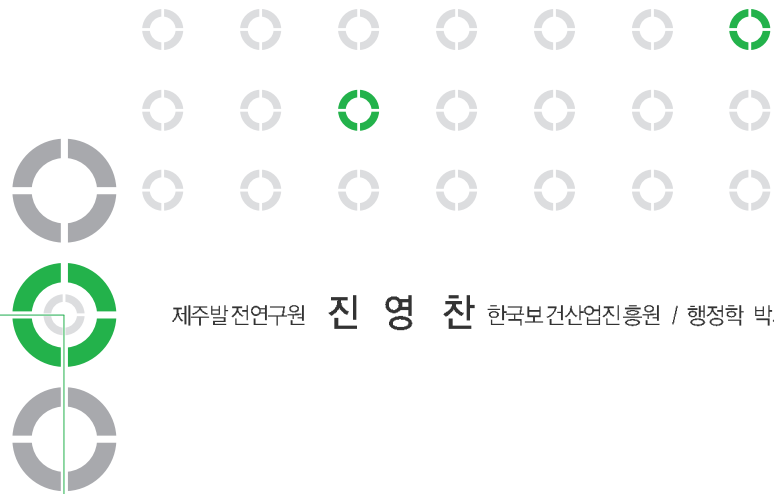


제주특별자치도 공공보건의료 정책 강화 방안



제주발전연구원 **진 영 찬** 한국보건산업진흥원 / 행정학 박사



제주발전연구원 FOCUS 2011년 8월 11일 Vol. 120

발행처 : 제주발전연구원 발행인 : 양영오

주 소 : 690-029 제주특별자치도 제주시 청사로 1길 18-4 TEL. 064-726-6213 FAX. 064-751-2168 E-mail. scheol@jdi.re.kr

- 제주발전연구원은 지역사회가 안고 있는 각종 현안문제에 대해 해결방안을 모색하고자 다양한 정책 방안을 제시하고 있습니다. 본 연구를 토대로 보다 합리적이고 발전적 대안들이 도출되어 도민의 삶의 질적 향상과 제주발전에 디딤돌이 되기를 바랍니다.
- 지난 호는 www.jdi.re.kr에서도 볼 수 있습니다.

제주특별자치도 공공보건의료 정책 강화 방안

Contents

- I. 들어가면서
- II. 우리나라의 공공보건의료 현황과 문제점
- III. 제주지역의 공공보건의료 현황과 문제점
- IV. 제주지역의 공공보건의료 정책의 강화 방안

I. 들어가면서

- 의료보건산업의 경우 질병 및 예방에 있어서의 외부성의 존재, 수요자와 공급자간 정보의 비대칭성, 그리고 수요와 공급 모두에 존재하는 불확실성 등 시장 실패의 요소로 인해 전통적으로 국가 또는 지역사회가 보건의료에 대한 책임을 맡아야 한다는 패러다임이 지배적임.
- 고령화 및 소득양극화에 따라 보건의료분야에서의 급격한 정책변화가 예상되고 있고 경제수준의 향상으로 건강에 대한 국민의 욕구가 양적으로 증가하고 질적으로는 다양화의 수요를 필요로 하고 있음.
- 정부는 경쟁과 효율의 원리를 도입하여 의료서비스 산업의 선진화를 추진하려고 함. 이를 통해 질 높은 의료서비스를 저렴하게 공급하기 위해서는 영리의료법인 허용과 민간의료보험 활성화를 통한 민간투자를 유도할 필요가 있다고 주장하고 있음.
- 그러나 의료서비스 산업은 국민들의 건강 및 인간의 생명과 밀접하게 연관된 산업으로서 다른 어떠한 산업에 비하여 규범적인 부분과 선택의 문제가 민감하게 작용하는 영역임.
 - 의료서비스 산업에 있어서 과소 혹은 과잉공급이 발생하게 될 경우, 사회적으로 발생하게 되는 비용은 단순히 의료서비스 산업에만 국한되는 것이 아니라 국가사회 전체의 비용이 발생하게 됨.
- 의료시장 개방의 가속화에 따른 변화를 보면, 2004년「경제자유구역의지정및운영에관한법률」, 2006「제주특별자치도설치및국제자유도시조성을위한특별법」(이하 제주특별자치도 특별법)에 의해 제주도 및 경제자유구역 특구에 유치되는 외국병원의 내국인 진료가 허용됨에 따라 보건의료부문의 시장 개방 및 이와 관련된 시장기능 활성화 이슈가 큰 논란을 불러일으키고 있음.
 - 2008년 7월 제주특별자치도는 의료서비스의 경쟁력을 강화하고 보다 다양하고 고급화된 의료서비스를 내외국인에게 제공하기 위해 국내 영리의료법인 병원(소위, 투자개방형 의료법인 병원) 도입을 둘러싼 논쟁과 갈등이 본격화됨.¹⁾
 - 그러나 2011년 8월 현재까지 정부와 국회에서 합의되지 못하여 영리의료법인 병원(투자개방형 의료법인 병원) 허용 여부가 아직까지 제주특별자치도 특별법에 명료히 제시되고 있지 못함.
- 최근에는 제주의료원이 경영악화로 인하여 직원 임금체불 발생, 그리고 단체협약 해지 등의 노사 갈등이 발생하기도 하였음. 특히 산북지역과 산남지역 간 의료불균형이 심화되어 지역주민들의 지역거점공공병원으로서 서귀포의료원의 질적 개선과 역할에 상당한 기대를 표명하고 있음.
- 또한 지방공공병원의 기능개선과 강화를 위한 만성질환 증가와 신종 전염병·폐질환 등의 건강 위협요인에 대한 대응체계 확립의 필요성 등으로 국립대병원의 공공적 기능 강화의 필요성이 부각됨.

1) 제주특별자치도가 '영리의료법인 병원'이라는 용어 대신에 '투자개방형 의료법인 병원'을 채택한 배경은 2008년 6월 4일 대한네트워크병원협회(이하 대한네트워크병원협회)가 주최한 '의료선진화와 규제개혁 세미나'에서 박인출 대한네트워크병원협회 회장의 '출자개방형병원'을 언급한데서 비롯된 것으로 보임.

II. 우리나라의 공공보건의료 현황 및 문제점

- 본 글에서는 공공의료기관 현황과 문제점을 고찰하고, 제주지역의 공공의료서비스 질적 개선을 통한 공공보건의료체계의 지속적 발전을 위한 정책방안을 제안하고자 함.

1. 공공보건의료 현황

- 우리나라의 공공보건의료기관²⁾은 그 간의 보건소법을 전면 재정비한 지역보건법에 의한 보건소가 시·군·구 단위에 각 1개소씩 2009년 현재 총239개소가 있으며, 보건지소는 읍·면 단위에 1개소씩 총 1,292개소이고, 보건진료소는 자연부락 단위 1개소씩 총 1,914개소로 이루어져 있음. 그리고 국립 보건의료기관은 보건복지부 산하의 국립정신병원(서울, 춘천, 공주, 나주, 부곡) 등 10개소와 교육과학기술부 산하의 대학병원 14개소, 국가보훈처 산하의 보훈병원 5개소, 법무부 산하의 국립감호정신병원 1개소로 이루어져 있고, 보건복지부 산하의 지방의료원 34개 의료원과 지방자치단체가 설립·운영하는 보건의료기관 52개소, 그리고 국방부 산하 군병원 22개소, 경찰청 산하 경찰병원 1개소 등으로 총 181개소로 이루어져 있어 우리나라의 공공의료기관은 전체 의료기관 대비 6.1%로 나타나고 있음.

〈표 1〉 공공보건의료기관의 현황

공공의료기관 분류	기관수	병상수 ³⁾	
국·공립일반병원	국·공립종합병원	4	2,040
	국립대학병원	14	9,786
	지방의료원	34	7,959
	적십자병원	6	1,239
	보훈병원	5	2,502
	산재병원	9	3,793
	경찰병원	1	500
	군병원	20	6,198
국·공립특수병원	암전문병원	2	994
	아동병원	1	295
	재활병원	2	260
	정신병원	18	8,256
	결핵병원	3	1,373
	한센(나)병원	1	1,000
	노인요양병원	43	6,123
	(장애인)치과병원	1	0
보건의료원	17	473	
공공병원 계	181	50,751	

자료: 보건복지부, 「공공보건의료기관의 현황」, 2009.

2) 공공보건의료에 관한 법률 제2조에 따른 "공공보건의료기관"이라 함은 국가·지방자치단체 또는 기타 대통령이 정하는 공공단체가 설립·운영하는 보건의료기관을 말함.

3) 손명세 외(2010) 공공보건의료에 관한 법률 개정방향 연구 p.14 재인용.

- 우리나라 공공병원의 지역별 분포는 서울에 21개소를 비롯하여 전국에 고루 분포되어 있으나 오히려 대도시인 광역시의 경우에는 공공병원이 다른 시·도에 비하여 적은 것으로 나타남. 지방의료원과 적십자병원은 대도시(7개소), 중·소도시(28개소), 농어촌(5개소)에 골고루 위치하고 있어 의료기관의 지역분포 불균형 완화에 기여하고 있음.
- 대전, 광주, 울산을 제외한 13개 시·도에서 34개 지방의료원을 운영하고 있고, 지방자치단체 조례로 설립되어 운영하고 있는 3개 기관은 위탁 운영 중에 있음(군산의료원-원광대학교 의과대학, 마산의료원-경상대학교 의과대학, 울진군의료원-경북대학교 의과대학).
- 지방의료원의 주요 역할은 취약계층 및 취약지역 의료소외계층에 의료서비스 제공, 특수 질환자 전담치료로 사회 안전망 기능수행, 민간의료기관이 기피하는 공공의료사업 수행 등이 있음

〈표 2〉 우리나라 공공병원의 지역별 분포

총계	서울	부산	대구	인천	광주	대전	울산	경기	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	제주
147	21	6	6	4	4	7	1	15	12	8	9	8	14	14	17	1
34	1	1	1	1	-	-	-	6	5	2	4	2	3	4	2	2

주) _ 숫자는 지방의료원
 자료 : 보건복지부, 「공공보건 의료기관의 현황」, 2009.

- 또한 우리나라 공공병원의 인력 중 가장 중요한 역할을 하는 의사만을 비교해보면 정원 대비 현원이 472명이 부족한 상태이며, 지방의료원의 경우도 60명이나 부족하여 병원의 정원 대비 9%가 넘는 인원이 부족한 것으로 나타남.

〈표 3〉 우리나라 공공병원의 의료인력 현황

병원수	구분	정원	현원	비고
130(34)	의사	5,174(646)	4,702(586)	-472(-60)

주) 괄호내 숫자는 지방의료원, 병원당 정원대비 9.12%의 결원을(기관당 평균 3.63명 부족)
 출처 : 손명세 외(2010), 「공공보건 의료에 관한 법률 개정방향 연구」, p. 15.

- 국립대병원은 관련 법령에 의거 교육과학기술부와 그 소속기관 직제에 따라 설립된 병원으로 2009년 현재 운영되고 있는 병원은 16개 광역자치단체 기준으로 인천, 충남, 경북, 울산의 경우에는 없는 상황임(단, 경북 칠곡에는 경북대병원 분원이 설치되어 있음).
- 2009년 현재 국립대병원의 총 가동 병상을 살펴보면, 서울대 및 양산부산대, 화순전남대 병원 등 분원을 제외한 지방 국립대 병원의 평균 병상 수는 811.3병상이고, 서울대병원, 충남대병원, 부산대병원, 전북대병원이 1,000병상 이상을 운영하고 있는 반면, 신설의대에 해당하는 충북대병원, 강원대병원, 제주대병원은 600병상 미만임.

- 전체 병상에서 사립대병원이 차지하는 비중은 약 20% 수준임. 국립대 병원은 전체 공공 병상의 약 36%를 차지하고 있음.
- 2009년 100병상 당 인력 현황을 살펴보면, 서울대병원이 68.4명으로 가장 많은 반면, 가장 최근 설립된 양산부산대병원과 화순전남대병원을 제외하면 강원대병원(31.4명)과 제주대병원(32.9명)이 가장 낮은 수준임.
- 전반적으로 서울대병원, 분당 서울대병원의 100병상 당 인력현황이 국립대병원 평균값을 훨씬 상회하는 반면, 2000년대 이후 설립된 국립대병원들은 대체적으로 전체 국립대병원 100병상 당 인력의 평균값에 미치지 못하는 것으로 파악됨. 2000년대 이후 설립된 국립대병원에 대한 지속적인 정부지원을 통해 지역필수거점병원으로 육성 필요함.

〈표 4〉 국립대병원 기초 현황

병원명	설립 년도	총 가동 병상수	종별	응급 의료	간호직 (100병상 당 인력)	의사직 (100병상 당 인력)
양산부산대	2008	454	종합	-	98.0	29.1
화순전남대	2004	659	종합	지역	60.5	29.7
분당서울대	2003	910	종합전문	지역	102.0	56.8
제주대병원	2001	426	종합전문	지역	62.7	32.9
강원대병원	2000	436	종합	지역	42.4	31.4
충북대병원	1991	568	종합전문	권역	63.9	45.1
경상대병원	1986	925	종합전문	지역	59.8	36.9
서울대병원	1978	1,667	종합전문	권역	94.5	68.4
전북대병원	1975	1,003	종합전문	권역	71.4	47.6
충남대병원	1972	1,008	종합전문	권역	58.7	42.5
부산대병원	1956	1,007	종합전문	권역	67.0	59.4
전남대병원	1952	982	종합전문	권역	64.7	57.4
경북대병원	1952	947	종합전문	권역	69.1	60.1

주) 국립대 평균 의사직(49.8명, 간호직 76.2명)
출처: 문정주 외(2009), 「의료기관 공공성 평가 기준 및 지표 개발 연구」

- 보건소와 보건지소는 지역보건법, 보건진료소는 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법의 규정에 의하여 설치·운영되고 있음.

〈표 5〉 보건소 등 설치 현황(2009년 말 기준)

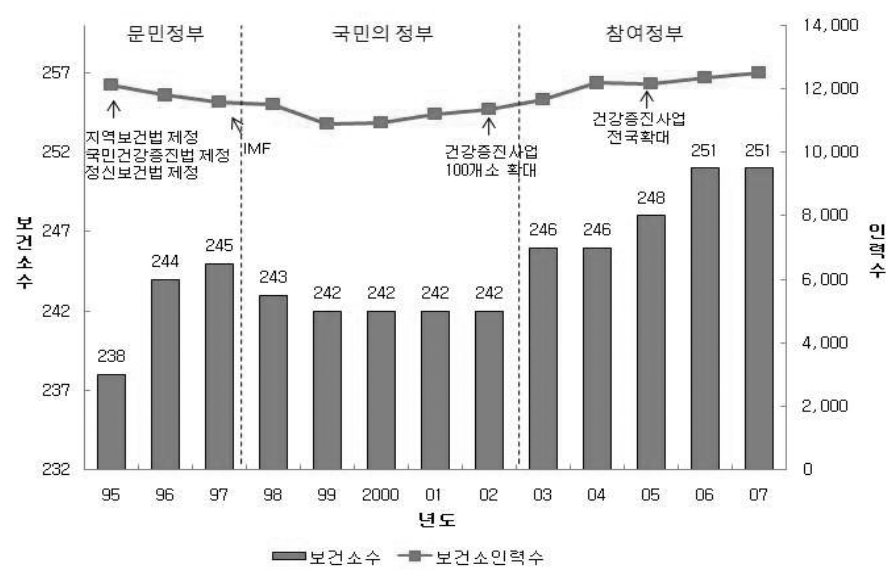
시도별	총계	보건소	보건지소	보건진료소
총계	3,445	239	1,292	1,914
서울특별시	26	25	1	-
부산광역시	31	16	10	5
대구광역시	26	8	9	9
인천광역시	57	10	23	24
광주광역시	15	5	-	10
대전광역시	21	5	8	8
울산광역시	26	5	10	11
경기도	334	44	127	163
강원도	244	18	95	131
충청북도	268	13	94	161
충청남도	412	14	158	240
전라북도	403	10	148	245
전라남도	558	18	210	330
경상북도	554	22	219	313
경상남도	408	20	170	218
제주도	62	6	10	46

자료 : 국민건강보험공단 홈페이지(2011) 「시도별 요양기관 현황」

- 우리나라 보건기관 공무원 1인당 담당 인구수는 평균 4,441명으로 관할 인구가 너무 많고, 1990년대 이후 건강생활실천과 관련한 금연 클리닉센터 운영, 영양개선 및 운동사업 등 지역보건의료의 실무를 담당하는 보건소의 기능은 꾸준히 확장되고 있으나 보건소의 인력에는 큰 변화가 없는 상황으로 적정기능을 수행하는데 장애를 초래하고 있음.
- 공공병원을 이용한 조정환자수⁴⁾ 08년 현재 19,928,349명이다. 환자 수는 꾸준히 증가하고 있어 연간 3.5% 증가.

4) 조정환자수 = 총재원일수 = 연외래환자수 × $\frac{\text{외래1인당1인당평균진료비}}{\text{입원1인당1인당평균진료비}}$

〈그림 1〉 보건소 설치 이후 업무변동 현황



출처 : 이수진 외(2008), 「지역보건기관 기능 재정립을 위한 정책 및 실행방안 개발」, 한국보건산업진흥원, p. 33

- 공공병원 환자 수 기준 점유율은 2008년 현재 14.0%이며 '06년 16.0%에서 '08년 14.0%로 감소하여, 연평균 1.0%씩 감소 이는 민간병원의 병상 수 빠르게 증가하고 있기 때문이다.
- 2008년 현재 종합전문(22.9%) 종합병원(21.1%) 요양병원(8.5%) 병원(7.5%)순으로 공공병원의 점유율은 높음.
- 공공병원 병상 수 기준 점유율은 14.8% 수준이며, 점유율은 감소하고 있는 것으로 나타남. 2006년 15.7% → 2008년 14.4%로 연평균 0.65%씩 감소하였음.
- 우리나라 보건의료체계는 민간위주의 의료공급체계와 국가주도의 재정관리 체계를 특징으로 함. 의료기관의 공급측면에서 2009년 현재 공공보건의료기관은 전체 보건의료기관의 6.1% 병상 수는 전체의 11.4%에 불과하여 민간이 의료시설의 절대 다수를 차지하고 있음.
- 반면, 재정측면에서는 국민건강보험(의료급여)을 국가가 관리·운영함으로써 의료가 공공의 이익에 부합하도록 하고 있음. 또한 의료체계의 공공성을 비교하는 대표 지표인 국민의료비 중 공공재원의 비율을 OECD 평균과 비교한 결과, 2008년 조사결과로 OECD 평균은 72.5%에 달하는 반면, 한국의 경우 55.3%에 그쳐 국가의료체계의 공공성 확충이 필요함.

〈표 6〉 민간 및 공공병원 점유율 추이(조정환자수, 병상수 기준)

구분		점유율 추이(조정환자수 기준)			점유율 추이(병상수 기준)		
		2006년	2007년	2008년	2006년	2007년	2008년
합계	공공	18,615,524	19,147,141	19,928,349	46,464	47,910	47,859
		16.0%	14.9%	14.0%	15.7%	14.4%	14.4%
	민간	97,394,381	109,629,112	122,706,756	248,564	284,523	285,349
		84.0%	85.1%	86.0%	84.3%	85.6%	85.6%
종합 전문	공공	4,471,971	4,687,915	4,778,013	7,511	7,621	7,425
		23.1%	23.2%	22.9%	21.1%	21.7%	21.1%
	민간	14,889,073	15,509,305	16,070,413	28,028	27,559	27,828
		76.9%	76.8%	77.1%	78.9%	78.3%	78.9%
종합 병원	공공	8,596,178	8,664,212	8,967,537	17,274	17,557	17,609
		22.1%	21.5%	21.1%	20.9%	21.2%	21.5%
	민간	30,297,514	31,674,558	33,471,738	65,303	65,404	64,478
		77.9%	78.5%	78.9%	79.1%	78.8%	78.5%
병원	공공	4,141,089	4,011,601	4,091,156	17,381	17,261	17,148
		8.7%	8.0%	7.5%	12.8%	11.7%	12.3%
	민간	43,325,872	46,325,040	50,715,246	118,297	130,685	122,112
		91.3%	92.0%	92.5%	87.2%	88.3%	87.7%
요양 병원	공공	1,406,280	1,783,413	2,091,643	4,298	5,471	5,677
		13.7%	10.0%	8.5%	10.4%	8.2%	7.4%
	민간	8,881,923	16,120,209	22,449,360	36,936	60,875	70,931
		86.3%	90.0%	91.5%	89.6%	91.8%	92.6%

출처: 공공보건의료산업진흥단(2009), 「공공의료 Insight」참간호

〈표 7〉 국민의료비 중 공공부문 지출 비율 추이

구분	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
한국	52.3	51.3	50.4	51.1	52.1	54.7	55.2	55.3
OECD	71.8	72.1	72.3	72.1	72.1	72.2	71.6	72.5

주)공공재원 : 정부(중앙정부, 지방정부)·사회보험(건강보험, 산재보험)
 자료 : OECD「2010 Health Data」

2. 문제점

가. 의료자원의 수도권 집중 및 의료취약지역 발생

- 인구에 비해 병상·장비 등 의료자원은 과잉 공급된 상태에서 의료기관간 경쟁이 치열해지면서 의료수익이 보장되는 수도권으로 의료자원이 집중되고 있음.
- 우리나라는 의료기관이 기능적으로 분화되지 못하여 의원부터 대학병원까지 무한경쟁을 하게 되고, 아울러 환자는 자신이 가고 싶은 병원을 자유롭게 선택할 수도 있음. 그러나 외국의 경우는 주치의(경증)-지역병원(중증)-대학병원(전문진료)등으로 역할이 분화되어 의료서비스 전달체계의 효율화를 기하고 있음.
- 2008년 우리나라 인구 1,000명당 급성기 병상수는 5.4병상, 인구 백만 명당 CT 36.8대, MRI 17.6대로 OECD 평균 3.6병상에 비해 1.8병상 더 많고, OECD CT 24.0대, MRI 12.6대에 비해 CT 12.8대, MRI 5.0으로 많음(OECD Health Data 2010).
- 농어촌 지역을 중심으로 병원급 의료기관 경영악화 및 도산이 계속 발생해 오고 있고, 더구나 최근에는 전북 진안, 강원 정선과 같은 지역에서는 지역내 유일한 병원인 민간병원이 휴업 또는 폐업상태에 있어 입원 진료가 가능한 병원급 의료기관이 없어지는 상황도 발생하고 있음.
- 저출산 추세에서 분만에 필요한 시설과 인력부족, 경영상 어려움 등으로 인해 분만서비스를 받을 수 없는 지역이 증가하고 있음. 2009년 현재 산부인과 또는 분만시설이 없는 시·군·구는 55개로 전체 시·군·구의 23.7%를 차지하고 있음(보건복지부, 2010).

나. 전문진료서비스 공급 부족 및 보건소 연계체제 미흡

- 전문진료서비스는 높은 의료전문성을 필요로 하지만 수익성은 낮아서 민간의 자발적인 참여를 기대하기 어려워서 그 공급이 원활하지 못함. 이러한 분야로는 중증질환, 신생아치료, 장애인 재활 등이 있으며 지역적으로는 수도권을 중심으로 집중되어 있어 비수도권에서 공급부족 현상이 심각함.
- 낮은 결혼으로 고위험 산모⁵⁾가 증가하고 있으나 일반 산부인과에서는 의료사고의 위험과 수익성 미흡으로 분만을 꺼리는 상황으로 치료 실패가 발생하고 있으며, 대규모 자본이 필요한 전문진료서비스의 특성상 서울의 대형병원 중심으로 공급되고 있어 지방에서 질병치료 부담이 가중되고 있음
- 암 수술의 경우 국립암센터와 4개 대형병원이 30% 이상 점유, 관상동맥 우회술은 4개 대형병원이 45.5%, 9개 지방국립대는 5.6%(공공보건정책관, 2011)

5) 35세 이후 출산비율은 '81년 2.9%에서 '08년 6.8%로 134%로 증가함(통계청, 2009).

- 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원 등 관련 기관과의 연계체제 미흡으로 비효율적인 사업 수행이 초래됨. 또한 보건소가 효율적인 보건사업을 수행하기 위하여 필요한 시·군·구 단위의 보건의로 관련 기초통계가 전무한 상태로 지역사회의 의료이용, 주요 질병의 유병률 및 관리율, 건강생활실천율 등의 현황자료를 확보하기 어렵다는 것임.

다. 기존 공공병원의 한계와 문제점

- 지방공공병원들은 상대적으로 저렴한 진료비, 취약계층 진료 등 공공적 기능을 수행해 왔음. 그러나 기존 지방 공공병원들이 민간병원들과의 차별성이 약하고, 낙후된 시설과 장비, 만성적인 경영적자로 인해 공공병원으로서의 역할과 기능을 충분하게 수행하지 못하고 있음.
- 2008년 기준으로 지방공공병원이 누적적자가 5,400억원에 달하고 있음. 건축 경과년수가 20년 이상인 공공병원이 28개소에 이를 정도로 시설과 장비가 노후화가 되었음 (박노현 외, 2010).
- 우수 의료진 확보가 이루어지지 않고 있으며, 공중보건에 대한 의존도가 매우 높은 수준임.
- 국립대병원이 사립대병원과 기능과 역할 측면에서 차별성이 없다는 문제점 지적이 빈번하게 이루어짐(박노현 외, 2010).
- 명확한 근거를 제시하지 않고, 민간병원에 대한 정부지원의 필요성을 강조하기 위해 국립대병원의 문제점을 실제보다 과장하여 지적하는 경향이 있음
- 2005년~2009년간 5년간「공공보건의료 확충 종합대책」(보건복지부 2010)이 목표한 공공병상 30% 확충은 민간병상이 계속 증가하는 추세에서 달성되지 못함. 우선 현행 건강보험제도 하에서 국공립과 민간의 기능차이가 크지 않음에도 의료기관의 대부분을 차지하는 민간을 제외하고 국공립병원만을 공공보건의료기관으로 인정하고 양적 확충을 추진하는 것에 비판이 있음.
- 또한 관료적 운영과 불친절, 만성적자 등으로 민간에 비해 경쟁력이 떨어지는 국공립 병원을 늘이겠다는 것에 대한 국민적 공감대도 부족함.

III. 제주지역의 공공보건의료 현황과 문제점

1. 현황

- 제주지역에서는「보건소, 보건지소 지역보건법」제7조, 10조, 보건진료소 농어촌 등 보건요를 위한 특별조치법 제5조에 의하여 보건소, 보건지소 등이 설치·운영되고 있음. 보건소 등 공공보건기관에서 추진하고 있는 각종 시설 및 장비에 대한 표준시설 및 장비기준을 마련하고 보건소의 시설 및 장비 보강하고 있음. 제주특별자치도는 6개 보건소, 보건지소 11개, 보건진료소 46개로 총 63개소가 운영 중에 있음.

〈표 8〉 제주특별자치도 보건의료기관 현황

	구분	기관수
공공보건기관	보건소	6
	보건지소	11
	보건진료소	46
	소계	63

자료: 제주특별자치도(2010), 「제주통계연보」 (2009년 12월말 기준)

〈표 9〉 제주특별자치도 보건소·보건지소 인력 현황

구분	보건소 인력		보건지소인력		보건소·보건지소 인력 제주도
	제주시	서귀포시	제주시	서귀포시	
의사	13	10	8	5	36
치과의사	3	3	5	4	15
한 의사	3	4	6	4	17
조산사	2	1	-	-	3
간호사	21	29	5	5	60
임상병리사	2	6	-	-	8
방사선사	2	2	1	-	5
물리치료사	3	4	-	-	7
치과위생사	3	2	3	-	8
영양사	1	-	-	-	1
간호조무사	9	6	7	3	25
의무기록사	1	1	-	-	2
위생사·위생시험사	2	2	-	-	4
정신보건전문요원	2	1	-	-	3
정보처리기사	1	-	-	-	1

자료: 제주특별자치도(2010), 「제주통계연보」 (2009년 12월말 기준)

- 보건소 인력 현황을 살펴보면, 간호사 50명, 보건직공무원 28명, 의사수 23명, 간호조무사 15명, 치과의사 6명, 한 의사 7명 순으로 보여주고 있음. 보건지소는 의사 13명,

간호사 10명, 간호조무사 10명, 치과 의사 9명 순으로 나타남. 응급환자의 신속하게 현장에 출동하여 환자의 상태를 파악하는 응급구조사와 환자 의료서비스 밀접하게 상담할 수 있는 약사 인력이 없는 상태임.

- 지방의료원은 「지방의료원 설립 및 운영에 관한 법률」 제정(2005)으로 취약계층 및 취약지역 의료소외계층에 의료서비스 제공, 민간의료기관이 기피하는 공공의료사업 수행을 주로 함. 제주의료원은 2009년 경영목표는 제주의료원의 정체성 확립 및 공공성과 효율성을 겸비한 병원 운영을 목표로 하고 있고, 서귀포 의료원은 유능한 의료진 확보와 세부진료과 개설을 통한 의료수익 증대와 양질의 의료서비스 제공과 종합건강검진센터 활성화로 의료수익 증대를 목표로 하고 있음.

〈표 10〉 제주·서귀포의료원의 인력현황

구분	병상수	의사	약사	간호사	사무직	보건직	기능직
제주시	297	11	1	75	8	15	24
서귀포	218	27	2	118	24	36	54

자료 : 전국지방의료원연합회(2011), 홈페이지

- 제주의료원은 병원으로 급성병상으로 209병상, 특수병상으로 88병상으로 운영하고 있고 총 11개과가 개설됨. 서귀포의료원은 종합병원으로 총 212병상이 모두 급성기 병상으로 운영되고 있음. 진료과는 총 13개과 개설되어 있음.
- 총 진료환자 대비 보호환자의 점유율은 제주의료원 25.1% 서귀포의료원은 16.7% 공공진료수행실적을 보여주고 있고, 제주의료원은 경로당무료진료, 지역사회 건강교육, 어르신 체육대회 진료 등 845명, 서귀포의료원은 사회복지시설, 무료순회 진료 등으로 827명에 대한 공공진료활동을 하고 있음.

〈표 11〉 제주·서귀포의료원의 운영현황

구분	총 진료환자	보호환자	점유율	공공 진료인원	평균 재원일수	일평균 외래환자 수	일 응급환자수
제주시	98,600	24,789	25.1%	845	83	50.3	0.3
서귀포	244,950	41,003	16.7%	827	12.4	652.5	95.2

주) 점유율=보호환자/총진료환자

자료 : 전국지방의료원연합회(2011), 「2009 지방의료원 연보」

- 제주대병원은 2001년 설립되어 지역 거점병원으로 공공보건의료 네트워크를 구축하고 권역의 보건의료정책 사업을 수행함. 또한 국립대병원은 병원으로서의 기능과 역할, 공공의료기관으로서의 기능과 역할을 동시에 부여받고 있음.

- 제주지역 건강증진 및 만성질환관리 사업과 치매 조기검진을 주요사업으로 하고 있음. 특히 지역만성질환 관리사업, 정신보건사업, 건강증진사업, 지역사회보건전문가 교육, 지역사회주민대상 교육 등 우선순위로 관심 있는 사업으로 부각됨.
- 24개 진료과에 127실의 입원실과 426병상을 갖추고 진료를 시작한 이후 환자증가 추이에 따라 단계적으로 병실 추가적으로 가동 현재 475병상을 가동 중에 있으며 병상가동률은 90% 상회하고 있음. 제주대병원은 전체 병상대비 기준병상 점유율 0.76으로 나타남. 기준병상 점유율이 낮을수록 저소득층 등 의료취약계층 환자의 의료 접근성을 저해할 우려가 있음.

〈표 12〉 국립대병원 100병상 당 인력현황

병원명	의사직	전문의	간호직	약무직	의료기사직
양산부산대	98.0	25.6	29.1	4.0	28.2
화순전남대	60.5	17.1	29.7	2.3	16.5
분당서울대	102.0	32.3	56.8	5.1	31.0
제주대병원	62.7	20.8	32.9	1.6	15.7
강원대병원	42.4	19.3	31.4	1.8	13.1
충북대병원	63.9	19.5	45.1	3.5	18.3
경상대병원	59.8	16.7	36.9	1.5	14.9
서울대병원	94.5	29.2	68.4	5.0	35.0
전북대병원	71.4	20.3	47.6	3.3	23.9
충남대병원	58.7	18.7	42.5	2.5	17.2
부산대병원	67.0	29.1	59.4	3.7	22.0
전남대병원	64.7	21.6	57.4	3.2	19.7
경북대병원	69.1	21.6	60.1	3.3	22.9
국립대평균	49.8	24.3	76.2	3.4	23.2

주) 국립대 평균 의사직(49.8명, 간호직 76.2명)
출처 : 문정주 외 (2009), 「의료기관 공공성 평가 기준 및 지표 개발 연구」

- ‘국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙’에 따라, 국민건강보험법상 기본입원료만을 산정하는 5인 이상 기준병상을 50% 이상 확보해야함. 따라서 기준병상 점유율 0.76로 보았을 때 제주의 의료취약계층 환자의 의료접근성은 괜찮음 편임.
- 제주대병원 인력현황은 교수 76명, 전임의 13인명, 전공의 53명, 간호직 267명, 약무직 6명, 보건직 64명, 사무직 40명, 기술/의공직 10명, 운영/기능직, 47명으로 나타나고 있고, 제주대병원 100병상 당 인력 현황(표 12)을 보면 의사직 32.9명, 전문의 20.8명, 간호직 62.7명, 약무직 1.6명, 의료기사직 15.7명으로 분석되었음(문정주 외

2009). 약무직, 의료기사직 등의 상대적으로 낮은 수준을 알 수 있음. 2000년대 이후 설립된 강원대병원 제주대병원은 대체적으로 전체 국립대병원 100병상 인력의 평균 값에 미치지 못하는 것으로 나타남.

-정부는 제주대병원 적정 보건인력을 파악하여 인력 채용 예산지원과 지역암센터, 권역 전문질환센터, 노인보건의료센터, 응급심장질환센터 등 공공보건의료사업에 지속적인 재정적 지원이 필요함.

2. 문제점

가. 부족한 응급의료 인프라 및 중증환자 진료 인프라 미흡

■ 정부는 2011년 7월 5일 중앙응급의료위원회를 열어 권역응급의료센터 로 제주한라병원을 지정함. 그러나 외국과 달리 우리나라 응급센터는 소속된 의료기관의 인프라에 영향이 크다는 측면에서 권역-지역센터간, 지역센터간, 지역기관간 기능이 중복되는 경향을 보임. 제주지역은 중·소병원급 수준의 응급실로 운영되다 보니 급성심근경색증이나 뇌졸중 환자 등에 대한 발병 초기 적절한 치료 인프라가 부족한 실정으로 응급실의 응급환자 대응 능력도 부족한 실정임.

- 국제행사 및 관광객이 많이 찾는 제주도 지역의 응급의료자원이 부족함. 지역센터 1개소당 인구 12만명으로 가장 적지만(가장 많은 지역은 울산광역시 110만명), 지정만 되고 관리는 미흡한 상태임. 지역응급의료센터(제주도 5개) 필수영역 충족률은 80%로 전체기관 법정기준 충족률 81.2% 보다 낮음(보건복지부, 2010).

- 응급의료정보센터는「응급의료에 관한 법률」제27조, 제28조에 근거하여 응급의료체계에 관한 정보를 수집하여 기초자료를 제공하고 있음. 제주지역은 응급의료정보센터 기준상 서울지역에 포함되어 있으며, 전국적으로 12개소의 응급의료정보센터가 설치되어 있음. 이 기관을 운영하기 위해 지방비가 지원되고 있음에도 불구하고 활용도가 낮음.

- 중증질환에 대한 진단 및 치료 역량, 집중치료실 등의 미흡으로 도외 환자유출 발생됨. 2008년 수도권에서 진료를 받은 제주지역 환자는 4만 9천명으로 5년 전에 비해 1만 3천 명이 늘어난 것으로 나타남. 2009년 원정 진료로 제주도민이 지출한 비용은 404억 원으로 5년 전에 비해 2배 가까이 늘어남(국민건강보험공단, 2010).

나. 공공병원 시설 노후와 보건인력 부족

■ 공공병원 시설 노후와 경영 악화

- 인구구조와 질병구조의 변화에 따른 지역거점병원으로서의 역할을 수행할 수 있도록 의료원 기능의 확대, 지역사회의 고령화로 인한 노인문제를 해결하기 위한 의료서비스

IV. 제주지역의 공공보건 의료 정책 대안

확충 및 현대적 의료원 시설이 필요함.

- 제주의료원의 기능 전환에 따른 경영악화 개선이 필요함. 제주의료원의 환자 1인당 진료비가 요양병원이나 정신병원에 미치지 못하고 병원 접근성이 곤란하여 제주대학교 병원 개원으로 외래환자가 감소함(2008년 1일 평균 외래환자수는 39명, 2009년 1일 평균 외래환자 38명 등으로 외래환자수가 매우 적음). 2009년 9월 현재 외래환자 수입이 3억 3천여만 원으로 2007년 4억원, 2008년 3억6천원에 비해 해마다 감소함.
- 서귀포의료원은 타인자본 의존도, 고가장비 투자효율은 지역거점 공공병원과 비교하면 높는데 비해 총자본회전율, 병상이용률, 의료수지비율, 유동비율은 낮은 것으로 나타나고 있음(보건복지부, 2008). 최근에는 CT장비를 새로 교체하였고, 아울러 노후한 MRI(자기공명영상) 장비 및 시설이 개선 되었음. 그러나 아직도 우수한 전문의들이 빈번한 이직으로 인해 공공병원 전문 인력과 전문진료팀 구성에 어려운 문제점이 있음.

■ 보건인력 부족

- 보건소 기본 사업인 영양개선 및 운동사업, 지역사회중심재활사업, 각종 의료비 지원 사업의 확대, 맞춤형 방문건강관리사업 도입 등 지역보건 의료의 실무를 담당하는 보건소의 기능은 꾸준히 확장되고 있으나 보건소의 인력의 큰 변화가 없는 상황으로 적정 기능을 수행하는데 장애를 초래하고 있음. 보건소 인력 1인당 담당 인구수는 2,957명으로 관할 인구가 너무 많음. 공중보건의 배치 인력 감소로 인하여 제주지역 보건 의료 취약지역에 주민치료에 불편을 초래함.

1. 응급의료 인프라 투자확대 및 의료 질 향상

- 제주도 지역응급의료센터는 응급의료 기관의 필수영역 충족률(시설, 인력, 장비 등), 응급의료 질(급성심근경색환자에서 재관류요법의 적절성, 급성뇌혈관환자에서 뇌영상 검사 신속성, 중증응급 질환자의 입원율 등)의 진료과정을 신속히 처리할 수 있는 응급의료 인프라 투자를 확대할 필요가 있음.
- 특히 응급실 전담전문의, 응급 코디네이터 전담인력 확보를 통해 응급환자진료 및 다른 병원으로 전원되는 경우 적절한 병원 안내, 응급수술 관련 의료진과 시설장비의 가용여부를 실시간으로 파악하여 그 정보를 1339 응급의료정보센터에 제공함으로써 정확한 환자이송을 지원하며, 응급실 진료정보 관리 등의 업무지원이 필요함.
- 제주지역의 지역적 특수성(국제행사, 800만명 관광객 등)을 반영하여 고급 응급구조사, 전담의사 및 항공 이송 시스템 운영을 확립하기 위해서는 정부와 지방정부의 매칭

펀드(matching fund)를 통한 재정지원과 응급의료정보센터 분소를 제주대학병원에 설치할 필요가 있음.

- 환자 발생의 예방, 응급의료센터로의 이송, 치료 등 지역 내 응급체계 및 병상정보관리, 응급처치상담 등 응급의료정보센터 활용도를 높여 응급환자의 생존율과 중증질환 환자에 대한 예후를 파악하여 환자 대응 능력을 높여야 함.
- 보건복지부는 3대 핵심 중증질환별 특성화 센터(응급뇌혈관, 심장질환, 중증외상)에 대한 24시간 전문진료와 수술치료를 제공하도록 중증질환별 특성화센터로 지정하여 보조금을 지원을 하고 있음. 제주지역에는 응급뇌혈관(한라병원), 중증외상(제주대병원)을 지정하고 있으나 응급심장질환 특성화센터는 지정되지 않고 있음.
- 제주대병원은 심장질환 전문의 확보 및 시설 확충을 통해 응급심장질환 특성화센터로 지정하여 적정 처치를 통한 사망률 감소 및 권역별 거점대학과 의료기관을 연계할 필요가 있음.

2. 의료서비스 질 제고를 통한 공공병원 역량 확충

■ 제주대병원을 필수의료 거점연구중심병원으로 육성

- 중증질환에 대한 진단 및 치료 역량, 집중치료실 등의 미흡으로 도외 환자유출을 방지하기 위해서는 신의료기술 개발, 고도중증질환에 대한 최첨단 임상의료 능력을 갖춘 거점연구중심병원으로 육성할 필요가 있음. 진료중심 거점병원으로 육성하면 경증외래 등 진료수익에 전적으로 의존하게 되어 병원연구역량 강화 없이는 지역거점병원으로 한계를 갖게 됨.
- 따라서 미국 Texas Medical Center 사례를 통해 임상-중개-기초과학의 연계되는 연구중심병원으로 재편화되어 그 역할을 강화해 나가야 할 것임. 특히 제주대학교의 탁월한 연구역량을 보여주고 있는 의약품과 치료기술의 경계에 있는 줄기세포연구, 노인성 질환의 치료, 재활, 심리, 알츠하이머 등 노화연구에 집중할 필요가 있음.

■ 의료서비스 질 제고를 위한 보건인력양성 우선

- 민간병원과 차별화되는 공공의료기능 수행이 필요함. 서민층을 위한 필수 공익적 보건의료서비스 강화와 의료취약지역에 대한 투자 강화하기 위해서는 공공의료의 질 향상을 위한 방안은 시설에 대한 투자가 우선이 아니라 인력의 전문성에 대한 꾸준한 지원에 초점을 둘 필요가 있음.
- 지역의료원들은 대학병원들과 공식·비공식적인 협약 등을 체결해 우수의사 유치를 위해 노력하고, 민간기관과 비교해도 뒤지지 않은 수준으로 안정성 있는 연봉계약을 통해 사명감과 주인의식을 고양시켜 책임있는 진료를 유도할 필요가 있음.

- 특히 제주대병원은 공공보건의료 인력의 교육·훈련 사업을 수행하여, 보건의료 인력의 역량과 취약 지역 공공병원의 취약진료 분야에 대한 인력지원을 통해 공공보건의료 거버넌스 구축(제주대병원-지역거점병원-보건소 연계)할 필요가 있음.
- 미국은 은퇴의사 매칭프로그램 활용하고 있음. 이신호 외 (2008) 연구에 의하면 은퇴 의료인력의 수급상황을 추계해 본 결과 보건소 및 보건지소, 사회복지시설에서 필요로 하는 은퇴의료인력은 기관당 평균 1.4명 수준으로 확충할 필요가 있음.
- 제주지역 특성을 고려하여 장기적으로는 예방의료 차원에서 은퇴의사를 활용하여 학교 주치의, 의료 및 생명윤리교육, 보건소, 보건지소 등 근로자의 건강과 관련된 자문 상담하여 공공의료서비스의 질 향상 및 공공병원 역량강화가 필요함.

■ 공공보건의료 기능 개선을 통한 공공의료서비스 향상

- 의료기관의 제주시지역으로 쏠림 현상 가속화, 서귀포 지역 병·의원의 공동화 현상으로 인해 지역별 의료자원 불균형이 심화되고 있어 의료취약지역이 확대되고 있는 실정임.
- 이에 서귀포의료원의 조기 신축과 의료시설 및 장비 현대화를 통한 응급의료서비스 강화로 산남지역 거점병원으로서의 역할을 충실히 수행하도록 하며, 특히 서귀포 지역 특성상 전문의 구인이 어렵고 계속되는 경영적자로 전문의 확보에 한계가 있음으로 제주도의 전문의 등 의료인력에 대한 인건비 지원 정책이 절실히 필요함.
- 또한, 제주의료원은 불필요한 외래운영, 장기입원환자 진료비 삭감 등으로 적자가 확대되고 있어, 기능전환(요양병원)을 통해 공공의료 서비스 향상이 필요함. 요양병원에 맞는 인력, 조직, 시스템을 갖출 수 있는 정부지원체계 구축이 필요함.
- 도내 정신보건치료기관이 부족하여 중증정신질환을 포함한 아동청소년, 노인, 중독 등 지역사회의 다양한 정신건강증진 요구와 서비스 수요에 대한 적정 서비스 공급을 하지 못하고 있음. 제주대병원이 필요한 전문인력 및 예산 규모를 추계하고 단계적으로 정신보건치료기관의 서비스 만족도를 향상할 필요가 있음.

3. 보건소 기능체계 개편 및 서비스 다양화

- 고령화, 만성질환 증가, 노인장기요양보험제도 시행 등 변화하는 보건의료 환경에서 보건소의 역할 및 기능을 재정립할 필요가 있음.
- 보건소는 지역사회의 보건문제들과 보건사업의 우선순위를 설정하고 지역주민의 참여 극대화를 토대로 문제의 인식 및 해결을 위해 공동으로 노력하고, 관련 기관간의 협조 체계를 구축하는 등 지역 주민의 건강관리를 위한 주도적 역할을 수행할 필요가 있음.
- 특히 '지역사회 건강통계'를 통하여 주민의 건강수준과 건강생활습관, 의료이용 등에

대한 정보를 제공하고 있어 주민의 맞춤형 평생건강관리 체계를 구축할 수 있는 보건 의료센터로의 개편이 필요하다.

■ 민간의료기관들과의 계약관계를 통한 공공보건의료 프로그램 전환

- 민간의료기관들과의 계약관계를 통해 일정한 시설 및 인력을 갖춘 의료기관을 공공보건프로그램 실시 기관으로 지정하여 공공보건의료서비스를 제공하는 방안을 검토할 필요가 있음.
- 건강증진사업은 금연사업, 지역특화형태 개선사업 등으로 구성됨. 금연사업은 클리닉 운영상의 인력, 장비 등이 필요하며, 민간의료기관에서 자체적인 인력과 장비를 활용하여 금연클리닉을 운영할 수 있음.

■ 주민의 접근도 향상을 위해 밀착형 서비스 제공

- 서울시의 경우 동 단위까지 간호사를 배치하여 온라인상으로 보건소 의사와의 원격진료 등을 통해 만성질환에 대한 서비스를 제공하고 있음(이상영 2010). 예를 들면 강동구 “건강100세”, 도봉구 “도봉건강 e-음터”, 마포구 “U-헬스 마을 건강센터”, 강북구 “야호건강센터” 등 밀착형 서비스를 제공하여 건강관리 운영 센터를 운영할 필요가 있음.

참고문헌

1. 공공보건정책관(2011), 「질병관리 및 공공보건정책 방향 보건복지부
2. 문정주 외(2009), 「의료기관 공공성 평가 기준 및 지표 개발 연구」 한국보건산업진흥원
3. 박노현 외 (2010), 「국립대학교병원의 공공의료에서의 역할에 관한 연구」 보건복지부
4. 손명세 외 (2010), 「공공보건의료에 관한 법률 개정방향 연구」 연세대학교 의료법윤리학연구원
5. 이상영 외(2010), 「지역보건의료정책의 현황과 개선방안」, 한국보건사회연구원
6. 이신호 외 (2008), 「은퇴의사를 활용한 공공보건의료기관 의료인력 확충방안」, 한국보건산업진흥원
7. 이수진 외 (2008) 「지역보건기관 기능 재정립을 위한 정책 및 실행방안 개발」 한국보건산업진흥원
8. 공공보건의료산업진흥단 (2009), 「공공의료 Insight」, 창간호
9. 국민건강보험공단 (2010), 「지역별 의료이용 통계」, 각 년도
10. 국민건강보험공단 홈페이지(www.nhic.or.kr), 「시도별 요양기관 현황」
11. 건강보험심사평가원 홈페이지(www.hira.or.kr), 「건강보험 DB」
12. 보건복지부 (2009), 「공공보건의료기관의 현황」
13. 보건복지부 (2008), 「지역거점 공공병원 운영평가 결과분석 보고서」, 서귀포 의료원
14. 보건복지부 (2010), 「분만 취약지 도출 및 지원 방안 마련을 위한 지자체 간담회 자료」
15. 전국지방의료원연합회 (2011), 「2009 지방의료원 연보」
16. 제주특별자치도 (2010), 「제주통계연보」
17. 통계청 (2009), 「2009 혼인통계」
18. OECD, 「2010 Health Data」

※ 본 내용은 연구자의 개인적 견해이며 제주발전연구원의 공식적인 견해와는 다를 수 있습니다.
 내용 문의: 한국보건산업진흥원 진영찬 (043-713-8643 / jin417@khdil.or.kr)

JDIFOCUS

제주발전연구원
Jeju Development Institute

690-029 제주특별자치도 제주시 청사로 1길 18-4
Tel.064-726-0500 Fax.064-751-2168
www.jdi.re.kr

