

주제회의
이주

한국 사회와 이주민의 건강불평등

김사강
[이주와 인권연구소 연구위원]

1. 머리말

국내에 체류하고 있는 이주민의 대다수는 언어적 제약, 정보 부족, 낮은 경제적·사회적 지위 등으로 인해 건강권의 측면에서도 취약한 처지에 놓여있다. 그러나 무엇보다 이주민의 건강권을 침해하고 있는 것은 보건의료나 사회보장 서비스 접근에서 국적이나 체류자격을 이유로 이주민을 배제하거나 차별하고 있는 법과 제도이다. 한국의 대표적인 의료보장제도인 건강보험제도는 2019년이 되어서야 이주민을 의무가입 대상에 포함시켰지만, 체류자격이 없거나 특정 체류자격을 가진 이들에게는 여전히 건강보험 가입자격을 부여하지 않고 있을 뿐 아니라 보험료 책정과 가족 등록 기준을 포함해 다양한 측면에서 이주민을 차별하고 있다. 생계가 어려운 이들의 의료보장을 위해 실시하고 있는 의료급여는 원칙적으로 ‘국민’만을 지원 대상으로 하고 있으며, 이주민 중에는 소수의 결혼이민자와 난민 인정자에게만 수급 자격을 부여하고 있다. 건강보험에 가입할 수 없는 미등록 이주노동자 등을 위해 시행되고 있는 외국인 근로자 등 의료비 지원사업은 예산과 이용 가능한 의료기관 수 부족으로 실질적 혜택은 미미하다. 한국 사회에서 이주민은 보편적 건강보장의 대상으로 고려되지 않고 있는 것이다.

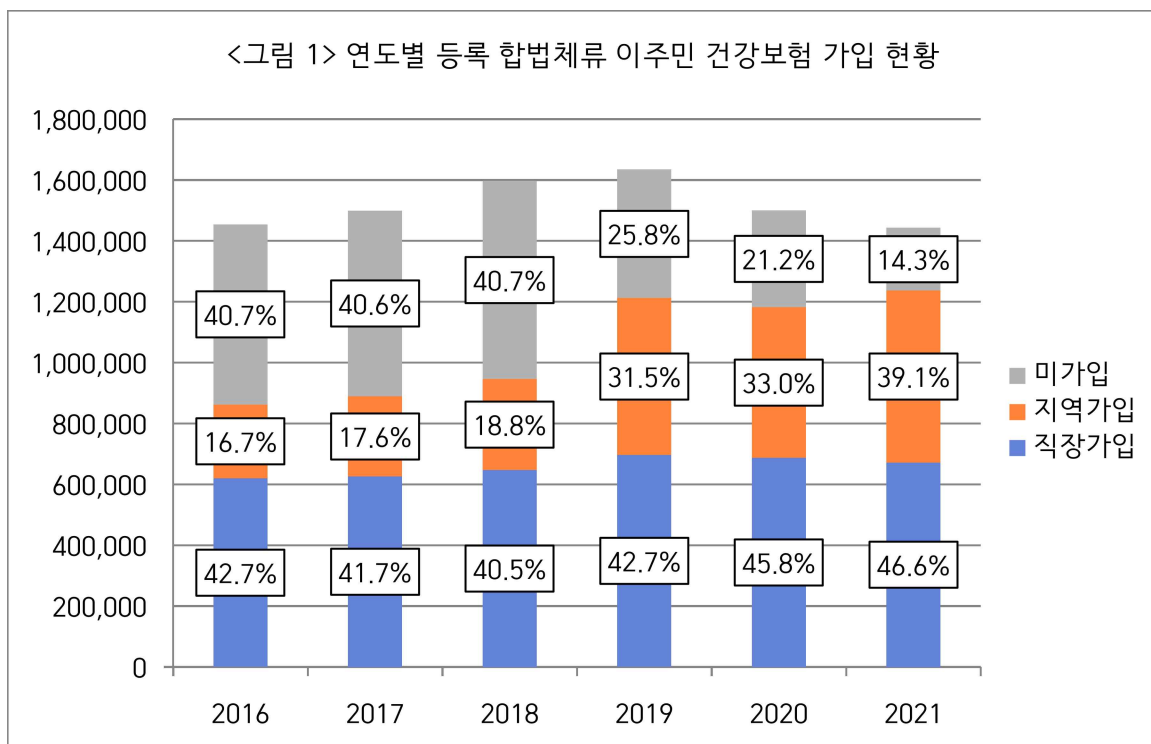
한국의 법과 제도가 국적이나 체류자격을 이유로 이주민의 건강권과 생존권 보호를 외면하는 관행은 코로나19 팬데믹 기간에도 지속되었다. 이주민은 ‘국민’이 아니라는 이유로, 체류자격이 없다는 이유로, 건강보험에 가입해 있지 않다는 이유로 감염병 치료와 예방접종, 재난지원금은 물론 방역의 필수품이었던 마스크 지급에서도 배제되거나 차별받았다. 미등록 이주민들에게 최소한의 안전망 역할을 했던 국공립 의료기관들이 코로나19 전담병원으로 지정되면서 입원 중이던 미등록 이주민들은 아무런 후속 조치 없이 병원에서 쫓겨났다. 보건소에서만 무료로 국가 필수 예방접종을 받을 수 있었던 미등록 이주 아동들 역시 보건소가 코로나19 대응 업무에 주력하게 되면서 갈 곳을 잃었다. 각국의 국경 봉쇄와 그로 인한 항공편 급감으로 체류 기간 만료 후에도 출국하지 못하는 이주민들이 크게 늘었지만, 정부는 이들에게 체류자격 없는 체류 기한 연장만을 허용함으로써 건강보험 자격 상실을 방지했다. 이주민의 건강권은 공동체 안의 모든 사람들을 위해서라도 개개인의 건강 보호가 필수적이었던 팬데믹 기간에도 뒷전이었다.

인종주의와 인종차별에 기반한 법과 제도는 이주민들의 의료서비스 접근성을 떨어뜨려 건강 불평등을 초래하는 주요한 원인이 된다. 이러한 시각에서 본 발제문은 이주민의 건강을 결정하는 여러 사회적 요인들 가운데 특히 법과 제도에 주목하여, 건강보험제도를 비롯한 다양한 의료보장제도에서의 차별과 배제가 어떻게 이주민의 건강불평등을 야기하고 있는지 살펴해보도록 한다.

2. 건강보험제도의 이주민 차별

1) 지역 가입 자격 취득 시기와 가입 가능 체류자격 제한

2019년 7월 16일 개정 국민건강보험법의 시행으로 이주민의 건강보험 지역 가입이 의무화된 이후, 등록 합법 체류 이주민의 건강보험 가입 비율은 채 60%가 되지 않던 수준에서 85%까지 늘어났다. 직장가입자 비율은 지난 6년간 40%대를 유지한 반면, 지역가입자 비율은 2018년까지 20%에 미치지 못하다가 2019년 이후 30%를 넘어서 2021년 40%에 육박하게 되었다. 이주민 건강보험가입자 비율의 증가는 지역 가입 의무화에 따른 지역가입자의 증가에 기인한 것이었다. (그림 1)



* 출처: 건강보험 가입자 수는 건강보험통계연보(각 연도), 출입국·외국인통계연보 (각 연도)

* 비율은 외국인등록·거소신고를 하고 합법 체류하는 이주민을 대상으로 계산함

그러나 의무화 이후에도 장기 합법 체류 중인 이주민 가운데 건강보험 미가입자 비율은 20% 안팎으로 적지 않다. 이는 이주민의 지역 가입 자격 취득 시기를 입국 후 6개월로 제한하고, 난민 신청자를 포함한 기타(G-1) 체류자격 소지자의 지역 가입을 불허하고 있기 때문이다. 특히 코로나19 팬데믹 기간에는 체류는 할 수 있지만 체류 자격은 없는 이주민들이 양산되면서 건강보험 가입자였다가 가입자격을 상실한 이주민들도 적지 않았다. 무엇보다 여전히 전체 국내 체류 이주민의 20%에 육박하는 미등록 이주민들은 아예 건강보험에 가입할 수 없다. 건강보험 가입 의무화라는 말이 무색하게 여전히 국내 체류 이주민의 40% 정도는 의료보장의 사각지대에 놓여있는 것이다.

2) 건강보험 지역가입 세대원의 범위 차별

직장가입자의 피부양자가 될 수 있는 가족의 범위는 내국인과 이주민이 동일하다. 그러나 이주민 지역가입자 세대주의 세대원이 될 수 있는 사람의 범위는 2019년 이후 축소되었다. 현재 내국인 지역가입자 세대는 세대별 주민등록표에 등재된 사람이라면 누구나, 심지어 가족이 아니어도 세대원이 될 수 있지만, 이주민은 배우자와 만 19세 미만 미성년 자녀만 세대원이 될 수 있도록 하고 있다. 세대원으로 등록할 수 있는 가족의 범위가 축소되면서, 함께 사는 가족 내에서 별도의 지역가입 세대주가 되는 사람들의 수도 증가하고 있다. 그리고 이는 이주민에 대한 차별적인 보험료 부과 기준과 함께 이주민 가구의 건강보험료 부담을 가중시키는 결과를 낳고 있다.

한편, 이주민 가입자 중 본인이 건강보험료를 내지 않는 직장가입자의 피부양자나 지역가입 세대주의 세대원의 비율이 내국인에 비해 절반 이상 낮음에도 불구하고 이주민의 건강보험 '무임승차'론은 지속적으로 불거지고 있다. 보건복지부는 2022년 12월 건강보험 지속가능성 제고 대책을 발표하면서 '외국인의 무임승차'로 인한 재정 누수를 거론하며 외국인 피부양자의 건강보험 가입 시점을 외국인 등록을 한 날이 아닌 입국 후 6개월이 경과한 때로 바꾸겠다는 방안을 내놓았다. 건강보험 제도 내 이주민 차별을 완화하는 것이 아니라 강화하는 방향으로 가겠다는 의지를 보여준 것이다.

3) 지역가입자 보험료 부과 기준과 보험료 경감 조건 차별

이주민 지역가입자의 보험료는 건강보험제도 개정 이전에도 일부 체류자격을 제외하고는 소득과 재산에 따라 계산한 보험료와 전년도 평균 보험료 중 높은 쪽으로 부과되었다. 그러나 개정 이후 내국인과 동일하게 소득과 재산에 따라 보험료를 부과되는 체류자격이 영주(F-5)와 결혼이민(F-6)으로 축소되면서 나머지 체류자격을 소지한 이주민들은 소득·재산과 무관하게 전년도 평균 보험료 이상을 부과당하게 되었다.¹⁾ 그나마 지역 가입 의무화 직전에 관련 고시가 개정되어 난민 인정자와 그 가족 및 미성년자 세대주에게는 평균 보험료가 아닌 월별 보험료액의 하한과 소득·재산에 따른 보험료 중 높은 쪽이 부과되게 되었다.²⁾ 그러나 이주민에게는 내국인과 다른 기준으로 보험료를 부과한다는 사실은 변함이 없으며, 보험료 경감 조건에 대한 차별도 계속되고 있다.

내국인의 경우 경제적 또는 사회적으로 취약한 상황이 보험료 경감의 고려대상이다. 섬·벽지·농어촌 거주자, 65세 이상자, 장애인, 휴직자에게 보험료를 경감하는 것이 대표적이다. 그러나 이주민은 체류자격에 따라 보험료를 경감하는 방식을 취하고 있어, 유학(D-2), 일반연수(D-4), 또는 재외동포(F-4)이면서 유학·연수를 하는 경우에는 50%, 종교(D-6)

1) 2023년 기준 이주민 지역가입자들에게 적용되는 전년도 평균 보험료는 장기요양보험료를 포함해 143,840원이다.

2) 내국인 미성년자가 지역가입자인 경우 건강보험 납부의무가 면제되나, 이주민의 경우 해당 조항이 적용되지 않는다. 2023년 기준 난민 인정자 및 미성년자 지역가입 세대주에게 적용되는 하한 보험료는 장기요양보험료를 포함해 22,310원이다.

또는 인도적 체류 허가자(G-1-6) 및 그 가족(G-1-12)인 경우에는 30% 경감을 하고 있다. 다만, 섬·벽지에 거주하거나 농어촌에 거주하는 이주민에게는 각각 50%와 22%의 보험료를 경감하는 규정이 추가되어 2021년 11월부터 적용되고 있을 뿐이다.³⁾ 건강보험제도의 중요한 원칙 가운데 하나인 “부담능력에 따른 보험료 부과”가 이주민들에게 적용되지 않으면서, 경제적으로 어려운 상황에서 지역가입자가 될 수밖에 없는 이주민들은 생계마저 위협당하고 있다.

4) 보험료 체납 이주민에 대한 가혹한 제재

이주민 건강보험 가입자가 보험료를 1회라도 미납하게 되면 바로 다음 달부터 보험료 완납 시까지 보험급여를 받을 수 없다. 분할납부 승인을 받고 분할납부를 시작해도 급여를 받을 수 없으며, 보험료를 완납해도 급여는 소급 적용되지 않는다. 만약 의료기관에서 체납 사실이 확인되지 않아 보험급여가 지급된 경우, 건강보험공단은 이를 체납자의 부당이득으로 처리해 환수조치 한다. 이는 보험료가 6회 체납될 때까지 보험급여가 실시되고, 이후 급여 제한이 되었다가 분할납부 승인을 받고 그 보험료를 1회 이상 납부하면 다시 급여가 실시되며, 체납 보험료를 기간 내 완납하면 부당이득 환수를 면제받는 내국인에 비해 과도한 제재이다.⁴⁾ 나아가 법무부는 건강보험료를 일정 금액 이상 체납한 이주민이 체류 기간 연장 신청을 위해 관할 출입국·외국인청을 방문하는 경우, 체류 기간 연장을 불허하는 조치를 시행하고 있다.

이러한 이중의 제재는 이주민의 지역보험료 징수율을 의무화 이후인 2019년 하반기 73.7%에서 2022년 상반기 95.2%로 높이는 놀라운 결과를 가져왔다. 그러나 이는 생계 곤란으로 건강보험료를 체납할 수밖에 없는 상황에 있는 이주민들이 생계비보다 건강보험료 지출을 우선하고 있기에 가능한 결과이기도 하다. 보험료를 분할납부하고 있음에도 완납할 때까지는 보험급여가 실시되지 않아 의료기관을 이용하지 못하는 이주민들의 상황은 “균등한 보장”이라는 또 다른 건강보험제도의 원칙이 지켜지지 않고 있다는 것을 의미한다.

2020년 실시된 조사에 따르면, 이주민 지역가입자 가운데 함께 사는 가족에게 별도의 보험료가 부과되고 있는 비율이 35.6%, 경제적 어려움으로 보험료를 체납한 적이 있는 비율이 27.4%, 건강보험료 체납으로 의료비 지불에 어려움을 겪거나 의료기관 이용을 하지 못한 적이 있는 비율이 20.1%로 나타났다.⁵⁾ 지역 가입 이주민에 대한 세대원 범위, 보험료 부과, 체납 제재 차별이 빚어낸 결과인 것이다.

3) 2022년 1월부터는 「농어촌주민의 보건복지 증진을 위한 특별법」에 따라 농어업 종사자에게 건강보험료를 경감하던 것을 이주민에게도 확대해 농어업에 종사하는 이주민들은 추가로 최대 28%까지 건강보험료를 경감받을 수 있게 되었다. 그러나 농어업인 경감을 받기 위해서는 본인이 주소지를 관할하는 읍·면·동장으로부터 농어업 종사자 확인을 받아 신청하도록 하고 있어, 절차를 모르는 이주민 다수가 실제 혜택을 받지 못하고 있는 실정이다.

4) 단, 영주(F-5)와 결혼이민(F-6) 체류자격 소지자는 내국인과 동일한 체납 제재 조치를 적용받는다.

5) 이한숙 외(2020). 「이주민 건강권 실태와 의료보장제도 개선방안 연구」 국가인권위원회. pp.154-5.

3. 사회보장제도의 이주민 배제와 이주민 의료지원 사업의 한계

1) 의료급여제도의 이주민 배제

한국의 사회보장제도는 근로 능력이 없거나 부양가족이 없어 생계에 어려움을 겪는 사람들의 의료보장을 위해 의료급여제도를 실시하고 있다. 의료급여 수급권자에게는 진찰·검사, 약제·치료재료 지급, 처치·수술 및 그 밖의 치료, 예방·재활, 입원, 간호, 이송 등의 의료비가 지원되어, 비급여 대상인 의료행위를 제외하고는 본인 부담이 없거나 질환 및 진료 형태에 따라 소액의 비용만 본인이 부담하게 된다. 특히 18세 미만의 아동, 65세 이상의 노인, 장애 정도가 심한 장애인, 임신 중에 있거나 분만 후 6개월 미만인 여성, 복지시설에 입소해 있는 수급권자 등에게는 의료비 본인 부담률을 더 낮게 적용하고 있다.

그러나 대부분의 이주민은 지원 대상이 될 수 있는 조건을 충족시키더라도 의료급여 수급권자가 될 수 없다. 일반적인 생계유지 곤란자는 물론 아동, 노인, 장애인, 노숙인, 시설 입소자인 경우에도 마찬가지이다. 정부는 사회보장과 관련된 법률이 원칙적으로 ‘국민’에게만 적용되며, 명시적인 특례조항이 있는 경우에만 이주민에게 예외적으로 적용되는 것으로 해석하고 있으며, 의료급여제도 또한 예외는 아니다. 이에 따라 국민기초생활보장법과 의료급여법, 난민법 등에 따라 의료급여 수급권자가 될 수 있는 이주민은 소득 조건을 충족하는 일부 결혼이주민과 난민인정자 등으로 제한된다. (표 1)

〈표 1〉 의료급여 수급권자가 될 수 있는 이주민

대상	조건
결혼이주민	① 한국 국민과 혼인 중인 사람으로 - 본인 또는 한국 국적의 배우자가 임신 중인 사람 - 한국 국적의 미성년 자녀를 양육하고 있는 사람 - 배우자의 한국 국적인 직계존속과 생계나 주거를 같이 하는 사람 ② 한국 국민인 배우자와 이혼하거나 그 배우자가 사망한 사람으로 - 한국 국적의 미성년 자녀를 양육하고 있는 사람 - 사망한 한국 국민인 배우자의 태아를 임신하고 있는 사람
난민인정자	난민법에 따라 난민으로 인정받은 사람
재외동포	영주귀국 사할린 한인 1세 및 그의 배우자와 장애인 자녀

결국 이주민은 생계유지 능력이 없는 사람이라 하더라도 의료급여 수급권을 갖지 못해 건강보험 지역가입자가 되고, 사실상 감당할 수 없는 전년도 평균 보험료를 부과당하며, 이를 납부하지 못해 건강보험료 체납자가 되면, 보험급여 혜택에서 제외된 채 의료비 부담으로 의료기관 접근이 어려워지는 처지에 놓이게 된다.

2) 외국인 근로자 등 의료비 지원 사업

한국 정부는 2005년부터 건강보험에 가입할 수 없는 미등록 이주민 등을 위해 지정 의료기관 이용 시 의료비를 지원하는 사업을 실시하고 있다. 지원 대상은 미등록 이주노동자 및 그의 배우자와 18세 미만의 자녀, 국적 취득 전 결혼이민자 및 그의 18세 미만 자녀, 난민 및 그의 18세 미만 자녀이며, 지원 범위는 입원 및 수술, 입원 및 수술과 연계되는 외래 진료, 산전 진찰 등이다. 지원금액은 회당 최대 500만 원이며, 2017년부터 본인 부담금 10%를 적용해 총진료비의 90%를 지원하고 있다. 그러나 예산 부족과 사업 수행 의료기관에 대한 낮은 접근성 등으로 인해 극소수의 이주민들만이 해당 사업의 혜택을 받고 있는 실정이다.

우선 2005년 지원 사업 도입 당시 예산은 45억 9,000만 원으로 전액 국비로 지원되었다. 2008년에는 예산이 48억 원으로 증가했지만, 국비의 비중이 70%로 줄고 대신 예산의 30%를 지방비로 충당하는 것으로 바뀌었다. 이후 예산은 지원 대상이 되는 이주민 수의 증가에도 불구하고 차차 줄어들어 2016년 30억 원까지 내려갔으며, 이후 현재까지 동일한 규모로 유지 중이다.

의료비 지원이 가능한 의료기관은 전국의 국공립 의료원과 적십자병원, 그 밖에 지원 사업을 수행하도록 지정된 의료기관으로 한정되어 있는데, 2022년 기준 지정 의료기관의 수는 107곳으로 전국의 7만여 의료기관의 0.2%도 되지 않는다. 의료기관의 수가 적다 보니 이주민 환자들의 접근성은 크게 제약될 수밖에 없다. 또, 지정 의료기관 중에는 산부인과나 소아청소년과 등 주요 진료과가 없는 경우도 있어 필요한 진료를 받는 데 한계가 존재한다. 특히 코로나19 팬데믹 기간에는 지정 의료기관의 다수를 차지하는 국공립 의료원과 적십자병원들이 코로나19 감염병 전담병원이 되면서 실제로 이용 가능한 의료기관의 수가 크게 줄어들기도 했다.

이처럼 외국인 근로자 등 의료비 지원사업은 건강보험제도를 포함한 의료보장제도의 바깥에 있는 이주민들의 의료서비스 접근성을 제고하기 위한 대안이라기에는 분명한 한계를 가지고 있다.

4. 법·제도가 가져온 이주민의 건강불평등

2020년에 실시된 조사에 따르면, 이주민의 미충족 의료율⁶⁾은 28.2%로 같은 시기 내국인의 미충족 의료율 15.1%에 비해 13.1%p 높게 나타났다. 이주민들이 미충족 의료를 경험한 이유는 의료비 부담이 54.1%로 가장 높은 비율을 보인 반면, 내국인이 의료비 부담을 이유로 꼽은 비율은 21.1%에 불과했다. (표 2) 이러한 차이는 이주민들은 건강보험이나 의료급여 등 의료보장제도에서 배제되어 있는 경우가 많고, 내국인에 비해 대체로 소득이 낮기 때문인 것에 기인하는 것으로 해석된다. 실제로 미충족 의료율과 미충족 의료의 이유로 비용 부담을 선택한 비율은 의료보장이 있는 이주민보다 그렇지 않은 이주민에게서 높게 나타났으며, 의료보장이 있는 경우에도 내국인에 비해서 비용 부담으로 인한 미충족 의료 경험 비율이 높았다. 또, 내국인과 달리 언어 장벽이나 정보 부족도 이주민의 미충족 의료 경험을 높이고 있었다.

〈표 2〉 내외국인 미충족 의료율과 미충족 의료 이유

(단위: %)

		내국인	이주민		
			전체	의료보장 유	의료보장 무
미충족 의료율		15.1	28.2	26.2	32.8
미충족 의료 경험 이유	비용이 부담되어서	21.2	54.1	44.0	71.6
	시간을 내기 힘들어서	51.7	37.4	-	-
	의사소통이 어려워서	N/A	27.9	-	-
	어디에 가야 할지 몰라서	2.7	17.7	-	-

* 출처: 내국인은 「2019년 한국의료패널 기초분석보고서(II)」(2021), 이주민은 「이주민 건강권 실태와 의료보장제도 개선방안 연구」(2020)

어떠한 이유에서든 이주민의 미충족 의료율이 높은 것은 결과적으로 이주민의 건강불평등으로 이어진다. 앞서 언급된 조사에서 의료기관을 이용한 이주민들을 대상으로 외래 진료와 입원 진료, 응급실 이용 중 어떤 서비스를 이용했는지 물었을 때, 외래 진료는 32.4%, 입원 진료는 10.7%, 응급실 이용은 8.5%로 나타났다. 이를 같은 시기 내국인의 의료기관 이용 내용과 비교하면, 외래 진료를 받은 비율은 48.4%p 낮지만, 입원 진료와 응급실 이용은 각각 1.8%p, 2.1%p 높았다. 그리고 이러한 차이는 의료보장이 없는 경우 더 컸다. (표 3) 이는 이주민들이 내국인에 비해 의료기관 이용이 필요한 시기에 적절한 치료를 받지 못하고 있다가 상태가 악화되거나 중증으로 진행된 이후에야 의료기관을 방문하고 있다는 것을 의미한다.

6) 미충족 의료율이란 최근 1년 동안 건강 문제로 의료기관에서 진단, 검사, 치료가 필요했지만 받지 못한 비율을 뜻한다.

〈표 3〉 내외국인 유형별 의료기관 이용률

(단위: %)

		내국인	이주민		
			전체	의료보장 유	의료보장 무
의료기관 이용률	외래 진료	80.8	32.4	34.9	25.4
	입원 진료	8.9	10.7	10.8	11.3
	응급실 이용	6.4	8.5	8.3	9.6

* 출처: 상동

건강보험을 포함한 의료보장제도는 모든 사람이 감당할 수 있는 적절한 비용으로 의료서비스에 접근할 권리를 보장하기 위한 최소한의 조치이다. 그러나 한국의 법과 제도는 국적이거나 체류자격을 이유로 이주민에게 의료보장제도에 대한 평등한 접근을 부정하거나 제한하고 있다. 그리고 그 결과 이주민들은 의료서비스 접근의 높은 문턱을 넘지 못한 채 심각한 건강상의 위험에 노출되어 있다.

유엔 인권조약기구들은 지속적으로 한국 정부에 의료보장제도 내 이주민 차별에 대한 개선을 권고해 왔다. 예를 들어 2017년 경제적, 사회적 및 문화적 권리위원회는 한국 정부에 국민건강보험과 의료급여 시스템에서 적격성에 대한 장애물을 제거함으로써 보편적 건강보장을 보장할 것을 권고했으며,⁷⁾ 2019년 인종차별철폐위원회는 이주민에 대한 건강보험 적용을 확대하되 모든 이주민들이 내국인과 동일한 기준으로 책정된 보험료를 납부할 수 있도록 제도를 개정할 것과, 한국에 거주하는 모든 사람이 국적과 무관하게 기본적인 사회적 지원을 받을 수 있도록 사회보장 정책을 재검토할 것을 권고했다.⁸⁾

그러나 한국 정부는 이러한 권고를 받아들이기는커녕 오히려 의료보장제도에서의 이주민 차별을 정당화하거나 강화하려는 움직임을 보이고 있다. 이주민 건강보험 가입자 중 일부 중증질환자들의 사례를 가지고 이주민의 보험급여 혜택을 과장하는 자료를 발표하거나 건강보험의 재정 악화를 이주민의 무임승차 탓으로 돌리며 직장가입 피부양자 기준마저 강화하겠다는 방안을 내놓는 것이 대표적이다. 개정된 건강보험제도가 이주민의 평등권을 침해하고 있다며 2019년 제기된 헌법소원에 대해 헌법재판소는 보험료 부과 및 세대 범위에 대한 차별이 합헌이라는 판결을 내리기도 했다. 한국 정부가 건강권을 기본적으로 제한될 수 없는 인권이라고 인식하지 않는 한, 그리고 국가는 ‘국민’이 아닌 이주민의 인권도 보장할 의무를 진다는 것을 인식하지 않는 한, 의료보장제도 차별로 인한 이주민의 건강불평등은 해소되기 어려울 것이다.

7) UN CESCR. 2017. Concluding Observations (E/C.12/KOR/CO/4). para.45.

8) UN CERD. 2019. Concluding Observations (CERD/C/KOR/CO/17-19). para.32.