

정책연구 2003-08

제주국제자유도시의 보건의료 인프라 구축방안
(보건의료 산업화를 중심으로)

2003. 12.

JEJU DEVELOPMENT INSTITUTE

제주발전연구원

연구책임: 이 상 이 (제주대학교 의과대학 교수)
공동연구: 강 현 욱 (제주대학교 의과대학 교수)
 홍 성 철 (제주대학교 의과대학 교수)
 황 승 욱 (제주대학교 의과대학 교수)
 양 덕 순 (제주발전연구원 책임연구원)
연구지문: 강 사 윤 (제주대학교 의과대학 교수)
 신 지 남 (제주대학교 의과대학 교수)
 이 홍 섭 (제주대학교 의과대학 교수)
 정 영 배 (제주대학교 의과대학 교수)
 최 국 명 (제주대학교 의과대학 교수)
 허 규 희 (제주대학교 의과대학 교수)
 허 정 식 (제주대학교 의과대학 교수)
 홍 정 연 (제주대학교 의과대학 교수)
연구보조: 박 성 철 (제주발전연구원 연구보조)

제주국제자유도시의 성공적 추진을 위해서

제주 30년 지역개발사의 염원인 국제자유도시계획을 추진 중에 있다. 이를 성공적으로 추진해 나가기 위해서는 관련 제도의 정비, 투자재원의 확보, 중앙정부의 적극적인 지원, 지역의 사회능력이 제고되어야 한다. 이와 더불어 선진화된 제반 생활여건이 구비되어야 한다. 특히 투자자들이 자국에서의 생활처럼 편안한 생활을 영위할 수 있는 제반여건이 조성되어야 한다.

이 중 보건의료 서비스의 선진화는 매우 중요하다. 특히 건강에 대한 관심이 날로 증가하는 세계적 추세를 감안할 때 고품질의 보건의료서비스를 제공하는 것은 투자자뿐만 아니라 도민들의 보건의료 측면에서도 중요하다.

제주지역은 섬이라는 지리적 특성을 가지고 있다. 최근에 제주대학교병원이 설립되어 고품질 보건의료서비스를 향유할 수 있는 기틀을 마련하였다. 하지만 아직도 다른 시·도에 비해 보건의료 수준은 그리 높지 않은 편이다. 이로 인해 중환자나 응급을 요하는 환자들이 신속한 의료서비스를 받을 수 없는 상황이다. 뿐만 아니라 역외진료에 따른 개인적 비용부담을 가중시키고 있다.

제주지역의 보건의료 수준을 선진화 하는 것은 국제자유도시를 성공적으로 추진하기 위한 기본적인 요건이며, 뿐만 아니라 날로 증가하는 도민들의 건강 수요욕구에 대한 사회적 대응이기도 하다. 지금까지 정신적·육체적으로 건강한 삶을 영위하는 것에 대해서는 개인적 책무였다. 하지만 이제는 사회적 책무로 그 인식을 전환해야 하고 이에 대한 정책적 관심을 가져야 할 것이다. 특히 섬이라는 지역적 특성과 종합전문요양기관이 전혀 없는 제주지역의 입장에서는 더욱 그러하다.

이러한 문제 인식 아래 제주발전연구원은 제주국제자유도시의 보건의료 인프라 구축방안에 관한 연구를 진행하기에 이르렀다. 본 연구에서는 국제자유도시의 인

프라적 관점에서 지역의 보건의료 실태를 진단하고 이에 대한 발전방안을 제시하고 있다. 특히 이의 발전을 위해서는 지방자치단체와 제주대학교병원, 민간의료부문간의 상호 긴밀한 협력적 관계 속에서 접근되어야 한다는 제언도 하고 있다. 아무쪼록 본 연구결과물이 제주국제자유도시의 성공을 앞당기는 촉매역할을 하기를 바라는 바이다.

끝으로 본 과제를 수행해 주신 제주대학교 이상이 교수님, 강현욱 교수님, 홍성철 교수님, 황승욱 교수님께 고마운 말씀을 전합니다. 그리고 본 연구원의 양덕순 박사의 노고도 치하하는 바입니다.

2003년 12월

제주발전연구원장 고 충 석

요 약

Ⅰ. 제주도의 보건의료자원 현황

1. 제주도 보건기관의 현황

- 도내 보건기관은 총 62개소 : 보건소(4), 보건지소(12), 보건진료소(46)임.

2. 제주도 의료시설의 현황

- 2002년 현재, 제주도 내 병원급 이상 의료기관은 총 10개소, 1,944병상임.
 - 이 중 요양병원의 형태를 가지고 있는 제주의료원과 한방병원인 제주한방병원을 제외하면 총 8개소, 1,605 병상임.
 - 치과 등을 제외한 의원은 259개소, 639병상임.
- 또 제주도는 국제적 기준에서 보면 인구 10만명당 400병상을 초과함.(440병상)
 - 급성기 병상은 공급이 이미 과잉 상태임.
 - 우리나라 전국 기준으로 보면 상대적으로 병상이 부족함.

3. 제주도 의료인력의 현황

- 제주도 내 근무 의사(공중보건의 포함)수는 556명, 치과의사 226명, 한의사 121명
 - 90~99년도 의료인력의 연평균증가율 : 의사(8.0%), 치과의사(9.7%), 간호사(13%)
 - 현재 제주도의 의사(한의사 포함) 1인당 인구수는 1,102명으로 전국 평균 892명에 비해 여전히 의사가 부족한 실정임.

4. 제주도 장기요양시설의 현황

- 장기요양보호란 신체 또는 정신적 장애나 만성적인 질환으로 인하여 일상생활의 도움과 의료적 도움을 필요로 하는 사람을 보호, 수발, 간병하는 것.
- 선진국에서 발달해 온 노인에 대한 사회적 보호체계는 주로 시설보호 서비스와 지역사회 서비스로 구성되어 있음.

〈표〉 장기요양보호 서비스의 구분별 종류와 내용

서비스의 내용별 구분	구체적 서비스	
의료적 서비스	시설보호	- 일반요양시설 서비스(3)
		- 전문요양시설 서비스(1)
		- 요양병원(1)
		- 호스피스시설 서비스
	지역사회보호 및 재가 서비스	- 방문간호 서비스
		- 방문보건(간호) 서비스
사회보호 서비스	시설보호	- 일반요양시설 서비스
		- 전문요양시설 서비스
	지역사회보호 및 재가 서비스	- 주간보호 서비스(3/142)
		- 단기보호 서비스(1/37)
		- 가정봉사원 서비스(4/143)
		- 식사배달 서비스
요양보호 비용지원 서비스	지역 또는 국가 서비스	- 전화, 방문 서비스
		- 공공부조
		- 장기요양보험
		- 요양보호수당
		- 무료요양시설 입소 서비스

II. 제주도의 보건의료 인프라의 문제점

1. 제주도 보건행정 및 보건사업 인프라의 취약

- 제주도는 관광지로서 빈번한 인구이동으로 인한 위생문제의 관리가 대단히 중요하며, 건강증진 모범지역으로의 이미지 구축이 요구되는 지역임.
- 전체적으로 보건조직의 사기가 저하, 창조적 사업작품을 기대하기 어려운 상황.
 - 이는 인력의 부족, 전문성의 부족, 의욕저하, 보건행정을 정책적 우선순위에서 배제하는 것 등에 기인함.
- 인구사회학적 특성으로 볼 때 향후 지역사회 노인 등 만성질환자의 관리 및 질병예방, 관련 건강증진사업이 대단히 중요해질 것임.
 - 현재의 보건행정 및 서비스 체계로는 이 일을 효과적 처리하기 어려울 것임.

2. 병원급 의료 인프라의 문제

- 제주시에 밀집해 있는 제주도의 병원 또는 종합병원은 입원 의료서비스의 질이 그다지 높지 못하여 도민의 만족도가 떨어지는 바, 제주발전연구원이 실시한 설문조사 결과에서도 드러나고 있음.
- 최근, 의료서비스의 적정성과 양질의 의료서비스를 평가하는 하나의 기준으로 국민건강보험공단이 제왕절개 분만을 지표로 발표, 제주도의 주요 병원들에서 전국 최고 수준의 제왕절개율을 보여주어 문제가 심각한 것으로 충격을 주고 있음.

3. 도외 의료이용의 문제

- 제주도민의 도외 의료이용이 의료보험 입원의 경우, 총 의료이용건수의 12.6%

- 도외 입원의 건당 진료비가 도내 입원의 건당 진료비의 약 2배에 달함.
- 항공료와 보호자의 도외 체재비 등 간접 경비가 추가됨에 따라 도민의 시간적 경제적 고통은 말할 것도 없고 자원의 도외 유출로 바람직하지 못한 현상이 지속되고 있음.
- 이는 제주도민의 소득수준과 의료서비스에 대한 기대수준 향상
 - 제대로 된 대학병원(종합전문요양기관, 일명 3차 의료기관)의 부재의 기인.

4. 의료제공체계의 미흡

- 의료기관은 다루는 질환의 난이도와 규모 등에 따라 1·2·3차 의료기관으로 구분됨.
 - 1차 의료기관은 환자가 건강상의 문제로 인하여 첫번째로 의사를 접촉하는 곳,
 - 2차 의료기관은 1차 의료기관이 의뢰한 환자를 입원시켜 정밀검사와 입원치료를 담당하는 병원 또는 종합병원 규모의 의료기관을 말함.
- 그러나, 우리나라의 의료전달체계는 치명적인 결함을 갖고 있어 1·2·3차 의료기관이 역할과 기능의 구분 없이 환자를 유치하기 위해 무차별적으로 경쟁하고 있음.
 - 동네의원은 지역사회의 병원과 외래 환자를 두고 경쟁하기 위해 불필요한 투자를 확대하고 있음.
 - 이는 국가적으로 엄청난 국민의료비의 낭비를 초래하며 오히려 의료서비스의 질을 떨어뜨리게 되는 것임.

5. 장기요양 인프라의 절대 부족

- 현재, 우리나라의 노인 환자는 장기 요양병원의 절대부족으로 인하여 그냥 가정에 머무르는 불편을 겪거나, 많은 비용이 요구되는 급성기 일반병상을 이용

하고 있는 실정임.

- 의료측면에서는 급성기 의료기관에서 퇴원이 가능하나 급성기 의료기관과 가정 사이에 중간 시설의 부재로 인하여 불가피하게 급성기 병상을 계속 이용하고 있는 것임.
- 그 결과, 환자 측의 경제적 부담이 가중됨은 물론이거니와 의료기관의 수익성도 저하되며 국가 차원에서는 소중한 의료자원을 낭비하는 결과를 초래하고 있음.
- 한 연구에 의하면 현재 우리나라 종합병원에 입원해 있는 환자의 약 24~28%는 급성기 환자가 아니라 장기요양서비스를 이용하는 환자였던 것으로 밝혀졌음.

Ⅲ. 제주국제자유도시 발전을 위한 보건의료 인프라의 선진화 방안

1. 보건의료자원의 안정적 확보

- 급성기 병상에 대해서는 기존에 계획된 병상 확충계획 이외에는 최소화하고 장기요양병원의 병상의 큰 폭으로 확충하는 것이 바람직함.

2. 제주대학교 병원의 조기 신축

- 신축될 제주대학교병원을 제대로 된 500병상 규모 이상의 종합전문요양기관으로 육성하기 위해서는 제주대학교병원의 자구노력과 제주도 및 지역정가의 적극적인 협조가 필수적임.
- 이는 제주국제자유도시 의료 인프라의 제공과 도민들에게 양질의 의료서비스를 제공한다는 제주도의 목적과도 부합하는 것임.

3. 서귀포의료원의 산남지역 의료 거점화

- 서귀포 지역의 인구는 도 전체인구의 16%로 많지는 않으나 빈번한 국제회의 개최 등 관광 요충지로서의 지역적 특성과 제주지역 전체의 균형발전이라는 측면에서 전반적인 의료수준 향상이 필요함.
- 하지만 지역특성상 민간병원 유치에는 한계가 있으므로 지역 내 공공의료의 강화 차원에서 기존 서귀포의료원을 발전시키는 것이 타당할 것임.
- 그러나 지역특성상 양질의 의료인력 확보는 그리 쉽지 않을 것인 바, 지방 정부의 적극적 개입과 재원투입의 확대로 양질의 인력을 수급함과 장차 제주대학교병원과 협력관계(모자병원 등)를 체결함으로써 대학병원의 우수한 의료인력을 확보하고 전공의를 파견 받는 등의 방식으로 의료서비스의 질적 수준을

향상시켜야 할 것임.

4. 제주도 휴양형 주거단지의 건설과 보건의료 인프라의 구축

- 현재 우리나라는 급속하게 고령화가 진행되고 있는 바, 2002년 현재 65세 이상 노인인구는 전체 인구의 7.9%인 377만명이고, 2019년에는 노인인구의 비율이 14.4%에 이르러 완전한 고령사회가 될 전망이다.
- 향후 보건의료, 노인복지 등이 사회문제로 크게 대두될 것임.
- 실버(휴양주거)산업이 미래의 새로운 유망산업으로 부각되고 있으며 제주도의 현실에 맞는 휴양형 주거단지를 조성하려는 계획이 제주도와 국제자유도시개발센터 등에서 연구, 추진되고 있음.
- 이를 성공적으로 추진하기 위해서는 노인요양병원, 노인질환전문치료센터, 배후의 종합전문요양기관 등의 보건의료 인프라 구축이 필수적이라 하겠음.

5. 정신보건사업의 안정적 추진

- 제주도 차원에서, 향후 정기적으로 정신질환 및 관련 요인에 대한 역학조사를 실시하여 중간성과를 평가한 후 도내 정신의료서비스 및 정신보건서비스 공급 계획과 대책을 정기적으로 수립하도록 함.
- 보건소와 1·2차 의료기관, 제주대학교병원, 치매요양시설과 전문병원 등과 연계하여 장기적 입원, 요양, 재활치료가 필요한 노인환자를 의뢰 받아 일정기간 치료 및 요양과정을 거쳐 안정적으로 재택치료가 가능해진 환자는 의뢰한 병·의원에서 통원치료를 받도록 정신질환 전달체계를 구축함.

6. 생애주기별 평생건강관리체계의 구축

- 중앙정부의 정책에 보조를 맞추어 제주도내 '도민 평생건강관리체계'의 구축을 통하여 도민의 건강수명을 연장하고 영·유아에서 노인에 이르기까지 기초건강권을 보장하는 한편, 질병으로 인한 도민의 「삶의 질」 저하 및 경제력 손실을 최소화해야 할 것임.
- 이를 위해서는 도민의 평생건강관리를 위한 지방 및 지역 보건행정당국의 역할이 대폭 확대, 강화되어야 하는 바, 결국 이를 가능하게 할 수 있는지의 여부는 제주도 당국과 지방정가의 손에 달려 있다 할 것임.
- 지방자치단체(보건소)는 해당 지역사회의 보건 문제들과 보건사업의 우선순위를 설정하고, 지역주민의 참여 극대화를 토대로 문제 인식 및 해결을 위해 공동으로 노력하고 관련 기관간의 협조체계를 구축하는 등 지역 주민의 건강관리를 위한 주도적 역할(Leadership)을 수행해야 할 것임.
- 또한, 평생건강관리사업의 효과적 추진을 위해서는 공공영역과 민간 부문간의 합리적인 역할분담 및 상호협력체계의 구축이 필요함.

7. 전염병 예방관리의 강화

- 제주국제자유도시계획의 추진에 따른 내·외국인 유동인구의 증가로 외래 유입 전염병 발생 가능성이 더 높아질 것인 바, 이에 대한 검역이 강화되어야 할 것이며, 외래 유입 전염병을 검사할 수 있는 시설, 장비, 인력 및 감시체계가 보장되어야 할 것임.
- 전염병의 예방은 민간의료기관의 협조가 중요하므로 긴밀한 협조체계를 유지하여야 함.

8. 요양병원 병상의 확보

- 증가하는 요양 수요를 충족시키고 급성기 병상공급의 과잉 및 환자수의 감소로 경영난에 봉착한 중소병원의 육성과 자원활용의 제고를 위하여 기존 중소병원 병상의 요양병상으로의 기능전환을 유도함.
- 요양병원을 공공의료시설로 신축하거나, 또는 기존의 급성기 공공의료시설의 전부 또는 일부분을 요양병상으로 개편함.
- 현 제주의료원인 치매, 정신 전문병원 병상을 우선 요양병장으로 활용하는 방안을 극대화하고, 단계적으로 관련 병상을 추가 증설하도록 함.
- 향후 500병상 이상 규모의 신축 제주대학교병원이 개원할 경우, 기존에 인수하여 사용하던 256병상의 제주의료원을 민간 또는 공공기관이 요양병원으로 기능 전환하여 운영하는 방안을 추진함.

Ⅳ. 관광, 휴양산업과 연계한 보건의료 산업화 방안

1. 제주도 관광 휴양산업의 현주소

- 제주의 관광산업은 천혜의 자연환경과 특유의 민속문화 등 풍부한 관광자원을 기반으로 1970년대 이후 1990년대 초반까지 비약적으로 성장해 왔음.
- 그러나, 관광 패러다임의 변화에 탄력적으로 적응하지 못한 결과, 제주관광의 정체현상이 나타나고 있으며, 관광개발도 추가적으로 이루어지지 못하고 있어서, 고비용, 저매력의 관광지로 전락하고 있음.
- 관광객 취향이 감상형보다는 참여형/활동형으로 다변화/다양화되면서 제주도가 가지고 있는 기존의 관광지에 대한 상대적 가치가 저하되고 있음.
- 이렇듯, 제주관광은 관광환경의 변화, 경쟁관광지와의 경쟁을 통해 현재 발전 단계상으로 쇠퇴와 재생의 갈림길에 서 있으며, 새로운 발전을 위한 진취적인 모색이 요구되고 있음.

2. 제주도 관광 휴양산업의 문제점

- 협소한 관광시장 규모
 - 제주 관광객 수는 99년 기준 약 367만명 수준으로 외국에 비해 관광시장의 규모가 작음.
 - 싱가포르는 약 700만명, 홍콩은 약 1,000만명에 이름.
- 내국인 중심의 관광.
- 저조한 관광개발 투자 및 관광지 개발.
- 관광 인프라의 부족과 가격 경쟁력의 부족.

3. 제주도 관광 휴양산업의 발전을 위해 기존에 제기된 전략적 방향성

- 외국인 관광객의 유치
 - 외국인 관광객 및 투자자에게 강력한 인상을 줄 수 있는 제주도의 브랜드 이미지를 개발하고, 외국인 관광객 유치를 위한 국적별·특성별 유치전략을 수립하여 해외 마케팅을 적극 추진.
 - 외국인 골프 관광객 유치 방안을 적극 검토.
 - 중국인 관광객 유치를 위한 제도적 개선 및 시설 확충.
 - 국제자유도시의 성격에 부합하는 카지노산업의 육성.
- 관광상품 및 관광지 개발의 활성화
 - 생태관광, 테마관광, 체험관광, 주거형태 개발 등 새로운 관광상품을 개발함.
 - 기존 관광단지의 활성화 및 휴양형 주거단지의 개발 등.

4. 제주국제자유도시개발센터의 '제주 휴양형 주거단지' 개발계획(안)에 대한 검토

가. 2003년 9월 발표한 '제주 휴양형 주거단지' 개발계획(안)의 주요내용

1) 개발의 방향 : 세계적 수준의 특화된 휴양형 주거단지 조성

- 휴양과 보양시설을 배경으로 하고 체제와 정주형 주거시설을 기반으로 한 특화된 휴양주거단지를 조성함.
- 소득수준의 향상과 여가시간의 증대로 인한 가족 휴양객 및 일본, 중국을 비롯한 동남아 휴양 관광객을 위한 복합휴양시설을 조성함.
- 국내·외 기업가, 비즈니스 맨, 휴양/보양 관광객 등의 고급수요를 충족시킬 수 있는 세계적 수준의 쾌적한 휴양형 주거단지를 조성함.

2) 도입시설 구상(안)

○ 주거시설

- 단독형 주택 : 저층형 단독주택으로 1~2층 규모의 국제적인 주거시설로 조성
- 빌라형 공동주택 : 빌라형 공동주택으로 3~6층 규모의 중층형으로 조성

○ 의료시설

- 전문병원 및 부속주거시설 : 세계적 수준의 분야별 동서양학 전문병원(심장 의료센터, 노화방지요료센터, 생명연장센터 등)과 부속주거시설
- 보양종합센터 : 대체의학센터(스파치료센터, 아로마요법센터, 해수치료센터 등), 뷰티센터(미용성형센터, 마사지센터 등), 및 보양관련 연구센터

○ 휴양문화시설

- 휴양문화시설 : 마리나시설, 온천시설, 체육/운동시설, 공연/전시시설 등 지역 커뮤니티센터(지역문화전시관, 회의 및 정보화 교육시설, 실내운동시설, 전자 도서관, 종합안내소 및 관리센터 등)
- 숙박시설 : 보양콘도, 단기지원 기숙사

○ 공공편익시설

- 생활편의시설 : 업무시설 및 지원시설, 근린생활시설, 유흥·오락시설, 상가, 식당가 등
- 공공기반시설 : 생태공원, 담수욕장, 야외공연장, 중앙광장, 산책로, 녹지, 도로, 주차장, 화장실, 공급/처리시설 등

- 전체 부지면적 220,000평을 주거시설용지에 23%(51,000평)를, 의료시설용지에 7%(15,400평), 휴양문화시설용지 23%, 공공편익시설용지 47% 등으로 배정함.

나. ‘제주 휴양형 주거단지’ 개발계획(안)에 대한 검토

- 제주 휴양형 주거단지의 개발 방향은 타당한 것으로 보임 !
 - 제주도 관광의 현주소와 문제점을 돌이켜 볼 때, 휴양형 주거단지 개발의 타당은 충분히 인정된다 하겠음.
 - 특히, 소비지출의 여력이 있는 외국인이나 육지 내국인이 제주도에 장기간 또는 일정기간 체류하면서 관광과 휴양을 즐기도록 하고, 테마가 있는 각종 체험형 관광을 배치하도록 하겠다는 구상은 기존의 저가 중심 관광형 제주관광의 한계를 극복하게 할 것으로 기대됨.
 - 주거시설을 단독형 주택과 빌라형 공동주택으로 구분하여 배치하고, 65세 이상의 노인에게 국한되지 않는 중·장년층의 가족관광과 노년층의 휴양 욕구에 걸친 다양한 수요에 대응하도록 한 것은 전략적으로 올바른 방향 설정임.
 - 휴양문화시설을 마리나시설, 온천시설 등 체험형으로 다양화하고 기존 지역사회의 각종 문화자산과 연계하겠다는 시도도 타당한 방향 설정임.
- 종합보양센터 구상은 제주의 자연특성에 매우 부합하는 전략적 아이디어임 !
 - 제주도는 마음의 평안을 가져다주는 천혜의 아름다운 자연환경 뿐만 아니라 맑은 공기, 다양한 생명자원과 생태계를 가지고 있으며, 이를 활용하기에 따라서는 장차 제주도를 먹여 살리는 중요한 엔진으로 기능할 것임.
 - 청정바다와 한라산의 각종 생명자원을 활용한 생명산업, 특히 다양한 종류의 제주만의 건강식품과 각종 보양식품을 개발하여 상품화해야 할 것임.
 - 그래서, 휴양형 주거단지 내에 건강식품 및 보양관련 연구센터를 적극 활성화하는 것은 설득력 있는 방안이라 하겠음
 - 또 대체의학과 민간요법을 활용한 요양 및 치료서비스 제공 시설 (스파치료센터, 아로마요법센터, 해수치료센터 등)은 휴양단지의 핵심시설로 기능하게 될 것임.
 - 뷰티센터(미용성형센터, 마사지센터 등)도 타당성이 적극적으로 인정된다 하겠음.

- 그러나 미용성형의 시술범주와 기술의 수준이 결정되어야 할 것임.
- 즉, 피부미용 관련 전문인력을 중심으로 추진할 것인지, 아니면 실력이 검증된 성형외과전문의에 대한 각종 성형수술의 시술 등을 비중 있게 추진할 것인지를 검토해야 할 것임.

그러나 휴양형 주거단지 내에 세계적 수준의 전문병원을 짓겠다는 구상은 매우 잘못된 것으로, 이를 폐기하고 타당한 새로운 대안을 강구하여야 함 !!

- 제주도 내에 급성기 전문치료시설은 현재 포화 상태임 !
 - 제주도 내 병원급 이상 의료기관은 총 10개소, 1,944병상으로 이중 요양병원의 형태를 가지고 있는 제주의료원과 한방병원인 제주한방병원을 제외하면 총 8개소, 1,605병상임.
 - 우리나라의 1998년도 인구 1000명당 급성기 병상수는 4.4병상으로 OECD 평균인 4.0병상을 이미 넘어섰으며, 향후 이 차이는 더 크게 벌어질 전망.
 - 결국, 신축 중인 제주대학교병원의 병상 증설을 고려하면, 제주도 내의 추가적인 급성기 병상의 증설은 도민의 피해와 불필요한 도민 의료비의 증가로 이어질 것이므로 타당하지 않을 것임.
 - 그리고 만약 추가병상이 건설된다면, 이는 반드시 장기 입원환자를 위한 요양 병상이어야 할 것임.
- 심장병치료센터 등의 전문병원 설립은 제주도에서는 승산이 없음 !
 - 전문치료는 고도의 자본집적과 기술력을 요하는 것으로 서울 등 일부 대도시에서만 성공할 수 있는 것임. 제주도가 아무리 노력한다 하더라도 시설 및 인력 등의 인프라를 서울보다 더 좋게 할 수는 없는 것임.
 - 이러한 고도의 전문성을 요하는 심각한 고난도 질환의 치료는 제주도의 아름다운 자연경관 및 관광 휴양과는 연계가 되는 것이 아님.
 - 외국이나 육지로부터 전문병원의 해당 수요를 창출하지도 못할 것이며, 결국

- 주로 제주도민을 대상으로 할 것인 바, 이러한 경우 신축 중인 제주대학교병원과 적은 수요를 놓고 과다경쟁을 벌여야 할 것이므로 두 기관 모두 몰락할 것이 자명함.
- 특히, 제주대학교병원은 인구 50~60만 명을 대상으로 종합전문요양기관을 추구해 나가야 하는 어려움을 겪을 것인 바, 휴양형 주거단지 내 전문병원의 추진은 이러한 어려움을 더욱 가중시킬 것이며, 결국 도민의 피해로 이어질 것임.
 - 휴양형 주거단지 내 전문병원 설립은 기존의 미약한 제주도의 의료제공체계마저 혼란에 빠뜨리거나 또는 파탄 시킬 것임 !
 - 휴양형 주거단지 내 전문병원 설립 구상은 외국이 최첨단 의료기관을 유치하는 것을 주요내용으로 하는 바, 이는 영리법인의 허용을 전제로 하는 것임.
 - 최근 인천 자유경제구역의 의료 특구 논란에서 보는 바와 같이 보건의료정책의 관점에서 보면, 많은 문제점을 안고 있음.
 - 특히, 기존 사회의료보험체계의 약화 내지는 왜곡이 심화되어 결국 도민의 의료이용과 건강수준은 저하되면서 의료비용은 급증하게 될 것이며, 도내 경제효과도 미미할 것으로 판단됨.

5. 관광, 휴양산업과 연계한 보건의료 산업화 방안

1) 관광, 휴양산업의 인프라로서 “건강검진 패키지” 상품의 개발

- 주요 대학에서는 건강증진센터를 설치하여 건강검진상품을 판매하고 있으며 가격은 보통 종류에 따라 50만원에서 100만원 수준임.
- 최근 서울대학교는 건강진단센터의 개원을 앞두고 있는 바, 300만원이 넘는 고가의 상품까지 개발하고 있음.
- 건강진단 프로그램별 비용은 60세 이상 노인을 기준으로 할 때 가장 저렴한 기본건강진단이 50만원 정도임.

- 기본 건강진단에 암이나 심장질환 등의 검진을 추가한 헬스케어건강진단이 103~137만원 정도이며, 숙박 건강진단은 서울시내 특급호텔에서 1박을 하고 센터에서 검진을 받는 것으로 그 비용이 200만원 이상으로 예정되고 있음.
- 제주도는 천혜의 자연환경과 경관을 가진 관광, 휴양지임.
 - 여기에 서울대학교병원 건강검진센터가 하는 것과 같은 수준의 “건강검진 패키지” 상품을 개발한다면 이것이 제주관광의 성장과 지역경제의 발전에 크게 기여하는 것이 됨.
- 제주대학교병원이 500병상 이상의 규모로 2008년 개원할 것을 목표로 신축 설계에 들어간 바, 제주대학교병원의 건강검진센터를 서울대학교병원에 뒤지지 않을 정도로 첨단화하고, 관련 우수인력을 제주대학교 의과대학교수로 초빙하여 경쟁력 있는 건강검진센터를 마련하도록 함.
- 제주 관광상품을 건강검진상품과 연계하여 패키지로 판매함.
 - 휴양형 주거단지와의 연계성도 확보(안내센터 설치, 전문 코디네이터 도입, 리무진 운행, 가격 할인혜택 등)하도록 하여 제주대학교병원 건강검진센터가 서귀포 휴양형 주거단지의 성공을 위한 하나의 인프라가 되도록 정책적 배려를 수행함.

2) 휴양단지 내 피부미용 및 성형 전문센터 설치

- 휴양형 주거단지 내 뷰티센터(미용성형센터, 마사지 센터 등)는 제주관광 및 휴양산업의 발전을 위해 전략적으로 배치할 필요가 있음.
- 피부미용 전문가에 의한 뷰티 업종은 관련 인력의 수급과 최신 시설의 설치가 그리 어렵지는 않겠으나, 피부과적 치료행위에 해당하는 피부미용과 성형시술에 해당하는 미용수술은 전문시설과 전문의사 인력, 기술수준의 명성 등 다양한 요소가 부합하여야 성공이 가능성이 클 것임.

- 이것과 제주관광을 결합하는 기술적 배치의 성공은 제주관광산업의 인프라로서의 역할 뿐만 아니라 제주 지역경제발전의 견인차 역할을 수행할 것임.
- 이미 부산, 서울 등에서 일본 등 외국 관광객들이 미용과 미용성형을 위해 전문 미용시설과 피부 및 성형 의료기관을 방문하는 상품이 보편화되고 있고, 말레이시아 등 동남아의 주요 휴양관광지에서도 관광과 미용성형을 결합한 패키지 상품이 유럽 등 외국 관광객들에게 인기 종목으로 판매되고 있음.
- 제주의 아름다운 자연경관과 휴양형 주거단지를 중심으로 장차 마련될 테마가 있는 주제별 체험관광은 미용성형상품과 잘 조응함으로써 성공의 가능성이 매우 크다고 하겠음.
- 특히, 제주대학교 의과대학과 신축 대학병원의 전문 의사인력이 휴양형 주거단지 내 뷰티시설을 정책적, 기술적으로 연계하여 충분히 지원한다면 전문의 수급문제도 일정하게 해소되면서 상승작용을 일으키게 될 것으로 전망됨.

3) 휴양형 주거단지 내 건강증진시설 및 외래진료센터의 개설

- 휴양형 주거단지 내의 최고급 전문병원 설치 구상은 매우 잘못된 것임.
- 대신에 건강증진시설과 외래진료센터의 개설이 필요함.
- 서귀포 예래동에 건설 예정인 휴양형 주거단지는 관광과 휴양을 원하는 외국인과 내국인을 대상으로 하고 있으며 이용자도 실버계층인 65세 이상의 노인만을 대상으로 하는 것이 아니라 40, 50대의 중·장년층(주 5일제 근무 환경과 관광수요의 증가 예상)까지를 타깃으로 삼고 있음.
- 그러므로 의료지원, 특히 급성기 치료 기능의 필요는 그 만큼 적어지는 것임.
- 건강증진시설은 최고급 휘트니스센터를 추구함.
- 운동치료사의 운동처방이 이루어지도록 하며, 비만관리센터를 두어 식생활 지도와 운동, 필요한 검사 등을 수행하도록 함.

- 외래진료센터는 내과, 노인과 (신경과 등 관련 진료과목도 무방), 재활의학과, 가정의학과 등의 진료과목을 설치하고 외래진료 중심의 의료전달체계를 구축함.
- 외래진료센터는 10병상 미만의 관찰병상(외래진료를 수행하는 의료기관은 입원시설을 두지 않는 것이 원칙임. 그러나 입원의 필요성 여부를 결정하기 위해 1~2일 정도 환자의 상태와 질병의 경과를 관찰하는 것을 목적으로 설치하는 병상을 관찰병상이라고 함)을 두며, 재활치료를 위한 재활치료센터도 설치하도록 함.
- 외래진료센터는 환자의 상태가 입원진료 또는 전문적 시술이 필요할 경우 환자를 제주대학교병원으로 이송하는 '진료의뢰 및 전달체계'를 구축함.
- 제주대학교병원은 휴양형 주거단지 내 외래진료센터를 직접 설립할 수도 있으며 또는 민간자본이나 공공기관이 설립한 것을 위탁 받아 운영할 수도 있을 것임.
- 그렇지 않을 경우, 민간이 설립, 운영하는 외래진료센터와 제주대학교병원이 모자관계 등의 협력관계를 체결하여 기술 및 인력을 지원하는 방안을 고려할 수도 있겠음.

차 례

요 약

제 1 장 서 론	1
1. 연구의 필요성 및 목표	1
가. 연구의 필요성	1
나. 연구의 목표	1
2. 연구의 내용 및 방법	2
가. 연구의 내용	2
나. 연구의 방법	2
3. 연구의 기대효과 및 활용방안	2
제 2 장 제주도 보건의료 인프라의 현황과 문제점	4
1. 제주도 인구 및 의료이용 현황	4
가. 인구 및 의료보장 인구	4
나. 의료이용 현황	7
2. 제주도 보건의료 인프라 현황	14
가. 제주도 보건기관 현황	14
나. 의료시설 현황	14
다. 의료인력 현황	16
3. 제주도 장기요양 인프라의 현황	18
가. 장기요양의 개념과 관련 인프라의 구분	18
나. 제주도 장기요양 인프라의 현황	19
4. 제주도 보건의료 인프라의 문제점	27
가. 제주도 보건행정 및 보건사업 인프라의 취약	27
나. 병원급 의료 인프라의 문제	28
다. 도외 의료이용의 문제	28
라. 의료제공체계의 미흡	29
마. 장기요양 인프라의 절대 부족	30

제 3 장 제주국제자유도시 발전을 위한 보건의료 인프라의 선진화 방안	32
1. 제주도 보건의료의 전망	32
2. 보건의료 인프라의 선진화 방안	34
가. 보건의료자원의 안정적 확보	34
나. 제주대학교병원의 조기 신축	34
다. 서귀포의료원의 산남지역 의료 거점화	36
라. 제주도 휴양타운의 건설과 보건의료 인프라	37
마. 정신보건사업의 안정적 추진	39
바. 생애주기별 평생건강관리체계의 구축	44
사. 전염병 예방관리의 강화	55
아. 요양병원 추진방안	56
자. 장기요양보호 서비스 인프라 및 전달체계의 구축	63
제 4 장 제주도 관광, 휴양산업과 보건의료 인프라의 연계방안	70
1. 제주 휴양형 주거단지 개발계획(안)의 현황과 주요 내용	70
가. 사업의 개요	70
나. 개발계획(안)	72
다. 사업추진방법 및 향후 일정	74
2. 제주대학교병원의 신축 및 발전 계획	75
가. 제주대학교병원 신축의 필요성	75
나. 신축 제주대학교병원의 적정 병상규모 검토	77
3. 관광, 휴양산업과 연계한 보건의료 산업화 방안	92
가. 제주도 관광 휴양산업의 현주소	92
나. 제주도 관광 휴양산업의 문제점	93
다. 제주도 관광 휴양산업의 발전을 위한 전략적 방향성	94
라. 제주국제자유도시개발센터의 ‘제주 휴양형 주거단지’ 개발계획(안) 검토	95
마. 관광, 휴양산업과 연계한 보건의료 산업화 방안	100
참 고 문 헌	104
<별첨자료> ‘의료서비스 특구’ 구상에 대한 검토의견	107

표 차 례

〈표 1〉	시·군별 세대 및 인구 현황	4
〈표 2〉	시·군별 세대 및 인구 증감 현황	5
〈표 3〉	시·군별 65세 이상 인구 현황	5
〈표 4〉	시·군별 의료취약 인구(가구)	6
〈표 5〉	의료보호 대상자의 의료이용 실태	6
〈표 6〉	연간 건강보험 진료실적	7
〈표 7〉	건강보험 진료건수와 진료비 내역	8
〈표 8〉	제주도민의 건강보험 진료비 및 진료건수 증가추세	8
〈표 9〉	도외 의료이용실태	9
〈표 10〉	의료기관종별 도외 의료이용	10
〈표 11〉	종합병원의 도외 진료의뢰 환자수 및 추정 진료액	10
〈표 12〉	종합병원의 도외 진료의뢰환자의 질병별 분류	10
〈표 13〉	의료보장종별 입원의료 이용률 및 지역별 친화도	12
〈표 14〉	의료보장종별 외래의료 이용률 및 지역별 친화도	13
〈표 15〉	제주도 보건기관 현황	14
〈표 16〉	의료기관 현황	15
〈표 17〉	시·군별 의료기관 병상수 현황	16
〈표 18〉	전국 평균 대비 제주도의 상대적 부족병상 수	16
〈표 19〉	시·군·구별 인구수 및 의료기관 종별 기관수, 의사·간호사·약사 수	17
〈표 20〉	의료인력 비교	17
〈표 21〉	장기요양보호 서비스의 구분별 종류와 내용	19
〈표 22〉	제주도 가정봉사원 파견시설 현황	23
〈표 23〉	제주도 주간보호시설 현황	24
〈표 24〉	제주도 단기보호시설 현황	25
〈표 25〉	전국 대비 제주도의 노인보건복지(요양+양로) 시설현황	26
〈표 26〉	제주도 노인보건복지(요양+양로) 시설의 현황	26

〈표 27〉	실버타운 입지특성별 개발 유형	38
〈표 28〉	치매 유병률 비교	42
〈표 29〉	영아사망률 비교	46
〈표 30〉	2000년도 제주도 학생건강검진 결과	48
〈표 31〉	제주도 내 학생 비만실태조사	48
〈표 32〉	전국 및 제주도의 사망원인별 분류	50
〈표 33〉	전국 성인의 질병유병율 조사	51
〈표 35〉	전염병 발생실태	55
〈표 36〉	보건복지통합 장기요양서비스 영역	63
〈표 37〉	장기요양 대상자 등급별 요구 서비스(안)	64
〈표 38〉	재가서비스 기능분류 및 구체적 서비스(안)	65
〈표 39〉	장기요양시설의 기능분류 및 주요서비스(안)	67
〈표 40〉	제주도의 인구현황 및 추이	77
〈표 41〉	제주도의 장래인구추계	78
〈표 42〉	제주도 병원급 이상 의료기관과 병상 공급 현황	79
〈표 43〉	제주도 의원급 의료기관과 병상 공급 현황	79
〈표 44〉	제주도 주민의 입원의료이용 유출입 현황	81
〈표 45〉	제주도 주민의 시·군별 입원의료이용 현황	81
〈표 46〉	제주도 주민의 의료기관종별 입원의료이용 현황	81
〈표 47〉	제주도 주민의 질병군별 입원의료이용 현황	82
〈표 48〉	입원의료이용 가중치	84
〈표 49〉	제주도의 보정인구 추계결과	84
〈표 50〉	시·도별 RI 및 CI	85
〈표 51〉	예상진료권에 대한 지역친화도(RI) 및 지역환자구성비(CI)의 적용	86
〈표 52〉	예상진료권의 병상수요 추정 결과	86
〈표 53〉	국립대학교 비교병원의 RI 및 CI	87
〈표 54〉	제주지역 비교병원의 RI 및 CI	87
〈표 55〉	제주대학교병원의 병상수요 추정 결과	88
〈표 56〉	우리나라 대학병원의 병상규모 분포	89

〈표 57〉	종합전문요양기관의 인정기준	90
〈표 58〉	종합전문요양기관의 인정기준(시설, 장비, 교육기능) 충족 병원의 병상규모분포	91
〈표 59〉	제주대학교병원 적정병상규모 추정의 종합	91
〈표 60〉	OECD 주요국가의 인구 1,000명당 급성기 병상수	98

그림 차례

〈그림 1〉	제주도 보건의료의 선진화 비전	33
〈그림 2〉	영유아 평생건강관리 관련 기관의 역할 체계	47
〈그림 3〉	일부병원(상)의 요양병원(상)으로의 전환 모형	62

제 1 장 서 론

1. 연구의 필요성 및 목표

가. 연구의 필요성

- 제주국제자유도시의 발전을 위해서는 다양한 지역사회 인프라가 필요한 바, 보건의료도 사회간접자본 또는 사회기간시설과 같은 의미의 중요하고도 결정적인 인프라의 하나임. 그럼에도 제주도 지방정부와 도내의 여론 주도 계층, 도민 등에서 이에 대한 인식의 공유가 부족한 실정임.
- 설사, 일부 인식의 진전이 있는 경우에도 보건의료 인프라에 대한 이해가 당위적 또는 추상적 수준에 머물러 있어 제주도 사회에서 달성해야 할 구체적 과제 제시·공유되지는 못하고 있음.

나. 연구의 목표

- 제주국제자유도시의 발전을 위해 필요한 것으로 당위적 수준에 머물고 있는 제주도 보건의료 인프라 구축을 ‘실천을 전제한 지역사회의 구체적 의제’로 공유하기 위한 『제주도 보건의료 인프라 구축방안』을 제시함.
- 제주국제자유도시 발전 전망의 1단계에서 중요하게 거론된 ‘관광 및 휴양산업’의 활성화에 부합하고, 이를 지원 또는 촉진하는 역할을 수행할 『제주도 보건의료 인프라의 산업화 방안』을 검토함.

2. 연구의 내용 및 방법

가. 연구의 내용

- 제주도 보건의료 인프라의 현황을 조사하고 문제점 및 제한점을 파악함.
- 제주도 국제자유도시의 발전 전망에 부합하는 보건의료 인프라의 전체적 체계와 연계체계를 제시함.
- 관광 및 휴양도시로서의 제주국제자유도시 발전 방향에 부합하고, 이를 촉진하는 기제로서의 보건의료 인프라 산업화 방안을 강구함.
- 제주국제자유도시의 발전을 위한 제주도 보건의료 인프라로서 제주대학교병원의 활용 및 발전 방안을 모색함.

나. 연구의 방법

- 문헌고찰
- 도내·외 관련 자료 및 사례 고찰
- 전문가 연구자문회의의 주기적 개최를 통한 연구 관련 의견 수렴 및 반영

3. 연구의 기대효과 및 활용방안

- 본 연구의 결과가 '보건의료 인프라가 제주국제자유도시 발전을 위한 중대한 인프라 요소'임을 제주도 내외에 널리 공유하는 계기를 마련하게 될 것임.
- 관광과 휴양산업을 위한 보건의료 인프라의 중요성과 제주도 내에서의 산업화

가능성을 공론화 하는 계기를 마련하게 될 것임.

- 제주국제자유도시의 건설과 관광·휴양도시의 발전에 있어 제주대학교병원의 역할을 구체화함으로써 향후 제주도 보건의료 인프라 개발의 방향성 설정에 기여하게 될 것임.

제 2 장 제주도 보건의료 인프라의 현황과 문제점

1. 제주도 인구 및 의료이용 현황

가. 인구 및 의료보장 인구

- 제주도의 시·군별 세대 및 인구현황은 다음의 <표 1>에서 보는 바와 같으며, 2002년도 현재 제주도 인구는 552,310명이고, 제주시가 약 29만명으로 도내 4개 시·군 중 가장 인구가 많음.

<표 1> 시·군별 세대 및 인구 현황

(단위 : 세대, 명)

구 분	합 계			한 국 인				외 국 인		
	인 구			세대	인 구			인 구		
	계	남	여		계	남	여	계	남	여
총 계	547,964	271,907	276,057	183,248	546,889	271,394	275,495	1,075	513	562
시부	370,417	183,100	187,317	122,712	369,627	182,724	186,903	790	376	414
제주시	285,097	140,662	144,435	94,368	284,498	140,378	144,120	599	284	315
서귀포시	85,320	42,438	42,882	28,344	85,129	42,346	42,783	191	92	99
군부	177,547	88,807	88,740	60,536	177,262	88,670	88,592	285	137	148
북제주군	100,208	50,133	50,075	34,775	100,017	50,040	49,977	191	93	98
남제주군	77,339	38,674	38,665	25,761	77,245	38,630	38,615	94	44	50

자료 : 2001 주민등록인구통계보고서, 제주도.

- 제주도 내 시·군별 인구 증감현황을 보면, 전체적인 추세가 2001년에 비해 0.5% 증가하는 등 안정적이긴 하나, 제주시에서 2.2%의 인구 증가가 있는 반면, 남제주군은 1%의 인구 감소가 있었음(<표 2> 참조).

〈표 2〉 시·군별 세대 및 인구 증감 현황

(단위 : 세대, 명)

구 분 시·군별	세 대			인 구		
	2000	2001	증감 (%)	2000	2001	증감 (%)
계	177,600	183,248	5,648 (3.2)	543,323	547,964	4,641 (0.9)
제 주 시	90,562	94,368	3,806 (4.2)	279,087	285,097	6,010 (2.2)
서귀포시	27,787	28,344	557 (2.0)	85,737	85,320	△417 (△0.5)
북제주군	33,898	34,775	877 (2.6)	100,395	100,208	△187 (△0.2)
남제주군	25,353	25,761	408 (1.6)	78,104	77,339	△765 (△1.0)

자료 : 2001 주민등록인구통계보고서, 제주도.

- 2001년말 기준 65세 이상 노인인구 현황은 전체인구의 8.3%로 '89년도 5.8%, '99년도 7.8%에 비하여 훨씬 높은 수치를 나타내어 노령화 현상이 점차로 두드러지고 있음(〈표 3〉 참조).

〈표 3〉 시·군별 65세 이상 인구 현황

시·군·구	65세 이상 인구수(명)			전체 인구 중 65세 이상 인구비(%)		
	1989	1999	2001	1989	1999	2001
제주시	9,313	15,312	16,323	4.0	5.5	5.7
서귀포시	4,132	6,177	6,950	4.8	7.2	8.2
북제주군	10,075	12,200	13,128	8.9	12.1	13.1
남제주군	5,909	8,330	9,156	6.7	10.7	11.8
계	29,429	42,019	45,557	5.8	7.8	8.3

- 독거노인이나 장애인, 노인부부세대, 소년소녀가장 등 사회적 도움을 필요로 하는 의료취약 인구가 지역별로 큰 편차를 보이는 점도 지역 보건의료수요 파악에서 충분히 고려되어야 할 지점임(〈표 4〉 참조).

〈표 4〉 시·군별 의료취약 인구(가구)

(2000. 12. 31 기준)

구 분 시·군	독거노인수 (명/%)	장애등록자수 (명/%)	기초생활보장 대상자수 (명/%)	노인부부세대 (가구/%)	소년소녀 가장세대 (가구/%)
제 주 시	2,853/1.0	6,429/2.3	7,909/2.8	1,395/0.5	45/0.01
서귀포시	373/0.44	2,176/2.6	3,373/3.9	3,720/0.13	38/0.04
북제주군	4,719/4.6	3,211/3.2	3,651/3.6	4,204/12.1	51/0.15
남제주군	1,521/1.9	2,135/2.8	1,858/2.4	3,673/4.7	153/0.2
계	9,466/1.72	13,951/2.5	16,791/3.1	9,272/1.7	287/0.05

○ 제주도 주민 중 의료급여(보호) 대상자는 2001년 현재 20,610명(1종 12,879명, 2종 7,731명)으로 전국의 의료급여 대상자 1,502,986명의 1.37%에 해당함(보건복지부, 2002 보건복지통계연보). 이는 전국 대비 제주도 인구 비율 1.14%에 비해 높은 수준임.

○ 2001년 제주도 의료보호 대상자는 총 20,610명, 인구대비 3.8%로 전국 평균인 3.1%보다 높은 수치를 보이고 있음. 의료보호 대상자의 의료이용 실태(연인원/대상자)에서 외래 의료이용의 경우 전국 평균(48.5명)에 비해 제주도(44.2명)가 약간 낮았으나, 입원 의료이용의 경우 전국 평균 13.7%보다 제주도가 8.6%로 크게 낮았음(〈표 5〉 참조).

〈표 5〉 의료보호 대상자의 의료이용 실태

	대상자(%)		외래(연인원)/대상자		입원(연인원)/대상자	
	전국	제주도	전국	제주도	전국	제주도
2001	3.1	3.8	48.5	44.2	13.7	8.6
1999	3.5	3.4	76.2	85.1	9.9	7.2
1995	4.4	3.6	34.4	39.9	1.8	1.9
1990	9.2	6.7	12.3	16.4	1.5	1.1

자료 : 보건복지부, 「보건복지통계연보」, 2002.

나. 의료이용 현황

1) 진료건수 및 진료비 소요실태

- 1999년도 1년간 제주도민의 건강보험 총 진료건수는 3,830,722건으로 입원 45,264건(1.2%), 외래 3,383,547건(88.3%), 약국 401,911건(10.5%)으로 나타났으며, 연간 총 진료비는 119,543,799천원이었음(〈표 6〉 참조).

〈표 6〉 연간 건강보험 진료실적('99년)

구 분	진료건수	내원일수	진료일수	총진료비(천원)
계	3,830,722(100.0)	7,561,191	19,987,595	119,543,799
입원	45,264 (1.2)	372,160	547,819	30,827,345
외래	3,383,547 (88.3)	6,637,769	18,372,203	86,969,761
약국	401,911 (10.5)	551,262	1,067,573	1,746,693

자료 : 국민건강보험공단, 「건강보험통계연보」, 2000.

주 : ()은 %

- 1999년도 연간 건강보험 진료실적을 전국수치와 비교하면, 1인당 진료건수는 제주도가 7.97건으로 전국의 7.48건보다 많음. 이중 입원건수는 전국수치와 비슷하나 외래이용건수는 7.04건으로 전국의 5.83건보다 훨씬 많음(〈표 7〉 참조).
- 제주도가 전국수치보다 높은 1인당 진료건수에 반해 1인당 진료비는 249천원으로 육지의 255천원에 비해 낮음. 특히 1인당 및 건당 입원진료비가 전국평균에 비해 크게 낮았는데, 이는 제주도 내 종합전문요양기관(3차 의료기관)의 부재에 기인한 것으로 보임.
- 건강보험 진료건수 및 진료비 등의 증가추세를 보면, 1991년 대비 1999년도의 진료건수, 진료비 및 건당 진료비가 1.60배~3.89배 증가하였음(〈표 8〉 참조).

〈표 7〉 건강보험 진료건수와 진료비 내역('99년)

지 역	구 분	1 인당			건 당		
		진료건수	진료비(천원)	진료일수	진료일수	내원일수	진료비(천원)
전국	계	7.48	254.99	41.30	5.52	1.83	34.09
	입원	0.09	85.06	1.32	14.14	9.31	909.45
	외래	5.83	162.84	35.73	6.13	1.81	27.94
	약국	1.56	7.09	4.25	2.73	1.46	4.55
제주도	계	7.97	248.56	41.56	5.22	1.97	31.21
	입원	0.09	64.10	1.14	12.10	8.22	681.06
	외래	7.04	180.83	38.20	5.43	1.96	25.70
	약국	0.84	3.63	2.22	2.66	1.37	4.35

자료 : 국민건강보험공단, 「건강보험통계연보」, 2000.

〈표 8〉 제주도민의 건강보험 진료비 및 진료건수 증가추세('91~'99)

연 도	구 분	진료건수		진료비		건당 진료비	
		건수	증가비	금액	증가비	금액(천원)	증가비
1991	계	1,599,891	1.0	31,021,529	1.00	19,390	1.0
	입원	28,781	1.0	8,173,504	1.00	283,990	1.0
	외래	1,571,110	1.0	22,848,025	1.00	14,543	1.0
1995	계	2,341,866	1.46	62,923,841	2.03	26,869	1.39
	입원	39,659	1.38	17,957,243	2.20	452,791	1.59
	외래	2,302,207	1.47	44,966,598	1.97	19,532	1.34
1999	계	3,514,218	2.20	120,340,220	3.88	34,244	1.77
	입원	45,963	1.60	31,393,283	3.84	683,012	2.41
	외래	3,468,255	2.21	88,946,937	3.89	25,646	1.76

자료 : 의료보험연합회 건강보험심사평가원, 「건강보험통계」, 각 연도.

주 : 각 년도 증가 비는 1991년~1999년도 기준임.

2) 도외 의료이용 실태

- 1998년도 도외 진료건수는 103,933건(3.74%)이었으며, 금액은 15,393백만원(16.1%)으로 나타나 도외 진료건수에 비해 진료비가 매우 높음(〈표 9〉 참조).

- 도외 진료건수 3.74% 중 22%만이 육지의 3차 진료기관을 이용하였으며, 나머지 78%는 기타 진료기관을 이용하였음. 도내 3차 의료기관(종합전문요양기관)이 없어 도내에서 치료할 수 있는 환자의 경우도 처음부터 도외 진료를 받는 경우가 많은 것으로 추정됨.

〈표 9〉 도외 의료이용실태

(단위 : 백 만원, %)

구 분	계		도 내		도 외					
	건 수	금 액	건 수	금 액	소 계		3차 진료기관		기타 진료기관	
					건 수	금 액	건 수	금 액	건 수	금 액
'96	2,519,839	75,682	2,454,667	65,552	65,172 (2.59)	10,130	17,431 (27.0)	7,555	47,741 (73.0)	2,575
'97	2,751,703	76,158	2,664,160	64,306	87,543 (3.18)	11,852	18,594 (21.0)	7,695	69,249 (79.0)	4,157
'98	2,775,534	95,685	2,671,601	80,292	103,933 (3.74)	15,393	22,346 (22.0)	10,789	81,587 (78.0)	4,604

자료 : 공무원·사립학교 교직원 의료보험관리공단, 제주 제1지구 의료보험조합 통계자료, 각 년도.

- 제주도 이외 지역에 소재하고 있는 의료기관을 이용한 10,193건의 입원환자건수 중 의료보험이 8,033건, 의료보호가 2,160건이었음. 의료보험 대상자 중 69.4%가 종합병원을 이용한 반면, 의료보호 대상자는 87.8%가 병원을 이용한 것으로 나타났다. 제주도 외 외래 의료이용의 경우, 의료보험 대상자의 60.2%가 의원급 의료기관을 이용한 반면, 의료보호 대상자의 45%가 종합병원을 이용한 것으로 나타남(〈표 10〉 참조).
- 도내 종합병원급 의료기관의 1999년 도외 진료의뢰 환자 수는 2,867명으로 총 진료건수의 0.73%에 이르며, 추정 진료액은 15,230백만원에 달함(〈표 11〉 참조).
- 도내 종합병원급 의료기관의 도외 진료의뢰 환자를 질병별로 분류하면, 암환자가 611명으로 가장 많고, 그 다음으로 뇌졸중, 심장질환 등 심혈관질환인 것으

로 나타났음(〈표 12〉 참조).

〈표 10〉 의료기관종별 도외 의료이용('99년 9월~'00년 8월)

(단위 : 건, %)

구 분		의료보험	의료보호	계	구 분		의료보험	의료보호	계
입원	종합병원	5573 (69.4)	239 (11.1)	5812 (57.0)	외래	종합병원	37,568 20.1	1,167 45.0	38,735 20.4
	병원	1,517 18.9	1,896 87.8	3,413 33.5		병원	9,657 5.2	257 9.9	9,914 5.2
	의원	927 11.5	19 .9	946 9.3		의원	112,586 60.2	811 31.3	113,397 59.8
	기타	16 .2	6 .3	22 .2		기타	27,339 14.6	359 13.8	27,698 14.6
	계	8,033 100.0	2,160 100.0	10,193 100.0		계	187,150 100.0	2,594 100.0	189,744 100.0

자료 : 제주도 지역, 공·교, 직장 건강보험(3,793,225건) 및 의료보호(155,877건) 전산자료를 분석하였음.(1999년 1월~2001년 3월 지급분 중 1999년 9월~2000년 8월 진료분 개인급여 자료, 약국이용은 제외)

〈표 11〉 종합병원의 도외 진료의뢰 환자수 및 추정 진료액

구 분	총 진료건수 (실환자수)	도외 진료의뢰 환자수	도외 진료의뢰비율	추정진료액
'99년도	1,353,924 (391,353)	2,867	0.73%	15,230백만원
2000.10월말	1,299,073 (363,740)	2,246	0.62%	13,010백만원

자료 : 제주도 보건복지여성국, 「주요업무보고」, 2000. 10

〈표 12〉 종합병원의 도외 진료의뢰환자의 질병별 분류

구 분	암	고혈압	당뇨병	심장 질환	척추 질환	비뇨기 계 질환	피부 질환	뇌졸중 등	임신출산 질환	외상	기타
1999	611	56	54	172	106	93	14	255	64	198	1,244
2000.10월말	505	42	29	232	122	65	6	203	45	132	865

자료 : 제주도 보건복지여성국, 「주요업무보고」, 2000. 10

3) 지역친화도 분석을 통해서 본 의료이용률 현황

- 친화도 분석은 특정지역의 의료이용을 분석하는데 사용되는 가장 대표적인 지표임. 지역주민 중심 친화도, 일명 자체충족률(Relevance Index, RI)로 이는 다음과 같이 정의됨.

$$○ Ri_j = N_{ij} / N_i \times 100$$

Ri_j : i 시·군 거주 주민의 j 시·군 소재 의료기관을 이용할 비율

N_{ij} : j 시·군 소재 의료기관을 이용한 i 시·군 거주 환자 수 또는 환자의 재원일수

N_i : i 시·군 거주 의료기관 이용자수($N_i = \sum_{j=1} N_{ij}$)

- 입원의료이용의 경우, 의료보험에서 63,834건, 의료보호에서 6,464건의 의료이용이 있었는데, 의료보험의 경우, 총 의료이용건수의 12.6%가 제주도 외 의료기관을 이용한 반면, 의료보호의 경우, 33.4%가 제주도 외 의료기관을 이용하였음.
- 제주시의 경우, 총 33,465건의 의료이용 중 제주시 소재 의료기관을 이용한 환자 건수는 27,686건으로 이에 근거한 제주시 입원환자의 지역친화도(RI)는 82.7%로 가장 높았고, 이어서 서귀포시가 57.1%, 북제주군 3.2%, 남제주군 0.1%의 순이었음. 반면, 의료보호 입원의료이용의 경우, 서귀포시가 65%로 가장 높은 지역친화도를 보이고 있었음. 이는 제주시 의료보호 이용건수의 40.3%가 제주도 외 소재 의료기관을 이용한 반면, 서귀포시의 경우 상대적으로 적은 17.7%만이 제주도 외 소재 의료기관을 이용하였기 때문임(<표 13> 참조).
- 외래의료이용은 입원의료이용과는 달리, 의료보험부문의 도외 의료이용(5%)이 의료보호부문의 도외 의료이용(1.7%)에 비해 그 비율이 더 큼(<표 14> 참조).

〈표 13〉 의료보장종별 입원의료 이용률 및 지역별 친화도

(단위 : 건, %)

			의료기관소재지					계
			제주시	서귀포시	북제주군	남제주군	제주도외	
의료 보험	거주지	제주시	27686	868	471	1	4439	33465
			(82.7)	(2.6)	(1.4)	(.0)	(13.3)	(100.0)
		서귀포시	3447	6615	134	2	1394	11592
			(29.7)	(57.1)	(1.2)	(.0)	(12.0)	(100.0)
		북제주군	8552	167	329	4	1270	10322
			(82.9)	(1.6)	(3.2)	(.0)	(12.3)	(100.0)
		남제주군	5211	2163	142	9	930	8455
			(61.6)	(25.6)	(1.7)	(.1)	(11.0)	(100.0)
		소 계	44896	9813	1076	16	8033	63834
			(70.3)	(15.4)	(1.7)	(.0)	(12.6)	(100.0)
의료 보호	거주지	제주시	1724	14	13		1181	2932
			(58.8)	(.5)	(.4)		(40.3)	(100.0)
		서귀포시	216	864	14		236	1330
			(16.2)	(65.0)	(1.1)		(17.7)	(100.0)
		북제주군	765	13	4		405	1187
			(64.4)	(1.1)	(.3)		(34.1)	(100.0)
		남제주군	464	187	26		338	1015
			(45.7)	(18.4)	(2.6)		(33.3)	(100.0)
		소 계	3169	1078	57		2160	6464
			(49.0)	(16.7)	(.9)		(33.4)	(100.0)

자료 : 제주도 지역, 공·교, 직장 건강보험(3,793,225건) 및 의료보호(155,877건) 전산자료를 분석하였음. (1999년 1월~2001년 3월 지급분 중 1999년 9월~2000년 8월 진료분 개인급여 자료, 약국이용 제외)

〈표 14〉 의료보장종별 외래의료 이용률 및 지역별 친화도

(단위: 건, %)

구 분			의료기관소재지					계
			제주시	서귀포시	북제주군	남제주군	제주도외	
의료 보험	거주지	제주시	1639423	62074	103849	47943	111455	1964744
			(83.4)	(3.2)	(5.3)	(2.4)	(5.7)	(100.0)
		서귀포시	105855	462158	8935	39293	29691	645932
			(16.4)	(71.5)	(1.4)	(6.1)	(4.6)	(100.0)
		북제주군	288002	16044	267781	12220	26310	610357
			(47.2)	(2.6)	(43.9)	(2.0)	(4.3)	(100.0)
		남제주군	130754	80783	9021	268106	19694	508358
			(25.7)	(15.9)	(1.8)	(52.7)	(3.9)	(100.0)
		소 계	2164034	621059	389586	367562	187150	3729391
			(58.0)	(16.7)	(10.4)	(9.9)	(5.0)	(100.0)
의료 보호	거주지	제주시	55567	198	506	88	1058	57417
			(96.8)	(.3)	(.9)	(.2)	(1.8)	(100.0)
		서귀포시	2222	28146	138	168	535	31209
			(7.1)	(90.2)	(.4)	(.5)	(1.7)	(100.0)
		북제주군	12327	687	22166	512	612	36304
			(34.0)	(1.9)	(61.1)	(1.4)	(1.7)	(100.0)
		남제주군	5581	2908	397	18208	389	27483
			(20.3)	(10.6)	(1.4)	(66.3)	(1.4)	(100.0)
		소 계	75697	31939	23207	18976	2594	152413
			(49.7)	(21.0)	(15.2)	(12.5)	(1.7)	(100.0)

자료 : 제주도 지역, 공·교, 직장 건강보험(3,793,225건) 및 의료보호(155,877건) 전산자료를 분석하였음. (1999년 1월~2001년 3월 지급분 중 1999년 9월~2000년 8월 진료분 개인급여 자료, 약국이용 제외)

2. 제주도 보건의료 인프라 현황

가. 제주도 보건기관 현황

- 도내 보건기관은 총 62개소이며, 세부적으로는 보건소 4개소(4개 시·군 각 1개소), 보건지소 12개소(서귀포시 1개소, 북제주군 7개소, 남제주군 4개소), 보건진료소가 46개소임(〈표 15〉 참조).

〈표 15〉 제주도 보건기관 현황

(단위 : 개소)

구 분	계	보 건 소	보건지소	보건진료소
계	62	4	12	46
제 주 시	1	1		
서귀포시	2	1	1	
북제주군	31	1	7	23
남제주군	28	1	4	23

자료 : 제주도 보건복지여성국, 「주요업무보고」, 2000. 2

나. 의료시설 현황

- 2001년 12월 현재, 제주도의 의료기관 수는 종합병원 6개소, 병원 1개소, 의원 211개소, 기타 18개소 등임(〈표 16〉 참조).
- 종합병원 6개소 중 5개소가 제주시에 위치하고 있으며, 군 지역에는 병원급 이상 의료기관이 하나도 없음. 특히, 서귀포시와 남제주군의 경우 의료기관의 분포상 의료 취약지역에 해당함.
- 2001년 12월 현재, 제주도 내 병상수는 총 2,416병상이고 종합병원급 이상 병상

수는 1,504명상임. 의원의 병상수는 483병상으로 전체 병상수의 23.9%를 차지하고 있으나, 의원의 병상은 실질적인 양질의 입원치료시설로 보기는 어려울 것이므로 이를 일반적인 개념의 병상자원으로 간주하지 말아야 할 것임(<표 17> 참조).

- 2001. 12. 31 현재 제주도의 인구 10만 명당 병상수는 440.9병상이며, 병상당 인구수는 226.8명임.
- 병원급 이상 의료기관의 병상이용률은 1999년 77%, 2000년 86%로서, 전국 병원의 병상이용률(1998년 현재 65.8%)보다 훨씬 높은 수준임.
- 또, 제주도는 국제적 기준에서 보면, 인구 10만 명당 400병상을 초과하므로 급성기 병상 공급이 이미 과잉상태이나, 실제로는 급성기 병상에 장기요양 환자가 입원해 있는 실정과 의원 병상의 과중상태를 고려해 보면, 총병상이 그리 과잉인 것은 아니며, 우리나라 전국 기준으로 보면 상대적으로 병상이 부족함을 알 수 있음(<표 18> 참조).

<표 16> 의료기관 현황(2001. 12. 31)

시·군	의원*	병원**	종합병원***	3차병원	정신병원****	기타 특수병원	치과 병의원	한방 병의원
제 주 시	150	0	5	0	6	0	75	47
서귀포시	37	1	1	0	1	0	16	11
북제주군	26	0	0	0	0	0	9	5
남제주군	17	0	0	0	0	0	9	6
계	230	1	6	0	7	0	109	69

자료 : 제주도 지역보건의료계획(안), 2002.

* 정신과 의원, 치과의원, 한의원 제외.

** 정신병원, 치과병원, 한방병원, 기타 특수 병원 제외.

*** 3차의료기관 제외.

**** 정신과 의원 포함

***** 의료기관당 인구비 = 시·도 인구 ÷ 각 의료기관수(예, 의원, 병원)로 계산함.

〈표 17〉 시·군별 의료기관 병상수 현황(2001. 12. 31)

시·군	계	의원	병원	종합병원	정신병원*	특수병원	보건기관
〈수 : 병상수〉							
제 주 시	2,025	341	0	1,324	49	0	0
서귀포시	322	73	69	180	0	0	0
북제주군	30	30	0	0	0	0	0
남제주군	39	39	0	0	0	0	0
계	2,416	483	69	1,504	49	0	0
〈인구비**〉							
제 주 시	285,097	836	0	215	5,818	0	0
서귀포시	85,320	1,168	1,236	474	0	0	0
북제주군	100,208	3,340	0	0	0	0	0
남제주군	77,339	1,983	0	0	0	0	0
계(평균)	547,964	1,134	7,941	364	11,182	0	0

자료 : 제주도 지역보건의료계획(안), 2002.

** 인구비 = 시·도 인구 ÷ 병상수 또는 인구수 ÷ 장비수로 계산함.

〈표 18〉 전국 평균 대비 제주도의 상대적 부족병상 수

(단위 : 명, 개, %)

년도	총병상수	10만명당 병상수	병상당 인구수	증가비	전국대비 인구(%)	전국대비 병상(%)	부족 병상
2000	2,219	408	245	2.30	1.13	0.77	769
1995	1,277	250	401	1.35	1.13	0.65	949
1990	943	185	539	1.00	1.19	0.70	649

자료 : 보건복지부, 「보건복지통계연보」, 2001.

다. 의료인력 현황

- 제주도 내 의료기관에 근무하고 있는 총 의사(공중보건의 포함)수는 556명이었으며, 치과 의사 226명, 한의사 121명으로 나타났다(〈표 19〉 참조).

- 1990~1999년도의 의료인력의 연평균 증가율은 의사 8.0%, 치과의사 9.7%, 간호사 13%로 지속적으로 증가해 왔음. 2000년말 현재 제주도의 의사(한의사 포함) 1인당 인구수는 1,102명으로 전국 평균 892명에 비해 여전히 의사가 부족한 실정임(〈표 20〉 참조).

〈표 19〉 시·군·구별 인구수 및 의료기관 종별 기관수, 의사·간호사·약사 수(2001. 12. 31 기준)

구분 시군	인구수 (명)	의원* (개소)	보건 기관 (개소)	병원** (개소)	종합 병원*** (개소)	의사수****(명)						간호사 수 (명)	약사 수 (명)
						의사	공보의	치과의사	공보의	한의사	공보의		
제 주 시	285,097	150	1	0	5	384	18	177	1	93	1	897	191
서귀포시	85,320	37	2	1	1	70	12	18	1	14		124	38
북제주군	100,208	26	31	0	0	26	13	9	7	5	1	34	22
남제주군	77,339	17	28	0	0	19	14	9	4	6	1	13	18
합 계	547,964	230	62	1	6	499	57	213	13	118	3	1,068	269

* 정신과 의원, 치과의원, 한의원 제외.

** 정신병원, 치과병원, 한방병원, 기타 특수 병원 제외.

*** 3차 의료기관 제외.

**** 해당 기관의 의사수, 치과의사수, 한의사수

〈표 20〉 의료인력 비교(2000년)

구 분	의료인력 수			의료인 1인당 인구수		
	(한)의사	치과의사	간호사	(한)의사	치과의사	간호사
전 국	58,713	13,593	59,791	892	3852	876
제 주	493	129	875	1,102	4,211	875

자료 : 보건복지부, 『보건통계연보』, 2001.

3. 제주도 장기요양 인프라의 현황

가. 장기요양의 개념과 관련 인프라의 구분

- 세계보건기구는 “장기요양보호는 보건시스템과 사회시스템을 통합한 부분으로 비공식적 수발자(가족, 친지, 이웃 등)와 공식적 수발자(보건전문가, 사회복지 전문가 등), 그리고 자원봉사자들이 보호가 요구되는 사람들에게 제공하는 모든 활동들을 포함한다”고 정의하고 있는 바, 일반적으로 장기요양보호란 신체 또는 정신적 장애나 만성적인 질환으로 인하여 일상생활에서의 도움과 의료적 도움을 필요로 하는 사람을 보호, 수발, 간병하는 것을 의미함.
- 장기요양보호 서비스는 국가에 따라 그리고 지역에 따라 그 형태와 내용이 다양하게 나타나고 있지만, 이것을 서비스의 종류와 내용으로 범주화하면 대체로 다음의 표와 같이 나타낼 수 있겠음(<표 21> 참조).¹⁾
- 장기요양보호를 필요로 하는 노인의 경우, 전통적 사회에서는 가족을 비롯한 친척, 이웃 등의 비공식적 보호체계로부터 도움을 받는 경우가 대부분이었으나, 현대사회에서는 의료 및 요양기관 등에 입소하여 장기요양보호를 받는 경우가 늘어나게 되면서 노인에 대한 사회적 보호체계가 발달하게 되었음. 사회적 보호란 가족과 같은 비공식적 보호체계와 대조되는 개념으로 사회적으로 제도화된 공식적 조직과 전문인력에 의하여 제공되는 보호서비스를 말함.
- 선진국에서 발달해온 노인에 대한 사회적 보호체계는 주로 시설보호 서비스와 지역사회보호 서비스로 구성되어 있음. 시설보호는 장기요양보호 대상노인을 시설에 입소시켜 급식, 치료, 기타 편의를 제공하는 서비스를 말하며, 대표적인 시설이 요양원(nursing home)임. 지역사회보호 서비스는 지역사회서비스와 재

1) 한국보건산업진흥원. 장기요양보호 대상노인의 건강유지 증진을 위한 지역사회 연계모델 개발 연구. 2002.

가보호서비스로 나눌 수 있는 바, 지역사회서비스는 대상 노인에게 낮시간 동안 보호를 제공하는 주간보호(day care)와 일정기간 동안 보호를 제공하는 단기보호(short stay care)를 말하며, 재가보호서비스는 재가노인의 가정을 방문하여 제공하는 방문보건 서비스와 가정봉사원 서비스 등을 포함하는 것으로 가정 내에서 이루어지는 서비스를 일컫는 것임.

〈표 21〉 장기요양보호 서비스의 구분별 종류와 내용

서비스 대상별 구 분	서비스 내용별 구 분	구체적 서비스	
장기요양보호 대상 노인을 위한 서비스	의료적 서비스	시설보호	- 일반요양시설 서비스 - 전문요양시설 서비스 - 호스피스시설 서비스
		지역사회보호 및 재가서비스	- 방문간호 서비스 - 방문보건(간호) 서비스
	사회보호 서비스	시설보호	- 일반요양시설 서비스 - 전문요양시설 서비스
		지역사회보호 및 재가서비스	- 주간보호 서비스 - 단기보호 서비스 - 가정봉사원 서비스 - 식사배달 서비스 - 전화, 방문 서비스
	요양보호비용 지원 서비스	지역 또는 국가 서비스	- 공공부조 - 장기요양보험 - 요양보호수당 - 무료요양시설 입소 서비스
	가족요양보호 제공자를 위한 서비스	지역사회보호 서비스	- 가족요양보호 제공자 지지 및 훈련 서비스 - 정보제공 및 안내 - 단기보호 서비스 - 재정지원 서비스

나. 제주도 장기요양 인프라의 현황

- 보호 필요 노인들에 대해 효과적인 장기요양서비스를 제공하기 위해서는 대상자의 입장에서 보건의료서비스와 사회복지서비스를 연계한 종합적인 서비스가

제공되어야 할 것임. 우리나라의 경우에는 장기요양서비스를 구성하고 있는 두 부분인 보건의료서비스와 사회복지서비스가 총량 면에서 절대 부족하면서도 이 두 서비스 부분이 각각 따로 제공되고 있어서 시너지효과를 내지 못함으로 인해 그 효과가 크게 경감되고 있는 실정임.

- 이하의 글에서는 장기요양서비스를 보건의료 측면과 복지 측면으로 구분하여 각각 살펴보기로 하되, 제주도의 상황을 중심으로 검토하기로 함.

1) 보건의료 측면의 장기요양서비스

- 앞의 표에서도 살펴보았듯이, 보건의료 측면의 장기요양서비스는 지역사회에서 이루어지는 재가서비스와 노인의료(요양)시설에서 이루어지는 입원서비스로 구성됨. 여기서, 지역사회의 재가서비스는 '의료기관 중심의 가정간호사업'과 '보건소의 방문보건사업'으로 이루어져 있는 바, 이를 구체적으로 살펴보면 다음과 같음.

가) 의료기관 중심의 가정간호사업

- 의료기관의 환자 중 가정에서 입원 대체서비스가 필요하다고 담당의사가 판단한 경우로 주로 수술 후 조기퇴원환자나 만성질환자, 뇌혈관질환자 등이 대상이 됨. 전국의 주요 대학병원과 삼성의료원 등이 가정전문간호사를 고용하여 이를 시행하고 있는 바, 병원의 병상회전율을 높이는 데도 일부 기여하고 있음. 그러나 크게 돈벌이가 되지 않는다는 이유로 삼성의료원을 제외한 다수의 병원들이 소극적으로 참여하고 있으며, 제주도에서는 이 제도가 전혀 시행되고 있지 않음.
- 그래서 가정에서 관리를 받아도 되므로 굳이 종합병원에 계속 입원해 있을 필요가 없는 환자도 제도상의 미비로 인해 본의 아니게 계속 입원해 있어야 하는 것임. 향후 제주대학교병원이 신축되고 난 후에는 이 사업을 체계적으로 실

시할 필요가 있을 것임.

나) 보건소의 방문보건사업

- 방문보건사업은 공공보건 인력이 담당지역의 가정을 방문해서 대상자 발견 및 등록, 질병관리 및 간호, 질병예방 및 건강증진활동 등의 포괄적인 건강관리 서비스를 제공하는 사업을 말하며, 생활보호대상자, 독거노인, 거동불편자, 재활장애인 등 저소득 소외계층 가족이 중점 서비스 대상임.
- 서울시의 경우 주요 보건소별로 12~13명의 간호사와 1명의 의사가 이 일을 전담하고 있으며, 제주도에서는 제주시 보건소가 방문보건계를 중심으로 서울에서 하는 것보다 더 체계적으로 사업을 전개하고 있는 것으로 알려져 있음.
- 향후, 전국적으로 확대될 예정인 '도시형 보건지소'가 방문보건사업의 중심기관이 될 전망이다. 바, 제주도가 이에 우선적으로 지원하여 인구 5만명 단위마다 도시형 보건지소를 설립하고 방문보건사업을 노인보건사업의 중심적 부분으로 발전시켜 나가야 할 것임. 결국, 보건소의 방문보건사업이 향후 지역사회 재가 보건서비스의 핵심이자 사실상 전부가 될 것으로 전망되므로 지방정부가 이 부분을 얼마나 체계적으로 발전시키느냐 하는 것이 이후 제주도 노인보건정책의 성패를 가름하는 한 축이라 해도 과언이 아닐 것임.

다) 노인의료시설

- 노인 장기요양과 관련되는 노인의료시설로는 노인전문요양병원과 치매요양병원이 있음. 우리나라에서는 전체적으로 2003년말까지 총 1,854병상의 노인전문요양병원과 약 15개의 치매요양병원이 설립될 것으로 예상되고 있음.
- 제주도에도 2002년 7월 지방공사 제주의료원이 치매정신병원으로 개원하였으

며, 이후 명칭을 노인전문병원으로 바꾸었음. 현재 제주도뿐만 아니라 우리나라 전체적으로 장기요양병상이 절대적으로 부족한 실정임. 우리나라는 전체 병상의 98%가 급성기 일반병상이며, 치매병원이나 노인전문병원 등의 요양병상은 2%인 5,785병상에 그치고 있음.²⁾

- 그나마 일부 요양병원은 설립취지를 충분히 살려 공익적으로 운영하기보다는 영리성과 효율성을 지나치게 의식하는 방식으로 기관을 운영함으로써 공공노인의료시설의 앞날을 우울하게 만들고 있음.
- 현재, 우리나라의 노인 환자는 장기 요양병원의 절대부족으로 인하여 그냥 가정에 머무르는 불편을 겪거나, 많은 비용이 요구되는 급성기 일반병상을 이용하고 있는 실정임. 의료 측면에서는 급성기 의료기관에서 퇴원이 가능하나 급성기 의료기관과 가정 사이에 중간시설이 부재함으로 인하여 불가피하게 급성기 일반병상을 계속 이용하고 있는 것임. 그 결과, 환자 측의 경제적 부담이 가중됨은 물론이거니와 의료기관의 수익성도 저하되며, 국가 차원에서는 소중한 의료자원을 낭비하는 결과를 초래하고 있음. 한 연구에 의하면, 현재 우리나라 종합병원에 입원해 있는 환자의 약 24~28%는 급성기 환자가 아니라 장기요양서비스를 이용하는 환자였던 것으로 밝혀졌던 바, 이는 장기요양 병상의 절대 부족이 얼마나 비효율적이고 질적으로 적합하지 않은 의료이용을 국민에게 강제하는지를 잘 보여준다 할 것임.³⁾

2) 복지 측면의 장기요양서비스

- 보건의료 측면의 장기요양서비스와 마찬가지로 복지 측면의 장기요양서비스도

2) 김성순. 2002 국정감사자료. 데일리 팜. 2002. 9. 23.

3) 주요 선진국의 급성기 병상과 장기요양 병상수의 비를 보면, 오스트리아, 벨기에, 프랑스, 스웨덴 등은 78:22인데 비해, 장기요양 중시 국가들인 독일, 네덜란드, 노르웨이, 영국 등은 그 비가 45:55이다. 장혜정, 김창엽, 윤석준. 현 입원의료이용량의 급성기 진료 및 장기요양 서비스 재분류. 보건행정학회지. 11(3). 2001.

지역사회에서 이루어지는 재가복지서비스와 노인요양시설에서 이루어지는 입소서비스로 구성됨. 여기서, 지역의 재가복지서비스는 ‘가정봉사원 방문서비스’와 ‘주간보호서비스’, 그리고 ‘단기보호서비스’로 이루어져 있는 바, 이를 구체적으로 살펴보면 다음과 같음.

가) 재가복지서비스

(1) 가정봉사원 방문서비스

- 신체적, 정신적 장애로 일상생활을 영위하기 곤란한 노인이 있는 가정에 가정봉사원을 파견하여 노인의 일상생활에 필요한 각종 편의를 제공함으로써 지역사회 안에서 건전하고 안정된 노후생활을 영위하도록 하기 위한 사업임. 이에 해당하는 서비스로는 가사지원서비스(취사, 시장보기, 청소, 세탁, 주변정돈 등), 일상생활지원서비스(식사시중, 목욕, 의복 갈아입히기, 외출동행 등), 우애서비스(말벗, 편지 써주기 등), 상담서비스 등이 있음.

〈표 22〉 제주도 가정봉사원 파견시설 현황(2003년 현재)

(단위 : 개소, 명)

일련 번호	시 설 명	이용 정원	이용인원(연인원)			종사 자수	가정봉사원수			소 재 지 (주 소)	시 설 설치일	운영주체
			계	남	여		계	유급	무급			
합계	3	280	273	24	249	13	107	9	98			
1	제주종합사회 복지관부설가정 봉사원파견센터	120	89 (3,901)	2 (101)	87 (3,800)	5	29	4	25	제주시 도남동 68-7	99.1.	제주종합사회 복지관
2	제주원광요양원 부설재가노인 복지센터	80	80 (3,720)	10 (432)	70 (3,288)	4	17	3	14	서귀포시 서홍동 1742-1	99.5.21	제주원광요양원 부설재가노인 복지센터
3	제주원광 요양원	80	104 (5,150)	12 (768)	92 (4,382)	4	61	2	59	북제주군 애월읍 고성2리 72	96.9.6	제주원광요양원

자료 : 보건복지부, 2003 노인복지시설현황.

- 2002년 현재, 전국적으로 가정봉사원 파견시설은 143곳이 있으며, 제주도에는 4곳이 활동하고 있음. 제주도의 65세 이상 노인 인구비율이 전국의 노인인구 대비 1.3%인데 비해서 파견시설은 전국 대비 2.8%(4/143개소)여서 상대적으로 많은 편임.⁴⁾ 그러나 전국적으로 관련 서비스의 충족도는 매우 저조한 것으로 조사되고 있으므로 가정봉사원제도의 활성화가 절대적으로 요구된다 하겠음.

(2) 주간보호서비스

- 부득이한 사유로 가족의 보호를 받을 수 없는 심신이 허약한 노인과 장애인 등을 낮 동안 시설에 입소시켜 필요한 각종 편의를 제공함으로써 이들의 생활안정과 심신기능의 유지·향상을 도모하고, 그 가족의 부담을 덜어주기 위한 서비스를 의미함. 일반적으로 주간보호시설에서 제공하는 서비스로는 목욕, 여가지도, 기능회복훈련, 가족을 위한 교육 및 상담 서비스, 교통서비스, 급식 및 간식, 일상동작훈련, 재활훈련, 사회적응훈련 등이 있음.

〈표 23〉 제주도 주간보호시설 현황(2003년 현재)

(단위 : 개소, 명)

일련 번호	시 설 명	이용 정원	이용인원(연인원)			종사 자수	소 재 지 (주 소)	시 설 설치일	운영주체
			계	남	여				
합계	3	80	90	43	47	17			
1	대한가족보건복지 협회제주도지회 부설주간보호센터	20	30 (14,115)	30 (14,115)		6	제주시 연동 312-50	97.2.17	대한가족보건복지협회
2	(사)국제사회복지회 부설주간보호센터	30	30 (5,408)	4 (668)	26 (4,740)	6	제주시 용담2동 630-12	97.10.1	(사)국제사회복지회
3	평안요양원부설 재가노인복지센터	30	30 (3,290)	9 (1,316)	21 (1,974)	5	서귀포시 토평동 1702	01.2.28	재단)대한예수장로회 제주노회유지재단

자료 : 보건복지부, 2003 노인복지시설현황.

4) 한국보건사회연구원, 노인복지회관 관리운영실태 및 개선방안, 2002.

- 2002년 현재, 전국적으로 주간보호시설은 142개소이며, 제주도에는 3개소가 있음. 이후 제주도에서 모든 보건소와 사회복지시설뿐만 아니라 향후 설립될 도시형 보건지소 등이 주간보호서비스 제공의 중심기관이 되도록 해서 향후 주간보호를 필요로 하는 노인가정은 누구나 집 가까운 곳에서 주간보호서비스를 이용할 수 있어야 할 것임.

(3) 단기보호서비스

- 일시적으로 보호가 필요한 노인을 시설에 단기간 입소시켜 보호함으로써 노인 및 노인가정의 복지를 증진하기 위한 서비스로서, 시설의 이용경비는 이용자가 전액 또는 일부를 부담하며, 보호기간은 45일 이내로 하되, 연간 이용일수는 3개월을 초과할 수 없도록 하고 있음. 프로그램 내용으로는 식사, 간식, 샤워, 세탁, 차량서비스, 그룹여가활동, 건강관리, 가족상담 등이 있음.
- 2002년 현재, 전국적으로 단기보호시설은 37개소이며, 제주도에는 1곳이 있음.

〈표 24〉 제주도 단기보호시설 현황(2003년 현재)

(단위 : 개소, 명)

일련 번호	시 설 명	이용 정원	이용인원(연인원)			종사 자수	소 재 지 (주 소)	시 설 설치일	운영주체
			계	남	여				
합계	1	10	12	1	11	5			
1	제주원광 요양원	10	12 (3,506)	1 (187)	11 (3,319)	5	북제주군 애월읍 고성2리 72	96.9.6	제주 원광요양원

자료 : 보건복지부, 2003 노인복지시설현황.

나) 요양시설 복지서비스

- 요양시설은 입소비용을 받는지의 여부와 그 정도에 따라 무료시설과 실비, 유료시설로 나뉘며, 이와 함께 입소 대상 요양환자의 심신상태에 따라 요양시설과 전문요양시설로 구분됨.

〈표 25〉 전국 대비 제주도의 노인보건복지(요양+양로)
시설 현황(2001.12.31 현재)

구분	구분	계				무료시설			실비시설		유료시설	
		합계	양로	요양	전문요양	양로	요양	전문요양	양로	요양	양로	요양
제주도	개소수	9(1)	5	3(1)	1	5	2	1				1
	입소노인	358	184	96	78	184	81	78	-	-	-	15
전 국	개소수	296	119	120	57	91	96	54	4	13	24	11
	입소노인	22,518	7,241	11,210	4,067	4,872	6,210	4,067	174	939	2,195	4,061

※ 무료시설(전국)은 2002년도 개원 예정시설 포함.

자료 : 제주도 보건복지여성국. 2002.

〈표 26〉 제주도 노인보건복지(요양+양로) 시설의 현황(2003년 현재)

(단위 : 개소, 명)

시설 종류	일련 번호	시 설 명	입소노인				종사자수			시 설 소재지	시 설 설치일	법인명 (설립일)
			정원	현원			계	남	여			
				계	남	여						
합	계	9	473	389	90	299	130	20	110			
무료 양로	1	제주 양로원	40	30	14	16	9	1	8	제주시 도평동 1026	57.5.24	(사회)불교자비원 (94.7.22)
"	2	평화 양로원	50	36	10	26	8	2	6	제주시 봉개동 227-26	97.10.24	(사회)은혜마을 평화의집(96.5.17)
"	3	성요셉 양로원	50	20	3	17	8	1	7	서귀포시 상호동 1421-7	85.9.19	(재)제주교구천주교 유지재단(72.6.15)
"	4	성이시돌 양로원	80	53	13	40	13	2	11	북제주군 한림읍 금악리109	84.2.20	(재)이시돌농촌산업 개발협회(62.10.26)
소 계		4	220	139	40	99	38	6	32			
무료 요양	1	제주 요양원	50	48	13	35	15	1	14	제주시 도평동 1026	92.3.2	(사회)불교자비원 (94.7.22)
"	2	제주원광 요양원	50	55	9	46	19	4	15	북제주군 애월읍 고성2리 72	88.4.1	(사회)삼동회 (81.4.1)
"	3	남제주 요양원	50	45	12	33	15	4	11	남제주군 대정읍 하모리 1329-1	02.7.12	(재)대한예수교장로회제 주노회유지재단(66.7.4)
소 계		3	150	148	34	114	49	9	40			
무료 전문	1	평안 요양원	80	79	14	65	39	5	34	서귀포시 토평동 1702	97.1.24	(재)대한예수교장로회제 주노회유지재단(57.4.13)
소 계		1	80	79	14	65	39	5	34			
유료 요양	1	제주원광 유료요양원	23	23	2	21	4		4	북제주군 애월읍 고성2리 72	88.4.1	(사회)삼동회 (81.4.1)
소 계		1	23	23	2	21	4		4			

자료 : 보건복지부. 2003 노인복지시설현황.

- 2002년 현재, 우리나라의 요양시설은 전국적으로 114개소이며, 전문요양시설은 48개소에 불과함. 제주도에선 요양시설이 3개소, 전문요양시설이 1개소가 있음. 전국을 기준으로 보면, 상대적으로 많은 편이나, 세계적 기준 또는 필요 기준으로 볼 때 절대적으로 부족한 형편이므로 이를 확충하기 위한 중장기적 전략이 요구된다 하겠음.

4. 제주도 보건의료 인프라의 문제점

가. 제주도 보건행정 및 보건사업 인프라의 취약

- 세균성 이질 등 전염성 질환의 발생이 제주 관광에 미치는 악영향은 이미 경험한 바가 있으며, 중증급성호흡기증후군(SARS) 등과 같은 외래 유입 전염병이 도내에 유입된다면 그야말로 치명적인 결과를 초래할 것임.
- 제주도는 관광지로서 빈번한 인구이동으로 인한 위생문제에 대한 관리가 대단히 중요하며, 건강증진 모범지역으로의 이미지 구축이 요구되는 지역임.
- 그럼에도 제주도와 각 시·군의 보건행정 및 공공보건서비스 체계는 대단히 취약한 상태임. 전체적으로 보건조직의 사기가 저하되어 있으며, 창조적 사업기풍을 기대하기는 어려운 상황임. 이는 인력의 부족, 특히 전문인력의 부족 및 기존인력의 전문성 부족, 인사정체로 인한 의욕저하, 보건행정을 지방정부의 정책적 우선순위에서 하위로 배제하는 지방행정의 안이한 태도와 재정 등 각종 지원과 관심의 태부족 등에 기인하는 것임.
- 제주도의 인구사회학적 특성으로 볼 때 향후 지역사회 노인 등 만성질환자의 관리 및 질병예방, 관련 건강증진사업이 대단히 중요해질 것임. 현재의 보건행정 및 서비스 체계로는 이 일을 효과적으로 감당하기는 어려울 것임.

나. 병원급 의료 인프라의 문제

- 제주시에 밀집해 있는 제주도의 병원 또는 종합병원은 입원 의료서비스의 질이 그다지 높지 못하여 도민의 만족도가 떨어지는 바, 이는 제주발전연구원이 실시한 설문조사 결과에서도 드러나고 있음.⁵⁾
- 최근, 의료서비스의 적정성과 양질의 의료서비스를 평가하는 하나의 기준으로 국민건강보험공단이 제왕절개분만을 지표로 발표하고 있는 바, 제주도의 주요 병원들에서 전국 최고 수준의 제왕절개분만을 보여 주어서 문제가 심각한 것으로 충격을 주고 있음.
- 그럼에도 지방정부가 지역사회 병원급 의료기관의 역할 재설정과 합리적인 의료 행위 및 질 관리를 위해 개입할 수 있는 정책수단은 별반 없음. 민간이 의료공급의 대부분을 담당하고 있고, 공공재원의 투입과 지원이 거의 없었기 때문임.
- 또, 산남지방은 제대로 된 지역거점병원을 보유하고 있지 못한 의료취약지역이라고 할 수 있음. 이는 서귀포의료원의 시설, 인력, 관리 등이 불충분하기 때문임.

다. 도외 의료이용의 문제

- 제주도민의 도외 의료이용이 의료보험 입원의 경우, 총 의료이용건수의 12.6%가 제주도 외 의료기관을 이용하였던 바, 의료보험 도외 입원의 건당진료비가 도내 입원의 건당진료비의 약 2배에 달하고⁶⁾, 항공료와 보호자의 도외 체재비 등 간접경비가 추가됨에 따라 도민의 시간적, 경제적 고통은 말할 것도 없고, 자원의 도외 유출로 바람직하지 못한 현상이 지속되고 있음.

5) 고충석, 홍성철, 이상이, 이창인. 국제자유도시 출범에 따른 제주도 보건의료의 과제와 전망. 제주발전연구 제6호. 2002. 12.

6) 이상이, 홍성철. 제주도 의료이용의 자체충족도에 관한 연구. 사회발전연구, 제17권. 2002.

- 제주도민의 소득수준과 의료서비스에 대한 기대수준이 높아지면서 도외 의료 이용 현상이 강화되고 있는 이유는 양질의 고난도 의료서비스를 제공해 줄 수 있는 제대로 된 대학병원(종합전문요양기관, 일명 3차 의료기관)이 제주도에 없기 때문이다.
- 현재 제주대학교병원은 260병상 규모의 2차 종합병원에 불과함. 500병상 이상 규모의 3차 의료기관으로 새롭게 탄생하도록 하기 위해 일부 관계자들이 노력을 경주하고 있는 것으로 알려져 있으나, 제주도 당국과 지방정가의 관심과 지원은 여전히 부족한 실정임.

라. 의료제공체계의 미흡

- 의료기관은 다루는 질환의 난이도와 규모 등에 따라 1·2·3차 의료기관으로 구분됨. 1차 의료기관은 환자가 건강상의 문제로 인하여 첫 번째로 의사를 접촉하게 되는 곳으로, 의료법상 외래의료를 담당하도록 되어 있으며, 동네의원과 보건소 및 보건지소가 여기에 속함. 2차 의료기관은 1차 의료기관이 의뢰한 환자를 입원시켜 정밀검사와 입원치료를 담당하는 병원 또는 종합병원 규모의 의료기관을 말하며, 우리나라 의료법에서도 ‘병원과 종합병원은 입원환자를 위주로 치료하는 곳’으로 규정하고 있음. 3차 의료기관은 보통 대학병원을 지칭하는 것으로 고난도의 수술과 전문적 입원치료, 그리고 의학연구 및 교육을 담당하는 곳으로 병상 당 투입자본 및 전문인력의 집적도가 대단히 높은 곳임.
- 모든 국가와 광역지방정부는 이러한 의료전달 단계의 특성을 잘 이해하여 의료서비스의 전달이 단계적으로 이루어질 수 있도록 각별한 노력을 기울이고 있는 바, 이는 이렇게 하는 것이 국가나 사회 전체적으로 가장 효율적이며, 효과적인 양질의 의료제공을 담보해 주기 때문인데, 이를 ‘의료전달체계의 확립’이라 지칭함.
- 그러나, 우리나라의 의료전달체계는 치명적인 결함을 갖고 있어 1·2·3차 의료

기관이 역할과 기능의 구분 없이 환자를 유치하기 위해 무차별적으로 경쟁하고 있음. 동네의원은 지역사회의 병원과 외래 환자를 두고 경쟁하기 위해 불필요한 투자를 확대하고 있고, 종합병원은 대학병원과 경쟁하기 위해 첨단의료분야에 불필요하게도 과도한 투자를 감행하고 있는 실정임. 또, 대학병원은 여전히 간단한 시술이나 외래진료에 치중하고 있는 바, 이는 국가적으로 엄청난 국민 의료비의 낭비를 초래하며, 오히려 의료서비스의 질을 떨어뜨리게 되는 것임.

마. 장기요양 인프라의 절대 부족

- 전국적으로도 그러하지만, 제주도도 장기요양서비스 제공을 위한 인프라가 절대적으로 부족함. 지역사회에 거주하면서 장기요양서비스를 필요로 하는 경우와 시설에 입소하여 장기요양을 필요로 하는 경우 모두에 대해 서비스 제공체계, 즉 인프라가 절대적으로 부족한 실정임.
- 현재, 우리나라의 노인 환자는 장기 요양병원의 절대부족으로 인하여 그냥 가정에 머무르는 불편과 고통을 겪거나, 많은 비용이 요구되는 급성기 일반병상을 이용하고 있는 실정임. 의료측면에서는 급성기 의료기관에서 퇴원이 가능하나 급성기 의료기관과 가정 사이에 중간시설이 부재함으로 인하여 불가피하게 급성기 병상을 계속 이용하고 있는 것임. 그 결과, 환자 측의 경제적 부담이 가중됨은 물론이거니와 의료기관의 수익성도 저하되며, 국가 차원에서는 소중한 의료자원을 낭비하는 결과를 초래하고 있음.
- 한 연구에 의하면, 현재 우리나라 종합병원에 입원해 있는 환자의 약 24~28%는 급성기 환자가 아니라 장기요양서비스를 이용하는 환자였던 것으로 밝혀졌던 바, 이는 장기요양 병상의 절대 부족이 얼마나 비효율적이고 질적으로 적합하지 않은 의료이용을 강제하는지를 잘 보여준다 할 것임.⁷⁾

7) 주요 선진국의 급성기 병상과 장기요양 병상수의 비를 보면, 오스트리아, 벨기에, 프랑스, 스웨덴 등은 78:22인데 비해, 장기요양 중시 국가들인 독일, 네덜란드, 노르웨이, 영국 등은 그 비가

- 장기요양서비스가 필요한 어떤 노인은 보건소가 중심이 되어 체계적으로 수행하게 될 방문보건서비스를 2일에 한 번 꼴로 받을 수도 있고, 다른 노인은 가정봉사원의 가사보조 서비스를 받을 수도 있음. 필요에 따라서는 지역사회에 산재해 있는 주간보호 또는 단기보호시설을 이용할 수도 있겠음. 만약에 가정에서 재가서비스로 돌볼 수 없을 정도라면 지역사회의 요양시설이나 전문요양시설에 입소할 수도 있으며, 비교적 장기간의 입원치료가 필요한 경우라면 요양병원에 입원할 수도 있을 것임. 이것이 바로 노인 장기요양서비스의 전달체계임. 아직 우리나라와 제주도는 이러한 장기요양전달체계를 갖추고 있지 못함.

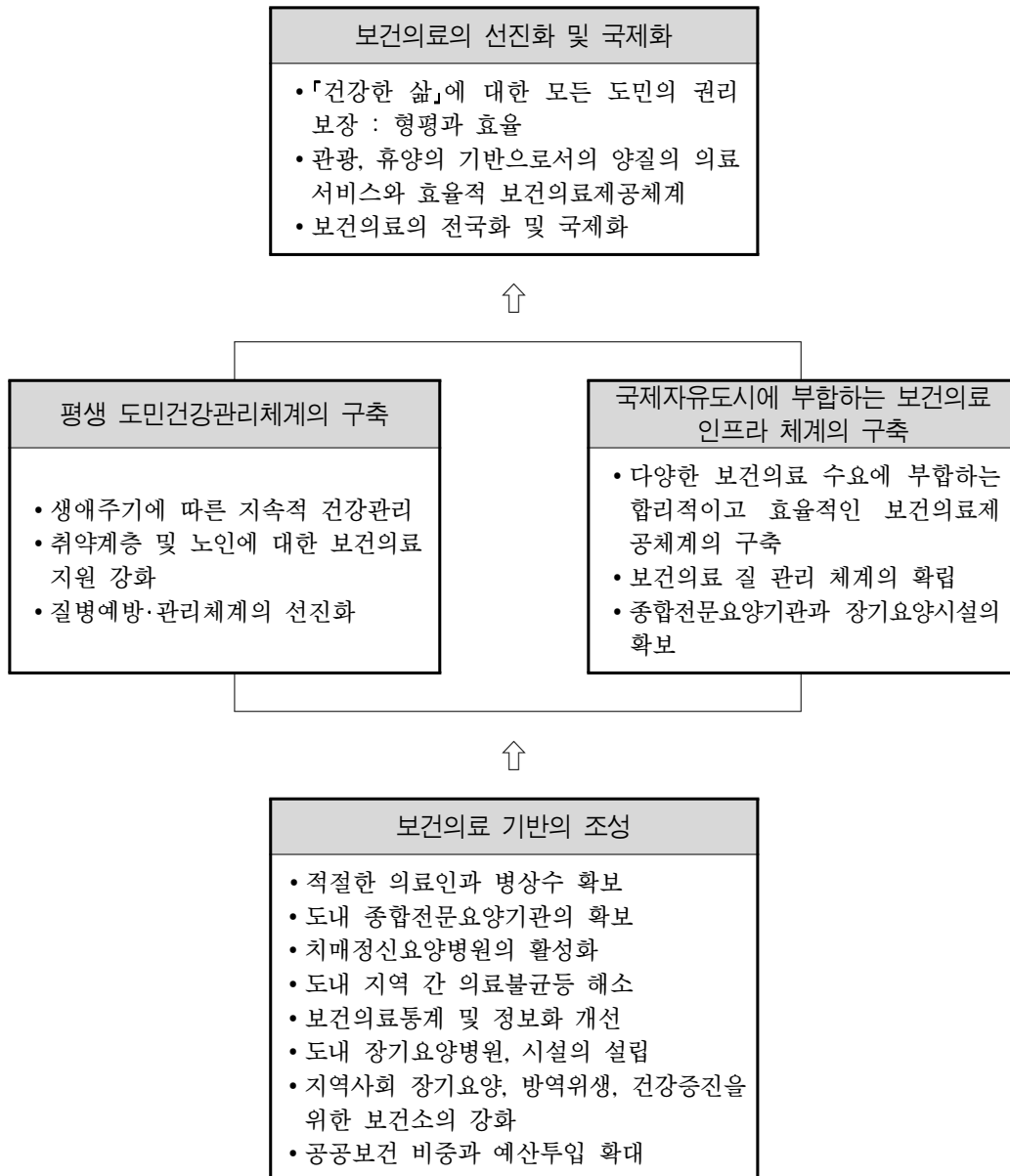
45:55이다. 장혜정, 김창엽, 윤석준. 현 입원의료이용량의 급성기 진료 및 장기요양 서비스 재분류. 보건행정학회지. 11(3). 2001.

제 3 장 제주국제자유도시 발전을 위한 보건의료 인프라의 선진화 방안

1. 제주도 보건의료의 전망

- 제주지역 보건의료의 선진화 방안을 강구하기에 앞서 제주지역 보건의료 환경의 변화 전망을 살펴보면, 다음과 같을 것임.
 - 첫째, 소득수준의 증가로 고품질 보건의료서비스에 대한 수요가 증가할 것임. 한국개발연구원은 2010년 국민 1인당 소득은 2만 불이 될 것으로 추측하였으며, 이에 따른 건강에 대한 관심 증가와 함께 고급 의료서비스에 대한 욕구도 증가할 것임.
 - 둘째, 상주 외국인 및 관광객이 지속적으로 증가할 것임. 제주국제자유도시 계획의 2011년 상주인구는 62만여명, 관광객 수는 992만명으로 추계하고 있어 상주의 국인 및 관광객이 지속적으로 증가할 것임. 반면, 관광객과 외국인 등 외래인구의 유입 증가는 새로운 질병을 유발할 가능성이 높기 때문에 이에 대한 보건행정체계의 강화와 별도의 대책이 필요할 것임. 뿐만 아니라 보건의료 서비스를 관광산업, 실버산업과의 연계성을 통해 지역의 부를 창출할 수 있어야 할 것임.
 - 셋째, 질병의 다양화와 새로운 의료서비스 요구의 등장임. 질병의 구조와 질병 위험 요소가 다양해지고 있고 만성퇴행성 질환이 증가할 것으로 보이며, 노인인구의 증가로 장기요양을 요하는 환자와 관련 서비스에 대한 욕구가 증대할 것임.
 - 넷째, 치료와 같은 사후적 개념이 아니라 생애주기별 예방 및 건강증진 등 평생건강에 대한 욕구가 증대할 것이고, 관련서비스에 대한 지역사회의 요구는 지속적으로 지방정부를 압박할 것임.
- 제주도가 국제자유도시로 제대로 성장·발전해 나가기 위해서는 이에 필요한 보건의료기반을 조성하고, 도민들의 평생건강관리체계를 구축하는 등 국제자유

도시에 부합하는 보건의료 인프라를 구축해야 하는 바, 이러한 구조와 과정의 결과로서 제주 보건의료의 선진화가 달성되는 것임. ‘제주도 보건의료의 선진화 비전’을 도식으로 살펴보면, 다음의 그림과 같을 것임.



〈그림 1〉 제주도 보건의료의 선진화 비전

2. 보건의료 인프라의 선진화 방안

가. 보건의료자원의 안정적 확보

- 제주국제자유도시계획의 목표 연도인 2011년이 되면 도민들의 소득수준은 2만 불 정도가 되어 전국 평균소득을 상회할 것으로 예측되고 있는 바, 이러한 소득의 증가는 의료이용의 증가로 이어질 것임. 또한, 국제자유도시 조성에 따른 관광객 유입과 더불어 외국인의 빈번한 출입이 예상되는 바, 이에 대한 관리 및 대책이 필요함.
- 보건복지부가 수립한 '새천년 복지비전 2010'⁸⁾에 의하면 2011년에 제주지역에 필요한 순수 급성기 병상수는 2,279개인 바, 이는 2000년 대비 652병상이 부족한 실정임. 현재 제주지역에서는 제주대학교병원이 2008년도에 500병상 규모로 확대되고, 2002년도에 이미 303병상 규모의 제주도 치매·정신병원이 완공되었으며, 제주시의 요양병원 건립 가능성, 그리고 일부 민간병원의 증축이 계획되어 있음.
- 위와 같은 병상수급계획이 차질 없이 추진된다고 하더라도 국제자유도시계획의 목표 연도인 2011년에는 일정수준의 병상이 부족할 것으로 예상되나, 급성기 일반병상에 대해서는 기존에 계획된 병상 확충계획 이외에는 최소화해야 하며, 부족할 것으로 예상되는 일정한 수의 병상에 대해서는 장기요양병원의 병상으로 전부를 충당하는 것이 바람직할 것임.

나. 제주대학교병원의 조기 신축

- 제주지역은 섬이라는 지역적 특성상, 의료서비스가 양적인 측면뿐만 아니라 질적 측면에서도 열악한 수준임. 특히, 제주는 전국 각 시·도에 최소 1개 이상

8) 보건복지부의 「새천년 복지비전 2010」에 의하면 급성기 병상은 점차 감소되어 2010년의 천명당 병상수는 3.67개임.(1995년 4.50개, 2000년 4.09개, 2010년 3.67개).

이 있는 종합전문요양기관이 없는 유일한 지역이며, 이로 인해 도내의 중환자나 응급을 요하는 환자가 발생할 경우 조속한 진료를 제대로 받을 수 없을 뿐더러 대부분이 역외지역, 특히 서울지역으로 이송되고 있는 실정임.

- 특히, 국제자유도시계획에 의하면, 2011년에 관광객은 약 920여만 명이 방문할 예정이며, 산업구조도 관광, 제한적 국제금융, 교육, BT산업 중심으로 개편되어 동북아의 거점으로 성장할 것이 예견되므로 이에 대응하기 위해서는 종합전문요양기관이 조속히 설립되어야 할 것임.
- 신축될 제주대학교병원을 제대로 된 500병상 규모 이상의 종합전문요양기관으로 육성하기 위해서는 제주대학교병원의 자구노력과 제주도 및 지역정가의 적극적 협조가 필수적임. 이는 제주국제자유도시 의료 인프라의 제공과 도민들에게 양질의 의료서비스를 제공한다는 제주도의 목적과도 부합하는 것이기 때문임. 양 기관⁹⁾이 제주대학교병원을 ‘도민의 이익에 부합하는 필수적인 의료기관’이라는 인식을 공유하여 적극 협력하는 것이 필요한 바, 제주도는 대학병원의 조기정착을 위해 행·재정적 지원을 최대화해야 하며, 제주대학교병원은 제주도가 필요로 하는 공공보건의료사업과 관광 및 휴양 인프라로서의 기능을 적극적으로 수행함으로써 도민의 이익을 위해 최선을 다해야 할 것임.
- 국제자유도시계획이 현실화됨에 따라 대학병원의 역할도 그에 맞추어져야 할 것인 바, 외국인 전용 진료센터, 관광과 연계한 종합건강검진 상품의 개발 및 활성화, 실버 및 휴양산업과 연계한 노인진료의 특성화 등을 통해 병원의 안정적인 경영을 담보함과 아울러 제주지역의 경제 활성화에 기여하여야 할 것임.

9) 「공공보건의료에관한법률」 제3조에 의하면 ‘국가 및 지방자치단체는 공공보건의료기관의 설치·운영에 소요되는 비용을 보조할 수 있다’고 명시하고 있으며, 동법 제11조에 의하면 ‘국가 또는 지방자치단체는 공공보건의료기관의 설립·운영을 위하여 필요하다고 인정하는 때에는 「국유재산법」 또는 「지방재정법」의 규정에 불구하고 국·공유 재산을 공공보건의료기관에 무상으로 대부하거나 사용·수익하게 할 수 있다’고 명시하고 있음. 그러므로 제주대학교병원의 조기 정착과 건실화를 통한 제주도민의 의료복지 향상을 위하여 제주도가 적극적으로 재정 등의 지원을 수행할 필요가 있을 것임.

다. 서귀포의료원의 산남지역 의료 거점화

- 서귀포시와 남제주군의 의료현황을 보면, 의사수는 제주지역 전체의 20%(인구는 34%임)이며, 병상수는 15%에 불과함. 특히, 서귀포의료원을 제외하면 도의 모든 종합병원이 제주시에 위치하고 있어 서귀포의료원은 산남지역(서귀포시, 남제주군)의 의료수요를 충당하는 유일한 종합병원임에도 불구하고 질적·양적 수준이 매우 미흡한 실정임.
- 산남지역 주민들의 의료보험 입원환자 지역친화도를 보면, 서귀포시의 경우 지역친화도가 57.1%이며, 그 외 입원환자는 제주시(29.7%), 도외(12%)의 병원을 이용하는 것으로 나타났음. 남제주군 주민의 경우 제주시(61.6%), 서귀포시(25.6%), 도외(11%)의 의료기관 순으로 입원하는 것으로 나타나 산남지역 주민의 상당수가 제주시의 의료기관에 입원하고 있는 것으로 나타남. 외래이용에서도 서귀포 지역주민의 28%가 시외의 의료기관을 이용하였음.
- 서귀포 지역의 인구는 제주도 전체 인구의 16% 수준으로 많지는 않으나, 빈번한 국제회의 개최 등 관광 요충지로서의 지역적 특성과 제주지역 전체의 균형발전이라는 측면, 그리고 도내 지역 간 의료서비스의 형평배분 차원에서 전반적인 의료수준을 향상시킬 필요가 있음. 하지만, 지역특성상 민간병원 유치에는 한계가 있으므로 해당지역 내의 공공의료를 강화한다는 차원에서 기존 서귀포의료원을 발전시키는 것이 타당할 것임.
- 또한, 서귀포의료원의 양적 확장만으로는 양질의 의료수준을 요구하는 지역주민의 욕구를 충족시킬 수 없으므로 주민들의 주요 불만인 의료시설의 낙후와 의료인력의 수와 해당 분야 전문성의 부족에 있는 만큼 의료서비스의 질적 수준 향상에 중점을 두어야 할 것임.
- 서귀포의료원은 2002년 현재 80병상을 증축하여 260병상 수준으로 성장함에 따라 병상수급은 어느 정도 확보되었다고 볼 수 있음. 그리고 2003년도에 부설한

의원을 개설할 계획으로 되어 있으며, 의료장비 구입으로 2004년까지 27억원이 계획되어 있음(서귀포시 지역보건의료계획, 2002). 그러나 지역특성상 양질의 의료인력 확보는 그리 쉽지 않을 것인 바, 지방정부의 적극적 개입과 재원투입의 확대로 양질의 인력을 수급함과 아울러 장차 제주대학교병원과 협력관계(모자병원 등)를 체결함으로써 대학병원의 우수한 의료인력을 확보하고 전공의를 파견 받는 등의 방식으로 의료서비스의 질적 수준을 향상시켜야 할 것임.

라. 제주도 휴양타운의 건설과 보건의료 인프라

- 현재 우리나라는 급속하게 고령화가 진행되고 있는 바, 2002년 현재 65세 이상 노인인구는 전체인구의 7.9%인 377만 명이고, 2019년에는 노인인구의 비율이 14.4%에 이르러 완전한 고령사회가 될 전망이다. 더욱 문제가 되는 것은 우리나라의 고령사회 진입속도가 세계적으로 유례없이 빨라지고 있으므로 향후 보건의료, 노인복지 등이 사회문제로 크게 대두될 것이란 점임.¹⁰⁾
- 때문에 이렇듯 급속하게 진행되는 고령화와 노인보건의 문제는 이제 더 이상 일부 전문가와 관계자들만의 국부적 사안이 아니며, 국민적 관심을 집중시키는 중요한 정치적 사안으로, 중앙정부뿐만 아니라 지방정치와 지방정부에서도 핵심적 과업이 되고 있음.
- 특히, 제주도는 노인인구의 구성비율이 전국 평균을 상회하고 있으며, 장차 노인을 위한 휴양주거산업을 활성화하는 것을 제주국제자유도시 선도프로젝트의 하나로 추진하고 있으므로 노인보건문제에 더 관심을 집중할 필요가 있을 것임.
- 실버(휴양주거)산업이 미래의 새로운 유망산업으로 부각되고 있으며, 노인계층에 대한 정확한 정보와 시장규모, 입지, 개발방식 및 제도적 접근 등을 분석한

10) 고령사회 진입 소요연수를 보면, 일본이 24년, 미국 71년, 프랑스가 115년이었던 바, 한국은 약 19년으로 예상되고 있다. 한국보건사회연구원. 노인보건복지 종합대책에 관한 토론회 자료집, 1쪽. 2002. 9.

후 제주도의 현실에 맞는 실버타운을 조성하려는 계획에 제주도와 국제자유도시개발센터 등의 차원에서 지속적으로 연구·추진되고 있는 바, 제주도가 추진하려는 실버타운의 기본방향은 다음과 같음.

- 첫째, 고립되지 않은 실버휴양촌을 조성하는 것으로 자체적인 커뮤니티(communitiy)를 활성화하고 인근 마을과 교류하며, 주변 도시와 연계하여 자손들과 일반 이용객의 방문을 용이하게 함.
- 둘째, 특성 있는 실버휴양촌을 조성함. 건강증진(운동, 휴양, 영양)시설의 특색을 부각하고 운영상의 기법 개발로 타 지역시설과 연계 이용을 추진함.
- 셋째, 이용자의 특성에 부합하는 실버휴양촌을 조성함.

〈표 27〉 실버타운 입지특성별 개발 유형

구 분	도 시 형	도시근교형	휴양 및 전원형
입지별 특성	· 대도시 입지 · 기존 공공시설, 사업시설, 의료시설 등과 밀접한 관계를 유지할 수 있는 노인주거지역	· 도시 근접지역 입지 · 사회활동을 위한 대도시로의 왕래가 가능한 노인주거지역	· 중소도시와 경관이 좋은 자연환경과 온천자원이 풍부한 곳에 입지 · 휴양과 농원, 화단 가꾸기 등 건강을 위한 노인주거지역
주거시설 형태	· 가족 동거의 3대주택 · 공동숙사 집단지구 · 노인분리세대의 공동주택	· 노인타운 · 저층주거시설 · 노인복지센터 · 기타 레저와 건강시설	· 노인촌 · 휴양과 전원풍경의 주거시설 · 각종 편의시설과 문화시설
교통과 거리	· 도시 내 · 가족과 인접거리	· 도시에서 1시간~1시간 30분 거리	· 중소도시 인접 · 국도 및 지방도로와 연계

자료 : 국제산업정보연구소, 「노인주거사업 타당성에 관한 연구」, 1993.

- 이와 같이, 제주도는 국제자유도시 추진과 함께 노인인구 급증에 따라 “실버타운”의 건설을 통해 휴양 노인인구의 유입을 기대하고 있는 바, 이를 성공적으로 추진하기 위해서는 노인요양병원, 노인질환전문치료센터, 배후 종합전문요양기관 등의 의료인프라 구축이 필수적임.
- 이를 통해 “도시근교형”+ “휴양 및 전원형” 실버휴양촌의 조건을 만족하는 경

쟁력 있는 실버타운이 조성될 가능성이 상당히 큼. 이에 제주대학교병원의 특성화 전략 중에도 노인전문의료센터가 반드시 포함되어야 해야 할 것이며, 제주도는 장기요양병상의 확보, 보건소 강화를 통한 지역사회 장기요양서비스의 제공 등의 노력으로 제주도 내 ‘장기요양서비스 전달체계’를 구축하는 데 최선을 다해야 할 것임.

마. 정신보건사업의 안정적 추진

1) 정신보건사업의 필요성

- 정신질환으로 치료를 요하는 환자(치료유병률)는 우리나라 전국인구의 약 2.7%로 추정됨. 1999년말 현재 제주도의 정신질환자는 약 14,540여명에 달함.
- 이들 정신질환자 중에서 약 11.5%는 일정기간 동안의 입원치료가 필요한 경우임. 도내 정신질환자 14,540명 중 약 1,670명은 입원이 필요함. 평균 병상점유율을 31%로 계산한다면 약 518병상이 필요할 것으로 추정됨.
- 외국의 경우, 정신질환의 연간 치료유병률이 7~10%에 이름. 그러므로 우리나라의 경우에는 아직 노출되지 않아 정신질환 관련 의료혜택을 보지 못하고 방치된 환자가 많을 것으로 추정됨. 즉, 우리나라와 제주도의 정신질환자는 앞서 추계한 수치(최소 추계치)보다 훨씬 더 많을 수 있음.
- 우리나라는 최근 30여 년간 자본주의적 산업사회로의 전환에 따른 급속한 도시화와 핵가족화로 인하여 그동안 지역사회의 포용성과 대가족제도가 흡수하던 정신보건 서비스 역할이 붕괴되었음.
- 이에 따라 정신보건 서비스에 대한 사회적 요구가 급증했으나 국가적 차원의 대처가 미흡하여 많은 환자가 무허가 시설인 요양원이나 기도원 등에 수용되어 적절한 치료를 받지 못할 뿐 아니라 장기수용, 비인간적 처우 등 수많은 불법

적인 인권유린 사태가 자행되었음. 또한, 대형 정신병원의 경우에는 불필요한 장기입원으로 의료비용의 지나친 추가 지출의 문제와 함께 장기간의 격리생활에 따른 질병의 만성화, 재적응 곤란, 잦은 재입원 등의 문제를 야기하였음.

2) 도내 정신보건사업의 중장기 발전 전략

가) 지역사회 정신질환의 역학조사

- 제주도 차원에서 지역내 정신질환자의 상태별로 정확한 수를 파악하고 있지 못할 뿐더러 정신질환 관련 요인과의 상관성을 고려한 역학조사를 수행한 적이 한 번도 없었음. 이로 인해 도내 정신질환 대책을 수립하는 데도 한계가 있을 수밖에 없는 것임.
- 향후 4년에 한번씩 정기적으로 정신질환 및 관련 요인에 대한 역학조사를 실시하여 중간성과를 평가한 후, 도내 정신의료서비스 및 정신보건서비스 공급계획과 대책을 정기적으로 수립하도록 해야 함.

나) 정신보건시설의 역할 정립

- 제주도 내 기존 민간 정신의료기관(정신과 의원 및 정신과 개설 병원)이 관련 전문요원을 고용하여 낮 병원·사회복귀시설을 의료기관 시설의 일부를 활용하여 운영할 수 있도록 함. 또는 정신의료기관 부설기관으로 사회복귀시설을 운영할 수 있도록 유도하거나 지원하는 방안을 강구해야 할 것임. 이 경우, 시설 및 인력, 재원의 소모적 낭비를 최소화하면서도 양질의 정신의료 서비스를 제공할 수 있을 것임.
- 도내 정신보건시설이 보유하고 있는 병상 수는 수치적으로는 필요량에 상당히 부족하나 단기 입원과 주간치료센터 같은 재활치료 중심의 정신보건 시책으로

어느 정도 보완될 수 있으며, 최소한의 병상은 민간 의료기관의 자율적 설립을 통해 해결하는 것이 바람직함.

- 정신보건시설에서 의학적으로 불필요한 장기 입원은 지양하여야 하며, 질병의 만성화로 일반적 사회생활이 불가능하여 불가피한 장기입원이 필요한 경우에는 정신요양병원이나 요양시설에 입소토록 함. 이 경우도 가급적 지역사회복귀 및 적응을 목표로 환자관리를 수행하도록 함.
- 제주도의 공공자원을 가지고 급성기 환자를 치료하기 위한 정신전문병상을 추가로 설치하는 것보다는 지역사회에 방치되고 있는 만성기 환자를 적절하게 관리·요양·재활할 수 있도록 하는 장기 정신요양병상 정책의 올바른 설정이 더욱 절실한 것임.

다) 제주도 내 시·군별 정신건강센터의 활성화

- 2001년 5월 현재 제주도 내 2개 시지역에 정신건강센터가 설치되어 운영되고 있으며 단계적으로 군지역에도 설치할 필요가 큼.
- 정신건강센터가 지역사회 정신보건사업을 총괄하도록 하고, 낮 병원의 운영 및 지역사회정신질환자의 조기발견 및 등록관리, 급성기 퇴원환자의 추후관리, 만성환자의 재활지원, 직업재활, 방문정신보건, 알코올중독자의 재활, 학교 정신보건, 정신건강 상담·교육·홍보 등의 사업을 담당함. 이를 위해 정신건강센터의 시설과 인력을 단계적으로 확충함.
- 정신건강센터가 지역사회 정신보건의 담당자로서 정신보건사업의 중심적 역할을 하며, 배후의 정신요양병원 등과 유기적으로 연계하여 활동하도록 함. 또, 향후 민간이 운영하게 될 사회복지시설에 대한 관리·감독 등 행정기능을 실질적으로 담당하도록 함.

3) 치매·정신전문병원(현 제주의료원)의 발전 방향

가) 필요성

- 제주도의 노인인구 현황을 보면, 1999년말 현재 외국인을 제외한 전체 인구 538,744명 중 41,122명(남자 12,039명, 여자 29,083명)으로 전체 제주도 인구의 7.6%를 차지하고 있어 노인인구의 비율도 전국 평균에 비해 상당히 높음.
- 노인인구의 급증은 신체질환 뿐 아니라 신경정신질환의 이환률을 높이게 되는바, 노인의 신경정신질환 중 특히 치매가 주목을 받는 이유는 우선 발병빈도가 높고, 발병이 되면 사회기능의 현저한 장애를 유발하기 때문임. 또한 치매의 인지기능장애는 장기간에 걸쳐 서서히 진행되기 때문에 초기에 발견하기 어렵고, 흔히 나이가 들면 누구나 다 겪는 일상적인 현상으로 간주하려는 경향 때문에 치료 기회를 놓치게 되며, 유병기간도 길어 경제적, 심리적 관리 부담이 매우 큼. 아직 근치적 치료법이 발견되지 않아 5~10년에 걸쳐 정신과 신체가 동시에 파괴되는 심각한 결말을 갖기 때문임.
- 제주도의 경우, 1997년 한국보건사회연구원이 시행한 치매 유병률 조사 결과(표 31) 치매 유병률은 10.7%로서 전국평균 8.3%보다 훨씬 높았음. 현재 인구수로 환산하면 치매환자는 약 4,400여 명에 이를 것으로 추정되며, 이 중 자립이 곤란하여 진단평가를 위한 일시적 입원이나 장기적 입원 및 요양 치료가 요구되는 중등도 이상의 치매를 40% 정도로 계산하면 약 1,760여 명으로 추정할 수 있음.

〈표 28〉 치매 유병률 비교

시도	노인인구수 (65세 이상)	치매노인수				치매유병률 (%)
		계	경증	중등증	중증	
전국	2,640,205	218,096	129,113	59,322	29,661	8.3
제주도	33,892	3,642	2,156	991	495	10.7

자료 : 한국보건사회연구원, 「치매관리 Mapping 개발연구」, 1997

나) 치매·정신전문병원의 발전 방향

- 제주대학교병원과 연계하여 치매와 만성기 정신질환을 포함한 노인성 만성질환 요양병원으로 중점 육성할 필요가 있음. 일단 도내 환자를 대상으로 시작하되 점진적으로 국제자유도시의 위상에 부합하는 방향으로 확장해 나감.
- 현재 입원요양을 요하는 중등도 이상의 치매 환자만 1,760명에 이르는 것으로 추정되며, 평균 병상점유율을 30% 내외로 잡는다면 528병상이 필요함.
- 현재 통계상으로는 정신과 병상이 상당히 부족하나 노인성 신경정신계 질환을 빼고 나면, 기존의 정신과 의원 및 병원의 병상과 새로이 개설될 제주대학교병원과 민간병원의 추가 병상을 고려한다면, 향후 급성기 정신질환자의 입원치료를 감당하는데 큰 어려움이 없을 것으로 추정됨.
- 생활보호 대상자 중 정신질환자의 장기요양치료는 현 '제주정신요양원'의 시설 확대와 사회복귀시설 등의 이용을 통한 요양기간 단축으로 해결하는 것이 재할증심의 보건시책에 부합되고 투자효율도 높을 것이므로 이를 병행 추진함.
- 보건소와 1·2차 의료기관, 제주대학교병원, 치매요양시설과 전문병원(현 제주의료원) 등과 연계하여 장기적 입원, 요양, 재활치료가 필요한 노인환자를 의뢰 받아 일정기간 치료 및 요양과정을 거쳐 안정적으로 재택치료가 가능해진 환자는 의뢰한 병·의원에서 통원치료를 받도록 정신질환 전달체계를 구축함.
- 건립중인 치매·정신전문병원은 제주도내 치매 및 만성기 정신질환자를 포함한 만성기 노인환자를 위한 종합적 요양병원을 지향해야 할 것임. 이 병원의 입원대상 질병으로는 일상생활 수행능력이 현저히 저하된 노인성 치매(알츠하이머씨, 혈관성 및 기타 신경퇴행성), 노인성 정신질환 및 신경계 질환, 노인성 만성퇴행성 질환(근골격계, 심혈관성), 기타 노인성 만성 질환이 적합함.

바. 생애주기별 평생건강관리체계의 구축

1) 필요성 및 추진방향

- 생활수준의 향상과 의료기술의 비약적 발전으로 건강의 개념이 과거의 소극적 의미에서 복합적·적극적 개념으로 전환되었으며, 만성퇴행성 질환이 개인의 건강을 위협하는 가장 중요한 요인으로 나타남에 따라, 질병치료 중심의 의료서비스에 대한 욕구보다는 건강증진, 질병예방, 운동 등 지속적 건강관리에 대한 욕구가 급속히 증가하였음.
- 생애주기별로 부적절한 건강 관련 행태(Unhealthy Behavior), 환경적 요인 등 건강위험인자(Health Related Risk Factors)가 상이하게 나타남에 따라 아동·청소년, 여성, 성인 및 노인 등 생의 주기에 따른 인구집단별로 보건의료의 욕구가 다양한 형태로 표출되고 있으나, 현행 건강보험제도 하에서의 우리나라 보건의료공급체계가 지나치게 치료서비스 중심으로 구성되어 있어 건강증진 및 질병예방 서비스의 제공이 대단히 미흡한 실정임.
- 이에 중앙정부의 시책에 보조를 맞추어 제주도 내에 도민 평생건강관리체계의 구축을 통하여 도민의 건강수명을 연장하고, 영유아에서 노인에 이르기까지의 기초 건강권을 보장하는 한편, 질병으로 인한 도민의 「삶의 질」 저하 및 경제력 손실을 최소화해야 할 것임.
- 이를 위해서는 도민의 평생건강관리를 위한 지방 및 지역 보건행정당국의 역할이 대폭 확대, 강화되어야 하는 바, 결국 이를 가능하게 할 수 있는지의 여부는 제주도 당국과 지방정가의 손에 달려 있다 할 것임.
- 지방자치단체(보건소)는 해당 지역사회의 보건문제들과 보건사업의 우선순위를 설정하고, 지역주민의 참여 극대화를 토대로 문제의 인식 및 해결을 위해 공동으로 노력하고, 관련 기관간의 협조체계를 구축하는 등 지역 주민의 건강

관리를 위한 주도적 역할(leadership)을 수행해야 할 것임.

- 또한, 평생건강관리사업의 효과적 추진을 위해서는 공공영역과 민간부문간의 합리적인 역할분담 및 상호협력체계의 구축이 필요함. 보건소 등 공공보건의료기관은 지역건강 목표의 설정 및 이를 달성하기 위한 집행계획의 수립·평가 등 주민건강의 '파수꾼과 관리자'로서의 역할을 수행해야 하며, 민간의료기관은 질병예방·건강상담 및 건강검진서비스의 수행 등 전문적인 지식과 기술을 활용하여 지역사회 각 개인이 건강한 생활양식과 건강증진 실천 행위를 유지할 수 있도록 지원해야 함.

2) 생애주기별 보건사업의 구체적 추진방안

가) 모자보건

○ 필요성

- 최근 산업화 및 여성의 사회진출, 핵가족화, 생활양식의 변화, 결혼연령의 지연 등으로 인하여 사업대상자의 요구가 다양화되고 있으며, 모자보건문제가 과거와는 달리 보건의료부문을 넘어선 사회구조적인 문제로 파생됨에 따라 보건의료 측면에서의 내용은 물론 사회교육·환경부문 등에서 포괄적 접근을 필요로 하고 있음. 특히 성개방화 시대에 접어들면서 청소년 인공임신중절 및 미혼모 증가, 성병 및 AIDS 감염의 증가 등으로 청소년의 성 문제를 해결해야 할 정책의 필요성이 증대되고 있음.
- 또한, 소자녀 가치관의 확립으로 신체적·정신적으로 건강한 아기를 출생하고자 하는 기대가 더욱 높아지고 있어 선천성이상아 및 저체중아 출생으로 초래되는 장애발생의 예방과 조기발견을 위한 프로그램 개발 등이 요구되고 있음.
- 공공모자보건사업 영역이 임신부 및 영유아에서 향후 모성이 될 청소년 및 미혼 여성과 장년기 여성까지 확대되고, 사업내용도 생식보건(Reproductive Health), 주산기(Perinatal Period)관리 및 성장발달 클리닉을 모자보건서비스 부문의

핵심적 과제로 다룰 필요가 있음. 따라서 21세기를 향한 모자보건사업의 방향은 질병이나 장애발생의 예방뿐만 아니라 모든 여성과 어린이 건강증진에 목표를 두고 추진해 나가야 할 것임.

- 평균수명과 함께 영아사망률은 보건의료수준의 지표로 흔히 사용됨. 1996년도의 제주도의 영아사망률은 출생아 1,000명당 6.9명으로 전국 평균치보다는 낮으나 서울지역의 6.6명, OECD 국가의 4.4%보다는 높은 실정임.

〈표 29〉 영아사망률 비교(1996년 기준)

지역	영아사망률 (출생후 1년 이내 사망)	신생아 사망률 (출생후 0~27일 사망)	신생아 후기사망률 (출생후 28~364일 사망)
OECD	4.4		
전국	7.7	4.1	3.6
서울	6.6	3.4	3.2
제주	6.9	3.7	3.2

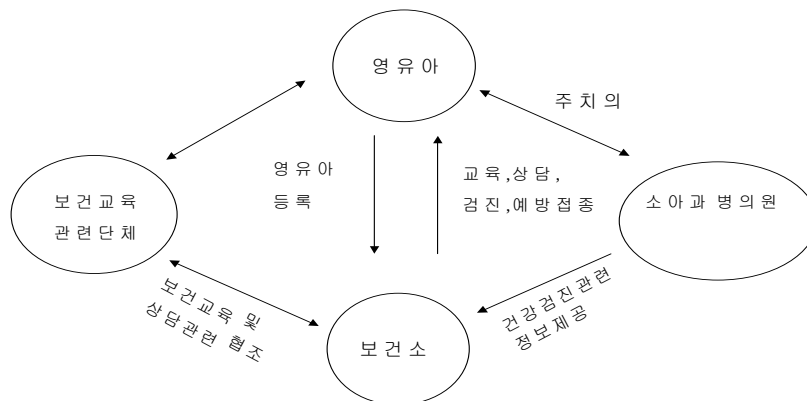
자료 : 보건복지통계연보, 각 년도, OECD 국가 보건통계연보

○ 추진방향

- ‘영유아 등록관리 사업’을 현재의 81% 수준에서 2006년 95%, 2011년 100%로 높이고, 이를 전산화하여 사업의 효율성을 높임. 전산화된 자료는 보건소간 온라인망을 구축하여 체계적으로 관리하여야 할 것임.
- 보건소가 등록된 영유아의 건강관리와 필요시 정밀검진을 실시하여 적절한 성장발달을 도모함. 성장단계별로 시행되는 체계적인 진찰 또는 검사에서 이상 소견이 발견될 경우 병·의원에 진료를 의뢰하며, 병·의원은 영유아의 보건소 등록을 유도하는 등 상호 협조체계가 구축되어야 함. 즉, 보건소와 병·의원이 유기적으로 협력하여 종합적인 영유아 건강관리가 시행될 수 있는 시스템을 구축할 필요가 있음.
- 모자보건수첩의 보급을 확대하며 위하여 보건소에 신고·등록된 자는 물론 민간의료기관 이용자에게도 모자보건수첩을 발급함. 보건소는 예방접종 대상자

를 사전 전산 관리하여 접종 대상자의 보호자에 대한 사전 홍보, 교육 및 서비스를 극대화 함.

- 보건소가 등록 관리하고 있는 기초생활보호대상자 등 저소득층 임산부, 영유아에게 건강진단을 실시하여 이상 또는 질병의 조기 발견·치료를 받도록 함.
- 우리나라의 경우 모유수유 실천율이 10% 내외로 선진국의 70% 내외에 비해 극히 저조한 실정임. 적극적인 홍보와 교육을 통해 모유수유 분위기 조성과 확산을 위해 노력하여야 함.
- 선천성대사이상 검사를 실시하여 이상자를 조기발견 치료함으로써 정신지체아 발생 예방에 노력하고, 검사결과 환아로 판명된 페닐케톤노증과 갑상선기능저하증 환아에게는 특수분유 및 치료비를 지원하는 등 사후관리를 강화함.



〈그림 2〉 영유아 평생건강관리 관련 기관의 역할 체계

나) 학교보건

○ 필요성

- 현재 교육당국 및 학교, 보건소 등으로 학생보건사업이 다원화되어 있으며, 환자 발견시 추후관리 등 사후관리체계가 미흡함. 따라서 학교, 보건기관, 학부모

가 함께 참여하는 학생보건사업을 추진하여야 함.

- 건강관리협회 제주지부에서 실시한 2000년도 학생건강검진 결과를 보면, 총 검사자수 15,078명 중 혈액검사 이상자는 131명(0.8%), 간기능검사(GTP) 이상자는 76명(0.5%), 지질검사(콜레스테롤) 이상자는 54명(0.4%)으로 나타났고, B형 간염검사에서는 항원양성자가 161명(1.1%), 항체양성자 4,852명(32.2%)으로 나타났음. 간염보균자의 비율은 여전히 높고 항체보유율은 낮은 실정임.
- 최근 식생활의 서구화와 운동부족으로 인해 소아 및 청소년의 비만이 크게 증가하고 있음. 2000년 제주도 내 학생들의 비만실태조사를 보면, 초등학교 남자 아동의 21.1%가 비만인 것으로 나타났으며, 남녀 모두 초등학교 비만이 높아 비만에 대한 조기교육이 절실한 것으로 나타났음.

〈표 30〉 2000년도 제주도 학생건강검진 결과

구분	혈액질환			간기능	지질대사	B형간염	
	Hb	WBC	계			항원	항체
검사자수	15,078	15,078	30,156	15,078	15,078	15,078	15,078
이상자수	21	110	131	76	54	161	4,854
%	0.1	0.7	0.8	0.5	0.4	1.1	32.2

자료 : 건강관리협회, 제주도 학생 건강검진결과, 2000.

〈표 31〉 제주도 내 학생 비만실태조사

성별	학년	정 상		과체중		비 만	
		빈도	행 %	빈도	행 %	빈도	행 %
남	유아	177	78.0	39	17.2	11	4.9
	초	3,096	63.4	763	15.5	1,032	21.1
	중	946	71.0	164	12.6	215	16.4
	고	3,531	73.5	608	13.2	607	13.4
여	유아	141	77.5	30	16.5	11	6.0
	초	2,864	65.4	858	19.2	691	15.4
	중	1,583	79.5	257	12.6	164	7.9
	고	3,448	70.7	832	18.0	592	11.4

자료 : 보건협회제주지부, 제주도 학생들의 비만실태, 2000.

○ 추진방향

- 적기 예방접종을 통해 최근 제주도에서 빈발하고 있는 전염병의 발생을 최소화하며, 보건소와 학교간의 연계체계구축을 통한 체질검사의 강화 등으로 질병의 조기발견에 힘쓰며, 학생들이 자기건강관리 능력을 습득하도록 하고 관련 행동의 변화를 일으켜 건전한 사회인으로 성장할 수 있도록 학교보건 사업수행체계를 수립하여 시행하여야 함.
- 보건소별로 청소년 상담실을 운영하여 성에 대한 올바른 인식을 통해 건전한 성문화 정착과 성문제 발생예방 및 피해를 최소화하여야 함.
- 구강검진과 교육이 정기적으로 실시되지 못하고 있으며 불소용액양치, 치면열구전색사업에 대한 인식이 부족한 실정임. 불소용액 양치 대상학교의 확대지정과 치면열구전색사업의 활성화와 교육기회의 확대로 구강질환을 예방함.
- 학교 내 보건교육에 대한 교육인력, 기자재의 부족과 교육여건의 미비로 보건교육의 미실시 또는 실시되더라도 형식적인 교육이 이루어지고 있는 실정임. 학생교육에 필요한 교재, 인력 등을 지원하며, 보건관련 단체와 협력하여 현재 실시중인 중·고교생 대상 약물 오·남용 예방교육, 금연·절주교육의 내실화를 기해야 할 것임.
- 학교보건 사업의 주축인 체격, 체력 검사 및 건강검진 자료를 데이터베이스로 만들어 체계적으로 관리하며, 이 데이터베이스를 통해 학생들의 건강상태에 대한 조사보고서를 정기적으로 발간하도록 함.

다) 성인보건사업의 추진

○ 필요성

- 1999년도 도민의 사망원인별 분류를 보면 ‘신생물’, ‘순환기계질환’, ‘달리 분류되지 않는 증상·징후’ 등이 주된 사망원인인 것으로 나타나고 있어 성인보건사업의 추진이 크게 요청되고 있음.

〈표 32〉 전국 및 제주도의 사망원인별 분류

(단위: 명, %)

통계자료: 사망원인(103항목)	제주도				전국	
	1990	1995	1999	%	1999	%
총사망자수	1,895	2,616	3,038	(100.0)	246,539	(100.0)
특정 감염성 및 기생충성 질환	61	49	49	(01.6)	5,534	(02.2)
신생물	345	523	631	(20.8)	55,005	(22.3)
혈액, 조혈기관 질환 및 면역기전을 침범하는 특정장애	0	5	3	(00.1)	473	(00.2)
내분비, 영양 및 대사 질환	37	79	114	(03.8)	11,145	(04.5)
정신 및 행동장애	6	60	76	(02.5)	6,769	(02.7)
신경계 질환	29	21	29	(01.0)	2,195	(00.9)
눈 및 눈부속기 질환	0	0	2	(00.1)	24	(00.0)
귀 및 유양돌기 질환	0	0	0	(00.0)	5	(00.0)
순환기계 질환	447	575	614	(20.2)	57,531	(23.3)
호흡기계 질환	43	83	105	(03.5)	13,011	(05.3)
소화기계 질환	181	194	193	(06.4)	14,920	(06.1)
피부 및 피하조직의 질환	0	2	9	(00.3)	356	(00.1)
근골격계 및 결합조직의 질환	5	19	38	(01.3)	2,561	(01.0)
비뇨생식기계 질환	15	31	41	(01.3)	2,918	(01.2)
임신, 출산 및 산욕	0	1	0	(00.0)	77	(00.0)
주산기에 기원한 특정병태	1	0	9	(00.3)	1,138	(00.5)
선천성 기형, 변형 및 염색체 이상	14	6	7	(00.2)	925	(00.4)
달리 분류되지 않는 증상, 징후와 임상 및 검사의 이상소견	401	609	689	(22.7)	39,414	(16.0)
사망의 외인(사고)	310	359	390	(12.8)	29,947	(12.1)
사망원인 미상			39	(01.3)	2,591	(01.1)

자료 : 보건복지부, 보건복지통계연보, 각 연도

- 1998년도 전국의 성인 유병율의 크기를 보면 고혈압, 당뇨, 심장병의 순으로 나타나고 있으며, 제주도의 경우도 비슷할 것으로 보임. 과거의 전염성 질환과는 달리 최근 만성질환의 유병율이 지속적으로 증가하고 있어 이에 대한 대책이 시급한 실정임.

〈표 33〉 전국 성인의 질병유병율 조사('98)

(단위: 인구 1,000명당 유병인구)

	위암	당뇨병	고혈압	중풍	심장병	간질환
20~29세	-	1.06	2.42	0.15	4.24	11.65
30~39세	-	6.15	16.44	1.13	6.65	20.71
40~49세	0.96	27.15	50.95	2.24	20.44	33.38
50~59세	2.58	69.01	119.72	14.08	44.13	34.51
60~69세	4.89	101.11	197	29.68	79.91	24.46
70세 이상	2.67	76.47	196.79	56.68	67.38	13.37
계	0.85	22.38	44.73	6.48	18.29	17.04

자료 : 한국보건사회연구원, 「국민건강 및 보건의식행태조사」, 1999.

○ 추진방향

- 검진율의 저하와 이상소견자들의 건강에 대한 인식부족 등으로 적기 치료가 이루어지지 못하고 있는 실정이 문제로 되고 있음. 질병양상의 변화에 따라 주민건강검진의 확대로 만성퇴행성질환을 예방하고, 건강에 대한 올바른 가치와 지식보급으로 건강생활을 실천할 수 있도록 함. 성인병의 조기발견, 치료를 위하여 정기 검진율을 지속적으로 향상시켜 나가되, 2011년에는 80% 이상의 검진율을 목표로 설정함.
- 흡연의 유해성과 올바른 음주방법에 대한 교육 등으로 건강생활의 실천여건을 조성하며, 보건소 단위에서 주민건강증진사업을 적극적으로 추진하여야 할 것임. 보건기관이 주민에 대한 건강증진과 예방활동의 중추적인 역할을 수행하여, 치료 중심의 민간의료기관, 민간단체 등과 상호보완으로 주민보건교육, 예방관리 활동을 강화하고, 특히 저소득층에 대한 무료검진과 추구관리를 병행하도록 함. 도민의 건강증진을 위한 기초조사의 수행·전략을 개발 및 관련 사업을 추진하는데 매년 일정한 규모의 재정을 투입할 필요가 있음.
- 방문보건사업이 노인·장애인 중심으로 되어 있어 모자보건, 보건교육, 영양지도 등 1차 보건의료 서비스의 포괄적 제공이 미흡한 실정임. 보건소, 보건지소,

보건 진료소별 역할분담으로 조직적이고 체계적인 방문보건사업의 전개가 필요하며, 방문보건사업용 차량과 진료세트 및 교육프로그램을 단계적으로 개발 보급하여야 할 것임.

라) 노인보건사업의 활성화

○ 필요성 (1999년, 노인건강실태조사 주요결과)

- 노인의 건강을 체계적으로 관리하고 지원할 필요가 있음.
- 고령화 사회로 접어든 노인보건은 개인만의 책임이라는 시각에서 국가책임이라는 시각 전환이 필요함.

○ 추진방안

- 노인보건예방 및 연구사업을 강화함.
 - 노인질환을 조기에 발견하고 건강지도 및 보건교육을 실시함으로써 노인건강 증진을 도모하여야 함.
 - 노인보건예방 및 건강증진을 위한 기본적인 연구사업을 추진하여야 함. 노인의 일상생활능력 향상을 위한 건강증진모형과 재가와상노인에 대한 서비스 제공모델의 개발 등 사회·문화적 여건에 적합한 사업수행 프로그램을 개발하기 위한 연구 및 평가사업을 추진함.
- 요 보호노인 및 재가노인에 대한 지역사회 방문보건복지서비스를 강화함.
 - 보건소가 재가노인을 위한 종합적인 노인보건복지사업의 중추기관이 되어야 함. 이를 위해 방문간호사업팀을 확대 재편하고, 사회복지요원과의 통합적 사업체계를 구축하여 노인인구를 위한 지역사회 방문보건복지사업을 포괄적으로 책임질 수 있게 해야 함.
- 혼자 사는 노인을 보호할 수 있도록 하는 위급관리 시스템을 구축함.
 - 보건소의 독거노인 방문간호팀과 도내 시·군 사회복지과의 통합적 사업체제로서 혼자 사는 노인에게 대한 보호대책을 강화함.

- 위급 상황시에는 보건소와 인근 사회복지관 및 소방서에 응급구조를 요청할 수 있는 ‘응급 자동신고 시스템’을 구축하고 방문간호팀의 추후관리서비스를 제공함.
- 주간보호(Day-Care) 및 단기보호(Short-Stay)시설을 확충함.
 - 부양하던 가족의 질병, 출장 등 부득이한 사유로 가족의 보호를 받을 수 없는 노인을 낮 동안 또는 수일간(2~3일간 또는 10~40일간) 입소시켜 급식, 목욕, 여가생활서비스 등을 제공하는 주간 및 단기보호시설을 단계적으로 확보함.
- 입원 및 입소를 요하는 노인성 만성질환에 대한 장기요양서비스 제공체계를 구축함.
 - 입원을 요하는 만성질환노인은 요양병상에 입원하고, 비교적 안정된 건강상태 이나 장기적 보살핌이 필요한 노인의 경우 요양시설에 입소할 수 있는 기회를 제공함.
 - 만성기 보건문제를 가진 노인의 효과적 보건관리를 위해서는 지역사회수준의 방문보건복지망의 구축, 만성질환 노인이 입소할 수 있는 중간단계의 노인요양시설의 증설, 급성기가 지난 노인의 입원치료 및 재활 등을 위한 노인요양병원의 설립 등의 노인보건서비스 전달체계가 필요함.

마) 건강증진 및 보건교육 사업의 강화

○ 필요성

- 적극적인 금연·절주를 위한 보건교육이 필요함.
- 건강에 대한 올바른 가치와 지식보급으로 건강생활 실천여건을 조성하고 지역 주민의 건강 위험요인을 조기 발견·관리하여 주민의 건강을 유지·증진함.

○ 추진방향

- 금연교육, 금연학교의 개설·운영 등으로 흡연률을 감소시키며, 특히 중·고 등학생의 흡연 위해성 인식을 강화하여 흡연률을 2011년까지 25% 미만으로

낮추어야 함. 무리한 권주 금지, 술잔 안돌리기, 1차에서 끝내기 등의 음주문화 개선운동을 적극 추진함. 금연·절주사업은 보건기관이 주축이 되고 도내 보건관련기관, 민간병원, 민간단체 등의 체계적인 협조체제가 필요함.

- 지역주민의 건강검진율을 높이기 위해 건강검진의 필요성에 대한 홍보를 강화함. 또한 보건당국은 성인병 예방교육을 도내 보건관련기관과 협조하여 적극적으로 실시함.

바) 지역사회 보건의료 정보망의 구축

○ 필요성

- 보건소에서 수행하는 보건업무에 표준화된 보건정보시스템을 개발하여 활용함으로써 공공보건의료 업무의 사무생산성을 향상시킴.
- 공공보건사업의 체계적인 관리로 도민 보건서비스를 향상함.

○ 추진방향

- 제주도민을 위한 건강증진 홈페이지 또는 포털사이트(시스템)를 운영하여 도민에게 종합적인 보건의료정보를 제공함(가칭 건강제주, Health-Jeju). 이 포털시스템에는 의료원, 보건소, 보건지소를 포함한 보건기관과 제주대학교병원 이 주도적으로 참여하고 참여를 희망하는 민간병원에 문호를 개방하여 제주도 전체를 포함하는 보건의료관련 종합서비스를 제공함. 이 서비스는 영유아 보건, 모자보건, 학교보건, 만성질환관리, 노인보건, 건강증진, 보건교육, 전염병 예방 등을 총 망라하여야 함.
- 영유아 보건관리를 전산화하여 체계적으로 관리할 필요가 큼. 보건소간에 온라인 전산망을 연결하고, 민간 병·의원에서 인터넷을 통해 예방접종 등의 영유아 건강관리 내역을 보건소에 등록할 수 있도록 하는 전산등록시스템을 구축함.
- 학교보건사업에서 시행되고 있는 신체검사, 체력검사 그리고 건강검진 결과가 전산화되어 체계적으로 관리할 수 있어야 함. 매년 제주도 학생의 체격, 체력

그리고 건강검진 실태에 대한 보고서를 발간함.

- 지역사회 내 만성퇴행성질환자를 전산 등록하여 이를 보건교육 및 예방사업을 체계적으로 수행하는 데 활용함.
- 새로운 보건사업관리 프로그램의 개발, 지역단위 보건사업의 실적 및 현황 정보를 체계적으로 관리하는 지역보건의료 DB의 구축, 정보의 원활한 수집 및 배포를 위한 인터넷 이용 정보활용체계의 구축, 전국 보건소를 연결하는 지역 보건소망의 구축 등 지역보건의료분야 정보시스템의 확대 개발 및 확산을 지속적으로 추진함.

사. 전염병 예방관리의 강화

- 1990년대 후반부터 과거에 유행하던 전염병의 재출현 또는 새로운 전염병의 발생이 전 세계적으로 증가하고 있는 추세이며, 최근에는 중증급성호흡기증후군이 신종전염병으로 세계적 걱정거리가 되었음. 제주지역의 경우에 국제자유도시계획 추진에 따라 내·외국인 등 유동인구가 현재보다 향후 더욱 더 증가할 것이 예견되므로 외래 유입 전염병의 발생 가능성이 그만큼 더 높아졌다 할 것임.

〈표 35〉 전염병 발생실태(2000년)

구 분	질 병					
	계	세균성 이질	말라리아	유행성 이하선염	홍역	기타
계	3,287	1,664	18	38	1,567	-
제 주 시	1,585	461	11	7	1,106	-
서귀포시	543	361	3	11	168	-
북제주군	435	276	3	7	149	-
남제주군	724	566	1	13	144	-

자료 : 제주도, 「전염병예방관리대책」, 2000

- 전염병의 발생과 유행을 방지하기 위해서는 지속적인 예방활동이 필요하며, 전

염병이 발생하였을 경우에는 이의 조기 차단을 위해 보건기관을 중심으로 모든 행정력을 총 가동해야 하며, 의료계, 학계 등 관계 전문가의 자문을 최대한 활용하는 체계를 구축해야 함.

- 대부분의 전염성 질환은 유치원, 초등학교를 중심으로 발생하는 경우가 많음. 따라서 평소 아동들에 대한 전염병 예방교육을 철저히 해야 하고, 전염병 발생 시 조기에 발견할 수 있는 감시체제를 구축하여야 할 것임.
- 제주국제자유도시계획의 추진에 따른 내·외국인 유동인구의 증가로 외래 유입 전염병 발생 가능성이 더 높아질 것인 바, 이에 대한 검역이 강화되어야 할 것이며, 외래 유입 전염병을 검사할 수 있는 시설·장비·인력 및 감시체계가 보장되어야 할 것임.
- 전염병의 예방은 민간의료기관의 협조가 절대적임. 따라서 전염병 유행시 공공기관은 민간의료기관과의 긴밀한 협조체제를 유지하여야 함. AIDS 환자에 대해서는 위험군에 대한 검사를 강화하고, 도 보건과는 이들 환자에 대한 관리를 철저히 하여야 할 것임.

아. 요양병원 추진방안

1) 요양병원의 필요성

- 핵가족화, 경로사상의 약화, 여성인력의 사회진출 증가 등으로 가정에서 노인 등 요양 대상자들을 지속적으로 돌보기는 어려운 실정임. 특히, 농어촌 지역에 사는 독거노인의 비율이 증가하는 추세이나 노인 등을 위한 요양서비스 제공 체계는 미비한 상태임.
- 제주지역의 경우, 이러한 문제는 크기가 더 심각하며, 도내 노인인구의 비율도 전국평균보다 높음. 이러한 추세는 향후 더 심화될 것임에도 도내 요양의료서

비스 제공체계는 사실상 전무한 상태임.

- 장기 만성질환자를 진료할 시설의 부족으로 가정에 머무르는 불편을 겪거나, 많은 비용이 요구되는 급성기 병상을 이용하고 있는 실정임. 의료측면에서 급성기 질환 기관에서 퇴원이 가능하나 급성기 시설과 가정간의 중간시설의 부재로 급성기 병상을 계속 이용하고 있음. 그 결과 환자 측의 경제적 부담이 가중됨은 물론 의료기관의 수익성도 저하되어 국가 차원에서는 자원을 낭비하는 결과를 초래함.
- 급성 및 만성기 시설의 구분 없이 모든 의료시설의 급성기 시설화로 인하여 자원의 낭비가 초래되고 있음. 즉, 급성기 질환자의 진료를 위한 조건을 갖춘 의료시설에서 만성기 질환자를 입원 진료할 경우 경제적 손실이 큼.

2) 요양병원 추진의 기본방향

- 증가하는 요양 수요를 충족시키고 급성기 병상공급의 과잉 및 환자수의 감소로 경영난에 봉착한 중소병원의 육성과 자원활용의 제고를 위하여 기존 중소병원 병상의 요양병상으로의 기능 전환을 유도함.
- 요양병원을 공공의료시설로 신축 또는 기존의 급성기 공공의료시설의 전부 또는 일부분을 요양병상으로 개편함.

3) 요양병원의 기능설정

- 요양병원은 의료법상으로 볼 때, 의사 또는 한의사가 그 의료를 행하는 곳으로서 요양환자 30인 이상을 수용할 수 있는 시설을 갖춘 의료기관(의료법 제3조)으로 정의됨. 노인병원, 재활병원, 회복기병원, 호스피스 등이 포함되고 정신병원과 노인요양시설은 제외됨. 외국의 경우와 같이 노인들이 요양병원의 주요 환자군을 형성할 것으로 예측되지만 노인요양시설과 같이 한번 입원하면

평생 서비스를 받는 시설은 아님.

- 요양병원은 미국의 아급성병원(subacute care, swing beds) 또는 전문요양시설(skilled nursing facility), 그리고 일본의 요양형병상군 및 노인병동에 해당하는 시설의 개념임. 현재는 의료시설의 기능이 미분화된 상태이기 때문에 요양병원의 기능을 초기부터 세분하기보다는 노인병원, 재활병원, 회복기병원의 기능이 합쳐진 형태로 요양병원을 운영하는 것을 고려할 필요가 있을 것임.
- 요양병원 대상 환자군은 다음과 같이 분류할 수 있음.
 - 종합병원 등에서 급성전문치료가 일차 종결된 환자로 회복 및 재활을 위한 요양 의료서비스를 필요로 하는 환자
 - 가정을 포함한 지역사회 내에서 적절한 요양서비스를 받지 못하고 있는 잠재적 노인 및 만성질환자
 - 암 등의 말기질환 환자
- 위의 대상 중 초기에는 종합병원 등 급성기 질환 의료기관에서 회복이나 재활이 요구되는 환자를 우선 대상으로 함(재정을 고려). 현재 가정에 머무르고 있는 환자에 대해서는 방문진료 등을 활성화하고, 호스피스의 경우는 증상을 고려하여 요양병상의 일부를 활용함.
- 한편, 요양병원의 서비스 기능별 주요 환자군은 기능저하군, 재활환자군 및 호스피스 도움을 받는 말기환자군으로 구분됨.
 - 기능저하군 : 정신적, 신체적 기능저하에 의한 일상생활 장애로 감독·관찰이 필요한 환자(노인만성질환, 중풍 등)
 - 재활환자군 : 물리치료, 작업치료, 언어치료를 필요로 하는 환자(주로 외과계 : 사고, 수술후 재활요법 실시)
 - 말기환자군 : 암, AIDS 등의 질환을 갖고 있어 임종이 예상되는 환자

4) 대상 환자수의 추계

- 현재 일반병원에 입원중인 환자 중 장기요양서비스를 제공받는 환자가 우선 요양서비스의 대상이 될 것이므로 이 규모를 먼저 추계할 필요성이 있음.
- 환자의 각 질환군별로 입원환자들의 재원일수 분포를 분석하여 재원일수가 장기화된다고 판단되는 기준 시점을 설정하고, 이 시점 이후의 재원기간에 대하여 장기요양서비스가 필요한 것으로 간주하여 장기요양서비스의 수요를 산정하는 것이 타당할 것임. 이에 따른 전문연구기관의 분석 결과, 총 입원환자의 13%, 총 재원일수의 34%가 장기요양서비스 대상으로 나타났음.

5) 요양병원 서비스의 유형

- 입원서비스
 - 장기 입원 만성질환자 특성에 부응하는 진료, 간호, 기능치료, 재활서비스 등의 통합적인 서비스를 제공함.
 - 종합병원 등 급성기 질환 병원과의 연계체계를 확립하여 요양이 요구되는 환자는 의뢰받고, 급성질환이 발생할 경우에는 일반병원으로 의뢰함.
 - 입·퇴원 환자관리와 불필요한 입원을 억제하기 위해 장기적으로는 외래, 가정간호, 낮 병동(day hospital) 등과의 연계를 고려함.
- 낮 병원 서비스
 - 낮 병원(day hospital, day care unit)은 의료적인 처치보다는 기능훈련을 포함한 재활서비스를 주로 제공하며 일상생활에 필요한 자가간호방법 지도, 개인위생(목욕, 세발, 몸단장, 대소변 가리기 등)간호, 식사보조 등의 서비스를 지원함.
 - 낮 병원의 기능은 원칙적으로 외래에서 제공하되 낮 병동을 활용함.
- 외래진료
 - 요양병원에의 입·퇴원을 관리함. 즉, 외래를 통한 입원의 결정, 퇴원환자에

대한 외래서비스 등을 제공함.

- 응급실은 개설하지 않으며, 중환자가 발생할 경우에는 입원병동에서 응급조치를 한 후 가까운 일반병원으로 후송 조치함.

○ 방문간호

- 요양병원 방문간호 프로그램의 효율적 운영을 위하여 기존 종합병원의 가정간호와 보건소의 방문보건사업과의 밀접한 연계체계를 수립함.
- 초기단계의 주요 대상자는 고혈압, 당뇨병으로 거동불능자, 독거노인, 뇌졸중, 기타 거동불능질환자 등이 될 것임. 향후 중등도 치매환자와 일상생활 불가능자, 외래치료를 받는 정신질환자까지 확대할 수 있을 것임.

○ 호스피스

- 말기환자의 신체적, 정신적 요구에 부응하며 가정과 같은 편안한 분위기를 느끼도록 호스피스 팀이 개별적인 환자중심의 간호를 제공하는 프로그램임.
- 호스피스 팀은 다양한 보건전문직들로 구성된 팀 접근 방식으로 말기환자의 통증관리를 주로 수행하고, 전문간호사가 의료 및 지원서비스의 조정자 역할을 수행하며 숙련된 호스피스 자원봉사 팀을 활용하도록 함. 또, 호스피스 도움 프로그램은 입원환자 서비스와 가정간호 서비스로 구분하여 운영함.

6) 요양병원 확보방안

가) 필요 요양병상 수

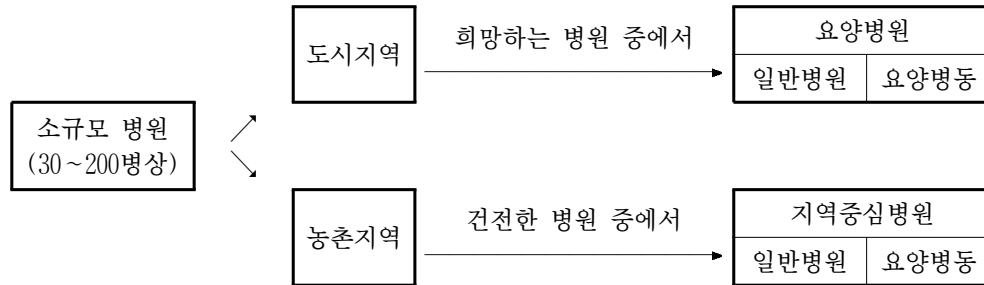
- 일반병상 입원환자 총재원일수의 34%가 요양병원 입원대상자였음을 보고한 전문연구기관의 분석을 고려할 때 도내 의료기관 전체 입원병상(총 1,573개)의 34%인 535병상은 사실상 장기요양환자가 급성기 일반병상에 입원해 있는 것으로 예측됨. 또, 장기요양을 필요로 하지만 경제적 여건이 허락하지 않는 등의 이유로 지역사회에 방치되어 있는 환자들의 수요는 고려하지 않더라도 현재 시

점에서 최소한 535병상 이상의 요양병상이 필요함.

- 현재 시점에서 제주도내 병상이 전국평균 기준보다 부족한 점을 고려해 볼 때, 필요 요양병상의 규모는 더 커질 것임.
- 전국평균을 목표치로 한 필요병상 추계에 의하면, 2011년도에 약 1,200병상의 만성기 질환 및 요양전문 병상이 필요할 것으로 추정됨. 이는 만성기 질환자의 비율을 30%로 최소 추정한 것임.

나) 요양병상 확보 방안

- 병원급 이상 의료기관 중 일부 의료기관을 요양병원으로 기능 전환하는 방안이 있음.
 - 이는 전국적으로 소규모 병원급 의료기관의 상당수가 급성단기질환에 대한 입원 의료서비스의 제공기관으로 부적절하여 질적 수준을 보장할 수 없고 경쟁력도 떨어지고 있어 이들 기관의 경영이 큰 어려움을 겪고 있기 때문임.
 - 향후 병상수가 충분한 지역의 의료기관에 대해서는 병상의 일부를 요양병상으로 전환하도록 유도함.
 - 일반병원이 병원전체 또는 잉여병상의 일부를 요양병원으로 기능 전환할 경우, 시설 개·보수비 등 전환비용이 소요됨. 요양병원(동)으로의 투자를 유인하기 위해서는 재정융자특별회계(재특)자금 또는 농어촌특별세관리특별회계(농특)자금 등을 요양병원 육성자금으로 지원하던지, 또는 제주도 차원의 별도 지원 방안을 강구할 필요가 있음.
 - 현재 제주도의 병상수가 전국평균에 비해 부족하고, 도내 병상가동률이 86%로 상대적으로 높아 도내 일반병원의 요양병원으로의 기능전환이 그리 용이하지는 않을 것이나 여건이 조성된다면 병상가동률이 60~70%대에 불과한 일부병원의 요양병장으로의 기능전환 또는 일부 기능전환이 가능할 수도 있을 것임.



〈그림 3〉 일부병원(상)의 요양병원(상)으로의 전환 모형

- 현 제주의료원인 치매·정신 전문병원 병상을 우선 요양병상으로 활용하는 방안을 극대화하고, 단계적으로 관련 병상을 추가 증설하도록 함.
 - 급성기 정신전문병상의 설치는 최소화하고, 정신요양병상과 치매병상 및 노인 만성질환 요양병상을 중심으로 한 요양병원체계로 운영하는 방안을 강구함.
- 향후 500병상 이상 규모의 신축 제주대학교병원이 개원할 경우, 기존에 인수하여 사용하던 256병상의 제주의료원을 민간 또는 공공기관이 요양병원으로 기능 전환하여 운영하는 방안을 추진함.
 - 이 경우, 이 요양병원은 정신요양과 치매환자를 제외한 재활서비스 중심의 장기 만성질환자 요양병상 서비스, 낮 병원 서비스, 외래진료, 방문간호, 호스피스 등의 서비스를 제공하는 종합적 요양병원으로 활용함.
- 이밖에 이후 추가적인 요양병상 수요에 대해서는 민간의 신규 요양병원 설립 유도 또는 공공병원의 기능전환을 추진해야 할 것으로 판단됨.

다) 요양병원과 복지와의 연계 필요성

- 요양병원은 급성기병원, 노인요양시설, 정신병원 및 가정 등과 연계하여 돌봄의 연속성(continuum of care)이 이루어질 수 있는 중간역할을 수행할 수 있어야 함.
- 특히 상병상태와 재원기간을 통제함으로써 발생하는 퇴원으로 인한 환자의 이

전을 위해서는 간호시설(nursing home)을 비롯한 복지시설이 연계되어야 함. 즉, 요양병원에서 퇴원한 환자들이 이용할 수 있는 시설과 방문서비스 등이 제도적으로 마련되어야 함. 이러한 연계가 없으면 요양병원의 본래 목적을 달성하기는 어려울 것이기 때문임.

자. 장기요양보호 서비스 인프라 및 전달체계의 구축

1) 장기요양보호 서비스의 인프라

가) 보건복지 통합서비스로 접근

〈표 36〉 보건복지통합 장기요양서비스 영역

복지서비스	통합서비스	보건서비스
○ ADL 지원서비스(배변처리, 식사보조, 개인위생, 목욕 등) ○ IADL 지원서비스(가정관리, 심부름, 교통수단제공 등) ○ 여가생활 지원(Activity Program 조정 등) ○ 사회심리적 상담 ○ 개인식사배달 ○ 긴급통화/연락 장치 서비스 ○ 자원봉사자 서비스 관리 및 조정 ○ 교통수단 지원서비스(의료 기관 이용시 동반 및 교통수단 지원 등)	○ 케어/사례 관리 서비스 ○ 노인 호스피스(임종 서비스) ○ 치매노인 케어관리 ○ 의료·복지용구 및 주택 개조 지원서비스 ○ 가족보호자 및 집단 교육/훈련 서비스 ○ 안부전화 및 응급지원서비스	○ 의사, 치과의사 등의 요양 관리 및 지도 ○ 간호 - 시설간호 - 가정(방문)간호 ○ 재활(기능회복훈련) 서비스 - 가정방문 재활 서비스: 물리치료(PT), 작업치료(OT) - 통원 재활 서비스: 물리치료(PT), 작업치료(OT) - 시설 재활 서비스: 물리치료(PT), 작업치료(OT)

- 복지서비스는 주로 일상생활, 여가생활, 사회심리적 상담 등의 사회적 지원서비스임.
- 보건서비스는 주로 의사, 치과의사, 간호사, 물리치료사 등의 의료관련 인력이 전문적인 의료·요양관리 및 지도 등의 보건의료 지원서비스를 제공하는 것임.

- 통합서비스는 복지와 보건서비스가 연계되어 지원되어야 할 사례관리, 호스피스, 치매관리 등의 지원서비스를 말함(〈표 36〉 참조).

나) 장기요양 대상자 등급별 제공서비스 방안

〈표 37〉 장기요양 대상자 등급별 요구 서비스(안)

서비스 \ 케어등급		1등급 (경증)	2등급	3등급	4등급	5등급	6등급 (중증)
케어사례관리		●	●	●	●	●	●
의학적 치료		○	○	◎	◎	●	●
재택요양관리지도	의학적 관리			○	◎	●	●
	구강관리			○	◎	●	●
간호	간호	●	●	●	●	●	●
	가정간호	◎	◎	●	●	●	●
	방문보건	◎	●	●	○	○	
사회복지		●	●	●	●	●	●
재활서비스	방문재활	◎	◎	●	●		
	통원재활		◎	◎	●	●	●
ADL 지원서비스	식사보조	○	◎	◎	●	●	●
	배변보조	○	◎	◎	●	●	●
	목욕보조	○	◎	◎	●	●	●
	개인위생	○	◎	◎	●	●	●
이동목욕 서비스			○	◎	◎	●	●
IADL 지원서비스	가정관리		◎	◎	●	●	
	심부름(장보기)		◎	◎	●	●	
	세탁·청소		○	○	◎	◎	
식사배달서비스				◎	◎	●	●
언어·청각치료					◎	◎	●
호흡치료					◎	●	●
오락치료		○	○	◎	◎		
복지용구 지원		○	○	○	◎	◎	◎
주택개조 지원					○	○	○
교통수단 지원				○	○	◎	◎
안부전화					○	○	○
응급지원서비스					○	○	○
말벗서비스				○	○	○	
서비스 제공원칙		재가보호 서비스			시설보호 서비스		

주) 우선순위 정도 ○ 낮음 ◎ 중간 ● 높음

- 대상자의 요구에 따른 적정수준의 서비스를 제공함(장기요양 대상자의 요구를 평가하는 도구를 사용함).
- 장기요양보호 대상자를 6등급으로 분류(1급(경중)~6급(중중))할 수 있을 것이며, 등급이 낮을수록 재가보호 서비스, 등급이 높을수록 시설보호 서비스를 제공하는 것을 원칙으로 함(<표 37> 참조).

다) 재가보호 서비스

- 방문간호(<표 38> 참조).
 - 간호, 케어/사례관리, 상담, 보호계획 수립, 호스피스 서비스 등을 제공함.

<표 38> 재가서비스 기능분류 및 구체적 서비스(안)

서비스 기능분류		구체적 서비스
방문간호		간호, 케어/사례관리, 건강검진, 상담, 보호계획 수립, 호스피스
수발도우미(간병·가사지원 인력) 서비스		ADL지원서비스(식사보조, 배변, 목욕, 개인위생 등), 가사지원서비스(가정관리, 심부름, 장보기 등)
주간보호	(일반)	케어/사례관리, 간호, 재활서비스, 상담, ADL지원서비스(식사보조, 배변, 목욕, 개인위생 등), 여가생활 지원 등
	(치매)	치매노인 중심 주간보호로 일반 주간보호 서비스 포함
단기보호	(일반)	케어/사례관리, 간호, 재활서비스, 상담, ADL지원서비스(식사보조, 배변, 목욕, 개인위생 등) 등
	(치매)	치매노인 중심 단기보호로 일반 단기보호 서비스 포함
급식서비스		개인 식사배달 서비스
재활서비스	방문재활	작업치료, 물리치료 등
	통원재활	작업치료, 물리치료 등
재가요양관리지도		의학적 관리, 구강관리
복지용구대여 및 지원		복지용구 대여 및 지원
주택개조지원		주택개조 지원
교통수단 지원		의료기관 이용시 동반 및 교통수단 등 지원
안부전화 및 응급지원 서비스		일정시간 안부전화 및 응급상황 발생시 도움요청 전화 지원서비스
말벗 서비스		말벗, 책읽기 등 지원서비스

○ 수발도우미(간병·가사지원 인력) 서비스

- ADL 지원서비스(식사보조, 배변, 목욕, 개인위생 등), 가사 지원서비스(가정관리, 심부름, 장보기 등) 등으로 기존의 간병인 제도 등을 활성화하여 운영함.

○ 주간보호

- 치매노인과 일반노인으로 구분하여 운영 → 제공하는 서비스 내용이 상이하며, 일반적으로 일반노인들이 치매노인과 구분하여 서비스 받기를 원함.
- 케어/사례관리, 간호, 재활서비스, 상담, ADL 지원서비스(식사보조, 배변, 목욕, 개인위생 등), 여가생활 지원 등의 서비스를 제공함.

○ 단기보호

- 치매노인과 일반노인으로 구분하여 운영함.
- 케어/사례관리, 간호, 재활서비스, 상담, ADL지원서비스(식사보조, 배변, 목욕, 개인위생 등) 등을 제공함.

○ 급식서비스

- 개인 식사배달 서비스

○ 재활서비스

- 통원재활인 경우, 거동가능 노인들이 재활관련 의료기관에서, 방문재활인 경우, 재활관련 의료인력이 직접 거동불편 또는 불가능 노인들의 가정에서 서비스를 제공하도록 함.
- 작업치료, 물리치료 등의 재활서비스를 제공함.

○ 재가 요양관리지도

- 의학적 관리, 구강관리, 방문투약지도, 상담 등의 서비스를 제공함.
- 일본의 경우, 의사·치과의사가 의학적 관리와 지도를 수행하며, 약제사·치과위생사·영양사 등이 의사·치과의사의 지도·처방 하에서 관련 서비스를 제공함.

- 복지용구 대여 및 지원
- 주택개조 지원
- 교통수단 지원
- 안부전화 및 응급지원 서비스
- 말벗 서비스

라) 시설보호 서비스

- 노인의료복지시설(〈표 39〉 참조).
 - 기본적으로 현재의 요양시설과 전문요양시설의 기능을 통합하여 운영하되, 입소노인들의 정신적 육체적 기능수준에 따라 구분하여 이에 적합한 서비스를 제공함.
 - 케어/사례관리, 의료적 치료, (전문)간호, 호흡치료, 건강관리, ADL 지원서비스(식사보조, 배변보조, 개인위생, 목욕 등), 식사제공, 재활, 오락치료, 여가생활 지원, 오락치료, 상담, 노인호스피스, 치매노인 케어관리 등의 서비스를 제공함.
 - 일정 수준의 지역사회 단위에서 단기보호 및 주간보호 서비스를 제공하는 중심적 역할을 수행함.

〈표 39〉 장기요양시설의 기능분류 및 주요서비스(안)

시설기능분류	주요 서비스
노인의료 복지시설	케어/사례관리, 의료적 치료, (전문)간호, 호흡치료, 건강관리, ADL 지원 서비스(식사보조, 배변보조, 개인위생, 목욕 등), 식사제공, 재활, 오락치료, 여가생활지원, 오락치료, 상담, 노인호스피스, 치매노인 케어관리 등의 서비스 제공, 단기보호 및 주간보호 서비스
요양병원	의료서비스 강화, 전문간호, 재활, ADL 지원서비스 등을 제공하는 의료시설

○ 요양병원

- 만성질환노인을 대상으로 의료서비스 강화, 전문간호, 재활, ADL 지원서비스 등을 제공하는 의료시설을 말함.

2) 장기요양서비스 전달체계의 구축

- 우리 지역사회에 거주하고 있는 노인들이 어떠한 보건복지서비스를 요구하고 있는지를 알아보기 위해서는 노인의 기능상태를 평가해야 함. 평가 결과로는, 요양이 필요한 군, 가정방문간호가 필요한 군, 간헐적인 간병과 재활서비스가 필요한 군, 가사보조 서비스가 필요한 군, 필요정보의 제공 및 관련기관과의 연계서비스가 필요한 군 등의 5가지 군(Groups)으로 나뉘게 될 것임.
- 우리나라에서 일부 지역사회에 거주하는 노인을 대상으로 한 실증연구의 결과를 보면, ‘정보제공과 연계 필요 군’이 43.9%로 가장 많았고, 다음으로 ‘간헐적 간병 필요 군(29.2%)’, ‘가사 보조 필요 군(15.8%)’, ‘가정방문간호 필요 군(11.2%)’의 순으로 나타났음.¹¹⁾
- 이러한 노인의 기능상태는 누군가가 평가를 해야 하는 바, 한 가지 분명한 것은 평가를 위한 통로는 하나여야 하고, 전문성이 있는 자가 해야 한다는 것임. 보건소에 근무하는 방문보건 간호사나 특별하게 훈련받은 사회복지사가 이 일을 하는 것이 옳을 것임. 이들이 일정한 훈련을 받은 후에 단일등록 창구를 관리하는 사례관리자가 되면, 지역사회의 모든 노인들은 전문적 사례관리자로부터 자신의 요양 필요 정도를 평가받게 되고, 필요의 정도에 따라 그에 알맞은 요양서비스를 받을 수 있게 될 것임.
- 어떤 노인은 보건소가 중심이 되어 체계적으로 수행하게 될 방문보건서비스를

11) 한국보건산업진흥원. 장기요양보호 대상노인의 건강유지 증진을 위한 지역사회 연계모델 개발 연구. 2002.

2일에 한 번 꼴로 받을 수도 있고, 다른 노인은 가정봉사원의 가사보조 서비스를 받을 수도 있을 것임. 필요에 따라서는 지역사회에 산재해 있는 주간보호 또는 단기보호시설을 이용할 수도 있음. 만약에 가정에서 재가서비스로 돌볼 수 없을 정도라면 지역사회의 요양시설에 입소할 수도 있으며, 비교적 장기간의 전문적 입원치료가 필요한 경우라면 요양병원에 입원할 수도 있을 것임. 또, 요양시설에 입소 중인 노인에게 갑자기 급성기 질환상태가 발생하면, 종합 병원이나 제주대학교병원의 전문적 치료서비스를 받게 될 것임.

- 이상에서 설명한 내용이 바로 ‘노인 장기요양서비스의 전달체계’임. 제주도에 거주하는 모든 노인들이 필요한 보건복지서비스를 필요한 만큼 적절하게 향유할 수 있는 시스템의 구축, 이것이 관광 휴양도시 제주의 인프라라 할 것임. 이를 위해서는 보건-복지-행정의 책임자들이 ‘지역사회 노인요양정책 협의체’를 구성할 필요가 있을 것임. 협의체는 지방자치단체장 및 담당부서장, 보건소장, 복지관장, 요양시설의 장, 연계 의료기관의 장 등으로 구성하고, 보건소장이 지역사회 장기요양 연계체계의 중심에 서도록 해야 할 것임.
- 물론, 이러한 ‘제주도 노인 장기요양서비스 전달체계’의 성사여부는 지방정부와 지방정치, 그리고 제주도민의 몫임.

제 4 장 제주도 관광, 휴양산업과 보건의료 인프라의 연계방안

1. 제주 휴양형 주거단지 개발계획(안)의 현황과 주요 내용

- 제주 휴양형 주거단지 개발사업은 제주국제자유도시특별법에 의한 제주국제자유도시 추진 전담조직인 '제주국제자유도시개발센터'가 추진하고 있는 7대 선도 프로젝트의 하나임.
- 2002년 3월 본 사업의 타당성조사 및 개발방안에 관한 연구용역을 토지공사에 발주하였으며, 그 결과를 2003년 3월에 발표하였음. 이후 주민의 의견 등을 반영하여 조정안을 마련하게 된 것임. 개발센터는 이후에도 단계적인 주민의견 수렴절차를 밟을 예정이라고 함.
- 이후의 글에서 제시되는 내용은 '제주국제자유도시개발센터'가 2003년 9월 발표한 '제주 휴양형 주거단지 개발계획(안)'을 정리한 것임.

가. 사업의 개요

1) 사업의 추진배경

- 국제자유도시 비전 실현
 - 동아시아 중심에 위치하고 천혜의 자연경관과 청정환경을 보유하고 있음.
 - 세계적인 관광휴양도시 건설의 정책목표 달성을 위한 사업임.
- 지역발전의 계기
 - 지역균형발전을 위한 고부가가치형의 휴양산업을 도입함.

- 단순 관람형 관광에서 체류형 관광으로 전환하는 관광명소를 조성함.
- 휴양 및 건강관련 시장의 성장
 - 건강 및 보양 관련 시장의 세계시장 규모는 연간 약 60조원에 달함.
 - 국제적인 휴양관광객 및 비즈니스 수요에 적극적으로 대처함.
- 소득수준 향상과 여가시간의 증대
 - 경관 감상 위주의 관광에서 휴양, 보양형 관광으로 행태가 변화하고 있음.
 - 주5일제 도입으로 인한 여가, 관광시장의 증대와 고급화에 대응함.

2) 사업의 목표

- 주거, 레저, 의료기능이 결합된 세계적인 휴양형 주거단지 개발
 - 휴양, 보양 중심의 체류형 주거단지 조성과 세계적인 전문병원 유치
 - 국제적 고급 휴양객 유치
- 지역발전 및 국제자유도시 기반 구축
 - 개발을 통한 지역기반시설의 확보와 쾌적한 정주환경을 조성함.
 - 주변 지역과의 연계를 통한 개방된 지역중심시설로 지역발전을 추구함.
- 지역환경의 보전 및 활용과 고부가가치형 건강, 보양산업 도입
 - 지역환경의 보전과 활용을 통해 친환경적 건강, 보양산업을 도입함.
 - 대체의학분야와 전문의료시설 등 특화된 고부가가치형의 휴양산업을 도입하고 이를 통해 지역산업을 발전시킴.

3) 사업의 개요

- 사업명칭 : 제주 휴양형 주거단지 조성사업
- 사업목적 : 주거, 레저, 의료기능이 결합된 세계적 수준의 휴양형 주거단지 조성

- 위치/면적 : 제주도 서귀포시 예래동 일원(22만평)
- 소요자금 : 4,366억원(공공 780억:18%, 민간 3,586억:82%)
- 사업기간 : 2003. 09. ~ 2009. 12.

나. 개발계획(안)

1) 개발의 방향

- 세계적 수준의 특화된 휴양형 주거단지 조성
 - 휴양과 보양시설을 배경으로 하고 체제와 정주형 주거시설을 기반으로 한 특화된 휴양주거단지를 조성함.
 - 소득수준의 향상과 여가시간의 증대로 인한 가족휴양객 및 일본, 중국을 비롯한 동남아 휴양관광객을 위한 복합휴양시설을 조성함.
 - 국내외 기업가, 비즈니스 맨, 휴양/보양 관광객 등의 고급수요를 충족시킬 수 있는 세계적 수준의 쾌적한 휴양형 주거단지를 조성함.
- 지역개발 및 지역발전 유도
 - 휴양형 주거단지 조성을 통해 주변지역의 생활환경을 개선함.
 - 중문단지 및 주변 기존마을과의 연계도로 등 기반시설을 확충하여 지역발전과 파급효과를 제고함.
 - 단지 내 지역주민들이 이용할 수 있는 커뮤니티센터, 문화시설, 그리고 생활편의시설 등을 조성하여 지역문화의 중심시설로 활용토록 함.
- 지역의 청정환경을 보존하고 친환경적 휴양산업을 선도함.
 - 지역환경(대왕수련, 예래천, 논짓물 등)을 보전하여 청정환경을 유지하고, 이를 친환경적 건강/보양산업의 배경으로 적극 활용함.
 - 세계적으로 저명한 의료센터(심장병센터, 생명연장센터, 노화방지연구센터 등)

를 적극적으로 유치할 수 있는 기반시설을 조성함.

- 한방의학, 서양의학과 더불어 특화된 보양형 의료분야(대체의학: 자연/민간요법, 아로마요법, 온천요법, 해수치료요법 등)를 적극 도입함.

2) 도입시설 구상(안)

○ 주거시설

- 단독형 주택 : 저층형 단독주택으로 1~2층 규모의 국제적인 주거시설로 조성함.
- 빌라형 공동주택 : 빌라형 공동주택으로 3~6층 규모의 중층형으로 조성

○ 의료시설

- 전문병원 및 부속주거시설 : 세계적 수준의 분야별 동서양학 전문병원(심장의료센터, 노화방지의료센터, 생명연장센터 등)과 부속주거시설
- 보양종합센터 : 대체의학센터(스파치료센터, 아로마요법센터, 해수치료센터 등), 부티센터(미용성형센터, 마사지센터 등), 및 보양관련 연구센터

○ 휴양문화시설

- 휴양문화시설 : 마리나시설, 온천시설, 체육/운동시설, 공연/전시시설 등, 지역 커뮤니티센터(지역문화전시관, 회의 및 정보화 교육시설, 실내운동시설, 전자도서관, 종합안내소 및 관리센터 등)
- 숙박시설 : 보양콘도, 단기지원 기숙사

○ 공공편익시설

- 생활편익시설 : 업무시설 및 지원시설, 근린생활시설, 유흥 및 오락시설, 상가 및 식당가 등
- 공공기반시설 : 생태공원, 담수욕장, 야외공연장, 중앙광장, 산책로, 녹지, 도로, 주차장, 화장실, 공급/처리시설 등

3) 토지이용계획

- 전체 부지면적 220,000평을 주거시설용지에 23%(51,000평)를, 의료시설용지에 7%(15,400평), 휴양문화시설용지 23%, 공공편익시설용지 47% 등으로 배정함.

다. 사업추진방법 및 향후 일정

1) 사업시행 방안

- 선 토지취득 후 체계적인 계획/개발
 - 개발센터가 주 사업시행자로 토지를 선 취득한 후에 전면적인 계획 및 개발을 실시함.
- 공공주도의 기반시설 조성으로 지역발전 유도
 - 중문단지와의 연계통로 확보와 기존마을과의 도로개설
 - 대왕수천의 생태공원 조성은 서귀포시의 기존 대왕수천 정비계획과 연계하여 추진함.
 - 지역 커뮤니티센터, 논짓물 담수욕장, 근린생활시설 등은 지역주민의 의견을 적극적으로 반영함.
- 지구단위 계획 및 도시설계에 의한 계획관리
 - 지구단위 도시설계를 통한 단지 전체의 통일성과 조화를 유지함(경관/미관을 통제, 난 개발을 억제함).
 - 지구별로 지역·시대별 건축양식을 도입하여 단지의 다양한 테마성 부여 및 단지 특화
- 적극적인 국내·외 투자유치의 전개
 - 인허가 및 부지조성 후 주요시설에 대해서는 국내·외 관련업체를 대상으로 투자유치를 전개함.

- 전문병원 및 보양종합센터 등은 사업초기부터 개발/운영에 참여할 국내·외 투자자를 적극 유치함.

2) 사업추진 일정

- 2003. 09. ~ 12. : 지역주민 의견 수렴
- 2003. 12. ~ 2004. 08. : 개발사업 시행승인을 위한 환경, 교통, 재해영향평가 등 조사설계 용역
- 2004. 10. : 개발사업 시행 승인
- 2004. 10. ~ 2005. 04. : 공사발주를 위한 실시설계 용역실시
- 2005. 07. : 시설공사 착공/건축설계 발주
- 2006. 09. : 부지조성 완료

2. 제주대학교병원의 신축 및 발전 계획

가. 제주대학교병원 신축의 필요성

1) 대학병원에 부합하는 병상규모의 확보

- 제주대학교 의과대학 건립에 따른 적정규모의 대학병원이 요청됨.
- 기존의 구 제주의료원 건물로는 대학병원으로서의 기능과 역할을 수행하기에는 명백한 한계를 지니고 있음.

2) 지역거점병원의 필요성

- 기존 제주의료원이 도민에게 제공하였던 공공의료서비스를 지속적으로 제공할 필요가 있음.
- 제주대학교병원은 지역 내 급성기 의료 및 응급진료 제공기관으로서의 역할을 수행해야 함.
- 제주지역 내에서 보건의료인력 재교육의 장을 제공해야 함.
- 지역 내 특성을 반영한 질병연구의 중심기관이 되어야 함.

3) 종합전문요양기관의 필요성

- 섬이라는 지리적 특성상 고난도 질병치료의 경우, 지역주민의 경제적 부담은 타 지역에 비해 상당히 높음.
- 현재까지 상당수의 고난도 질병치료를 위해서 수도권 등 육지로의 이동이 계속되고 있으며, 이로 인해 진료비 부담 이외에 항공료, 체재비, 보호자 근로시간 제한 등의 경제적인 비용부담이 가중되고 있음.
- 현재까지 섬 지역의 특수질환 및 노인성 질환에 대한 전문적인 진료를 제공하는 의료기관은 전무한 실정임.

4) 국제자유도시 기반조성을 위한 보건의료 인프라 구축의 필요성

- 국제자유도시계획에 의하면, 2011년에 제주도 관광객은 약 920여만명, 상주인구는 62만여명으로 증가할 것임.
- 산업 역시 관광, 휴양, 실버, 제한적 국제금융, 교육, 생물산업 등이 발전할 전

망으로 동북아의 거점을 추구하고 있음.

- 한편, 외국 관광객과 외국인의 거주 등 유입에 따라 새로운 질병의 유발 가능성, 섬이라는 고립된 지역에서의 대형재난에 대비한 응급의료서비스 제공의 필요성 등 보건의료에 대한 각별한 대책이 요구됨.

나. 신축 제주대학교병원의 적정 병상규모 검토

1) 인구현황 및 추이

- 전체인구 : 1991년 이후 증가추세가 지속되었음(연평균 1.0%). 그러나 최근 증가율이 둔화되고 있음(<표 40> 참조).

<표 40> 제주도의 인구현황 및 추이

구분	전체		65세이상		
	인구(명)	전년대비 증가율(%)	인구(명)	구성비(%)	전년대비 증가율(%)
1991	496,119	-	30,378	6.1	-
1992	506,222	2.0	30,558	6.0	0.6
1993	511,019	0.9	31,380	6.1	2.7
1994	514,449	0.7	32,567	6.3	3.8
1995	519,394	1.0	33,756	6.5	3.7
1996	523,736	0.8	34,865	6.7	3.3
1997	528,360	0.9	36,582	6.9	4.9
1998	534,715	1.2	38,875	7.3	6.3
1999	539,493	0.9	41,153	7.6	5.9
2000	543,323	0.7	43,334	8.0	5.3
2001	547,964	0.9	45,570	8.3	5.2
2002	552,310	0.8	48,099	8.7	5.5
제주시	290,664	-	17,461	6.0	-
서귀포시	84,662	-	7,341	8.7	-
북제주군	100,824	-	13,658	13.5	-
남제주군	75,960	-	9,639	12.7	-

자료 : 통계청, 주민등록인구, 각 년도

- 65세 이상 인구 : 역시 1991년 이후 증가추세가 지속되었으며(연평균 4.3%), 특히, 전체 인구 증가율에 비하여 급증 추세를 보임.
- 장래인구추계에 따르면 전체인구증가는 그다지 크지 않으나, 65세 이상 인구의 경우 구성비가 점차 증가하여 2020년 경에는 15.4%에 육박할 것으로 추계됨 (〈표 41〉 참조).

〈표 41〉 제주의 장래인구추계

구분	계		0~14세		15~64세		65세~	
	인구(명)	구성비(%)	인구(명)	구성비(%)	인구(명)	구성비(%)	인구(명)	구성비(%)
2005	540,291	100.0	118,974	22.0	366,831	67.9	54,486	10.1
2006	542,892	100.0	116,669	21.5	369,274	68.0	56,949	10.5
2007	545,509	100.0	113,938	20.9	372,060	68.2	59,511	10.9
2008	548,091	100.0	111,017	20.3	375,327	68.5	61,747	11.3
2009	550,236	100.0	108,006	19.6	378,592	68.8	63,638	11.6
2010	552,174	100.0	105,036	19.0	381,765	69.1	65,373	11.8
2011	554,099	100.0	101,655	18.3	385,242	69.5	67,202	12.1
2012	556,009	100.0	98,472	17.7	388,083	69.8	69,454	12.5
2013	557,758	100.0	95,562	17.1	390,396	70.0	71,800	12.9
2014	559,100	100.0	92,728	16.6	392,342	70.2	74,030	13.2
2015	559,916	100.0	89,840	16.0	394,092	70.4	75,984	13.6
2016	560,665	100.0	87,962	15.7	395,283	70.5	77,420	13.8
2017	561,385	100.0	86,407	15.4	395,512	70.5	79,466	14.2
2018	562,106	100.0	84,905	15.1	395,774	70.4	81,427	14.5
2019	562,767	100.0	83,482	14.8	395,641	70.3	83,644	14.9
2020	563,377	100.0	82,170	14.6	394,701	70.1	86,506	15.4

자료 : 통계청, 장래인구추계, 2001.

2) 의료기관 공급현황

- 제주도 내 병원급 이상 의료기관은 총 10개소, 1,944병상으로 이 중 요양병원의 형태를 가지고 있는 제주의료원과 한방병원인 제주한방병원을 제외하면 총 8개소, 1,605병상임(〈표 42〉 참조).

〈표 42〉 제주도 병원급 이상 의료기관과 병상 공급 현황

종별	시·군	명칭	전체병상수	일반병상수	정신병상수
종합병원	제주시	제주대학교병원	256	256	-
		한라병원	405	368	37
		한마음병원	206	206	-
		한국병원	181	181	-
		중앙병원	208	208	-
	서귀포시	서귀포의료원	180	180	-
병원	제주시	제주의료원	285	198	87
		제주한방병원	54	54	-
	서귀포시	서귀포열린병원	69	69	-
	북제주군	한림제일병원*	100	100	-
계	-	-	1,944	1,820	124

* 2003년 11월 개원예정

자료 : 보건복지부, 2002 의료기관 실태 보고자료, 2003.

- 의원급 의료기관은 총 448개소, 664병상으로 치과의원, 한의원, 부속의원을 제외한 의원은 259기관, 639병상임(〈표 43〉 참조).

〈표 43〉 제주도 의원급 의료기관과 병상 공급 현황

구분	전체		제주시		서귀포시		북제주군		남제주군	
	기관수	병상수	기관수	병상수	기관수	병상수	기관수	병상수	기관수	병상수
전체	448	664	302	496	70	73	41	53	35	42
의원	259	639	171	471	41	73	27	53	20	42
치과의원	113	-	80	-	17	-	8	-	8	-
한의원	72	18	47	18	12	-	6	-	7	-
부속의원	4	7	4	7	-	-	-	-	-	-

자료 : 보건복지부, 2002 의료기관 실태 보고자료, 2003.

3) 의료이용 현황 분석

가) 의료이용 현황 분석 지표 및 자료

- 의료이용 현황의 분석에 대표적으로 이용되는 지표는 지역친화도(RI: Relevance Index) 및 지역환자구성비(CI: Commitment Index)임.
- 이 두 지표는 지역단위의 의료서비스 이용양상을 분석하기 위한 것으로 지역간 입원의료이용의 유출입 현황을 파악할 수 있음.
- 지역친화도(RI)는 지역 거주환자의 총 의료이용량 중 특정지역소재 의료기관을 이용한 의료이용량의 백분율로 자기 지역에 대한 친화도가 높다는 것은 타 지역으로의 의료서비스 유출량이 상대적으로 적다는 것을 의미함.

$$RI_{ji} = \frac{i\text{지역소재 의료기관을 이용한 } j\text{지역 환자의 의료이용량}(U_{ji})}{j\text{지역 거주 환자의 총 의료이용량}(U_j)}$$

- 지역환자구성비(CI)는 지역소재 의료기관의 총 의료이용량 중 특정지역 거주 환자의 의료이용량의 백분율로 자기 지역에 대한 지역환자구성비가 낮을수록 타지역환자의 유입이 많다는 것을 의미함.

$$CI_{ji} = \frac{i\text{지역소재 의료기관을 이용한 } j\text{지역 환자의 의료이용량}(U_{ji})}{j\text{지역 의료기관 이용 총 의료이용량}(U_j)}$$

- 자료는 보건복지부의 96, 99환자조사자료¹²⁾를 이용하였으며, 특수병원(결핵병원 및 한센병원), 군병원, 한방병원, 치과병원, 조산소를 제외한 일반 의료기관의 입원의료이용에 대하여 분석함.

12) 보건복지부. 96, 99환자조사자료(1996년 및 1999년 9월 1개월간 우리나라의 병원급 이상 의료기관에서 퇴원한 환자전수자료). 1998, 2001

나) 제주도 주민의 의료이용현황

〈표 44〉 제주도 주민의 입원의료이용 유출입 현황

구 분	RI(%)	CI(%)
1999	85.2	98.8
1996	79.9	97.7

주 : 정신질환 제외
자료 : 보건복지부. 96, 99환자조사자료. 1998, 2001.

〈표 45〉 제주도 주민의 시·군별 입원의료이용 현황

구분	제주시		서귀포시		북제주군		남제주군	
	재원일수(일)	구성비(%)	재원일수(일)	구성비(%)	재원일수(일)	구성비(%)	재원일수(일)	구성비(%)
서울지역	2,083	11.7	1,196	15.7	633	7.6	728	11.5
기타지역	510	2.9	329	4.3	266	3.2	185	2.9
제주지역	15,163	85.4	6,094	80.0	7,397	89.2	5,424	85.6
제주시	15,051	84.8	1,490	19.6	7,351	88.6	4,100	64.7
서귀포시	112	0.6	4,604	60.4	46	0.6	1,324	20.9
계	17,756	100.0	7,619	100.0	8,296	100.0	6,337	100.0

주 : 정신질환 제외
자료 : 보건복지부. 99환자조사자료. 2001.

〈표 46〉 제주도 주민의 의료기관종별 입원의료이용 현황

구분	의료기관종별	재원일수(일)	구성비(%)
제주도내	종합병원	32,258	80.6
	병원	1,820	4.5
제주도외	종합전문요양기관	3,940	9.8
	종합병원	1,451	3.6
	병원	539	1.3
계	-	40,008	100.0

주 : 정신질환 제외
자료 : 보건복지부. 99환자조사자료. 2001.

- RI 5.3% 증가, 유출량이 다소 줄어든 것으로 파악됨. 이유는 동기간 도내 의료기관의 신설(제주시 한마음병원)로 추정됨. CI 1.1%증가, 유입량이 줄어든 것으로 파악되나, 미미한 수준임(〈표 44〉 참조).

〈표 47〉 제주도 주민의 질병군별 입원의료이용 현황

구분	제주도 내		제주도 외		계	
	재원일수(일)	구성비(%)	재원일수(일)	구성비(%)	재원일수(일)	구성비(%)
감염성/기생충질환	1,750	95.9	75	4.1	1,825	100.0
신생물	2,338	58.9	1,634	41.1	3,972	100.0
혈액/면역질환	92	71.9	36	28.1	128	100.0
내분비/영양/대사질환	989	93.0	74	7.0	1,063	100.0
정신/행동장애	1,605	36.2	2,823	63.8	4,428	100.0
신경계질환	666	64.7	364	35.3	1,030	100.0
눈/눈부속기질환	153	52.6	138	47.4	291	100.0
귀/유양돌기질환	141	72.7	53	27.3	194	100.0
순환기계질환	2,656	92.0	232	8.0	2,888	100.0
호흡기계질환	2,275	96.0	96	4.0	2,371	100.0
소화기계질환	3,912	94.0	251	6.0	4,163	100.0
피부/피하조직질환	424	98.4	7	1.6	431	100.0
근골격계/결합조직질환	1,674	73.4	608	26.6	2,282	100.0
비뇨생식기계질환	1,108	85.2	193	14.8	1,301	100.0
임신/출산/산욕	1,716	94.4	101	5.6	1,817	100.0
주산기기원특정병태	727	92.6	58	7.4	785	100.0
기형/염색체이상	51	20.2	202	79.8	253	100.0
달리 분류되지 않는 증상 외	12,275	90.1	1,351	9.9	13,626	100.0
손상/중독	60	100.0	-	-	60	100.0
기타	1,081	70.3	457	29.7	1,538	100.0

자료 : 보건복지부, 99환자조사자료, 2001.

4) 예상진료권 설정

- 제주도 지역은 높은 RI와 CI를 나타내어 외부 지역으로의 유출입이 적은 자체충족형 지역임. 이러한 지역특성에 비추어 볼 때, 신축 제주대학교병원도 대상환자가 주로 제주도지역 주민일 가능성이 높음. 따라서 예상진료권을 제주도로 설정함.

5) 병상수요 예측

가) 예상진료권의 병상수요 예측

(1) 산출식

$$\text{산출식} : DBED_j = \frac{TBD_j}{365 \times BO} \times \frac{RI_j}{CI_j}$$

- $DBED_j$: j지역의 병상수요량
- TBD_j : j지역의 연평균 총입원의료이용일수(1인당 연평균입원의료이용일수×인구)
- BO : 병상이용률
- RI_j : 지역친화도
- CI_j : 지역환자구성비

(2) 산출식의 적용

(가) TBD(연평균 총입원의료이용일수)

- 2001년말 기준 우리나라 병원급 이상 입원환자연인원 40,983,951일¹³⁾ 중 한방병원 및 치과병원이용량 3.0%¹⁴⁾을 제외한 39,734,637일을 인구수로 나눈 1인당 연평균 입원의료이용일수는 0.8393일임.
- 단, 인구는 통계청의 장래인구추계 결과를 활용하여 개원예정년도인 2008년을 기준으로 2010년 및 2015년을 추가하되, 성별·연령별 상대적 의료이용도를 고려한 인구계층별 입원의료 이용 가중치로서 보정하고, 1인당 연평균 입원의료 이용일수는 현황을 유지하는 것으로 가정함.

13) 우리나라 병원급이상 의료기관 입원환자연인원에서 정신병원 이용량을 제외함(보건복지부, 2002 보건복지통계연보, 2002)

14) 건강보험의 병원급 이상 전체 내원일수 36,349,898일중 치과병원 및 한방병원이용량은 1,108,053일로 전체의 3.0%를 차지함(건강보험심사평가원, 2001건강보험심사평가통계연보, 2002)

- j지역의 보정인구규모	$N_j = \sum_k W_k P_{kj}$
- k성·연령별 입원의료이용 가중치	$W_k = \frac{\frac{U_k}{P_k}}{\sum_k \frac{U_k}{P_k}}$
*주 : P=총 인구수, U=의료서비스이용량	

〈표 48〉 입원의료이용 가중치

성별	연령별	가중치	성별	연령별	가중치
남	0~4세	0.92	여	0~4세	0.74
	5~14세	0.33		5~14세	0.19
	15~24세	0.74		15~24세	0.35
	25~34세	0.77		25~34세	0.77
	35~44세	1.08		35~44세	0.68
	45~54세	1.64		45~54세	1.05
	55~64세	2.50		55~64세	1.62
	65~74세	3.32		65~74세	2.39
	75세이상	3.80		75세이상	2.91

자료 : 보건복지부. 99환자조사자료. 2001

〈표 49〉 제주도의 보정인구 추계결과

연도	추계인구	보정인구
2008	548,091	619,672
2010	552,174	641,115
2015	559,916	699,725

자료 : 통계청. 장래인구추계. 2001

(나) BO(병상이용률)

○ 일반병원 평균 69.7%¹⁵⁾를 이용함.

15) 한국보건산업진흥원. 2000병원경영분석. 2001

(다) RI 및 CI(지역친화도 및 지역환자구성비)

〈표 50〉 시·도별 RI 및 CI

지역	종합전문요양기관 보유유무	RI	CI
서울특별시	○	93.5	68.0
부산광역시	○	93.1	81.8
대구광역시	○	93.4	72.4
인천광역시	○	82.5	86.2
광주광역시	○	90.0	61.0
대전광역시	○	90.8	65.6
울산광역시	×	82.2	90.5
경 기 도	○	69.1	87.4
강 원 도	○	85.2	89.1
충청북도	○	72.9	90.2
충청남도	○	56.7	94.3
전라북도	○	88.1	94.5
전라남도	×	71.8	95.2
경상북도	×	66.9	94.8
경상남도	○	78.3	94.4
제 주 도	×	85.2	98.8

자료 : 보건복지부, 99환자조사자료, 2001.

○ RI 및 CI를 적용하기 위하여 제주도 및 타 시·도의 현황을 분석한 결과, RI의 경우 최대값이 서울(93.5%)로 타지역으로의 유출이 가장 적은 것으로 나타났고, 제주도의 경우 중앙값(81.2%)에 비하여 약간 높은 수준으로 나타남. CI의 경우는 최대값이 제주(98.8%)로 타지역으로부터의 유입이 가장 적은 것으로 나타남.

○ 따라서 RI와 CI의 적용은 다음과 같이 적용함.

- 가정1 : 향후 종합전문요양기관 수준의 의료기관이 공급됨으로 인하여, 현재 제주도에서 유출되는 입원의료이용량이 줄어 최대 서울의 수준까지 도달하는 것으로 가정함. 그러나 외부유입은 지역적 특성상 현황을 유지하는 것으로 가정함.

- 가정2 : 가정1의 중간정도 수준으로 제주지역과 서울지역의 중앙값을 적용함.
그러나 외부유입은 가정1과 마찬가지로 현황을 유지함.

〈표 51〉 예상진료권에 대한 지역친화도(RI) 및 지역환자구성비(CI)의 적용

구 분	RI	CI
가정1	93.5	98.8
가정2	89.4	98.8

(3) 수요추정의 결과

〈표 52〉 예상진료권의 병상수요 추정 결과

구 분	연도	수요량	공급량*	부족량
가정1	2008	1,935	1,312	623
	2010	2,002	1,312	690
	2015	2,185	1,312	873
가정2	2008	1,850	1,312	538
	2010	1,914	1,312	602
	2015	2,089	1,312	777

* 현재 제주도내 병원급 이상 의료기관중 요양병원형태를 가지는 제주의료원과 한방병원인 제주 한방병원 병상 및 정신병상, 현 제주대학교병원 병상 등을 제외하면 1,312병상임.

- 제주지역의 병상부족량은 2008년 538~623병상, 2010년 602~690병상, 2015년 777~873병상 수준으로 추정됨(〈표 52〉 참조).

나) 제주대학교병원의 병상수요 예측

(1) 산출식 및 적용

- 산출식 및 연평균 총입원의료이용일수의 적용은 예상진료권 내 병상수요예측과 동일함.

(가) BO(병상이용률)

- 일반적으로 기대되는 병상이용률로서 80~90%를 적용함.

(나) RI 및 CI(지역친화도 및 지역환자구성비)

〈표 53〉 국립대학교 비교병원의 RI 및 CI

비교병원	대상지역	RI	CI
부산대병원	부산광역시	6.4	70.2
경상대병원	경상남도	7.0	97.1
경북대병원	대구광역시	8.5	52.6
충북대병원	충청북도	8.5	88.9
강원대병원	강 원 도	9.1	91.1
전북대병원	전라북도	12.8	95.2
충남대병원	대전광역시	15.6	64.7
전남대병원	광주광역시	17.4	51.6

자료 : 보건복지부, 99환자조사자료, 2001.

〈표 54〉 제주지역 비교병원의 RI 및 CI

비교병원	병상수	RI	CI
한라병원	405	24.8	99.7
중앙병원	208	12.2	98.6
한국병원	181	14.2	99.2
제주의료원*	256	17.5	98.4
서귀포의료원	180	11.5	98.8

* 1999년 당시에 현재 제주대학교병원의 전신임.

자료 : 보건복지부, 99환자조사자료, 2001.

- RI : 국립대학교 비교병원들의 경우 RI값이 전반적으로 낮은 이유는 지역이 넓게 분포되어 있어 해당병원으로의 접근성이 떨어지는 경우가 존재하고, 동일 지역 내 유사규모의 경쟁병원들이 존재하는 것으로 신축 제주대학교병원의 경

우 이들보다 높은 RI를 나타낼 가능성이 많음. 또한 신축 제주대학교병원이 가지는 지역 내 대학병원으로서의 위상을 고려하였을 때, 최소한 제주지역 비교병원 수준에 비하여는 우위를 점할 것으로 예상됨에 따라 예상 RI를 25.0~30.0%수준으로 설정함.

- CI : 제주지역의 특성을 고려할 때, 경상대병원, 전북대병원 등과 같이 타 지역으로부터의 환자유입은 드물 것으로 예상되며, 이는 제주지역 비교병원의 CI값이 최소 98.4%이상인 것에서 확인할 수 있음. 따라서 예상 CI를 95.0~97.0%수준으로 설정함.

(2) 수요추정 결과

〈표 55〉 제주대학교병원의 병상수요 추정 결과

연 도	구분	RI : 25%		RI : 30%	
		CI : 95%	CI : 97%	CI : 95%	CI : 97%
2008	병상이용률 80%	469	459	562	551
	병상이용률 85%	441	432	529	518
	병상이용률 90%	417	408	500	490
2010	병상이용률 80%	485	475	582	570
	병상이용률 85%	456	447	548	536
	병상이용률 90%	431	422	517	507
2015	병상이용률 80%	529	518	635	622
	병상이용률 85%	498	488	598	585
	병상이용률 90%	470	461	565	553

- 개원 초기에 병상이용률과 RI 점유율이 다소 떨어질 것을 감안한다면 2008년 적정병상규모는 459~469병상 수준임. 그러나 2010년경 안정기에 접어들어 제주지역 비교병원에 비하여 우위를 점하면서 병상이용률이 85~90%대로 올라가면, 적정병상규모는 507~548병상 수준으로 추정됨(〈표 55〉 참조).

- 단, 이상은 정신병상을 제외한 규모로 의료법상 300병상 이상 규모 의료기관의 경우 정신병상을 두어야 함을 가정할 경우 전체병상규모가 다소 늘어날 수 있음.

6) 대학병원으로서의 적정병상 규모

- 대학병원들의 전반적인 병상규모를 파악하여 신축 제주대학교병원의 병상규모 추정에 참고자료로 활용함.

〈표 56〉 우리나라 대학병원의 병상규모 분포

구 분	기관수		병상수	
	수	%	수	%
299병상 이하	7	10.9	1,647	3.2
300~399병상	4	6.3	1,393	2.7
400~499병상	2	3.1	960	1.8
500~599병상	7	10.9	3,757	7.2
600~699병상	6	9.4	4,017	7.7
700~799병상	4	6.3	2,957	5.7
800~899병상	7	10.9	5,794	11.2
900~999병상	3	4.7	2,924	5.6
1000병상 이상	24	37.5	28,466	54.8
계	64	100.0	51,915	100.0

자료 : 건강보험심사평가원, 요양기관현황자료, 2002년 4월 기준

- 우리나라 대학병원의 병상규모 분포에 따르면, 1,000병상 이상이 24개소로 37.5%를 차지하며 가장 많은 분포를 보였고, 다음이 299병상이하, 500~599병상, 800~899병상 규모가 각각 7개소로 전체의 10.9%를 차지하였음. 그러나 이 중 299병상 이하 병원은 계명대학교 의과대학 경주동산병원, 원광대학교 군포병원, 연세대 의대부속 용인세브란스병원, 인제대학교 동래백병원, 대구가톨릭대학교 칠곡가톨릭병원, 강원대학교병원, 영남대학교 의과대학부속 영천병원 등으로 강원대학교병원을 제외하면 branch병원으로서의 성격이 강한 것으로 파악되었으

며, 300~499병상 규모의 병원 또한 포천중문의과대학교부속 구미차병원, 건국대학교의료원 민중병원, 제주대학교병원, 동국대학 포항병원, 이화여대의대부속 동대문병원, 중앙대의과대학부속 용산병원 등으로 마찬가지로 형태임. 따라서 실제 대학병원으로서의 형태를 가지는 병원은 최소 500병상규모 이상으로 판단됨.

7) 종합전문요양기관으로서의 적정병상 규모

○ 종합전문요양기관의 현행 인정기준은 다음과 같음.

〈표 57〉 종합전문요양기관의 인정기준

구 분	현 행
환자구성상태지표	① 분모지표 : 우리나라 전체 입원환자 중 분율 ② Score A 1.5 / Score C 0.8
시설	① 종합병원으로서 레지던트수련병원으로 지정 받은 의료기관 ② 수술실 5개 이상
장비	전산화단층촬영기(CT), 자기공명영상촬영기(MRI), 근전도검사기(EMG), 혈관조영촬영기(Angiography system), 감마카메라(Gamma camera), 심전도기록기(Holter monitoring) 각 1대 이상
인력	의료법 제32조의 규정에 의한 의료인의 정원 이상
교육기능	내과·소아과·일반외과·산부인과·마취과·진단방사선과·임상병리과·해부병리과의 8개 전문과목에서 3년차 이상인 레지던트가 상근 하여야 하되, 당해 의료기관의 환자질환 등의 특수성이나 레지던트 인력의 수급차질로 인하여 2개 전문과목의 범위 안에서 레지던트가 없는 경우에 교육기능을 충족하는 것으로 함
진료권별소요병상 충족도	당해 요양기관이 소재하는 진료권역 안의 부족한 종합전문요양기관의 병상을 충족하는데 기여해야 함

○ 이들 요건 중 시설, 장비, 교육기능을 모두 만족하는 의료기관들의 전반적인 병상 규모를 파악하여 신축 제주대학교병원의 병상규모 추정에 참고자료로 활용함. 단, 시설기능은 수술실 요건만을 적용하였으며, 교육기능의 경우 자료의 한계상 레지던트 상근 여부를 파악할 수 없는 관계로 8개 진료과목의 개설여부로 대체함.

〈표 58〉 종합전문요양기관의 인정기준(시설, 장비, 교육기능) 충족 병원의 병상규모분포

구 분	기관수		병상수	
	수	%	수	%
500~599병상	1	3.1	526	1.6
600~699병상	4	12.5	2,595	7.7
700~799병상	4	12.5	2,990	8.9
800~899병상	6	18.8	4,974	14.8
900~999병상	3	9.4	2,884	8.6
1000병상 이상	14	43.8	19,573	58.4
계	32	100.0	33,542	100.0

주 : 2003년 현재 종합전문요양기관은 42개소로 실제 종합전문요양기관으로서 인정받기 위해서는 환자구성상태 지표와 인력, 진료권별 소요병상충족도 등의 기준도 동시에 만족하여야 하고, 교육기능의 경우 실제로 6개 전문과목만 만족하면 됨에 따라 위의 결과와는 다를 수 있음.
 자료 : 건강보험심사평가원, 요양기관현황 자료, 2002년 4월 기준

- 종합전문요양기관의 인정기준 중 시설, 장비, 교육기능을 모두 충족하는 병원의 병상 규모 분포에 따르면, 1,000병상 이상이 14개소로 43.8%를 차지하여 가장 많은 분포를 보였고, 다음이 800~899병상, 600~699병상, 700~799병상, 900~999병상, 500~599병상 순으로 최소한 500병상 이상의 병상규모를 가지는 것으로 나타남(〈표 58〉 참조).

8) 종합

- 위 결과를 토대로 각각 고려될 수 있는 제주대학교병원 최소 병상규모의 추정 을 종합하면 다음과 같음.

〈표 59〉 제주대학교병원 적정병상규모 추정의 종합

구 분	최소규모
의료수요의 측면	489~499*
대학병원으로서의 측면	500
종합전문요양기관 인정기준으로서의 측면	500

* 2008년 기준 최소규모에 정신병상 30병상을 추가한 결과임.

- 따라서, 최소한의 범위에서 신축 제주대학교병원의 적정병상규모는 500병상 이상의 규모로 추정됨(〈표 59〉 참조).

3. 관광, 휴양산업과 연계한 보건의료 산업화 방안

가. 제주도 관광 휴양산업의 현주소

- 제주도는 대규모 국민관광휴양지와 국제관광지로서 지난 1970년대부터 특정지역으로 지정되어 개발이 추진되어 왔으며, 지속적으로 중앙정부의 지원 및 지방정부의 노력이 이루어져 우리나라를 대표하는 관광지로 성장하였음.
- 제주의 관광산업은 천혜의 자연환경과 특유의 민속문화 등 풍부한 관광자원을 기반으로 1970년대 이후 1990년대 초반까지 비약적으로 성장해 왔음.
- 제주 관광산업의 총 산출효과는 2조2천570억원 규모로 지역 총생산의 30% 이상을 점유하고 있는 것으로 나타났고, 고용효과 또한 11만 명에 이르는 것으로 평가되고 있음.
- 제주 관광의 위상에 대해 회의적인 평가가 있고, 문제를 제기하고 있지만, 우리나라 관광지를 놓고 볼 때, 전문가 조사에서도 제주가 문화관광 거점지역 1위, 주한 외국인 선호 관광지 1위로 꼽히는 등 나름대로의 성과를 낳은 관광지역임.
- 그러나, 제주를 대체할 관광 목적지들이 급부상하여 일대 전환기를 맞이하고 있으며, 1960년대 이후 근대화의 물결이 제주도의 토속적인 건물, 마을길, 해안 풍경 등의 아름다운 관광환경은 점차 사라지고 환경파괴 및 경관파괴는 시간이 지나면서 가속화되고 있음.
- 관광 패러다임의 변화에 탄력적으로 적응하지 못한 결과, 제주관광의 정체현상이 나타나고 있으며, 관광개발도 추가적으로 이루어지지 못하고 있고, 고비

용·저매력의 관광지로 전락하고 있음.

- 재미있고 즐길 수 있는 하드웨어나 소프트웨어 프로그램의 개발이 미흡하여 관광객 감소에 일조하였으며, 보는 관광 위주의 관광지임에도 불구하고 환경 파괴로 인하여 관광의 정체성이 약화되는 결과를 낳았음.
- 관광객 취향이 감상형보다는 참여형/활동형으로 관광성향이 다변화/다양화되면서 관광 매력물로서 제주도가 가지고 있는 기존의 관광지에 대한 상대적 가치가 저하되고 있음.
- 제주도 관광형태가 자연경관 감상 위주의 ‘보는 관광’ 형태를 벗어나지 못하고 있어 관광객이 직접 참여할 수 있는 레저시설의 확충이 부진하며, 활동적 위락 시설인 레포츠 기반시설 또한 빈약함.
- 이렇듯, 제주관광은 관광환경의 변화, 경쟁관광지와의 경쟁을 통해 현재 발전 단계상으로 쇠퇴와 재생의 갈림길에 서 있는 것임.
- 이렇게 급변하는 변화 속에서 적절한 대응전략 개발과 경쟁력 있는 관광지로서의 새로운 발전을 위한 진취적인 모색이 필요할 것임.

나. 제주도 관광 휴양산업의 문제점

- 협소한 관광시장 규모
 - 제주를 방문하는 총 관광객 수는 1999년을 기준으로 약 367만 명 수준으로 외국의 주요 관광경쟁국에 비해 관광시장의 규모가 작음.
 - 1994년에서 2000년 동안의 연평균 관광객 수를 보면, 싱가포르는 약 700만 명에 이르고 있으며, 홍콩은 1,000만 명에 이름.
- 내국인 중심의 관광
 - 총 내도 관광객의 대부분이 내국인이며, 외국인은 10%에도 미치지 못하고 있음.

- 아시아권 관광객이 90% 이상인 반면, 미주 및 유럽지역 관광객은 전체 외국인 관광객의 5% 미만에 불과함.
 - 우리나라에 입국한 외국인 중 제주도를 찾는 관광객을 나타내는 '내도율'이 5% 내외로 저조하고, 전국대비 관광수입 역시 4% 내외로 저조함.
- 저조한 관광개발 투자 및 관광지 개발
- 3개 관광단지, 20개 관광지구에 대한 개발사업은 2001년을 목표로 1994년부터 추진되었으나 사업이 승인된 지구가 12개 지구이며, 나머지는 승인 중이거나 사업예정자를 지정하지도 못한 지구로 개발실적이 저조한 상태임.
- 관광 인프라의 부족과 가격 경쟁력의 부족
- 호텔 객실 수 이외에 여행업, 관광업 이용시설, 국제회의 시설, 관광편의 시설, 유원시설 등의 관광 인프라가 주요 경쟁국인 싱가포르, 홍콩, 대만 등에 비해 부족한 실정임.
 - 수요에 맞는 먹거리, 볼거리, 즐길거리가 없고 가격 경쟁력도 저조함.
- 쇼핑관광 및 쇼핑 수입의 저조
- 제주도의 경우, 주로 농수산물(감귤, 옥돔 등), 토산품(오미자차 등), 및 기념품(돌하루방 등)이 대표적인 쇼핑품목이나 쇼핑비가 차지하는 비율은 계속 감소하는 추세임.

다. 제주도 관광 휴양산업의 발전을 위한 전략적 방향성

- 외국인 관광객의 유치
- 외국인 관광객 및 투자자에게 강력한 인상을 줄 수 있는 제주도의 브랜드 이미지를 개발하고, 외국인 관광객 유치를 위한 국적별, 특성별 유치전략을 수립하여 해외 마케팅을 적극적으로 추진함.
 - 외국인 골프 관광객 유치방안을 적극 검토

- 중국인 관광객 유치를 위한 제도적 개선 및 시설 확충
 - 국제자유도시의 성격에 부합하는 카지노산업의 육성
 - 기타 우리나라를 방문하는 외국인의 제주도 방문을 제고정책을 추진함.
- 관광상품 및 관광지 개발의 활성화
- 생태관광, 테마관광, 체험관광, 주거형태 개발 등 새로운 관광상품을 개발함.
 - 기존 관광단지의 활성화 및 휴양형 주거단지의 개발 등

라. 제주국제자유도시개발센터의 ‘제주 휴양형 주거단지’ 개발계획(안) 검토

1) 2003년 9월 발표한 ‘제주 휴양형 주거단지’ 개발계획(안)의 주요내용

가) 개발의 방향 : 세계적 수준의 특화된 휴양형 주거단지 조성

- 휴양과 보양시설을 배경으로 하고 체제와 정주형 주거시설을 기반으로 한 특화된 휴양주거단지를 조성함.
- 소득수준의 향상과 여가시간의 증대로 인한 가족휴양객 및 일본, 중국을 비롯한 동남아 휴양관광객을 위한 복합휴양시설을 조성함.
- 국내·외 기업가, 비즈니스 맨, 휴양/보양 관광객 등의 고급수요를 충족시킬 수 있는 세계적 수준의 쾌적한 휴양형 주거단지를 조성함.

나) 도입시설 구상(안)

- 주거시설
 - 단독형 주택 : 저층형 단독주택으로 1~2층 규모의 국제적인 주거시설로 조성함.
 - 빌라형 공동주택 : 빌라형 공동주택으로 3~6층 규모의 중층형으로 조성함.

○ 의료시설

- 전문병원 및 부속주거시설 : 세계적 수준의 분야별 동서양학 전문병원(심장의료센터, 노화방지의료센터, 생명연장센터 등)과 부속주거시설
- 보양종합센터 : 대체의학센터(스파치료센터, 아로마요법센터, 해수치료센터 등), 뷰티센터(미용성형센터, 마사지센터 등), 및 보양관련 연구센터

○ 휴양문화시설

- 휴양문화시설 : 마리나시설, 온천시설, 체육/운동시설, 공연/전시시설 등, 지역커뮤니티센터(지역문화전시관, 회의 및 정보화 교육시설, 실내운동시설, 전자도서관, 종합안내소 및 관리센터 등)
- 숙박시설 : 보양콘도, 단기지원 기숙사

○ 공공편익시설

- 생활편의시설 : 업무시설 및 지원시설, 근린생활시설, 유흥 및 오락시설, 상가 및 식당가 등
- 공공기반시설 : 생태공원, 담수욕장, 야외공연장, 중앙광장, 산책로, 녹지, 도로, 주차장, 화장실, 공급/처리시설 등

- 전체 부지면적 220,000평을 주거시설용지에 23%(51,000평)를, 의료시설용지에 7%(15,400평), 휴양문화시설용지 23%, 공공편익시설용지 47% 등으로 배정함.

2) '제주 휴양형 주거단지' 개발계획(안)에 대한 검토

○ 제주 휴양형 주거단지의 개발 방향은 타당한 것으로 보임.

- 앞 절에서 언급한 제주도 관광의 현주소와 문제점을 돌이켜 볼 때, 휴양형 주거단지 개발의 타당성은 충분히 인정된다 하겠음.
- 특히, 소비지출의 여력이 있는 외국인이나 육지 내국인이 제주도에 장기간 또는 일정기간 체류하면서 관광과 휴양을 즐기도록 하고, 테마가 있는 각종 체

험형 관광을 배치하도록 하겠다는 구상은 기존의 저가중심 관람형 제주관광의 한계를 극복할 수 있도록 할 것으로 기대됨.

- 주거시설을 단독형 주택과 빌라형 공동주택으로 구분하여 배치하고, 65세 이상의 노인에게 국한되지 않는 중·장년층의 가족관광과 노년층의 휴양 욕구에 걸친 다양한 수요에 대응하도록 한 것은 전략적으로 올바른 방향설정임.
- 휴양문화시설을 마리나시설, 온천시설 등 체험형으로 다양화하고, 기존 지역사회의 각종 문화자산과 연계하겠다는 시도도 타당한 방향 설정임.

○ 종합보양센터 구상은 제주의 자연특성에 매우 부합하는 전략적 아이디어임.

- 제주도는 마음의 평안을 가져다주는 천혜의 아름다운 자연환경 뿐만 아니라 맑은 공기, 다양한 생명자원과 생태계를 가지고 있으며, 이는 활용하기에 따라서는 장차 제주도를 먹여 살리는 중요한 성장엔진으로 기능할 것임.
- 청정바다와 한라산의 각종 생명자원을 활용한 생명산업, 특히 다양한 종류의 제주만의 건강식품과 각종 보양식품을 개발하여 상품화해야 할 것임.
- 그래서, 휴양형 주거단지 내에 건강식품 및 보양 관련 연구센터를 적극 활성화하는 것은 설득력 있는 방안이라 하겠음.
- 또, 대체의학과 민간요법을 활용한 요양 및 치료서비스 제공 시설(스파치료센터, 아로마요법센터, 해수치료센터 등)은 휴양단지의 핵심시설로 기능하게 될 것임.
- 뷰티센터(미용성형센터, 마사지센터 등)도 설치의 타당성이 적극적으로 인정된다 하겠음. 그러나, 미용성형의 시술범주와 기술수준의 범위가 결정되어야 할 것임. 즉, 피부미용 관련 전문인력을 중심으로 추진할 것인지, 아니면 실력이 검증된 성형외과전문의에 의한 각종 성형수술의 시술 등을 비중 있게 추진할 것인지를 검토해야 할 것임.

○ 그러나, 휴양형 주거단지 내에 세계적 수준의 전문병원을 짓겠다는 구상은 매우 잘못된 것으로 이를 폐기하고 타당한 새로운 대안을 강구하여야 함. 그 이유는 다음과 같음.

- 제주도 내에 급성기 전문치료시설은 현재 포화상태임.
 - 제주도 내 병원급 이상 의료기관은 총 10개소, 1,944병상으로 이 중 요양병원의 형태를 가지고 있는 제주의료원과 한방병원인 제주한방병원을 제외하면 총 8개소, 1,605병상임.
 - 의원급 의료기관은 총 448개소, 664병상으로 치과의원, 한의원, 부속의원을 제외한 의원은 259기관, 639병상임.
 - 급성기 병상은 병상당 시설 및 유지비용이 매우 비싸며, 급성기 병상이 과도하게 공급될 경우, 병상의 건립에 막대한 자원이 투입될 뿐만 아니라 '로머(M. Roemer)의 법칙'에 따라 불필요한 급성기 병상 입원이 이루어져 지속적인 자원의 낭비가 일어나는 비효율이 초래되기 때문임.

〈표 60〉 OECD 주요국가의 인구 1,000명당 급성기 병상수(1998)

영국	스웨덴	미국	캐나다	덴마크	네덜란드	호주	프랑스	한국	이태리	독일
2.4	2.6	3.1	3.2	3.3	3.7	3.9	4.3	4.4	4.9	6.5

출처 : OECD Health data 2001.

- 우리나라의 1998년도 인구 1,000명당 급성기 병상수는 4.4병상으로 OECD 평균인 4.0병상을 이미 넘어섰으며, 향후 이 차이는 더 크게 벌어질 전망이다, 이는 OECD 국가 대부분이 최근 10년 동안 급성기 병상수를 단계적으로 줄여오고 있는데 비해 우리나라는 꾸준히 급성기 병상수를 늘려왔고 그 추세가 최근에도 계속되고 있기 때문임(〈표 60〉 참조).
- 2003년 현재 제주도의 급성기 병원 병상 1,605개와 의원 병상 639개를 합하면, 도내에는 총 2244개의 급성기 병상이 존재하는 것이며, 이는 인구 1,000명당 4.2병상에 해당하는 것임. 병원급 이상 의료기관의 급성기 병상 1,605개는 제주도민 1,000명당 3.0개에 해당하는 것으로 세계적 기준으로 볼 때 적절한 수준이라 하겠음.
- 그러나, 이들 병상 중 상당부분(약 20% 정도)이 사실상 만성기 요양병상으로

- 사용되고 있다는 점을 고려하면, 병원급 급성기 병상의 일정한 부족이 예견 되겠으나, 이는 현재 신축 중인 제주대학교병원의 병상 증설을 고려하면 향후 인구 1,000명당 약 3.6~3.7병상이 되어 적정수준¹⁶⁾이 될 것으로 보여짐.
- 결국, 제주도 내의 추가적인 급성기 병상 증설은 도민의 피해와 불필요한 도민 의료비의 증가로 이어질 것이므로 타당하지 않은 것임.
 - 그리고 추가병상이 건설된다면, 이는 반드시 장기 입원환자를 위한 요양형 병상이어야 할 것임.
 - 심장병 치료센터 등의 전문병원 설립은 제주도에서는 승산이 없음.
 - 전문치료는 고도의 자본집적과 기술력을 요하는 것으로 서울 등 일부 대도시에서만 성공할 수 있는 것임. 제주도가 아무리 노력하더라도 시설 및 인력 등의 인프라를 서울보다 더 좋게 할 수는 없는 것임. 이러한 고도의 전문성을 요하는 고난도 질환의 치료는 제주도의 아름다운 자연경관 및 관광 휴양과는 직접적으로 연계가 되는 것도 아님.
 - 또한, 외국이나 육지로부터 전문병원의 해당 수요를 창출하지도 못할 것이며, 결국 제주도민을 대상으로 의료서비스를 제공하게 될 것인 바, 이러한 경우 신축 중인 제주대학교병원과 작은 수요를 놓고 과다경쟁을 벌여야 할 것이므로 두 기관 모두 몰락할 것이 자명해 보임. 특히, 제주대학교병원은 인구 50~60만명의 제주도 거주민을 대상으로 종합전문요양기관을 추구해 나가야 하는 어려움을 겪을 것인 바, 휴양형 주거단지 내 전문병원의 추진은 이러한 어려움을 더욱 가중시킬 것이며, 이는 결국 도민의 피해로 이어질 것임.
 - 휴양형 주거단지 내 전문병원의 설립은 기존의 미약한 제주도 의료제공체계마저 혼란에 빠뜨리거나 또는 파탄시킬 것임(별첨자료 참조 : 의료서비스 특구 구상에 대한 검토의견).
 - 휴양형 주거단지 내 전문병원 설립 구상은 외국의 최첨단 의료기관을 유치하는 것을 주요내용으로 하는 바, 이는 영리법인의 허용을 전제로 하는 것

16) 보건복지부의 '새천년 복지 비전 2010'에 의하면, 2010년 인구 1,000명당 급성기 병상수의 적정 통계선은 3.67병상임.

- 임. 최근 인천 자유경제구역의 의료특구 논란에서 보는 바와 같이, 이는 보건의료정책의 관점에서 볼 때 많은 문제점을 안고 있음.
- 특히, 기존 사회의료보험체계의 약화 내지는 왜곡이 심화되어 결국 도민의 의료이용과 건강수준은 저하되면서 도민이 부담해야할 의료비는 급증하게 될 것이며, 전문병원의 설립이 제주도에 미치는 경제효과도 미미할 것으로 판단됨.

마. 관광, 휴양산업과 연계한 보건의료 산업화 방안

1) 관광, 휴양산업의 인프라로서 “건강검진 패키지” 상품의 개발

- 전국의 주요 대학에서는 건강검진을 담당하는 부서나 건강증진센터를 설치하여 건강검진상품을 판매하고 있으며, 가격은 보통 종류에 따라 50만원에서 100만원 수준임.
- 최근 서울대학교는 건강진단센터의 개원 앞두고 있는 바, 300만원이 넘는 고가의 상품까지 개발하고 있음. 서울대학교병원 헬스케어시스템 강남센터는 2003년 10월 현재 교직원 등을 대상으로 시범운영에 들어간 상태이며, 건강진단 프로그램별 비용은 60세 이상 노인을 기준으로 할 때 가장 저렴한 기본건강진단이 50만원 정도임. 기본 건강진단에 암이나 심장질환 등의 검진을 추가한 헬스케어 건강진단이 103만원~137만원 정도이며, 심장초음파나 CT 촬영까지 받으면 45만원을 추가 부담한다고 함. 특히, 숙박 건강진단은 서울시내 특급호텔에서 1박을 하고 센터에서 검진을 받는 것으로 그 비용이 200만원 이상인 것으로 알려져 있음.
- 제주도는 천혜의 자연환경과 경관을 가진 관광 휴양지임. 여기에 서울대학교병원 건강검진센터가 하는 것과 같은 수준의 “건강검진 패키지” 상품을 개발한다면, 이것이 제주관광의 성장과 지역경제의 발전에 크게 기여하는 것이 됨.

- 제주대학교병원이 500병상 이상의 규모로 2008년 개원할 것을 목표로 지금 신축을 위한 설계에 들어가 있는 바, 제주대학교병원(위치 : 제주 목석원 인근 서암농장 부지)의 건강검진센터를 서울대학교병원에 뒤지지 않을 정도로 첨단화하고, 관련 우수 인력을 제주대학교 의과대학 교수로 초빙하여 경쟁력 있는 건강검진센터를 마련하도록 함.
- 제주 관광상품을 건강검진상품과 연계하여 패키지로 판매함. 휴양형 주거단지와의 연계성도 확보(안내센터 설치, 전문 코디네이터 도입, 리무진 운행, 가격 할인혜택 등)하도록 하여 제주대학교병원 건강검진센터가 서귀포 휴양형 주거단지의 성공을 위한 하나의 인프라가 되도록 정책적 배려를 수행함.

2) 휴양단지 내 피부미용 및 성형 전문센터 설치

- 제주국제자유도시개발센터의 '제주 휴양형 주거단지' 개발계획(안)이 제시한 휴양형 주거단지 내 뷰티센터(미용성형센터, 마사지센터 등),는 제주 관광 및 휴양산업의 발전을 위해 전략적으로 배치할 필요가 있음.
- 피부미용 전문가에 의한 뷰티 업종은 관련 인력의 수급과 최신 시설의 설치가 그리 어렵지는 않겠으나, 피부과 치료행위에 해당하는 피부미용과 성형수술에 해당하는 성형외과 미용수술은 해당 전문시설과 전문의사 인력, 기술 수준의 명성 등 다양한 요소가 부합하여야 성공 가능성이 클 것임. 이것과 제주관광을 결합하는 기술적 배치의 성공은 제주 관광산업의 인프라로서의 역할뿐만 아니라 제주 지역경제발전의 견인차 역할도 일정하게 수행할 것임.
- 이미 부산, 서울 등에서 일본 등 외국 관광객들이 미용과 미용성형을 위해 전문미용시설과 피부 및 성형 의료기관을 방문하는 상품이 보편화되고 있고, 말레이시아 등 동남아의 주요 휴양관광지에서도 관광과 미용성형을 결합한 패키지 상품 등이 유럽 등 외국 관광객들에게 인기 종목으로 판매되고 있음.

- 제주의 아름다운 자연경관과 휴양형 주거단지를 중심으로 장차 마련될 테마가 있는 주제별 체험관광은 미용성형 상품과 잘 조응함으로써 성공의 가능성이 매우 크다고 하겠음. 특히, 제주대학교 의과대학과 신축 대학병원의 전문의료 인력이 휴양형 주거단지 내 뷰티시설을 정책적, 기술적으로 연계하여 충분히 지원한다면, 관련 전문인력의 수급 문제도 일정하게 해소되면서 상승작용을 일으키게 될 것으로 전망됨.

3) 휴양형 주거단지 내 건강증진시설 및 외래진료센터의 개설

- 앞서 기술하였듯이, 휴양형 주거단지 내 최고급 전문병원의 설치 구상은 잘못된 것임. 대신에, 건강증진시설과 외래진료센터의 개설이 필요함.
- 서귀포 예래동에 건설 예정인 휴양형 주거단지는 관광과 휴양을 원하는 외국인과 내국인을 대상으로 하고 있으며, 이용자도 실버계층인 65세 이상의 노인만을 대상으로 하는 것이 아니라 40, 50대의 중·장년층(주 5일제 근무 환경과 관광수요의 증가 예상)까지를 타깃으로 삼고 있음. 그러므로 의료지원 기능, 특히 급성기 치료기능의 필요는 그 만큼 적어지는 것임.
- 건강증진시설은 최고급 시설의 휘트니스센터를 추구함. 운동치료사의 운동처방이 이루어지도록 하며, 비만관리센터를 두어 식생활 지도와 운동, 필요한 검사 등을 수행하도록 함. 또한, 방문객의 피로 해소와 정신적 긴장의 완화를 위한 상담과 관련 서비스를 제공함.
- 휴양형 주거단지 내에는 전문병원을 설립하는 것 대신에 외래진료센터를 설치함. 외래진료센터는 내과, 노인과(신경과 등 관련 진료과목도 무방함), 재활의학과, 가정의학과 등의 진료과목을 설치하고 외래진료 중심의 의료전달체계를 구축함. 외래진료센터는 10병상 미만의 관찰병상(외래 진료를 수행하는 의료기관은 입원시설을 두지 않는 것이 원칙임. 그러나 입원의 필요성 여부를 결정하

기 위해 1~2일 정도 환자의 상태와 질병의 경과를 관찰하는 것을 목적으로 설치하는 병상을 관찰병상이라고 함)을 두며, 재활치료를 위한 재활치료센터도 설치하도록 함.

- 외래진료센터는 방문 환자의 상태가 입원진료 또는 전문적 기술이 필요할 경우, 해당 환자를 제주대학교병원으로 이송하여 치료하도록 하는 방식으로 ‘진료의뢰 및 전달체계’를 구축함.
- 제주대학교병원은 휴양형 주거단지 내에 외래진료센터를 직접 설립할 수도 있으며, 또는 민간자본이나 공공기관이 설립한 것을 위탁받아 운영할 수도 있을 것임. 그렇지 않을 경우에도, 민간이 운영하는 외래진료센터와 제주대학교병원이 모자관계 등의 협력관계를 체결하여 기술 및 인력을 지원하는 방안을 고려할 수도 있겠음.

참 고 문 헌

- 강복수 외. 예방의학과 공중보건. 계축문화사. p.627. 2001.
- 건강관리협회. 제주도 학생 건강검진 결과. 2000.
- 건강보험심사평가원. 건강보험통계. 각 연도.
- 고충석, 이상이, 홍성철, 이창인. 국제자유도시 출범에 따른 제주도 보건의료의 과제와 전망. 제주발전연구 제6호. 제주발전연구원. 2002.
- 공공보건의료에 관한 법률 제3조.
- 공적노인요양추진기획단. 장기요양보호 서비스, 인력 인프라 구축방안, 내부자료. 2003.
- 국민건강보험공단. 건강보험통계연보. 각 연도.
- 국제산업정보연구. 노인주거사업타당성에 관한 연구. 1993.
- 김만수 외. 실버산업의 이론과 실제. 양서원. 2003.
- 김성순. 국정감사자료. 데일리팝. 2002. 9.
- 박재현. 라이프스타일에 따른 실버타운 개발에 관한 탐색적 연구. 세종대학교 대학원 박사학위논문. 2000.
- 보건복지부. 2002 의료기관 실태 보고자료. 2003.
- 보건복지부. 99 환자조사자료. 2001.
- 보건복지부. 노인복지시설 현황. 2003.
- 보건복지부. 보건복지통계연보. 각 연도.
- 보건협회 제주지부. 제주도 학생들의 비만실태. 2000.
- 보건협회제주지부. 노인들의 보건의료 실태조사. 2001.
- 새천년민주당·제주국제자유도시정책기획단. 제주국제자유도시 추진기획(안). 2001.
- 이상이, 홍성철. 제주도 의료이용의 자체충족도에 관한 연구. 사회발전연구, 제17권. 제주대학교 사회발전과 법·정책연구소. pp.153~165. 2002.

- 이상이. 고령화시대의 도래와 노인보건정책. 제주도의회 의회보 18권. pp.197~208. 2003.
- 이상이. 한국 보건의료체계의 진단과 과제. 보건과 사회과학. 제12집. 2002.
- 장혜정 외. 공분산구조분석을 이용한 자체충족률 모형 검증. 보건행정학회지. 11(2). 한국보건행정학회, pp.124~128. 2001.
- 장혜정, 김창엽, 윤석준. 현 입원의료이용량의 급성기 진료 및 장기요양 서비스 재 분류. 보건행정학회지. 11(3). 2001.
- 제주국제자유도시개발센터. 제주 휴양형 주거단지 개발계획(안). 2003.
- 제주대학교. 제주대학교 종합발전계획. 2000.
- 제주대학교. 제주대학교병원 건립 추진계획서. 1999.
- 제주도 보건복지여성국. 주요 업무보고. 2000. 10.
- 제주도. 2001 주민등록 인구통계 보고서. 2002.
- 제주도. 2차 제주도종합발전계획(안). pp.400~450. 2001.
- 제주도. 전염병예방관리대책. 2000.
- 제주도. 제주도 지역보건의료 계획, 2003~2006. 2002.
- 제주발전연구원. 제2차 제주도종합개발계획 주민의견조사, 보건의료 부문. pp.56~65. 2001.
- 제주시. 주민의 보건의료의식 및 행태 변화. 1999.
- 최지섭. 한국형 노인주택의 성공적인 정착을 위한 정책적 지원방안에 관한 연구. 건국대학교 행정대학원 석사학위논문. 2001.
- 통계청. 장래인구추계. 2001.
- 한국보건사회연구원. 국민건강 및 보건의식행태조사. 1999.
- 한국보건사회연구원. 노인보건복지 종합대책에 관한 토론회 자료집. 2002.
- 한국보건사회연구원. 노인복지회관 관리운영실태 및 개선방안. 2002.
- 한국보건사회연구원. 새천년 복지비전 2010. 2001.
- 한국보건사회연구원. 요양병원의 수급현황과 과제. 1999.
- 한국보건사회연구원. 전국노인생활실태 및 복지욕구조사. 1998.

- 한국보건사회연구원. 치매관리 Mapping 개발연구. 1997.
- 한국보건사회연구원. 평생국민건강관리체계 구축 방안에 관한 연구. 2001.
- 한국보건산업진흥원. 장기요양보호 대상노인의 건강유지 증진을 위한 지역사회연계모델 개발 연구. 2002.
- 한국보건산업진흥원. 제주대학교병원 건립계획 연구. 2003.
- 한국보건산업진흥원. 제주대학병원 발전전략 개발연구. 2001.
- 한국보건산업진흥원. 종합전문요양기관 평가기준개발연구. 1999.
- 한국보건의료관리연구원. 병상수급 적정화 연구. p.125. 1998.
- 한국토지공사. 제주휴양형 주거단지 개발방안에 관한 연구. 2003.
- 한달선, 권순호. 입원의료의 진료권별 자체충족도에 관한 연구. 예방의학회지, 제23권 제3호 대한예방의학회. pp.285~295. 1990.
- Jones Lang Lasalle. 제주도 국제자유도시 개발타당성 조사 및 기본계획. 2000.
- UN. World Population Prospects. 1998.
- www.cheju.go.kr

별첨자료



‘의료서비스 특구’ 구상에 대한 검토의견

<별첨자료>

‘의료서비스 특구’ 구상에 대한 검토의견

□ ‘의료서비스 특구’ 구상은 수용할 수 없는 정책방안임.

- ‘의료서비스 특구’ 구상의 주요 내용은 다음과 같음.
 - 영리법인의 의료기관 개설을 허용함.
 - 의료기관시설기준을 완화함.
 - 건강보험 요양기관 지정에서 배제
 - 의료서비스 가격의 병원 자율 결정
 - 외국 의료자본의 유인 및 내국인을 대상으로 하는 진료의 허용
- 결론적으로 이러한 방안은 사회적 수용 가능성도 희박하거니와 만약에 실현된다면 큰 재앙으로 작용하여 기존의 제주도 의료제공체계를 와해시키고 도민 건강에 큰 위협이 될 것으로 판단됨.

□ 의료서비스의 사회경제적 특성

- 정보의 비대칭(Asymmetry of information)
 - 일명 ‘소비자 무지’라고도 하는 것으로, 의료기관이 제공하는 의료서비스라는 재화 또는 용역은 상품 시장에서 거래되는 일반적인 재화들과는 달리 의료서비스 공급자(공급자)와 의료서비스 소비자(수요자) 사이에 관련 정보의 현격한 비대칭이 존재한다는 것임.
 - 즉, 의사는 질병치료 서비스에 대한 고도의 전문지식을 가지고 있는 반면, 소비자인 환자는 관련 지식이 크게 부족하여 정상적인 시장(가격) 거래가 이루어질

수 없고, 의료상품의 판매자인 의사가 절대적인 정보 우위와 우월적 지위를 가지게 되어 '자유시장의 조건을 결여'하고 있으므로 '정부의 개입이 필연'적으로 수반되어야 한다는 것임.

○ 공공재(Public goods) 또는 가치재(Merit goods)

- 보건의료서비스는 국방, 경찰, 보건위생 서비스 등이 가지는 재화의 특성인 '비배제성(none-exclusiveness)'과 '비경합성(none-rivalry)'을 일부 가진다는 의미에서 '공공재'로 간주되는 경우가 많음.
- 또, 보건의료서비스는 20세기 초부터 형성되기 시작한 국민의 '사회권(Social rights)'을 구성하는 핵심적인 요소라는 주장이 범세계적으로 받아들여지면서 우리나라에서도 헌법에 생존권적 기본권과 국민의 '건강권'을 명확하게 규정하고 있음. 이는 의료서비스가 교육서비스와 더불어 국민이 누려야 할 당연한 권리로서 국민이면 누구나가 형평적으로 누려야 하는 가치 있는 재화라는 주장임.
- 보건의료서비스의 상기 특성은 정부가 의료서비스의 제공 과정에 개입해야 하는 이론적 근거가 되고 있음.

□ 세계 각국의 보건의료제공체계의 기초

○ 복지국가형 의료제공체계 : 영국 등 영연방 국가들과 유럽의 다수 국가들

- 영국은 의료기관을 국가가 소유하고 있으며, 조세방식으로 재원을 조달하여 의료서비스를 필요로 하는 모든 국민들에게 형평적으로 제공하고 있는 대표적인 국영의료체계(National Health Services)를 가진 국가임.
- 스웨덴 등의 북 유럽 국가들은 지방정부가 의료기관을 소유하고 직접 운영하는 국가들로 지방정부의 책임 하에 지방정부의 재원으로 지역주민이 필요로 하는 의료서비스를 형평적으로 제공하고 있음.
- 캐나다는 전체 국민을 대상으로 의료보험제도를 운영하는 국가이면서도 보험

자의 역할을 지방(주)정부가 담당하는 사실상의 국가 주도형 의료제공체계를 가지고 있음.

- 이러한 형태의 의료제공체계를 가진 나라들은 ‘의료서비스 이용의 형평성’을 가장 중요한 가치로 여기고 있으며, 의료기관의 대부분을 국가 또는 지방정부와 공공단체가 소유하고 있는 등, 공공의료체계를 국가보건의료체계의 중심축으로 삼고 있음.

○ 사회보험형 의료제공체계 : 독일, 프랑스, 네델란드 등 유럽국가들과 동아시아

- 독일의 의료보험제도가 그 효시이며, 세계적으로 가장 많은 국가들이 이 제도를 의료제공체계의 근간으로 삼고 있음. 의료보험은 평소 보험료를 납부하였다가 가입자에게 의료필요가 발생하였을 때 의료이용을 보장받는 경제적 준비를 말하며, 넓은 의미로는 건강보장을 말하는 것임.
- 근대국가의 형태가 완성되면서 과학기술혁명과 더불어 의료서비스의 내용이 복잡해지고(정보의 비대칭 문제가 심화되었음) 의료기관의 규모와 의료비용이 급증하면서 국민의 건강과 보건의료 문제를 의료제공자인 의료기관과 의료소비자인 환자 사이의 직접적인 거래에만 맡겨 놓을 수 없게 되면서 중앙정부 또는 지방정부가 직접 또는 사회보험청이나 의료보험공단 등을 통해서 적극적으로 개입하게 되었던 것임.
- 이와 같이 의료공급자와 소비자 사이에 정부가 적극적으로 개입하는 것이 사회정책으로서 널리 인정되어 현재 복지국가형 의료제공체계를 가진 나라들을 제외한 대부분의 국가들이 이 제도를 시행하고 있음. 특히, 대만과 우리나라는 단일보험자에 의한 통합의료보험 관리방식을 채택하고 있으며, 독일과 일본 등은 다수 보험자 방식(조합형 관리방식)을 채택하고 있음.

○ 민간주도의 자유방임형 의료제공체계

- 미국은 사회적 의료제공체계의 일환으로 65세 이상의 노인을 대상으로 노인 의료보험제도(Medicare)를 운영하고 있고, 빈곤계층(미국 전체 인구의 약 8~

10%)을 대상으로는 의료보호제도(Medicaid)를 운영하고 있음.

- 그 외 대다수의 인구에 대해서는 자신의 의료이용과 건강문제를 국민 스스로가 책임(Individual responsibility)지는 시장 중심의 민간의료 제공체계를 운영하고 있으며, 때문에 민간의료보험제도가 매우 발전해 있음.
- 미국의 국민의료비 규모는 세계에서 가장 높아 국내총생산(GDP)의 약 14%를 차지하면서도 복지국가형 또는 사회보험형 의료체계를 가지고 있는 유럽 국가들(이들 국가들의 국민의료비 규모는 GDP의 7~10%임)보다 국민건강 수준(평균수명과 건강수명 등)은 저조한 것으로 조사되고 있음.
- 미국이 점한 세계 초강대국으로서의 초월적 위치에도 불구하고 미국의 자유방임형 의료제공체계는 실패했다는 것이 미국 내외의 중론임을 명심할 필요가 있음.

□ 국가 의료제공체계의 목적

- 궁극적 목적 : 국민의 건강권 실현, 국민의 건강수명과 만족의 극대화
- 지표로서의 목적 : ‘의료이용의 형평성’과 ‘사회 전체적 효율성’의 극대화
 - 형평성이란 국민 또는 도민이면 그의 성별, 연령, 거주지역, 직업, 소득, 학력 등 인구학적 또는 사회경제적 조건에 관계없이 의료서비스가 필요할 때는 언제든지 필요한 의료를 이용할 수 있어야 함을 의미함. 흔히 접근 형평성이라고 표현함.
 - 효율성은 사회 전체적으로 일정한 재원을 투입하였을 때 최대의 산출을 얻을 수 있는 방향으로 ‘한정된 자원을 효과적이고 효율적으로 분배’하는 것을 의미함. 흔히 분배효율성 또는 사회 전체적(거시적) 효율성이라고 표현함. 여기서 투입은 ‘GDP 대비 국민의료비’이며, 산출은 ‘효과적 의료이용량 또는 건강수준’이 되는 것임. 그러므로 유럽국가들은 미국보다 분배(거시적) 효율성이 훨씬 높은 것임.

□ ‘의료특구’ 구상이 제주도와 도민의 이익과 건강에 반하는 이유

- 외국자본이든 도내 의료기관이든 간에, 영리의료법인이 상업성에 근거하여 도민을 대상으로 영업활동을 본격화할 경우, 환자가 필요로 하는 수준의 적정의료를 넘어서는 과잉진료와 의사유인수요, 고가의 검사 및 진료의 남발로 도민이 전체적으로 부담하는 의료비의 비중이 현저하게 증가하여 ‘거시적 효율성’이 크게 저하될 것임.
- 영리의료법인의 수익성을 보장해 주기 위해서는 시설 및 인력기준 등 각종 사회적 필요규제를 완화 또는 철폐해 주어야 하는 바, 이는 제주도에 구축되어 있는 기존의 의료제공체계를 와해하는 등 의료행정의 무정부 상태를 촉발할 가능성이 큼.
- 또, 의료특구로서의 제주도에 소재 하는 의료기관들 중 영향력 있는 상당수의 의료기관들이 중앙정부의 입법에 의해 운영되는 건강보험제도에서 이탈한다면, 이는 제주도민의 의료이용을 계급화 또는 계층화하는 것으로 귀결되어 빈자는 건강보험 지정 의료기관을, 부자는 비지정 영리의료기관을 이용하는 등의 심각한 사회적 갈등을 조장할 것이며, 심할 경우 제주도가 사회의료보험제도의 사각지대이자 전국 최고의 건강 및 의료이용 불평등 지역이 될 것임.
- 영리의료법인이 합법적으로 의료보험에서 벗어난 의료행위를 하게 될 경우, 중앙정부 또는 지방정부가 의료제공자와 의료소비자 사이에 합법적으로 개입할 여지가 거의 없어지므로, 이는 미국의 자유방임 의료제공체계를 제주도에 이식하는 꼴이 되는 것임. 특히, 영리의료법인들이 의료서비스 가격을 병원이 자율적으로 결정하도록 요구해올 것인 바, 이는 의료서비스의 경제적 특성인 ‘정보의 비대칭(소비자 무지)’에 근거한 ‘국민건강보호를 위한 정부의 적극적 개입’이라는 범세계적 추세를 역행하는 것으로서, 도민에게 경제적으로 그리고 의료이용과 건강보호의 측면에서 큰 고통을 가져다 줄 것임.

- 외국 의료자본의 유입으로 인한 경제효과가 나타나기 위해서는 상주 외국인이거나, 외국 관광객, 국내 관광객이 제주도로 들어와서 도내에서 의료서비스를 이용하는 규모가 상당한 수준으로 보장되어야 할 것임. 그러나 이러한 가능성과 예상되는 규모는 그리 크지 않을 것이며, 오히려 기존의 도민을 영리의료행위의 대상으로 삼음으로써 의료제공체계의 왜곡과 무질서, 의료이용의 비형평, 비효율만 심화될 것이 자명함.

□ 제주도 의료제공체계의 발전을 위한 제언

- 도내 공공의료의 비중을 높여 최소한 '공공의료 최소 국가인 미국이나 일본의 공공의료수준'인 30%에 도달하도록 노력함.
- 공공보건행정기관(도 보건과, 각급 보건소)의 획기적 강화와 이에 대한 지원이 필요함. 특히, 보건소의 조직과 기능, 지역사회에서의 역할을 대폭 강화하여 공공보건 인프라로서 제대로 기능하게 함.
- 노인 건강 및 의료 문제의 해결을 위한 장기요양보장체계(지역사회에서의 보호체계 마련, 요양병원과 요양시설의 확충 등)를 지방정부 주도로 구축하고 재원투입 및 지원을 강화함.
- 제주대학교병원의 종합전문요양기관으로의 발전에 대한 제주도 당국 및 범도민의 협력과 지원의 강화가 필요함. 특히, 제주대학교병원의 전문적 발전은 제주국제자유도시의 중요한 보건의료 인프라로 기능할 것이며, 관광 인프라로서의 가능성(관광 및 휴양과 건강검진상품 등을 연계)도 매우 클 것임. 더불어 제주도에 거주하거나 제주도를 방문하는 외국인에게 질 높은 의료서비스를 제공할 수 있을 것임.

제주국제자유도시의 보건의료 인프라 구축방안 (보건의료 산업화를 중심으로)

인쇄일 / 2003. 12.

발행일 / 2003. 12.

발행인 / 고 충 석(제주발전연구원장)

발행처 / 제주발전연구원

690-732 제주도 제주시 이도2동 390

(제주도중소기업지원센터 4층)

Tel. 064-751-2166~7, Fax. 064-751-2168

E-mail: jdi507@provinjeju.kr

인쇄처 / 온누리디앤피(Tel.064-722-0086)

ISBN 89-88021-44-4 93510

- 이 책에 실린 내용은 출처를 밝히면 자유로이 인용할 수 있습니다. 무단·전재하면 법에 저촉됩니다.