

발 간 등 록 번 호

11-1620000-000702-01

2018년도 인권상황 실태조사
연구용역보고서

아동·청소년 인권 모니터링

- 국민건강보험제도를 중심으로



아동·청소년 인권 모니터링

- 국민건강보험제도를 중심으로

이 보고서를 “아동·청소년 인권 모니터링 -
국민건강보험제도를 중심으로”의
최종보고서로 제출합니다.

2018. 9. 14.

연구수행기관 : 한림대학교 산학협력단

연구책임자 : 주영수 (한림대학교)

공동연구원 : 박 건 (건강과대안)

변혜진 (건강과대안)

정형준 (인도주의실천의사협의회)

정소홍 (세인합동법률사무소)

이 보고서는 연구용역 수행기관의 결과물
로서, 국가인권위원회의 입장과 다를 수
있습니다

〈제 목 차 례〉

요약문

제1장 서론

1. 연구목적 및 필요성	1
2. 연구내용 및 범위	5
3. 연구방법	7

제2장 아동·청소년 건강권 보장의 의미와 범위 및 내용

1. 인권으로서 건강 그리고 아동	11
2. 유엔 아동권리협약 및 아동권리위원회 일반논평 제15호와 아동의 건강권	19

제3장 한국의 아동·청소년 건강권 보장 현황

1. 한국 아동·청소년의 건강 관련 지표	32
2. 한국의 아동 건강권 관련 조치 현황 및 평가	44

제4장 아동·청소년 인권 측면에서 본 국민건강보험 제도

1. 보편성(Eligibility)	65
2. 경제적 부담	73

제5장 한국의 아동·청소년 건강권 보장을 위한 정책과제

1. 아동·청소년 건강권 보장을 위한 실행과제의 우선순위	79
2. 아동·청소년 건강권 실현을 위한 구조적 정책과제	87
3. 국가의 의무 이행 체계 개선 과제	91

제6장 건강보험료 연대납부 의무와 아동·청소년 인권

1. 아동·청소년의 건강보험료 연대납부 의무	95
2. 건강보험료 연대납부 의무로 인한 인권 침해	102
3. 외국의 아동·청소년 건강보험료 연대납부 의무 현황과 시사점	111
4. 아동·청소년 건강보험료 연대납부 문제 개선을 위한 법적 제도적 검토	133
5. 아동·청소년 연대납부 문제 개선을 위한 중단기적 과제	147
참고문헌	155

부록

아동 청소년 건강권 정책 우선순위 설정을 위한 전문가 조사 설문지	163
---	-----

<표 차례>

[표 II-1] 아동권리협약 제24조의 조문	22
[표 III-1] 한국 아동·청소년의 연령대별 사망 원인(2016)	33
[표 IV-1] 2008-2014년간 건강보험 보장률 추이와 본인부담금의 비중	73
[표 V-1] 우선순위 설정을 위한 기준 요소	83
[표 V-2] 평가 기준 가중치	84
[표 V-3] 연구진에 의해 도출된 실행과제 20개	85
[표 V-4] 실행과제별 평가기준 영역 점수와 우선순위 총점	86
[표 V-5] 전문가 평가 결과 우선순위가 높은 실행과제 10개	87
[표 VI-1] 건강보험료 독촉장 발급 및 급여제한통지 발송 현황	100
[표 VI-2] 최근 5년간 건강보험료 결손처분 사유별 현황(지역가입자)	102
[표 VI-3] 미성년자 관련 건강보험료 납부의무 및 독촉고지 현황 ...	103
[표 VI-4] 미성년자 의료보험카드 발급 가능 시기	115
[표 VI-5] 부모로부터 독립한 미성년, 청년이 신청할 수 있는 사회보장기 금	116
[표 VI-6] 사회보험비 체납 시 행정 절차	122
[표 VI-7] 독일 사회법전의 종류	123
[표 VI-8] 독일 의료보험의 비의무가입자(자유자입자) 보험료(2018년 기 준)	126

[표 VI-9] 직역보험의 종류 및 대상	128
[표 VI-10] 일본의 국민건강보험 보험료 체납시 행정 절차	130
[표 VI-11] 건강보험료 체납과 관련된 현행 법령	135
[표 VI-12] 0세에서 19세까지 총 진료비와 급여비	152

〈그림 차례〉

[그림 III-1] OECD 국가 비의도적 어린이 사고 사망률, 2005-2016년	33
[그림 III-2] OECD 국가 비의도적 사고유형별 어린이 사망률, 2015년(또는 최근년도)	33
[그림 III-3] 연령별 OECD 국가 비의도적 어린이 사고 사망률, 2015년(또는 최근년도)	34
[그림 III-4] OECD 주요국의 10대 사망률(2016년)	36
[그림 III-5] 한국의 10대 자살율 추이	37
[그림 III-6] 한국의 영아 사망률	38
[그림 III-7] OECD 주요 국가의 청소년 과체중 혹은 비만 비율	40
[그림 III-8] 한국 아동의 우울 불안 수준의 추이	41
[그림 III-9] 국제아동기금(UNICEF) 기준 아동의 삶의 만족도 국제 비교	42

요 약 문

제1장 서론

1. 연구목적 및 필요성

세계인권선언 제25조 제1항에서는 모든 사람이 자신과 가족의 건강과 안녕에 적합한 생활수준을 누릴 권리가 있으며, 실업, 질병, 장애, 배우자 사망, 노령 또는 기타 불가항력의 상황으로 인한 생계 결핍의 경우에 보장을 받을 권리를 선언하고 있다. 이어 제2항에서는 “어머니와 아동·청소년은 특별한 보살핌과 지원을 받을 권리를 가진다”고 명시하고 있다. 유엔 아동의 권리에 관한 협약 제24조 제1항에서도 “당사국은 도달가능한 최상의 건강수준을 향유하고, 질병의 치료와 건강의 회복을 위한 시설을 사용할 수 있는 아동의 권리를 인정한다. 당사국은 건강관리지원의 이용에 관한 아동의 권리가 박탈되지 아니하도록 노력하여야 한다”고 특별히 명시하고 있다.

아동·청소년에게 있어 건강은 전 생애 삶을 평등하게 살아갈 수 있는 기초 자원이다. 아동·청소년기 건강은 성인기 건강에 영향을 주게 되어 전반적인 삶의 질을 결정하게 되는 중요한 요인이다. 따라서 모든 아동·청소년들의 건강권을 보장하는 것은 그 어떤 인권 영역보다 시급하고 중요한 과제이다. 뿐만 아니라 아동·청소년기 건강은 해당 시기 삶의 질을 결정하

는 핵심적인 요인이자 아동의 행복한 삶에 직접적인 영향을 미치는 요인이다. 그럼에도 불구하고 아동·청소년들은 다른 연령집단에 비하여 생애발달 과정상 건강상의 문제가 두드러지게 나타나지 않는 집단이며 이들 아동·청소년기 건강에 대한 문제는 학업과 관련된 인지 발달에만 관심이 모아지고 있어 적절한 사회적 논의가 이루어지고 있지 못한 현실이다. 또한 그간의 아동·청소년 건강과 관련된 연구나 사회정책이 가족정책, 복지정책, 보건 의료정책의 틀 속에서 주로 논의되고 아동·청소년의 인권 측면의 논의가 거의 없었던 것 역시 한계로 지적될 수 있다. 이와 같은 논의는 아동·청소년을 의료서비스 대상으로 한정하여 접근하는 경향이 있어 아동·청소년 건강권 대한 주체적, 참여적 접근과 역량강화를 등한시하는 원인이 된다.

한국의 경우 헌법 제36조 제3항에서 “모든 국민은 보건에 관하여 국가의 보호를 받는다”고 규정하고 있다. 그리고 보건의료기본법 제10조 제1항에서는 “모든 국민은 이 법 또는 다른 법률에서 정하는 바에 따라 자신과 가족의 건강에 관하여 국가의 보호를 받을 권리를 가진다”고 명시하고 있다. 이에 따라 의료서비스 권리 보장을 위해 국민건강보험 제도라는 사회보험제도와 의료급여 제도라는 공공부조 제도를 운영하고 있다. 국민건강보험제도는 사회보험제도로써 가입자는 소득 혹은 재산에 비례하여 보험료를 납부할 의무를 가지며, 보험료 납부 의무를 다한 이들에 대해서는 필요한 만큼 의료서비스를 받을 수 있도록 하고 있다. 하지만 사회보험의 특성상 보험료 납부 의무를 다하지 못한 이들은 원칙적으로 의료서비스 보장이 제한될 수 있다. 또한 세대주가 건강보험 가입자로 되어 있고 세대원이 피부양자로 되어 있는 상태에서 세대주가 보험료를 체납하게 되면 가입자뿐 아니라 피부양자인 세대원도 자동적으로 건강보험 이용에 불이익을

경계 된다.

이처럼 부모의 건강보험료 체납으로 인한 아동·청소년의 피해는 의료서비스 이용 제한, 체납된 보험료 납부 의무 발생과 더불어 다양한 사회적, 경제적 피해를 낳는다. 의료급여 수급권자와 유공자 등 의료보호 대상자를 제외한 전 국민이 건강보험 가입자가 되는 한국의 특성상 건강보험 자격의 득실이 주민등록과 더불어 각종 사회적, 경제적 증명 수단으로 이용되는 경우가 많기 때문이다. 보육시설, 교육기관 등에서 아동·청소년의 사회, 경제적 자격 등을 확인하기 위한 목적으로 부모의 건강보험 자격증명서를 제출하도록 요구하는 경우가 적지 않아 이로 인한 피해의 가능성이 존재한다.

비록 2017년 건강보험법 개정에 따라 아동·청소년의 인권침해요소는 많이 감소했다고 하나, 건강보험료 체납 가구 아동, 부모의 경제적 채무를 짊어져야 하는 문제, 건강보험 자격 제한으로 인한 기타 사회, 경제적 권리 제한 등의 문제가 ‘특별한 보호와 지원을 받을’ 권리를 가진 아동·청소년의 권리를 제약할 가능성은 현재와 같이 건강보험료의 미성년자 연대납부의 무가 남아 있는 한 여전히 상존한다. 그럼에도 불구하고 관련 개별 사례나 내용은 아주 조금씩 축적되고 있는 상황일 뿐 문제의 심각성에 비추어 볼 때 그리고 아동·청소년 인권 보장과 건강권의 보장 및 실현 관점에서 볼 때, 건강보험료 체납 가구의 현황을 파악한 조사나 이로 인한 미성년자의 건강권 침해 연구는 여전히 부족한 실정이다.

따라서 본 연구에서는 먼저 아동·청소년의 건강을 보편적 인권 중 하나인 건강할 권리 측면에서 정의하고 분석하는 작업을 시도하고자 한다. 이러한 시각에서 우리나라의 국민건강보험제도가 어떻게 아동의 건강권을

침해하고 있는지 살펴보고, 이에 대한 대안을 제시하고자 한다.

2. 연구내용 및 범위

주요 연구내용으로는 먼저 유엔 아동권리위원회 일반논평 제15조에서 명시하고 있는 아동건강권의 의미, 범위, 내용, 그리고 세계보건기구가 권장하고 있는 근거기반 아동·청소년 건강 증진전략 등에 대해 서술하였다. 둘째, 유엔아동권위원회 일반논평 제15에서 아동권리 협약 제24조의 규범적 내용이라고 해설하면서 ‘특히 우선적인 건강문제 및 대응’이라고 언급한 6가지 내용에 대해서 정성적 현황파악과 평가를 실시하였다. 셋째, 한국 아동·청소년 건강권 보장 현황 파악과 평가를 바탕으로 유엔아동권리위원회 일반논평 제15조의 틀에 의거하여 아동·청소년 건강권 실현을 위한 원칙에 근거한 구조적 정책과제, 아동권리협약 제24조 내용을 중심으로 한 실행과제, 국가의 의무와 책임 준수를 위한 실행체제 개선 과제의 세 가지 영역에서 각각에 대한 정책과제를 도출하였다. 넷째, 아동·청소년의 의료 서비스 이용 권리와 관련하여 한국에서 가장 중요한 제도인 국민건강보험 제도를 아동·청소년 건강권 측면에서 개괄하고 그 문제점 및 개선방향을 서술하였다. 마지막으로, 국민건강보험제도와 관련하여 아동·청소년 인권 보장 측면에서 시급한 과제로 논의되고 있는 건강보험료 체납가구에 속한 아동·청소년의 건강보험료 연대 납부 의무로 인한 문제를 파악하였다. 문제 해결을 위한 시사점을 얻기 위해 외국의 아동·청소년 보험료 연대납부 의무 현황과 시사점을 파악하였다. 마지막으로 이러한 조사결과를 토대로 하여 건강보험료 연대납부 의무로 인한 아동·청소년 인권 문제 해결을 위

한 개선방안을 제안하였다.

제2장 아동·청소년 건강권 보장의 의미와 범위 및 내용

1. 인권으로서 건강 그리고 아동

세계보건기구에 따르면, 건강이란 단순히 질병이나 허약이 없는 상태가 아니며, 의료서비스 제공의 범위를 넘어선 총체적이고 포괄적인 정치, 경제, 사회, 문화적 현상이기에 사회적 개입 혹은 국가의 의무 이행의 정당성 및 필요성이 도출된다. 그러한 개입 혹은 의무의 범위는 의료를 넘어 다양한 사회정책 영역으로 확장된다. 이러한 논의의 중심에 ‘일차 보건의료’ 개념과 ‘건강의 사회적 결정요인’ 개념이 자리한다.

일차 보건의료는 한 국가와 지역사회의 경제적 상태와 사회문화적, 정치적 특징을 반영하고, 이로부터 서서히 발전하는 것으로 규정된다. 기본적인 보건의료는 지역사회의 주요 건강문제를 다루며, 건강증진, 예방, 치료, 재활 서비스 등 건강의 모든 측면을 포괄한다. 그러므로 주요한 건강문제와 이러한 문제를 예방, 관리하는 방법에 대한 교육, 먹거리 공급과 적절한 영양의 증진, 안전한 물과 기본적인 위생 시설의 충분한 공급, 가족계획을 포함한 모성보호와 아동건강관리, 주요 감염성질환에 대한 예방접종, 지역 유행 질병에 대한 예방과 관리, 흔한 질병과 외상에 대한 적절한 치료, 필수 의약품 제공 등이 최소한의 필수조치로 구체화되고 있다.

아동권리협약은 제5조에서 아동의 독립성은 ‘아동의 능력발달(the

evolving capacities)’에 상응하는 방식으로 평가되고 행사되어야 한다고 규정하고 있어, 아동 보호, 참여, 자율성 등을 결정함에 있어 결정해야 할 내용의 종류에 따라 유연성을 부여하고 있다. 이와 같이 아동에 대한 사회적 관심과 특별한 보호가 필요한 까닭은 그 취약성(Vulnerability) 때문이다. 아동권리협약 전문에서 이러한 측면은 “아동은 신체적, 정신적 미성숙으로 인하여 출생전후를 막론하고 적절한 법적 보호를 포함한 특별한 보호와 배려를 필요로 한다”는 표현으로 구체화되어 있다. 이러한 아동의 취약성은 생물학적 취약성과 구조적 취약성 두 가지 측면에서 논의될 수 있다. 특히 구조적 취약성은 아동이 정치, 경제적으로 권력이 없고, 경제적 자원 등 자원 접근성이 제한되어 있으며, 이에 따라 자신의 표현이 제약됨으로 인해 발생하는 취약성이다.

2. 유엔아동권리협약 및 아동권리위원회 일반논평 제15호와 아동의 건강권

아동 건강권의 핵심요소는 아동권리협약 제24조에 상세히 기술되어 있다. 제1항에서는 아동에게 “도달 가능한 최상의 건강수준을 향유할” 권리가 있음을 천명하고 있고, 이를 위해 치료 시설 및 건강 관련 시설을 이용할 권리를 보장하고 있다. 한편, 이러한 보건의료 서비스 이용의 권리가 박탈당하지 않도록 노력할 것을 당사국에 권고하고 있다.

여기서 ‘최상으로 도달 가능한 건강 기준’이라는 개념은 아동의 신체적, 사회적, 문화적 경제적 측면을 고려한 건강을 의미하며, 이를 위한 공공과 민간의 사회적 자원의 활용과 국제협력을 전제한다. 또한 아동 건강권은

성장과 발달에서 점차 중요성이 나타나는 자유권과 자격에 관한 권리도 포함한다. 자신의 건강과 신체에 대한 자기 결정권, 성과 재생산에 대한 책임 있는 선택권, 다양한 종류의 시설·재화·서비스·조건 등에 접근할 수 있는 자격 등을 포함한다.

한편 제24조 제2항에서는 당사국이 취해야 할 조치를 6가지 차원에서 구체적으로 언급하고 있다. 첫째, 유아와 아동의 사망률을 감소시키기 위한 조치, 둘째, 필요한 의료지원과 보건의료서비스 제공을 보장하는 조치, 셋째, 환경오염, 충분한 영양, 깨끗한 식수 등을 제공하기 위한 조치, 넷째, 산모를 위한 출산전후 건강관리 조치, 다섯째, 건강관리 및 사고예방에 대한 정보를 제공받고 교육을 받으며 지원을 받을 것을 보장하는 조치, 여섯째, 예방적 보건의료서비스, 부모를 위한 길잡이, 가족계획에 대한 교육과 서비스를 발전시키기 위한 조치 등이 그것이다.

뿐만 아니라 아동권리협약은 총체적이고, 보편적이며, 개별적이고, 상호연관성을 가지고 있는 아동의 권리를 규정하고 있다. 그러므로 아동의 권리의 원칙과 전제가 되는 비차별권, 아동의 최선의 이익, 생명, 생존, 발달권, 아동의 피청취권 등은 건강권을 보장하는 데 있어서도 핵심적인 원칙이다. 더불어 장애 아동의 권리(제23조), 사회보장제도의 혜택을 받을 권리(제26조), 적합한 생활수준을 누릴 권리(제27조) 등도 넓은 의미에서 아동의 건강과 관련된 권리라고 할 수 있다.

제3장 한국의 아동·청소년 건강권 보장 현황

1. 한국 아동·청소년의 건강 관련 지표

한국 아동·청소년의 사망원인을 살펴보면, 1-9세 아동의 사망원인은 악성 신생물(암), 운수 사고, 선천 기형, 변형 및 염색체 이상 순이었고, 10대의 사망원인은 자살, 운수 사고, 악성 신생물(암) 순서였다.

2015년(또는 최근년도) OECD 국가(32개국) 평균 비의도적 어린이 사고 사망률은 3.1명, 한국은 2.8명으로 12위 수준이었다. 사망원인별로 보면 한국이 OECD 평균보다 운수·추락·질식 사고는 더 높고, 익사·화재·중독 사고는 더 낮았다. 연령별로는 0세 사고 사망만 OECD 평균보다 높았다.

중앙자살예방센터가 OECD 자료를 집계해 분석한 결과에 따르면, 한국의 10대 자살률은 인구 10만 명당 4.2명으로 OECD 평균(3.7명) 보다 높았다. 집계가 가능했던 OECD 국가 33개국 중 9번째로 높았다.

한국의 영아 사망률은 2016년 기준으로 출생아 1,000명당 2.8명으로 OECD 국가 평균(1,000명당 3.9명)보다 낮다. 1990년부터 2015년까지 78%가 감소하여 영아 사망률 측면에서 한국은 높은 성취를 이룬 것으로 평가할 수 있다.

한국 아동·청소년의 주요한 건강 문제는 호흡기계 질환, 소화기계 질환, 알레르기 질환, 비만 등이다. 특히, 천식과 아토피피부염은 아동에서 나타나는 대표적인 알레르기성 질환으로 알려져 있다. 최근 한국 아동에게서 전반적으로 알레르기성 질환, 천식과 아토피피부염 등 환경성 질환이 많이 나타나고 있다. 비만도 무시 못할 상황이다. 2017년 OECD 국가 통계로 볼

때, 한국은 남자 26%, 여자 17%로 남자 아동·청소년 비만율은 OECD 평균 수준보다 높으며, 고도비만율도 매년 증가하는 추세이다.

보건복지부가 시행한 아동종합실태조사(2013)에 의하면 아동의 우울, 불안 수준의 평균은 2008년에 견줘 2013년에 높아진 것으로 나타나 아동의 정신건강 수준이 점차 나빠지고 있다는 추측을 가능하게 한다.

또한 삶의 만족도를 국제아동기금(UNICEF) 기준으로 분석한 결과, 한국 아동의 삶의 만족도는 60.3%으로 30개국 중 최하위를 기록했다.

중학교, 고등학교 학생들을 대상으로 한 조사에서 현재 흡연율은 남학생 9.5%로 여학생 3.1% 보다 높았다. 현재 음주율은 남학생 18.2%로 여학생 13.7%보다 높았다. 하루60분 주5일 이상 신체활동 실천율은 남학생 19.5%로 여학생 7.5%보다 높았다. 최근 7일 동안 아침식사를 5일 이상 먹지 않은 학생은 31.5%(남 30.1%, 여 33.0%)이었다.

한국의 생후 12개월, 24개월, 36개월까지 각각 권장하는 예방접종의 백신별 예방접종률은 92.9%~98.2%로 일본뇌염을 제외하고 모든 백신의 예방접종률이 95%이상 높은 수준을 유지하고 있다.

2. 한국의 아동 건강권 관련 조치 현황 및 평가

가. 유아와 아동의 사망률을 감소시키는 조치

한국의 10대 자살률은 최근 5년간 감소하지 않고 있어 사회정책의 효과에 대한 재고가 필요하다. 한국의 청소년 자살 예방 조치가 의료적, 심리적인 측면에 집중되어 있어 구조적, 근본적 변화를 이끌어내지 못하고 있다.

한국의 급성 림프구성 백혈병의 5년 생존율은 2010년에서 2014년에

이르는 기간 동안 84.4%로 OECD 평균(86.7%)보다 낮았다. 아동 암 환자에게 제공되는 의료서비스 가용성, 접근성, 수용성, 질 등의 측면에서 검토가 필요한 수치이다.

아동 안전을 위한 교통 안전은 분절적인 정책이 아니라 도시 디자인 차원에서의 근본적이고 통합적인 접근을 요구한다는 점에서 현재 한국 정부의 조치는 부족한 감이 있다. 통계상으로도 아동의 운수사고 사망은 OECD 국가 평균보다 높다. 도시 자체를 아동을 비롯한 교통 안전 취약자들이 편하고 안전하게 보행할 수 있도록 바꾸는 정책이 필요하다.

나. 모든 아동에 대한 필요한 의료지원과 건강관리를 보장하는 조치
한국에서 아동의 경우 ‘동네의원’ 기반조차 문제가 있어 국가예방접종사업과 국가건강검진 외에는 일차 보건의료에 준하는 서비스는 존재하지 않는다고 볼 수 있다. 일차 보건의료의 핵심인 주치의 제도는 제한적인 시범사업만이 도입되고 있는 실태이다.

2007년 기존의 건강검진에 추가하여 ‘영유아 건강검진’이 새로 도입되면서 11월 건강보험 적용자에 대한 영유아 건강검진이 시작되었고, 2008년에는 의료급여 수급권자인 영유아의 건강검진이 실시되었다. 2009년에는 국가검진위원회 의결에 따라 만 4세(42~48개월)까지 영유아 건강검진이 확대되고, 2010년에 54~60개월, 2012년에는 66~71개월 영유아의 검진이 순차적으로 추가되었다. 현재 4~71개월 사이의 영유아가 3회의 구강검진을 포함하여 총 10회의 건강검진(4개월, 9개월, 18개월, 30개월, 42개월, 54개월, 66개월)을 받고 있다.

현재 영유아 건강검진은 나이별 프로그램으로 운영되고 있으나, 대부분

의 검진기관이 민간기관으로 요식행위에 지나지 않는다는 비판이 있어 왔다. 또한 영유아검진기관과 진료기관이 다른 경우가 많아 검진 후 관리체계가 제대로 작동하지 않으며, 검진항목의 근거가 불충분하다는 비판도 있다.

특히 주요 외국의 영유아 검진체계는 검진 주체가 일차의료기관의 주치의 위주로 주기적으로 실시하고, 성장과 발달을 함께 평가하며, 예방적 육아교육을 실시하고 있다. 검사는 선별적으로만 실시하는 것을 원칙으로 하고 있다. 이에 반해 한국의 영유아 건강검진은 빈혈검사, 소변검사, 청각검사, 혈압측정 등 검사 중심으로 구성된 성인용 질병 발견 위주의 검진체계를 차용해 한계가 있다. 또한 한국은 ‘일차 진료의’(주치의)가 사실상 존재하지 않아 사례관리(case managing) 자체가 불가능한 구조다.

여기에 학교 건강검진제도 또한 성인에서의 검진제도와 유사하게 혈액검사, 소변검사, 방사선학검사 등 검체 검사 중심의 질병 발견 위주 검진체계로 구성되어 있어 아동중심의 근거중심 체계가 부족하다. 이런 제한점으로 건강검진이 한국사회에서 성인에게 구현하고 있는 일차의료 대체 효과가 아동 영역에서는 매우 제한적으로 구현되고 있으며, 아동에 대한 일차의료 체계의 미비점을 보완하기에도 매우 불충분하다.

다. 환경오염으로 인한 위험과 손상 예방, 적절한 영양, 식품 및 깨끗한 식수 공급을 위한 조치

2010년 질병관리본부가 수행했던 전국 어린이 청소년 알레르기질환에 관한 전국 역학조사 결과에 따르면, 아토피피부염 유병율이 6-7세 어린이의 20.6퍼센트, 12-13세 청소년의 12.9퍼센트에 달하고 있다. 그리고

2000년 역학조사와 비교해 6-7세는 13.4퍼센트에서 20.6퍼센트로 증가했으며, 12-13세도 6.7퍼센트에서 12.9퍼센트로 증가한 것으로 나타났다. 정부는 이러한 문제를 해결하고자 질병관리본부를 중심으로 지역사회 아토피·천식 예방관리사업, 알레르기 질환의 올바른 예방 및 관리를 위한 대국민 교육·홍보, 아토피·천식 예방관리 인프라 구축 등을 시행하고 있다.

대기오염 및 미세먼지로 인한 건강 영향, 기후변화(폭염 등)으로 인한 건강 영향, 생활 속 화학물질로 인한 건강 영향 등 환경오염 및 환경문제로 인한 아동 건강 문제를 예방하고 해결하기 위한 조치는 부족한 실정이다. 환경오염 및 환경문제로 인한 건강 영향은 전국민, 전연령층에 걸쳐 나타나지만 특히 아동에게 그 영향이 더 크고 심각하게 나타남을 고려할 때, 아동을 특별히 고려한 정책적 대응이 필요하다. 특히 이와 관련된 정책이 환경부, 식품의약품안전처, 질병관리본부 등으로 나뉘어 있어 상호소통의 어려움 속에서 효과적인 정책 추진이 되지 못하는 부분에 대한 대책도 필요하다.

라. 적절한 영양 및 식품 공급

보건복지부가 시행한 아동종합실태조사에 따르면, 한국 아동의 약 8%가 먹을 것이 떨어졌는데도 더 살 돈이 없었던 경험을 한 가정에서 살고 있었다. 저소득층의 경우 식품빈곤 경험의 빈도가 더 증가하였다. 기초수급가구의 45%, 차상위계층가구의 36% 아동이 식품빈곤을 경험하였다. 식품빈곤 때문에 균형 잡힌 식사를 통한 충분한 영양섭취를 못한 경우는 전체적으로 약 9% 정도로 나타났다. 이 또한 저소득층이 더 심각했다. 기초수급가구의 약 50%, 차상위가구의 약 40%가 식품빈곤으로 인해 영양섭취

에 문제가 있었던 경험이 있는 것으로 나타났다.

부적절한 영양 상태로 인한 아동·청소년의 과체중 문제 역시 급속도로 나빠지고 있는 상황이다. 남자 아동과 청소년의 비만율이 점차 증가해 OECD 평균보다 높은 것으로 나타나고 있다. 한국의 만 5-17세 남아 중 비만을 포함한 과체중 비율은 25퍼센트로, OECD 33개국 평균 23퍼센트보다 높게 나타났다.

그러므로 아동의 적절한 영양과 식품 공급을 위한 체계를 총체적으로 점검하여 관련 정책의 우선순위와 효과성에 대한 재평가가 필요하다.

한국의 생후 6개월 미만(만 5개월)의 완전모유수유율은 18.3%에 불과했다. 제외국과의 비교를 위해 산출한 생후 6개월 미만 혼합모유수유율 역시 한국은 25.6%로, 노르웨이(80.0%), 스웨덴(72.9%), 핀란드(60.0%), 호주(60.0%)등에 견줘 현저히 낮은 것으로 조사되었다. 산모 개인의 의지뿐만 아니라 지역사회, 보건의료기관, 직장의 세 측면에서 지원하는 문화와 정책이 조화되어야 달성될 수 있다. 이 세 측면이 협력적으로 개선될 수 있도록 정부에서는 제도를 확립하고 정책적 지원을 확대해야 할 것이다.

마. 산모의 산전·산후 건강관리를 위한 조치

정부의 노력에도 불구하고 한국의 모성사망비는 2016년 기준으로 같은 해 출생아 십만명 당 8.4명으로 OECD 회원국 평균(6.8명) 보다 높은 수준이다. 출생아수 감소, 낮은 수가, 의료사고의 부담 등으로 산부인과 병원 및 산부인과 의사가 감소하여 한국의 분만 인프라는 지속적으로 취약한 상태이다. 분만을 받는 산부인과의 경우 2007년 1,027개에서 2015년 620개로 8년간 407개가 감소하였다. 전국 232개 시·군·구 중 산부인과의가 없

거나 산부인과가 있어도 분만이 어려운 지역이 60개 시·군에 달한다('16년 12월 기준). 이러한 문제를 해결하려고 정부는 분만취약지 지원사업 등을 시행하고 있으나 소기의 목적을 달성하고 있지 못하다. 아동종합실태조사(2013)에 따르면 정기적인 산전진찰을 받은 산모의 비율은 97.0%로 높게 나타났다. 하지만 소득수준별, 지역별로 편차가 있는 것으로 나타나 이러한 격차를 줄이기 위한 노력이 필요할 것으로 생각된다.

바. 질병 예방과 건강관리 및 증진 등에 관한 정보와 교육 및 지원을 받을 수 있도록 보장하는 조치

아동종합실태조사(2013)결과, 최근 1년 동안 안전교육을 받은 경험이 있는지에 대하여 아동에게 직접 질문하였을 때, 44.3%의 아동이 안전교육을 받았다고 응답하여 절반 미만의 아동만이 안전교육경험이 있는 것으로 나타났다. 전반적으로 아동에 대한 안전교육이 충실히 이루어지지 못하고 있음을 알 수 있다.

질병관리본부가 조사한 청소년건강행태온라인조사(2017)에 따르면, 최근 12개월 동안 학교에서 성교육을 받은 남학생은 73.6%로 여학생 78.9%보다 낮았으며, 고등학생(남 67.6%, 여 74.4%)이 중학생(남 80.8%, 여 84.4%)에 비해 낮았다. 그런데 같은 조사에서 성관계 경험학생의 피임 실천율은 남학생 49.7%, 여학생은 50.4%이었다. 이는 성 교육이 실효적으로 이루어지고 있지 않을 가능성을 보여주는 결과다.

사. 예방적 건강관리, 부모용 지침, 가족계획 교육·서비스 제공을 위한 조치

한국의 운수사고로 인한 아동 사망률은 OECD 평균보다 높고, 학교 안

전사고 발행 건수 역시 증가하고 있어, 보다 효과적이고 통합적인 아동 사고 예방 대책이 필요하다.

아동종합실태조사(2013)에 따르면, 아동이 보고한 부모에 의한 신체학대 경험률은 6.1%로 337,921명의 아동이 경험한 것으로 나타났고, 부모에 의한 정서학대는 11.9%, 652,487명인 것으로 나타났다. 아동종합실태조사(2013)에 따르면, 학교폭력 피해 경험의 경우, 전체 아동의 32.2%가 학교폭력 피해를 경험한 것으로 나타났으며, 남자일수록, 연령이 낮을수록, 차상위가구 아동일수록, 대도시에 거주하는 아동일수록 피해 경험률이 높은 것으로 나타났다. 아동에 대한 가정 폭력, 학교 폭력 등의 문제는 지속적인 정책 효과 평가와 개선이 필요하다.

인공 임신중절과 관련하여 한국의 형법은 낙태 금지와 처벌 조항을 담고 있고, 모자보건법에는 강간이나 준강간 등에 의하여 임신을 한 경우 낙태를 허용하는 예외 조항을 두고 있다. 그러나 청소년의 경우 낙태허용 예외조항에 해당하지 않는 경우가 많으며, 성폭력에 의한 임신이라도 부모에게 알리지 못하여 음성적인 낙태로 위협에 처하거나 태아 유기, 입양강요 등의 문제로 이어질 우려가 있다. 이에 따라 모자보건법 에 따른 낙태 허용기준에 사회경제적으로 취약한 미성년자 임신의 경우를 포함시키는 문제에 대한 사회적 논의가 진행되고 있으나 아직 구체적인 변화는 없는 상태다.

제4장 아동·청소년 인권 측면에서 본 국민건강보험 제도

1. 보편성(Eligibility)

한국의 국민건강보험제도는 도입의 역사적 특성상 초기부터 아동·청소년에 대한 특별한 고려는 없었으며, 직장가입자의 피부양자로 등록될 수 있는 아동·청소년에 대해서만 건강보장이 적용되었다. 이로써 어린 시절의 건강보장 영역도 소득 및 계층에 따라 분화되는 결과를 가지게 되었다. 1987년 사실상 전국민 강제가입이 이루어져 명실상부한 ‘건강보험’으로 재탄생하였다. 건강보험 적용 대상은 1977년 이후 일부 직장가입자의 아동에서 1988년 전국민건강보험 도입으로 모든 국민과 모든 아동이 포괄되게 되었다. 이후 재외국민 및 3개월 이상 거주 합법 이주 노동자에 대한 의료보장도 시행되고 있다.

원칙적으로 한국의 건강보험 제도는 전국민을 포괄하고, 아동·청소년의 경우 부모의 피부양자로 등록되어 건강보험 적용을 받도록 되어 있어, 의료급여 대상자를 제외한 모든 아동·청소년이 적용 대상이다.

하지만 실질적으로는 일부 아동·청소년의 경우 건강보험 적용 사각지대가 있는 것도 사실이다. 출생 등록, 외국인 등록 등을 기반으로 건강보험이 적용되기 때문에 출생 등록이 되어 있지 않은 아동·청소년이나, 부모 모두 미등록 이주 노동자여서 한국에 외국인 등록이 되어 있지 않은 아동·청소년, (거주기간 6개월 이전)난민 가족 아동·청소년 등은 건강보험 적용의 사각지대에 놓여 있다.

그리고 건강보험료 체납 세대에 속해 있는 아동·청소년의 경우 원칙적

으로는 건강보험 급여 제한의 가능성이 있으나, 여러 제도를 통해서 의료 서비스를 받을 수 있도록 되어 있어 실질적으로는 건강보험료를 체납하더라도 아동·청소년의 경우 의료서비스를 받을 수는 있다. 그러나 이러한 것은 특정한 상황에 대한 정부의 지원이 이루어지는 것이어서 의료서비스 이용에 있어 완전한 제약이 없다고 보기는 어렵다.

2. 경제적 부담

한국의 건강보험 제도는 낮은 수준의 건강보험 보장성으로 인해 실제 총진료비의 반가량을 가계에서 직접지출해야 하는 구조이다. 이는 높은 경제적 부담으로 인한 의료이용의 자제, 재난적 의료비 발생 조장, 이를 통한 건강의 부익부 빈익빈, 건강불평등을 부추기고 있다.

한국의 건강보장에서 본인부담(out of pocket)의 존재는 의료이용자의 도덕적 해이를 방지하고, 최소한의 책임을 담보하기 위한 장치로써 설계되었다. 그러나 현재 의료공급자가 임의로 부과할 수 있는 ‘비급여’도 본인부담의 일종으로 사실상 기능 중이다.

제외국의 경우 건강보험이 급여내 본인부담을 중심으로 필수요를 제한하거나, 국가가 선의의 대행자로 지정한 치료범주 내에서 적정하게 진료를 할 수 있는 제도에 비추어 가장 본인부담이 높게 발생하는 구조를 가지고 있다.

이에 따라 재난적 의료비 발생 비율도 높다. 한국의 재난적 의료비 수준은 OECD 국가 최고수준이다.

재난적 의료비 문제는 상병수당의 부재로 악화되고 있지만, 근본적으로

는 낮은 보장성이 원인이다. 특히 보장성이 낮다고 하더라도, 제대로 된 본인부담상한제가 있다면 문제가 될 수 없다. 하지만 현재 법적으로도 비급여 진료 중 항목비급여, 기준초과비급여 등의 ‘임의비급여’는 물론이고, 법적으로 보장하고 있는 법정비급여, 합의비급여, 선별급여, 정책급여 등도 모조리 총액에서 제외되고 있어서 사실상 건강보험 상한제는 큰 의미가 없다.

한편 성인과 달리 아동의 의료비의 경우는 본인부담을 상당부분 면제하거나 제외하고 있는 제외국과 달리, 한국은 일부 아동과 일부 의료비에 대한 지원을 제외하고 원칙적으로 아동의 의료비도 성인과 같은 방식으로 환자와 그 가족에게 본인 부담을 지우고 있어 심각한 경제적 장벽으로 기능하고 있다.

아동 일반에 대한 경제적 부담 완화를 위한 조치로는 15세 이하 아동의 입원진료비 본인 부담금 인하(성인의 경우 10-20% 부담, 15세 이하 아동은 5% 부담), 18세 이하 아동의 치아 홈 메우기 본인부담금 인하(성인은 30-60% 부담, 아동은 10% 부담), 신생아 입원진료비에 대한 본인 부담 면제 정책이 있다.

저소득계층 아동을 위한 제도로는 차상위 본인부담 경감 대상자 지원사업이 있다. 차상위계층에 속하는 18세 미만인 아동은 건강보험료 전액을 국가가 지원하고, 외래 및 입원비용에 대한 본인부담을 일정 비율 경감 받고 있다. 하지만 주민등록번호가 없는 아동, 주민등록법상 재외국민(영주권자 포함), 외국인은 이 제도의 지원 대상이 아니다.

저소득층을 대상으로 하는 사업으로는 미숙아 및 선천성 이상아 의료비 지원사업도 있다. 출생 직후에 입원하여 수술 및 치료를 필요로 하는 신생

아에게 500만원에서 1천만원까지 의료비를 지원한다.

한편, 목적 자체가 아동·청소년을 대상으로 하는 사업은 아니지만 실질적으로 아동·청소년이 사업 대상인 경우로, 희귀질환자 의료비 지원사업이 있다. 희귀질환관리법에서 규정한 희귀질환으로 치료 받고 있는 아동의 경우, 요양급여 비용 중 본인부담금과 간병비 등을 국가로부터 지원받는다.

제5장 한국의 아동·청소년 건강권 보장을 위한 정책과제

1. 아동·청소년 건강권 보장을 위한 실행과제의 우선순위

전문가 평가 결과 아래 10가지 과제가 현재 한국 사회에서 아동·청소년 건강권 보장을 위한 실행과제로서 우선순위가 높은 것으로 평가되었다.

- ① 아동·청소년에 특정한 필수 의료서비스 확충을 위한 조치
- ② 청소년의 특정한 성/생식건강상의 요구 충족을 위한 조치
- ③ 아동·청소년에 대한 의료서비스의 비차별성 강화를 위한 조치
- ④ 아동·청소년 의료서비스에 대한 경제적 부담 완화를 위한 조치
- ⑤ 아동·청소년 의료 보장 사각지대 해소를 위한 조치
- ⑥ 아동·청소년에 대한 폭력 예방을 위한 조치
- ⑦ 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 조치
- ⑧ 의료서비스 정보 접근성 강화를 위한 조치
- ⑨ 의료서비스에 대한 물리적 접근성 강화를 위한 조치

⑩ 환경오염 및 기후변화에 의한 아동·청소년 건강 피해 최소화를 위한 조치

2. 아동·청소년 건강권 실현을 위한 구조적 정책과제

가. 비차별

아동의 건강권은 충분하고 적절한 의료서비스를 이용할 권리에 한정되는 것은 아니지만, 이러한 의료서비스 이용 권리는 아동의 건강권 보장에 있어 가장 기본이 되고 전제가 되는 것이다. 그러므로 정부는 어떠한 종류의 장벽도 아동의 의료 이용에 장애물이 되지 않도록 노력할 의무가 있다.

한국에서 의료서비스에 대한 아동의 경제적, 물리적 접근성은 좋은 편이 아니다. 의료서비스 이용시 높은 본인 부담 비용과 비급여 비용으로 인해 의료서비스 이용시 아동의 경제적 부담이 OECD 국가 대비 높은 편이다. 부모의 경제적 수준에 따른 아동의 의료 이용의 차이는 여전히 남아 있다. 지역에 따른 소아에 대한 야간, 응급 진료 공백은 아동의 물리적 접근성을 제약한다. 이러한 접근성의 제약은 간접적 차별을 낳게 되므로 비차별 원칙에 위배된다. 특히 소득계층별로 아동의 의료 이용에 차별을 낳고 있는 현실이므로 이러한 현실에 대한 시급한 개혁이 필요하다.

비차별 원칙은 단순히 차별을 하지 않는다는 것을 넘어, 불우한 상황에 처하거나 소외지역에 사는 아동을 대상으로 이들의 건강권 이행을 위한 집중적인 노력을 기울여야 한다는 점에서 취약한 아동의 건강 문제에 대한 특별한 관심이 필요하다. 한국적 맥락에서는 저소득계층 아동, 난민 자녀, 미등록 이주민 자녀, 성소수자 아동, 학교 밖 청소년, 시설 거주 아동, 장

에 아동, 사법시설에 거주하는 아동, 가정 폭력 혹은 학교 폭력에 노출되어 있는 아동 등이 이러한 범주의 아동에 해당한다. 정부는 이러한 아동의 건강할 권리에 대한 차별과 제약이 없는지 지속적으로 모니터링하고 존재하는 차별을 없애기 위한 적극적 노력을 해야 한다.

한국의 경우 국적을 취득하지 못하거나 외국인 등록이 되어 있지 않은 난민 자녀, 미등록 이주민의 자녀 등이 의료 이용의 사각지대에 놓여 있는 상황이므로 이에 대한 차별을 철폐하기 위한 노력을 해야 한다. 국적과 외국인 등록 여부로 건강보험 가입 여부가 결정되는 현행 제도를 개정하여 국적, 외국인 등록 여부, 비자, 거주 허용 여부 등과 상관 없이 보편적으로 의료 이용할 아동의 권리를 보장해야 한다.

비차별과 불평등 완화는 불가분의 관계임을 고려하여 최근 문제가 되고 있는 아동의 건강 불평등 측면에 대한 사회적 관심과 개입이 필요하다. 소득계층별로, 지역별로, 주거 환경이나 생활 환경별로 존재하는 아동의 건강 불평등은 사회구조적 차별의 결과이다. 그러므로 존재하는 아동의 건강 불평등을 완화하기 위한 노력이 필요하고, 아동 건강의 사회적 결정요인에 대한 개입이 필요하다.

나. 아동의 최선의 이익

보건의료 서비스 제공 과정에서 아동의 최선의 이익을 보장하기 위해 의사, 간호사 등 의료인 뿐 아니라 다양한 보건의료 서비스 종사자에 대해 아동권에 대한 교육, 훈련이 필요하다. 보건의료서비스 제공시 차별을 배제하고, 아동의 의견을 듣고 존중하는 등 아동 친화적인 서비스를 제공하기 위해 필수적인 지식과 기술이 교육되고 훈련되어야 한다. 보건의료 종사자들이 아동에 대한 가정 폭력, 학교 폭력, 성 폭력 등을 확인하고 보고

하며 관리할 수 있는 지식과 기술을 가질 수 있도록 이에 대한 교육, 훈련이 필요하다. 장애 아동 등 보건의료 종사자들이 필수적으로 고려해야 할 취약 아동에 대한 교육, 훈련이 특별히 강조되어야 한다. 소아청소년에 대한 일차 보건의료 기관이 아동권에 기반한 기관과 조직이 될 수 있도록 노력이 필요하다. 특히 의료인의 교육 과정과 훈련 과정에 아동권 관련 교육, 훈련 과정이 필수적으로 포함될 수 있도록 해야 한다. 아동의 프라이버시와 의사를 존중하며, 아동의 욕구와 요구에 기반한 보건의료 서비스 제공을 위해 관련된 내용에 대한 의료 종사자를 위한 가이드라인 제정 및 보급도 필요하다.

모든 아동에 대한 치료의 제공, 중단, 종결에 관한 모든 의사결정시 아동의 최선의 이익을 판단하고 결정하기 위한 공신력 있는 과정을 마련해야 한다. 더불어 건강 분야에서 그 이익의 평가를 위한 가이드라인을 보건의료 종사자에게 제공해야 한다.

입원 또는 시설위탁이 고려될 경우, 아동의 최선의 이익 원칙에 따라서 그 결정이 내려져야 한다는 점에서 이와 관련된 가이드라인과 결정 절차도 마련되어야 한다. 의료인들의 경제적 이윤 동기가 아동의 치료나 입원 결정에 영향을 끼칠 가능성을 배제하기 위한 제도적 장치를 마련해야 한다. 가능한 한 지역사회 내에서, 되도록이면 필요한 지원을 제공받으며 가족과 아동이 이용할 수 있는 자신의 가정 내에서 돌봄을 받는 것이 질병과 장애를 가진 모든 아동의 최선의 이익에 속한다는 점에 기반한 정책과 가이드라인이 마련되어야 한다.

다. 피청취권

필요한 서비스의 종류, 서비스를 가장 잘 제공하는 방법과 장소, 서비스 접근 또는 이용을 가로막는 장애물, 서비스의 질과 보건전문가의 태도, 자신의 건강과 발달에 대한 아동의 책임능력 강화방안, 아동을 동료상담가로 간주하여 이들을 서비스 제공과정에 더 효과적으로 참여시키기 위한 방법 등, 보건의료서비스 제공과 관련된 모든 측면에서 아동의 견해를 듣고 그 견해를 진지한 고려의 대상으로 삼기 위한 구조적, 제도적 장치를 마련해야 한다.

최근 의료의 질 평가의 한 수단으로 환자 만족도를 평가하는 경향이 늘고 있는데, 이 때 소아청소년 환자 본인 및 소아청소년 환자의 보호자의 의견도 듣는 방안을 구조화해야 한다. 성인과 같은 방식의 환자 만족도 평가가 어렵다면 아동청소년 환자에 특화된 조사 방식이 개발되어 수행될 필요가 있다.

3. 국가의 의무 이행 체계 개선 과제

가. 예산

아동권 실현을 위한 기본서비스 중 의료서비스는 특별한 중요성이 있다. 그러므로 다른 서비스에 우선해 아동의 충분하고 적절한 의료서비스 이용과 의료서비스 이용에 있어 경제적 장벽을 줄이기 위한 예산에 우선순위가 두어져야 한다. 절대적인 예산 증액과 더불어 제한된 국가 예산과 자원 배분에 있어서도 아동의 건강권 관련 예산에 우선순위가 두어져야 한다.

전문가 평가 결과 우선순위가 높은 것으로 평가된 실행과제 영역인 필

수 의료서비스 확충, 청소년 성 및 재생산권 보장, 의료서비스의 비차별성 강화, 의료서비스에 대한 경제적 부담 완화, 의료 보장 사각지대 해소 등의 조치를 취하기 위한 정책, 프로그램, 사업을 위해 우선적인 예산 확대가 필요하다.

나. 관련 지표 생산과 지속적 모니터링

아동 건강권 관련 통계 및 지표가 잘 생산되지 않고 있거나 부족하고, 있더라도 분산되어 있고 분절화되어 있어 쉽게 접근되지 못하는 문제점이 있다. 아동의 건강권 관련 핵심 지표와 통계를 선정하고, 이를 체계적으로 수집하고 배포하는 작업이 필요하다. 이는 아동 건강권 수준 모니터링과 지표와 통계에 근거한 정책 수립 및 추진을 위해 핵심적인 사항이다. 특히 한국의 법적 기준에 따라 연령대별(0-9세, 10-19세), 18세 미만, 청소년(9-24세) 등으로 서로 다르게 수집되고 발표되는 아동 건강권 관련 지표 및 통계에 대해 일관성 있는 구분과 정리가 필요하다. 특히 취약한 상황에 놓인 아동에 대한 데이터, 지표, 통계 등이 정기적으로 수집되고 평가되어야 한다. 양적인 데이터뿐 아니라 해당 아동의 진술, 인터뷰, 증언 등 질적인 데이터도 적극적으로 수집되고 평가되어야 한다.

제6장 건강보험료 연대납부 의무와 아동·청소년 인권

1. 아동·청소년의 건강보험료 연대납부 의무

대한민국은 의료서비스를 받을 권리 보장을 위해 국민건강보험 제도라는 사회보험제도와 의료급여 제도라는 공공부조 제도를 운영하고 있다. 제도적 차원만 가지고 봤을 때, 대한민국 국민은 국민건강보험 제도이든 의료급여 제도이든 둘 중 하나에 포함되게 되어 있어 의료서비스 보장의 사각지대는 존재하지 않는다. 하지만 실질적 차원에서는 적지 않은 의료서비스 보장의 사각지대가 존재한다. 구체적으로는 건강보험료를 일정 기간 체납하여 국민건강보험 급여를 받을 권리를 상실한 경우가 이에 해당한다.

대한민국은 의료급여 수급권자의 규모가 약 148만 명 정도로 전체 인구의 3%가 채 안 되는 수준으로만 적용되기에 다수의 상대빈곤층이 국민건강보험제도에 속해 있다. 이런 상황 때문에 경제적 상황이 어려워지면 보험료 납부가 힘들어지는 가구가 발생하게 된다. 세대주가 건강보험 가입자로 되어 있고 세대원이 피부양자로 되어 있는 상태에서 세대주가 보험료를 체납하게 되면 가입자뿐 아니라 피부양자인 세대원도 자동적으로 건강보험 이용에 불이익을 겪게 된다. 세대주가 건강보험료 장기 체납자인 경우 세대원인 아동 역시 성인과 마찬가지로 건강보험 급여 수급권이 원칙적으로 제한될 수 있다.

2017년 조사된 자료에 의하면 건강보험료가 체납된 25세 미만 미성년 및 청년층의 규모는 약 4만 7천명에 이르는 것으로 추정되었다. 이는 가족 구조 변동(독립, 부모의 사망, 이혼 등) 및 연대 납부 의무로 인해 세대주

의 납부 책임이 자녀에게 이전된 결과다.

국민건강보험법 제77조 제2항에 따르면, “지역가입자의 보험료는 그 가입자가 속한 세대의 지역가입자 전원이 연대하여 납부”하도록 돼 있다. 아동·청소년이 의료급여 대상자 혹은 차상위계층 건강보험 지원 대상자로 편입되어 의료서비스는 이용할 수 있더라도, 부모의 건강보험료 납부 의무를 물려받아야 하는 것이다.

2017년 4월 18일 법 개정으로 현재 건강보험료 연대 납부 의무가 부과되는 미성년자는 ① 소득 또는 재산이 있는 독립 세대 미성년자, ② 체납 성년자가 포함된 세대의 미성년자로서 소득 또는 재산이 있는 미성년자, ③ 부모가 모두 사망한 미성년자라도 소득이 있는 미성년자이다.

이 중 독립 세대로 구성되어 연대 납부 의무가 부과되는 미성년자의 수 (① + ③)는 확인할 수 있다. 국민건강보험공단에 2018년 8월 8일 기준으로 건강보험료가 체납되어 독촉장 발부 대상자로 되어 있는 19세 미만 미성년자는 460명이다. 이 460명은 어떠한 이유에서든 부모에 속해있지 않은 미성년자 독립 세대로 구성되어 통계에 집계된 보험료 체납자이다. 여기에 체납 성년자가 포함된 세대의 미성년자로서 잠재적 독촉장 발부 대상자의 가능성이 있는 아동·청소년의 수는 포함되어 있지 않다. 보험료 체납 독촉은 세대주에게만 진행되기 때문이다.

그런데 국민건강보험공단이 제공한 지역가입자의 최근 5년간 건강보험료 결손처분 사유별 현황을 살펴보면 이 규모에 대한 추정을 해 볼 수 있다. 이 자료에 따르면 지난 5년간 미성년자라는 사유로 보험료 결손처분된 수는 309,823건, 62억 9천4백만 원에 이른다. 특히 관련법이 개정된 2017년 한 해에만 287,591건, 51억 4천6백만 원이 미성년자라는 사유로

결손처분되었다. 이는 법 개정에 따라 그간 누적되었던 미성년자 연대납부 의무자를 결손처분한 것으로 생각된다. 이 수치를 단순 계산하면 미성년자 연대납부 의무자의 체납액수는 건당 20,315원에 불과하다. 미성년자에게 연대 부과되고 있는 보험료 체납액수의 규모가 극히 미미하여 건강보험 재정에 큰 도움이 되지 않을뿐더러 관련 체납 독촉이 오히려 행정적 부담만 될 수도 있다는 점을 시사하는 대목이다.

2. 건강보험료 연대납부 의무로 인한 인권침해

일반적으로 건강보험 체납으로 인한 인권침해에 대한 연구는 의료서비스 이용의 제한, 보험료 납부 의무 부과로 인한 인권침해, 건강보험 자격 불인정으로 인한 권리 침해 등으로 구분하여 진행되었다.

아동의 경우, 특히 2008년 건강보험 체납과 관련하여 미성년자 연대납부 부과 의무가 다소 완화되었고, 2017년 4월 소득과 재산이 없는 미성년자 건강보험료 연대납부 의무를 면제하는 건강보험법 개정에 따라 과거에 비해 인권침해 경우는 줄어든 것이 사실이다. 2008년부터 미성년자의 연대납부 의무는 어느 정도 완화되어 왔다고 하더라도 소득 혹은 재산이 있는 경우에는 여전히 미성년자의 보험료 연대납부 의무는 남아 있다. 따라서 미성년자의 인권침해 소지는 여전히 남아 있다.

3. 외국의 아동·청소년 건강보험료 연대납부 의무 현황과 시사점

국가가 조세로 국영의료서비스를 제공하는 나라의 경우 재원이 세금이

므로 아동·청소년에게는 원칙적으로 재정 부담의 의무가 없다. 현재 부모나 양육자의 체납으로 문제가 되는 것은 사회보험 방식으로 운영하는 나라들이다. 하지만 프랑스, 독일 등 유럽의 국가들은 의료보험 가입 주체를 세대가 아니라 개인으로 하고 있고, 아동·청소년은 개인의 피부양자로 의료보험 적용을 받도록 하고 있다. 보험료 산정 역시 개인의 소득에 근거하여 책정되고 피부양자 수는 주요 고려대상이 아니다. 그러므로 보험료 체납으로 인한 납부 의무는 온전히 가입자 개인에게만 존재하는 의무로 아동·청소년에게 체납 보험료가 전가되지 않는다. 일본의 경우 자영업자와 무직자 등이 가입하는 국민건강보험은 한국과 마찬가지로 세대가 가입 단위이고 피부양자 수도 보험료 산정 조건에 들어가기에 보험료 체납시 납부 의무는 세대주뿐 아니라 세대 구성원 모두에게 존재한다. 하지만 이 경우에도 미성년자는 연대 납부 의무에서 면제된다.

4. 아동·청소년 건강보험료 연대납부 문제 개선을 위한 법적 제도적 검토

헌법재판소에 따르면 사회보험에서는 경제적 관점보다 사회정책적 관점이 우선하고 이러한 성격은 특히 보험료의 산정 및 부과에 있어 뚜렷하게 나타나 사회보험료를 형성하는 중요한 원리로 확립해 왔다. 사회보험은 사회국가원리를 실현하기 위한 중요한 수단이라는 점에서, 사회연대의 원칙은 국민들에게 최소한의 인간다운 생활을 보장해야 할 국가의 의무를 부과하는 사회국가원리에서 나온다. 보험료의 형성에 있어서 사회연대의 원칙은 보험료와 보험급여 사이의 개별적 등가성의 원칙에 수정을 가하는 원

리일 뿐만 아니라, 사회보험체계 내에서의 소득의 재분배를 정당화하는 근거이며, 보험의 급여수혜자가 아닌 제3자인 사용자의 보험료 납부의무(소위 ‘이질부담’)를 정당화하는 근거이기도 하다. 또한 사회연대의 원칙은 사회보험에의 강제가입의무를 정당화하며, 재정구조가 취약한 보험자와 재정구조가 건전한 보험자 사이의 재정조정을 가능하게 한다.

우리 법제가 미성년과 성년을 구분하고 미성년을 보호하는 법령을 따로 마련하고 있는 이유는 미성년이 성년보다 재산이나 소득이 없어서가 아니라 신체적·정신적 성숙도, 인간답다고 할 수 있는 최소한의 생활을 스스로 영위해나갈 수 있는 사회적 독립성 등에서 약자일 수밖에 없는 지위를 고려하여 특별히 보호하기 위함이다. 보험료에 있어서도 미성년자에게는 보험료와 보험급여 사이의 개별적 등가성의 원칙에 수정을 가하는 사회연대의 원칙이 강화되어 적용되어야 한다.

이와 관련하여 직장가입자의 피부양자로서 미성년자와 지역가입자의 피부양자로서 미성년자와의 차별이라는 주장 역시 설득력을 가지기 어렵다. 소득활동 등 사회적 독립성이 아직 확립되지 않은 미성년자라는 점에서 소득파악률, 소득신고방법 등을 기준으로 삼는 것은 무의미한 것으로 직장가입자의 피부양자로서 미성년자와 지역가입자의 피부양자로서 미성년자는 본질적으로 차이가 없기 때문이다. 또한 소득, 재산이 있는 미성년자 또는 고액자산가의 미성년 자녀라고 해서 보호받아야 할 미성년자로서의 성격이 변하지 않는다는 점에서 위와 같은 재산상 문제로 생명과 성장에 관련된 미성년자 보호를 제한하는 것은 헌법 원리에 어긋난다. 생명과 성장에 관련된 기본권은 다른 기본권보다 우선한다는 점에서 소득과 재산에 관한 사유로 제한될 수 없는 성격의 권리다. 게다가 미성년자는 18세라

는 기간 제한이 있어 18세 이후에는 소득, 재산에 따라 보험료를 납부하게 되고 여기에 고액의 소득과 재산을 가진 자라면 그에 상응하는 보험료가 많이 부과되는 것으로 보험료 납부가 잠시 유예되는 것뿐인데, 이를 이유로 미성년 보호를 늦출 필요가 없다. 따라서 아동·청소년에게 부과되는 보험료 연대 납부 의무 제도는 폐지될 필요가 있다.

5. 아동·청소년 연대납부 문제 개선을 위한 중단기적 과제

단기적으로는 먼저 건강보험료 체납으로 인한 아동·청소년 건강권 침해 문제는 미성년자에 대한 납부의무가 존재하는 한 항상 발생할 수밖에 없다. 따라서 미성년자의 경우 소득·생활수준 및 경제활동참가 등과 상관없이 건강보험료 납부의무를 지지 않도록 해야 할 필요가 있다. 따라서 현행 건강보험법 제77조(보험료 납부의무) 제2항의 항목을 변경하여 미성년자의 경우 납부의무를 부담하지 않도록 한다.

중장기적으로는 가장 먼저 지역가입자와 직장 가입자 사이의 보험료 적용단계에서부터의 형평성이나 공정성의 문제를 지적해야 하며, 행정편의적인 방식으로 지역가입자에게만 불리한 방식으로 건강보험료를 책정하는 방식을 개선할 필요가 있다.

둘째, 건강보험 납부와 수급은 철저히 분리되어야 할 필요가 있다. 특히 미성년자의 경우 건강보험 체납으로 인하여 의료서비스를 이용할 수 없는 것은 아니지만, 그것은 각종 제도를 통하여 의료서비스 이용을 할 수 있도록 구제하여 주는 것이지, 원칙적으로 의료서비스 이용 자체가 자유로운 것은 아니기 때문이다. 특히 체납이 발생하고 있는 지역가입자의 경우,

대부분이 부모의 이혼이나 불화 등으로 인하여 체납이 발생하고 그것으로 인하여 미성년자에게 체납이 대물림되었기 때문이다. 2017년 건강보험법 개정으로 인하여 다소 인권침해의 소지가 줄어들었다고는 하지만, 소득과 재산이 있는 경우 여전히 체납의 대물림이 발생할 수 있는 소지는 상존한다. 사회경제적으로 어렵게 살고 있는 사람들에게 또 다시 발생하고 있는 건강보험료 체납과 독촉, 대물림의 문제는 어렵게 살고 있는 사람들에 대한 가중처벌과도 다르 없다. 또한 아동·청소년의 건강권 보장을 최우선적으로 해야 한다는 유엔 아동권리협약이나 국내 헌법 등의 규정과도 맞지 않는다. 따라서 아동에 대한 의료서비스의 전면적 보장이 시급하다.

셋째, 건강보험 지역가입자의 건강보험료 연대납부의무 자체가 사라지는 것이 바람직하다. 이러한 문제점을 해결하기 위해서는 지역가입자의 연대납부의무 자체를 폐지해야 하는데, 이러한 점은 건강보험제도의 개편과 맞물리는 장기적 차원의 과제라고 볼 수 있다.

넷째, 장기적으로 이러한 문제를 해결하기 위해서는 우선적으로 건강보험제도의 개편이 요구된다. 따라서 지역가입자의 가입자조건문제, 가입자 부담의 형평성 문제를 해소하려면 근본적으로 지역가입자와 직장가입자의 구분을 없애고 개별가입방식으로 건강보험 가입체계를 개편해야 한다. 이를 위해서는 소득, 재산 등에 대해 개인별로 부과체계를 확립하고, 고소득, 고자산에 대해서는 별도의 사회복지세등의 조세조달을 목적성으로 확충하는 방안이 방향성으로 제시될 필요가 있다.

다섯째, 아동에 대한 전면적 무상의료가 요구된다. 아동에 대한 의료서비스의 사각지대가 발생하는 것을 전면적으로 차단하고 이를 완벽하게 보장하기 위해서는 아동에 대한 전면적 무상의료를 통해서 가능하다. 이러한

과제가 단기적으로 쉽게 실현되지는 않겠지만, 장기적 과제로 설정하고 추진할 필요가 있다.

제1장

서론

제1장 서론

1. 연구목적 및 필요성

인권 보장과 관련하여 아동은 특별한 존재 위치를 갖는다. 세계인권선언에서 아동은 특별한 보호와 원조를 받을 권리가 있다고 선언한 것이 그 한 예이다. 이는 1924년 아동 권리에 관한 제네바선언과 1959년 유엔 총회에서 채택된 아동권리선언이나 1948년 세계인권선언, 1966년 시민적 및 정치적 권리에 관한 국제규약과 경제적 사회적 및 문화적 권리에 관한 국제규약 등에서 일관되게 명시하고 있는 바와 같이 아동은 “신체적, 정신적 미성숙으로 인하여 출생전후를 막론하고 적절한 법적 보호를 포함한 특별한 보호와 배려를 필요로 하기” 때문이다.

이러한 아동의 인권 보장과 관련하여 건강할 권리 및 의료서비스 이용에 대한 권리는 가장 기본적인 것 중 하나다. 대표적으로 세계인권선언 제25조 제1항은 “모든 사람은 의식주, 의료 및 필요한 사회복지를 포함하여 자신과 가족의 건강과 안녕에 적합한 생활수준을 누릴 권리와 실업, 질병,

장애, 배우자 사망, 노령 또는 기타 불가항력의 상황으로 인한 생계 결핍의 경우에 보장을 받을 권리를 가진다”고 명시하고 있다. 또한 세계인권선언 제25조 제2항에서는 자신과 가족의 건강과 안녕에 적합한 생활수준을 누릴 권리와 실업, 질병, 장애, 배우자 사망, 노령 또는 기타 불가항력의 상황으로 인한 생계 결핍의 경우에 보장을 받을 권리를 선언하면서 “어머니와 아동은 특별한 보호와 지원을 받을 권리를 가진다”고 명시하고 있다.

유엔 아동의 권리에 관한 협약 제24조 제1항에서도 “당사국은 도달 가능한 최상의 건강수준을 향유하고, 질병의 치료와 건강의 회복을 위한 시설을 사용할 수 있는 아동의 권리를 인정한다. 당사국은 건강관리지원의 이용에 관한 아동의 권리가 박탈되지 아니하도록 노력하여야 한다”고 명시하고 있다.

한편 세계보건기구는 “건강이란 질병이나 손상이 없을 뿐만 아니라 신체적·정신적·사회적으로 완전히 안녕한 상태를 말한다”고 정의하고 있다. 건강이란 허약하거나 질병이 없는 단순한 상태를 의미하는 것이 아니라 지속가능한 건강이 가능할 수 있는 경제적·사회적 환경을 포괄한다. 아동·청소년에게 있어 건강은 전 생애의 삶을 평등하게 살아갈 수 있는 기초 자원이다. 아동·청소년기 건강은 성인기 건강에 영향을 주게 되어 전반적인 삶의 질을 결정하게 되는 중요한 요인이다. 따라서 모든 아동·청소년들의 건강권을 보장하는 것은 그 어떤 인권 영역보다 시급하고 중요한 과제이다.

뿐만 아니라 아동·청소년기 건강은 해당 시기 삶의 질을 결정하는 핵심적인 요인이자 아동의 행복한 삶에 직접적인 영향을 미치는 요인이다. 그럼에도 불구하고 아동·청소년들은 다른 연령집단에 비하여 생애발달과정상 건강상의 문제가 두드러지게 나타나지 않는 집단이며 이들 아동·청소년

기 건강에 대한 문제는 학업과 관련된 인지 발달에만 관심이 모아지고 있어 적절한 사회적 논의가 이루어지고 있지 못한 현실이다.¹⁾ 또한 그간의 아동·청소년 건강과 관련된 연구나 사회정책이 가족정책, 복지정책, 보건 의료정책의 틀 속에서 주로 논의되고 아동·청소년의 인권 측면의 논의가 거의 없었던 것 역시 한계로 지적될 수 있다. 이와 같은 논의는 아동·청소년을 서비스 대상으로 한정하여 접근하는 경향이 있어 아동·청소년의 주체적, 참여적 접근과 역량강화 요인을 등한시하는 경향이 있다.

한국의 경우 헌법 제36조 제3항에서 “모든 국민은 보건에 관하여 국가의 보호를 받는다”고 규정하고 있다. 그리고 보건의료기본법 제10조 제1항에서는 “모든 국민은 이 법 또는 다른 법률에서 정하는 바에 따라 자신과 가족의 건강에 관하여 국가의 보호를 받을 권리를 가진다”고 명시하고 있다. 이에 따라 의료서비스 권리 보장을 위해 국민건강보험 제도라는 사회보험제도와 의료급여 제도라는 공공부조 제도를 운영하고 있다. 국민건강보험제도는 사회보험제도로써 가입자는 소득 혹은 재산에 비례하여 보험료를 납부할 의무를 가지며, 보험료 납부 의무를 다한 이들에 대해서는 필요한 만큼 의료서비스를 받을 수 있도록 하고 있다. 하지만 사회보험의 특성상 보험료 납부 의무를 다하지 못한 이들은 원칙적으로 의료서비스 보장이 제한될 수 있다. 한 연구에 따르면²⁾ 6개월 이상 장기 체납하여 국민건강보험 제도상 불이익을 겪고 있는 가구의 규모는 약 216만 가구, 세대원 수로는 약 405만 명에 달하는 것으로 추정되었다. 이와 같이 건강보험

1) 권세원·이은정(2014), “조기아동발달 통합환경사정모델을 활용한 어린이 대상 사회서비스 프로그램 현황 및 성과분석 - 어린이 건강불평등 완화의 관점에서”, 「비판사회정책」 제45, pp.51-97.

2) 시민건강증진연구소(2017), 『생계형 건강보험 체납자 실태조사 및 제도개선 연구』, PHI 연구 보고서 2017-1.

체납이 발생하는 경우는 지역가입자의 경우인데, 지역가입자의 경우 전체 세대원이 가입자로 구성된다. 그러나 예를 들어 경제적 요인 등으로 인하여 건강보험료를 납부하고 있던 세대주나 부모 등이 보험료를 체납하게 되면 다른 세대원들이 건강보험 이용에 불이익을 겪게 된다. 그러므로 부모 등의 건강보험료 체납으로 인한 아동·청소년의 피해는 의료서비스 이용 제한, 체납된 보험료 납부 의무 발생과 더불어 다양한 사회적, 경제적 피해를 낳는다. 의료급여 수급권자와 유공자 등 의료보호 대상자를 제외한 전 국민이 건강보험 가입자가 되는 한국의 특성상 건강보험 자격의 득실이 주민등록과 더불어 각종 사회적, 경제적 증명 수단으로 이용되는 경우가 많기 때문이다. 이와 같이 보육시설, 교육기관 등에서 아동·청소년의 사회, 경제적 자격 등을 확인하기 위한 목적으로 건강보험 자격증명서를 제출하도록 요구하는 경우가 적지 않아 이로 인한 피해의 가능성이 존재한다.

비록 2017년 4월 건강보험법 개정에 따라 아동·청소년의 인권침해요소는 많이 감소했다고 하나, 건강보험료 체납 가구 아동이 부모의 경제적 채무를 짊어져야 하는 문제, 건강보험 자격 제한으로 인한 해당 아동의 사회·경제적 권리 제한 등의 문제가 ‘특별한 보호와 지원을 받을’ 권리를 가진 아동·청소년의 권리를 제약할 가능성은 현재와 같이 지역가입자의 건강보험료 미성년자 납부의무와 미성년자의 연대납부의무가 남아 있는 한 여전히 상존한다. 이와 관련하여 개별 사례나 내용은 조금씩 축적되고 있는 형편이기는 하지만, 그럼에도 불구하고 문제의 심각성에 비추어 볼 때, 아동·청소년 인권 보장, 즉 건강권의 보장과 실현이라는 확장된 의미에서 건강보험료 체납 가구의 현황을 파악한 조사나 이로 인한 미성년자의 건강권 침해 연구는 부족한 실정이다.

따라서 본 연구에서는 먼저 아동·청소년의 건강을 보편적 인권 중 하나인 건강할 권리 측면에서 정의하고 분석하는 작업을 시도하고자 한다. 이러한 시각에서 우리나라의 국민건강보험제도가 어떻게 아동의 건강권을 침해하고 있는지를 살펴보고, 이에 대한 적극적 대안을 제시하고자 한다. 이를 위하여 본 연구에서는 첫째, 아동·청소년의 건강권과 관련하여 유엔 아동권리위원회가 채택한 일반논평 제15호³⁾의 내용을 중심으로 아동·청소년 건강권의 의미, 내용, 범위 등에 대한 고찰, 둘째, 이러한 일반 원칙에 근거하여 이용 가능한 통계 및 지표를 참조하여 한국의 아동·청소년 건강권 보장 수준 개괄, 셋째, 향후 한국의 아동·청소년 건강권 보장과 관련된 정책을 개괄하고 정책의 우선순위 제안, 넷째, 건강권 보장과 관련하여 의료서비스를 이용할 권리 측면에서 한국에서 중요한 제도 중 하나인 국민건강보험제도를 아동·청소년 건강권 보장 측면에서 개괄 및 문제점 진단, 다섯째, 현 상황에서 문제 해결의 시급성, 실현 가능성 등을 고려하여 사회적으로 시급하게 실태파악 및 문제점 개선 방향이 요구되고 있는 건강보험료 체납 가구 아동·청소년의 인권 침해 문제에 대한 현황과 문제점을 개괄하고 개선방안 등에 대하여 살펴보고자 한다.

2. 연구내용 및 범위

가. 아동·청소년 건강권 보장의 의미와 범위, 내용

유엔 아동권리협약 및 아동권리위원회 일반논평 제15호에서 명시적으

3) Committee on the Rights of the Child, General comment No. 15 on the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health, 2013.

로 해설하고 있는 아동 건강권의 의미, 범위, 내용, 세계보건기구가 권장하고 있는 근거기반 아동·청소년 건강 증진 전략 등을 건강의 의미, 인권으로서의 건강, 특히 아동·청소년의 인권 및 건강권의 측면에서 서술하였다.

나. 한국의 아동·청소년 건강권 보장 현황

유엔아동권리위원회 일반논평 제15조의 틀에 의거하여 한국 아동·청소년 건강권 보장 현황을 파악하고 전반적인 수준에 대한 평가를 진행하였다. 그 중에서도 일반논평 제15호에서 아동권리협약 제24조의 규범적 내용이라고 해설하고 있는 ‘특히 우선적인 건강문제 및 대응’의 6가지 내용에 대해서는 어떤 조치를 취하고 있는지를 중심으로 정성적 현황 파악과 평가를 진행하였다.

다. 아동·청소년 건강권 보장 측면에서 국민건강보험 제도

아동·청소년의 의료서비스 이용 권리와 관련하여 한국에서 가장 중요한 제도인 국민건강보험제도를 아동·청소년 건강권 측면에서 개괄하고 그 문제점을 서술하였다.

라. 한국의 아동·청소년 건강권 보장을 위한 정책과제

한국 아동·청소년 건강권 보장 현황 파악과 평가를 바탕으로 유엔아동권리위원회 일반논평 제15조의 틀에 의거하여 아동권리협약 제24조 내용을 중심으로 한 실행과제의 우선순위, 아동·청소년 건강권 실현을 위한 원칙에 근거한 구조적 정책과제, 국가의 의무와 책임 준수를 위한 실행체제 개선 과제의 세 가지 영역에서 각각에 대한 정책과제를 도출하였다.

마. 건강보험료 연대납부 의무와 아동·청소년 인권

국민건강보험제도와 관련하여 아동·청소년 인권 보장 측면에서 시급한 과제로 논의되고 있는 건강보험료 체납가구에 속한 아동·청소년의 건강보험료 연대 납부 의무로 인한 문제를 파악하였다. 먼저 건강보험료 체납 가구의 규모, 체납액 등 현황, 건강보험료 체납 가구 소속 아동·청소년의 규모 및 실태를 서술하였다. 그리고 세대주가 건강보험료를 체납하게 될 경우 세대원으로 등록된 아동·청소년에게 어떤 경제적, 사회적 부담이 지워지는지를 파악하였다. 또한 문제 해결을 위한 시사점을 얻기 위해 제외국의 아동·청소년 보험료 연대납부 의무 현황과 시사점을 파악하였다. 마지막으로 이러한 조사결과를 토대로 하여 건강보험료 연대납부 의무로 인한 아동·청소년 인권 문제 해결을 위한 개선방안을 제안하였다.

3. 연구방법

가. 문헌 연구

본 연구를 위하여 기존에 존재하는 국내외 문헌 내용을 정리하고 해석하여 재가공하는 작업을 중심으로 문헌연구를 수행하였다.

나. 2차 자료 조사

건강보험료 연대납부 의무와 아동·청소년 인권 문제 분석을 위해서 국민건강보험공단 통계 및 내부 자료 등을 분석하였고, 국가인권위원회 및 국민권익위원회에 진정·고충처리 제기된 문제를 분석하였다. 더불어 ‘생계

형 건강보험료 체납 지원사업’을 실시하고 있는 시민사회단체에 제기된 내용 중 연구와 관련된 사례를 중심으로 분석하였다.

다. 전문가 의견조사

한국의 아동·청소년 건강권 보장을 위한 정책과제를 제시함에 있어 연구진이 기존 문헌조사를 통해 정책과제의 틀을 작성하였다. 이러한 틀에 기초하여 구조적 정책과제, 실행과제, 실행체계 개선과제를 선정하였다. 그리고 이 중 실행과제에 대해서는 8명의 전문가에 대해 델파이(Delphi)조사를 수행하여 정책의 우선순위를 선정하였다. 그리고 이 모든 과정과 결과에 대한 전문가 자문위원들의 자문을 받아 최종안을 마련하였다.

라. 외국의 관련 현황 조사

해외 자료와 현황을 조사함에 있어 1차 문헌연구를 실시하였고, 이러한 문헌 조사만으로 알기 어려운 문제에 대해서는 현지에 체류하고 있는 연구자나 관련 국내 전문가들의 도움을 받아 추가적으로 조사를 수행하였다.

제2장

아동·청소년
건강권 보장의
의미와 범위
및 내용

제2장

아동·청소년 건강권 보장의 의미와 범위 및 내용

1. 인권으로서 건강 그리고 아동

가. 건강이란 무엇인가?

건강의 개념을 정의하는 것은 쉬운 일이 아니다. 왜냐하면 건강이란 매우 주관적 관점에서 파악되는 경향이 있기 때문에 사회적, 문화적 맥락에 따라 크게 영향을 받는다. 따라서 건강을 둘러싼 논의는 오랜 역사를 가지고 있고 논쟁도 많다. 역사·문화적으로 볼 때 건강은 육체적 건강, 정신적 건강, 사회적 혹은 영적 건강 세 차원에서 설명되어져 왔으며, 때때로 이러한 개념의 복합체로 설명되었다.⁴⁾ 그러나 이러한 접근방식과는 별개로 다른 방식의 접근도 이루어져왔다. 이른바 건강을 ‘질병이나 허약이 없는 상태’로 설명하거나 ‘최고의 안녕 상태’, ‘일하고 사랑하는데 필수적인 역능

4) H.E. Sigerist(1941), *Medicine and Human Welfare*, New Haven/London: Yale University Press/Oxford University Press, p. 53-104.

(capacity)’ 등으로 설명하는 방식이다. 이러한 후자의 논의의 결과는 세계보건기구 헌장 서문의 건강 정의로 이어졌다. 세계보건기구는 건강이란 “완전한 육체적, 정신적, 사회적 안녕 상태이며 단지 질병이나 허약의 부재가 아니다”라고 정의했다.⁵⁾ 즉, 건강이란 허약하거나 질병이 없는 단순한 상태를 의미하는 것이 아니라 지속가능한 건강이 가능할 수 있는 경제적·사회적 환경을 포괄한다는 것이다. 이는 당시까지의 논의를 집대성하여 건강을 총체적이고 긍정적으로 방식으로 정의하고자 한 시도의 결실이다.

하지만 이러한 정의에 대한 비판도 존재한다. 그 개념이 너무 포괄적이고 모호하여 실행개념이 존재하지 않는다는 것과 이러한 정의에 의하면 그 누구도 건강하지 않다는 결론에 이르게 된다는 것이다.⁶⁾ 또한 이러한 건강 개념이 충족될 수 없는 건강에 대한 욕구를 낳아 사회의 ‘의료화(medicalization)’에 기여한다는 비판도 존재한다.⁷⁾

이렇게 초기부터 존재했던 이러한 건강 개념의 모호함을 해결하기 위해 1978년 알마아타 선언(Declaration of Alma-Ata)이 발표되었다. 여기서 건강은 더 이상 기술적으로 복잡한 의료의 문제가 아니라, 개인이 일상 생활에서 경험하게 되는 일상의 영역 속에서 재정의된다. 이렇게 자연스럽게 건강은 더 이상 의료 전문직의 영역에서 벗어나게 된다. 알마아타 선언에서는 이를 “기본적인 보건의료(Primary Health Care)⁸⁾” 개념으로 정의하

5) Preamble to the Constitution of the World Health Organization.
<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>

6) R. Saracci, ‘The world health organization needs to reconsider its definition of health’, *British Medical Journal*, 1997, Volume 314, Number 1409.

7) M. Huber e.a., ‘How should we define health?’, *British Medical Journal*, 2011, Volume 343, Number 4163.

8) “Primary Health Care”를 어떻게 번역할 것인가에 대해서는 혼란이 있다. 현재 한국에서는 ‘일차 의료’, ‘일차 보건의료’ 등의 번역이 많이 통용되고 있는데, 이 개념은 1차적인 보

여 건강에 대한 새로운 설명을 시도하고자 하였다.⁹⁾

나. 인권으로서 건강

건강을 인권 측면에서 접근한 최초의 국제 문서는 1946년에 제정된 세계보건기구 헌장이다. 세계보건기구 헌장 서문에서 달성 가능한 가장 높은 수준의 건강을 향유하는 것은 “인종, 종교, 정치적 신념, 경제적 또는 사회적 조건의 구별 없이 모든 인간의 기본적 권리 중 하나”로 천명되었다.¹⁰⁾

인권으로서 건강 개념은 1948년에 제정된 세계인권선언에서 재확인되었다. 세계인권선언 제25조 제1항은 “모든 사람은 의식주, 의료 및 필요한 사회복지를 포함하여 자신과 가족의 건강과 안녕에 적합한 생활수준을 누릴 권리와 실업, 질병, 장애, 배우자 사망, 노령 또는 기타 불가항력의 상황으로 인한 생계 결핍의 경우에 보장을 받을 권리를 가진다”고 명시하고 있다.

이러한 접근은 1966년 채택된 유엔 경제적, 사회적 및 문화적 권리에 관한 국제규약에서 더욱 구체화되었다. 이 규약에서는 “모든 사람이 도달 가능한 최고 수준의 신체적·정신적 건강을 향유할 권리”를 국가가 인정하도록 하였다. 더불어 (a) 사산율과 유아사망률의 감소 및 어린이의 건강한 발육, (b) 환경 및 산업위생의 모든 부문의 개선, (c) 전염병, 풍토병, 직업

건, 의료서비스를 제공하는 기본 단위 개념이기도 하지만, ‘기본적이고 주요한’ 보건, 의료 서비스 제공 단위에 대한 성격이 강해 이 보고서에서는 ‘기본적인 보건 의료’라는 번역을 사용하였다. 한편 ‘Health Care’ 역시 ‘의료’로 번역하기보다는 의료보다 보다 포괄적 개념인 ‘보건의료’라는 표현을 사용하였다.

9) http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf

10) 각주 4)의 참고문헌 참조

병 및 기타 질병의 예방, 치료 및 통제, (d) 질병 발생시 모든 사람에게 의료와 간호를 확보할 여건의 조성을 해당 국가 정부의 구체적 의무로 규정하였다. 이는 유엔 경제적, 사회적 및 문화적 권리 위원회 일반논평 제14호(2000년)로 더욱 구체화되었다.

인권 혹은 사회권으로서 건강할 권리를 규정한 이후 건강에 대한 논의 방향은 주요한 변화가 있었다. 첫째, 건강권의 내용을 규정하는 요인과 관련하여 기존에 의료서비스 제공 여부를 중심으로 하는 논의가 ‘건강의 사회적 결정요인(Social Determinants of Health)’에 대한 개입 여부를 중심으로 하는 논의로 변화되었다. 둘째, ‘개인’의 건강에 대한 논의에서 ‘집단’, 특히 취약집단의 건강의 중요성에 대한 논의로 변화되었다. 셋째, 건강을 단순히 질병이나 허약이 없는 상태로 접근하는 방식에서 벗어나 총체적이고 포괄적인 정치, 경제, 사회, 문화적 현상으로 접근하는 경향이 확산되었다.

다. 기본적인 보건의료(Primary Health Care)와 건강의 사회적 결정요인(Social Determinants of Health)

건강이란 단순히 질병이나 허약이 없는 상태가 아니며, 의료서비스 제공의 범위를 넘어선 총체적이고 포괄적인 정치, 경제, 사회, 문화적 현상이기에 사회적 개입 혹은 국가의 의무 이행의 정당성 및 필요성이 도출된다. 그러한 개입 혹은 의무의 범위는 의료를 넘어 다양한 사회정책 영역으로 확장된다. 이러한 논의의 중심에 ‘기본적인 보건의료’ 개념과 ‘건강의 사회적 결정요인’ 개념이 자리한다.

‘기본적인 보건의료’ 개념은 세계보건기구와 국제아동기금(UNICEF)이 1978년 구 소련(현재는 카자흐스탄) 알마아타에서 주최한 컨퍼런스에서 채택되고, 1979년 유엔 총회에서 승인받은 ‘알마아타 선언(Declaration of Alma-Ata on Primary Health Care)’에서 구체화되었다.

여기서 기본적인 보건의료는 필수적인 보건의료 서비스로 규정된다. 이는 국가 보건의료체계와 지역사회의 전반적 사회경제 발전에 필수적인 구성 요소로 평가된다. 기본적인 보건의료는 개인, 가족, 지역사회가 사람들이 생활하고 일하는 곳에서 가능한 한 가까운 곳에서 보건의료 서비스를 제공하는 국가 보건의료체계를 접하는 첫 접촉점으로 묘사된다. 기본적인 보건의료는 그 이후로 지속되는 보건의료 서비스 과정의 첫 단계의 위치를 갖는다.¹¹⁾

보다 구체적으로 기본적인 보건의료는 한 국가와 지역사회의 경제적 상태와 사회문화적, 정치적 특징을 반영하고, 이로부터 서서히 발전하는 것으로 규정된다. 그리고 사회학, 생의학, 보건의료 서비스에 대한 타당한 연구 결과와 공중보건의 경험을 적용하는 것에 기초한다. 기본적인 보건의료는 지역사회의 주요 건강문제를 다루며, 건강증진, 예방, 치료, 재활 서비스 등 건강의 모든 측면을 포괄한다. 그러므로 주요한 건강문제와 이러한 문제를 예방, 관리하는 방법에 대한 교육, 먹거리 공급과 적절한 영양의 증진, 안전한 물과 기본적인 위생 시설의 충분한 공급, 가족계획을 포함한 모성보호와 아동건강관리, 주요 감염성질환에 대한 예방접종, 지역 유행 질병에 대한 예방과 관리, 흔한 질병과 외상에 대한 적절한 치료, 필수 의약품 제공 등이 최소한의 필수조치로 구체화되고 있다.

11) 각주 8)의 참고문헌 참조

이를 위해 의료 부문에 더하여, 특히 농업, 축산업, 식품, 산업, 교육, 주택, 공공사업, 통신 등과 같은 국가와 지역사회 발전의 모든 관련된 부문을 포함하고, 이 모든 부문의 조화로운 노력을 요구한다. 한편, 기본적인 보건의료의 계획, 조직, 운영, 관리에 대해 지역사회와 개인의 자기신뢰와 참여가 극대화될 것을 요구한다. 그리고 이러한 목표를 위해 적절한 교육을 통해 사회의 참여 능력을 발전시킬 것을 요구한다. 하지만 원대한 비전과 구체적인 요구에도 불구하고 각국에서 이러한 기본적인 보건의료 개념을 정착시키는 데에는 많은 한계와 어려움이 있었다. 아래로부터 지역 사회의 참여를 강조하는 이러한 흐름은 관료사회의 무관심에 부딪혔고, 의료 전문직들의 저항에 직면하였다. 이에 이 프로젝트는 좌초하였고 사실상 각국에서 제대로 시행되지 못했다.

1980년대 이후 세계적으로 신자유주의 세계화의 물결이 지속되면서 일부 국가 외에 제대로 논의되거나 실행되지 못했던 기본적인 보건의료 개념의 복권이 2008년에 이루어졌다. 세계보건기구의 ‘건강의 사회적 결정요인 위원회(Commission on Social Determinants of Health)’는 2008년 ‘한 세대 내에 격차 줄이기(Close the Gap in a Generation)’라는 보고서를 발간했다. 이 보고서에서 위원회는 현재의 시기는 국가 간·국가 내 건강 불평등이 심각한 상황이며, 이는 윤리적·도덕적으로뿐 아니라 정치적으로도 용인할 수 없는 문제이므로 각국의 비상한 관심과 노력이 필요함을 역설하였다.¹²⁾ 위원회는 당면한 건강 불평등 문제를 해결하기 위해서는 의료적 접근을 넘어, 소득, 젠더, 직업, 환경, 먹거리 등 건강의 사회적 결정요

12) Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva: World Health Organization, 2008

인에 대한 개입이 필요하며, 이는 다양한 영역의 포괄적이고 협력적 접근으로 가능하다고 주장했다.

라. 아동의 취약성

유엔아동권리협약에 의하면 아동은 “아동에게 적용되는 법에 의하여 보다 조기에 성인 연령에 달하지 아니하는 한 18세 미만의 모든 사람”으로 정의된다. 성인으로서 자신의 결정과 행동에 대해 스스로 책임을 지며, 더 이상 부모나 법적 후견인의 보호로부터 벗어나는 연령은 일반적으로는 18세로 여겨진다. 하지만 각 국가별로 혹은 법의 목적별로 이러한 규정은 약간 다르게 적용되기도 한다.

한국의 경우 「아동복지법」상에서 규정하는 아동은 18세 미만이다. 하지만 「민법」상 미성년자는 19세 미만이다. 이에 따르면 민사상 성인으로서의 권리는 19세부터 행할 수 있는 것이다. 한편, 한국에서는 ‘청소년’이라는 표현으로 특별히 정책의 대상이 되는 연령대를 규정하고 있는데, 「청소년기본법」상 청소년은 9세부터 24세까지이다. 하지만 특별히 청소년들에 대한 사회적 보호를 위해 만들어진 「청소년보호법」에서 규정하는 청소년은 민법과 마찬가지로 19세 미만이다. 만 18세가 되는 이들의 경우 아동복지법상으로는 더 이상 아동이 아니지만 민법상으로는 미성년자이고 청소년보호법상 청소년에 속한다.

하지만 아동권리협약은 제5조에서 아동의 독립성은 ‘아동의 능력발달(the evolving capacities)’에 상응하는 방식으로 평가되고 행사되어야 한다고 규정하고 있어, 아동 보호, 참여, 자율성 등을 결정함에 있어 결정해

야 할 내용의 종류에 따라 유연성을 부여하고 있다. 이와 같이 아동에 대한 사회적 관심과 특별한 보호가 필요한 까닭은 그 취약성(Vulnerability) 때문이다. 아동권리협약 전문에서 이러한 측면은 “아동은 신체적, 정신적 미성숙으로 인하여 출생전후를 막론하고 적절한 법적 보호를 포함한 특별한 보호와 배려를 필요로 한다”는 표현으로 구체화되어 있다.

한편, 아동권리협약에서는 부모로부터 분리된 아동, 일시적 또는 항구적으로 가족환경을 박탈당하거나 가족환경에 있는 것이 스스로의 최상의 이익을 위하여 허용될 수 없는 아동, 입양된 아동, 난민 아동, 정신적 또는 신체적 장애아동, 의료적 치료가 필요한 아동, 신체적·정신적 건강의 관리, 보호 또는 치료의 목적으로 관계 당국에 의하여 양육지정 조치된 아동, 인종적·종교적 또는 언어적 소수자나 원주민이 존재하는 국가에서 이러한 소수자에 속하거나 원주민인 아동, 마약과 향정신성 물질의 불법적 사용에 노출된 아동, 형사피의자나 형사피고인 또는 유죄로 인정받은 아동 등은 그 중에서도 특히 더 취약한 아동으로 규정하고 있다. 영유아의 경우는 협약 내에는 특별한 언급이 없지만, 아동권리위원회 일반논평 제7호에서는 영유아의 건강과 안녕을 위해 특별한 관심과 조치가 행해져야 함을 강조하고 있다.

아동의 취약성은 두 가지 측면에서 논의될 수 있다. 첫째는 생물학적 취약성이다. 이는 아동이 신체적으로 약하고 정신적으로 미성숙하며 이에 따라 지식과 경험이 적기 때문에 발생하는 취약성이다. 아동은 성인에 의지할 수밖에 없고, 과거의 기억에 영향을 받으며, 미래에 대한 시각, 문화적 차이에 대한 이해가 부족하고, 언어 발달, 신체 발달 등이 더디기 때문에 취약하기도 하다.

둘째는 구조적 취약성이다. 이는 아동이 정치, 경제적으로 권력이 없고, 경제적 자원 등 자원 접근성이 제한되어 있으며, 이에 따라 자신의 표현이 제약됨으로 인해 발생하는 취약성이다. 아동의 취약성은 그들이 아동이기 때문에 발생하는 것이기도 하지만, 한 사회의 법적 제도적 환경에 따른 정책의 결과이기도 하다. 그러므로 이러한 종류의 구조적 취약성 극복을 위해서는 아동의 자기 결정권 및 참여권을 증진시킬 필요가 있다.

아동권리협약에서 아동은 취약성 때문에 보호와 배려가 필요한 존재이기도 하지만, 아동의 ‘능력발달(the evolving capacities)’에 상응하는 방식으로 그 독립성을 부여받을 권리를 가진 자율적 존재이기도 하다. 이러한 존재적 특성으로 인해 아동에 대한 보호와 배려뿐 아니라 아동의 참여가 중요하다. 이는 아동의 구조적 취약성을 극복하기 위한 방안이기도 하다.

2. 유엔 아동권리협약 및 아동권리위원회 일반논평 제15호와 아동의 건강권

세계보건기구는 헌장 서문에서 아동·청소년 건강의 중요성을 다음과 같이 즉, “아동의 건강한 발달은 기본적 중요성을 가진다. 변화하는 전체 환경에서 조화롭게 살아갈 수 있는 능력은 그러한 발달에 필수적이다”¹³⁾라고 밝히고 있다. 또한 세계보건기구는 건강은 “인간의 가장 기본적이고 필수적인 자산(asset)”이라고 언급하기도 했다.¹⁴⁾ 이처럼 아동·청소년기의

13) 각주 4)의 참고문헌 참조

14) WHO Factsheet No. 31 on the Right to health, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, Geneva, June 2008.

건강은 성인기 건강의 기초가 된다는 점에서 특별히 더 중요하게 생각되고 있다. 따라서 모든 아동들에게는 출생전후를 포함하여 건강을 유지할 권리와 사회적 지원과 체계가 요구된다.

또한 유엔 아동권리협약에서는 아동의 건강권이 필수적 권리로 중요하게 다루어지고 있다. 아동권리협약 제24조와 아동권리위원회 일반논평 제15조는 국제적인 아동권리 문서의 형태로 그러한 중요성을 확인하였다.

가. 아동 건강권의 핵심 요소

그렇다면 아동 건강권은 무엇이고, 그 핵심요소는 무엇인가? 아동 건강권의 핵심요소는 아동권리협약 제24조에 상세히 기술되어 있다. 제1항에서는 아동에게 “도달 가능한 최상의 건강수준을 향유할” 권리가 있음을 천명하고 있고, 이를 위해 치료 시설 및 건강 관련 시설을 이용할 권리를 보장하고 있다. 그리고 이러한 보건의료 서비스 이용의 권리가 아동들에게 박탈당하지 않도록 하기 위하여 노력할 것을 당사국에 권고하고 있다.

여기서 ‘최상으로 도달 가능한 건강 기준’이라는 개념은 아동의 신체적, 사회적, 문화적, 경제적 측면을 고려한 건강을 의미하며, 이를 위한 공공과 민간의 사회적 자원의 활용과 국제협력을 전제로 하는 개념이다. 또한 아동 건강권은 성장과 발달에서 점차 중요성이 나타나는 자유권과 자격에 관한 권리도 포함한다. 나아가 자신의 건강과 신체에 대한 자기 결정권, 성과 재생산에 대한 책임 있는 선택권, 다양한 종류의 시설·재화·서비스·조건 등에 접근할 수 있는 자격 등을 포함하는 광범위한 개념이다.

그러나 제1항에서 사용하고 있는 ‘인정한다(recognize)’라는 표현과

‘노력하여야 한다(to strive to)’는 표현은 법적으로 볼 때 상대적으로 강제성이 떨어지며, 구속력이 약한 표현이다. 이러한 한계는 제1항의 내용이 추상적이고 규범적인 내용을 포함하고 있기 때문에 가질 수 있는 당연한 한계로 판단된다. 따라서 이러한 제1항의 추상성을 극복하기 위해 제2항에서는 당사국이 최소한 취해야 할 조치를 구체적으로 언급하고 있다. 이 조항은 ‘완전한 이행을 추구하여야 하며(shall pursue full implementation)’, ‘적절한 조치를 취하여야 한다(shall take appropriate measures)’는 의무형 명령 형태를 취하고 있다.

이렇게 제24조 제2항에서는 당사국이 취해야 할 조치를 6가지 차원에서 구체적으로 언급하고 있다. 첫째, 유아와 아동의 사망률을 감소시키기 위한 조치, 둘째, 필요한 의료지원과 보건의료서비스 제공을 보장하는 조치, 셋째, 환경오염, 충분한 영양, 깨끗한 식수 등을 제공하기 위한 조치, 넷째, 산모를 위한 출산전후 건강관리 조치, 다섯째, 건강관리 및 사고예방에 대한 정보를 제공받고 교육을 받으며 지원을 받을 것을 보장하는 조치, 여섯째, 예방적 보건의료서비스, 부모를 위한 길잡이, 가족계획에 대한 교육과 서비스를 발전시키기 위한 조치 등이 그것이다.

사실 이 6가지 내용은 상호 연관되어 있어 그 영역이 완전히 나누어져 있는 조치들은 아니다. 그 구분 또한 보건학적으로 혹은 의료적으로 명확하지 않은 측면도 있다. 예를 들어, 첫 번째 조치인 유아와 아동의 사망률을 감소시키기 위한 조치의 경우는 사실 다른 모든 조치를 다 포괄하는 조치라고 할 수도 있다. 하지만 그 맥락과 의미를 고려하여 분류해보면 다음과 같이 6개의 조치 즉, 첫째, 영아사망률을 낮추기 위한 구체적인 조치, 둘째 의료서비스 이용에 대한 조치, 셋째, 건강의 사회적 결정요인에 대한

개입 조치, 넷째, 산전산후 산모 건강관리 조치, 다섯째, 정보 제공, 교육, 지원받을 권리 보장 조치, 여섯째, 예방서비스, 부모 길잡이, 재생산 건강 권 등으로 구분하는 것도 가능할 것이라고 생각된다.

이어서 제3항과 제4항에서는 아동의 건강을 해치는 전통관습을 폐지하기 위한 조치를 취할 것, 국제협력을 촉진하고 장려할 것, 개발도상국의 필요에 대한 특별한 고려 등이 언급되고 있다.

[표 Ⅱ-1] 아동권리협약 제24조의 조문

아동권리협약 제24조

1. 당사국은 도달 가능한 최상의 건강수준을 향유하고, 질병의 치료와 건강의 회복을 위한 시설을 사용할 수 있는 아동의 권리를 인정한다. 당사국은 그러한 보건의료 서비스의 이용에 관한 아동의 권리가 박탈되지 아니하도록 노력하여야 한다.

2. 당사국은 이 권리의 완전한 이행을 추구하여야 하며, 특히 다음과 같은 적절한 조치를 취하여야 한다.

가. 유아와 아동의 사망률을 감소시키기 위한 조치

나. 기본적 보건의료 체계의 발전에 중점을 두면서, 모든 아동에게 필요한 의료지원과 보건의료서비스 제공을 보장하는 조치

다. 환경오염의 위해와 위험을 감안하면서, 기본적 건강관리 개념에 의거하여 무엇보다도 용이하게 이용 가능한 기술의 적용과 충분한 영양식 및 깨끗한 음료수의 제공 등을 통하여 질병과 영양실조를 퇴치하기 위한 조치

라. 산모를 위하여 출산 전후의 적절한 보건의료서비스를 보장하는 조치

마. 모든 사회구성원 특히 부모와 아동은 아동의 건강과 영양, 모유 수유의 이익, 위생 및 환경정화 그리고 사고예방에 관한 기초지식의 활용에 있어서 정보를 제공 받고, 교육을 받으며, 지원을 받을 것을 확보하는 조치

바. 예방적 보건의료서비스, 부모를 위한 길잡이 및 가족계획에 관한 교육과 편의를 발전시키는 조치

3. 당사국은 아동의 건강을 해치는 전통관습을 폐지하기 위하여 모든 효과적이고 적절한 조치를 취하여야 한다.

4. 당사국은 본 조에서 인정된 권리의 완전한 실현을 점진적으로 달성하기 위하여 국제협력을 촉진하고 장려하여야 한다. 이 문제에 있어서 개발도상국의 필요에 대한 특별한 고려가 베풀어져야 한다.

※ 아동권리협약은 한국 정부 등에서 번역한 번역본과 NGO 등에서 번역한 번역본 등이 있는데, 본 보고서에서는 의료, 건강 측면에서 살펴볼 때, 기존의 번역이 전체적인 맥락과 정책을 이해하는데 어려움을 줄 수 있는 일부 번역에 대해 다른 용어를 사용하였다. 대표적으로 ‘Primary Health Care’는 기존 번역에서 ‘기초건강관리’로 번역되어 있는데, 이를 ‘기본적 보건의료’로 번역하였다. ‘Health Care’ 역시 ‘건강관리’라는 번역보다는 맥락으로 볼 때 보다 넓은 의미일 때는 ‘보건의료서비스’를, 좁은 의미의 의료서비스를 의미할 때는 ‘의료’라는 번역어를 사용하였다.

나. 아동의 건강권과 아동권리협약의 다른 조항과의 관계

아동권리협약은 총체적이고, 보편적이며, 개별적이고, 상호연관성을 가지고 있는 아동의 권리를 규정하고 있다. 그러므로 아동의 권리의 원칙과 전제가 되는 비차별권, 아동의 최선의 이익, 생명, 생존, 발달권, 아동의 피청취권 등은 건강권을 보장하는 데 있어서도 핵심적인 원칙이다.

더불어 장애 아동의 권리(제23조), 사회보장제도의 혜택을 받을 권리(제26조), 적합한 생활수준을 누릴 권리(제27조) 등도 넓은 의미에서 아동의 건강과 관련된 권리라고 할 수 있다.

1) 비차별권

모든 아동의 건강권을 완전히 실현하기 위해, 당사국은 차별의 결과로 인해 아동건강이 나빠지지 않도록 보장할 의무가 있다. 차별은 취약성을 조장하는 중요한 요소이다. 아동과 부모 또는 법정 후견인의 인종, 피부색, 성별, 언어, 종교, 정치적 또는 여타의 의견, 민족적, 인종적, 사회적 출신, 재산, 장애, 출생 또는 여타의 신분, 성적 지향, 젠더 정체성, 건강상태(HIV 상태, 정신건강) 등 다양한 요인에 의한 차별금지는 아동 건강권 보장을 위해 기본적으로 존중되어야 할 원칙이다. 이러한 ‘비차별의 원칙’은 어떠한 경우여라도 지켜져야 할 원칙이다. 예를 들어 미등록 신분인 부모에게서 태어난 아동에 대한 의료서비스 제공 차별 예외를 요청한 사례는 아동권리위원회에서 기각된 바 있다.

또한 비차별의 원칙이 특별히 추가적인 조치가 요구되는 아동에 대한 적극적 조치(affirmative actions)와 상충되는 것도 아니다. 그러한 적극

적 조치가 다른 아동의 권리를 침해하거나 기회를 침해하지 않는 이상 적극적 조치는 차별이 아니다. 가령 난민 아동을 위한 적극적 의료서비스 제공 조치는 다른 아동의 의료서비스 이용을 막거나 제한하는 것이 아니기에 차별이 아니다.

2) 아동의 최선의 이익

아동권리협약 제3조 1항은 아동에게 영향을 미치는 모든 활동에서 최우선 고려사항으로 ‘아동의 최선의 이익’이 평가되고 채택되도록 보장할 의무를 공공·민간 사회복지기관, 법원, 행정당국과 입법기관에 부여하고 있다. 아동의 최선의 이익 원칙은 아동 개인이나 아동 집단에 관한 모든 건강 관련 결정에서 준수되어야 한다. 또한 각 아동의 최선의 이익은 그의 신체적·정서적·사회적·교육적 요구, 연령, 성별, 부모·돌보미와의 관계, 가족과 사회적 배경, 그리고 아동권리협약 제12조에 규정된 피청취권의 행사 등에 기초해서 판단되어야 한다.

특히 종종 문제가 되는 때는 아동에 대한 치료의 제공, 중단, 종결에 관한 의사결정이 이루어질 때이다. 이러한 영역의 문제는 상황별로 다양한 사례가 있을 수 있고 개별 당사자에게 그 결정을 미루어 두는 게 문제가 있을 수 있으므로 국가는 이러한 경우에 적용할 수 있는 구속력 있는 공식적 과정을 마련해야 하고, 이러한 상황에서 아동의 최선의 이익 평가를 위한 지침을 보건 의료 종사자에게 제공하는 절차와 기준을 개발해야 한다.

의료 전문가 등은 아동의 치료의 결정과 지속 등을 결정할 때, 아동의 놀 권리, 교육받을 권리, 가족으로부터 분리되지 않을 권리 등 다양한 아동의 권리를 총체적으로 판단하여 결정할 수 있도록 훈련되어야 한다.

3) 생명, 생존, 발달권

아동권리협약 제6조는 아동의 생존과 성장 및 발달(신체적, 정신적, 도덕적, 영적, 사회적 발달 포함)을 보장할 당사국의 의무를 부각시키고 있다. 이는 직접적으로 제24조 제2항의 첫 번째 조치인 영아와 아동의 사망률을 낮추기 위한 조치와 관련되어 있다. 아동의 생명과 발달은 건강과 직접적인 관련을 가지고 있기 때문이다. 그러므로 아동의 생명, 생존, 발달에 대한 권리는 아동의 건강권과 함께 상호연관지어 파악되어야 한다.

4) 피청취권

아동권리협약 제12조는 아동이 자신의 견해를 표현하고 또한 연령과 성숙도에 따라 그 견해를 진지한 고려의 대상으로 삼아야 한다는 아동의 권리를 규정함으로써 아동 참여의 중요성을 부각시키고 있다. 여기서 언급되는 아동의 견해는 보건의료 서비스 제공과 관련된 모든 측면, 예컨대 필요한 서비스의 종류, 서비스를 가장 잘 제공할 수 있는 방법과 장소, 서비스 접근 또는 이용을 가로막는 장애물, 서비스의 질과 보건의료 전문가의 태도, 자신의 건강과 발달에 대한 아동의 책임능력 강화방안, 아동을 동료 상담가로 간주하여 이들을 서비스 제공과정에 더 효과적으로 관여시키기 위한 방법 등에 관한 견해를 포함한다.

이러한 청취권은 세 가지 차원이 있다. 첫 번째는 ‘자신의 견해를 자유롭게 표시할 권리’를 보장하는 것이다. 아동은 자신의 건강과 관련된 결정을 함에 있어 비밀이 보장된 상담을 받을 권리가 있다. 이럴 때 자신의 견해를 어떠한 압력이나 불편함 없이 표현할 수 있기 때문이다. 한편 이러한 권리는 건강에 관련된 충분한 정보 및 지식을 전달받고 알 권리와도 관

련된다.

두 번째는 ‘아동의 연령과 성숙 정도에 따라 정당한 비중을 부여하는 것’이다. 이는 의료적 결정과 관련해서도 몇 세부터 부모로부터 독립적인 의사결정을 하는 권리를 갖는가 하는 점과 관련된다. 많은 나라들에서 성년 여부와 상관없이 특정한 연령을 기준으로 아동에게 부모와 독립적으로 의료와 관련된 의사 결정을 할 권리를 주고 있다.

세 번째는 ‘사법적, 행정적 절차에 있어서도 직접 또는 대표자나 적절한 기관을 통하여 진술할 기회를 보장하는 것’이다. 이러한 권리를 보장하기 위해 최근 여러 나라들에서 의료기관 질 및 만족도 평가 시 아동의 부모뿐 아니라 아동 당사자들의 참여 하에 의견을 듣는 사례를 늘리고 있다.

5) 부모의 역할

아동권리협약 제18조에 의하면, “부모 또는 경우에 따라서 법정 후견인은 아동의 양육과 발전에 일차적 책임을 진다”고 규정되어 있다. 아동의 건강에 있어 부모의 역할은 매우 중요하다. 특히 영유아의 건강은 대부분 부모의 관심과 행동에 의해 결정된다. 부모는 아동의 보건의료 서비스 이용과 관련된 결정에 가장 큰 결정권을 가지고 있을 뿐 아니라 아동의 건강 관련 생활습관 형성에도 큰 영향을 준다. 그러므로 국가는 부모들이 그 역할을 충분히 다 할 수 있도록 제반 여건과 인프라를 구축할 필요가 있다.

다만, 부모가 자신의 역할을 방기하거나 아동을 학대하거나, 아동에게 부모가 없거나, 부모의 건강이 심각히 악화되어 부모의 역할을 다 하지 못하게 되는 경우 등 예외적인 경우에만 국가가 잠시 동안만 부모의 역할을 떠맡게 된다. 이런 경우 임의적인 판단과 결정을 막기 위해 법률과 제도에

의해 이러한 판단과 결정이 이루어질 수 있도록 해야 한다.

6) 사회보장권과 적합한 생활수준을 누릴 권리

사회보장 제도는 아동이 보건의료 서비스를 이용할 권리를 누리는데 있어서 필수불가결한 제도이다. 특히 재정적 측면에서 아동이 최소한의 경제적 부담 혹은 경제적 부담 없이 보건의료 서비스를 이용할 수 있도록 하기 위해서는 필수적으로 이러한 사회보장 제도가 요구된다.

그런데 대부분의 사회보장 제도는 부모 등 성인이 가입 대상이지 아동 자신은 독립적 가입 대상이 아니다. 그러므로 사회보장 제도에 가입할 수 없는 부모의 아동의 경우 문제가 발생할 수 있다. 이러한 상황을 고려하여 아동권리협약 제26조 제2항에서 사회보장 혜택은 “아동이 직접, 또는 대리인이 행하는 혜택 신청과 관련된 여러 상황을 고려해” 부여해야 한다고 명시하고 있다. 그러므로 당사국은 아동의 경우 어떠한 형태로 사회보장 제도의 혜택을 받을 것인지 명시적인 제도를 가지고 있어야 한다. 특히 한 부모 가정, 무직자 부모 가정, 미등록 이주민 가정의 아동 등에 대한 제도가 존재해야 한다.

그리고 적합한 생활수준을 누릴 권리와 사회보장권은 상호 밀접히 연관되어 있다. 의식주 등 기본적인 생활수준은 부모의 상황과 관련된다. 부모가 아동의 기본적 의식주를 책임질 수 없을 경우 국가가 아동의 의식주에 대한 책임을 져야 한다. 이는 사회보장 제도를 통하거나 국가가 직접 나서서 보조금 정책을 통해서도 가능하다.

제3장

한국의 아동·청소년 건강권 보장 현황

제3장

한국의 아동·청소년 건강권 보장 현황

아동·청소년 건강권 보장 현황을 평가하는 일관된 기준이라는 것은 존재하지 않는다. 먼저 연구진은 비교할 수 있는 객관적인 통계 혹은 지표를 통해 한국 아동의 건강 수준을 비교, 평가할 수 있는 양적 평가를 시행하였다. 이는 한국 아동의 포괄적 건강 수준 혹은 삶의 질이 어느 정도인지를 평가하기 위한 것이다.

두 번째로는 아동권위원회 일반논평 제15조의 틀에 의거하여 당사국의 의무 이행 현황을 파악하고 비교하는 질적 평가를 수행하였다. 일반논평 제15조의 틀에 의거하여 평가할 때에도 첫째, 한국이 일반논평 제15호에서 천명하고 있는 아동의 건강권 실현을 위한 원칙과 전제를 잘 이행하고 있는지, 둘째, 일반논평 제15호에서 아동권리협약 제24조의 규범적 내용이라고 해설하며 ‘특히 우선적인 건강문제 및 대응’이라고 언급한 6가지 내용에 대해 어떤 조치를 취하고 있는지, 셋째, 이를 위한 실행체제를 잘 갖추고 있는지 등을 평가할 수 있다.

하지만 첫째, 셋째 평가는 구체적인 정책과 법 하나하나를 분석, 평가하기보다는 큰 경향과 흐름을 파악해야 하는 것이기에 본 연구에서는 수행의 어려움이 있어 제외하고 두 번째 방식에 의거하여 한국의 아동·청소년 건강권 보장 현황에 대한 기술 및 분석을 실시하였다.

1. 한국 아동·청소년의 건강 관련 지표

가. 아동·청소년의 사망원인

한국 아동·청소년의 사망원인을 살펴보면, 1-9세 아동의 사망원인은 악성 신생물(암), 운수 사고, 선천 기형, 변형 및 염색체 이상 순이었고, 10대의 사망원인은 자살, 운수 사고, 악성 신생물(암) 순서였다.

[표 Ⅲ-1] 한국 아동·청소년의 연령대별 사망 원인(2016)

(단위: 인구10만 명당 명, %)

순위	1-9세			10대		
1	사망원인	사망률	사망자수	사망원인	사망률	사망자수
1	악성신생물	2.2	93	고의적 자해(자살)	4.9	273
2	운수 사고	1.5	61	운수 사고	3.0	165
3	선천 기형, 변형 및 염색체 이상	1.1	46	악성신생물	2.6	146
4	가해(타살)	0.7	31	불의의 물에 빠짐(익사)	0.6	32
5	심장 질환	0.4	18	심장 질환	0.5	29
6	불의의 물에 빠짐(익사)	0.4	16	추락	0.3	17
7	추락	0.3	13	뇌혈관 질환	0.3	16
8	뇌혈관 질환	0.2	10	선천 기형, 변형 및 염색체 이상	0.3	15
9	폐렴	0.2	9	가해(타살)	0.3	14
10	인플루엔자	0.2	8	연기, 불 및 불꽃에 노출	0.2	10

※ 자료 : 통계청, 2016년 사망원인 통계.

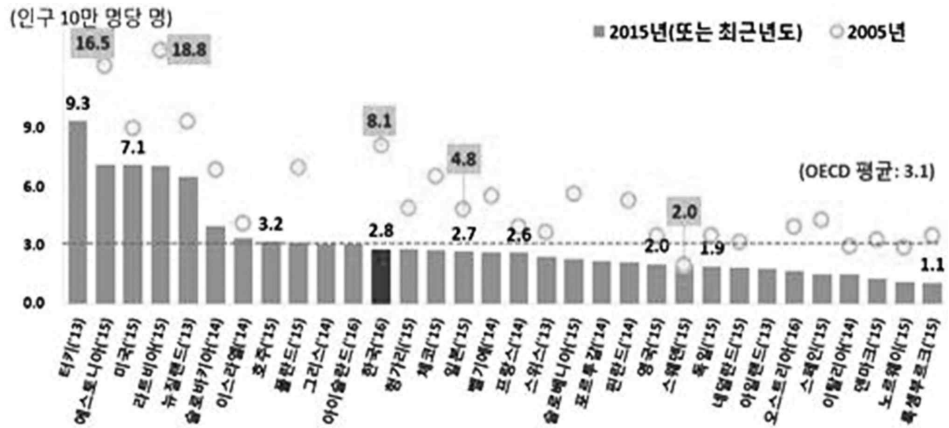
나. 사고로 인한 어린이¹⁵⁾ 사망

2015년(또는 최근년도) OECD 국가(32개국) 평균 비의도적 어린이 사고 사망률은 3.1명, 한국은 2.8명으로 12위 수준이었다. 사망원인별로 보면 한국이 OECD 평균보다 운수·추락·질식 사고는 더 높고, 익사·화재·중독 사고는 더 낮았다. 연령별로는 0세 사고 사망만 OECD 평균보다 높았다¹⁶⁾.

15) 여기서 ‘어린이’는 0-14세 아동을 말한다.

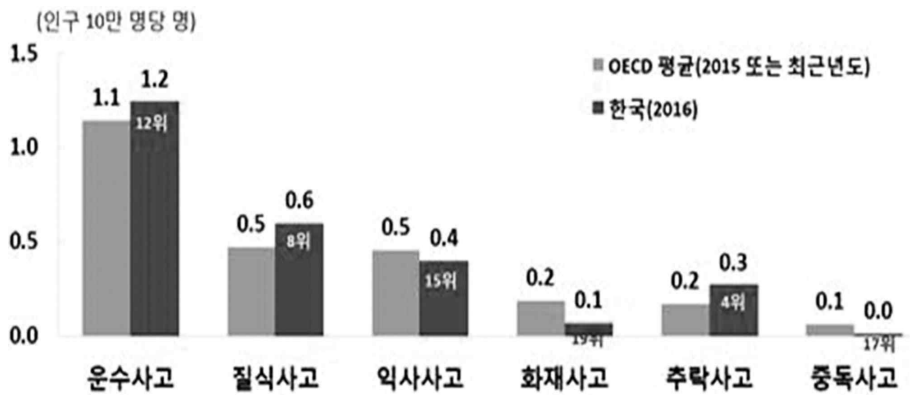
16) 통계청, 사고에 의한 어린이 사망 : 1996-2016년.

[그림 III-1] OECD 국가 비의도적 어린이 사고 사망률, 2005-2016년



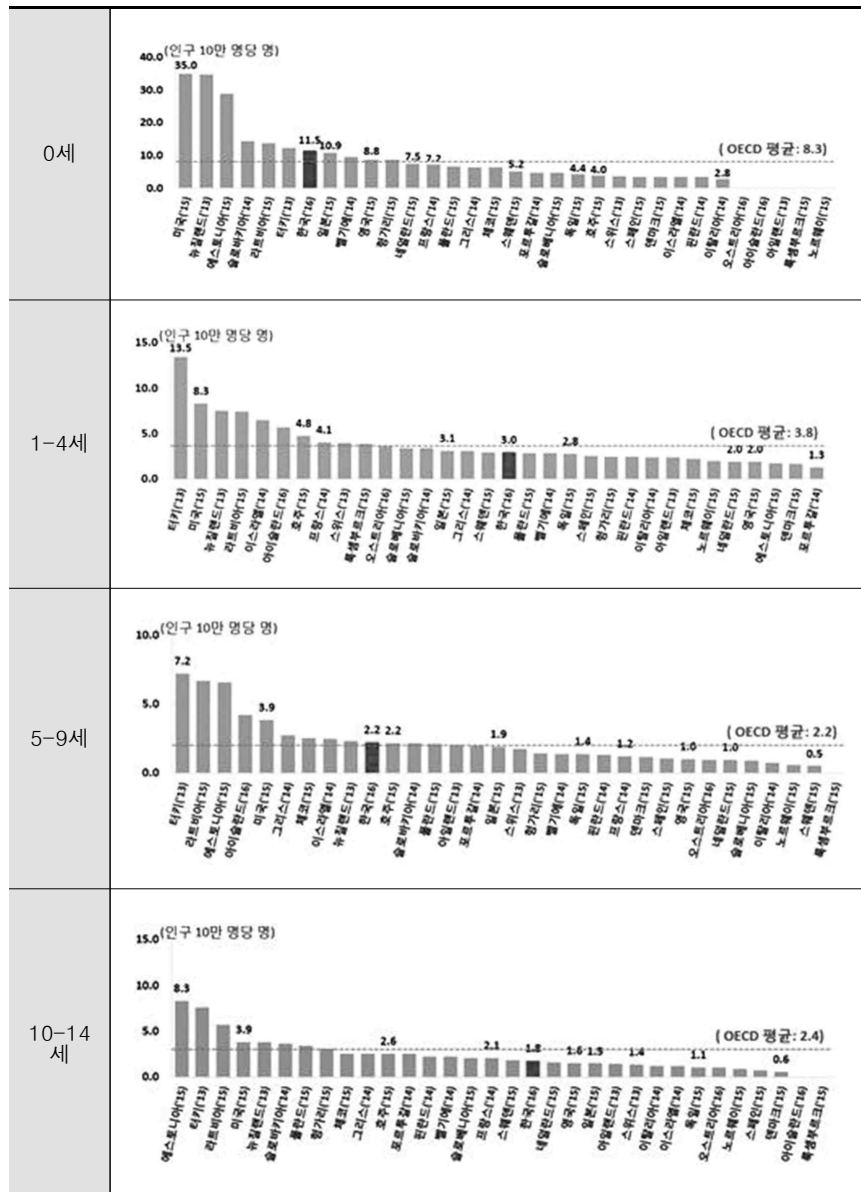
※ 자료 : 통계청, 사고에 의한 어린이 사망 : 1996-2016년.

[그림 III-2] OECD 국가 비의도적 사고유형별 어린이 사망률, 2015년(또는 최근년도)



※ 자료 : 통계청, 사고에 의한 어린이 사망 : 1996-2016년.

[그림 Ⅲ-3] 연령별 OECD 국가 비의도적 어린이 사고 사망률, 2015년(또는 최근년도)

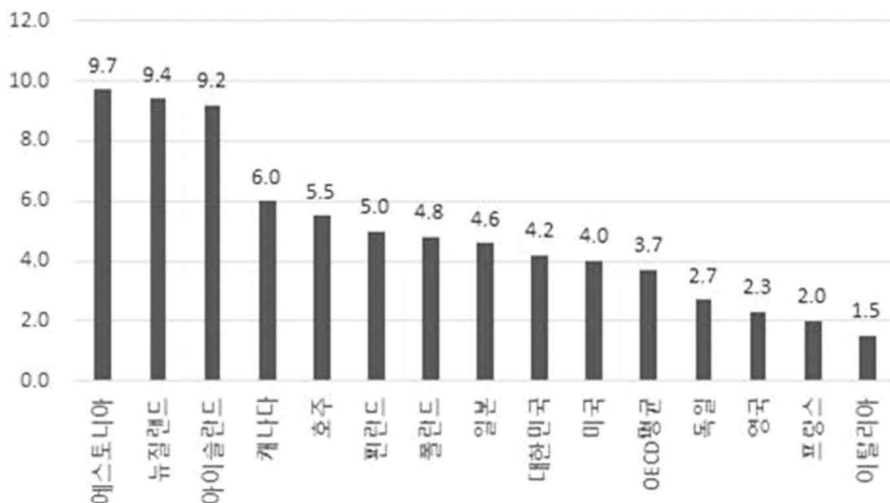


※ 자료 : 통계청, 사고에 의한 어린이 사망 : 1996-2016년.

다. 10대의 자살로 인한 사망

중앙자살예방센터가 OECD 자료를 집계해 분석한 결과에 따르면, 한국의 10대 자살률은 인구 10만 명당 4.2명으로 OECD 평균(3.7명) 보다 높았다. 집계가 가능했던 OECD 국가 33개국 중 9번째로 높았다.

[그림 Ⅲ-4] OECD 주요국의 10대 사망률(2016년)



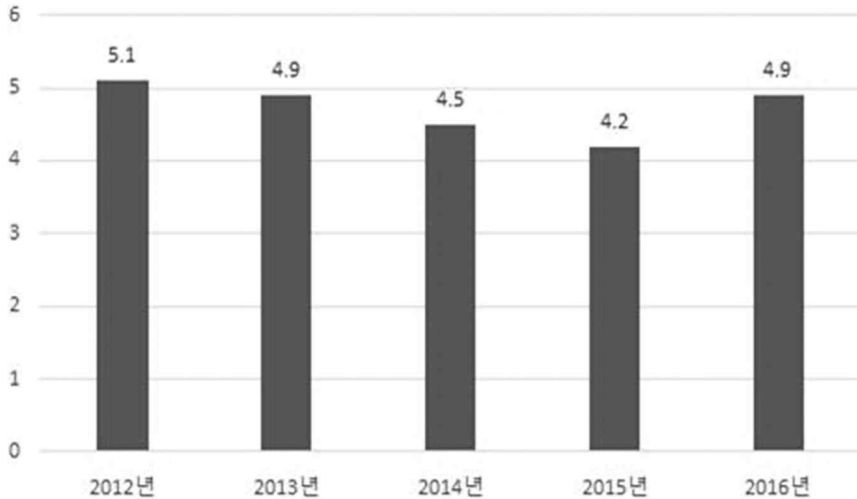
※ 자료 : 보건복지부, 2018 자살예방백서.

2016년 자살률은 2012년 대비 전연령층에서 감소하는 것으로 확인되고 있으나 10대의 경우에는 큰 변화가 없거나 오히려 소폭 증가하고 있어 향후 추이를 확인하여 적절한 개입이 필요하다고 언급하고 있다¹⁷⁾.

17) 보건복지부, 2018 자살예방백서.

[그림 Ⅲ-5] 한국의 10대 자살율 추이

(단위 : 인구 10만명당 명)



※ 자료 : 보건복지부, 2018 자살예방백서.

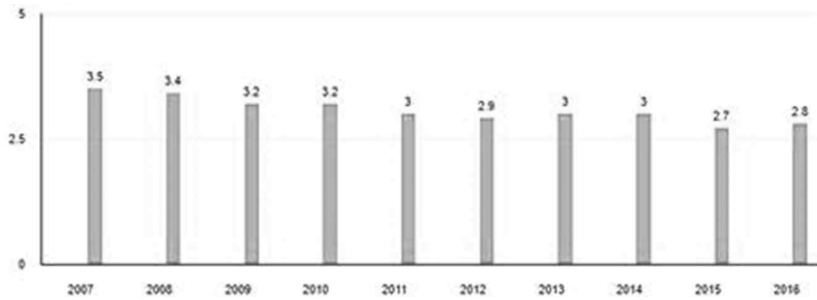
라. 영아 사망률

한국의 영아 사망률은 2016년 기준으로 출생아 1,000명당 2.8명으로 OECD 국가 평균(1,000명당 3.9명)보다 낮다. 1990년부터 2015년까지 78%가 감소¹⁸⁾하여 영아 사망률 측면에서 한국은 높은 성취를 이룬 것으로 평가할 수 있다.

18) OECD (2017), Health at a Glance 2017: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris

[그림 Ⅲ-6] 한국의 영아 사망률

(단위 : 명/출생아 천명당)



※ 자료 : e-나라지표.

마. 한국 아동·청소년의 주요한 건강 문제¹⁹⁾

1) 호흡기계 질환

2014년 19세 미만의 아동에게서 건강보험 통계상 진료 실인원 1~3위에 해당하는 상병명은 모두 호흡기계 질환(급성기관지염 및 급성 세기관지염, 기타 급성상기도감염, 급성 인두염 및 급성편도염)이었다. 만 18세 미만 아동의 폐렴 유병률(의사로부터 폐렴을 진단받은 적이 있는 분율)은 2014년 국민건강통계에서 전체의 10.2%로 나타났고, 12세 이상(6.0%)보다는 11세 이하의 연령층(13.5%)에게서 폐렴 유병률이 더 높았다. 3~8세에서는 만성중이염이 주요 질병 중에 하나로 보고되었다.

19) 이 장의 내용은 임병목, 한의약을 활용한 취약아동 건강증진체계 개발 연구, 보건복지부, 2016년 자료를 요약한 것이다.

2) 소화기계 질환

복통은 학령기의 아동이 흔히 호소하는 증상이며 유병률은 10% 가량인 것으로 알려져 있다. 아동의 소화기계 질환으로는 설사와 위장염 등이 주로 보고되고 있다. 2014년 건강보험공단 자료에 의하면 ‘감염성 기원이라고 추정되는 설사와 위장염’은 1-9세 아동의 연간진료 실인원 순위 7위, 10-19세 아동의 연간진료실인원 순위 11위에 해당하였다. 기타 소화기계 질환 상병명 중에서는 장염 등을 포함한 장관감염성 질환, 식도·위 및 십이지장질환 등이 주로 보고되었다.

3) 알레르기 질환

천식과 아토피피부염은 아동에서 나타나는 대표적인 알레르기성 질환으로 알려져 있다. 최근 한국 아동에게서 전반적으로 알레르기성 질환, 천식과 아토피피부염 등 환경성 질환이 많이 나타나고 있다. 이러한 경향은 2009~2013년간에 걸친 2차례의 전국 규모의 실태조사에서 동일하였다.

2013년 아동종합 실태조사의 경우, 현재 앓고 있는 질환이 있다고 대답한 아동의 비율은 전체의 5.3%이었는데 알레르기성 질환을 앓는 비율이 전체의 3.6%에 이르렀으며 연령별로는 9~11세 유병률이 4.4%로 가장 높았다. 천식의 경우 전체 아동의 0.6%가 앓고 있는 것으로 보고되었으며 주로 앓고 있는 연령층은 3~5세(1.3%), 6~8세(1.2%) 순이었다.

2014년 국민건강영양조사결과를 토대로 한 국민건강통계에 따르면, 만 18세 미만의 아동에서 아토피피부염 유병률(아토피 피부염을 의사로부터 진단받은 분율)은 전체의 13.3%였고 연령대에 따라 남녀 유병률에 차이가 있었다. 1~11세(13.5%) 중 남자는 15.7%, 여자는 11.1%의 아토피피부염

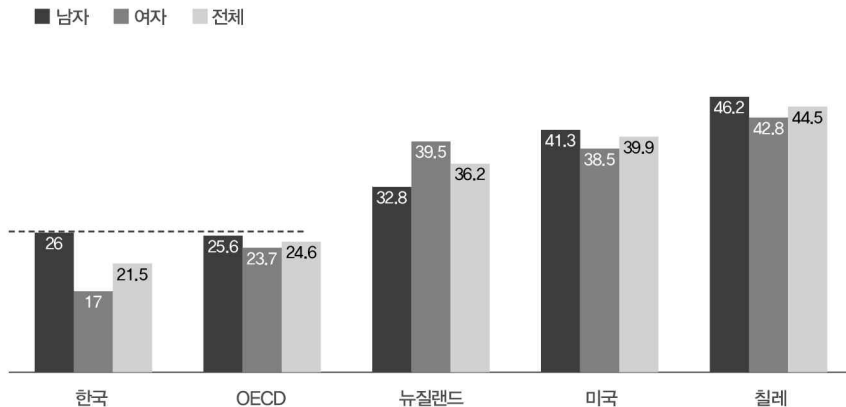
유병률을 보인 반면 12~18세(13.1%)중 남자의 아토피피부염 유병률은 10.8%로, 여자(15.6%)에 비해 더 낮았다.

2015년 건강보험 적용인구를 기준으로 각 질환의 전체 환자 대비 12세 이하 진료 비율을 살펴본 결과 알레르기 비염 30.0%(190만 4천명), 천식 35.0%(58만 2천명), 아토피피부염 48.6%로 세 질환 모두 12세 이하 환자 군이 가장 높은 비율을 차지했다.

4) 비만

2017년 OECD 국가 통계로 볼 때, 한국은 남자 26%, 여자 17%로 남자 아동·청소년 비만율은 OECD 평균 수준보다 높으며, 고도비만율도 매년 증가하는 추세이다.

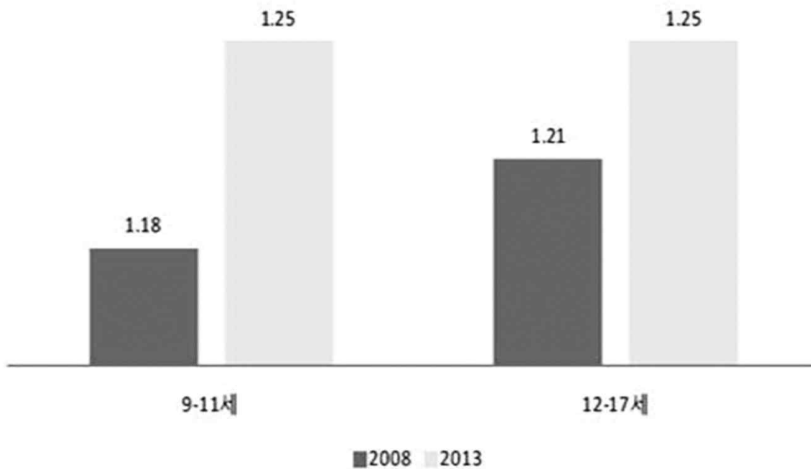
[그림 Ⅲ-7] OECD 주요 국가의 청소년 과체중 혹은 비만 비율



바. 한국 아동·청소년의 정신 건강

보건복지부가 시행한 아동종합실태조사(2013)에 의하면 아동의 우울, 불안 수준의 평균은 2008년에 견줘 2013년에 높아진 것으로 나타나 아동의 정신건강 수준이 점차 나빠지고 있다는 추측을 가능하게 한다.

[그림 Ⅲ-8] 한국 아동의 우울 불안 수준의 추이



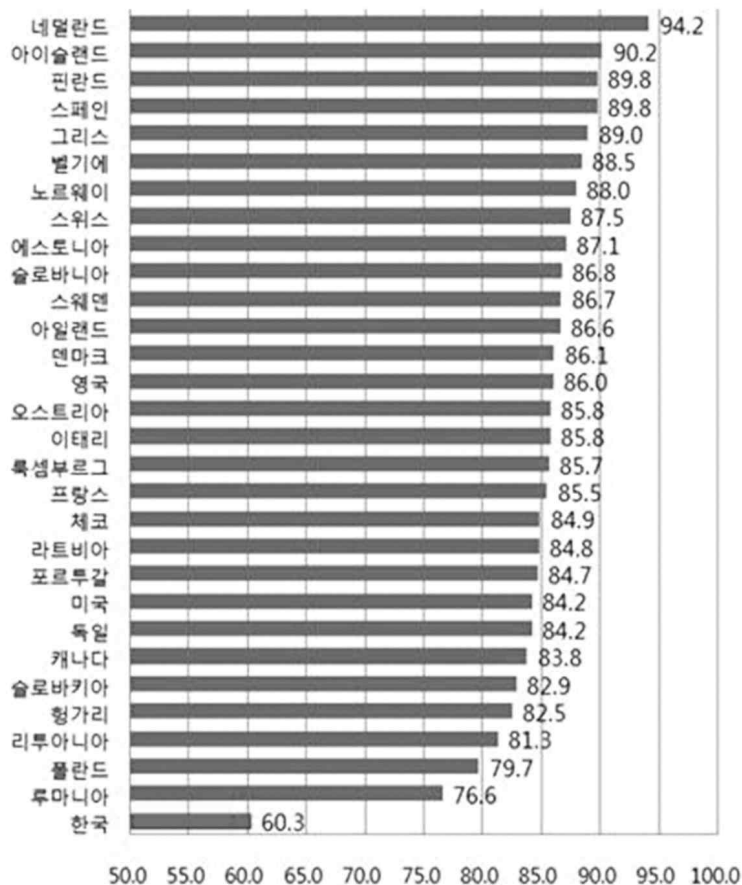
※ 자료 : 한국보건사회연구원, 아동종합실태조사(2013)

사. 아동의 삶의 만족도

보건복지부의 아동종합실태조사(2013)에 따르면, 삶의 만족도를 국제아동기금(UNICEF) 기준으로 분석한 결과, 한국 아동의 삶의 만족도는 60.3%으로 30개국 중 최하위를 기록했다. 국제아동기금 기준 삶의 만족도란 11세, 13세, 15세 아동의 삶의 만족도를 10점을 기준으로 했을 때 6점 이상 응답한 비율을 말한다.

[그림 Ⅲ-9] 국제아동기금(UNICEF) 기준 아동의 삶의 만족도 국제 비교

(단위 : %)



아. 한국 청소년의 건강 생활 습관²⁰⁾

중학교, 고등학교 학생들을 대상으로 한 조사에서 현재 흡연율은 남학

20) 질병관리본부, 청소년 건강행태 온라인조사 통계, 2017.

생 9.5%로 여학생 3.1% 보다 높았고, 고등학생(남 13.9%, 여 4.1%)이 중학생(남 4.1%, 여 1.8%)에 비해 높았으며, 고학년일수록 높았다.

중학교, 고등학교 학생들을 대상으로 한 조사에서 현재 음주율은 남학생 18.2%로 여학생 13.7%보다 높았으며, 고등학생(남 26.2%, 여 19.5%)이 중학생(남 8.5%, 여 6.7%)에 비해 높았다.

중학교, 고등학교 학생들을 대상으로 한 조사에서 하루60분 주5일 이상 신체활동 실천율은 남학생 19.5%로 여학생 7.5%보다 높았으며, 중학생(남 23.5%, 여 9.4%)이 고등학생(남 16.2%, 여 5.9%)에 비해 높았다.

중학교, 고등학교 학생들을 대상으로 한 조사에서 최근 7일 동안 아침 식사를 5일 이상 먹지 않은 학생은 31.5%(남 30.1%, 여 33.0%)이었다. 아침식사 결식률은 2011년 이후 증가경향이었다. 최근 7일 동안 3회 이상 피자, 햄버거, 치킨 등의 패스트푸드를 섭취한 학생은 20.5%(남 21.6%, 여 19.3%)이며, 고등학생(21.8%)이 중학생(18.8%)에 비해 높았다. 남녀학생 모두 증가 경향이었다.

자. 한국의 예방접종률

생후 12개월, 24개월, 36개월까지 각각 권장하는 예방접종의 백신별 예방접종률은 92.9%~98.2%로 일본뇌염을 제외하고 모든 백신의 예방접종률이 95%이상 높은 수준을 유지하고 있다. 일본뇌염의 경우 가장 낮은 92.9%의 예방접종률을 보이고 있으나, 가장 늦은 연령까지 접종을 권장하고 있어(불활성화백신의 경우 생후 12개월 이후 1~2차, 2차접종 후 12개월 이후 3차접종 실시), 표준접종일정보다 늦게 접종하여 다음접종 시기가 도래하지 않은 경우 미접종자로 분류되어 다른 백신보다 예방접종률이 다

소 낮은 경향을 보이고 있다²¹⁾).

2. 한국의 아동 건강권 관련 조치 현황 및 평가

가. 유아와 아동의 사망률을 감소시키는 조치

1) 자살 예방 조치

대한민국 정부는 2012년에 자살에 대한 국가 차원의 책무와 예방정책을 규정하는 자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률을 제정하였다. 보건복지부는 자살 예방사업, 중앙자살예방센터 운영, 아동 청소년 정신보건사업을 추진하고 있으며, 여성가족부는 ‘지역사회 청소년 통합 지원체계 (CYS-Net)’ 구축, ‘청소년 동반자’ 프로그램 운영, 청소년전화 1388, 청소년사이버상담센터 운영 등의 사업을 실시하고 있다. 교육부는 학생자살예방관리, 학생정서 행동특성검사, 학생정신건강정책 중점 연구소 운영, Wee 프로젝트 사업 등을 추진하고 있다²²⁾.

하지만 한국의 10대 자살률은 최근 5년간 감소하지 않고 있어 사회정책의 효과에 대한 재고가 필요하다. 한국의 청소년 자살 예방 조치가 의료적, 심리적인 측면에 집중되어 있어 구조적, 근본적 변화를 이끌어내지 못하고 있다.

21) 질병관리본부, 2017년 전국 예방접종률 현황.

22) 대한민국정부, 제5·6차 유엔아동권리협약 국가보고서, 2017.

2) 소아 암 사망 감소를 위한 조치

악성신생물(암)로 인한 사망은 한국의 10-19세 아동·청소년 사망 원인 중 3위에 해당한다. 아동 사망을 감소시키기 위해 소아 암의 발생률과 사망률 감소를 위한 조치가 필요하다.

백혈병은 가장 흔한 소아 암이다. 15세 이하 아동에게 발생하는 암의 30% 이상이 백혈병이다²³⁾. 그러므로 아동의 암으로 인한 사망을 감소시키기 위한 조치 수준을 간접적으로 파악할 수 있는 수치이다.

한국의 급성 림프구성 백혈병의 5년 생존율은 2010년에서 2014년에 이르는 기간 동안 84.4%로 OECD 평균(86.7%)보다 낮았다. 아동 암 환자에게 제공되는 의료서비스 가용성, 접근성, 수용성, 질 등의 측면에서 검토가 필요한 수치이다.

3) 운수사고 사망 감소를 위한 조치

한국의 아동 사고 사망 중 가장 많은 비율을 차지하는 것은 운수사고다. 정부는 어린이 교통안전 확보를 위한 ‘어린이보호구역’ 지정 건수를 2010년 13,207곳에서 2014년에는 15,799곳으로 확대하는 등 관련 노력을 기울이고 있다²⁴⁾. 하지만 아동 안전을 위한 교통 안전은 분절적인 정책이 아니라 도시 디자인 차원에서의 근본적이고 통합적인 접근을 요구한다는 점에서 현재 한국 정부의 조치는 부족한 감이 있다. 통계상으로도 아동의 운수사고 사망은 OECD 국가 평균보다 높다. 도시 자체를 아동을 비롯한 교통 안전 취약자들이 편하고 안전하게 보행할 수 있도록 바꾸는 정책이 필요하다.

23) OECD (2017), Health at a Glance 2017: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris

24) 대한민국정부, 제5·6차 유엔아동권리협약 국가보고서, 2017.

나. 모든 아동에 대한 필요한 의료지원과 건강관리를 보장하는 조치

1) 아동의 기본적 보건의료 수준

가장 널리 알려진 기본적 보건의료 개념은 1996년 미국의학학술원(Institute of Medicine)이 제시한 것으로 “개인의 보건의료 필요 대부분을 해결하고 환자와 지속적인 동반자 관계를 형성하며 가족과 지역 사회의 맥락에서 활동하는 책임을 지는 임상 의사가, 통합적이고 접근성 높은 보건의료서비스를 제공하는 것”으로 정의된다. 이를 통해 구체적인 기본적 보건의료의 목적은 예방, 건강증진, 만성질환 등에 대한 관리, 지속적인 환자-의사 관계정립(주치의 등)이라고 볼 수 있다. 한국에서는 이런 측면에서 민간주도의 동네의원을 제외하면 기본적 보건의료 체계가 거의 부재한 상황으로 볼 수 있다.

특히 아동의 경우는 ‘동네의원’ 기반조차 문제가 있어 국가예방접종사업과 국가건강검진 외에는 기본적 보건의료에 준하는 서비스는 존재하지 않는다고 볼 수 있다. 기본적 보건의료의 핵심인 주치의 제도는 제한적인 시범사업만이 도입되고 있는 실태이다.

예외적으로 구강보건 영역에서 비교적 비용이 많이 들지 않고, 의료 전문가(치과의사)의 호응이 있어 아동 치과 주치의 도입사업이 대도시를 중심으로 시행되고 있다. 서울의 경우 2013년도에는 시범 6개구의 초등학교 5학년 20,000명 학생과 아동복지시설(지역아동센터 등) 아동 10,000명을 대상으로 아동 치과 주치의 제도가 도입되었다. 2018년도에 성남시는 관내 72곳 모든 초등학교 4학년생 8000여명으로 확대, 시행하였다.

의과 전반을 아우르는 주치의 사업은 최초로 2016년 10월 12일 제한적

수준에서 경기도 수원에서 취약계층 아동에게 도입한 바 있다. 이 ‘아동 주치의 제도’는 차상위·기초수급자·한 부모 가정 등 사회 취약 계층 아동과 보호자·보건교사·의료기관의 장이 선별해 추천한 아동 중 수원시 아동 주치의 의료지원 운영위원회에서 선정한 아동에게 의료지원 서비스를 제공하는 프로그램으로, 건강증진관련법에 의해 시행하고 있는 건강검진 결과 정신·근골격·구강·시력·비만·비염 등 6개 질환 소견을 받은 만 6세 이상 12세 이하 아동이 지원 대상이었다. 현금 7만원 등록비를 제외하면 본인 부담 치료, 수술, 보장구비, 검사 등에 대해서 30만원까지 지원하였다. 대상은 약 1000명이었다. 이는 매우 선별적인 대상에 대한 선별적인 지원이라는 점에서 보편적 주치의 제도와는 큰 괴리가 있으나, 아동주치의 제도 도입의 단초를 보여준다는 점에서 의미가 있었다.

정부는 어린이병원 건립을 지원하고 있으며, 2016년 기준, 총 5개의 어린이병원이 운영되고 있다. 소아 응급환자를 위한 응급의료체계 구축을 위하여 소아전문응급센터 설치를 법제화하였다. 또한 경증 소아환자의 야간 휴일 진료를 위한 ‘달빛어린이병원’을 2017년 현재 18개 의료기관에서 운영하고 있다. 정부는 2016년 민간 부문에서 공급이 부족한 어린이병원 지원을 위해 어린이 공공전문진료센터 7개소를 지정하였다²⁵⁾.

2) 건강관리

해방직후부터 초중고등학교 학생들에 대한 결핵, 기생충 검사가 시행되었다. 1952년에 이미 보건부는 유엔의 지원을 받아 전국 5개 도시의 국민학교 아동 26만여 명에게 폐결핵검진을 시행하기 시작했다. 아동들은 학교

25) 대한민국정부, 제5·6차 유엔아동권리협약 국가보고서, 2017.

를 중심으로 건강관리 대상이 되었으며, 신체검사, 건강상담, 예방접종, 결핵관리, 기생충관리가 1955년부터 이루어졌다. 학생들을 대상으로 한 건강관리는 주로 발달과 성장에 치중했으나, 혈액검사를 비롯한 임상과 병리 검사도 포함되었다. 1960년대 후반부터 혈액형 검사를 시행했고, 1958년부터 전국의 학생 모두에게 기생충 검사를 실시했으며, 1980년에는 ‘소아 성인병’을 조기에 발견하기 위해 요검사(당뇨, 단백뇨, 잠혈)를 시작했다. 이러한 건강관리 프로그램으로 기생충 감염율이 급격히 떨어졌고, 폐결핵 유병율도 1994년까지 점진적으로 하락하였다.

본격적인 국가 검진은 1980년 공무원 및 사립학교 교직원을 대상으로 건강진단이 실시된 것을 실질적 시작점으로 볼 수 있으며, 1990년에는 공무원 암 검진이 시작되었다. 1995년에는 지역가입자 및 피부양자로 검진이 확대 실시되었으며, 2000년 통합된 국민건강보험공단(이하 보험공단)이 출범한 이후, 국가 암 조기검진체계의 구축(2004년), 생애전환기 건강진단(2007년), 그리고 최종적으로 영유아 건강검진(2007년)이 시행되었다. 검진사업의 확장방식에서도 보듯이 학령기전 아동부분은 한국의 기본적 보건의료 확대에서 후순위였다.

2007년 기존의 건강검진에 추가하여 ‘영유아 건강검진’이 새로 도입되면서 11월 건강보험 적용자에 대한 영유아 건강검진이 시작되었고, 2008년에는 의료급여 수급권자인 영유아의 건강검진이 실시되었다. 2009년에는 국가검진위원회 의결에 따라 만 4세(42~48개월)까지 영유아 건강검진이 확대되고, 2010년에 54~60개월, 2012년에는 66~71개월 영유아의 검진이 순차적으로 추가되었다. 현재 4~71개월 사이의 영유아가 3회의 구강검진을 포함하여 총 10회의 건강검진(4개월, 9개월, 18개월, 30개월, 42개

월, 54개월, 66개월)을 받고 있다.

현재 영유아 건강검진은 나이별 프로그램으로 운영되고 있으나, 대부분의 검진기관이 민간기관으로 요식행위에 지나지 않는다는 비판이 있어 왔다. 또한 영유아검진기관과 진료기관이 다른 경우가 많아 검진 후 관리체계가 제대로 작동하지 않으며, 검진항목의 근거가 불충분하다는 비판도 있다²⁶⁾.

특히 주요 제외국의 영유아 검진체계는 검진 주체가 일차 진료의를 위주로 주기적으로 실시하고, 성장과 발달을 함께 평가하며, 예방적 육아교육을 실시하고 있다. 검사는 선별적으로만 실시하는 것을 원칙으로 하고 있다. 이에 반해 한국의 영유아 건강검진은 빈혈검사, 소변검사, 청각검사, 혈압측정 등 검사 중심으로 구성된 성인용 질병 발견 위주의 검진체계를 차용해 한계가 있다. 또한 한국은 ‘일차 진료의’(주치의)가 사실상 존재하지 않아 사례관리(case managing) 자체가 불가능한 구조이다.

여기에 학교 건강검진제도 또한 성인에서의 검진제도와 유사하게 혈액검사, 소변검사, 방사선학검사 등 검체 검사 중심의 질병 발견 위주 검진체제로 구성되어 있어 아동중심의 근거중심 체계가 부족한 실정이다. 이런 제한점으로 건강검진이 한국사회에서 성인에게 구현하고 있는 일차 의료 대체 효과가 아동 영역에서는 매우 제한적으로 구현되고 있으며, 아동에 대한 일차 진료 체계의 미비점을 보완하기에도 매우 불충분하다.

기초건강관리는 1950년대부터 ‘체력은 국력’이라는 기초 하에 주로 운동 능력과 키, 몸무게를 측정하는 방식으로 학령기 대상에서만 관리되었다. 그러나 이후 일차 의료 기관 기반의 기초건강관리가 부재하고, 식품,

26) 조비룡 등. 우리나라 국가검진체계의 실상. J Korean Med Assoc, 2011, 54.7: 666-669.

놀이, 환경에 대한 관리체계가 없어 2000년대부터 소아 비만, 알러지 등이 문제가 되기 시작하자 무용지물이 되었다. 이후 민간의료기관이 주도하는 기초건강관리 프로그램 수준은 매우 낮다.

3) 예방접종

예방접종은 일차 진료 체계를 보완할 수 있는 중요한 도구로 한국에서 아동에 대한 예방접종은 2004년부터 무료 예방접종 시범사업이 시행되어 2014년부터는 11종²⁷⁾에 한해 전아동에 대해 무료 예방접종이 시행되고 있다.

그러나 예방접종도 건강검진과 마찬가지로 성인 기준으로 접근이 되어 사전예방원칙에 따라 아동으로 접종대상이 확대되어 왔다. 해방 후 1954년 전염병예방법이 처음 제정되면서 두창, 디프테리아 등 7종의 전염병(Smallpox, Diphtheria, Pertussis, Typhoid fever, Typhus fever, Paratyphus, Tuberculosis)에 대한 예방접종이 정기 예방접종으로 지정되었고 이후 2004년까지 국가 예방접종은 정기예방접종(NIP, national immunization program) 과 임시 예방접종(SIA, supplementary immunization activity) 으로 분리되어 관리, 1976년에서 2000년에 걸쳐서 홍역, 폴리오를 포함한 6종 전염병(Cholera, Tetanus 1976년, Measles, Poliomyelitis 1983년, Hepatitis B 1995년, Mumps, Rubella 2000년)에 대한 예방접종이 정기예방접종에 도입되었고 발진티푸스, 파라티푸스 등 4종 전염병에 대한 예방접종이 정기 예방접종에서 제외되었다. 1997년 13개 예방접종대상 전염병의 표준 예방접종 지침을 보급하면서 예

27) 11종은 BCG(폐내용), B형간염, DTaP, IPV, DTaP-IPV, MMR, 수두, Td, Tdap, Hib, 임.

방접종 사업의 체계가 마련, 2005년 수두 백신이 국가 필수 예방접종에 도입되면서 현재와 같이 총 14종 전염병에 대한 예방접종을 실시하게 되었다.

영유아의 정기 예방접종은 모자보건사업에서, 임신 예방접종은 방역 차원에서 관리되는 이원체제로 수행되다가, 2002년 국립보건원 방역과로 전체 예방접종 업무가 이관되고 2003년 12월 국립보건원이 질병관리본부로 확대 개편되면서 예방접종관리팀이 신설되어 일원화된 국가 예방접종사업이 수행되고 있다. 하지만 1997년 예방접종에 대한 강제 의무조항 폐지되면서 선택 영역으로 전환되었고, 일정 본인부담이 존재하여 저소득층일수록 예방접종의 혜택을 받지 못하는 문제가 발생하였다.

이런 이유로 이후 경제적 이유로 예방접종을 받지 못할 가능성이 있는 취약아동에게는 예방접종 증명서 제출을 의무화하는 제도를 도입하여 2001년부터 취약아동에 대한 2차 홍역 예방접종 확인사업을 수행하였고, 그 결과 2차 홍역예방접종률이 지속적으로 95% 이상 유지되고 있다. 국가 필수 예방접종의 보장범위는 보건소 이용자로 국한하여 병의원을 이용하는 사람은 자비를 부담하여 접종을 받고 있어 비용 부담, 접근성 및 형평성의 문제가 발생한다는 문제가 계속 제기되었다. 또한 국가가 필수적으로 권장하지 않는 예방접종이 존재함으로써 인해 국가 표준 관리의 혼선이 야기되고 있어 2004년부터 무료 예방접종 시범사업이 시행되게 되었다. 이는 OECD 대부분의 나라가 이미 아동에 대해서는 무상 예방접종을 실시하는 것에 비해 매우 늦은 도입이었다²⁸⁾.

28) OECD 31개국 중 78%인 25개국(미국, 일본, 영국, 프랑스 등)이 예방접종비용을 국가가 직접 부담하고 있으며, 간접 지원 형태를 고려하면 한국이 거의 마지막으로 2014년부터 비용 부담을 경감해준 셈이다. 2002년 WHO의 조사결과를 살펴보면 조사대상 142개국 중 국가 예방접종비용 부담률이 90% 이상인 경우가 78개국(미국, 일본, 영국, 프랑스, 대만 등)이었으며 50%

현재 정부는 미등록 이주 아동을 포함하여 0~12세 아동이 무료로 예방접종을 받을 수 있도록 지원하고 있다. 아동에게 백신을 무료로 접종하는 국가예방접종 지원사업 예산은 2015년 1,943억 원에서 2016년 자궁경부암과 영유아 인플루엔자 백신이 추가되어 16종에 대해 2,100억 원으로 증가하였다²⁹⁾.

예방접종을 위한 백신 생산도 과거에는 정부가 주도하였으나 1970년대 후반부터 민간 제약회사로 이관하여 생산을 추진했다. 국내 백신 생산 제조사는 모두 8개사이며, 8개사에서 백신의 원료부터 자체 생산되는 백신은 B형간염 백신, 일본뇌염 사백신, 수두 백신, 신증후군출혈열 백신, 경구용 장티푸스 백신의 5개에 불과하고 나머지 백신은 수입 원료를 분병제조하거나 완제품을 수입하고 있는 실정으로 백신수급에 문제가 발생하는 경우가 있다.

다. 환경오염으로 인한 위험과 손상 예방, 적절한 영양, 식품 및 깨끗한 식수 공급을 위한 조치

1) 환경오염으로 인한 위험과 손상 예방

2010년 질병관리본부가 수행했던 전국 어린이 청소년 알리지질환에 관한 전국 역학조사 결과에 따르면, 아토피피부염 유병율이 6-7세 어린이의 20.6%, 12-13세 청소년의 12.9%에 달하고 있다. 그리고 2000년 역학조사와 비교해 6-7세는 13.4%에서 20.6퍼센트로 증가했으며, 12-13세도

미만인 경우가 27개국(일부 아프리카와 아시아지역, 한국 등)이었다. 오스트리아, 벨기에 등의 일부 국가는 의료보험 또는 사회보험 형태로 부담하고 있어 실제 국민에게는 무료로 예방접종이 제공되는 셈이다.

29) 대한민국정부, 제5·6차 유엔아동권리협약 국가보고서, 2017.

6.7%에서 12.9%로 증가한 것으로 나타났다. 같은 기간 천식환자도 1.29%에서 2.33%로 2배가량 늘었다. 2008년 조사한 국민건강영양조사에 따르면 천식에 의한 질병부담이 아동 청소년기 질병부담 1위를 차지하였다. 급격한 유전자 변화 발생이 없는 기간에 급작스럽게 늘어난 아토피피부염의 비율은 발생을 유발하는 ‘환경적 유해인자’가 원인일 가능성이 높은 것으로 지적되고 있다.

정부는 이러한 문제를 해결하고자 질병관리본부를 중심으로 지역사회 아토피·천식 예방관리사업, 알레르기 질환의 올바른 예방 및 관리를 위한 대국민 교육·홍보, 아토피·천식 예방관리 인프라 구축 등을 시행하고 있다³⁰⁾.

하지만 대기오염 및 미세먼지로 인한 건강 영향, 기후변화(폭염 등)로 인한 건강 영향, 생활 속 화학물질로 인한 건강 영향 등 환경오염 및 환경문제로 인한 아동 건강 문제를 예방하고 해결하기 위한 조치는 부족한 실정이다. 환경오염 및 환경문제로 인한 건강 영향은 전국민, 전연령층에 걸쳐 나타나지만 특히 아동에게 그 영향이 더 크고 심각하게 나타남을 고려할 때, 아동을 특별히 고려한 정책적 대응이 필요하다. 특히 이와 관련된 정책이 환경부, 식품의약품안전처, 질병관리본부 등으로 나뉘어 있어 상호소통의 어려움 속에서 효과적인 정책 추진이 되지 못하는 부분에 대한 대책도 필요하다.

30) 질병관리본부 홈페이지 참조

<http://www.cdc.go.kr/CDC/contents/CdcKrContentView.jsp?cid=123126&menuIds=HOME006-MNU2802-MNU2895>

2) 적절한 영양 및 식품 공급

정부는 적절한 영양 및 식품 공급을 위해 2008년 어린이 식생활안전관리 특별법을 제정하여, 어린이들이 안전하고 영양을 고루 갖춘 식품을 제공하는 데 필요한 사항을 규정하고 있다. 어린이 식생활안전관리 특별법에는 어린이 식품안전보호구역 지정관리, 고열량·저영양 식품 등의 판매 금지, 정서저해 식품 등의 판매 금지, 고열량·저영양 식품 및 고카페인 함유 식품 광고 제한 및 금지, 영양성분 표시, 품질인증, 어린이급식관리지원센터 설치 및 운영, 식생활 안전관리체계 구축 등이 담겨 있다.

한편, 식품 불안정성 문제 해결과 학생들의 영양관리, 식생활지도 강화, 우수 식재료 사용 확대 등을 위해 대부분의 지방자치 단체에서 학교급식과 저소득층에 대한 급식비 지원사업이 시행되고 있다.

하지만 보건복지부가 시행한 아동종합실태조사³¹⁾에 따르면, 한국 아동의 약 8%가 먹을 것이 떨어졌는데도 더 살 돈이 없었던 경험을 한 가정에서 살고 있었다. 저소득층의 경우 식품빈곤 경험의 빈도가 더 증가하였다. 기초수급가구의 45%, 차상위계층가구의 36% 아동이 식품빈곤을 경험하였다. 식품빈곤 때문에 균형 잡힌 식사를 통한 충분한 영양섭취를 못한 경우는 전체적으로 약 9% 정도로 나타났다. 이 또한 저소득층이 더 심각했다. 기초수급가구의 약 50%, 차상위가구의 약 40%가 식품빈곤으로 인해 영양섭취에 문제가 있었던 경험이 있는 것으로 나타났다.

부적절한 영양 상태로 인한 아동·청소년의 과체중 문제 역시 급속도로 나빠지고 있는 상황이다. 남자 아동과 청소년의 비만율이 점차 증가해 OECD 평균보다 높은 것으로 나타나고 있다. 한국의 만 5-17세 남아 중

31) 한국보건사회연구원, 아동종합실태조사, 보건복지부, 2013.

비만을 포함한 과체중 비율은 25%로, OECD 33개국 평균 23%보다 높게 나타났다.³²⁾

그러므로 아동의 적절한 영양과 식품 공급을 위한 체계를 총체적으로 점검하여 관련 정책의 우선순위와 효과성에 대한 재평가가 필요하다.

모유수유는 신생아와 영유아의 건강 증진에 필수적인 영양 공급원이며 세계보건기구(WHO)와 많은 선진국에서도 신생아 초기의 완전모유수유를 핵심 영양지표로 권고하고 있다. 하지만 한국의 생후 6개월 미만(만 5개월)의 완전모유수유율은 18.3%에 불과했다. 제외국과의 비교를 위해 산출한 생후 6개월 미만 혼합모유수유율 역시 한국은 25.6%로, 노르웨이(80.0%), 스웨덴(72.9%), 핀란드(60.0%), 호주(60.0%)등에 견줘 현저히 낮은 것으로 조사되었다. 한국에서 모유수유율이 낮은 이유로 직장 내 모유수유의 어려움 문제, 모유수유에 대한 부적절한 인식 등이 지적되었다. 생후 6개월간 모유수유를 원활하게 실천하는 과제는 산모 개인의 의지만만 아니라 지역사회, 보건의료기관, 직장의 세 측면에서 지원하는 문화와 정책이 조화되어야 달성될 수 있다. 이 세 측면이 협력적으로 개선될 수 있도록 정부에서는 제도를 확립하고 정책적 지원을 확대해야 할 것이다³³⁾.

라. 산모의 산전·산후 건강관리를 위한 조치

정부는 ‘모자보건사업’을 통해 임신 및 출산 지원, 임신부 및 영유아 건강관리, 미숙아 및 선천성 이상아의 장애 발생 예방 및 모유수유 제고, 영유아의 사망 및 장애 사전 예방, 모성건강 증진, 난임부부 시술비 지원 등

32) 2014년 보건복지부 자료

33) 최은진, 모유수유 실천 관련 사회환경적 요인과 정책적 시사점, 보건복지포럼, 2017, 72-81.

을 하고 있다³⁴⁾.

임신, 출산 관련 의료비 지원은 건강보험에서 의료기관에서 직접 임신과 출산에 관련된 진료비를 결제할 수 있도록 전자바우처(국민행복카드)를 제공하여 임신 및 출산과 관련된 진료비를 보조하고 있다. 2012년부터는 18세 이하 모든 청소년산모를 대상으로 산전 검사비 및 출산비용을 1인당 120만 원 이내에서 지원하고 있다. 병원 입원 가능성이 높은 고위험 임신부의 의료비 부담을 덜어주기 위해 2015년 7월 1일부터 35세 이상 임신부와 35세 미만 임신부 중 고혈압, 당뇨, 조기진통 등으로 입원한 경우 입원비 법정 본인부담률을 기존 20%에서 10%로 완화하였다. 진료비 가계 부담이 큰 3대 고위험 임신부(조기진통, 분만출혈, 중증 임신 중독증)에 한해 50만원을 초과하는 비급여 본인부담금의 90%를 지원하며, 1인당 지원한도는 300만원이다.

산모의 산후 건강관리와 관련해서는 보건소에 등록한 임신부를 대상으로 임신일로부터 3개월까지 엽산제를 지원(1인 1개월 기준 최대 3개월분)하고, 임신 16주부터 분만 전까지 철분제를 무료로 지급하고 있다(1인 1개월 기준 5개월분). 임신부터 영유아기까지의 각종 검사 및 건강관리, 예방접종 등에 대한 필수적이고 객관적인 정보를 제공하여 모성과 영유아의 건강증진을 도모하기 위해 보건소에 등록한 임신부에게 보건소 또는 의료기관에서 표준모자보건수첩을 발급하고 있다. 저소득층의 경우에는 출산가정에 산모·신생아 건강관리사를 파견하여 산후관리를 지원하는 산모, 신생아 건강관리 지원사업도 시행하고 있다³⁵⁾.

하지만 정부의 노력에도 불구하고 한국의 모성사망비는 2016년 기준으

34) 대한민국정부, 제5·6차 유엔아동권리협약 국가보고서, 2017.

35) 보건복지부, 2018년 모사보건사업 안내.

로 같은 해 출생아 십만명 당 8.4명으로 OECD 회원국 평균(6.8명) 보다 높은 수준이다. 출생아수 감소, 낮은 수가, 의료사고의 부담 등으로 산부인과 병원 및 산부인과 의사가 감소하여 한국의 분만 인프라는 지속적으로 취약한 상태이다. 분만을 받는 산부인과의 경우 2007년 1,027개에서 2015년 620개로 8년간 407개가 감소하였다. 전국 232개 시·군·구 중 산부인과가 없거나 산부인과가 있어도 분만이 어려운 지역이 60개 시·군에 달한다('16년 12월 기준). 이러한 문제를 해결하려고 정부는 분만취약지 지원사업 등을 시행하고 있으나 본래의 목적을 달성하고 있지 못하다³⁶⁾.

아동종합실태조사(2013)³⁷⁾에 따르면 정기적인 산전진찰을 받은 산모의 비율은 97.0%로 높게 나타났다. 하지만 소득수준별, 지역별로 편차가 있는 것으로 나타나 이러한 격차를 줄이기 위한 노력이 필요할 것으로 생각된다.

마. 질병 예방과 건강관리 및 증진 등에 관한 정보와 교육 및 지원을 받을 수 있도록 보장하는 조치

학교의 장은 학교보건법에 따라 학생의 음주와 흡연 예방 등을 포함한 보건교육과 기초적인 안전교육을 실시해야 한다. 하지만, 아동종합실태조사(2013)결과, 최근 1년 동안 안전교육을 받은 경험이 있는지에 대하여 아동에게 직접 질문하였을 때, 44.3%의 아동이 안전교육을 받았다고 응답하여 절반 미만의 아동만이 안전교육경험이 있는 것으로 나타났다. 전반적으로 아동에 대한 안전교육이 충실히 이루어지지 못하고 있음을 알 수 있다.

36) 보건복지부, 2017년 분만취약지 지원사업 안내, 2017.

37) 위 17번 각주 자료 참고

정부는 청소년 특성에 맞는 체험형 성교육을 위해서 청소년성문화센터를 운영하고 있다(2016년 기준, 전국 58개). 2011년부터 ‘학교 성 인권교육’을 도입하여 모든 초중고등학교 학생을 대상으로 실시하고 있다³⁸⁾. 하지만, 질병관리본부가 조사한 청소년건강행태온라인조사(2017)에 따르면, 최근 12개월 동안 학교에서 성교육을 받은 남학생은 73.6%로 여학생 78.9%보다 낮았으며, 고등학생(남 67.6%, 여 74.4%)이 중학생(남 80.8%, 여 84.4%)에 비해 낮았다. 그런데 같은 조사에서 성관계 경험학생의 피임 실천율은 남학생 49.7%, 여학생은 50.4%이었다. 이는 성 교육이 실효적으로 이루어지고 있지 않을 가능성을 보여주는 결과다.

바. 예방적 건강관리, 부모용 지침, 가족계획 교육·서비스 제공을 위한 조치

1) 사고 예방

대한민국 정부는 2015년 4월에 청소년활동 안전사고 예방과 교육, 체계적 대응 및 법적 의무사항의 효율적인 추진과 관리를 담당하는 전문기관인 청소년활동안전센터를 설치하였다. 관계부처 합동으로 2016년 4월 ‘어린이 안전 종합대책’을 발표하였다. 어린이가 사용하는 제품의 안전성을 확보하기 위해 2014년 6월 어린이제품 안전특별법을 제정하였다. 2016년에는 동법을 개정하여 안전인증이 없는 어린이 제품의 중개를 금지하였다. 어린이 교통안전 확보를 위한 ‘어린이보호구역’ 지정 건수를 2010년 13,207곳에서 2014년에는 15,799곳으로 확대하였다. 정부는 2014년 11월, 학교교육을 통해 생명존중 안전의식을 높이고, 학교시설과 활동 시 안

38) 대한민국정부, 제5·6차 유엔아동권리협약 국가보고서, 2017.

전을 강화하는 것을 내용으로 하는 ‘교육분야 안전종합대책’을 수립하였다. 2015년에는 유치중고 발달단계별 ‘학교 안전교육 7대 영역 표준안’을 마련하였다. 2015년 12월에는 ‘학교안전사고 예방에 관한 기본계획’(2016~2018)을 수립하여 시행하고 있다³⁹⁾.

하지만 여전히 한국의 운수사고로 인한 아동 사망률은 OECD 평균보다 높고, 학교 안전사고 발생 건수 역시 증가하고 있어⁴⁰⁾, 보다 효과적이고 통합적인 아동 사고 예방 대책이 필요하다.

2) 폭력 예방

정부는 2011년에 초 중등교육법 시행령을 개정하여 학생을 지도할 때 도구, 신체 등을 이용하여 신체에 고통을 가하는 방법을 사용하지 못하도록 하였다. 2014년에 아동학대범죄의 처벌 등에 관한 특례법을 제정하여, 아동학대범죄의 처벌 및 절차에 대한 특례와 피해아동에 대한 보호절차 및 아동학대행위자에 대한 보호처분 등을 규정하였다. 2015년에 아동복지법을 개정하여 가정 내 보호자 등의 책무에 ‘아동의 보호자는 아동에게 신체적 고통이나 폭언 등의 정신적 고통을 가하여서는 아니 된다’는 내용을 신설하였다. 또한 영유아보육법 개정을 통해 보육교직원이 영유아에게 신체적 고통이나 고성 폭언 등의 정신적 고통을 줄 수 없도록 하는 조항을 신설하였다. 2016년에는 유아교육법에 유아의 인권보장 의무와 체벌금지 조항을 마련하였다⁴¹⁾.

아동종합실태조사(2013)에 따르면, 아동이 보고한 부모에 의한 신체학

39) 대한민국정부, 제5·6차 유엔아동권리협약 국가보고서, 2017.

40) 길혜진, 통계로 본 학교안전사고 현황, 2016. <https://kess.kedi.re.kr/post/6657160>

41) 대한민국정부, 제5·6차 유엔아동권리협약 국가보고서, 2017.

대 경험률은 6.1%로 337,921명의 아동이 경험한 것으로 나타났고, 부모에 의한 정서학대는 11.9%, 652,487명인 것으로 나타났다.

아동종합실태조사(2013)에 따르면, 학교폭력 피해 경험의 경우, 전체 아동의 32.2%가 학교폭력 피해를 경험한 것으로 나타났으며, 남자일수록, 연령이 낮을수록, 차상위가구 아동일수록, 대도시에 거주하는 아동일수록 피해 경험률이 높은 것으로 나타났다. 아동에 대한 가정 폭력, 학교 폭력 등의 문제는 지속적인 정책 효과 평가와 개선이 필요하다.

3) 부모용 지침 제공

정부는 2016년에 ‘아동학대 방지대책’ 및 ‘아동학대 예방 및 가족관계 증진을 위한 부모교육 활성화 방안’을 수립하였다. 2013년부터 ‘학부모 On 누리 홈페이지’를 통해 ‘부모와 함께하는 밥상머리교육’ 등 16개 온라인 교육과정을 운영하고 있으며 아동의 발달 주기 및 특성에 따른 자녀교육서(2013년)와 학부모 교육자료 가이드북(2014년) 및 5종의 온라인 교육 콘텐츠 개발을 완료하였다⁴²⁾.

정부는 아동 보호 및 양육 지원을 위해 다양한 서비스를 제공하고 있다. 육아종합지원센터(2016년 기준, 전국 93개소 설치)는 양육 정보제공, 부모교육, 양육 관련 도서 및 장난감 대여 등의 사업을 실시하고 있다. 전국학부모지원센터는 자녀에 대한 올바른 이해와 역량제고를 위해 학부모 회 활성화와 학부모 고충상담, 교육, 리더 양성 등의 사업을 하고 있다. 건강가정지원센터는 교육, 상담, 돌봄, 가족문화프로그램 등 가족기능 강화와 가족관계 개선을 위한 서비스를 제공하고 있다(2016년 기준, 전국 151

42) 위 각주 31) 자료 참조

개소 설치).⁴³⁾

4) 청소년의 재생산 권리

인공 임신중절과 관련하여 한국의 형법 은 낙태 금지와 처벌 조항을 담고 있고, 모자보건법에는 강간이나 준강간 등에 의하여 임신을 한 경우 낙태를 허용하는 예외 조항을 두고 있다. 그러나 청소년의 경우 낙태허용 예외조항에 해당하지 않는 경우가 많으며, 성폭력에 의한 임신이라도 부모에게 알리지 못하여 음성적인 낙태로 위험에 처하거나 태아 유기, 입양, 강요 등의 문제로 이어질 우려가 있다. 이에 따라 모자보건법 에 따른 낙태 허용기준에 사회경제적으로 취약한 미성년자 임신의 경우를 포함시키는 문제에 대한 사회적 논의가 진행되고 있으나 아직 구체적인 변화는 없는 상태다.⁴⁴⁾

43) 위 각주 31) 자료 참조

44) 대한민국정부, 제5·6차 유엔아동권리협약 국가보고서, 2017.

제4장

아동·청소년 인권측면에서 본 국민건강보험 제도

제4장

아동·청소년 인권 측면에서
본 국민건강보험 제도

1. 보편성(Eligibility)

가. 건강보험 도입과정과 그 의의

한국의 건강보험은 1963년 12월 16일 의료보험법이 제정됨으로써 시작하였으나, 법률의 제정과정에서 강제가입이 아니라 임의가입으로 성격이 바뀌어 시범적인 극소수 의료보험조합이 결성되어 운영되었을 뿐 거의 유명무실했다. 1976년이 되어서야 기존의 의료보험법을 전면 개정하여 1977년 7월 1일부터 500인 이상 사업장 근로자를 대상으로 강제가입성격의 의료보험제도를 처음 실시하였다. 1977년 7월 1일부로 498개 의료보험조합을 인가함으로써 당시 전체 인구의 약 8.2%에 달하는 인구를 대상으로 [약 300만명(피보험자 약 110만명, 피부양자 약 190만 명)] 의료보험을 시작하였다.

직장건강보험 도입은 우선 500인 이상 사업장(대기업)과 공무원, 교사에만 해당되어 최초 도입부터 보장대상의 협소화란 문제를 불러 일으켰다.

거기다 이들 대상은 경제적 능력이 있어 보험료 납부를 감당할 수 있는 계층이어서 ‘수익자 부담 원칙’이 고수된 점은 향후 건강보험의 성격을 규정하였다. 또한 국가는 직접 고용하는 노동자(공무원, 교사 등)에 대한 부담 경감을 제외하고는 사회보험으로 도입되는 건강보험에 대한 어떠한 재정적 부담도 외면하였다.

국가의 유일한 역할은 의료 공급자(요양기관)에 대한 당연지정제를 통한 의료공급 통제책이었다. ‘당연지정제’는 ‘대한의학협회’와 ‘병원협회’의 유효수료 창출에 대한 기대감에 의해 큰 충돌 없이 도입되었다. 민간주도의 의료공급자와 큰 충돌이 없었던 이유 중 하나는 무엇보다 당연지정제에 의한 급여범위가 적어 ‘비급여’ 진료를 할 수 있도록 규정했다는 점이었다. 이러한 비급여제도의 존속으로 건강보험의 보장범위는 매우 낮게 유지될 수밖에 없었다. 의료공급자에 대한 당연지정은 유일한 국가역할이란 점에서 사회복지의 성과이나, 이에 대한 반대급부로 만들어진 비급여 진료 허용은 한국 건강보험제도에서 두고두고 문제가 되고 있다.

또한 국고지원은 전혀 없었으며, 건강보험은 조합가입자의 재정 부담에 전적으로 의존해 운영되었다. 재정부담액은 정률의 보험료에 기반하고, 보험료 상한액 등이 규정되어 있어 소득역진적인 부담 방식이었다. 다만 보험료 차등에 대비해 동일한 급여를 제공함으로써 사회보장 제도로써 기능을 수행할 수 있었다.

이와 같이 낮은 재정부담을 기반으로 시작한 한국의 건강보험은 여타 해외의 사회보험과 달리 현금급여인 상병수당 등은 애초에 배제하고 치료 의학의 일부분을 커버하는 현물급여 중심으로 시작하였다. 이는 향후 OECD 국가 중 상병수당이 없는 3개국 중 하나로 남아있게 만든 역사적

기반이 되었다.

1977년 도입된 직장건강보험의 왜곡된 형태는 다음과 같은 문제를 남겼다. 첫째, 국가책임(재정 및 관리)이 최소화된 시장화 된 보험제도의 성립, 둘째, 의료공급의 시장화 가속 및 민간의료공급자의 권력 확대, 셋째, 행위별수가제를 중심으로 한 시장지향적 지불제도와 비급여제도의 존속, 넷째, 현금급여 없는 현물급여 중심의 치료의학 중심 보장제도와 이를 통한 상병수당 및 예방서비스의 부재 혹은 관심결여, 다섯째, 조합주의 기반의 상존을 들 수 있다.

이런 도입기반으로 인해 초기부터 아동 및 청소년에 대한 특별한 고려는 없었으며, 직장가입자의 피부양자로 등록될 수 있는 아동 및 청소년에 대해서만 건강보장이 적용되었다. 이로써 어린 시절의 건강보장 영역도 소득 및 계층에 따라 분화되는 결과를 가지게 되었다.

나. 의료서비스 공급에 대한 민간 위임

1977년 7월 1일부로 강제적 의료보험을 실시하기 위해서 가장 급선무는 의료서비스를 제공할 요양기관을 확보하는 것이었다. 의료보험의 제도적 정착은 요양기관의 확보가 조합의 설립만큼이나 시급한 과제였기 때문이다. 의료기관의 80%가 대도시에 편중돼 있는 점을 감안하여 공단 및 농어촌 등 의료취약지에 민간병원의 건립과 의료장비 보강을 지원하고, 국공립 병원의 의료장비를 현대화하고자 하여, 1978년 3월 경제장관협의회를 통해 공단과 취약지에 병원 설치 및 투자계획을 의결하였다. 하지만 이런 계획은 모두 민간공급 부흥책으로만 마련되었고, 정부는 공공의료기관을 확충할 계획과 의지를 보이지는 않았다.

경제장관협의회를 통해 민간병원 시설 및 투융자계획을 의결하여 1978년부터 1992년까지 일본 해외경제협력기금(OECF), 독일 서독재건은행(KFW), 세계은행(IBRD)으로부터 차관을 도입하여, 168개 민간병원을 포함한 총 239개 기관에 자금을 지원하였다.⁴⁵⁾ 대표적 사례를 보면, 1978년 사업자선정을 거쳐 1979년에 일본 해외경제협력기금(OECF)으로부터 당시 366억 원의 차관을 들여와 67개 병원을 건립하였고, 서독재건은행(KFW)으로부터 의료취약지구 및 공단지역에 병원 건설을 위해 서독으로부터 4,250만 마르크의 차관 도입 등 모두 1억 마르크의 차관 도입을 추진하였다.⁴⁶⁾

결국 1977년부터 병원에 대한 대규모 투자가 진행되어, 그전 20년간의 투자액이 1977년 1년간의 투자액에도 미치지 못할 정도로 획기적인 투자가 이루어졌다. 문제는 이러한 투자에도 불구하고 공급 부족현상이 나타났다는 점으로, 이는 그간 미충족 의료가 얼마나 심각했는지 보여주는 지표이기도 했다. 의료이용율의 폭증 때문에, 1970년 전후에는 환자의 20%만 병원을 이용한 반면 의료보험이 시행된 1970년대 후반의 경우 60%의 환자가 병원을 이용하게 되었으며, 1970년 10만 명당 병상수가 53개였음에도 부족 문제가 없었으나, 1979년의 경우 166병상으로 증가했음에도 대도시에서는 병상가동률이 100%에 달하였고 병상 부족현상이 심각해졌다. 하지만 정부는 공공의료기관을 늘리지 않고 앞서 본 차관 및 재정지원으로 민간의료기관 확대를 지원했다.

정부가 공공의료기관이 아닌 민간의료기관 확충을 차관 및 자금 도입으로 수행함으로써, 한국의 건강보험은 막강한 민간 의료공급자들의 영향력

45) 보건복지부 보도자료 참조(2006. 7.10)

46) 매일경제 참조(1978. 07. 10.)

속에 놓이게 되었으며, 항시적 공공의료기관 부족에 시달리게 되었다.

다. 전국민 건강보험으로의 확대와 아동·청소년에 대한 보장확대

1987년 사실상 전국민 강제가입이 이루어져 명실상부한 ‘건강보험’으로 재탄생하였다. 그러나 도입초기부터 국가의 재정지원 문제로 1년간의 소강상태가 발생하였다. 대상을 전국민으로 확대하면서도 국가는 건강보험 재정을 철저하게 가입자들의 재정기여로만 해결하려고 하였기 때문이다.

당시 지역 가입자의 소득 파악이 곤란하고 원천징수가 불가능한 여건에서無理하게 자체 재원조달을 시도할 경우 농·어·민 등 저소득층의 보험료 부담이 과중되는 현상이 발생하게 되어 전 국민 의료보험실시에 장애요인으로 작용할 우려에 따라 최소한의 국고지원을 모색하게 되었다. 그 결과, 관련 법률에 지원규모를 명시하지 않고 국고를 지원할 수 있다고만 규정하고 예산은 예산당국에서 당해 연도의 보험급여비 추계액과 관리운영비 소요액을 기준으로 총재정규모를 산정한 후 보험급여비와 관리운영비의 50%를 일반회계예산에서 확보하는 방식으로 지원하기로 결정하였다.

농어촌 의료보험 도입을 위한 시범사업이 지역의료보험 1차 시범사업 지역으로 선정된 홍천, 옥구, 군위의 세 지역에서 1976년부터 실시되었다. 1982년 7월 1일 2차 시범사업을 계획할 때 시범사업지역이 6개로 결정되었으나 1982년 9월에 3개 지역으로 축소 조정되어 지역조합에 대한 정부의 무관심을 반영하였다. 특히 2차 시범사업의 가장 중요한 과제는 1차 시범사업에서 드러났던 보험료 부과방법의 문제점을 개선하기 위한 것이었다. 보건사회부는 일본에 관련 공무원을 파견하여 “일본 국민건강보험(개

보험)에서의 보험료 부과방식과 거의 유사한 4요소 방식”을 받아들이기로 하였다. 이는, 세대별 보험료 부과 방식을 기초로 해서 세대 당 기본보험료에 피보험자당 기본보험료 소득비례보험료와 재산비례보험료를 모두 합해서 계산을 하는 방식이었다.⁴⁷⁾

이 때문에 직장의료보험(이하 직장의료보)과 지역의료보험(이하 지역의료보)은 매우 상이한 부과체계를 갖게 되었다. 직장의료보의 부과체계는 기본적으로 소득비례방식으로 소득에 일정액을 곱한 금액을 보험료로 산정하였다. 즉 실제소득을 표준소득으로 환산한 표준소득방식, 즉 보험자가 정한 표준보수월액에 조합마다 상이한 보험료율을 곱하여 산정하고, 이것을 사용자와 근로자가 각각 50%씩 부담했다. 반면 지역의료보는 소득뿐만 아니라 생활수준을 파악하는 다른 요소 즉, 재산, 세대 및 세대원수, 자동차 유무 등 여러 가지 부과요소를 혼합하는 방식이 되었다.

이와 같은 보험료 부과 방식을 채택함에 따라 보험료 부담능력과 상관 없는 세대당, 세대원당 보험료가 부과될 뿐만 아니라 동일한 소득과 재산을 가지고 있어도 자신이 속한 지역조합에 따라 보험료 부담이 달라지고, 동일소득에 대해서 농민의 보험료 부담이 직장근로자에 비해 과중하게 나타났다. 또한 직장조합도 조합사이의 보험료부과 차이가 있었고, 내부에서도 소득이 낮은 노동자의 실제 보험료율이 소득이 높은 노동자의 실제 보험료율에 비해 높았는데, 이는 보험료 표준보수월액 구간의 영향 때문이었고, 정률 구간 부과와 한계였다.

여기에 지역의료보에 대한 국고지원은 1988년 농촌지역의료보험이 시작되면서 임금노동자의 사용자 부담분에 해당하는 보험료를 국가가 지원해

47) 의료보험연합회(1997). 『의료보험의 발자취』, pp.361-388



야 한다는 주장에 따라 지역의보 전체 재정의 50%를 지원하는 것으로 시작하였으나, 점차 그 비율이 낮아져서 99년에는 지역의보 총 지출의 26.4%까지 감소했다. 이러한 현상으로 지역의보는 시간이 지날수록 재정적 어려움이 더욱 커졌다. 이는 앞서 살펴보았듯이 당시 의료보험법 제48조(국고부담) 및 동 시행령 제80조에서 ‘국고는 의료보험사업의 사무비용, 보험급여비 그리고 자금의 재원조성을 위하여 비용을 부담할 수 있다’고 명시하여 의무사항이 아니라 하나의 권고사항이었기 때문이다. 국고지원 50%는 정치적인 상황에 따라 변화 가능한 것으로 남겨두었기에 가능했다.

이 때문에 건강보험에 대한 국가의 역할은 더욱 협소화되었다. 이런 문제를 해결하기 위해 1990년 들어 시민사회단체들은 단일 보험자를 통해 재정불균형을 해소하려는 운동에 돌입하게 되었다. 이 운동은 직장조합보다 빈자조합인 지역조합의 지지를 받았다.

지속적으로 소득중심 개인부와 방식인 임금노동자와 세대부와 방식인 지역가입자의 두 가지 방식을 남겨놓아, 가입자가 소득이 있는 개별 국민이 되는 것인지, 소득여부와 별개로 세대별 대표성을 가지고 가입자 대표성을 유지하는 것인지에 대한 혼동이 초래되었다. 이런 와중에 전국민건강보험 도입으로 인한 수요확대를 민간의료기관이 독식함으로써, 의료공급자의 힘은 더욱 커졌으며, 정부는 건강보험 총재정의 효율적 관리에 매몰된 나머지 국가책임을 재정과 관리 측면 모두에서 하지 않아, 한국은 OECD 국가 중 낮은 의료 보장성을 가진 나라로 남게 되었다.

건강보험 적용 대상은 1977년 이후 일부 직장가입자의 아동에서 1988년 전국민건강보험 도입으로 모든 국민과 모든 아동이 포괄되게 되었다. 이후 재외국민 및 3개월 이상 거주 합법 이주 노동자에 대한 의료보장도

시행되고 있다.

라. 건강보험 적용 사각지대 아동·청소년

원칙적으로 한국의 건강보험 제도는 직장 가입자와 지역가입자로 구분되어 있기는 하지만 전국민을 포괄하고 있으며, (직장가입자의 경우)아동·청소년의 경우 부모의 피부양자로 등록되어 있고, (지역가입자의 경우)아동·청소년은 세대주와 세대원의 형태로 지역가입자로 구성되어 건강보험 적용을 받도록 되어 있어, 의료급여 대상자를 제외한 모든 아동·청소년이 적용 대상이다.

하지만 실질적으로는 일부 아동·청소년의 경우 건강보험 적용 사각지대가 있는 것도 사실이다. 출생 등록, 외국인 등록 등을 기반으로 건강보험이 적용되기 때문에 출생 등록이 되어 있지 않은 아동·청소년이나, 부모 모두 미등록 이주 노동자여서 한국에 외국인 등록이 되어 있지 않은 아동·청소년, 난민 가족 아동·청소년⁴⁸⁾ 등은 건강보험 적용의 사각지대에 놓여 있다.

그리고 건강보험료 체납 세대에 속해 있는 아동·청소년의 경우 원칙적으로는 건강보험 급여 제한의 가능성이 있으나, 여러 제도를 통해서 의료서비스를 받을 수 있도록 되어 있어 실질적으로는 건강보험료를 체납하더라도 아동·청소년의 경우 의료서비스를 받을 수는 있다. 그러나 이러한 것은 특정한 상황에 대한 정부의 지원이 이루어지는 것이어서 의료서비스 이용에 있어 완전한 제약이 없다고 보기는 어렵다.

48) 난민의 경우 난민신청 6개월 이후부터는 건강보험 자격이 주어진다. 그러나 예를 들어, 프랑스의 경우 난민신청을 한 순간부터 건강보험자격이 주어진다는 점을 고려하면 난민 아동의 경우에 6개월의 공백기가 발생하고 있다는 점 등에 대해서는 추가적으로 고려해야 할 사항이나, 본 연구의 범위를 벗어나는 것이기 때문에 상세한 설명은 생략한다.

2. 경제적 부담

가. 낮은 건강보험 보장성과 높은 비급여 진료비

한국의 건강보험 제도는 낮은 수준의 건강보험 보장성으로 인해 실제 총진료비의 반가량을 가계에서 직접 지출해야 하는 구조이다. 이는 높은 경제적 부담으로 인한 의료이용의 자제, 재난적 의료비 발생 조장, 이를 통한 건강의 부익부 빈익빈, 건강불평등을 부추기고 있다. 아래 표에서와 같이 건강보험통계연보를 기준으로 한 보장성은 높을 때 65%였으며, 2014년에는 63.2% 수준이다. 그리고 이 자료에는 간병비 및 간병용품, 장애용품 등은 제외되고 있어 OECD 기준으로 볼 때는 대략 50%대의 보장 수준이라고 볼 수 있다.

[표 IV-1] 2008-2014년간 건강보험 보장률 추이와 본인부담금의 비중

연도	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
보장률(%)	62.6	65.0	63.6	63.0	62.5	62.0	63.2
법정본인부담률(%)	21.9	21.3	20.6	20.0	20.3	20.0	19.7
비급여본인부담률(%)	15.5	13.7	15.8	17.0	17.2	18.0	17.1

자료 : 국민건강보험공단, 2014년도 건강보험환자 진료비 실태조사, 2015.12

한국의 건강보장에서 본인부담(out of pocket)의 존재는 의료이용자의 도덕적 해이를 방지하고, 최소한의 책임을 담보하기 위한 장치로써 설계되었다. 그러나 현재 의료공급자가 임의로 부과할 수 있는 ‘비급여’도 본인부담의 일종으로 사실상 기능하고 있다.

다른 나라의 경우 건강보험이 급여내 본인부담을 중심으로 필수요료를

제한하거나, 국가가 선의의 대행자로 지정한 치료범주 내에서 적정하게 진료를 할 수 있는 경우가 많아, 이러한 제도와 비교해본다면, 한국의 경우는 가장 본인부담이 높게 발생하는 구조를 가지고 있다.

이에 따라 재난적 의료비 발생 비율도 높다. 한국의 재난적 의료비 수준은 OECD 국가 최고수준이다. 문제는 대체로 본인부담비중이 높은(즉 보장성이 낮은) 나라일수록 당연히 재난적 의료비가 일정한 비율로 많이 발생하는데, 한국은 이러한 추세 그래프를 따라가지도 않고 재앙적인 의료비 부담이 별도로 더 높은 구조이다. 이는 단순히 건강보험의 보장성이 낮은 문제만으로 재난적 의료비가 발생하는 것이 아니라, 다른 문제들이 재난적 의료비에 결부되어 있다는 것을 시사한다.

OECD 국가 중에서 미국, 스위스, 한국만 존재하지 않는 ‘상병수당’이 중요한 까닭이 바로 이런 이유 때문이다. 상병수당은 국민건강보험법 제50조 (부가급여) 조항에 대통령령으로 상병수당을 부가급여로 실시할 수 있다고 명시되어 있으나 아직까지 어떠한 정부도 대통령령으로 상병수당 지급을 제시하지 않고 있다.

재난적 의료비 문제는 상병수당의 부재로 악화되고 있지만, 근본적으로는 낮은 보장성이 원인이다. 특히 보장성이 낮다고 하더라도, 제대로 된 본인부담상한제가 있다면 문제가 될 수 없다. 하지만 현재 법적으로도 비급여 진료 중 항목비급여, 기준초과비급여 ‘임의비급여’는 물론이고, 법적으로 보장하고 있는 법정비급여, 합의비급여, 선별급여, 정책급여 등도 모조리 총액에서 제외되고 있어서 사실상 건강보험 상한제는 큰 의미가 없다.

한편 성인과 달리 아동의 의료비의 경우는 본인부담을 상당부분 면제하

거나 제외하고 있는 해외 여러 나라와 달리, 한국은 일부 아동과 일부 의료비에 대한 지원을 제외하고 원칙적으로 아동의 의료비도 성인과 같은 방식으로 환자와 그 가족에게 본인 부담을 지우고 있어 심각한 경제적 장벽으로 기능하고 있다.

나. 의료비에 대한 아동의 경제적 부담 완화를 위한 조치

아동 일반에 대한 경제적 부담 완화를 위한 조치로는 15세 이하 아동의 입원진료비 본인 부담금 인하(성인의 경우 10~20% 부담, 15세 이하 아동은 5% 부담), 18세 이하 아동의 치아 홈 메우기 본인부담금 인하(성인은 30~60% 부담, 아동은 10% 부담), 신생아 입원진료비에 대한 본인 부담 면제 정책이 있다.

저소득계층 아동을 위한 제도로는 차상위 본인부담 경감 대상자 지원사업이 있다. 차상위계층에 속하는 18세 미만인 아동은 건강보험료 전액을 국가가 지원하고, 외래 및 입원비용에 대한 본인부담을 일정 비율 경감 받고 있다. 하지만, 주민등록번호가 없는 아동, 주민등록법상 재외국민(영주권자 포함), 외국인인 이 제도의 지원 대상이 아니다. 2017년 10월 31일 기준으로 이 제도에 의해 건강보험료 지원과 본인부담 경감을 받는 대상자의 규모는 130,999명이다.⁴⁹⁾

저소득층을 대상으로 하는 사업으로는 미숙아 및 선천성 이상아 의료비 지원사업도 있다. 출생 직후에 입원하여 수술 및 치료를 필요로 하는 신생아에게 500만원에서 1천만원까지 의료비를 지원한다.⁵⁰⁾

한편, 목적 자체가 아동·청소년을 대상으로 하는 사업은 아니지만 실질

49) 보건복지부, 2018년 차상위 본인부담 경감 대상자 지원사업 안내.

50) 보건복지부, 2018년 모자보건사업 안내.

적으로 아동·청소년이 사업 대상인 경우로, 희귀질환자 의료비 지원사업이 있다. 희귀질환관리법에서 규정한 희귀질환으로 치료 받고 있는 아동의 경우, 요양급여 비용 중 본인부담금과 간병비 등을 국가로부터 지원받는다.

제5장

한국의 아동·청소년 건강권 보장을 위한 정책과제

제5장

한국의 아동·청소년 건강권 보장을 위한 정책과제

한국 아동·청소년 건강권 보장 현황 파악과 평가, 국민건강보험 제도에 대한 평가를 바탕으로 아동권위원회 일반논평 제15조의 틀에 의거하여 아동권리협약 제24조 내용을 중심으로 한 실행과제의 우선순위, 아동·청소년 건강권 실현을 위한 원칙에 근거한 구조적 정책과제, 국가의 의무와 책임 준수를 위한 실행체계 개선 과제의 세 가지 영역에서 각각의 정책과제를 제안하였다.

구체적인 정책과제를 제시하는 것은 별도의 연구가 필요한 성질의 것이기에 여기서는 정책의 큰 방향과 원칙, 우선순위, 정책의 범주 등을 제안하였다.

1. 아동·청소년 건강권 보장을 위한 실행과제의 우선순위

가. 우선순위 설정 방법

아동·청소년 건강권 보장의 실행과제의 우선순위를 정하기는 쉽지 않

다. 각자가 처해 있는 상황과 이해관계에 따라 우선순위는 다양하게 나타날 수 있다. 이에 우선순위 결정을 위해 ‘다차원 의사결정 분석(multiple criteria decision analysis, MCDA)’ 기법을 활용하였다.

이는 건강 분야의 사업과 정책, 자원할당과 관련한 우선순위 결정에서 최근 널리 쓰이고 있는 방법이다. 건강 정책의 의사결정 단계에는 인구집단 건강수준의 극대화, 공평한 분포의 개선, 특정한 (사회적/개인적)선호, 예산과 실행 제약, 정치적 상황 등 상충하는 요소들이 얹혀 있다. 그러나 정책 결정자들은 이러한 복잡성을 무시하고 직관에 의해 의사결정을 하는 경향이 있으며, 그러한 과정에서 중요한 정보가 누락되거나 우선순위 설정이 임시적으로 이루어지기도 한다. 또한 정치적 자기 이익에 따라 행동하거나 자신들의 목표에 따라 중재에 우선순위를 부여하기도 한다. 그렇지 않고 원칙에 따라 의사결정을 하는 경우에도 현실에서의 복잡한 상황에 부합하지 않게 오직 한 가지 기준, 대개는 비용-효과성 근거에 따라 판단을 하는 경우도 흔하다. 이러한 문제를 극복하고 보다 합리적이고 투명하며 책임성 있는 의사결정을 지원하기 위한 방식으로 MCDA가 제안되어 여러 분야에서 널리 활용되고 있다.⁵¹⁾

우리 연구에서는 MCDA 접근법을 활용하여 다음과 같은 방식으로 우선순위를 설정하였다.

- 1단계 : 평가의 기준 요소 선정 (연구진)
- 2단계 : 1단계에서 선정한 기준 요소 각각에 가중치 부여 (전문가 델파이)

51) Baltussen R, Niessen L. Priority setting of health interventions: the need for multi-criteria decision analysis. Cost Effectiveness and Resource Allocation 2006, 4:14

- 3단계 : 아동권리협약 제24조에 근거하여 아동·청소년 건강권 보장을 위한 실행과제 나열 (연구진)
- 4단계 : 3단계에서 나열한 직종별로 1단계 평가기준 요소에 따라 점수 부여 (전문가 델파이)
- 5단계 : 4단계 도출 값에 2단계의 가중치 부여하여 직종별 최종 점수 산출하고 서열화

나. 평가의 기준요소 선정

보건 분야에서 자원할당 의사결정 시 우선순위 설정을 위해 고려하는 요소들에는 여러 가지가 있다. 이를테면 세계보건기구는 윤리적인 자원할당을 위해 ① 효율성 (인구집단 건강의 극대화), ② 공정성 (건강 차이의 최소화), ③ 효용성 (최대 다수의 최대 행복)을 윤리 원칙으로 제시한 바 있다. 이러한 원칙들을 명시적으로 천명하는 것은 다양한 이해당사자들에게 ‘합리성에 대한 책무성(accountability for reasonableness, A4R)’을 제공한다.

보건의료 자원할당과 관련한 의사결정 원칙에 대해서 40편의 논문을 검토한 문헌 리뷰에 의하면⁵²⁾ 몇 가지 공통 요소를 추출할 수 있다. ① 건강결과와 중재의 편익 (건강편익, 효능/효과성, 생명구조, 안전, 환자보호결과, 진료의 질), ② 건강 편익의 유형 (인구집단 효과, 개인적 효과), ③ 중재 표적이 된 질병의 영향 (질병 중증도, 질병 결정요인, 질병부담, 역학), ④ 중재의 치료적 맥락 (치료 대안, 필요, 임상 가이드라인, 기존

52) Guindo LA, Wagner M, Baltussen R, et al. From efficacy to equity; literature review of decision criteria for resource allocation and healthcare decisionmaking. Cost Effectiveness and Resource Allocation 2012, 10:9

활용), ⑤ 중재의 경제적 영향 (비용, 예산 영향, 광범위한 재정적 영향, 빈곤 감소, 비용-효과성, 가치, 효율성과 기회, 자원, 보험료), ⑥ 근거의 질/불확실성 (가용한 근거, 근거의 강도, 근거의 타당도, 근거 특성, 연구 윤리, 근거 요구), ⑦ 중재의 실행 복잡성 (법제화, 조직적 요구와 실행 역량, 기술, 실행의 유연성, 중재 특성, 적절한 활용, 장애와 수용성, 통합과 시스템 효율성, 지속가능성), ⑧ 우선순위, 공정성과 윤리 (인구집단 우선순위, 접근성, 취약 인구집단, 형평성과 공정성/정의, 효용, 연대, 윤리와 도덕적 측면), ⑨ 전반적 맥락 (보건체계의 임무와 위임, 전반적 우선순위, 재정적 제약, 인센티브, 정치적 측면, 역사적 측면, 문화적 측면, 혁신, 파트너십과 리더십, 시민 참여, 이해당사자의 권익과 압력) 등이다. 이러한 문헌 리뷰에서 드러난 것은 의사결정에 규범적 요소가 강조되고 있다는 점이며, 특히 ‘형평성과 공정성’은 가장 흔하게 언급되는 요소라 할 수 있다.

연구가 아니라 실제 상황에서 진행된 의사결정 과정을 분석한 논문과 보고서 33편을 종합한 결과에 의하면,⁵³⁾ ① 프로그램 효과성, ② 부담가능성(affordability), ③ 형평성(equity, 집단 간 불평등), ④ 수혜자의 숫자, ⑤ 접근성(accessibility), ⑥ 비용효과성(cost-effectiveness), ⑦ 가용한 근거의 질 등이 가장 흔하게 언급되는 기준이었다. 예상과 달리 비용-효과성을 명시적으로 언급한 경우는 사례의 채 절반도 되지 않았으며, 최소한 의사결정 기준이 명시적인 경우에는 의사결정자들이 불평등과 필요(need) 등 규범적, 윤리적 요소에 관심을 두는 경향이 관찰되

53) Cromwell I, Peacock SJ, Mitton C. ‘Real world’ health care priority setting using explicit decision criteria: a systematic review of the literature. BMC Health Service Research 2015 DOI 10.1186/s12913-015-0814-3

었다.

또 다른 연구⁵⁴⁾는 WHO의 Health Systems Performance framework, Health Systems Building Blocks framework에 따라 보건 중재 우선순위 설정의 복수 기준 요소들을 지형화했다.

이러한 선행 연구 결과들과 국내 현황에 대한 토론에 기초하여 연구진은 다음과 같은 다섯 가지의 평가 기준 요소를 도출했다.

[표 V-1] 우선순위 설정을 위한 기준 요소

- | |
|--|
| ① 형평성 : 제대로 실행되지 않았을 때 생물학적 혹은 사회경제적 취약계층 (빈곤층, 환자 등)에게 불균형적으로 인권 침해를 초래할 수 있는 정책
② 대상자 크기: 제대로 실행되지 않았을 때 대규모 인구집단에 인권 피해를 가져올 수 있는 정책
③ 시간 긴급성: 제대로 실행되지 않았을 때 아동·청소년 인권에 즉각적 문제를 야기하는 정책
④ 심각성: 제대로 실행되지 않았을 때, (규모는 작더라도) 심각한 인권 침해 문제를 초래하는 정책
⑤ 실행가능성 : 정책을 실행하기 위해 필요한 제도, 절차 개선의 복잡성과 비용 |
|--|

다. 평가 기준 요소에 대한 가중치 평가 결과

의료 분야 전문가 6인, 인권 분야 전문가 1인, 아동 사회복지 전문가 1인에게 연구진이 선정한 평가 기준 요소에 대한 가중치를 물어보는 설문을

54) Tromp N, Baltussen. Mapping of multiple criteria for priority setting of health interventions: an aid for decision makers. BMC Health Services Research 2012, 12:454

진행했다. 각 항목별로 1점(전혀 중요하지 않다)~7점(매우 중요하다)으로 점수를 부여했다. 이 때 1회차 평가 점수에 기초하여 중위수(median)를 산출한 후, 2회차에는 중위수 값을 함께 제시함으로써 평가자별로 각자의 평가점수를 조정할 수 있도록 했다. 그리고 이렇게 부여한 2회차 평가 점수에 기초하여 각 항목별 점수의 총점을 구한 후 전체 항목 총점을 100점 만점으로 환산하여 각 항목별 기여도에 따른 가중치를 산출했다. 그 결과 심각성, 형평성, 대상자 크기/시간 긴급성, 실행 가능성 순서로 우선순위가 설정되었다.

[표 V-2] 평가 기준 가중치

가중치	형평성	대상자 크기	시간 긴급성	심각성	실행 가능성
가중치 1 (100점 만점)	21.08	19.28	19.28	21.52	18.83
가중치 2 (100점 만점)	21.97	18.83	19.28	21.52	18.83

라. 평가 대상 실행과제 도출

아동인권협약 제24조 제2항에서 언급된 우선적으로 필요한 조치 내용을 기준으로, 아동권리위원회 일반논평 제15호에서 각각의 조치에 해당하는 해설 내용을 참고하여 연구진이 한국적 상황에서 필요한 실행과제 20가지를 도출하였다. 최종 도출된 실행과제 20가지는 아래와 같다.

[표 V-3] 연구진에 의해 도출된 실행과제 20개

- ① 아동·청소년 의료 보장 사각지대 해소를 위한 조치
- ② 아동·청소년에 특정한 필수 의료서비스 확충을 위한 조치
- ③ 아동·청소년에 대한 의료서비스의 비차별성 강화를 위한 조치
- ④ 아동·청소년 의료서비스에 대한 경제적 부담 완화를 위한 조치
- ⑤ 의료서비스에 대한 물리적 접근성 강화를 위한 조치
- ⑥ 의료서비스 정보 접근성 강화를 위한 조치
- ⑦ 의료서비스의 수용성 강화를 위한 조치
- ⑧ 의료서비스 질 향상을 위한 조치
- ⑨ 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 조치
- ⑩ 아동·청소년이 영양면에서 충분하고 문화적으로 적절하며 안전한 식품에 대해 접근한 권리 보장을 위한 조치
- ⑪ 환경오염 및 기후변화에 의한 아동·청소년 건강 피해 최소화를 위한 조치
- ⑫ 아동 친화적 건강관리 접근의 확산을 위한 조치
- ⑬ 임신 기간 및 임신 전후에 여성이 받는 건강관리의 질 향상을 위한 조치
- ⑭ 모유수유 관행의 완전한 보호와 장려를 위한 조치
- ⑮ 청소년의 특정한 성/생식건강상의 요구 충족을 위한 조치
- ⑯ 아동에게 건강의 모든 측면에 대한 정보와 교육을 제공하기 위한 조치
- ⑰ 아동·청소년의 익사, 화상, 교통사고 포함 여타 사고의 발생률을 낮추기 위한 전략과 조치
- ⑱ 아동·청소년에 대한 폭력 예방을 위한 조치
- ⑲ 아동·청소년에 대한 본드, 담배, 알콜, 마약 등 사용 예방을 위한 조치
- ⑳ 부모가 아동의 건강증진 관련 정보와 교육 및 지원을 받을 수 있도록 보장하는 조치

마. 실행과제별 우선순위

20개 실행과제에 대해서 5개 평가기준 요소별로 1점(전혀 고려할 필요가 없다)~7점(반드시 고려해야 한다)으로 평가한 후, 역시 중위값을 제시한 2차 델파이 조사를 통해 실행과제별 평가점수 값을 산출했다. 그리고 2단계에서 도출한 평가기준 요소별 가중치를 부여하여, 최종적으로 실행과제

별 요소별 점수를 도출하였다. 그 결과는 아래 표와 같다.

[표 V-4] 실행과제별 평가기준 영역 점수와 우선순위 총점

	실행과제	형평성	대상자 크기	시간 긴급성	심각성	실행 가능성	총점 (700점 만점)
1	의료 보장 사각지대 해소	107.7	50.9	82.9	103.3	79.1	423.9
2	필수 의료서비스 확충	98.9	65.9	94.5	103.3	79.1	441.7
3	의료서비스의 비차별성 강화	118.7	69.7	81.0	90.4	73.5	433.2
4	의료서비스에 대한 경제적 부담 완화	101.1	81.0	79.1	90.4	90.4	441.9
5	의료서비스에 대한물리적 접근성 강화	103.3	64.0	75.2	92.6	75.3	410.4
6	의료서비스 정보 접근성 강화	105.5	88.5	75.2	86.1	77.2	432.5
7	의료서비스의 수용성 강화	98.9	71.6	69.4	90.4	75.3	405.6
8	의료서비스 질 향상	83.5	79.1	77.1	88.3	67.8	395.8
9	아동·청소년 정신건강 증진	98.9	67.8	86.8	103.3	71.6	428.3
10	영양면에서 충분하고 문화적으로 적절하며 안전한 식품에 대해 접근한 권리 보장	92.3	86.6	65.6	68.9	69.7	383.0
11	환경오염 및 기후변화에 의한 아동·청소년 건강 피해 최소화	87.9	75.3	81.0	101.2	73.5	418.8
12	아동 친화적 건강관리 접근의 확산	81.3	77.2	75.2	83.9	73.5	391.1
13	임신 기간 및 임신 전후에 여성이 받는 건강관리의 질 향상	87.9	65.9	82.9	90.4	77.2	404.3
14	모유수유 관행의 완전한 보호와 장려	87.9	67.8	59.8	68.9	62.2	346.5
15	청소년의 특정한 성/생식건강상의 요구 충족	92.3	75.3	86.8	103.3	84.8	442.5
16	아동에게 건강의 모든 측면에 대한 정보와 교육을 제공	85.7	81.0	65.6	73.2	88.5	393.9
17	익사, 화상, 교통사고 포함 여타 사고의 발생률을 낮추기 위한 전략과 조치	72.5	69.7	75.2	96.9	79.1	393.4
18	폭력 예방을 위한 조치	87.9	71.6	84.8	107.6	79.1	431.0
19	본드, 담배, 알콜, 마약 등 사용 예방	85.7	69.7	61.7	79.6	65.9	362.6
20	부모가 아동의 건강증진 관련 정보와 교육 및 지원을 받을 수 있도록 보장	98.9	71.6	67.5	71.0	60.3	369.2

전문가 평가 결과 아래 10가지 과제가 현재 한국 사회에서 아동·청소년 건강권 보장을 위한 실행과제로서 우선순위가 높은 것으로 평가되었다.

[표 V-5] 전문가 평가 결과 우선순위가 높은 실행과제 10개

- ① 청소년의 특정한 성/생식건강상의 요구 충족을 위한 조치
- ② 아동·청소년 의료서비스에 대한 경제적 부담 완화를 위한 조치
- ③ 아동·청소년에 특정한 필수 의료서비스 확충을 위한 조치
- ④ 아동·청소년에 대한 의료서비스의 비차별성 강화를 위한 조치
- ⑤ 의료서비스 정보 접근성 강화를 위한 조치
- ⑥ 아동·청소년에 대한 폭력 예방을 위한 조치
- ⑦ 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 조치
- ⑧ 아동·청소년 의료 보장 사각지대 해소를 위한 조치
- ⑨ 환경오염 및 기후변화에 의한 아동·청소년 건강 피해 최소화를 위한 조치
- ⑩ 의료서비스에 대한 물리적 접근성 강화를 위한 조치

2. 아동·청소년 건강권 실현을 위한 구조적 정책과제

가. 비차별

아동의 건강권은 충분하고 적절한 의료서비스를 이용할 권리에 한정되는 것은 아니지만, 이러한 의료서비스 이용 권리는 아동의 건강권 보장에 있어 가장 기본이 되고 전제가 되는 것이다. 그러므로 정부는 어떠한 종류 장벽도 아동의 의료 이용에 장애물이 되지 않도록 노력할 의무가 있다.

한국에서 의료서비스에 대한 아동의 경제적, 물리적 접근성은 좋은 편이 아니다. 의료서비스 이용시 높은 본인 부담 비용과 비급여 비용으로 인

해 의료서비스 이용시 아동의 경제적 부담이 OECD 국가 대비 높은 편이다. 절대 빈곤층에 대한 의료급여 제도와 차상위계층에 대한 지원사업으로 이러한 경제적 장벽을 완화하려는 노력을 하고 있으나, 부모의 경제적 수준에 따른 아동의 의료 이용의 차이는 여전히 남아 있다. 지역에 따른 소아에 대한 야간, 응급 진료 공백은 아동의 물리적 접근성을 제약한다. 이러한 접근성의 제약은 간접적 차별을 낳게 되므로 비차별 원칙에 위배된다. 특히 소득계층별로 아동의 의료 이용에 차별을 낳고 있는 현실이므로 이러한 현실에 대한 시급한 개혁이 필요하다.

비차별 원칙은 단순히 차별을 하지 않는다는 것을 넘어, 불우한 상황에 처하거나 소외지역에 사는 아동을 대상으로 이들의 건강권 이행을 위한 집중적인 노력을 기울여야 한다⁵⁵⁾는 점에서 취약한 아동의 건강 문제에 대한 특별한 관심이 필요하다. 한국적 맥락에서는 저소득계층 아동, 난민 자녀, 미등록 이주민 자녀, 성소수자 아동, 학교 밖 청소년, 시설 거주 아동, 장애 아동, 사법시설에 거주하는 아동, 가정 폭력 혹은 학교 폭력에 노출되어 있는 아동 등이 이러한 범주의 아동에 해당한다. 정부는 이러한 아동의 건강할 권리에 대한 차별과 제약이 없는지 지속적으로 모니터링하고 존재하는 차별을 없애기 위한 적극적 노력을 해야 한다.

한국의 경우 국적을 취득하지 못하거나 외국인 등록이 되어 있지 않은 난민 자녀, 미등록 이주민의 자녀 등이 의료 이용의 사각지대에 놓여 있는 상황이므로 이에 대한 차별을 철폐하기 위한 노력을 해야 한다. 국적과 외국인 등록 여부로 건강보험 가입 여부가 결정되는 현행 제도를 개정하여 국적, 외국인 등록 여부, 비자, 거주 허용 여부 등과 상관 없이 보편적으로

55) 유엔 아동권위원회 일반논평 제15호.

의료를 이용할 아동의 권리를 보장해야 한다.

비차별과 불평등 완화는 불가분의 관계임을 고려하여 최근 문제가 되고 있는 아동의 건강 불평등 측면에 대한 사회적 관심과 개입이 필요하다. 소득계층별로, 지역별로, 주거 환경이나 생활 환경별로 존재하는 아동의 건강 불평등은 사회구조적 차별의 결과이다. 그러므로 존재하는 아동의 건강 불평등을 완화하기 위한 노력이 필요하고, 아동 건강의 사회적 결정요인에 대한 개입이 필요하다.

나. 아동의 최선의 이익

보건의료 서비스 제공 과정에서 아동의 최선의 이익을 보장하기 위해 의사, 간호사 등 의료인 뿐 아니라 다양한 보건의료 서비스 종사자에 대해 아동권에 대한 교육, 훈련이 필요하다. 보건의료서비스 제공시 차별을 배제하고, 아동의 의견을 듣고 존중하는 등 아동 친화적인 서비스를 제공하기 위해 필수적인 지식과 기술이 교육되고 훈련되어야 한다. 보건의료 종사자들이 아동에 대한 가정 폭력, 학교 폭력, 성 폭력 등을 확인하고 보고하며 관리할 수 있는 지식과 기술을 가질 수 있도록 이에 대한 교육, 훈련이 필요하다. 장애 아동 등 보건의료 종사자들이 필수적으로 고려해야 할 취약 아동에 대한 교육, 훈련이 특별히 강조되어야 한다. 소아청소년에 대한 기본적 보건의료 기관이 아동권에 기반한 기관과 조직이 될 수 있도록 노력이 필요하다. 특히 의료인의 교육 과정과 훈련 과정에 아동권 관련 교육, 훈련 과정이 필수적으로 포함될 수 있도록 해야 한다. 아동의 프라이버시와 의사를 존중하며, 아동의 욕구와 요구에 기반한 보건의료 서비스 제공을 위해 관련된 내용에 대한 의료 종사자를 위한 가이드라인 제정 및 보

급도 필요하다.

모든 아동에 대한 치료의 제공, 중단, 종결에 관한 모든 의사결정시 아동의 최선의 이익을 판단하고 결정하기 위한 공신력 있는 과정을 마련해야 한다. 더불어 건강 분야에서 그 이익의 평가를 위한 가이드라인을 보건의로 종사자에게 제공해야 한다. 특히 일반논평 제15호에 언급된 바, 경제적 고려사항에 앞서 치료방법을 우선적으로 선택하도록 하는 방안, 부모와 보건의로 종사자 간의 이해충돌 발생 시 해결을 지원하는 방안, 부모의 명시적 동의 없이 의료와 관련된 독자적 결정을 할 수 있는 아동의 나이를 사안별로 규정하는 방안 등에 대한 가이드라인이 있어야 한다.

입원 또는 시설위탁이 고려될 경우, 아동의 최선의 이익 원칙에 따라서 그 결정이 내려져야 한다는 점에서 이와 관련된 가이드라인과 결정 절차도 마련되어야 한다. 의료인들의 경제적 이윤 동기가 아동의 치료나 입원 결정에 영향을 끼칠 가능성을 배제하기 위한 제도적 장치를 마련해야 한다. 가능한 한 지역사회 내에서, 되도록이면 필요한 지원을 제공받으며 가족과 아동이 이용할 수 있는 자신의 가정 내에서 돌봄을 받는 것이 질병과 장애를 가진 모든 아동의 최선의 이익에 속한다는 점에 기반한 정책과 가이드라인이 마련되어야 한다.

다. 피청취권

필요한 서비스의 종류, 서비스를 가장 잘 제공하는 방법과 장소, 서비스 접근 또는 이용을 가로막는 장애물, 서비스의 질과 보건전문가의 태도, 자신의 건강과 발달에 대한 아동의 책임능력 강화방안, 아동을 동료상담가로 간주하여 이들을 서비스 제공과정에 더 효과적으로 참여시키기 위한 방

법 등, 보건의료서비스 제공과 관련된 모든 측면에서 아동의 견해를 듣고 그 견해를 진지한 고려의 대상으로 삼기 위한 구조적, 제도적 장치를 마련해야 한다.

최근 의료의 질 평가의 한 수단으로 환자 만족도를 평가하는 경향이 늘고 있는데, 이 때 소아청소년 환자 본인 및 소아청소년 환자의 보호자의 의견도 듣는 방안을 구조화해야 한다. 성인과 같은 방식의 환자 만족도 평가가 어렵다면 아동청소년 환자에 특화된 조사 방식이 개발되어 수행될 필요가 있다.

3. 국가의 의무 이행 체계 개선 과제

가. 예산

아동권 실현을 위한 기본서비스 중 의료서비스는 특별한 중요성이 있다. 그러므로 다른 서비스에 우선해 아동의 충분하고 적절한 의료서비스 이용과 의료서비스 이용에 있어 경제적 장벽을 줄이기 위한 예산에 우선순위가 두어져야 한다. 절대적인 예산 증액과 더불어 제한된 국가 예산과 자원 배분에 있어서도 아동의 건강권 관련 예산에 우선순위가 두어져야 한다.

한국의 보건의료 부문 지출 중 정부 지출이 차지하는 비중은 OECD 국가 중 최하위 수준이다. 그러므로 아동·청소년 건강권 보장을 위한 보건의료 부문 지출의 여지는 충분한 것으로 생각된다. 아동·청소년 건강권 보장을 위한 보건의료 부문 정부 지출을 늘림으로써 전체 보건의료 지출에서

정부 지출이 차지하는 비중을 늘릴 필요가 있다.

전문가 평가 결과 우선순위가 높은 것으로 평가된 실행과제 영역인 필수 의료서비스 확충, 청소년 성 및 재생산권 보장, 의료서비스의 비차별성 강화, 의료서비스에 대한 경제적 부담 완화, 의료 보장 사각지대 해소 등의 조치를 취하기 위한 정책, 프로그램, 사업을 위해 우선적인 예산 확대가 필요하다.

나. 관련 지표 생산과 지속적 모니터링

아동 건강권 관련 통계 및 지표가 잘 생산되지 않고 있거나 부족하고, 있더라도 분산되어 있고 분절화되어 있어 쉽게 접근되지 못하는 문제점이 있다. 아동의 건강권 관련 핵심 지표와 통계를 선정하고, 이를 체계적으로 수집하고 배포하는 작업이 필요하다. 이는 아동 건강권 수준 모니터링과 지표와 통계에 근거한 정책 수립 및 추진을 위해 핵심적인 사항이다. 특히 한국의 법적 기준에 따라 연령대별(0-9세, 10-19세), 18세 미만, 청소년(9-24세) 등으로 서로 다르게 수집되고 발표되는 아동 건강권 관련 지표 및 통계에 대해 일관성 있는 구분과 정리가 필요하다. 특히 취약한 상황에 놓인 아동에 대한 데이터, 지표, 통계 등이 정기적으로 수집되고 평가되어야 한다. 양적인 데이터뿐 아니라 해당 아동의 진술, 인터뷰, 증언 등 질적인 데이터도 적극적으로 수집되고 평가되어야 한다.

제6장

건강보험료
연대납부 의무와
아동·청소년 인권

제6장

건강보험료 연대납부 의무와 아동·청소년 인권

1. 아동·청소년의 건강보험료 연대납부 의무

헌법과 보건의료기본법이 정한 바에 따라 국가는 국민의 건강할 권리를 보장하기 위해 필요한 이들에게 충분하고 접근 가능한 수준으로 양질의 의료서비스를 제공할 의무가 있다. 이는 국민의 보건과 건강에 대한 권리 보장을 위한 최소한의 조건이다.

이에 대한민국은 의료서비스를 받을 권리 보장을 위해 국민건강보험 제도라는 사회보험 제도와 의료급여 제도라는 공공부조 제도를 운영하고 있다. 국민건강보험제도는 사회보험 제도로써 가입자는 소득 혹은 재산에 비례하여 보험료를 납부할 의무를 가지며, 보험료 납부 의무를 다한 이들에 대해서는 필요한 만큼 의료서비스를 받을 수 있도록 하고 있다. 하지만 사회보험의 특성상 보험료 납부 의무를 다하지 못한 이들은 의료서비스 보장이 제한될 수 있다.

의료급여 제도는 일정한 소득 수준 이하의 저소득 계층과 의료에 대해

서는 공공부조가 필요하다고 법으로 정한 일부 집단을 대상으로 하는 공공부조 제도이다. 의료급여 수급권자는 본인의 경제적 기여나 부담 없이 의료서비스를 이용할 권리를 가진다.

원칙적으로 의료급여 수급권자와 유공자 등 의료보호 대상자를 제외하고 국내에 거주하는 모든 국민은 건강보험의 가입자 또는 피부양자가 된다. 그러므로 제도적 차원만 가지고 봤을 때, 대한민국 국민은 국민건강보험 제도이든 의료급여 제도이든 둘 중 하나에 포함되게 되어 있어 의료서비스 보장의 사각지대는 존재하지 않는다.

하지만 실질적 차원에서는 적지 않은 의료서비스 보장의 사각지대가 존재한다. 구체적으로는 건강보험료를 일정 기간 체납하여 국민건강보험 급여를 받을 권리를 상실한 경우가 이에 해당한다. 대한민국은 의료급여 수급권자의 규모가 약 148만 명 정도로 전체 인구의 3%가 채 안 되는 수준으로만 적용되기에 다수의 상대빈곤층이 국민건강보험제도에 속해 있다. 이런 상황 때문에 경제적 상황이 어려워지면 보험료 납부가 힘들어지는 가구가 발생하게 된다. 이러한 가구는 실질적으로 의료서비스 보장을 받지 못할 가능성이 발생하게 된다. 시민건강증진연구소(2017)⁵⁶⁾에 따르면, 6개월 이상 장기체납하여 국민건강보험 제도상 불이익을 겪고 있는 가구의 규모는 약 216만 가구, 세대원 수로는 약 405만 명에 달하는 것으로 추정되었다. 이런 상태에서 건강보험료 납부의 실질적 책임자인 세대주가 보험료를 체납하게 되면 전체 세대원이 자동적으로 건강보험 이용에 있어 불이익을 받게 된다. 한국의 경우 의료 및 건강보장의 사각지대는 성인과 마찬가지로 아동에게도 동일한 조건으로 존재한다. 세대주가 건강보험료 장기

56) 시민건강증진연구소, 생계형 건강보험 체납자 실태조사 및 제도개선 연구, PHI 연구보고서 2017-1.

체납자인 경우 세대원인 아동 역시 성인과 마찬가지로 건강보험 급여 수급권이 원칙적으로 제한될 수 있다.

시민건강증진연구소의 연구(2017)에 따르면, 여러 가지 이유로 건강보험료가 체납된 25세 미만 미성년 및 청년층의 규모는 약 4만 7천명에 이르는 것으로 추정되었다. 이는 가족 구조 변동(독립, 부모의 사망, 이혼 등) 및 연대 납부 의무로 인해 세대주의 납부 책임이 자녀에게 이전된 결과다.

부모가 건강보험료를 체납한 아동은 부모가 속한 세대원으로 남아 있으면 이들 역시 원칙적으로 의료서비스 이용에 제한을 받게 된다⁵⁷⁾. 하지만 부모로부터 떨어져 사회복지시설에 입소하게 되면 의료급여 대상자가 되어 의료서비스 이용 권리는 회복된다. 소득인정액이 기준 중위소득의 50% 이하이고 부양의무자 기준을 갖춘 18세 미만 아동의 경우 차상위 본인부담 경감 대상자가 되어 건강보험료를 전액을 국고에서 지원받으므로 의료서비스 이용에 제약은 없게 된다.

그런데 이 경우 의료서비스 이용 권리가 회복되더라도 다른 문제가 남는다. 국민건강보험법 제77조 제2항에 따르면, “지역가입자의 보험료는 그 가입자가 속한 세대의 지역가입자 전원이 연대하여 납부”하도록 규정되어 있다. 의료급여 대상자 혹은 차상위계층 건강보험 지원 대상자로 편입되어 의료서비스는 이용할 수 있어도, 부모의 건강보험료 납부 의무를 물려받아야 하는 것이다. 이 때문에 의료서비스 이용 제한뿐 아니라 이용 제한이 되지 않는다고 하더라도 부모의 건강보험료 납부 의무를 물려받는 문제로 인해 발생하는 문제는 적지 않다.

57) 체납 세대 아동·청소년이라고 해서 의료이용에 제한이 가해지지는 않는다. 보험료 체납 가구 소속 아동·청소년은 별도의 보조적인 제도를 통해 의료이용이 가능하다는 점에서 일정한 수준에서 보조된다. 그러나 원칙적으로 접근권이 완전히 보장된 것은 아니라는 점에서 한계를 갖는다.

세월호 사고로 부모 모두 사망한 당시 7세, 9세 아동들에게 건강보험료가 부과된 바가 있다. 당시 이에 대한 다양한 문제 제기와 사회적 논란이 일자 2017년 4월 국민건강보험법에 개정에 따라, 소득과 재산이 모두 없는 미성년자와 재산이 있더라도 부모 모두 사망한 미성년자의 연대 납부 의무는 면제되었다. 하지만 미성년자로만 구성된 지역가입자로서 소득이 있거나 재산이 있는 경우에는 여전히 연대 납부 의무가 있다. 원칙적으로 사회복지시설에 입소하여 단독 세대를 구성한 아동이더라도 소득이 있거나 재산이 있는 경우는 건강보험료 연대 납부 의무가 부과된다. 부모가 모두 사망하더라도 소득이 있는 경우 역시 건강보험료 연대 납부 의무가 부과된다.

부모의 건강보험료 체납으로 인한 아동·청소년의 피해는 체납된 보험료 납부 의무 발생과 더불어 다양한 사회적, 경제적 피해를 낳는다. 의료급여 수급권자와 유공자 등 의료보호 대상자를 제외한 전국민이 건강보험 가입자가 되는 한국의 특성상, 건강보험 자격의 득실이 주민등록과 더불어 각종 사회적, 경제적 증명 수단으로 이용되는 경우가 많다. 보육시설, 교육기관 등에서도 아동·청소년의 사회, 경제적 자격 등을 확인하기 위한 목적으로 부모의 건강보험 자격증명서를 제출하도록 요구하는 경우가 적지 않다. 이처럼 건강보험 자격 증명서가 아동·청소년의 사회, 경제적 증명 수단이 됨에 따라 그 피해의 가능성이 존재한다.

국민건강보험공단은 이러한 문제를 해결하기 위해 자체적으로 체납된 국민건강보험료를 결손 처리(탕감)해주는 제도를 운영하고 있다. 하지만 기준이 협소하고 절차가 잘 알려져 있지 않아 이 제도에 따라 체납 보험료 탕감 처리를 받는 이들의 수는 그리 많지 않다는 주장이 있다.⁵⁸⁾

지속적으로 건강보험 장기체납 문제가 발생하는 근본원인으로 건강보험 지역가입자의 건강보험료 부과체계의 문제점이 거론되며, 2018년 7월 부터 연소득 500만 원 이하인 지역가입자의 평가소득 보험료를 없애고 지역가입자는 보험료 하한선을 월 1만3100원으로 낮추는 등 건강보험료 부과체계 개선안이 시행되었다. 하지만 이러한 부과 체계 개선안 역시 아동·청소년의 피해를 줄이는 데에 한계가 있다는 지적이 있다.

건강보험료 체납 가구 아동·청소년의 의료서비스 이용 제한, 부모의 경제적 채무를 짊어져야 하는 문제, 건강보험 자격 제한으로 인한 기타 사회, 경제적 권리 제한 등의 문제는 ‘특별한 보호와 지원을 받을’ 권리를 가진 아동·청소년의 권리를 제약한다.

건강보험료 체납 가구 문제 전체를 해결하는 데에는 형평성 문제, 도덕적 해이 논란 등 해결해야 할 과제가 적지 않다. 이에 보다 많은 사회적 논의와 합의가 필요하다. 하지만 특별한 보호와 지원이 필요한 아동·청소년의 인권 및 권리 보장 측면에서 이에 대한 사회적 합의는 다른 차원의 의미를 갖는다.

2017년 4월 18일 법 개정으로 현재 건강보험료 연대 납부 의무가 부과되는 미성년자는 ① 소득 또는 재산이 있는 독립 세대 미성년자, ② 체납 성년자가 포함된 세대의 미성년자로서 소득 또는 재산이 있는 미성년자, ③ 부모가 모두 사망한 미성년자라도 소득이 있는 미성년자이다.

이 중 독립 세대로 구성되어 연대 납부 의무가 부과되는 미성년자의 수 (① + ③)는 확인할 수 있다. 국민건강보험공단에 2018년 8월 8일 기준으로 건강보험료가 체납되어 독촉장 발부 대상자로 되어 있는 19세 미만 미

58) 건강세상네트워크, 「생계형 국민건강보험체납자의 건강권 보장을 위한 토론회」 자료집, 국회의원 김상희 · 국회의원 제윤경 · 건강세상네트워크. 2017. 9.15

성년자는 460명이다(표 참조). 이 460명은 어떠한 이유에서든 부모에 속해 있지 않은 미성년자 독립 세대로 구성되어 통계에 집계된 보험료 체납자이다. 여기에 체납 성년자가 포함된 세대의 미성년자로서 잠재적 독촉장 발부 대상자의 가능성이 있는 아동·청소년의 수는 포함되어 있지 않다. 보험료 체납 독촉은 세대주에게만 진행되기 때문이다.

[표 VI-1] 건강보험료 독촉장 발급 및 급여제한통지 발송 현황

(단위 : 세대, 명)

연령기준(만)	독촉장 발급 대상자	체납처분자	급여제한 통지 대상자
계	2,910,186	681,779	1,055,631
0~18세	460	-	-
19~29세	351,005	15,483	76,342
30~39세	609,894	91,011	163,940
40~49세	799,391	202,855	305,550
50~59세	756,173	243,466	341,712
60~69세	276,982	90,688	125,031
70~79세	79,037	26,562	30,824
80세이상	37,244	11,714	12,232

* (독촉고지 발부 대상자 발체) 2017.12.31. 정기독촉 고지세대의 납부의무자 연령기준

* (체납처분자 발체) 2017.12.31.기준 압류유지 세대

* (급여제한 통지대상자 발체) 2018. 8. 8.기준

※ 자료 : 국민건강보험공단 내부 자료.

국민건강보험공단 자료로는 ‘체납 성년자가 포함된 세대의 미성년자로서 소득 또는 재산이 있는 미성년자’가 되어 잠재적 독촉장 발급대상자가 되는 아동·청소년의 규모는 확인하기 힘들다.

그런데 국민건강보험공단이 제공한 지역가입자의 최근 5년간 건강보험료 결손처분 사유별 현황을 살펴보면 이 규모에 대한 추정을 해 볼 수 있다. 이 자료에 따르면 지난 5년간 미성년자라는 사유로 보험료 결손처분이 된 수는 309,823건, 62억 9천4백만 원에 이른다. 특히 관련법이 개정된 2017년 한 해에만 287,591건, 51억 4천6백만 원이 미성년자라는 사유로 결손처분되었다. 이는 법 개정에 따라 그간 누적되었던 미성년자 연대납부 의무자를 결손처분한 것으로 생각된다. 이 수치를 단순 계산하면 미성년자 연대납부 의무자의 체납액수는 건당 20,315원에 불과하다. 미성년자에게 연대 부과되고 있는 보험료 체납액수의 규모가 극히 미미하여 건강보험 재정에 큰 도움이 되지 않을뿐더러 관련 체납 독촉이 오히려 행정적 부담만 될 수도 있다는 점을 시사하는 대목이다.

[표 VI-2] 최근 5년간 건강보험료 결손처분 사유별 현황(지역가입자)

(단위: 건, 백만원)

구분	2014년		2015년		2016년		2017년		2018년	
	건수	금액	건수	금액	건수	금액	건수	금액	건수	금액
계	38,964	28,294	44,198	33,568	73,976	43,256	344,868	67,091	82,148	65,342
해외이주	513	237	1,201	350	1,494	526	400	260	367	195
사망	13,974	7,689	13,438	7,090	10,652	6,388	15,173	12,321	5,755	3,988
의료급여	17,310	13,035	16,947	15,612	22,226	23,792	33,811	38,149	16,066	18,803
행방불명	6,011	5,147	8,834	7,171	11,240	8,940	6,073	8,884	4,217	5,887
경제적빈곤	400	1,071	414	1,248	241	773	57	217	21	88
미성년자	9	3	12	9	22,204	1,129	287,591	5,146	7	7
노령자	101	139	105	125	-	-	118	206	31	93
장기출국	-	-	928	197	5,322	1,124	107	112	182	123
차상위	312	331	2,015	1,268	292	243	1,110	1,191	102	212
경제적빈곤 (장기)	-	-	-	-	-	-	-	-	55,225	35,518
기타	334	642	304	498	305	341	428	605	175	428

※ 기타 : 특수시설수용, 만성질환, 입양, 장애인, 개인파산 등

※ 자료 : 국민건강보험공단 내부 자료.

2. 건강보험료 연대납부 의무로 인한 인권 침해

일반적으로 건강보험 체납으로 인한 인권침해에 대한 연구는 의료서비스 이용의 제한, 보험료 납부 의무 부과로 인한 인권침해, 건강보험 자격 불인정으로 인한 권리 침해 등으로 구분하여 진행되었다.

아동의 경우, 특히 2008년 건강보험 체납과 관련하여 미성년자 연대납

부 부과 의무가 다소 완화되었고, 2017년 4월 소득과 재산이 없는 미성년자 건강보험료 연대납부 의무를 면제하는 건강보험법 개정에 따라 과거에 비해 인권침해 경우는 줄어든 것이 사실이다. 이러한 내용을 정리한 것이 아래 [표 VI-3] 인데,⁵⁹⁾ 2008년부터 미성년자의 연대납부 의무는 어느 정도 완화되어 왔다고 하더라도 소득 혹은 재산이 있는 경우에는 여전히 미성년자의 보험료 연대납부 의무는 남아 있다. 따라서 미성년자의 인권침해 소지는 여전히 남아 있다.

[표 VI-3] 미성년자 관련 건강보험료 납부 의무 및 독촉 고지 현황

구분		2008.10. 이전	2008.10.~ 2013.12.	2013.12 .	2016.1.~	2017.4.~
미성년자 로만 구성된 세대의 미성년자	납부 의무	납부의무 ○	납부의무 ○		양부모 사망과 소득 없음: 납부의무 ×	소득 및 재산 없음 : 납부의무 ×
	독촉 고지	독촉 고지 실시	독촉 고지 실시		납부의무가 있는 경우에 한해 독촉고지	
성년세대 와 함께 구성된 세대의 미성년자	납부 의무	납부의무 ○	소득 및 재산 없음 : 납부의무 ×			
	독촉 고지	독촉 고지 실시	납부의무 있는 경우에 한해 독촉 고지	납부의무가 있는 경우에 한해 독촉고지를 하되, 미성년자 단독세대 구성 시 성년이 될 때까지 독촉 제외(지침 개정)		

이 절에서는 미성년자 인권침해 사례를 아동·청소년의 처한 상황으로부터, 즉 이들이 왜 건강보험료의 체납으로부터 고통 받고 있는지를 그 맥락

59) 인권위 내부자료.

과 과정으로부터 살펴보고자 한다. 먼저 왜, 그리고 누가 건강보험료 체납으로 인한 인권침해의 가장 취약한 대상이 되는가를 살펴봐야 할 것이다. 다음의 사례를 통하여 건강보험 체납의 굴레를 떠안게 되는 경우를 살펴보자.

먼저 다음과 같이 부모의 아동학대로 인하여 아동보호시설 등에서 보호 조치되면서 주민등록상 단독세대가 되는 경우를 생각해볼 수 있다.

“피해자는 아버지와 계모의 학대 및 폭력에 시달리다 2014. 6. 아동보호시설에 보호조치되었고, 이 과정에서 피해자는 주민등록상 단독세대를 구성하게 되었음. 피진정인 1) 국민건강보험공단은 만8세에 불과한 피해자에게 피해자의 부모가 2014. 1. ~ 7. 동안 체납한 보험료의 납부 독촉고지서를 2014. 7. 21. 부터 2016. 5. 21.까지 총 19회 보냈고, 또한 피해자의 부모가 2004. 5. ~ 2014. 5. 기간 동안 체납한 보험료 1,152,240원에 대하여 2015. 9. 20. 독촉고지서를 보냈으며, 피해자가 2014. 7. 「국민기초생활보장법」상 의료급여대상자가 된 이 후인 2016. 5.에도 독촉고지서를 보냈음.”⁶⁰⁾

이 경우에는 건강보험공단의 실수로 인하여 독촉고지서가 발송되게 된 경우이기 때문에, 바로 조치된 경우이다. 그러나 이렇게 미납에 따른 독촉을 받게 되는 경우는 대부분 부모나 양육자의 아동학대, 부모의 이혼 등으로 인한 가족해체를 경험하는 과정에 처하는 상황에서 아동 자신은 사실상 그 의미도 잘 모르는 건강보험료 미납에 따른 독촉고지서를 받게 된다. 연대 납부 부과 의무가 제도로 존재하는 한 이런 경우는 여전히 발생할 가

60) ‘아동에 대한 국민건강보험료 독촉’ 국가인권위원회 내부자료.

성이 있다.

이와 비슷한 경우들은 연대 납부 의무 조항으로 인하여 미성년자에게 납부 의무가 주어지는 경우와 성년이 된 이후에 납부 의무가 부과되는 경우로 구분해 볼 수 있다. 그동안 발생했던 사례를 중심으로 살펴보면, 먼저 부모의 이혼으로 인하여 어머니와 함께 살게 된 미성년자에게 과거 이혼 전 부모와 함께 살던 당시 보험료 체납분이 미성년자에게 연대 납부 의무가 적용되어 건강보험공단이 미납보험료를 독촉하는 사례가 있었다.

“부모의 이혼으로 인해 어머니와 함께 거주하고 있던 중 미성년자에게 아버지가 2003년부터 2006년까지 체납한 보험료에 대한 독촉고지서 발부받음.⁶¹⁾”

“부모의 이혼으로 인하여 어머니와 함께 살게 된 미성년자는 아버지와 함께 살던 2006-2008년 사이의 체납보험료에 대한 독촉고지서를 발부받음.⁶²⁾”

“부모의 이혼으로 인하여 어머니와 함께 살고 있는 미성년자(당시 만 15세)에게 아버지와 같이 살고 있던 2005-2006년 사이의 보험체납료에 대한 독촉고지서를 발부받음.⁶³⁾”

“부모의 이혼으로 인하여 어머니와 함께 살게 된 미성년자(당시 만 9세)는 어머니의 직장가입자 피보험자로 등재되어 있었는데, 부모와 같이 살던 시기인 2008년에 보험료가 체납된 기간 중에 진료 받은 사실로 인하여 ‘보험료 체납기간 중 진료사실 통지서’를 발급받음.⁶⁴⁾”

61) ‘2AA-1307-040889 건강보험료 독촉고지 이의’, 국민권익위원회

62) ‘2AA-1307-034307 체납건강보험료 연대납부의무 부과 이의’, 국민권익위원회

63) ‘2AA-1107-221556 체납건강보험료 연대납부 의무변제’, 국민권익위원회

위의 사례들처럼 연대 납부 의무는 미성년자에게 그 사유와 무관하게 보험료 체납에 대한 독촉고지서가 발부되었던 사례들이다. 물론 위의 4가지 사례의 경우 국민권익위원회의 시정권고로 인하여 연대 납부 의무가 면제된 사례이며, 2017년 4월 소득과 재산이 없는 미성년자 보험료 연대납부 의무를 면제하는 건강보험법 개정안이 통과되면서 소득과 재산이 없는 미성년자의 경우에는 인권침해의 가능성이 상당히 줄어든 것이 사실이다. 하지만 아래의 사례에서처럼 드문 형태이지만 인권 침해의 가능성은 여전히 상존한다.

미성년자로 일정한 거주지 없이 일용직으로 살다가, 가정을 꾸리면서 정착하게 되면서 과거의 미납 보험료 독촉고지서를 받게 된 경우, 혹은 결혼 후 안정적인 생활을 하게 된 이후에 독촉고지서를 받게 된 경우 등이 대표적인 사례로, 체납된 보험료가 성년이 된 이후에 부과되는 경우이다.

“어려서부터 할머니와 살다가 16세 때 할머니가 사망 후 아버지와 3년간 살다가, 아버지가 사망한 후 일용직으로 일정한 거주지 없이 살다가 결혼을 하고 정착하고 난 이후에 1997년부터 2006년까지의 체납보험료 고지서를 발부받음.”⁶⁵⁾

“어린 시절 부모님의 사업실패와 이혼 등 불우한 환경 속에서 고등학교 졸업도 못한 상태였고, 결혼 후 미성년자 때 부와 같이 살던 시기인 2000~2006년 사이의 체납보험료에 대한 독촉고지서를 발부받음.”⁶⁶⁾

64) ‘2AA-1302-040527 체납건강보험료 연대납부 의무 부과 이의’, 국민권익위원회

65) ‘2AA-1504-032144 체납건강보험료 연대납부 의무 면제’, 국민권익위원회

66) ‘2AA-1511-253525 체납건강보험료 연대납부 의무 면제’, 국민권익위원회

위의 사례가 미성년자로 있던 당시에는 미납보험료가 부과되지 않다가, 나중에 성년이 된 이후에 체납보험료 독촉고지를 받은 경우로 2017년 이전의 사례로 국민권익위원회의 시정권고를 받은 사례이다. 그러나 2017년 4월 건강보험법이 개정된 이후에도 여전히 연대 납부 의무는 주어진다. 즉, 성년이 된 이후 소득이 발생하게 되면서 납부의무가 발생하게 되는 경우이다. 다음의 사례는 2017년 ‘건강세상네트워크’의 생계형 건강보험 체납자 피해상담 사례집을 중심으로 관련 사례를 정리한 것이다.

“아버지와 연락을 안하고 산지가 언 10년이 되었고, 제가 태어났을 때부터 건강보험을 미납하셨다고 들었습니다. 저는 알바로 생활하는지라 천백만원이 넘는 돈을 내기가 힘듭니다. 5년전 단독세대가 되고도 아버지의 체납고지서가 계속 와서 저의 건강보험료는 나오는지도 미처 알지도 못하고 있었습니다. 그렇게 아버지 체납 말고도 제 앞으로 600만원의 체납금이 생겼습니다. 병원을 이용할 때마다 부당이득금 고지서가 날아오고 지금 나오는 건강보험료는 내지 않으면 체납금이 더 커질 것 같아서 내고 있고 제가 무지해서 못냈던 보험료는 어떻게든 분할 납부해서 갚아나가려고 합니다. 그렇지만 제가 태어나 한번도 납부하지 않았고 단독가구로 나오기전까지 부과된 아버지의 체납금을 내는 건 너무 힘이 듭니다. 아버지의 역할도 하지 않으시며 지금도 어디에 계신지 연락도 안하고 산지가 10년이 넘는데 이걸 너무하는 것 같습니다(사례 24).”⁶⁷⁾

“현재 건강보험료가 많이 미납되어 있습니다. 1. 아버지가 미납하신 부분이 제게로 넘어온 게 있고요. 2. 처음 사회생활 시작할 때 아는 분 명의의 오피

67) 「2017 누구나 건강할 권리가 있다-생계형 건강보험 체납자 피해상담 사례집」, 건강세상네트워크·아름다운재단. p.18.

스텔에서 2년 정도 무상거주를 하였는데 생각없이 전입신고를 해놨더니 한 2년간 보험료가 많이 나왔습니다. 건보공단에 연락했으나 자꾸 한꺼번에 갚으라고 해서 월보험료도 못내고 있습니다”⁶⁸⁾

이러한 경우들은 일정한 소득이 발생할 경우 부모의 체납보험료가 미성년자에게 연대 부과 의무로 돼 있어 발생한 사례들이다. 심지어 일정한 소득이 없는 학생인 경우에도 연대 부과 의무가 주어지고 있어서 과거 부모님의 미납보험료가 미성년자 건강권 침해의 중요한 요인이 되고 있다.

“2012년부터 부모님께서 지역가입자로 계실 때 납부하지 않은 건강보험료가 현재 학생인 저한테 연대책임으로 독촉고지가 부과된 상태입니다. 딸린 식구가 많고 몸이 불편하신 어머니께서 근근히 생활비를 마련하여 가게를 꾸려가고 있는 상황이나, 부모님께서 경제적 문제에 대해 논의하시는 것을 극도로 꺼려하시고, 생계비조차 충당하기 어려운 적은 급여로 생활하고 있어 건강보험료 체납분을 청산하기 어려운 실정입니다. 현 상황으로는 추후 예상되는 통장압류, 건강보험 혜택 박탈 등의 불이익을 막기 위해 하루라도 빨리 체납 보험료를 청산해야 하는데, 학생인 관계로 고정적인 수입이 없어 체납 보험료 조정, 분할납부를 비롯하여 건강세상네트워크의 지원이 절실합니다(사례 26).”⁶⁹⁾

그리고 성년이 된 이후 과거 가족의 미납보험료에 대한 납부 의무로 인하여 한동안 의료서비스를 받지 못하고 있다가, 직장보험에 가입한 이후에

68) 「2017 누구나 건강할 권리가 있다-생계형 건강보험 체납자 피해상담 사례집」, 건강세상네트워크·아름다운재단. p.70.

69) 「2017 누구나 건강할 권리가 있다-생계형 건강보험 체납자 피해상담 사례집」, 건강세상네트워크·아름다운재단. p.19.

다시 치료를 받은 경우도 있었다. 이러한 경우에는 과거 미성년자로 부모와 함께 살던 당시의 연대 납부 의무가 성년이 되면서 문제가 되는 경우이다.

“아빠의 사업실패로 인해 어릴 때부터 체납이 되었던 것 같고 그 사실을 알지 못하다가 2~3년 전 저에게 체납금이 넘어왔습니다. 내지 못하고 있다가 저한테 압류가 들어와 분납신청을 했습니다. 당시에는 저도 정기적인 소득이 없었고 아빠도 경제적으로 나아지지 않아 분납을 신청했지만 매달 납부하는 것이 힘들었습니다. 저한테 체납금액이 넘어오고 난 다음부터 2~3년 동안 병원 이용이 금지된다는 안내 때문에 병원을 이용하지 않았습니다. 작년 계약직으로 취직을 하고 난 다음 직장보험으로 가입한 뒤부터 그동안 받지 못한 치료를 받기 시작했습니다.(사례 27)”⁷⁰⁾

그 밖에도 다양한 사례들이 있으나, 대부분의 경우 아래의 사례처럼 자신도 모르고 있다가 발생하는 체납 보험료이다. (알고 있다고 하더라도 여전히 문제이기는 하지만)어렸을 때 보험납부를 해야 하는지, 보험료가 얼마인지 알지 못하고 있다가 성년이 되어 경제활동을 하려고 할 때 알게 되어 당황스러운 경우가 있다. 특히 그 금액이 1-20만원도 아니고 1천만 원이 넘는 경우에는 갓 성년이 된 개인이 해결하기 어려운 액수인 것이다.

“부모가 사업을 하다 망한 후 가족과 뿔뿔이 흩어져 살던 장모(21)씨는 고등학교 졸업 후 대학학비를 벌기 위해 편의점에 아르바이트를 시작할 즈음, 본

70) 「2017 누구나 건강할 권리가 있다-생계형 건강보험 체납자 피해상담 사례집」, 건강세상네트워크·아름다운재단. p.19.

인 이름으로 된 2천만 원이 넘는 체납고지서와 함께 압류예정 통지서를 받고 깜짝 놀라 공단 관할지사에 방문해 상담했다. 그 결과 체납한 보험료 2천만원 중 본인이 미성년이었던 기간 연대 납부해야 할 체납보험료가 1천만 원이 넘는다는 사실을 알고 앞으로의 생활이 암담했다는 상담사례” 71)

지금까지 몇몇 사례를 중심으로 미성년자가 건강보험료 체납의 의무를 지는 사연과 맥락을 살펴보았다. 비록 2017년 건강보험법 개정 등으로 인하여 인권침해 소지는 많이 개선된 것이 사실이고, 여기에 등장한 사례 중 어떤 경우는 이미 납부 부과 의무가 면제된 경우도 있다. 그러나 중요한 것은 어떤 사례가 여전히 해결되지 않고 남아 있는가 하는 점이 아니라, 대체 누가 이런 처지에 빠져들게 되는 것인가 하는 점이다.

앞서 언급했듯이 미성년자가 건강보험료 체납으로 인하여 인권침해를 받는 대상이 되는 것은 같이 살고 있는 부모나 양육자의 이혼이나 사망, 아동학대 등으로 인하여 시작된다. 혹은 이미 연락이 두절된 부모의 남겨진 체납보험료가 성년이 된 이후에 밝혀져 독촉고지서를 받음으로 인해 경제적 심적 고통과 외부적 압력이 시작된다.

미성년자인 본인이 어떻게 할 수 없는 외부적 조건으로 인하여 침해대상이 되며, 이러한 조건은 성년이 된 이후에도 계속 반복된다. 소득과 재산이 없는 미성년자의 경우 과거 미성년자 시기 동안 발생했던 체납금은 물론이고 연대납부 부과 의무가 없지만 이 아동 청소년이 일정한 소득이 발생하면 연대납부 부과 의무가 주어진다는 것은 사회적 약자인 미성년자가 감당하기 어려운 일이다. 특히 부모의 이혼 등으로 인하여 가장 취약한 조건

71) ‘미성년자 체납 건강보험료 납부의무 면제 적극 환영’. 기호일보. 2017년 4월 24일.
<http://www.kihoilbo.co.kr/?mod=news&act=articleView&idxno=695521>

에 처하게 된 미성년자가 일정한 소득이 있다고 해서 연대 납부 부과 의무가 사라지지 않는 것은 가족 해체로 인한 어려움을 겪게 되는 미성년자에게 과도한 짐이 될 수밖에 없다.

3. 외국의 아동·청소년 건강보험료 연대납부 의무 현황과 시사점

가. 유럽의 아동·청소년 의료보장 현황

건강보험체계를 갖춘 나라들의 경우, 아동에 대한 의료서비스는 부양자의 보험료 등을 기반으로 하고 있다. 이 경우 부모나 보호자가 법적으로 건강보험 적용대상자가 되지 못할 경우, 해당 아동들은 누구도 책임지지 않는 상태가 되어 보험적용을 받지 못하게 될 경우가 있다. EU 국가들의 아동 건강권의 보장 정도를 비교한 논문에 따르면 정식으로 거주할 수 있는 지위가 보장되지 않은 아동들에 대한 의료서비스가 가장 열악하며, 이 경우에는 의료서비스 제공이 위급상황에 제한되는 것으로 나타난다.⁷²⁾

아동의 의료서비스 접근정도는 다양한 요인에 따라 발생하는데, 첫째, 법적인 자격조건, 둘째, 어떤 수준의 서비스가 제공되며, 물질적으로 어느 정도 부담을 져야 하는가 하는 문제, 셋째, 아동의 개인적 사회경제적 조건 뿐 아니라 의료체계 조직 관련 요인들(활용가능성, 선택의 폭, 시의성) 등에 영향을 받는다.

72) Willy Palm. etc., 2017, *Implementation of the right to health care under the UN Convention on the Rights of the Child*. EU.

아동 의료서비스 보장과 관련하여 의료서비스 보장 유형을 세 가지로 구분할 수 있다. 첫 번째 유형은 전통적인 사회보험 체계 유형으로, 이 체계에서는 아동의 경우 부모나 보호자의 피부양자로 보장되며, 일부 아동(고아, 장애아, 동반자 없는 타국 출신 아동)의 경우 국가가 직접 의료서비스를 보장한다. 오스트리아, 벨기에, 프랑스, 독일, 그리스, 룩셈부르크, 네덜란드, 폴란드, 루마니아가 이 유형에 속한다.

두 번째 유형은 세금으로 운영되는 국영의료서비스(National Health Service) 유형이다. 이 유형에서는 아동은 거주 지위에 근거하여 의료서비스가 국가에 의해 직접적으로 보장된다. 이러한 나라들에는 덴마크, 사이프러스, 핀란드, 아일랜드, 이탈리아, 몰타, 스페인, 포르투갈, 스웨덴, 영국이 있다.

세 번째 유형은 1990년의 정치적 격변 이후에 EU 13개 회원국에서 발생한 체계로, 혼합적인 성격을 갖는 사회보험 체계를 들 수 있다. 이러한 체계에서는 아동은 거주 지위에 근거하여 국가에 의해 의료서비스를 보장받는다. 이 경우 국가가 아동에 대해 보험금을 납부하거나(불가리아, 크로아티아, 체코, 헝가리, 라트비아, 슬로바키아), 아동은 보험납부가 면제된다(에스토니아, 슬로베니아).

이러한 세 가지 유형 중에서 건강보험 체계로 운영되는 경우 유럽에서도 의료서비스에서 배제되는 아동이 발생하는 확률이 가장 높은 것으로 나타난다. 국가별로 차이가 나타나는데, 오스트리아의 경우 강제 가입대상이 아닌 부모와 함께 사는 아동의 경우 제한이 발생하며, 벨기에의 경우 보호자가 법적으로 건강보험의 행정 및 재정 조건에 맞지 않는 경우 제한이 발생하는데, 이 경우는 전체 인구의 1% 수준으로 알려져 있다. 이런 사태를

피하기 위하여 대다수의 경우 아동의 의료서비스 자격조건과 보험금 납부 의무를 분리하여 법적으로 의료 서비스를 받을 권리를 개별적이며 직접적 권리로 제도화하고 있다.

뿐만 아니라 법적으로 의료서비스 보장을 받는 아동의 연령은 만 18세이지만, 부모나 경제적으로 의존하는 경우(교육이나, 훈련, 군대 등)에는 국가별로 다르지만 최대 30세까지 연장되기도 한다.

아동의 의료서비스 보장의 범위와 수준을 살펴보면, 성인과 아동의 의료서비스 보장은 동일하지만, 특별히 더 아동에 대한 의료서비스가 추가되기도 한다. 불가리아의 경우 16세까지는 **해외에서의 치료**가 필요한 경우 재정적 지원이 이루어지기도 하며, 독일의 경우 18세 미만의 경우 본인부담금을 면제하거나 더 많은 의료서비스가 주어지기도 한다. 특히 12세 이하 아동의 경우 처방전이 필요없는 약품에 대해서는 무료로 제공되기도 한다. 치과치료의 경우에도 아동에 대해서는 더 많은 의료서비스가 제공되며, 특히 예방적 치료나 재활 서비스에 대해서는 무료 혹은 할인해주기도 한다.

그리고 보통 사회취약계층에게 적용되는 본인부담금 감면, 면제, 상한제 같은 것들처럼 아동에 대해서도 특별한 정책이 취해지기도 한다. 본인부담금이 완전히 면제되거나 특정 의료 서비스에 한해서 면제되기도 하며(크로아티아, 핀란드, 폴란드, 포르투갈, 스웨덴, 영국), 아동을 위한 예방서비스는 중요한 이슈로 다루어지고 있어서 대개의 경우 16세까지는 거주지위에 상관없이 모든 거주자에게 무상으로 예방프로그램이 제공된다.

산전 산후 의료서비스 역시 모든 산모에게 권리가 보장되어 있으며, 국가에 따라 법체계 내 혹은 외부에서 제공되기도 한다.

나. 일부 사회보험 체계 국가의 아동·청소년 보험료 납부 의무

1) 프랑스⁷³⁾

○ 미성년자 건강권 보호와 사회보장제도

프랑스 사회보장제도에서 미성년자는 부모 양쪽 혹은 한쪽의 부양 의무를 진다. 일반적으로 아동이 태어났거나 입양된 시점에 부모가 소속된 의료보험 기관에 신고를 하면 부양가족으로 인정되고 의료서비스 접근권을 보장받는다. 부모가 어느 직업군에 속해 있는가, 지속적 경제 활동을 하는가에 따라 의료보험의 선택지가 다르고, 서비스보장률이 다소 차이가 있어 미성년자의 의료보험 혜택 범위는 차이가 있을 수 있다. 그러나 프랑스 정부는 보편적 건강권 보장을 위한 형평성을 추구, 이에 대한 방편으로 부양 인구(미성년자, 비경제활동 성인 인구)의 생활 환경 변동이나 직종 변경 등에 기인하여 장·단기간 발생할 수 있는 의료서비스 접근권의 방해 요인을 파악하고 이를 해소하기 위해 노력해 왔다. 이 결과 의료보험료 부담을 하지 않는 취약 계층 인구라도 경제활동 인구와 동등한 권리를 갖고 의료서비스 혜택을 받을 수 있도록 사회보장제도 근간을 유지하고 있다.

법적 보호 아동은 피부양자 혹은 자립적인 피부양자로 친부모의 의료보험기금에 명의를 올려 의료서비스를 보장받을 수 있다. 취약계층에 존재하는 건강격차와 건강불평등 문제가 미성년자 인구층에서도 발생하고 있는 것이 사실이지만, 사회보장제도의 운영과 행정적 노력을 통해 이를 보완하고자 노력하고 있다. 친부모가 미성년자 보호의 단독 주체가 아닌 경우 법적으로 미성년자 보호를 책임지는 기관의 담당자나 별도 양육자도 아동을

73) 프랑스 사례에 대한 조사는 프랑스에 체류하고 있는 서미원(프랑스 고등사회과학연구원(EHESS) 사회학 박사 과정)의 도움을 받았다.

의료인에게 인도하거나 의료기관에 방문하여 아동이 치료를 받을 수 있도록 하고 있다.

○ 미성년자와 의료보험제도

미성년자가 의료보험제도 내에서 개인으로 인정되기 시작하는 가장 중요한 기준은 1) 미성년자의 의료보험카드 발급 시기와 2) 미성년자가 부모로부터 지리적, 세제적, 재정적으로 독립하는 시기이다.

[표 VI-4] 미성년자 의료보험카드 발급 가능 시기

	0-12세	만12세 이상	만16세 이상
의료보험 카드	부모의 의료보험카드로 의료보험 혜택 받음.	인터넷으로 개인 명의 의료보험카드 발급 신청 가능.	의료보험카드 발급 신청서 발송 주치의 선택 지정 의무

사회보장번호를 부여받게 되는 16세는 성인으로 인정받는 시기를 뜻하지는 않는다. 다만 이 시기의 청소년은 기술전문학교 혹은 고등교육 진학 선택의 시기로, 부모로부터 학업 등의 이유로 독립해 거주할 수 있고, 부모와 동거 여부, 학업 활동, 경제 활동 여부에 따라서 사회보장제도에서 의무적으로 개인 수혜자로 인정될 수 있는 연령이다. 또한, 부모를 동반하지 않고 의료기관에 방문하여 치료를 자립적으로 받을 수 있다고 여겨지는 나이다.

프랑스 의료보험 제도 내에서, 미성년자 혹은 18세 이상 25세 미만 청년이 부모로부터 독립했음을 구분하는 가장 실질적이고 명확한 차이는 본

인에게 부여된 의료보험카드를 가지고 진료를 받거나, 치료받는 본인이 자신의 통장으로 직접 지불한 의료비를 환급받는가이다. 이는 부모로부터 경제적 도움을 받지 못하여 생활에 어려움을 겪는 미성년, 청년층의 기초 생활 보장, 특히 의료서비스 접근권 보장을 위해서 마련된 장치라고 보아야 한다. 부모로부터 독립 여부는 거주지상 독립, 세제상 독립, 재정상 독립의 세 조건이 동시에 충족되어야 한다. 한편, 미성년, 청년 개인을 부양하고 있는 부모가 있다면, 부모 본인의 상황에 맞추어 부양가족도 함께 관련 기금 신청을 할 수 있으며, 부모의 경제적 환경에 따라서 부양가족에 대한 지원 범위와 액수가 달라진다.

아래 표는 부모로부터 독립했다고 인정되는 미성년, 청년 개인이 접근할 수 있는 사회보장기금의 종류들이다.

[표 VI-5] 부모로부터 독립한 미성년, 청년이 신청할 수 있는 사회보장기금

사회보장기금 대분류	세부 분류	신청자 기준
보편적 의료보험 보장을 위한 추가 기금	PUMa	18세 미만 부모로부터 독립한 경우 : 의료보험공단지부나 주택기금관리 기관인 CAF에서 신청 18세 이상으로 타인의 부양자로 등록되지 않은 개인 18-20세 고등교육기관 재학생은 개인으로서 혜택을 받을 수 있다. 단, 사회보장제도 부담금 납부는 20세 이상부터 시작된다. 장학금 수혜자에게는 부담금 납부가 면제된다.
	CMU-C	법적으로 부모로부터 독립했다고 인정하는 조건을 충족하는 18-25세 모든 개인은 CMU-C를 통해 PUMa와 상보적으로 의료비 혜택을 받는다. 25세 미만이며, 부양할 자녀가 있는 경우. CROUS에서 연간 긴급 구호 (Aide d'urgence annuelle) 수혜 대상으로 지정된 자. 신청자가 수입이 있고 20세 이상이라면 경제활동 동여부에 따른 수입 변화(실업, 6개월 이상의 병가)가 있을 때나 사회보장제도법 R861-8 조항에 따라 국가 보조비를 받을 경우, 의료보험 부담금의 30%에 해당하는 세제혜택을 받을 수 있다.

	ACS	CMU-C를 신청 상한선을 넘고 35% 미만 인구에 대한 의료비 지원. A, B, C 로 구분된 1년 간 유효한 계약서를 보건의료기관이 수혜자에게 제시하며, 최소한 아래의 사항에 대해서는 의료비를 지원한다. 15%만 급여 적용이 되는 의약품목과 약수온천을 제외한 모든 급여항목 병상일수에 관계 없이 1일당 지정된 입원료 안경, 치아 교정기, 틀니, 보청기. 계약서 중에 따라 보장 범위가 달라진다. 연령대에 따라 개인이 받을 수 있는 지원금 액수가 달라지며, 16세 미만은 100유로, 16-49세 미만은 200유로이다. 의사는 ACS 수혜자에게 특진비를 요구할 수 없다.
의료보험 추가기금 혜택받을 때 필요한 지위와 관련된 타 사회보장기 금	연간 긴급 구호 (Aide d'urgence annuelle, CROUS)	학생 지위로 사회보장제도에서 권리를 보장하게 해주는 고등교육 기관에 진학했고 (만 17-18세 이상), 무직인 개인. 긴급 구호 수혜 대상의 조건만 만족하면 부모와 동거하고, 부모 소유의 재산이 있더라도 혜택을 받을 수 있다.
	구직자 지원금 (Allocations de chômage, Pôle Emploi)	18세 미만인 개인이 임금 노동 경험이 있을 경우
	RSAJeuneActif	18-25세 개인이 한부모 가족 가장일 경우, 18-25세 개인이 신청일을 기준으로 3년 전부터 일정 조건을 충족하는 3214 시간 (2년 풀타임 노동시간) 분량의 노동활동을 축적한 경우.

○ 부모의 실업, 자영업 종사와 아동의 의료보험 수혜의 관계

보편적으로 아래의 세 가지 상황에 처한 미성년, 청년은 부양가족으로서 부모가 등록된 기금 운용기관을 통해 의료보험 수혜를 받는다.

- 보험 가입자 일인, 즉 부모의 부양을 받는 경우
- 경제활동을 하지 않는 경우
- 16세 이상부터 개인 보험가입자로 등록을 요청하지 않은 경우

① 자영업자 부모의 경우

자영업자(Indépendants)가 사회보장제도에 가입할 때 자영업을 하는 본인과 부양가족이 가입 대상에 포함된다. 2006년 직공, 상인, 예술가, 산

업 개인 사업가, '자유직(professions libérales)'의 사회보장 기금운용 기관이 통합하여 RSI (Régime Social des Indépendants)가 만들어졌는데, 2018년 1월 1일부터 2년간 점진적으로 일반 사회보장제도 (Régime général)로 흡수 통합 될 예정이다. RSI 통계에 의하면, 2016년 한 해 동안 RSI 를 통한 의료보험 수혜자는 4600만명이었고, 860억 유로 상당의 의료비 지원이 있었다.

자영업자를 위한 사회보장제도의 혜택 범위는 일반 사회보장제보다 제한적이었고, 각 산업 영역의 자영업 특성에 맞추어 제시된 민간 상보/보조 보험이 존재하며, 이 보험에 가입한 사업자는 면세혜택을 주어 공립/사립 보험 공조를 통한 보장을 꾀했다. 2009년 7월 1일부터 발효된 직종간 협약 14조에 따라 자영업을 하던 개인이 실업 상황에 이른 경우, 실업이 공식화된 시일부터 9개월 동안 민간 보험을 통해 이전과 동일한 권리를 누릴 수 있다. 자영업자가 사업을 계속 유지하지 못하게 만드는 장애나 질병을 겪는 경우, 다른 직종처럼 병가나 장애 관련 혜택을 받을 수 있다.

② 무직 부모 혹은 실직자의 경우

직장을 잃었더라도 프랑스에 안정적으로 거주하고 있는 이상, 법적 제약 없이 질병과 모자 건강에 대한 의료 급여 혜택을 받을 수 있다. 고용 계약 파기일 전에 당사자의 의료보험 수급권이 성립 되었다는 조건을 충족하는 한, 실업 기간 동안 질병, 여성의 출산 및 양육, 남성의 보육 목적 휴가, 여성 혹은 남성의 입양으로 인한 휴가, 장애와 사망에 대한 실비 급여 혜택을 받을 수 있다. 이 급여 혜택의 기간은 당사자의 경제활동 내용, 재정 및 가족 상황 등에 따라 계산되므로 다소 차이가 있다.

○ 부모의 건강보험 체납과 그에 따른 건강보험 급여 제한 조치

건강보험료의 체납은 실수로 혹은 의도적으로 발생할 수 있다. 보험료 체납에 대한 고의성의 유무 여부가 기금 반환 등의 절차 이전에 이루어진다. 또한 이미 지급된 기금 반환의 경우, 고의적 체납으로 조사된 이후에도 관련기관은 추가적으로 고의성 행각의 특성을 면밀하게 조사하고 분석한다.

프랑스 인권위원회는 이러한 원칙을 갖고 사회보장제도 운영 기관이 사회보험금이나 공공부조 수혜액을 반환하는 절차를 밟을 때, 공공부조나 사회보험 혜택을 받는 개인의 고의성이 밝혀질 때까지, 또한 밝혀진 이후에도 고의적 행각을 저지른 개인이 존엄하게 살 권리를 고려할 것을 강력히 권고하고 있다.

프랑스에서는 공공재원 조성의 의무를 의도적으로 피하거나, 공공재원을 남용하는 개인의 행태를 '사회 사기 (fraude sociale)'라고 통칭하고 있다. 신고자가 고의로 신고 내용을 삭제하거나 허위 신고가 사기 행태의 90%에 달하는 내용으로 알려져 있다. 사회보장제도법 L. 114-16-2 조항은 '사회 사기'를 저지를 경우 처벌의 대상이 될 수 있는 사회서비스와 기금의 종류를 명시하고, 민법 1235조에서 “지원되어서는 안 될 혜택이 지불되어버린” 경우를 정의하고, 지불 된 것을 반환 요청할 조치할 수 있다고 명시했을 뿐, '사회 사기'라는 용어는 정의하지 않고 있다. '사회 사기'는 사회보장제도를 관장하는 기관이 조성하는 재원과 지출을 포괄하고 있고, 공공재원조성에서 건강보험료만 따로 분류하지는 않는다.

공공재원 조성 참여와 관련된 사기는 불법 노동과 밀접하게 관련되어 있으므로 이와 연관 지어 이해할 필요가 있다. 프랑스 노동법 L. 8211-1

항에서는 '불법 노동'의 형태를 명시하고, 동일 법 L. 8272-1 부터 L. 8272-4에서 불법 노동으로 적발된 사업체에 대한 행정 처분 방식 명시하고 있는데, 노동법 위반이 규모나 반복성 등의 적발된 사안의 특성을 고려해 일부 혹은 전체 공적자금 혜택 제외 혹은 이미 혜택 받은 공적 자금 반환, 사업체 운영 임시 중지 혹은 폐업 등의 행정 처분이 가능하다. 사기 퇴치를 위한 국가위원회 (CNLF) 의 2016년 언론 배포자료에 따르면, 불법 노동 관련된 사기 중, 해외 파견 노동자와 관련된 사회보험료 납부의 의무를 지키지 않는 경우가 가장 흔히 적발되었다고 한다.

참고로, 2015년 집계된 소득세 포함 공공재원 조성과 사회보장제도 혜택에 관련된 사기의 추산액은 2015년 약 223억 6천 9백만 유로이고, 그 중 고용주나 자영업자의 의도적인 사회보험료 납부 회피와 관련된 사기 추산액은 4억 9천7백만 유로 (약 2.2%), 부적절한 사회보험과 공공부조 수혜 추산액은 6억 7천2백만 유로(3%)이다.

건강보험료 납부 의무를 다 하지 않은 경우, 해당 사업체는 허위 혹은 위조 신고된 노동자(들)을 위해 적용되었던 사회보험금 면제 혹은 할인받은 액수를 반환하거나, 원래 부담해야 하는 보험금 총액과 그 총액의 25-40%를 추가로 내야한다. 사회보험금을 납부할 때, 피고용인이 아닌 개인 (자영업자나 고용주) 사회보험금은 개인의 빚이고, 피고용인과 관련된 사회보험금은 회사의 빚이다.

경제적, 지리적, 행정적으로 독립하지 않은 아동은 부모 중 1인의 부양 가족으로 의료보험 적용을 받게 되므로, 따로 보험료 부담 의무는 없다. 그러므로 보험료 체납으로 인한 의무는 오직 보험 가입자인 당사자에게만 존재한다. 단, 가입 당사자가 사망할 경우 상속법에 따라 재산과 빚은 동시에

상속되며, 상속을 거부하면 자녀가 빚을 갚을 직접적인 의무는 발생하지 않는다.

건강보험료 납부 여부가 개인의 의료서비스 접근권에 영향을 줄 수 없게 법적 장치를 만들어 두었지만, 이러 저러한 차별의 요소가 동시에 작동하면 실제로 진료 거부하는 의료진이 존재한다고 보고된다. 이 때문에 의료서비스의 편차나 차별이 없는 보편적 의료 보장의 강화는 프랑스 정부에게도 여전히 중요한 숙제다.

한편, 자영업자들은 회계상의 문제로 URSAFF 같은 기관에 행정비용과 사회보장기금 부담금 납부가 어려울 경우가 있다. 기일내 보험료 납부가 어려울 것이 예측된다면 사업자는 최대한 신속하게 파악된 상황을 해당 기관에 알리고 지불기한 연장 신청을 하여야 한다. 아래 표는 납부기한을 어길 경우 발생하는 행정절차와 개인 사업자가 밟을 수 있는 절차를 간략히 설명한다. 보험액 체납 때문에 보험액이 할증되거나 벌금이 발생했지만, 체납 적발이 감사를 통해 이루어진 것이 아니라면, 아래의 세 가지 조건에 충족하는 사업자에게 해당 기관장 명으로 자동적인 할증과 벌금 면제 조치가 취해질 수 있다.

- 체납 신고일 전 24개월 동안 위법사항이 없는 사업자
- 체납된 보험액수가 사회보장제도에서 정한 최대 액수 미만인 경우
- 체납 신고일 이전에 납부해야 했던 보험료를 완납하였으며, 보험료 납부 의무일 이후 1개월 간 요구된 서류 전부를 제출한 경우

[표 VI-6] 사회보험비 체납 시 행정 절차

시점	담당 기관	자영업자 개인
부담금 납부 예정 일 이후 최장 15 일 내	독촉장 발송 전에 납부 안내 문을 우편 송부	납부 유예 요청을 하는 날까지 의무 사항인 회계와 사회보험, 세금 관련 신고를 정상적으 로 신고하고, 피고용자에게 임금도 지불한 (개인) 사업주만 납부 유예기간을 연장하거나, 분납을 요청할 수 있다. URSAFF에 체납 사 유와 단기적 해결 방안 등을 소상히 적은 납 부 유예 신청서를 내고, 체납된 사회보험비를 최대 1년의 기간 동안 정기, 혹은 비정기적인 방식으로 납부한다. 수입의 하향세를 고려(질병, 장애, 사고, 고객 이 야기한, 상권 내 공사 등의 경우, 사회보 장기금 분납금 재 계산 신청이 가능하다.
부담금 납부 예정 일 이후 30일 내	독촉장 우편으로 송부한다. 1달 간 유예기간을 둔다.	
한 달간의 유예기 간 이후	유예기간 이후에도 납부하지 않으면 강제 납부 집행을 할 수 있다.	

2) 독일⁷⁴⁾

독일은 1883년 산업노동자를 위한 의료보험법, 1884년 산업재해보상
보험법, 1889년 법정노령연금법 사회보험법으로 제정되었고, 사회보험법으로
도입된 사회보험은 독일 사회국가의 대표적인 특징이다. 이로 인해 독일의
사회국가(Sozialstaat)를 사회보험국가로 특성화하기도 한다.

부조(Fürsorge), 부양(Vorsorgung) 그리고 보험(Versicherung)의 원
리는 사회국가의 기본원리로서, ‘보험의 원리’는 사회보험제도의 핵심 원
리이다. 사회보장체계 내에서 국가와 시민의 역할이 분담되어 있고, 이 세
가지 원리에 따라 재원은 세금과 보험료로 구분되어 독립적으로 기능한다.

사회보험제도들은 법적 체계로서, 시민의 질병, 노령, 요양의 필요, 실
업과 같은 보편적인 위험에서 시민을 보호하는 것을 목적으로 한다.

74) 독일 사례 조사는 연구기간 동안 독일에 일시적으로 체류하였던 제갈현숙(사회정책학 박사)
의 도움을 받았다.

독일 사회국가 체계의 법적인 근거인 사회법전은 총 12가지의 법안으로 이중 사회보험에 대한 규정은 다섯 가지이며, 법정의료보험은 사회법전 V 이다.

[표 VI-7] 독일 사회법전의 종류

사회법전 I	일반적인 법제
사회법전 II	구직자를 위한 기초보호
사회법전 III	고용촉진
사회법전 IV	사회보험 일반규정
사회법전 V	법정의료보험
사회법전 VI	법정연금보험
사회법전 VII	법정재해보험
사회법전 VIII	아동 및 청소년 복지
사회법전 IX	재활
사회법전 X	소셜데이터보호
사회법전 XI	사회요양보험
사회법전 XII	공공부조

○ 법정의료보험⁷⁵⁾의 연대원칙

연금 및 실업보험은 ‘수지상등의 원칙(Äquivalenzprinzip)’에 입각한 반면, 의료보험의 경우 ‘사회적 연대원칙(soziales Solidaritätsprinzip)’에 입각해 운영 된다. 의료보험제도에서 연대 원칙은 질병에 대한 규정에 있어 치유 및 예방적 차원까지 포함되어 포괄적이고, 이로 인해 급여항목도 광범위하게 설정된다. 또한 급여 제공시 원인 중심적인 판단이 아닌 결과 지향

75) 공적의료제도에 대한 명칭은 국가마다 다양함. 독일은 비스마르크 재상시절 의료보험, 재해보험, 그리고 연금보험이 세계 최초로 사회보험의 형태로 제도화되었고, 이에 사회보험 중심의 사회보장 국가에 대해 비스마르크모형으로 구분 함. 한국의 국민건강보험에 준하는 제도로써 독일의 법정의료보험은 가장 오래되고 대표적인 사회보험제도이지만 한국의 건강보험공단과 같은 단일 보험자가 아닌 다양한 질병금고(Krankenkassen)를 보험자로 두고 있음.

적이고, 임금 상쇄적이기보다 평생 보장적 성격을 가진다.

건강한 피보험자와 질환이 있는 피보험자 간의, 젊은 피보험자와 나이드는 피보험자 간의, 독신 혹은 아이 없는 가정과 아이 있는 가정 간의, 고소득자와 저소득자 간의 연대가 법정의료보험의 중요한 연대원리이기도 하다.

연대원칙에 의해 약 1,600만 명(전체 보험자의 약 22.7%)의 피부양자들이 가족보험으로 추가적인 보험료 납부 없이 의료보험에 가입되어 있다.

○ 법정의료보험 의무 가입대상 및 현황

- 2018년 기준 월 소득 450유로 이상인 고용관계에 있는 모든 노동자 및 직장인

- 직업교육생(견습생), 대학생, 인턴사원: 보수 없이 정해진 규정에 의해 직업 및 학업활동을 하는 사람들

- 연금생활자: 이전 보험기간이 만료된 경우

- 고아연금 수령인 및 직업상의 부양원리에 따른 유족연금 수령인

- 사회법전 III(SGB II)에 따른 실업급여 수급자와 생계급여 수급자

- 예술가 및 출판산업 종사자

- 농부 및 산림업자, 그들의 사업에 종사하는 가족 및 종사자

- 장애인

※ 법정의료보험에서 고소득자는 의무가입 예외임. 2018년 기준으로 연간 59,400유로, 월간 4,950유로의 소득자는 의무가입조항이 없음

2016년 기준, 법정의료보험 가입비율은 의무가입자 45.6%, 연금생활자 23.5%, 피부양보험가입자(가족보험) 22.7%, 자유가입자 5.8%의 순서로 나타난다. 2016년 기준으로 총 71,400만 명(독일국민의 약 88%)이 법정의

료보험에 가입되어 있고, 민간보험에 가입되어 있는 비율은 11.5% 수준이다. (법정의료보험 가입의무가 없는 고소득자 중심으로 민간보험에 가입되어 있음)

○ 피부양자에 대한 가족보험

법적 혼인관계 및 사실 혼인관계에 있는 자녀와 배우자에 대해서는 추가적인 보험료 부담 없이 법정의료보험에 가입된다. 다만 피부양자 중 누구라도 의무가입조건에 해당되어서는 안 된다.

자녀들의 경우 기본적으로 18세까지 가족보험의 혜택을 받을 수 있고, 23세까지 생업에 종사하지 않는 경우 연장할 수 있다. 또한 교육, 직업훈련, 의무군 대신 수행하는 대체복무기간 대상자는 최대 25세까지 연장할 수 있다.

○ 법정의료보험의 보험료 체납문제

의료보험의 기본 재원은 완전부과(Umlageverfahren) 방식에 따른 피보험자들의 보험료를 중심으로 형성된다. 보험료 산정에 있어 연령, 성별, 피부양자의 수 그리고 개인적인 질병노출 위험도 등은 고려되지 않는다. 보험료 부과 기준은 의무 피보험자의 소득을 근거로 매해 보험료율이 정해진다. 2018년 기준 평균 보험료율은 14.6%이고, 상병수당을 포함하지 않을 경우 보험료율은 14%로 감액된다.

실업급여자들에 대한 보험료 지불 책임은 연방고용청(die Bundesagentur für Arbeit)과 연방주(der Bund)가 책임진다. 2015년 1월부터 고용주와 노동자의 보험료부담은 각각 7.3%로, 총 14.6%로 통일되었다. 요양보험의

보험료율은 유자녀 피보험자는 2.55%, 무자녀피보험자는 2.8%로 무자녀 피보험자에게 더 높은 보험료율을 부과하였다.

[표 VI-8] 독일 의료보험의 비의무가입자(자유가입자) 보험료(2018년 기준)

비의무가입자 구분	상병수 당	보험료(요율)
소득 상한(월소득 53,100유로)	○	646.05유로(1.26%, 보험료상한선)
월최저소득수준(1,015유로)	X	148.19유로(14.6%)
자영업자(월소득 2,283.75유로)	X	319.73유로(14%)
자영업자(월소득 2,283.75유로)	○	333.43유로(14.6%)
고소득자영업자	X	619.50유로
고소득자영업자	○	646.05유로(보험료 상한선)
기타고소득 자유가입자	X	646.05유로(보험료 상한선)
대학생	X	최소 148.19유로(시험후보자 103.73유로)

○ 보험료 체납에 대한 대응

보험료 미지불에 대한 처벌은 없지만, 보험료에 대한 의무는 언제나 동반된다. 그러므로 체납된 보험료와 이에 대한 연체료는 납부되어야 한다. 연체료는 2007년 4월 1일 제정됐던 5%는 폐지되었고, 2013년 8월 1일 이후로는 1%로 통일되었다. 그러나 사실상 연체료 정책의 변경으로 체납된 피보험자의 문제가 해결되기 어렵다는 비판이 존재한다.

대원칙은 체납자에 대해 건강보험금고가 일방적으로 피보험자 자격을 박탈할 수 없지만, 최소 2달간 보험료가 체납될 경우 체납자에게 서면 경고를 하고, 급여요구를 제한할 수 있다. 그러나 적어도 임신과 출산뿐만 아

나라 급성 질환 및 통증 치료에 대해서는 급여제한을 두지 못한다.

건강보험금고 측의 경고장 발부 후 변화가 없을 경우, 일정 기간 이후 세관(Zoll)이 개입하게 된다. 세관은 해외여행 수하물을 검사 할뿐만 아니라, 법정의료보험에 대한 연방 집행 기관이기도 하다. 세관은 미해결된 보험료에 대한 요구를 합법적인 수단으로 강제집행 할 수 있다. 급여 및 계좌 압류도 강제집행에 속한다.

장기체납자에 대해서는 2013년 8월부터 연말까지 기간 동안 의료보험에 신고했거나, 지금 신고하더라도 이론적으로는 2007년 이후 부터의 채무만 지급하도록 하였다. 단 채무자가 이 기간 동안 의료보험 급여를 사용하지 않았어야 한다.

2013년 8월 1일부로 보험료 체납 및 연체료에 대한 삭감 방안이 발효되었다. 이 법안은 특정 피보험 그룹에게 적용되며, 체납액과 연체료를 삭감해주는 것을 목표로 한다. 법안의 구체적 실행을 위해서 의료보험금고 최고위원회(GKV-Spitzenverband)가 보험료 체납에 대한 재정적인 과부담을 제거하기 위한 일관된 원리를 마련하였다. 2014년 1월 1일부터 체납 기간 동안의 보험금을 매달 약 55유로까지 삭감할 수 있게 되었고, 체불에 의한 연체료는 면제된다.

피부양자들은 가족보험으로 보험에 가입되어 있으므로 보험료에 대한 책임을 갖지 않는다. 의무 가입된 피보험자에게만 재정적 책임이 있다. 개인에게 부과하고, 그 당사자가 책임진다. 18세 미만 아동은 가족보험으로 혜택을 받지 못할 경우, 아동·청소년 복지체제 구조에서 지원하는 방식으로 전환된다. 독일의 아동 중 90%는 법정의료보험에, 9%는 민간의료보험에 가입되어 있다.

3) 일본⁷⁶⁾

1961년 이후, 일본에서는 모든 국민이 공적 의료보험에 가입하는 것이 사실상 의무화되었다. 이를 국민개보험제도(国民皆保険制度)라고 한다. 이러한 의료보험은 크게 직역보험(職域保険)과 지역보험으로 나눌 수 있다.

직역보험으로는 일반 피용자(직장인)와 그 부양가족을 대상으로 한 “건강보험”과 공무원 또는 선원 등 특정 피용자와 그 부양가족을 대상으로 한 “공제조합(共済組合)” 또는 “선원보험”이 있다.

“건강보험”에는 주로 중소기업 피용자 등을 위한 “전국건강보험협회관장건강보험(全国健康保険協会管掌健康保険)”과 대기업 피용자를 위한 조합관장건강보험(組管管掌健康保険)의 두 가지가 있다. 보험료는 급여 수준에 따라 정해지며 고용주와 가입자가 절반씩 부담하는 시스템으로 되어 있다.

[표 VI-9] 직역보험의 종류 및 대상

직역보험 (職域保険)	분류	대상
건강보험	전국건강보험협회관장건강보험 (全国健康保険協会管掌健康保険)	대상: 중소기업 피용자
	조합관장건강보험 (組管管掌健康保険)	대상: 대기업 피용자
“공제조합(共済組合)”		대상: 공무원 또는 선원 등 특정 피용자와 그 부양가족

지역보험으로는 각 기초자치단체가 운영하는 “국민건강보험”이 있다.

76) 일본 사례는 전일본민주의료기관연합회와 하세가와 사오리(인하대학교 대학원 박사 과정)의 도움을 받아 조사하였다.

한국의 지역건강보험에 해당되는 것이 바로 이 국민건강보험이다. 국민건강보험의 경우, 보험료는 가구 소득과 자산액, 가구 수에 따라 산출된다. 산출비율은 기초자치단체가 개별로 정하기 때문에 거주지에 따라 보험료가 다를 수 있다. 이 이외에도 특정 직업마다 설치된 ‘국민건강보험조합’이 있다.

무직자, 실직자, 자영업이나 농림, 수산업 등에 종사하는 이들이 국민건강보험 가입 대상자이다. 원칙적으로 직역보험과 75세 이상이 가입하게 되는 후기 고령자 의료 보험에 가입되어 있는 이 이외 모든 이들은 국민건강보험에 가입할 수 있다. 국민건강보험은 세대가 가입한다.

국민건강보험은 가입자의 보험료 외에 국고 부담으로 재정 운영을 안정시켜 왔지만, 1980년대 이후 국고 부담이 감소되어 왔기에, 국민건강보험 가입자의 보험료 부담이 무거워지고 있다. 최근 통계에 따르면 국민건강보험 가입 세대의 20% 정도가 보험료를 체납한 경험이 있는 것으로 나타나고 있다.

보험료를 체납하면 제재 조치로 압류 등의 체납 처분 및 유효 기간 1개월에서 12개월 사이의 단기 보험증 교부가 이루어진다. 1986년에는 1년 이상 보험료를 체납하면 보험증을 반환하도록 할 수 있도록 법이 개정되었다. 2000년에는 1년 이상 보험료를 체납하면 보험증을 반환하고, 진찰시에 의료 기관의 창구에서 일단 의료비 전액을 지불해야한다는 자격 인증서를 발급하는 것이 의무화되었다.

[표 VI-10] 일본의 국민건강보험 보험료 체납시 행정 절차

납부기한이 지난 익일 이후	기초자치단체로부터 통지서 및 전화 등을 통해 납부 재촉. 통보 후 납부가 확인되지 않을 경우, '단기피보험자증'이 기초자치단체에서 발행된다(단기피보험자증은 일반 보험증과 동일하게 본인 부담액 30%로 의료기관을 이용할 수 있으나 그 유효기간이 3-6개월이다). 단기피보험자증을 발급받은 가구의 고등학생 이하의 아동 및 학생에게는 6개월 이상 유효한 단기피보험증이 발행된다.
납기 기한 1년 경과	단기피보험자증 사용 권한 박탈. 단기피보험자증 대신 '자격증명서'라는 것이 발행된다. 자격증명서를 받게 되면 의료기관 이용 시 본인이 전액 부담한 다음, 후에 신청을 통해 부담액 이외의 금액을 돌려받는 형식을 취하게 된다. 통상 전체 의료비 가운데 30%를 환자가 부담하게 되어 있으나 자격증명서를 받은 자는 청구에서 의료비를 일단 전액 부담해야 한다. 77) 다만 자격증명서가 발행된 가구의 고등학생세대에게는 부모와 별도로 6개월 유효한 단기피보험자증이 발급된다.
납부 기한 1년 반 경과	거액 요양비 등 보험 급여 서비스 이용의 권리 박탈. 입원 등 거액 의료서비스를 이용하기가 어려워짐.
납부 기한 1년 반 이상 경과	기초자치단체 직원 등의 납부 재촉을 계속해서 무시하거나 서약을 위반할 경우, '재산 압류'처분을 받게 된다.

국민건강보험 보험료를 체납하고 있는 가구 가운데 보험증 유효기간이 만료된 자는 "단기피보험자증(短期被保険者証)"을 받게 된다. 단기피보험자증은 이름 그대로 유효기간이 3개월 정도로 정해져 있는 보험증이다. 유효기간은 평균 3-6개월로 각 기초자치단체마다 다르다. 유효기간이 짧다는 점을 제외하고 일반 보험증 소지자와 동일하게 본인 부담금 30%로 의

77) - 교토부 가이드 “資格証明書世帯の高校生世代への短期被保険者証の交付等”
<http://www.pref.kyoto.jp/news/iryokikaku/1275988675585.pdf#search=%27%E7%9F%AD%E6%9C%9F%E8%A2%AB%E4%BF%9D%E9%69%BA%E8%80%85%E8%A8%BC+6%E3%81%8B%E6%9C%88+%E5%AD%A9%E3%82%82%27>
 - 후생노동성 2010년 국민건강보험법 개정 개요
https://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/iryouhoken02/dl/h22_05.pdf

료기관을 이용할 수 있다.

지방자치단체는 보험료 체납이 있어도 18세 이하의 아동에 대해서는 무조건 유효기간 6개월인 단기 피보험증을 발행하도록 되어 있다. 부모가 건강보험 보험료를 체납하고 있다 하더라도 부모의 경제적 상황에 상관없이 아이들이 언제나 필요한 의료서비스를 받을 수 있도록 되어 있다(단기 피보험자증 갱신 가능). 그러나 이러한 사실이 잘 알려져 있지 않아 지방자치단체의 잘못된 대응이나 당사자의 의료 이용 기피가 나타나는 부작용이 있다.

일본 정부 차원에서도 아이들에게만큼은 의료보장을 해주어야 한다는 요구를 받아 논의를 해왔다. 이러한 결과 2010년 5월 19일, 의료보험제도의 안정적 운영을 위해 국민건강보험법 등 일부를 개정하며 보험료 체납이 있어도 의료를 현물급여로 받을 수 있는 대상자를 확대(중학생--> 고등학생 이하)한 것이다. 이에 따라 창구에서 의료비를 지불해야 하는 자격증명서 부여 대상 가구의 아이들 가운데 고등학생 세대에 대해서도 단기피보험자증을 발행하기로 했다.⁷⁸⁾

또한 특정 지자체에서는 아동복지시설에서 의료보험 혜택을 받을 수 없는 가정의 아이들에게 진료권을 배부하는 경우도 있다.⁷⁹⁾

이처럼 국가차원에서나 지자체 차원에서 체납자 가정의 경우나 여러 사정에 의해 건강보험료를 내기 어려운 가정의 아이들이 의료혜택이 축소되지 않도록 다양한 방안을 강구하고 있으나 아직까지 체계적이고 완벽한 제도를 구축했다고 보기는 어렵다. 특히 지자체별로 그 내용이나 접근 방식

78) 후생노동성 국민건강보험법 등 일부 개정

https://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/iryouhoken02/dl/h22_02.pdf

79) <https://www.pref.miyagi.jp/soshiki/kodomo/iryoohi.html>

에 차이가 있다. 따라서 실질적인 상황을 알기 위해서는 지자체별로 조사를 할 필요가 있다.

보험료의 경감 대책으로서 보험료 법정 경감 제도가 있다. 지방자치단체도 자체 조례 등을 통해 자체 보험료 감액 또는 면제 조치를 취할 수 있다. 법령에는 “보험자(지방자치단체)는 조례 또는 규정이 정하는 바에 따라 특별한 이유가 있는 자에 대하여 보험료를 감면하거나 징수를 유예 할 수 있다”고 규정하고 있다. 또한 병원에서 받는 본인부담금 역시 지방자치단체가 ‘조례 또는 규칙이 정하는 바에 따라 특별한 이유가 있는 자’에 대해 감면, 면제하고 있다.

국민건강보험은 가구단위로 가입하고 납부 책임은 세대주에게 있다. 세대주가 생존해 있는 동안에는 체납 의무가 배우자 또는 자녀에게 갈 일이 없다. 하지만 세대주가 사망했을 경우, 국민건강보험 체납분은 재산 일부로서 상속인에게 지불 의무가 상속되기 때문에 배우자 또는 자녀에게 납부 책임이 발생할 가능성이 있다⁸⁰⁾. 다만 상속인이 상속을 포기하면 납부 의무를 지지 않아도 된다.

다. 외국의 아동·청소년 보험료 납부 의무 관련 제도 검토의 시사점

국가가 조세로 국영의료서비스를 제공하는 나라의 경우 재원이 세금이므로 아동·청소년에게는 원칙적으로 재정 부담의 의무가 없다.

문제가 되는 것은 사회보험 방식으로 운영하는 나라들이다. 하지만 프랑스, 독일 등 유럽의 국가들은 의료보험 가입 주체를 세대가 아니라 개인

80) 국민건강보험 홈페이지 보험료 납부방법 <https://5kuho.com/html/noufu.html>

으로 하고 있고, 아동·청소년은 개인의 피부양자로 의료보험 적용을 받도록 하고 있다. 보험료 산정 역시 개인의 소득에 근거하여 책정되고 피부양자 수는 주요 고려대상이 아니다. 그러므로 보험료 체납으로 인한 납부 의무는 온전히 가입자 개인에게만 존재하는 의무이다.

일본의 경우 자영업자와 무직자 등이 가입하는 국민건강보험의 경우 한국과 마찬가지로 세대가 가입 단위이고 피부양자 수도 보험료 산정 조건에 들어가기에 보험료 체납시 납부 의무는 세대주뿐 아니라 세대 구성원 모두에게 존재한다. 하지만 이 경우에도 미성년자는 연대 납부 의무에서 면제된다.

4. 아동·청소년 건강보험료 연대납부 문제 개선을 위한 법적 제도적 검토

가. 용어의 정리

대한민국 헌법 제36조 제3항에서는 모든 국민의 보건에 관한 권리를 천명하고 있다. 우리나라 채택한 법령체계는 보건에 관한 권리의 기본법이라 할 수 있는 「보건의료기본법」에서 보건에 대한 관련 정의를 건강권, 보건의료서비스에 대한 알 권리, 의료서비스에 관한 자기결정권, 비밀보장 등으로 구체화하고 보건에 관한 권리의 주체 중 특히 여성과 어린이에 대한 보호 및 학교보건 의료에 관해서는 특별히 보호할 것을 규정하고 있다. 현재 국내 관련 법체계는 헌법 및 보건의료기본법을 상위법 또는 근거법으로 하여 아동복지법, 청소년기본법, 학교보건법, 모자보건법 등으로 그 구

체 권리실현을 위한 입법과제를 달성하고자 하는 방식이라고 할 수 있다.⁸¹⁾

헌법 및 보건의료기본법에서 표현하는 아동·청소년 등에 관하여는 명확한 정의가 없고, 민법상 미성년자는 만 18세까지의 자, 아동복지법상의 아동은 만18세 미만의 자, 학교보건법상의 유아는 만 3세부터 초등학교 취학 전 어린이와 그 외 연령규정 없는 학생, 청소년기본법상 청소년은 9세 이상 24세 이하인 자 라고 규정하여 아동·청소년 건강권을 다루고자 할 때 그 주체에 관하여 통일된 법령상 용어를 찾기는 어렵다.

건강권에 대해서 살펴보면, 권리의 내용을 표현하는 부분 또한 일반적으로는 건강권이라고 통용되고 있지만 헌법에서는 보건에 관한 권리라고 하고 있고 보건의료기본법에서는 건강권을 보건에 관한 권리보다 좁게 정의하고 있다. 아동권리협약에서는 아동을 18세 미만의 모든 인간이라 규정하고 이러한 아동의 권리에 건강 및 보건서비스라는 내용을 표현하고 있어 일반적으로 아동의 건강권이라 통용되고 있다.

이하에서 살펴보고자 하는 법령 조항들은 아동 청소년이 미성년자라고 표현되어 있으므로 아동·청소년을 미성년자로 정의하고, 그 연령을 민법 규정인 만 18세까지라고 규정하고, 그 권리를 우리 헌법상에 규정된 용어를 참조하여 ‘건강권’ 대신 ‘보건권’을 사용하였다.

나. 보건권 실현을 이유로 미성년자에게 의무를 부과하는 법령

우리의 입법조치는 아동권리협약 및 유엔아동권리위원회의 권고에 아

81) 여기서는 건강권에 관한 법령을 중심으로 하므로 청소년보호법 등 형사 관련 법령은 제외하기로 한다.

직 미치지 못한 점은 아쉬우나 기존 법령의 개정, 새로운 입법 등으로 후퇴가 아닌 구체적인 권리실현에 도달해 가는 방향으로 이동하고 있다. 그러나 보건권 실현의 핵심 법령이라 할 수 있는 「국민건강보험법」의 일부 규정이 미성년자에게 의무를 부과하고 있다는 것은 보건권 실현에 장애요소이다.

국민건강보험이 통합되어 1999. 2. 8. 제정된 국민건강보험법의 시행부터 지역가입자의 보험료는 미성년 여부에 관계 없이 그 가입자가 속한 세대의 지역가입자 전원이 연대하여 납부한다는 조항이 있었고(구 국민건강보험법 제68조 제2항) 실제 미성년자에게 부과되었다. 이에 대한 개선조치로 2008. 3. 28. 위 조항에 단서를 신설하여 ‘소득·재산·생활수준·경제활동 참가율 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 기준에 해당하는 미성년자는 납부의무를 부담하지 아니한다’라는 제한을 두기는 하였으나 모든 미성년자에게 확대하지 못하고 2017. 4. 18. 일부 개정된 채 현재에 이르고 있다.

또한 미성년자의 책임을 인정하는 보험료 납부의무를 강제하기 위한 조항도 그대로 적용되고 있기 때문에, 미성년자의 보험료 납부의무 및 이를 관철하기 위한 독촉, 체납, 정보제공 등도 법령검토에 있어 함께 살펴볼 필요가 있다.

[표 VI-11] 건강보험료 체납과 관련된 현행 법령

<국민건강보험법>

제77조(보험료 납부의무)② 지역가입자의 보험료는 그 가입자가 속한 세대의 지역가입자 전원이 연대하여 납부한다. 다만, 소득 및 재산이 없는 미성년자와 소득 및 재산 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 기준에 해당하는 미성년자는 납부의무를 부담하지 아니한다.

제81조(보험료등의 독촉 및 체납처분) ① 공단은 제57조, 제77조, 제77조의2, 제78조의2 및 제101조에 따라 보험료등을 내야 하는 자가 보험료등을 내지 아니하면 기한을 정하여 독촉할 수 있다. 이 경우 직장가입자의 사용자가 2명 이상인 경우 또는 지역가입자의 세대가 2명 이상으로 구성된 경우에는 그 중 1명에게 한 독촉은 해당 사업장의 다른 사용자 또는 세대구성원인 다른 지역가입자 모두에게 효력이 있는 것으로 본다.

제81조의2(체납 또는 결손처분 자료의 제공) ① 공단은 보험료 징수 또는 공익목적을 위하여 필요한 경우에 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제25조제2항제1호⁸²⁾의 종합신용정보집중기관이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 체납자 또는 결손처분자의 인적사항·체납액 또는 결손처분액에 관한 자료(이하 이 조에서 "체납등 자료"라 한다)를 요구할 때에는 그 자료를 제공할 수 있다. 단서 생략.

제81조의3(보험료의 납부증명) ① 제77조에 따른 보험료의 납부의무자(이하 이 조에서 "납부의무자"라 한다)는 국가, 지방자치단체 또는 「공공기관의 운영에 관한 법률」 제4조에 따른 공공기관(이하 이 조에서 "공공기관"이라 한다)으로부터 공사·제조·구매·용역 등 대통령령으로 정하는 계약의 대가를 지급받는 경우에는 보험료와 그에 따른 연체금 및 체납처분비의 납부사실을 증명하여야 한다. 다만, 납부의무자가 계약대금의 전부 또는 일부를 체납한 보험료로 납부하려는 경우 등 대통령령으로 정하는 경우에는 그러하지 아니하다.

<국민건강보험법 시행령>

제46조(지역가입자의 보험료 연대납부의무 면제 대상 미성년자) 법 제77조제2항 단서에서 "대통령령으로 정하는 기준에 해당하는 미성년자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 미성년자를 말한다.

1. 성년자가 포함된 세대의 미성년자로서 다음 각 목의 요건을 모두 갖춘 미성년자

- 가. 제42조제2항⁸³⁾에 따른 소득이 없을 것
- 나. 제42조제3항제1호⁸⁴⁾에 따른 재산이 없을 것
- 다. 제42조제3항제3호⁸⁵⁾에 따른 재산이 없을 것
2. 부모가 모두 사망한 미성년자로서 제42조제2항에 따른 소득이 없는 미성년자

82) 제25조(신용정보집중기관)② 제1항에 따른 신용정보집중기관은 다음 각 호의 구분에 따라 허가를 받아야 한다.

1. 종합신용정보집중기관: 대통령령으로 정하는 금융기관 전체로부터의 신용정보를 집중관리·활용하는 신용정보집중기관

〈신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 시행령〉

제21조② 법 제25조제2항제1호에서 “대통령령으로 정하는 금융기관”이란 제5조제1항제1호부터 제20호까지의 금융기관 및 다음 각 호에 해당하는 기관을 말한다.

1. 「건설산업기본법」에 따른 공제조합
2. 「국채법」 및 「공사채등록법」에 따른 채권등록기관
3. 「한국농수산식품유통공사법」에 따른 한국농수산식품유통공사
4. 「서민의 금융생활 지원에 관한 법률」 제56조에 따른 신용회복위원회
5. 「산업재해보상보험법」에 따른 근로복지공단
6. 「소프트웨어산업 진흥법」에 따른 소프트웨어공제조합
7. 「엔지니어링산업 진흥법」에 따른 엔지니어링공제조합
8. 「예금자보호법」에 따른 정리금융회사
9. 「우체국예금·보험에 관한 법률」에 따른 체신관서
10. 「전기공사공제조합법」에 따른 전기공사공제조합
11. 「주택도시보증법」에 따른 주택도시보증공사
12. 「중소기업진흥에 관한 법률」에 따른 중소기업진흥공단
13. 「중소기업창업 지원법」에 따른 중소기업창업투자회사 및 중소기업창업투자조합
14. 「중소기업협동조합법」에 따른 중소기업중앙회
15. 「한국장학재단 설립 등에 관한 법률」에 따른 한국장학재단
16. 「금융회사부실자산 등의 효율적 처리 및 한국자산관리공사의 설립에 관한 법률」에 따른 한국자산관리공사
17. 「상법」에 따라 설립된 주식회사 국민행복기금
18. 「서민의 금융생활 지원에 관한 법률」 제3조에 따른 서민금융진흥원
19. 「대부업 등의 등록 및 금융이용자 보호에 관한 법률」 제3조제2항에 따라 금융위원회에 등록한 대부업자등
20. 「산업발전법」 제40조제1항제1호에 따른 자본재공제조합
21. 「소상공인 보호 및 지원에 관한 법률」 제17조제1항에 따른 소상공인시장진흥공단
22. 「자산유통화에 관한 법률」에 따라 금융위원회에 자산유통화계획을 등록한 유통화전문회사
23. 「농업협동조합의 구조개선에 관한 법률」 제29조에 따른 농업협동조합자산관리회사

83) 제42조(보험료부과점수의 산정기준)② 제1항제1호에 따른 소득의 구체적인 종류 및 범위에 관하여는 제41조제1항을 준용한다.

제41조(소득월액) ① 법 제71조제1항에 따른 소득월액(이하 “소득월액”이라 한다) 산정에 포함되는 소득은 다음 각 호와 같다. 이 경우 「소득세법」에 따른 비과세소득은 제외한다.

다. 사회보험의 원리와 미성년자에게 적용된 현실의 불일치

1) 헌법재판소 판례에 대한 설명과 의의

한국은 보건권 실현을 위한 의료보장을 위하여, 일반조세를 재원으로 하는 조세방식이 아닌 법률에 자격이 정해진 자가 보험료를 낼 것을 전제로 하여 보험급여를 하는 보험방식을 채택하고 있다. 그리고 보험방식 중에서도 계약자유 원칙이 지배하는 사보험이 아니라 요건을 충족시키는 국민에게 가입의무 및 보험료납부의무가 부과되고 동시에 보험법적 보호를 받을 권리, 사회적 위험의 발생 시 급여를 청구할 권리를 갖는 사회보험방식이다.

헌법재판소에 따르면 사회보험에서는 경제적 관점보다 사회정책적 관점이 우선하고 이러한 성격은 특히 보험료의 산정 및 부과에 있어 뚜렷하게 나타나기 때문에 이와 관련하여 다음과 같이 사회보험료를 형성하는 중요한 원리를 규정하였다. 즉 “사회보험료를 형성하는 2가지 중요한 원리는 ‘보험의 원칙’과 ‘사회연대의 원칙’이다. 보험의 원칙이란 소위 등가성의

1. 이자소득: 「소득세법」 제16조에 따른 소득
2. 배당소득: 「소득세법」 제17조에 따른 소득
3. 사업소득: 「소득세법」 제19조에 따른 소득
4. 근로소득: 「소득세법」 제20조에 따른 소득. 다만, 같은 법 제47조에 따른 근로소득공제는 적용하지 아니한다.
5. 연금소득: 「소득세법」 제20조의3에 따른 소득. 다만, 같은 법 제20조의3제2항 및 제47조의2는 적용하지 아니한다.
6. 기타소득: 「소득세법」 제21조에 따른 소득

84) 제42조(보험료부과점수의 산정기준)③ 제1항제2호에 따른 재산은 다음 각 호와 같다.

1. 「지방세법」 제105조에 따른 재산세의 과세대상이 되는 토지, 건축물, 주택, 선박 및 항공기. 다만, 종중재산(宗中財産), 마을 공동재산, 그 밖에 이에 준하는 공동의 목적으로 사용하는 건축물 및 토지는 제외한다.

85) 제42조(보험료부과점수의 산정기준)③

3. 「지방세법 시행령」 제123조제1호에 따른 승용자동차 및 같은 조 제2호에 따른 그 밖의 승용자동차. 단서 생략

원칙이라고도 하는데, 이는 보험료와 보험급여간의 등가원칙을 말한다. 물론, 사회보험에서는 사보험에서와 달리 각 피보험자에 대한 개별등가원칙이 적용되는 것은 아니지만, 사회보험 또한 보험료를 주된 재원으로 하는 보험의 성격을 가지고 있기 때문에, 보험자의 전체적 재정과 관련하여 보험자의 수입이 보험급여를 포함한 전체 지출을 충당할 수 있도록 개인의 보험료가 산정되어야 한다.

한편 사회보험은 사회국가원리를 실현하기 위한 중요한 수단이라는 점에서, 사회연대의 원칙은 국민들에게 최소한의 인간다운 생활을 보장해야 할 국가의 의무를 부과하는 사회국가원리에서 나온다. 보험료의 형성에 있어서 사회연대의 원칙은 보험료와 보험급여 사이의 개별적 등가성의 원칙에 수정을 가하는 원리일 뿐만 아니라, 사회보험체계 내에서의 소득의 재분배를 정당화하는 근거이며, 보험의 급여수혜자가 아닌 제3자인 사용자의 보험료 납부의무(소위 ‘이질부담’)를 정당화하는 근거이기도 하다. 또한 사회연대의 원칙은 사회보험에의 강제가입의무를 정당화하며, 재정구조가 취약한 보험자와 재정구조가 건전한 보험자 사이의 재정조정을 가능하게 한다”⁸⁶⁾고 설명하고 있다.

2) 미성년자에게 부과되는 의무의 현실

건강보험통계에 따르면 2016년 7월 기준 건강보험적용인구 5,064만 명 중에 직장가입자는 3,669만 명으로 전체의 72.4%에 이르는 반면, 지역가입자는 1,395만 명으로 전체의 27.6%에 불과하고 그 수는 점차 줄어들고 있다. 과거에는 고소득 자영업자들이나 고액자산가들이 지역가입자에 속

86) 현재 2001. 8. 30. 2000헌마668 등

하였으나, 현재는 1인 이상의 근로자를 고용하고 있는 한 모두 직장가입자로 편입되기 때문에(국민건강보험법 제3조 및 제6조 제2항), 지역가입자에 속하는 자들은 주로 근로자가 없거나 가족근로 또는 시간제근로자만을 두고 있는 영세자영업자이거나 농어민, 월 근로시간 60시간 미만인 일용근로자나 비상근 직원, 은퇴자, 무직자, 실직자 등이다. 실제 지역가입자의 약 80%가 연소득 500만 원 이하인 세대에 속한다.

위와 같은 현황에서 2017년 12월 31일 기준 미성년자에 대한 보험료 체납에 대한 집행을 보면 독촉장 발급대상자가 460명에 이르고 체납처분 대상자는 없는 것으로 나타났다. 체납보험료에 대한 책임을 져야하는 미성년자는 존재하는데 체납처분을 내리지 않았다는 것은 소득과 재산이 있는 미성년자가 체납을 했다고보다 국민건강보험법 제77조 제2항에 의한 지역가입자의 연대책임에 의하여 미성년자에게 의무가 부과되었는데 국민건강보험공단 지침에 의하여 체납처분을 유보하였거나 국민건강보험법 제84조에 근거하여 결손처분된 것으로 보아야 할 것이다. 특히 미성년자에 대한 결손처분의 경우 2015년 12건에서 2016년 22,204건으로 크게 증가하였는데 이는 압류 등으로 충당되는 배당금이 체납액에 미치지 못하는 경우, 징수할 가능성이 없는 경우에 결손처분을 하는 것이므로 미성년자에 대한 보호조치가 강화된 것이라기보다 미성년자가 보험료를 납부할 능력이 없다는 것을 오히려 나타내주는 결과라고 할 것이다.

여기서 또 하나의 문제는 체납유예나 결손처분으로 보험료 납부의무를 사실상 면제받았다 하더라도 이와 같은 기록은 국민건강보험법 제81조의2 체납 또는 결손처분 자료의 제공 및 제81조의3 보험료의 납부증명 조항에 의하여 공공기관으로부터의 수주가 제한되고 금융 활동이나 거의 모든 민

간기업에 대한 취업상의 불이익으로 작용한다는 점이다. 국민건강보험법 제81조의 2에 나타나는 바와 같이 체납 또는 결손처분 자료는 거의 모든 기관에게 제공할 수 있도록 되어 있다.

우리 법제가 미성년과 성년을 구분하고 미성년을 보호하는 법령을 따로 마련하고 있는 이유는 미성년이 성년보다 재산이나 소득이 없어서가 아니라 신체적·정신적 성숙도의 측면, 인간답다고 할 수 있는 최소한의 생활을 스스로 영위해나갈 수 있는 사회적 독립성 등에서 약자일 수밖에 없는 지위를 고려하여 특별히 보호하고자 함에 있다. 따라서 보험료에 있어서도 미성년자에게는 보험료와 보험급여 사이의 개별적 등가성의 원칙에 수정을 가하는 사회연대의 원칙이 강화되어 적용되어야 할 것이다.

라. 구체적인 위헌성

1) 헌법상 의무인 청소년 보호의무 위반

헌법 제34조는 질병, 노령, 실직 등 사회적 위험으로 인하여 인간의 존엄에 상응한 인간다운 생활을 보장하기 위하여 국가에 적극적 급부를 요구할 수 있는 권리, 즉 사회보장수급권을 규정하고 그 중에서도 동조 제4항을 통하여 청소년, 즉 여기서 미성년의 권리를 특히 강조하고 있다.

아동복지법, 청소년기본법 등 미성년자 보호와 복지를 위한 직접적인 법령은 물론, 「국가유공자예우에관한법률」 등 대표적인 사회보장수급권을 위한 법령에서도 그 수입이나 지위에 관계없이 미성년자에게 권리를 부여하면서 별도의 의무를 부과하지 않고 있는 것과 비교하여 보면 성장 중인 미성년자에게 핵심권리라 할 수 있는 보건권 실현을 위하여 의무를 부과하

는 조항은 위헌이라 하지 않을 수 없다.

2) 직장가입자와의 차별

직장가입자와 지역가입자 사이의 평등 문제는 해당 국민건강보험법 조항의 개정시마다 항상 문제가 되어왔다. 이에 대하여 헌법재판소는 평등원칙에 위반되지 않는다는 입장을 유지하고 있는데 가장 주요한 근거는 직장가입자와 지역가입자 간의 소득파악율, 소득신고의 방법, 소득결정방법 등에서 근본적인 차이가 있고, 특히 직장가입자의 소득은 전부 파악되는데 반하여, 지역가입자의 소득은 일부분밖에 파악되지 않는다는 점에 있다는 것이다.⁸⁷⁾

그러나 미성년자에게 의무를 부과하는 것, 즉 직장가입자의 피부양자로서 미성년자와 지역가입자의 피부양자로서 미성년자와의 차별이 위헌인지의 여부는 위와 같은 기준이 적용되어서는 안 된다. 소득활동 등 사회적 독립성이 아직 확립되지 않은 미성년자⁸⁸⁾라는 점에서 소득파악율, 소득신고방법 등을 기준으로 삼는 것은 무의미한 것으로 직장가입자의 피부양자로서 미성년자와 지역가입자의 가입자로서의 미성년자는 그 지위에 있어 본질적으로 차이가 없기 때문이다.

직장가입자의 경우 반대급부(보험급여) 없이 보험료 부담의무를 지는 사용자 책임(국민건강보험법 제76조 제1항, 제77조 제1항 등)과의 차이를 두고 미성년자를 달리 취급하는 근거로 보는 견해도 있을 수 있으나 이는 헌법재판소의 판례 해석에서와 같이 개별등가원칙에 대한 수정을 요하는 사회연대의 원리로 정당화되는 것으로 사회적 위험에 처해있는 요보호자

87) 헌재 2012. 5. 31. 2009헌마299, 헌재 2013. 7. 25. 2010헌바51 등

88) 소득과 재산이 있는 미성년자의 문제는 후술

를 배려하는 것이다. 그렇다면 이와 같은 원리는 지역가입자의 미성년자에게 의무를 부담하는 원리가 아닌 미성년자를 보호하는 원리로 작용해야 하는 것으로 직장가입자의 피부양자로서 미성년자와 지역가입자의 가입자로서 미성년자를 달리 보는 근거로 볼 수는 없는 것이다.

3) 적법절차의 원칙

헌법 제12조 제1항에서는 적법절차의 원리를 천명하고 있는데, 이를 신체적 자유와 형사절차로 한정하는 듯 보이지만 다수의 학계와 헌법재판소는 절차적 개념뿐만 아니라 실체적 개념으로 확장, 적용하고 그 대상 또한 형사, 행정, 입법까지 적용되는 것이라 하고 있다⁸⁹⁾

미성년자에 대한 의무 부과 외에 독촉, 체납 등 절차에 관하여 원칙적으로는 헌법재판소의 설명과 같이 위헌이라고 단정할 수는 없다. 즉 “건강보험은 사적인 자율영역에 맡겨 질 수 있는 성격의 문제가 아니라 경제적인 약자에게도 기본적인 의료서비스를 제공하기 위한 국가의 사회보장·사회복지 증진의무의 일부로서 공공복리를 위한 것이다. 그러므로 국가가 보험자인 국민건강보험공단의 설립을 통하여 달성하고자 하는 위와 같은 과제는 헌법상 정당하며, 소득재분배와 위험분산의 효과를 거두려는 사회보험의 목표는 임의가입의 형식으로 운영하는 한 달성하기 어렵고 법률로써 가입과 보험료 납부를 강제함으로써만 이루어질 수 있는 것”⁹⁰⁾이기 때문이다.⁹¹⁾

89) 헌재 1994. 12. 29. 헌재 94헌마201, 헌재 1995. 7. 21. 92헌바27 등

90) 헌재 2003. 10. 30. 2000헌마801, 헌재 2009. 10. 29. 2008헌바86 등

91) 위 결정 이후 강제징수 절차는 더욱 강화되어 보험료 체납 등 자료를 신용정보집중기관에 제공할 수 있는 근거를 마련하여 보험료 납부를 간접적으로 강제할 수 있는 조항을 신설하였는데, 이 역시 위헌이라 볼 수는 없을 것이다.

위와 같은 목적과 성격의 강제징수 절차에 관하여 미성년자의 경우에만 예외조항을 규정하는 방법도 어렵거니와 의무부과를 하면서 강제징수 예외라는 체계상, 논리상 부적합한 점이 있어 결국은 미성년자에게 부과되는 의무가 정당한가의 문제로 귀결될 수밖에 없는 것이다.

즉, 미성년자에게 의무를 부담시킨 입법이 실제적 법률 내용에 있어 헌법의 기본원리에 어긋나지 않는 합리성과 정당성을 갖추었는지의 문제로, 미성년자를 특별히 보호하는 헌법 원리와 함께 고려하여 본다면 위헌이라고 볼 수 있는 규정이다.

마. 위헌성 제거방법 및 고려사항

전항에서 살펴본 바와 같이 헌법상 특별히 보호받아야 할 미성년자에게 보호규정이 아닌 의무규정을 둔 법률조항은 입법적으로 삭제되어야 마땅하다. 이러한 점에 대하여 좀 더 살펴보기로 하자.

1) 현행 법령하에서도 보호할 수 있다는 견해 검토

국민건강보험법 제77조 제2항 단서 및 동 시행령 제46조에는 소득, 재산이 없는 미성년자에게 연대책임을 면제하여준다는 입법조치가 마련되어 있고, 2017년 결손처분의 경우 미성년자라는 사유로 이루어진 건수가 287,591건(2016년 22,204건)에 이르는 등 집행상의 조치가 있기 때문에 위헌까지는 아니라는 견해가 있을 수 있다.

2017년 경제적 빈곤으로 결손처분한 가액이 217,000,000원이고 미성년자라는 이유로 결손처분한 가액이 5,146,000,000원인 사실을 보면 소

득, 재산이 없는 미성년자, 즉 경제적 빈곤에 해당하지 아니하는 미성년자의 구제조치가 더 많은 비중을 차지하고 있다는 의미로, 입법조치의 효과는 미미하고 집행상의 공정함을 기대할 수밖에 없다는 결론을 내릴 수 있다. 더욱이 결손처분을 하여달라는 신청을 할 수 있는 권리가 있는지도 의문인 법령에서 미성년자의 보건권 보장을 위한 입법은 매우 부족하다고 할 수 있다. 또한 결손처분으로 당장의 금전상 의무를 면제받는다 하더라도 이는 주요한 개인정보로써 국가기관 등 거의 모든 기관에게 자료로 제공할 대상임을 명시한 조항으로 인하여 불이익을 받을 위험은 상존하고 있다.

2) 보험료 납부 의무의 회피수단이 될 우려점 검토

2018. 3. 6.자 「국민건강보험법」시행규칙 별표 1의 2 개정으로 이자소득, 배당소득, 사업소득, 근로소득, 연금소득, 기타소득 합계액이 연간 3,400만원이 넘을 경우 피부양자 자격을 상실하게 되었다. 즉, 독립적인 직장가입자가 되거나 지역가입자로 되어 보험료 납부의무를 지게 되는 것이다. 그 중 미성년자의 비율이 어느 정도인지 아직 측정하기 어려우나 미성년자 모두에게 보험료 납부의무를 면제할 경우 소득과 재산이 충분한 지역가입자가 미성년자로만 구성된 세대를 만들어 보험료를 면제받는 편법이 우려된다거나 고소득자의 미성년 자녀에 대한 불공정성에 대하여 생각해볼 수 있다.

소득, 재산이 있는 미성년자 또는 고액자산가의 미성년 자녀라고 해서 보호받아야 할 미성년자로서의 성격이 변하지 않는다는 점에서 먼저 위와 같은 재산상 문제로 생명과 성장에 관련된 미성년자 보호를 제한하는 것은

헌법 원리에 어긋난다. 생명과 성장에 관련된 기본권은 다른 기본권보다 우선한다는 점에서 소득과 재산에 관한 사유로 제한될 수 없는 성격의 권리이기 때문이다.

헌법상의 원리 외에 현실적으로도 미성년자 납부의무를 면제하는 것이 불공정하다고 볼 수 없다. 국민건강보험법상 면제사유는 병역, 해외체류 등 급여정지 사유가 있을 때이고(제74조), 섬, 벽지 농어촌 거주자, 65세 이상의 자 등은 기간 제한 없이 경감을 받는다.(제75조) 반면 미성년자는 18세라는 기간 제한이 있어 18세 이후에는 소득, 재산에 따라 보험료를 납부하게 되고 여기에 고액의 소득과 재산을 가진 자라면 그에 상응하는 보험료가 많이 부과되는 것으로 보험료 납부가 잠시 유예되는 것뿐인데, 이를 이유로 미성년 보호를 늦출 필요가 없는 것이다.

또한 보험료 면제를 위하여 고액의 재산을 가진 미성년자 세대를 구성하고자 한다면 증여세나 양도소득세를 피할 수 없다. 국세청 통계연보에 따르면 2016년 10억 초과 재산가액에 대하여 20세 미만인 자에게 부과된 증여세 건수는 381건으로 증여세의 가액이 상당함을 알 수 있다. 따라서 보험료 면제와 증여세 등 부담을 함께 고려하면 미성년자의 한시적인 보험료 면제가 문제를 일으키는 것으로 볼 수는 없을 것이다.

바. 법적 검토에 따른 시사점

미성년자 건강권에 관하여 우리 입법은 특별히 보호할 것을 명시하면서도 아직은 선언에 그치는 추상적 입법 수준에 머물러 있다. 관련 법령을 살펴보다라도, 예를 들어 「학교보건법」등에서는 주로 정신건강, 신체검사,

비만이나 중독 같은 생활습관에 대해 규정하고 있지만, 국가나 지방자치단체의 부담은 상대적으로 높지 않아 미성년자에 대한 권리보장 수준이 충분하지 않음을 알 수 있다. 「아동복지법」등 긴급하게 보호가 필요한 경우에 대비하고 있는 법령을 보아도 빈곤, 아동학대 등 특수한 상황을 제외하고 일상적이고, 일반적인 수준에서의 미성년자 보호 규정은 미미하다. 나아가 위와 같은 미성년자 보호방안을 구체화한 입법에서 국민건강보험과 연계된 것은 없어 사각지대에 놓인 미성년자가 존재할 수 있는 위험이 상존하고 있다. 국민건강보험이 모든 국민의 건강권 실현에 크게 기여하고 있다는 사실을 볼 때, 국민건강보험법에서 미성년자에게 납부 의무를 지우는 조항은 속히 개선되어야 할 것이다.

5. 아동·청소년 건강보험료 연대납부 문제 개선을 위한 중단 기적 과제

가. 단기적 과제

건강보험료 체납으로 인한 아동·청소년 건강권 침해문제는 미성년자에 대한 납부 의무가 존재하는 한 항상 발생할 수밖에 없다. 따라서 미성년자의 경우 소득·생활수준 및 경제활동참가 등과 상관없이 건강보험료 납부 의무를 지지 않도록 해야 할 필요가 있다. 따라서 현행 건강보험법 제77조(보험료 납부 의무) 제2항의 항목을 다음과 같이 변경할 것을 제안한다.⁹²⁾

92) 해당 법률안은 2017년 2월 기동민 의원 대표발의한 법률안으로 국회계류중에 있으며, 해당 법률안에 대해서는 ‘민주화를 위한 변호사모임’에서도 찬성한 바 있다. 이에 대해서는 「2017년 정기국회 법률안 민변 의견서」 참조

<http://minbyun.or.kr/wp-content/uploads/2017/11/2017-%EC%A0%95%EA%B8%B0%EA%B5%AD%ED%9A%8C-%EB%B2%95%EB%A5%A0%EC%95%88-%EB%AF%BC%EB%B3%80%EC%9D%98%EA%B2%A>

현행	개정안
제77조(보험료 납부의무) ① (생략)	제77조(보험료 납부의무) ① (현행과 같음)
② 지역가입자의 보험료는 그 가입자가 속한 세대의 지역가입자 전원이 연대하여 납부한다. 다만, 소득·생활수준·경제활동참가율 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 기준에 해당하는 미성년자는 납부의무를 부담하지 아니한다.	② ----- -----, 다만, 미성년자는 납부의무를 부담하지 아니한다.

이러한 법률안에 따르면 지역가입자 중 미성년자는 건강보험 납부의무를 지지 않기 때문에, 건강보험료 체납에 따른 각종 불이익에서 벗어날 수 있으며, 그동안 제시되었던 많은 인권침해 가능성을 상당히 줄여나갈 수 있을 것이다.

나. 중장기적 과제

건강보험료 체납으로 인한 아동·청소년 인권침해 문제는 납부의무 면제와 같은 단기적으로 쉽게 해결될 문제는 아니다. 왜냐하면 이를 해결하기 위해서는 건강보험 부과체계의 개편이나 아동·청소년에 대한 전면적 무상 의료 그리고 조세 기반의 의료서비스 제도에 대한 고려 등 전체적인 의료서비스 제도의 개편이나 변환 등과 연동되어 있기 때문이다.

가장 먼저 지역가입자와 직장 가입자 사이의 보험료 적용단계에서부터

의 형평성이나 공정성의 문제를 지적할 수 있다. 지역 가입자의 소득의 완전한 파악이 어렵다는 이유로 직장 가입자는 소득만을 중심으로 건강보험료가 책정되는 반면, 지역가입자는 소득 외 기타 재산이나 세대원까지 감안하여 건강보험료가 책정되는 구조이기 때문이다. 지역가입자의 소득파악은 그동안 국세청 등을 중심으로 꾸준히 이루어져왔고, 2016년 기준⁹³⁾으로 자영업자의 소득파악률은 88%로 근로소득자의 소득파악률 95%와도 격차가 많이 좁혀져 왔기 때문이다. 또한 이를 꾸준히 찾아내어 그에 적합한 과세와 탈세에 대한 중과세를 적용하기 어렵다고 하여 보건복지부에서 행정편의적인 방식으로 지역가입자에게만 불리한 방식으로 건강보험료를 책정하는 것은 적정한 방식은 아니라고 할 수 있다.⁹⁴⁾

둘째, 건강보험 납부와 수급은 철저히 분리되어야 할 필요가 있다. 특히 미성년자의 경우 건강보험 체납으로 인하여 의료서비스를 이용할 수 없는 것은 아니지만, 그것은 각종 제도를 통하여 의료서비스 이용을 할 수 있도록 구제하여 주는 것이지, 원칙적으로 의료서비스 이용 자체가 자유로운 것은 아니기 때문이다. 또한 건강보험증이 개인의 신원확인 등을 위하여 사용되고 있는 상황에서 건강보험료 체납기록을 의료기관에서 확인당하는 것은 개인 특히 미성년자의 인권침해 가능성을 높이고 있다. 따라서 적어도 미성년자의 경우에는 건강보험 납부 의무와 의료수급권을 분리하여 체납과 상관없이 의료서비스를 받을 수 있도록 하고, 의료기관에서도 체납 정보를 알 수 없도록 할 필요가 있다. 이럴 경우 미성년자의 부모나 미성

93) 김재진 외(2018). 『신용카드 등 사용금액 대한 소득공제 및 세액공제: 2018 조세특례(심층평가(Ⅰ))』. 한국조세재정연구원·기획재정부.

94) 본 연구 프로젝트의 최종 보고회에서 유익한 논평을 남겨 주신 여러 토론자들에게 감사드리며, 특히 중단기적 과제의 첫째, 둘째, 셋째 과제의 경우 토론자로 논평해준 김선(시민건강연구소)의 조언을 일부 참조하여 작성하였다.

년자가 의료기관을 이용하는 것을 꺼리게 하는 심리적 부담을 상당히 덜 수 있도록 할 것이며, 이에 따른 건강권 보장의 가능성도 확장될 수 있을 것이다.

특히 체납이 발생하고 있는 지역가입자의 경우, 대부분이 부모의 이혼이나 불화 등으로 인하여 체납이 발생하고 그것으로 인하여 미성년자에게 체납이 대물림되었다. 2017년 건강보험법 개정으로 인하여 다소 인권침해의 소지가 줄어들었다고는 하지만, 소득과 재산이 있는 경우 여전히 체납의 대물림이 발생할 수 있는 소지는 상존한다. 사회경제적으로 어렵게 살고 있는 사람들에게 또 다시 발생하고 있는 건강보험료 체납과 독촉, 대물림의 문제는 어렵게 살고 있는 사람들에게 대한 가중처벌과도 다르었다. 또한 아동·청소년의 건강권 보장을 최우선적으로 해야 한다는 유엔 아동권리 협약이나 국내 헌법 등의 규정과도 맞지 않는다. 따라서 아동에 대한 의료서비스의 전면적 보장이 시급하다.

셋째, 건강보험 지역가입자의 건강보험료 연대납부의무 자체가 사라지는 것이 바람직하다. 현재 민법상 부부가 채무에 대해 연대책임을 지는 것은 일부 가사행위에 대해서만 지고 있으며, 그 외 연대 책임은 없다는 점도 연대납부의무가 상당히 이상한 규정이라는 점을 보여준다. 현재 채무상속도 거부할 수 있도록 되어 있는 상황에서 법적으로 체납을 대물림하는 것은 적정한 원칙이라고 볼 수 없다. 이는 단순히 미성년자의 연대납부 의무를 면제하는 것을 넘어서 전체 지역가입자의 연대납부의무를 폐지하는 것으로 나아갈 필요가 있다. 왜냐하면 지역가입자로서 납부의무가 면제된 미성년자가 성년이 되는 바로 그 순간부터 특별히 사회경제적 지위가 변동되는 것은 아니기 때문에, 미성년자의 연장선 속에서 성년을 고려할 때 여

전히 건강보험료의 대물림 가능성이 발생하기 때문이다. 미성년자일때는 대물림이 부당하고, 그로부터 며칠이 지난 성년의 경우 대물림이 정당하다고 하는 논리는 즉, 미성년자와 성년을 생일을 중심으로 구분하는 것은 지나치게 행정편의적으로 접근하는 것이며, 인권침해 방지의 기본원칙과도 부합하지 않는다고 볼 수 있다. 이러한 문제점을 해결하기 위해서는 지역가입자의 연대납부 의무 자체를 폐지해야 하는데, 이러한 점은 건강보험제도의 개편과 맞물리는 장기적 차원의 과제라고 볼 수 있다.

넷째, 장기적으로 이러한 문제를 해결하기 위해서는 우선적으로 건강보험제도의 개편이 요구된다. 현재의 지역건강보험 부과체계는 세대부과방식을 기본으로 모든 세대원을 가입자로 간주하고 있다. 이는 완전고용 및 주부양자가 있다는 가정하에 만들어진 사회보험원칙이나 한국의 경우 직장가입자에 경우 애초부터 주소득원이 피부양자를 둘 수 있었던 점에서 볼 때 애초에 한국의 건강보험이 사회보험 원리로써 세대부과방식을 취하고 있었던 것이 아닌 것으로 보인다.

이러한 세대부과방식은 1988년 전국민건강보험 당시 지역가입자의 소득파악이 어렵고, 전국민을 가입대상을 확대하려는 방안에서 도입되어 온 것으로 점수제 부과방식에 대해서는 지속적인 비판과 논의가 있었고, 이 때문에 부과체계 개편논의가 지난 10여년간 지속된 바 있다. 그 결과 2018년 7월 1일 부로 1단계 부과체계 개편이 발효되었으나, 여전히 세대부과방식으로 인한 가입자조건이 직장가입자와 지역가입자가 다른 문제가 발생한다. 따라서 지역가입자의 가입자조건문제, 가입자부담의 형평성 문제를 해소하려면 근본적으로 지역가입자와 직장가입자의 구분을 없애고 개별가입방식으로 건강보험 가입체계를 개편해야 한다. 이를 위해서는 소

득, 재산 등에 대해 개인별로 부과체계를 확립하고, 고소득, 고자산에 대해서는 별도의 사회복지세등의 조세조달을 목적성으로 확충하는 방안이 방향성으로 제시될 필요가 있다. 이미 1970년대부터 북유럽, 남유럽등의 OECD 국가들과 건강보험의 부과체계를 1997년경 완전개편한 프랑스의 예에서 확인할 수 있듯이, 향후 한국의 인구구조, 노동인구구조 등을 고려하여 지역부과체계개편방안은 전체 건강보험 부과체계 개편방안 논의에 포함되어 변화시킬 필요가 있다.

다섯째, 아동에 대한 전면적 무상의료가 요구된다. 아동에 대한 의료서비스의 사각지대가 발생하는 것을 전면적으로 차단하고 이를 완벽하게 보장하기 위해서는 아동에 대한 전면적 무상의료를 통해서 가능하다. 이러한 과제가 단기적으로 쉽게 실현되지는 않겠지만, 장기적 과제로 설정하고 이를 위하여 필요한 예산을 간단하게 살펴보고자 한다. 이를 위해서 2016년 기준 아동의 의료비를 자료를 보면 다음과 같다.

[표 VI-12] 0세에서 19세까지 총 진료비와 급여비

(단위: 천원)

연령	총 진료비	급여비
0세	569,469,276	531,071,597
1-4세	2,021,293,595	1,611,980,244
5-9세	1,656,166,594	1,208,453,506
10-14세	1,017,927,631	716,220,471
15-19세	1,208,043,101	865,836,667
0세-19세	6,472,900,197	4,933,562,485

자료: 2016년 건강보험 통계연보

즉, 2016년 기준으로 만 20세 미만 급여비총액은 4조 9335억원이다. 이는 2014년의 4조 5103억원과 비교해 수가인상분등을 제외하면 거의 인상되지 않은 수치이다. 이를 2017년 평균보장성 62.5%를 넣고 역산하면 약 7조 8936(7조 2164억원, 2014년도 기준) 가량이 20세 미만 총 의료비로 추정된다. 따라서 비보험포함 1조 4207억원(2조 7061억원, 2014년도 기준)만 있으면 전액무료의료가 가능한 것으로 추산된다.

그런데, 20세 미만 아동 입원비등의 보장성 강화로 인해 비급여영역은 줄어들고 있으나 본인부담금은 늘어나고 있는 실정이며, 만 20세 미만 진료비의 법정본인부담금을 전액 경감하는데 약 1조 5394억원(1조 4110억원, 2014년 기준)만 있으면 충분한 것으로 판단된다.

만약 14세까지만 무상의료를 실시하려 한다면 비보험포함해서 약 1조 2353억원 가량이 필요하고, 법정본인부담금을 전액 경감하는데 1조 가량만 있으면 되는 것임을 알 수 있다. 이상의 추정에서 비급여 중 간병비는 제외되며, 무상의료로 인한 가격탄력성은 고려하지 않았다. 이는 무상의료를 실시함에 따르는 지불제도 및 의료전달체계개편으로 인한 인하분도 고려하지 않은 순수 예측치일 뿐이라는 점에서 추가적인 논의나 분석이 필요할 수 있다. 다만 현재 건강보험구조에서 가격탄력성 및 이용을 증가는 미비할 것으로 예상할 수 있다.

참고문헌

1. 국내자료

- 건강세상네트워크. 2017. 「생계형 국민건강보험체납자의 건강권 보장을 위한 토론회」 자료집, 국회의원 김상희·국회의원 제윤경·건강세상네트워크.
- _____. 2018. 「2017 누구나 건강할 권리가 있다-생계형 건강보험 체납자 피해상담 사례집」, 건강세상네트워크·아름다운재단.
- 권세원·이은정. 2014. 「조기아동발달 통합환경사정모델을 활용한 어린이 대상 사회서비스 프로그램 현황 및 성과분석 - 어린이 건강불평등 완화의 관점에서」, 「비판사회정책」 제45, pp.51-97.
- 길혜진. 2016. 「통계로 본 학교안전사고 현황」. 한국교육개발원 교육정책포럼.<https://kess.kedi.re.kr/post/6657160>
- 김미숙 외. 2013. 『2013 아동종합실태조사』, 보건복지부·한국보건사회연구원.
- 김재진 외. 2018. 『신용카드 등 사용금액 대한 소득공제 및 세액공제: 2018 조세특례 (심층평가(Ⅰ))』. 한국조세재정연구원·기획재정부.
- 대한민국정부. 2017. 「제5·6차 유엔아동권리협약 국가보고서」.

- 민주화를위한변호사모임. 2017. 「2017년 정기국회 법률안 민변의견서」.
- 보건복지부. 2017. 「2017년 분만취약지 지원사업 안내」.
- _____. 2018. 「2018년 모자보건사업 안내」.
- _____. 2018. 「2018년 자살예방백서」.
- _____. 2018년 차상위 본인부담 경감 대상자 지원사업 안내.
- 시민건강증진연구소. 2017. 『생계형 건강보험 체납자 실태조사 및 제도개선 연구』, PHI 연구보고서 2017-1.
- 의료보험연합회. 1997. 『의료보험의 발자취』. 의료보험연합회.
- 임병목 외. 2016. 『한의약을 활용한 취약아동 건강증진체계 개발 연구』, 보건복지부·한국건강증진개발원.
- 조비룡 외. 2011. “우리나라 국가검진체계의 실상”. J Korean Med Association, 54.7: 666-669.
- 질병관리본부. 2018. 『2017년 전국 예방접종률 현황』.
- _____. 2017. 『청소년 건강행태 온라인조사 통계』.
- 최은진. 2017. 「모유수유 실천 관련 사회환경적 요인과 정책적 시사점」. 『보건복지포럼』.제251호: 72-81.
- 통계청. 2017. 『사고에 의한 어린이 사망 : 1996-2016년』.

2. 영어자료

- Baltussen R, Niessen L. 2006. “Priority setting of health interventions: the need for multi-criteria decision analysis” . *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 4:14
- Commission on Social Determinants of Health.2008. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva: World Health Organization.
- Cromwell I, Peacock SJ, Mitton C.2015. “ ‘Real world’ health care priority setting using explicit decision criteria: a systematic reiew of the literature” . *BMC Health Service Research* 2015 DOI 10.1186/s12913-015-0814-3
- Guindo LA, Wagner M, Baltussen R, et al. 2012. “From efficacy to equity; literature review of decision criteria for resource allocation and healthcare decisionmaking” . *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 10:9
- H.E. Sigerist.1941. *Medicine and Human Welfare*, New Haven/London: Yale University Press/Oxford University Press.
- M. Huber e.a., 2011. “How should we define health?” . *British Medical Journal*, Volume 343, Number 4163.
- OECD. 2017. *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris
- R. Saracci. 1997. “The world health organization needs to reconsider its definition of health” . *British Medical Journal*. Vol.314, No.7091:1409-1419.
- Spronk, Sarah Ida. 2014. The right to health of the child: *an analytical*

- exploration of the international normative framework.*
Intersentia, Antwerpen,
- Tromp N, Baltussen. 2012. Mapping of multiple criteria for priority setting of health interventions: an aid for decision makers. *BMC Health Services Research* 2012, 12:454
- UN. 2013. *Committee on the Rights of the Child, General comment No. 15 on the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health*, UN.
- WHO. 1946. Preamble to the Constitution of the World Health Organization. <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>
- WHO. 2008. *Factsheet No. 31 on the Right to health*, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, Geneva.
- Willy Palm. etc..2017. *Implementation of the right to health care under the UN Convention on the Rights of the Child*. EU.

3. 일본 자료

국민건강보험 홈페이지 보험료 납부방법

<https://5kuho.com/html/noufu.html>

교토부가이드 “資格証明書世帯の高校生世代への短期被保険者証の交付等”

<http://www.pref.kyoto.jp/news/iryokikaku/1275988675585.pdf#search=%27E7%9F%AD%E6%9C%9F%E8%A2%AB%E4%BF%9D%E9%99%BA%E8%80%85%E8%A8%BC+6%E3%81%8B%E6%9C%88+%E5%AD%90%E3%81%A9%E3%82%82%27>

후생노동성 2010년 국민건강보험법 개정 개요

https://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/iryouhoken02/dl/h22_05.pdf



부록

한국의 아동·청소년 건강권 정책 우선순위 설정을 위한 전문가 조사

우선순위 설정을 위한 기준 요소에 대한 의견(설명)

아동·청소년 건강권 정책의 우선순위를 판단할 때 고려해야 할 요소를 다음과 같은 항목으로 정리했습니다. 각 항목에 대한 설명을 잘 읽고, 다음 페이지의 질문에 답해주시요.

(1) 형평성: 제대로 실행되지 않았을 때 생물학적 혹은 사회경제적 취약계층 (빈곤층, 환자 등)에게 불균형적으로 인권 침해를 초래할 수 있는 정책

(2) 대상자 크기: 제대로 실행되지 않았을 때 대규모 인구집단에 인권 피해를 가져올 수 있는 정책

(3) 시간 긴급성: 제대로 실행되지 않았을 때 아동·청소년 인권에 즉각적 문제를 야기하는 정책

(4) 심각성: 제대로 실행되지 않았을 때, (규모는 작더라도) 심각한 인권 침해 문제를 초래하는 정책

(5) 실행가능성: 정책을 실행하기 위해 필요한 제도, 절차 개선의 복잡성과 비용

정책 우선순위 설정을 위한 기준요소 평가

각각의 요소가 우선순위 설정에 있어 얼마나 중요한지 평가해 주세요

	1전혀 중요	2	3	4	5	6	7매우 중요
형평성	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
대상자 크기	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
시간 긴급성	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
심각성	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
실행 가능성	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

한국의 아동·청소년 건강권 정책에 대한 5요소 평가

지금부터는 연구진이 간추린 20개의 정책과제 각각에 대하여, 앞서의 다섯 가지 요소들이 상대적으로 얼마나 중요한지 해당하는 곳에 표기해 주십시오. 이 때 각 정책과제의 한국의 현재 상황에 기반하여 평가하여 주시기 바랍니다. 예를 들어 특정 과제가 보편적으로 매우 중요하지만 현재 한국사회에는 이미 많은 부분 정책/사업/프로그램이 도입되어 있어 추가적인 중요성을 가지고 있지 않다면 낮게 평가하여 주시면 됩니다.

한국의 아동·청소년 건강권 정책에 대한 5요소 평가1

아동·청소년 의료보장 사각지대(미등록 이주 아동 등) 해소를 위한 조치

	1매우 작다	2	3	4	5	6	7매우 크다
형평성	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
대상자 크기	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
시간 긴급성	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
심각성	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
실행 가능성	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

한국의 아동·청소년 건강권 정책에 대한 5요소 평가2

아동·청소년에 특정한 필수 의료서비스(응급의료, 신생아 중환자실, 재활병원 등) 확충을 위한 조치

	1매우 작다	2	3	4	5	6	7매우 크다
형평성	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
대상자 크기	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
시간 긴급성	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
심각성	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
실행 가능성	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

한국의 아동·청소년 건강권 정책에 대한 5요소 평가3

아동·청소년에 대한 의료서비스의 비차별성 강화를 위한 조치(아동과 부모 또는 법적 후견인의 인종, 피부색, 성별, 언어, 종교, 정치적 또는 여타의 의견, 민족적, 인종적, 사회적 출신, 재산, 장애, 출생 또는 여타의 신분등에 따른 차별적 의료 제공 철폐)

	1매우 작다	2	3	4	5	6	7매우 크다
형평성	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
대상자 크기	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
시간 긴급성	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
심각성	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
실행 가능성	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

한국의 아동·청소년 건강권 정책에 대한 5요소 평가4

의료서비스에 대한 경제적 부담 완화를 위한 조치(의료서비스 이용시 아동·청소년에 한하여 본인부담금 면제 등)

	1매우 작다	2	3	4	5	6	7매우 크다
형평성	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
대상자 크기	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
시간 긴급성	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
심각성	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
실행 가능성	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

한국의 아동·청소년 건강권 정책에 대한 5요소 평가5

의료서비스에 대한 물리적 접근성 강화를 위한 조치(의료취약지역에 대한 의료서비스 확충 등)

	1매우 작다	2	3	4	5	6	7매우 크다
형평성	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
대상자 크기	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
시간 긴급성	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
심각성	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
실행 가능성	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

한국의 아동·청소년 건강권 정책에 대한 5요소 평가6

의료서비스 정보 접근성 강화를 위한 조치(아동 및 보호자가 접근할 수 있고 분명히 이해할 수 있는 언어와 형식으로 건강증진, 건강상태, 치료방법에 관한 정보를 제공)

	1매우 작다	2	3	4	5	6	7매우 크다
형평성	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
대상자 크기	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
시간 긴급성	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
심각성	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
실행 가능성	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

한국의 아동·청소년 건강권 정책에 대한 5요소 평가7

의료서비스의 수용성 강화를 위한 조치(특정집단을 특별히 배려하는 가운데 아동의 요구, 기대, 문화, 견해, 언어 뿐만 아니라 의료윤리도 충분히 고려하고 존중하는 방식으로 의료서비스를 제공)

	1매우 작다	2	3	4	5	6	7매우 크다
형평성	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
대상자 크기	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
시간 긴급성	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
심각성	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
실행 가능성	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

한국의 아동·청소년 건강권 정책에 대한 5요소 평가8

의료서비스 질 향상을 위한 조치(근거 기반 의료, 숙련된 의료 인력 확충, 아동·청소년에 적합한 병원 설비 등)

	1매우 작다	2	3	4	5	6	7매우 크다
형평성	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
대상자 크기	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
시간 긴급성	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
심각성	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
실행 가능성	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

한국의 아동·청소년 건강권 정책에 대한 5요소 평가9

아동·청소년 정신건강 증진을 위한 조치(발달·행동장애, 우울증, 섭식장애, 불안증, 학대, 방치, 폭력, 착취에 의한 심리적 외상, 알코올, 담배, 마약 사용, 인터넷과 여타 기술을 과도하게 사용하거나 그것에 집착하는 것과 같은 강박행동, 자해와 자살 등에 대한 조치)

	1 매우 작다	2	3	4	5	6	7 매우 크다
형평성	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
대상자 크기	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
시간 긴급성	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
심각성	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
실행 가능성	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

한국의 아동·청소년 건강권 정책에 대한 5요소 평가10

아동·청소년이 영양면에서 충분하고 문화적으로 적절하며 안전한 식품에 대해 접근한 권리 보장을 위한 조치

	1 매우 작다	2	3	4	5	6	7 매우 크다
형평성	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
대상자 크기	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
시간 긴급성	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
심각성	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
실행 가능성	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

한국의 아동·청소년 건강권 정책에 대한 5요소 평가11

환경오염 및 기후변화에 의한 아동·청소년 건강 피해 최소화를 위한 조치(화학물질 규제, 중금속 규제, 미세먼지 대책 등)

	1매우 작다	2	3	4	5	6	7매우 크다
형평성	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
대상자 크기	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
시간 긴급성	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
심각성	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
실행 가능성	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

한국의 아동·청소년 건강권 정책에 대한 5요소 평가12

아동 친화적 건강관리 접근의 확산을 위한 조치(모자동실, 아기에 친근한 병원 만들기, 아동과 가족의 공포와 불안 및 고통을 최소화하는 방식으로 양질의 서비스를 제공하기, 청소년에게 환영받고 적합하며 비밀을 존중하고 청소년이 받아들일 수 있는 서비스를 전달하는 청소년 친화적 보건서비스 등)

	1매우 작다	2	3	4	5	6	7매우 크다
형평성	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
대상자 크기	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
시간 긴급성	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
심각성	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
실행 가능성	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

한국의 아동·청소년 건강권 정책에 대한 5요소 평가13

임신 기간 및 임신 전후에 여성이 받는 건강관리의 질 향상을 위한 조치(영양관리, 성/생식건강 교육, 정보 서비스에 대한 접근, 흡연, 약물사용 등과 관련된 건강한 행동습관 교육, 출산준비, 합병증의 조기발견, 안전한 낙태 및 이후의 건강관리, 출산시의 필수적 건강관리 등)

	1매우 작다	2	3	4	5	6	7매우 크다
형평성	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
대상자 크기	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
시간 긴급성	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
심각성	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
실행 가능성	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

한국의 아동·청소년 건강권 정책에 대한 5요소 평가14

모유수유 관행의 안전한 보호와 장려를 위한 조치

	1매우 작다	2	3	4	5	6	7매우 크다
형평성	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
대상자 크기	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
시간 긴급성	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
심각성	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
실행 가능성	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

한국의 아동·청소년 건강권 정책에 대한 5요소 평가15

청소년의 특정한 성/생식건강상의 욕구 충족을 위한 조치(효과적이고 안전한 피임, 낙태 등)

	1 매우 작다	2	3	4	5	6	7 매우 크다
형평성	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
대상자 크기	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
시간 긴급성	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
심각성	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
실행 가능성	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

한국의 아동·청소년 건강권 정책에 대한 5요소 평가16

아동에게 건강의 모든 측면에 대한 정보와 교육을 제공하기 위한 조치(건강한 식습관, 신체활동과 스포츠 및 오락 증진, 사고와 부상방지, 손씻기 및 여타 개인적 위생활동, 알코올과 담배 및 향정신성 물질을 이용하는 것의 위험성 등에 관한 내용)

	1 매우 작다	2	3	4	5	6	7 매우 크다
형평성	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
대상자 크기	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
시간 긴급성	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
심각성	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
실행 가능성	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

한국의 아동·청소년 건강권 정책에 대한 5요소 평가17

아동·청소년의 익사, 화상, 교통사고 포함 여타 사고의 발생률을 낮추기 위한 전략과 조치

	1매우 작다	2	3	4	5	6	7매우 크다
형평성	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
대상자 크기	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
시간 긴급성	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
심각성	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
실행 가능성	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

한국의 아동·청소년 건강권 정책에 대한 5요소 평가18

아동·청소년에 대한 폭력 예방을 위한 조치(가정폭력, 학교폭력, 성폭력 등 포함)

	1매우 작다	2	3	4	5	6	7매우 크다
형평성	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
대상자 크기	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
시간 긴급성	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
심각성	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
실행 가능성	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

한국의 아동·청소년 건강권 정책에 대한 5요소 평가¹⁹

아동·청소년에 대한 본드, 담배, 알콜, 마약 등 사용 예방을 위한 조치

	1 매우 작다	2	3	4	5	6	7 매우 크다
형평성	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
대상자 크기	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
시간 긴급성	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
심각성	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
실행 가능성	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

한국의 아동·청소년 건강권 정책에 대한 5요소 평가²⁰

부모가 아동의 건강증진 관련 정보와 교육 및 지원을 받을 수 있도록 보장하는 조치(육아법 교육, 후원단체 지원, 가족 상담 등)

	1 매우 작다	2	3	4	5	6	7 매우 크다
형평성	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
대상자 크기	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
시간 긴급성	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
심각성	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
실행 가능성	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

응답자의 정보(분석에만 사용되며 외부에 공개되지 않습니다)

이름

성별

- ☐ 남성
- ☐ 여성

연령대

- ☐ 30대
- ☐ 40대
- ☐ 50대

아동·청소년 인권 모니터링 — 국민건강보험제도를 중심으로

| 인쇄일 | 2018년 9월

| 발행일 | 2018년 9월

| 발행처 | 국가인권위원회

| 주 소 | 04551 서울시 중구 삼일대로 340 나라키움 저동빌딩

<http://www.humanrights.go.kr>

| 문의전화 | 아동청소년인권과 02)2125-9644

| FAX | 02)2125-0929

| E-mail | hoso@humanrights.go.kr

| 제작 | 천광인쇄사 031)943-5123

ISBN : 978-89-6114-638-8 93350 비매품