

국내 보건복지 동향

보건복지부 2015년 9월 보도자료 중 주요 내용을 발췌한 것임.

■ ■ ■ 신종감염병 대응 24시간 긴급상황실 설치 등 국가방역체계 개편 - 유입 차단, 조기 종식, 피해 최소화 목표(총 48개 중점과제) -

- ① 신종감염병 국내 유입을 차단하고, 유입시 조기 종식이 될 수 있도록 초기 즉각 대응체계 구축
- ② 신종 감염병 유행 확산 대비 신속 진단, 감염병 환자 격리시설과 전문치료체계 구축
- ③ 병원감염 방지를 위해 응급실 선별진료 의무화, 병원감염관리 인프라 확충, 간병·병문안 문화 등 의료환경 개선
- ④ 신종감염병에 능동적으로 대응하고, 방역의 특수성을 감안하여 신종감염병 거버넌스 개편

□ 정부는 9.1(화) 오후 3시 황교안 국무총리 주재로 국가정책조정회의를 개최, 향후 신종감염병에 대한 보다 효과적이고 철저한 대응을 위해 “국가방역체계 개편방안”을 확정했다.

□ 또한 정진엽 보건복지부 장관은 확정된 “국가방역체계 개편방안”을 오후 4시부터 정부서울청사에서 직접 발표하였다.

○ 개편방안은 메르스 발생이후 대응과정, 국회 특위에서 제기된 메르스 발생 원인을 철저히 분석하고, 현장간담회, 공청회, 감염병관리위원회 등을 통해 현장 경험자, 각계 전문가 및 관계자 등의 의견을 폭넓게 반영하였다.

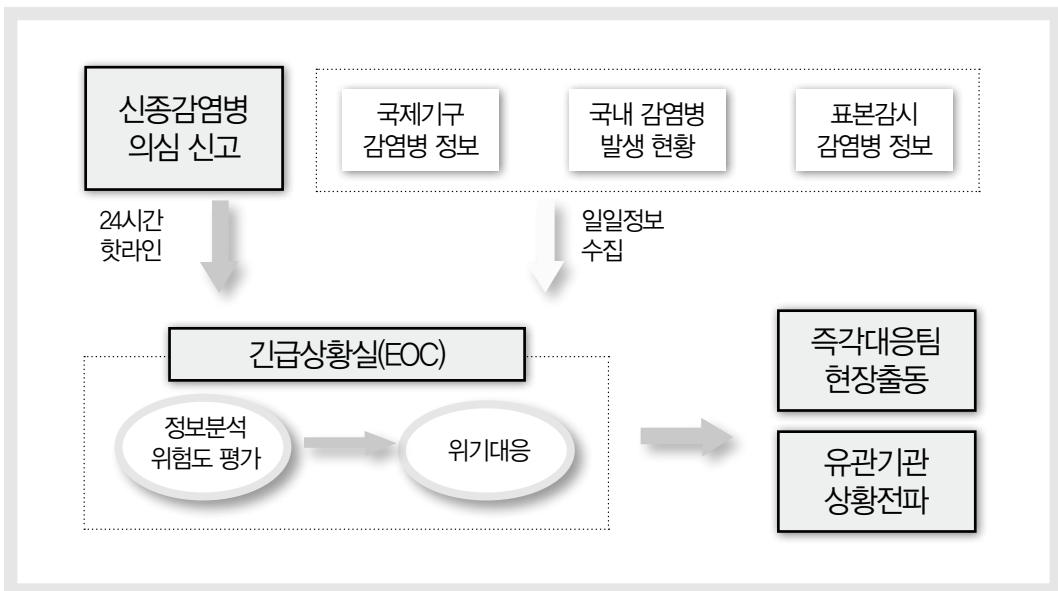
□ “국가방역체계 개편방안”의 주요 내용은 다음과 같다.

① 신종감염병 국내 유입을 차단하고, 유입시 조기 종식이 될 수 있도록 초기 즉각 대응체계를 구축한다.

○ (24시간 긴급상황실(EOC) 운영) 감염병에 대한 24시간 정보 수집·감시, 신고·접수, 즉시 지휘통제 기능 등을 수행하기 위한 “긴급상황실(EOC; Emergency Operations Center)”을 구축·운영할 예정이다.

- 긴급상황실은 이번 대책 마련을 위해 미국, 중국 CDC를 직접 방문하여 확인·점검한 내용을 바탕으로 마련한 것으로 24시간 365일 감염병에 대한 정보를 수집·감시하고, 언제든지 모든 상황에 즉각적인 지휘통제 역할을 수행하는 체계로 가동한다.

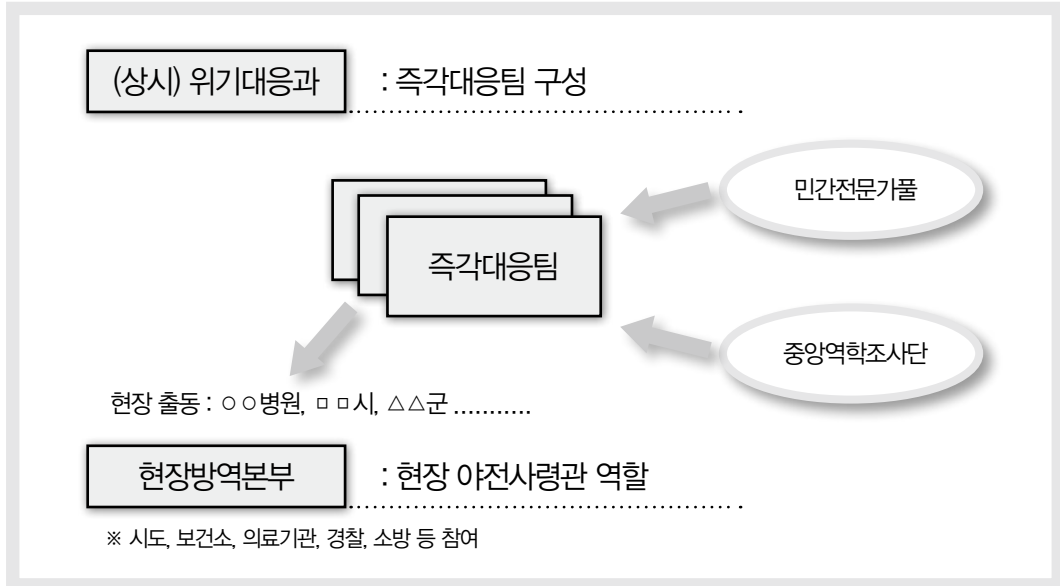
〈 긴급상황실 운영 개요 〉



○ (즉각대응팀 및 현장방역본부) 의심환자 발생 시 즉시 질병관리본부 방역관을 팀장으로 하는 ‘즉각대응팀’을 구성, 민간전문가를 합류시켜 출동 조치하고,

- 즉각대응팀 지휘 아래 시·도 보건조직 및 시·군·구 보건소 공무원, 감염병 전문가, 경찰, 소방 등으로 구성된 현장방역본부가 현장에서 전결권을 가지고 필요 시 병원 및 교통을 통제하는 등 방역조치를 담당하는 즉시대응 체계를 구축한다.

〈 즉각대응팀 구성 및 현장출동 〉



- (위기관리소통 강화) 메르스 확산의 큰 이유로 지적되고 있는 원활하지 못한 소통문제를 해결하기 위해,
 - 'Risk Communication 전담부서'를 신설하여 다양한 전문가들과 함께 '위기관리소통계획'을 수립하고, 평상시에도 국민 소통을 강화하며,
 - 정보공개에 세부범위, 방법 등을 사전 수립하고, 신종감염병 발생 시 절차에 따라 관련정보를 즉시 공개하여 투명성을 강화할 예정이다.
- (우수인력 확충 및 양성) 기존에 대부분 공중보건역사로 구성되어 있던 역학조사관을 정규직으로 대폭 확충하고,
 - 방역행정가로서의 우수인력을 확보하고 장기근무를 유도하기 위해 특수직렬인 "방역직"을 신설하여 미국 CDC 역학전문요원(EIS: Epidemic Intelligence Service)과정 위탁교육 등 다양한 경력형성을 지원하며,
 - EIS를 벤치마킹해 '방역수습사무관제도'를 도입하여 질병관리본부에서 2년간의 현장훈련을 실시하여 전문 인력을 양성할 예정이다.
- (국제 공조 강화 및 현장 파견) WHO · CDC 등 해외전문기관과 인력 파견 등을 통한 인적교류 제

도화를 통해 국제공조를 강화할 계획이며 역학조사관을 신종 감염병 발생국 현장에 보내서 신종 감염병 특성을 정확하게 파악할 예정이다.

- (출입국 검역 강화) 위험국가 전체 입국자에 대해서 게이트 검역을 실시하고 잠복기간 동안 모니터링 및 출국자에 대한 주의사항 안내 강화 등 검역 전반을 강화하고,
 - 특히, 검역소부터 진단기관 및 의료기관 등이 감염병 유입 조기예측-진단-관리 등 전 과정에 대해 쌍방향의 정보수집이 가능한 '스마트 검역' 체계를 구축할 예정이다.

② 신종 감염병 유행 확산 대비 신속 진단, 감염병 환자 격리시설과 전문치료체계를 구축한다.

- (감염병 전문 치료체계 구축) 감염병환자 치료를 위한 음압격리병상 확대를 위해 최소 300병상 이상의 전문치료시설 확보를 목표로 중앙 및 권역별 감염병 전문치료병원을 지정할 예정이다

○ 국립중앙의료원을 감염병 진료부터 임상연구·교육까지 전담하는 '중앙 감염병전문병원'으로 지정, 별도 전문센터 설립

* 음압격리병상(150개 이상)·생물안전4등급(BL4) 실험실 등 운영

○ 국립대병원 등 공공의료기관 중심으로 '권역별 전문치료병원'을 3~5개소 내외 지정

○ 중앙·권역 전문치료병원 설립비 등은 국가 지원하되, 신종감염병 발생시 감염환자 전문치료기관으로 즉시 동원

- 이외에도 국가지정 격리병상을 확충(유사시 최대 117명 환자 격리) 및 권역·지역 응급의료센터(144개)에 1인 음압병실을 확충하고

- 추가로 상급종합병원 및 300병상 이상 종합병원에 일정 수의 음압격리병실을 의무화할 예정이다.

- (격리시설 사전 확보 및 격리자 관리 강화) 효과적인 접촉자 격리를 위해 중앙 및 17개 시도별로 임시격리시설을 의무 지정하고,

- 감염병 관리 종합정보시스템을 구축하여 감시, 역학조사, 환자 및 접촉자 관리 등 종합적인 정보를 시스템을 통해 관리하고 공유할 수 있도록 할 예정이다.

- (신속·정확한 진단체계 구축) 빠른 감염병 진단을 위해 국립보건연구원 내 감염병 전용 진단실험

실을 확충하고,

- 시도 보건환경연구원 · 민간검사기관 등에 진단기법을 전수하여 다양한 감염병 진단을 동시에 할 수 있도록 하며,
- 식약처 허가가 나지 않은 실험용 진단시약(기기), 치료제 등에 대해 복지부 장관의 긴급 요청 시 즉시 사용 가능하도록 제도를 정비할 예정이다.

○ (감염병 R&D 강화) 신종감염병 백신, 치료제, 진단기기 등의 개발을 위한 관련 다부처 R&D 프로젝트를 추진하고,

- 메르스 관련 임상 · 진단자료를 DB화하고, ICT 기술활용 감염특성 분석 및 의료기기 · 의약품 개발 등에 활용하며,
 - * 국가과학기술심사위원회에서 '감염병 대응 R&D 추진 전략' 수립
- 국가 연구기반 강화를 위해 국립보건연구원 내 신종감염병 연구기능을 강화하여 운영할 예정이다.

③ 병원감염 방지를 위해 응급실 선별진료 의무화, 병원감염관리 인프라 확충, 간병 · 병문안 문화 등 의료환경을 개선한다.

○ (응급실 개편) 응급실을 통한 감염 확산을 막기 위해 응급실 입구에서부터 감염위험환자를 선별진료하고 응급실 음압 · 격리병상 확보 및 분리진료 하는 것을 의무화하고,

- 환자가족 등 방문객 출입 제한 및 명단관리를 강화하며, 과밀화 해소를 위해 응급실 입원대기 (24시간 이상 체류)를 평가하고 이를 응급센터 지정기준에 반영하며
- 비응급환자 대형병원 응급실 이용부담 확대 등 응급실 체류시간 단축, 대형병원 응급실 경증환자 유입감소 대책을 추진할 예정이다.

○ (격리병상 확충 및 간병구조 개선) 감염병환자를 위한 음압병상을 확대(상급종합병원등 의무화)하고, 1 · 2인실 일반 격리병상 설치도 확대하며,

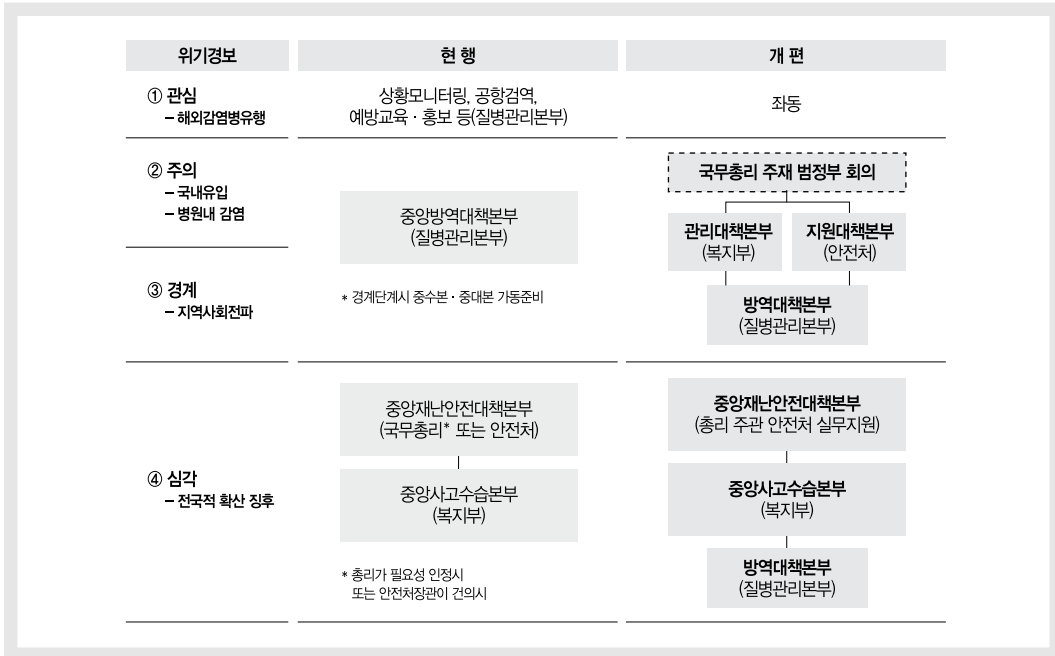
- 음압병상은 1인실, 독립된 공조시설, 전실(前室), 환기기준 등의 엄격한 시설기준을 적용하며,
- 6인실 위주의 입원실 병상구조를 4인실 위주로 개편을 유도하면서 병상간 이격거리 설정, 환기 기준 마련 등으로 입원실 환경 개선을 추진하고,

- 보호자 간병을 간호사로 대체하는 포괄간호서비스를 상급종합병원 감염관리 분야 중심으로 추진할 예정이다.
- (병원감염관리 강화) '감염관리실' 설치 대상 병원을 단계적으로 확대(200병상 이상 → 150병상 이상)하고, 감염전문이사 등 인력기준을 상향조정하여 병원내 감염 관리 기반을 강화하고,
 - 전국적으로 정기적인 병원감염 발생실태조사도 실시할 예정이다.
 - 또한, 병원의 감염관리 인프라 및 관리활동에 대한 의무평가를 실시하여 결과에 따른 페널티/인센티브 환류를 실시하고, 보호장비 등 감염방지용품 건강보험 적용을 통한 사용 활성화도 추진할 예정이다.
- (의료전달체계 및 병원문화 개선) 의사의 의학적 판단에 따라 실질적 의뢰절차가 확립될 수 있도록 진료의뢰 수가를 마련하고
 - 지역거점병원-중소형 병의원간 진료협력 활성화, 병원간 진료정보 교류시스템 구축 및 의료인간 원격 진료협진을 확대하며,
 - 병문안 등 병원문화 개선을 위해 입원실 면회시간 제한 등 '병원면회 권장 가이드라인' 시행, 민관합동 캠페인 전개 등도 실시할 예정이다.

④ 신종감염병에 능동적으로 대응하고, 방역의 특수성을 감안하여 신종감염병 거버넌스를 개편한다.

- (질병관리본부 개편) 질병관리본부가 감염병 전담기관으로서 국가 방역을 책임지고 독립적으로 권한을 행사하도록 하며 자율성, 전문성을 대폭 강화하는 방향으로 조직 개편한다.
 - 첫째, 질병관리본부장을 차관급으로 위상을 강화하고
 - 둘째, 질병관리본부장에게 인사 및 예산권을 일임하여 자율성과 전문성을 획기적으로 보장하며 정규 역학조사관을 확보하고 이들이 현장에서 조치 및 권한을 행사하게 하며
 - 셋째, 모든 위기단계에서 질병관리본부가 방역은 처음부터 끝까지 책임지도록 하며 총리실과 복지부, 안전처는 지원역할을 수행한다.
 - 이와 관련하여 감염병 위기관리 매뉴얼 개정 시, 위기경보 기준도 감염병별 특성에 따라 별도로 마련할 예정이다.

〈 위기경보 단계별 대응체계 개편(안) 〉



* 중앙대책본부(본부장: 안전행정부 장관 또는 국무총리)는 범부처 차원의 자원 동원 및 민간인력 활용방안 마련 중앙수습본부(본부장: 보건복지부 장관)는 보건복지부 및 관련 단체의 자원 동원 및 활용 방안 마련

- (중앙-지방간 역할 명료화) 감염병을 위험도에 따라 재분류하여, 위험도가 큰 신종감염병 및 고위험 감염병은 중앙정부(질병관리본부)가 총괄하여 방역조치를 지휘·통제하고,
 - 위험도가 낮은 감염병은 시도·시군구에서 대응하되, 질병관리본부가 지자체 역학조사 기술지원·평가, 교육·훈련 등 총괄 지원하는 체계를 마련하고, 일선 지방자치단체의 방역체계 개편 및 역할강화 방안도 별도로 수립 할 예정이다.

〈 감염병 분류 개편방안(안) 〉

위험도 구분	예시	현장 방역조치
신종감염병(미지의 위험)	에볼라, 메르스, 신종플루 등	중앙정부(질병관리본부)
고위험군	결핵, 홍역, 생물테러 등	
중증도 위험군	콜레라, 이질, 볼거리 등	시도
경도 위험군	말라리아, 쯤쯤가무시 등	시군구

□ 복지부는 관계부처 및 지자체, 의료계, 시민단체 등과의 긴밀한 협력을 통해 오늘 발표된 개편방안이 원활히 추진될 수 있도록 최선을 다해나갈 예정이며,

○ 당정협의, 국정감사, 감사원 감사, 백서 등의 결과를 반영하여 추가적으로 개편방안을 보완하고 세 부실행계획을 면밀히 수립할 예정이다.

- <붙임> 1. 신종감염병 대응 방역체계 개편방안 요약
2. 신종감염병 환자 입국시 방역대응의 변화 양상

붙임 1		신종감염병 대응 방역체계 개편방안 요약		
대응단계	현황	경험 사례	개편방안	개편 완료시까지 임시조치
국내 유입 차단	국제감시체계	<ul style="list-style-type: none"> • 초기 '2m, 1시간' 협소한 기준 설정 • 국내 유입가능성 평가 부재 • 지자체, 의료기관의 낮은 신고(1번 환자 4번째 병원에서 발견) 	<ul style="list-style-type: none"> • 신종감염병 동향, 국제감시체계구축 • 국제활동 강화 및 정보분석, 매일 위 기보고서 작성·배포-의료계,여행업계 등 • WHO 등 국제기구와 인적교류 제도화 • 해외신종감염병 유행시 역학조사관 파견 	<ul style="list-style-type: none"> • 복지부에서 WHO와 협력 강화(임시) - 일본 WHO Focal Point 지속 운영 • 감염병 발생국 위주 재외공관 등을 통해 정보취득·분석, 의료기관에 제공
	출입국검역	<ul style="list-style-type: none"> • 1번 환자 검역통과, 사후관리 부재 	<ul style="list-style-type: none"> • 게이트 개별 발열체크, 의심자 격리·진단 • EOC감염병 감시 정보 및 출입국 정보시스템연계, 보건소 사후관리 및 의료기관에 정보제공 • 공항 검역관 및 격리실 확충 및 진단 시설 설치 	<ul style="list-style-type: none"> • 중동 입국자에 집중, 게이트 검역 및 모니터링 실시 • 출입국, 연락처 등 정보 수집능력 SMS 등 안내, 의료기관에 정보제공
초기 현장 대응	<ul style="list-style-type: none"> • 역학조사관 34명 중 공보의 32명 • 환자 진술에 의존 • 감염경로, 특성 분석 부재 	<ul style="list-style-type: none"> • 1번 환자 사우디 경유사실 미인지 • 협소한 접촉자 기준(동일병실) 적용, 접촉자(간병인, 문병인 등) 다수 누락 • 관리대상 외 환자 발생 지속 	<ul style="list-style-type: none"> • 24시간 긴급상황실(EOC) 운영 - 美·中 CDC 방문결과 반영 • 즉각대응팀 구성·출동, 총괄 지휘·통제 - 신속한 초기 대응, 현장 중심의 방역 체계 • 정규 역학조사관 64명 확보, 방역직 신설 - 우수인력 유치, CDC EIS 벤치마킹 하여 조사역량강화 	<ul style="list-style-type: none"> • 일본에 임시 24시간 상황실 운영, 신고·상담체계 구축 • 민간전문가 풀 확보, 상황 발생시 즉각대응팀 즉시 구성

유형화 산대응	접촉자 격리	<ul style="list-style-type: none"> 격리시설 지정 법적근거 부재, 자가격리 조치 접촉자 관리시스템 없음 	<ul style="list-style-type: none"> 형식적 자가격리 조치로 해외출장, 골프여행 등 이탈 사례 보도 	<ul style="list-style-type: none"> 시도별 임시격리시설 지정 의무화 중앙-지자체 공동 종합정보시스템 구축 	<ul style="list-style-type: none"> 복지부 산하기관(보건복지인력개발원 등)을 격리 시설로 임시 활용
	진단·치료	<ul style="list-style-type: none"> 국립보건연구원 1개 진단시설 국가지정 격리병원 지정(17개) 	<ul style="list-style-type: none"> 진단 지연(2~3일), 판정 번복 사례 음압병상 부족, 환자 원거리 이동 	<ul style="list-style-type: none"> 신속정확한 진단체계 구축 <ul style="list-style-type: none"> 국립보건연구원 진단실험실 확충 감염병 전문치료체계 구축 <ul style="list-style-type: none"> 중앙 감염병전문병원·권역별전문치료병원 지정 (최소 300병상 이상) 백신 치료제 등 신종감염병 연구개발 추진 <ul style="list-style-type: none"> NIH 국가연구시설 확충, ICT 활용 감염병 다부처 R&D 추진 	<ul style="list-style-type: none"> 시도 보건환경연구원을 통해 검사 실시(민간검사 기관에도 시약 제공) 국가지정격리병상 지정·운영 지속 및 병상 확대 추진(금년 추경) 개인보호장구 비축 확대(금년 추경)
거버넌스		<ul style="list-style-type: none"> 위기경보단계상 기관별 역할 불명확 법률상 중앙-지자체 권한·책임 불명확 위기관리 소통 전략 부재 	<ul style="list-style-type: none"> 컨트롤타워 논란 발생 휴교조치 혼선, 유언비어 확산, 정보 비공개 비판 고조 	<ul style="list-style-type: none"> 컨트롤타워 재설계 <ul style="list-style-type: none"> 위기수준과 관계없이 방역조치는 질병관리본부 수행 복지부, 안전처는 현장방역활동 지원 중앙의 지휘통제권 확립, 질본 본부장 위상제고(차관급) 및 전문성 제고 <ul style="list-style-type: none"> 인사·예산권 보장 위기소통 역량강화 및 정보 투명성 확보 	<ul style="list-style-type: none"> 개편방안 발표 후 위기대응매뉴얼즉시 개정 복지부에서 위기소통 임시담당
	의료환경	<ul style="list-style-type: none"> 대형병원 붐비는 응급실 사적 간병, 문병, 병원쇼핑 문화 의료진 인식부족 	<ul style="list-style-type: none"> 응급실에서 대규모 확산 의료기관종사자 다수(39명) 감염 	<ul style="list-style-type: none"> 응급실 내 감염병환자 선별진료 의무화, 방문객 제한 입원실 격리병상 확충 및 포괄간호 확대 병원내 감염관리인력 확대, 병원문화 개선 	<ul style="list-style-type: none"> 상황 발생시 국민안심병원(선별진료소 등) 운영 재실시 방문객 제한 및 명부작성 가이드라인 마련·이행

붙임 2

(가상) 신종감염병 환자 입국시 방역대응의 변화 양상

구분	개편 전	개편 후
긴급 상황실 (EOC)	<ul style="list-style-type: none"> WHO·美 CDC 홈페이지정보만 수집 형식적 매뉴얼 및 훈련 미흡, 지자체/의료기관의 늦은 신고 	<ul style="list-style-type: none"> 국제 네트워크 및 각종 학술 정보 등 사전정보 분석·공유 과학적 매뉴얼 및 실전훈련, 24시간 핫라인 신고 접수
의심환자 입국	<ul style="list-style-type: none"> 입국검역시 본인진술 이외 정보파악 곤란 다수에 대한 집단검역에 따라 의심환자 사전 발견 미흡 	<ul style="list-style-type: none"> 출입국 정보 연계 → 보건소 사후 모니터링 실시 게이트 검역으로 개별 발열 검사 및 의심시 격리·진단
국내감시 (의료기관)	<ul style="list-style-type: none"> 질병정보·진단방법 훈련 미흡 내원시 여행력 파악 곤란 	<ul style="list-style-type: none"> 정보 사전 습득 (위기보고서/훈련) 진료시 환자의 여행력 정보 사전 파악하고 주의하여 진료

현장대응	<ul style="list-style-type: none"> • 중앙-지자체 초동대응 혼선 • 중앙역학조사관 역량 미흡 • 정보수집, 격리조치 등 방역조치 미흡 • 정보공개지연 	<ul style="list-style-type: none"> • 중앙-지자체 역할 명료화 • 전문역학조사관 확보(64명) • 즉각대응팀 즉시 출동 <ul style="list-style-type: none"> - 역학조사, 격리조치, 현장통제, 신속진단 등 충분한 방역조치 실시 • 신종감염병 발생 즉시, 병원 명단 등 관련 정보 공개
진단 및 전문치료	<ul style="list-style-type: none"> • 진단검사 지연(2일) • 병상·설비 준비 부족 → 후송체계 미구축 → 이송·치료 지연 • 음압병상부족(현재 500병상) 	<ul style="list-style-type: none"> • 8시간 이내 검사 완료 • 중앙 및 권역 치료전문병원으로 즉시 이송·전문치료 실시 • 감염병 환자치료 적정 음압병상확보('20년, 1,500병상)
의료환경	<ul style="list-style-type: none"> • 응급실 내 감염병환자 미분리 • 감염에 취약한 6인실 위주 입원실 • 환자 가족 병문안 일상화 • 가족 중심의 간병문화 	<ul style="list-style-type: none"> • 응급실 감염병환자 선별진료 의무화 • 4인실 위주로 개편 • 환자가족 등 방문객 출입제한 및 명단 관리 • 포괄간호서비스 조기 확대

■ ■ ■ 체외수정 시 이식 배아 수 최대 5개에서 3개로 줄인다
 - 인공수정 및 체외수정 시술 의학적 기준 가이드라인 개정 -

□ 보건복지부는 산모와 태아의 건강보호를 위해 체외수정 시술 시 이식 배아수를 최대 5개에서 3개로 줄이고,

○ 시술 전 난임원인을 알기 위한 여성 및 남성의 생식건강* 검사를 기본적으로 실시하며, 남성난임의 검사와 진단을 구체화 하기 위해 난임부부 지원사업의「인공수정 및 체외수정 시술 의학적 기준 가이드라인」을 개정한다고 밝혔다.

* 여성(배란기능·자궁강 및 난관검사), 남성(정액검사)

○ 개정된 가이드라인은 대한산부인과학회, 대한보조생식학회, 대한비뇨기과학회 등 관련 의학회와 단체의 추천을 받은 전문가로 구성된 난임부부 지원사업 중앙심의위원회 의결을 통해 결정하였다.

※ 난임부부 지원사업 중앙심의위원회 심의결과

- ▶ 심의 일자 : 2015. 8. 28.(금)
- ▶ 심의 위원 : 의료계(9명), 윤리계(1명), 여성정책 연구기관(1명), 국민건강보험공단(1명), 보건정책 연구기관(1명), 정부위원(1명) 등 14명
- ▶ 심의 안건 : 인공수정 및 체외수정 시술 의학적 기준 가이드라인 개정(안)
- ▶ 심의 결과 : 재적위원 14명 중 14명 참석, 참석위원 모두 찬성으로 안건 가결

□ 의학적 기준 가이드라인 주요 개정 내용은 다음과 같다.

① 첫째, 여성의 난소기능이 저하되기 시작하는 35세를 기준으로 이식 배아수를 조정하여 여성연령 35세 미만은 최대 2개, 35세 이상은 최대 3개까지만 이식하도록 줄였다.

* 이식할 최대 배아 수

변경 전				
연령별	5~6일 배양 후		2~4일 배양 후	
	양호한 조건	양호하지 못한조건	양호한 조건	양호하지 못한조건
35세 미만	1~2개	2개	2개	3개
35~39세	2개	3개	3개	4개
40세 이상	3개	3개	5개	5개

변경 후		
연령별	5~6일 배양 후	2~4일 배양 후
35세 미만	1개	2개
35세 이상	2개	3개

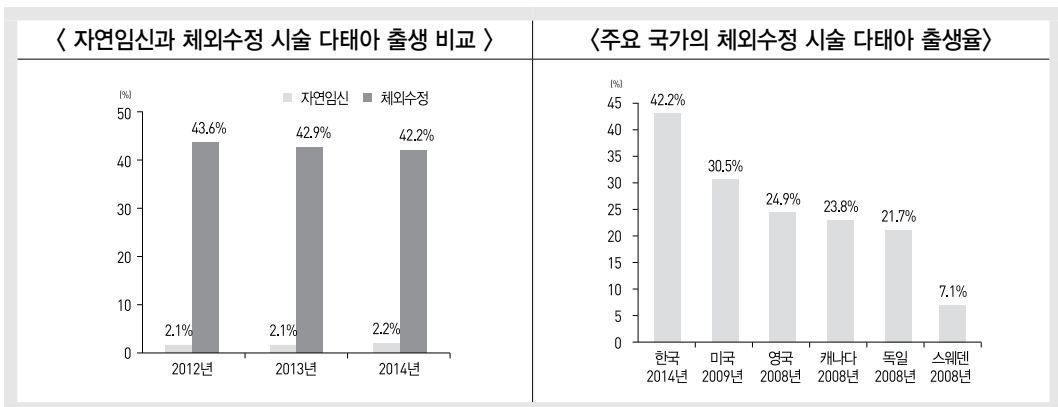
○ 임신확률을 높이고자 한 번에 여러개의 배아 이식은 다태아 임신 확률이 높아지며,

- 다태아 임신은 산모 및 태아의 건강을 위협하는 고위험임신과 조산에 따른 미숙아 출산으로 이어질 수 있음은 물론, 가정의 또다른 의료비 부담요인으로 작용할 수 있다.

* 임신기간 37주 미만인 조산아는 전체 출생아의 6.5%에 불과하나, 영아사망자의 59.6%를 차지(통계청 영아사망 통계, 2013)

○ 2014년 통계청 출생통계에 따르면 체외수정 시술로 태어난 출생아는 자연임신 출생아 보다 다태아(쌍둥이 이상) 출생이 19배 이상 높으며, 우리나라가 다른 주요 국가의 다태아 출생률보다 높게 나타났다.

- 그리하여 지난 5월 29일 대통령 소속 국가생명윤리심의위원회에서도 산모와 태아의 건강 보호를 위해 체외수정 시술 시 이식 배아수를 기존 최대 5개에서 3개로 줄일 것을 권고한 바 있다.



* 출처 : 출생통계(통계청), 난임부부 지원사업 개선방안 연구(2013)

○ 시술기관에서도 체외수정 시 다태아 임신의 부작용을 줄이기 위해 자체적으로 이식 배아수를 줄여 나가고 있다.

< 난임부부 지원사업 이식배아 수 분포 > (단위 : %)

이식 배아수	2008년	2009년	2010년	2011년	2012년	2013년
1	8.5	13.4	12.4	13.2	14.5	15.2
2	19.2	29.6	34.8	38.8	42.3	47.5
3	44.8	33.0	39.1	36.2	33.8	29.7
4이상	27.6	24.0	13.8	11.8	9.4	7.6

난임부부 지원사업 분석결과(보건사회연구원, 2014)

② 둘째, 일반적으로 난임 원인은 여성요인(배란장애, 난관 및 복강요인)이 50%, 남성요인이 35%, 원인 불명이 10% 정도 차지하는 것으로 알려져 있으나,

○ 정부가 지원한 체외수정 시술자의 난임원인 분석결과('13년) 여성요인 31.3%, 남성요인 6.2%, 원 인불명이 46.1%로 나타났다.

○ 이는 남성요인이 임상적인 수준보다 현저히 낮고 원인불명이 높게 나타난 것으로, 남성에 대한 검 사가 제대로 이루어지지 않은 상태에서 원인불명 난임으로 진단한 것으로 볼 수 있다.

- 특히, 원인불명 난임 진단은 정부가 시술비를 지원하기 전인 '05년도(29.9%) 비교 시 1.5배 높 아져 시술 전 정확한 원인검사가 이루어지지 않고 있음을 보여주고 있다.

* 원인불명 난임 : 인공수정('10년 74.2% → '13년 77.8%), 체외수정('06년 33.1% → '13년 46.1%)

** 해외사례 : 미국('10년 13.9%), 영국('11년 19%), 일본('13년 25%), 체외수정 기준

○ 개선 후에는 시술기관에서 난임진단을 내리기 전 원인을 알기위해 여성의 배란기능 · 자궁강 및 난 관검사와 남성의 정액검사 등 기본적인 생식건강 검사를 반드시 실시 하도록 하였으며,

- 검사결과 남녀 모두 의학적 소견상 정상으로 진단되었으나 임신이 되지 않은 경우에 “원인불명 난임”으로 진단할 수 있도록 기준을 명확히 하였다.

* 원인불명 난임의 정의

여성의 혈중 난포자극호르몬(FSH)의 분비 및 배란기능 · 자궁강이 정상이고, 난관 검사결과 한측 또는 양측이 정상이면서 남성의 정액검사 결과 이상이 없으나 임신이 되지 않은 경우

○ 복지부는 시술 전 검사 강화로 임신의 방해가 되는 원인을 찾아 산과적 치료를 통해 자연임신이 가능하게 하고, 시술이 필요한 경우 그 효과성을 높일 수 있을 것으로 기대하고 있다.

③ 셋째, 수술적 치료가 가능한 남성 난임은 치료 후 자연임신을 우선 시도 하되,

○ 여성의 고령화 추세를 감안, 자연임신 시도기간*을 단축하여 임신이 되지 않을 경우 난임시술을 이 행할 수 있도록 완화하였다.

* 정관절제술 후(2년→1년), 정계정맥류 치료 후(1년→6개월), 부고환정관문합술 후(1년→6개월)

□ 개정된 가이드라인은 시술기관 및 지자체, 관련 의학회에 안내 및 홍보를 거쳐 10월 부터 적용할 예정 이며,

○ 복지부는 관련학회(대한생식학회, 대한보조생식학회 등)와 협조하여 주기적으로 시술기관을 점검 하여 가이드라인을 준수하도록 지도해 나갈 것이라고 말했다.

<참고자료>

- 1) 난임부부 지원사업 중앙심의위원회 위원명단
- 2) 이식 배아수 관련 해외사례
- 3) 난임부부 지원사업 개요
- 4) 개정된 인공수정 및 체외수정 의학적 기준 가이드라인

참고 1

난임부부 지원사업 중앙심의위원회 심의위원 명단

위원	성명	소속 및 직위	비고
당연직 (1명)	김헌주	보건복지부 인구아동정책관	정부위원
위촉직 (13명)	황만성	원광대학교 법학전문대학원 교수	윤리계 (국가생명윤리심의위원회 산하 배아전문위원회)
	최영민	서울대학교 의대 산부인과 교수	대한산부인과학회
	김석현	서울대학교 의대 산부인과 교수	대한생식의학회
	이원돈	의료법인 마리아의료재단 서울마리아 병원장	대한생식의학회
	김수웅	서울대학교 의대 비뇨기과 교수	대한생식의학회
	한혁동	연세대학교 원주의대 산부인과 교수	대한보조생식학회
	이규섭	부산대학교 의대 산부인과 교수	대한보조생식학회
	김정훈	울산대학교 의대 산부인과 교수	대한보조생식학회
	서주태	단국대학교 의대 비뇨기과 교수	대한비뇨기과학회
	박현준	부산대학교 의대 비뇨기과 부교수	대한비뇨기과학회
	황나미	한국보건사회연구원 선임연구위원	보건학계
	김동식	한국여성정책연구원 연구위원	여성계
	현재룡	국민건강보험공단 급여보장실장	국민건강보험공단

참고 2

이식 배아수에 대한 선진국의 관리현황

□ 정부에서 시술비를 지원하는 대부분의 국가는 1~2개의 배아를 이식하도록 규제

국명	배아 이식수 기준	규제방법	벌칙
스웨덴	· 1개 원칙, 최대 2개	법률	면허취소
독일	· 38세이하 2개, 최대 3개까지	법률	3년 징역
스위스	· 최대 3개	법률	벌금 또는 형벌
벨기에	· 첫주기 1개 · 두 번째 이후 2개 이하(39세 미만) · 제한안함(39~42세)	법률	없음
뉴질랜드	· 1~2주기 1개, 39세미만 최대 2개	가이드라인	
네덜란드	· 최대 2	가이드라인	
일본	· 1개 원칙 · 36세 이상 또는 재시술시 2개	가이드라인	

* 국가에서 시술비 지원이 없는 미국의 경우 최대 5개까지 배아이식 허용

참고 3

난임부부 지원사업 개요

□ 난임진료 인원 : '07(178천명) → '10(198천명) → '14(215천명)

□ 지원근거 : 모자보건법

제11조(난임극복 지원사업) 국가와 지방자치단체는 난임 등 생식건강 문제를 극복하기 위한 지원을 할 수 있다.

□ 지원조건

○ 연령 : 만44세 이하 여성

○ 소득 : 전국가구 월평균소득 150%이하(2인가구 579만원, 3인가구 664만원)

* 맞벌이 부부는 소득이 적은 배우자의 소득 50%만 반영해 합산

□ 지원금액

○ 인공수정 : 총 3회 지원 (1회 시술비 최대 50만원까지)

○ 체외수정

– 신선배아 이식 : 총 3회 (1회 시술비 최대 190만원)

* '14년 180만원 → '15년 190만원(10만원 인상)

- 동결배아 이식 : 총 3회 (1회 시술비 최대 60만원)

* 신선배아만 이식 시 4회 지원

□ 지원현황

(단위 : 억원/건/명)

구분	2010년	2011년	2012년	2013년	2014년	2015년
예산액	254	301	283	345	389	407
지원건수	56,642	63,815	64,732	64,584	75,243	76,000
출생아수	6,536	11,317	14,087	14,346	15,636	-

체외수정 시술 의학적 기준 가이드라인
(난임부부 지원사업 중앙심의위원회, '15.8.31)

1. 체외수정시술 이외의 난임 치료로 임신에 기대하기 어려운 경우

- 1-1. 양측 관 폐색 (피임시술로 인한 인공 폐색 제외)
- 1-2. 중증 자궁내막증
- 1-3. 난소기능 저하
- 1-4. 착상전 유전진단이 필요한 경우
- 1-5. 기타:상세사유 기입

2. 체외수정시술 이외의 난임 치료에 의하여 1년 이상 임신이 되지 않는 경우

- 2-1. 난관성형술 기왕력
- 2-2. 배란유도 기왕력
- 2-3. 인공수정 기왕력
- 2-4. 기타 : 상세 사유 기입 요함

3. 원인불명 난임

3-1. 정액검사 · 배란기능 · 자궁강 및 난관검사 결과 의학적 소견상 모두 정상으로 진단되었으나 아래 조건 해당자

3-1-1. 3년이상 임신이 되지 않은 경우

단, 부인연령이 35세 이상인 경우 1년 이상 임신이 되지 않은 경우

〈 검사 기준 〉

- ▶ **배란기능** : 황체기 중반 혈중 프로게스테론 검사로 확인하는 것을 추천하나, 규칙적인 월경주기를 가지면서 배란증상을 보일 경우 정상배란으로 판단 가능
- ▶ **자궁강 및 난관검사** : 자궁난관조영술(HSG)로 진단하는 것을 원칙으로 한다.
- ▶ **정액검사 정상기준(WHO, 2010)** : 총 사정액 1.5ml 이상, 정자수 1천5백만/ml 이상, 전진성 운동 정자의 비율이 32% 이상이거나 운동성 있는 정자비율이 40% 이상, 엄격기준에 따른 정상적인 모양의 정자 4% 이상

4. 이식할 최대배아 수 ('15.10월 시행)

연령별	5~6일 배양 후 (Blastocyst)	2~4일 배양 후 (Cleavage-stage embryos)
35세 미만	1개	2개
35세 이상	2개	3개

5. 남성요인

5-1. 시상하부나 뇌하수체 질환으로 인한 저성선자극호르몬성 성선기능저하증

- ① GnRH, hCG/hMG 등의 호르몬치료가 보조생식술 적용에 우선 시행되어야 한다.
- ② 최소한 24개월간 호르몬치료를 지속하며 정액검사 지표의 향상과 임신 여부를 주기적으로 관찰해야 하며 이 기간 중 자연임신이 되지 않는 경우 보조생식술을 시행할 수 있다.

5-2. 정관절제술(vasectomy) 후 상태

- ① 2회 반복 정관문합술이 실패한 경우 보조생식술을 시행할 수 있다.
- ② 수술후 3개월내에 사정액에서 정자가 관찰되지 않거나, 정자가 출현한 이후 1년내 임신이 되지 않은 경우 보조생식술을 시행할 수 있다.

③ 정관문합술이 불가하다는 비뇨기과 전문의 진단서가 있을 경우

5-3 정계정맥류 (varicocele)

- ① 정액검사에서 이상 소견 (정자의 수, 운동성 저하 또는 형태 이상)이 있고 정계정맥류가 확인된 경우 보조생식술에 앞서 정계정맥류제거술이 시행되어야 한다.
- ② 정계정맥류제거술 후 6개월 이내에 정액검사 지표의 향상이 없거나, 수술 후 정액검사 지표 향상이 있으나 1년 이내 임신이 되지 않는 경우 보조 생식술을 시행할 수 있다.

5-4. 폐쇄성 무정자증 (obstructive azoospermia)

① 폐쇄성 무정자증이 의심되는 경우 (외성기 신체검사 상 정상인 무정자증) 고환생검을 반드시 시행해야 하며, 정상적인 정자생산능이 확인되면 보조생식술 시행에 우선하여 폐쇄성 무정자 증에 대한 수술적 치료가 시행되어야 한다.

- 폐쇄성 무정자증에 대한 수술적 교정이 실패했거나 불가능한 경우는 진단서 등에 의사의 소견(사유 및 내용)을 상세히 기록하여야 한다. 단, 수술적 교정이 불가능한 폐쇄성 무정자증이란 정관무발생, 다발적 정관폐쇄, 부고환 전체 폐쇄를 말한다

② 부고환 폐쇄가 의심되면 부고환정관문합술이 우선 시행되어야 한다.

- 부고환정관문합술 후 최소한 6개월까지 사정액 내 정자의 출현 유무를 관찰해야 한다.
- 부고환정관문합술 시도 중 정자를 발견하지 못한 경우 즉시 보조생식술을 시행할 수 있다.
- 성공적인 부고환정관문합술 후 6개월 이내에 사정액 내 정자가 출현하지 않거나, 정자가 출현하였으나 수술 후 1년 이내에 임신이 되지 않는 경우 보조생식술을 시행할 수 있다.

③ 사정관 폐쇄에 의한 무정자증이 의심되는 경우 (소량의 산성 정액) 정확한 진단을 위하여 경직장초음파검사 또는 정관촬영술을 시행하여야 하며 사정관 폐쇄가 확인된 경우 사정관의 경요도절제술이 우선 시행되어야 한다.

5-5. 비폐쇄성 무정자증

① 비폐쇄성 무정자증의 경우 고환 조직검사에서 정자가 발견되어 체외수정이 가능할 경우 보조생식술 시행 가능

■ ■ ■ 인공수정 시술 의학적 기준 가이드라인

(난임부부 지원사업 중앙심의회위원회, '15.8.31)

1. 원인불명 난임

1-1. 정액검사 · 배란기능 · 자궁강 및 난관검사 결과 의학적 소견상 모두 정상으로 진단되었으나 아래 조건 해당자

1-1-1. 1년이상 자연임신이 되지 않은 경우

단, 부인연령이 35세 이상인 자는 6개월 이상 자연임신이 되지 않은 경우

<검사 기준>

- ▶ 배란기능 : 황체기 중반 혈중 프로게스테론 검사로 확인하는 것을 추천하나, 규칙적인 월경주기를 가지면서 배란증상을 보일 경우 정상배란으로 판단 가능
- ▶ 자궁강 및 난관검사 : 자궁난관조영술(HSG)로 진단하는 것을 원칙으로 하며, 검사(HSG) 결과 최소한 한쪽 나팔관은 정상이어야 함.
- ▶ 정액검사 정상기준(WHO, 2010) : 총 사정액 1.5ml 이상, 정자수 1천5백만/ml 이상, 전진성 운동 정자의 비율이 32% 이상이거나 운동성 있는 정자비율이 40% 이상, 엄격기준에 따른 정상적인 모양의 정자 4% 이상

2. 남성 요인

2-1. 정계정맥류가 없다는 신체검사 확인 후 2010년 세계보건기구(WHO) 기준 정액검사 결과 정자수가 적거나 정자의 운동성이 저하되어 있는 경우

2-2. 사정장애 등 기타 남성불임의 경우

* 진단서에 인공수정이 필요한 상세사유 반드시 기입

3. 자궁내막증

3-1. 과거 자궁내막증 수술 후 자연 임신 시도 6개월이상 경과된 경우

3-2. 임상적으로 의심되는 자궁내막증 소견이 있으면서, 1년 이상 자연임신이 되지 않은 경우

4. 기타 사유 : 상세 사유 기입

■ ■ ■ “육아하는 아빠가 멋있다 복지부, 아빠 육아참여 독려에 나선다

– KBS ‘슈퍼맨이 돌아왔다’ 영상 활용 TV공익캠페인, 100인의 아빠단 등 아빠 육아참여 활성화를 위한 캠페인 전개–

□ 보건복지부(장관 정진엽)는 저출산 극복을 위한 국민인식개선의 일환으로 아빠의 육아참여와 일·가정 양립의 중요성을 강조하는 캠페인을 전개한다고 밝혔다.

○ 이번 캠페인은 맞벌이 출산을 제고할 목표로 도입된 육아휴직, 시간선택 근무제 등 일·가정 양립 지원 제도 실천을 독려하고 아빠 육아에 대한 사회적 공감대를 확산시키기 위해 기획되었다.

* 성인 가사노동 평균시간(평일기준) : ('09)남성 35분, 여성 3시간 33분 → ('14)39분, 여성 3시간 25분(2014년 생활시간조사, 통계청)

* '10년 합계출산율 1.23명 vs 취업여성 출산율 0.72명(2010년 인구주택총조사, 통계청)

□ 보건복지부는 우선 아빠 육아참여를 통해 아이, 아빠, 엄마 모두 더 행복해진다는 의미를 담은 ‘육아하는 아빠가 멋있다 – 아이좋아아빠좋아’ TV공익캠페인을 9월 17일(목)부터 실시한다.

○ 이번 TV 캠페인은 ‘아빠 육아를 바라보는 3개의 시선’(아이, 아빠, 엄마)이라는 주제로, 아이의 기쁨, 아빠의 보람, 엄마의 행복을 주된 내용으로 담고 있다.

– 이 캠페인은 KBS 육아예능 프로그램 ‘슈퍼맨이 돌아왔다’의 장면을 활용한 풋티지* 방식으로 제작되었으며,

* 풋티지(Footage) : 영화, 드라마, 예능 프로그램의 특정 상황 혹은 작품 속 캐릭터를 새로이 편집하여 영상에 접목하는 기법

– 방송인 박지윤 – 아나운서 최동석 부부가 딸 다인 양과 함께 재능 기부 형태로 내레이션에 참여해 눈길을 끈다.

□ 한편, 보건복지부는 아빠의 적극적인 육아참여를 장려, 확산하기 위한 ‘100인의 아빠단’ 5기를 출범, 운영한다.

* 100인의 아빠단 : 저출산 극복을 위해 아빠의 육아 참여를 활성화하고자 2011년 출범, 작년까지 약 570여명의 아빠들이 참여해 활동하고 있는 대한민국 대표 아빠 육아 모임

○ 5기 아빠단은 특별멘토 20명과 일반멘토 80명, 초보아빠 100명으로 구성되었으며, 다둥이 육아, 육아휴직 등 다양한 경험이 있는 멘토 아빠들이 육아에 서툰 아빠들에게 실질적인 도움을 줄 예정이다.

- 특별멘토로는 아빠육아참여 확산을 위해 언론 매체 등을 통해 활발히 활동 중인 저출산 인식개선 홍보대사 가수 김태우, '딸바보가 그랬어' 작가 김진형 등 다양한 분야의 대표아빠들이 참여한다.

○ 선정된 멘토·초보아빠들은 온라인 커뮤니티*를 기반으로 한 온·오프라인 활동을 통해 아빠들만의 육아노하우를 공유하며, 아빠단에 참여하지 않는 아빠들도 커뮤니티를 통해 육아정보를 얻을 수 있다.

*아빠단 온라인 커뮤니티 '아빠를 위한 육아정보 카페' : <http://cafe.naver.com/motherplusall>

- 100인의 아빠단은 9월 19일(토) 발대식을 시작으로 11월 30일까지 10주간 활동할 예정이다.

□ 보건복지부 관계자는 “이번 캠페인을 통해 아빠 육아참여와 일·가정 양립 실천 필요성에 대해 더 많은 사람들이 공감하여 출산율 제고에 긍정적 영향을 미칠 것을 기대한다”면서

○ 정부는 2005년 저출산·고령사회기본법 제정 이후 제1~2차 저출산 기본계획을 시행하여 출산·양육에 유리한 환경 조성을 위해 일자리, 보육, 주택, 근로환경 개선 등의 다양한 정책을 추진하여 왔으며,

- 현재 수립하고 있는 제3차 기본계획에 아빠의 육아 참여 확대를 유도하기 위한 다양한 정책을 포함할 계획이라고 밝혔다.

※ 일과 가정이 조화로운 사회, 보건복지부·고용노동부·여성가족부가 함께 합니다.

■ ■ ■ 국민 관심 질병·행위 통계 100항목 → 150항목으로 제공 확대

- 심평원, 학회 등 전문가 의견수렴을 통한 '통계 표준 가이드라인' 마련 -

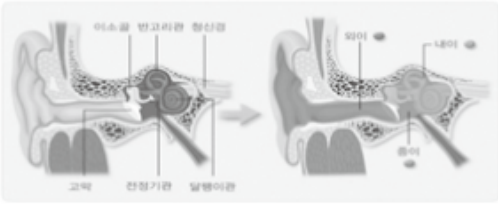

□ 건강보험심사평가원(원장 손명세, 이하 심사평가원)은 국민 관심이 높은 경추질환 등 50항목에 대한 표준통계 작성기준을 추가 마련함으로써 총 150항목을 보건의료빅데이터개방시스템(<http://opendata.hira.or.kr>) 포털을 통해 확대 공개하였다.

○ 특히, 올해는 고령화 및 요양병원 장기입원환자 증가 등 최근 사회적 환경을 반영한 음, 노인 가려움증, 알레르기성 결막염 등의 질환을 대상으로 피부과학회 등 각계 전문가 의견수렴을 통해 표준 통계 작성기준을 마련하였다.

□ 이번에 공개된 국민 관심 질병·행위 통계는 사용자의 선택에 따라 쉽게 접근하여 이용할 수 있는 사용자 친화적인 정보로 확대 제공하고 있다. (붙임3 참조)

- 기존 정보검색 조건도 제공자 중심의 일방적인 5년간의 데이터 제공 방식에서 사용자 중심의 검색 조건 설정으로 원하는 조건 값의 정보만 제공받을 수 있도록 개선하였으며,
 - 연도별 추이, 점유율 등을 각종 그래프 활용을 통해 시각화하여 참고자료로 추가 제공함으로써 사용자의 이해를 높이기 위해 구성하였다.
- 그간 심사평가원은 누구나 쉽게 이해하고 활용할 수 있는 국민 관심질병에 대한 통계 산출기준 표준화 사업을 2012년부터 매년 50항목을 선정·공개해오고 있으며, 최근 총 150항목에 대한 표준통계 작성기준을 마련하여 국민 누구나 관련 통계를 쉽게 활용할 수 있도록 제공하고 있다.
- ※ 총 150항목: 질병 93항목, 의료행위 51항목, 수술 6항목(붙임1 참조)
- 아울러 국민관심통계의 이해를 돕기 위해 제공한 ‘질병·행위통계 산출내역 표준안내서’는 국민이 쉽고 편리하게 활용할 수 있도록 표준통계 작성기준과 더불어 질병 정의와 시각적 설명자료를 추가하여 구성하였다.(붙임2 참조)
 - ※ 보건의료빅데이터개방시스템 / 의료통계정보 / 질병·행위별 의료통계 / 국민 관심 질병통계(‘산출기준 다운로드’ 참고)

〈 시각적 설명 예제 〉

[중이염. 귀의 해부학적 구조]	[만성폐색성 폐질환(COPD)]
<p style="text-align: center;">[중이염. 귀의 해부학적 구조]</p> 	<p style="text-align: center;">[만성폐색성폐질환(COPD)]</p> 

□ 심사평가원 이태선 의료정보분석실장은 “앞으로도 근거중심의 정책추진과 실무지원을 위해 통계 산출기준을 표준화하고 통계분석 시스템을 고도화하는 등 통계품질을 높이며, 국가 보건의료통계에 대한 요구를 지속적으로 파악하여 국민중심의 맞춤형 보건의료 통계서비스를 확대해 나갈 것”이라고 밝혔다.

- 붙임1. 통계 작성 산출기준 표준화 항목
- 2. 질병·행위통계 산출기준 표준안내서 내용(예시)
- 3. 국민관심통계 서비스 활용방법. 끝.

□ 2015년 신규 기준마련 50항목

• 질병통계 20항목

경추질환, 상세분류관절염(감염/염증/퇴행), 근시, 노인가려움증, 대퇴경부골절, 자궁부속기종양, 장염, 음(Scabies), 흉부대동맥류, 루푸스, 만성폐색성폐질환(COPD), 발목염좌간장, 선천성이상아, 알레르기성결막염, 자궁경부암, 자궁근종, 자궁내막암(자궁체부암), 피부전구암, 황반변성, 알레르기질환

• 의료행위수가 24항목

PCI경피적 관상동맥중재술, 가정간호, 견봉성형술, 결장경하종양수술, 골밀도검사, 마취(마취_정맥마취), 신경파괴술, 임플란트, 물리치료_기본, 재활치료_단순, 재활치료_전문, 반월판연골절제술, 방사선_단순영상, 십자인대성형술, 정신요법_가족, 정신요법_개인, 정신요법_집단, 지속적 정정맥 혈액투석, 척추수술, 정맥류발거술, 초음파검사, 틀니, 수혈, 신경차단술

• 질병 및 수술 6항목

신장 및 요관석 수술, 전립선비대증 수술, 갑상선암 수술, 자궁암(경부,체부,그외) 수술, 위암수술, 유방암 수술

□ 기준마련 전체 150항목

• 질병통계 93항목

경추질환, 골다공증, 골절, 관절염, 상세분류관절염(감염/염증/퇴행), 류마티스관절염, 대퇴경부골절, 오십견, 발목염좌간장, 일자목증후군, 척추질환, 당뇨병, 당뇨병성족부궤양, 비만, 성조숙증, 영양결핍, 영양실조, 근시, 녹내장, 망막맥락막질환, 안구건조증, 알레르기성결막염, 황반변성, 대사증후군, 만성질환, 불임, 중이염, 야뇨증, 요로결석증, 생활습관병질환, 선천성이상아, 지방간, 치질, 궤양성대장 및 크론병, 손상, 고혈압, 뇌졸중, 심근경색증, 정맥(하지)부전, 협심증, 기면증, 흉부대동맥류, 대장암, 백혈병, 도박중독관련질환, 의약품중독, 자궁경부암, 자궁근종, 자궁내막암, 자궁부속기종양, 피부암, 피부전구암, 알레르기질환, 성병, 뱀물림, 흡연(니코틴중독), 벌쏘임, 폭염, 화상, 루푸스, ADHD, 거식증, 건강영려증, 산후우울증, 비염, 알코올중독증, 외상후스트레스장애, 우울증, 자폐증, 정신 및 행동장애, 조울증, 치매, 폭식증, 미숙아, 치아우식증, 결핵, A형간염, B형간염, C형간염, 머릿니, 식중독 및 감염병관련증상, 음, 장염, 패혈증, 노인가려움증, 탈모, 빈혈, 감기, 만성폐색성폐질환(COPD), 인플루엔자, 폐렴, 환경성질환, 수족구병

• 의료행위수가 51항목

가정간호, 수혈, 대장내시경, 위장내시경, 마취(마취_정맥마취), 신경차단술, 신경파괴술, 방사선단순영상, 초음파검사, 요실금수술, 분만건수, 결장경하종양수술, 척추수술, 녹내장수술, CT, MRI, PET, PCI 경피적 관상동맥중재술, 간암고주파수술, 갑상선수술, 유방절제술, 장루조성술, 중환자실입원료, 하지정맥류수술, 혈액투석_복막투석, 장기이식_(각막, 간, 공장, 소장, 신장, 심장, 췌장, 폐), 응급의료관리료발생현황, 코골이수술, 견봉성형술, 정맥류발거술, 정신요법_가족, 정신요법_개인, 정신요법_집단, 골밀도검사, 물리치료_기본, 재활치료_단순, 재활치료_전문, 반월판연골절제술, 십자인대성형술, 인공관절치환술, 스케일링(치석제거), 임플란트, 틀니, 지속적 정정맥 혈액투석

• 질병 및 수술 6항목

신장 및 요관석 수술, 전립선비대증 수술, 갑상선암 수술, 자궁암(경부, 체부, 그외) 수술, 위암수술, 유방암 수술

붙임 2

질병·행위통계 산출기준 표준안내서 내용(예시)

□ 중이염 (Otitis media)

○ 산출기준

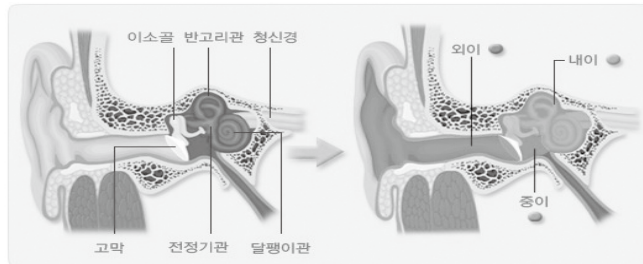
항목	상병코드 및 명칭	
중이염	H65	비화농성 중이염
	H66	화농성 및 상세불명의 중이염
	H67	달리 분류된 질환에서의 중이염

○ 검토결과

【검토내역】

◇ 「중이염」한국표준질병사인분류 Ⅷ.귀 및 유도의 질환, 중분류「중이 및 유도의 질환(H66-H75)」중 소분류 “비화농성 중이염”(H65), “화농성 및 상세불명의 중이염”(H66), “달리 분류된 질환에서의 중이염”(H67) 기준으로 적용

◇ 귀의 해부학적 구조



◇ 중이는 고막에서 시작해 달팽이관에 이르는 공간으로, 평소에 공기로 채워져 있고, 중이염은 중이에 발생하는 모든 염증으로 정의함

출처: 국가건강정보포털 의학정보

【 중이염 표준 산출기준 】

✓ 한국표준질병사인분류 소분류 H65 - H67

□ 만성폐색성폐질환(COPD)

○ 산출기준

항목	상병코드 및 명칭	
만성폐색성폐질환 (COPD)	J431	범소엽성 폐기종
	J432	중심소엽성 폐기종
	J438	기타 폐기종
	J439	상세불명의 폐기종
	J44	기타 만성 폐색성 폐질환

○ 검토결과

【검토내역】

◇ 「만성폐색성폐질환(COPD)」은 한국표준질병사인분류에 X.호흡계통의 질환 세분류'J431 범소엽성 폐기종, J432 중심소엽성 폐기종, J438 기타 폐기종, J439 상세불명의 폐기종'과 소분류 'J44 기타 만성 폐색성 폐질환'으로 적용

※ 회복될수 없는 기도폐색으로 인하여 폐기능이 서서히 저하되는 병

【만성폐색성폐질환(COPD)】



출처: 서울대학교병원 의학정보, 국가건강정보포털

【 만성폐색성폐질환 표준 산출기준 】

✓ 한국표준질병사인분류 J44, 세분류 J431, J432, J438, J439

블림 3

국민관심통계 서비스 활용방법

1) 보건의료빅데이터개방시스템(<http://opendata.hira.or.kr>)

▶ 의료통계 ▶ 국민관심질병 or 국민관심의료행위 통계

국민관심질병통계 | 정보 제공 요구가 많거나 사회적 이슈가 되는 질병에 대한 통계를 조회할 수 있는 서비스입니다.

입력: **뇌졸중** | 항목조회 | 산출기준: **대규모**

입력: **입원/외래별** | 선택연월: 2014년 10월 | 선택연월: 2014년 10월

기간구분: **월** | 시작연도: 2012 | 종료연도: 2014

연도별 환자수 추이 [단위:명]

연도	환자수
2012년	507,206
2013년	525,368
2014년	529,186
2015년	534,657
2016년	574,686

입원/외래별 환자내역 추이 [단위:명]

구분	2014년	2015년
외래	293,914	299,242
입원	235,272	235,414

합계: 529,186 (2014년) | 합계: 534,657 (2015년) | 외래: 71.1% | 입원: 28.9%

항목	선택구분	입원/외래구분	2010년				2011년				
			환자수	내원일수	평균진수	요양급여비용총액	보통가부담금	환자수	내원일수	평균진수	요양급여비용
뇌	총계	외래	257,489	4,424,960	1,240,482	440,542,213	347,479,368	268,543	4,530,856	1,272,161	476,461
		입원	234,708	3,308,570	1,092,557	46,269,116	23,593,172	246,352	3,339,743	3,111,503	46,461
뇌졸중	합계	492,197	7,733,530	2,333,039	486,811,329	593,872,540	514,895	7,870,600	2,383,664	522,922	

2) 심사평가원 홈페이지(<http://www.hira.or.kr>)

▶ 정부3.0 정보공개 ▶ 사전정보공개 ▶ 통계정보 ▶ 국민관심통계