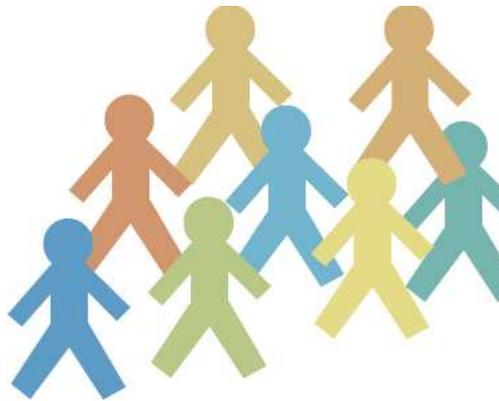




PHI Issue 2015-03

시민건강이슈 2015-03



노숙인 의료제도의 현황과 문제점

시민건강증진연구소

People's Health Institute

서 문

갈 곳 없는 거리의 홈리스를 회유하여 요양환자로 둔갑시킨 후 의료급여진료비 청구를 통해 병원 수익을 올렸던 B병원을 비롯한 요양병원의 그릇된 행태에 대한 언론보도가 2014년 하반기에 이어졌다. 홈리스 인권단체 등 시민사회단체에 의해 최초로 고발된 이 사건은 해당병원에 대한 제재조치로 일단락되면서 요양병원들의 불법적인 행태에 대한 사회적 관심을 집중시켰다. 그러나 여전히 많은 홈리스들이 요양병원에서 환자로 머물러 있는 현실에 대해서는 그리 관심을 받지 못하였고, 이후 정부 또는 지방자치단체 차원의 별다른 실태조사나 대책은 전무한 실정이다.

이 사회에서 빈곤의 가장 막다른 길이라 일컬어지는 ‘노숙’의 상황에 처해 있는 사람들이 ‘이윤’을 추구하는 병원의 표적이 되고 있고, 머물고 있는 요양병원 안에서도 제대로 된 의료 서비스를 받지 못하고 심지어는 강제치료나 폭력 등으로 인권을 침해당하는 사례들이 드물지 않게 발생하고 있다. 이러한 현실은 건강에 가장 부정적인 영향을 끼치는 환경에 노출된 이들- 특히 홈리스-에 대해 우리 사회가 이들을 보호하기 위한 기본적인 역할을 제대로 수행하고 있지 못하고 있음을 반영하는 것이라 할 수 있다. 홈리스에 대한 구체적인 파악조차 미흡할 뿐만 아니라 하물며 그들의 건강과 관련된 문제에 대한 파악은 더욱 더 관심사항 밖인 듯하다.

건강문제로 고통 받는 노숙인이 의지할 수 있는 의료급여제도에 대한 정책은 까다로운 수급자 선정기준을 적용하고 1종 노숙인 수급자가 되더라도 이용 가능한 의료기관을 크게 제한하고 엄격한 절차를 요구하는 등 절실한 보호가 필요한 이들에 대한 국가와 지방자치단체의 역할과 책임은 점점 더 축소되고 제도화된 차별로 남은 자존감에 깊은 상처를 안긴다. 지방자치단체의 노숙인에 대한 의료보호 사업 또한 의료급여제도와 적절한 역할분담을 설정하지 못하고 있을 뿐만 아니라 기본적인 의료를 보장하는데 있어 여전히 크게 미흡한 수준이다.

이 보고서는 현재 홈리스에 대한 사회적 인식과 보호는 물론 기본적인 건강보호를 위한 제도가 크게 미흡하다는 문제인식 하에 현재 홈리스를 대상으로 시행되고 있는 의료지원제도와 의료급여제도의 현황과 문제점을 살펴보고, 이 사회 빈곤의 가장 막다른 길에 놓인 홈리스에게 기본적인 의료를 보장하기 위한 제도개선 방안을 제안하고자 하였다.

2015. 11. 10

요양병원 대응 및 홈리스 의료지원체계 개선팀(건강세상네트워크, 공익인권법재단-공감, 노숙인인권공동실천단, 빈곤사회연대, 사회진보연대, 홈리스행동), 시민건강증진연구소

요 약

우리 사회에서 대표적인 주거취약계층이라고 알려진 노숙인은 그 범위의 설정여부에 따라 최소 1만 4천여 명에서 최대 28만 명으로 추산된다. 이들 노숙인의 의료보장을 위해 의료급여제도 또는 지방자치단체에서 시행하는 노숙인 의료지원사업이 시행되고 있으나 적절한 의료이용을 보장하기에는 미흡한 수준이다.

지방자치단체의 노숙인 의료지원사업은 대상자별로 잔여적이고 분절적인 지원과 관리에 머무르고 있으며, 보장성과 접근성이 낮다는 등의 문제점을 갖고 있다. 노숙인 의료급여제도 또한 수급권자 선정기준이 까다롭고, 의료기관을 이용하는 절차가 까다롭고 이용할 수 있는 의료기관이 제한적이며, 비급여진료비로 인한 본인부담금의 발생 및 간병지원서비스의 미흡, ‘노숙인 의료급여 1종’이라는 낙인효과와 일반 의료급여 수급자와의 의료기관 이용에서 차별이 존재하는 등의 문제점을 지니고 있다.

이러한 문제점을 개선하기 위해서는 우선적으로 노숙인 의료제도에 대한 법적 근거가 되고 있는 『노숙인 등의 복지 및 자립지원에 관한 법률』 내용 중 노숙인에 대한 정의에 대한 명확한 규정을 마련하고, 홈리스에 대한 의료지원의 법률적 근거를 명확하게 마련할 필요가 있다.

그리고 지방자치단체 중심으로 이루어지고 있는 노숙인 의료지원사업과 관련해서는

△지원대상자의 선정기준을 완화하고 △이용이 제한되어 있는 노숙인 지원 의료기관을 건강보험 모든 의료기관으로 확대하거나 충분한 재정을 확보할 필요가 있으며 △노숙인 의료지원사업과 노숙인 의료급여제도를 통합·운영하여 지방자치단체의 역할에 앞서 먼저 중앙정부의 책임과 역할을 강화하는 것이 필요하다.

노숙인 의료급여제도와 관련해서는

△노숙인 의료급여 수급자 선정기준 완화를 통해 수급자 규모를 확대하고 △의료급여 이용 절차를 국민건강보험 가입자와 차별이 없도록 개선해야 하며 △의료이용 시 본인부담금이 발생하지 않거나 대폭 줄이는 방향으로 제도개선이 필요하다.

목 차

서 문	i
요 약	ii
1. 노숙인 현황	1
2. 노숙인 의료제도 관련 이슈	3
2.1. 노숙인 의료지원 제도 현황과 문제점	3
2.2. 노숙인 의료급여 제도 현황과 문제점	8
2.3. 노숙인 의료지원 및 의료급여 제도의 법적 근거와 문제점	18
2.4. 노숙인 의료지원 제도 개선방안	25
2.5. 노숙인 의료급여 제도 개선방안	29
3. 맺는 말 및 정책제언	31
참고문헌	37

1. 노숙인 현황1)

홈리스 개념은 거리 노숙인부터 주거불안계층까지를 포괄하는 광범위한 의미를 가지며, 크게 다음과 같은 4개 집단으로 분류할 수 있다(이태진, 2004)

- ① 아직 주거를 상실하지 않았지만 주거불안상태에 놓인 계층(퇴거의 위협에 몰린 계층 등)
- ② 이미 주거를 상실하였으나 가족 지지망이 해체되지 않아 형제나 친척집에 거주하고 있는 주거취약계층
- ③ 이미 주거를 상실하였고 가족 지지망도 해체되어 비닐하우스 또는 쪽방과 같은 임시적이고 불안정한 주거시설에서 생활하는 계층
- ④ 끝으로 비닐하우스나 쪽방에도 머무르지 못하고 거리로 나와 숙식을 해결하는 계층(협회의 노숙인으로 거리 노숙인 또는 시설 노숙인이 해당)

한국의 ‘노숙인 등의 복지 및 자립지원에 관한 법률’(이하, 노숙인복지법)은 광의의 노숙인 개념을 적용하여 ‘노숙인 등’을 “상당한 기간 동안 일정한 주거 없이 생활하는 사람, 노숙인시설을 이용하거나 상당한 기간 동안 노숙인 시설에서 생활하는 사람, 상당한 기간 동안 주거로서의 적절성이 현저히 낮은 곳에서 생활하는 사람”으로 정의하고, 국가와 지방자치단체는 노숙 등을 예방함은 물론 노숙인 등의 권익 보장과 보호와 재활 및 자활을 지원하기 위한 정책을 마련하여 노숙인등의 사회복귀 및 복지를 향상시킬 책임이 있다고 규정하고 있다.

2011년 보건복지부의 용역을 받아 한국도시연구소가 국내 처음으로 수행한 『주거취약계층 전국실태조사』 결과에 의하면 ‘노숙인 등’의 총 규모는 22만 명에 이르는 것으로 보고되었는데, 이들 중 전통적으로 핵심적인 정책대상인 ‘협회의 홈리스’ 즉, 거리 노숙인과 시설 입소 노숙인(부랑인 시설 또는 노숙인 쉼터 입소자) 규모는 약 1만4천 명으로 전체 주거취약계층의 약 6%를 차지하였다(표 1).

주거빈곤계층 규모 파악 등 전국 단위의 실태조사²⁾는 2011년 첫 시행되었으며, 서울시 등 일부 지방자치단체 차원에서 노숙인에 대한 실태조사를 시행해 오고 있다. 그러나 아래 <표 2>의 자료와 같이 거리 및 시설 노숙인 이외에 다른 형태의 ‘상당기간 동안 거처가 불안정한 사람들’에 관한 조사는 포함하고 있지 않아 홈리스 전체 규모를 파악하기에는 한계가 있다.

1) 김선미 등, 요양병원 이용 홈리스의 복지권에 관한 연구. 홈리스행동, 대한변협인권재단. 2015 자료를 토대로 수정, 정리하였다.

2) 노숙인 등에 대한 실태조사는 노숙인 등의 현황·육구 및 심리와 이들에 대한 공공 및 민간의 지원 현황에 대하여 보건복지부장관이 5년마다 시행하고 그 결과를 공표해야 한다(노숙인복지법 제9조).

<표 1> '노숙인 등'에 해당되는 주거취약계층 인구 및 가구 규모

(단위: 명, 가구)

구분		거리 노숙	부랑인 시설	노숙인 쉼터	응급 잠자리	비숙박용 다중이용 업소	쪽방	여관/ 여인숙	고시원	합계
		인구	명	2,689	8,160	2,636	508	62,453	6,214	15,440
	%	1.2	3.7	1.2	0.2	28.1	2.8	7.0	55.8	100.0
가구	명	2,685	8,153	2,549	508	62,453	5,784	13,640	123,355	219,127
	%	1.2	3.7	1.2	0.2	28.5	2.6	6.2	56.3	100.0

자료: 서중균 외(2012)

<표 2> 서울시 노숙인 현황

(단위: 명)

구분	거리 노숙인	시설 노숙인	합계
2013년 5월	764	3,671	4,435
2013년 7월	973	3,674	4,647
2013년 10월	871	3,562	4,433
2014년 1월	536	4,087	4,623

주) 서울시 노숙인 종합 실태조사는 2013년 최초로 시행되었음

자료: 정원오 등(2013)

그러나 앞서 살펴본 주거취약계층 실태조사의 규모를 참고하여, 쪽방 거주민을 더할 경우, 서울시 '노숙인 등'의 규모는 약 7천7백 명으로 추정되며, 그 외 기타 다중이용시설 등에 거주하는 사람들도 포함하게 되면 서울시의 주거취약계층 인구규모는 약 12만 명에 달한다. 요컨대, 거리 및 시설 노숙인 통계자료만을 반영하는 서울시 노숙인 인구 통계 또한 주거취약계층 중 극히 일부만을 반영하고 있다. 이는 주거취약계층에 대한 서울시의 소극적인 태도를 반영함은 물론 정책대상 규모를 축소 또는 배제함으로써 주거취약계층에 대한 사회적 인식과 적극적인 정책을 저해하는 요인으로 지적되고 있다.

중앙정부 및 서울시 등 지방자치단체의 거리 노숙인과 시설 노숙인 등 일부 홈리스 집단만을 대상으로 하는 노숙인 지원대책은 이들 외 대규모의 홈리스 집단을 복지 사각지대에 그대



로 방치함은 물론 도움이 필요한 이들을 사회적 관심과 지원으로부터 격리하고 있는 셈이다. 또한 거리 노숙인과 시설 노숙인에 대한 현재의 지원사업도 이들의 기본적인 필요를 충족시키기에 크게 미흡하여 개선이 시급하다.

2. 노숙인 의료 제도 관련 이슈

2.1. 노숙인 의료지원 제도 현황과 문제점

2.1.1. 서울시 의료보호사업 현황

일명 ‘노숙인복지법’은 ‘노숙인 등’에 대한 복지서비스 제공 중 의료지원을 명시하고 있다(표 3). 의료급여법은 보건복지부장관이 인정한 ‘노숙인 등’에 대하여 의료급여 수급권을 보장하고 있다.

<표 3> 노숙인 등에 대한 의료지원 관련 법 규정

노숙인 등의 복지 및 자립지원에 관한 법률 제12조(의료지원)
① 국가와 지방자치단체는 노숙인 등에게 필요한 의료서비스를 제공하기 위하여 노숙인진료시설을 설치·운영할 수 있다.
② 국가와 지방자치단체는 국공립병원, 보건소 또는 민간의료기관을 노숙인진료시설로 지정할 수 있다.
③ 국가와 지방자치단체는 전문적인 처치와 수술 등을 필요로 하는 노숙인 등에 대한 전문 의료서비스의 제공을 국공립병원, 보건소 또는 민간의료기관에 의뢰하거나 위탁할 수 있다.
④ 국가와 지방자치단체 외의 자는 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 노숙인진료시설을 설치·운영할 수 있다.
⑤ 노숙인진료시설의 설치·운영 및 지정기준 등 노숙인 등에 대한 의료지원에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

사회적 지지기반이 취약하고 경제적 부담능력이 낮은 노숙인들의 경우 필요한 의료서비스 이용을 위해 기본적으로 의료급여제도에 의존할 수 있다. 그러나 입소 절차와 그에 따른 의료급여 자격심사 등의 처리기간 지연으로 인해 의료급여 수급권을 받더라도 그 이전 의료비에 대한 노숙인 보호시설의 과중한 부담이 발생하고 있다. 또한 엄격한 의료급여 수급자 선정기준으로 인해 실제 의료급여 수급권을 보장받는 노숙인은 전체 노숙인의 극히 일부에 불과한 실정이다.³⁾ 의료급여 수급권을 보장받지 못하는 노숙인은 결국 국민건강보험 또는 자선의료에

3) 2014년 말 기준 의료급여 노숙인 1종 수급권자는 788명이었으며 이는 서종균 등(2012)이 조사한 2011년 거리노숙인 추정치 2,689명의 29.3%에 해당함(시설 노숙인의 경우 의료급여 노숙인 수급자가 아닌 일반 의료급여 1종 수급권을 부여하고 있으므로, 의료급여 1종 노숙인의 경우 대부분 거리 노숙인이라고 가정)



의존할 수밖에 없는데 국민건강보험의 경우 주민등록말소 또는 장기간의 보험료 체납으로 인해 국민건강보험이 적용되지 않아(급여정지) 의료이용 시 진료비 전액을 본인이 부담해야 하며, 만약 국민건강보험 자격을 유지하더라도 진료비가 많이 발생하는 경우(또는 많이 발생할 것이라고 예상하는 경우) 치료를 중단 또는 포기할 수밖에 없게 된다.

이러한 사각지대에 대하여 보건복지부는 “국민건강보험 또는 의료급여 수급을 받을 수 없는 노숙인에 대해 지방자치단체가 의료비 예산을 확보하여 보호”하도록 하고 있다(보건복지부, 2015). 이에 따라 지방자치단체들은 자체적으로 노숙인의료구(보)호사업을 운영해오고 있으며, 그 중 가장 규모가 크고 타 지방자치단체에 비해 보다 체계적인 서울시의 노숙인 의료보호사업의 주요 내용은 다음과 같다.

1) 추진방향

서울시가 발표한 ‘2014년도 노숙인 의료지원사업 추진 시행계획’에 따르면 사업의 기본원칙은 모든 노숙인의 건강보험 또는 의료급여 자격취득을 우선적으로 추진하고, 건강보험 또는 의료급여 자격취득이 불가능한 경우에만 최종적으로 시 자체 예산으로 운영되는 의료보호사업을 통해 노숙인의 의료지원을 시행하는 것이다.

2013년에는 소득이 최저생계비 120% 미만인 경우 A형, 120% 이상인 무보험 노숙인의 경우 B형으로 분류하고, B형의 경우 본인부담금(1회 1만원, 연 30만원)을 부담하도록 했다. 그러나 노숙인 소득의 불규칙성과 본인부담금으로 인한 갈등 등으로 인해 실제 사업을 운영하기 어려운 등의 문제가 제기되어 2014년에는 폐지되었다. 이후 무보험 노숙인의 경우 국민건강보험 또는 의료급여 수급 자격취득 등 공식적 의료보장제도를 활용한 노숙인 의료지원을 기본원칙으로 삼은 것이다.

2) 지원대상 및 내용

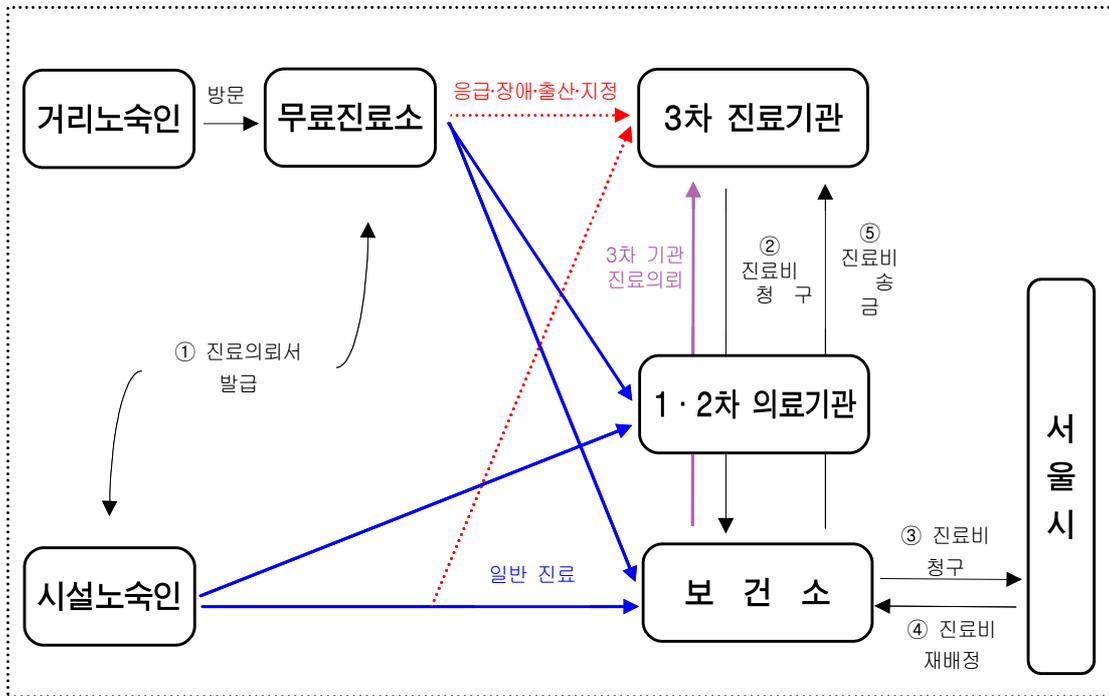
서울시 의료보호사업의 대상은 국민건강보험 급여정지(주민등록 말소) 또는 제한(6개월 이상 보험료 체납) 대상이면서 의료급여를 받지 못하는 경우(3개월 미만 노숙)로 한정된다. 그리고 의료급여 수급권자, 국민건강보험 가입자라 하더라도 국민건강보험이 부담하지 않는 의료비(급여항목 중 본인부담금, 응급상황, 입원시 식대, 치료목적 진료비 중 비급여항목으로 인한 진료비)는 지원할 수 있다. 다만, 비급여항목에 대한 지원은 원칙적으로 제한하는 것이 서울시의 기본입장이다

‘2014년도 노숙인 의료지원사업 추진 시행계획’에 따르면 서울시 의료보호 대상 노숙인은

642명으로 이중 무보험자 시설입소 노숙인이 280명, 기타 거리노숙인이 362명이었다.

3) 지원절차

노숙인 시설 또는 무료진료소에서 진료의뢰서를 발급할 경우, 노숙인은 노숙인 진료기관을 방문하여 진료를 받을 수 있으며, 진료기관은 관할 자치구(보건소)를 통해 진료비를 사후적으로 정산한다. 진료의뢰서는 발급 당일에 한해 유효하다. 진료의뢰서 발급시 응급, 장애, 출산의 경우를 제외하고 가급적 1차 또는 2차 의료기관에 의뢰하도록 하고 있으며, 반드시 국민건강보험 가입자 또는 의료급여 수급자인지 여부를 확인한 후에 진료의뢰서를 발급하도록 하고 있다(그림 1).



자료: 서울시 자활지원과(2014)

<그림 1> 서울시 노숙인 의료보호사업 체계와 절차

4) 노숙인 진료시설

서울시 관내 노숙인 진료시설로는 2014년 현재 1차 의료급여기관으로는 각 구 보건소 27개소, 무료진료소 2개소(영등포구, 용산구 각 1개소마다 공중보건위가 상주)과 신경정신과 의원 1개소 등 총 30개소이며, 2차 의료급여기관으로는 서울의료원 및 서울의료원 강남분원, 보라매병원, 국립서울병원, 동부병원, 은평병원, 서북병원, 서울적십자병원 등 8개소가 지정되어 있

으며, 3차 의료급여기관으로는 국립중앙의료원 등 1개소이다. 그 외 약국 36개소가 노숙인 진료시설로 지정되어 있다(서울시 자활지원과, 2014).

참고로 서울시의 경우 진료지원 이외에 결핵환자 관리사업과 독감 예방접종 사업을 실시하고 있다.

2.1.2. 노숙인 의료지원체계의 문제점

1) 잔여적이고 분절적인 지원·관리

노숙인을 위한 의료지원 체계는 노숙인의 의료보장 유형과 의료이용 형태에 따라 국민건강보험과 의료급여로 구분되며, 의료급여 내에서도 의료급여 종별 유형(의료급여 1종과 의료급여 노숙인 1종) 구분에 따라 본인부담 수준, 의료이용 절차, 이용가능한 의료기관 범위 등에 차별이 있다. 이러한 제도의 혜택을 보장받기 어렵거나 미흡한 경우 최종적으로 노숙인의 의료보호 책임을 담당하는 지방자치단체가 시행하는 의료보호사업의 역할에도 영향을 미친다(예, 국민건강보험과 의료급여 모두 적용되지 않을 경우 치료비 전액을 지방자치단체가 부담하거나 국민건강보험과 의료급여 중 어떤 제도의 적용을 받는지 여부에 따라 본인부담금과 이용가능한 의료기관이 달라지고 그에 따라 노숙인을 지원하는 지방자치단체 노숙인 의료보호사업의 지원내용도 달라지게 됨).

노숙인 의료지원과 관련된 이러한 제도의 복잡성과 노숙인 의료이용 및 관리에 있어서의 분절성은 당사자가 스스로 제도를 이해하고 필요한 의료이용을 하기 어렵게 한다. 또한 신청 및 선정절차가 복잡하고 까다로워 그 결과를 예상하기 어렵기 때문에, 절차적 문제로 인한 시간 지연과 엄격한 의료급여 수급자 선정기준 등이 또 다른 사각지대를 만든다. 의료급여 수급자 선정전까지의 의료이용에 대해서는 의료급여가 적용되지 않아 설사 국민건강보험의 적용을 받더라도 의료급여 수급자인 경우에 비해 더 많은 의료비를 부담해야 하고, 만약 국민건강보험 보험료를 체납하여 보험급여가 제한되는 경우라면 모든 의료비를 본인이 직접 부담해야만 한다.

노숙인의 의료지원과 관련된 제도들의 복잡성과 분절성은 노숙인을 보호해야할 책임을 지고 있는 중앙정부와 지방자치단체간의 갈등과 책임 회피문제를 야기하고 있다. 보건복지부는 노숙인 지원 관련 사업지침을 통해 ‘의료급여 1종 노숙인’ 자격을 받지 못하는 ‘노숙인 등’의 경우 지방자치단체 자체 예산만으로 의료지원을 실시하도록 규정하고 있는데, 노숙인 1종 의료급여는 국비와 지방비가 함께 집행되는⁴⁾ 반면, 지방자치단체 노숙인 의료보호사업 예산 전액

을 지방자치단체가 책임지기 때문이다. 그 결과 지방자치단체로 하여금 재정적 문제로 인해 노숙인 등에 대한 의료보호사업에 대한 예산지원 감축 경쟁을 벌이도록 함으로써 사실상 노숙인 등에 대한 의료지원을 의료급여로 그 책임을 떠밀고 지방자치단체의 의료보호사업 수준을 축소시키는 동기를 제공하고 있다.

대표적으로 서울시의 경우 노숙인복지법이 시행되기 전에는 노숙인 등에 대해 비급여는 물론 비의료비 지출(보장구 등)까지 전액 지원했으나 노숙인복지법 시행 이후 ‘의료급여 1종 노숙인’ 수급자 제도가 마련되면서 서울시 의료보호사업의 비급여에 대한 보장수준은 축소되었고, ‘무보험자에 대한 진료의뢰서 발급 원칙적 금지’ 지침 등을 적용하면서 국민건강보험 또는 의료급여를 통해 노숙인의 의료문제를 해결하도록 종용하고 있다. 이러한 퇴행과정에서 긴급히 받아야 할 의료지원을 받지 못해 사망하는 사례도 발생하였다.

2) 낮은 보장성과 접근성 제한

국민건강보험은 급여항목에서도 법정 본인부담금이 있고, 의료급여 1종의 경우 입원진료시 법정본인부담금 부담은 없더라도 비급여 항목으로 인한 진료비는 전액 부담해야 한다. 서울시는 의료급여 수급권자 또는 국민건강보험 가입자라도 급여대상에 포함되지 않는 의료비[급여 항목 중 본인부담금, 응급상황, 입원시 식대, 치료목적 진료비 중 비급여 항목]를 서울시 의료보호 차원에서 지원할 수 있다. 그러나 치료목적 비급여 진료비 중 ‘의사의 판단 하에 치료에 필요한 항목’이라는 규정은 모호하여 실제 의료 지원을 위축시킬 소지를 안고 있다.

또한 ‘의료급여 1종 노숙인 수급자’는 시설이나 무료진료소를 통해서 진료의뢰서를 발급받는 절차를 거쳐야 하며, 이 과정에서 거리 노숙인 등의 경우 의료지원이 필요하지만 스스로 지원요청을 하지 못하는 이들은 제도의 적용을 받을 수 있다 하더라도 절차를 모르거나 절차를 이용하기 어려워 사각지대가 발생할 수 있다. 거리 노숙인의 경우 아웃리치 활동 등을 통해 적극적으로 의료적 도움이 필요한 노숙인을 발견하기 위한 노력을 하고 있지만 아웃리치 상담원이 육안이나 질문을 통해 확인가능한 건강상태 파악만으로는 한계가 있다. 따라서 노숙인의 건강상태를 보다 적절하게 파악하고 그에 필요한 대응을 할 수 있도록 하는 방안과 함께 노숙인 진료시설들 간에 연계·협력을 강화함으로써 노숙인에 대한 지원이 보다 체계적이고 연속적으로 이루어질 수 있도록 관련 제도를 개선하는 것이 필요하다.

4) 의료급여의 재원인 의료급여기금에 대한 중앙정부 부담율은 서울시의 경우 50%, 그 외 지방자치단체의 경우 80%로 지방자치단체의 입장에서는 노숙인의 의료보호를 위해 해당 자치단체 예산으로 100%를 지원하는 의료보호사업보다는 재정부담이 크게 낮은 의료급여제도를 활용하는 것이 자치단체의 재정안정성 측면에서 유리함

2.2. 노숙인 의료급여제도 현황과 문제점

2.2.1. 노숙인 의료급여 주요 내용

『노숙인 등의 복지 및 자립지원에 관한 법률(이하 노숙인복지법)』⁵⁾에 근거하여 「의료급여법」의 관련 규정이 개정되면서 2012년 6월 8일부터 노숙인 중 일부에게 의료급여 수급권(1종 노숙인)을 보장하게 되었다. 참고로 국민기초생활보장법에 의한 보장시설 중 노숙인재활시설, 노숙인 요양시설 입소자의 경우에는 ‘사회복지시설 입소자’로서 의료급여 수급권을 보장받는다.

1) 수급권자 선정 기준

노숙인복지법에 따른 노숙인⁶⁾ 중 보건복지부장관이 의료급여가 필요하다고 인정하는 사람으로 다음의 2가지 조건을 모두 충족시켜야 한다(표 1).

<표 4> 의료급여 1종 노숙인 선정기준

의료급여 1종 노숙인 선정기준
① 노숙인 일시보호시설, 노숙인 자활시설(기존 노숙인쉼터) 입소자 중 노숙인 해당기간이 지속적으로 3개월이상 유지된 것으로 확인된 사람
② 국민건강보험에 가입되어 있지 않거나 6개월 이상 체납된 사람

2) 수급권 신청 및 수급권 유형

노숙인 의료급여는 수급권자 당사자, 친족, 기타 관계인 등이 보장기관(시장·군수·구청장)에 신청할 수 있다. 노숙인 중 의료급여 수급권자 선정기준에 부합하여 수급권을 취득할 경우 의료급여 자격 유형은 ‘노숙인 1종’이다. 노숙인 1종은 다른 의료급여 수급권자와 달리 국가와 지방자치단체가 ‘노숙인진료시설’로 지정한 의료급여기관을 이용할 경우에만 의료급여 적용을 받을 수 있다.

5) 2011년 6월 7일 제정되었으며 2012년 6월 8일부터 시행되었다. 「노숙인 등의 복지 및 자립지원에 관한 법률」 부칙 제3조(다른 법률의 개정) 규정에 따라 노숙인의 의료급여 수급권을 보장하도록 「의료급여법」의 수급권자 관련 조항인 제3조(수급권자)의 제1항 제9호로서 “「노숙인 등의 복지 및 자립지원에 관한 법률」에 따른 노숙인”이 추가되었다.

6) 18세 이상 성인으로 상당한 기간 동안 일정한 주거 없이 생활하는 사람, 노숙인시설을 이용하거나 상당한 기간 동안 노숙인시설에서 생활하는 사람, 상당한 기간 동안 주거로서의 적절성이 현저히 낮은 곳에서 생활하는 사람

3) 급여내용 및 의료급여 이용 절차

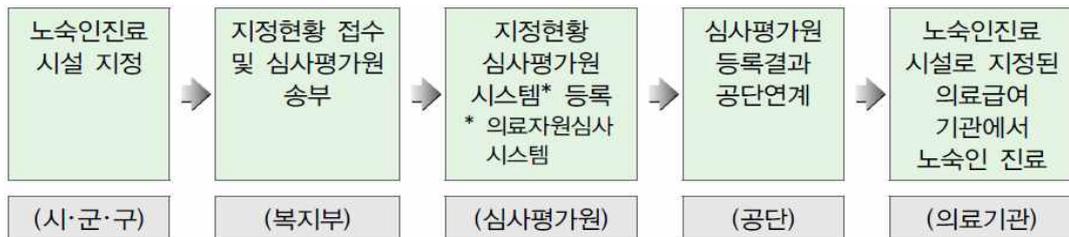
의료급여 1종 노숙인 수급자(이하 노숙인 수급자)는 다른 의료급여 1종 수급자와 동일한 급여를 보장받는다. 다만 타 의료급여 수급자와 달리 의료급여기관 이용절차 및 이용 가능한 의료급여기관의 범위에 있어서 제한을 받는다.

노숙인 수급자는 ‘노숙인 진료시설’로 지정된 제1차 및 제2차 의료급여기관에 한하여 의료급여 적용을 받으며 이 경우에는 의료급여의뢰서 없이 이용이 가능하다. 그러나 ‘노숙인 진료시설’로 지정되지 않은 제2차 의료급여기관 또는 3차 의료급여기관을 이용하고자 할 경우에는 제2차 노숙인 진료시설에서 발부한 ‘의료급여의뢰서’가 필요하다. 그러나 「응급의료에 관한 법률」 제2조 제1호에 해당하는 응급환자, 분만의 경우에는 이러한 절차의 적용을 받지 않고 의료급여를 이용할 수 있다.

한편 노숙인이라 하더라도 ‘사회복지시설 입소자’인 시설수급자는 노숙인 의료급여절차를 적용하지 않고 일반 수급권자와 동일하게 의료급여를 이용할 수 있다.

‘노숙인 진료시설’은 건강보험심사평가원이 등록관리하고 있으며 2012년 7월 20일 기준 248개 노숙인진료시설(보건소, 보건의료원, 공립병원)이 지정되었으며 모두 국공립 기관이다⁷⁾.

노숙인 수급자는 의료급여 이용 절차에 있어서 ‘노숙인 진료시설’로 제한하기 때문에 다른 의료급여수급권자와 달리 선택병의원제의 적용을 받지 않는다.



자료: 보건복지부. 2015년 의료급여사업안내

<그림 2> 의료급여 노숙인진료시설 관리운영체계

2.2.2. 의료급여 노숙인 수급자 현황

노숙인복지법 시행에 따라 보건복지부는 3,000여 명의 노숙인 등이 의료급여 자격을 취득할 것으로 예상하였지만(보건복지부, 2013)⁸⁾ 제도 시행 2년 이상 지난 후에도 실제 의료급여 수급권을 취득한 노숙인은 2013년 기준 399명으로 정부의 기대치 3,000여 명에는 크게 미흡한 수준

7) 노숙인진료시설 지정 의료급여기관 현황(2012년 7월 20일 현재). <http://www.hira.or.kr>

8) 보건복지부. 2012년 보건복지백서. p13. 2013. 9

이며, 2013년 노숙인 인구 12,656명⁹⁾의 3.2%에 불과하였다.

연도별 1종 노숙인 수급자 규모를 살펴보면, 2012년 319명(의료급여 1종 수급권자의 0.03%), 2013년 399명(의료급여 1종 수급권자의 0.04%), 2014년 835명(의료급여 1종 수급권자의 0.08%)이었다. 노숙인 수급자의 거주지 관할 광역자치단체 수는 2012년 7개소에서 2013년 6개소, 2014년 4개소로 감소하였다. 2014년, 말 현재 1종 노숙인 수급자 중 서울시 관할 수급자가 96%를 차지할 정도로 타 지역 1종 노숙인 수급자 수는 미미하다(표 5).

<표 5> 시도별 노숙인 및 의료급여 노숙인 1종 수급권자 현황

구 분	노숙인1)		의료급여 노숙인 1종 수급권자(노숙인 1종)2)																	
	2013년		2012년						2013년						2014년					
	계		남		여		계		남		여		계		남		여		계	
	명	%	명	%	명	%	명	%	명	%	명	%	명	%	명	%	명	%	명	%
서울	4,481	35.4	273	85.6	3	100	276	85.7	347	88.3	4	66.7	351	88.0	790	96.3	15	100	805	96.4
부산	898	7.1	23	7.2	-	-	23	7.1	23	5.9	-	-	23	5.8	22	2.7	-	-	22	2.6
대구	1,314	10.4	14	4.4	-	-	14	4.3	8	2.0	-	-	8	2.0	3	0.4	-	-	3	0.4
인천	764	6.0	-	-	-	-	-	-	-	-	1	16.7	1	0.3	-	-	-	-	-	-
광주	377	3.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
대전	344	2.7	4	1.3	-	-	4	1.2	2	0.5	-	-	2	0.5	-	-	-	-	-	-
울산	33	0.3	1	0.3	-	-	1	0.3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
세종	114	0.9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
경기	1,117	8.8	1	0.3	-	-	1	0.3	13	3.3	1	16.7	14	3.5	5	0.6	-	-	5	0.6
강원	297	2.3	3	0.9	-	-	3	0.3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
충북	804	6.4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
충남	46	0.4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
전북	217	1.7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
전남	759	6.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
경북	405	3.2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
경남	520	4.1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
제주	166	1.3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
합계	12,656	100	319	100	3	100	322	100	393	100	6	100	399	100	820	100	15	100	835	100

1) 2013년 보건복지백서(보건복지부) 자료 기준

2) 의료급여통계연보(보건복지부), 각 연도

9) 보건복지부가 2014년 발간한 「2013년 보건복지백서」에 의하면 2013년 말 기준 노숙인 규모는 12,656명(재활·요양시설 8,520명, 자활시설·일시보호 2,939명, 거리노숙인 1,197명). 노숙인 의료급여 1종 수급자는 2015년 1월 833명으로 증가되었다. 그러나 이들의 대부분을 차지하는 621명(일시보호시설 이용자)은 1개월 단위의 시한부 의료급여 자격이 부여될 뿐이다.

2014년 12월 말 기준 노숙인 수급자 규모는 2013년 대비 2.1배 증가하였으나 서울을 제외한 나머지 광역자치단체의 노숙인 수급자 수는 감소하였다.

<표 6> 보장기관별 의료급여 노숙인 1종 수급권자 현황

구분	2012		2013(A)		2014(B)		증감 (B-A, 명)
	명	%	명	%	명	%	
서울특별시	276	100	351	100	805	100	454
종로구	-	-	-	-	1	0.1	1
중구	-	-	-	-	16	2.0	16
용산구	51	18.5	101	28.8	178	22.1	77
성동구	9	3.3	1	0.3	105	13.0	104
동대문구	54	19.6	44	12.5	66	8.2	22
중랑구	6	2.2	4	1.1	46	5.7	42
성북구	0	-	1	0.3	25	3.1	24
은평구	1	0.4	1	0.3	1	0.1	-
서대문구	17	6.2	16	4.6	36	4.5	20
구로구	0	-	33	9.4	20	2.5	-13
금천구	40	14.5	5	1.4	3	0.4	-2
영등포구	79	28.6	114	32.5	299	37.1	185
관악구	-	-	-	-	9	1.1	9
송파구	17	6.2	30	8.5	-	-	-30
강동구	2	0.7	1	0.3	-	-	-1
부산광역시	23	100	23	100	22	100	-1
동구	1	4.3	11	47.8	14	47.8	3
영도구	10	43.5	7	30.4	4	30.4	-3
금정구	9	39.1	2	8.7	1	8.7	-1
사상구	3	13.0	3	13.0	3	13.0	0
대구광역시	14	100.0	8	100	3	100	-6
중구	1	7.1	0	-	0	-	0
동구	1	7.1	1	12.5	1	12.5	0
서구	0	-	1	12.5	-	12.5	-1
북구	12	85.7	6	75.0	2	75.0	-4
인천광역시	-	-	1	100	-	-	-1
계양구	-	-	1	100	-	-	-1
대전광역시	4	100	2	100	-	-	-2
동구	4	100	2	100	-	-	-2
울산광역시	1	100	-	-	-	-	0
남구	1	100	-	-	-	-	0
경기도	1	100	14	100	5	100	-9
장안구	-	-	-	-	1	20.0	1
권선구	1	100	1	7.1	1	20.0	0
팔달구	0	-	8	57.1	3	60.0	-5
의정부시	0	-	5	35.7	-	-	-5
강원도	3	100	0	-	0	-	0
원주시	3	100	0	-	0	-	0
전 국	322	X	399	X	835	X	436

자료: 2012년 의료급여 통계연보(보건복지부), 2013년 의료급여 통계연보(보건복지부)

노숙인 수급자의 보장기관별 분포 현황을 살펴보면, 2013년 말 기준 서울시의 경우 12개 보장기관에 걸쳐 총 351명의 노숙인 수급자가 분포하며, 영등포구 114명(32.5%), 용산구 101명(28.8%), 동대문구 44명(12.5%) 등의 순이었다. 부산광역시의 경우 동구 11명(47.8%), 영도구 7명(30.4%), 사상구 3명(13.0%) 등의 순이었다. 대구광역시 북구, 인천광역시 계양구, 대전광역시 동구, 울산광역시 남구에 노숙인 수급자가 집중적으로 분포하였다. 경기도의 경우 수원시 팔달구 8명(57.1%), 의정부시 5명(35.7%) 순으로 분포하였다(표 6).

2.2.3. 의료급여 노숙인 수급자 의료급여 이용 현황

2012년의 경우 6월 8일부터 노숙인 의료급여 제도가 처음으로 시행되어 1년 동안의 안정적인 의료이용 정도를 파악하기에는 무리가 있다. 따라서 제도 시행 다음 해인 2013년 및 2014년 2개년 동안의 의료이용 통계가 노숙인 1종 수급자의 연간 의료이용 양상을 보다 적절하게 반영하고 있다.

1) 진료실인원

2014년 노숙인 수급자의 진료실인원-입원 또는 외래 또는 약국 중 1회 이상 이용한 수급자 수-은 885명이었다. 이는 연도 말 노숙인 수급자 835명의 1.05배로 연도 말 수급자수 보다 진료실인원이 많은 이유는 의료급여 자격변동으로 인해 통계연보의 수급자 수 집계 기준 시점인 당해 연도 12월 말까지 노숙인 수급자 자격을 유지하지는 않았지만 노숙인 수급자로서 의료이용을 한 실적이 있는 이들이 포함되기 때문이다.

입원 진료실인원은 215명으로 전체 진료실인원의 885명 중 24.3%가 1회 이상 입원 진료를 이용하였으며, 외래 진료실인원은 822명으로 전체 진료실인원의 92.9%가 1회 이상 외래 진료를 이용하였다.

2) 의료이용 및 의료급여 총 진료비

2012년의 경우 진료실인원 182명, 의료급여 총 진료비 약 1억 4천만 원이 발생하였고, 2013년의 경우 진료실인원 467명, 의료급여 총 진료비 약 9억 5천만 원이, 2014년의 경우 진료실인원 885명, 의료급여 총 진료비 약 14억 원이 발생하였다.

2014년 1종 노숙인 수급자의 진료실인원 1인당 총 진료비는 140만 원이었다. 같은 기간 국민건강보험 및 의료급여 1종 수급자, 2종 수급자의 진료실인원 1인당 총진료비가 각각 115만 원, 447만 원, 107만 원인 점을 고려한다면 노숙인 수급자의 진료실인원 1인당 총진료비는 국민건

강보험의 1.2배, 의료급여 2종의 1.3배 높았고 의료급여 1종의 30% 수준에 해당하였다.

2014년 의료이용 형태별 입내원일수 및 진료비를 살펴보면,

입원의 경우 입원 진료실인원 1인당 입원일수는 22.2일, 1인당 입원 진료비는 3,522,307원이었다. 외래의 경우 외래 진료실인원 1인당 내원일수는 8.3일, 1인당 외래 진료비는 422,698원이었고, 약국의 경우 약국 진료실인원 1인당 내원일수는 6.0일, 1인당 약국 진료비는 412,555원이었다.

2014년 1종 노숙인 수급자 인원은 2013년 대비 2.1배 증가하여 진료실인원, 진료건수, 총진료비의 절대 규모는 크게 증가하였지만, 전년 대비 2014년 진료실인원 1인당 총진료비는 22.6%, 진료건수는 21.2%, 입내원일수는 33.1% 감소하였다(표 7).

<표 7> 의료급여 노숙인 1종 수급권자의 의료급여 이용 현황

구분	수급권자(명)	진료실인원(명)	진료건수(건)	입내원일수(일)	총진료비(천원)	진료실인원 1인당			
						진료건수(건/인)	입내원일수(일/인)	총진료비(원/인)	
2012년 ¹⁾	계	322	182	1,163	140,085	6.4	8.4	769,698	
	입원		30	40	429	76,505	1.3	14.3	2,550,167
	외래		151	665	645	29,943	4.4	4.3	198,298
	약국		143	458	458	33,637	3.2	3.2	235,224
2013년(A)	계	399	467	7,941	12,578	954,506	17.0	26.9	2,043,910
	입원		153	326	5,122	558,210	2.1	33.5	3,648,431
	외래		443	4,608	4,449	200,199	10.4	10.0	451,916
	약국		381	3,007	3,007	196,098	7.9	7.9	514,693
2014년(B)	계	835	885	11,822	15,912	1,399,317	13.4	18.0	1,581,149
	입원		215	433	4,776	757,296	2.0	22.2	3,522,307
	외래		822	7,077	6,824	347,458	8.6	8.3	422,698
	약국		714	4,312	4,312	294,564	6.0	6.0	412,555
증감율(%) (B-A)/A*100	계	109.3%	89.5%	48.9%	26.5%	46.6%	-21.2%	-33.1%	-22.6%
	입원		40.5%	32.8%	-6.8%	35.7%	-4.8%	-33.7%	-3.5%
	외래		85.6%	53.6%	53.4%	73.6%	-17.3%	-17.0%	-6.5%
	약국		87.4%	43.4%	43.4%	50.2%	-24.1%	-24.1%	-19.8%

1) 2012년 노숙인 의료급여 수급자의 의료이용은 제도 첫 시행일이 2012년 6월 8일 이후부터의 의료이용 통계이고 2013년 및 2014년의 경우 1년 동안의 의료이용 통계치이므로 이를 2012년 통계치와 직접 비교하는 것은 잘못된 정보를 제공할 수 있으므로 자료 해석시 주의가 필요함
자료: 의료급여 통계연보(보건복지부), 각 연도



연령별 전체 진료건수를 살펴보면, 2012년의 경우 55-59세 199건, 70-74세 195건, 60-64세 176건, 65-69세 132건 등의 순이었으며, 총진료비는 40-44세 2,896만원, 60-64세 2,491만원, 55-59세 2,211만 원 등의 순이었다. 2013년의 경우 진료건수는 55-59세 1,675건, 50-54세 1,559건, 60-64세 1,434건 순으로 50-64세 연령군의 진료건수가 노숙인 의료급여 수급자 전체 진료건수의 58.8%를 차지하였으며, 총 진료비는 55-59세 19,833만원, 60-64세 16,548만원, 50-54세 16,207만원, 45-49세 12,103만 원 등의 순으로 45-64세 연령군의 총 진료비가 노숙인 의료급여 수급자 전체 진료비의 67.8%를 차지하였다. 2014년의 경우 진료건수는 50-54세 2,560건, 55-59세 2,171건, 60-64세 1,817건, 45-49세 1,685건 순으로 45-64세 연령군의 진료건수가 1종 노숙인 의료급여 수급자 전체 진료건수의 69.6%를 차지하였으며, 총 진료비는 50-54세 307,324만 원, 55-59세 285,589만 원, 60-64세 216,668만 원, 45-49세 166,259만 원 등의 순으로 45-64세 연령군의 총 진료비가 노숙인 의료급여 수급자 전체 진료비의 69.7%를 차지하였다(표 8).

<표 8> 의료급여 노숙인 1종 수급자의 연령별 진료건수 및 진료비

연령	2012년								2013년								2014년							
	진료건수(건)				총진료비(천원)				진료건수(건)				총진료비(천원)				진료건수(건)				총진료비(천원)			
	계	입원	외래	약국	계	입원	외래	약국	계	입원	외래	약국	계	입원	외래	약국	계	입원	외래	약국	계	입원	외래	약국
10-14세	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	25	-	20	5	619	-	581	38
15-19세	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	373	-	373	-	-	-	-	-	-	-	-	-
20-24세	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	23	-	15	8	569	-	293	275
25-29세	-	-	-	-	-	-	-	-	75	-	38	37	1,987	-	679	1,309	94	2	64	28	5,581	2,221	2,501	859
30-34세	8	-	7	1	382	-	376	6	103	3	70	30	5,557	2,422	2,588	546	99	7	62	30	7,789	3,226	3,255	1,308
35-39세	18	3	8	7	5,849	4,795	627	427	250	13	138	99	27,703	16,764	6,237	4,702	413	14	277	122	33,378	15,463	13,645	4,269
40-44세	86	2	51	33	28,962	19,742	7,227	1,994	767	38	459	270	104,120	68,705	24,142	11,274	994	36	597	361	80,842	33,213	25,928	21,701
45-49세	91	8	44	39	10,805	7,467	1,576	1,762	701	55	408	238	121,031	85,729	18,728	16,574	1,685	61	1,079	545	166,259	71,978	59,105	35,176
50-54세	123	7	68	48	12,929	6,837	2,604	3,489	1,559	60	902	597	162,068	82,242	42,334	37,492	2,560	123	1,493	944	307,324	177,843	68,726	60,755
55-59세	199	7	123	69	22,110	11,608	4,525	5,978	1,675	64	1,024	587	198,327	116,366	42,503	39,458	2,171	85	1,298	788	285,589	159,709	67,836	58,043
60-64세	176	7	87	82	24,913	17,169	3,034	4,710	1,434	54	789	591	165,482	88,529	37,144	39,809	1,817	57	1,016	744	216,668	115,704	45,073	5,892
65-69세	132	2	81	49	8,399	455	2,716	5,228	652	17	369	266	95,738	59,628	13,456	22,653	986	25	597	364	136,529	74,173	32,877	29,479
70-74세	195	1	119	75	12,625	2,006	4,815	5,804	344	12	190	142	40,797	23,703	6,238	10,856	613	12	373	228	109,076	70,158	21,227	17,691
75-79세	76	3	48	25	9,781	6,426	1,759	1,596	175	4	106	65	11,615	5,453	1,733	4,430	214	5	115	94	36,473	26,553	3,864	6,057
80-84세	59	-	29	30	3,329	-	684	2,644	87	4	50	33	9,737	5,257	2,466	2,015	31	6	17	8	9,014	7,054	1,419	542
85-89세	-	-	-	-	-	-	-	-	118	2	64	52	9,970	3,412	1,578	4,980	97	-	54	43	3,607	-	1,128	2,479
90세 -	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
계	1,163	40	665	458	140,084	76,505	29,943	33,638	7,941	326	4,608	3,007	954,505	558,210	200,199	196,098	11,822	433	7,077	4,312	1,399,317	757,296	347,458	294,564

자료: 의료급여 통계연보(보건복지부), 각 연도

2.2.4 노숙인 의료급여 제도의 문제점

1) 수급권자 선정 기준 완화 필요

노숙인 수급자 수는 2013년 말 기준 393명, 2014년 11월 말 기준 756명으로 노숙인 의료급여 제도 도입 당시 보건복지부가 예상한 노숙인 수급자 3,000여 명과는 크게 차이가 있다. 또한 보건복지부가 파악한 시도별 노숙인 규모와 노숙인 시도별 노숙인 수급자 규모를 비교해보면 전체 노숙인 수급자의 95.9%(2-14년 11월 말 기준)를 차지하는 서울 거주 노숙인 규모는 전국 노숙인의 35.4%로 지역별 노숙인 인구 대비 노숙인 수급자 비율이 서울에 크게 편중되어 있다. 따라서 보건복지부가 노숙인 의료급여제도 도입 당시 예상했던 노숙인 수급자에 크게 못 미치는 원인에 대한 분석과 더불어 노숙인 수급자가 서울시에만 편중되어 증가하고 다른 지역에서는 감소하는 원인에 대한 분석이 필요하다.

또한 현행 노숙인 수급권자 선정기준이 시설보호 노숙인보다는 거리 노숙인에게 불리한 차별을 개선해야 한다. 노숙인의 경제적 부담 능력과 사회적 지지체계가 취약하고, 국민건강보험과 의료급여의 본인일부부담을 차이가 큰 점을 고려하여¹⁰⁾ 국민건강보험 보험료를 6개월 미만 체납하였더라도 수급권자 선정기준을 완화하여 수급권을 부여하는 방안을 고려해볼 수 있다.

2) 의료급여 이용 절차 개선 필요

노숙인 수급자는 다른 의료급여 수급자와 달리 노숙인 진료시설로 지정된 248개 의료급여기관(2012년 7월 20일 기준)을 우선적으로 이용해야 하므로 시간적, 지리적 의료서비스 접근성 측면에서 상당한 차별을 받고 있다.

노숙인의 경우 만성적이고 복합적인 건강문제(예, 복수의 신체적인 건강문제 또는 정신건강 문제)를 가지고 있는 경우가 드물지 않고, 입원 서비스를 필요로 하는 경우가 많다.¹¹⁾ 반면 입원 또는 외래를 통해 여러 전문분야의 종합적인 진료가 가능한 대표적인 의료기관인 종합병원 중 노숙인진료시설로 지정된 곳은 공립병원 18개소(서울 4개소, 부산 1개소, 강원 3개소, 충남 2개소, 경기 2개소, 경북 2개소, 인천 1개소, 전남 1개소, 전북 2개소)로 광역자치단체 17곳 중 노숙인진료시설로 지정된 종합병원이 있는 곳은 9개소에 불과하다.(2012년 7월 20일 기준) 다른 국민건강보험 가입자 및 의료급여 수급권자에 비해 의료서비스 접근성이 낮아 개선이 필요하

10) 2013년 국민건강보험 통계연보와 의료급여 통계연보 자료에 의하면 비급여를 제외한 진료비 중 의료급여 1종의 본인부담율은 1.0%(입원 0%, 외래 2.9%, 약국 1.0%)인 반면 국민건강보험의 경우에는 25.2%(입원 18.2%, 외래 29.7%, 약국 27.7%)로 의료급여(1종)와 국민건강보험의 본인부담을 차이가 크다.

11) 2013년 노숙인 진료실인원 중 32.8%가 입원서비스 이용하고 1인당 평균 33.5일 입원하여 평균 365만 원 입원 진료비가 발생하였다.



다.

3) 노숙인 수급자 본인부담금 및 간병 지원 필요

노숙인 수급자로 선정되어 급여대상 진료비에 대한 본인부담금이 거의 발생하지 않는다 하더라도 100/100 본인부담 진료비 및 비급여 진료비로 인한 과중한 진료비 부담이 발생할 수밖에 없다. 또한 노숙인 수급자 3명 중 1명 꼴로 평균 33.5일 동안 입원하고 있는 점을 고려하여 간병이 필요한 경우 적절한 간병서비스를 보장하는 것이 필요하다.

4) 노숙인 수급자 퇴원 후 사후관리 필요

노숙인 수급자들이 입원서비스 이용 후 퇴원하게 되면 상당기간 안정적인 주거와 식사 지원과 더불어 질병의 악화와 합병증 예방을 위한 사후관리가 필요하다(예, 결핵 입원 치료 후 재발 예방 및 완치를 위한 사후관리, 암 또는 허혈성 심장질환이나 뇌졸중 또는 손상 등으로 인한 입원 치료 후 적절한 재활을 위한 사후관리 등). 이와 관련하여 퇴원 전 사후관리 계획 수립 및 지역사회 다양한 기관들과의 연계와 협력이 원활하게 이루어질 수 있도록 공식적인 사후관리 체계 구축이 필요하다.

5) 노숙인 수급자 차별 개선 필요

현행 의료급여제도는 노숙인에게 의료급여 수급권을 보장한다는 긍정적인 취지에도 불구하고 의료급여증에 ‘노숙인 1종’으로 표기함으로써 노숙인에 대한 낙인감을 강화시키고 있으며, 의료이용 절차에 있어서도 다른 의료급여 수급권자와 달리 ‘노숙인진료시설’을 우선적으로 이용하도록 제한하고, 물론 등 기본적인 의료를 보장하는 것조차 차별을 두고 있어서 이를 시급히 개선할 필요가 있다.

2.3. 노숙인 의료지원 및 의료급여 제도의 법적 근거와 문제점

2.3.1 「노숙인 등의 복지 및 자립지원에 관한 법률」의 제정 배경

노숙인 문제를 과거에는 주로 개인의 잘못에서 기인한 것으로 여기고 보호·지원보다 오히려 통제, 관리 내지 격리할 대상으로 삼았으나, 1990년대 말 경제위기 이후 사회구조적 원인에 대한 인식이 대두되면서 탈노숙을 위한 지원의 필요성이 부각되기 시작했다. 하지만 지원 방식은 여전히 대규모 시설에서의 수용 및 관리 위주의 정책적 한계를 벗어나지 못하였고, 중앙정부와 지방정부로 분리된 행정체계 내에서 홈리스복지사업은 뚜렷한 정책목표 없이 비체계적으로 수행되어 왔다.

대한민국 헌법은 모든 국민은 인간다운 생활을 할 권리를 가진다고 규정하고(제34조제1항), 특히 국가는 사회보장·사회복지 증진에 노력할 의무가 있고(제34조제2항), 신체장애자 및 질병·노령 기타의 사유로 생활능력이 없는 국민은 법률이 정하는 바에 의하여 국가의 보호를 받는다고 명시하고 있다(제34조제5항).

한국은 「경제적, 사회적 및 문화적 권리에 관한 국제규약」의 체약국이기도 하다. 한국이 위 국제규약에 따라 적절한 주거에 대한 권리의 보장을 위해 부담하는 책무는 “총체적으로, 가용 자원의 최대치에 맞추어 최단기간 내에 모든 개인들에게 권리를 보장하기 위해 충분한 조치가 취해지고 있음을 증명하는 것이다.”¹²⁾

이와 관련, 국제연합의 경제적, 사회적 및 문화적 권리에 관한 위원회(이하 “사회권위원회”라 한다)는 2009년 11월 한국정부의 3차 이행보고서에 대한 최종견해에서 한국의 홈리스 관련 정책부재를 지적하며 다음과 같이 권고하였다¹³⁾.

27. 위원회는 체약국이 홈리스 문제에 대응하고, 그 규모 및 원인을 진단하고 홈리스에게 적절한 생활수준을 보장해주기 위한 전략이 없다는 점에 대하여 우려한다.
위원회는 체약국에 홈리스 문제의 규모와 원인을 진단한 후 대책을 마련하고 홈리스에게 적

12) 경제적, 사회적 및 문화적 권리에 관한 위원회 일반논평 4 적절한 주거에 대한 권리 제11(1)항, UN Doc E/1992/23

13) 경제적, 사회적 및 문화적 권리에 관한 위원회 최종견해: 대한민국, UN Doc E/C.12/KOR/CO/3, 17Dec2009

절한 생활수준을 보장해줄 것을 촉구한다. 위원회는 다음 정기보고서에 성별, 나이 그리고 농촌, 도시 인구로 구분된 계약국 내 홈리스의 규모에 관한 정보를 포함시킬 것을 제안한다.

28. 위원회는 2005년 인구 및 주거 조사에 따르면 2백6만명의 가구(조사된 가구 전체 수 중 13퍼센트)가 최저 주거 수준에 미달하는 생활을 하고 있는 것으로 드러난 점에 대해 우려한다. 위원회는 또한 공공임대주택 제도에 대해 우려한다.

위원회는 재차 주거문제에 관한 지원과 관련된 민원 또는 청구를 담당할 통일된 창구를 마련할 것을 권고한다. 위원회는 또한 계약국이 적절한 주거에 대한 권리에 관한 일반논평 4(1999)에 부합하는, 특히 가장 취약하거나 소외된 개인과 집단에게 거주권의 안정성과 비용이 적절한 주거의 제공을 목적으로 한 정책의 실현을 위해 충분한 재원을 배정할 것을 권고한다. 위원회는 이와 관련 홈리스 또는 특별히 열악한 환경에서 생활하는 이들에게 우선권이 주어질 것을 강력히 권고한다. 위원회는 또한 성별, 나이 그리고 가구별로 분석된 연별 정보를 제공할 것을 권고한다.

이에 18대 국회에 이르러 시민들의 입법청원과 다수의 홈리스 복지법안¹⁴⁾들이 국회에 제출되었다. 국회 사회복지위원회에서 노숙인 등의 복지 및 자립지원에 관한 법률안이 대안으로 의결되면서 모두 폐기되었다. 노숙인 등의 복지 및 자립지원에 관한 법률안은 2011. 4. 29. 국회 본회의에서 통과된 후 2011. 6. 7. 공포되어 2012. 6. 8.부터 시행되고 있으며, 2015. 1. 28. 한차례 개정되었다.

2.3.1 「노숙인 등의 복지 및 자립지원에 관한 법률」에 따른 의료지원

1) “노숙인 등”의 정의

노숙인복지법 제2조는 “노숙인 등”을 가. 상당한 기간 동안 일정한 주거 없이 생활하는 사람, 나. 노숙인시설을 이용하거나 상당한 기간 동안 노숙인시설에서 생활하는 사람, 다. 상당한 기간 동안 주거로서의 적절성이 현저히 낮은 곳에서 생활하는 사람 중 보건복지부령으로 정하는 사람으로 정의하고 있다. 법률을 제정하면서 정책대상의 외연만을 규정하고, 누구를 정책대상으로 삼을 것인지는 보건복지부의 재량에 맡긴 것이다.

14) - 홈리스법 제정에 관한 청원(정승문 외 1,531인 발의)

- 노숙인·부랑인 복지법안(유재중 의원 등 11인 발의)

- 노숙인·부랑인 지원법안(강명순 의원 등 32인 발의)

- 홈리스 복지법안(이낙연 의원 등 11인 발의)

- 홈리스 인권보장 및 지원에 관한 법률안(곽정숙 의원 등 11인 발의)

2) 의료지원 관련 규정

노숙인복지법 제12조는 노숙인진료시설의 설치·운영, 노숙인진료시설의 지정, 그리고 노숙인등에 대한 전문 의료서비스를 국공립병원, 보건소 또는 민간의료기관에 대해 의뢰 또는 위탁할 수 있도록 하는 근거규정이다. 홈리스들의 의료권을 보장하는 규정이라고 보기 어려우며, 오히려 홈리스들이 지정 진료시설 외에 이용할 수 없도록 하는 근거규정으로 작용하는 역효과를 낳고 있다.

노숙인복지법 제정 당시 부칙 제3조제2항으로 「의료급여법」 제3조(수급권자) 제9호가 개정되어 “「노숙인 등의 복지 및 자립지원에 관한 법률」에 따른 노숙인 등”이 「의료급여법」에 따른 의료급여 수급권자가 되는 성과가 있기는 했다. 그런데 2013. 6. 12. 「의료급여법」이 개정되면서 의료급여를 받을 수 있는 대상은 “「노숙인 등의 복지 및 자립지원에 관한 법률」에 따른 노숙인 등으로서 보건복지부장관이 의료급여가 필요하다고 인정한 사람”으로 축소되었다. 의료급여를 받을 홈리스들의 법적 권리를 노숙인복지법 시행 1년 만에 보건복지부장관의 재량사항으로 전락시킨 것이다.

3) 소결

위에서 본 바와 같이 노숙인복지법은 그 적용대상조차 시행규칙에 위임하고 있어 처음부터 홈리스에게 법적 권리를 부여하는 구조를 갖추고 있지 않으며, 실제로도 노숙인 등의 권리로 규정된 사항이 없다. “노숙인 등의 권리와 책임”을 규정한 제4조는 “노숙인 등은 국가와 지방자치단체로부터 적절한 주거와 보호 등을 제공받을 수 있다”는 선언적 규정을 포함하고 있을 뿐, 해당 조항에서조차 “스스로 생활수준을 향상시키기 위하여 성실히 노력하여야 한다”, “제14조에 따른 응급상황 발생 시 경찰공무원, 소방공무원 또는 노숙인등 관련 업무 종사자의 응급조치에 응하여야 한다”는 등 노숙인 등에 부과되는 의무에 오히려 더 큰 비중을 두고 있다. 부칙으로 「의료급여법」을 개정함으로써 노숙인 등에게 의료급여를 받을 권리를 부여하는 성과가 있었지만, 「의료급여법」의 해당 조문이 1년 만에 다시 개정되면서 노숙인 등에게 의료급여는 보건복지부장관이 “필요하다고 인정”할 경우에만 지원되는 혜택으로 남게 되었다.

한편, 정부는 노숙인 등 복지법이 시행된 지 3년, 공포된 지 4년이 지난 현재까지도 법 제7조에 따른 노숙인등의 복지 및 자립지원 종합계획조차 수립하지 않고 있다.

2.3.2 「의료급여법」에 따른 의료지원의 문제점

위에서 본 바와 같이 노숙인등 의료급여는 전적으로 보건복지부장관이 재량에 맡겨져 있으며, 요건 및 신청절차는 모두 보건복지부 지침에서 규정하고 있다. 노숙인등이 이용할 수 있는 진료시설의 제한에 관한 사항만 「의료급여법 시행규칙」 제2항에 근거를 두고 있다.

1) 선정기준의 자의성

“보건복지부장관이 의료급여가 필요하다고 인정한 사람”을 밝히고 있는 보건복지부지침 (「2015년 의료급여사업안내」)에 따르면 노숙인등이 의료급여를 받으려면 아래와 같이 노숙인 등 복지법에 따른 노숙인등의 요건을 충족한 기간이 3개월 이상 지속된 것으로 확인되어야 하는데다가, 노숙인복지시설에 입소한 상태이어야 하며, 국민건강보험 미가입 또는 6개월 이상 보험료 체납 상태에 있어야 한다.

- 노숙인 일시보호시설*, 노숙인 자활시설(기존 노숙인쉼터) 입소자 중 노숙인법 제2조 제1호에 따른 노숙인 해당기간**이 지속적으로 3개월 이상 유지된 것으로 확인된 사람

* 노숙인 일시보호 시설 기능을 하는 노숙인종합지원센터 포함

** 거리에서의 노숙생활 및 노숙인시설 입소기간, 쪽방거주 등

- 국민건강보험에 가입되어 있지 않거나 6개월 이상 체납된 사람

단, 국민기초생활보장 수급자, 의료급여법에 의한 수급자, 타법에 의한 수급자 등 이미 의료급여를 받고 있는 자는 기존 수급유형 유지

노숙인복지법 제2조제1호 및 동법 시행규칙 제2조에 따른 노숙인 등의 범위는 상당한 기간 동안 일정한 주거 없이 생활하는 사람, 노숙인시설을 이용하거나 상당한 기간 동안 노숙인시설에서 생활하는 사람, 상당한 기간 동안 주거로서의 적절성이 현저히 낮은 곳에서 생활하는 사람 중 18세 이상인 사람을 말한다. 위 요건에 해당하는 기간이 3개월 이상이 되었고, 노숙인 일시보호시설, 노숙인 자활시설에 입소한 상태이어야 비로소 의료급여가 필요해진다고 볼만한 객관적 근거가 없다. 건강보험료 체납기간이 6개월에 이르기 전이라도 본인부담금을 지급할 능력이 없어 병원진료를 포기하는 경우가 많다는 점에서 건강보험료 체납 관련 기준 또한 의료급여 필요성에 초점이 맞추어졌다고 보기 어렵다.

특히 위 의료급여사업안내에 따르면 노숙인 의료급여는 시설 퇴소 시 중지된다. 노숙인복지법 시행규칙 제14조제2항에 따르면 일시보호시설에서의 보호는 원칙적으로 20일을 초과할 수 없고, 필요한 경우 30일까지 연장할 수 있다. 그 결과, 일시보호시설에 입소한 홈리스에 대한 의료급여 수급기간은 최장 30일이다.

2) 의료급여신청권의 제한

다른 신청권자와는 달리, 노숙인등의 경우에만 직접 보장기관에 신청할 수 없고, 거소지 관할 노숙인복지시설(노숙인자활시설, 노숙인일시보호시설)에 신청서를 제출하여야 한다. 서울특별시의 경우 노숙인 진료시설 및 쪽방상담소도 노숙인 의료급여 신청서를 접수받을 수 있지만, 이들 기관 또한 바로 보장기관에 전달할 수 없고 노숙인 일시보호시설에 송부하면 일시보호시설에서 취합하여 제출한다.

결정권한이 없는 기관으로 하여금 청구역할을 하게 함으로써 신청권을 제한하고 있을 뿐만 아니라, 노숙인복지시설이 없는 지역의 경우 신청이 아예 불가능한 문제가 있다. 2013년 말 의료급여 신청이 가능한 노숙인복지시설의 지역별 분포는 아래 표와 같다¹⁵⁾.

표 9. 노숙인복지시설 현황(2013년 말 현재)

(단위: 개소)

구분	서울	부산	대구	인천	광주	대전	울산	경기	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	제주
자활시설	30	4	5	2	1	4	1	9	3	1	1	2	-	-	-	-
일시보호시설	5	1	1	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
종합지원센터	2	2	1	-	-	1	-	3	-	-	-	-	-	-	-	1
쪽방상담소	5	2	1	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

2015년 1월 기준 의료급여 노숙인 1종 수급자 현황을 보면 서울이 813명, 부산이 13명, 대구가 2명, 경기도가 5명, 나머지 광역지방자치단체 모두 0명인 것¹⁶⁾은 이러한 사정과도 무관하지 않은 것으로 보인다.

15) 김선미 외. 2015. 「요양병원 이용 홈리스의 복지권에 관한 연구」. 대한변협인권재단

16) 최동익 의원실 질의에 대한 보건복지부 자립지원과의 2015. 1. 25.자 회신자료

3) 이용할 수 있는 진료시설의 제한

노숙인1종 의료급여가 적용되는 진료시설은 전국적으로 254개소에 불과하다. 그 중 3곳만이 민간의료기관이고, 나머지는 모두 공공의료기관이다. 다른 의료급여 수급권자와 달리 노숙인1종 의료급여의 경우에만 진료시설을 제한하는 사유는 명확하지 않다.

4) 소결

노숙인1종 의료급여는 신청창구가 제한되어 있고, 형식적 선정요건으로 인해 진입장벽이 높고, 노숙인복지시설 입소를 전제로 하고 있어 자격취득 및 유지가 어려우며, 진료를 받을 수 있는 의료기관이 제한되어 있는 등 의료지원의 접근성과 보장수준이 매우 낮아 홈리스의 진료권을 보장하기에 역부족이다. 그로 인해 발생하는 공백은 지방자치단체에서 알아서 해결하도록 하는 것이 정부의 정책이다¹⁷⁾. 하지만 지방자치단체에서도 홈리스의 진료권을 보장해주는 것이 아니어서, 정부의 위와 같은 입장은 책임분담이 아니라 오히려 책임 떠넘기기에 가깝고, 일정한 목표를 정하고 그에 합당한 수단을 강구한 정책이라고 보기도 어렵다.

2.3.3 의료보호(서울특별시를 중심으로)

서울특별시는 의료급여사업과 별도로 홈리스에 대한 의료보호사업을 시행하고 있는 소수의 지방자치단체 중 하나이다. 무료진료소 또는 노숙인시설에서 발급받은 진료의뢰서로 노숙인지정 병·의원을 이용할 수 있도록 하는 시스템이다. 정산은 관할 자치구(보건소)를 통해 사후적으로 이루어진다. 지원대상은 의료급여나 건강보험으로 지원되지 않는 의료비로, 급여항목 중 본인부담금과 일부 비급여항목(응급상황, 입원시 식대, 치료목적 진료비)이다. 다만 응급상황과 입원 시 식대를 제외한 비급여 항목 지원은 원칙적으로 제한된다. 진료의뢰서는 발급 당일에만 효력이 있다. 한편, 서울시는 의료보호사업으로 인한 재정부담을 줄이기 위해 노숙인1종 의료급여 수급자를 300명 늘리겠다는 계획을 가지고 있다(‘2015년도 노숙인 의료급여 확대 추진계획’).

2.3.4 결론

주거가 없는 홈리스는 도시빈민 중 가장 취약한 집단 중 하나이다. 최저생활을 유지하기 위한 소득은 물론, 가족관계 단절로 인해 사회적 지지기반도 상실한 경우가 대부분이다. 원래는

17) 「2015년 노숙인 등의 복지 사업 안내」 18면

「국민기초생활 보장법」 등 일반적 공적 부조제도에 포섭되어야 할 것이나, 거주지가 불안정하여 자격관리가 어렵다는 이유로 오히려 방치되고 있다. 그런데 가장 시급한 의료문제를 해결하기 위해 도입된 노숙인1종 의료급여조차 선정요건이 까다로우면서도 보장수준은 서울시에서 시행하는 의료보호에도 미치지 못하고 있다.

따라서 노숙인1종 의료급여가 제 역할을 하려면, 우선, 노숙인시설 입소요건 삭제 등 선정요건을 홈리스의 실질적 필요에 맞추고, 안정적 보장을 위해 자격유지기간을 늘릴 필요가 있다. 둘째, 노숙인복지시설에서 신청·상담 등의 지원을 제공하는 것은 바람직하나, 수급자격 인정 신청은 시장·군수·구청장에게도 직접 할 수 있도록 할 필요가 있다.

나아가 사실상 공공의료기관으로 한정되어 있는 이용가능 진료기관에 대한 제한을 폐지하여 다양한 의료서비스에 대한 접근성을 높일 필요가 있다.

2.4. 노숙인 의료지원 제도 개선방안

2.4.1 노숙과 건강

다른 사회경제적 자원이 부족한 취약 집단에서 건강과 질병의 문제는 사람의 질 이전에 삶의 지속 가능 여부에 결정적인 역할을 한다. 이미 부족한 사회경제적 자원 속에서 건강과 질병의 문제는 어떠한 완충도 없이 드러나기 때문이다. 따라서 이들 취약 집단이 겪는 건강과 질병의 문제에 대해서는 전체 인구집단을 대상으로 하는 일반적인 접근과는 다르게 접근할 필요가 있다.

노숙인은 현재 우리 사회의 대표적인 취약 집단이다. 노숙인은 낮은 건강 수준은 물론이고, 빈곤, 가족 갈등, 사회적 차별 등 모든 사회경제적 자원이 극단적으로 부족하다. 그 결과 노숙인이 겪는 건강과 질병의 문제는 노숙인의 삶 자체를 위협한다.

남성 노숙인의 사망률이 일반 남성 인구 집단과 비교하여 2009년 기준으로 2.14배에 이른다는 주영수(2011)의 선행연구나, 주관적인 건강수준을 묻은 설문에서 노숙인이 “좋음”으로 대답한 비율은 23.6%로 일반 국민의 43.4%에 비해서 상당히 낮다는 윤창교와 김창엽(2012)의 선행연구는, 모두 이를 드러내는 결과이다.

이와 같은 이유로 노숙인 의료지원제도는 일반적인 보건의료체계와는 근본적으로 상이하여야 함에도 불구하고, 현재의 제도는 효용성을 중시하는 일반적인 보건의료체계와 크게 다르지 않은 것이 현실이다. 따라서 노숙인 의료지원제도의 개선에 대해서 고민할 필요가 있다.

2.4.2 가용성(availability) 측면

현재의 노숙인 의료지원제도 하에서 노숙인 의료급여 대상이 아닌 노숙인은 반드시 지방자치단체가 사전에 지정한 1·2차 의료기관을 일차적으로 이용해야만 한다. 이러한 절차를 지키지 않을 경우 경제적 지원이 불가능한 경우가 대부분이다. 따라서 실질적으로 노숙인이 이용 가능한 의료기관은 지방정부가 사전에 지정한 1·2차 의료기관 수에 의해서 결정된다.

현재 지방정부에서 지정하고 있는 1·2차 의료기관의 수는 대단히 부족한 실정이다. 서울시의 경우 2014년 기준으로 1차 의료급여기관으로는 각 구 보건소, 무료진료소 2곳과 신경정신과 의원 1곳이 노숙인 진료기관으로 지정되어 있다. 2차 의료급여기관으로는 서울의료원, 보라매병원, 국립서울병원, 동부병원, 은평병원, 서북병원, 서울의료원강남분원, 서울직접자병원이 지정되어 있다. 사실상 전체 의료기관 중 보건소와 국공립 병원에만 국한되어 있다. 다



른 지역은 상황이 훨씬 심각하다. 전국을 모두 합하여도 1차 의료기관은 209곳, 2차 의료기관은 45곳에 불과하다. 더욱이 서울 이 외에 무료진료소를 운영하고 있는 지방자치단체는 부산, 대구, 대전 각 1개소씩, 총 3곳에 불과하다.

이러한 취약한 환경에서 운영되고 있는 노숙인 의료지원제도는 가용성 측면에서 많은 문제를 초래하고 있다. 노숙인이 이용 가능한 의료기관이 소수에 불과하기 때문에 몸이 아픈 노숙인들은 의료서비스를 이용하기 위해 먼저 가능한 의료기관을 알아보고 먼 거리를 이동해야만 한다. 더욱이 노숙인의 경우 적절한 이동수단을 이용하기 어렵기 때문에 거주지로부터 의료기관까지의 접근성은 일반인의 경우보다 크게 낮다. 결국 이와 같은 의료기관에 대한 접근성 문제는 기본적인 의료서비스에 대한 접근성 저하 즉 의료서비스 이용량이 감소하거나 치료 중단으로 이어져 결국 건강상태의 악화를 초래할 가능성이 높아진다.

이러한 현상은 노숙인의 만성질환 유병률이 급격하게 높아지고 있는 최근 추세 속에서 더욱 심화되고 있다. 노숙인 의료서비스가 급성질환 중심이던 예전에는 지속적으로 의료기관을 방문해야 하는 경우가 흔하지 않았다. 하지만 노숙인 의료서비스가 지속적인 관리가 강조되는 만성질환 중심으로 변화되면서 지속적으로 의료기관을 방문해야 하는 경우가 늘어나고 있는 추세이다. 따라서 건강문제 특성을 고려할 때 노숙인들의 의료서비스 접근성을 향상시키는 것이 필요하다.

노숙인1종 수급자가 이용할 수 있는 의료기관 수가 적다는 것은 진료과별 형평성을 저해하는 요인으로도 작용한다. 현재 운영 중인 지정 의료기관의 경우 1차 의료기관은 대부분 보건소이고, 2차 의료기관은 민간 준종합병원 혹은 유사한 규모의 공공병원이다. 따라서 이들 의료기관에 개설되어 있지 않은 경우가 많은 정신과, 안과, 피부과 등의 전문진료를 받기 위해서는 이들 1·2차 의료기관을 경유하여 3차 지정의료기관(국립의료원)을 이용해야만 한다.

노숙인이 이용 가능한 의료기관이 전국적으로 총 254곳에 불과한 현실에서 노숙인에게 필요할 때 적절한 의료서비스를 보장하는 것은 불가능하다. 보건복지부 역시 유사한 문제의식 하에 지정 의료기관 수를 단계적으로 확대하겠다고 밝혔지만, 예산 등의 이유로 2019년까지 전국적으로 10곳의 확대만을 계획하고 있을 뿐이다.

따라서 제도의 근본적인 개선이 필요하다. 현재와 같이 지방정부가 사전에 지정한 1·2차 의료기관의 이용을 강제하는 제도를 폐지하고, 국민건강보험에 요양기관으로 등록된 모든 1·2차 의료기관을 이용 가능하도록 제도를 변경해야만 한다. 노숙인 의료지원제도에서 우선적으로 고려되어야 할 사항은 이용 가능한 양질의 의료서비스를 확충하는 것이지, 제도의 효율성이 아니기 때문이다.

2.4.3 접근성(accessibility) 측면

현재의 노숙인 의료지원제도를 접근성 측면에서 분석하였을 경우, 접근성을 저해하는 요인은 의료기관과의 거리, 의료기관까지의 이동수단, 의료서비스 비용 등이다. 이 중 거리 및 이동수단과 관련해서는 가용성을 다른 장에서 충분히 다루었으며, 아래의 글에서는 의료서비스 비용 측면을 다루고자 한다.

노숙인 의료지원제도의 지원대상 선정기준과 지원내용은 지방자치단체마다 차이가 있지만 크게 상이하지 않다. 노숙인 의료급여제도의 수급권자가 아닌 노숙인의 경우 국민건강보험의 적용을 받고, 각 지방정부는 국민건강보험에서 급여하지 않는 항목 중 비급여 항목을 제외한 비용을 지원하고 있는 것이 현재의 노숙인 의료지원제도이다. 따라서 노숙인 의료지원제도 적용 대상자라고 하더라도, 의료서비스 이용 과정에서 발생한 비급여 항목에 대한 비용은 노숙인 본인이 부담해야만 한다. 이러한 비급여 항목에 대한 비용은 원칙적으로는 노숙인 개인이 적립한 저축에서 충당해야 하기 때문에 노숙인의 탈노숙을 막는 큰 요인으로 작용하고 있다. 다른 한편으로는 비급여 항목에 대한 지불 능력이 없는 경우가 많기 때문에 지정 의료기관이 노숙인을 기피하는 주요 원인 중 하나이다.

노숙인이 마지막으로 의지하는 노숙인 의료지원제도의 대상이 되더라도 발생하는 의료비 본인부담금은 노숙인의 의료서비스 접근성을 저하시키는 경제적 장벽이자 생사를 가르는 건강문제로 고통받는 노숙인에게는 삶 자체를 위협하는 요인이다.

이러한 문제점을 개선하기 위해 노숙인 의료지원제도의 개선이 시급하다. 노숙인 의료지원제도의 재정 규모를 노숙인 수에 비례하여 확충하고, 이에 필요한 예산을 지속적으로 확보하여, 필요할 때 적절한 지원을 보장하는 것이 중요하다.

2.4.4 수용성(acceptability) 측면

의료서비스를 이용하는 노숙인이 흔히 겪는 가장 큰 문제는 차별과 그에 동반된 낙인감이다. 노숙인이 의료기관을 이용하는 도중 겪는 유무형의 각종 차별은 의료서비스에 대한 수용성을 떨어뜨려 의료서비스 이용을 더욱 기피하게 만들며, 결국에는 노숙인의 건강을 악화시키는 결과로 이어질 수 있다.

노숙인이 의료기관을 이용하는 도중 겪는 유무형의 차별은 어떤 특정 요인으로부터 전적으로 비롯된 것은 아니다. 노숙인을 둘러싼 여러 사회경제적 요인들과 관련 제도의 총체적 부산물이다. 노숙인 의료지원제도 또한 노숙인에 대한 차별을 조장하고 있다.

노숙인 의료지원제도는 의료급여 수급자가 아닌 노숙인들이 의료비 중 비급여 항목을 제외한 비용을 지원하는 제도이다. 제도의 설계 단계부터 지원대상을 국민건강보험 또는 의료급여등 공식적인 의료보장제도로부터 보호를 받을 수 없는 노숙인으로 하고 있어 필연적으로 책임 주체들간의 갈등을 유발한다.

노숙인이 의료급여 수급권자인지 여부(즉, 의료급여 재정으로 노숙인의 의료를 보장하는지 아니면 지방자치단체가 전액 자체 예산으로 노숙인을 보호할 것인지 여부에 따라)에 따라 재정부담 주체와 재정부담 기여도가 다르기 때문에 중앙정부와 지방자치단체간에 노숙인에 대한 의료비 지원을 감축하고자 하는 방향으로 경쟁이 벌어지고 있다. 중앙정부는 노숙인 의료급여 수급권 선정 기준을 보다 엄격하게 적용하여 중앙정부의 재정부담을 줄이고자 하고, 이에 맞서 지방자치단체는 현장의 노숙인 관련시설과 의료기관에 노숙인의 의료급여 수급권 신청을 중용하고 있다.

노숙인 의료에 대한 지방자치단체의 모호한 책임의식은 노숙인 의료지원제도에도 악영향을 미치고 있다. 노숙인 의료지원제도의 적용대상이나 적용범위의 확대는 고사하고, 현재 규모의 예산을 유지하는 것도 어려워지고 있다. 이러한 정책 기조 하에서 현장의 노숙인 지정 의료기관에 대한 적절한 지원, 관리, 감독 모두 잘 이루어지지 않는 것이 현실이다. 그리고 이와 같은 현실 속에서 의료기관을 이용하는 노숙인이 받는 각종 차별은 심화되고 있다.

의료이용 과정에서 노숙인이 경험하는 차별을 줄이고 적절한 건강보호 체계를 보장하기 위해서는 노숙인 의료급여제도와 노숙인 의료지원제도로 분절화된 지원체계를 통합적으로 운영하는 것이 필요하다. 국민건강보험과 의료급여제도가 공식적인 의료보장제도이고 노숙인의 경우 거주지 변동의 가능성이 높으며 지방자치단체마다 재정부담 능력에 크게 차이 있고 있을 뿐만 아니라 노숙인에 대한 재정적 부담이 특정 지방자치단체에 집중될 수 있는 점 등을 고려하면 의료급여제도가 현재보다 더 많은 역할을 담당하는 것이 우선적인 과제라고 할 수 있다.

2.5. 노숙인 의료급여 제도 개선방안

2.5.1. 노숙인 의료급여 대상자의 확대

현행 의료급여제도는 서울지역 거리 및 시설 노숙인의 일부만 포괄하고 있고 시설 미이용자, 쪽방생활자, 노숙인 자활근로를 하고 있는 노숙인은 대부분 배제되어 있을 것으로 추정된다. 노숙인을 위한 의료급여 수급권 보장이 제도화되었음에도 불구하고 광범위한 사각지대가 존재한다. 사각지대를 해소하고 질병과 빈곤의 악순환을 끊기 위해서는 노숙인 의료급여 수급자 선정기준 완화를 통해 대상자를 확대함으로써 기본적인 의료이 필요한 모든 이들에게 적절한 보호를 제공해야 한다.

2.5.2. 의료급여 이용 절차 개선

노숙인복지법 제12조는 ‘국가와 지방자치단체가 국공립병원, 보건소 또는 민간의료기관을 노숙인 시설로 지정할 수 있다.’ 라는 규정하고 있다. 그러나 노숙인1종 의료급여 수급자는 일반 의료급여 수급권자와 동일하게 전국의 모든 의료기관을 이용할 수 없다. 전체 의료기관 중 극히 일부에 해당하는 지정된 의료기관만을 이용해야 하고 그 절차도 국민건강보험 가입자에 비해 비해 까다롭다.

또한 의료이용 절차에 있어서 노숙인1종 의료급여 수급자는 노숙인진료시설로 지정된 1차 또는 2차 의료기관에서 먼저 진료를 받아야 하며, 만약 1차 의료기관에서의 진료 후 보다 상급 의료기관에서의 추가 진료가 필요한 경우에는 진료의뢰서를 받아 2차 의료급여기관을 이용할 수 있다. 2차 의료급여기관 이용 후 3차 의료급여기관 진료가 필요한 경우에도 동일하다(단 응급의료에 관한 법률에 따라 응급환자인 경우와 노숙인 등이 분만하는 경우는 제외).

현재 노숙인 진료시설로 지정된 의료급여 기관은 2012년 기준으로 248개소로 여러 전문진료과에 걸쳐 종합적인 진료가 가능한 종합병원 중 노숙인진료시설로 지정된 곳은 공립병원 18개소에 불과한 실정이다. 또한 요양병원은 지정병원에서도 제외되어 있어 적절한 의료이용을 보장하기 어렵다. 국민건강보험 및 다른 의료급여 수급자와 동일한 의료서비스 접근성과 의료의 질을 보장할 수 있도록 노숙인진료시설 지정제도를 폐지하고 국민건강보험과 동일하게 의료이용 절차를 2단계로 개선하는 것이 필요하다.

2.5.3. 노숙인 수급자에 대한 비급여 및 본인부담 폐지

노숙인이 진료를 받을 수 있는 의료급여기관이 제한되어 있는 것도 문제이지만 비급여진료비, 100/100 본인부담진료비(의료급여 급여대상 항목이지만 수급자가 비용을 전액 부담해야 하는 항목)는 전액을 식대의 경우 20%를 노숙인이 부담해야만 한다. 이러한 진료비를 부담해야 할 노숙인의 경제적 부담능력이 낮아 진료비 체불을 우려하는 일부 의료기관에서는 치료에 필요한 각종 비급여 처방을 자제하거나 진료내용을 축소함으로써 노숙인이 이용하는 의료서비스의 질을 저해하는 장애요인으로 작용하기도 한다. 따라서 경제적 부담능력이 없는 노숙인의 적절한 의료를 보장하기 위해서는 의료급여를 통해 1차적으로 노숙인의 의료를 보장하고, 의료급여의 적용을 받더라도 비급여항목 등으로 인한 진료비 부담에 대해서는 지방자치단체의 의료보호사업을 통해 지원하는 것이 필요하다.

2.5.4. 사회적 차별 해소

노숙인 의료지원의 현실은 지정병원의 부족, 노숙인 환자의 입원거부, 제도운영 상의 차별, 과소진료 및 본인부담 과다청구, 요양병원의 불법유인 등의 사례가 빈번하게 발생하고 있다. 노숙인들의 건강권 보장을 위해서는 근본적으로 사회적 차별 및 제도적 차별의 해소가 전제되어야 한다.

국가와 지방자치단체는 노숙인의 권리를 보장하고 사회복귀 및 복지를 향상시킬 책임이 있기에 노숙인복지법을 마련하였고 국가와 지방자치단체는 주거지원, 급식지원, 의료지원, 고용지원 등을 통해 노숙인의 기본적 생활을 보호해야 할 책임을 져야 한다. 이 중 의료지원은 의료급여제도를 중심으로 노숙인의 의료를 보장하고, 노숙인1종 의료급여 수급자에 대한 차별적인 제도내용이 개선되어야 한다.

3. 맺는 말 및 정책제언

지금까지 다룬 것처럼 한국의 노숙인 의료제도는 많은 문제점을 지니고 있다. 주거 및 삶의 불안정으로 사회 어느 집단보다 건강유지에 취약한 환경에 놓여 있는 노숙인의 건강을 유지하고, 질병을 치료·관리하기 위한 관련 법과 제도는 미비할 뿐 아니라 존재하고 있는 제도조차도 많은 문제점을 지니고 있어서 그 기능과 역할을 제대로 하지 못하고 있다.

이에 몇 가지 정책 및 제도적 과제를 언급하면서 마치고자 한다.

첫째, 노숙인 의료제도 관련 정책대상을 명확히 하고 보다 적극적이고 체계적인 정책을 수립하기 위하여 관련 법 규정을 정비해야 한다. 이를 위해 먼저 ‘노숙인 등’이라 표현되어 있는 용어를 ‘홈리스’로 단일화할 것을 제안한다.

현재 노숙인 의료지원을 위한 법적 근거인 ‘노숙인 등의 자립 및 복지지원에 관한 법률’에서는 ‘노숙인 등’이라고 표현하고 있다. “노숙인”이란 규정은 정책대상을 포괄하는 데에 적절하지 않다. 노숙인은 “길이나 공원에서 한뼨잠을 자는 사람”을 말한다. 그러나 노숙인 등 복지법의 정책대상은 길이나 공원에서 잠을 자는 사람으로 한정되어 있지 않다. 법에서 말하는 ‘노숙인 등’은 “상당한 기간 동안 일정한 주거 없이 생활하는 사람”, “상당한 기간 동안 주거로서의 적절성이 현저히 낮은 곳에서 생활하는 사람”, 그리고 “노숙인시설을 이용하거나 상당한 기간 동안 노숙인시설에서 생활하는 사람”을 말한다. “주거로서의 적절성이 현저히 낮은 곳”은 “쪽방·만화방·비닐하우스 등에서 거주하는 사람이나 불안정한 임대료 주거를 상실할 위기에 있는 사람 등 다양한 주거취약계층” 포괄하고자 한 취지로 쓰는 규정이다. “주거를 목적으로 하지 아니하는 장소”와 같은 뜻이다. 이를 반영하는 용어로 ‘홈리스’를 사용하는 것이 일반적인 추세이다. 2011년 기준 홈리스 인구 규모를 보면 전국적으로 응급잠자리, 노숙인쉼터, 부랑인시설, 다중이용업소, 쪽방, 여관·여인숙, 고시원, 비닐하우스촌, 비닐하우스·판자집에서 거주하는 인원까지 합한 전체 홈리스 규모가 282,161명인 반면, 거리노숙을 하는 인원은 2,689명으로 집계되었다(보건복지부, 2011). 현행 법으로 보면 정책대상의 95% 이상이 “등”이라는 표현으로 포괄되고 있는 것이다.

‘노숙인 등’이라는 명칭은 그간 지적되어 왔던 낙인효과로 인한 부작용 외에도, 자가든 임차든, ‘장기간 안정적으로 거주할 수 있는 집’이 없다는 것이 정책대상을 규정하는 핵심적 특징임을 간과하게 만들고 있다. 따라서 정책대상을 다시 명확히 규명함으로써, 홈리스의 다양한

인구학적 구성과 생활실태를 반영한 정책을 수립할 할 필요가 있다. 그리고 이에 근거하여 정확한 실태조사의 시기 및 방법, 실태조사의 주체에 대해서도 명확하게 법으로 규정할 필요가 있으며, 이는 관련 재정지원과 함께 중앙정부의 책임하에 이루어질 수 있도록 해야 한다. 즉 정확한 실태파악을 근거로 해서 명확한 정책목표와 구체적인 정책수단이 시행할 수 있도록 현행 법 규정을 새롭게 바꾸어야 하고, 이를 중앙정부의 책임하에 지방자치단체가 구체적으로 시행할 수 있도록 해야 한다.

둘째, 홈리스를 대상으로 한 주거지원, 급식지원 등에 대해 각 지방자치단체별로 임의적이고 개별적으로 시행하고 있는 내용을 중앙정부 차원에서 통일적이고 체계적으로 구체성 있게 시행할 수 있도록 법적·제도적 정비가 이루어져야 한다. 무엇보다 임대주택 및 임시주거비 지원의 확대 등 주거지원이 구체적이고 명확하게 이루어져야 한다.

홈리스의 건강취약성은 대상자 본인의 허약함이나 신체상태보다는 주거 불안정 등 생활환경의 취약성에서 기인하는 바가 크다. 따라서 이들에 대한 주거지원을 비롯한 생활지원은 삶의 안정 뿐만 아니라 건강을 유지하기 위해서도 필수적이다.

현재 노숙인 등 복지법은 노숙인 등의 적절한 주거생활을 위하여 (ㄱ) 노숙인복지시설에 의한 보호 (ㄴ) 사회복지시설 및 다른 법률에 따른 보호시설에 의한 보호 (ㄷ) 임대주택의 공급 (ㄹ) 임시주거비 지원 (ㄹ) 그 밖에 대통령령으로 정하는 주거지원을 할 수 있다고 규정하고 있을 뿐, 국가와 지방자치단체에 무주거 상태의 해소를 위한 대책마련의 구체적 책임을 지우고 있지 않다. 특히 임대주택의 공급과 임시주거비 지원은 실제 수요에 훨씬 못미치게 턱없이 부족한 실정이다. 임시주거비 지원은 국가차원의 정책은 없고 전적으로 지방자치단체 예산으로 시행되고 있으며, 현재 서울시에서만 제한적 규모(연간 약 350명)로 실시하고 있다. 중앙정부 차원의 정책으로는 국토교통부 지침인 「주거취약계층 주거지원 업무처리지침」에 따른 임대주택 공급사업이 있다. 위 지침에 따른 주택공급대상자는 비닐하우스, 쪽방, 여인숙, 고시원, 노숙인시설에서 3개월 이상 거주한 자와 범죄피해자이다. 하지만 2014년 10월말까지 누적실적이 총 4,022체에 그치고 있다(그 중 노숙인시설 거주자는 137채). 2011년 기준으로 고시원, 쪽방, 비닐하우스 등 현저히 열악한 거처에서 장기간생활하는 인구가 256,020 가구이고, 거리노숙인 수가 2,685 가구에 달함에 비추어 볼 때 매우 열악한 수준이다.

「주거급여법」의 제정과 「국민기초생활 보장법」의 개정으로 주거급여의 주무부처가 보건복지부에서 국토교통부로 변경되었다. 하지만 주거급여의 소득기준만 조금 인상되었을 뿐,

현금으로 지급되는 급여수준이나 부양의무자기준을 비롯한 지원요건이 종전과 대동소이하여, 별도의 법을 제정한 취지가 무엇인지조차 불분명한 상황이다. 주거급여가 홈리스를 비롯한 주거취약계층의 안정적 주거마련에 기여할 수 있으려면, 요건과 지원대상을 다양화하고 지원액을 현실화할 필요가 있다.

셋째, 홈리스의 의료지원에 대한 접근성을 향상시키고 보장 수준을 제고하기 위하여 다음과 같은 제도개선이 필요하다.

① 노숙인 의료제도를 ‘의료급여’로 단일화하도록 한다. 그리고 홈리스가 의료급여 수급자가 되는 것을 가로막는 장벽을 없애야 한다.

노숙인복지법은 노숙인진료시설 지정에 관한 규정만 둘 뿐, 노숙인 등의 의료권 보장에 관한 내용을 담고 있지 않다. 대신, 부칙규정에 의해 「의료급여법」을 개정하여 노숙인등도 의료급여 수급자가 될 수 있도록 했다. 홈리스는 주거의 문턱조차 넘지 못하는 사람들로 대부분 최저생계비 미만의 소득으로 살고 있지만, 오히려 주거의 불안정성으로 인해 관리가 안 되는 이유로 기초생활수급권 및 일반 의료급여를 보장받지 못하고 있다. 시설입소자 조건, 3개월 이상 해당 조건, 1개월마다 갱신하는 조건 등을 폐기해야 한다.

위와 같은 조건은 홈리스의 의료 접근권을 떨어뜨리고, 의료기관 이용 자체를 주저하게 만든다. 노숙인 복지시설이 없는 지역에서 거주하는 경우는 아예 의료급여 신청 자체가 봉쇄되는 결과를 낳는다. 위와 같은 조건을 충족하지 못하는 경우, 그리고 입원 시 식대, 간병 등 의료급여가 지급되지 않는 본인부담부분은 지방자치단체에서 알아서 해결하도록 하는 것이 정부의 정책이다. 지방자치단체가 관할의 기준이 되는 일정한 주거지가 없는 홈리스에 대한 지원을 회피하는 경향이 생길 여지가 크기 때문에 기본적 지원체계는 중앙정부에서 설계함으로써 지역 간 차이를 최소화해야 한다. 무엇보다 시급한 것은, 당사자가 거주지 관할 지방자치단체에 직접 신청할 수 있도록 함으로써, 적어도 절차적 신청권을 회복시켜 주는 것이다.

② 접근성을 제한하는 노숙인진료시설 지정제도를 폐기하고, 공공요양병원 등의 의료기관을 확대해야 한다.

현재 노숙인 진료시설 지정병원 제도를 없애 의료기관에의 접근성 문제를 해결해야 한다. 지정병원의 수가 적어서 지리적 접근성의 문제가 있고, 실질적으로 병상이 부족하다. 타 의료급여 수급권자와 비교할 때 노숙인 의료급여만 지정시설을 두는 것은 형평성에서도 어긋난다.

사실상 의료 이용 제한 장치로 활용되는 노숙인 진료시설 지정제도는 원칙적으로 폐기되어야 한다.

홈리스에 대한 의료지원의 문제는 우리나라 의료체계의 보편적 문제점을 그대로 반영하고 있다. 민간의료기관이 전체 의료기관 병상 비중의 90% 이상을 차지하고 1차, 2차, 3차 의료기관의 기능과 역할이 명확하게 구분되어 있지 않아서 같은 환자를 두고 경쟁을 한다. 의료기관 간 협력, 의뢰, 회송과 같은 조직적인 연계 활동도 실질적으로 활발하게 이뤄지지 않는다. 민간의료기관은 병원 이미지에 대한 우려, 진료비 미수에 대한 우려로 인해 홈리스에 대한 진료를 거부하는 경향이 있고, 요양병원의 경우 정반대로 홈리스를 이용하여 부정 수급을 통한 영리행위를 추구하는 경향이 발생하고 있다. 적정의료를 제공하는 공공의료기관을 확대하고, 민간의료기관의 이윤 추구적 진료행태를 견제해야 한다.

③ 의료급여의 보장성을 확대하여, 의료비 본인부담을 없애는 것 뿐만 아니라 정신장애, 중독 등의 재활사업도 강화해야 한다.

홈리스는 사실상 의료비를 지급할 능력이 없는 긴급구호 대상자로 간주되어야 한다. 따라서 비급여, 식대 등 본인부담비용을 없애거나, 이를 지원할 필요가 있다. 현재의 제도하에서는 타 의료급여와의 형평성이 문제가 있지만 대다수 지정병원이 공공의료기관인만큼 본인부담금의 문제를 지원하는 체계적인 방안을 마련하면 진료비 미수금으로 인한 공공병원의 재정적 어려움도 해결할 수 있고 의료기관간의 협조도 원활해지며 결과적으로 홈리스의 의료 접근권도 개선될 수 있다.

아울러 정신장애 뿐 아니라 알코올 중독 등의 홈리스의 재활사업도 강화할 필요가 있다. 노숙생활의 장기화는 정신건강을 더욱 취약하게 한다. 취약해진 정신건강으로 인해 다시 노숙생활로 이어지는 악순환이 되풀이된다. 정신건강의 부분이 의료복지체계와 함께 포괄적으로 다뤄져야 할 필요성이 있는 것이다. 현재 정신장애와 알코올 중독 관련하여 전문재활센터나 시설, 프로그램이 제공될 계획이나 매우 미흡하다. 특히 홈리스 당사자들의 유인동기가 높지 않고 실질적 사후관리가 시행되지 않고 있다.

홈리스의 차별적인 욕구에 전문적으로 대응할 수 있는 정신보건 지원체계가 갖추어져야 하고 다양한 재활전문시설을 만들어야 한다.

노숙인 의료제도의 문제점은 상당부분 우리나라 의료제도의 문제점에서 파생된 것이기도 하다. 이는 노숙인 의료제도의 문제점을 개선하기 위한 방안이 한국 사회 의료제도의 문제점



을 개선하기 위한 방안과 동떨어질 수 없는 문제임을 말하는 것이며, 밀접하게 연관되어 있음을 반증하는 것이기도 하다. 그럼에도 불구하고 사회의 가장 취약한 곳을 우선적으로 보완하고 바꾸어 나가는 것이 그 사회의 건강을 되찾기 위한 최우선의 방안이자 과제이듯이 한국사회 의료제도의 문제점도 이 사회의 가장 약하고 건강하지 못한 이들을 대상으로 한 의료제도를 보완하고 고치는 것에서 출발할 수 있을 것이다. 어쩌면 가장 낮은 데가 가장 보편적일 수 있다.

§ 참고문헌

- 국민건강보험공단, 보건복지부. 2012 의료급여통계연보. 2013
 국민건강보험공단, 보건복지부. 2013 의료급여통계연보. 2014
 국민건강보험공단, 보건복지부. 2014 의료급여통계연보. 2015
 김상우. 건강보험 사업 평가. 국회예산정책처. 2013
 김선미 등. 요양병원 이용 홀리스의 복지권에 관한 연구. 홀리스공동행동, 대한변협인권재단. 2015
 김윤영. 기초생활보장 뒤집어보기 3: 국가가 휘두르는 흥기, 부양의무자 기준 - 부모 부양 거절한 아
 들, 육할 수만은 없다. 오마이뉴스. 2014. 8. 25
 김창엽. 건강보장의 이론. 한울. 2013
 노대명 등. 국민기초생활보장제도의 맞춤형 급여체계 개편방안 마련을 위한 연구. 한국보건사회연구원.
 2013
 보건복지부, 주거취약계층 전국실태조사. 2011
 보건복지부. 2010 빈곤실태조사. 보건복지부. 2012
 보건복지부. 2012 보건복지백서. 보건복지부. 2013
 보건복지부. 2014년 차상위 본인부담경감대상자 지원사업 안내. 보건복지부. 2014
 보건복지부. 2015년 국민기초생활보장사업(맞춤형급여_운영방안) 안내. 보건복지부. 2015
 보건복지부. 2015년 근로능력판정 사업안내. 2015
 보건복지부. 2015년 노숙인 등의 복지사업 안내. 보건복지부. 2015
 보건복지부. 2015년 예산 및 기금운용계획 개요. 보건복지부. 2015
 서울시 자립지원과. 2014년도 노숙인 의료지원사업 추진 시행계획. 2014
 서종균, 남기철, 신원우, 이정규, 김준희. 노숙인 복지 및 자립지원 종합계획 수립에 관한 연구. 보건복
 지부. 2012
 신현웅 등. 의료급여 맞춤형 급여체계 도입방안 연구. 한국보건사회연구원. 2013
 여유진 등. 국민기초생활보장제도 부양의무자기준 개선방안에 관한 연구. 한국보건사회연구원. 2003
 연합뉴스. 차상위층 의료비 국고지원않고 건보재정으로 충당시켜. 2015년 3월 13일
 윤창교, 김창엽. 한국 노숙인의 건강에 대한 재조명. 구인회 외. 한국의 노숙인. 서울대학교출판문화원,
 2012
 이승호, 구인회. 국민기초생활보장제도 부양의무자 기준 적절성 평가. 보건사회연구 30(1). 2010
 이은경. 4대 중증질환 보장, 의료비 절감효과 있을까?. 새로운 사회를 여는 연구원. 2013
 이채정. 기초생활보장사업 평가. 국회예산정책처. 2013
 이태진. 한국 홀리스 실태와 지원정책방안-노숙인, 부랑인, 쪽방거주자. 한일 홀리스실태와 주거지원에
 관한 국제세미나 자료집. 2004
 정원오, 서종균, 남기철, 이정규. 2013 서울시 노숙인 실태조사 보고서. 서울특별시. 2013
 주영수. 노숙인 사망자수 추이. 2011.

사단법인 **시민건강증진연구소**는

우리 사회에서 살아가는 모든 이들의 건강할 권리를 생각합니다.
건강한 사회를 만들기 위하여
함께 공부하고 연구하며 실천하는 공동체를 꿈꿉니다.

우리 연구소는

우리 사회의 **건강담론과 대안**을 만들어 가는 민간 연구소로,
회원들의 회비와 후원금만으로 운영되는 **독립연구기관**을 지향합니다.

여러분의 관심과 후원으로

모두가 건강한 세상을 향한 사회 변화의 큰 힘을 만들 수 있습니다.
여기 우리가 손을 잡는 현장으로 여러분을 초대합니다.

사단법인 시민건강증진연구소

§ 주소 : 서울시 서초구 방배동 812-25 보성빌딩 4층

§ 전화 : 070-8658/8659-1848 § Fax : 02-581-0339

§ 누리집: <http://health.re.kr> § 전자우편: phikorea@gmail.com

§ 후원계좌 : 하나은행 199-910004-60804 (사)시민건강증진연구소

