

연구보고 2009-11

# 공공보건의료 선진화를 위한 법제 연구

정 상 우

# 공공보건의료 선진화를 위한 법제 연구

A Study on Improvement of the Laws  
Related to National Health Service

연구자 : 정상우(부연구위원)

Chong, Sang-Woo

2009. 10. 31.

## 국문 요약

우리나라는 최근 저출산·고령화 사회가 도래하여 새로운 보건의료 시스템이 요구되고, 도시와 농촌 간의 의료지원 체계의 불균형 등이 나타나면서 공공보건의료의 개선이 절실한 상황이다. 또한 사회복지 예산의 확대에도 불구하고 국민이 실제로 느끼는 의료복지의 혜택은 축소되고 있다. 그리고 국민적으로 관심이 있는 특정 질병에 대한 국가적 관리체제가 미흡한 형편이다. 물론 전국민의료보험제도로 사적 의료기관에서의 의료서비스의 제공은 상당한 수준에 있으나, 오히려 이로 인한 도덕적 해이나 과잉진료가 문제되고, 반면에 빈곤층이나 농어촌 등 의료사각지대에서 이용할 수 있는 공공보건의료 제도는 미흡한 것이 사실이다.

그런데 의료 영역은 그 특성상 경쟁에 의해 발전이 가능한 영역과 국민보건정책을 위해 공공성이 유지·강화되어야 하는 영역으로 구분될 수 있다. 새로운 정부에서 영리의료법인 허용, 건강보험 당연지정제 완화, 민간의료보험 활성화 등이 논의되고 있다. 이러한 논의는 보건의료 전체 시스템의 큰 변화가 올 수 있기 때문에 면밀한 검토 하에서 진행될 것이며, 이러한 경우에도 공공보건의료는 확충될 필요가 있고 최근 제기되고 있는 환경변화에 대응하여 오히려 공공보건의료 영역을 선진화할 필요성 있다고 하겠다.

이 연구는 공공보건의료를 확충하고 국민들의 접근성을 넓히고 포괄적인 보건의료 서비스를 제공함으로써 선진화할 수 있는 방안과 법제를 연구하여 의료보장체계의 각 수준과 공공보건의료 기관의 확충과 기능을 확대하는 것을 목적으로 한다.

※ 키워드 : 공공보건의료, 보건소, 보건의료기본법, 공공보건의료에 관한 법률, 지역보건법

## Abstract

National Health Service means a medical service provided to improve health of the people or community people by the government or autonomous regional governments. For most of advanced countries, medical care is mainly provided by public health medical service centers, but in Korea, as private medical centers usually provide medical service, public health sector is only an assistant organization.

But It's undeniable that Korea's public contributions into the health care system are significantly lower than that of OECD, NHS, or NHI countries. So we require to improve national health services through the reasonable organization and operation of the health administration and through effective execution of health policies.

The aim of this research is to analyze and improve legal system for national health service in Korea. The scope of this research is as follows, consisting of total 4 chapters.

In chapter 1: purpose, methods, and scope of this study.

In chapter 2: the definition and type of national health service. an analysis on the laws related to national health service in Korea.

In chapter 3: A survey on the legal systems and policies for national health service of foreign countries(England, U.S.A., France and Japan).

In chapter 4: A new legislative proposals for improvement of national health service.

※ Key Words : National Health Service, National Health System, Public Healthcare System, Public Health Center, Regional Public Health Center Act, Public Health Sector in Korea.

# 목 차

국문 요약 .....	3
Abstract .....	5
제 1 장 서 론 .....	11
제 1 절 연구의 필요성 및 목적 .....	11
제 2 절 연구 방법론 및 주요 내용 .....	12
1. 연구 방법론 .....	12
2. 연구의 주요 내용 .....	13
제 2 장 공공보건의료 법제의 의의 및 현황 .....	17
제 1 절 공공보건의료의 개념 .....	17
1. 강학상의 ‘보건의료’ .....	17
2. 실정법상의 보건의료와 ‘공공’보건의료 .....	19
3. 공공보건의료기관의 개념 .....	21
4. 소 결 .....	21
제 2 절 헌법상 공공보건의료 보장의 근거 .....	22
1. 헌법상 기본권 .....	22
2. 국가의 보호의무 .....	26
제 3 절 공공보건의료 관련 법령의 체계 .....	30
1. 보건의료 관련 현행법체계 .....	30

2. 보건의료기본법 .....	32
3. 공공보건의료에 관한 법률 .....	38
4. 지역보건법 .....	41
5. 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법 .....	45
6. 기타 관련 법률 .....	48
제 3 장 주요 선진국의 공공보건의료 법제 .....	51
제 1 절 공공보건의료의 유형과 모델 .....	51
1. 의료보장제도의 유형 .....	51
2. 사회보험방식과 국민보건서비스방식의 비교 .....	52
제 2 절 영 국 .....	54
1. 서 설 .....	54
2. NHS 설립 이전 의료체계 .....	55
3. NHS의 설립과 법원 .....	60
4. 국가보건의료서비스의 의미와 범위 .....	64
5. NHS의 주요 서비스와 그 구조 .....	67
제 3 절 미 국 .....	73
1. 서 설 .....	73
2. 공공보건의료 기관 .....	73
3. 주요 법률의 내용 .....	76
4. 메디케이드(Medicaid) 제도 .....	80
5. 메디케어(Medicare) 제도 .....	87
6. 최근의 공공보건의료 정책 방향 .....	91

제 4 절 프랑스 .....	91
1. 서 설 .....	91
2. 국·공립병원의 종류 .....	92
3. 공공보건의료의 법체계 .....	99
4. 최근의 공공보건의료 정책방향 .....	104
제 5 절 일 본 .....	107
1. 서 설 .....	107
2. 국·공립병원의 종류 및 관련 법체계 .....	108
3. 보건소사업과 근거법 .....	112
4. 최근의 공공의료 정책방향 .....	118
제 6 절 정리 및 시사점 .....	122
제 4 장 공공보건의료 법제의 개선 방안 .....	127
제 1 절 공공보건의료의 개선방안의 쟁점 .....	127
1. 공공보건의료의 현황과 문제점 .....	127
2. 공공보건의료 법제의 개선방안의 쟁점 .....	130
제 2 절 공공보건의료 체계화를 위한 법제개선 .....	132
1. 공공보건의료 체계의 기획조정기능 강화 .....	132
2. 지역거점병원의 육성 .....	134
제 3 절 건강불평등 완화를 위한 법제개선 .....	137
1. 건강불평등 완화 원칙 천명 .....	137
2. 보건소의 강화 .....	139
3. 민간보건의료 기관의 활용 .....	142

제 4 절 사회 환경의 변화에 대비한 법제개선 .....	144
1. 고령화 사회 대비 .....	144
2. 만성질환의 예방 체제 구축 .....	146
3. 신종 전염병 예방 및 관리 시스템 구축 .....	147
참 고 문 헌 .....	149

## 제 1 장 서 론

### 제 1 절 연구의 필요성 및 목적

우리나라는 최근 저출산·고령화 사회가 도래하여 새로운 보건의료 시스템이 요구되고, 도시와 농촌 간의 의료지원 체계의 불균형 등이 나타나면서 공공보건의료의 개선이 절실한 상황이다. 또한 사회복지 예산의 확대에도 불구하고 국민이 실제로 느끼는 의료복지의 혜택은 축소되고 있다. 그리고 국민적으로 관심이 있는 특정 질병에 대한 국가적 관리체제가 미흡한 형편이다. 물론 전국민의료보험제도로 사적 의료기관에서의 의료서비스의 제공은 상당한 수준에 있으나, 오히려 이로 인한 도덕적 해이나 과잉진료가 문제되고, 반면에 빈곤층이나 농어촌 등 의료사각지대에서 이용할 수 있는 공공보건의료 제도는 미흡한 것이 사실이다.

그런데 의료 영역은 그 특성상 경쟁에 의해 발전이 가능한 영역과 국민보건정책을 위해 공공성이 유지·강화되어야 하는 영역으로 구분될 수 있다. 새로운 정부에서 영리의료법인 허용, 건강보험 당연지정제 완화, 민간의료보험 활성화 등이 논의되고 있다. 이러한 논의는 보건의료 전체 시스템의 큰 변화가 올 수 있기 때문에 면밀한 검토 하에서 진행될 것이며, 이러한 경우에도 공공보건의료는 확충될 필요가 있고 최근 제기되고 있는 환경변화에 대응하여 오히려 공공보건의료 영역을 선진화할 필요성 있다고 하겠다.

국가경쟁력 강화위원회 2009년도 업무계획자료<sup>1)</sup>에 의하면 2009년 주요 추진과제에 있어, 의료 분야를 주요 전략산업의 경쟁력 강화의 측면에서 과제로 설정하고 “공공의료 시설·인력 확충 및 의료수가·약가 등 건강보험 제도 개선 등 공공의료의 서비스 기반 강화”와 “영리

1) 2009년 1월 29일 국가경쟁력 강화위원회 보도자료 참조.

의료법인, 비의료인 의료기관 개설 허용 등 선진국형 의료산업 발전을 위한 제도적 기반 마련”을 함께 정책 과제로 설정하고 있다.

이 연구는 공공보건의료를 확충하고 국민들의 접근성을 넓히고 포괄적인 보건의료 서비스를 제공함으로써 선진화할 수 있는 방안과 법제를 연구하여 의료보장체계의 각 수준과 공공보건의료 기관의 확충과 기능을 확대하는 것을 목적으로 한다.

## 제 2 절 연구 방법론 및 주요 내용

### 1. 연구 방법론

#### (1) 문헌연구

이 연구는 각종 학술지, 정기간행물, 단행본과 통계자료 등을 활용하는 문헌연구의 방법을 택하였다. 비록 2차자료이지만 객관적이고 관련 분야의 전문적인 자료를 바탕으로 공공보건의료의 현황과 문제점을 파악하고자 하였다.

실태조사는 연구수행기간과 연구자의 연구분야의 한계로 현실적으로 어려워 수행하지 못하였다.

#### (2) 비교법 연구

비교법학의 목적은 여러 가지이지만, 공공보건의료의 경우 국가의 경제질서와 관계없이 상호 접근하고 있는 상황이므로 선진외국의 비교법 연구는 우리나라 법제개선방안을 도출하는데 좋은 시사를 주게 된다. 특히 선진외국의 공공보건의료 관련 법제를 통해 입법상에 도움이 되게 하려는 정책적·실천적 방안을 도출하고자 하였다.

### (3) 법정책학적 관점

법정책학은 일정한 범목적의 실현을 위하여 가장 유효하고 능률적인 법기술의 체계를 과학적으로 탐구하는 학문 영역이다. 이 연구보고서는 법정책학적인 관점에서 보건정책과 밀접한 관계를 맺는다. 따라서 기존의 법해석학과 달리 사회과학적인 방법론을 사용하고 있다.

### (4) 학제간 연구

학제간 연구(學際間研究, Interdisciplinarity)란 어떤 대상을 연구할 때 서로 다른 여러 학문 분야에 걸쳐 제휴하여 참여하는 연구를 말한다. 이 연구는 기본적으로 공공보건의료기관의 선진화를 위하여 관련법제의 개선방안을 도출하는 것이 목적이지만 이를 위해서는 보건학, 사회복지학 등의 관련 문헌과 보건복지가족부, 한국보건사회연구원, 한국보건산업진흥원, 국민건강보험공단의 연구결과물들을 참조하였다.

학제간 연구를 위하여 본 연구에서는 다른 영역의 관련 전문가들과 워크숍, 자문회의 등을 개최하였고 개별자문을 지속적으로 수행하였다.

## 2. 연구의 주요 내용

본 보고서의 연구의 주요 내용은 다음과 같다.

첫째, 공공보건의료의 규범적 의미와 범위를 살펴보았다.

헌법상 건강권과 보건권, 의료복지에 관한 국가의 책무의 내용을 소개하고 그 내용을 구체화하였다. 이렇게 함으로써 보건의료서비스가 공적 영역과 사적 영역으로 구분되는 가운데 국가적 지원이 필요한 부분을 추상적으로나마 도출하고자 하였다. 아울러 보건의료의 공공성이 강조되는 이유를 규범적으로 논증하고자 하였다.

또한 공공보건의료의 범위에 있어 공공보건의료의 일반적 정의 또는 보건의료 시행자의 소유주체 등을 검토하였다. 이를 통해 사적 영역에 있어서도 공적 서비스가 제공되는 경우 국가와 지방자치단체가 이를 지원해야 하는 근거를 밝히고자 하였다.

둘째, 공적·사적 의료기관의 공공성에 관한 실태와 문제점을 밝히고자 하였다.

지난 참여정부와 새정부의 공공보건의료에 대한 정책 변화에 대한 분석을 통해 성과와 전망을 하고 이를 통해 우리 사회에서 선진화해야 할 공공보건의료 서비스의 모습을 찾고자 하였다. 이를 위해 외국의 공공보건의료 법제를 비교법학의 관점에서 연구하였다. 대표적으로 선진외국이라고 할 수 있는 영국, 미국, 프랑스, 일본의 공공보건의료 법제를 각각 하나의 모델로 보아 연구하고 시사점을 도출하고자 하였다. 그리고 공공보건의료서비스의 이해를 돕기 위해 가능한 한 의료보장체계, 공공의료의 정책모델도 소개하고자 하였다.

셋째, 이 보고서는 공공보건의료기관의 선진화를 위한 관련 현행 법제의 개선방안을 도출하는 것을 최종적인 내용으로 하고 있다.

이를 위해 각각의 쟁점에 따라 공공보건의료의 기본 체계가 되는 「보건의료기본법」, 「공공보건의료에관한법률」, 「지역보건법」, 「농어촌 등 보건요리를 위한 특별조치법」 등에 있어 개선방안을 도출하고자 하였다.

보건소의 경우 국가적 질병관리 체계를 구축, 의료기록관리, 건강정보센터로서의 역할 제고방안을 법제개선방안으로 마련하고자 하였고, 지방의료원 등을 중심으로 한 지역거점병원의 제도화 등을 위한 법제개선방안을 마련하고자 하였다. 이에 따라 부수적으로 사적 의료 영역에서의 공공적 기능 강화 방안도 함께 연구하였다.

이러한 연구내용에 따라 기대되는 효과는 다음과 같다.

첫째, 공공보건의료 부분을 선진화하기 위하여 제도를 개선하고 전문인력을 확보할 수 있는 근거를 마련하며 지역보건의료의 체계 확립 및 현대화에 기여할 수 있을 것이다.

둘째, 맞춤형 방문건강관리업 등 관련 부처 정책에 부합하는 법제도적 근거를 마련하고 공공보건의료를 통한 특정 질병예방 및 의료교육 등 보건행정을 강화함으로써 국가 전체의 의료비용 절감에 기여할 수 있을 것이다.

셋째, 보건소 등 공적 공공보건의료시설의 조직과 기능, 역할을 증진시켜 1차적인 진료 서비스를 충실히 이행하게 함으로써 진료체계를 개선하여 국민 및 국가적 차원에서의 의료비용 부담 경감에 기여할 것이다.

넷째, 사적 영역에 있어서도 공적 기능을 수행할 경우 국가적 지원 제도를 마련하여 공적 영역의 의미를 확대할 수 있을 것이다.

## 제 2 장 공공보건의료 법제의 의의 및 현황

### 제 1 절 공공보건의료의 개념

#### 1. 강학상의 ‘보건의료’

학계와 실무에서는 일반적으로 보건과 의료의 개념을 구별하여 왔으며, 이는 입법에도 반영되어 관련법령에서 서로 다른 의미로 사용되고 있다. 보건은 의료를 포괄하는 광의의 개념으로 사용되기도 하고, 의료와 다른 행위를 지칭하기도 하며, 의료의 한 내용으로 표현되기도 한다.<sup>2)</sup>

#### (1) 직종에 따른 구별

『의료법』 제2조<sup>3)</sup> 및 제27조<sup>4)</sup>에 따르면, 보건복지가족부 장관의 면허를

- 
- 2) 김기경, “보건의료의 직업과 영업에 대한 법적규제”, 연세대학교 대학원 법학과 박사학위논문, 2002, 3쪽.
- 3) 제 2 조 (의료인) ① 이 법에서 “의료인”이란 보건복지가족부 장관의 면허를 받은 의사·치과의사·한의사·조산사 및 간호사를 말한다.  
 ② 의료인은 종별에 따라 다음 각 호의 임무를 수행하여 국민보건 향상을 이루고 국민의 건강한 생활 확보에 이바지할 사명을 가진다.
1. 의사는 의료와 보건지도를 임무로 한다.
  2. 치과의사는 치과 의료와 구강 보건지도를 임무로 한다.
  3. 한의사는 한방 의료와 한방 보건지도를 임무로 한다.
  4. 조산사는 조산과 임부·해산부·산욕부 및 신생아에 대한 보건과 양호지도를 임무로 한다.
  5. 간호사는 상병자나 해산부의 요양을 위한 간호 또는 진료 보조 및 대통령령으로 정하는 보건활동을 임무로 한다.
- 4) 제27조 (무면허 의료행위 등 금지) ① 의료인이 아니면 누구든지 의료행위를 할 수 없으며 의료인도 면허된 것 이외의 의료행위를 할 수 없다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자는 보건복지가족부령으로 정하는 범위에서 의료행위를 할 수 있다.
1. 외국의 의료인 면허를 가진 자로서 일정 기간 국내에 체류하는 자
  2. 의과대학, 치과대학, 한의과대학, 종합병원 또는 외국 의료원조기관의 의료봉사 또는 연구 및 시범사업을 위하여 의료행위를 하는 자
  3. 의학·치과의학·한방의학 또는 간호학을 전공하는 학교의 학생

받은 의사·치과의사·한의사·조산사 및 간호사를 의료인이라 하고 이들만이 의료행위를 할 수 있다. 또한 이 법에서 말하는 의료행위는 협의의 의료로서 질병의 진단과 치료, 즉 진료를 의미한다.<sup>5)</sup> 따라서 의료행위 외의 국민건강관련서비스 직종, 예컨대 약사·영양사·위생사 등의 행위는 『의료법』상의 의료행위에 포함되지 않는다. 이러한 관점에서 보건의료의 개념은 의료인의 의료업무와 그 이외의 자의 국민건강 관련업무를 기능적으로 총합한 개념이라 할 수 있다.<sup>6)</sup>

## (2) 행위대상과 속성에 따른 구별

행위대상으로 보자면 의료는 개인을 대상으로 하는 것인 반면 보건의료는 공중(public)을 대상으로 하는 것이며, 행위의 속성으로 보자면 의료는 이미 발생한 질병이나 상해를 치료하는 치유적 행위인 반면 보건의료는 사전에 건강의 위해요인을 제거하는 예방적·위생중심적 행위를 의미한다. 이러한 의미에서, 보건의료는 속성이 서로 다른 두 가지 행위가 기능적으로 결합된 것으로 의료(medical care)와 공중보건(public health)라는 두 영역의 행위를 모두 포괄하는 개념이다.<sup>7)</sup>

---

② 의료인이 아니면 의사·치과의사·한의사·조산사 또는 간호사 명칭이나 이와 비슷한 명칭을 사용하지 못한다.

③ 누구든지 『국민건강보험법』이나 『의료급여법』에 따른 본인부담금을 면제하거나 할인하는 행위, 금품 등을 제공하거나 불특정 다수인에게 교통편의를 제공하는 행위 등 영리를 목적으로 환자를 의료기관이나 의료인에게 소개·알선·유인하는 행위 및 이를 사주하는 행위를 하여서는 아니 된다. 다만, 환자의 경제 사정 등 특정한 사정이 있어서 관할 시장·군수·구청장의 사전승인을 받은 경우에는 그러하지 아니하다.

5) 유승훈·양재모, □□의료총론□□, 수문사, 1994, 20쪽.

6) 김기경, 앞의 글, 4쪽. 이와 관련해서는, 종래의 의료와 보건이라는 용어 구별이 적어도 의사 측에게는 의료업무의 배타성과 독점성을 강조한다는 측면이 있었으나 보건의료라는 통합개념의 제도화로 인하여 의료인의 우월성과 전문성을 희석시키는 간접적 효과를 야기할 수 있다는 지적이 있다. 이상돈, “법을 통한 보건과 의료의 통합: 보건의료기본법과 보건의료관련 개별법률 사이의 상관관계에 대한 비판과 전망”, 의료환경 선진화를 위한 대토론회 연제집, 2001, 65쪽.

7) 김기경, 앞의 글, 10쪽.

### (3) 국가권력 개입 여부에 따른 구별

공익적인 목적에서 국가권력 개입하에 제공되는 의료행위는 보건이고, 민간자격에서 행하는 행위는 의료라고 구분하는 견해이다.<sup>8)</sup> 보건은 시민의 건강을 보호하기 위하여 조직적으로 행해지는 관리적 측면이 강하며 국가권력과 결부되어 있는 현상인 반면, 의료는 인간의 삶과 결부되어 있는 비권력적인 현상이라는 것이다.

### (4) 보건과 의료의 구별부인론

보건과 의료의 구별을 부인하는 견해도 있다. 종래의 의료는 사고나 질병을 전제로 하여 질병의 진단과 치료를 의미하는 협의의 의료(medical care)이었으나, 의료의 개념과 범위가 점차 확대되어 단지 사고나 질병이 발생한 경우뿐만 아니라 사회적 안녕(social well-being)까지 포함하는 건강의 유지와 증진이 의료의 개념에 포함되게 되었다는 것이다. 즉, 현대적 의미의 의료는 광의의 의료(health care)로서, 이를 굳이 보건과 구분할 것이 아니라는 입장이다. 이에 따르면, 광의의 의료는 보건서비스(health service)에 의한 산물로서, 육체적·정신적·사회적 안녕을 회복·유지·증진할 목적으로 이루어지는 개인 또는 공공의 모든 활동을 의미한다.<sup>9)</sup>

## 2. 실정법상의 보건의료와 ‘공공’보건의료

모든 국민이 수준 높은 의료 혜택을 받을 수 있도록 국민의료에 필요한 사항을 규정하고 있는 「의료법」에서는 보건의료에 관한 정의 규정을 두고 있지 않다. 몇몇 조항에서 ‘보건의료정책’, ‘보건의료시책’

8) 이상돈, 앞의 글, 54-57쪽.

9) 유승훈·양재모, 앞의 책, 20-22책.

등의 표현이 나타나 있을 뿐이다.<sup>10)</sup> 이하에서는 범명에서 ‘보건의료’를 포함하고 있는 『보건의료기본법』, 『공공보건의료에관한법률』, 『농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법』을 중심으로 실정법상의 보건의료 및 공공보건의료 개념을 살펴보기로 한다.

### (1) 보건의료기본법

『보건의료기본법』은 ‘보건의료’를 “국민의 건강을 보호·증진하기 위하여 국가·지방자치단체·보건의료기관 또는 보건의료인 등이 행하는 모든 활동”으로 정의하고 있으며(제3조 제1호), ‘보건의료인’을 “보건의료 관계 법령이 정하는 바에 의하여 자격·면허 등을 취득하거나 보건의료서비스에 종사하는 것이 허용된 자”로 정의하고 있다(동조 제3호). 또한, ‘보건의료기관’은 “보건의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 보건의료서비스를 행하는 보건기관·의료기관·약국 기타 대통령령이 정하는 기관”을 말한다(동조 제4호).

이와 같은 『보건의료기본법』상의 보건의료는 보건과 의료, 더 나아가 복지까지 통합하는 서구사회의 보건학적 개념인 ‘health care’를 기초에 두고 그것을 종합적으로 강구하는 사회체계, 즉 ‘health care system’을 구축하는 미래지향적 구상을 염두에 두고 있는 것이다.<sup>11)</sup>

### (2) 공공보건의료에관한법률

『공공보건의료에관한법률』은 ‘공공보건의료’를 “공공보건의료기관이 국민의 건강을 보호·증진하기 위하여 행하는 모든 활동”으로 정의하고(제2조 제1호), ‘공공보건의료기관’을 “국가·지방자치단체 또는 기타

10) 예컨대 제3조 제8항, 제11조 제1항, 제38조 제1항, 제54조 제3항, 제59조 제1항 참조.

11) 손명세, “보건의료기본법의 제정 필요성과 구성”, 한국의료법학회 봄학술세미나 연제집, 1999, 1-5쪽.

대통령령이 정하는 공공단체가 설립·운영하는 보건의료기관”으로 정의하고 있다(동조 제2호).

### (3) 농어촌 등 보건医료를 위한 특별조치법

『농어촌 등 보건医료를 위한 특별조치법』은 ‘공중보건업무’를 보건소 또는 보건지소, 국가·지방자치단체 또는 공공단체가 설립·운영하는 병원으로서 보건복지가족부장관이 정하는 공공병원, 공공보건의료연구기관, 공중보건사업의 위탁사업을 수행하는 기관 또는 단체, 보건의료정책을 수행함에 있어서 공중보건医사의 배치가 필요한 기관 또는 시설로 대통령령이 정하는 기관 또는 시설에서 행하는 보건医료업무로 정의하고 있다(제2조 제2호, 제5조의2 제1항 참조).

## 3. 공공보건의료기관의 개념

보건의료기본법 제3조에 의하면 ‘공공보건의료기관’이란 국가·지방자치단체 기타 공공단체가 설립·운영하는 보건의료기관을 말한다.

이렇게 본다면 공공보건의료기관의 점유 비율은 10-15%로 상당히 낮은 수준이다. 그러나 보건医료의 공공부문과 민간부문을 구분하는 것이 다른 산업이나 영역에 비하면 상대적으로 무의미하고 불필요하다는 점을 감안한다면, 민간영역의 보건医료도 지정제도 등을 통하여 공공성을 강화하는 방안을 생각해 볼 수 있을 것이다.

기본적으로는 설립주체에 따라 공공보건의료기관의 범위를 설정하는 것이 현행 관련법 규정의 태도이다.

## 4. 소 결

이상에서 살펴본 바를 종합할 때, 넓은 의미로는 보건医료를 health care, 즉 신체적·정신적·사회적 안녕을 회복·유지·증진할 목적으로

행하는 개인의 활동(사적보건의료) 또는 공공의 활동(공공보건의료)으로 정의할 수 있을 것이고, 좁은 의미로는 보건의료를 보건의료법령에 따라 자격 및 면허 등 일정한 요건을 갖춘 자가 업무에 필요한 인력과 시설 등을 갖춘 기관에서 국민의 건강을 보호·증진하기 위하여 하는 활동으로 정의할 수 있을 것이다. 좁은 의미의 보건의료에 있어서도 그 주체가 개인이면 사적보건의료가 될 것이고, 공공이면 공공보건의료가 될 것이다. 한편, 보건의료 관련 실정법에서는 대체로 보건의료 개념을 협의의 개념으로 이해하고 있는 것으로 보인다.

## 제 2 절 헌법상 공공보건의료 보장의 근거

### 1. 헌법상 기본권

#### (1) 보건에 관한 권리

##### 1) 의 의

우리 헌법은 제36조 제3항에서 “모든 국민은 보건에 관하여 국가의 보호를 받는다.”라고 규정하고 있다. 국민보건에 관한 이러한 헌법적 배려는 우리 헌법질서의 핵심적인 가치라고 할 수 있는 인간의 존엄과 가치를 건강생활의 영역에서도 존중하기 위한 구체적인 표현이라고 할 수 있다. 이 조항은 인간의 존엄과 가치와 행복추구권, 국가의 국민의 기본권 보장 의무(제10조), 생명권, 신체의 자유 등과 밀접한 관련이 있고, 건강한 생활은 인간다운 생활의 전제가 되기 때문에 인간다운 생활을 할 권리(제34조)와도 관련이 깊으며, 나아가 건강은 건강하고 쾌적한 환경에서 생활하는 가운데 가능하기 때문에 환경권(제35조)과도 관련이 깊다. 보건에 관한 헌법규정에 대하여는 건강하고 위생적인 생활환경을 조성함으로써 모든 국민이 가정과 사회에서 ‘질병의 노예’가 되지 않고 개성을 신장시키며 행복을 추구할 수 있도록 적극

적인 보건정책을 펴나갈 국가의 의무를 수반하는 국민의 권리라고 보는 견해가 있다. 이 견해에 의하면 보건에 관한 권리는 국가의 의무를 수반하는 국민의 권리가 된다.<sup>12)</sup>

## 2) 성격

우리 헌법은 제36조 제3항에서 “모든 국민은 보건에 관하여 국가의 보호를 받는다.”고 규정하고 있는바, 국가는 국민보건의 양적·질적 향상을 위하여 제반 일적·물적 의료시설을 확충하는 등 높은 수준의 국민보건증진 의료정책을 수립·시행하여야 할 것이다.<sup>13)</sup> 이러한 헌법의 규정취지에 비추어 국가는 공공보건의료 공급을 통하여 국민에게 양질의 보건의료서비스를 제고하여 건강증진의무를 다하여야 할 것이다.

그런데 이 규정은 국가가 적극적으로 국민보건을 위해 필요한 배려를 해야 하는 형식으로 규정하고 있다. 따라서 이 규정에서 ‘보건권’ 또는 ‘보건에 관한 권리’나 ‘건강권’을 규정하고 있는 것인지에 대해서는 약간의 논의가 있다.

즉 동 규정은 국민이 국가에 대하여 ‘권리를 가진다’는 형식이 아니라 국민이 국가의 ‘보호를 받는다’는 형식으로, 국민 보건에 대한 국가의 ‘보호의무’를 규정하고 있는바, 이와 같은 규정형식으로 인해 보건권을 헌법상의 개별적 기본권으로 인정할 수 있는지에 대해서는 의문이 남아 있는 것이 사실이다.

헌법 제36조 제3항은 문언상 국가의 ‘국민보건보호의무’ 형식으로 되어 있지만 실질적으로 국민의 기본권의 존재를 전제로 하고 있는 국가의 기본권보장의무 규정(헌법 제10조 제2문)의 취지를 함께 살필 때에는, 국민의 국가에 대한 헌법상 권리로서의 ‘보건권’을 규정하는 조항으로 보아야 한다는 것이 지배적인 견해인 듯하다.<sup>14)</sup>

12) 허 영, □□한국헌법론□□전정제4판, 2008, 435-436쪽.

13) 헌법재판소 1993. 11. 25. 선고 92헌마87 결정.

14) 강경근, □□헌법□□, 법문사, 2002, 605쪽.

이와 관련하여 헌법재판소는 헌법 제36조 제3항을 근거로 보건에 관한 권리를 도출하고 있다.

즉 치과전문의 자격시험 불실시 위헌확인 등 사건에서 “청구인들은 국민의 일원으로서 치과전문의제도가 시행되지 않고 있는 한, 치과분야에 있어서 충분한 의료서비스를 제공받지 못하고 의료사고의 위험성 앞에 무방비 상태로 노출되어 보건에 관하여 국가의 보호를 받을 권리, 즉 보건권을 침해받고 있다고 주장한다. 살피건대, 헌법은 “모든 국민은 보건에 관하여 국가의 보호를 받는다”라고 규정하고 있는바(제36조 제3항), 이를 ‘보건에 관한 권리’ 또는 ‘보건권’으로 부르고, 국가에 대하여 건강한 생활을 침해하지 않도록 요구할 수 있을 뿐만 아니라 보건을 유지하도록 국가에 대하여 적극적으로 요구할 수 있는 권리로 이해한다 하더라도 치과전문의제도를 시행하고 있지 않기 때문에 청구인을 포함한 국민의 보건권이 현재 침해당하고 있다고 보기는 어렵다.”라고 하였다.<sup>15)</sup>

또한 국민의 보건에 관한 국가의 보호의무와 관련하여서는 “무면허 의료행위를 일률적·전면적으로 금지하고 이에 위반할 경우 처벌하는 규정이 과잉금지의 원칙에 위배되는지 여부”에 관해 “의료행위는 인간의 존엄과 가치의 근본인 사람의 신체와 생명을 대상으로 하는 것이므로 단순한 의료기술 이상의 “인체 전반에 관한 이론적 뒷받침”과 “인간의 신체 및 생명에 대한 외경심”을 체계적으로 교육받고 이점에 관한 국가의 검증을 거친 의료인에 의하여 행하여져야 하고, 과학적으로 검증되지 아니한 방법 또는 무면허 의료행위자에 의한 약간의 부작용도 존엄과 가치를 지닌 인간에게는 회복할 수 없는 치명적인 위해를 가할 수 있는 것이다. 또 무면허 의료행위를 일률적, 전면적으로 금지하고 이를 위반하는 경우에는 그 치료결과에 관계없이 형사처

---

15) 헌재 1998. 7. 16, 96헌마246.

벌을 받게 하는 이 법의 규제방법은 과잉금지의 원칙에 위반된다고 할 수 없다.”라고 판시한 바 있다.<sup>16)</sup>

### 3) 보건에 관한 권리의 법적 성격·주체·효력

보건에 관한 권리는 국가가 국민의 보건을 침해할 경우 이의 배제를 청구할 수 있다는 점에서 자유권적인 측면도 있으나, 주로 국가에 대해 건강한 생활을 유지하기 위한 배려를 요구하는 사회권(생존권)적 측면이 문제된다. 사회권적 성격을 가지는 보건에 관한 권리는 원칙적으로 자연인인 국민에 한한다. 다만 질병으로부터 인간생존에 필요한 보호를 받아야 한다는 측면에서 외국인에게도 제한적으로 인정하도록 노력하여야 한다.<sup>17)</sup>

## (2) 생명권

우리 헌법은 생명권에 관한 명문의 규정을 두고 있지는 않으나 통설과 판례는 해석론으로 생명권을 헌법상 권리로 인정하고 있다. 다만, 그 구체적 헌법의 근거규정에 관해서는 ① 헌법 제10조(인간의 존엄과 가치)에서 찾을 수 있다는 견해, ② 헌법 제10조, 제12조 제1항(신체의 자유), 제37조 제1항(국민의 자유와 권리는 헌법에 열거되지 아니한 이유로 경시되지 아니한다) 등에서 구하는 견해, ③ 신체의 자유의 당연한 전제일 뿐 아니라 인간의 존엄성을 그 가치적 핵으로 하는 우리나라 기본권질서의 논리적 기초로 보는 견해, ④ 헌법 제10조와 헌법 제37조 제1항에서 구하는 견해, ⑤ 헌법 제10조와 제12조에서 근거를 구하는 견해 등이 존재한다.

국가는 국민의 생명권을 보호해야 하므로, 직간접적으로 국민의 의료와 보건에 관해 책임을 져야 하는 경우가 발생할 수 있다.

16) 헌재 1996. 10. 31, 94헌가7.

17) 성낙인, □□헌법학□□제9판, 법문사, 2009, 733쪽.

### (3) 신체를 훼손당하지 않을 권리

신체를 훼손당하지 않을 권리도 헌법에 명문규정은 없으나 해석론에 의해 인정된다고 할 수 있다. 이는 주로 헌법 제10조의 인간의 존엄과 가치의 파생권리로 이해되며, 헌법 제10조, 신체의 자유를 규정한 제12조, 제37조 제1항 등이 그 헌법상 근거라고 할 수 있다.

### (4) 국가의 기본권의 보장

국가는 이상과 같이 보건에 관한 국민의 기본적 권리를 확인하고 보장해야 할 책무를 진다. 전술한 보건에 관한 권리, 건강에 관한 권리 등을 보장하기 위해 국가는 적절한 수단과 예산확보, 인력지원을 통해 이들 기본권을 보장해야 한다. 아울러 사회국가의 원리에 비추어 보아도 공공보건의료의 헌법상 근거에 해당하는 기본권은 사회적 기본권으로 보장된다.

## 2. 국가의 보호의무

### (1) 국가의 소극적 침해금지과 적극적 보호의무

보건에 관한 권리는 국민이 자신의 건강생활에 대해서 국가의 보호를 받을 수 있는 것을 그 내용으로 한다. 구체적으로는 국가권력에 의한 건강생활의 침해금지와 보건생활의 침해에 대한 국가의 적극적 보호의무를 그 내용으로 한다. 따라서 국가는 그 스스로의 공권력 작용에 의해서 국민의 건강생활을 침해하지 말아야 함은 물론이고, 필요한 경우에는 그 형벌권을 발동해서라도 국민의 건강생활을 해치는 행위를 막아 주어야 한다. 국가의 이와 같은 적극적인 보호의무는 기본권의 객관적 가치질서로서의 성격에서 나오는 것이기 때문에 국가는

단순한 소극적인 침해금지만으로 만족해서는 아니되고 국민보건을 위해서 필요한 적극적인 시책을 펴 나가야 할 의무를 진다.<sup>18)</sup>

우선, 국가에 의한 소극적인 침해가 금지된다. 예컨대 국가의 공권력자용으로 행해지는 강제적인 예방접종에 의해서 국민의 건강을 해치는 일이 없도록 세심한 주의를 해야 함은 물론, 오염된 상수도에 의해서 국민보건의 약화되는 일이 없도록 깨끗한 상수도시설의 유지에 노력해야 하고, 비위생적인 오물처리 과정이나 시설 때문에 전염병이 발생하는 일이 없도록 해야 하는 것 등은 국가의 소극적인 침해금지의 측면이다. 특히 공공보건의료와 관련하여 국립의료원에서 오염된 혈액의 수혈을 받음으로써 오히려 치명적 질병에 감염된 경우 건강침해가 성립되는 경우가 있는데, 국가적 질병예방을 위한 방역작업이나 국영사업을 시행함에 있어서는 국가는 국민건강을 해치는 일이 없도록 하여야 함은 물론이고 오염물질이 발생하지 않도록 주의를 기울여야 한다.<sup>19)</sup>

한편, 국가의 적극적인 보호의무가 발생한다. 국민의 보건권(건강권)을 침해하는 행위는 오히려 사인에 의해 발생하는 경우가 많기 때문에 국가는 소극적인 침해금지에 머물러서는 안 되고 제3자의 침해행위로부터 국민을 보호하는 적극적 의무가 요구된다. 비위생적인 식품의 제조·판매로 인해서 국민건강을 해치는 일이 없도록 식품의 유통과정에 대한 관리·감시를 철저히 하고, 마약 때문에 국민건강에 악영향이 미치지 않도록 마약의 단속을 철저히 하는 것, 무면허의료행위의 단속, 담배흡연으로부터 타인의 건강권이 침해되는 것을 막기 위하여 공공시설에서의 흡연을 금지하는 조치 등은 국가의 적극적인 건강보호의무에서 나오는 일이다.<sup>20)</sup>

18) 허영, 앞의 책, 436쪽.

19) 허영, 앞의 책, 437쪽; 이승우, □□헌법학□□, 두남, 2009, 667쪽.

20) 허영, 앞의 책, 437쪽; 이승우, 앞의 책, 667쪽.

제3자에 의한 기본권침해를 방지하는 성격을 갖는 금연구역에서의 흡연 금지 조항(국민건강증진법 제9조 제5항 및 동법시행규칙 제7조)에 관해 헌법재판소의 결정요지는 다음과 같다.<sup>21)</sup> “1. 흡연권은 사생활의 자유를 실질적 핵으로 하는 것이고 혐연권은 사생활의 자유뿐만 아니라 생명권에까지 연결되는 것이므로 혐연권이 흡연권보다 상위의 기본권이다. 2. 상하의 위계질서가 있는 기본권끼리 충돌하는 경우에는 상위기본권우선의 원칙에 따라 하위기본권이 제한될 수 있으므로, 흡연권은 혐연권을 침해하지 않는 한에서 인정되어야 한다. 3. 흡연은 국민의 건강을 해치고 공기를 오염시켜 환경을 해친다는 점에서 국민 공동의 공공복리에 관계되므로, 공공복리를 위하여 개인의 자유와 권리를 제한할 수 있도록 한 헌법 제37조 제2항에 따라 흡연행위를 법률로써 제한할 수 있다. 4. 금연구역의 지정에 관하여 규정하고 있는 국민건강증진법시행규칙 제7조는 국민의 건강을 보호하기 위한 것으로서 목적의 정당성을 인정할 수 있고, 일정한 내용의 금연구역을 설정하는 방법의 적정성도 인정할 수 있으며, 달성하려는 공익이 제한되는 사익보다 커 법익균형성도 인정되고, 금연구역 지정의 대상과 요건을 고려할 때 최소침해성도 인정되므로, 과잉금지원칙에 위반되지 아니한다. 5. 국민건강증진법시행규칙 제7조는 흡연자들의 권리를 보다 제한하고 있으나, 국민의 건강과 혐연권을 보장하기 위하여 흡연권을 제한하는 것으로서 차별에 합리적인 이유가 있으므로 평등원칙에 위반되지 아니한다.”

## (2) 보건(건강)권에 관한 입법재량권의 범위

우리 헌법재판소는 국민보건에 관한 사항에 대하여 입법권자의 형성재량권을 상당히 넓게 인정하고 있다.<sup>22)</sup>

21) 헌재 2004. 8. 26, 2003헌마457.

22) 허영, 앞의 책, 438쪽 각주2) 참조. 허영 교수는 “헌재는 입법형성권과 함께 수인

- 외국에서 침구사자격을 얻은 사람들을 위하여 국내에서도 그들의 침구사자격을 인정하는 법률을 제정하여야 한다는 헌법상의 명시적 위임은 없으며 달리 그러한 내용의 법을 제정함으로써 그들의 기본권을 보호하여야 할 입법자의 행위의무 내지 보호의무가 존재한다고 볼 아무런 근거도 없으므로, 이의 존재를 전제로 한 이 사건 심판청구는 부적법하다.<sup>23)</sup>
- 비록 강제지정제에 의하여 의료인의 직업활동이 포괄적으로 제한을 받는다 하더라도 강제지정제에 의하여 제한되는 기본권은 ‘직업선택의 자유’가 아닌 ‘직업행사의 자유’이다. 직업선택의 자유는 개인의 인격발현과 개성신장의 불가결한 요소이므로, 그 제한은 개인의 개성신장의 길을 처음부터 막는 것을 의미하고, 이로써 개인의 핵심적 자유영역에 대한 침해로 의미하지만, 일단 선택한 직업의 행사방법을 제한하는 경우에는 개성신장에 대한 침해의 정도가 상대적으로 적어 핵심적 자유영역에 대한 침해로 볼 것은 아니다. 의료인은 의료공급자로서의 기능을 담당하고 있고, 의료소비자인 전 국민의 생명권과 건강권의 실질적 보장이 의료기관의 의료행위에 의존하고 있으므로, ‘의료행위’의 사회적 기능이나 사회적 연관성의 비중은 매우 크다고 할 수 있다. 이러한 관점에서 볼 때, ‘국가가 강제지정제를 택한 것은 최소침해의 원칙에 반하는가’에 대한 판단은 ‘입법자의 판단이 현저하게 잘못되었는가’하는 명백성의 통제에 그치는 것이 타당하다고 본다.<sup>24)</sup>

---

의무의 과잉금지원칙도 함께 존중해야”한다고 본다.

23) 헌재 1991. 11. 25, 90헌마19.

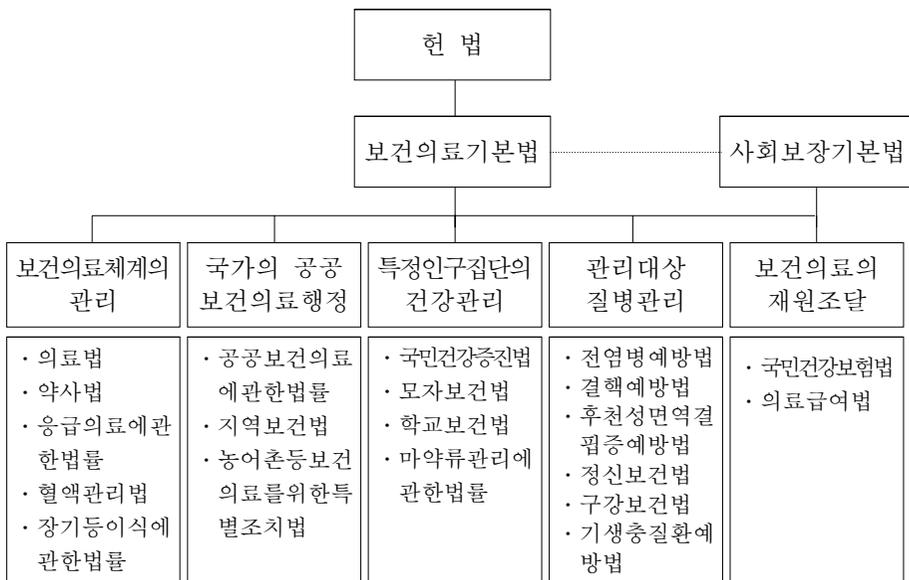
24) 헌재 2002. 10. 31, 99헌바76.

### 제 3 절 공공보건의료 관련 법령의 체계<sup>25)</sup>

#### 1. 보건의료 관련 현행법체계

우리나라의 현행 보건의료 관련 법체계는 「보건의료기본법」을 중심으로 각 개별법이 구체적으로 나타내는 특성을 기준으로, (i) 보건의료체계의 관리에 관한 법률, (ii) 국가의 공공보건의료행정에 관한 법률, (iii) 특정인구집단의 건강관리에 관한 법률, (iv) 관리대상질병관리에 관한 법률, (v) 보건의료의 자원조달에 관한 법률 등으로 구분된다.<sup>26)</sup> 이와 같이 개별법이 구체적으로 나타내는 특성을 기준으로 보건의료 관련법을 구분하는 경우, 현행 보건의료 관련 법체계는 다음과 같이 정리될 수 있다.

<도표 1> 특성에 따른 현행 보건의료 관련법률체계

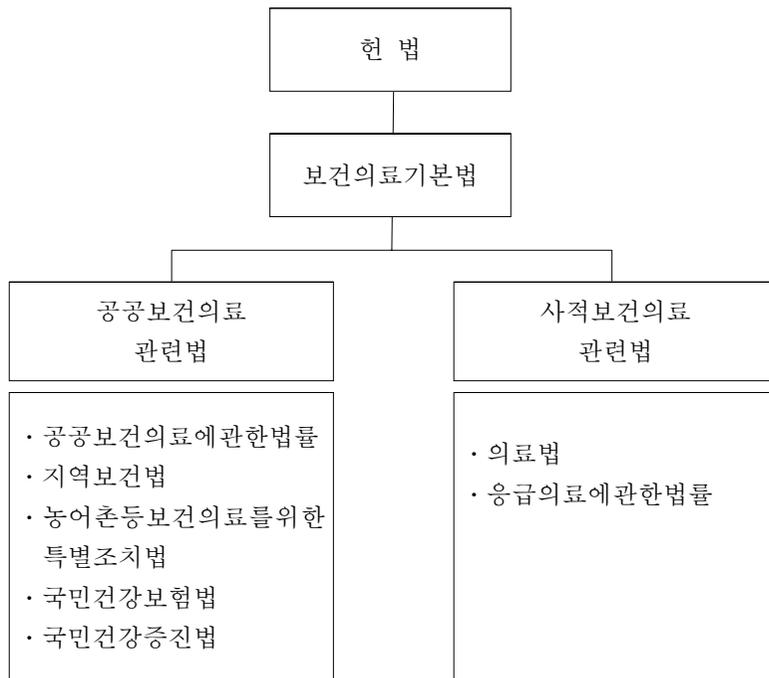


25) 박종원, “우리나라 공공보건의료 법제”, 한국법제연구원 워크숍, 2009, 발제문 참조.

26) 손명세, “보건의료법제의 변천”, □□월간 법제□□ 2000년 7월, 5쪽.

한편, 법학의 법률체계론에서 법률을 구분하는 일반방식은 그 규율대상을 기준으로 하는 것이 보통이다.<sup>27)</sup> 즉, 국가와 사인 간의 법률관계를 규율하느냐 혹은 사인과 사인 간의 법률관계를 규율하느냐에 따라 공법과 사법으로 이분되는 것이다. 이러한 구분방식에 따라 보건의료 관련법률을 공공보건의료 관련법과 사적보건의료 관련법으로 구분한다면, 「국민건강보험법」, 「국민건강증진법」, 「지역보건법」, 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」, 「공공보건의료에 관한 법률」 등이 전자에 포함될 것이고, 「의료법」, 「응급의료에 관한 법률」 등은 후자에 속하게 될 것이다.

<도표 2> 규율대상에 따른 현행 보건의료 관련법률체계



27) 류지태, □□행정법신론□□, 신영사, 2004, 12쪽.

## 2. 보건의료기본법

### (1) 목적 및 기본이념

2000년에 제정된 『보건의료기본법』은 헌법상 권리인 보건권을 한 단계 더 구체화하는 법률로서, 말 그대로 ‘기본법’으로서의 성격을 갖는다. 이러한 성격은 동법 제1조가 “이 법은 보건의료에 관한 국민의 권리·의무와 국가 및 지방자치단체의 책임을 정하고 보건의료의 수요 및 공급에 관한 기본적인 사항을 규정함으로써 보건의료의 발전과 국민의 보건 및 복지의 증진에 이바지함을 목적으로 한다.”라고 규정하고 있는 데서 잘 나타난다. 동법의 기본법적 성격은 동법 제2조에서 규정하고 있는 기본이념 규정에서도 잘 드러나 있다. 이 법은 보건의료를 통하여 모든 국민이 인간으로서의 존엄과 가치를 가지며 행복을 추구할 수 있도록 하고 국민 개개인이 건강한 삶을 영위할 수 있도록 제도와 여건을 조성하며, 보건의료의 형평과 효율의 조화를 기할 수 있도록 함으로써 국민의 삶의 질을 향상시키는 것을 기본이념으로 한다(제2조).

### (2) 보건의료에 관한 국민의 권리와 의무

국민은 건강권(제10조), 보건의료에 관한 알 권리(제11조), 보건의료 서비스에 관한 자기결정권(제12조), 보건의료와 관련하여 자신의 신체·건강 및 사생활의 비밀을 침해받지 아니할 권리(제13조) 등을 가지는 한편, 자신과 가족의 건강을 보호·증진하기 위하여 노력하고 건강의 보호·증진에 필요한 비용을 부담하여야 할 의무, 타인의 건강을 저해하거나 저해할 우려가 있는 행위를 하지 아니할 의무, 보건의료인의 정당한 보건의료서비스와 지도에 대하여 협조할 의무 등을 진다(제14조).

### (3) 보건의료인의 권리와 책임

보건의료인은 보건의료서비스를 제공함에 있어서 학식과 경험, 양심에 따라 환자의 건강보호를 위하여 적절한 보건의료기술과 치료재료 등을 선택할 권리를 가진다(제6조 제2항). 한편, 보건의료인은 자신의 학식과 경험, 양심에 따라 환자에게 양질의 적절한 보건의료서비스를 제공하기 위하여 노력하여야 하고, 정당한 이유 없이 보건의료서비스의 제공을 거부하지 아니하여야 한다. 또한, 필요한 경우 보건의료서비스를 받는 자를 다른 보건의료기관에 소개하고 그에 관한 보건의료자료를 다른 보건의료기관에 제공하도록 노력하여야 하며, 국가 또는 지방자치단체가 관리하여야 할 질병에 걸렸거나 걸린 것으로 의심되는 대상자를 발견한 때에 신고·보고 또는 통지하는 등 필요한 조치를 하여야 한다(제5조).

### (4) 보건의료발전계획의 수립·시행

보건복지가족부장관은 관계 중앙행정기관의장과의 협의와 보건의료정책심의위원회의 심의를 거쳐 보건의료발전계획을 5년마다 수립하여야 한다(제15조 제1항). 이 계획에는 보건의료발전의 기본목표 및 그 추진방향, 주요 보건의료사업계획 및 그 추진방법, 노인·장애인 등 보건의료 취약계층에 대한 보건의료사업계획 등이 포함되어야 한다(동조 제2항).<sup>28)</sup> 한편, 보건의료발전계획이 확정된 때에는 특별시장·광역시장·도지사 및 시장·군수·구청장은 지방자치단체의 실정을 감안하여 지역보건의료계획을 수립·시행하여야 한다(제17조).

28) 『공공보건의료에관한법률』 제14조에서는 국가·지방자치단체 또는 공공단체가 공공보건의료에 관한 예산을 편성·운영하고자 하는 경우 『보건의료기본법』 제15조의 규정에 의한 보건의료발전계획을 고려하도록 의무화하고 있다.

### (5) 보건의료자원의 관리 등

국가 및 지방자치단체는 국가 및 지방자치단체는 보건의료에 관한 인력·시설·물자·지식 및 기술 등 보건의료자원을 개발·확보하기 위하여 종합적·체계적인 시책을 강구하여야 한다(제24조). 보건의료인은 국민에게 양질의 보건의료서비스를 제공하고 국민의 보건향상에 이바지하도록 하기 위하여 보건의료서비스를 제공함에 있어서 그 전문분야별로 또는 전문분야 간에 상호 협력하도록 노력하여야 한다(제26조).

국가 및 지방자치단체는 공공보건의료기관과 민간보건의료기관 간의 역할분담 및 상호협력체계를 마련하여야 한다(제27조 제1항). 또한, 국가 및 지방자치단체는 기본적인 보건의료 수요를 충족하기 위하여 필요한 경우에는 공공보건의료기관을 설립·운영할 수 있으며, 이에 소요되는 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다(동조 제2항). 국가 및 지방자치단체는 공공보건의료의 효율적인 운영과 관리를 위하여 필요한 시책을 수립·시행하여야 한다(동조 제3항). 아울러 동법은 공공보건의료기관의 설립·운영 등 공공보건의료에 관한 기본적인 사항은 따로 법률로 정하도록 하고 있는바(동조 제4항), 이에 따라 공공보건의료에 관한 기본적인 사항을 정하기 위하여 제정된 법률이 바로 『공공보건의료에 관한 법률』이다.

이와 같이 『보건의료기본법』은 공공보건의료와 관련하여, 모든 보건인 및 의료인들 사이에 협동관계를 형성하고, 국가 및 지방자치단체로 하여금 공공보건의료기관과 민간보건의료기관 간의 역할분담 및 상호협력체계를 마련하도록 함으로써, 보건의료의 효과를 극대화하는 것을 추구하고 있다.<sup>29)</sup> 민간주도형 의료체계는 효율성 측면에서 장점이 있지만 의료서비스의 상품화, 영리성의 추구 등으로 인하여 사회보험하에서의 형평추구에 장애가 되기도 한다. 그러므로 민간의료부

29) 이상돈, “법을 통한 보건과 의료의 통합?: 『보건의료기본법』의 체계기획에 대한 비판과 전망, □□고려법학□□ 제36집, 2001, 140쪽.

문이 우세한 한국의 현실에서는 공공의료를 강화하여 공공 및 민간의료 부문 간의 균형적인 적정혼합과 상호연계가 가능하도록 하는 것이 바람직하다.<sup>30)</sup> 『보건의료기본법』 제27조는 이러한 점을 잘 인식한 데서 비롯된 것으로 볼 수 있다. 이와 같은 규정은 공공보건의료와 사적보건의료의 구별을 전제로 한 것으로 양자 간의 상호협력과 역할분담을 예정하고 있다고 할 수 있다.

## (6) 보건의료의 제공과 이용

### 1) 보건의료의 제공 및 이용체계

국가 및 지방자치단체는 보건의료에 관한 인력·시설 및 물자 등 보건의료자원이 지역적으로 고루 분포되어 보건의료서비스의 공급에 관한 균형이 이루어지고 양질의 보건의료서비스를 효율적으로 제공하기 위한 보건의료의 제공 및 이용체계를 마련하도록 노력하여야 하며(제29조 제1항), 보건의료의 제공 및 이용체계를 구축하기 위하여 필요한 행정상·재정상의 조치 기타 필요한 지원을 할 수 있다(동조 제2항). 또한, 국가 및 지방자치단체는 모든 국민이 응급상황에서 신속하고 적절한 응급의료서비스를 제공받을 수 있도록 응급의료체계를 마련하여야 한다(제30조).

### 2) 평생국민건강관리체계

국가 및 지방자치단체는 생애 주기별 건강상 특성과 주요 건강위험요인을 고려한 평생국민건강관리사업을 시행하여야 하며(제31조 제1항), 공공보건의료기관이 평생국민건강관리 사업의 중심적 역할을 할 수 있도록 필요한 시책을 강구하여야 한다(동조 제2항). 또한, 국가 및 지방자치단체는 평생국민건강관리사업의 원활한 수행을 위하여 건강지도·보건교육 등을 담당할 전문인력의 양성과 건강관리정보체계의

30) 문옥륜, □□한국사회와 의료보장정책□□, 명경출판사, 1994, 75쪽.

구축 등 필요한 시책을 강구하여야 한다(동조 제3항). 이에는 여성·어린이·노인·장애인의 건강증진(제32조~제34조)<sup>31)</sup>, 학교·산업·환경보건의료(제35조~제37조)<sup>32)</sup>, 식품위생영양(제38조)<sup>33)</sup>이 포함된다.

### 3) 주요질병관리체계

보건복지가족부장관은 국민건강에 위해가 큰 질병 중에서 국가가 특별히 관리하여야 할 필요가 있다고 인정되는 질병을 선정하고, 이를 관리하기 위하여 필요한 시책을 수립·시행하여야 한다(제39조). 이에는 전염병·만성질환의 예방 및 관리(제40조, 제41조)<sup>34)</sup>, 정신·구강보건의료(제42조, 제43조)<sup>35)</sup> 등이 포함된다.

31) 제32조 (여성과 어린이의 건강증진) 국가 및 지방자치단체는 건강한 자녀의 출산·양육의 지원 등 여성과 어린이의 건강을 보호·증진하기 위하여 필요한 시책을 강구하여야 한다.

제33조 (노인의 건강증진) 국가 및 지방자치단체는 노인의 질환을 예방 또는 조기 발견하고 질병상태에 따른 적절한 치료와 요양이 이루어질 수 있도록 하는 등 노인의 건강을 보호·증진하기 위하여 필요한 시책을 강구하여야 한다.

제34조 (장애인의 건강증진) 국가 및 지방자치단체는 선천적·후천적 장애 발생의 예방과 장애인의 치료 및 재활 등 장애인의 건강을 보호·증진하기 위하여 필요한 시책을 강구하여야 한다.

32) 제35조 (학교보건의료) 국가 및 지방자치단체는 학생의 건전한 발육과 건강을 보호·증진하고 건강한 성인으로 성장하기 위하여 요구되는 생활습관·정서 등을 함양하기 위하여 필요한 시책을 강구하여야 한다.

제36조 (산업보건의료) 국가는 근로자의 건강을 보호·증진하기 위하여 필요한 시책을 강구하여야 한다.

제37조 (환경보건의료) 국가 및 지방자치단체는 국민의 건강을 보호·증진하기 위하여 쾌적한 환경의 유지와 환경오염으로 인한 건강상의 위해방지 등에 필요한 시책을 강구하여야 한다.

33) 제38조 (식품위생·영양) 국가 및 지방자치단체는 국민의 건강을 보호·증진하기 위하여 식품으로 인한 건강상의 위해방지와 국민의 영양상태의 향상 등에 필요한 시책을 강구하여야 한다.

34) 제40조 (전염병의 예방 및 관리) 국가 및 지방자치단체는 전염병의 발생과 유행을 방지하고 전염병환자에 대한 적절한 보건의료의 제공 및 관리를 위하여 필요한 시책을 수립·시행하여야 한다.

제41조 (만성질환의 예방 및 관리) 국가 및 지방자치단체는 암·고혈압 등 주요 만성질환의 발생과 증가를 예방하고 말기질환자를 포함한 만성질환자에 대한 적절한 보건의료의 제공 및 관리를 위하여 필요한 시책을 수립·시행하여야 한다.

35) 제42조 (정신보건의료) 국가 및 지방자치단체는 정신질환의 예방과 정신질환자의

## (7) 보건의료의 육성·발전 및 보건의료통계·정보관리

국가 및 지방자치단체는 새로운 보건의료제도를 시행하기 위하여 필요한 경우에는 시범사업을 실시할 수 있으며, 시범사업을 실시한 때에는 그 결과를 평가하여 새로이 시행될 보건의료제도에 반영하여야 한다(제44조). 또한, 국가 및 지방자치단체는 노인·장애인 등 보건의료 취약계층에 대하여 적절한 보건의료서비스를 제공하기 위하여 필요한 시책을 수립·시행하여야 하며, 농·어업인 등의 건강을 보호·증진하기 위하여 필요한 시책을 수립·시행하여야 한다(제45조).

국가 및 지방자치단체는 보건의료기술의 연구개발 및 지원 등 보건의료 관련 산업의 진흥을 위하여 필요한 시책을 강구하여야 하며(제48조), 한방의료를 육성·발전시키도록 노력하여야 한다(제49조). 또한, 국가 및 지방자치단체는 매년 주요보건의료사업의 성과를 평가하여 이를 보건의료시책에 반영하도록 하여야 한다(제51조). 이밖에, 동법은 분쟁조정<sup>36)</sup>, 건강위해원인자의 비용부담<sup>37)</sup>, 국제협력<sup>38)</sup>, 보건의료통계·정보관리<sup>39)</sup> 등에 관한 규정도 두고 있다.

치료 및 사회복지 등 국민의 정신건강 증진을 위하여 필요한 시책을 수립·시행하여야 한다.

제43조 (구강보건의료) 국가 및 지방자치단체는 구강질환의 예방 및 치료와 구강건강에 관한 관리 등 국민의 구강건강 증진을 위하여 필요한 시책을 수립·시행하여야 한다.

36) 제46조 (분쟁조정 등) ① 국가 및 지방자치단체는 보건의료서비스로 인하여 분쟁이 발생한 경우에는 그 분쟁이 신속하고 공정하게 해결되도록 하기 위하여 필요한 시책을 강구하여야 한다.

② 국가 및 지방자치단체는 보건의료서비스로 인한 피해를 원활히 구제하기 위하여 필요한 시책을 강구하여야 한다.

37) 제47조 (건강위해원인자의 비용부담) 국가 및 지방자치단체는 국민건강에 위해를 일으키거나 일으킬 우려가 있는 물품 등을 생산·판매하는 자 등에 대하여는 관계법령이 정하는 바에 의하여 국민건강의 보호·증진에 소요되는 비용을 부담하게 할 수 있다.

38) 제50조 (국제협력 등) 국가 및 지방자치단체는 외국정부 및 국제기구 등과의 협력을 통하여 보건의료정보 및 보건의료에 관한 기술을 교류하고 전문인력을 양성하며, 보건의료의 발전을 위한 국제적인 노력에 적극 참여하여야 한다.

39) 제53조 (보건의료통계·정보관리시책), 제54조 (보건의료정보화의 촉진), 제55조

### (8) 기타 다른 법률과의 관계

이상에서 살펴본 바와 같이, 『보건의료기본법』상의 규정, 특히 공공보건의료와 관련된 규정들은 주로 추상적이고 이념적인 형태로 머물러 있다. 동법은 구체적 효력을 갖는 규정보다는 선언적이고 당위적인 성격의 조문들로 구성되어 있는바, 결국 동법상의 규정들은 좀 더 전문적이고 기술적인 성격의 개별법을 통하여 구체화되게 된다.<sup>40)</sup> 이하에서는 공공보건의료와 관련된 개별법령의 주요내용을 살펴보기로 한다.

## 3. 공공보건의료에 관한 법률

2000년에 제정된 『공공보건의료에 관한 법률』은 글자 그대로 공공보건의료의 기본적인 사항을 규정하여 국민에게 양질의 공공보건의료서비스를 효과적으로 제공하는 것을 목적으로 하는 것으로(제1조), 총 14개조로 구성되어 있다. 동법은 전술한 『보건의료기본법』에 제정근거를 두고 있는 공공보건의료의 공급과 관련된 전형적인 법률이라 할 수 있다. 주요내용을 살펴보면 다음과 같다.

### (1) 공공보건의료 및 공공보건의료기관의 개념

전술한 바와 같이, 동법은 ‘공공보건의료’를 “공공보건의료기관이 국민의 건강을 보호·증진하기 위하여 행하는 모든 활동”으로 정의하는 한편, ‘공공보건의료기관’을 “국가·지방자치단체 또는 기타 대통령령이 정하는 공공단체가 설립·운영하는 보건의료기관”으로 정의하고

---

(보건의료실태조사), 제56조 (보건의료정보의 보급·확대), 제57조 (보건의료정보의 표준화 추진) 등의 규정이 그것이다.

40) 정금례, “헌법상 보건에 관한 권리와 보건의료기본법에 관한 소고”, □□헌법의 규범력과 법질서□□ 정천허영박사정년기념논문집, 박영사, 2002, 588-589쪽.

있다(제2조). 공공단체에는 (i) 지방공사 또는 지방공단, (ii) 한국보훈복지공단, (iii) 서울대학교병원, (iv) 국립대학교병원, (v) 한국원자력의학원, (vi) 정부투자기관, (vii) 국립암센터, (viii) 대한적십자사, (ix) 국민건강보험공단, (x) 한국산재의료원 등이 포함된다(시행령 제2조).

### (2) 공공보건의료기관의 설치·운영

국가 및 지방자치단체는 공공보건의료기관을 설치·운영하여 국민의 기본적인 보건의료수요를 형평성 있게 충족시킬 수 있도록 노력하여야 하며, 공공보건의료기관의 설치·운영에 소요되는 비용을 보조할 수 있다(제3조). 국가·지방자치단체 또는 공공단체가 공공보건의료에 관한 예산을 편성·운영하고자 할 때에는 「보건의료기본법」 제15조의 규정에 따라 보건복지가족부 장관이 수립한 보건의료발전계획을 고려하여야 한다(제14조).

### (3) 공공보건의료기관의 사업

동법은 공공보건의료기관의 사업을 명확하게 규정하고 있다. 즉, 공공보건의료기관은 당해 기관의 설립·운영에 관한 법령에서 정한 사업 외에 (i) 주요 질병관리사업, (ii) 공공보건의료에 관한 전문적인 연구 및 검사사업, (iii) 보건의료인의 교육훈련사업, (iv) 국가 또는 지방자치단체의 공공보건의료시책의 수립·시행 및 평가 지원사업, (v) 국가 또는 지방자치단체의 각종 보건의료활동에의 참여 및 지원사업, (vi) 민간보건의료기관에 대한 기술지원 및 교육사업 등 중에서 보건복지가족부 장관이 요청하는 사업을 수행하여야 한다(제4조 제1항). 공공보건의료기관은 이에 따라 사업수행을 요청받은 경우에는 특별한 사유가 없는 한 이에 응하여야 한다(동조 제2항).

#### (4) 보건의료의 우선제공

동법은 일정한 보건의료를 필수공공보건의료로 정하고 공공보건의료기관으로 하여금 이를 우선적으로 제공하도록 하고 있다(제5조). 이에 따르면, 공공보건의료기관은 (i) 의료보호환자 등 취약계층에 대한 보건의료, (ii) 노인·장애인·정신질환자 등 타 분야와의 연계가 필수적인 보건의료, (iii) 전염병 예방 및 진료, (iv) 아동과 모성에 대한 보건의료, (v) 응급환자의 진료, (vi) 민간보건의료기관이 담당하기 어려운 예방보건의료, (vii) 기타 「보건의료기본법」 제15조의 보건의료발전계획에 따라 보건복지가족부 장관이 정하는 보건의료 등을 우선적으로 제공하여야 한다.

#### (5) 공공보건의료계획

공공보건의료기관의 장은 해당 의료기관에 설치되는 공공보건의료계획심의위원회의 심의를 거쳐 5년마다 공공보건의료계획을 수립하고 이를 보건복지가족부 장관에게 제출하여야 한다(제7조 제1항). 공공보건의료계획심의위원회는 관계행정기관의 공무원(1인), 사용자대표위원(1인), 근로자대표위원(1인), 공익대표위원(2인), 의료계대표위원(2인), 학계전문가(2인) 등 위원장을 포함한 위원 9인으로 구성되며, 해당 공공보건의료기관의 장이 지명·위촉한다(제6조).

공공보건의료계획에는 (i) 제4조 제1항에 따른 사업 수행에 관한 사항, (ii) 제5조에 따른 보건의료의 우선제공에 관한 사항 등이 포함되어야 한다(제8조). 보건복지가족부 장관은 공공보건의료계획의 내용에 관하여 필요하다고 인정하는 경우에는 공공보건의료기관의 장에게 그 계획의 변경을 권고할 수 있다(제7조 제2항). 또한, 보건복지가족부 장관은 공공보건의료계획의 시행결과를 5년마다 평가하여야 하며(제9조), 그 평가 결과를 당해 공공보건의료기관 및 관계기관의 장에게 통보하여

야 한다(제10조). 이를 통하여 보건복지가족부장관은 지방공사 의료원이나 다른 부처에 설치된 공공보건의료기관의 사업까지 통제할 수 있으며, 특히 평가지표를 정할 때 수익성보다는 공익성을 강조하는 지표를 정함으로써 공공보건의료기관이 수익성 위주로 운영되는 것을 방지할 수 있다.<sup>41)</sup>

한편, (i) 「지역보건법」에 따른 보건소 및 보건지소, (ii) 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」에 따른 보건진료소, (iii) 「의료법」에 따른 의료기관 중 의원·치과병원·한의원·조산원 등은 공공보건의료계획 수립, 공공보건의료계획심의위원회 설치 등의 규정을 적용받지 않는다(제12조, 시행규칙 제4조).

#### (6) 국·공유재산의 무상대부 및 종사자의 교육훈련

이밖에도, 국가 또는 지방자치단체는 공공보건의료기관의 설립·운영을 위하여 필요하다고 인정하는 때에는 「국유재산법」 또는 「지방재정법」의 규정에 불구하고 국·공유재산을 공공보건의료기관에 무상으로 대부하거나 사용·수익하게 할 수 있다(제11조). 또한, 국가 또는 지방자치단체는 필요하다고 인정하는 경우에는 공공보건의료기관에 종사하는 자를 다른 공공보건의료기관에 위탁하여 교육훈련을 실시할 수 있으며, 이 경우에는 재정지원 등 그 업무수행에 필요한 지원을 하여야 한다(제13조).

### 4. 지역보건법

「지역보건법」은 보건소 등 지역보건의료기관의 설치·운영 및 지역보건의료사업의 연계성 확보에 필요한 사항을 규정함으로써 보건행정을 합리적으로 조직·운영하고, 보건시책을 효율적으로 추진하여 국민

41) 김용익, “공공보건의료 현황과 정책과제”, □□우리나라 공공보건의료체계 강화를 위한 WORKSHOP□□ 자료집, 보건복지부, 2002, 43쪽.

보건의 향상에 이바지함을 목적으로 하는 법률이다(제1조). 동법은 1995년, 기존의 『보건소법』을 전문 개정한 것으로, 『보건소법』이 보건소라는 시설에 대한 법이라면, 동법은 보건소를 포함한 지역 단위의 보건활동 전반에 관한 법이라고 할 수 있다.<sup>42)</sup> 동법은 공공보건의료의 현안과제인 ‘지역사회중심의 건강증진’을 상정하여 건강증진사업의 공급자로서의 지역사회, 즉 보건소의 주체성을 명확히 하고 있다.<sup>43)</sup> 공공보건의료와 관련된 주요내용을 살펴보면 다음과 같다.

### (1) 국가와 지방자치단체의 의무

국가는 지역보건의료에 관한 조사·연구, 정보의 수집·정리 및 활용, 인력의 양성 및 자질향상에 노력하여야 하고, 시·도 및 시·군·구의 보건시책의 수립·시행에 필요한 기술적·재정적 지원시책을 강구하여야 한다. 또한, 시·도는 당해 시·도의 보건시책의 추진을 위한 조사·연구, 인력확보, 자질향상 등에 노력하여야 하고, 시·군·구의 보건시책의 수립·시행에 필요한 기술적·재정적 지원을 하여야 한다. 시·군·구는 당해 시·군·구의 보건시책의 추진을 위하여 보건소등 지역보건의료기관의 설치·운영, 인력확보, 자질향상 등에 노력하여야 한다(제2조).

### (2) 지역보건의료계획의 수립 및 시행

#### 1) 지역보건의료계획의 수립

시장·군수·구청장은 지역주민, 보건의료관련기관·단체 및 전문가의 의견을 들어 시·군·구의 지역보건의료계획을 수립한 후 당해 시·군·구의회의 의결을 거쳐 시·도지사에게 제출하여야 한다(제3조

42) 김용익, 앞의 글, 44쪽.

43) 양병국, “공공보건의료의 현안”, □□가정의학회지□□ 제17권 제11호, 1996, 999쪽.

제1항). 관할 시·군·구의 지역보건의료계획을 제출받은 시·도지사는 관할 시장·군수·구청장, 지역주민, 보건의료관련기관·단체 및 전문가의 의견을 들어 시·도의 지역보건의료계획을 수립한 후 당해 시·도회의의 의결을 거쳐 보건복지가족부장관에게 제출하여야 한다(동조 제2항). 지역보건의료계획의 수립주기는 4년이며, 그 연차별 시행계획은 매립 수립하여야 한다(시행령 제5조 제1항).

시·도지사 또는 시장·군수·구청장은 지역보건의료계획을 수립함에 있어서 필요하다고 인정하는 경우에는 보건의료관련기관·단체 등에 대하여 자료제공 및 협력을 요청할 수 있으며, 그 요청을 받은 당해 기관·단체 등은 정당한 사유가 없는 한 이에 응하여야 한다(동조 제3항). 보건복지가족부장관 또는 시·도지사는 지역보건의료계획의 내용에 관하여 필요하다고 인정하는 경우에는 시·도지사 또는 시장·군수·구청장에 대하여 그 조정을 권고할 수 있다(동조 제4항).

## 2) 지역보건의료계획의 내용

지역보건의료계획에는 (i) 보건의료수요 측정, (ii) 보건의료에 관한 장단기 공급대책, (iii) 인력·조직·재정 등 보건의료자원의 조달 및 관리, (iv) 보건의료의 전달체계, (v) 지역보건의료에 관련된 통계의 수집 및 정리 등의 사항이 포함되어야 한다(제4조 제1항).

## 3) 지역보건의료계획의 시행 및 결과의 평가

시·도지사 또는 시장·군수·구청장은 지역보건의료계획을 시행하여야 하며, 이에 있어 필요하다고 인정하는 경우에는 보건의료관련기관·단체 등에 대하여 인력·기술 및 재정지원을 할 수 있다(제5조). 또한, 보건복지가족부장관 또는 시·도지사는 시·도 또는 시·군·구의 지역보건의료계획의 시행결과를 평가할 수 있으며, 필요한 경우 그 결과를 비용의 보조에 반영할 수 있다(제6조).

### (3) 보건소의 설치 및 업무

보건소의 설치에 당해 지방자치단체의 조례로 정한다(제7조). 보건소는 시·군·구별로 1개소씩 설치하되, 시장·군수·구청장이 지역주민의 보건의료를 위하여 특히 필요하다고 인정하는 경우에는 필요한 지역에 보건소를 추가로 설치·운영할 수 있다(시행령 제7조). 보건소 가운데 「의료법」상 병원의 요건을 갖춘 곳은 보건의료원이라는 명칭을 사용할 수 있다(제8조).

또한, 지방자치단체는 보건소의 업무수행을 위하여 필요하다고 인정하는 때에는 당해 지방자치단체의 조례로 보건지소를 설치할 수 있다(제10조). 보건지소의 설치기준은 읍·면(보건소가 설치된 읍·면을 제외)마다 1개소씩으로 하며, 시장·군수·구청장은 지역주민의 보건의료를 위하여 특히 필요하다고 인정하는 경우에는 필요한 지역에 보건지소를 설치·운영하거나 수개의 보건지소를 통합하여 1개의 통합보건지소를 설치·운영할 수 있다(시행령 제8조).

보건소는 당해 지방자치단체의 관할구역 안에서 행하여지는 (i) 국민건강증진·보건교육·구강건강 및 영양개선사업, (ii) 전염병의 예방·관리 및 진료, (iii) 모자보건 및 가족계획사업, (iv) 노인보건사업, (v) 공중위생 및 식품위생, (vi) 의료인 및 의료기관 등에 대한 지도, (vii) 응급의료, (viii) 마약·향정신성의약품의 관리, (ix) 정신보건, (x) 가정·사회복지시설 등을 방문하여 행하는 보건의료사업, (xi) 지역주민에 대한 진료, 건강진단 및 만성퇴행성질환 등의 질병관리, (xii) 보건에 관한 실험 또는 검사, (xiii) 장애인의 재활사업, (xiv) 지역주민의 보건의료의 향상·증진 및 이를 위한 연구 등에 관한 사업 등을 관장한다(제9조). 보건소에는 이상의 업무를 수행하는 데 필요한 면허·자격 또는 전문지식을 가진 인력을 두어야 한다(제12조).

이밖에도, 동법은 보건소와 관련하여 시설의 이용<sup>44)</sup>, 수수료·진료비의 징수<sup>45)</sup>, 시설·장비<sup>46)</sup> 등의 규정을 두고 있다.

#### (4) 건강진단신고

의료기관이 아닌 자가 지역주민 다수를 대상으로 건강진단·예방접종 또는 순회진료 등 주민의 건강에 영향을 미치는 행위를 하고자 하는 경우에는 건강진단 등을 하고자 하는 지역을 관할하는 보건소장에게 신고하여야 한다. 의료기관이 의료기관 외의 장소에서 지역주민 다수를 대상으로 건강진단 등을 하고자 하는 경우에도 또한 같다(제18조). 이를 위반하여 신고를 하지 않거나 허위로 신고하고 건강진단 등을 행한 자에 대해서는 300만원 이하의 과태료에 처한다(제26조 제1항).

### 5. 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법

『농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법』은 종래 1980년에 제정·시행되어 오던 『농어촌보건의료를 위한 특별조치법』을 1991년에 개칭한 것으로, 농어촌 등 보건의료취약지역의 주민 등에게 보건의료서비스를 효율적으로 제공함으로써 국민의 의료균점과 보건향상에 이바지함을 목적으로 하고 있다(제1조).

---

44) 제13조 (시설의 이용) 보건소는 보건의료에 관한 실험 또는 검사를 위하여 의사·치과의사·한의사·약사 등에게 그 시설을 이용하게 하거나, 타인의 의뢰를 받아 실험 또는 검사를 할 수 있다.

45) 제14조 (수수료등) ① 보건소는 그 시설을 이용한 자, 실험 또는 검사를 의뢰한 자 또는 진료를 받은 자로부터 수수료 또는 진료비를 징수할 수 있다.

② 제1항의 규정에 의한 수수료와 진료비는 보건복지가족부령이 정하는 기준에 따라 당해 지방자치단체의 조례로 정한다.

46) 제15조 (보건소·보건지소의 시설·장비 등) ① 보건소와 보건지소는 보건복지가족부령이 정하는 기준에 적합한 시설·장비 등을 갖추어야 한다.

② 보건소장은 지역주민이 보건소 또는 보건지소를 쉽게 알아볼 수 있고 이용하기에 편리하도록 보건복지가족부령이 정하는 표시를 하여야 한다.

### (1) 공중보건 의사

동법상 ‘공중보건 의사’라 함은 “공중보건 업무에 종사하게 하기 위하여 『병역법』 제34조 제1항의 규정에 의하여 공중보건 의사에 편입된 의사·치과의사 또는 한의사로서 보건복지가족부장관으로부터 공중보건 업무에 종사할 것을 명령받은 자”를 말하며(제2조 제1호), ‘공중보건 업무’는 보건소 또는 보건지소, 국가·지방자치단체 또는 공공단체가 설립·운영하는 병원으로서 보건복지가족부장관이 정하는 공공병원, 공공보건의료연구기관, 공중보건사업의 위탁사업을 수행하는 기관 또는 단체, 보건의료정책을 수행함에 있어서 공중보건의사의 배치가 필요한 기관 또는 시설로 대통령령이 정하는 기관 또는 시설에서 행하는 보건의료업무로 정의되어 있다(동조 제2호, 제5조의2 제1항 참조).

병무청장은 『병역법』 제34조 제1항의 규정에 따라 공중보건의사에 편입된 의사·치과의사 또는 한의사의 명단을 보건복지가족부장관에게 통보하여야 하며(제4조), 보건복지가족부장관은 지체 없이 당해 의사·치과의사 또는 한의사에 대하여 근무할 지역·기관 또는 시설을 정하여 공중보건 업무에 종사할 것을 명하고, 이를 당해 시·도지사 또는 배치기관의 장 및 병무청장에게 통보하여야 한다(제5조 제1항). 또한, 시·도지사는 명단통보를 받은 후 지체 없이 당해 공중보건의사를 소집하여 공중보건 업무의 수행에 필요한 직무교육을 실시한 후 근무할 지역·기관 또는 시설을 지정하고, 그 결과를 지체 없이 보건복지가족부장관에게 보고하여야 한다(동조 제2항).

이에 따라 보건복지부장관 또는 시·도지사가 공중보건의사를 배치할 수 있는 기관 또는 시설로는 (i) 보건소 또는 보건지소, (ii) 국가·지방자치단체 또는 공공단체가 설립·운영하는 병원으로서 보건복지가족부장관이 정하는 공공병원, (iii) 공공보건의료연구기관, (iv) 공중보건사업의 위탁사업을 수행하는 기관 또는 단체, (v) 보건의료

정책을 수행함에 있어서 공중보건역사의 배치가 필요한 기관 또는 시설로 대통령령이 정하는 기관 또는 시설 등이 있다(제5조의2). 한편, 시·도지사는 공중보건역사가 근무할 지역·기관 또는 시설을 지정하는 때에는 군보건소와 읍·면의 보건지소에 공중보건역사가 우선 배치되도록 하여야 한다(제5조 제5항). 공중보건역사는 의무복무기간 동안 공중보건업무에 성실히 종사하여야 하며, 보건복지가족부장관의 종사명령에 따라 부여받은 공중보건업무 외의 업무에 종사하여서는 안 된다(제9조 제1항).

## (2) 보건진료소 및 보건진료원

동법상 ‘보건진료원’은 근무지역으로 지정받은 의료취약지역 안에서 (i) 상병상태를 판별하기 위한 진찰·검사행위, (ii) 환자의 이송, (iii) 외상 등 흔히 볼 수 있는 환자의 치료 및 응급을 요하는 환자에 대한 응급처치, (iv) 상병의 악화 방지를 위한 처치, (v) 만성병환자의 요양지도 및 관리, (vi) 정상분만시의 개조 및 가족계획을 위한 피임기구의 삽입, (vii) 예방접종, (viii) 이상의 의료행위에 따르는 의약품의 투여 등의 경미한 의료행위를 하기 위하여 보건진료소에 근무하는 자를 말한다(제2조 제3호, 제19조, 시행령 제14조 제1항 참조). 한편, ‘보건진료소’는 의사가 배치되어 있지 아니하고 계속하여 의사의 배치가 곤란할 것으로 예상되는 의료취약지역 안에서 보건진료원으로 하여금 의료행위를 하게 하기 위하여 시장·군수가 설치·운영하는 보건진료시설을 말한다(제2조 제4호, 제15조 참조).

시장·군수 또는 구청장은 보건진료소의 업무를 지도·감독하며, 당해 보건소장 또는 보건지소장으로 하여금 보건진료원의 의료행위를 지도·감독하게 할 수 있다(제23조).

## 6. 기타 관련 법률

### (1) 국민건강증진법

『국민건강증진법』은 국민에게 건강에 대한 가치와 책임의식을 함양하도록 건강에 관한 바른 지식을 보급하고 스스로 건강생활을 실천할 수 있는 여건을 조성함으로써 국민의 건강을 증진함을 목적으로 한다. 이러한 목적에 충실하게 『국민건강증진법』상의 보건의료 관련규정도 주로 건강증진에 초점이 모아져 있으며, 이러한 건강증진은 제2조 제1호에서도 보듯이 보건교육, 질병예방, 영양개선 및 건강생활의 실천 등을 통하여 국민의 건강을 증진시키는 것을 말하므로 보건의료 서비스를 제공하는 보건의료공급보다는 좀 더 범위가 넓다고 할 수 있다. 그러나 건강증진도 직접적인 보건의료서비스 제공으로 인한 것은 보건의료공급에 포함될 수 있으므로 건강증진이 보건의료공급에 일부분 포함될 것이다. 이러한 관점에서 보면 제4조(건강증진계획의 수립), 제8조(금연 및 절주운동 등), 제17조(구강건강사업의 계획 수립·시행), 제19조(건강증진사업 등), 제20조(검진) 등은 공공보건의료에 관한 조항으로 볼 수 있다.

### (2) 국민건강보험법

『국민건강보험법』은 국민의 질병·부상에 대한 예방·진단·치료·재활과 출산·사망 및 건강증진에 대하여 보험급여를 실시함으로써 국민보건을 향상시키고 사회보장을 증진함을 목적으로 하므로, 공공보건의료 공급의 전형적인 법률이라고 할 수 있다.

『국민건강보험법』 중에서 특히 국민에게 보건의료서비스를 제공하는 제4장의 보험급여 부분이 공공보건의료와 관련된 조항이라 할 수 있을

것이다. 이에는 제39조(요양급여), 제40조(요양기관), 제45조(임의급여), 제46조(장애인에 대한 특례), 제47조(건강검진), 제48조(급여의 제한), 제49조(급여의 정지), 제51조(요양비의 지급), 제54조의2(현역병 등에 대한 요양급여비용의 지급) 등이 해당한다.

## 제 3 장 주요 선진국의 공공보건의료 법제

### 제 1 절 공공보건의료의 유형과 모델

#### 1. 의료보장제도의 유형

의료보장제도는 각국의 고유한 문화와 전통을 배경으로 하는 역사적 산물로서 단순 분류에는 어려움이 있으나 일반적으로 OECD는 3가지로 분류하고 있다. 다만 민간보험방식은 사회정책적 차원의 제도는 아니다.

- 사회보험방식 (NHI : National Health Insurance)
- 국민보건서비스방식 (NHS : National Health Services)
- 민간보험방식 (Consumer Sovereignty Model)

##### (1) 사회보험방식

우선 사회보험방식(NHI)은 “의료비에 대한 국민의 자기 책임의식”을 견지하되 이를 사회화하여 정부기관이 아닌 보험자가 보험료로써 재원을 마련하여 의료를 보장하는 방식으로 독일의 비스마르크가 창시하여 비스마르크 방식이라고도 한다.

사회보험방식은 보험원리에 의해 1차적으로 국민의 보험료에 의해 재원을 조달하고, 국가는 2차적 지원과 후견적 지도기능을 수행하는 것을 내용으로 한다. 이에 따라 국민의 1차적 부담의무가 전제된 비용의식적 제도이며 국민의 정부 의존심을 최소화할 수 있는 장점이 있다.

사회보험방식의 관리체계는 민간 자율기구(조합 또는 금고) 중심의 자치적 운영을 근간으로 한다. 반면에 의료기관은 사유화를 전제로 의료공급자가 국민과 보험자간에서 보험급여를 대행하는 방식을 택한다.

사회보험방식(NHI)을 주로 채택하고 있는 대표적인 국가는 독일, 일본, 프랑스, 우리나라 등이다.

## (2) 국가보건서비스방식

국가보건서비스방식(NHS)은 국민의 의료문제는 국가가 책임져야 한다는 관점에서 정부가 일반조세로 재원을 마련하여 모든 국민에게 무상으로 의료를 제공(Universal Type)하는 국가의 직접적인 의료관장 방식이다. 일명 조세방식 또는 비버리지 방식이라고 한다.

국가보건서비스방식을 채택하고 있는 나라에서는 소득수준에 관계 없이 모든 국민에게 포괄적이고 균등한 의료를 보장하는 것을 원칙으로 한다. 이때 정부가 관리주체로서 의료공급이 공공화되어 의료비 증가에 대한 통제가 강하게 나타난다.

국가보건서비스방식의 경우 의료기관의 상당부분이 사회화 내지 국유화되어 있다. NHS 방식을 채택하고 있는 국가로는 영국의 비버리지가 제안한 이래 영국, 스웨덴, 이태리 등이다.

## 2. 사회보험방식과 국민보건서비스방식의 비교

사회보험방식과 국민보건서비스방식은 각 방식의 내용이 다르고 장단점을 갖고 있기 때문에, 각 국가는 두 가지 방식을 함께 취하면서 혼용하고 있다. 두 가지 방식을 적용대상, 재원조달, 의료기관, 급여내용, 의료보수 산정기구, 장단점, 기본철학, 보험료의 형평성, 의료서비스, 관리 내용 등을 중심으로 살펴보면 다음과 같다.

&lt;도표 3&gt; NHI와 NHS의 비교

구 분	NHI	NHS
적용대상 관리	국민을 임금소득자, 공무원, 자영자 등으로 구분 관리 (의료보호대상자 제외)	전국민을 일괄 적용 (집단 구분 없음)
재원조달	보험료, 일부 국고지원	정부 일반조세
의료기관	일반 의료기관 중심 - 의료의 사유화 전제	공공의료기관 중심 - 의료의 사회화 전제(의료비 : 공무원)
급여내용	치료 중심적	예방 중심적
의료보수 산정방법	의료기관과의 계약을 위한 행위별 수가제	일반 개원의는 인두제 - 병원급은 의사 봉급제
관리기구	보험자(조합 또는 금고)	정부기관(사회보험청 등)
대표국가	독일, 프랑스, 네델란드, 일본 등	영국, 스웨덴, 이탈리아, 캐나다 등
장단점 기본철학	의료비에 대한 국민의 1차적 자기 책임의식 견지(국민의 정부의존 최소화)	국민의료비에 대한 국가 책임견지, 전국민 보편 적용 (국민의 정부의존 심화)
국민의료비	의료비 억제기능 취약	의료비 통제효과 강함
보험료 형평성	- 보험자간 보험료 부과 의 형평성 부족, 보험자간 재정 불균형 과생	- 조세에 의한 재원조달로 소득재분배 효과(선진국) - 단, 조세체계가 선진화 되지 않은 경우 소득역진 초래
의료서비스	상대적으로 양질 의료 제공 - 첨단 의료기술 발전에 긍정적 영향	- 의료의 질 저하, 입원 대기 환자 급증(대기시간 장기화, 개원의의 입원의뢰 남발) - 민간 사보험 가입경향 증가 로 국민의 2중 부담 초래
관리운영	- 조합중심 자율운영 상대적 으로 관리운영비 많이 소요 (보험료 징수 등)	- 정부기관 직접관리(가입자 의 운영참여 배제) - 관리운영비 절감(보험료 징 수인력 불필요)

## 제 2 절 영 국

### 1. 서 설

영국의 국가보건의료서비스(National Health Service, 이하 NHS)는 영국 보건의료의 중추적 역할을 하는 시스템으로서, 공적으로 재원을 확보하여 운영된다. 이 체계는 전후 60년이 넘는 기간 동안 영국 의료 체계의 근간을 이루고 있다. 오랜 기간 동안 영국은 이 방대한 조직을 여러 차례 개혁을 하여왔지만, “필요에 따른, 무상 치료”라는 근본 원칙은 현재까지도 크게 흔들리지 않았다.

자본주의 체제에서 보건의료 서비스는 산업성과 공익성이라는 두 가지 가치 사이에서 갈등과 긴장의 관계를 유지하고 있다. 이러한 갈등 속에서 다시 말해서, 시장의 원리와 사회주의의 원리 사이에서 영국의 NHS는 ‘줄타기’ 하듯이 운영해 왔다. 특히 80년대 이후 영국 보건의료체계 개혁 논의는 공적영역과 사적영역의 운영원리를 적절하게 혼합하는 경향을 띤다. 이러한 독특한 운영 원리는 전후 다른 국가건강서비스 체계에 영향을 미치는 주요 모델이 되어 왔다.

규모면에서도 오늘날 영국 NHS는 세계적인 수준을 자랑한다.<sup>47)</sup> NHS는 총 150만 명의 인력을 거느리고 있다. 구체적으로 보면 약 9만 명의 병원 전문의(hospital doctors)들과 3만 5천 일반의(general practitioner, GPs)들이 일하고 있으며, 40만 명 정도의 간호사 및 1만 6천 응급의료요원이 영국의 무상 의료 시스템을 책임지고 있다. 또한 매주 70만 명의 환자들이 NHS 치과 서비스를 받고 있고, 3,000명의 환자들이 심장관련 수술을 받고 있다.

물론 이러한 거대한 기관을 운영하는데 막대한 비용이 소요된다. 1948년 설립 당시에 NHS의 재정은 4억 3천 7백만 파운드(현재 가치

47) 이하 NHS의 인력 및 재정규모에 대한 자세한 내용은 NHS 공식 홈페이지 (<http://www.nhs.uk/aboutnhs/Pages/About.aspx> [2009년 3월 3일 검색]) 참조.

로는 대략 90억 파운드)였으나, 현재는 그 10배인 900억 파운드에 달한다(2007/2008 회계년 기준). 이는 인플레이션을 고려해도 평균적으로 60년 내내 매년 3%씩 성장한 셈이다. NHS는 이중 절반 이상인 60퍼센트를 인건비로 지출하고, 20퍼센트 이상은 의약품 및 의약 자재구입, 그리고 나머지 20퍼센트 가량을 시설 관리 및 인력 교육비용으로 지출한다. 이러한 거대한 재정은 국민 세금으로 충당이 되는 데, 2007/2008 회계년 기준으로 보면, 영국 국민 한 명 당 1천5백 파운드의 기부를 하는 셈이라고 한다.

## 2. NHS 설립 이전 의료체계

법제는 그 사회의 문화, 사회적 맥락과 떼어서 생각할 수 없다. 특히 의료법 같은 경우는 인간의 생로병사라는 원초적인 생명영위 활동과 연관되어 왔기 때문에, 오래도록 정치적인 토론의 대상이 되어 왔다. 특히 다원화된 민주주의의 사회에서는 의료법 체계는 그 사회의 독특한 법문화와 직능 단체 그리고 여론 등 다양한 행위자 사이의 역학관계 속에서 결정되어 왔다. 다시 말해서 150년이 넘는 영국의 의료관련 법제는 영국 사회의 사회, 문화적 흐름이 반영된 결과물이라고 할 수 있다. 이 오랜 기간 동안 영국 의료체계는 조금씩 덧붙여지고 수정되어 왔다. 그러다 보니 그 안에서 있는 주체들조차 전체 구조를 확인 할 수 없는 아주 복잡한 구조를 만들어 내고 있다. 다시 말해서 NHS가 처음에 설정한 원칙은 유지되고 있지만, 언제, 얼마큼 변해 왔는지 모르게 시나브로 발전해 왔다. 그렇기 때문에 오늘날 NHS는 처음의 모습과 “같지만 다른” 법제도적 구조가 되어 버렸다.

결국, NHS는 하늘에서 뚝 떨어지거나, 특정 집단이 발명해 낸 제도라기보다는, 이전의 역사적 원형이 지속적으로 발전해 온 결과물이다. 이와 같이 NHS가 역사적 진화를 경험해 왔다는 점을 고려한다면, NHS 성립에 관한 역사적 고찰은 이후에 서술할 영국 의료체계 전반을

이해하는데 중요한 지침을 제공할 것이다. 이러한 점들을 염두 해 볼 때 오늘날 NHS의 기본 골격을 살펴보려면, 무엇 보다 먼저 그 원형을 확인해 볼 필요가 있다. 이런 맥락에서 여기서는 NHS의 설립 이전의 의료 체계를 살펴볼 필요가 있다.

NHS 설립 이전 의료법제의 일반적인 원칙은 지불 능력에 따른 치료의 차등을 기본으로 하는 유상치료 원칙이 지배했다. 일반적인 의료 서비스는 주로 사적 영역이 맡아 왔기 때문에, 국가 또는 지방자치 단체를 비롯한 공적영역의 주체들은 보조적인 의료주체였다.<sup>48)</sup> NHS 설립 이전에 영국의료 서비스의 주요 담당주체는 일반의료와 병원이 맡아왔다.

#### (1) 일반의료(General Practice, GP)

NHS 설립 이전이나 지금이나, 영국의 가장 기초적이고 기본을 이루는 의료행위는 일차진료(primary care)이다. 이는 일반의료(General Practice)라고도 불린다. NHS가 시작되기 전에는 의료 서비스 영역에서 사실상 가장 중요한 의료행위 주체였다. 당시에는 일반의(General Practitioner, GP)라 불리는 일종의 가정의가 진료비를 받고 의료행위를 해왔다. 개별적으로 진료비를 내기 힘든 사람들은 다양한 형태로 구성된 의료보험을 통해 의료서비스에 접근 할 수 있었다. 예를 들면 공제조합(friendly society) 또는 노동조합에 의해 조직되는 의료보험을 통해 점차 숙련공을 중심으로 일반의의 의료서비스 접근이 가능하게 되었다.<sup>49)</sup> 하지만 그럼에도 불구하고 많은 사람들이 의료 서비스의 사각 지대에 남아 있었다.

---

48) 물론 국가가 공동체 유지 차원에서 국가는 전염병 예방이나 상하수도 문제 같은 기초적인 보건 정책을 언제나 제공하여왔다. 하지만 이러한 법제들은 현대적 의미에서 이해되는 보건증진의 측면보다는 국가안보 차원에서 제기되는 의료문제를 다루는 것으로서 19세기 후반에 활발하게 재정비되었다.

49) N Mays, "Origins and Development of the National Health Service," Graham Scambler (ed) *Sociology as Applied to Medicine*, Edinburgh; New York: Saunders Elsevier, 2008, 222쪽.

이에 1911년 국가가 전면에 나서서 국민보험법(National Insurance Act)을 도입하였다. 당시에는 영국에서 자본주의의 산업화에 따른 착취 문제가 노동자 계급의 확산과 맞물려서 사회적 갈등을 일으키고 있었다. 이에 따라 노동당 세력이 대중의 지지를 받으면서 성장하였고, 한편에서는 사회복지 확대에 대한 요구가 의회 안팎에서 커지고 있었다. 그에 따라 자유주의 노선을 따르던 당시 집권 자유당과 정부(1906-1914)는 처음으로 국민을 대상으로 국가가 운영하는 의료보험 체계를 설립하는데 이르렀다. 이 법에 따르면 일정한 소득 이하(연봉 160파운드)를 넘지 못하는 일정 연령(16세에서 70세)의 노동자들은 의무적으로 국민의료 보험(National Health Insurance, NHI)에 가입해야 했다. 1939년까지, 노동계급의 약 40%가 NHI를 통해 GP service를 받을 수 있었으며, 3분의 2 이상의 의사들이 NHI와 관련을 맺을 수 있었다. 하지만 이러한 서비스는 결정적으로 1930년대 대공황 속에서 재정적인 어려움을 맞게 된다.<sup>50)</sup>

## (2) 병원 의료 서비스 (Hospital Service)

한편 19세기까지만 해도 병원은 일반적인 의료행위의 주체가 아니었다. 오늘날에는 일반의가 가지지 못하는 전문적인 최첨단 시설 및 의료 기술이 병원만 있지만, 당시에는 많은 병상이 모여 있다는 것 외에는 특별한 차이가 없었다고 해도 무방할 정도였다. 그 만큼 의료 기술이 발달하지 못했기 때문에 병원에서 치료를 받아야 하는 병이 많지 않았다. 특히 항생제나 마취기술과 같은 정밀한 의료기술이 발달하지 않았기 때문에 일반의(GP)의 치료 범위를 넘어서는 고도의 외과 기술 등이 이루어 질 수 없었다. 다시 말해서 당시의 외과기술 자체가

50) 이 당시 국가 의료보험에 대한 자세한 내용은 Glyn Carpenter, "National Health Insurance: A Case Study in the Use of Private Non profit Making Organizations in the Provision of Welfare Benefits," *Public Administration* Volume 62, 1984, 71-89쪽 특히 76-84쪽 참조.

일반적이지 않았고, 그러한 외과시술도 특수한 장비 없이 하는 것이었기 때문에 오히려 실력있는 가정의를 더 선호하였다. 그래서 병원은 일반적으로 이용하는 시설이 아니었으며, 주로 가난한 사람들이 무료로 이용하는 시설이었다. 이러한 사정 때문에 병원의 의료행위는 사실상 의료체계의 외곽에 있었다. 병원의료서비스는 크게 자선병원(voluntary hospital) 과 지방병원(municipal [local authority] hospital)으로 나뉜다.<sup>51)</sup>

### 1) 자선병원 (Voluntary Hospital)

자선병원은 기본적으로 비영리법인(charitable foundation)으로, 무료로 치료를 해 주는 대신에 의사는 환자를 선택할 권리를 가진다. 우선 자선 복지 시설처럼 병원이 환자의 경제적 조건을 고려하여 의료 서비스가 필요하다는 판단을 할 경우 환자를 받는다. (소위 자산조사 means testing) 이때 병원 자체는 기부에 의해 운영되며, 의사의 수입은 병원 외의 사적의료 행위를 통해서 충당된다. 2차 대전 전까지만 해도 이러한 자선 병원은 1,100여 개에 달했으며, 90,000개의 침상을 운영하면서 병원환자의 36%를 담당했다고 한다.<sup>52)</sup>

하지만 1차 대전 이후의 경제 상황 때문에 자선병원은 기존의 형태로 운영되기 힘들어지게 되었다. 인플레이션 때문에 의사가 병원 외에서 벌어들이는 수입의 실질가치는 하락했다. 한편 의료 과학 자체가 복잡해지면서 1차 진료 기관(General Practice)에서 감당하지 못하는 병들이 많아지게 된다. 쉽게 말하면 고가의 정밀 장비들을 개인이 운영하는 1차 진료 기관에서 설치하지 못하기 때문이다. 그에

---

51) 이 당시 영국 병원 의료 서비스의 모습에 대하여는 Brian Abel-Smith, *The Hospitals, 1800-1948: A Study in Social Administration in England and Wales*, Cambridge, Harvard University Press, 1964 참조.

52) 19세기 영국 자선병원의 일반적 모습에 대하여는 Mays, 앞의 글, 223쪽; 김현숙, “자선병원의 사회적 기능과 역할: 에섹스 병원의 사례 연구, 1820-1880”, □□영국연구 □□16, 영국사학회, 2006. 12, 89-122쪽 참조.

따라 더 많은 사람들이 병원에 몰리기 시작하였다. 하지만 기존의 비영리 법인의 수입구조로는 병원이 유지되기 힘들게 되었다. 이러한 재정문제를 극복하고자 자선병원은 다양한 방법을 강구한다. 우선 병원들은 환자의 자산조사(means testing)를 통해 지불능력이 되는 사람들에게는 병원비를 부담토록 하였다. 그 외에 사보험과 같이 당장의 지불능력이 없는 사람들에게는 일정한 돈을 평소에 불입하게 하여, 병이 날 경우 병원에서 서비스를 받는 제도를 운영하였다. 경우에 따라서는 지방자치단체와 계약을 맺어서 병원을 운영을 하기도 하였다. 그럼에도 불구하고 1937년 까지 3분의 1이 넘는 병원은 파산을 하게 되었다.<sup>53)</sup>

이러한 시스템은 병원의 부실운영 문제를 해결하지 못했을 뿐만 아니라, 환자들의 요구도 제대로 충족하지 못하였다. 이 시스템하에서는 돈을 내는 유상진료 환자들뿐만 아니라, 돈을 내지 않는 무상진료 환자도 병원의 의료 서비스에 불만을 가지곤 하였다. 유선 유상진료 환자가 내는 진료비의 상당수가 무상진료 환자를 지원하는 꼴이 되었다. 그래서 이들은 돈을 낸 만큼 만족스런 의료 서비스를 받지 못하고 느낄 수밖에 없었다. 한편 못사는 사람들 역시 병원에 재정수입원이 되지 못하기 때문에, 병원이 이들 환자를 소홀히 취급하곤 하였다.<sup>54)</sup>

## 2) 지방병원 (Municipal [local authority] Hospital)

지방병원(municipal Hospital)은 19세기 빈민법(the Poor Law)에 의거하여 극빈층에게 의료 서비스를 제공하는 병원이었다. 이것은 1929년에 각 지방정부의 보건국이 담당하게 되었으며, 이는 보건의료국장(Medical Officer of Health)이 관리 감독하였다. 이 지방병원은 자선병원과 사적보험을 통해서도 혜택을 못 받는 최극빈층에 대하여 의료서

53) Mays, 앞의 글, 223쪽.

54) Mays, 앞의 글, 223쪽.

비스 제공하였다. 1939년 까지 400,000개의 병상이 각 지방자치단체에 의해 운영되었다. 이 지방병원과 자선병원은 병원의료 차원에서 넓은 의미에서 상호 보완적이지만, 실제로는 거의 공식적인 연락체계가 형성되어 있지는 않았다.<sup>55)</sup>

### 3. NHS의 설립과 법원

#### (1) NHS 설립

이러한 와중에 통합적이고 만족스러운 의료서비스에 대한 대중적 갈망이 높아져갔다. 이러한 배경에서 1948년 2차 세계대전 직후 “요람에서 무덤까지”라는 구호로 유명한 “베버리지 보고서”가 제출되었으며, 이러한 새로운 전후 복지국가 구상에서 영국은 NHS제도를 설립하기 시작했다.<sup>56)</sup>

물론 이러한 대담한 제안에 기존 의료 체계의 주체들은 거세게 반발하였다. 특히 각종 의료 관련 직능 단체들은 기존의 의료체계에서 보장되었던 자유적인 권한을 보장 받기를 원했다. 특히 이들은 행정 관료 같은 비전문가들이 의료행정 분야를 통제 할까봐 걱정하였다. 이러한 상황에서 당시 노동당 정부는 일련의 타협안을 마련하였다.<sup>57)</sup>

---

55) Mays, 앞의 글, 223-224쪽.

56) 사실 의료체계 재정비는 국가의 적극적인 개입이 없이는 성사되기 힘든 것이 사실이다. 2차 대전 전까지만 해도 자유방임주의 노선을 따르면 영국이 이러한 고도로 중앙집중 된 통합적 의료서비스를 가능하게 된 데는 전시(戰時) 정부 하의 경험에 한 몫을 했다. 2차 대전의 전시 정부는 국가의 적극적 역할에 대한 관심을 증폭시켰으며, 사회주의 사상의 확대 및 복지증대의 요구가 전후 참전 시민들의 복지증대 요구와 맞물려서 NHS와 같은 대규모 복지개혁 구상이 설득력을 얻었다. 그리고 대공황의 교훈으로 케인즈주의적 복지 증대를 통한 수요 창출이 자본주의 국민경제 정책의 주요 근간을 이루면서 이러한 복지체계는 좀 더 구체화 되었다. 자세한 내용은 소광섭, “영국 NHS의 성립 배경에 관한 연구”, □□보건과 복지□□ 제8집, 한국보건복지학회, 2006. 12, 135-147쪽 참조.

57) 윤성원, “영국 의료제도의 형성과정에 관한 연구: 국가와 의료전문직을 중심으로”, □□보건과 사회과학□□ 제11집, 한국보건사회학회, 2002. 4, 5-39쪽 특히 12-27쪽 참조.

그 주요한 내용은 우선 의사들의 지위와 관련하여, 의사들은 형식적으로는 일종의 계약관계에 지위를 보장받게 되었다. 따라서 기존의 일반의(GP)들은 NHS와의 계약을 맺고 독립적인 계약 당사자(contractor)로서 의료 서비스를 제공하게 되었다. 한편 기존의 자선병원과 달리 병원종사자는 병원에서 행한 의료행위에 근거하여 수입을 받도록 하되, 이전과 마찬가지로 사적인 의료행위를 할 수도 있도록 하였다. 또한 유상치료 서비스(private bed)도 허용하며, 각종 의료 정책에 있어서 의사들이 일정한 발언권을 확보하도록 하였다. 한편 병원은 지방자치단체에 의해 통제되는 것이 아니라 원칙적으로 국유화되며, 국가에 의해 지방에 임명된 기관의 통제 하에 놓이도록 하였다. 이러한 큰 틀에서 전통적인 직업자치와 합리적인 공행정 원칙이 일정한 타협점을 찾았다. 이러한 복잡한 하고 지난한 논의 끝에 NHS는 전 국민에 대하여 필요에 따라, 영국 정부는 “이용 시점에 무상으로, 공평하게 접근가능하며, 세월에 의한 재원이 충당 되도록 한다”는 원칙을 정립하였다.

## (2) 영국 법체계에 따른 관할권 문제

보통 한국에서 NHS를 말하면 보통 England 지방의 NHS를 말한다. 하지만 엄밀하게 말하면 NHS는 크게 잉글랜드(England), 스코틀랜드(Scotland), 웨일즈(Wales)와 북아일랜드(Northern Ireland)의 4개의 독자적인 조직으로 나뉜다. England 지방의 NHS는 영국 중앙정부가 관리하지만 나머지는 해당 관할권을 가진 자치정부 아래에 속해 있다.<sup>58)</sup> 이와 같이 각각의 조직은 재정 및 그에 따른 조직 운영의 측면에서

58) 특히 스코틀랜드의 경우 NHS 설립 이전부터 ‘Highlands and Islands Medical Service’라는 독자적인 의료체계를 구축하고 있었으며, NHS 역시 National Healthcare Service(Scotland) Act 1947이라는 개별 입법아래에 설립되었다. 스코틀랜드 법 자체가 법제의 운영 및 법 원리의 적용 면에서 다른 지역과 달리 대륙법 체계에 영향을 많이 받고 있기 때문에 의료에 관한 법적 분쟁이 발생할 경우에도 다른 3개 관할권과는 다른 법 원칙이 적용된다. 스코틀랜드 NHS 공식 홈페이지 참조. (<http://www.scot.nhs.uk/> [2009년 6월 3일 검색])

완전히 독자적으로 운영된다. 물론 각 관할권에 따른 서비스의 차별은 없으며 그에 따른 협조체계가 이루어져 있다. 이러한 복잡한 체계에도 불구하고 공통적인 구조와 체계는 기본 원리는 큰 차이가 없다. 하지만 아래에서는 법체계 분석에 있어서 혼란을 피하기 위해서 주로 영국 체계에 한정하여 설명하도록 한다.

### (3) 영국 의료법의 체계와 법원

#### 1) 보통법(Common Law)

스코틀랜드를 제외한 영국은 보통법 국가로서 일반적으로 보통법상의 판례법에 의해 규정되고 있다. 예를 들어 의사와 환자의 관계는 치료 동의(consent to treatment)를 매개로 한 보통법상의 계약법 (Contract Law) 원칙이 1차적으로 지배한다. 예를 들어서 의료 분쟁이 생길 경우에는, 보통법상의 과실문제(negligence)에 기반한 판례법원이 주요한 법원 중에 하나로 기능을 한다.

#### 2) 국제법 및 유럽법

이 외에 의료와 관련한 건강권(Right to Health) 및 보건권(Right to Health Care)에 대한 국제 법규들이 있다. 또한 유럽법(European Law)과 특히 유럽 각종 인권규범이 의료법의 주요 법적 근거로 작용한다. 특히 유럽 인권협약(European Convention on Human Rights)의 국내 이행법인 영국 인권법(Human Right Law Act 1998)이 의료법의 주요한 법원으로 작용하고 있다. 이러한 일련의 법원들은 국가에게 넓은 의미에서 일정한 의무를 부과하고 있다.<sup>59)</sup>

---

59) 예를 들면 『세계인권선언』(Universal Declaration of Human Rights) 25조; 『경제적, 사회적 및 문화적 권리에 관한 국제규약』(International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights) 12조; 1961년 『유럽사회헌장』(European Social Charter of 1961) 1부(Part I) 11조 및 13조; 동법 2부(Part II) 11조 및 13조; 『EU 기본권 및 자유에 관한 헌장』(EU Charter of Fundamental Rights and Freedoms) 35조 등이 있다.

## 3) 직능법 및 유사법률

구체적인 법의 집행 및 운영에 있어서는 의료 종사자 내부 집단의 행위 규범으로서 직능법(professional law)이 있으며, 의료 행정에 있어서는 유사법률(Quasi law)이라고 불리는 체계가 있다. 이 유사법률은 수권법에 의해 만들어지는 규칙을 말하기도 하며, 조직의 운영상 필요에 의해 만들어지는 다양한 가이드라인 및 기준, 행위 준칙들을 통칭하기도 한다. 그 밖에 의료종사자와 의료기관의 관계에 있어서는 고용법(Employment Law, 우리나라의 근로기준법)이 적용되기도 한다.

## 4) 의회입법

다양한 법원이 영국법체계 속에서 의료분야를 규율하고 있지만, 그 중에서 가장 중요한 법은 의회입법과 그에 따른 하위 명령 및 규칙이 주요한 의료법의 법원으로서 의회법률이 있다. 특히 NHS의 경우에는 기본적으로 의회법률과 하위 명령, 규칙이 많은 부분을 차지하고 있다. 이에 따라 그간 영국에서 의료와 관한 기본법은 1977년 국가보건 의료서비스법(National Health Service Act 1977)이 기본적인 틀을 가지고 있다. 이와 함께 1990년 국가보건의료서비스및지역복지법(National Health Service and Community Care Act 1990)은 건강보호(health care)와 사회보호(social care)영역에서 NSH가 해야 할 서비스의 범위를 규정하고 있다. 하지만 2006년에 영국정부는 NHS 서비스에 대한 주요 법령들을 2006년 국가보건의료서비스법(National Health Service Act 2006)아래에 통합하였다.<sup>60)</sup>

60) 통합 대상이 된 법으로는 Health Act 2006; Health and Social Care (Community Health and Standards) Act 2003; National Health Service Reform and Health Care Professions Act 2002; Health and Social Care Act 2001; Health Act 1999; Primary Care Act 1997; Health Authorities Act 1995; National Health Service and Community Care Act 1990; 이 법은 입법정책상 NHS 관련 법률의 통일적인 발전을 목적으로 입법정책 차원에서 추진된 것으로 이전 법률과의 내용상의 근본적인 차이가 없다. 자세한 내용은 영국 보건국 홈페이지 참조(<http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/>)

## 4. 국가보건의료서비스의 의미와 범위

### (1) 국가보건의료서비스의 의미와 범위

영국 국가보건의료서비스의 의미와 범위는 실정법상으로 명확한 개념설정이 정립되어 있지 않으며, 다만 NHS 주체들의 선언적 규정에 의해 그 대강의 틀을 알아 볼 수 있을 뿐이다. 예를 들면 1979년에 왕립 국가보건의료서비스 위원회(Royal Commission on the National Health Service)는 NHS에 명확히 공표된 목적이 있지 않다고 지적하면서, NHS는 “건강한 삶을 영위하도록 개인에 대한 지원과 장려를 하며, 그리고 의료 서비스 이용에 대한 동등한 권리를 보장하며, 수준 높은 다양한 의료 서비스를 제공”해야 한다고 하였다. 더 나아가 이러한 서비스는 원칙적으로 “합리적인 기대와 지역적 요구를 충족하는 한에서 필요한 시기에 무상으로 제공되어야 한다”고 선언하였다.<sup>61)</sup> 이후 1988년 영국하원의 사회보호 위원회(House of Commons Social Service Select Committee)와 2000년도에 신노동당 정부가 제출한 NHS plan은 “지불 능력이 아니 필요에 기반한 치료 무상치료(free care, based on need and not ability to pay)”라는 원칙을 재천명하였다.<sup>62)</sup>

물론 이와 같은 서술은 원칙적인 선언이기 때문에, 그 구체적인 의미와 범위는 여전히 명확하지 않다. 다만 영국 의료체계의 다양한 법원

---

Legislation/Actsandbills/DH\_064103 [2009년 6월 3일 검색])

61) Royal Commission on the National Health Service, “Report of the Royal Commission on the National Health Service,” *Journal of Public Health*, 1979; 1: 271-274쪽.

62) Great Britain Parliament. House of Commons Social Services Committee, *The Future of the National Health Service: Fifth Report [of the] House of Commons Social Services Committee Session 1987-88* (H.M.S.O., London 1988); Great Britain Department of Health, “The NHS Plan: A Plan for Investment, a plan for reform,” 2000, ([http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_4002960](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4002960) [2009년 6월 3일 검색]); NHS의 공식 입장에 대해서는 NHS 공식 홈페이지(<http://www.nhs.uk/nhsengland/aboutnhs/pages/NHSCorePrinciples.aspx> [2009년 6월 3일 검색]) 참고

들이 만들어내는 권리와 의무의 역학관계에 따라 보건의료서비스의 최소범위와 최대범위를 확일 할 수 있으며, 이 범위 속에서 NHS의 의미와 범위를 간접적으로 알 수 있다. 우선 가장 기초적으로는 국가가 경찰 행정의 일환으로서 수행하는 공중보건 서비스가 있을 수 있다. 이것은 공동체를 유지하기 위해서 국가가 해야 하는 최소한의 의무이다. 예를 들면 1984년 공중보건법(The Public Health [Control of Disease] Act 1984)은 전염병에 대한 통제를 규정하고 있으며, 필요에 따라 국가에 강제치료를 할 권한을 부여하고 있기도 한다. 이러한 최소한의 의무 외에, 1948년 국민 부조법(National Assistance Act 1948) 47조가 규정하는 바와 같이, 국가는 국민들의 건강을 증진할 의무를 지고 있기도 하다. 예를 들면, 금연 정책을 정하고 있는 건강법(Health Act 2006) 같은 경우는 공공장소에서 흡연을 전면적으로 금지하고 있다. 이러한 국가의 의무는 더 크게 확장되면 환경보호까지 국가보건 의료의 의미 안에 포함시킬 수 있다.

## (2) 국가보건의료법상 보건장관의 의무와 권한

이러한 범위 안에서 실질적인 국가보건의료서비스의 법적 의미와 내용은 법원에 의해 최종적으로 확인된다. 구체적으로 말해서 국가보건의료법(National Health Service Act)상에 있는 보건장관의 책임에 대한 법원의 판단을 통해 정해진다.

2006년 국가보건의료서비스법 (National Health Service Act 2006) 1조 3항은 특별한 규정이 없는 한 기본적으로 무상치료를 원칙으로 하고 있다. 동법 1조 1항에 따르면 보건 의료에 대한 최종적인 책임은 수상이 지고 있으나, 보건의료 정책에 대한 실질적인 책임은 보건장관 (Secretary of State for Health) 이 담당하고 있다. 이에 따르면 보건 장관은 포괄적인 의료서비스의 증진(promotion)을 지속해야 한다고 규정

하고 있으며, 동법 2조는 이 목적은 위해 필요하다고 생각되는 서비스를 제공하고, 적절한 조치를 취할 권한을 부여 받는다.

하지만 그럼에도 불구하고 구체적으로 어떻게 할 것인가는 대부분 보건부 장관의 재량에 맡겨져 있다. 다시 말해서 구체적인 시행의 방법 및 내용은 기본적으로 행정적 재량으로 남아 있으며, 행정부는 의료서비스에 대한 자원 배분의 문제를 국가적 차원에서 결정하여 결정한다. 물론 국가보건의료법(National Health Service Act 2006)에 규정된 국가의료서비스에 대한 국가 의무 조항을 근거로 사법적 판단을 요청할 수 있다. 다시 말해서 NHS가 환자에게 적절한 의료 서비스를 제공하지 못할 경우 그에 대하여 동법상의 의무 조항을 위반했다는 것을 이유로 법원의 심사를 요청할 수 있다. 하지만 판례는 대체로 행정부의 정책적 재량을 존중해 주고 있다.<sup>63)</sup>

결국 이러한 시스템은 국민에게 의료 서비스에 대한 기본 권리를 사실상 백지위임한 것이 아니냐는 비판이 있을 수 있다. 그런 의미에서 어떤 사람들은 과연 영국인들에게 보건권이 주어져 있는가 하는 의문을 제기하기도 한다.<sup>64)</sup> 어쨌든 최소한 영국의 의료서비스의 범위는 최소한 미리 선형적으로 규정된 것이라기보다는 구체적인 의료행정의 실천을 통해서 구체화 된다고 볼 수 있다. 그런 의미에서 이하에서는 NHS가 구체적으로 어떠한 의료서비스를 제공하고 있는지를 살펴보도록 하고, 그러한 서비스는 어떠한 구조에서 제공하고 있는지를 살펴보도록 한다.

---

63) 초기의 주요 판례로는 *R. v Secretary of State for Social Service, Ex p. Hincks* (1980) 1 B.M.L.R. 93; *R. v. Central Birmingham H.A., Ex p. Walker* (1987) 3. B.M.L.R. 32. 이에 대한 자세한 논의는 Jean McHale · Marie Fox · Michael Gunn · Stephen Wilkinson, *Health Care Law: Text and Materials*, London: Sweet & Maxwell, 2007, 45-85쪽; J Montgomery, *Health Care Law*, New York: Oxford University Press, 2002, 67-80쪽.

64) 이에 대한 논의는 Montgomery, 앞의 책, 52-53.

## 5. NHS의 주요 서비스와 그 구조

### (1) 중앙 및 지방 정부 차원

영국의 NHS는 기본적으로 보건국(The Department of Health)에서 담당을 하고 있다. 물론 보건국의 수장으로서 내각의 보건장관은 보건 문제에 관하여 수상에게 보고를 하고 있다. 보건국은 잉글랜드(England)지역에 10개의 전략 보건당국(Strategic Health Authorities [SHAs])을 관리하고 있는데, 이 기관들이 의료서비스 공급에 관한 실질적인 임무를 수행하고 있다. 이들은 잉글랜드(England) 지역의 1차 및 2차 의료 행위와 관련한 NHS 활동을 감독하고 있다. 또 이들은 보건 장관을 대신하여 1차 및 2차 의료 기관의 문제들을 관할하고 있다.<sup>65)</sup>

그 밖에 NHS의 관리 감독 체계는 NHS가 성장하면서 복잡해지기 시작하였다. NHS는 방대한 규모의 공적기관이기 때문에 항상 방만한 운영과 관료주의로 비판을 받아왔다. 이에 따라 NHS는 항상 정치적 공격의 대상이 되었으며, 야당을 비롯한 정치가들은 이러한 유권자들이 요구에 부응하고자 다양한 규제장치를 두게 되었다. 이러한 규제장치는 서로 중복이 되기도 하고 옥상옥(屋上屋)과 같은 구조를 형성하기도 하면서, 아주 복잡한 형태를 띠게 되었다. 이에 따라 많은 감독기관들이 아주 복잡한 구조로 NHS의 안전성과 질을 감독하게 되었다.<sup>66)</sup> 기본적인 기관들은 다음과 같은 것들이 있다. 우선 독립적 기관으로는 The National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE],<sup>67)</sup> The Council for Healthcare Regulatory Excellence,<sup>68)</sup> The National Patient

65) National Health Service Act 2006 제66조 및 제67조 참조.

66) 자세한 내용은 Jean McHale · Marie Fox · Michael Gunn · Stephen Wilkinson, 앞의 책, 30쪽; Montgomery, 앞의 책, 101-111쪽 참조.

67) <http://www.nice.org.uk/> (2009년 6월 3일 검색) 참조.

68) <http://www.chre.org.uk/> (2009년 6월 3일 검색) 참조.

Safety Agency.<sup>69)</sup> 정부산하 독립 위원회(non departmental public body)로 Care Quality Commission이 있다. 이 기구는 NHS를 관리 감독할 뿐 아니라 의료 분쟁이 발생할 시에 그에 따른 조정 및 중재를 담당한다.<sup>70)</sup>

## (2) 일차진료(Primary Care System)

영국 NHS 체계에서 기초적인 의료 서비스는 예나 지금이나 실제로는 일차진료기구(Primary Care Trust [PCT])에서 수행한다. PCT는 보건 장관에 의해 설립되며, 지역단위를 기반으로 해서 기초적인 보건정책 및 의료서비스를 제공한다. 우리나라로 치면 보건소와 동네 의원의 중간 형태라고 볼 수도 있는데, PCT는 사실상 NHS의 중추적인 역할을 하고 있다.<sup>71)</sup> 이 기구의 구성원은 기본적으로 일반의(GP)와 간호사, 치과의, 그리고 약사로 구성된다. 좀 더 구체적 설명하자면, 이 단체는 기본적인 의료행위와 함께 2차 진료 기관에 환자를 위탁하기도 하며, 지역 주민의 건강과 복리 증진과 같은 건강한 생활 조건을 위해 지방자치단체와 상호 협력을 하기도 하다.<sup>72)</sup>

기본적으로 일반의(GP)는 환자에 대한 의무가 있다. 의사는 PCT와의 계약 하에 해당 PCT에 등록된 환자와 연결이 되어 있다. 지역주민은 지역 보건당국에 등록을 할 경우 원하는 일반의를 고를 수 있도록 하고 있다. 구체적으로는 보건 당국은 해당 지역 내 일반의의 목록 중에서 환자를 배당하되,<sup>73)</sup> 그것을 받아들일 것인지 아닌지는 환자가 결정

69) <http://www.npsa.nhs.uk/> (2009년 6월 3일 검색) 참조.

70) 2008년 보건및사회보호법(The Health and Social Care Act 2008)은 다양한 보건의료 규제기관들(Healthcare Commission, the Commission for Social Care Inspection 와 the Mental Health Act Commission)을 Care Quality Commission 이라는 단일 기구로 통합하였다(2009년 4월 1일 부터).; 자세한 내용은 Care Quality Commission 공식 웹 페이지 참고(<http://www.cqc.org.uk/>)

71) 비용절감 및 통합적 운용을 위해 2006년 현재 PCT는 303개에서 152로 줄어들었음에도 불구하고 전체 NHS 예산의 80 퍼센트 가량을 운용하고 있다.

72) National Health Service Act 2006 제18조, 제19조 및 제23조 참조.

73) NHS (General Medical Services) Regulations 1992, SI(Statutory Instrument) 1992 no.

하도록 하고 있다. 반대로 의사 역시 해당 환자를 받아들일 것인지 아닌지를 결정할 권리가 있다. 물론 그에 따라 환자가 결정되지 못할 경우에도 적절한 의료서비스를 받도록 의사 및 환자를 지정할 수 있다.<sup>74)</sup>

일반의들은 광범위한 기초서비스를 제공하는데, 일반적인 건강상담부터 식생활, 운동, 흡연 및 음주, 약물 남용, 질병의 예방은 물론이고, 필요한 경우 이와 연관된 연관된 복지서비스(care service)를 받을 수 있도록 한다. 새로 지역 관할 구역 NHS에 등록된 환자들은 우선적으로 혈압, 체중 등 기본적인 건강검진을 하도록 되어 있으며, 3년 이내에 최소 한번씩은 기초건강 검진을 받도록 의무화하고 있다. 그 밖에 아동 보건 검진, 피임, 및 간단한 수술 및 산부인과 서비스 같은 경우는 기본적인 계약형태에 포함되지 않기는 않기 때문에 일반의의 의무는 아니다. 하지만 일반의가 해당 이 특수 진료를 제공할 수 있는 의사 명단에 등록을 할 수 있으며, 그 명단에 근거하여 환자에게 관련 서비스를 제공할 수 있다. 이를 위해서 보건 당국은 이들 의사에게 적절한 임상 경험과 훈련을 가지도록 해야 한다.

이와 같이 일반의 들은 기본적으로 PCT와 계약의 관계로 맺어져 있다. 일발적인 공급 형태는 표준 약관의 형태로 당국에 의해 정해진다. 하지만 국가보건의료법(1차 진료)NHS [Primary Care] Act 1997)은 새로운 형태의 개별적 의료 서비스(personal medical service)를 규정하고 있다. 이는 일반의의 계약 조건을 지역의 요구에 맞게 재협상 할 수 있도록 하고 있다. 그렇게 되어 일반의는 계약의 형태가 아니라 고용의 형태로도 지방 보건 당국(PCT)에 취직을 할 수도 있다.<sup>75)</sup> 그리고

635, Schedule 2, para.19 참조.

74) NHS 일반의 지정 절차에 대하여는 NHS (Choice of Medical Practitioner) Regulations 1998, SI 1998 No. 668 참조. <http://www.legislation.gov.uk/si/si1998/19980668.htm>

75) Directions to Health Authorities and Primary Care Trusts Concerning the Implementation of Pilot Schemes (Personal Medical Services) issued on 9 May 2000 with HSC 2000/018, para. 3(1).

일반의가 주변의 여건상 독자적인 형태로 의료시술을 못하는 경우에는 PCT가 아닌 NHS 트러스트가 일반의와 계약의 형태를 맺음으로써 의료 서비스를 공급하도록 하기도 한다. 이와 별도로 일차 의료 기관이 담당하지 못하는 지역이 있을 경우, NHS 트러스트나, 파운데이션 트러스트 같은 2차 진료기관, 또는 개인기업이 의료 서비스를 제공할 수도 있다.<sup>76)</sup>

### (3) 2차 진료 기관(Secondary Care System)

NHS 트러스트, 다시 말해서 일종의 종합법원의 의료법인은 PCT와 마찬가지로 기본적으로 보건장관의 책임하에 설립 운영된다(National Health Service Act 2006 제5조). 한편 국가보건의료법(National Health Service Act 2006)은 NHS 트러스트에 재정에 관한 일련의 원칙적 의무를 규정하고 있다(Schedule 5, para. 2(1), 2(2) and 2(3)). 이에 따르면 NHS 트러스트의 재정구조는 수입과 지출이 균형을 이루어야 하며, 이외에 재정부의 동의아래 보건장관에 의해 규정된 재정의무를 준수하도록 하고 되어있다.

한편 전통적인 의미에서 NHS 병원과 달리, 보건의료및사회보호(지자체보건및기준)법(Health and Social Care [Community Health and Standard] Act 2003)은 새로운 형태의 의료 기관을 규정하고 있는데 이를 NHS 파운데이션 트러스트 병원(foundation Trust Hospital, 파운데이션 트러스트 병원)이라고 한다.<sup>77)</sup> 동법 제1조 1항에 따르면, 파운데이션 트러스트는 지역 공동 소유제에 기반하여 NHS의 기본원칙에 부합하는 공공

---

76) Alternative Provider Medical Services (No. 2) Directions 2005.

77) Department of Health, *A Short Guide to Foundation Trust*, London: Department of Health December, 2005.

([http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_4126013](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4126013) [2009년 6월 3일 검색])

혜택적 협력체계(public benefit co-operation)이다. 이러한 형식의 NHS 트러스트는 의료기관 운영권을 중앙정부에서 지방자치단체로 이전함으로써 좀더 환자의 요구에 부합할 수 있는 구조를 갖추게 하고 있으며, 궁극적으로는 중앙정부의 보건장관의 통제에서 자유로운 구조를 구축하고자 한다. 기본적으로 이 역시 전체 NHS 법체계의 기본 원칙인 “환자의 수요에 기반한 무상 치료 원칙”에 기반하고 있기 때문에 의료자원의 질과 양의 측면에서 타지역민에 비해 해당 지역민에 대한 의료상의 특별한 혜택은 없다. 하지만 이 파운데이션 트러스트는 의사결정 시스템에 더 많은 지역민들의 의사가 반영되도록 하여, 같은 의료자원을 좀 더 지역 친화적 방법으로 사용할 수도 있도록 하고 있다. 좀 더 구체적으로 보면, 이 법인의 구성원은 기본적으로 그 지방자치단체의 구성원으로 채워져 있다. 그렇게 하여 의료행위자, 의료수혜자가 같은 지역을 기반으로 하고 있는 지역 조합의 형태로 운영된다고 볼 수 있다. 그 지역인들이 이사진을 선출 할 수 있기 때문에, 병원 자체는 좀 더 지역 주민 위주로 운영되며, 종사자 역시 해당의료법인의 구성원으로서 고용인이자 피고용인의 지위를 가지기 때문에 더 적극적으로 목소리를 낼 수 있다는 장점을 가지고 있다. 특히 그 지역의 특수한 장기 보건의료 문제에 적합한 병원정책을 낼 수 있다.

이 파운데이션 트러스트는 기본적으로 중앙정부가 아닌 지역 공중에 책임을 지고 있다. 그렇기 때문에 이 법인은 the Monitor, the Health Care Commission (현재 Care Quality Commission)의 감사 및 통제를 받을 뿐이다. the Monitor는 보건장관으로, 다시 말해서 중앙정부로부터 독립적인 규제자(independent regulator)로서 의료전반에 대한 관리감독을 수행한다.<sup>78)</sup>

---

78) Health and Social Care (Community Health and Standards) Act 2003, 제14조 제2항.



<도표 4> 2007년 현재 NHS 조직 구조<sup>79)</sup>

#### (4) 1차 의료 기관과 2차 의료기관의 관계

1차 의료 기관과 2차 의료 기관은 기본적으로 협력 관계에 있다. 앞서 말한 바와 같이 1차 의료기관이 우리나라의 보건소 또는 1차 의료 기관처럼 공중보건 및 기초적인 가정의학적 의료서비스를 제공하는 반면에, 1차 의료 기관에서 다룰 수 없는 환자의 경우에는 2차 의료 기관으로 의뢰를 하기도 하고, 2차 의료 기관의 일부 기능이 1차 의료 기관에 위탁(Commissioning) 되기도 한다.

---

79) Mays, 앞의 글, 243쪽.

이 두 관계의 협력을 위한 협정을 NHS 계약 (Contract NHS)이라는 계약에 의해 성립된다. 동법 4조 1항에 명시되어 있는 것처럼 의료 서비스 수혜자가 그 기능을 수행하기 위해 주체가 다른 쪽 공급주체와 맺는 관계를 의미한다(National Health Service 2006 제9조 제1항). 하지만 형태상의 계약일 뿐 이것은 보통법상의 일반 계약처럼 계약법상 의무, 책임을 일으키지 않으며 법원에 의해 이행되는 것이 아니다(동법 제9조 제5항 및 제6항).<sup>80)</sup> 이 모든 협약은 근본적으로 보건장관에 의해 작동하기 때문에 NHS contract에서 분쟁이 생길 경우에는 보건장관이 해결하도록 하고 있다. 이에 따라 법원이 아닌 자체 해결 기제가 작동한다(동법 제9조 제6항).

### 제 3 절 미 국

#### 1. 서 설

먼저 공공보건에 관련된 미국 연방정부 행정기관을 살펴보고 관련 연방법률을 소개한 후, 메디케어와 메디케이드 제도를 개관하기로 한다.

#### 2. 공공보건의료 기관

미국연방정부는 공공보건서비스(United States Public Health Service PHS)를 위하여 Public Health Service Act를 제정함으로써 공공보건의료의 핵심관할을 PHS에 맡기고 있다. PHS는 연방정부의 ‘건강 및 휴먼 서비스부’(the United States Department of Health and Human Services DHHS)의 산하기관이다. PHS에는 다시 이하의 agencies 가 있다.

80) 자세한 내용은 명재일, “NHS와 시장원리의 통합: 영국과 뉴질랜드의 의료개혁”, □□보건경제와 정책연구□□(구 보건경제연구) 제3집, 1997. 142-144쪽 참조.

- ① 아동 및 가족을 위한 행정국(Administration for Children and Families (ACF))
- ② 노령 행정국(Administration on Aging (AOA))
- ③ 보건 리서치 퀄리티 행정기구(Agency for health research quality (AHRQ))
- ④ 독성 물질 및 질병 등록 행정기구(Agency for toxic substances and disease registry(ATSDR))
- ⑤ 질병 통제 및 예방 센터(Centers for disease control and prevention (CDC))
- ⑥ 메디케어 및 메디케이드 센터(Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS))
- ⑦ 식약청(Food and drug administration(FDA))
- ⑧ 보건 자원 및 서비스 행정국(Health resources and services administration (HRSA))
- ⑨ 인디언 보건서비스(Indian health service(HIS))
- ⑩ 국립 보건기구(National institutes of health(NIH))
- ⑪ 약물남용 및 정신건강 서비스 행정국(Substance abuse and mental health services administration(SAMHSA))

위 agency 의 명칭에서 알 수 있는 바와 같이 공공보건은 노인, 아동, 가족, 질병통제, 독성물질 관리, 약물남용관리, 정신건강 보호, 음식보호, 보건 리서치, 메디케어, 케디케이드를 대상으로 하는 공적 국민건강 행정이라고 볼 수 있다.

법률상으로는 메디케어와 메디케이드가 title 42편 chapter 7에 규정되어 있지만, 메디케어 및 메디케이드 센터(Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS))는 chapter 6A 법률에 의해 설립된 PHS의 산하

기구이다. 이는 본래적으로 메디케어와 메디케이드 제도가 사회보장 이라기보다는 공공보건기능의 하나임을 반증한다고 하겠다.

위 기관이외에 주목할 만한 기관으로서 ‘공공보건서비스 기구(The United States Public Health Service Commissioned Corps)’가 있는데, 이는 6,000명 이상의 공공보건 전문가를 고용하여 공공보건 증진 및 질병예방 프로그램 구축 및 공공보건과학을 향상시키는데 전념하고 있다. 이들은 질병과 심각한 보건상태 해결의 최전선에서 활동하고 있다. 따라서 본 기관의 의무의 핵심요소는 즉각적이고 효과적인 공공보건 대처, 공공보건활동의 리더쉽 발휘 등이다.

한편 공공보건의 중요한 부분을 차지하고 있는 메디케어(Medicare)와 메디케이드(Medicaid)는 ‘메디케어 및 메디케이드 서비스 센터(The Centers for Medicare and Medicaid Services CMS)’가 있어서 메디케어 프로그램을 관리하고, 주정부와 협력하여 메디케이드 프로그램, 주정부 아동 건강보험 프로그램(the State Children's Health Insurance Program SCHIP) 등을 운영하고 있다.

미정부는 2010년 연방예산에 향후 10년간의 미전역의 공공의료 시스템에 대한 근본적인 개혁을 단행하기 위해 \$630 billion를 책정하여 놓았다.<sup>81)</sup> 미 연방 ‘건강 및 휴먼 서비스부’는 예산계획에서 암 리서치에 두배의 예산투자, IT 시스템의 채택을 가속화, 약품가액의 감소 및 의료물품의 안전성 향상, 메디케어의 장기간 안정성을 강화하고, HIV/AIDS 예방 및 치료활동 강화, 네이티브 인디언과 알래스카 원주민 건강증진 강화, 자폐 장애 지원 등을 확대할 방침으로 있다.

---

81) Office of Management and Budget, “New Era of Responsibility Renewing America’s Promise,” Washington D.C.: U.S. Government Printing Office, 2009, also available at [http://www.whitehouse.gov/omb/assets/fy2010\\_new\\_era/A\\_New\\_Era\\_of\\_Responsibility2.pdf](http://www.whitehouse.gov/omb/assets/fy2010_new_era/A_New_Era_of_Responsibility2.pdf)

### 3. 주요 법률의 내용

#### (1) US Code title 42편 chapter 6A(공공보건서비스)와 Chapter 7(사회보장)

미국의 공공의료는 US Code title 42편 공공 건강 및 복지(THE PUBLIC HEALTH AND WELFARE)라는 타이틀하에 chapter 6A의 공공 보건서비스(public health service)와 CHAPTER 7의 사회보장(SOCIAL SECURITY)에서 구체적으로 다루어지고 있다.

국민의 건강보호와 직결된 질병환경 대처의 문제는 chapter 6A에서 공공건강 보호의 차원에서 광범위하게 다루고 있고, 개개인의 치료비용의 문제는 Chapter 7에서 사회보장의 한 방편으로서 다루어지고 있다.

#### (2) 공공보건서비스법(Public Health Service Act; PHS)

##### 1) 주요 개정내용

공공보건에 관하여 1946년 미국 연방법으로서 공공보건서비스법(Public Health Service Act; PHS)가 제정되었다. 본문은 US Code title 42편 chapter 6A “public health service”에 편성되어 있다.

그 후 본 법은 많이 개정되었고 개정 중에 주요한 사항은 다음과 같다.

- \* 가족계획서비스 및 인구리서치 법(Family Planning Services and Population Research Act of 1970 Pub.L. 91-572)으로서 도움이 필요한 사람들을 위한 가족계획 서비스를 제공하는 것을 주 내용으로 하고 있다.
- \* 전미 암질병 법(National Cancer Act of 1971)
- \* 건강보험 이용 및 책임법(Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996)

- \* 근육성 이영양증 지원 리서치 및 교육 개정(Muscular Dystrophy Community Assistance Research and Education Amendments of 2001)
- \* 혈액암 리서치 투자 및 교육법(Hematological Cancer Research Investment and Education Act of 2001)

## 2) 공공보건서비스법(Public Health Service Act; PHS)의 구성

미국의 공공보건서비스법을 구성하는 내용들은 다음과 같다.

행정 및 기타 규정(Administration And Miscellaneous Provisions), 일반 권한 및 의무(General Powers And Duties), 국립 리서치 기관(National Research Institutes), 약물남용 및 정신건강 서비스 행정(Substance Abuse And Mental Health Services Administration), 병원 및 기타 의료시설의 건설 및 현대화(Construction And Modernization Of Hospitals And Other Medical Facilities), 보건 전문가 교육(Health Professions Education), 간호인력개발(Nursing Workforce Development), 보건 리서치 및 자질을 위한 행정기구(Agency For Healthcare Research And Quality), 인구조사 및 자발적 가족계획 프로그램(Population Research And Voluntary Family Planning Programs), 청소년 임신(Adolescent Pregnancies), 유전 질병, 혈우병 프로그램, 유아급사 신드롬(Genetic Diseases, Hemophilia Programs, And Sudden Infant Death Syndrome), 정신외상치료(Trauma Care), 건강 유지 조직(Health Maintenance Organizations), 공공 수질안전 시스템(Safety Of Public Water Systems), 유방 및 자궁암 관련 예방적 보건조치(Preventive Health Measures With Respect To Breast And Cervical Cancers), 보건 자원 개발(Health Resources Development), 보건 정보 및 보건증진(Health Information And Health Promotion), 약품 및 바이오의학 및 인간행동 조사에서의 윤리적 문제연구에 대한 대통령의 위임(President'S Commission For The Study Of Ethical Problems In Medicine And

Biomedical And Behavior Research), 총괄 보조금(Block Grants), 청소년 가족생활 프로젝트(Adolescent Family Life Demonstration Projects), 백신 (Vaccines), 특정 주정부 및 지역 근로자를 위한 특정그룹보건계획 요건 (Requirements For Certain Group Health Plans For Certain State And Local Employees), 면역 결핍 신드롬에 관한 리서치(Research With Respect To Acquired Immune Deficiency Syndrome), 면역 결핍 신드롬에 관한 보건 서비스(Health Services With Respect To Acquired Immune Deficiency Syndrome), 면역 결핍 신드롬의 예방(Prevention Of Acquired Immune Deficiency Syndrome), HIV 보건 서비스 프로그램(Hiv Health Care Services Program), 건강보험커버리지에 관한 요건(Requirements Relating To Health Insurance Coverage), 바이오 테러리즘 및 기타 공공 보건 비상사태에 대한 국가적 대응준비(National Preparedness For Bio-terrorism And Other Public Health Emergencies)

이상의 내용들은 미국의 법률 체계 구성상 우리나라와 다른 점이 있어 구체적인 내용이 체계적으로 포함될 수 있기 때문이기도 하다. 그러나 기본적으로 의료서비스의 제공에 있어 일정부분 국가가 담당해야 한다는 인식을 전제로 하고 있다고 풀이할 수 있다.

### (3) 사회보장법

#### 1) 주요 내용

사회보장법은 공공건강 및 복지의 중요한 부분을 차지하고 있으며, 특히 공공보건과도 여러면에서 교차된다. 이하에서 확인할 수 있는 바와 같이 노인지원을 위한 주정부에 대한 재정지원, 연방 노인, 생존자, 장애 보험 혜택, 모자 보건 서비스 총괄보조금, 영구적으로 및 전적인 장애인 지원을 위한 주정부에 대한 재정지원, 정신지체 해결을 위한 종합계획 수립을 위한 재정지원, 노인 및 장애인을 위한 건강보험,

의료지원 프로그램을 위한 주정부에 대한 재정지원, 주정부 아동건강 보험 프로그램 등은 공공보건의료와 밀접한 관련이 있다.

메디케어와 메디케이드는 미국연방법률 타이틀 42편의chapter 7안에 subchapter 19안에 편재되어 있다. 저소득층과 65세이상의 노인층에 대한 공공보건은 국가에 의한 의료보험지원에 의해 구현되고 있는 것이다.

## 2) 사회보장(SOCIAL SECURITY)법의 구성

미국의 사회보장법을 구성하는 내용은 다음과 같다.

노인지원을 위한 주정부에 대한 재정지원(GRANTS TO STATES FOR OLD-AGE ASSISTANCE), 연방 노인, 생존자, 장애 보험 혜택(FEDERAL OLD-AGE, SURVIVORS, AND DISABILITY INSURANCE BENEFITS), 실업보상을 위한 주정부에 대한 재정지원(GRANTS TO STATES FOR UNEMPLOYMENT COMPENSATION ADMINISTRATION), 자녀있는 극빈가정 및 아동복지를 위한 주정부에 대한 재정지원(GRANTS TO STATES FOR AID AND SERVICES TO NEEDY FAMILIES WITH CHILDREN AND FOR CHILD-WELFARE SERVICES), 모자 보건 서비스 총괄보조금(MATERNAL AND CHILD HEALTH SERVICES BLOCK GRANT), 임시 주정부 재정구제(TEMPORARY STATE FISCAL RELIEF), 행정(ADMINISTRATION), 제2차 세계대전 참전용사를 위한 특별지원(SPECIAL BENEFITS FOR CERTAIN WORLD WAR II VETERANS), 직업 보장 행정 금융(EMPLOYMENT SECURITY ADMINISTRATIVE FINANCING), 맹인 지원을 위한 주정부에 대한 재정지원(GRANTS TO STATES FOR AID TO BLIND), 일반규정, 동종업자 평가, 행정 간소화(GENERAL PROVISIONS, PEER REVIEW, AND ADMINISTRATIVE SIMPLIFICATION), 주정부 실업제정을 위한 선급금(ADVANCES TO STATE UNEMPLOYMENT FUNDS), 선원을 위한 실업보상 복구(RECONVERSION UNEMPLOYMENT

BENEFITS FOR SEAMEN), 영구적으로 및 전적인 장애자 지원을 위한 주정부에 대한 재정지원(GRANTS TO STATES FOR AID TO PERMANENTLY AND TOTALLY DISABLED), 연방 근로자를 위한 실업보상(UNEMPLOYMENT COMPENSATION FOR FEDERAL EMPLOYEES), 노인, 장님 및 장애자를 위한 사회보조금(SUPPLEMENTAL SECURITY INCOME FOR AGED, BLIND, AND DISABLED), 정신지체 해결을 위한 종합계획 수립을 위한 재정지원(GRANTS FOR PLANNING COMPREHENSIVE ACTION TO COMBAT MENTAL RETARDATION), 노인 및 장애인을 위한 건강보험(HEALTH INSURANCE FOR AGED AND DISABLED), 의료지원 프로그램을 위한 주정부에 대한 재정지원(GRANTS TO STATES FOR MEDICAL ASSISTANCE PROGRAMS), 사회봉사를 위한 주정부에 대한 총괄보조금(BLOCK GRANTS TO STATES FOR SOCIAL SERVICES), 주정부 아동건강 보험 프로그램(STATE CHILDRENS HEALTH INSURANCE PROGRAM)

#### 4. 메디케이드(Medicaid) 제도

##### (1) 개념

메디케이드는 1965년 7월 30일 사회보장법(Social Security Act) Subchapter 19편 의료지원 프로그램을 위한 주정부에 대한 재정지원(GRANTS TO STATES FOR MEDICAL ASSISTANCE PROGRAMS)에서 처음 시행되었다. 메디케이드는 사회보장 프로그램(Social Security Program)하에서 진행되는 것이라고 할 수 있다. 연방정부의 Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS)는 각 주의 메디케이드 프로그램을 관찰하고 주요 자격 요건 등을 확립하였다. 주정부는 연방정부의 메디케이드 프로그램 참가가 자유이지만, 1982년 이후에는 모든 주정부가 가입을 완료하였다.

메디케이드는 ‘저소득층’ 개인과 가정을 위한 미연방정부의 건강프로그램(공공보험)이다. 이는 주정부와 연방정부의 공동재정지원 프로그램으로서 실질적인 운용은 각 주정부가 한다. 대상이 되는 그룹은 저소득 부모, 자녀, 노인 및 장애자가 된다. 현재 전 국민의 14.3%가 대상이고 본인 부담금이 없으며 적용범위는 주(州)별로 서로 다르지만 평균적으로 연방빈곤선(FPL: Federal Poverty Level)의 65% 이하 소득 계층에게 적용되고 있다.

실지로 메디케이드는 미국에서 저소득층민을 위한 의료 및 건강관련 서비스로서 가장 큰 재정지원 항목이다. 현재 미국은 인구의 고령화에 따라 요양원 지원은 메디케이드의 주된 항목 중의 하나로 성장하고 있다.

## (2) 연방규정의 우월성 및 최소기준

미국헌법의 우월조항(Supremacy clause)에 따라 연방정부의 메디케이드(Medicade) 프로그램에 의하여 재정지원을 받는 각 주의 의료지원 프로그램은 연방법률과 규칙을 준수하여야 한다. 따라서 만약 메디케이드 사기가 발생한 경우 해당기간동안의 환자진료기록 공개를 연방법이 요구하는 경우, 이와 상반되는 주법이 있다할지라도 공개를 막을 수는 없다.

주정부는 연방법률이 요구하는 일정한 조건을 포함한 주정부 메디케이드 플랜을 구축하여야 한다. 예를 들어, 프로그램의 주전체에 걸친 강제적 적용, 의료지원의 유형과 액수, 자격조건 결정을 위한 합리적 기준 선정, 그러한 플랜 하에서의 의료지원의 범위 등을 포함하여야 한다.<sup>82)</sup>

연방법 규정에 의하여 주정부의 의료지원 계획은 최소한 이하의 서비스를 의무적으로 포함하여야 한다.

82) 42 U.S.C.A. s 1396a, 1396, 1396d(a)(1)-(5) 및 (17)-(21)을 요약하였다.

- 첫째, 병원내 환자 치료 서비스
- 둘째, 병원밖 환자 치료 서비스
- 셋째, 기타 laboratory 및 X Ray 서비스
- 넷째, 간호 시설 서비스, 초기 및 정기적 검사(screening), 진단(diagnostic), 치료 서비스, 가족계획 서비스 (Family planning service), 임신 가능연령대의 개인에게 필요용품 제공
- 다섯째, 내과 의사의 서비스 및 치과 의사의 의료/외과(medical and surgical) 서비스
- 여섯째, 조산사 간호원에 의한 서비스
- 일곱째, 호스피스 간호
- 여덟째, 사건별 관리(case management services) 서비스
- 아홉째, 호흡치료(respiratory care) 서비스
- 열번째, 인증된 소아과 간호사 또는 인증된 가족 간호사 (a certified pediatric nurse practitioner) 에 의한 서비스

### (3) 주요 내용

메디케이드의 자격은 소득수입(income)을 근거로 하고 있다.<sup>83)</sup> 일반적으로 법원은 메디케이드 법률을 수혜자의 혜택을 위한 방향으로 해석하지만, 메디케이드 지원자는 자신의 자격조건 충족을 증명해야 한다.<sup>84)</sup> 제3지구 순회항소법원(3rd Circuit Court)은 메디케이드 법의 목적 중의 하나는 실질적인 자산을 보유한 사람들을 메디케이드의 자격 조건에서 배제하는 것이라고 선언하였다.<sup>85)</sup>

83) Cordall v. State ex rel. Departments of Veterans Affairs and Social & Health Services, 96 Wash. App. 415, 980 P.2d 253 (Div. 2 1999), review denied, 139 Wash. 2d 1017, 994 P.2d 847 (2000).

84) Kryzsko v. Ramsey County Social Services, 2000 ND 43, 607 N.W.2d 237 (N.D. 2000).

85) Cleary v. Waldman, 167 F.3d 801 (3d Cir. 1999).

미 연방의회는 사회보장법(Social Security Act)의 메디케이드 규정을 개정함으로써 참가 주정부가 메디케이드 지원을 모든 사회보조금(Supplemental Security Income; SSI) 수혜자에게 지급되도록 요구하고 있다.<sup>86)</sup> 한편, SSI 신청자격은 월 소득이 일정액(예를 들어, 약 \$600) 이하의 개인 또는 일정액(예를 들어, \$934) 이하의 부부로 총자산이 일정액(예를 들어, \$2,000(부부 \$3,000)) 미만의 65세 이상 노인이거나 충분한 장애가 있는 경우로 미국 시민권자 또는 영주권자다.

주정부는 의료지원의 자격조건을 주내 최소거주기간이나 합법적 신분 또는 시민권자에 한정할 수 없다.<sup>87)</sup> 한편, 타주 거주민이 해당 주에 들어오자마자 입원하게 된 경우에는 해당자가 타주와 충분한 관련성을 가지고 있고 본주에서 새로운 생활을 시작할 동기가 충분한 경우에는 의료지원 자격이 부여된다.<sup>88)</sup>

#### (4) 주정부의 재량권

주정부 메디케이드 프로그램은 의료지원에 장애를 가진 근로자를 포함시킬 수 있는 선택권이 있다. 또한 수입, 자산 및 기타 재원에 대한 제한조건을 장애를 가진 근로자에게는 적용하지 않을 수 있다. 그리고 의학적으로 나아진 장애상태를 가진 근로자에게는 메디케이드 프로그램을 구입할 수 있는 기회를 줄 수 있다.

주정부는 메디케이드 프로그램 안에 공공의료지원을 받기에는 수입 또는 자산이 높고 일반 의료서비스를 받기에는 충분하지 않은 계층으로서 “의학적으로 지원이 필요한 사람들(medically needy)”을 하나의

86) 42 U.S.C.A. s 1396a(a)(10); U.S. West v. Cole, 390 F. Supp. 91 (N.D. Miss. 1975).

87) U.S. Machado v. Department of Health and Rehabilitative Services of State of Fla., 357 F. Supp. 890 (S.D. Fla. 1973); U.S. Yuan Jen Cuk v. Brian, 355 F. Supp. 133 (N.D. Cal. 1972), judgment vacated on other grounds, 537 F.2d 1064 (9th Cir. 1976).

88) N.Y. Corr v. Westchester County Dept. of Social Services, 33 N.Y.2d 111, 350 N.Y.S.2d 401, 305 N.E.2d 483 (1973).

집단으로 포함시킬 수 있다.<sup>89)</sup>

메디케이드 프로그램은 연방정부의 재정지원을 받지만 주정부가 집행하고<sup>90)</sup>, 주정부의 가입은 강제사항이 아니다. 하지만, 일단 주정부가 연방정부의 메디케이드 프로그램 가입을 선택하면, 연방 법률과 규칙의 요구, 특히 연방 자격요건을 준수하여야 한다. 그렇지 않으면 지속적인 연방정부의 재정지원을 받을 수 없게 된다.

연방 건강·교육·복지부(the Department of Health, Education and Welfare)는 주정부 의료지원여부를 승인하게 된다. 사회보장법(the Social Security Act.)하에서 연방 건강·교육·복지부 장관(the Department of Health, Education and Welfare)은 의료지원을 위한 주정부의 플랜에 대하여 시험실시를 승인할 수 있다.<sup>91)</sup>

#### (5) 의료비 지급

필요한 의료서비스 비용을 지불할 수 있는 충분한 자산이 없는 자는 일반적으로 메디케이드 혜택을 받을 수 있다.<sup>92)</sup> 또한 지역 행정기관은 기타 수입공급원이 있는 사람들에게는 의료 및 병원 서비스 지원을 허락해서는 안된다.<sup>93)</sup> 주정부는 연방법의 범위내에서 자격요건에 관한 수입 및 수입원 한계를 설정할 수 있다.<sup>94)</sup> 주정부는 메디케이드 프로그램 지원 자격을 결정함에 있어서 가족구성원과 공유하는 배우자의 수입원과 소득을 고려하여야 한다.<sup>95)</sup>

---

89) U.S. Doe v. Wohlgemuth, 376 F. Supp. 173 (W.D. Pa. 1974), judgment modified, 523 F.2d 611 (3d Cir. 1975), judgment rev'd on other grounds, 97 S. Ct. 2366 (1977).

90) U.S. West v. Cole, 390 F. Supp. 91 (N.D. Miss. 1975).

91) U.S. California Welfare Rights Organization v. Richardson, 348 F. Supp. 491 (N.D. Cal. 1972).

92) N.D. Linser v. Office of Attorney General, 2003 ND 195, 672 N.W.2d 643 (N.D. 2003).

93) Ill. St. Mary of Nazareth Hospital v. City of Chicago, 29 Ill. App. 3d 511, 331 N.E.2d 142 (1st Dist. 1975).

94) U.S. Wilczynski v. Harder, 323 F. Supp. 509 (D. Conn. 1971).

95) U.S. Herweg v. Ray, 455 U.S. 265, 102 S. Ct. 1059, 71 L. Ed. 2d 137 (1982).

주정부의 메디케이드 프로그램하에서 의료비 지급은 오직 의료행위의 제공자에게만 이루어지는 것이 원칙이다. 따라서 의료서비스를 받은 일반인은 직접 금액을 수령할 수 없다. 다만, 예외적인 경우로서 형평과 정의의 원칙상 의료서비스 수혜자가 자신이 직접 지불한 금액에 대해서는 변상(reimbursement)의 형태로 금액을 수령할 수는 있다.<sup>96)</sup> 물론, 의료서비스 수혜자를 대신하여 의료비를 지급한 제3자도 변상을 정부로부터 받을 수 있다.<sup>97)</sup> 만약 수혜자가 제3자에 대하여 의료비 청구권이 존재한 경우에는 주정부는 수혜자를 위해 지급한 메디케이드 비용을 그 제3자에게 청구할 수 있다.

연방 건강·교육·복지부 장관(the Department of Health, Education and Welfare)은 메디케이드 프로그램에 참여하는 요양원(nursing home)에 대한 지급방법을 고정시키는 규칙을 제정할 권한이 있다.<sup>98)</sup> 그러한 규칙은 합리적인 사회보장법(Social Security Act)와 상충하지 않는 한 유효하다.

#### (6) 의료서비스 범위

메디케이드 법(the Medicaid Act)이 정의한 의학적으로 치료가 필요한 사람들(medically needy persons)을 위해서는 주정부는 다만 본 법의 목적과 일관된 합리적 기준을 세워서 의료서비스 범위를 결정하면 된다.<sup>99)</sup>

사회보장법의 메디케이드 규정은 참가 주정부가 제공해야 하거나 제공할 수 있는 최소한 및 적정 의료서비스를 구체화하고 있다. 또한 그러한 서비스가 제공되어야 하거나 될 수 있는 일반인의 범위도 구

96) U.S. Cole v. Wyman, 40 A.D.2d 1033, 338 N.Y.S.2d 964 (2d Dep't 1972).

97) N.Y. Sockin v. Overcash, 45 A.D.2d 717, 356 N.Y.S.2d 329 (2d Dep't 1974).

98) U.S. Opelika Nursing Home, Inc. v. Richardson, 356 F. Supp. 1338 (M.D. Ala. 1973); U.S. Johnson's Professional Nursing Home v. Weinberger, 490 F.2d 841 (5th Cir. 1974).

99) U.S. Townsend v. Quasim, 328 F.3d 511 (9th Cir. 2003).

체화하고 있다. 기본적으로 사회보장법은 “분류적으로 지원이 필요한 사람들(categorically needy)”을 설정하고 참여 주정부가 최소한의 의료 서비스를 제공해야 한다고 하고 있다.<sup>100)</sup> 병원내 환자 서비스, 외래 환자 서비스 등 위에서 나열한 11가지 서비스가 바로 그것이다.

일반적으로 메디케이드 법은 주정부의 서비스정책이 수혜자의 최선의 이익을 도모하는 한, 주정부에게 금액 범위, 보호기간 제한의 적절한 조절을 선택할 실질적인 재량권을 부여하고 있다.<sup>101)</sup> 한편, 장기이식(transplant)은 주정부가 재정지원을 거부할 수 없는 의학적으로 필요한 치료행위로 간주되고 있다.<sup>102)</sup>

의료 지원(medical assistance)에 관한 주정부 법률규정은 명백한 질환, 생명에 대한 위협, 질병발생, 정상적인 활동장애, 심각한 장애가능성 등을 일으키는 상태에까지 확대하고 있다.<sup>103)</sup> 또한 순수히 물리적인 질환뿐만 아니라 정신 질환까지 포함하고 있다.<sup>104)</sup> 판례는 자발적 불임, 임신, 치과 서비스, 필요한 의료 운송까지도 포함하는 것을 지지하고 있다.<sup>105)</sup> 하지만 성전환 수술은 현재 거부되고 있다.<sup>106)</sup>

연방법률은 메디케이드 프로그램하에서 낙태에 대해서는 지원이 가능하지 않도록 하였다.<sup>107)</sup> 다만 태아로 인하여 임신부의 생명이 위협에 빠지는 경우에는 낙태에 대한 메디케이드 의료지원이 된다.

---

100) U.S. Roe v. Ferguson, 515 F.2d 279, 1 Ohio Op. 3d 293 (6th Cir. 1975).

101) U.S. Beal v. Doe, 97 S. Ct. 2366 (1977).

102) U.S. Montoya v. Johnston, 654 F. Supp. 511 (W.D. Tex. 1987).

103) N.Y. Denise R. v. Lavine, 47 A.D.2d 747, 364 N.Y.S.2d 557 (2d Dep't 1975), order rev'd on other grounds, 39 N.Y.2d 279 (1976).

104) N.Y. Denise R. v. Lavine, 47 A.D.2d 747, 364 N.Y.S.2d 557 (2d Dep't 1975), order rev'd on other grounds, 39 N.Y.2d 279 (1976).

105) N.Y. Ferro v. Lavine, 46 A.D.2d 313, 362 N.Y.S.2d 591 (3d Dep't 1974); U.S. Maher v. Roe, 97 S. Ct. 2376 (1977); U.S. Smith v. Vowell, 379 F. Supp. 139 (W.D. Tex. 1974), aff'd, 504 F.2d 759 (5th Cir. 1974); Vt. Cushion v. Department of PATH, 174 Vt. 475, 807 A.2d 425 (2002).

106) N.Y. Allen v. Adami, 39 N.Y.2d 275 (1976).

107) U.S. Harris v. McRae, 448 U.S. 297, 100 S. Ct. 2671 (1980).

## 5. 메디케어(Medicare) 제도

### (1) 성 격

메디케어는 1965년 Lyndon B. Johnson 대통령의 Great Society Program 의 하나로 제정되어 현재 42 U.S.C. § 1395에 규정되어 있다. 메디케어 시스템은 본래 사회보장국(social security administration)이 주관하였으나 1977년부터는 오늘날의 메디케어 메디케이드 서비스센터(Centers for Medicare and Medicaid Services)로 이전되었다.

메디케어는 전적으로 연방정부 차원에서 재정지원이 이루어지는 프로그램(공공보험)이다. 이는 고령인구에 초점을 맞춘 사회보험이라고 할 수 있다. 즉 20년이상 사회보장세(Social Security Yax)를 납부한 65세이상의 고령자, 65세 미만의 장애인, 및 말기 신장 질병을 가진 모든 연령자를 위한 건강보험 프로그램이다.<sup>108)</sup> 현재 전국민의 14.1% 정도가 대상이 되고 있고 총 비용의 약 50%까지 연방정부가 보장하게 된다. 65세 이상의 고령자에게 사회보장국(Social Security Administration)은 가입신청서를 우편을 통해 전달하고, 해당자는 가입신청서를 작성하여 우편송부를 통해 가입이 된다.<sup>109)</sup>

주의할 것은 메디케어가 있다고 해서 병원이용이 무료가 되는 것은 아니라는 점이다. 사용자도 일정분의 공제액을 공동으로 부담하게 되며, 그 액수는 본인의 소득에 따라 약간의 차이가 있다.

108) <http://www.medicare.gov/MedicareEligibility/Home.asp?dest=NAV|Home|GeneralEnrollment#TabTop>

109) 가입자격에 관한 확인은 Medicare.gov eligibility tool at <http://www.medicare.gov/MedicareEligibility/home.asp?version=alternate&browser=IE%7C6%7CWinXP&language=Englis>에서 가능하다.

## (2) 메디케이드와의 차이

기본적으로 메디케이드는 개인의 소득과 재원을 기준으로 하는 반면에, 메디케어는 소득과는 상관없이 연령 및 장애상태에 따라 부여된다. 따라서, 메디케이드가 사회복지(social welfare) 또는 사회보호(social protection) 프로그램이라고 할 수 있다면, 메디케어는 사회보험(social insurance) 프로그램이라고 할 수 있다.

메디케이드가 연방차원의 재정지원에만 의존하지 않고 최대 50퍼센트까지 주정부가 재정을 담당하는 반면, 메디케어는 전적으로 연방정부 차원의 재정지원에 의존한다.

또한 메디케이드는 메디케어보다 훨씬 넓은 범위의 건강서비스를 제공한다. 한편, 메디케어와 메디케이드 양자에 자격이 있는 개인이 양 서비스에 동시에 등록하는 것도 가능하다.

## (3) 주요 내용

메디케어 프로그램은 Part A(hospital insurance: 주로 입원비와 보조), Part B(medical insurance: 외래의료비), Part C(medicare advantage plans: 어드벤처 플랜), 그리고 Part D(prescription drug plans: 처방약품비)로 구성되어 있다. Part A와 Part B는 메디케어의 기본 플랜이다.<sup>110)</sup>

Part A에 가입할 경우 병원에서의 질병을 최대 150일, 그 이후의 간호 시설 최대 100일, 홈케어 최대 100일, 그리고 호스피스 최대 90일까지 서비스 비용에 대한 혜택을 받을 수 있다. Part A에 가입할 수 있는 자격을 갖춘 사람은 Part B에도 가입할 수 있는 자격이 자동으로 주어진다.

Part B에 가입하면 의사 서비스를 포함한 외래진료, 구급차 이용, 인공 눈, 신장투석 등 Part A에서 제공되지 않는 의료혜택을 받을 수 있다.

110) <http://www.medicare.gov/MedicareEligibility/Home.asp?dest=NAV|Home|GeneralEnrollment#TabTop>.

이 때 프리미엄은 2008년 기준 일반적으로 월 96달러 40센트다.

어드벤처 프로그램이라고도 불리는 Part C는 Part A와 Part B의 혜택에 더불어 더 많은 혜택을 보장받을 수 있다. 또한 사용자 공동 부담금액도 기본플랜에서 정해진 금액보다 저렴하게 책정되어 있다. 기본플랜에는 없는 무료안경, 보청기, 치과 혜택, 그리고 병원까지 무료로 운행하는 버스대절 등의 혜택이 있다. 메디케어 우위플랜(Medicare Advantage Plan)으로 파트 A와 파트 B의 혜택에 더불어 HMO(Health Maintenance Organization)와 PPO(Preferred Provider Organization) 중 하나를 개인의 필요에 맞게 선택하여 지정의사와 진료를 수시로 받을 수 있는 일반 의료보험의 장점을 도입한 것으로, 메디케어 두 플랜을 모두 신청한 경우에 의사 또는 병원을 지정하여 이에 준하는 혜택을 받을 수 있다.

Part D는 만성 질환성의 질병으로 처방약을 많이 이용하는 사람들이 처방의약품에 대한 지출비용을 절약할 수 있게 제공되는 플랜이다.<sup>111)</sup> 일반 메디케어 플랜(Original Medicare Plan)에 처방약 보험이 별도로 분리되어 2003년 관련 법령이 제정, 2006년도에 시행된 것으로 노인들이 1년에 약 \$1,100 이상의 처방약 혜택을 받을 수 있도록 다양한 서비스 플랜을 제공하여 개인들이 필요에 따라 선택하여 신청할 수 있도록 제공된 플랜으로, 텍사스 주에서는 56개의 플랜이 있다.

처방약 플랜은 파트 C(Medicare Advantage Plan) 또는 Medicare Cost Plan에 가입했으면 자동적으로 파트 D에 등록이 된 것으로, 그 매월 프리미엄에 이미 처방약 플랜 프리미엄이 포함되어 있기에 별도의 신청이 필요하지 않다.

또한, 간호시설 및 유사 장기 노인시설에 거주하는 경우에는 Part D 처방약 플랜의 프리미엄을 내지 않게 된다.

111) <http://www.medicare.gov/pdphome.asp>.

현재 처방약 플랜이 새로운 개인 처방약에 대한 혜택을 주지 않거나 프리미엄이 높으면 다른 플랜을 선택하여 새로 가입할 수 있으며, 이러한 경우 별도의 통지 없이 새로운 플랜 가입과 동시에 예전 플랜은 소멸된다.

메디케어 Part D 등록시 메디케이드가 없어도 저소득층 자격조건(예를 들어, 본인 총재산 \$11,990, 부부 \$23,970 이하, 거주 주택 및 자동차 제외) 을 충족하게 되면 최대 95%까지 처방약 플랜 프리미엄 비용이 지원된다.

#### (4) 재정문제

회계연도 2007년 기준 메디케어를 위해 미연방정부가 지출한 금액은 \$440 billion(한화기준약 440조이상) 에 달한다. 이는 연방지출예산의 16퍼센트에 해당한다. 따라서 현재의 기조를 유지하는 한 메디케어 재정문제는 심각한 상황에 봉착하게 될 것이다.<sup>112)</sup> 2008년 메디케어 및 사회보장 이사회(the board of trustees for Medicare and Social Security) 보고에 의하면 메디케어 병원보험 신탁기금은 2019년에 바닥일 날 것이라고 예견하였다.<sup>113)</sup> 이러한 문제의 원인 중의 하나는 인구의 고령화, 의료서비스료의 증가, 사기적 이용에 있다.<sup>114)115)</sup> 판례는 상당수가 사기적 방법으로 연방 메디케어 혜택을 받는 것과 관련하여 발달해 있다.

---

112) Lisa Potetz, “Financing Medicare: an Issue Brief,” the Kaiser Family Foundation, January 2008. Also available at <http://www.kff.org/medicare/upload/7731.pdf>.

113) Lisa Potetz, “Financing Medicare: an Issue Brief,” the Kaiser Family Foundation, January 2008. Also available at <http://www.kff.org/medicare/upload/7731.pdf>.

114) “Public Agenda, Fewer Workers Projected Per HI Beneficiary”. <http://www.publicagenda.org/charts/fewer-workers-projected-hi-beneficiary>.

115) U.S. GAO Report Abstract at <http://www.gao.gov/products/GAO05656>.

## 6. 최근의 공공보건의료 정책 방향

미국은 사실 세계 최고의 의학 수준을 자랑하지만, 실제 일반 국민이 누리는 보건의료서비스 지표는 다른 국가들에 비하여 낮은 편이다. 예를 들어 WHO 2007년 자료에 따르면 1인당 의료비는 프랑스나 독일, 캐나다, 영국에 비하여 2배 이상이고 기대수명도 이들 국가보다 짧고 반대로 영아사망률은 높은 편이다. 의사 진찰 횟수는 환자 1인을 기준으로 3.8회로 프랑스의 6.4회 독일의 7.4회보다도 낮다. 전문치료병실도 앞의 국가에 비해 2분의 1 이하에 머물고 있다. 이렇게 미국의 고비용, 저효율의 의료시스템을 개선하기 위해 과거 여러 차례 건강보험개혁이 추진되었으나 매번 실패하였다.

그러나 현재 오바마 정부 이후 민간과 공공 간의 적절한 재정 부담과 질 높은 서비스를 제공할 수 있는 보건의료체계 구축을 목표로 삼고 정책의 전환을 꾀하고 있다. 즉 전국민에게 부담 가능한, 접근성 높은 보건의료체계 구축을 정책 방향으로 삼고, 첫째로 미국민과 기업에게 작동 가능한 보건의료체계를 구축하기 위하여 특히 개인과 소기업체가 보험 가입이 용이하도록 보험상품 및 다양한 민간보험 상품을 선택할 수 있는 건강보험 거래소를 설립하고자 계획하고 있으며, 둘째, 가구당 의료비 부담을 \$2,500까지 축소시키고자 하는 여러 수단들을 강구하고 있다.<sup>116)</sup>

## 제 4 절 프랑스

### 1. 서 설

프랑스는 세계보건기구에서 보건의료체계를 평가할 때 선두권에 있는 국가이다.<sup>117)</sup> 프랑스는 사회국가를 표방하고 있고 따라서 보건의료

116) 한국보건산업진흥원, □□미국 새정부의 보건의료 및 보건산업 정책의 시사점□□ 참조.

체계 역시 사회보장의 틀 안에서 위치지워진다. 이에 따라 프랑스의 보건의료체계가 각종 조직, 단체, 규제기관이 복잡하게 얽혀 있지만, 기본적으로 보건의료 조직들의 활동을 규제하고 책임지는 것은 정부이다. 정부는 ① 보건의료를 포함한 전체 프랑스 사회보장체계에 대한 재정지원, 급여 범위, 지불보상 및 접근성, ② 보건의료 전문가 교육의 양적·질적 수준, ③ 보건의료서비스의 질, ④ 공립병원의 재정, 인력, 시설개선 등에 대한 책임을 진다.<sup>118)</sup>

## 2. 국·공립병원의 종류

### (1) 서 설

보건시설(établissements de santé)의 분류는 공공시설(établissements publics)에만 적용된다. 공역무의 임무의 시행 안에서 공권력은 1943년 4월 17일 décret n° 891이래로 고도로 전문화된 의료시설의 지나친 증가를 피하기 위하여 기술적 구도하에서 계층화된 특정한 보건 임무를 여러 공공시설에 부여하였다(D. Balsan, “Typologie des établissements de soins publics et PSPH en fonction de leur activité et de leur environnement”, DRESS, Études n° 36, oct. 2003). 이러한 계층화로 활동의 계획화를 이룰 수 있게 된다.

시설 사이에 복잡한 구분을 하던 종래의 입법에 반하여 1991년 7월 31일 법률 n° 91-748은 병원센터(les centres hospitaliers), 지방병원센터(les centres hospitaliers régionaux), 지역병원(les hôpitaux locaux)으로 구분하면서 단순화를 가져왔다.

---

117) 프랑스의 공공보건의료 기관과 법제도에 관한 이하의 서술 내용은 기본적으로 이순우, “프랑스의 공공보건의료법제”, 한국법제연구원 위크숍, 2009 발제문을 기초로 수정·보완하였다.

118) □□세계 각국의 보건의료 체계□□, 161쪽.

병원개혁을 내용으로 하는 1991년 7월 31일 법률로부터 나온 보건 공공시설의 분류는 공중보건법전 L. 6141-2에 의하여 조직된다. décret에 의하여 만들어진 리스트는 지방병원센터(les centres hospitaliers régionaux)를 열거하고 있다(1992년 3월 3일 décret n° 92-205, 공중보건법전 D. 6141-15). 게다가, 지방병원기관(l'agence régionale de l'hospitalisation)의 장은 권한을 가지는 지방을 위하여 지역병원(les hôpitaux locaux)의 리스트를 정한다.

프랑스의 공공병원은 1991년 7월 31일 법률 n° 91-748에 의하여 병원센터(les centres hospitaliers), 지방병원센터(les centres hospitaliers régionaux), 지역병원(les hôpitaux locaux)으로 구분되며 지방병원은 58년 12월 30일 ordonnance n° 58-1373에 의하여 교육단위와 의료, 의약, 의료분분단위를 지니는 대학과 협정을 체결하였으며 2003년 현재 29개의 지방병원센터에 44개(이중 Paris에 11개가 있다)의 의과대학협회로부터 나온 28개의 대학병원센터가 있다.

프랑스는 병원의 공공성이 강한 나라로 보건공공시설(établissement public de santé)이 주를 이루고 있고 사적 보건시설(établissement de santé privé)의 역할은 미미하다.

지방병원센터는 ‘제2차’(appel) 시설이며 지방의 다른 보건시설에 대한 ‘진료 치료’(recours)기관의 역할을 수행하나 병원에 가까이 있는 주민에게 현실적인 치료(‘근접’ 치료)를 보장하여야 한다는 점에서 우리나라와 같이 보건소-지역공립병원-국립병원의 치료체계가 존재하지 않고 프랑스 국민은 단계와 관계없이 다양한 병원에서 치료를 받을 수 있다.

## (2) 종류와 체계

프랑스 공공병원의 종류와 체계를 살펴보면 다음과 같다.<sup>119)</sup>

119) Marc Dupont, Claudine Bergoignan-Esper, Christian Paire, Droit Hospitalier. Dalloz,

### 1) 병원센터(les centres hospitaliers)

병원센터(1999년에 655개, 이중 93개가 정신의학 담당)라고 불리는 보건공공시설은 공공병원일반규정에 의하여 규율된다. 이러한 범주의 시설은 공중보건법전 R. 6141-16 규정의 해석에 의하여 정의된다 : “지방병원센터리스트에도 지역병원리스트에도 기재되지 않은 보건공공시설은 병원센터이다.”

이 시설의 크기와 활동은 지방병원에 근접한 것에서부터(Le Havre, Valenciennes, Avignon...), 지역병원에 근접한 것에 이르기까지 다양하다. 이들 중의 대부분은 침상 200개와 500개 사이에 포함되는 크기를 가지고 의술, 수술, 산과활동을 포함하며 소아과, 소생술과 같은 전문부서가 있으며 영상의학, 생물학의 기술적 수단과 응급 및 순회수술부서를 가지고 있다.

### 2) 지방병원센터(les centres hospitaliers régionaux)

지방병원센터(les centres hospitaliers régionaux)는 “고도의 전문성에 연결된 지방(région)의 임무”에 의하여 병원센터(centres hospitaliers)와 구별되며 가장 복잡하고 가장 전문적이며 가장 비용이 드는 치료를 맡는다. 지방병원센터 가까운 주민에 현실적인 치료(‘근접’ 치료)를 보장하여야 하며 ‘제2차’(appel) 시설이며 지방의 다른 보건시설에 대한 ‘진료 치료’(recours)기관이다. 지방병원센터는 일반적으로 동일한 법적 실체로 장소에 있어서 수개의 병원으로 나누어져 있다.

32개의 지방병원센터가 있다(이중 3개는 해외영토에 있다 : Fort-de-France, Pointe-à-Pitre, Réunion). 7개의 지방(régions)이 수개의 지방병원센터를 지니고 있다 : Bretagne(2), Centre(2), Languedoc-Roussillon(2), Lorraine(2), Pays de la Loire(2), Provence-Côte d'Azur(2), Rhône-Alpes(3). 파리와 마르

---

6<sup>e</sup> édition, 2007, pp. 207-212.

세이유의 'les Assurances publiques'와 Hospices civils de Lyon도 지방 병원센터이다.

대부분의 지방병원센터는 1958년 12월 30일 ordonnance n° 58-1373에 의하여 교육단위와 의료, 의약, 의료분문단위를 지니는 대학과 협정을 체결하였다.

2003년 현재 29개의 지방병원센터에 44개(이중 Paris에 11개가 있다)의 의과대학협회로부터 나온 28개의 대학병원센터가 있다. Orléans과 Metz-Thionville만이 대학병원센터가 아니다.

대학병원센터는 침상과 장소에서 병원수용능력의 35%를 대표하고 운용예산의 33%를 대표한다. 대학병원센터는 높은 단계의 교육활동과 연구활동을 하는 권위있는 축을 형성한다.

장관간 임무의 한 종합보고서(J.-P. Darnis, V. Hespel, P. Melchior, Rapport de synthèse de la Mission interministérielle sur les hôpitaux, p. 18 et s., juillet 1994)는 대학병원센터의 조직과 운용에 관한 비판적인 결론을 표현하였다 :

- 특히 근접 활동에 대하여 상대적으로 높은 비용
- 다른 치료구조와 관련하여 대학병원센터의 약한 보충

대부분의 경우에 있어서, 지방병원센터와 의과대학 사이에 시초협정(1960-1970년대)이 구조와 활동의 중요한 발전에도 불구하고 결코 활성화되지 않았다.

### 3) 지역병원(les hôpitaux locaux)

지역병원(1999년에 349개)은 대부분이 수용능력이 약하고 농촌지역에 위치하며 낮은 의료화로 병원센터(les centres hospitaliers)와 구별되며 결과적으로 제한된 활동영역을 지닌다. 지역병원의 활동은 본질적으로 노인병이다.

근접병원(Hôpitaux de proximité), 지역병원은 본질적으로 장기입원을 위하여, 노인들의 수용과 치료기능을 가진다. 이 시설의 일부는 2002년

1월 2일 법률 n° 2002-2와 관계되는 입원침상에 유보된다.

지역병원은 주거, 도시의술, 입원에의 대안, 전문치료를 행하고 기술적인 도구를 지니는 보건시설 사이에서 치료의 조직과 조정의 본질적인 고리로서의 역할을 한다.

지역병원의 배분은 평등하지가 않다. 몇몇 지역은 집중되어 있지만 (Sud de l'Alsace, région lyonnaise,...) 거의 없는 지역도 있다(Aquitaine, Picardie, Auvergne, Corse,...).

### (3) 프랑스 공공병원으로서의 보건공공시설 (établissements publics de santé)의 자격<sup>120)</sup>

#### 1) 병원, 공공시설(établissement public)

1941년 12월 31일 법률이 처음으로 공중병원제도의 공공시설의 자격을 규정하였다. 공중병원에 대한 법적 자격부여는 병원조직에 관련된 차후의 법률과 특히 “보건공공시설은 행정적, 재정적 자치를 부여 받은 공법인(공중보건법전 L. 6141-1)”이라고 규정하고 있는 1991년 7월 31일 법률 n° 91-748에 의하여 확인되었다.

이 법률에 따라 다음과 같은 결과가 도출된다.

- 법인격을 갖춘 조직체인 공공병원은 고유한 예산을 가지고 고유한 심의기관, 고유한 분야, 고유한 인사를 지닌다 ; 공공병원은 제소할 수 있고 거래와 계약을 체결할 수 있다.
- 이러한 시설은 예산제도, 재정제도, 특별한 회계제도에 따른다(공중보건법전 L. 6141-7).

이러한 제도는 본질적으로 공공회계에 관한 일반규정을 내용으로 하는 1962년 12월 29일 시행령 n° 62-1587의 규정과 2005년 11월 30일

120) Marc Dupont, Claudine Bergoignan-Esper, Christian Paire, Droit Hospitalier. Dalloz, 6<sup>e</sup> édition, 2007, pp. 170-175.

시행령 n° 2005-1474 규정에 의하여 정의된다.

- 그러나 현실적인 자치의 관리는 국가에 의하여 행해진 통제 안에서 한계가 있다(공중보건법전 L. 6141-1). 이러한 통제는 행정면에서 지방병원협회(agence régionale de l'hospitalisation, ARH)의 감독관에 의하여 행해진다(보건의료검사가 기술적 통제를 맡는다).
- 병원공공시설은 다른 공공시설과 마찬가지로 전문성의 원칙(le principe de spécialité)에 따르며 이러한 원칙에 의하여 그 임무와 무관한 분야에 개입은 위법이 된다.
- 보건공공시설의 창설, 변형(경우에 따라서 합병이나 다른 지방자치단체에 결부의 범주 안에서, 공중보건법전 L. 6141-7-1), 폐지는 시행령(국가 시설)이나 지방병원협회(다른 시설)의 감독자의 ‘결정’에 의하여 행해진다(공중보건법전 L. 6141-1, R. 6141-10).

## 2) 병원, 보건공공시설(établissement public de santé)

1991년 7월 31일 법률은 행정공공시설(établissements publics administratifs)인 공공병원시설(établissements hospitaliers publics)에 보건공공시설(établissement public de santé)의 자격을 부여하였다.

보건공공시설의 주요한 목적은 산업적이지도 않고 상업적이지도 않다(공중보건법전 L. 6141-1 ; 이것은 유럽공동체법에서 ‘경제적’ 성격과 모순되지 않는다 : G. Chavrier, Établissement public de santé, logique économique et droit de la concurrence, RDSS, n° 2/2006, p. 274-287). 보건공공시설은 본질적으로 행정 공공시설의 속성을 지닌다. 공공병원의 작용에 적용될 수 있는 규정은 원칙적으로 공법이다. 공공병원(l'hôpital public)의 인적 구성은 본질적으로 공무원, 공무원의 자격을 가지는 의사로 구성된다. 사법상의 관할(la compétence juridictionnelle)은 행정법원이며 토목공사, 인사, 환자가 피해자인 손해 등에 관한 분쟁에 관계된다.

그러나 보건공공시설(les établissements publics de santé)은 부차적으로(à titre accessoire) 그리고 “임무의 집행에 필수불가결한 인적이고 물리적인 수단의 제한하에서” 산업적, 상업적 활동(des activités industrielles et commerciales)을 운용하고 면허를 개발할 가능성을 가진다.

Nantes 행정고등법원의 결정(29 mars 2000, Centre hospitalier de Morlaix, Dr. adm. n° 10, oct. 2000, obs. J.-B. Auby)은 사립병원(une clinique privée)을 위하여 보건공공시설에 의하여 체결된 린네르 세탁 거래에 관하여 법원은 거래의 대상이 ‘시설의 주요한 임무와 관계없으므로’ 위법하다고 선언하였으며 이 판결은 보건공공시설의 권한의 범위를 제한하고 있다. 게다가, 보건공공시설에 의하여 제3자에게 교부되는 급부는 조세규정에 따른다.

### 3) 병원, 지방자치단체에 연결된 공공시설

공공시설은 그것을 창설하였거나 감독을 보장하는 단체에 강하게 결부되는 것은 아니다. 이와 같이 국가의 통제에 따른다고 하더라도 보건공공시설은 형식적으로 공공단체에 결부된다. 몇몇 국가시설을 제외하고 보건공공시설은 지역 공공시설이다.

공중보건법전 L. 6141-1은 보건공공시설은 “꼬뮌, 꼬뮌간, 도, 도간, 국가”에 속하는 시설이라는 것을 규정하고 있다.

공공 정신과병원은 오늘날 독립 공공시설(des établissements publics départementaux)이다. 마찬가지로 이러한 법적 형태 하에서 도 퇴직자 회관(maisons de retraite départementales)도 독립시설이다. 그러나 일반적으로 대부분의 공공병원은 꼬뮌 시설(des établissements communaux)이다. 이러한 소속의 성격은 실제에 있어서 줄어들었다. 시설의 통제는 소속 지방자치단체에 외부기관과 과 관계되며 이 기관은 국가의 이름으로 주요한 특권을 행사한다: 지방병원협회(l'agence régionale de l'hospitalisation).

지역적 소속의 중요한 결과는 이러한 시설의 이사회의 주체가 소속 꼬뮌의 시장에 속한다는 것이다(다만 이는 자주 비판의 대상이 되고 있다). 그러나 꼬뮌 연합형태(l'intercommunalité)의 발전이 나타나고 있으며 병원의 지역연고가 더 이상 꼬뮌이 아닌 경우가 나타나고 있다(오늘날 꼬뮌의 대부분이 꼬뮌연합구조에 속한다).

지역 공공시설의 자격은 보건공공시설에 헌법상의 원칙(헌법 제34조)이 적용되는 결과가 생긴다. 헌법에 따르면 지방자치단체와 그 시설, 권한, 소득의 자유로운 행정의 기본원칙을 정하는 것은 법률이다(Conseil constitutionnel, 11 juillet 1973, n° 73-77L).

### 3. 공공보건의료의 법체계

#### (1) 서 설

공공시설은 그것을 창설하였거나 감독을 보장하는 단체에 강하게 결부되는 것은 아니다. 이와 같이 국가의 통제에 따른다고 하더라도 보건공공시설은 형식적으로 공공단체에 결부된다. 몇몇 국가시설을 제외하고 보건공공시설은 지역 공공시설이다.

프랑스에서는 우리의 지역 보건소에 해당하는 시설이 없다. 보건공공시설이 국공립병원으로서의 역할을 다하며 여기에서 최소지방자치단체의 공립병원이나 기타 공립병원으로 구분의 의미가 없다. 다만 현실적으로 보건공공시설의 지역연고가 나타나고 있다.

프랑스에서 보건공공시설(Établissement public de santé)에 관련된 법률의 체계는 다음과 같다.<sup>121)</sup>

프랑스에서 보건공공시설(un établissement public de santé)은 헌법 제 34조에 의하여 입법가에 의하여 정의되는 공공시설의 특별한 형태이다.

<sup>121)</sup> [http://fr.wikipedia.org/wiki/%C3%89tablissement\\_public\\_de\\_sant%C3%A9](http://fr.wikipedia.org/wiki/%C3%89tablissement_public_de_sant%C3%A9)

보건공공시설의 자격과 임무는 공중보건법전의 제6부의 제4권에 의하여 정해진다.

보건공공시설은 공법인의 자격을 지니며 재정적 자치를 가지고 이사회(conseil d'administration)에 의하여 공중보건법전에 의하여 규율된다. 공중보건시설은 보건부장관에 의하여 임명되는 책임자에 의하여 대표되며 고유한 특권을 가진다.

보건공공시설은 단체, 일반적으로는 꼬윈의 감독을 받으나 지방병원협회(l'agence régionale de l'hospitalisation)의 책임자에 의하여 적법성의 통제를 받는다.

## (2) 역 사

‘보건공공시설’(établissement public de santé)의 개념은 ‘공공병원’(hôpitaux et hospices publics)의 표현을 대체하기 위해서 1991년 7월 31일 병원개혁법률에 의하여 도입되었다. 보건공공시설제도는 수차례에 걸쳐서 변경되었으나 1996년과 2005년에 두 번의 중요한 개혁이 있었다.

### 1) 1996년의 개혁

Juppé 계획의 범주에서 취해진 1996년 개혁은 여러 가지 점에서 변화가 있었다 :

- 계획과 통제의 역할을 담당하는 지방병원협회의 창설. 보건공공시설은 상당부분 도지사의 통제를 면한다.
- 질병보험(l'Assurance maladie)의 대표자 대신에 보건공공시설의 이사회에 이용자의 대표자의 참여
- 관리의 방식으로서 외부와 내부의 계약화의 발전

## 2) 2005년의 개혁

2005년 개혁은 수많은 변화를 초래하였다 :

- 시설의 의료위원회(la commission médicale)의 특권의 강화
- 지역병원을 제외하고 의사와 행정 사이에 ‘공동관리’(la cogestion)에 접근하기 위해서 시설의 의료위원회의 대표자와 행정간부를 결합하는 집행부의 창설
- 보다 큰 자치를 가지는 ‘활동축’(pôles d'activité)을 강조하는 내부 조직의 단순화
- 활동에 있어서 가격결정을 발전시킬 목적 안에서 수입과 지출의 예상상태에 의한 예산의 대체
- 재정문제의 경우에 ‘교정’(redressement)절차의 창설

## (3) 활 동

2006년에 8백 4십만명이 보건공공시설에 입원하였고 이 숫자는 2004년 보다 2십 6만이 많은 숫자다.

이와 관련하여 3백 5십만이 영리목적의 사적 부문에 입원하였고 비영리목적의 사적 부문에는 1백 2십만이 입원하였다.

## (4) 임 무

보건공공시설은 병원 공역무의 임무를 보장한다. 이러한 임무에 공중보건법전은 보건공공시설에 특정한 임무를 더한다. 공역무의 임무는 4개의 분야로 분류할 수 있다 :

### 1) 치료(soin)

첫 번째 임무는 치료와 관계된다. 치료에 있어서는 숙소(입원)가 동반될 수 있으나 체계적으로 그러한 경우는 아니다.

## 2) 예 방

회복기능 이외에, 시설은 위생적 예방에서 중요한 역할을 수행한다. 특히 흡연예방, 알콜중독예방, 결핵예방에 관해서 단독으로 혹은 공중 보건이나 사적 보건의 파트너와 협력하여 이러한 역할을 수행한다. 시설은 특히, 암과 에이즈와 같은 특별한 질병의 조기발견의 분야에서 특권화된 위치를 차지한다.

## 3) 직업교육

보건공공시설은 간호사 자격을 준비하는 간호치료교육협회(Institut de formation en soins infirmiers)에 등재한 학생과 같이 의학도를 위한 중요한 교육센터이다. 마찬가지로 여러 부서가 보건, 사회 활동의 여러 분야에 학생과 견습생을 정규적으로 받아들인다. 대학병원센터(Centres hospitaliers universitaires)가 이러한 활동에 내포된다.

## 4) 과학적, 의료적 연구

보건공공시설은 의료서비스 안에서 임상연구에 참여한다.

## (5) 행정조직

### 1) 시설의 기관

이사회는 시설의 심의기관이며 이를 위하여 가장 중요한 결정을 취한다. 지역 시설인 경우에 이사회의 주재는 지역집행부의 장(코뮌시설과 관계되면 시장)에 속한다. 이사회는 지방자치단체의 대표자, 직원 대표자, 이용자와 자격있는 자의 대표자 등을 포함하며 이 중에는 비병원 보건직도 있다.

책임자는 보건공공시설의 합법적인 대표자이고 이사회의 통제하에서 관리를 맡는다.

지역병원에서를 제외하고 설치된 집행위원회는 행정감독팀과 시설의 의료위원회대표자의 동수로 조직된다. 집행부는 이사회의 작업을 준비하고 책임자에게 자문을 준다.

시설의 의료위원회(*la commission médicale d'établissement*)는 시설의 의료와 의약 직원의 대표기관이다. 시설의 의료위원회는 시설의 주요한 프로젝트에 관하여 자문을 하고 평가의 역할과 어떠한 경우에는 시설 안에서 하는 의사에 대하여 결정의 역할을 행한다.

시설의 기술위원회(*le comité technique d'établissement*)는 비의료적 인사의 대표기관이다. 시설의 기술위원회는 전략적 문제와 인사에 관한 것(근로조건, 사회정책...)에 관하여 자문을 한다. 기술위원회는 권고를 발할 수 있다.

위생, 안전, 근로조건 위원회는 사기업에서와 동일한 조건으로 이러한 문제를 검사한다.

## 2) 내부조직

보건공공시설은 지역병원을 제외하고 2005년부터 활동축으로 분할된다. 이러한 축은 임상활동이거나 의료-기술적 활동이다. 이러한 축은 자격있는 전문의 중에서 가능한 선택된 축의 책임자 기관 하에 놓인다. 이러한 전문가는 한편으로는 보건간부나 조산과, 다른 한편으로는 행정간부에 의하여 보좌된다.

축의 회의는 축에 관한 모든 문제에 관하여 자문을 받는다. 축은 내부구조로 분할될 수 있다.

## (6) 출자(financement)

보건공공시설과 병원공공서비스에 참여하는 사적 시설은 활동에 있어서 가격결정(2007년에 50%, 2008년부터 100%)과 연간 추가적 보조금지원(*la dotation annuelle complémentaire, DAC*)에 의해서 본질적으로

보장된다. 이러한 신용(crédits)은 질병보험(이것이 수입과 지출의 예상 상태의 90%를 대표한다)과 환자와 공제에 의하여 지불되는 것에 대응하는 합계에 의하여 본질적으로 지불된다.

#### 4. 최근의 공공보건의료 정책방향

공중보건고등위원회(le Haut comité de la santé publique)는 최근에 “프랑스 보건조직의 복잡성과 난립”을 최근에 강조하였다. 여러 개의 단체와 행정기관이 프랑스에서 동시에 보건정책과 병원정책의 지도에 협력한다. 보건정책은 주로 국가의 전통적인 특권의 범주, 즉 3가지 기능 : 입법 및 규범적 기능, 수단의 계획기능, 감독과 통제의 기능의 범주 안에서 운용된다.

프랑스의 보건조직<sup>122)</sup>은 국가규정과 관계되며 국제 조직은 보건 서비스를 규율하는 데에 권한을 가지고 있지 않다. 유럽연합에 관한 조약은 공중보건에 관한 몇 가지 일반원칙을 확인하는 데에 제한된다. 유럽 위원회의 활동은 매년 확인되나 특히 병원분야에서 유럽위원회의 영향은 여전히 제한되어 있다.

##### (1) 보건부 장관

2007년 5월 31일 décret(시행령) n° 2007-1002는 보건·청소년·스포츠 장관에 의해서 실제로 행해지는 권한을 규정하고 있다. 이 규정에 따르면 보건·청소년·스포츠 장관은 특히 공중보건, 치료시스템의 조직, 질병보험, 모성의 분야에서 정부의 정책을 준비하고 시행한다.

이를 위하여 장관은 다른 권한있는 장관과 연락하여 다양한 위험에 대하여 보건 보호정책에 관련된 규정을 기초하고 시행하여야 한다.

---

122) Marc Dupont, Claudine Bergoignan-Esper, Christian Paire, Droit Hospitalier. Dalloz, 6<sup>e</sup> édition, 2007, pp. 14-17.

장관은 예방과 치료의 조직에 책임이 있다. 장관은 의료직과 의약직의 조직에 관해서 그리고 마약중독에 대한 투쟁에 관해서 책임이 있다.

1997년에 지방병원기관(agences régionales de l'hospitalisation)의 창설, 2000년 7월 21일 시행령에 의한 중앙보건행정의 재조직은 병원정책의 방향에서 논리성과 일관성을 도입하고자 한 의도로 해석되며 섹터(공공병원, 사립병원, 도시치료)에 의해서가 아니라 총체적으로 치료조직을 구상한 것으로 해석된다.

## (2) 보건조직 중앙부처(les structures centrales de l'organisation sanitaire)

### 1) 중앙행정 국과 과(les directions et services de l'Administration centrale)

보건담당장관부서의 내부 조직은 고유한 과와 사회사업과 노동담당 장관과 업무를 분담하는 다른 과로 구성된다. 고유한 과는 오늘날 2000년 7월 21일 décret n° 2000-685에 의하여 조직된다. 그 내용은 다음과 같다 :

- 보건총괄국(la direction générale de la Santé, 공중보건법전 R. 1421-1).

이 국은 “기초를 맡으며 보건 정책의 시행에 기여한다”. 이 국은 다른 과와 관련된 조직체와 연결하여 여러 분야에 권한을 가진다 : 건강보호와 예방정책의 목적과 우선과제 ; 권한있는 기관과 연결하여 치료, 직업 실무, 보건 산물의 질과 안전 ; 의약정책의 정의 ; 보건 위험의 예방, 감시, 관리 활동의 장관을 위한 정의 ; 보건직의 인구통계와 교육의 필요성 ; 윤리문제와 생윤리 문제에 관련된 규정 ; 의료분분, 보건시스템의 환자와 이용자의 권리의 존중 ; 의료연구, 안전, 보건감시, 보건평가, 공중보건 교육, 보건과 예방을 위한 교육분야에서 공공시설과 권한있는 조직체에 관한 감독.

- 병원 및 치료조직국(la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, 공중보건법전 R. 1421-2).

병원 및 치료조직국은 “보건정책의 목적과 우선과제에 따라 치료제안의 조직정책의 기초를 맡는다.” 그 권한범위는 치료제안의 조직, 의료 및 의약직의 행사 조건, 병원과 병원전문의의 공적 기능, 보건공공시설의 조직과 작용, 보건시설의 재정규제와 가격결정규정, 노인을 위한 치료서비스와 활동, 병원치료활동의 조직, 치료와 시설의 안전과 질을 보장하는 공중절차와 규정의 기초와 평가, 의료정보, 의학생물학 분석실험실과 의약실험실의 규제 등을 포함한다.

사회사업, 노동, 연대와 공유하는 여러 가지 서비스가 직접적으로 보건시설과 관계된다:

- 사회사업일반감독(l'inspection générale des affaires sociales)
- 사회보장국(la direction de la Sécurité sociale)
- 일반행정, 인사, 예산국(la direction de l'administration générale, du personnel et du budget)
- 보건 및 연대 분야 연구, 평가, 통계국(la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques en matière de santé et de solidarité)

\* “병원, 환자, 보건, 지역”(Hôpital, patients, santé et territoires)에 관한 2009년 2월 4일 법률안<sup>123)</sup>

프랑스에서는 현재 병원개혁을 내용으로 하고 환자, 보건, 지역에 관련된 법률안(Projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires)에 관한 논의가 이루어지고 있다.

이 법률안에서 병원에 관련된 것으로 논의 중인 사항으로서 제1조(보건시설의 임무의 확장), 제4조(시설의 장의 역할의 강화와 함께 보건

---

123) <http://www.sante-sports.gouv.fr/actualite-presse/presse-sante/dossiers-presse/presentation-du-projet-loi-hopital-patients-sante-territoires.html>

공공시설의 유일한 자격), 제9조 이후 추가조항(보건시설과 의료사회시설의 시행에 따른 국가협회의 창설), 제12조(지역병원공동체 *communautés hospitalières de territoire*의 창설), 제26조(경제적 사정이 걱정스러운 사적 보건시설의 관리에서 지방병원기관이 설명을 요구할 가능성) 등을 들 수 있다. 이 법률안은 보건에 관한 시민의 기대와 바람에 응하기 위한 정부의 의사를 보여주며 보건제도의 총체적인 현대화를 제안하며 치료에서 모든 이의 접근, 순회시설, 병원, 의료-사회시설 사이에 장벽제거, 만성질환의 비용부담의 개선, 청년의 건강, 일반적으로 보건제도의 조정을 목적으로 한다. 현재 프랑스에서 진행중인 사항으로서 국민의회에서 2009년 3월 19일 찬성 292, 반대 199로 채택되었다. 시초의 조문이 33개를 규정하고 있으나 69개조를 추가하였고 500개 이상의 개정을 표결하였다. 보건부 장관은 이 조문이 50년 사이에 이루어진 보건제도의 가장 중대한 개혁이라고 선언하였다. 보건부장관 Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN은 병원장협회 파리 제17차회의에서 “병원의 공적 자격이 확인되었다”(le statut public de l'hôpital a été confirmé)고 강조하였다.<sup>124)</sup>

## 제 5 절 일 본

### 1. 서 설

일본은 메이지 유신 이후 서구의 의학을 본격적으로 수입하고 제도화하였다. 1922년 건강보험법이 제정되었고 1938년 국민건강보험법이 제정되었다. 그 결과 다른 국가에 비하여 인구 1인당 의사 방문 횟수가 상당히 높은 편에 속한다. 현재는 급속한 고령화 사회에 따른 보건의료 정책의 전환이 이루어지고 있다.

124) <http://www.sante-sports.gouv.fr/actualite-presse/presse-sante/discours/xviiemes-journees-paris-association-directeurs-hopitaux-discours-roselyne-bachelot-narquain.html>

이러한 현상은 공공보건의료의 법체계와 정책, 현실에 있어 우리나라와 유사한 측면이 있다.<sup>125)</sup>

## 2. 국·공립병원의 종류 및 관련 법체계

병원의 관리자(병원장)는 의사나 치과 의사가 아니면 안 되나, 개설자는 다양한 모체가 있다. 주된 것으로는 국가, 공적 기관, 사회보험 관계 단체, 의료법인, 개인, 그 밖으로 크게 나눌 수 있으며 이 중 약 60%를 의료법인이 차지하고 있다.

### (1) 국·공립병원의 분류

#### 1) 국립병원

국립병원은 국가(후생 노동성)가 직접 운영하는 의료 기관으로써 2004년에 의료 업무나 의료에 관한 조사·연구, 의료 기술자의 육성 등을 목적으로 독립 행정법인 국립병원기구가 창설된 이후는 국가(후생 노동성)로부터 독립한 조직으로서 전국 146의 구(旧)국립 병원·요양소를 하나의 법인으로서 운영하고 있다. 그 밖에 일반적으로 국립병원으로 불리고 있는 것에는 후생노동성 소관의 시설등 기관인 “국립 고도전문의료 센터”(내셔널 센터라고도 한다)와 “국립 한센병 요양소”가 있으며, 전자에는 국립 암센터, 국립 순환기병 센터, 국립 정신·신경 센터, 국립 국제의료 센터, 국립 성육의료 센터, 국립 장수 의료 센터 등 6개의 의료 기관이 있다. 또한 정부로부터 교부되는 운영비 교부금으로 운영되고 있는 국립대학(조직상은 국립대학 법인)의 의학부 부속 병원도 그 형태로부터 국립병원에 포함하기도 한다.

---

125) 일본의 공공보건의료 기관과 법제도에 관한 이하의 서술 내용은 기본적으로 정명운, “일본의 공공보건의료 법제”, 한국법제연구원 워크숍 발제문을 기초로 수정·보완하였다.

## 2) 공립병원

공립 병원이란 지방자치단체의 예산으로 설립·운영되는 의료기관으로서 「○○현립 병원」, 「○○시민병원」등이 이것에 해당하며 지방 독립행정법인에 이행 한 의료 기관이나, 공립대학 법인의 부속 병원 등도 관습상 공립 병원으로 불리는 경우가 많다.

## 3) 기 타

## ① 지역보건소

지역보건소는 지역 주민의 건강과 위생을 지지하는 공적 기관의 하나이며, 지역 보건법에 근거해 도도부현, 정령 지정도시, 중핵시 그 밖에 지정된 시 또는 특별구가 설치한다.

근래에는 기초지방자치단체 보건 센터, 복지 사무소 등과 통합되어 「보건복지 사무소」, 「복지 보건소」, 「보건복지 센터」, 「건강 복지 센터」라는 명칭이 사용되고 있는 곳도 있지만, 보건소에 대해서는 지역 보건법상 필치 의무가 있고 또한 그 지방자치단체의 조직 규정상 「○○보건소」라고 하는 명칭을 아울러 붙이고 있는 경우가 많다.

## ② 특정기능병원

특정기능병원이란 1992년의 의료법 개정에 의해 병원이 가지는 기능에 의해서 분류된 것으로 고도의 의료제공, 의료기술의 개발, 고도의 의료에 관한 연수를 실시하는 능력을 갖추고 있는 병원으로서 주로 대학병원이 암센터가 이에 해당하며, 후생노동대신의 승인을 받은 병원을 말한다. 현재 전국에 82시설이 있다.

또한 승인 기준으로서 내과·외과 등 주요한 진료과가 10이상 있는 것, 병상수가 400이상인 것, 일반병원으로서의 설비와 더불어 고도의 의료기구나 집중 치료실·무균 병실·의약품 정보 관리실을 갖추고

있는 것, 의사·간호사·약제사 등의 전문직이 특정수이상 배치되어 있는 것 등이 있다.

③ 지역의료지원병원

지역의료지원병원이란 지역의 병원이나 진료소등의 후방 지원을 실시하면서 체휴를 도모해 가려고 하는 것을 목적으로 1997년의 의료법 개정에 의해 제도화된 병원을 말한다. 이에 의해 종래의 『종합병원』 제도는 폐지되었으며, 도도부현 지사에 의해서 승인된다.

승인 요건으로서는 다른 의료 기관으로부터 소개된 환자수의 비율이 80%이상(승인 초년도는 60%이상)일 것, 병상수가 200이상일 것, 다른 의료 기관에 대해서 의료기기나 침대를 제공해 공동 이용할 것, 24시간 체제의 구급 의료를 제공할 것, 지역 의료 기관 종사자에 대한 연수회를 개최하는 것 등이 있다.

④ 구급지정병원

구급지정병원이란 소방법의 규정에 근거하여 구급대에 의한 구급 반송을 받아들이기 위한 의료 기관으로서 도도부현 지사가 고시·지정한 것이다.

인정요건으로서는 구급 의료에 대해 상당한 지식 및 경험을 가지는 의사가 상시 진료에 종사하여 필요한 시설 및 설비를 가지는 것, 또한 병자의 반입에 적절한 구조 설비나 병자를 위한 전용 병상 또는 우선적으로 사용되는 병상을 가지는 것 등이 조건으로 되어 있다.

또한 구급 의료체제도 명시되어 있어 초기(1차), 2차, 3차로 나누어 대응하고 있으며 통상, 입원이나 수술을 필요로 하여 구급차로 반송되는 것은 2차 구급 지정 병원에서, 권내의 몇 개의 병원이 당면일을 결정하는 병원균운번제 등에 의해서 24시간 체제가 취해지고 있다. 3차 구급지정병원은 2차 구급지정병원에서 대응할 수 없는 중상인 환자가

반송되므로 구명 구급 센터나 고도 구명 구급 센터 등의 의료 기관이다. 초기(1차) 구급지정병원에는 입원이나 수술의 필요가 없는 구급 환자에게 대응하는 것으로 휴일 야간 급환 센터 등이 이것에 해당한다.

## (2) 관련 법체계

의료 관련 법률, 그 중에서도 상술한 내용과 관련이 있는 법률은 다음과 같다.

첫째, 국립병원에 대해서는 2004년 독립행정법인 국립병원기구법이 제정되면서 국립병원에 관한 업무의 범위를 정하고 있다. 이 법에서는 기구의 운용과 관련하여 이사장과 간사 2명을 두도록 규정하고 있으며(법7조제1항), 기구의 장 및 간사는 독립행정법인 통칙법(1999년 법률 제103호) 제14조에 의해 주무대신(후생노동성 대신)이 지명하도록 되어 있다. 그 밖에 국가가 모체로 되어 있는 국립 암센터 등 6개 센터는 후생노동성의 직할로써 후생노동성조직령 제150조에 따라 설립되며, 각 센터의 장도 또한 후생노동대신이 지명한다.

둘째, 공립병원의 경우는 2003년 지방독립행정법인법(2003년 법률 제118호)의 시행에 따라 병원사업을 정관으로 정하도록 하고(법 제21조 아목), 또한 당해 법인을 설립하려할 때는 의회의 의결을 거쳐 도도부현 지사의 인가를 받도록 하고 있다(법 제7조).

셋째, 보건소는 지역보건법에 의해 설치가 정해져 있는 기관으로서 이법에서는 제5조에 「보건소는 도도부현, 지방자치법 제252조의19 제1항의 지정도시, 동법 제252조의22 제1항의 중핵시 그 밖의 정령으로 정하는 시 또는 특별구가 이것을 정한다」고 하고 있으며, 제6조에서 지역보건에 관한 사상보급 및 향상에 관한 사항, 영양개선 및 식품위생에 관한 사항, 공공의료사업의 향상 및 증진에 관한 사항 및 그 밖의 지역주민의 건강유지 그리고 증진에 관한 사항 등에 관하여 기획, 조정, 지도 및 이에 필요한 사업을 행한다고 규정하고 있다.

넷째, 병원, 진료소 등의 개설 및 관리에 관하여 필요한 사항 및 이에 대한 시설정비, 그리고 의료제공시설상호간의 기능분담 및 사무연계를 증진 등과 관련하여 의료법의 규정이 적용되고 있다.

다섯째, 국민건강의 증진을 종합적으로 추진하고, 국민의 영양개선 그 밖의 국민의 건강증진을 도모할 목적으로 제정된 건강증진법(2002년 법률 제103호)과 감염증 발생을 예방하고 만연 방지를 도모하여 공중위생의 향상과 증진을 도모할 목적으로 감염증 예방 및 감염증 환자에 대한 의료에 관한 법률이 1998년(법률 제114호)에 제정되었으며, 건강증진법 제7조에 근거한 “국민의 건강증진의 종합적인 추진을 도모하기 위한 기본적 방침”을 일부 개정하였다. 개정 취지는 ① 향후 생활습관병 대책의 증진에 있어 도도부현이 종합조정기능을 발휘할 수 있도록 도도부현건강증진계획의 내용을 충실화하고, ② 의료구조개혁에 있어서 국민의 생활습관개선을 위한 보급계발을 적극적으로 추진하는 것 등 질병예방에 중점을 두었다.<sup>126)</sup>

### 3. 보건소사업과 근거법

일본의 보건소는 지역보건소법에 의해 설치가 정해져 있는 기관으로 보건소에서 행하는 사업은 모두 동법에 명기되어 있다. 이하 지역보건소법의 주요내용을 살펴보면 다음과 같다.<sup>127)</sup>

#### (1) 지역보건법의 주요내용

##### 1) 목 적

이 법률은 지역보건대책의 증진에 관한 기본방침, 보건소 설치 그 밖의 지역보건대책의 추진에 관하여 기본이 되는 사항을 정하여 모자

126) <http://www.kenkounippon21.gr.jp/kenkounippon21/law/kaisei.html>

127) [http://www.pref.ishikawa.jp/hc/ishikawa/sikake18/h18\\_1-1-1](http://www.pref.ishikawa.jp/hc/ishikawa/sikake18/h18_1-1-1)

보건법(1965년 법률 제141호) 그 밖의 지역보건대책에 관한 법률에 따른 대책이 지역에 있어서 종합적으로 추진되는 것을 확보하고 지역주민의 건강유지 및 증진에 기여하는 것을 목적으로 한다.

### 2) 지역보건대책의 추진에 관한 기본이념

기본이념에 관해서는 법제4조에서 다음과 같이 정하고 있다.

제 1 항 후생노동대신은 지역보건대책의 원활한 실시 및 종합적인 추진을 도모하기 위해 지역 보건 대책의 추진에 관한 기본적인 지침(이하 “기본 지침”이라 한다.)을 정하여야 한다.

제 2 항 기본 지침은 다음 사항에 대해 정하는 것으로 한다.

1. 지역보건대책추진의 기본적인 방향
2. 보건소 및 시정촌 보건 센터의 정비 및 운영에 관한 기본적 사항
3. 지역보건대책과 관련되는 인재확보 및 자질향상 및 제21조제1항의 인재 확보 지원 계획의 책정에 관한 기본적 사항
4. 지역 보건에 관한 조사 및 연구에 관한 기본적 사항
5. 사회 복지 등 관련 시책과의 제휴에 관한 기본적 사항
6. 그 밖의 지역보건대책의 추진에 관한 중요 사항

제 3 항 후생 장관은 기본 지침을 정해 또는 이것을 변경했을 때는 지체 없이 이것을 공표해야 한다.

### 3) 보건소 설립

보건소 설립에 관하여 제5조제1항에서는 도도부현, 지정도시, 중핵시 그 밖에 정령으로 정하는 시 또는 특별구에 설치한다고 규정하고 있으며, 보건소를 설치하는 경우에 있어서는 보건의료와 관련되는 시책과 사회 복지와 관련되는 시책과의 유기적인 제휴를 도모하기 위해 의료법(1948년 법률 제205호) 제30조의4 제2항제10호에서 규정하는 구역

및 개호보험법(1997년 법률123호)제118조제2항제1호에서 규정하는 구역을 참작하여 보건소의 소관구역을 설정하여야 한다(동조 제2항)고 하고 있다.

#### 4) 사업

보건소는 ① 지역 보건에 관한 사상의 보급 및 향상에 관한 사항, ② 인구동태통계 그 밖의 지역보건과 관련하는 통계에 관한 사항, ③ 영양개선 및 식품위생에 관한 사항, ④ 주택, 수도, 하수도, 폐기물처리, 청소 그 밖에 환경위생에 관한 사항, ⑤ 의사 및 약사에 관한 사항, ⑥ 보건사에 관한 사항, ⑦ 공공의료사업의 향상 및 증진에 관한 사항, ⑧ 에이즈, 결핵, 성병, 전염병 그 외의 질병의 예방에 관한 사항, ⑨ 그 밖에 지역 주민의 건강의 보관 유지 및 증진에 관한 사항 등에 대하여 기획, 조정, 지도 및 이에 필요한 사업을 행한다(제6조).

또한 제7조에서는 전조에서 정하는 것 이외에 지역주민의 건강 유지 및 증진을 도모할 필요가 있을 때는 ① 소관구역과 관련하는 지역 보건에 관한 정보를 수집·정리하고 활용하는 사업, ② 소관구역과 관련하는 지역보건에 관한 조사 및 연구사업, 그리고 ③ 치과질환 그 밖의 후생노동대신이 지정하는 질병치료를 행하는 사업 및 ④ 시험·검사 및 의사, 치과의사, 약제사 그 밖의 자에게 시험 및 검사에 관한 시설을 이용시키는 사업을 할 수 있도록 하고 있다.

#### 5) 보건소 원조 등

도도부현이 설치하는 보건소는 제2조에서 정하는 것 이외에 소관구역 내의 시정촌의 지역보건대책의 실시에 관하여 시정촌 상호간의 연락조정 및 요청에 따라 기술적 조언, 시정촌직원 연수 그 밖의 필요한 원조를 할 수 있도록 하고 있다(제8조).

## 6) 운영협의회

제5조제1항에서 규정하는 지방자치단체는 보건소의 소관구역 내의 지역보건 및 보건소의 운영에 관한 사항을 심의하기 위하여 당해 지방자치단체의 조례로 정하는 바에 따라 보건소에 운영협의회를 설치할 수 있다(제11조).

## 7) 인재확보지원계획

지역보건대책과 관련하는 인재확보를 지원하기 위하여 법에서는 인재확보지원계획에 관하여 규정하고 있다. 즉 법 제21조제1항에서 “도도부현은 기본방침에 따라 정령으로 정하는 바에 의하여 지역보건대책의 실시에 있어 특히 그 인재확보 또는 자질향상을 지원할 필요가 있는 정촌에 대하여, 정촌(町村)의 신청에 근거하여, 지역보건대책을 원활히 실시하기 위한 인재확보 또는 자질향상지원에 관한 계획(인재확보지원계획)을 정할 수 있다”고 규정하고 있다.

이에 따라 제2항에서는 인재확보지원계획에서 정해야 할 사항을 아래와 같이 명시하고 있다.

- ① 인재확보지원계획의 대상이 되는 정촌(이하 “특정정촌”이라 한다)
- ② 특정정촌의 지역보건대책을 원활히 실시하기 위한 인재확보 또는 자질향상의 기본방침에 관한 사항
- ③ 도도부현이 실시하는 특정정촌의 지역보건대책을 원활히 실시하기 위한 인재확보 또는 자질향상에 이바지하는 사업내용에 관한 사항
- ④ 그 밖의 특정정촌의 지역보건대책을 원활히 실시하기 위한 인재확보 또는 자질향상에 관한 도도부현이 필요하다고 인정한 사항

그리고 이러한 내용을 담고 있는 인재확보지원계획을 도도부현이 수립·변경하려고 하는 때는 미리 특정정촌의 의견을 수렴(제3항)하도록

의무화하고 있으며, 또한 후생노동대신에게 통지(제4항)하도록 하고 있다.

(2) 보건소의 통상업무와 근거법

지역보건소대책에 관한 법률에 근거하여 통상 보건소에서 행하고 있는 주요업무를 정리하면 이하와 같다.

<도표 5> 일본 보건소의 통상업무와 근거법

법률명	주요 업무내용
모자보건법	· 미숙아방문지도 · 양육의료 접수 · 시정(市町)모자케이스검토회로의 지원 등
모체보호법	· 신고의 경유노력
아동복지법	· 신체장애요육지도
건강증진법	· 전문적영양지도 등 · 영양지도원 설치, 영양지도원에 의한 조사지도 · 특별용도식품검사·수거
정신보건 및 정신장애자복지에 관한 법률	· 상담지도 등 · 정신보건복지상담원 설치 · 시설 및 사업이용의 조정 등
감염증 예방 및 감염증 환자에 대한 의료에 관한 법률(2007년4월~결핵 예방법도 포함됨)	· 발생신고 접수·관계기관에의 연락 · 발생동향·원인조사 · 건강진단 권고, 취업제한, 입원권고·조치, 소독 그 밖의 처치 · 결핵에 관해서는 환자등록·접촉자검진·환자관 리·방문지도 등 실시 · 에이즈에 관해서는 상담·검사 실시
예방접종법	· 의사 및 예방접종담당자연락회, 연수회 · 정기예방접종실시 지시

법률명	주요 업무내용
원자폭탄피폭자에 대한 원호에 관한 법률	· 건강진단의 실시· 지도
석면에 의한 건강피해의 구제에 관한 법률	· 상담 · 인정 신청 및 구제급부의 청구와 관련한 접수
장애자자립지원법	· 시정업무로 지원, 인재육성 등 · 자립지원의료비(육성의료) 접수
노인보건법	· 버건사업연락협의회 개최 · 노인의료사무기술적 조언
개호보험법	· 개호보험계획책정에 관한 지도· 조언 · 개호지원전문원 실무연수계획 · 개호보험 보험자실지(實地)지도
의료법	· 병원 등 개설허가, 신고 접수 · 의료감시
임상검시기사, 위생검사기사 등에 관한 법률	· 위생검사소의 출입검사
약사법	· 일반판매업· 특례판매업, 출입검사, 개선명령
마약 및 향정신약단속법	· 출입검사
독물 및 극물단속법	· 판매업의 등록, 출입검사 · 고도관리의료기기판매의 허가, 출입검사, 개선명령
치과기공사법	· 기공소개설신고 접수 · 기공소의 개선명령

※ 주 : 본 표의 자료는 2007년 현재임

본 표에서는 의료와 관련 있는 내용만을 게재한 것임

출전 : [http://www.pref.ishikawa.jp/hc/ishikawa/sikake18/h18\\_1-1-1.pdf](http://www.pref.ishikawa.jp/hc/ishikawa/sikake18/h18_1-1-1.pdf)

#### 4. 최근의 공공의료 정책방향

일본의 지역보건의료 제공체제의 확보에 관해서는 의료법 제1조의3에 근거하여 “국가 및 지방자치단체가 국민에 대해 양질 또는 적절한 의료를 효율적으로 제공하는 체제를 확보하도록 노력하는 책무를 지고 있다”고 규정되어 있다.

따라서 지역 보건의료제공체제 확보에 있어서는 환자가 의료서비스의 기본에 위치하고 있으며 또한 지역에 바람직한 보건의료 제공체제를 확보하기 위해서는 주민 과 행정 의료제공자 및 관계자가 일체가 되어야 하며, 주민이 건강에 관하여 배울 수 있는 환경을 조성할 필요가 있다.

이러한 과제에 대하여 일본에서는 어떠한 의료계획제도의 검토가 필요한지 의료계획 검토에 관한 검토회를 설치하여, 그 방향성을 논의한 바 있다. 이하에서는 본 검토회가 2005년 중간보고한 결과를 중심으로 살펴보기로 하겠다.<sup>128)</sup>

##### (1) 환자중심의 의료서비스 기반구축

주민·환자가 안심하고 일상생활을 영위하기 위해서 필요한 환자본위의 의료서비스 기반을 형성하기 위하여 국가는 ① 주민·환자가 알기 쉬운 보건의료체제의 실현(주민과 환자의 시점을 존중한 의료제도 개혁), ② 질 높고 효율적으로 검증 가능한 보건의료제공체제 구축(수치목표와 평가도입에 의한 실효성 있는 의료계획), ③ 제공체제 확립을 주요내용으로 한 의료계획제도의 재검토를 추진하여야 한다.

이를 위해서도 주요 사업(간 대책, 뇌졸중대책, 금성심근경색대책, 당뇨병대책, 소아구급을 포함한 소아 의료대책, 주산기(周産期)의료대책,

128) [http://www.mhlw.go.jp/singi/2005/s0727\\_11.html](http://www.mhlw.go.jp/singi/2005/s0727_11.html)

구급의료대책, 재해의료대책, 벽지의료대책 등)에 관해 지역에서 어느 정도 시책이 강구되고 있는 지 주민·환자에게 알기 쉽도록 하고, 그 내용을 의료계획에 명시함과 더불어 의료서비스 제공자, 주민(환자) 쌍방이 정보를 공유하고 객관적으로 평가할 수 있는 방법을 검토하여야 한다. 또한 도도부현은 의료기관의 정보를 기반으로 주요 사업마다 적절한 의료연계체계의 구축을 위한 지원을 행하고, 주민·환자에게 알기 쉬운 보건의료제공체제를 의료계획에 명시하는 것으로 하고 있다.

이러한 의료계획의 작성부터 실시까지 일련의 정책흐름을 보면, ① 주요 사업마다 의료기능 파악, ② 적절한 보건의료제공체제의 명시와 장래를 지향한 수치목표설정, ③ 수치목표를 달성하기 위한 실시계획으로써의 의료계획 입안, ④ 입안한 의료계획에 근거한 사업실시, ⑤ 사업실시 후 객관적인 정책평가에 의한 의료계획 재검토 등을 통하여 실효성을 제고하고 있다.

더욱이 지역에서 필요한 의료기능의 파악(사업마다 환자의 상황에 따라 어떠한 의료기능이 요구되며, 그것이 지역에 있어서 어느 정도 정비되어 있는지를 위한 실태파악)과 각 의료제공자의 의료기능의 내용에 관하여 주민·환자에의 정보제공 등 의료계획의 작성·실시에 있어 도도부현의 역할을 강화하고, 국가는 도도부현이 역할을 할 수 있도록 제도상·재정상 필요한 지원을 실시하는 것으로 하고 있다.

## (2) 국가와 도도부현의 역할 재검토

### 1) 국가의 역할과 책무

도도부현이 실효성 높은 의료계획을 작성할 수 있도록 지원하기 위해 국가는 전국규모의 의료기능을 조사 실시하고, 주요 사업마다 필요한 의료기능을 분명히 한다. 또한 국가는 전국규모의 의료기관조사에 의해 파악한 데이터를 공표하고, 모든 국민이 당해 정보를 활용할 수 있도록 환경을 정비하고, 객관적인 데이터에 근거한 보건의료제공

체제를 구축하도록 하여야 한다.

전국규모의 의료기능조사를 실시함에 있어 국가는 도도부현에 대하여 당해 도도부현의 환자의 질병동향, 의료기능의 정비 상황 등을 명확히 하도록 하며, 질 높은 보건의료제공체제의 구축과 실효성 있는 도도부현의 정책이 도모되도록 지원하여야 한다.

또한 도도부현의 질 높은 보건의료제공체제의 구축에 있어서 국가는 교부금·보조금 교부, 정책융자 실시, 진료보수의 적절한 평가 등을 지원하고, 전체적인 정책의 투명성을 향상시킬 수 있도록 하여야 한다. 이를 위해서 국가는 도도부현에 대하여 정책평가항목을 제시하고 의료계획에 근거하여 실시한 사업과 관련한 정책평가를 하도록 요구함과 동시에, 익년도에 연계되도록 도도부현의 방안을 지원하도록 한다.

## 2) 도도부현의 역할과 책무

도도부현은 주민에 대해 양질의 의료서비스를 효율적으로 제공하는 체제를 확보하기 위하여 당해 도도부현의 의료계획을 작성함과 더불어, 주요 사업마다 지역에 필요한 의료기능을 명확히 하여야 한다.

또한 도도부현이 실시한 의료기능조사에 따라 파악한 데이터는 모든 주민·환자가 당해 데이터를 활용하고, 적절한 의료제공자에게 액세스할 수 있도록 도도부현 데이터와 의료제공자의 소재지 등 정보환경정비에 노력하여야 한다.

그리고 의료기능조사에 의해 향후 새로이 필요한 의료기능이 파악되었던 사항에 관해서 도도부현은 실현을 위한 방향과 수치목표를 의료계획에 명시하고, 필요에 따라 주민과 환자단체 등으로부터 의견을 듣고, 장래의 보건의료제공체제의 실현방안에 대해 주민·환자에게 알기 쉽도록 명시하여야 한다.

더불어 의료계획에 근거하여 실시한 사업에 관해서 도도부현은 국가가 제시한 정책평가항목에 기초하여 지역의 현실에 맞는 기준으로 정책평가를 실시하여 익년도로 연계되는 의료계획의 재검토를 하여야 한다.

### (3) 새로운 의료계획에 포함될 내용에 대한 국가의 지원

이상의 1과2를 기반으로 도도부현이 새롭게 의료계획을 작성하고 의료계획에 근거한 사업실시 및 사업과 관련하는 정책평가를 확실히 추진할 수 있도록 하기 위하여 국가는 이하의 내용을 지원하는 것으로 한다.

- ① 도도부현의 의료계획 작성 데이터베이스구축을 위해 전국규모의 의료기능조사 실시 및 그 결과 공표
- ② 도도부현이 설정한 수치목표를 달성할 수 있도록 주요 사업마다 지표제시
- ③ 각종 재정지원(교부금, 보조금, 정책융자, 진료보수 등)

### (4) 주민·환자에게 안심감을 주는 의료연계체제

#### 1) 의료연계체제의 목적

환자를 중심으로 한 지역의 의료제공자의 의료기능과 의료제공자 간의 의료연계 상황을 의료계획에 명시함에 따라 주민·환자는 자신의 진료를 위해 지역의 의료제공자가 어떠한 연계체제를 갖추고 있는지, 또한 환자의 상태에 따라 다른 의료제공자에게 어떻게 소개하는지를 알기 쉽게 이해할 수 있을 것이며 그 결과 주민·환자가 안심감을 얻을 수 있을 것이다.

이를 위해서 의료연계체제는 지역의 의료제공자가 의료연계에 의해 환자의 치료를 분담, 완결하는 의료를 추진하는 것이며, 의료기관의 자주적인 기능분담과 연계를 촉진하는 것이다

#### 2) 의료연계체제의 내용

의료연계체제는 각 의료제공자의 의료기능을 의료계획에 기재하는 것을 통해 주민·환자에게 알리는 것이므로 각 의료제공자는 의료기능과 관련하는 정보를 도도부현에 제출하는 것으로 한다.

또한 의료연계체제 내에서는 환자에 대해 치료개시부터 종료까지 전체적인 치료계획을 공유하고 각 의료제공자가 각각 담당한 부분의 치료계획에 따라 치료를 하고, 일상생활에 복귀한 환자의 치료경과에 관해서 재검증할 수 있도록 데이터를 정비하여 둔다.

### 3) 의료제공자의 역할과 국가·도도부현의 역할

의료연계체제의 구축에 있어서는 주민, 직접진찰에 관여하는 자(의사, 치과의사, 약제사, 간호사 등), 보건사업을 실시하는 자, 시정촌(보건, 개호, 복지), 의료기관과 임상연수병원의 대표 등 지역의료에 관여하는 자가 협의·검토하고, 지역에서 중심이 되는 의료연계체제의 구축을 위해 조정하는 조직의 역할이 중요하다.

이 조직은 지역의 의료연계체제의 구축을 위하여 ① 각 의료제공자가 가지고 있는 의료기능을 환자에게 적절히 정보 제공할 수 있도록 조정하고, ② 지역 의료연계체제전체로써 환자에 대해 의료서비스제공을 위해 조정하며, ③ 지역 의료연계체제전체의 의료의 질 향상을 위해 의료종사자의 연수 등에 적극적으로 대처한 역할을 하도록 하는 것이 요구된다.

이를 위해 국가·도도부현은 ① 주민·환자에 대해 각 의료제공자의 적절한 의료기능정보가 제공될 수 있는 기반정비를 추진함과 더불어, ② 모든 지역에서 자주적으로 대처할 수 있도록 어떠한 지원이 가능한가를 검토하여야 한다.

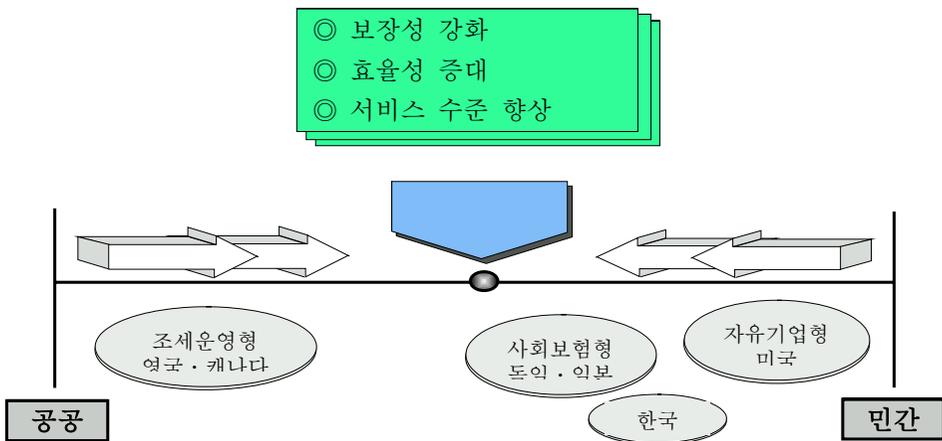
## 제 6 절 정리 및 시사점

이상에서 살핀 내용을 정리하면 선진국의 공공보건의료는 조세운영형, 사회보험형, 자유기업형 등으로 나뉘어져 있으나 상호 수렴되고 있는 방향으로 진행하고 있다. 이러한 내용은 사실 과거의 사회주의와 자본주의 간의 이념적 구분에서 탈피하여 공공보건의료 제도의 목표가

공공성·형평성과 경쟁성·효율성의 조화를 이루는 방향으로 수렴되고 있는 것이다.

미국의 경우 자유기업형 의료체계를 가지고 있지만, 상대적으로 보장성과 국가책임이 강화되는 방향으로 나아가고 있다(시장사회주의). 특히 최근 오바마 행정부에서 추진하고 있는 공공의료보험 개혁은 과거 의료시장에서의 문제점을 인식하고 있었음에도 불구하고 개혁이 지연되고 있었던 저간의 사정을 잘 보여주고 있는 것이다. 영국의 경우 조세에 상당부분 의존하고 있었는데 민간부문의 확대를 추진하는 방향으로(사회자본주의) 제도개혁을 이루고 있다.

<도표 6> 보건의료제도의 세계적 흐름<sup>129)</sup>



- \* 미국 : 의료보험 비수혜자(4천만명)지원방안 모색, 메디케어 수혜자 확대(1985년 3천만명→2000년 39백만명)
- \* 영국 : 국가주도의 NHS에 내부시장(internal market)등 경쟁원리 도입
- \* 독일 : 사회보험제도와 함께 최상위계층에 대한 민간보험 허용, 환자본인부담금 인상
- \* 일본 : 1990년대 골드플랜 시행이후 본인부담금 인상

129) 관계부처합동, 『공공보건의료 확충 종합대책』, 2005. 12.

다음으로 공공보건의료기관에 대해서 살펴본다면 비록 자유기업형을 취하는 미국의 경우에도 보건의료를 스스로 책임질 수 없는 계층을 상대로 하는 공공보건의료기관이 상당한 수준임을 알 수 있다. 아울러 영국이나 프랑스 등 공공보건의료기관의 역할이 단순히 질병예방과 좁은 의미의 보건에 머물고 있는 것이 아니라 적극적으로 치료를 포함한 의료를 담당하고 있다는 점이다. 나아가 1차-2차-3차 진료기관 간의 역할 분담이 보다 철저하다는 점이 시사적이라고 할 수 있다.

전체적으로 선진국일수록 국가가 공공보건의료를 책임지고 그 수준을 유지하며 국민의 의료비 부담을 줄이려고 하는 것이 하나의 흐름이라고 할 수 있다. 서구 유럽의 경우 전통적으로 의료 분야가 공공적인 것이라는 인식이 강하였고 이를 위한 국민의 조세 부담도 상당한 수준이다. 또한 의과대학의 운영도 이에 따른 것이라고 할 수 있고 의사들의 직업윤리 의식도 공적 성격이 강하다. 미국의 경우 상대적으로 보다 경쟁체제를 띠고 있지만, 이로 인한 국민 부담이 늘어나자 의료보험 개혁과 재산세 증세를 통한 의료재정 확보를 위해 노력하고 있는 것이 현실이다.

그렇다면 우리나라의 경우에 있어서는 기존의 전국민 건강보험이 하나의 의료보험 서비스의 하나의 방식을 이루지만, 반면에 공공보건의료기관은 빈약한 것이 사실이다. 보건소에서 수행하는 업무가 질병 예방에 실질적인 역할을 하고 있는지 의문이고 치료는 거의 전무한 상태라고 할 수 있다. 의료보험의 혜택으로 의료의 소비자나 공급자가 과잉 진료를 하고 있어 의료재정의 문제도 심각하다. 반대로 농어촌 지역에서는 접근가능한 의료기관의 심각하게 줄어들고 있다. 민간 의료기관만으로는 새롭게 출현하는 신종 전염병 등에 효율적으로 대처하기도 어렵다. 이러한 현상들을 선진국과 비교해 볼 때 전국민 건강보험에만 의지하는 것보다 공공보건의료기관의 역할을 강화할 필요가

있다고 본다. 공공보건의료기관은 반드시 저소득층을 대상으로 하는 것이 아니라 국민 일반이 쉽게 이용하면서도 의료의 수준을 보장받을 수 있는 것이어야 한다. 물론 이러한 수준을 충족시키기 위해서는 단순히 공공보건의료기관의 확충으로만 이루어질 수 있는 것이 아니라 의료인들의 양성에서부터 새로운 패러다임에 입각해야 하는 것이다. 그러나 이러한 수준은 한 순간에 달성될 수 있는 것은 아니기 때문에, 이상에서 살핀 본 외국의 경우의 시사점을 중심으로 실현 가능한 수준에서 현행 공공보건의료 관련법들의 개선 방안을 도출해야 할 것이다. 이에 관해서는 장을 바꾸어 살펴보고자 한다.

## 제 4 장 공공보건의료 법제의 개선 방안

### 제 1 절 공공보건의료의 개선방안의 쟁점

#### 1. 공공보건의료의 현황과 문제점

##### (1) 양적인 부족

우리나라 보건의료시설은 민간의료기관과 공공보건의료기관으로 구분할 수 있다. 제3장에서 살핀바와 같이 선진외국에서는 민간의료기관과 공공보건의료기관 간의 기능 분담이 점차 수렴되고 있는 상황이다. 우리나라의 경우에도 지난 정부시절부터 공공보건의료기관의 확충에 힘써 어느 정도 증가추세에 있지만, 아직 민간의료기관이 차지하고 있는 비중이 상당히 크다.

전국민의료보험제도를 통해 민간의료기관을 이용하게 함으로써 진료체계의 방향을 삼고 있는데, 이 경우 공급자·수요자간 ‘정보의 불완전성·비대칭성’으로 공급자 유발수요 발생할 수 있고,<sup>130)</sup> 특히 의료보험은 ‘역선택’(adverse selection)과 ‘도덕적 해이’(moral hazard)에 의한 시장실패가 발생할 가능성이 높다.

국민의 보건권 또는 건강권을 보장하기 위해서는 기본적으로 공공보건의료에 대한 국민의 접근성을 높여야 한다. 그러나 우리나라는 공공 의료지출 수준이나 공공보건의료 비중은 매우 낮고, 국민 의료비 부담 수준은 매우 높은 상황이다. 따라서 전국민의료보험에도 불구하고 국민들에게 의료비 부담이 상대적으로 높은 편이다.<sup>131)</sup>

130) 최근에는 통계상의 수치로도 의사의 과다 공급이 발생하고 있다는 점에 문제인식을 같이하여 의과대학, 의학전문대학원의 입학 정원을 조절하고 있다.

131) 오영호, “우리나라 공공보건의료의 적정수준에 관한 연구”, □□보건사회연구□□, 제25권 제1호, 한국보건사회연구원, 2005. 8, 37쪽 이하 참조.

### (2) 공공보건의료기관 간의 협력 체계 부재

공공보건의료기관도 보건의료서비스의 전달체계를 구축할 필요가 있다. 그러나 보건소, 지방의료원, 시도립 및 시군구립 특수병원, 국립대학병원, 국립의료원을 규율하는 법령과 중앙부처가 산재해 있어 체계적인 협력 체계를 구축하는 것이 쉽지 않다. 적십자병원, 보훈병원, 건보공단 일산병원 등도 있다. 공공보건의료기관의 기능 재정립과 각 기관간의 협력 체계를 구축할 필요가 있다. 이들에 대한 협력체계는 단순히 위원회를 통한 관리보다는 전체 법령을 정비하여 기능을 분담하게 하는 방향으로 전환해야 할 것이다.

### (3) 지역적 불균형 상존

최근 사회변화에 따라 농어촌 지역에서의 병원 접근성이 취약하고, 이들 지역에 있어 전문 병원의 부족(예: 산부인과)이 심각하다. 의학전문대학원 제도 도입으로 군의관이 부족하게 되어 이에 대한 대안이 필요한 실정이다.

### (4) 인력·재원 부족

공공보건의료기관의 전문인력이 부족하다. 보건소 등의 시설과 인력이 재원의 부족으로 업무의 증가에 비해 인력이 충원되고 있지 못한 형편이다. 공공보건의료의 재원은 사실 국세를 통한 일반회계에서 충당하는 것이 가장 바람직하다. 그러나 현실적으로 일반회계에서 공공보건의료 확충을 위한 예산은 충분하지 못한 형편이다.

### (5) 고령화 사회·새로운 전염병 등 새로운 의료 수요

저출산 고령화 사회의 도래, 만성질환, 신종 전염병 등의 증가에 따른 질병관리 및 예방관리가 필요하다. 이러한 현상은 공공보건의료를

통해 관리하지 않으면 민간영역에서는 상대적으로 개인에게 많은 부담을 안기게 되고, 적극적인 예방이 어려워진다. 특히 만성질환의 경우 건강보험 재정과도 관련이 있어 이들에 대한 적극적이고 사전 예방적인 관리가 필요하다. 신종전염병의 경우 공공보건의료기관이 아닌 사적 영역에 맞길 경우 법적 근거조항이 미비하거나 충분한 치료 시설을 갖추어 놓을 수 없는 문제가 발생한다.

<도표 7> 만성질환 사망률 단위(명/십만명)<sup>132)</sup>

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
악성신생물(암)	122.9	130.1	131.1	132.6	133.8	134	137.5
뇌혈관 질환	73.7	77	75.3	70.1	64.1	61.3	59.6
허혈성 심장질환	21.9	25.1	24.5	26.2	27.4	29.1	29.5
- 급성 심근경색증	16.9	18.4	17.6	19.2	20.9	21.6	21.6
당뇨병	23.8	25.1	25.0	24.2	24.2	23.7	22.9
간의 질환	22.2	21.9	20.5	19.0	17.2	15.5	14.9
만성 하기도 질환	19.0	22.6	19.1	17.3	15.5	14.4	15.3
- 천식	8.9	9.5	7.3	5.7	4.9	4.3	4.1
고혈압성 질환	10.2	10.6	10.6	10.4	9.3	9.4	11.0
만성 콩팥(신장) 기능상실	3.4	4.3	4.2	4.4	4.4	4.5	5.3

#### (6) 민간의료기관의 공공성 약화

우리나라의 경우 전국민 건강보험제도를 채택하고 당연지정제를 채택하고 있지만, 민간의료기관의 공공기능은 빈약한 편이다. 그 결과 사적영역과 공적영역의 보건의료 기관의 기능 중복, (급성, 만성 병상 간의) 수급불균형 등이 문제로 지적되고 있다. 이들에 대한 지원과

132) 통계청 자료.

1차 진료병원의 성격을 다양화하여 민간의료기관의 공공성을 강화할 필요가 있는데, 이 경우 재정적 뒷받침과 관련 법령의 개정이 필요하다.

## 2. 공공보건의료 법제의 개선방안의 쟁점

### (1) 공공보건의료 체계화

공공보건의료의 체계화를 위해서는 공공보건의료 체계의 기획조정 기능을 강화하고 지역거점병원을 육성하여야 한다. 이를 통해 예방 중심의 국가질병관리 체계를 구축하고 중복 진료를 최소화하려는 정책목적을 달성할 수 있도록 법률의 근거를 마련하고자 하였다.

### (2) 건강불평등 완화

우리나라 공공보건의료의 현황에 비추어 볼 때 건강불평등 완화를 위한 법제개선이 필요하다. 관련 법령에 건강불평등을 해소하기 위한 원칙을 천명하는 규정을 두어야 하고, 실천적으로 보건소의 기능을 강화하고자 하였다. 또한 특히 농어촌 등 의료사각지대에 대하여는 민간 의료기관을 활용할 수 있는 법적 근거를 마련하고자 하였다. 나아가 소외계층에 대한 건강정책의 법제도화와 지역 간 의료자원의 공평한 배분을 위한 법적 근거를 마련하고자 하였다.

### (3) 사회 환경의 변화 대비

사회환경변화에 대비한 법제개선이 필요하다. 고령화 사회, 만성질환, 신종전염병 예방 및 관리시스템 구축을 위한 법제개선방안을 마련하여야 한다.

#### (4) 유의사항: 공공성과 전문성·효율성의 조화

공공보건의료는 급부행정이라는 특성이 있다. 따라서 인적, 물적 자원 확보 필요하지만 관료화는 방지되어야 한다.

그리고 공공보건의료가 갖추어야 할 특성으로 공공성, 전문성, 효율성이 요구된다.

공공보건의료의 공공성은 접근성, 비영리성, 포괄성을 의미한다.<sup>133)</sup>

① 접근성이란 국민 누구나 쉽게 필요한 때에 필요한 보건의료 서비스를 받을 수 있어야 한다는 것이다. 보건의료서비스의 이용은 국민의 기본권으로 인정되고 있으며, 보건의료의 불평등을 시정하고 분배 형평성을 달성하기 위한 현대 국가의 중요한 수단이 된다. 접근성에는 계층간·지역간 형평성과 보건의료 수준의 적절성도 포함한다. ② 비영리성은 공급자가 소비자(환자)에게 이윤을 추구할 목적으로 의료공급을 하는 것이 아니라 사회적 안전망으로서 의료서비스를 제공하는 것을 말한다. ③ 포괄성은 보건의료의 의미에 있어 치료기능 이외에 각종 건강증진과 예방은 물론, 방문 보건, 영양, 임종, 재활, 사회복지, 정신보건 등의 다양한 서비스를 포괄하는 것을 의미한다.

공공보건의료의 전문성은 진료의 전문화와 특성화를 통한 진료역량 향상이 필요하다. 또한 보건의료인의 전문성은 자율성을 전제로 한다.

공공보건의료의 효율성을 위해서는 질병 예방 및 적정 진료를 통한 진료비 상승의 억제에 노력해야 한다. 그러나 효율성의 의미가 경쟁을 의미하지는 않는다.

한편 공공보건의료기관의 경영 그 자체도 비영리성을 추구하지만 경영의 효율화는 필요하다. 환자들의 만족도를 개선해야 하고 공공보건

133) 이우락, “우리나라 보건의료의 공공성 강화에 관한 연구”, 서울시립대 대학원 석사학위논문, 15-24쪽 참조.

의료기관의 종사자들에게 적절한 임금을 지급할 수 있으면서도 정부에 무리한 적자를 가져오지 않도록 선진 경영기법을 도입해야 한다.

## 제 2 절 공공보건의료 체계화를 위한 법제개선

### 1. 공공보건의료 체계의 기획조정기능 강화

#### (1) 보건의료정책심의회 기능 강화

2005년 현재 보건복지부 관할 공공병원은 13%에 불과하고, 공공의료기관이라고 할 수 있는 국립대학병원, 산재병원, 원자력병원, 군병원, 보훈병원 등은 다른 중앙부처의 관리를 받고 있고 이 외에 예산이나 인력 등의 협조를 받기 위해서는 다른 중앙부처의 협조가 필수적이다. 이에 따라 보건의료기본법에서는 보건의료정책심의회를 두고 있다.

보건의료기본법에 의한 보건의료정책심의회(위원장:국무총리)에서 공공의료기관의 설립·지원·평가 등과 관련한 관계 부처간 의견 조정하고 있는데 이 기능을 강화할 필요가 있다. 현재 심의위원회에는 기획재정부장관, 교육과학기술부장관, 행정안전부장관, 환경부장관, 노동부장관, 국무총리실장, 국가보훈처장 등이 참여한다. 현행 규정으로도 공공보건의료에 관한 심의가 가능하겠지만, 내용을 특정하여 심의 사항에 공공보건의료에 관한 것을 추가하는 것이 보다 적극적이라고 하겠다.

#### <개정안 1>

제22조 (위원회의 기능) 위원회는 다음 각호의 사항을 심의한다.

1. 보건의료발전계획
2. 주요 보건의료제도의 개선

3. 2 이상의 중앙행정기관과 관련되는 주요 보건의료정책
4. 보건의료와 관련되는 국가 및 지방자치단체의 역할
5. 공공보건의료 기관 간의 역할 분담과 기능 배분 <신설 추가>
6. 기타 위원장이 심의에 부치는 사항 <현행 제5호>

## (2) 병상 총량 등의 관리

종래 의료정책에서 지적하고 있는 바와 같이, 의료환경은 지역별 병상분포나 의료인력의 특정과목이 한쪽으로 편중되어 지역별 보건의료 공급의 형평성을 저해하거나 의료발전에 위해가 되고 있다. 이를 초기 공급단계에서 조절하여 지역별 병상분포의 합리성과 전문과목별 의료인력 분포의 적절성을 갖출 필요가 있다. 특히 광역시·도별 병상총량과 의료인력의 광역시·도별, 전문과목별 수급조절방안을 보건의료발전계획에 포함시켜야 한다. 이렇게 함으로써 보건의료를 체계화하고 기획 조정 기능을 강화할 수 있을 것이다.

법제도적으로도 이렇게 정책으로 추진하고자 하는 내용들을 보건의료발전계획에 규정하여 법적 근거를 마련할 필요가 있다. 이에 따라 보건의료기본법 제15조(보건의료발전계획의 수립 등)를 두고 있는 바, 다음 두 가지 내용을 제15조 제2항 각 호에 추가할 필요가 있다.

### <개정안 2>

- 제15조 (保健醫療發展計劃의 수립 등) ① 보건복지가족부장은 관계 중앙행정기관의 장과의 협의와 제20조의 규정에 의한 보건의료정책심의위원회의 심의를 거쳐 보건의료발전계획을 5년마다 수립하여야 한다. <현행과 같음>
- ② 보건의료발전계획에 포함되어야 할 사항은 다음 각호와 같다. <현행과 같음. 현행 각 호의 내용은 생략>
1. 특별시·광역시·도별 병상총량의 결정 및 관리방안
  2. 의료인력의 특별시·광역시·도별, 전문과목별 수급방안

## 2. 지역거점병원의 육성

### (1) 「지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률」 개정 방안

지방의료원은 지역주민의 건강증진과 지역보건의료 발전을 위한 공공의료기관으로 민간의료서비스가 취약한 지역주민들의 진료를 담당함으로써 민간의료부문과 보완 관계를 이루고 있다. 그러나 현재 16개 광역자치단체 중 3개 광역자치단체(대전, 광주, 울산)에는 아직도 지방의료원이 설립되지 아니하여 다른 지역의 주민들에 비하여 저렴하고 안정적인 의료시설 이용을 하지 못하는 실정이다. 또한 2008년 지방의료원 연보 통계에 따르면 전국지방의료원 34곳 총 진료 환자 수가 전년 대비 1만2000여명이 감소한 것으로 나타났다.

물론 지방의료원의 경우 수익성이 떨어지고 경영상 문제가 많다는 비판도 없지 않다. 그러나 그에 앞서 국민 전체의 의료비 부담을 줄이고 향후 고령화 사회에서의 보건의료 비용을 고려한다면 지방의료원을 보다 육성, 발전시킬 필요가 있다. 따라서 공공의료기관이 반드시 수익을 내고 재정 자립을 해야 한다는 사고에서 과감히 벗어나되, 공공의료기관의 경영합리화는 다른 방법으로 대안을 마련해야 할 것이다. 대신 지방의료원은 우수한 의료인력과 시설을 갖추어 저소득층 진료기관의 성격에서 탈피해야 한다. 그래야 지역거점병원으로서 역할을 다할 수 있게 된다.

또한 지방의료원의 경우 현재 경쟁력이 취약한 형편이지만 지역거점병원으로 육성할 필요가 있고 보건소와 연계가 가능하다는 점에서 집중 육성할 필요가 있다. 이를 위해서는 지방의료원이 시설과 장비를 확충해야 하고 이를 위한 예산 확보에 힘을 기울여야 한다. 그리고 이러한 내용은 현행 「지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률」 제 17조 제1항에 따라 가능하다.

그러나 한편 지방자치단체가 새로이 지방의료원을 설립하고자 하는 경우에도 이에 대한 예산지원이 필요한데, 이에 관한 명확한 법적 근거는 불분명하다. 이 규정에 의하면 지방자치단체가 지방의료원의 설립 비용을 부담해야 하고 중앙정부에서는 할 수 없게 되어 있다. 이는 자칫 지방의료원의 신설을 막는 구실이 될 수 있다. 이에 따라 지방자치단체가 지방의료원의 시설·장비 확충 외에 지방의료원을 신설하는 경우에도 보조금을 지원받을 수 있는 법적 근거를 마련할 필요가 있다. 이를 통해 지역주민들의 의료시설이용을 지원을 확대할 수 있을 것이다. 관련 규정의 개정안은 다음과 같다.

### <개정안 3>

제17조 (보조금 등) ① 국가는 공공보건의료 시책의 수행을 위하여 필요한 경우에는 지방의료원의 설립, 지방의료원의 시설·장비 확충 및 우수 의료인력 확보 등 공공보건의료사업에 소요되는 경비의 일부를 예산의 범위 안에서 지원할 수 있다. <밑줄 부분 추가>  
② 지방자치단체는 지방의료원의 설립에 소요되는 경비를 출연하거나 운영에 필요한 경비를 보조할 수 있다.

또한 지방의료원을 지역거점병원으로 육성하려면 사업의 범위를 보다 적극적으로 규정하여야 한다. 현행 동법의 사업 범위는 다음과 같다.

### <개정안 4>

제 7 조 (사업) ① 지방의료원은 다음 각 호의 사업을 행한다.

1. 지역주민의 진료사업
2. 전염병 및 주요 질병의 관리 및 예방사업
3. 민간 의료기관이 담당하기 곤란한 보건의료사업
4. 의료인·의료기사 및 지역주민의 보건교육사업
5. 의료지식과 치료기술의 보급 등에 관한 사항
6. 국가 또는 지방자치단체의 공공보건의료 시책의 수행

7. 그 밖에 보건복지가족부장관 및 지방자치단체의 장이 필요하다고 인정  
한 보건의료사업의 수행 및 관리
- ② 지방의료원은 제1항의 규정에 의한 사업을 다른 의료기관·대학 또는  
연구기관과 공동으로 수행하거나 인력·기술의 지원에 관한 협약을 체결  
할 수 있다.

그리고 지방의료원의 진료범위를 확대한다면, 지방의료원도 『전문의  
의 수련 및 자격 인정 등에 관한 규정』의 관련 기준에 따라 수련병원  
으로 지정될 수 있을 것이다.

## (2) 지역거점병원 지정 제도

민간영역의 병원을 국가가 흡수하여 지방의료원으로 발전시키는 방  
안이 필요하다. 그러나 현실적으로 현 시점에서 그러한 예산을 확보  
하는 것이 쉽지 않다는 점에서 지역거점병원제도의 도입이 필요하다.  
이를 위하여 다음과 같은 조항의 신설을 제안한다.

### <개정안 5>

- 제00조 (지역거점병원의 지정·육성 등) ① 보건복지가족부장관 또는 해당  
지방자치단체의 장은 공공의료의 공백 또는 미비 문제 해결하거나 신종  
전염병 등의 관리를 위하여 『의료법』 제3조 제4항에 따른 병원 중에서  
지역거점병원을 지정·육성할 수 있다.
- ② 국가 및 지방자치단체는 제1항에 따라 지정한 지역거점병원을 육성하  
기 위하여 예산의 범위에서 인력확보, 의료시설과 장비의 확충 및 개선  
등에 필요한 경비의 전부 또는 일부를 대통령령으로 정하는 바에 따라  
보조할 수 있다.
- ③ 제1항에 따른 지역거점병원 지정의 기준·방법 및 절차 등에 필요한  
사항은 보건복지가족부령으로 정한다.

## 제 3 절 건강불평등 완화를 위한 법제개선

### 1. 건강불평등 완화 원칙 천명

#### (1) 취 지

모든 국민은 육체적, 정신적, 사회적으로 건강한 삶을 누릴 권리가 있으며, 국민의 건강을 보호하고 증진하는 일은 국가와 사회의 기본 책무이다. 그러나 보건의료서비스의 양과 질에 대한 지역간·계층간 격차가 갈수록 심화되고 있어, 계층 및 지역에 따른 개인의 건강수준에 영향을 미치고 있다. 이러한 계층 및 지역 간의 건강격차는 사회통합을 저해하고 계층간 갈등을 야기시키며, 나아가 국가 인적자원의 경쟁력을 약화시켜 결국 국가의 발전을 저해하는 요인으로 작용하게 될 것이다. 따라서 국가 및 지방자치단체는 지역 및 계층 간의 건강격차를 줄이고 의료사각지대의 해소를 위한 책무를 부여함으로써, 지방의 열악한 보건의료환경을 개선하고, 모든 국민이 건강한 삶을 살 수 있도록 지원하려는 법률 개정이 필요하다.

이 경우 「농어촌등보건의료를위한특별조치법」상의 군의관 감소에 대한 대책 마련도 함께 고려하여야 한다.

#### (2) 「보건의료기본법」 개정안

우리나라가 전국민의료보험제도를 실시하고 있지만 현실적으로는 거주지역·소득수준·직업계층·교육수준 등 사회경제적 위치에 따라 보건의료의 혜택을 충분히 받지 못하거나 건강상의 차이가 나타나고 있다. 국가와 지방자치단체는 이러한 차이를 줄이기 위해 노력할 의무가 있다고 할 것이다. 이러한 의무를 부과하기 위해 보건의료기본법 제4조 상의 국가 및 지방자치단체의 책임에 다음과 같은 내용을 추가하여야 한다.

<개정안 6>

제 4 조 (국가 및 지방자치단체의 책임)

⑤ 국가와 지방자치단체는 거주지역·소득수준·직업계층·교육수준 등 사회경제적 지위에 따른 건강상의 차이가 발생하지 아니하도록 노력하여야 한다.

또한 이러한 책임이 실제 보건의료발전계획 상에서 수립될 수 있어야 한다. 즉 보건의료발전계획에 사회경제적 위치에 따른 건강상의 차이를 줄이기 위한 추진방안을 포함하도록 하여야 한다.

다음 두 가지 내용을 제15조 제2항 각 호에 추가할 필요가 있다.

<개정안 7>

제15조 (보건의료발전계획의 수립 등) ① 보건복지가족부장관은 관계 중앙행정기관의 장과의 협의와 제20조의 규정에 의한 보건의료정책심의위원회의 심의를 거쳐 보건의료발전계획을 5년마다 수립하여야 한다. <현행과 같음>  
② 보건의료발전계획에 포함되어야 할 사항은 다음 각호와 같다. <현행과 같음. 현행 각 호의 내용은 생략>

1. 사회경제적 위치에 따른 건강상의 차이를 줄이기 위한 추진방안

한편, 현행 보건의료기본법에는 취약계층에 대한 의료서비스 제공을 다음과 같이 규정하고 있다.

제45조 (취약계층 등에 대한 보건의료서비스 제공) ① 국가 및 지방자치단체는 노인·장애인 등 보건의료 취약계층에 대하여 적절한 보건의료서비스를 제공하기 위하여 필요한 시책을 수립·시행하여야 한다.

② 국가 및 지방자치단체는 농·어업인 등의 건강을 보호·증진하기 위하여 필요한 시책을 수립·시행하여야 한다.

다만, 이들 조항으로는 현실적인 경제적 지원을 하기 어렵기 때문에 다음과 같은 조항을 추가할 필요가 있다. 즉 국가 및 지방자치단체가

취약계층 등에 대한 보건의료서비스를 제공함에 있어 이에 필요한 경제적 지원의 근거를 마련하고자 한 것이다.

### <개정안 8>

③ 국가 및 지방자치단체는 보건의료 취약계층의 건강을 보호·증진하기 위하여 필요한 경제적 지원을 할 수 있다.

### (3) 「지역보건법」 개정방안

지역보건법 상의 관련 규정을 개정하여 국가와 지방자치단체에 의료사각지대를 해소하고, 지역간 건강 격차가 발생하지 아니하도록 진료환경·의료시설 등을 개선하기 위한 시책을 수립하도록 해야 한다. 아울러 지역보건의료계획에 보건의료의 지역간 건강격차 해소 및 균형발전 방안을 포함하도록 해야 한다. 이러한 내용을 개정안으로 표현하면 다음과 같다.

### <개정안 9>

지역보건법 제 2 조 (국가와 지방자치단체의 의무) ① - ③ <현행 규정과 동일>  
④ 국가와 지방자치단체는 지역간 건강 격차가 발생하지 아니하도록 진료환경·의료시설 등을 개선하기 위한 시책을 수립하여야 한다. <신설 규정>  
제 4 조 (지역보건의료계획의 내용) ① 지역보건의료계획에는 다음 각호의 사항이 포함되어야 한다. <제1호 - 제5호 현행 규정과 동일>  
6. 보건의료의 지역간 건강격차 해소 및 균형발전 방안 <신설 규정>

## 2. 보건소의 강화

### (1) 보건소 확충

현행 지역보건법 및 동법시행령에 따르면 보건소와 보건지소의 설치 기준에 관해 다음과 같이 규정하고 있다.

즉 지역보건법에서는 “제7조(보건소의 설치) 보건소(보건의료원을 포함한다. 이하 같다)의 설치는 대통령령이 정하는 기준에 따라 당해 지방자치단체의 조례로 정한다. … 제10조(보건지소의 설치) 지방자치단체는 보건소의 업무수행을 위하여 필요하다고 인정하는 때에는 대통령령이 정하는 기준에 따라 당해 지방자치단체의 조례로 보건소의 지소(이하 “보건지소”라 한다)를 설치할 수 있다.”라고 규정하고 있다. 한편 동법의 위임에 따라 동법시행령에서는 “제7조(보건소의 설치) ① 법 제7조의 규정에 의하여 보건소(보건의료원을 포함한다. 이하 같다)는 시(구가 설치되지 아니한 시를 말한다)·군·구별로 1개소씩 설치한다. 다만, 시장·군수·구청장이 지역주민의 보건의료를 위하여 특히 필요하다고 인정하는 경우에는 필요한 지역에 보건소를 추가로 설치·운영할 수 있다. ② 제1항 단서의 규정에 의하여 보건소를 설치하고자 하는 때에는 『지방자치법 시행령』 제75조에 따른다. 이 경우 행정안전부장관은 보건복지가족부장관과 미리 협의하여야 한다. 제8조(보건지소의 설치) 법 제10조의 규정에 의하여 보건지소를 설치할 수 있는 기준은 읍·면(보건소가 설치된 읍·면을 제외한다)마다 1개소씩으로 한다. 다만, 시장·군수·구청장은 지역주민의 보건의료를 위하여 특히 필요하다고 인정하는 경우에는 필요한 지역에 보건지소를 설치·운영 하거나 수개의 보건지소를 통합하여 1개의 통합보건지소를 설치·운영 할 수 있다.”라고 규정하고 있다.

그런데 이 규정 가운데 보건지소를 통합하여 1개의 통합보건지소를 설치·운영할 수 있다고 한 부분은 보건소가 기획과 관리, 지역사회의 연계를 담당하고, 보건지소는 직접 대민서비스의 역할을 분단한다고 할 때 역할에 배치되는 규정이다. 따라서 동법시행령 제8조 단서의 후분은 삭제되어야 한다. 대신에 사적 의료기관을 보건지소의 대행 혹은 주민건강증진센터 등으로 지정하여 지원을 해 줌으로써 보건지소의 역할을 대신하게 하는 방안을 마련하는 것이 좋을 것이다.

그리고 도시지역의 경우에도 보건지소를 확충하는 부담을 법제도를 통해 의무화할 필요도 있다. 시행령의 규정을 법률로 상향하여 규정하는 것도 고려할 만하다.

## (2) 보건소 전문인력 강화

보건소가 직면하고 있는 가장 큰 문제점으로는 보건의료 기능이 확대됨에 따라 노인보건, 암관리 등이 신설되고, 건강증진사업, 정신보건사업, 신종 및 재출현 전염병 관리사업의 추가되는 등 업무량은 늘어났는데, 오히려 보건소 전문인력은 과거보다 감축되거나 정체 상태에 있다는 것이다. 물론 이에 대처하기 위하여 지역보건법상 지역보건의료계획에서는 인력의 조달 관리 계획이 있으나 이 규정은 필요인력의 공급을 강제할 수는 없기 때문에 미흡한 규정이다. 예산이 수반되는 영역이겠으나 다음과 같이 개정이 필요하다.

### <개정안 10>

제 4 조 (지역보건의료계획의 내용) ①지역보건의료계획에는 다음 각호의 사항이 포함되어야 한다.

1. 보건의료수요 측정
2. 보건의료에 관한 장단기 공급대책
3. 전문인력의 확보 및 지원과 적정 배치 <신설 규정>
4. 인력·조직·재정등 보건의료자원의 조달 및 관리 <현행 제3호, 이하 생략>

제12조 (전문인력의 적정배치등)

④ 보건복지가족부장관은 보건소의 전문인력등에 대하여 그 배치 및 운영 실태를 조사할 수 있으며 그 배치 및 운영이 부적절하다고 판단될 때에는 그 시정을 위하여 시·도지사 또는 시장·군수·구청장에게 조언 또는 권고하거나 지도할 수 있다. <현행 규정>

⑤ 보건복지가족부장관과 시도지사는 보건소에 제1항의 전문인력 등이 보건의료수요에 적합하도록 그 수가 확보되고 유지될 수 있도록 필요한 재원의 마련을 위해 노력하여야 한다. <신설 규정>

### 3. 민간보건의료 기관의 활용

이를 위하여 농어촌 등 공적이든 사적이든 보건의료 서비스가 취약한 지역에 대하여는 그 지역 병원의 공공성을 강화하는 것을 조건으로 사적 영역의 병원의 경우에도 지원하는 제도가 필요하다. 이 제도의 도입을 위하여 미국의 지역보건센터를 검토할 수 있다.<sup>134)</sup>

즉 미국의 지역보건센터를 모델로 하여 지역사회의 진료소를 특별히 지원할 수 있는 법을 마련하는 방안을 구상할 수 있다. 미국에서는 1960년대 지역사회 보건운동에서 시작된 지역사회 진료소가 『Economic Opportunity Act of 1964』에 의해 정부 지원 프로그램화 하면서 시작된 것이다. 이 법에 의하면 일정한 요건을 갖추면 연방 정부의 지원(Section 330 of the Public Health Service Act)은 물론 메디케어와 메디케이드 환자를 진료하고 진료비를 보상받을 수 있다(각각의 요건은 Sections 1861(aa)(4) and 1905(l)(2)(B) of the Social Security Act). 지역보건센터는 연방정부 차원에서는 DHHS 산하 HRSA(Health Resources and Services Administration)의 BPHC(Bureau of Primary Health Care)가 관리한다.<sup>135)</sup>

이에 대해 정부지원의 요건은 ① 지역사회 주민이 다수(51% 이상)를 차지하는 이사회 구조, ② 연방 정부가 정하는 의료 취약 지역에 위치, ③ 비영리 조직, ④ 포괄적 서비스 제공, ⑤ 무료 또는 소득 수준별 진료비 부담 등이다.

지역보건센터의 기능은 첫째, 미국의 경우 의료보험이 없는 사람, 빈곤층, 노숙자, 불법체류자 등에게 보건의료 서비스를 제공하고, 둘째, 일차 진료를 포함한 치료, 예방, 정신보건, 교육, 통역, 이송 등 포괄

134) 이하의 부분은 박준석, 제1차 워크숍 자료집과 김창엽, □□미국 의료보장체계의 현황과 문제점에 대한 조사 분석□□, 국민건강보험공단, 2005의 보고서를 주로 참조하여 정리하였다.

135) 김창엽, 앞의 책, 62-64쪽.

적인 서비스를 제공하고, 셋째, 전국민 의료보장이 없는 상황에서 공공병원의 무료진료와 함께 의료비 부담 능력이 없는 사람들에 대해 최후의 안전망 역할을 하게 하는 것이다.<sup>136)</sup>

우리나라에서는 보건소가 이러한 기능까지 수행하는 것은 아니므로 지역 병원 가운데 일정한 병원을 지정하여 공공보건의료 기능을 수행하는데 대해 예산을 지원하는 방식을 취하는 것이 좋을 것이다. 이를 위해서는 의료 취약지역을 지정하고 해당 지역의 병원 가운데 일정한 조건에 따라 지원이 가능한 지역을 선정한 후 지정 병원에서 이루어지는 진료에 대하여는 재정적 지원을 하는 형태로 할 수 있을 것이다. 현행 보건의료기본법에 다음과 같은 조항이 있으므로 이를 구체화하는 입법이 가능하다고 할 것이다.

#### <개정안 11>

보건의료기본법 제 4 조 (국가 및 지방자치단체의 책임)

- ④ 국가 및 지방자치단체는 민간이 행하는 보건의료에 대하여 보건의료시책상 필요하다고 인정하는 경우에는 행정적·재정적 지원을 할 수 있다.

그리고 보건의료기본법에 다음과 같이 관련 내용을 추가하는 방식으로 제도의 시행이 가능할 것이다.

#### <개정안 12>

제 3 조 (정의) 이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.

- 1-4. <각 호 생략>
- 5. “보건의료취약지역”이란 보건의료기관으로의 접근이 제한되거나 보건의료에 관한 인력·시설 및 물자 등 보건의료자원이 부족한 지역으로 보건복지가족부장관이 지정한 지역을 말한다.

136) 김창엽, 앞의 책, 63쪽.

제15조 (보건의료발전계획의 수립 등) ① <생략>

② 보건의료발전계획에 포함되어야 할 사항은 다음 각호와 같다. <현행 각 호는 생략>

1. 보건의료취약지역에 대한 보건의료사업 계획

그런데 현행 『공공보건의료에관한법률』에 의하면 공공보건의료사업은 공공보건의료기관만이 수행하도록 하고 있어 이 법률을 함께 개정해야 한다. 특히 전술한 지역적인 문제 등으로 공공보건의료의 혜택을 받지 못하는 경우에 대처하기 위하여는 이에 대한 개정이 필요한 것이다. 이를 위해서는 공공보건의료사업의 수행기관을 공공보건의료기관뿐만 아니라 민간의료기관도 할 수 있도록 하는 개정이 필요하다. 이를 위해서는 다음과 같은 조항의 신설이 필요하다.

### <개정안 13>

제00조 (공공보건의료사업의 수행) ① 국가 또는 지방자치단체는 제4조제1항에 따른 공공보건의료사업의 일부를 공공보건의료기관이 아닌 의료기관을 지정하여 수행하도록 할 수 있다.

② 제1항의 의료기관 지정에 관한 요건은 보건복지가족부령으로 정한다. 이 경우 『보건의료기본법』 제3조의 “보건의료취약지역”을 우선적으로 고려하여야 한다.

③ 국가 또는 지방자치단체는 제1항에 따른 의료기관이 공공보건의료사업을 원활히 수행하는 데에 필요한 경비의 전부 또는 일부를 보조할 수 있다.

## 제 4 절 사회 환경의 변화에 대비한 법제개선

### 1. 고령화 사회 대비

현재 우리나라는 평균수명이 증가(2001년 현재 77세)하고 출산율이 저하(2004년 현재 합계출산율 1.16명)되면서 세계에서 가장 급속한 인구

고령화가 진행 중이다. 최근 한 보고서에 의하면, 우리 사회가 고령화 사회로 급속하게 나아가면서 노인의료비가 급증해 지금의 의료시스템이 유지될 경우 국민 1인당 연간의료비는 2000년 61만원에서 2020년 339만원, 2050년에는 2904만원에 이를 것으로 전망됐다. 또 생산인구 1인당 부담 연간의료비는 2000년 85만원에서 2020년 478만원, 2050년에는 5273만원으로 증가할 것으로 분석돼 급속한 의료비 증가를 막을 대책 마련이 시급한 것으로 지적됐다. 이렇게 국민의료비가 급속하게 늘어나는 것은 노인의료비의 급증 때문이며 2001년 현재 노인의료비 구성 비중은 17%이지만 노인인구가 14%대에 진입해 고령사회가 되는 2019년께는 65살 이상 노인의료비가 65살 미만 전체 인구의 의료비보다 많아지기 때문이다.<sup>137)</sup>

<도표 8> 향후 우리나라 국민의료비 추계 - 중립적 시나리오 가정시>

연 도	2001	2010	2020
국민의료비	33조원	74조원	171조원
GDP대비 비율	6.1%	8.1%	11.4%

같은 보고서에서 이러한 급속한 의료비 증가에 따른 국민 부담을 덜기 위해서는 공공의료를 확충해야 하며 민간의료기관의 공익적 성격을 강화해야 한다고 주장하고 있다. 특히 현재 10%선에 머물고 있는 공공의료부문을 30~50%로 늘려야 한다고 지적했다.<sup>138)</sup>

137) 김창엽, □□공공병원 확충방안 개발에 관한 연구□□, 보건복지부, 2004, 24쪽 이하 참조. 이 보고서는 지금의 제도와 진료 관행이 그대로 이어질 경우 명목국내총생산(GDP) 대비 국민의료비 비율은 2001년 6.1%에서 2010년 8.1%, 2020년 11.4%, 2030년 16.8%, 2040년 22.6%, 2050년 26.5%까지 증가하는 것으로 예측했다.

138) 한편 같은 보고서에서 공공의료 부문 확충에 필요한 재원은 당시 논의되던 담뱃값 인상으로 확보되는 국민건강증진기금과 지방자치단체의 담배소비세로 마련해야

이를 위해서는 법제도적으로도 고령화의 심화에 대비한 의료공급 체계의 개편 등을 위하여 공공부문의 역할을 새롭게 하고 비중의 확대 필요가 있다. 고령화에 따른 만성질환 보유 노인의 요양과 부양가족의 부담완화를 위한 요양병상 및 시설이 수요에 비해 턱없이 부족하기 때문이다.

## 2. 만성질환의 예방 체제 구축

공공보건의료기관의 기능을 예방, 건강증진 및 만성질환관리를 핵심 기능으로 수행하도록 해야 한다. 보건소의 기능이 예방중심으로 개편되고 있는데, 예방중심의 기능이 자칫 의료나 치료보다 보건에 치우쳐 결국 실제로 지역 주민에게 필요한 서비스를 제공할 수 없는 경우가 염려된다. 오히려 지역 여건에 따라 필요한 진료기능을 지속적으로 수행할 수 있도록 해야 할 것이다.

이를 위하여 만성질환(만성질환) 가운데 국가와 지방자치단체가 특별히 관리하고자 하는 질병은 지정하거나 보건소의 업무에서 만성질환 예방의 교육, 진료, 건강진단, 치료안내 등으로 별도로 규정하는 것이 필요하다고 본다.

### <개정안 14>

제 9 조 (보건소의 업무) 보건소는 당해 지방자치단체의 관할구역안에서 행하여지는 다음 각호의 사항을 관장한다.

13. 지역주민에 대한 진료, 건강진단 및 만성퇴행성질환등의 질병관리에 관한 사항
13. 지역주민에 대한 진료, 건강진단
14. 지역주민에 대한 만성퇴행성질환 등의 예방교육, 진료 및 치료안내

---

한다고 보고하고 있다.

암의 관리, 치료 등을 위해서는 『암관리법』이 제정되어 있다. 암관리법은 “국가가 암의 예방·진료 및 연구 등에 관한 정책을 종합적으로 수립·시행함으로써 암으로 인한 개인적 고통과 피해 및 사회적인 부담을 줄이고 국민건강증진에 이바지함을 목적으로” 2003년 제정된 것이다. 동법에 의하면 제6조의2에서 지역암센터의 지정 등에 관한 내용이 규정되어 있으므로 동규정에 따라 지역 단위의 진료가 가능할 것이다. 사실 암환자의 진료 등을 위하여 필요한 시설·인력 및 장비는 상당한 수준을 필요로 하기 때문에 현행 공공보건의료기관에서는 감당하기 어려운 측면이 있다. 따라서 암관리법의 체계에 따라 의료체계를 갖추되, 제9조의 조기검진사업이나 제11조의 암환자관리사업 등은 공공보건의료기관에서 주로 당할 수 있도록 하는 방안도 고려할 만하다. 국가와 지방자치단체는 암환자의 암 종류별 경제적 부담능력 등을 고려하여 암치료에 소요되는 비용을 예산 또는 『국민건강증진법』에 따른 국민건강증진기금에서 지원할 수 있고(동법 제11조의2), 암관리사업을 수행하는 자에 대하여 법률이 규정한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다(동법 제11조의3).

### 3. 신종 전염병 예방 및 관리 시스템 구축

국가가 신종전염병 등에 신속하게 대처하기 위하여서는 국가와 지방자치단체는 예방접종체계를 확립하여야 한다. 나아가 예방접종에 소요되는 비용을 부담하는 것이 국민의 보건권(건강권)을 보장해야 하는 의무에 부합한다. 물론 예방접종의 종류와 유형에 따라 국가부담을 고려할 측면도 있겠으나, 기본적인 예방접종은 국가의 의무로 규정하는 것이 바람직하다.

따라서 보건의료기본법에 다음과 같은 조항을 신설할 것을 제안한다.

**<개정안 15>**

제00조 (예방접종체계의 확립) ① 국가와 지방자치단체는 전염병의 발생을 예방하기 위해 필요한 예방접종과 관련된 계획을 수립·시행하여야 한다.  
② 국가와 지방자치단체는 제1항의 규정에 의한 예방사업의 시행에 필요한 비용을 부담하여야 한다.

## 참 고 문 헌

### 1. 단행본

- 강경근, □□헌법□□, 법문사, 2002.
- 국민건강보험공단, □□국민 건강보장을 위한 보건의료부문 개혁과제□□, 국민건강보험공단, 2006.
- 국민건강보험공단, □□국민 건강보장을 위한 보건의료부문 개혁과제□□, 국민건강보험공단, 2006.
- 권순만, □□캐나다 보건의료제도와 공공성에 관한 연구□□, 국민건강보험공단, 2006.
- 김연명 외 · 중앙대학교 사회복지학과, □□영국 의료보장체계(NHS)에 관한 연구: 의료의 질과 효율성, 형평성을 중심으로□□, 국민건강보험공단, 2005.
- 김용익, □□보건의료시장개방에 대비한 보건의료체계 공공성 강화방안 연구□□, 국회보건복지위원회, 2002.
- 김재용 외, □□공공보건의료체계 개편방안 연구□□, 한국보건사회연구원, 2001.
- 김창엽, □□공공병원 확충방안 개발에 관한 연구□□, 보건복지부, 2004.
- 김창엽, □□미국 의료보장체계의 현황과 문제점에 대한 조사 분석□□, 국민건강보험공단, 2005.
- 대한의사협회 의료정책연구소 편, □□선진 주요국의 의료제도 연구□□, 대한의사협회 의료정책연구소, 2003.
- 대한의사협회 의료정책연구소 편, □□현행 보건의료법체계의 법정정책학적 접근□□, 대한의사협회 의료정책연구소, 2004.

참고문헌

대한의사협회 의료정책연구소 편, □□현행 보건의료법체계의 법정책학적 접근□□, 대한의사협회 의료정책연구소, 2004.

류지태, □□행정법신론□□, 신영사, 2004.

문옥륜, □□한국사회와 의료보장정책□□, 명경출판사, 1994.

보건복지부, □□공공병원 확충방안 개발에 관한 연구□□, 보건복지부, 2004.

서미경 외, □□보건의료서비스 공급체계 개선방안□□, 한국보건사회연구원, 2003.

성낙인, □□헌법학□□제9판, 법문사, 2009.

신영전·김창엽 엮음, □□보건의료 개혁의 새로운 모색□□, 한울, 2006.

유승흠·양재모, □□의료총론□□, 수문사, 1994.

이승우, □□헌법학□□, 두남, 2009.

정종섭, □□헌법학원론□□, 박영사, 2009.

최기춘 [외저], □□외국의 보건의료체계와 의료보장제도 연구□□, 국민건강 보험공단, 2006.

한국보건산업진흥원, □□독일 보건산업 분석 및 한·독간 협력 방안 수립 연구□□, 한국보건산업진흥원, 2005.

허영, □□한국헌법론□□ 전정제4판, 2008.

밀턴 퇴머 저/강민선 외 역, □□세계의 보건의료제도□□, 한울, 2002.

부루스 제이 프리드·로라 엠 케이도스 저/지역보건연구회 역, □□(세계 각국의)보건의료체계 : 도전과 전망□□, 계축문화사, 2003.

- Alison Hann (ed.), *Health policy and politics*, Aldershot, England/Burlington, VT: Ashgate, 2007.
- Brian Abel-Smith, *The Hospitals, 1800-1948: A Study in Social Administration in England and Wales*, Cambridge, Harvard University Press, 1964.
- Great Britain Parliament. House of Commons Social Services Committee, *The Future of the National Health Service: Fifth Report [of the] House of Commons Social Services Committee Session 1987-88* (H.M.S.O., London 1988)
- J Montgomery, *Health Care Law*, New York: Oxford University Press, 2002.
- Jean McHale · Marie Fox · Michael Gunn · Stephen Wilkinson, *Health Care Law: Text and Materials*, London: Sweet & Maxwell, 2007.
- Joel B. Teitelbaum · Sara E. Wilensky, *Essentials of health policy and law*, Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers, 2007.
- John Costello/Monica Haggart (eds.), *Public health and society*, Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2003.
- Keith G. Banting/Stam Corbett (eds.), *Health policy and federalism: a comparative perspective on multi-level governance*, Montreal: McGill-Queen's University Press, 2002.
- OECD, *Private health insurance in OECD countries*, OECD, 2004.
- Office of Management and Budget, "New Era of Responsibility Renewing America's Promise," Washington D.C.: U.S. Government Printing Office, 2009.

참 고 문 헌

内藤通孝 編, □□公衆衛生學入門: 社會・環境と健康□□ 第2版, 京都: 昭和堂, 2007.

河原 和夫, □□健康増進法と地域保健法—実効ある健康増進施策の推進のために□□, サンライフ企画, 2003.

## 2. 논 문

강은정, “공공보건의료 확충을 위한 대안 분석”, □□보건복지포럼□□, 통권 제96호, 한국보건사회연구원, 2004. 10.

고진부, “보건의료 공급체계와 공공의료 시스템의 개선방안”, □□국회보□□ v.2002-7, 2002.

권성미, “u-Health 도입을 통한 공공보건복지서비스 발전 방안”, 한국 행정학회 2008년도 춘계학술대회 발표논문집(6), 한국행정학회, 2008. 4.

권순만·이주선, □□의료체계 경쟁력 강화를 위한 규제개혁 방안 연구□□, 한국경제연구원, 2005. 12.

길준규, “독일의 보건의료법제에 대한 개관”, □□법과 정책연구□□ Vol.3, No.1, 한국법정책학회, 2003.

김기경, “보건의료의 직업과 영업에 대한 법적규제”, 연세대학교 대학원 법학과 박사학위논문, 2002.

김도훈 번역, “독일 공적의료보험제도의 개혁동향 下: □□공적의료보험-의료개혁 2000□□(GKV-Gesundheitsreform 2000)을 중심으로”, □□최근의보동향□□ 제12호, 국민의료보험관리공단, 2000. 4. pp.60-78

김영재, “독일의 보건의료 제도“, □□가정의학회지□□ 제23권 제11호 통권 제259호, 대한가정의학회, 2002. 11. pp.1310-1333.

- 김용익, “공공보건의료 현황과 정책과제”, □□우리나라 공공보건의료체계  
강화를 위한 WORKSHOP□□ 자료집, 보건복지부, 2002.
- 김중미, “평등 이념적 측면에서 본 역대 정부의 보건의료정책 변화”,  
한국행정학회 학술대회 발표논문집 한국행정학회 2006년도 동계  
학술대회 발표논문집(下), 한국행정학회, 2006. 12.
- 김현숙, “자선병원의 사회적 기능과 역할: 에섹스 병원의 사례 연구,  
1820-1880”, □□영국연구□□16, 영국사학회, 2006. 12.
- 남은우·전기영, “영국의 민간의료 시장 및 민간의료보험 시장에 관한  
연구”, □□보건과 복지□□ 제8집, 한국보건복지학회, 2006. 12.
- 명재일, “NHS와 시장원리의 통합: 영국과 뉴질랜드의 의료개혁”, □□보  
건경제와 정책연구□□(구 보건경제연구) 제3집, 1997.
- 문성현, “한국의 보건의료의 부담과 수혜의 공평성”, □□사회보장연구□□  
Vol.20, No.1, 한국사회보장학회, 2004.
- 박종원, “우리나라 공공보건의료 법제”, 제1차 워크숍 자료집, 한국법제  
연구원, 2009.
- 변무웅, “헌법과 보건의료 체계 -독일의 예-”, □□법과 정책연구□□ Vol.3,  
No.1, 한국법정책학회, 2003.
- 소광섭, “영국 NHS의 성립 배경에 관한 연구”, □□보건과 복지□□ 제8집,  
한국보건복지학회, 2006. 12.
- 손명세, “보건의료기본법의 제정 필요성과 구성”, 한국의료법학회 봄  
학술세미나연제집, 1999.
- 손명세, “보건의료법제의 변천”, □□월간 법제□□ 2000년 7월.
- 신의균, “공공보건의료기관의 현황과 과제(농어촌주민을 위한 보건의  
료서비스정책을 중심으로)”, □□지역복지정책□□ 제15권, 한국지역  
복지정책연구회, 2001. 12.

참고문헌

- 양병국, “공공보건의료의 현안”, □□가정의학회지□□ 제17권 제11호, 1996.
- 오영호, “우리나라 공공보건의료의 적정수준에 관한 연구”, □□보건사회 연구□□, 제25권 제1호, 한국보건사회연구원, 2005. 8.
- 윤성원, “영국 의료제도의 형성과정에 관한 연구: 국가와 의료전문직을 중심으로”, □□보건과 사회과학□□ 제11집, 한국보건사회학회, 2002. 4.
- 이경재 번역, “독일 공적의료보험제도의 개혁동향: 『공적의료보험-의료개혁2000』 (GKV-Gesundheitsreform2000)을 중심으로”, □□최근 의보동향□□ 제11호(2000. 3), 서울: 국민의료보험관리공단, 2000. 3. 15. pp.54-65
- 이상돈, “법을 통한 보건과 의료의 통합: 보건의료기본법과 보건의료 관련 개별법률 사이의 상관관계에 대한 비판과 전망”, 의료환경 선진화를 위한 대토론회 연세집, 2001.
- 이상돈, “법을 통한 보건과 의료의 통합?: 『보건의료기본법』의 체계기획에 대한 비판과 전망, □□고려법학□□ 제36집, 2001.
- 이상영, “비전 2030과 보건의료”, □□보건복지포럼□□ 통권 제121호, 한국 보건사회연구원, 2006. 11.
- 이순우, “프랑스의 공공보건의료 법제”, 한국법제연구원 워크숍 자료집, 2009.
- 이용갑, “독일의 공적 의료보험 개혁 동향”, □□건강보험포럼□□ 제6권 제 4호(2007년 겨울), 서울: 국민건강보험공단 건강보험연구원, 2007. 12. 31. pp.69-89
- 이우락, “우리나라 보건의료의 공공성 강화에 관한 연구”, 서울시립대 대학원 석사학위논문, 2004. 2.

- 이정우, “우리나라 의료보장제도의 비판적 평가와 개선방안”, □□사회보장연구□□ Vol.21, No.2, 한국사회보장학회, 2005.
- 장동민, “전국민의료보험하의 보건의료의 형평성”, □□보건과 사회과학□□ Vol.15, 한국보건사회학회, 2004.
- 정금례, “헌법상 보건에 관한 권리와 보건의료기본법에 관한 소고”, □□헌법의 규범력과 법질서□□ 정천허영박사정년기념논문집, 박영사, 2002.
- 정명운, “일본의 공공보건의료 법제”, 한국법제연구원 워크숍 자료집, 2009.
- 정석국, “캐나다 보건의료보장제도 개혁과 공중판단”, □□보건사회연구□□ 제23권 제1호, 한국보건사회연구원, 2003. 7.
- 정영호·고숙자 저, “미국과 영국의 보건의료개혁 동향 비교분석”, □□보건복지포럼□□ 통권 제102호, 한국보건사회연구원, 2005. 4.
- 정형선, “보건의료정책의 평가와 향후 정책과제”, □□보건복지포럼□□ 통권 제99호, 한국보건사회연구원, 2005. 1.
- 최정수, “공공보건의료의 이상과 실제- 보건의료시설 확보 측면에서”, □□보건복지포럼□□ 통권 제107호, 한국보건사회연구원, 2005. 9.
- 황나미, “공공보건의료의 강화”, □□보건복지포럼□□ 통권 제99호, 한국보건사회연구원, 2005. 1.
- Bob Matthews, “영국의 보건의료정책- 과거·현재·미래”, 한국사회복지학회 2007년도 세계학술대회(창립50주년기념), 한국사회복지학회, 2007. 10.

참 고 문 헌

- Glyn Carpenter, "National Health Insurance: A Case Study in the Use of Private Non profit Making Organizations in the Provision of Welfare Benefits," Public Administration Volume 62, 1984.
- Great Britain Department of Health, "The NHS Plan: A Plan for Investment, a plan for reform," 2000.
- Lisa Potetz, "Financing Medicare: an Issue Brief," the Kaiser Family Foundation, January 2008.
- N Mays, "Origins and Development of the National Health Service," Graham Scambler (ed) Sociology as Applied to Medicine, Edinburgh; New York: Saunders Elsevier, 2008.
- Royal Commission on the National Health Service, "Report of the Royal Commission on the National Health Service," Journal of Public Health, 1979.