는 이런 다학제가 같이 Team을 꾸려서 나가야 되는 거죠. 그런데 그러려면 지금처럼 어떤 행위를 많이 해야지만 돈을 더 벌 수 있는 그런 행위별 수가제 해갖고는 안 되고요. 지불제도가 변해야 된다는 게 그건데요. 그 어려운 거를 미국 군 의료가 해냈습니다.

미국 군 의료가 MHS(Military Health System)라고 하거든요. 얘네는 이러한 환자 중심 일차의료 모델을 선택을 했습니다. 그래서 하루아침에, 2009년도에 갑자기 확 발표해버렸어요. 이 Policy Memorandum이라는 이 법률을 확 발표해버린 다음에 그래서 육군,, 공군 해군이 전부 다 그냥 동시에 거의 동시에 435개의 일차의료기관, 여기서 말하는 일차의료기관은 거의 제가 보기에 대대급의 의무실 포함 또는 사단급의 의무대를 다 포함해서 435개의 일차의료기관을 전부 다 아까 말한 PCMH라는 걸로, 환자 중심 의료 홈이라는 걸로 변화를 했어요. 그래서 2023년도까지 100% 변화를 했거든요.

그래서 이게 소개는 아마 이게 마지막 슬라이드가 될 것 같은데요. PCMH는 Patient-Centered Medical Home입니다. 다시 말해서 환자 중심 의료. 그리고 SCMH는 Soldier 중심 Medical Home입니다. 그래서 두 개의 차이는 뭐냐면은요. 그게 PCMH라는 건 민간에서의 모델이랑 똑같은 거고요. SCMH는 사단 말고요. 대대에 있는 군의관 한 명 정도에 있는 그런 모델이라고 보시면 될 것 같아요. 여기 차이를 보시면 유사점은 다 똑같고요. 차이점을 보면은 예를 들어서 환자 중심 Medical Home은 좀 큰 개념이에요. 큰 개념이라서 등록 대상자나 그걸 사용할 수 있는 사람이 현역 군인뿐만 아니라 현역 군인 가족 퇴직자(도 포함합니다.) 거기에서 의료를 제공하는 사람은 민간인도 있습니다. 현역도 있고 예비역도 있고 등록자 수도 한 1,100에서 1,300명 정도 그리고 아까 ‘리더십이 누구냐?’라는 얘기가 있었잖아요. 이 PCMH 같은 경우는 보건진료소 지휘관이 리더십을 가지고 있습니다. 작전부대 지휘관이 가지고 있지 않죠. 하지만 SCMH 같은 경우는 이게 병사 중심 Medical Home 인데요. 여기는 등록 대상자는 현역 군인만 이용할 수 있고요. 그리고 작전부대에 배정된 군의관이 제공자가 되는 거죠.

딱 사단 의무실이거나 사단 의무대나 아니면 대대 의무실 정도 될 것 같아요. 그리고 한 500~100명 정도 등록하고, 그리고 작전부대 지휘관이 대신 여기는 지휘 체제로 가지고 있더라고요. 하지만, 보건소 지휘관의 의료 표준 감독 및 관리를 받도록 돼 있습니다. 그래서 결론적으로는 이런 모델로 가고자 하는데, 그러면은 뭐가 좋냐? 24시간 7Day 그러니까 언제든지 접근이 가능한 모델로 가는 겁니다. 그리고 군의관한테 찾아가는 거 방문 여부와 상관없이 군의관이 먼저 다가오는 시스템이라고 보시면 되겠죠. 물론 군의관이 직접 불가능하죠. 아까 말한 ‘군의 Team’입니다. 결국 군의 Team이 만약에 형성이 된다면 이러한 먼저 다가오는 방문 여부와 상관없이 다가오는 것이 될 겁니다.

저희가 이미 Testing 하고 실제로 지금 모델이 되고 있는데요. 여기에 보편은 여기 의원들도 있고요. 방문 간호센터도 있고 과도 있고 이래요. 그런데 여기에 하나가 들어가는 게 예를 들어서 ‘**몇 사단 무슨 대대**’가 되는 거죠. 거기에 열고 들어가면은 이렇게 환자, 환자가 아니죠. 우리 사병들의 리스트가 짝 뜨고요. 리스트가 짝 뜨면 맨 오른쪽에 보는 것처럼 짝 관리를 하는 거죠. 그래서 평소에도 본인이 호소할 수 있는 증상들을 언제든지 얼마든지 호소하고, 그걸 보고 그 Team이 군의관 혼자서 못하죠. Team이 같이 관리를 하면서 간호와 같이 하게 되는 거죠. 그런데 제가 이렇게 말씀드리면 ‘그 간호 인력은 어디서 구할 거냐?’ 이렇게 말씀하시겠죠. 당연히. 그런데 그거는 민간에서의 것을 활용을 해야 합니다. 그럴 수밖에 없죠. 그러면 이런 거가 가능한 거죠. 본인이 어디 다쳤으면 군의관한테 못 찾아갈 것 같으면, 사진 찍어서 올리고 만약에 자기가 ‘당뇨가 있다.’ 당뇨 있는 젊은 사병들이 많지는 않겠지만 뭔가 증상이 있으면 찍어서 올려보낼 수 있는 거죠. 이런 식으로. 그리고 심지어는 ‘고도비만 있다. 당뇨가 있다.’ 이렇게 찍어 보낼 수 있고 자기 식단도 자기가 먹는 양을 이렇게 측정해가지고 보내줄 수 있는 거죠. 그래서 그런 기능 Team으로 그러한 아까 말한 것처럼 비대면 접근성이 강화가 될 것이고, 두 번째로는 선제적 관리 건강상태, 아까 말씀드린 것처럼 아프다고 찾아온 사람만 관리를 하는 게 아니라 선제적으로 미리 다가가는 겁니다. ‘괜찮냐? 잘 지내냐? 뭐가 문제가 없니?’ 이런 것들을 다가가는 것. 그리고 고위험군 그리고 많은 Needs가 필요할 사람이 미리 만약에 그래도 입대하는 경우가 있잖아요? 그럼 그 사람들을 정해서 ‘관심 사병’ 이런 개념이 아니라 진짜로 의료적으로 필요가 있는 사람들을 미리 걸러내서 그 사람들은 집중 관리하게 되는 거죠.

그리고 대상자의 대부분의 보건의료, 건강 관련 복지 요구가 해결이 돼야 됩니다. 물론 그러면 이 ‘정신과 문제도 여기에 그러면 예를 들어서 대대급에서 해결이 돼야 되느냐?’ 원래는요, 공황장애 같은 경우, 그리고 가벼운 우울증, 자살 충동이 심하지 않은 우울증 같은 경우는 지금도 민간의료에서는 일차의료 질병으로 분류됩니다. 그렇기 때문에, 왜냐하면 그게 경증 질환이라고 그래서요. 병원에서 보편은 수가를 안 줘요. 그만큼 지금 민간은 변하고 있거든요. 그래서 일차의료에서 진짜로 자살 충동이 심하거나, 아주 예를 들어서 공황장애 같은 경우도 환청이나 환상이 보이거나 그러거나 하지 않는다면, 그렇다면 그 대대에 있는 군의관이 하다가 ‘자기 Scop이 넘어가는 것 같애.’ 그러면 자기 대대 말고 사단에 사단 의무대에 이제 정신과가 있을 수도 있잖아요. 없을 수도 있지만, 정신과랑 그 사람은 또 카톡이든지 뭐든 이런 걸 플랫폼으로 이제 컨설팅을 보는 거죠. ‘아 우리 대대에 이런 친구가 있는데, 이러는데, 약을 써봤는데

약을 아니면 당신이 지난번에 준 약을 했는데도 지금 별로 호전이 되는 것 같지 않아.’ 그러면서 ‘그럼 어떻게 할까?’ 하는 걸 서로 의논할 수 있는 거죠. 그래서 이런 포괄성, 아까 말한 것처럼 그래서 전문의 건강 관련 정신과적 문제, 약물 문제, 이런 복지적 문제 이런 거가 다 해결이 되는 게 사실은 이 환자 중심 일차의료거든요.

그리고 가장 중요한 거 환자, 보호자가 참여해야 됩니다. 예를 들어서 맨 위에 말씀 안 드렸나요? 아까 말씀드리려고 했다가 못 넣었군요. 저희 아들이 입대할 때 지금도 군에 있습니다. 입대했는데 뭐라 그러죠? 기흥이 있는데, 그게 군에 가가지고 재발하거나 했을 때 제대로 Manage 될 거라는 신뢰가 없는 거예요. 그래서 모든 걸 다 증명해가지고 갈 수밖에 없는 그런 상황이었죠. 그런데 그럴 때도 맨 처음에 환자가 그러한 무슨 문제가 있는 친구가 들어온다면, 그렇다면 환자나 보호자가 이 일을 어떻게 앞으로 관리하겠다는 것도 같이 계획에 참여할 수 있는 이러한 기능도 가지고 있습니다. 그래서 핵심은 Team 기반 관리, 선제적 관리, 예방적 관리가 가능하기 때문에 접근성이 아까 말한 24시간 7Day, 그리고 군의 관이 아닌 군의 Team이 관리하고, 그리고 군내·외 자원을 최대한 활용하고, 고위험 병사는 집중 관리하고 하는 이러한 것들이 군·민 의료 협의가 가능한 이런 모델로 가져가고자 하는 겁니다. 그래서 지금 이게 민간이 변화할 모형입니다. 그래서 예를 들어서 1형 의원 같은 경우는 등록을 한 다음에 위험으로 분류하고 비대면 관리를 해주는 게 1형 의원이고요. 이게 아마도 사단에 사단이 아닌 대대에 있는 군의관 한 명이 있는 의무실에 할 수도 있는 역할일 겁니다. 그리고 2형, 3형 같은 경우는 아마도 사단에 있는 의무대 왜냐하면 의사가 여러 명이잖아요? 그렇기 때문에 Group 개원 재택의료를 할 수 있거나, 네트워크를 형성할 수 있는 이런 것들은 2형, 3형 의원, 그리고 4형 의원은 이제 수도병원에 있는 그런 것들 그런 병원들이 아니면 군 병원들이 기능을 담당해 주겠죠.

그래서 제 설명은 여기까지 끝이지만, 어쨌든 제가 강조하고 싶은 것은 일이 어떤 사후에 어떤 사고가 난 다음에 어떻게 대처를 잘하느냐도 굉장히 중요할 것 같습니다. 그런데 미리 그 친구가 사병이 어떠한 건강적인 문제가 평소에 있어 왔고, 그리고 어떠한 본인이 언제든지 호소할 수 있고, 그리고 항상 어떤 거를 호소하는지, 그것을 군의관이 담당 군의관이 그거를 전부 다 파악을 하고 있어야 된다는 거죠. 물론 군의관이 아니라 군의 Team입니다. 그래서 이러한 ‘다학제 Team 기반 환자 중심 일차의료’로 군이 만약에 변한다면, 진짜 우리나라 일차의료의 큰 변화를 가져올 것이고, 이게 군에서 갑자기 변하면 가능할 거거든요. 그래서 이런 것은 대한민국 군 의료부터 시작이 될 거라고 강력하게 믿습니다. 좀 길어서 죄송했습니다. 죄송합니다.

#### **Interviewer1(임종한)**

감사합니다. 그 사이에 한 분이 더 참여해 주셨습니다. 이OO 님. 네, 반갑습니다. 잠깐 소개를 해 주시면 좋을 것 같은데요. 이제 언제 군 복무를 했는지? 군 복무 지역? 좀 소개를 해 주시고요. 우리나라의 군 의료 체계 부분에 있어서의 접근성이 어떤지? 그러니까 대대 의무대에 첫 번째로 접근하는 거 하고, 또 그다음에 의뢰하고 이제 국군통합병원, 병원, 상급종합 병원에서의 접근성이라든가 우리나라 군 의료

의 접근성이 어떤지에 대해서 잠깐 말씀을 해 주시면 좋을 것 같습니다.

#### Interviewer5(이00)

네, 안녕하세요? 저는 여기 '청년부상제대군인상담센터'에서 운영 실장 맡고 있는 이00이라고 하고요. 저는 해병대 장교로 복무했고 18년도 임관했고 22년도에 대위로 전역을 했습니다. 제가 근무했던 부대는 김포 전방 부대에서 근무했고요. 이제 지휘자로 근무했을 때는 김포에서 근무를 했고, 이제 사고 이후에는 대대 참모, 그리고 여단 참모 그리고 사령부에서 근무를 했기 때문에 참모로 했을 때는 병력들과 이렇게 크게 연관이 없어서 제가 소대장 소초장을 했을 때의 그런 군 의료 진료 접근성 및 그리고 제가 다쳤을 때 접근성에 대해서는 제 경험담 말씀드릴게요.

일단 소대장으로 근무할 때는 대대에서 일단 의무대 군의관한테 진료를 받고, 그다음에 의무근무대에 가서 진료를 받고, 그다음에 수도병원에 가서 진료를 받는 시기였거든요. 그래서 수도병원까지 진료를 갈려면은 최소 정말 적어도 일주일엔 걸렸던 것 같은데, 이제 보통 일주일이 더 걸렸던 것 같아요. 그렇기 때문에 접근성이 굉장히 안 좋았고, 당시 제가 근무했을 때 의료의 접근성을 높이고자 부대 근처에 있는 민간병원 진료를 다 승인해줬어요. 승인권자는 중대장으로 기억을 하고요. 그래서 대원들이 간단하게 아픈 거 그리고 본인이 민간병원 진료를 희망할 경우에는 의료 접근성이 크게 나쁘다고 생각하지는 않았 습니다.

네 지휘자로 근무했을 때 그랬고, 대신 전방 소초장에 들어갔을 때는 전방 소초 같은 경우에는 한 명이 빠지면 그 빈 근무 시간을 다른 인원이 채워야 되기 때문에 특히 후임들 이제 이병이나 일병 같은 애들은 거의 진료를 보는 게 아마 병영 생활적으로 봤을 때 불가능했던 것 같고, 심지어 상병, 병장들도 제가 소초장 근무하면서 외부 병원으로 진료 갔던 건이 거의 손에 꼽았던 것 같아요. 그것도 거의 말년 병장쯤 되는 애들이나 갈 수 있었지 상병 때 근무를 빼고 진료를 간다는 건 거의 불가능했던 것 같습니다. 이제 저희 해병대 기준으로 했을 때 전방 소초에서는 진료 여건이 매우 떨어졌던 것으로 기억을 합니다. 제가 당시에 들었던 생각은 대대나 여단, 대대 의무대나 여단 의무대, 그리고 사단의 의무대에서는 그냥 기본적인 상비약 처방밖에 안 됐기 때문에 '저게 과연 필요할까?'라는 생각을 많이 했었고요. 지금 생각해도 대대에 과연 군의관 참모가 필요한지 의문이고 차라리 그런 '군의관들을 좀 삼군, 육해공 해병대를 통합해서 부족한 군의관들을 좀 더 모아서 집중적으로 활용하는 게 낫지 않을까?'라고 저는 개인적으로 생각을 합니다.

저는 이제 19년도에 지뢰 폭발 사고를 당했는데요. 당시에 이제 사고 당한 이후에 이제 큰 사고였기 때문에 사단 의무 근무대를 통해서 이제 국군 수도병원으로 후송돼서 수술을 받았는데, 제가 호송되는 과정을 다 기억을 하는데 크게 지연되는 건 없었던 것 같아요. 응급환자 특히 외상 환자 발생했을 경우에 수도병원으로 이송되는 거는 굉장히 매끄러웠던 것 같고, 나중에 담당 군의관들한테 들었을 때 그것을 총괄하는 의료종합상황센터 의무사령부의 의료종합 상황센터에서 매우 잘 조치했다고 생각을 합니다.

지금 이제 이 일을 하면서 의료종합상황센터 얘기를 들어보면은 좀 수도권 근처 전방 접경 지역 같은 경우에는 그래도 후송 체계가 잘 갖춰져 있는 것 같은데, 울릉도나 혹은 백령도 이런 도서 지역 그리고 남부 쪽에 있는 전라도나 혹은 경상도 후방 지역에 대한 후송 체계는 좀 미흡한 것 같더라고요. 그리고 이 '의무사령부로 의료가 통합이 안 돼 있다.'라는 느낌을 많이 받아서 이러한 '외상 환자 응급 외상 환자 발생 시에 후송 체계에 대해서는 조금 더 보완할 필요가 있다.'고 저는 생각을 합니다. 이상입니다.

**Interviewer1(임종한)**

의료 체계를 보완할 필요가 있다고 하는 거를 조금 더 설명해 주실까요? 지금의 군 의무대하고 연결이 어떻게 돼 있나요? 구조가 보면은?

**Interviewer5(이OO)**

제가 있었던 해병대 기준으로는요, 일단 해병대는 의무 병과가 없어서 해군입니다. 그러니까 해병대에 있는 의무 관련 편제는 다 해군 소속이고요. 이제 군의관, 의무 하사, 의무 부사관은 다 해군 소속이고 일단 대대의 군의관 참모 군의관이 이제 의무 중대장인가로 하나 있었던 것 같습니다. 대대에 하여튼 의무 참모, 의무 군의관의 참모로 한 명 들어가 있고요. 대대에. 그리고 여단에 또 한 명 들어가 있었던 걸로 기억을 하는데, 크게 필요한지는 잘 모르겠습니다. 의무 하사가 충분히 할 수 있는 일이라고 생각을 해서 군 전반적으로 제가 군의관이 굉장히 부족한 걸로 알고 있는데, 전방 대대, 여단에 굳이 군의관을 뒀다 되는지가 저는 의문이었어요.

**Interviewer1(임종한)**

네, 그러면은 박OO 센터장님이 이제 설명을 했던 일차의료 부분의 선제적 관리 심리 접근 관리의 중요성 그렇게 언급했고, 그게 제대로 잘 관리가 돼야지만 결국은 병원 단위, 국군통합병원이라든가 이런 부분에 있어서 환자가 집중돼 있어 갖고 제대로 관리가 안 되는 그런 상황, 부분이기 때문에 전체적으로 봐서는 필요한 서비스를 1차도 못 받고, 또 통합병원으로 가셔도 제대로 서비스가 진행이 되지 않는 상태이기 때문에 결국 여기서는 군 자원의 효율적인 배치, 활용 이런 부분이 전반적으로 잘 이루어지지 못하고 비효율성이 높아진다. 장병들이 오래 기다려야 되고 필요한 서비스를 받지 못하고 또 서비스 같은 경우도 굉장히 제한된 것들이 문제이기 때문에 결국에는 군 장병 중심으로 개편돼야 된다. 일차의료는 일차의료로 가고 거기에 의뢰를 받아서 상급 의료기관 같은 경우는 정말 필요한 사람이 거기에 가서 서비스를 받을 수 있도록 하는 구조가 됐으면 좋겠다 생각하는데, 지금은 외상 부분은 비교적 의뢰가 빨리 이루어지는 부분인데 나머지 부분 같은 경우에는 사실은 제대로 잘 이루어지지 못하는 측면이 또 있는 것 같습니다.

그래서 박OO 센터장님이 지금 설명하신 군 장병 중심의 의료 체계가 필요성이 있겠느냐? 또 대대급에서 실현하는 것 또 사단의무대에서 실현하는 것이 어떨지에 대해서 좀 의견을 주시면 좋겠습니다. 먼저 박OO 님부터. 네.

**Interviewee1(박OO)**

네, 이제 저부터 말하자면 제가 처음에 이제 경찰병원을 갔을 때, 이제 말 들었던 게 ‘이거 그냥 스트레스성인 것 같으니까 한 일주일 정도 쉬었다가 그냥 그대로 복귀해라’라는 말이었습니다. 그래서 이제 처음에 제 증상을 이제 전부 다 이제 기간을 모아서 말하기에도 너무 촉박한 시간이었고, 그렇기 때문에 제가 호소할 수 있는 걸 다 못 말했던 것 같습니다. 그렇기 때문에 그런 이제 검사 결과가 나왔던 것 같고, 그래서 이제 경찰병원에 입원해서 한 일주일 동안 매일 이제 통증 때문에 진통제를 투여받다 보니까 이제 그제서야 이제 의사가 이제 조금 큰일 날 병인 것 같아서 ‘상급 병원으로 가라’ 이제 그때 이제 전달을 받았었는데, 만약에 지금처럼 지금 하시려는 것처럼 이제 매일 카톡이나 이런 걸로 제 증상을 주고받았다면 그래도 제가 정리하는 데도 쉬웠을 거고, 이제 제 증상을 알고 있으니까 빠르게 좀 더 대처할 수 있었을 것 같습니다. 그렇게 됐다면 저도 이제 어느 정도 통증이 이제 일어나고 난 뒤에 이제 상급병원으로 가서 상급병원에서도 검사하는 데도 꽤 오래 걸렸고, 이제 그 기간 동안은 계속 치료나 이런 거는 받지 못하고 그냥 진통제만 투료를 받았기 때문에 좀 더 증상이 좀 더 심해졌다고 생각은 하고 있어서, 그런 체계가 있다면 ‘조금 더 다른 사람들에게도 도움이 되지 않을까?’라는 생각이 있습니다. 감사합니다.

**Interviewer1(임종한)**

카톡 활용에 대해서는 긍정적으로 또 평가를 해주신 것 같습니다. 그다음에 임OO 님.

**Interviewee2(임OO)**

저는 병명 자체가 돌발성 난청이라 당시 삼성병원에 갔을 때도 교과서적인 치료 방법이 고막 스테로이드, 그리고 추가적으로 입원 치료나 그런 다른 방법이 없기에 저는 그냥 스트레드 고막 주사를 받고 부대로 복귀 후에, 그다음부터 그냥 계속 보초 근무만 셧었습니다. 그래서 제 병명이 워낙 좀 특수해서 여기에 대해서 의견을 말씀드리기가 조금 애매한 부분이 있습니다.

**Interviewer1(임종한)**

네, 그거는 군에서 돌발성 난청 부분은 또 발생이 그렇게 드문 건 아니기 때문에, 군 사격을 한다든가 그런 부분에 군의관들이 교육을 좀 받으면, 그러면은 조금 더 신속하게 대처하는 거가 좀 가능하지 않을까 그런 생각도 듭니다. 그러면은 안OO 님. 네.

**Interviewee3(안OO)**

네, 일단은 저는 그 당시 제가 가장 아쉬워하는 부분도 사실 지휘관한테 보고했으나 그 이후에 바로 제가 원하던 진료나 이런 게 잘 조치되지 않았던 거, 그런 게 제가 1차적으로 가장 아쉬운 부분 중에 하나입니다. 그렇기 때문에 말씀하셨던 카카오톡으로 ‘먼저 군의관한테 먼저 얘기를 하고 거기에 대한 피드백을 받는다.’는 그런 부분들이 저한테는 굉장히 효율성적인 측면에서도 굉장히 긍정적으로 생각이 들고, 무엇보다 군의관은 전문가이기 때문에 해당 분야에서만큼은 전문가이기 때문에 올바른 판단을 내릴 확률이 제가 보기에는 훨씬 더 높다고 생각을 하고요. 그렇기 때문에 우리 사병분들께서도 앞으로 그런

방식으로 좀 혜택을 받으시는 게 맞지 않나 저는 그렇게 생각합니다. 감사합니다.

**Interviewer1(임종한)**

네네, 카카오톡 활용이나 그런 거에 대해서 조금 더 긍정적 의견을 주신 것 같고, 대대급에서 가능하면 기본적인 일차의료 서비스를 할 수 있는 Team 접근이나 선제적 관리 이런 것들을 갖추도록 하는 거에 대해서도 좀 긍정적인 의견을 주신 걸로 그렇게 생각되어집니다. 여OO 님.

**Interviewee4(여OO)**

예, 일단 그것이 이루어진다면 아주 긍정적인 아주 좋은 결과가 있을 거라고 예상이 됩니다. 왜냐하면 제가 육군훈련소에서 이제 연대 의무대를 이제 다녔었는데, 거기에서 이제 조교들, 그러니까 군대장들이죠? 그런 분들이 하시는 이제 얘기가 사람들이 약간만 아파도 병원을 가고, 연대 의무대를 가고 의무대를 가서 예를 들어 하루 이틀만 있으면은 그냥 나올 것도 뭔가 아픈 것 같아서 가는 사람도 있고, 하루 이틀 만에 나올 게 아닌데 안 가는 사람도 있어서 약이 낭비되고 의료 인력이 낭비된다. 이게 문제였거든요. 항상. 저희 현역은 5주차 훈련을 받으니까, 그 5주차 훈련 동안 끝나면은 남는 약의 양이 한 봉지가 나옵니다. 다 진료를 보고 의료 서비스가 낭비된 거죠. 진료를 그냥 어디가 그냥 아프다고 치면은 가버리고 그다음에 한 달 만에 하루 만에 이틀 만에 다 나왔으니까 이제 약은 더 이상 안 먹어야지 이런 식으로 나오니까, 의료 서비스가 현재 지금 낭비되는 부분도 있습니다. 지금 안 되는 부분도 있긴 하지만.

그런 거에 있어서 만약에 카카오톡으로 내가 증상이 이렇다. 그래서 의사분이랑 연결이 된다. 그래서 그 의사분이 판단을 내릴 수 있다. 이거는 가만히 있으면 나아지는 병이다. 혹은 이것이 조금 더 있으면은 이거는 병원을 좀 와봐야 될 것 같은 병이다. 이거를 판단을 해 줄 수 있다면 그건 매우 긍정적이라고 생각을 합니다. 그리고 이게 중요한 게 현재 군 병력이 좀 많이 없습니다. 저출산으로 인해서 병력이 많이 없어서 애초에 아픈 사람이 좀 많이 들어옵니다. 현재 생활관에서도 보는데, 기흉이 두 번 발생된 병사가 있었습니다. 근데 왜 현역으로 왔냐 하니까 세 번 터져야 면역인데 두 번 터져서 왔다고.....

허리디스크는 네 명이 있었고요. 한 명은 저는 이제 공황 발작이었고, 한 명은 이제 여기 운동을 하는 체육대 친구였는데, 여기 쇠골이 이제 쇠골의 뼈가 이제 나가서 이제 심을 박았다가 이제 뺀 상태였는데, 왜 현역을 와? 심을 받고 있는 상태에서는 면제인데 빼면은 현역이다. 그냥 자원이 없으니까 이것저것 그냥 환자도 그냥 다 끌어모읍니다.

그래서 들어오는 현역들도 정상이라고 생각하기에는 조금 힘듭니다.

**Interviewer1(임종한)**

그러니까 군 장병 중에서 또 자체가 건강 문제를 안고 있는 장병들도 최근 입대하는 경향이기 때문에 특별히 더 일상에서의 건강 관리가 더 중요하다.

**Interviewee4(여OO)**

예, 일단 병을 앓고 들어오는 사람도 많고, 그리고 병식이라고 하죠? 이제 병에 대해서 자기가 알고 그거를 병을 인지한다는 것. 그거를 하는 데에 있어서 물론 정신과는 당연히 어려울 거고요. 다른 병에도 있어서 이게 내가 정말 병원에 가서 진료를 받아야 되는 병인가라는 거에 대해서 상당히 헷갈리거든요. 환경도 바뀌고, 먹던 밥도 바뀌고, 먹는 식생활 상태가 다 바뀌기 때문에 지금 제 몸에 대한 제 상태를 이제 판정 내릴 수가 없다 보니까 그거에 대해서 전문가에 대한 의견은 참 중요하죠.

**Interviewer2(박성배)**

네, 여OO 님. 하나만 여쭙볼게요. 일과 후 핸드폰이 지급됐던 세대라고 하셨었는데, 그게 거의 매일 지급이 됐었었나요? 당시에요?

**Interviewee4(여OO)**

예, 그렇습니다. 매일 지급됩니다. 매일 지급되고, 토요일 일요일 공휴일에는 하루 종일 지급이 되고요. 그리고 제가 20년도 군번이었는데 21년도 군번 친구가 한 명 있는데 그 친구는 일과 중에도 핸드폰을 사용할 수 있게 이제 시범 운영했던 부대도 있다고 알고 있습니다.

**Interviewer2(박성배)**

그렇다면 현재 상황에서는 하루에 한 번은 최소한 군의관과 이게 소통 채널만 있다면 어떤 방법이든지, 하루에 한 번 이상씩 자기의 컨디션을 보고할 수 있는 시스템이 갖춰졌다고 봐야 되나요? 육군만 그런가요?

**Interviewee4(여OO)**

일과 후에도 군의관들이 근무를 하고 의료 행위를 수행할 수 있다면 가능합니다.

**Interviewer2(박성배)**

카카오톡이나 이런 게 좋은 게, 자기 증상 올려놓으면 꼭 그게 일 응급 상황만 아니라면, 네, 꼭 그날 그 시간에 답변 안 해도 되잖아요? 그다음 날, 네, 그다음 날 출근을 해가지고 또 업무 시간에 답변도 가능하니까. 어쨌든 중요한 건 우리 사병들이 24시간, 24시간 불가능하군요. 그 핸드폰을 가지고 있을 동안은 언제든지 자기 증상을 올릴 수 있다는 게 사실 더 중요할 것 같거든요.

**Interviewee4(여OO)**

일단 간부들은 24시간 핸드폰을 갖고 있고, 병사들은 이제 일과 후에 이제 지금 불출되는 걸로 알고 있고 알고 있는데, 일단 채널만 가입된다면은 될 겁니다. 주식도 하는 사람도 있습니다. 그걸로. 주식도 하고 장외 거래도 하고 다 합니다.

**Interviewer1(임종한)**

네, 아무튼 휴대폰을 일과 후회라도 가질 수 있는 조건 자체가 접근성을 강화하는 데 있어서 조금 더 이제 도움이 되지 않을까 그렇게 의견을 주신 것 같습니다. 지금 의료 체계 부분에 있어서 국방부는 사단을 근거로 해서 사단 의무대를 강화하는 쪽으로 방향을 잡고 있습니다. 그런데 아까 여러 이제 부대의 여건들을 보게 되면은 사단 의무대만 갖고는 장병들이 직접 사단 의무대에 접근하는데 제약이 있기 때문에, 결국에서는 베드를 타대대에 의무실을 둘 수는 없겠지만, 몇 개를 묶어서라도 취약한 부분 쪽에 군장병들하고 접근성을 강화할 수 있게 일차의료를 줘야 된다. 사단 의무대 갖고는 어렵다. 그런 판단을 갖고 있는데, 그런 부분에 대해서 일차의료의 단위를 어디에 설치하는 거가 더 적절할지 조금 의견을 주시면 좋을 것 같습니다.

누가 좀 의견을 주실 수 있을까요? 박OO 님부터 잠깐 그냥 코멘트라도.....

**Interviewee1(박OO)**

네, 저도 이제 소규모, 큰 사단이나 대대 이런 규모보다 조금 더 소규모인 부분에도 조금 더 필요하다고는 생각합니다. 이게 1차적으로 조금 거를, 그게 좀 필요하다고 생각하거든요. 좀 뭐랄까 이제 제 병이 어떤 병인지는 솔직히 자기도 잘 모르지 않습니까? 저도 처음에 아팠을 때 ‘이 병이 뭐가?’라고 생각을 되게 많이 했었는데, 이게 저는 의료 지식이 없다 보니까 이게 뭔지를 모르는 겁니다. 그래서 그런 거라도 조금이라도 좀 해소시킬 수 있게 그런 (소규모 대대 의무대를 통한 일차의료의 강화)있으면 좋을 것 같습니다. 네 이상입니다.

**Interviewer1(임종한)**

네, 감사합니다. 그다음에는 임OO 님

**Interviewee2(임OO)**

죄송합니다. 제가 질문 의도를 잘 이해를 못했는데 다시 한 번만 설명해 주실 수 있을까요?

**Interviewer1(임종한)**

지금 그 일차의료의 단위를 사단에다가 지금 설치하려고 하거든요. 근데 사단에 설치하면은 너무 접근도가 떨어지는 부분이 이제 지리적인 접근성이나 이런 것들이 제한적인 부분이 있어서, 물론 Cover 되는 것도 상당 부분이 있지만 그렇지 않은 사각지대가 상당 부분 발생을 하기 때문에, 이제 ‘대대급에 물론 모든 대대에 다 설치 할 수는 없지만 그렇더라도 대대에 접근 가능할 수 있게 일차의료 기관을 설치해야 된다. 그리고 외부 쪽에 일차의료 기관을 이용하는 거를 조금 더 활성화해야 된다.’라는 의견을 내고 싶은데 어떻게 생각하시는지?

**Interviewee2(임OO)**

그거야 있으면은 훨씬 더 좋으니까 적극적으로 추진이 되었으면 좋겠습니다.

**Interviewer1(임종한)**

네, 사단 의무대 갖고는 Cover가 안 되는 쪽이 상당 부분이 있기 때문에, 그거에 대해서도 좀 의견을 내야 되지 않을까? 하는 생각이 들고, 그리고 군에서 예를 들면 이제 대대장이나 중대장이 있는 부분인데 군의관이 평소에 군 장병에 대한 건강상태를 파악하고 있어서 계속 이제 군 지휘관하고 소통하면서 '이런 경우가 발생할 수 있다. 피병이 아니다. 어떤 상황이다.' 라고 하는 것들을 적극적으로 소통해 준다면, 그러면은 이거를 적절하게 잘 적응할 수 있게 만들고, 그다음 의뢰가 필요한 사람이면 빨리 의뢰를 하고 이런 부분들이 좀 가능하지 않을까? 판단하는 거죠. 네, 그런 거는 좀 긍정적으로 생각하시는 것 같습니다.

네네, 그다음에는 안OO 님. 네.

**Interviewee3(안OO)**

네, 일단 저도 1차 진료를 대대 규모 안에 만들어야 한다는 거에 대해서 적극 동의합니다. 일단 말씀하셨던 것처럼 사단으로 하게 되면 좀 접근도가 많이 떨어지게 될 거라고 생각을 해요. 어차피 그러면 또 이동을 해야 되는 거잖아요? 대대는 제가, 해당 사병이 살고 있는, 근무하고 있는 곳이기 때문에 바로 접근이 가능하지만, 사단이라고 하면 또 그쪽으로 이동을 해야 되는데, 결국엔 그러면 또 '제가 강릉병원 갔던 것처럼 별로 이렇게 다를 바 없지 않나?' 라는 생각이 1차적으로 들어서 대대 안에서 일차진료 병원이 있는 게 저는 맞다고 생각을 하고, 아까 처음에 말씀드렸던 것처럼 주변에 있는 병원들도 적극 활용하면 좋을 것 같습니다.

근데 한 가지 저도 조금 의문인 거는 강원도 고성에는 병원이 많지 않았던 걸로 제가 기억을 해서, 그런 어떻게 보면 격오지잖아요? 그런 곳은 어떻게 해야 될까? 하는 조금 그런 고민은 좀 있습니다. GOP 나 그런 지역에 대해서는 그렇습니다.

**Interviewer2(박성배)**

그 부분에 대해서는 좀 질문을 드리고 싶은데, 근처에 병원이 없다는 거는 저희는 병원과 의원을 나눠서 얘기하거든요. 개인 의원들이 별로 없다는 건가요? 아니면 큰 병원들이 없다는 뜻인가요?

**Interviewee3(안OO)**

일단 제가 정확하지 않을 수도 있습니다. 너무 옛날이라서. 근데 제 기억에는 그 근처에서 일단 병원을 본 기억이 전혀 없고요. 의원도 솔직히 저는 들어본 적도 본 적도 없거든요. 근데 분명히 의원 정도는 있을 거예요. 있을 건데, 근데 사병 입장에서 생각해 보면 사실 뭐라 그러죠? 잠깐 외출증을 끊어서 주변

의원을 찾아가는 게 어떻게 생각하실지 모르겠는데 조금 불안한 측면도 있거든요. 워낙 군 병원에 대한 신뢰도 많이 낮지만, 의원이라고 했을 때 사병들이 받아들일 수 있는 그런 이미지도 사실 그냥 말 그대로 '동네 병원이라서 조금 정확하지 않은 거 아니야?'라는 생각을 하는 경우도 있잖아요. 그래서 그런 부분을 어떻게 해소해야 될지? 저는 조금 고민을 해봤는데 그래서 제가 맨 처음에 이제 MOU 같은 게 좀 필요하지 않나? 어느 정도 검증된 곳으로 군에서 보내야, 군에서도 보내는 입장에서 안심이 되고 가는 사병 입장에서 '여기는 군에서 지정해 주는 데니까 가면 믿을 만할 거야'라는 좀 그런 인식이 생기지 않을까? 개인적으로 그렇게 생각합니다.

**Interviewee4(여OO)**

참고로 현재 지금 강원도 고성에 심평원 기준으로 29개 보건진료소와 의료원이 있습니다. 보건진료소랑 의원, 한의원, 약국을 다 더해서 41번 있고요. 약국을 빼려는 29곳 있습니다. 현재 심평원이 그렇습니다.

**Interviewer2(박성배)**

병원은 있나요?

**Interviewee4(여OO)**

병원이 없습니다. 보건소 정도가 되겠네요. 치과 의원 이런 것 의원입니다. 보건진료소 혹은 의원입니다.

**Interviewer1(임중한)**

그러면 이 선생님. 어떻게 지금 이 군 의료 체계 중에서 조금 대대급으로 일체의료 기관을 더 배치하는 거에 대해서는 어떤 의견이신가요?

**Interviewer5(이OO)**

저는 대대급의 그런 의료 인원을 확충하는 것보다 대대급에 있는 군의관 참모는 다 국군수도병원이나 좀 큰 병원 위주로 인력을 집중하는 게 더 맞다고 생각을 하고요. 어차피 대대급에서 진료할 수 있는 군의관의 역할은 본인이 검사할 수 있는 장비 자체가 없기 때문에 굉장히 한정적이라고 생각을 해요. 의무 부사관이 충분히 할 수 있는 처방을 군의관이 하고 있고 어차피 상급대로 넘기는 역할만 주로 하고 있기 때문에 대대급 혹은 여단급까지도 군의관이 더는 필요하다고 생각을 안 하고요. 이거를 맞기 위해서는 차라리 대대급이나 여단급의 또는 원격 진료가 가능한 장소를 만든다면은 훨씬 더 좋은 의료 인력으로 더 나은 진료를 할 수 있다고 생각을 해요. 여기 계신 희귀 질환을 겪으신 분들도 결국에 대대급에서 군의관이 정확한 진단을 하지 못했기 때문에 치료 기간이 늦춰졌고, 그에 맞는 사후 관리가 안 된 걸로 저는 알고 있거든요. 조금 더 좋은 의료 인력이 보다 빠르게 진단하기 위해서는 원격 진료를 좀 더 확대하고 그러한 시설을 확충하는 게 더 낫지 않나? 생각하고 있습니다. 그리고 실제로 지금 군 전방부대 소초 단위로 그런 원격 진료를 시범식으로 운영하는 걸로 알고 있고요.

**Interviewer1(임종한)**

더 자원을 집중해서 배치하는 것이 도움이 되지 않나 이렇게 의견을 주셨습니다. 대개 조금 더 이렇게 중증 질환을 경험한 환자분들 같은 경우는 3차 병원을 상당히 선호하세요. 일반적으로 또 원격 진료나 이런 부분들을 언급하는 경우가 많은데요. 전체 보건의료 체계를 보게 되면은 자원의 효율적인 관리가 굉장히 중요하다. 그러니까 '3차 병원에 갈 사람들을 정확하게 가려서 빨리 보내는 거, 그리고 1차로에서 질병이 생기지 않도록 사전에 관리하는 거, 그리고 소통하는 거, 조정하는 역할들, 그리고 Team 접근을 통해서 여러 서비스를 연계하는 거, 이런 것들이 매우 제 중요하다.' 이렇게 생각되어져서 그런 부분들이 군 의료 체계에 있어서 사단에서 배치되는 일차의료라 적절할지? 아니면 대대가 그 적절한 선이 될지? 그런 부분들도 논의를 더 해봐야 될 것 같습니다.

물론, 원격 부분은 가능한 부분에 있어서 소통이 된다고 한다면 대대급이든지 사단과 연계하는, 또 다른 상급 의료기관과 소통하는 부분에 있어서 도움이 되는 부분이니까, 원격 진료에 대한 부분들은 군에서도 유용하게 좀 활용될 수 있지 않을까 하는 생각도 듭니다. 보면은.

**Interviewer2(박성배)**

저도 지금 이OO님이 말씀하신 것처럼 진짜로 제대로 역할을 못 한다면, 대대에서의 군의관이 진짜로 의사의 역할을 거의 못 할 정도의 지금 상황인 것 같이 보이긴 해요.

현재 우리 저희 군에서. 그렇다면은 사실 진짜로 그 인력을 빼서 오히려 사단급에 배치하는 게 저도 동의는 됩니다. 그런데 그게 제대로 만약에 대대급의 진짜 진정한 일차의료 포괄성과 조정성과 그런 연속성이 있는 자기한테 배정된 모든 사병들을 다 정말 자기 새끼들처럼 파악을 하고 있는 군의관들이라면 대대에서도 그 역할을 충분히 다 할 수 있다고 생각하는데요. 그러니까 그게 어느 쪽으로 갈 거냐? 진짜로 사실 고민이 될 수밖에 없을 것 같긴 합니다. 근데 저는 기본적으로 그래도 그 사병들을 전체적으로 평상시에 어떤 상황인지를 하나하나 다 파악하고 있는 군의관은 한 명은 있어야 되지 않나? 라는 저는 그 생각에는 또 확실하게 생각을 하고요.

**Interviewer5(이OO)**

관련해서 이제 물론 제가 근무했던 대대가 전부는 아니지만, 이제 제가 이 일을 하면서 만났던 여러 사례를 들어봤을 때 대대급에 있는 군의관들의 목적은 빨리 군 생활 때우고 나가는 게 목적이거든요. 일단 사명감이 얼마나 있는지가 사실 의문이에요.

저 있었을 때는 군의관이 출퇴근 시간도 제대로 안 지켜서 사단장님이 여단장을 까고, 여단장이 대대장을 까고 그게 대대에 이제 군의관한테까지 갔던 기억도 있는데, 그런 상황에서 굳이 대대에 한 명의 참모 기능도 못하는 군의관 참모를 두는 건 저는 인력 낭비라고 생각을 해서, 그러한 현재 상황도 좀 고려되는 게 필요하다고 생각합니다.

**Interviewer1(임종한)**

지금 상황에서 ‘일차의료를 잘 훈련받지 못한 군의관을 배치하는 거가 가질 수 있는 의미가 굉장히 제한적이다.’라는 말씀을 현실에서 현실의 경험을 통해서 말씀해 주신 것 같습니다. 그렇지만은 이제 3차 병원 쪽에서는 환자들이 대기 시간이 계속 길어지고 정체된 그런 상태의 부분이기 때문에, 그러면은 3차 병원에서는 효율적으로 환자를 보기가 어렵거든요. 전문 과목 같은 경우도 마찬가지로 부분이기 때문에 우리가 양쪽의 균형추를 가지고 봐야 된다. 이렇게 말씀을 좀 드릴 수 있겠습니다.

이게 어느 정도 이제 정리를 해야 될 시점 부분인데요.

**Interviewer3(정OO)**

제가 질문 하나 드려도 되겠습니까? 지금 이제 참여해 주신 모든 장병분들께 다시 한 번 감사 인사드리고요. 지금 규모에 대해서 부대 규모나 접근성에 대해서 조금 의문이 생기는데, 사실 일차의료 서비스 제공 단위로 대대와 사단 말씀을 하시고 하는데, 그 중간 규모로 이제 연대나 여단들이 있지 않습니까? 그리고 이제 ‘대대 규모에서는 군의관분들이 개인적으로 이제 사실은 하실 수 있는 내용이 많이 한정적이다.’라는 말씀도 하셨고, 근데 이제 군부대 내의 일차의료를 얘기하고 있는 건 좀 종합적인 Team 기반 접근이 가능하도록 하는 것일 건데, 그렇다면 사단까지는 아니더라도 연대나 여단 규모에서 일차의료 서비스를 제공하는 것에 대해서 어떻게 생각하시는지 그걸 좀 여쭙고 싶었습니다.

**Interviewee4(여OO)**

제가 답변드려도 될까요?

**Interviewer1(임종한)**

네네, 말씀해 주십시오.

**Interviewee4(여OO)**

네, 일단 대대는 의원급이라고 생각하시면 되고요. 연대는 병원급이라고 생각을 하시면 됩니다. 병원. 연대 의무대는 전문의가 한 세 분 정도, 내과 외과 가정의학과 이렇게 세 분, 그리고 입원할 수 있는 병상이 한 10개 정도, 물론 그리고 당연히 그러니까 간호 장교분도 계시겠죠. 그 정도로 있는 건데 이제 중요한 거는 이제 대대에서 문제가 좀 심한 것 같아서 올린다. 그래서 연대를 올렸는데 연대에서도 해결이 안 된다. 그러면은 이제 3차 병원으로 보내는 게 이게 국군수도병원, 대전병원 이런 곳으로 보내는 게 이제 루트인데, 실제로 그렇게 운영이 되고 있긴 한데 운영은 됩니다. 근데 그게 문제가 대대나 연대에서 오진을 내려버린 경우에는 그대로 끝납니다. 그 위로 안 올라갑니다. 그게 문제가 일단 문제고요. 그리고 일단 대대에서 그분도 전문이십니다. 대위를 달고 계시고 물론 모든 의사분들이 모든 처방을 내릴 수 있긴 하죠. 근데 내과 의사분이 정신과에 대해서는 잘 모르지 않습니까? 그러면은 연대를 올립니다. 그럼 연대 의무대에는 정신과 전문의가 있느냐? 없어요. 정신과는 정말 드물어요. 그러면은 3차 병원으로 가야

돼요. 근데 3차 병원에는 예약이 다 차 있어요. 나는 아픈데 진료를 못 받습니다. 그래서 지금 생각되는 거는 일단 정신과에서는 병영생활 상담관들이 한 분씩 있습니다. 대대에 그분들이 이제 심리검사도 많이 하고, 저희 그런 것들도 많이 사용을 해야. 이제 대대에서 의사 한 분으로 대대 전체를 커버한다는 솔직히 좀 힘든 것 같고요.

그런데 이제 물론 진짜 대대에 있는 의사분이 유능해서 이거는 올려보내고, 이거는 내에서 처리하고, 이거는 가만히 있어도 되는 거고 이렇게 한다면 참 좋겠습시다만, 그러지는 못하니까. 또 저희가 마치 영국처럼 태어날 때부터 의사가 한 명씩 정해지는, 입대하면은 의사가 하나씩 정해지는 시스템을 가진 것처럼 의사분들도 이제 컨택할 수 있는 걸 가져서 ‘이런 병사가 이런 증세를 가지고서 왔다. 아마도 이쪽 병인 것 같은데 당신 (다른 의사분인) 당신은 어떻게 생각하시나?’라는 좀 연결고리도 있어야 된다고 생각을 합니다.

#### Interviewer2(박성배)

아까 말씀하신 원격 시스템이 원격 진료뿐만 아니라 원격 컨설팅이라고 그러죠? 원격 협진 원격 협진을 가능하게 하는 시스템이니까요. 만약에 그게 된다면 그런 것도 같이 갈 수 있지 않을까 싶습니다.

#### Interviewer1(임종한)

이게 환자에 대한 진단을 내릴 때 ‘그 사람이 평소에 건강상태가 어땠다.’라고 하는 어떤 기준점이 되는 상태를 잘 파악하고 있으며 그걸 또 지속적으로 모니터링하면 그러면은 상황 판단이 굉장히 용이합니다. 적절하게 어떠한 조치가 필요한지 의뢰해야 되는지? 또 평소에서는 어떤 것이 또 추가돼야 되는지? 그런 부분이 가능하기 때문에 그런 것들에 대한 환자가 갖고 있는 건강상태나 각종 정보들을 집약해서 취합하려면 의사만 갖고는 안 되죠. 이제 다학제적인 Team 관리가 필요하고,, 또 서비스가 필요하고 또 의무 기록도 계속적으로. 여러 방면에서 포괄적으로 그리고 또 시간에 따라서 정기적으로 취합된 정보가 있을 때 ‘좋은 의료 서비스가 가능하다. 또 판단이 가능하다.’라고 하는 부분이기 때문에 그런 체계를 잘 해서, 들어오는 장병들이 부분적으로 어떤 문제를 갖고 들어오지만, 그래도 군에서 잘 관리가 돼서 제대할 때 좋은 모습으로 건강하게 더 이제 제대한다고 그러면 더 좋은 일이니깐 그렇게 하기에는 군 시스템을 잘 갖춰지면 오히려 우리나라에서 일차의료를 통해서 정말 건강수준이 잘 관리가 되는 모범적인 사례를 만드는 것도 불가능하지 않다. 이렇게 생각되기 때문에 우리가 또 다른 외국에서의 사례를 보면서 새로운 도전을 받게 되는 것 같습니다. ‘우리나라 군 의료 체계를 훨씬 더 개방적으로 그리고 좀 더 효율적이면서 질 관리가 잘 되는 방향 쪽으로 했으면 좋겠다.’라는 생각을 갖게 됩니다.

네, 박OO 센터장님

#### Interviewer2(박성배)

간단하게 좀 여쭙볼 게 있는데요. 혹시 입대하셨을 때 그 대대의 군의관이 처음 오면 아무 이유 없이도

일단 면담을 한 번씩 하나요? 안 하나요? 혹시 경험이 있으시면은.

**Interviewee3(안OO)**

저는 그런 건 없었습니다.

**Interviewer2(박성배)**

그런 건 없었나요?

**Interviewee3(안OO)**

네, 그리고 저 같은 저뿐만 아니라 아마 전방이나 이런 데 근무하시는 분들은 바로 전방으로 오게 되는 경우도 있어서 그런 경우에는 대대 본부를 거치지 않고 바로 해당 소초로 가기 때문에, 그런 경우에는 더더욱 군의관을 만날 수가 없으니까, 신병인 상태로 초소 근무를 하기 때문에.....

**Interviewer1(임중환)**

평소에 건강에 대한 등록 관리가 거의 안 이루어지는 거지요?

**Interviewee3(안OO)**

네, 죄송합니다. 방금 기억났는데 그런 건 있었습니다. 처음에 이제 신병이 친구들이 들어오면 분대장이 나 특히 소대장이 면담 같은 걸 합니다. 그럴 때 이제 간단한 검사 정도는 했던 걸로 제가 기억하고 있습니다. 아픈 곳이 있나? 이런 정도. 갖고 있던 질병이 있나? 이런 것 정도만 간략하게 확인했었습니다.

**Interviewer2(박성배)**

비의료인이 했던 말인 거죠?

**Interviewee3(안OO)**

네, 그냥 간단한 상태 확인 정도죠. 그래서 예를 들어 치아가, 상한 이가 있던 신병이 제가 그때 기억이 나는데, 그때 이제 그 신병은 그러면 이제 의무대 이제 신청을 통해서 이제 상급병원으로 충치 치료를 받으러 가고 그랬던 기억은 있습니다.

**Interviewee4(여OO)**

일단 저는 후방 부대에서 기초 군사 훈련을 받고, 추가 훈련도 후방 부대에서 받고, 자대도 후방 부대였습니다. 그리고 입대한 지 일주일만에 발작을 했고요. 그것도 사람들 다 보는 앞에서. 추가 교육을 하러 나갔을 때도 중대장 앞에서 발작을 했고요. 자대에 가서도 중대장 앞에서 발작을 했습니다. 중대장이 보지 않을 수가 없는 상황이긴 했습니다. 무조건 중대장이 저를 봤습니다. 물론 저는 처음부터 애초에 인사 기록에 엄청나게 많은 글이 써져 있었으니까요. 근데 다른 사람들 같은 거 볼까요? 예를 들면 저는

어릴 때 ‘특별성 혈소판 감소성 자반증’이라는 이제 병을 앓고 있었고, 현재는 거의 완치라고 판정이 났습니다. 그렇게 됐는데 ‘그런 게 있다. 그런 병이 있었다.’라고 이제 비전문가인 어떤 하사였는데 그 사람이 이제 데이터를 들고 가서 그냥 들고 가더라고요. 기록해놓고 그냥 인사 기록에 이런 게 있었다. 그리고 병원 진료가 이 사람은 특별 관리가 필요하다. 기흉 두 번 터진 그 친구도 없었고요. 그러니까 저 같이 완전 위험한, 계속 발작을 하는 거에 있어서 완전 위험한 인물이다. 근데 ‘정신과 쪽이네. 그러면은 상담사를 만나봐라.’ 이런 식으로 연결은 될 수 있어도 계속해서 자기가 아프다고 표현하거나 말하지 않는 이상 ‘아픈 사람이 왔으니 대대 의무대를 가봐라.’는 힘들다고 봅니다.

#### Interviewer1(임중환)

네, 군의관이 먼저 다가가도록 그런 방향으로 바뀌어야 될 것 같은데, 지금은 평소에 군 장병들의 건강 수준이나 건강의 위험 요인이나 그런 부분들을 평소에 잘 체크하지 않는 거가 그대로 드러나는 것이 아닌가? 하는 생각이 좀 듭니다. 이런 부분을 바꾸는 것부터 시작해야 되지 않나? 하는 생각이 좀 듭니다.

오늘은 그러면 마무리하기 전에 혹시 이거는 좀 마무리하기 전에 꼭 이 얘기는 좀 하고 좀 정리했으면 좋겠다. 혹시 그런 내용이 있으신가요? ‘우리나라 군 의료 체계 부분에 있어서 최소한 이거는 좀 바뀌었으면 좋겠다.’라고 하는 사항이 있으면 말씀해 주시면 좋을 것 같습니다.

#### Interviewee1(박OO)

다친 것도 치료하는 군대 내에서도 중요한데, 저는 이제 저희 같이 다친 제대 군인도 있으니까 좀 후속 조치도 좀 필요하다고 생각합니다. 전역 후에, 이게 보훈 대상자나 국가유공자나 이걸로 해서 받을 수 있지만 솔직히 보훈 대상자나 국가유공자 하기 위해서는 좀 많은 부분에서 탈락할 위험이 많고 또 대기도 힘듭니다. 그래서 이제 소송을 하거나 그런 사람도 많고 그렇기 때문에 이제 그냥 이제 군대에서 다쳤으니까 이 사람이 이제 이거를 치료할 때까지 좀 더 보장할 수 있는 그런 기간이 좀 더 길었으면 좋겠다고 생각합니다. 네, 이상입니다.

#### Interviewer2(박성배)

예비역이나, 예비역의 가족이나, 아니면 현역 군인의 가족이 수도병원 같은 또는 아니면 병원급을 활용할 수가 있나요? 우리나라 현재 안 되게 돼 있나요?

#### Interviewee4(여OO)

가족은 가능합니다. 가족은 가능하고요. 재대한지 6개월 이내에서는 군 병원 진료가 가능합니다. 다만 6개월 이후가 지나면은 연줄을 쓰던가? 아니면은 국민 신문고에다가 진짜로 민원 제기를 해가지고 들어가야 되는 실정입니다.

그리고 저도 좀 얘기를 하자면 가장 병의 치료도 중요하고 병 치료 예후도 보험도 중요하지만 가장

좋은 거는 병이 안 일어나는 거 아니겠습니까? 예방하는 것이 가장 중요한데 정신과적인 것에 있어서 되게 설문지라든가 이런 것들을 많이 합니다. 병사들이 컴퓨터를 컴퓨터에 대해서도 컴퓨터를 보고서 이제 하는데 그거를 비전문가들이 보고 판단을 하는 거에 문제가 있다고 생각을 합니다. 왜 그러냐면 그거를 보고 예를 들어서 심리검사지 같은 경우에는 ‘이 사람이 거짓말을 하고 있지 않는가?’를 알기 위해서 여러 번 물어봅니다. 예를 들어서 100번째 문항에 당신은 이제 군인 거의 남성들을 위주로 하는 설문지에서, ‘당신은 여성이 되고 싶은 적이 있습니까?’ Yes or No라고 했을 때, 한 153번쯤에 또 한 번 물어봅니다. ‘당신은 성별이 바뀌고 싶었던 적이 있습니까?’ 그럼 이 두 개를 상호 보완해서 둘 다 Yes라고 했으면은 ‘이 사람이 생각이 있다.’ 이렇게 봐야 되는데, 그냥 100번째 문장이 있는 ‘당신은 여성이 되고 싶은 적이 있습니까?’ Yes, No를 보고 비전문가가 ‘얘는 Yes라고 했네. 그럼 동성애자네.’ 이렇게 됩니다.

이거를 이런 심리검사나 어떤 결과지를 심리 상담을 배운 심리 상담사가 보고, 그거에 결정을 하거나 군의관이 보고 결정을 해야 되는데, 비전문가인 중대장과 대대장이 그것을 보고 결정을 내리고 이 사람을 판단을 내려 버리니까 병에 치료가 되지 않습니다. 오히려 병을 만들기도 하고요. 네, 그건 문제가 있다고 생각합니다.

**Interviewer1(임종한)**

‘건강에 대한 판단도 전문가에 의해서 판단되어지도록 했으면 좋겠다.’ 이런 의견을 주신 것 같습니다. 네 혹시 또 다른 부분이 있을까요?

네, 아무튼 오늘 군 장병 중심의 의료체계 구축을 위한 인터뷰에 여러분들 참여해 주셔서 감사드리고요. 가능하면 여러 의견이 잘 반영되어져서 보훈 대상자들이 조금 더 나은 대우를 받을 수 있도록 하는 데도 적용하고 여러분의 후배들이 군에 와서도 다치거나 그러지 않고 또 건강할 수 있는 시스템을 만들도록 노력을 하겠습니다. 네 오늘 감사합니다. 여기서 마치겠습니다.

부록 4: 설문지1 (전체 대상)

■ 설문일시 : 2023. . .

■ 일련번호 :

병	군		-				
---	---	--	---	--	--	--	--

군사고 진상규명위원회 - 한국일차보건의료학회

## 장병 건강권 보장을 위한 군 의료체계 실태조사

[ 병사 / 전체 대상 ]

안녕하십니까?

고된 군 복무 중에도 귀한 시간을 내어 본 설문해 응해주시어 감사합니다.

본 설문조사는 군사고 진상규명위원회의 ‘군 장병 중심의 군 의료체계 구축 연구’를 위하여 진행되고 있으며, 연구의 수행은 한국일차의료보건의료학회가 맡고 있습니다.

이번 조사는 군 의료기관 및 민간 의료기관을 이용하는 국군 장병의 건강권 보장 실태를 점검하고, 군 의료체계의 점검, 평가 척도를 개발하고, 군 의료체계의 개선 방안을 제안하기 위한 목적으로 실시됩니다.

설문 문항에 대한 귀하의 자유롭고 솔직한 응답은 국군 장병 건강권 보장과 군 의료 체계 개선을 위한 소중한 자산이 될 것입니다.

귀하의 응답내용은 익명으로 처리되며 「통계법」제33조(비밀의 보호), 제34조(통계종사자 등의 의무)에 따라 비밀이 보호됩니다. 또한 본 설문은 연구목적만을 위해서만 활용할 것을 약속드립니다.

설문조사와 관련하여 문의하실 내용, 도움이 필요하신 경우 아래의 연락처로 연락주시기 바랍니다.

※ 문의처 : 한국일차보건의료학회 회장 임종한(인하대 교수) / 사무국장 정수창  
( koreanaphc@gmail.com )

## 기본 정보

### 1. 귀하의 성별이 어떻게 되십니까?

- ① 남
- ② 여

### 2. 귀하의 언제 태어나셨습니까?

(            ) 년 (            ) 월

### 3. 귀하의 소속은 어떻게 되십니까?

- ① 육군
- ② 해군
- ③ 공군
- ④ 해병대
- ⑤ 기타 ( \_\_\_\_\_ )

### 4. 귀하의 계급은 어떻게 되십니까?

- ① 이병
- ② 일병
- ③ 상병
- ④ 병장
- ⑤ 기타 ( \_\_\_\_\_ )

**복무 환경**

5. 귀하의 근무 부대는 어느 지역 위치하고 있습니까? (예: 강원도 인제군 북면 원통리)  
( \_\_\_\_\_ )

6. 귀하가 담당하고 계시는 보직은 어떻게 되십니까? (예: 상황병)  
( \_\_\_\_\_ )

7. 귀하의 주된 근무형태는 어떻게 되십니까?

- ① 주간근무
- ② 교대근무

8. 귀하의 부재 시 업무를 대체해줄 인력이 있습니까?

- ① 예
- ② 아니오

## 미충족 의료

### 9. 지난 1년간, 병의원 치료 또는 검사를 받아 볼 필요가 있었으나 받지 못한 적이 한번이라도 있었습니까?

※치과치료, 치과검사 제외

- ① 예, 받지 못한 적이 한번이라도 있었다. (9-1번으로)
- ② 아니오, 받지 못한 적이 한 번도 없었다.
- ③ 병의원 치료 또는 검사가 필요한 적이 없었다.

9-1. 다음은 지난 1년 동안 필요한 치료나 검사를 받지 못하신 이유에 대한 질문입니다. 왼쪽에 표기한 이유를 읽어보고, 그 이유가 귀하의 경우에 해당하는지 여부를 오른쪽에 표시하여 주십시오. 여러 가지 이유가 중복 가능합니다.

필요한 치료나 검사를 받지 못한 이유	해당	비 해당
① 증상이 가벼워서 / 시간이 지나면 좋아질 것 같아서		
② 어느 의료기관을 가야할지 몰라서 / 어떤 과를 가야할지 몰라서		
③ 치료나 검사 과정이 아플 것 같아서 / 두려워서		
④ 아프다고 말하기 어려워서 / 피병을 부린다는 오해를 받을까 봐 / 약해 보일까봐		
⑤ 진급 누락이나 보직 변경 등 인사 상 불이익을 받을 것 같아서		
⑥ 의료기관 방문을 허락받지 못 해서 / 허락받지 못 할 것이라고 생각해서		
⑦ 시간이 없어서 / 업무를 대신해줄 사람이 없어서 / 업무를 비울 수 없어서		
⑧ 예약이 어려워서 / 예약할 수단이 없어서 / 예약을 하더라도 시간이 잘 지켜지지 않아서		
⑨ 의료기관이 멀어서 / 교통수단이 없어서 / 외진버스가 부족해서 / 이동 시간이 길어서		
⑩ 외진 갈 수 있는 날짜가 정해져 있어서 / 외진 갈 수 있는 인원이 정해져 있어서		
⑪ 대기시간이 길어서 / 오래 기다리기 싫어서 / 긴 대기 때문에 일과시간 중 진료를 받지 못해서		
⑫ 의료비 부담 때문에 / 교통비나 식비 등 의료비 이외 비용 부담 때문에		
⑬ 군 의료기관의 진료 수준이 낮을 것 같아서 / 진료 결과에 대한 믿음이 가지 않아서		
⑭ 군 의료기관 의료진들이 불친절해서 / 군 의료기관의 강압적인 분위기 싫어서		
⑮ 기타 ( )		

부록 5: 설문지 2 (군 의료기관 이용자용)

■ 설문일시 : 2023. . .

■ 일련번호 :

병	군		-				
---	---	--	---	--	--	--	--

군사고 진상규명위원회 - 한국일차보건의료학회

## 장병 건강권 보장을 위한 군 의료체계 실태조사

[ 병사 / 군 의료기관 이용자 ]

안녕하십니까?

고된 군 복무 중에도 귀한 시간을 내어 본 설문해 응해주시어 감사합니다.

본 설문조사는 군사고 진상규명위원회의 ‘군 장병 중심의 군 의료체계 구축 연구’를 위하여 진행되고 있으며, 연구의 수행은 한국일차의료보건의료학회가 맡고 있습니다.

이번 조사는 군 의료기관 및 민간 의료기관을 이용하는 국군 장병의 건강권 보장 실태를 점검하고, 군 의료체계의 점검, 평가 척도를 개발하고, 군 의료체계의 개선 방안을 제안하기 위한 목적으로 실시됩니다.

설문 문항에 대한 귀하의 자유롭고 솔직한 응답은 국군 장병 건강권 보장과 군 의료 체계 개선을 위한 소중한 자산이 될 것입니다.

귀하의 응답내용은 익명으로 처리되며 「통계법」제33조(비밀의 보호), 제34조(통계종사자 등의 의무)에 따라 비밀이 보호됩니다. 또한 본 설문은 연구목적만을 위해서만 활용할 것을 약속드립니다.

설문조사와 관련하여 문의하실 내용, 도움이 필요하신 경우 아래의 연락처로 연락주시기 바랍니다.

※ 문의처 : 한국일차보건의료학회 회장 임종한(인하대 교수) / 사무국장 정수창  
( koreanaphc@gmail.com )

## 기본 정보

**1. 귀하의 성별이 어떻게 되십니까?**

- ① 남
- ② 여

**2. 귀하의 언제 태어나셨습니까?**

(            ) 년 (            ) 월

**3. 귀하의 소속은 어떻게 되십니까?**

- ① 육군
- ② 해군
- ③ 공군
- ④ 해병대
- ⑤ 기타 ( \_\_\_\_\_ )

**4. 귀하의 계급은 어떻게 되십니까?**

- ① 이병
- ② 일병
- ③ 상병
- ④ 병장
- ⑤ 기타 ( \_\_\_\_\_ )

**5. 입대 전 귀하가 거주하던 지역은 어디입니까? (예: 경상북도 안동시)**

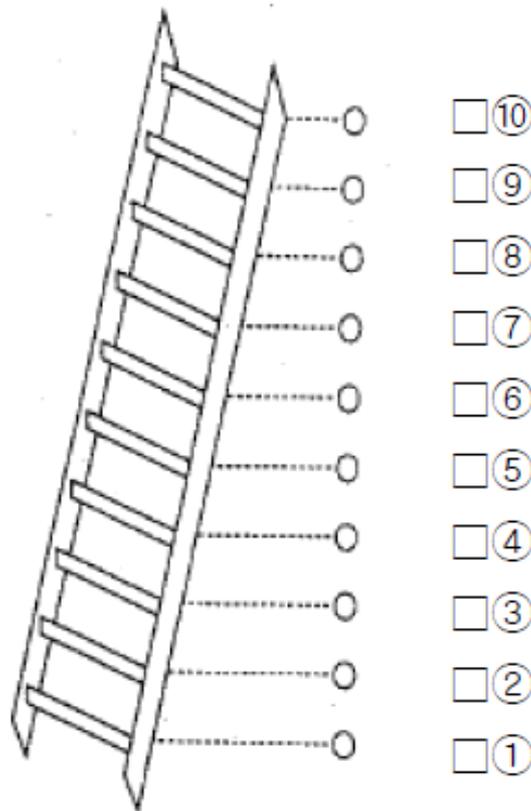
( \_\_\_\_\_ )

6. 귀하의 학력은 어떻게 되십니까?

- ① 고졸
- ② 대학(전문대 포함) 재학
- ③ 대학(전문대 포함) 졸업
- ④ 대학원 재학
- ⑤ 기타 ( \_\_\_\_\_ )

7. 지금 보여드리는 사다리 그림이 한국 사회를 나타낸다고 가정해 보겠습니다. 맨 위쪽 10번에는 가장 잘 사는 사람들이 위치하고, 맨 아래쪽 1번에는 가장 못사는 사람들이 위치하게 됩니다. 귀하의 가정은 이 사다리 중에서 몇 번에 위치한다고 생각하십니까?

( \_\_\_\_\_ 번 )



8. 귀하가 입대 전 함께 살던 가구의 구성은 어떻게 됩니까?

가족 구성원	동거 여부		명 수
	○	X	
할아버지(외할아버지)	○	X	명
할머니(외할머니)	○	X	명
아버지	○	X	
어머니	○	X	
형, 오빠	○	X	명
누나, 언니	○	X	명
남동생	○	X	명
여동생	○	X	명
기타			

## 복무 환경

9. 귀하의 근무 부대는 어떻게 되십니까? (예: 지상작전사령부 제3군단 제12보병사단)

( \_\_\_\_\_ )

10. 귀하의 근무 부대는 어느 지역 위치하고 있습니까? (예: 강원도 인제군 북면 원통리)

( \_\_\_\_\_ )

11. 귀하의 근무 부대에서 가장 가까운 군 의료시설(예: 사단의무대, 군 병원 등. ※ 의무실은 의료시설에 해당하지 않음)까지 차량으로 이동하는데 어느 정도의 시간이 필요합니까?

- ① 군 의료시설이 부대 내 위치
- ② 30분 이내
- ③ 30분에서 1시간 사이
- ④ 1시간에서 2시간 사이
- ⑤ 기타 ( \_\_\_\_\_ )

12. 귀하의 근무 부대에서 가장 가까운 민간 의료시설(예: 정형외과의원, 종합병원 등)까지 차량으로 이동하는데 어느 정도의 시간이 필요합니까?

- ① 10분 이내
- ② 10분에서 30분 사이
- ③ 30분에서 1시간 사이
- ④ 1시간에서 2시간 사이
- ⑤ 기타 ( \_\_\_\_\_ )

13. 귀하가 담당하고 계시는 보직은 어떻게 되십니까? (예: 지휘통제실 상황병)

( \_\_\_\_\_ )

**14. 귀하의 주된 근무형태는 어떻게 되십니까?**

- ① 주간근무 (예: 일과시간 근무)
- ② 교대근무 (예: 후반야 근무)

**15. 귀하의 부재 시 업무를 대체해줄 인력이 있습니까?**

- ① 예
- ② 아니오

## 건강상태

16. 귀하는 현재 본인의 건강상태가 어떠하다고 생각하십니까?

- ① 매우 좋음
- ② 좋음
- ③ 보통
- ④ 나쁨
- ⑤ 매우 나쁨

17. 귀하는 현재 주기적으로 의료기관을 방문해야 하는 질환을 가지고 있습니까? 만일 해당되는 질환이 있는 경우 병명을 간단히 적어주십시오. (예: 1형 당뇨병)

- ① 예 ( \_\_\_\_\_ )
- ② 아니오

18. 귀하는 현재 매일 약물을 복용해야 하는 질환을 가지고 있습니까? 만일 해당되는 질환이 있는 경우 병명을 간단히 적어주십시오. (예: 고혈압)

- ① 예 ( \_\_\_\_\_ )
- ② 아니오

19. 귀하는 입대 전 최근 3년 이내에 입원 치료를 받은 경험이 있습니까? 만일 경험이 있는 경우 입원 치료 당시의 병명을 간단히 적어주십시오. (예: 발목 골절)

- ① 예 ( \_\_\_\_\_ )
- ② 아니오

20. 귀하는 가입하고 있거나 보장받고 있는 민간의료보험이 있습니까?

- ① 예
- ② 아니오

## 군 의료서비스 이용 경험

21. 지난 1년간, 귀하께서는 군 의료기관의 외래에 진료를 다녀오신 적이 있습니까? 만일 경험이 있는 경우 외래 진료 당시의 병명을 간단히 적어주십시오. (예: 척추협착증)

- ① 예
- ② 아니오

21-1. 귀하의 부대 의무실에 있는 의료 인력을 모두 선택하세요.

- 1. 의무장교
- 2. 의무 부사관
- 3. 의무병
- 4. 간호장교
- 5. 기타 (\_\_\_\_\_)

21-2. 만약 귀하가 밤 11시에 숨이 차거나 가슴이 아픈 증상을 호소했을 때 사단 의무대나 군 병원에 도착하는 시간은 언제쯤일까요?

- 1. 바로 갈 수 있음
- 1. 다음날 아침
- 2. 의무대로 가는 군차량이 있는 정해진 요일에
- 3. 기타 (\_\_\_\_\_)

21-3. 귀하의 부대에서 의무대/군 병원으로 운행하는 군 차량이 얼마나 자주 운행 하나요?

- 1. 정해진 요일에 운행한다
- 2. 평일에 매일 운행한다
- 3. 주말 포함 매일 운행한다
- 4. 없다

21-4. 귀하가 소속되어 있는 부대의 총 인원수는 얼마쯤 될까요?

(\_\_\_\_\_ ) 명

22. 지난 1년간, 귀하의 군 의료기관 외래 진료 횟수를 대략적으로 적어주십시오. (예: 10회)  
( \_\_\_\_\_ ) 회

23. 지난 1년간, 귀하께서는 군 의료기관의 응급실에서 진료를 받은 경험이 있습니까? 만일 경험이 있는 경우 응급실 진료 당시의 병명을 간단히 적어주십시오. (예: 위궤양)

- ① 예
- ② 아니오

24. 지난 1년간, 귀하의 군 의료기관 응급실 진료 횟수를 대략적으로 적어주십시오. (예: 3회)  
( \_\_\_\_\_ ) 회

25. 지난 1년간, 귀하께서는 군 의료기관에 입원하신 적이 있습니까? 만일 경험이 있는 경우 응급실 진료 당시의 병명을 간단히 적어주십시오. (예: 맹장염)

- ① 예 ( \_\_\_\_\_ )
- ② 아니오

26. 지난 1년간, 귀하의 군 의료기관 입원 횟수를 대략적으로 적어주십시오. (예: 1회)  
( \_\_\_\_\_ ) 회

## 미충족 의료 경험

27. 지난 1년간, 병의원 치료 또는 검사를 받아 볼 필요가 있었으나 받지 못한 적이 한번이라도 있었습니까?

※치과치료, 치과검사 제외

- ① 예, 받지 못한 적이 한번이라도 있었다.
- ② 아니오, 받지 못한 적이 한 번도 없었다.
- ③ 병의원 치료 또는 검사가 필요한 적이 없었다.

28. 상기 27번 질문에서 치료 또는 검사를 받지 못한 경험이 있었다면, 당시의 증상은 무엇이었습니까?  
(단, 귀하께서 치료 받지 못하신 경우가 없거나 치료를 필요로 한 적이 없는 경우에는 주변 장병들의 사례를 보고 들은 간접경험을 바탕으로 응답하여 주시면 감사하겠습니다.)

진료과목	표시란
① <b>눈과 귀</b> (시력저하, 백내장, 녹내장, 망막박리, 난청, 중이염, 고막천공, 현기증 등)	
② <b>호흡기계</b> (감기, 비염, 부비동염, 축농증, 결핵, 기관지 확장증, 기관지염, 폐렴 등)	
③ <b>면역계</b> (천식, 아토피 질환, 알레르기성 결막염, 알레르기성 비염 등)	
④ <b>심뇌혈관계</b> (급성 심근경색, 협심증, 심근비대증, 부정맥, 고혈압, 고지혈증, 뇌경색, 뇌출혈 등)	
⑤ <b>소화기계</b> (간염, 간경화, 담낭염, 과민성 대장염, 위궤양, 위염, 위암, 변비 등)	
⑥ <b>내분비계</b> (갑상선 기능이상, 당뇨 등)	
⑦ <b>근골격계</b> (염좌, 근육파열, 연골파열, 인대파열, 탈골, 골절, 관절염, 타박상, 추간판탈출증 등)	
⑧ <b>피부</b> (건선, 아토피 피부염, 탈모증, 무좀 등)	
⑨ <b>신경계</b> (두통, 편두통, 안면 근육마비 등)	
⑩ <b>비뇨생식계</b> (결석, 사구체신염, 신증후군, 신장결핵 등)	
⑪ <b>사고 및 중독</b> (화상, 교통사고, 총기사고, 베임, 찢림, 동물에게 물림, 중독 등)	
⑫ 기타 ( )	

29. 다음은 지난 1년 동안 필요한 치료나 검사를 받지 못하신 이유에 대한 질문입니다. 왼쪽에 표기한 이유를 읽어보고, 그 이유가 귀하의 경우에 해당하는지 여부를 오른쪽에 표시하여 주십시오. 여러 가지 이유가 중복 가능합니다. (단, 귀하께서 치료 받지 못하신 경우가 없거나 치료를 필요로 한 적이 없는 경우에는 주변 장병들의 사례를 보고 들은 간접경험을 바탕으로 응답하여 주시면 감사하겠습니다.)

필요한 치료나 검사를 받지 못한 이유	해당	비 해당
① 증상이 가벼워서 / 시간이 지나면 좋아질 것 같아서		
② 어느 의료기관을 가야할지 몰라서 / 어떤 과를 가야할지 몰라서		
③ 치료나 검사 과정이 아플 것 같아서 / 두려워서		
④ 아프다고 말하기 어려워서 / 피병을 부린다는 오해를 받을까 봐 / 약해 보일까봐		
⑤ 진급 누락이나 보직 변경 등 인사 상 불이익을 받을 것 같아서		
⑥ 의료기관 방문을 허락받지 못 해서 / 허락받지 못 할 것이라고 생각해서		
⑦ 시간이 없어서 / 업무를 대신해줄 사람이 없어서 / 업무를 비울 수 없어서		
⑧ 예약이 어려워서 / 예약할 수단이 없어서 / 예약 시간이 잘 지켜지지 않아서		
⑨ 의료기관이 멀어서 / 교통수단이 없어서 / 외진버스가 부족해서 / 이동 시간이 길어서		
⑩ 외진 갈 수 있는 날짜가 정해져 있어서 / 외진 갈 수 있는 인원이 정해져 있어서		
⑪ 대기시간이 길어서 / 오래 기다리기 싫어서 / 긴 대기 때문에 일과시간 중 진료를 받지 못해서		
⑫ 의료비 부담 때문에 / 교통비나 식비 등 의료비 이외 비용 부담 때문에		
⑬ 군 의료기관의 진료 수준이 낮을 것 같아서 / 진료 결과에 대한 믿음이 가지 않아서		
⑭ 군 의료기관 의료진들이 불친절해서 / 군 의료기관의 강압적인 분위기 싫어서		
⑮ 기타 ( )		