

아동 보건의료법제 개선방안 연구

배 건 이

KOREA LEGISLATION RESEARCH INSTITUTE



아동 보건의료법제 개선방안 연구

A Study on Improvement Plan of Child Health Laws

연구책임자 : 배건이(한국법제연구원 부연구위원)
Bae, Gun-Yee

2019. 10. 31.

연 구 진

연구책임 배건이 (한국법제연구원 부연구위원)

심의위원 선정원 (명지대학교 교수)

권채리 (한국법제연구원 부연구위원)

류지성 (한국법제연구원 부연구위원)

양태건 (한국법제연구원 부연구위원)

요 약 문

I. 배경 및 목적

▶ 저출산 등의 사회변화 및 미래세대보호 관점에서 아동대상 보건의료에 대한 국가책임의 지속적 증대 필요성

- 보건의료분야는 아동이 안온하게 태어나서 성장할 수 있는 사회적 인프라와 제도적 기반구축이 우선시 되는 중요한 입법영역으로서, 보건의료체계 및 서비스의 확충을 비롯해 보건의료 접근성 확보 및 건강관리 등에 이르기까지 국가의 책임 영역은 지속적으로 확대되어 왔음
- 하지만 국가의 의료공공성 확대정책에도 불구하고, 여전히 아동 보건의료 취약영역이 존재함
- 다양한 사회변화 요인(저출산 현상 및 의료격차 증가 등)으로 인해 관련 법령개정이 수반되어야 함에도 불구하고, 신속한 입법적 대응과 탄력적인 제도개선이 부족한 실정임

▶ 아동의 생애주기 및 대상별 특성에 부합하는 장기적 관점의 아동 보건의료체계에 관한 법적 기반 마련의 필요성

- 미래세대 보호관점에서 아동에 대한 보건의료 관련 법령의 종합적·체계적인 분석과 입법적 개선사항을 도출하고, 아동의 생애주기 및 대상별 특성에 부합할 수 있는 보건의료 관련 입법체계를 마련하여 아동에 대한 지속가능한 보건의료체계 구축을 위한 법적 기반을 제시하는 것을 목적으로 함

II. 주요 내용

▶ 아동 보건의료의 특성

- 아동 보건의료는 아동이 성장과 발달을 계속하는 독립적 인격체라는 점에서 본다면 그 입법영역은 복지·교육·의료 등이 서로 중첩되고 연계되어 있는 입법영역임
- 「아동복지법」 및 UN 아동권리협약에 따라 만 18세 미만을 아동의 연령기준으로 삼고자 함
- 아동 대상 보건의료 영역이 점차 확대되고 있으며(보건의료영역의 포괄성), 아동 보건의료의 특성상 의료결정 시 법정대리인 및 가족지원을 필요로 하는 의존성을 갖고 있으며(보건의료대상의 의존성 및 연계성), 아동은 성장과 발달이 완성되지 않은 신체 및 생리구조로 인해 보건의료결정 시 신중을 기해야 하며, 아동기의 보건의료서비스는 개인의 평생건강을 결정한다는 점에서 지속적으로 관리되어야만 특성을 갖고 있음(보건의료서비스의 신중성 및 지속성)

▶ 아동 보건의료에 관한 기본권으로서 '건강권'

- 아동은 헌법 제34조제1항, 헌법 제35조제1항 및 헌법 제36조제3항에 따라, 헌법상 건강권의 주체로서, 국가의 건강권 침해에 대한 배제 및 적극적 건강조치를 요구할 권리를 갖고 있음. 다만, 그 행사에 있어서는 연령상 미성년자에 해당하므로 부모 또는 법정대리인을 통해 실제적 권리행사가 가능하다 할 것임

▶ 아동의 건강권 vs. 부모의 양육권과의 관계

- 헌법상 아동의 건강권 해석과 관련해 부모의 양육권과 아동의 건강권이 서로 부딪치는 기본권 충돌로 볼 수 있을 것인지가 문제시 될 수 있음

- 부모의 양육권은 아동에 대한 우월적 지배권이나, 아동의 건강과 생명이 문제되는 상황에서 그 결정에 대한 지배권을 의미하는 것이 아님
- 부모의 양육권은 아동의 건강과 생명을 구호할 의무를 의미하고, 오히려 국가에 대해 보호를 청구할 의무와 권리가 있을 뿐임
- 아동의 건강과 생명이 위협에 있는 경우, 아동의 건강권이 부모의 양육권에 우선하며, 자녀의 생명과 건강에 위해가 있음에도 부모가 의료적으로 필요한 조치에 동의를 하지 않은 것은 아동의 생명에 대한 부모의 책무를 다하지 않은 것이므로, 진정한 의미의 기본권의 충돌 문제는 발생하지 않음
- 아동 역시 국민으로 「보건의료기본법」 제10조 이하의 건강권 등에 대한 주체가 되며, 「보건의료기본법」 제10조에서의 건강권은 헌법상 건강권을 법률차원에서 보다 구체적으로 재확인한 규정이라 볼 수 있음

▶ 아동 보건의료법제에 관한 문제분석

- 첫째, 「보건의료기본법」, 「공공보건의료법」 및 「아동복지법」은 아동 보건의료의 주요법률로서, 중앙정부와 지방자치단체 간 보건의료와 관련된 긴밀한 협력체계가 구축되어야 함에도 불구하고, 보건의료와 관련된 중요 법정계획 수립 시 사전에 지방자치단체의 의견을 수렴하는 구조가 마련되어 있지 않을 뿐만 아니라, 보건의료에 관한 중요정책 결정 시 지방자치단체의 참여가 배제되어 있음
- 둘째, 아동 보건의료는 보건의료·복지·교육이 복합되어 있는 영역으로서, 민관 협력이 이뤄지고 있음에도 불구하고, 「아동복지법」 등에는 아동 보건의료 관련 기관 간 협력에 관한 근거규정이 미비되어 있음
- 셋째, 보건소(「지역보건법」), 육아종합지원센터(「영유아보육법」), 건강가정지원센터(「건강가정기본법」) 및 학교보건 기구(「학교보건법」)는 지역 내 아동

보건의료 관련 기관으로서, 지역 보건의료체계를 강화하기 위해 개별 업무 추진 시 연계가 필요함에도 해당 법률에서 그에 관한 법적 근거규정이 마련되어 있지 않음

- 넷째, 아동 주치의제도처럼 아동의 성장 및 발달과정을 지속적으로 케어해줄 보건의료체계가 미비되어 있어, 아동의 보건의료는 여전히 부모 또는 가족책임이 주가 될 수밖에 없는 구조를 띄고 있음
- 다섯째, 법적 근거 미비로 인해 아동 보건의료정보가 일관성 있고 지속적으로 관리되지 못해, 아동의 질병 및 치료를 위한 기초자료로서의 활용가치를 저하시키고 있음

▶ 독일, 스웨덴, 프랑스의 아동 보건의료법제와의 비교법분석

- 첫째, 국가 전체의 보건의료체계 구축 시 1차 의료의 기반이 탄탄히 구축되어 있을 뿐만 아니라, 중앙과 지방자치단체 간, 공공영역과 민간영역 간 통합적 연계가 긴밀히 이뤄지고 있었음
- 독일은 사회적 연대를 복지서비스의 기본구성요소로 보고, 비영리민간단체의 참여를 보장하기 위해 할 수 있는 「연방사회법전(SGB)」에서 법적 지위를 부여하고, 국가 및 주, 비영리민간단체 간 상호협력의 근거를 조문화 하고 있었음
- 나아가 스웨덴은 「보건의료서비스법」에서 보건의료체계의 공급주체 간 협력을 실질화 하기 위해 협약을 통해 상호협력의 세부사항을 규정할 수 있도록 제도화 하고 있었음
- 둘째, 지역 내 아동 보건의료체계 역시 개별 기관 간 통합적 연계가 이뤄지고 있었으며, 이를 통해 아동 보건의료서비스 제공 시 보건의료 · 복지 · 교육에 관한 사항을 통합적으로 지원받을 수 있었음

- 셋째, 주치의제도의 경우 1차 의료체계를 강화하기 위해 도입하였고, 장기적 관점에서 의료재원을 효율화 하는 방향으로 정착시켰음
- 스웨덴은 주치의 선택 시 지역적 제한을 완화하여 지역적 의료 편차가 큰 상황 속에서 환자의 보건의료 선택권을 보다 강화할 수 있도록 제도적 기반을 마련하였음
- 넷째, 주치의 제도를 보건의료정보 관리와 연계하여 정보관리의 지속성을 강화하는 법적 기반을 마련하고 있다는 점임
- 프랑스의 경우 아동 또는 부모가 주치의를 선택할 수 있고, 그와 연계된 전가건강 기록시스템(EHR)에 기반한 DMP 카드를 발급하여, 아동 보건의료정보 관리의 지속성을 높이고, 모바일을 통해 홈케어 정보까지 제공하여 종합적 건강관리체계를 구축하고 있었음

▶ **아동 보건의료체계의 통합적 연계 근거 마련을 위한 법제개선방안**

- 「보건의료기본법」, 「공공보건의료법」 및 「아동복지법」은 아동 보건의료에 대한 기반이 되는 주요 계획(공공보건의료기본계획, 아동정책기본계획, 보건의료발전계획) 수립 시, 지방자치단체의 의견을 수렴할 수 있는 제도적 절차를 마련할 수 있도록 해당 법률을 개정할 필요가 있음
- 특히, 지역 간 의료격차가 심해지고 있는 상황에서 지역별 병상총량의 관리 등에 관한 시책 등과 같은 지역 내 보건의료 현안과 밀접히 관련된 사안까지 논의될 수 있는 「보건의료기본법」 제21에 따른 「보건의료정책심의위원회」의 경우, 지방자치단체의 참여가 보장될 수 있도록 관련 규정의 개정이 필요함
- 이어서 아동 보건의료에 있어서 이미 다양하게 활동하고 있는 민간영역의 활발한 참여를 보장하고, 공공영역과의 상호협력체계를 구축할 수 있도록 민관협력을 위한 법적 근거를 마련해야 할 필요성이 있음

- 특히, 「아동복지법」의 경우, 아동보호기관, 취약아동 통합지원서비스 기관 및 아동학대 전담의료기관 등에 이르기까지 아동 보건의료에 있어 민간단체가 활동하는 영역이 다양함에도 불구하고, 이들 기관과 국가 및 지방자치단체 간 상호협력에 관한 근거 규정이 미비되어 있음
- 이런 상호협력에 대한 법적 근거를 기반으로 향후 협약을 통해, 아동 보건의료와 관련된 일정 부분을 자율적으로 협업할 수 있는 구조가 형성될 수 있으므로, 장기적 관점의 수평적 연계를 위한 기반으로써 법제화가 필요하다 할 것임

▶ 지역 아동보건의료체계 강화를 위한 법제개선방안

- 나아가, 지역 내 아동 보건의료를 담당하는 기관 간 연계 역시, 상호협력적 체계를 구축할 수 있도록 해당 법률에 그에 관한 근거규정을 마련할 필요성이 있음
- 보건소는 가장 폭넓게 설치되어 있는 지역 보건의료기관으로서 아동 보건의료서비스를 제공할 수는 있지만 보육정보제공 및 가족지원서비스를 제공하기 어려울 수 있음
- 육아종합지원센터의 경우 효과적인 보육정보를 제공할 수는 있지만, 영유아에만 한정되기 때문에 서비스 제공 대상이 한정될 수밖에 없고, 건강가정지원센터의 경우 가족지원이 중심이 되기 때문에, 아동 건강 등의 문제가 가족갈등의 중심이 된다 할지라도, 집중적인 지원이 어려울 수 있음
- 따라서 이들 기관의 업무 가운데 아동 건강관리 및 증진에 영역에 있어서는 정보교환 및 상담을 통한 솔루션 제공 등을 연계한다면, 개별 기관의 업무능력의 향상시키는 효과를 가져올 수 있음
- 「학교보건법」 제11조제4항에 따르면, 지역 보건소와 학생의 질병치료 등에 관한 협력을 규정하고 있으며, 「지역보건법」 제11조제1항제4호에 따르면, 지역 보건의

료의 상호협력체계 구축을 보건소의 주요기능으로 하고 있으므로, 「영유아보육법」 및 「건강가정기본법」에 관련 기관 간 상호협력에 관한 근거규정을 마련하여 통합적 연계의 법적 기반을 마련할 필요성이 있음

▶ **지속가능한 아동보건의료체계 구축을 위한 아동주치의제도 도입에 관련 법제개선방안**

- 지속적인 아동 보건의료체계의 구축을 위해서는 아동 주치의제도 도입이 필요함
- 아동 주치의제도는 아동 보건의료의 지속성 관리체계를 형성하므로 가족부담을 줄여줄 뿐만 아니라, 의료 격차가 심해지고 있는 상황에서 저렴하고 포괄적 의료 서비스를 제공할 수 있어 의료 형평성도 한층 높아질 수 있음
- 비교법적 검토사례를 토대로 아동 주치의제도 도입 시 법제개선이 필요한 사항은 첫째, 아동 주치의 초기도입은 보편화를 강조하기 보다는, 아동 또는 부모가 자율적으로 주치의를 선택할 수 있고, 특수 분야의 전문영역의 진료를 받아야 하는 경우 그 분야의 전문의를 주치의를 지정하는 방식으로 진료의 예외를 인정하는 방식으로 도입되어야 할 필요성이 있음
- 둘째, 만 19세 이상의 청소년 아동 및 부모 그리고 법정대리인 등이 주치의를 선택할 수 있으며, 주치의 선택 시에도 지역 간 의료격차 및 진료영역의 특수성을 고려하여 지역을 제한하지 않는 방식이 필요함
- 아동 주치의 자격의 경우, 가정의 중심의 주치의제도를 기반으로, 소아과 및 아동의 질병 및 건강특성에 따라 타 과 의료인을 주치의도 선택할 수 있도록 아동의 주치의 선택권의 폭을 확대하는 안이 타당함

▶ **아동 보건의료정보의 지속적 관리체계 구축을 위한 법제개선방안**

- 마지막으로 아동 주치의제도와 연계하여, 아동 보건의료의 지속적인 관리체계 구축에 관한 사항을 법제화 할 필요성이 있음

- 아동 보건의료정보의 지속적인 관리체계가 필요한 것은 향후 아동 질병 및 건강 관리를 위한 가장 기초적인 정보로서 작용할 수 있기 때문임
- 이 같은 아동 보건의료정보의 관리는 결국 제1차 의료기관에서 제2차 및 제3차 의료기관까지 연계되고, 아동 및 부모의 의료정보 열람과 접근이 가능한 시스템이 되어야만 효과적일 수 있으므로, 결국 전산화 된 시스템 구축이 필수적으로 요청됨
- 프랑스와 같은 전자건강기록시스템(EHR)을 도입하는 경우 아동의 보건의료정보에 관한 종합적인 관리가 가능할 뿐만 아니라, 성인이 되어서도 정보가 연계될 수 있어 평생건강관리시스템으로 이용될 수 있음
- 다만, 우리나라의 의료현실에서는 개인정보 보호 등의 문제가 충분히 논의되지 않아, 프랑스식의 DMP 카드 발급은 어려울 수 있으므로, 전자건강기록시스템(EHR)을 도입하는 경우, 그 생성 및 정보기입과 열람은 아동 또는 부모의 동의에 따르도록 하며, 열람권자를 의료인 등으로 한정하고, 열람 시에도 일회용 보안코드 등을 통해 의료정보가 보호될 수 있는 충분한 안전장치를 통해 도입할 필요성이 있음
- 전자건강기록시스템(EHR)을 도입하는 경우 일상적인 건강정보 및 홈케어 정보를 제공할 수는 없다 할지라도, 약물 부작용 및 알레르기 정보 등 아동 보건의료와 관련해 필수적인 기본정보로 제공할 수 있는 사항은 정보화 목록에 포함시켜 제공하는 방안은 충분히 도입가능하다 할 것임
- 아동 보건의료정보 관리와 관련해 학교 보건의료정보에 관한 사항을 살펴보면, 「학교보건법」 제15조에 의료인 및 보건교사 등이 작성하는 학생들의 의료기록에 대한 관리규정이 미비되어 있음을 확인할 수 있었음

- 학교 의료인 및 보건교사 등이 작성하는 학생 의료기록은 학교 응급상황 및 학생들의 보건의료와 관련해 중요한 의료정보로서, 타 기관과의 연계 시 전달되어야만 하는 기초정보라 할 수 있음
- 따라서 전자적 방식이 아니더라도, 의료기록이 갖는 아동 보건의료의 중요성을 감안하여, 기록·비치·관리 등에 관한 사항을 규정할 수 있도록 「학교보건법」을 개정할 필요성이 있음

Ⅲ. 기대효과

▶ 지속가능한 아동 보건의료체계 관련 연구 증대효과

- 아직까지 국내 선행연구에서는 아동 보건의료 관련 법령의 종합적·체계적 분석(복지·교육·의료 영역) 및 쟁점별 주요 해외사례조사 및 비교법분석을 통해 아동의 건강권 확대를 위한 지속가능한 보건의료체계 구축이라는 통합적 관점에서 입법개선책을 제시하는 연구는 미진한 상태이므로 향후 관련 분야의 기초자료로 활용될 수 있을 것임

▶ 현행 아동 보건의료정비 및 향후 입법시 대안으로서 활용효과

- 아동·청소년의 안전하고 건강한 성장지원이라는 국정과제 및 저출산·고령사회위원회 등이 최근 발표한 아동에 대한 의료공공성 강화 로드맵 등을 고려할 때, 향후 정부 정책추진 시 아동 보건의료 관련 입법적 시사점을 제공할 수 있을 것으로 기대됨

- ▶ 주제어 : 아동 건강권, 아동 보건의료, 아동 보건의료체계, 아동 지역보건의료, 아동주치의, 아동 보건의료정보, 전자건강기록시스템, 학교보건, 보건의료 통합적 연계

Abstract

I. Background & Purpose

- ▶ Necessity of constant increase of state responsibility on child healthcare from the perspectives of social change including low birthrate and future generation protection
 - The field of child healthcare is an important legislative domain that puts priority on establishing social infrastructure and institutional framework that children can be born and raised safely. The state responsibility in this area has been constantly increased from the expansion of healthcare system and services to accessibility of healthcare and health management.
 - Nevertheless, there are still vulnerable points in child healthcare despite the government's public healthcare expansion policy.
 - Even though revision of relevant laws is needed due to various social changes(low birthrate, medical treatment gap, etc.), there is lack of prompt legislative responses and flexible system improvement.

- ▶ The necessity of establishing legal basis on child healthcare system from the long term perspective that accord with children's life cycle and their individual characteristics
 - It aims to present legal basis to establish sustainable healthcare system for children by analyzing child healthcare related laws comprehensively and systemically

from the perspective of future generation protection, by deducting legislative improvements and by establishing healthcare related legal system that can accord with children's life cycle and their individual characteristics.

II. Main Contents

▶ Characteristics of child healthcare

- Child healthcare's legislative area is overlapped and connected with welfare, education and medical care when a child is viewed as an independent being that continues to grow and develop.
- In accordance with 「the Children's Welfare Law」 and the UN Convention of the Rights of the Child, the age standard is under 18 years old.
- It needs to be constantly managed in that the area of child healthcare is gradually expanded(inclusiveness of healthcare area), medical activities for a child need a legal representative and family support due to the characteristics of child healthcare (dependence and connectivity of subject of medical treatment), decision of a child's medical activities needs caution due to immature physical and physiological structure, and healthcare services during childhood can decide an individual's lifelong health (caution and continuity of healthcare service).

▶ ‘Health right’ as a basic human right about child healthcare

- Children are subjects of health right in accordance with Article 34 Clause 1 and Article 36 Clause 3 of the Constitution, and have the right to exclude nation's health

right infringement and to demand active health measurements. However, the exercise of the right is possible through parents or legal representative because they are minor in age.

▶ Child health right vs. parents' raising right

- Regarding the interpretation of child health right in the Constitution, it can be controversial whether parents' raising right and child health right can be viewed as collision of basic rights.
- Parents' raising right does not mean their superior controlling right over their children or the controlling right in the situation that children's health and life matter.
- Parents' raising right means the duty to protect children's health and life. It has responsibility and right to claim protection to the state.
- If children's health or life faces danger, child health right has priority over parents' raising right. If parents do not agree to necessary medical measures despite the danger of children's life and health, they do not perform their duty for children's life, so there is no collision of basic rights in the true sense.
- Children are also citizens and become the subjects of health right in accordance with the Clause 10 of 「Framework Act on Health and Medical Services」, the health right in the Clause 10 of 「Framework Act on Health and Medical Services」 can be considered as the regulation that reconfirms the health right in the Constitution more specifically in the legal standard.

▶ Analysis of problems about child healthcare laws

- First, 「Framework Act on Health and Medical Services」, 「Law for Public Health Care」 and 「Child Welfare Act」 are main laws in the children's healthcare, and there should be close cooperation system between the central government and local government. Nevertheless, there is no system to accept local government's opinions in advance when important law plans about healthcare are established, or the participation of local government is excluded when important policies of healthcare are decided.
- Second, child healthcare is a field where healthcare, welfare and education are combined, and public-private cooperation is done. Nevertheless, 「Child Welfare Act」 and other laws lack applicable provisions about cooperation among child healthcare related institutions.
- Third, Community Health Center(「Regional Public Health Act」), Support Center for Childcare(「Amendment of Child Care Act」), Healthy Family Support Center (「Healthy Family Act」) and School Health Organization(「School Health Act」) are local child healthcare institutions. Although they should have task connection in individual work in order to reinforce local healthcare system, there is no applicable provision in the relevant laws.
- Fourth, there is lack of healthcare system that can constantly take care of children's growth and development like the child family doctor system, so parents and family are mainly responsible for children's healthcare.
- Fifth, child healthcare information is not managed consistently or continuously due to lack of applicable provisions, so its use value is deteriorated as a basic resource for children's diseases and treatment.

▶ Analysis on comparison of Korea's children healthcare laws with those of Germany, Sweden and France

- First, not only is the foundation of their primary care firmly established in the establishment of nation's whole healthcare system, but also the integrative connection between central and local governments and between public and private domains is closely done.
- Germany views social solidarity as a basic element of welfare service, gives legal status in 「Sozialgesetzbuch(SGB)」 to secure participation of non-profit organizations, and establishes the basis of mutual cooperation among federal government, states and non-profit organizations.
- Furthermore, Sweden institutionalizes details of mutual cooperation through agreement in order to actualize cooperation among supply sectors of healthcare system in 「Healthcare Service Act」.
- Second, in local children healthcare system, individual institutions are comprehensively connected, through which, healthcare, welfare and education can be supported in providing child healthcare services.
- Third, the child family doctor system was adopted to reinforce the primary medical system, and has been settled as the direction to efficientate medical resources in the long term perspective.
- Sweden has established institutional framework to reinforce patients' choice of healthcare in the big local variations of medical services by relieving regional restrictions in choosing child family doctors.

- Fourth, those countries establish the legal basis to reinforce sustainability of information management by connecting the child family doctor system with healthcare information management
- In France, a child or parent can choose child family doctor, and DMP card is issued based on Electronic Health Recording System(EHR) to enhance the sustainability of children healthcare information management. The country also provides home care information through mobile, so it establishes integrative healthcare system.

▶ Legislative improvement plan to establish the basis of integrative connection of child healthcare system

- It is necessary to revise 「Framework Act on Health and Medical Services」, 「Law for Public Health Care」 and 「Child Welfare Act」 in order to establish institutional procedure to accept opinions of local governments in establishing main plans(Basic Plan for Public Healthcare, Basic Plan for Child Policy, Healthcare Development Plan) for children's healthcare.
- Especially in a wide disparity of medical services among areas, it is necessary to revise provisions of 「Healthcare Policy Committee」 under Article 21 of 「Framework Act on Health and Medical Services」 that matters closely related to local healthcare such as policy about the management of total amount of sick beds in each area, so that the participation of local government can be secured.
- There is also a need to establish a legal basis for public-private cooperation in order to secure active participation of private sectors that are already actively engaged in child healthcare and to establish mutual cooperation system with public sectors.

- Especially, 「Child Welfare Act」 lacks applicable provisions about mutual cooperation among private organizations, the central government and local governments even though there are many private organizations that are actively engaged in child healthcare from child protection agencies to vulnerable child integrated support services and child abuse exclusive medical facilities.
- Since a structure to autonomically cooperate on certain parts regarding child healthcare can be formed through future agreement based on legal basis about mutual cooperation, it is necessary to legislate for long term perspective horizontal linkages.

▶ Law improvement plan to reinforce local child healthcare system

- Furthermore, it is necessary to establish applicable provisions in relevant laws for mutual cooperation system among local child healthcare agencies.
- Community Health Centers are widely located local healthcare institutions, and they can provide child healthcare services, but it can be difficult for them to provide childcare information and family support services.
- Support Center for Childcare can provide efficient childcare information, but the information is limited in infants, which leads to limited service subjects. Healthy Family Support Center, which focuses on family support, can't provide enough support even though such problems as child health are the center of family conflicts.
- Therefore, if these institutions share solutions through information exchange and consultation in the child health management and promotion fields, individual institutions' work ability can be improved.

- Article 11, Clause 4 of 「School Health Act」 regulates cooperation between local health centers and students' disease treatments, and Article 11, Clause 1, Section 4 of 「Regional Public Health Act」 decides establishment of local healthcare's mutual cooperation system as main function of public health centers, so it is necessary to establish legal basis for integrated linkages by establishing applicable provisions for mutual cooperation among 「Child Care Act」 and 「Healthy Family Act」 related institutions.

- ▶ Law improvement plan regarding the adoption of child family doctor system for establishment of sustainable child healthcare system
 - child family doctor system needs to be adopted in order to establish sustainable child healthcare system.
 - The child family doctor system forms sustainable management system of child healthcare, so it not only reduces family burden but also provides affordable and comprehensive medical services in the wide disparity of medical services, which leads to enhancing medical equality.
 - The matters that need law revision in adopting the child family doctor system based on the comparative law review are as follows. First, the early adoption of the child family doctor system should be a method of child or parents' autonomous choice of child family doctor rather than highlighting generalization, and a method of acknowledging exception of treatment by designating specialist as child family doctor if a child needs specialized treatment in specific field.

- Second, it should allow youth over 19 years old, parents and legal representative to choose child family doctor, and in choosing child family doctor, areas shouldn't be restricted in consideration of the wide disparity of medical services among areas and the distinct characteristics of treatment areas.
- Regarding the qualification of child family doctor, it is appropriate to expand options to not only pediatricians but also doctors of other departments in consideration of child's diseases and health characteristics based on the regular family doctor system.

▶ Law improvement plan to establish sustainable management system of child healthcare information

- Lastly, it is necessary to legislate on matters about establishing sustainable management system of child healthcare information by connecting the child family doctor system.
- The reason for the need of sustainable management system of child healthcare information is that it can function as the most fundamental information for management of child diseases and health in the future.
- The management of child healthcare information can be effective when it is connected with primary, secondary and tertiary medical centers and is accessible by child and parent, so establishing computerized system is required.
- If Electronic Health Recording System(EHR) is adopted like France, not only is comprehensive management on child healthcare information possible but also the information can be connected to adulthood, so it can be used as a lifelong health management system.

- However, it might be difficult to issue the French style DMP card in Korea's medical situation due to not enough discussion on such matters as private information protection. Therefore, if Electronic Health Recording System(EHR) is adopted, sufficient security should be guaranteed to protect medical information by making the generation, entry and reading of the information accompanied by parent's agreement, limiting those who have authority to read within medical workers, and using one-time pass codes in reading.
- Even though general health information and home care information can't be provided in adopting Electronic Health Recording System(EHR), items that can be provided as necessary child healthcare related basic information such as drug's side effects and allergy can be included to information lists.
- Regarding school healthcare information as regards child healthcare information management, Article 15 of 「School Health Act」 lacks management rules on students' medical records written by medical staff and school nurses.
- Students' medical records written by school medical staff and school nurses are important medical information regarding school's emergency situations and students' healthcare, and they can be considered as basic information when they are shared by other institutions.
- Therefore, it is necessary to revise 「School Health Act」 to regulate matters about recording, furnishing and managing in consideration of the importance of medical records in child healthcare even though it is not necessarily electronic method.

III. Expected effects

▶ Increase in research on sustainable child healthcare system

- There are enough precedent domestic researches that present law improvement plans from the integrated viewpoint to establish sustainable healthcare system for expansion of child health right through comprehensive · systemic analysis (welfare · education · medical fields) on child healthcare related laws, researching major overseas cases for each issue, and comparative analysis. Therefore, this can be used for a basic resource in the related fields.

▶ Utilization as an alternative for the current child healthcare improvement and future legislation

- Considering the national political agenda of safe and healthy growth support for children and youth and Committee on Aging Society and Population Policy's road map of strengthening public healthcare service for children, it is expected to provide legislative implications about child healthcare in future government policy implementation.

▶ Key Words : Child health right, Child healthcare, Child healthcare system, Local child healthcare, Child family doctor, Child healthcare information, Electronic Health Recording System, School healthcare, Integrated healthcare linkage

요 약 문	5
Abstract	15

제1장 서론 / 33

제1절 연구목적 및 필요성	35
제2절 연구범위 및 방법	39

제2장 아동 보건의료 법적 기반 및 쟁점 / 43

제1절 아동 보건의료의 의의 및 특성	45
1. 아동 보건의료의 개념	45
(1) 보건의료의 대상으로서 아동	45
(2) 성장과 발달과정에 따른 아동의 유형 및 특성	52
2. 아동 보건의료의 특성	61
(1) 보건의료영역의 포괄성	61
(2) 보건의료대상의 의존성 및 연계성	62
(3) 보건의료서비스의 신중성 및 지속성	63
제2절 아동 보건의료의 법적 기반 및 주요 정책	64
1. 아동 보건의료에 관한 기본권으로서 건강권	64
(1) 헌법에서의 건강권	64
(2) 아동의 건강권과 부모 양육권의 관계	67
(3) UN아동권리협약에서의 건강권	70
(4) 「보건의료기본법」에서의 건강권	73
2. 아동 보건의료의 법적 체계 및 구조	76
(1) 법적 체계의 구성 및 상관관계	76

(2) 법적 체계에 따른 관련 법률의 범위와 구분	77
3. 아동 보건의료에 관한 주요법률의 내용 및 관련 정책	82
(1) 「아동복지법」과 아동정책기본계획	82
(2) 「공공보건의료법」과 공공보건의료 기본계획	86
(3) 저출산고령사회 정책로드맵 및 아동국가책임제	90
제3절 아동 보건의료 현황 및 법적 쟁점	94
1. 아동 보건의료체계의 통합적 연계 근거 마련의 문제	94
(1) 아동 보건의료체계 관련 현황	94
(2) 아동 보건의료체계의 통합적 연계의 법적 근거 미비의 문제	97
2. 아동에 대한 지역 보건의료체계 강화에 관한 문제	100
(1) 아동 지역보건의료체계 현황	100
(2) 아동 지역보건의료 관련기관 간 통합적 연계의 법적 근거 미비의 문제	103
3. 아동 주치의제도에 도입에 관한 문제	106
(1) 1차 의료와 주치의제도	106
(2) 국내 아동주치의제도 관련 현황	110
(3) 아동 주치의제도 도입근거 마련에 관한 문제	111
4. 아동 보건의료정보 관리에 관한 문제	113
(1) 「의료법」 등에서의 보건의료정보의 관리	113
(2) 아동 보건의료정보 관리 현황	118
(3) 아동 보건의료정보의 관리 및 전산화에 관한 문제	121

제3장

아동 보건의료의 법적 쟁점에 관한 비교법적 검토 / 125

제1절 주요국가의 아동 보건의료체계의 통합적 연계	127
1. 독일	127
(1) 아동 보건의료의 기본원칙	127
(2) 아동 보건의료 담당기관	129

(3) 아동 보건의료의 통합적 연계	130
2. 스웨덴	132
(1) 아동 보건의료의 기본원칙	132
(2) 아동 보건의료 담당기관	134
(3) 아동 보건의료의 통합적 연계	137
제2절 주요국가의 아동 지역보건의료체계의 구축	139
1. 독일	139
(1) 아동 지역보건의료체계의 구성 및 운영	139
(2) 아동 지역보건의료 담당기관	141
2. 스웨덴	143
(1) 아동 지역보건의료체계의 구성 및 운영	143
(2) 아동 지역보건의료 담당기관	145
제3절 주요국가의 아동 주치의제도	149
1. 프랑스	149
(1) 주치의제도의 도입 및 운영	149
(2) 주치의제도의 법적 근거 및 주요내용	150
2. 스웨덴	152
(1) 주치의제도의 도입 및 운영	152
(2) 주치의제도의 법적 근거 및 주요내용	154
제4절 주요국가의 보건의료정보 관리	157
1. 프랑스	157
(1) 보건의료정보의 기록 및 관리	157
(2) 보건의료정보의 전산화	160
2. 독일	161
(1) 보건의료정보의 기록 및 관리	161
(2) 보건의료정보의 전산화	163

제4장 아동 보건의료에 관한 법제개선방안 / 165

제1절 아동 보건의료체계 통합적 연계에 관한 법제개선방안	167
1. 아동 보건의료체계의 통합적 연계 필요성	167
2. 아동 보건의료 통합적 연계 관련 법제개선방향	169
(1) 중앙정부와 지방자치단체 간 통합적 연계	170
(2) 공공영역 및 민간영역 간 통합적 연계	174
제2절 아동 지역보건의료체계 강화에 관한 법제개선방안	176
1. 아동 지역보건의료체계 강화의 필요성	176
2. 아동 지역보건의료법제 강화를 위한 법제개선방향	177
(1) 지역 아동 보건의료 관련 기관의 주요 기능분석	177
(2) 지역 아동 보건의료 관련 기관 간 통합적 연계 방향	184
제3절 아동 주치의제도 도입 관련 법제개선방안	187
1. 아동 주치의제도 도입의 필요성	187
2. 아동 주치의제도 도입 관련 법제개선방향	188
(1) 주치의제도 도입방식	188
(2) 주치의 선택	189
(3) 주치의 자격	191
(4) 주치의의 신고의무 부여여부	193
제4절 아동 보건의료정보 관리 관련 법제개선방안	194
1. 아동 보건의료정보 관리의 필요성	194
2. 아동 보건의료정보 관리를 위한 법제개선방향	196
(1) 아동 보건의료정보의 범위	196
(2) 전자건강기록시스템 및 전자건강기록카드 도입	198
(3) 학교 보건의료정보 관리 강화	201

제5장 결 론 / 205

참고문헌	213
부록	227
• 부록1. 아동보건센터의 환경 지침	229
• 부록2. 스웨덴의 가정의 관련 법령	233
• 부록3. 스웨덴 보건사회서비스법	241

Korea
Legislation
Research
Institute

제1장 서론

제1절 연구목적 및 필요성
제2절 연구범위 및 방법

제1장 서론

제1절 연구목적 및 필요성

아동은 국가의 미래세대로서 그에 대한 국가의 보호 의무는 아동 개인의 온전한 권리 행사를 위한 보장뿐만 아니라, 지속가능한 국가의 유지 및 형성차원에서도 당연의무에 해당한다. 특히 보건의료분야는 아동이 안전하게 태어나서 성장할 수 있는 사회적 기반과 제도적 기반구축이 우선시 되는 중요한 입법영역으로서, 보건의료체계 및 서비스의 확충을 비롯해 보건의료 접근성 확보 및 건강관리 등에 이르기까지 국가의 책임영역은 점차 확대되고 있다.

최근 정부는 ‘아동 국가책임제’를 선언하고,¹⁾ 아동에 대한 의료 공공성 강화를 위해 ‘소아전문응급센터 및 재활병원’ 확대 및 공공보건의료 전문 인력의 확충을 국정과제로 제시하고 있다.²⁾ 의료공공성 강화 정책의 일환으로 「의료급여법 시행령」을 개정하여 2019년부터 만 1살 미만 아동의 건강보험 본인부담률이 5% ~ 20%로 대폭 경감시켜 보장 영역의 확대를 추진 중이다.³⁾

하지만 이 같은 의료 보장성 확대정책은 1세 미만에 한정된 제한적 확대에 불과하며, 2017년 시행한 아동 보건의료 실태조사에 따르면, 중증·희귀성 난치성 질환 아동가구의

1) 보건복지부 보도자료, “포용국가의 주춧돌인 아동에 대한 국가책임을 더욱 확대한다.”, 2019. 02. 19, 2면

2) 국정기획자문위원회, 문재인정부 국정운영 5개년 계획, 2017. 07, 77면

3) 비즈한국 기사(2018. 12. 31), “2019년 달라지는 의료법·제도로 본 문재인 케어”, <<http://www.bizhankook.com/bk/article/16903>>, 2019. 10. 30. 방문

경우 의료비 부담으로 인해 사회적 취약계층으로 전락할 위험이 높은 것으로 나타나고 있음을 볼 때, 보건의료제공의 확대가 필요한 영역은 여전히 존재하고 있다.⁴⁾ 특히, 아동 보건의료에 있어 높은 가족부담은 결국 아동의 질병이 가족의 붕괴로 이어질 수 있기 때문에, 다양한 방식을 통한 국가·사회적 지원이 뒤따라야 하는 영역이라 할 것이다.

또한 기본적인 보건의료인프라에 해당하는 의료시설적 측면에서도, 서울대어린이병원과 같은 대표적인 아동 보건의료기관 역시 연 100억 이상의 적자가 누적되고 있을 뿐만 아니라, 국내 최초 아동전문병원으로 설립된 소화아동병원(서울 용산)의 경우 경영난 등의 이유로 매각된 상태여서,⁵⁾ 아동 전문의료 시설 인프라 구축 및 인력확충에 대한 우려가 지속되고 있는 실정이다.⁶⁾

특히, 저출산 현상이 심화되면서 태아를 출산할 수 있는 산부인과 병원이 폐업하고, 지역 간 분만시설의 편차가 커지면서 그와 연계된 필수적인 의료시설인 신생아 시설 역시 지역별 편차를 보이며 부족해지고 있는 실정이다.⁷⁾ 이를 극복하기 위해 최근 저출산·고령사회위원회는 출산지원 중심에서 아이를 낳을 수 있는 사회적 기반형성으로 패러다임 전환을 선언하며 아동 관련 보건의료시설 및 지원을 확대하는 정책을 추진 중이다.⁸⁾ 하지만 이 같은 정책 역시, 특정 연령의 아동에 대한 의료보장성을 확대하거나, 보건의료

4) 김은정, 아동가구 의료비 과부담 실태 분석: 중증·희귀난치성 질환 중심, 어린이병원비 국가보장을 위한 정책 토론회, 2017. 03. 23, 3-18면

5) “국내 최초 어린이전문병원으로 1966년 설립된 소화아동병원 건물이 종근당건강에 매각된 이유는 저출산에 따른 경영난이 주원인이다. 이 병원은 지난해까지 약 90억 원의 부채를 기록한 것으로 알려져 있다.”, 데일리팜 기사(2019. 04. 14), “종근당건강, 소화아동병원 건물 매입.....본사 이전”, 기사, <http://www.dailypharm.com/Users/News/News_View.html?ID=251641&REFERER=NP>, 2019. 10. 30. 방문

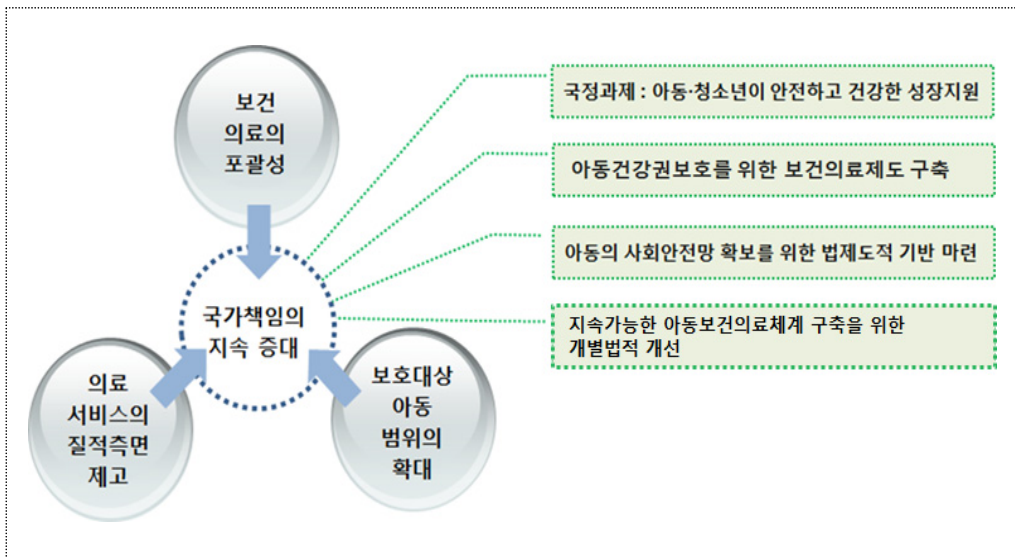
6) 의학신문 기사(2018. 12. 20), “더민주당, ‘적자’ 어린이병원 예산지원 필요성 공감”, <<http://www.bosa.co.kr/news/articleView.html?idxno=2096490>>, 2019. 10. 30. 방문

7) “지난해 합계출산율(여성 1명이 평생 낳을 것으로 예상되는 자녀 수)이 0.98명까지 떨어지면서 지방의 출산 인프라가 급격히 무너지고 있다. 신생아가 한 명이라도 태어난 병원은 2013년 706곳에서 지난해 569곳으로 5년 새 19.4% 감소했다. 출산율이 떨어지자 운영이 힘들어진 산부인과는 분만실 운영을 포기하고, 아이 낳을 곳이 부족한 여성들은 출산을 망설이거나 장거리 원정 출산까지 감수하는 것이다. 이런 원정 출산 비율은 전남과 경북이 가장 높다. 바른미래당 최도자 의원이 건강보험심사평가원에서 제출받은 자료에 따르면 지난해 전남 지역 신생아 1만1200명 중 3981명(35.5%)이 다른 지역에서 태어났다. 경북은 1만6100명 중 5171명(32.1%)이 타지에서 출생한 것으로 집계됐다.”, 동아일보 기사(2019. 05. 02), “분만실 줄폐쇄... 전남-경북 신생아 3명 중 1명은 타지 원정출산”, <<http://www.donga.com/news/article/all/20190502/95343004/1>>, 2019. 10. 30. 방문

8) 저출산·고령사회위원회, 저출산·고령사회 정책 로드맵, 2018, 12, 8면

시설을 확충하는 형태의 단기적 효과를 볼 수 있는 대안이 중심이 되어 있어서, 보다 장기적 관점의 대안 모색이 필요하다고 판단된다.

따라서 본 연구는 이 같은 새로운 사회변화 요인과 국가책임의 확대요청 속에서 아동에 대한 보다 장기적으로 지속가능한 보건의료체계를 구축하기 위한 대안을 목표로 하고자 한다.

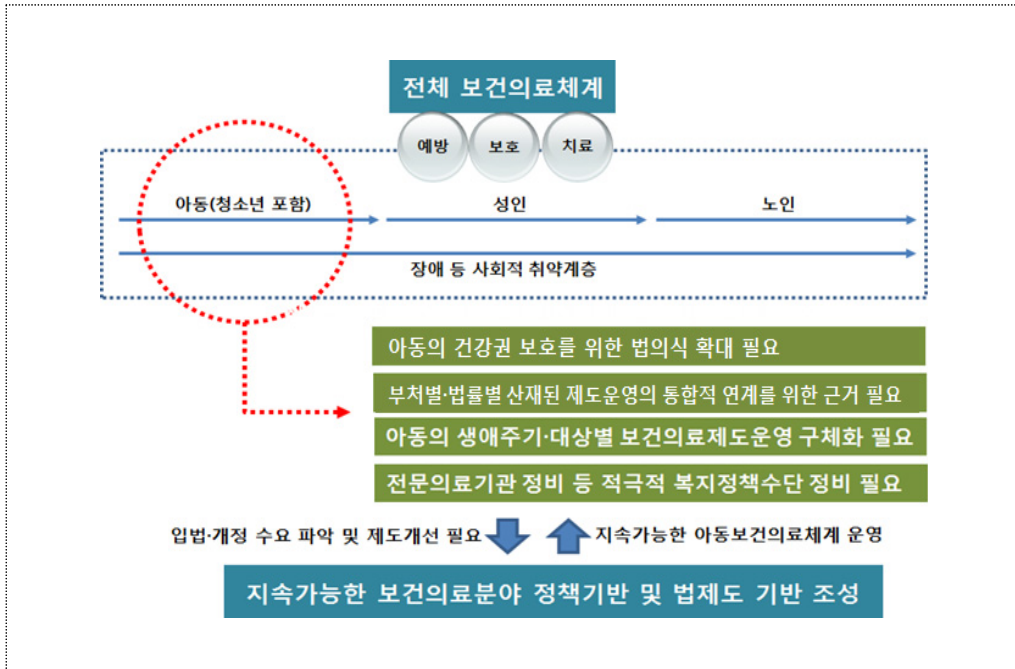


본격적인 연구에 앞서, 1차적으로 아동 보건의료 관련 법령을 살펴본 결과, 다음과 같은 문제점을 확인할 수 있었다. 첫째, 아동 보건의료는 복지·교육·의료가 연계되어 있는 영역으로서, 중앙과 지방, 공공과 민간이 상호협력적 체계를 구축하는 것이 필수적으로 요청됨에도 불구하고 보건의료 관련 법령에서는 그에 관한 근거가 마련되어 있지 않아 통합적 연계가 이뤄질 수 없는 구조를 띄고 있었다. 게다가 부처별로 각각 입법목적이 다른 법률에 관련 규정이 산재되어 있어 아동에 특화된 보건의료정책을 통합적으로 추진할 수 있는 법적 기반이 미비되어 있었다. 둘째, 국가의 아동 보건의료 정책결정시 지방자치단체의 의견이 수렴될 수 있는 구조가 마련되어 있지 않고, 지역 내 아동 보건의료를 담당하는 기관 간 연계 역시 법적 기반이 미비되어 있어 지속가능한 보건의료체계 구축

이 어려웠다. 셋째, 주치의제도와 같이 아동에 대한 보건의료를 장기적 관점에서 지속적으로 관리할 수 있는 체계가 마련되어 있지 않다. 스웨덴, 프랑스, 독일은 주치의제도 도입을 통해 의료재원을 효율화 하고 지속가능한 보건의료체계를 구축하여 의료대상의 평생건강관리를 실현하고 있는 반면, 우리나라는 여전히 아동에 대한 건강관리는 보건의료기관을 찾는 것에서부터, 보건의료정보를 각 해당기관에 제공하는 것 역시 여전히 아동을 부양하는 가족의 책임이 되고 있다. 넷째, 주치의제도와 연계하여 볼 때, 축적되고 체계적으로 관리된 아동 보건의료정보야말로, 아동의 건강관리를 위한 필수정보가 됨에도 불구하고, 아직까지 그에 관한 법적 기반이 미비되어 있어, 아동 보건의료정보의 지속성을 기대하기 어려웠다.

아동의 건강이 아동의 생애전반에 걸친 지속적 관리를 통해 유지되는 것임을 감안한다면, 아동이 필요로 하는 보건의료서비스가 적기에 지속적으로 제공할 수 있는 보건의료체계가 형성되어야만 한다. 이런 지속가능한 보건의료체계를 위해 국가의 적절한 재정지원과 체계적·통합적 관리가 1차적으로 요구된다. 또한 2차적으로는 주산기의료·신생아 의료·소아정신의료·사춘기의료 등 영유아뿐만 아니라 소아, 청소년, 모자 및 가족에 이르기까지 아동의 생애주기별 성장에 맞춤형으로 제공될 수 있는 종합적이고 지속적인 보건의료체계의 구축이 필요하다.

이상과 같은 연구배경에 기초하여 본 연구는 복지·교육·의료 등이 중첩되어 있는 “아동”이라는 특성화된 입법대상이 가지는 특수성과 개별적 정책고려사항을 반영하여 보건의료 관련 법령에 대한 입법적 미비점을 발굴하여, 아동에 대한 최적화 된 보건의료체계의 구축과 법제도적인 기반 마련을 목적으로 하고자 한다.



제2절 연구범위 및 방법

아동 보건의료는 아동이 성장과 발달을 계속하는 독립적 인격체라는 점에서 본다면 그 입법영역은 복지·교육·의료 등이 서로 중첩되고 연계되어 있는 특성을 갖는다. 또한 아동이 부모 또는 가족들의 양육과 보호 속에서 성장과 발달을 거듭하는 주체란 점에서, 아동을 대상으로 하는 보건의료는 가족과 연계되는 특성 역시 갖게 된다. 이런 특성에 따라 본 연구의 대상이 되는 아동 보건의료 관련 법제영역은 크게, 아동복지법제, 의료 관련 법제, 가족지원법제 등으로 구분되며, 이들 3개 영역이 모두 포함된다 할 것이다.

장기적 관점의 지속가능한 아동 보건의료체계 구축을 위한 법제개선연구라는 본 연구의 목적에 부합하기 위해, 「아동복지법」 및 UN아동권리협약에 따라 만 18세 미만의 아동을 기본적 연구대상으로 삼았다. 이들 2개의 법적 기반을 아동의 연령기준의 근거로 삼은 것은 아동의 건강이 아동복지(Kindeswohl)를 실현시키는 기반이 된다는 점에서, 현행 「아

동복지법」은 아동정책기본계획을 통해 아동의 건강정책의 전반적인 사항을 수립하고 추진하는 근거가 되고 있으며, UN아동권리협약은 우리나라가 가입한 국제조약으로서 그 이행과 관련해 국가보고서를 작성할 뿐만 아니라 아동정책기본계획상 유엔아동권리위원회의 권고사항을 반영하고 있는바, 실제 국내법적 효력이 인정된다 할 것이기 때문이다. 청소년의 경우, 아동의 생애전반에 포함되는 연령대에 속하므로, 18세 미만의 청소년기 아동으로 아동의 생애주기별 접근 대상(태아기-신생아기-영아기-유아기-학령기-청소년기)으로 포함시켜 고찰하였다.

또한 아동 보건의료와 관련된 연구쟁점은 크게 4가지로 구분하고자 한다. 첫째, 아동 보건의료체계의 통합적 연계에 관한 사항이다. 아동 보건의료를 다루는 소관부처가 각각 다르고, 개별 법률에 따른 계획들이 각각 추진되는 과정에서 연계되지 못하여 발생하는 비효율성과 총괄기능의 부족으로 인한 비지속성의 문제는 장기적 관점의 아동 보건의료체계의 구축을 어렵게 만든다. 따라서 아동 보건의료의 1차적으로는 중앙정부와 지방자치단체 그리고 공공과 민관이 협력할 수 있는 통합적 연계구축에 관한 법적 근거 마련의 필요성 및 그에 따른 법제개선방향을 도출하고자 한다. 둘째, 이 같은 통합적 연계구축체계의 구현을 위해 지역 보건의료체계 속에서 기능적 통합이 가능한 방안에 대한 필요성 및 법적 근거를 마련하고자 하였다. 셋째, 장기적 관점의 아동 건강관리를 위해 아동주치의제도에 대한 도입필요성 및 법제개선방향을 도출하고자 하였다. 넷째, 아동주치의제도와 연계해, 아동 보건의료정보의 지속성 강화를 위한 법제개선의 필요성 및 방향을 제시하고자 하였다.

이상의 연구대상 및 쟁점을 토대로, 제1장에서는 연구필요성과 연구대상 및 연구방법에 대한 간략한 내용을 소개하고, 제2장에서는 아동 보건의료의 현황 및 생애주기별 접근의 필요성과 관련 법적 쟁점을 다루고자 하였다. 이와 관련해 아동 보건의료의 특성 및 관련 현황을 분석하고, 관련 법적 기반 및 주요 정책에 관해 개괄적으로 분석하고자 하였다. 제3장에서는 앞서 분석된 법적 쟁점을 토대로 해외 국가와의 비교법적 검토를 통해 검토사항별로 시사점을 도출하고자 하였다. 이어서 앞장에서는 현황 및 법령 분석 그리고

비교법 분석을 기반으로 제4장에서는 아동 보건의료법제에 관한 개선방안을 제시하고, 향후 지속가능한 아동 보건의료체계 마련을 위한 입법방향 및 관련 분야에 관한 정책적 제언을 마지막으로 최종 결론으로 제시하고자 하였다.

기본적인 연구방법으로는 아동 보건의료에 관한 체계성 분석 및 비교법분석을 시행하였고, 개별 쟁점 및 법제개선방향에 대해서는 다음의 전문가 회의 등을 통해, 관련 분야 전문가 의견을 수렴하여 보다 실효성 있는 대안을 제시하고자 하였다.

	일 시	주 제
제1차 전문가회의	2019. 05. 08	아동 건강권 보장을 위한 보건의료법제의 법적 쟁점 I
제2차 전문가회의	2019. 08. 06	아동 보건의료법제 비교법적 쟁점 검토 - 아동 의료정보 전자화
제1차 전문가워크숍	2019. 04. 30	아동 보건의료법제 법적 쟁점 II
제2차 전문가워크숍	2019. 05. 29	주요국가의 아동 보건의료법제
제3차 전문가워크숍	2019. 09. 20	아동 보건의료법제 개선방향 I
제4차 전문가워크숍	2019. 09. 27	아동 보건의료법제 개선방향 II

제2장

아동 보건의료 법적 기반 및 쟁점

제1절 아동 보건의료의 의의 및 특성

제2절 아동 보건의료의 법적 기반 및 주요 정책

제3절 아동 보건의료 현황 및 법적 쟁점

제2장

아동 보건의료 법적 기반 및 쟁점

제1절 아동 보건의료의 의의 및 특성

1. 아동 보건의료의 개념

(1) 보건의료의 대상으로서 아동

① 사회적·학술적 의미의 아동

아동과 관련해 일반적 개념은 “신체적·정신적으로 성장하는 사람”을 의미한다 할 수 있다.⁹⁾ 개별 사회 및 관련 학문에 따라 아동의 개념은 “어리다”라는 특성에만 초점을 맞추고 있을 뿐, 각각 다르게 정의되고 있다. 예컨대, 우리나라에서는 아동을 “나이가 적은 아이, 대개 유치원에서부터 사춘기 전까지의 아동을 일컫는 의미”로서 출생 이후 존재를 중심으로 개념을 기술하고 있는 반면,¹⁰⁾ 독일에서는 아동(Kind)을 “아직 태어나지 않은, 이제 막 태어난, 태어난 지 얼마 되지 않은 인간 생명체(Menschliches Lebewesen)”로 정의하고 출생 전의 존재까지 포함하는 방식으로 개념화 하고 있다.¹¹⁾ 또한 아동복지학에서는 아동의 개념을 “18세 미만의 자”로 보고 있는 반면,¹²⁾ 체육학에서는 “초등학교에서

9) 오정수·정익중, 『아동복지론』, 학지사, 2015, 30면

10) 국립국어원 표준국어대사전, <<https://stdict.korean.go.kr/search/searchView.do>>, 2019. 10. 30. 방문; 배건이, 『I. 기본권의 쟁점과 전망- 아동권』, 한국법제연구원, 2018, 8면

11) Duden 독일어 사전, <<https://www.duden.de/rechtschreibung/Kind>>, 2019. 10. 30. 방문

12) 아동복지 관련 문헌에서는 아동의 연령기준을 『아동복지법』 및 『UN 아동권리협약』에 따라 18세로 기술하고 있다. 노혜련·김미원·조소연, 『예방과 통합의 관점에서 본 아동복지론』, 학지사, 2015, 14면

재학 중인 어린이”를 아동으로 보고 있다.¹³⁾ 이처럼 아동의 개념은 확정적인 것이 아니라, 각 사회 및 학문적 관점을 바탕으로 태어난 시기와 연령 등에 따라 태아, 신생아, 유아, 어린이 등의 유사 용어와 혼용되어 다양하게 사용되고 있음을 알 수 있다.

② 보건의료적 개념의 아동

보건의료적 개념의 아동에 대한 이해는 먼저 ‘보건의료’에 대한 개념적 접근이 우선시 되어야 할 것이다. ‘보건의료’는 “질병으로부터 건강을 유지·보호하고 치유 및 예방하는 제반행위”를 말한다.¹⁴⁾ 본래 ‘보건’은 개인위생 및 공중보건 등 건강관리를 중심으로 하는 보건학적 개념이고, ‘의료’는 의사 등의 직업면허를 갖는 자의 질병치료를 중심으로 하는 의학적 개념으로서, 양자는 각각 구분되는 개념이었으나, 예방의학이 발달하는 과정에서 두 개념의 경계가 모호해지면서 ‘보건의료(Health and Medical Services)’란 용어가 등장하게 된 것이다.¹⁵⁾

<표1> 의료와 보건의료

	보건의료(Health care)	의료(Medical Care)
통칭	보건/건강서비스/보건의료서비스	의료/의료서비스
주 관심	건강관리, 보건의료관리	질병관리
내용	양생/예방/증진/재활/질병/ 건강관리의 전체영역	진단과 치료
산출	Health care service	Medical care service
범위	넓은 의미의 의료(건강관리)	좁은 의미의 의료(진료)

출처: 대한예방의학회, 『예방의학과 공중보건학Ⅲ』, 계축문화사, 793면, <표1-1-1>

13) 체육학사전, <<https://terms.naver.com/entry.nhn?docId=1614667&cid=50294&categoryId=50294>>, 2019. 10. 30. 방문

14) 대한예방의학회, 『예방의학과 공중보건학Ⅲ』, 계축문화사, 2019, 793면

15) 김기경, 보건의료의 직업과 영업에 대한 법적 규제 - 직업면허와 영업규제를 중심으로, 연세대학교 박사학위 논문, 2002, 3-7면

이 같은 학문적 경향을 반영하여 우리나라는 1996년 「국민건강증진법」을 제정하였고, 보건의료정책의 초점을 의료서비스 제공에서 국민의 건강관리로 맞추기 시작하였다.¹⁶⁾ 2000년에는 「보건의료기본법」을 제정하여 처음으로 ‘보건의료’ 개념을 법제화 하였고, 이후 보건의료란 용어는 보건과 의료가 융합된 개념으로서 지금까지 정부정책을 비롯해 일반 사회에서도 통용되는 개념으로 자리 잡았다.¹⁷⁾

현재 「보건의료기본법」 제3조제1호에 따르면, “국민의 건강을 보호·증진하기 위하여 국가·지방자치단체·보건의료기관 또는 보건의료인 등이 행하는 모든 활동”을 ‘보건의료’로 보고 있으며, 동조 제2호에 따르면 ‘보건의료서비스’란 “국민의 건강을 보호·증진하기 위하여 보건의료인이 행하는 모든 활동”을 의미한다고 규정하고 있다.¹⁸⁾ 또한 「공공보건의료에관한법률(이하 공공보건의료법)」 제2조제1호에 따르면 ‘공공보건의료’는 “국가, 지방자치단체 및 보건의료기관이 지역·계층·분야에 관계없이 국민의 보편적인 의료 이용을 보장하고 건강을 보호·증진하는 모든 활동”을 뜻한다.¹⁹⁾ 학술적 관점을 기반으로 보건의료법령과의 정합성을 고려하여 본다면, 보건의료는 “보건의료법령에 따라 국가·지방자치단체 및 보건의료기관 또는 적합한 자격·면허 등을 갖춘 자가 국민의 건강보호·증진을 위해 하는 모든 활동”으로 이해할 수 있을 것이다.²⁰⁾

이 같은 보건의료에 대한 개념적 전제를 기반으로, 실제 보건의료서비스가 행해지고 있는 보건의료영역에서 아동은 성인과 동등한 인격적 존재로서 질병치료 및 건강관리의

16) 이규식, 보건의료정책 패러다임의 변화, 대한보건연구 제33권제1호, 대한보건학회, 2007, 6면

17) 보건복지부 보도자료, “치료에서 건강, 예방 중심으로 보건의료 정책 전환, 2019. 04. 05, 1-6면 ; 의약신문 기사(2019. 06. 14.), “보건복지정책으로 혁신 포용 국가 건설한다.”, <http://www.bosa.co.kr/news/article_View.html?idxno=2107088>, 2019. 10. 30. 방문

18) 「보건의료기본법」 제3 조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. “보건의료”란 국민의 건강을 보호·증진하기 위하여 국가·지방자치단체·보건의료기관 또는 보건의료인 등이 행하는 모든 활동을 말한다.
2. “보건의료서비스”란 국민의 건강을 보호·증진하기 위하여 보건의료인이 행하는 모든 활동을 말한다.

19) 「공공보건의료법」 제2 조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. “공공보건의료”란 국가, 지방자치단체 및 보건의료기관이 지역·계층·분야에 관계없이 국민의 보편적인 의료 이용을 보장하고 건강을 보호·증진하는 모든 활동을 말한다.

20) 김기경, 보건의료의 직업과 영업에 대한 법적 규제 - 직업면허와 영업규제를 중심으로, 연세대학교 박사학위 논문, 2002, 10면

대상이며, “성장·발육을 계속해 생물학적 존재에서 사회적 존재로 이행하는 과정에 있는 인간”을 의미한다.²¹⁾ 이처럼 보건의료적 대상으로서 아동은 보건의료계에서는 ‘소아(小兒)’라는 개념으로 통용되고 있으며, 특히 연령 및 성장발달 정도에 따라 6단계로 보다 세부적으로 구분하고 있다.²²⁾ 일반적으로 법률에서는 연령기준에 따라 아동을 정의하고 성별의 차이를 구분하고 있지 않지만, 보건의료적 대상으로서 아동은 생물학적 특성을 기반으로 하기 때문에 ‘청소년기’에 들어서는 아동의 성장과 발달에 있어 성별에 따른 특성을 인정하고 있다. 그러나 이런 연령 및 생리적 특성에 따른 구분은 강학상의 의미일 뿐이며, 실제 아동 개인의 성장 및 발달 정도에 따라 임상적 조치는 달라진다 할 것이다.

<표2> 보건의료적 개념으로써 아동

소아기	기 간	특 징
출생전기(Prenatal Period)	- 배아기: 수정 후 8주까지 - 태아기: 9주부터 출생(35주)까지	- 배아기: 주요기관의 구조적 형성이 이뤄진 시기 - 태아기: 장기가 자라면서 기능적 완성되는 시기
신생아기(Neonatal Period)	- 생후 4주간 - 좁은 의미 신생아기: 생후 1주간 - 주산기: 재태기간 28주부터 생후 1주까지	- 특히, 주산기는 사망 또는 장기 예후의 관점에서 중요한 시기
영아기(Infancy)	- 생후 1개월부터 1년까지	- 모유나 우유 등을 먹는 시기로 성장과 발육이 급격히 이루어지는 시기
유아기 (학령 전기, Pre-school Period or Early Childhood)	- 생후 1년부터 생후 6년까지	- 운동과 언어발달이 왕성한 시기
학령기 (Prepubertal Period or Late Childhood)	- 생후 6년부터 10년	- 교육을 통한 사회화 시작시기

21) 간호학 사전, <<https://terms.naver.com/entry.nhn?docId=494476&cid=60408&categoryId=55558>>, 2019. 10. 30. 방문

22) 소아과학, <<https://terms.naver.com/entry.nhn?docId=2212080&cid=51085&categoryId=51085>>, 2019. 10. 30. 방문

소아기	기 간	특 징
사춘기(Puberty), 청소년기(Adolescence)	- 생후 10년부터 21년	- 남자: 12세~만 20세 - 여자: 10세~만 18세

출처: 안효섭·신희영, 『홍창의 소아과학 1, 미래엔』, 미래엔, 2016, 2-3면 및 소아과학, <<https://terms.naver.com/entry.nhn?docId=2212080&cid=51085&categoryId=51085>>, 2019. 10. 30. 방문

그럼에도 불구하고 이 같은 6단계 구분유형이 갖는 중요한 의미는 실제 보건의료 현장에서 아동의 연령 및 신체적·정신적 특징에 따라 취하는 각종 치료 및 예방 등의 조치와 관련해 임상적 가이드라인이 되기 때문이다. 또한 보건의료인 및 보건의료기관의 관점에서, 아동에 대한 6단계 구분유형은 성장과 발달에 따라 필요한 인력 및 장비 등을 판단하는 기준으로 작용할 수 있다.²³⁾

③ 법적 의미의 아동

현행 법률을 살펴보면 아동을 구체적으로 정의한 실제적 규정은 존재하지 않으며, 다음 <표3>에서 보는 바와 같이 입법목적에 따라 각각 다른 연령기준을 제시하여 개념화하고, 아동·영유아·어린이 등으로 다양하게 정의하고 있다.

<표3> 보건의료 관련 법제에서의 아동의 연령

법 률	대 상	호 칭	정 책	소관부서
아동복지법	18세 미만	아동	아동정책기본계획	보건복지부
청소년기본법	9세 ~ 24세 이하	청소년	청소년육성기본계획	여성가족부
모자보건법	6세 미만	영유아		여성가족부
학교보건법	만3세 ~ 취학 전 어린이	유아	학생건강증진계획	교육부
공공보건의료법	전 국민	신생아/태아	공공보건의료기본계획	보건복지부

23) 이와 관련해 서울대어린이병원의 경우 진단과를 크게 신생아중환자실, 소아응급중환자실, 소아청소년암센터, 소아청소년과, 소아간호과, 소아조제과를 포함해 총 5개 조직으로 구분하고, 각 진료과목에 맞추어 소아외과에서부터 소아재활의학과, 소아정신과, 소아마취통증의학과, 소아안과 등 총17개 하위 진단과로 구분하여 운영 중이다. 서울대학교 어린이병원, <<http://child.snubh.org/content/C006005001.do>>, 2019. 10. 30. 방문

『아동복지법』 제3조제1호에서는 “18세 미만의 사람”을 ‘아동’으로 정의하고 있으며, 『모자보건법』 제2조제3호 및 제4호에 따르면, 6세 미만의 자는 ‘영유아’로 부르고 있으며, ‘신생아’란 “출생 후 28일 이내의 영유아”를 의미한다고 규정하여, 영유아 개념 속에 신생아를 포함시키고 있다.²⁴⁾ 또한 『학교보건법』의 경우 유치원 및 초·중·고등학교 내에서의 보건관리를 목적으로 한 법률로써, 동법 제2조에서는 만 3세부터 취학 전 어린이는 ‘유아’(『유아교육법』 제2조제1호)로 정의하고 있으며,²⁵⁾ 학교에 재학한 아동을 ‘학생’이란 개념으로 범주화 하고 있다.

『청소년기본법』 제3조제1호에 따르면 “9세 - 24세 이하의 사람”을 ‘청소년’으로 규정하고 있는데, 이 같은 연령기준에 의할 경우 9세 - 18세 사이의 연령대에 있는 사람은 아동과 청소년에 모두 해당하므로, 이들 양자의 포섭관계를 어떻게 해석할지는 입법목적과 관련 정책현황에 따라 달라질 수 있을 것이다.²⁶⁾

그러나 이와 관련해 『청소년기본법』 제3조제1호 단서에서는 다른 법률에서 그 적용을 달리할 입법적 필요가 있는 경우에는 그에 따르도록 하고 있다. 예컨대, 『한부모가족지원법』의 경우, ‘아동’이란 “18세 미만(취학 중인 경우에는 22세 미만을 말하되, 『병역법』에 따른 병역의무를 이행하고 취학 중인 경우에는 병역의무를 이행한 기간을 가산한 연령 미만을 말한다)의 자”를 말하여, 취학 중인 경우를 제외하고는 『아동복지법』에서 정한 아동의 연령기준과 동일하다. 그러나 동법 제4조제1의2호에 따르면, ‘청소년 한부모’란 “24세 이하의 모 또는 부”를 의미한다고 규정하여, 아동의 연령이기는 하지만 법적 지원 대상에 있어 양육자로서의 한부모와 피양육자로서 아동을 구분한 것이다.²⁷⁾

24) 『아동복지법』 제 3 조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. “아동”이란 18세 미만인 사람을 말한다.

25) 『학교보건법』 제 2 조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

2. “학교”란 『유아교육법』 제2조제2호, 『초·중등교육법』 제2조 및 『고등교육법』 제2조에 따른 각 학교를 말한다.

『유아교육법』 제 2 조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음 각 호와 같다.

1. “유아”란 만 3세부터 초등학교 취학 전까지의 어린이를 말한다.

26) 『청소년기본법』 제 3 조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. “청소년”이란 9세 이상 24세 이하인 사람을 말한다. 다만, 다른 법률에서 청소년에 대한 적용을 다르게 할 필요가 있는 경우에는 따로 정할 수 있다.

27) 『한부모가족지원법』 제 4 조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

법률상 아동과 청소년의 연령기준이 명확히 구분되지 않고, 보건의료적 측면에서 청소년기는 제2차 성징이 시작되고 아주 어리지도 완전히 성숙하지도 않은 신체 및 정신적 특성을 기반으로 하는 아동의 성장발달과정에 속한다. 아동과 청소년의 연령기준을 정립하는 것은 본 연구의 목적이 아니며, 이들 양자의 구분은 해당 영역의 정책적 특성에 따라 달라질 수 있다. 따라서 본 연구에서는 아동 보건의료정책의 근간이 되는 법률인 「아동복지법」 상의 연령기준을 중심으로 9세 - 18세 청소년을 아동의 범주에 포함시켜 관련 보건의료제도를 분석하고자 한다. 다만, 9세에서 18세 미만의 아동의 경우 생애주기적 특성을 고려하여 법제개선을 도출할 필요성이 있으므로 그에 대한 기술과 관련해서는 ‘청소년기 아동’으로 통칭하여 기술하고자 한다.

보건의료 관련 정책의 영역에서 보면, 「공공보건의료법」의 경우 전 국민을 대상으로 한 법률이기 때문에 아동을 구체적으로 언급하고 있지는 않지만, 필수의료 확충계획상 신생아·태아 등을 통해 아동에 대한 보건의료계획을 수립하고 있어, 세부적인 정책집행과 관련해서는 아동의 개념적 범주를 보다 세부적으로 유형화 하고 있음을 알 수 있다.²⁸⁾ 예컨대, 「아동복지법」(만 18세 미만) 및 「청소년기본법」(9세~24세 이하)에 따라 수립되는 아동정책기본계획 및 청소년정책기본계획의 경우, 해당 법률에서 정한 연령기준을 따르고 있다.²⁹⁾ 하지만 실제 정책수립 및 집행과정에서 보면 국내법적 요인 외에 국제적 기준과 같은 국제법적 외적 요인도 그 기준이 되기도 한다.³⁰⁾ 이와 관련해 대표적 국제규범으

1의2. “청소년 한부모”란 24세 이하의 모 또는 부를 말한다.

5. “아동”이란 18세 미만(취학 중인 경우에는 22세 미만을 말하되, 「병역법」에 따른 병역의무를 이행하고 취학 중인 경우에는 병역의무를 이행한 기간을 가산한 연령 미만을 말한다)의 자를 말한다.

28) 제1차 공공보건의료기본계획(2016-2010)에 따르면, 공급이 부족한 필수의료 확충분야에 대한 정책적 진단 및 과제와 관련해, 태아·신생아에 대한 통합적 치료체계 부재에 대한 문제점을 언급하고, 그 대안으로 고위험 산모·신생아 통합치료센터 구축방안을 제시하고 있다. 보건복지부, 제1차 공공보건의료 기본계획, 2016. 03, 27-28면

29) 대한민국 정부 관계부처 합동, 제1차 아동정책기본계획(2015 ~ 2019), 23면; 여성가족부, 청소년정책기본계획(2018-2022), 2017, 15면 및 56면

30) 대한민국은 「UN 아동권리협약」 가입으로 인해, 매 4년마다 유엔아동권리위원회에 그 이행을 보고해야만 한다. 2017년 대한민국 정부가 제출한 제5·6차 유엔아동권리협약 국가보고서에 따르면 제8장에 아동의 생존 및 발달, 그리고 건강 및 보건서비스에 대한 실행내용을 기술하고 있다. 대한민국 정부, 제5·6차 유엔아동권리협약 국가보고서, 2017, 37-45면

로 「UN 아동권리협약」을 언급할 수 있는데, 동 협약 제2조에 따르면 아동은 “18세 미만의 모든 사람”을 의미한다(UN 아동권리협약 제1조).³¹⁾

입법적 체계의 혼란을 이유로 아동의 연령기준의 통일에 대한 필요성이 제기되기도 하지만,³²⁾ 각각 상이한 연령기준으로 인해 법집행의 공백이 생기거나 법집행간 충돌이 발생하는 등의 입법적 흠결이 존재하지 않는 경우에는 해당 입법영역의 특수성과 입법 목적 그리고 정책적 필요성에 따라 연령기준을 달리 정하는 것이 법적 효과를 높이는 방안이 되기도 한다. 따라서 우리나라 뿐 아니라 국제적 조약 및 각국의 비교법적 사례에서도 해당 규범의 취지에 따라 아동과 관련해 호칭 및 연령을 각각 다르게 정하고 있는 것이다.³³⁾

그러므로 본 보고서에서는 아동의 건강권 강화를 위한 보건의료법제의 개선방안 도출이라는 연구목적에 부합하기 위해, 연구대상으로서 아동의 범주를 법집행 및 관련 정책과 연관된 「아동복지법」 및 UN 아동권리협약에 따라 만 18세 미만을 기본적 대상으로 삼고자 한다. 다만, 관련 법제 검토 및 개선안을 제시하는 과정에서 해당 법이 보다 높은 연령대를 포함하는 경우, 예외적으로 그에 부합할 수 있는 적절한 대안 역시 검토하고자 한다.

(2) 성장과 발달과정에 따른 아동의 유형 및 특성

① 아동에 대한 생애주기적 접근의 필요성

‘생애주기(Life Cycle)’는 개인의 출생에서부터 사망까지 이르는 단계적 변화과정을 의미하며 인간의 성장 및 발달 그리고 결혼 및 출산 등에 따라 이를 구분하는 요인은 다양하다.³⁴⁾ 생애주기가 개인의 생애전반에 대한 생물학적 구분에 따라 사회 및 심리적 변화

31) 유엔아동권리협약 한국 NPO연대, 유엔아동권리협약과 선택의정서, 2006, 9면

32) 홍완식, 아동·청소년 등의 연령기준, 입법정책 제1권제1호, 한국입법정책학회, 2007, 30-31면

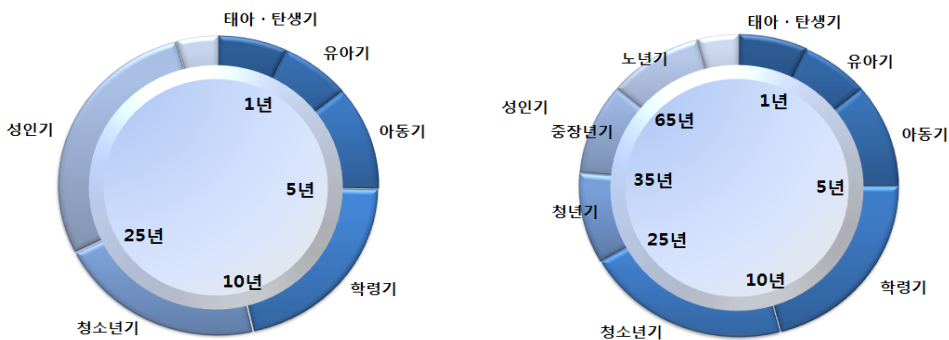
33) 독일·일본·핀란드의 연령기준에 대한 비교 사례의 경우 장민선, 「입법상 연령기준과 정책연계성 확보를 위한 연구」, 한국법제연구원, 2017, 129-136면 참조

34) 사회학 사전, <<https://terms.naver.com/entry.nhn?docId=1520790&cid=42121&categoryId=42121>>, 2019. 10. 30.

를 고찰하는 개념이라면, 생애과정(Life course)은 사회·문화·역사적 관점에서 개인의 삶을 보다 포괄적으로 접근하는 개념으로서 양자를 구분하기도 한다.³⁵⁾ 본 연구에서는 성장 및 발달과정의 특성을 기반으로 하는 보건의료적 대상으로서 아동을 중심으로 고찰하고자 하는바, 생애주기란 용어를 사용하고자 한다.

일반적으로 인간의 발달주기를 생애주기적 접근에 따라 구분하면, ‘태아기 - 유아기 - 아동기 - 학령기 - 청소년기 - 성인기’로 구분하기도 하며, 이때 청소년기를 청소년 전기 및 후기로 나누기도 하고,³⁶⁾ 성인기를 보다 세부적으로 구분하여 ‘청년기 - 중장년기 - 노년기’등으로 구분하기도 한다.³⁷⁾

<그림1> 인간의 생애주기



출처: 김경준, 아동·청소년 투자에 관한 생애주기적 접근, 미래세대 리포트 <표1>, 한국청소년정책연구원, 2008, 7면

이런 생애주기적 접근을 바탕으로 행정안전부는 2018년부터 출산 및 일자리 등 생애주요 단계에서 선별적으로 제공하던 서비스를 하나로 합하여, 총 311종의 행정서비스를 국

방문

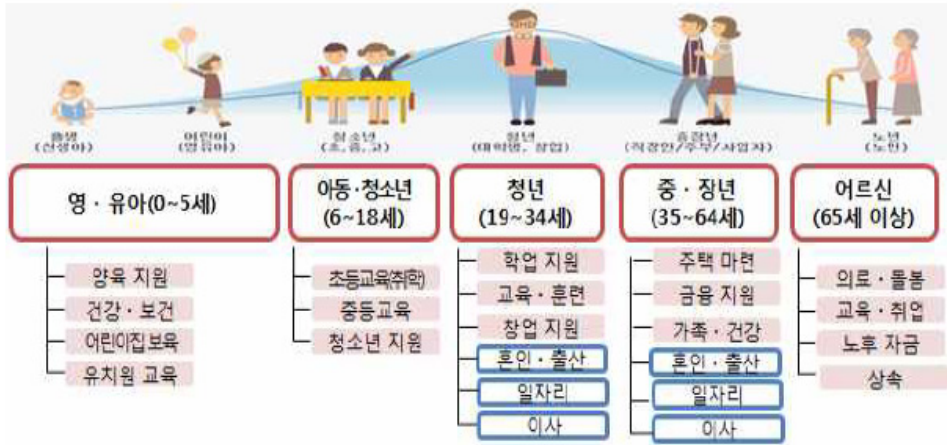
35) 여유정 외 7인, 『한국형 복지모형 구축 - 생애주기별 소득·재산·소비 연계형 복지모형 구축』, 한국보건사회연구원, 2015, 41면

36) 김경준, 아동·청소년 투자에 관한 생애주기적 접근, 미래세대 리포트 <표1>, 한국청소년정책연구원, 2008, 4면

37) 행정안전부, 정부 24 생애주기별 서비스, <<https://www.gov.kr/portal/main>>, 2019. 10. 30. 방문

민의 전 생애전반에 맞추어 ‘영유아 - 아동청소년 - 청년 - 중장년 - 어르신별로 구분하고 한 눈에 찾아볼 수 있는 ‘생애주기별 서비스’로 통합하였다.

<그림2> 정부24시 생애주기별 서비스 분류체계



출처: 행정안전부 보도자료(2018. 12. 21), “정부 24시 생애주기별 서비스에 대한 국민목소리 듣는다”, 1면

아동에게 있어 생애주기적 접근이 필요한 이유는 첫째, 주기별 집단의 취약성 및 특성을 고려한 보건의료서비스를 제공함으로써, 생애전반의 건강성을 지속적으로 확보할 수 있는 토대를 형성할 수 있기 때문이다. 건강이란 지속적으로 유지되어야 할 생명의 기본 요건이지, 어느 한 연령대 또는 어느 대상에만 집중한다고 해서 확보될 수 있는 단기적 과제가 아니라, 지속적으로 추구되어야 할 과제이다. 예컨대, 학령기 아동의 건강한 식습관과 학교생활이라는 목표는 영아기 및 유아기 과정에서 적절한 양육과 충분한 영양공급 등의 적절한 보건의료서비스가 전제되어야만 가능한 목표이다. 따라서 보건의료에 있어서 생애주기적 관점은 단순히 각 주기별 대상의 특성에 따른 보건의료서비스의 구분이 중요한 것이 아니라, 지속적인 건강의 확보란 점에서 각 주기별로 적절한 보건의료서비스 제공과 더불어 각 주기별 연계와 통합이 보다 더 중요한 것이다. 예컨대, 유아기에는 성장 및 발달에 필요한 영양공급프로그램이 중심이 되었다면, 학령기 아동에게 있어 필요한

영양공급프로그램에서는 최근 문제시 되는 비만 등을 고려하여 학교보건정책에 있어 식생활 개선프로그램을 추가하기도 하는 것이다.³⁸⁾

둘째, 아동의 생애주기별 특성에 따라 우선시 되는 보건의료 순위를 구분한다면 국가 및 개인의 보건의료재원의 효율성을 높일 수 있기 때문이다.³⁹⁾ 과거 우리나라의 경험적 사례에서 보면, 1950년 인구 1000명당 중산층을 기준으로 할 때 평균 42.5명의 높은 신생아 사망률(neonatal mortality rate, NMR: 출생 천 명당 생후 28일 이내 사망 수)이 나타나,⁴⁰⁾ 이를 해결하기 위해 산부인과 및 소아과 전문인력 확충 및 주산기 의료 및 신생아 집중치료시설 등에 보건의료자원을 집중투자 하였다.⁴¹⁾ 그 결과, 현재 신생아 사망률은 2017년 기준 1000명당 평균 1.6명으로 비교적 낮은 수치를 유지하게 되었다.⁴²⁾ 영아기의 아동에 대한 모유수유는 아동의 생애전반의 건강에 긍정적 효과를 미칠 수 있다는 점을 고려하여, 모유수유를 도울 수 있도록 인력 및 시설에 대한 지원을 요청하는 정책이 추진 되기도 한다.⁴³⁾ 그러나 이 같은 전체적인 보건의료체계의 향상에도 불구하고, 저출산 현

38) 제1차 아동정책기본계획(2015-2019)에 따르면, 생활공간 기반 건강관리체계 마련이라는 정책과제와 관련해 영유아 건강관리 내용을 어린이집·유치원 통합평가 지표로 반영하여 어린이집·유치원 건강관리체계를 마련하고자 하였다. 이를 위해 아동의 영양요구량을 고려한 영양공급 및 간식 서비스 등을 이 같은 관리체계의 구성항목으로 제시하고 있다. 또한 학교건강관리체계에서는 비만 등의 영양문제와 관련해서는 건강증진사업의 주요 대상과제임을 밝히고 있다. 대한민국 정부 관계부처 합동, 제1차 아동정책기본계획(2015 ~ 2019), 2015, 56-57면

39) 김경준, 아동·청소년 투자에 관한 생애주기적 접근, 미래세대 리포트 <표1>, 한국청소년정책연구원, 2008, 7-8면

40) 유네스코 신생아 사망률(NMR) 통계, <<https://data.unicef.org/topic/child-survival/neonatal-mortality/>>, 2019. 10. 30. 방문

41) 배중우, 초미숙아의 신생아 사망률, 사망시기, 사망원인: 한국과 경제협력개발기구 국가의 비교, Evidence and Values in Healthcare 1(2), New Journal Club, 2015, 96면

42) “우리나라가 신생아사망률 최저 국가 9위로 나타났다. 유니세프(국제아동기금)가 20일 발표한 전 세계 신생아 사망률 보고서에 따르면 2016년 기준 한국의 신생아 사망률은 1천 명당 1.5명으로 노르웨이와 룩셈부르크, 벨라루스 등과 동일했다. 일본은 0.9명으로 가장 낮았으며 아이슬란드, 싱가포르, 핀란드가 그 뒤를 이었다. 신생아 사망률이 가장 높은 국가는 파키스탄으로 1천 명당 45.6명이다. 우리나라의 약 30배에 달한다. 이어 중앙아프리카(42.3명), 아프가니스탄(40명), 소말리아(38.8명) 순이다. 신생아 사망률 상위 10개국 가운데 8개국은 분쟁과 빈곤으로 고통 받는 아프리카국가다. 보고서는 신생아 사망 원인의 80% 이상은 조산과 출산 시 합병증, 폐렴 등의 감염증이며, 적절한 의료와 보건서비스로 예방할 수 있다고 말한다.”, 메디칼트리뷴 기사2018. 02. 23), “한국 신생아사망률 ‘1천 명당 1.5명’...안전도 세계 9위”, <<http://www.medical-tribune.co.kr>>, 2019. 10. 30. 방문

43) “서울시는 영아의 평생 건강을 좌우하는 모유수유를 활성화하기 위해 각 구청과 보건소에 모유 수유실을 설치, 전문가 1:1 모유수유 클리닉 및 모유수유 실천 교육, 유축기 대여 사업 등 다양한 모유수유 활성화 프로그램을 운영해 왔다. 모유는 영아 성장을 위한 영양소를 공급하고 질병에 대한 면역 증강뿐 아니라 모자간 정서적 유대를 촉진하고 신생아에게는 질병 예방, 두뇌발달을 돕는 가장 이상적인 영양공급원이다. 그런 만큼 이번 기부를 통해 25개 전 자치구로 유축기 지원을 확대해 모유 수유에 어려움을 겪는 산모를 돕고 공공장소에서 편하게 모유

상과 분만수가의 비효율성과 산모가 출산하기 위해 분만이 가능한 타 지역의 병원을 알아봐야 할 정도로 지역별 의료격차가 심화되면서, 아동의 출산을 위한 우선적인 자원투입이 필요한 새로운 문제가 발생하기도 하였다.⁴⁴⁾ 따라서 아동의 생애주기별 특성에 따른 자원의 효율적 배분은 효율성의 극대화만을 추구하는 것이 아니라 각 연령별 집단 및 개별 사안에 대한 균형성 또한 고려되어야만 생애전반의 건강의 지속성과 연계될 수 있을 것이다.

② 아동의 생애주기 및 각 주기별 특성

아동의 생애전반을 의미하는 생애주기는 아동의 성장과 발달 그리고 학교 등의 사회화 경험에 따라 각각 달리 구분할 수 있다. 청소년기의 연령기준을 어떻게 보느냐에 따라 아동의 생애주기 전반의 연령대가 달라질 수 있지만, 본 연구에서는 만 18세 미만의 아동을 중심으로 고찰하고자 한 바, 18세 미만의 청소년기 역시 아동의 생애전반에 포함되는 기간으로 보고자 한다. 앞서 기술한 아동의 성장과 발달시기에 따른 생물학적 특성과 법률상 아동기의 구분을 고려하여 아동의 생애주기를 보다 세부적으로 구분하면, ‘태아기 - 신생아기 - 영아기 - 유아기 - 학령기 - 청소년기’로 나눌 수 있을 것이다.

수유를 할 수 있도록 지속적으로 지원을 강화할 계획이다.”, 인사이트 기사(2019. 01. 18), “서울시, 모유수유 어려움 겪는 산모 위해 ‘유축기’ 대여 지원 확대한다”, <<https://www.insight.co.kr/news/207520>>, 2019. 10. 30. 방문

44) “지난해 합계출산율(여성 1명이 평생 낳을 것으로 예상되는 자녀 수)이 0.98명까지 떨어지면서 지방의 출산 인프라가 급격히 무너지고 있다. 신생아가 한 명이라도 태어난 병원은 2013년 706곳에서 지난해 569곳으로 5년 새 19.4% 감소했다. 출산율이 떨어지자 운영이 힘들어진 산부인과는 분만실 운영을 포기하고, 아이 낳을 곳이 부족한 여성들은 출산을 망설이거나 장거리 원정 출산까지 감수하는 것이다. 이런 원정 출산 비율은 전남과 경북이 가장 높다. 바른미래당 최도자 의원이 건강보험심사평가원에서 제출받은 자료에 따르면 지난해 전남 지역 신생아 1만1200명 중 3981명(35.5%)이 다른 지역에서 태어났다. 경북은 1만6100명 중 5171명(32.1%)이 타지에서 출생한 것으로 집계됐다.”, 동아일보 기사(2019. 05. 02), “분만실 줄폐쇄... 전남-경북 신생아 3명 중 1명은 타지 원정출산”, <<http://www.donga.com/news/article/all/20190502/95343004/1>>, 2019. 10. 30. 방문

<그림3> 아동의 생애주기



출처: 안효섭·신희영, 『홍창의 소아과학 1』, 미래엔, 2016, 2-3면

태아기는 수정 후 9주부터 38주가 지나 출생까지를 말하고,⁴⁵⁾ 잉태된 생명의 평생 건강의 기본이 형성되는 시기이다.⁴⁶⁾ 태아기는 모체를 영양섭취 및 건강상태에 따라 아동의 성장 및 발달이 환경적으로 영향을 받는 시기이므로, 태아의 선천성 기형이나 유전질환 여부 또는 정상체중 유지 등의 건강관리 요소 외에, 산모의 건강여부도 함께 고려되는 특성을 갖는다.⁴⁷⁾ 현대 예방의학에서는 임신한 산모의 건강관리뿐만 아니라, 임신결과를 결정하는 대부분의 요인이 임신전에 결정된다고 보아, 임신 전 건강관리의 중요성을 강조하기도 한다.⁴⁸⁾ 보건의료정책상 건강한 아동의 출생률을 높이는 방안으로 출생을 원하는

45) 안효섭·신희영, 앞의 책, 2016, 2면

46) 영국의 David Barker는 “자궁 안에서 출생 후의 평생건강이 결정된다”는 ‘태아 프로그래밍’ 이론을 창설하였다. 그의 가설에 따르면 “저영양은 저체중의 중요한 요인이며, 이는 태아의 신체구조, 기능, 대사를 영구적으로 프로그래밍 시켜 성인기의 심장질환, 대사성 질환의 근원이 된다.”고 주장하였다. 김민형, 태아 프로그래밍과 미래건강, 한국모자보건학회 학술대회 연제집 10-24, 한국모자보건학회, 2016. 11, 13-14면, Kara Calkins/Sherin U. Devaskar, Fetal Origins of Adult Disease, Probl Pediatr Adolesc Health Care. 2011 Jul; 41(6): p. 158 - 176, <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4608552/>>, 2019. 10. 30. 방문

47) 손인숙, 생애주기 관점에서 바라본 여성과 미래세대 건강, 한국모자보건학회 학술대회 연제집 9-9, 한국모자보건학회, 2014. 5, 14면

48) 손인숙, 앞의 글, 15면

가임기 부부의 임신 전 건강관리에 대한 지원정책을 펼치기도 하지만, 보건의료 대상으로 아동의 실체를 중심으로 접근한다면 부모의 산전 건강관리는 태아기와 구분되며, 산전 건강관리라는 목표는 출산을 원하는 가임기 성인들에 대한 출산지원정책 등과의 연계를 통해 해결해야 할 부분이라 판단된다.

신생아기는 출생 후 4주간을 말하며,⁴⁹⁾ 신생아기의 아동은 탄생과정에서 다양한 위험 요인으로 인해 특별한 의료보호가 필요한 경우에는 그에 따른 전문인력이 상주하고 집중 치료가 24시간 가능한 신생아집중치료실과 치료시스템과의 연계가 필수적으로 요청된다.⁵⁰⁾ 또한 이 시기의 아동은 감염에 취약하기 때문에 보건의료기관 및 산후조리원 등에서 위생 및 감염병 관리에 각별한 주의가 요망된다.⁵¹⁾ 나아가 공공보건의료적 견지에서 보면, 최근 늦은 임신으로 인해 고위험 산모군이 증가하고, 지역 내 분만가능한 의료기관과 전문의료인력이 부족한 분만 취약지가 증가하면서 신생아기에 대한 종합적인 대책 마련에 대한 필요성이 지속적으로 요청되고 있는 실정이다.⁵²⁾

영아기는 생후 1개월부터 1년까지를 말하며, 모유·우유에서 이유식을 통해 급격한 성장과 발육이 이루어지는 시기라 할 수 있다.⁵³⁾ 기본적인 식습관 그리고 언어 및 인지적 감각이 형성되고, 사회적 관계가 부모의 양육자에 집중되어 있는 시기로서 양육태도가

49) 안효섭·신희영, 『홍창의 소아과학 1』, 미래엔, 2016, 2면

50) 박원순, 모자보건 정책의 현황과 제언, 한국모자보건학회 학술대회 연제집 31-42, 한국모자보건학회, 2015. 11, 39-40면

51) “산모와 신생아를 관리·보호해야 할 산후조리원에서 신생아가 호흡기세포융합바이러스 감염증에 걸리는 사태가 잇따라 발생하고 있다. 호흡기세포융합바이러스 감염증은 RSV(Respiratory Syncytial Virus)에 의해 발생하는 급성호흡기감염을 말한다. 질병관리본부에 따르면 RSV 감염 환자의 90% 이상은 6세 이하이며, 영유아나 고령자에서는 폐렴 등을 일으키기 쉽다. RSV 감염은 매년 10월부터 이듬해 3월까지 주로 발생하지만 5월인 현재까지 감염 소식이 이어지고 있는 상황이다. ... 국회 보건복지위원회 소속 기동민 의원이 작년 보건복지부에서 제출받은 ‘산후조리원 내 감염 발생 현황’에 따르면 산후조리원 신생아 감염 원인으로 호흡기 세포융합 바이러스(RS바이러스)가 29%로 가장 많았고, 로타바이러스가 24%였다. 두 가지 바이러스가 차지하는 비중이 전체 감염 질환의 절반 이상인 것이다. 감염 관리 소홀로 행정처분을 받은 산후조리원은 147곳으로 나타났다”, Daily Medi 기사(2019. 05. 21), “산후조리원 신생아 잇단 ‘RSV 감염’ 발생”, [http://www.dailymedi.com/detail.php? num ber=843265&thread=22r01](http://www.dailymedi.com/detail.php?num ber=843265&thread=22r01), 2019. 10. 30. 방문

52) 박원순, 앞의 글, 40면

53) 소아과학, <<https://terms.naver.com/entry.nhn?docId=2212080&cid=51085&categoryId=51085>>, 2019. 10. 30. 방문

아동의 정서적 발달의 중요요인으로 작용하는 시기이다.⁵⁴⁾ 아동의 성장발달에 미치는 모유수유의 중요성으로 인해 그에 대한 국가적 지원 및 장려책이 마련되기로 하였으며, 부모의 양육부담을 줄이고 이를 지원하는 사회서비스의 일종인 아이돌봄서비스가 제공되기도 한다.⁵⁵⁾

유아기는 생후 1년~생후 6년까지의 시기로서 어휘학습능력 및 인지능력이 급속히 성장하고 운동발달 또한 활발해지는 시기이다.⁵⁶⁾ 특히 이때에는 어린이집 등의 보육기관에 다니기 시작하면서 가족 외에 또래집단과의 유대가 형성되기도 하고, 이 시기의 어휘력 및 인지능력이 향후 학령기 아동의 학교적응에 중요한 영향을 미치기도 한다.⁵⁷⁾ 영유아기를 구분하지 않고 통칭하는 경우도 있으며,⁵⁸⁾ 이 시기에는 아동의 발달정도에 대한 지속적 확인을 위해 아동발달검사 및 아동건강검진이 이뤄지기도 한다.⁵⁹⁾ 또한 사회적 접촉이 시작되는 영유아기 특성에 따라 국가 차원에서는 아동의 건강 및 전염병 관리를 위해 필수적 예방접종을 실시하기도 한다.⁶⁰⁾

54) 임현주, 영아의 발달 상·하위 집단별 영아특성과 어머니의 양육특성이 영아의 발달에 미치는 영향, 미래교육 제21권 제1호, 미래유아교육학회, 2014, 240-241면

55) 여성가족부, 아이돌봄서비스, <<https://www.idolbom.go.kr/home.go>>, 2019. 10. 30. 방문

56) 소아과학, <<https://terms.naver.com/entry.nhn?docId=2212080&cid=51085&categoryId=51085>>, 2019. 10. 30. 방문

57) 장영은, 유아기 발달에 대한 생애초기 가족 누적위험요인의 영향, 한국아동복지학 제54권, 한국아동복지학회, 2016, 80면

58) 김경준, 아동·청소년 투자에 관한 생애주기적 접근, 미래세대 리포트, 한국청소년정책연구원, 2008, 9면, <표3>

59) “영유아 건강검진은 생후 4개월부터 71개월(6세 미만)까지의 영유아를 대상으로 성장 이상이나 발달 이상, 비만, 안전사고, 영아 급사 증후군, 청각 이상, 시각 이상, 치아 우식증 등의 발달 사항을 총 10회(구강검진 3회 포함) 체크하고 관리하는 검진”을 말하며, 국민건강보험에 가입한 경우에는 무료이며, 의료급여수급권자의 경우에는 국가 및 지자체에서 부담하는 형태로 지원하고 있다. 서울대어린이병원 영유아건강검진, <<http://childhosp.seoul.go.kr/medical-info/health-medical-examination>> 2019. 10. 30. 방문, 국민건강보험공단 영유아건강검진, <http://hi.nhis.or.kr/aa/ggpaa001/ggpaa004_m01.do>, 2019. 10. 30. 방문

60) “국가는 2019년 기준 12세 이하 어린이를 대상으로 감염병 예방을 위해 필요한 예방접종 서비스를 가까운 의료기관에서 비용부담 없이 무료로 받을 수 있도록 어린이 국가예방접종 지원사업을 시행하고 있다. 2019년 무료 접종 대상 백신은 BCG(피내용), B형 간염, DTaP(디프테리아/파상풍/백일해), Td(파상풍/디프테리아, Tdap(파상풍/디프테리아/백일해), IPV(폴리오), DTaP-IPV, DTaP-IPV/Hib(디프테리아/파상풍/백일해/폴리오/b형헤모필루스인플루엔자, Hib(b형헤모필루스인플루엔자), 폐렴구균, MMR(홍역/유행성이하선염/풍진), 수두, 일본뇌염(불활성화 백신), 일본뇌염(약독화 생백신), A형간염, HPV(사람유도종바이러스 감염증), IIV(인플루엔자)으로, 총 17종에 해당한다.”, 질병관리본부, 어린이국가예방접종 지원사업, <[tps://nip.cdc.go.kr/irgd/index.html](https://nip.cdc.go.kr/irgd/index.html)>, 2019. 10. 30. 방문

학령기에는 통상적으로 초등교육을 받는 6세에서 10세의 시기를 의미한다.⁶¹⁾ 학령기 아동은 가정 외에, 학교생활 과정에서 급식을 통해 영양을 공급받고 학생집단 간 교류를 통해 사회적 유대감이 쌓이는 시기로서, 아동의 건강관리를 위해 학교보건의 영역이 중요해지는 시기이기도 하다. 운동부족 및 영양불균형으로 인한 비만 그리고 정신건강적 측면에서 게임중독 등이 학령기 아동대상 건강관리를 위한 중요사안으로 부각되고 있다.⁶²⁾

마지막으로 청소년기의 경우 11세부터 21세의 시기⁶³⁾ 또는 만 10세부터 만 24세 등으로 다양하게 나뉘고 있다.⁶⁴⁾ 이 연령에서는 사춘기가 시작되어 일괄적으로 연령별 시기를 구분할 수는 없지만, 본 연구의 대상범위에 맞춰 만 10세에서 만 18세 미만의 연령대를 청소년기 아동으로 보고자 한다. 이 시기 역시 학령기와 마찬가지로 학교보건의 영역이 중심이 되지만, 최근 청소년기 가출이 증가하고 그로 인해 학교 밖 청소년들의 건강문제가 사회적 문제로 거론되면서 그에 대한 보건의료적 지원대책 마련이 필요한 실정이다.⁶⁵⁾ 특히 청소년기 아동의 경우, 제2차 성장에 따른 신체적·정신적 변화가 크고, 정서

61) 안효섭·신희영, 『홍창의 소아과학 1』, 미래엔, 2016, 2면

62) “학생건강 실태와 관련해, 신체활동 부족 및 영양 불균형에 기인한 비만과 알레르기성질환 문제가 대두되고, 과중한 학업부담, 정서적 지지기반이 약해지면서 우울감, 충동조절 장애, 자살·자해 등 정서·행동 문제는 위험 수준이며, 스마트폰 PC 사용기간 증가로 인한 인터넷·게임 과몰입 및 중독 증 정신건강 폐해 문제가 대두되고 있다고 파악하였다. 이와 관련해 학생 건강 진단체계를 강화하고, 다양한 예방프로그램을 운영 및 지원하기로 하였다.” 대한민국 정부 관계부처 합동, 제1차 학생건강증진 기본계획안(2019-2023), 2019. 03. 15. 9-14면

63) 안효섭·신희영, 앞의 책, 2016, 3면

64) 김경준, 앞의 글, 9면, <표3>

65) “여성가족부가 7일 발표한 ‘2018년 학교 밖 청소년 건강검진’ 결과, 건강검진을 받은 청소년 5033명 중 21.1% (1061명)가 ‘질환 의심대상자’로 분류됐다. 2016년 18.1%, 2017년 19.8%에 이어 또다시 높아진 수치로, 학교 밖 청소년들에 대한 지속적인 건강관리와 질환 치료가 필요한 것으로 보인다. 발생 빈도가 높은 질환은 신장질환, 고혈압, 간장질환, 이상지질혈증, 빈혈 등의 순이었다. 또 질환의심 청소년(1061명) 중 1개의 질환을 가지고 있는 청소년은 79.9%(848명), 2개 질환을 가지고 있는 청소년은 15.9%(169명), 3개 이상의 질환을 가지고 있는 청소년도 3.5%(37명)에 달했다. 구강검진을 받은 청소년 중 치료가 필요한 청소년은 39.4%(1670명), 주의 단계는 12.6%(534명)로 구강관리 상태가 취약했다. 특히, 치아우식증(충치) 유병률이 29.6%로, 청소년들이 가지고 있는 우식치아(충치) 개수는 평균 4.1개, 치주질환 유병률은 23.2%, 부정교합 유병률은 21.1%로 나타났다. 학교 밖 청소년들(9~18세)의 비만율은 정상군이 68.7%, 비만군이 24.2%(과체중 9.2%·비만 15.0%)였다. 특히, 16~18세 청소년 가운데 규칙적으로 아침식사를 하는 비율은 45.9%로 절반에도 못 미쳤고, 청량음료나 패스트푸드 섭취율도 21.7%로 다른 연령대에 비해 높게 나타났다.”, 아시아경제 기사(2019. 05. 09), “학교 밖 청소년 5명 중 1명은 ‘질환의심자’ ... 해마다 증가”, <<http://view.asiae.co.kr/news/view.htm?idxno=2019050711072475330>>, 2019. 10. 30. 방문

적으로 예민해 지면서 정신적 불안정성 또한 높게 나타나기도 하며, 학업 등으로 인한 스트레스가 높아지는 시기이다.⁶⁶⁾ 최근 청소년기 아동에 대한 보건의료정책은 학령기 아동에게 문제시 되었던 비만, 게임중독 등의 문제와 더불어, 흡연, 음주, 성폭력, 자살 등의 문제에 대한 대책까지 포함되고 있는 실정이다.⁶⁷⁾

2. 아동 보건의료의 특성

(1) 보건의료영역의 포괄성

먼저 아동 보건의료의 특성으로 언급할 수 있는 것은 보건의료영역이 매우 광범위하다는 특징을 꼽을 수 있다. 아동의 신체 및 정신적 발달 영역을 비롯해, 직접적인 아동에 대한 질병치료에서부터, 예방의료 차원에서 시행되는 영양관리, 식생활관리 등의 각종 건강관리책을 비롯해 학교보건의 영역에서 시행되는 각종 보건프로그램을 포함하면 아동 보건의료의 영역은 지속적으로 확대되고 있다. 뿐만 아니라 질병 후 관리에 필요한 재활의료, 재택의료 및 의료돌봄서비스 영역에 이르기까지 그 영역은 점차 보건·의료·복지가 중첩되고 있는 실정이다.

물론 이 같은 아동의 보건의료적 특성은 성인 보건의료에서도 나타날 수 있는 일반적 특성이라고도 얘기할 수 있으나, 성인은 아동처럼 발달단계에 따라 생애주기를 세부적으로 구분하지 않는다. 성장과정에 따라 급변하는 아동의 신체와 정서적 특성을 고려하여 보다 섬세하고 신중한 보건의료적 조치를 요하게 되므로, 이는 결국 임상적 전문성의 범주를 확대시킨다.

또한 각종 가정문제 및 사회다양화로 인해 다문화가정의 아동, 학교 밖 아동, 장애 아동 등 보건의료를 제공받아야 할 보호대상 아동의 범위가 점차 확대되고 있다는 점이다.⁶⁸⁾

66) 최지은 외 2인, 청소년기부터 성인기 전이 시기 남녀의 건강위험행동 발달궤적과 영향요인, 발달 제30권 제4호, 한국심리학회, 2017, 139-140면

67) 여성가족부, 청소년정책기본계획(2018-2022), 2017, 51-72면

68) 국민건강보험 의뢰를 받아 임동선 교수(언어병리학과)가 조사한 '다문화 가정 건강증진을 위한 빅데이터 기반

아동 보건의료영역의 포괄성과 보호대상 아동 범위가 확대되는 경향은 결국 한정된 보건의료재원의 효율적 집행과도 연계되어 있다. 결국 아동 보건의료영역의 포괄성이 높아질수록 보다 많은 영역에 보건의료를 공급해야 하므로, 보건의료재원의 효율성 추구 역시 높아지게 된다.

(2) 보건의료대상의 의존성 및 연계성

이어서 보건의료대상인 아동의 기본적인 특성에서 기인하는 것으로서, 아동의 존재는 독립적인 인격체이기는 하지만, 그 의사결정 및 활동은 기본적으로 부모 또는 가족과 같은 양육자 및 법정대리인에 의존하는 특성을 갖는다.⁶⁹⁾ 태아기의 아동은 기본적으로 모성보호를 통해 안정적 성장과 발육을 이어갈 수 있고, 학령기 및 청소년기의 아동은 가족과 학교 및 사회와의 연계를 통해 사회적 적응력 및 학습능력을 키우게 된다. 이런 의존성은 아동의 보건의료 결정과정에서 보다 크게 나타나는데, 예를 들어 미성년자인 아동은 현행 의료법 제24조의2에 따라 법정대리인의 동의가 없이는 수술동의나 실질적 의료결정을 할 수 없는 구조이다.⁷⁰⁾

서비스 수요조사'에 따르면, "한국 남성과 결혼이주민 여성으로 구성된 다문화 가정과 영유아 아동의 건강검진이 '사각지대'에 처해 있다는 실태 조사 결과가 나왔다. 언어, 문화 차이가 현저한데도 건강정보 서비스 접근성이 떨어지고 다문화 가정 인식과 차별, 복잡한 병원 이용 과정 등이 영향을 미치는 것으로 나타났다. 결혼이민자는 15만6000여 명, 다문화 아동은 9만9200여 명으로 2007년 대비 20.2%나 증가한 상태다. 하지만 임신, 출산, 건강관리 과정에서 조기에 발달위험군을 찾아 무난한 적응을 유도하기 위한 조건이 미비한 셈이다. 대부분의 이민자가 기본검진, 질병을 모른 채 입국해 치아건강과 관리를 소홀히 하고 있으며, 영유아 건강검진 등 의료서비스 이용과정에서 언어, 문진표 이해, 복잡한 예약시스템, 의료서비스 제공인력 및 제공기관의 불친절, 모국과 한국의 의료체계 및 건강에 대한 인식 차이 측면에서 어려움을 겪고 있다고 호소했다. 이들은 엄마의 언어능력이 검사결과에 영향을 줄까 우려하고 있지만, 남편의 동의 없이는 응급실과 수술실을 이용할 수 없는 점도 지적했다.", 문화일보 기사(2018. 12. 17), 다문화 아동 10만 명 건강검진 '사각지대', <<http://www.munhwa.com/news/view.html?no=2018122701071003016001>>, 2019. 10. 30. 방문

69) 오정수·정익중, 『아동복지론』, 학지사, 2015, 32면

70) 「의료법」 제24조의2(의료행위에 관한 설명) ① 의사·치과의사 또는 한의사는 사람의 생명 또는 신체에 중대한 위해를 발생하게 할 우려가 있는 수술, 수혈, 전신마취(이하 이 조에서 "수술 등"이라 한다)를 하는 경우 제2항에 따른 사항을 환자(환자가 의사결정능력이 없는 경우 환자의 법정대리인을 말한다. 이하 이 조에서 같다)에게 설명하고 서면(전자문서를 포함한다. 이하 이 조에서 같다)으로 그 동의를 받아야 한다. 다만, 설명 및 동의 절차로 인하여 수술 등이 지체되면 환자의 생명이 위험하여지거나 심신상의 중대한 장애를 가져오는 경우에는 그러하지 아니하다.

② 제1항에 따라 환자에게 설명하고 동의를 받아야 하는 사항은 다음 각 호와 같다.

1. 환자에게 발생하거나 발생 가능한 증상의 진단명

앞서 언급한 아동 보건의료의 연계성은 일차적으로 가족, 학교 및 사회만을 중심으로 볼 수도 있지만, 보건의료제도는 최종적으로는 국가 및 지방자치단체의 보건의료 인프라 구축과 연계되어 있는 사안이다. 따라서 현재 아동 보건의료영역은 각 부처별 소관법률에 따라 개별적으로 운영되고 있으나, 기본적으로 아동의 성장과 발달을 위한 환경을 조성하는 기반이라는 목적에 맞게 보건·의료·교육·복지가 연계되어 통합적으로 운영되어야만 효과적으로 제기능을 발휘할 수 있는 영역이다.

(3) 보건의료서비스의 신중성 및 지속성

아동은 성인에 비해 성장과 발달이 완성되지 않은 생리구조를 갖고 있기 때문에, 질병 치료과정에서는 의약품의 선택에서부터 적정량의 투여, 그리고 각종 임상조치에 대해 보다 신중을 기하게 된다. 임상적 효력이 입증된 검증된 시약이라 할지라도, 아동의 불완전하고 미성숙한 신체에 투여되는 경우 성인기준의 투여량은 질병치료 효과보다는 약물부작용을 일으킬 위험이 더 높을 수 있기 때문이다. 그래서 현행 우리나라의 시판용 의약품의 뒷면에는 성인과 아동의 투여량 기준을 달리하고 있다.⁷¹⁾ 이런 의약품기준 외에, 병원 시설 및 장비 역시 보건의료서비스에서 중요한 물적 기반이 되므로 아동의 생리적 특성에 맞춰 구조화 하고 안전성이 검증되어야만 할 것이다.

2. 수술 등의 필요성, 방법 및 내용

3. 환자에게 설명을 하는 의사, 치과의사 또는 한의사 및 수술 등에 참여하는 주된 의사, 치과의사 또는 한의사의 성명

4. 수술 등에 따라 전형적으로 발생이 예상되는 후유증 또는 부작용

5. 수술 등 전후 환자가 준수하여야 할 사항

③ 환자는 의사, 치과의사 또는 한의사에게 제1항에 따른 동의서 사본의 발급을 요청할 수 있다. 이 경우 요청을 받은 의사, 치과의사 또는 한의사는 정당한 사유가 없으면 이를 거부하여서는 아니 된다.

④ 제1항에 따라 동의를 받은 사항 중 수술 등의 방법 및 내용, 수술 등에 참여한 주된 의사, 치과의사 또는 한의사가 변경된 경우에는 변경 사유와 내용을 환자에게 서면으로 알려야 한다.

⑤ 제1항 및 제4항에 따른 설명, 동의 및 고지의 방법·절차 등 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

71) “소아의 투여용량은 소아의 체중 또는 체표면적을 기준으로 성인용량으로부터 환산하여 결정하는 방법이 일반적으로 행해져 왔고, 현재도 많은 경우 이 방법을 이용하고 있는데, 이는 ‘소아는 성인의 축소판이다’라는 개념에 따른 약물 요법에 속한다. 그러나 소아에서 체내 동태 및 체내 분포는 성인과 현저히 다르며, 각 약동학적 파라미터치들도 단순히 체중에 비례하는 것이 아니므로, 이 개념을 그대로 적용하는 것은 바람직하지 않다. 소아에서 보다 적절한 약물요법을 시행하기 위해서는 실제 소아에서 얻은 임상 연구결과를 근거로 투여용법을 결정해야 하는데, 현재까지 알려진 체내 약물 동태에 대한 연구 결과가 소아로부터 직접 얻어진 것이 극히 적다는데 문제점이 있다.”, 안효섭·신희영, 『홍창의 소아과학 1』, 미래엔, 2016, 101면

마지막으로 아동에 대한 보건의료서비스는 어느 특정 시기에만 국한된 것이 아니라, 개인의 삶의 기초가 되는 평생건강을 결정한다는 관점에서 지속적으로 추진되어야만 하는 특성을 갖는다. 아동기에 충분한 보건의료서비스를 제공받아 건강관리가 이뤄졌다면, 성년의 건강은 이를 토대로 보다 건강하게 발전시킬 수 있다. 또한 생애초기에 해당하는 아동기 보건의료서비스에 대한 충분한 공급은 성인이 되었을 때 겪을 질병치료 및 건강손실로 인한 보다 큰 손해를 지속적으로 감소시켜주는 효과가 있을 수 있다. 따라서 지속성이란 아동에 대한 보건의료서비스의 특성은 생애전반에 대한 건강관리의 누적적 효과를 의미하기도 한다.

제2절 아동 보건의료의 법적 기반 및 주요 정책

1. 아동 보건의료에 관한 기본권으로서 건강권

(1) 헌법에서의 건강권

아동 보건의료에 관한 논의의 출발점으로서 헌법상 건강권을 가장 상위의 법적 근거로 언급할 수 있다. 아동 보건의료에 대한 건강권의 헌법적 근거에 관한 기술은 첫째, 아동이 건강권의 주체가 될 수 있는지에 관한 기본권주체성에 관한 사항, 둘째, 건강권의 헌법적 근거 및 내용에 관한 사항으로 구분된다 할 것이다.

먼저 아동은 대한민국의 국민으로서 기본권 능력(Gunndrechtsfähigkeit)을 갖는 기본권 주체라 할 수 있다.⁷²⁾ 현행 헌법 제10조는 인간으로서의 존엄과 가치 및 행복추구권을 보장함과 동시에 국가의 기본권 보호의무를 규정하고, 제11조 이하에서는 국민의 개별

72) “기본권능력을 갖는 사람은 모두가 ‘기본권의 주체’가 되지만 기본권 주체가 모두 ‘기본권의 행사능력’을 가지는 것은 아니다. 예컨대, 영아가 ‘집회의 자유’를 행사할 능력이 없는 것처럼 기본권의 성격상 ‘기본권능력’과 ‘기본권의 행사능력’을 구분할 필요성이 있는 경우가 있다. 또한 헌법이 명문의 규정을 두어 ‘기본권의 행사능력’을 따로 정하는 경우도 있다. ...‘기본권의 행사능력’이 헌법적 수권에 의한 법률에 의해서 구체화 된다면, 심지어는 헌법에는 명문의 규정이 없는데도 입법작용에 의해서 제한될 수 있는 법리는 민주국가에서 입법권자에게 주어져 있는 광범위한 ‘입법형성권’에 근거한다고 볼 수 있다.”, 허영, 『헌법이론과 헌법』, 박영사, 2010, 413-414면

기본권을 규정하고 있다. 헌법이 보장한 기본권은 정신적·신체적 상황과 관계없이 모든 국민에게 인정되므로, 미성년자인 아동 역시 헌법상 일반적으로 인정되는 기본권의 주체로서 헌법적 보호를 받는다. 따라서 아동은 독립적 인격체로서 헌법상 건강권의 주체라 할 수 있으며, 예외적으로 미성숙성으로 인해 기본권 행사가 제한되는 경우가 있다. 예컨대, 태아기 또는 유아기 아동 등의 보건의료결정을 부모가 대신하는 경우 등을 말한다. 그러나 이 같은 부모의 친권 및 양육권의 행사는 아동이 독자적 결정능력이 부족하여 부모의 보호를 필요로 하고, 아동의 건강보호 및 건강증진을 지원하는 방향으로 행사될 때만 정당화 된다 할 것이다.⁷³⁾ 따라서 아동이 독자적 결정능력을 갖지 않으므로 기본권 행사능력 자체를 부정하는 견해는 타당치 않으며, 부모의 양육권은 아동의 건강이라는 아동복리에 의해 한계를 갖는다 할 것이다.⁷⁴⁾

‘건강’이란 세계보건기구(WHO)의 헌장에 따르면 “건강이란 질병이 없거나 허약하지 않은 것만 말하는 것이 아니라, 신체적·사회적으로 완전히 안녕한 상태에 놓여 있는 것”이라고 정의하고 있다.⁷⁵⁾ 보건의료학계에서는 이 같은 건강 개념을 전제로 하고 있으나,⁷⁶⁾ 법학에서는 ‘건강’을 구체적으로 정의하기 보다는 건강권의 내용과 관련된 구체적

73) 허영, 『헌법이론과 헌법』, 박영사, 2010, 415면

74) “부모의 권리는 이미 그 자체로서 자녀의 복리에 의하여 제한된다. 즉 부모의 보호와 교양은 보호의 도움을 필요로 하는 자녀가 헌법의 인간상에 부합하게 사회공동체 내에서 스스로에게 책임을 지는 인격체로 발달하는 데 기여해야 한다. 따라서 이러한 부모의 권리는 자녀의 복리에 의하여 정당화 되는 범위 내에서만 존재할 수 있다.”; 정혜영, 아동의 기본권에 관한 연구 - ‘아동’ 관련 조항의 신설과 그 헌법적 모델에 관한 검토, 공법학연구 제10집제4호, 한국비교공법학회, 2009, 92면 각주 36

75) 대한예방의학회, 『예방의학과 공중보건학Ⅲ』, 계축문화사, 2019, 4면

76) “WHO건강 정의는 인간 삶의 여러 가지 측면을 모두 포함하여, 사회적, 정신적 안녕도 건강의 개념으로 인정하고 있어 보편적인 인간의 문화적 가치까지를 포함하고 있다는 면에서, 그리고 건강을 긍정적으로 정의하였다는 평가를 받고 있다. 하지만 다음과 같은 비판을 받기도 한다. 첫째, 정의가 너무 비현실적이며 이상적이다. 실제로 ‘안녕(Well-being)’이라는 상황이 절대적 개념으로 주관적 요소를 포함하고 있으며, 이상적으로 이러한 상태이어야 한다는 당위적인 선언에 그치고 있다. 그리하여 객관적으로 측정 가능한 내용이 제시되어 있지 않다는 지적이다. 둘째, 건강을 정적인 상태(靜的, static)로 보고 있다는 점이다. 건강개념에서 중요한 동적(動的, dynamic) 또는 예외적 내용이 포함되어 있지 않은 다분히 관념적이고 모호한 설명이라는 지적을 받고 있다. ...생활수단 개념의 건강(a resource for everyday life)은 WHO의 정의에서 ‘well-being’ 대신 ‘well-balanced life’로 표현되는 동적인 상태를 건강이라고 보는 견해이다. 일명 ‘평형적(平衡的) 건강’으로 표현되는데, 일상생활에서 개개인마다 가지고 있는 건강잠재력(health potential)과 건강 위해요소(health challenge)들 간에 평형이 이루어진 상태를 일컫는다. 건강 잠재력에는 신체적, 정신적, 사회적 활력소가 있으며, 건강 위해요소의 도전에 건강 잠재력이 잘 버티어 나간다면 이 상태가 곧 (평형적)건강이다...”, 대한예방의학회, 『예방의학과 공중보건학Ⅲ』, 계축문화사, 2019, 4-5면

권리(건강침해배제권 및 건강보장청구권 등)를 찾아내는 방식으로 기술하고 있다.⁷⁷⁾ 이와 관련해 헌법 제10조 인간의 존엄과 가치 조항은 기본권의 이념적 전제로서 보충적인 헌법해석의 원천이 된다.⁷⁸⁾ 인간의 건강은 인간의 존엄과 가치를 실현하는 필수적 전제가 되는 사항이므로, 헌법 제10조 인간의 존엄과 가치는 건강권의 구체적 근거조항과 함께 건강권을 완성시키는 간접적 근거규범이라 할 것이다.⁷⁹⁾

현행 헌법상 건강권의 직접적 근거와 연관시켜 볼 수 있는 규정은 헌법 제34조제1항, 헌법 제35조제1항 및 헌법 제36조제3항이라 할 수 있을 것이다. 헌법 제34조제1항은 모든 국민의 인간다운 생활을 할 권리를 정하고 있는데, 건강은 인간이 생활을 영위하기 위해 필수적으로 동반되어야만 하는 신체 및 환경적 여건의 기반이 되므로 건강권의 직접적인 근거로 인정될 수 있다 할 것이다.⁸⁰⁾ 헌법 제35조제1항은 “모든 국민은 건강하고 쾌적한 환경에서 생활할 권리를 가지며, 국가와 국민은 환경보전을 위하여 노력하여야 한다.”고 규정하고 있다. 이는 건강하고 쾌적한 환경에서의 생활을 영위할 권리라는 ‘환경권’의 직접적 근거로서, 인간의 존엄과 가치를 실현하는 가장 기본적인 전제조건으로서 건강권과 긴밀한 연관성을 갖기는 하지만, 건강권을 직접적으로 규정한 것은 아니다.⁸¹⁾

이와 유사한 개념으로 ‘보건’에 대하여 정한 헌법 제36조제3항은 “모든 국민은 보건에 관하여 국가의 보호를 받는다.”라고 하여 기본권이 아닌 국가의 보호의무 방식으로 규정하고 있다. 이에 대해 헌법재판소는 “...국민이 자신의 건강을 유지하는데 필요한 국가적 급부와 배려를 요구할 수 있는 권리인 이른바 ‘보건에 관한 권리’를 규정하고 있고, 이에 따라 국가는 국민의 건강을 소극적으로 침해하여서는 아니 될 의무를 부담하는 것에서

77) 김주경, 헌법상 건강권의 개념 및 그 내용, 헌법판례연구 제12집, 헌법판례연구학회, 2011, 152면

78) 한수용, 『헌법학』, 법문사, 2011, 500-503면

79) 김주경, 앞의 글, 139면

80) 『인간다운 생활』을 문화적 생활로 보다 넓게 해석하는 견해와(권영성 교수), 건강하고 문화적인 ‘최저한도’의 생활로 좁게 해석하는 견해(성낙인 교수)가 존재한다. 이 같은 양자의 견해 차이에 따르면, 건강에 대한 국가의 보장범위만 달라질 수 있을 뿐, 건강이 인간다운 생활을 위한 필수요건임은 변하지 않는 점이라는 것을 확인할 수 있다, 권영성, 『헌법학원론』, 법문사, 2010, 658면; 성낙인, 『헌법학』, 법문사, 2011, 718-719면; 정종섭, 『헌법과 기본권』, 박영사, 2010, 528-529면

81) 허영, 『헌법이론과 헌법』, 박영사, 2010, 634면

한 걸음 더 나아가 적극적으로 국민의 보건을 위한 정책을 수립하고 시행하여야 할 의무를 부담한다.”고 판시하였다.⁸²⁾ 위 헌법재판소 결정례(2007헌마1285)에 따르면, 헌법 규범에서는 ‘보건’과 ‘건강’은 구별되는 개념이라 볼 수 없으며, 그 법적 성격과 관련해 국가에 의한 개인 건강의 침해배제라는 점에서 주관적 공권성과 국가의 건강침해에 대한 적극적 보호의무란 점에서 객관적 가치질서로서 기본권적 양면성을 갖는다 하겠다.⁸³⁾ 또한 건강권은 주관적 권리로써 국가에 의한 건강침해에 대한 방어권적 성격과 동시에, 국가에 대해 건강을 유지하는데 필요한 조치를 요구할 수 있는 사회권적 기본권으로서의 성격도 동시에 갖는다 할 것이다.⁸⁴⁾ 따라서 국가 등의 공권력 주체가 행한 건강침해행위로 인해 신체·정신적 건강에 위해를 입은 국민은 국가배상청구권을 행사할 수 있을 것이다.⁸⁵⁾ 여기서 침해는 “당장의 위해가능성 뿐만 아니라, 향후 잠재적 침해가능성도 포함한다.”고 보아야 할 것이다.⁸⁶⁾ 이상을 종합해 볼 때, 아동은 헌법상 건강권의 주체로서 국가의 건강권 침해에 대한 배제 및 적극적 건강조치를 요구할 권리를 갖는다. 다만, 그 행사에 있어서는 연령상 미성년자에 해당하므로 부모 또는 법정대리인을 통해 실제적 권리행사가 가능하다 할 것이다.

(2) 아동의 건강권과 부모 양육권의 관계

헌법 제36조제1항은 혼인과 가족생활은 ‘개인의 존엄과 양성의 평등’을 기초로 성립되고 유지되어야 한다고 규정하고 있다. 가족은 부모가 자녀의 성장과 발달에 관한 양육 등을 책임지는 권리와 의무의 공동체로, 자녀인 아동에게 독립된 사회 구성원으로 성장하기까지 물질적, 심리적, 정서적 욕구와 안정을 제공하는 것을 핵심 내용으로 한다.⁸⁷⁾ 헌법

82) 헌재 2009. 2. 26. 2007헌마1285, 공보 149, 502, 504면

83) 한수웅 교수는 “헌법 제36조제3항이 국가를 구속하는 헌법적 의무와 목표를 규정하고 있다는 점에서 그 본질적 성격은 사회적 기본권이므로, 객관적 국민보건조항은 ‘보건에 관한 국민의 권리’라는 ‘주관적 권리’의 형태로도 규정될 수 있다”고 하였다, 한수웅, 『헌법학』, 법문사, 2011, 1015면

84) 정종섭, 『헌법과 기본권』, 박영사, 2010, 574면

85) 허영, 앞의 글, 628면

86) 김상겸/권영복, 수돗물불소화사업에 관한 헌법적 고찰, 헌법학 연구 제9권 제3호, 한국헌법학회, 2003, 325면

87) 권영복, 아동의 인권에 관한 헌법적 고찰, 동국대 석사학위논문, 2001, 70면

제36조제1항은 가족 내에서 아동이 부모와의 관계에서 동등하고 독립된 헌법적 지위를 부여받은 권리주체로 인격이 존중되고 자신과 이해가 직결된 사안에서 의사가 적극적으로 반영되어야 한다는 점을 밝히고 있는 것으로 이해하여야 한다. 헌법상 가족제도는 아동에 대한 부모의 우월적인 지배권을 전제로 하고 있지 않다.

독일 기본법 제6조제2항제1문은 아동인 자녀에 대한 부양과 교육에 대한 부모의 권리는 자연적 권리임을 확인하고 있으며, 동조 제3항은 방임위험이 있는 경우에는 법률에 근거하여 가족에서 분리할 수 있음을 규정하고 있다.⁸⁸⁾ 우리 민법 제909조제1항 친권 규정은 자녀에 대한 지배복종 규정에서 자녀의 복리개념으로 부모의 책임과 의무의 개념으로 바뀌었다.⁸⁹⁾ 독일기본법에서 부모의 양육권에 관한 규정은 부모의 자기결정권을 보호하기 위한 규정이 아니라, 자녀의 복리를 위해 부모에게 인정된 것으로 권리인 동시에 의무의 규정으로 이해되고 있다.⁹⁰⁾ 따라서 부모의 양육권은 부모의 아동에 대한 지배권을 인정하는 것이 아니라, 사인과 국가의 아동의 권리침해행위에 대해 이를 배제할 수 있다는 의미에서 권리이며, 아동의 복리를 위해 인정된 의무와 책임을 본질로 하는 권리이다.⁹¹⁾ 따라서 아동은 자신의 권리침해에 대하여 국가의 보호를 청구할 수 있다. 여기서

88) 『독일기본법』 제6조 ① 혼인과 가족은 국가질서의 특별한 보호를 받는다.

② 어린이의 부양과 교육은 부모의 자연적 권리이며 우선적으로 그들에게 부과된 의무이다. 그 활동에 대해서는 국가공동체(Staatliche Gemeinschaft)가 감독한다.

③ 교육권자가 의무를 해태하거나 기타 이유로 어린이가 방치될 우려가 있을 때, 어린이는 법률에 근거해서만 교육권자의 의사에 반하여 가족과 분리될 수 있다.

④ 母는 공동체의 보호와 扶助(Fürsorge)에 대한 청구권을 갖는다.

⑤ 혼인 외 자녀의 육체적·정신적 성장과 사회적 지위에 관하여는 입법을 통해 혼인 중 자녀와 동일한 조건이 마련되어야만 한다.

: 정문식, 독일헌법 기본권 일반론, 전남대학교 출판부, 195면

89) 구 민법 제909조제1항 “미성년인 자는 부모의 친권에 복종한다.”는 2005년 3월 개정을 통해, “제909조(친권자)

① 부모는 미성년자인 자의 친권자가 된다. 양자의 경우에는 양부모(養父母)가 친권자가 된다.”로 바뀌었다. 법제처, 국가법령정보, <<http://www.law.go.kr/lsInfoP.do?lsiSeq=198475&efYd=20180201#J909:0>>, 2019. 06. 30 방문

90) “부모의 양육권은 아동의 복리에 지향되어 있는 그 구조적 특수성으로 인하여 두 종류의 제약 하에서만 행사될 수 있다. 첫째, 시기적 제약으로서 부모의 양육권은 미성년자녀가 해당 사안에 대하여 자율적으로 결정할 능력을 가질 때까지만 미칠 수 있다. 둘째, 내용적 제약으로서 부모가 양육권을 행사함에 있어서 어떤 형태의 양육방식을 선택할 것인가의 문제인데, 아동의 인격의 건전한 성장발달을 촉진하는 수단 중에서만 선택 가능하다고 보아야 한다.”, 김선택, 아동·청소년보호의 헌법적 고찰 - 미성년 아동·청소년의 헌법적 지위와 부모의 양육권, 헌법논총 제8집, 헌법재판소, 1997, 94면

91) “독일에서 부모 간에 자녀에 대하여 국가가 권고하는 필수접종에 대하여 서로 다른 견해를 주장할 경우 연방대법원은 예방접종의 이행에 대한 다툼을 어떤 관점에서 해석해야 하는지에 대하여 기준을 제시하였다(BGH,

아동은 권리침해의 위험에서 현실적으로 자신의 이익을 위하여 적극적으로 의사를 표현하는 권리주체는 물론, 권리침해의 위험에 처해 있으나 자신의 이익을 표현할 능력이 없는 권리주체를 포함한다.

헌법상 아동의 건강권 해석과 관련해 부모의 양육권과 아동의 건강권이 서로 부딪치는 기본권 충돌로 볼 수 있을 것인지가 문제시 될 수 있다. 예컨대, 부모가 종교상의 신념으로 자녀의 양육권을 근거로 급박한 위험에 처한 자녀의 특정 치료를 거부하는 경우, 아동의 건강권과 충돌하는 것으로 볼 수 있을 것인지 의문시 될 수 있다. 앞서 언급한 것처럼, 부모의 양육권은 아동에 대한 우월적 지배권이나, 아동의 건강과 생명이 문제되는 상황에서 그 결정에 대한 지배권을 의미하는 것이 아니다.⁹²⁾ 이 경우 부모의 양육권은 아동의 건강과 생명을 구호할 의무를 의미하고, 오히려 국가에 대해 보호를 청구할 의무와 권리

Beschluss vom 3. 5. 2017 - ZB 157/16.). 2012. 6.에 태어난 딸에 대하여 예방접종을 실시하는 것에 대하여 부모가 서로 대립하면서 해결할 수 없는 상황에 이르러 법원의 판단에 이르게 되었다. 아버지는 국가가 권고하는 예방접종을 월령에 따라 차례대로 실시할 것을 주장하지만, 어머니는 예방접종의 피해에 대한 위험이 일반적인 감염의 정도보다 높다고 보아 의료적 측면에서 예방접종의 피해가 확실하게 제거되었을 때만 딸의 예방접종에 찬성한다는 입장을 고수하였다. 이 상황에서 부는 자신의 딸에 대한 예방접종의 친권 행사부분을 자신에게 일임시켜 달라는 청구를 하였다(친권의 일부 이양). 이 청구에 대하여 1심법원(AG)은 예방접종의 이행에 대한 결정권을 아버지에게 이전시켰다(AG Erfurt, Entscheidung vom 28. 10. 2015 - 34 F 1498/14.)이에 대하여 어머니는 항소하였으나 2심법원은 예방접종의 예를 열거하여 그 목록을 한정하여 아버지에게 이전시키는 것이 옳다는 입장을 견지하였다. 어머니는 2심법원의 판단에도 불복하여 연방대법원에 이르렀고 그녀의 청구는 기각되었다. 여기서 가장 문제가 된 법적 쟁점은 예방접종에 대한 사무가 일상적 친권사무에 머무는지 아니면 현저한 중요성을 갖는 친권사무인지를 결정하는 것이었다. 따라서 판단척도에 따라 다른 결론이 날 수도 있는 것이어서 분류는 친권행사에 중요한 분수령이 된다. 연방대법원은 이른바 필수적이고 통상적으로 접종위원회(STIKO)에 의하여 권고되는 예방접종은 자녀의 건강과 복리를 위하여 현저한 중요성을 갖는 친권사무로 보았다. 이러한 근거에서 연방대법원은 자녀의 경우 특별한 집중위험이 제시되지 않는 한 그와 관련된 사무는 아버지에게 이전된다고 판단하였다(관련 조문으로 독일 민법 제1628조, 감염병법 제20조제2항)”, 김진곤, 예방접종과 헌법적 쟁점, 아동보건의료법제 개선방안 연구 제4차 전문가 워크숍 자료집, 한국법제연구원, 2019. 09. 27, 31-32면

- 92) “예방접종의 문제와 관련하여 부모가 자신의 신념 내지 종교에 기반을 두거나, 백신의 부작용이나 의사에 대한 불신에 근거하여 접종을 거부하는 것은 친권의 적법한 행사인지, 그럴 경우 공동친권 행사에서 어느 일방에게 친권을 일부 이전시킬 수 있느냐가 논란이 될 수 있다. 독일의 예에서 보았듯이 공동친권행사자 중 일방이 필수적인 예방접종을 거부하여 자녀의 건강이 위태로운 지경으로 빠지게 하는 것은 되돌릴 수 없는 건강침해로 이어질 수 있으므로 적기의 예방접종은 자녀의 복리에 현저하게 중요한 의미를 지닌다. 그리고 예방접종사무는 단순히 일상적 친권사무의 한 내용이 아니라 현저하게 중요한 사무에 해당한다. 예방접종결정에 이르러 공동친권자가 스스로 합의에 이르지 못한 경우에 결국 법원 등 제3자의 개입이 필요하고, 그것은 적기에 관철될 필요가 있다. 왜냐하면 유아 및 청소년에 대한 예방접종은 생후 월령에 따라 순차적으로 이행되어야 그들의 건강유지와 질병예방에 유효하기 때문이다. 따라서 친권의 내용 중 예방접종결정권이 부분적으로 친권행사자 중 일방에게 일임될 수 있다.”, 김진곤, 앞의 글, 34면

가 있을 뿐이다. 아동의 건강과 생명이 위협에 있는 경우, 아동의 건강권이 부모의 양육권에 우선하며, 자녀의 생명과 건강에 위해가 있음에도 부모가 의료적으로 필요한 조치에 동의를 하지 않은 것은 아동의 생명에 대한 부모의 책무를 다하지 않은 것이므로, 진정한 의미의 기본권의 충돌 문제는 발생하지 않는다.

(3) UN아동권리협약에서의 건강권

아동의 건강권에 관한 국제법적 근거로서 「UN 아동권리협약」을 언급할 수 있다.⁹³⁾ 우리나라는 1991년 UN가입과 동시에 「UN 아동권리협약」을 비준하였고,⁹⁴⁾ 우리나라는 비준국의 의무로서 매 5년마다 협약의 이행과 관련해 국가보고서를 제출하고 있다.⁹⁵⁾ 「UN

93) 유엔 「경제적, 사회적 및 문화적 권리에 관한 국제규약」(International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, ICESCR) 제12조 1. 이 규약의 당사국은 모든 사람이 도달 가능한 최고 수준의 신체적·정신적 건강을 향유할 권리를 가지는 것을 인정한다.

2. 이 규약당사국이 동 권리의 완전한 실현을 달성하기 위하여 취할 조치에는 다음 사항을 위하여 필요한 조치가 포함된다.

- (a) 사산율과 유아사망률의 감소 및 어린이의 건강한 발육
- (b) 환경 및 산업위생의 모든 부분의 개선
- (c) 전염병, 풍토병, 직업병 및 기타 질병의 예방, 치료 및 통제
- (d) 질병 발생 시 모든 사람에게 의료와 간호를 확보할 여건의 조성

: 유엔 「경제적, 사회적 및 문화적 권리에 관한 국제규약」 제12조제1항 및 제2항은 모든 사람의 건강권, 질병발생시 의료와 간호를 제공받을 권리로 규정하고 있는바, 아동의 건강권에 관한 국제법적 근거로서 인용될 수 있을 것이다. 본 연구에서는 아동이라는 연구대상에 초점을 맞추고 있는바, 보다 직접적인 국제법적 근거로 「UN 아동권리협약」만을 언급하고자 한다. 위키피디아, <https://ko.wikisource.org/wiki/%EA%B2%BD%EC%A0%9C%EC%A0%81%82%B7%EC%82%AC%ED%9A%8C%EC%A0%81_%EB%B0%8F_%EB%AC%B8%ED%99%94%EC%A0%81%EA%B6%8C%EB%A6%AC%EC%97%90%EA%B4%80%ED%95%9C%EA%B5%AD%EC%A0%9C%EA%B7%9C%EC%95%BD>, 2019. 10. 30. 방문

94) 위키피디아, <https://ko.wikipedia.org/wiki/%EC%95%84%EB%8F%99%EC%9D%98_%EA%B6%8C%EB%A6%AC%EC%97%90_%EA%B4%80%ED%95%9C_%ED%98%91%EC%95%BD>, 2019. 10. 30. 방문

95) “제5·6차 유엔아동권리협약 국가보고서 내용: 정부는 ‘모자보건사업을 통해 임신 및 출산 지원, 임신부 및 영유아 건강권리, 미숙아 선천성 이상아의 장애발생 예방 및 모유수유 제고, 영유아의 사망 및 장애사전 예방, 모성 건강증진, 난임부부 시술비 지원 등을 하고 있다. 2012년부터 18세 이하 모든 청소년 산모를 대상으로 산전 검사비 및 출산비용을 1인당 120만원 이내에서 지원하고 있다. 정부는 모든 신생아를 대상으로 갑상선 기능저하증, 선천성 부신 과형성증 등의 검사비용을 지원하고 대사 이상으로 확진된 환아에게 특수조제분유, 특수식이(저단백식품) 및 의료비를 지원하고 있다. 2012년부터는 건강검진 대상을 확대하여 생후 4~71개월 영유아의 성장시기 별로 성장이상, 발달이상, 비만, 안전사고, 청각이상, 시각이상, 굴절이상, 치아우식증 등에 관련된 무료검진을 총 10회에 걸쳐 실시하고 있다. 2013년부터는 발달장애정밀검사비 지원 대상을 건강보험료 하위 30%까지 확대하였다. 정부는 미등록 이주 아동을 포함하여 0~12세 아동이 무료로 예방접종을 받을 수 있도록 지원하고 있다. 아동에게 백신을 무료로 접종하는 국가예방접종지원사업 예산은 2015년 1,943억 원에서 2016년 자경정부암과 영유아 인플루엔자 백신이 추가되어 16종에 대해 2,100억 원으로 증가하였다. 정부는 어린이병원 건립을 지원하

아동권리협약」 제6조에서는 당사국은 모든 아동이 생명에 관한 고유한 권리를 가지고 있음을 인정하고 아동의 생존과 발달을 최대한 보장해야 한다고 규정하고 있다.⁹⁶⁾ 이어서 제23조에서는 장애아동에 대한 교육, 의료지원 등에 대한 사항을 규정하고, 제24조에서는 아동의 보건의료서비스에 대한 구체적 조치를 6개 항목으로 나누어 기술하고 있다(「UN 아동권리협약」 제23조 및 제24조).⁹⁷⁾ 「UN 아동권리협약」 제26조 및 제27조에서는 아동의 사회보장 및 아동의 발달에 맞는 생활수준을 누릴 권리에 대해 규정하고 있다.⁹⁸⁾

고 있으며, 2016년 기준, 총 5개의 어린이병원이 운영되고 있다. 소아응급환자를 위한 응급의료체계 구축을 위하여 소아전문응급센터 설치를 법제화 하였고, 9개의 센터가 개소 준비 중이다. 또한 경증 소아환자의 야간 휴일 진료를 위한 '달빛어린이병원'을 2017년 현재 18개 의료기관에서 운영하고 있다.”, 홍선기, UN 아동권리협약상 아동 건강권의 국내이행, 아동 보건의료법제 개선방안 연구 제1차 전문가 워크숍 자료집, 2019. 04. 30, 30-31면

96) 유엔아동권리협약 한국 NPO연대, 유엔아동권리협약과 선택의정서, 2006, 9면

97) 「UN 아동권리협약」 제23조 ① 당사국은 정신적·신체적 장애아가 인격을 존중받고 자립과 적극적 사회참여가 장려되는 여건에서 여유롭고 품위있는 생활을 누려야 함을 인정한다.

② 당사국은 특별한 보호를 받을 장애아의 권리를 인정하며 활용가능한 재원의 범위 내에서 아동과 부모, 다른 아동양육자의 사정에 맞는 지원이 신청에 의해 해당 아동과 양육 책임자에게 제공되도록 장려하고 이를 보장해야 한다.

③ 장애아의 특별한 어려움을 인식하고, 이 조 제2항에 따른 지원을 할 경우, 부모 등 아동양육자의 재산을 고려해 가능한 한 무상 지원을 해야 하며, 아동이 교육과 훈련, 의료지원, 재활지원, 취업준비 및 오락의 기회를 실질적으로 이용할 수 있는 지원안을 장애아동의 사회참여와 문화적·정신적 발전 등 개인발전에 기여하는 방법으로 마련해야 한다.

④ 당사국은 국제협력의 정신에 입각해 이러한 분야에서의 능력과 기술을 향상시키고 경험을 확대하기 위해 장애아를 위한 재활, 교육 및 직업에 관한 정보 보급과 이용을 비롯해 예방의학분야, 의학적·심리적·기능적 치료에 관한 적절한 정보 교환을 촉진해야 한다. 또한 이 문제를 다룸에 있어 개발도상국의 필요를 특별히 고려해야 한다.

: 유엔아동권리협약 한국 NPO연대, 유엔아동권리협약과 선택의정서, 2006, 13-14면

98) 「UN 아동권리협약」 제26조 ① 당사국은 모든 아동이 사회보험을 포함한 사회보장제도의 혜택을 받을 권리가 있음을 인정하여, 이 권리의 완전한 실현을 위해 자국의 국내법에 따라 필요한 조치를 취해야 한다.

② 이러한 혜택은 아동 및 아동에 대한 부양책임자의 재산과 상황을 고려함은 물론 아동이 직접, 또는 대리인이 행하는 혜택신청과 관련된 여러 상황을 고려해 적절한 경우에 부여되어야 한다.

제27조 ① 당사국은 모든 아동이 신체적·정신적·도덕적·사회적 발달에 맞는 생활수준을 누릴 권리를 가짐을 인정한다.

② 부모 또는 아동을 책임지는 보호자는 능력과 재산의 범위 안에서 아동 발달에 필요한 생활여건을 조성할 일차적 책임을 진다.

③ 당사국은 재정 범위 안에서 국내 상황을 고려해 부모나 아동을 책임지는 보호자가 이 권리를 실현할 수 있도록 적절한 조치를 취해야 하며, 필요한 경우에는 특별히 기본적인 의식주에 대해 물질적 지원과 지원프로그램을 제공해야 한다.

④ 당사국은 국내외에 거주하는 부모, 또는 아동의 재정적 책임자로부터 양육비를 확보하기 위해 모든 적절한 조치를 취해야 한다. 특히 아동의 재정적 책임자가 아동과 다른 국가에 거주하는 경우 국제협약 가입이나 체결 등 적절한 조치를 세우도록 추진해야 한다.

: 유엔아동권리협약 한국 NPO연대, 유엔아동권리협약과 선택의정서, 2006, 14-15면

UN 아동권리협약 - 아동의 건강권

제24조 ① 당사국은 아동이 최상의 건강수준을 유지할 권리와 질병치료 및 건강회복을 위한 시설을 이용할 권리를 인정한다. 이와 관련해 보건의료서비스 이용에 관한 아동의 권리가 침해되지 않도록 노력해야 한다.

② 당사국은 이 권리의 완전한 이행을 추구해야 하며, 특히 다음과 같은 적절한 조치를 취해야 한다.

가. 영아와 아동사망률을 낮추기 위한 조치

나. 기초건강관리 증진에 중점을 두면서 모든 아동이 필요한 의료지원과 건강관리를 받을 수 있도록 보장하는 조치

다. 기초건강관리 체계 안에서 환경오염의 위험과 피해를 충분히 고려하면서, 쉽게 이용할 수 있는 기술적 적용과 충분한 영양식 및 안전한 식수 보급을 통해 질병과 영양실조를 퇴치하기 위한 조치

라. 산모에게 적절한 산전산후 건강관리를 보장하는 조치

마. 부모와 아동을 비롯한 모든 사회구성원이 아동의 건강과 영양, 모유수유의 장점, 위생 및 환경정화, 사고 예방에 관한 기초지식 관련 정보를 제공받고 교육받을 수 있도록 지원하는 조치

바. 예방 중심의 건강관리, 부모교육, 가족계획 교육과 서비스를 발전시키는 조치

③ 당사국은 아동의 건강에 유해한 전통관습을 폐지하기 위해 모든 효과적이므로 적절한 조치를 취해야 한다.

④ 당사국은 이 조에서 인정하는 권리의 완전한 실현을 점진적으로 달성하기 위해 국제협력을 증진하고 장려해야 한다. 이 문제에 있어서 개발도상국의 필요를 특별히 고려해야 한다.

출처: 유엔아동권리협약 한국 NPO연대, 유엔아동권리협약과 선택의정서, 2006, 14면

우리나라 아동의 건강정책과 관련해 주요 계획인 「아동복지법」 제7조에 따른 ‘제1차 아동정책기본계획’에 따르면, “우리나라는 「UN 아동권리협약」 가입 후 협약 이행상황에 대한 국가보고서 제출 및 위원회 권고 등의 과정을 거치면서 생존·보호·발달·참여 등 아동권리 보장 기반을 넓혀왔으나, 「UN 아동권리협약」의 기본이념 및 관련 규정이 국내법적 효력을 충분히 발휘하지 못하는 상황이고, 아동권리에 관한 아동 및 어른의 인식 수준도 낮은 단계라고 평가하고, 「UN 아동권리협약」을 준거로 아동 최우선의 관점에서 우리나라 아동이 처한 현실을 삶의 모든 영역에서 진단하고 해결방안을 모색, 실천하

는 노력이 시급하다”고 기술하고 있다.⁹⁹⁾ 우리나라는 아동의 보건의료정책 수립 시 유엔 아동권리위원회의 아동 정신건강관리와 관련된 권고를 기반으로 학생자살예방대책 수립 및 정신건강인프라 구축 및 정신건강검사 실시 및 인터넷 등 중독과의 상담 및 치료연계 서비스 지원 등을 세부 실천과제로 제시하고 있다.¹⁰⁰⁾

(4) 「보건의료기본법」에서의 건강권

「보건의료기본법」은 보건의료에 관한 국민의 권리·의무와 국가 및 지방자치단체의 책임을 정하고 보건의료의 수요와 공급에 관한 기본적인 사항을 규정함으로써 보건의료의 발전과 국민의 보건 및 복지의 증진에 이바지하는 것을 목적으로 하는 법률로서, 아동을 대상으로 하는 보건의료체계 및 보건의료서비스 등에 관한 총론적 사상에 적용되는 법률이다. 「보건의료기본법」 제2장에서는 보건의료에 관한 국민의 권리와 의무에 관해서 규정하고 있는데, 제10조제1항 ‘건강권’, 제10조제2항 ‘평등하게 건강권을 향유할 권리’, 제11조 ‘보건의료에 관한 알 권리’, 제12조 ‘보건의료서비스에 관한 자기결정권’을 언급하고 있다.¹⁰¹⁾

99) 대한민국 정부 관계부처 합동, 제1차 아동정책기본계획(2015 ~ 2019), 18면

100) 유엔아동권리위원회 권고안에 따르면, “우울증 및 자살원인에 대한 조사에 기반하여 아동 정신건강관리 정책을 개발, 자살행동의 효과적인 예방을 위해 정신건강증진 및 예방활동과 외래·입원환자 정신보건서비스를 포함하는 종합적인 서비스 시스템을 개발, 진단검사는 아동의 프라이버시권 및 충분히 상의할 권리를 보장할 수 있는 안전보장 조치를 마련”하는 것을 주 내용으로 하고 있다, 대한민국 정부 관계부처 합동, 제1차 아동정책기본계획(2015 ~ 2019), 65면

101) 「보건의료기본법」 제11조(보건의료에 관한 알 권리) ① 모든 국민은 관계 법령에서 정하는 바에 따라 국가와 지방자치단체의 보건의료정책에 관한 내용의 공개를 청구할 권리를 가진다.

② 모든 국민은 관계 법령에서 정하는 바에 따라 보건의료인이나 보건의료기관에 대하여 자신의 보건의료와 관련한 기록 등의 열람이나 사본의 교부를 요청할 수 있다. 다만, 본인이 요청할 수 없는 경우에는 그 배우자·직계존비속 또는 배우자의 직계존속이, 그 배우자·직계존비속 및 배우자의 직계존속이 없거나 질병이나 그 밖에 직접 요청할 수 없는 부득이한 사유가 있는 경우에는 본인이 지정하는 대리인이 기록의 열람 등을 요청할 수 있다.

제12조(보건의료서비스에 관한 자기결정권) 모든 국민은 보건의료인으로부터 자신의 질병에 대한 치료 방법, 의학적 연구 대상 여부, 장기이식(臟器移植) 여부 등에 관하여 충분한 설명을 들은 후 이에 관한 동의 여부를 결정할 권리를 가진다.

「보건의료기본법」 건강권

제10조(건강권 등) ① 모든 국민은 이 법 또는 다른 법률에서 정하는 바에 따라 자신과 가족의 건강에 관하여 국가의 보호를 받을 권리를 가진다.

② 모든 국민은 성별, 나이, 종교, 사회적 신분 또는 경제적 사정 등을 이유로 자신과 가족의 건강에 관한 권리를 침해받지 아니한다.

먼저 위 3개 규정 모두 국민에 대한 권리로서 건강권 등을 언급하고 있다는 점에서 보면, 이 같은 건강권의 대상은 국민을 의미한다 할 것이다. 또한 아동 역시 국민으로 「보건의료기본법」 제10조 이하의 건강권 등에 대한 주체가 된다. 우리 헌법상 건강권의 근거가 되는 헌법 제36조제3항은 보건권을 국민의 권리로 언급하고 있으며, 현재 난민 아동에 대한 건강권 보호의 필요성 등을 촉구하는 이론적 논의가 이뤄지고 있으나, 이는 인도적 차원이나 난민협약을 체결한 당사국 상호조치 등에 따라 해결되어야 할 사항이다.¹⁰²⁾ 따라서 본 연구에서는 난민 아동에 대한 건강권 보호 문제는 연구대상에서 제외하고자 한다.

이어서 건강권이 「보건의료기본법」 제10조에 규정되어 있다고 하여, 이를 법률상 권리로 보는 해석은 타당치 않다. 왜냐하면 앞서 언급한 것처럼 건강권은 자유권적 기본권이자 사회권적 기본권으로서 양면성을 갖는다. 특히, 사회권적 기본권의 속성상 기본권의 실현은 구체적 법률을 통해 실현될 수 있으므로, 「보건의료기본법」 제10조에서의

102) “노충래 이화여대 사회복지학과 교수는 아동복지 전문기관인 초록우산 어린이재단과 함께 ‘국내 난민아동 한국사회 적응 실태조사’(이하 ‘난민아동 조사’)에서 책임연구원을 맡아 국내 최초로 난민 아동의 삶을 연구했다. 연구 결과는 2018년 보고서로 발간됐다. 노 교수 연구팀은 2017년 7월부터 10월 말까지 4개월에 걸쳐 국내 체류 중인 난민 총 114가구의 부모(114명)와 아동(72개월 미만 영유아 101명, 72개월 이상 18살 미만 아동·청소년 73명, 모두 합해 174명)을 설문조사해 그 결과를 분석했다. 연구 결과를 보면 최근 1년(2017년) 동안 “자녀가 아파서 병원에 가고 싶을 때 가지 못한 경험이 있다”고 대답한 난민 부모의 비율이 42.1%였고, 그것의 가장 큰 이유로 ‘치료비가 부담스러워서’(66.7%)를 꼽았다. 직장의료보험에 가입하지 못한 난민은 재난적인 의료비가 부담돼 제때 보건의료 서비스를 받지 못했다. 노 교수는 “유엔아동권리협약에 명시한 ‘아동 이익 최우선 원칙’을 고려해 부모의 체류 자격과 관계없이 난민 아동의 기본적인 건강과 의료, 교육, 정보 접근 등의 권리가 보장될 수 있도록 체계적인 지원 방안을 마련해야 한다. 유엔아동권리협약에 가입한 국가는 난민 아동 같은 취약계층에 예방접종 등 기본적인 보건의료 서비스를 제공할 의무가 있다”고 지적했다.”, 한겨레 21, “정부, 난민 아동의 기본권 보장하라”, <http://h21.hani.co.kr/arti/society/society_general/47126.html>, 2019. 10. 30. 방문

건강권은 헌법상 건강권을 법률차원에서 보다 구체적으로 재확인한 규정이라 보아야 한다.

다만, 개인의 건강뿐만 아니라 가족의 건강에 관하여도 국가의 보호를 받는 권리라고 규정한 것과 관련해, 보건의료에 있어서 개인과 가족의 건강이 유기적으로 연계되어 있다는 점에서 한층 두텁게 보호하고자 한 취지로 해석된다. 헌법상 가족에 대한 규정인 헌법 제36조제1항은 국가가 개인의 존엄과 양성의 평등이 성립되는 가족생활을 보장한다는 의미이다. 여기서 가족생활이 가족 전체의 건강생활까지 포함하고, 그 건강의 의미가 가족의 정신 및 신체 등의 건강을 포함하되 사회적 건강까지를 포함하는 의미인지는 해석적으로 명확히 정리된 바는 없다. 다만, 법률차원에서 「건강가정기본법」 제3조제3호에 따르면, “건강가정이라 함은 가족구성원의 욕구가 충족되고 인간다운 삶이 보장되는 가정”을 의미한다고 규정하고 있는바, 광의의 건강 개념으로 볼 수도 있을 것이다. 그러나 기본권이란 그 속성상 개인이 향유하는 헌법상 권리이므로, 가족의 건강은 국가의 사회통합적 관점에서 국가적 책무에 해당하는 사항으로 이해해야만 할 것이다.¹⁰³⁾ 「보건의료기본법」 제10조가 개인의 건강권과 가족건강에 대한 국가의 책무로 구분하는 조문의 구성 형태를 띠었다라면 보다 입법적으로 체계성을 확보할 수 있었을 것이라 판단된다.

「보건의료기본법」 제10조제2항에서 모든 국민이 성별, 나이, 종교, 사회적 신분 또는 경제적 사정 등을 이유로 건강에 대한 권리에 대해 차별적 대우를 받지 않아야 됨을 강조하고 있다. 보건의료서비스가 개인의 건강을 위한 의료보장과 연계되고, 보편적 의료라는 의료의 공공성과 밀접한 관련을 갖는다는 점을 고려하여, 공공보건의료영역에서 경제적 사정이 열악한 개인에게도 충분한 보건의료서비스를 제공해야 한다는 취지에서 위 조항을 입법화 한 것이라 판단된다. 헌법 제36조제3항 및 「보건의료기본법」 제10조제2항에 따라 아동은 성인과 동등한 건강권의 주체로서, 보건의료영역에서 연령 등을 이유로 자신의 건강권을 침해받지 않을 권리를 갖는다 할 것이다.

103) 실제로 가족의 건강에 대해 최초로 규정한 바이마르 헌법은 “가족의 순결과 건강은 유지되어야 하며 국가와 공공단체는 이를 지원하여야 한다(바이마르 헌법 제119조제2항).”라고 규정하고 있다. 김주경, 헌법상 건강권의 개념 및 그 내용, 헌법판례연구 제12집, 헌법판례연구학회, 2011, 142면

2. 아동 보건의료의 법적 체계 및 구조

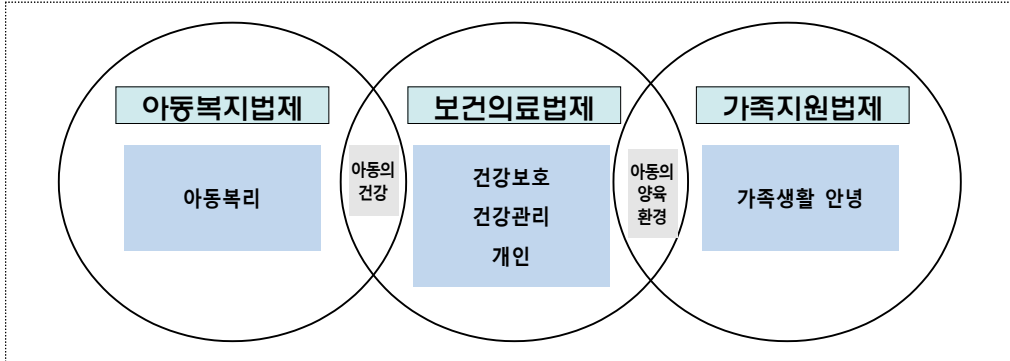
(1) 법적 체계의 구성 및 상관관계

현재 우리나라에는 아동에 관한 보건의료의 기본사항을 정한 개별 법률이 존재하지 않기 때문에, 아동 보건의료에 관한 법적 체계는 크게 아동복지 및 보건의료 그리고 가족 지원이라는 3개축으로 구획되어 있다. 특히, 이들 법적 체계의 상관성 및 포괄성 여부는 아동복지의 개념을 어디까지 인정할 것인가에 따라 달라질 수 있다. 아동복지를 “아동의 행복을 위해 아동에게 안전하고 지속적이며, 안정된 환경을 제공하는 모든 공적·사적 정책과 서비스”를 의미하는 광의의 개념으로 이해한다면,¹⁰⁴⁾ 아동의 건강관리를 위한 법적 기반인 보건의료법제 및 아동 가족지원의 기반이 되는 가족지원법제 역시 아동복지법제에 포함되는 것으로 이해할 수도 있을 것이다.

그러나 보건의료법제는 아동에 대한 의료보장 및 건강증진을 위한 보건의료사업 등과 관련해서는 아동복지법제와 상관성을 갖지만, 아동뿐만 아니라 전 국민을 대상으로 하는 보건의료에 관한 일반적 사항을 규율한 법적 체계이므로 아동복지법제에 포함된다고 볼 수 없을 것이다. 또한 가족지원법제 역시 아동이 기본적으로 부모 또는 가족의 지원을 통해 성장·발달할 수 있다는 점을 중심에 놓고 본다면 아동복지법제에 포섭될 수 있으나, 아동 역시 가족의 구성원이고 가족생활의 안정적 영위라는 입법목적은 고려한다면, 양자의 포섭관계는 성립하지 않는다. 따라서 아동복지 및 보건의료 그리고 가족지원에 관한 법적 체계는 각각의 목적을 갖는 고유한 입법영역이지만, 아동의 안녕과 건강이라는 차원에서는 연관성을 갖는다고 보아야 할 것이다.

104) 노혜련·김미원·조소연, 『예방과 통합의 관점에서 본 아동복지론』, 학지사, 2015, 15면

<그림4> 아동 보건의료의 법적 체계



(2) 법적 체계에 따른 관련 법률의 범위와 구분

앞서 언급했던 것처럼 아동 보건의료의 법적 체계는 아동 복지법제, 보건의료법제 그리고 가족지원법제로 구성되어 있다. 이들 3개의 법적 체계는 각각 고유한 입법영역이면서도, 아동의 건강권 확보란 점에서 서로 유기적으로 연계되어 있는 상관성을 갖는다. 아동의 복리를 아동의 건강을 포함한 개념으로 이해하고, 아동복지를 “아동이 행복한 삶을 누릴 수 있는 기본적인 여건을 조성하고 조화롭게 성장·발달할 수 있도록 하기 위한 경제적·사회적·정서적 지원”으로 규정한 「아동복지법」 제3조제3호에 따르면, 아동복지는 아동의 복지증진과 실천적 활동을 모두 포함하는 광의의 개념으로 본다면, 보건의료법제 및 가족지원법제상 아동을 대상으로 한 법령의 규율내용은 아동복지법의 이념과 원칙에 부합해야만 할 것이다.¹⁰⁵⁾

아동복지법제에 속하는 주요법률은 「아동복지법」 및 「장애아동 복지지원법」을 들 수 있다. 영아기 및 유아기 아동의 건강에 대한 보호와 관련해서는 「영유아보육법」이 주요 법률에 해당한다. 또한 「청소년기본법」 및 「학교 밖 청소년 지원에 관한 법률(약칭: 학교밖청소년법)」의 경우, 건강지원에 관한 실체적 규정이 존재하지 않지만, 청소년기 아동의 건강에 대한 지원대책 마련을 위해 함께 검토하고자 한다.

105) 오정수·정의중, 「아동복지론」, 학지사, 2015, 35면

보건의료법제를 보다 세부적으로 구분해 보면, ① 보건의료 일반에 관한 사항, ② 질병 관리 등에 관한 사항, ③ 보건의료조직에 관한 사항, ④ 보건의료 균형성에 관한 사항, ⑤ 대상별 보건의료에 관한 사항, ⑥ 보건의료 재원에 관한 사항을 정한 법령 등으로 나눌 수 있다.

먼저 보건의료일반에 관한 사항을 정하고 있는 주요법률로는 「보건의료기본법」, 「공공보건의료에관한법률(약칭: 공공보건의료법)」, 「지역보건법」, 「의료법」 및 「응급의료에 관한 법률(약칭: 응급의료법)」 그리고 마지막으로 「국민건강증진법」을 언급할 수 있다. 위 법률들의 경우, 보건의료의 구성 및 기본체계에 대해서 정하고 있는 법률들이므로, 아동 보건의료에 관한 쟁점별로 하위법령 등을 포함해 보다 세부적으로 검토하고자 한다. 질병관리는 감염병 및 특정질환 등에 대한 대응 및 예방을 위해 공공의 관리감독이 필요한 보건의료영역을 말하는데, 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률(약칭: 감염병예방법)」 및 「암관리법」, 「희귀질환관리법」 등 주요법률로 언급할 수 있다.

이어서 보건의료기관의 설립 및 운영에 대해 규정하고 있는 「국립대학병원설치법」, 「서울대학교병원 설치법」, 「서울대학교치과병원 설치법」 및 「한국국제보건의료재단법」을 보건의료조직에 관한 법률로 언급할 수 있다. 위 법률들의 경우 보건의료기관의 설립 및 운영권한에 관한 내용만을 정하고 있을 뿐, 실제 아동 보건의료와 관련해 필수적 의료확충을 위해 필요한 아동 응급의료센터 등과 같은 보건의료시설의 경우, 「응급의료법」 등에서 정한 시설 및 인력기준에 따라 보건복지부가 인증하는 시스템이다. 따라서 앞에서 언급한 법률들은 보건의료조직에 관한 법률로서 대표성을 갖지만, 아동 보건의료 개선을 위한 개별 사례와 관련성을 갖지 않는 한 검토대상에서 제외하고자 한다. 지역 간 의료의 균형성 강화를 위해, 농어촌 및 산간 지역과 같은 의료취약지를 대상으로 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법(약칭: 농어촌보건의료특별법)」이 시행 중이다.

인구집단별 보건의료에 관한 규율체계와 관련된 법률로는 「저출산·고령사회기본법」, 「모자보건법」과 「학교보건법」 그리고 「구강보건법」 및 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률(약칭: 정신건강증진법)」이 주요법률에 해당한다. 「모자보건법」 및 「학교보건법」은 신생아기·학령기 아동의 보건의료와 밀접한 관련이 있는 법률이므로

로 향후 아동 보건의료의 현황 및 법적 쟁점을 검토하는 과정에서 보다 상세히 검토하고자 한다. 또한 현재 「구강보건법」 개정을 통해 ‘아동 치과주치의’ 제도를 시행할 예정이므로, 관련 입법적 논의과정 및 추진배경에 대한 검토를 통해, 향후 아동 보건의료의 공공성 강화방향에 대한 시사점을 도출하고자 한다.¹⁰⁶⁾ 마지막으로 「국민건강보험법」 및 「의료급여법」은 보건의료 자원과 관련된 주요법률이라 할 수 있다.

앞서 아동의 보건의료에 대해 부모 또는 가족 등의 양육자를 필요로 하는 의존성을 특성의 하나로 언급하였는데, 가족지원법제는 그런 특성에 기반을 두어 상관성을 갖는 법적 체계라 할 것이다. 최근 다문화 가족 내 아동의 건강검진이 제대로 이뤄지지 않은 문제가 사회적으로 거론되고 있고,¹⁰⁷⁾ 한부모가족 내 아동의 경우 충분한 양육환경이 조성되지 못해 아동의 건강이 보호되지 못하는 문제가 언급되고 있어,¹⁰⁸⁾ 이와 관련된 「다문화가족지원법」 및 「한부모가족지원법」을 주요법률로 검토하고자 한다.

106) “...보건복지부는 3일 아이들이 평생 건강한 치아를 유지할 수 있도록 영구치가 완성되는 12세 전후로 구강검진 및 교육 예방 진료 등을 실시하는 ‘아동치과주치의 제도’를 도입할 예정이다. 대상 아동이 적은 비용부담으로 가까운 동네 치과의원에서 구강검진 및 예방진료를 받을 수 있도록, 대상자 범위와 서비스 내용을 검토하고 있으며 내년부터 시범사업을 실시할 예정이다. 아동치과주치의 세부 사업을 보면 구강검진에 진찰, 일반 방사선 촬영판독, 예방진료에 치태제거, 치석제거, 불소도포, 치아홈메우기, 충치치료, 구강관리 교육에 치면세균막 검사, 칫솔질·치실질 교육, 불소이용법 및 식습관 교육 등이다. 진행 일정은 2019년 아동치과주치의 사업 시행을 위해 연구용역 추진한다. 2020년에 아동치과주치의 시범사업을 시행하고 2021년에 시범사업 성과평가 및 본 사업을 추진할 예정이다...”, 내일신문 기사(2019. 06. 13), 아동치과주치의 시범사업 내년 실시, <http://www.naeil.com/news_view/?id_art=314976>, 2019. 10. 30. 방문

107) 문화일보 기사(2018. 12. 17), 다문화 아동 10만 명 건강검진 ‘사각지대’, <<http://www.munhwa.com/news/view.html?no=2018122701071003016001>>, 2019. 10. 30. 방문

108) “어려운 사정으로 집에서 혼자 출산하는 미혼모와 그 신생아들이 법원의 허가를 거쳐 출생신고를 할 수 있을 때까지 상당기간 건강보험 보장의 사각지대에 놓인 것으로 나타났다. 과거에는 출생신고를 하려면 의사나 조산사와 분만에 관여한 사람이 작성한 출생증명서만 있으면 출생신고가 가능해, 집에서 의사나 조산사 도움 없이 출산을 하게 되는 경우에도 지인 2명의 보증만 있으면 출생신고를 할 수 있었다. 그러나 허위 출생신고로 전과자가 신분세탁을 하거나 불법적으로 국적을 취득하는 등의 문제가 생기자 정부는 2016년 5월 출생증명서 작성 주체를 의사나 조산사로 제한하고 출생증명서가 없을 경우에는 가정법원의 출생확인을 받아야만 출생신고가 가능하도록 가족관계등록법을 개정했다. 그런데 이 때문에 임신부가 집에서 나 홀로 출산한 신생아는 바로 출생신고를 할 수 없게 돼 예상치 못한 보호의 사각지대가 생기게 된 것이다. 가정법원의 확인을 받기 위해 병원 등에서 유전자 검사 결과 확인서를 받으려면 1주일 정도 걸리고 법원에서 출생확인을 받는데도 보통 석 달 정도가 소요된다. 간단한 예방접종은 질병관리본부에서 임시번호를 부여 받아 건강보험을 적용 받을 수 있지만, 다른 의료비는 건강보험 혜택을 받을 수 없다. 국민건강보험공단 관계자는 “병원에서 누구의 아기라고 건강보험 신청이 들어오면 원칙적으로 건강보험을 적용해준다”고 설명했다. 문제는 나 홀로 출산 미혼모의 경우 누구의 아기라는 것을 증명할 수 있는 출생증명서가 없고, 나 홀로 출산의 아기가 병원에 오는 특이한 경우가 많지 않아 명확한 지칭도 없어 병원에서도 건강보험 신청을 꺼리고 있다.”, 법률신문 기사(2018. 10. 08.), “나 홀로 출산 - 미혼모 아기, 건강관리에 구멍”, <<https://www.lawtimes.co.kr/Legal-News/Legal-News-View?serial=146882>>, 2019. 06. 30. 기사

<표4> 아동 보건의료의 법적 체계와 주요법률

법적 체계	법률명	입법목적	수립계획	소관부처	
아동복지	「아동복지법」	아동의 행복 및 복리증진	아동정책 기본계획	보건복지부	
	「장애아동복지지원법」	장애아동의 복지지원	없음	보건복지부	
	「영유아보육법」	영유아 복지증진	보육계획	보건복지부	
보건의료	보건의료 일반	「보건의료기본법」	국민보건 및 복지증진	보건의료 발전계획	보건복지부
		「공공보건의료법」	공공보건의료 효과적 제공 및 국민보건 향상	공공보건 의료계획	보건복지부
		「지역보건법」	지역주민의 건강증진	지역보건 의료계획	보건복지부
		「의료법」	국민의료 필요사항 규정	의료인 수급계획	보건복지부
		「응급의료법」	응급의료 필요사항 규정	응급의료 기본계획	보건복지부
	「국민건강증진법」	국민건강증진	국민건강증진 종합계획	보건복지부	
	질병 관리	「암관리법」	암관리 및 예방	암관리 종합계획	보건복지부
		「감염병예방법」	감염병 예방 및 관리	감염병예방 관리계획	보건복지부
		「결핵예방법」	결핵예방 및 관리	결핵관리 종합계획	
		「희귀질환관리법」	희귀질환 예방 및 관리	희귀질환관리 종합계획	보건복지부
「후천성면역결핍증 예방법」		후천성면역결핍증 예방 및 관리	없음	보건복지부	

법적 체계		법률명	입법목적	수립계획	소관부처
	보건 의료 조직	「국립대학병원설치법」	국립대학병원 설치	없음	교육부
		「서울대학교병원 설치법」	서울대병원 설치	없음	교육부
		「서울대학교치과병원 설치법」	서울대치과병원 설치	없음	교육부
		「한국국제보건의료 재단법」	한국국제보건의료재단 설치	없음	보건복지부
	보건 의료 균형성	「농어촌보건의료특별법」	농어촌 지역 보건의료 증진	없음	보건복지부
	대상별 보건 의료	저출산·고령사회기본법	저출산·고령사회 등 인구변화 대비	저출산· 고령사회 기본계획	보건복지부
		「모자보건법」	모성 및 영유아 건강 및 출산 양육 지원	모자보건 사업계획	보건복지부
		「학교보건법」	학교 학생의 보건증진	학생건강 증진계획	교육부
		「구강보건법」	국민의 구강건강 증진	구강보건 사업계획	보건복지부
		「정신건강증진법」	정신건강증진 및 정신질환자 지원	정신건강 증진 및 정신질환자지 원기본계획	보건복지부
	보건 의료 재원	「국민건강보험법」	질병 및 부상에 대한 국민건강보험급여 지급 및 사회보장 증진	국민건강보험 종합계획	보건복지부
		「의료급여법」	의료급여 지원 및 건강증진	없음	보건복지부
	가족지원	「다문화가족지원법」	다문화가족의 지원 및 사회통합	다문화가족지 원기본계획	여성가족부

법적 체계	법률명	입법목적	수립계획	소관부처
	「한부모가족지원법」	한부모가족의 지원 및 생활 안정지원	없음	여성가족부

3. 아동 보건의료에 관한 주요법률의 내용 및 관련 정책

아동 보건의료에 관한 법적 쟁점을 명확히 하기 위해서는 앞에서 언급한 아동 보건의료에 관한 기본적인 법률 및 관련 정책에 대한 전반적 이해가 전제되어야만 한다. 따라서 본 장에서는 아동 보건의료와 관련된 주요법률의 내용과 그와 관련해 추진되고 있는 아동 보건의료정책의 현황을 간략히 기술하고자 한다.

(1) 「아동복지법」과 아동정책기본계획

① 「아동복지법」

「아동복지법」은 아동이 건강하게 출생하여 행복하고 안전하게 자랄 수 있도록 아동의 복지를 보장하는 것을 입법목적으로 하는 법률로써, 총 7장 76개 조문으로 구성되어 있다(「아동복지법」 제1조). 이 같은 입법목적에 따르면, 아동의 보건의료와 관련된 건강한 출생과 안온한 성장·발달에 관한 사항을 기본적으로 「아동복지법」의 규율대상이 될 수 있다 할 것이다.

현재 「아동복지법」에서 보건의료체계와 직접적으로 연계될 수 있는 규정은 아동지원 서비스에 관해 규정하고 있는 제4장제1절의 제35조(건강한 심신의 보존) 및 제36조(보건소), 단 2개 규정뿐이다. 「아동복지법」 제35조에 따르면, 아동의 보호자에 대해 아동의 건강유지와 향상에 대한 주의와 노력을 기울일 것을 규정하고, 국가 및 지방자치단체는 ① 신체적 건강 증진에 관한 사항, ② 자살 및 각종 중독의 예방 등 정신적 건강 증진에 관한 사항, ③ 급식지원 등을 통한 결식예방 및 영양개선에 관한 사항, ④ 비만 방지 등 체력 및 여가 증진에 관한 사항에 대해 지원하도록 의무를 부과하고 있다(「아동복지법」

제35조). 또한 아동의 신체적·정신적 문제에 대한 예방을 위해 아동이 제때에 상담과 치료를 받을 수 있는 기반을 해야 한다고 규정하고 있다(『아동복지법』 제35조제3항). 이어서 『아동복지법』 제36조에 아동의 전염병 예방조치, 건강상담, 신체검사와 보건위생에 관한 지도, 영양개선을 보건소의 업무에 관해 규정함으로써, 아동의 건강지원서비스의 추진을 위한 실행기관을 구체적으로 명시하고 있다(『아동복지법』 제36조).

아동복지의 실질적 보장을 위해 『아동복지법』에서는 매 5년마다 아동정책기본계획을 수립할 수 있다(『아동복지법』 제7조 및 제8조). 동 법률에서는 아동정책기본계획의 구체성 및 실행가능성을 확보하는 차원에서 5년마다 아동의 양육 및 생활환경, 언어 및 인지 발달, 정서적·신체적 건강, 아동안전, 아동학대 등에 관한 아동종합실태조사를 실시하고, 그 결과를 공표하여 이를 기본계획과 시행계획에 반영하여야 하도록 규정하고 있다(『아동복지법』 제11조).¹⁰⁹⁾ 또한 아동정책영향평가를 제도화 하여 국가와 지방자치단체가 시행하는 아동 관련 정책이 아동복지에 미치는 영향을 분석·평가하여, 그 결과를 아동 관련 정책의 수립·시행에 반영하여야 할 수 있도록 규정하고 있다(『아동복지법』 제11조의 2). 이 같은 아동복지 관련 사업 및 정책수립의 지원 그리고 각 평가를 위해 2019년 ‘아동 권리보장원’을 설립에 관한 근거를 마련하였다(『아동복지법』 제10조의2).

109) 『아동복지법』 제 7 조(아동정책기본계획의 수립) ① 보건복지부장관은 아동정책의 효율적인 추진을 위하여 5년마다 아동정책기본계획(이하 “기본계획”이라 한다)을 수립하여야 한다.

② 기본계획은 다음 각 호의 사항을 포함하여야 한다.

1. 이전의 기본계획에 관한 분석·평가
2. 아동정책에 관한 기본방향 및 추진목표
3. 주요 추진과제 및 추진방법
4. 재원조달방안
5. 그 밖에 아동정책을 시행하기 위하여 특히 필요하다고 인정되는 사항

③ 보건복지부장관은 기본계획을 수립할 때에는 미리 관계 중앙행정기관의 장과 협의하여야 한다.

④ 기본계획은 제10조에 따른 아동정책조정위원회의 심의를 거쳐 확정한다. 이 경우 보건복지부장관은 확정된 기본계획을 관계 중앙행정기관의 장 및 특별시장·광역시장·도지사·특별자치도지사(이하 “시·도지사”라 한다)에게 알려야 한다.

제 8 조(연도별 시행계획의 수립·시행 등) ① 보건복지부장관, 관계 중앙행정기관의 장 및 시·도지사는 매년 기본계획에 따라 연도별 아동정책시행계획(이하 “시행계획”이라 한다)을 수립·시행하여야 한다.

② 관계 중앙행정기관의 장 및 시·도지사는 다음 연도의 시행계획 및 전년도의 시행계획에 따른 추진실적을 대통령령으로 정하는 바에 따라 매년 보건복지부장관에게 제출하고, 보건복지부장관은 매년 시행계획에 따른 추진실적을 평가하여야 한다.

③ 시행계획의 수립·시행 및 추진실적의 평가 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

② 아동정책기본계획

「아동복지법」 제7조에 따른 아동정책기본계획은 2015년 제1차로 수립된 계획으로서, 총 6개 영역으로 구분된 주요 정책과제 가운데 제2장에 아동의 건강한 삶과 관련해 11개 정책과제를 다음과 같이 제시하고 있다.¹¹⁰⁾ 기본적으로 아동정책기본계획에서 아동의 건강에 대한 지원체계는 “발달주기별로 건강 취약분야에 대한 예방을 높이고, 아동과 관련된 활동공간(가정·어린이집·유치원·학교)에서 건강을 통합적으로 관리라는 체계”로 이해하고 있으며, 이를 위해 정책방향은 ① 생활공간기반 건강보장, ② 발달주기별 건강보장, ③ 영양 영역으로 구분하여 추진하고 있다.

<표5> 제1차 아동정책 기본계획(2015~2019)

정책방향	정책과제		세부내용
생활공간기반 건강관리체계 마련	1	어린이집·유치원 건강관리체계	<ul style="list-style-type: none"> - 영유아 건강 관리내용 어린이집·유치원 통합평가 지표로 반영 - 영유아 건강검진 정보, 예방접종 정보와 보육통합시스템 연계 - 유아 맞춤형 체육교육프로그램 개발
	2	학교건강관리체계	<ul style="list-style-type: none"> - 건강증진학교 확대방안 - 시도교육청 평가항목에 학생 건강 관리지표 반영 및 보건교육 실시 - 학교체육 활성화
발달주기별 건강관리체계 내실과	1	건강한 출산 지원	<ul style="list-style-type: none"> - 임신출산지원 종합대책 수립 - 산후조리원 안전·감염관리 강화
	2	모유수유 증진	<ul style="list-style-type: none"> - 출산 1인 1실+24시간 모아병실 단계적 전환 - 의료기관 모유수유 증진
	3	어린이 감염병 예방을 위한 예방접종률 향상	<ul style="list-style-type: none"> - 예방접종비 지원 확대 - 예방접종 미접종자 관리시스템 개선

110) 대한민국 정부 관계부처 합동, 제1차 아동정책기본계획(2015 ~ 2019), 52- 68면

정책방향	정책과제		세부내용
	4	건강검진 내실화	<ul style="list-style-type: none"> - 영유아 건강검진을 제고, 영유아 조기발달검사 수행 - 초중고 학생 검진제도 개선 - 생활습관형 질병(비만·근시·치아우식 등) 예방 등
	5	생활습관형 질병 예방·관리	<ul style="list-style-type: none"> - 초등학교 구강관리시스템 마련 - 금연진료 및 약물요법에 대한 건강보험 급여화 추진 - 초중고 흡연 예방교육사업 확대
	6	아동기 다빈도 질병 및 환경성 질환 관리	<ul style="list-style-type: none"> - 아토피, 비염 등 아동기 유병률 높은 질병에 대한 대응전략 수립 - 아동 결핵관리 - 아동 대상 항생제 처방의 적정성 평가를 통한 처방률 정보 공개 - 어린이 환경성 질환 관리
	7	정신건강관리체계 구축	<ul style="list-style-type: none"> - 학생자살예방대책 마련 - 정신건강증진센터 내 아동전담팀 구축 - 정신건강검사 - 인터넷 등 중독 등에 개한 연계서비스 지원 - 중독관리통합지원센터 등 지역사회 관리체계 구축 - 아동 대상 위기개입 체계 마련 - 아동 수면시간 보장 중요성 인식 개선 - 건강보험 보장성 범위 확대
	8	아동 전용 보건인프라 확충	<ul style="list-style-type: none"> - 아동전문병원 등 아동보건인프라 확충 - 어린이병원 건립지원 - 소아전문응급의료센터 법제화 추진 - 산림인프라 활용한 건강증진프로그램 확대
	9	건강한 식습관 환경조성	<ul style="list-style-type: none"> - 건강매점 운영지침 개발 및 콘텐츠 지원 - 임산부 및 영유아 영양관리 지원사업 내실화 - 활동공간 중심 영양교육 콘텐츠 개발 - 어린이 과일바구니 사업 확산

출처: 대한민국 정부 관계부처 합동, 제1차 아동정책기본계획(2015 - 2019), 52- 68면

(2) 「공공보건의료법」과 공공보건의료 기본계획

① 「공공보건의료법」

「공공보건의료법」은 “공공보건의료의 기본적인 사항을 정하여 국민에게 양질의 공공 보건의료를 효과적으로 제공함으로써 국민보건의 향상에 이바지함”을 목적으로 하는 법률로서, 총 6장 25개 조문으로 구성되어 있다. 아동은 성인과 동등한 인격체로서 국민에 해당하므로, 공공보건의료 영역에서는 동 법률의 적용대상이 되기도 한다. 「아동복지법」처럼 아동 건강만을 대상으로 하는 법률이 아니기 때문에, 구체적으로 아동을 대상으로 직접 적용되는 규정은 존재하지 않는다. 다만, 신생아기 및 영유아기 등으로 발달주기별 시행되는 보건의료정책에 있어 공공보건의료 영역인 경우에는 위 법률의 적용대상이 되며, 아동의 보건의료체계 확립과 관련해 중요한 인적 물적 기반이 되는 공공보건의료조직 및 시설 등에 대해서도 「공공보건의료법」에서 정하고 있다. 이와 관련해 「공공보건의료법」 제14조에서는 보건의료를 원활하게 제공하기 위하여 전문진료 분야별로 필요한 시설·인력 및 장비를 갖추었거나 갖추 능력이 있다고 인정하는 의료기관 중에서 ‘공공전문진료센터’로 지정할 수 있는 근거를 마련하고 있다.¹¹¹⁾ 여기서 원활하게 제공되어야만

111) 「공공보건의료법」 제14조(공공전문진료센터의 지정) ① 보건복지부장관은 다음 각 호의 보건의료를 원활하게 제공하기 위하여 전문진료 분야별로 필요한 시설·인력 및 장비를 갖추었거나 갖추 능력이 있다고 인정하는 의료기관 중에서 공공전문진료센터(이하 “공공전문진료센터”라 한다)를 지정할 수 있다.

1. 수익성이 낮아 공급이 원활하지 아니한 전문진료
 2. 국민건강을 위하여 국가가 육성하여야 할 필요성이 큰 전문진료
 3. 지역별 공급의 차이가 커서 국가가 지원하여야 할 필요가 있는 전문진료
 - ② 공공전문진료센터로 지정받으려는 의료기관은 보건복지부장관에게 신청하여야 한다. 이 경우 공공보건의료기관이 신청하면 보건복지부장관은 그 지정을 우선적으로 고려할 수 있다.
 - ③ 공공전문진료센터는 지정받은 전문진료 분야에서 양질의 보건의료서비스 제공과 인력에 대한 교육 등을 하여야 하며, 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 이를 위한 계획을 수립하고 그 시행결과를 보건복지부장관에게 보고하여야 한다.
 - ④ 보건복지부장관 또는 시·도지사는 공공전문진료센터의 시설·장비 확충 및 운영에 드는 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.
 - ⑤ 공공전문진료센터 지정의 기준, 방법 및 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.
- 「공공보건의료법」 제15조(공공보건의료사업의 시행결과 평가) ① 보건복지부장관은 의료취약지 거점의료기관 및 공공전문진료센터에 대하여 공공보건의료사업의 시행결과를 평가할 수 있다.
- ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 평가결과에 따라 해당 의료취약지 거점의료기관 또는 공공전문진료센터에 대한 재정적·행정적 지원을 다르게 할 수 있다.
 - ③ 보건복지부장관은 의료취약지 거점의료기관 또는 공공전문진료센터의 효율적인 운영을 위하여 제1항에

할 보건의료 영역은 첫째, 수익성이 낮아 공급이 원활하지 아니한 전문진료, 둘째, 국민건강을 위하여 국가가 육성하여야 할 필요성이 큰 전문진료, 셋째, 지역별 공급의 차이가 커서 국가가 지원하여야 할 필요가 있는 전문진료로 구분된다. 이처럼 의료 공공성 보장 강화 및 지역 간 의료격차 해소라는 공공보건의료의 공익적 목적과 관련해, 「공공보건의료법」 제14조는 필수적 전문진료에 대한 공적 보장을 위한 법적 기반이 되는 규정이라 할 것이다.

특히, 「공공보건의료법」 제12조 및 제13조는 지역 간 아동의 의료격차 해소를 위한 실제적 규정으로서 매우 중요한 의미를 갖는다. 「공공보건의료법」 제12조에 따르면, 보건복지부장관은 ‘의료취약지’ 지정·고시에 관한 근거를 마련하고, 취약지역 내의 인력공급 및 의료기관 설립 등에 대한 비용보조 등에 관한 권한을 부여받고 있는데, 이를 통해 보건복지부장관이 지역 간 의료격차 해소를 위한 정책입안주체이자 의료취약지 거점의료기관 등에 대한 감독역할을 수행하고 있음을 알 수 있다.¹¹²⁾ 이어서 동법 제13조에서는 주민에게 적절한 보건의료를 제공하기 위하여 필요한 시설·인력 및 장비를 갖추었거나 갖추 능력 있다고 인정하는 의료기관 중에서 거점의료기관을 ‘의료취약지 거점의료기관’으로 지정할 수 있도록 규정하여, 지역 간 의료격차 해소를 위해 실질적 추진체계에 관해 규정하고 있다.¹¹³⁾ 농어촌 및 산간지역 등의 의료취약지에 거주하는 아동에 대한

다른 평가결과를 공표하거나 평가결과와 관련하여 시정을 요구하는 등 필요한 조치를 할 수 있다.

④ 제1항에 따른 평가의 세부 기준, 방법 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

112) 「공공보건의료법」 제12조(의료취약지의 지정·고시) ① 보건복지부장관은 주기적으로 국민의 의료 이용 실태 및 의료자원의 분포 등을 평가·분석하여야 한다.

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 평가·분석 결과 의료서비스의 공급이 현저하게 부족한 지역을 의료취약지로 지정·고시할 수 있다.

③ 제2항에 따라 의료취약지를 지정할 때에는 부족한 의료서비스의 대상 및 종류에 따라 구분하여 지정할 수 있다.

④ 보건복지부장관은 제2항에 따라 지정·고시된 의료취약지(이하 “의료취약지”라 한다)에 대하여 보건의료 공급이 원활하게 이루어질 수 있도록 다음 각 호의 지원을 할 수 있다.

1. 보건의료 인력의 공급에 대한 지원

2. 「의료법」 제3조에 따른 의료기관(이하 “의료기관”이라 한다)의 설립 및 운영을 위한 비용의 보조 등

⑤ 제1항에 따른 평가·분석에 필요한 사항과 제2항 및 제3항에 따른 의료취약지 지정의 기준, 방법, 절차 및 기간 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

113) 「공공보건의료법」 제13조(의료취약지 거점의료기관의 지정) ① 시·도지사는 관할 의료취약지의 주민에게 적절한 보건의료를 제공하기 위하여 필요한 시설·인력 및 장비를 갖추었거나 갖추 능력 있다고 인정하는 의료기관 중에서 거점의료기관(이하 “의료취약지 거점의료기관”이라 한다)을 지정할 수 있다.

② 의료취약지 거점의료기관으로 지정받으려는 의료기관은 시·도지사에게 신청하여야 한다. 이 경우 공공보건

건강권 확보차원에서 볼 때, 이들 두 규정은 지역 내 아동에 대한 필수적 의료인력 및 시설 그리고 아동 전문의료기관의 확충을 위한 지원근거라 할 것이다.

「공공보건의료법」은 양질의 공공보건의료 제공을 위해 매 5년마다 공공보건의료 기본계획을 수립하고, 이에 기초하여서 매년 주요 시책 추진계획을 별도로 수립할 것을 규정하고 있다. 공공보건의료 기본계획의 수립 및 변경 등에 관해서는 공공보건의료정책의 심의를 거치도록 하고 있다(「공공보건의료법」 제4조, 제5조 및 제8조).¹¹⁴⁾ 공공보건의료

의료기관이 신청하면 시·도지사는 그 지정을 우선적으로 고려할 수 있다.

③ 의료취약지 거점의료기관으로 지정받은 의료기관은 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 의료취약지에서 적정한 보건의료를 제공하기 위한 계획을 수립하고 그 시행결과를 시·도지사에게 보고하여야 한다.

④ 보건복지부장관 또는 시·도지사 및 시장·군수·구청장은 의료취약지 거점의료기관의 시설·장비 확충 및 운영에 드는 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 보건복지부장관은 의료취약지 거점의료기관으로 지정된 의료기관의 수가 너무 많거나 적은 경우에는 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 시·도지사에게 지정의 개선을 권고할 수 있다.

⑥ 의료취약지 거점의료기관 지정의 기준, 방법 및 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

114) 「공공보건의료법」 제 4 조(공공보건의료 기본계획) ① 보건복지부장관은 국민에게 양질의 공공보건의료를 제공하기 위하여 「보건의료기본법」 제15조에 따른 보건의료발전계획과 연계하여 공공보건의료 기본계획을 5년마다 수립하여야 하고, 이를 기초로 매년 주요 시책 추진계획을 수립·시행하여야 한다.

② 제1항에 따른 공공보건의료 기본계획(이하 “공공보건의료 기본계획”이라 한다)에는 다음 각 호의 사항이 포함되어야 한다.

1. 공공보건의료의 목표와 방향
2. 공공보건의료의 추진 계획 및 방법
3. 공공보건의료 확충을 위한 보건의료자원의 조달 및 관리 방안
4. 그 밖에 공공보건의료 강화를 위하여 보건복지부령으로 정하는 사항

③ 관계 중앙행정기관의 장, 공공단체의 장과 시·도지사는 매년 공공보건의료 기본계획에 따라 공공보건의료 시행계획(이하 “시행계획”이라 한다)을 수립·시행하여야 한다.

④ 관계 중앙행정기관의 장, 공공단체의 장과 시·도지사는 전년도 시행계획에 따른 추진실적 및 다음 연도의 시행계획을 매년 보건복지부장관에게 제출하여야 한다.

⑤ 제3항 및 제4항에 따른 시행계획의 수립·시행 및 추진실적의 평가 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다. 제 5 조(공공보건의료정책의 심의) 공공보건의료에 관한 다음 각 호의 사항은 「보건의료기본법」 제20조에 따른 보건의료정책심의위원회의 심의를 거쳐야 한다.

1. 공공보건의료 기본계획의 수립 및 변경
2. 제12조에 따른 의료취약지 지정에 관한 사항
3. 제14조에 따른 공공전문진료센터의 필요성 및 규모에 관한 사항
4. 그 밖에 보건의료정책심의위원회의 위원장이 심의에 부치는 사항

제 8 조(공공보건의료계획의 수립) ① 공공보건의료기관의 장은 공공보건의료 기본계획의 시행을 위한 공공보건의료계획을 매년 수립하고 이를 전년도 시행결과와 함께 보건복지부장관에게 보고하여야 한다.

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 공공보건의료계획의 내용에 관하여 필요하다고 인정하는 경우에는 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 공공보건의료기관의 장에게 그 계획의 변경을 권고할 수 있다.

③ 보건복지부장관 또는 시·도지사는 제1항에 따른 공공보건의료계획의 시행에 필요한 비용의 일부를 보조할 수 있다.

④ 제1항에 따른 공공보건의료계획의 내용 및 수립 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

기본계획의 시행결과를 평가하고, 공공보건의료기관 등의 이행성과 역시 평가에 반영되도록 규정하고 있다(「공공보건의료법」 제9조).

② 공공보건의료기본계획

현재 「공공보건의료법」 제8조에 따른 수립된 제1차 공공보건의료 기본계획(2016~2020)에서는 5대 추진전략, 14개 세부과제 및 46개 실행과제를 주요내용으로 담고 있다.

<그림5> 제1차 공공보건의료 기본계획(2016~2020)



출처: 보건복지부, 제1차 공공보건의료 기본계획(2016~2020), 2016, 7면, 그림

아동의 보건의료에 관한 정책과제는 직접적으로 아동의 생애주기와 관련해 언급하고 있는 과제를 중심으로 놓고 보면, 첫째, 지역 간 균형 잡힌 공공보건의료 제공체계 구축이

라는 제1대 추진전략과 관련해 한 실행과제 4개, 필수분야 보건의료서비스 적정공급이라는 제2대 추진전략과 관련해 4개 과제를 언급할 수 있다. 다음 <표6>에 따르면, 대부분 아동에 대한 보건의료는 아동의 출생과 관련된 분만 취약이 지원 정책 또는 소아과 인력 확충 방안, 태아기 및 신생아기 아동에 대한 시설 및 재정지원과 관련된 내용을 정책적 초점으로 하고 있음을 확인할 수 있다.

<표6> 제1차 공공보건의료 기본계획(2016~2020) - 아동 보건의료 관련 과제

추진전략	세부과제		실행과제
지역 간 균형 잡힌 공공보건의료 제공체계 구축	1	의료취약지 지원강화	5) 기타 취약지 지원 확대 - 취약지 소재 병원의 거점의료기관 활용을 위한 미충족 필수의료(내과, 외과, 소아과) 시설 및 장비, 인건비 지원 - 농어촌 주민 1차 의료 외 내과, 외과, 소아과 등 다빈도 질환의 입원과 수술에 대해서도 의료서비스 보장받을 수 있도록 지원
필수분야에 보건의료서비스 적정공급	2	공급이 부족한 필수의료 확충	1) 분만 취약지 지원 강화 - 2020년까지 모든 분만취약지 해소 - 분만 취약지 산모대상 임신출산진료비 추가 지원 - 산부인과 운영개선을 위한 의료수가 가산 추진

출처: 보건복지부, 제1차 공공보건의료 기본계획(2016~2020), 2016, 16면 및 28면

(3) 저출산·고령사회 정책로드맵 및 아동국가책임제

① 「저출산·고령사회기본법」 및 저출산·고령사회 정책로드맵

「저출산·고령사회기본법」은 출산을 저하 및 인구 고령화로 인한 적극적 대책마련을 위해 제정된 법률로써, 저출산 및 인구의 고령화에 따른 변화에 대응하는 저출산·고령사회정책의 기본방향과 그 수립 및 추진체계에 관한 사항을 규정함으로써 국가의 경쟁력을 높이고 국민의 삶의 질 향상과 국가의 지속적인 발전에 이바지함을 입법목적으로 정하고 있다(「저출산·고령사회기본법」 제1조). 특히, 저출산 현상에 대한 대책 마련과 관

련된 사항은, 아동의 보건의료와 연계되는 정책마련이 필요한 부분으로서, 동 법률에서는 제2장 저출산·고령사회정책의 기본방향과 관련해, 자녀의 출산과 보육(제8조), 모자보건의 증진(제9조) 그리고 자녀의 임신·출산 등에 대한 경제적 부담감 경감(제10조)에 대한 국가 및 지방자치단체의 시책마련을 규정하고 있다. 아동의 보건의료와 관련된 각종 법정계획(아동정책기본계획 및 공공보건의료 기본계획 등)들은 세부과제 수립 시 유관법령 및 유관정책과의 정합성 여부도 고려하게 되는데, 「저출산·고령사회기본법」 제8조에서 제10조에 따라 저출산·고령사회정책의 기본방향과의 정책적 연계성도 고려하게 된다.

특히, 2018년 문재인 정부는 국정과제와 정책목표의 연관성을 고려하여 기존 수립된 제3차 저출산·고령사회 기본계획(2016~2020)을 정비하고, 저출산·고령사회의 정책적 패러다임 전환하여 핵심정책과제를 마련하기 위해 새롭게 ‘저출산·고령사회 정책 로드맵’을 발표하였다.¹¹⁵⁾ 특히 아동 보건의료와 관련해 중요한 변화는 첫째, 정책패러다임이 기존에 ‘출산 장려’에서 ‘모든 세대 삶의 질 보장과 미래세대에 대한 사회적 투자의 확대’로 전환되었다는 점이다. 둘째, 기존 정책방향이 결혼가족 및 3자녀 이상 다자녀에 대한 지원이 중심이 되었다면, 아동이 중심이 되는 모든 형태의 가족을 포용하는 형태로 가족관점이 변화되었다.¹¹⁶⁾

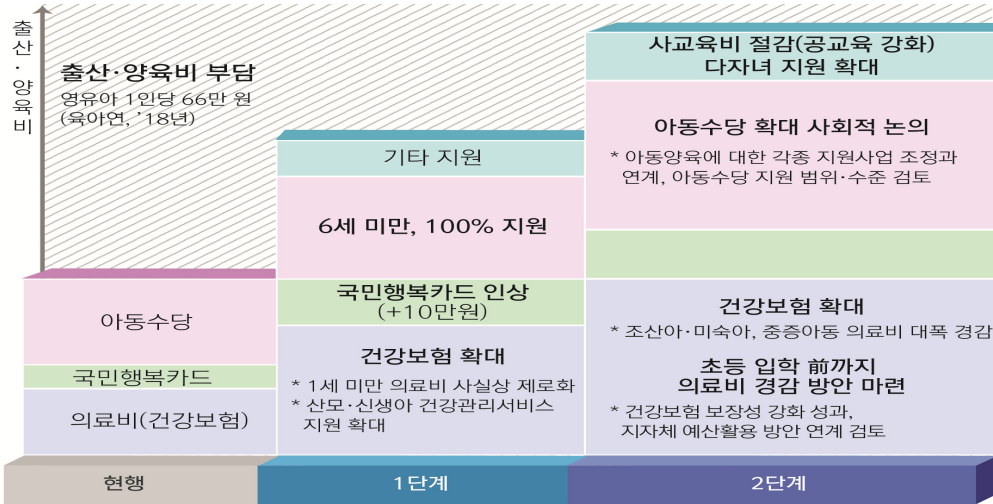
저출산·고령사회 정책 로드맵에서 아동 보건의료와 관련해 제안된 과제들은 다음 표에서 볼 수 있듯이, ① 신생아기 아동에 대해서는 산모·신생아 건강관리 지원을 확대하고, ② 영아기 아동의 경우 의료비 사실상 제로화 추진, ③ 초등학교 입학 전의 유아기 아동의 경우 의료비 경감 방안을 마련하는 것을 주요 과제로 제안하고 있다.¹¹⁷⁾

115) “인구절벽의 위기를 강조하면서 제3차 기본계획의 시행시기(2016-2020)를 저출산 극복의 골든타임으로 설정하여 단호한 극복의지를 표명하고, 제3차 기본계획 재구조화를 추진하기 위해 정책로드맵을 제시하였다.”, 저출산·고령사회위원회, 저출산·고령사회 정책 로드맵, 2018, 12, 4면

116) 저출산·고령사회위원회, 앞의 자료, 2018, 1면

117) 저출산·고령사회위원회, 앞의 자료, 2018, 8면

<그림6> 저출산·고령사회 정책 로드맵- 아동 보건의료 관련 과제



중점 추진과제	세부내용
의료비 사실상 제로화	<ul style="list-style-type: none"> - (1단계) 1세 미만 - (2단계) 조산아·미숙아·중증아동 - 건강보험 보장성 강화 성과와 지방자치단체 예산 활용방안을 검토하여 초등 입학 전까지 경감방안 마련 추진
건강관리	<ul style="list-style-type: none"> - 수요 등을 감안하여 산모·신생아 건강관리 서비스 지원대상 확대 검토 및 인플루엔자 예방접종 지원확대 검토 - 의료기관에서 검진, 예방접종, 건강생활 실천 관련 주기적 교육, 상담 등 아동의 건강 종합상담서비스를 제공하는 체계 마련

출처: 저출산·고령사회위원회, 저출산·고령사회 정책 로드맵, 2018. 8면. 18-19면

아동 보건의료와 관련된 저출산·고령사회 정책은 지원대상이 대부분 태아기에서 영아기 아동에 집중되어 있으며, 청소년기 아동에 대한 지원을 구체적으로 언급하고 있지 않다. 또한 그 지원방향은 건강보험의 보장성을 확대하는 등의 의료공공성 영역에 대한 지원을 통해 아동 관련 의료비경감을 줄이는 것에 주요 정책의 초점이 맞춰져 있음을 알 수 있다.

② 아동국가책임제

정부는 2019년 2월 저출산 등의 인구변화에 대한 대응으로써, 저출산·고령사회 로드맵을 기반으로 아동 개인이 인격적으로 성장할 수 있는 충분한 기회의 제공인 점을 고려하여 아동을 대상으로 하는 정책과제를 설정하여, 2019년 2월 ‘아동국가책임제’를 추진할 것을 밝혔다.¹¹⁸⁾ 아동 국가책임제는 아동의 성장가능성에 필요한 모든 요소를 고려하여 아동의 삶의 질을 향상시키는 국가적 지원을 확대하겠다는 정부의 정책적 방향과 과제를 담고 있는데, 다음 <표7>에서 볼 수 있듯이, 아동의 보건의료와 관련해 의료보장의 범위를 확대하는 방안을 총 10개의 세부과제를 제시하고 있다.¹¹⁹⁾

아동 국가책임제에서는 아동 건강에 대한 국가지원의 확대 차원을 비롯해, 만성질환 및 중증질환 아동에 대한 보호체계 및 의료비 등의 지원을 확대하고자 한 점 그리고 아동의 치료 후 일상 복귀과정에서 교육 및 지원 등에 대한 대책 마련을 정책과제로 제시하고 있다는 점에서는 아동의 보건의료의 지속성을 한층 고려한 부분이라 할 것이다. 또한 앞서 언급한 2가지 사항을 비롯해 아동 보건의료체계의 확충을 위해 필요시 되었던 어린이 재활병원 및 소아응급센터 등의 의료 인프라 확충도 과제로 제시하고 있다는 점이 저출산·고령사회 정책 로드맵에서 제시한 아동 건강에 관한 정책과제보다 구체적이라 하겠다. 향후 정책의 실현여부는 관련 법령의 제·개정 및 의료재원의 마련 등에 따라 달라지겠지만, 유관 계획 등과의 연계를 통해 정책목표가 달성된다면, 아동 보건의료체계 강화를 위해 긍정적 효과를 발휘할 수 있을 것으로 예상된다.

<표7> 아동국가책임제 - 아동 보건의료 관련 과제

		주요방향	세부과제
아동 건강	1	아동 기초건강 증진	1) 지역사회중심 건강교육 2) 영양 및 신체활동 지원 3) 구강진료 및 치료지원 확대(아동구강주치의)

118) 보건복지부 보도자료, “포용국가의 주춧돌인 아동에 대한 국가책임을 더욱 확대한다”, 2019, 02, 19, 2면

119) 보건복지부 보도자료, 앞의 자료, 3면

		주요방향	세부과제
	2	아동기 건강위험요인 강화	1) 영유아 고위험건강검사 및 의료비 지원 확대 2) 소아청소년 비만 통합관리체계 강화
	3	아동 정신건강 및 심리지원 확대	1) 아동증세별 진단 및 조기선별 및 치료연계 등 아동기 마음건강에 대한 지원 확대
	4	건강취약 아동 보호체계 내실화	1) 소아당뇨 등 만성질환 아동 대상 상담·보호체계를 구축 2) 소아암·희귀질환 등 중증질환 아동 대상 의료비 지원 3) 호스피스·재택의료·학교 복귀지원 등을 강화 4) 공공어린이 재활병원 확충 5) 중증 어린이병원·소아응급센터 등 아동전문 의료 기반(인프라)도 확대

출처: 보건복지부 보도자료, “포용국가의 주춧돌인 아동에 대한 국가책임을 더욱 확대한다”, 2019. 02. 19, 3면

제3절 아동 보건의료 현황 및 법적 쟁점

1. 아동 보건의료체계의 통합적 연계 근거 마련의 문제

(1) 아동 보건의료체계 관련 현황

아동 보건의료체계에 관한 주요법률 및 관련 정책들은 다음 <표8>을 통해 알 수 있듯이 각각 입법목적이 다른 법률을 기반으로 다양하게 펼쳐져 있다. 법률의 효과성 측면에서 본다면, 개별 법률의 입법목적에 부합하는 범위 내에서 관련 근거에 따라 관련 정책을 집행하는 것이 가장 합리적이라 할 것이다. 하지만 주요 법률규정에서 목표로 하는 아동의 건강권 확보 차원에서 보면 아동 보건의료체계는 그 특성상 복지·교육·의료 등과의 연계를 통해 지속적으로 추진될 수 있는 통합적 시스템이어야만 효과적인 입법체계라 할 것이다.

그러나 현행 법률과 관련 정책들은 소관부처가 보건복지부·교육부·여성가족부로 각각 다르게 추진되면서 서로 연계·통합되지 못한 채 운영되고 있는 실정이다. 『아동복지법』은 아동정책기본계획을 통해, 아동 건강에 관한 기본대책을 수립하고 있으나 그에 관한 실질적 추진근거는 제35조(건강한 심신의 보존) 및 제36조(보건소) 뿐이고, 건강증진 등에 대한 지원의 내용은 『영유아보육법』, 『학교보건법』 및 『모자보건법』 상의 정책을 통해 실현되는 구조이다. 아동의 건강이라는 아동복리의 실현을 위해 『아동복지법』이 이들 법률 및 정책을 포괄하는 총괄적 기능을 수행하고, 아동정책기본계획에 영유아 아동 및 학령기 아동 그리고 신생아 아동에 대한 건강보호를 포함하고자 했다면, 적어도 그에 대한 세부목표 및 관리지표가 구체적으로 설정되어야만 했다.¹²⁰⁾ 현행 제1차 아동정책기본계획(2015 - 2019)은 이에 대한 내용이 없으며, 계획수립과 관련된 아동종합실태조사 역시 아동 건강에 대해 생애주기별 접근 및 세부항목별 달성도 등에 대한 구체적 내용이 기술되어 있지 않다.¹²¹⁾ 『영유아보육법』 역시 중앙 차원에서 제3차 중장기 보육 기본계획(2018 - 2022)을 세우고, 어린이집 급식 및 질병 예방 등에 관한 영유아 건강관리계획을 포함하고 있으나 계획 관리지표에는 건강에 관한 지표가 설정되어 있지 않다.¹²²⁾ 『청소년기본법』에서는 『영유아보육법』 및 『학교보건법』처럼 건강에 관한 실체적 규정이 존재하지 않고 건강에 관한 청소년의 권리와 청소년의 건강보호를 위한 사회적 책임에 관한 선언적 규정이 마련되어 있을 뿐이다.¹²³⁾ 정책적 총괄기능의 부재는 아동 건강의 종합적이고 지속적 관리를 어렵게 만드는 장애요인이 될 수 있으며, 아동 건강 관련 정책들에서

120) 예컨대, 제1차 아동정책기본계획(2015-2019) 제2장 건강한 삶에서는 발달주기별 건강취약분야에 대한 투자 및 확대를 얘기하고 있는데(54면), 학령기 아동의 학교건강과 관련해 학교체육 활성화를 세부 목표로 정하고 있으면서도(58면), 그에 관한 성과지표명은 설정되어 있지 않으며(55면), 건강검진 내실화를 위해 영유아 건강검진율 제고 및 영유아 장애예방 조기발달 검사를 세부 목표로 정하고 있으면서도(61면), 그에 관한 성과지표는 마련되어 있지 않고 있다(55면), 대한민국 정부 관계부처 합동, 제1차 아동정책기본계획(2015-2019), 2015, 54-61면

121) 대한민국 정부 관계부처 합동, 제1차 아동정책기본계획(2015-2019), 2015, 55면

122) 보건복지부, 제3차 중장기 보육 기본계획(2018-2022), 2017. 12, 17면 및 32면

123) 『청소년기본법』 제 5 조(청소년의 권리와 책임) ④ 청소년은 안전하고 쾌적한 환경에서 자기발전을 추구하고 정신적·신체적 건강을 해치거나 해칠 우려가 있는 모든 형태의 환경으로부터 보호받을 권리를 가진다.

제 7 조(사회의 책임) ③ 모든 국민은 청소년을 대상으로 하거나 청소년이 쉽게 접할 수 있는 장소에서 청소년의 정신적·신체적 건강에 해를 끼치는 행위를 하여서는 아니 되며, 청소년에게 유해한 환경을 정화하고 유익한 환경이 조성되도록 노력하여야 한다.

보여지는 관리지표의 미설정 등과 같은 사항은 정책의 효과를 반감시키게 만든다.¹²⁴⁾ 아동 건강에 대한 관리의 목표달성여부는 법집행 및 정책집행과정에서 지속적으로 확인되어야만 하는 사항임에도, 현행 법체계 및 정책집행 과정을 보면, 관리지표의 상시확인 체계가 없기 때문에, 최종적인 평가 이후에 목표달성도를 확인할 수밖에 없다.

<표8> 아동 보건의료체계 주요법률 및 관련 정책

주요법률	아동 건강 관련 근거	소관부처	관련정책	아동 건강정책 포함	정책지원 기관
아동복지법	제35조 건강한 심신의 보존 제36조 보건소	보건복지부	아동정책기본 계획	포함	아동권리 보장원
영유아보육법	제31조 건강관리 및 응급조치 제31조의3 예방접종여부의 확인 제32조 치료 및 예방조치 제33조 급식관리	보건복지부	보육계획	포함	육아종합 지원센터
청소년기본법	없음	여성가족부	청소년육성 기본계획	포함	없음
공공보건 의료법	없음	보건복지부	공공보건 의료계획	포함	없음
학교보건법	제 9 조 학생의 보건관리 제10조 예방접종 완료 여부의 검사 제11조 치료 및 예방조치 등 제12조 교직원의 보건관리 제14조 질병의 예방	교육부	학생건강증진 기본계획	포함	없음

124) “제1차 학생건강증진 기본계획안에서는 부처별 개별 접근으로 공급자 위주의 정책이 중복 발생하였다고 그 간의 학생건강증진정책에 대해 평가하였다.”: 대한민국 정부 관계부처 합동, 제1차 학생건강증진 기본계획안 (2019-2023), 2019. 03. 15, 10면

주요법률	아동 건강 관련 근거	소관부처	관련정책	아동 건강정책 포함	정책지원 기관
	제14조의2 감염병 예방 접종의 시행 제14조의3 감염병대응 매뉴얼의 작성 등 제15조 학교에 두는 의료 인·약사 및 보건교사				
모자보건법	제10조 임산부·영유아·미 숙아 등의 건강관리 제10조의2 고위험 임산부 와 신생아 집중치료 시설 등의 지원 제10조의4 다태아 임산부 등에 대한 지원 제10조의6 중앙모자의료센터	보건복지부	모자보건 사업계획	포함	중앙모자 의료센터

(2) 아동 보건의료체계의 통합적 연계의 법적 근거 미비의 문제

일반적으로 보건의료계에서는 보건의료체계를 “국가에서 국민에게 예방·치료·재활 서비스 등의 의료서비스를 제공하기 위한 종합적 체계”로 공공보건 영역의 의료서비스를 중심으로 좁게 정의하고 있다.¹²⁵⁾ 반면, 「보건의료기본법」 제3조 ‘보건의료’ 개념을 통해 보면, 보건의료체계는 국민의 건강보호 및 증진을 위해 국가·지방자치단체·보건의료 기관 또는 보건의료인 및 보건서비스에 관한 종합적 체계로, 보다 광의의 개념으로 이해할 수 있을 것이다. 그러나 2013년 「공공보건의료법」 개정을 통해, ‘공공보건의료’가 소유주체 중심에서 ‘공공의 이익실현’이라는 기능 중심의 개념으로 전환되었음을 고려할 때,¹²⁶⁾ 아동 보건의료체계는 아동의 건강보호 및 건강증진을 위한 보건의료 조직과 인력

125) 대한예방의학회, 「예방의학과 공중보건학Ⅲ」, 계축문화사, 2019, 803면

126) 보건복지부, 제1차 공공보건의료 기본계획(2016-2020), 2016, 1면

그리고 자원 등에 관한 종합적 체계를 의미한다 할 것이다.¹²⁷⁾

이처럼 아동 보건의료체계를 그 본질상 아동건강이라는 목표에 부합하고, 이를 아동복지에 이바지하는 요소로 이해한다면, 아동복지 영역에서 아동보건의료체계가 건강에 관한 기본인프라를 구성한다 할 것이다. 또한 아동의 건강은 의료적 접근, 아동의 건강한 성장과 발달에 필요한 가족·사회, 국가 전체에 통합된 서비스 체계가 필요할 뿐만 아니라, 각종 정책 및 개별 학문과의 통합적 연계를 통해 관리되어야만 한다.¹²⁸⁾

그러나 현행 아동 보건의료법제의 경우 개별 법률에 아동 건강과 관련된 근거규정은 있으나 이들을 통합적 연계할 법적 근거는 미비되어 있다. 「아동복지법」의 경우 제36조에 아동 건강증진 및 체력향상에 관한 지원 사항을 규율하여, 아동 건강관리에 있어 총괄적 기능을 담보하려고 했으나, 방대한 영역임에도 불구하고 단지 조문 2개의 규정을 통해 실행가능성을 확보하려 하였고, 그 실질적 집행 역시 보건소에 전염병 예방조치부터 영양 개선에 관한 업무를 부과하고 있을 뿐이다. 「아동복지법」 제29조의7에서 아동 전담의료기관의 지정을 명하고 있으나, 이는 아동 학대를 받은 피해아동의 치료를 위한 전담의료기관에 관한 규정으로서, 학대 아동의 건강에 관한 사후적 조치일 뿐, 아동 전반에 대한 건강관리 규정으로 볼 수 없다. 「아동복지법」 제35조제3항에서는 국가와 지방자치단체는 아동의 신체적·정신적 문제를 미리 발견하여 아동이 제때에 상담과 치료를 받을 수 있는 기반을 마련하여야 정하고 있지만, 이와 관련된 「아동복지법 시행령」 제35조 이하에서는 아동 건강증진 및 체력향상에 관한 지원서비스의 내용만을 정하고 있을 뿐, 아동의 건강문제에 대한 사전 발견 및 상담 치료 등의 실질적 지원체계에 관한 구체적 내용을

<공공보건의료의 개념>

구분	종전 개념	현재 개념
정의	공공부문(public sector)에 의해 제공되는 보건의료	공공의 이익(public interest)을 위한 보건의료
분류기준	서비스 공급주체에 의한 분류	서비스 기능에 의한 분류
제공기관	공공보건의료기관 (국공립의료기관 및 보건소)	공공보건의료기관 + 민간의료기관 (공공부문의 주도적 역할 필요)
대상	취약계층 중심	모든 국민

127) 노혜련·김미원·조소연, 「예방과 통합의 관점에서 본 아동복지론」, 학지사, 2015, 333면

128) 노혜련·김미원·조소연, 앞의 책, 331면

담고 있지 않다. 물론 「아동복지법」 제35조제3항에서 행정입법의 위임을 구체적으로 규정한 것이 아니고, 아동 정신건강의 기반설립에 관한 의무만을 정하고 있으므로 「아동복지법 시행령」 제35조 이하에 구체적 사항을 규정할 필요가 없다고 볼 수도 있을 것이다. 그러나 「아동복지법」이 위 조문을 통해 아동정책기본계획상 아동 전반에 대한 정신건강에 대한 관리체계를 포섭하고 있는 것을 볼 때, 다른 법률과의 연계를 고려했다면 적어도 아동 정신건강에 필요한 보건체계 및 그 집행에 관한 원칙 등에 대해서는 규정하는 것이 보다 타당하다. 이와 관련해 아동의 정신건강 영역 역시 「정신보건법」 및 「학교보건법」, 그리고 「청소년기본법」 등으로 각각 상이한 적용 법률과 정책 등이 흩어져 있어 그에 대한 연계 및 통합에 대한 문제가 제기되어 있는 실정이다.¹²⁹⁾

특히, 「청소년기본법」의 경우 청소년기 아동에 대한 정신 건강정책을 청소년육성기본계획에 담고 있으나, 「청소년기본법」 상 건강에 관한 규정은 청소년을 대상으로 하거나 청소년이 쉽게 접할 수 있는 장소에서 청소년의 정신적·신체적 건강에 해를 끼치는 행위에 대한 금지 및 청소년에게 유해한 환경을 정화하고 유익한 환경의 조성노력에 관한 국민의 사회적 책임을 규정한 제7조가 유일하다. 그러나 동 조항 역시 청소년기 아동에 대한 정신건강체계의 구축이란 면에서 본다면 구체적인 내용을 정한 실제적 규정이라 할 수 없다.

아동은 성장과 발달을 지속하는 인격체라는 점을 고려한다면, 아동 건강에 대한 관리는 예방적 차원에서, 건강상의 급박한 위해가 발생하기 전, 잠재적 위험가능성에 대한 관리에서부터 시작해야만 한다. 아동이 성장기에 입은 질병 등의 건강상의 불이익으로 인한 후유증은 성년기 건강에 영향을 미치기 때문에, 아동기의 건강에 대한 국가의 충분한 지원이 필요한 것이다. 보건의료와 관련된 주요법률에서는 아동 역시 국민이므로 대상별 구분보다는 통칭하여 보건의료체계를 규율하고 있는 특성을 감안하더라도, 「모자보건법」 및 「학교보건법」처럼 입법적 필요성에 따라 개별 대상 및 영역별로 법률이 제정되었음을 볼 때, 아동에 관한 보건의료의 통합적 체계 구축을 위한 입법적 타당성은 충분하다

129) 이호근, 정신보건법 및 아동·청소년 복지법상 정신건강 관련 규정의 개선과 관련 ‘통합법’ 제정 필요성에 대한 고찰, 전북대학교 법학연구 제36집, 전북대학교 법학연구소, 2012, 501면

할 것이다. 따라서 그 근거마련의 방향 및 구체적 입법대안에 관한 검토를 통해 아동 보건의료법체계의 효과성을 높이고자 한다.

2. 아동에 대한 지역 보건의료체계 강화에 관한 문제

(1) 아동 지역보건의료체계 현황

아동에 대한 지역 보건의료체계는 지역사회를 중심으로 한 아동 건강보호 및 건강증진에 관한 보건의료체계를 의미한다.¹³⁰⁾ 원래 지역 보건의료체계는 일차보건의료에서 발전한 개념으로서, 아동 보건의료체계에서 중요한 기능은 첫째, 보건의료법제에서 규정한 보건의료사업의 기초적인 실행단위로서 그 효과가 가장 직접적으로 영향력을 발휘하는 곳이라는 점이다.¹³¹⁾ 둘째, 가족 및 학교 그리고 지역 주민이 직접 참여할 수 있기 때문에 보건의료사업의 연계 및 조정 등이 용이하다는 특성을 갖는다.¹³²⁾

아동의 지역 보건의료체계에 따라, 아동 관련 건강보호 및 건강증진 관련 각종 보건사업을 생애주기별로 구분한 <그림7>에 따르면,¹³³⁾ 지역 아동 보건의료의 핵심은 보건소라 할 수 있다. 따라서 「아동복지법」 제36조에서는 보건소를 중심으로 지역 내 아동 보건의료에 관한 전달체계를 구축할 수 있는 업무를 구체적으로 정하고 있다. 학령기 및 청소년기 아동의 경우, 학교 중심의 보건의료체계가 구축되어 있고, 학교 밖 아동에 대한 건강검진 역시 지역단위 보건소를 중심으로 이뤄지고 있다. 이상을 놓고 본다면, 지역 아동 보건의료체계에서 핵심은 보건소라 할 것이다.

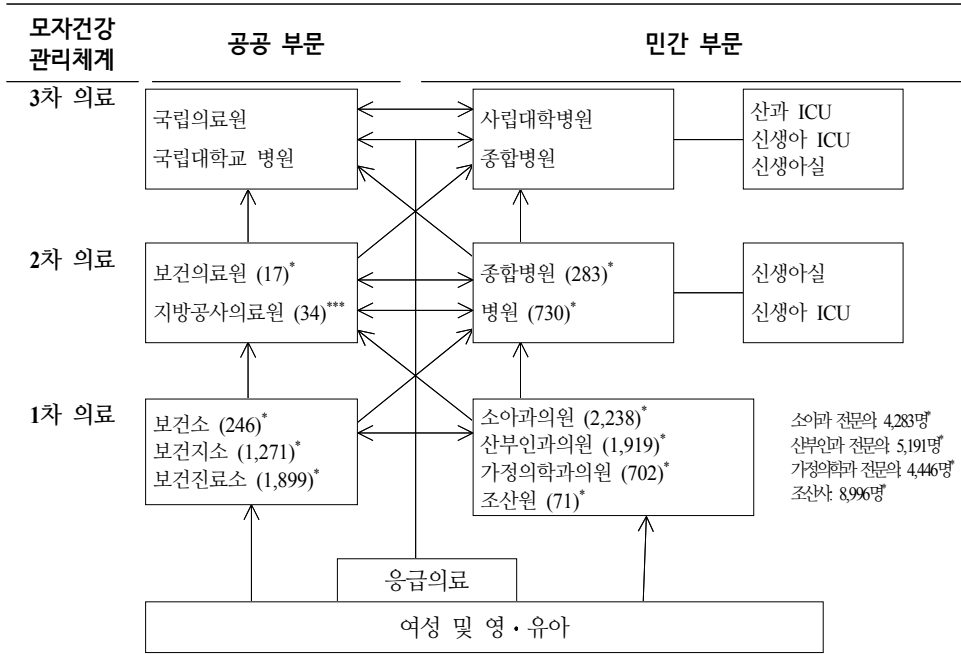
130) 이무식, 『보건학』, 계축문화사, 2019, 500-501면

131) 대한예방의학회, 『예방의학과 공중보건학Ⅲ』, 계축문화사, 962면

132) 이무식, 앞의 책, 503면

133) 이상구, 기관이용 영유아를 위한 유치원과 어린이집의 보건인력 확충 방안, 육아정책연구소자료집, 2018. 10. 17, 42면 참조

<그림7> 지역 아동 보건의료체계- 모자보건사업을 중심으로



출처: 박정환 외, 미래사회 대비 평생건강관리체계 구축을 위한 모자 보건사업 강화 방안, 대통령 직속 고령화 및 미래사회 위원회, 2004, 68면 <그림4-1>

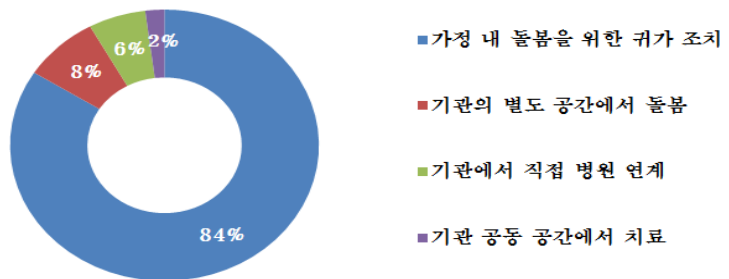
그러나 실제 민간의료기관이 90% 이상인 우리 의료계 현실에서, 아동의 건강이라는 공공 보건의료기관에 해당하는 보건소를 중심으로 충분히 달성될 수 있는 것인가라는 의문이 든다. 물론 과거에 비해 보건소의 보건의료체계가 향상되어, 지역 사회 보건의료에 많은 기여를 하고 있는 것은 사실이다. 하지만 아동 보건의료가 의료와 복지가 연계되어 있는 측면이라는 점을 고려할 때, 현재 보건소는 보건의료적 기능만 담당할 뿐, 아동기에 필요한 복지 및 양육 등과 연계되는 사항에 대한 역할을 중점적으로 수행하고 있지는 않다.

영유아 자녀를 둔 어머니 총 1000명을 대상으로 시행한 영유아 보육 실태조사 결과에 따르면, 응답자의 84%가 자녀 양육 시 대부분 양육기관에서 가정 내 돌봄을 위한 귀가조

치를 택했으며, 자녀 양육과 보건의료 서비스 연계책에 관한 설문에 대해서는 ‘육아모자 보건지소(가칭)’와 같은 지역 내 양육상담과 보건의료상담을 같은 공간에서 받을 수 있는 기관의 설립을 희망하였다.¹³⁴⁾ 영유아기 아동을 대상으로 한 설문이기에 모자보건서비스 및 양육서비스의 연계가 가능한 기관설립에 관한 필요성에 응답한 것으로 보인다. 그러나 이런 연계형 보건의료체계에 대한 요청은 최근 어린이집 및 개별 학교가 민간의료기관과 직접적 협력을 통해 보건의료를 협업하는 형태를 통해 아동의 건강권을 보다 적극적으로 보호하는 형태가 나타나고 있어, 영유아기에 한정된 것이라 볼 수 없을 것이다.¹³⁵⁾

<그림8> 영유아 보육 실태조사

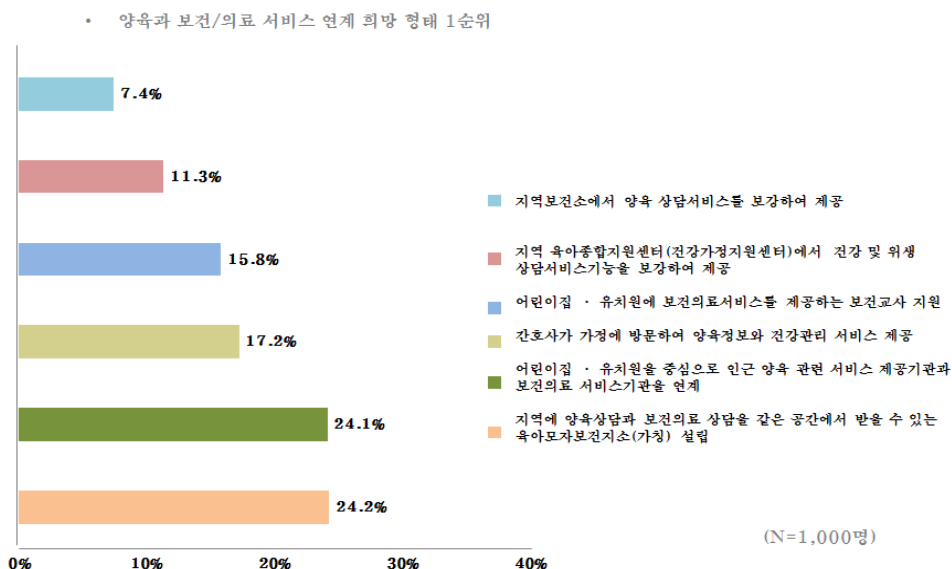
- 자녀가 기관에서 아팠을 때 기관 조치



(N=564명)

134) 강은진, 건강한 출발을 위한 영유아 부모의 요구: 생애주기별 양육과 건강지원의 연계, 지역사회 양육 및 보건 의료기관 협력체계 구축방안 정책토론회, 육아정책연구소, 2018. 10. 17, 15면

135) “‘치과주치의’를 지정받아 검진 받을 수 있는 서울 내 초중고교생과 아동이 올해 6만5천명으로 작년보다 2만 명 늘어난다고 서울시가 29일 밝혔다. 치과주치의 사업은 학생·아동들이 서울시와 협업 체계를 맺은 치과를 방문하면 구강검진, 진료, 교육을 받을 수 있도록 한 정책이다. 치과주치의 사업은 그간 시비로 진행해왔지만 올해부터 25개 구청이 비용 20%를 분담하기로 하면서 참여 인원을 늘릴 수 있었다. 학생과 학부모가 개인별 진료 내역 등을 한 번에 볼 수 있는 ‘구강건강관리 전산시스템(이덴티아이시스템)’에는 올해 12개 자치구 177개 교, 358개 치과병·의원이 참여한다. 이덴티아이는 치과주치의 사업 과정에서 쌓은 빅데이터를 활용해 개인맞춤형 구강관리 서비스부터 구강 교육, 검진결과 확인, 비용청구까지 확인할 수 있도록 한 원스톱 시스템이다.” 연합뉴스 기사(2018. 03. 29), “서울시, ‘치과주치의’ 지정해 아동 6만5천명 검진”, <<https://www.yna.co.kr/view/AKR20180328171100004?input=1195m>>, 2019. 10. 30. 방문



출처: 강은진, 건강한 출발을 위한 영유아 부모의 요구: 생애주기별 양육과 건강지원의 연계, 지역사회 양육 및 보건의료기관 협력체계 구축방안 정책토론회, 육아정책연구소, 2018. 10. 17, 13면 및 15면

(2) 아동 지역보건의료 관련기관 간 통합적 연계의 법적 근거 미비의 문제

아동 보건의료는 그 특성상 의료·교육·복지 등이 연계되어 있음을 감안할 때, 지역 내 아동 보건의료체계 역시 통합적 연계가 필요하다 할 것이다. 이와 관련해 입법적으로 검토하고자 하는 바는, 지역 보건의료체계에서 연계가 필요한 기능이 어떤 것이며, 그와 관련된 법적 근거를 어떤 식으로 마련할 것이냐에 관한 부분이다.

현행 법률상 아동 보건의료와 관련성을 갖는 기관은 「아동복지법」 제10조의2에 따른 아동권리보장원 및 보건소, 「영유아보육법」 제7조에 따른 육아종합지원센터, 「모자보건법」 제7조 모자보건기구 및 제10조의2에 따른 고위험산모·신생아 집중치료 시설, 「공공보건의료법」 제6조 및 제14조에 따른 공공보건의료기관 및 공공전문진료센터 등을 언급할 수 있다. 아동의 생애주기별로 이들 기관의 기능과 특성을 분류해 보면, 질병예방 및 의료 영역에서는 아동 전체를 대상으로는 하는 기관은 보건소, 공공보건의료기관 및 공공전문

진료센터이며, ‘고위험산모·신생아 집중치료 시설’은 신생아기 아동을 그 대상으로 한다. 또한 전체 아동을 대상으로 하는 ‘아동권리보장원’의 경우 2019년 7월 「아동복지법」 개정 에 따라 신설된 기관으로서, 아동정책수행 및 복지관련 사업지원, 그리고 아동정책영향평 가 등에 관한 업무를 담당하게 될 것이다(「아동복지법」 제10조의2).¹³⁶⁾ 「아동복지법」 및 아동정책기본계획상 아동의 건강보호 및 증진에 관한 사항을 제외하고는 대부분 아동권리 보장원과 관련되어 있다. 「아동복지법」 제36조에 따라 아동 건강보호 및 증진에 관한 업무 는 보건소가 중심이 되며, 「모자보건법」 제7조의 모자보건기구 역시 실제 모자보건사업을 추진하는 보건소를 의미한다. 영유아기 아동의 경우 ‘육아종합지원센터’가 보육에 관한 지원기능을 담당하고 있다. 보육에 있어 아동의 건강을 분리할 수 없는 요소로 본다면, 육아종합지원센터와 보건소와의 연계는 충분히 고려해 볼 수 있는 사안일 것이다.¹³⁷⁾

136) 「아동복지법」 제10조의2(아동권리보장원의 설립 및 운영) ① 보건복지부장관은 아동정책에 대한 종합적인 수행과 아동복지 관련 사업의 효과적인 추진을 위하여 필요한 정책의 수립을 지원하고 사업평가 등의 업무를 수행할 수 있도록 아동권리보장원(이하 “보장원”이라 한다)을 설립한다.

② 보장원은 다음 각 호의 업무를 수행한다.

1. 아동정책 수립을 위한 자료 개발 및 정책 분석
2. 제7조의 기본계획 수립 및 제8조제2항의 시행계획 평가 지원
3. 제10조의 위원회 운영 지원
4. 제11조의2의 아동정책영향평가 지원
5. 제15조, 제15조의2, 제15조의3, 제16조, 제16조의2의 아동보호서비스에 대한 기술지원
6. 아동학대의 예방과 방지를 위한 제22조제3항 각 호의 업무
7. 가정위탁사업 활성화 등을 위한 제48조제6항 각 호의 업무
8. 지역 아동복지사업 및 아동복지시설의 원활한 운영을 위한 지원
9. 「입양특례법」에 따른 국내입양 활성화 및 입양 사후관리를 위한 다음 각 호의 업무
 - 가. 입양아동·가족정보 및 친가족 찾기에 필요한 통합데이터베이스 운영
 - 나. 입양아동의 데이터베이스 구축 및 연계
 - 다. 국내의 입양정책 및 서비스에 관한 조사·연구
 - 라. 입양 관련 국제협력 업무

10. 아동 관련 조사 및 통계 구축

11. 아동 관련 교육 및 홍보

12. 아동 관련 해외정책 조사 및 사례분석

13. 그 밖에 이 법 또는 다른 법령에 따라 보건복지부장관, 국가 또는 지방자치단체로부터 위탁받은 업무

③ 보장원은 법인으로 하고, 주된 사무소의 소재지에 설립등기를 함으로써 성립한다.

④ 보장원에는 보장원을 대표하고 그 업무를 총괄하기 위하여 원장을 두며, 원장은 보건복지부장관이 임명한다.

⑤ 보건복지부장관은 보장원의 설립·운영에 필요한 비용을 지원할 수 있다.

⑥ 보장원에 관하여 이 법에서 정한 사항 외에는 「민법」 중 재단법인에 관한 규정을 준용한다.

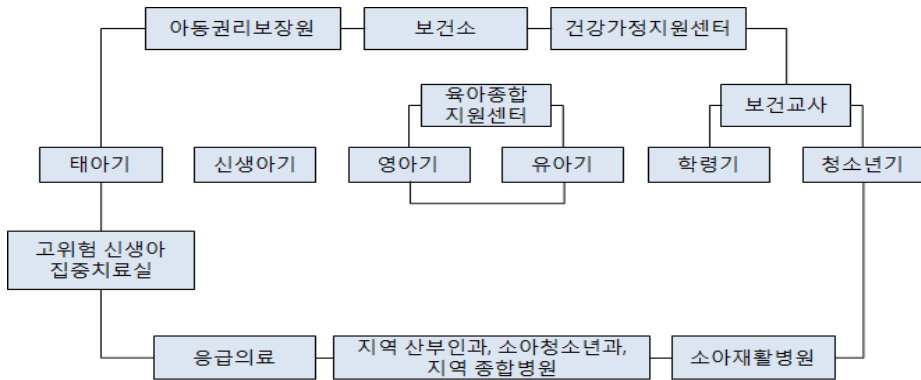
⑦ 보장원은 「기부금품의 모집 및 사용에 관한 법률」에도 불구하고 기부금품을 모집할 수 있다.

⑧ 보장원의 설립 및 운영에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

137) 강은진, 건강한 출발을 위한 영유아 부모의 요구: 생애주기별 양육과 건강지원의 연계, 지역사회 양육 및 보건

또한 아동의 건강은 양육자 및 가족의 건강과 밀접한 관련이 있는 바, 가족 전체에 대한 지원기능을 고려한다면 ‘건강가정지원센터’도 관련 기관의 범주에 포함될 수 있을 것이다. 「청소년기본법」 및 「학교보건법」에 따라 청소년기 아동에 대한 건강권 보호를 위해 시행되는 학생건강증진사업의 경우, 별도의 정책지원기관의 설립이 아니라 학교 내 보건교사 및 보건소와의 연계성을 통해 이뤄지고 있다. 그러나 현재 청소년기 아동의 경우 자살, 게임중독 등 정신건강과 관련된 문제들이 주요이슈로 부각되고 있는 바, 보건교사 및 보건소만으로는 학생건강에 관한 사항을 충분히 다룰 수 없으므로 정신보건을 다루는 보건의료기관과의 직접적 연계도 고려해보아야 할 것이다.¹³⁸⁾ 이처럼 다양한 기능별 통합 및 연계에 관한 입법적 대안은 관련 실무그룹 및 전문가들의 의견수렴이 필요한 바, 전문가 회의를 통해 구체적 법제개선안을 제시하고자 한다.

<그림9> 아동 관련 지역 보건의료체계



의료기관 협력체계 구축방안 정책토론회, 육아정책연구소, 2018. 10. 17, 15면 및 18면

138) “보건업무 맡은 대신 평소엔 담당 수업을 진행해야 되기 때문에, 보건실은 주로 비어있는 상황입니다. 이처럼 보건교사가 없는 학교는 경북에만 307곳. 전체 학교의 3분의 1에 달합니다. 전남이나 강원도의 경우 보건교사 없는 학교가 40%를 넘어, 90% 이상인 서울, 부산 등에 비해 현저히 부족합니다. 임시방편으로 초임교사나 기간제 교사가 보건 업무를 맡고 있지만, 응급 상황 대처가 힘든데다 약품 오남용 우려까지 있습니다.”, MBC 기사 (2019. 06. 23), “보건 교사 없어요. ...하울 뿐인 보건실 ‘수두룩’”, <http://imnews.imbc.com/replay/2019/nwdesk/article/5374983_24634.html>, 2019. 10. 30. 방문

3. 아동 주치의제도에 도입에 관한 문제

(1) 1차 의료와 주치의제도

‘주치의제도’는 ‘주치의등록제’라고도 불리며, “국민이 쉽게 내원 가능한 지역 내 의원 중 한명을 담당 주치의로 등록해 건강에 문제가 생길 경우 일차적으로 진단과 치료를 받는 제도”를 말한다.¹³⁹⁾ 이런 주치의제도는 일차의료¹⁴⁰⁾에 해당하며, 질병치료에서부터, 예방, 건강증진 및 환자와 가족 등에 대한 자세한 설명을 통한 건강 교육에 이르기까지 건강관리의 전반을 담당하는 역할을 한다.¹⁴¹⁾ 따라서 아동 주치의 제도는 지역 내 의원을 아동 건강 주치의로 등록하여 지속적으로 아동의 건강을 관리하는 보건의료제도라 할 것이다.

1차 의료를 바탕으로 한 주치의제도는 거주지 내의 가장 가까운 의사를 주치의로 지정하기 때문에, 의료진과의 지속적인 네트워크가 형성되어 질병관리가 가능하며, 다양한 질환에 대한 포괄적 서비스 제공과 의료접근이 용이하다는 점에서 의료의 보편성과 형평성을 높여주는 기능을 한다.¹⁴²⁾ 특히, 주치의제도가 확립되는 경우 대부분의 진료가 1차 의료를 통해서 이뤄지고, 보다 전문진료가 필요한 경우에만 제2차 및 제3차 진료로 이어지기 때문에, 환자가 전문진료를 찾아 의료를 선택하는 과정에서 부담해야 하는 의료비용이 줄어들게 되어 장기적으로는 건강보험의 재정운영에도 기여하게 되는 효과를 갖고

139) 사회복지학사전, <<https://terms.naver.com/entry.nhn?docId=472782&cid=42120&categoryId=42120>>, 2019. 10. 30. 방문, 김준혁, 아동 주치의등록제에 대한 정의론적 접근, 생명, 윤리와 정책 제2권 제2호, 국가생명윤리정책원, 2018, 88면

140) 일차의료란 “지역주민이 처음으로 접하면서(첫 접촉, 문지기 역할), 질병의 치료뿐만 아니라 예방, 건강 증진, 건강교육 등을 포괄하는 의료서비스(포괄성)를 전인적(전인성)이고 지속적으로 제공(지속성)하며, 적절한 전문가 의뢰를 통해 환자의 만족도와 치료효과를 높이는 역할(조정성)을 하는 것”을 의미한다, 고병수, 『온국민주치의제도』, 시대의창, 2010, 54면

141) “주치의제도가 추구하는 것은 일차의료 또는 일차보건의료의 확립으로, 일차의료는 인격적 관계를 통한 의료 서비스제공과 의료 자원의 효율적 분배를 달성하기 위한 체계이다.”, 민혜영 외 5명, 『우리나라 일차의료 활성화를 위한 모델 구축』, 대한의사협회 의료정책연구보고서, 2009, 1면 ; 이만우, 『고령사회 대비 주치의 제도 도입 검토』, 국회입법조사처, 2009, 8면

142) 이만우, 앞의 글, 8면

을 수 있다.¹⁴³⁾ 또한 의료인력 충원 면에서도 일반의 및 전문가 비율이 적절한 균형에 맞추어 공급될 수 있기 때문에, 의료인력의 적절한 공급에도 기여할 수 있다.¹⁴⁴⁾

그러나 우리나라의 경우, 1959년 수련의제도가 공인되면서 한국전쟁 이후의 의료인력 부족을 의료전문가를 양성한다는 목표 하에 전문의가 본격적으로 등장하기 시작되었다.¹⁴⁵⁾ 그러나 인력수요에 대한 예측 없이 전문의가 양성되면서, 주치의제도가 일반화 되어 있는 국가와 달리 전문의 개업의가 1차 의료에서 훨씬 많은 비중을 차지하게 되었다.¹⁴⁶⁾ 전문교육을 받은 의료인력이 실질적으로 전문의료를 할 수 없는 구조가 형성되면서, 의료인력의 기형적 구조로 인한 많은 비판이 제기되었다.¹⁴⁷⁾

의료 불균형과 의료인력의 비대칭적 구조(일반의: 전문의)로 인한 의료계의 문제는 의료자원의 효율적 배분과도 긴밀하게 연계되면서, 일차의료의 주치의제도가 논의되기 시작하였다. 다음 <표9>에서 볼 수 있는 것처럼 주치의제도에 대한 도입논의는 정부차원에서 추진된 정책이 아니라 의료계에서 먼저 시작되었으며, 초기에는 전 가족구성원의 건강보호 및 건강증진 차원에서 가족주치의제도 중심으로 논의되었으나 실제 전 국민을 대상으로 한 주치의제도의 실행과 다를 바 없으므로 지속적인 반대에 부딪치면서 실행되지 못하였다.¹⁴⁸⁾ 1990년대에는 일차의료의 강화하기 위한 대안차원에서 전 국민주치의제도

143) 정현진 외 3인, 「유럽의 일차의료 현황 및 주치의제도 개혁-한국에의 함의」, 국민건강보험공단, 2007, 41-43면

144) 이만우, 앞의 글, 9면

145) 고병수, 앞의 책, 60면

146) 정현진 외 3인, 앞의 글 25-26면

147) 고병수, 앞의 책, 65면

148) “대한의사협회는 주치의 제도에 대한 반대의사를 표명하면서 그 이유로 다음의 사항들을 거론한 적이 있었다. 첫째, 의료서비스 제공이 국가적 차원에서 수행되는 NHS 국가들(영국 등)과는 달리 우리나라는 민간의료의 근간을 이루고 있으므로 우리의 보건의료체계에 맞지 않는다. 보건의료서비스 제공의 ‘사회화’를 전제로 하는 국가의 제도인 주치의 제도를 도입할 경우, 보건의료체계의 근간이 파괴될 위험이 있다. 둘째, 주치의 제도는 의료전달체계가 확립된 이후에나 가능한 것이고 현재와 같이 의료전달체계가 부실한 상황에서 제도 도입을 강행한다면 국민의 의료이용에 불편만 초래할 것이다. 의료비 부담을 가중시켜 의료기관에 대한 불신만을 조장할 위험이 있다는 것이다. 셋째, 의료인력 및 의료기관 분포가 전국적으로 불균형을 이루고 있고 현재(2009년 기준) 개원의의 83.8%가 전문의이므로 주치의제도의 시행에 어려움이 있다. 주치의 자격범위가 가정의학과, 내과, 소아과 등 일부 진료과에 제한될 경우, 타과 개원 전문의가 타격을 받게 되어 자칫 의료계의 ‘빈익빈’ ‘부익부’ 현상을 초래할 뿐만 아니라 개원의의 ‘활성화’에 역행하게 될 것이다. 넷째, 의료기관 간의 등록환자 유치 경쟁으로 진료의 질서를 파괴할 우려가 있어 오히려 1차 진료를 약화시킬 우려가 있다. 다시 말해, 예방서비스 등의 주치의서비스는 의원급 의료기관의 인적 구성 등을 고려할 때 감당하기 어려워 이에 대해 국민들의 불만을 가중

의 도입이 논의되었던 것이, 2000년대 접어들면서 그 대상을 한정하여 아동만이라도 우선적으로 도입하는 방안이 논의되기 시작하였다.

<표9> 국내 주치의제도 도입 관련 논의 전개

년 도	주치의제도 도입 주요 논의	
1993	대한가정의학회, 가족등로수가 항목신설 건의	
1994	보건복지부, 의료보험 진료수가 기준에 가족등록 수가 규정 삽입	
1995	보건복지부, ‘가족주치의제도’ 실시 발표	
1996	보건복지부, 가족등록제 시범사업 실시 무산	
1997	새정치국민회의, 김대중 대통령선거 공약으로 채택	
1998	새정치국민회의, 보건의료 정책과제로 채택	
1999	가정의학회 · 개원의협의회, ‘단골의사제도’ 시범사업단 발족	
2006	기획예산처 건강향상지원단, ‘2006-2010 보건의료 분야 국가재정운용계획(안)’에 ‘건강향상 주치의(family doctor)’ 제도 도입 명시	
2007	치과의사 산하 구강보건정책연구회 제안, 지방자치단체 아동 · 청소년 치과주치의제도 도입	
2008	한국보건행정학회, 주치의제도 도입 관련 학술대회 개최 건강세상네트워크 등 시민단체들, 주치의제도 4개 보건의료 정책과제로 채택	
2011	서울특별시, 미래세대 건강관리를 위한 아동 · 청소년 치과주치의제도 공약	
2012	서울특별시, 필수적 예방중심 치과 의료서비스 제공, 학교 시행 구강검진 사후관리체계를 통한 치과주치의 시범사업 시행(초등학교 1만명 대상)	
2015	서울특별시, 서울형 우리아이 건강관리의사 사업 시행 ¹⁴⁹⁾	

시킬 위험이 있다. 다섯째, 주치의 제도가 도입됨에 따라 나타날 수 밖에 없는 주치의와 비주치의 진료 사이 본인부담금 차등화는 환자의 불만 야기할 소지가 있다. 더불어 환자의 의사선택권 내지 의사의 진료권 자체를 훼손시킬 우려가 있다. 이러한 주장은 주치의 제도가 그 유용성과 별개로 우리의 보건의료체계에 부합되지 않을 뿐만 아니라 제도 도입의 ‘조건’도 성숙되지 않았다는 것이다.”, 이만, 『고령사회 대비 주치의 제도 도입 검토』, 국회입법조사처, 2009, 32-33면

149) “원래 서울형 우리아이 주치의 사업으로 추진되었으나, 대한소아청소년과개원의사회 서울지회가 위 제도와

년 도	주의제도 도입 주요 논의
2016	수원시, 아동담당의 의료지원사업 시행 ¹⁵⁰⁾
2019	보건복지부, 아동국가책임제 선언
2020	보건복지부, 아동국가책임제 세부과제, 아동치과주치의제도 시범사업 시행

출처: 김준혁, 아동 주치의등록제에 대한 정의론적 접근, 생명, 윤리와 정책 제2권 제2호, 국가생명윤리정책원, 2018, 89-90면 및 이민우, 고령사회 대비 주치의 제도 도입 검토, 국회입법조사처, 2009, 32면

현재 우리나라에서 이 같은 주치의제도는 전 국민대상으로 시행된 것은 아니지만, 의료가 취약할 수 있는 장애인을 대상으로 「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률」(이하 「장애인 건강권법」) 제16조에 따라, ‘장애인 건강주치의’ 제도가 도입되어 시행 중이다.¹⁵¹⁾ 이처럼 건강에 대한 국가의 특별한 보호가 필요한 대상을 중심으로 주치의제도가 시행되고 있을 뿐만 아니라, 2019년 정부는 아동국가책임제 선언과 더불어 그에 대한 의료보장성 강화 일환으로 ‘아동 치과주치의’ 도입을 검토 중이며, 2020년부터 시범사업을 추진하기로 예정하고 있다.¹⁵²⁾ 아동국가책임제를 통한 아동에 대한 의료보장성 확대는 지속적으로 추진될 국가의 중요과제로 인식되었을 뿐만 아니라, 의료재원의 한계 속에서 구강영역에 한해서라도 우선적으로 아동에 대한 주치의제도를 일부 도입하는 것이

관련해 제도 시행에 있어 제도의 영역이 모호하고 재원이 건강보험과 서울시로 이중화되어 있으며 개원가의 업무부담이 증가함을 들어 반대하였다.”, Medical Observer 기사(2015. 04. 29), “달빛 이어 어린이주치의, 소아청소년과 너무해”, <<http://www.monews.co.kr/news/articleView.html?idxno=82725>>, 2019. 10. 30. 방문

150) “아동 담당의 대상 아동은 차상위 계층·기초수급자·한부모 가정 등 사회 취약 계층 아동과 보호자, 보건, 의료기관의 장이 선별해 추천한 아동 중 수원시 아동 담당의 의료지원 운영위원회 심의를 거쳐 선정한다. 건강 증진관련법에 의해 시행하고 있는 건강검진에서 정신·근골격·구강·시력·비염 질환 소견을 받은 만 6세 이상 12세 이하 아동이 지원대상이다. 아동 담당의 사업 대상인 수원시의 학령기(초1~초6학년) 저소득층 가정 아동은 2017년 1월 현재 3725명이다. 기초생활보장 수급자 가정 아동이 846명, 차상위계층 1477명, 한부모 가정 314명, 기타 저소득 아동이 1088명이다. 수원시는 대상 아동에게 등록, 건강, 상담, 보건 교육 중 한 가지 이상 의료지원 서비스를 제공한 아동 담당의 의료기관에 현금으로 7만 원(등록비)을 정액 지원하고 본인 부담 치료, 수술, 보장구비, 정밀 검사에 대해서는 30만 원 한도로 치료비를 지원한다.”, 수원시청 보도자료, 수원시, 아동담당의 사업 본격 추진 - 수원시 의사회, 치과의사회, 한의사회와 업무 협약 체결 -, 2017. 05. 16, 2면

151) 「장애인 건강권법」 제16조(장애인 건강 주치의) ① 국가 및 지방자치단체는 장애 정도가 심하여 건강에 대한 특별한 보호가 필요한 장애인(이하 “중증장애인”이라 한다)에 대하여 장애인 건강 주치의 제도를 시행할 수 있다. ② 제1항에 따른 장애인 건강 주치의 제도의 대상이 되는 중증장애인의 범위 및 내용 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

152) 대한민국 정부, 포용국가 아동정책, 201. 05. 23, 27면

추진되고 있는 실정이다. 이런 국내법 및 관련 정책과 더불어 향후 아동에 대한 지속가능한 보건의료체계 구축을 위해 주치의제도의 도입은 보다 구체적으로 논의되어야만 할 연구대상일 것이다.

(2) 국내 아동주치의제도 관련 현황

2007년부터는 아동·청소년을 중심으로 치과주치의제도가 그 실행대상 및 의료영역을 구체화 하면서 일부 지방자치단체에 도입되기 시작하였다.¹⁵³⁾ 특히, 2016년 수원시는 취약계층 아동을 대상으로 아동 주치의제도와 유사한 ‘아동 담당의 의료지원사업’을 지방자치단체 최초로 시행 중이다.¹⁵⁴⁾ 이보다 한걸음 더 나아가 정부가 2019년 2월 ‘아동국가책임제’ 도입을 발표한 이후, 올해 6월 보건복지부는 2020년부터 아동의 영구치가 완성되는 12세 전후하여 ‘아동 치과주치의제도 시범사업’을 실시할 예정이다.¹⁵⁵⁾

지금 현행 보건의료법제에서는 아동 구강주치의 제도에 관한 법적 근거가 미비되어 있지만, 아동 치과주치의제도 도입이 본격화 되면서, 2018년 2월 신동근 의원 주도로 아동 치과주치의제도에 관한 「구강보건법」 일부개정안이 국회에 발의되었고 현재 국회에 계류 중이다.¹⁵⁶⁾ 동 개정안에 따르면 「구강보건법」 제5조에 따른 구강보건사업 기본계획 수립 시 아동 치과주치의 사업 역시 포함하도록 하고, 안 제17조에서는 지역 사회 내 보건의료기관과 협력하여 아동 치과주치의 사업을 실시할 수 있다고 규정하고 있다.¹⁵⁷⁾ 1990년대만 해도 주치의 제도 자체에 대한 반발이 심했지만, 2000년대를 거치면서 아

153) 류재인 외 8명, 일부 지역아동센터 치과주치의 사업의 진료내용 및 비용분석, 구강보건학 제37권 제1호, 대한 구강보건학회, 2013, 31-40면

154) 수원시청 보도자료, 수원시, 아동담당의 사업 본격 추진 - 수원시 의사회, 치과의사회, 한의사회와 업무 협약 체결 -, 2017. 05. 16, 1-3면

155) “보건복지부는 3일 아이들이 평생 건강한 치아를 유지할 수 있도록 영구치가 완성되는 12세 전후로 구강검진 및 교육 예방 진료 등을 실시하는 ‘아동치과주치의 제도’를 도입할 예정이다. 대상 아동이 적은 비용부담으로 가까운 동네 치과의원에서 구강검진 및 예방진료를 받을 수 있도록, 대상자 범위와 서비스 내용을 검토하고 있으며 내년부터 시범사업을 실시할 예정이다.”, 내일신문 기사(2019. 06. 03, 아동치과주치의 시범사업 내년 실시, <http://www.naeil.com/news_view/?id_art=314976>, 2019. 10. 30. 방문

156) 신동근 의원 대표발의안, 「구강보건법」 일부 개정안, 2019. 01. 22, 국회의안정보시스템, 1-6면

157) 신동근 의원 대표발의안, 「구강보건법」 일부 개정안, 2019. 01. 22, 국회의안정보시스템, 3-5면

동·청소년 건강보호 및 건강증진에 대한 국민적 인식이 증가하고, 의료기관 및 의료인력들과의 협력을 통해 현재는 아동 전체를 대상으로 구강보건에 한해서 주치의제도를 도입할 수 있는 길이 한층 더 가까워졌다 할 것이다.

주치의제도가 아동의 구강건강을 대상으로 시범적으로나마 실시될 수 있었던 것은 보건의료에 있어서 취약할 수 있는 아동에 대한 사회적 배려가 필요하다는 데 국민적 공감대를 얻었기 때문일 것이다. 그리고 의료계 역시 아동의 건강권 확보를 위해 아동 주치의 제도가 충분히 유용성을 갖는다는 근본적 취지에 공감했기 때문에 가능했다 할 것이다.

(3) 아동 주치의제도 도입근거 마련에 관한 문제

아동 주치의제도는 첫째, 아동 건강에 대한 지속적인 관리체계를 형성하는 의료체계의 형성이라는 점, 둘째, 일차 의료와 연계되는 체계 구성을 통해 아동의 건강 불평등에 대한 사함을 해소할 수 있다는 점에서 아동 보건의료를 위한 대안적 제도로 거론되고 있다.

아동은 연령에 따라 성장과 발달을 계속하기 때문에, 전 연령기의 건강상태와 질병요인들은 다음 연령기의 건강에 영향을 미친다. 따라서 아동의 건강은 성인기 건강의 기초가 되기 때문에, 기본적으로 지속적으로 관리해야 할 대상인 것이다. 아동 주치의 제도를 지속성의 관점에서 본다면, 주치의가 지속적인 진료를 통해 과거 아동의 질병원인에 대한 누적화 된 정보를 통해 현재 진료 시 종합적으로 이용할 수 있다는 점(정보 지속성), 그리고 오랫동안 지속된 환자와의 커뮤니티를 통해 질병요인(유전성, 식습관, 체질 등) 및 처방과 치료에 대한 다각적 접근(가족, 운동 등)이 가능하다(관계지속성)는 점을 장점으로 꼽을 수 있다.¹⁵⁸⁾ 국가의 장래를 책임질 미래세대의 보호차원에서 아동의 성장기 동안 지속적 배려를 통해 건강권을 확보할 수 있는 보건의료체계를 형성해야만 한다는 점에서 본다면, 아동주치의 제도는 의료보장성 강화를 위한 필수적 과제라 할 것이다.

158) 김준혁, 아동 주치의등록제에 대한 정의론적 접근, 생명, 윤리와 정책 제2권 제2호, 국가생명윤리정책원, 2018, 92면

그러나 현행 보건의료법제상 아동 주치의제도에 대한 법적 근거는 마련되어 있지 않다. 아동 주치의제도의 국내 도입현황을 살펴본 결과, 아동 주치의제도의 도입은 아동 건강에 대한 근본적 대책으로 의료계 내부에서 제안된 안이며, 현재 몇몇 지방자치단체에서 시행하는 과정에서 나타난 의료계 반대의견 역시 아동 주치의제도가 아동의 지속적인 건강관리를 위한 대안적 수단이라는 점에서는 동의하고 있지만, 그 운영상에서 나타날 수 있는 진료부담, 주치의 자격범위를 한정할 경우 나타날 수 있는 의료계 내부 소득불평 등 등의 부정적 효과를 그 이유로 들고 있음을 알 수 있었다. 따라서 아동 주치의제도의 도입여부에 대한 입법적 타당성 검토 시 제도자체의 효과성에 대한 부분은 국가와 의료계 모두 동의 한 것으로 볼 수 있을 것이다. 보다 중요한 것은 아동 주치의제도에 관한 법적 근거 마련 시 그에 관한 근거법률의 제·개정 여부, 그리고 보다 구체적으로는 주치의제도 도입방식, 주치의 선택방식, 그리고 주치의 자격 및 주치의 의무에 관한 사항을 살펴보고자 한다. 민간 전문의 개업의가 상당수 보건의료에서 많은 부분을 차지하고 있는 우리나라의 의료현실 속에서 주치의제도를 자율적 선택을 통해 유도하는 방식으로 도입할 것이냐, 아니면 영국처럼 1차 의료와 연계한 보편적 방식으로 도입할 것이냐는 제도 도입의 초기 성과를 가늠하게 할 수 있을 것이다. 나타나 주치의 자격을 일반의로 할 것이냐 또는 전문의를 포함해 선택하게 할 것이냐 역시, 아동 환자의 선택권과 연계된 중요한 사항이라 할 것이다. 일부 국가의 경우 아동의 건강이상에 대해 부모가 특정치료를 거부한 경우, 그에 대한 신고가 가능한 경우가 있으므로, 아동의 건강권 보호를 위해 주치의의 의무가 어디까지 인정될 수 있는지 또한 법적 검토사항이라 할 것이다. 다만, 주치의 진료에 대한 의료재원의 경우 보다 심층적인 학제 간 연구를 요하므로, 본 연구에서는 제외하고자 한다. 마지막으로 아동 또는 아동의 부모가 주치의를 선택한 경우, 선택가능한 주치의의 범위와 관련 정보를 어떤 식으로 확인하고, 그에 대한 관리 및 평가가 어떤 식으로 운영될 수 있는지에 관한 사항 역시 검토가 필요하다 할 것이다.

4. 아동 보건의료정보 관리에 관한 문제

(1) 「의료법」 등에서의 보건의료정보의 관리

현행 법률에서는 보건의료정보에 관한 명확한 개념적 정의 조항은 존재하지 않는다. 보건의료정보는 정보구성 및 분류기준 등에 따라 의료정보, 유전정보 및 생체정보 등이 포함될 수 있어 정보의 범위가 매우 광범위하다.¹⁵⁹⁾ 또한 개인의 질병이력 및 유전적 특성 등이 포함될 수 있어 매우 민감한 개인정보에 해당하므로 보호 및 관리에 있어 특별한 주의가 필요하다 할 것이다. 이처럼 민감한 개인정보의 특성을 갖는 아동 보건의료정보의 경우, 정보관리에 관한 쟁점을 논하기에 앞서 관리가 필요한 보건의료정보의 범주를 확정하고 관련 법률에서의 관리체계에 대한 분석이 선행되어야만 할 것이다.

현행 「의료법」은 의료정보에 관한 기본적인 사항을 정하고 있는 법률로서, 의료정보에 관한 개념적 정의는 규정하고 있지 않다. 다만, 의료정보가 개인의 질병이력 등에 대한 민간정보임을 감안하여 의료인 및 의료기관에게 정보누설금지 의무(제19조 및 제20조, 제21조) 및 정보의 누출·변조 또는 훼손금지 및 보관의무를 부과하고 있는 규정을 중심으로 보호하고자 하는 정보의 대상을 유추해 보면, 의료정보는 의료인이 환자에게 작성한 진단서(제17조), 처방전(제17조의2), 진료기록부 등(제22조), 태아의 성감별(제20조) 그리고 의료인 및 의료기관이 작성한 전자의무기록(제23조)을 의미한다 할 것이다. 진료기록부 등의 정보는 진료사항 외에 조산기록, 간호기록 그 밖에 환자의 주된 증상 및 치료 내용 등을 의료행위를 통해 기록한 사항과 기록을 모두 포함한다(「의료법」 제22조제1항).

보건의료정보에는 「의료법」 상의 의료정보 외에도, <표10>에서 보는 바와 보다 다양한 범주의 정보가 포함될 수 있다. 먼저 ‘유전정보’는 기본적으로 유전정보를 갖는 개인과 유전적 가계도에 따른 특성이 분석될 수 있으므로 정보결과에 따른 분석대상이 개인을

159) 박미정, 보건의료정보 관련 국내외 법제도 분석, 아동 보건의료법제 개선방안연구 제3차 전문가워크숍 자료집, 한국법제연구원, 2019. 09. 20, 6면

중심으로 하는 진료정보보다 더 넓을 수 있으므로 그 이용에 있어서 보다 민감한 정보라 할 수 있을 것이다.¹⁶⁰⁾ 또한 유전정보의 경우 환경적 요건에 따라 특정 기질 또는 질병이 발현될 수 있는 예측정보에 해당하기 때문에, 이 같은 정보가 인간이 생활하는 교육·고용·승진·보험 등에서 차별적 요인으로 사용되지 않도록 정보보호 및 관리에 주의여야만 하는 정보에 해당한다. 우리나라의 경우 「생명윤리 및 안전에 관한 법률」 제46조에서는 누구든지 유전정보를 이유로 교육·고용·승진·보험 등 사회활동에서 다른 사람을 차별하여서는 아니 되고, 다른 법률에 특별한 규정이 있는 경우를 제외하고는 누구든지 타인에게 유전자검사를 받도록 강요하거나 유전자검사의 결과를 제출하도록 강요하여서는 아니 된다고 규정하고 있다. 특히, 의료기관은 「의료법」 제21조제3항에 따라 환자 외의 자에게 제공하는 의무기록 및 진료기록 등에 유전정보를 포함시켜서는 아니 된다고 정하고 있다. 다만, 해당 환자와 동일한 질병의 진단 및 치료를 목적으로 다른 의료기관의 요청이 있고 개인정보 보호에 관한 조치를 한 경우에는 그러하지 아니하다. 「의료법」 제21조제3항을 볼 때, 환자에 대한 의료인의 진료정보를 중심으로 의료정보가 개념화 되어 있으며, 여기서 유전정보는 의료정보에 포함되지 않는 개념임을 알 수 있다.

또한 「생명윤리 및 안전에 관한 법률」에서의 ‘체외수정을 통한 배아생성 등에 관한 정보’(제22조) 및 연구목적의 배아 및 배아줄기세포주 관련 정보(제29조 및 제33조)에 대한 관리 및 준수사항 등을 규정하고 있다(이하 배아 관련 정보). 동 법률의 경우 인간대상연구자가 연구대상자로부터 개인정보를 제공하는 것에 대해 서면동의를 받은 후 기관위원회의 심의를 거쳐 개인정보를 제3자에게 제공할 수 있도록 정보제공의 범위를 엄격하게 제한하고, 제3자에게 제공하는 경우에는 익명화조치를 하도록 되어 있다(「생명윤리 및 안전에 관한 법률」 제18조). 「장기등 이식에 관한 법률」에서는 장기등을 적출하거나 이식한 의사는 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 적출·이식 및 장기등을 이식받은 사람의 사후 경과에 관한 기록을 작성하여 해당 장기 등을 적출하거나 이식한 의료기관의 장에게 제출하여야 하고(제28조), 장기 등의 적출·이식 및 장기 등을 이식받은 사람의 사후

160) 박미정, 보건의료정보 관련 국내외 법제도 분석, 아동 보건의료법제 개선방안연구 제3차 전문가워크숍 자료집, 한국법제연구원, 2019. 09. 20, 6면

경과에 관한 기록 역시 보존되어야만 한다(제29조제2항).¹⁶¹⁾ 또한 뇌사판정기관의 장은 제18조제4항에 따른 뇌사판정서 및 회의록, 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 뇌사판정에 관련된 자료를 15년 동안 보존하도록 규정하고 있다. 다만, 장기이식 등에 관한 자료는 지속적·체계적으로 수집·분석하여 통계를 작성·관리되어야만 하는데(「장기등 이식에 관한 법률」 제30조의2), 이때에는 공공기관이 처리하는 「통계법」에 의한 정보로서 개인정보보호법 제58조제1항에 따라 「개인정보보호법」 제3장부터 제7장의 적용이 배제된다.¹⁶²⁾

「감염병 예방 및 관리에 관한 법률」(이하 「감염병예방법」) 및 「후천성 면역결핍증 예방법」(이하 「에이즈예방법」)에서는 병명여부(「감염병예방법」 제11조 및 「에이즈예방법」 제5조) 그리고 그와 관련된 접종 및 진료사항(「감염병예방법」 제24조, 제25조 및 「에이즈예방법」 제8조) 등도 관리되어야만 하는 정보의 범주에 포함된다. 「감염병예방법」 및 「에이즈예방법」에서의 질병과 접종 및 진료사항은 감염관리에 대한 국가적 필요성에 따라 특별한 관리를 하기 위해 규정한 사항일 뿐, 병명의 확진 그리고 의료인의 진단 및 소견이 포함되는 정보이므로 의료정보에 해당된다 할 것이다.

이상의 정보 외에, 「의료급여법」 및 「국민건강보험법」에 따른 의료급여수급 및 관련 건강보험정보의 경우(이하 의료보험 관련 정보), 의료행위 시 필요하거나 사용된 비용에 관한 정보를 의미한다. 의료행위 역시 기본적으로 의료정보와 연계되어 사항이므로 개인의 고유한 신체·정신 그리고 사회적 상태를 노출시킬 수 있는 위험이 있으므로 이 역시 개인의 민감정보로서 정보보호 대상에 포함된다 할 것이다.

161) 현재 우리나라는 장기이식에 관한 데이터베이스를 질병관리본부 장기이식 관리센터에서 통계시스템 및 기증 희망자 등록 시스템을 구축하여 관리하고 있다, 질병관리본부 장기이식 관리센터, <<https://www.konos.go.kr/konos/common/bizlogic.jsp>>, 2019. 10. 30. 방문

162) 「개인정보보호법」 제58조(적용의 일부 제외) ① 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 개인정보에 관하여는 제3장부터 제7장까지를 적용하지 아니한다.

1. 공공기관이 처리하는 개인정보 중 「통계법」에 따라 수집되는 개인정보
2. 국가안전보장과 관련된 정보 분석을 목적으로 수집 또는 제공 요청되는 개인정보
3. 공중위생 등 공공의 안전과 안녕을 위하여 긴급히 필요한 경우로서 일시적으로 처리되는 개인정보
4. 언론, 종교단체, 정당이 각각 취재·보도, 선교, 선거 입후보자 추천 등 고유 목적을 달성하기 위하여 수집·이용하는 개인정보

<표10> 보건의료정보의 종류

관련 법률명	개인정보 서식 및 정보의 종류
의료법	진단서(등록번호, 환자성명, 주민등록번호, 환자주소, 전화번호, 주상병, 부상병, 질병분류번호 치료내용 등)
	처방전(요양기관기호, 환자성명 및 주민등록번호, 의료기관(명칭, 전화번호, 팩스번호), 질병분류기호, 의료인 성명, 면허종류, 면허번호, 처방의약품명칭 등)
	진료기록부(환자주소, 성명, 연락처, 주민등록번호), 주 증상, 진단결과 또는 진단명, 진료경과, 치료내용, 진료일시) 등
생명윤리 및 안전에 관한 법률	배아생성 등에 관한 동의서(동의서 관리번호 배아생성의료기관명, 체외수정기술대상자 성명, 생년월일, 해당배우자 성명, 생년월일, 상담자성명, 담당의사성명 등)
	생식세포기증동의서(배아생성의료기관명, 생식세포기증자(성명, 생년월일), 해당배우자(성명, 생년월일), 기증자와의 관계 등)
	연구이용동의서(동의서 관리번호, 배아생성 의료기관명, 잔여배아 등의 기증자(성명, 생년월일, 해당배우자(성명, 생년월일), 잔여배아정보(배아생성동일이, 잔여배아수, 잔여배아상태) 등)
의료급여법	의료급여의뢰서(의료급여 의뢰종류, 보장기관기호, 보장기관명, 세대주성명, 수급권자성명 및 주민등록번호, 주소, 상병명, 상병분류기호, 진료기관 등)
	수급권자 자격취득통보서(보장기관기호 및 기관명, 읍면동(시설기관)기호 및 명칭, 세대주(성명, 주민등록번호), 취득수급권자(관계, 주민등록번호, 성명) 등)
	의료급여증(세대주(성명, 주민등록번호, 구분, 자격취득일, 보장기관기호 및 명칭), 부양가족(성명, 주민등록번호, 관계, 자격취득일), 급여기록(성명, 진료일자, 의료급여기관명) 등)
국민건강보험법	건강보험증(성명, 진료일, 요양기관기호)
	요양비지급청구서(접수번호, 접수일, 처리기간, 수급자(성명, 주민등록번호), 요양기관(명칭, 등록번호), 진료구분, 처방전발행일, 진료기간 또는 출산일, 상병명 등)
	건강보험료 분기납부 신청서(접수번호, 접수일, 처리기간, 납부의무자(성명, 주민등록번호, 고지번호, 주소, 전화번호), 신청내용(분기납 희망기간)
감염병 예방 및 관리에 관한 법률	감염병 발생신고서(감염병환자등 또는 사망자(성명, 주민등록번호, 전화번호, 직업, 성별, 주소), 감염병명, 발병일, 확진검사결과 등)
	예방접종증명서(성명, 생년월일, 성별, 주소, 접종명, 접종차수 등)
	진료확인서(진료자(성명, 생년월일, 주소), 질병명 또는 주요소견, 진료일수 등)

관련 법률명	개인정보 서식 및 정보의 종류
후천성 면역 결핍증 예방법	검진통지서(일련번호, 검진대상자(성명, 주민등록번호, 주소), 검진사유, 검진일시, 검진기관명 등)
	인체면역결핍바이러스 감염인/후천성면역결핍증 환자 발견(사망)신고·보고 (문서번호, 시행일자, 주신, 제목, 신고구분, 성별, 생년월일, 최초진단일, 확인진단일, 검사소견, 사망여부, 주요사망원인 등)
	후천성면역결핍증 검사대장(일련번호, 검진일자, 인적사항(검진목적, 성명, 가검물번호, 주소, 전화번호), 검사완료(일자, 결과, 회보일), 확인검사(의뢰일, 회보일, 결과)등)
장기 등 이식에 관한 법률	장기 등 이식대기자 등록신청서(이식대기자(성명, 주민등록번호, 주소), 신청내용(이식이 필요한 장기 등))
	장기 등 및 조직 기증희망자 등록신청서(접수번호, 접수일자, 처리기간, 신청인(성명, 주민등록번호, 전화번호, 전자우편주소, 주소, 정보수신여부), 신청내용(기증형태, 기증희망자 표시여부, 법정대리인의 동의(성명, 주민등록번호, 관계, 서명))
	뇌사조사서(뇌사판정대상자(성명, 주민등록번호, 주소), 뇌사판정기관(명칭, 전화번호, 소재지), 뇌사조사전문(성명, 주민등록번호) 등)
	장기 등 이식통보서(장기 등을 이식받은 사람(성명, 생년월일, 주소, 전화번호), 이식한 장기 등, 이식한 장기 등의 상태 등)
응급의료에 관한 법률	응급환자진료의뢰서(환자성명, 생년월일, 주소), 보호자(성명, 주소, 전화번호, 도착시간, 응급처치 전 환자상태 등)
	응급환자진료비 미수금 대지급 청구서(청구기관(요양기관번호, 기관명, 대표자, 전화번호, 주소), 응급환자(성명, 주민등록번호, 전화번호, 주소, 우편번호), 대지급금 수령계좌(예금주, 은행명, 계좌번호)등)

출처: 박미정, 보건의료정보 관련 국내외 법제도 분석, 아동 보건의료법제 개선방안연구 제3차 전문가워크숍 자료집, 한국법제연구원, 2019. 09. 20, 8면

이처럼 개인의 보건의료와 관련해 의료정보, 유전정보, 배아 관련 정보, 장기이식 등에 관한 정보 및 의료보험 관련 정보에 이르기까지 다양한 정보가 포함될 수 있다. 배아 관련 정보를 제외하고는 현행 법률상에서 거론되었던 정보는 대부분 의료행위를 기반으로 하거나 그와 연계된 정보라는 점을 확인할 수 있었다. 예컨대, 장기이식 및 감염병과 에이즈 역시 기본적으로 질병관리와 의료행위를 기반으로 하기 때문에, 의료정보에 속하거나

그와 연계된 정보로 분류할 수 있다. 아동 역시 독립적인 인격체로서 부모의 동의 및 법정대리인의 동의를 통해 의료행위가 이뤄지므로 앞서 배아 관련 정보를 제외하고는 성장하는 동안 관리되어야만 하는 보건의료정보에 포함될 수 있다고 판단된다.

다만, 본 연구에서는 보건의료의 개념을 「보건의료기본법」 제3조제1호에 따라, “보건의료법령에 따라 국가·지방자치단체 및 보건의료기관 또는 적합한 자격·면허 등을 갖춘 자가 국민의 건강보호·증진을 위해 하는 모든 활동”으로 정의하였으므로, 이를 바탕으로 태아에서부터 영유아기를 거쳐 학령기를 거쳐 성장하는 동안 아동이 생성해내는 보건의료 관련 정보를 주요 연구대상으로 삼고자 한다. 따라서 아동의 보건의료정보는 기본적으로 아동의 진료 및 접종에 관한 의료정보 그리고 학교보건과정에서 생산되는 검진 및 건강기록정보 등을 중심에 놓고 그 보호 및 관리에 관한 사항을 검토하고자 한다. 기초생활수급 여부 또는 요보호아동 여부 등과 같은 복지정보 등은 의료보험 관련 정보와 연계되어 있으므로 개별 사항별로 검토가 필요할 경우 연계정보로 기술하여 검토하고자 한다.

(2) 아동 보건의료정보 관리 현황

현재 아동의 보건의료기록은 해당 보건의료기관에서 개별적으로 보관하고 관리하고 있으며, 국가가 직접 관리하는 경우는 예방접종, 결핵 등 감염병 관리에 관한 사항 등이 있다. 현재 이와 관련해, ‘질병보건종합관리시스템’이 운영 중이며, 아동의 예방접종에 대해서는 보건소에서 접종받은 경우에는 입력이 자동화 되지만, 다른 의료기관에서 받은 경우에는 보호자가 직접 입력해야만 한다. 보호자가 직접 인터넷 또는 모바일을 통해 입력한 사항은 학교에서는 확인할 수가 없는데, 이는 예방접종은 보건복지부가 관리하고 학교보건은 교육부가 관리하면서 부처 간 정보의 공유가 이뤄지지 않기 때문이다.¹⁶³⁾ 또한 현재 “백신성분에 대해 또는 이전 백신 접종 후에 심한 알레르기 반응이 있었던 경우, 백일해 백신 투여 7일 이내에 다른 이유가 밝혀지지 않은 뇌증이 발생했던 경우, 면역결

163) 질병관리본부, 어린이 예방접종 보호자 가이드, 2019, 15면

핍자 또는 면역억제제 사용자”는 예방접종금기자로 분류되며, 이들의 예방접종 금기 사유에 대해서는 본인이 직접 접종받은 의료기관에 전산등록을 요청해야만 한다.¹⁶⁴⁾ 아동 및 아동의 보호자 입장에서 보면, 예방접종 유무 및 예방접종과 관련된 모든 사안을 대부분 직접 입력해야만 하는 시스템이다. 정보화 기기의 접근이 어렵거나, 제때에 아동에 대한 정보입력이 어려운 보호자의 경우 이 같은 시스템은 부담으로 작용할 수 있다.

또한 아동 보건의료기관 간 진료정보의 공유가 이뤄지지 않기 때문에, 다른 보건의료기관을 이용하는 경우 새롭게 검사를 재차 받아야 하거나, 아동 또는 보호자가 CD 등에 복사를 통해 직접 제시해야만 한다. 정확한 약물투여 함량 등과 같은 세부적인 정보 모두를 기억할 수 없기 때문에 아동 및 그 보호자가 제시할 수 있는 진료정보는 한계가 있으며, 중증 질환 등으로 인해 여러 병원을 방문하는 경우에는 추가적으로 검사 등에 소요되는 의료비는 더욱 높아질 수 있다. 특히 과거 진료기록을 연속적으로 환자진료에 활용할 수 없어 약물 과오처방으로 인해 인명사고가 발생하고 있어, 의료기록에 대한 공유는 아동 환자의 안전과도 결부되어 있다 할 것이다.¹⁶⁵⁾

현재 정부는 진료정보 미공유로 인한 국민 불편을 줄이기 위해 ‘마이차트’라는 시스템을 통해 진료정보 공유사업을 일부나마 추진 중이다.¹⁶⁶⁾ 교유대상 의료정보는 환자가 동의한 환자정보, 진료기록, 검사정보에 한하며, 1·2·3차 병원 간 전자적으로 진료의뢰가 가능하다.¹⁶⁷⁾ 강제적 가입사항이 아니므로 자발적 참여를 통한 협업네트워크 형태로 구

164) 질병관리본부, 앞의 자료, 15면

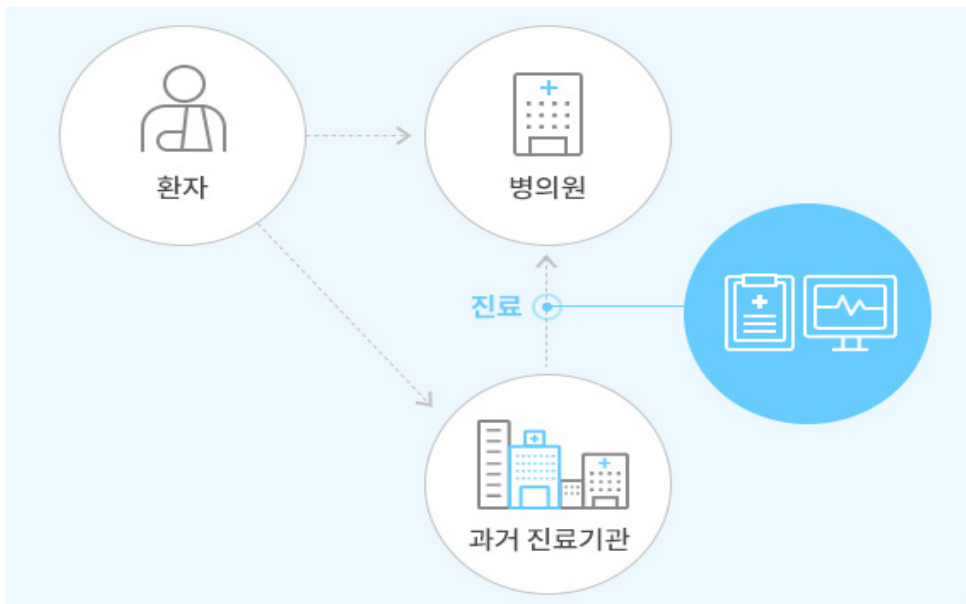
165) “김영희씨는 8년 전 백혈병을 앓던 아들 종현이를 잃었다. 백혈병이 아닌 병원의 실수 때문이었다. 아홉 살 종현이는 완치를 앞두고 마지막 치료를 받기 위해 대구의 한 병원에 있었다. 항암제 ‘빈크리스틴’과 ‘시타라빈’을 차례로 주사하면 끝나는 일상적인 치료였다. 하지만 의료진은 정맥에 놓아야 할 빈크리스틴을 척수강에 잘못 주사했고, 종현이는 마비 증상을 보이다 사망했다. 아들을 떠나보낸 뒤 다른 병원에서든 투약 실수가 종종 일어난다는 사실을 알게 됐다. 김씨는 환자단체연합회와 함께 병원들이 의료사고를 보고하고 재발방지책을 만들게 하는 입법 운동을 시작했고, 『환자안전법』 제정으로 결실을 맺었다. 안전을 환자의 권리로 규정한 『환자안전법』 2016년 7월 발효됐다. 『환자안전법』으로 병원에서 일어날 수 있는 실수를 줄일 수 있는 체계가 마련됐지만, 사고가 사라지지는 않았다. 다섯 살이던 희희정씨의 아들 재운이가 숨진 지 29일로 1년이 됐다.”, 경향신문 기사(2018. 11. 30), 병원 안전합니까, <http://news.khan.co.kr/kh_news/khan_art_view.html?artid=201811300600025&code=940100>, 2019. 10. 30. 방문

166) 보건복지부, 마이차트, <<https://mychart.kr/portal/main/main.do>>, 2019. 10. 30. 방문

167) 보건복지부, 마이차트, <https://mychart.kr/portal/about/intro.do>, 2019. 10. 30. 방문

성 중이며, 2018년 말 전국 15개 상급 종합병원을 포함해 2316개 의료기관이 참여 중이다.¹⁶⁸⁾ 아동의 생애주기 동안 지속적으로 이어지는 건강정보에 대한 관리차원은 아니지만, 적어도 질병에 대한 검진 및 치료 정보나마 진료정보 공유사업에 참여한 병원을 중심으로 교류된다는 점은 아예 그 기반도 없었던 때보다 훨씬 나아진 조건이다. 또한 향후 건강보험 수가 지원방안의 인센티브 제도 등도 함께 검토된다면, 향후 아동 건강에 대한 정보교류의 범위가 확대되고 전국 대부분의 의료기관이 참여할 수 있는 가능성은 충분하다 할 것이다.¹⁶⁹⁾

<그림10> 보건복지부 진료정보교류사업



168) Medical Observer(2019. 05. 29), <<http://www.monews.co.kr/news/articleView.html?idxno=202866>>, 2019. 10. 30. 방문

169) 보건복지부는 “진료정보교류사업에 참여하고 있는 의료기관에 유인책을 제공하기 위해 향후 건강보험 수가 지원방안 등을 제1차 건강보험종합계획에 반영했고 현재 구체적인 추진방안을 검토 중”이라고 덧붙였다, Medical Observer(2019. 05. 29), <<http://www.monews.co.kr/news/articleView.html?idxno=202866>>, 2019. 10. 30. 방문



출처: 보건복지부, 마이차트, <<https://mychart.kr/portal/about/intro.do>>, 2019. 10. 30. 방문

(3) 아동 보건의료정보의 관리 및 전산화에 관한 문제

아동 건강의 지속성을 유지하기 위해서는 아동에 대한 보건의료정보의 체계적 관리가 함께 이루어져야만 가능할 것이다. 예컨대, 아동이 페니실린에 대한 알레르기 반응을 갖고 있다거나 특정 백신이나 의약품에 대한 거부반응을 갖는 경우 등 기존 아동의 병력이나 면역체계 및 알레르기 등에 대한 건강정보를 알고 있는 의료진인 경우에는 문제가 없지만, 이를 알지 못하는 다른 의료진의 경우 아동 및 그 보호자가 정확한 정보를 주지 못하는 경우 그에 대한 정확한 처방을 내리기 어렵고, 다시 기초검진을 반복해야만 한다. 특히 지역 내 의원급 의료기관들의 개·폐업이 잦은 우리나라 의료계 현실에서 아동에 대한 진료기록은 종합적으로 관리되지 못하고 있는 실정이다.¹⁷⁰⁾ 특히 각종 병의원을 방문하여 반복되는 의료검사 등은 결국 아동에 대한 의료비부담으로 이어지고 장기적으로는 국민건강보험에도 적자의 요인이 될 수 있다.

아동의 의료정보가 보건의료서비스를 제공하는 보건의료기관에게 동일하고 일관성 있게 제공될 수 있다면, 의료과오를 줄이고 의료비부담을 줄여 장기적으로는 아동의 건강관

170) 이만우, 고령사회 대비 주치의 제도 도입 검토, 국회입법조사처, 2009, 7면

리에 보다 효과적일 수 있다. 이런 의료정보 관리의 지속성(management continuity)차원에서 우리나라 역시 그 필요성을 인식하고 「감염병예방관리법」 제28조에 따라 예방접종과 관련해서는 종합적 관리체계를 위한 정보화 시스템을 마련하였다.¹⁷¹⁾ 그러나 이는 아동 보건의료 전체 영역에서 감염병 관리를 위한 예방접종에 한정되어 있을 뿐이다. 또한 누락된 예방접종에 대한 사항의 경우 본인이 직접 등록하게 되어 있으므로, 실제 접종률에 서는 오차범위가 존재한다.¹⁷²⁾ 「암관리법」 및 「희귀질환관리법」 역시 암등록통계사업(제14조)과 암정보사업(제15조) 및 희귀질환등록통계사업(제10조)을 시행하면서 이와 관련된 보건의료정보에 대한 조사작업을 하고 있지만, 이것이 국가차원의 관리감독을 위한 전 국민 교육 및 관련 분야 연구목적 등을 위한 통계자료의 생성과 연관된 조항일 뿐이다.

이어서 「모자보건법」 제9조 및 동법 시행규칙 제3조에 따라 영유아기 아동에 대해서는 ‘모자보건수첩’이 발급되고, 이를 통해 영유아의 정기검진 및 종합검진, 성장발육과 건강 관리상의 주의사항 및 예방접종에 관한 사항을 기록하여 관리될 수 있도록 하고 있다. 그러나 그 대상 역시 영유아기 대상에 한정되어 있고, 전산화 된 정보로써 관리되는 것이 아니라 개인이 보관하는 지면에 씌여진 수첩에 해당한다. 「모자보건법」 제9조 및 동법 시행규칙 제7조의2의 경우, 의료기관이 관할 보건소장에게 미숙아 등에 대한 출생을 보고하도록 규정하여, 의료기관에서부터 지방자치단체를 거쳐 보건복지부장관에게 이르기 까지 미숙아 등의 출생보고가 이루어지도록 하여, 국가차원에서 출생정보를 관리하고 있다.¹⁷³⁾ 그러나 동 조항들은 출생정보에 한정된 사항이며, 아동의 건강권 확보차원에서

171) 현재 예방접종과 관련해서는 예방접종도우미(<https://nip.cdc.go.kr/irgd/index.html>, 2019. 10. 30. 방문)만 운영 중이며, 실제 정보관리는 ‘질병보건통합관리시스템’(<https://is.cdc.go.kr/>, 2019. 10. 30. 방문)을 통해 운영 중이다.

172) “2012년 출생자(주민등록인구수 488, 030명)의 예방접종내역 전산 미등록자는 총 1,870명으로 주민등록인구 대비 0.38%이었음. 이들을 대상으로 가구방문조사를 실시한 최종 접촉 결측 결과는 접촉 성공 1,242명(67.1%), 응답거부51명(2.7%), 조사불가 565명(30.2%)이었음. 예방접종내역 전산등록 누락 이유(접종성공자 1,254명)는 해외거주가 928명(주민등록인구 대비 0.19%에 해당)으로 가장 높은 비중을 차지하였음. 의도적으로 예방접종을 거부한 아동은 241명(주민등록인구 대비 0.05%)이었음. 예방접종내역 전산 일부 등록자는 총 70, 152명으로 주민등록인구(2012년 출생자-주민등록인구수 488,030명) 대비 14.45%에 해당되었음. 예방접종내역 전산 일부 등록자 중 최종 전화조사 완료자 591명을 대상으로 전산등록과 전화조사(예방접종수첩) 자료와의 국가예방접종 대상 예방접종률을 비교했을 때에는 약 5.0% 정도의 차이가 발생하였음.”, 이석구 외 5인, 예방접종 전산등록 누락자 실태 분석 및 관리방안, 질병관리본부, 2016, 요약문, 7면

173) 「모자보건법 시행규칙」 제 7 조의2(미숙아등의 출생보고 등) ① 의료기관의 장은 법 제8조제4항에 따라 미숙

출생 후 미숙아의 성장 발달과정 전반에 관한 전반적인 보건의료정보관의 관리는 이뤄지지 않고 있다. 의료정보의 전산화와 관련해 「의료법」 제23조의2에서는 의료정보를 전자 기록화 할 수 있는 시스템을 도입할 수 있는 근거를 마련했으나, 이 역시 의무라기보다는 의료기관의 자발적 참여를 유도하는 인증제 형태로 요건화 되었다.¹⁷⁴⁾

현행 보건의료법제상, 아동의 건강관리에 관한 근거규정들은 개별법들에 일부 존재하지만, 이를 종합적이고 지속적으로 관리할 수 있는 근거는 마련되어 있지 않다. 이런 보건 의료정보의 지속적 관리체계는 정보화 및 전산화 체계가 수반되어야만 가능하다. 따라서 쟁점과 관련해 첫째, 관리대상이 되는 아동 보건의료정보의 범위를 어디까지 볼 것인지, 둘째, 아동 보건의료정보의 관리주체를 누구로 정할 것인지, 셋째 보건의료정보의 관리방식의 정보화 및 정보보안에 관한 책임을 어떤 식으로 정할 것인지에 관한 검토가 필요하다 할 것이다.

아동의 출생에 관한 사항을 지체 없이 별지 제8호의2서식에 따라 관할 보건소장에게 보고하여야 한다.

② 보건소장은 법 제9조의2에 따라 별지 제8호의3서식의 미숙아등의 등록카드를 작성·관리하고, 매년 1월 31일까지 미숙아등의 전년도 출생사항을 별지 제8호의4서식에 따라 관할 특별시장·광역시장·도지사·특별자치시장·특별자치도지사(이하 “시·도지사”라 한다)를 거쳐 보건복지부장관에게 보고하여야 한다.

174) 「의료법」 제23조의2(전자의무기록의 표준화 등) ① 보건복지부장관은 전자의무기록이 효율적이고 통일적으로 관리·활용될 수 있도록 기록의 작성, 관리 및 보존에 필요한 전산정보처리시스템(이하 이 조에서 “전자의무기록시스템”이라 한다), 시설, 장비 및 기록 서식 등에 관한 표준을 정하여 고시하고 전자의무기록시스템을 제조·공급하는 자, 의료인 또는 의료기관 개설자에게 그 준수를 권고할 수 있다.

② 보건복지부장관은 전자의무기록시스템이 제1항에 따른 표준, 전자의무기록시스템 간 호환성, 정보 보안 등 대통령령으로 정하는 인증 기준에 적합한 경우에는 인증을 할 수 있다.

③ 제2항에 따라 인증을 받은 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 인증의 내용을 표시할 수 있다. 이 경우 인증을 받지 아니한 자는 인증의 표시 또는 이와 유사한 표시를 하여서는 아니 된다.

④ 보건복지부장관은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제2항에 따른 인증을 취소할 수 있다. 다만, 제1호에 해당하는 경우에는 인증을 취소하여야 한다.

1. 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 인증을 받은 경우

2. 제2항에 따른 인증 기준에 미달하게 된 경우

⑤ 보건복지부장관은 전자의무기록시스템의 기술 개발 및 활용을 촉진하기 위한 사업을 할 수 있다.

⑥ 제1항에 따른 표준의 대상, 제2항에 따른 인증의 방법·절차 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

<표11> 아동 관련 보건의료정보

법률명	관리수단	주요내용
「감염병예방관리법」 제28조	예방접종통합관리시스템	<ul style="list-style-type: none"> 예방접종예만 한정
「모자보건법」 제9조 「모자보건법 시행규칙」 제3조	모자보건수첩	<ul style="list-style-type: none"> 영유아만 대상 모자보건수첩의 경우 전산 관리시스템이 아님
「모자보건법」 제9조의2	미숙아 등의 출생보고	
「학교보건법」 제7조의3	건강검사기록	<ul style="list-style-type: none"> 학교장 관리 학생대상, 교육정보시스템과 연계 상급학교 진학 시 기록전달
「의료법」 제23조의2	전자의무기록시스템 인증제	<ul style="list-style-type: none"> 전자의무기록의 표준화
「암관리법」 제14조 및 제15조	암등록통계 및 암정보관리	<ul style="list-style-type: none"> 암등록통계 및 암정보화 사업 일환
「희귀질환관리법」 제10조	희귀질환등록통계	<ul style="list-style-type: none"> 희귀질환등록통계사업 일환

제3장

아동 보건의료의 법적 쟁점에 관한 비교법적 검토

제1절 주요국가의 아동 보건의료체계의 통합적 연계

제2절 주요국가의 아동 지역보건의료체계의 구축

제3절 주요국가의 아동 주치의제도

제4절 주요국가의 보건의료정보 관리

제3장

아동 보건의료의 법적 쟁점에 관한 비교법적 검토

아동 보건의료법제와 관련해 비교 가능한 여러 국가 가운데 독일, 스웨덴, 프랑스를 비교법적 대상국으로 선정한 것은, 이들 3개국 모두 국내연구진 및 전문가들 사이에서 지속적으로 모니터링 되고 있는 국가로서, 본 연구에서 주로 다루고자했던 주요쟁점과 관련해 이미 제도적 기반을 마련하여 운영에 관한 풍부한 경험을 갖고 있기 때문이었다. 다만, 3개 국가 모두 동일한 보건의료체계를 갖고 있지 않고, 아동 보건의료에 대한 체계와 운영방식이 각각 다르기 때문에, 검토쟁점에 따라 시사점 도출이 가능한 국가별 기술하는 방식을 선택하였다.

제1절 주요국가의 아동 보건의료체계의 통합적 연계

1. 독일

(1) 아동 보건의료의 기본원칙

독일은 사회국가(Sozialstaat)를 국가의 기본구성원리로 채택하고 있는 국가로서(독일기본법 제20조, 및 제28조),¹⁷⁵⁾ 1883년 「사회복지법」에 법정의료보험(Gesetzliche Krankenversicherung, GKV)를 시작으로, 현재는 「연방사회법전(Sozialgesetzbuch, SGB)」에 따라 사회보험방식의 보건의료체계를 채택하고 있다.¹⁷⁶⁾

175) 「독일기본법」 제20조 ① 독일연방공화국은 민주적·사회적 연방국가이다.

제28조 ① 지방의 헌법질서는 이 기본법에서 의미하는 공화적·민주적 및 사회적 법치국가의 제 원칙에 부합해야 한다.(이하 생략)

176) 국민건강보험공단, <<https://www.nhis.or.kr/menu/retrieveMenuSet.xx?menuId=B5000>>, 2019. 10. 30. 방문

아동 보건의료에 관해서 아동복지가 최우선시 되어야 한다는 특별한 원칙을 명문화한 것은 아니지만, 「독일기본법」 제6조에 따라 아동은 국가의 보호를 받는 주체로서,¹⁷⁷⁾ 연방헌법재판소의 판례를 통해 이 같은 원칙은 지속적으로 확인되고 있다.¹⁷⁸⁾ 또한 독일은 연방제 국가로서 16개 주 가운데 14개 주가 주헌법에 아동의 권리를 직접적으로 보장하는 규정을 명문화하고 있다.¹⁷⁹⁾ 예컨대, 작센주 헌법 제3조에서는 주는 아동과 청소년을 위한 예방적 건강보호와 이들을 돌보기 위한 시설을 지원한다고 규정하고 있으며, 헌법 제9조제1항에서는 주는 건강한 정신적·신체적 발달에 대한 모든 아동의 권리를 인정한다고 규정하고 있다. 연방 및 주의 최상위법인 헌법을 기반으로, 연방차원에서는 「연방사회법전(Sozialgesetzbuch, GGB)」 제8권에서는 아동과 청소년의 지원에 관한 사항을 정하고 있으며, 그 내용은 보육, 돌봄서비스에서부터 질병지원 등 보건의료에 이르는 사항까지 아동의 성장과 발달을 위해 필요한 보건·복지에 관한 사항을 통합적으로 규정하고 있다.¹⁸⁰⁾

177) 「독일기본법」 제 6 조 혼인과 가족은 국가질서의 특별한 보호를 받는다.

② 아동의 부양과 교육은 부모의 자연적 권리이고 우선적으로 그들에게 부과된 의무이다. 그 활동에 대해 국가 공동체(Staatliche Gemeinschaft)가 감독한다.

③ 교육권자가 의무를 해태하거나 기타 이유로 어린이가 방치될 우려가 있을 때, 아동은 법률에 근거해서만 교육권자의 의사에 반하여 가족과 분리될 수 있다.

④ 모성은 공동체의 보호와 부조에 대한 청구권을 갖는다.

⑤ 혼인 외 자녀의 육체적·정신적 성장과 사회적 지위에 관하여는 입법을 통해 혼인 중 자녀와 동일한 조건이 마련되어야 한다.

: 정문식, 「독일헌법 기본권 일반론」, 전남대학교출판부, 2009, 195면

178) 「독일기본법」 제6조제2항2문은 형식적 법률에 근거해야만 하고, 감독은 아동복리를 위해서만 이루어질 수 있으며, 아동의 이익이 부모의 양육권과 충돌하는 경우에는 아동의 이익이 우선한다, BVerfGE 99, 145/156

179) 독일아동법, <<https://www.kinderrechte.de/kinderrechte/die-gesetzlichen-regelungen-in-deutschland/>>, 2019. 10. 20. 최종방문

180) 「연방사회법전(GGB)」 제8권 제1조 ③ 제1항에 따른 권리의 발달을 위해 다음 사항에 대한 청소년 지원이 이뤄져야만 한다.

3. 아동과 청소년의 건강에 대한 위험으로부터의 보호

제22a조(일일 탁아소의 지원) ② 공공청소년보호담당자는 해당 기관에 종사하는 전문인력을 확보하여야 한다.

1. 아동의 건강을 위한 교육담당자 및 일일 간호요원

2. 기타 아동 및 가족 관련 기관 및 공동체, 특히 가족구성 및 상담

3. 학교와 관련된 기관

교육담당자는 보육, 교육 및 상담에 관련된 중요한 사항에 대해 결정권을 갖는다.

: 국회도서관 역, 독일연방사회법전 제8권 아동 및 청소년 지원, 2012, 1면 및 13면

또한 독일은 2012년 아동학대를 방지하고 안전과 신체적·정신적 발달을 후원하기 위해 「연방아동보호법(Bundeskinderschutzgesetz)」을 제정하였는데, 동 법률 제4조에 따르면 연방정부가 주도하고 연방주들이 참여하여 「연방아동보호법(Bundeskinderschutzgesetz)」의 효과에 대해 평가하도록 규정하고 있다.¹⁸¹⁾ 아동과 연관된 법률의 효과를 평가하는 근거가 제도적으로 마련되어 있을 뿐만 아니라, 연방과 주가 맡은 고유한 역할에 따라 국가구성주체의 참여를 통해 평가가 이뤄질 수 있도록 규정하고 있어, 보다 높은 실효성을 담보할 수 있는 구조가 형성되어 있음을 알 수 있다.

(2) 아동 보건의료 담당기관

연방제 국가의 특성에 따라 연방헌법인 「독일기본법」에서 정하지 않은 사항은 주의 입법사항이 된다(「독일기본법」 제73조). 이 같은 보충성 원칙에 따른 연방과 주의 입법관할 원칙에 따라, 대부분의 복지사무는 주의 주요 사무에 해당한다.¹⁸²⁾ 또한 연방은 보건의료에 관한 사항 가운데 연방전체의 이익과 관련될 수 있는 전염성 질환 및 의료법 및 치료업의 허가, 약품 및 독극물의 거래, 연방차원에 병원의 경제적 안정과 병원치료수가에 관한 사항만을 관할하고, 주가 대부분의 보건의료 사무를 담당한다(「독일기본법」 제74조제19조 및 제19a조).¹⁸³⁾

연방정부차원에서 보건의료를 담당하는 부처는 연방보건부(Bundesministerium für Gesundheit, BMG)로서, 아동 및 청소년 등에 관한 사무는 1986년 연방 가족·노인·여성·청소년부(Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, BFSFJ)가 생기면서 이관되었다.¹⁸⁴⁾ 연방보건부(BMG)는 연방의 보건정책 전반에 관한 사항을 관할하

181) 「연방아동보호법」 제4 조(평가) 연방정부는 연방주들의 참여 하에 동 법률의 효과들을 조사하고 2015년 12월 13일까지 연방의회에 조사결과를 보고해야만 한다.

182) 홍성방, 헌법상 보충성의 원리, 공법연구 제36집제1호, 한국공법학회, 2007, 609면

183) 「독일기본법」 제74조 ① 경합적 입법은 다음 분야를 그 대상으로 한다.

19. 인간과 가축모두에게 위험하고 전염성이 있는 질병에 대한 조치, 의료업 및 그 밖의 치료업의 허가, 약품과 약제 및 마취제와 독극물의 거래

19a. 병원의 경제적 안정과 병원치료수가의 규제

: 계획열, 통일독일헌법원론, 박영사, 2001, 517-518면

184) 위키피디아-연방보건부, <[https://de.wikipedia.org/wiki/Bundesministerium_f%C3%BCr_Gesundheit_\(Deutschland\)](https://de.wikipedia.org/wiki/Bundesministerium_f%C3%BCr_Gesundheit_(Deutschland))>.

며, 건강보험, 요양보험, 보건시스템의 질적 발전, 환자이익보호 및 전염병예방, 의약품, 의사면허, 장애인 지원 등에 관한 사항을 관할한다.¹⁸⁵⁾ 따라서 아동의 질병예방 및 의료보장성 확대 등과 같은 일반적인 보건의료 사항은 연방보건부(BMG)가 담당하게 된다.

연방 가족·노인·여성·청소년부(Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, BMFSFJ)는 아동 및 청소년에 대한 복지사무를 총괄하는 부처로서, 「아동에 대한 보건의료지원」의 경우 연방 가족·노인·여성·청소년부가 아동복지의 관점에서 정책을 총괄한다.¹⁸⁶⁾ 특히, 아동복지에 따른 보건의료서비스는 그 실질적 실행을 주가 관할하기 때문에, 연방 가족·노인·여성·청소년부는 주와 협의하는 업무 역시 담당한다 하겠다.¹⁸⁷⁾

(3) 아동 보건의료의 통합적 연계

독일의 아동 보건의료에 있어서 통합적 연계와 관련된 사항으로 언급할 수 있는 것은 민관협력체계를 만드는 교회를 비롯한 비영리민간단체(Verbände der freien Wohlfahrtspflege) 등의 참여가 법적으로 보장되어 사회복지 성격의 보건의료서비스를 일부 담당하고 있다는 점이다.¹⁸⁸⁾

사회복지 성격의 보건의료서비스는 질병예방 및 검진, 치료급여, 가족계획 시 필요한 검사와 약품처방 및 약제비 지원, 수급권자가 임신 중이거나 자녀를 양육할 때에는 출산 지원, 약품제공 미 요약 및 요양급여 등을 제공하는 사항이 모두 포함된다(「연방사회법전(SGB)」 제12권제5장제47조 ~ 제51조).¹⁸⁹⁾

2019. 10. 30. 최종방문

185) 연방보건부, <<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/aufgaben-und-organisation/aufgaben.html>>, 2019. 10. 30. 최종방문

186) 연방 가족·노인·여성·청소년부, <<https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/kinder-und-jugend>>, 2019. 10. 30. 최종방문

187) 정기혜 외 2인, 「주요국의 사회보장제도-독일」, 한국보건사회연구원, 2012, 614-618면

188) 정재훈, 「독일 복지국가와 사회복지서비스」, 집문당, 2007, 104-107면

189) 국회도서관 역, 독일 연방사회법전 제12권-사회부조, 2008, 23면

「연방사회법전(SGB)」 제12권 제1장제5조제1항 및 제2항에 따르면, 공법상의 종교단체, 비영리 민간복지단체가 각각 사회보장의 업무를 담당하는 주체임을 확인하고, 사회부조 제공시 이들과 협력해야 함을 강조하고 있다.¹⁹⁰⁾ 이처럼 비영리민간단체가 국가의 공적서비스를 제공하는 주체로서 인정받을 수 있었던 이유는 오랫동안 시행된 기독교 중심의 자선문화와 전쟁을 통해 전체주의를 경험했던 데에서 나온 반성, 그리고 조합주의적 사회문화가 복합되었기 때문이다.¹⁹¹⁾

이를 바탕으로 비영리민간단체는 국가에게 고유한 보건의료서비스의 책임을 부여받고, 재정지원에 따라 해당 사무를 집행할 독립성이 인정된다(「연방사회법전(SGB)」 제12권제1장제5조제2항).¹⁹²⁾ 이와 관련해, 「연방사회법전(SGB)」 제12권 제1장제5조제2항제2문은 이 같은 교회, 공법상의 종교단체, 비영리민간복지단체들과의 협력할 때에도 목표설정에서부터 업무수행에 이르기까지 각 주체별 독립성에 유의해야 한다고 규정하고 있다.¹⁹³⁾ 특히, 이들 비영리민간단체들은 오랜 전통과 독립성을 기반으로 보건의료서비스에 대한 연방과 주의 중요정책결정시 이해관계자로서 의사결정과정에서 참여하게 된다.¹⁹⁴⁾

나아가 「연방사회법전(SGB)」 제12권 제1장제5조제3항은 연방과 주과 같은 사회부조의 제공주체는 비영리민간단체가 사회부조활동에 대한 적절할 지원을 취해야 함을 규정하고 있다.¹⁹⁵⁾

190) 「연방사회법전(SGB)」 제12권 제1장 총칙

제 5 조 ② 사회부조의 제공주체는 이 법에 명시된 업무를 수행할 때 교회, 공법상의 종교단체, 비영리 민간복지 단체와 협력해야 한다. 이 때 협력자들은 목표설정 및 업무수행 시 각 주체가 갖는 독립성에 유의해야 한다.
: 국회도서관 역, 앞의 글, 3면

191) 정재훈, 「독일 복지국가와 사회복지서비스」, 집문당, 2007, 107-112면

192) 국회도서관 역, 앞의 글, 3면

193) 국회도서관 역, 앞의 글, 3면

194) 정재훈, 앞의 글, 103면

195) 「연방사회법전(SGB)」 제12권 제1장 총칙

제 5 조 ③ 협력을 통해 사회부조와 비영리 민간복지단체의 활동이 수급권자의 복지를 위해 효과적으로 상호보완 되어야 한다. 사회부조의 제공주체는 비영리 민간복지단체가 사회부조 분야에서 시행하는 활동을 적절히 후원해야 한다.

: 국회도서관 역, 앞의 글, 3면

다만, 이 같은 비영리 민간단체의 업무수행은 그 참여와 업무를 위임받는 것에 동의할 때만 가능한 것이며, 동의가 이루어졌다 할지라도 명시된 업무에 대한 책임은 연방과 주 같은 사회부조의 제공주체에게 있다(『연방사회법전(SGB)』 제12권 제1장제5조제5항).¹⁹⁶⁾

현재 독일 내에서 연방 및 주로부터 보건의료서비스 등의 복지사무를 위임받아 수행하는 주요 비영리 민간단체는 “독일 카리타스 연합회(Deutscher Caritasverband), 기독교 봉사회(Diakonisches Werk), 독일 복지단체연합회(Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband), 독일 적십자사(Deutscher Rotes Kreuz), 유대인 중앙복지회(Zentrale Wohlfahrtsstelle der Juden)”을 언급할 수 있다.¹⁹⁷⁾

2. 스웨덴

(1) 아동 보건의료의 기본원칙

스웨덴은 북유럽의 대표적인 사회민주주의국가로서 평등과 보편성을 강조하는 보건의료체계를 구축하고 있는 국가이다.¹⁹⁸⁾ 이 같은 보건의료의 핵심요소는 단순히 원칙으로만 존재하는 것이 아니라 개별 법률에 보다 구체적으로 반영되어 있다. 먼저 보건의료의 모범이라 할 수 있는 『보건의료서비스법(Hälsooch sjukvårdslag)』의 경우, 보건의료의 목표는 전체 국민이 동등한 조건 하에서 건강과 돌봄의 수준을 향상시키는 것이라 규정하고 있다. 또한 보건의료의 시행과 관련해서는 모든 국민에게 균등한 가치를 부여해야 할 뿐만 아니라 특별한 조건을 가진 사람에 대해서도 동일하게 대우해야 하며, 보건의료의 필요가 최우선적으로 요구되는 자에게 치료의 우선순위를 부여해야 한다고 규정하고 있다

196) 『연방사회법전(SGB)』 제12권 제1장 총칙

제 5 조 ① 각자의 사회보장 임무를 담당하는 주체로서의 교회, 공법상의 종교단체, 비영리 민간복지단체의 지위 및 각자의 임무완수를 위한 활동은 이 법의 영향을 받지 않는다.

⑤ 비영리 민간복지단체가 사회부조의 업무수행에 참여하는 것 또는 임무를 위임받는 것에 동의할 경우 사회부조의 제공주체는 이 법에 명시된 업무수행 시 그 단체를 참여시키거나 업무를 그 단체에게 위임할 수 있다. 사회부조의 제공주체가 갖는 수급권자에 대한 책임은 유지된다.

: 국회도서관 역, 앞의 글, 3면

197) 정재훈, 앞의 책, 125면

198) 정기혜 외 2인, 『주요국의 사회보장제도-스웨덴』, 한국보건사회연구원, 2012, 276면

(「보건의료서비스법」 제3장제1조). 이어서 보건·복지서비스에 관해 정하고 있는 「사회서비스법(Socialtjänstlag)」 역시 사회서비스는 민주주의와 연대를 기반으로, 경제적·사회적 안전망, 생활조건의 평등, 적극적 사회활동에 있어 국민들의 제반 조건을 향상하기 위한 것이라고 정하고 있어(「사회서비스법」 제1장제1조), 평등과 보편성 그리고 연대에 기반하는 사회민주주의적 보건의료체계의 특성을 잘 반영하고 있다고 판단된다.¹⁹⁹⁾

특히, 우리나라의 경우 18세 미만의 아동에게 적용되는 「아동복지법」에서만 아동복지에 관한 사항을 언급하고 있는 반면, 스웨덴은 전 국민에게 적용되는 「사회서비스법」 제1장(목표)에서 아동과 관련된 사안일 경우 아동에게 최선의 이익이 무엇인지가 고려되어야만 하고, 아동을 위한 보육 또는 치료에 관한 결정 또는 기타 조치를 취할 경우, 해당 아동에게 있어 가장 최선의 조치가 취해져야만 한다고 규정하고 있다(「사회서비스법」 제1장제1조).²⁰⁰⁾ 물론 스웨덴은 우리나라처럼 별도의 「아동복지법」 체계를 갖고 있지 않고 보건복지서비스와 관련해서는 전 국민을 대상으로 하는 「사회서비스법」이 주요내용을 정하고 있기 때문에, 동 법률에서 아동에 대한 특별보호를 정하게 된 것이다. 하지만 고령자, 장애인 등 국가와 사회적 보호와 배려가 필요한 다른 대상이 존재함에도 불구하고, 아동에 관한 사항을 별도로 규정하여 아동과 관련된 사안일 경우 아동복지가 우선임을 강조한 것은 아동에 대한 국가와 사회적 책임을 보다 중요한 과제로 보았기 때문이다.²⁰¹⁾

특히, 이 같은 아동복지에 대한 우선적 고려에 대한 내용은 보건의료부문에서도 동일하게 적용되며, 이 같은 방향은 「보건의료서비스법」 제5장제6조 ~ 제8조에서 다시 한 번 확인할 수 있다. 「보건의료서비스법」 제5장제6조의 경우 아동의 양육을 담당하는 성인이 아동의 보건의료를 담당할 수 없는 경우, 국가가 아동에 대한 보호를 책임지는 것을 정하

199) 김기수, 스웨덴의 아동 보건의료법제와 주요내용, 아동 보건의료법제 개선방안 연구 제3차 전문가 워크숍, 2019. 05. 29, 한국법제연구원, 73면

200) 물론 여기서 아동은 만 18세 미만의 자를 의미한다.

201) 「사회서비스법」이 취하는 아동복지에 대한 관점은 의료자원의 분배와 관련된 의료정의론적 시각에서 보면 다음과 같은 전제에서 출발한 것이다. 보건의료재원의 분배과정에서 아동에 대한 기본적 몫을 정하지 않고 총량 가운데 재원의 투입이 급하게 요구되는 다른 대상에 대한 배제를 통해 남은 할당량을 아동 보건의료에 우선적으로 투입한다는 관점이 아니다. 국가와 사회가 보건의료재원의 총량 가운데 일정부분은 반드시 아동복지에 우선적으로 배분한다는 기본적 전제하에, 의료자원의 분배가 출발한다는 점이다.

고 있다. 「보건의료서비스법」 제5장제7조를 살펴보면, 아동의 복지와 보건의료가 분리되지 않고 통합적으로 규정되어 있는 조문형태로서, 요보호대상 아동에 대한 보건의료 지원에 있어서도 지원대상자의 의사를 존중하고 지원옵션에 대한 선택권을 고려할 수 있는 기회를 제공하기 위해, 보건의료정보의 제공 및 조언에 관한 사항도 고려되어야 한다고 규정하고 있다.

「보건의료서비스법」

제 5 장 운 영

제 6 조(아동에 관한 특별의무) 아동에 관한 보건의료에 있어서는 아동의 이익이 최우선적으로 고려되어야 한다.

제 7 조 아동의 부모, 또는 아동과 함께 상시 거주하는 다른 성인이 다음과 같은 조건에 처한 경우 아동의 보건의료 관한 정보, 조언 및 지원은 특별히 고려되어야 한다.

1. 정신적 손상을 당했거나 정신적 기능장애가 있는 경우.
2. 신체적으로 심각한 질병이나 상해가 있는 경우.
3. 알코올 중독 또는 기타 중독성이 있는 경우.

자녀의 부모 또는 상시 거주하는 다른 성인이 예기치 않게 사망한 경우에도 동일하게 적용한다.

(2) 아동 보건의료 담당기관²⁰²⁾

스웨덴 보건의료는 기본적으로 중앙정부 및 광역지방자치단체인 란스팅(Landsting) 그리고 기초지방자치단체에 해당하는 코뮌(Kommun)이 「보건의료서비스법」에 따라 각각의 관할업무를 부여받고 서로 협력하여 운영하는 연계형 시스템으로 구성되어 있다.²⁰³⁾

202) 공공보건의료의 중심축을 형성하는 각 지방자치단체별 종합병원 및 이하 거점병원의 경우 의료서비스를 공급하는 주체이기는 하지만, 주요 정책결정 및 관련 제도적 기반은 중앙정부와 지방자치단체 그리고 보건의료에 관한 사무를 담당하는 주무관청에서 입안하고 집행하게 되므로, 아동 보건의료 담당기관은 이들 행정기관을 중심으로 기술하고자 한다.

203) 강철현, 「스웨덴의 보건·복지·환경정책, 스웨덴의 행정과 공공정책」, 법문사, 2008, 409-414면

중앙정부차원에서 보건의료의 총괄은 그 주무부처인 보건사회부(Socialdepartementet)²⁰⁴가 맡고 있으며, 그 실질적인 집행기관으로서 보건복지위원회(Socialstyrelsen)²⁰⁵가 사회복지 및 보건의료서비스, 환경보건, 전염병 예방 등에 대한 포괄적 활동을 하고 있다.²⁰⁶ 보건사회부는 보건의료체계에 관한 중요한 정책과 목표를 설정하고 그에 대한 최종적 감독권한을 갖고 있으며, 지방자치단체와 협상을 통해 정책을 집행한다.²⁰⁷ 또한 정부산하기구로서 건강을 포함한 아동의 제반사항에 대한 파수꾼 역할을 담당하는 아동옴부즈만(Barnombudsmannen)²⁰⁸이 운영되고 있어 아동권리신장에 중요한 역할을 담당하고 있다.

중앙정부차원에서 아동의 보건의료에 관한 주요 담당기관은 ‘사회복지위원회(Socialnämnd)’다.²⁰⁹ 『사회서비스법』 제5장제1조에 따르면, 사회복지위원회의 업무영역은 아동 및 청소년의 건강에서부터 보건의료, 돌봄 등에 이르기까지 보건·복지에 관한 전반적인 업무를 수행하고 있음을 알 수 있다.

204) 스웨덴 보건사회부, <<https://www.regeringen.se/sveriges-regering/socialdepartementet/>>, 2019. 10. 20 방문

205) 스웨덴 보건복지위원회, <<https://www.socialstyrelsen.se/>>, 2019. 10. 20 방문

206) “스웨덴의 정부조직의 특성 가운데 하나는 “다양한 위원회 시스템이 활성화되어 있다는 점이다. 스웨덴은 특정한 정책을 수행하기 위하여 수시로 위원회를 설치하여 운영하는 시스템을 가지고 있다. 하나의 위원회는 관련 정책과제의 성격에 따라 운영된다. 이러한 위원회들은 행정권한의 집행을 제외하고는 통상적인 집행기관과 유사한 독립성을 부여받고 있으며, 또한 이러한 위원회들은 스웨덴 사회에 있어서 중요한 정책결정의 합의 도출도 담당하고 있다. 이러한 위원회 시스템을 통해서 정부정책결정이 사실과 주장 그리고 분석(Fact, Argument, Analysis)에 기초하여 이루어질 수 있도록 하고 있다.”, 이창길, 스웨덴의 행정조직 및 행정문화, 『스웨덴의 행정과 공공정책』, 법문사, 2008 122면

207) 강창현, 앞의 글, 409면

208) 스웨덴 아동옴부즈만, <<https://www.barnombudsmannen.se/>>, 2019. 10. 20 방문

209) 위원회라는 명칭 때문에 심의기능을 갖는 합의체라고 생각할 수 있지만, 스웨덴의 행정조직은 이 같은 실질적인 집행을 담당하는 주무 행정청(Agencies)을 위원회 형태로 구성하기도 한다. 이런 행정조직 구성방식은 조합주의적 전통에 따라 집단적 합의에 따른 결정과 위원회라는 합의체를 통해 행정조직의 유연성을 발휘할 수 있다는 점에서 보다 효율적인 행정을 구현할 수 있는 장점을 갖는다, 이창길, 스웨덴의 행정조직 및 행정문화, 『스웨덴의 행정과 공공정책』, 법문사, 2008, 122, 135-137면

「사회서비스법」

제5장 다양한 계층에 관한 특별 규정-아동 및 청소년

제1조 사회복지위원회는

1. 아동과 청소년이 안전하고 좋은 환경에서 자랄 수 있도록 노력하며,
2. 가정과 긴밀하게 협력함으로써 아동 및 청소년의 균형 있는 성격 발달과 바람직한 육체적·사회적 성장을 촉진하고,
3. 아동 및 청소년이 위해를 당하지 않도록 하는 홍보 활동 및 기타 예방 활동을 수행하여야 하고,
4. 아동 및 청소년의 알코올성 음료와 기타 중독성 약물 등의 남용을 예방하고 퇴치하기 위해 적극적으로 노력해야 하며,
5. 아동 및 청소년이 게임에 대한 금전적 낭비를 하지 않도록 예방하고 방지하기 위해 적극적으로 노력해야 하고,
6. 아동 및 청소년이 유해한 환경에서 자라지 않도록 지역의 사회단체 및 기관, 관련자와 함께 주의를 기울이고 노력해야 하며,
7. 성장에 있어 적절하지 않은 징후를 보이는 아동 및 청소년의 성장에 각별한 주의를 기울여야 하고,
8. 가정과의 긴밀한 협력을 통해 가정 외부에 있는 아동 및 청소년이 적절한 보호와 지원을 받을 수 있도록 보장함은 물론, 아동 및 청소년의 필요와 동기가 있을 경우에는 돌봄 및 교육 서비스 역시 보장받을 수 있도록 해야 하며,
9. 아동 및 청소년 돌봄에 있어 양육, 주거, 사고 및 입양 등의 문제가 해결된 이후에도 잔존하는 특별한 지원 및 도움의 요구를 충족할 수 있도록 해야 하고,
10. 아동 및 청소년 돌봄에 있어, 아동 및 청소년의 가정 외부에서의 돌봄이나 양육이 종료된 후이거나, 청소년 돌봄에 관한 사항의 종료를 명시한 법률(1998:603)에 따른 돌봄 기한이 종료된 후에도 잔존할 수 있는 특별한 지원 및 도움의 요구를 충족할 수 있도록 해야 한다. 법률(2017:809).

또한 「사회서비스법」 제5장제1a조에 따르면, 보건의료의 위험상태가 예상되거나 질병 위험이 있는 아동에 대한 주요결정은 사회복지위원회가 주도하며, 이를 위해 제반 기관 및 사회단체 그리고 관련 분야의 인력과 협력해서 운영되고 있음을 알 수 있다. 지방자치단체와 사회복지위원회의 관계 역시, 「사회서비스법」 제5장제1b조에 따르면, 청소년 아동에 대한 서비스가 필요한 경우 사회복지위원회는 업무계획을 세워 청소년 아동에게

필요한 서비스의 내용을 결정하고, 그에 대한 관리감독자를 임명하며, 코핀에서는 특별한 사유가 없는 한 2개월 이내에 조치를 취하도록 되어 있어, 상시적인 업무의 협력이 이뤄지는 구조가 형성되어 있음을 알 수 있다.²¹⁰⁾

(3) 아동 보건의료의 통합적 연계

스웨덴은 보건의료와 관련해 지방분권화를 통한 수직적 형태의 통합적 연계를 구축하고 있는 국가로 널리 알려져 있다.²¹¹⁾ 스웨덴의 보건의료체계는 중앙정부와 란스팅이라는 21개 광역지방자치단체와 코핀이라는 290개의 기초자치단체²¹²⁾가 「보건의료서비스법」에 따라 각각의 사무를 맡아 책임지는 구조이다.²¹³⁾ 란스팅 및 코핀 모두 주민의 요청에 기초하여 보건의료계획을 수립할 수 있고(「보건의료서비스법」 제7장제2조 및 제4부제11장제2조),²¹⁴⁾ 란스팅은 재활치료 및 재활, 장애인 지원 및 응급의료, 1차 의료시스템 조직 등에 관한 사항을 책임지고(「보건의료서비스법」 제7장제3조 및 제8장제7조),²¹⁵⁾ 코핀은

210) 「사회서비스법」 제5장제1b조 기초자치단체는 청소년 대상 서비스가 가능한 한 신속하게 시행될 수 있도록 해야 한다. 특별한 사유가 없는 한, 결정이 내려진 후 2개월 이내에는 시행되어야 한다. 사회복지위원회는 업무 계획을 통해 청소년 대상 서비스의 내용을 결정하고, 이에 대한 관리감독자를 임명한다. 사회복지위원회는 업무 계획 수립 여부를 확인해야 한다.

211) 정기혜 외 2인, 「주요국의 사회보장제도-스웨덴」, 한국보건사회연구원, 2012, 293면-295면

212) 홍세영·박현숙, 주요 외국의 지방자치제도 연구- 스웨덴, 한국법제연구원 2018, 33면

213) 강창현, 「스웨덴의 보건·복지·환경정책, 스웨덴의 행정과 공공정책」, 법문사, 2008, 409-414면

214) 「보건의료서비스법」 제7장제2조 란스팅은 해당 란스팅이 보건의료 부문의 책임을 담당하고 있는 주민들의 요구에 기초하여 보건의료계획을 수립하여야 한다. 보건의료계획 수립 시 란스팅은 기타 보건의료서비스 제공자가 제공하는 보건의료서비스를 참조하여야 한다. 또한 란스팅은 응급 의료 준비태세가 유지될 수 있도록 보건의료계획을 수립해야 한다.

「보건의료서비스법」 제4부제11장제2조 코핀은 주민들의 요구에 기초하여 보건의료계획을 수립하여야 한다. 보건의료계획 수립 시 코핀은 기타 보건의료서비스 제공자가 제공하는 보건의료서비스를 참조하여야 한다.

215) 「보건의료서비스법」 제3편제7장제3조 란스팅은 해당 란스팅이 보건의료 책임을 지고 있는 모든 사람들로 하여금 보건의료서비스 제공자를 선택할 수 있도록 할 뿐만 아니라 상시적으로 접촉할 수 있는 의사를 선택 및 활용할 수 있도록 1차 보건의료를 조직해야 한다(vårdvalssystem; 의료선택시스템). 란스팅은 개인의 선택을 란스팅 내 특정 지역으로 제한하여서는 안 된다. 의료선택시스템 하에서 란스팅으로부터 서비스 제공자에게 제공되는 보상은 서비스 제공자에 대한 각 개인의 선택에 따라 지급되어야 한다. 란스팅이 의료선택시스템을 도입하기로 결정할 시, 공공서비스 선택에 관한 법률(lag om valfrihetssystem, 2008:962)이 적용된다.

제8장 제7조 란스팅은 제1조에 명시된 자에게 다음과 같은 것을 제공하여야 한다.

1. 재활 치료 및 재활;
2. 장애인을 위한 지원;
3. 청각 장애아동, 청각 장애인, 성인 청각 장애인 및 청각 기능 이상자에 대한 일상적인 통역 서비스.

그러나 란스팅의 책무에는 제12장제5조에 따라 코핀이 담당하는 첫 번째 문장 및 두 번째 문장에 관련된 조정

노인 및 장애인 보건복지서비스를 담당한다.²¹⁶⁾ 『보건의료서비스법』 제3편제8장제6조에 따르면, 란스팅의 책무에는 코뮌이 담당하는 보건의료서비스를 포함하지 않는다고 규정하여, 란스팅과 코뮌이 보건의료에 있어서 각각의 독립적 업무를 수행함을 전제로 하고 있음을 알 수 있다.²¹⁷⁾ 지방자치단체 간 독립성과 자율성에 기반을 두어 협력과 통합적 연계가 이뤄지는 구조인 것이다.

그리고 이 같은 협력은 서비스 제공 또는 인력지원 등의 다양한 형태로 나타날 수 있지만, 기관 간 합의에 전제한 협약의 형태를 통해 구체화 된다. 아동 보건의료서비스 역시 이 같은 협력에 기반을 둔 란스팅과 코뮌 간, 란스팅과 중앙행정기관 간 통합적 연계를 통해 제공되고 있다. 『보건의료서비스법』 제7장제9조처럼 보건의료와 관련된 자원의 활용을 높이기 위해 코뮌, 사회보험청(Försäkringskassan) 및 공공고용청(Arbetsförmedlingen)과 협약을 체결해 협력하고 그에 대한 재정지원이 가능하다.²¹⁸⁾ 또한 지역적 책무를 넘는 사안에 대해서도 란스팅 간 동의가 있거나, 전국 차원의 전문화 된 치료를 요하는 사안에 대해서는 란스팅 간 보건의료서비스 제공이 가능하다.²¹⁹⁾ 코뮌 역시 지역 사회단체, 조직 및 보건의료서비스제공자와 협력하여야 한다는 기본적 의무를 부과하고 있다(『보건의료서비스법』 제4부제11장제3조).

사항은 포함되지 아니한다. 기타 법률에 따라 고용주 또는 다른 자에게 부과된 의무와 관련된 제한 사항도 란스팅의 책임 영역에 속하지 아니한다. 제1문 제1호 또는 제2호에 명시된 조치를 제공함에 있어, 란스팅은 환자와의 협의를 통해 개인별 맞춤형 계획을 작성하여야 한다. 해당 계획은 숙고된 것으로 확실한 조치를 포함하여야 한다.

216) 강창현, 앞의 글, 407-409면

217) 『보건의료서비스법』 제3편제8장제6조 란스팅의 책무에는 제12장제1조 또는 제14장제1조에 따라 코뮌이 담당하는 보건의료서비스는 포함되지 아니한다.

218) 『보건의료서비스법』 제7장제9조. 란스팅은 본 법률에 따른 란스팅의 책무 영역 내에서 가용 자원을 보다 효과적으로 활용하기 위해 코뮌, 사회보험청(Försäkringskassan) 및 공공고용청(Arbetsförmedlingen)과 협약을 체결할 수 있다. 란스팅은 해당 협력에 의해 수행되는 활동에 대한 재정의 일부를 담당한다. 재활치료의 재정 조정에 관한 법률(lag om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser, 2003:1210)에 따라, 란스팅은 재활 부문의 재정 조정에 관여할 수 있다. 감사원(Riksrevisionen)은 사회보험청 또는 공공고용청이 재정의 일부를 담당하고 해당 기관과의 협력을 통해 수행한 활동에 대해 감사를 실시할 수 있다. 감사원은 감사에 필요한 정보에 접근할 수 있는 권리를 가진다.

219) 『보건의료서비스법』 제11장제3조 보건의료 관련 계획 및 개발에 있어 코뮌은 지역 사회단체, 조직 및 보건의료서비스 제공자와 협력하여야 한다.

「보건의료서비스법」의 구조를 보면 란스팅과 코뮌에게 각각 보건의료에 있어서 협력에 관한 기본적 의무를 부여하고, 보건의료사무와 관련해 협업이 필요한 경우 각 기관 간 협약에 따라 협력의 구체적인 내용을 정하고 그에 대한 재정지원이 가능한 형태의 법제화를 통해 아동을 포함한 보건의료전반에 대한 통합적 연계가 가능한 제도적 기반을 마련하고 있다 할 것이다.

제2절 주요국가의 아동 지역보건의료체계의 구축

1. 독일

(1) 아동 지역보건의료체계의 구성 및 운영

연방제 국가의 특성에 따라 보충성원칙이 적용되어 주가 보건의료에 관한 주요사무를 책임지게 된다(「독일기본법」 제73조 및 제74조, 「연방사회법전(SGB)」 제1장3조).²²⁰⁾ 지역의 보건의료의 중심축이 되는 지역 보건계획 및 보건의료기관의 운영(대학병원 및 주 병원), 지역의 공중보건 및 학교보건과 입원요양 등에 관한 사무는 주가 직접적으로 담당한다.²²¹⁾ 「독일기본법」 제73조 및 제74조에 따르면, 교육에 관한 사무는 주의 입법사항으로서, 그와 관련된 대학병원 운영 그리고 학교보건에 관한 사항 역시 주가 주된 책임을 갖는다. 따라서 주법으로 병원운영에 관한 사항을 정하기도 하는데, 브란덴부르크 주의 경우, 「병원운영에 관한 법률(Brandenburgisches Krankenhausentwicklungsgesetz, BbgKHEG)」을 제정하고, 동법 제4장제1항에서는 병원은 어린이 친화적인 치료를 보장해야 한다고

220) 「연방사회법전(SGB)」 제12권제1장 총칙

제3조 ① 사회구조는 지역적 제공주체와 초지역적 제공주체에 의해 제공된다.

② 주법이 특별히 달리 규정하지 않는 이상 사회부조의 지역적 제공주체는 자치시(Kreisfreie Stadt)와 군(Kreis)이다. 주법으로 제공주체를 규정할 때에는 장자 지역적 제공주체가 사회부조의 업무를 담당하는 것에 동의해야 하며, 이 법에서 규정하는 임무를 수행할만한 능력을 갖추고 있는지, 그 부조업무의 수행이 해당 자치시 및 군 전역에서 보장되는지 여부가 확인되어야 한다.

③ 주는 사회부조의 초지역 제공주체를 규정한다.

: 국회도서관 역, 독일연방사회법전 제12권, 2008, 3면

221) 정기혜 외 2인, 「주요국의 사회보장제도-독일」, 한국보건사회연구원, 2012, 485면

정하고 있다.²²²⁾ 이 같은 의료기관 및 교육영역에 대한 책임이 주에 있다 할지라도, 시설 내에서 행위가 「독일기본법」이 정한 연방사무에 해당하는 경우, 그 집행은 주가 말지만 관련 연방법의 범위 내에서 이뤄져야만 한다(「독일기본법」 연방법 우선원칙 제31조).²²³⁾ 예컨대, 연방법률이 정한 「연방사회법전(SGB)」 제1조제3항제3호에 따른 아동과 청소년에 대한 보건위험 방지 업무와 관련해, 튀링겐주는 주법인 「아동돌봄기관법(Türinger Kindertageseinrichtungsgesetz)」을 통해 아동 돌봄기관에서 교육담당자에게 보건상 적합한지를 판단할 수 있는 의사 또는 의료기관의 증명서와 예방접종증명서를 제출하도록 권고하고 있다(제16조).²²⁴⁾

앞서 언급한 것처럼, 비영리민간단체 역시 주와 협력하여 지역 내 아동 보건의료서비스의 일부를 담당하고 있다. 보건의료서비스는 상담에서부터 치료, 의료돌봄서비스에 이르기까지 통합적으로 제공되며, 「연방사회법전(SGB)」 제12권제2장제9조제3항 및 제11조5항에서는 수급권자가 희망하는 종교시설을 통한 돌봄서비스 신청이 가능할 뿐만 아니라 사회부조와 관련된 상담시 비영리 민간복지단체 등이 제공하는 상담과 후원에 대해 우선적으로 안내해주어야 한다고 규정하여, 민관협력에 따른 통합적 연계가 제도적 기반이 마련되어 있다.²²⁵⁾

222) 「브란덴부르크주 병원운영에 관한 법률」 제 4 조(병원에서의 아동) ① 병원은 어린이 친화적인 치료를 보장해야 합니다. 연방사회법전 제8권 제7조제1항제1호에 해당하는 아동의 경우, 의학적 이유로 입원시 동반자가 필요한 경우가 허용된다. 이는 특히 미취학 아동 또는 장애가 있고 정서적으로 취약한 아동에게 적용된다. 이 같은 적용이 불가능한 한, 병원은 다른 방법으로 환자의 특별한 주의와 돌봄에 대한 요구를 고려할 수 있다.

223) 「독일기본법」 제31조 연방법은 주법에 우선한다.

224) 「튀링겐주 아동돌봄기관법」 제16조(보건 구호) ① 일일 탁아소에 아동을 맡길 때 교육 담당자에게 기관수용에 아동의 보건상의 적합성에 관한 의사 또는 보건 기관의 증명서를 제출하여야 하며, 이 경우에 교육 담당자는 적합한 권장 접종 증명서(홍역, 천식, 유행성 이하선염, 홍진, 디프테리아, 파상풍, 척수성 소아마비)를 권고하여야 한다.

② 공공 보건은 일일 탁아소의 교육 담당자와 협의하여 아동에 대하여 연 1회 의사 및 치과 의사의 진료 검사를 실시한다. 검사 결과는 교육 담당자에게 제공하여야 한다.

225) 「연방사회법전(SGB)」 제12권제2장

제 9 조 ③ 수급권자가 요구할 경우 수급권자가 신봉하는 종교의 성직자로부터 보살핌을 받을 수 있는 시설에 수급권자를 수용해야 한다.

제11조 ⑤ 비영리 민간복지단체, 법률상담 관련 직종에 종사하는 자, 기타 기관에 제공하는 상담과 후원에 대해서 우선 안내해주어야 한다...(이하 생략)

: 국회도서관 역, 독일연방사회법전 제12권 사회부조, 2008, 4면 및 6면

「독일기본법」은 보건의료 관련 사무에 대해 기초지방자치단체인 게마인데(Gemeinde)에게 직접 위임하고 있지 않으며, 게마인데는 주헌법과 주법률이 위임한 범위 내에서 자치권이 인정되므로, 주의 보건계획에 따른 집행은 게마인데에서 이뤄지며 그 보건의료서비스에 대한 최종감독은 주의 권한이라 할 것이다.²²⁶⁾

(2) 아동 지역보건의료 담당기관

독일의 지역 내 아동 보건의료를 담당하는 공적 기관은 보건청(Gesundheitsamt)과 청소년청(Jugendamt)를 언급할 수 있다.²²⁷⁾

보건청(Gesundheitsamt)는 지역 내 공공보건서비스를 담당하는 기관으로서, 공공보건 의료서비스, 건강지원 및 상담, 전염병 예방 및 관리, 임신부 및 임신갈등상담²²⁸⁾ 및 공공보건의²²⁹⁾에 의한 직업면허 관련 심사(Amtärztliche Überprüfung vor Zulassung zum Heilpraktikerberuf), 장애인 등에 대한 지원 및 재활 등에 관한 업무²³⁰⁾를 담당한다.²³¹⁾ 아동

226) 정기혜 외 2인, 「주요국의 사회보장제도-독일」, 한국보건사회연구원, 2012년의 글, 487면

227) 소아과 의사를 아동 주치의로 선정하는 경우, 지역 내 아동의 1차 의료는 주치이가 담당한다고 할 수 있으나, 본 항목에서는 지역 내 아동의 보건의료사무를 담당하는 기관을 중심으로 살펴보고자 하였기 때문에, 검토대상에서 제외하였다.

228) 독일의 「임신갈등 예방극복을 위한 법」에 따른 신뢰출산제도에 기반을 둔 것으로 “임신 후 익명으로 상담 받고 익명으로 출산할 것을 결정한 임신여성이 적절한 의료서비스를 받을 수 있는 곳에서 안전하게 자녀를 출산하는 것”과 연관되어 있는 상담업무 등을 의미한다. 안경희, 독일법상 신뢰출산제도에 관한 소고, 안경희, 4면, 이화젠더법학 제9권제1호, 2017, 4면

「임신갈등 예방극복을 위한 법」 제 6 조(임신갈등에 대한 상담업무 진행) ① 조언이 필요한 임신부에 대해서는 즉각 상담업무를 진행해야 한다.

② 임신부의 요청이 있을 시 상담사로부터의 자신의 익명성을 보장받는다.

③ 필요한 경우 임신부의 동의를 전제로 다음 각 호의 자가 상담에 참여할 수 있다.

1. 일반진료과목, 전문진료과목, 심리학, 사회교육, 사회복지 혹은 법학교육을 이수한 전문인력,
2. 장애아동에 대한 조기지원 경력을 갖춘 전문가
3. 그 밖에 자, 특히 양육자 및 가까운 친족

: 국회도서관 역, 임신갈등 예방극복을 위한 법, 2015, 13면

229) 「공공 보건에 관한 규정」 제 1 조(공공보건의 임무) ③ 건강손실을 방지하고 근절시키기 위해 위생학적 요구 조건 준수 여부의 관할

④ 전염성 질병예방과 퇴치를 위한 노력

⑤ 관할 정부기관에서 확정하고 공공권고하는 예방접종의 준비, 접종 및 기록의무

230) 「연방사회법전(SGB)」 제12권 제5장

제59조 보건관청 또는 연방법에 의해 지정된 관청은 다음의 과업을 수행해야 한다.

1. 장애인 또는 보호자에게 장애의 종류와 정도에 따라 사회편입을 위한 적절한 의학적 부조 및 기타부조의

보건의료와 관련해 「공공보건의에 관한 규정(Verordnung über dem öffentlichen Gesundheitsdienst)」 제8조에 따르면, 보건소는 기본적으로 건강검진과 건강보호에 관한 사항을 담당하며, 아동 및 그 보호책임자에 대한 상담과 돌봄, 아동의 치과진료, 질병예방 및 전염병 위험 또는 피해자에 대한 보건상담을 담당한다.

보건소에는 공공보건의 및 보건복지과 관련해 상담이 가능한 전문인력이 배치되어 있으며, 직접적인 인력배치가 어려울 경우, 「연방사회법전(SGB)」 및 관련 개별법에서 정한 협력의무에 기반해 관련 다른 사회단체의 전문가 및 공적 기관에게 지원을 요청할 수 있다(「연방사회법전(SGB)」 제11권제4조 및 제58조제2항 등).²³²⁾ 「전염병예방법(Infektionsschutzgesetz)」 제33조의 경우, 아동 보호를 위해 서로 협조해야 할 기관을 ‘공동체 기관’으로 지정하고 있는데, 전염병 관리와 관련해 아동 탁아소, 유치원, 아동 일일탁아소, 아동 보호시설, 학교 또는 기타 교육기관, 보육원, 야영장(방학) 등이 그에 포함된다.

독일은 14세 이상 18세 미만의 아동을 대상으로 하며 청소년으로 보며(「청소년보호법(Jungenschutzgesetz), JGG」, 「연방사회법전(SGB)」 제8장에서 아동 및 청소년의 지원에 관한 복지사무에 대한 일반사항을 규정하고 있다. 청소년청(Jugendamt)은 청소년에 관한 복지사무를 총괄하는 기관으로서, 기본적인 프로그램은 연방가족·노인·여성·청소년부(BFSFJ) 산하의 행정 및 청소년지원위원회가 지원하지만, 지역 내 운영과 직접적인 실

급여에 대해서 치료를 담당하는 의사와 협의하여 치료와 사회편입을 위한 부조의 급여 지급 중 그리고 지급 후에 상담을 해야 한다. 상담은 장애인 또는 보호자의 동의 하에 사회편입을 위한 부조의급여 시행에 참여하고 있는 기관 또는 담당자와의 협의 하에 이뤄져야 한다. 장애인이 이미 의사의 치료를 받고 있을 경우 보건청은 치료를 담당하는 의사와 연락을 취한다. 상담 시에는 공문 설명서를 교부해야 한다. 상담은 주립의사와의 협의 하에 필요한 진료시간을 모두 활용해야 한다.

2. 장애인 또는 보호자의 동의를 받은 후 제9권제22조 그리고 제23조에 입각한 공동 서비스기관과 재활의 범위를 정하고 사회편입을 위한 부조의 급여를 위해 필요한 준비조치를 조출한다.

: 국회도서관 역, 앞의 글, 26-27면

231) 위키피디아-보건청, <<https://de.wikipedia.org/wiki/Gesundheitsamt>>, 2019. 10. 20. 방문

232) 「연방사회법전(SGB)」 제12권 제5장

제58조 종합적 계획 ① 사회부조의 제공주체는 개별 급여의 시행에 관한 종합적인 계획을 될 수 있는 한 신속히 작성한다.

② 종합적 계획 작성 그리고 급여 시행시 사회부조의 제공주체는 장애인 그리고 사안에 따른 관계자들, 특히 치료를 담당하는 의사, 보건청, 주립의사, 청소년복지국 그리고 연방노동청의 지부와 협력한다.

: 국회도서관 역, 앞의 글, 26면

행은 청소년청이 맡는다(「연방사회법전(SGB)」 제8장제69조제3항).²³³⁾

청소년청의 업무는 「연방사회법전(SGB)」 제8장제1조제3항제3호에 따르면, 공공위험을 예방하고 청소년의 성장과 발달을 지원하기 위한 보호조치를 취하는데서 출발한다. 청소년청은 일반적인 청소년 지원업무에서부터(「연방사회법전(SGB)」 제8장제11조 및 제12조), 보건의료 등에 관한 사회부조, 상담, 양육 등에 대한 부모상담 등의 가족지원을 포함하는 포괄적이고 통합적인 서비스를 제공하고 있다.²³⁴⁾

2. 스웨덴

(1) 아동 지역보건의료체계의 구성 및 운영

현재 스웨덴 란스팅에는 7개의 대학병원과 70개의 종합병원(6개 사립병원, 3개 비영리병원)이 운영 중이며, 1100개(민간포함)의 1차 의료기관이 운영되고 있다.²³⁵⁾ 19세 이하 청소년 아동까지 치과진료는 무상으로 제공되며, 아동에 대한 1차 진료는 상당부분 가정의에 의해 진행되는데, 가정의는 필수적으로 3개월의 소아과 과정을 수료하도록 되어 있다.²³⁶⁾

앞서 언급한 것처럼 스웨덴의 보건의료정책의 주요방향은 지방자치단체의 참여를 통한 분권화가 하나의 중요한 축을 이루고 있기 때문에, 란스팅과 코뮌이 지역 아동 보건의료체계를 책임지는 주체라 할 것이다. 이들 지방자치단체 재정 가운데 약 89%가 보건의료 부분의 지출에 해당할 정도로 높다는 점은 보건복지사무가 지방자치단체의 주요업무

233) 「연방사회법전(SGB)」 제8장 제69조 ③ 「연방사회법전(SGB)」 제8장의 과제를 수행을 위해 각 지방은 청소년청을 설립하고 지역을 초과하는 경우에는 주청소년청을 설립한다.

; 국회도서관 역, 독일연방사회법전 제8권 아동 및 청소년 지원, 2012, 41면; Saale크라이스, <<https://www.saalekreis.de/de/jugendamt/jugendamt-20000755.html>>, 2019. 10. 30. 최종방문

234) 위키피디아 - 청소년청, <<https://de.wikipedia.org/wiki/Jugendamt>>, 2019. 10. 30. 최종방문

235) “모든 의료시설은 방문 시 일정한 비용(150-300kr)을 지불해야 하는데, 여기에 입원, 엑스레이 촬영, 심장수술 등 모든 과정이 포함되며, 1,100kr을 초과할 경우에는 건강보험 혜택을 통해 본인부담비용을 지불하지 않아도 된다. 처방에 따른 의약품비용 역시 아동을 포함한 전 국민에게 연간 최대 2,200kr까지 본인부담이며, 초과할 경우에는 건강보험적용에 따라 직접 지급하지 않아도 된다.”, 스웨덴 정부, <<https://sweden.se/society/health-care-in-sweden/>>, 2019. 10. 20 방문

236) 스웨덴 정부, <<https://sweden.se/society/health-care-in-sweden/>>, 2019. 10. 20 방문

임을 다시금 확인할 수 있는 사례라 하겠다.²³⁷⁾

중앙정부 내 보건사회부가 보건의료정책 전반에 대한 최종감독 및 컨트롤 타워역할을 하지만, 실제 보건의료서비스 전반에 대한 집행(위임사무)과 일부 정책결정은 란스팅이 담당하며,²³⁸⁾ 코핀의 경우 Ädel 개혁 이후 노인 및 장애인을 위한 보건복지서비스를 관할하게 되었다.²³⁹⁾ 21개 광역행정구역인 랜(Län)에 설치된 종합병원 및 중소도시에 설치된 지역 내 종합병원에 대한 관리감독은 란스팅이 맡고 있으며,²⁴⁰⁾ 코핀은 아동의 건강 및 보육, 보건과 치과서비스 등을 담당한다.²⁴¹⁾

스웨덴의 지역 내 아동 보건의료체계의 통합적 연계는 앞서 언급한 분권화에 중앙정부와 지방자치단체 간 수직적 구조 위에, 지역 내 아동 보건의료기관 간 수평적 구조가 함께 발달한 형태가 하겠다. 지역 보건의료 역시 조합주의적 전통에 따라 다양한 이익집단이 참여하는 다층적 거버넌스 모델이 발달되어 있는 국가적 특성에 따라, 보건의료기관 및 보건의료정책 결정시 각 그룹별 이해관계를 대표하는 사람의 참여가 기본적으로 보장되며, 이들의 의견수렴과 협의를 전제로 한 의결방식에 의해 결정·집행되고 있다.²⁴²⁾ 사회복지위원회와 유관기관 간의 협력의무를 정하고 있는 「사회서비스법」 제5장제1a조²⁴³⁾

237) 스웨덴 정부, <<https://sweden.se/society/health-care-in-sweden/>>, 2019. 10. 20 방문

238) 강창현, 스웨덴의 보건·복지·환경정책, 『스웨덴의 행정과 공공정책』, 법문사, 2008, 409-413면

239) “1990년대 및 초 중반 란스팅의 과중한 역할과 활동영역을 점차 기초지방자치단체로 이전하는 개혁을 단행했다. 1992년 노인보건개혁(이를 에델개혁 Ädel reform이라 부른다)을 통하여, 노인 장기 입원환자 뿐만이 아니라 전반적 노인의료의 책임이 기초자치단체인 코핀으로 이전되었다...또 다른 개혁으로 1993년 장애인지원법(Lagen om stöd och service till vissa funktionshindradem Lssö he: act concerning support and services for persons with certain functional impairments)가 제정되어, 장애인의 건강 및 의료서비스는 기초자치단체가 책임지도록 했다. 즉 장애인 시설에 노인시설과 마찬가지로 장애인의 특수 요구에 맞추어 시설을 확보하도록 했고, 개인보조원 등을 하는 대신 외주르 주어 관리하도록 했다. 또한 1995년 정신병원개혁을 단행해 장기 정신질환환자의 책임도 코핀으로 이전되었다. 란스팅의 역할을 강화하는 개혁도 이어졌다. 의약품 관리는 국가약국인 아포텍(Apotek)이 하고 있었으나, 1998년 의약품 개혁을 단행해 처방의약품 재정책임이 정부에서 란스팅으로 이전되었다. 이로써 의약품 비용에 대한 환자부담이 증대되었고, 결과적으로 국가의약품 급여체계가 개혁되었다.”, 정기혜 외 2인, 『주요국의 사회보장제도-스웨덴』, 한국보건사회연구원, 2012년의 글, 280-281면

240) 정기혜 외 2인, 앞의 글 285면

241) 스웨덴 정부, <<https://sweden.se/society/health-care-in-sweden/>>, 2019. 10. 20 방문

242) 윤수재, 스웨덴의 공공정책과정, 『스웨덴의 행정과 공공정책』, 법문사, 2008, 322-33면

243) 「사회서비스법」 제1a조 사회복지위원회는 질병에 걸렸거나 질병에 걸릴 위험이 있는 아동에 관련된 문제를 처리함에 있어 사회기관, 단체 및 유관 기관과 협력해야 한다. 정보 공개에 관한 사항을 다음에 있어서는 제15조

및 코뮌과 란스팅 간 아동 및 청소년에 대한 돌봄서비스(재택 의료 관련 의료돌봄서비스 포함)와 관련된 협력에 대해 협약에 기반을 두어야 한다고 규정한 「사회서비스법」 제5장제1d조 등은 이 같은 집합적 결정과 집행을 특징으로 하는 스웨덴식 보건의료의 수평적 구조를 보여주는 입법례라 하겠다.

특히 「사회서비스법」 제5장제1d조는 해당 아동의 친인척을 대표하는 조직이 협약의 내용에 대한 의견제시권을 부여하고 있어, 사회서비스의 결정에 있어서도 법률상 관련 기관 간 협의와 이해관계자의 의견수렴에 다른 사회서비스 결정이 구조화 되어 있음을 확인할 수 있다. 또한 란스팅의 종합병원 내 아동에 대한 의료진의 협진사안에서부터, 란스팅과 코뮌 내 아동 보건의료 지원방안에 대한 결정에 이르기까지 실질적으로 결정을 담당하거나 그에 참여하는 실제 이해관계가 있는 주체들의 참여를 통한 협의를 통해 집행의 구체적 사안에 대한 결정이 확정되는 시스템이라 하겠다.²⁴⁴⁾

「사회서비스법」

제5장 다양한 계층에 관한 특별 규정-아동 및 청소년

제1d조 기초자치단체는 가정 외부에서 돌봄 서비스를 제공받는 아동 및 청소년 관련 분야의 협력에 관해 광역자치단체와 협약을 체결하여야 한다. 해당 아동 및 청소년 또는 그 친인척을 대표하는 조직은 협약의 내용에 대해 의견을 제시할 수 있는 기회를 부여받아야만 한다.

(2) 아동 지역보건의료 담당기관

스웨덴의 지역 내 아동 보건의료를 담당하는 대표적인 기관은 아동보건센터(Barnavårdscentral)와 학교 내 보건센터(Hälsorum)라 언급할 수 있는데, 아동보건센터는 1937년 의회의 무상 모자보건정책 결정(Riksdagsbeslutet 1937)에 따라 설치되기 시작하였으며, 0~5세 사이의 모든 어린이에게 기본적인 질병예방과 예방접종 그리고 의료서비스를 무

의 사항을 적용한다. 본 법률과 정보공개 및 안전법(2009:400)에 따라 사회복지위원회는 협력사항이 실행될 수 있도록 적극 노력하여야 한다.

244) 강창현, 스웨덴의 보건·복지·환경정책, 「스웨덴의 행정과 공공정책」, 법문사, 2008, 408면

상으로 제공하고 있다.²⁴⁵⁾ 현재 아동보건센터는 스웨덴 아동의 대부분이 방문하는 가장 보편화 된 지역 보건의료기관이 되었는데 이는 아동 보건센터 제공하는 서비스가 보건의료에만 한정되지 않고, 상담서비스 및 가족지원서비스에 이르기까지 아동 보건의료와 관련된 사회서비스 전반을 통합적으로 함께 제공받을 수 있기 때문이다.²⁴⁶⁾

<스웨덴 아동 보건센터>

- 자치단체 소속의 소아과 전문 의사 및 간호사 상주.(일반적인 경우에도 소아과 관련 추가 교육을 받은 의료진으로 구성)
- 심리 분야 전문가 상담 제공.
- 건강검진 및 10여 가지 이상의 예방 접종 서비스 실시.
- 아동에 대한 보건의료 서비스 정보 제공: 가족 네트워크, 일반 건강관리, 치과 치료, 산부인과, 학교 보건, 지역 보건의료 서비스 정보 등.
- 해외 출생 아동(무료 통역서비스 포함)과 입양 아동에 대해서도 동일 서비스 제공.
- 부모에 대한 지원: 부모 역할, 모유 수유, 자녀와의 관계, 아동 발달 및 성장, 아동의 장애, 아동의 식사량 및 수면시간, 사고 예방법, 부모 스트레스 상담 등.
- 부모 모임 활동: 쌍둥이 부모 모임, 편부모 모임, 미숙아 부모 모임 등.

출처: 김기수, 스웨덴의 아동 보건의료법제와 주요내용, 아동 보건의료법제 개선방안 연구 제3차 전문가 워크숍 자료집, 한국법제연구원, 2019. 05. 29, 81면

「보건의료서비스법」 제2조에 따라 아동 보건센터의 시설 및 설비 등에 관한 세부내용은 「아동보건센터의 환경지침(Miljön på en barnvårdscentral)」으로 정하고 있는데, 동 지침에서는 아동 보건센터의 모든 시설이 아동 친화적이고 장애인의 접근이 용이해야 한다는 점을 강조하고 있다.²⁴⁷⁾

245) “현재 스웨덴 아동의 99%가 아동보건센터를 이용하고 있으며, 스웨덴 전역에 약 2000여개가 운영 중에 있는데, 1달 미만 영아기 아동의 경우 평균 매주 1회 방문(1세 미만인 경우에는 평균 연간 20~30회 방문)할 정도로 보편화 된 지역 보건의료기관이라 하겠다.”, 김기수, 스웨덴의 아동 보건의료법제와 주요내용, 아동 보건의료법제 개선방안 연구 제3차 전문가 워크숍 자료집, 2019. 05. 29, 한국법제연구원, 81면; 스웨덴 보건의료정보-아동센터방문(Besök på barnvårdscentralen, bvc), <<https://www.1177.se/Blekinge/barn--gravid/vard-och-stod-for-barn/besok-pa-barnvardscentralen-bvc/>>, 2019. 10. 30. 방문

246) 김기수, 앞의 글, 81면

247) 스웨덴 아동 보건센터 환경지침, <<https://www.rikshandboken-bhv.se/vaccination/allmanna-barnvaccinationsprogra>

특히, 아동 보건의료는 단순히 아동 개인의 문제가 아니라 아동에 대한 양육을 책임지는 부모 또는 성인에 대한 지원이 그 효과를 높일 수 있기 때문에 가족지원과 밀접한 연관성을 갖는다. 스웨덴 아동 보건센터의 경우, 부모 역할, 모유 수유, 자녀와의 관계, 아동 발달 및 성장, 아동의 장애, 아동의 식사량 및 수면시간, 사고 예방법, 부모 스트레스 상담 등과 같은 가족지원서비스와 더불어 쌍둥이 부모 모임, 편부모 모임, 미숙아 부모 모임 등을 주관하여 해당 대상자 간 협력과 정보공유가 가능한 서비스를 제공하기 때문에,²⁴⁸⁾ 지역 주민들에게 보편화 된 보건의료기관으로 자리 잡게 된 것이라 판단된다.

이어서 학령기 아동은 학교 내 보건센터(Hälsorum)가 보건의료를 주로 담당하는 기관이다.²⁴⁹⁾ 스웨덴 「학교법(Skollag, SFS 1985:1100)」에서는 대학교를 제외한 스웨덴 내 설치된 학교에 대한 사항을 정하고 있는데, 제14장에서는 학령기 아동의 학교보건의료(Skolhälsovård)에 관한 세부사항을 다음과 같이 정하고 있다. 학교보건에 있어서도, 보건의료서비스를 받는 아동 대상 간 차별이 존재해서는 안 되며, 학교 간 보건의료서비스의 형평성에 대해서도 강조하고 있다(「학교법」 제5장제7a조). 학교보건의 주요 목표는 학생의 신체적·정신적 건강을 보존하고 강한 생활습관을 장려하기 위한 것으로, 예방적 차원에 집중해야 함을 강조하고 있다(「학교법」 제5장제2조). 예비학교부터 고등학교 다니는 학생들의 보건을 책임지며, 주로 간호사가 상주하고 필요한 경우, 의사, 특수 교사, 상담사, 심리학자 등이 추가로 배치되어 학생 보건을 담당하도록 운영되고 있다(「학교법」 제5장제2조 및 제3조).²⁵⁰⁾ 유치원부터 건강검진이 실시되며, 예방접종, 시·청력 검사, 신체발달 측정 등을 주로 하지만 심리 및 스트레스 상담, 학교생활 적응 등에 관해서도 상담 서비스를 제공하며, 학습 장애나 만성 질환, 기타 정신적·신체적 어려움이 있는 학생의 경우에도 학습권을 보장할 수 있도록 제반 조치를 강구해야 한다(「학교법」 제5장제6조 및 제7조). 이 같은 학교 보건의료서비스는 무상으로 제공되며, 정부 및 정부 산하기관

mnet/>, 2019. 10. 30. 방문

248) 김기수, 앞의 글, 81면, 스웨덴 보건의료정보-아동센터방문, <<https://www.1177.se/Blekinge/barn--gravid/vard-och-stod-for-barn/besok-pa-barnavardscentralen-bvc/>>, 2019. 10. 30 방문

249) 김기수, 앞의 글, 82면

250) 김기수, 앞의 글, 82면

이 제정한 별도의 규정이 없는 한, 이런 학교 보건의료 서비스의 체계를 갖춰야만 한다(「학교법」 제5장제6조 및 제7조).

「학교법」

제 5 장 학교보건의료

제 1 조 유치원(förskoleklassen), 초등학교(grundskolan), 고등학교(gymnasieskolan), 특수학교(särskolan), 특별학교(specialskolan) 및 사미학교(sameskolan)²⁵¹⁾의 학생들을 위한 학교보건의료 서비스를 제공해야 한다.

제 2 조 학교보건의료 서비스를 제공하는 목적은 학생의 신체적·정신적 건강을 보존하고 향상하는 한편, 학생의 성장 정도에 따른 건강한 생활습관을 장려하기 위한 것이다. 학교보건의료 서비스는 예방적 차원에 집중해야 한다. 건강검진 및 간단한 치료 수단이 포함된다. 특수학교 및 특별학교 학생을 위한 학교보건 서비스의 경우에는 장애로 인한 문제에 대한 특별 검사를 포함한다. 학교보건 서비스를 위해 학교에는 학교 의사와 학교 간호사가 배치되어야 한다.

제 3 조 초등학교 또는 사미학교의 각 학생에게는 재학 중 최소 3번의 일반 건강검진 서비스를 제공해야 한다. 최초의 검진은 1학년 때 실시한다. 학생이 유치원 수업에 참여하는 경우에는, 최초 첫 번째 검사는 첫 해에 실시됩니다. 학생이 유치원 수업에서 교육에 참여하는 경우, 최초 검진은 유치원에 가는 해에 실시한다. 또한 일반 건강검진 사이에 학생들은 시력과 청력을 비롯한 기타 건강검진 서비스를 제공받아야 한다. 학교의사가 초등학교 또는 사미학교의 특정 학생에게 특수 검진이 필요하다고 판단하면, 그 학생은 해당 검진을 받아야 한다. 초등학교에 해당하는 특수학교 또는 특별학교의 학생은 필요한 경우, 자신의 장애로 인해 발생한 문제에 대한 특별 검진을 받아야 한다. 그렇지 않은 경우 첫 번째와 두 번째 단락의 규정을 해당 학생에게 동일하게 적용한다.

제 4 조 고등학교 또는 고등학교 급 특수학교의 학생은 최소 1회의 일반 건강검진 서비스를 제공 받아야 한다. 또한 고등학교 급 특수학교의 학생은 장애로 인해 발생한 문제에 대한 특별 검진을 받을 수 있다.

제 5 조 제1조에 언급된 학생들은 필요한 경우, 제3항과 제4항에 명시된 내용 이외의 학교보건 의료 서비스도 제공받을 수 있는 권리를 가진다.

제 6 조 학생에 대한 학교보건의료 서비스는 무료로 제공한다.

제 7 조 정부 또는 정부산하기관이 제정한 별도 규정이 없는 한, 학교의 교장은 학교보건의료 서비스 체계를 갖추어야 한다.

제7a조 제9조에 언급된 독립학교(fristående skolor) 학생의 경우, 해당 학교는 공립학교 시스템 하에서 학생들에게 제공되는 학교보건 서비스를 해당 학교의 학생에게 제공해야 한다. 이 규정은 유치원 수준에도 동일하게 적용하며, 독립학교가 아닌 기타 개인에 의해 운영되는 학교에도 동일하게 적용한다.

251) 사미학교는 스웨덴을 비롯한 노르웨이, 핀란드 북부에 거주하는 소수민족 사미족(라프족 또는 랍족이라고도

제3절 주요국가의 아동 주치의제도

프랑스 및 스웨덴은 전 국민을 대상으로 주치의제도를 도입하고 있는 국가에 해당한다. 이들 국가에서 주치의제도는 그 운영이 개인 및 가족단위의 이용이 가능하며, 주치를 통해 아동에 대한 소아과진료가 1차 의료에서 지속적으로 이뤄지는 보건의료체계를 형성하고 있는 점에 착안하여 향후 우리나라 아동 주치의제도 도입을 위한 시사점을 도출하고자 한다.

1. 프랑스

(1) 주치의제도의 도입 및 운영

프랑스는 전국민건강보험(National Health Insurance:NHI) 형태의 사회보험제도를 채택하고 있는 국가로서, 2004년 이후 주치의제도를 시행 중에 있다.²⁵²⁾ 프랑스의 주치의제도(Le médecine traitant)는 의료비용의 부담을 완화시키기 위한 방편으로 제안된 것으로서, 그 시도는 1998년 프랑스 건강보험공단과 프랑스일반의협회 MG France와의 협약을 통해 시작되었으나 주치의 자격의 제한성(일반의만 가능) 및 국민들의 인식부족에 따른 참여저조로 인해 정착되지 못하였다.²⁵³⁾ 이후 국민적 홍보 및 정책대안을 마련하여 2004년 일차의료서비스 강화 및 의료영역 간 전문성 강화를 목표로 주치의제도가 제안되었고, 2005년부터 시행되면서 현행과 같은 모습이 되었다.²⁵⁴⁾

함)의 아동을 위한 학교를 의미한다, 나무위키, <https://search.naver.com/search.naver?sm=top_hly&fbm=1&ie=utf8&query=%EC%82%AC%EB%AF%B8%ED%95%99%EA%B5%90>, 2019. 10. 30. 방문

252) 고병수, 「은국민주치의제도」, 시대의창, 2010, 131면, 정기혜 외 2인, 「주요국의 사회보장제도-프랑스」, 한국보건사회연구원, 2012, 362-363면

253) 정현진, 「유럽의 일차의료 현황 및 주치의제도 개혁-한국에의 함의」, 국민건강보험공단, 2007, 115-116면

254) 정기혜 외 2인, 「주요국의 사회보장제도-프랑스」, 한국보건사회연구원, 2012, 363면

(2) 주치의제도의 법적 근거 및 주요내용

2005년부터 시행된 프랑스 주치의제도는 「건강제도의 조직과 변화에 관한 2019년 7월 24일 제2019-774호 법률」(LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé) 제23조에 따라 「공중보건법전」 제L.6327-2조를 개정하면서 도입되었다. 당시 개정 법률의 목표는 기본적으로 주치의를 통한 1차 보건의료체계를 강화하여 의료의 보편성을 확대하고자 하는데 있었다.²⁵⁵⁾

「공중보건법전」

제L.6327-2조(복잡한 건강관리 과정의 조정을 위한 지원 시스템)

제1호 수용을 포함하여 전문가에게 질문하여 얻는 전반적인 대답을 보장, 사람의 상황분석, 오리엔테이션 및 결연, 전문적인 의료자원에 대한 접근, 상황에 대한 강화된 모니터링과 치료계획 임무는 주치의(Le médecin traitant)와 함께 수행되는데, 진료조정에 근거한 주치의 역할이 사회보장법 제L.162-5-3조 의미의 범위를 벗어나지 않아야 한다.

1998년 주치의제도 도입 시 주치의 자격을 일반의로만 제한하여 전문의 개업의들이 크게 반발하여 좌절되었던 경험으로 인해, 프랑스는 주치의제도 도입방식을 국민이 자율적으로 주치의를 선택하도록 하여, 의료인의 참여를 유도하는 자율적 방식을 선택하였다.²⁵⁶⁾ 전 국민은 주치의를 지정할 수 있으며, 아동의 경우 부모가 주치의를 지정하며, 16세 이상의 청소년기 아동의 경우에는 주치의 선택권이 인정된다.²⁵⁷⁾

255) 주치의제도 도입 이전에 프랑스 1차 의료는 다음과 같은 문제점이 있었다.

- 서비스제공이 조직화되어 있지 않고 서비스 조정 및 제공의 지속성이 담보되지 못함.
- 이로 인해 과잉처방과 약물사용 과다 등 낭비가 발생하고 필요한 때 의사상담을 받지 못하거나 필요한 검사를 즉시 시행하지 않는 등 부적절한 서비스 이용이 일어남. 이는 궁극적으로 서비스의 질적 수준 저하요인이 되고 있음
- 일례로 ANAES의 권고에도 불구하고 당뇨환자가 1년에 한 번씩 안과적 진단 검사를 받는 경우는 40%에 불과하였음. 또한 의사가 그것을 권고하였다 하더라도 실제 권고안을 따르는지 여부를 감독할 권한이 없었음
- 한편, 환자와 의사 간의 진료에 대한 조정 뿐 아니라 의료공급자간에(즉, 일차 의사와 전문의 간에), 그리고 보건서비스와 사회서비스 영역에서도 서비스 조정이 이루어지지 않음

정현진, 「유럽의 일차의료 현황 및 주치의제도 개혁-한국에의 함의」, 국민건강보험공단, 2007, 115면

256) 정기혜 외 2인, 「주요국의 사회보장제도-프랑스」, 한국보건사회연구원, 2012, 353면

257) Lelynx 보험사, <<https://www.lelynx.fr/mutuelle-sante/soins/medicaux/medecin-generaliste/traitant/>>, 2019. 10. 30.

주치의 자격은 역시, 일반의로 한정하지 않고 전문의 및 전문의 개업의도 가능한 방식으로 주치의의 임무는 다음과 같이 환자에 대한 진료, 상담, 치료에서부터 지속적인 건강 관리에 이르기까지 전형적인 1차 의료의 포괄성을 기반으로 하고 있다.²⁵⁸⁾ 특히 주치의는 제1차 의료의 진료경험을 토대로, 치료방법뿐만 아니라, 다른 의사, 즉 제2차 이상의 의료의 필요성에 관한 진단을 통해 다른 의료기관과의 연계를 결정하는 가장 우선적인 진료 기관이므로 의료 조정기관으로서의 역할은 매우 중요하다 할 것이다.

<표12> 「주치의 업무」

진료 및 치료	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 치료수준의 결정
의료조정	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 의료후속조치 조정 ▪ 환자를 다른 전문의사에게 안내함
질병예방 및 건강관리	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 담당 환자들의 건강예방 ▪ 장기간 치료해야 할 질환의 경우 치료메뉴얼 수립
의료정보 관리	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 환자의 의료기록 관리

출처: 강명원, 프랑스 보건의료제도 현황 및 법적 체계, 2019, 8-10면

주치의 등록은 개인이 주치의 자격에 제한 없이 1인을 주치의로 선택한다는 주치의-개인 간 동의를 토대로,²⁵⁹⁾ 건강보험공단에 이 같은 주치의 선택에 대한 신고양식을 제출하면 완료된다.²⁶⁰⁾ 주치의 진료에 대한 지불방식은 ‘행위별 수가제’이고, 24개월 이하의 영유아에 대한 특수진료처럼 예외적인 사항에 대해서는 추가로 보상을 지급하는 방식이다.²⁶¹⁾

방문

258) Lelynx 보험사, <<https://www.lelynx.fr/mutuelle-sante/soins/medicaux/medecin-generaliste/traitant/>>, 2019. 10. 30. 방문

259) “주치의제도의 참여를 원한다 하더라도 쌍방 간의 동의가 없는 한 환자와 주치의 간의 주치의 계약은 성립되지 않는다. 이는 프랑스 제도가 추구하고 있는 환자의 의사 선택의 장류성과 진료의 자율성을 침범하지 않는 것과 관계있다. 또한 기존 시스템에 대한 변형을 최소화하고자 하는 의도도 담겨 있다. 그러나 이것은 모든 국민이 주치의를 정해야 하는 다른 국가의 시스템에 비해 상대적으로 덜 엄격한 형태이다.”, 정현진, 앞의 글, 118면

260) 고병수, 『온국민주치의제도』, 시대의창, 2010, 135면

261) 정현진, 『유럽의 일차의료 현황 및 주치의제도 개혁-한국에의 함의』, 국민건강보험공단, 2007, 122면

아동 보건의료에 있어서 아동 주치의는 아동의 건강이상에도 불구하고 부모가 치료를 거부한 경우, 그 상황에 대한 신고권을 갖고 있다(프랑스 민법 제375조).²⁶²⁾ 양육권자와 아동 주치의 간 아동건강에 관한 분쟁이 있는 경우, 아동의 건강이 명백하고 급박한 위험이 제기되는 경우, 예외적으로 사법부는 아동 건강에 대한 양육권자의 의사와 반하는 결정을 내릴 수 있다고 보고 있다.²⁶³⁾ 기본적으로 아동주치의의 직무 및 부모의 양육권과 아동의 건강권이 부딪치는 문제가 발생할 경우 아동복리가 최우선적으로 고려되어야 한다는 점을 반영한 사항이라 할 것이다.

2. 스웨덴

(1) 주치의제도의 도입 및 운영

스웨덴은 영국과 같은 국가보건서비스방식(National Health Service: NHS)의 사회보험 제도를 채택하고 있는 국가이다. 주치의제도는 1차 의료에 대한 개혁논의와 함께 점진적으로 발달한 것으로, 특히 1차 진료에 가정의를 주치의로 지정할 수 있는 ‘가정의 중심 주치의제도’의 논의는 1970년대 의료개혁추진²⁶⁴⁾과 더불어 1977년 국가조사위원회의 지

262) Caroline Rey, Marc Dupont, “Les droits de l’enfant en matière de santé”, adsp n° 36, 2001, p.26.

263) “부모의 권한을 가진 자와 의사 사이에 아동건강에 관한 분쟁이 있는 경우 이로 인해 아동의 건강이 위협해질 수 있으므로 이러한 경우 아동 사건 담당 판사가 관할권을 가진다. 위험은 확실하고 실제적이며 심각해야 한다. 첫 번째 단계로, 아동 사건 담당 판사는 아동 주치의와 부모의 권한을 가진 자 사이에서 중재를 시도할 것이다 (프랑스 민사소송법 제21조). 중재가 되지 않을 경우, 아동 사건 담당 판사는 부모의 권한을 가진 자의 의견과 다른 결정을 내릴 수 있다. 따라서 여러 가지 상황에서 사법 기관의 의지는 정당화될 수 있다.

- 종교적인 이유로 인한 부모의 반대에도 불구하고 아동의 생존에 필요한 수혈관행
- 의학적 중재가 필요한 시간 내에 연락이 불가능하거나 부모의 부재의 경우
- 부모가 자신의 무능력으로 의료개입 필요성에 반대하지 않거나, 자신의 건강상태로 인한 무능력의 경우”, Ibid., p.26.

264) “1970년대 의료개혁프로그램인 7크라운개혁(sjukronorsreform; seven-crown reform)은 스웨덴의 의료보장 체계를 완전히 현대적으로 바꾸는 계기가 되었다. 이 개혁의 중요한 내용으로 외래의료서비스가 란스팅으로 이전되었고, 각각의 외래상담에 환자 본인부담금은 당시 7크로네로 제한하고 나머지 비용은 국립보험청(Försäkringskassanö Mational Health Insurance Authority)가 지불하도록 했다. ...1971년 스웨덴국립약국협회(Aphteksbolaget, 짧게는 Apoteket; National Corporation of Swedish Pharmacies)가 설립되면서 민간약국의 국유화가 이루어졌다. 이전까지만 해도 개인약국과 지역1차 진료소에서 제약과를 두고 치료를 받은 사람이 병원에서 약을 구입할 수 있도록 2중적 구조로 유지되어 왔는데, 사민당의 제약개혁을 통해 국유화가 이루어졌다. 1982년 보건의료법(Hälsooch sjukvårdslag; Health and Medical Services Act)이 제정되면서 란스팅은 의료 및 보건에 관한 실행자의 역할을 법적으로 부여받았다.”, 정기혜 외 2인, 『주요국의 사회보장제도-프스웨덴』, 한국보건사회연구원, 2012,

속성조사(kontinuitetsutredningen) 보고서(SOU)²⁶⁵를 통해 본격화 되었는데, 그에 따르면 “개방형 보건의료는 환자에 대한 의료의 지속성 및 긴밀한 서비스, 또한 가능한 한 보건의료에 있어 선택의 자유를 바탕으로 계획되어야만 한다.”고 1차 의료의 지속성 강화의 필요성을 강조하였다.²⁶⁶ 개방형 보건의료는 누구든지 저렴한 비용으로 포괄적인 의료서비스를 받을 수 있고(포괄성), 의료접근성이 용이한 1차 의료 시스템을 의미한다.²⁶⁷ 이런 1차 의료의 지속성은 환자 의사 간 지속적 진료가 이뤄지는 관계를 토대로 하기 때문에 기본적으로 주치의제도를 핵심요소로 구성할 수 밖에 없다. 주치의제도를 통한 1차 의료 가 갖는 지속성 관점에서 보자면, 환자와 의사 간 지속적인 진료가 이뤄지므로, 환자의 의료정보 관리뿐만 아니라, 전인적 관계를 통한 환자의 질병예방 및 치료가 환자중심으로 이뤄질 수 있다는 장점을 갖는다고 평가된다.²⁶⁸

이런 조사결과를 토대로 1978년 스웨덴 의회는 ‘보건의료 부문에 있어 가정의 시스템 등에 관한 제안(proposition 1978/79:178 om husläkarsystem inom hälso och sjukvården m.m.)을 통해 가정의 시스템에 기반한 주치의제도가 필요성을 언급하였고, 이런 시스템은 1차 보건의료의 확대 및 지역별 조건의 조정과 함께 이뤄져야 한다고 주장하였다.²⁶⁹ 특히, 앞서 언급한 것처럼 스웨덴 보건의료체계에서는 란스팅은 보건의료체계의 주축이 되고 실제 운영은 코뮌에서 이뤄지기 때문에, 가정의 중심의 주치의제도 도입은 이들 지방자치단체의 협력이 선결되어야만 했다.

약 20년간의 지속적인 논의과정을 거쳐, 1992년 1월 1일 전국 6개 코뮌에서 주치의제도를 시범적으로 시행하기로 합의한 후, 1993년 6월 결국 「가정의에 관한 법률 om husläkare, Lag (1993:588)」이 제정되었다.²⁷⁰ 그러나 1995년 동 법률에 대해, 스웨덴 의료

280-281면

265) 스웨덴 보건사회부, Husläkare-en enklare och tryggare sjukvård(SOU 1978:74), Stockholm: Regeringskansliet, 1978, 15-18면

266) 스웨덴 보건사회부, Regerings proposition(1992/93:160), 1991, 16면

267) 정현진 외 1인, 「유럽의 일차의료 현황 및 주치의제도 개혁-한국에의 함의」, 국민건강보험공단, 2007, 12-13면

268) 정현진 외 1인, 앞의 글, 2007, 15면

269) 스웨덴 보건사회부, Regerings proposition(1992/93:160), 1991, 16면

270) 1992년 주치의제도 시범사업은 가정의 시스템을 변형한 것으로서 1차 보건의료 지역 내에서 거주하는 주민이

현황에 따르면 가정의 수급부족이 지속되고 있으며, 일부지역에 민간가정의가 전체 스웨덴 가정의의 40% 이상을 차지할 정도로 의료불균형이 심각함에도 불구하고, 가정의 중심 주치의는 일정한 지역의 주민만을 담당하게 되어 있어 환자의 선택권을 제한한다는 비판이 제기되었다.²⁷¹⁾ 뿐만 아니라 「가정외에 관한 법률」이 가정외에 대한 자격을 너무 세부적으로 지정하고 있어 진료행위를 더욱 어렵게 만드는 결과를 가져왔다고 평가되면서, 1996년 해당 법률을 폐지하였다.²⁷²⁾ 이 같은 법률폐지는 주치의제도 중단을 의미한 것이 아니라, 해당 법률의 실효성이 1차 의료를 통한 보건의료의 지속성 강화의 취지와 맞지 않기 때문에 폐지한 것이기 때문에, 주치의제도는 존치된 상태에서 타 법으로 이관되어 지속적으로 운영되고 있다. 결국 2010년 1월 거주지에 상관없이 주치의를 자유롭게 선택할 수 있도록 「보건의료서비스법」 제3조가 개정되면서 주치의제도는 현재와 같은 모습이 되었다.²⁷³⁾

(2) 주치의제도의 법적 근거 및 주요내용

현행 주치의제도는 1993년 「가정외에 관한 법률」에 뿌리를 두고 지금까지 운영되고 있으므로, 향후 우리나라 아동 주치의제도 도입 시 입법례 비교를 위해 동 법률의 내용을 중심으로 주치의제도의 내용을 기술하고자 한다.²⁷⁴⁾

해당 지역 보건센터의 특정 의사의 목록에 등재되어 있는 의사를 선택하는 방식으로 실시되었다, 스웨덴 보건사회부, Regerings proposition(1992/93:160), 1991, 22면

271) 스웨덴 보건사회부, Regerings proposition(1994/95:195), 1995, 34면

272) “1993년 「가정외에 관한 법률」에 관한 법률 제12조는 가정외는 활동 개시 후 1년 이내에 최소 1,000명을 관리명부에 등재해야 한다고 규정하고, 가정외가 이 조건을 충족하지 못하거나, 제14조에 따른 조치가 없을 경우에는 광역자치단체가 기존 관리명부에 등재된 사람으로 하여금 새로운 가정외를 지정하도록 하여야 한다고 정하고 있다. 또한 동법 제13조. 가정외는 자신의 관리명부에 3,000명 이상을 등재할 수 없다고 규정하여 가정외의 진료해야만 할 최소 및 최대 진료인원까지 세부적으로 규정하고 있었다.”, 스웨덴 보건사회부, Regerings proposition(1994/95:195), 1995, 40면

273) 한기숙, 스웨덴 주치의제도, <<https://news.kotra.or.kr/user/globalBbs/kotranews/8/globalBbsDataView.do?setIdx=246&dataIdx=138895>>, 2019. 10. 20 방문

274) 1993년 「가정외에 관한 법률」 및 「가정외의 자격에 관한 규정」의 세부적인 내용은 번역을 통해 부록으로 첨부하였다.

1993년 「가정의에 관한 법률」은 총27개 조문으로 구성된 법률로서, 가정의 지정 및 변경(제3조~제8조), 가정의 의무 및 직무범위(제9조~제11조), 가정의 등록 및 가정의 수당(제17~제25조) 등의 내용을 주로 다루고 있다. 1993년 주치의제도가 본격적으로 시행되기 이전, 민간개업의들도 스웨덴 보건의료에서 일정 역할을 담당하고 있었기 때문에, 이들 모두를 무조건적으로 주치의로 등록하게 할 수 없었기 때문에, 지역 주민에게 의무적 선택을 법률로 강제하는 방식이 아니라 먼저 주치의 선택권을 부여하고, 주민이 주치의의 미선택한 경우에는 지역에 등록된 가정의 가운데 주치의를 배정하는 방식을 취하였다.²⁷⁵⁾ 1993년 「가정의에 관한 법률」 제3조는 이 같은 주민의 주치의 선택권에 대해 규정하고, 제8조에서는 주민이 선택한 주치의를 자유롭게 변경할 수 있다고 규정하고 있다. 아동의 경우 주치의 선택은 그 보호자가 선택하도록 되어 있으며, 16세 이상의 청소년 아동의 경우 직접 주치의를 선택할 수 있다.²⁷⁶⁾ 의료의 지속성 관점에서 주민이 주치의 변경을 요청한 경우에 해당 주치의는 변경절차가 완료된 후 새로운 가정의에게 환자의 의료돌봄에 관한 정보를 제공해야 한다고 규정하고 있다.²⁷⁷⁾

1993년 「가정의에 관한 법률」은 주치의 자격에 대해 공공병원 및 민간병원이 속한 의료인 및 민간개업의 모두 가능하지만, 일반의학에 대한 전문적 능력을 갖추어야 한다고 규정하고 있다(제2조제2문).²⁷⁸⁾ 주치의 자격은 현재 “만 12년(5년 반 의과대학, 2년 인턴과정, 4~5년 전문의과정) 이상의 의과교육을 마치고 일반내과/전문의 자격을 획득한 자

275) “1993년 가을 각 가정에 ‘선택용지’를 보내어 주민 한 사람 한 사람에게 자신의 주치의 선택을 권했는데 63%가 적극적 선택을 했다. 나머지 37%에겐 관리 사무처에서 담당 주치의를 배정했다.”, 한기숙, 앞의 글, <<https://news.kotra.or.kr/user/globalBbs/kotranews/8/globalBbsDataView.do?setIdx=246&dataIdx=138895>>, 2019. 10. 20 방문

276) 1993년 「가정의에 관한 법률」 제 4 조. 제 3 조. 특정 의사를 가정의로 지정하고자 하는 사람은 이 사실을 해당 의사에게 고지해야 한다. 이 고지행위는 스웨덴 거주자에 의해 진행되어야 한다. 아동의 경우 보호자가 고지한다. 그러나 16세 이상이 된 자는 누구나 스스로 고지할 권리를 가진다.

277) 1993년 「가정의에 관한 법률」 제 4 조. 보건의료법(1982:763)에 따라 광역자치단체는 해당 광역자치단체에 거주하는 모든 사람이 가정의를 선택할 수 있는 기회를 가지는데 있어 책임을 진다.

제 8 조. 가정의 목록에 등재된 사람은 제3조에 따라 새로운 고지를 통해 가정의를 변경할 수 있다. 변경 신청인의 요구가 있을 경우, 변경 전 가정의는 변경 후 가정의에게 해당 신청인의 돌봄에 필요한 정보를 제공해야 한다.

278) 1993년 「가정의에 관한 법률」 제 2 조. 가정의는 공공부문 또는 민간부문 피고용인이거나 개인사업자일 수 있다. 가정의는 일반의학(allmänmedicin)에 전문적인 능력을 갖추어야 한다. 정부 또는 정부의 허가가 있는 경우 사회복지위원회가 해당 조건의 면제를 허용할 수 있다.

또는 다른 분야의 전문의 역할(예를 들면 심장과, 내과, 노인과, 피부과, 감염과 등등)로서 일반내과/가정의 전문의 역할을 수행할 능력”이 있으면 가능하다.²⁷⁹⁾ 예컨대, 다른 전공의 전문의가 가정의 주치의를 신청한 경우 보건사회부 산하 보건복지위원회(social styrelsen)가 그 승인여부를 결정할 수 있다(1993년 「가정의에 관한 법률」 제2조제3문) 가정의 주치의에 대한 지불방식은 관리명부에 등재된 환자의 수에 따른 고정수당(individersättning)으로 책정되며(인두제), 그에 대한 지급은 란스팅이 담당한다(1993년 「가정의에 관한 법률」 제20조).²⁸⁰⁾

일반적으로 주치의는 등록제를 취하며 란스팅이 관리감독의 책임을 우선적으로 맡으며(1993년 「가정의에 관한 법률」 제5조제2문), 주치의 등록명부에 따라 주민이 가정의를 지정하면, 해당 가정의는 그에 대한 목록에 따라 환자를 관리해야만 한다(제5조제1문).²⁸¹⁾ 가정의 직무는 진료 및 처방, 내원이 필요할 경우 전화상담도 해야 하며, 가정방문진료도 가능하며, 질병 및 부상의 예방에 대한 정보 제공 그리고 환자의 보건 및 재활 관련 다른 임상전문가가 필요할 경우 그에 대한 처방도 함께 할 수 있도록 규정하였다(1993년 「가정의에 관한 법률」 제9조).²⁸²⁾ 동 조항 제5문의 경우 가정의는 자신의 활동 내역이 공개

279) 한기숙, 앞의 글, <<https://news.kotra.or.kr/user/globalBbs/kotranews/8/globalBbsDataView.do?setId=246&dataIdx=138895>>, 2019. 10. 20 방문

280) 1993년 「가정의에 관한 법률」 제20조. 제9조와 제10조에 따른 가정의의 의무에 대한 주 보수는 관리명부에 등재된 개인당 고정수당(individersättning)으로 구성한다. 이 금액은 광역자치단체가 지급한다. 또한 가정의에 대한 보수에는 환자가 지불하는 환자 본인부담금(patientavgift)이나 광역자치단체가 지급하는 비용으로 충당하는 내원 및 상응조치에 따른 방문수당(besöksersättning)이 포함된다. 마지막으로 가정의에 대한 보수는 가정의에게 일반적으로 요구되는 직무능력이나 장비 이외의 직무능력이나 장비를 사용함에 있어 부과되는 치료수당(ätgärdersättning)으로 구성한다.

제21조. 광역자치단체는 고정수당과 방문수당의 산정방법을 결정한다. 수당의 산정은 보건의료 부문 및 관련 부문의 모든 가정의에게 동일한 기준을 적용하여 이루어져야 한다.

정부는 가정의의 보수에 관한 집행 규정을 공표한다.

281) 1993년 「가정의에 관한 법률」 제5조. 가정의는 본인을 가정의로 지정한 사람들의 목록을 보관해야 한다. 가정의는 본인을 가정의로 지정한 사람들이 누구인지에 관해 광역자치단체가 지속적으로 파악할 수 있도록 하여야 한다.

282) 1993년 「가정의에 관한 법률」 제 9 조. 가정의는 관리명부에 등재된 사람이 필요한 보건의료 서비스를 받을 수 있도록 보장하는데 있어 특별한 책임을 가진다. 가정의는 이 사람들이 내원 또는 필요한 경우 전화로 의사와 접촉할 수 있도록 보장하고, 합리적인 범위 내에서 가정방문 서비스를 받을 수 있도록 해야 하는 책임이 있다. 또한 가정의는 담당하는 환자에게 질병 및 부상을 예방하는 방법에 관한 정보를 제공하고, 환자에게 보건 및 재활 분야 다른 전문가들이 필요할 경우에도 이러한 필요가 최대한 충족될 수 있도록 보장하는데 있어서도 책임이 있다. 가정의는 지역의 건강문제 및 환경 위해요소에도 주의를 기울여야 한다. 가정의는 또한 자신의 활동

되고 평가될 수 있도록 규정하고 있는데, 이는 보건의료 분야에서도 공개성과 투명성을 기반으로 하는 스웨덴의 특성을 잘 반영하고 있다고 판단된다(1993년 「가정의에 관한 법률」 제9조).

나아가 1993년 「가정의에 관한 법률」은 제9조 및 제10조는 가정의가 지역의 건강문제 및 환경 위해요소에 대해서도 주의를 기울여야 할 의무를 부여하고, 가정의의 활동에 대한 보고의무(란스팅) 및 보건 및 재활분야의 여러 분야 전문가들과 협력하여 의료행위를 수행해야 한다고 규정하고 있다.²⁸³⁾ 위와 같은 규정은 스웨덴 가정의 중심 주치의 제도가 지역 사회 1차 의료를 책임지는 주체로서, 지역 내 보건의료주체 간 협력적 네트워크를 구성하여 보건의료에 관한 통합적 연계가 가능하게 만드는 제도적 기반을 마련한 것이라 판단된다.

제4절 주요국가의 보건의료정보 관리

본 연구대상이 되는 아동 보건의료정보는 의료정보 그리고 학교보건과정에서 생산되는 검진 및 건강기록정보를 중심으로 살펴보고, 아동의 요보호 필요성 등에 관한 복지정보의 경우 보건의료정보와 연계정보로서 연계방식 등도 함께 살펴보고자 한다.

1. 프랑스

(1) 보건의료정보의 기록 및 관리

프랑스에서 아동 보건의료정보의 범주를 보다 구체화 해 보면, 의료인이 작성하는 의료기록과 아동의 건강을 기록한 종합문서에 해당하는 아동 건강수첩(Le carnet de santé de l'enfant)을 언급할 수 있다.

내역이 공개되고 평가될 수 있도록 해야 한다.

283) 1993년 「가정의에 관한 법률」 제10조. 광역자치단체는 제9조에 명시된 사항 이외에 각 가정의가 해당 자치단체의 보건의료영역이나 특정한 시기의 보건의료 일부 분야에서, 가정의의 관리명부에 등재된 사람들에게 일반의 학 및 1차 진료의 범주 내에서 지역 간호사가 포함된 의료 행위를 수행해야 한다고 결정할 수 있다.

프랑스의 아동은 출생 이후부터 18세까지 의무적으로 아동 건강수첩을 사용하도록 되어 있다.²⁸⁴⁾ 건강에 관한 모든 기록을 아동 건강수첩을 통해 기록되는데, 부모의 동의하에 예방 및 치료 등의 의료행위에 대해 의료진이 작성하고, 수첩은 부모나 아동 또는 청소년 아동을 책임지는 사람이 보관하도록 되어 있다.²⁸⁵⁾ 「공중보건법전」 제2132-1조(du Code de la santé publique) 에 따르면, 아동은 출생신고 시 무료로 아동 건강수첩을 발급 받을 수 있다. 「아동건강 수첩 형태와 사용방법에 관한 2018년 2월 28일 명령(Arrêté du 28 février 2018 relatif à la forme et au mode d'utilisation du carnet de santé)」 제2조에 따르면, 아동 건강수첩은 아동의 검진 시 예방 또는 치료여부와 상관없이 의료인이 해당 수첩에 쓰인 정보를 읽고 검진내용을 기록하기 위해 제시된다.²⁸⁶⁾ 아동 건강수첩에 정보를 기록하는 의료인은 자신의 직위와 서명으로 신분을 분명히 밝혀야만 하며, 건강수첩에 포함된 아동의 개인정보는 민감한 정보로서 의료인은 그 비밀을 유지해야 할 의무가 있다(「아동건강수첩 형태와 사용방법에 관한 2018년 2월 28일 명령」 제3조).²⁸⁷⁾

아동 건강수첩의 정보주체는 아동이지만, 그 작성은 의료진에 의해 작성되며 실제 관리하는 아동의 양육을 책임지는 성인 또는 부모가 하게 된다. 0세부터 18세까지 이용하기 때문에, 보관과정에서 분실 및 훼손의 우려는 있지만, 의료대상자 입장에서는 직접 자신의 의료정보를 지속적으로 보관하고 관리할 수 있다는 장점을 갖는다. 18세까지 정보주

284) 프랑스 연대 및 건강부, <<https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/enfants/carnet-de-sante>>, 2019. 10. 30. 방문

285) 프랑스 공공서비스, <<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F810>>, 2019. 10. 30. 방문

286) 「아동건강 수첩 형태와 사용방법에 관한 2018년 2월 28일 명령」 위 명령은 총 6개 조항으로 구성되어 있다.

제 1 조 : 공중보건법전 제2132-1조에 규정된 아동건강 수첩은 이 법령에 첨부된 모델에 합치되게 작성되어야 하며, 제12593* 02호의 CERFA에 의해 승인된다. 다음의 연대 보건부 웹사이트 주소에서 열람할 수 있다, 연대보건부, <<http://solidarites-sante.gouv.fr/carnet-de-sante>> 2019. 10. 30. 최종방문

제 2 조 : ① 아동건강 수첩은 의료전문가가 아동건강 수첩에 포함된 정보를 읽고 그 결과 및 징후를 기록할 수 있도록 하기 위하여 예방 또는 치료에 상관없이 각 건강 검진 중에 제시된다.

② 예방접종에 관한 아동건강 수첩 페이지는 예방접종 증명서 역할을 할 수 있으나 단, 해당 예방접종에 대한 언급은 이를 실시한 의료전문가가 날짜와 서명을 하고 전문가의 이름과 주소가 표시되어 있어야 한다. 이 중 98, 99쪽은 제CERFA 12594* 02호로 승인된 예방접종 증명서 1을 구성한다. 100, 101쪽은 제CERFA 12595*02호로 승인된 예방접종 증명서 2를 구성한다.

제 3 조 : 자신의 직업으로 인해 아동건강 수첩에 기록된 정보를 알아야 하는 모든 사람은 직업 비밀의무에 의해 구속된다.

287) 프랑스 공공서비스, <<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F810>>, 2019. 10. 20. 최종방문

체가 직접 의료정보를 인지할 수 있으므로, 의료인 입장에서는 축적된 정보를 통해 정확한 진단이 가능하고, 그에 따라 아동 환자에게 보다 구체적인 치료 및 건강관리 정보를 제공할 수 있게 된다.

프랑스는 주치의제도가 보편화 되어 있는 국가로서, 16세 미만의 아동인 경우 건강 및 양육을 책임지는 성인이나 부모가 주치의를 선택한 경우 주치위에 의해 작성되는 진단, 예방접종 또는 치료 및 상담 등의 의료기록은 모두 아동의 보건의료정보에 해당한다 할 것이다.²⁸⁸⁾

이 같은 아동의 보건의료정보에 대한 비밀준수는 주치의뿐만 아니라, 아동에 대한 의료를 담당하는 전문가 모두에게 필수적인 원칙으로 적용되며(프랑스 민법 제9조), 부모의 동반 없이 혼자 온 아동이라 할지라도, 의료진 및 아동 주치의의 판단에 따라 진료 시작되면, 그 때부터 의료정보에 대한 비밀준수의무가 부과되는 것으로 보고 있다.²⁸⁹⁾ 이 같은 비밀준수의무는 학대 등의 위해로 인해 아동보호의 필요성이 있을 경우에는 예외적으로 배제된다(프랑스 「형법」 제226-14조 및 「의료윤리법」 제44조).²⁹⁰⁾

288) Lelynx 보험사, <<https://www.lelynx.fr/mutuelle-sante/soins/medicaux/medecin-generaliste/traitant/>>, 2019.10. 30. 방문

289) Caroline Rey, Marc Dupont, “Les droits de l'enfant en matière de santé”, adsp no 36, 2001, p.26.

290) 「의료윤리법」 제44조 의사는 자신을 찾는 환자가 학대 또는 궁핍의 피해자라는 사실을 알게 되면 주의와 신중을 기울여 보호하기 위해 가장 적절한 수단을 사용해야 한다. 미성년자 또는 나이 및 신체적, 정신적 상태로 인해 자신을 보호할 수 없는 사람에게는 양심에 따라 특별한 상황을 제외하고는 사법기관이나 행정당국에 알린다. 「형법」 제226-13조에 따른 직업 또는 상태, 임시 임무 또는 기능을 이유로 인해 비밀준수의무가 있는 사람이 비밀정보를 누설할 경우 1년 이하의 징역과 15,000유로의 벌금에 처한다.

「형법」 제226-14조 제226-13조(비밀준수의무)는 법률에 의해 비밀의 공개를 요구하거나 승인하는 경우에는 적용되지 않는다.

① 나이 또는 신체적, 정신적 무능력으로 인해 자신을 보호할 수 없는 미성년자 또는 사람이 성적 학대나 폭력의 경우를 포함하여 학대나 궁핍의 상황을 알게 된 사람이 사법기관이나 행정당국에 알리는 경우

② 의사나 기타 건강 관련 직업의 모든 사람은 피해자의 동의 하에 사회행동 및 가족행동강령 제L. 226-3조에 언급된 위험에 처한 미성년자 또는 위험발생 가능성이 있는 미성년자 관련 정보의 처리 및 평가, 직업수행 과정에서 어떤 종류의 신체적, 성적 또는 심리적 폭력이 저질러진 것으로 추정할 수 있는 사항을 공화국 검사 또는 정보수집실에 알릴 수 있다. 만약 그 피해자가 미성년자이거나 나이 또는 신체적 또는 정신적 무능력으로 자신을 보호할 수 없는 사람인 경우, 그의 동의가 필요하지 않다.

(2) 보건의료정보의 전산화

프랑스에서 보건의료정보의 전산화는 주치의제도 도입과 함께 논의되었다.²⁹¹⁾ 주치의 제도의 조기정착을 위해서 환자의 진료 및 검사 등에 관한 의료정보를 전자화 하여 기록할 수 있는 개인의료기록부(Dossier médical partagé, DMP)를 만들어 통합된 정보관리시스템을 구축하고자 하였다.²⁹²⁾ 2004년 주치의 도입을 시작으로 현재는 디지털화 된 형태의 정보로서 DMP는 현재 카드로 발급되고 있다(이하 DPM 카드).²⁹³⁾ DMP의 목적은 치료와 질을 향상시키기 위한 것이며, 이를 통해 약물 간 상호작용, 알레르기 또는 치료 간 호환되지 않는 경우에 발생하는 위험을 예방하고, 중복된 검사나 처방을 피하여 의료 부담을 줄이고 및 의료재원의 효율성을 높이고자 한 것이다.²⁹⁴⁾

「DMP」 운영과 개인정보 보호

- ① DMP의 생성 및 등록에 관한 사항은 반드시 개인의 동의가 있어야만 함
- ② 의료인이 작성한 환자에 대한 각종 의료정보들은 건강보험과 연계되어 DMP 정보의 내용이 됨
- ③ 환자는 DMP 형태로 의료기록이 작성되는 것을 거부할 수 있음
- ④ 환자는 전용 DMP 앱을 이용하거나 DMP. fr에 접속하여 개인의 건강에 필요한 조치(혈액, 알레르기)등을 알 수 있게 됨
- ⑤ DMP 정보의 열람은 환자의 동의가 있어야만 함
- ⑥ DMP 정보의 열람에 대한 환자동의를 있다 하더라도, 의료인은 DMP에 접속할 수 있는 고유한 접속키에 해당하는 CPS 1 카드를 통해서만 접속이 가능함
- ⑦ 의료인은 환자가 SMS로 받은 일회용 보안코드를 수신해 의료인에게 제공한 경우에만 열람이 가능함

출처: DMP, <<https://destinationsante.com/dossier-medical-partage-le-carnet-de-sante-numerique-enfin-disponible.html>>, 2019. 10. 30. 방문, 발췌 및 요약

291) 정기혜 외 2인, 『주요국의 사회보장제도-프랑스』, 한국보건사회연구원, 2012, 363면

292) 고병수, 『온국민주치의제도』, 시대의창, 2010, 139면

293) DMP, <<https://www.dmp.fr/>>, 2019. 10. 20. 최종방문.

294) DMP, <<https://destinationsante.com/dossier-medical-partage-le-carnet-de-sante-numerique-enfin-disponible.html>>, 2019.10. 20. 최종방문.

이처럼 DMP 카드는 의료기록의 생성 및 등록에서부터 의료기록의 기입단계에서도 환자의 결정이 가능할 뿐만 아니라, 열람에 있어서도 열람권자의 지위를 특정하고, 의료인과 같은 신원이 확실한 지위에 있는 열람권자라 할지라도 환자의 해당 의료기록을 접속하기 위해서는 환자에게 받은 일회용 보안코드를 통해 접속하도록 하여, 환자의 의료정보를 보호하기 위한 개별조치를 단계별로 세분화하여 구성하고 있음을 알 수 있다.

DMP카드를 통한 환자의 의료정보시스템은 다음과 같은 시사점을 갖는다고 판단된다. 첫째, 아동이 새로운 의료기관을 방문할 때마다 축적되는 의료정보의 분산을 방지하여 의료정보의 관리의 지속성을 높일 수 있다는 점이다. 둘째, 환자 개인이 DMP 정보사이트에 직접 접속하여, 개인에게 필요한 의료조치 등에 대한 정보를 제공받을 수 있으므로, 만성질환 등에 대한 채택 관리의 수준도 높아질 수 있다. 셋째, 의료진 입장에서는 환자의 의료기록 가운데 특정 알레르기 또는 약물에 대한 거부반응 등 처방에 필요한 중요한 정보를 사전에 인지하게 되므로, 정확한 처방 및 진단이 가능하다는 점이다.

2. 독일

(1) 보건의료정보의 기록 및 관리

독일의 아동 보건의료정보는 「연방정보보호법(Bundesdatenschutzgesetz)」에 따라 개인의 민감정보로서, 전자건강보험카드(Elektronische Gesundheitskarte)의 발급 근거가 되는 「연방사회법전(SGB)」에 따르면 환자에 대한 진료 및 처방정보, 검진, 예방 및 소견서 그리고 응급의료시 필요한 의학정보(「연방사회법전」 제5권제291a조제3항)와 건강보험과 관련된 피보험자의 기본적인 신상정보와 보험정보 등(「연방사회법전」 제5권제291조제2항)²⁹⁵⁾이 그에 속한다.

295) 「연방사회법전」 제5권 보험증명으로서 전자 건강보험카드

제291조 ② 전자건강보험카드는 다음의 사항을 포함한다.

1. 카드를 교부한 의료보험조합의 명칭과 가입자가 거주하는 구역의 의료보험조합의 협회의 기호
2. 피보험자의 성명
3. 피보험자의 생년월일
4. 피보험자의 성별

의료정보에 대한 의료인의 비밀준수 의무는 그 형태가 일반 진료이든, 전자화된 전자 기록정보이든 상관없이 유지되며, 그 대상이 아동일지라도 의료정보는 보호되어야만 한다(「형법」 제203조). 아동 보건의료의 지속성 관점에서 보면, 독일 역시 1차 의료에서는 가정의를 통해 진료가 이뤄지고, 소아과의 경우 이 같은 가정의 진료를 거치지 않고 직접 1차 진료를 받을 수 있도록 되어 있으므로, 기본적으로 아동 의료정보의 지속적 관리체계는 형성되어 있다고 볼 수 있다.²⁹⁶⁾

다만, 가정의 중심의 주치의제도를 운영하면서 지속적인 의료정보의 관리와 의료재원의 분배를 효율화 하기 위해서는 의료정보를 종합적 관리에 대한 전산화 시스템 마련이 뒷받침되어야만 하는데, 독일은 의료정보를 개인정보의 범주에 포함시키고, 예외적인 형태, 즉 개인이 소지할 수 있는 전자카드에 일정 의료정보를 저장하는 형태(전자건강정보

5. 피보험자의 주소,
6. 피보험자의 건강 보험 번호,
7. 피보험자의 상태, 암호화된 형태의 제267조 제2항 제4문에 따른 피보험자 그룹
8. 피보험자의 추가 지불상태
9. 보험상 보호 개시일,
10. 카드유효기간 한정 시 유효 만기 시일

296) 「연방사회법전」 제5권제73b조 가정의 중심의 급부공급

① 의료보험조합들은 자신의 피보험자들에게 특별히 가정의 급부공급(가정의 중심의 급부공급)을 제안해야 한다.

② 이 경우 가정의 중심의 급부공급은, 특히 제73조에 따른 가정의 급부공급에 대하여 연방 공동위원회의 의 해 그리고 연방기본계약들에서 규율되고 있는 요구사항들을 넘어서는 다음 각 호와 같은 요구사항들을 충족시켜야만 한다.

1. 상응하는 교육을 받은 진행자의 진행 하에 이루어지는 의약품 치료법을 위한 구조화된 품질 연구회에 가정의 가 참여하는 것.
2. 가정의 급부공급을 위하여 개발되었으며 명확성에 기초하여 임상실험을 거친 지도지침에 따른 진료
3. 환자중심의 대화진행, 심신의학적 기초공급, 통증 완화적 의학, 일반적인 진통요법, 노인의학 등과 같은 가정 의의 전형적인 진료문제들에 집중되어 있는 재교육에의 참여를 통한 제95d조에 따른 재교육의무의 이행 시설내부적인, 가정의 개인병원의 특수한 조건들에 맞춰졌으며 그 조건들을 지탱하는, 학문적으로 승인된 품질 관리의 시행

③ 가정의 중심의 급부공급에 대한 참여는 자발적으로 이루어진다. 참여자들은 자신의 의료보험조합에 대해 서면으로, 자신에 의해 제4항에 따른 가정의 범주에서 선택된 단 1명의 가정의를 청구하거나 아니면 안과 의사와 산부인과 의사의 급부를 예외로 하는 외래의 전문의 진료를 가정의 위탁에 따라 청구할 의무를 가진다. 소아과 의사에 대한 직접적 청구는 영향을 받지 아니한다. 피보험자는 이러한 의무와 자신의 가정의 선택에 최소 1년간 구속된다. 피보험자는 선택한 가정의를 중대한 사유가 존재하는 경우에 한해서만 교체할 수 있다. 피보험자의 참여의 실행을 위한 세부사항, 특히 선택한 가정의에 대한 구속 및 위탁명령의 그 밖의 예외 내지는 피보험자의 의무위반 시의 결과들에 대한 세부사항은 의료보험조합들이 자신의 정관에서 규율한다.

카드)를 예외적으로 허용하여 지금과 같은 개인정보의 보호와 의료정보의 관리 효율화를 조화시킨 의료정보 관리체계를 형성하고 있다(『연방사회법전』 제5권제291조제2항).²⁹⁷⁾

이 같은 보건의료정보 관리가 가능해진 것은 1차적으로는 2004년 「법정의료보험현대화법」(Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung, GMG)에 의해 시작되었고, 보다 공고화된 것은 EU의 「일반개인정보보호규칙」(General Data Protection Regulation, GDPR) Recital (52)의 취지를 「연방정보보호법」이 수용하여 전자화의 실질적 근거가 보다 구조화되었기 때문이다. GDPR Recital (52)에 따르면, EU 회원국의 민감정보 처리는 원칙적으로 금지되지만, 공중보건, 의료 서비스관리 등 건강 목적이 있으며 또는 공익적인 기록보존 목적, 과학 및 역사연구 목적 또는 통계목적 등에 따라, 민감정보라 할지라도 적절한 안전장치를 취한 경우에는 민감정보 처리를 예외적으로 허용한다고 규정하고 있다.²⁹⁸⁾ 따라서 아동의 보건의료정보 관리 역시 개인정보의 유출을 방지할 수 있는 안전장치, 즉, 아동 및 건강을 책임지는 부모 등의 동의, 암호화 또는 비식별화 조치, 정보 접근 및 열람권자의 제한하는 등의 안전요건을 마련하는 경우에는 전산화를 통한 관리가 가능하게 되었다.

(2) 보건의료정보의 전산화

전자건강보험카드(Elektronische Gesundheitskarte)는 독일의 보험회사와 의사협회의 합의에 따라 도입된 것으로서, 보험사 입장에서는 카드 발급비용은 들지만 이후 정보 관리에 따르는 행정비용이 절감되므로 장기적으로는 재원절감의 효과를 가져올 수 있

297) 이코노미인사이트 기사(2019. 07. 01), “전자의료보험카드 갈 길 먼 독일”, <<http://www.economyinsight.co.kr/news/articleView.html?idxno=4519>>, 2019. 10. 30. 방문

298) GDPR Recital (38) 아동은 개인정보처리에 따른 위험성, 결과, 이에 필요한 안전장치 및 본인의 권리를 잘 인지하지 못하고 있기 때문에, 본인의 개인정보와 관련해 구체적인 보호를 받아야 한다. 구체적인 보호는 특히 마케팅 목적이나 사용자 프로필(user profiles) 혹은 가성인격을 만드는 목적으로 아동의 개인정보를 사용하는 경우와 아동에게 직접 제공되는 서비스를 이용하는 것과 관련하여 아동의 개인정보를 수집하는 경우에 적용되어야 한다. 아동에게 직접 제공되는 상담이거나 아동 보호서비스를 목적으로 한 경우에는 양육책임자의 동의가 필수적이지 않다.

: 박미정, 보건의료정보 관련 국내외 법제도 분석, 아동 보건의료법제 개선방안연구 제3차 전문가워크숍 자료집, 한국법제연구원, 2019. 09. 20., 12면

었고, 의료인들의 입장에서는 진료과정을 간편하게 만드는 장점이 갖는다고 판단했다.²⁹⁹⁾

개인의 고유한 의료정보에 대한 노출우려로 인해 도입초기에는 보건의료정보에 있어서 전자건강보험카드에 내장된 정보는 건강보험 가입여부 및 보험유효상태 등을 확인할 수 있는 기본적인 보험정보에 한정되어 있었다(『연방사회법전』 제5권제291조제2항).³⁰⁰⁾ 그러나 2004년 『법정의료보험현대화법』(Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung, GMG)이 실행되면서, 피보험자의 의료정보와 병원 또는 의사들이 교환하는 환자에 대한 소견서, 특정 약품에 대한 알레르기 정보, 환자의 병력, 환자의 치료경과와 예상되는 경비 등도 포함될 수 있도록 교체되었다(『연방사회법전』 제5권제291a조제3항).

물론 이 같은 의료정보의 전자화 여부는 개인, 즉 피보험자의 동의를 받아야만 하며, 의료인은 암호화되어 저장되어 있는 의료정보를 열람하기 위해서 피보험자의 열람동의를 받아야 할 뿐만 아니라, 병원 내 전자기록부에서 정보를 확인하기 위해서는 의료진에게 부여된 면허번호를 입력하는 형태로 전자시스템을 구축하여, 개인의 의료정보에 대한 열람권자의 신원확인이 가능하도록 구조화하였다.³⁰¹⁾ 또한 이런 전자건강정보에 대한 접근 역시 의료인 및 이와 관련된 약사, 약사보조원, 약품제조기술자 등에 한정하여 피보험자인 환자에게 필요한 보건의료서비스를 제공하는 자에 한해서, 정보의 수집, 가공 및 이용이 가능하다고 규정하고 있다(『연방사회법전』 제5권제291a조제4항).

299) EK뉴스(2011. 10. 04 전자의료보험카드 전면도입”, 2011. 10. 04 기사, <<http://eknews.net/xs/150319>>, 2019. 10. 12. 방문

300) 『연방사회법전』 제5권제291a조 ③ 전자건강보험카드는 다음의 사항을 지원하기에 적합해야만 하고, 그 정보의 수집, 가공 및 이용에 있어서도 적합해야만 한다.

1. 응급상황 시의 급부공급을 위해 필요한 경우에 한해서 그 의학적 정보들
2. 시설을 초월하는 질병상황별 협력을 위한 전자적 방식 및 기계적 방식으로 인식 가능한 형태 내에서의 소견서, 진단서, 치료법 권고사항 및 진료보고서들(전자적 방식의 의사편지)
3. 의약품요법의 안전성 심사를 위한 정보들
4. 환자들에 대한 질병상황을 고려하지 않고, 시설을 초월하는 기록문서화를 위한 소견서, 진단서, 치료조치, 진료보고서 및 예방접종 등에 대한 정보들(전자적 방식의 환자문서)
5. (삭제)
6. 피보험자들을 위해 사용된 급부들 및 그 급부들의 잠정적인 비용들에 대한 정보들(제305조제2항)

301) EK뉴스, “새로운 전자의료보험카드 전면도입”, 2011. 10. 04 기사, <<http://eknews.net/xs/150319>>, 2019. 10. 12. 방문

제4장

아동 보건의료에 관한 법제개선방안

제1절 아동 보건의료체계 통합적 연계에 관한 법제개선방안

제2절 아동 지역보건의료체계 강화에 관한 법제개선방안

제3절 아동 주치의제도 도입 관련 법제개선방안

제4절 아동 보건의료정보 관리 관련 법제개선방안

제4장

아동 보건의료에 관한 법제개선방안

제1절 아동 보건의료체계 통합적 연계에 관한 법제개선방안

1. 아동 보건의료체계의 통합적 연계 필요성

아동 보건의료의 통합적 연계의 필요성은 다음 2가지에 기반한다.

첫째, 아동은 보건의료에 있어서 자기결정권을 갖는 독립적 주체이기는 하지만, 실질적인 보건의료행위 및 서비스에 대한 구체적 사안의 결정은 부모, 가족 또는 아동의 양육을 책임지는 다른 성인주체(이하 양육책임자)를 통해 행사되기 때문이다. 예컨대, 예방접종, 투약, 치료행위 및 수술, 재활, 의료돌봄, 주치의 선택 등 일련의 보건의료와 관련된 결정은 부모 및 양육책임자의 동의가 수반된다. 학교에서 이뤄지는 건강검진의 실행결정 역시, 아동의 건강을 충분히 고려해야만 하는 학교보건을 책임지는 학교장의 결정에 따라 실행시기와 방법 등이 최종적으로 결정된다.

이처럼 아동에 대한 보건의료이지만, 그 의사결정과 활동은 아동의 의사를 최대한 반영할 수 있는 다른 누군가를 매개로 이뤄져야 하는 특성으로 인해, 다른 대상과의 연계는 필연적으로 수반될 수밖에 없다. 이런 연계의 대상을 아동과의 관련성에 따라 구분해 보면 1차적으로는 부모 및 가족 또는 그에 준하는 양육책임자라 볼 수 있고, 아동의 사회화 정도에 따라 구분해 보면, 2차적으로는 학교, 지역사회 및 국가를 꼽을 수 있다. 1차적 연계의 대상이 아동 보건의료에 대한 책임을 다하지 못하거나 그에 대한 지원이 필요한 경우, 2차 연계집단인 학교, 지역사회 및 국가가 그 책임을 분담하는 것이 필요하다. 이처

럼 아동 보건의료에 있어서 ‘연계’라는 말은 각 연계의 대상 간의 사회적 책임을 분담하는 ‘연대’의 의미가 전제되어 있는 개념이라 할 것이다.³⁰²⁾

1차적 집단이 아동의 보건의료를 지원하는데 충분하다면 상대적으로 제2차 집단의 지원비중이 낮아질 수도 있을 것이다. 하지만 아동이 중증·희귀성 난치성 질환을 앓는 가구에 대한 의료비 실태분석 결과에서 볼 수 있듯이, 아동이 중증질환을 앓는 경우 의료비부담으로 인해 가계빈곤율이 증가하고 있음을 확인할 수 있었다.³⁰³⁾ 뿐만 아니라, 맞벌이 부부가 증가하면서 아픈 아동에 대한 의료돌봄의 필요성 역시 증가하고 있다.³⁰⁴⁾ 지속적인 아동 보건의료 확대정책에도 불구하고 여전히 아동 보건의료 집단 간

302) “연대는...18세기 초 법률용어에서 등장했다...연대는 오늘날 일반적으로 일차적 사회집단·이차적 사회집단 혹은 공동체사회(Gemeinschaft)와 이익사회(Gesellschaft)의 범위를 넘나들면서 타인을 도와주는 행위를 실천하도록 사회적 책임을 일깨우며, 공공복지(Gemeinwohl)의 중요성을 상기시키는 데 중요한 수단으로 활용된다. 사회복지제도와 관련되었을 때 연대는 3가지 차원에서 의미를 갖는다. 먼저 자신을 둘러싼 주변인들, 즉 친족·친지·이웃·친구 등 일차적 사회집단 범위에서 서로 돕는 미시적 연대(Mikrosolidarität)가 있다. 서로 돕는 행위가 가족, 친지, 친구의 범위를 넘어서면서도 자발적으로 이루어질 때 이를 중도적 연대(Mesosolidarität)의 발휘로 표현된다. 정치적·경제적·사회적 자조(Selbsthilfe) 프로젝트는 이러한 연대에 기반하고 있다. 반면, 취업활동을 하는 사람이 의료보험, 연금보험, 실업보험, 수발보험에 보험료를 내거나 세금을 납부하는 것은 거시적 연대(Markrosolidarität)의 차원에서 위치하는 의무적 연대이다. 국가가 주체가 되어 실행 의무를 강제하여 조직하는 이러한 거시적 연대는 현대 복지국가체제의 토대를 이룬다고 볼 수 있다.”, 정재훈, 『독일 복지국가와 사회복지서비스』, 집문당, 2007, 60-61면

303)

<아동 가구 의료비 과부담 실태분석 결과> 초록우산어린이재단 제공(2017)

- 중증·희귀성 난치성 질환 아동가구(18세 미만, 200가구 표본)의 연평균 의료비 부담은 총 2476.5만원으로, 입원 병원비가 1032.4만원으로 지출부담이 가장 높은 것으로 나타났다
- 아동의 연평균 의료비는 1000만 원 이상 지출하는 경우 약 40% 이상으로 나타남
- 가구의 지불능력 대비 의료비 지출이 40%를 넘는 의료비 과부담 가구는 전체 절반 25% 이상으로, 이 가운데 아동의 질환 발병으로 인해 의료비 과부담 가구로 진입한 ‘의료비 과부담 발생가구’가 35%, 자녀의 질환발병 이전부터 의료비 과부담 상태에 놓인 ‘의료비 과부담 보유가구’가 16%로 조사되었음
- 의료비 과부담 발생가구의 51%가 기초생활수급가구가 됐으며, 의료비 과부담 보유가구의 34%, 의료비 과부담 미발생가구 33%도 기초생활수급가구로 새롭게 진입

304) “현재 아이 돌봄 지원사업 안에 있는 “질병 감염 아동 특별지원”서비스는 수족구병 등 법정 전염성 질병 및 감기·눈병 등의 유행성 질병에 감염된 시설(보육시설, 유치원, 초등학교) 이용 아동을 가정에서 보호할 수 있도록 하는 서비스의 형태이다. 즉 본 사업에서 아동의 질병이라 함은 전염성 및 유행성 질병으로 제한하고 있어서 아동에게 흔히 발생할 수 있는 고열이나 단순 발열 및 복통 등과 같은 질병에 걸린 아동은 서비스 대상자가 아니다. 사업 안내에서 서비스 대상자에 대해 명시하고 있는 그대로 현재 시군의 건강가정지원센터에서는 병원에서 발급하는 진단서 혹은 제안서에 “전염성”이라는 단어가 들어가 있는 경우 질병 감염 아동 특별지원 서비스를 제공하고 있다. 따라서 아동의 단순한 질병 혹은 골절과 같은 위급한 상황 발생 시에 본 서비스를 이용할 수 없는 맹점이 존재한다.”, 양정선의 1인, 『경기도 아픈 아동 돌봄서비스 활성화 방안 연구』, 경기도가족여성연구원, 2016, 62-63면

연대를 통해 책임을 분담할 수 있는 통합적 연계가 필요한 영역은 여전히 존재한다 할 것이다.

둘째, 아동 보건의료는 성장과 발달을 거듭하고 있는 아동의 특성상 보건의료·복지·교육서비스가 함께 제공되어야만 보다 효과적이기 때문이다. 예컨대, 일정기간 병원에 입원한 아동의 경우, 학업을 병행하기 어렵기 때문에 병원학교를 통해서 아동의 학업이 치료기간 동안에도 이뤄지고 있으며, 입·퇴원을 반복하는 재택의료 기간이 소요되는 아동의 경우 온라인 학습을 통해 학업내용을 보충할 수도 있다.³⁰⁵⁾ 아동이 성장과 발달을 지속하는 과정에 놓여있는 인간이라는 점에서 본다면, 보건의료의 완성은 1차적으로는 건강관리 및 질병치료를 있겠지만, 질병 후 건강장애³⁰⁶⁾가 발생하지 않고 또래에 맞는 사회화가 가능할 수 있는 상태에 이르는 것이라 생각된다.

그리고 이 같은 통합적 연계의 목표는 아동의 건강권 보호이며, 이 같은 건강권 보호는 아동의 성장과 발달기간 동안 일관되고 지속적으로 이뤄짐으로써 최종적으로 ‘아동복지’라는 목적에 부합해야만 할 것이다.

2. 아동 보건의료 통합적 연계 관련 법제개선방향

보건·의료·교육·복지적 측면이 복합적으로 연계되어 있는 아동 보건의료의 특성상 통합적 연계는 여러 방향으로 형성될 수 있다. 예컨대, 아동 보건의료와 관련된 여러 기관 간 협력적 네트워크를 구축해 일부업무를 공동으로 수행하는 등의 방식을 통해 아동복지

305) “소아암생존 청소년의 건강취약성의 경우, 절반이상이 1년 이상 교육중단 경험으로 진학, 사회경제적 자립에 어려움을 겪고 있는 것으로 조사되었음. 소아암 치료종료 후 학교복귀 및 적응에 어려움을 겪고 있음. 특수교육법에 의거하여 건강장애의 범주로 지원대상이 될 수 있으나 치료종료 후에는 지원대상여부가 교육청 재량으로 결정되는데 소아암 치료경과의 특성이 고려되지 않아 탈락되는 경우가 많음. 소아암 생존자를 위한 교육프로그램의 요구도가 있어 일부 민간단체에서 제한적으로 보급하고 있으나 정부의 공식적인 인가가 필요함”, 최은진, 아동 건강권 강화를 위한 제도적 과제, 제1차 아동 보건의료법제 개선방안연구 전문가 워크숍 자료집, 한국법제연구원, 2019. 04. 30, 49면

306) 「특수교육법」 제15조(특수교육대상자의 선정) ① 교육장 또는 교육감은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람 중 특수교육을 필요로 하는 사람으로 진단·평가된 사람을 특수교육대상자로 선정한다.

9. 건강장애

라는 최종적 목표를 지향하는 수평적 형태일 수도 있다. 또한 국가조직적 측면에서 보면, 아동 보건의료에 대한 중요한 정책결정시 최종감독권 및 관리권을 갖는 행정기관 일방의 결정에 의한 방식이 아니라, 전문기관 및 집행기관의 실행결과 및 분석에 따른 Bottom-Up 시스템에 따른 결정과, 관련 기관 간 합의에 따른 결정과 협력에 기반을 둔 집행 역시 수직적 형태의 통합적 연계를 구현하는 방식일 수 있다.

(1) 중앙정부와 지방자치단체 간 통합적 연계

아동 보건의료기관 간 통합적 연계방안을 고려할 때, 중앙정부와 지방자치단체 간 보건의료에 있어서의 역할분배 역시 고려할 항목이 되므로, 통합적 연계 가운데 수직적 형태로 분류하여 고찰될 수 있을 것이다. 이 같은 방향성에서 현행 보건의료법제를 검토한 결과, 보건의료에 관한 중요 정책결정 시 지방자치단체의 의견이 수렴될 수 있는 법적 기반이 미흡하다는 점을 확인할 수 있었다.

현행 우리나라 보건의료체계의 구성과 운영에 관한 기본사항은 「보건의료기본법」, 「지역보건법」 및 「공공보건의료에 관한 법률」(이하 「공공보건의료법」)에서 정하고 있으며, 아동 복지에 관한 사항은 「아동복지법」 등에서 정하고 있다. 현행 「보건의료기본법」 제 20조에서는 보건의료정책심의위원회 구성을 그리고 「지역보건법」 제6조에 따른 지역보건의료심의위원회 구성을 규정하고 있으나, 이들 규정은 처음부터 중앙과 지역 간 보건의료의 정책결정을 각각의 업무로 분리하는 것을 전제로 구성되었을 뿐, 국가 전체의 보건의료정책에 있어서 서로 어떻게 연계하고 협업할 수 있을지에 관한 부분은 전제하고 있지 않다.³⁰⁷⁾ 「보건의료기본법」 제15조 이하에 따르면 보건복지부 장관이 관계 중앙행정기관의 장과 협의하여 보건의료발전계획을 5년마다 수립하고, 시·도지사는 계획이 확정되면 지방자치단체의 실정을 감안하여 지역보건의료계획을 수립·시행해야 한다고 규정하

307) 「보건의료기본법」 제20조(보건의료정책심의위원회) 보건의료에 관한 주요 시책을 심의하기 위하여 보건복지부장관 소속으로 보건의료정책심의위원회(이하 “위원회”라 한다)를 둔다.

「지역보건법」 제 6 조(지역보건의료심의위원회) ① 지역보건의료에 관한 다음 각 호의 사항을 심의하기 위하여 특별시·광역시·도(이하 “시·도”라 한다) 및 특별자치시·특별자치도·시·군·구(구의 자치구를 말하며, 이하 “시·군·구”라 한다)에 지역보건의료심의위원회(이하 “위원회”라 한다)를 둔다.

고 있다. 「공공보건의료법」 제4조 공공보건의료기본계획 수립 역시 이와 동일한 구조로 규정되어 있다. 「보건의료기본법」 등에서 국민의 건강보호와 관련해 국가와 지방자치단체의 책무를 동일하게 규정하고 있음에도 불구하고, 정작 중요한 정책결정과정에서 참여가 배제되어 있을 뿐만 아니라, 분만취약지가 늘어나고 아동 보건의료시설에 있어서도 지역 간 의료격차가 심해지고 있는 상황에도 불구하고 정책결정시 이 같은 지역의 의견이 수렴될 제도적 기반이 마련되어 있지 않다.³⁰⁸⁾ 「아동복지법」 역시 제7조에 따른 아동정책기본계획 수립은 보건복지부장관이 정하고, 시·도지사는 그에 따라 연도별 아동정책시행계획을 수립·시행하는 주체로만 정하고 있을 뿐이다. 이 같은 규정에 따르면, 아동 보건의료와 관련된 주요 사무는 대부분 지역에서 실행됨에도 불구하고, 지방자치단체는 중앙정부가 결정한 확정된 법정계획 내에서 지역 실행계획을 정할 뿐, 지역 보건의료를 위해 반영되어야 할 사항은 중앙정부에 구조적으로 전달될 수 없는 시스템이다.

통합적 연계는 아동 보건의료와 관련해 중앙정부와 지방자치단체가 협력하여 각각의 맡은 과제를 수행하고, 국가전반에 영향을 미치는 중요정책결정 시에도 상시적 협력관계에 따라, 지역의 현안에 기반을 둔 정책결정이 내려질 수 있는 구조가 형성되어야만 한다. 이 같은 Bottom-Up 시스템의 기반은 이 같은 열린 의견수렴 구조가 절차적으로 마련되어 있어야만 가능한 것이므로, 이와 관련된 「보건의료기본법」, 「공공보건의료법」 및 「아동

308) 「공공보건의료법」 제12조(의료취약지의 지정·고시) ① 보건복지부장관은 주기적으로 국민의 의료 이용 실태 및 의료자원의 분포 등을 평가·분석하여야 한다.

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 평가·분석 결과 의료서비스의 공급이 현저하게 부족한 지역을 의료취약지로 지정·고시할 수 있다.

③ 제2항에 따라 의료취약지를 지정할 때에는 부족한 의료서비스의 대상 및 종류에 따라 구분하여 지정할 수 있다.

④ 보건복지부장관은 제2항에 따라 지정·고시된 의료취약지(이하 “의료취약지”라 한다)에 대하여 보건의료 공급이 원활하게 이루어질 수 있도록 다음 각 호의 지원을 할 수 있다.

1. 보건의료 인력의 공급에 대한 지원

2. 「의료법」 제3조에 따른 의료기관(이하 “의료기관”이라 한다)의 설립 및 운영을 위한 비용의 보조 등

⑤ 제1항에 따른 평가·분석에 필요한 사항과 제2항 및 제3항에 따른 의료취약지 지정의 기준, 방법, 절차 및 기간 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

: “현재 정부는 2020년까지 단계적으로 모든 분만취약지(37곳) 해소를 추진하고, 분만취약지 산모대상 임신·출산진료비(국민행복카드)를 추가지원하며, 취약지 특성을 고려하여 응급이송을 위해 민간 구급차를 이용한 경우에도 사용할 수 있도록 제도를 개선하려는 계획을 추진하고 있다.”, 보건복지부, 제1차 공공보건의료 기본계획(2016-2020), 2016, 12면

복지법」에서는 해당 법정계획 수립 전 또 수립과정에서 지방자치단체 의견수렴을 할 수 있도록 관련 규정을 정비해야 할 필요성이 있다.

<표13> 「아동 보건의료 관련 주요 법률 비교」 - 중앙 및 지방자치단체

	「보건의료기본법」	「공공보건의료법」	「아동복지법」
계획 수립	제15조(보건의료발전계획의 수립 등) ① 보건복지부장관은 관계 중앙행정기관의 장과의 협의와 제20조에 따른 보건의료정책심의위원회회의의 심의를 거쳐 보건의료발전계획을 5년마다 수립하여야 한다.	제 4 조(공공보건의료 기본계획) ① 보건복지부장관은 국민에게 양질의 공공보건의료를 제공하기 위하여 「보건의료기본법」 제15조에 따른 보건의료발전계획과 연계하여 공공보건의료 기본계획을 5년마다 수립하여야 하고, 이를 기초로 매년 주요 시책 추진계획을 수립·시행하여야 한다.	제 7 조(아동정책기본계획의 수립) ① 보건복지부장관은 아동정책의 효율적인 추진을 위하여 5년마다 아동정책기본계획(이하 “기본계획”이라 한다)을 수립하여야 한다.
협의			③ 보건복지부장관은 기본계획을 수립할 때에는 미리 관계 중앙행정기관의 장과 협의하여야 한다.
확정 및 시행	제17조(지역보건의료계획의 수립·시행) 특별시장·광역시장·도지사·특별자치도지사(이하 “시·도지사”라 한다) 및 시장·군수·구청장(자치구의 구청장을 말한다. 이하 같다)은 보건의료발전계획이 확정되면 관계 법령에서 정하는 바에 따라 지방자치단체의 실정을 감안하여 지역보건의료계획을 수립·시행하	③ 관계 중앙행정기관의 장, 공공단체의 장과 시·도지사는 매년 공공보건의료 기본계획에 따라 공공보건의료 시행계획(이하 “시행계획”이라 한다)을 수립·시행하여야 한다.	④ 기본계획은 제10조에 따른 아동정책조정위원회의 심의를 거쳐 확정한다. 이 경우 보건복지부장관은 확정된 기본계획을 관계 중앙행정기관의 장 및 특별시장·광역시장·도지사·특별자치도지사(이하 “시·도지사”라 한다)에게 알려야 한다. 제 8 조(연도별 시행계획의 수립·시행 등) ① 보건복지

	「보건의료기본법」	「공공보건의료법」	「아동복지법」
	여야 한다.		부장관, 관계 중앙행정기관의 장 및 시·도지사는 매년 기본계획에 따라 연도별 아동정책시행계획(이하 “시행계획”이라 한다)을 수립·시행하여야 한다.
보고 및 평가	제18조의2(국회에 대한 보고) 보건복지부장관은 매년 보건의료발전계획의 주요 내용, 제16조에 따른 해당 연도 주요 시책의 추진방안 및 전년도 추진실적을 확정 후 지체 없이 국회 소관 상임위원회에 보고하여야 한다.	④ 관계 중앙행정기관의 장, 공공단체의 장과 시·도지사는 전년도 시행계획에 따른 추진실적 및 다음 연도의 시행계획을 매년 보건복지부장관에게 제출하여야 한다. ⑤ 제3항 및 제4항에 따른 시행계획의 수립·시행 및 추진실적의 평가 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.	② 관계 중앙행정기관의 장 및 시·도지사는 다음 연도의 시행계획 및 전년도의 시행계획에 따른 추진실적을 대통령령으로 정하는 바에 따라 매년 보건복지부장관에게 제출하고, 보건복지부장관은 매년 시행계획에 따른 추진실적을 평가하여야 한다. ③ 시행계획의 수립·시행 및 추진실적의 평가 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

또한 아동 보건의료에 관한 모든 정책결정시 지방자치단체의 참여가 보장될 수 없다 할지라도, 적어도 향후 국가의 보건의료에 관한 발전계획을 정하는 ‘보건의료정책심의회 위원회’ 구성에 지방자치단체가 참여할 수 있도록 제도적 기반을 마련하여야 할 것이다. 현행 「보건의료기본법」 제20조에 따르면 보건의료에 관한 주요 시책을 심의하기 위해, 보건의료정책심의회위원회를 설립하도록 되어 있다. 동 위원회가 심의하는 주요 시책의 범위를 「보건의료기본법」 제15조와 연계하여 고려해 보면, 지역별 병상총량의 관리에 관한 시책 및 보건의료자원의 조달·관리방안 그리고 노인·장애인 등 보건의료 취약계층에 대한 보건의료사업계획 등 지역 현안과 밀접한 관련 사안까지 심의할 수 있다. 이처럼 보건의료정책심의회 위원회가 지역의 보건의료와 깊은 관련성을 갖고 있음에도

불구하고, 위원회 구성은 보건의료 공급자 또는 수요자를 대표하는 사람(『보건의료기본법』 제21조제3항제3호)으로 한정하여 지방자치단체가 위원 구성에 참여할 여지가 없다.³⁰⁹⁾ 지방자치단체는 「공공보건의료법」 제6조제1항에 따르면 공공보건의료기관을 설치하여 보건의료를 공급하는 주체일 뿐만 아니라, 지역 간 의료격차의 심화로 인해 보건의료서비스를 요청하는 수요자이기도 하다. 보건의료에 관한 주요 정책결정시 중앙과 지역 간 의료형평성에 대한 관점과 대안을 제시해줄 수 있도록 보건의료정책심사위원회의 위원 구성에 지방자치단체의 참여가 보장될 수 있도록 관련 규정의 개정이 필요하다고 생각된다.

(2) 공공영역 및 민간영역 간 통합적 연계

이어서 아동 보건의료의 통합적 연계는 중앙정부와 지역 간 협력뿐만 아니라, 지역 간 그리고 행정기관과 관련 민간단체 간 협력에 기반을 둔 수평적 연계가 이뤄져야만 가능할 것이다. 지역 간 의료격차가 커지고 있는 상황에서는 지역 간 협력 그리고 민관협력을 통해 지역 내 의료문제를 해결하고자 하는 노력이 필요할 수도 있다. 특히, 아동 보건의료는 보건·의료·교육·복지 등이 통합되어 연계되는 특성을 갖기 때문에, 그 제공주체는 공공영역보다는 민간의 참여가 주가 되는 경우가 많다. 이 같은 민관협력에 기반을 둔 수평적 연계구조는 자율적 참여가 전제되고 협력의 방식 역시 각 참여주체들 간 합의에 따라 정할 수 있지만, 그 구조적 형성을 위한 제도적 기반 마련은 국가의 몫이라 할 것이다.

비교법제 검토사례에서 알 수 있듯이, 이 같은 국가의 협력적 기반 마련과 관련해, 독일의 경우 「연방사회법전(SGB)」에서는 아동의 복지사무와 관련해서는 국가 및 지방 그리

309) 『보건의료기본법』 제21조(위원회의 구성) ① 위원회는 위원장 1명을 포함한 20명 이내의 위원으로 구성하되, 공무원이 아닌 위원이 전체 위원의 과반수가 되도록 하여야 한다.

② 위원장은 보건복지부장관으로 한다.

③ 위원은 다음 각 호의 사람 중에서 보건복지부장관이 임명 또는 위촉한다.

1. 대통령령으로 정하는 관계 중앙행정기관 소속 공무원
2. 보건의료 수요자를 대표하는 사람
3. 보건의료 공급자를 대표하는 사람
4. 보건의료에 관한 학식과 경험이 풍부한 사람

고 민간을 모두 포함하여 공동체 기관으로 지정하여 서로간의 협력이 연계될 수 있는 근거규정을 두고 있을 뿐만 아니라(「연방사회법전(SGB) 제12권제1장제3조~제5조」, 스웨덴 역시 「보건의료서비스법」에서 아동 보건의료와 관련해 기관 간 협력을 비롯해 협약을 통해 기관 간 필요한 사무를 직접적으로 협력할 수 있도록 제도적으로 뒷받침하고 있었다(스웨덴 「보건의료서비스법」 제3편제7장제9조).

현행 아동 보건의료 관련 법제를 검토한 결과, 「보건의료기본법」 제27조에는 국가와 지방자치단체가 공공보건의료기관과 민간보건의료기관과 상호 협력할 수 있는 체계를 구축할 수 있는 근거가 마련되어 있는 반면, 「아동복지법」의 경우 이 같은 민관협력의 근거규정이 존재하지 않는다.³¹⁰⁾ 「아동복지법」은 「영유아보육법」에 따른 어린이집 원장, 「유아교육법」에 따른 유치원 원장 및 「초·중등교육법」에 따른 학교장과 같은 아동 발달 주기에 따른 생활공간의 건강관리를 책임지는 개별 주체와 가장 광범위한 인적 연계구조를 기반으로 하고 있다(「아동복지법」 제31조).³¹¹⁾ 뿐만 아니라, 아동의 전염병 예방조치 및 영양개선 등과 관련해 보건소(「아동복지법」 제36조)와의 연계, 학대 아동의 경우 전담 의료기관(제29조의7)의 지정이 가능하고, 취약계층 아동의 경우 통합서비스지원(제37조)을 제공하도록 되어 있어, 아동과 가장 광범위한 네트워크가 형성되고 있음에도 불구하고 이들 각 기관 간 연계할 수 있는 상호협력에 관한 규정이 존재하지 않고 있다.

310) 「보건의료기본법」 제27조(공공·민간 보건의료기관의 역할 분담 등) ① 국가와 지방자치단체는 공공보건의료기관과 민간보건의료기관 간의 역할 분담과 상호협력 체계를 마련하여야 한다.

311) 「아동복지법」 제31조(아동의 안전에 대한 교육) ① 아동복지시설의 장, 「영유아보육법」에 따른 어린이집의 원장, 「유아교육법」에 따른 유치원의 원장 및 「초·중등교육법」에 따른 학교의 장은 교육대상 아동의 연령을 고려하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 매년 다음 각 호의 사항에 관한 교육계획을 수립하여 교육을 실시하여야 한다.

1. 성폭력 및 아동학대 예방
2. 실종·유괴의 예방과 방지
3. 감염병 및 약물의 오남용 예방 등 보건위생관리
4. 재난대비 안전
5. 교통안전

② 아동복지시설의 장, 「영유아보육법」에 따른 어린이집의 원장은 제1항에 따른 교육계획 및 교육실시 결과를 관할 시장·군수·구청장에게 매년 1회 보고하여야 한다.

③ 「유아교육법」에 따른 유치원의 원장 및 「초·중등교육법」에 따른 학교의 장은 제1항에 따른 교육계획 및 교육실시 결과를 대통령령으로 정하는 바에 따라 관할 교육감에게 매년 1회 보고하여야 한다.

이 같은 협력규정이 선언적 의미로 끝날 수 있으므로 실효성이 없다는 비판이 제기될 수 있으나, 「공공보건의료법」 제16조처럼 상호 협력시 협약체결을 통해 협력의 실질적 기반을 마련하는 방식으로 조문화 한다면 충분히 그 효과를 발휘할 수 있을 것이라 판단된다.³¹²⁾ 「아동복지법」 상 협력에 관한 사항을 총칙에 규정하여, 관련된 중앙정부 - 지방자치단체 - 관련 기관 및 단체가 서로 협력할 수 있는 형태의 법제개정도 가능할 수 있을 것이다. 하지만 이 같은 형태의 법제개선이 대상의 포괄성으로 인해 입안되기 어렵다면, 「아동복지법」 상 언급된 어린이집 원장, 유치원원장 및 초·중등학교의 학교장, 학대아동 의료전담기관 및 취약계층 통합지원서비스 담당기관 그리고 보건소가 중앙정부 및 지방자치단체와 협업하여 아동 보건의료에 관한 협력적 체계를 구축할 수 있는 법적 근거 마련은 충분히 가능하다 할 것이다. 또한 이들 주체 간 협약을 통해 상호협력체계를 실체화 할 수 있는 근거 또한 마련된다면 한층 수평적 연계의 탄탄한 구조가 형성될 수 있을 것이다.

제2절 아동 지역보건의료체계 강화에 관한 법제개선방안

1. 아동 지역보건의료체계 강화의 필요성

지역은 아동 보건의료가 실현되는 현장으로서, 통합적 연계의 실현 역시 지역이 중심이 될 수밖에 없기 때문에, 지역 아동 보건의료체계의 탄탄한 구축은 그만큼 중요한 사안이라 하겠다. 특히 아동 보건의료와 관련된 민관협력적 체계 역시 지역 내 현안을 중심으로 조직화 되는 경우, 지역 사회와 더욱 밀접하게 연계될 수 있으므로 보다 높은 시너지 효과를 발휘할 수 있다.

312) 「공공보건의료법」 제16조(의료기관과의 업무 협력 및 협약 체결) ① 국가 또는 지방자치단체는 공공보건의료와 관련한 사업 수행 및 기술 지원 등에 관한 업무를 추진할 때 의료기관과 협력할 수 있다.

② 보건복지부장관 또는 시·도지사 및 시장·군수·구청장은 공공보건의료사업을 추진하기 위하여 필요한 의료기관과 협약을 체결할 수 있다.

이 같은 민관협력은 「아동복지법」과 같은 아동 보건의료 주요법률에 협력에 관한 근거를 마련하는 형태의 개정방안을 제시하였으므로, 여기서는 법률상 아동 지역보건의료와 관련된 업무를 담당하는 기관 간 연계를 중심으로 검토하고자 한다. 1차적으로 아동 지역보건의료체계 구축을 위한 통합적 연계가 필요한 기관은 「아동복지법」 제10조의2에 따른 아동권리보장원 및 보건소, 「영유아보육법」 제7조에 따른 육아종합지원센터, 「건강가정기본법」 건강가정지원센터, 「모자보건법」 제7조 모자보건기구 및 제10조의2에 따른 고위험산모·신생아 집중치료 시설 「공공보건의료법」 제6조 및 제14조에 따른 공공보건의료기관 및 공공전문진료센터를 언급할 수 있다. 이들 기관 가운데 민간의료기관과의 연계는 아동 주치의제도 도입을 통해 지역의 1차 보건의료가 구축될 수 있는 체계와 더불어 구성될 수 있고, 제2차 및 제3차 의료기관인 경우에는 의료업무 외에 의료부담과 관련해 환자에게 지원을 받을 수 있는 상담이 사회복지사 등의 전문인력을 통해 제공되고 있으므로, 실질적인 연계가 필요한 부분은 의료행위 외의 보건복지서비스를 제공하는 보건소, 육아종합지원센터, 건강가정지원센터, 학교보건 담당자 간 역할분담과 연계에 보다 초점을 맞춰서 법제개선방안을 마련할 필요성이 있다.

특히 이들 4개 기관 가운데, 보건소는 진료 및 의료업무뿐만 아니라 육아종합지원센터 및 건강가정지원센터 간 유사한 일부 업무 역시 수행하고 있기 때문에, 통합적 연계와 관련된 가장 중요한 역할을 할 수 있을 것이다. 따라서 본 쟁점에서는 지역 내 아동 보건의료를 담당하는 4개 기관 기관 간 연계와 더불어, 보건소의 기능적 강화를 위한 법제개선방안도 함께 검토하고자 한다.

2. 아동 지역보건의료법제 강화를 위한 법제개선방향

(1) 지역 아동 보건의료 관련 기관의 주요 기능분석

보건소는 「지역보건법」 제10조에 따라 지역주민의 건강증진 및 질병예방·관리를 위해 지방자치단체 조례로 설치되는 공공보건의료기관으로서, 지역 보건의료정책의 실행을

담당하고, 지역 보건의료서비스를 제공하며, 보건의료 관련기관·단체, 학교, 직장 등과의 협력체계 구축 등을 주요 업무로 하고 있다(『지역보건법』 제11조).³¹³⁾ 특히, 아동 보건의료와 관련해서는 건강검진, 구강건강, 영양관리 및 보건교육, 영유아 건강 등에 관한 사항을 담당하며, 진료에서부터 보건의료정보제공 및 관련 상담업무도 함께 수행하고 있다(『지역보건법』 제11조 및 『아동복지법』 제36조). 현재 보건소는 시·군·구 단위로 병원급의 보건의료원(『지역보건법』 제12조)과 읍·면 단위의 보건지소(『지역보건법』 제13조), 그리고 도서지역 등의 보건진료소 등을 합치면 총 1865곳이 설치되어 운영 중이다.³¹⁴⁾ 또한 보건소의 업무 중에서 특별히 지역주민의 만성질환 예방 및 건강한 생활습관 형성을 지원하기 위해 건강생활지원센터가 설치되는데, 보건소가 설치된 읍·면·동을 제외한 곳에 설치되어 운영된다(『지역보건법』 제14조).³¹⁵⁾ 현재 국내에는 총 40여 곳에

313) 『지역보건법』 제10조(보건소의 설치) ① 지역주민의 건강을 증진하고 질병을 예방·관리하기 위하여 시·군·구에 대통령령으로 정하는 기준에 따라 해당 지방자치단체의 조례로 보건소(보건의료원을 포함한다. 이하 같다)를 설치한다.

② 동일한 시·군·구에 2개 이상의 보건소가 설치되어 있는 경우 해당 지방자치단체의 조례로 정하는 바에 따라 업무를 총괄하는 보건소를 지정하여 운영할 수 있다.

제11조(보건소의 기능 및 업무) ① 보건소는 해당 지방자치단체의 관할 구역에서 다음 각 호의 기능 및 업무를 수행한다.

1. 건강 친화적인 지역사회 여건의 조성
2. 지역보건의료정책의 기획, 조사·연구 및 평가
3. 보건의료인 및 『보건의료기본법』 제3조제4호에 따른 보건의료기관 등에 대한 지도·관리·육성과 국민보건 향상을 위한 지도·관리
4. 보건의료 관련기관·단체, 학교, 직장 등과의 협력체계 구축
5. 지역주민의 건강증진 및 질병예방·관리를 위한 다음 각 목의 지역보건의료서비스의 제공
 - 가. 국민건강증진·구강건강·영양관리사업 및 보건교육
 - 나. 감염병 예방 및 관리
 - 다. 모성과 영유아의 건강유지·증진
 - 라. 여성·노인·장애인 등 보건의료 취약계층의 건강유지·증진
 - 마. 정신건강증진 및 생명존중에 관한 사항
 - 바. 지역주민에 대한 진료, 건강검진 및 만성질환 등의 질병관리에 관한 사항
 - 사. 가정 및 사회복지시설 등을 방문하여 행하는 보건의료 및 건강관리사업

② 제1항에 따른 보건소 기능 및 업무 등에 관하여 필요한 세부 사항은 대통령령으로 정한다.

314) 보건복지부 - 전국보건기관 현황, <http://www.mohw.go.kr/react/policy/index.jsp?PAR_MENU_ID=06&MENU_ID=06330104&PAGE=4&topTitle=>, 2019. 10. 30. 방문

315) 『지역보건법』 제14조(건강생활지원센터의 설치) 지방자치단체는 보건소의 업무 중에서 특별히 지역주민의 만성질환 예방 및 건강한 생활습관 형성을 지원하는 건강생활지원센터를 대통령령으로 정하는 기준에 따라 해당 지방자치단체의 조례로 설치할 수 있다.

『지역보건법 시행령』 제11조(건강생활지원센터의 설치) 법 제14조에 따른 건강생활지원센터는 읍·면·동(보건소가 설치된 읍·면·동은 제외한다)마다 1개씩 설치할 수 있다.

건강생활지원센터가 설치되어 운영 중이다.³¹⁶⁾

건강가정지원센터는 국가 및 지방자치단체가 가정문제의 예방·상담 및 치료, 건강가정의 유지를 위한 프로그램의 개발, 가족문화운동의 전개, 가정 관련 정보 및 자료제공 등을 위하여 설립된 기관으로, 센터 내에는 사회복지학·가정학·여성학 등을 전공한 건강가정사가 전문적인 상담과 지원업무를 담당한다(『건강가정기본법』 제35조).³¹⁷⁾ 현재 국내에는 시·군 단위로 총 152개가 설치되어 운영 중이다.³¹⁸⁾ 아동 보건의료의 특성상 부모와 가족 등을 통해 보건의료행위가 지원을 받기 때문에, 아동의 건강문제는 가족문제의 중심이 되는 경우가 많다. 예컨대, 중증장애 아동 또는 중증질환 및 만성질환 등을 앓는 아동의 가족의 경우, 부모나 가족 중 한명이 아동의 보건의료에 관한 지원을 담당하게 되는 경우가 많은데, 질환의 수위나 치료기간이 길어질수록 아동에 대한 케어를 담당했던 가족은 신체적·정신적 스트레스로 인해 상담을 필요로 하는 경우가 많다. 독일 및 스웨덴은 가족지원을 위해 보건센터 등에서 부모에 대한 상담지원을 지속적으로 실행하고 있을 뿐만 아니라, 독일은 자녀가 앓는 질병의 중증정도에 따라, 부모에게 자녀돌봄 질병수당 청구권을 인정하여 아동 보건의료에 있어 가족지원제도를 보다 구체적으로 법제화 하고 있다(『연방사회법전(SGB)』 제2권제45조).³¹⁹⁾ 따라서 아동 보건의료에 있어서

316) 보건복지부 - 전국보건기관 현황, <http://www.mohw.go.kr/react/policy/index.jsp?PAR_MENU_ID=06&MENU_ID=06330104&PAGE=4&topTitle=>, 2019. 10. 30. 방문

317) 『건강가정기본법』 제35조(건강가정지원센터의 설치) ① 국가 및 지방자치단체는 가정문제의 예방·상담 및 치료, 건강가정의 유지를 위한 프로그램의 개발, 가족문화운동의 전개, 가정 관련 정보 및 자료제공 등을 위하여 건강가정지원센터(이하 “센터”라 한다)를 설치·운영하여야 한다.

② 센터에는 건강가정사업을 수행하기 위하여 관련분야에 대한 학식과 경험을 가진 전문가(이하 “건강가정사”라 한다)를 두어야 한다.

③ 건강가정사는 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 사람이어야 한다.

1. 대학 또는 이와 동등 이상의 학교를 졸업할 것(법령에 따라 이와 같은 수준 이상의 학력이 있다고 인정되는 경우를 포함한다)

2. 제1호에 따른 학력 취득과정이나 그 밖에 여성가족부장관이 인정하는 방법으로 사회복지학·가정학·여성학 등 여성가족부령으로 정하는 관련 교과목을 이수할 것

④ 센터의 조직·운영 및 건강가정사의 자격·직무에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

⑤ 센터의 운영은 여성가족부령이 정하는 바에 의하여 민간에 위탁할 수 있다.

318) 공공데이터포털-건강가정지원센터 현황, <<https://www.data.go.kr/dataset/3077162/fileData.do>>, 2019. 10. 30. 방문

319) “『연방사회법전(SGB)』 제2권 제45조 ① 피보험자는 의료진단서에 따라 질병이 있고 피보험자인 자녀를 돌보기 위하여 휴가를 신청할 필요가 있는 경우에, 가족 중에 자녀를 돌볼 수 있는 사람이 없고, 자녀가 12세 미만이거나 장애가 있고 조력이 필요한 경우에 질병수당 청구권을 갖는다. 제10조제4항과 제44조제2항이 적용된다.”

가족지원은 향후 장기적 관점에서 제도적으로 보완되어야 할 사항이므로, 법제개선방향의 검토 시 가족지원을 위한 기구인 건강가정지원센터를 통합적 연계의 대상에 포함시키 고자 하였다.

육아종합지원센터는 「영유아보육법」 제7조에 따라, 아동의 보육 및 육아를 종합적으로 지원하기 위해 설치된 영유아 보육기관으로서, 영유아 보육에 관한 정보제공 및 부모상담 · 교육, 어린이집 상담 · 교육 등의 업무를 주로 담당한다.³²⁰⁾ 중앙육아종합지원센터는 보건복지부장관이 설치하고, 시 · 도지사 및 시장 · 군수 · 구청장은 지역 내 지방육아중

② 제1항에 따른 상병수당 청구권은 매년 자녀 각각에 대해 최대 10일, 혼자 양육하는 피보험자의 경우 최대 20일까지 인정된다. 제1문에 따른 청구권은 피보험자에 대해 연간 최대 25일, 혼자 양육하는 피보험자의 경우 최대 50일을 초과하지 못한다. 제1항에 따른 질병수당은 피보험자의 세전 임금을 기준으로 상실된 순임금의 90%, 휴업일 이전 12개월 동안 일시금으로 지급된 세전 임금(사회법전 제4권 제23조의a)과 관련하여 상실된 순임금의 100%를 보전하고; 제223조 제3항에 따라 보험료 산정기준의 70%를 초과할 수 없다. 제223조 제3항에 따라 보험료 산정기준의 70%를 초과할 수 없다. 제1항에 따른 질병수당을 산정하는 경우에 보험료 산정대상에 해당하는 한, 정규 근로소득(표준소득)의 70%를 보전한다. 제47조제1항제6문에서 제8문 및 제4항제3문에서 제5문이 준용된다.

- a) 자녀의 질병이 진행형이고 이미 상당히 진행된 상태이며,
- b) 치료가 불가능하고 진통 완화 치치가 필요하거나 부모에 의해 요구되는 경우 그리고
- c) 기대수명이 몇 주 또는 몇 달에 불과한 경우에 해당된다.”

: 김영미, 아동보건의료의 법적 쟁점-독일의 환자부모지원 및 가족지원을 중심으로, 아동 보건의료법제 제3차 전문가워크숍자료집, 한국법제연구원, 2019. 09. 20, 21-22면,

320) 「영유아보육법」 제 7 조(육아종합지원센터) ① 영유아에게 제26조의2에 따른 시간제보육 서비스를 제공하거나 보육에 관한 정보의 수집 · 제공 및 상담을 위하여 보건복지부장관은 중앙육아종합지원센터, 특별시장 · 광역시장 · 특별자치시장 · 도지사 · 특별자치도지사(이하 “시 · 도지사”라 한다) 및 시장 · 군수 · 구청장은 지방육아종합지원센터를 설치 · 운영하여야 한다. 이 경우 필요하다고 인정하는 경우에는 영아 · 장애아 보육 등에 관한 육아종합지원센터를 별도로 설치 · 운영할 수 있다.

「영유아보육법 시행령」 제13조(육아종합지원센터의 기능) ① 중앙육아종합지원센터와 지방육아종합지원센터(이하 “각 육아종합지원센터”라 한다)는 다음 각 호의 기능을 수행한다.

1. 시간제보육 서비스의 제공
- 1의2. 보육에 관한 정보의 수집 및 제공
2. 보육 프로그램 및 교재 · 교구(教具)의 제공 또는 대여
3. 보육교직원에 대한 상담 및 구인 · 구직 정보의 제공
4. 어린이집 설치 · 운영 등에 관한 상담 및 컨설팅
5. 장애아 보육 등 취약보육(脆弱保育)에 대한 정보의 제공
6. 부모에 대한 상담 · 교육
7. 영유아의 체험 및 놀이공간 제공
8. 영유아 부모 및 보육교직원에 대한 영유아 학대 예방 교육
9. 그 밖에 어린이집 운영 및 가정양육 지원 등에 관하여 필요한 사항

② 중앙육아종합지원센터는 지방육아종합지원센터의 업무를 지원하고, 지방육아종합지원센터는 관할지역의 어린이집과 보육 수요자에 대하여 지역 특성에 기초한 서비스를 제공하여야 한다.

합지원센터를 설치할 수 있는데(『영유아보육법』 제7조제1항), 현재 국내에는 전국 시도 중심으로 총 19개소가 설치되어 있으며, 서울지역은 구별로 25개소가 설치되어 운영 중이다.³²¹⁾

현재 학교보건의 경우, 보건실의 설치 및 학교보건에 필요한 시설과 기구 등의 완비는 학교설립자·경영자가 책임지고, 학교장은 학생건강증진계획을 수립 및 시행하고(『학교보건법』 제7조의2), 신체발달 및 체력증진, 질병의 치료와 예방, 음주·흡연과 약물 오용(誤用)·남용(濫用)의 예방, 성교육, 정신건강 증진 등 학생들의 학교보건에 관한 사항을 관리하며(『학교보건법』 제9조), 응급의료에 관한 심폐소생술 등의 보건교육을 실시한다(『학교보건법』 제9조의2).³²²⁾ 또한 질병감염 및 감염우려가 있는 학생에 대한 질병치료와 예방조치를 취할 수 있으며, 학교의사 또는 보건교사 등을 통해 예방접종을 실시할 수 있다(『학교보건법』 제14조의2).³²³⁾ 학교 학생 및 교직원의 건강관리를 위해, 『의료법』 제2조제1항에 따른 의료인과 『약사법』 제2조제2호에 따른 약사를 둘 수 있으며,³²⁴⁾ 간호사

321) 중앙육아종합지원센터- 전국 육아지원센터 현황, <http://central.childcare.go.kr/central/d1_10000/d1_10007.jsp>, 2019. 10. 30. 방문

322) 『학교보건법』 제9조의2(보건교육 등) ① 교육부장관은 『유아교육법』 제2조제2호에 따른 유치원 및 『초·중등교육법』 제2조에 따른 학교에서 모든 학생들을 대상으로 심폐소생술 등 응급처치에 관한 교육을 포함한 보건교육을 체계적으로 실시하여야 한다. 이 경우 보건교육의 실시 시간, 도서 등 그 운영에 필요한 사항은 교육부장관이 정한다.

② 『유아교육법』 제2조제2호에 따른 유치원의 장 및 『초·중등교육법』 제2조에 따른 학교의 장은 교육부령으로 정하는 바에 따라 매년 교직원을 대상으로 심폐소생술 등 응급처치에 관한 교육을 실시하여야 한다.

③ 『유아교육법』 제2조제2호에 따른 유치원의 장 및 『초·중등교육법』 제2조에 따른 학교의 장은 제2항에 따른 응급처치에 관한 교육과 연관된 프로그램의 운영 등을 관련 전문기관·단체 또는 전문가에게 위탁할 수 있다.

323) 『학교보건법』 제14조의2(감염병 예방접종의 시행) 시장·군수 또는 구청장이『감염병 예방 및 관리에 관한 법률』 제24조 및 제25조에 따라 학교의 학생 또는 교직원에게 감염병 필수 또는 임시 예방접종을 할 때에는 그 학교의 학교의사 또는 보건교사(간호사 면허를 가진 보건교사로 한정한다. 이하 같다)를 접종요원으로 위촉하여 그들로 하여금 접종하게 할 수 있다. 이 경우 보건교사에 대하여는 『의료법』 제27조제1항을 적용하지 아니한다.

324) “보건교사는 간호사면허증을 갖추고 교직이수를 한 사람으로, 학교 보건실에서 학생들의 건강관리 및 응급처치 등의 업무를 수행한다. 교내 안전사고 문제로 보건교사 배치가 중요해지고 있지만, 일정 규모 이하의 경우 순회교사를 두는 등 1개 학교의 1명의 보건교사 배치가 이루어지지 않는 경우가 많다. 실제로 강원, 경북, 경북, 전남, 전북, 충남, 충북, 제주의 경우 배치가 70%를 밑돌고 있었다. 이 중 전남과 전북의 경우 각 61.5%, 62.1%로 간신히 60%를 넘긴 상황이다. 특히, 경북 청송군의 경우 군내 34개 학교 중 보건교사를 배치한 곳은 5곳 밖에 되지 않아 배치가 15% 밖에 되지 않는다. 학교에서 큰 사고가 나게 될 경우 신속한 대처가 불가능한 현실이다. 2015년부터 2019년 6월까지 최근 5년간 학교 안전사고는 540,072건 발생했다. 하루에 약 330건의 사고가 발생해 이에 대한 신속하고 정확한 대처를 위해서는 보건교사의 배치와 확충이 필요하다.”, 메디파나 뉴스(2019. 10. 15), “보건교사 배치율 지방 8개 시·도 60% 대 ..지역 편차 커”, <<http://medipana.com/news/news>>

면허를 가진 보건교사는 보건교육과 건강관리를 지원한다(『학교보건법』 제15조).³²⁵⁾ 학령기 아동의 학교 내 보건의료는 예방접종, 진료 및 치료, 보건교육 등의 실무를 보건교사가 수행하지만, 보건의료의 결정과 관리에 대한 책임은 학교장이 맡는다.

<표14> 번호 「지역의 아동 보건의료 담당기관의 업무 및 기능」

	보건소	건강가정지원센터	육아종합지원센터	학교보건
주기능	지역주민 보건의료	가족지원	영유아 보육지원	학교보건
분포도	1865개 (시/군/구/읍면/동) 40개 (건강생활지원센터)	152개 (시/군)	전국 19개(시/도) 서울 25개	학교마다 설치 ³²⁶⁾ (양호실)
주요 업무	<ul style="list-style-type: none"> - 국민건강증진·구강건강·영양관리사업 및 보건교육 - 감염병의 예방 및 관리 - 모성과 영유아의 건강유지·증진 - 여성·노인·장애인 등 보건의료 취약계층의 건강유지·증진 	<ul style="list-style-type: none"> - 가정문제 예방·상담 및 치료 - 건강가정의 유지 프로그램 개발 - 가족문화운동의 전개 - 가정 관련 정보 및 자료제공 등 (『건강가정기본법』 제35조 제1항) 	<ul style="list-style-type: none"> - 시간제보육 서비스의 제공 - 보육에 관한 정보의 수집 및 제공 - 보육 프로그램 및 교재·교구(教具)의 제공 또는 대여 - 보육교직원에 대한 상담 및 구인·구직 정보의 제공 	<ul style="list-style-type: none"> - 학교 환경위생 및 식품위생(『학교보건법』 제4조) - 공기질 유지 및 관리(『학교보건법』 제4조의2) - 건강검사 (『학교보건법』 제7조) - 학생건강증진 계획 수립·시행 (『학교보건법』 제7조의2)

<_view_print.asp?NewsNum=246891>, 2019. 10. 30. 방문

325) 『학교보건법』 제15조(학교에 두는 의료인·약사 및 보건교사) ① 학교에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 학생과 교직원의 건강관리를 지원하는 「의료법」 제2조제1항에 따른 의료인과 「약사법」 제2조제2호에 따른 약사를 둘 수 있다.

② 모든 학교에 제9조의2에 따른 보건교육과 학생들의 건강관리를 담당하는 보건교사를 둔다. 다만, 대통령령으로 정하는 일정 규모 이하의 학교에는 순회 보건교사를 둘 수 있다.

326) 학교보건을 담당하는 보건교사 및 양호실 설비 등에 관한 구체적인 통계는 존재하지 않는 실정이다.

	보건소	건강가정지원센터	육아종합지원센터	학교보건
주기능	지역주민 보건의료	가족지원	영유아 보육지원	학교보건
	<ul style="list-style-type: none"> - 정신건강증진 및 생명존중에 관한 사항 - 지역주민에 대한 진료, 건강검진 및 만성질환 등의 질병관리에 관한 사항 - 가정 및 사회복지 시설 등을 방문하여 행하는 보건의료 및 건강관리사업 (『지역보건법』 제11조제1항제5호) 		<ul style="list-style-type: none"> - 어린이집 설치·운영 등에 관한 상담 및 컨설팅 - 장애아 보육 등 취약보육(脆弱保育)에 대한 정보의 제공 - 부모에 대한 상담·교육 - 영유아의 체험 및 놀이공간 제공 - 영유아 부모 및 보육교직원에 대한 영유아 학대 예방 교육 - 그 밖에 어린이집 운영 및 가정양육 지원 등에 관하여 필요한 사항 (『영유아보육법 시행령』 제13조) 	<ul style="list-style-type: none"> - 학생 및 교직원 보건관리(『학교보건법』 제9조 및 제13조) - 보건교육 (『학교보건법』 제9조의2) - 치료 및 예방 조치(『학교보건법』 제11조) - 감염병 예방 접종(『학교보건법』 제14조의2) - 감염병예방대책 마련(『학교보건법』 제14조의2)
연계 관련 근거	<ul style="list-style-type: none"> - 보건소는 보건의료 관련 기관·단체, 학교, 직장 등과의 협력체계 구축을 주요 업무로 함(제11조제1항제4호) 『지역보건법』 	- 없음	- 없음	<ul style="list-style-type: none"> - 학교장은 질병치료 및 예방조치, 학생건강증진의 조치를 취하기 위해 보건소장에게 협조를 요청할 수 있으며, 보건소장은 정당한 이유없이 이를 거부할 수 없음(『학교보건법』 제11조제4항)

(2) 지역 아동 보건의료 관련 기관 간 통합적 연계 방향

지역 내 아동 보건의료 관련 기관 간 통합적 연계의 방향은 기본적으로 새로운 기구의 신설보다는 보건소, 건강가정지원센터, 육아종합지원센터, 학교보건 기관(학교장 및 학내 의료인력) 간 주기능을 살리면서, 맡은 업무 가운데 상호협력을 통해 아동 보건의료의 지속성을 높이는 효과를 가져와야 할 것이다. 다음 <표14>에 보면 알 수 있듯이, 보건소는 건강검진, 구강검진, 예방접종 및 정신건강상담과 같은 보건의료서비스의 제공이 주요 업무가 된다. 보건소의 경우, 아동에 대한 보건의료서비스만을 주로 제공하기 때문에, 건강지원을 위한 부모 상담서비스 등의 가족지원과 성장과 발달과정에 따른 보육정보의 제공은 어려울 수 있다. 건강가정지원센터는 가족지원을 위한 가정문제 상담 및 치료업무가 추가 되며, 육아종합지원센터는 영유아 아동의 보육상담 및 정보제공이 추가 된다. 건강가정지원센터의 경우, 아동에만 초점을 맞춘 기관이 아니기 때문에, 가족지원에 관한 상담과정에서 아동만을 위한 전인적 서비스를 제공하기 어려울 수 있다. 육아종합지원센터 역시 영유아만을 대상으로 하므로, 연령에 따라 이용할 수 있는 아동이 제한되어 있으며, 보육상담과정에서 건강정보에 대한 제공도 함께 이뤄질 수 있으나, 전문적인 건강정보의 제공은 어려울 수 있다. 학교보건 기관의 경우, 질병예방 및 치료에서부터, 상담 및 보건교육 등에 이르기까지 학교 내 학생의 건강관리 및 건강증진에 관한 사항을 책임지는 것이 주업무가 된다. 그러나 보건교사는 간호사 면허를 가진 자에 한하므로, 상담과 관련된 전문성을 갖고 있다고 보기는 어렵다.

이들 4개 기관의 주된 기능을 저해하지 않고, 아동 보건의료에 있어서 상호협력을 통한 지역 보건체계 구축의 효과를 가져오기 위해서는 업무수행 과정에서 타 기관의 지식, 정보 등의 교환이 필요한 업무를 중심으로 고려해 보아야 할 것이다.³²⁷⁾ 검진, 진단 및 예방

327) “보건·의료·복지의 연계와 통합을 하루아침에 달성하려고 시도한다면 실패하기 쉽다. 따라서 「특별한 목적을 위한 케이스 조정(case coordination) → 운영적 조정(operational coordination) → 전략적 협동(strategic collaboration)의 단계」를 거친 단계적 통합이 보다 현실적이다. Katan은 이스라엘에서 보건·의료서비스와 사회복지서비스의 연계에 관해 논의하면서 통합과정의 유형을 다음과 같이 6가지도 기술하고 있다. 첫째 「어떠한 의미 있는 관계의 부재」 단계이다. ...지역사회 내에서 존재하는 보건·의료·복지기관이 어떠한 공식적·비공식적 관

접종 등과 같은 의료행위가 수반된 보건소의 업무는 전문면허 가진 의료인에 의해 「의료법」 상 의료시설의 기준에 부합한 곳에서만 가능하므로(「의료법」 제33조 이하), 보건소의 보건의료서비스가 다른 기관에서 직접 이뤄지는 형태의 상호연계는 어렵다 할 것이다. 다만, 「학교보건법」 제11조제4항처럼 보건소와 학교 간 건강검진 결과 학생의 질병치료 및 예방에 필요한 조치 및 정신건강증진을 위한 조치를 위해 보건소장에게 협조를 요청하여 그에 대한 보건의료서비스가 이뤄지는 형태의 연계는 가능할 것이다.

이런 관점에서 본다면, 아동 보건의료에 있어서 상호연계가 가능한 영역은 아동의 건강관리 및 건강증진 분야라 할 것이다. 아동 보건의료에 있어 아동의 질환관리 및 영양개선, 성장 및 발달과정에 따른 건강정보제공 그리고 정신건강 관련 상담 등은 위 4개의 기관의 주된 업무 수행과정과 긴밀히 연관되어 있기 때문에, 상호협력을 통해 아동 보건의료에 긍정적 효과를 가져올 수 있을 것이다. 예컨대, 건강가정지원센터에서 가족상담과정에서 아동의 보건의료를 책임지는 부모의 정신건강의 문제를 인식한 경우, 상담자에게 보건소 내의 정신건강상담에 컨설팅을 의뢰하거나 직접적인 연계가 가능할 수 있다. 또한 육아종합지원센터의 보육상담과정에서 아동의 아토피 및 난치성 질환의 가정 내 대처에 관한 상담이 필요한 경우 보건소에 문의하여 정확한 정보를 제공해줄 수 있을 것이다. 또한 보건소 역시 아동의 건강관리와 관련해 부모지원 및 양육책임자의 능력이 필수적으로 수반될 경우, 그에 대한 상담 및 정보제공이 필요할 경우 건강가정지원센터과의 연계를 통한 맞춤형 건강정보를 제공할 수 있을 것이다. 상호협력 방식은 다양할 수 있지만, 아동 보건의료 대상자에게 맞춤형 건강정보를 제공하기 위해 유관기관의 전문가의 상담과 연계하거나 해당 기관에서 받은 솔루션을 아동 또는 그 부모에게 제공하는 방식으로

제도 맺지 않고, 별개의 조직으로 클라이언트에게 서비스를 제공하는 것을 의미한다. ...둘째, 「교환단계」이다. 이 단계에 있어서 조직은 지식, 정보, 클라이언트 장비 등을 포함해서 다양한 교환관계를 형성한다. 셋째, 「출장소(Outstation)」단계이다. 이 단계의 경우 한 조직의 위커가 다른 조직의 시설에 위치하면서 그 조직의 클라이언트에게 서비스를 제공한다. 넷째, 「합동프로그램에서 협동(collaboration in joint programs)」단계이다. 이 단계의 경우 조직은 자료의 합동수집, 합동계획, 사업의 집행과 같은 합동프로그램을 개발하고 집행한다. 다섯째, 「조정(coordination)」단계이다. 이 단계에서 조직은 분리되어 지속적으로 운영되지만, 각 조직 간의 활동을 조정할 수 있도록 고안된 메커니즘을 개발한다. 여섯째, 「통합(integration)」단계이다. 이 단계의 경우에는 어떠한 조직적 분리 없이 함께 운영한다.”, 문재우, 보건·의료·복지의 통합에 관한 일 고찰, 보건과 사회과학제15집, 한국보건사회학회, 2004, 20면

운영될 수 있을 것이다. 독일 및 스웨덴의 지역 보건의료 사례에서 볼 수 있듯이, 아동 보건의료와 관련해 해당 기관 내의 전문인력이 담당하는 업무의 범위를 넘는 경우 다양한 솔루션을 찾기 위해 관련 기관에 문의하고 그에 따른 정보교환과 상담 등의 지원이 지속적으로 이뤄지는 네트워크가 잘 조직되어 있는 것을 볼 때, 우리나라의 통합적 연계의 시작은 기능별 전문정보의 교환 및 연계에서부터 시작된다고 판단된다.

이 같은 상호협력체계의 구축과 관련된 법제화는 다양한 방식으로 이뤄질 수 있다. 「학교보건법」 제11조제4항 협조요청과 그에 대한 상호조치를 의무화 하는 방식으로도 가능할 수 있으나, 동 조항은 학생의 질병치료와 예방조치와 관련해 지역의 1차 보건의료를 책임지는 보건소의 기능으로 인해 학교보건에 있어서 공공보건의료기관으로서 가장 먼저 그에 대한 지원을 하도록 국가의 공공보건의료를 체계를 구축하였기 때문에 형성된 조문이다. 따라서 이 같은 조문구성이 통합적 연계를 위한 상호협력의 일반적 방식일 수는 없다 할 것이다. 또한 이 같은 통합적 연계를 위한 법제화는 기관 간 상호 자율적 연대에 기반하는 것이므로, 「지역보건법」 제11조제1항제4호처럼 관련 기관과의 협력체계 구축에 관한 사항을 각 기관의 선택과 재량에 맡길 수 있도록 하는 형태의 법개정이 필요하다 할 것이다. 따라서 「지역보건법」, 「영유아보육법」, 「학교보건법」 및 「건강가정지원법」에 이 같은 통합적 연계를 위한 관련 기관 간 상호협력적 체계를 구축할 수 있는 협력에 관한 규정을 마련하는 방식의 법개정이 필요하다. 특히, 「학교보건법」의 경우 보건소와의 협력은 법제화 되었으나, 건강요인으로 인한 가족갈등에 관한 사항은 건강가정지원센터를 통해 지원받을 수 있으므로 질병치료 및 예방조치 외 분야에 있어 협력을 위한 통합적 연계의 근거를 법제화 할 필요성이 있다.

제3절 아동 주치의제도 도입 관련 법제개선방안

1. 아동 주치의제도 도입의 필요성

아동 주치의제도는 아동의 성장과 발달과정 전반에 걸쳐 지속적인 관리체계가 형성될 수 있으므로, 장기적 관점의 보건의료체계를 구성할 수 있는 기반이 된다. 특히, 지역 내 가장 가까운 곳의 의료인 또는 의료기관을 통해 포괄적인 의료서비스를 저렴한 비용으로 제공받을 수 있게 된다는 점은 주치의제도가 1차 의료가 갖는 장점을 바탕으로, 지역 보건의료체계를 안정화 시키는 효과 역시 가져올 수 있다고 판단된다. 아동의 아픈 질병에 따라 부모가 관련 의료기관을 직접 찾아다니고, 그에 따라 아동의 의료정보가 곳곳으로 분산되어 일관되고 지속적으로 관리하지 못하는 지금의 보건의료 현실에서 주치의제도는 1차적으로 아동의 질병여부를 진단하여 2차·3차 진료가 필요한 곳으로 정확하게 인계할 수 있기 때문에 의료조정기능을 강화할 수 있을 뿐만 아니라, 아동의 건강이력에 대한 지속적인 정보축적이 가능하기 때문에, 향후 질병진단 및 치료, 건강관리에 있어 보다 정확한 기초정보를 제공할 수 있다. 뿐만 아니라, 이 같은 주치의 기능은 민간차원에서 아동 보건의료를 강화시키는 역할을 할 수 있다.

물론 주치의제도를 도입한 국가의 경우, 주치의 연령 고령화 및 진료 대기시간의 장기화 등으로 인한 문제를 언급하고 있지만, 이들 국가의 경우 주치의 진료를 1차 의료에 있어서 보편화 한 경우 나타나는 현상이므로, 주치의제도 도입 시 아동 환자의 선택권을 존중하여 주치의 진료 외에 자율적인 타과 진료선택도 가능하게 한다면 충분히 해결될 수 있는 사안이라 판단된다. 프랑스는 민간개업의 및 전문의 비중이 높은 의료현실 속에서 주치의제도를 의료인 및 환자의 자율적 선택에 따라 도입하였을 뿐만 아니라, 우리나라와 동일한 행위별 수가제를 취하되, 진료행위 과다로 인한 의료자원 낭비를 줄이기 위해 건강보험공단과 연계된 전자의료기록부와 같은 전산화 시스템을 통해 주치의제도를 안착시키고자 하였다.³²⁸⁾ 따라서 본 연구에서는 주치의제도 도입과 관련해, 앞서 검토한

328) 고병수, 「온국민주치의제도」, 시대의창, 2010, 134-137면

비교법 사례를 중심으로 주치의 도입방식, 아동의 주치의 선택권, 주치의 자격 및 주치의 의무 사항 등의 쟁점 사항을 중심으로 보다 법제개선방안을 도출하고자 한다.

2. 아동 주치의제도 도입 관련 법제개선방향

(1) 주치의제도 도입방식

프랑스의 주치의제도 도입사례에서 알 수 있듯이, 주치의제도 초기의 도입방식은 제도의 안착과 깊게 관련되어 있다. 우리나라는 아동 보건의료에 있어, 민간 개업의 및 의료기관이 차지하는 비중이 상대적으로 높은 편에 속한다.³²⁹⁾ 이 같은 의료현실 속에서 포괄적 의료서비스가 가능한 주치의제도가 도입될 경우 전공영역이 확실한 전문의 개업의들을 방문하는 환자수가 줄어들 수 있기 때문에, 전문의 개업의들은 의원 간 불평등 현상을 이유로 주치의 도입을 반대하기도 한다.³³⁰⁾ 독일은 장기적인 건강보험의 재정부담을 완화시키기 위해 가정의를 중심으로 한 주치의제도를 도입하였고,³³¹⁾ 스웨덴은 1차 의료의 지속성 강화를 위해 주치의 제도를 도입하였다.³³²⁾ 프랑스는 1차 의료를 통한 의료형평성을 강화하기 위한 목적으로 주치의제도를 도입하였으나, 1998년 1차 도입이 실패한 후 주치의 선택 시 예외적으로 전문영역에 대한 환자의 의료선택권을 인정하는 방식(환자부담)을 통해 의료인 간 형평성을 고려함으로써 주치의제도를 안착시킬 수 있었다.³³³⁾

329) 정현진 외 3인, 『유럽의 일차의료 현황 및 주치의제도 개혁-한국에의 함의』, 국민건강보험공단, 2007, 25-26면

330) “주치의제도의 도입을 반대한다 할지라도 주치의제도의 근본적 취지에는 모두 찬성하고 있다. 다만 주치의제도를 반대하는 이유는 다음과 같다. 첫째, 의료전달체계가 확고히 구축되어야만 제도도입이 가능하며, 민간공급자 위주의 국가에서는 부적합하기 때문이다. 둘째, 자유로운 소비자의 선택권을 제한하고, 고급 첨단의료의 성장을 저해하기 때문이다. 셋째, 의원의 빈익빈 부익부를 초래하기 때문에, 넷째, 영리의료법인의 현실화 계기가 될 수 있다. 다섯째, 환자에게 단기적 경제적 부담을 증대시킬 수 있기 때문이다. 여섯째, 행위별수가제가 유지되고 있기 때문이다. 일곱째, 등록여부에 의한 본인부담금 감면 또는 차등은 환자의 불만요인이 되기 때문이다.”, 이만우, 『고령사회 대비 주치의 제도 도입 검토』, 국회입법조사처, 2009, 34면, <표2>

331) 정현진 외 3인, 앞의 글, 128-133면

332) 스웨덴 보건사회부, Regerings proposition(1992/93:160), 1991, 16면

333) “주치의는 문지기 역할을 하지만, 즉 1차 의료 담당자인 주치의와 2차 의료 담당자인 위탁의료이용단체를 명확히 구분하고 있음에도 불구하고 문지기 경로를 이탈하는 것이 철저히 봉쇄된 것은 아니다. 환자가 주치의 경로를 따르지 않을 경우 높은 비용을 부담하도록 함으로써 되도록 주치의 경로를 따르도록 유도할 뿐 원칙적으로 경로이탈이 가능하다. 경로를 따르지 않을 경우, 서비스 이용에 대한 본인부담율이 인상되는데, 건강보험

이들 주요국가의 주치의 도입 사례를 살펴본 결과, 민간 의료영역이 발달한 국가에서는 1차 의료에 따른 주치의제도를 보편적으로 도입하여 갑작스러운 변화를 피하기 보다는, 최소한의 변화를 통해 국민과 의료인의 자율적 선택에 따라 주치의제도가 자연스럽게 안착되는 방식을 택하는 것이 보다 효과적이라 판단된다. 아동 보건의료를 담당할 주치의 제도의 선택은 아동 또는 부모의 선택에 따라 가능하며, 아동의 건강상태에 따라 특수한 전문영역의 진료를 지속적으로 받아야 할 필요가 있는 경우, 그 분야의 전문의를 주치의로 지정하는 방식의 주치의 선택을 통한 진료의 예외를 인정하여, 주치의제도가 보다 효과적으로 도입될 수 있도록 법제화 할 필요성이 있다.

(2) 주치의 선택

주치의 선택은 다음과 같은 쟁점에 대한 검토를 바탕으로 법제화가 이뤄져야만 한다. 첫째, 아동의 주치의 선택의 연령에 관한 사항이다. 주치의는 아동 또는 부모 및 양육책임자에 의해 선택될 수 있다. 보건의료행위결정에 있어서 부모 및 양육책임자의 동의가 수반되어야만 온전한 법률행위로 인정받을 수 있기 때문에, 주치의 선택 역시 아동의 의사 보다는 부모의 의사가 중심이 될 수 있다. 아동의 독립적인 주치의 선택권이 인정될 수 있느냐의 문제와 관련해, 우리나라의 경우 19세부터는 민법상 성년으로 인정되지만, 「청소년기본법」의 경우 아동을 9세부터 24세 이하로 규정하고 있기 때문에, 기존 법률을 달리하는 경우 부모의 동의 없이 청소년기 아동 스스로 독립적으로 주치의를 선택할 수 있게 된다. 건강이상에 대한 징후 인식이 가능하고 의사표현이 가능한 연령대의 아동이라면, 부모 등의 양육책임자를 동반하지 않고 주치의 방문을 통한 진료는 충분히 가능할 수 있다. 그러나 주치의 선택의 문제는 이 같은 주치의 방문과 달리 주치의와 환자 간 계약 그리고 그에 따른 관할 관청에 대한 등록을 포함하는 법적 요식행위가 될 수 있으므로, 행위의 완성을 위한 행위자의 행위능력을 요한다. 의료적 관점에서는 아동의 성장

이 보상해주는 보상액 비율이 낮아지기 때문이다. 주치의 경로를 따르지 않는 진료에 대해 의사는 환자에게 협약요금 이상의 추가비용을 직접 청구할 수 있으며, 주치의 경로이탈에 따른 본인부담 추가액에 대해 민간보충의료보험이 보상을 해주지 못하도록 하였다.”, 이만우, 앞의 글, 21-22면

및 발달단계에 따라 청소년기의 발육이 완성되는 아동의 연령대를 남성은 12세~20세 또는 여성은 10세~18세로 보고 있다.³³⁴⁾ 『아동복지법』의 경우 18세 이하를 아동으로 보고 있기 때문에, 만 19세부터 주치의 선택권을 인정한다 하더라도 연령차이가 크지 않다. 『청소년기본법』 역시 다른 법률에서 청소년에 대한 적용을 달리 할 필요가 있는 경우 예외를 인정하고 있을 뿐만 아니라, 주치의 선택은 청소년기 아동의 의료선택권을 확대시키는 효과를 갖기 때문에, 만 19세를 연령기준으로 정해도 무리가 없다고 판단된다. 따라서 민법상 성인 기준에 따라 만 19세 이상일 경우 독립적인 주치의 선택을 인정하는 형태의 개정방안을 도출하는 것이 현행 보건의료 관련 법제의 체계에 가장 적합하다고 판단된다.

둘째, 아동 주치의 선택 시 지역을 제한하는 방식으로 성립하는 것이 보다 효과적인지를 검토할 필요성이 있다. 일반적으로 주치의는 본인이 사는 지역 내에서 가장 인접한 곳에 위치하여 방문이 용이하도록 하여, 의료접근성을 높이는 보건의료시스템이라 할 수 있다. 만일 주치의 명단 및 관리를 지방자치단체가 관할하게 된다면, 지역 간 협약이나 연계시스템이 없는 한 아동 주치의의 선택은 아동이 주소지가 위치한 지역 내로 한정되는 방식으로 요건화 될 수 있다. 도 단위 또는 시·군·구 단위별로 주치의 선택권의 지역범위를 다르게 하는 것은 의료서비스의 지역별 편차에 따라 달라질 수 있다.

스웨덴의 주치의 도입사례에서 볼 수 있듯이, 지역 간 의료 수준의 편차가 클 경우, 주치의 선택을 해당 지역(도) 단위로 제한하는 것은 환자의 의료선택권을 침해하는 결과를 가져올 수 있다.³³⁵⁾ 우리나라처럼 의료의 지역적 편차로 인해 의료취약지 및 분만취약지가 존재하는 상황에서는, 주치의제도가 갖는 장점에도 불구하고 지역을 한정하는 경우 주치의제도 도입이 환자의 의료선택권을 제한하는 예기치 못한 효과를 발생시킬 수 있다.³³⁶⁾ 특히, 지역 내 소아과 의료가 가능한 의료인이 부족한 지역의 경우, 타 지역 의료

334) 안효섭·신희영, 『홍창의 소아과학 1』, 미래엔, 2016, 2-3면 및 소아과학, <<https://terms.naver.com/entry.nhn?docId=2212080&cid=51085&categoryId=51085>>, 2019. 10. 30. 방문.

335) 스웨덴 보건사회부, Regerings proposition(1994/95:195), 1995, 34면

336) 『공공보건의료법』 제12조제2항 및 제3항에 따른 응급의료분야 의료취약지의 경우 전라남도, 경상북도, 경남

인의 진료 및 주치의 방문은 선택이 아니라 해당 지역주민의 요청사항이 될 수밖에 없다. 따라서 이 같은 우리나라의 현실을 고려해 아동 주치의 선택이 지역을 제한하지 않은 형태의 주치의제도 도입에 관한 법제화가 필요하다 할 것이다.

이 경우 선택할 수 있는 주치의 명단 및 등록 등의 관리사항은 1차적으로는 지방자치단체에서 하겠지만, 중앙정부 차원에서 주치의 등록시스템의 마련하여 통일적인 운영을 위해 꾀하는 것도 아동 주치의제도의 조기안착을 위한 효과적인 방안이 될 수 있을 것이다.

(3) 주치의 자격

셋째, 아동 주치의의 자격에 관한 사항이다. 일반적으로 주치의제도는 포괄적인 보건의료서비스를 제공받을 수 있는 1차 의료와 연계되어 있기 때문에, 상대적으로 이 같은 진료가 가능한 가정의(Hausarzt)를 중심으로 제도가 설계되어 있다. 때문에 스웨덴의 경우 주치의제도 도입 시 「가정의에 관한 법률」을 제정하였고, 독일의 경우 주치의제도 도입 시 2004년 「법정의료보험현대화법」(Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung, GMG) 제1조에 따라 「연방사회법전(SGB)」 제5권 제73b조를 통해 가정의 중심의 1차 의료시스템을 본격화 하면서, 가정의가 실질적인 주치의 역할을 담당하게

상도, 강원도에 집중 분포되어 있음을 알 수 있다.

구 분	응급의료분야 의료취약지
1. 대구	달성군
2. 인천	강화군, 옹진군
3. 경기	가평군, 동두천시, 양평군, 여주시, 연천군
4. 강원	고성군, 동해시, 삼척시, 속초시, 양구군, 양양군, 영월군, 인제군, 정선군, 철원군, 태백시, 평창군, 홍천군, 화천군, 횡성군
5. 충북	괴산군, 단양군, 보은군, 영동군, 옥천군, 음성군, 진천군, 충주시
6. 충남	공주시, 금산군, 당진시, 보령시, 부여군, 서산시, 서천군, 예산군, 청양군, 태안군, 홍성군
7. 전북	고창군, 남원시, 무주군, 부안군, 순창군, 임실군, 장수군, 정읍시, 진안군
8. 전남	강진군, 고흥군, 곡성군, 구례군, 나주시, 담양군, 무안군, 보성군, 신안군, 영광군, 영암군, 완도군, 장성군, 장흥군, 진도군, 함평군, 해남군
9. 경북	고령군, 군위군, 문경시, 봉화군, 상주시, 성주군, 영덕군, 영주시, 영양군, 영천시, 예천군, 울릉군, 울진군, 의성군, 청도군, 청송군
10. 경남	거제시, 거창군, 고성군, 남해군, 밀양시, 사천시, 산청군, 의령군, 창녕군, 통영시, 하동군, 함안군, 함양군, 함천군
11. 제주	서귀포시

되었다.³³⁷⁾ 다만, 「연방사회법전(SGB)」 제5권 제73b조 질병에 걸렸을 경우 우선 1차 의료 서비스는 가정의를 통해 치료하고 다만 안과나 산부인과 및 소아과의 경우는 예외적으로 가정의를 거치지 않고 바로 방문할 수 있다. 이처럼 소아과의 경우 가정의를 통한 1차 의료 선상에서 제외한 것은, 아동에 있어서는 소아과가 가정의보다 전문성을 발휘할 수 있기 때문이다. 부모가 자신의 주소지를 중심으로 소아과 의사를 1차 의료기관으로 선정하게 되면, 「연방사회법전(SGB)」 제5권제26조에 의해 출생 직후부터 생후 64개월까지 단계별로 U1에서 U9까지의 검진, 13세에서 14세에는 J1 검진뿐 아니라 이 외에 몇 개의 부가적 검진들도 자신이 지정한 소아과 의사에게 받아야 한다.³³⁸⁾

1차 의료와의 연계성을 고려할 때, 가정의 중심의 아동 주치의제도를 체계화 하는 것이 장기적으로는 효과적일 수 있을 것이다. 그러나 아동 보건의료에 대한 전문성 고려 그리고 전문의 개업의가 민간의료에 있어 상당부분을 차지하고 있는 우리나라의 현실을 감안 할 때는, 예외적으로 전문의 및 아동의 건강 및 질병상태에 따라 다른 진료영역의 의료진 도 주치의로 선택할 수 있는 절충안이 보다 현실적인 대안이라 하겠다.

337) 「연방사회법전(SGB)」 제5권 제73b조 가정의 중심의 급부공급

① 의료보험조합들은 자신의 피보험자들에게 특별히 가정의의 급부공급(가정의 중심의 급부공급)을 제안해야 한다.

② 이 경우 가정의 중심의 급부공급은, 특히 제73조에 따른 가정의의 급부공급에 대하여 연방 공동위원회의 의해 그리고 연방기본계약들에서 규율되고 있는 요구사항들을 넘어서는 다음 각 호와 같은 요구사항들을 충족시켜야만 한다.

1. 상응하는 교육을 받은 진행자의 진행 하에 이루어지는 의약품 치료법을 위한 구조화된 품질 연구회에 가정의가 참여하는 것.
2. 가정의의 급부공급을 위하여 개발되었으며 명확성에 기초하여 임상실험을 거친 지도지침에 따른 진료
3. 환자중심의 대화진행, 심신의학적 기초공급, 통증 완화적 의학, 일반적인 진통요법, 노인의학 등과 같은 가정의의 전형적인 진료문제들에 집중되어 있는 재교육의 참여를 통한 제95d조에 따른 재교육의무의 이행 시설내부적인, 가정의 개인병원의 특수한 조건들에 맞춰졌으며 그 조건들을 지탱하는, 학문적으로 승인된 품질 관리의 시행

③ 가정의 중심의 급부공급에 대한 참여는 자발적으로 이루어진다. 참여자들은 자신의 의료보험조합에 대해 서면으로, 자신에 의해 제4항에 따른 가정의의 범주에서 선택된 단 1명의 가정의를 청구하거나 아니면 안과와 산부인과 의사의 급부를 예외로 하는 외래의 전문의 진료를 가정의의 위탁에 따라 청구할 의무를 가진다. 소아과 의사에 대한 직접적 청구는 영향을 받지 아니한다. 피보험자는 이러한 의무와 자신의 가정의 선택에 최소 1년간 구속된다. 피보험자는 선택한 가정의를 중대한 사유가 존재하는 경우에 한해서만 교체할 수 있다. 피보험자의 참여의 실행을 위한 세부사항, 특히 선택한 가정의에 대한 구속 및 위탁명령의 그 밖의 예외 내지는 피보험자의 의무위반 시의 결과들에 대한 세부사항은 의료보험조합들이 자신의 정관에서 규율한다.

338) 연방보건부, <<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/kindergesundheit/frueherkennung-untersuchung-bei-kindern.html>>, 2019. 10. 30. 방문.

(4) 주치의의 신고의무 부여여부

이어서 아동주치의의 아동 건강에 대한 신고의무 부여여부에 관한 사항이다. 아동주치의제도는 아동 보건의료의 1차 관문으로서, 진료 시 아동의 건강 및 영양상태, 아동 학대 여부, 정신건강 등에 관한 포괄적 사항을 파악하게 된다. 우리나라의 경우, 아동 학대와 관련해서는 「아동학대범죄의 처벌 등 특례법」(이하 「아동학대처벌법」) 제10조제2항에 따라, 「의료법」 제3조제1항에 따른 의료기관의 장과 그 의료기관에 종사하는 의료인에게 아동 학대의 신고의무를 부여하고 있다.³³⁹⁾ 아동주치의제도가 도입되는 경우, 주치의 역시 「의료법」에 따른 의사면허를 갖는 의료인이므로 학대정황에 대한 신고의무는 「아동학대처벌법」에 따라 이미 부여되어 있다.

다만, 아동주치의가 아동의 건강상의 위해를 방지하기 위해, 특정치료를 권유했음에도 불구하고 부모가 이를 거부하는 경우, 그 상황에 대해 주치의의 신고가 허용될 수 있는지는 보다 검토가 필요하다 할 것이다. 프랑스의 경우 민법 제375조에 따라, 아동의 건강에 대한 위해가 심각할 경우 아동주치의가 부모의 치료거부행위 등을 관할 관청에 신고할 수 있어, 주치의제도가 아동의 건강을 위한 실질적인 문지기 역할을 수행할 수 있도록 설계되어 있다.³⁴⁰⁾ 다만, 위 조항은 주치의만을 한정된 것이 아니라, 아동과 관련된 위탁

339) 「아동학대처벌법」 제10조(아동학대범죄 신고의무와 절차) ② 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람이 직무를 수행하면서 아동학대범죄를 알게 된 경우나 그 의심이 있는 경우에는 아동보호전문기관 또는 수사기관에 즉시 신고하여야 한다.

1. 「아동복지법」 제10조의2에 따른 아동권리보장원(이하 “아동권리보장원”이라 한다) 및 가정위탁지원센터의 장과 그 종사자
2. 아동복지시설의 장과 그 종사자(아동보호전문기관의 장과 그 종사자는 제외한다)
3. 「아동복지법」 제13조에 따른 아동복지전담공무원
4. 「가정폭력방지 및 피해자보호 등에 관한 법률」 제5조에 따른 가정폭력 관련 상담소 및 같은 법 제7조의2에 따른 가정폭력피해자 보호시설의 장과 그 종사자

340) 프랑스 민법 제375조 독립하지 못한 미성년자의 건강, 안전 또는 도덕이 위협에 처한 경우나, 그의 교육 또는 그의 신체적, 정서적, 지적 및 사회적 발달의 조건이 심각하게 위태로워지는 경우 그의 아버지와 어머니의 요청에 따른 공의에 의해 도는 아버지나 어머니 중 한명, 미성년자를 위탁받은 사람 또는 기관, 후견인, 미성년자 그 자신 또는 검찰에 의해 교육지원조치를 명령할 수 있다. 또 도심의회(département) 의장에 의해 검찰에 통보된 경우 미성년자의 상황이 사회활동 및 가족법전 제L.226-4조의 범위에 해당하는지 확인하고 해당할 경우 판사는 예외적으로 사건을 처리할 수 있다. 이러한 조치는 동일한 부모 권한 하에 있는 여러 아동을 위해 동시에 명령할 수 있다. 결정은 2년을 초과할 수 없는 조치기간을 명시한다. 이 결정은 합리적인 결정에 의해 갱신될 수 있다.

기관 및 보호기관 등도 모두 적용되며, 신고에 관한 사항은 강행규정이 아닌 임의규정 방식으로 규정했기 때문에, 그 활용도는 결국 그 사회의 아동보호 문화에 따라 좌우된다 할 것이다. 부모의 양육권은 아동의 건강권을 지원하기 위한 권리이므로, 아동의 생명이 급박한 위험에 놓여있는데도 불구하고 종교상의 이유를 들어 수혈을 거부하는 등의 아동 복리에 반하는 부모의 치료거부행위는 허용될 수 없을 것이다.

스웨덴처럼 주치의에 관한 단일 법률을 통해 아동주치의제도를 도입하는 경우, 부모 등의 치료거부 행위를 포함해 아동주치의의 신고사항을 법제화 하는 것도 아동의 건강권 보호를 위한 대안이 될 수 있을 것이다. 하지만, 우리나라의 경우 구강주치의제도처럼 시범적 형태로 아동주치의제도가 도입되는 경우, 보건의료 관련 법률의 일부 조항을 개정하여 그 근거를 마련하는 형태가 될 것이므로 이 같은 세부적인 사항을 모두 포함하기 어려울 수 있다. 특히, 의료인이 아동 학대신고를 한 경우, 학대가해자에 의한 위협 등으로 인해 신고비용이 34.1%에 그치고 있는 현실을 고려할 때, 신고 의료인에 대한 신변보호 등의 구체적 방안이 함께 입법화 되지 않는 한 주치의의 신고의무 규정은 실효성을 발휘하기 어렵다 하겠다.³⁴¹⁾

제4절 아동 보건의료정보 관리 관련 법제개선방안

1. 아동 보건의료정보 관리의 필요성

현재 우리나라는 아동의 예방접종기록을 제외하고는,³⁴²⁾ 아동의 성장과 발달과정에서 발생하는 보건의료정보를 종합적으로 관리하는 시스템은 부재하다. 『모자보건법』 제9조

341) “서울지역 또 다른 의대교수도 “아동학대 가해자한테 신고자가 협박도 많이 당한다. 자신을 보호하려고 가스 총을 갖고 다니는 이들도 있다”며 “소아과쪽은 동네 개원의사들이 많다. 이들은 지역 평판이 중요하고, 신고병원이라고 낙인찍힐 수도 있어 적극적으로 신고하기 어렵다”고 말했다. 의사 포함 신고의무자가 전체 신고자에서 차지하는 비율도 우리나라는 34.1%로 미국(61.6%)의 절반 수준에 불과하다.”, 임인택 외 2인, 한겨레 기사, “아동학대 신고 외면하는 의사들...아이들이 죽어간다”, 2015. 05. 10

342) 질병보건통합관리시스템, <<https://is.cdc.go.kr/>>, 2019. 10. 30. 방문.

에 따라 영유아 아동에게 모자보건수첩이 발급되고 있지만,³⁴³⁾ 이 역시 지면기록방식으로 수첩을 분실할 경우 그동안 기록된 아동의 보건의료정보는 소실될 수밖에 없다. 아동 주치의제도가 보편화 되어 있지 않기 때문에, 아동과 그 부모는 소아과 및 아동의 질병에 따른 병원을 각각 찾아가 진료를 받기 때문에, 아동의 보건의료정보는 개별 병의원에 분산되어 있게 된다. 제2차 및 제3차 병원에서 진료가 필요한 경우, ‘마이차트’라는 의료기관 간 전자의료정보 연계시스템에 가입되어 있지 않은 병의원인 경우에는 아동 환자 또는 그 부모가 직접 비용을 지급하고 의료정보의 복사 및 열람을 청구해서 제2차 및 제3차 병원에 제출해야만 한다.

이처럼 아동의 보건의료정보는 건강과 관련된 가장 민감한 정보에 해당함에도 불구하고, 특별한 질병치료 및 진단 등의 이유로 보건의료정보에 대한 열람 및 복사 등을 하는 경우를 제외하고, 접근도 어려울 뿐만 아니라 지속적으로 관리되지 못한 채 분산되고 소실되어 가고 있는 실정이다. 따라서 장기적 관점의 아동 보건의료체계를 강화하기 위해서는 이 같은 보건의료정보의 지속적 관리체계 역시 구축할 필요성이 있다.

또한 이 같은 아동 보건의료정보의 지속적 관리체계는 아동 주치의제도의 효과를 높여 주는 방안이 될 수 있으므로 주치의제도와 함께 연계하여 검토할 필요성이 있다. 아동 주치의가 지속적인 진료 및 진단을 통해 작성한 아동 의료기록이 전자적 방식으로 작성된다 할지라도, 주치의가 운영하는 의원 내 정보로 머무르는 경우 타 과 진료를 선택할 경우 보건의료정보의 이동은 온전히 아동 또는 부모의 몫이 된다. 아동 보건의료정보를 복사하지 못한 경우, 아동의 약물 또는 유전질환 등에 대한 정보는 의료인을 방문하는 부모나 양육책임자가 직접 설명하게 되는데, 이전에 투여했던 약물처방의 정보까지 모두 세부적으로 제공할 수 없기에 정확한 진단과 처방을 하기 어려울 수 있다. 따라서 아동의 신체·정신적 특성 그리고 진료 및 처방이력 등이 정확히 제공하고, 부모 또는 양육책임자의 부담을 줄이기 위해서는 아동 보건의료정보의 전산화 시스템이 반드시 필요하다.

343) 「모자보건법」 제 9 조(모자보건수첩의 발급) ① 특별자치시장·특별자치도지사 또는 시장·군수·구청장은 제8조제1항에 따라 신고된 임신부나 영유아에 대하여 모자보건수첩을 발급하여야 한다.

② 제1항에 따른 모자보건수첩의 발급 절차 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

또한 이런 전산화 된 보건의료정보 관리시스템은 아동주치의제도가 도입될 경우 과잉진료를 줄이게 되므로 아동의 의료비 지출을 경감시키는 효과를 가져오기 때문에, 의료재원 효율성 차원에서도 필요성은 충분하다 할 것이다.

특히, 프랑스는 주치의제도의 효과성을 높이기 위해 중앙차원에서 건강보험공단과 직접 연계되는 전자의료기록부를 도입하였고, 현재는 ‘전자건강기록’ 시스템을 구축하여 개인의 건강정보를 담은 DMP 카드를 발급하여 환자 개인이 직접 자신의 보건의료정보를 확인하고, 병의원 방문시도 DMP 카드를 통해 이전의 의료정보에 접근하는 보건의료정보 관리시스템을 취하고 있다.³⁴⁴⁾ 아동 주치의제도와 더불어 그에 따른 보건의료정보의 관리를 보다 효과적으로 하기 위해서는 장기적 관점에서는 ‘전자건강기록’ 시스템의 도입이 필요한바, 그에 따른 법제개선방향을 제시하고자 한다.

2. 아동 보건의료정보 관리를 위한 법제개선방향

(1) 아동 보건의료정보의 범위

현행 「의료법」 제22조제2항 의료인이나 의료기관 개설자는 진료기록부 등에 따른 전자의무의료기록을 보건복지부령에 따라 보존할 의무를 진다. ‘진료기록부 등’은 의료인의 진료기록, 조산사의 조산기록, 간호사의 간호기록을 모두 포함하며(「의료법」 제22조제1항), “전자의무기록(EMR, Electronic medical Record)은 종이에 수기로 작성하던 의무기록 방식에 정보통신기술을 접목하여 병원에서 발생한 환자에 대한 의료정보를 전자문서(electronic document)의 형식으로 전산화하는 의료서비스시스템”을 의미한다.³⁴⁵⁾

344) DMP, <<https://destinationsante.com/dossier-medical-partage-le-carnet-de-sante-numerique-enfin-disponible.html>>, 2019.10. 30. 방문.

345) “현재 우리나라 전자의무기록은 진료차트를 영상이미지화 하여 관리하는 시스템인 CMR(Computerized Medical Record)과 하나의 의료기관에 한정하여 완전한 공동 사용이 가능하도록 하는 임상전자기록시스템인 EMR의 두 축을 중심으로 하고 있다”, 백경희 외 1인, 전자의무기록에 대한 소고, 한국의료법학 24(2), 한국의료법학회, 2016, 51면 및 53면

「의료법」 제23조제1항에 따르면, 이 같은 전자의무기록과 같은 전자적 방식에 의료기록의 작성은 의료인의 자율적 선택에 따르며, 전자의무기록을 사용하는 경우 일정한 시설과 장비를 갖추 기록을 안전하게 관리 및 보존해야만 한다. 동법 제2항에 따르면, 전자의무기록의 관리와 관련해, 의료인을 비롯해 누구든지 정당한 사유 없이 전자의무기록에 저장된 개인정보를 탐지하거나 누출·변조 또는 훼손하여서는 아니 된다고 규정하고 있다.³⁴⁶⁾ 이 같은 전자의무기록은 전자적 방식으로 인해 「전자서명법」의 적용을 받는데, 「전자서명법」 상의 개인정보의 의미와 「의료법」 제23조제2항에서 의미하는 개인정보의 범위가 동일한 것인지에 관해, 대법원 판례는 후자를 건강정보를 포함하므로 보다 광범위하게 해석하였다.³⁴⁷⁾

아동주치의제도가 도입되는 것과 연계해서 생각할 경우, 아동의 보건의료정보는 주치의가 작성한 진단, 검진, 치료 등의 의료기록이 중심이 된다 할 것이다. 학령기 아동이라 할지라도, 주치의를 선택할 경우 그에 의해 지속적으로 건강이 관리되기 때문에, 보건의료정보 관리의 중심은 의료기록이 중심이 된다 할 것이다. 학교 보건의료정보는 교육정보 시스템과 연계되기 때문에, 아동 보건의료정보에는 포함되지만, 그 관리는 별도의 체계이므로, 전자시스템 방식을 통한 아동 보건의료정보의 관리는 의료인 및 의료기관이 작성하는 의료기록을 중심으로 고찰해야 할 것이다.

346) 「의료법」 제23조(전자의무기록) ① 의료인이나 의료기관 개설자는 제22조의 규정에도 불구하고 진료기록부등을 「전자서명법」에 따른 전자서명이 기재된 전자문서(이하 “전자의무기록”이라 한다)로 작성·보관할 수 있다.
 ② 의료인이나 의료기관 개설자는 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 전자의무기록을 안전하게 관리·보존하는 데에 필요한 시설과 장비를 갖추어야 한다.
 ③ 누구든지 정당한 사유 없이 전자의무기록에 저장된 개인정보를 탐지하거나 누출·변조 또는 훼손하여서는 아니 된다.
 ④ 의료인이나 의료기관 개설자는 전자의무기록에 추가기재·수정을 한 경우 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 접속기록을 별도로 보관하여야 한다.

347) “의료법의 개정 연혁, 내용 및 취지, 관련 법령의 규정, 의무기록에 기재된 정보와 사생활의 비밀 및 자유와의 관계 등에 비추어 보면, 이 사건 규정의 적용대상이 되는 전자의무기록에 저장된 ‘개인정보’에는 환자의 이름·주소·주민등록번호등과 같은 ‘개인식별정보’뿐만 아니라, 환자에 대한 진단·치료·처방 등과 같이 공개로 인하여 개인의 건강과 관련된 내밀한 사항 등이 알려지게 되고, 그 결과 인격적·정신적 내면생활에 지장을 초래하거나 자유로운 사생활을 영위할 수 없게 될 위험성이 있는 의료내용에 관한 정보도 포함된다고 새기는 것이 타당하다(대법원 2013. 12. 12. 선고 2011도9538 판결).”, 백경희 외 1인, 앞의 글, 62면

(2) 전자건강기록시스템 및 전자건강기록카드 도입

전자건강기록(Electronic Health Record, EHR)³⁴⁸⁾은 전자의무기록과 더불어 임상정보 및 보완적 치료를 비롯해 홈케어 정보까지 포함될 수 있고,³⁴⁹⁾ 이 같은 정보가 의료인 및 진료기관 간 교류되는 확대된 정보시스템으로서 국가가 네트워크화 하는 경우 국민의 “평생건강기록(Continuity of Care Record)”으로 이용될 수 있다.³⁵⁰⁾

전자건강기록시스템(EHR)을 프랑스처럼 중앙정부차원에서 도입하여, 개인에게 DMP 카드를 발급하고, 알리지 등의 일상생활에서 취해야 하는 건강정보까지 제공하는 방식으로 도입하는 경우,³⁵¹⁾ 일반적인 질병 및 건강에 대한 정보도 포함될 수 있다. 아동 주치의 제도와 함께, 전자건강기록시스템(EHR)을 도입하여, 지속적인 의료정보 관리와 함께, 알레르기 및 아토피처럼 만성질환적 성격을 갖고 있어, 해당 질병을 겪는 아동 및 그 부모에게 정확한 홈케어 정보까지 제공하는 등의 보건의료 정보제공서비스를 제공한다면, 정보관리는 물론 가장 효과적으로 아동의 보건의료정보의 지속성을 높일 수 있을 것이다.

하지만, 우리나라는 아직까지 전자의무기록의 작성이 의료인의 자율적 선택에 따를 뿐만 아니라(『의료법』 제23조제1항), 전자의무기록의 관리를 위한 시설 및 장비를 구비하지 않는 경우에 대한 법적 제재조치가 마련되어 있지 않다.³⁵²⁾ 이 같은 현실 속에서 광범위한 보건의료정보의 접근 및 제공이 가능한 전자건강기록시스템(EHR)이 도입될 경우, 기능적 효용성에도 불구하고 세부적인 의료정보 제공에 대한 부담 및 정보관리를 위한 시

348) “전자건강기록(Electronic Health Record)은 ISO 18308 “Requirements for an electronic health record architecture” 물리적 도는 가상적으로 통합되어 컴퓨터가 처리할 수 있는 형태의 정보이고, 개인의 건강 및 안녕(Well-being) 그리고 치료와 관련되어야 하며, 안전하게 저장되고 통신될 수 있고, 권한이 있는 다수의 사용자들이 동시 접근할 수 있으며, 표준화되거나 일반적으로 동의된 논리 정보 모델에 따라 표현되는 하나 이상의 저장소로, 이것의 일차적 목적은 평생에 걸쳐 고품질의 효과적이고 안전한 통합된 정보로 진료를 원활히 지원하는 것이다.”, 장혜숙 외 4인, 스마트의료기술 표준기반 전자건강기록, 정보과학 33(3), 한국정보과학회, 2015, 10면

349) 장혜숙 외 4인, 10면

350) 백경희 외 1인, 앞의 글, 54면

351) DMP, <<https://www.dmp.fr/>>, 2019. 10. 30. 방문.

352) 백경희 외 1인, 앞의 글, 64면

설 설치 등에 비용적 부담으로 인해 상용화 되기 어려울 수 있다. 따라서 전자건강기록시스템(EHR)의 효과적인 도입을 위해서는, 진료정보의 교류에 초점을 맞춰, 어떤 의료기관을 가더라도 진료 및 처방을 위해 아동의 의료정보로서 반드시 제공되어야만 할 필수적인 의료정보, 즉 기초적인 신체정보, 질병여부, 음식물 및 약물 등의 알레르기 그리고 유전질환 등은 접근이 허용된 의료인이 아동 및 그 부모의 동의를 얻은 경우, 확인할 수 있는 기본정보의 범주에 포함하는 것이 타당하다고 판단된다.

이어서 국가차원에서 전자건강기록시스템(EHR)의 도입할 경우, 프랑스의 DMP 카드처럼 개인이 직접 소지할 수 있는 카드 형태의 건강정보 취급방식을 허용할 수 있는지가 쟁점화 될 수 있다. 프랑스는 1차적으로 전자건강기록시스템(EHR)과 연계하여 DMP 카드를 통한 의료정보 생성단계부터 해당 정보의 열람 역시 환자의 동의를 필수 요건화하고 있으며, 동의가 있더라도 개별 진료 시 DMP 정보형태로 의료정보가 작성되는 것에 대한 거부가능하며, DMP 정보 열람시 의료인은 고유한 카드키와 환자가 수신한 일회용 보안코드가 있어야만 정보접근이 가능하다.³⁵³⁾ 이 같은 DMP 카드의 발급은 필수적인 사항이 아니라 아동 및 부모의 선택사항에 속한다.

프랑스처럼 아동의 의료기록뿐만 아니라 질병관리에 관한 홈케어 정보까지 다양하게 제공할 수 있는 전자건강기록시스템(EHR)에 따른 DMP 카드는 진료정보의 이동이 용이하기 때문에, 디지털 시대에 환자의 의료접근권을 보완해주는 새로운 수단이 될 수 있다. 특히, 약물에 대한 거부반응 및 알레르기 정보 등의 기초정보가 제공될 수 있기 때문에, 의료인 입장에서도 정확한 진단 및 처방이 가능할 뿐만 아니라 아동 환자의 입장에서 효과적 치료를 받을 수 있기 때문에 효용성은 분명히 있다 할 것이다. 특히, 우리나라처럼 1차 진료로 소아과나 일반 의원을 방문할 때 쓰게 되는 초진접수 서류처럼 정보기입서식에 개인의 이름부터, 주민등록번호, 주소까지 기본적인 개인정보가 모두 기입됨에도 불구하고, 그에 대한 특별한 관리가 이뤄지지 않고 있는 현실을 볼 때, 프랑스의 DMP

353) DMP, <<https://destinationsante.com/dossier-medical-partage-le-carnet-de-sante-numerique-enfin-disponible.html>>, 2019. 10. 20. 방문.

카드와 같은 방식은 열람권자에 따라 열람가능한 정보를 단계화 할 수 있다는 장점을 갖기도 한다.

하지만, 실제 보건의료 현실에서는 아동의 DMP 카드 발급 및 정보이용은 부모 또는 양육책임자 등의 법정대리인을 통해 이뤄지기 때문에, 아동 및 부모 등의 잘못으로 인해 DMP 카드가 분실되거나 핸드폰 등에 설치된 DMP 접속앱을 통해 보안코드가 송신되지 않는 경우 오히려 진료를 받지 못하는 상황이 발생할 수도 있다. 또한 보건의료정보의 주체인 아동의 핸드폰에 DMP 정보를 볼 수 있는 앱이 설치되어 있는 경우, 미성년인 점을 이용하여 정보를 열람하여 악용하는 사례 역시 발생할 수 있다.

우리나라의 경우, 현행 「의료법」 제21조의2에서는 환자나 환자 보호자의 동의를 받은 경우, 전자정보시스템(‘마이차트’)을 통해 전자방식의 송수신(진료기록전송지원시스템)이 가능하도록 규정하고 있을 뿐, 아직까지 의료기관 간 의료기록의 전자적 방식의 송부가 보편화 되어 있지는 않다.³⁵⁴⁾ 일부 고령화 의료인들 사이에서는 여전히 지면에 수기로

354) 「의료법」 제21조의2(진료기록의 송부 등) ① 의료인 또는 의료기관의 장은 다른 의료인 또는 의료기관의 장으로부터 제22조 또는 제23조에 따른 진료기록의 내용 확인이나 진료기록의 사본 및 환자의 진료경과에 대한 소견 등을 송부 또는 전송할 것을 요청받은 경우 해당 환자나 환자 보호자의 동의를 받아 그 요청에 응하여야 한다. 다만, 해당 환자의 의식이 없거나 응급환자인 경우 또는 환자의 보호자가 없어 동의를 받을 수 없는 경우에는 환자나 환자 보호자의 동의 없이 송부 또는 전송할 수 있다.

② 의료인 또는 의료기관의 장이 응급환자를 다른 의료기관에 이송하는 경우에는 지체 없이 내원 당시 작성된 진료기록의 사본 등을 이송하여야 한다.

③ 보건복지부장관은 제1항 및 제2항에 따른 진료기록의 사본 및 진료경과에 대한 소견 등의 전송 업무를 지원하기 위하여 전자정보시스템(이하 이 조에서 “진료기록전송지원시스템”이라 한다)을 구축·운영할 수 있다.

④ 보건복지부장관은 진료기록전송지원시스템의 구축·운영을 대통령령으로 정하는 바에 따라 관계 전문기관에 위탁할 수 있다. 이 경우 보건복지부장관은 그 소요 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 제4항에 따라 업무를 위탁받은 전문기관은 다음 각 호의 사항을 준수하여야 한다.

1. 진료기록전송지원시스템이 보유한 정보의 누출, 변조, 훼손 등을 방지하기 위하여 접근 권한자의 지정, 방화벽의 설치, 암호화 소프트웨어의 활용, 접속기록 보관 등 대통령령으로 정하는 바에 따라 안전성 확보에 필요한 기술적·관리적 조치를 할 것

2. 진료기록전송지원시스템 운영 업무를 다른 기관에 재위탁하지 아니할 것

3. 진료기록전송지원시스템이 보유한 정보를 제3자에게 임의로 제공하거나 유출하지 아니할 것

⑥ 보건복지부장관은 의료인 또는 의료기관의 장에게 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 제1항 본문에 따른 환자나 환자 보호자의 동의에 관한 자료 등 진료기록전송지원시스템의 구축·운영에 필요한 자료의 제출을 요구하고 제출받은 목적의 범위에서 보유·이용할 수 있다. 이 경우 자료 제출을 요구받은 자는 정당한 사유가 없으면 이에 따라야 한다.

⑦ 그 밖에 진료기록전송지원시스템의 구축·운영 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

⑧ 누구든지 정당한 사유 없이 진료기록전송지원시스템에 저장된 정보를 누출·변조 또는 훼손하여서는 아니

의료기록이 작성되고 있으며, 실제 이 같은 전자의무기록을 전자적 방식을 통해 송수신할 수 있는 진료기록전송지원시스템과 접속하기 위해서는 작은 규모의 의원에서는 그에 따른 시설비용의 부담이 발생할 수 있다. 「의료법」 제21조의2제3항에 따르면, 이 같은 진료기록전송지원시스템 역시 전문성 및 보안관리의 특성으로 인해 직접 관리할 수 없어, 전문기관의 위탁하고 소요 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다고 규정하고 있다.

이 같은 환경에서는 DMP 카드발급은 의료기관 간 정보교류를 더디게 하는 요인이 될 수 있으므로, 카드 발급보다는 1차적으로는 전자건강기록시스템(EHR) 도입 시 전자의료기록과 함께 아동에 대한 약물 등의 알레르기 그리고 유전질환 등 필수적인 기초정보가 함께 제공될 수 있도록 시스템을 구축하는 게 보다 효과적일 것이다. 향후 의료기관 간 전자의료기록 송수신이 보편화된 방식으로 자리 잡은 환경 속에서는 프랑스와 같은 DMP 카드방식은 아동의 건강관리를 위해 큰 효과를 발휘할 수 있을 것이다.

(3) 학교 보건의료정보 관리 강화

현재 학령기 아동에 대한 학교보건에 관한 사항은 교육부 관할로서, 해당 학교의 학교장이 보건의료정보 관리에 관한 총괄적 책임을 지고 있다.

학교 보건의료정보는 학교 내에서 시행된 학생의 신체발달 상황 및 신체능력검사를 기록한 학생건강기록부와 학생건강검진기록, 건강검진 외에 별도의 검사에 관한 기록 등에 의해 작성된 정보를 의미한다. 「학교보건법」 제7조에 따라 시행되는 건강검진의 경우, 건강검진 결과가 학생 및 학부모에게 통지되기 때문에, 신체발달 상황 및 신체능력검사를 기록한 학생건강기록부와 별도로 작성되어 보관된다(「학생건강검사규칙」 제9조제2항).³⁵⁵⁾

된다.

㉞ 진료기록전송지원시스템의 구축·운영에 관하여 이 법에서 규정된 것을 제외하고는 「개인정보 보호법」에 따른다.

355) 「학생건강검사규칙」 제 9 조(건강검사 등의 실시결과 관리) ㉞ 학교의 장은 법 제7조의3제1항에 따라 건강검사의 실시결과를 다음 각 호의 기준에 따라 작성·관리하여야 한다.

1. 대상자가 학생인 경우: 다음 각 목의 구분에 따라 작성·관리
 - 가. 신체발달상황 및 신체능력검사 결과: 별지 제1호 서식에 따른 학생건강기록부로 작성·관리
 - 나. 건강검진 결과: 제5조의2제7항에 따라 검진기관이 통보한 자료를 학생건강기록부와 별도로 관리

인적사항, 신체의 발달상황 및 능력 그리고 건강검진 기록(검진일자, 검진기관명 등), 예방접종 완료여부는 「초·중등교육법」 제30조의4에 따른 교육정보시스템을 통해 처리된다(「학교보건법」 제7조의3). 고등학교의 장은 소속 학생이 고등학교를 졸업할 때 학생건강기록부를 해당 학생에게 교부하며, 졸업여부 등과 연계해 학생건강기록부를 비롯한 건강검사 등의 실시결과는 최대 5년 간 보존된다(「학생건강검사규칙」 제9조제5항 및 제6항). 신체능력검사 결과에 따라 학생 개인별 신체활동 처방을 제공하는 체력평가시스템은 교육정보시스템과 연계하여 구축되고, 학생·학부모가 조회할 수 있도록 관리된다(「학생건강검사규칙」 제9조제7장).

이 같은 학교 보건의료정보의 관리체계를 보면, 교육정보시스템과의 연계를 통해 신체능력검사 결과가 관리되고, 건강기록부의 경우 고등학교 졸업 시 학생에게 교부되므로 재학기간 동안은 아동의 신체능력에 대한 건강정보는 전산화를 통해 관리되고 있는 듯 보인다. 또한 건강검진결과를 부모에게 통지하여 최종 정보에 대한 관리를 비롯해, 그 결과에 따른 아동 보건의료에 대한 적절한 조치를 취할 수 있도록 하고 있어, 보건의료정보의 이용 역시 건강보호 차원에서 원활하게 이뤄질 수 있는 구조를 띄고 있는 듯 보인다.

하지만, 학교 내에서 발생하는 아동의 학교보건에 관한 정보는 학교 의료인 및 보건교사가 작성하는 정보, 즉 학령기 아동이 학교보건실을 방문해 진단 및 치료를 받은 기록도 포함된다. 현행 「학교보건법」 제15조는 의료인 및 보건교사 등이 학교 의료인으로 근무할 수 있다는 요건을 구비하고 있으면서도, 이들의 의료기록 작성, 보관 및 관리방식에 관한 사항을 별도로 규정하고 있지 않다. 예컨대, 학교수업과정에서 두통을 앓는 학생의 경우, 학교보건실에서 두통약을 처방받을 수 있고, 학교 내에서 사고가 발생한 경우 아동의 건강에 급박한 위험이 도래했을 때는 1차 응급치료는 외부 의료기관이 도착하기 전에 학교 의료인 및 보건교사가 수행할 수 있다. 건강검진이나 신체능력검사와 달리 실질적인 의료행위가 발생하고 있음에도 불구하고 그에 대한 보건의료정보에 대한 관리에 관한

2. 대상자가 교직원인 경우: 「국민건강보험법」 제52조에 따른 건강검진의 결과를 관리

② 학교의 장은 제6조에 따른 별도검사의 실시결과를 학생건강기록부와 별도로 관리하여야 한다.

규정이 마련되어 있지 않다. 의료수가와 연계되지 않으므로, 전자적 방식으로 기록되어 작성되지는 않더라도, 학령기 아동의 기본적인 보건의료정보로서 기록·비치·보관되고, 아동 또는 부모 등의 열람청구가 있는 경우 충분한 정보가 제공될 수 있어야만 할 것이다. 따라서 「학교보건법」 제15조 이하에 의료인 및 보건교사의 의료기록 작성, 보관 및 관리 방식에 관한 근거를 마련하는 법제개선이 필요하다 할 것이다.

만일 보다 장기적 관점에서 아동 보건의료정보 관리를 위해 전자건강기록시스템을 도입할 경우, 학생건강기록부와 학생건강검진기록 그리고 학교 의료인 및 보건교사가 작성한 의료기록이 연계되도록 할 것인가가 문제시 될 수 있다. 아동이라는 수요자 맞춤형 건강정보의 제공적 측면에서 본다면, 아동을 통해 생산되는 모든 건강정보가 통합되어 한 번에 확인할 수 있는 시스템이 편리할 수 있으나, 이 같은 시스템은 바이러스 등의 침입으로 인해 정보보호체계가 훼손되는 경우 오히려 복구가 어려워질 수 있기 때문에, 정보망을 단일화 하는 것은 바람직하지 않다고 판단된다. 오히려 중요한 것은 학교 보건 의료정보가 개별 수단에 의해 각각 관리되고, 그에 대한 아동과 그 부모의 접근권이 보장되어 정보에 대한 통제가 이뤄질 수 있도록 보건의료정보 관리체계를 구축하는 것이 보다 효과적인 대안일 것이다.

Korea
Legislation
Research
Institute

제5장 결론

제5장

결론

아동은 국가의 미래상으로서, 아동 보건의료체계의 탄탄한 구축은 아동의 성장과 발달 과정의 기반이 될 수 있으므로 아동의 건강권 보장과 가장 밀접하게 연계되어 있는 사안이다. 지속적으로 아동의 의료보장 영역이 확대되어 왔음에도 불구하고, 저출산 현상 및 지역 간 의료격차 증가와 같은 중대한 보건의료 이슈가 발생하면서 아동 보건의료체계의 구성과 운영에 있어 중앙과 지방자치단체 간 또는 공공영역과 민간영역 간 통합적 연계를 강화하여 아동의 건강권을 보다 체계적이고 다층적으로 보호할 필요성이 커지게 되었다. 또한 아동의 성장과 발달과정에서 지속적인 보건의료체계가 구축되어야 함에도 불구하고, 아동 주치의제도가 도입되어 있지 않아, 정확한 진료과목의 선택이나 2·3차 진료와 연계되지 않고 아동의 질병 및 건강상태에 따라 부모 또는 양육책임자의 선택에 따라 진료과정이 달라지고 있는 실정이다. 뿐만 아니라 이처럼 계속 바뀌는 아동의 병·의원 방문 그리고 학교보건정보과의 연계가 이뤄지지 않은 등의 문제로 인해, 지속적으로 축적되고 일관성 있게 관리되어야 할 아동의 보건의료정보는 산발적 분포되어 제대로 관리되지 못하고 있는 실정이다.

장기적 관점에서 아동 보건의료체계를 강화하기 위해 통합적 연계를 위한 법적 근거 마련이 필요함에도 불구하고, 현행 보건의료법제를 살펴보면, 다음과 같은 문제점을 인식할 수 있었다. 첫째, 「보건의료기본법」, 「공공보건의료법」 및 「아동복지법」은 아동 보건의료의 주요 법률로서, 중앙정부와 지방자치단체 간 보건의료와 관련된 긴밀한 협력체계가 구축되어야 함에도 불구하고, 보건의료와 관련된 중요 법정계획 수립 시 사전에 지방자치단체의 의견을 수렴하는 구조가 마련되어 있지 않을 뿐만 아니라, 보건의료에 관한

중요정책 결정 시 지방자치단체의 참여가 배제되어 있었다. 둘째, 아동 보건의료는 보건의료·복지·교육이 복합되어 있는 영역으로서, 민관협력이 이뤄지고 있음에도 불구하고, 「아동복지법」 등에는 아동 보건의료 관련 기관 간 협력에 관한 근거규정이 미비되어 있었다. 셋째, 보건소(「지역보건법」), 육아종합지원센터(「영유아보육법」), 건강가정지원센터(「건강가정기본법」) 및 학교보건 기구(「학교보건법」)는 지역 내 아동 보건의료 관련 기관으로서, 지역 보건의료체계를 강화하기 위해 개별 업무 추진 시 연계가 필요함에도 해당 법률에서 그에 관한 법적 근거규정이 마련되어 있지 않았다. 넷째, 아동 주치의제도처럼 아동의 성장 및 발달과정을 지속적으로 케어해줄 보건의료체계가 미비되어 있어, 아동의 보건의료는 여전히 부모 또는 가족책임이 주가 될 수밖에 없는 구조를 띄고 있었다. 다섯째, 법적 근거 미비로 인해 아동 보건의료정보가 일관성 있고 지속적으로 관리되지 못해, 아동의 질병 및 치료를 위한 기초자료로서의 활용가치를 저하시키고 있었다.

이 같은 문제인식을 기반으로 주요국가의 아동 보건의료체계에 관한 비교법적 분석을 실시한 결과, 다음과 같은 특징을 확인할 수 있었다. 첫째, 국가 전체의 보건의료체계 구축 시 1차 의료의 기반이 탄탄히 구축되어 있을 뿐만 아니라, 중앙과 지방자치단체 간, 공공영역과 민간영역 간 통합적 연계가 긴밀히 이뤄지고 있었다. 독일은 사회적 연대를 복지서비스의 기본구성요소로 보고, 비영리민간단체의 참여를 보장하기 위해 할 수 있는 「연방사회법전(SGB)」에서 법적 지위를 부여하고, 국가 및 주, 비영리민간단체 간 상호협력의 근거를 조문화 하고 있었다. 나아가 스웨덴은 「보건의료서비스법」에서 보건의료체계의 공급주체 간 협력을 실질화 하기 위해 협약을 통해 상호협력의 세부사항을 규정할 수 있도록 제도화 하고 있었다. 둘째, 지역 내 아동 보건의료체계 역시 개별 기관 간 통합적 연계가 이뤄지고 있었으며, 이를 통해 아동 보건의료서비스 제공 시 보건의료·복지·교육에 관한 사항을 통합적으로 지원받을 수 있었다. 셋째, 주치의제도의 경우 1차 의료체계를 강화하기 위해 도입하였고, 장기적 관점에서 의료재원을 효율화 하는 방향으로 정착시켰다는 점이다. 스웨덴은 주치의 선택 시 지역적 제한을 완화하여 지역적 의료 편차가 큰 상황 속에서 환자의 보건의료 선택권을 보다 강화할 수 있도록 제도적 기반을 마련하였다. 넷째, 주치의 제도를 보건의료정보 관리와 연계하여 정보관리의 지속성을

강화하는 법적 기반을 마련하고 있다는 점이다. 프랑스의 경우 아동 또는 부모가 주치의를 선택할 수 있고, 그와 연계된 전가건강기록시스템(EHR)에 기반한 DMP 카드를 발급하여, 아동 보건의료정보 관리의 지속성을 높이고, 모바일을 통해 홈케어 정보까지 제공하여 종합적 건강관리체계를 구축하고 있었다.

이 같은 현황분석 및 비교법적 검토결과를 토대로, 아동 보건의료와 관련해 다음과 같은 법제개선이 필요하다고 판단된다.

「보건의료기본법」, 「공공보건의료법」 및 「아동복지법」은 아동 보건의료에 대한 기반이 되는 주요 계획(공공보건의료기본계획, 아동정책기본계획, 보건의료발전계획) 수립 시, 지방자치단체의 의견을 수렴할 수 있는 제도적 절차를 마련할 수 있도록 해당 법률을 개정할 필요가 있다. 국가 차원의 보건의료정책의 추진은 실제 지역에서 대부분 이뤄지고 있으므로, 지역의 주민 그리고 아동과 같은 국가의 특별보호가 필요한 미래세대의 건강권 강화를 위해 필수적으로 요청되는 보건의료사항의 경우 지방자치단체의 의견이 수렴되어 지역현실이 반영될 필요성이 있다. 특히, 지역 간 의료격차가 심해지고 있는 상황에서 지역별 병상총량의 관리 등에 관한 시책 등과 같은 지역 내 보건의료 현안과 밀접히 관련된 사안까지 논의될 수 있는 「보건의료기본법」 제21에 따른 「보건의료정책심의위원회」의 경우, 지방자치단체의 참여가 보장될 수 있도록 관련 규정의 개정이 필요하다고 생각된다. 지역의 현안에 기반한 정책결정이 가능한 국가의 중요 정책결정의 의견수렴구조는 중앙정부와 지방자치단체 간 통합적 연계를 위한 법적 기반이 될 수 있을 것이다.

이어서 아동 보건의료에 있어서 이미 다양하게 활동하고 있는 민간영역의 활발한 참여를 보장하고, 공공영역과의 상호협력체계를 구축할 수 있도록 민관협력을 위한 법적 근거를 마련해야 할 필요성이 있다. 특히, 「아동복지법」의 경우, 아동보호기관, 취약아동 통합 지원서비스 기관 및 아동학대 전담의료기관 등에 이르기까지 아동 보건의료에 있어 민간단체가 활동하는 영역이 다양함에도 불구하고, 이들 기관과 국가 및 지방자치단체 간 상호협력에 관한 근거 규정이 미비되어 있다. 이런 상호협력에 대한 법적 근거를 기반으로 향후 협약을 통해, 아동 보건의료와 관련된 일정 부분을 자율적으로 협업할 수 있는 구조

가 형성될 수 있으므로, 장기적 관점의 수평적 연계를 위한 기반으로서 법제화가 필요하다 할 것이다.

나아가, 지역 내 아동 보건의료를 담당하는 기관 간 연계 역시, 상호협력적 체계를 구축할 수 있도록 해당 법률에 그에 관한 근거규정을 마련할 필요성이 있다. 보건소는 가장 폭넓게 설치되어 있는 지역 보건의료기관으로서 아동 보건의료서비스를 제공할 수는 있지만 보육정보제공 및 가족지원서비스를 제공하기 어려울 수 있다. 육아종합지원센터의 경우 효과적인 보육정보를 제공할 수는 있지만, 영유아에만 한정되기 때문에 서비스 제공 대상이 한정될 수밖에 없다. 건강가정지원센터의 경우 가족지원이 중심이 되기 때문에, 아동 건강 등의 문제가 가족갈등의 중심이 된다 할지라도, 집중적인 지원이 어려울 수 있다. 따라서 이들 기관의 업무 가운데 아동 건강관리 및 증진에 영역에 있어서는 정보교환 및 상담을 통한 솔루션 제공 등을 연계한다면, 개별 기관의 업무능력의 향상시키는 효과를 가져올 수 있다. 「학교보건법」 제11조제4항에 따르면, 지역 보건소와 학생의 질병 치료 등에 관한 협력을 규정하고 있으며, 「지역보건법」 제11조제1항제4호에 따르면, 지역 보건의료의 상호협력체계 구축을 보건소의 주요기능으로 하고 있으므로, 「영유아보육법」 및 「건강가정기본법」에 관련 기관 간 상호협력에 관한 근거규정을 마련하여 통합적 연계의 법적 기반을 마련할 필요성이 있다.

또한 지속적인 아동 보건의료체계의 구축을 위해서는 아동 주치의제도 도입이 필요하다. 아동의 질병여부에 따라, 부모가 필요한 의료인과 의료기관을 직접 찾아다녀야 하는 국내 현실에서는 아동 보건의료는 여전히 가족부담으로 남을 수밖에 없다. 아동 주치의제도는 아동 보건의료의 지속성 관리체계를 형성하므로 가족부담을 줄여줄 뿐만 아니라, 의료 격차가 심해지고 있는 상황에서 저렴하고 포괄적 의료서비스를 제공할 수 있어 의료 형평성도 한층 높아질 수 있다. 프랑스 및 독일 역시 장기적 관점에서 의료재원의 지속가능성을 높일 수 있다고 판단하여, 1차 의료를 강화하고 건강보험의 재정부담을 완화하기 위해 아동 주치의제도를 도입하였다. 따라서 전문의 개업의가 상대적으로 높은 우리나라 역시 장기적 관점에서 아동 보건의료체계를 구축하고자 한다면, 이들 국가의 주치의

제도 도입사례에서 충분히 시사점을 얻을 수 있다고 판단된다. 비교법적 검토사례를 토대로 아동 주치의제도 도입 시 법제개선이 필요한 사항은 다음과 같다. 먼저 아동 주치의 초기도입은 보편화를 강조하기 보다는, 아동 또는 부모가 자율적으로 주치의를 선택할 수 있고, 특수 분야의 전문영역의 진료를 받아야 하는 경우 그 분야의 전문의를 주치의를 지정하는 방식으로 진료의 예외를 인정하는 방식으로 도입되어야 할 필요성이 있다. 이처럼 주치의제도가 아동 보건의료의 수요자의 자유로운 선택에 따라 법제화 되는 경우, 가장 효과적으로 안착될 수 있기 때문이다. 만 19세 이상의 청소년 아동 및 부모 그리고 법정대리인 등이 주치의를 선택할 수 있으며, 주치의 선택 시에도 지역 간 의료격차 및 진료영역의 특수성을 고려하여 지역을 제한하지 않는 방식이 필요하다. 특히, 아동 주치의 자격의 경우, 가정의 중심의 주치의제도를 기반으로, 소아과 및 아동의 질병 및 건강특성에 따라 타과 의료인을 주치의도 선택할 수 있도록 아동의 주치의 선택권의 폭을 확대하는 안이 타당하다고 판단된다. 아직까지 국내에서는 아동 구강주치의제도를 기반으로 개별법에 주치의제도를 시범적으로 도입하고 있는 단계이며, 아동 보건의료 전반을 케어하기 위한 주치의제도 도입에 관한 논의는 보다 많은 검토를 요하는 바, 구체적인 개정안을 제시하기 보다는 법제개선방향을 제시하고자 한다.

마지막으로 아동 주치의제도와 연계하여, 아동 보건의료의 지속적인 관리체계를 구축에 관한 사항을 법제화 할 필요성이 있다. 아동 보건의료정보의 지속적인 관리체계가 필요한 것은 향후 아동 질병 및 건강관리를 위한 가장 기초적인 정보로서 작용할 수 있기 때문이다. 이 같은 아동 보건의료정보의 관리는 결국 제1차 의료기관에서 제2차 및 제3차 의료기관까지 연계되고, 아동 및 부모의 의료정보 열람과 접근이 가능한 시스템이 되어야만 효과적일 수 있으므로, 결국 전산화된 시스템 구축이 필수적으로 요청된다. 현재 우리나라의 경우 전자의무기록이 도입되어 있고, 중앙정부 차원에서 ‘마이차트’를 통해 환자 및 그 보호자의 동의가 있는 한 의료기관 간 의료정보의 전자적 방식의 송수신이 가능한 시스템을 운영 중이다. 프랑스와 같은 전자건강기록시스템(EHR)을 도입하는 경우 아동의 보건의료정보에 관한 종합적인 관리가 가능할 뿐만 아니라, 성인이 되어서도 정보가 연계될 수 있어 평생건강관리시스템으로 이용될 수 있다. 다만, 우리나라의 의료현실에서

는 개인정보 보호 등의 문제가 충분히 논의되지 않아, 프랑스식의 DMP 카드 발급은 어려울 수 있으므로, 전자건강기록시스템(EHR)을 도입하는 경우, 그 생성 및 정보기입과 열람은 아동 또는 부모의 동의에 따르도록 하며, 열람권자를 의료인 등으로 한정하고, 열람 시에도 일회용 보안코드 등을 통해 의료정보가 보호될 수 있는 충분한 안전장치를 통해 도입할 필요성이 있다. 전자건강기록시스템(EHR)을 도입하는 경우 일상적인 건강정보 및 홈케어 정보를 제공할 수는 없다 할지라도, 약물 부작용 및 알레르기 정보 등 아동 보건의료와 관련해 필수적인 기본정보로 제공할 수 있는 사항은 정보화 목록에 포함시켜 제공하는 방안은 충분히 도입가능하다 할 것이다.

아동 보건의료정보 관리와 관련해 학교 보건의료정보에 관한 사항을 살펴보면, 「학교보건법」 제15조 의료인 및 보건교사 등이 작성하는 학생들의 의료기록에 대한 관리규정이 미비되어 있음을 확인할 수 있었다. 학교 의료인 및 보건교사 등이 작성하는 학생 의료기록은 학교 응급상황 및 학생들의 보건의료와 관련해 중요한 의료정보로서, 타 기관과의 연계 시 전달되어야만 하는 기초정보라 할 수 있다. 따라서 전자적 방식이 아니더라도, 의료기록이 갖는 아동 보건의료의 중요성을 감안하여, 기록·비치·관리 등에 관한 사항을 규정할 수 있도록 「학교보건법」을 개정할 필요성이 있다.

지금까지 검토한 아동 보건의료법제 개선방안을 토대로, 아동 보건의료체계 구축에 관한 쟁점들이 보다 장기적 관점에서 심도 있게 논의되었으면 한다.

Korea
Legislation
Research
Institute

참고문헌

참고문헌

1. 단행본 및 보고서

- 강창현, 스웨덴의 보건·복지·환경정책, 스웨덴의 행정과 공공정책, 법문사, 2008
- 고병수, 온국민주치의제도, 시대의창, 2010
- 권영성, 헌법학원론, 법문사, 2010
- 노혜련·김미원·조소연, 예방과 통합의 관점에서 본 아동복지론, 학지사, 2015
- 대방예방의학회, 예방의학과 공중보건학Ⅲ, 계축문화사, 2019
- 민혜영 외 5명, 우리나라 일차의료 활성화를 위한 모델 구축, 대한의사협회 의료정책연구 보고서, 2009
- 배건이, I. 기본권의 쟁점과 전망- 아동권, 한국법제연구원, 2018
- 성낙인, 헌법학, 법문사, 2011
- 안효섭·신희영, 홍창의 소아과학 1, 미래엔, 2016
- 양정선의 1인, 『경기도 아픈아동 돌봄서비스 활성화 방안 연구』, 경기도가족여성연구원, 2016
- 오정수·정익중, 아동복지론, 학지사, 2015
- 여유정 외 7인, 한국형 복지모형 구축 - 생애주기별 소득·재산·소비 연계형 복지모형 구축, 한국보건사회연구원, 2015
- 유엔아동권리협약 한국 NPO연대, 유엔아동권리협약과 선택의정서, 2006
- 윤수재, 스웨덴의 공공정책과정, 스웨덴의 행정과 공공정책, 법문사, 2008
- 이만우, 고령사회 대비 주치의 제도 도입 검토, 국회입법조사처, 2009

- 이무식, 보건학, 계축문화사, 2019
- 이창길, 스웨덴의 행정조직 및 행정문화, 스웨덴의 행정과 공공정책, 법문사, 2008
- 장민선, 입법상 연령기준과 정책연계성 확보를 위한 연구, 한국법제연구원, 2017
- 정기혜 외 2인, 주요국의 사회보장제도-독일, 한국보건사회연구원, 2012
- 정기혜 외 2인, 주요국의 사회보장제도-스웨덴, 한국보건사회연구원, 2012
- 정기혜 외 2인, 주요국의 사회보장제도-프랑스, 한국보건사회연구원, 2012
- 정재훈, 독일 복지국가와 사회복지서비스, 집문당, 2007
- 정종섭, 헌법과 기본권, 박영사, 2010
- 정현진 외 3인, 유럽의 일차의료 현황 및 주치의제도 개혁-한국에의 함의, 국민건강보험공단, 2007
- 한수웅, 헌법학, 법문사, 2011
- 허 영, 헌법이론과 헌법, 박영사, 2010

2. 논문 및 참고자료

- 강은진, 건강한 출발을 위한 영유아 부모의 요구: 생애주기별 양육과 건강지원의 연계, 지역사회 양육 및 보건의료기관 협력체계 구축방안 정책토론회, 육아정책연구소, 2018. 10. 17
- 강명원, 프랑스 보건의료제도 현황 및 법적 체계, 2019
- 국정기획자문위원회, 문재인정부 국정운영 5개년 계획, 2017. 07
- 국회도서관 역, 독일연방사회법전 제8권 아동 및 청소년 지원, 2012
- 국회도서관 역, 독일 연방사회법전 제12권-사회부조, 2008
- 국회도서관 역, 임신갈등 예방극복을 위한 법, 2015

- 권영복, 아동의 인권에 관한 헌법적 고찰, 동국대 석사학위논문, 2001
- 김경준, 아동·청소년 투자에 관한 생애주기적 접근, 미래세대 리포트 <표1>, 한국청소년정책연구원, 2008
- 김기경, 보건의료의 직업과 영업에 대한 법적 규제-직업면허와 영업규제를 중심으로, 연세대학교 박사학위 논문, 2002
- 김기수, 스웨덴의 아동 보건의료법제와 주요내용, 아동 보건의료법제 개선방안 연구 제3차 전문가 워크숍, 한국법제연구원, 2019. 05. 29
- 김민형, 태아 프로그래밍과 미래건강, 한국모자보건학회 학술대회 연제집 10-24, 한국모자보건학회, 2016. 11
- 김상겸/권영복, 수돗물불소화사업에 관한 헌법적 고찰, 헌법학 연구 제9권 제3호, 한국헌법학회, 2003
- 김영미, 아동보건의료의 법적 쟁점-독일의 환자부모지원 및 가족지원을 중심으로, 아동보건의료법제 제3차 전문가워크숍자료집, 한국법제연구원, 2019. 09. 20
- 김은정, 아동가구 의료비 과부담 실태 분석: 중증·희귀난치성 질환 중심, 어린이병원비 국가보장을 위한 정책토론회, 2017. 03. 23
- 김선택, 아동·청소년보호의 헌법적 고찰 - 미성년 아동·청소년의 헌법적 지위와 부모의 양육권 -, 헌법논총 제8집, 헌법재판소, 1997
- 김주경, 헌법상 건강권의 개념 및 그 내용, 헌법판례연구 제12집, 헌법판례연구학회, 2011
- 김준혁, 아동 주치의등록제에 대한 정의론적 접근, 생명, 윤리와 정책 제2권 제2호, 국가생명윤리정책원, 2018
- 김진곤, 예방접종과 헌법적 쟁점, 아동 보건의료법제 개선방안 연구 제4차 전문가 워크숍, 한국법제연구원, 2019. 09. 27

- 대한민국 정부 관계부처 합동, 제1차 아동정책기본계획(2015 ~ 2019), 2015
- 대한민국 관계부처 합동, 제1차 학생건강증진 기본계획안(2019-2023), 2019. 03. 15
- 대한민국 정부, 제5·6차 유엔아동권리협약 국가보고서, 2017
- 대한민국 정부, 포용국가 아동정책, 2019, 05. 23
- 류재인 외 8명, 일부 지역아동센터 치과주치의 사업의 진료내용 및 비용분석, 구강보건학 제37권 제1호, 대한구강보건학회, 2013
- 문재우, 보건·의료·복지의 통합에 관한 일 고찰, 보건과 사회과학제15집, 한국보건사회학회, 2004
- 박미정, 보건의료정보 관련 국내외 법제도 분석, 아동 보건의료법제 개선방안연구 제3차 전문가워크숍 자료집, 한국법제연구원, 2019. 09. 20
- 박원순, 모자보건 정책의 현황과 제언, 한국모자보건학회 학술대회 연제집 31-42, 2015. 11, 한국모자보건학회, 2015. 11
- 박정한 외, 미래사회 대비 평생건강관리체계 구축을 위한 모자 보건사업 강화 방안, 대통령 직속 고령화 및 미래사회 위원회, 2004
- 배중우, 초미숙아의 신생아 사망률, 사망시기, 사망원인: 한국과 경제협력개발기구 국가의 비교, Evidence and Values in Healthcare 1(2), Neca Journal Club, 2015
- 백경희 외 1인, 전자의무기록에 대한 소고, 한국의료법학 24(2), 한국의료법학회, 2016
- 보건복지부, 제1차 공공보건의료 기본계획(2016~2020), 2016
- 보건복지부, 제3차 중장기 보육 기본계획(2018-2022), 2017
- 수원시청 보도자료, 수원시, 아동담당의 사업 본격 추진 - 수원시 의사회, 치과의사회, 한의사회와 업무 협약 체결 -, 2017. 05. 16
- 스웨덴 보건사회부, Husläkare-en enklare och tryggare sjukvård(SOU 1978:74), Stockholm: Regeringskansliet, 1978

- 스웨덴 보건사회부, Regerings proposition(1992/93:160), 1991
- 스웨덴 보건사회부, Regerings proposition(1994/95:195), 1995
- 안경희, 독일법상 신뢰출산제도에 관한 소고, 안경희, 4면, 이화젠더법학 제9권제1호, 2017
- 임현주, 영아의 발달 상·하위 집단별 영아특성과 어머니의 양육특성이 영아의 발달에 미치는 영향, 미래교육 제21권 제1호, 미래유아교육학회, 2014
- 이규식, 보건의료정책 패러다임의 변화, 대한보건연구 제33권제1호, 대한보건학회, 2007
- 이상구, 기관이용 영유아를 위한 유치원과 어린이집의 보건인력 확충 방안, 육아정책연구소자료집, 2018. 10. 17
- 손인숙, 생애주기 관점에서 바라본 여성과 미래세대 건강, 한국모자보건학회 학술대회 연제집 9-9, 한국모자보건학회, 2014. 5
- 유엔아동권리협약 한국 NPO연대, 유엔아동권리협약과 선택의정서, 2006
- 여성가족부, 청소년정책기본계획(2018-2022), 2017
- 이석구 외 5인, 예방접종 전산등록 누락자 실태 분석 및 관리방안, 질병관리본부, 2016
- 이호근, 정신보건법 및 아동·청소년 복지법상 정신건강 관련 규정의 개선과 관련 ‘통합법’ 제정 필요성에 대한 고찰, 전북대학교 법학연구 제36집, 전북대학교 법학연구소, 2012
- 신동근 의원 대표발의안, 「구강보건법」 일부 개정안, 2019. 01. 22
- 장영은, 유아기 발달에 대한 생애초기 가족 누적위험요인의 영향, 한국아동복지학 제54권, 한국아동복지학회, 2016
- 장혜숙 외 4인, 스마트의료기술 표준기반 전자건강기록, 정보과학 33(3), 한국정보과학회, 2015

- 정혜영, 아동의 기본권에 관한 연구 - ‘아동’ 관련 조항의 신설과 그 헌법적 모델에 관한 검토, 공법학연구 제10집제4호, 한국비교공법학회, 2009
- 저출산·고령사회위원회, 저출산·고령사회 정책 로드맵, 2018, 12
- 최은진, 아동 건강권 강화를 위한 제도적 과제, 제1차 아동 보건의료법제 개선방안연구 전문가 워크숍 자료집, 한국법제연구원, 2019. 04. 30
- 최지은 외 2인, 청소년기부터 성인기 전이 시기 남녀의 건강위험행동 발달궤적과 영향 요인, 발달 제30권 제4호, 한국심리학회, 2017
- 한기숙, 스웨덴 주치의제도, <<https://news.kotra.or.kr/user/globalBbs/kotranews/8/globalBbsDataView.do?setIdx=246&dataIdx=138895>>
- 홍세영·박현숙, 주요 외국의 지방자치제도 연구- 스웨덴, 한국법제연구원 2018
- 홍선기, UN 아동권리협약상 아동 건강권의 국내이행, 아동 보건의료법제 개선방안 연구 제1차 전문가 워크숍 자료집, 2019. 04. 30
- 홍완식, 아동·청소년 등의 연령기준, 입법정책 제1권제1호, 한국입법정책학회, 2007
- 헌재 2009. 2. 26. 2007헌마1285, 공보 149, 502, 504면
- Caroline Rey, Marc Dupont, “Les droits de l’enfant en matière de santé”, adsp no 36, 2001
- BVerfGE 99, 145/156

3. 보도자료 및 기사

- 경향신문, 병원 안전합니까, 2018. 11. 30 기사, <http://news.khan.co.kr/kh_news/khan_art_view.html?artid=201811300600025&code=940100>
- 내일신문, 아동치과주치의 시범사업 내년 실시, 2019. 06. 13. 기사 <http://www.naeil.com/news_view/?id_art=314976>

- 동아일보, “분만실 줄폐쇄... 전남-경북 신생아 3명중 1명은 타지 원정출산”, 2019. 05. 02 기사, <<http://www.donga.com/news/article/all/20190502/95343004/1>>
- 데일리팜, “종근당건강, 소화아동병원 건물 매입...본사 이전”, 2019. 04. 14 기사, <<http://www.dailypharm.com/Users/News/NewsView.html?ID=251641&REFERER=NP>>
- 메디파나 뉴스, “보건교사 배치율 지방 8개 시·도 60% 대 ..지역 편차 커”, 2019. 10. 15 기사, <http://medipana.com/news/news_view_print.asp?NewsNum=246891>
- 메디칼트리뷴, “한국 신생아사망률 ‘1천명 당 1.5명’...안전도 세계 9위”, 2018. 02. 23 기사, <<http://www.medical-tribune.co.kr>>
- 법률신문, “‘나홀로 출산’ 미혼모 아끼, 건강관리에 ‘구멍’ ”, 2018. 10. 08 기사, <<https://www.lawtimes.co.kr/Legal-News/Legal-News-View?serial=146882>>
- 보건복지부 보도자료, “포용국가의 주춧돌인 아동에 대한 국가책임을 더욱 확대한다”, 2019. 02. 19
- 보건복지부 보도자료, “치료에서 건강, 예방 중심으로 보건의로 정책 전환, 2019. 04. 05
- 비즈한국, “2019년 달라지는 의료법·제도로 본 ‘문재인 케어’, 2018. 12. 31 기사, <<http://www.bizhankook.com/bk/article/16903>>
- 문화일보, 다문화 아동 10만명 건강검진 ‘사각지대’, 2018. 12. 17 기사, <<http://www.munhwa.com/news/view.html?no=2018122701071003016001>>
- 아시아경제, “학교밖 청소년 5명 중 1명은 ‘질환의심자’ ... 해마다 증가”, 2019. 05. 09 기사, <<http://view.asiae.co.kr/news/view.htm?idxno=2019050711072475330>>
- 연합뉴스, “서울시, ‘치과주치의’ 지정해 아동 6만5천명 검진”, 2018. 03. 29 기사, <https://www.yna.co.kr/view/AKR_20180328171100004?input=1195m>
- 의약신문, “보건복지정책으로 혁신 포용 국가 건설한다”, 2019. 06. 14 기사, <<http://www.bosa.co.kr/news/articleView.html?idxno=2107088>>

- 의학신문, “더민주당, ‘적자’ 어린이병원 예산지원 필요성 공감”, 2018. 12. 20 기사, <<http://www.bosa.co.kr/news/articleView.html?idxno=2096490>>
- 이코노미인사이트 기사, “전자의료보험카드 갈 길 먼 독일”, 2019. 07. 01 기사, <<http://www.economyinsight.co.kr/news/articleView.html?idxno=4519>>
- 인사이트, “서울시, 모유수유 어려움 겪는 산모 위해 ‘유축기’ 대여 지원 확대한다”, 2019. 01. 18 기사, <<https://www.insight.co.kr/news/207520>>
- 임인택 외 2인, 한겨레 기사, “아동학대 신고 외면하는 의사들...아이들이 죽어간다”, 2015. 05. 10
- 중앙육아종합지원센터-전국 육아지원센터 현황, <http://central.childcare.go.kr/lcentral/d1_10000/d1_10007.jsp>
- 행정안전부 보도자료 “정부 24시 생애주기별 서비스에 대한 국민목소리 듣는다”, 2018. 12. 21
- Daily Medi, “산후조리원 신생아 잇단 ‘RSV 감염’ 발생”, 2019. 05. 21 기사, <<http://www.dailymedi.com/detail.php?number=843265&thread=22r01>>
- EK뉴스, “새로운 전자의료보험카드 전면도입”, 2011. 10. 04 기사, <<http://eknews.net/xe/150319>>
- MBC, “보건 교사 없어요...허울 뿐인 보건실 ‘수두룩’ ”, 2019. 06. 23 기사, <http://imnews.imbc.com/replay/2019/nwdesk/article/5374983_24634.html>
- Medical Obsever, 2019. 05. 29 기사, <<http://www.monews.co.kr/news/articleView.html?idxno=202866>>
- Medical Obsever, “달빛 이어 어린이주치의, 소아청소년과 너무해”, 2015. 04. 29 기사, <<http://www.monews.co.kr/news/articleView.html?idxno=82725>>

4. 국내외 참고사이트

간호학 사전, <<https://terms.naver.com/entry.nhn?docId=494476&cid=60408&categoryId=55558>>

공공데이터포털-건강가정지원센터 현황, <<https://www.data.go.kr/dataset/3077162/fileData.do>>

국민건강보험공단, <<https://www.nhis.or.kr/menu/retrieveMenuSet.xx?menuId=B5000>>

국민건강보험공단 영유아건강검진, <http://hi.nhis.or.kr/aa/ggpaa001/ggpaa004_m01.do>

국립국어원 표준국어대사전, <<https://stdict.korean.go.kr/search/searchView.do>>

독일아동법, <<https://www.kinderrechte.de/kinderrechte/die-gesetzlichen-regelungen-in-deutschland/>>

서울대학교 어린이병원, <<http://child.snuh.org/content/C006005001.do>>

서울대어린이병원 영유아건강검진, <<http://childhosp.seoul.go.kr/medical-info/health-medical-examination>>

사회복지학사전, <<https://terms.naver.com/entry.nhn?docId=472782&cid=42120&categoryId=42120>>

사회학 사전, <<https://terms.naver.com/entry.nhn?docId=1520790&cid=42121&categoryId=42121>>

소아과학, <<https://terms.naver.com/entry.nhn?docId=2212080&cid=51085&categoryId=51085>>

스웨덴 보건복지위원회, <<https://www.socialstyrelsen.se>>

스웨덴 보건의료정보-아동센터방문(Besök på barnavårdscentralen, bvc), <<https://www.1177.se/Blekinge/barn-gravid/vard-och-stod-for-barn/besok-pa-barnavardscentralen-bvc/>>

스웨덴 보건사회부, <<https://www.regeringen.se/sveriges-regering/socialdepartementet/>>

스웨덴 정부, <<https://sweden.se/society/health-care-in-sweden/>>

스웨덴 아동 보건센터 환경지침, <<https://www.rikshandboken-bhv.se/vaccination/allmannabarnvaccinationsprogrammet/>>

스웨덴 아동 ombudsman, <<https://www.barnombudsmannen.se>>

보건복지부-전국보건기관 현황, <http://www.mohw.go.kr/react/policy/index.jsp?PAR_MENU_ID=06&MENU_ID=06330104&PAGE=4&topTitle=>

여성가족부, 아이돌봄서비스, <<https://www.idolbom.go.kr/home.go>>

연대보건부, <<http://solidarites-sante.gouv.fr/carnet-de-sante>>

연방보건부, <<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/aufgaben-und-organisation/aufgaben.html>>

연방보건부, <<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/kindersundheit/frueherkennungsuntersuchung-bei-kindern.html>>

연방 가족·노인·여성·청소년부, <<https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/kinder-und-jugend>>

위키피디아, <https://ko.wikisource.org/wiki/%EA%B2%BD%EC%A0%9C%EC%A0%81%C2%B7%EC%82%AC%ED%9A%8C%EC%A0%81_%EB%B0%8F_%EB%AC%B8%ED%99%94%EC%A0%81%EA%B6%8C%EB%A6%AC%EC%97%90%EA%B4%80%ED%95%9C%EA%B5%AD%EC%A0%9C%EA%B7%9C%EC%95%BD>

위키피디아, <https://ko.wikipedia.org/wiki/%EC%95%84%EB%8F%99%EC%9D%98_%EA%B6%8C%EB%A6%AC%EC%97%90_%EA%B4%80%ED%95%9C_%ED%98%91%EC%95%BD>

- 위키피디아-보건청, <<https://de.wikipedia.org/wiki/Gesundheitsamt>>
- 위키피디아-연방보건부, <[https://de.wikipedia.org/wiki/Bundesministerium_f%C3%BCr_Gesundheit_\(Deutschland\)](https://de.wikipedia.org/wiki/Bundesministerium_f%C3%BCr_Gesundheit_(Deutschland))>
- 위키피디아-청소년청, <<https://de.wikipedia.org/wiki/Jugendamt>>
- 유네스코 신생아 사망률(NMR) 통계, <<https://data.unicef.org/topic/child-survival/neonatal-mortality/>>
- 법제처, 국가법령정보, <<http://www.law.go.kr/lsInfoP.do?lsiSeq=198475&efYd=20180201#J909:0>>
- 체육학사전, <<https://terms.naver.com/entry.nhn?docId=1614667&cid=50294&categoryId=50294>>
- 보건복지부, 마이차트, <<https://mychart.kr/portal/main/main.do>>
- 질병관리본부, 어린이국가예방접종 지원사업, <<https://nip.cdc.go.kr/irgd/index.html>>
- 질병관리본부 예방접종도우미, <<https://nip.cdc.go.kr/irgd/index.html>>
- 질병관리본부 장기이식 관리센터, <<https://www.konos.go.kr/konosis/common/bizlogic.jsp>>
- 질병보건통합관리시스템, <<https://is.cdc.go.kr/>>
- 프랑스 연대 및 건강부, <<https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/enfants/carnet-de-sante>>
- 프랑스 공공서비스, <<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F810>>
- 한겨레 21, “정부, 난민 아동의 기본권 보장하라”, <http://h21.hani.co.kr/arti/society/society_general/47126.html>
- 행정안전부, 정부 24 생애주기별 서비스, <<https://www.gov.kr/portal/main>>
- DMP, <<https://www.dmp.fr/>>

DMP, <<https://destinationsante.com/dossier-medical-partage-le-carnet-de-sante-numerique-enfin-disponible.html>>

Duden 독일어 사전, <<https://www.duden.de/rechtschreibung/Kind>>

Saale 크라이스, <<https://www.saalekreis.de/de/jugendamt/jugendamt-20000755.html>>

Kara Calkins/Sherin U. Devaskar, Fetal Origins of Adult Disease, *Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2011 Jul; 41(6): p. 158 - 176, <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4608552/>>

Lelynx 보험사, <<https://www.lelynx.fr/mutuelle-sante/soins/medicaux/medecin-generaliste/traitant/>>

Korea
Legislation
Research
Institute

부록

- 부록1. 아동보건센터의 환경 지침
- 부록2. 스웨덴의 가정의 관련 법령
- 부록3. 스웨덴 보건사회서비스법

부록1. 아동보건센터의 환경 지침(Miljön på en barnvårdscentral)

- 보건의료법(SFS 2009:400) 제2조에 따른 세부지침임.
 - 아동보건센터의 설계, 설비, 장비 및 운영에 관한 내용을 제시함.
 - 아동보건센터의 직원은 센터를 방문하는 아동의 관점에서 아동에게 최선이 무엇인지 파악하고 이를 위한 직무를 수행함에 있어 건물, 장비 및 보조기구 등이 아동의 건강관리에 적합한지를 파악하고 있어야 함.
 - 아동 보건의료 서비스의 가장 중요한 전제는 안전함과 안정감을 제공하는 것으로 색상, 조명, 가구, 그림 등을 적절하게 활용함.
 - 또한 따뜻하고 매력적인 환경을 조성하기 위해 아동과 부모가 함께 할 수 있도록 해야 함.
 - 유모차가 쉽게 접근할 수 있어야 하며, 유모차를 보관하는 공간은 지붕이 설치되어야함.
 - 아동보건센터의 모든 시설은 아동 친화적이고 장애인의 접근이 용이해야 함.
- 대기실
- 대기실은 의료 활동공간과 분리되어 다른 아동이나 성인으로부터 감염되지 않도록 해야 함.
 - 부모가 겹옷을 벗을 수 있고 보관할 수 있는 탈의실을 설치하고, 부모의 탈의시 아동이 대기할 수 있는 요람 등이 있어야 함.
 - 대기실에는 별도의 화장실이 있어야 함.
 - 아동과 부모가 평화롭고 조용한 느낌을 갖도록 편안한 안락의자를 구비하고 모유 수유 장소도 설치해야 함.
- 아동 친화적 대기실
- 아동의 관점에서 설계되고 실질적으로 아동 보호가 이루어져야 함.

- 다양한 연령대의 아동에게 놀이의 기회를 제공해야 함.
- 아동을 위한 가구, 선반, 장난감 등은 정리와 보관, 청소가 용이하도록 해야 함.
- 다양한 활동을 위한 공간이 있어야 함.(놀이 코너, 독서 코너 등)
- 부모에게 서면정보가 제공되는 게시판은 잘 보이는 곳에 배치해야 하며, 제공되는 정보는 상업광고 금지조항을 준수해야 함.

○ 접견실

- 최소 16㎡의 공간 확보하되, 아동, 부모, 간호사, 의사 및 통역사 또는 관련 당사자 모두를 수용할 수 있을 정도의 규모여야 함.
- 여기에 다른 참관인(간호학교 학생)을 위한 공간 여유도 있어야 함.
- 그 외 기밀유지를 위해 비 관련자는 출입할 수 없도록 해야 함.
- 공, 블럭, 인형, 크레용과 같은 장난감을 구비하여 아동이 부모의 대화 중에 놀이를 진행할 수 있도록 해야 함.
- 부속 공간으로 아동의 운동발달 및 운동패턴, 시각 및 청력 검사를 위한 바닥이 있어야 함.
- 조명과 벽면 패널을 시력을 보호할 수 있도록 창문과 같은 벽면에 설치해서는 안 됨.
- 위생상 이유로 접견실에는 세면기, 액체비누, 핸드 스프레이, 흐르는 물을 제공해야 함.
- 키와 체중 측정을 위한 디지털 저울 및 기기는 부모가 아동의 발육 정도에 대한 정보를 얻을 수 있도록 접견실에 구비해야 함.
- 영아들을 위한 별도의 검사테이블이 있어야 함

○ 부모실

- 색상, 양초, 가구 및 식물 등 실내 인테리어는 상호접촉과 대화에 긍정적 영향을 주도록 따뜻한 분위기를 조성하는데 기여해야 함.

- 모유 수유 및 아동 안전에 관한 정보 등에 관한 영상시청이 가능하도록 인터넷 연결 및 장비가 있어야 함.
- 부모별 그룹에 관한 자료를 보관할 수 있어야 함.
- 각기 다른 연령대의 아동에게 적합한 장난감도 구비해야 함.
- 백신 보관 및 준비
 - 예방접종 백신은 적정 온도(2~8°C)를 유지할 수 있도록 제어되는 특수 의약품 냉장고에 보관해야 함.
 - 주사기와 바늘을 시건장치가 있는 보관함에 보관해야 함.
 - 감염의 위험이 있거나 절단 등의 위험요소가 있는 폐기물은 점성이 있거나 절단 요소를 방지하는 팩이나 용기에 폐기해야 함.
- 기록 보관
 - 컴퓨터, 전화 및 자동 응답을 충분한 사무공간 및 책상을 확보하되, 너무 큰 책상은 아동 가족과의 대화를 방해하거나 직원의 권한을 강화시킬 수 있는 여지가 있으므로 자제함.
 - 부모가 아동 관련 의료기록시스템에 접속할 수 있도록 컴퓨터와 프린터를 배치해야 함.
 - 서면 자료는 방화 수납공간에 보관해야 함.
- 창고
 - 접견실과 근접한 곳에 설치해야 함.
 - 안내 책자, 소모품, 방문객 제공 가방 및 가정방문을 위한 휴대용 키트 등.

부록2. 스웨덴의 가정의 관련 법령

1. 가정의에 관한 법률(Lag (1993:588) om husläkare)

입문 조항

제 1 조. 본 법은 보건의료법(1982:763) 제5조에 따른 공중 보건과 관련하여 가정의(husläkare)와 가정의 지정에 관한 사항을 규정한다.

본 법에서 광역자치단체에 관해 규정하는 사항은 해당 지역의 보건의료(1차 진료)를 관장하는 기초자치단체에도 적용한다.

제 2 조. 가정의는 공공부문 또는 민간부문 피고용인이거나 개인사업자일 수 있다.

가정의는 일반의학(allmänmedicin)에 전문적인 능력을 갖추어야 한다.

정부 또는 정부의 허가가 있는 경우 보건복지위원회가 해당 조건의 면제를 허용할 수 있다.

가정의 지정

제 3 조. 특정 의사를 가정의로 지정하고자 하는 사람은 이 사실을 해당 의사에게 고지해야 한다.

이 고지행위는 스웨덴 거주자에 의해 진행되어야 한다. 아동의 경우 보호자가 고지한다.

그러나 16세 이상이 된 자는 누구나 스스로 고지할 권리를 가진다.

제 4 조. 보건의료법(1982:763)에 따라 광역자치단체는 해당 광역자치단체에 거주하는 모든 사람이 가정의를 선택할 수 있는 기회를 가지는데 있어 책임을 진다.

제 5 조. 가정의는 본인을 가정의로 지정한 사람들의 목록을 보관해야 한다. 가정의는 본인을 가정의로 지정한 사람들이 누구인지에 관해 광역자치단체가 지속적으로 파악할 수 있도록 하여야 한다.

제 6 조. 각 개인은 광역자치단체에 고지를 통해 가정의의 목록에 등재되지 않을 수 있다.

제 7 조. 법률(1994:1960)에 의해 폐지한다.

가정의 변경

제 8 조. 가정의 목록에 등재된 사람은 제3조에 따라 새로운 고지를 통해 가정의를 변경할 수 있다. 변경 신청인의 요구가 있을 경우, 변경 전 가정의는 변경 후 가정의에게 해당 신청인의 돌봄에 필요한 정보를 제공해야 한다.

가정의의 의무

제 9 조. 가정의는 관리명부에 등재된 사람이 필요한 보건의료 서비스를 받을 수 있도록 보장하는데 있어 특별한 책임을 가진다.

가정의는 이 사람들이 내원 또는 필요한 경우 전화로 의사와 접촉할 수 있도록 보장하고, 합리적인 범위 내에서 가정방문 서비스를 받을 수 있도록 해야 하는 책임이 있다. 또한 가정의는 담당하는 환자에게 질병 및 부상을 예방하는 방법에 관한 정보를 제공하고, 환자에게 보건 및 재활 분야 다른 전문가들이 필요할 경우에도 이러한 필요가 최대한 충족될 수 있도록 보장하는데 있어서도 책임이 있다. 가정의는 지역의 건강문제 및 환경 위해요소에도 주의를 기울여야 한다. 가정의는 또한 자신의 활동 내역이 공개되고 평가될 수 있도록 해야 한다.

제10조. 광역자치단체는 제9조에 명시된 사항 이외에 각 가정의가 해당 자치단체의 보건의료영역이나 특정한 시기의 보건의료 일부 분야에서, 가정의의 관리명부에 등재된 사람들에게 일반의학 및 1차 진료의 범주 내에서 지역 간호사가 포함된 의료 행위를 수행해야 한다고 결정할 수 있다.

광역자치단체는 또한 각 가정의가 본인의 활동내역을 광역자치단체에 보고하고 보건 및 재활분야의 여타 전문가들과 협력해야 한다고 결정할 수 있다.

제11조. 민간부문에 속한 가정의와 광역자치단체는 제9조에 따른 직무 및 제10조에 따른 결정사항보다 더 광범위하게 가정의의 의무에 관해 협의할 수 있다.

가정의의 직무 범위 등

제12조. 가정의는 활동 개시 후 1년 이내에 최소 1,000명을 관리명부에 등재해야 한다.

가정의가 이 조건을 충족하지 못하거나, 제14조에 따른 조치가 없을 경우에는 광역자치단체가 기존 관리명부에 등재된 사람으로 하여금 새로운 가정의를 지정하도록 하여야 한다.

제13조. 가정의는 자신의 관리명부에 3,000명 이상을 등재할 수 없다.

제14조. 광역자치단체와의 협의가 있을 경우, 가정의는 제12조 및 제13조에 명시된 인원수에 미만하거나 초과하는 사람을 관리명부에 등재할 수 있다.

제15조. 민간부문 가정의는 본인이 가정의로서 관리하고자 하는 최대 인원수를 광역자치단체에 신고하여야 한다.

가정의는 추후에 변경된 인원수를 신고할 수 있다. 이 신고는 명시된 제한사항이 적용되기 최소 6개월 이내에 진행되어야 한다.

제16조. 제15조에 따른 신청 최대 인원수에 미달한 사람을 관리명부에 등재한 가정의는 특별한 사유가 없는 한, 본인의 관리명부에 인원을 추가하거나 제외하는 것을 거부할 수 없다.

가정의 등록

제17조. 제2조 두 번째 단락에 따른 자격 요건을 충족하고, 본 법률에 따른 가정의로서의 직무 책임을 준수할 수 있으며, 가정의에 관한 직무에 관해 광역자치단체와 합의 계약을 맺은 의사는 민간부문 가정의로 등록할 수 있다. 법률(1994:1960).

제18조. 법률(1994:1960)에 의해 폐지한다.

제19조. 법률(1994:1960)에 의해 폐지한다.

가정의 수당

제20조. 제9조와 제10조에 따른 가정의의 의무에 대한 주 보수는 관리명부에 등재된 개인당 고정수당(individersättning)으로 구성한다. 이 금액은 광역자치단체가 지급한다.

또한 가정의에 대한 보수에는 환자가 지불하는 환자 본인부담금(patientavgift)이나 광역자치단체가 지급하는 비용으로 충당하는 내원 및 상응조치에 따른 방문수당(besöksersättning)이 포함된다.

마지막으로 가정의에 대한 보수는 가정의에게 일반적으로 요구되는 직무능력이나 장비 이외의 직무능력이나 장비를 사용함에 있어 부과되는 치료수당(ätgård-sersättning)으로 구성한다. 법률(1993:1660).

제21조. 광역자치단체는 고정수당과 방문수당의 산정방법을 결정한다. 수당의 산정은 보건의료 부문 및 관련 부문의 모든 가정의에게 동일한 기준을 적용하여 이루어져야 한다.

정부는 가정의의 보수에 관한 집행 규정을 공포한다. 법률(1993:1660).

제22조. 제11조에 명시된 사항에 따른 보수는 광역자치단체와 가정의가 합의한 내용에 의거하여 지급한다.

제23조. 민간부문 가정의에 대한 보수는 광역자치단체와 가정의 간 별도의 합의가 없는 한, 최소 매월 1회 지급되어야 한다.

제24조. 가정의가 제12조 첫 번째 문장의 요구조건을 충족하지 못할 경우, 광역자치단체는 해당 가정의에 대한 보수 지불 의무를 이행하지 않는다.

제25조. 민간부문 가정의가 본 법에서 규정하는 책임과 직무를 이행하지 못한 경우, 광역자치단체는 가정의에 대한 보수 지급에 있어 직무 방기에 상당하는 만큼 공제할 수 있다.

통지에도 불구하고 가정의가 본인의 직무를 수행하지 않을 경우, 광역자치단체는 해당 가정의에 대한 보수 지불 의무를 이행하지 않는다.

환자 본인부담금

제26조. 별도의 규정이 없는 한, 환자는 가정의 또는 가정의가 지정한 사람이 제공한 관리 및 치료에 따른 환자 본인부담금을 지불하여야 한다. 광역자치단체가 적용하는 비용에 미달하는 금액을 가정의가 청구한 경우에도, 이는 광역자치단체가 지급하는 방문수당에 영향을 주지 못한다.

의약품 비용의 제한 등에 관한 법률(1981:49) 제7조에 따라 특정 기간 동안 비용 면제를 받은 환자라 할지라도, 본 조항에 의거하여 동일 기간 동안 환자 본인부담금을 면제한다. 이 경우 광역자치단체가 환자 본인부담금 지불의 책임을 가진다.

진료여비(Resekostnadsersättning)

제27조. 본 법률에서 적용하는 진료 또는 치료에 따른 여행경비에 관한 사항은 질병 여행에 따른 여비의 상황에 관한 법률(1991:419)의 조항에 따른다.

경과

1993:588

1. 본 법률은 1994년 1월 1일부터 발효한다.
2. 제15조 및 제18조에 따른 신고는 1993년 10월 1일부터 실시한다. 1993년에 접수된 신고의 경우, 신고가 시행된 날로부터 3개월 후부터 사업을 시작할 수 있다.
3. 광역자치단체는 제4조에 따른 책임을 1995년 말까지 유예할 수 있다. 법률(1994:1960).

1994:1960

1. 본 법률은 1995년 1월 1일부터 발효한다.
2. 본 법률의 발효 이전 합의 계약 없이 민간부문 가정의로서 사업을 이행해온 의사는 해당 사업을 지속할 수 있다.
3. 제2조의 적용을 받지 않으나, 제18조에 의거하여 1994년 11월 14일 이전에 신고한 의사와 가정의에 대한 보수 지급 요건을 충족한 의사는 합의 계약이 없더라도 6개월 후에 사업을 개시할 수 있다.

1995년 5월 14일까지 사업을 개시하지 못할 경우에는, 합의 계약을 필요로 한다.

1995:836

본 법률은 본 법률의 시행기간에 따른 제반 조건에 적용한다.

특정한 가정의의 유지에 관한 조항은 경과 규정에 따른다.

보건의료법(1982:763) 개정에 관한 제1법률(1995:835)
 의료보수에 관한 법률(1993:1651) 개정에 관한 제2법률(1995:837)
 광역자치단체의 1차 진료에 관한 법률 및 연관 법률의 유효기간에 관한 제3법률
 (1995:845).

2. 가정의의 자격에 관한 규정(Förordning (1993:594) om behörighet som husläkare)

제 1 조. 가정의에 관한 법률(1993:588)에 따라, 가정의는 일반의학에 전문적인 능력을 갖추어야 한다. 이 규정은 자격 요건의 면제 조항을 포함한다.

제 2 조. 보건복지위원회가 지역 의사로 인증한 경우라면 타 분야의 전문적인 능력을 갖춘 의사라 할지라도, 일반의학의 범주 내에서 가정의로서 복무할 자격을 인정한다.

제 3 조. 보건복지위원회는 다른 분야 전문의가 신청한 경우에는 해당 전문의로 하여금 일반의학 분야의 전문가를 위임할 수 있도록 허용하고, 제2조에 언급된 자를 가정의로서 승인할 수 있다. 본 조항에서의 승인은 임상에 있어 환자를 직접 대면하는 활동을 하는 전문의에게 부여하는 것을 우선으로 한다. 특별한 사정이 있을 경우에는, 보건복지위원회의 절차를 통해 다른 의사들도 가정의로서의 제반 직무를 수행할 수 있다.

제 4 조. 제3조에 따른 보건복지위원회의 승인은 일정 기한에 한해, 또는 무기한 부여될 수 있다. 기한이 정해진 승인의 경우에 따르는 계약에는 기한 만료 후에도 가정의로서의 직무를 지속할 수 있게끔 하는 보충 교육을 요하는 내용이 포함될 수 있다. 보건복지위원회는 해당 보충 교육의 범주와 방향을 정해야 한다.

제 5 조. 제3조에 따른 승인 신청의 보건복지위원회 거부 결정에는 보충 교육에 대한 정보가 포함되어야 한다.

제 6 조. 본 규정에 의한 보건복지부의 결정에 따른 분쟁사안은 행정법원에서 다룬다. 별도로 명시하지 않은 사안의 경우에는 보건복지위원회 및 행정법원의 규정에 따른 결정을 즉시 적용한다. 규정(1995:277).

제 7 조. 제3조에 따른 인증 신청의 심사에는 수수료를 청구할 수 있다. 수수료의 액수는 수수료 규정(1992:191) 제9조~제14조에 따라 수수료 4등급을 적용한다.

경과

1993:594

본 규정은 1994년 1월 1일부터 발효한다.

그러나 발효일 이후일지라도 제3조에 따른 승인과 관련해 1993년 9월 1일 이후의 신청에 대해서는 보건복지위원회가 심사할 수 있다.

1995:277

본 규정은 1995년 4월 1일부터 발효한다.

발효일 이전에 고지된 사안에 대해서는 이전 규정을 적용한다.

3. 가정의의 치료수당에 관한 규정(Förordning (1993:1665) om åtgärdstaxa för husläkare)

제 1 조. 본 규정은 가정의의 일반적 처치와는 별개의 추가적인 의료 능력이나 장비가 필요한 처치와 관련하여 가정의에 관한 법률(1993:588) 제20조에 명시된 특별수당 조항에 대한 것이다.

제 2 조. 가정의에 관한 법률(1993:588) 제5조에 따라 가정의의 환자 명부에 등재된 환자를 관리하는 가정의가 다른 분야의 전문의를 통하지 않고 본 규정 제3조에 명시된 처치를 수행할 경우에는 본 규정 제4조에 명시된 수당의 최고액을 수령할 수 있다.

제 3 조. 가정의는 다음과 같은 처지에 대해 수당을 받을 수 있다.

제 1 항. 치질에 따른 원형치료(ringbehandling) 또는 주사

제 2 항. 관절 기능 처치

제 3 항. 침술 요법

처치에 따른 고통 완화, 조사 및 필요성 측면에서의 침술을 의미한다. 본 처치는 최초의 치료 시에만 적용해야 한다.

제 4 항. 심화 생체검사 또는 골수 기능 검사

피부 또는 피하 지방의 생체검사나 피부 또는 피하 지방의 종양에는 적용하지 않는다.

제 5 항. 손톱손상에 따른 응급 처치

제 6 항. 신경학적 조사 및/또는 장애 조사

지속적인 조사 또는 치료계획에 따른 광범위한 기록 및 신경학적 검사

제 7 항. 류머티즘 관절의 상태와 관련하여 주요 관절의 운동능력에 대해 광범위하게 작성한 기록

제 8 항. 천골부 손상에 따른 응급 처치

제 9 항. 신경절 수술

제10항. 포경 성형수술

제11항. 혈량 측정

제12항. 결절성 건염의 수술

제13항. 표준화된 심전도 검사

검사 중 휴식의 정도나 성별에 따른 12개의 일반 분류를 사용하여 주기 측정 등을 실시하기 이전, 도중 또는 이후에 심전도 등록을 참조해야 한다. 본 검사는 지속적인 부정맥 검출은 물론 심전도 검사의 해석의 가능성을 염두에 두고 진행한다.

제14항. 질과 수정에 관한 레이저 검사나 광범위한 치료

제15항. LTER를 통한 심전도 기록

단계별 측정, 계단식 측정, 주기별 측정 등 제반 유형의 단순 검사와 관련한 심전도 검사의 등록 및 해석을 의미한다.

제 4 조. 가정의는 특별 치료수당을 수령할 수 있다. 해당 수당과 관련해 본 규정 제3조 제1항~제3항에 따른 처치에 대해서는 최대 150SEK, 본 규정 제3조 제4항~제7항에 따른 처치에 대해서는 최대 250SEK, 본 규정 제3조 제8항~제15항에 따른 처치에 대해서는 최대 400SEK의 환자부담금을 적용한다. 규정(1994:154)

부록3. 스웨덴 보건사회서비스법

스웨덴 보건의료서비스법

Hälso- och sjukvårdslag

제 1 부. 입문 조항

제 1 장. 내용과 범위

제 1 조. 본 법률은 보건의료활동을 조직하고 수행하는 방법에 관련한 사항을 다룬다. 본 법률은 모든 보건의료서비스 제공자와 보건의료의 주체인 란스팅과 코뮌에도 적용한다.

본 법률은 5개 부로 구성한다;

제1부는 입문 조항을 다룬다(제1장과 제2장).

제2부는 보건의료 전반에 관한 조항을 다룬다(제3장~제6장).

제3부는 보건의료의 주체로서 란스팅의 책무에 관한 조항을 다룬다(제7장~제10장).

제4부는 보건의료의 주체로서 코뮌의 책무에 관한 조항을 다룬다(제11장~제13장).

제5부는 보건의료 주체에 대한 기타 조항을 다룬다(제14장~제18장).

제 2 조. 본 법률에서 란스팅에 관해 다루는 조항은 란스팅에 속하지 않는 일부 코뮌에도 동일하게 적용한다.

제4부에 명시된 조항은 특별히 규정된 경우에 한에서만 란스팅에 속하지 않는 일부 코뮌에 적용한다.

제 2 장. 정 의

제 1 조. 본 법률에서 보건의료서비스는 다음과 같은 내용을 의미한다.

1. 질병 및 상해를 의학적으로 예방, 검진 및 치료하기 위한 조치,
2. 응급이송,
3. 망자 관리.

본 법률은 치과치료법(tandvårdslagen, 1985:125)에 따른 치과치료에는 적용하지 아니한다.

제 2 조. 본 법률의 목적 상 보건의료 주체(huvudman)는 본 법률에 따라 보건의료서비스를 제공하는 란스팅 또는 코뮌을 의미한다. 개별 보건의료 주체의 지리적 범주 내에서 하나 이상의 보건의료서비스 제공자가 보건의료 활동을 전개할 수 있다.

제 3 조. 본 법률의 목적 상 의료 제공자(vårdgivare) 정부기관, 란스팅, 코뮌, 그리고 보건의료 활동을 수행하는 기타 법인 또는 개인사업자를 의미한다.

제 4 조. 본 법률에서 폐쇄형 보건의료(sluten vård)는 의료시설에 입원한 환자에게 제공되는 보건의료서비스를 의미한다.

제 5 조. 본 법률에서 개방형 보건의료(öppen vård)는 폐쇄형 보건의료 이외의 보건의료서비스를 의미한다.

제 6 조. 본 법률에서 1차 보건의료(primärvård)는 질병, 연령, 또는 환자 집단에 따른 구분에 관계없이 개방형 보건의료가 제공되는 보건의료 활동을 의미한다. 1차 보건의료는 병원의 의료 및 기술 자원이나 기타 전문 기술을 요하지 않는 기초적인 의학적 치료, 간호, 예방 활동 및 재활에 대한 요구를 충족할 책임을 가진다.

제 7 조. 본 법률에서 국가 고도전문화 의료(nationell högspecialiserad vård)는 품질, 환자의 안전 및 지식 개발을 지속하고 보건의료자원을 효율적으로 사용할 수 있도록 하기 위해 개별 지역에 편중하지 않으면서도 하나 이상의 단위에 집중할 필요가 있는 공공 부문의 보건의료를 의미한다.

법률(2018:143).

제 2 부. 보건의료 전반에 관한 조항

제 3 장. 일 반

제 1 조. 보건의료 활동의 목표는 모든 사람에게 동일한 조건으로 양질의 보건의료서비스를 제공하는 것이다.

의료는 모든 사람이 지닌 동등한 가치와 개인으로서의 존엄성에 대한 존중을 바탕으로 제공되어야 한다. 보건의료서비스를 가장 필요로 하는 사람에게 우선적으로 의료가 제공되어야 한다.

제 2 조. 보건의료서비스는 건강의 악화를 예방할 수 있도록 노력하여야 한다.

제 4 장. 조 직

제 1 조. 공공 재정을 투입한 보건의료 활동은 비용의 효율성을 증진할 수 있도록 구성하여야 한다.

제 2 조. 보건의료 활동을 수행할 경우에는 해당 활동에 책임을 지닌 사람을 두어야 한다 (verksamhetschef; 운영 책임자).

정부 또는 정부가 지정한 기관은 운영 책임자의 책임과 의무에 관한 규정을 제정할 수 있다.

제 3 조. 질병보호법(smittskyddslagen, 2004:168) 제5장 제1조 및 제3조에 따른 정신의학 적 치료 와 격리 조치에 관한 관리 책임은 책임 의사(chefsöverläkare)가 담당하여야 한다. 책임 의사는 전문적 식견을 갖추어야 한다.

운영 책임자가 전문 지식을 갖춘 의사가 아닐 경우에는, 특별히 지정된 책임 의사 관리 책임을 맡거나, 감염 방지의 경우에는 질병보호법 제5장 제24조에 따라 임명된 임원이 해당 책임을 수행하여야 한다.

제 5 장. 운 영

일 반

제 1 조. 보건의료 활동은 양질의 의료에 대한 요구를 충족할 수 있도록 수행되어야 한다. 이는 보건의료가 특히 다음과 같은 사안과 입각하여 수행되어야 한다는 것을 의미한다.

1. 높은 위생 기준을 충족하는 좋은 품질,
2. 보안, 지속성 및 안정에 관한 환자의 요구 충족,
3. 환자의 자기 결정권과 완전성에 대한 존중,
4. 환자와 의료진 간 좋은 관계 구축에 대한 기여,
5. 접근의 용이함.

제 2 조. 보건의료 활동을 수행하는 경우, 양질의 서비스를 제공할 수 있도록 인력, 시설 및 장비를 갖추어야만 한다.

제 3 조. 의료서비스 제공자는 인간의 존엄성과 완전성에 대한 중요한 의의를 가진 새로운 진단 및 치료 방법을 적용하기 전에 앞서, 해당 조치들이 개인 및 사회 윤리적 관점에서 평가되었는지를 확인하여야만 한다.

제 4 조. 운영의 질에 관련된 사항은 체계적이며 지속적으로 개발되고 보장되어야만 한다.

제 5 조. 의료서비스 제공자는 유럽의회(Europaparlamentet) 및 유럽이사회(Europarådet)가 2011년 3월 9일 국경을 초월한 보건의료서비스 권리에 관해 채택한 지침(direktiv 2011/24/EU)에 따라 환자가 치료비용에 대한 환급을 요청할 경우에는, 환자가 제공받은 의료 행위에 대한 비용 청구와 관련해 특정한 명세서를 발급하여야만 한다.

아동에 관한 특별 의무

제 6 조. 아동에게 제공하는 보건의료서비스에 있어서는 아동의 이익이 최우선적으로 고려되어야 한다.

제 7 조. 아동의 부모, 또는 아동과 함께 상시 거주하는 다른 성인이 다음과 같은 조건에 처한 경우 아동의 보건의료에 관한 정보, 조언 및 지원을 특별히 고려하여야 한다.

1. 정신적 손상을 당했거나 정신적 기능장애가 있는 경우,
2. 신체적으로 심각한 질병이나 상해가 있는 경우,
3. 알코올 중독, 기타 약물 중독 또는 사행성 게임에 빠진 경우.

자녀의 부모 또는 상시 거주하는 다른 성인이 예기치 않게 사망한 경우에도 동일하게 적용한다.

법률(2017:810).

제 8 조. 보건의료서비스 부문은 질병에 걸리거나 질병 위험이 있는 아동에 관한 사안을 다룸에 있어 사회복지위원회가 주도하여 지역 사회단체, 기관 및 기타 관련 분야와 협력해야만 한다. 정보공개에 관한 사안은 환자안전법(patientsäkerhetslagen, 2010:659) 제6장 제12조~제14조에 명시된 사항 및 정보공개 및 보안에 관한 법률(offentlighets- och sekretesslagen, 2009:400)이 정한 조항을 적용한다.

아동에게 사회복지위원회의 보호조치가 필요한 경우, 이를 사회복지위원회에 신고해야 하는 의무에 관한 사항은 사회복지서비스법(socialtjänstlagen, 2001:453) 제14장 제1조의 조항을 적용한다.

제 6 장. 기 타

제 1 조. 정부는 다음과 같은 사안에 관한 규정을 제정할 수 있다.

1. 스웨덴은 여러 란스팅에 영향을 미치는 보건의료 지역으로 구분하는 사항,
2. 스웨덴 영토 외부에서의 전쟁, 또는 스웨덴이 전쟁에 참여하거나 전쟁 위협에 처하게 됨에 따라 발생하는 결과와 같은 예외적인 상황 하에서의 전시 보건의료에 관한 사항,
3. 일반적인 보건의료 활동 수행에 관한 사항.

제 2 조. 정부 또는 정부가 지정한 기관은 다음과 같은 사안에 관한 규정을 제정할 수 있다.

1. 보건의료서비스 부문의 고용 및 임명에 따른 자격요건에 관한 사항,
2. 의학 학위 및 연구를 위한 대학 교육이 수행되는 보건의료 기관에 고용된 의사의 의무에 관한 사항,

3. 국가적 차원에서 긴급한 의료 개입이 필요할 경우를 대비한 평시의 보건의료에 관한 사항,
4. 개인을 보호하기 위해 필요한 보건의료에 관한 사항.

제 3 부. 란스팅의 책무

제 7 장. 조직, 계획 및 협업

제 1 조. 란스팅 내의 보건의료 활동은 하나 이상의 위원회에 의해 실시되어야 한다. 해당 위위원회에는 지방자치법(kommunallagen, 2017:725)에 명시된 해당 위원회 관련 조항을 적용한다. 해당 위원회에 관한 규정은 보건의료 부문에 있어 공동 위원회에 관한 법률(2003:192)에 명시되어 있다.

법률(2017:773).

제 2 조. 란스팅은 해당 란스팅이 보건의료 부문의 책임을 담당하고 있는 주민들의 요구에 기초하여 보건의료계획을 수립하여야 한다.

보건의료계획 수립 시 란스팅은 기타 보건의료서비스 제공자가 제공하는 보건의료서비스를 참조하여야 한다.

또한 란스팅은 응급 의료 준비태세가 유지될 수 있도록 보건의료계획을 수립해야 한다.

제2a조. 란스팅은 보건의료서비스가 주민과 가까운 곳에서 제공될 수 있도록 보건의료 활동을 구성해야 한다. 품질 또는 효율성의 관점에서 정당화될 수 있는 경우에는, 지리적으로 보건의료서비스가 집중될 수 있다.

법률(2018:553).

제 3 조. 란스팅은 해당 란스팅이 보건의료 책임을 지고 있는 모든 사람들로 하여금 보건의료서비스 제공자를 선택할 수 있도록 할 뿐만 아니라 상시적으로 접촉할 수 있는 의사를 선택 및 활용할 수 있도록 1차 보건의료를 조직해야 한다(vårdvalssystem; 의료선택시스템). 란스팅은 개인의 선택을 란스팅 내 특정 지역으로 제한하여서는 안 된다.

의료선택시스템 하에서 란스팅으로부터 서비스 제공자에게 제공되는 보상은 서비스 제공자에 대한 각 개인의 선택에 따라 지급되어야 한다.

란스팅이 의료선택시스템을 도입하기로 결정할 시, 공공서비스 선택에 관한 법률(lag om valfrihetssystem, 2008:962)이 적용된다.

제 4 조. 의료시설에서의 입원가료를 요하는 보건의료 부문을 위해서는 병원이 있어야 한다.

제 5 조. 정부가 지정한 기관은 전국 차원에서 고도로 전문화된 의료 부문을 구성하는 보건의료 부문은 무엇인지에 대해서와 해당 의료서비스가 여하하게 제공되어야 하는지에 대해서 결정한다. 전국적 차원의 고도의 전문적 의료 분야를 구성해야 하는지 여부를 판단할 시에는 특히, 해당 의료의 복잡하거나 희소한지에 대해 그리고 그것이 특정한 횟수를 필요로 하거나 다양한 분야의 전문 지식, 대규모 투자 또는 과도한 비용 등을 수반하는지 여부를 고려하여야 한다.

상기한 문단에 따른 결정에는 이의를 제기할 수 없다.

법률(2018:143).

제5a조. 전국 차원의 고도화된 전문 의료행위를 수행하기 위해서는 허가를 필요로 한다. 정부가 지정한 기관은 란스팅의 신청에 따라 해당 허가에 관한 여부를 결정할 수 있다. 허가는 차후 공지가 있을 때까지 그 효력을 가지며, 일정 요건을 적용한다. 허가에 관한 요건이 더 이상 충족하지 못하거나, 허가를 위한 조건이 변경되거나 허가를 득한 자가 요청할 시에는 허가가 취소될 수 있다.

첫 번째 문단 및 두 번째 문단에 따른 결정에는 이의를 제기할 수 없다.

법률(2018:143).

제5b조. 정부 또는 정부가 지정한 기관은 고도로 전문화된 의료 행위를 수행하기 위해 필요한 허가 및 그 허가의 취소에 대해 적용하는 제 조건에 관한 규정을 제정할 수 있다.

법률(2018:143).

제 6 조. 각 란스팅은 란스팅 내에 보건의료시설로/보건의료시설로부터 이동할 수 있는 적절한 조직이 있는지 또는 의료 시설 또는 특정한 목적을 위해 고안된 이동수단을 활용하여 의료 행위를 수행하여야 하는 의사에게 적합한 조직이 있는지 여부를 확인하여야 한다.

제 7 조. 보건의료 관련 계획 및 개발에 있어 란스팅은 지역 내 사회단체, 조직 및 보건의료서비스 제공자와 협력하여야 한다.

제 8 조. 여러 란스팅에 영향을 미치는 보건의료 관련 사안에 있어 각 란스팅은 협력하여야 한다.

제 9 조. 란스팅은 본 법률에 따른 란스팅의 책무 영역 내에서 가용 자원을 보다 효과적으로 활용하기 위해 코뮌, 사회보험청(Försäkringskassan) 및 공공고용청(Arbetsförmedlingen)과 협약을 체결할 수 있다. 란스팅은 해당 협력에 의해 수행되는 활동에 대한 재정의 일부를 담당한다. 재활치료의 재정 조정에 관한 법률(lag om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser, 2003:1210)에 따라, 란스팅은 재활부문의 재정 조정에 관여할 수 있다.

감사원(Riksrevisionen)은 사회보험청 또는 공공고용청이 재정의 일부를 담당하고 해당 기관과의 협력을 통해 수행한 활동에 대해 감사를 실시할 수 있다. 감사원은 감사에 필요한 정보에 접근할 수 있는 권리를 가진다.

제 8 장. 보건의료서비스 제공

제 1 조. 란스팅은 해당 란스팅 내에 거주하는 사람들에게 보건의료서비스를 제공하여야 한다. 주민등록법(folkbokföringslagen, 1991:481) 제16조에 따라 주민등록이 되어 있고 해당 란스팅에 상시 거주하는 자들에게도 동일하게 적용한다. 란스팅은 또한 주민들의 건강 증진을 위한 기타 활동을 수행하여야 한다.

법률(2018:694)

제 2 조. 또한 란스팅은 다음에 해당하는 자에게도 양질의 보건의료서비스를 제공하여야 한다.

1. 유럽의회(Europaparlamentet; European Parliament)와 유럽이사회(Europarådet; European Council)가 사회보장체계에 대한 조정에 관해 2004년 4월 29일 채택한 규정(EG nr 883/2004)에 따라, 현재 해당 지역에 거주하지 않더라도 질병 및 출산 시 스웨덴에서의 보건의료 혜택을 받을 권리를 가진 자; 그리고
2. 제5장 제7조 첫 번째 문장에 언급된 사회보험규약의 적용을 받는 자.

보건의료서비스는 고용되어 있는 지역 란스팅이 제공하여야 하며, 실직자의 경우에는 실직자가 구직 등록을 한 란스팅에서 제공하여야 한다. 이에 해당하는 자가 해당 규정에 의해 질병 및 출산 시 스웨덴에서의 보건의료료를 받을 자격을 가지고 있다면 그 가족 구성원에 대한 보건의료서비스 역시 동일 란스팅에서 제공하여야 한다. 그러나 그 가족 구성원이 스웨덴에 거주하고 있는 경우에는 제1조를 적용한다.

제 3 조. 란스팅은 타 란스팅이 보건의료 부문 책임을 가지고 있는 사람들에게도 개방형 보건의료료를 제공하여야 한다. 해당 환자는 제9장 제1조에 따른 란스팅의 보건의료 보장에 해당되지 아니한다. 그렇지 아니할 경우, 환자에게는 본 거주지 란스팅이 제공하는 것과 동일한 조건의 보건의료서비스가 제공되어야 한다.

제1조에 따라 타 란스팅이 책임져야 할 환자에게 보건의료서비스를 제공하여야 할 경우, 란스팅은 첫 번째 문단에 따라 환자에게 제공하는 보건의료서비스의 비용에 대해서도 책임을 가진다. 그러나 란스팅이 진료를 위한 의뢰를 요구했을 때, 해당 의뢰 규정이 준수되지 않는다면 해당 책임조항을 적용하지 아니한다.

제 4 조. 해당 란스팅에 주소지 없이 거주하는 자에게 긴급한 보건의료서비스가 필요한 경우에는, 해당 란스팅 보건의료서비스를 제공하여야 한다.

제 5 조. 각 란스팅은 다음과 같은 경우에도 타 란스팅이 보건의료 부문 책임을 가지고 있는 사람들에게 보건의료서비스를 제공할 수 있다.

1. 해당 사안에 대해 란스팅 간 동의를 있거나,
2. 전국 차원에서 고도로 전문화된 치료에 관한 사안일 경우.

법률(2018:143)

제 6 조. 란스팅의 책무에는 제12장 제1조 또는 제14장 제1조에 따라 코뮌이 담당하는 보건의료서비스는 포함되지 아니한다.

제 7 조. 란스팅은 제1조에 명시된 자에게 다음과 같은 것을 제공하여야 한다.

1. 재활 치료 및 재활;
2. 장애인을 위한 지원;
3. 청각 장애아동, 청각 장애인, 성인 청각 장애인 및 청각 기능 이상자에 대한 일상적인 통역 서비스.

그러나 란스팅의 책무에는 제12장 제5조에 따라 코윈이 담당하는 첫 번째 문장 및 두 번째 문장에 관련된 조정 사항은 포함되지 아니한다. 기타 법률에 따라 고용주 또는 다른 자에게 부과된 의무와 관련된 제한 사항도 란스팅의 책임 영역에 속하지 아니한다.

첫 번째 문단 1 또는 2에 명시된 조치를 제공함에 있어, 란스팅은 환자와의 협의를 통해 개인별 맞춤형 계획을 작성하여야 한다. 해당 계획은 숙고된 것으로 확실한 조치를 포함하여야 한다.

제 8 조. 란스팅은 가정에서 보건의료서비스를 제공받는 자에게 의약품을 무상으로 제공할 수 있다(hemsjukvård; 재택 의료).

제 9 조. 란스팅은 제1조에 명시된 자에게 심각한 질병 또는 해당 질병에 따른 치료 후에도 지속적으로 필요한 소모품을 제공하여야 한다. 제12장 제6조에 따라 해당 책임을 코윈이 가지고 있는 경우에는 란스팅의 책임에 해당하지 아니한다.

정부 또는 정부가 지정한 기관은 본 조의 첫 번째 문단에 명시된 해당 소모품에 관한 규정을 제정할 수 있다.

제10조. 망명 신청자 등의 보건의료에 관한 법률(lag om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl., 2008:344) 및 필수 요건을 결여한 채 스웨덴에 체류하는 특정 외국인의 보건의료에 관한 법률(lag om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd, 2013:407)에는 보건의료서비스에 관한 특별 조항이 있다.

제 9 장. 의료보장

제 1 조. 란스팅은 제8장 제1조 또는 제2조에 따라 란스팅이 책임을 지는 사람들에게 의료 보장을 제공하여야 한다. 의료보장에는 일정한 시간이 보장된다는 내용이 포함되어야 한다.

1. 1차 보건의료 단계에서의 접촉,
2. 1차 보건의료 단계에서 의사 또는 기타 합법적 의료 전문가에 의한 의학적 판단,
3. 전문적인 치료 단계에서의 접촉,

4. 계획에 입각한 치료.

법률(2018:553)

제 2 조. 란스팅이 제1조, 제3조 또 제4조 따른 보장을 이행하지 못할 경우, 란스팅은 환자로 하여금 추가 비용 부담 없이 다른 의료서비스 제공자로부터 치료를 받을 수 있도록 하여야 한다.

제 3 조. 란스팅은 대기 시간에 관한 정보를 국가 데이터베이스에 기록하여야 한다.

제 4 조. 정부 또는 정부가 지정한 기관은 다음과 같은 사안에 대해 규정을 제정할 수 있다.

1. 제1조에 따른 의료보장이 이행되어야 하는 기간 및 보장 내용에 관한 사항,
2. 제3조에 따른 란스팅의 기록 의무에 관한 사항.

제10장. 기 타

치료 방법의 선택

제 1 조. 란스팅은 환자로 하여금 환자법(patientlagen, 2014:821) 제7장 제1조에 명시된 바와 같이 치료 방법에 관해 선택할 수 있는 기회를 제공하여야 한다.

보조 기구의 선택

제 2 조. 란스팅은 환자로 하여금 환자법(patientlagen, 2014:821) 제7장 제2조에 명시된 바와 같이 보조 기구를 선택할 수 있는 기회를 제공하여야 한다.

새로운 의학적 판단

제 3 조. 란스팅은 환자로 하여금 환자법(patientlagen, 2014:821) 제8장 제1조에 명시된 바와 같이 새로운 의학적 판단을 받을 수 있는 기회를 제공하여야 한다.

해양 구조 활동과 관련된 의료 활동

제 4 조. 해양 구조 활동

스웨덴 영해 외부의 해역에서 이루어지는 해양 구조 활동과 관련하여 해양 구조 활동 요청이 스웨덴 당국에 접수된다면, 란스팅은 사고에 따른 신체적·정신적 손상을 최소화하기 위한 목적 하에서 의료 활동을 실시할 수 있다.

표제어 폐기 U:2020-07-01

일반의학 및 전문의 교육실습 서비스

표제어 발효 I:2020-07-01

전문의 교육실습 서비스

제5조/적용 중지 U:2020-07-01/. 란스팅은 의사 학위과정을 이수한 모든 의사들에게 일반 의학 관련된 실습을 위한 고용의 기회를 제공해야 하며, 외국에서 일반의학 교육을 받은 의사들에게도 환자안전법(patientsäkerhetslagen, 2010:659) 제4장에 따라 의사 자격을 인정받기 위한 실습을 완료할 수 있도록 하는 고용의 기회를 부여하여야 한다. 일반의학 교육에 따른 고용은 특정한 기간에 한정하여 이루어져야 한다.

란스팅에는 또한 임상 활동에 있어 전문 지식을 갖춘 의사에 대한 향후 요구에 부합할 수 있도록 의사에 대한 전문화 실습을 위한 고용의 기회가 있어야 한다.

제5조/발효 I:2020-07-01/. 란스팅에는 임상 활동에 있어 전문 지식을 갖춘 의사에 대한 향후 요구에 부합할 수 있도록 기본 활동을 포함하여 의사에 대한 전문화 실습을 위한 고용의 기회가 있어야 한다.

법률(2018:1997)

제 4 부. 코뮌의 책무

제11장. 조직, 계획 및 협업

제 1 조. 코뮌의 보건의료활동 관리는 사회복지서비스법(socialtjänstlagen, 2001:453) 제2장 제4조에 따라 코뮌 자체의 하나 이상의 위원회에 의해 이루어져야 한다. 해당 위원회에 관한 규정은 보건의료 부문에 있어 공동 위원회에 관한 법률(2003:192)에 명시되어 있다.

제 2 조. 코뮌은 주민들의 요구에 기초하여 보건의료계획을 수립하여야 한다.

보건의료계획 수립 시 코뮌은 기타 보건의료서비스 제공자가 제공하는 보건의료 서비스를 참조하여야 한다.

제 3 조. 보건의료 관련 계획 및 개발에 있어 코뮌은 지역 사회단체, 조직 및 보건의료서비스 제공자와 협력하여야 한다.

제 4 조. 코뮌이 결정한 활동의 영역에는 의료 책임을 지닌 간호사가 배치되어야 한다. 코뮌의 활동 영역이 주로 재활 활동을 포함하는 경우에는, 물리치료사 또는 작업 치료사가 의료 책임을 지닌 간호사의 임무를 대체할 수 있다.

첫 번째 문장과 두 번째 문장은 제12장 제1조와 제2조에 명시된 바와 같이 란스팅에 속하지 않은 코뮌의 보건의료 활동에 있어, 수술 시에 의사가 없는 경우에 적용한다.

정부 또는 정부가 지정한 기관은 첫 번째 문장 및 두 번째 문장에 언급된 의료 인력의 책임과 의무에 관한 규정을 제정할 수 있다.

제12장. 보건의료서비스 제공

제 1 조. 코뮌은 코뮌의 결정에 따라, 제5장 제5조 두 번째 문장이나 제5장 제7조 세 번째 문장에 따른 거주 형태 또는 그에 준하는 거주 형태, 또는 사회복지서비스법 (socialtjänstlagen, 2001:453) 제7장 제1조 첫 번째 문장에 명시된 거주 형태에 거주하는 자들에게 양질의 보건의료서비스를 제공하여야 한다. 또한 코뮌은 동 법률 제3장 제6조에 따른 일상운영과 관련하여 방문자에게도 양질의 보건의료서비스를 제공하여야 한다.

법률(2018:1727)

제 2 조. 코뮌은 일상적 거주 형태나 사회복지서비스법(socialtjänstlagen, 2001:453) 제5장 제5조 세 번째 문장에 명시된 특정한 거주 형태에서 이루어지는 재택 의료서비스를 제공할 수 있다.

법률(2018:1727)

제 3 조. 제16장 제1조 세 번째 문장에 명시된 사항을 제외하고, 제1조 및 제2조에 명시된 사항은 의사가 제공하는 보건의료서비스에는 적용하지 않는다.

제 4 조. 란스팅은 란스팅에 속한 코윈의 요청이 있을 경우, 의약품 보관소의 의약품을 무상으로 다음과 같은 자에게 제공할 수 있다.

1. 사회복지서비스법(socialtjänstlagen, 2001:453) 제5장 제5조 두 번째 문장에 명시된 바와 같이 특별한 주거 형태에 거주하는 자, 또는
2. 코윈이 제공하는 보건의료서비스를 통해 재택 의료를 받는 자.

란스팅은 의약품 보관소에 필요한 의약품 조달 비용의 책임이 있다.

제 5 조. 코윈은 제1조 및 제2조 또는 제14장 제1조에 따른 보건의료서비스와 관련하여, 재활 치료 서비스뿐만 아니라 장애인을 위한 보조 기구를 제공한다.

첫 번째 문장에 명시된 조치를 제공함에 있어, 코윈은 환자와의 협의를 통해 개인별 맞춤형 계획을 작성하여야 한다. 해당 계획은 숙고된 것으로 확실한 조치를 포함하여야 한다.

제 6 조. 코윈은 제1조에 따른 보건의료서비스와 관련하여, 제8장 제9조에 명시된 소모품을 제공하여야 한다.

제13장. 기 타

치료 방법의 선택

제 1 조. 코윈은 환자로 하여금 제12장 제1조 및 제2조와 제14장 제1조에 명시된 보건의료 부문에 있어 환자법(patientlagen, 2014:821) 제7장 제1조에 명시된 바와 같이 치료 방법에 관해 선택할 수 있는 기회를 제공하여야 한다.

보조 기구의 선택

제 2 조. 코윈은 환자로 하여금 환자법(patientlagen, 2014:821) 제7장 제2조에 명시된 바와 같이 보조 기구를 선택할 수 있는 기회를 제공하여야 한다.

제 5 부. 보건의료 주체에 대한 기타 조항

제14장. 란스팅으로부터 코뮌으로의 책임 이전

제 1 조. 란스팅은 해당 란스팅에 속한 코뮌에게 일반 거주 형태나 사회복지서비스법(5 kap. 5 § tredje stycket socialtjänstlagen, 2001:453) 제5장 제5조 세 번째 문장에 명시된 특별 시설에서 제공되는 재택 의료와 관련된 보건의료서비스 제공에 관한 책임을 위임할 수 있다. 이에 대한 협약에는 의사가 제공하는 보건의료서비스에 대한 책임 사항이 포함되어서는 안 된다. 그러나 제8장 제9조에 명시된 소모품에 관한 책임 사항은 해당 협약에 포함될 수 있다.

란스팅은 책임을 이전한 코뮌에게 재정 지원을 할 수 있다.

법률(2018:1727).

제 2 조. 각 란스팅이 제1조에 따라 해당 란스팅에 속한 모든 코뮌에 재택 보건의료 관련 책임을 이전한다고 할 때, 각 코뮌 간에 비용에 관한 균형이 필요할 경우에 각 코뮌들은 상호 간 재정 지원을 할 수 있다.

제 3 조. 란스팅은 란스팅에 속한 각 코뮌이 장애를 가진 사람들에 대한 지원을 담당할 책임을 지는 사항에 관해 코뮌과 협약을 체결하여야 한다. 제12장 제5조 두 번째 문장에 따른 개인별 맞춤형 계획에 관한 조항과 제13장 제2조에 따른 보조 기구의 선택에 관한 조항은 특정한 경우에 적용한다.

제15장. 기타 주체와의 계약

제 1 조. 란스팅과 코뮌은 보건의료 주체로서의 지위를 유지하되, 본 법률에 따라 책임을 다해야 하는 임무를 수행하기 위한 목적에서 기타 주체와의 계약을 체결할 수 있다. 해당 계약에는 책임 영역 이관에 적용할 특정한 조건이 명시되어야만 한다. 그러나 해당 계약에 따라 보건의료 주체로서의 권한과 책무가 법인이나 개인에게 양도되어서는 안 된다.

제16장. 보건의료 주체 간 협업

제 1 조. 각 란스팅은 제12장 제1조에 따른 특별 주거 형태 및 주간 활동에 있어 각 개인에게 양질의 보건의료서비스를 제공하는 데 필요한 의료자원을 해당 란스팅에 속한 코뮌에 할당하여야 한다. 이는 제14장 제1조에 따라 책임 소재가 코뮌에 있을 경우에는, 사회복지서비스법(socialtjänstlagen, 2001:453) 제5장 제5조 세 번째 문장에 언급된 일반 거주 형태 및 특별 거주 형태에서 이루어지는 재택 보건의료에도 동일하게 적용한다.

각 란스팅은 해당 란스팅에 속한 코뮌과 의료 개입의 범위 및 그 형태에 관한 협약을 체결하여야 한다.

란스팅이 의사 공급 계약에 따른 의무사항을 이행하지 못할 경우에는, 코뮌이 자체적으로 의사를 고용하고 란스팅으로부터 해당 의사에 관한 비용을 상환 받을 권리를 가진다.

법률(2018:1727).

제 2 조. 란스팅과 코뮌은 제12장 제1조 및 제2조에 따라 자치단체가 보건의료 부문에서의 책임을 다해야 하는 사람들로 하여금, 각 개인이 제8장 제9조에 따라 각자의 필요에 의한 기타 치료와 조치, 보조 기구, 소모품 등의 서비스를 제공받을 수 있도록 협력하여야만 한다.

제 3 조. 란스팅은 다음과 같은 사람들에 대한 협업에 관해 코뮌과 협정을 체결할 수 있다.

1. 정신적 장애를 가진 사람,
2. 알코올, 약물, 기타 중독성 물질, 또는 사행성 게임에 중독된 사람,
3. 본래의 가정 외부에서 보호받고 있는 아동 및 청소년.

가능한 경우, 상기한 자 개인 또는 그 다수를 대표하는 조직은 란스팅과 코뮌의 협정 내용에 대해 의견을 개진할 수 있는 기회를 가질 수 있어야만 한다.

법률(2017:810).

제 4 조. 개인이 보건의료서비스 및 사회복지서비스의 도움을 필요로 할 경우, 란스팅과 코뮌은 개인별 맞춤형 계획을 수립하여야 한다.

란스팅과 코뮌은 개인이 각자의 필요를 충족하기 위해 필요하다고 생각하고, 계획 수립에 동의한 경우에 해당 계획을 작성하여야 한다. 계획 작성에 따른 작업은 지체 없이 시작되어야만 한다.

해당 계획은 가능한 한 각 개인과 함께 협의하여 작성하여야 한다. 각 개인이 반대하지 않는다면, 각 개인의 친지에게도 해당 계획의 작성에 참여할 수 있는 기회를 부여하여야 한다.

해당 계획에는 다음과 같은 사항이 포함되어야 한다.

1. 필요한 조치,
2. 각 보건의료 주체가 책임질 수 있는 조치,
3. 란스팅 또는 코뮌 이외의 주체가 취할 수 있는 조치,
4. 보건의료 주체 중 해당 계획에 대한 전체적인 책임 소재

제17장. 수수료

수수료 부과

제 1 조. 환자가 예정했던 방문을 진행하지 못할 경우에도 란스팅 또는 코뮌의 결정에 따라 의료비용 및 수수료가 부과될 수 있다. 제8장 제1조~제3조, 제12장 제1조 및 제2조, 제14장 제1조에 따라 란스팅 또는 코뮌이 보건의료 관련 책임을 가지고 있는 환자 모두에게 동일하게 적용한다.

첫 번째 문장은 별도로 규정하지 않은 사안에는 적용하지 않는다.

제 2 조. 란스팅은 폐쇄형 보건의료에 있어 소득 수준에 따른 수수료 기준을 설정하고 해당 수수료 감면에 어떠한 규정을 적용할지 결정할 수 있다. 폐쇄형 보건의료에 따른 수수료는 사회보험규약(socialförsäkringsbalken) 제2장제6조 및 제7조에 따라 치료 일수에 따른 비용 기준 매일 최대 0.0023까지 증액할 수 있으며, 반올림하여 최대 10크로나까지 허용한다.

제 3 조. 85세 이상의 환자에게는 제6조에 언급된 의료 수수료 및 보건의료 또는 소모품 관련 비용을 청구하지 않을 수 있다.

제 4 조. 법률(2017:616)에 의해 폐지한다.

제 5 조. 환자가 치료를 받았거나 예약된 방문을 실행하지 않았을 때 부과되는 수수료는 18세 미만의 환자인 경우에는 환자의 보호자에게 부과한다. 만약 보호자가 다수인 경우에는 보호자들이 공동으로 수수료를 지불하여야 한다. 특별한 경우에는 미성년자에게 수수료가 부과될 수 있다.

란스팅의 고액 수수료 보호

제 6 조. 개인의 경우, 수수료가 최초 지불된 시점부터 1년 이내에는 사회보험규약(socialförsäkringsbalken) 제2장 제6조 및 제7조에 따라 최초 수수료 대비 최대 0.025 까지만 증액될 수 있으며, 이는 반올림하여 최대 50 크로나 또는 란스팅에서 결정한 금액 이하로 한다.

1. 제8조 첫 번째 문장 제1호에 명시되지 않은 경우, 본 법률에 따라 개방형 보건 의료에 관련된 의료비용,
 2. 제8장 제9조에 명시된 소모품에 관련된 비용,
 3. 치과치료법(tandvårdslagen, 1985:125) 제8조에 명시된 치과치료에 관련된 비용.
- 첫 번째 문단에 따른 수수료 면제를 산정할 때, ‘유럽경제지역(EEA)의 보건의료 관련 비용 상환에 법률(lagen om ersättning för kostnader till följd av vård inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet, 2013:513)’ 제7조 두 번째 문장에 따른 수수료 조항도 동일하게 적용한다.

제 7 조. 편부모 또는 부모가 공동으로 돌보는 18세 미만의 자녀가 여럿인 경우에는, 자녀에 대한 지불 비용 및 공제 비용 합계가 제6조에 명시된 총액 한도에 도달할 시, 자녀 합산 지출액을 면제한다. 해당 조항은 제6조에 명시된 기간 중에 18세에 도달한 자녀가 있을 경우에도 동일하게 적용한다.

부모란 양육가정의 부모를 의미하기도 한다. 상시 함께 거주하고 있거나, 결혼한 적이 있거나 혼인 관계를 유지하고 있거나 자녀를 둔 사람들도 부모로 포함한다.

코뮌의 고액 수수료 보호

제 8 조. 개인의 경우, 아래에 해당하는 사안에 대한 수수료는 사회보험규약(socialförsäkringsbalken) 제2장 제6조 및 제7조에 따라 비용 대비 매달 최대 0.5392까지 적용한다.

1. 제12장 제1조 또는 제2조, 또는 제14장 제1조에 따른 의료,
2. 제12장 제6조에 따른 소모품,
3. 사회복지서비스법(socialtjänstlagen, 2001:453) 제8장 제5조에 따른 재택 서비스 및 데이 케어.

그러나 수수료는 각 개인의 개인적 필수비용 및 기타 정상적인 생활비에 여유가 없을 정도로 초과된 금액으로 청구되어서는 안 된다. 또한 수수료를 결정함에 있어, 각 코뮌은 각 개인의 배우자 또는 동거인이 불합리할 정도로 재정적인 악영향을 받지 않도록 하여야 한다.

두 번째 문단에 따라 수수료의 기준과 추정 금액을 산정할 때, 사회복지서비스법 제8장 제3장, 제4장, 제7장 및 제8장의 조항을 적용한다.

법률(2017:616).

제18장. 기 타

악용 사례에 대한 신고의 의무

제 1 조. 제7장 제1조 또는 제11장 제1조에 따라 자체 활동에 관리를 진행하는 위원회는, 신규 자금이 부적절한 목적으로 사용되거나 기존 자금의 남용 패턴에 새로운 변화가 있음을 감지하였을 경우, 해당 사실을 공중보건국(Folkhälsomyndigheten)에 즉시 신고하여야만 한다.

연 구

제 2 조. 란스팅과 코뮌은 보건의료 부문의 임상 연구 및 공중 보건과학연구에 관한 일부 과업에 있어 자원 조성, 계획 및 실행 등에 참여하여야 한다. 해당 사안과 관련하여 란스팅 및 코뮌은 필요한 범위 내에서 관련 대학교 및 대학과 협력하여야 한다.

평시의 보건의료서비스

제 3 조. 평시 특별 사건의 전후 과정에 있어 란스팅과 코뮌의 조치 및 대비에 관한 법률 (lag om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap, 2006:544) 제4장 제1조에 따라 타 란스팅 또는 코뮌 으로부터 서비스를 받는 사람은 본 법률에 의해 란스팅과 코뮌이 보호를 제공할 의무 조항의 적용을 받는다.

경과

2017:30

1. 본 법률은 2017년 4월 1일부터 발효한다.
2. 본 법률을 통해 기존 보건의료서비스법(hälso- och sjukvårdslagen, 1982:763)은 폐지 한다.
3. 제8장 제3조 첫 번째 문장에 따른 조항은 란스팅이 보건의료서비스 제공과 관련해 의료서비스 제공자와 2015년 1월 1일 이전에 체결하여 현재는 효력이 만료된 계약에 따라 제공되는 치료에는 적용하지 아니한다. 2017년 4월 1일부터 해당 계약은 제8장 제3조 첫 번째 문장에 따른 조항의 적용 없이 갱신되어서는 안 된다.
4. 제17장 제5조의 조항은 2010년 6월 1일 이전에 수수료 지불 의무가 발생한 경우에는 적용하지 아니한다.
5. 1971년 6월 14일 채택된 피고용인, 자영업자 또는 그 가족 구성원이 유럽 공동체 내에서 이동할 때 적용하는 사회보장계획에 관한 유럽공동체 규정(EEC No 1408/71)의 적용 을 받는 사람들은 2011년 1월 1일을 기해 폐지된 법률의 제3c조를 지속 적용한다.
6. 물리치료사의 경우, 2014년 1월 1일을 기해 폐지된 법률의 제24조를 지속 적용한다.

2018:143

1. 본 법률은 2018년 7월 1일부터 발효한다.
2. 폐지된 보건의료서비스법(hälso- och sjukvårdslagen, 1982:763) 제9b조 또는 2018년 7월 1일 이전의 보건의료서비스법(hälso- och sjukvårdslagen, 2017:30) 제7장 제5조에

따라 적용하던 허가 요건은 국가 고도전문화 의료와 관련해 본 법률에 의해 명시된 새로운 조항과 규정에도 적용한다. 해당 허가 요건은 허가 기간이 만료되었다 할지라도 지속 적용한다.

2018:1997

1. 본 법률은 2020년 7월 1일부터 발효한다.
2. 정부 또는 정부가 지정한 기관은 란스팅에서 의사의 일반의학 교육 서비스를 위한 고용 기회를 다루는 이전 규정을 여하히 적용할지에 관한 규정을 제정할 수 있다.

연구보고 19-05
아동 보건의료법제 개선방안 연구

2019년 10월 28일 인쇄
2019년 10월 31일 발행

발행인 | 김계홍

발행처 | 한국법제연구원
세종특별자치시 국책연구원로 15
(반곡동, 한국법제연구원)
전화 : (044)861-0300

등록번호 | 1981.8.11. 제2014-000009호

홈페이지 | <http://www.klri.re.kr>

값 10,000원

1. 본원의 승인없이 전재 또는 역재를 금함. ©
2. 이 보고서의 내용은 본원의 공식적인 견해가 아님.

ISBN : 978-89-6684-956-7 93360

배건이(책임)

학 력

동국대학교 법학박사(헌법전공)
(현) 한국법제연구원 부연구위원

연구실적 및 논문

〈연구보고서〉

주요외국의 지방자치제도 연구 - 스위스, 한국법제연구원(2018)
온천법에 관한 사후적 입법평가연구, 한국법제연구원(2016)
스웨덴 입법평가의 적용과 실제에 관한 연구, 한국법제연구원(2015)
공유재산 및 물품관리법상 공유재산 사용료 부과규정에 관한 사후적 입법평가, 한국법제연구원(2014)
1인가구 지원법제에 관한 입법평가연구, 한국법제연구원(2013)
입법평가시 지속가능성심사의 적용에 관한 연구, 한국법제연구원(2012)

〈논문〉

민관협력법제의 법적 쟁점에 관한 고찰, 입법학연구 제16집제2호(2019)
노르웨이 입법평가제도에 관한 연구 - 입법과정에서 국민참여 관점을 중심으로, 입법학연구 제14집제2호(2017)
철도산업발전기본법에 관한 사후적 입법평가연구, 입법평가연구 제12호(2017)
국민주권과 정당, 국가법연구 제12집제2호(2016)
독일교원의 정치활동 자유 및 제한에 관한 고찰, 유럽헌법연구 제18호(2015)
국가의 미래세대보호를 위한 입법론적 연구, 국가법연구 제10집(2014)
1인 가구 주거안정을 위한 주택법제 개선방안 연구, 토지공법연구 제64집(2014)
국민연금법 일부개정안에 관한 지속가능성심사연구 - 상관성 분석을 중심으로, 입법평가연구 제7호(2013)
헌법해석방법론에 관한 연구: 세대간 계약론을 중심으로, 유럽헌법연구 제12권제12호(2012)
스위스연방헌법 제170조 실효성심사 조항에 관한 고찰, 유럽헌법연구 제11권 제11호(2012)

KLRI KOREA LEGISLATION
RESEARCH INSTITUTE



ISBN 978-89-6684-956-7

값 10,000원