

## 소아 영역의 건강보험제도 개선안

고려대학교 의과대학 소아과학교실, 대한소아과학회 보험이사

은 백 린

= Abstract =

### A suggestion of health insurance for children

Baik-Lin Eun, M.D.

Department of Pediatrics, Korea University, School of Medicine, Seoul, Korea

The Korean Health Insurance (KHI) has been introduced since 1977 and it took only 12 years that KHI had accomplished the total coverage of Korean population. The remarkable success of KHI can be compared with other OECD countries which had taken some 30 years to over 100 years to establish the total coverage of the population. Life expectancy at birth and the infant mortality rate in Korea in 2005 both surpassed the average figures of the OECD countries, The main reason for the success of KHI can be delineated with the three characteristics in KHI development; low premiums, low benefits, and low fee-schedule charges. However, these three characteristics of KHI, which had been the key for the rapid development of the system, have become terrible disadvantages for the stable development of KHI. The dissatisfaction and discontent of health care providers are ever increasing. The population is reluctant to pay more premiums though it seems essential for the better care coverage. The health care system has been heavily distorted toward high technology-oriented expensive care. There should be several factors seriously tackled for the secure development of KHI in the future. This paper will review a brief history of KHI development, and I would like to make a suggestion of health insurance for children. (**Korean J Pediatr 2008;51:339~342**)

**Key Words :** Health insurance, Child, Korea

#### 서 론

우리나라의 건강보험은 사회적 연대성의 원리에 의해 주로 의료서비스의 접근성을 높이는 방향으로 추진됨으로써 단기간에 전국민건강보험을 실시할 수 있었지만, 낮은 건강보험수가로 인한 진료왜곡의 심화, 건강보험제정의 약화 등 많은 문제점을 안은 채로 운영되어 왔다. 뿐만 아니라 2000년에 들어와 직장의료보험이 국민의료보험과 통합되고 의약분업이 실시되면서 건강보험관련 의료정책은 더욱 큰 혼란에 빠졌다. 건강보험의 통합운영이나 의약분업의 실시는 이론적으로 당위성을 갖지만 급격한 의료비 증가와 의료수요의 변화, 건강보험 재정상태, 보험료 부과 의 형평성, 저 수가정책, 높은 본인부담금 제도 등의 현실적인 면을 도외시한 의료정책이었다.

1977년 직장의료보험으로 출발한 우리나라 건강보험이 지난 30년 동안 쌓아온 성과는 적지 않다. 의료보장의 절대적 수준만

을 놓고 보면 아직도 주요 선진국들에 비해 한참 뒤쳐지는 것도 사실이지만, 그 어느 국가에 비할 수 없을 만큼 빠른 속도로 제도 발전을 이루어 온 것 역시 부인할 수 없다. 1977년에 의료보험을 도입하고 1989년에 전국민 의료보험을 달성하는 과정에서 정부는 낮은 보험료 부과를 통하여 국민 부담에 따른 저항을 회피하고, 대신 의료의 저급여, 저수가, 비급여 특인의 구조적 문제점을 초래하였다. 이러한 구조적 문제점은 2001년에 상대가치제도를 도입한 이후에도 개선되지 아니하여 의료의 왜곡 현상은 현재까지도 지속되고 있다. 이에 본고에서는 건강보험의 개념과 우리나라 건강보험제도의 역사 및 현재 시행되고 있는 건강보험정책 중 소아에 대한 구조적인 문제점들을 살펴보고, 향후 선진국형 저출산 고령화 사회에 적극 대응할 수 있는 소아 영역의 건강보험제도 개선안을 제시하고자 한다.

#### 본 론

##### 1. 건강보험의 개념과 의의

건강보험은 질병과 부상의 발생을 보험사고로 하는 보험제도이다. 우리나라 사회보장에 관한 법률 제 1조에서는 사회보장제

Received : 20 October 2007, Accepted : 29 December 2007

Address for correspondence : Baik-Lin Eun, M.D.

Department of Pediatrics, College of Medicine, Korea University,

Guro 2-dong, Guro-gu, Seoul, 152-703 Korea

Tel : +82.2-2626-3153, Fax : +82.2-858-1249

E-mail : bleun@korea.ac.kr, bleun@chollian.net

도를 사회보험과 공공부조를 근간으로 하고 있다고 규정하고 있고, 건강보험법 제 1조(목적)에는 '국민의 질병, 부상, 분만 또는 사망 등에 대하여 보험급여를 실시함으로써 국민보건을 향상시키고 사회보장의 증진을 도모함을 목적으로 한다'고 규정하여 우리나라 건강보험이 사회보험임을 명시하고 있다. 건강보험은 생활기반을 같이 하는 사회집단끼리 본인, 노사각층 및 정부지원에 의해 국민들이 평소에 보험료를 내어 기금화 하였다가 가입자와 그 가족이 우연한 질병이나 부상으로 인하여 건강에 위협을 당하게 될 때 보험급여를 해줌으로써, 예방 또는 치료로 소요되는 경비 지출로 인한 경제적 타격을 보장해 주어 국민 상호간에 위험을 분담하고 의료서비스를 제공하는 사회보장제도이다. 즉, 건강보험이라는 용어는 질병과 관계되는 여러 가지 제도의 총괄적인 명칭으로 정의되며, 우리나라에서도 그 역할과 기능이 확대된 국민건강보험으로 개칭되었다.

## 2. 우리나라 건강보험제도의 발전

우리나라 건강보험제도의 도입은 1963년 의료보호법이 제정되면서 시작되었다고 볼 수 있으나, 실질적으로 정부 주도하에 실시된 것은 1977년 7월, 500인 이상 근로자를 가진 기업 장에 의료보험을 임의 적용하면서 시작되었으며, 점차 그 적용대상을 소규모 사업장(1979년 300인 이상, 1981년 100인 이상, 1982년 16인 이상, 1985년 5인 이상)에까지 확대 적용하여 처음에는 직장근로자를 중심으로 실시하였다. 그 후 지역주민들에 대해서는 시범적으로 일부지역에서 실시되어 오다가 1988년 1월을 기해 전국 농어촌 지역에 행정구역별로 지역의료보험조합을 설립하고 의료보험을 실시하였다. 도시 지역주민에 대해서는 1989년 7월에 의료보험을 적용시킴으로써 사회주의 국가나 조세에 의한 재원조달방식의 의료보장을 국민들에게 적용시켜 온 나라들을 제외하고는 세계에서 가장 짧은 기간인 12년 만에 전국민 건강보험을 실현시킨 나라가 되었다. 그리하여 의료보험의 적용의 확대가 이루어져 소득이 있는 계층에 대해서는 의료보험제도를 통해, 자력으로 생계능력이 없는 계층에 대해서는 의료보호제도를 통해 전 국민에 대해 의료보장이 이루어지게 되었다. 이후, 정부는 의료보험 운영의 통합을 위해 1단계로 1998년 10월 1일 공무원 및 사립학교 교직원 의료보험과 지역의료보험을 통합하여 국민 의료보험 공단을 출범시켰다. 그 후 2단계로 2000년 7월 1일 직장의료보험까지 통합시켜 단일운영자로 국민건강보험공단을 출범시켰다. 이러한 국민건강보험의 통합은 적용 대상간의 형평성의 제고, 중복된 행정관리의 축소를 통한 관리 운영비의 절감, 전산망의 통합으로 인한 그동안의 비효율적인 조합운영의 개선 등을 목표로 추진되었다. 또한 기본적인 의료제공 뿐만 아니라 최고의 건강수준을 보장해 주는 사회보장제도의 개념으로써 국민 건강보험으로 개칭되었다.

## 3. 우리나라 건강보험제도의 구조적인 문제점

우리나라 건강보험의 재정 위기는 선진국의 경험에서 볼 수

있듯이 고도 경제성장의 둔화, 경제적 부담 능력의 저하, 의료에 대한 기대 수준의 상승, 노인인구의 증가에 따른 의료 이용 증가 등의 요인들에 의해 필연적으로 발생하는 문제이다. 더구나 우리나라의 경우에는 의료비 지출을 효율화하기 위한 제도적 장치들이 미흡하여 재정 불안이 지속되었고, 의학분업을 시행하는 과정에서 정책 실패가 이러한 재정 위기를 더욱 가속화하고 있다.

지난 30년 사이에 우리나라 건강보험이 달성한 가장 큰 성과는 세계에서 유례를 찾을 수 없을 정도로 가장 단기간에 전국민 건강보험을 달성했다는 사실이다. 1883년 세계 최초로 국가 주도의 건강보험제도를 도입하기 시작한 독일이 전국민 건강보험을 달성하기까지는 무려 100여년(1883-1988)이 소요되었다. 일본의 경우에도 전국민 건강보험을 달성하는 데 36년(1922-1958)이 걸렸다. 이에 반해 우리나라는 1966년 의료보험법 제정을 기준으로 할 경우에는 26년, 1977년 직장의료보험 실시를 기준으로 할 경우에는 불과 12년 만에 전국민건강보험을 달성하였다.

이 같은 건강보험 적용 대상의 급속한 확대는 국민의 의료접근성을 크게 향상시켰고, 국민의 건강수준도 크게 향상되었다. 물론 국민의 건강수준 향상에 건강보험만이 기여한 것은 아니지만 출생 시 기대수명, 영아사망률 등이 선진국들과 비교하여 격차를 찾아볼 수 없거나 오히려 선진국들의 평균을 상회하고 있다.

그러나 우리나라 건강보험은 저부담-저수가-저급여 구조로 인하여 많은 문제점이 야기되었다. 실제로 국민들의 보험료 부담 수준은 선진국수준의 1/3-1/4정도에 불과하여 의료공급자에게 돌아가는 진료수가도 낮게 책정될 수밖에 없다. 그래서 건강보험 급여에서 제공하는 급여범위도 제한적일 수밖에 없고, 진료형태의 왜곡이나 비급여부문의 팽창이 발생된다. 그리고 현행 진료수가의 평균 원가 보전율이 미흡하여 박리다매식의 진료와 의료서비스의 과잉 제공, 그리고 비급여 진료의 팽창 등과 같은 의료공급자의 일탈을 구조적으로 유도다. 그리고 이런 일탈의 피해는 결국 의료공급자인 의사와 환자가 함께 짊어지게 된다. 결국 이러한 저부담-저수가-저급여 구조의 지속은 국민, 의료공급자, 보험자 모두 불만을 나타내는 상황으로 만들어 악순환을 반복시킨다.

이러한 제도적 결함으로부터 야기된 국민의 불만은 환자와 직접 대면하는 의료공급자인 의사에게 전가된다. 즉 의사로부터 야기된 불만과 제도적 결함으로부터 야기된 불만이 혼재된 채 환자는 눈앞에 보이는 의사에게 이 모든 것들을 쏟아내고 있다. 이 과정에서 국민과 의사의 신뢰관계는 손상되어 간다.

현재 우리나라 건강보험에서 채택하고 있는 행위별수가제는 의사의 진료행위에 대해 의사가 청구하는 각각의 세부적인 항목에 따라 비용을 지불해주는 제도이다. 이러한 진료비지불제도에서 의료공급자는 더 많은 의료를 제공할수록 수입이 증가하므로 필연적으로 필요 이상의 의료를 환자에게 제공하게 되어 의료비용의 상승을 초래할 수도 있다. 그러나 소아는 성인에 비하여 진료 행위가 많지 않다. 더구나 우리나라 보험 제도는 일정한 영역

내에서 진료를 하도록 규정되어 있어 그 영역을 벗어나면 진료수가 산정할 수 없도록 하고 있다. 진료 및 처치가 단순한 소아 관련 진료과에서는 상대적으로 청구가 적을 수밖에 없다.

영유아, 소아 및 청소년은 일생 중에 가장 빠른 성장과 발달을 하며, 이 시기의 질환이나 사고는 오랜 기간 영향을 미치기 때문에 예방과 조기 진단이 더욱 중요하다. 또한, 이 시기에 형성된 생활 습관은 평생 굳어지기 쉬워서 만성 성인 질환 예방을 위한 어릴 적부터의 건강한 생활 습관 교육이 중요하다. 이러한 시기적 특성으로 인해 질병치료를 치우친 우리나라 건강보험 제도의 전반적인 문제점도 소아 영역의 보험제도에 어려움을 더해주고 있다. 비용 효과성이 높은 접종 등 예방의료, 건강진단, 건강교육, 건강상담보다는 돈과 시간이 많이 드는 치료 위주의 의료이용으로 보건의료부문의 효율을 떨어뜨리고 있다.

### 3. 신상대가치의 개정 작업 과정에서 문제점

병원에 내원하는 대부분의 소아환자는 영유아 혹은 어린 소아이므로 협조가 되지 않아 진찰, 처치, 검사, 수술 등을 할 때 어려운 점이 많다. 특히 진정 혹은 마취가 필요한 경우가 많고 이에 따라 시간이 오래 걸리며, 호흡 등 환자관리에 소요되는 인력 및 시간이 성인에 비하여 많을 수밖에 없다. 예를 들어 영유아나 어린 소아의 정맥주사, 피하 또는 근육주사, 혈액채취, 기타 검사 및 처치의 난이도 및 시간 역시 성인에 비하여 어려움이 많다.

2006년도 상대가치 개정 작업시 소아과는 내과/소아과 분과에 속해 있었다. 약 5,000여 가지의 각 행위를 빈도수에 따라 배분하는 과정에서 패널 검토대상 행위목록 중 소아 대상 행위는 소아과 단독 작성 행위 12개(0.25%), 심장 내과와 공동작성 7개 등 총 19개 항목(0.40%)에 불과하였다. 상대가치의 개정 작업 과정에서 소아 관련 수가에 관하여 여러 차례 건의를 하였으나 상대가치 개발단은 초기부터 신의료행위 추가 불가, 같은 행위 내에서 예외 행위 인정불가 방침으로 인하여 논의 대상이 되지 못하였다. 그리하여 거의 모든 행위는 성인을 기준으로 작성되었다.

### 4. 건강보험 개선방향

건강보험의 재정을 안정화하기 위한 길은 보험 수입을 증가시키고 보험지출을 감소시키는 것이지만, 현 보험제도는 원가 보존도 되지 않으므로 현재의 재정 위기를 극복하기 위해서 보험료의 인상은 불가피하다. 실제로 건강보험의 조기 확대를 위해 채택하였던 저급여 정책은 전국민 건강보험의 달성 이후에도 보험료 인상에 대한 저항으로 근본적인 해결이 어려웠다. 보험료의 인상은 가입자의 경제적 부담을 수반하지만 보험급여의 확충을 통한 가입자의 편익이 보험료 부담 이상으로 증가한다면 사회적 후생은 오히려 증가할 것이다. 또 보험료가 인상되더라도 급여가 확충되어 의료 이용 시 환자의 본인부담금이 감소한다면, 건강보험 가입자의 의료이용 관련 총지출(건강보험료+환자본인부담금)은 크게 증가하지 않을 것이다.

특히 사고와 같은 경제적 재난에 따른 위험의 분산이라는 보

험의 근본 취지를 고려하면 중증 질환에 대한 급여를 대폭 확대하여 환자 본인부담금을 축소하면 위험의 분산에 효과적일 수 있다. 만일 건강보험료의 인상이 빈곤층의 경제적 부담을 너무 증가시킨다면 그들에게 보험료를 인하 또는 감면해 줄 수 있다. 현실적으로도 빈곤층에 대해 의료 이용 시 발생하는 환자 본인부담금을 인하시켜주기 보다는 보험료를 인하시켜주는 것이 더 용이하다. 다만 보험료의 부담이 커질수록 가입자 소득을 정확하게 파악하여 보험료에 반영하는 것이 보험료 인상에 대한 저항을 줄이는데 중요한 역할을 할 것이다.

단기간에 건강보험료를 큰 폭으로 인상하기 어려운 것이 현실인 만큼 건강보험에 대한 국고지원의 확대는 불가피하다. 건강보험에 대한 국고 지원도 결국은 국민의 조세 부담으로 귀결되므로 국민의 부담 증가라는 관점에서는 보험료 인상과 크게 다르지 않지만 국민들은 건강보험을 위해 직접 지출되는 보험료에 대해 더 큰 저항을 보이는 것이 사실이다.

나아가 건강보험 재정을 확충하기 위한 방안으로 건강보험을 위한 목적세의 신설이 거론되기도 한다. 이는 주로 건강에 유해한 제품(예, 주류, 담배)에 세금을 추가함으로써 건강보험의 재원을 보충하는 것으로서 건강에 유해한 제품의 소비로 인해 사회가 부담하는 의료비용을 고려할 때 정당성이 인정되기도 한다. 이 같은 재원을 이용하여 예방접종 무료화사업과 육아상담 같은 예방의료, 건강진단, 건강교육, 건강상담 등을 시행한다면 선진국 대열에 동참할 수 있는 지름길이 될 수 있겠다.

최근 들어 의료시장은 생명을 살리는 쪽보다는 부수적 의료에 더 가치를 부여하는 쪽으로 변화하고 있다. 특히 저출산으로 인한 '소아 인구의 감소'는 소아청소년과의 폐쇄 위기를 부르고 있으며, 부당한 보험제도는 소아 건강관리 부실을 불러 의료계는 물론 국가의 장래를 위협하고 있다. 이에 선진국의 예를 거울삼아 소아진료관련 상대가치는 반드시 보정되어야 할 것이다. 현재 소아가산이 되지 않거나 소아행위에 대한 재분류가 이루어지지 않은 행위 중에서도 성인의 경우와 달리 소아에게 실시하는 경우 직접비용(인력, 장비, 재료)의 차이를 보이는 행위가 있으므로 검토대상 행위목록의 재검토가 필요하다. 특히, 검사 등을 위하여 진정 또는 마취, 정맥 주사 및 혈액채취와 관련된 행위, 위험도, 재료대 등은 전혀 반영되지 않았다. 물론 현재 782개 항목에 대해서 10-50%의 소아가산이 인정되고 있지만 358개 항목은 10%, 155개 항목은 15%, 189개 항목은 20% 등 대부분 가산율이 낮으며, 그 외 항목에 대해서도 소아 환자의 특수성 등을 고려하여 동일한 행위라고 하더라도 소아이기 때문에 추가로 발생하는 비용이 인정되어야 한다. 소아는 진료에 더 많은 시간이 소요되며, 급격한 증상의 악화 등의 진료에 따르는 위험도가 높다. 나이가 어릴수록 검사보다는 의료인의 경험과 더 철저한 이학적 검사가 요구되는바 이에 비하면 현재 6세 이하에 대한 가산율은 턱없이 부족하다. 당연히 의사업무량의 요소에는 모든 의료행위를 제공하는데 소요되는 시간과 강도 및 위험도를 반영해야 한다. 각종 침습적인 진료행위(처치, 검사, 마취, 수술 등)를 할 때

도 영유아나 소아는 다른 의료인의 도움이 추가로 필요하고, 소요시간이 더 걸리며 특별한 주의를 기울여야하므로 나이에 따른 가산료는 필수적이다.

**결 론**

현실적으로 ‘서울대학교 어린이병원’을 포함한 모든 병원의 ‘소아 진료 관련 부서’의 원가분석을 보면 엄청난 적자가 누적되어 있으며, 적자보전을 타 임상과 수입으로부터 보전을 받는 상황에서 정부 정책의 심각한 실책을 지적하지 않을 수 없다. 이와 같은 적자는 의료기관내에서 소아청소년과를 포함하여 소아 관련 진료 부서를 천시하고, 시설투자 및 인력보강에서 제외하는 등의 상황을 초래하였으며, ‘소아 관련 진료의 질 저하’를 심각한 수준까지 달하게 하였다. 이러한 우리의 상황은 ‘인구를 늘이기 위해서는 단 한 명이라도 놓치지 아니하려고 소아환자에 들이는 선진국의 막대한 노력’과 비교할 때에 너무도 보잘 것이 없다.

현행 보험 정책은 소아 관련 진료 부서를 위축하게하고, 인구 증산에 오히려 역행하는 의료정책으로 판단된다. 정부가 가장 강조하고 있는 ‘출산율 증대 및 인구증가 시책’을 위해서는 양질의 소아 진료수준은 필히 유지해야 할 요건이다.

최근 들어 소아청소년과 전공 기피 현상까지 벌어지고 있다. 특단의 조치가 있지 않으면 잘못된 보험 정책으로 인하여 소아청소년과 뿐만 아니라 소아 관련 진료과에 유능한 의사가 적어질 것이고, 이는 훗날 진료의 공백으로 이어져 소아기에 제대로 된 진료를 받지 못함으로써 ‘소아 건강관리 부실’이 인구감소에 더욱 큰 어려움을 가하게 될 것이다. 이를 보정하기 위하여서는 진찰료, 입원료, 주사료, 처치 및 수기료 등에 나이에 따른 적정한 수가 책정이나 소아가산이 반드시 필요하고, 육아 상담료, 재료대 등의 현실화도 절실하다. 검사 및 치료를 위한 진정/마취 소요시간, 오랜 검사 소요시간, 검사실패, 안전관리 등을 반영한 수가체계가 마련되어야 할 것이다.