발간등록번호
11-1352000-000030-01

공공보건의료에관한법률 개정방향 연구

2010. 3.

연 세 대 학 교

보 건 복 지 부

제 출 문

보건복지가족부 장관 귀하

이 보고서를 **"공공보건의료에관한법률 개정방향 연구"** 과제의 최종 보고서로 제출합니다.

2010 . 3.

주 관 연 구 기 관 명: 연 세 대 학 교
의 료 법 윤 리 학 연 구 원
책 임 자: 손 명 세 (연세대학교 의료법윤리학연구원)
연 구 원: 김 소 윤 (연세대학교 의료법윤리학연구원)
연 구 원: 박 형 욱 (연세대학교 의료법윤리학연구원)
연 구 원: 원 서 연 (연세대학교 의료법윤리학연구원)
연 구 원: 정 영 철 (연세대학교 의료법윤리학연구원)
연 구 원: 이 미 진 (연세대학교 의료법윤리학연구원)
연 구 원: 강 현 희 (연세대학교 의료법윤리학연구원)
연 구 원: 홍 현 수 (연세대학교 의료법윤리학연구원)
연구보조원: 선 준 구 (연세대학교 의료법윤리학연구원)
연구보조원: 이 성 우 (연세대학교 의료법윤리학연구원)
연구보조원: 이 연 호 (연세대학교 의료법윤리학연구원)

연 세 대 학 교 의 료 법 윤 리 학 연 구 원

<제목 차례>

제1장 연구의 배경 및 필요성1

1. 연구의 배경 ····· 1

2. 연구의 필요성 ····· 2

제2장 연구의 목적 ····· 3

제3장 연구의 방법 ····· 4

1. 문헌조사 ····· 4

2. 국내의료기관 방문조사 ····· 4

3. 전문가 자문회의 및 공청회 ····· 4

제4장 연구의 결과 ····· 6

1. 보건의료의 공공성 제고 ····· 6

1.1 공공성의 일반적 의미 ····· 6

1.2 보건의료의 공공성에 관한 국내외 문헌 검토 ····· 7

1.3 공공보건의료의 공공성 제고 ····· 13

2. 국내외 공공보건의료의 현황 ····· 14

2.1 우리나라 공공보건의료의 현황 ····· 14

2.2 국내의료기관 방문조사 결과 ····· 16

2.3 국외 공공보건의료의 현황 ····· 19

2.3.1 싱가포르 ····· 19
2.3.2 독일 ····· 22
2.3.3 미국 ····· 44
2.3.4 일본 ····· 48
2.3.5 캐나다 ····· 67

3. 공공보건의료에관한법률 개정안 관련 주요 논점 검토 ····· 71

3.1 개정 논의의 배경 ····· 71

3.2 공공보건의료 ····· 73

3.3 공공보건의료 수행기관 ····· 80

3.4 국가 및 지방자치단체의 의무 ····· 87

3.5 공공보건의료 기본계획 ····· 91

3.6 공공보건의료정책심의위원회 ····· 95

3.7 공공보건의료기관 ····· 100

3.8 의료취약지 및 취약지거점의료기관 ····· 106

3.9 분야별 공공전문진료센터 ····· 109

3.10 공공보건의료사업의 위탁 ····· 110

3.11 공공보건의료계정 ····· 110

3.12 공공보건의료 지원센터 ····· 113

3.13 공공보건의료기관에 대한 특례 ····· 114

3.14 공공보건의료 수행기관에 대한 평가 ····· 115

4. 공공보건의료에관한법률 개정 최종안 ····· 117

5. 공공보건의료에관한법률 신구조문 대조표 ····· 126

참고자료 ····· 140

부록 1. 제1차 전문가 자문회의 개정안 ····· 142
부록 2. 제2차 전문가 자문회의 개정안 ····· 150
부록 3. 공청회 개정안 ····· 159

제1장 연구의 배경 및 필요성

1. 연구의 배경

2000년 제정된 “공공보건의료에관한법률”은 우리나라의 공공보건의료서비스가 공공보건의료기관 중심으로 시행되어 왔음을 고려하여, 공공보건의료기관의 저소득층의 의료안전망과 민간보건의료기관의 보완과 견제의 역할 및 합리적이고 효율적인 공공보건의료계획·조정·평가 등을 위한 제도적 장치 마련을 명문화하기 위한 목적으로 제정되었다.

그동안 이 법률에 근거하여 공공보건의료기관의 역할을 재정립하고 기관간 기능분담과 상호연계를 이루어 국가적이고 종합적 측면에서 효율적 운영을 할 수 있도록 함으로써, 국민 지역 간·계층 간 공공보건의료의 형평성을 높이고 공공보건의료서비스의 질과 효율성을 높이는 정책적 노력이 이루어져 왔다

그러나, 2000년대 초반을 기점으로 진료비의 상승, 수도권 및 도시지역으로의 의료집중화 등 국가보건의료체계의 영리적 속성이 심화되었으며 이에 대한 국가적·공공적 견제와 균형 작용이 효과적으로 작동하기 어려워짐으로써 지역적·계층적·분야적 미충족 의료의 해소에 집중할 필요성이 제기되고 있다

또한 현행법상 ‘공공보건의료’와 ‘공공보건의료기관’의 정의가 설립 및 소유주체로 제한되어 치료중심의 국가건강보험제도 아래 민간과 공공의료기관 간의 기능적 차이가 모호하고, 효율적인 공공보건의료체계의 발전을 저해하고 있다는 문제점이 제기되고 있다

게다가 민간의료기관의 공공기능에 대한 국가적 관심과 지원에 관한 법적근거가 불명확하고, 민간의 공공보건의료기능을 도외시하여 민간의료기관의 공공성을 오히려 위축하는 결과를 초래하고 있다

따라서 개정 법률안에서는 ‘공공보건의료’를 보건의료기관의 설립 및 소유주체가 아닌 국민에게 필수적이고 공익적인 의료서비스 제공이라는 기능의 관점에서 재정의함과 동시에, 공공과 민간의 효율적인 역할분담과 참여를 유도하여 국가가 공공보건의료 기능에 대한 지원·육성 및 평가·감독할 수 있는 법적 패러다임의 전환

을 반영하고자 하였다.

결국 “공공보건의료에관한법률”의 개정을 통하여 현행법상의 ‘공공보건의료기관’은 새로운 비전과 역할을 규명하고 고유한 공공기능의 창조적 개발·수행 및 경쟁력과 효율성의 제고의 효과를, 민간보건의료기관은 공공보건의료 역할에의 참여와 공공성 증진 효과 및 경쟁력 강화의 효과를 기대할 수 있을 것이며, 궁극적으로는 이 법의 목적인 국민보건의 향상에 더욱 이바지할 수 있을 것으로 생각한다.

1. 연구의 필요성

현행 “공공보건의료에 관한 법률”에 의하면 공공보건의료란 국가·지방자치단체 또는 기타 공공단체가 설립·운영하는 공공보건의료기관이 국민의 건강을 보호·증진하기 위하여 행하는 모든 활동이라고 정의하고 있다.

우리나라는 치료중심의 국가건강보험제도 하에서 민간과 공공의료기관간 기능적인 차이가 모호한 상황에서 현행 공공보건의료에관한법률에서 규정하는 공공의료기관에 대한 정의가 제한적이므로, 이에 따라 공공보건의료를 소유 및 설립 주체의 관점이 아닌, 민간의료기관을 포함하여 필수적이고 공익적인 의료서비스 제공이라는 의료기관의 기능에 초점을 맞춘 개념으로 설정하고 공공보건의료서비스 범위와 공공보건의료기관에 대한 기준을 마련할 필요가 있는 것이다.

현재, 우리나라의 대부분 공공의료기관은 만성적 운영 적자로, 매년 상당한 재정적 지원을 제공하는 것에 대한 사회적 회의와 의문이 확산되고 있는 추세에 있다. 정부의 무조건적인 행정적・재정적 지원은 공공기관에 대해 경쟁력을 저해시키고, 국민에게 괴리감과 불신을 초래할 위험을 내포하기 마련임. 결국 우리나라 공공의료기관의 변화에 대한 노력은 필수적이며, 이에 대한 법적 근거 역시 마련할 필요성이 있다.

구분 \ 연도	1990	1995	2000	2005	2006
공공부문 지출액(조원)	3.0	5.9	12.9	25.7	30.0p
비중(%)	39.5	38.1	48.5	53.1	55.1p

<표 2> 우리나라 국민의료비 중 공공의료비의 비중 추이

또한 구체적으로 살펴보면 의료취약지역을 정식으로 선정하는 체계가 없어 의료자원의 지역적 불균형으로 인해 국민들은 의료 서비스를 원활히 제공받지 못하고 있으며, 공공보건의료의 기본적인 혜택도 받지 못하는 국민에 대한 건강 불평등에 대한 정책적 미흡과 한계점이 발견되어 이를 개선할 대안이 필요하며, 지방의료원, 적십자사병원등을 지역거점 공공병원이라고 지칭하고 육성하고 있으나, 이에 대한 제도적인 근거가 없고 의료기관의 기능도 모호한 상황이다. 결국 체계적이고 확실한 지역거점 공공병원으로서 성장하기 위한 육성할 방안 마련이 필요하다.

제2장 연구의 목적

공공보건의료기관 대비 민간의료기관의 수가 85%에 이르는 우리나라의 보건의료 부문에서 최근까지 보건의료의 공공성을 강화하기 위하여 정부, 국립대학교병원, 사립대학교 병원, 지방의료원 등 각계 각층에서 다양한 형태의 노력이 이루어져 왔다. 공공보건의료의 발전이라는 테두리 내에서 포섭될 수 있는 다양한 주제의 연구계획과 그 성과가 이루어져왔음에도 불구하고 여전히 여러 주체간의 이념적 지향성에 따라 논의의 축을 모으기는 쉽지 않은 형국이라 할 수 있다.

이러한 상황에서 본 연구의 목적은 현행 『공공보건의료에 관한 법률』에 정의 되어 있는 공공보건의료와 공공보건의료기관에 대한 정의가 제한적이므로 공공보건의료에 대하여 기능적 관점에서 새롭게 정의함에 의하여 모든 국민에게 효과적인 공공보건의료서비스 제공을 위한 개선 방안을 마련하기 위함이다. 즉 공공보건의료의 범위 및 기준에 대한 구체적 개념 및 법률 개정 방안을 마련하여 각계 각층의 컨센서스를 모아 현행 법률안이 나아가야 할 올바른 개정방향을 제시하고자 한다.

´07년 12월 31일 기준으로 우리나라 공공병원 현황은 총 182개로, 기관수로 9%, 병상수로 11%를 점유하고 있으나, 의료취약지역, 취약계층, 취약분야 등 의료의 공백을 해소하는 데에 있어 전문적인 역할을 수행할 수 있는 공공의료기관은 민간의료기관에 비하여 상대적으로 적어 공공보건의료 제공이 미흡하므로, 공공과 민간이 아울러 공공보건의료를 제공할 수 있도록 법률 개정안을 마련함으로써 그 개선방안을 제시하고자 한다. 또한 본 연구에서는 법률안 내에 구체적인 공공보건의료 관련 사업 및 프로그램을 개발하여 비용 효과적이고, 질적으로 우수한 공공보건의료 정책을 이끌어 낼 수 있게 할 것이다.

제3장 연구의 방법

3. 문헌조사

국내 문헌 검토 : 국내에서 발간·발표된 관련 문헌들을 수집하여 그 내용을 검토하고 인터넷 검색 및 통계자료의 분석 등을 통해 우리나라 및 외국의 공공보건의료 시스템 관련 현행 정책 및 규칙, 기준, 제도를 검토하여 현황 및 문제점을 파악하고 그 대안으로써의 개정 법률안을 도출하고자 하였다.

국외 문헌 검토 : 외국의 공공보건의료 시스템의 정책 및 제도현황과 관련된 문헌 등의 자료를 수집하여 분석한 후, 우리나라 상황에 적용이 가능한 지 여부를 검토하고 그 시사점을 확인하고자 하였다.

3. 방문 조사

국내 방문 조사 : 우리나라의 공공보건의료서비스의 현황을 파악하기 위해 지방의료원, 시도립병원, 국공립 및 사립 대학병원 등 관련 보건의료기관을 방문하여 병원행정 전문가 또는 공공보건의료의 제공을 담당하는 부서 실무가와의 면담조사를 통해 공공보건의료의 현실태를 파악하고자 하였다.

국외 방문 조사 : 공공보건의료서비스가 비교적 효율적으로 제공되고 있는 싱가포르의 CDC(Comunicapable Disease Center), National Hospital of Singapore, 국공립 및 민간운영의 2차병원 등 공공보건의료 관련기관을 방문하여 공공보건의료서비스 제공 현황을 파악하고 자료를 수집하여 분석한 후, 우리나라 상황에 적용이 가능한 지 여부 검토하였다.

3. 전문가 자문회의 및 공청회

본 연구와 관련하여 우리나라 공공보건의료와 관련된 보건복지가족부의 정책 실무가 등, 한국보건산업진흥원 공공보건의료확충지원팀의 행정 실무가, 국공립 의과대학의 예방의학교실 또는 의료정책교실의 학자, 사립대학의 예방의학교실 또는 보건대학의 학자, 지방의료원연합회의 지방의료원 실무가, 보건소 등 공공보건의료의 현직에

서 근무하는 실무가 등 해당 분야의 전문가 자문단을 구성하여 수차에 걸친 전문가 자문회의와 연구진 내부회의를 진행하였다.

또한 본 연구와 관련된 주제로 서울 및 각 지방 등지에서 진행되고 있는 전문가 워크샵, 심포지엄 등에 참여하여 학계와 관련 정책가들의 최신 입장과 태도를 탐지하고자 하였다.

이렇게 수차에 걸친 전문가 자문회의와 연구진 내부회의를 통하여 마련한 「공공보건의료에관한법률」개정안을 바탕으로 법률개정의 목적·취지 및 배경·주요내용 등에 관하여 각계·각층의 의견을 수렴하는 공청회를 개최하였다.

제4장 연구의 결과

4. 보건의료의 공공성 제고

4.1. '공공성'의 일반적 의미

공공성이라는 개념은 최근 들어 매우 빈번하게 사용되고 있다. 예를 들면 교육의 공공성, 의료의 공공성 언론매체의 공공성 등의 용어가 사용된다. 학계에서는 사회학·정치학 등의 분야 뿐만 아니라 건축, 도시정책, 신학과 관련하여 공공성이라는 개념이 언급되고 있다. 그러나 사실 공공성 개념은 우리의 근대 이전의 학문은 물론이고 최근까지의 근대적 사회과학에 있어서도 그다지 익숙한 개념은 아니었다. IMF 이후의 세계화, 민영화 등의 물결과 관련하여 공공성 개념이 급속도로 주목 받아 왔다고 할 수 있으며, 따라서 2000년대에 들어서야 본격적으로 사용되기 시작한 개념이라고 말할 수 있다. 이 때문에 아직까지 공공성 개념을 사용하고 있는 학자들 및 일반 시민들 사이에 그 의미에 대한 최소한의 명시적 또는 묵시적 합의가 존재한다고 보기는 어려운 것이 사실이다.[1)]

이처럼 갑자기 빈번하게 사용하게 되어 매우 익숙한 것처럼 여겨지지만, 그 개념에 대한 체계적 규명의 시도가 존재하지 않거나 부족한 상황에서는 해당 개념은 일종의 인플레이션 현상을 겪게 된다. 실질적 의미가 분명하지 않은 공공성 개념이 지나치게 다양한 영역에서 다양한 의미로 사용되는 까닭에 그 개념이 가지고 있는 본래의 가치까지도 더불어 소홀히 다루어질 우려가 발생하는 것이다.[2)] 최근의 연구에 의하면 공공성이란 보통 "근대적 인간이 자기 자신만을 위한 협애하고 이기적인 특수이익의 경도를 자제하고 공동의 이익에 우선권을 부여하고자 하는 자발적 의지와 특유의 심리적 준비상태를 의미[3)]"한다거나, "특정한 사익에 치우치지 않고 공동체 전체를 위한 공익을 우선시해야 한다는 도덕적 판단"[4)]을 의미한다고 설명하고 있다. 이하에서는 보다 다양한 시각에서 공공성의 개념적 기초를 살펴보도록 하겠다.

공공의 사전적 의미는 '사회일반이나 공중에 관계되는 것'으로 '어느 특정한 개인이나 단체의 이익이 아니라 일반 사회 구성원 전체에 영향을 미치는 것'[5)]으로 사적

1) 조한상, 헌법에 있어서 공공성의 의미, 공법학 연구 제7권 제3호, 2006, 2면
2) 조한상, 헌법에 있어서 공공성의 의미, 공법학 연구 제7권 제3호, 2006, 252면
3) 박승관, 숙의 민주주의와 시민성, 김홍우 외 8인, 삶의 정치, 소통의 정치, 대화출판사, 2003, 59면
4) 김대영, 시민사회의 정치적 중립성에 관한 비판적 고찰, 동향과 전망 제58호, 2003. 41-69면.

목적이나 이윤추구가 1차 목적인 민간에 대립되는 개념으로 통상 사용된다. 그러나 우리 현실에서 사용하고 있는 공공성이라는 말은 전통적으로 우리가 사용했던 개념이라기보다는 외국어를 번역하는 과정에서 생성된 개념이라고 할 수 있다. 공공성으로 번역되는 외국어의 표현으로는 영어의 public, civility, 독일어의 offentlichkeit 등을 들 수 있다. 이 중 독일어의 offentlichkeit의 어원은 1)일반적인 인식가능성 또는 접근가능성(열려져 있는 상태, open)과 2) 진실과 정의로움, 3) 공적복리, 공적 유용함 등의 개념을 함께 포괄하고 있다고 하며, 이러한 공공성 개념은 근대 이후 법학에서는 핵심적인 개념으로 사용되고 있다고 한다.[6]

위에서 살펴본 바와 같이 공공성의 개념 자체는 적용되는 맥락에 따라 이질적인 의미를 내포할 수 있다. 다만 이들을 꿰뚫는 공통분모는 사회전체의 동의된 가치를 실현하는 데 기여한다는 점, 그리고 이러한 가치를 추구하는 것이 순수한 민간시장의 작동만으로는 어렵다는 점이다. 결국 공공성을 갖는 부문이란 사회전체가 동의한 가치와 밀접하게 관련되는 동시에 이를 실현하기 위해 공적인 개입이 필요한 부문이라는 의미로 귀결된다. 따라서 공공성을 강화하기 위한 정책이란 개별분야 각각에 부여되는 정책적 목표를 실현시키기 위해 공적인 개입[7]의 정도를 강화하는 정책일 것이다.[8]

4.1. 보건의료의 공공성에 관한 국내외 문헌 검토[9]

4.1.2. 국내 문헌검토

보건의료는 국민의 건강권을 보장하기 위한 수단으로 작용하는 사회적 제도로서 사회 구성원 모두의 권리인 건강권을 실현하려는 공익을 그 목적에 두는 공공성을 핵심으로 한다. 즉, 보건의료가 인간의 기본권인 건강권을 사회구성원에게 보장하는 가장 유력한 수단이라는 점에서, 보건의료분야의 여러 주체들의 다양한 사익에 대하여 공익 내지는 공공성의 우위가 정당성을 갖게 된다.[10] 우리나라의 의료분야에서 공공성은 몇 가지 개념으로 사용되고 있다. 첫 번째 개념은 보건부문(health Sector)을 공공

5) 김용익, 참여정부의 공공의료정책고가 의료원 발전방향, 서울대 의대, 2003. p.20
6) 조한상, 헌법에 있어서 공공성의 의미, 공법학 연구 제7권 제3호, 2006, 253-254면
7) 의료시장에 대한 정부개입의 근거에 관해서는 이규식, 의료의 공공성제고와 공공의료기관 확충논의 검토, 보건행정학회지 제11권 제1호, 2001, p.115에 자세히 기술됨
8) 윤희숙, 의료부문 공공성 개념의 고찰과 공공성 강화 관련 정책방향의 평가. 경제사회 여건변화에 대응한 사회정책방향, 한국개발연구원, 2006 p.72
9) 송건용, 의료체계의 공공성 제고방안 연구, 한국병영경영연구원, 2003.12 p.9 이하
10) 김용익, 보건의료시장개방에 대비한 보건의료체계

과 민간부문으로 구분하여 공공부문의 자원(의료기관수, 병상수 등) 점유율을 기준으로 공공부문에서 자원점유율이 높으면 공공성이 강하다고 해석한다.(김성순 2000, 감신 2002). 이 경우, 공공부문의 자원 증가로 공공성 향상방안이 구상될 수 있다.

두 번째 공공성의 개념은 국민의료비의 재원조달구조 중 공공재정의 비중이 높으면 공공성이 높다고 해석한다.(이규식 2001) 이 경우 공공부문의 자원 증가보다 공공재정과 건강보험의 진료비 지불방법의 개선이 공공성 향상에 더 크게 기여한다.

		공급체계	
		공공	민간
재정 체계	공공	Ⅰ. 공적지불제도를 통한 공공의료기관의 이용	Ⅱ. 공적지불제도를 통한 민간의료기관의 이용
	민간	Ⅲ. 공공의료기관에 대한 자비부담이용	Ⅳ. 민간의료기관에 대한 자비부담이용

자료 : 이규식, 의료의 공공성제고와 공공의료기관 확충 논의의 검토, 보건행정학회지, 2001

<표 3> 공공과 민간의료의 영역 구분

세 번째 공공성의 개념은 공공성이 높은 기능을 중심으로 정의한다. 보건서비스의 질과 가격 등에 관한 표준 확립, 국제경쟁력 강화, 전염병 적극 대처, 이윤에 집착하지 않는 질병치료 모형 개발, 의료서비스의 거시적 효율 제고, 국가재난 등 비상시에 국가의 의료문제 대처 능력 강화(한달선 2003), 기타 공공보건의료에 관한 법률이 규정하고 있는 공공보건의료와 사업 등을 공익성이 높은 기능으로 정의한다. 이 경우 공공의료기관이라도 이들 공공성이 강한 기능을 수행하지 않으면 공공성이 약하고, 반대로 민간 의료기관이 이들 기능을 수행하면 공공성이 강하다고 해석한다.

네 번째 공공성의 개념은 농어촌주민의 의료이용 접근성이 높으면 공공성이 유지된다고 해석한다.(이규식 2002). 이 경우 자원의 지역간 균형적 배분이 공공성을 향상시킨다. 즉 보건의료 분야에서 정부개입은 1)공공재에 속하는 공중보건서비스를 정부가 직접 생산하여 제공하는 경우, 2)정보의 비대칭성이라는 시장의 불완전성을 극복하여 소비자 보호를 하기 위한 경우, 3)저소득층의 의료이용, 의학연구, 의료기관에서의 혼잡이나 심한 대기로 외부효과가 입증되는 경우, 4)의료이용의 형평성 제고를 위한 경우에 그 타당성이 인정된다.[11]

11) 이규식, 의료의 공공성 제고와 공공의료기관 확충 논의의 검토. 보건행정학회지, 2001, 107-130면

다섯 번째 공공성의 개념은 현행 보건의료체계의 위기(보건의료서비스의 지나친 상품화, 이윤 중심의 보건의료체계, 서비스체계의 왜곡과 무질서 등)를 극복하기 위하여 공공성의 회복이 주요 정책 과제의 하나로 보는 견해이다. 이 경우에 공공보건의료 부분의 기능은 국민건강의 최소 기본선 확보, 국가보건의료체계의 효과적인 통합, 조정 기능 수행, 보건의료부문에서 모범적인 전형을 만들어 내는 것 등으로 정리된다.(김창엽 2002) 정부의 보건의료에 대한 개입에 있어, 개입의 정도가 약한 것부터 강한 것의 순서로 제시해 보면 정보의 제공(inform), 규제(regulate), 의무의 부여(mandate), 재정조달(finance), 서비스 공급(provide) 등으로 이러한 국가개입 중에서 공공부문의 역할과 관련되어 예민한 관심의 대상이 되는 것은 개입의 정도가 높은 재정조달과 서비스 공급일 것이다.[12] .

여섯 번째 공공성의 개념은 보다 간단 명확한 개념으로서 이윤추구 동기를 기준으로 이윤추구 동기가 크면 공공성이 약하다고 정의한다. 공공성(=공익성)은 한 개인이나 단체의 이익이 아니라 일반 사회구성원 전체의 이익에 영향을 미치는 성질을 의미한다. 즉 공공성은 다수의 공익(public interests)을 위한 것이며 사익에 대칭되는 개념이다. 흔히 공공성은 공공부문에 의해서만 담보되는 것으로 생각된다. 또 공공부문은 공공성을 위해 존재하는 것으로 간주되며, 이 때문에 흔히 공공부문은 당연히 공공성을 가지는 것으로 인정된다. 그러나 예외적으로 공공부문의 공익성 부재, 민간부문의 공익성 존재 사례가 있음을 부연하고 있다.(김용익 2002)

일곱 번째 보건의료의 공공성에 대한 개념으로써 민간부문의 공공성에 대하여 양질의 보건의료를 의미한다고 하는 논의가 있다.[13] 즉 민간부문의 보건의료는 다양한 양상을 띠는 끝에 결국 중요한 부분에 있어서 실패(private-sector failure)가 야기되는데, Barbara Mcpake가 정의한 제1, 2형 보건체계에서 민간부문의 실패는 의료의 기술적 질의 문제를 수반하며, 제3형 보건체계에서의 민간부문의 실패는 과도한 의료기술의 서비스 제공으로 인한 극도의 내부 비효율성으로 초래된다고 한다.[14] 따라서 현재

12) 김창엽, 의료공급에서 공공부문과 민간부문의 역할 분담 방안, 2001년 한국보건행정학회후기 학술대회 연제집, 2001.

13) 이무식, 사립대학병원의 공공성 강화방안, 제1회 동아대학교 의료원 공공보건의료사업 심포지엄, 2010, 36면.

14) 이무식, 사립대학병원의 공공성 강화방안, 제1회 동아대학교 의료원 공공보건의료사업 심포지엄, 2010, 36 지금까지 개발도상국가에서의 민간부문 보건의료의 역할을 세가지 유형으로 정리하면, 제1형은 주로 극심하게 가난한 나라들 가운데에서 일반적인 양상으로 공식적인 민간영리분야의 참여가 낮거나 보통인 경우로 특히 이들 나라에서는 의료서비스에서 비영리 분야의 상당한 참여가 있는 형태라고 한다. 제2형은 일부 극심하게 가난한 나라들에서 공식적인 민간 영리분야의 역할이 상당히 수행되는 경우이며, 제3형은 GNP가 비교적 높은 나라들에서 보이는 양상으로 공공과 민간특성이 혼재된 사회보장분야를 포함한 보험분야의 주요한 역할이 나타나는 경우로 이러한 국가의 순수 민간 영리분야는 사회보장의 적용범위와 사회보장과 민간보험의 상대적 중요성에 의해 그 활용영역이 좌우된다. 이러한 나라들에서는 2, 3차 공급수준에서 그 중요성이 점차 증가하고 있다.

공공성의 개념은 다양한 측면으로 재정의 될 수 있으나 특히 민간부문에서의 공공성 개념은 독립적인 개념보다는 양질의 보건의료(good health care)에 가깝다고 한다. 이러한 양질의 보건의료는 포괄성, 접근성, 의료의 질, 효율성, 지속성 등의 요소를 갖추어야 한다고 언급하고 있다. 이러한 논지와 같은 형태로, 최근 한국보건산업진흥원 연구보고서에서는 의료기관의 공익적 서비스 제공과 관련하여 기존의 논의가 주로 예방 및 공중보건사업에 중점을 두고 이루어졌다면, 최근에는 적정진료 및 표준진료를 주요 개념으로 포함시키는 경향을 보이고 있다고 언급하고 있다.[15)]

구분	서비스 영역	특징	예시
1	공공, 대중을 대상으로 하는 보건서비스(Public Health)	서비스 제공으로 인한 편익이 여러 사람 및 인구집단에게로 돌아가는 서비스	전염성 질환관리, 예방접종 등
2	개인을 대상으로 하지만, 공적 중재가 필요한 의료서비스	일부 개인을 대상으로 하지만, 사회적 개입, 중재를 통한 개인 선택의 제약, 사회적 편익을 향상하려는 서비스	금연, 예방, 질병의 조기발견, 고혈압 등 만성질환 관리 등
3	필수적 보건의료서비스(essential health care)	개인의 권리로서 가질 수 있는 기본적인 보건의료서비스의 영역으로 사회의 성격, 경제적 수준 등에 따라 상이할 수 있음	예방, 건강증진, 재활 및 사회복귀 등 다양한 수준으로 전개 가능
4	특정 인구집단에 대한 보건학적 중재	특정집단, 특정 조건의 인구집단 성격 상 이들에 대한 서비스 제공이 사회적 편익을 증가시크는 경우	노인, 영유아, 임산부, 학교, 산업장 등
5	환경에 대한 보건학적 중재	비배제성, 비경합성	환경위생, 방역, 검역, 소독 등

자료 : 한국보건산업진흥원, 의료기관 공공성 평가기준 및 지표개발연구, 2009.7

<표 4> 공공성을 갖는 보건의료서비스의 영역

또한 의료서비스의 공공성에 대한 관점으로 경제학적 관점과 사회복지학적 관점을 제시하는 논문[16)]도 있다. 경제학적 관점에서 보면 의료서비스는 정부의 개입이 없는 경우 시장의 실패를 초래할 가능성이 높은 재화로 본다. 의료서비스는 외부효과가 큰 재화로서 수요예측이 어려울 뿐만 아니라 시장진입이 자유롭지 못하며, 시장기능에 수요와 공급을 의존할 경우 가격형성이 불안정해질 수밖에 없다. 따라서 정부가 개입하여 공급을 조절하거나 서비스의 질을 통제할 수밖에 없다는 점은 정부개입을 정당

15) 한국보건산업진흥원, 의료기관 공공성 평가기준 및 지표개발연구, 2009.7, 35면.
16) 정윤수, 허만형, 공립병원 의료서비스의 공공성 분석, 한국행정학보 제33권 제4호, 2000, 2면

화하며, 더불어 의료서비스의 공공성을 반증해 주는 증거라고 한다. 사회복지학적 관점에서 볼 때 의료서비스는 경제적 능력에 비례하여 제공되어야 할 재화가 아니라, 건강상 필요에 의해 제공되어야 할 재화이다. 경제능력이 없는 시민에게는 국가나 사회의 비용으로 서비스를 제공해야 하며, 경제능력이 있는 시민이라고 하더라도 능력 이상의 의료비를 부담해야 할 경우에는 국가나 사회가 이 문제를 해결하지 않을 수 없다. 사회복지 영역에서는 양자를 의료적 빈곤층(the medicallu needy)으로 규정하고 국가에서 그 비용을 부담하고 있다.

4.1.2. 국외 문헌검토

4.1.2.2. 공익(public interest)과 공적가치(public value)에 관한 논의

Bozeman(2002)은 시장실패(market failure) 및 공공실패(public failure)와 연관하여 공익(public interests), 공적가치(public value), 사익(private interests) 등을 다음과 같이 논의하고 있다.

정부와 시장조직간 차별성의 하나는 정부는 공익을 위해 일해야 한다는 것이다. 그러나 여기서 공익에 관한 개념은 너무 모호하고, 너무 가치중심이며, 이상적(too utopian)이라고 한다. 그럼에도 공익이라는 용어는 너무 빈번히 사용된다. 입법자는 공익을 인용하여 법을 만들고, 규제자는 공익의 관점에서 규제를 계속한다. 공익의 개념은 그 개념의 모호성에도 불구하고 커다란 상징적 힘(great symbolic power)을 갖기 때문에 사라지지 않는다.

공공 정책(public policy)의 수립에 있어서, 가치 개념은 공익(public interest)이다. 흔히 공익의 이론은 유용한 통찰(insight)를 마련하고 결정적인 공적가치의 현안(public value issue)에 초점을 둔다. 여기서 공적가치 중 핵심적 공적가치에는 생존권, 시민권, 자유권 등이 포함된다.

공익의 개념은 여러 부문에서 도움을 준다. 공공실패는 시장이나 공공부문이 핵심적 공적가치를 실현하는데 요구되는 재화와 용역을 제공하지 못할 때 일어난다. 공공실패의 경우 중 정책형성 과정의 결함으로 인하여 핵심가치가 가려지는 경우, 핵심가치의 제공자 부족(핵심가치를 제공할 정부능력의 불충분), 불완전한 독점, 외부효과, 재화와 용역의 효율적 가격 결정 능력 결여 등이 문제의 초점이 된다. 특히 시장실패는 가격이 거짓일 때 일어난다. 즉 재화와 서비스의 가격이 실제 가치에 대하여 허위

신호를 줄 때 시장실패가 일어난다.

이와같은 공공실패, 시장실패 등과 연관하여 공익 또는 공적가치의 검토를 통해 특히 핵심적 공적가치의 실현이 중요한 과제임을 알 수 있다. 공익 또는 공적 가치는 공공의 개입이든 시장기전이든 성취해야할 목표이며, 이를 성취하지 못할 때, 공공실패나 시장실패가 일어난다고 정의할 수 있다.

공익, 공공성, 공적가치 등은 유사한 개념으로 사용되지만, 개념의 모호성과 자의성이 큰 용이임을 알 수 있다. 그러나 이들의 개념은 보건분야에서 핵심적 공적가치로서 건강권 또는 건강의 향상임을 알 수 있다. 따라서 보건부문에서 추구해야할 공적가치로서 모든 국민에게 건강권을 최대로 향유케하거나 모든 국민에게 최선의 건강향상을 성취하는 것이 공익 및 공적가치의 실현이라고 할 수 있다.

4.1.2.2. 공공의료와 민간의료의 분류

외국 문헌에서 공공의료와 민간의료라는 용어는 찾기 어렵다. public health라는 용어는 있지만 우리나라에서 사용되고 있는 공공의료와는 전혀 의미가 다르다. public health와 대칭되는 용어로 private health를 생각할 수 있는데, private health라는 용어는 없다. 다만 private과 연관된 단어로서 private health providers, private health institutions, private health insurance 등의 용어는 사용된다.

sultz 등(1999)[17]은 public health와 private medicine을 논의하는 과정에서 public health services와 private health serices라는 용어를 사용하고 있다. 전자는 population-based orientation, 후자는 individual-centered focus로서 public은 인구집단을 대상으로 건강증진 및 질병예방, private는 개인을 대상으로 비교적 소수의 개인을 대상으로 하는 clinical medicine으로 해석하고 있다. Kovner(1990)[18]는 보건서비스를 대인서비스(personal health care services)와 지역보건서비스(community health services)로 구분하여 개인을 대상으로 하는 대인서비스는 민간부문이, 인구를 대상으로 하는 지역보건서비스는 공공부문이 비교적 큰 부분을 차지하지만, 조합서비스(combined services)라는 많은 보건서비스(예방접종, 결핵, 성병관리, 전염병관리 등)가 있고 이들 서비스는 공공과 민간부문분에 의하여 제공된다고 하였다.

---

17) Sultz, H.A. and Young, K. R., Health Care USA, Understanding its Organization and Delivery, An Aspan Publication, 1999

18) Kovner, A. R., Health Care Delivery in the United States, Springer Publishing Company, 1990

결국 우리나라에서 사용되는 공익성을 담보하는 공공의료와 이에 대칭되는 존재로서 사익을 추구하는 민간의료라는 용어는 외국의 문헌에서 찾기 어렵다. 다만 보건부문(Health Sector)을 공공부문(public sector)과 민간부문(private sector)으로 구분하여 각 부문의 역할을 규정하고, 공공과 민간의 제휴를 추진하고 있는 사례는 많이 볼 수 있다. 여기서의 제휴는 공동의 목적을 위하여 서로 도움 또는 공동으로 일을 함이란 뜻을 갖고 있다. 따라서 보건분야에서 공공-민간의 제휴는 공동 목적(공익으로서 모든 국민의 건강권 향유, 건강의 향상)을 위하여 공동으로 일을 한다는 의미로 사용된다.

4.1. 공공보건의료의 공공성 제고[19)]

공공보건의료의 최우선 목표는 국민의 건강권을 지키는 것이다. 인간의 건강과 생명은 개개인의 경제적인 능력이나 지식의 정도 그리고 정치적 권력 등과 무관하게 인간이면 누구나 누려야 할 가장 기본적인 권리이자 존중받아야 할 가치라는 점에서 '공적(公的)'이며 우리나라의 헌법에서도 건강권을 국민의 기본권으로 명시하고 있다. 공공보건의료는 이러한 공적 가치를 보장하는 데 기여하는 것을 최우선의 목표로 삼아야 할 것이다.

또한 공공보건의료의 제공에는 어떠한 경우에도 차별이 없어야 한다. 공공보건의료기관은 성별이나 종교 및 정치적 성향 그리고 사회적·경제적인 수준에 따라 차별을 두지 않고 모든 사람이 이용할 수 있는 양질의 보건의료서비스를 제공하여야 한다. 그러나 일반적인 민간의료기관은 의료수요에 민감하게 반응하고 수요자의 경제적인 지불 능력에 따라 의료의 질적 차이를 둘 수밖에 없는 현실을 고려하면, 차별이 없는 의료서비스를 기대하려면 국가의 공공보건의료에 의존할 수밖에 없을 것이다. 그러나 우리나라의 경우는 보건의료부문의 90%가량이 시장의 원리에 따라 운영되는 일반 민간부문의 의료기관이므로 보건의료부문에서 차별이 나타나지 않을 수 없다. 따라서 앞으로 공공보건의료에 대한 지원확대를 통하여 지속적으로 강화해 나갈 필요가 있다.

국가는 국민에게 공공보건의료의 효율적·효과적 제공을 위하여 거시적인 보건의료정책을 펼쳐야 한다. 국가의 거시적인 관점이 존재하지 않는 한 지역단위, 기관단위의 공공보건의료 제공에 관한 모든 계획이 조직적으로 활용될 수는 없을 것이다. 물론 이러한 정책을 올바르게 수행하기 위해서는 지역주민들의 의견을 수렴하고 그 의견을 토대로 주민들의 요구가 최대한 반영된 보건의료정책을 펼쳐야 할 것이다.

---

19) 김재용, 보건학적측면에서 바라본 한국의료의 공공성, 한국보건사회연구원, 2001. p.2

4. 국내외 공공보건의료의 현황

4.2. 우리나라 공공보건의료의 현황[20)]

우리나라의 공공보건의료기관은 그 간의 보건소법을 전면 재정비한 지역보건법에 의한 보건소가 시·군·구 단위에 각 1개소씩 총245개소가 있으며, 보건지소는 읍·면 단위에 1개소씩 총1,270개소이고, 보건진료소는 자연부락 단위 1개소씩 총1,899개소로 이루어져 있다. 그리고 국립병원은 보건복지부 산하의 국립정신병원 등 18개소와 교육부 산하의 대학병원 11개소, 노동부 산하의 산재의료관리원 9개소, 국가보훈처 산하의 보훈병원 5개소, 법무부 산하의 정신병원 1개소로 이루어져 있고, 행정자치부 산하의 지방공사의료원 34개 의료원과 시·도립병원 28개소, 그리고 국방부 산하 군병원 22개소, 경찰청 산하 경찰병원 1개소, 과학기술부 산하 원자력 병원 1개소 등으로 총 130개소로 이루어져 있어 우리나라의 공공의료기관은 전체 의료기관 대비 8.12%로 나타나고 있다.

보건의료기관 분류		기관수		병상수	
국·공립 일반병원	국·공립종합병원	4	2.2	2,040	3.9
	국립대학병원	14	7.7%	9,786	18.5%
	지방의료원	35	19.2%	7,959	15.1%
	적십자병원	6	3.3%	1,239	2.3%
	보훈병원	5	2.7%	2,502	4.7%
	산재병원	9	4.9%	3,793	7.2%
	경찰병원	1	0.5%	500	0.9%
	군병원	20	11.0%	6,198	11.7%
국·공립 특수병원	암전문병원	2	1.1%	994	1.9%
	아동병원	1	0.5%	295	0.6%
	재활병원	2	1.1%	260	0.5%
	정신병원	18	9.9%	8,256	15.6%
	결핵병원	3	1.6%	1,373	2.6%
	한센(나)병원	1	0.5%	1,000	1.9%
	노인요양병원	43	23.6%	6,123	11.6%
	(장애인)치과병원	1	0.5%	0	0.0%
	보건의료원	17	9.3%	473	0.9%
공공병원 계		182	100%	50,751	100%

<표 5> 우리나라의 공공보건의료기관의 현황(보건복지부, 2007. 12.)

20) 강희중. 공공보건의료기관의로서 지방공사의료원의 역할에 관한 연구, 경희대학교 행정대학원 석사학위논문, 2004.6, 22p

우리나라 공공병원의 지역별 분14포는 서울에 20개소를 비롯하여 전국에 고루 분포되어 있으나, 오히려 대도시인 광역시의 경우에는 공공병원이 다른 시·도에 비하여 적은 것으로 나타났다.

총계	서울	부산	대구	인천	광주	대전	울산	경기	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	제주
130	20	5	6	5	5	5	-	17	15	5	9	5	8	9	13	3
(34)	(1)	(1)	(1)	(1)	(-)	(-)	(-)	(6)	(5)	(2)	(4)	(2)	(3)	(4)	(2)	(2)

주) 괄호내 숫자는 지방공사 의료원

<표 6> 우리나라 공공병원의 지역별 분포(보건복지부, 2003. 12.)

또한 우리나라 공공병원의 인력 중, 가장 중요한 역할을 하는 의사만을 비교해 보면 정원대비 현원이 472명이 부족한 상태이며, 지방공사의료원의 경우도 60명이나 부족하여 병원의 정원 대비 9%가 넘는 인원이 부족한 것으로 나타났다.

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

주) 괄호내 숫자는 지방공사 의료원

병원당 정원대비 9.12%의 결원율(기관당 평균 3.63명 부족)

<표 7> 우리나라 공공병원의 의료인력 현황

또한 우리나라 의료기관 중 공공부문의 비중은 다른 나라에 비해 매우 낮다. OECD Health Data 2000에 의하면 우리나라의 공공보문 병상의 비중은 9.0%에 불과해서 OECD 국가 중 공공의료가 대부분을 차지하는 유럽 등의 국가와는 비교도 되지 않고 OECD 국가 중에서 공공의료의 비중이 가장 낮은 국가에 속하는 일본의 35.8%와 미국의 33.2%의 절반에도 미치지 못하는 것으로 나타났다. 그리고 우리나라의 의료보험이 전면적으로 시행된 1980년 이후 일반 의료기관의 병상이 급격히 증가하면서 공공부부문의 병상 비율이 급격히 낮아졌다.

4.2. 국내 의료기관 방문조사 결과

기관		공공보건의료 및 공공보건의료기관의 개념 지표	공공보건의료기관의 당위적 역할 및 기능	기관별 공공보건의료역할 및 특성
공공의료기관	국립의료원	○ 국민의 건강권보장 - 시장성이 낮은 의료제공 - 정신질환·결핵 등 특수질환 - 신종·재출현 전염병 관리 - 예방보건사업 수행 - 저소득층, 노인, 장애인 등 취약계층 진료 ○ 공공보건의료기관의 개념에 대해서는 공공의료에 관한 법률 제2조의 정의에 동의함	○ 사회적 의료안전망 확보 - 취약계층이 의지하는 병원 - 수익성 없는 필수 의료 - 국가·사회적 재난 대비 ○ 양질의 의료제공 - 필수 진료과 개설 및 전문의 확보 - 고객서비스 개선을 통한 환자 만족도 제고 ○ 국민의료비 앙등의 제어판 - 낮은 수준의 진료비로 적정 의료서비스 제공 - 의료비 상승의 견제 역할	○ 북한이탈주민 의료지원 ○ 소외계층 아동검진 - 수도권내 시설아동, 학대아동, 소외계층 아동 등에게 정기검진 및 예방 접종 제공 ○ 저소득층 배뇨장애 개선사업 ○ 재소자 문신제거 ○ 소외계층 한방보건사업
	전남대학교병원	○ 모든 의료서비스는 공적 성격을 갖고 있음 ○ 공공의료와 민간의료를 구별하는 것은 오히려 공공이 갖는 비중과 가치를 손상시킬 수 있음.	○ 수익성이 없어 민간이 개입하지 않는 의료 - 취약계층의 건강 및 질환 관리 등	○ 국립대 병원의 역할 및 기능 제고 필요성 있음. ○ 생활습관을 관리하는 공공보건의료사업은 지양하고, 지역사회의 질병관리를 우선하여야 함. ○공공보건의료사업은 천편일률을 지양하고, 지역사회 건강문제의 특수성을 반영할 수 있어야 함. ○ 민간의료기관도 공공보건의료사업에 참여할 수 있는 제도가 필요함.
	목포시의료원	○ 저소득자 진료서비스 제공 ○ 당뇨, 고혈압, 관절염 등 만성질환자 관리 ○ 지역주민보건교육 및 건강증진사업 ○ 행려 환자 의료서비스 제공 ○ 신종플루 등 전염성 질환 관리	○ 공공병원과 민간병원은 엄연히 역할이 구분됨. - 새터민 진료 서비스 제공 - 모자 가정 돌봄 서비스 - 가정폭력 피해자 진료 - 지역사회의 취약계층 진료 제공 - 국가적 전염병 관리	○ 전라남도와 찾아가는 산부인과 사업 진행 ○ 시설낙후, 의료인력확보의 어려움, 재정곤란을 겪고 있음. ○ 보건소와의 업무중복 문제 발생

기관		공공보건의료 및 공공보건의료기관의 개념 지표	공공보건의료기관의 당위적 역할 및 기능	기관별 공공보건의료역할 및 특성
	서울특별시립서북병원	○ 현재 수요자 중심의 의료상황에서, 공공의료는 수요자가 원하지 않아도 지역사회나 국가에 필수적인 의료라고 볼 수 있음. - 소아 집중 치료 - 결핵과 치매 예방 ○ 모든 병원이 고부가가치 산업을 추구하는 경향 속에서, 저부가가치 의료라고 하더라도 국가와 지역사회가 필요로 하는 의료의 기능 - 결핵은 법정 전염병으로써, 국가의 관리 필요 - 대학병원의 경우 결핵은 입원이 아닌 외래통원으로 해결되고 있음.	○ 지역사회의 노인성 치매 예방 ○ 행려환자 진료 ○ 다재내성 결핵환자에 대한 무료진료 서비스 제공 ○ 공공보건의료 사업의 수행 및 평가의 결과에 대하여 인센티브와 디센티브를 줄 수 있는 제도 마련이 필요함.	○ 결핵환자에 대한 관리 : 현재 보건소와 공공에서 25% 이용, 75%는 민간의료기관을 이용하고 있음. ○ 다재내성의 경우에는 전문성 있는 의료서비스가 필요하므로 국립병원, 대학병원 등의 연계가 필요함. - 우리나라의 경우 다재내성 결핵을 다루는 지침도 없음. ○ 목포와 마산의 결핵병원은 진료비를 거의 받지 않으나, 서북병원은 일반병원과 동일한 진료비를 받고 있음.
	국립나주병원	○ 특수정신질환, 자살, 알콜중독, 청소년환자 등은 취약질환으로써 시장성이 없으므로 공공의료에서 해결하여야 함. ○ 개방병동을 시행하면서 정신질환자의 재활에 힘쓰는 것. ○ 정신질환자에 대한 사회적응 및 기술훈련	○ 정신질환 예방을 위한 지역주민 홍보, 교육, 연구 등 사업 수행 ○ 민간병원의 인권침해 사항에 대한 관리감독 기능 ○ 갈 곳 없는 환자들을 위한정신보건센터의 운영	○ 정신질환 관련 연구기관이 필요함. ○ 공공의료기관에 근무하는 의료인으로써의 자긍심고취 및 적절한 인센티브 부여가 필요함.

기관		공공보건의료 및 공공보건의료기관의 개념 지표	공공보건의료기관의 당위적 역할 및 기능	기관별 공공보건의료역할 및 특성
민간의료기관	소화아동병원	○ 소아·어린이에게 의료서비스를 제공하는 것 자체가 공공성을 가짐. ○ 아동 및 재활병원은 수익성이 없으므로 수가체계를 달리해야 할 필요가 있음. ○ 전문병원으로 지정하여 재정적 지원. ○ 건물과 인건비의 지원 ○ 아동병원으로써의 전문성 확보 ○ 아동의 경우 NICU, 아토피, 아동응급실, 소아외과 수술 등	○ NICU 즉 소아중환자실을 운영함으로써 소아중환자 케어. 그러나 수익이 나지 않는 구조 (환자 1명당 간호사 1.5명이 필요함). ○ 시장성이 없음에도 불구하고 소아의 건강과 안전을 고려 ○ 야간 및 응급 시 어린이를 진료할 수 있는 기능	○ 민간의료기관으로써 아동병원을 운영하면서 현재의 수가체계에서는 어려움을 많이 겪고 있음. ○ 수입의 99%가 급여에 의존하고 있음. 건강보험 외의 수입은 거의 없음. ○ 소화아동병원은 종합병원으로 운영되지만, 95%가 소아과이며 5%가 기타과목의 진료임. ○ 아동 병원만 운영하기에는 수익성이 없다보니 병원구조 및 경영에 한계가 있으며, 기능상의 포기가 지속되고 있음. ○ 현재 130bed와 NICU 30bed 운영중 ○ 수익금 대비 인건비 구조가 70% ○ 환자가 없어도 인력과 시설은 유지하고 있으므로, 인건비 등 기본유지비용 지원필요 ○ 현재 아동 응급실과 NICU는 적자로 인해 폐지를 고려하고 있음.
	조선대학교병원	○ 지역사회에 양질의 의료서비스 제공 ○ 수익성이 없는 의료 - 결핵, 정신병원, 재활 등 ○ 양질의 의료인력 배출을 위한 인력 교육 및 양성		○ 국립대병원과 사립대병원은 건전한 경쟁관계를 유지·지향할 수 있도록 국가의 지원 및 평가는 평등하게 적용되어야 함.

4.2. 국외 공공보건의료의 현황

4.2.3. 싱가포르

4.2.3.1. 싱가포르의 보건의료법체계[21)]

싱가포르 헌법은 우리나라 헌법 제35조와 같은 '보건에 관한 조항'을 두고 있지 않고, 또한 우리나라의 경우와는 달리 "보건의료에 관한 국민의 권리의무와 국가의 책임을 정하고 보건의료의 수요와 공급에 관한 기본적인 사항을 정하는" 일반법인 보건의료기본법도 존재하지 않으며, 보건의료에 관한 사항마다 각각 개별법을 입법하여 규율하고 있다.

싱가포르의 보건의료법체계는 그 기능에 따라 크게 1)보건의료의 조직 및 행정에 관한 법, 2)보건의료체계의 관리에 관한 법, 3)보건의료의 재원조달에 관한 법, 4)특정인구집단의 건강관리에 관한 법, 5)관리대상질병관리에 관한 법 등으로 나눌 수 있다.

4.2.3.1. 싱가포르의 보건의료전달체계 개관

싱가포르의 보건의료전달체계는 공공의료와 민간의료의 이중체계로 이루어져 있다. 공공의료는 정부에 의해서 운영되고 있고, 민간의료는 민간병원과 일반의에 의해서 공급되고 있다. 보건의료전달체계를 진료의 유형별로 나누어 살펴보면, 정부가 운영하는 외래환자 폴리클리닉과 민간개업의가 운영하는 의원에서의 제1차 진료, 공공병원과 민간병원에서의 제2차 및 제3차 특수 관리로 구성된다. 싱가포르에서 제1차 진료의 80%는 민간의료가 담당하고 있고, 나머지 20%를 공공의료가 담당하고 있다. 이와 반대로 입원이상의 치료를 담당하는 의료, 즉 2차 진료와 3차 진료의 경우에는 80%를 공공의료가 담당하고 있고, 나머지 20%는 민간의료가 담당하고 있다.

	1차 의료	2, 3차 의료
공공의료	20%	80%
민간의료	80%	20%

<표 9> 싱가포르의 공공의료와 민간의료의 비중

이와 같이 싱가포르에서는 1차 진료는 민간의료를 중심으로, 2차 이상의 의료는

21) 이세정, 싱가포르의 보건의료제도에 관한 연구, 한국법제연구원, 2006

공공의료를 중심으로 운영되는 체계를 구축하고 있고, 양자는 상호보완적 역할을 담당하고 있다고 할 수 있다. 환자는 이와 같은 이중의료전달체계 중에서 자유롭게 의료공급자를 선택할 수 있고, 어떤 민간병원이나 정부병원에서도 상담을 받을 수 있다.

4.2.3.1. 싱가포르의 공공의료체계

4.2.3.1.3. 공공병원의 구조조정

종래 싱가포르에서의 공공병원은 보건부가 소유 및 경영했었다. 직원은 보건부 소속 공무원이었고, 의료의 수준은 양호하나, 그 시설 및 경영은 비효율적이라는 일반적인 비판을 받았다. 이에 따라 싱가포르 정부는 1980년대 중반 공공병원이 보다 신속하게 환자의 필요에 대응할 수 있도록 경영에 관해서 자율성과 유연성을 높이는 것을 목적으로 공공병원을 구조조정하기로 결정했다.

이에 따라 1985년에 당시의 국립대학병원에서 구조조정이 행해졌고, 1990년부터 1992년에 이르기까지 주요 공립병원에서도 구조조정이 행해졌다. 즉 정부는 정부소유의 병원을 민간기업과 같이 운영하기 위해서 7개의 모든 급성기 치료의 병원을 독립 행정법인화했고, 6개의 전문질환센터를 공익법인으로 구조조정했으며, 이 과정에서 기업회계체계를 도입했다.

그 후 싱가포르 정부는 2000년 10월 싱가포르에서 가장 큰 공공병원인 싱가포르 종합병원을 비롯하여 그의 13개의 병원과 특수 센터를 정부가 100% 소유하고 비영리조직으로 경영하는 회사법의 지배를 받는 사회사로 법인화했다.

이와 같이 법인화된 병원들을 Health Corporation of Singapore하에서 독립된 기관으로서 독립적인 운영이 가능하게 되었다. 법인화된 병원은 이사회의 승인을 얻어서 독자적인 인사체계와 보수체계를 구축했다. 이에 따라 그 자신의 정책 및 모든 근로자들에게 일반적으로 적용할 수 있는 노동법에 따라 근로자들을 뽑고, 승진시키고, 해고할 수 있었으며, 보수의 수준을 정했다.

하지만 민간병원과는 달리 법인화된 공공병원에서 주주로서 정부는 법인의 이사회를 선임할 권리를 갖는다. 또한 구조조정된 공공병원은 재정적 원조 또는 보조금을 지급받는 환자들에게 보조의료서비스를 공급하기 위해서 매년 정부의 보조금을 받는다. 2000년에 정부는 예산에서 공공병원, 폴리클리닉 등에 보건지출의 25%에 해당하는 총7

억 US $의 직접 보조금을 지급했다. 이외에도 공공병원은 보건부의 광범위한 정부정책적 지도에 따른다.

4.2.3.1.3. 공공병원의 클러스터 체계 구축

이상에서 살펴본 공공병원의 구조조정에 이어 싱가포르 정부는 2001년 공적 보건의료전달체계인 공공병원과 폴리클리닉을 두 개의 수직적으로 통합된 전달 네트워크, 즉 서부 클러스터와 동부 클러스터로 재편했다. 서부 클러스터에서는 공고의료기관의 수직적 연합체인 국립보건그룹(National Health Group)이 운영되고 있고 이것에는 싱가포르에서 유일한 국립병원인 싱가포르 국립대학병원(National University Hospital)과 Tan Tock Seng Hospital, Alexandra Hospital, Institute of Mental Health, Johns Hopkins Singapore, National Skin Care, 9개의 폴리클리닉 등이 속해 있다. 동부 클러스터에서는 싱가포르 보건서비스(SingHealth)가 운영되고 있고, 이것에는 3개의 병원과 5개의 국립특수센터, 그리고 7개의 폴리클리닉이 속해 있다.

이와 같이 클러스터 체계로 이루어진 공공병원은 저소득층에 대한 의료제공, 의료기술과 의료요금의 기준의 제시를 그 목적으로 하기 때문에, 싱가포르 정부는 공공병원의 의료비를 구제하고자, 1999년 10월 오스트리아의 포괄수가제에 의한 모델을 싱가포르 공공병원에 도입했고, 환자는 병실 등급을 선택할 수 있는데, 이 병실 등급에 따라 정부보조금이 다르다.

병실등급	정부 보조율
Class A	0%
Class B1 (4인실)	20%
Class B2+ (5인실)	50%
Class B2 (6인실)	65%
Class C (9인실)	80%

<표 10> 싱가포르의 병실 등급별 정부 보조율

4.2.3.1. 소결

싱가포르 정부는 '정부의 보조금이 지원되고 있는 공공병원과 폴리클리닉을 통해 모든 국민이 양질의 기본 보건의료서비스를 향유하도록 보장하고 있다'고 강조하고 있다. 또한 싱가포르 보건기관의 서비스는 공공부문을 민간부문이 하지 못하는 사업을

하는 부수적 역할로 한정하지 않고, 전체 1차 의료서비스의 20% 정도는 공공부문이 담당하도록 함으로써 국가가 필요로 하는 보건사업(예방접종, 암검진, 어린이 및 노인 건강 등)의 시행을 위한 인프라를 구축하고 있다. 질적인 측면에서도 오히려 민간부문보다 나은 질을 담보하고자 전문의 진료를 포함하여 임상진료지침 개발 등을 수행하고 있어 이는 우리나라도 참고할 수 있는 시사점을 제시해주고 있다.

1985~2002년 사이 이루어진 싱가포르 공공보건의료기관의 구조조정은 싱가포르 국민에게 보다 효율적인 의료서비스를 제공하고, 재정운영의 투명성을 보장하기 위하여 상업적 회계와 재정적 책임을 도입하는 등 오래된 관료제 메커니즘과 구조를 시장 메커니즘과 구조로 대체했다. 이들 기관은 비영리 비정부기관의 성격을 가지나, 여전히 공공서비스 정신을 운영 원칙으로 하고 있고, 따라서 정부는 그 운영을 직접적으로 통제하고, 요금 및 정부보조금의 수준을 결정하고 있다. 또한 싱가포르에서는 공적 보건의료기관의 클러스터 체계 구축을 통해서 보건의료기관들 사이에서의 협력체제를 강화하고, 보다 양질의 보건의료서비스를 제공하는 것을 가능하게 하고 있다.

4.2.3. 독일

4.2.3.2. 독일의 보건의료시스템의 기본구조와 기초자료

우선 보건의료시스템이 국제적으로 발전해 온 세 가지의 기본모델(Grundmodell)이 소개할 것이다 : 국가주도형 모형(das staatliche Modell), 사회보장형 모형(das Sozialversicherungsmodell)과 시장경제형 모형(das marktwirtschaftliche Modell). [아래 표 8. 참조] 독일은 이 시스템 중에서 사회보장형 모델에 속하나 재원조달(Finanzierung)뿐만 아니라 급부제공(Leistungserbringung)에서도 아주 밀접하게 국가규제와 연동되어 있다. 그럼에도 여전히 사회보장형 모형으로 남아 있는데 그 이유는 급부에 대한 재정지원이 상당 부분 사회보험료(Sozialversicherungsbeitrag)를 통해서 이루어지며 법정건강보험은 급부제공자의 중요한 계약당사자이기 때문이다. 다음으로 독일의 보건의료시스템의 기본구조가 서술될 것이다. 사실 독일 시스템은 수많은 특수성을 보여 주는 여러 가지 부분적인 시스템으로 구성되어 있다. 그럼에도 부분시스템의 구조를 중요하게 형성하는, 일반적인 기본모형으로 인식될 수 있다.

4.2.3.2.1. 비교입법적 보건의료시스템의 기본모형

	국가 보건의료시스템	사회보장형 모델	시장경제형 보건의료시스템
재정지원	국가 (조세)	사회보장 (분담금)	사적 주체 (보험료, 추가요금, 자신지불)
급부시행	공적 (중앙정부, 지방정부, 지역, 지방자치단체)	비수익성 (자선적, 공익 지향적)	수익성 (사적)

<표 11> 보건의료시스템의 비교입법적 고전적 분류

보건의료시스템(Gesundheitssystem)은 국제적인 비교에서 규제, 급부제공 및 재원조달의 종류에 따라 세 가지 기본모델로 나뉠 수 있다.

* 국가 보건의료시스템(staatliches Gesundheitssystem)
* 사회보장형 모델(Sozialversicherungsmodell)
* 시장경제적 보건의료시스템(marktwirtschaftliches Gesundheitssystem)

현존하는 보건의료시스템을 좀더 정확하게 들여다보면 적시한 기본모델의 순수한 형태는 찾아볼 수 없다. 오히려 그보다는 대부분은 혼합형(Mischform)이다. 그러나 그 혼합형에서도 상이한 중점사항이 존재한다.

4.2.3.2.1.1. 국가 보건의료시스템

이상적인 형태에서의 국가 보건의료시스템은, 급부가 주로 국가 또는 공공기관(staatliche oder öffentliche Einrichtungen), 또는 국가 및 공공기관을 통해서만 직접 시행됨으로써 그 특징이 드러난다. 사적 급부제공은 단지 최저한의 역할(marginale Rolle)만을 수행한다. 또한 의사는 주로 국가 또는 다른 공공기관의 피고용인(Angestellte)이 될 수 있다. 순수한 국가 시스템에서의 재원조달은, 대체로 여러 지역에 대한 중앙정부의 개발계획(Planungsvorgabe)의 기초 위에서 중앙정부가 부과하는 일반적인 조세수단을 통해서 이루어진다. 급부제공과 급부수단의 지출(Verwendung der Mittel)은 직접적인 국가 과세와 통제 아래 놓이게 된다. 보건의료에서의 기관과 급부에 대하 접근(Zugang)은 일반적으로 국가 보건의료시스템에서는 모든 시민에 대하여 자유롭다.

통일전의 동독(DDR)의 보건의료는 이러한 이상적인 모델에 가까웠다. 예를 들어 현존하는 유럽 각국의 보건의료시스템에서 영국, 덴마크 및 스웨덴의 보건의료시스템은 국가 보건의료시스템으로서의 성격을 지닌다. 이상적인 모델에 가장 근접한 것은 확실히 영국의 국가보건시스템(NHS: National Health Service)이지만 또한 이 모델은 이상적인 모델에서 명확하게 동떨어진 면도 있다. 사실 국가보건시스템은 주로 중앙정부 차원에서 그리고 필요지표(Bedarfsindikator)와 보건의료 계획(Gesundheitsplan)의 기초 위에서 나누어지는 일반적인 조세수단으로 재원조달이 이루어진다. 그러나 급부활동은 많은 영역에서 사적 기관을 통해서 시행된다. 그래서 예를 들어 영국 보건의료체계에서 중요한 기능을 보유한 일반의(Allgemeinarzt)는 독일과 같이 영리활동을 하지 않는(auf eigene Rechnung) 자영업자(Selbständige)의 성격을 지니고 있다. 아울러 공공병원에 좀더 많은 법적 · 경제적 독자성을 부여하기 위하여 공공병원은 1990년대에 상대적으로 독자적인 국가보건서비스 트러스트(NHS-Trust)로 전환되었다.

4.2.3.2.1.1. 사회보장형 모델

사회보장형 모델은 사실 국가가 규제를 수용함으로써 그 특징이 두드러진다. 그러나 재원조달은 주로 사회보험료를 통해 이루어진다. 사회보장급부(Versicherungsleistung)는 공적 기관뿐만 아니라 사적 기관을 통해서도 시행된다. 일반적인 비교입법적인 예에 비추어 봤을 때 사적 급부제공자(privater Leistungserbringer)에는 자선 및 공익 단체(die karitativen und freigemeinnützigen Anbieter)도 포함된다. 피보험자(Versicherte)의 급부를 보장하기 위해서 건강보험은 급부제공자와의 급부계약을 체결하여 제공된 급부를 위한 비용(Vergütung)을 급부제공자에게 지불한다. 독일의 경우 외에도 사회보장형 모형에는 특히 네덜란드와 프랑스가 속한다.

4.2.3.2.1.1. 시장경제적 보건의료시스템

시장경제적 보건의료시스템에서 국가는 아주 일반적인 기본체계의 가이드라인에 전형적으로 제한되어 질병의 위험(Krankheitsrisiko)에 대한 사회적 보장은 개인과 수요와 공급의 자유로운 활동(freies Spiel von Angebot und Nachfrage)에 맡기게 된다. 급부제공은 무엇보다도 사적 공급자의 손에 놓이게 되고 급부의 재정은 주로 사적 건강보험에 대한 부담금(Beitrag)과 자기지불비용(Selbstzahlungen)으로 충당된다. 미국의 보건의료는 확실히 이러한 모델에 근접해 있다. 그러나 또한 미국에서도 전형

적인 모델과는 다른 특징이 발견된다. 전체 인구의 많은 부분이 충분한 사적 건강보장을 위한 보험료(Prämie)를 지불하지 못하기 때문에[22] 미 연방정부는 오랜 기간 동안 노약자(Arme)와 저소득층(Bedürftige)에 대한 개별적 보장시스템의 재원조달을 위하여 상당한 조세수단(Steuermittel)을 동원해야만 한다[23]. 그래서 시장경제적 모형에 초점이 명확하게 맞춰져 있음에도 미국의 보건의료시스템은 예를 들어 1990년 중반에 3분의 1 이상이 일반적인 조세수입으로 재원조달되었다는 사실이 설명될 수 있다. 그럼에도 수십년 동안 4천만 명 이상이 충분한 건강보험의 혜택을 받지 못하였다. 급부제공은 영리 기관(For-Profit-Organisation)뿐만 아니라 상당한 부분은 비영리 기관(Not-For-Profit-Organisation)을 통해서 이루어진다. 그러나 보험시장이 아주 많이 사보험 회사에 의해 형성되므로 이상과 같은 사실에도 전체적으로는 시장경제적 보건의료시스템으로 분류될 수 있다.

요약해서 말하자면, 현재의 논의에서 국가시스템으로 분류되는 보건의료시스템은 주로 일반적인 조세수입을 통한 재원조달과 급부제공에서의 평균 이상을 차지하는 공공기관의 비율을 그 특징으로 한다고 규정지을 수 있다. 사회보장형 모델은 주로 사회보험료로 재원이 조달되며 급부제공은 대부분 자선 및 사적 단체와 급부제공자를 통해 이루어진다는 점이 특징적이다. 제한된 국가규제와 사적 재원조달의 과도한 기여가 있을 때에는 시장경제적인 보건의료시스템으로 분류된다.

4.2.3.2.1. 독일 보건의료시스템의 기본특징

이하에서는 우선 독일 보건의료시스템의 기본적인 특징이 세 가지 영역 -규제, 재원조달과 급부제공- 과 관련하여 기술된다. 이와 관련하여 규제, 재원조달 및 급부제공의 상호작용에서 의료시스템이 파생되는 것처럼 보건의료시스템의 기본구조가 상술된다.

4.2.3.2.1.2. 규제

독일 보건의료시스템에서의 국가규제의 기본적인 철학은 다음과 같이 기술될 수 있다: 국가는 보건의료시스템의 규제에 대한 최상의 최종적인 결정권자(Instanz)이지만 그의 역할은 주로 일반적인 구조체계의 설정(Rahmensetzung)에 제한된다. 급부시스템의 좀더 자세하고 구체적인 모습은 대체로 비용부담자(Kostenträger)와 급부제

22) 이와 관련된 논의가 최근에 버락 오바마 대통령이 주도하는 건강보험 개혁이다.
23) 미국에서는 주로 각 주가 재정지원하는 메디케이드 프로그램이 있다.

공자(Leistungserbringer)간의 타협의 결과에 달려 있다. 그러므로 법인(Körperschaft)[24] 과 단체(Verband)[25]는 특별한 의의를 가진다. 그럼에도 국가는, 특히 결사체가 하나의 의견을 도출하지 못하거나 합의된 결과가 입법자의 지침에 부합하지 않는 경우에, 자신이 행사하는 최종결정권(die Letztentscheidung)을 보유한다.

국가규제의 범위는 다른 나라와 비교해 볼 때, 상대적으로 넓은 편이다. 공공건강보험의 급부와 가장 중요한 보건의료의 비용시스템은 아주 자세하게 규정되어 있다. 계약의의 수요에 대한 계획(die vertragsärztliche Bedarfsplanung)과 적정분포(Niederlassung), 공공병원 계획에 관한 전국적인 효력을 가지는 법률이 존재함으로써 특히 중요한 영역의 급부구조의 발전을 독려 · 조정하려는 시도가 있었다. 그러나 이러한 영역에서의 국가규제(staatliche Steuerung)에는 특히 직업선택의 자유(das Grundrecht auf freie Berufswahl)와 재산권의 기본법적 보호(der grundgesetzliche Schutz des Eigentums)를 통한 헌법적 한계가 설정된다. 국가는 어떠한 시민과 급부제공자에게도 보건의료에서 특정 장소에서 특정 형태의 직업활동을 강요할 수 없다. 그리하여 예컨대 공적건강보험의 피보험자의 진료(Behandlung)를 위한 허가가 보장되거나 거부됨으로써 또는 허가된 병원이 공적인 투자촉진을 보유함으로써 국가규제는 본질적으로 경제적 동기부여의 설정으로만 제한된다.

국가규제의 강도는 기본법의 사회국가명령(das Sozialstaatsgebot)과 아주 밀접한 관계를 가진다. 사실 국가는 보편적인 인식에 의하면 자신에 의하여 보장되는 생존배려의 차원에서 모든 급부를 스스로 제공할 의무를 지니지 않는다. 그러나 질병발생시 법의 형성(Ausgestaltung)을 통해 시민의 충분한 사회보장과 급부(Versorgung)를 위한 조건을 창설할 의무는 지닌다.

그러나 독일에서의 국가는 통일된 의지를 가진 유일한 행위자(Akteur)가 아니라 여러 형태로 나뉘어진다. 그러므로 규제의 과제는 다양한 국가 차원과 연구기관으로 할당되어 있다. 가장 중요한 차이는 기본법 제20조와 제28조에서 규정된, 연방국가의 기본적인 조직원칙(Organisationsprinzip)에서부터 나온다. 국가권력은 연방과 주간의 수직적

24) 법인격을 가진 단체(법인)는 인적 구성에 기초하면서도 존속에서는 인적 구성과는 독립적인 결사체를 말한다. 일반적으로 단체는 법인격을 가지나 상위에 위치하는 법인의 일부분이 될 수 있다. 법률형식으로서의 단체는 법인이며 그것의 실체는 개별적인 자연인 또는 법인으로 구성된다.

25) 단체는 개인(자연인) 또는 모든 종류의 법인격을 가진 단체(법인)의 그룹을 말한다. 이 그룹은 공동의 목적의 추구를 위하여 자유로이 결정하고 대부분 법규에 기초한, 확고한 내부의 조직구조를 갖추고 있다. 공동 목적 또는 가치의 도달을 위하여 단체는 개별 회원의 이익을 규합하며 아울러 사회적 이익집단의 성격을 지닌다. 이것은 모든 사회 각 영역에서 존재하며 활동한다.

권력분립(vertikale Gewaltenteilung)의 구조 내에서 분할된다. 입법권(Gesetzgebungskompetenz)은 따라서 연방의 독점적 입법(ausschließliche Gesetzgebung)(기본법 제71조, 제73조), 경합적 입법(konkurriende Gesetzgebung)(기본법 제72조, 제74조, 제74a조[26]) 그리고 연방의 구조입법(Rahmengesetzgebung)(기본법 제75조[27])으로 나뉘게 된다. 연방만이 규율할 수 있는 연방의 독점적 입법의 대상은 예를 들어 국방, 국적문제, 이민귀화(Einwanderung), 통화(Währung), 관세(Zoll) 또는 우편이다. 경합적 입법의 영역에서는 연방과 주가 입법권한을 가진다. 그러나 주는 장기간만 그리고 광범위하게 행사하므로 연방은 자신의 입법권을 행사하지 않는다[28].(기본법 제72조) 경합적 입법의 대상에는 1969년 이래로 병원 재정지원(기본법 제74조 제19a호)도 포함된다. 연방의 구조입법의 영역에서 연방은 주의 입법에 대하여 구속력이 있는 구조규칙(Rahmenvorschrift)을 제정할 권한을 가진다. 구조입법의 대상은 예를 들어 공공서비스권(das öffentliche Dienstrecht), 고등교육 사항(Hochschulwesen) 또는 자연보호이다.

주는 연방참사원(Bundesrat)[29]을 통해서 연방의 입법에 참가한다. 이것은 주정부의 대표자(Vertreter)에 의해 구성되는 양원제적 방식(eine Art zweiten Kammer)이다. 연방참사원에의 참여권은 그러나 차등적으로 효력이 발생된다. 이른바 항변법률(Einspruchsgesetz)에서 연방참사원은 연방의회(Bundestag)에서 의결한 법률의 효력발생을 자신의 이의(Einspruch)로 단지 연기할 수 있으나 방해하지는 못한다. 이에 반해 동의법률(Zustimmungsgesetz)은 효력발생의 요건으로 연방의회의 다수의 명백한 동의를 필요로 한다. 이러한 의미에서, 보건의료입법(Gesundheitsgesetzgebung)의 일부분이 동의를 요건으로 하고 과거에 연방의회와 연방참사원간의 차이가 여러 번 법률안(Gesetzvorlage)의 변경 또는 개혁의 실패를 초래하였을 때에는, 연방과 주간의 이러한 수직적 권력분립은 독일의 보건의료시스템에 대하여 특별한 의미를 지닌다. 연방이 자신의 입법권한을 행사하지 않거나 연방법률(Bundesgesetz)이 주에게 명백하게 입법권을 부여한 경우에는 주는 자신의 고유한 입법권의 범위 내에서 개별 영역을 규율한다. 여기서 무엇보다도 관련 연방법률의 구현(Umsetzung)과 구체화를 위해 요구되는 주병원법(Landeskrankenhausgesetz)과 주요양법(Landespflegegesetz)이 거론될 수 있다.

---

26) 제74a조는 현재 삭제된 조항이다.
27) 제75조는 현재 삭제된 조항이다.
28) 기본법 제72조 제1항에 의하면 연방이 자신의 입법관할권을 법률을 통해 행사하지 않는 한도에서는 주가 경합적 입법권의 영역에서는 입법권을 행사할 수 있다고 한다.
29) 독일 의회가 우리나라에는 양원제로 소개되고 있으나 엄격히 말하면 독일 의회는 미국, 스위스, 오스트리아와 같은 전통적인 의미의 양원제가 아니기 때문에(*Konrad Hesse*, Grundzüge des Verfassungsrechts der Bundesrepublik Deutschland, 20. Aufl., Müller, Heidelberg, 1999, S. 260, Rn. 612) 흔히 상원으로 소개되는 Bundesrat는 연방참사원으로 번역하기로 한다. 이에 대하여 자세한 사항은 허영, 「헌법이론과 헌법」(서울:박영사, 2000), 905-6면 참조하라

또한 국가 행정의 과제와 관할(Zuständigkeit)은 연방과 주간에 분할된다. 보건의료에서의 연방의 최상급 행정청은 연방보건부이다. 보건의료 영역을 관할하는 행정청의 주요 업무는 법률초안(Gesetzentwurf), 보건의료 및 하급 행정청 감독을 위한 연방의 법규명령(Rechtsverordnung)과 행정규칙(Verwaltungsvorschrift)의 준비(Vorbereitung)와 작성(Erarbeitung)이다.

기본법에 의해 위임된 관할권에 따라 연방은 연방보건부의 소관영역(Geschäftsbereich)에 속하는, 일련의 기관(Institut)과 연방행정청(Bundesamt)을 관할한다[30].

제도화된 정책자문(Politikberatung)을 위하여 연방보건부는 보건의료에서의 발전 및 평가를 위한 전문가회의(Sachverständigenrat)를 소집한다. 전문가회의는 2년마다 보건의료공급의 발전을 위한 보고서(Gutachten)를 발간한다. 정기보고서 외에도 개별 주제에 대한 특별보고서도 발표될 수 있다.

주행정청은 특히 연방 및 주법률의 시행을 감독해야만 하며, 또한 법률상 주에 위임된 과제의 범위 내에서의 독자적인 기능을 수행해야만 한다. 일반적으로 주의 최상급 행정청은 각각의 사회부 또는 건강부(Sozial- oder Gesundheitsministerium), 관할 평의회(Senatsbehörde)이다. 주건강청(Landesgesundheitsämter)과 보건의료 영역의 다른 주기관(Landesbehörde)은 최상급 행정청의 아래에 위치한다. 관할 주기관은 기초지방자치단체(Gemeinde)[31]의 건강청, 특히 주가 직접 관할하는 건강보험공단과 요양공단(Pflegekassen) 그리고 각각의 주보험의사 및 치과의사 연합회(Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Vereinigung des Landes)에 대한 전문감독(Fachaufsicht)을 실시한다. 병원지원 부분에서의 중요한 과제는 병원계획과 병원계획에 포함된 병원을 위한 투자촉진프로그램의 입안(Aufstellung)과 지속적인 시행(Fortschreibung)이다. 연방과는 달리 주는 또한 보건의료의 공급기관(Versorgungseinrichtung)으로서의 지위를 가진다. 독자적인 행정주체로서의 지위로 주는 일반적으로 대학병원과 주립 정신병원을 가진다.

30) 이에 대하여 자세한 사항은 아래 Ⅱ 1 1)을 참조할 것

31) 국가의 공공행정 수행에서 가장 작은 단위의 공간적 · 행정적인, 그래서 지역정치적인 실체를 드러내는 지역사단을 기초자치단체, 정치적 기초자치단체 또는 공동체로써 표시한다. 기초자치단체의 행정은 기초자치단체의 모든 기관, 관공서, 행정청의 총합이다.

기초지방자치단체와 광역자유도시(kreisfreie Stadt)[32]는 국가의 일부가 아니라 이것과는 상대적으로 독립된, 기본법에 의해 보장되는 지방자치행정에 관한 권한을 가진 지역사단(Gebietskörperschaft)[33]이다. 그러므로 이들에게는 국가의 규제권한이 부여되지 않고 본질적으로 지방건강청이 시행하는 법령 준수(Einhaltung von Rechtsvorschriften)에 대한 감독과제만 부과된다. 건강청의 과제에는 특히 보건의료직과 기관, 생필품과 의약품의 유통, 전염병의 예방과 처치에 대한 감독과 건강교육, 건강상담이 속한다. 그러나 전체적으로 지방자치단체(Kommune)의 과제의 중점은 급부제공의 영역에 있다. 지방자치단체는 병원운영의 주체(Träger)이며 아주 작은 범위에서도 또한 요양소(Pflegeheim)와 원호거주시설(Sozialstation)의 운영의 주체이기도 하다.

독일의 보건의료시스템에서 단체(Verbände)에 전통적으로 의미 있는 역할이 부여된다. 단체는 한편으로는 회원의 이익을 대변하는 조직이고 다른 한편으로는 또한 국가규제의 목적을 위해 기능한다. 이러한 서비스 기능적 속성은 건강보험공단과 보험의사 연합회에서는 단체의 원초적이며 법률로 규정된 과제의 한 부분이다. 이런 조직에서는 공법상 법인(Körperschaft des öffentlichen Rechts)과 간접적이며 위탁된 국가행정이 중요하다. 우선적으로 단체는 법률을 통해서 위탁된 과제를 수행해야만 한다. 과제는 단지 간접적인 국가행정이지만 그것은 국가행정에 대하여 일정 정도는 자율을 누리는데, 이것은 특히 단체의 정책적 활동에 대하여 의의를 가지며 또한 효용성이 있다. 예를 들어 사적 회합(Verein)으로 조직된 병원연합회나 법인처럼 다른 단체에 규제기능이 부여되면 이것은 대체로 단체의 동의로 발생한다. 타협파트너(Verhandlungspartner)로서의 단체의 의의나 권한은 이를 통해서 강화된다. 법인과는 달리 대체로 회합으로 조직된 단체는 자신의 회원에 대한 감독기능과 제재권한을 갖지 않는다.

국가행정이 공법상 법인과 사법상 단체로 과제가 위임됨으로써 얻는 주된 장점은 확실히 이러한 의무에서부터 국가가 벗어나는 것이다. 이에 상응하는 인적 · 물적 기반(Kapazität)은 조세로 충당되는 것이 아니라 수임자인 법인과 단체에 의해서 유지되며 개개의 회비(Mitgliedsbeiträge)와 급부제공자의 지불비용으로 충당된다. 이에 대한 반대작용으로 수임자인 법인과 단체는 보건의료시스템과 입법과정에 대한 영향력을 행사한다. 그러나 또한 이것은 문제점으로 지적되는데 그 이유는 독일의 단체는 보

32) 광역자유도시는 지방자치 차원에서 주와 독립된 지역사단이다. 자치단체와 주의 독자적이고 위임된 업무 외에도 국가의 이름으로 독자적인 관할권을 가지고 하급 국가행정청의 과제를 수행한다.

33) 지방자치단체는 주민에 의하여 선출된 기관으로 하여금 주민의 복지를 실현하기 위하여 조직된 지역적인 공법상 사단법인으로 정의될 수 있다. 이러한 개념이 지역사단이다. 이 용어는 1893년 기르케(Otto von Gierke)가 “공동체법(Genossenschaftsrecht)"에서 처음 사용한 것이라 한다.

건정책적 결정에 대하여 상대적으로 강한 영향력을 가지기 때문이다.

독일의 보건의료시스템의 규제구조의 또 다른 중요한 구성요소는 이른바 공동자치행정(gemeinsame Selbstverwaltung)[34]이다. 공동자치행정에서는 건강보험공단과 급부제공자의 대표자가 공동으로 급부제공과 지불비용의 주요 의제를 논의하고 결정한다. 합의에 이르지 못한 경우의 분쟁조정절차(Verfahren der Konfliktregulierung)와 마찬가지로 공동자치행정과 同數의 인적 구성은 보건의료의 여러 분야에서 법률로 규정되고 있다. 예컨대 비입원적 의료처치(die ambulante ärztliche Versorgung)의 경우에 주와 연방 차원의 많은 협의체가 규정되어 있는데 그 중에서도 계약의사(Vertragsarzt)의 허가 여부에 대하여 결정권을 가지는 주정부 차원의 허가위원회(Zulassungsausschuss)가 있다.

공동자치행정의 가장 중요한 협의체는 연방공동위원회(G-BA: der Gemeinsame Bundesausschuss)이다. 이 위원회는 법정건강보험의 급부목록의 구체화와 형성에 관한 원칙적 결정(Grundsatzentscheidung)을 내리며 급여(Versorgung)의 개별 항목에 대한 권고를 결정한다. 위원회의 결정은 건강보험공단과 급부제공자와 법정건강보험의 피보험자를 구속한다. 연방공동위원회는 급부제공자와 건강보험공단의 대표자, 중립적인 위원장과 2인의 중립적인 위원으로 구성된다. 2004년부터 승인된 환자연합기구(Patientenorganisation)의 대표자도 이에 속한다. 그러나 자문적 표결권(beratende Stimme)과 신청권만 가진다. 법정건강보험의경쟁력강화를위한법률(GKV-WSG; Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung)에 연방공동위원회의 구조조정이 도입되었다.(사회법전 제5권 제91조) 2008년 7월 1일부터 의결소위원회(Beschlussgremium)의 회의는 공개되며 공동위원회의 구성에 변화가 있었다. 의결소위원회는 그때부터 중립적인 위원장, 2인의 중립적인 위원, 자신이 속한 단체에 구속되지 않는 각각 급부제공자와 건강보험공단을 대표하는 5인으로 구성된다. 중립위원은 상근위원이어야 하며 단체의 대표자는 명예직이다. 명예직인 환자연합회의 대표자의 참가는 변함이 없다. 공동위원회에 대한 감독권은 연방보건부가 가진다.

2004년의 공동위원회는 자신의 지원을 위하여 법률상 위임으로 보건의료에서의 질과 경제성을 위한 연구소(IQWiG; Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen)를 창설하였다.(사회법전 제5권 제139a조) 이 연구소는 진단 및 치

34) 법정건강보험은 계약의사, 건강보험공단 및 병원이 공동으로 운영한다. 이러한 공동자치행정의 협의체에는 무엇보다도 사회법전 제5권 제91조에 의한 연방공동위원회, 평가위원회, 허가위원화, 중재원과 경제성 심사를 담당하는 회계심사위원회가 있다.

료시술의 효용(Nutzen), 질과 경제성 문제에 대한 학술조사(wissenschaftliche Recherche), 감정서와 진술서를 발간하는 전문적으로 독립된 학술연구소이다. 특정한 시술절차 또는 현재 국제적인 연구대상이 되고 있는 의약품에 대하여 의견을 개진하거나 국제표준에 따라 시험 사용하여 평가함으로써 연구소의 업무를 통해 공동위원회의 결정을 보완한다.

건강보험공단과 급부제공자의 대표자가 공동자치행정의 소위원회에서 또는 계약협의절차에서 합의를 이루지 못한 경우에는 일반적으로 중립적으로 구성된 중재원(Schiedsstelle)의 설치(Einschaltung)를 규정할 수 있다. (그러나 이것은 공동위원회에는 적용되지 않는다.) 중재소(Schiedsämter)나 중재원은 대체로 건강보험공단과 급부제공자의 대표자가 동수인 경우 외에도 다수의 중립위원과 중립적인 위원장으로 구성되어 단수 다수결(einfache Mehrheit)로 결정을 내리므로 중재소나 중재원도 또한 결정능력이 있다. 중재원의 중재(Spruch)로 견해의 다양성이 해소되지 않은 경우에는 사회법원이나 행정법원(Sozial- oder Verwaltungsgericht)에 소송을 제기할 두 가지 가능성이 존재한다. 이러한 해결책 발견과 분쟁조정의 여러 단계의 절차는 독일 보건의료, 특히 법규범 설정과 분쟁조정 과제를 담당하는 국가에서는 전형적인 특징이다.

4.2.3.2.1.2. 재원조달

독일의 보건의료시스템은 주로 사회보험료를 통해 재정적으로 충당된다. 2004년도의 재정지출액의 약 ⅔가 사회보장의 여러 분야에 할당되었으며 그 중에서 가장 커다란 부분은 지출액의 약 57%가 법정건강보험에서 충당되었다. 총지출액에서 사회보장 부분이 1992년에 66.7%에서 2000년에는 69.6%로 증가한 것은 법정요양보험(die gesetzliche Pflegeversicherung)의 도입에서 그 주된 원인을 찾을 수 있다. 요양보험의 도입은 건강보험공단의 업무경감에 영향을 미쳤고 전체적으로는 비용의 상승, 특히 비입원요양(die ambulante Pflege)에 대한 비용상승을 확실히 초래하였다. 법정건강보험은 사회요양보험의 도입으로, 요양보험 도입을 기대하며 1991년부터 건강보험공단의 급부활동(Krankenkassenleistung)으로서 보장된 필수적 요양급여(Schwerpflegebedürftigkeit)에서 벗어나게 되었다. 요양보험의 도입으로 이러한 급부는 요양보험의 급부목록을 개시하였다.

	1991	1995	2000	2005 (잠정)	2006	1991-2006의 변화율(%)
전체 사회보장예산 (단위: 백만 유로)	427.6	562.5	645.4	700.2	700.2	63.8
일반적 시스템	전체 사회보장에서의 비율(%)					
연금보험	29.9	31.0	31.9	32.4	32.5	8.7
건강보험	20.8	20.5	19.4	19.2	19.9	-4.3
요양보험		0.9	204	2.4	2.4	166.7
사고보험	1.7	1.7	1.6	1.5	1.5	-11.8
근로촉진	10.0	11.0	9.5	11.9	11.3	13.0
특별 시스템	0.8	0.8	0.8	0.9	0.9	12.5
공공서비스의 급부시스템	7.7	7.0	7.1	7.1	6.8	-11.7
사용자의 급부시스템	10.5	9.0	8.2	7.6	7.7	-26.7
보상시스템	2.0	1.6	1.0	0.6	0.6	-70.0
촉진 및 생존배려시스템	10.6	10.4	7.8	6.6	6.6	-37.7
간접 급부	6.1	6.2	10.2	9.8	9.8	60.7

<표 12> 1991년부터 2006년 사이의 기관별 사회보장 예산[1)]

	1992	1995	2000	2007
총지출액(단위:백만 유로)	157,584	186,474	212,335	252,751
총지출액에서의 비율(%)				
공공예산	11.2	10.7	6.4	5.2
사회보장	66.7	67.3	69.6	67.8
법정건강보험	62.6	60.3	58.4	57.5
사회요양보험	0.0	2.8	7.9	7.3
법정연금보험	2.2	2.3	1.6	1.5
법정사고보험	1.8	1.8	1.7	1.6
민간 건강보험과 요양보험	7.4	7.7	8.3	9.3
사용자	4.4	4.2	4.1	4.2
민간예산	10.3	10.2	11.6	13.5

<표 13> 독일 보건의료시스템의 재원조달 및 재원조달자의 총지출에서의 비율[1)]

사회보험이 차지하는 부분에 비하여 공공예산의 재원조달 비율은 확실히 적다. 비록 약간의 하향 추세를 보였지만(1970년에는 약 14%, 1990년에는 약 13%) 또한 구 서독에서도 공공예산의 비율은 수십년 동안 동일한 수준을 유지하였다. 독일의 보건의료시스템에서의 조세를 통한 재원조달은 유럽연합(EU)의 평균 수준에 못 미치고 있으며, 특히 사회보장의 하위 계층에 대하여 최저보장(Mindestversorgung)을 가능하기 위하여, 조세수입의 ⅓로 보건의료시스템을 운영해야만 하는 미국보다도 못 미치는 수준이다. 1995년부터 공공예산의 기여분이 감소하는 것 또한, 이른바 "요양을 위한 부조(Hilfe zur Pflege)"인 사회부조급부(Sozialhilfeleistung)를 위한 지출에서 사회원호시행자(Sozialhilfeträger)에게 상당한 업무를 경감케 하는 요양보험의 도입에 그 원인이 있다고 할 수 있다.

법정연금보험(die gesetzliche Rentenversicherung)[35]이 재원조달에서 차지하는 부분이 감소한 것은 무엇보다도 1996년과 1997년의 이른바 "보건의료개혁의 3단계(Dritte Stufe der Gesundheitsreform)"를 통한 재활 영역의 상당한 축소에 기인한다.

1990년대 중반 이래 추가요금이 여러 번 증가하여 사경제 부문의 비율이 본질적으로 증가하게 되었는데 이는 명백하게 인식할 수 있는 것이었다. 여기서 적록연정(die rot-grüne Bundesregierung)[36]이 결정한 '보건의료개혁 2000'은 다시 한번 피보험자에게 재정부담을 눈에 띌 정도로 전가한 것이었다.

요양원(Heim)에서의 전일제 입원요양(die vollstationäre Pflege)의 비용을 공공예산이 부담하지 않고 추가요금이 확실하게 증액됨으로써 최근 15년간의 재원조달자(Finanzierungsträger)의 순위가 바뀌었다. 1990년대 초에는 공공예산이 두 번째로 중요한 재원조달자이었으나 그 이후로는 민간예산이 그렇게 되었다. 세 번째 재원조달자로 민간건강보험(PKV; die private Krankenversicherung)이 위치하며 공공예산이 처음으로 네 번째에 위치하게 된다. 이 경우 민간건강보험에서의 지출증가는 건강보험 가입자수의 증가보다는 급여확대(Leistungsausweitung)와 비입원치료에서의 비용증가(Honorarerhöhung)에 기인하는 바가 크다. 수많은 개업의(niedergelassene Ärtze)들이 법정건강보험 가입환자에서의 소득상실(Einkommenseinbuße)을 확실히 민간보험환자

35) 사회법전 제6권이 법정연금보험에 관한 것이다.

36) 적록연정은 사회민주당과 녹색당간의 연정을 말한다. 사회민주당의 당기의 색깔이 적색이고 녹색당의 상징이 녹색인 데서 유래한 것이다. 구체적으로는 1998년부터 2005년까지 사민당의 게르하르트 슈뢰더(Gerhard Schröder)를 총리로 한 연방정부의 연정을 말한다.

의 치료에서 상쇄한다.

다양한 재원조달자의 높은 기여도는 법률상 규정된 재원조달 책임(Finanzierungszuständigkeit)과 특정 수단의 이용을 위한 지침과 밀접한 관련을 가진다. 공공예산의 일반적 조세로부터 무엇보다도 이하의 항목들이 재원으로 조달된다:

- 보건의료영역을 관할하는 공공행정의 비용(행정부, 행정청)
- 공공 보건의료서비스의 비용(예: 건강청과 국책 연구소)
- 보건의료기관에 대한 투자촉진, 이것은 법률상 규정된 경우에 한한다.(예: 병원신축, 허가된 비입원요양서비스(zugelassene ambulante Pflegedienste), 원호거주시설, 요양소)
- 사회부조수급자(Sozialhilfeempfänger)의 의료 및 요양처치(medizinisch-pflegerische Versorgung)의 비용("요양을 위한 부조", 의료처치비용, 사회부조수급자를 위한 보험료)
- 의사에 대한 교육비용(의과대학 교수진)

법정건강보험료와 민간건강보험료 그리고 요양보험료로 우선적으로 급부제공자의 비용지불, 피보험자에 대한 의약품, 치료기구 및 치료보조기구와 현금급여(Geldleistung)의 재원이 조달된다. 따라서 공공예산이 국가 감독의 재정과 보건의료시스템의 기본적인 인프라 구축에 일차적으로 책임이 있는 반면에 건강보험의 과제는 무엇보다도 피보험자를 위한 직접적 급부배려(Versorgungsleistung)의 재원조달이 우선적이다.

법정연금보험의 기여부분은 무엇보다도 입원재활 영역에서의 처치(Maßnahme)에 대한 재원조달 책임에서 나온다. 법정사고보험(die gesetzliche Unfallversicherung)[37]은 근로사고에서의 처치비용의 재원조달에 대한 책임이 있다. 총지출액에서의 그것의 기여부분은 수년 동안 지속적이다.

민간예산의 재원조달에의 기여부분은 우선 추가요금의 총액과 건강에 대해 지불하는 추가적인 민간지출, 예를 들어 복용할 의무가 없는 의약품(nicht rezeptpflichtige Arzneimittel) 또는 추가적인 건강보험에서 재정지원되지 않는 보건의료서비스에서 나온다.

37) 사회법전 제7권이 법정사고보험에 관한 것이다.

4.2.3.2.1.2. 급부제공

급부제공은 독일 보건의료시스템에서 공공기관, 자선기관과 민간기관을 통해서 시행된다. 제공주체의 다양성을 유지하고 특히 자선 및 민간기관을 장려하는 것은 국가행정의 여러 법률에 규정되어 있다. 그래서 예를 들어 병원부문과 비입원요양과 입원요양에 관한 규정이 그것이다.(병원의경제적보호와병원요양원칙의입법을위한법률(KHG; Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze) 제1조 제2항과 사회법전 제11권[38] 제72조 제3항을 참조하라)

연방, 주, 기초지방자치단체(Gemeinde) 및 재활 또한 법정사고보험의 부분적인 영역에서는 독자적인 급부기관(Versicherungseinrichtungen)으로 기능하는 사회보험기구(Sozialversicherungen)가 급부의 공적 주체로서의 자격을 가진다. 연방은 연방국군통합병원(Bundeswehrkrankenhäuser) 외에 어떠한 치료급부의 기관 또는 요양시설을 운영하지 않는다. 이에 반해 주는 대학병원과 주립정신병원을 운영한다. 대학병원이 우선적으로 최대한의 복지 급부를 제공하기 때문에 공공급부(öffentliche Trägerschaft)에서 중심적인 급부영역을 차지한다. 약 30개의 대학병원은 사실 전체 병원의 2%밖에 지나지 않지만 전체 병상(Bettenangebot)의 약 8%를 차지한다. 기초지방자치단체는 자신의 기관에서는 특히 입원 급부서비스(stationäre Krankenversorgung)의 제공을, 제한된 범위에서는 비입원 및 입원요양 서비스를 제공한다. 공공병원의 주된 부분은 기초지방자치단체, 시 또는 광역지방자치단체(Kreis)[39]의 급부제공능력에 존재한다. 공공병원은 2007년에 전체 병상의 약 50%를 담당하였다. 비입원요양에서의 기초지방자치단체의 급부제공은 지난 몇 년간 눈에 띄게 감소하였다. 2007년에 비입원요양기관의 약 1.5%만이 지방자치단체의 급부영역에 속하였다. 또한 공공급부에서의 요양소의 비율도 수년 동안 감소하였고 2007년도에는 모든 입원요양기관의 약 6%에 지나지 않았다.

독일의 병원서비스와 요양에서의 본질적이고 기초적인 역할은 전통적으로 비영리 자선기관(freigemeinnützige Träger)이 맡아 왔다. 자선기관은 특히 병원, 사회원호시설, 요양소를 운영하고 있다. 교회단체나 복지연합단체(Wohlfahrtsverbände) 그리고 비영리법인(gemeinnützige Stiftung)도 자선단체로서의 성격을 지닌다. 자선기관 아래

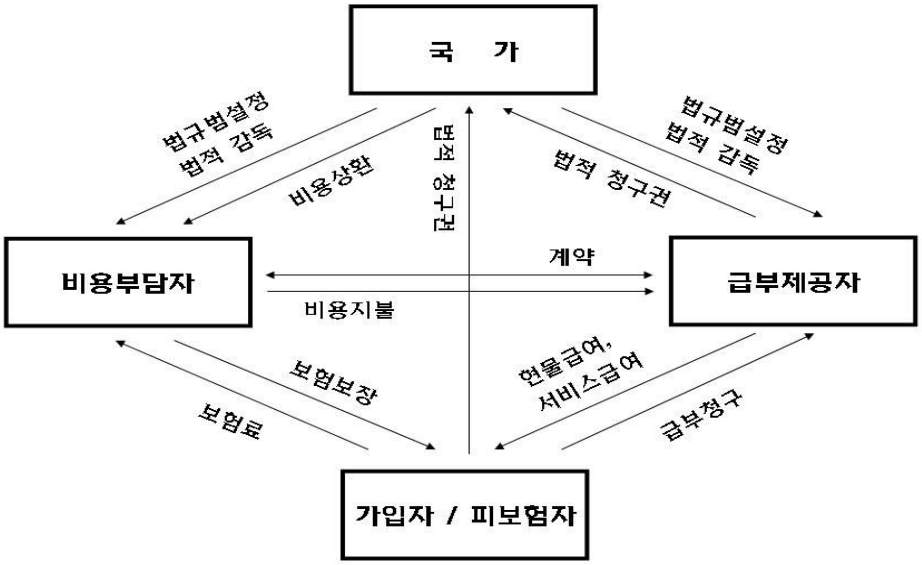
38) 사회법전 제11권은 사회요양보험(Soziale Pflegeversicherung)에 관한 것이다.
39) 지방자치법으로 번역되는 독일어의 Kommunalrecht는 Gemeinde와 Kreise에 관한 법이다. 독일의 경우 기초지방자치단체인 Gemeinde와 광역지방자치단체인 Kreis로 구분되고 Kreis에 속하지 않는 도시, 즉 광역자유도시인 kreisfreie Stadt가 있다. 앞의 각주 8번과 9번을 참조할 것

에는 우선적으로 교회단체가 특별한 보호를 받고 있는데 그 이유는 기본법 제4조에서 보장된 종교의 자유(Religionsfreiheit)가 비영리적 활동(die karitative Tätigkeit)과 특히 교회에서 운영하는 병원요양시설(Krankenpflege)을 포섭하기 때문이다. 비영리적 병원의 비율은 2007년에 약 40% 정도였고 총병상수의 약 35%를 차지하였다. 비입원요양기관 중에서는 약 40%, 요양소 중에서는 약 55%가 비영리적 자선기관이었다.

보건의료시스템의 급부의 주요 부분은 사적 급부영역(private Trägerschaft)에서 이루어지고 있다. 경제적 목적을 위해 의료처치(Krankenversorgung)와 요양을 위한 현물급여(Sachleistung) 및 서비스급여(Dienstleistung)를 제공하는 회사, 조직과 개인이 민간영역으로 분류된다. 광의의 사적 급부제공자에는 단독 개업의, 그밖에 현업에 종사하는 보건의료직종(die Praxen sonstiger Gesundheitsberufe), 약사, 의료기사(Gesundheitshandwerk)와 민간 병원, 요양서비스 제공자(Pflegedienste)와 요양소가 포함된다. 지난 10-15년 동안 특히 병원과 요양 분야에서의 사적 제공주체의 의의는 현저히 증가하였다. 2007년에 병원의 약 30%가 민간 영역에 속하고 이것은 지난 몇 년간 눈에 띄게 증가한 현상이다. 특히 지방자치단체의 병원의 민영화가 이러한 동향에 기여하였는데 이러한 민영화를 통해서 기초지방자치단체와 광역지방자치단체가 경제적 위험부담에서 벗어나고자 하였다. 1991년의 필수적 요양급여의 도입과 1995년의 요양보험의 도입은 1990년대의 수많은 민간 요양서비스 제공자의 창설을 초래하였고 그래서 민간 비입원요양기관의 비율은 2007년에는 거의 60%에 육박하였다. 요양원 분야(Im Heimbereich)에서 사적 제공주체는 전통적으로 강세를 보이고 있어서 2007년에는 전체 기관의 약 39%에 달하는 시장점유율을 보이고 있다.

4.2.3.2.1.2. 규제, 재원조달과 급부제공의 상호작용

국가규제, 보험료를 통한 재원조달(Beitragsfinanzierung)과 주로 비영리 및 민간 급부제공에서 비롯되는 상호작용은 독일 보건의료시스템에, 다양한 급부영역의 특수성에도 불구하고 모든 부분시스템에서 반복적으로 발견할 수 있는, 그의 특수한 기본구조를 제공한다.



<그림 1> 독일 보건의료시스템의 기본구조

전체 보건의료시스템과 개별 부분시스템의 상위에 국가가 위치한다. 조정과 규제에 대한 국가의 두 가지 중심 도구는 법규범 설정(Rechtsetzung)과 법적 감독(Rechtsaufsicht) 및 전문감독(Fachaufsicht)이다. 국가는 법률 및 명령제정권자(Gesetz- und Verordnungsgeber)로서 모든 참가자를 구속하는 법규범(Rechtsvorschrift)을 제정하고 국가행정으로서 그것의 준수를 통제한다. 국가는 비용부담자(Kostenträger)의 행위를 공법상의 규정, 특히 사회법의 규정과 민간건강보험의 경우에는 일반적인 보험법의 규정에 종속시킨다. 게다가 국가는 법정건강보험이 국가의 위임으로 피보험자에게 보장하는 특정 급부를 위해 법정건강보험에 건강보험 지출액의 일부를 보상한다.(예를 들어 모성보호금(Mutterschaftsgeld)과 최근의 아동에 대한 무비용의 수반보험(die beitragsfreie Mitversicherung)을 위한 지출의 일부) 국가는 급부제공자를 질환자(Kranke)와 피요양자(Pflegebedürftige)의 진료와 처치, 건강보험공단에 대하여 급부의 비용공제와 보상(Vergütung), 그러나 또한 의료제품의 제조, 유통(Vertrieb)과 판매에 대한 다양한 법규범에 종속시킨다. 동시에 국가는 급부제공자에게 국가에 대한 청구권(Anspruch)을 부여한다. 그래서 예컨대 수요에 적절한 것으로(bedarfsgerecht) 인정받은 병원에 병원의경제적보호와병원요양원칙의입법을위한법률(KHG)에 의한 종합투자촉진에 대한 청구권을 부여한다. 법정건강보험의 가입자와 피보험자도 또한 국가 법규범, 특히 법정건강보험의 급부목록의 확정으로 사회법전 제5권의 규정에 구속된다.

국가가 제시한 구조 내에서 급부제공과 재원조달은 건강보험, 급부제공과 법정 건강보험 가입자 및 피보험자간의 삼각관계(Dreiecksverhältnis)에서 발생한다. 비용부담자는 급부제공자와 피보험자의 진료에 관한 계약을 체결한다. 이 계약에는 급부제공자는 피보험자의 진료를 위한 의무를 지고 비용부담자에게는 제공된 급부에 대한 합의된 비용보상의 지불의무가 있다. 가입자는 건강보험을 위한 보험료를 지불하고 그에 대하여 자신과 가족구성원을 위한 보험보장(Versicherungsschutz)을 획득한다. 가입자의 피보험자증서(Versichertenkarte)의 제시(Vorlage)에 대하여 급부제공자의 피보험자는 건강보험과 조정되거나 법률상 규정된 현물급여와 서비스급여를 취득한다. 법정건강보험의 피보험자가 문제되고 급부제공자가 해당 건강보험공단과 급부제공계약(Versorgungsvertrag)을 체결하는 경우에 한하여 피보험자는 급부제공자에 대하여 의학적으로 필수적인 급부청구권을 가진다. 민간건강보험 회사는 급부제공자와 어떠한 급부제공계약을 체결하지 않기 때문에 민간건강보험의 피보험자는 이와 다른 형태를 나타낸다. 여기서 민간건강보험의 피보험자는 각각의 급부제공자의 계약당사자가 된다. 급부제공자는 피보험자에게 이에 상응하는 급여서비스를 제공할 의무를 지고 피보험자는 이에 대하여 적절한 비용보상을 한다.

4.2.3.2. 공공보건의료의 구조와 차원

4.2.3.2.2. 구조

공공보건의료의 항목 아래에는 국가행정의 주체(Träger), 예컨대 연방, 주, 광역지방자치단체, 기초지방자치단체/광역자유도시, 영조물(Anstalt) 또는 공법상 재단, 기관이 수행하는 보건의료의 분야가 포함된다.

공공보건의료 서비스(der öffentliche Gesundheitsdienst)는 공공보건의료(das öffentliche Gesundheitswesen)의 한 부분이다. 그것은 사회와 개인의 건강의 보호에 기여하는, 연방, 주, 광역지방자치단체 그리고 기초지방자치단체의 차원에서의 공공행정 조직이다. 그것은 입원처치(stationäre Versorgung)와 응급처치(ambulante Versorgung)외에 제3의 기둥(dritte Säule)으로서 자주 거론된다. 여기에 속하는 과제로는 전체인구 차원에서의 조치, 보충적인 급부시행, 계획과 질적 보장 등이 있다.

독일 기본법에서 연방과 주의 권한(Recht)은 서로서로 제한된다. 많은 영역에서 연방은 경합적 입법권(die konkurrierende Gesetzgebung)을 가진다. 이것은 연방이 자

신의 입법권을 행사하지 않는 한도에서, 주가 입법에 관한 권한을 가진다는 것을 의미한다. 보건의료에서 이러한 원칙은 중요한 분야에 해당되는데 예를 들면 다음과 같다.

- 전사회에 포괄적인 위험을 수반하여 인간과 동물에 대하여 전염성이 있는 질병(übertragbare Erkrankung)에 대한 조치 (기본법 제74조 제19호)
- 보건의료 직업군(ärztliche Heilberufe)에 대한 허가(Zulassung) (기본법 제74조 제19호)
- 의약품과 치료제(Arznei- und Heilmittel) 및 마취제(Betäubungsmittel)와 독극물 유통 (기본법 제74조 제19호)
- 생필품 및 기호식품(Genussmittel)의 유통에서의 보호 (기본법 제74조 제20호)
- 공적 안전망(Öffentliche Fürsorge) (기본법 제74조 제7호)
- 원자력 에너지(Kernenergie) 또는 이온 방사선(ionisierende Strahlen) 위험에 대한 보호 (기본법 제74조 제11a호)
- 병원의 경제적 안전과 병원보호에 관한 규정 (기본법 제74조 제19a조)
- 법정건강보험(GKV: die gesetzlichen Krankenversicherung)[40]를 포함한 사회보장(Sozialversicherung) (기본법 제74조 제12호)

전체인구의 약 90%가 법정건강보험에 가입되어 보장받고 있기 때문에 연방은 보건의료에 대한 결정적인 영향력을 행사하고 있다. 연방참사원에서 주는 연방과 함께 입법활동에 참가한다. 주가 아주 예외적으로(mit wenigen Ausnahmen) 보건의료에 관한 행정입법 권한(Verwaltungszuständigkeit)을 가지고 있다.

4.2.3.2.2. 연방정부 차원의 공공보건의료

보건의료에서의 최상급 연방행정청(die oberste Bundesbehörde)은 연방보건부(BMG: Bundesministerium für Gesundheit)이다. 그러나 연방보건부에서는 사회보장, 사회법전(SGB)과 요양보험(Pflegeversicherung), 예방(Prävention) 및 재활(Rehabilitation)에도 중점을 두고 있어 이러한 것들은 보건의료의 필수적인 테마가 되고 있다. 게다가 연방 환경 · 자연보호 · 원자로보호부(BMU: Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit)와 연방 교육 · 학문 · 연구 및 기술부(BMBF: Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie), 또한 연방 가족 · 은퇴자 · 여성 및 청소년부(BMFSFJ:

40) 독일 사회법전(SGB)의 제5권이 법정건강보험에 관한 것이다. 독일은 공보험과 사보험이 혼재하는 방식을 취하고 있는데 법률에 의한 건강보험이 공보험, 즉 법정건강보험이다.

Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen uand Jugend), 연방 영양 · 농업 및 소비자보호부(BMELV: Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz)에서도 보건의료에 관한 사항이 취급된다.

연방보건부의 하위관청으로 다음의 연방행정청(Bundesoberbehörde)이 속한다.

- 의약품 및 의료제품에 관한 연방연구소(BfArM: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte in Berlin): 동 연구소는 베를린에 소재하고 있다. 연구소의 업무로는 의약품 안전의 개선, 의료제품의 위험관리, 마취제 유통의 감시, 무엇보다도 런던에 소재한 유럽허가청(die europäische Zulassungsbehörde)과 다른 독일 허가청과의 협력업무가 있다.
- 로버트 코흐 연구소(RKI: Robert-Koch-Institut)는 베를린에 소재하고 있으며 원래는 프로이센 제국 전염병 연구소(Königlich Preußisches Institut für Infektionskrakheiten)에서 유래한 것이다. 이 연구소는 영미 계열의 공공의료기구(Public-Health-Dienste), 예컨대 미국의 질병통제본부(CDC: Center for Disease Control)와 유사한 업무를 담당한다. 연구소는 전문분야로서 특히 바이러스학(Virologie), 박테리아학(Bakteriologie), 전염병역학(Infektionsepidemiologie), 생물학적 안전(biologische Sicherheit), 보건의료에 관한 뉴스보도(Gesundheitsberichterstattung) 등을 관장한다.
- 파울 에어리히 연구소(PEI: Paul-Ehrlich-Institut): 헤센 주 랑엔(Langen)에 위치한 혈청과 백신에 관한 연방행정청이다. 연구소는 혈청과 백신에 대한 심사(Prüfung), 허가 및 관리를 담당한다.
- 독일 의료기록 및 정보연구소(DIMDI: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information): 쾰른에 소재하고 있으며 주요 업무는 넓은 개방성에 대한 접근(국제질병분류 또는 수술 및 시술코드와 같은 공적 분류의 출판) 및 의료와 바이오 학문에 관한 국내외의 서적과 자료를 수집하는 것이다.
- 보건의료 계몽활동을 위한 연방청(BZgA: Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung): 쾰른에 소재하며 보건교육과 건강촉진에 관한 과제를 수행한다. 중요한 주제로는 중독(Sucht), 에이즈, 성적 활동 등이다. 연방청은 세계보건기구의 업무협력 파트너이다.

1994년의 연방건강청(Bundesgesundheitsamt)의 해산 이후에 보건위생과 관련된

소비자보호와 수의학에 관한 연방연구소(BgVV: Das Bundesinstitut für gesundheitlichen Verbraucherschutz und Veterinärmedizin)가 베를린에 창설되었다. 연구소는 보건부의 소관영역에서 생필품, 담배, 화장품과 동물건강과 관련된 보건의료 및 건강보장의 과제를 수행하였다. 연구소가 2002년에 다시 소비자보호법의 제정에 따라서 해산된 후에 이하의 연방행정청들이 연방 영양 · 농업 및 소비자보호부(BMELV)의 소관영역에서의 과제를 인수하고 있다:

- 연방 소비자보호 및 생필품안전청(BVL: Das Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit)은 브라운슈바이그(Braunschweig)에 위치하고 있다. 안전청은 예를 들어 생필품, 화장품과 담배 등과 같은 특정한 품목에 대한 관리업무의 조정과제를 수행한다. 안전청은 생필품 안전을 위한 조치를 취하며 허가를 내준다.

- 연방 위험판단 연구소(BfR: Das Bundesinstitut für Risikobewertung)는 베를린에 소재한다. 이 연구소의 과제는 현존하는 위험에 대한 학문적 판단, 새로운 건강상의 위험에 대한 추적, 위험제한을 위한 권고업무(Empfehlung)와 이러한 절차의 소통을 포함한다.

연방보건부의 업무영역에서 베를린의 연방환경청(UBA: Das Umweltbundesamt)은 업무활동을 한다. 환경청은 과제로서 대기-, 수질- 및 지질환경 개선을 담당한다. 세계보건기구의 협력파트너이기도 하다.

4.2.3.2.2. 주정부 차원의 공공보건의료

연방과 주간의 업무분장(Aufgabenverteilung)은 보충적 · 보완적으로 발생한다. 이 경우 주는 보건의료에서 좀더 확장된 과제를 수행한다. 주는 연방법률의 집행기능을 담당하며 보건의료분야에서 독자적인 법률을 제정한다. 또한 보건행정청들에 대한 업무 및 과제감독권(Fach- und Dienstaufsicht)을 가진다. (이것은 주마다 상이하다) 각 부에 대한 업무관장의 정서(Zuordnung)는 주정부 내에서 다르다. 보건의료의 분야가 정착된 부는 최상급 주 보건청(oberste Landesgesundheitsbehörde)으로서의 기능을 한다.

주정부 차원에서의 협력업무 사항에는 보건장관협의회(Die Gesundheitsministerkonferenz)

와 주 보건공무원 대표 및 보건공무원 협의체(AGLMB: Die Arbeitsgemeinschaft der Leitenden Medizinalbeamtinnen und Beamten der Länder)가 있다.

특별 주행정청에는 연방전염병법, 생필품 및 의약품법에서의 보건관련 규정의 시행을 위한 검사기관(Untersuchungsamt)들이 있다. 그리고 주정부는 전염병학, 보건학, 환경과 건강이라는 주제와 개념적으로 연관된 행정청을 설립 · 존속한다. 이에는 니더작센, 브란덴부르크, 바덴-뷔르템베르크 주의 주 건강청(Landesgesundheitsamt)과 노르트라인-베스트팔렌 주의 주 공공보건 서비스 연구소(Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst)가 속한다.

과제의 통일적인 규율을 위하여 각주들은 공통적인 시설을 창설하였다. 여기에 속하는 것이 뒤셀도르프의 공공보건의료 아카데미(Akdemien für öffentliches Gesundheitswesen)와 마인쯔의 의학적 · 약학적 심사연구소(IMPP: Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen)이다.

4.2.3.2.2. 지방자치단체 차원의 공공보건의료

지방자치단체 차원에서 건강청(하급 보건청)이 공공보건의료의 기구이다. 건강청의 임무로는 다음과 같다.

- 보건의료인이 아닌 자에 대한 보건관리 및 감독(의사에 대한 감독은 의사회가 부분적으로 권한을 가지고 있다)
- 전염병의 예방 및 통제관리
- 생필품, 의약품 및 독극물 유통에 대한 관리감독
- 건강증진 보조
- 건강교육, 건강 계몽활동 및 건강 상담활동
- 감정업무(Gutachtertätigkeit)

4.2.3.2. 독일 공공보건의료시스템에 관한 법률

4.2.3.2.3. 기본법(Grundgesetz)

앞서 언급한 대로 연방은 기본법 제74조 제1항에 의하여 주와의 경합적 입법권

을 가진다. 보건의료에서의 주요 내용을 살펴보면 다음과 같다.

제74조 ① 경합적 입법은 이하의 영역까지 확장된다.

7. 공적인 생존배려
12. 근로현장, 근로보호와 근로중개를 포함한 근로의 권리 및 실업보장을 포함한 사회보장
19. 전사회에 포괄적인 위험을 수반하여 인간과 동물에 대하여 전염성이 있는 질병. 의료직종 및 다른 치료직업군, 치료영업에 대한 허가와 약국, 의료, 의료제품, 치료제, 마취제와 독극물에 대한 권리

19a. 병원의 경제적 안정과 병원보호입법에 관한 규정

20. 생필품 획득에 기여하는 동물을 포함한 생필품에 관한 권리, 기호식품, 도구와 동물사료에 대한 권리 및 농업 및 수목과 관련된 종자 및 식물종자의 유통에서의 보호, 질병과 위해에 대한 식물보호, 동물보호

4.2.3.2.3. 사회법전(Sozialgesetzbuch)

제11권 사회요양보험

제72조 (급부제공계약을 통한 요양 허가) ③ 급부제공계약은 다음 각호의 요양기관과만 체결해야 한다.

1. 제71조의 요건을 충족하는 요양기관
2. 급부능력이 있어 경제적 요양급부에 대한 보장을 제공하고, 요양기관 근로자에 대하여 요양기관에서 지역적인 편차가 없는 근로보상금을 지불하는 요양기관
3. 제113조에 의한 협약에 따라 요양기관 내적으로 질적 관리를 도입하여 발전시킬 책임을 지는 요양기관
4. 제113a조에 따른 모든 전문가 표준을 적용할 의무를 지는 요양기관; 요양기관이 이러한 요건을 실현하는 한도에서만 급부제공계약의 체결에 대한 청구권이 존재한다. 다수의 적절한 요양기관 중에서 필수적으로 선택하는 경우에는 급부제공계약은 우선적으로 비영리 자선기관과 민간운영기관과 체결되어야 한다. 비입원 요양서비스의 경우에는 급부제공계약에서 급부가 제공될 수 있는 지역범위(Einzugsbereich)가 확정될 수 있다.

4.2.3.2.3. 기타 특별법[41]

41) 병원의경제적보호와병원요양원칙의입법을위한법률(KHG; Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze)

제1조 (원칙) ① 이 법의 목적은 의료서비스 능력을 갖추고 있으며 독자적으로 경제력이 있는 병원에게 국민의 수요에 적절한 급여서비스를 보장하며 사회적으로 수용가능한 원호원칙의 정립에 기여하기 위하여 병원을 경제적으로 보호하는 것이다. ② 이 법의 시행에서 병원운영자의 다양성을 주의해야 한다. 이 경우 주법에 따라, 특히 자선 및 민간기관의 경제적 보호를 보장할 수 있다. 이 법에 의한 장려수단의 보장을 부담(Auflage)과 결부시켜서는 아니된다. 부담을 통하여 병원개발계획의 필요성과 병원경영 외에 병원의 독자성과 자립성이 침해되어서는 아니된다.

4.2.3. 미국

4.2.3.3. 서론

전 국민을 대상으로 하는 의료보장체계가 존재하는 대부분의 다른 선진국과는 달리 미국에는 전 국민 단일 형태의 의료보장체계는 존재하지 않는다. 대신 여러 가지 형태의 민간 및 공공 의료보험을 통해서 국민들의 의료를 보장하고 있는데 특히 민간 의료보험이 의료보장 체계의 주축을 이루고 있다.

4.2.3.3. 공공의료보험

미국의 공공의료보험(public health insurance)는 메디케어(Medicare)와 메디케이드(Medicaid), 주정부 아동의료보험(State Children's Health Insurance Program)이 대표적이며, 이를 의료보장청(Center for Medicare & Medicaid Services, CMS)[42]에서 관리하고 있다.

4.2.3.3.2. 메디케어[43]

65세 이상의 노령 인구를 주요 대상[44]으로 하는 메디케어(Medicare) 프로그램은 사실 하나의 프로그램이 아니라 별도의 특성을 가지는 4개의 프로그램(Part A, B, C,

42) 의료보장청(CMS)는 연방정부에서 재정을 지원하는 메디케어, 메디케이드, 주정부 아동의료보험 등을 관리하는 연방정부기구이다.
43) 유승흠·박은철, 의료보장론, 신관출판사, 2009, 230면 이하
44) 처음 메디케어 프로그램은 65세 이상의 노령 인구를 대상으로 시작되었으나, 시행 이후 대상이 확대되어 현재는 65세 미만의 사회보장급여(Social Security Benefit) 대상인 장애인과 말기신부전 환자도 포함하고 있다.

D)으로 구성되어 있다. 처음 프로그램이 만들어질 당시에는 병원 입원진료비를 지불하는 파트 A와 의사 및 외래 진료비 등을 지불하는 파트 B의 2개의 보험으로 시작하였으며, 이후 1997년에 파트 C가 추가되었고 2003년에 처방약에 대해 급여하는 파트 D가 추가되었다.

파트 A는 병원 입원진료, 전문요양시설(skilled nursing facility) 진료, 가정방문(우리나라의 가정방문서비스와는 다른 개념으로 파트타임 전문요양시설 진료, 재활치료, 인공호흡기 치료 등 전문적인 의료서비스를 포함한다), 및 호스피스 케어에 대해서 급여하는 프로그램으로서, 미국의 모든 근로자들과 고용주가 부담하는 사회보장세를 재원으로 하고 있다. 대부분의 대상자들은 직장에서 일하는 기간 동안 사회보장세를 부담하기 때문에 일단 메디케어 대상이 되면 별도의 보험료를 부담하지 않으나 일부 사회보장세를 부담하지 않은 대상자들의 경우 별도의 월보험료를 부담하게 된다.

파트 B는 의사진료비와 외래진료비 및 일부 예방진료에 대해서 급여하는데 수혜자가 그 가입 여부를 선택할 수 있도록 하고 있으며 대부분의 메디케어 대상자들이 파트 B를 선택하고 있다. 프로그램의 재원은 가입자들이 내는 보험료와 연방정부의 예산으로 조성되는데 가입자들의 보험료[45]가 파트 B 재정의 25%를 차지하고 연방정부가 나머지 75%를 지불하여 프로그램을 운영한다.

흔히 오리지널 메디케어로 불리는 파트 A와 파트 B가 연방정부에 의해서 운영되는 프로그램인데 비하여 파트 C는 연방정부에 의해서 승인된 민간의료보험회사에 의해서 운영되며 'Medicare Advantage' 혹은 'Medicare+Choice'라고 불린다. 메디케어 대상자가 파트 C를 선택하면 연방정부는 메디케어 재정에서 해당 수혜자가 선택한 민간의료보험회사에 수혜자의 보험료를 지불하고 향후 발생하는 의료비는 해당 보험회사가 지불하게 된다. 외래 처방약에 대해서 급여하는 파트 D도 파트 B와 같이 수혜자가 가입을 선택할 수 있다. 가입자가 부담하는 보험료는 전체 파트 D 재정의 10% 정도이며 나머지 78%는 연방정부가, 11%는 주정부가 부담하고 있다.

4.2.3.3.2. 메디케이드[46]

저소득층에 대해서 의료혜택을 제공하는 메디케이드(Medicaid) 프로그램은 연방

45) 보험료는 소득 수준에 따라서 결정되는데 2009년 기준으로 대부분의 가입자들에게 월 96.4달러가 부과되며 소득수준이 높은 경우 보험료가 점차 상승하여 최고 308.3달러까지 부과된다.
46) 유승흠·박은철, 의료보장론, 신관출판사, 2009, 233면 이하

정부 및 주 정부의 재정[47]으로 운영되는 공적부조(公的扶助) 프로그램으로서 미국 전체 인구의 약 13%에 대해서 의료혜택을 제공하고 있다. 연방 정부가 프로그램의 일반적인 기준을 정하기는 하지만 세부적인 프로그램은 주 정부에 의해서 결정되고 운영되며 따라서 수혜 대상이나 급여되는 서비스 등은 주에 따라서 많은 차이를 보인다. 저소득층에 대한 의료혜택을 제공하는 프로그램의 성격상 대상자의 자산조사(meanstest)를 통해서 대상자의 수입이 연방 정부가 규정하고 있는 빈곤기준을 충족시키는지 여부를 확인하는 것이 대상자 선정에 중요한 기준이 된다.

대상자들은 크게 범주적 필요집단(categorically needy), 의학적 필요집단(medically needy), 특수집단(special group)의 세 가지 군으로 구분된다. 메디케어 대상자의 50%를 차지하는 21세 미만 그룹은 전체 메디케어 의료비 지출의 18%를 차지하는 반면, 14%를 차지하는 장애인 그룹이 전체 재정 지출의 42%, 65세 이상의 노인 그룹이 28%를 차지하고 있으며, 메디케어 수혜자의 증가와 마찬가지로 65세 이상의 메디케이드 수혜자 수 및 이들이 차지하는 재정지출은 빠른 속도로 증가하고 있다. 이러한 재정지출의 증가를 억제하기 위한 대책의 일환으로 각 주정부는 메디케이드 수혜자를 관리의료(managed care) 보험에 등록시키려는 노력을 하고 있는데 현재 60% 이상의 메디케이드 수혜자들이 관리의료 보험에 의해서 의료서비스를 제공받고 있다.

4.2.3.3.2. 기타 공공의료보험

메디케어와 메디케이드 프로그램 이외에 대표적인 공공의료보험 제도는 1997년 균형재정법(Balanced Budget Act)에 의해서 시행된 "주정부 아동의료보험 프로그램(State Children's Health Insurance Program, SCHIP)"이 있다. 이 프로그램은 메디케이드 프로그램에 대한 보완 성격의 프로그램으로 메디케이드 수혜 대상이 아닌 가구 중에서 가구 소득이 연방빈곤기준의 200% 이하인 가구의 18세 이하 아동에 대해서 의료보험 혜택을 제공한다.

메디케이드 프로그램과 마찬가지로 주정부에 의해서 운영되는데 연방정부의 재정지원을 받은 주정부는 메디케이드 프로그램을 이용하거나 별도의 프로그램을 만들어서 이들 대상 아동들에 대해서 의료보험 혜택을 제공하게 된다. 주정부 아동의료보험 프로그램은 1965년 메디케어, 메디케이드 프로그램이 도입된 이후 의료보험의 혜택

47) 개별 주의 일인당 소득수준에 따라 해당 주의 메디케이드 재정의 50%에서 83%까지를 연방정부에서 지원하는데 소득수준이 낮을수록 지원율이 높아진다.

을 받지 못하는 빈곤아동의 수가 획기적으로 감소하였다.

이 외의 공공의료보험 프로그램으로는 주로 군 의료시설을 이용하여 전체 인구의 약 4%를 차지하는 군이가족들과 퇴역군인들에게 의료혜택을 제고하는 군인건강보험이 있으며, 기타 개별 주정부에 의해서 운영되는 다양한 프로그램들이 공공의료보험 체계를 구성하고 있다.

4.2.3.3. 미국 공공병원의 역할

미국의 경우 병원은 소유 형태에 따라 민간 영리병원, 민간 비영리병원, 공공병원으로 구분하고 있다. 이 중 민간비영리병원은 비영리조직, 교회 혹은 종교단체, 자선단체 등 비영리기관이 소유하는 형태이며 일부는 정부가 관리하고 지원하기도 하는 병원으로 전체 2/3을 차지한다. 민간영리병원은 개인 혹은 법인이 소유권을 가지며, 이윤 창출이 가능하고, 획득된 이득은 주주에게 할당된다. 그리고 공공병원은 연방정부 또는 주단위에서 개설한 병원으로 점차 그 규모가 감소하는 경향이 있는 것으로 나타나고 있다.[48)]

이러한 미국 공공병원의 역할 및 기능에 대해 National Association of Public Hospitals and Health System(NAPH)의 『America's Public Hospitals and Health System, 2004』에서는 다음과 같이 기술하고 있다. 첫째, 무보험자, 저소득자 등 의료취약계층을 위한 진료를 담당한다. NAPH에 속하는 병원은 외래 환자의 20%, 입원환자의 18%만이 민간보험 환자이고 대부분 환자들이 저소득 취약계층이며, 이들 기관의 총비용 중 21%가 무보상 진료에 소요된다. 둘째, 응급 환자에 대한 조기조치 및 응급의료에 대한 교육 및 연구 등을 선도적으로 주도한다. 셋째, 예방접종, 10대 임신관리, 암 조기검진, 사고예방, 위기관리 등 예방적 건강관리 프로그램을 해당 지역 보건기관과 긴밀한 관계를 유지하는 가운데 제공한다. 넷째, 의료 인력에 대한 교육을 제공한다. 즉 공공병원 중 85%는 수련병원이고 51%는 대학병원이다. 한편 미국 병원의 가장 큰 부분을 차지하는 민간 비영리병원의 경우도 의료공급자에 대한 교육 및 연구 프로그램, 지불능력이 없는 대상자에게 자선의료를 제공하는 책임이 있는 점을 제시하고 있어 업무의 역할과 기능에 대한 규정은 공공기관과 거의 유사한 것으로 제시된다. 영리병원 역시도 의료의 특수성 상 표방하는 기능 즉, 대상자의 요구에 부합하는 양질의 서비스를 비용 효과적으로 제공한다는 것에는 큰 차이가 없어 보이지만 최우선으로

48) 황라일 외, 공공과 민간의료기관의 의료서비스 공공성 평가 연구, 국민건강보험공단, 2008, 33p

추구하는 목표에 따른 서비스 제공 내용은 다를 수 있는 것으로 보인다.[49]

4.2.3. 일본

일본의 의료제도는 “자유개업의제도”로서 의사들이 자유롭게 지역을 선택하여 개업을 할 수 있기 때문에 도시를 중심으로 지역 간의 격차를 낳게 되었다. 이러한 지역적 편차, 특히 보건의료서비스의 혜택을 충분히 받지 못하는 벽지 등의 지역차를 해소하고자 후생노동성에서는 1956년도부터 10차에 걸친 국가계획을 추진 중이다. 여태까지 진행되어 온 벽지보건의료 대책에서는 벽지주민들이 새로운 의학기술의 혜택을 누림과 동시에 질병예방과 건강증진에 도움이 될 수 있도록 하여, 벽지의 의료수준을 도모하는 것을 목적으로 하고 있다. 여기서 「벽지」라 함은 교통 조건 및 자연적, 경제적, 사회적 조건이 좋지 않은 산간지, 낙도 그 외의 지역 중 의료서비스의 확보가 곤란한 「무의촌 지구」 및 「무의촌 지구에 준하는 지구」의 요건에 해당하는 것을 말한다.

현재, 일본 후생노동성의 ”벽지보건의료대책 검토회”의 보고서(2005년7월)를 바탕으로 10차 계획이 추진 중이고 2010년에 종료된다. ”벽지보건의료대책 검토회”는 계속적인 진행을 위해 11차 계획을 논의 중이다. 이하에서는 일본의 의료서비스의 지역적 격차를 해소하기위해 어떠한 정책을 모색하고 있는지에 관하여 살펴보기로 한다.

『벽지 보건의료대책 검토회 보고서』

4.2.3.4. 개요

벽지보건 의료대책은 1957년도부터 아홉 차례에 걸쳐서 벽지 낙도에 관한 보건의료대책에 관한 계획을 책정하고, 최근에 제 9차 벽지 보건 의료 계획은 2001년도부터 실시되고 있다. 그 동안 벽지 진료소에 설치·지원, 순회진료의 실시, 벽지의료를 담당하는 의사의 파견, 벽지의료 거점병원과 벽지의료 지원 기구의 설치를 통한 지원 등에 의해 벽지·낙도에 있어서의 보건 의료 서비스의 확보·충실히 노력해 온 결과, 또 도로정비의 향상에 의한 시간 거리의 단축 등의 효과 등도 영향을 주고 무의촌, 무치과의 지구의 감소 등, 벽지·낙도의 보건의료 서비스의 확보 상황이 개선되고 있는 경향이 있고 일정한 성과가 나타나고 있다.

---

49) 황라일 외, 공공과 민간의료기관의 의료서비스 공공성 평가 연구, 국민건강보험공단, 2008, 33p

한편, 운송수단의 충실 등을 포함하는 구급의료의 확보와 의료연계에 의한 고도의료의 진료기회의 확보 등 벽지보건의료대책으로써 남아있는 과제도 많다. 또한 새로운 과제로써 벽지·낙도의 보건의료 서비스를 지원하는 거점이 되는 병원에 있어서의 의사와 산과, 소아과 등의 부족감이 강한 진료과에 있어서 의사의 확보가 현재의 과제이고, 그것을 위한 새로운 방책을 간구해야 한다.

이를 위해, 검토회에서는 2005년도로 종료되게 되어 있는 제 9차 벽지보건의료계획에 계속해서 실시해야 할 벽지·낙도 보건의료 대책의 대응책에 대해서 광범위한 시점에서 검토를 했다.

4.2.3.4. 요즈음의 벽지·낙도 보건의료를 둘러싼 상황의 변화

벽지·낙도 보건의료를 둘러싼 상황에 대해서는 근래 전국적으로 다음과 같은 변화가 있고, 앞으로의 벽지·낙도 보건의료 대책을 검토하는 데 있어서도 충분한 고려가 필요하다.

4.2.3.4.2. 무의촌·무치과의 지구의 상황의 변화

2004년도 무의촌·무치과의지구 조사에 의하면 2004년 말에 무의촌지구는 787지구가 되어 있고, 1999년(914지구)과 비교해서 13.9% 감소했다. 마찬가지로 무치과의지구는 1046지구로 1999년(1153지구)과 비교해서 9.3% 감소했다.

무의촌·무치과의지구에 대해서 증감을 보면 무의촌·무치과의 지구가 감소한 것뿐만 아니고, 새롭게 무의촌·무치과의지구가 되는 곳도 나타났다. 무의촌·무치과의지구가 감소한 곳 에서는 그 이유로써 『교통편이 좋아졌다』 라는 대답이 가장 많고, 그 외의 이유로써 『인구가 무의촌의 요건인 50명 미만이 되었다』, 『의료기관이 생겼다』 등 이었다. 무의촌·무치과의지구가 증가한 곳 에서는 그 이유로써 『의료기관이 없어졌다』 라는 대답이 가장 많았다.

무의촌의 인구를 보면, 벽지진료소를 설치하는 요건인 1,000명 이상의 지역은 10지구, 낙도에 있어서의 벽지진료소를 설치하는 요건인 300인 이상의 낙도는 1지구였다. 또 무치과의지구의 인구를 보면 1,000명 이상의 지역은 42지구였다.

이처럼 새로운 무의촌·무치과의지구가 되는 지역과 인구가 줄어들어서 무의촌이 되지 않은 지구도 있고 고령화의 진행에 따라서 의료수요가 증가하고 있는 점도 고려하면 계속해서 벽지·낙도 보건의료 대책을 실시하는 것이 중요하다.

4.2.3.4.2. 국민의 의식의 변화와 의료제공체제의 변화

2002년 진료 행동 조사 (후생노동성에 의하면 외래환자의 연령계급별 만족도를 보면, 『대단히 만족』이라고 대답한 비율은 75세 이상에서는 35.8%, 65~74세 에서는 34.1%, 40~54세에서는 26.3%, 15~39세에서는 24.8%로, 연령층이 낮아짐에 따라서 의료서비스의 만족도가 저하하는 경향이 보이고 있고 젊은 세대일수록 의료서비스에 대해서 만족하지 않고 있는 것으로 나타나고 있다.

도쿄도가 행한 인터넷에 의한 모니터 앙케이트 『의료기관 선택을 위해 필요한 의료정보』 (2004년)에 의하면 환자가 『의료기관을 정하기 위해 판단기준으로써 중요하게 생각하는 것』 으로써, 『의료기술의 신뢰』가 87.3%로 가장 높고, 의료기술의 향상에 따라서 의료서비스에 대한 판단기준이 높아지고 있다.

또 제공하는 의료기술의 향상에 동반해서 이러한 의료서비스를 제공하는 전문의의 확보가 과제가 되고 있다. 특히 마취건수 증가 등에 의한 마취과의의 수요의 증가와 저출산의 영향에 따른 가정의 육아 불안에 의한 소아구급대응을 24시간 행하는 것에 요망이 강해진 것 등에 의해 소아과의의 수요의 증가 등이 현저하다. 나아가 산과의 지망자의 감소와 산과의를 그만두는 의사의 증가에 의한 산과의의 감소 등 개별의 진료과의 의사의 확보도 과제가 되고 있다.

벽지·낙도에 있어서도 전국과 마찬가지로 전문의에 의한 진료를 포함하는 신뢰할 수 있는 의료서비스가 요구되고 있다고 생각된다.

4.2.3.4.2. 정보통신기술 (IT)의 진보

총무성이 2004년 말에 행한 『통신이용동향조사』에 따르면 자택에 있어서 PC에서의 인터넷 접속 방법으로써 브로드밴드회선(고속대용량의 통신접속이 가능한 광대역 회선)의 이용비율이 62.0%로 전년에 비교해서 14.2p 증가하고 있고, 급속하게 브

로드밴드가 보급되고 있다.

브로드밴드의 이용을 전제로 해서 비교적 싼 가격에 TV회의 시스템을 도입할 수 있게 되었다. 또, 통신 회선상에 정보유출 등의 방지와 통신의 기점·종점 식별을 위한 인증 등에 관한 정보 보안 기술의 향상하고 그 적절한 이용에 따른 인터넷 등의 통신수단의 종류에 따른 정보의 안전성의 확보가 가능하게 되었다.

정보통신기술 (IT)의 진보와 보급에 의해 TV회의 시스템에 의한 진료 컨퍼런스와 진료상담, 의료용 화상의 전송과 화상진단 등 의료분야에 있어서 정보통신기술의 활용이 확대되고 있다.

4.2.3.4.2. 시정촌 (市町村) 합병의 진행

시정촌의 기능을 강화하고 재정기반을 확립하는 것 등을 목적으로 해서 시정촌 합병이 진행되고 있다. 시정촌 수는 1999년 3월에는 3,232 였으나, 2005년 4월 1일 현재에는 2,395가 되어 있고, 2005년 4월 1일 현재 예정으로는 2006년 3월 21일에는 1,822가 될 것으로 보고 있다

시정촌 합병의 효과로써는, 구 시정촌의 경계를 넘어선 행정서비스의 제공에 따른 주민의 편리성의 향상, 행정자원이 집약되는 것에 따른 행정서비스의 다양화·고도화, 광역적 시점에 선 마을건설의 실시, 행·재정의 효율화 등이 있다.

보건의료분야에 있어서도 예를 들면, 시정촌 합병을 계기로 각 지방 공공단체가 설치한 소규모 의료기관을 통합하고 고도의료를 지방의 네트웍을 제공하는 체제를 구축하는 등의 추진을 해왔다.

4.2.3.4.2. 지방공공단체의 자주성, 재량성의 강화와 재정구조 개혁

지방분권의 추진에 따라 국가와 지방의 역할을 다시 살펴보는 것이 필요하게 되어 지방 공공단체의 세재정면에서의 자유도·재량도의 확대가 요구되는 것을 배경으로 해서, ①국고보조부담금의 축소, ②국가에서 지방으로의 세원의 이양, ③지방교부세의 개혁을 동시에 행하는, 말하자면 『삼위일체의 개혁』이 추진되고 있다.

2004년 8월 전국지사회 등 지방 6단체로부터 제시된 『국고부담금 등에 관한 개

혁안』에서는 벽지진료소 운영비의 보조 등을 포함하는 의료시설 운영비 등 보조금과 벽지의료 거점병원의 설비의 보조 등을 포함하는 의료시설 등 설비정비비 보조금 등, 의료제공체제를 정비하기 위한 보조금을 『2005년도 및 2006년도에 폐지해서 도(都), 도(道), 부(府), 현(縣) 을 시작으로 하는 지방공공단체로 세원 이양해야 할 국고보조부담금』으로 했다.

이러한 『삼위일체』의 개혁에 대한 정부의 대응으로써 의료·보건 위생에 관한 각종 보조금에 대하여 사옥비, 설비정비비에 대해서 보건의료제공체제추진사업으로써 통합보조금을, 시설정비비로써는 보건의료제공체제 정비교부금으로써 교부금을 개혁하고 전체로써는 보조의 목적을 명확히 하며, 지방공공단체의 자유도·재량도를 향상하는 방침을 시사했다. 또한 벽지 보건 의료대책에 대한 보조금 제도에 대해서는 전 국민이 일정수준의 의료를 어떠한 지역에서도 격차없이 받을 수 없도록 국가가 일정한 책임을 다하기 위한 관점 등으로부터 현행제도를 유지하는 방향을 검토하기로 했다.

4.2.3.4. 각 주체의 역할 및 앞으로의 대응

벽지·낙도보건의료제공체제의 유지·향상에 있어서는, 해당 지역의 주민·환자의 요구도를 바탕으로 보건의료관계자(의료종사자, 전문가 등) 각각의 납득과 상호이해를 기반으로 하는, 벽지·낙도의 보건의료서비스에 관한 전체 모습의 확립이 전제이다.

또 보건의료관계자 및 행정은, 보건의료 서비스를 주민·환자에 공평하게 제공하는 책임을 연대해서 지고 있다. 이를 위해 각자가 각각 할 수 있는 것을 해서 전체의 책임을 다한다라는 이해를 공유할 필요가 있다.

주민도 단순히 보건의료서비스를 원하는 것 뿐만 아니고, 지역의 보건의료 제공체제의 상황을 이해하고, 건강 면에서 불안이 없는 생활이 지역에서 가하도록 정말로 필요한 보건의료 서비스가 효율적으로 제공되기 위해서 어떻게 해야 하나, 또, 보건의료제공체제의 구축에 필요한 비용을 생각할 필요가 있다.

4.2.3.4.3. 주로 벽지·낙도의 주민·환자의 역할과 앞으로의 대응

주민·환자는 질 높은 의료를 받고 싶다고 요망하고 있다. 그 내용은 단순히 의료기관의 확보 뿐만이 아니고, 진료의 안전성의 확보, 진료정보의 제공의 추진 등, 환

자의 선택이 존중되는 질 높은 보건의료 서비스를 중시하고 있다.

주로 벽지·낙도의 의료기관에 있어서 진료기능의 향상과 운송수단의 확보·충실을 포함하는 구급의료체제의 구축에 대한 바람이 강하다. 또한, 먼 곳의 의료기관의 통원이 곤란함에 대한 이해를 기반으로 하는 대응을 원하고 있다.

보건의료서비스에 관한 정보는, 많은 경우, 보건의료관계자(의료종사자, 전문가 등) 와 주민·환자와의 사이에 격차가 존재하고 있다. 주민·환자의 시점에 선 보건의료서비스의 제공에 관한 대처를 하기 위해서 우선, 지역의 보건의료 관계자의 의료기능과 각 의료기관간의 의료연대의 상황 등에 대해서 주민에게 알기 쉽게 제시하는 것이 필요하다. 그리고 의료계획의 책정에 있어서 벽지·낙도에 대한 의료연대체제의 모습을 검토할 때에 주민이 적극적으로 토론에 참가할 수 있는 환경을 정비하는 것이 중요하다.

4.2.3.4.3. 시정촌의 역할과 앞으로의 대응

시정촌 중에는 지역의 중핵이 되는 의료기관이, 보건의료복지서비스를 개괄적으로 제공하는 역할을 담당하고, 다른 의료기관과 네트웍을 조직해서 주민의 건강의 확보·향상을 달성하고 있는 사례가 있으므로 시정촌과 의료기관이 주민의 건강에 대해 이상적인 모습을 공유하고 주민·환자에 대한 섬세한 서비스를 제공하는 것이 필요하다.

그렇기 때문에 시정촌이 의료기관을 잘 이해하고 자원을 효과적으로 활용하면서 주민의 건강을 확보와 향상을 지향하며 포괄적인 보건의료서비스의 전략을 책정하고, 보건의료복지 서비스가 기능적으로 통합된 체제를 구축하는 것이 필요하다. 또한 시정촌에 있어서는 보건의료관계자와 의식을 공유함으로써 보건의료관계자의 적극적인 참여를 촉진시킬 필요가 있다.

벽지보건의료 앙케이트 조사에 따르면 시정촌에 대해서 『보건의료복지등의 대책이 좀 더 충실할 필요가 있는 것』에 대해 물어본 결과 『병이 걸리지 않기 위한 보건대책』이 과반수였고, 시정촌의 질병예방대책에 대한 관심이 높은 것으로 나타났다. 시정촌은 보건의료관계자와 함께 질병예방을 위한 대처를 하는 것이 기대된다.

시정촌 합병은 의료기관의 재편성에 의한 기능강화 등, 각 시정촌의 보건의료 대책을 검증하는 중요한 기회이다. 예를 들어 합병하는 각 시정촌의 진료소가 있는 경우 이것들을 합병하고 복수의 의사가 배치되고 상시 일정수준의 진료가 가능하고 다른 진료소를 지원하는 기능을 가지는 중심적인 진료소의 설치와 일반적인 진료소와 순회진료 등을 합한 체제를 재편성 하는 등 제공하는 의료수준의 향상과 access의 효율성의 확보를 도모하는 것이 가능해진다.

4.2.3.4.3. 도(都), 도(道), 부(府), 현(縣)의 역할과 앞으로의 대응

여태까지 벽지보건의료대책의 대처, 벽지진료소, 벽지의료거점병원, 벽지의료지원기구의 설치 등, 벽지·낙도의 보건의료대책에 대하여 재정적 지원으로 벽지보건의료대책은 일정한 성과가 나타나고 있다. 한편으로 벽지보건의료대책으로써 남겨진 과제와 아직 무의촌 지구로 남아있는 지역도 있다.

벽지·낙도의 보건의료서비스의 확보는 도(都), 도(道), 부(府), 현(縣)의 책임이 중요하다. 도(都), 도(道), 부(府), 현(縣) 내의 벽지·낙도 보건의료대책에 관한 비전을 확립하고 각 관계자의 책임과 역할의 자각을 촉진시키며 필요한 조정을 하는 것이 중요하다.

지역에서 필요로하는 보건의료서비스의 향상과 함께 지역에서의 전문의료의 확보가 과제로써 현재화되고 있다. 특히, 벽지·낙도의 보건의료서비스를 지지하는 지역의 중심적인 병원에 있어서 전문의료의 확보가 과제이다. 그렇기 때문에 중심적 병원에 있어서 전문의료의 확보는 정보통신기술 (IT)의 활용과 운반수단의 확보를 포함한 도도부현 지역 전체에서의 조정이 필요하다.

벽지·낙도 보건의료대책의 계획 입안과 실시에 있어서는 다른 도도부현의 성과도 참고로 하며 도도부현 전역의 보건의료제공체제를 개관하는 중에 검토할 필요가 있다.

도도부현이 작성하는 의료계획에는 여태까지도 벽지·낙도의 보건의료서비스 확보에 관한 사항을 기재하도록 되어 있으나 국가의 의료계획 제도의 재검토에 따라 지역의 보건의료 관계자의 의료기능을 기재하는 등, 벽지·낙도의 실정을 고려한 의료기관의 상호연계체제를 구축하여 실효성 있는 대처를 하는 것이 필요하다. 또한 주민·환

자의 의견도 넣을 필요가 있다.

벽지·낙도 등의 지역에 있어서 보건의료서비스의 확보를 위해 각 도도부현에 있어서 관계 기관들이 참여하는 의료대책협의회의 설치가 추진되고 있으나 앞으로 더욱 이 체제의 강화를 하고 도도부현이 중심이 되어 지역에 있어서 관계자가 협의를 하고 의사확보 등의 실효성있는 구체적인 대책을 구축해 나갈 필요가 있다.

4.2.3.4.3. 의사·의료기관 등의 역할과 앞으로의 대응

의사의 임상연수의 필수화를 계기로 하여 환자의 증상 전반을 진찰하는 종합진료의 관심이 높아지고 있고 벽지·낙도에서의 진료의 종합성에 대한 관심을 갖는 의사들이 서서히 증가하고 있다. 그렇기 때문에 졸업 전 교육과 임상연수 등, 많은 기회를 갖도록 벽지·낙도에서의 진료에 대한 관심을 더욱 높이도록 노력해야 한다. 또한 벽지보건의료앙케이트조사에 있어서 벽지진료소 의사의 임상연수에 있어서 벽지·낙도연수의 기대에 대해서 물어본 결과 임상연수를 계기로 벽지·낙도에서의 진료에 대한 관심이 높아지는 것에 대한 기대가 되고 있다. 이러한 것을 토대로 졸업 후 임상연수에 있어서 벽지·낙도에서의 진료의 실습을 경험하는 의사가 증가하는 것을 통해 임상연수의가 장래에 벽지·낙도에 있어서의 근무에 대한 관심을 갖도록 하는 것이 중요하다.

또한 여태까지 벽지보건의료대책의 성과로부터 벽지·낙도의 보건의료서비스를 담당하는 의사 등에 대한 진료 및 생활의 적응에 적절한 지원이 있으면 벽지·낙도의 보건의료서비스의 제공에 일정기간 종사하려는 의사가 증가했다. 그렇기 때문에 벽지·낙도에서의 진료에 종사하는 의사 등에 대한 진료면에 있어서의 지원책과 학습의 지원, 휴가의 확보 등에 생활면에서의 지원책에 있어서의 구체적인 검토가 필요하다.

의사의 임상연수필수화의 도입으로 인한 매력있는 프로그램을 실시하는 의료기관에는 의사들이 모이는 경향이 있다. 그렇기 때문에 의사확보의 관점으로도 벽지·낙도의 보건의료서비스를 지원하는 의료기관에 있어서도 충실한 임상연수의 프로그램을 실시하는 것이 필요하다. 또한 이러한 임상연수의가 모이는 의료기관이 지역에 있어서 벽지·낙도의 보건의료서비스의 지원을 하는 중심이 되도록 방책을 검토를 해야만 한다.

한정된 의료자원을 집중시킴으로 더욱 고도의 의료기능을 확보하면서 전문의료를 담당하는 의사의 부담을 경감시킬 필요가 있다. 한편으로 이번기능의 집중화와 외

래기능의 분산의 대처를 동시에 실천하는 지역도 존재한다. 지역에 있어서 벽지·낙도의 보건의료서비스를 지원하는 체제의 구축에 있어서는 의료기관의 집중화와 access의 확보의 발란스를 맞추면서 계획적으로 검토할 필요가 있다.

4.2.3.4.3. 의료기관·학회 등의 역할과 앞으로의 대응

의사를 양성하는 의육기관은 졸업 후에도 의사의 연수를 담당함과 동시에 지역의료에 대하여 의사를 적절하게 배치하는 조정을 하는 등 폭넓은 대응을 해 왔다.

2005년 3월에는 국립대학 의학부장회의 상설위원회·국립대학부속병원장회의상설위원회에서 『지역에 있어서 의사의 확보 등의 추진에 대하여(재언)』가 발표됐다. 그 중에는 대학의학부 및 대학부설 병원의 역할로써 창구를 일원화하여 투명성·공평성이 확보되는 의사의 소개제도와 벽지·낙도의 보건의료서비스의 제공에 관한 전문이수코스의 설치 등이 재언되었다.

의육기관·학회 등은 앞으로의 지방자치제와의 연계를 도모함과 동시에 벽지의료의 향상에 협력할 필요가 있다.

4.2.3.4.3. 국가의 역할과 앞으로의 대응

국민에 대한 양질 및 적절한 보건의료서비스를 효율적으로 제공하는 책임은 각 지방 공공단체와 함께 국가도 부담해야 한다. 국가는 폭넓은 보건의료관계자의 의식을 통일하기 위한 벽지·낙도의 보건의료대책에 관한 비전으로써 제10차 벽지보건의료계획을 제시하고 실효성있는 대책의 틀을 확립할 필요가 있다. 또한 벽지·낙도 보건의료대책을 고민하는 지방공공단체와 의사의 파견을 하는 역할을 담당하는 의료기관, 의사의 파견을 맡고 있는 각 의료기관에 대해서도 섬세한 조언·지도를 할 필요가 있다.

여태까지의 재정적 지원에 의하여 벽지·낙도 보건의료대책은 일정한 성과를 나타내고 있으며 이러한 계속적인 지원이 중요하다.

앞으로의 벽지·낙도보건의료대책의 전체상을 구축하는데 있어서 국가는 지방공공단체의 대처를 재정적인 면 뿐만 아니라 전국 각지의 참고사례를 소개하는 등 정보면의 지원을 할 필요가 있다. 또한 관계 부처가 협력하여 종합적인 대책을 강구하는 것이 필요하다.

4.2.3.4. 벽지·낙도보건의료대책에 관한 앞으로의 구체적인 지원방책

벽지·낙도에 있어서의 보건의료서비스의 내용은 주민의 고령화 등에 의한 만성질환의 관리 등의 비율이 높다. 한편 다른 의료기관에의access가 제한되어 있으므로 구급의료에의 대응도 필요하다.

4.2.3.4.4. 벽지·낙도의 보건의료의 확보

1)벽지진료소

여태까지의 벽지진료소에 대한 지원에 따라 벽지·낙도의 보건의료서비스의 확보가 도모되어졌다는 평가가 있지만, 지역에 있어서는 지방공공단체 등의 보조금이 아니라 민간 의료기관 등의 독자적으로 설치된 시설도 있다. 한편 이러한 시설중에는 의사의 고령화등으로 인해 존속이 되지 않고 결과적으로 당해지역이 무의촌지구가 되는 경우도 있다. 그렇기 때문에 민간의료기관등이 설치한 진료소에 있어서도 주위의 다른 의료기관이 없고 지방공공단체등이 설치한 벽지진료소와 같은 기능을 하고 있는 경우는 당해 진료소의 설치 등에 있어서 벽지진료소로써 지원을 할 가능성이 있다. 앞으로 민간의료기관등이 설치하는 진료소의 지원에 있어서 관계자에게 더욱 주지시키며 지역의 다양한 대처를 촉진할 필요가 있다.

또 벽지진료소의 설치·운영을 하는 등, 벽지·낙도의 보건의료서비스를 지원하는 민간의 의료기관에 대해서는 동기부여를 하기 위해 무엇인가의 지원조치를 검토할 필요가 있다.

더 나아가서 시정촌합병 등을 통하여 공적의료기관의 재편성이 이루어지고있고 벽지진료소에 있어서도 합병되어 복수의 의사를 배치하고 지역의 고도한 보건의료서비스의 수요에 응하는 것을 목표로 하고 있다. 이러한 벽지진료소의 재편성에 있어서도 무엇인가 지원을 할 필요가 있다.

벽지진료소의 설치에는 원칙으로써 지역의 인구가 1,000명 이상(낙도에 있어서는 300명 이상)이라는 요건이 정해져 있으나, 지역의 실정에 맞춰 유연한 대응을 하고 있으며 이러한 것을 주지할 필요가 있다.

2) 순회진료

산간벽지에 있어서는 도로정비의 개선 등에 있어서 순회진료에 대한 수요가 저하되고 있다. 그렇지만 낙도 등 지역에 있어서 순회진료의 필요성이 있는 곳도 있다.

앞으로도 순회진료에 대한 지원의 필요가 있고 교통수단의 확보 등의 대가수단의 검토를 포함하여 각 지역에 있어서의 순회진료의 필요성의 충분한 검토가 중요하다.

4.2.3.4.4. 벽지 낙도의 보건의료 서비스를 하는 의사등에 대한 지원

1) 벽지의료지원기구의 강화

벽지의료지원기구는 광역적 벽지의료 지원사업의 기획 조정을 하는 것을 목적으로 제9차 벽지 보건 의료 계획으로 설치된 것 이다. 원칙으로서는 벽지 낙도에 있어서 보건의료 서비스를 지원하는 활동을 하는 전담의사를 배치하고, 벽지 진료소등으로 대진의사 파견의 정비, 벽지·낙도의 보건의료 서비스를 담당하는 자에 대한 연구계획의 작성, 벽지·낙도에서의 보건의료서비스를 담당하고 싶다는 사람에게 취직의 알선, 벽지의료 거점병원의 평가등, 폭 넓게 벽지 의료지원을 실시하고 있다.

벽지의료 지원기구는, 벽지 진료소에 근무하는 의사등의 지원으로으로서 유효하게 기능하고 있다. 벽지의료지원기구에 소속된 의사가 벽지 진료소를 대진하고 있는 예도 있고, 또한 지원기능의 향상이 필요하다.

2)정보 통신기술에 의한 진료 지원

정보 통신기술을 활용한 원격의료등에 대해서는, 최근, 고속 대용량의 통신회선의 보급과 관련기술의 진전에 따라, 실적예가 늘고 있다. 특히, 현재의 통신 기술 의 수준에서 일반적이라고 하는 기술이라하더라도, 높은 수준의 원격의료등의 실적과 효과가 기대되어진다.

예를 들면, 의과대학에서는, 안과 영역에서의 원격의료 시스템에 의해, 환자가 먼곳의 의료기관에서 진료하지 않아도 가까운 지역에서, 대면하여 전문의의 진료를 받을 수 있는 것과 거의 같은 성과를 얻을 수 있다.

이러한 지역의 사정을 고려하여 이미 조직적으로 대응하고 있는 성공사례등을 들어서 필요한 지원방책등을 검토할 필요가 있다.

지역의 벽지 의료거점병원등에서 전문의사의 부족등에 의해, 진료상의 의견조회와 상담을 하는 상대를 확보하지못하고 전문적인 진료의 대응에 지장이 생기는 경우도 생각할수 있다. 그것을 위해 전국에서의 의견조회와 상담등에 대해, 정보통신기술에 의해 대응 가능한 조직등을 확보하는 것도 생각할 수 있다.

또, 의사가 상주하지 않고, 간호사가 상시 대응하게 되는 벽지 진료소에 있어서, 간호사의 활동을 지원하기위해, 정보통신기술을 사용하는 의사에 의한 원격진료를 하는 것도 생각할 수 있다.

3)벽지 의료 거점 병원에 있어서 진료지원의 충실

벽지의료 거점병원은, 무의촌등의 보건의료서비스의 제공을 지원하는 것을 목적으로 하여, 도도부현이 거점이 되는 병원을 지정하고, 순회 진료, 벽지 진료소로의 대진의의 파견 및 기술지도, 벽지 낙도의 보건의료 서비스를 담당하는사람에 대한 연수기회 및 연구시설의 제공, 원격의료등의 각종 진료지원등을 하는 것이다. 2005년 3월 현재로 244병원이 지정되어 있다.

벽지 의료 거점병원은 벽지 진료소의 지원거점으로서 중요하다. 한편으로, 벽지 진료소를 지원하는 활동은 지역에 따라 격차가 있다. 그 때문에 활동의 실적에 맞춘 벽지의료 거점병원 지정에 있어서의 모습을 다시 살펴보는 것과 활동 지원방책의 충실이 필요하다.

또, 벽지 낙도의 보건의료 서비스에 대한 지원은, 벽지의료 거점병원뿐만이 아니라, 지역의 의료기관이 넷트 웍에 의해 행하고 있기 때문에 이러한 대응을 주민과 환자에게 명시하는 것에 의해 벽지 낙도의 주민 환자에게 안심감을 갖게하는 것도 중요하다.

4)벽지 낙도 의료 매뉴얼 (가칭)의 작성

벽지 낙도 의 보건의료 서비스를 하는 의사가 실시해야 할 보건 ○의료 서비스의 표준화에 대해서, 여러가지 대응이 되어지고 있는 한편, 주민과 환자가 기대하는 서비스와 제공하는 서비스가 일치하지 않는 경우도 볼 수 있다.

벽지 낙도의 보건 의료 서비스의 내용을 보급시키는 일은 벽지 낙도의 보건 의료 서비스를 맡은 의사의 연구와 지방공공 단체, 주민등의 이해의 촉진등, 관계자가 협력하는 벽지 낙도의 보건의료 서비스의 방향의 검토를 필요로 하므로, 제공해야하는 서비스의 내용에 대한 매뉴얼의 작성에 대처할 필요가 있다.

4.2.3.4.4. 구급의료의 확보

1) 의사에 대한 구급의료강의 실시

벽지·낙도에 근무하는 의사는 여러 가지 증상이 있는 급환이 발생할 경우에 대응이 필요한 반면, 이러한 증상을 경험하는 기회가 한정되어 있다. 그렇기 때문에 확립된 curriculum에 의한 구급의료 강습의 수강을 지원할 필요가 있다.

2) 벽지·낙도의 구급환자의 헬리콥터에 의한 이송

벽지·낙도에 있어서 환자의 헬리콥터 등에 의한 이송에 있어서는 이송에 관한 구체적인 순서 등을 정하고 관계자가 공유할 필요가 있다. 예를 들어 이송 시에 벽지·낙도에서의 진료에 종사하는 의사가 헬리콥터에 동승하면 당해지역이 무의촌이 되기 때문에 환자수용의료기관의 의사가 헬리콥터에 동승할 필요가 있다.

4.2.3.4.4. 벽지환자 수송차에 있는 진료수단의 확보

벽지보건의료대책 중에 이동수단을 갖지 않는 고령자에 대하여 의료기관의 송영하는 대응이 중요하기 때문에 벽지환자 수송차로 인한 지원을 인수할 필요가 있다.

4.2.3.4.4. 벽지보건의료정보시스템의 재검토

(社)지역의료진흥협회에 있어서 인터넷을 이용한 정보의 공유화를 촉진시키기 위한 벽지보건의료정보시스템이 가동되고 있는 곳이 있다. 여기 에서는 각 지역에서의 벽지·낙도에의 대처 소개, 게시판 기능에 의한 벽지·낙도에서의 진료의 희망자에 대한

상담 등 폭넓은 대처를 실시하고 있다. 이러한 대처는 일반의 보급개발을 효과적으로 하는 등 필요한 재검토를 계속할 필요가 있다.

4.2.3.4. 벽지·낙도의 보건의료서비스를 담당하는 의사를 확보하기 위한 새로운 방책

여태까지의 벽지보건의료대책은 무의촌·무치과의사지구의 해소 등을 목적으로 하고 벽지 등 진료소의 설치와 지원 등을 중심으로 실시해왔다. 한편 벽지·낙도에 있어서 보건의료서비스에 관한 과제로서는 중심이 되는 지역 병원과 산과, 소아과 등의 의사가 부족한 진료과의 의사를 확보하는데 필요한 등 의사의 확보에 관한 새로운 방책이 필요하다. 벽지·낙도의 보건의료서비스 제공의 실효성을 갖게 하기 위해서는 많은 관계자의 협력과 그것을 지원하는 다면적인 대처가 중요하다.

4.2.3.4.5. 공적인 의료기관에 의한 벽지·낙도의 진료지원의 강화

여태까지도 벽지·낙도에 있어서 진료지원은 공적인 의료기관이 그 중심을 담당하고 있었는데, 국공립병원 등도 포함한 모든 의료기관에 의한 벽지진료지원의 책무를 명확하하고 이러한 의료기관이 지역에서 솔선수범하여 실시하는 것으로 인해 벽지·낙도의 보건의료제공체제가 더욱 강화되는 것이 바람직하다.

4.2.3.4.5. 역출신의 의사육성을 촉진하는 방책

1) 의학부에 있어서 지역을 지정한 입학자 선발(지역틀)

문부과학성에 의하면 2005년도 7개 대학에 있어서 지역을 지정한 입학자 선발을 실시하고 있고, 2006년도부터 추가로 7개 대학이 실시할 예정이다. 이것으로 인해 의사의 지역에의 정착이 기대된다.

2) 벽지·의료의 보건의료서비스를 담당하는 의사를 확보하기 위한 장학금 제도

일부의 도도부현에서는 벽지·낙도의 보건의료서비스를 일정 기간 담당하는 것을 조건으로 장학금 제도를 실시하고 있다.

자치의과대학 등 벽지·낙도의 보건의료서비스의 향상으로 목적으로 한 개학의 정

신을 갖고 있는 의학부의 환경이 학생을 벽지·낙도의 보건의료에 종사할 의지를 지속시킬 수 있다. 장학금 제도를 실시하는 도도부현은 장학금 제도와 지역을 지정한 입학자 선발을 통하여 벽지·낙도의 보건의료서비스 제공을 실효성 있는 대처가 기대된다.

4.2.3.4.5. 벽지·낙도에 근무하는 의사·치과의사등의 확보·소개를 위한 공정하고 공명한 지속적인 시스템

문부과학성은 대학에 있어서의 의사소개시스템의 명확화 및 결정프로세스에 있어서의 투명성의 확보를 추진하고 있으며 2005년 3월 현재 35대학의 의사소개창구를 일원화하고 있다. 그 밖에 지역의료지원위원회를 대학 내에 설치하고 행정기관 및 의료기관도 연계하는 등의 대처를 하고 있다.

또한 지역의 의료기관, 의육기관 등 관계기관들이 참가하여 지역에 있어서 구체적인 의사확보 방책에 있어서 검토가 이루어지고 있는 곳으로써 도도부현이 중심이 되어 의료대책협의회가 설치되고 있다. 이러한 협의회 및 당회협의회의 참여·협력의 제도화를 포함시켜 충실하게 도모해야 한다.

(社) 전국자치체병원협의회 에서는 2005년 4월부터 여태까지 의사소개업무를 확충시키고 자치체병원·의료소 의사구인·구직 지원센터를 운영하고 있고 전국의 지방공공단체의 의료기관의 취직에 있어서의 상담도 알선하고 있다.

(社)지역의료진흥협회에서는 벽지의료정보네트웍 등을 통하여 벽지 등의 근무를 희망하는 의사·치과의사 등을 모집하여 각 도도부현의 벽지·낙도의 보건의료서비스의 상황에 대하여 정보를 제공하고 각 도도부현의 벽지의료지원기구에 소개를 하고 있다.

17부현·4군시구의 의사회에서는 의사의 취직상담과 알선을 목적으로 하여 무료의 직업소개로써 Doctor Bank사업을 실시하고 있다.

이러한 여러 가지 기회를 통하여 이뤄지고 있는 의사·치과의사 등의 확보·소개를 위한 대처에 있어서는 앞으로도 섬세한 상담 등으로 희망하는 벽지·낙도에서의 근무가 원활하게 이루어지는 것이 필요하다.

4.2.3.4.5. 벽지·낙도에서의 진료를 동기부여하는 방책

벽지보건의료앙케이트(진료소 의사앙케이트)에 의하면 벽지진료소에 근무하고 있는 이유로써 가장 많았던 것은 『보람이 있기 때문에』였다. 또한 벽지진료소에서 근무를 계속하기 위해서 필요한 것으로써 『진료지원체제의 강화』, 『의사로서의 연구·생애교육의 충실』, 『지역행정의 이해와 협력』의 순으로 답이 많았다. 그렇기 때문에 앞으로 벽지·낙도 보건의료대책에 있어서도 이러한 기본으로 생각할 필요가 있다.

3) 벽지·낙도에서의 진료경험의 평가

지역내의 공적병원을 포함한 전의료기관에 있어서 벽지·낙도에서의 진료경험을 평가하고 보수와 근무조건(취직, 승진 등)과 연결시켜 대처하는 것이 유효하다고 생각된다.

일부의 도도부현에 있어서는 예를 들어 직원으로서 채용된 의사를 지역내의 벽지·낙도등의 의료기관에 파견하는 것과 함께 일정기간 후의 연수 등과 맞추는 등의 대처가 실시되고 있다. 지역에 있어서 중심병원을 기점으로 지역내의 의료기관 등을 rotate하는 것으로 인한 의사양성시스템을 구축하고 지역내의 의사로서의 career의 형성을 가능하게 하는 것이 적당하다.

4) 벽지·낙도에서의 진료에 대한 전문성의 인정

벽지·낙도에서의 진료에 종사하더라도 전문성을 인정받지 못 하는 사정이 벽지·낙도의 진료를 희망하는 의사의 고민이 되고 있다. 벽지·낙도에서의 진료를 전문성으로 평가하고, 그것에 대해 인정하는 방책이 유효하다고 생각된다.

또한 벽지진료에 관한 실무경험을 벽지의료에 관계 있는 전문의의 소득요건으로써 평가하는 것을 관련 학회에 의뢰하는 것이 적당하다.

5) 공익성이 높은 의료에 대한 의사의 책무

벽지진료, 야간진료, 구급의료 등, 지역에 있어서 필요한 의료의 확보에 대해서는 공익성이 높은 의료이기 때문에 의사의 직무의 공익성 등을 감안하여 이러한 의료에의 종사, 협력에 있어서 의사의 책무를 명확히 하는 것이 적당하다.

6) 임상연수에 있어서 벽지·낙도의 보건의료서비스의 체득

현재는 보건소에서의 연수를 포함한 지역보건·의료에 있어서는 의무화하고 있으나, 한발자국 나아가서 벽지·낙도의 보건의료서비스를 체득할 수 있는 연수프로그램 작성을 촉진시킬 필요가 있다.

4.2.3.4.5. 의료기관에 맞는 벽지·낙도의 보건의료서비스에 대한 지원

1) 의료기관에 대한 세재면의 배려

벽지·낙도의 보건의료 서비스는 의료기관에 있어서 부담이 크기 때문에 이러한 서비스를 공공성이 높은 의료서비스라고 자리매김하고 이것을 하는 의료기관에 대해 세제면 등의 우대를 할 필요가 있다.

2) 의료기관에 대한 의료계획상의 배려

병상과다지역에 개설된 병원의 개설자가 동일 도도부현 내의 벽지·낙도의 보건의료서비스를 지원하고 벽지·낙도의 환자를 해당병원에서 치료하는 경우, 의료계획상의 배려를 함으로써 민간의 의료기관에 따른 벽지보건의료서비스의 지원이 기대된다.

3) 지역의료지원병원의 제도를 활용한 배려

지역의료지원병원은 지역에 있어서 의료의 확보를 위해 필요한 지원을 하는 것을 목적으로 설치되고, 구체적으로는 다른 병원과 진료소로부터 소개된 환자에 대한 의료의 제공, 병원의 시설과 설비의 지역에서의 공영, 구급의료의 제공, 연수기회의 제공 등의 기능을 갖고 있다.

벽지·낙도의 보건의료서비스에 대한 지원은 지역에 있어서 의료의 확보를 위해 필요하고 지역으로써 지원해나갈 필요가 있기 때문에 벽지·낙도의 진료에 대한 지원에 대해서 지역의료지원병원의 기능으로써 자리매김하고 지정할 때에는 그 활동을 평가하는 것이 적당하다. 그렇기 때문에 다른 의료기관으로부터의 소개율과 다른 의료기관으로부터의 역소개율을 평가하는 현재의 요건에 대해서 재검토할 필요가 있다.

4) 벽지 등에 있어서 인원배치 표준의 특례 도입

인원배치표준은 벽지와 낙도 등 보건의료서비스가 부족한 지역에 있어서는 벽지의료거점병원으로부터의 지원을 시작으로 여러 가지 방법으로 의료의 확보가 도모되어지는 실정을 감안하여 국가가 정한 기준을 밑도는 배치라 할 지라도 도도부현지사가 의료계획 등에 있어서 의료제공의 체제를 확보할 수 있다고 판단될 경우는 일정의 권역을 지정하고, 그 권역내의 의료기관에 있어서는 전국일율로 설정한 수 보다 웃돈다면 『표준에 못 미침』에 해당되지 않는 새로운 설정을 검토해야 한다.

4.2.3.4.5. 벽지·낙도에서의 진료에 종사하는 의사의 부담을 경감하는 방책

1) Comedical 등 과의 역할분담에 따른 부담의 경감

벽지·낙도에 있어서는 진료소는 매일 의사가 근무하고 있지 않은 상황과 왕진에 시간이 걸리는 상황 등이 있기 때문에 모든 대응을 의사가 직접 하는 것이 어렵다. 그렇기 때문에 간호사 등과 협동하면서 정보통신 기기를 이용한 원격진료 등, 의료관계직종과 사무직원 등과의 역할분담으로 인한 의사의 부담을 경감하는 것이 유효하다고 생각된다.

2) 의료기관의 재편성

복수의 진료소를 재편성하고 의사의 복수배치를 실현하는 방책 등 예를 들어 소아과와 산과의 진료과에 있어서도 집약화를 통하여 기능의 고도화와 종사하는 의사의 부담을 경감시킬 수 있다. 지역에 있어서는 의료기관과 진료과의 배치를 검토하고 상호를 지원하는 네트웍의 형성이 필요하다.

미에현의 기남병원에서는 내과의가 부족하나, 지역의 의사회와 협력하여 외래환자를 의사회가 담당하고 있으며 기남병원은 입원 의료를 중심으로 실시하여 지역에서 필요한 보건의료 서비스를 확보하고 있다. 이렇게 진료소와 병원의 역할분담을 함으로써 재편성의 유효한 방법이 있다고 생각한다.

4.2.3.4.5. 육아를 하면서 일하기 쉬운 환경의 정비

육아를 하면서 일하기 쉬운 환경을 정비하는 것으로써 의료종사자의 육아를 인

한 퇴직의 감소를 기대한다. 또한 육아를 이유로 퇴직한 후 복귀를 지원하여 벽지·낙도 등의 있어서 진료에 종사하는 의사의 증가를 기대한다.

4.2.3.4.5. 퇴직의사의 활용

벽지·낙도의 의사의 공급을 촉진하기 위하여 정년 등으로 퇴직한 의사의 재취직을 위한 재교육 등을 충실하게 강화할 필요가 있다.

4.2.3.4.5. 자치의과대학의 정원의 재검토

자치의과대학졸업생은 그 대다수가 출신 각 도도부현에 있어서 벽지·낙도등에서 근무의무를 다하고 의무종료 후에도 벽지 등에 있어서 근무를 계속하는 자가 많다. 자치의과대학 정원 틀을 재검토함으로써 효율적으로 벽지·낙도에 있어서 의사의 확보를 추진하는 것이 기대된다.

4.2.3.4.5. 자위대의관과의 연계

자위대의관은 단기간에 전문의 취득에 필요한 많은 증상사례의 수와 종류를 경험할 수 있는 의료기관을 필요로하고 있으며 자위대의관에 있어서는 바람직한 전문적 연수가 가능한 의료기관에의 파견을 한 결과 그 의료기관으로부터 벽지에 있는 의료기관에 의사파견이 가능해지는 등 간접적인 효과도 생각할 수 있기 때문에 검토해야 한다.

4.2.3.4. 의료계획에 있어서의 위치

의료법에서는 도도부현이 작성한 의료계획에 기재하고 있는 사항으로써 『벽지의 의료의 확보가 경우에 있어서는 해당의료의 확보에 관한 사항』이 있으며, 벽지와 낙도에 있는 각 도도부현의 의료계획에 필요한 보건의료서비스가 들어가 있다.

현재 재검토중에 있는 새로운 의료계획제도의 방향은 여러 가지 의료기능의 지역에 있어서의 배치와 의료기관간의 연계·네트웍, 의료제공자의 역할의 명확화를 도모하고 있다. 벽지·낙도보건의료대책에 있어서도 새로운 의료계획제도가 요구하고 있는 여러 가지의 의료기능의 연계·네트웍, 의료제공자의 역할을 감안하여 과제의 달성을 도모할 필요가 있다.

또한, 의료계획에 의하여 각 의사의 career형성을 배려한 의사배치의 조정을 포함하고 지역에서는 『의료연계체제』를 확보할 필요가 있다.이것은 의사의 시점에서 보면 지역에 있어서 복수의 의료기관에 있어서 경험을 쌓음으로써 career형성을 할 수 있는 이점도 인정된다.

4.2.3.4. 결론

본 검토회에서는 제10차 벽지·낙도보건의료대책의 방향을 염두에 두고 관계자가 공유해야 할 장래의 벽지·낙도에서의 의료서비스의 모습의 구축하기 위해 노력했다.국가는 본 보고서에 있어서 지적한 내용에 바탕하여 적절한 대응을 하는 것이 필요하다. 또한 그 성과를 5년 후에 확인하고, 그 결과에 따라 소용의 재검토가 필요하다.

벽지·낙도에 있어서 보건의료서비스는 가장 취약한 부분으로써 여러 가지 보건의료제공체제에 관한 과제가 나타나기 쉽다. 그렇기 때문에 해결을 위해서는 나라 전체의 보건의료제공체제의 과제라는 인식을 바탕으로 종합적인 대처를 할 필요가 있다.

4.2.3. 캐나다

4.2.3.5. 개요

국토가 넓고 다양한 민족성을 지닌 캐나다의 의료보장제도는 국경을 접하고 있는 미국의 의료제도에 비해 국민의 만족도와 형평성, 접근성의 면에서 성공적이라는 평가를 받고 있으며 많은 캐나다 국민의 지원을 받고 있는 대표적인 공공제도이다. 캐나다의 의료공급자들에게 지불되는 총 의료비용의 크기에 제한을 가하는 총액계약제를 통해 의료비용의 증가 역시 적정 수준으로 통제하고 있어서 우리나라 의료제도에 시사하는 바가 매우 크다.

캐나다는 연방체계의 국가로서 10개의 주(province)와 3개의 준주(territory)로 이루어져 있는데, 보건의료체계는 캐나다 헌법에 의해 연방정부와 주 및 준주정부 간의 역할과 책임이 구분되어 있다.

캐나다 의료보장제도의 주된 재원은 주정부와 연방정부의 일반 조세이다. 주정

부는 2004년 현재 전체 의료비의 64%를 부담하여 공공부문의 전체 부담액의 90%이상을 차지하였다. 다만, 주정부 부담금 가운데 33%는 연방정부의 현금이전 및 과세이전이었으며, 이와 연방정부의 직접 지출분을 합할 경우 캐나다 의료보장제도의 재정 가운데서 연방정부가 부담하는 비율은 약 25%에 이른다.

세부적으로 살펴보면, 캐나다의 전체 보건의료 지출 중 약 70%는 연방주 및 준주 정부의 개인 소득세, 법인세 등의 재원으로 이루어진다. 앨버타, 브리티시 컬럼비아주, 온타리오 주에서는 정기소득세 수입과는 별도로 일정 소득 이상의 개인과 가족을 대상으로 일정 보험료를 세금 명목으로 부과하여 재원을 조달하기도 하며, 지방정부에서 시(city) 지역별로 공중보건 부문에 사용할 재원을 세금으로 징수하기도 한다. 공공재원은 주정부에 의해 의사나 병원서비스 등 의학적으로 필요한 서비스의 급여에 사용된다.

민간부문 재원으로는 소비자의 직접지불이 보건의료지출의 약 15%, 민간보험이 약 12%를 차지하며, 나머지 3%는 산재보험급여를 위한 사회보험기금(Social insurance funds), 보건기관 설립이나 병원 장비구입, 연구를 위한 자선기금 등으로 구성된다. 대체요법이나 보완요법, 안과치료, 비처방약 구입에는 소비자의 직접 지출이 매우 주요한 재원이 된다.

4.2.3.5. 보건의료전달체계

4.2.3.5.2. 1차 의료

캐나다의 1차 의료는 보건의료서비스의 직접적 공급 역할을 하고, 환자에게 전문 치료나 입원 등 특정 서비스가 필요할 때 보건의료체계 내에서 필요한 서비스를 받기 위해 2차 서비스로의 연계와 의료서비스의 지속성을 유지할 수 있도록 조정한다. 캐나다 사람들은 보건의료서비스가 필요할 때, 일차적으로는 가정의, 간호사, 물리치료사, 약사 보건의료전문가 등에게서 제공받는다. 그러나 주로 1차 보건의료는 1차진료를 담당하는 의사가 기본적으로 담당하며, 이들은 전체 활동의사의 51%를 구성하고 있다.

대부분의 의사들은 독립적 또는 집단 진료기관에서 일하고 있는 민간 의사이며, 지역사회 내의 보건소에서 일하거나, 병원 또는 병원 내의 외래 환자 담당부서와 제휴

하여 일하고 있다. 민간 의사들은 일반적으로 행위별 수가제를 적용받으며, 환자에게 제공한 서비스에 대해 주 및 준주 정부 보험 담당기관에 지불요청을 한다. 그러나 의원이나 지역보건소, 집단진료팀과 같은 의사들은 봉급제 또는 행위별수가와 인센티브가 결합된 지불방법 등 다른 방법으로 보수가 지불된다. 간호사는 일반적으로 병원에 고용되어 있거나, 가정간호 및 공공보건서비스를 비롯한 지역사회 보건소에서 일한다. 치과의사는 공공 보건의료체계와는 구분되어 독립적으로 일하지만, 병원내 치과 수술 등은 공공보건의료체계 내에 속한다.

지역사회의 보건소를 통해서도 1차 보건의료가 일부 이루어지고 있다. 치료중심의 의료에서 벗어나, 지역사회 차원에서 건강증진과 예방서비스를 공급하여 지역주민의 건강을 책임지고 보건의료비용도 절감하기 위한 방안으로 1973년 주의 보건부 장관회의에서 지역보건서비스 계획이 문제되었다. 이에 따라, 각 주는 보건소 사업추진단을 만들고 보건소 및 포괄적 1차 의료서비스를 제공하는 건강센터를 설립하기 위해 다양한 프로젝트와 시범사업을 하였으나 여전히 1차 보건의료는 민간 개업의사가 주로 담당하고 있다.

캐나다의 공중보건(Public Health)은 전염성 질환의 관리, 공중위생의 확보 및 보건교육 보급을 위해 설립되었으나 전염성 질환 발생이 줄어들고 치료가 가능해짐에 따라 최근에는 만성질환을 예방하고 사고를 예방하며 공중보건 응급상황에 대처하고, 건강증진 서비스와 예방접종 서비스에 주력하고 있다. 연방 보건부 내의 공중보건기관(Public Helath Agency of Canada)과 6개 지역 산하에서 이를 담당한다.

4.2.3.5.2. Public Health Agency of Canada(이하 PHAC)

PHAC는 캐나다의 공중보건(Public Health)을 책임지고 있는 정부기관이다. PHAC의 기본적인 목표는 캐나다 사람들의 신체 능력을 강화하고, 건강 상태를 개선하며 캐나다 보건의료 시스템의 부담을 일부 경감하기 위함으로 설정하고 있다. 이러한 목적 달성을 위하여 PHAC는 캐나다인의 매일매일의 삶 속에서 보다 나은 건강상태를 유지하고, 웰빙(well-being)을 가능하게 하며 만성적 질병 또는 상해로부터 예방하거나 이를 제어하고, 전염성 질환의 발생을 예방하기 위하여 노력하고 있다. 또한 PHAC는 캐나다인의 경제적·사회적 지위에 따른 건강 불평등을 극복하는 데에 기여하고 있다.

캐나다에서는 공중보건(public health)은 사회적으로 분담해야할 분야로 파악하

여 PHAC는 주, 준주, 시 정부 모두와의 밀접한 협력 체계를 구축하고 서로의 강점을 보충·보완하며 작동하고 있다. 또한 PHAC는 민간 분야, NGO, 다른 국가 및 WHO와도 협력하고 있으며 서로의 경험과 지식, 전문성을 공유하고 있다. PHAC는 2003년 전세계적으로 SARS가 창궐하여 이에 대한 정부적 대응으로 2004년 9월 설립되었으며, 설립이후 2006년에는 Public Health Agency of Canada Act[50]를 제정하여 법적 근거를 갖추었다.

50) 이 법률의 원문은 http://www.canlii.org/en/ca/laws/stat/sc-2006-c-5/latest/sc-2006-c-5.html 참조

4. 공공보건의료에관한법률 개정안 관련 주요 논점 검토

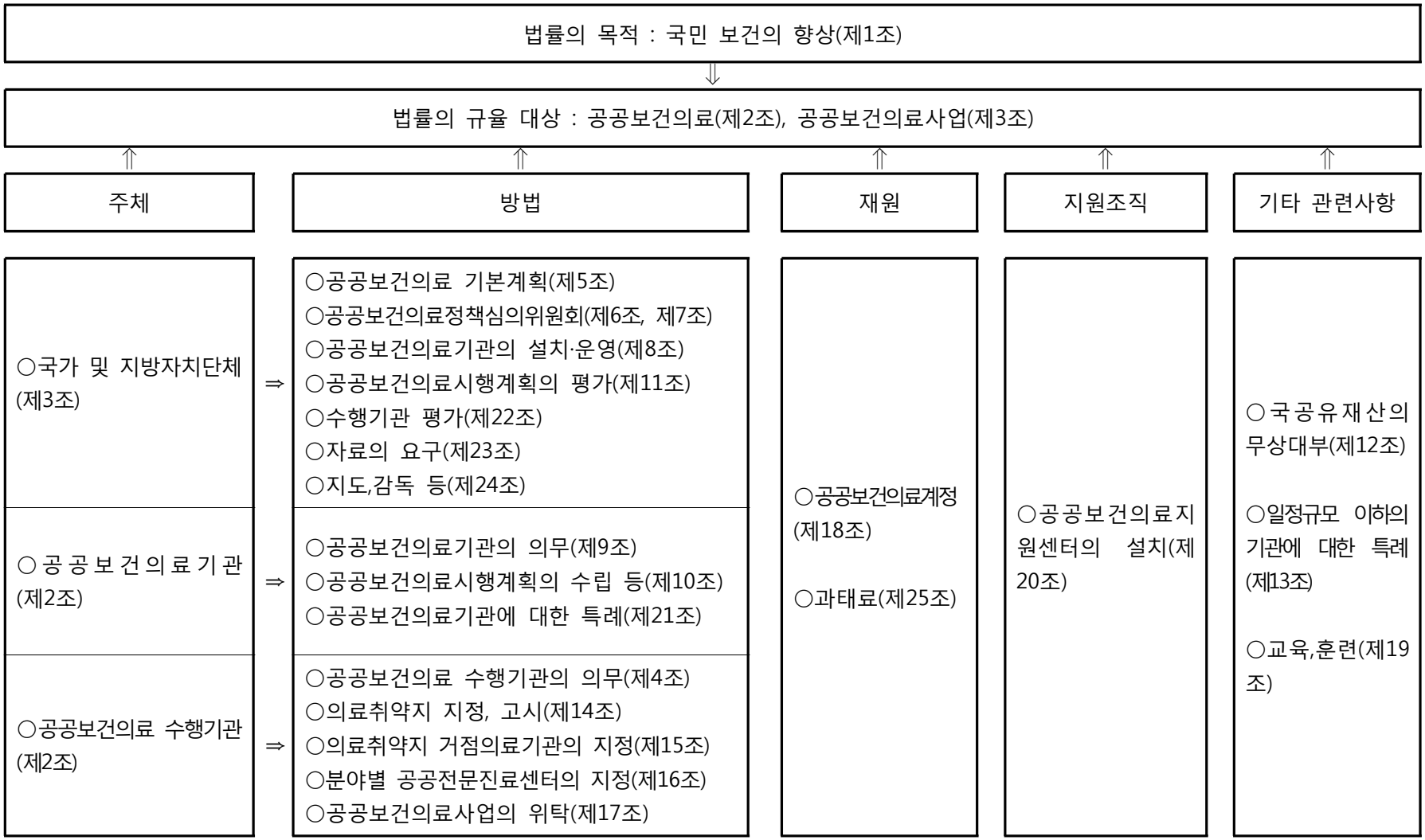
4.3. 개정 논의의 배경

2000년 제정된 “공공보건의료에관한법률”은 우리나라의 공공보건의료서비스가 공공보건의료기관 중심으로 시행되어 왔음을 고려하여, 공공보건의료기관의 저소득층의 의료안전망과 민간보건의료기관의 보완과 견제의 역할 및 합리적이고 효율적인 공공보건의료계획·조정·평가 등을 위한 제도적 장치 마련을 명문화하기 위한 목적으로 제정되었다. 따라서 그동안은 이 법률에 근거하여 공공보건의료기관의 역할을 재정립하고 기관간 기능분담과 상호연계를 이루어 국가적이고 종합적 측면에서 효율적 운영을 할 수 있도록 함으로써, 국민 지역 간·계층 간 공공보건의료의 형평성을 높이고 공공보건의료서비스의 질과 효율성을 높이는 정책적 노력이 이루어져 왔다.

그러나, 현행법상 ‘공공보건의료’와 ‘공공보건의료기관’의 정의가 설립 및 소유주체로 제한되어 치료중심의 국가건강보험제도 아래 민간과 공공의료기관 간의 기능적 차이가 모호하고, 효율적인 공공보건의료체계의 발전을 저해하고 있다는 문제점이 제기되었다. 게다가 민간의료기관의 공공기능에 대한 국가적 관심과 지원에 관한 법적근거가 불명확하고, 민간의 공공보건의료기능을 도외시하여 민간의료기관의 공공성을 오히려 위축하는 결과를 초래하고 있다.

따라서 개정 법률안에서는 ‘공공보건의료’를 보건의료기관의 설립 및 소유주체가 아닌 국민에게 필수적이고 공익적인 의료서비스 제공이라는 기능의 관점에서 재정의함과 동시에, 공공과 민간의 효율적인 역할분담과 참여를 유도하여 국가가 공공보건의료 기능에 대한 지원·육성 및 평가·감독할 수 있는 법적 패러다임의 전환을 반영하고자 한 것이다.

이러한 “공공보건의료에관한법률”의 개정을 통하여 현행법상의 ‘공공보건의료기관’은 새로운 비전과 역할을 규명하고 고유한 공공기능의 창조적 개발·수행 및 경쟁력과 효율성의 제고의 효과를, 민간보건의료기관은 공공보건의료 역할에의 참여와 공공성 증진 효과 및 경쟁력 강화의 효과를 기대할 수 있을 것이며, 결국 이 법의 궁극적인 목적인 국민보건의 향상에 더욱 이바지할 수 있을 것을 예상한다.



<그림 2> 공공보건의료에관한법률(개정안)의 법체계도

3.2. 공공보건의료

3.2.1. 정의규정 관련 입법이론

제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.
1. "공공보건의료"라 함은 영리성 또는 효율성 등으로 인해 국가 보건의료체계에서 발생하는 지역별, 계층별, 부문별 불균형을 보완하여 모든 국민의 건강증진과 보편적인 의료접근을 보장하는 일체의 활동을 말한다.

정의규정은 법률 중에 사용하고 있는 용어의 뜻을 정하는 규정으로서, 특히 해당 법률에서 사용하는 중요한 용어 또는 일반적으로 사용하는 용어의 의미와 다른 의미로 사용되는 특수한 용어에 대하여 법률 자체에서 그 의미를 명확하게 함으로써 법률의 해석상 의문점을 없애기 위하여 사용한다. 모든 법률에서 정의규정이 설치되어야 하는 것은 아니지만 어떤 용어의 쓰임새에 광의·협의가 있거나 그 법률에서 사용되는 특정한 의의나 사용법을 명확하게 할 필요성이 있다.

정의규정은 해석상의 논란을 예방하고, 집행과정에서 발생할 수 있는 분쟁을 방지할 뿐 아니라, 자주 사용되는 어려운 용어를 미리 한 곳에서 설명함으로써 복잡한 조문 내용을 간결하게 표현할 수 있게 한다. 정의규정은 법률의 제2조에 두는 것이 일반적이다.

정의규정에서는 사회적으로 확립된 의미를 무시하는 용어의 정의는 법률의 의미를 알기 어렵게 할 뿐만 아니라 혼동할 염려가 있으므로 피하는 것이 좋다. 따라서 용어의 정의는 가능한 한 일반적으로 사용되는 용어의 용법에 맞추어 사용하되, 부득이한 경우에도 이것에서 크게 벗어나지 않는 것이어야 한다.

3.2.2. 주요내용 및 개정안 논의과정

개정안 제2조 제1호는 "공공보건의료"의 정의에 대하여 영리성 또는 효율성 등으로 인해 국가 보건의료체계에서 발생하는 지역별, 계층별, 부문별 불균형을 보완하여 모든 국민의 건강증진과 보편적인 의료접근을 보장하는 일체의 활동을 말한다고 정의하고 있다.

이러한 개정의 취지는 현행법상 공공보건의료의 정의가 공공보건의료기관이라는 국가, 지자체, 공공단체가 소유·설립한 기관이 국민의 건강을 보호 증진하기 위하여 행하는 모든 활동이라는 제한적 개념 대신, 모든 국민의 건강증진과 보편적인 의료접근을 보장하기 위하여 보건의료체계의 공공성을 강화하려는 활동으로 정의하여 공공보건의료를 행하는 주체의 범위를 국가, 지방자치단체, 공공단체 뿐만 아니라 보건의료서비스를 제공하는 모든 보건의료기관, 보건의료인 등까지 포괄하도록 하는 데에 있다. 이러한 취지는 과거 공공의료기관 확충으로 의료의 공공성 추구가 가능하다는 환상에 대한 반성에서 비롯하는 것으로써, 절대 다수의 의료 공급자가 민간 의료기관인 현실에서 전체 의료의 공공성은 오히려 민간 의료기관의 공공성 추구에 대한 참여정도에 달려있다는 것을 인식함에 따른 결과로 볼 수 있다. 일반 진료서비스를 제공하는 공공의료기관의 확충은 자원의 확보 측면에서 현실적으로 매우 지난한 과제일 뿐만 아니라, 설사 가능하다고 하여도 그 효과성에 대해서는 회의적이라는 것이 현재 학계와 전문가 다수의 입장으로 해석[51]되고 있다.

또한 공공보건의료의 정의에는 마땅히 국민의 건강증진이라는 보건의료의 포괄적 기능과 관련된 개념이 포함되어야 할 것이라는 전문가 자문회의에서 도출된 문제제기를 반영하고, 공공보건의료의 가장 명확한 역할로서의 보편적 의료접근의 보장이라는 개념 역시 포함하였다.

개정 최종안이 나오기까지에는 2차례의 전문가 자문회의와 1차례의 공청회를 통하여 계속적인 전문가 및 관련 당사자의 의견을 수렴하는 수정과정이 있었다. 이하에서는 공공보건의료의 정의와 관련하여 제1·2차 전문가 자문회의와 공청회를 진행하면서 개정안을 마련하는 과정을 보도록 하겠다.

51) 안홍준 의원실, 건강복지정책연구원, 보건의료선진화를 위한 정책토론회 자료집. 2008. 10, 19면 참조

<제1차 전문가 자문회의 개정안>

1. “공공보건의료”라 함은 국가 및 지방자치단체가 행정적·재정적 지원을 하여야 하는 보건의료로서 다음 각목에 해당하는 것을 말한다.

가. 도서·산간·벽지·오지·격지 등 지리적으로 의료 접근성이 부족한 지역(이하 “의료취약지역”이라 한다)의 의료 미충족 상태를 해소하기 위한 보건의료

나. 「의료급여법」에 의한 의료급여환자, 「국민기초생활보장법」에 의한 차상위계층 및 의료사각지대에 있는 사람 등(이하 “의료취약계층”이라고 한다)을 위한 보건의료

다. 희귀난치성질환관리, 고위험산모관리, 소아중환자관리 등 수요는 있으나 수익성이 낮아 공급이 부족하여 국민에게 원활히 제공되지 못하는 분야(이하 “의료취약분야”라고 한다)의 보건의료

라. 응급의료에관한법률, 감염병의예방및관리에관한법률, 암관리법 등 다른 법률에 의해서 국가 및 지방자치단체가 지원해야하는 보건의료

마. 기타 보건복지가족부장관이 정하는 보건의료

제1차 전문가 자문회의를 대비한 개정안에서는 “공공보건의료”에 대하여 “국가 및 지방자치단체가 행정적·재정적 지원을 하여야 하는 보건의료”로 정의하고 5개의 목으로 구체화하였다. 5개 목의 구체적 내용은 ①도서·산간·벽지·오지·격지 등 지리적으로 의료 접근성이 부족한 지역(의료취약지역)의 의료 미충족 상태를 해소하기 위한 보건의료, ②의료급여환자, 차상위계층 및 의료사각지대의 사람을 위한 보건의료, ③수익성이 낮아 공급이 부족하여 국민에게 원활히 제공되지 못하는 분야의 보건의료, ④응급의료법, 감염병예방법, 암관리법 등 다른 법률에 의해서 국가 및 지자체가 지원해야하는 보건의료, ⑤기타 보건복지가족부장관이 정하는 보건의료이다.

이렇게 각목의 형식으로 공공보건의료에 대하여 구체적으로 정의함으로써 소유 및 설립 주체가 아닌 보건의료의 공공성 확보라는 거시적인 목표 하에 기능 중심으로 재정의하고, 공공보건의료 기능수행에 대해서는 국가 및 지방자치단체가 행정적·재정적 지원을 하여야 한다는 원칙을 천명하여 공공과 민간의 창조적인 공공보건의료 기능수행을 유도하는 법제를 목적으로 한 것이다.

현재 우리나라의 보건의료 공백에 대하여 가목의 의료취약지역, 나목의 의료취약계층, 다목의 의료취약분야로 대별하고 각각의 취약성을 극복하기 위하여 국가 및 지방자치단체, 보건의료기관, 보건의료인 등 공공보건의료 수행주체가 담당하여야 할 구체적인 공공보건의료를 정의하고자 하였다. 또한 공공보건의료에관한법률과 다른 법률과의 관계를 고려한 라목과 공공보건의료를 정의규정에서 모두 나열할 수 없는 한계, 예를 들면 국제보건의료의 협력 및 지원과 관련된 사항 등을 감안하여 보건복지가족부장관이 정하는 공공보건의료를 포함하면서 공공보건의료의 개념적 축소의 위험성을 해소하고자 하였다.

그러나 이러한 정의 방식에 대하여는 여전히 취약지역, 취약계층, 취약분야의 의료공백을 해소하는 것만을 공공보건의료라고 한다면 애초의 개정취지에 반하여 오히려 공공보건의료의 개념적인 축소가 불가피해진다는 의견이 제기되었으며, 정의규정을 구체적으로 실현하는 사업의 내용 및 국가·지자체 등의 지원근거 등 각목의 내용을 보다 구체화하는 정책을 반영하는 조항이 부재하다는 의견이 제기되었다.

<제2차 전문가 자문회의 개정안>

제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.

1. “공공보건의료”라 함은 모든 국민에게 적정한 수준의 보건의료서비스를 제공하고 공급이 원활하지 않는 필수적 의료서비스를 충족시키기 위하여 국가 및 지방자치단체가 행정적·재정적 지원을 하여야 하는 보건의료로서 다음 각목에 해당하는 것을 말한다.

가. 보건의료서비스 공급의 지역적 균형을 확보하기 위한 보건의료

나. 소득계층 간의 건강균형을 확보하기 위한 보건의료

다. 수익성이 낮아 공급이 부족한 보건의료

라. 혈액관리, 장기 기증·이식 등 국가가 필수적으로 개입해야 하는 보건의료

마. 질병예방 및 건강증진을 위한 보건의료

바. 기타 보건복지가족부장관이 정하는 보건의료

제2차 전문가 자문회의를 대비한 개정안에서는 “공공보건의료”의 개념에 대하여 “모든 국민에게 적정한 수준의 보건의료서비스를 제공하고 공급이 원활하지 않는 필수적 의료서비스를 충족시키기 위하여”라는 합목적적 개념을 추가하였고, 제1차 전문가 자문회의에서 제시한 5개목 규정이 공공보건의료의 개념적 축소를 야기할 수 있는 위험성을 감안하여 보다 포괄적인 규정방식을 택하였다. 또한 마목에 “질병예방 및 건강증진을 위한 보건의료”를 추가 기술하여 공공보건의료의 개념적 확장을 기하였다.

그러나 공공보건의료를 각목의 형식으로 규정하는 이상 공공보건의료의 개념적 축소 위험성을 완전히 해결할 수 없다는 문제제기가 있었으며, 이에 대한 대안으로써 공공보건의료의 정의는 모든 보건의료의 공공성을 포괄할 수 있는 개념으로 규정하되, 각목의 내용을 국가 및 지방자치단체의 의무로서 규정하자는 의견이 제시되었다. 각목의 내용을 국가 및 지방자치단체의 의무로 규정함으로써 공적인 재원을 확보하여 모든 국민에게 필수적 보건의료서비스를 제공하는 국가적 책임을 강조할 수 있다는 것이다. 다시 말하면 공공보건의료는 국민의 건강권 보호라는 국가의 책임을 다하기 위한 보건의료라고 정의될 수 있다는 것이다. 이러한 논의를 바탕으로 최종 개정안에서는 제2조 공공보건의료의 정의와 제3조 국가 및 지방자치단체의 의무를 다음과 같이 규정하였다.

<최종 개정안>

제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.

1. “공공보건의료”라 함은 영리성 또는 효율성 등으로 인해 국가 보건의료체계에서 발생하는 지역별, 계층별, 부문별 불균형을 보완하여 모든 국민의 건강증진과 보편적인 의료접근을 보장하는 일체의 활동을 말한다.

제3조(국가 및 지방자치단체의 의무) ①국가 및 지방자치단체는 공공보건의료 강화를 위하여 다음 각 호의 공공보건의료에 관한 사업(이하 ‘공공보건의료사업’이라 한다)을 중점적으로 추진하여야 한다.

1. 보건의료 공급이 원활하지 못한 지역의 해소
2. 보건의료보장이 취약한 계층에 대한 의료의 공급
3. 필수 보건의료의 공급이 원활하지 못한 분야의 해소
4. 발생규모, 전파속도, 심각성 등의 요인으로 국가 및 지방자치단체의 대응이 필요한 질병 예방과 건강 증진에 관한 사업
5. 기타 국가가 관리할 필요가 있는 보건의료로서 보건복지가족부령으로 정하는 사업

3.2.3. 유사 입법례

공공보건의료의 정의를 규정하면서, 다음에서 열거되는 보건의료와 관련된 다른 법률에서의 정의 규정 방식을 참고하였으며, 법률 간 용어의 통일성을 기하도록 하였다.

<보건의료기본법>

제3조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.

1. "보건의료"라 함은 국민의 건강을 보호·증진하기 위하여 국가·지방자치단체·보건의료기관 또는 보건의료인 등이 행하는 모든 활동을 말한다.
2. "보건의료서비스"라 함은 국민의 건강을 보호·증진하기 위하여 보건의료인이 행하는 모든 활동을 말한다.
3. "보건의료인"이라 함은 보건의료관계 법령이 정하는 바에 의하여 자격·면허 등을 취득하거나 보건의료서비스에 종사하는 것이 허용된 자를 말한다.
4. "보건의료기관"이라 함은 보건의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 보건의료서비스를 행하는 보건기관·의료기관·약국 기타 대통령령이 정하는 기관을 말한다.
5. "공공보건의료기관"이라 함은 국가·지방자치단체 기타 공공단체가 설립·운영하는 보건의료기관을 말한다.

공공보건의료에관한법률에서 규정하는 보건의료, 보건의료서비스의 법적 개념은 보건의료기본법 제3조의 정의규정의 내용을 바탕으로 한 것이다. 공공보건의료에서의 보건의료는 국민의 건강을 보호·증진하기 위하여 국가, 지자체, 보건의료기관 또는 보건의료인 등이 행하는 모든 활동이라는 개념을 포괄하는 것이다.

<국민건강증진법>

제2조 (정의) 이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.

1. "국민건강증진사업"이라 함은 보건교육, **질병예방**, 영양개선 및 건강생활의 실천 등을 통하여 **국민의 건강을 증진**시키는 사업을 말한다.
2. "보건교육"이라 함은 개인 또는 집단으로 하여금 건강에 유익한 행위를 자발적으로 수행하도록 하는 교육을 말한다.
3. "영양개선"이라 함은 개인 또는 집단이 균형된 식생활을 통하여 건강을 개선시키는 것을 말한다.

최종개정안 제2조 제1호의 “모든 국민의 건강증진”과 제3조 제1항 제5호의 “질병의 예방 및 건강증진”의 구체적인 개념은 국민건강증진법 제2조를 참고하였다. 국민건강증진법 제2조에서는 국민건강증진사업에 대하여 “보건교육, 질병예방, 영양개선 및 건강생활의 실천 등을 통하여 국민의 건강을 증진시키는 사업”을 말한다고 규정하고 있으며, 공공보건의료에관한법률 최종개정안 제3조 제1항 제5호에 의하여 국가 및 지방자치단체가 중점적으로 추진하여야 하는 사업을 정책적으로 시행하는 경우에는 국민건강증진법 상의 국민건강증진사업 현황을 고려하여야 할 것이다.

<농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법>

제2조 (정의) 이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.

2. "**공중보건업무**"라 함은 제5조의2제1항 각호에 규정된 기관 또는 시설에서 행하는 **보건의료업무**를 말한다.
3. "보건진료원"이라 함은 **제19조의 규정에 의한 의료행위**를 하기 위하여 보건진료소에 근무하는 자를 말한다.
4. "보건진료소"라 함은 의사가 배치되어 있지 아니하고 계속하여 의사의 배치가 곤란할 것으로 예상되는 의료취약지역 안에서 보건진료원으로 하여금 의료행위를 하게 하기 위하여 시장·군수가 설치·운영하는 보건의료시설을 말한다.

농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법에서는 ‘보건의료’라는 용어 대신, 외국에서 사용하는 public health의 개념으로써 ‘공중보건업무’라는 용어를 사용하고 있으며, 보건소 또는 보건지소, 국가・지방자치단체 또는 공공단체가 설립・운영하는 병원으로서 보건복지부장관이 정하는 병원(공공병원)에서 행하는 보건의료업무로 정의하고 있다. 다만 이 법률 역시 공공병원 등의 기관 또는 시설에서 행하는 업무를 공공보건의료업무로 정의하고 있는 점에서 현행 공공보건의료에관한법률과 태도를 같이하고 있으며, 보건의료업무에 대한 구체적인 정의는 하지 않고 있다.

3.3. 공공보건의료 수행기관

제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.
3. "공공보건의료 수행기관"(이하 "수행기관"이라 한다)은 다음 각목의 보건의료기관을 말한다.
가. 공공보건의료기관
나. 제15조에 의한 의료취약지 거점의료기관(이하 '취약지거점의료기관'이라 한다)
다. 제16조에 의한 분야별 공공전문진료센터(이하 '공공전문진료센터'라 한다)
라. 제17조에 의해 공공보건의료사업을 위탁받은 기관

3.3.1. 주요내용

개정안 제2조 제3호에서는 공공보건의료기관, 취약지거점의료기관, 공공전문진료센터, 공공보건의료사업 수탁기관을 포함하는 "공공보건의료 수행기관"의 개념을 창설하여 정의하였다. 공공보건의료 수행기관은 이 법률 개정안에서 다루고자 하는 기능적 의미의 "공공보건의료"의 수행주체로서, 동조 제1호에서 정의한 "공공보건의료"의 실질적 역할 및 기능을 수행하는 기관 및 그 기관 내의 세부 사업 수행주체(해당 보건의료기관 하부의 조직단위)를 포함한다고 하겠다.

기존의 공공보건의료기관을 포함하는 공공보건의료 수행기관을 새롭게 정의한 취지는 현행법 제2조 제2호의 공공보건의료기관에 관한 정의로서 국가, 지자체, 공공단체가 소유·설립한 보건의료기관 중심으로 국가 전체의 공공보건의료를 수행하는 것에 대한 비판적 고려에서 비롯한 것이다. 따라서 일차적으로는 기존의 공공보건의료를 성실히 수행하여온 공공보건의료기관의 기능 및 역할을 유지·존속·개발하고 부차적으로 민간의료기관의 공공보건의료 기능을 수행하도록 독려하고, 민간의료기관이 공공의료에 대한 합목적적 기능을 수행하거나 이에 참여하는 경우 국가 및 지자체가 재정적·행정적 지원이 가능케 하는 방향으로 개정안을 구성한 것이다.

3.3.2. 개정안 논의과정

공공보건의료의 주체 즉 '공공보건의료 수행기관'에 대한 개념 정의와 관련하여 제1차 전문가 자문회의를 대비한 개정초안에서는 '공공보건의료 수행주체'라는 개념을 창설하여 정의규정인 법률안 제2조 제1호에서 개념정의한 공공보건의료를

현재 수행하고 있거나 앞으로 수행할 보건의료기관이라고 정의하였다. 또한 가목에는 현행법상 공공보건의료기관을, 나목에는 의료법 제33조 제2항의 의료기관 중 공공보건의료기관을 제외한 기관을 포함하는 방향으로 하였다. 즉 가목의 공공보건의료기관과 나목의 공공보건의료의 민간수행기관으로 대별하고 이를 포괄하여 공공보건의료 수행주체라는 개념을 사용한 것이다.

<제1차 전문가 자문회의 개정안>

제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.

2. "공공보건의료 수행주체"라 함은 제2조 제1호의 공공보건의료를 수행하고 있거나 앞으로 수행할 보건의료기관으로서 다음 각목에 해당하는 것을 말한다.

가. 국가 및 지방자치단체, 기타 대통령령이 정하는 공공단체(이하 "공공단체"라 한다)가 설립·운영하는 기관 또는 조직

나. 의료법 제33조 제2항의 의료기관 중 가목을 제외한 기관 또는 조직

그러나 '공공보건의료 수행주체'를 위와 같이 정의한 것은 사실상 국내에 존재하는 대부분의 의료기관이 포섭될 수 있는 구조이며, 후에 규정하는 공공보건의료 수행주체에 대한 계획평가 및 실제적인 공공보건의료 기능에 대한 평가에 있어서 모든 의료기관이 평가대상이 될 수는 없으므로 그 대상을 한정할 필요성이 있다는 문제가 제기되었다. 즉 공공보건의료 수행주체와 수행기관, 기관내의 조직 등은 각각 맡은 공공보건의료기능에 대하여 정부의 재정지원을 받은 일정한 범위 내에서만 평가를 받아야 하는 것이므로 공공보건의료 수행주체의 정의조항과 수행주체의 계획평가조항(제1차 전문가 자문회의 개정초안 제12조)의 유기적 관련성을 고려하여야 한다는 문제가 제기되었다.

또한 제2호 나목과 관련하여서는 공공보건의료기관에 대비되는 개념의 법률용어를 어떻게 사용해야하는 지에 대한 논의가 있었다. 실제 이 개정초안에서 나목에서 "의료법 제33조 제2항의 의료기관 중 가목을 제외한 기관 또는 조직"으로 규정한 것은 보건의료기본법 제3조 제4호에서 규정하고 있는 보건의료기관, 즉 보건의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 보건의료서비스를 행하는 보건기관, 의료기관, 약국, 그 밖에 대통령령으로 정하는 기관 중에서 가목의 공공보건의

료기관을 제외하는 의료기관을 의미하고자 한 것이다. 결국 국내의 모든 보건의료기관이 공공보건의료기능을 수행하는 경우 공공보건의료 수행주체에 포함될 수 있도록 하여, 현행 법률의 개정목적인 기능 중심의 정의를 실현하고자 하였다.

그러나 이에 대해서는 공공보건의료기관이 수행하는 공공보건의료사업과 민간이 수행하게 될 공공보건의료 사업을 동등하게 규정하는 것에 대하여 재검토가 필요하다는 논의가 제기되었다. 즉 공공보건의료기관은 국가 또는 지자체가 애초부터 국가적인 목적과 이념을 설정하고 설립한 기관으로서 보건의료의 우선제공이라는 태생적이고 근본적인 역할을 수행하는 데, 이러한 견지에서 민간의 경우와는 차별점을 두어야 한다는 논의다. 이러한 논의는 현행 '공공보건의료에관한법률' 제5조에서 보건의료의 우선제공이라는 표제로 공공보건의료기관에 취약계층에 대한 보건의료, 노인·장애인·정신질환자 등 타 분야와의 연계가 필수적인 보건의료, 감염병 예방 및 진료, 아동과 모성에 대한 보건의료, 응급환자 진료 등에 해당하는 보건의료를 우선적으로 제공할 의무를 규정하고 있는 것에서 근거한다. 따라서 향후 개정안에서는 민간의료기관보다 공공의료기관이 우선적으로 공공보건의료 사업을 수행할 수 있는 구조를 고려해 볼 수 있다는 논의가 제기되었다.

이 법의 주요한 개정취지는 공공보건의료를 활성화시켜 국민의 건강을 증진시키는 것이 목적이며, 그 일환으로 민간의료기관이 공공보건의료 기능을 수행하거나, 공공보건의료 사업에 참여했을 때 그 행정적·재정적 지원이 바탕되어야 하는 것이므로 법률 개정의 목적을 고려하면 공공보건의료기관의 보건의료 우선제공의무에 관한 규정과 공공과 민간의 역할배분에 관한 내용을 어떻게 조화시켜야 할 것인지에 대해서는 보다 심도 있는 고민이 필요할 것이다. 결국 제1차 전문가 자문회의에서는 향후 법률 개정으로 인하여 현재까지 공공의료기관에서 충실히 수행해왔던 사업 중에서 수익성이 있는 분야의 보건의료만을 민간의료기관이 수행하게 되는 결과로 이어지는 것은 필연적으로 방지해야 할 것이라는 의견으로 수렴되었다.

이러한 논의를 바탕으로 제2차 전문가 자문회의에서는 공공보건의료 수행주체와 관련한 제2조 정의규정을 다음과 같은 형식으로 수정하여 재검토를 하였다.

<제2차 전문가 자문회의 개정안>

제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.

2. “공공보건의료 수행기관”이라 함은 제2조 제1호의 공공보건의료를 수행하고 있거나 앞으로 수행할 보건의료기관으로서 다음 각목에 해당하는 것을 말한다.

가. 국가나 지방자치단체 또는 기타 대통령령이 정하는 공공단체가 공공보건의료의 제공을 목적으로 설립·운영하는 보건의료기관 또는 그 기관 내의 조직(이하 ‘공공보건의료기관’이라 한다)

나. 보건의료기본법 제2조의 보건의료기관 중 가목을 제외한 보건의료기관 또는 그 기관 내의 조직(이하 ‘민간수행기관’이라 한다)

3. “지역거점의료기관”이라 함은 지역적 의료접근성을 향상시키기고 공공보건의료의 원활한 제공을 위하여 설치 또는 지정된 의료기관을 말한다.

4. “(분야별 공공)전문진료센터”라 함은 의료 공급의 불균형이 발생하는 특정한 진료영역에 대하여 의료자원의 균형적 공급을 위하여 의료기관에 설치 또는 지정된 센터를 말한다.

제2조 제2호에서는 공공보건의료 수행기관을 정의하고 기존의 공공보건의료기관에 관한 정의는 유지하되 나목의 민간수행기관의 개념을 보건의료기본법 상 보건의료기관에서 가목을 제외하는 방식으로 규정하였으며, 제3호와 제4호를 신설하여 후에 규정하는 공공보건의료에 관한 구체적인 사업으로써의 지역거점의료기관과 분야별 공공전문진료센터를 동조에 포함하였다.

제2차 전문가 자문회의에서는 민간수행기관이 공공보건의료 기능을 수행하는 경우 발생할 수 있는 문제점에 대하여 보다 집중되었다. 즉, 민간수행기관이 공공보건의료를 수행하는 경우 국가 및 지자체의 행정적·재정적 지원의 근거를 명확하게 법률에 명시할 필요성이 있다는 의견이 제시되었으며, 민간의료기관의 공익적 기능을 지원하고 이를 강화하기 위한 개정목적의 취지를 효과적으로 달성하기 위해서는 재정적 지원을 받는 민간수행기관 내의 회계투명성, 거버넌스의 개방성, 보건의료서비스의 질적수준의 담보 등 공공보건의료 수행기관이 될 수 있는 구체적인 자격기

준의 설정이 있어야 할 것이라는 의견도 있었다. 또한 국가 및 지자체가 민간을 이용하여 공공에 서비스를 제공하는 일반적 형태의 서비스 퍼체이싱(Service Purchasing)은 계약의 조건 및 사후 관리, 사업수행의 범위와 관련하여 명확한 규정이 필요하다는 문제가 제기되었다. 위와 같이 공공보건의료 수행기관에 민간의료기관을 포섭하는 데에는 보다 심도 있는 논의의 필요성이 제기되었다.

<최종개정안>

제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.

2. “공공보건의료기관”이라 함은 국가나 지방자치단체 또는 기타 대통령령이 정하는 공공단체가 공공보건의료의 제공을 주요한 목적으로 설립·운영하는 보건의료기관을 말한다.

3. “공공보건의료 수행기관”(이하 “수행기관”이라 한다)은 다음 각목의 보건의료기관을 말한다.

가. 공공보건의료기관

나. 제15조에 의한 의료취약지 거점의료기관(이하 ‘취약지거점의료기관’이라 한다)

다. 제16조에 의한 분야별 공공전문진료센터(이하 ‘공공전문진료센터’라 한다)

라. 제17조에 의해 공공보건의료사업을 위탁받은 기관

제4조(공공보건의료 수행기관의 의무) ①수행기관은 공공보건의료사업을 수행함에 있어 다음 각 호의 원칙을 준수하여야 한다.

1. 지역 주민의 참여를 통한 계획 수립과 결과 평가

2. 공익성에 기반한 성실한 사업의 운영

3. 투명한 재정 운용과 회계의 공개

②보건복지가족부장관은 대통령령이 정하는 국민건강에 중대한 위해가 예상되는 경우 수행기관에 공공보건의료사업을 명령할 수 있으며, 수행기관의 장은 정당한 사유가 없는 한 이를 거부할 수 없다.

전문가 자문회의에서 이루어진 상설한 논의를 바탕으로 최종 개정안에서는 제2조의 정의규정과 관련하여 제2호에 현행법상 공공보건의료기관의 개념을 유지하

되, “공공보건의료의 제공을 주요한 목적으로 설립·운영하는 기관”이라는 목적개념을 신설하였고, 제3호에서는 민간영역이 공공보건의료 기능을 수행할 수 있는 보다 명확한 개념으로써 의료취약지 거점의료기관, 분야별 공공전문진료센터, 공공보건의료사업을 위탁받은 기관을 신설하였다. 또한 제4조에서는 공공보건의료 수행기관에 거버넌스의 개방성을 담보하는 지역주민의 참여를 통한 계획수립과 결과평가, 공익성에 기반한 성실한 사업의 운영, 투명한 재정운용과 회계의 공개와 같은 의무조항을 규정하였으며 제2항에서는 보건복지가족부장관은 국민건강에 중대한 위해가 예상되는 경우 공공보건의료 수행기관에 공공보건의료사업을 명령할 수 있으며, 공공보건의료 수행기관의 장은 정당한 사유가 없는 한 이를 거부할 수 없도록 규정하였다.

3.3.3. 유사 입법례

공공보건의료에관한법률 개정안의 주요 목적인 공공보건의료 기능을 수행하는 공공과 민간의 역할분담과 관련하여서는 보건의료기본법에서도 잘 나타난다. 보건의료기본법 제27조 제1항에서는 국가 및 지자체의 공공보건의료기관과 민간보건의료기관간의 역할분담 및 상호협력체계의 마련의무를 규정하고 있으며, 제3항에서는 국가 및 지자체가 공공보건의료기관을 설립·운영하는 경우 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수있는 법적 근거를 마련해 놓고 있다. 또한 의료법 제33조의 의료기관 개설에 관한 조항, 응급의료에관한법률 제2조의 응급의료기관에 대한 정의, 의료급여법 제9조 의료급여기관에 관한 조항을 참고하였다.

<보건의료기본법>
제27조 (공공·민간 보건의료기관의 역할분담 등) ①국가 및 지방자치단체는 **공공보건의료기관과 민간보건의료기관간의 역할분담 및 상호협력체계를 마련**하여야 한다.
②국가 및 지방자치단체는 제4조제2항의 규정에 의한 **기본적인 보건의료 수요를 충족하기 위하여 필요한 경우**에는 **공공보건의료기관을 설립·운영**할 수 있으며, 이에 소요되는 **비용의 전부 또는 일부를 지원**할 수 있다.
③국가 및 지방자치단체는 공공보건의료의 효율적인 운영과 관리를 위하여 필요한 **시책을 수립·시행**하여야 한다.
④공공보건의료기관의 설립·운영 등 공공보건의료에 관한 기본적인 사항은 따로 법률로 정한다.

<의료법>

제33조(개설)②다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자가 아니면 의료기관을 개설할 수 없다. 이 경우 의사는 종합병원·병원·요양병원 또는 의원을, 치과의사는 치과병원 또는 치과의원을, 한의사는 한방병원·요양병원 또는 한의원을, 조산사는 조산원만을 개설할 수 있다.

1. 의사, 치과의사, 한의사 또는 조산사
2. **국가나 지방자치단체**
3. 의료업을 목적으로 설립된 법인(이하 "**의료법인**"이라 한다)
4. 「민법」이나 특별법에 따라 설립된 **비영리법인**
5. 「공공기관의 운영에 관한 법률」에 따른 **준정부기관**, 「지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률」에 따른 **지방의료원**, 「한국보훈복지의료공단법」에 따른 **한국보훈복지의료공단**

<응급의료에 관한 법률>

제2조 (정의) 이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.

5. "응급의료기관"이라 함은 의료법 제3조의 규정에 의한 의료기관 중에서 이 법에 의하여 지정된 **중앙응급의료센터, 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터 및 지역응급의료기관**을 말한다.

<의료급여법>

제9조 (의료급여기관) ①의료급여는 다음 각호의 의료급여기관에서 행한다. 이 경우 보건복지가족부장관은 공익 또는 국가시책상 의료급여기관으로 적합하지 아니하다고 인정하는 때에는 대통령령이 정하는 바에 따라 의료급여기관에서 제외할 수 있다.

1. 「의료법」에 따라 개설된 **의료기관**
2. 「지역보건법」에 따라 설치된 **보건소·보건의료원 및 보건지소**
3. 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」에 따라 설치된 **보건진료소**
4. 「약사법」에 따라 등록된 약국 및 동법 제72조의12의 규정에 따라 설립된 **한국희귀의약품센터**

②의료급여기관은 다음 각호와 같이 구분하되, 의료급여기관별 진료범위는 보건복지가족부령으로 정한다.

1. **제1차의료급여기관**
   가. 「의료법」에 따라 시장·군수·구청장에게 개설신고를 한 의료기관
   나. 「지역보건법」에 따라 설치된 보건소·보건의료원 및 보건지소
   다. 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」에 따라 설치된 보건진료소
   라. 「약사법」에 따라 등록된 약국 및 동법 제72조의12의 규정에 따라 설립된 한국희귀의약품센터
2. 제2차의료급여기관 : 「의료법」에 따라 시·도지사가 개설허가를 한 의료기관

3. 제3차의료급여기관 : 제2차의료급여기관중에서 보건복지가족부장관이 지정하는 의료기관

③제1항 각호의 규정에 의한 의료급여기관은 정당한 이유없이 이 법에 의한 의료급여를 거부하지 못한다.

3.4. 국가 및 지방자치단체의 의무

제3조(국가 및 지방자치단체의 의무) ①국가 및 지방자치단체는 공공보건의료 강화를 위하여 다음 각 호의 공공보건의료에 관한 사업(이하 '공공보건의료사업'이라 한다)을 중점적으로 추진하여야 한다.

1. 보건의료 공급의 지역적 균형 확보

2. 계층 간 건강 균형 확보

3. 수익성이 낮아 공급이 부족한 보건의료의 원활한 제공

4. 적정진료 및 양질의 보건의료서비스 제공

5. 질병의 예방과 국민건강의 증진

6. 기타 국가가 관리할 필요가 있는 보건의료로서 보건복지가족부령으로 정하는 사업

②국가 및 지방자치단체는 공공보건의료사업의 원활한 추진을 위하여 충분한 수의 공공보건의료 수행 기관을 확보하여야 한다.

③국가 및 지방자치단체는 공공보건의료사업의 추진을 위한 재원을 확보하고 수행기관에 대하여 필요한 재정적·행정적 지원을 할 수 있다.

3.4.1. 주요내용

최종 개정안 제3조는 국가 및 지방자치단체의 의무에 관한 조항을 규정하였다. 제3조 제1항은 국가 및 지방자치단체는 공공보건의료강화를 위하여 다음 각 호의 공공보건의료에 관한 사업을 중점적으로 추진하여야 한다고 규정하고 있으며, 다음 각 호에서 규정하는 내용은 제1차 전문가 자문회의 개정안 제2조 제1호 공공보건의료의 정의 규정을 수정·보완하여 규정하였다. 즉, 보건의료 공급의 지역적 균형확보, 계층 간 건강균형의 확보, 수익성이 낮아 공급이 부족한 보건의료의 원활한 제공, 적정진료 및 양질의 보건의료서비스 제공, 질병의 예방과 국민건강의 개선, 기타 국가가 관리할 필요가 있는 보건의료로서 보건복지가족부령으로 정하는 사업을 규정하고 있다.

또한 동조 제2항에서는 공공보건의료사업의 원활한 추진을 위하여 제2조 정

의조항에서 규정하는 충분한 수의 공공보건의료 수행기관을 확보하여야 할 의무를 국가 및 지자체에 부여하고 있으며, 제3항에서는 제1항에서 규정한 공공보건의료사업의 추진을 위한 재원을 확보하고 수행기관에 대하여 필요한 재정적·행정적 지원을 할 수 있다는 명시적 근거를 마련하였다.

3.4.2. 유사 입법례

국가 및 지방자치단체의 책임에 관하여 보건의료기본법 제4조는 국민건강의 보호·증진을 위하여 필요한 법적·제도적 장치를 마련하고 이에 필요한 재원을 확보하도록 노력하여야 한다고 규정하며, 민간이 행하는 보건의료에 대하여 보건의료시책상 필요하다고 인정하는 경우에는 행정적·재정적 지원을 할 수 있다고 규정하고 있으며, 이는 공공보건의료에관한법률에서 규정하는 국가 및 지자체의 의무에 대한 법적 근거가 될 수 있을 것이다.

<보건의료기본법>
제4조 (국가 및 지방자치단체의 책임) ①국가 및 지방자치단체는 국민건강의 보호·증진을 위하여 **필요한 법적·제도적 장치를 마련**하고 이에 **필요한 재원을 확보하도록 노력**하여야 한다.
②국가 및 지방자치단체는 모든 **국민의 기본적인 보건의료수요**를 **형평성 있게 충족**시킬수 있도록 노력하여야 한다.
③국가 및 지방자치단체는 식품·의약품·의료기기 및 화장품 등 건강관련 물품이나 건강관련 활동으로부터 발생할 수 있는 **위해를 방지**하고, 각종 국민건강위해요인으로부터 국민의 건강을 보호하기 위한 **시책을 강구**하도록 노력하여야 한다.
④국가 및 지방자치단체는 **민간이 행하는 보건의료**에 대하여 보건의료시책상 필요하다고 인정하는 경우에는 **행정적·재정적 지원**을 할 수 있다.

제29조 (보건의료의 제공 및 이용체계) ①국가 및 지방자치단체는 보건의료에 관한 인력·시설 및 물자 등 보건의료자원이 **지역적으로 고루 분포**되어 **보건의료서비스의 공급에 관한 균형**이 이루어지고 **양질의 보건의료서비스**를 **효율적으로 제공하기 위한 보건의료의 제공 및 이용체계를 마련**하도록 노력하여야 한다.
②국가 및 지방자치단체는 보건의료의 제공 및 이용체계를 구축하기 위하여 필요한 **행정상·재정상의 조치 기타 필요한 지원**을 할 수 있다.

'국립중앙의료원의설립및운영에관한법률' 제1조에서는 국립중앙의료원에 대하여 공공의료의 효율성과 만족도를 높이고 수준 높은 공공보건의료기관으로 육성하

여 공공의료를 선도하는 역할을 부여하고 있으며, 제5조 각호에서 규정하는 사업의 내용은 공공보건의료의 구체적·현실적 예시를 보여주고 있어 이를 참조하였다. 이하 국민건강증진법 제19조의 건강증진사업에 관한 규정, 지역보건법 제2조의 국가, 시·도, 시·군·구의 책임에 관한 규정, 응급의료법 제13조에서 규정하고 있는 국가의 응급의료 제공 의무, 농어촌 보건의료를 위한 특별조치법 제15조에서 규정하는 시장·군수의 보건진료소 설치·운영에 관한 조항 역시 공공보건의료에관한법률 제3조의 유사 입법례로서 참조할 수 있다.

<국립중앙의료원의 설립 및 운영에 관한 법률>
제1조(목적) 이 법은 국립중앙의료원을 설립·운영하여 **공공의료의 효율성과 만족도**를 높이고 **수준 높은 공공보건의료기관으로 육성**하여 **공공의료를 선도**하게 함으로써 국민건강 증진과 국가보건의료의 발전에 이바지함을 목적으로 한다.
제5조(사업) 국립중앙의료원은 다음 각 호의 사업을 행한다.

1. **공공보건의료**에 관한 **임상진료지침의 개발 및 보급**
2. **노인성질환**의 예방 및 관리
3. **희귀난치질환** 등 국가가 특별히 관리할 필요가 있다고 인정되는 질병에 대한 관리
4. **전염병 및 만성질환**의 예방과 관리
5. **남북의 보건의료 협력**과 **국제 보건의료** 관련 국내외 협력
6. **민간 및 공공보건의료기관에 대한 기술 지원**
7. 진료 및 의학계, 한방진료 및 한의학계 관련 **연구**
8. 전공의의 수련 및 **의료인력의 훈련**
9. 「장기등 이식에 관한 법률」제9조에 따른 **장기등 이식에 관한 각종 사업**의 지원
10. 「응급의료에 관한 법률」제25조에 따른 **응급의료에 관한 각종 사업**의 지원
11. 그 밖에 **공공보건의료에 관하여** 보건복지가족부장관이 위탁하는 사업

<국민건강증진법>
제3조 (책임) ①국가 및 지방자치단체는 **건강에 관한 국민의 관심**을 높이고 **국민건강을 증진할 책임**을 진다.
제19조 (**건강증진사업**등) ①국가 및 지방자치단체는 국민건강증진사업에 필요한 요원 및 시설을 확보하고, 그 시설의 이용에 필요한 시책을 강구하여야 한다.
②시장·군수·구청장은 지역주민의 건강증진을 위하여 보건복지가족부령이 정하는 바에 의하여 보건소장으로 하여금 다음 각호의 사업을 하게 할 수 있다.

1. 보건교육 및 건강상담
2. 영양관리
3. 구강건강의 관리

4. 질병의 조기발견을 위한 검진 및 처방
5. 지역사회의 보건문제에 관한 조사·연구
6. 기타 건강교실의 운영등 건강증진사업에 관한 사항

<지역보건법>

제2조 (국가와 지방자치단체의 의무) ①국가는 **지역보건의료에 관한 조사·연구**, **정보의 수집·정리 및 활용**, 인**력의 양성 및 자질향상에 노력**하여야 하고, 특별시·광역시·도(이하 "시·도"라 한다) 및 시·군·구(자치구에 한한다. 이하 같다)의 **보건시책의 수립·시행에 필요한 기술적·재정적 지원시책**을 강구하여야 한다.

②시·도는 당해 시·도의 보건시책의 추진을 위한 조사·연구, 인력확보, 자질향상등에 노력하여야 하고, 시·군·구의 보건시책의 수립·시행에 필요한 기술적·재정적 지원을 하여야 한다.

③시·군·구는 당해 시·군·구의 보건시책의 추진을 위하여 보건소등 지역보건의료기관의 설치·운영, 인력확보, 자질향상등에 노력하여야 한다.

<응급의료에 관한 법률>

제13조 (응급의료의 제공) 국가 및 지방자치단체는 응급환자의 보호, 응급의료기관 등의 지원 및 설치·운영, 응급의료종사자의 양성과 응급이송수단의 확보 등 **응급의료를 제공하기 위한 시책을 강구하고 시행**하여야 한다.

<농어촌 보건의료를 위한 특별조치법>

제15조 (보건진료소의 설치·운영) ①시장 (도농복합형태의 시의 시장을 말하며, 읍·면지역에서 보건진료소를 설치·운영하는 경우에 한한다)·군수는 **의료취약지역의 주민에 대한 보건의료**를 행하게 하기 위하여 **보건진료소를 설치·운영**한다. 다만, 시·구의 관할구역안의 도서지역에는 당해 시장·구청장이 **보건진료소**를 설치·운영할 수 있으며, 군지역안에 있는 보건진료소의 행정구역이 행정구역의 변경등에 의하여 시 또는 구지역으로 편입된 때에는 보건복지가족부장관이 정하는 바에 의하여 당해 시장 또는 구청장이 보건진료소를 계속 운영할 수 있다.

3.5. 공공보건의료 기본계획

3.5.1. 주요내용

제5조(공공보건의료 기본계획) ①보건복지가족부장관은 국민에게 양질의 공공보건의료를 제공하기 위하여 공공보건의료 기본계획을 5년 마다 수립하여야 한다. 위 공공보건의료 기본계획이 확정된 때에는 보건의료기본법 제15조에 의한 보건의료발전계획에 포함하도록 한다.
②보건복지가족부장관은 공공보건의료 기본계획이 확정된 때에는 이를 기초로 하여 공공보건의료와 관련된 주요시책의 추진방안을 매년 수립하여야 한다.
③시·도지사 또는 시·군·구청장은 공공보건의료 기본계획 중 해당 지역에 관한 내용을 지역보건법 제3조의 지역보건의료계획에 포함하여 수립·시행하여야 한다.

현행 공공보건의료에관한법률 제7조 제1항은 공공보건의료기관의 장은 제6조에서 규정하는 공공보건의료계획심의위원회(공공보건의료기관 내에 설치된 위원회)의 심의를 거쳐 공공보건의료계획을 5년마다 수립하고 이를 보건복지부장관에게 제출하여야 한다고 규정하고 있다. 그러나 현행법상 공공보건의료계획은 국가 단위의 거시적인 계획이 없이 기관단위의 개별 사업 중심으로 이루어짐으로써 현실적으로 정책적 실효성을 크게 발휘하지 못하고 있다는 한계가 제기되었다.

또한 공공보건의료기관 단위로 5년마다 계획을 수립하도록 한 현행법률의 규정은 공공보건의료기관의 입장에서는 큰 부담으로 작용하고 있고, 기관 마다 공공보건의료계획심의위원회를 구성하도록 하는 것은 현실적으로 실천적인 정책이 되지 못하고 있다는 고려에서 출발한 것이다.

개정안 제5조에서는 “공공보건의료 기본계획”에 관하여 보건복지가족부장관은 국민에게 양질의 공공보건의료를 제공하기 위하여 5년마다 계획을 수립하도록 규정하였다. 다만 국가 단위의 각종 계획과 계획 수립을 위한 위원회의 유기적 통일성을 기하고 정책적 실효성을 담보하여야 한다는 문제의식을 바탕으로 보건의료기본법 제15조의 보건의료발전계획에 포함하여 계획을 수립하도록 규정하였다. 즉, 개정안의 공공보건의료기본계획은 보건의료발전계획과 상호 보완적, 유기적으로 수립되어야 할 것이다.

3.5.2. 개정안 논의과정

<제1차 전문가 자문회의 개정안>

제5조(공공보건의료계획의 수립 등) ①보건복지가족부장관은 국민에게 양질의 공공보건의료를 원활한 제공하기 위하여 공공보건의료정책심의위원회의 심의를 거쳐 중장기 공공보건의료계획을 5년마다 수립하여야 한다.

② 보건복지가족부장관은 중장기 공공보건의료계획이 확정된 때에는 이를 기초로 하여 공공보건의료에 관한 주요시책의 추진방안을 매년 수립하여야 한다.

<제2차 전문가 자문회의 개정안>

제4조(공공보건의료 기본계획) ①보건복지가족부장관은 국민에게 양질의 공공보건의료를 제공하기 위하여 공공보건의료 기본계획을 5년마다 수립하여야 하며 보건의료기본법 제15조에 의한 보건의료발전계획에 포함하여 수립할 수 있다.

②공공보건의료 기본계획이 확정된 때에는 보건복지가족부장관은 이를 기초로 하여 공공보건의료와 관련된 주요시책의 추진방안을 매년 수립하여야 하며, 지방자치단체는 지역보건법 제3조에 의한 지역보건의료계획 수립 시에 이를 반영하여야 한다.

<공청회 개정안 및 최종 개정안>

제5조(공공보건의료 기본계획) ①보건복지가족부장관은 국민에게 양질의 공공보건의료를 제공하기 위하여 공공보건의료 기본계획을 5년 마다 수립하여야 한다. 위 공공보건의료 기본계획이 확정된 때에는 보건의료기본법 제15조에 의한 보건의료발전계획에 포함하도록 한다.

②보건복지가족부장관은 공공보건의료 기본계획이 확정된 때에는 이를 기초로 하여 공공보건의료와 관련된 주요시책의 추진방안을 매년 수립하여야 한다.

③시·도지사 또는 시·군·구청장은 공공보건의료 기본계획 중 해당 지역에 관한 내용을 지역보건법 제3조의 지역보건의료계획에 포함하여 수립·시행하여야 한다.

3.5.3. 유사 입법례

<보건의료기본법>

제15조 (**보건의료발전계획**의 수립 등) ①보건복지가족부장관은 관계 중앙행정기관의장과의 협의와 제20조의 규정에 의한 보건의료정책심의위원회의 심의를 거쳐 **보건의료발전계획을 5년마다 수립**하여야 한다.

②보건의료발전계획에 포함되어야 할 사항은 다음 각호와 같다.

1. 보건의료발전의 기본목표 및 그 추진방향
2. 주요 보건의료사업계획 및 그 추진방법
3. 보건의료자원의 조달 및 관리방안
4. 보건의료의 제공 및 이용체계 등 보건의료의 효율화에 관한 시책
5. 중앙행정기관간의 보건의료 관련 업무의 종합·조정
6. 노인·장애인 등 보건의료 취약계층에 대한 보건의료사업계획
7. 보건의료통계 및 그 정보의 관리방안
8. 기타 보건의료발전을 위하여 특히 필요하다고 인정되는 사항

③보건의료발전계획은 국무회의의 심의를 거쳐 확정한다.

제16조(주요시책추진방안의 수립·시행) 보건복지부장관 및 관계 중앙행정기관의 장은 **보건의료발전계획이 확정된 때**에는 이를 기초로 하여 **보건의료와 관련된 소관주요시책의 추진방안**을 **매년 수립·시행**하여야 한다.

제17조(지역보건의료계획의 수립·시행) 특별시장·광역시장·도지사(이하 "시·도지사"라 한다) 및 시장·군수·구청장(자치구의 구청장에 한한다. 이하 같다)은 보건의료발전계획이 확정된 때에는 관계 법령이 정하는 바에 의하여 지방자치단체의 실정을 감안하여 지역보건의료계획을 수립·시행하여야 한다.

<국민건강증진법>

제4조 (국민건강증진종합계획의 수립) ①보건복지가족부장관은 제5조의 규정에 따른 국민건강증진정책심의위원회의 심의를 거쳐 **국민건강증진종합계획**(이하 "종합계획"이라 한다)을 5년마다 수립하여야 한다. 이 경우 미리 관계중앙행정기관의 장과 협의를 거쳐야 한다.

②종합계획에 포함되어야 할 사항은 다음과 같다.

1. 국민건강증진의 기본목표 및 추진방향
2. 국민건강증진을 위한 주요 추진과제 및 추진방법
3. 국민건강증진에 관한 인력의 관리 및 소요재원의 조달방안
4. 제22조의 규정에 따른 국민건강증진기금의 운용방안
5. 국민건강증진 관련 통계 및 정보의 관리 방안
6. 그 밖에 국민건강증진을 위하여 필요한 사항

<지역보건법>

제3조 (지역보건의료계획의 수립등) ①시장·군수·구청장(자치구의 구청장에 한한다. 이하 같다)은 지역주민, 보건의료관련기관·단체 및 전문가의 의견을 들어 당해 시·군·구의 **지역보건의료계획을 수립**한 후 당해 시·군·구의회의 의결을 거쳐 특별시장·광역시장·도지사(이하 "시·도지사"라 한다)에게 제출하여야 한다.

제4조 (지역보건의료계획의 내용) ①지역보건의료계획에는 다음 각호의 사항이 포함되어야 한다.

1. 보건의료수요 측정
2. 보건의료에 관한 장단기 공급대책
3. 인력·조직·재정등 보건의료자원의 조달 및 관리
4. 보건의료의 전달체계
5. 지역보건의료에 관련된 통계의 수집 및 정리

제5조 (지역보건의료계획의 시행) ①시·도지사 또는 시장·군수·구청장은 보건복지가족부령이 정하는 바에 의하여 **지역보건의료계획을 시행**하여야 한다.
②제1항에서 규정한 것외에 지역보건의료계획의 내용, 수립방법·시기 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제6조 (지역보건의료계획 시행결과의 평가) ①보건복지가족부장관 또는 시·도지사는 대통령령이 정하는 바에 의하여 시·도 또는 시·군·구의 **지역보건의료계획의 시행결과를 평가**할 수 있다.
②보건복지가족부장관 또는 시·도지사는 제1항의 규정에 의한 평가결과를 필요한 경우 제19조의 규정에 의한 **비용의 보조에 반영**할 수 있다.

<응급의료에 관한 법률>

제13조의2 (응급의료계획의 수립·시행) ①보건복지가족부장관은 제13조의 규정에 의한 업무를 수행하기 위하여 대통령령이 정하는 바에 의하여 응급의료기본계획을 수립하여 이를 특별시장·광역시장·도지사(이하 "시·도지사"라 한다)에게 통보하여야 한다.
②시·도지사는 제1항의 규정에 의한 응급의료기본계획에 따라 지역응급의료시행계획을 수립하여 시행하여야 한다.

3.6. 공공보건의료정책심의위원회

3.6.1. 주요내용

제6조(공공보건의료정책심의위원회) ① 공공보건의료에 관한 다음 각호의 사항을 심의하기 위하여 보건복지가족부장관 소속하에 공공보건의료정책심의위원회(이하 "위원회"라 한다)를 둔다.

1. 공공보건의료 기본계획의 수립
2. 공공보건의료에 관한 주요시책의 추진방안
3. 의료취약지역 지정에 관한 사항
4. 공공전문진료센터의 필요성에 관한 사항
5. 그 밖에 공공보건의료에 관한 중요한 사항으로 위원장이 부의하는 사항

②위원회의 운영에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제7조(위원회의 구성) ①위원회는 위원장·부위원장 각 1인을 포함하는 15인 이내의 위원으로 구성한다.
②위원장은 보건복지가족부차관이 되고, 부위원장은 위원 중에서 위원장이 지명하는 관계부처 담당 공무원이 아닌 자가 된다.
③위원회의 구성에 관하여 그 밖에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

개정안 제6조에서는 공공보건의료 기본계획의 수립, 공공보건의료에 관한 주요시책의 추진방안, 의료취약지역 지정에 관한 사항, 공공전문진료센터의 필요성에 관한 사항 등을 심의하기 위하여 보건복지가족부장관 소속하에 공공보건의료정책심의위원회를 설치할 수 있도록 규정하였다. 현행 공공보건의료에관한법률 제6조의 공공보건의료계획심의위원회는 각각의 공공보건의료기관 내의 심의위원회로서 각 기관단위의 공공보건의료계획 수립 시 이에 대한 심의기능을 담당하도록 규정되어 있으나, 공공보건의료기관 단위의 위원회의 운영 및 기능의 현실적 실효성이 다소 부족하다는 문제의식을 바탕으로 개정안의 공공보건의료정책심의위원회는 국가위원회로서 구성하여 공공보건의료에 관한 국가의 중장기계획과 매년의 세부 시행계획을 심의하는 역할을 수행할 수 있도록 구성하였다.

공공보건의료 기본계획 및 주요시책의 추진방안을 심의하는 것에 더하여 개정안 제14조 이하의 의료취약지 지정·고시, 제16조 이하의 분야별 공공전문진료센터의 지정 등에 관한 사항을 심의할 수 있도록 규정하여 세부 공공보건의료사업의 추진에 있어서 신중한 검토를 기할 수 있는 제도적 장치를 마련하였다.

3.6.2. 개정안 논의과정

<제1차 전문가 자문회의 개정안>

제6조(공공보건의료정책심의위원회) ①중장기 공공보건의료계획과 공공보건의료에 관한 주요시책의 추진방안 등을 심의하기 위하여 보건복지가족부장관 소속하에 공공보건의료정책심의위원회(이하 “위원회”라 한다)를 둔다.

②위원회의 구성과 운영에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제7조(위원회의 기능) ①위원회는 다음 각호의 사항을 심의한다.

1. 중장기 공공보건의료계획
2. 공공보건의료에 관한 주요시책의 추진방안
3. 의료취약지역 및 지역거점 보건의료기관의 지정 및 지원계획
4. 의료취약계층의 지정 및 지원계획
5. 의료취약분야의 지정 및 지원계획
6. 다른 법률에 의해서 국가 및 지방자치단체가 지원해야하는 보건의료의 지원계획
7. 그 밖에 공공보건의료에 관한 중요한 사항으로 위원장이 부의하는 사항

<제2차 전문가 자문회의 개정안>

제6조(공공보건의료정책심의위원회) ① 공공보건의료에 관한 다음 각 호의 사항을 심의하기 위하여 보건복지가족부장관 소속하에 공공보건의료정책심의위원회(이하 “위원회”라 한다)를 둔다.

1. 공공보건의료 기본계획
2. 공공보건의료에 관한 주요시책의 추진방안
3. 의료취약지역에 관한 사항 (지정 절차, 종류, 신청방법 등)
4. 전문진료센터에 관한 사항
5. 그 밖에 공공보건의료에 관한 중요한 사항으로 위원장이 부의하는 사항

②위원회의 운영에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제7조(위원회의 구성) ①위원회는 위원장·부위원장 각 1인을 포함하는 15인

이내의 위원으로 구성한다.

②위원장은 보건복지가족부차관이 되고, 부위원장은 제3항의 위원 중에서 위원장이 지명하는 공무원이 아닌 자가 된다.

③위원은 다음 각 호의 자를 보건복지가족부장관이 임명 또는 위촉한다.

1. 대통령령이 정하는 중앙행정기관 소속 공무원 3인
2. 보건의료 수요자를 대표하는 단체가 추천하는 전문가 3인
3. 공공보건의료 수행기관을 대표하는 자 3인
4. 보건의료에 관한 학식과 경험이 풍부한 자 3인
5. 비영리민간단체지원법 제2조에 따른 비영리민간단체의 장의 추천을 받은 전문가 2인

<공청회 및 최종개정안>

제6조(공공보건의료정책심의위원회) ① 공공보건의료에 관한 다음 각호의 사항을 심의하기 위하여 보건복지가족부장관 소속하에 공공보건의료정책심의위원회(이하 "위원회"라 한다)를 둔다.

1. 공공보건의료 기본계획의 수립
2. 공공보건의료에 관한 주요시책의 추진방안
3. 의료취약지역 지정에 관한 사항
4. 공공전문진료센터의 필요성에 관한 사항
5. 그 밖에 공공보건의료에 관한 중요한 사항으로 위원장이 부의하는 사항

②위원회의 운영에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제7조(위원회의 구성) ①위원회는 위원장·부위원장 각 1인을 포함하는 15인 이내의 위원으로 구성한다.

②위원장은 보건복지가족부차관이 되고, 부위원장은 위원 중에서 위원장이 지명하는 공무원이 아닌 자가 된다.

③위원회의 구성에 관하여 그 밖에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

3.6.3. 유사 입법례

<보건의료기본법>

제20조(**보건의료정책심의위원회**) 보건의료에 관한 주요시책을 심의하기 위하여 **국무총리소속하**에 보건의료정책심의위원회(이하 "위원회"라 한다)를 둔다.

제21조(위원회의 구성) ①위원회는 위원장·부위원장 각 1인을 포함한 20인 이내의 위원으로 구성한다.

② 위원장은 국무총리가 되고, 부위원장은 보건복지부장관이 된다.

③위원은 **관계 중앙행정기관의 장**, **보건의료 수요자를 대표하는 자**, **보건의료 공급자를 대표하는 자** 및 **보건의료에 관한 학식과 경험이 풍부한 자**중에서 국무총리가 위촉하는 자로 한다.

④위원회의 회의를 효율적으로 운영하기 위하여 위원회에 **실무위원회**를 두고, 위원회의 심의사항을 보다 전문적으로 검토하기 위하여 분야별로 **분과위원회**를 둘 수 있다.

⑤이 법에 규정한 것외에 위원회·실무위원회 및 분과위원회의 구성·운영 기타 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

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. 기타 위원장이 심의에 부치는 사항

<국민건강증진법>

제5조(**국민건강증진정책심의위원회**) ① 국민건강증진에 관한 주요사항을 심의하기 위하여 **보건복지부에 국민건강증진정책심의위원회**(이하 “위원회”라 한다)를 둔다.

②위원회는 다음 각 호의 사항을 심의한다.

1. 종합계획
2. 제22조의 규정에 따른 국민건강증진기금의 연도별 운용계획안·결산 및 평가
3. 2 이상의 중앙행정기관이 관련되는 주요 국민건강증진시책에 관한 사항으로서 관계 중앙행정기관의 장이 심의를 요청하는 사항
4. 그 밖에 위원장이 심의에 부치는 사항

제5조의2(위원회의 구성과 운영) ①위원회는 위원장 1인 및 부위원장 1인을 포함한 15인 이내의 위원으로 구성한다.
② 위원장은 보건복지부차관이 되고, 부위원장은 위원장이 공무원이 아닌 위원 중에서 지명한 자가 된다.
③ 위원은 **국민건강증진·질병관리에 관한 학식과 경험이 풍부한 자**, 「소비자기본법」에 따른 소비자단체 및 「비영리민간단체 지원법」에 따른 **비영리민간단체가 추천하는 자**, **관계 공무원** 중에서 보건복지부장관이 위촉 또는 지명한다.
④그 밖에 위원회의 구성·운영 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

<응급의료에 관한 법률>
제13조의3 (응급의료위원회) ①제13조 및 제13조의2의 규정에 의한 **응급의료 시책 및 계획 등에 관한 사항을 심의**하기 위하여 **보건복지가족부에 중앙응급의료위원회**를, **특별시·광역시·도(이하 "시·도"라 한다)에 지역응급의료위원회**를 둔다.

<의료급여법>
제6조 (의료급여심의위원회) ①이 법에 의한 의료급여사업의 실시에 관한 사항을 심의하기 위하여 보건복지가족부와 특별시·광역시·도(이하 "시·도"라 한다)와 시·군·구(자치구를 말한다. 이하 같다)에 각각 **의료급여심의위원회**를 둔다. 다만, 시·도 및 시·군·구에 두는 의료급여심의위원회의 경우에는 그 기능을 담당하기에 적합한 다른 위원회가 있고 그 **위원회의 위원이 제4항에 규정된 자격을 갖춘 경우** 시·도 또는 시·군·구의 조례로 각각 정하는 바에 따라 그 위원회로 하여금 의료급여심의위원회의 기능을 수행하게 할 수 있다.

3.7. 공공보건의료기관

3.7.1. 공공보건의료기관

제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.
2. "공공보건의료기관"이라 함은 국가나 지방자치단체 또는 기타 대통령령이 정하는 공공단체가 공공보건의료의 제공을 주요한 목적으로 설립·운영하는 보건의료기관을 말한다.

3.7.2. 공공보건의료기관의 의무

제8조(공공보건의료기관의 설치·운영) ①국가 및 지방자치단체는 필수적 보건의료의 기본적 제공을 위하여 공공보건의료기관을 설치·운영할 수 있다.
②국가 및 지방자치단체는 제1항의 규정에 의한 공공보건의료기관의 설치·운영에 소요되는 비용을 보조할 수 있다.

제9조(공공보건의료기관의 의무) ①공공보건의료기관은 국민의 기본적인 보건의료수요를 형평성있게 충족시킬수 있도록 노력하여야 하며 다음 각호에 해당하는 보건의료를 우선적으로 제공하여야 한다.
1. 의료급여환자 등 취약계층에 대한 보건의료
2. 아동과 모성, 장애인, 정신질환, 전염병, 응급진료 등 수익성이 낮아 공급이 부족한 보건의료
3. 질병 예방과 건강 증진에 관련된 보건의료
4. 교육 훈련 및 인력 지원을 통한 지역적 균형 확보를 위한 보건의료
5. 기타 보건의료기본법 제15조의 보건의료발전계획에 따라 보건복지가족부장관이 정하는 보건의료
②공공보건의료기관은 당해 기관의 설립·운영에 관한 법령에서 정한 사업 외에 이 법 제3조 제2항 각호의 사업 중에서 보건복지가족부장관이 요청하는 사업을 수행하여야 한다.
③공공보건의료기관은 제2항의 규정에 의하여 사업수행을 요청받은 경우에는 특별한 사유가 없는 한 이에 응하여야 한다.

3.7.2.1. 주요내용

보건의료서비스의 공급주체인 모든 보건의료기관은 그 소유 및 설립의 주체가 민간이라고 하더라도 공공성에서 자유로울 수 없다. 논리적으로 볼 때 민간 보건의료

기관이 의료비의 부담능력을 가지고 있는 시민에게 보건의료서비스를 제공하는 공급주체라고 한다면, 공공보건의료기관은 의료적 빈곤층에 대한 공급주체로서의 역할을 해야 한다. 따라서 공공보건의료기관의 존재가치는 공익적 진료 기능을 적극적으로 수행하여 빈곤층뿐만 아니라, 저소득층과 차상위계층, 중간소득계층 시민들이 진료비에 대한 부담이 없이 건강상 필요할 때에는 언제나 보건의료기관을 찾을 수 있도록 하는 데 있을 것이다.

진료비 부담으로부터 자유로울 수 없는 의료적 빈곤 계층에 대한 보건의료서비스는 수익성을 근간으로 하는 민간 의료기관에 맡길 수 없으며, 국가나 지방자치단체가 설립한 공립병원이 책임질 수밖에 없을 것이다. 그러나 그렇다고 하여 시민의 건강을 공공보건의료기관에서 모두 책임져야 하는 것은 아니다. 책임있는 정부기관이 공공의료정책의 큰 틀 속에서 민간의료기관을 조정하고 통합하여 협조를 유도하는 형식으로 이끌어가야 한다. 공공성이 강한 의료서비스를 시장의 논리에 따라 제공하도록 한다면 의료취약계층에 대한 의료서비스의 제공에 심한 불균형 현상을 초래할 가능성이 높다. 결국 공공보건의료기관의 보건의료서비스의 제공은 서비스의 질을 확보하고, 진료거부와 과소진료를 최소화할 수 있다는 점에서 중요한 역할을 담당한다고 할 수 있다.

3.7.2.2. 개정안 논의과정

제1차・제2차 전문가 자문회의 개정안에서는 현행법 제5조 보건의료의 우선제공 조항의 내용은 공공보건의료를 새롭게 정의함에 따라 내용상 중복될 수 있다는 고려에서 보건의료의 우선제공 조항을 삭제하였으나, 제2차 전문가 자문회의 및 공청회의 결과 공공보건의료기관의 태생적・근본적인 기능과 역할을 명시하는 법률조항이 필요하다는 의견에 수렴하여 공공보건의료기관의 의무조항을 신설하였다.

<제2차 전문가 자문회의 개정안>

제12조(공공보건의료기관의 설립·운영) ①국가 및 지방자치단체는 공공보건의료기관을 설립・운영하여 국민의 기본적인 보건의료수요를 형평성 있게 충족시킬 수 있도록 노력하여야 한다.

②국가 및 지방자치단체는 제1항의 규정에 의한 공공보건의료기관의 설립・운영에 소요되는 비용을 보조할 수 있다.

제13조(공공보건의료기관의 사업) ①공공보건의료기관은 당해 기관의 설립・운

영에 관한 법령에서 정한 사업 외에 제2조 제1호의 공공보건의료에 관한 사업을 보건복지가족부장관의 요청에 의해 수행하여야 한다.

②공공보건의료기관은 제1항의 규정에 의하여 사업수행 요청을 받은 경우에는 특별한 사유가 없는 한 이에 응하여야 한다.

<공청회 및 최종 개정안>

제8조(공공보건의료기관의 설치·운영) ①국가 및 지방자치단체는 필수적 공공보건의료의 기본적 제공을 위하여 공공보건의료기관을 설치·운영하여야 한다.

②국가 및 지방자치단체는 제1항의 규정에 의한 공공보건의료기관의 설치·운영에 소요되는 비용을 보조할 수 있다.

제9조(공공보건의료기관의 의무) ①공공보건의료기관은 국민의 기본적인 보건의료수요를 형평성있게 충족시킬수 있도록 노력하여야 하며 다음 각호에 해당하는 보건의료를 우선적으로 제공하여야 한다.

1. 의료급여환자 등 취약계층에 대한 보건의료
2. 노인·장애인·정신질환자 등 타분야와의 연계가 필수적인 보건의료
3. 전염병 예방 및 진료
4. 아동과 모성에 대한 진료
5. 응급환자의 진료
6. 민간보건의료기관이 담당하기 어려운 예방보건의료
7. 기타 보건의료기본법 제15조의 보건의료발전계획에 따라 보건복지가족부장관이 정하는 보건의료

②공공보건의료기관은 당해 기관의 설립·운영에 관한 법령에서 정한 사업 외에 이 법 제3조 제2항 각호의 사업 중에서 보건복지가족부장관이 요청하는 사업을 수행하여야 한다.

③공공보건의료기관은 제2항의 규정에 의하여 사업수행을 요청받은 경우에는 특별한 사유가 없는 한 이에 응하여야 한다.

3.7.2.3. 유사 입법례

<지역보건법>

제9조 (보건소의 업무) **보건소**는 당해 지방자치단체의 관할구역안에서 행하여지는

다음 각호의 사항을 관장한다.

1. **국민건강증진**·보건교육·구강건강 및 영양개선사업
2. **전염병의 예방·관리 및 진료**
3. **모자보건** 및 가족계획사업
4. **노인보건**사업
5. **공중위생** 및 식품위생
6. **의료인 및 의료기관에 대한 지도**등에 관한 사항
7. 의료기사·의무기록사 및 안경사에 대한 지도등에 관한 사항
8. **응급의료에 관한 사항**
9. 농어촌등보건의료를위한특별조치법에 의한 공중보건의사·보건진료원 및 보건진료소에 대한 지도등에 관한 사항
10. 약사에 관한 사항과 마약·향정신성의약품의 관리에 관한 사항
11. **정신보건에** 관한 사항
12. 가정·사회복지시설등을 방문하여 행하는 보건의료사업
13. 지역주민에 대한 진료, **건강진단 및 만성퇴행성질환등의 질병관리**에 관한 사항
14. 보건에 관한 실험 또는 검사에 관한 사항
15. 장애인의 재활사업 기타 보건복지가족부령이 정하는 사회복지사업
16. 기타 지역주민의 보건의료의 향상·증진 및 이를 위한 연구등에 관한 사업

3.7.3. 공공보건의료 시행계획

3.7.3.1. 주요내용

제10조(공공보건의료 시행계획의 수립 등) ①공공보건의료기관의 장은 제5조의 공공보건의료 기본계획을 기초로 하여 5년마다 공공보건의료 시행계획을 수립·보고하여야 한다.
②보건복지부장관은 공공보건의료 시행계획의 내용에 관하여 필요하다고 인정하는 경우에는 보건복지가족부령이 정하는 바에 따라 공공보건의료기관의 장에게 그 계획의 변경을 권고할 수 있다.
③공공보건의료 시행계획의 내용 및 수립절차에 관하여 필요한 사항은 보건복지가족부령으로 정한다.

제11조(공공보건의료 시행계획의 평가 등) ①보건복지가족부장관은 제10조의 규정에 의한 공공보건의료 시행계획을 평가하여야 한다.
②보건복지가족부장관은 제1항의 규정에 의한 평가에 관한 업무의 전부 또는 일부를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
③보건복지가족부장관은 제1항의 규정에 의한 평가 결과를 당해 공공보건의료

기관 및 관계기관의 장에게 통보하여야 한다.
④제1항 내지 제2항의 규정에 의한 평가기준·방법 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다

현행 공공보건의료에관한법률 제7조 제1항은 공공보건의료기관의 장은 기관 내에 설치된 공공보건의료계획심의위원회의 심의를 거쳐 공공보건의료계획을 5년마다 수립하고 이를 보건복지가족부장관에게 제출하여야 한다고 규정하고 있다. 현행 규정에 따라 각 공공보건의료기관에서는 현재 5년 마다 공공보건의료계획을 수립·시행하고 정부는 이를 평가하고 있으나 중앙정부의 중장기적인 계획이 없이 기관 단위의 계획으로는 그 실효성 확보에 현실적 어려움이 있을 수밖에 없다.

따라서 개정안에서는 앞서 설명한 제5조의 공공보건의료 기본계획을 규정하여 국가단위의 중장기적·거시적 공공보건의료계획을 수립하도록 규정하고 각 기관은 위 기본계획의 수립목적 및 내용에 맞추어 각 기관의 특성과 지역의 특성에 맞는 시행계획을 수립할 수 있도록 국가 단위의 공공보건의료 기본계획과 기관단위의 공공보건의료 시행계획을 나누어 규정하였다.

각 기관이 세부적인 공공보건의료 시행계획을 수립한 경우 보건복지가족부장관은 이를 평가하여야 하며, 공공보건의료 시행계획의 평가에 관한 업무의 전부 또는 일부를 관계 전문기관 및 단체에 위탁할 수 있도록 하여 평가업무의 전문성을 제고와 의료기관 평가체계의 연동을 고려하는 규정을 두었다.

3.7.3.2. 개정안 논의의 과정

제1차 전문가 자문회의 개정안에서는 현행법상 각 공공보건의료기관이 계획을 수립하여야하는 조항을 삭제하였다. 이는 개정안에 근거하여 개별 공공보건의료 수행주체들은 정부의 행정적·재정적 지원을 받기위해서는 개별적인 공공보건의료 사업계획을 수립·제출할 수밖에 없는 구조이며, 따라서 각 공공보건의료기관 단위의 계획과 그것을 심의하기 위한 위원회를 구성하는 조항은 불필요하다는 판단에 근거하였다. 그러나 자문회의 결과 국가 단위의 중장기적인 공공보건의료 기본계획이 수립되면 그에 맞는 개별 기관 단위의 공공보건의료 시행계획이 필요하다는 의견으로 수렴되어 제2차 전문가 자문회의 개정안 이후에는 기관단위의 공공보건의료 수행계획과 공공보건의료 시행계획에 관하여 규정하였다.

<제2차 전문가 자문회의 개정안>

제9조(공공보건의료 수행계획의 수립 등) ①공공보건의료를 수행하는 경우 그 기관은 이에 따른 공공보건의료 수행계획을 수립하고 그 계획과 수행 결과를 보건복지가족부장관 또는 지방자치단체의 장에게 보고하여야 한다.

②보건복지가족부장관은 공공보건의료계획의 내용에 관하여 필요하다고 인정하는 경우에는 공공보건의료 수행기관의 장에게 그 계획의 변경을 권고할 수 있다.

제10조(공공보건의료 수행계획 및 수행결과의 평가) ①보건복지가족부장관 또는 지방자치단체의 장은 제1항의 공공보건의료 수행계획과 수행결과를 평가하여야 한다.

②국가 및 지방자치단체는 제1항에 따른 평가결과에 기초하여 행정적·재정적 지원을 중단하거나 조정할 수 있다.

<공청회 및 최종 개정안>

제10조(공공보건의료 시행계획의 수립 등) ①공공보건의료기관의 장은 제5조의 공공보건의료 기본계획을 기초로 하여 5년마다 기관별 공공보건의료 시행계획을 수립·보고하여야 하며 이에 따른 추진방안을 매년 보건복지가족부장관에게 제출하여야 한다.

②보건복지부장관은 공공보건의료 시행계획의 내용에 관하여 필요하다고 인정하는 경우에는 보건복지가족부령이 정하는 바에 따라 공공보건의료기관의 장에게 그 계획의 변경을 권고할 수 있다.

③공공보건의료 시행계획의 내용 및 절차에 관하여 필요한 사항은 보건복지가족부령으로 정한다.

제11조(공공보건의료 시행계획의 평가 등) ①보건복지가족부장관은 제10조의 규정에 의한 공공보건의료 시행계획 및 그 결과를 평가하여야 한다.

②보건복지가족부장관은 제1항의 규정에 의한 평가에 관한 업무의 전부 또는 일부를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.

③제1항 내지 제2항의 규정에 의한 평가기준·방법·평가업무 위탁 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

④보건복지가족부장관은 제1항의 규정에 의한 평가 결과를 당해 공공보건의료기관 및 관계기관의 장에게 통보하여야 한다.

3.8. 의료취약지 및 취약지거점의료기관

3.8.1. 최종 개정안 내용

제14조(의료취약지 지정·고시) ①보건복지가족부장관은 보건복지가족부령에서 정하는 기간마다 국민의 의료 이용실태 및 의료자원의 분포 등을 평가하고, 의료서비스의 공급이 현저하게 부족한 지역(이하 '의료취약지'라 한다)을 위원회의 심의를 거쳐 의료취약지로 지정·고시할 수 있다.
②제1항의 규정에 따라 의료취약지를 지정하는 경우 부족한 의료서비스의 대상 및 종류에 따라 구분하여 지정할 수 있다.

제15조(의료취약지 거점의료기관의 지정) ①보건복지가족부장관 또는 시·도지사는 공공보건의료에 관한 다음 각호의 업무를 행하게 하기 위하여 (의료법 제3조의 규정에 의한 병원급 의료기관 중에서) 취약지 거점의료기관을 지정하고 지원할 수 있다.

1. 의료취약지의 의료접근성 향상
2. 의료취약지에서 미충족 필수의료서비스의 공급
3. 기타 보건복지가족부장관이 정하는 공공보건의료 관련 업무

②취약지 거점의료기관은 의료취약지에서 필수적 보건의료를 제공하기 위한 시책을 강구하고 그 결과를 보건복지가족부장관에게 보고하여야 한다.
③보건복지가족부장관은 다음 각호에 해당하는 경우 취약지거점의료기관의 지정을 취소할 수 있다.

1. 지정기준에 미달하는 경우
2. 국가 또는 지방자치단체가 지원한 예산을 부당하게 집행하거나 목적과 다르게 집행한 경우
3. 제2항의 규정에 의한 시책 및 그 결과를 보고하지 않거나 정당한 이유없이 의무를 이행하지 않은 경우
4. 지정의 필요성이 없는 정당한 이유가 발생한 경우

④제3항의 규정에 의하여 취약지거점의료기관의 지정을 취소하는 경우 지정당시의 약정에 따라 지급된 보조금의 전부 또는 일부를 환수할 수 있다.
⑤취약지거점의료기관 지정 및 지정취소의 기준·방법 및 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지가족부령으로 정한다.

3.8.2. 개정안 논의과정

<제2차 전문가 자문회의 개정안>

제15조(의료취약지 지정·고시) ① 보건복지가족부장관은 국민의 의료 이용실태 및 의료자원의 분포 등을 평가하고, 그 결과 의료 접근성이나 의료공급이 현저하게 떨어지는 지역에 대해서는 위원회의 심의를 거쳐 보건복지가족부령으로 정하는 기간마다 의료취약지로 지정·고시할 수 있다.

②제1항의 의료취약지는 보건의료서비스의 대상 및 종류에 따라 구분하여 지정할 수 있다.

제16조(지역거점의료기관의 지정) ①보건복지가족부장관은 의료취약지의 해소를 위하여 지역거점의료기관을 지정할 수 있다.

②국가 및 지방자치단체는 의료취약지의 의료접근성을 향상시키고 의료공급을 원활하게 하기 위하여 의료기관의 설립 및 운영 등에 필요한 행정적·재정적 지원을 할 수 있다.

제17조(지역거점의료기관의 지정기준) 지역거점의료기관의 지정기준은 다음 각 호의 사항을 포함하여야 한다.

1. 의료기관의 회계준칙의 준수 여부
2. 이사회 구성의 개방성 및 공정성
3. 일정 기준이상의 의료기관 평가 등급의 유지
4. 의료취약계층의 진료실적

②지역거점의료기관의 지정의 구체적 기준 및 절차에 관한 사항은 보건복지가족부령으로 정한다.

제18조(지역거점의료기관의 지정취소) ①보건복지가족부장관은 다음 각 호에 해당하는 경우 지역거점의료기관의 지정을 취소할 수 있다.

1. 제17조에 따른 지정기준에 미달하게 된 경우
2. 제5조 제1항에 따른 공공보건의료 시행계획을 수립하지 않거나 그 결과를 보고하지 않는 경우
3. 국가 또는 지방자치단체가 지원한 예산을 부당하게 집행하거나 목적과 다르게 집행한 경우

②지역거점의료기관의 지정 취소의 구체적 기준 및 절차에 관한 사항은 보건복지가족부령으로 정한다.

3.8.3. 유사 입법례

<응급의료에 관한 법률>

제26조 (권역응급의료센터의 지정) ①보건복지가족부장관은 응급의료에 관한 다음 각호의 업무를 행하게 하기 위하여 시·도지사와 협의하여 시·도에 소재하는 종합병원중에서 **권역응급의료센터를 지정**할 수 있다.

1. 응급환자의 진료
2. 대형 재해 등의 발생시의 응급의료지원
3. 권역안의 응급의료종사자에 대한 교육·훈련
4. 기타 보건복지가족부장관이 정하는 권역안의 응급의료 관련 업무

②권역응급의료센터 지정의 기준·방법 및 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지가족부령으로 정한다.

제30조 (지역응급의료센터의 지정) ①시·도지사는 관할 지역안의 주민에게 적정한 응급의료를 제공하기 위하여 종합병원중에서 **지역응급의료센터를 지정**할 수 있다.

②지역응급의료센터 지정의 기준·방법 및 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지가족부령으로 정한다.

제35조(응급의료기관의 지정 취소) 보건복지부장관, 시·도지사 및 시장·군수·구청장은 중앙응급의료센터, 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터, 지역응급의료기관이 다음 각호의 1에 해당하는 때에는 그 **지정권자가 지정을 취소**할 수 있다.

1. 지정기준에 미달한 때
2. 이 법에 의하여 규정된 업무를 수행하지 아니한 때
3. 이 법 또는 이 법에 의한 처분이나 명령에 위반한 때

<농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법>

제15조 (보건진료소의 설치·운영) ①시장 (도농복합형태의 시의 시장을 말하며, 읍·면지역에서 보건진료소를 설치·운영하는 경우에 한한다)·군수는 의료취약지역의 주민에 대한 보건의료를 행하게 하기 위하여 보건진료소를 설치·운영한다. 다만, 시·구의 관할구역안의 도서지역에는 당해 시장·구청장이 보건진료소를 설치·운영할 수 있으며, 군지역안에 있는 보건진료소의 행정구역이 행정구역의 변경등에 의하여 시 또는 구지역으로 편입된 때에는 보건복지가족부장관이 정하는 바에 의하여 당해 시장 또는 구청장이 보건진료소를 계속 운영할 수 있다.

3.9. 분야별 공공전문진료센터

3.9.1. 최종 개정안 내용

제16조(분야별 공공전문진료센터의 지정) ①보건복지가족부장관은 모든 국민에게 다음 각호의 보건의료를 제공하기 위하여 (의료법 제3조의 규정에 의한 병원급 의료기관 중에서) 공공전문진료센터을 지정할 수 있다.

1. 수익성이 낮아 공급이 원활하지 않은 전문진료

2. 국민건강을 위하여 국가가 육성하여야 할 필요가 큰 전문진료

②보건복지가족부장관이 제1항의 규정에 의하여 공공전문진료센터를 지정하는 경우 지정의 필요성과 개소수에 대하여 위원회의 심의를 거쳐야 한다.

③공공전문진료센터는 지정받은 전문진료영역에서 양질의 보건의료서비스 제공과 인력에 대한 교육 등을 하여야 하며 이를 위한 계획을 수립하고 그 시행결과를 보건복지가족부장관에게 보고하여야 한다.

④보건복지가족부장관은 다음 각호에 해당하는 경우 공공전문진료센터의 지정을 취소할 수 있다.

1. 지정기준에 미달하는 경우

2. 국가 또는 지방자치단체가 지원한 예산을 부당하게 집행하거나 목적과 다르게 집행한 경우

3. 제3항의 규정에 의한 계획 및 수행결과를 보고하지 않거나 정당한 이유없이 의무를 이행하지 않은 경우

4. 지정의 필요성이 없는 정당한 이유가 발생한 경우

⑤제4항의 규정에 의하여 공공전문진료센터의 지정을 취소하는 경우 지정 당시의 약정에 따라 지급된 보조금의 전부 또는 일부를 환수할 수 있다.

⑥공공전문진료센터의 지정 및 지정취소의 기준, 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지가족부령으로 정한다.

3.9.2. 관련 법률

<보건의료기본법>

제39조 (주요질병관리체계의 확립) 보건복지가족부장관은 국민건강에 위해가 큰 질병중에서 국가가 특별히 관리하여야 할 필요가 있다고 인정되는 질병을 선정하고, 이를 관리하기 위하여 필요한 시책을 수립·시행하여야 한다.

제40조 (전염병의 예방 및 관리) 국가 및 지방자치단체는 전염병의 발생과 유행을 방지하고 전염병환자에 대한 적정한 보건의료의 제공 및 관리를 위하여 필요한 시

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

3.10. 공공보건의료사업의 위탁

제17조(공공보건의료사업의 위탁)①보건복지가족부장관 또는 지방자치단체의 장은 보건의료기관의 신청을 받아 제3조의 공공보건의료사업의 일부 또는 전부를 위탁할 수 있다.
②제1항의 규정에 의한 보건의료기관은 위탁받은 공공보건의료사업 계획 및 그 결과를 보건복지가족부 장관에게 보고하여야 한다.
③공공보건의료사업 위탁의 절차, 기준 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지가족부령으로 정한다.

3.11. 공공보건의료계정

3.11.1. 최종 개정안 내용

제18조(공공보건의료계정) ①보건복지가족부 장관은 공공보건의료를 위한 재원 마련을 위하여 국민건강증진법 제22조 제1항에 따라 설치된 국민건강증진기금(이하 "기금"이라 한다.)에 같은 조 제2항의 규정에도 불구하고 다음 각 호의 재원을 출연한다.
1. 제24조에 의한 과태료
2. "의료법" 제67조에 의한 과징금 및 제92조에 의한 과태료의 일부 또는 전부
②제1항에 의한 출연금은 기금 안에 공공보건의료계정으로 분리하여 운영하여야 한다.
③공공보건의료계정은 다음 각 호의 용도로 사용할 수 있다.
1. 공공보건의료기관의 지원
2. 제3조 2항에 따른 공공보건의료사업의 지원
3. 기타 보건복지가족부 장관이 정하는 공공보건의료에 관한 사업

3.11.2. 관련 법률

<국립중앙의료원의 설립 및 운영에 관한 법률>

부칙 제4조(국유재산의 무상 승계 등) ① 이 법 시행 당시 보건복지부장관 소관에 속하는 국유재산 중 그 소속 기관인 국립의료원이 소재한 토지(서울특별시 중구 을지로 6가 18-20, 18-79, 18-222, 18-223, 18-224, 도로를 포함한다) 및 그 부속건물(이하 이 조에서 "부동산"이라 한다)을 「국민건강증진법」제22조제1항에 따라 설치된 국민건강증진기금(이하 이 조에서 "기금"이라 한다)에 같은 조 제2항에도 불구하고 이를 출연한다.

② 제1항에 따라 출연된 부동산은 기금 안에 공공보건의료계정으로 분리하여 운영하여야 한다. 이 경우 부동산에 상당하는 금액은 국립중앙의료원 신축·이전·운영 및 공공보건의료를 위한 비용으로 사용하여야 한다.

③ 이 법 시행 당시 국립의료원이 관리하는 국유재산 및 물품(제1항에 따라 기금에 출연한 부동산을 제외한다)은 국립중앙의료원에 무상으로 양여한다.

④ 제2항의 공공보건의료계정은 부동산에 상당하는 금액이 제2항에 따라 사용될 때까지 존속한다.

<국민건강증진법>

제22조 (기금의 설치 등) ①보건복지가족부장관은 국민건강증진사업의 원활한 추진에 필요한 재원을 확보하기 위하여 국민건강증진기금(이하 "기금"이라 한다)을 설치한다.

②기금은 다음 각호의 재원으로 조성한다.

1. 제23조제1항의 규정에 의한 부담금
2. 기금의 운용 수익금

제23조 (국민건강증진부담금의 부과·징수 등) ①보건복지가족부장관은 제조자등이 판매하는 담배사업법 제2조의 규정에 의한 담배중 궐련(지방세법 제232조의 규정에 의하여 담배소비세가 면제되는 것, 동법 제233조의9제1항제1호 및 제2호의 규정에 의하여 담배소비세액이 공제 또는 환급되는 것을 제외한다. 이하 같다) 20개비당 354원의 부담금(이하 "부담금"이라 한다)을 부과·징수한다.

제24조 (기금의 관리·운용) ①기금은 보건복지가족부장관이 관리·운용한다.

제25조 (기금의 사용등) ①기금은 다음 각호의 사업에 사용한다.

1. 금연교육 및 광고 등 흡연자를 위한 건강관리사업
2. 건강생활의 지원사업

3. 보건교육 및 그 자료의 개발
4. 보건통계의 작성·보급과 보건의료관련 조사·연구 및 개발에 관한 사업
5. 질병의 예방·검진·관리 및 암의 치료를 위한 사업
6. 국민영양관리사업
7. 구강건강관리사업
8. 시·도지사 및 시장·군수·구청장이 행하는 건강증진사업
9. 공공보건의료 및 건강증진을 위한 시설·장비의 확충
10. 기금의 관리·운용에 필요한 경비
11. 그 밖에 국민건강증진사업에 소요되는 경비로서 대통령령이 정하는 사업

②보건복지가족부장관은 기금을 제1항 각호의 사업에 사용함에 있어서 아동·여성·노인·장애인 등에 대하여 특별히 배려·지원할 수 있다.

③보건복지가족부장관은 기금을 제1항 각호의 사업에 사용함에 있어서 필요한 경우에는 보조금으로 교부할 수 있다.

제26조 (비용의 보조) 국가 또는 지방자치단체는 매 회계연도마다 예산의 범위안에서 건강증진사업의 수행에 필요한 비용의 일부를 부담하거나 이를 수행하는 법인 또는 단체에 보조할 수 있다.

국민건강증진법시행령 제30조 (기금의 사용) 법 제25조제1항제9호의 규정에 의한 기타 국민건강증진사업으로서 기금을 사용할 수 있는 사업은 다음 각호와 같다.

1. 만성퇴행성질환의 관리사업
2. 법 제27조의 규정에 의한 지도・훈련사업
3. 건강증진을 위한 체육활동 지원사업

<응급의료에 관한 법률>

제16조 (재정지원) ①국가 및 지방자치단체는 예산의 범위 안에서 응급의료기관등에게 필요한 재정지원을 할 수 있다.

② 국가 및 지방자치단체는 제47조의2에 따른 자동제세동기 등 심폐소생을 위한 응급장비를 구비하여야 하는 시설 등에 필요한 재정지원을 할 수 있다.

3.12. 공공보건의료 지원센터

3.12.1. 주요 내용

제20조(공공보건의료 지원센터의 설치) ①보건복지가족부장관은 공공보건의료에 관한 업무 중 다음 각호의 업무수행을 지원하기 위하여 공공보건의료 지원센터를 설치할 수 있다.

1. 공공보건의료기관의 평가
2. 공공보건의료 종사자에 대한 교육훈련
3. 공공보건의료와 관련된 정보·통계의 수집 및 분석
4. 공공보건의료 시행계획의 평가업무
5. 공공보건의료 수행기관의 기술 지원
6. 그 밖에 보건복지가족부장관이 정하는 공공보건의료에 관한 업무

②보건복지가족부장관은 중앙공공보건의료 지원센터를 국립중앙의료원에 두고 운영에 따른 경비 전부 또는 일부를 지원 할 수 있다.

③시·도지사는 공공보건의료에 관한 업무를 수행하게 하기 위하여 시도공공보건의료 지원단을 설치하여 공공보건의료기관에 위탁할 수 있다. 이 경우 국가는 행정적·재정적 지원을 할 수 있다.

④중앙공공복건의료지원센터와 시도공공보건의료 지원단의 설치 및 운영, 감독 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지가족부령으로 정한다.

개정안 제20조에서는 보건복지가족부장관은 공공보건의료기관의 평가, 공공보건의료 종사자에 대한 교육훈련, 공공보건의료와 관련된 정보·통계의 수집 및 분석, 공공보건의료 시행계획의 평가업무, 공공보건의료 수행기관의 기술 지원 등 공공보건의료에 관한 업무수행을 지원하기 위하여 공공보건의료 지원센터를 설치할 수 있는 법적 근거를 규정하였다.

3.12.2. 관련 법률

<국립중앙의료원의 설립 및 운영에 관한 법률>

제5조(사업) 국립중앙의료원은 다음 각 호의 사업을 행한다.

1. 공공보건의료에 관한 임상진료지침의 개발 및 보급
2. 노인성질환의 예방 및 관리
3. 희귀난치질환 등 국가가 특별히 관리할 필요가 있다고 인정되는 질병에 대한 관리
4. 전염병 및 만성질환의 예방과 관리

5. 남북의 보건의료 협력과 국제 보건의료 관련 국내외 협력
6. 민간 및 공공보건의료기관에 대한 기술 지원
7. 진료 및 의학계, 한방진료 및 한의학계 관련 연구
8. 전공의의 수련 및 의료인력의 훈련
9. 「장기등 이식에 관한 법률」제9조에 따른 장기등 이식에 관한 각종 사업의 지원
10. 「응급의료에 관한 법률」제25조에 따른 응급의료에 관한 각종 사업의 지원
11. 그 밖에 공공보건의료에 관하여 보건복지가족부장관이 위탁하는 사업

3.13. 공공보건의료기관에 대한 특례

3.13.1. 주요 내용

제21조(공공보건의료기관에 대한 특례)보건복지가족부 장관 또는 지방자치단체의 장은 다음 각 호의 경우 공공보건의료기관을 우선적으로 고려하여야 한다.
1. 제15조에 의한 취약지 거점의료기관의 지정
2. 제16조에 의한 공공전문진료센터의 지정
3. 제17조에 의한 공공보건의료사업의 위탁
4. 제19조에 의한 교육·훈련센터의 위탁

3.13.2. 유사 입법례

<농어촌주민의 보건복지증진을 위한 특별법>
제10조(공공보건의료기관의 우선 지원) 국가 및 지방자치단체는 공공보건의료에관한법률 제2조 제2호의 규정에 의한 공공보건의료기관중 농어촌에 있는 공공보건의료기관에 대하여 **인력·시설 및 장비를 우선적으로 지원**할 수 있다.

3.14. 공공보건의료 수행기관에 대한 평가

3.14.1. 주요 내용

제22조(평가)①보건복지가족부 장관 또는 지방자치단체의 장은 수행기관에 대하여 평가를 실시할 수 있다.
②보건복지가족부 장관 또는 지방자치단체의 장은 제1항에 따른 평가 결과에 따라 수행기관에 대한 재정적·행정적 지원을 달리 할 수 있다.
③보건복지가족부 장관 또는 지방자치단체의 장은 수행기관의 효율적인 운영을 위하여 평가결과와 관련하여 그 결과를 공표하거나 시정을 요구하는 등 필요한 지도를 할 수 있다.
④제1항 규정에 의한 평가의 세부기준, 방법 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지가족부령으로 정한다.

3.14.2. 유사 입법례

<보건의료기본법>
제51조 (보건의료사업의 평가) 국가 및 지방자치단체는 매년 주요보건의료사업의 성과를 평가하여 이를 보건의료시책에 반영하도록 하여야 한다.
제52조 (보건의료서비스의 평가) 보건복지가족부장관은 보건의료서비스의 질적 향상을 위하여 관계 법령이 정하는 바에 의하여 보건의료서비스에 대한 평가를 실시하여야 한다.

<의료법>
제58조 (의료기관 평가) ①보건복지가족부장관은 의료의 질을 높이기 위하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 의료기관에 대한 평가(이하 "의료기관 평가"라 한다)를 하여야 한다.
②보건복지가족부장관은 의료기관 평가에 관한 업무를 대통령령으로 정하는 바에 따라 관계 전문기관이나 단체에 위탁할 수 있다. 이 경우 필요한 예산을 지원할 수 있다.
③보건복지가족부장관은 의료기관 평가 결과를 공표할 수 있다.
④보건복지가족부장관은 의료기관 평가 결과가 우수한 의료기관에 대하여 행정적·재정적 지원을 할 수 있다.
⑤의료기관 평가 대상인 의료기관의 장은 특별한 사유가 있는 경우 외에는 의료기관 평가에 응하여야 한다.
⑥의료기관 평가의 시기·범위 및 절차와 제3항에 따른 공표 등에 필요한 사항은 보건복지가족부령으로 정한다.

<지역보건법>

제6조 (지역보건의료계획 시행결과의 평가) ①보건복지가족부장관 또는 시·도지사는 대통령령이 정하는 바에 의하여 시·도 또는 시·군·구의 지역보건의료계획의 시행결과를 평가할 수 있다.

②보건복지가족부장관 또는 시·도지사는 제1항의 규정에 의한 평가결과를 필요한 경우 제19조의 규정에 의한 비용의 보조에 반영할 수 있다.

<응급의료에 관한 법률>

제17조 (응급의료기관등에 대한 평가) ①보건복지가족부장관은 응급의료기관등에 대하여 평가를 실시할 수 있다.

②보건복지가족부장관은 제1항의 규정에 의한 응급의료기관등에 대한 평가의 결과에 따라 응급의료기관등에 대하여 행정적·재정적 지원을 할 수 있다.

③제1항의 규정에 의한 응급의료기관등의 평가방법 및 평가주기 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지가족부령으로 정한다. 하여야 하는 시설 등에 필요한 재정지원을 할 수 있다.

4. 공공보건의료에관한법률 개정 최종안

공공보건의료에 관한법률 개정안

제1조(목적) 이 법은 공공보건의료의 기본적인 사항을 규정하여 국민에게 양질의 공공보건의료를 효과적으로 제공함으로써 국민보건의 향상에 이바지함을 목적으로 한다.

제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.

1. “공공보건의료”라 함은 영리성 또는 효율성 등으로 인해 국가 보건의료체계에서 발생하는 지역별, 계층별, 부문별 불균형을 보완하여 모든 국민의 건강증진과 보편적인 의료접근을 보장하는 일체의 활동을 말한다.
2. “공공보건의료기관”이라 함은 국가나 지방자치단체 또는 기타 대통령령이 정하는 공공단체가 공공보건의료의 제공을 주요한 목적으로 설립・운영하는 보건의료기관을 말한다.
3. “공공보건의료 수행기관”(이하 “수행기관”이라 한다)은 다음 각목의 보건의료기관을 말한다.
   가. 공공보건의료기관
   나. 제15조에 의한 의료취약지 거점의료기관(이하 ‘취약지거점의료기관’이라 한다)
   다. 제16조에 의한 분야별 공공전문진료센터(이하 ‘공공전문진료센터’라 한다)
   라. 제17조에 의해 공공보건의료사업을 위탁받은 기관

제3조(국가 및 지방자치단체의 의무) ①국가 및 지방자치단체는 공공보건의료 강화를 위하여 다음 각 호의 공공보건의료에 관한 사업(이하 ‘공공보건의료사업’이라 한다)을 중점적으로 추진하여야 한다.

1. 보건의료 공급이 원활하지 못한 지역의 해소

2. 보건의료보장이 취약한 계층에 대한 의료의 공급
3. 필수 보건의료의 공급이 원활하지 못한 분야의 해소
4. 발생규모, 전파속도, 심각성 등의 요인으로 국가 및 지방자치단체의 대응이 필요한 질병 예방과 건강 증진에 관한 사업
5. 기타 국가가 관리할 필요가 있는 보건의료로서 보건복지부령으로 정하는 사업

②국가 및 지방자치단체는 공공보건의료사업의 원활한 추진을 위하여 충분한 수의 공공보건의료 수행 기관을 확보하여야 한다.

③국가 및 지방자치단체는 공공보건의료사업의 추진을 위한 재원을 확보하고 수행기관에 대하여 필요한 재정적·행정적 지원을 할 수 있다.

제4조(공공보건의료 수행기관의 의무) ①수행기관은 공공보건의료사업을 수행함에 있어 다음 각 호의 원칙을 준수하여야 한다.

1. 지역 주민의 참여를 통한 계획 수립과 결과 평가
2. 공익성에 기반한 성실한 사업의 운영
3. 투명한 재정 운용과 회계의 공개

②보건복지가족부장관은 대통령령이 정하는 국민건강에 중대한 위해가 예상되는 경우 수행기관에 공공보건의료사업을 명령할 수 있으며, 수행기관의 장은 정당한 사유가 없는 한 이를 거부할 수 없다.

제5조(공공보건의료 기본계획) ①보건복지가족부장관은 국민에게 양질의 공공보건의료를 제공하기 위하여 공공보건의료 기본계획을 5년 마다 수립하여야 한다. 위 공공보건의료 기본계획이 확정된 때에는 보건의료기본법 제15조에 의한 보건의료발전계획에 포함하도록 한다.

②보건복지가족부장관은 공공보건의료 기본계획이 확정된 때에는 이를 기초로 하여 공공보건의료와 관련된 주요시책의 추진방안을 매년 수립하여야 한다.

③시·도지사 또는 시·군·구청장은 공공보건의료 기본계획 중 해당 지역에 관한 내용을 지역보건법 제3조의 지역보건의료계획에 포함하여 수립·시행하여야 한다.

제6조(공공보건의료정책심의위원회) ① 공공보건의료에 관한 다음 각호의 사항을 심의하기 위하여 보건복지가족부장관 소속하에 공공보건의료정책심의위원회(이하 “위원회”라 한다)를 둔다.

1. 공공보건의료 기본계획의 수립
2. 공공보건의료에 관한 주요시책의 추진방안
3. 의료취약지역 지정에 관한 사항
4. 공공전문진료센터의 필요성에 관한 사항
5. 그 밖에 공공보건의료에 관한 중요한 사항으로 위원장이 부의하는 사항

②위원회의 운영에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제7조(위원회의 구성) ①위원회는 위원장·부위원장 각 1인을 포함하는 15인 이내의 위원으로 구성한다.

②위원장은 보건복지가족부차관이 되고, 부위원장은 위원 중에서 위원장이 지명하는 관계부처 담당 공무원이 아닌 자가 된다.

③위원회의 구성에 관하여 그 밖에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제8조(공공보건의료기관의 설치·운영) ①국가 및 지방자치단체는 필수적 보건의료의 기본적 제공을 위하여 공공보건의료기관을 설치·운영할 수 있다.

②국가 및 지방자치단체는 제1항의 규정에 의한 공공보건의료기관의 설치·운영에 소요되는 비용을 보조할 수 있다.

제9조(공공보건의료기관의 의무) ①공공보건의료기관은 국민의 기본적인 보건의료수요를 형평성있게 충족시킬수 있도록 노력하여야 하며 다음 각호에 해당하는 보건의료를 우선적으로 제공하여야 한다.

1. 의료급여환자 등 취약계층에 대한 보건의료
2. 아동과 모성, 장애인, 정신질환, 전염병, 응급진료 등 수익성이 낮아 공급이 부족한 보건의료
3. 질병 예방과 건강 증진에 관련된 보건의료
4. 교육 훈련 및 인력 지원을 통한 지역적 균형 확보를 위한 보건의료

5. 기타 보건의료기본법 제15조의 보건의료발전계획에 따라 보건복지가족부 장관이 정하는 보건의료

②공공보건의료기관은 당해 기관의 설립·운영에 관한 법령에서 정한 사업 외에 이 법 제3조 제2항 각호의 사업 중에서 보건복지가족부장관이 요청하는 사업을 수행하여야 한다.

③공공보건의료기관은 제2항의 규정에 의하여 사업수행을 요청받은 경우에는 특별한 사유가 없는 한 이에 응하여야 한다.

제10조(공공보건의료 시행계획의 수립 등) ①공공보건의료기관의 장은 제5조의 공공보건의료 기본계획을 기초로 하여 5년마다 공공보건의료 시행계획을 수립·보고하여야 한다.

②보건복지부장관은 공공보건의료 시행계획의 내용에 관하여 필요하다고 인정하는 경우에는 보건복지가족부령이 정하는 바에 따라 공공보건의료기관의 장에게 그 계획의 변경을 권고할 수 있다.

③공공보건의료 시행계획의 내용 및 수립절차에 관하여 필요한 사항은 보건복지가족부령으로 정한다.

제11조(공공보건의료 시행계획의 평가 등) ①보건복지가족부장관은 제10조의 규정에 의한 공공보건의료 시행계획을 평가하여야 한다.

②보건복지가족부장관은 제1항의 규정에 의한 평가에 관한 업무의 전부 또는 일부를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.

③보건복지가족부장관은 제1항의 규정에 의한 평가 결과를 당해 공공보건의료기관 및 관계기관의 장에게 통보하여야 한다.

④제1항 내지 제2항의 규정에 의한 평가기준·방법 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제12조(국·공유 재산의 무상 대부) ①국가 및 지방자치단체는 공공보건의료기관의 설립·운영을 위하여 필요하다고 인정하는 때에는 국유재산법 또는 지방재정법의 규정에 불구하고 국·공유재산을 공공보건의료기관에 무상으로 대부하거나 사용·수익하게 할 수 있다.

②제1항의 규정에 의한 대부와 사용·수익의 내용·조건 및 절차에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제13조(일정규모 이하의 기관에 대한 특례) 제9조 내지 제11조의 규정은 보건소 등 보건복지가족부령이 정하는 일정규모 이하의 공공보건의료기관에는 이를 적용하지 아니한다.

제14조(의료취약지 지정·고시) ①보건복지가족부장관은 보건복지가족부령에서 정하는 기간마다 국민의 의료 이용실태 및 의료자원의 분포 등을 평가하고, 의료서비스의 공급이 현저하게 부족한 지역(이하 '의료취약지'라 한다)을 위원회의 심의를 거쳐 의료취약지로 지정·고시할 수 있다.
②제1항의 규정에 따라 의료취약지를 지정하는 경우 부족한 의료서비스의 대상 및 종류에 따라 구분하여 지정할 수 있다.

제15조(의료취약지 거점의료기관의 지정) ①보건복지가족부장관 또는 시·도지사는 공공보건의료에 관한 다음 각호의 업무를 행하게 하기 위하여 (의료법 제3조의 규정에 의한 병원급 의료기관 중에서) 취약지 거점의료기관을 지정하고 지원할 수 있다.

1. 의료취약지의 의료접근성 향상
2. 의료취약지에서 미충족 필수의료서비스의 공급
3. 기타 보건복지가족부장관이 정하는 공공보건의료 관련 업무

②취약지 거점의료기관은 의료취약지에서 필수적 보건의료를 제공하기 위한 시책을 강구하고 그 결과를 보건복지가족부장관에게 보고하여야 한다.
③보건복지가족부장관은 다음 각호에 해당하는 경우 취약지거점의료기관의 지정을 취소할 수 있다.

1. 지정기준에 미달하는 경우
2. 국가 또는 지방자치단체가 지원한 예산을 부당하게 집행하거나 목적과 다르게 집행한 경우
3. 제2항의 규정에 의한 시책 및 그 결과를 보고하지 않거나 정당한 이유 없이 의무를 이행하지 않은 경우

4. 지정의 필요성이 없는 정당한 이유가 발생한 경우

④제3항의 규정에 의하여 취약지거점의료기관의 지정을 취소하는 경우 지정 당시의 약정에 따라 지급된 보조금의 전부 또는 일부를 환수할 수 있다.

⑤취약지거점의료기관 지정 및 지정취소의 기준·방법 및 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지가족부령으로 정한다.

제16조(분야별 공공전문진료센터의 지정) ①보건복지가족부장관은 모든 국민에게 다음 각호의 보건의료를 제공하기 위하여 (의료법 제3조의 규정에 의한 병원급 의료기관 중에서) 공공전문진료센터을 지정할 수 있다.

1. 수익성이 낮아 공급이 원활하지 않은 전문진료
2. 국민건강을 위하여 국가가 육성하여야 할 필요가 큰 전문진료

②보건복지가족부장관이 제1항의 규정에 의하여 공공전문진료센터를 지정하는 경우 지정의 필요성과 개소수에 대하여 위원회의 심의를 거쳐야 한다.

③공공전문진료센터는 지정받은 전문진료영역에서 양질의 보건의료서비스 제공과 인력에 대한 교육 등을 하여야 하며 이를 위한 계획을 수립하고 그 시행결과를 보건복지가족부장관에게 보고하여야 한다.

④보건복지가족부장관은 다음 각호에 해당하는 경우 공공전문진료센터의 지정을 취소할 수 있다.

1. 지정기준에 미달하는 경우
2. 국가 또는 지방자치단체가 지원한 예산을 부당하게 집행하거나 목적과 다르게 집행한 경우
3. 제3항의 규정에 의한 계획 및 수행결과를 보고하지 않거나 정당한 이유없이 의무를 이행하지 않은 경우
4. 지정의 필요성이 없는 정당한 이유가 발생한 경우

⑤제4항의 규정에 의하여 공공전문진료센터의 지정을 취소하는 경우 지정 당시의 약정에 따라 지급된 보조금의 전부 또는 일부를 환수할 수 있다.

⑥공공전문진료센터의 지정 및 지정취소의 기준, 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지가족부령으로 정한다.

제17조(공공보건의료사업의 위탁)①보건복지가족부장관 또는 지방자치단

체의 장은 보건의료기관의 신청을 받아 제3조의 공공보건의료사업의 일부 또는 전부를 위탁할 수 있다.
②제1항의 규정에 의한 보건의료기관은 위탁받은 공공보건의료사업 계획 및 그 결과를 보건복지가족부 장관에게 보고하여야 한다.
③공공보건의료사업 위탁의 절차, 기준 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지가족부령으로 정한다.

제18조(공공보건의료계정) ①보건복지가족부 장관은 공공보건의료를 위한 재원 마련을 위하여 국민건강증진법 제22조 제1항에 따라 설치된 국민건강증진기금(이하 "기금"이라 한다.)에 같은 조 제2항의 규정에도 불구하고 다음 각 호의 재원을 출연한다.

1. 제24조에 의한 과태료
2. "의료법" 제67조에 의한 과징금 및 제92조에 의한 과태료의 일부 또는 전부

②제1항에 의한 출연금은 기금 안에 공공보건의료계정으로 분리하여 운영하여야 한다.
③공공보건의료계정은 다음 각 호의 용도로 사용할 수 있다.

1. 공공보건의료기관의 지원
2. 제3조 2항에 따른 공공보건의료사업의 지원
3. 기타 보건복지가족부 장관이 정하는 공공보건의료에 관한 사업

제19조(교육·훈련) ①보건복지가족부 장관 또는 지방자치단체의 장은 공공보건의료에 종사하는 자의 자질 향상을 위하여 필요한 교육·훈련을 실시할 수 있다.
②보건복지가족부 장관 또는 지방자치단체의 장은 제1항의 규정에 의한 교육·훈련을 위하여 교육·훈련센터를 설치할 수 있으며, 이를 수행기관에 위탁하여 재정적·행정적 지원을 할 수 있다.
③제1항에 의한 교육·훈련의 방법·대상·내용, 교육·훈련센터의 위탁 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지가족부령으로 정한다.

제20조(공공보건의료 지원센터의 설치) ①보건복지가족부장관은 공공보건의료에 관한 업무 중 다음 각호의 업무수행을 지원하기 위하여 공공보건의료 지원센터를 설치할 수 있다.

1. 공공보건의료기관의 평가
2. 공공보건의료 종사자에 대한 교육훈련
3. 공공보건의료와 관련된 정보·통계의 수집 및 분석
4. 공공보건의료 시행계획의 평가업무
5. 공공보건의료 수행기관의 기술 지원
6. 그 밖에 보건복지가족부장관이 정하는 공공보건의료에 관한 업무

②보건복지가족부장관은 중앙공공보건의료 지원센터를 국립중앙의료원에 두고 운영에 따른 경비 전부 또는 일부를 지원 할 수 있다.

③시·도지사는 공공보건의료에 관한 업무를 수행하게 하기 위하여 시도공공보건의료 지원단을 설치하여 공공보건의료기관에 위탁할 수 있다. 이 경우 국가는 행정적·재정적 지원을 할 수 있다.

④중앙공공복건의료지원센터와 시도공공보건의료 지원단의 설치 및 운영, 감독 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지가족부령으로 정한다.

제21조(공공보건의료기관에 대한 특례)보건복지가족부 장관 또는 지방자치단체의 장은 다음 각 호의 경우 공공보건의료기관을 우선적으로 고려하여야 한다.

1. 제15조에 의한 취약지 거점의료기관의 지정
2. 제16조에 의한 공공전문진료센터의 지정
3. 제17조에 의한 공공보건의료사업의 위탁
4. 제19조에 의한 교육·훈련센터의 위탁

제22조(평가)①보건복지가족부 장관 또는 지방자치단체의 장은 수행기관에 대하여 평가를 실시할 수 있다.

②보건복지가족부 장관 또는 지방자치단체의 장은 제1항에 따른 평가 결과에 따라 수행기관에 대한 재정적·행정적 지원을 달리 할 수 있다.

③보건복지가족부 장관 또는 지방자치단체의 장은 수행기관의 효율적인 운

영을 위하여 평가결과와 관련하여 그 결과를 공표하거나 시정을 요구하는 등 필요한 지도를 할 수 있다.
④제1항 규정에 의한 평가의 세부기준, 방법 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지가족부령으로 정한다.

제23조(자료의 요구)①보건복지가족부 장관 또는 지방자치단체의 장은 수행기관의 공공보건의료사업에 대하여 대통령령이 정하는 자료(제11조 공공보건의료기관 , 제15조 취약지거점의료기관, 제16조 공공전문진료센터, 제21조 수행기관의 평가 등)를 요청할 수 있다.
②제1항의 규정에 의하여 자료제공을 요청받은 수행기관은 특별한 사유가 없는 한 이에 응해야 한다.

제24조(지도·감독 등) ①보건복지가족부 장관 또는 지방자치단체의 장은 수행기관의 공공보건의료사업에 대한 지도·감독이 필요하다고 인정하는 때에는 소속 공무원으로 하여금 수행기관의 공공보건의료사업에 관한 업무·회계 및 재산에 관한 사항을 조사 또는 검사하게 할 수 있다.
②제1항의 규정에 의하여 검사를 하는 공무원은 그 권한을 표시하는 증표를 지니고 이를 관계인에게 제시하여야 한다.

제25조(과태료)①다음 각 호의 1에 해당하는 자는 300백만원 이하의 과태료를 부과한다.

1. 제4조 제2항을 위반하여 정당한 사유 없이 명령을 위반한 자
2. 제15조 제5항의 규정을 위반하여 취약지 거점의료기관의 지정 기준에 대한 시설·인력·장비 등을 유지·운영하지 아니한 자
3. 제16조 제5항의 규정을 위반하여 공공전문진료센터의 지정 기준에 대한 시설·인력·장비 등을 유지·운영하지 아니한 자
4. 제23조 제1항을 위반하여 조사 또는 검사를 기피하거나 거부·방해한 자

부 칙

이 법은 공포 후 1년이 경과한 날부터 시행한다.

5. 공공보건의료에관한법률 신·구 조문 대조표

현행	개정안
제1조(목적) 이 법은 공공보건의료의 기본적인 사항을 규정하여 국민에게 양질의 공공보건의료를 효과적으로 제공함으로써 국민보건의 향상에 이바지함을 목적으로 한다.	**제1조(목적)** 이 법은 공공보건의료의 기본적인 사항을 규정하여 국민에게 양질의 공공보건의료를 효과적으로 제공함으로써 국민보건의 향상에 이바지함을 목적으로 한다.
제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다. 1. “공공보건의료”라 함은 공공보건의료기관이 국민의 건강을 보호·증진하기 위하여 행하는 모든 활동을 말한다. 2. "공공보건의료기관"이라 함은 국가·지방자치단체 또는 기타 대통령령이 정하는 공공단체(이하 "공공단체"라 한다)가 설립·운영하는 보건의료기관을 말한다.	**제2조(정의)** 이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다. 1. “공공보건의료”라 함은 영리성 또는 효율성 등으로 인해 국가 보건의료체계에서 발생하는 지역별, 계층별, 부문별 불균형을 보완하여 모든 국민의 건강증진과 보편적인 의료접근을 보장하는 일체의 활동을 말한다. 2. “공공보건의료기관”이라 함은 국가나 지방자치단체 또는 기타 대통령령이 정하는 공공단체가 공공보건의료의 제공을 주요한 목적으로 설립·운영하는 보건의료기관을 말한다. 3. “공공보건의료 수행기관”(이하 “수행기관”이라 한다)은 다음 각목의 보건의료기관을 말한다. 가. 공공보건의료기관 나. 제15조에 의한 의료취약지 거점의료기관(이하 “취약지거점의료기관”이라 한다.) 다. 제16조에 의한 분야별 공공전문진료센터(이하 “공공전문진료

현행	개정안
	센터"라 한다.) 라. 제17조에 의해 공공보건의료사업을 위탁받은 기관
제4조(공공보건의료기관의 사업) ① 공공보건의료기관은 당해 기관의 설립·운영에 관한 법령에서 정한 사업 외에 다음 각호의 사업 중에서 보건복지부장관이 요청하는 사업을 수행하여야 한다. 1. 주요 질병관리사업 2. 공공보건의료에 관한 전문적인 연구 및 검사사업 3. 보건의료인의 교육훈련사업 4. 국가 또는 지방자치단체의 공공보건의료시책의 수립·시행 및 평가 지원사업 5. 국가 또는 지방자치단체의 각종 보건의료활동에의 참여 및 지원사업 6. 민간보건의료기관에 대한 기술지원 및 교육사업 7. 기타 보건복지부장관이 요청하는 사업 ②공공보건의료기관은 제1항의 규정에 의하여 사업수행을 요청받은 경우에는 특별한 사유가 없는 한 이에 응하여야 한다.	**제3조(국가 및 지방자치단체의 의무)** ①국가 및 지방자치단체는 공공보건의료 강화를 위하여 다음 각 호의 공공보건의료에 관한 사업(이하 '공공보건의료사업'이라 한다)을 중점적으로 추진하여야 한다. 1. 보건의료 공급이 원활하지 못한 지역의 해소 2. 보건의료보장이 취약한 계층에 대한 의료의 공급 3. 필수 보건의료의 공급이 원활하지 못한 분야의 해소 4. 발생규모, 전파속도, 심각성 등의 요인으로 국가 및 지방자치단체의 대응이 필요한 질병 예방과 건강증진에 관한 사업 5. 기타 국가가 관리할 필요가 있는 보건의료로서 보건복지부령으로 정하는 사업 ②국가 및 지방자치단체는 공공보건의료사업의 원활한 추진을 위하여 충분한 수의 공공보건의료 수행 기관을 확보하여야 한다. ③국가 및 지방자치단체는 공공보건의료사업의 추진을 위한 재원을 확보하고 수행기관에 대하여 필요한 재정적·행정적 지원을 할 수 있다.
<신설>	**제4조(공공보건의료 수행기관의 의무)** ①수행기관은 공공보건의료사업을 수행함에 있어 다음 각 호의 원칙을 준수하

현행	개정안
	여야 한다. 1. 지역 주민의 참여를 통한 계획 수립과 결과 평가 2. 공익성에 기반한 성실한 사업의 운영 3. 투명한 재정 운용과 회계의 공개 ②보건복지가족부장관은 대통령령이 정하는 국민건강에 중대한 위해가 예상되는 경우 수행기관에 공공보건의료사업을 명령할 수 있으며, 수행기관의 장은 정당한 사유가 없는 한 이를 거부할 수 없다.
<신설>	**제5조(공공보건의료 기본계획)** ①보건복지가족부장관은 국민에게 양질의 공공보건의료를 제공하기 위하여 공공보건의료 기본계획을 5년 마다 수립하여야 한다. 위 공공보건의료 기본계획이 확정된 때에는 보건의료기본법 제15조에 의한 보건의료발전계획에 포함하도록 한다. ②보건복지가족부장관은 공공보건의료 기본계획이 확정된 때에는 이를 기초로 하여 공공보건의료와 관련된 주요시책의 추진방안을 매년 수립하여야 한다. ③시·도지사 또는 시·군·구청장은 공공보건의료 기본계획 중 해당 지역에 관한 내용을 지역보건법 제3조의 지역보건의료계획에 포함하여 수립·시행하여야 한다.
제6조(공공보건의료계획심의위원회) ①공공보건의료기관은 제7조의 규정에	**제6조(공공보건의료정책심의위원회)** ① 공공보건의료에 관한 다음 각호의

현행	개정안
의한 공공보건의료계획을 심의하기 위하여 공공보건의료계획심의위원회(이하 "위원회"라 한다)를 둔다. ②위원회는 위원장을 포함한 위원 9인으로 구성하며, 다음 각호의 자 중에서 공공보건의료기관의 장이 지명·위촉한다. 1. 관계 행정기관의 공무원 1인 2. 사용자를 대표하는 위원 1인 3. 근로자를 대표하는 위원 1인 4. 공익을 대표하는 위원 2인 5. 의료계를 대표하는 위원 2인 6. 학계전문가 2인 ③위원회의 구성과 운영에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.	사항을 심의하기 위하여 보건복지가족부장관 소속하에 공공보건의료정책심의위원회(이하 “위원회”라 한다)를 둔다. 1. 공공보건의료 기본계획의 수립 2. 공공보건의료에 관한 주요시책의 추진방안의 수립 3. 의료취약지역 지정에 관한 사항 4. 공공전문진료센터의 필요성에 관한 사항 5. 그 밖에 공공보건의료에 관한 중요한 사항으로 위원장이 부의하는 사항 ②위원회의 운영에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.
	제7조(위원회의 구성) ①위원회는 위원장·부위원장 각 1인을 포함하는 15인 이내의 위원으로 구성한다. ②위원장은 보건복지가족부차관이 되고, 부위원장은 위원 중에서 위원장이 지명하는 관계부처 담당 공무원이 아닌 자가 된다. ③위원회의 구성에 관하여 그 밖에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.
제3조(공공보건의료기관의 설치·운영) ①국가 및 지방자치단체는 공공보건의료기관을 설치·운영하여 국민의 기본적인 보건의료수요를 형평성있게 충족시킬 수 있도록 노력하여야 한다. ②국가 및 지방자치단체는 제1항의 규정에 의한 공공보건의료기관의 설치·운	**제8조(공공보건의료기관의 설치·운영)** ①국가 및 지방자치단체는 필수적 보건의료의 기본적 제공을 위하여 공공보건의료기관을 설치·운영할 수 있다. ②국가 및 지방자치단체는 제1항의 규정에 의한 공공보건의료기관의 설치·운영에 소요되는 비용을 보조할 수 있다.

현행	개정안
영에 소요되는 비용을 보조할 수 있다.	
제5조(보건의료의 우선 제공) 공공보건의료기관은 다음 각호에 해당하는 보건의료를 우선적으로 제공하여야 한다. 1. 의료보호환자 등 취약계층에 대한 보건의료 2. 노인·장애인·정신질환자 등 타분야와의 연계가 필수적인 보건의료 3. 감염병 예방 및 진료 4. 아동과 모성에 대한 보건의료 5. 응급환자의 진료 6. 민간보건의료기관이 담당하기 어려운 예방보건의료 7. 기타 보건의료기본법 제15조의 보건의료발전계획에 따라 보건복지부장관이 정하는 보건의료	**제9조(공공보건의료기관의 의무)** ①공공보건의료기관은 국민의 기본적인 보건의료수요를 형평성있게 충족시킬수 있도록 노력하여야 하며 다음 각호에 해당하는 보건의료를 우선적으로 제공하여야 한다. 1. 의료급여환자 등 취약계층에 대한 보건의료 2. 아동과 모성, 장애인, 정신질환, 전염병, 응급진료 등 수익성이 낮아 공급이 부족한 보건의료 3. 질병 예방과 건강 증진에 관련된 보건의료 4. 교육 훈련 및 인력 지원을 통한 지역적 균형 확보를 위한 보건의료 5. 기타 보건의료기본법 제15조의 보건의료발전계획에 따라 보건복지가족부 장관이 정하는 보건의료 ②공공보건의료기관은 당해 기관의 설립·운영에 관한 법령에서 정한 사업 외에 이 법 제3조 제2항 각호의 사업 중에서 보건복지가족부장관이 요청하는 사업을 수행하여야 한다. ③공공보건의료기관은 제2항의 규정에 의하여 사업수행을 요청받은 경우에는 특별한 사유가 없는 한 이에 응하여야 한다.
제7조(공공보건의료계획의 수립 등) ① 공공보건의료기관의 장은 위원회의	**제10조(공공보건의료 시행계획의 수립 등)** ①공공보건의료기관의 장은 제5조의 공

현행	개정안
심의를 거쳐 공공보건의료계획을 5년마다 수립하고 이를 보건복지부장관에게 제출하여야한다. ② 보건복지부장관은 공공보건의료계획의 내용에 관하여 필요하다고 인정하는 경우에는 보건복지부령이 정하는 바에 따라 공공보건의료기관의 장에게 그 계획의 변경을 권고할 수 있다. **제8조(공공보건의료계획의 내용)** ①공공보건의료계획에는 다음 각호의 사항이 포함되어야 한다. 1. 제4조제1항의 규정에 의한 사업의 수행에 관한 사항 2. 제5조의 규정에 의한 보건의료의 우선 제공에 관한 사항 ② 제1항에서 규정한 것 외에 공공보건의료계획의 내용, 수립 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.	공보건의료 기본계획을 기초로 하여 5년마다 공공보건의료 시행계획을 수립·보고하여야 한다. ②보건복지부장관은 공공보건의료 시행계획의 내용에 관하여 필요하다고 인정하는 경우에는 보건복지가족부령이 정하는 바에 따라 공공보건의료기관의 장에게 그 계획의 변경을 권고할 수 있다. ③공공보건의료 시행계획의 내용 및 수립절차에 관하여 필요한 사항은 보건복지가족부령으로 정한다.
제9조(공공보건의료기관의 평가) ① 보건복지부장관은 제8조의 규정에 의한 공공보건의료계획의 시행결과를 5년마다 평가하여야 한다. ②제1항의 규정에 의한 평가기준·방법 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.	**제11조(공공보건의료 시행계획의 평가 등)** ①보건복지가족부장관은 제10조의 규정에 의한 공공보건의료 시행계획을 평가하여야 한다. ②보건복지가족부장관은 제1항의 규정에 의한 평가에 관한 업무의 전부 또는 일부를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다. ③보건복지가족부장관은 제1항의 규정에 의한 평가 결과를 당해 공공보건의료기관 및 관계기관의 장에게 통보하여야 한다.

현행	개정안
	④제1항 내지 제2항의 규정에 의한 평가기준·방법 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.
제11조(국·공유재산의 무상대부) ①국가 또는 지방자치단체는 공공보건의료기관의 설립·운영을 위하여 필요하다고 인정하는 때에는 국유재산법 또는 지방재정법의 규정에 불구하고 국·공유재산을 공공보건의료기관에 무상으로 대부하거나 사용·수익하게 할 수 있다. ②제1항의 규정에 의한 대부와 사용·수익의 내용·조건 및 절차에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.	**제12조(국·공유 재산의 무상 대부)** ①국가 및 지방자치단체는 공공보건의료기관의 설립·운영을 위하여 필요하다고 인정하는 때에는 국유재산법 또는 지방재정법의 규정에 불구하고 국·공유재산을 공공보건의료기관에 무상으로 대부하거나 사용·수익하게 할 수 있다. ②제1항의 규정에 의한 대부와 사용·수익의 내용·조건 및 절차에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.
제12조(일정규모 이하의 기관에 대한 특례) 제6조 내지 제10조의 규정은 보건소등 보건복지부령이 정하는 일정규모 이하의 공공보건의료기관에는 이를 적용하지 아니한다	**제13조(일정규모 이하의 기관에 대한 특례)** 제9조 내지 제11조의 규정은 보건소 등 보건복지가족부령이 정하는 일정규모 이하의 공공보건의료기관에는 이를 적용하지 아니한다.
<신설>	**제14조(의료취약지 지정·고시)** ①보건복지가족부장관은 보건복지가족부령에서 정하는 기간마다 국민의 의료 이용실태 및 의료자원의 분포 등을 평가하고, 의료서비스의 공급이 현저하게 부족한 지역(이하 '의료취약지'라 한다)을 위원회의 심의를 거쳐 의료취약지로 지정·고시할 수 있다. ②제1항의 규정에 따라 의료취약지를 지정하는 경우 부족한 의료서비스의 대상 및 종류에 따라 구분하여 지정할 수 있다.

현행	개정안
<신설>	**제15조(의료취약지 거점의료기관의 지정)** ①보건복지가족부장관 또는 시·도지사는 공공보건의료에 관한 다음 각호의 업무를 행하게 하기 위하여 (의료법 제3조의 규정에 의한 병원급 의료기관 중에서) 취약지 거점의료기관을 지정하고 지원할 수 있다. 1. 의료취약지의 의료접근성 향상 2. 의료취약지에서 미충족 필수의료서비스의 공급 3. 기타 보건복지가족부장관이 정하는 공공보건의료 관련 업무 ②취약지 거점의료기관은 의료취약지에서 필수적 보건의료를 제공하기 위한 시책을 강구하고 그 결과를 보건복지가족부장관에게 보고하여야 한다. ③보건복지가족부장관은 다음 각호에 해당하는 경우 취약지 거점의료기관의 지정을 취소할 수 있다. 1. 지정기준에 미달하는 경우 2. 국가 또는 지방자치단체가 지원한 예산을 부당하게 집행하거나 목적과 다르게 집행한 경우 3. 제2항의 규정에 의한 시책 및 그 결과를 보고하지 않거나 정당한 이유없이 의무를 이행하지 않은 경우 4. 지정의 필요성이 없는 정당한 이유가 발생한 경우 ④제3항의 규정에 의하여 취약지거점의료기관의 지정을 취소하는 경우 지정 당시의 약정에 따라 지급된 보조금의 전부

현행	개정안
	또는 일부를 환수할 수 있다. ⑤취약지 거점의료기관 지정 및 지정취소의 기준·방법 및 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지가족부령으로 정한다.
<신설>	**제16조(분야별 공공전문진료센터의 지정)** ①보건복지가족부장관은 모든 국민에게 다음 각호의 보건의료를 제공하기 위하여 (의료법 제3조의 규정에 의한 병원급 의료기관 중에서) 공공전문진료센터을 지정할 수 있다. 1. 수익성이 낮아 공급이 원활하지 않은 전문진료 2. 국민건강을 위하여 국가가 육성하여야 할 필요가 큰 전문진료 ②보건복지가족부장관이 제1항의 규정에 의하여 공공전문진료센터를 지정하는 경우 지정의 필요성과 개소수에 대하여 위원회의 심의를 거쳐야 한다. ③공공전문진료센터는 지정받은 전문진료영역에서 양질의 보건의료서비스 제공과 인력에 대한 교육 등을 하여야 하며 이를 위한 계획을 수립하고 그 시행결과를 보건복지가족부장관에게 보고하여야 한다. ④보건복지가족부장관은 다음 각호에 해당하는 경우 공공전문진료센터의 지정을 취소할 수 있다. 1. 지정기준에 미달하는 경우 2. 국가 또는 지방자치단체가 지원한 예산을 부당하게 집행하거나 목적과 다르게 집행한 경우

현행	개정안
	3. 제3항의 규정에 의한 계획 및 수행 결과를 보고하지 않거나 정당한 이유없이 의무를 이행하지 않은 경우 4. 지정의 필요성이 없는 정당한 이유가 발생한 경우 ⑤제4항의 규정에 의하여 공공전문진료센터의 지정을 취소하는 경우 지정 당시의 약정에 따라 지급된 보조금의 전부 또는 일부를 환수할 수 있다. ⑥공공전문진료센터의 지정 및 지정취소의 기준, 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지가족부령으로 정한다.
<신설>	**제17조(공공보건의료사업의 위탁)** ①보건복지가족부장관 또는 지방자치단체의 장은 보건의료기관의 신청을 받아 제3조의 공공보건의료사업의 일부 또는 전부를 위탁할 수 있다. ②제1항의 규정에 의한 보건의료기관은 위탁받은 공공보건의료사업 계획 및 그 결과를 보건복지가족부 장관에게 보고하여야 한다. ③공공보건의료사업 위탁의 절차, 기준 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지가족부령으로 정한다.
<신설>	**제18조(공공보건의료계정)** ①보건복지가족부 장관은 공공보건의료를 위한 재원 마련을 위하여 국민건강증진법 제22조 제1항에 따라 설치된 국민건강증진기금(이하 “기금”이라 한다.)에 같은 조 제2항의 규정에도 불구하고 다

현행	개정안
	음 각 호의 재원을 출연한다. 1. 제24조에 의한 과태료 2. “의료법” 제67조에 의한 과징금 및 제92조에 의한 과태료의 일부 또는 전부 ②제1항에 의한 출연금은 기금 안에 공공보건의료계정으로 분리하여 운영하여야 한다. ③공공보건의료계정은 다음 각 호의 용도로 사용할 수 있다. 1. 공공보건의료기관의 지원 2. 제3조 2항에 따른 공공보건의료사업의 지원 3. 기타 보건복지가족부 장관이 정하는 공공보건의료에 관한 사업
제13조(종사자의 교육훈련) ①국가 또는 지방자치단체는 필요하다고 인정하는 경우에는 공공보건의료기관에 종사하는 자를 다른 공공보건의료기관에 위탁하여 교육훈련을 실시할 수 있다. ②국가 또는 지방자치단체는 제1항의 규정에 의하여 공공보건의료기관에 종사하는 자를 다른 공공보건의료기관에 위탁하여 교육훈련을 실시한 경우에는 재정지원 등 그 업무수행에 필요한 지원을 하여야 한다. ③ 제1항의 규정에 의한 교육훈련의 방법·대상·내용 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다	**제19조(교육·훈련)** ①보건복지가족부 장관 또는 지방자치단체의 장은 공공보건의료에 종사하는 자의 자질 향상을 위하여 필요한 교육·훈련을 실시할 수 있다. ②보건복지가족부 장관 또는 지방자치단체의 장은 제1항의 규정에 의한 교육·훈련을 위하여 교육·훈련센터를 설치할 수 있으며, 이를 수행기관에 위탁하여 재정적·행정적 지원을 할 수 있다. ③제1항에 의한 교육·훈련의 방법·대상·내용, 교육·훈련센터의 위탁 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지가족부령으로 정한다.
<신설>	**제20조(공공보건의료 지원센터의 설치)**

현행	개정안
	①보건복지가족부장관은 공공보건의료에 관한 업무 중 다음 각호의 업무수행을 지원하기 위하여 공공보건의료 지원센터를 설치할 수 있다. 1. 공공보건의료기관의 평가 2. 공공보건의료 종사자에 대한 교육훈련 3. 공공보건의료와 관련된 정보·통계의 수집 및 분석 4. 공공보건의료 시행계획의 평가업무 5. 공공보건의료 수행기관의 기술 지원 6. 그 밖에 보건복지가족부장관이 정하는 공공보건의료에 관한 업무 ②보건복지가족부장관은 중앙공공보건의료 지원센터를 국립중앙의료원에 두고 운영에 따른 경비 전부 또는 일부를 지원할 수 있다. ③시·도지사는 공공보건의료에 관한 업무를 수행하게 하기 위하여 시도공공보건의료 지원단을 설치하여 공공보건의료기관에 위탁할 수 있다. 이 경우 국가는 행정적·재정적 지원을 할 수 있다. ④중앙공공복건의료지원센터와 시도공공보건의료 지원단의 설치 및 운영, 감독 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지가족부령으로 정한다.
<신설>	**제21조(공공보건의료기관에 대한 특례)** 보건복지가족부 장관 또는 지방자치단체의 장은 다음 각 호의 경우 공공보건의료기관을 우선적으로 고려하여야 한다. 1. 제15조에 의한 취약지 거점의료기관

현행	개정안
	의 지정 2. 제16조에 의한 공공전문진료센터의 지정 3. 제17조에 의한 공공보건의료사업의 위탁 4. 제19조에 의한 교육·훈련센터의 위탁
제9조(공공보건의료기관의 평가) ① 보건복지부장관은 제8조의 규정에 의한 공공보건의료계획의 시행결과를 5년마다 평가하여야 한다. ②제1항의 규정에 의한 평가기준·방법 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다. **제10조(평가결과의 통보)** 보건복지부장관은 제9조의 규정에 의한 평가 결과를 당해 공공보건의료기관 및 관계기관의 장에게 통보하여야 한다.	**제22조(평가)** ①보건복지가족부 장관 또는 지방자치단체의 장은 수행기관에 대하여 평가를 실시할 수 있다. ②보건복지가족부 장관 또는 지방자치단체의 장은 제1항에 따른 평가 결과에 따라 수행기관에 대한 재정적·행정적 지원을 달리 할 수 있다. ③보건복지가족부 장관 또는 지방자치단체의 장은 수행기관의 효율적인 운영을 위하여 평가결과와 관련하여 그 결과를 공표하거나 시정을 요구하는 등 필요한 지도를 할 수 있다. ④제1항 규정에 의한 평가의 세부기준, 방법 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지가족부령으로 정한다.
	제23조(자료의 요구) ①보건복지가족부 장관 또는 지방자치단체의 장은 수행기관의 공공보건의료사업에 대하여 대통령령이 정하는 자료(제11조 공공보건의료기관 , 제15조 취약지거점의료기관, 제16조 공공전문진료센터, 제21조 수행기관의 평가 등)를 요청할 수 있다. ②제1항의 규정에 의하여 자료제공을 요

현행	개정안
	청받은 수행기관은 특별한 사유가 없는 한 이에 응해야 한다.
<신설>	**제24조(지도·감독 등)** ①보건복지가족부 장관 또는 지방자치단체의 장은 수행기관의 공공보건의료사업에 대한 지도·감독이 필요하다고 인정하는 때에는 소속 공무원으로 하여금 수행기관의 공공보건의료사업에 관한 업무·회계 및 재산에 관한 사항을 조사 또는 검사하게 할 수 있다. ②제1항의 규정에 의하여 검사를 하는 공무원은 그 권한을 표시하는 증표를 지니고 이를 관계인에게 제시하여야 한다.
<신설>	**제25조(과태료)**①다음 각 호의 1에 해당하는 자는 300백만원 이하의 과태료를 부과한다. 1. 제4조 제2항을 위반하여 정당한 사유 없이 명령을 위반한 자 2. 제15조 제5항의 규정을 위반하여 취약지 거점의료기관의 지정 기준에 대한 시설·인력·장비 등을 유지·운영하지 아니한 자 3. 제16조 제5항의 규정을 위반하여 공공전문진료센터의 지정 기준에 대한 시설·인력·장비 등을 유지·운영하지 아니한 자 4. 제23조 제1항을 위반하여 조사 또는 검사를 기피하거나 거부·방해한 자

참고문헌

○ 강동진, 공공의료기관 구조 조정 방안의 문제점과 우리의 대응, 의료와 진보 통권 호, 1998

○ 김정순·양봉민·김화중·이시백·홍재웅, 포괄적 보건의료사업을 위한 보건소모형의 개발, 보건학논집, 1989

○ 김강회, 지방공사 의료원의 정체성 확립과 발전방향, 2002. 2

○ 김재용, 보건학적 관점에서 바라본 한국의료의 공공성, 대한공공의학회지 2001.6

○ 김창엽, 지방공사 의료원의 활성화를 위하여- 현실과 전망, 2001

○ 김창엽, 의료공급에서의 공공부문과 민간부문의 역할 분담방안, 2001년도 한국보건행정학회 후기학술대회 연제집

○ 도종웅, 공공보건의료의 현황과 역할 그리고 제언, 2001

○ 박찬병, 공공병원의 발전방향, 대한공공의학회지 2000.6

○ 박형욱, 민간의료기관에서 바라본 한국의료의 공공성, 대한공공의학회지 2001.6

○ 신영전, 지방공사 의료원 정체성 확보 방안, 2001.2

○ 이시백 외, 보건학개론, 서울대학교 출판부, 1998

○ 이두호·차홍봉·엄영진·배상수·오근식, 국민의료보장론, 나남, 1992

○ 최용준, 공공의료를 위한 에세이, 민중의료연합 보건정책연구실 주제세미나 발표 자료, 1999

○ 연구보고서, 건강증진 및 보건법률 체계정비에 관한 연구: 건강증진기본법 제정에 관한 연구, 의료법법윤리학연구소, 2007

○ 연구보고서, 공공의료기능 활성화방안, 한국보건산업진흥원 2001.11

○ 연구보고서, 전국 지방공사의료원 활성화 정책개발, 입법 정책 연구소 2001.9

○ 연구보고서, 지방공사 의료원 역할강화와 발전방향, 전국보건의료산업노동조합 2001.4

○ 연구보고서, 국민건강증진 기반조성을 위한 보건의료법령체계 정비, 보건복지부 1999.6

○ 보건복지부, 보건복지부소관 세입・세출예산 설명자료, 각년호

○ 보건복지가족부, 2007 보건복지가족백서, 2008

○ 대한의사협회, 보건통계자료집, 2007

○ 강희중, 공공보건의료기관의로서 지방공사의료원의 역할에 관한 연구, 경희대

학교 행정대학원 석사학위논문, 2004.6

○ Sultz, H.A. and Young, K. R., Health Care USA, Understanding its Organization and Delivery, An Aspan Publication, 1999

○ Kovner, A. R., Health Care Delivery in the United States, Springer Publishing Company, 1990

공공보건의료에관한법률 개정안
-제1차 전문가 자문회의 자료-

개정 이유

2000년 제정된 “공공보건의료에관한법률”은 우리나라의 공공보건의료서비스가 공공보건의료기관 중심으로 시행되어 왔음을 고려하여, 공공보건의료기관의 저소득층의 의료안전망과 민간보건의료기관의 보완과 견제의 역할 및 합리적이고 효율적인 공공보건의료계획·조정·평가 등을 위한 제도적 장치 마련을 명문화하기 위한 목적으로 제정되었음.

그동안 이 법률에 근거하여 공공보건의료기관의 역할을 재정립하고 기관간 기능분담과 상호연계를 이루어 국가적이고 종합적 측면에서 효율적 운영을 할 수 있도록 함으로써, 국민 지역 간·계층 간 공공보건의료의 형평성을 높이고 공공보건의료서비스의 질과 효율성을 높이는 정책적 노력이 이루어져 왔음.

그러나, 현행법상 ‘공공보건의료’와 ‘공공보건의료기관’의 정의가 설립 및 소유주체로 제한되어 치료중심의 국가건강보험제도 아래 민간과 공공의료기관 간의 기능적 차이가 모호하고, 효율적인 공공보건의료체계의 발전을 저해하고 있다는 문제점이 제기되고 있음.

게다가 민간의료기관의 공공기능에 대한 국가적 관심과 지원에 관한 법적근거가 불명확하고, 민간의 공공보건의료기능을 도외시하여 민간의료기관의 공공성을 오히려 위축하는 결과를 초래하고 있음.

따라서 개정 법률안에서는 ‘공공보건의료’를 보건의료기관의 설립 및 소유주체가 아닌 국민에게 필수적이고 공익적인 의료서비스 제공이라는 기능의 관점에서 재정의함과 동시에, 공공과 민간의 효율적인 역할분담과 참여를 유도하여 국가가 공공보건의료 기능에 대한 지원·육성 및 평가·감독할 수 있는 법적 패러다임의 전환을 반영하고자 함.

결국 “공공보건의료에관한법률”의 개정을 통하여 현행법상의 ‘공공보건의료기관’은 새로운 비전과 역할을 규명하고 고유한 공공기능의 창조적 개발·수행 및 경쟁력과 효율성의 제고의 효과를, 민간보건의료기관은 공공보건의료 역할에의 참여와 공공성 증진 효과 및 경쟁력 강화의 효과를 기대할 수 있을 것이며, 결국 이 법의 궁극적인 목적인 국민보건의 향상에 더욱 이바지할 수 있을 것임.

주요 골자

가. 현행법은 장의 구별이 없으나, 조문의 성질에 따라 총칙, 공공보건의료계획 및 평가, 공공보건의료재원의 확보 등, 보칙의 총 4장으로 나누어 법문 이해의 편리를 도모하였음.

나. 공공보건의료의 정의와 관련하여 현행법상의 공공보건의료기관의 활동이라는 개념 대신, 국가 및 지방자치단체가 행정적·재정적 지원을 하여야 하는 보건의료라 개념화하고 그 구체적인 내용에 대해서는 각목에서 구체화하였음.(안 제2조 제1호)

다. 보건의료의 지역적 불균형 해소, 지역별 보건의료자원의 적정성 유지 등을 위한 정책의 법적 근거를 마련하기위하여 도서·산간·벽지·오지·격지 등 지리적으로 의료 접근성이 부족한 지역(이하 “의료취약지역”이라 한다)의 의료 미충족 상태를 해소하기 위한 보건의료를 공공보건의료의 개념에 포함하였음.(안 제2조 제1호 가목)

라. 의료급여법에 의한 의료급여환자, 국민기초생활보장법에 의한 차상위계층 및 의료사각지대에 있는 사람 등(이하 “의료취약계층”이라고 한다)을 위한 보건의료 공공보건의료의 개념에 포함하였음.(안 제2조 제1호 나목)

마. 희귀난치성질환, 고위험산모관리, 소아중환자관리 등 수요는 있으나 수익성이 낮아 공급이 부족하여 국민에게 원활히 제공되지 못하는 분야(이하 “의료취약분야”라고 한다)의 보건의료를 공공보건의료의 개념에 포함하였음.(안 제2조 제1호 다목)

바. 응급의료에관한법률, 감염병의예방및관리에관한법률, 암관리법 등 다른 법률에 의해서 국가 및 지방자치단체가 지원해야 하는 보건의료를 공공보건의료의 개념에 포함하였음.(안 제2조 제1호 라목)

사. 안 제2조 제1호에서 정의한 공공보건의료를 수행하고 있거나 앞으로 수행할 보건의료기관을 '공공보건의료 수행주체'로 정의하여, 기존의 '공공보건의료기관'뿐만 아니라 '민간보건의료기관'을 포섭할 수 있도록 하였으며, 따라서 민간보건의료기관도 공공보건의료 역할을 담당할 수 있도록 하였음.(안 제2조 제2호 가, 나목)

아. 공공보건의료 수행주체를 설립·운영하고, 그에 따른 재정지원 및 평가·감독하는 것을 국가 및 지방자치단체의 책무로 규정하여, 이에 대한 법적 근거를 마련하였음. (안 제3조)

자. 공공보건의료와 공공보건의료 수행주체의 정의를 개정하는 이상 현행법 제4조(공공보건의료기관의 사업), 제5조(보건의료의 우선 제공)의 규정의 필요성이 없어 삭제하였음.

차. 보건복지가족부장관은 공공보건의료계획심의위원회(이하 "위원회"라 한다)의 심의를 거쳐 중장기 공공보건의료계획을 5년마다 수립하여야 하며, 이 계획을 기초로 하여 주요시책의 추진방안을 매년 수립하여야 한다는 규정을 신설하였음.(안 제5조)

카. 제5조의 중장기 공공보건의료계획 등을 심의하기 위하여 보건복지가족부소속하에 공공보건의료계획심의위원회를 설치할 수 있는 근거를 마련하였으며 위원회의 기능을 규정하였음.(안 제6조, 제7조)

타. 보건복지가족부장관은 공공보건의료 수행주체가 중장기 공공보건의료계획 및 주요시책의 추진방안에 따라 시행한 결과를 평가하여야 한다는 규정을 두었으며, 평가에 관한 업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있도록 규정하였음.(안 제8조)

파. 보건복지가족부장관은 공공보건의료 수행의 평가 결과에 근거하여 공공보건의료 장려금 또는 보조금을 지급할 수 있고, 행정적·재정적 지원을

할 수 있는 규정을 두었음.(안 제9조 제2항)

하. 공공보건의료에 관한 업무를 행하게 하기 위하여 공공보건의료지원센터를 설치할 수 있는 법적 근거를 만들었으며, 중앙공공보건의료지원센터는 국립중앙의료원에 두는 것을 규정 하였고 시·도의 경우에는 필요에 따라 공공보건의료 기술지원단을 설치할 수 있도록 하였음.(안 제10조)

거. 공공보건의료를 위한 비용을 위해 재원마련의 법적 근거를 두었고, 의료법, 약사법, 의료기기법, 식품위생법에서 규정하고 있는 과태료 및 과징금의 일부를 재원으로 할 수 있도록 하였음. 또한, 국민건강증진기금 안에 공공보건의료계정을 분리운영할 수 있도록 하여 공공보건의료를 위한 재원의 안정성을 도모하였음.(안 제11조)

공공보건의료에관한법률 개정안

제1장 총칙

제1조(목적) 이 법은 공공보건의료의 기본적인 사항을 규정하여 국민에게 양질의 공공보건의료를 효과적으로 제공함으로써 국민보건의 향상에 이바지함을 목적으로 한다.

제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.

1. “공공보건의료”라 함은 국가 및 지방자치단체가 행정적·재정적 지원을 하여야 하는 보건의료로서 다음 각목에 해당하는 것을 말한다.

   가. 도서·산간·벽지·오지·격지 등 지리적으로 의료 접근성이 부족한 지역(이하 “의료취약지역”이라 한다)의 의료 미충족 상태를 해소하기 위한 보건의료

   나. 「의료급여법」에 의한 의료급여환자, 「국민기초생활보장법」에 의한 차상위계층 및 의료사각지대에 있는 사람 등(이하 “의료취약계층”이라고 한다)을 위한 보건의료

   다. 희귀난치성질환관리, 고위험산모관리, 소아중환자관리 등 수요는 있으나 수익성이 낮아 공급이 부족하여 국민에게 원활히 제공되지 못하는 분야(이하 “의료취약분야”라고 한다)의 보건의료

   라. 응급의료에관한법률, 감염병의예방및관리에관한법률, 암관리법 등 다른 법률에 의해서 국가 및 지방자치단체가 지원해야하는 보건의료

   마. 기타 보건복지가족부장관이 정하는 보건의료

2. “공공보건의료 수행주체”라 함은 제2조 제1호의 공공보건의료를 수행하고 있거나 앞으로 수행할 보건의료기관으로서 다음 각목에 해당하는 것을 말한다.

   가. 국가 및 지방자치단체, 기타 대통령령이 정하는 공공단체(이하 “공공단체”라 한다)가 설립·운영하는 기관 또는 조직

   나. 의료법 제33조 제2항의 의료기관 중 가목을 제외한 기관 또는 조직

제3조(국가 및 지방자치단체의 책무) 국가 및 지방자치단체는 공공보건의료 수행주체를 설립·운영하고 그에 따른 재정지원 및 평가·감독하여 국민의 기본적인 보건의료수요를 형평성 있게 충족시킬 수 있도록 노력하여야 한다.

제4조(다른 법률과의 관계) 공공보건의료에 관하여 다른 법률에 특별한 규정이 있는 경우를 제외하고는 이 법이 정하는 바에 따른다.

제2장 공공보건의료계획의 수립 및 평가

제5조(공공보건의료계획의 수립 등) ①보건복지가족부장관은 국민에게 양질의 공공보건의료를 원활한 제공하기 위하여 공공보건의료정책심의위원회의 심의를 거쳐 중장기 공공보건의료계획을 5년마다 수립하여야 한다.

② 보건복지가족부장관은 중장기 공공보건의료계획이 확정된 때에는 이를 기초로 하여 공공보건의료에 관한 주요시책의 추진방안을 매년 수립하여야 한다.

제6조(공공보건의료정책심의위원회) ①중장기 공공보건의료계획과 공공보건의료에 관한 주요시책의 추진방안 등을 심의하기 위하여 보건복지가족부장관 소속하에 공공보건의료정책심의위원회(이하 "위원회"라 한다)를 둔다.

②위원회의 구성과 운영에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제7조(위원회의 기능) ①위원회는 다음 각호의 사항을 심의한다.

1. 중장기 공공보건의료계획
2. 공공보건의료에 관한 주요시책의 추진방안
3. 의료취약지역 및 지역거점 보건의료기관의 지정 및 지원계획
4. 의료취약계층의 지정 및 지원계획
5. 의료취약분야의 지정 및 지원계획
6. 다른 법률에 의해서 국가 및 지방자치단체가 지원해야하는 보건의료의 지원계획
7. 그 밖에 공공보건의료에 관한 중요한 사항으로 위원장이 부의하는 사항

제8조(공공보건의료 시행결과의 평가) ①보건복지가족부장관은 공공보건의료 수행주체가 제5조의 규정에 의한 중장기 공공보건의료계획에 따라 시행한 결과를 평가하여야 한다.

②보건복지가족부장관은 제1항의 평가에 관한 업무를 수행하기 위하여 필요한 경우 그 업무의 일부 또는 전부를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.

③제1항의 평가의 기준 및 방법 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

④보건복지가족부장관은 제1항의 평가 결과에 근거하여 공공보건의료 수행주체에 대하여 장려금 또는 보조금을 지급할 수 있다.

제9조(공공보건의료지원센터의 설치) ① 보건복지가족부장관은 공공보건의료에 관한 다음 각호의 업무를 행하게 하기 위하여 공공보건의료기관을 지정하여 공공보건의료지원센터를 둘 수 있다.

1. 공공보건의료에 대한 평가 및 혁신 활동 지원
2. 공공보건의료를 위한 시설·장비 현대화 지원
3. 공공의료 종사자에 대한 교육훈련
4. 공공의료 관련 정보·통계의 수집·분석 및 제공
5. 공공보건의료의 국제협력 지원
6. 그 밖에 보건복지가족부장관이 정하는 공공의료 관련업무

②중앙공공보건의료지원센터는 국립중앙의료원에 둔다.

③시·도는 제1항 각호의 업무를 행하기 위하여 공공보건의료 기술지원단을 설치할 수 있고, 이 경우 정부는 행정적·재정적 지원을 할 수 있다.

제3장 공공보건의료재원의 확보 등

제10조(공공보건의료재원의 확보) ①국가 및 지방자치단체는 공공보건의료 수행주체에 대한 재정적 지원에 필요한 재원을 확보하여야 한다.

②의료법 제92조에 의한 과태료, 약사법 제98조에 의한 과태료, 의료기기법 제47조에 의한 과태료, 식품위생법 제65조에 의한 과징금의 일부 금액을 공공보건의료를 위한 비용으로 사용할 수 있다.

③제1항 내지 제2항의 규정에 의한 공공보건의료재원의 관리를 위하여「국민건강증진법」 제22조 제1항에 따른 국민건강증진기금 안에 공공보건의료계정을 분리하여 운영할 수 있다. 이 계정의 금액은 공공보건의료를 위한 비용으로만 사용하여야 한다.

제11조(국·공유재산의 무상대부) ①국가 또는 지방자치단체는 공공보건의료 수행

주체의 설립·운영을 위하여 필요하다고 인정하는 때에는 국유재산법 또는 지방재정법의 규정에 불구하고 국·공유재산을 공공보건의료 수행주체에 무상으로 대부하거나 사용·수익하게 할 수 있다.

②제1항의 규정에 의한 대부와 사용·수익의 내용·조건 및 절차에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제12조(공공보건의료예산 편성·운영시 고려사항) 국가·지방자치단체 또는 공공단체가 공공보건의료에 관한 예산을 편성·운영하고자 할 때에는 보건의료기본법 제15조의 규정에 의한 보건의료발전계획을 고려하여야 한다.

제4장 보칙

제13조(종사자의 교육훈련) ①국가 또는 지방자치단체는 필요하다고 인정하는 경우에는 공공보건의료 수행주체에 종사하는 자를 다른 공공보건의료 수행주체에 위탁하여 교육훈련을 실시할 수 있다.

②국가 또는 지방자치단체는 제1항의 규정에 의하여 공공보건의료 수행주체에 종사하는 자를 다른 공공보건의료 수행주체에 위탁하여 교육훈련을 실시한 경우에는 재정지원 등 그 업무수행에 필요한 지원을 하여야 한다.

③제1항의 규정에 의한 교육훈련의 방법·대상·내용 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지가족부령으로 정한다.

제14조(일정규모 이하의 기관에 대한 특례) 제8조 내지 제9조의 규정은 보건소 등 보건복지가족부령이 정하는 일정규모 이하의 보건의료기관에는 이를 적용하지 아니한다.

< 공공보건의료에 관한 법률안 체계 >

<현 행>	<개 정 안>
	제1장 총칙
	제1조 목적
	제2조 정의
	제3조 다른 법률과의 관계
제1조 목적	
	제2장 공공보건의료기본계획 및 공공보건의료정책심의위원회
제2조 정의	
	제4조 공공보건의료 기본계획
제3조 공공보건의료기관의 설치· 운영	제5조 공공보건의료 시행계획의 수립 및 평가
	제6조 공공보건의료정책심의위원회
제4조 공공보건의료기관의 사업	제7조 위원회의 구성
제5조 보건의료의 우선제공	**제3장 공공보건의료 수행기관**
	제8조 공공보건의료 수행기관
제6조 공공보건의료계획심의위원회	제9조 공공보건의료 수행계획의 수립 등
	제10조 공공보건의료 수행계획 및 수행결과의 평가
제7조 공공보건의료계획의 수립	제11조 공공보건의료 수행을 위한 교육훈련
제8조 공공보건의료계획의 내용	**제4장 공공보건의료기관**
	제12조 공공보건의료기관의 설립·운영
제9조 공공보건의료기관의 평가	제13조 공공보건의료기관의 사업
	제14조 국· 공유 재산의 무상 대부
제10조 평가결과의 통보	
	제5장 의료취약지의 지정 등
제11조 국·공유재산의 무상대부	제15조 의료취약지 지정·고시
	제16조 지역거점의료기관의 지정
제12조 일정규모 이하의 기관에 대한 특례	제17조 지역거점의료기관의 지정기준
	제18조 지역거점의료기관의 지정취소
제13조 종사자의 교육훈련	제19조 취약계층 등에 대한 공공보건의료기관의 의무
제14조 공공보건의료예산 편성·운영 시 고려사항	제20조 전문진료센터의 설치 등
	제21조 전문진료센터의 실적보고 등
	제22조 전문진료센터의 지정취소
	제6장 공공보건의료 지원조직 및 재원
	제23조 공공보건의료 지원조직의 설치
	제24조 공공보건의료재원의 확보

공공보건의료에관한법률 개정안

제1장 총칙

제1조(목적) 이 법은 공공보건의료의 기본적인 사항을 규정하여 국민에게 양질의 공공보건의료를 효과적으로 제공함으로써 국민보건의 향상에 이바지함을 목적으로 한다.

제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.

1. “공공보건의료”라 함은 모든 국민에게 적정한 수준의 보건의료서비스를 제공하고 공급이 원활하지 않는 필수적 의료서비스를 충족시키기 위하여 국가 및 지방자치단체가 행정적·재정적 지원을 하여야 하는 보건의료로서 다음 각목에 해당하는 것을 말한다.

가. 보건의료서비스 공급의 지역적 균형을 확보하기 위한 보건의료
나. 소득계층 간의 건강균형을 확보하기 위한 보건의료
다. 수익성이 낮아 공급이 부족한 보건의료
라. 혈액관리, 장기 기증·이식 등 국가가 관리할 필요가 있는 보건의료
마. 질병예방 및 건강증진을 위한 보건의료
바. 기타 보건복지가족부장관이 정하는 보건의료

2. “공공보건의료 수행기관”이라 함은 제2조 제1호의 공공보건의료를 수행하고 있거나 앞으로 수행할 보건의료기관으로서 다음 각목에 해당하는 것을 말한다.

가. 국가나 지방자치단체 또는 기타 대통령령이 정하는 공공단체가 공공보건의료의 제공을 목적으로 설립·운영하는 보건의료기관 또는 그 기관 내의 조직(이하 ‘공공보건의료기관’이라 한다)

나. 보건의료기본법 제2조의 보건의료기관 중 가목을 제외한 보건의료기관 또는 그 기관 내의 조직(이하 '민간수행기관'이라 한다)

3. "지역거점의료기관"이라 함은 지역적 의료접근성을 향상시키기고 공공보건의료의 원활한 제공을 위하여 설치 또는 지정된 의료기관을 말한다.

4. "(분야별 공공)전문진료센터"라 함은 의료 공급의 불균형이 발생하는 특정한 진료영역에 대하여 의료자원의 균형적 공급을 위하여 의료기관에 설치 또는 지정된 센터를 말한다.

제3조(다른 법률과의 관계) 공공보건의료에 관하여 다른 법률에 특별한 규정이 있는 경우를 제외하고는 이 법이 정하는 바에 따른다.

제2장 공공보건의료 기본계획 및 공공보건의료정책심의위원회

제4조(공공보건의료 기본계획) ①보건복지가족부장관은 국민에게 양질의 공공보건의료를 제공하기 위하여 공공보건의료 기본계획을 5년 마다 수립하여야 하며 보건의료기본법 제15조에 의한 보건의료발전계획에 포함하여 수립할 수 있다.
②공공보건의료 기본계획이 확정된 때에는 보건복지가족부장관은 이를 기초로 하여 공공보건의료와 관련된 주요시책의 추진방안을 매년 수립하여야 하며, 지방자치단체는 지역보건법 제3조에 의한 지역보건의료계획 수립 시에 이를 반영하여야 한다.

제5조(공공보건의료 시행계획의 수립 및 평가) ①공공보건의료기관과 공공보건의료기관이 아닌 지역거점의료기관은 제1안공공보건의료 기본계획에 따라(제2안주요시책의 추진방안에 따라) 제1안5년 마다(제2안매년) 공공보건의료 시행계획을 수립하여 그 계획과 결과를 보건복지가족부 장관에게 보고하여야 하며, 보건복지가족부 장관은 제1안5년 마다(제2안매년) 이를 평가하여야 한다. 단, 보건복지가족부령으로 정하는 일정 규모 이하의 공공보건의료기관에 대해서는 이를 적용하지 아니한다.
②보건복지가족부장관은 동조 제1항에 따른 평가에 관한 업무의 전부 또는 일부를

관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있으며 이에 대한 지정 및 절차 등은 보건복지가족부령으로 정한다.

제6조(공공보건의료정책심의위원회) ① 공공보건의료에 관한 다음 각 호의 사항을 심의하기 위하여 보건복지가족부장관 소속하에 공공보건의료정책심의위원회(이하 "위원회"라 한다)를 둔다.

1. 공공보건의료 기본계획
2. 공공보건의료에 관한 주요시책의 추진방안
3. 의료취약지역에 관한 사항 (지정 절차, 종류, 신청방법 등)
4. 전문진료센터에 관한 사항
5. 그 밖에 공공보건의료에 관한 중요한 사항으로 위원장이 부의하는 사항

②위원회의 운영에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제7조(위원회의 구성) ①위원회는 위원장·부위원장 각 1인을 포함하는 15인 이내의 위원으로 구성한다.

②위원장은 보건복지가족부차관이 되고, 부위원장은 제3항의 위원 중에서 위원장이 지명하는 공무원이 아닌 자가 된다.

③위원은 다음 각 호의 자를 보건복지가족부장관이 임명 또는 위촉한다.

1. 대통령령이 정하는 중앙행정기관 소속 공무원 3인
2. 보건의료 수요자를 대표하는 단체가 추천하는 전문가 3인
3. 공공보건의료 수행기관을 대표하는 자 3인
4. 보건의료에 관한 학식과 경험이 풍부한 자 3인
5. 비영리민간단체지원법 제2조에 따른 비영리민간단체의 장의 추천을 받은 전문가 2인

제3장 공공보건의료 수행기관

제8조(공공보건의료 수행기관) 제1안 ①국가 또는 지방자치단체는 제2조 제1항에 따른 공공보건의료를 제공하는 데 있어 공공보건의료기관 또는 그 외의 의료기관에 필요한 역할을 부여하고 수행하도록 할 수 있다.

제2안①국가 및 지방자치단체는 제2조 제1항에 따른 공공보건의료를 제공하는 데

있어 공공보건의료기관에 우선적으로 역할을 부여하고 수행하도록 한다. 다만, 공공보건의료의 기반 확대를 위하여 공공보건의료기관이 아닌 의료기관에도 그 역할을 부여하여 수행하게 할 수 있다.
②국가 및 지방자치단체는 제1항에 따라 공공보건의료를 수행하는 데 필요한 경비의 전부 또는 일부를 보조할 수 있다.

제9조(공공보건의료 수행계획의 수립 등) ①공공보건의료를 수행하는 경우 그 기관은 이에 따른 공공보건의료 수행계획을 수립하고 그 계획과 수행 결과를 보건복지가족부장관 또는 지방자치단체의 장에게 보고하여야 한다.
②보건복지가족부장관은 공공보건의료계획의 내용에 관하여 필요하다고 인정하는 경우에는 공공보건의료 수행기관의 장에게 그 계획의 변경을 권고할 수 있다.

제10조(공공보건의료 수행계획 및 수행결과의 평가) ①보건복지가족부장관 또는 지방자치단체의 장은 제1항의 공공보건의료 수행계획과 수행결과를 평가하여야 한다.
②국가 및 지방자치단체는 제1항에 따른 평가결과에 기초하여 행정적·재정적 지원을 중단하거나 조정할 수 있다.

제11조(공공보건의료 수행을 위한 교육훈련) ①국가 또는 지방자치단체는 필요하다고 인정하는 경우에는 공공보건의료를 수행하는 자의 교육을 위하여 공공보건의료 수행기관에 교육훈련센터를 설치하고 교육훈련을 위탁하여 실시할 수 있다.
②국가 또는 지방자치단체는 제1항의 규정에 의하여 실시되는 공공보건의료 수행에 대한 교육에 재정지원 등 그 업무수행에 필요한 지원을 하여야 한다.
③제1항에 의한 교육훈련센터의 지정 및 절차, 교육훈련의 방법·대상·내용 등에 대해서는 보건복지가족부령으로 정한다.

제4장 공공보건의료기관

제12조(공공보건의료기관의 설립·운영) ①국가 및 지방자치단체는 공공보건의료기관을 설립·운영하여 국민의 기본적인 보건의료수요를 형평성 있게 충족시킬 수 있도록 노력하여야 한다.

②국가 및 지방자치단체는 제1항의 규정에 의한 공공보건의료기관의 설립·운영에 소요되는 비용을 보조할 수 있다.

제13조(공공보건의료기관의 사업) ①공공보건의료기관은 당해 기관의 설립·운영에 관한 법령에서 정한 사업 외에 제2조 제1호의 공공보건의료에 관한 사업을 보건복지가족부장관의 요청에 의해 수행하여야 한다.
②공공보건의료기관은 제1항의 규정에 의하여 사업수행 요청을 받은 경우에는 특별한 사유가 없는 한 이에 응하여야 한다.

제14조(국·공유 재산의 무상 대부) ①국가 및 지방자치단체는 공공보건의료기관의 설립·운영을 위하여 필요하다고 인정하는 때에는 국유재산법 또는 지방재정법의 규정에 불구하고 국·공유재산을 공공보건의료기관에 무상으로 대부하거나 사용·수익하게 할 수 있다.
②제1항의 규정에 의한 대부와 사용·수익의 내용·조건 및 절차에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제5장 의료취약지의 지정 등

제15조(의료취약지 지정·고시) ① 보건복지가족부장관은 국민의 의료 이용실태 및 의료자원의 분포 등을 평가하고, 그 결과 의료 접근성이나 의료공급이 현저하게 떨어지는 지역에 대해서는 위원회의 심의를 거쳐 보건복지가족부령으로 정하는 기간마다 의료취약지로 지정·고시할 수 있다.
②제1항의 의료취약지는 보건의료서비스의 대상 및 종류에 따라 구분하여 지정할 수 있다.

제16조(지역거점의료기관의 지정) ①보건복지가족부장관은 의료취약지의 해소를 위하여 지역거점의료기관을 지정할 수 있다.
②국가 및 지방자치단체는 의료취약지의 의료접근성을 향상시키고 의료공급을 원활하게 하기 위하여 의료기관의 설립 및 운영 등에 필요한 행정적·재정적 지원을 할 수 있다.

제17조(지역거점의료기관의 지정기준) 지역거점의료기관의 지정기준은 다음 각 호의 사항을 포함하여야 한다.

1. 의료기관의 회계준칙의 준수 여부
2. 이사회 구성의 개방성 및 공정성
3. 일정 기준이상의 의료기관 평가 등급의 유지
4. 의료취약계층의 진료실적

②지역거점의료기관의 지정의 구체적 기준 및 절차에 관한 사항은 보건복지가족부령으로 정한다.

제18조(지역거점의료기관의 지정취소) ①보건복지가족부장관은 다음 각 호에 해당하는 경우 지역거점의료기관의 지정을 취소할 수 있다.

1. 제17조에 따른 지정기준에 미달하게 된 경우
2. 제5조 제1항에 따른 공공보건의료 시행계획을 수립하지 않거나 그 결과를 보고하지 않는 경우
3. 국가 또는 지방자치단체가 지원한 예산을 부당하게 집행하거나 목적과 다르게 집행한 경우

②지역거점의료기관의 지정 취소의 구체적 기준 및 절차에 관한 사항은 보건복지가족부령으로 정한다.

제19조(취약계층 등에 대한 공공보건의료기관의 의무) ①공공보건의료기관은 다음 각호의 보건의료 취약계층에 대하여 적정한 보건의료서비스를 제공하기 위하여 필요한 시책을 수립·시행하여야 한다.

1. 의료급여법에 의한 의료급여환자
2. 국민기초생활보장법에 의한 차상위계층
3. 국민건강보험법, 의료급여법에 의한 혜택을 받지 못하는 국내 거주자
4. 노인·장애인·수용자 등

②국가 및 지방자치단체는 공공보건의료기관이 제1항에 의한 시책을 수립·시행하는 경우 이에 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원하여야 한다.

제20조((분야별 공공)**전문진료센터의 설치 등)** ①보건복지가족부장관은 의료자원의 불균형이 발생하거나 불균형이 예상되는 진료영역에 대하여 다음 각 호의 전문진료

센터를 설치하거나 지정할 수 있다.

1. 중증어린이질환 전문진료센터
2. 고위험분만 전문진료센터
3. 신생아 질환 전문진료센터
4. 전문재활치료센터
5. 기타 위원회에서 정하는 진료영역의 전문진료센터

②보건복지가족부장관은 제1항의 규정에 의하여 전문진료센터를 설치하거나 지정하는 경우 다음 각 호의 사항에 대하여 위원회에서 심의를 거쳐야 한다.

1. 전문진료센터의 설치 또는 지정의 필요성
2. 전문진료센터의 설치 권역의 구분
3. 전문진료센터의 설치 권역당 개소수

③전문진료센터 지정의 구체적인 기준 및 절차에 관한 사항은 보건복지가족부령으로 정한다.

제21조((분야별 공공)**전문진료센터의 실적보고 등)** ①전문진료센터가 설치되거나 지정된 보건의료기관의 경우 매년 해당 센터의 진료실적 및 공공보건의료 실적을 보건복지가족부장관에게 보고하고 공표하여야 한다.

②제1항에서 규정하는 보고와 공표의 구체적인 기준과 절차에 관한 사항은 대통령령으로 정한다.

제22조((분야별 공공)**전문진료센터의 지정취소)** ①보건복지가족부장관은 다음 각 호에 해당하는 경우 전문진료센터의 설치와 지정을 위원회의 심의를 거쳐 취소할 수 있다.

1. 제2항에 따른 당초 위원회에 심의와 부합하지 않게 된 경우
2. 제3항에 따른 실적을 보고·공표하지 않거나 기대된 수준에 현저하게 미달하는 경우
3. 국가나 지방자치단체가 지원한 예산을 부당하게 집행하거나 목적과 다르게 집행한 경우

②전문진료센터 지정취소의 구체적인 기준 및 절차에 관한 사항은 보건복지가족부령으로 정한다.

제6장 공공보건의료 지원조직 및 재원

제23조(공공보건의료 지원조직의 설치) ① 보건복지가족부장관은 공공보건의료에 관한 다음 각호의 업무를 행하게 하기 위하여 공공보건의료 지원조직를 둘 수 있다.

1. 공공보건의료에 대한 평가 및 혁신 활동 지원
2. 공공보건의료를 위한 시설·장비 현대화 지원
3. 공공의료 종사자에 대한 교육훈련
4. 공공의료 관련 정보·통계의 수집·분석 및 제공
5. 공공보건의료의 국제협력 지원
6. 그 밖에 보건복지가족부장관이 정하는 공공의료 관련업무

②중앙공공보건의료 지원조직은 국립중앙의료원에 둔다.

③시·도는 제1항 각호의 업무를 행하기 위하여 시도공공보건의료 지원조직을 설치할 수 있고, 이 경우 정부는 행정적·재정적 지원을 할 수 있다.

제24조(공공보건의료재원의 확보) ①국가 및 지방자치단체는 공공보건의료 수행주체에 대한 재정적 지원에 필요한 재원을 확보하여야 한다.

②“의료법” 제92조에 의한 과태료, “의료기기법” 제47조에 의한 과태료의 일부를 공공보건의료를 위한 비용으로 사용할 수 있다.

③제1항 내지 제2항의 규정에 의한 공공보건의료재원의 관리를 위하여「국민건강증진법」 제22조 제1항에 따른 국민건강증진기금 안에 공공보건의료계정을 분리하여 운영할 수 있다. 이 계정의 금액은 공공보건의료를 위한 비용으로만 사용하여야 한다.

< 공공보건의료에 관한 법률안 체계 >

<현 행>	<개 정 안>
	제1장 총칙
	제1조 목적
제1조 목적	제2조 정의
제2조 정의	제3조 국가 및 지방자치단체의 의무
제3조 공공보건의료기관의 설치· 운영	제4조 공공보건의료 수행기관의 의무
	제5조 공공보건의료 기본계획
제4조 공공보건의료기관의 사업	제6조 공공보건의료정책심의위원회
	제7조 위원회의 구성
제5조 보건의료의 우선제공	
	제2장 공공보건의료기관
제6조 공공보건의료계획심의위원회	제8조 공공보건의료기관의 설치·운영
	제9조 공공보건의료기관의 의무
제7조 공공보건의료계획의 수립	제10조 공공보건의료 시행계획의 수립 등
	제11조 공공보건의료계획 시행계획의 평가 등
제8조 공공보건의료계획의 내용	제12조 국·공유 재산의 무상대부
	제13조 일정규모 이하의 기관에 대한 특례
제9조 공공보건의료기관의 평가	
	제3장 공공보건의료사업
제10조 평가결과의 통보	제14조 의료취약지 지정·고시
	제15조 의료취약지 거점의료기관의 지정
제11조 국·공유재산의 무상대부	제16조 의분야별 공공전문진료센터의 지정
	제17조 공공보건의료사업의 위탁
제12조 일정규모 이하의 기관에 대한 특례	
	제4장 보칙
제13조 종사자의 교육훈련	제18조 공공보건의료계정
	제19조 교육·훈련
제14조 공공보건의료예산 편성·운영 시 고려사항	제20조 공공보건의료 지원센터의 설치
	제21조 공공보건의료기관에 대한 특례
	제22조 평가
	제23조 자료의 요구
	제24조 지도·감독 등
	제5장 벌칙
	제25조 과태료
부칙	부칙

제1장 총칙

제1조(목적) 이 법은 공공보건의료의 기본적인 사항을 규정하여 국민에게 양질의 공공보건의료를 효과적으로 제공함으로써 국민보건의 향상에 이바지함을 목적으로 한다.

제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.

1. “공공보건의료”라 함은 모든 국민의 건강증진과 보편적인 의료접근을 보장하기 위하여 보건의료체계의 공공성을 강화하려는 활동을 말한다.
2. “공공보건의료기관”이라 함은 국가나 지방자치단체 또는 기타 대통령령이 정하는 공공단체가 설립·운영하는 보건의료기관을 말한다.
3. “공공보건의료 수행기관”(이하 “수행기관”이라 한다)은 다음 각목의 보건의료기관을 말한다.
   가. 공공보건의료기관
   나. 제15조에 의한 의료취약지 거점의료기관(이하 ‘취약지거점의료기관’이라 한다)
   다. 제16조에 의한 분야별 공공전문진료센터(이하 ‘공공전문진료센터’라 한다)
   라. 제17조에 의해 공공보건의료사업을 위탁받은 기관

제3조(국가 및 지방자치단체의 의무) ①국가 및 지방자치단체는 공공보건의료 강화를 위하여 다음 각 호의 공공보건의료에 관한 사업(이하 ‘공공보건의료사업’이라 한다)을 중점적으로 추진하여야 한다.

1. 보건의료 공급의 지역적 균형 확보
2. 계층 간 건강 균형 확보
3. 수익성이 낮아 공급이 부족한 보건의료의 원활한 제공
4. 적정진료 및 양질의 보건의료서비스 제공
5. 질병의 예방과 국민건강의 증진
6. 기타 국가가 관리할 필요가 있는 보건의료로서 보건복지가족부령으로 정하는 사업

②국가 및 지방자치단체는 공공보건의료사업의 원활한 추진을 위하여 충분한 수의 공공보건의료 수행 기관을 확보하여야 한다.

③국가 및 지방자치단체는 공공보건의료사업의 추진을 위한 재원을 확보하고 수행기

관에 대하여 필요한 재정적·행정적 지원을 할 수 있다.

제4조(공공보건의료 수행기관의 의무) ①수행기관은 공공보건의료사업을 수행함에 있어 다음 각 호의 원칙을 준수하여야 한다.

1. 지역 주민의 참여를 통한 계획 수립과 결과 평가
2. 공익성에 기반한 성실한 사업의 운영
3. 투명한 재정 운용과 회계의 공개

②보건복지가족부장관은 대통령령이 정하는 국민건강에 중대한 위해가 예상되는 경우 수행기관에 공공보건의료사업을 명령할 수 있으며, 수행기관의 장은 정당한 사유가 없는 한 이를 거부할 수 없다.

제5조(공공보건의료 기본계획) ①보건복지가족부장관은 국민에게 양질의 공공보건의료를 제공하기 위하여 공공보건의료 기본계획을 5년 마다 수립하여야 한다. 위 공공보건의료 기본계획이 확정된 때에는 보건의료기본법 제15조에 의한 보건의료발전계획에 포함하도록 한다.

②보건복지가족부장관은 공공보건의료 기본계획이 확정된 때에는 이를 기초로 하여 공공보건의료와 관련된 주요시책의 추진방안을 매년 수립하여야 한다.

③시·도지사 또는 시·군·구청장은 공공보건의료 기본계획 중 해당 지역에 관한 내용을 지역보건법 제3조의 지역보건의료계획에 포함하여 수립·시행하여야 한다.

제6조(공공보건의료정책심의위원회) ① 공공보건의료에 관한 다음 각호의 사항을 심의하기 위하여 보건복지가족부장관 소속하에 공공보건의료정책심의위원회(이하 "위원회"라 한다)를 둔다.

1. 공공보건의료 기본계획의 수립
2. 공공보건의료에 관한 주요시책의 추진방안
3. 의료취약지역 지정에 관한 사항
4. 공공전문진료센터의 필요성에 관한 사항
5. 그 밖에 공공보건의료에 관한 중요한 사항으로 위원장이 부의하는 사항

②위원회의 운영에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제7조(위원회의 구성) ①위원회는 위원장·부위원장 각 1인을 포함하는 15인 이내의 위원으로 구성한다.

②위원장은 보건복지가족부차관이 되고, 부위원장은 위원 중에서 위원장이 지명하는 관계부처 담당 공무원이 아닌 자가 된다.
③위원회의 구성에 관하여 그 밖에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제2장 공공보건의료기관

제8조(공공보건의료기관의 설치·운영) ①국가 및 지방자치단체는 필수적 보건의료의 기본적 제공을 위하여 공공보건의료기관을 설치·운영할 수 있다.
②국가 및 지방자치단체는 제1항의 규정에 의한 공공보건의료기관의 설치·운영에 소요되는 비용을 보조할 수 있다.

제9조(공공보건의료기관의 의무) ①공공보건의료기관은 국민의 기본적인 보건의료 수요를 형평성있게 충족시킬수 있도록 노력하여야 하며 다음 각호에 해당하는 보건의료를 우선적으로 제공하여야 한다.

1. 의료급여환자 등 취약계층에 대한 보건의료
2. 아동과 모성, 장애인, 정신질환, 전염병, 응급진료 등 수익성이 낮아 공급이 부족한 보건의료
3. 질병 예방과 건강 증진에 관련된 보건의료
4. 교육 훈련 및 인력 지원을 통한 지역적 균형 확보를 위한 보건의료
5. 기타 보건의료기본법 제15조의 보건의료발전계획에 따라 보건복지가족부 장관이 정하는 보건의료

②공공보건의료기관은 당해 기관의 설립·운영에 관한 법령에서 정한 사업 외에 이 법 제3조 제2항 각호의 사업 중에서 보건복지가족부장관이 요청하는 사업을 수행하여야 한다.
③공공보건의료기관은 제2항의 규정에 의하여 사업수행을 요청받은 경우에는 특별한 사유가 없는 한 이에 응하여야 한다.

제10조(공공보건의료 시행계획의 수립 등) ①공공보건의료기관의 장은 제5조의 공공보건의료 기본계획을 기초로 하여 5년마다 공공보건의료 시행계획을 수립·보고하여야 한다.
②보건복지부장관은 공공보건의료 시행계획의 내용에 관하여 필요하다고 인정하는 경우에는 보건복지가족부령이 정하는 바에 따라 공공보건의료기관의 장에게 그 계획의

변경을 권고할 수 있다.
③공공보건의료 시행계획의 내용 및 수립절차에 관하여 필요한 사항은 보건복지가족부령으로 정한다.

제11조(공공보건의료 시행계획의 평가 등) ①보건복지가족부장관은 제10조의 규정에 의한 공공보건의료 시행계획을 평가하여야 한다.
②보건복지가족부장관은 제1항의 규정에 의한 평가에 관한 업무의 전부 또는 일부를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
③보건복지가족부장관은 제1항의 규정에 의한 평가 결과를 당해 공공보건의료기관 및 관계기관의 장에게 통보하여야 한다.
④제1항 내지 제2항의 규정에 의한 평가기준·방법 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제12조(국·공유 재산의 무상 대부) ①국가 및 지방자치단체는 공공보건의료기관의 설립·운영을 위하여 필요하다고 인정하는 때에는 국유재산법 또는 지방재정법의 규정에 불구하고 국·공유재산을 공공보건의료기관에 무상으로 대부하거나 사용·수익하게 할 수 있다.
②제1항의 규정에 의한 대부와 사용·수익의 내용·조건 및 절차에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제13조(일정규모 이하의 기관에 대한 특례) 제9조 내지 제11조의 규정은 보건소 등 보건복지가족부령이 정하는 일정규모 이하의 공공보건의료기관에는 이를 적용하지 아니한다.

제3장 공공보건의료사업

제14조(의료취약지 지정·고시) ①보건복지가족부장관은 보건복지가족부령에서 정하는 기간마다 국민의 의료 이용실태 및 의료자원의 분포 등을 평가하고, 의료서비스의 공급이 현저하게 부족한 지역(이하 '의료취약지'라 한다)을 위원회의 심의를 거쳐 의료취약지로 지정·고시할 수 있다.
②제1항의 규정에 따라 의료취약지를 지정하는 경우 부족한 의료서비스의 대상 및

종류에 따라 구분하여 지정할 수 있다.

제15조(의료취약지 거점의료기관의 지정) ①보건복지가족부장관 또는 시·도지사는 공공보건의료에 관한 다음 각호의 업무를 행하게 하기 위하여 (의료법 제3조의 규정에 의한 병원급 의료기관 중에서) 취약지 거점의료기관을 지정하고 지원할 수 있다.

1. 의료취약지의 의료접근성 향상
2. 의료취약지에서 미충족 필수의료서비스의 공급
3. 기타 보건복지가족부장관이 정하는 공공보건의료 관련 업무

②취약지 거점의료기관은 의료취약지에서 필수적 보건의료를 제공하기 위한 시책을 강구하고 그 결과를 보건복지가족부장관에게 보고하여야 한다.

③보건복지가족부장관은 다음 각호에 해당하는 경우 취약지거점의료기관의 지정을 취소할 수 있다.

1. 지정기준에 미달하는 경우
2. 국가 또는 지방자치단체가 지원한 예산을 부당하게 집행하거나 목적과 다르게 집행한 경우
3. 제2항의 규정에 의한 시책 및 그 결과를 보고하지 않거나 정당한 이유없이 의무를 이행하지 않은 경우
4. 지정의 필요성이 없는 정당한 이유가 발생한 경우

④제3항의 규정에 의하여 취약지거점의료기관의 지정을 취소하는 경우 지정 당시의 약정에 따라 지급된 보조금의 전부 또는 일부를 환수할 수 있다.

⑤취약지거점의료기관 지정 및 지정취소의 기준·방법 및 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지가족부령으로 정한다.

제16조(분야별 공공전문진료센터의 지정) ①보건복지가족부장관은 모든 국민에게 다음 각호의 보건의료를 제공하기 위하여 (의료법 제3조의 규정에 의한 병원급 의료기관 중에서) 공공전문진료센터을 지정할 수 있다.

1. 수익성이 낮아 공급이 원활하지 않은 전문진료
2. 국민건강을 위하여 국가가 육성하여야 할 필요가 큰 전문진료

②보건복지가족부장관이 제1항의 규정에 의하여 공공전문진료센터를 지정하는 경우 지정의 필요성과 개소수에 대하여 위원회의 심의를 거쳐야 한다.

③공공전문진료센터는 지정받은 전문진료영역에서 양질의 보건의료서비스 제공과 인력에 대한 교육 등을 하여야 하며 이를 위한 계획을 수립하고 그 시행결과를 보

건복지가족부장관에게 보고하여야 한다.
④보건복지가족부장관은 다음 각호에 해당하는 경우 공공전문진료센터의 지정을 취소할 수 있다.

1. 지정기준에 미달하는 경우
2. 국가 또는 지방자치단체가 지원한 예산을 부당하게 집행하거나 목적과 다르게 집행한 경우
3. 제3항의 규정에 의한 계획 및 수행결과를 보고하지 않거나 정당한 이유없이 의무를 이행하지 않은 경우
4. 지정의 필요성이 없는 정당한 이유가 발생한 경우

⑤제4항의 규정에 의하여 공공전문진료센터의 지정을 취소하는 경우 지정 당시의 약정에 따라 지급된 보조금의 전부 또는 일부를 환수할 수 있다.
⑥공공전문진료센터의 지정 및 지정취소의 기준, 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지가족부령으로 정한다.

제17조(공공보건의료사업의 위탁)①보건복지가족부장관 또는 지방자치단체의 장은 보건의료기관의 신청을 받아 제3조의 공공보건의료사업의 일부 또는 전부를 위탁할 수 있다.
②제1항의 규정에 의한 보건의료기관은 위탁받은 공공보건의료사업 계획 및 그 결과를 보건복지가족부 장관에게 보고하여야 한다.
③공공보건의료사업 위탁의 절차, 기준 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지가족부령으로 정한다.

제4장 보 칙

제18조(공공보건의료계정) ①보건복지가족부 장관은 공공보건의료를 위한 재원 마련을 위하여 국민건강증진법 제22조 제1항에 따라 설치된 국민건강증진기금(이하 “기금”이라 한다.)에 같은 조 제2항의 규정에도 불구하고 다음 각 호의 재원을 출연한다.

1. 제24조에 의한 과태료
2. “의료법” 제67조에 의한 과징금 및 제92조에 의한 과태료의 일부 또는 전부

②제1항에 의한 출연금은 기금 안에 공공보건의료계정으로 분리하여 운영하여야 한다.
③공공보건의료계정은 다음 각 호의 용도로 사용할 수 있다.

1. 공공보건의료기관의 지원
2. 제3조 2항에 따른 공공보건의료사업의 지원
3. 기타 보건복지가족부 장관이 정하는 공공보건의료에 관한 사업

제19조(교육・훈련) ①보건복지가족부 장관 또는 지방자치단체의 장은 공공보건의료에 종사하는 자의 자질 향상을 위하여 필요한 교육・훈련을 실시할 수 있다.
②보건복지가족부 장관 또는 지방자치단체의 장은 제1항의 규정에 의한 교육・훈련을 위하여 교육・훈련센터를 설치할 수 있으며, 이를 수행기관에 위탁하여 재정적・행정적 지원을 할 수 있다.
③제1항에 의한 교육・훈련의 방법・대상・내용, 교육・훈련센터의 위탁 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지가족부령으로 정한다.

제20조(공공보건의료 지원센터의 설치) ①보건복지가족부장관은 공공보건의료에 관한 업무 중 다음 각호의 업무수행을 지원하기 위하여 공공보건의료 지원센터를 설치할 수 있다.
1. 공공보건의료기관의 평가
2. 공공보건의료 종사자에 대한 교육훈련
3. 공공보건의료와 관련된 정보・통계의 수집 및 분석
4. 공공보건의료 시행계획의 평가업무
5. 공공보건의료 수행기관의 기술 지원
6. 그 밖에 보건복지가족부장관이 정하는 공공보건의료에 관한 업무

②보건복지가족부장관은 중앙공공보건의료 지원센터를 국립중앙의료원에 두고 운영에 따른 경비 전부 또는 일부를 지원 할 수 있다.
③시・도지사는 공공보건의료에 관한 업무를 수행하게 하기 위하여 시도공공보건의료 지원단을 설치하여 공공보건의료기관에 위탁할 수 있다. 이 경우 국가는 행정적·재정적 지원을 할 수 있다.
④중앙공공복건의료지원센터와 시도공공보건의료 지원단의 설치 및 운영, 감독 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지가족부령으로 정한다.

제21조(공공보건의료기관에 대한 특례)보건복지가족부 장관 또는 지방자치단체의 장은 다음 각 호의 경우 공공보건의료기관을 우선적으로 고려하여야 한다.
1. 제15조에 의한 취약지 거점의료기관의 지정
2. 제16조에 의한 공공전문진료센터의 지정

3. 제17조에 의한 공공보건의료사업의 위탁
4. 제19조에 의한 교육·훈련센터의 위탁

제22조(평가)①보건복지가족부 장관 또는 지방자치단체의 장은 수행기관에 대하여 평가를 실시할 수 있다.
②보건복지가족부 장관 또는 지방자치단체의 장은 제1항에 따른 평가 결과에 따라 수행기관에 대한 재정적·행정적 지원을 달리 할 수 있다.
③보건복지가족부 장관 또는 지방자치단체의 장은 수행기관의 효율적인 운영을 위하여 평가결과와 관련하여 그 결과를 공표하거나 시정을 요구하는 등 필요한 지도를 할 수 있다.
④제1항 규정에 의한 평가의 세부기준, 방법 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지가족부령으로 정한다.

제23조(자료의 요구)①보건복지가족부 장관 또는 지방자치단체의 장은 수행기관의 공공보건의료사업에 대하여 대통령령이 정하는 자료(제11조 공공보건의료기관 , 제15조 취약지거점의료기관, 제16조 공공전문진료센터, 제21조 수행기관의 평가 등)를 요청할 수 있다.
②제1항의 규정에 의하여 자료제공을 요청받은 수행기관은 특별한 사유가 없는 한 이에 응해야 한다.

제24조(지도·감독 등) ①보건복지가족부 장관 또는 지방자치단체의 장은 수행기관의 공공보건의료사업에 대한 지도·감독이 필요하다고 인정하는 때에는 소속 공무원으로 하여금 수행기관의 공공보건의료사업에 관한 업무·회계 및 재산에 관한 사항을 조사 또는 검사하게 할 수 있다.
②제1항의 규정에 의하여 검사를 하는 공무원은 그 권한을 표시하는 증표를 지니고 이를 관계인에게 제시하여야 한다.

제5장 벌 칙

제25조(과태료)①다음 각 호의 1에 해당하는 자는 300백만원 이하의 과태료를 부과한다.

1. 제4조 제2항을 위반하여 정당한 사유 없이 명령을 위반한 자

2. 제15조 제5항의 규정을 위반하여 취약지 거점의료기관의 지정 기준에 대한 시설·인력·장비 등을 유지·운영하지 아니한 자
3. 제16조 제5항의 규정을 위반하여 공공전문진료센터의 지정 기준에 대한 시설·인력·장비 등을 유지·운영하지 아니한 자
4. 제23조 제1항을 위반하여 조사 또는 검사를 기피하거나 거부·방해한 자

부 칙

이 법은 공포 후 1년이 경과한 날부터 시행한다.