

발 간 등 록 번 호

11-1620000-000817-01

2020년도 인권상황 실태조사
연구용역보고서

이주민 건강권 실태와 의료보장제도 개선방안 연구

이 보고서는 연구용역수행기관의 결과물로서,
국가인권위원회의 입장과 다를 수 있습니다.

이주민 건강권 실태와 의료보장제도 개선방안 연구
연구용역보고서를 제출합니다.

2020년 12월

연구수행기관	(사)이주민과 함께
연구책임자	이한숙 (이주와 인권연구소)
	곽재석 ((사)한국이주동포정책개발연구원)
	권영실 (재단법인 동천)
	김미선 ((사)한국이주민건강협회 희망의친구들)
공동연구원	김사강 (이주와 인권연구소)
	김 선 ((사)시민건강연구소)
	박영아 (공익인권법재단 공감)
	이인경 ((사)이주민과 함께)

목 차

요 약

I. 서 론	1
제1장 연구의 개요	3
1. 연구의 배경과 목적	3
2. 연구의 내용과 방법	6
3. 기존 연구와 차별성 및 연구의 한계	10
제2장 이주민의 건강권과 국제인권기준	12
1. 건강권의 정의와 건강권 보장에 관한 국가의 의무	12
2. 비차별의 원칙	16
3. 이주민 건강권 보장을 위한 원칙과 가이드라인	18
II. 현 황	21
제3장 한국의 이주민 의료보장 현황	23
1. 국내 법제 및 정책 현황	23
1) 국민건강보험제도 개정 배경과 과정	25
2) 국민건강보험제도의 적용과 차별	34
3) 노인장기요양보험제도의 적용과 차별	49
4) 의료급여 및 기타 의료지원 제도의 이주민에 대한 적용	50
5) 비정규 체류 이주민의 의료보장	63
2. 건강보험공단 통계를 통해 본 이주민 의료보장 현황	75
1) 의료보장 적용률	75
2) 내국인, 외국인, 재외국민 혼합가족	78
3) 이주민의 낮은 건강보험 직장가입률	82
4) 건강보험 지역가입 세대의 보험료와 세대원	88
5) 건강보험 지역가입 세대의 건강보험료 체납과 급여 제한	93

제4장 체류관리 정책과 이주민의 체류 실태	97
1. 체류관리 제도	97
1) 체류자격	97
2) 외국인등록(국내거소신고)과 외국인등록 사실증명	98
3) 취업 및 체류 관련 허가와 신고	100
4) 재외국민과 주민등록	101
2. 이주민의 체류 현황과 정주화 경향	102
1) 국내 체류 이주민의 연도별·국적별 현황	102
2) 정주형 체류자격의 증가	105
3) 체류기간의 장기화	107
4) 외국국적 동포에 대한 정주 문호의 개방	110
5) 가족결합 이주, 가족동반 체류의 증가	112
6) 이주민의 연령별 현황과 고령화	114
7) 비정규 체류자의 급증과 장기체류	116
8) 소결	119

III. 실태조사 결과 121

제5장 설문조사 결과	123
1. 개인 인적사항	123
1) 국적, 성별, 연령	123
2) 체류자격과 체류기간	125
3) 경제활동과 소득	127
4) 가족과 가구소득	135
2. 건강보험과 의료보장	140
1) 건강보험 가입 또는 의료급여 수급 여부	140
2) 건강보험 제도에 대한 인지도	143
3) 건강보험 가입 유형	145
4) 본인의 건강보험료	148
5) 가족의 건강보험료	151
6) 건강보험료 관련 경험	154
3. 건강상태와 의료기관 이용	157
1) 주관적 건강 상태	158
2) 신체적·정신적 건강 상태	160
3) 만성질환과 장애	163

4) 의료기관 이용 경험	164
5) 건강검진 여부	169
6) 주로 이용하는 의료기관	172
7) 미충족 의료	172
4. 코로나19 정보 및 관련 경험	177
1) 코로나19의 예방과 치료에 대한 정보	177
2) 코로나19 관련 차별과 인권침해	178
5. 소결	180
제6장 면접·사례 조사 결과	182
1. 의료급여 및 의료지원에서 배제된 취약계층 이주민	182
1) 의료급여 제도에서 배제된 이주아동	182
2) 아무런 지원을 받지 못하는 중증질환자	185
3) 생계와 체류를 위협하는 건강보험료	188
2. 건강보험 직장가입자가 되지 못한 이주노동자	194
1) 고용허가제 농·어업 이주노동자	194
2) 당연가입사업장 이주노동자	197
3. 건강보험 지역가입자에 대한 차별	200
1) 지역가입자가 될 수 없는 이주민	200
2) 과도한 보험료 부담	208
3) 가혹한 체납 제재와 급여 제한	210
4) 건강보험료 체납과 체류연장 제한	214
4. 가족관계 증명의 어려움	216
1) 국적국이나 재외공관에 접근이 어려운 난민	217
2) 외국인등록사실증명원의 문제	219
3) 발급이 어렵거나 존재하지 않는 서류	222
4) 반복된 가족관계 증명 서류 요구	225
5. 부정확하고 불친절하고 공개되지 않는 정보 전달의 문제	227
6. 의료보장에서 배제된 이주민의 건강권 - 민간의 의료지원과 의료상담	230
1) 여성이주노동자, 유학생들의 출산과 신생아 질환	231
2) 이주노동자와 감염병	234
3) 외국인보호소 내 이주민 건강실태	236
4) 이주노동자 정신건강과 자살	237
5) 건강보험 없는 이주민과 국제수가 적용 문제	239

IV. 해외 사례 및 정책 제언 245

제7장 이주민 의료보장에 대한 해외 사례 247

1. 독일	248
1) 독일 의료보장제도 개요	248
2) 외국국적자의 의료보장	251
2. 영국	254
1) 영국의 의료보장제도 개요	254
2) 외국국적자의 의료보장	254
3. 일본	257
1) 외국국적자에 대한 사회보장제도의 적용	257
2) 일본의 의료보장제도 개요	260
3) 외국국적자의 의료보장	262
4. 대만	275
1) 대만의 의료보장제도 개요	275
2) 외국국적자의 의료보장	279
5. 해외입법례의 시사점	279

제8장 이주민 의료보장 쟁점 및 정책제언 282

1. 건강보험제도의 차별 폐지	283
1) 비정상적으로 낮은 직장가입률의 제고	283
2) 이주민 지역가입자에 대한 차별 폐지	286
3) 피부양자와 세대원 등록 요건의 현실화	291
4) 세대부과방식과 이주민의 등록제도에 대한 근본적 개선	295
5) 건강보험제도의 이주민 적용 확대	296
6) 노인장기요양보험 가입의 선택 확대	299
7) 이해할 수 있는 언어로 정확하고 공개된 정보의 제공	299
2. 의료급여 및 의료지원제도의 적용 확대	300
1) 의료급여 적용 확대	301
2) 위기 상황에 처한 이주민에 대한 의료지원제도 적용 확대	302
3. 비정규 체류 이주민의 의료보장 확대	302
1) 국제수가(일반수가) 적용의 제한	303
2) 보건의료 취약계층과 필수의료에 대한 의료보장	303
3) 외국인 보호소 내 이주민의 의료보장	305
4) 공공 보건의료 서비스 제공자와 출입국 관리 행정당국 사이에 방화벽 수립	305

참고문헌	307
부록 설문지	311

표 차례

〈표 1-1〉 설문조사의 주요 내용	8
〈표 1-2〉 관계기관 및 관계자 면접조사 일시와 대상	9
〈표 2-1〉 이주민의 건강권 보장에 관한 국제 규범과 원칙	13
〈표 3-1-1〉 지역가입 요건인 6개월 체류기간을 기산하는 방식	37
〈표 3-1-2〉 지역가입자가 될 수 있는 체류자격	38
〈표 3-1-3〉 기타(G-1) 체류자격의 종류	39
〈표 3-1-4〉 건강보험 지역가입자 세대원 범위의 비교	42
〈표 3-1-5〉 공단이 인정한 기관에서 발급하거나 확인한 가족관계 증명 서류	43
〈표 3-1-6〉 건강보험공단이 정한 평균보험료	45
〈표 3-1-7〉 월별 보험료의 하한	46
〈표 3-1-8〉 세대주의 체류자격에 따른 보험료 경감	46
〈표 3-1-9〉 ‘내국인’과 선납 보험료 납부 이주민의 급여 제한 비교	48
〈표 3-1-10〉 의료급여 수급권자 구분과 지원자격	50
〈표 3-1-11〉 2020년 중위소득 40% 기준	51
〈표 3-1-12〉 의료급여 수급권자가 될 수 있는 이주민	53
〈표 3-1-13〉 재난적의료비 지원대상	53
〈표 3-1-14〉 재난적의료비 지원대상이 될 수 있는 이주민	54
〈표 3-1-15〉 긴급복지 지원대상이 되는 위기상황	55
〈표 3-1-16〉 긴급복지지원법에 따라 의료지원 대상이 될 수 있는 이주민	56
〈표 3-1-17〉 모자보건 및 돌봄·양육 지원사업의 이주민에 대한 적용	58
〈표 3-1-18〉 장애인 등록을 할 수 있는 이주민	60
〈표 3-1-19〉 이주민 장애인 등록자에 대한 장애인 복지사업 적용 여부	60
〈표 3-1-20〉 통합모자보건사업 지원 현황(희망의친구들)	72
〈표 3-2-1〉 주민등록인구의 연도별 의료보장 적용률	76
〈표 3-2-2〉 장기 정기체류 외국국적 이주민의 연도별 의료보장 적용률	77
〈표 3-2-3〉 건강보험 가입자와 의료급여 수급권자의 직역별·국적별 현황 (2020년 7월)	79
〈표 3-2-4〉 ‘내국인’ 직장가입자(세대주)의 외국국적 피부양자(세대원)의 체류자격	81
〈표 3-2-5〉 이주민의 경제활동 현황	82
〈표 3-2-6〉 연도별·직역별 건강보험 가입자 현황	83
〈표 3-2-7〉 외국국적 이주민의 체류자격별·직역별 건강보험 가입 비율 (2020년 7월)	84
〈표 3-2-8〉 고용허가제 세부 업종별 직장가입자 수와 비율 (2020년 7월)	87

〈표 3-2-9〉 연도별 건강보험 지역가입 세대의 월평균 보험료와 인상률	89
〈표 3-2-10〉 외국국적 이주민의 건강보험 지역별 가입자 연도별 증감 인원	90
〈표 3-2-11〉 연도별·지역별 건강보험 가입자 비율	91
〈표 3-2-12〉 평균 건강보험증 인원수 비교	91
〈표 3-2-13〉 연령별 지역가입 세대주의 비율	92
〈표 3-2-14〉 19세 미만 외국국적 지역가입 세대주의 체류자격	93
〈표 3-2-15〉 국민건강보험 지역가입 보험료 체납 현황 (2020년 6월 누적)	95
〈표 3-2-16〉 체납, 급여제한, 압류, 분할납부 세대 현황(2020년 6월)	96
〈표 4-1-1〉 체류자격의 유형(대분류)	98
〈표 4-2-1〉 외국인등록자, 거소신고자, 단기체류자의 연도별 추이	103
〈표 4-2-2〉 체류 외국인의 연도별 국적별 현황	104
〈표 4-2-3〉 장기체류자의 연도별 국적별 현황	105
〈표 4-2-4〉 장기체류자의 연도별 체류자격별 현황	106
〈표 4-2-5〉 이주민의 연도별 체류자격별 체류기간	108
〈표 4-2-6〉 외국국적동포의 체류자격별 현황 (2020년 6월)	112
〈표 4-2-7〉 외국국적동포의 국적별 현황 (2020년 6월)	112
〈표 4-2-8〉 국내 상주 외국인의 배우자와 자녀 유·무 및 거주지	113
〈표 4-2-9〉 장기체류자의 연도별 연령별 현황	115
〈표 4-2-10〉 비정규 체류자의 연도별 현황	117
〈표 4-2-11〉 비정규 체류자의 연도별 체류자격별 현황	118
〈표 4-2-12〉 단기체류자의 체류기간 초과 현황	119
〈표 5-1-1〉 설문조사 응답자의 국적별 성별 분포	124
〈표 5-1-2〉 설문조사 응답자의 연령대별 성별 분포	124
〈표 5-1-3〉 설문조사 응답자의 체류자격별 성별 분포	125
〈표 5-1-4〉 설문조사 응답자 중 난민의 난민 지위별 성별 분포	126
〈표 5-1-5〉 설문조사 응답자의 체류기간 분포	126
〈표 5-1-6〉 체류자격별 5년 미만 및 5년 이상 체류자	127
〈표 5-1-7〉 설문조사 응답자의 종사 업종 분포	127
〈표 5-1-8〉 체류자격별 종사업종	128
〈표 5-1-9〉 연령대별 종사업종	129
〈표 5-1-10〉 설문조사 응답자의 고용형태별 성별 분포	130
〈표 5-1-11〉 체류자격별 고용형태	131
〈표 5-1-12〉 연령대별 고용형태	132
〈표 5-1-13〉 설문조사 응답자의 전년도 월 평균 소득	133
〈표 5-1-14〉 체류자격별 전년도 월 평균 소득	134

〈표 5-1-15〉 업종별 전년도 월 평균 소득	135
〈표 5-1-16〉 체류자격별 가족 동거 여부	136
〈표 5-1-17〉 난민의 가족 동거 여부	136
〈표 5-1-18〉 가족과 함께 사는 경우 동거 가족	137
〈표 5-1-19〉 가족과 함께 사는 경우 체류자격별 가구 유형	138
〈표 5-1-20〉 가구원 수 별 지난 해 월 평균 가구 소득	139
〈표 5-1-21〉 2019년 기준 중위소득 미만 가구	139
〈표 5-2-1〉 체류자격별 건강보험 유무	141
〈표 5-2-2〉 미성년자, 65세 이상, 장애인의 의료보장 유무	142
〈표 5-2-3〉 난민의 의료보장 유무	142
〈표 5-2-4〉 체류자격별 건강보험 의무화 및 체납 시 체류 불이익 인지도	144
〈표 5-2-5〉 비전문취업(E-9) 업종별 건강보험 의무화 및 체납 시 체류 불이익 인지도	144
〈표 5-2-6〉 난민 지위별 건강보험 의무화 및 체납 시 체류 불이익 인지도	145
〈표 5-2-7〉 체류자격별 건강보험 가입 유형	146
〈표 5-2-8〉 비전문취업(E-9) 업종별 건강보험 가입 유형	147
〈표 5-2-9〉 고용형태별 건강보험 가입 유형	148
〈표 5-2-10〉 직장가입자 소득구간별 월 평균 건강보험료	149
〈표 5-2-11〉 지역가입자 세대주의 소득구간별 월 평균 건강보험료	150
〈표 5-2-12〉 건강보험 가입 유형별 가족의 별도 보험료 납부 여부	151
〈표 5-2-13〉 가구원 수별 가입 유형별 월 평균 건강보험료	152
〈표 5-2-14〉 가구 구성별 가입 유형별 월 평균 건강보험료	152
〈표 5-2-15〉 가구소득이 2019년 기준 의료급여 선정 기준 미만인 경우	153
〈표 5-2-16〉 건강보험 가입 유형 별 건강보험료 관련 경험	154
〈표 5-3-1〉 설문조사 응답자의 주관적 건강 상태	158
〈표 5-3-2〉 연령별 성별 주관적 건강 인지율	159
〈표 5-3-3〉 고용형태별 주관적 건강 인지율	160
〈표 5-3-4〉 업종별 주관적 건강 인지율	160
〈표 5-3-5〉 연령별 성별 지난 1년 간 질병이나 사고로 4일 이상 아팠던 경험	161
〈표 5-3-6〉 지난 1년 간 질병이나 사고로 4일 이상 아팠을 때 주된 대처 방법	161
〈표 5-3-7〉 연령별 성별 지난 1년 간 심한 불안이나 우울 경험	162
〈표 5-3-8〉 지난 1년 간 심하게 불안하거나 우울했을 때 대처 방법	162
〈표 5-3-9〉 연령별 성별 만성질환 진단 경험	163
〈표 5-3-10〉 만성질환 관리	164
〈표 5-3-11〉 성별 장애 여부 및 장애 진단 여부	164
〈표 5-3-12〉 연령별 성별 최근 1년 간 의료기관 이용 경험	165

〈표 5-3-13〉 체류기간별 지난 1년간 의료기관 이용 경험	165
〈표 5-3-14〉 최근 1년 간 의료기관 이용 이유	166
〈표 5-3-15〉 의료보장 여부에 따른 최근 1년 간 의료기관 이용 경험	167
〈표 5-3-16〉 의료보장 여부에 따른 최근 1년 간 의료이용 종류	167
〈표 5-3-17〉 의료비 해결 방법	167
〈표 5-3-18〉 의료기관 이용 시 통역 도움	168
〈표 5-3-19〉 연령별 성별 건강검진 경험	169
〈표 5-3-20〉 체류기간에 따른 건강검진 경험	169
〈표 5-3-21〉 의료보장 유무 및 체류기간에 따른 건강검진 경험	170
〈표 5-3-22〉 응답자의 종사 업종별 건강검진 경험	170
〈표 5-3-23〉 건강검진 장소	171
〈표 5-3-24〉 건강검진 결과 이해	171
〈표 5-3-25〉 의료보장 여부에 따른 주로 이용하는 의료기관	172
〈표 5-3-26〉 미충족 의료 경험	173
〈표 5-3-27〉 의료보장 여부에 따른 미충족 의료 경험	173
〈표 5-3-28〉 종사 업종별 미충족 의료 경험	174
〈표 5-3-29〉 미충족 의료 이유	174
〈표 5-4-1〉 코로나19 관련 정보 인지도	177
〈표 5-4-2〉 코로나19 관련 정보 취득 대상	178
〈표 5-4-3〉 코로나19 관련 정보 취득 매체	178
〈표 5-4-4〉 코로나19 관련 차별 또는 인권침해 경험	179
〈표 6-6-1〉 의료기관별 의료비 수가 적용 비교	240
〈표 6-6-2〉 의료비 적용 수가별 본인부담금의 비교 사례	241
〈표 7-3-1〉 일본의 공적 의료보험제도의 구조	261
〈표 7-3-2〉 3개월 초과 체류를 증명하기 위한 필요자료	266
〈표 7-3-3〉 마에바시시의 보험료 부과 예	268
〈표 7-3-4〉 마에바시시의 소득에 따른 보험료 감면 예	268
〈표 7-3-5〉 마에바시시에 신규 체류·전입한 외국국적자의 보험료 계산 예	268
〈표 7-4-1〉 대만全民건강보험 범주별 보험료 분담비율	276
〈표 7-4-2〉 대만全民건강보험 보험료 산출식	277
〈표 7-4-3〉 대만全民건강보험 외래진료 시 기본 본인부담금	278
〈표 7-4-4〉 대만全民건강보험 입원환자 본인부담금 비율	278

그림 차례

〈그림 4-2-1〉 체류 외국인의 연도별 추이	102
〈그림 4-2-2〉 주민등록인구와 장기체류 이주민의 연령대별 분포	114

요 약

제1장 연구의 개요

1. 연구의 배경과 목적

이주민 대다수는 언어적 제약, 제도와 정보에 대한 낮은 접근성, 열악한 노동조건, 불안정한 고용, 낮은 경제적·사회적 지위, 법·제도적 차별 등으로 인해 건강권의 측면에서 취약한 처지에 놓여 있다. 그러나 한국의 의료보장제도는 국적과 체류자격에 따라 이주민을 배제해 왔으며 2019년 차별을 더욱 심화하는 방향으로 건강보험제도가 개정되었다. 이전에는 신청에 의해 임의가입 하던 이주민의 지역건강보험 가입이 의무화되었지만 보험료 부담 증가, 가혹한 체납 제재 등으로 특히 이주민 취약계층은 건강권을 넘어 생계를 위협받는 지경에 이르렀다. 이에 이주민 의료보장제도를 개선할 필요성이 긴급히 제기되고 있다. 그러나 ‘외국인’ 대 ‘내국인’의 이분법, 이주민을 단신의 단기 취업 노동자로 바라보며 국내 정주를 인정하지 않는 시각 등으로 제도 개선에 대한 사회적 공감대는 미약하다.

본 연구는 건강권은 인간의 기본권이라는 원칙에 입각하여, 의료보장에서 차별 받고 있는 이주민이 겪고 있는 실태를 밝힘으로써 사회적 공감대를 넓히고, 현 제도에 대한 면밀한 분석을 통해 이주민의 건강권을 위협하는 제도적·구조적 요인을 분석하며, 해외 사례를 참조하여, 이주민의 의료보장제도 개선을 위한 방안을 제시하는 것을 목적으로 한다.

2. 연구의 내용과 방법

본 연구의 내용은 크게 이주민 의료보장 관련 법·제도와 정책 등 현황에 대한 연구, 이주민의 건강권과 의료보장 실태에 대한 조사, 국제인권기준과 이주민 의료보장 적용의 해외 사례 연구, 이주민 의료보장제도 개선을 위한 정책 제언으로 구분할 수 있다.

법·제도와 정책 등 현황에 대한 연구에서는 첫째, 의료보장제도를 건강보험제도, 의료급여제도, 위기 상황의 의료비지원제도, 보건의료 취약계층 의료지원제도로 구분해 이주민에 대한 적용 범위 및 차별의 내용을 검토하였다. 비정규 체류 이주민에게 의료안전망을 제공해 온 것은 민간 부문의 의료지원 활동이었으므로 이를 함께 검토하였다. 둘째, 건강보험공단 통계를 이용해 의료보장 적용률, 건강보험 지역별 가입자 현황, 건강보험료 체납 현황 등을 분석하였다. 셋째, 이주민의 정주화 경향을 보여줌으로써 정책적 방향 전환이 필요한 근거를 제시하고자 체류 관리 제도와 이주민의 체류 현황을 검토하였다.

이주민의 건강권과 의료보장 실태에 대한 조사는 설문조사와 심층 면접조사, 사례조사 방법을 이용하였다. 이주민 당사자를 대상으로 한 설문조사를 통해 건강상태, 의료서비스 이

용 및 의료보장 현황 등을 파악하고자 하였으며, 1,060건의 유효 설문지를 분석하였다. 심층 면접조사와 사례조사는 관계자 및 관계기관, 지원단체 활동가, 이주민 당사자에 대해 진행하였다. 이를 통해 현재의 의료보장제도가 특히 취약계층 이주민에게 미치는 구체적 영향과 법·제도와 정책이 실현되는 방식과 양상을 파악하고자 하였다.

국제인권규범에 부응하는 이주민 의료보장제도의 개선방안을 제시하기 위해 국제인권조약과 국제인권기구의 한국정부에 대한 권고를 검토하는 한편 대만, 일본, 독일, 영국 4개 국가를 선정해 각국의 의료보장제도가 이주민에게 적용되는 방식을 연구하였다.

이상의 연구결과를 종합하고 전문가 자문을 거쳐 이주민의 건강권과 의료보장 쟁점을 건강보험제도의 차별 폐지, 의료급여 및 의료지원제도의 적용 확대, 비정규 체류 이주민의 의료보장 확대의 세 가지로 구분해 정책 제언을 제시하였다.

3. 기존 연구와 차별성 및 연구의 한계

이 연구는 건강과 의료기관 이용실태에 대해 다양한 이주민 그룹을 포괄하는 전국적 실태조사를 실시하고, 의료보장제도 전반을 검토하여 포괄적인 정책제언을 제시했다는 점, 건강권 중에서도 적절한 의료서비스를 받을 권리에 주목했다는 점, 특히 건강보험제도의 구체적인 개선안을 제시하고자 했다는 점에서 기존의 연구와 차별성을 가진다.

한편 이주민 일반을 대상으로 함으로써 이주민 그룹 각각의 건강권 실태와 그에 부합하는 개별적인 정책 제언을 제시하지 못한 점, 이주민 건강권을 위협하는 주요 요인인 산업재해 문제를 포괄하지 못한 점은 이 연구의 한계이다.

제2장 이주민의 건강권과 국제인권기준

국제 규범과 원칙은 모든 사람이 국적이나 체류자격과 무관하게 가능한 최상의 건강을 누릴 권리가 있으며 국가는 모든 사람들이 보건의료서비스에 동등하게 접근할 수 있도록 할 의무가 있음을 강조하고 있다. 그러나 한국에서 인권으로서 건강권에 대한 논의는 아직은 미약하고, 의료보장제도에 이주민 차별이 내재되어 있어 경제적·사회적 및 문화적 권리위원회, 인종차별철폐위원회, 아동권리위원회 등 유엔 인권조약기구들은 대한민국 정부에 모든 이주민들이 평등하게 의료서비스에 접근할 수 있도록 보장할 것을 권고한 바 있다.

제3장 한국의 이주민 의료보장 현황

1. 국내 법제 및 정책 현황

한국에서는 전 국민을 대상으로 한 사회보험인 국민건강보험제도와 공공부조로서 의료급여제도를 중심으로 의료보장제도가 운용되고 있다. 국민건강보험법은 동법 제109조에 “외국

인 등에 대한 특례” 조항을 두어 이주민을 적용 대상으로 포괄하고 있지만 국적과 체류자격에 따른 차별이 뚜렷하다. 의료급여는 한국국적자를 임신·양육·부양 중인 결혼이주민과 난민인정자 등만 적용 대상에 포함하고 있으며, 이는 여타 의료지원제도에서도 별반 다르지 않다. 유일하게 응급의료에 관한 법률만이 국적에 따른 비차별 규정을 명시하고 있다.

1) 국민건강보험제도 개정 배경과 과정

건강보험제도는 지역가입에서 특히 이주민에게 차별적으로 제도가 운용되어 왔다. 그런데 2018년 6월, 보건복지부는 차별을 더욱 강화하는 방향으로 건강보험제도 개정을 예고하였고, 이주민 의료보장이 더욱 악화될 것이라는 인권단체들의 우려와 인종차별철폐위원회의 권고는 반영되지 못한 채, 2018년 말부터 2019년 7월 16일 이주민 지역건강보험 당연가입 적용까지 단시간 내 제도 개정이 단행되었다.

이 과정에서 일부 예외적 사례를 이주민 전체의 문제로 과장하며 외국인 건강보험 “먹튀”, “무임승차”, “부정수급”을 언급한 언론보도가 이어졌다. 이런 언론보도들은 납부한 보험료보다 급여 혜택을 많이 받는 중증질환자를 ‘도덕적으로’ 지탄함으로써 사회 연대 원칙에 근거한 사회보험으로서 건강보험제도의 근간을 위협하고, 근거 없이 이주민을 건강보험 재정 수지 악화의 원인으로 지목함으로써 ‘외국인 혐오’를 확산시키는 데 기여하였으며, 이는 역으로 이주민 차별을 강화하는 제도 개정의 디딤돌이 되었다.

지역건강보험의 의무가입으로의 전환은 이주민 의료보장 개선에 긍정적 기여를 할 수 있었다. 그러나 건강보험제도는 이주민 가입자에 대해 징벌적 성격을 강화하는 방향 하에 더 많은 보험료와 더 적은 급여를 목표로 개정되었다. 강제가입은 부담능력에 따른 보험료 부과와 병행되어야 한다는 원칙은 폐기되었으며, 필연적으로 증가할 수밖에 없는 체납에 대해서는 가혹한 제재를 가하는 방안이 선택되어 건강보험제도 본연의 목적이 무엇인지에 대해 의문이 제기되고 있다.

2) 국민건강보험제도의 적용과 차별

(1) 보험적용과 자격

- 외국인등록(국내거소신고)을 하고 합법적 체류자격을 가진 외국국적자와 주민등록을 한 재외국민이 건강보험 가입자가 될 수 있으며 비정규 체류자는 가입이 허용되지 않는다. 직장가입자와 피부양자 자격 요건은 외국국적 이주민과 재외국민(이하 이주민)에 대한 차별이 없지만 지역가입의 경우 제도 전반에 차별이 있다.
- 지역가입자가 될 수 있는 최소 체류기간 요건이 3개월에서 6개월로 강화되었다(결혼이민(F-6) 제외). 지역가입자가 국외체류 1개월 초과 시 자격이 상실되며 재입국 후 다시 6개월이 경과해야 지역가입자가 된다. 단 국외체류 6개월 미만이면 국외체류기간의 보

협료를 납부하여 재입국한 날 자격 취득이 가능하다(체류자격이 상실되지 않은 경우만 해당). 그러나 세대합가 되었던 가족의 경우 국외체류기간 동안 가족 구성원 각각을 단독 세대주로 간주했을 때의 보험료를 납부해야 한다.

- 기타(G-1) 자격자는 지역가입자가 될 수 없으며, 그 중 인도적체류자(G-1-6)와 그 가족(G-1-12)만 지역가입자가 될 수 있게 되었다. 유학생(D-2, D-4)은 2021년 2월 말 까지 당연가입 유예로 신규로 지역가입자가 될 수 없다.

(2) 피부양자와 세대원의 범위

- ‘내국인’은 세대별 주민등록표에 등재된 사람은 가족이 아니어도 세대원이 되지만, 이주민은 배우자와 만19세 미만 자녀만 세대원이 될 수 있다. 이주민과 ‘내국인’이 한 세대를 이루는 경우 ‘내국인’만 세대주가 될 수 있고, 이 경우도 세대원은 친인척에 한정된다.
- 이주민 지역가입자의 사실혼 배우자는 세대원이 될 수 없다. 직장가입자의 사실혼 배우자는 피부양자가 될 수 있지만 이 때 인우보증은 ‘내국인’만 가능하다.

(3) 피부양자와 세대원 등록 요건의 강화

- 서류발행국 외교부 또는 아포스티유 확인을 받은 서류 또는 공단 인정 기관에서 발급(확인)한 서류(법무부 발급 외국인등록사실증명원 등)만 가족관계 증명 서류로 인정되며, 국내발급은 3개월 이내, 국적국 발급은 9개월 이내, 외국인등록사실증명원은 배우자 관계의 경우 외국인 등록일부터 9개월 이내(난민인정자, 인도적체류자 제외)만 유효하다.
- 직장과 지역 간 자격 변동 시 혹은 일시 출국 후 재입국으로 자격 재취득 시, 기존 자격 상실일로부터 3개월이 경과하면 가족관계 서류를 다시 제출해야 한다. 부 또는 모를 피부양자(세대원)로 등록하고자 할 때는 그 배우자의 소득 혹은 사망을 증명해야 한다.

(4) 보험료 부과와 징수·납부 및 보험료 경감

- 세대주 체류자격에 따라 영주(F-5), 결혼이민(F-6)은 ‘내국인’과 동일하게 소득과 재산에 따라 보험료가 부과되지만, 그 외 이주민은 최소한 전년도 평균보험료 이상 보험료가 부과된다. 방문동거(F-1), 거주(F-2)는 소득과 재산에 따라 보험료가 부과되던 데서 2019년부터 평균보험료 이상이 부과되게 되었다.
- 난민인정자와 그 가족 및 만 19세 미만 미성년단독 세대주에게는 최소한 월별 보험료 하한액 이상 보험료가 부과된다. 미성년자에 대한 보험료 납부의무 면제 규정은 이주아동에게는 적용되지 않는다.
- ‘섬·벽지·농어촌 거주자, 65세 이상자, 장애인, 휴직자 등에 대한 보험료 경감 제도는 이주민에게 적용되지 않는다. 단 체류자격에 따라 일률적으로 종교(D-6), 인도적체류자(G-1-6)와 그 가족(G-1-12)은 30%, 유학(D-2), 일반연수(D-4) 또는 재외동포(F-4)

자격자로 학교에 다니는 경우 50% 경감제도가 있다.

- 결혼이민(F-6), 영주(F-5) 자격자는 ‘내국인’과 동일하게 다음달 10일까지 보험료를 납부하지만 그 외 이주민은 전달 25일까지 보험료를 선납해야 한다.

(5) 보험료 체납자에 대한 제재

- 선납보험료 납부 이주민은 보험료를 1회라도 미납 시 다음달 1일부터 완납 시까지 보험급여를 받을 수 없다. 분할납부 승인을 받고 분할납부를 시작해도 급여는 받을 수 없으며, 보험료를 완납해도 급여는 소급 적용되지 않는다. 또한 건강보험료를 체납한 이주민은 체류 연장에 제한을 받으며 완납 또는 분할 납부를 시작해야 체류 연장이 가능하다.

3) 노인장기요양보험제도의 적용과 차별

- 기술연수(D-3), 비전문취업(E-9), 방문취업(H-2) 자격자인 건강보험 직장가입자는 신청을 통해 장기요양보험가입자에서 제외될 수 있다. 그러나 그 외 체류자격을 가진 직장가입자와 모든 지역가입자는 장기요양보험에 당연가입 되어 보험료가 부과된다.

4) 의료급여 및 기타 의료지원 제도의 이주민에 대한 적용

(1) 의료급여

- 한국국적자를 임신·양육·부양 중인 결혼이주민, 난민인정자, 재외동포 중에 영주귀국 사할린 한인 1세 및 그의 배우자와 장애인 자녀만 수급자가 될 수 있다.

(2) 위기 상황의 의료비 지원제도

- 재난적의료비 지원제도: 한국국적자를 임신·양육·부양 중인 결혼이주민, 건강보험 직장가입자인 난민인정자, 고려인동포 특별법 적용을 받는 고려인 동포 중 영주(F-5) 자격자 이면서 건강보험 직장가입자만 적용된다.
- 긴급복지 지원제도: 한국국적자와 혼인 중이거나 한국국적 직계존비속을 돌보고 있는 결혼이주민, 난민인정자와 인도적체류자, 본인의 귀책사유 없이 화재, 범죄, 천재지변, 재난 등으로 피해를 입은 이주민만 적용 대상이다.
- 응급의료 서비스 지원제도: 응급의료에 관한 법률은 유일하게 ‘외국인’에게 동등한 권리를 명시하고 있어 이주민도 ‘응급의료비용 미수금 대지급제도’ 대상이 된다.
- 모자보건 지원 사업: 모자보건 지원은 사업 종류에 따라 대상이 될 수 있는 이주민이 다르다. 예를 들어, ‘고위험 임신부 의료비 지원사업’은 영주(F-5) 자격자, 결혼이주여성, 난민인정자, 영주귀국 사할린 한인이 대상이 되며, ‘청소년산모 임신·출산의료비 지원사업’은 건강보험 가입 이주민과 의료급여 대상 이주민, ‘산모·신생아 건강관리 지원사업’

은 한국인과 혼인한 결혼이주민이나 부모 모두 ‘외국인’인 경우 거주(F-2), 영주(F-5), 결혼이민(F-6) 자격자가 대상이다.

- 장애인 의료지원 서비스: 재외국민, 재외동포, 영주(F-5) 자격자, 결혼이민자, 난민인정자는 장애인 등록을 할 수 있지만, 연금·수당·보육·교육 지원과 활동지원은 난민인정자만 해당되고, 의료·재활 지원은 의료급여 수급권자가 대상인데 수급권자가 될 수 있는 이주민은 한정되어 있으며, 지역건강보험료 경감은 결혼이주민, 영주권자, 난민인정자만 해당되는 등 실질적 지원에서는 배제되어 있는 경우가 대부분이다.
- 암환자 의료비 지원사업: 소아암환자의 경우 이주아동은 제외되며, 성인암환자의 경우 건강보험료가 대상 선정 기준인데 지역가입자인 이주민 대다수는 평균보험료 이상이 부과되므로 지원 대상에서 제외된다. 차상위 본인부담 경감대상자 지원 사업은 이주민에게 적용되지 않는다.

5) 비정규 체류 이주민의 의료보장

(1) 공적 제도

비정규 체류자는 건강보험에 가입할 수 없고, 대부분의 공적 의료보장제도에서 배제된다. 예외적으로 비정규 체류자에게도 적용되는 제도로 ‘응급의료 서비스 지원제도’, ‘외국인근로자 건강관리지침’, ‘어린이 국가예방접종 지원사업’이 있으며, 의료보장에서 배제된 비정규 체류자를 대상으로 한 사업으로 ‘외국인근로자 등 의료지원사업’이 있다.

그러나 ‘외국인근로자 건강관리지침’에 따른 사업은 지자체 예산에 따라 지역별 편차가 크고, ‘어린이 국가예방접종 지원사업’은 보건소에서만 무료접종이 가능하며 시행기관인 보건소조차 사업 내용을 인지하지 못하는 문제가 있으며, ‘외국인근로자 등 의료지원사업’은 지원대상자 선정의 문제, 이용 가능한 의료기관의 제한, 외래진료 지원 제한과 약제비 지원 부재 등 사업 자체의 한계와 함께 예산 부족이 심각하다.

한편, 외국인보호소는 국가가 운영하는 행정구금시설이지만 교정시설에 적용되는 수용자 의료관리지침이 적용되지 않으며, 보호소 내 의료인력 부족, 외부 진료 자부담 원칙 등으로 의료 환경이 열악하다. 특히 코로나19 대유행으로 수용시설 내 감염병 예방이 중요한 과제로 대두되고 있으나, 문진 시 언어장벽, 보호소마다 다른 입소 후 격리기간, 거리두기가 불가능한 과밀 수용 등의 문제가 지적되고 있다.

(2) 민간 부문의 의료안전망

비정규 체류자의 의료보장은 주로 민간 차원에서 이루어져왔다. 무료진료소는 평일 의료기관 이용이 어려운 이주민들의 기본적인 건강관리, 질병 예방과 조기발견 등에 중요한 역할을 해왔다. 이주민, 지원단체, 의료기관의 파트너십을 기반으로 회원으로 가입한 이주민이

협력의료기관을 이용하고 의료비를 지원받을 수 있는 시스템인 의료공제회, 이주민 지원단체가 의료기관과 의료비 감면 협약을 맺고 이주민 환자를 의뢰하는 협력병원 시스템은 공적 제도에서 배제된 이주민들의 의료안전망이 되고 있다.

공적 제도인 ‘외국인근로자 건강관리지침’에 따라 보건소에서 임신부의 산전관리, ‘외국인근로자 등 의료지원사업’을 통해 산전진찰과 출산 지원이 가능하지만 보건소 산전관리는 범위가 제한적이고 의료지원사업 지정 의료기관 중에는 산부인과가 없는 곳이 많아 이주여성의 임신·출산 관련 의료사각지대가 발생하고 있다. 민간 지원이 이를 해소하는 역할을 수행하고 있으나 지원 대상이 늘어나면서 한계도 커지고 있다.

국내에 가족이 없는 이주민 환자들의 입원 수술 시 간병 서비스와 한국어 소통이 어려운 이주민 환자들을 위한 의료통역 서비스 역시 민간에서 먼저 시작되었다. 최근 의료기관의 간호, 간병 통합서비스 시행으로 간병보다 의료통역에 대한 수요가 커지고 있으나, 민간의 통역체계 구축 및 서비스 제공을 위한 운영비 부족으로 공적 지원의 확대가 절실한 실정이다. 그 밖에 정신건강 증진을 위한 상담, 심리치료, 자살예방교육과 질병예방과 건강문해력 증진을 위한 건강교육 및 다국어 의료정보 제공 등도 민간에서 중요하게 다루고 있는 영역이다.

2. 건강보험공단 통계를 통해 본 이주민 의료보장 현황

1) 의료보장 적용률

2020년 7월 기준, 주민등록인구의 건강보험 적용률은 96.8%, 의료급여 적용률은 2.9%로 전체 의료보장 적용률은 99.7%에 달한다. 장기 정규체류 이주민의 건강보험 적용률은 2018년 59.3%에서 지역건강보험 의무화로 2020년 7월 76.9%로 증가했지만 의료급여 적용률 0.2%를 포함한 전체 의료보장 적용률은 77.1%로 여전히 매우 낮은 수준이다. 비정규체류자를 포함한 외국국적 이주민의 의료보장 적용률은 62.4%로 떨어져, 의료보장 미적용 인구가 73만 명 이상이다.

2) 내국인, 외국인, 재외국민 혼합가족

건강보험제도는 ‘내국인’과 ‘외국인’의 뚜렷한 구분을 전제로 하지만 국적과 체류자격이 다른 사람들이 하나의 가족 또는 가구를 구성하는 혼합가족이 늘고 있다. 예를 들어 피부양자인 외국국적자와 재외국민 가운데 ‘내국인’ 직장가입자의 피부양자인 경우가 각각 42.2%, 69.6%이다. 지역가입 세대원인 외국국적자와 재외국민 가운데 세대주가 ‘내국인’인 경우도 각각 42.0%, 77.3%이다. 의료급여 수급권자의 경우 외국국적자인 세대원의 96.9%가 ‘내국인’ 세대주의 세대원이다.

이주민 의료보장 적용인구 중 ‘내국인’ 직장가입자 혹은 세대주의 피부양자나 세대원인 경우는 외국국적 이주민의 11.9%, 재외국민의 26.3%에 달했다. 외국국적자의 경우 그 체류

자격은 결혼이민(F-6)이 44.1%, 재외동포(F-4) 21.8%, 방문동거(F-1) 14.7%, 영주(F-5) 13.5% 순으로 많았지만 거의 대부분 체류자격에서 ‘내국인’의 피부양자 또는 세대원이 존재했다.

3) 이주민의 낮은 건강보험 직장가입률

이주민은 ‘내국인’에 비해 경제활동참가율과 고용률이 더 높은데도 직장가입자 비율이 비정상적으로 낮다. 2020년 7월, 건강보험 가입자 중 직장가입인구(직장가입자와 피부양자)와 지역가입자의 비율이 ‘내국인’의 경우 각각 73.2%, 26.8%인데 반해 외국국적 이주민은 56.6%, 43.4%이다. 특히 방문취업(H-2)은 직장가입자 비율이 28.6%로 가장 낮은 편이었다. 고용허가제 비전문취업(E-9) 노동자 중에서도 농업, 어업은 직장가입자 비율이 각각 36.0%, 25.8%로 타 업종에 비해 매우 낮았다. 선원취업(E-10)의 경우도 직장가입자 비율은 54.5%로 매우 낮은 편이었다.

이는 이주민들이 임시직·일용직의 불안정 고용 노동자, 특수고용 노동자나 비공식 부문 노동자로 일하는 경우가 많고, 사업자등록증이 없는 농·어업 사업장에 고용되어 있는 경우 직장가입자가 될 수 없으며, 건강보험 당연가입사업장 사업주가 직장가입 취득신고를 하지 않는 경우에 대한 감독이 소홀하기 때문이다.

4) 건강보험 지역가입 세대의 보험료와 세대원

이주민의 지역건강보험 가입이 의무화된 2019년 외국국적자가 세대주인 세대의 월평균 보험료는 전년도에 비해 30.6% 인상되었다. 반면 ‘내국인’이 세대주인 세대의 보험료 인상률은 7.1%였다. 특히 2019년부터 평균보험료 이상이 부과되기 시작한 방문동거(F-1) 자격 세대의 보험료 인상률은 393.3%에 달했다.

직장가입인구(직장가입자와 피부양자) 중 피부양자 비율, 지역가입자 중 세대원 비율은 2020년 7월, 외국국적 이주민의 경우 각각 28.8%, 27.4%로 ‘내국인’ 51.5%, 49.0%에 비해 매우 낮다. 외국국적 이주민의 피부양자와 세대원 비율은 원래 낮았는데, 세대합가 범위가 축소되고 가족관계등록 요건이 강화되면서 2019년 이후 더욱 낮아진 것이다. 또한 19세 미만 미성년 지역가입자 중 세대주 비율이 ‘내국인’은 4.5%인데 반해 ‘재외국민’과 외국국적 이주민은 각각 31.2%, 16.8%로 높아서 미성년자가 세대합가를 하지 못한 경우가 많음을 짐작할 수 있다.

5) 지역가입 세대의 건강보험료 체납과 급여 제한

2020년 6월말까지 1회 이상 건강보험료 체납 세대 비율은 ‘내국인’이 세대주인 세대 35.3%에 비해 외국국적 이주민이 세대주인 세대는 20.2%로 더 낮다. 그런데 ‘내국인’ 급여제한 세대는 6.2%지만, 외국국적 이주민은 1회 이상 체납 세대 20.2% 모두가 급여제한 세

대이며, 체납 세대 중 재산 등 압류 세대는 ‘내국인’ 12.6%에 비해 외국국적 이주민은 19.2%로 높아서 이주민에게 훨씬 가혹한 체납 제재를 하고 있음을 확인할 수 있다.

외국국적 이주민 지역가입 세대의 체납률을 체류자격별로 보면, 예술홍행(E-6) 53.0%, 선원취업(E-10) 52.0%, 특정활동(E-7) 48.1%, 비전문취업(E-9) 43.7%로 높았다. 인도적 체류허가자와 그 가족만 지역가입자가 될 수 있는 기타(G-1)의 경우도 체납률이 51.6%로 30% 경감된 보험료조차 부담임을 보여준다.

제4장 체류관리 정책과 이주민의 체류 실태

1. 체류관리 제도

출입국관리법에 따른 체류자격은 크게 일반 체류자격과 영주 체류자격으로 나뉘며, 전자는 다시 체류기간 90일을 기준으로 단기와 장기 체류자격으로 구분된다. 대분류 체류자격은 총 36개로 A계열부터 H계열까지 8개 그룹으로 분류되며, 체류자격별 세부코드가 추가되어 약 200개의 소분류로 세분되어 관리되고 있다.

장기체류자와 영주자격자는 외국인등록(국내거소신고)을 하며 외국인등록증(국내거소신고증)이나 외국인등록(국내거소신고) 사실증명이 주민등록증이나 주민등록등·초본을 갈음하게 된다. 사실증명 기재 내용에는 세대구성 사항이 포함되지만 주된 체류자격자에 종속된 체류자격을 받은 경우에 한해 기재되며, 과거에는 ‘세대주 및 세대주와 관계’가 포함되었으나 “외국인은 세대주가 될 수 없다”는 이유로 2018년 6월 삭제되었다.

외국국적자가 국내에서 취업을 하기 위해서는 취업 활동이 가능한 체류자격을 갖고 있어야 하며, 원칙적으로 취업활동을 할 수 없는 체류자격자가 예외적으로 취업활동을 하는 경우 사전에 법무부장관의 ‘체류자격외활동허가’를 받아야 한다.

외국에 90일 이상 거주하는 한국국적자는 재외국민으로 등록해야 하지만 법령 상 강제규정은 없다. 재외국민 등록을 한 귀환이주자는 ‘재외국민 주민등록’을 하게 되는데 국민건강보험법이 재외국민을 외국국적 이주민과 동일하게 법 적용에서 차별하고 있는 바와 같이 ‘외국인 등’으로 차별 대우를 받게 된다.

2. 이주민의 체류 현황과 정주화 경향

1) 국내 체류 이주민의 연도별·국적별 현황

국내 체류 ‘외국인’은 2020년 6월 코로나19 팬데믹의 영향으로 전년도에 비해 처음으로 감소했지만 단기체류자가 42.6% 감소한 데 비해 장기체류자는 3.0% 감소에 그쳤다. 이는 국내에 거주 기반을 형성하고 있는 장기체류 이주민이 쉽게 떠나지 않는다는 사실을 보여준다. 그동안 국내 체류 이주민의 증가를 주도해 온 것은 장기체류자로 2020년 6월 기준

장기체류자는 전체 체류 ‘외국인’의 78.7%에 달한다.

2020년 6월, 국내 체류 ‘외국인’ 약 214만 명의 국적은 중국이 44.2%로 가장 많으며 중국 국적자 중 한국계 동포가 71.9%이다. 다음으로 베트남 10.1%, 태국 8.9%, 미국 6.9%, 우즈베키스탄 3.3% 순으로 많다. 장기체류자 168만여 명의 국적은 중국 50.7%, 베트남 11.0%, 미국 4.1%, 우즈베키스탄 4.0% 순인데, 특히 한국계 중국 동포는 전체 체류자의 98.3%가 장기체류자다. 반면 태국 국적자는 단기체류자 비율이 높아서 장기체류자 중에서는 10위로 떨어진다.

2) 정주형 체류자격의 증가

체류자격의 반복적 갱신이 가능하거나 체류기간 제한이 없는 정주형 체류자격인 재외동포(F-4), 영주(F-5), 결혼이민(F-6), 거주(F-2) 자격자 비율이 꾸준히 증가해 2020년 6월, 전체 장기체류자의 47.2%나 되었다. 특히 재외동포(F-4)는 비중이 가장 클 뿐 아니라 가파른 증가세를 보이며 장기체류자 증가에 주도적 역할을 해왔다. 방문취업(H-2)의 경우 5년 이상 연속체류는 불가능하지만 횟수 제한 없이 체류자격 갱신이 가능하고 재외동포(F-4) 자격으로 변경 가능성도 커서 정주형 체류자격의 성격이 강한데, 그 비율도 12.2%나 된다.

3) 체류기간의 장기화

이민자 체류실태 및 고용조사 결과에 따르면, 15세 이상 국내 상주 ‘외국인’ 중 5년 이상 체류자는 2017년 42.0%에서 2019년 46.2%로 점증하고 있다. 2019년, 5년 이상 체류자의 비율을 체류자격별로 살펴보면, 영주(F-5) 97.1%, 재외동포(F-4) 68.9%, 결혼이민(F-6 등) 64.8% 순으로 높았다. 5년 이상 체류자의 증가율은 재외동포(F-4)가 가장 높았는데 방문취업(H-2)의 경우도 비슷한 증가율을 보인다. 이를 통해 외국국적 동포가 국내 체류 이주민의 정주화 경향을 주도하고 있는 것을 알 수 있다. 한편 5년 이상 국내 연속 체류가 불가능한 고용허가제 비전문취업(E-9)의 경우도 재취업의 기회가 열려 있어 2019년 기준 5년 이상 체류자의 비율이 24.6%로 낮지 않았다.

4) 외국국적 동포에 대한 정주 문호의 개방

정부는 방문취업제 시행, 재외동포(F-4) 자격 부여 확대, 방문취업(H-2)자격에서 재외동포(F-4) 자격으로 전환 허용, 영주자격 신청 요건 완화 등으로 중국과 구 CIS 동포들에게 점차 정주 문호를 개방해 왔다. 그러나 정부 정책이 동포포용정책과 외국인력정책 사이에서 표류하면서 외국국적 동포들이 어쩔 수 없이 “불법취업자”가 되는 상황에 처하고 있다.

2020년 6월 기준 국내체류 외국국적동포 850,211명의 체류자격을 살펴보면, 재외동포(F-4)가 54.3%, 방문취업(H-2) 24.3%, 영주(F-5) 12.1%, 방문동거(F-1) 4.1% 순으로 많다. 국적별로는 중국이 81.8%로 절대적 다수를 점유하고 있으며, 다음으로 미국이 5.2%지

만, 우즈베키스탄, 러시아, 카자흐스탄, 키르기스스탄, 우크라이나 등의 국적자는 대부분 고려인 동포로 이들을 합하면 중국 동포 다음으로 고려인 동포가 가장 많다.

5) 가족결합 이주, 가족동반 체류의 증가

2019 이민자 체류실태 및 고용조사 결과에 따르면, 15세 이상 국내 상주 ‘외국인’의 42.6%는 배우자가, 34.3%는 자녀가 국내에 거주하고 있다. 다른 실태조사 결과에서 볼 수 있듯이 중국 동포와 고려인 동포의 가족동반 체류 비율은 매우 높다. 또, 난민의 경우 난민 인정자는 배우자와 미성년자녀의 가족결합 이주를 허용하고, 인도적체류자는 국내에 체류하는 가족이 있는 경우 인도적체류자의 가족(G-1-12) 자격을 부여하고 있어 역시 가족동반 비율이 높은 편이다. 그러나 이주민 가족들은 정부의 제도와 정책 아래에서 가족으로 인정받지 못하는 경우가 많다. 대표적으로 건강보험제도는 생계와 주거를 같이 하는 가족 구성원이라도 배우자와 미성년자녀 외에는 단독 세대로 분리해 건강보험료를 부과하고 있다.

6) 이주민의 연령별 현황과 고령화

장기체류 이주민은 주민등록인구에 비해 아동이나 노년층 비율이 낮고, 20~30대 청년층 비율이 높다. 그러나 장기체류자의 연령별 분포 현황을 연도별로 살펴보면 10세 이하와 60세 이상 연령대 인구가 증가하고 있는 추세가 확인된다. 2016년부터 2020년 6월까지 전체 장기체류자는 9.8% 증가하였는데 10세 미만은 27.5%, 60대는 32.1%, 특히 70세 이상은 71.0%가 증가하여 이주민의 고령화 경향이 나타나고 있다.

그러나 정부는 노동력 부족을 메우는데 활용된 이주민의 고령화에 무책임한 행태를 보여주고 있다. 기본적인 사회보장의 권리를 인정하지 않으며 노인에 대한 모든 지원제도에서 배제하고 있을 뿐 아니라 건강보험제도 상 자녀의 지역가입 세대원이 되는 것도 허용하지 않고 있어 빈곤층으로 전락할 위험을 가중시키고 있다.

7) 비정규 체류자의 급증과 장기체류

전체 체류 외국인 중 비정규 체류자의 비율은 2010년 13.4%에서 2016년 10.2%로 감소하다가 2017년 이후 다시 증가해 2020년 6월, 18.7%로 높아졌다. 비정규 체류자 중에서도 단기체류 사증으로 입국한 초과체류자 비율이 74.8%로 높다. 이는 정부가 2018년 평창동계올림픽의 성공 개최 지원을 위해 무사증과 단기사증 발급을 남발한 결과였다. 한편 장기체류자격을 받았다가 비정규 체류자가 된 이들도 25%가 넘는데, 이는 국내에서 체류기간을 연장하거나 체류를 지속할 수 있는 체류자격으로 변경 기회가 제한되어 있기 때문이다.

비정규 체류자의 다수는 장기체류자로 남게 된다. 2019년 비정규 체류자의 30.2%는 3년 넘게 국내 체류 중이었으며, 7.8%는 10년을 초과해 체류하고 있었다. 정부의 정치적 필요나 제도의 미비에 따라 공공연히 생산된 비정규 체류자는 “불법체류자=범죄자” 프레임에

간혀 극심한 차별과 혐오의 대상이 되고 있으며, 의료보장에서 배제된 채 장기체류하고 있는 것이다.

8) 소결

코로나19 팬데믹으로 처음으로 국내 체류 ‘외국인’ 수가 감소했지만 장기체류 이주민은 거의 감소하지 않았고, 정주형 체류자격자 비중이 급증했으며, 체류기간은 길어지고, 가족 동반 체류는 증가하고 있는 것을 통해 국내 체류 이주민의 뚜렷한 정주화 경향을 확인할 수 있었다. 이를 주도하고 있는 사람들은 국내체류 이주민의 다수를 점하는 외국국적동포이다.

정주형 이주민의 급증은 사회통합정책에서 근본적 방향 전환이 필요하다는 점을 시사하고 있지만 정부와 한국사회는 결혼이주민만을 가부장적이며 동화주의적인 통합의 대상으로 보고 입안·시행해 온 정책에서 벗어나지 못하고 있다. 2019년 이주민에 대한 차별을 강화한 건강보험제도 개악은 이를 상징적으로 보여주고 있다.

제5장 설문조사 결과

1. 개인 인적사항

1) 국적, 성별, 연령

설문 응답자 1,060명의 국적은 총 44개국으로 중국 22.8%, 베트남 10.6%, 우즈베키스탄 7.6%, 캄보디아 7.5%, 태국 7.5%, 필리핀 7.1% 순이었다. 성별은 여성이 50.8%로 남성 49.2%에 비해 조금 많았다. 연령은 18세부터 74세까지 분포해 있었는데 30대 35.5%, 20대 27.5%, 40대 20.0%, 50대 10.1% 순으로 많았으며 평균 연령은 36.9세였다.

2) 체류자격과 체류기간

설문 응답자 1,060명의 체류자격은 비정규 체류와 출국유예 상태를 제외하고 총 15개였으며, 비전문취업(E-9) 26.6%, 재외동포(F-4) 19.0%, 방문취업(H-2) 10.8%, 기타(G-1) 7.7%, 유학(D-2) 6.5% 순으로 많았다. 비정규 체류자는 14.1%였다. 난민은 109명(10.3%) 이었는데, 난민신청자 49.5%, 인도적체류자 31.2%, 난민인정자 19.3% 순으로 많았다.

국내 체류기간은 5년 미만 55.4%, 5년 이상 44.6%였다. 5년 이상 체류자 비율은 체류자격별로 영주(F-5) 90.9%, 결혼이민(F-6) 75.0%, 거주(F-2) 65.9%, 재외동포(F-4) 59.2%, 방문취업(H-2) 58.8%, 비정규 체류 57.7% 순으로 높았다.

3) 경제활동과 소득

설문 응답자 1,060명의 종사 업종은 제조업 39.4%, 서비스업 14.5%, 건설업 9.1%, 농업 7.5%, 어업 2.3% 순이었다. 일을 하지 않고 있는 사람은 21.5%였다. 체류자격별로는 비전

문취업(E-9)은 제조업(59.9%), 농업(22.3%), 건설업(9.6%), 어업(7.4%) 순으로, 방문취업(H-2)은 제조업(35.1%), 건설업(28.1%), 서비스업(21.1%) 순으로 비율이 높았다.

일을 하고 있는 832명의 고용형태는 임금노동자 95.3%, 자영업자 3.4%, 무급 가족 종사자 1.3%였다. 임금노동자 793명 중 상용직은 52.9%, 임시직은 29.8%, 일용직은 12.6%였다. 체류자격별로 비전문취업(E-9)은 상용직 임금노동자 비율이 96.8%로 높았지만, 방문취업(H-2)은 19.8%로 매우 낮았다. 방문취업(H-2)은 특히 일용직 비율이 29.7%로 전체 체류자격 중 가장 높았다. 연령대별로는 20~30대를 제외한 모든 연령대에서 상용직 임금노동자의 비율이 50%에 미치지 못했으며, 특히 60대는 18.5%에 불과했다.

전년도 월 평균 소득에 답한 1,057명의 소득분포는 150~200만 원 27.2%, 200~250만 원 22.5%, 100~150만 원 16.7%였다. 전반적으로 여성은 남성에 비해 소득이 적었다. 월 소득 200만 원 이상 비율은 체류자격별로 방문취업(H-2) 51.8%, 비전문취업(E-9) 39.7%, 재외동포(F-4) 33.8%였으며, 업종별로 건설업 77.1%, 제조업 44.6%, 농업 5.1%였다.

4) 가족과 가구소득

설문 응답자 1,060명 중 가족과 함께 사는 사람은 478명(45.1%)이었으며, 이들의 평균 가족 수는 3.2명이었다. 체류자격별로는 결혼이민(F-6) 94.4%, 방문동거(F-1) 92.9%, 영주(F-5) 90.9%, 거주(F-2) 80.5%, 재외동포(F-4) 73.6%, 기타(G-1) 64.6%, 방문취업(H-2) 60.5% 순으로 가족과 함께 사는 비율이 높았다. 비정규 체류자도 가족 동거 비율이 45.0%나 되었다. 같은 유학생이라도 유학(D-2) 자격인 경우 가족과 동거 비율이 36.2%로 일반 연수(D-4) 5.9%에 비해 높았다. 난민의 경우 68.8%가 가족과 함께 살고 있었고, 가족의 수는 평균 4.2명이었는데, 난민인정자, 인도적체류자, 난민신청자 순으로 가족 동거 비율이 높고 함께 사는 가족의 수가 많았다.

가족과 함께 사는 478명 가운데 배우자와 함께 사는 사람은 73.4%, 자녀와 함께 사는 사람은 57.3%, 본인 또는 배우자의 부모와 함께 사는 사람은 15.3%였다. 가구 구성별로는 1세대 가구 33.9%, 2세대 가구 54.8%, 3세대 이상 가구는 11.3%였는데, 3세대 이상 가구 비율은 결혼이민(F-6) 23.5%, 재외동포(F-4) 17.6%, 거주(F-2) 15.2%, 방문취업(H-2) 10.1%, 영주(F-5) 10.0% 순으로 높았다.

지난해 월 평균 가구소득을 묻는 문항에는 992명이 답했는데, 100~200만 원이 39.0%, 200~300만 원이 31.9%였다. 월 평균 가구소득이 300만 원 이상인 비율은 1인 가구 2.8%, 2인 가구 32.6%, 3인 가구 30.9%, 4인 가구 37.1%, 5인 이상 가구 47.5%로 전반적으로 가구원 수가 늘어나면 가구 소득도 늘어나는 경향을 보였다. 소득 구간을 물었으므로 정확한 판단은 어려웠지만 중위소득 미만 가구는 최소한 44.4%인 것으로 나타났다.

2. 건강보험과 의료보장

1) 건강보험 가입 또는 의료급여 수급 여부

설문 응답자 1,060명 중 건강보험에 가입되어 있는 사람은 738명(70.0%), 가입되어 있지 않은 사람은 291명(27.6%)이었으며, 26명(2.5%)은 건강보험 가입 여부를 모른다고 답했다. 의료급여 수급권자는 5명(0.5%)으로 모두 난민인정자였다. 의료급여 수급권자를 제외한 1,055명의 체류자격별 건강보험 유무를 살펴보면, 영주(F-5), 결혼이민(F-6), 방문동거(F-1) 자격자는 100% 건강보험이 있었고, 거주(F-2), 방문취업(H-2), 재외동포(F-4) 자격자는 95% 이상, 비전문취업(E-9) 자격자는 90% 이상이 건강보험이 있다고 답했다. 이들 체류자격자 가운데 건강보험 미가입자는 직장가입자가 아니면서 입국 또는 재입국 후 6개월이 지나지 않은 경우였다.

반면 건강보험 가입이 불가능한 비정규 체류자는 100% 미가입자였다. 인도적체류자나 그 가족(G-1-6 또는 G-1-12)이 아닌 경우 직장가입만 가능한 기타(G-1) 자격자는 52.4%가 미가입자였다. 난민은 인정자의 100%, 인도적체류자의 97.1%가 의료보장이 있었으나 난민 신청자는 9.3%만이 그러했다. 한편 2021년 2월말까지 신규 지역가입이 불허된 유학생의 경우 체류기간이 짧고 가족 동거 비율이 낮은 일반연수(D-4)는 100% 미가입자인 반면, 상대적으로 체류기간이 길고 가족 동거 비율이 높은 유학(D-2)은 17.4%가 가입자였다.

본인 또는 가족 구성원이 미성년자, 장애인, 65세 이상이면서 건강보험 가입자도, 의료급여 수급권자도 아닌 경우는 각각 24.7%, 37.1%, 7.9%였다.

2) 건강보험 제도에 대한 인지도

이주민의 건강보험 가입 의무화와 건강보험료 체납 시 체류관련 불이익에 대해 각각 응답자의 64.3%, 59.1%만이 알고 있었다. 건강보험제도 관련 인지도는 체류자격에 따라 차이를 보였다. 예를 들어 재외동포(F-4)와 방문취업(H-2)의 경우 의무화는 각각 94.0%와 92.1%, 체납 시 체류 불이익은 각각 84.6%와 86.8%가 알고 있는 반면, 비전문취업(E-9)은 의무화에 대해 48.2%, 체류 불이익에 대해 50.4%만이 알고 있었다. 특히 비전문취업(E-9) 중에서도 농업 및 어업 종사자는 의무화에 대해 각각 36.5%, 38.1%, 체류 불이익에 대해 각각 50.8%와 33.3%만 알고 있어 제조업이나 건설업 종사자에 비해 인지도가 더 낮았다. 난민의 경우 난민인정자는 의무화와 체류 불이익에 대해 각각 47.6%만이 알고 있었다. 이러한 낮은 인지도는 이주민들에게 안내와 홍보가 제대로 이루어지지 않은 상태에서 건강보험제도 변화가 급히 시행된 결과로 보인다.

3) 건강보험 가입 유형

건강보험 가입자 738명의 직역별 가입 유형은 직장가입자 43.6%, 피부양자 5.1%, 지역

가입자 48.4%(세대주 42.0%, 세대원 6.4%)로 직장가입보다 지역가입 비율이 높았다. 직장가입자의 비율은 비전문취업(E-9) 74.9%, 그 외 체류자격 65.0%, 영주(F-5) 50.0% 순으로, 지역가입자의 비율은 방문취업(H-2) 72.5%, 재외동포(F-4) 67.2%, 기타(G-1) 64.1%, 거주(F-2) 54.3% 순으로 높았다.

취업 체류자격인 비전문취업(E-9)에서 농업과 어업 노동자는 직장가입자 비율이 5.4%, 0.0%로 매우 낮았다. 역시 취업 체류자격인 방문취업(H-2)은 지역가입자 비율(72.5%)이 매우 높은데, 이는 임시·일용직 임금노동자 비율이 높기 때문인 것으로 보인다.

4) 본인의 건강보험료

건강보험 가입자 중 본인이 보험료를 내고 있는 직장가입자 또는 지역가입 세대주의 월 평균 보험료를 본인의 전년도 소득과 비교해 보았다. 직장가입자는 소득이 250만 원 미만인 경우가 86.2%였는데 월 평균 보험료가 10만 원 미만인 비율이 77.0%였다. 그리고 전년도 소득이 높을수록 보험료도 높은 자연스러운 경향을 보였다. 그러나 지역가입 세대주는 소득이 250만 원 미만인 비율이 88.7%로 직장가입자에 비해 더 높았으나, 월 평균 보험료가 10만 원 미만인 비율은 13.2%에 불과했고, 10~15만 원인 비율이 84.2%로 높았다. 또한 모든 소득 구간에서 건강보험료는 10~15만 원인 비율이 가장 높아서 소득에 무관하게 보험료가 부과되고 있음을 다시 한 번 확인할 수 있었다.

5) 가족의 건강보험료

건강보험 가입자 738명 중 가족과 함께 살면서 본인의 건강보험 가입유형을 아는 337명에게 가족이 따로 내는 보험료가 있는지 물었을 때, 50.1%가 그렇다고 답했다. 가입 유형별로는 직장가입(44.3%)보다 지역가입(53.5%)인 경우에 그 비율이 높았다. 이에 따라 가구당 월 평균보험료가 20만 원 이상인 가구는 직장가입자의 8.8%였지만 지역가입자는 33.3%였고, 한 가족 당 가구원수와 세대 수가 많을수록 보험료가 증가하는 경향이 뚜렷했다.

설문 응답자 중 의료급여 수급권자는 난민인정자 5명에 불과했지만 의료급여 선정기준인 기준 중위소득 40% 미만인 것으로 추정되는 가구의 비율은 최소한 11.3%에 달했다.

6) 건강보험료 관련 경험

건강보험 가입자 738명 중 718명이 건강보험료와 관련해 본인 또는 가족이 어려움을 겪은 적이 있었다고 답했다. 이 중 25.3%는 “건강보험에 가입할 때 보험료를 한꺼번에 낸 적이 있다”, 21.6%는 “가족을 피부양자나 세대원으로 등록하지 못해 별도로 건강보험료를 납부한 적이 있다”, 15.5%는 “돈이 없어서 건강보험료를 내지 못한 적이 있다”고 답했다. 또, 건강보험료 체납으로 보험 급여가 제공되지 않아 병·의원 이용 시 비용 지불에 어려움을 겪은 적이 있다는 비율은 9.2%, 아예 병·의원을 이용하지 못한 적이 있다는 비율은 7.4%, 체

휴기간 연장에 어려움을 겪은 적이 있다는 비율은 2.5%였으며, 건강보험료를 기준으로 하는 복지사업의 지원을 받지 못한 적이 있다는 비율은 3.9%였다.

건강보험료와 관련된 어려움을 겪은 비율은 직장가입자(피부양자 포함)보다 지역가입자에게서 높았다. 예를 들어 돈이 없어서 건강보험료를 내지 못한 응답자는 직장가입자에서 3.5%로 적었지만, 지역가입자에서는 27.4%나 되었다.

3. 건강상태와 의료기관 이용

1) 주관적 건강 상태

설문조사 응답자 1,060명에게 스스로의 건강상태를 어떻게 생각하는지 물었을 때, ‘매우 좋음’ 또는 ‘좋음’이라고 답한 비율인 주관적 건강 인지율은 47.2%였으며 남성(54.2%)이 여성(40.3%)보다 높았다. 이는 2018년 국민건강영양조사에서 드러난 ‘내국인’의 주관적 건강 인지율(전체 31.9%, 남성 33.2%, 여성 30.8%)보다 높은 수준이다. 연령대별로는 남녀 모두 연령이 낮을수록 높았으나 20대 여성은 30~40대 여성보다 나뉘었다.

주관적 건강 인지율은 임금노동자 중에 상용직(48.2%), 임시직(46.4%), 일용직(44.8%)으로 갈수록 낮아져 고용 불안정성이 높을수록 낮았다. 종사업종별로는 농업에서 종사자의 90%가 20~30대 젊은 층임에도 불구하고 주관적 건강 인지율이 16.5%로 가장 낮았다.

2) 신체적·정신적 건강 상태

지난 1년 간 질병이나 사고 등으로 4일 이상 몸이 아팠던 경험이 있는 응답자는 38.6%(409명)로 남성(35.3%)보다 여성(41.8%)의 비율이 높았고, 남녀 모두 연령이 높을수록 증가해 60대 이상에서는 63.6%였다. 아팠을 때 대처 방법으로는 병·의원에 갔다는 응답이 68.9%로 가장 많았지만, 약국에서 약을 사 먹었다(26.4%), 그냥 참았다(3.2%) 등 의료 필요가 적절히 충족되지 않은 경우도 31.1%였다.

지난 1년 간 심한 불안이나 우울을 경험한 적이 있는 응답자는 34.9%(370명)였는데, 남성(29.1%)에 비해 여성(40.5%)의 비율이 높았고, 남녀 모두 연령대가 높을수록 높아졌으나 20~30대 여성의 경우 40~50대 여성보다 높았다. 2017년 국민건강영양조사에서 나타난 ‘내국인’의 우울감 경험률은 11.2%(남성 9.1%, 여성 13.4%)로 설문 응답자의 3분의 1 수준이었다. 불안하거나 우울할 때 대처 방법으로는 그냥 참았다는 응답이 66.2%로 가장 많았으며, 병·의원에 갔다는 응답은 10.3%로 낮았다.

3) 만성질환과 장애

의사에게서 만성질환을 진단받은 응답자는 152명, 14.3%(남성 12.6%, 여성 16.0%)였는데 이는 ‘내국인’ 만성질환 유병률 42.7%(남성 30.0%, 여성 36.4%)에 비해 훨씬 낮은 비율

이다. 이는 이주민이 고령 인구 비율이 낮고, 만성질환으로 일을 하지 못하는 경우 취업 서류자격을 받거나 유지하기 어렵다는 것으로 설명할 수 있다. 하지만 ‘내국인’에 비해 병·의원을 찾는 비율이 낮아 의사에게서 진단받은 유병률이 낮게 나타났을 가능성도 배제할 수 없다. 한편 만성질환 진단자 중 26.3%는 치료를 받지 못하고 있었다.

일상 활동이나 일을 하는데 어려움이 있는 신체적·정신적 장애를 가지고 있는 응답자는 53명, 5.0%(남성 4.4%, 여성 5.6%)였는데, 이는 ‘내국인’의 활동제한율 5.2%(남성 5.0%, 여성 5.3%)와 비슷한 수준이었다. 장애가 있는 응답자 53명 중 35명(66.0%)은 의사의 진단을 받았지만 장애인등록을 한 사람은 1명뿐이었다.

4) 의료기관 이용 경험

지난 1년 간 의료기관을 이용한 경험이 있는 응답자는 740명, 69.8%(남성 64.0%, 여성 75.5%)였으며, 연령대가 높을수록, 체류기간이 길수록 비율이 높았다. 이용한 의료기관은 처방전 없이 약국 이용이 42.0%로 가장 많았고, 건강검진 36.1%, 외래진료 32.4%, 치과진료 23.7%, 예방접종 16.0% 순이었다. 입원과 응급실 이용은 각각 10.7%, 8.5%로 나타났다. 설문 응답자의 외래진료 이용률은 ‘내국인’(84.9%)에 비해 훨씬 낮은 반면 입원(‘내국인’ 10.5%)과 응급실 이용률(‘내국인’ 8.3%)은 약간 높았는데, 이는 이주민들의 경우 의료이용이 필요한 시기에 적절한 치료를 받지 못하고 있다가 상태가 악화되거나 위급한 지경이 되어서야 의료기관을 이용하게 되는 것이 원인인 것으로 유추된다.

응답자 가운데 의료보장(건강보험과 의료급여)이 없는 경우 의료이용률이 더 낮았고, 외래진료 비율은 낮은 반면 입원과 응급실 이용 비율은 높아 의료기관 접근성의 제약이 병을 키운다는 가설을 뒷받침해준다.

의료기관 이용 경험이 있는 응답자의 34.7%는 스스로 부담하기에 의료비가 너무 비쌌던 적이 있다고 했는데, 이들의 의료비 해결 방법은 가족, 친인척, 친구의 도움(18.5%)이나 이주민·동포·난민 지원단체의 도움(10.8%)이 대부분이었고, 의료기관의 의료비 감면(6.2%)이나 한국 정부 지원사업의 도움(2.7%)은 적어 의료비 지불에 어려움을 겪는 이주민을 위한 공적 지원제도가 부족하다는 것을 보여준다.

의료기관 이용 시 통역 없이 스스로 의사소통을 한 경우의 24.5%는 의료진의 설명을 잘 이해하지 못했고, 통역의 도움을 받은 경우는 90% 이상 설명을 이해했다고 답했다. 그러나 가족, 친지, 친구나 이주민·동포·난민 지원단체의 통역 도움에 비해 의료기관의 통역으로부터 도움을 받은 비율은 낮았다.

5) 건강검진 여부

응답자의 60.6%가 지난 2년 이내 건강검진을 받은 경험이 있다고 답했는데, 이 비율은

체류기간이 3년 이상인 경우 69.7%로 높아진다. 하지만 체류기간 3년 이상이더라도 의료보장이 없는 경우(56.3%)는 있는 경우(73.9%)에 비해 건강검진 비율이 낮았다. 또, 업종별 건강검진 비율은 서비스업 72.1%, 건설업 70.8%, 제조업 66.3%로 평균보다 높은 반면 농업은 21.5%, 어업은 8.3%로 매우 낮았다. 건강검진을 받은 곳은 대부분 병·의원(62.6%)이었지만, 무료진료소(15.7%)나 보건소(14.0%), 직장이나 학교 등 기타 장소(10.3%)에서 받은 경우도 상당수 있었고, 의료보장이 없거나 의료보장 여부를 모르는 응답자는 무료진료소(28.2%)나 보건소(18.1%)에서 건강검진을 받은 비율이 높게 나타났다.

6) 주로 이용하는 의료기관

설문 응답자들에게 한국에서 주로 이용하는 의료기관이 어디인지 두 곳을 선택하라고 했을 때, 가장 많이 선택한 의료기관은 소규모 병·의원(63.4%)과 약국(53.8%)이었다. 그 다음은 종합병원이나 대학병원(15.8%), 무료진료소(10.8%), 보건소(9.6%) 순이었으며, 한국에 살면서 한 번도 의료기관을 이용한 적이 없다는 응답자도 8.7%나 되었다.

의료기관을 전혀 이용한 적이 없는 비율은 의료보장이 있는 경우(5.8%)에 비해 없거나 모르는 경우(14.4%) 더 높았다. 의료보장이 없거나 모르는 응답자의 경우 무료진료소나 보건소 이용률이 더 높았고, 소규모 병·의원이나 약국 이용률은 낮았는데, 종합병원이나 대학병원 이용률은 오히려 약간 높게 나타나, 상급병원에 가야할 정도로 다치거나 아파야만 의료기관을 찾는다는 것을 시사한다.

7) 미충족 의료

건강 문제로 의료기관에서 진단, 검사 또는 치료가 필요하였으나 받지 못한 적이 있는 미충족 의료율은 전체 응답자에서 28.2%로 ‘내국인’의 미충족 의료율 11.5%에 비해 높았다. 미충족 의료율은 의료보장이 있는 경우(26.6%)보다 없는 경우(32.8%) 더 높게 나타났고, 업종별로는 농업에서 62.0%로 가장 높았고 제조업에서 17.0%로 가장 낮았다.

미충족 의료의 이유는 비용이 부담되어서(54.1%), 시간이 없어서(37.4%), 증세가 가벼워서(36.4%), 의료진과의 의사소통이 어려워(27.9%) 순으로 나타났다. 2017년 한국의료패널 조사 결과에서 ‘내국인’의 미충족 의료 이유 중 비용 부담으로 인한 경제적 이유는 21.2%로 이주민 응답자의 절반도 되지 않았다.

4. 코로나19 정보 및 관련 경험

1) 코로나19의 예방과 치료에 대한 정보

코로나19 감염병 예방과 치료에 대한 정보 인지 여부를 물어본 결과 “손 씻기와 마스크 착용으로 코로나19 감염을 예방할 수 있다”는 99.1%, “코로나19 감염 증상이 있거나 감염

의심 시 1339 또는 보건소에 연락해야 한다”는 95.7%, “해외 입국자는 14일 간 자가격리를 해야 한다”는 95.4%가 알고 있었다. 그러나 국내에서 코로나19에 감염되었을 때 “국적이나 체류자격과 무관하게 무상으로 치료받을 수 있다”는 89.3%만이 알고 있다고 답했다.

코로나19 감염병 예방과 대응에 대한 정보를 누구로부터 얻고 있느냐는 질문에 대해서는 55.6%가 질병관리본부 등 한국 정부 기관, 39.0%가 같은 나라 친구, 이웃, 직장 동료라고 답했다. 어떤 매체를 통해 얻고 있느냐는 질문에 대해서는 46.4%가 한국 정부기관이 보낸 휴대전화 문자, 37.7%가 같은 나라 사람들과 하는 SNS라고 답했다.

2) 코로나19 관련 차별과 인권침해

코로나19 감염병 유행 이후 가장 많이 경험한 차별 또는 인권침해는 외국인이라는 이유로 또는 건강보험이 없다는 이유로 약국에서 공적 마스크를 구매하지 못했던 것(17.9%)이었으며, 그 다음으로는 “코로나19에 감염될 수 있다는 이유로 기숙사에서 외출하지 못하게 했다” 16.7%, “코로나 19에 감염되었을 수 있다는 이유로 가게나 카페, 음식점 등에 들어오지 못하게 했다” 9.7% 순으로 나타났다.

제6장 면접·사례 조사 결과

○ 의료급여 및 의료지원에서 배제된 취약계층 이주민

1) 의료급여 제도에서 배제된 이주아동	1-1-1	결혼이주민인 어머니, 한국국적자인 초등학교 형은 기초생활수급자인데 외국국적 1세 동생은 건강보험 지역가입 단독 세대주가 됨
	1-1-2	아동복지시설 보호 이주아동(F-1)이 의료급여 수급자가 되지 못하고 건강보험 지역가입 단독 세대주가 됨
2) 아무런 지원을 받지 못하는 중증질환자	1-2-1	루게릭병 환자와 70대 노모가 아무런 지원을 받지 못한 채 각각 건강보험 지역가입 세대주로 평균보험료 납부
	1-2-2	한국국적자였으나 결혼으로 대만국적자가 된 독거노인. 중증질환자이고 주거가 없으나 공적 지원을 받을 수 없고, 건강보험료 체납으로 급여 제한, 국적회복이 어려움
3) 생계와 체류를 위협하는 건강보험료	1-3-1 ~5	장애인, 고령자, 실직자, 산재피해자 가족들이 건강보험료 경감을 받지 못하고 (세대 합가를 하지 못해서 각각) 평균보험료 납부
	1-3-6 ~7	부모가 없는 미성년 형제자매, 조손 가족의 할머니와 손자가 각각 지역가입 단독 세대주가 됨
	1-3-8	민간기금에서 배분한 긴급지원금 지원 대상을 지자체에서 건강보험료 기준으로 선정, 평균보험료 납부 이주민들이 지원 받지 못함
	1-3-9 ~11	생계가 어렵거나, 노숙인인 이주민이 지원단체 지원금을 받아서 체류연장을 위해 건강보험료부터 납부

○ 건강보험 직장가입자가 되지 못한 이주노동자

1) 고용허가제 농·어업 이주노동자	2-1-1	체류연장 후 사업주 말을 믿고 보험료 납부를 중단했다가 압류통지서를 받은 농업 이주노동자들
	2-1-2	건강보험 가입 유무, 체납 상태, 보험료 납부 방법을 모르는 고용허가제 이주노동자들
	2-1-3	지역가입자가 된 이유를 이해할 수 없고, 아파도 의료기관을 이용할 수 없는 도서지역 어업 이주노동자들
	2-1-4	사업주가 급여에서 지역가입 보험료를 공제한 후 납부하지 않아 체납자가 된 어업 이주노동자들
2) 당연가입 사업장 이주노동자	2-2-1	사업주가 직장가입 신고를 하지 않고 보험료만 공제, 건강보험공단 지사에 알렸지만 아무 조치가 없어 임금체불로 진정하고 해고된 이주노동자들
	2-2-2	입원·수술을 받았는데 근무일수가 적다며 상용직으로 계약한 고용허가제 건설업 노동자의 직장가입 신고를 해주지 않은 사업주

○ 건강보험 지역가입자에 대한 차별

1) 지역가입자가 될 수 없는 이주민	3-1-1	방문취업(H-2) 자격 한부모 동포와 동반 자녀들이 체류자격 갱신을 위해 출국 후 재입국하여 6개월 간 건강보험에 가입하지 못함
	3-1-2	산재로 의식불명이 된 남편을 간호하기 위해 2001년 입국한 후 20년 동안 건강보험 가입을 하지 못한 기타(G-1) 자격자
	3-1-3	출국 1개월 초과로 지역가입 자격 상실, 재입국 후 남편과 아이는 지역가입자로 당연가입되었지만 그 세대원도 될 수 없는 유학생
	3-1-4	은행 잔고증명 발급일과 보험료 자동이체일이 겹쳐 보험료가 출금되지 않았다는 이유로 지역가입자격을 잃을 뻔한 유학생
	3-1-5 ~7	출국유예 상태가 되면 바로 건강보험 가입자격을 상실시키면서 보험료는 계속 징수한 건강보험공단
2) 과도한 보험료 부담	3-2-1 ~4	생계와 주거를 같이 하는 가족이 세대 합가를 하지 못해 여러 개의 평균보험료 고지서를 받고 있는 사례
3) 가혹한 체납 제재와 급여 제한	3-3-1 ~2	소득이 없고, 만성질환과 장애가 있는 고령자들이 보험료를 제 때 납부하지 못해 아파도 병원에 가지 못하는 사례
	3-3-3	선납보험료 20일 지연 납부로 출산 시 급여를 받지 못한 산모
	3-3-4	산재보험 적용이 안 되는 농업 이주노동자, 산재로 입원 중 자동이체 신청해 둔 보험료 미납, 해당 기간 부당이득 반환을 요구받고 국민권익위에 민원을 제기하여 구제된 사례
	3-3-5	사업주 과실로 퇴직신고가 지체되었는데 신고 전 받은 급여에 대해 부당이득 반환 요구, 분할납부를 시작했지만 급여는 받을 수 없어 병원 가기를 꺼리는 난민신청자
4) 보험료 체납과 체류연장 제한	3-4-1 ~4	보험료 체납분을 모두 납부한 후에야 체류연장, 출국유예를 받거나 보험료를 납부하지 못해 체류연장을 하지 못한 사례

○ 가족관계 증명의 어려움

1) 국적국과 재외공관 접근이 어려운 난민	4-1-1	DNA 테스트 결과로 가족을 피부양자로 등록한 난민신청자
	4-1-2	국내 출생 자녀의 여권을 만들 수 없어 피부양자 등록에 어려움을 겪은 난민인정자
2) 외국인등록 사실증명원의 문제	4-2-1	각각 인도적체류자(G-1-6) 자격을 받았다는 이유로 가족사항을 기재해 주지 않은 법무부
	4-2-2	법무부 외국인등록사실증명원을 받아주지 않은 건강보험공단
3) 발급이 어렵거나 존재하지 않는 서류	4-3-1	결혼과 출생을 증명하는 90일 이내 발급 서류를 제출하지 못한 고려인동포
	4-3-2	아버지의 사망증명서를 제출하지 못해 어머니를 피부양자로 등록하지 못한 결혼이주민
4) 반복된 가족관계 증명 서류 요구	4-4-1	지역가입과 직장가입을 오갈 때마다 재증명을 요구받은 이주민
	4-4-2	일시출국 후 재입국 시 재증명을 요구받은 이주민

○ 의료보장에서 배제된 이주민의 건강권-민간의 의료지원과 의료상담

1) 출산과 신생아질환	6-1-1 ~5	비정규 체류 여성 이주노동자의 임신과 출산 관련 지원 사례
	6-1-6 ~8	민간단체 의료비 지원을 받은 유학생들의 임신, 출산 사례
2) 이주노동자와 감염병	6-2-1 ~5	장시간 노동, 열악한 생활환경에 놓인 비정규 체류자의 B형 간염, 결핵, HIV, C형 간염 등 감염병 진단과 치료에 관한 사례
3) 외국인보호소 내 이주민 건강실태	6-3-1	장기간 보호소 구금 중 결핵, C형 간염 진단을 받고 치료를 제대로 받지 못하다 일시보호해제 된 후에야 민간단체 지원으로 치료를 받은 난민의 사례
4) 이주노동자 정신건강과 자살	6-4-1 ~5	장시간 노동, 저임금과 임금체불, 과로, 고립된 노동, 사업장변경 제한 등으로 정신건강에 문제가 생기거나 극단적 선택을 한 이주노동자의 사례
5) 국제수가 적용 문제	-	원래 의료관광 목적 입국 환자에게 적용하는 국제수가(건강보험 수가의 3~5배) 혹은 일반수를 비정규 체류 이주민에게 적용하는 문제

제7장 이주민 의료보장에 대한 해외 사례

동아시아 국가 중 한국과 비슷한 사회보험 방식의 건강보험제도를 가지고 있으면서 노동 이주 유입국인 대만과 일본, 유럽 국가 중 사회보험의 원조국인 독일, 그리고 조세기반 의료보장 제도를 가지고 있는 영국의 의료보장제도가 외국국적자에게 어떤 방식으로 적용되는지를 살펴보았다.

검토 대상 국가 중 사회보험 형태의 의료보장제도를 가지고 있는 독일, 일본과 대만은 보험료 산정, 세대원과 피부양자 인정, 보험료 체납 중 보험급여 제공 여부를 포함해 보험급여와 관련해서 국적이나 체류자격에 따라 차별하는 예를 찾아볼 수 없었다.

외국국적자의 의료보험 가입자격과 시기에 관해서는, 일본의 경우 주민등록을 해야 하는 3개월 이상 장기체류자는 의료관광을 목적으로 하는 비자 소지자와 그 동반자 외에는 입국과 동시에 가입자격이 부여된다. 일본에서 국민건강보험 가입자격을 1년 이상 체류자로 한정하려는 정부의 시도가 이주민 당사자들과 시민사회의 항의 및 사법부의 판단에 의해 실현되지 못한 점은 특히 주목할 만하다.

독일의 경우 충분한 급여가 보장되는 의료보험 가입을 비자 발급 요건으로 하고 있다. 대만은 고용된 사람이 아닌 경우 6개월 이상 체류해야全民건강보험 가입자격이 부여되나, 국적자, 외국국적자에게 공히 적용되는 사항이다.

국가의 일반재정을 기반으로 운영되는 공공부조는 제도 운용 방식과 함께 외국국적자에 대한 적용의 범위와 방식에서도 국가 별로 상당한 차이를 보였다. 우선 독일의 경우 외국국적자에 대한 적용에서 차별이 보이지 않는 반면, 대만은 한국의 의료급여와 유사한全民건강보험의 범주에서는 외국국적자에 대한 적용을 제외하고 있는 것으로 보인다. 한국의 기초생활보장제도와 일본의 생활보호제도는 공히 외국국적자를 원칙적으로 배제하고 있는 점에서 유사하다. 그러나 일본의 생활보호제도는 결혼이주민, 난민인정자뿐 아니라 영주자, 정주자 및 그 배우자까지 적용 대상에 포함하고 있어 한국에 비해 적용 범위가 훨씬 넓다. 무엇보다 응급의료권 외에 외국국적자를 원칙적으로 배제하고 있는 한국과 달리 일본의 경우 대부분 사회보장 관련 법안에서 국적조항을 폐지하였고, 생활보호제도를 제외한 다른 의료지원제도에서 등록을 한 장기체류 이주민을 적용대상에서 제외하는 경우는 없다.

사회보험이 아닌 일반재정으로 운영되는 영국의 국가보건서비스는 원래 접근성에 제한이 없었고, 의료기관에서도 이용자격을 따지지 않고 의료서비스를 제공해왔다. 따라서 2015년 이민보건부담금 도입을 계기로 한 제도 변화는 이주민들의 이민행정수수료 부담을 가중시키고 비정규 체류자의 의료이용을 제한하는 조치임에 틀림없다. 그러나 이민보건부담금이 의료보장정책이 아닌 이민행정정책 차원에서 이루어진 면이 더 크다고 볼 수 있는 점, 난민신청자 등 취약하거나 국제법상 보호의무가 있는 이주민을 이민보건부담금 면제대상에 포

함하는 점, 이민보건부담금을 납부하지 않아 NHS 이용자격이 없거나 체류자격이 없는 경우에도 1차 의료기관 진료와 응급진료 무상이용이 가능한 점, 그리고 이민보건부담금을 납부한 경우 본인 부담이 없이 무상의료제도의 모든 급여가 차별 없이 제공되는 점을 고려할 때, 이민보건부담금을 한국의 외국국적자에 대한 건강보험료 및 급여 차별과 단순 비교하는 것은 무리가 있다.

한편 비정규 체류자의 건강권 보장은 외국국적자의 출입국관리라는 행정 영역과 인간의 존엄성과 인권 보장을 위한 서비스에 대한 접근성을 제한해서는 안 된다는 원칙 간의 끊임 없는 갈등이 유발되는 가장 쟁점적 영역 중 하나이다. 독일은 비정규 체류자의 건강권 보장을 위한 국가차원의 대책을 위해 노력해왔음을 볼 수 있었다. 영국의 경우에도 특히 인신매매, 가정폭력 피해자 등 취약성이 확인된 외국국적자에 대해 출입국관리법상 특별한 보호를 제공함과 동시에 건강권을 보장하고 있으며, 일본 역시 비정규 체류자의 건강권, 특히 아동, 모자보건, 신체적·정신적 장애인 등 보건의료 취약계층의 건강권이 한국에 비할 바 없이 상대적으로 폭넓게 보장되고 있음을 확인할 수 있었다.

제8장 이주민 의료보장 쟁점 및 정책제언

1. 건강보험제도의 차별 폐지

1) 비정상적으로 낮은 직장가입률의 제고	
(1) 농·어업 종사 노동자의 직장가입 의무화	① 농업경영체등록, 어업경영체등록을 한 사업장에 고용된 노동자의 직장가입 허용 ② 섬·벽지·농어촌 지역에서 일하는 농·어업 이주노동자들에게 국민건강보험법 제75조, 보건복지부 고시 제2019-334호 “보험료 경감고시” 동등 적용
(2) 당연가입사업장 직장가입 취득신고 회피 대응 방안 마련	① 「고용보험법」 제15조 제3항, 동법 시행령 제8조를 참조하여 당연가입사업장 사용자가 직장가입 취득신고를 하지 않을 시 피보험자인 노동자가 취득신고를 할 수 있도록 하며, 노동자가 사업주의 직장가입 미취득신고에 대해 공단에 알렸을 때 공단의 대응절차 마련 ② 고용허가제 이주노동자의 고용허가 요건에 직장건강보험 가입을 추가하고, 고용노동부, 보건복지부 및 건강보험공단과 협력 체계를 구축하여 고용허가제 이주노동자의 신규 입국 시, 사업장 변경 시 건강보험공단의 직권에 의한 직장가입 취득신고 ③ 고용허가제 이주노동자가 사업장 변경(구직) 기간 중 지역가입자가 될 경우 고용센터와 건강보험공단이 협력해 임의계속가입 제도 안내 ④ 중장기적으로 산업재해보상보험과 마찬가지로 직장건강보험 당연가입사업장의 노동자는 고용 신고와 동시에 별도 신고 절차 없이 직장가입자로 당연 가입

2) 이주민 지역가입자에 대한 차별 폐지	
(1) 보험료 부과 방식, 세대합가 범위 차별 폐지	① 이주민에게도 ‘내국인’과 동일하게 소득과 재산에 따라 보험료 부과 ② 지역가입 세대합가 범위에서 차별 폐지
(2) 체납 제재 제도 시급히 개선	① 급여제한에서 이주민에 대한 차별 폐지 - 급여 제한 기간 진료를 받은 경우 우선 급여 실시, 유예기간을 두고 유예기간 중 체납보험료를 납부하면 급여 인정, 분할납부 승인을 받고 분할납부를 시작하면 급여 실시 ② 건강보험료 체납을 이유로 한 체류 연장 제한 제도 폐지 ③ 일정 소득 미만 저소득층, 미성년자, 고령자, 일정 소득 기준 미만 장애인 등에 대해 급여 제한을 하지 않을 수 있도록 한 국민건강보험법 시행령 제26조 제3항을 이주민에게 동등 적용
(3) 취약계층에 대한 건강보험료 경감·면제 제도의 동등한 적용	① 국민건강보험법 제75조, 보건복지부 고시 제2019-334호 “보험료 경감고시”에 따른 취약계층 건강보험료 경감 제도 이주민에게 동등 적용 ② 국민건강보험법 제77조 제2항의 미성년자 납부의무 면제 규정을 이주 아동에게 동등하게 적용 ③ 중장기적으로 현행 미성년자에 대한 연대납부의무, 보험료 납부 의무 면제 범위 대폭 확대
3) 피부양자와 세대원 등록 요건의 현실화	
(1) 외국인등록사실 증명원 활용 개선	① 법무부가 체류자격 부여 시 가족관계를 확인한 경우 외국인등록사실 증명원에 가족관계 기입, 가족관계증명 서류로 인정 ② 동반 가족으로 부여받은 체류자격이 유지되는 한 외국인등록사실증명원을 가족관계 증명 서류로 인정 - 배우자 관계의 경우 외국인 등록일로부터 9개월 이내 발급 증명원만 인정하도록 한 규정 폐지
(2) 난민의 가족관계 증명에서 보다 관대한 접근	① 난민인정자, 난민신청자, 인도적체류자의 외국인등록사실증명원에 가족관계 기입, 가족관계증명 서류로 인정 ② 난민의 가족관계를 관대하게 인정할 수 있는 방안 마련
(3) 가족관계 서류 양식이 다른 국가 출신자에 대한 배려	① 건강보험공단이 한국주재 재외공관과 협력을 강화해 가족관계 서류 양식, 발급 방식이 다른 국가의 양식을 파악하여 가족관계 증명 서류로 인정 ② 부부 관계 증명 서류를 발급받기 어려운 구 소비에트 연방 출신 동포들의 경우 사실혼 배우자와 마찬가지로 인우 보증으로 관계 증명 허용
(4) 반복된 가족관계 증명 요구 개선	① 직역 간 이동 시, 일시출국 후 자격 재취득 시 동일한 직장가입자나 세대주의 피부양자나 세대원으로 등록 시 가족관계 재증명 요구 폐지
(5) 부모를 가족으로 등록 시 그 배우자의 소득·사망 증명 요구 개선	① 부 또는 모를 피부양자나 세대원으로 등록 시 국내 체류 중이 아닌 그 배우자의 소득·사망 증명을 요구하는 건강보험공단의 지침 삭제 - 국내 체류 중인 부모의 생계를 자녀가 부양하고 있는 것이 확인되는 한 피부양자나 세대원 등록 허용

(6) 사실혼 배우자에 대한 차별 폐지	① 사실혼 배우자가 직장가입자의 피부양자뿐 아니라 세대원이 될 수 있도록 허용 ② 사실혼 관계 증명 시 인우보증을 ‘내국인’만 가능하도록 한 건강보험공단 지침의 차별 규정 폐지
(7) 일시출국기간 동안 세대합가 불인정 제도 개선	① 일시출국기간 동안 세대원 각각이 세대주로서 보험료를 납부해야 재입국과 동시에 지역가입자격을 재취득할 수 있도록 한 보건복지부 고시의 규정 삭제
4) 세대부과방식과 이주민의 등록제도에 대한 근본적 개선	
① 중장기적으로 지역가입자와 직장가입자의 구분을 없애고 개별가입방식으로 건강보험 가입체계를 개편 ② 중장기적으로 이주민도 지방자치단체에 주민등록을 할 수 있도록 하고, 이주민 정책의 관할은 법무부에서 행정안전부 중심으로 이전	
5) 건강보험제도의 이주민 적용 확대	
- 이하 지역가입 보험료 부과방식의 차별 폐지를 전제로 함	
(1) 최소 체류기간 요건에 대한 제고	① 3개월 이상 장기체류자격을 받고 입국하거나 장기체류할 것이 증명되는 이주민은 입국 혹은 외국인등록과 동시에 건강보험 적용 ② 계절근로(E-8)의 경우 고용과 동시에 직장건강보험 적용
(2) 체류자격 갱신 후 재입국하는 경우	① 지역가입자인 이주민이 체류자격 갱신을 위해 출국 시 건강보험공단에 출국 사유서를 제출하면 체류자격 갱신 후 입국과 동시에 가입자격 재취득
(3) 지역가입자가 될 수 있는 체류자격 제한 폐지	① 모든 기타(G-1) 자격자도 건강보험 지역가입자가 될 수 있도록 허용 ② 유학생의 지역가입 허용
(4) 체류자격 변경으로 자격 상실 제도 개선	① 건강보험 가입자가 된 사람은 가입자가 될 수 없는 체류자격으로 변경 혹은 출국유예 상태가 되어도 국내 체류 중 가입 자격 유지
6) 노인장기요양보험 가입 선택 확대	
① 체류기간이 제한된 체류자격자의 경우 직장가입자와 지역가입자를 불문하고 노인장기요양보험 가입 선택 혹은 출국 시 보험료 반납 방안 마련	
7) 이해할 수 있는 언어로 정확하고 공개된 정보의 제공	
① 통번역의 제공 - 건강보험공단 외국인민원센터에 주요 언어 상근 통·번역자 요일별 교대제로 배치 - 콜센터의 외국어 안내 언어 확대 - 각 공단 지사의 지역별 특성에 맞는 통번역 제공 방법 모색, 이주민 지원단체와 협력 강화 ② 공단 지사와 콜센터 담당자의 전문성 제고 ③ 건강보험제도에 대한 상세 규정을 이주민이 이해할 수 있는 언어로 공개 방안 마련 ④ 휴대폰 번호 사전 등록으로 필요 정보를 휴대폰으로 전달 방안 마련 - 중장기적으로 정보 제공 앱 개발	

2. 의료급여 및 의료지원제도의 적용 확대

1) 의료급여 적용 확대	① 폭력이나 학대 피해로 사회복지시설 보호 이주민, 아동복지시설 보호 이주아동에게 기초생활수급권(의료급여) 보장 ② 기초생활수급가구 세대주와 생계를 같이 하는 부양가족, 특히 아동에게 국적과 체류자격에 상관없이 기초생활수급권(의료급여) 보장 ③ 중장기적으로 영주, 거주 등 정주형 체류자격자와 그 동반가족부터 시작해 점차 모든 장기체류자에게 의료급여 등 공적 부조 적용 확대
2) 위기 상황 의료지원제도의 적용 확대	① 재난적의료비 지원 제도, 긴급복지 지원제도, 산모와 신생아에 대한 의료지원, 장애인에 대한 의료지원, 암환자 의료비 지원, 차상위 본인부담 경감 대상자 지원 등에서 이주민에 대한 차별 폐지

3. 비정규 체류 이주민의 의료보장 확대

1) 국제(일반)수가 적용 제한	① 「의료 해외진출 및 외국인환자 유치 지원에 관한 법률 시행규칙」 제 2조를 개정, 국제(일반)수가는 의료관광비자(C-3-3) 혹은 치료요양비자(G-1-10)로 입국하여 해당 의료기관을 이용할 시에만 적용 ② 이주민 지원단체와 의료기관 간 협력 강화로 환자 구분에 따른 지원 체계 마련
2) 보건의료 취약 계층과 필수의료에 대한 의료보장	① 보건복지부 ‘외국인근로자 등 의료지원사업’ 예산 증액, 사업 대상과 내용 재점검, 특히 이주아동과 산모·신생아에 대한 필수적인 의료서비스 제공이 가능하도록 사업 분리, 혹은 신설 ② 비정규 체류 이주아동이 보건소 및 민간의료기관에서도 「감염병 예방 및 관리에 관한 법률」에 따른 필수예방접종을 무료로 받을 수 있도록 하고, 의료진의 사업에 대한 이해를 넓힐 수 있는 조치 시행 ③ 체류자격에 상관없이 아동, 장애인, 임산부 등 취약계층에게 필수적인 의료서비스에 접근할 권리 보장
3) 외국인 보호소 내 의료보장	① 보호소 특성을 반영한 의료관리의 일관된 매뉴얼 마련 ② 감염병 유행 시기에 방역수칙에 맞게 수용인원 축소, 조정 ③ 야간·주말 응급상황에 대처할 수 있는 보호소 내 응급의료체계 구축 ④ 외부진료에 대해 국가가 비용을 부담, 보호소 내부와 외부 의료진 간 연계 강화 등 원활한 후속치료 방안 마련
4) 공공 보건의료와 출입국 관리 당국 사이 방화벽 수립	① 공공 보건의료 공무원의 비정규 이주민 신상 통보 금지 조항 신설, 담당 공무원에게 이를 숙지시킬 수 있는 방안 마련

I. 서론

제1장 연구의 개요

제2장 이주민의 건강권과 국제인권기준

제1장 연구의 개요

1. 연구의 배경과 목적

이주민¹⁾ 대다수는 언어적 제약, 제도와 정보에 대한 낮은 접근성, 열악한 노동조건과 장시간 노동, 불안정한 고용, 낮은 경제적·사회적 지위, 법·제도적 차별 등으로 인해 건강권의 측면에서도 취약한 처지에 놓여 있다.

이주민의 건강권과 관련해 가장 빈번히 제기된 문제는 이주노동자의 산업재해였다. 그러나 이주노동자의 산업재해 문제는 더 심각해지고 있어 위험의 외주화를 넘어 위험의 이주화라는 말까지 등장했다. 2018년까지 최근 5년간 이주노동자 중 산재 사망자수는 60% 급증했다. 2018년 전체 산재 사망자의 11% 이상이 이주노동자였다.²⁾

그에 더해 이주민 인구 규모가 증가하고, 체류가 장기화되고, 가족 단위 정주화 경향이 뚜렷해지면서 이주민 건강권 문제가 생애 주기에 따른 건강 문제로 다변화되고 있다. 임신과 출산, 생애 건강을 좌우하는 아동기 건강관리, 중장년층 인구의 성인병과 만성질환 관리, 노년기 건강관리 문제 등이 그것이다. 교통사고 등 일상생활 중 사고도 늘어났다. 이주민 중 장애를 가진 사람과 중증 혹은 난치성 질환자도 더욱 자주 발견되고 있다. 이주민의 정신 건강 문제도 이슈가 되고 있다.

이러한 문제들은 사람이 살아가고 있는 곳이라면 생길 수밖에 없는 문제일 수도 있다. 여타 보건의료 취약계층이 겪는 건강권 문제와 동일한 성격을 띠기도 한다. 그러나 의료보장 제도에서 국적과 체류자격에 따른 차별이 이주민의 건강권 문제에 특별한 성격을 부여한다.

한국의 의료보장제도는 다른 사회보장제도에서와 마찬가지로 공공부조와 사회서비스는 원칙적으로 이주민을 적용 대상에서 제외하고 있다. 한국국적자를 임신하거나 양육·부양 중인 결혼이주민과 난민인정자 등 극히 예외적인 경우에만 수급 신청 자격을 주고 있다. 한편 기여에 따른 수급 원칙을 따르는 사회보험 제도는 이주민에게도 적용이 확대되어 왔지만, 여전히 국적과 체류자격에 따른 강고한 차별이 존재한다. 건강보험제도 또한 자격 취득, 보험료 부과, 체납 제재의 모든 측면에서 국적과 체류자격에 따른 차별을 두고 있어 많은 이주

1) 관련 법령이나 지침 등은 외국국적자와 재외국민을 통칭하여 ‘외국인 등’이라 칭하고, 재외국민을 제외한 한국국적자를 ‘내국인’이라 칭한다. 그러나 이하에서는 내국인과 외국인 간 이분법을 지양하며 지역 사회에서 함께 살아가는 주민이라는 의미에서 이주민과 선주민, 국적이 다를 뿐이라는 의미에서 한국국적자, 외국국적자라는 용어를 주로 사용하고자 한다. 외국국적자였다가 귀화하여 한국국적을 취득한 사람도 넓은 범위에서 이주민이다. 그러나 의료보장제도에서 귀화자는 선주민과 차별이 없으므로 특별한 설명이 없는 한 이주민은 귀화자를 포함하지 않는 용어로 사용한다. 단 법제도나 기존 연구 등의 인용 시 ‘내국인’이라는 용어를 그대로 사용하였는데 그 용어가 이미 차별을 내포하고 있다는 의미에서 따옴표를 붙여 ‘내국인’이라 한다.

2) 참세상, 2019-10-04, “5년간 이주노동자 산재사망률 60% 급증 - 산재사고 사망 100명 중 11명이 이주노동자” (<http://www.newscham.net/news/view.php?board=news&nid=104349>)

민이 사실상 제도적으로 배제되어 왔다.

그동안 의료보장제도에서 배제된 이주민들에게 최소한의 의료안전망을 제공해 온 것은 민간 영역이었다. 민간 영역의 시민단체들은 무료진료소와 의료공제회를 운영하고 뜻있는 의료기관과 협력 네트워크를 만드는 등의 노력을 기울여 왔다. 그러나 의료보장제도 바깥으로 밀려나온 이주민들의 수가 점점 더 많아지면서 그 한계도 커지고 있다.

이에 이주민을 기존 의료보장제도 내에 포용해 부담능력 만큼 건강보험료를 납부하고 동등한 혜택을 받도록 하며, 보험료 납부능력조차 없는 취약계층은 의료급여를 받을 수 있도록 해야 한다는 요구가 커져 왔다. 그러나 이러한 요구에 역행하며 2019년 이주민에 대해 더욱 차별적인 방향으로 건강보험제도가 개정되었다.

2019년 7월 16일부터는 건강보험 가입자격이 있는 외국국적자와 재외국민의 건강보험 지역가입이 의무화되었다. 직장가입은 이주민에게도 이미 당연 적용되고 있었다. 이로써 건강보험에 의무적으로 가입해야 하는 이주민의 범위가 확대되었다. 이것이 이주민에게 의료보장제도 적용을 확대하라는 요구에 부응한 것이었다면 크게 환영받을 일이었다.

그러나 최근 건강보험제도 개정의 주요 목적은 이주민의 의료보장 확대가 아니었다. 외국인인과 재외국민이 “건강보험 보장이 필요한 경우에만 지역가입자로 임의가입하여 고액의 진료를 받고 출국하는 등 우리나라 건강보험제도를 악용하는 문제를 개선”하기 위한 것이었다.³⁾ 목적이 그러한 만큼 자격취득요건 강화, 보험료 부담 증가, 체납에 대한 더욱 가혹한 제재 등 건강권 보장보다 징벌적 성격이 강했다.

우선 지역가입자격 취득 시점이 입국 후 3개월에서 6개월로 연장되었다. 최소한 전년도 평균보험료 이상의 지역보험료를 내야 하는 체류자격 범위는 확대되었다. 지역가입 세대 합가의 범위는 배우자와 19세 미만 자녀만으로 축소되었고, 가족을 피부양자나 세대원으로 등록하기 위한 서류요건은 엄격해졌다. 지역보험료는 선납하도록 하고, 보험료가 체납된 직후부터 완납 시까지 급여를 받을 수 없도록 했으며, 체납 보험료를 완납해도 급여가 소급 적용될 수 없도록 했다. 또한 보험료 체납에 대해 독촉, 압류, 급여제한 등 기존의 제재에 더해 체류자격 연장 불허라는, 이주민에게는 치명적인 징벌을 추가했다. 대신 취약계층에 대한 보험료 감면제도는 이주민에게는 적용되지 않으며, 일부 체류자격에 따른 감면제도만이 유지되었다.

제도 개정의 영향은 보험료 부담 증가로 먼저 나타났다. 이주민이 내야 하는 지역가입 최소 보험료는 장기요양보험료를 포함해 2019년 113,050원, 2020년 123,080원이었다. 실직자, 산재나 사고, 중증 질환으로 요양 중인 자, 장애인이라도 예외는 없었다. 고령의 부모, 성년 자녀 등 세대 합가를 할 수 없는 가족구성원이 있는 경우 한 가족 당 여러 개의 평균보험료가 부과된 고지서를 받게 되었다. 세대 합가가 가능한 배우자와 미성년 자녀조차 엄

3) 보건복지부 보도자료(2018.6.7.), “외국인 및 재외국민 건강보험 제도 개선으로, 도덕적 해이는 방지하고 내·외국인간 형평성은 높인다”.

격한 서류 요건으로 가족등록을 못하는 하는 사례들도 드물지 않게 나타났다.

제도 개정 이후 약 2년의 시간이 흐른 지금, 보험료 독촉고지서나 압류통지서를 받아들이고 이것이 무엇이나고 묻는 이주민들, 긴급히 치료가 필요한데 급여 제한으로 어려움을 겪고 있는 이주민들이 늘어나고 있다. 이주민들에게는 보험료 체납으로 인한 급여제한보다 체류 자격 연장 제한이 더 큰 압박이 되었다. 특히 취약계층 이주민은 고액의 보험료와 체류자격 사이에서 진퇴양난에 빠지게 되었다. 보험 급여를 받더라도 본인부담금을 낼 능력이 없어 적절한 의료서비스를 받을 수 없는 이주민들이 민간 지원단체로부터 생계비 지원을 받아서 체류 연장을 위해 건강보험료부터 납부하는 사례들도 나오고 있다. 건강의 보장이 목적인 제도가 건강권을 넘어 생계를 위협하고 있는 것이다.

선주민 가운데도 부담능력을 제대로 반영하지 못하는 보험료 부과체계 때문에, 부양의무자 기준을 만족해야 하는 의료급여 수급권자 선정 기준 때문에, 생계형 보험료 체납자, 의료급여 비수급 빈곤층의 문제가 심각하다(김선 외, 2017). 그러나 이주민 취약계층은 국적과 체류자격에 따른 차별과 이주민의 특수성을 고려하지 않는 행정이 결합해 더욱 가혹한 영향을 받고 있다.

과중한 보험료 부담을 감당하기 어려운 취약계층 이주민들은 체류 연장 시점에 그간의 체납 보험료를 어렵사리 일시 납부하더라도 다시 보험료를 체납해 보험료는 보험료대로 내면서 급여 제한 상태를 유지하게 된다. 코로나19 팬데믹은 이러한 상황을 더욱 악화시키고 있다. 이주민은 실직이나 소득 감소의 영향을 더 빨리, 더 크게 받았을 것으로 예상된다. 그런데 일부를 제외한 대다수 이주민은 재난지원금이나 재난기본소득 지급 대상에서도 제외되었다. 때문에 건강보험료를 감당하지 못하는 이주민이 증가하고 있고, 보험료 체납으로 결국 체류연장을 하지 못한 사례도 나타나고 있다. 다른 한편으로는 체류기간이 만료되었지만 출국을 할 수 없어서 출국유예 상태에 있거나 임시 체류자격을 받은 이주민들이 오랜 기간 건강보험료를 납부해 왔음에도 그 자격을 유지하지 못하는 문제도 제기되고 있다.

이에 이주민을 포용하는 방향으로 의료보장제도를 개선할 필요성이 긴급히 제기되고 있다. 그러나 사회적 공감대는 미약하다. 한국사회에서는 의료보장 뿐 아니라 다른 영역에서도 ‘외국인’ 대 ‘내국인’이라는 이분법, 국적과 체류자격에 따른 차별은 당연시되는 경향이 있다.

또 다른 두 가지 편견이 사회적 인식과 정책의 결정에 영향을 미치고 있는 것으로 보인다. 그 하나는 이주민을 ‘단신의 단기 취업 노동자’로 바라보는 시각이다. 이런 시각에서는 이주민의 국내 정착과 가족 단위 거주를 예외적인 현상으로 간주한다. 경제활동을 하지 않는 혹은 할 수 없는 사람은 고려하지 않는다. 아동과 노인인 이주민 또한 예외적인 현상이다. 개정 건강보험제도 또한 이런 시각 하에서 설계된 것으로 보인다. 각각의 이주민을 원칙적으로 독립된 세대로 보고 배우자와 미성년 자녀의 세대 합가 허용은 ‘인도적 배려’에서 예외적으로 허용했다는 것이 그 예이다.

다른 하나는 이주민을 국경을 넘는 두 개의 장소 간에 언제든지 쉽게 옮겨 다닐 수 있는 사람으로 생각하는 것이다. 개정 건강보험제도는 영주(F-5)와 결혼이민(F-6) 체류자격 소지자 외 이주민들은 건강보험 혜택을 누리고 언제든지 출국해 버릴 수 있다는 것을 우려하며 만들어졌다. 이런 생각은 주거와 직업과 관계와 문화를 통해 점점 더 깊숙이 국내에 생활기반을 내리고 있는 이주민들이 늘어나고 있는 현실과 충돌한다.

그 모든 것에 앞서 의료보장에서 이주민에 대한 차별은 건강권이란 무엇인가?, 라는 원론적 질문을 제기한다. 건강권이란 무엇인가? 생명과 직결되는 인간의 기본권인가? 먹고 쉴 수 있는 하나의 상품일 뿐인가?

보건복지부가 처음 건강보험제도 개정을 발표할 즈음부터 외국인 건강보험 “떡튀”, “무임승차”, “부정수급” 등의 표현이 포함된 언론보도가 연이어 나왔다. 이러한 언론보도들은 생명을 위협하는 중증질환자들의 보험료 납부액과 급여 지급액을 비교하며 ‘도덕적’으로 지탄함으로써 건강보험제도가 뿌리를 두고 있는 사회적 연대의 원칙을 훼손하고, 소수의 사례를 통해 이주민 전체를 건강보험제도를 남용하는 집단으로 몰아감으로써 ‘외국인 혐오’를 확산시키는 데 기여하는 한편 제도 개정의 지지기반을 닦는 역할을 하였다.

본 연구의 목적은 건강권은 인간의 기본권이며, 대한민국 정부가 비준한 국제인권조약들이 일관되게 근거하고 있는 비차별 원칙에 입각하여 이주민과 선주민에게 동등하게 적용되어야 하는 권리라는 입장을 견지하며, 이주민의 건강권과 한국에서의 의료보장 실태를 조사하고, 이주민의 건강권을 위협하는 제도적·구조적 요인을 분석하여 그 개선방안을 제시하는 것이다. 그러나 원칙이 중요하다고 하더라도 구체적인 개선방안은 실현가능성을 담보해야 할 것이며, 아무리 그럴 듯한 개선방안이라도 사회적 공감 없이는 실현가능하지 않을 것이다. 이에 본 연구진은 의료보장제도에서 차별 받고 있는 이주민이 겪고 있는 실태를 구체적으로 밝힘으로써 사회적 공감대를 넓히고, 현 제도를 면밀하게 검토하고 해외 사례를 참조하여 가능한 현실적 여건을 고려한 개선방안을 제시하기 위해 노력할 것이다.

2. 연구의 내용과 방법

이 연구의 내용은 크게 네 가지로 구분할 수 있다. 첫째, 이주민 의료보장 관련 법·제도와 정책 등 현황에 대한 연구, 둘째, 이주민의 건강권과 의료보장에 대한 실태조사, 셋째, 국제기준인권기준과 이주민 의료보장 적용의 해외 사례 연구, 넷째, 연구결과를 종합하여 이주민 건강권과 의료보장제도 개선을 위한 정책 제언을 제시하는 것이다.

첫째, 한국의 이주민 의료보장 현황에 대한 연구에서는 우선 의료보장제도를 건강보험제도 및 의료급여제도, 위기 상황의 의료비지원제도, 보건의료 취약계층 의료지원제도로 구분해 이주민에 대한 적용 범위를 살펴보았다. 의료급여 및 다른 의료지원제도는 애초에 이주

민에 대한 적용 범위가 지극히 협소하다. 하지만 건강보험제도는 원칙적으로 이주민을 적용 대상에 포함하면서도 제도 운용 전반에서 차별이 있으므로 그 구체적인 내용을 소개하는데 많은 분량을 할애하게 되었다.

공적인 의료보장제도에서 배제되어 있는 비정규 체류 이주민⁴⁾에게 민간 부문의 의료지원 은 중요한 의료안전망이 되고 있다. 이에 이주민 지원단체와 뜻있는 의료기관 등 민간 부문 이 이주민들에게 최소한의 의료안전망을 제공하기 위해 구축해 온 제도와 활동을 연구 범 위에 포함하였다. 민간부문의 의료지원 제도와 활동 경험은 현재의 문제점을 잘 보여주는 한편 제도 개선 방향에 실마리를 제공해 준다.

다음으로 건강보험공단 데이터베이스를 원 자료로 한 통계를 이용해 건강보험과 의료급여를 중심으로 이주민의 의료보장 현황을 검토하였다. 이를 통해 주민등록인구와 이주민의 의료보장(건강보험, 의료급여) 적용률, 외국국적자·재외국민·‘내국인’ 혼합 가족, 건강보험 직역별 가입자, 건강보험료 수준과 체납 현황 등을 파악할 수 있었다.

이주민 의료보장 현황과 별도로 체류 관리 제도와 이주민 체류 현황을 검토하였다. 이를 통해 국내 체류 이주민의 정주화가 어느 정도 진행되고 있는지를 파악하고자 하였다. 한국에서는 이주민 유입 초기 단기순환 외국인력제도를 원칙으로 결혼이주민만을 사회통합 대상으로 하여 이주민 정책을 입안·시행해 온 방향성이 여전히 유지되고 있다. 의료보장제도 또한 마찬가지다. 그러나 이주민 중에 정주형 이주민의 급증은 근본적인 정책적 방향 전환이 필요하다는 것을 시사한다.

이주민 의료보장 관련 법·제도와 정책 및 체류 현황에 대한 연구는 주로 문헌조사 방법을 이용하였다. 그러나 법제가 현실에서 실행되는 방식은 문헌조사만으로 파악이 어렵다. 이주민과 관련해서는 더더욱 그러한데 기존 법 조항이 어디까지 이주민에게 적용되는지 불분명한 경우가 많고, 법집행기관과 담당자의 재량권이 크고, 관련 지침이나 관계 기관의 내규에 크게 좌우된다. 이에 실태조사 결과를 문헌조사 결과와 비교 검토하며 연구하였다.

둘째, 이주민의 건강권과 의료보장에 대한 실태조사를 실시하였다. 실태조사는 이주민 당사자에 대한 설문조사, 관계자 및 관계기관에 대한 면접조사, 이주민 당사자 및 지원단체 활동가에 대한 면접조사 및 사례조사 방법을 이용하였다.

4) 법무부는 「출입국관리법」에 따른 체류자격을 가진 사람을 ‘합법체류자’, 체류자격이 없거나 초과체류 중으로 동 법을 위반하여 체류 중인 사람을 ‘불법체류자’로 지칭한다. 그러나 국내외 인권기구는 잠정적 범죄자를 연상시키는 ‘불법체류자’라는 용어 대신 ‘미등록 체류자(undocumented migrant)’ 또는 ‘비정규 체류자(irregular migrant)’라는 용어를 사용할 것을 권고하고 있다. 한국에서는 정규직 노동자에 대비한 비정규직 노동자라는 용어와 혼동을 일으킬 우려 때문에 주로 정규·비정규 체류자보다 등록·미등록 체류자라는 용어가 널리 사용되고 있다. 그러나 등록·미등록 체류자 용어를 사용할 경우 장기체류 자격을 받고 입국하여 외국인등록(국내거소신고)을 한 후 초과체류하는 사람들과 단기체류자격(무사증)으로 입국하여 등록을 한 적이 없는 상태로 초과체류하는 사람들을 모두 미등록 체류자로 지칭할 수밖에 없어서 양자를 구분할 수 없다. 따라서 이하에서는 「출입국관리법」에 따른 합법적 체류자격을 가진 사람들을 정규 체류자, 그렇지 않은 사람들을 비정규 체류자로 칭하고자 한다.

이주민 당사자에 대한 설문조사는 이주민의 건강상태와 의료서비스 이용 현황, 의료보장 현황을 파악하는 것을 목적으로 하였으며 그 주요 내용은 <표 1-1>과 같다.

〈표 1-1〉 설문조사의 주요 내용

구 분	내 용
인적 사항	- 국적, 성별, 출생 연월, 체류자격, 체류기간, 거주지역 - 직업, 고용방식, 평균 소득
동거가족 및 가구 특성	- 동거 가족 - 가구 소득
건강상태 및 의료 이용	- 건강상태에 대한 주관적 인지도 - 신체적·정신적 질환의 진단 및 치료 경험 - 신체적·정신적 장애 진단 및 장애인 등록 여부 - 의료기관별 이용 경험과 주로 이용하는 의료기관 - 건강검진 경험 - 의료서비스 미충족 경험과 그 이유
코로나19의 예방과 대응	- 관련 정보 인지 여부 - 관련 정보 습득 경로 - 관련 차별, 인권침해 경험
건강보험과 의료보장	- 건강보험 관련 정보 인지 여부 - 건강보험 유무와 종류, 보험료 - 조사자 및 가족의 보험료 체납 경험과 그 이유 - 민간의료보험, 의료공제회 가입 여부
기타	- 보건의료 관련 수요와 의사사항

설문조사 표본은 1천 명을 목표로 하여 실시하였고, 최종 1,060건의 유효 표본을 분석하였다. 설문조사 시작 전 연구진이 몇 가지 특성에 따라 이주민을 그룹별로 구분(이주노동자 일반, 농어업 이주노동자, 중국 동포, 고려인 동포, 난민, 유학생, 미등록 체류자, 기타)하였고, 이 그룹별 구분과 체류자격별 모집단의 분포를 함께 고려하여 표본을 배분하였다. 체류자격별 분포에 일률적으로 따를 경우 그 비중이 적은 이주민 그룹은 표본 규모가 너무 작아져서 다른 그룹과 비교해 특성을 분석하기 어려울 것으로 예상되어 모집단 규모와 무관하게 일정 규모 이상 표본을 할당하고자 하였다.

설문조사 대상에 대한 접근은 두 가지 방식으로 진행하였다. 조사지 내용을 이해하기 어려울 것으로 예상되거나, 접근 자체가 어려운 그룹의 경우 각 그룹과 밀접한 접촉면을 가진 조사원을 선정하여 조사원이 조사를 진행하였다. 연구진이 일부 대면 조사를 한 경우도 있다. 조사원을 이용한 조사는 설문조사 표본이 지원단체와 연계된 이주민 그룹에 편중되는 경향을 가능한 피하기 위한 목적도 있었다. 중국 동포, 고려인 동포, 난민, 농·어업 이주노동자, 유학생이 이러한 그룹에 해당된다. 중국 동포는 이주민 중 언어적 제약이 별로 없는 것

으로 생각하는 경우가 많지만 연령대가 높을수록 한국어와 중국어 모두 심층적 의미를 파악하지 못하는 경우가 많다는 사전 자문 의견을 받아서 조사원을 이용한 조사 그룹에 포함하였다. 그 외 그룹에 대한 설문조사는 전국의 이주민 지원단체와 위탁센터 등에 협조를 요청하였으며, 각 기관별로 각 그룹별 할당량을 미리 정하여 조사를 요청하였다.

설문조사지는 14개 언어로 번역하였다. 우선 국적별 체류자 수를 기준으로 중국어, 베트남어, 태국어, 필리핀어, 인도네시아어, 몽골어, 캄보디아어, 네팔어, 미얀마어를 선정하고, 고려인 동포 조사를 위해 러시아어, 난민 조사를 위해 아랍어를 추가하고, 기타 이주민 조사 조사를 위해 영어를 추가하였다. 조사 진행 과정에서 난민 조사원이 자체적으로 프랑스어를 추가로 번역하여 조사를 진행하였다.

설문조사는 7월부터 시작하였다. 코로나19의 영향으로 이주민 지원단체들의 대면업무는 중단되었다 재개되었다 다시 중단되기를 반복했고, 숙소나 일터로 직접 찾아가야 조사가 가능한 이주민들이 조사자 방문을 꺼리면서 조사기간이 원래 예정보다 두 차례 연장되어, 최종적으로 9월 15일까지 조사를 실시하였다.

설문조사와 병행하여 관계기관 및 관계자, 지원단체 활동가 및 이주민 당사자에 대한 심층 면접조사와 사례 조사를 실시하였다. 심층 면접조사와 사례조사를 통해 현재의 의료보장 제도가 특히 보건의료 취약계층 이주민에게 미치는 구체적 영향을 파악하는 것과 함께 관련 법·제도와 정책이 구체적으로 실현되는 방식 혹은 양상을 연구하고자 하였다. 면접조사와 사례조사를 통해 법령이나 고시, 관련 지침을 통해서도 확인할 수 없었던 다양한 문제점을 발견할 수 있었다.

관계기관 및 관계자에 대한 면접조사 일시와 대상은 <표 1-2>와 같다.

<표 1-2> 관계기관 및 관계자 면접조사 일시와 대상

일시	대 상
7.08(수)	S대학교병원 의료사회복지팀장 (서울)
7.10(금)	동포 민간의료보험 관계자 (서울)
7.13(월)	H 대학교 유학생 담당자 (경기도)
7.23(목)	외국인복지센터 중국동포 상담원 (경기도)
7.29(수)	국민건강보험공단 서울본부 외국인민원센터 부장과 팀장 2인 (서울)
8.06(목)	국민건강보험공단 안산지사 정수담당팀장 외 2인 (경기도)
9.08(화)	캄보디아 공동체 활동가 1인 (부산)
11.11(수)	Y병원 원무팀장, 사회사업팀장 외 1인 (경기도)

이주민 지원단체 활동가들의 경우 면접조사와 함께 법·제도적 문제점과 개선방안에 대해 자문을 제공받았다. 풍부한 사례 또한 이주민 지원단체 활동가들로부터 제공받은 경우가 다수여서 이들의 협력이 없었다면 이 연구의 수행 자체가 불가능했을 것이다. 설문조사 조사원들 또한 다수의 사례를 제공해 주었다. 그런데 지원단체 활동가들이 제공해 준 상담사례의 당사자들을 연구진이 직접 대면하여 조사한 경우도 있고, 연구진이 직접 상담을 담당해 온 사례의 당사자들을 재조사한 경우도 있으며, 코로나19 정국에서 대면 조사에 한계에 많아서 한 가지 사례에 대해 SNS와 전화를 이용해 여러 차례 조사를 이어간 경우도 많아서 면접조사와 사례조사를 구분하기도 힘들고, 조사를 한 일시를 특정하기도 어렵다. 때문에 제6장에서 면접조사와 사례조사 결과는 굳이 구분하지 않고 모두 68가지의 사례로 제시하였으며 각 사례별로 주로 관계된 기관 및 단체만을 명기하였다.

셋째, 국제인권규범에 부응하는 장기적 방향 하에 이주민 의료보장제도의 개선방안을 제시하기 위해 건강권에 대해 명시한 국제인권조약과 국제인권기구의 한국정부에 대한 권고를 함께 검토하였다.

한편 해외 사례 연구를 위해서는 한국과 함께 동아시아 국가의 대표적인 이주 목적국이면서 한국과 유사한 사회보험 방식의 건강보험제도를 가지고 있는 대만과 일본, 유럽 국가 중 사회보험의 원조국인 독일, 조세기반 의료보장 제도를 가지고 있는 영국, 4개 국가를 선정하였다. 해외 사례는 각국의 의료보장제도가 이주민에게 어떤 방식으로 적용되는지를 위주로 연구하였다. 특히 한국의 이주민 관련 건강보험제도 개편에서 논란이 되고 있는 사항을 중심으로 살펴보았다.

넷째, 이상의 연구결과를 종합하고, 두 차례의 전문가 자문을 거쳐 이주민의 건강권과 의료보장 쟁점을 크게 건강보험제도의 차별 폐지, 의료급여 및 의료지원제도의 적용 확대, 비정규 체류 이주민의 의료보장 확대의 세 가지로 구분해 정책 제언을 제시하였다.

3. 기존 연구와 차별성 및 연구의 한계

이 연구는 첫째, ‘이주민’ 일반을 대상으로 건강과 의료기관 이용실태에 대해 다양한 이주민 그룹을 포괄하는 전국적 실태조사를 실시하고, 의료보장제도 전반을 검토하여 포괄적인 정책제언을 제시하였다는 점에서 기존 연구와 차별성을 가진다.

이주민의 건강권과 관련된 기존 연구는 이주민 중에서도 특정 그룹이나 특정 측면에 초점을 맞추어 진행된 경우가 대부분이었다. 초기에는 주로 이주노동자들을 대상으로 한 연구(이왕준 외 2001; 설동훈 외 2005; 홍승권 외 2006; 조현태 2008; 김미선 외 2009)가 진행되었으며 이후 이주민 일반, 특히 자녀를 양육하고 있는 이주민을 포괄하는 방향으로 확대되었지만 비정규 체류 이주민, 미등록 이주아동 등 특정 그룹이나 특정 지역을 대상으로

하였고(김사강 2011; 김사강 외 2017; 최규진 외 2018; 오경석 외 2019), 특정 지역을 대상으로 한 경우 중앙정부 차원의 의료보장제도에서 한계가 분명한 가운데 주로 지방자치단체를 향한 정책제언을 제시하였다.

본 연구와 마찬가지로 현장의 실태 파악에 근거하여 특정 그룹이나 지역에 국한되지 않는 이주민 일반에 대한 개선방안을 제시하고 있는 연구로는 장주영 외(2019)가 있다. 이 연구는 「2018 이민자 체류실태 및 고용조사」 등 기존 통계를 이용하여 의료서비스 이용의 수요 측면을, 41명의 의료서비스 제공자를 대상으로 한 현장 사례조사를 통해 공급 측면을 조사하였으며, 주로 이주민을 대상으로 의료서비스를 제공하는 공급자의 입장에서 현장의 어려운 점과 제도적 미비점을 살펴보고 개선 방안을 제시하고 있는 점이 특징이면서 본 연구와 차이점이다.

둘째, 건강권은 건강할 권리, 보건의료에 관한 권리, 보건의료체계 내에서 적절한 의료서비스를 보장받을 권리 등의 내용을 포괄하며, 넓은 의미에서 건강의 사회적 결정 요인들이 모두 포함된다. 본 연구는 그 중에서도 적절한 의료서비스를 받을 권리에 주목하였다. 이는 의료서비스를 받을 권리가 건강권 중에서도 생존과 직결되는 가장 기본적인 권리이지만 한국사회에서는 그조차 국적과 체류자격에 따른 차별을 당연시하고 있기 때문이다.

셋째, 의료보장제도의 개선방안 제시에서 특히 건강보험제도에 초점을 맞추었다. 이는 우선 이주민에 대한 차별을 강화하는 최근의 건강보험제도 개정이 이 연구의 주요한 계기가 되었기 때문이기도 하지만 한국에서 의료서비스를 받을 권리를 뒷받침하는 1차적인 의료안전망이 건강보험제도이기 때문이다. 건강보험제도를 다룬 기존 연구들(김미선 외 2009, 2014; 김재일 2015; 최재우 외 2017; 이정면 외 2016; 변정옥 외 2019)이 있지만 어떤 시각에서든 개괄적인 방향성을 제시하는 정도의 개선안을 제시하고 있는 반면, 본 연구에서는 구체적인 제도 운용 방식을 파악하여 보다 구체적인 개선안을 제시하고자 노력하였다.

‘이주민’ 일반을 대상으로 한 점은 이 연구의 성격을 규정하는 특징이면서 시작부터 끝까지 연구에 제일 큰 어려움이기도 하였으며, 연구의 한계가 되기도 하였다. 이주민은 여러 측면에서 매우 이질적인 집단이며 건강정책의 측면에서도 그러하다. 이러한 이질적인 집단을 포괄한 연구인만큼 이주민 그룹 각각의 건강권 실태와 그에 부합하는 개별적인 정책 제언을 제시할 수는 없었다는 점은 이 연구의 한계이다.

또한 여전히 산업재해가 이주민의 건강권을 위협하는 주요 요인이지만 본 연구의 내용에서는 산업재해가 제외되었다. 이는 이주민의 건강권과 관련된 기존 연구 중 이주노동자를 대상으로 한 연구가 가장 많은 만큼 산업재해의 문제도 많이 다루어졌는데 제한된 연구기간과 한정된 역량으로 본 연구의 내용에 산업재해를 포괄한다고 하더라도 기존 연구에서 밝혀진 실태나 개선안 이상의 것을 제시하기 어렵다는 판단에서였다.

제2장 이주민의 건강권과 국제인권기준

1. 건강권의 정의와 건강권 보장에 관한 국가의 의무

건강권은 건강할 권리, 보건의료에 관한 권리, 보건의료체계 내에서 적절한 의료서비스를 보장받을 권리 등의 내용을 포괄하며, 넓은 의미에서 건강권에는 보건의료서비스나 의료보장제도에 대한 권리를 넘어 소득, 교육, 주거, 노동, 고용, 차별금지와 같은 건강의 사회적 결정 요인들이 모두 포함된다.

대한민국 헌법에서 건강권과 직접 관련한 조항은 제36조 제3항의 국가의 국민의 보건에 관한 보호의무 조항이 있을 뿐이지만 건강권은 헌법 제10조에서 파생되는 기본권으로서 건강한 환경에서 생활할 권리를 규정하는 헌법 제35조 제1항, 헌법 제34조 제1항에서 규정하는 인간다운 생활을 할 권리 등의 직·간접적인 해석을 통해서도 도출되는 권리이다.

헌법재판소도 “헌법 제36조 제3항이 규정하고 있는 국민의 보건에 관한 권리는 국민이 자신의 건강을 유지하는 데 필요한 국가적 급부와 배려를 요구할 수 있는 권리를 말하는 것으로서, 국가는 국민의 건강을 소극적으로 침해하여서는 아니 될 의무를 부담하는 것에서 한걸음 더 나아가 적극적으로 국가의 보건을 위한 정책을 수립하고 시행하여야 할 의무를 부담하는 것을 의미한다”고 판시하여 건강권을 헌법상 권리로 인정하고 있다(헌재 1996. 4. 20. 선고 91헌바11 결정, 헌법재판소 2009. 11. 26. 선고 2007헌마734 결정 등).

한편 종래 헌법재판소는 외국인의 기본권 주체성에 대해 원칙적으로 ‘국민의 권리’가 아닌 ‘인간의 권리’의 범위 내에서만 외국인에게 기본권이 인정된다고 보면서, 인간의 존엄과 가치, 행복추구권, 평등권은 인간의 권리로 본 반면 사회권적 기본권은 국민의 권리로 해석하여 외국인의 주체성에 대해 부정적인 입장을 취하였다(헌재 2007. 8. 30. 선고 2004헌마670 결정 등).

그러나 헌법재판소는 이후 결정을 통해 사회권적 기본권을 배타적인 국민의 권리로 구분 하던 입장에서 벗어나, 인간의 존엄과 가치 및 행복추구권과 밀접한 관련성을 갖는 경우(헌재 2011. 9. 29. 선고 2007헌마1083, 2009헌마230·352(병합) 결정, 2009헌마351 결정), 그리고 생활의 기본적 수요를 충족시키는 방편이자 인간 생존의 기초가 되는 권리에 대해(헌재 2016. 3. 31. 선고 2014헌마367 결정) 외국인이 주체가 될 수 있음을 인정하여, 외국인의 기본권 주체성을 자유권적 기본권에 국한하지 않고 사회적 기본권의 주체로 인정하는 가능성을 열어 둔 것으로 보인다(이주영 2019).

건강권의 경우 자유권적 성격도 동시에 지닌다는 측면에서 기존 헌법재판소의 입장을 따르더라도 인간의 권리로 외국인도 주체가 될 수 있으며, 특히 생존권 보장 차원의 의료보장

관련 급여는 인간의 존엄을 바탕으로 헌법적 권리를 주장할 수 있다(김복기 2019, p.31). 나아가 인권의 상호의존성 및 상호연관성 측면을 고려할 때 실질적 자유의 토대로서의 사회적 기본권을 자유권적 기본권과 이분법적으로 구별할 수 없다는 점, 그리고 이후 살펴볼 국제인권법상 차별금지 원칙과 보편적 인권의 관점에서 국가는 모든 개인에 대하여 국적에 관계없이 평등하게 조약상 인정되는 권리를 보장해야 한다는 원칙에 따라 건강권도 이주민이 향유하는 보편적이고 비차별적 권리라고 이해하여야 한다.

세계인권선언, 경제적·사회적 및 문화적 권리에 관한 국제규약(이하 사회권규약), 아동의 권리에 관한 국제협약, 장애인의 권리에 관한 국제협약, 모든 형태의 인종차별 철폐에 관한 국제협약 등은 인간다운 삶을 보장받기 위한 보편적·비차별적 권리로서 건강권을 명시하고 있고, 이는 자유권적 성격과 사회권적 성격을 모두 가진다. 특히 사회권규약에서 건강권은 “도달 가능한 최고 수준의 신체적, 정신적 건강”을 향유할 권리로 개념화되어 있다. 이주민의 건강권 보장에 관한 국제 규범과 원칙은 <표 2-1>에 요약하였다.

<표 2-1> 이주민의 건강권 보장에 관한 국제 규범과 원칙

국제 규범 및 원칙	내 용
세계인권선언	인권에는 건강과 안녕에 적합한 생활수준을 누릴 권리가 포함됨 (제25조)
경제적·사회적 및 문화적 권리에 관한 국제규약	국가는 모든 사람이 도달 가능한 최고 수준의 신체적·정신적 건강을 향유할 권리를 보장해야 함. 구체적으로 a) 사산율과 유아 사망률 감소 및 아동의 건강한 발육, b) 환경 및 산업위생의 모든 부분의 개선, c) 전염병, 풍토병, 직업병 및 기타 질병의 예방, 치료, 통제, d) 질병 발생 시 모든 사람에게 의료와 간호를 확보할 여건 조성 등의 조치를 취해야 함 (제12조)
경제적·사회적 및 문화적 권리 위원회 일반논평 14호 (2000)	건강권에는 건강을 향유할 권리 뿐 아니라 건강 보호 제도에 대한 권리도 포함됨을 설명 (para.8) 이에 공공보건 및 보건의료 시설·상품·서비스·프로그램이 a) 충분히 이용 가능할 것, b) 차별 없이 모든 사람에게 물리적·경제적으로 접근 가능할 것, c) 소수자의 문화를 존중할 것 등을 강조 (para.12) 한편 건강보험 및 보건의료 시설 제공, 보건의료 및 보건서비스 제공에 있어, 인종을 포함한 모든 종류의 차별이 금지되어야 함을 강조 (para.18, 19). 특히 난민 신청자나 미등록 이주민을 포함한 소수자들에게 예방, 치료 및 완화치료를 위한 보건 서비스에 동등하게 접근할 수 있도록 해야 함을 명시 (para.34)

경제적·사회적 및 문화적 권리 위원회 일반논평 20호 (2009)	국적을 이유로 의료서비스를 포함한 규약 상의 권리에 대한 접근을 금지해서는 안 된다는 것을 설명. 특히 난민, 난민 신청자, 무국적자, 이주노동자, 국제 인신매매 피해자 등에 대한 비차별을 구체적으로 적시 (para.30)
아동의 권리에 관한 국제협약	국가는 모든 아동에게 도달 가능한 최상의 건강수준 향유, 질병 치료와 건강 회복을 위한 시설 사용, 건강관리 지원의 이용 권리를 보장해야 함. 구체적으로 a) 유아와 아동의 사망률 감소, b) 모든 아동에게 필요한 의료지원과 건강관리 제공, c) 충분한 영양식 및 깨끗한 음료수 제공으로 질병과 영양실조 퇴치 d) 출산 전후 산모의 적절한 건강관리, e) 아동의 건강과 영양, 모유수유의 이익, 위생 및 환경정화, 사고 예방에 관한 정보 제공, 교육, 지원, f) 예방적 건강관리, 부모를 위한 지도 및 가족계획에 관한 교육과 편의 발전 등을 위한 조치를 취해야 함 (제24조) 모든 아동에게 사회보험을 포함한 사회보장제도의 혜택을 받을 권리가 보장되어야 함 (제26조)
아동권리위원회 공동 일반논평 23 (이주노동자권리보호 위원회 공동 일반논평 4)	협약상 권리를 어떠한 종류의 차별을 함이 없이 존중하고 각 아동에게 보장하여야 할 당사국의 의무가 부모의 이주지위에 따라 차별해서는 안 되는 의무를 포함함을 명시 (para.53) 모든 이주아동은 이주지위와 무관하게 국적자와 동등한 의료 접근이 보장되어야 함을 명시 (para.55) 성인의 건강권에 국적 또는 이주지위에 따라 제한을 가하는 것은 그들 자녀의 건강, 생명과 발달에 관한 권리에 영향을 미칠 수 있으므로 아동의 권리에 대한 통합적 접근은 이주지위와 무관하게 모든 이주 노동자와 그 가족의 건강권 보장을 위한 조치와 보건정책, 프로그램과 실무관행에서 문화간 소통을 중시하는 접근을 보장하는 조치를 포함하여야 함을 지적 (para.58)
여성에 대한 모든 형태의 차별철폐에 관한 협약	국가는 보건 분야에서 여성에 대한 차별을 철폐하기 위한 모든 적절한 조치를 취해야 함. 특히 여성에 대해 임신 및 수유기 동안 적절한 영양 섭취와 임신·해산 및 산후조리기간 중 적절한 역무 제공을 확보해야 하며, 필요한 경우에는 무상으로 이를 제공해야 함 (제12조)
모든 형태의 인종차별 철폐에 관한 국제협약	국가는 인종 등에 따른 차별 없이 모든 사람에게 공중보건, 의료, 사회보장 및 사회서비스에 관한 권리를 보장해야 함 (제5조)

인종차별철폐위원회 일반권고 30호 (2005)	원칙적으로 인권이 체류자격과 무관하게 비시민에게도 보장되어야 함을 설명(para.3, 7)하면서, 특히 비시민이 체류자격과 무관하게 건강을 포함한 사회서비스 영역에서 동등한 권리를 누리도록 장애물을 제거하는 것을 국가의 의무로 명시 (para.29) 건강과 관련해, 비시민이 적절한 신체 및 정신 보건에 대한 권리를 가짐을 존중하고, 예방, 치료 및 완화치료를 위한 의료서비스에 대해 거부나 제한 당하지 않도록 보장할 것을 강조 (para.36)
모든 이주노동자와 그 가족의 권리보호에 관한 국제협약	국가는 이주노동자와 그 가족에게, 체류나 취업의 정규 유무와 상관없이, 해당국 국민과 동등하게 생명의 유지와 회복 불가능한 건강상의 피해를 방지하기 위한 긴급히 요구되는 진료를 받을 권리를 보장해야 함 (제28조)
더반선언문 및 행동프로그램 ⁵⁾ (2002)	보건을 포함한 사회서비스와 관련해 이주민에 대한 인종차별을 철폐할 필요성을 재확인 (para.51) 특히 국가들에 이주민이 사회보험을 포함한 사회보장, 의료서비스를 포함한 사회서비스 등 기본적인 인권을 완전히 향유할 수 있도록 모든 가능한 조치를 취할 것을 촉구 (para.30(g))
난민과 이주민을 위한 뉴욕선언 ⁶⁾ (2016)	난민과 이주민에 대한 인종주의와 차별에 대처할 것을 약속하며, 특히 의료를 포함한 사회서비스 접근을 증진시키기 위한 조치를 취할 것을 강조 (para.39)
안전하고, 질서 있고, 정규적인 이주를 위한 글로벌 컴팩트 (2018) ⁷⁾	모든 이주민이 체류자격과 무관하게 보건의료 서비스를 포함한 기본적 서비스에 안전하게 접근할 수 있는 권리를 보장할 것을 약속 (para.31) 특히 이주민과 공동체 전반의 신체적, 정신적 건강 증진을 위해, 서비스 제공을 위한 역량 강화, 감당 가능하고 차별 없는 접근성도모, 의사소통의 장벽 감소, 보건의료 서비스 제공자에게 문화인 지적인 서비스 제공에 대한 교육 등의 방법을 통해 이주민의 보건의료 관련 욕구를 국가 또는 지방 보건의료 서비스 정책 및 계획에 통합할 것을 약속 (para.31(e))
세계보건기구의 난민과 이주민의 건강 증진을 위한 우선 순위와 원칙 (2016) ⁸⁾	난민과 이주민에게도 도달 가능한 최고 수준의 건강을 향유할 권리가 있음을 재확인 (원칙 1) 특히 난민과 이주민에게 건강증진, 질병예방, 치료를 위한 보건서비스에 대한 평등한 접근을 제공하되, 문화, 언어, 성, 연령을 고려한 보건서비스를 제공해야 함을 강조 (원칙 3, 4)

5) Durban Declaration and Programme of Action(A/CONF.189/12).

6) New York Declaration for Refugees and Migrants(A/RES/71/1).

7) The Global Compact for Safe, Orderly and Regular Migration (GCM) (A/RES/73/195).

8) WHO, Framework of Priorities and Guiding Principles to Promote the Health of Refugees and Migrants.

2. 비차별의 원칙

사회보장기본법은 외국인에 대한 사회보장제도의 적용은 상호주의의 원칙에 따르되, 관계 법령에서 정하는 바에 따른다고 규정한다. 사회보장기본법 제정 당시 노동이주가 본격화되기 전이었고, 스스로를 아직 개발도상국으로 인식했던 시대적 배경 때문인지 국제인권협약 가입을 계기로 사회보장법령에서 국적 관련 요건을 대부분 삭제한 일본과 달리 한국은 여전히 상호주의를 일반원칙으로 고수하고 있는 것으로 보인다.

그러나 상호주의는 외국으로 하여금 자국민을 보호하도록 압력을 가하고 궁극적으로는 사회보장청구권의 보호를 위한 국제협약의 체결을 유도하겠다는 것이 주된 논거인데, 한국이 개발도상국에서 벗어나 노동이주의 유입국이 된 현재의 상황에서 오히려 타당성이 떨어진다(노호창 2017). 국민건강보험법을 비롯한 개별 사회보장법령을 살펴보더라도 비국적자에 대한 적용여부나 정도는 대부분 상호주의가 우선적으로 고려되는 것은 아니다. 나아가 위에서 본 바와 같이 한국이 비준하여 국내법과 같은 효력이 있는 국제인권조약은 사회보장에 대한 권리를 포함한 사회권에 대해 상호주의가 아닌 비국적자에 대한 비차별적 권리보장의 원칙을 규정하고 있다.

비차별과 평등은 국제인권법의 근간을 이루며 경제적·사회적 및 문화적 권리의 행사와 향유의 필수적 요소이다. 사회권규약 제2조 제2항은 국가에 규약 상 권리가 인종, 피부색, 성, 언어, 종교, 정치적 또는 기타의 의견, 민족적 또는 사회적 출신, 재산, 출생 또는 기타의 신분 등에 의한 어떠한 종류의 차별도 없이 행사되도록 보장할 의무를 부과한다.⁹⁾ 따라서 국적은 건강권, 즉 도달 가능한 최고 수준의 신체적·정신적 건강을 향유할 권리를 비롯한 사회권규약에 따른 권리에 대한 접근을 막는 사유가 되어서는 안 된다. 사회권규약 상 권리는 난민, 난민신청자, 무국적자, 이주노동자와 국제 인신매매 피해자를 포함한 모든 사람에게 법적 지위나 서류 구비여부와 무관하게 적용된다.¹⁰⁾

사회권규약 체결국은 규약 상 권리의 점진적 실현을 위하여 자국의 가용 자원이 허용하는 최대한도까지 조치를 취할 의무를 부담하는바(제2조(1)항), 여기서 “점진적 실현”은 권리의 실현을 미룰 수 있다는 것이 아니라, 언제나 가용 자원의 최대한도까지 조치를 취해야 함을 전제로, 권리의 완전한 실현을 향해 나아가야 한다는 뜻이다. 특히 필수 최저수준의 보장과 비차별은 즉시 실현되어야 하는 사항이다.¹¹⁾ 비차별은 권리의 완전한 실현을 향해 나아가는 그 어떠한 시점에서도 국가의 관할, 즉 통치권에 속한 사람들의 권리를 다른 수준

9) 경제적·사회적 및 문화적 권리 위원회의 경제적·사회적 및 문화적 권리에서의 비차별에 관한 일반논평 20(E/C.12/GC/20) para.2.

10) 경제적·사회적 및 문화적 권리 위원회의 경제적·사회적 및 문화적 권리에서의 비차별에 관한 일반논평 20(E/C.12/GC/20) para.30.

11) 경제적·사회적 및 문화적 권리 위원회의 당사국 의무의 성격에 관한 일반논평3(사회권규약 제2조(1)항) (E/1991/23).

으로 보장하는 것은 허용되지 않는다는 의미다. 따라서 국적자가 아니라는 것은 그 자체로 차별을 정당화하는 사유가 될 수 없고, 국적자가 아님을 이유로 차별화된 처우를 하려는 경우, 차별화의 목적이 정당하고, 수단이 적합하며 비례적인 것이어야 한다.¹²⁾

개발도상국은 인권과 국가경제를 충분히 고려하여 사회권규약에서 인정된 경제적 권리를 어느 정도까지 자국의 국민이 아닌 자에게 보장할 것인가를 결정할 수 있다고 규정한 사회권규약 제2조(3)항은 국적이 차별의 사유가 될 수 없다는 원칙에 대한 유일한 예외에 해당한다. 그러나 위 예외는 개발도상국에 대해서만 적용되며 경제적 권리로 한정된다.¹³⁾

건강권의 핵심적 요소라 할 수 있는, 감당할 수 있는 적절한 비용의 의료서비스에 접근할 권리는 통상 건강보험이나 의료급여와 같은 사회보장제도를 통해서 보장된다. 이와 관련 유엔 사회권위원회는 사회보장에 대한 권리는 감당할 수 없는 의료비용으로부터의 보호를 위한 현금 또는 현물급여에 차별 없이 접근 또는 유지할 권리를 포함하며, 급여는 현금이든 현물이든 사회권규약 12조에서 규정한 바에 따라 누구든지 의료에 대한 적절한 접근에 대한 권리를 실현할 수 있도록 충분한 규모와 지속성을 갖추어야 함을 지적하였다.¹⁴⁾¹⁵⁾

사회보장에 대한 권리는 그 재분배적 성격으로 인해 빈곤의 감소와 완화에 중요한 역할을 하며 사회적 배제를 방지하고 사회적 통합을 촉진한다.¹⁶⁾ 따라서 국가는 전통적으로 사회보장에 관한 권리를 행사하는 데 어려움을 겪어온 개인과 집단, 특히 여성, 실업자, 사회보장의 충분한 보호를 받지 못하는 노동자, 비공식 경제부문에서 일하는 사람, 질병이나 부상이 있는 노동자, 장애인, 노인, 아동과 성인 피부양자, 가사노동자, 소수자, 난민과 난민신청자, 국내 실향민, 귀환자, 비국적자, 수행자와 피구금자에 특별히 주의를 기울여야 한다.¹⁷⁾ 적절한 사회보장에 대한 평등한 접근을 부정하거나 제한하는 관행 또는 활동은 사회보장에 관한 권리를 존중할 국가의 의무에 대한 위반에 해당한다.¹⁸⁾

이와 같이 국제 규범과 원칙들은 국적이나 체류자격과 무관하게 모든 사람에게 가능한 최상의 건강을 누릴 권리가 있으며 그러한 권리의 온전한 향유를 위해 국가는 모든 사람들이 보건의료서비스에 동등하게 접근할 수 있도록 할 의무가 있음을 강조하고 있다. 그러나 한국에서 인권으로서 건강권에 대한 논의는 아직은 미약하고, 건강보험을 포함한 의료보장 제도에는 이주민 차별이 내재되어 있어 유엔의 인권조약기구들 지속적으로 한국정부에 대

12) 유엔인종차별철폐위원회의 비국적자에 대한 차별에 관한 일반권고30(CERD/C/64/Misc.11/rev.3).
 13) 경제적·사회적 및 문화적 권리 위원회, 유엔사회권규약에 하에서 국가들이 난민과 이주민에 대해 부담하는 의무(E/C.12/2017/1).
 14) 경제적·사회적 및 문화적 권리 위원회의 사회보장에 대한 권리에 관한 일반논평19(E/C.12/GC/19) para.2.
 15) 경제적·사회적 및 문화적 권리 위원회의 사회보장에 대한 권리에 관한 일반논평19(E/C.12/GC/19) para.22.
 16) 경제적·사회적 및 문화적 권리 위원회(이하 “유엔사회권위원회”)의 사회보장에 대한 권리에 관한 일반논평19(E/C.12/GC/19) para.3.
 17) 경제적·사회적 및 문화적 권리 위원회(이하 “유엔사회권위원회”)의 사회보장에 대한 권리에 관한 일반논평19(E/C.12/GC/19), para.31.
 18) 경제적·사회적 및 문화적 권리 위원회(이하 “유엔사회권위원회”)의 사회보장에 대한 권리에 관한 일반논평19(E/C.12/GC/19), para.44.

해 개선을 권고해 왔다.

예를 들어 경제적·사회적 및 문화적 권리위원회는 한국 정부에 “특히 소외된 그룹들이 의료서비스를 감당할 수 있도록 국민건강보험의 보장범위의 적절성을 보장할 것”을 촉구하면서 이를 위해 “비전염성 질병을 포함하여 질병 및 건강상태에 대한 예방 및 치료 서비스를 건강보험 범위에 포함시킬 것”과 “국민건강보험과 의료급여 시스템에서 적격성에 대한 장애물을 제거함으로써 보편적 보장을 보장할 것”을 권고했다.¹⁹⁾

또한, 인종차별철폐위원회는 건강보험제도 개정이 이주민들에게 끼칠 악영향에 대해 우려를 표명하면서 건강보험 적용을 확대하되 “모든 이주민들이 내국인과 동일한 수준의 보험료를 납부하고 국민건강보험의 적용을 받을 수 있도록 제도를 개정할 것”을 권고했다. 나아가 “한국에 거주하는 모든 사람이 국적과 무관하게 기본적인 사회적 지원을 받을 수 있도록 보장하기 위해 사회보장정책을 재검토할 것”과 “긴급복지지원제도가 모든 사람에게 차별 없이 동등한 신청 자격 요건을 적용할 것”을 촉구하기도 했다.²⁰⁾

아동권리위원회는 이주아동의 건강권 제약을 우려하면서 “한국 영토 내의 모든 아동들이 평등하게 의료서비스에 접근할 수 있도록 보장할 것”을 권고했다.²¹⁾ 특히 건강보험과 관련하여 “경제적으로 취약한 아동 집단과 이주아동과 관련하여 국민건강보험에 대한 보편적 접근권을 보장할 것”을 촉구했으며, “이주아동의 예방접종에 대한 접근성을 개선할 것”을 권고하였다.²²⁾

3. 이주민 건강권 보장을 위한 원칙과 가이드라인

유엔 인권최고대표사무소(OHCHR)와 이주민 인권 증진을 위한 국제 기구들의 워킹 그룹인 글로벌 마이그레이션 그룹(Global Migration Group)은 2018년 ‘취약한 상황에 처한 이주민의 인권보호를 위한 원칙과 가이드라인’을 발표했다.²³⁾ 총 20가지의 인권 원칙 가운데에는 건강권 보장의 원칙, 다시 말해 모든 이주민에게 신체적·정신적으로 도달 가능한 최상의 건강을 향유할 권리를 보장해야 한다는 원칙이 포함되었다. 그리고 이를 위해 따라야 할 9개의 가이드라인을 제시했다.

가이드라인 1. 보건의료 시스템과 보건의료에 대한 국가적 시행 계획에 체류자격과 무관

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

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

21) UN CRC. 2019. Concluding Observations (CRC/C/KOR/CO/5-6). para.17.

22) Ibid. para.37.

23) OHCHR and GMG. 2018. 「Principles and Guidelines, Supported by Practical Guidance, on the Human Rights Protection of Migrants in Vulnerable Situations」, UN Human Rights Office of the High Commissioner, Global Migration Group. 이하 건강권 보장을 위한 원칙과 가이드라인은 위 자료의 pp.47-48에서 번역, 발췌하였다.

하게 이주민들을 포함할 수 있도록 보장할 것. 그리고 이것이 실제로 이행될 수 있도록 법적·행정적 구조를 마련할 것. 체류자격이 공공 보건의료 시스템에 접근하는 데 제약이 되지 않도록 정확하게 명시할 것. 이주민이 질병의 예방, 치료, 완화 및 필수 의약품과 어린이 예방 접종 등의 보건의료 서비스를 공정하고 감당할 수 있는 비용으로 이용할 수 있도록 보장하는 보건의료 정책과 프로그램을 증진시킬 것

가이드라인 2. 의료기관에서 이주민이 받는 의료서비스는 인권 기준을 충족시키면서 비차별적이고 성인지적이며 문화적·언어적으로 적절하고 이주민의 요구에 맞춤형이 되도록 보장할 것

가이드라인 3. 이주의 전 과정에서 이주민들에게 그들이 이해할 수 있는 언어와 형식으로 건강과 건강권에 대한 시의적절하고 정확한 정보를 제공할 것. 이 정보에는 이주민에게 1차 진료, 재활 치료 및 응급 의료 서비스를 포함한 보편적인 의료서비스의 권리가 있다는 것이 분명히 포함되어야 함

가이드라인 4. 이주민에게 권리에 기반 한 종합적인 성 또는 생식 건강 정보와 서비스에 대한 접근을 제공할 것. 여기에는 생리용품, 안전하고 현대적인 피임 방법, 응급 피임, 모성 건강 보호, 합법적이고 접근 가능한 낙태 치료, 성병의 예방과 치료, 성폭력 생존자에 대한 전문 치료에 대한 정보가 포함되어야 함

가이드라인 5. 이주민에 대한 HIV 검사는 자발적으로 이루어져야 하며, 검사 결과와 검사 전후의 상담에 비밀이 보장되어야 함. HIV 양성 판정을 받은 이주민에게 치료가 거부되어서는 안 되며, 강제되거나 송환, 이동의 자유 제한과 같은 조치가 가해져서는 안 됨

가이드라인 6. 시민단체의 서비스 제공자들을 포함한 보건의료 관계자들과의 공조 아래 장기적이거나 만성적인 질병을 갖고 있는 이주민들에 대한 치료와 관리가 지속될 수 있는 전략을 개발할 것. 이를 위해 이주민이 구금되거나 재배치되는 경우를 포함해 이주의 모든 경로에서 의료 기록이 이관될 수 있도록 하는 등의 노력이 필요함

가이드라인 7. 이주민들은 특수하고 긴급한 정신 건강에 대한 욕구를 갖고 있을 수 있다는 점을 인식하고, 이들이 적절한 정신 보건의료 서비스에 접근할 수 있도록 보장할 것. 이주의 과정에서 가족을 잃거나 유산을 경험한 이주민들에게 심리적인 지원을 제공할 것. 이주아동들은 성인과는 다른 스트레스를 경험했을 수 있으므로 이들에게 특화된 치료나 심리적 지원이 제공되어야 함. 정신 보건과 관련된 프로그램들이 문화적으로 적절하며 낙인효과를 피할 수 있도록 프로그램 개발과 제공에 이주민들의 협력을 구할 것

가이드라인 8. 공공 보건의료 서비스 제공자와 출입국 관리 행정당국 사이에 법적 구속력이 있고 효과적인 방화벽을 수립하고, 그 방화벽이 지켜지도록 할 것. 의료기관이나 그 주변 부지에서 출입국 당국의 단속 업무가 이루어지지 않도록 보장할 것

가이드라인 9. 구금된 이주민들이 필수적인 건강 기준을 충족시키는 조건에 있을 수 있도록 보장하고, 그들이 차별 없이 성, 생식, 정신 건강을 포함한 필수적인 보건의료 서비스에 무료로 접근할 수 있도록 할 것

위 가이드라인은 이주민에 대한 보건의료 정책 및 서비스가 차별 없이, 경제적으로 감당할 수 있는 수준에서 제공되어야 함을 전제로, 이주의 전 과정에서 신체적, 성적, 생식적, 정신적 건강을 아우르는 적절한 의료서비스 제공이 보장되어야 함을 강조하고 있다. 동시에 보건의료 관련 정보와 서비스가 이주민의 문화적·언어적 특수성을 고려하는 방식으로 제공되어야 한다는 점도 분명히 하고 있다. 출입국 관리 행정과 의료기관의 서비스 제공 사이의 방화벽²⁴⁾ 수립, 구금된 이주민들에 대한 필수 보건의료 서비스의 무상제공 등은 비정규 체류 이주민의 건강권 보호와 관련해 시사하는 바가 크다.

24) 비정규 체류 상태에 있는 이주민의 인권 보장을 위해 출입국 관리 당국이 의료기관, 학교, 그 밖의 사회서비스 제공 기관의 지원을 필요로 하는 이주민들의 체류 상태에 대한 정보에 접근하지 못하도록 하는 조치(Ibid. p.12).

II. 현 황

제3장 한국의 이주민 의료보장 현황

제4장 체류관리 정책과 이주민의 체류 실태

제3장 한국의 이주민 의료보장 현황

1. 국내 법제 및 정책 현황

한국이 비준한 국제인권조약들의 평등 및 비차별 원칙에도 불구하고, 의료보장을 포함한 사회보장 관련 법안에서 국적 조항은 폐지되지 않은 채 유지되고 있다. 또한 명시적인 국적 조항이 없는 경우에도 정부는 사회보장 관련법이 원칙적으로 이주민에게 적용되지 않으며, 명시적인 특례조항이 있는 경우에만 예외적으로 적용되는 것으로 해석하고 있다.

「사회보장기본법」은 제1조의 목적 규정에서 “사회보장에 관한 국민의 권리”, “국민의 복지증진”을 제시해 기본적으로 그 대상을 국민에 한정하고 있다. 이주민에 대한 적용에 대해서는 제8조에서 “국내에 거주하는 외국인에게 사회보장제도를 적용할 때에는 상호주의의 원칙에 따르되, 관계 법령에서 정하는 바에 따른다.”고 규정하였다. 이주민에 대한 사회보장 제도의 적용과 관련해 한국은 가입자가 기여금을 내서 마련한 재원을 바탕으로 운영되는 사회보험의 경우 적용 범위를 넓혀 왔다. 그러나 여전히 국적과 체류자격에 따른 뚜렷한 차별이 존재한다. 한편 국가가 일반조세를 통해 비용을 충당하는 공공부조나 사회서비스의 경우 이주민을 원칙적으로 적용 대상에서 제외하고 있으며, 결혼이주민 일부와 난민신청자 등 극히 예외적인 경우에만 포함하고 있다.

처음 공공부조와 사회서비스를 적용하기 시작한 이주민은 결혼이주민이다. 그러나 「국민기초생활 보장법」 등에서 결혼이주민 중에서도 한국국적자를 임신 중이거나 양육·부양 중인 결혼이주민으로 그 대상을 한정한 것에서 알 수 있듯이 그 시작은 기본적으로 혈통주의에 근거하였다. 한편으로는 한국의 이주민 정책이 정주와 정착을 불허하는 단기순환 외국인력 정책 중심으로 입안·시행되어 결혼이주민 외 이주민의 사회통합을 고려하지 않고 있었다. 그러나 이주민의 체류가 장기화되고, 가족동반 체류가 증가하며, 정주화 경향이 뚜렷해지고 있는데도 사회보장의 적용 범위는 크게 달라지지 않고 있다.

결혼이주민에 이어 비교적 넓은 범위에서 사회보장의 적용 대상이 되고 있는 이주민은 난민신청자이다. 이는 2012년 「난민법」 제정 당시 동법 제31조에 따라 “난민으로 인정되어 국내에 체류하는 외국인”은 “한국 국민과 같은 수준의 사회보장”을 받도록 하였고, 동법과 사회보장 관련 타법이 충돌하지 않도록 관련 법 개정을 동시에 추진하였기 때문이다. 그러나 난민신청자라고 하더라도 이주민 중에서는 적용 범위가 넓은 것일 뿐 실제 “한국 국민과 같은 수준의 사회보장”이 적용되고 있는 것은 아니며, 같은 수준의 사회보장이 적용되는 대상에서 인도적체류자는 배제되었고, 특히 난민신청자는 현재까지도 건강보험 지역가입조차 불허하고 있는 등 이주민 중에서도 열악한 처지에 놓여 있다.

이상의 사회보장제도에 대한 이주민 적용 현황은 의료보장제도에 있어서도 동일하다. 한국의

보건의료 영역에서 기본법인 「보건의료기본법」은 제1조의 목적 규정에서 “국민의 보건 및 복지의 증진”을, 동법 제2조의 기본이념에서는 보건의료를 통하여 “국민의 삶의 질 개선”을 제시하고 있어 대상을 ‘국민’으로 한정하고 있다. 동법 제10조 제1항은 “모든 국민은 이 법 또는 다른 법률에서 정하는 바에 따라 자신과 가족의 건강에 관하여 국가의 보호를 받을 권리를 가진다.”고 하고 있다.

이에 따라 전 국민을 대상으로 한 사회보험인 국민건강보험제도와 공공부조로서 의료급여제도를 중심으로 의료보장제도를 운영하고 있는데, 「국민건강보험법」은 동법 제109조에 “외국인 등에 대한 특례” 조항을 두어 이주민을 적용 대상으로 포괄하고 있지만 국적과 체류자격에 따른 차별이 뚜렷하다. 의료급여는 한국국적자를 임신·양육·부양 중인 결혼이주민과 난민인정자 등만 적용 대상에 포함하고 있으며, 이는 여타 의료지원제도에서도 별반 다르지 않다. 거의 유일하게 예외적으로 「응급의료에 관한 법률」만이 동법 제3조에 국적에 따른 비차별 규정을 명시하여 이주민에게도 동등한 응급의료를 받을 권리를 보장하고 있다.

이 장에서는 의료보장제도를 건강보험제도 및 의료급여제도, 위기 상황의 의료비지원제도, 보건의료 취약계층 의료지원제도로 구분해 이주민에 대한 적용의 범위와 내용을 살펴본다. 이러한 구분은 신영전(2009)의 연구에서 광의의 개념에서 ‘의료안전망’을 구분한 것과 유사하다. 신영전(2009)은 의료안전망을 “사회안전망의 하나로 특별히 질병으로 인한 사회적 위험으로부터 국민을 보호하기 위한 제도적 장치”로 정의하고, “1차 의료안전망으로 건강보험, 2차 의료안전망으로 의료급여제도 및 일부 사회서비스, 3차 의료안전망으로 의료비지원제도와 긴급지원사업 등과 같은 의료관련 제도로 구분”하였다.

김창엽(2009)에 따르면 “‘안전망’은 학술적으로 엄격하게 정의할 수 있는 개념은 아니지만, 사회적 필요와 여기에 대처하는 방식을 이보다 더 적절하게 나타내기도” 어려운 표현으로, 의료에 촘촘하고 튼튼한 안전망이 필요한 이유는 “의료가 생존권과 직접 관련되기 때문”이며 “따라서 어떤 경우에도 필수적인 의료를 보장받는 것은 기본권에 해당”하고, “빈곤이나 실업, 사회적 배제와 같은 또 다른 불안(insecurity)을 방지하거나 줄이기 때문”이다.

의료안전망 중에서도 “건강보험을 1차 안전망이라 부르는 이유는 질병의 위험으로부터 국민을 보호하는 ‘1차 저지선’이기 때문”이다.(신영전, 2009) 그러나 한국에서 비정규 체류자는 1차 의료안전망으로서 건강보험제도에서조차 완전히 배제되어 있다. 이들에게는 민간 부문의 의료지원이 주요한 의료안전망이 되고 있으므로 이에 대해서도 함께 검토하였다.

건강보험제도는 2018년과 2019년에 걸친 제도 개정으로 이주민에 대한 차별이 더욱 심화되었다. 이러한 건강보험제도 개정의 배경과 과정은 국적과 체류자격에 따른 차별의 문제를 넘어 건강보험제도의 원래 목적과 기본권으로서 건강권의 의미에 대한 원론적 의문을 제기하고 있다. 이에 이하에서는 최근의 건강보험제도 개정의 배경과 과정을 먼저 살펴보고자 한다.

1) 국민건강보험제도 개정 배경과 과정

(1) 개정 배경

건강보험제도의 근거법인 「국민건강보험법」은 제1조의 목적 규정에서 “국민의 질병·부상에 대한 예방·진단·치료·재활과 출산·사망 및 건강증진에 대하여 보험급여를 실시함으로써 국민보건 향상과 사회보장 증진”을 제시함으로써 기본적으로 그 대상을 ‘국민’에 한정하였다. 그러나 동법 제109조에 “외국인 등에 대한 특례” 조항을 두어 주민등록을 한 재외국민과 외국인등록이나 국내거소신고한 외국국적 이주민이 건강보험에 가입할 수 있도록 하였다.

그러나 동법 제109조는 그 자체 이주민²⁵⁾에 대한 차별적 조항을 포함하고 있을 뿐 아니라 이주민에 대해서는 제도 운용의 구체적 사항을 시행령과 시행규칙, 보건복지부 장관 고시에 의해 다르게 정할 수 있도록 하였다. 이에 따라 특히 지역가입에서 자격의 취득과 상실, 보험료 부과, 체납 제재 등 전반에서 이주민에 대해 차별적으로 제도가 운용되어 왔다.

이주민은 직장건강보험에는 ‘내국인’과 동일하게 의무가입 하였지만, 지역건강보험에는 2019년 7월 16일 이전까지는 신청에 의해 임의가입 할 수 있었고, 그 이후부터는 당연가입이 적용되고 있다. 이주민의 지역건강보험 가입이 의무화되기 전까지 건강보험 가입자격이 있는 정규 체류 이주민의 건강보험 적용률은 ‘내국인’에 비해 매우 낮았다. 2018년 말, 주민등록인구의 건강보험 적용률은 96.7%인데 반해 정규 체류 이주민의 건강보험 적용률은 59.3%에 불과했다.

김창훈 외(2017)는 정규 체류 이주민의 건강보험 적용률이 이렇게 낮았던 주요 원인 중 하나로 지역가입에서 이주민에 대한 차별을 제시하였다. 우선, 직장가입과 달리 지역가입은 그 자격을 신청할 수 있는 체류자격이 제한되어 있어서 2018년 당시까지 인도적체류자를 포함한 기타(G-1) 자격자는 지역가입자가 될 수 없었다. 그리고 유학과 결혼 이외의 사유로 입국한 경우 입국 후 3개월이 경과한 날부터 지역가입자격을 신청할 수 있었다.

사용자와 노동자가 보험료를 분담하는 직장가입에 비해 가입자가 보험료 전액을 납부하는 지역가입은 ‘내국인’에게도 부담이다. 그런데 2018년까지 방문동거(F-1), 거주(F-2), 영주(F-5), 결혼이민(F-6) 자격자는 ‘내국인’과 동일한 방식으로 소득과 재산에 따라 책정된 보험료가 부과되었지만, 그 외의 이주민은 최소한 전년도말의 지역가입자 세대 당 평균보험료 이상의 보험료가 부과되어 보험료 부담이 컸다. 반면 보건의료 분야 취약계층에 대한 보험료 경감 제도는 이주민에게는 적용되지 않았으며, 체류자격에 따라 유학(D-2), 일반연수(D-4)의 경우 50%, 종교(D-6)의 경우 30% 경감 제도만이 있었다.

25) 「국민건강보험법」 제109조는 “국내에 체류하는 재외국민 또는 외국인”을 “국내체류 외국인등”으로 통칭하고 있다. 이 장에서 “이주민”은 별도의 설명이 없는 한 동법 상 “국내체류 외국인등”을 의미한다.

또한 이주민이 지역건강보험 가입을 신청하면 입국 후 3개월부터 신청 시점까지 보험료 전액을 일시에 납부해야 했다. 이주민은 입국 초기, 특히 출신국에 공공 의료보험제도가 없는 경우 ‘국민건강보험’에 대해 잘 알지 못했다. 체류 기간이 길어질수록 건강보험의 필요성에 대한 인식이 커지는데 체류 기간이 길어질수록 처음 가입할 때 보험료 부담도 따라 커졌다. 때문에 위중한 질병이나 상해가 발생하여 건강보험의 혜택이 보험료 부담을 넘어서는 시점이 되어서야 지역가입을 하게 되는 유인을 제공하였다.

때문에 김창훈 외(2017)는 이주민의 건강보험 가입률을 높이기 위해 이주민의 지역가입 보험료를 현실화하는 한편 각종 경감제도 등을 동등하게 적용해야 할 필요성을 제기하였다.

그러나 보건복지부는 이주민의 건강보험 지역가입을 의무화하면서 오히려 이주민에 대한 기존의 차별을 더욱 강화하는 방향으로 건강보험제도를 개정하였다. 2018년 6월 7일, 보건복지부는 “외국인 및 재외국민 건강보험 제도 개선으로, 도덕적 해이는 방지하고 내·외국인 간 형평성은 높인다!”는 제목의 보도자료를 통해 ‘외국인 및 재외국민 건강보험제도 개선방안’(이하 보건복지부 개선방안)을 발표하였다.

이 보도자료의 주요 내용은 첫째, 현재의 지역건강보험 임의가입 제도와 짧은 체류기간(3개월) 요건은 “진료가 필요한 경우 일시 가입(입국)하여 단기간 적은 보험료 부담으로 고액 진료를 받고 탈퇴(출국)하는 등 도덕적 해이를 유발한 측면”이 있었고 “외국인 의료보장의 사각지대의 원인으로 지적되어” 왔으므로 지역가입자 임의가입제도를 당연가입으로 전환하고, 최소 체류기간을 3개월에서 6개월로 강화하며, 둘째, 그동안 지역가입자가 될 수 없었던 인도적체류자도 지역가입을 할 수 있도록 하고, 난민과 인도적체류자에 대해서도 보험료 일부를 경감하고, 셋째, “외국인은 국내에 소득·재산이 없거나 파악이 곤란한 경우가 많아 건강보험료를 상대적으로 적게 부담”하는 경우가 있었으므로 “앞으로는” 영주권자(F-5), 결혼이민자(F-6) 외 “외국인 지역가입자 세대에 대해 전년도 건강보험 가입자 평균보험료 이상을 부과하기로” 하며, 넷째, 피부양자나 세대원 등록 시 서류 요건을 강화하고, 마지막으로 “국내에 재산이 없는 외국인이 보험료를 체납하는 경우 효과적인 징수 수단이 없었”으므로 체납 외국인이 “법무부의 체류기간 연장허가 등 각종 심사 시 불이익을 받게”하여 체납보험료 납부를 유도한다는 것이었다.

보도자료가 발표된 직후인 2018년 7월, 이주민 인권단체들은 제도 개정이 이주민의 의료보장을 오히려 악화시키고, “도덕적 해이”에 대한 언급 등이 이주민에 대한 편견과 차별을 확산시킬 수 있다는 점을 우려하며 보건복지부에 공동 질의서를 제출하였다.²⁶⁾ 이 질의서에 서는 보건복지부가 개선방안의 이유로 제시한 “도덕적 해이”에 대해 구체적인 근거를 제시할 것을 요청하였다.

26) 이주와 인권연구소 외 70개 시민사회단체(2018.7.12.), “「외국인 및 재외국민 건강보험제도 개선방안」에 대해 보건복지부 장관에게 드리는 질의”.

보건복지부는 질의서 제출 후 6개월의 시간이 흐른 즈음, 제도 개정을 위한 법령이 공포되기 하루 전인 2019년 1월 14일, 해당 질의에 대해 회신²⁷⁾(이하 보건복지부 회신)하였다. 이 회신에서는 “도덕적 해이”에 대한 근거로 첫째, “외국인 가입자 자격취득 후 최초진료까지 소요된 시간”이 직장가입자에 비해 지역가입자 및 피부양자의 경우가 짧다는 점, 둘째, “외국인 등 건보적용 실태점검(국무조정실 합동) 결과 확인된 주요 사례” 두 가지, 셋째, “외국인 지역가입자 보험료 부과 대비 급여비 수지(2017년)”가 적자라는 점을 제시하였다.

보건복지부 회신에서 지역가입자 및 피부양자가 자격 취득 후 최초진료까지 소요된 시간이 상대적으로 짧다는 근거로 이정면 외(2016)의 연구 결과를 인용하였다. 이정면 외(2016)는 2010~2015년의 건강보험 데이터베이스를 활용해 ‘외국인’ 건강보험 가입자의 자격 및 의료이용 현황을 분석하였다. 이에 따르면 ‘외국인’은 직장가입 피부양자와 지역가입자에서 의료이용 비율이 높았고, 건강보험 자격 초기에 진료비 지출이 매우 높다가 순차적으로 감소하는 경향을 보였다.

이에 ‘외국인’ 피부양자에게 최소 체류기간을 신설하고 지역가입자는 현행 최소 체류기간을 연장할 것과, ‘외국인’ 피부양자 범위 및 지역가입자 세대합가 범위를 단계적으로 조정할 것을 제안하였다. 그러나 지역가입자 최소 체류기간이 「출입국관리법」의 외국인등록 규정과 연관되어 있으므로 제도 간 연관성을 고려해야 하며, 피부양자 범위 및 지역가입자 세대합가 범위 조정은 ‘내국인’과의 형평성을 고려해 ‘외국인’에게 차별적 요소로 작용되지 않도록 신중한 접근이 필요하다는 단서를 붙였다. 그러나 이러한 단서에 대한 고려 없이 결국 이 연구에서 제안된 내용 중 지역가입자의 최소 체류기간 연장과 세대합가 범위 축소가 건강보험제도 개정에 그대로 반영되었다.

이정면 외(2016)의 연구는 ‘외국인’ 가입자의 자격별 의료이용 비율과 진료비 지출을 비교하였다. 그러나 2013년~2017년 ‘외국인’과 ‘내국인’ 건강보험 가입자의 의료이용 양상과 특징을 비교 분석한 변진옥 외(2019)의 연구에서는 ‘내국인’ 가입자에 비해 ‘외국인’ 가입자가 의료 미이용 비율이 높고 1인당 연간 진료비 및 1인당 입내원일수가 적은 것으로 나타났다. 그런데 입내원 1일당 진료비는 ‘내국인’보다 높게 나타나 ‘외국인’은 ‘내국인’에 비해 평소 의료이용이 적으며 중증이 되어서야 치료를 받을 가능성이 있음을 시사하고 있다. 이는 경제적 장벽, 정보 부족, 언어 장벽, 문화적 요인 등 다양한 요인으로 인해 이주민의 의료서비스 접근성이 떨어진다는 기존 연구 결과와도 일치하는 것이다.²⁸⁾

이에 변진옥 외(2019)의 연구는 이주민 건강보험 제도 개정으로 ‘외국인’이 ‘내국인’에 비해 과도한 보험료를 부담하게 되었으나, ‘내국인’에 비해 국내 의료서비스를 자유롭게 이용

27) 보건복지부(2019.1.14), “「외국인 및 재외국민 건강보험제도 개선방안」 질의에 대한 답변”.

28) 본 연구의 설문조사 결과에서도 이주민이 ‘내국인’에 비해, 건강보험이나 의료급여의 의료보장이 없는 이주민이 있는 이주민에 비해 외래 이용률은 낮고 입원이나 응급의료 이용률은 높아서 중증이 되어서야 치료를 받을 가능성이 높음을 시사하는 일관된 결과를 보여주었다(본 연구보고서 제5장 제3절 참조).

하지 못하는 등 동일한 혜택은 받지 못하고 있다고 지적하며, ‘외국인’에 대한 건강보장 제도의 방향을 재고할 것을 제안하고 있다.

다음으로 보건복지부 회신에서 “도덕적 해이”의 근거로 제시한 두 가지 사례는 다음과 같다.

〈사례1〉 (외국인(지역가입자) 진료목적 가입) : 외국인 A씨는 '14년 10월 입국하여, '17년 2월 악성종양이 발생하자 건강보험에 가입 후 진료를 받고 자격취득 7개월 뒤 보험료 미납으로 자격상실 (5900만원 공단부담액 발생)

〈사례2〉 (외국인(피부양자) 진료목적 입국) : “외국인 B씨는 지병(심장병)이 악화되자 진료목적으로 '16년 6월 초 입국하여 국내 직장가입자인 사위의 피부양자로 건강보험 자격취득 후 22일간 입원 진료를 받고 가입 2개월 후인 '16년 8월 출국으로 자격상실 (3500만원 공단부담액 발생)”

〈사례1〉의 경우, 입국 후 2년 이상이 흐른 시점에 중증질환으로 지역가입자가 된 경우이다. 그러나 지역가입 의무화 이전, 신청에 의해 임의가입 하던 당시에 지역가입 신청자격이 생기는 입국 후 3개월 이후부터 건강보험 가입 시점까지 보험료 전액(이 경우 2년 4개월분)을 일시 납부해야 가입이 가능했다. 그리고 악성종양이 재발가능성이 높고 지속적 관리가 필요한 질환이라는 점을 감안하면, A씨는 건강보험자격을 유지하는 것이 절실하며 본인에게도 유리한 상황이었다. 그런데도 자격취득 7개월 뒤 보험료 미납으로 자격상실이 되었다면 질병으로 인해 경제적 상황이 악화된 때문인지, 질병으로 체류 목적을 유지할 수 없어 체류자격을 상실한 데 따른 것인지, 질병의 악화 혹은 사망에 의한 것인지 알 수 없다.

〈사례2〉의 경우 우선 B씨가 진료목적으로 입국했다는 사실을 무엇을 통해 확인할 수 있었는지가 의문이다. 체류자격의 종류에 따라 엄격한 자격 요건을 요구하는 한국의 출입국관리와 체류 관리 제도 하에서는 건강보험 가입이 가능한 장기체류자격을 받는 것 자체가 쉽지 않다. 외국국적 이주민이 배우자의 부모는 물론이고 본인의 부모를 장기체류비자로 국내 초청 가능한 경우는 한국국적자와 혼인한 결혼이주민이나 영주권자 정도로 매우 제한적이다. 이를 감안해 볼 때 B씨의 사위는 한국국적자일 수도 있으며, 그렇든 아니든 직장가입자로서 건강보험료를 계속 납부해 왔으며, B씨의 출국 후에도 계속 납부하였을 것이다. 또한 이 사례에서도 역시 B씨 출국의 이유가 질환의 완치에 의한 것인지, 질환의 악화에 의한 것인지, 다른 이유에 의한 것인지는 알 수 없다.

선주민 취약계층의 경우도 중증질환으로 요양에 들어가면 치료비 부담뿐 아니라 소득의 감소나 단절로 생계의 어려움을 겪게 되므로 적절한 지원이 병행되지 않으면 치료를 이어갈 수 없게 된다. 그런데 이주민들은 질병이나 상해로 인한 위기 상황에서 지원 제도에서 배제되어 있으며, 건강보험료 경감 제도 또한 적용되지 않으므로 평균보험료 이상의 과중한

보험료 부담을 계속해서 강요받는다. 때로는 취업 등 원래 체류 목적을 유지하지 못해 건강 보험에 가입 가능한 체류자격 자체를 상실하기도 한다. 때문에 오히려 건강보험의 혜택이 가장 필요한 시점에 보험료 체납으로 급여를 받지 못하고 체류자격 상실로 가입자격을 잃게 되어 치료 자체를 포기하거나 어쩔 수 없이 출국을 선택한다. “진료가 필요한 경우 일시 가입(입국)하여 단기간 적은 보험료 부담으로 고액진료를 받고 탈퇴(출국)하는” 사례가 예외적인 사례인 반면 치료를 포기하고 어쩔 수 없이 출국을 선택하는 사례는 현실에서 너무도 빈번히 관찰되고 있다.

‘보건복지부 개선방안’이 발표된 이후 보건복지부가 제시한 사례와 유사한 사례들을 들며 외국인 건강보험 “먹튀”, “무임승차”, “부정수급”을 언급한 언론보도가 줄을 이었다. 그러나 보건복지부가 제시한 사례 및 언론 보도 사례들은 악성종양과 말기암, C형 간염, 혈우병, 만성 신장 기능 상실 등 생명을 위협하는 중증 질환이 대부분이며, 치료를 위해 일시 입국했다가 출국했다는 명확한 증거가 없는 경우가 대부분이다. 그럼에도 그동안 납부한 보험료와 받은 급여 혜택의 액수를 비교하며 ‘도덕적 해이’의 사례로 들고 있다. 중증 질환이 사례에 자주 등장하는 이유 또한 급여의 규모가 큰 사례를 제시하려 했기 때문일 것이다.

이러한 보건복지부와 언론의 관점 혹은 시각은 건강권이란 무엇인가?, 라는 원론적 질문을 제기한다. 건강권이란 무엇인가? 생명과 직결되는 인간의 기본권인가? 먹고 될 수 있는 하나의 상품일 뿐인가?

사회보험의 작동원리 측면에서도 또 다른 심각한 우려가 제기된다. 건강보험제도는 보험 방식을 택함으로써 ‘기여에 따른 보장’이라는 원칙을 가지고 있지만, 사회보장제도로써 ‘부담능력에 따른 기여 및 필요에 따른 급여’라는 원칙 또한 있다. 누가 아픈 사람이 될지 알 수 없는 상황에서 한 명의 아픈 사람을 여러 명이 함께 지원하는 것에 대한 가입자의 동의에 기반을 둔 사회 연대 원칙에 근거한 사회보험제도인 것이다. 따라서 선주민과 이주민을 막론하고 납부한 보험료보다 급여 혜택을 많이 받는 중증질환자를 ‘도덕적으로’ 지탄하는 시각은 사회보험으로서 건강보험제도의 근간 자체를 위협하는 것이다.

보건복지부 회신에서 제시한 “도덕적 해이”와 제도 개정의 또 다른 근거는 외국인 지역가입자의 보험료 부과 대비 급여비 수지였다. 보건복지부는 2017년 기준 외국인 지역가입자의 건강보험 재정 수지는 2,051억 원 적자였으며, 전체 지역가입자 세대가 낸 평균보험료(96,000여 원)에 비해 외국인 세대의 평균보험료(75,000여 원)가 낮았다는 것을 이주민들에게 평균보험료 이상의 보험료를 부과해야 한다는 근거로 제시하였다. 관련 언론보도 또한 ‘먹튀’ 사례를 건강보험 재정과 연결시켜 소개하는 경우가 빈번했다.

그러나 2017년 건강보험 전체 재정수지는 4조 4,475억 원 적자였던 반면 이주민 직장가입과 지역가입을 합친 전체 재정 수지는 2,490억 원 흑자였다. 그 전에, 이주민의 규모가 증가해 왔다고 하더라도 2020년 7월 말 현재, 건강보험 적용인구 중 ‘내국인’은 50,138,645명

인데 반해 외국국적 이주민은 1,207,062명, 재외국민은 26,740명에 불과하다. 이주민 건강보험 적용인구는 ‘내국인’의 2.5% 미만으로 매우 적은 비중을 차지하고 있다. 이는 이주민의 건강보험 재정 수지가 흑자이든 적자이든 전체 건강보험 재정 수지에 의미 있는 영향을 미칠 가능성은 거의 없다는 것을 의미한다. 그런데 왜 건강보험 재정수지 문제와 관련해 이주민이 이슈가 되고 있는 것일까?

이주민의 건강보험 재정 수지가 흑자라는 사실이 알려지자, 최근에는 재정 수지가 아니라 급여 지급 자체를 문제 삼는 주장이 등장하였다. 지난 5년 6개월 간 외국인에게 지급된 건강보험급여의 총액이 3조4천422억 원인데, 그 중 중국인이 지급받은 급여액이 71.6%로 1위라는 것을 ‘문제’ 삼은 것이다. 장기체류 이주민의 국적별 비율을 고려하면 이는 너무나 당연한 결과다. 이 당연한 사실의 적시에 동반된 주장이 건강보험제도 개정의 배경에 대해 일정 시사점을 제공한다. “매년 꼬박꼬박 잘도 올라가는 건강보험료 매달 생활비에 쏙들리는 월급쟁이 입장에서 위낙 부담스러운 게 아닌데” “국민의 혈세로 운영되는 건강보험 지급액의 상당 부분이 중국인에게 나가고 있다?”, “건강보험 재정의 부실화가 우려되는 상황에서 외국인들의 건강보험 부정수급 문제를 철저히 감시해야 한다는 목소리가 높아지고 있다”는 것이다.²⁹⁾

정책의 배경과 정책입안자의 원래 목적이 어떠했는지 간에 건강보험제도를 남용하는 이주민의 ‘도덕적 해이’를 강조하며 일부 예외적 사례를 이주민 전체의 문제로 과장하여 일반화함으로써 이주민을, 건강보험 보장성 강화, 그에 따른 재정 건전성의 문제, 불가피한 보험료 인상에 대한 반발을 무마하는, 희생양으로 삼는 분위기가 확산되었다는 점은 분명해 보인다. 이는 한편으로 직접적으로 외국인 혐오를 확산시켰고, 외국인 혐오의 확산은 다시 역으로 의료보장에서 이주민의 차별을 강화하는 제도 개악의 디딤돌이 되었다.

현재 정부와 언론은 ‘도덕적 해이’라는 용어를 개인의 도덕성과 관련된 문제를 지칭하는 용어로 사용하는 경향이 있다. 그러나 경제학에서 ‘도덕적 해이(moral hazard)’는 시장에 의한 자원배분의 한계로 인한 역선택이 야기하는 현상, 즉 개인의 문제가 아니라 제도 및 구조적 한계가 야기하는 사회적 현상을 지칭하는 용어이다.

의료보험 임의가입 제도 하에서는 정보의 비대칭성에 따른 역선택의 문제가 발생한다. 보험 공급자는 보험 수요자의 건강 상태를 파악하기 어렵기 때문에 평균 수준의 수요자 건강 수준에 맞추어 보험료를 책정하게 되는데, 그렇게 책정된 보험료는 건강한 사람의 입장에서는 너무 높으므로 건강하지 않아서 발병의 가능성이 큰 사람들만이 보험에 가입하게 된다. 사회보험제도로써 건강보험제도를 운용하는 국가들은 이러한 역선택 현상에 대한 대응의 일환으로 사회구성원 모두가 강제로 가입해야 하는 단체보험제도를 발전시켜 왔다.³⁰⁾ 강제가입은 규모의 경제에 의한 보험의 재정 건전성 확보를 위해서도 중요하다. 의료 보장성의

29) 연합뉴스, 2020-11-15, “매년 오르는 건보료...중국인이 5년간 2조5천억 타갔다는데[이래도 되나요]”.

30) 이준구(2019), 제20장 참조.

측면에서도 강제가입이 바람직하다. 그러나 강제가입인 만큼 가입자가 보험료를 부담할 수 있는 수준으로 부과해야 제도가 유지될 수 있다. 따라서 강제가입은 부담능력에 따른 보험료 부과와 병행되어야 한다.

임의가입이었던 이주민 지역건강보험 또한 역선택의 문제를 발생시키고 있었다. 과중한 보험료 부담은 보험 가입으로 인한 혜택이 보험료 부담을 넘어설 수준이 될 정도의 중증 질환이 발병한 후에야 보험에 가입하고자 하는 유인을 제공한다. 또한 입국 3개월 후부터 가입 신청 시점까지 보험료를 일시 납부하도록 했기 때문에 체류 기간이 길어지면 보험료 부담이 너무 커지는 문제가 발생했다. 그래서 장기체류자의 지역가입 문의 시 건강보험공단 지사에서 일시 출국 후 재입국해서 3개월 후에 가입을 하라고 권유하는 경우조차 있었다. 이런 사례를 보건복지부는 ‘진료 목적 일시 가입’으로 해석하고 있는 것으로 보인다.

건강보험에서 배제되거나 가입하지 못한 사람이 많을수록 의료비 부담으로 의료서비스 접근성이 제한되어 중증 질환을 사전에 예방하거나 완화하지 못하는 문제가 더 많이 발생하게 된다. 건강보험에서 배제된 사람이 많을수록 건강보험증 대여·도용과 같은 문제 또한 더욱 빈번히 발생할 수밖에 없다. 이러한 문제들을 개선하기 위한 근본적인 해결책은 건강보험 적용 범위를 확대해 나가는 것이었다.

지역건강보험의 의무가입으로의 전환은 제도적 한계를 개선하기 위해서도, 이주민의 의료보장 개선의 측면에서도 긍정적 기여를 할 수 있었다. 그러나 2018년 6월, 보건복지부 개선방안 발표 이후 개정된 건강보험제도는 이주민 가입자에 대해 징벌적 성격을 강화하는 방향으로, 더 많은 보험료와 더 적은 급여를 목표로 개정되었다. 강제가입은 부담능력에 따른 보험료 부과와 병행되어야 한다는 교과서적 원칙을 폐기하고, 이주민에게 더욱 과중한 보험료 부담을 지우면서 필연적으로 증가할 수밖에 없는 제납에 대해서 가혹한 제재를 가함으로써 보험료를 징수하는 방안을 선택한 것이다.

(2) 개정 과정

당연가입 제도의 안정적 운용은 가입자의 이해와 동의가 전제되어야 한다. 따라서 지역건강보험 당연가입 적용 전에 이주민들에게 건강보험제도에 대한 이해를 제고시키는 사전 교육 등의 조치가 필요했고, 통번역 등 원활한 정보와 서비스 제공을 위한 시스템이 마련되어야 했다. 그러나 그러기에는 제도 개정이 너무나 숨 가쁘게 진행되었다. 이는 짧은 기간 내에 여러 차례 시행규칙과 고시가 개정된 점, 법령 및 고시의 개정일과 시행일 간 시차가 매우 짧은 점으로도 확인할 수 있다.

먼저 2018년 12월 18일, 「국민건강보험법 시행규칙」이 일부 개정(2018.12.18. 시행)되어 결혼이민(F-6) 자격자를 제외한 외국국적 이주민과 재외국민의 지역가입 자격취득을 위한 최소 체류 요건이 3개월에서 6개월로 연장되었다(동법 시행규칙 제61조의2 제1항).

같은 날, 「보건복지부 고시 제2018-267호」 “장기체류 재외국민 및 외국인에 대한 건강보험 적용기준”³¹⁾도 일부 개정(2019.1.1. 시행)되어 첫째, 지역가입자가 일시 출국기간 동안의 보험료를 납부하여 재입국한 날 자격을 재취득할 수 있는 국외체류기간이 6개월 내로 한정되었다. 개정 전에는 최대 3년간 소급해서 국외체류기간의 보험료를 납부하면 입국한 날 재가입을 할 수 있었다.³²⁾ 둘째, 이전 ‘내국인’과 동일했던 지역가입자의 세대 합가 범위가 배우자와 19세 미만 자녀로 축소되었다. 셋째, 외국국적 이주민과 재외국민 지역가입자가 세대원이나 피부양자로 등록할 때 가족관계를 확인하는 서류 요건이 강화되었다.

이어서 2018년 12월 24일, 「국민건강보험법 시행령」이 일부 개정(2019.1.1. 시행)되어, 세대주의 체류자격이 영주(F-5), 결혼이민(F-6), 방문동거(F-1), 거주(F-2)인 경우 ‘내국인’과 동일하게 소득과 재산에 따른 보험료를 부과하던 데서 F-1, F-2 체류자격을 제외하였다. 2018년 6월 7일 발표된 ‘보건복지부 개선방안’에서는 “앞으로는” “전년도 건강보험 가입자 평균보험료 이상을 부과하기로” 한다고 했었다. 그러나 해당 체류자격자 외 외국국적 이주민과 재외국민에게는 이미 전년도 세대 당 평균보험료 이상이 부과되고 있었고, 그 대상이 확대된 것일 뿐이었다.

2018년 12월 31일, 「국민건강보험법 시행규칙」이 다시 일부 개정(2019.1.1. 시행)되어 지역가입자가 될 수 있는 체류자격에 「난민법」에 따라 인도적 체류허가를 받은 사람과 그 가족이 포함되었다. 개정 이전에는 기타(G-1) 자격자는 지역가입자가 될 수 없었고 인도적체류자와 그 가족은 각각 G-1-6, G-1-12 체류자격을 받았으므로 역시 지역가입자가 될 수 없었다. 인도적체류자와 그 가족 또한 평균보험료 이상 부과대상이지만 보건복지부 고시를 통해 난민인정자 및 그 가족과 마찬가지로 체류자격에 따른 경감 대상에 포함해 30% 경감을 적용했다.

2019년 1월 15일, 「국민건강보험법」이 일부 개정(2019.7.16. 시행)되어 직장가입자가 아닌 외국국적 이주민과 재외국민의 지역건강보험 당연가입이 예고되었다. 또한 세대주의 체류자격이 영주(F-5), 결혼이민(F-6)인 지역가입 세대 외에는 보험료를 체납한 경우 보험료 완납 시까지 급여를 중단한다는 조항이 신설되었다(동법 제109조 제10항).

보건복지부 개선방안이 발표된 직후부터 이주민 인권단체들은 여러 경로를 통해 제도 개정의 악영향을 우려하는 의견을 표명하였다. 유엔 인종차별철폐위원회 또한 2018년 12월, 한국 정부의 협약 이행 심의에 이은 최종견해를 통해 건강보험제도 개정이 이주민들에게 끼칠 악영향에 우려를 표명하며 “모든 이주민이 한국국적자와 동일한 수준의 보험료를 납부하고 국민건강보험의 적용을 받을 수 있도록 제도를 개정할 것”을 권고하였다.³³⁾ 그러나 보건복지부의 제도 개정은 차질 없이 진행되었다.

31) 이하 보건복지부 고시.

32) 보건복지부(2018.12.11), 「“국민건강보험법 시행규칙 입법예고(안)”에 대한 의견 수렴 결과」 참조.

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

2019년 7월 16일 지역건강보험 당연가입이 예고된 가운데, 2019년 1월 1일부터 평균보험료 이상 부과 대상 확대와 세대원 범위 축소가 먼저 시행되어, 기존에 신청에 의해 지역가입자가 되었던 이주민 세대가 변화된 제도의 적용을 먼저 받게 되었다. 배우자와 미성년 자녀가 아닌 가족 구성원이 있는 이주민들은 한 가구 당 여러 장의 보험료 고지서를 받게 되었고, 단독 세대라도 방문동거(F-1), 거주(F-2) 자격자는 대폭 인상된 보험료 고지서를 받았다. 2018년에서 2019년 지역가입자 보험료의 평균 인상률은 방문동거(F-1) 자격자 세대의 경우 393.3%, 거주(F-2) 자격자 세대의 경우 172.7%에 달했다.³⁴⁾

부모가 없이 아동복지시설에서 보호 중인 방문동거(F-1) 자격 이주아동의 경우 2018년 월 3,930원을 내던 보험료가 2019년 1월부터 월 113,050원으로 2776.6% 인상되었다.³⁵⁾ 2018년 6월, ‘보건복지부 개선방안’이 발표된 직후 이주민 인권단체들은 체류자격에 따른 일률적 보험료 부과의 문제점을 지적하며, F-1 자격을 가지고 아동복지시설에 보호 중인 이주아동, 학대나 폭력피해자로 사회복지시설 등에서 생활하는 이주민에게도 동일한 보험료 부과 기준을 적용할 것인지를 질의한 바 있다. 보건복지부는 그에 대한 회신에서 “복지시설 등에서 생활하는 내국인의 경우에도 건강보험 가입자인 경우 부과 기준에 따라 파악된 소득·재산을 기준으로 보험료를 부과함”이라고 답변하였다.³⁶⁾

그러나 2019년 2월 1일 개최된 “UN 인종차별철폐위원회 최종견해 이행을 위한 정책 간담회”³⁷⁾에서 방문동거(F-1) 자격의 아동복지시설 보호 이주아동의 건강보험료 문제가 다시 한 번 제기되었다. 이것이 계기가 되어 지역가입 의무화 시행 며칠 전인 2019년 7월 11일, 보건복지부 고시가 다시 한 번 개정되어³⁸⁾ 세대주가 난민인정자 및 그 가족인 경우와 미성년자가 단독 세대주인 경우, 보험료는 ‘내국인’ 지역가입자와 동일한 기준에 따라 산정된 보험료와 지역가입자의 월별 보험료액의 하한에 해당하는 금액 중 더 큰 금액으로 산정하도록 되었다. 그러나 미성년자의 지역가입 보험료 납부의무 면제 규정(법 제77조 제2항)³⁹⁾이 이주아동에게는 적용되지 않음을 명시하였다(보건복지부 고시 제6조 제3항).

7월 11일 개정된 고시에는 이 외에도 지역가입 세대가 일시출국 후 6개월 내 재입국하여 국외출국기간 동안의 보험료를 납부하여 입국한 날 자격을 재취득하고자 할 경우, 국외출국기간 동안 세대원 각각이 단독으로 지역가입자의 자격이 유지된 것으로 가정하였을 때의 보험료를 납부하도록 한다는 조항이 추가되었다(보건복지부 고시 제6조 제2항 제1호). 이는 일시출국 기간 동안에는 세대원의 자격을 인정하지 않는다는 것으로, 가족 구성원이 각각

34) 본 연구보고서 제3장 제2절 4) 참조.

35) 본 연구보고서 제6장 (사례 1-1-2) 참조.

36) 이주와 인권연구소 외(2018.7.12.), 보건복지부(2019.1.14.).

37) 국가인권위원회, CERD한국심의대응 NGO사무국, 국회의원 원혜영 등 공동주최.

38) 「보건복지부 고시 제2019-151호」, 2019.7.16. 시행.

39) 「국민건강보험법」 제77조 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. <개정 2017.4.18>

세대주인 것으로 가정했을 때의 보험료를 각각 납부하여야 입국한 날 자격 재취득을 할 수 있게 한 것이다.

마지막으로 지역가입 의무화 시행 당일인 2019년 7월 16일, 「국민건강보험법 시행규칙」이 다시 한 번 일부 개정(2019.7.16. 시행)되어, 지역가입자가 될 수 있는 체류자격에서 유학(D-2)과 일반연수(D-4)가 삭제되었다. 이는 6월 말에 유학생에게 지역건강보험 당연가입 적용을 2021년 2월 28일까지 유예하기로 결정한 데 따른 것이었다. 유학생의 당연가입 유예는 보험료 인상에 대한 유학생, 학교 측, 민간보험사 측의 반발에 의한 것으로 짐작된다.⁴⁰⁾ 유학생 지역가입자는 보험료 50% 경감 대상으로 경감률이 크다. 그러나 국민건강보험에 가입하지 않은 유학생은 민간보험사가 제공하는 유학생 의료보험에 가입하면 되었고, 그 보험료는 월 1만원 내외이지만 지역건강보험 당연가입이 적용되면 평균보험료의 50%, 2019년 기준 월 약 56,000원의 보험료가 부과될 예정이었다.

지역가입 의무화 시행 당일, 법무부와 보건복지부는 다음달 1일부터 건강보험료를 납부하지 않은 외국인에게 비자 연장을 제한하는 ‘건강보험료 체납외국인 비자연장 제한제도’를 확대 시행한다고 발표했다. 이를 위해 사전에 「출입국관리법」이 개정되었고⁴¹⁾, 이미 7월 2일부터 수원 출입국·외국인청에서 시범사업이 실시되고 있었다.⁴²⁾

2) 국민건강보험제도의 적용과 차별

이하에서는 숨 가쁜 개정 과정을 거쳐 현재 시행 중인 건강보험제도가 이주민에게 구체적으로 어떤 식으로 적용되고 있는지 정리해 보고자 한다.

건강보험제도의 구체적 운용 방식은 관련 법령에 대한 검토만으로는 파악할 수 없다. 현장의 다양한 상황에서 실제 구체적 제도 운용은 공단의 내부 지침에 의해 결정되는 경우가 많고, 단기간 내 제도 개정이 진행된 만큼 관련 시스템이 일사분란하게 갖추어진 채 출발한 것으로 보기도 어려웠다. 연구 과정에서 접한 이주민 당사자들과 지원단체 활동가들은 국민건강보험공단 콜센터, 때로는 공단 담당자가 관련 법령이나 지침에 부합하지 않는 잘못된 정보를 전달하는 문제를 제기하였고, 본 연구진도 연구 과정에서 유사한 경험을 하였다. 이에 연구진은 공단의 관련 업무처리지침, 외국인 다빈도 민원 Q&A, 업무 담당자에 대한 면

40) 2019년 5월 9일, 대학 외국인유학생 담당자로 일하고 있다는 교직원이 올린 “7월 16일 외국인 건강보험 당연가입 철회” 청와대 청원에서는 사전 조사나 의견 수렴 없이 유학생도 건강보험 당연가입 대상에 포함하여 민간보험사의 유학생 의료보험에 비해 6배에 준하는 건강보험료를 납부하도록 한 데 대한 문제를 제기하고 있다. 이 청원에는 청원 기간 한 달 동안 10만 명 이상이 참여하였다.

41) 2019년 4월 23일, 「출입국관리법」이 일부 개정되어 법무부가 체류 허가 심사를 위해 관계 기관에 요청할 수 있는 정보 목록에 “외국인의 국민건강보험 및 노인장기요양보험 관련 체납정보”가 추가되었다(법 제78조 제2항 제3호).

42) 법무부·보건복지부 공동보도자료(2019.7.16.), “건강보험료 체납한 외국인, 비자연장 어려워진다-6개월 이상 국내 거주한 외국인 및 재외국민은 7월 16일부터 건강보험 당연 적용”.

접조사 결과를 사례조사 결과들과 대조해 가며 제도의 내용과 운용 방식을 구체적으로 파악하고자 하였다.

건강보험제도의 근거법인 「국민건강보험법」⁴³⁾은 기본적으로 그 대상을 ‘국민’에 한정하였으나 법 제109조에 “외국인 등에 대한 특례” 조항을 두어 외국국적 이주민과 재외국민도 건강보험에 가입할 수 있도록 하였다. 그러나 보험의 적용과 보험료 부과, 자격의 취득과 상실, 체납 제재 등 제도 전반에서 이주민에 대해 차별적으로 제도가 운용되어 왔으며, 지역가입에서 이주민에 대한 차별이 특히 심각하였다. 2018년과 2019년에 결친 제도 개정으로 그 차별은 더욱 심화되었다.

아래에서 건강보험제도를 보험적용과 자격, 피부양자와 세대원의 범위 및 가족관계등록 요건, 보험료 부과와 징수·납부, 보험료 경감제도, 체납 제재로 구분해 이주민에 대한 적용과 차별의 내용을 살펴보았다.

(1) 보험 적용과 자격

의료급여 수급권자를 제외한 국내에 거주하는 모든 국민은 건강보험의 가입자 또는 피부양자가 된다(법 제5조 제1항). 건강보험 가입자는 직장가입자와 지역가입자로 구분되는데(법 제6조), 고용기간이 1개월 미만인 일용근로자, 비상근 근로자(교직원) 또는 1개월 동안의 소정 근로시간이 60시간 미만인 단시간근로자(시간제공무원 및 교직원), 소재지가 일정하지 아니한 사업장의 근로자와 사용자, 근로자가 없거나 비상근 또는 단시간 근로자만을 고용하고 있는 사업장의 사업주 등을 제외한 모든 사업장 근로자 및 사용자는 직장가입자가 되며(법 제6조 제2항, 시행령 제9조), 직장가입자에게 주로 생계를 의존하는 배우자, 직장가입자 및 그 배우자의 직계 존비속, 직장가입자의 형제·자매로 소득·재산 기준을 충족하는 사람은 피부양자가 될 수 있다(법 제5조 제2항, 제77조). 직장가입자와 그 피부양자를 제외한 나머지는 지역가입자가 된다(법 제6조 제3항).

이주민은 「주민등록법」 제6조 제1항 제3호에 따른 주민등록이나, 「재외동포의 출입국과 법적 지위에 관한 법률」 제6조에 따른 국내거소신고, 혹은 「출입국관리법」 제31조에 따른 외국인등록을 하고(법 제109조), 국내체류가 「출입국관리법」에 위반되지 않는 경우(법 제109조 제5항 제1호, 시행령 제76조) 건강보험 가입자가 될 수 있다. 따라서 등록을 할 수 없는 3개월 미만 단기체류 자격자와 비정규 체류자는 건강보험에 가입할 수 없다.

건강보험에 가입할 수 있는 이주민이 당연가입사업장의 노동자이면 ‘내국인’과 마찬가지로 직장가입자가 된다(법 제109조 제2항). 피부양자가 될 수 있는 기준을 갖춘 경우 신청에 의해 피부양자가 될 수 있으며 그 기준은 ‘내국인’과 동일하다(법 제109조 제4항).

43) 이하 별도 설명이 없는 한, 법은 「국민건강보험법」을, 보건복지부 고시는 「보건복지부 고시 제 2019-151호」 “장기체류 재외국민 및 외국인에 대한 건강보험 적용기준”을 의미한다.

직장가입자와 피부양자에 해당하지 않는 경우에는 지역가입자가 된다(법 제109조 제3항). 이주민은 2019년 7월 16일 이전까지는 신청에 의해 지역건강보험에 임의가입 할 수 있었고, 그 이후부터는 가입이 의무화되어 당연가입이 적용되고 있다. 그러나 직장가입자, 피부양자와 달리 등록을 한 정규 체류 이주민이라도 지역가입자가 될 수 있는 자격에는 체류기간, 체류사유, 체류자격에 따른 제한이 있어, 6개월 미만 체류자, 인도적체류자와 그 가족을 제외한 기타(G-1) 자격자는 지역가입자가 될 수 없고 유학생(D-2, D-4)은 2021년 2월 28일까지 신규로 지역가입자가 될 수 없다.

(1-1) 지역가입자의 자격

① 지역가입자격 취득 시점과 최소 체류 6개월 요건

이주민 중 지역가입자의 자녀로 국내에서 출생한 신생아는 출생한 날부터(보건복지부 고시 제4조 제1항 제6조) 지역가입자가 된다. 단 부 또는 모의 지역가입자격 취득일자가 출생일에 우선해야 한다. 신생아는 외국인등록 여부와 관계없이 출생증명서 제출을 통해 지역가입자가 되지만, 출생 이후에 부 또는 모가 지역가입자가 되었거나 부모 모두 가입자격이 없는 경우는 외국인등록을 한 날에 지역가입자가 된다.⁴⁴⁾

국내에 지속적으로 거주할 것으로 예상할 수 있는 사유에 해당되는 경우는 입국한 날부터 지역가입자의 자격을 얻는다(법 시행령 제76조의2 제1항 제2호). 국내에 지속적으로 거주할 것으로 예상되는 사유는 2015년 10월 1일 이전에는 취업, 유학, 결혼이었는데, 그 이후로는 취업이 제외되어 유학과 결혼, 그리고 2019년 7월 16일 이후로는 유학도 제외되어 결혼이민(F-6)의 체류자격을 받은 경우로 한정되었다(법 시행규칙 제61조의2 제1항). 따라서 결혼이민(F-6) 자격자는 입국한 날부터 지역가입자가 될 수 있다. 단 입국일 시점에 외국인등록이 되어 있지 않으면 외국인등록일부터 지역가입자가 된다.

그 외 체류자격자라도 2008년 12월 16일까지 입국자는 외국인등록일(거소신고일)부터 지역가입 자격을 얻을 수 있었다. 그러나 2008년 12월 17일 이후 입국자부터는 국내 입국 후 3개월이 경과한 다음 날부터 자격을 얻을 수 있게 되었다. 2018년 12월 18일 이후 입국자는 그 기간이 6개월로 연장되었다(법 시행규칙 제61조의2 제1항).

이로써 결혼이민(F-6) 자격자 외 건강보험에 가입할 수 있는 재외국민과 외국국적 이주민이 직장가입자나 피부양자가 아니라면 6개월이 경과한 다음날 지역가입자로 당연가입 되게 되었다.⁴⁵⁾

44) 국민건강보험공단 경인지역본부(2019.12), '국내에서 출생한 외국인 신생아의 자격취득'.

45) 단 재외국민 중 교육부 인정학교에 재학 중인 경우에는 재학증명서 제출을 통해 재외국민 주민등록일에 지역가입자가 될 수 있다(Ibid. '재외국민 거주자의 지역자격 최초 취득').

② 6개월 체류기간을 기산하는 방식

최초 입국 후 6개월이 경과한 날부터 지역가입자격을 취득할 수 있는데, 6개월이 되기 전에 일시 출국한 적이 있을 경우 6개월 체류기간을 기산하는 방식은 아래 <표 3-1-1>과 같다.

<표 3-1-1> 지역가입 요건인 6개월 체류기간을 기산하는 방식

- 최초 입국한 후 6개월이 되기 전에 일시 출국한 후 재입국했을 경우, 출국기간(국외체류기간)이 통산 30일을 초과하지 않는 경우에는 국내 거주한 것으로 간주
- 최초 입국한 날로부터 6개월이 경과한 날 국외체류 중이면, 국외체류기간이 30일을 초과하지 않은 경우, 재입국한 날 지역가입자격 취득
- 최초 입국한 후 6개월이 되기 전에 1회 출국하여 국외체류기간이 30일을 초과하는 경우에는 재입국일을 최초입국일로 간주하여 다시 6개월의 체류기간을 기산
- 최초 입국한 후 6개월이 되기 전에 2회 이상 출국하여 국외체류기간이 30일을 초과하는 경우, 최초입국일의 다음 달부터, 매달 1일부터 6개월 동안의 국외 체류기간을 다시 기산해 그 기간이 30일 이하가 되는 시점에 지역가입자격 취득

보건복지부 고시 제4조 제5항, 국민건강보험공단 경인지역본부(2019), '최초 입국 후 2회 이상 30일 초과 국외 체류' 예시 참조.

단기 체류자격자나 비정규 체류자로 체류하다가 지역가입자가 될 수 있는 체류자격으로 변경 허가를 받은 경우, 외국인등록을 한 시점부터 지역가입자격을 취득할 수 있다. 이 때 6개월 체류기간은 최초 입국 시점부터 기산한다.⁴⁶⁾

③ 1개월 초과 일시 출국 시 지역가입자격 상실과 재취득

일단 지역가입자가 된 후에 일시 출국하여 국외체류기간이 1개월을 초과하면 출국한 날의 다음날로 소급해 자격이 상실되며, 재입국한 날부터 다시 6개월을 경과한 날부터 지역가입자가 된다(보건복지부 고시 제4조 제1항 제2호 나목, 동조 제2항 제6호).

단, 일시 출국했을 때의 국외체류기간이 6개월 미만이며, 국외 체류 중에 체류자격이 종료되지 않은 경우에는 재입국해서 국외체류기간에 해당하는 보험료를 납부하면 입국한 날 다시 자격을 취득할 수 있다. 그러나 이 때 국외체류기간 동안 세대원 각각이 단독 세대로 지역가입자의 자격이 유지된 것으로 가정하였을 때의 보험료를 납부하여야 한다(보건복지부 고시 제6조 제2항). 즉 국외체류기간 동안에는 세대합가를 인정하지 않으며, 각각의 가족이 별도 세대를 구성하는 것으로 간주하는 것이다.

46) Ibid. '불법체류 혹은 단기체류하다가 체류자격을 변경한 자의 최초 취득'.

④ 체류자격 종료와 지역가입자격 상실

국내 체류 중에 체류자격이 종료되어 출국하지 않고 다시 체류허가를 받은 경우에는 그 체류허가를 받은 날 지역가입자격을 다시 취득한다. 그러나 국외 출국해서 체류자격을 갱신해야 하는 경우에는 30일 이내에 지역가입자격이 상실되기 전에 재입국하는 경우에만 체류허가를 받은 날 지역가입자격을 다시 취득할 수 있다. 국외출국기간이 30일을 초과하여 지역가입자격이 상실된 후 재입국하게 되면 재입국일로부터 다시 6개월이 경과한 날 지역가입자가 된다. 이 경우 국외체류기간이 6개월 미만이라도 그 기간의 보험료 납부에 의해 재입국일 기준 자격을 다시 취득하는 것은 허용되지 않는다.

⑤ 기타(G-1) 자격자의 지역가입 배제

2019년 7월 16일 이후 지역가입자가 될 수 있는 체류자격은 <표 3-1-2>와 같이 제한되어 있다. 지역가입자가 될 수 있는 체류자격에는 외교, 공무, 협정 외 3개월 이상 장기체류자격 대부분이 포함되어 있지만, 인도적체류자와 그 가족 외 기타(G-1) 체류자격과 유학(D-2), 일반연수(D-4)가 제외되었다.

〈표 3-1-2〉 지역가입자가 될 수 있는 체류자격

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. 문화예술(D-1), 산업연수(D-3), 취재(D-5), 종교(D-6), 주재(D-7), 기업투자(D-8), 무역경영(D-9), 구직(D-10)2. 교수(E-1), 회화지도(E-2), 연구(E-3), 기술지도(E-4), 전문직업(E-5), 예술홍행(E-6), 특정활동(E-7), 비전문취업(E-9), 선원취업(E-10)3. 방문동거(F-1), 거주(F-2), 동반(F-3), 재외동포(F-4), 영주(F-5), 결혼이민(F-6)4. 기타(G-1)(「난민법」에 따라 인도적 체류 허가를 받은 사람과 공단이 정하는 사람으로 한정한다)5. 관광취업(H-1), 방문취업(H-2) |
|---|

국민건강보험법 시행규칙 [별표 9] <개정 2019.7.16.>

기타(G-1) 체류자격은 줄곧 지역가입자가 될 수 있는 체류자격에서 제외되어 있었다.⁴⁷⁾ 그러나 2019년 7월 16일부터 기타(G-1) 자격 중에 “「난민법」에 따라 인도적 체류허가를 받은 사람과 공단이 정하는 사람”이 지역가입자가 될 수 있는 체류자격에 추가되었다.⁴⁸⁾ 「난민법」에 따라 인도적 체류허가를 받은 사람의 체류자격은 G-1-6, 공단이 정하는 사람은 인도적체

47) 구직(D-10) 체류자격도 제외되어 있다가 2016년 9월 23일, 법 시행규칙이 개정되면서 지역가입을 할 수 있는 체류자격에 포함되었다

48) 인도적체류자와 그 가족의 건강보험 지역가입 허용은 난민에 대한 사회보장 적용 확대에 대한 지속적 요구와 국가인권위원회의 반복된 권고가 배경이 되었다.

류자의 가족으로 체류자격 G-1-12만 해당된다.⁴⁹⁾

기타(G-1) 자격자라도 건강보험 직장가입은 할 수 있다. 그러나 기타(G-1) 세부 자격 중 취업을 할 수 있는 자격이 정해져 있고, 그 이외는 취업 자체를 허용하지 않고 있다. 아래 <표 3-1-3>의 기타(G-1) 자격 중 취업활동이 가능한 자격은 인도적체류자(G-1-6)와 그 가족(G-1-12), 사고 등으로 사망한 사람의 가족(G-1-7), 성폭력 피해자 등 인도적 고려가 필요한 사람(G-1-11) 등으로 한정되어 있다. 난민신청자(G-1-5)는 난민인정신청 후 6개월이 경과해야 취업활동이 허용된다.

<표 3-1-3> 기타(G-1) 체류자격의 종류

- 산업재해 청구 및 치료 중인 사람과 그 가족(G-1-1)
- 질병, 사고로 치료 중인 사람과 그 가족(G-1-2)
- 각종 소송 진행 중인 사람(G-1-3)
- 임금체불로 노동관서에서 중재 중인 사람(G-1-4)
- 난민신청자(G-1-5)
- 난민불인정자 중 인도적 체류허가자(G-1-6)
- 사고 등으로 사망한 사람의 가족(G-1-7)
- 임신, 출산 등 인도적 체류허가자(G-1-9)
- 질병치료 등으로 입국 후 장기치료가 필요한 환자와 그 가족(G-1-10)
- 성폭력 피해자 등 인도적 고려가 필요한 사람(G-1-11)
- 인도적 체류허가자(G-1-6)의 가족(G-1-12)
- 기타 사유에 해당되는 사람(G-1-99) (G-1-5의 난민신청을 하지 않은 국내 출생 미성년 자녀)

법무부 출입국·외국인정책본부, 2020.5.21., “(하이코리아) 체류업무 자격별 안내 매뉴얼” 참조.

취업이 가능한 기타(G-1) 자격자라도 사전에 ‘체류자격 외 활동(취업)허가’를 받아야 취업을 할 수 있다. 그런데 이 허가는 취업 전에 고용계약서, 사업자등록증 사본 등을 제출하고 사전에 받아야 하므로 사실상 사업주의 협조 없이는 신청하기 어려워서 취업이 가능한 기타(G-1) 자격자도 취업에 어려움을 겪는 경우가 많다. 결국 기타(G-1) 자격자의 대다수는 지역가입도, 직장가입도 할 수 없는 건강보험제도의 사각지대에 방치되어 있다.

⑥ 유학생의 지역건강보험 당연가입 유예

보건복지부는 유학생의 지역건강보험 당연가입을 유예하면서, 지역가입자가 될 수 있는 체류자격에서 유학(D-2), 일반연수(D-4)를 제외하는 방식을 택함으로써 2019년 7월 16일

49) 이주와 인권연구소 외(2018.7.12)에 대한 보건복지부 회신(2019.1.14.).

이후 유학생은 신규로 지역가입자가 될 수 없게 하였다. 단 유학(D-2), 일반연수(D-4) 자격자가 2019년 7월 16일 이전에 이미 지역가입자였던 경우와 그 이후 유학(D-2), 일반연수(D-4)로 체류자격이 변경된 경우는 지역가입자격을 유지할 수 있다. 그 이후 직장가입자(임의가입자 포함) 또는 피부양자가 되었다가 그 자격을 잃는 경우도 지역가입자가 될 수 있다.⁵⁰⁾

유학생은 위의 예외적인 경우를 제외하고는 지역가입자로 신규 가입이 불가능하므로 기존 지역가입자가 일단 자격을 상실하고 나면 재가입이 불가능하게 되었다. 지역가입자인 유학생이 일시 출국 후 1개월을 경과하여 자격이 상실된 경우는 6개월 이내에 재입국해서 세대원 각각이 단독 세대주인 것으로 가정했을 때의 보험료를 납부하여 재입국 즉시 지역가입자격을 재취득하는 경우에만 기존 자격이 유지된 것으로 간주하여 지역가입자로서 자격을 유지할 수 있다. 이 경우에도 출국 중 체류자격이 종료되지 않은 경우만 자격 유지가 가능하다. 그렇지 않을 경우 지역가입자격을 아예 상실하여 다시 취득할 수 없다.⁵¹⁾

또한 지역가입자가 보험료를 미납해 체납 제재를 받더라도 당연가입이므로 자격 자체는 상실되지 않는데, 유학생은 보험료를 미납하면 자격 자체를 상실하게 된다. 단 미납으로 인한 자격상실일로부터 1개월 이내에 본인의 신청에 의해 보험료를 완납하면 자격을 유지할 수 있다.⁵²⁾

(1-2) 직장가입자와 피부양자의 자격

재외국민과 외국국적 이주민 중에 건강보험에 가입할 수 있는 장기 정규체류자는 체류자격의 종류에 무관하게 직장가입자와 피부양자가 될 수 있다. 지역가입자가 될 수 없는 기타(G-1) 자격자와 유학생도 직장가입자와 피부양자는 될 수 있다.

이주민 직장가입자는 ‘내국인’과 동일하게 당연가입 사업장에 고용된 날부터 그 자격을 얻게 된다(법 제109조 제2항). 이주민 피부양자는 외국인등록일(국내거소신고일)로부터 90일 이내에 자격취득 신청을 하면 외국인등록일(국내거소신고일), 90일을 경과하여 신청하면 그 신청일부터 자격을 얻게 된다(보건복지부 고시 제5조 제2항, 제3항).

이주민 피부양자의 자격 요건은 ‘내국인’과 동일하며(법 제109조 제4항), 건강보험공단은 피부양자 취득처리 기준에서 ‘내국인’과 ‘외국인’을 구분하지 않는다.⁵³⁾ 국내 출생 신생아는

50) 법 시행규칙 부칙 <보건복지부령 제657호, 2019.7.16.> 제4조(외국인등의 지역가입자 체류자격에 대한 특례), 제5조(외국인등의 체류자격에 관한 경과조치).

그 외 국민건강보험공단 경인지역본부(2019.12.), ‘D2, D4 적용 제외 예외 기준’.

51) 국민건강보험공단 서울지역본부(2020.7.), ‘외국 유학생(D-2, D-4) 적용 제외 예외 기준’, ‘경인지역본부(2019.12.), ‘D2, D4 적용 제외 예외 기준’.

52) Ibid.

53) 국민건강보험공단 경인지역본부(2019.12.), ‘피부양자 자동연계’.

출생한 날 피부양자 자격을 취득하며,⁵⁴⁾ 피부양자가 1개월을 초과 출국해 자격 상실 처리되어도 재입국일에 바로 자격을 취득한다.⁵⁵⁾

피부양자가 체류자격이 종료된 후 다시 체류허가를 받아 체류자격을 연장했을 경우, ‘체류자격 연장 허가 신청서’를 제출하면 체류자격 만료일과 새로 받은 체류허가일 사이에 공백 기간에도 피부양자로 인정한다. 단 체류자격 연장 시 체류허가일로부터 90일 이내에 피부양자 신고를 했을 시에는 체류허가일에 자격을 취득하지만, 90일을 초과해 신고했을 시에는 신고일에 자격을 취득한다.⁵⁶⁾

(1-3) 출국유예로 체류 시 자격 상실

코로나19로 인해 체류자격이 종료되었지만 출국하지 못해 출국유예로 체류기간을 연장하는 사례가 증가하였다. 이러한 경우 출국유예를 받은 이주민의 건강보험 가입자격은 기존 체류자격 만료일자의 다음날 상실된다.⁵⁷⁾

(2) 피부양자와 세대원의 범위

직장가입자의 피부양자가 될 수 있는 범위와 요건은 ‘내국인’과 이주민 간 차별이 없다. 그러나 2019년부터 지역가입자의 세대원 범위에서는 뚜렷한 차별이 생기게 되었다.

(2-1) 지역가입자의 세대원 범위

지역가입자의 월별 보험료액은 세대 단위로 산정되고 가입자가 속한 세대의 지역가입자 전원이 연대하여 부담하게 된다(법 제69조 제5항, 제76조 제3항). ‘내국인’의 경우 「주민등록법」에 따라 동일한 세대별 주민등록표에 등재된 사람은 동일 세대에 속하게 되며, 민법상 가족이 아닌 세대원도 동거인으로 같은 세대에 포함될 수 있다.⁵⁸⁾ 지역가입자 중 해당 세대와 가계단위 및 생계를 달리하여 공단에 세대 분리를 신청한 사람 또는 본인부담액을 경감 받는 사람 등은 해당 세대에서 분리하여 별도 세대를 구성할 수 있다(법 시행령 제43조).

외국국적 이주민과 재외국민 지역가입자도 2018년까지는 세대원 범위에 별도 규정이 없었으므로 ‘내국인’과 동일한 기준이 적용되었다. 그러나 2019년부터 외국국적 이주민과 재외국민 지역가입자는 그 개인을 각각 하나의 세대로 보고 지역보험료를 산정하며, 예외적으로 본인의 신청이 있는 경우에 그 본인을 세대주로 하고 배우자(사실혼 관계는 제외)와 만

54) Ibid., ‘외국인 신생아의 피부양자 취득’.

55) Ibid., ‘1개월 초과 출국자 취득·상실 일자’.

56) Ibid., ‘체류자격 만료자 취득·상실 일자’.

57) 국민건강보험공단 서울지역본부(2020.7.), ‘체류자격 없는 체류기한 연장자 확인 및 자격상실 처리 방법’.

58) 시장·군수 또는 구청장은 주민등록사항을 기록하기 위하여 전산정보처리조직으로 개인별 및 세대별 주민등록표와 세대별 주민등록표 색인부를 작성하고 기록·관리·보존하여야 하고, 세대별 주민등록표는 그 세대에 관한 기록을 통합하여 기록·관리하도록 되어 있다(「주민등록법」 제7조 제1항 및 제2항).

19세 미만의 자녀(배우자의 자녀 포함)만 세대원으로 한 세대를 구성할 수 있도록 하였다(보건복지부 고시 [별표2] 4호).

‘내국인’과 외국국적 이주민 혹은 재외국민이 하나의 세대를 구성하는 경우에는 ‘내국인’만이 세대주가 될 수 있으며, 외국국적 이주민과 재외국민은 세대원으로 편입된다. 이 경우에도 ‘내국인’만으로 구성된 세대와 달리 세대원의 범위를 <표 3-1-4>와 같이 제한하였다.

〈표 3-1-4〉 건강보험 지역가입자 세대원 범위의 비교

구분	내국인만으로 구성된 세대	외국국적 이주민(재외국민)이 내국인 세대에 편입하는 경우	외국국적 이주민(재외국민)으로 구성된 세대
세대원	- 동일한 세대별 주민등록표에 등재된 사람(민법상 가족이 아닌 동거인도 가능)	- 세대주의 직계존비속(외손포함) - 미혼(이혼·사별한 경우 포함)인 형제·자매(30세 미만·65세 이상·장애인·국가유공상이자·보훈보상상이자만 해당) - 세대구성원(세대주 포함)의 배우자, 세대주 배우자의 직계존속 및 자녀	- 세대주의 배우자(사실혼 관계 제외) - 19세 미만 미성년 자녀(배우자의 자녀 포함)

외국국적 이주민과 재외국민 지역가입자의 배우자 및 19세 미만 자녀가 같은 체류지에 계속해서 거주하고 있었다면 지역가입자 자격취득(또는 최초 거주) 시점부터 소급해서 세대합가가 가능하다. 단 소급시점에 가족관계가 확인되는 서류를 제출해야 한다.⁵⁹⁾

(2-2) 사실혼 배우자에 대한 차별

외국국적 이주민과 재외국민 지역가입 세대주의 사실혼 배우자는 그 세대원이 될 수 없다. 외국국적 이주민과 재외국민 직장가입자의 사실혼 배우자는 피부양자가 될 수 있지만, 피부양자가 되기 위해서는 배우자 각각의 미혼 입증 서류(국적국 행정기관 발급 가족·혼인관계 증명서와 번역공증), 사실혼 인우보증서(2인)와 보증인의 신분증 사본을 제출해야 된다. 이 때 인우보증인은 ‘내국인’만 가능하도록 해 국적에 따른 차별이 존재한다.⁶⁰⁾

59) 국민건강보험공단 경인지역본부(2019.12.), ‘피부양자 등재 상황별 제출 서류 5’.

60) Ibid., ‘외국인 사실혼 배우자’.

(3) 피부양자와 세대원 등록 요건의 강화

2019년부터 외국국적 이주민이 세대원이나 피부양자 자격을 취득하기 위해 제출해야 하는 가족관계 증명 서류의 요건이 강화되었다(보건복지부 고시 제5조의2).

(3-1) 가족관계 증명 서류 요건

가족관계나 혼인·이혼사실을 확인할 수 있는 서류는 해당 서류를 발행한 국가의 외교부 또는 아포스티유 확인을 받은 서류이거나, 공단이 인정한 기관에서 발급하거나 확인한 서류여야 한다. 본국에서 발급 받은 가족관계증명 서류에는 공증기관의 공증을 받았거나 공단이 인정하는 한글 번역본이 첨부되어야 한다. 문서발행국에서 번역공증 한 서류일 경우 원본과 별도로 번역본에도 외교부나 아포스티유 확인이 필요하다. 또한 서류의 유효기간을 국내기관에서 발급한 서류는 발급일로부터 3개월, 국적국에서 발급한 서류는 외교부(또는 아포스티유) 및 공단이 인정한 기관의 확인일로부터 9개월 이내로 제한하였다.

〈표 3-1-5〉 공단이 인정한 기관에서 발급하거나 확인한 가족관계 증명 서류

- 법무부에서 발급한 외국인등록사실증명원에 가족관계가 기록되어 있는 경우 체류자격에 관계없이 가족관계서류로 인정함
 - ※ 배우자는 외국인 등록일로부터 9개월 이내의 경우만 서류로 인정함. 다만 인도적체류자(G-1-6), 인도적체류자의 가족(G-1-12), 난민인정자(F-2-4), 난민인정자의 배우자 및 미성년가족(F-1-16)은 외국인 등록일로부터 9개월 이내와 상관없이 ‘외국인 등록사실증명원 발급일로부터 3개월’ 이내인 경우 배우자 관계 서류로 인정
- 한국 주재 재외공관에서 발급하거나 확인한 가족관계서류
- 화교협회에서 발급한 가족관계서류에 대하여 주한국타이베이대표부(대만)의 인증을 받은 서류
- 국내 의료기관 등에서 발급한 출생증명서 및 주민등록등본

보건복지부 고시 제5조의2, 국민건강보험공단 (자격부) 업무처리지침(2019.12).

공단이 인정한 기관에서 발급하거나 확인한 서류란 〈표 3-1-5〉와 같다. 공단은 법무부에서 발급한 외국인등록사실증명원을 가족관계서류로 인정하지만, 배우자 관계의 경우 관계변동이 가능하다는 이유로 외국인 등록일로부터 9개월 이내인 경우에만 인정하므로 외국인 등록을 한 지 오래된 장기체류자들은 증명원을 배우자 관계 증명 서류로 사용할 수 없다. 단 난민인정자, 인도적체류자와 그 가족의 경우 증명원 발급일로부터 3개월 이내인 경우 배우자 관계 서류로 인정한다.

(3-2) 자격 변동이나 재취득 시 가족관계 증명 서류의 제출

외국국적 이주민은 지역가입자와 직장가입자(피부양자) 간에 자격이 변동될 때는 물론이고, 일시 출국 후 재입국하여 자격을 다시 취득하는 등의 이유로 동일 직역(지역→지역, 직장→직장)으로 자격이 변동할 때도 기존 자격이 상실된 날로부터 3개월을 경과하면 가족관계 서류를 다시 제출해야 한다. 동일 가입자의 피부양자가 되거나 동일 세대주의 세대원으로 합가되는 경우에도, 기존에 피부양자나 세대원 이력이 있고 동거 중이더라도 3개월을 경과하면 가족관계 서류를 다시 제출해야 한다.⁶¹⁾

단 변동하지 않는 혈연관계(직계존비속)의 경우에는 기존에 자격 이력 상 관계가 확인되는 경우 예외적으로 별도의 가족관계증명 서류 없이 관계가 인정될 수 있다.⁶²⁾ 그러나 배우자 관계는 변동할 수 있다는 이유로 법무부에서 발급하는 외국인등록사실증명원에도 유효기간을 두었을 뿐 아니라 자격 변동 시에도 3개월을 경과하면 서류를 다시 제출하도록 하고 있다.⁶³⁾

(3-3) 부모의 피부양자 등재 시 그 배우자 관련 서류 제출

외국국적 이주민과 재외국민 지역가입 세대주의 부모는 세대원으로 합가할 수 없다. 직장가입자는 부모를 피부양자로 등재할 수 있는데, 이 때 공단은 부 또는 모의 배우자의 소득 등을 확인하도록 하고 있고⁶⁴⁾ 부 또는 모의 배우자가 사망했을 시에는 그 사망증명서를 제출하도록 하고 있다.⁶⁵⁾

(4) 보험료 부과와 징수·납부 및 보험료 경감

보험급여를 이용할 수 있는 모든 가입자는 원칙적으로 보험료를 납부해야 한다(법 제74조). 직장가입자는 보수를 기준으로 보험료가 산정되고 노동자와 사용자가 보험료를 분담하되 사용자가 그 납부의무를 지는데, 피부양자는 보험료 납부의무를 부담하지 않는다. 직장가입자의 보험료 부과와 납부는 ‘내국인’과 외국국적 이주민 및 재외국민 간에 차별이 없다. 지역가입자는 세대 전원이 그 납부의무를 공유(법 제77조)하며 소득과 재산에 따라 보험료가 부과되는데, 지역가입자의 보험료 부과에서는 외국국적 이주민과 재외국민에 대한 차별이 뚜렷하다.

61) 국민건강보험공단 경인지역본부(2019.12.), ‘피부양자 등재 상황별 제출 서류 1,2’. 서울지역본부(2020.7), ‘직장 피부양자 등빙 서류 유효기간 예외 및 생략 기준’.

62) Ibid.

63) 서울지역본부는 피부양자 등재 시 만 80세를 초과하는 경우 혼인관계(상세)증명서 징구가 불필요하다고 하고 있다(국민건강보험공단 서울지역본부(2020.7.) ‘직장 피부양자 등빙 서류 유효기간 예외 및 생략 기준’).

64) 국민건강보험공단 경인지역본부(2019.12.) ‘피부양자 등재 상황별 제출 서류 1,2’.

65) 국민건강보험공단 서울 외국인민원센터 관계자 면접조사(2020.7.29).

(4-1) 지역가입자 세대의 보험료 부과

① 평균보험료 이상 보험료 부과

2018년까지는 세대주가 영주(F-5), 결혼이민(F-6), 방문동거(F-1), 거주(F-2) 자격자인 세대는 ‘내국인’과 동일한 기준으로 소득과 재산에 따라 보험료가 부과되었지만, 2019년부터 F-1, F-2 자격자도 평균보험료 이상이 부과되게 되었다.

세대주가 영주(F-5)와 결혼이민(F-6) 자격자 이외의 외국국적 이주민이나 재외국민인 세대는 ‘내국인’과 동일한 방식으로 소득과 재산에 따라 보험료를 산정한 후, 그 산정된 보험료가 전년도 평균보험료에 미치지 못할 경우 평균보험료를 보험료로 부과하며, 산정된 보험료가 평균보험료를 초과하면 산정된 보험료를 부과한다(법 시행령 제76조의4, 보건복지부 고시 제6조 별표2). 즉 경제적 상황과 무관하게 최소한 평균보험료 이상의 보험료가 부과된다.

〈표 3-1-6〉 건강보험공단이 정한 평균보험료

보험료 부과년도	건강 보험료	노인장기요양보험		합계 보험료
		보험료율	보험료	
2019년도	104,190	8.51%	8,860	113,050
2020년도	111,640	10.25%	11,440	123,080

이 때 전년도 평균보험료란 매년 11월의 전체 지역가입자 세대(세대주가 ‘내국인’, 영주(F-5), 결혼이민(F-6)인 세대)의 보험료와 직장가입자 보험료(소득월액보험료+보수월액보험료 중 노동자 부담분)의 합을 지역가입자 세대수와 직장가입자 수의 합으로 나눈 금액을 고려하여 공단이 정하는 금액으로, 다음 해 1월~12월 동안 적용한다(보건복지부 고시 별표 2 제2호). 공단이 정한 평균보험료는 〈표 3-1-6〉과 같이 장기요양보험료를 포함해 2019년 113,050원, 2020년 123,080원이다.

② 난민인정자와 미성년 단독 세대의 하한보험료 이상 부과

2019년 7월 16일부터 난민인정자(F-2-4)와 난민인정자의 가족(F-1-16), 만 19세 미만 미성년자가 단독 세대인 경우 소득과 재산에 따라 산정된 보험료와 월별 보험료의 하한액 중 높은 금액으로 보험료가 부과되게 되었다(보건복지부 고시 별표2 제3호 나목).

소득 및 재산이 없거나 일정 기준에 해당하는 미성년자의 지역가입 보험료 납부의무 면제 규정(법 제77조 제2항)은 외국국적 이주민과 재외국민에게는 적용되지 않는다(보건복지부 고시 제6조 제3항).

보건복지부 장관 고시 “월별 건강보험료액의 상한과 하한에 관한 고시”에 따른 하한 보

보험료는 <표 3-1-7>과 같다.

〈표 3-1-7〉 월별 보험료의 하한

보험료 부과년도	건강 보험료	노인장기요양보험		합계 보험료
		보험료율	보험료	
2019년도	13,550	8.51%	1,150	14,700
2020년도	13,980	10.25%	1,430	15,410

③ 취약계층 보험료 경감 배제와 체류자격에 따른 보험료 경감

섬·벽지·농어촌 지역에 거주하는 사람, 65세 이상 노인세대, 한부모가족(조손가족)세대, 55세 이상 여자단독세대, 소년·소녀가정세대, 장애인등록을 한 장애인, 국가유공자, 휴직자, 그 밖에 생활이 어렵거나 천재지변 등의 사유로 보험료를 경감할 필요가 있다고 보건복지부 장관이 정하여 고시하는 사람이나 혹은 그 사람이 속한 세대의 보험료 일부를 경감할 수 있도록 하고 있다(법 제75조, 보건복지부 고시 제2019-334호 “보험료 경감고시”).

법 제109조 제9항은 재외국민과 외국국적 이주민의 보험료의 부과·징수에 대해 보건복지부 장관이 다르게 정하여 고시할 수 있도록 했지만, 제75조의 보험료 경감에 대해서는 고시에 별도의 규정이 없다. 따라서 이주민에게도 보험료 경감 조항이 적용되는 것으로 볼 수 있다. 그러나 건강보험공단은 이주민에게는 동 조항의 보험료 경감이 적용되지 않는 것으로 보고 있으며 실무상으로도 적용된 사례가 없는 것으로 파악된다.⁶⁶⁾

단 외국국적 이주민 지역가입 세대는 <표 3-1-8>과 같이 세대주의 체류자격에 따라 일률적으로 보험료가 경감된다.

〈표 3-1-8〉 세대주의 체류자격에 따른 보험료 경감

- 종교(D-6) : 30%
- 인도적체류자(G-1-6)와 그 가족(G-1-12) : 30%
- 유학(D-2), 일반연수(D-4) : 50%
- 초·중등교육법, 고등교육법의 학교에서 재외국민 또는 재외동포(F-4) 자격자가 유학하는 경우 : 50% (단 대학원과 대학원대학교는 제외)
- ※ 소득 360만 원 이하, 재산 13,500만 원 이하인 세대만 경감 적용

보건복지부 고시 [별표2 제5호]

66) 국민건강보험공단 서울 외국인민원센터 관계자 면접조사.

(4-2) 보험료 징수와 납부

‘내국인’ 직장가입자와 지역가입자는 그 달의 보험료를 다음달 10일까지 납부한다. 외국 국적 이주민과 재외국민 직장가입자의 보험료 납부일은 ‘내국인’과 동일하다. 지역가입자라도 결혼이민(F-6), 영주(F-5) 자격자의 보험료 납부기한은 ‘내국인’과 동일하다(법 제78조 제1항). 그러나 그 외 재외국민과 외국국적 지역가입자는 그 달의 보험료를 그 전달 25일까지 선납해야 한다(법 제109조 제8항).

(5) 보험료 체납자에 대한 제재

‘내국인’의 경우에도 건강보험공단의 비인간적인 체납 제재 문제가 제기되고 있는데 이주민의 경우 기존의 체납 제재를 훨씬 가혹하게 적용하고 있을 뿐 아니라 체류 연장 제한이라는 제재를 추가하였다.

(5-1) 연체금, 독촉, 체납처분

건강보험공단은 보험료 납부의무자가 납부기한까지 보험료를 미납하면 그 납부기한이 지난날부터 일단위로 연체금 징수(법 제80조), 독촉장 발부, 재산 압류 등 체납처분(법 제81조)을 한다. 이는 재외국민과 외국국적 이주민에게도 동일하게 적용된다.

(5-2) 급여 제한

‘내국인’의 경우 보험료의 총체납횟수가 6회 이상이면 보험급여를 실시하지 않을 수 있다(법 53조 제3항, 시행령 제26조 제2항). 단 지역가입 세대의 소득과 과세표준 재산이 각각 100만원 미만일 때와 미성년자, 65세 이상, 장애인등록을 한 장애인의 소득과 재산이 공단에서 정한 기준 미만일 때는 체납횟수와 상관없이 급여 제한을 하지 않는다(법 시행령 제26조 제3항).

총체납횟수가 6회 이상이면 공단은 우선 체납자에게 급여제한 통지를 한다. 만약 급여제한 기간 중에 진료를 받은 경우에는 우선 보험급여를 실시한 후에 진료사실과 함께 체납 보험료 납부를 안내한다. 공단이 안내(통지)한 날부터 2개월이 경과한 날이 속한 달의 납부 기한 이내에 체납된 보험료를 완납하거나(법 제53조 제6항 제1호) 같은 기간 내에 분할납부 승인을 받고, 그 승인받은 보험료를 1회 이상 낸 경우에는 급여가 인정되며, 급여제한기간에 받은 보험급여 또한 인정되므로 환수 조치하지 않는다. 그러나 분할납부 승인을 받고도 정당한 사유 없이 5회 이상 그 승인된 보험료를 내지 않은 경우 급여가 제한된다(법 제53조 제6항 제2호).

그러나 결혼이민(F-6), 영주(F-5) 자격자 외에 선납보험료를 납부하는 외국국적 이주민과 재외국민 체납자에 대한 급여 제한은 ‘내국인’에 비해서 훨씬 가혹하다.

첫째, 보험료를 1회라도 미납한 경우 보험료 납부마감일(25일)의 다음달 1일부터 즉시 급여가 제한되어 체납 보험료를 완납할 때까지 보험급여를 실시하지 않는다(법 제109조 제10항, 보건복지부 고시 제9조). 보험급여가 실시되지 않는 기간의 진료비는 ‘건강보험수가’로 전액 본인이 부담해야 한다.⁶⁷⁾ 건강보험료는 1원이라도 체납 시 급여가 실시되지 않으며, 연체금만 체납했을 때는 급여가 실시된다.⁶⁸⁾

둘째, 1개월 이상 출국으로 자격이 상실된 후 재입국해서 자격을 재취득한 경우에도 재취득한 최초 보험료 납부기한까지 체납 보험료를 납부하지 않으면 다음달 1일부터 급여가 제한되며, 지역가입자가 직장가입자로 자격이 변동되어도 지역가입 보험료를 완납할 때까지 급여가 제한된다. 병원 입원 중에 보험료를 체납하더라도 체납 기간 동안의 급여가 제한되는 것은 동일하다.⁶⁹⁾

셋째, 선납보험료 납부 대상 이주민에게는 법 제53조 제3항 각 호 외의 부분 단서 및 같은 조 제5항, 제6항이 적용되지 않기 때문에(법 제109조) 공단의 체납 보험료 안내(통지)일로부터 2개월이라는 유예기간이 없다. 또한 공단은 보험료 3회 이상 체납자가 신청하는 경우 분할납부를 승인할 수 있으며(법 제82조) ‘내국인’은 분할납부가 시작되면 급여가 실시되지만, 이주민은 분할납부 승인을 받고 분할납부를 시작해도 보험료가 완납될 때까지는 급여가 실시되지 않는다.

넷째, 보험료를 완납하더라도 급여제한기간 중에 진료비는 보험 급여의 소급 적용(환급)이 되지 않으며(법 제109조 제10항), 의료기관과 공단이 급여제한 사실을 사전에 파악하지 못해 급여를 실시했다면 이를 ‘부당이득’으로 처리하여 환수조치 한다(법 제57조).

〈표 3-1-9〉 ‘내국인’ 과 선납 보험료 납부 이주민의 급여 제한 비교

구분	‘내국인’	‘외국국적 이주민(재외국민)’
제한시점	- 6회 체납, 통지서를 수령한 날	- 1회 체납, 선납보험료 납부일(25일)의 다음달 1일부터 급여 제한
제한방법	- 우선 보험급여 실시 - 급여제한 기간 중 진료사실을 통지하고, 통지일로부터 2개월이 경과한 날의 보험료 납부일까지 보험료를 납부하지 않을 시 보험급여를 ‘부당이득’으로 처리해 환수 조치	- 진료 단계에서 보험급여 제한 - 체납보험료를 완납하더라도 체납기간 급여 환급불가
분할납부	- 분할납부승인을 받고 그 보험료를 1회 이상 납부하면 급여 실시 - 분할납부 보험료 5회 이상 정당한 사유 없이 미납 시 급여 제한	- 분할납부승인을 받고 분할납부를 시작해도 보험료 완납 시까지 급여 제한

67) 국민건강보험공단 경인지역본부(2019.12.) ‘체납으로 급여제한 등 진료비 계산 방법’.

68) 국민건강보험공단 서울지역본부(2020.7), ‘선납보험료 납부 대상의 보험급여 제한 규정’.

69) Ibid.

(5-3) 체류연장 제한

이주민의 경우 ‘내국인’에 비해 가혹한 급여 제한을 받는 데 더해 추가적인 불이익이 뒤따른다. 「출입국관리법」 제78조 제2항 제3호에 ‘외국인의 국민건강보험 관련 체납정보’ 항목이 추가되어 이를 체류 심사에 반영하도록 한 것이다. 시행 초기 법무부와 보건복지부에서는 ‘건강보험료 체납외국인 비자연장 제한제도’를 통해 건강보험료 체납 외국인에 대하여 체류연장 3회까지는 체류기간을 6개월 이내로 제한하고, 4회째에도 미납하는 경우 체류기간 연장을 불허하겠다고 발표하였다.⁷⁰⁾

그러나 실무상으로는 건강보험 체납 시 일단 온라인으로 체류자격 연장을 해 주지 않고, 직접 출입국·외국인청을 방문하면 건강보험료를 체납한 이주민에게 보험료 미납 시 체류기간 연장이 불가능하다고 고지하며, ‘조세 등 체납사항 납부 명령서’를 발급한다. 그럼에도 체납보험료를 완납하지 못할 시에는 체류기간 연장을 불허하여 ‘건강보험료 체납외국인 비자연장 제한제도’에서 발표했던 체류연장 4회의 유예는 적용되지 않고 있는 것으로 보인다.

3) 노인장기요양보험제도의 적용과 차별

노인장기요양보험제도는 고령이나 노인성 질병 등으로 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 이들에게 신체활동 또는 가사지원 등의 서비스를 제공하기 위하여 사회보험 형태로 운영되는 제도이다. 국민건강보험에 가입한 이주민은 「노인장기요양보험」 제7조 제3항에 따라 노인장기요양보험의 가입자가 되며, ‘내국인’과 마찬가지로 건강보험료에 장기요양보험료를 곱해서 산정되는 장기요양보험료를 부담하게 된다.

다만 동조 제4항에 따라 「외국인근로자의 고용 등에 관한 법률」에 따른 고용허가제 이주노동자로서 건강보험 직장가입자는 신청을 통해 장기요양보험가입자에서 제외될 수 있다. 이는 고용허가제로 입국한 이주노동자의 경우 체류기간을 고려했을 때 장기요양보험 급여 대상에 해당하는 65세 이상까지 체류하거나 노인성 질병에 걸릴 가능성이 희박하다는 문제제기에 따라 2009년 개정된 사항이다.

그러나 노인장기요양보험 선택 제도는 한동안 대부분의 이주노동자가 가입 여부를 선택할 수 있다는 점을 알지 못하여 유명무실하게 운영되었다. 이러한 실정에 대해 국민권익위원회는 2015년 외국인근로자가 건강보험 자격 취득신고 시 노인장기요양보험 가입 여부를 스스로 결정할 수 있도록 고지하는 방안을 마련할 것을 보건복지부에 의견 표명한 바 있다.⁷¹⁾

70) 법무부·보건복지부 공동보도자료(2019.7.16.) 붙임 1. 「건강보험료 체납외국인 비자연장 제한」 제도 개요.

71) 대한민국 정책브리핑, ‘외국인 근로자의 노인요양보험료 부담 경감 전망’, 국민권익위원회(2015. 10. 08) (<https://www.korea.kr/news/pressReleaseView.do?newsId=156078975>)

이주노동자의 노인장기요양보험 선택 제도에 대해 구체적으로 살펴보면 신청대상은 건강보험 직장가입자 중 기술연수(D-3), 비전문취업(E-9), 방문취업(H-2) 자격자이며 지역가입자는 신청대상이 아니다. 가입제외를 신청하기 위해서는 대상자가 동법 시행규칙 별지1호 서식의 ‘외국인근로자 장기요양보험 가입제외 신청서’를 건강보험공단에 제출하여야 한다. 신청서를 공단에 제출하는 날 자격이 상실되며, 직장가입자 자격취득 신고일로부터 14일 이내에 신청한 경우에는 그 자격취득일에 장기요양보험 가입제외가 된다(동법 시행규칙 제1조의2). 공단은 직장가입자가 장기요양보험에서 제외된 경우 그 직장가입자의 피부양자도 제외된다는 점, 가입제외 된 자는 직장가입자 유지기간 동안 장기요양보험을 재가입할 수 없고 위 체류자격 이외의 체류자격으로 변경 시 공단에 재가입을 신청해야 한다는 점, 가입제외된 자는 직장을 바꾸어도 계속 장기요양보험가입이 제외된다는 점 등을 유의사항으로 안내하고 있다.⁷²⁾

4) 의료급여 및 기타 의료지원 제도의 이주민에 대한 적용

(1) 의료급여

의료급여 제도는 생활유지 능력이 없거나 생활이 어려운 사람의 의료문제를 국가가 보장하는 공공부조 제도이다. 소득 및 재산 기준과 함께 부양의무자 기준을 충족하는 자가 신청해야 의료급여 수급권자가 될 수 있다.⁷³⁾ 의료급여를 받을 수 있는 자격을 가진 수급권자는 「의료급여법」 제3조 및 제3조의2에 따라 「국민기초생활 보장법」에 의한 수급권자, 타법에 의한 수급권자, 대통령령에 의한 수급권자로 나눌 수 있다. 각각에 따른 지원자격은 아래 <표 3-1-10>과 같다.

<표 3-1-10> 의료급여 수급권자 구분과 지원자격

구분	지원자격
국민기초생활 보장법에 따른 수급권자	▷ 부양의무자가 없거나 부양의무자가 있어도 부양능력이 없거나 부양을 받을 수 없는 자로서, 소득인정액이 기준 이하인 사람

72) 국민건강보험공단, ‘외국인 근로자 장기요양보험 가입제외 신청 안내’
(<https://www.nhis.or.kr/nhis/policy/wbhada05900m01.do>)

73) 기초생활보장제도의 ‘부양의무자 기준 폐지’는 현 정부의 대선 공약이었다. 보건복지부는 2020년 8월 10일, ‘제2차 기초생활보장 종합계획’(2021~2023년)을 확정하여 기초생활보장제도의 생계급여 ‘부양의무자’ 기준을 2022년까지 단계적으로 폐지하기로 하였다. 그러나 의료급여는 부양의무자 기준 폐지 대상에서 제외되어 부양의무자 기준 전면 폐지를 주장해 온 시민단체들의 반발을 사고 있다.

타법에 의한 수급권자	▷ 「재해구호법」에 따른 이재민으로서 보건복지부장관이 의료급여가 필요하다고 인정한 사람 ▷ 「의사상자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따라 의료급여를 받는 사람 ▷ 「입양특례법」에 따라 국내에 입양된 18세 미만의 아동 ▷ 「독립유공자예우에 관한 법률」, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「보훈보상대상자 지원에 관한 법률」의 적용을 받고 있는 사람과 그 가족으로서 국가보훈처장이 의료급여가 필요하다고 추천한 사람 중에서 보건복지부장관이 의료급여가 필요하다고 인정한 사람 ▷ 「무형문화재 보전 및 진흥에 관한 법률」에 따라 지정된 국가무형문화재의 보유자(명예보유자를 포함한다)와 그 가족으로서 문화재청장이 의료급여가 필요하다고 추천한 사람 중에서 보건복지부장관이 의료급여가 필요하다고 인정한 사람 ▷ 「북한이탈주민의 보호 및 정착지원에 관한 법률」의 적용을 받고 있는 사람과 그 가족으로서 보건복지부장관이 의료급여가 필요하다고 인정한 사람 ▷ 「5·18민주화운동 관련자 보상 등에 관한 법률」 제8조에 따라 보상금등을 받은 사람과 그 가족으로서 보건복지부장관이 의료급여가 필요하다고 인정한 사람 ▷ 「노숙인 등의 복지 및 자립지원에 관한 법률」에 따른 노숙인 등으로서 보건복지부장관이 의료급여가 필요하다고 인정한 사람
대통령령에 의한 수급권자	▷ 행려환자

「국민기초생활 보장법」에 따른 의료급여 수급권자로 선정될 수 있는 가구는 소득인정액이 기준 중위소득의 40% 이하인 가구로 2020년 기준은 <표 3-1-11>과 같다.

<표 3-1-11> 2020년 중위소득 40% 기준

(단위: 원)

1인 가구	2인 가구	3인 가구	4인 가구	5인 가구	6인 가구	7인 가구
702,878	1,196,792	1,548,231	1,899,670	2,251,108	2,602,547	2,955,886

보건복지부, 「2020년 의료급여사업안내」, p.26.

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. 의료급여 수급권자는 1종과 2종으로 구분된다. 1종은 2종에 비해 의료비 본인부담률이 더 낮게 적용된다. 수급권자 중 1종에 해당되는 사람은 18세 미만인 자, 65세 이상인 자, 장애 정도가 심한 장애인, 임신 중에 있거나 분만 후 6개월 미만인 여성, 20세 미만의 중·고교 재학생 또는 근로능력이 없거나 근로가 곤란한 자로만 구성된 세대의 구성원, 보장시설 수급자 등이다(「의료급여법」 시행령 제3조).

그러나 대부분의 이주민은 위의 조건이 충족된다고 하더라도 의료급여 수급권자가 될 수 없다. 저소득층은 물론 이주민, 의사상자, 노숙인이라도 마찬가지다.

「국민기초생활 보장법」은 제1조에서 “생활이 어려운 사람에게 필요한 급여를 실시하여 이들의 최저생활을 보장하고 자활을 돕는 것”을 목적으로 하고 있고, 「노숙인 등의 복지 및 자립지원에 관한 법률」 제1조에서는 “노숙인 등의 인간다운 생활을 할 권리를 보호하고 재활 및 자립을 위한 기반을 조성하여 이들의 건전한 사회복귀와 복지증진에 이바지”하는 것을 목적으로 하고 있는 등 명시적인 국적 조항이 없다. 그러나 보건복지부는 사회보장 관련법이 원칙적으로 이주민에게 적용되지 않으며, 명시적인 특례조항이 있는 경우에만 예외적으로 적용되는 것으로 해석하고 있고, 의료급여제도 또한 그러한 것으로 못 박고 있다.⁷⁴⁾

이에 따라 「국민기초생활 보장법」 제5조의2(외국인에 대한 특례)⁷⁵⁾ 및 동법 시행령 제4조(수급권자에 해당하는 외국인의 범위)에 따라 한국국적자를 임신 중이거나 양육·부양 중인 결혼이주민과 「의료급여법」 제3조의2(난민에 대한 특례) 및 「난민법」 제32조(기초생활보장)에 따라 난민인정자가 의료급여 수급권자의 자격을 충족하는 경우 수급권자가 될 수 있다. 그 외 매우 예외적으로 재외동포 중에 영주귀국 사할린 한인 1세 및 그의 배우자와 장애인 자녀가 수급권 신청자격이 있다.⁷⁶⁾ 이주민 중 의료급여 수급권자가 될 수 있는 사람은 아래 <표 3-1-12>와 같다.

74) 보건복지부, 「2020년 의료급여사업안내」, p.21.

75) 「국민기초생활 보장법」 제5조의2(외국인에 대한 특례) 국내에 체류하고 있는 외국인 중 한국 국민과 혼인하여 본인 또는 배우자가 임신 중이거나 한국 국적의 미성년 자녀를 양육하고 있거나 배우자의 한국 국적인 직계존속과 생계나 주거를 같이하고 있는 사람으로서 대통령령으로 정하는 사람이 이 법에 따른 급여를 받을 수 있는 자격을 가진 경우에는 수급권자가 된다.

76) 보건복지부 노인정책과, 「2020년 영주귀국 사할린한인 지원사업 안내」, pp.8-9 참조.

〈표 3-1-12〉 의료급여 수급권자가 될 수 있는 이주민

대상	조 건
결혼이주민	▷ 한국 국민과 혼인 중인 사람으로 - 본인 또는 한국 국적의 배우자가 임신 중인 사람 - 한국 국적의 미성년 자녀(계부자·계모자 관계와 양친자관계 포함)를 양육하고 있는 사람 - 배우자의 한국 국적인 직계존속과 생계나 주거를 같이 하는 사람 ▷ 한국 국민인 배우자와 이혼하거나 그 배우자가 사망한 사람으로 - 한국 국적의 미성년 자녀를 양육하고 있는 사람 또는 사망한 배우자의 태아를 임신하고 있는 사람
난민인정자	「난민법」에 따라 난민으로 인정받은 사람
재외동포	영주귀국 사할린 한인 1세 및 그의 배우자와 장애인 자녀

(2) 위기 상황의 의료비 지원제도

(2-1) 재난적의료비 지원제도

재난적의료비 지원제도는 질병·부상 등으로 인한 치료·재활과정에서 소득·재산 수준 등에 비추어 과도한 의료비가 발생하여 경제적 어려움을 겪는 사람에게 의료비의 일부를 지원함으로써, 의료이용의 접근성을 높이고 건강보호에 이바지하기 위해 시행되는 제도이다. 재난적의료비 지원은 질환의 종류와 무관하게 입원치료를 받았거나 중증질환(암, 뇌혈관질환, 심장질환, 희귀질환, 중증난치질환, 중증화상질환)으로 외래진료를 받은 사람 중 지원기준을 충족하는 사람에게 연간 2천만 원 한도 내에서 횟수 제한 없이 지급되며, 개별심사를 통해 1천만 원까지 추가로 지급된다. 재난적의료비 지원대상은 아래 〈표 3-1-13〉과 같다.⁷⁷⁾

〈표 3-1-13〉 재난적의료비 지원대상

▷ 「국민기초생활 보장법」에 따른 수급자 및 차상위계층에 해당하는 사람 ▷ 희귀난치성질환자 또는 중증질환자로 건강보험공단으로부터 본인일부부담금의 경감을 인정받은 사람 ▷ 「장애인연금법」에 따른 부가급여액을 지급받는 장애인연금 수급자 ▷ 「장애인복지법」에 따른 장애수당 또는 장애아동수당을 지급받는 사람 ▷ 건강보험 가입자 중 월 건강보험료로 판정한 가구 소득이 기준중위소득 100% 이하이면서 재산세 과세표준액의 합이 5억 4천만원 이하인 사람
--

77) 「재난적의료비 지원에 관한 법률」 제9조(지원대상), 동법 시행령 제7조(지원대상자), 보건복지부고시 제2020-140호 「재난적의료비 지원을 위한 기준 등에 관한 고시」 제4조(지원대상자) 참조.

「재난적의료비 지원에 관한 법률」은 제1조의 목적 규정에서 “과도한 의료비 지출로 경제적 어려움을 겪는 국민”, 제9조의 지원대상에 관한 규정에서 “국내에 거주하는 국민”이라고 하고 있어 원칙적으로 이주민을 적용 대상에서 배제하고 있다. 그러나 제9조 제3항에서 이주민 일부에게 예외적 적용을 인정하고 있으며, 아래 <표 3-1-14>와 같이 그 대상을 결혼 이주민, 난민인정자, 재외동포 중 일부로 한정하고 있어 의료급여 제도와 거의 유사하다.⁷⁸⁾

재난적의료비 지원대상이 될 수 있는 결혼이주민의 요건은 의료급여 수급권자가 될 수 있는 경우와 동일하다. 그런데 특이한 점은 난민인정자의 경우 건강보험 직장가입자여야 되며, 재외동포의 경우도 「고려인동포 합법적 체류자격 취득 및 정착지원을 위한 특별법」 적용을 받는 고려인동포 중 영주(F-5) 자격자이면서 역시 건강보험 직장가입자만 지원대상이 된다는 단서를 달고 있는 것이다.

<표 3-1-14> 재난적의료비 지원대상이 될 수 있는 이주민

대상	조 건
결혼이주민	▷ 한국 국민과 혼인 중인 사람으로 - 본인 또는 한국 국적의 배우자가 임신 중인 사람 - 한국 국적의 미성년 자녀(계부자·계모자 관계와 양친자관계 포함)를 양육하고 있는 사람 - 배우자의 한국 국적인 직계존속과 생계나 주거를 같이 하는 사람 ▷ 한국 국민인 배우자와 이혼하거나 그 배우자가 사망한 사람으로 - 한국 국적의 미성년 자녀를 양육하고 있는 사람 또는 사망한 배우자의 태아를 임신하고 있는 사람
난민인정자	「난민법」에 따른 난민인정자로 건강보험 직장가입자
재외동포	「고려인동포 합법적 체류자격 취득 및 정착지원을 위한 특별법」에 따른 고려인동포(1860년 무렵부터 1945년 8월 15일 사이에 농업이민, 항일독립운동, 강제동원 등으로 러시아 및 구소련 지역으로 이주한 자 및 그의 배우자, 4촌 이내의 인척, 8촌 이내의 혈족) 중 영주(F-5) 체류자격을 받은 건강보험 직장가입자

불안정한 일자리에 일용직, 임시직으로 종사하는 경우나, 실직 중이거나, 재난적의료비 지원이 긴급한 “질병·부상 등으로 인한 치료·재활과정”에 있어서 일을 할 수 없다면 직장가입을 하지 못하거나 그 자격을 유지하지 못하고 지역가입자가 될 가능성이 높다. 이러한 점을 감안하면 재난적의료비 지원 대상에서 직장가입자 단서 조항은 이주민 지역가입자에 대한 중층적 차별을 의미한다.

78) Ibid.

(2-2) 긴급복지 지원제도

긴급복지 지원제도는 「긴급복지지원법」 제1조에 따라 “생계곤란 등의 위기상황에 처해 도움이 필요한 사람을 신속하게 지원함으로써 이들이 위기상황에서 벗어나 건강하고 인간다운 생활을 하게 하는 것을 목적”으로 하는 제도로, 명시적인 국적 조항이 없다. 그러나 역시 제5조의2에 외국인에 대한 특례 조항을 두어 동법 시행령에 의해 이주민 중 적용 대상을 제한하고 있다.

긴급복지 지원에는 생계지원, 주거지원, 사회복지시설 이용지원, 교육지원 등과 함께 의료지원이 포함되어 있다. 의료지원에는 중한 질병 또는 부상에 따른 각종 검사, 치료, 입원, 수술 등 의료서비스 및 약제비 지원이 포함된다. 지원금은 1회에 한해 300만원 이내로 지급되며, 1회 지원 후에도 위기상황이 계속되는 경우에는 1회 추가 지원이 가능하나, 10만원 미만의 소액인 경우 지원하지 않는다.

「긴급복지지원법」에 따라 긴급복지 지원대상이 되는 위기상황은 아래 <표 3-1-15>와 같다.⁷⁹⁾

<표 3-1-15> 긴급복지 지원대상이 되는 위기상황

- ▷ 주소득자가 사망, 가출, 행방불명, 구금시설에 수용되는 등의 사유로 소득을 상실한 경우
- ▷ 중한 질병 또는 부상을 당한 경우
- ▷ 가구구성원으로부터 방임 또는 유기되거나 학대 등을 당한 경우
- ▷ 가정폭력을 당하여 가구구성원과 함께 원만한 가정생활을 하기 곤란하거나 가구구성원으로부터 성폭력을 당한 경우
- ▷ 화재 또는 자연재해 등으로 인하여 거주하는 주택 또는 건물에서 생활하기 곤란하게 된 경우
- ▷ 주소득자 또는 부소득자의 휴업, 폐업 또는 사업장의 화재 등으로 인하여 실질적인 영업이 곤란하게 된 경우
- ▷ 주소득자 또는 부소득자의 실직으로 소득을 상실한 경우
- ▷ 보건복지부령으로 정하는 기준에 따라 지방자치단체의 조례로 정한 사유가 발생한 경우
- ▷ 그 밖에 보건복지부장관이 정하여 고시하는 사유가 발생한 경우
 - 주소득자와 이혼한 때
 - 단전된 때
 - 교정시설에서 출소한 자가 생계가 곤란한 경우
 - 가족으로부터 방임·유기 또는 생계 곤란 등으로 노숙을 하는 경우
 - 관련 부서(기관)으로부터 생계가 어렵다고 추천을 받은 경우

지원대상이 되는 위기상황에 처했다고 해서 모두가 긴급복지지원을 받을 수 있는 것은 아니며, 소득과 재산이 일정 수준 이하임이 증명되어야 한다. 2020년 현재 지원대상의 소득

79) 「긴급복지지원법」 제2조(정의) 및 「보건복지부고시 제2020-73호」 “위기상황으로 인정하는 사유” 참조.

기준은 기준 중위소득 75%(1인 기준 1,318천원, 4인 기준 3,562천원) 이하이며, 재산은 대도시 188백만 원 이하, 중소도시 118백만 원 이하, 농어촌 101백만 원 이하, 금융재산 500만 원 이하이다.⁸⁰⁾

긴급복지지원 제도 대상이 될 수 있는 이주민은 <표 3-1-16>과 같다.⁸¹⁾

<표 3-1-16> 긴급복지지원법에 따라 의료지원 대상이 될 수 있는 이주민

대상	조 건
결혼이주민	▷ 한국 국민과 혼인 중인 사람 ▷ 한국 국민인 배우자와 이혼하거나 그 배우자가 사망한 사람으로 한국 국적의 직계존비속을 돌보고 있는 사람
난민인정자와 인도적체류자	▷ 「난민법」에 따른 난민인정자 ▷ 「난민법」에 따른 인도적체류자
그 밖의 이주민	▷ 본인의 귀책사유 없이 화재, 범죄, 천재지변, 재난 등으로 피해를 입은 사람

결혼이주민과 난민이 주요 대상인 점은 전술한 의료급여 제도, 재난적의료비 지원 제도와 유사하다. 그러나 한국국적자와 혼인 중인 결혼이주민이면 임신 중이거나 한국국적자를 양육·부양 중이 아니더라도 대상이 될 수 있는 점, 「난민법」에 따른 난민인정자와 함께 인도적체류자도 대상이 될 수 있는 점, 또한 본인의 귀책사유 없이 화재, 범죄, 천재지변, 재난 등으로 피해를 입은 이주민도 대상이 될 수 있다는 점에서 의료급여와 재난적의료비 지원 제도에 비해서는 적용 대상이 넓은 편이다. 그러나 긴급복지 지원제도는 기본적으로 1회에 한해 300만 원 이내, 최대 2회 지급으로 전술한 제도에 비해 지원의 수준이 매우 낮다.

(2-3) 응급의료 서비스 지원 제도

「응급의료에 관한 법률」은 제3조에 “모든 국민은 성별, 나이, 민족, 종교, 사회적 신분 또는 경제적 사정 등을 이유로 차별받지 아니하고 응급의료를 받을 권리를 가진다. 국내에 체류하고 있는 외국인도 또한 같다.”고 하고 있어 이주민에 대한 동등한 권리를 명시한 유일한 의료보장 관련 법률이다.

응급의료 서비스 지원 제도는 모든 사람이 응급상황에서 신속하고 적절한 응급의료를 받

80) 보건복지부, 「2020 긴급지원 사업안내」, p.5.

81) 「긴급복지지원법」 제5조의2(외국인에 대한 특례), 동법 시행령 제1조의2(긴급지원대상자에 해당하는 외국인의 범위), 보건복지부, 「2020 긴급지원사업안내」, p.36-37 참조.

을 수 있도록 하여 응급환자의 생명과 건강을 보호하는 것을 목적으로, 질병, 분만, 각종 사고 및 재해로 인한 부상이나 그 밖의 위급한 상태로 인해 즉시 필요한 응급처치를 받지 않으면 생명을 보존할 수 없거나 심신에 중대한 위해가 발생할 가능성이 있는 환자에게 구조, 이송, 응급처치, 진료를 제공하는 제도이다.

또한 경제적 이유로 응급의료를 거부당하거나 치료를 받지 못하는 일이 없도록 ‘응급의료 비용 미수금 대지급제도’도 운영되고 있다. 응급의료비용 미수금 대지급제도는 응급환자가 의료(이송)기관에서 응급의료(이송)를 제공받고, 일시적인 경제적 어려움으로 의료비용을 지불하지 못한 경우, 응급의료 비용을 국가가 의료(이송)기관에 대신 지급해주고, 나중에 환자 본인 또는 상환의무자(배우자, 부모, 자녀 등)로부터 돌려받는 제도이다.⁸²⁾

제도의 근거가 되는 「응급의료에 관한 법률」이 응급의료를 받을 권리를 어떠한 종류의 차별도 없이 모든 국민 및 국내 체류 외국인에게 보장하고 있기 때문에, 응급의료비용 미수금 대지급제도 또한 응급환자로 인정된 모든 이주민도 적용 대상이다. 의료비를 지원하는 것이 아니고 추후 상환을 청구하는 것이기는 하지만 보건의료 서비스로는 드물게 국적이나 체류자격과 무관하게 적용되는 제도로 주목할 만하다.

주민지 외(2013)는 응급의료비용 미수금 대지급제도가 이주민 당사자들의 낮은 제도 인지도와 재평가를 통해 대지급 비용이 삭감되는 비율이 높은 제도 운영상의 한계로 이주민들의 실제 이용에는 제약이 있다는 점을 지적하였다. 최규진 외(2018)는 정보의 부족, 접근성의 어려움, 체류신분에 대한 불안 등의 이유로 제도 이용에 제약이 많고, 건강보험심사평가원의 심사 기간이 오래 걸려 의료기관에서 제도를 기피하는 경우도 있다는 점을 지적하고 있다.

실제 응급의료비용 미수금 대지급제도는 신청주체가 응급환자 본인이 아니라 의료기관이기 때문에 의료기관 담당자의 노력 여하에 따라 제도 활용의 편차가 크다고 볼 수 있다. 이주민의 경우 통역을 비롯해 상황을 파악하는데 더 많은 노력이 들기 때문에 의료기관 담당자가 제도 이용을 기피하는 경우가 있는 것도 사실이다. 그러나 역으로 의료기관과 환자의 부담을 함께 줄이기 위해 적극적으로 제도를 활용하고 있는 의료기관도 있다.

82) 「응급의료에 관한 법률」 제22조(미수금의 대지급).

(3) 보건의료 취약계층 대상 의료지원사업

(3-1) 모자보건 및 돌봄·양육 지원

임산부와 영유아의 건강을 보호하기 위한 「모자보건법」은 이주민에 대해 「재한외국인 처우 기본법」상 결혼이민자, 즉 한국 국민과 혼인한 적이 있거나 혼인관계에 있는 재한외국인에 대해서만 적용한다고 규정하고 있으나(법 제3조의3), 세부 사업에서는 그 대상 범위에 약간 차이가 존재한다. 모자보건 및 돌봄·양육 지원사업의 세부 사업별 적용 대상 이주민은 <표 3-1-17>과 같다.

〈표 3-1-17〉 모자보건 및 돌봄·양육 지원사업의 이주민에 대한 적용

내용	대상
저소득층 기저귀·조제분유 지원사업	▷ 부모 중 한쪽이 한국인인 외국인등록을 한 만 2세 미만 영아 ▷ 난민인정자, 영주귀국 사할린 한인
고위험 임산부 의료비 지원사업	▷ 영주자격자 및 결혼이주여성 ▷ 난민인정자, 영주귀국 사할린 한인
청소년산모 임신·출산의료비 지원 사업	▷ 건강보험에 가입된 이주민과 의료급여 대상 이주민
난임부부 시술비 지원사업	▷ 부부 중 한쪽이 한국인인 이주민 (사실혼인 경우 1년 이상 당사자 모두 국내 체류한 경우)
산모·신생아 건강관리 지원사업	▷ 한국인과 혼인한 결혼이주민 ▷ 부모가 모두 외국인인 경우 거주(F-2), 영주(F-5), 결혼이민(F-6) 자격자
아이돌봄 지원사업	▷ 「다문화가족지원법」 상 다문화가족의 한국 국적 아동
한부모가족지원	▷ 한국 국적의 아동을 양육하는 한부모 가족

‘저소득층 기저귀·조제분유 지원사업’은 외국인등록을 한 만 2세 미만 영아도 지원대상에 포함되는데 부모 중 어느 한 쪽이 한국인인 경우에만 허용되고, 그 외 난민인정자와 영주귀국 사할린 한인은 요건 충족 시 대상이 된다.⁸³⁾ ‘고위험 임산부 의료비 지원사업’ 역시 영주자격자 및 결혼이주여성, 난민인정자, 영주귀국 사할린 한인만 신청자격이 있다.⁸⁴⁾ 예외

83) 보건복지부, 「2020 모자보건사업 안내」, p.325.

84) Ibid. p.286.

적으로 ‘청소년산모 임신·출산의료비 지원 사업’은 건강보험에 가입된 이주민과 의료급여 대상 이주민의 경우 신청 가능하다.⁸⁵⁾ ‘난임부부 시술비 지원사업’은 부부 중 일방이 한국인이고 다른 일방이 이주민인 경우 지원 가능하며, 사실혼인 경우에는 1년 이상 당사자 모두 국내에 체류한 사실이 확인되면 가능하다.⁸⁶⁾

‘산모·신생아 건강관리 지원사업’은 저소득층 산모에게 산후 건강관리 및 신생아 관리를 위한 가정방문 서비스를 받을 수 있는 서비스 이용권을 지급하는 사업인데 이주민의 경우 한국국적자와 혼인한 결혼이주민이 적용대상이며, 부모가 모두 외국인인 경우에는 각 체류자격이 F-2(거주), F-5(영주), F-6(결혼이민)인 경우에만 지원신청자격이 있다.⁸⁷⁾ 양육공백이 발생한 가정을 위한 ‘아이돌봄 지원사업’은 부 또는 모가 질병 및 상해로 인해 장기입원 중인 경우에도 신청할 수 있고 「다문화가족지원법」상 다문화가족 자녀는 아이돌봄서비스의 우선 제공 대상이지만(「아이돌봄 지원법」 제13조의2 제5호), 한국 국적의 아동만이 지원 대상이다.⁸⁸⁾

「한부모가족지원법」은 미혼모 또는 미혼부와 그 자녀의 건강한 생활을 위해 산전·분만·산후관리, 질병의 예방·상담·치료, 영양·건강에 관한 교육 등 건강관리를 지원하도록 하고 있고, 미혼모자가족복지시설에 입소한 경우 의료비를 지원하도록 규정하고 있다(법 제17조의6). 동 법은 이주민 중 한국인과 혼인하여 한국 국적의 아동을 양육하고 있는 사람만을 대상으로 하였는데(법 제5조의2 제3항), 최근 혼인 여부와 관계없이 한국 국적의 아동을 양육하면 한부모가족도 지원 대상이 되도록 일부 개정되었다(법률 제17540호 일부개정 2020. 10. 20.).

(3-2) 장애인 복지와 의료지원

2012년 「장애인복지법」 제32조의2(재외동포 및 외국인의 장애인 등록)가 신설되어 이주민 중에 재외국민과 재외동포, 영주(F-5) 자격자, 결혼이민자는 장애인등록을 할 수 있게 되었다. 2017년, 장애인 등록을 할 수 없어 활동보조인 지원을 받지 못해 학교에 다닐 수 없었던 난민 아동이 ‘장애인등록거부처분 취소’ 소송을 제기하여 2018년 최종 승소하였다. 소송이 진행 중이던 2017년 12월, 「장애인복지법」 일부 개정안이 국회를 통과해 동법 제32조의2 제1항에 난민인정자도 장애인등록을 할 수 있는 대상에 추가되었다.⁸⁹⁾ 현재 장애인 등록을 할 수 있는 이주민은 <표 3-1-18>과 같다.

85) Ibid. p.57.

86) Ibid. p.100.

87) 보건복지부, 「2020년 산모신생아 건강관리 지원사업 안내」, p.41.

88) 여성가족부, 「2020년 아이돌봄 지원사업 안내」, p.28.

89) 이주와 인권연구소 홈페이지 “멀고도 험한 학교가는 길-난민 장애인 아동의 장애인 등록 지원” 참조 (http://www.mihu.re.kr/activities/disability_registration)

〈표 3-1-18〉 장애인 등록을 할 수 있는 이주민

대 상	조 건
재외동포	▷ 국내거소신고를 한 재외동포
재외국민	▷ 주민등록을 한 재외국민
영주자	▷ 외국인등록을 한 영주(F-5) 체류자격자
결혼이주민	▷ 「재한외국인 처우 기본법」에 따른 결혼이민자
난민인정자	▷ 「난민법」에 따른 난민인정자

「장애인복지법」에 따라 장애인등록을 한 사람은 보육, 교육, 의료, 재활 등의 서비스를 제공받거나 연금 또는 수당을 지급받을 수 있다. 장애인 등록을 한 사람은 「장애인연금법」에 따라 18세 이상 중증 장애인 중 조건을 충족하는 사람에 한해 장애인 연금을 신청할 권리, 「장애인활동 지원에 관한 법률」에 따라 활동지원급여를 신청할 수 있는 권리, 「장애아동 복지지원법」에 따른 지원을 신청할 권리 등을 가지게 된다.

그러나 「장애인복지법」 제32조의2 제2항은 장애인 등록을 한 이주민에 대해서는 국가와 지방자치단체가 예산 등을 고려하여 장애인복지사업의 지원을 제한할 수 있도록 하고 있고, 보건복지부는 이주민으로 장애인 등록을 한 사람에 대해서는 장애인으로서 실질적인 지원에서 배제하고 있다.

〈표 3-1-19〉 이주민 장애인 등록자에 대한 장애인 복지사업 적용 여부

종류	내 용	적용 여부 및 대상
연금·수당	▷ 장애인연금 : 생활이 어려운 18세 이상 중증장애인에게 매달 기초급여(최대 30만원) 및 부가급여(2만~38만원) 지급	- 난민인정자만 해당
	▷ 장애수당 : 생활이 어려운 18세 이상 장애인 중 중증장애인에 해당하지 않는 장애인에게 월4만원, 보장시설 수급자에게 월 2만원 지급	- 난민인정자만 해당
	▷ 장애아동수당 : 생활이 어려운 18세 미만 장애아동에게 2~20만원 지급	- 난민인정자만 해당
보육·교육	▷ 장애아 보육료 지원 : 12세 이하 미취학 장애아동에게 보육료 월 478,000원, 방과후 월 239,000원, 만3~5세 누리장애아보육 월 478,000원	- 난민인정자만 해당

의료·재활	▷ 장애인 의료비 지원 : 의료기관 이용 시 발생하는 급여 항목 본인부담금의 일부 또는 전액 지원 (비급여 제외)	- 의료급여 수급권자 - 건강보험 차상위
	▷ 건강보험 지역가입자 보험료 경감	- 결혼이주민, 영주권자 - 난민인정자
	▷ 장애인 등록 진단비, 장애 검사비 지원	- 생계·의료급여 수급권자
	▷ 발달재활 서비스 : 18세 미만 뇌병변, 지적, 자폐성, 언어, 청각, 시각 장애아동 중 소득기준 이하인 가구의 아동에게 매월 14~22만원의 발달재활 서비스 바우처 지원	- 제외
	▷ 언어발달 지원 : 보호자가 시각, 청각, 언어, 지적, 뇌병변, 자폐성 등록 장애인인 12세 미만, 소득기준 이하 가구의 비장애 아동에 매월 16~22만원의 언어재활 바우처	- 제외
	▷ 장애인 보조기기 교부 : 등록장애인 중 국민기초생활수급권자 및 차상위계층	- 기초생활 수급권자
	▷ 보장구 건강보험 급여(의료급여) 적용	- 의료급여 수급권자 - 건강보험 가입자
	▷ 장애인 의료재활 시설 운영 : 장애 진단 및 치료, 보장구 제작 및 수리, 장애인 의료재활상담 등 (수급권자는 무료, 그 외는 실비)	- 의료급여 수급권자
	▷ 여성장애인 출산비용 지원 : 등록 장애인 여성의 출산(유산, 사산 포함) 시 100만원 지급	- 포함
기타 서비스	▷ 장애인 활동지원 : 6~64세 1~3급 등록장애인에 대해 활동보조급여 제공	- 난민인정자만 해당
	▷ 장애아 가족 양육 지원 : 18세 미만 중증장애아동에 돌봄 서비스 제공	- 제외
	▷ 장애인 자동차 표지 발급	- 포함
	▷ 무료 법률 구조제도	- 포함
공공요금 관련	▷ 각종 공공시설 입장료 감면, 공영주차장 주차요금 감면, 철도·도시철도 요금 감면, 통신요금 감면, 항공요금 할인, 여객선 운임 할인, 전기요금·도시가스요금 할인 등	- 포함

자료 : 2020년 장애인복지사업안내, 2020년 장애인연금 사업안내, 2020년 보육사업안내, 2020년 여성장애인지원사업안내, 2020년 차상위 본인부담경감대상자 지원사업 안내, 2020년 장애아동가족지원 사업안내.

〈표 3-1-19〉에서 2020년 기준 이주민 장애인 등록자에 대한 장애인 복지사업 적용 여부를 살펴보면, 연금·수당, 보육·교육 지원, 활동지원이 난민인정자에게만 해당된다. 의료·재활 지원은 의료급여 등 수급권자만이 대상인데 수급권자가 될 수 있는 이주민은 앞에서 보았듯이 한국국적자를 임신·양육·부양 중인 결혼이주민과 난민인정자 등에 한정되어 있다. 건강보험 지역가입자 보험료 경감 또한 결혼이주민, 영주권자, 난민인정자만 해당된다.

즉 재외동포나 재외국민도 장애인등록은 할 수 있지만, 이주민 장애인 등록자 모두에게 적용되는 사업은 여성장애인 출산비용 지원, 장애인 자동차 표지 발급, 무료 법률 구조제도, 공공요금 할인 제도에 한정되므로, 이들은 장애인으로서 실질적 지원은 받지 못한다.

(3-3) 기타 법정본인부담금 및 비급여 진료비 지원

① 암환자 의료비 지원

「암관리법」에 근거한 ‘암환자 의료비 지원사업’은 암환자의 암 종류별 경제적 부담능력 등을 고려하여 만 18세 미만 소아암환자와 성인암환자에게 의료비를 지원하는 사업이다. 소아암환자와 성인암환자가 의료급여 수급자이면 당연 선정된다.

건강보험 가입자인 소아암환자는 소득 기준과 재산 기준을 모두 충족하는 경우 지원 대상으로 선정될 수 있으며 연속 지원이 가능하다. 건강보험 가입자인 성인암 환자는 건강보험료와 국가 암검진 수검 이력을 확인하여 연속 최대 3년 간, 본인일부부담금에 대해 연간 최대 급여 200만 원까지 지원이 가능하다. 대상자가 될 수 있는 건강보험료 기준은 2020년 1월, 직장가입자 10만 원 이하, 지역가입자 9만7천 원 이하이다.

의료급여 수급자이면 사업 대상으로 당연 선정되므로 이주민 수급자의 경우에도 마찬가지일 것으로 보이는데, 보건복지부의 「2020 암환자의료비지원사업 안내」에서는 소아암환자의 경우 외국국적자 및 국외이주자는 제외되고 난민인정자와 영주귀국 사할린한인만 대상이 될 수 있다고 하고 있다. 건강보험 가입자인 성인암환자의 경우 국가암검진 대상자로 선정되어 국가암검진을 통해 신규 암을 진단받은 이주민은 지원 가능하다.⁹⁰⁾ 그러나 건강보험료가 대상 선정 기준인데 지역가입자인 이주민 대다수는 평균보험료 이상이 부과되므로 지원 대상에서 제외된다.

② 차상위 본인부담 경감대상자 지원

‘차상위 본인부담 경감대상자 지원’ 사업은 희귀난치성·중증 질환자, 만성 질환자, 18세 미만인 자 중 소득인정액 기준(기준 중위소득의 50% 이하)과 부양의무자(1촌의 직계혈족 및 그 배우자) 기준(부양 요건)을 모두 충족하는 사람에게 의료급여와 유사한 수준의 본인

90) 보건복지부, 「2020 암환자의료비지원사업 안내」.

부담금만 부담하도록 하고 나머지 차액을 국고에서 지원하는 사업이다. 건강보험 지역가입자에 대해서는 보험료 전액을 국고에서 지원한다. 그러나 이 사업은 외국국적 이주민과 재외국민에게는 적용되지 않는다.⁹¹⁾

5) 비정규 체류 이주민의 의료보장

비정규 체류자는 원천적으로 건강보험에 가입할 수 없으며, 대부분의 공적 의료보장제도에서 적용 대상으로 고려하지 않고 있다. 그러나 비정규 체류자라 하더라도 응급의료를 받을 권리를 인정하고 ‘내국인’ 보호 차원의 감염병 예방을 위한 의료서비스는 받을 수 있도록 하고 있다.⁹²⁾ 이 경우 이주민이 공공의료기관을 이용할 때 신분 노출의 위험으로 의료서비스 이용을 꺼리거나 치료를 중단하지 않도록 국가와 지방자치단체의 공무원이 직무 수행 시 비정규 체류 이주민을 발견하면 지방출입국·외국인관서의 장에게 알려야 하는 통보의무를 면제하고 있다.⁹³⁾

이러한 공적제도들이 실제 비정규 이주민에 대한 최소한의 의료보장 장치로 제대로 기능하고 있는지 또한 민간영역에서는 이러한 공적제도로도 해결할 수 없는 비정규 이주민들의 의료문제에 대해 어떻게 보완 혹은 대안적으로 해결하고 있는지 각각 살펴보도록 한다.

(1) 공적 제도

(1-1) 외국인근로자 건강관리지침

2000년 8월, 현 질병관리청의 전신인 국립보건원은 당시 이주노동자의 다수를 차지하던 비정규 이주노동자들에게 “인도적 차원에서 체계적으로 보건의료서비스를 제공하기 위해” 「외국인근로자 건강관리지침」을 마련하여 전국 16개 시도 242개 보건소에 시달하였다.

원래 지침은 ‘내국인’ 보호 차원의 전염성 질환 예방을 주요 목적으로 비정규 이주노동자들에게 전염성 질환 예방과 치료를 제공하고자 마련된 것이었다. 그러나 이주노동자 지원단체들은 지침 시행 전 가진 간담회에서 이주노동자 뿐 아니라 당시 늘고 있는 이주노동자 가정의 자녀출산과 관련하여 여성 이주노동자들의 산전·산후 검진과 영유아 예방접종의 필요성을 강조하였다.⁹⁴⁾ 이후 지침에 근거하여 이주노동자 밀집지역의 보건소들은 이주노동자들의 기본적인 건강관리와 비정규 이주여성 산모들에게 엽산제, 철분제 공급 등을 포함한

91) 보건복지부, 「2020 차상위 본인부담경감대상자 지원사업 안내」.

92) 김미선(2019a).

93) 「출입국관리법」 제84조(통보의무) 제1항 및 동법 시행령 제92조의 2(통보의무의 면제). 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 공공보건의료기관에서 담당 공무원이 보건의료 활동과 관련하여 환자의 신상정보를 알게 된 경우.

94) 한국이주민건강협회(2009).

산전·산후 검진 및 영·유아 예방접종을 시작하였다.

이 지침은 지금까지 시행중인 비정규 체류 이주민에 대한 가장 오래된 공적 의료서비스 제도임에도 지자체에 예산편성의 책임이 있고 지역 내 이주민 인구나 이주민들의 이용률에 따라 지역별 편차가 크다. 특히 체류자격이 없는 이주민 입장에서는 보건공무원이 자신들의 체류자격을 지방출입국·외국인관서에 통보하지 않는다 해도 신분노출에 대한 두려움으로 이용을 꺼리거나 거리상 지역 내 보건소 접근성이 떨어지는 경우 이용하지 않게 된다.

(1-2) 어린이 국가예방접종 지원사업

「감염병 예방 및 관리에 관한 법률」에 따른 어린이 국가예방접종 지원사업은 “예방접종이 감염병을 예방하기 위한 가장 효과적인 방법이나, 과거 예방접종 비용이 보건소 이용자에게 한정적으로 지원되어 민간의료기관의 접종비용은 경제적 부담으로 작용함”으로 “저출산 시대에 예방접종비용으로 인한 육아부담을 경감하고, 예방접종률을 향상하여 예방접종 대상 감염병으로부터 국민을 보호하기 위해 민간의료기관의 예방접종비용까지 확대 지원”한다고 추진 배경을 설명하고 있다.⁹⁵⁾

즉 2014년부터 본인부담금 없이 전액 무료로 만 12세 이하 모든 어린이는 보건소와 위탁의료기관(민간의료기관)에서 17종의 필수예방접종을 받을 수 있게 되었다. 이 사업은 국적 및 체류 자격과 무관하게 모든 아동에게 적용되고 있어 비정규 체류 이주아동도 필수예방접종을 받을 수 있다.

그러나 「2020년도 국가예방접종사업 관리지침 보건소용」에 따르면 외국인 예방접종 대상자의 비용상환 기준⁹⁶⁾은 「출입국관리법」에 따른 외국인 등록번호 발급자(면제자 포함)의 경우 ‘내국인’에 준하여 비용상환을 신청하도록 되어 있고, 외국인 등록번호가 없는 경우는 보건소에서 임시관리번호 발급(3개월 미만 단기체류자 제외) 후 무료접종 가능하며, 피접종자가 위탁의료기관(민간의료기관)에서 접종을 원하는 경우는 전액 본인부담 하도록 하고 있다. 관리번호는 외국인 등록번호가 없는 장기체류자는 비자, 여권(입국일) 등을 통해 국내 체류기간(3개월 이상 경과 등) 확인 후 관리번호를 발급하도록 하고 있다.

즉, ‘내국인’ 아동이나 정규 체류 이주아동은 보건소나 민간의료기관에서 무료로 17종의 필수예방접종이 가능하나 비정규 체류 이주아동은 보건소에서만 무료 접종이 가능하고 민간의료기관 이용 시는 전액 본인이 비용을 부담하도록 하고 있다. 언뜻 보면 피접종자의 편의에 따라 보건소가 아닌 민간의료기관을 선택했으니 그 비용은 전액 본인부담하면 된다는 것으로 이해되지만 비정규 이주아동의 경우 부모들의 편의나 자의적 선택과는 무관한 불가피한 선택인 경우가 많다. 이주민 거주 지역 내 보건소의 접근성이 떨어지는 경우 어쩔 수

95) 질병관리본부, 「2020년도 국가예방접종사업 관리지침 보건소용」. p.3.

96) Ibid, p.23.

없이 가까운 개인의원을 찾아 예방접종을 할 수밖에 없기 때문이다. 보건소가 가까이 있다면 굳이 민간의료기관을 찾을 이유가 없는데도 이주민들에게는 전산관리상의 이유로 보건소에서만 무료접종을 받도록 하고 있어 모든 아동에 대한 필수예방접종사업이라는 원래의 취지에 맞지 않게 제한적으로 운용되고 있다.

한편으로는 어린이 국가예방접종사업의 시행기관인 보건소조차 그 대상이 국적은 물론 체류자격과도 관계없이 모든 아동에게 해당된다는 것을 인식하지 못하는 문제 또한 안고 있다. 2019년 경기도 미등록 이주아동 건강권 지원을 위한 실태조사에 따르면 비정규 이주 가정의 만 1세 영아의 예방접종 여부를 도내 29곳의 보건소에 문의한 결과, 불과 10곳에서만 가능하다고 답변했고 불가하다는 답변을 한 곳도 무려 10곳에 달했다.⁹⁷⁾

(1-3) 응급의료에 관한 법률

응급의료를 받을 권리가 국민뿐 아니라 국내 거주 ‘외국인’에게도 있음을 법률에 명시하여 체류자격에 관계없이 비정규 이주민들도 응급의료비용 미수금 대지급제도도 이용할 수 있다.⁹⁸⁾

(1-4) 외국인근로자 등 의료지원사업

보건복지부 및 각 시·도에서 건강보험, 의료급여 등 각종 의료보장 제도에서 제외되어 의료혜택을 받을 수 없는 사람들에게 의료 서비스를 제공함으로써 인간으로서 누려야 할 최소한의 건강한 삶의 질을 보장하기 위해 2005년부터 시행하고 있는 사업이다.⁹⁹⁾ 지원대상은 ‘내국인’ 노숙인을 비롯해 국내에 거주하는 외국인근로자 및 그 배우자와 자녀(만 18세 미만)¹⁰⁰⁾, 국적취득 전 결혼이민자 및 그 자녀(만 18세 미만), 난민 및 그 자녀(만 18세 미만)이다. 지원 범위는 입원 및 수술(당일 외래 수술 포함), 산전진찰 등이며 외래진료는 입원 및 수술과 연계되는 사전 외래진료와 사후 외래진료 각 3회만 인정하고 있다. 의료비는 의료급여 수가를 적용하고 본인이 부담해야 하는 비급여 항목은 별도 기준에 의해 산정하도록 하고 있고, 지원금액은 1회당 500만 원씩 2회 1,000만 원의 범위 내에서 2017년부터 본인 부담금 10%를 적용하여 총진료비의 90%를 지원하고 있다.

지원 대상이 되기 위해서는 ‘외국인근로자’의 경우 국내 체류 90일 이상 경과여부, 국내에서 질병 발병 여부, 여권, 외국인등록증, 여행자증 등 신원 확인 및 전·현직 근로여부를 확인하고 있으며 건강보험, 의료급여, 산재보험 적용대상 여부를 확인하여 대상자 등에 해

97) 오경석 외(2019), p. 67.

98) 자세한 내용은 본 연구보고서 제3장 제1절 4) 참조.

99) 보건복지부, 2020.4., 「외국인근로자 등 의료지원사업 안내」.

100) 기존 2019년도 사업지침에서는 외국인근로자 및 그 배우자와 자녀에만 만 18세 미만의 연령 기준이 표기되었으나 2020년 사업지침부터 이하 지원대상 중 자녀의 연령 기준을 만 18세 미만으로 모두 추가 표기하고 있다.

당하면 지원 대상자에서 제외한다.

사업의 재정은 국비와 지방비 7:3 비율로 마련하고 있으며 사업시행기관은 국립중앙의료원, 지방의료원, 적십자병원과 의료법에 의해 개설된 의료기관중 외국인근로자 등 의료지원 사업시행 의료기관으로 등록된 의료기관들이다.

이 사업은 비정규 체류 이주민의 진료비 문제를 해결하는 데 직접적인 도움이 되고 있으나 대상을 확대하면서 예산은 정체되어 있고 지원 예산 배분에 대한 시도별 명확한 기준이 없어 예산이 일찍 소진되는 경우 이주민과 의료기관 모두 어려움을 겪고 있다.

경상남도 공공보건의료지원단에 따르면 사업 예산과 관련하여 각 시도 담당자들이 예산 증액을 위해 노력해도 일부 시도만 증액되고 대부분 다음해 예산으로 병원에 지급보증하는 방법으로 예산을 운용중이어서 사업취지를 충분히 달성하기 어렵다는 평가가 있다.¹⁰¹⁾ 실제로 강원도는 8개 의료기관에서 예산 약 4,300만 원으로 연간 10~12명에게 일인당 약 3백~4백만 원을 지원하고 있으나 예산이 항상 부족해 증액을 요구해도 반영되지 않고 있으며, 전라남도도 의료기관 6곳에 1년 예산 1,850만 원으로 연간 7명 정도 지원을 해왔으나 이마저도 올해는 지난해 미지급금 지급으로 단 한 명도 지원할 수 없었다. 인천은 사업예산 1억3천4백만 원에서 미지급금이 7~8천만 원 정도로 전년도 미지급금에 대해 순차적으로 지급되고 있어 6~7월이면 사업비가 소진되는 형편이다.

부산시는 2019년 예산 2억3천만 원에서 지속적인 증액 요청 결과 올해 2억9천만 원으로 증액되었다. 사업수행기관 6곳에서 연간 350~400명 정도를 지원하고 있는데 보통 예산은 상반기에 소진되고 2년 치 미지급금액이 발생한다. 한편으로 울산, 경남, 대구, 심지어 경기도 환자까지 부산으로 진료 요청을 하는 경향이 나타나고 있는데, 이는 미지급금 증가로 주변 시도에서 사업 지원을 중단하는 경우가 발생하고 있고, ‘통번역센터 링크’에서 의료 동행 통역을 제공하고 있기 때문이다.¹⁰²⁾

서울시는 2019년 14개 의료기관에서 14억8천9백여만 원의 예산으로 1,725건을 지원했다. 중요한 변화 중의 하나는 원래 이 사업에 포함되었던 의료비 지원대상자 연계 간병 및 의료통역서비스 지원사업이 사업수행 의료기관에서 간호, 간병 통합 서비스 제공과 외부 통역 서비스 이용 등 의료 환경 변화로 인해 중단된 점이다. 또한 서울 시도 타 시도와 마찬가지로 당해 연도 예산 부족으로 인한 미지급금 누적을 사업 수행의 가장 큰 어려움으로 꼽았다.¹⁰³⁾

사업수행기관인 의료기관들에서는 의료지원비 미지급금을 자체 미수금으로 해결하거나 기타 응급의료기금에서 충당하여 해결하기도 하나 더 이상 환자를 받지 않는 경우도 생긴다.

101) 경상남도 공공보건의료지원단(2020.12.), “외국인근로자 등 소외계층에 대한 의료지원” 지자체별 현황.

102) Ibid, pp.5-6.

103) 서울시 시민건강국 보건의료정책과(2020.3.27.), “2020년 외국인근로자등 의료지원 사업계획”.

여기에 대상자 확인 과정에서의 문제, 외래진료는 입원 및 수술과 연계되는 사전·사후 외래 진료 각 3회만 인정하고 있고, 약제비가 지원되지 않으며, 건강보험심사평가원의 심사결과 통보가 오래 걸리는 점 또한 개선사항으로 꾸준히 제기되는 문제들이다. 결국 지원대상자 선정절차의 복잡성과 이용할 수 있는 의료기관의 제한 및 예산 부족 등으로 중증의 응급환자들이 상급 의료기관을 이용할 경우는 민간의 지원에 의존할 수밖에 없게 된다.

(1-5) 외국인보호소 내 의료보장

비정규 이주민이 자발적 출국을 하지 않고 강제퇴거를 당하게 될 때 마지막으로 거치게 되는 곳이 외국인보호소이다. 외국인보호소는 국가가 운영하는 행정구금시설로 보호기간 동안 최소한의 의료보장은 국가의 책임이다. 현재 보호외국인에 대한 의료처우 및 건강권은 「출입국관리법」의 보호시설 입소 시 신체 등의 검사(제56조의5), 영상정보 처리기기 등을 통한 안전대책(제56조의7), 피보호자의 급양 및 관리 등(제57조)과 법무부령 「외국인보호규칙」상 관련 조항 즉, 신체와 소지품 검사(제6조), 환자 발견 시 조치(제7조), 음식물 등 제공(제16조), 음식물의 열량(제17조), 음식물 검사(제18조), 위생(제19조), 건강진단(제20조), 환자 진료(제21조), 감염병자 및 정신질환자 처리(제22조), 위독 또는 사망의 통보(제23조), 자유시간(제25조), 운동(제26조), 격리 보호(제40조) 등의 규정에 따라 관리되고 있다.

그러나 보호소는 성격상 구금시설에 해당하면서도 교정시설에 적용되는 현행 수용자 의료관리지침은 적용되지 않는다. 따라서 보호소 내 의료사례 발생 시 원내 치료가 우선이고 원내 치료가 어려울 경우 외부 의료기관에 연계하여 치료하도록 하고 있다.¹⁰⁴⁾ 외부진료는 의무과 소속 의료인력이 아닌 보호과 인력이 담당하여 의료적 연계와 후속치료에 취약성을 드러낼 뿐 아니라 외부진료 자부담 원칙¹⁰⁵⁾은 장기간 보호소 내에 있던 이주민에게는 또 다른 부담으로 작용할 수밖에 없다.

무엇보다 보호소가 가지는 성격상 강제퇴거 집행에 초점이 맞춰져있다 보니 보호소 내 의료 환경 개선이 쉽게 이루어지지 않는다.

그동안 국가인권위원회에서는 매년 보호소 방문조사를 통해 의료처우와 건강권에 관한 개선사항을 권고했는데 주된 내용은 보호외국인의 정신건강을 위한 관련 프로그램의 도입, 보호외국인의 의료서비스 접근권 강화(2014년), 장기보호외국인에 대한 운동시간 확대 필요(2015년), 적절한 의료조치 제공 및 검진결과 정보에 대한 서면통지 필요(2016년), 보호기간별 보호외국인에 대한 충분한 운동시간 부여 필요(2017년), 전염성질환 및 건강검진 시행

104) 「외국인보호규칙」 제7조 제2항 “청장등은 제6조에 따른 검사에서 보호외국인에게 급히 치료받아야 할 질병·상처 또는 신체적 이상이 있음을 발견하였을 때에는 지체 없이 보호시설 안에 있는 의사(이하 “담당의사”라 한다)에게 진료를 받게 하여야 한다. 다만, 담당의사가 없는 경우에는 외부 의료기관에서 진료를 받게 하여야 한다.” <개정 2018. 5. 15.>

105) 「외국인보호규칙」 제7조 제3항 “제2항에 따라 진료를 받는 경우 그 진료비는 보호외국인이 부담한다. 다만, 보호외국인이 그 진료비를 납부할 능력이 없을 때에는 국비로 부담할 수 있다.”

과 그 실효성 확보 위한 규정 마련, 보호외국인 정신건강 증진을 위한 심리상담 프로그램 운영 필요(2018) 등이었다.

2020년은 코로나19 대유행으로 인해 24시간 밀접접촉, 폐쇄된 집단생활을 하는 보호소 내 감염병 예방이 그 어느 때보다 중요한 과제였다. 보호소에서는 코로나19 확산 이후 6개국어로 된 ‘코로나19 문진표’를 도입, 입소 시 작성토록 하고 있으나 더 많은 언어로 제공될 필요가 있으며 입소 후 일정기간 격리 후(이상 유무 확인 후) 일반실 이동과 관련해서도 격리기간이 최소 2일에서 7일까지 보호소마다 달라 이에 대한 의료적 판단에 근거한 기준 수립이 필요하다. 또한 일반실도 원래의 수용인원대로 운영되고 있으나 감염병 유행시기에는 방역수칙에 맞게 수용인원을 축소, 조정하여 최소한의 거리두기가 가능하도록 할 필요가 있다. 특히 코로나19 확산양상을 볼 때 무증상 감염인 경우가 많아 격리 시 관찰 및 일반실 이동 등에 대한 판단을 누가 어떻게 할 것인지 등에 대한 기준이 필요하며 나아가 외국인의 단속, 보호소 입소, 출국 과정상 밀접 접촉하게 되는 업무수행 인원들을 포함해 코로나19 등 감염병 예방 대책과 기준이 세부적으로 마련될 필요가 있다. 무엇보다 외국인보호소 의무실이 평일에만 운영되고 있어서 지난해 화성보호소 장기 보호 외국인의 응급상태가 사망으로 이어진 사례를 통해 야간과 주말 응급상황에 빠르게 대처할 수 있는 보호소 내 응급의료체계 구축의 필요성이 다시 한 번 확인되었다.

따라서 보호소 내 의료처우와 건강권에 관하여 보호소라는 특성을 반영한 의료관리 규정을 마련하고 이를 매뉴얼화하여 보호소마다 의료관리에 관한 일관된 기준과 집행이 필요하다. 비록 강제퇴거 과정상의 일시적인 보호시설이라고 해도 이주민들의 기본적인 의료서비스를 받을 권리가 제한되어서는 안 되며 폐쇄된 공간 내 집단생활로 야기될 수 있는 감염성 질환에 대해서는 국가 감염병관리정책에 따른 예방과 발견, 치료가 동일하게 적용되어야 하고 응급의료를 받을 권리 또한 보장되어야 한다.¹⁰⁶⁾

이상과 같이 비정규 이주민에 대한 의료보장은 공적 제도를 통한 의료서비스 접근권, 응급의료를 받을 권리와 감염병 예방과 치료를 받을 권리 등을 보장하고 있으며 강제퇴거 과정상에도 최소한의 건강유지와 질병 예방 및 치료에 대한 권리를 보호하고 있다. 그러나 여전히 제도에 대한 정보부족, 사업 수행기관의 인식부족과 더불어 예산상의 한계로 인해 제도의 원래 취지를 제대로 살리지 못하는 경우가 많다. 결국 제도상으로 볼 때 근로자성을 기준으로 산재보험을 적용하는 것과는 달리 건강보험은 체류자격을 근거로 제한을 둠으로써 비정규 이주민의 의료수요에 대해서는 응급의료나 감염병 예방 등과 같은 보충적 성격의¹⁰⁷⁾ 의료서비스 접근만 인정하고 있음을 확인할 수 있다.

106) 국가인권위원회, 2018년도 외국인보호소 방문조사에 따른 권고.

107) 노호창(2019).

(2) 민간 부문의 의료안전망¹⁰⁸⁾

민간의 이주민 의료보장을 위한 활동은 1990년대 초부터 평일 병원을 찾기 어려운 이주노동자 대상 주말 무료진료, 건강보험에 가입할 수 없는 비정규 이주노동자들의 치료비 감면(의료기관)과 치료비 지원(민간단체) 등으로 시작되었다. 일반 외래진료나 간단한 시술 및 수술과 처치 등은 지역 내 의료기관과 의료진들의 도움으로 해결할 수 있었지만 2차 진료나 수술, 입원 등 비용이 많이 발생하는 의료사례들은 더 이상 의료진 혹은 개별 지원단체에만 의존할 수 없게 만들었다.

이에 이주노동자들의 의료문제를 해결하기 위한 민간 차원의 의료안전망으로 의료공제회를 조직하게 되었는데 1995년 희년선교회가 설립한 ‘희년의료공제회’와 1999년 외국인노동자대책협의회(현 외국인이주·노동운동협의회)가 조직한 ‘외국인노동자의료공제회(현 한국이주민건강협회 희망의친구들의 WeFriends Aid)’가 대표적인 사례라 볼 수 있다. 이와 함께 보건의료단체들도 1995년 ‘외국인노동자 건강권 확보를 위한 보건의료인 심포지움’¹⁰⁹⁾을 개최하여 외국인노동자 진료 가이드북 제작을 구체화하는 등 이주노동자 진료 체계화를 위한 논의를 가졌다. 한편으로 1996년 설립된 ‘부산외국인노동자 인권을 위한 모임’(현 (사)이주민과 함께)은 1997년부터 부산·경남 거주 이주노동자를 대상으로 무료진료소를 개소하여 현재까지 20년 넘게 운영하면서 공적 제도 내에 포함되지 못하는 이주민들의 건강권 보호에 노력해왔다.

이처럼 1990년대 중·후반 시작된 민간의 비정규 이주노동자들의 건강권과 의료보장을 위한 노력은 한편으로는 이주노동자, 의료기관, 지원단체가 함께 참여하여 이주노동자 의료문제를 해결하는 상호부조 시스템으로, 다른 한편으로는 이주노동자 지원단체와 의료인들 간의 무료진료 활동 및 의료비 지원 등을 중심으로 진행되었으며 그 주요 내용은 다음과 같다.

(2-1) 무료진료와 순회진료 - 기초 의료서비스 접근성 강화

주말 무료진료는 이주노동자들을 위한 가장 오래된 의료지원활동 중의 하나이다. 이주노동자 상담소나 종교기관 등에서 의료진과 함께 평일 의료기관 이용이 어려운 이주노동자들에게 기초검진과 진료, 약 처방 등을 통해 이주노동자들의 기본적인 건강관리와 질병 예방 및 조기발견을 가능케 하여 치료시기를 놓치지 않도록 하는 데 중요한 역할을 해왔다. 또 고정된 장소에서의 주말 진료소 외에 이주노동자들 밀집지역으로 찾아가는 순회진료는 지역 내 무료진료소가 없는 이주노동자들의 기초 의료서비스 접근성을 높이는 데 도움을 주었다.¹¹⁰⁾ 각 지역의 무료진료소와 순회진료는 의사 한 명부터 각 진료과별 의료진과 자원봉

108) 민간의 의료안전망에 대해서는 ‘(사)한국이주민건강협회 희망의친구들’과 ‘(사)이주민과 함께’ 두 단체 활동을 중심으로 살펴보고자 한다.

109) 외국인노동자 건강권 확보를 위한 보건의료인 심포지움 자료집. 1995. 건강사회를 위한 약사회, 건강사회를 위한 치과의사회, 교회빈민의료협의회, 기독교청년의료인회, 노동과 건강연구회, 병원노동조합연맹, 인도주의실천의사협의회, 참된 의료실현을 위한 청년한의사회 등 참여.

사자까지 갖춘 곳까지 다양한 규모와 주 1회부터 월 1회 혹은 분기별 1회까지 다양한 시기로 진행된다. 주요 검진 내용은 기초신체측정부터 혈액검사, 소변검사, 흉부 X-ray 검사, 초음파검사, 심전도 검사, 자궁경부암검사, 위 내시경 검사 및 필요시 조직검사까지 실시하며 내과, 정형외과, 재활의학과, 가정의학과, 치과, 산부인과, 피부과, 외과, 신경외과, 한방과 등 각 진료과별로 이주민들의 의료서비스를 충족시키고 있다.

‘이주민과 함께’가 24년째 운영 중인 무료진료소를 살펴보면 매주 일요일 오후 2시부터 4시까지 일반진료소와 치과진료소가 운영되고 있는데 일반진료는 내과, 외과, 피부과 등 자원활동 의사들과 ‘함께 하는 약사회’, ‘부산시여약사회’, ‘부산대약대 여동문화’ 약사들이 참여하여 진료와 약 처방이 동시에 이루어진다. 치과진료소는 치과케어 2대를 갖추고 ‘건강사회를 위한 치과의사회’ 회원들과 부산대학교 치의학전문대학원 동아리 ‘새론’의 회원들이 진료에 참여하고 있다. 무료진료소에는 매주 ‘이주민통번역센터 링크’의 통번역활동가들과 교육생들이 통역지원을 하고 있으며, 협력병원에 연계할 경우에도 환자와 동행하여 통역서비스를 제공하고 있다. 이렇듯 무료진료소 이용자들은 병원비나 의사소통에 대한 부담 없이 진료를 받을 수 있고 지역 내 의료진들은 자원활동을 통해 평일 진료가 어려운 이주민들의 의료문제를 해결해나가고 있다.

최근 5년간 ‘이주민과 함께’ 무료진료소를 이용한 환자는 일반진료 3,145명, 치과진료 4,088명으로 총 7,233명이다. 무료진료소 이용자는 매년 증가 추세를 보이고 있는데 이는 이주민의 체류가 장기화되고 고령화되면서 이와 관련된 성인병(당뇨, 고혈압) 관리와 건강검진, 독감예방접종 등의 수요와 무관하지 않은 것으로 평가된다.

(2-2) 의료공제회와 의료기관 협력 네트워크 - 이주민 의료문제 해결

앞에서 본 대로 이주민 의료공제회는 이주노동자, 이주민 지원 상담소, 의료기관의 참여와 파트너십을 기반으로 건강보험 가입이 어려운 이주민들이 협력의료기관에서 진료와 치료를 받도록 하고 의료비 부담이 큰 응급, 수술, 입원 등의 의료비를 지원하는 시스템이다. ‘희망의친구들’이 운영하는 ‘WeFriends Aid(이주민 의료공제회)’는 초기에는 비정규 체류 이주노동자가 주 가입대상이었으나 2004년 고용허가제 도입 이후에도 여전히 직장이나 지역 건강보험 가입이 어려운 이주노동자들을 위해 2009년 가입대상을 체류자격이 있어도 보험가입이 어려운 동포, 난민들까지 확대하였다. 의료지원 범위도 의료비 부담이 큰 응급, 수술, 입원 중심이었으나 2016년부터는 외래진료와 검사비를 지원하여 장기체류하며 만성질환을 관리해야 하는 이주민들의 의료비 부담을 덜어주고 있다. 2020년 12월 현재 이주민 23,013명이 회원으로 가입되어 있고 전국 35곳의 이주민 지원단체와 500여 의료기관이 협약을 맺어 참여하고 있다.

110) 한국이주민건강협회(2009).

의료공제회의 가장 중요한 활동 중 하나인 이주민 의료비 지원 현황을 살펴보면 2019년 한해 총 491건으로 전년도 총 426건 대비 15% 증가하였고, 의료비 지원액은 전년도 총 228,441,960원 대비 3% 증가한 총 235,747,519원이 지원되었다. 의료지원 내용을 살펴보면 응급지원 건수가 62건으로 전체의 13%에 불과하지만, 지원액은 110,875,930원으로 전체 의료비의 47%를 차지하여 전년 대비 동일한 지원 건수에 지원액은 5% 증가하였다. 전체 의료지원의 43%인 211건은 외래진료 지원이었는데 이는 이주민들의 체류 장기화로 인한 만성질환 증가와 무관하지 않다.

한편 ‘이주민과 함께’는 공제회 시스템은 아니지만 부산의료원을 비롯한 부산시 내 50여 의료기관과 의료비 감면 협약을 맺고 이주민 환자를 의뢰하고 있다. 의료비 감면 비율은 의료기관에 따라 다르지만 의료비는 건강보험수가로 책정하기로 협약을 맺는다. 이주민 환자 중에 협력병원에 연계하여 의료비 감면으로도 해결되지 않는 중증질환자나 미등록 이주여성들의 조산과 신생아 중환자의 경우는 ‘이주민과 함께’에서 조성한 의료기금과 환자별 특별모금을 통해서 지원하고 있으며, 지정기탁 사업으로 마련된 기금으로 일부 충당하고 있다. 최근 3년 간 ‘이주민과 함께’에서 협력병원 의뢰와 의료비 지원으로 연계한 의료복지상담은 총 273건(2017년 124건, 2018년 79건, 2019년 70건)이었다.

‘WeFriends Aid’와 같은 의료공제회 시스템 혹은 지역 내 의료기관과의 협력 네트워크는 공적 제도에서 배제된 이주민들의 의료안전망으로 중요한 역할을 담당하고 있다. 이주민들이 한국생활에서 가장 큰 어려움으로 꼽는 것이 의료비 문제임을 감안할 때 이러한 민간 시스템은 이주민들의 치료비 부담을 덜어줄 뿐 아니라 의료기관에도 치료비 미수에 대한 부담을 덜어주고 있다.

(2-3) 이주여성 모성보호 - 이주여성 의료사각지대 해소

민간의 이주민 의료지원 중에서 많은 비중을 차지하고 있는 것은 응급의료 지원(신생아 치료비 포함)과 더불어 이주여성들의 출산관련 지원이다. ‘희망의친구들’의 연간 의료지원을 보더라도 매년 전체 의료지원의 30% 가량이 비정규 이주여성의 출산관련 지원이었다. 이주여성들은 임신과 더불어 해고당하거나 스스로 일을 그만 둘 수밖에 없는 상황에서 의료비 부담으로 정기적인 산전관리를 받지 못한 채 출산하는 경우가 많다. 영양학적으로 균형 있는 식사가 어렵거나 열악한 주거환경에서 지내다 또 때로 단속의 공포로 유산, 사산, 조산 등 임신출산 합병증의 위험에 처하는 경우도 종종 발생한다. 때로 출산 직후 미숙아 치료나 선천성 신생아질환 등으로 치료를 받아야 하는 경우 심리적 재정적 부담은 배가 되어 모자 보건에 대한 관심과 지원이 지속적으로 필요한 상황이다.

현행 공적 제도는 「외국인근로자 건강관리지침」에 따라 보건소에서 임신부의 산전관리와 ‘외국인근로자 등 의료지원사업’에 의해 외국인근로자 배우자(외국인)의 임신과 관련한 산전

진찰 및 출산 지원이 가능한 것으로 되어 있으나 이 사업을 시행하는 의료기관 중에 산부 인과가 없어 해당 진료나 출산 지원을 받을 수 없거나¹¹¹⁾ 보건소의 산전관리도 영양제와 기초검사만 가능하여 실제 필요한 검사는 결국 자비로 하거나 비용문제로 포기할 수밖에 없는 것이 현실이다.

‘희망의친구들’은 이와 같은 이주여성 임신출산 관련 의료사각지대를 해소하기 위해 2013년부터 ‘WeFriends Aid(이주민 의료공제회)’ 회원 가입 후 3개월 이상 회원활동을 꾸준히 하고 있는 이주여성을 대상으로 1인당 50만원 내에서 산전검사와 산후검사, 신생아의료비를 횡수 제한 없이 지원하는 통합모자보건사업을 진행하고 있다.

아래 <표 3-1-20>은 2013년부터 2018년까지 6년간 이 사업의 결과를 보여주는데 산전 검사를 1회 이상 받은 이주여성들의 분만과 출산합병증, 선천성신생아질환 유무를 살펴본 결과 총 161명 중 37주 이상 정상적으로 자연분만과 제왕절개분만으로 출산한 사례가 66.4%로 산전검사를 1회 이상 받은 여성들이 안전한 출산을 한 것으로 나타났다. 그만큼 산전검사와 안전하고 건강한 출산과의 연관성을 확인할 수 있지만 아직까지 이 분야에 대한 지원은 공적제도보다는 민간지원에 더 많이 의존하고 있음 또한 확인할 수 있다.

<표 3-1-20> 통합모자보건사업 지원 현황(희망의친구들)

(단위: 명)

연도	산전검사	산후검사 신생아의료비	분만	조산	유산·사산	선천성 신생아질환
2013년	7	0	4	1	0	1
2014년	36	0	22	0	0	0
2015년	34	0	24	0	0	1
2016년	25	32	15	0	0	2
2017년	26	23	21	0	1	0
2018년	33	21	21	2	1	0
합계	161	76	107	3	2	4

(2-4) 간병과 의료통역

국내 무연고 이주민 환자들의 입원, 수술시 가장 필요하나 해결하기 어려운 문제가 간병과 의료통역이며 이를 해결하기 위한 노력 역시 민간에서 먼저 시작되었다. 이주민 유입 초기에는 중환자 간병을 이주노동자 상담소 활동가들이 돌아가며 할 정도로 열악한 상황이었어서 이에 대한 개입과 지원이 필요하여 ‘희망의친구들’은 2009년부터 2016년까지 이주민 환

111) 여성가족부, 2019, 「외국인 건강관리 지원 정책 특정성별영향평가」.

자 무료간병서비스와 의료통역을 실시하였으며 2014년부터 2016년까지는 서울시와 협력사업으로 진행하였다.

‘이주민과 함께’는 2013년 ‘이주민 통번역센터 링크’를 설립하여 부산시 50여 곳의 협력병원 등에 통번역활동가의 동행 서비스를 제공하기 시작했다. 링크는 의료기관뿐 아니라 고용노동부, 출입국사무소, 법원 등에도 통번역 동행서비스를 제공하지만 2020년 11월까지 전체 지원 건수의 90% 이상이 의료통역으로 그 비중이 압도적으로 높다. 또한 2019년부터는 이주민의 이용 비율이 높은 부산의료원과 부산대학교병원에 요일별로 지정된 언어별 통번역활동가를 상근 배치하는 새로운 사업을 시작했다. 통번역활동가의 상근배치는 안정적인 진료를 가능하게 함으로써 의료진과 이주민 양 측으로부터 큰 호응을 얻고 있다. 링크의 운영비는 사회복지공동모금회, 부산대학교병원의 프로젝트 사업 등으로 충당해 왔으며 2012년부터는 부산시로부터도 지원을 받고 있지만 시 지원은 통번역비에 한정되어 있어 여전히 운영비의 부족으로 예산 면에서 어려움을 겪고 있어 공적 지원의 확대가 절실한 실정이다.

최근에는 의료환경의 변화로 의료기관의 간호, 간병 통합서비스가 시행되면서 간병보다는 외래 의료통역에 초점을 맞추고 있다. 공적 제도인 ‘외국인근로자 등 의료지원사업’의 사업시행 결과 세부평가표(시·도용)에도 의료기관에서 ‘통역체계가 제대로 수행되고 있는가?’라는 항목을 두고 환자 특성상 제공되어야 할 서비스인 통역체계가 해당기관별로 구축이 되어있는지를 평가하도록 하고 있다. 그만큼 의료통역은 이주민에게나 의료기관 모두에게 절대적으로 중요한 분야가 되고 있으나 실제 통역체계 구축 정도는 의료기관마다 편차가 심한 것으로 보인다. 더욱이 최근에는 난민신청자의 증가 등으로 아랍어를 비롯한 소수언어 통역에 대한 수요가 커지고 있어 현행 공적 제도와 민간의 협력이 더욱 강화되어야 할 필요가 있다.

(2-5) 이주민 정신건강 증진

이주민 의료문제 가운데 지원단체 및 의료기관 모두 가장 어려움을 겪는 문제가 바로 정신건강 문제이다. 지난 10년 동안 정신건강문제로 ‘희망의친구들’에서 의료비를 지원한 사례는 전체 의료지원의 0.6%(18건)로 많지는 않지만 각각의 사례 모두 극적인 응급 입원치료를 거쳐 치료를 받게 된 사례들로 주로 알코올중독, 조현병, 기분장애 등의 경우이다.

그동안 직접 지원 혹은 상담 등을 통해 접한 사례들을 보면 이주민들은 체류 유형과 상관없이 정신건강 문제가 나타나면 조기상담이나 치료지원을 받지 못하는 경우가 많았다. 즉, 일상생활에 문제가 발생하고 주변관계로부터 서서히 고립되어 가다가 결국 주변의 무관심 또는 방치 속에서 증상이 더욱 악화되어 노숙생활로 이어지다 발견되는 사례들이 심심치 않게 많은 것이다. 노숙상태가 길어지면서 증상이 악화되어 급기야 급성기 정신과적 증상과 자해 행위로 응급입원을 하게 된다. 더 심각하게는 치료시기를 놓쳐 극단적인 자살로

생을 마감하는 사례도 발생한다.¹¹²⁾

민간 차원에서는 이를 예방하기 위해 2009년부터 이주민 그룹별 정신건강 증진사업, 이주민 활동가 정신건강 상담교육 및 워크숍 등에 이어 2020년부터는 이주노동자 자살 예방을 위해 서울시와 경기도 자살예방센터와 협약을 맺고 자살예방교육, 상담과 치료 지원을 위한 관계기관용 매뉴얼을 제작했다. 한편 2011년부터 이주아동 심리치료 사업을 통해 이주민 1세대뿐 아니라 이주배경 아동청소년의 정신건강 증진을 위해 노력하고 있다. 이주아동 심리치료는 다문화, 이주, 난민가정 자녀들의 심리정서 문제 조기진단 및 맞춤형 치료연계를 통해 자아존중감과 대인관계 기술 향상 및 가족의 유대감 증대와 소통능력 향상에 기여하고 있다.

(2-6) 건강교육과 다국어 의료정보 제공 - 질병예방과 건강문해력 증진

이주민이 의료와 관련된 적절한 결정을 스스로 내리는데 필요한 기본적인 건강정보와 건강서비스를 제대로 얻고, 처리하고, 이해할 수 있도록 하는 다국어 의료정보 제공은 이주민 의료지원 활동에서 매우 중요한 위치를 차지하고 있다. 다국어 의료정보는 또한 의료서비스 제공자와 원활한 의사소통을 도울 수 있으므로 민간에서 초기부터 주요하게 다룬 영역 중의 하나이다. 「이주민을 위한 건강수첩」¹¹³⁾과 메르스, 코로나19 등과 같은 감염병에 대한 다국어 정보¹¹⁴⁾를 비롯해 여성이주노동자를 위한 모성보호, 이주민정신건강 가이드북, 농축산업 이주노동자를 위한 건강교육 교재, 다국어 의료통역 매뉴얼 등 다양한 주제별 언어별로 제공되고 있다.

이상에서 살펴본 대로 비정규 체류상황의 이주민에 대한 민간의 의료안전망은 공적 제도가 포괄하지 못하는 이주민들의 주요 의료문제인 의료비, 의사소통, 의료서비스 이용 시간 등을 해결하기 위한 협력시스템 구축과 의료서비스 제공의 절대량의 증가로 이어져왔다. 여기에 이주노동자 1세대에서 이주가정의 1.5세대와 2세대로, 신체건강에서 정신건강까지 포괄하며 민간의 협력은 물론 민관협력 구축에 큰 역할을 담당해왔다. 향후 이주민들의 정주화와 고령화 등을 감안하면 현재의 응급의료권 보장에서 나아가 기초적이고 필수적인 의료서비스 접근이 가능하도록 법과 제도적 장벽을 없애고 의료사각지대를 줄이며 실질적인 건강권을 보장할 수 있는 전사회적 협력방안 마련이 필요하다.¹¹⁵⁾

112) 이애란(2019).

113) ‘한국이주민건강협회 희망의친구들’이 2001년부터 발간하였으며 현재까지 총 14개 언어로 제작되었다.

114) ‘이주민통번역센터 링크’는 특별히 올해 코로나19 예방수칙 및 관련 정보를 신속히 다국어로 번역 배포하여 이주민들에게 정확한 정보제공을 통한 감염예방에 큰 역할을 하였다.

115) 김미선(2019b).

2. 건강보험공단 통계를 통해 본 이주민 의료보장 현황

앞에서 이주민은 1차 의료안전망인 건강보험제도에서 차별을 받고 있을 뿐 아니라 대부분 의료지원제도에서도 배제되어 있음을 살펴보았다. 이하에서는 주로 건강보험공단 데이터베이스 자료를 이용한 통계¹¹⁶⁾에 기초하여 이주민의 의료보장 현황을 파악해 보고자 한다.

1) 의료보장 적용률

이주민은 신청에 의해서만 임의가입이 가능했던 지역건강보험이 2019년 7월 이후 이주민에게도 당연 적용되게 되었다. 그 결과 장기 정규체류 이주민의 의료보장 적용률은 2018년 59.5%에서 2020년 7월 77.1%로 증가했지만, 선주민 99.7%에 비해서는 여전히 낮은 수준이다. 장기체류 중인 비정규 체류 이주민까지 범위를 확대하면 이주민의 의료보장 적용률은 62.4%로 더욱 낮아진다. 이는 이주민 중 건강보험에 가입할 수 있는 자격을 체류자격, 체류기간에 따라 제한하고 있고, 일부 예외적인 경우에만 의료급여를 적용해 의료급여 적용률이 0.2%에 불과하기 때문이다. 이주민 지역가입자는 선납보험료를 1회라도 미납하면 보험료 완납 시까지 건강보험 급여를 받을 수 없고, 2020년 6월까지 이주민 지역가입 세대의 20.2%가 체납 세대임을 감안하면 실제 의료보장에서 배제된 비율은 더 높다.

먼저 <표 3-2-1>에서 주민등록인구 중 건강보험 가입자 수, 의료급여 수급권자 수 및 각각의 적용률을 살펴보았다. 2020년 7월 현재, 주민등록인구의 건강보험 적용률은 96.8%, 의료급여 적용률은 2.9%로 전체 의료보장 적용률이 99.7%에 달한다.

주민등록인구 수는 2015년부터 2019년까지 꾸준히 증가하다 2020년 7월, 전년도에 비해 처음으로 감소하였다. 주민등록인구 중 건강보험 가입자 수 또한 처음으로 약간 감소하여 건강보험 적용률은 96.8%로 전년도와 동일하다. 주민등록인구의 건강보험 적용률은 2015년 96.5%에서 2020년 7월, 96.8%로 약간 증가하기는 하였지만 지난 5년간 별반 변동을 보이지 않고 있다. 주민등록인구 중 의료급여수급권자 수는 2020년 7월, 전년도에 비해 약간 증가하였다. 그러나 지난 5년 간 주민등록인구의 증가에도 불구하고 의료급여 수급권자의 수는 2015년, 1,541,253명에서 2020년 7월, 1,507,967명으로 33,286명 감소하였다. 이에 따라 주민등록인구 중 의료급여 적용률도 3.0%에서 2.9%로 감소하였으며, 2015년에서 2020년 7월까지 3.0%를 넘어선 적이 없다.

116) 연구진은 국민건강보험공단에 3차례에 걸쳐 자료를 요청하여 제출받았다. 그런데 동일한 시점의 자료를 요청하였음에도 1,2차 자료와 3차 자료 상의 구체적인 수치에서 약간의 차이가 있었다. 공단 담당자에 따르면, 건강보험공단 데이터베이스의 자료가 수시로 업데이트 되므로 추출 시점에 따라 구체적 수치에 차이가 있을 수 있다. 그러나 그 차이가 미미하므로 1,2차 자료와 3차 자료를 교차하며 분석을 진행하였다.

〈표 3-2-1〉 주민등록인구의 연도별 의료보장 적용률

(단위: 명, (%))

구분	주민등록인구	구분	건강보험	의료급여	의료보장 계
2015년	51,529,338	‘내국인’	49,687,006	1,541,250	51,228,256
		재외국민	18,131	3	18,134
		계	49,705,137	1,541,253	51,246,390
	(100.0)		(96.5)	(3.0)	(99.5)
2016년	51,696,216	‘내국인’	49,878,847	1,506,225	51,385,072
		재외국민	20,680	31	20,711
		계	49,899,527	1,506,256	51,405,783
	(100.0)		(96.5)	(2.9)	(99.4)
2017년	51,778,544	‘내국인’	50,027,181	1,482,494	51,509,675
		재외국민	23,259	69	23,328
		계	50,050,440	1,482,563	51,533,003
	(100.0)		(96.7)	(2.9)	(99.5)
2018년	51,826,059	‘내국인’	50,100,727	1,481,408	51,582,135
		재외국민	24,454	126	24,580
		계	50,125,181	1,481,534	51,606,715
	(100.0)		(96.7)	(2.9)	(99.6)
2019년	51,849,861	‘내국인’	50,151,731	1,485,399	51,637,130
		재외국민	27,064	174	27,238
		계	50,178,795	1,485,573	51,664,368
	(100.0)		(96.8)	(2.9)	(99.6)
2020년 7월	51,839,852	‘내국인’	50,138,645	1,507,744	51,646,389
		재외국민	26,740	223	26,963
		계	50,165,385	1,507,967	51,673,352
	(100.0)		(96.8)	(2.9)	(99.7)

자료: 건강보험 가입자 수, 의료급여 수급권자 수는 국민건강보험공단, 주민등록인구는 행정안전부 「주민등록 인구통계」, 각 년도 말 및 2020년 7월 말 기준(이하 동일함).

주) 건강보험(의료급여) 적용률=[건강보험 가입자수(의료급여 수급권자수)/주민등록인구]×100
의료보장 적용률=건강보험 적용률+의료급여 적용률.

3개월 이상 국내 체류하는 재외국민은 주민등록법 제10조의2(재외국민의 신고)에 따라 주민등록을 하므로 주민등록인구에 포함된다.¹¹⁷⁾ 주민등록을 한 재외국민 중 2020년 7월, 건강보험 가입자 수는 26,740명, 의료급여 수급권자는 223명으로 전체 주민등록인구에 비

117) 연구진은 행정안전부로부터 주민등록을 한 재외국민의 연도별 신규등록(재등록)과 전입신고 건수를 확보하였지만 해당 시점에서 주민등록을 한 재외국민의 저장(stock)은 알 수 없었다. 때문에 재외국민의 의료보장 적용률은 계산할 수 없었다.

해 그 수가 매우 적어서 주민등록인구 전체의 의료보장 적용률에 거의 영향을 미치지 못하고 있다.

외국국적 이주민은 외국인등록이나 국내거소신고를 하고 「출입국관리법」에 따른 체류자격을 가지고 있는 장기 정규체류자여야 건강보험에 가입할 수 있다. <표 3-2-2>는 연도별 장기 정규체류자 및 건강보험 가입자 수와 의료급여 수급권자 수 및 그 적용률을 계산한 결과이다.

<표 3-2-2> 장기 정기체류 외국국적 이주민의 연도별 의료보장 적용률

(단위: 명, (%))

구분	장기 정규체류자	건강보험	의료급여	의료보장 계
2015년	1,381,790	784,369	2,753	787,122
	(100.0)	(56.8)	(0.2)	(57.0)
2016년	1,454,357	863,094	2,985	866,079
	(100.0)	(59.3)	(0.2)	(59.6)
2017년	1,499,198	889,891	2,984	892,875
	(100.0)	(59.4)	(0.2)	(59.6)
2018년	1,596,651	946,745	3,038	949,783
	(100.0)	(59.3)	(0.2)	(59.5)
2019년	1,634,672	1,212,475	3,142	1,215,617
	(100.0)	(74.2)	(0.2)	(74.4)
2020년 7월	1,569,868	1,207,062	3,236	1,210,298
	(100.0)	(76.9)	(0.2)	(77.1)

자료: 장기 정규체류자 수는 법무부 출입국·외국인정책본부, 「출입국통계연보」 각 연도 및 2020년 7월 「출입국통계월보」, 건강보험 가입자 수, 의료급여 수급권자 수는 국민건강보험공단.

주) 각 적용률은 <표 3-2-1>과 동일한 방법으로 계산함.

장기 정규체류 외국국적 이주민의 건강보험 적용률은 2015년 56.8%에서 2016년 59.3%로 증가한 후 2018년까지 변동이 없었다. 그러나 지역건강보험 당연적용 이후인 2019년 말 74.2%, 2020년 7월 76.9%로 비교적 큰 폭으로 상승했다. 건강보험 가입자 수도 2018년 946,745명에서 2019년 1,212,475명으로 265,730명이 증가했다. 그러나 2020년 7월, 주민등록인구의 건강보험 적용률이 96.8%인 것에 비하면 장기 정규체류 이주민의 건강보험 적용률 76.9%는 매우 낮은 편이다. 2020년 7월 장기 정규체류자 수와 함께 건강보험 가입자 수도 감소한 것은 코로나19의 여파로 보인다.

이주민의 의료급여 수급권 신청자격은 한국국적자를 임신·양육·부양 중인 결혼이민자와 난민인정자 등으로 매우 제한적으로만 인정된다. 수급권 신청자격이 있어도 소득 및 재산 기준과 부양의무자 기준을 모두 충족해야 수급권자가 될 수 있으므로 지난 5년 간 장기 정

규체류자의 의료급여 적용률은 0.2%로 매우 낮았다. 의료급여 수급권자 수는 2015년 2,753명에서 2020년 7월 3,236명으로 약간 증가하였으나 이주민 인구 자체가 크게 증가해 온 만큼 의료급여 적용률에는 변화가 없다.

장기 정규체류 이주민의 의료급여 적용률이 매우 낮기 때문에 건강보험과 의료급여를 함께 고려한 전체 의료보장 적용률은 장기 정규체류 이주민 77.1%, 주민등록인구 99.7%로 그 격차가 더욱 커지게 된다. 결국 건강보험 당연가입에도 불구하고 2020년 7월 말 현재 장기 정규체류 이주민 중에 건강보험조차 가입되어 있지 않은 의료보장 미적용 인구가 359,570명에 달한다.

외국인등록(국내거소신고)을 했지만 허가된 체류기간을 넘겨 초과 체류하고 있거나 단기 체류자격으로 입국해 초과체류 중인 비정규체류 이주민들도 실제 국내 장기체류 중이지만 기본적인 의료보장제도에서 배제되어 있다. 2020년 7월 현재, 외국인등록(국내거소신고)을 했지만 체류기간을 넘겨 초과체류 중인 비정규체류자는 95,352명, 단기체류자격으로 입국해 초과체류 중인 비정규체류자는 275,537명이다. 이들을 포함해 범위를 확대하면 장기체류 이주민의 의료보장 적용률은 2020년 7월 말 현재, 62.4%에 불과하며, 의료보장 미적용 인구가 73만 명 이상이다.

법무부는 코로나19의 영향으로 체류기한이 만료되었지만 출국을 할 수 없는 이주민들에게 한 달씩 반복적인 출국유예를 주고 있다. 이들 또한 기존 건강보험 가입자였더라도 그 자격을 유지할 수 없어 의료보장 적용에서 배제되어 있다. 그러나 그 수는 공식적인 체류 이주민 통계에도 잡히지 않는다.

2) 내국인, 외국인, 재외국민 혼합가족

보건복지부 등 정부와 건강보험공단은 “내·외국인 간 형평성”, “국민과 역차별 해소”를 목적으로 건강보험제도를 개정했다. 이는 ‘내국인’과 ‘외국인’ 간에 뚜렷한 구분이 가능하며 상이한 이해관계가 있는 것으로 간주하는 것이다. 그러나 국내 체류 이주민이 증가하면서 국적과 체류자격이 다른 사람들이 생계와 주거를 같이 하는 하나의 가족 혹은 가구를 구성하는 혼합가족이 점점 더 많아지고 있다.

아래 건강보험 가입자와 의료급여 수급권자를 ‘내국인’, ‘외국인’, 재외국민으로 구분하고 직역별(직장가입자와 피부양자, 세대주와 세대원) 현황을 교차시킨 <표 3-2-3>을 통해 이러한 혼합가족의 존재와 규모를 간접적으로 파악할 수 있다.¹¹⁸⁾ <표 3-2-3>에서 외국국적

118) ‘내국인’과 외국국적 이주민 혹은 재외국민이 한 세대를 구성하는 경우 ‘내국인’만이 세대주가 될 수 있다. 때문에 외국국적 이주민이나 재외국민 세대주의 ‘내국인’ 세대원은 존재하지 않는다. 그러나 ‘내국인’이 외국국적 이주민이나 재외국민 직장가입자의 피부양자가 되는 경우는 있다. 그러나 그에 대한 자료는 포함하고 있지 않다.

자 혹은 재외국민인 피부양자나 세대원을 그 직장가입자 혹은 세대주가 내국인, 외국국적자, 재외국민인 경우로 구분하여 제시하였다.

〈표 3-2-3〉 건강보험 가입자와 의료급여 수급권자의 직역별·국적별 현황 (2020년 7월)

(단위: 명, (%))

구분	외국국적 가입자 및 수급권자			재외국민 가입자 및 수급권자		
	구분	명	(%)	구분	명	%
직장	직장가입자	486,237		직장가입자	9,842	
	피부양자 소계	197,098	(100.0)	피부양자 소계	6,970	(100.0)
	외국국적자의 피부양자	113,038	(57.4)	재외국민의 피부양자	1,443	(20.7)
	내국인의 피부양자	83,268	(42.2)	내국인의 피부양자	4,852	(69.6)
	재외국민의 피부양자	792	(0.4)	외국국적자의 피부양자	675	(9.7)
지역	세대주	380,293		세대주	6,750	
	비가입 세대주*세대원	4,186		비가입 세대주 세대원	323	
	기타 세대원 소계	139,560	(100.0)	기타 세대원 소계	3,178	(100.0)
	외국국적자의 세대원	80,601	(57.8)	재외국민의 세대원	598	(17.4)
	내국인의 세대원	58,644	(42.0)	내국인의 세대원	2,209	(77.3)
	재외국민의 세대원	315	(0.2)	외국국적자의 세대원	48	(5.2)
의료급여	세대주	857		세대주	189	
	비가입 세대주 세대원	2		비가입 세대주 세대원	0	
	기타 세대원 소계	2,381	(100.0)	기타 세대원 소계	34	(100.0)
	외국국적자의 세대원	75	(3.1)	재외국민의 세대원	14	(41.2)
	내국인의 세대원	2,306	(96.9)	내국인의 세대원	20	(58.8)

자료: 국민건강보험공단.

* 비가입 세대주란 주민등록 상 세대주가 지역가입자가 아니고 직장가입자이거나 의료급여 수급권자여서 형식 상 세대주인 경우를 말한다.

주) 이 표에서 예를 들어 외국국적자(내국인)의 피부양자란 외국국적자(내국인)인 직장가입자의 피부양자로 등록된 사람을, 외국국적자(내국인)의 세대원이란 외국국적자(내국인)의 세대원으로 등록된 사람을 말한다.

우선 외국국적자인 건강보험 가입자의 직역별 현황을 살펴보자. 2020년 7월 외국국적 건강보험 직장가입자는 486,237명, 피부양자는 197,098명이다. 그런데 외국국적자인 피부양자 197,098명 중 외국국적 직장가입자의 피부양자로 등록된 사람은 113,038명으로 57.4%에 불과하며, ‘내국인’ 직장가입자의 피부양자로 등록된 사람이 83,268명으로 42.2%에 달한다. 재외국민 직장가입자의 피부양자로 등록된 외국국적자도 0.4%로 비율은 낮지만 792명 존재한다. 외국국적자인 지역가입자의 경우, 세대주는 380,293명, 비가입 세대주의 세대원은

4,186명, 기타 세대원은 139,560명이다. 기타 세대원 139,560명 중에 외국국적 세대주의 외국국적 세대원은 80,601명, 57.8%이며, ‘내국인’ 세대주의 외국국적 세대원이 58,644명, 42.0%이다. 재외국민 세대주의 외국국적 세대원은 315명, 0.2%이다.

재외국민의 경우 건강보험 직장가입자는 9,842명, 피부양자는 6,970명이다. 재외국민 피부양자 중 재외국민 직장가입자의 재외국민 피부양자는 1,443명으로 20.7%에 불과하다. ‘내국인’ 가입자의 재외국민 피부양자가 4,852명, 69.6%로 훨씬 높은 비율을 차지한다. 외국국적 직장가입자의 재외국민 피부양자는 675명으로 9.7%이다. 재외국민 지역가입자 중 세대주는 6,750명, 비가입세대주 세대원은 323명, 기타 세대원은 3,178명이다. 기타 세대원 중에 재외국민 세대주의 재외국민 세대원은 598명, 17.4%인 반면, ‘내국인’ 세대주의 재외국민 세대원은 2,209명, 77.3%로 그 세대주가 ‘내국인’인 경우가 훨씬 더 많다. 외국국적 세대주의 재외국민 세대원은 48명, 5.2%로 적은 편이다.

의료급여 수급권자의 경우 ‘내국인’ 세대주의 외국국적 혹은 재외국민 세대원의 비율은 더욱 높다. 외국국적자인 의료급여 수급권자의 경우 세대주는 857명, 비가입 세대주의 세대원은 2명, 기타 세대원이 2,381명으로 세대원의 수가 훨씬 많다. 그런데 기타 세대원 2,381명 중에 ‘내국인’ 세대주의 외국국적 세대원이 2,306명, 96.9%로 대부분을 차지하고 있다. 외국국적 세대주의 외국국적 세대원은 75명으로 3.1%에 불과하다. 재외국민 의료급여 수급권자 중 세대주는 189명이며, 비가입 세대주 세대원은 없다. 세대원은 34명으로 매우 적은데 그 중 20명, 58.8%가 ‘내국인’이 세대주인 경우이며, 나머지 14명, 41.2%가 재외국민이 세대주인 경우이다.

‘내국인’ 직장가입자의 외국국적(재외국민) 피부양자, ‘내국인’ 세대주의 외국국적(재외국민) 세대원은 ‘내국인’과 가족관계 하에 있으며 생계나 주거를 같이 하는 사람들이다. 건강보험 피부양자 자격은 직장가입자의 가족이어야 취득 가능하다. 건강보험 지역가입자의 경우 ‘내국인’만으로 이루어진 세대는 주민등록 상 주소지가 같은 사람이면 가족이 아닌 동거인도 한 세대를 구성할 수 있다. 그러나 ‘내국인’과 외국국적자 혹은 재외국민이 한 세대를 구성하는 경우, ‘내국인’이 세대주가 되며 세대주 혹은 그 배우자의 가족이어야 세대원이 될 수 있다.¹¹⁹⁾

‘내국인’과 가족관계를 형성하고 있는 사람들은 어떤 이주민들일까? 우선 결혼이주민의 경우를 예상해 볼 수 있다. 이를 확인해 보기 위해 <표 3-2-4>에서 ‘내국인’ 건강보험 직장가입자 및 세대주의 외국국적 피부양자 및 세대원 141,912명의 체류자격을 살펴보았다.¹²⁰⁾

119) 세대주의 직계존비속, 일정 기준을 만족하는 미혼의 형제·자매, 세대구성원의 배우자와 배우자의 직계존속 및 자녀 등만 세대원이 될 수 있다.

120) 의료급여 수급권자가 될 수 있는 이주민은 극히 제한되어 있으며, 건강보험제도와 의료급여제도가 분리 운영되므로 건강보험공단 통계 상 의료급여 수급권자의 체류자격이 업데이트 되지 않아 정확하지 않으므로 이를 제외하였다.

예상대로 결혼이민(F-6) 자격자가 44.1%인 62,557명으로 가장 많았다. 다음으로 재외동포(F-4)가 21.8%인 30,885명으로 많았는데, 국내 연고가 있는 경우에 재외동포(F-4) 자격을 우선 부여하기 시작하였으므로 이는 당연한 결과로 볼 수 있다. 다음으로 방문동거(F-1) 자격자가 14.7%인 20,885명, 영주(F-5) 자격자가 13.5%로 19,153명이다. 그런데 그 외 거의 대부분 체류자격자 중에 그 수는 비교적 적지만 ‘내국인’의 피부양자나 세대원인 이주민이 있었다.

〈표 3-2-4〉 ‘내국인’ 직장가입자(세대주)의 외국국적 피부양자(세대원)의 체류자격

구 분	건강보험(명)		계	
	내국인 직장가입자의 외국국적 피부양자	내국인 세대주의 외국국적 세대원	명	비율(%)
유 학(D-2)	328	79	407	(0.3)
일반연수(D-4)	143	35	178	(0.1)
구 직(D-10)	64	19	83	(0.1)
회화지도(E-2)	53	21	74	(0.1)
특정활동(E-7)	28	9	37	(0.0)
비전문취업(E-9)	96	68	164	(0.1)
방문동거(F-1)	14,335	6,550	20,885	(14.7)
거 주(F-2)	1,854	1,363	3,217	(2.3)
동 반(F-3)	80	53	133	(0.1)
재외동포(F-4)	18,285	12,600	30,885	(21.8)
영 주(F-5)	10,115	9,038	19,153	(13.5)
결혼이민(F-6)	35,283	27,274	62,557	(44.1)
기 타(G-1)	137	20	157	(0.1)
관광취업(H-1)	75	17	92	(0.1)
방문취업(H-2)	1,627	1,408	3,035	(2.1)
기 타	765	90	855	(0.6)
합 계	83,268	58,644	141,912	(100.0)

자료: 국민건강보험공단.

2020년 7월, 외국국적 의료보장 적용인구 1,210,298명 중 144,218명(11.9%), 재외국민 의료보장 적용인구 26,963명 중 7,081명(26.3%)이 ‘내국인’ 직장가입자나 세대주의 피부양자나 세대원이다. 즉 외국국적 이주민 10명 중 1명 이상, 재외국민 4명 중 1명 이상이 ‘내국인’과 가족관계 하에 생계나 주거를 같이 하는 사람들이다. 그리고 그러한 이주민의 체류자격 또한 매우 다양하다. ‘내국인’과 가족관계이지만 따로 직장이 있어서 직장가입자가 되거나 주거를 달리해 세대주가 된 사람, 가족관계등록 서류를 갖추지 못해 피부양자나 세대

원이 될 수 없었던 사람이 있을 것으로 감안하면 ‘내국인’과 가족관계에 있는 이주민의 비율은 훨씬 높을 것이다.

3) 이주민의 낮은 건강보험 직장가입률

“직장가입자 범위가 지속적으로 확대되어 1인 사업장까지 포괄하게 되면서 건강보험 적용인구 중 직장가입자 및 피부양자가 차지하는 규모는 지속적으로 증가하고 있는 반면, 지역가입자 및 지역가입 세대 수는 2000년 이후 지속적으로 감소하고 있는 추세이다.”(김선 외, 2017. p.7) 그러나 이주민 건강보험 적용인구에게서는 그 반대의 추세가 발견된다.

외국국적 이주민은 ‘내국인’에 비해 경제활동참가율과 고용률이 더 높다. <표 3-2-5>에서 지난 3년 간 「이민자 체류실태 및 고용조사」 결과와 동일한 시기의 「경제활동인구조사」 결과를 비교해보면, ‘외국인’과 ‘귀화자’의 경제활동참가율과 고용률은 전체 인구에 비해 높고, 귀화자에 비해 ‘외국인’의 경제활동참가율과 고용률이 더 높다.

〈표 3-2-5〉 이주민의 경제활동 현황

(단위 : %)

	경제활동참가율			고용률		
	외국인	귀화자	전체	외국인	귀화자	전체
2017.5	70.9	67.6	63.6	68.1	64.1	61.3
2018.5.	71.4	69.4	63.9	68.0	66.2	61.3
2019.5.	69.1	68.9	64.0	65.3	64.8	61.5

자료: 통계청·법무부, 「이민자 체류실태 및 고용조사」 각 연도

그런데 ‘내국인’에 비해 이주민의 직장가입률은 낮고 지역가입률은 더 높다. <표 3-2-6>에서 연도별·지역별 건강보험 가입자 현황을 ‘내국인’, 재외국민, 외국국적 이주민으로 구분해 살펴보았다. 2020년 7월, ‘내국인’ 건강보험 가입자 중 직장가입자와 피부양자는 73.2%, 지역가입자는 26.8%로 지역가입자의 비율이 낮다. 반면 재외국민의 경우 직장가입자와 피부양자 비율은 62.9%이고, 지역가입자 비율은 37.1%로 ‘내국인’에 비해 지역가입자 비율이 높다. 외국국적 이주민 건강보험 가입자 중 지역가입자 비율은 더욱 높아져, 직장가입자와 피부양자는 56.6%, 지역가입자는 43.4%이다.

외국국적 이주민과 재외국민의 지역가입자 비율은 지역건강보험 가입이 의무화되기 전인 2018년에도 ‘내국인’에 비해 약간 더 높았는데, 2019년 7월, 의무화 이후로 훨씬 더 높아졌다. 지역가입자 비율은 ‘내국인’의 경우 2018년 27.5%에서 2019년 27.2%, 2020년 7월 26.8%로 더 낮아지고 있는데 반해 외국국적 이주민의 경우 31.7%에서 42.5%, 43.4%로, 재외국민은 28.6%에서 36.9%, 37.1%로 높아졌다.

〈표 3-2-6〉 연도별 · 지역별 건강보험 가입자 현황

(단위: 명, (%))

구분	직장			지역			총계
	가입자	피부양자	소계	세대주	세대원	소계	
	내 국 인						
2018	17,004,738	19,320,399	36,325,137	6,535,189	7,240,401	13,775,590	50,100,727
	(34.0)	(38.6)	(72.5)	(13.0)	(14.5)	(27.5)	(100.0)
2019	17,609,338	18,903,643	36,512,981	6,579,573	7,059,177	13,638,750	50,151,731
	(35.1)	(37.7)	(72.8)	(13.1)	(14.1)	(27.2)	(100.0)
2020.7	17,783,946	18,916,748	36,700,694	6,849,016	6,588,935	13,437,951	50,138,645
	(35.5)	(37.7)	(73.2)	(13.7)	(13.1)	(26.8)	(100.0)
	재 외 국 민						
2018	8,883	8,589	17,472	3,557	3,425	6,982	24,454
	(36.3)	(35.1)	(71.5)	(14.6)	(14.0)	(28.6)	(100.0)
2019	9,600	7,489	17,089	6,692	3,283	9,975	27,064
	(35.5)	(27.7)	(63.1)	(24.7)	(12.1)	(36.9)	(100.0)
2020.7	9,842	6,970	16,812	6,750	3,178	9,928	26,740
	(36.8)	(26.1)	(62.9)	(25.2)	(11.9)	(37.1)	(100.0)
	외국국적 이주민						
2018	465,830	181,227	647,057	160,215	139,473	299,688	946,745
	(49.2)	(19.1)	(68.4)	(16.9)	(14.7)	(31.7)	(100.0)
2019	504,168	193,066	697,234	370,686	144,555	515,241	1,212,475
	(41.6)	(15.9)	(57.5)	(30.6)	(11.9)	(42.5)	(100.0)
2020.7	486,205	196,823	683,028	380,293	143,741	524,034	1,207,062
	(40.3)	(16.3)	(56.6)	(31.5)	(11.9)	(43.4)	(100.0)

자료: 국민건강보험공단.

〈표 3-2-7〉의 외국국적 이주민의 체류자격별·지역별 건강보험 가입 비율을 통해 이를 좀 더 자세히 살펴보자.

〈표 3-2-7〉 외국국적 이주민의 체류자격별·지역별 건강보험 가입 비율 (2020년 7월)

(단위: %)

구분	직장			지역			건강보험 가입자수 (명)
	가입자	피부양자	소계	세대주	세대원	소계	
D1~D9(D2,D4 제외)	62.8	0.8	63.6	35.0	1.4	36.4	6,515
유 학(D-2)	43.0	16.7	59.8	37.5	2.7	40.2	6,820
기술연수(D-4)	46.3	28.2	74.5	16.5	9.0	25.5	1,055
구 직(D-10)	25.9	2.4	28.3	69.3	2.4	71.7	6,119
전문인력(E1~E5)	89.3	0.6	89.9	9.9	0.2	10.1	17,956
예술흥행(E-6)	42.4	0.6	43.0	56.3	0.7	57.0	1,438
특정활동(E-7)	88.3	0.5	88.8	11.1	0.1	11.2	15,820
계절근로(E-8)	85.5	14.5	100.0	0.0	0.0	0.0	110
비전문취업(E-9)	84.7	0.1	84.8	15.2	0.0	15.2	214,442
선원취업(E-10)	54.5	0.0	54.5	45.5	0.0	45.5	10,051
방문취업(H-2)	28.6	10.0	38.6	52.4	9.0	61.4	189,718
방문동거(F-1)·동반(F-3)	1.8	43.6	45.4	20.7	33.9	54.6	109,094
거 주(F-2)	31.6	28.8	60.4	16.0	23.6	39.6	31,405
재외동포(F-4)	33.0	17.4	50.5	39.5	10.1	49.5	343,893
영 주(F-5)	34.3	17.2	51.5	35.3	13.2	48.5	127,039
결혼이민(F-6)	26.2	31.0	57.1	17.2	25.7	42.9	114,746
기 타(G-1)	72.2	8.5	80.6	13.6	5.8	19.4	6,011

자료 : 국민건강보험공단.

계절근로(E-8) 자격자의 지역가입자 비율이 0.0%인 것은 6개월 이상 체류할 수 없으므로 지역가입자가 될 수 없기 때문이다. 기타(G-1) 자격자도 인도적체류자(G-1-6)와 그 가족(G-1-12)만 지역가입자가 될 수 있고, 그 외 기타(G-1) 자격자는 지역가입자가 될 수 없으므로 지역가입자 비율이 19.4%로 낮다. 유학생의 경우 기존 지역가입자만 자격을 유지할 수 있고 신규로 지역가입자가 될 수 없는데, 유학생 중에서도 지역가입자 비율은 연수(D-4) 자격자 25.5%에 비해 유학(D-2) 자격자가 40.2%로 높다. 이는 D-4에 비해 D-2 자격자의 체류기간이 상대적으로 길고 가족동반 비율이 높아서 기존 지역가입자가 많았기 때문이었던 것으로 추정된다.

지역가입률이 가장 높은 체류자격은 지역가입자가 71.7%인 구직(D-10)이다. D-10은 구직 중인 대학 이상 졸업자나 E-7 자격자가 사업장 변경을 할 때 부여하는 체류자격으로 직장가입 비율이 낮은 것은 당연하다.

그렇다면 취업 체류자격인 E계열 자격자의 지역가입자 비율은 어떨까? E계열 체류자격의 지역가입자 비율은 전문인력과 비전문인력으로 양분되는 경향을 보이고 있다. 전문인력으로 분류되는 E-1~E-5의 지역가입자 비율은 10.1%, 준전문인력으로 분류되는 특정활동(E-7)의 지역가입자 비율은 11.2%로 ‘내국인’의 지역가입률 26.8%에 비해서도 낮다.

반면 비전문인력으로 분류되는 고용허가제 비전문취업(E-9) 체류자격자의 지역가입 비율은 15.2%로 전문인력에 비해 높은 편이다. 고용허가제 이주노동자의 경우 사업장 변경이 엄격히 제한되어 있고 근로계약기간 1년 이상의 상용직으로 고용된다는 면에서 보면 15.2%도 높은 편이다. 역시 취업 상태를 유지하지 못하면 체류자격 유지가 어려우며 상용직으로 고용되는 선원취업(E-10) 자격자의 지역가입자 비율은 45.5%에 달한다. 예술행행(E-6) 자격자는 57.0%로 더 높다.

취업 체류자격 중에 지역가입자 비율이 가장 높은 체류자격은 재외동포에게 주어지는 방문취업(H-2) 자격으로 61.4%가 지역가입자다. 재외동포(F-4)도 49.5%로 높은 편이다. 그 외 F계열 체류자격의 경우 지역가입자 비율은 방문동거(F-1)과 동반(F-3) 54.6%, 영주(F-5) 48.5%, 결혼이민(F-6) 42.9%, 거주(F-2) 39.6% 순으로 높았다.

이상과 같은 외국국적 이주민의 체류자격별·지역별 건강보험 가입 비율을 통해 이주민의 건강보험 지역가입자 비율이 높은 몇 가지 이유를 다음과 같이 추정해 볼 수 있다.

첫째, 방문취업(H-2) 자격자의 지역가입 비율이 높은 것은 임시직·일용직 비율이 높은 데서 기인하는 것으로 판단된다. 본 연구의 설문조사 결과에서 체류자격별 상용직 임금노동자의 비율은 E-9 96.8%, F-6 38.1%, F-2 35.7%, F-4 34.0%, H-2 19.8% 순이었고, H-2 자격자의 경우 임시직·일용직 중에서도 특히 일용직 비율이 가장 높았으며, 상용직에 비해 임시직·일용직 고용형태에서 건강보험 지역가입자 비율이 높았다.¹²¹⁾

박미화(2020a)는 건설 노동시장에 중국동포가 다수를 차지하고 있는 현상을 정책, 수요, 공급의 측면으로 나누어 분석하였다. 수요 측면에서 “노동집약적이고, 노동수요의 불규칙성이 존재하고, 탄력적 노동시장이 형성되어 있는 건설업의 특성 상 이주노동자 활용 구조는 필수불가결한 것”인데, “고용허가제를 통해 들어오는 외국인 근로자는 사업장 이동의 제한과 내국인 대체 가능성을 최소화하면서 고정적·단기적(체류기간) 인력으로 활용”되어 오지의 SOC 토목 현장에 배치하는 한편 “동포인력은 불안정한 건설 수요에 따라 변화하는 노동수요에 탄력적(단기적 근무기간 혹은 일용직) 인력으로 활용”하고 있음을 밝히고 있다.

121) 본 연구보고서 제5장 제2절 2) 참조.

따라서 박미화(2020a)의 분석에 따르면 건설업에서 동포 노동자는 주로 임시직·일용직으로 고용될 수밖에 없다. 그런데 이러한 분석은 건설업뿐 아니라 제조업을 비롯한 다른 업종에도 일정 적용 가능한 것으로 보이며, 재외동포 뿐 아니라 사업장 이동에 제약이 없거나 적은 F계열 체류자격의 이주민 일반으로도 어느 정도 확장해 적용 가능한 것으로 보인다.

둘째, 이주민들은 실제 임금노동자지만 노동자로서 권리가 인정되지 않는 특수고용 노동자, 비공식 부문 노동자로 일하는 경우가 많다. 예를 들어 지역가입자 비율이 57.0%로 높은 예술흥행(E-6) 자격자는 고액의 연봉을 받는 스포츠 선수부터 클럽 노동자까지 다양하지만 에이전시 및 파견업체와 계약을 매개로 작업장에 파견되어 대체로 열악한 노동조건과 인권침해에 노출된 채 비공식 부문의 노동자로 일하는 경우가 많다.¹²²⁾ 또한 중국동포를 비롯한 여성 이주민들의 종사비율이 높은 가사노동시장의 양분화에 대한 최영미 외(2017)의 연구에서도 시사점을 찾을 수 있다. 최영미 외(2017)에 따르면 가사노동자가 가사서비스를 제공하는 업체 또는 기관에 직접 고용되어 시간제로 일하는 경우 근로기준법이 적용되지만, 개인에게 고용된 입주 가사노동자는 근로기준법이 적용되지 않는데, “한국의 가사노동시장이 크게 시간제와 입주제로 양분되어” “내국노동자=시간제, 이주노동자=입주제로 고착”되고 있음을 보여주고 있다.

셋째, 제도 상 상용직 노동자로 고용되는 선원취업(E-10) 자격자의 지역가입 비율이 57.0%이고, 고용허가제 비전문취업(E-9) 자격자의 경우도 15.2%인 것은 농·어업 사업장은 사업자등록 대신 농업경영체등록, 어업경영체등록을 함으로써 사업을 할 수 있는데, 보건복지부와 건강보험공단이 명백한 고용관계에 있는 이들 노동자가 사업자등록증이 없는 사업장에 고용되어 있다는 이유로 직장가입을 받아주지 않고 있는 것과 관계가 있다.

고용노동부에 따르면, 2020년 7월 기준 고용허가제 비전문취업(E-9) 세부업종별 직장가입자 비율은 제조업에서 81.0%, 건설업에서 71.0%인 반면 농업에서는 36.0%, 어업에서는 25.8%에 불과하다(표 3-2-8).¹²³⁾ 본 연구의 설문조사 결과에서도 E-9 노동자 중 제조업과 건설업 종사자의 직장가입자 비율은 각각 98.8%, 88.9%인 반면, 농업과 어업은 5.4%, 0.0%에 불과했다.¹²⁴⁾

122) 예술흥행비자 소지 이주민의 인권실태에 대해서는 이병렬 외(2014) 참조.

123) 건강보험공단은 지역가입자 수는 업종별로 관리하지 않으므로 추출이 불가능하다고 하였다. 그런데 고용노동부도 관련 자료를 파악하지 않고 있다.

124) 본 연구보고서 제5장 제2절 2) 참조.

〈표 3-2-8〉 고용허가제 세부 업종별 직장가입자 수와 비율 (2020년 7월)

(단위: 명, (%))

	제조업 (E-9-1)	건설업 (E-9-2)	농업 (E-9-3)	어업 (E-9-4)	서비스업 (E-9-5)	계
취업자 수	159,441	7,177	21,868	7,522	286	196,294
직장가입자 수	129,089	5,097	7,877	1,944	193	144,240
직장가입 비율	(81.0)	(71.0)	(36.0)	(25.8)	(67.5)	(100.0)

자료 : 고용노동부, 강은미 의원실 제출 자료.

지역건강보험 의무화 이후 직장가입자가 되지 못하는 E-9, E-10 노동자는 피부양자가 되지 못하면 지역가입자로 당연가입 된다. 그러나 이들 노동자가 피부양자인 경우는 E-9의 경우 0.1%로 매우 소수이고, E-10의 경우 단 한 명도 없으며, 피부양자라 하더라도 사업장 변경 중에 일시적으로만 피부양자가 될 수 있다. 사업장 변경 중에 피부양자가 되지 못하면 신청에 의해 임의계속가입자가 되거나¹²⁵⁾ 지역가입자로 당연 가입되는데 이러한 경우를 제외하면 비전문취업(E-9) 지역가입자 32,651명(15.2%), 선원취업(E-10) 지역가입자 4,575명(45.5%) 중 대다수는 사업자등록증이 없는 농·어업 사업장 종사자일 것으로 추정된다.

그런데 기존 실태조사 결과들은 고용허가제 노동자 중에서도 농·어업 종사자, 선원 이주 노동자의 노동조건이 열악하고 인권침해가 심각하다는 사실을 일관되게 보여주고 있다.¹²⁶⁾ 5인 미만 비법인 농림어업사업장은 산재보험 가입에서 제외되어 있고,¹²⁷⁾ 이주노동자는 고용보험이 임의가입이어서 대부분 고용보험이 없다. 그런데 건강보험도 직장가입을 하지 못한다. 가장 열악한 직종에서 일하는 농·어업 이주노동자가 직장가입에서 배제되어 사업주와 노동자가 건강보험료를 분담하는 다른 업종에 비해 차별을 받을 뿐 아니라, 가장 저임금 노동자인데도 평균보험료 이상의 보험료를 부담해야 하는 것이다. 또한 섬·벽지·농어촌 거주자는 최대 50%까지 보험료 경감을 받을 수 있는데 역설적이게도 이주노동자를 고용하는 사업주들은 보험료 경감을 받지만 이주노동자들은 경감 제도에서 배제되어 있다. 또한 지역가

125) 이전 직장에서 1년 이상 근무한 후 퇴사한 노동자는 임의계속가입제도를 통해 직장가입자로 자격을 유지할 수 있다. 그러나 고용허가제 E-9 노동자는 구직신청기간 1개월, 구직기간 3개월 내에 새로운 직장을 찾지 못하면 체류자격을 잃게 되므로 임의계속가입자가 되어도 그 기간이 매우 짧으며, 이주 노동자가 이 제도를 알고 신청한 경우 또한 드물 것으로 보인다.

126) 2020년 이주노동자노동조합이 실시한 ‘고용허가제 이주노동자 노동조건 실태조사’ 결과에 따르면, 이주노동자들의 업종별 월평균 임금은 제조업이 2,247,684원, 건설업이 2,492,857원인 반면 농축산업은 1,752,885원, 어업은 1,700,000원에 불과했다. 이주와 인권연구소(2018)의 실태조사 결과에서도 농·어업은 노동시간은 가장 길고 임금은 가장 낮았으며, 이한숙·김사강(2019)에서는 노동시간에 대비한 업종별 임금수준을 비교했을 때 전체 평균 100에 비해 제조업은 104.3, 농업은 70.7, 어업은 68.1에 불과했다.

127) 「산업재해보상보험법」 제6조(적용 범위)에 따른 「산업재해보상보험법 시행령」 제2조 제1항 제6호는 “농업, 임업(별목업은 제외한다), 어업 및 수렵업 중 법인이 아닌 자의 사업으로서 상시근로자 수가 5명 미만인 사업”을 적용 대상에서 제외하였다. 이에 따라 해당 사업장에서 일하는 사업주나 노동자는 산재보험에 가입할 수 없으며, 예외적으로 근로복지공단의 승인을 받은 경우에만 가입이 가능하다.

입자는 입국 후 6개월이 지나야 가입 자격이 생기므로 일률적으로 6개월 최소체류기간을 부여한 것이 얼마나 불합리한지를 다시 한 번 상기하게 된다.

마지막으로 건강보험공단 통계를 통해서는 드러나지 않지만 건강보험 당연가입사업장에 고용된 노동자인데도 사업주가 직장가입 취득신고를 하지 않는 경우가 있는데 이에 대한 관리감독이 소홀한 것이 이주민의 직장가입 비율을 낮추는 데 일조하고 있다.¹²⁸⁾

결국 불안정 고용, 비공식 부문, 열악한 업종에서 일하는 이주민들이 직장가입자가 되지 못하고 지역가입자가 되는 비율이 높는데, 지역가입에서 이주민에 대한 차별이 극심해 이들 노동자들이 중층적 차별을 당하는 결과를 낳고 있다.

4) 건강보험 지역가입 세대의 보험료와 세대원

(1) 지역가입 세대의 월평균 보험료

지역가입에서 이주민에 대한 차별은 우선 과도한 보험료 부담에서 나타난다. 과도한 보험료 부담은 결혼이민(F-6), 영주(F-5) 자격자 이외의 외국국적 이주민과 재외국민이 세대주인 지역가입 세대에 소득과 재산에 무관하게 평균보험료 이상을 부과하는 보험료 부과 방식과 세대원 범위를 배우자와 미성년 자녀로 제한한 차별이 결합된 결과이다.

우선 <표 3-2-9>에서 건강보험제도 제도 개정을 전후해 ‘내국인’, 외국국적 이주민, 재외국민 각각이 세대주인 지역가입 세대의 월평균 건강보험료와 그 인상률을 비교해 보았다.

2018년 지역가입 세대의 월평균 보험료는 ‘내국인’ 세대주 세대 89,613원에 비해, 외국국적 이주민 세대주 세대 72,415원으로 약간 낮았다. 재외국민이 세대주인 경우 153,598원으로 ‘내국인’에 비해서도 평균보험료가 훨씬 높았다. 지역건강보험 가입이 의무화된 2019년 월평균 보험료는 ‘내국인’ 세대주 세대의 경우 95,966원으로 전년도에 비해 7.1% 인상되었다. 재외국민이 세대주인 세대의 경우 제도 개정 전 이미 월평균 보험료가 높았기 때문에 2019년 인상률은 1.7%에 그쳤다. 반면 외국국적 이주민이 세대주인 세대의 경우 2019년 94,587원으로 30.6%가 인상되었다. 2020년 6월까지 인상률도 ‘내국인’과 재외국민 세대의 0.1%, 1.8%에 비해 외국국적 이주민 세대는 5.2%로 높아서 외국국적 이주민이 세대주인 세대의 월평균 보험료가 ‘내국인’이 세대주인 세대보다 높은 수준이 되었다.

지역건강보험 의무화를 전후한 외국국적 이주민 세대의 월평균 보험료 인상률은 우선 공단이 정한 ‘평균보험료’ 인상률에 영향을 받았을 것이다, 그런데 평균보험료는 2018년 96,000원에서 2019년 104,190원으로 8.5% 인상되었는데 외국국적 이주민 세대의 월평균 보험료는 이를 크게 상회한 30.6%가 인상되었다. 2020년 평균보험료는 111,640원으로

128) 본 연구보고서 제6장 제2절 2) 참조.

7.2% 인상되었는데, 같은 해 6월까지 인상률은 5.2%로 이보다 약간 낮았다.

〈표 3-2-9〉 연도별 건강보험 지역가입 세대의 월평균 보험료와 인상률

(단위: 원, (%))

구 분	2018년	2019년		2020년 6월	
	보험료(원)	보험료(원)	인상률(%)	보험료	인상률(%)
내국인	89,613	95,966	(7.1)	96,373	(0.1)
재외국민	153,598	156,229	(1.7)	162,439	(1.8)
외국국적 이주민	72,415	94,587	(30.6)	99,462	(5.2)
비전문취업(E-9)	95,257	104,052	(9.2)	111,406	(7.1)
방문동거(F-1)	19,075	94,095	(393.3)	96,398	(2.4)
거주(F-2)	36,513	99,559	(172.7)	103,063	(3.5)
동반(F-3)	93,854	80,880	(-13.8)	85,252	(5.4)
재외동포(F-4)	103,695	109,262	(5.4)	116,126	(6.3)
영주(F-5)	39,547	43,377	(9.7)	43,454	(0.2)
방문취업(H-2)	96,310	104,860	(8.9)	112,088	(6.9)

자료 : 국민건강보험공단.

주) 보험료는 건강보험료이며, 장기요양보험료를 포함하지 않은 금액이다. 내국인, 재외국민, 외국 국적 이주민의 구분은 각각이 세대주인 경우를 기준으로 세대를 구분한 것이다.

평균보험료 인상률 외에 F-1, F-2 자격자가 2018년까지 ‘내국인’과 동일하게 소득과 재산을 기준으로 한 보험료 부과 대상이었다가 2019년부터 평균보험료 이상 부과 대상이 된 점이 상승 요인으로, 난민인정자(F-2-4)와 난민인정자의 가족(F-1-16), 만 19세 미만 단독 세대주에 대한 하한보험료 이상 부과가 하락 요인으로 작용했을 것으로 예상해 볼 수 있다. 그런데 평균보험료 상승 요인이 하락 요인을 압도한 것으로 판단된다. 예를 들어 방문동거(F-1) 자격은 〈표 3-2-14〉와 같이 하한보험료 이상이 부과되는 19세 미만 세대주가 집중되어 있고, 역시 하한보험료 이상이 부과되는 난민인정자와 그 가족의 체류자격도 F-1, F-2지만 2019년 월평균 보험료 인상률이 방문동거(F-1) 393.3%, 거주(F-2) 172.7%로 보험료가 각각 약 4배, 2배 인상되었다.

(2) 직역별 가입자 비율과 건강보험증 인원수의 변화

2019년부터 외국인 혹은 재외국민 지역가입자는 본인을 세대주로 하고 본인의 신청이 있는 경우에 배우자(사실혼 관계는 제외)와 만 19세 미만의 자녀(배우자의 자녀 포함)만 세

대원으로 세대 합가를 할 수 있게 되었고, 배우자와 미성년 자녀를 피부양자나 세대원으로 등록하기 위한 가족관계증명 요건이 대폭 강화되었다.

결과적으로 지역건강보험 당연가입으로 이주민 지역가입자가 대폭 증가했는데 증가한 지역가입자 대부분이 세대주였다. <표 3-2-10>에서 외국국적 이주민의 건강보험 직역별 가입자 증감 인원을 살펴보면, 2018년에서 2019년 외국국적 이주민 건강보험 가입자는 265,730명 증가했는데 이 중 지역가입자가 215,553명 증가해 전체 증가한 가입자 수의 81.1%를 차지했다. 그런데 증가한 지역가입자 중에 세대원은 5,082(2.4%)명에 불과하며 210,471명(97.6%)이 세대주였다.

<표 3-2-10> 외국국적 이주민의 건강보험 직역별 가입자 연도별 증감 인원

(단위: 명, (%))

구분		직장			지역			증감인원
		가입자	피부양자	소계	세대주	세대원	소계	계
2019	명	+38,338	+11,839	+50,177	+210,471	+5,082	+215,553	+265,730
	%	(14.4)	(4.5)	(18.9)	(79.2)	(1.9)	(81.1)	(100.0)
2020.7	명	-17,963	+3,757	-14,206	+9,607	-814	+8,793	-5,413

자료: 국민건강보험공단.

주) 연도별·직역별 가입자 현황에서 계산함.

2020년 7월 기준, 2019년 말에 비해 외국국적 이주민 건강보험 가입자는 5,413명이 다시 감소하였다. 절대적인 가입자 수 감소는 코로나19 팬데믹으로 인한 국내체류 이주민 규모 감소, 기존 가입자의 출국유예 혹은 기타(G-1) 자격 전환으로 인한 가입자격 상실에 의한 것으로 추정된다. 한편 가입자 수의 절대적 감소와 함께 직역별 가입자 현황의 변화 또한 뚜렷하다. 무엇보다 직장가입자가 크게 감소하여(17,963명) 이주민의 실적이 증가하고 있음을 유추해 볼 수 있다. 직장가입자 감소 인원은 국외 출국하지 않는 한 지역가입자 혹은 피부양자 증가로 흡수 되었을 텐데, 지역가입 세대주가 9,607명 증가하였고, 세대원은 오히려 814명이 감소하였으며, 피부양자가 3,757명 증가하여 주로 지역가입 세대주로 전환된 경우가 가장 많다는 사실을 확인할 수 있다.

때문에 재외국민과 외국국적 이주민은 ‘내국인’에 비해 직장가입자와 피부양자 중 피부양자 비율, 지역가입자 중 세대원 비율이 원래 낮았는데, 2019년 이후 특히 세대원 비율이 급격히 낮아졌다.

<표 3-2-11>에서 2018년 직장가입자와 피부양자 중 피부양자 비율은 ‘내국인’ 53.2%에 비해 재외국민은 49.2%로 약간, 외국국적 이주민은 28.0%로 매우 낮았다. 지역가입자 중 세대원 비율 또한 ‘내국인’ 52.6%에 비해, 재외국민 49.1%, 외국국적 이주민 46.5%로 낮았다.

그런데 2019년과 2020년 지역가입자 중 세대원 비율은 ‘내국인’의 경우 52.6%에서 51.8%, 49.0%로 약간 낮아졌는데 반해 재외국민은 49.1%에서 32.9%, 32.0%로, 외국국적 이주민의 경우 46.5%에서 28.1%, 27.4%로 급격히 낮아졌다. 즉 ‘내국인’의 경우 지역가입자 2명 중 1명 정도가 세대원이지만, 재외국민과 외국국적 이주민은 지역가입자 10명 중 세대원은 약 3명에 불과하다.

〈표 3-2-11〉 연도별 · 직역별 건강보험 가입자 비율

(단위: %)

구 분		직장			지역		
		가입자	피부양자	소계	세대주	세대원	소계
2018	내국인	46.8	53.2	100.0	47.4	52.6	100.0
	재외국민	50.8	49.2	100.0	50.9	49.1	100.0
	외국국적	72.0	28.0	100.0	53.5	46.5	100.0
2019	내국인	48.2	51.8	100.0	48.2	51.8	100.0
	재외국민	56.2	43.8	100.0	67.1	32.9	100.0
	외국국적	72.3	27.7	100.0	71.9	28.1	100.0
2020.7	내국인	48.5	51.5	100.0	51.0	49.0	100.0
	재외국민	58.5	41.5	100.0	68.0	32.0	100.0
	외국국적	71.2	28.8	100.0	72.6	27.4	100.0

자료 : 국민건강보험공단.

〈표 3-2-12〉 평균 건강보험증 인원수 비교

(단위: 명)

구분	내국인		재외국민		외국국적 이주민	
	직장	지역	직장	지역	직장	지역
2015	2.3	2.0	1.8	1.5	1.3	1.6
2016	2.3	2.0	1.7	1.4	1.3	1.7
2017	2.2	1.9	1.7	1.4	1.3	1.7
2018	2.1	1.9	1.7	1.4	1.3	1.7
2019	2.1	1.8	1.6	1.2	1.3	1.2
2020.7	2.1	1.8	1.6	1.2	1.3	1.2

자료 : 국민건강보험공단.

〈표 3-2-12〉에서 연도별 평균 건강보험증 인원수를 비교한 결과도 유사한 경향을 보여 준다. 건강보험증 인원수는 개별 가입자가 아니라 각 직장가입자에 등록된 피부양자, 각 세

대주에 합가한 세대원의 수를 보여준다. 직장과 지역 모두에서 ‘내국인’에 비해 재외국민과 외국국적 이주민의 평균 건강보험증 인원수는 항상 적은 수준을 유지해 왔다. 그런데 2019년을 기점으로 특히 외국국적 이주민 지역가입 세대의 건강보험증 인원수가 뚜렷이 감소했다.

(3) 지역가입 세대주의 연령별 분포와 미성년 세대주

〈표 3-2-13〉에서 ‘내국인’, 재외국민, 외국국적 이주민의 연령별 건강보험 지역가입자 중 세대주의 비율을 비교해 보았다. ‘내국인’의 경우 연령이 높아질수록 지역가입자 중 세대주 비율이 높아지는 경향이 뚜렷하다. 그러나 재외국민과 외국국적 이주민의 경우 그러한 경향이 보이지 않으며 모든 연령대에서 일관되게 세대주 비율이 ‘내국인’에 비해 높게 나타난다.

〈표 3-2-13〉 연령별 지역가입 세대주의 비율

(단위 : 명, (%))

구 분	내국인		재외국민		외국국적 이주민	
	지역가입자	세대주	지역가입자	세대주	지역가입자	세대주
19세 미만	1,608,481	72,540	189	59	37,189	6,255
	(100.0)	(4.5)	(100.0)	(31.2)	(100.0)	(16.8)
19세~24세	795,280	116,583	375	264	22,268	18,014
	(100.0)	(14.7)	(100.0)	(70.4)	(100.0)	(80.9)
25세~34세	1,414,595	522,158	736	521	115,285	91,286
	(100.0)	(36.9)	(100.0)	(70.8)	(100.0)	(79.2)
35세~44세	1,991,448	1,005,776	949	555	98,550	75,081
	(100.0)	(50.5)	(100.0)	(58.5)	(100.0)	(76.2)
45세~54세	2,620,671	1,598,837	1960	1,268	96,342	75,336
	(100.0)	(61.0)	(100.0)	(64.7)	(100.0)	(78.2)
55세~64세	2,569,772	1,665,108	2790	2,070	106,300	81,206
	(100.0)	(64.8)	(100.0)	(74.2)	(100.0)	(76.4)
65세 이상	2,437,704	1,607,933	2929	2,013	48,100	33,115
	(100.0)	(66.0)	(100.0)	(68.7)	(100.0)	(68.8)

자료 : 국민건강보험공단.

그런데 특히 주목되는 점은 19세 미만의 미성년 지역가입자에서조차 세대주 비율이 ‘내국인’ 4.5%에 비해 재외국민과 외국국적 이주민은 각각 31.2%, 16.8%로 비교적 높다는 점이다. 우선 예상할 수 있는 것은 단신으로 입국한 유학생이 지역가입 세대주가 되었을 가능성이 있다.

이를 확인해 보기 위해 <표 3-2-14>에서 외국국적자인 19세 미만 미성년 단독 세대주 6,255명의 체류자격을 살펴보았다.

<표 3-2-14> 19세 미만 외국국적 지역가입 세대주의 체류자격

체류자격	연수(D-2), 유학(D-4)*	예술홍행 (E-6)	방문동거 (F-1)	거주 (F-2)	동반 (F-3)	
명	28	58	3,272	724	1,177	
비율(%)	(0.4)	(0.9)	(52.3)	(11.6)	(18.8)	
체류자격	재외동포 (F-4)	영주 (F-5)	기타 (G-1)	방문취업 (H-2)	기타**	계
명	218	650	76	26	26	6,255
비율(%)	(3.5)	(10.4)	(1.2)	(0.4)	(0.4)	100.0

*D-2는 2명이었고, D-4가 26명으로 대부분이었다.

** 기타에는 결혼이민(F-6)가 2명, 관광취업(H-1)이 6명이었다.

예상과 달리 6,255명 중 유학생은 28명(0.4%)으로 많지 않았고, 방문동거(F-1) 3,272명(52.3%), 동반(F-3) 1,177명(18.8%)으로 미성년 세대주의 대다수를 차지하고 있었고, 다음으로 거주(F-2) 724명(11.6%), 영주(F-5) 650명(10.4%)으로 많았다.

F-1, F-3 자격은 주로 다른 체류자격의 동반 가족에게 주어지는 체류자격이므로 미성년자의 수가 많을 것임은 예상할 수 있다. 그런데 동반 가족으로서 체류자격을 받은 아동들이 왜 지역가입 세대주가 되었을까? 부모가 일자리를 찾아서 거주지 이동이 빈번하고 그 자녀가 학업 등 이유로 부모와 따로 거주하면 미성년 세대주가 될 수도 있다.

그러나 연구과정에서 제도적 차별과 결함으로 인해 미성년 단독 세대주가 된 아동들의 사례를 발견할 수 있었다. F-1 자격의 아동복지시설 보호 아동, 조손 가정의 미성년 아동, 부모 없이 형제자매만으로 이루어진 가정의 미성년 아동, 부모가 있어도 공단이 요구하는 가족관계증명서류를 갖추지 못해 단독 세대주가 된 미성년 아동 등이 그러하다.¹²⁹⁾

5) 건강보험 지역가입 세대의 건강보험료 체납과 급여 제한

과도한 지역건강보험료 부담은 필연적으로 높은 체납률로 귀결될 수밖에 없다. <표 3-2-15>에서 ‘내국인’과 외국국적 이주민의 체납률을 살펴보면, 2020년 6월말까지 ‘내국인’이 세대주인 지역가입 6,584,944 세대의 35.3%인 2,321,371 세대가 1회 이상 건강보험

129) 본 보고서 제6장 제1절 참조.

료를 체납하였다. 외국국적자가 세대주인 373,244 세대 중 1회 이상 보험료 체납 세대는 20.2%인 75,386 세대이다. 외국국적 이주민 세대의 체납률이 '내국인'에 비해 낮은 것으로 나타나지만 건강보험공단은 체납 누적 현황만을 집계하며, 이주민의 지역건강보험 의무화가 실시된 지 약 1년 남짓한 시점이라는 점에서 외국국적 이주민의 체납률이 더 낮은 것으로 판단하기는 어렵다.

외국국적 이주민의 체납률은 체류자격별로 큰 차이를 보이고 있다. 우선 지역건강보험 가입이 의무화된 2019년 7월 이전에 임의가입했던 세대만 지역가입자격을 유지할 수 있는 유학생의 체납률은 유학(D-2) 0.8%, 일반연수(D-4) 3.4%로 매우 낮다. 유학생들은 본인들이 원해서 가입을 했고, 보험료를 체납하면 자격 자체를 상실하게 되므로 체납률이 낮은 것으로 판단된다.

E계열 취업 체류자격에서 체납률은 예술홍행(E-6) 53.0%, 선원취업(E-10) 52.0%, 특정활동(E-7) 48.1%, 고용허가제 비전문취업(E-9) 43.7%로 매우 높다. 그에 비하면 전문인력인 E-1~E-5의 경우 체납률은 30.6%로 비교적 낮지만 외국국적 이주민 전체 평균 체납률 보다는 높다.

기타(G-1) 자격자 중 인도적체류자와 그 가족만 지역가입자가 될 수 있는데 체납률이 51.6%로 2세대 중 1세대 이상이 체납 상태이다. 인도적체류자와 그 가족은 보험료가 30% 경감되지만 경감된 보험료도 여전히 부담스러운 수준임을 보여준다.

그런데 방문취업(H-2) 21.2%, 재외동포(F-4) 15.9%로 재외동포들의 체납률은 비교적 낮은 편이다. 이는 보험료를 체납했을 때 체류자격 연장 불이익에 대한 정보 인지의 차이에서 기인하는 것이 아닐까, 추측된다. 본 연구의 설문조사에서 건강보험료 체납 시 체류기간 연장이나 체류자격 변경에 불이익이 있는지 알고 있는지 물었을 때, F-4(재외동포), H-2(방문취업) 자격자의 경우 각각 84.6%, 86.8%가 알고 있었던 반면, E-9(비전문취업)은 50.4% 만이 알고 있었다. 특히 E-9 자격자 중 지역가입자 대부분을 차지하는 농업 및 어업 종사자는 각각 50.8%와 33.3%로 인지도가 더 낮은 것으로 나타났다. 즉 보험료를 체납하면 체류 연장을 할 수 없다는 사실을 아는 재외동포들이 어떻게 해서든 보험료부터 납부하고 있는 것으로 볼 수 있다.¹³⁰⁾

130) 본 연구보고서 제5장 제2절 참조.

〈표 3-2-15〉 국민건강보험 지역가입 보험료 체납 현황 (2020년 6월 누적)

(단위: 세대수, (%))

구분	가입 세대수	보험료체납 세대수			
		1회~2회	3회~5회	6회 이상	소계
내국인	6,584,944 (100.0)	831,015 (12.6)	336,182 (5.1)	1,154,174 (17.5)	2,321,371 (35.3)
외국국적 이주민	373,244 (100.0)	34,278 (9.2)	15,925 (4.3)	25,183 (6.8)	75,386 (20.2)
D1~D10 (D2, D4 제외)	6,099 (100.0)	1,190 (19.5)	666 (10.9)	575 (9.4)	2,431 (39.9)
유학(D-2)	2,592 (100.0)	12 (0.5)	2 (0.1)	6 (0.2)	20 (0.8)
일반연수(D-4)	176 (100.0)	5 (2.8)	0 (0.0)	1 (0.6)	6 (3.4)
전문인력(E1~E5)	1,744 (100.0)	308 (17.7)	102 (5.9)	123 (7.1)	533 (30.6)
예술흥행(E-6)	755 (100.0)	192 (25.4)	70 (9.3)	138 (18.3)	400 (53.0)
특정활동(E-7)	1,384 (100.0)	311 (22.5)	170 (12.3)	185 (13.4)	666 (48.1)
비전문취업(E-9)	31,276 (100.0)	6,004 (19.2)	3,074 (9.8)	4,585 (14.7)	13,663 (43.7)
선원취업(E-10)	4,701 (100.0)	722 (15.4)	536 (11.4)	1,184 (25.2)	2,442 (52.0)
방문취업(H-2)	98,743 (100.0)	9,916 (10.0)	4,497 (4.6)	6,553 (6.6)	20,966 (21.2)
동반, 거주(F-1~F-3)	26,480 (100.0)	4,604 (17.4)	2,144 (8.1)	3,202 (12.1)	9,950 (37.6)
재외동포(F-4)	133,245 (100.0)	9,992 (7.5)	4,074 (3.1)	7,113 (5.3)	21,179 (15.9)
기타(G-1)	799 (100.0)	175 (21.9)	97 (12.1)	140 (17.5)	412 (51.6)
기타	21,462 (100.0)	1,022 (4.8)	590 (2.8)	1,518 (7.1)	3,130 (14.6)

자료 : 건강보험공단.

주) 재외국민의 체납 현황 자료는 받지 못하였고, 결혼이민(F-6), 영주(F-5)는 받은 자료의 현황이 불분명하여 제외하였다.

결혼이민(F-6), 영주(F-5) 자격자 외 선납 보험료를 납부하는 이주민은 1회라도 보험료를 미납하면 납부일인 25일의 다음달 1일부터 보험료를 완납할 때까지 급여가 제한된다. 2019년 9월 26일부터 외국인에게도 분할납부제도가 실시되기 시작했지만¹³¹⁾ 분할납부를 시작해도 미납보험료를 완납해야 급여가 실시된다. 때문에 전체 지역 가입 세대 중 1회 이상 체납 세대 20.2%가 모두 급여 제한 세대이다.

〈표 3-2-16〉 체납, 급여제한, 압류, 분할납부 세대 현황(2020년 6월)

구분		가입 세대수	체납 세대수		급여제한 세대수	압류 세대수	분할납부 세대수
			6회 이상	소계			
내국인	세대수	6,584,944	1,154,174	2,321,371	406,454	292,870	314,842
	가입세대수 중 비율(%)	100.0	17.5	35.3	6.2	4.4	4.8
	체납세대수 중 비율(%)			100.0	17.5	12.6	13.6
외국국적 이주민	세대수	373,244	25,183	75,386	75,386	14,449	1,724
	가입세대수 중 비율(%)	100.0		20.2	20.2	3.9	0.5
	체납세대수 중 비율(%)			100.0	100.0	19.2	2.3

자료 : 국민건강보험공단.

그러나 ‘내국인’의 경우 총 체납횟수가 6회 이상일 때 급여 제한 대상이 되며, 급여 제한 기간 동안에 진료를 받았더라도 건강보험공단의 통지를 받은 후 2개월 이내에 보험료를 납부하면 급여가 소급 적용된다. 또한 분할납부 승인을 받아 분할납부를 시작하면 급여가 실시된다. 때문에 〈표 3-2-16〉에서 국민 중 6회 이상 체납자는 1,154,174 세대이지만 급여 제한 세대는 406,454 세대로 전체 지역가입 세대의 6.2%, 1회 이상 체납세대의 17.5%이다.

또 한 가지 눈에 띄는 점은 압류 세대수의 비율이다. ‘내국인’의 경우 체납 세대 중 압류 세대수는 12.6%인데, 외국국적 이주민 세대는 그 비율이 19.2%로 훨씬 높아서 이주민에 대해 훨씬 가혹한 체납 제재를 하고 있는 점을 다시 한 번 확인할 수 있다.

131) 국민건강보험공단(2019.9.25.), 「체납징수부-2547호, “외국인 건강보험 당연가입에 따른 체납보험료 분할납부 업무처리안내”」.

제4장 체류관리 정책과 이주민의 체류 실태

1. 체류관리 제도

1) 체류자격

한국은 「출입국관리법」에 따른 체류관리 정책을 통해 외국국적자의 입국 허용 기준과 절차, 허용 활동 범위와 체류허가 절차, 정주 허용 기준 및 절차, 강제퇴거 기준 및 절차 등을 정하고 있다. 외국국적자로서 한국에 입국하려는 사람은 유효한 여권과 법무부장관이 발급한 사증을 소지하여야 하고, 대통령령으로 정하는 체류자격을 가지고 있어야 하며, 공항만에서 출입국관리공무원에 의한 소정의 입국 심사를 거쳐 입국허가를 받은 후,¹³²⁾ 그 체류자격과 체류 기간의 범위 내에서 활동하여야 한다. 사증 없이 입국이 가능한 사증 면제협정 또는 무사증입국허가 대상 외국국적자는 출입국관리공무원이 입국허가를 할 때 해당 체류자격을 기재한다.

2018년 개정된 「출입국관리법」에 따르면, 체류자격은 크게 일반 체류자격과 영주 체류자격으로 이분되며, 전자는 90일 이하 체류가 가능한 단기 체류자격과 90일 이상 체류가 가능한 장기 체류자격으로 다시 구분된다(법 제10조, 제10조의2, 3). 단기 체류자격은 주로 관광이나 단기방문 등을 목적으로 하며, 비자체계상 B계열(B-1, B-2)과 C계열(C-1, C-3, C-4)이 이에 해당한다. 장기 체류자격은 유학이나 취업 등 장기간 한국에 체류해야 하는 경우에 부여되며, 비자체계상 A계열, D계열, E계열, F계열 등이 이에 해당한다. 영주(F-5) 체류자격의 경우 영구적으로 한국 사회에 체류할 수 있는 체류자격으로써, 체류기간 동안 활동범위 및 체류 기간에 제약을 받지 않고, 일정 요건(품행 단정, 일정 소득, 대한민국에 특별공로나 국가이익에 기여할 것으로 예상되는 자 등)을 충족한 외국국적자에게만 부여 가능하다(법 제10조의 3). 영주자격 대상은 다시 27개 종류로 세분화되며, 이들은 F-5-1부터 F-5-27까지로 코드화되어 분류된다.

체류자격의 종류는 「출입국관리법」 시행령상 별표 1에 규정되어 있으며, 법무부는 체류자격별 입국허가 심사에 필요한 서류 및 절차에 대해 「체류 자격별 안내매뉴얼」을 통해 공시하고 있다. 현재 출입국에서 운영하는 총 36개 대분류 체류자격은 알파벳을 사용하여 A부터 H까지 총 8개 그룹으로 분류된다(표 4-1-1). 8개 그룹은 다시 개별 대분류 체류자격별로 세부코드가 추가되어 약 200개의 소분류로 세분되어 관리되고 있다.

132) 재외공관에서 발급하는 사증에는 체류자격까지 표시되나 이는 예비적인 것에 불과하므로 공항만에서 출입국관리공무원의 입국 허가 시 체류자격에 대한 허가까지 동시에 이루어진다고 볼 수 있다. 따라서 재외공관의 사증발급은 ‘입국’에 대한 추천행위지만, 공항만 출입국관리공무원의 입국허가는 ‘입국’에 대한 최종적인 판단이자 “체류”에 대한 허가까지 의미한다.

〈표 4-1-1〉 체류자격의 유형(대분류)

기호	비자/체류자격 유형(36개)
A	외교(A-1), 공무(A-2), 협정(A-3)
B	사증면제(B-1), 관광·통과(B-2)
C	일시취재(C-1), 단기방문(C-3), 단기취업(C-4)
D	문화예술(D-1), 유학(D-2), 기술연수(D-3), 일반연수(D-4), 취재(D-5), 종교(D-6), 주재(D-7), 기업투자(D-8), 무역경영(D-9), 구직(D-10)
E	교수(E-1), 회화지도(E-2), 연구(E-3), 기술지도(E-4), 전문직업(E-5), 예술흥행(E-6), 특정활동(E-7), 비전문취업(E-9), 선원취업(E-10)
F	방문동거(F-1), 거주(F-2), 동반(F-3), 재외동포(F-4), 영주(F-5), 결혼이민(F-6)
G	기타(G-1)
H	관광취업(H-1), 방문취업(H-2)

한국의 체류자격은 대상(사람)과 활동 범위가 혼재되어 운영되기 때문에, 환경변화에 따라 이에 부응하기 위해 체류자격이 늘어남과 동시에 일관된 체류관리 정책을 추진하기 어려운 실정이다. 이주민의 입장에서도 체류관리 제도의 복잡성 및 불명확성으로 인해 자신의 체류자격 발급 가능성과 활동범위 등을 쉽게 확인할 수 없다는 문제를 동시에 가지고 있다.¹³³⁾

2) 외국인등록(국내거소신고)과 외국인등록 사실증명

장기체류자와 영주 자격자의 경우 외국인등록 또는 국내거소신고를 해야 한다. 한국에 거주하는 외국국적자는 입국한 날부터 90일을 초과하여 체류하려면 입국한 날부터 90일 이내에 외국인등록을 하여야 한다(「출입국관리법」 제31조 제1항). 재외동포(F-4) 체류자격으로 입국한 외국국적 동포는 「재외동포의 출입국과 법적 지위에 관한 법률」(이하 재외동포법)의 적용을 받기 위해 국내거소신고를 할 수 있으며(법 제6조 제1항), 국내거소신고를 하지 않으면 외국인등록을 해야 한다(법 시행령 제7조 1항). 한국에서 출생하면 출생한 날부터 90일 이내에, 체류 중 한국 국적을 상실하거나 이탈하는 등의 사유가 발생하면 30일 이내에 체류자격을 받아야 하며, 체류자격을 받은 날부터 90일을 초과하여 체류하게 되는 사람도 외국인등록을 하여야 한다(동조 제3항). 체류자격 변경허가를 받는 사람도 허가를 받는 때에 외국인등록을 하여야 한다(동조 제4항).

외국인등록을 하려는 사람은 외국인등록 신청서에 여권과 체류자격별 첨부서류를 자신의 체류지를 관할하는 지방출입국·외국인관서의 장에게 제출하여야 한다(「출입국관리법」 시행

133) 체류자격에 대해서는 정동재(2019) 참조.

령 제40조 제1항 및 법 시행규칙 제76조 제2항 제7호). 지방방출입국·외국인관서의 장은 외국인등록을 한 사람에게 개인별로 고유한 등록번호(외국인등록번호)를 부여하게 된다(법 제31조 제5항). 외국인등록번호는 생년월일·성별·등록기관 등을 표시하는 13자리 숫자로, 1인 1번호로 부여된다(법 시행령 제40조의3).

외국인등록사항으로는 성명, 성별, 생년월일 및 국적, 여권의 번호·발급일자 및 유효기간, 근무처와 직위 또는 담당업무, 본국의 주소와 국내 체류지, 체류자격과 체류기간, 입국일자 및 입국항, 사증에 관한 사항, 동반자에 관한 사항, 사업자 등록번호가 있다(법 제31조 및 법 시행규칙 제47조). 과거에는 ‘세대주와 세대주와의 관계’ 역시 외국인등록 사항에 포함되어 있었으나 동법 시행규칙의 개정으로 2018년 6월 12일자로 삭제되었다. 법무부는 개정이유를 “외국인의 경우 세대주가 될 수 없으므로 외국인등록사항 중 세대주 및 세대주와의 관계를 삭제하여 실무상 혼선을 방지”하기 위함이라고 설명하였다.

외국인등록을 받은 지방출입국·외국인관서의 장은 외국인등록증(국내거소신고를 한 경우 거소신고증)을 발급하고, 등록 외국인 기록표를 작성·비치하며, 외국인 등록표를 그 사람이 체류하는 시·군·구 및 읍·면·동의 장에게 보내야 한다. 시·군·구의 장은 외국인 등록표를 받았을 때에 그 등록사항을 외국인 등록대장에 적어 관리하여야 한다(법 제34조).

등록 외국인이 체류지를 변경하였을 때(국내거소신고를 한 외국국적 동포가 거소를 이전한 때)는 전입한 날부터 14일 이내에 새로운 체류지의 시·군·구 또는 읍·면·동의 장이나 관할 지방출입국·외국인관서의 장에게 전입신고를 하여야 한다(법 제36조, 시행령 제45조). 「출입국관리법」에 따른 외국인등록과 체류지 변경신고는 주민등록과 전입신고를 같음한다(법 제88조의2 제2항).

외국인등록(국내거소신고) 사실증명은 「출입국관리법」 절차에 따라 등록(거소신고)을 한 외국국적자가 그 사실을 증명하는 문서이다. 법령에 규정된 각종 절차와 거래관계 등에서 주민등록증이나 주민등록등본 또는 주민등록초본이 필요하면 외국인등록증이나 외국인등록 사실증명(국내거소신고증이나 국내거소신고 사실증명)으로 이를 갈음한다(법 제88조의2 제1항). 한국에 장기체류하는 외국국적자의 경우 취업이나 국민건강보험 가입 등 일상생활에서 자신의 정보를 확인하고 검증받는 수단으로 외국인등록(국내거소신고) 사실증명서를 발급받아 활용하고 있다.

외국인등록(국내거소신고) 사실증명의 서식에 기재되는 내용은 대상자 인적사항(외국인등록번호, 성명, 성별, 생년월일, 국적, 체류자격, 체류기간, 등록일자, 등록체류지, 이전의 외국인등록번호), 체류지 변경사항(변경일, 주소), 세대구성 사항(대상자와의 관계, 성명, 성별, 생년월일, 외국인등록번호) 등이다(법 시행규칙 별지 제139호 서식). 여기서 세대구성 사항에 기록되는 동반가족은 “외국인등록 시 동반가족사항 입력대상 체류자격”에 따라 주된 체류자격자와 가족관계를 바탕으로 종속된 체류자격을 받은 경우에 한해서만 기재된다.

3) 취업 및 체류 관련 허가과 신고

국내 체류 외국국적자가 취업 활동을 하기 위해서는 취업 활동을 할 수 있는 체류자격을 가지고 있어야 한다. 단기취업(C-4), 교수(E-1)~특정 활동(E-7), 비전문취업(E-9), 선원취업(E-10), 관광취업(H-1), 방문취업(H-2)의 체류자격 소지자는 해당 체류자격의 범위에 속하는 취업 활동만을 할 수 있다.

이 중 교수(E-1)~특정활동(E-7) 자격자는 전문인력으로 분류되며, 2010년 11월 15일부터 근무처 변경·추가 시 기존 사전허가에서 사후신고만 하도록 되었다. 그러나 특정활동(E-7) 10개 직종¹³⁴⁾은 자격요건을 갖추고 있을 때만 근무처 변경이 허가되며, 자격요건을 갖추었더라도 본인 귀책으로 해고 또는 중도 퇴직 시 원고용주의 이적동의를 받지 못하면 근무처를 변경할 수 없는 등 근무처 변경이 엄격히 제한되어 있다. 고용허가제를 통해 입국한 이주노동자에게 주어지는 비전문취업(E-9) 자격자는 원칙적으로 근무처 변경을 할 수 없으며, 예외적으로 근무처 변경을 할 때도 횟수가 3년에 3회로 제한되어 있고, 고용노동부 고시 “외국인근로자의 책임이 아닌 사업장변경 사유”에 해당될 때만 횟수가 산입되지 않는다.

외국국적 동포 중 방문취업(H-2) 자격자는 취업교육 및 구직신청 등 절차를 거쳐 「출입국관리법 시행령」에서 정한 단순노무분야 허용업종에서만 취업활동이 가능하다. 반면 재외동포(F-4)의 경우에는 원칙적으로 단순노무분야에 취업할 수 없으며, 법무부에서 취업을 제한하는 경우를 제외하고 취업 활동을 할 수 있다. 영주(F-5), 결혼이민(F-6) 자격자, 거주(F-2) 자격자의 대부분은 체류자격 구분에 따른 취업 활동의 제한을 받지 않는다.

그 외 자신에게 부여된 체류자격에 해당하는 활동과 병행하여 부수적으로 다른 체류자격에 해당하는 활동을 하고자 할 때는 사전에 법무부 장관의 ‘체류자격외활동허가’를 받아야 하며 취업 또한 마찬가지다.

국내 체류 외국국적자가 기존에 부여된 체류기간을 초과하여 계속 체류하기 위해서는 체류기간이 끝나기 전에 체류기간연장허가를 받아야 한다. 체류기간연장은 현재의 체류기간이 만료되기 전 2개월부터 만료 당일까지 신청하여야 한다. 이 때 체류기간은 각 체류자격별로 1회에 부여할 수 있는 체류기간의 상한의 범위 내에서 부여된다. 기존 체류자격에서 다른 체류자격으로 변경하려는 경우는 원칙적으로는 출국하여 새로 사증을 발급받아 입국하는 절차를 거쳐야 한다. 예외적으로 일정한 경우에 한하여 이와 같은 절차를 생략하고 심사를 거쳐 국내에서 체류자격을 변경할 수 있다.

지방출입국·외국인관서의 장은 체류기간연장 등 불허결정통지 혹은 출국권고 또는 출국명령을 받은 사람이 출국할 선박 등이 없거나 질병 기타 부득이한 사유로 그 기한 내에 출

134) 판매사무원, 주방장 및 조리사, 디자이너, 호텔접수사무원, 의료코디네이터, 양식기술자, 조선용접기능공, 뿌리산업체 숙련기능공, 일반제조업체 및 건설업체, 농축어업.

국할 수 없음이 명백한 때에는 그 출국기한을 유예할 수 있다. 출국 유예를 받은 사람은 기존 체류자격을 상실하며 외국인등록증을 반납해야 한다.

4) 재외국민과 주민등록

재외동포법 제2조는 한국국적자인 재외국민과 외국국적 동포를 포괄해 “재외동포”로 정의하는데, 「재외국민등록법」 제2조는 “외국의 일정한 지역에 계속하여 90일을 초과하여 거주하거나 체류할 의사를 가지고 그 지역에 체류하는 대한민국 국민은 이 법에 따라 등록하여야 한다”고 하고 있다. 등록을 한 재외국민은 ‘재외국민’으로서 법적 지위를 가지게 된다.

「재외국민등록법」은 제1조에서 “외국에 거주하거나 체류하는 대한민국 국민을 등록하도록 하여 재외국민의 현황을 파악함으로써 재외국민의 국내외 활동의 편의를 증진하고, 관련 행정 사무를 적절하게 처리하며, 그 밖에 재외국민 보호정책의 수립에 이바지함을 목적으로 한다.”고 하고 있다. 그러나 「국민건강보험법」이 “국내에 체류하는 재외국민 또는 외국인”을 “국내체류 외국인등”이라 칭하며 재외국민을 외국국적 이주민과 동일하게 법 적용에서 차별(법 제109조)하고 있는 바와 같이 일단 해외 체류 시 재외국민등록을 했다가 귀환이주 한 한국국적자는 ‘외국인’으로서 차별 대우를 받게 된다.

이에 대해 김웅기(2016)는 재외국민을 “한국국적을 가지고 들어왔지만 국민(내국인)에 대한 복지수급권이나 정치참가 등의 제 권리에 의해 구성되는 시민권의 제약을 받는 지위”로 정의하고 있다.

2015년 1월 22일 전까지는 주민등록 거주자가 재외국민 등록을 하면 주민등록이 말소되었고, 주민등록이 말소되었거나 주민등록을 한 적이 없는 재외국민은 국내로 귀환이주를 하더라도 거소신고를 하며 주민등록을 할 수 없었다. 그러나 2015년 1월 22일부터 재외국민 주민등록제도가 시행되어 주민등록이 말소되었거나 주민등록을 한 적이 없는 재외국민도 신규로 주민등록이 가능하게 되었으며, 재외국민 등록을 하더라도 주민등록이 말소되지 않고 재외국민 주민등록으로 변경되게 되었다.

그러나 김웅기(2016)에 따르면 재외국민 주민등록제도가 시행되었지만 현실에서 주관부처가 법무부에서 행정자치부로 이관된 것을 의미할 뿐 권리와 의무 면에서는 어떤 개선도 이루어지지 않았다. 또한 2010년에 개정된 국적법에 의해 출생지주의 국적법을 가진 미국 등에서 출생에 의해 국적을 취득한 재외국민은 한국에서의 거주를 희망하는 경우 그 국가의 국적자로서 권리(외국인으로서의 권리) 행사를 유보한다는 서약(외국국적 불행사 서약)만으로 ‘내국인’과 동일한 지위를 얻을 수 있게 되었지만 혈통주의 국적법을 가진 국가에 거주하던 재외국민, 특히 특별영주자격을 가진 일본의 재일코리안은 외국인으로서 박해와 차별을 받으면서도 한국국적을 유지해 오다 모국으로 귀환이주했지만 재외국민으로서 차별

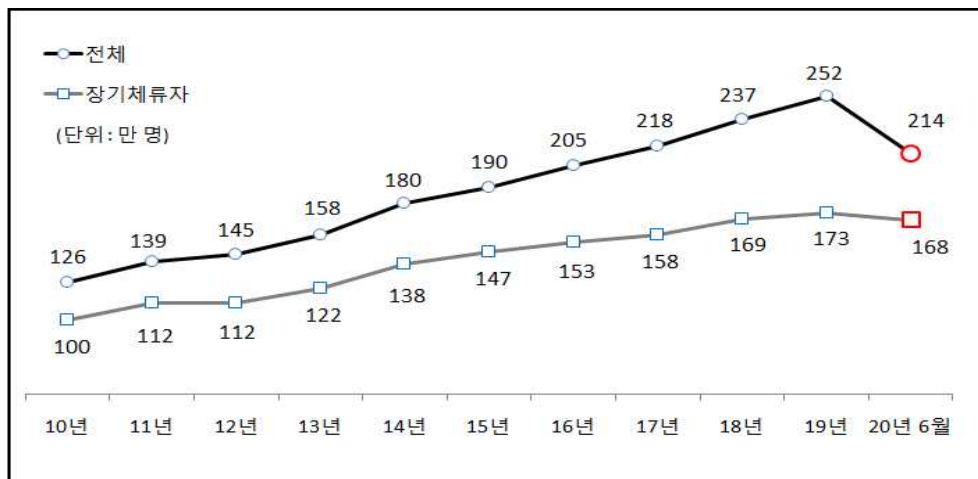
을 받고 있다.¹³⁵⁾ 더욱이 재외국민등록법에는 강제력이 없고 처벌 규정도 없으므로 해외에 장기체류하는 상당수의 한국국적자가 주민등록을 유지하고 있는 것이 현실이어서 오히려 법에 따라 재외국민 등록을 한 사람이 차별을 받게 된다.

2. 이주민의 체류 현황과 정주화 경향

1) 국내 체류 이주민의 연도별·국적별 현황

국내 체류 외국인은 꾸준히 증가해 왔다. 법무부의 체류 외국인 통계에 따르면 지난 10년간에도 지속적으로 증가해 2010년 126만 명에서 2019년 252만 명으로 두 배 이상 늘었다가 코로나19 팬데믹의 영향으로 처음으로 감소해 2020년 6월 약 214만 명이 되었다. 국내 체류 외국인 증가를 주도해 온 것은 장기체류 이주민의 증가였다. 2002년 이전까지는 국내 체류 외국인 중 단기체류자의 비중이 장기체류자보다 더 높았다. 그러나 2003년 이후로 그 비율은 역전되었고 2020년 6월 현재, 외국인등록 또는 국내거소신고를 한 장기체류자는 168만 명으로 전체 체류 외국인의 78.5%에 달하고 있다(그림 4-2-1).

〈그림 4-2-1〉 체류 외국인의 연도별 추이(명)



법무부 출입국·외국인정책본부, 2020년 6월 「출입국통계월보」

135) 보건복지부는 재외국민 주민등록제도 시행에 맞추어 2015년 보육사업지침을 개정해 주민등록법 제6조 제1항 3호에 의해 재외국민용 주민등록번호를 발급받거나 동법 제19조 제4항의 규정에 의해 재외국민으로서 등록·관리되고 있는 자는 보육료나 육아지원의 수급대상에서 배제하였다. 이에 대해 재일코리안 여성 2명이 헌법소원을 제기하여 평등권 침해로 판단을 받았다. 이 소송의 과정에서 재일코리안 변호사협회는 123명 회원 전원이 참가해 위헌의견서를 제출하였는데 그 의견서에서 “결과적으로 일본의 특별영주권을 가진 동포에 대해, 한국에서 보육료와 양육수당을 수급하기 위하여 특별영주권을 포기하도록 하거나 혹은 일본국적을 취득하도록 하는 것은 일본의 식민지 지배와 재일동포에 대한 차별·동화의 역사를 재일동포의 조국이 스스로 흔적도 없이 지워 없애는 것”이라고 주장하였다.(김웅기, 2016)

장기체류자도 지난 10년간 꾸준히 증가하다가 2020년 6월, 약 168만 명으로 전년도 173만 명에 비해 감소했다. 그러나 전체 체류 외국인에 비해 장기체류자의 감소폭은 매우 작았다. <표 4-2-1>에서 외국인등록자, 거소신고자, 단기체류자의 연도별 추이를 보면, 2020년 6월 전체 체류 외국인은 2019년 12월에 비해 15.4% 감소했다. 이는 주로 단기체류자가 42.6% 감소한데 영향을 받은 것으로 장기체류자의 감소폭은 3.0%에 지나지 않았다. 특히 외국인등록을 한 장기체류자가 4.1% 감소한 데 비해 국내거소신고를 한 외국국적 동포는 오히려 0.1% 소폭 증가하면서 전년도와 거의 비슷한 수준으로 유지되고 있다. 이로부터 국내에 거주 기반을 형성하고 있는 장기체류 이주민이 쉽사리 그 기반을 포기하고 떠나지 않는다는 사실을 간접적으로 유추해 볼 수 있다.

그런데 <표 4-2-1>에서 눈에 띄는 점은 전체 체류 외국인 중 22~23% 수준을 유지하던 단기체류자의 비율이 2017년부터 급증하기 시작해 2019년 31.4%까지 높아진 것이다. 이는 한국 정부가 2018년 평창동계올림픽 성공개최 지원 등을 위해 무사증 및 단기사증 확대 정책을 실시한 데 따른 것이다.

<표 4-2-1> 외국인등록자, 거소신고자, 단기체류자의 연도별 추이

(단위: 명)

연도	총 계	장기체류			단기체류 (총계 중 비율)	
		소 계	외국인등록	거소신고		
2010년	1,261,415	1,002,742	918,917	83,825	258,673	(20.5)
2011년	1,395,077	1,117,481	982,461	135,020	277,596	(19.9)
2012년	1,445,103	1,120,599	932,983	187,616	324,504	(22.5)
2013년	1,576,034	1,219,192	985,923	233,269	356,842	(22.6)
2014년	1,797,618	1,377,945	1,091,531	286,414	419,673	(23.3)
2015년	1,899,519	1,467,873	1,143,087	324,786	431,646	(22.7)
2016년	2,049,441	1,530,539	1,161,677	368,862	518,902	(25.3)
2017년	2,180,498	1,583,099	1,171,762	411,337	597,399	(27.4)
2018년	2,367,607	1,687,733	1,246,626	441,107	679,874	(28.7)
2019년	2,524,656	1,731,803	1,271,807	459,996	792,853	(31.4)
2020년 6월	2,135,689	1,680,454	1,220,228	460,226	455,235	(21.3)
2019년 12월 대비 증감	▽ 388,967 (▽ 15.4%)	▽ 51,349 (▽ 3.0%)	▽ 51,579 (▽ 4.1%)	△ 230 (△ 0.1%)	▽ 337,618 (▽ 42.6%)	

자료: 법무부 출입국·외국인정책본부, 「출입국통계연보」 각 연도 및 2020년 6월 「출입국통계월보」.

<표 4-2-2>에서 국내 체류 외국인의 연도별·국적별 현황을 살펴보면, 2020년 6월 기준 체류 외국인의 국적은 중국이 943,540명(44.2%)으로 가장 많다. 그 중 한국계 동포가 678,200명

으로 전체 체류 외국인의 31.8%, 중국 국적자의 71.9%를 차지하고 있다. 중국 다음으로는 베트남 214,774명(10.1%), 태국 189,249명(8.9%), 미국 146,608명(6.9%), 우즈베키스탄 71,329명(3.3%) 순으로 많았다. 그 중에서도 지난 5년 간 무사증으로 입국하는 단기체류자 비중이 높은 태국 국적자 증가율이 가장 높아서 2016년 100,860명에서 2019년 209,909명으로 2배 이상 증가하였다가 2020년 6월 189,249명으로 감소하였다.

〈표 4-2-2〉 체류 외국인의 연도별 국적별 현황

(단위: 명, (%))

구 분	2016년	2017년	2018년	2019년	2020년 6월	
총 계	2,049,441	2,180,498	2,367,607	2,524,656	2,135,689	(100.0)
중국(한국계포함)	1,016,607	1,018,074	1,070,566	1,101,782	943,540	(44.2)
중국(한국계)	627,004	679,729	708,082	701,098	678,200	(31.8)
베트남	149,384	169,738	196,633	224,518	214,774	(10.1)
태 국	100,860	153,259	197,764	209,909	189,249	(8.9)
미 국	140,222	143,568	151,018	156,982	146,608	(6.9)
우즈베키스탄	54,490	62,870	68,433	75,320	71,329	(3.3)
러시아(연방)	32,372	44,851	54,064	61,427	53,907	(2.5)
필리핀	56,980	58,480	60,139	62,398	53,416	(2.5)
몽 골	35,206	45,744	46,286	48,185	46,339	(2.2)
캄보디아	45,832	47,105	47,012	47,565	43,378	(2.0)
네 팔	34,108	36,627	40,456	42,781	41,971	(2.0)
기 타	383,380	400,182	435,236	493,789	331,178	(15.4)

자료: 상동.

한편 〈표 4-2-3〉에서 체류 외국인 가운데 외국인등록 또는 국내거소신고한 장기체류자의 연도별·국적별 현황을 살펴보면, 2020년 6월 현재 장기체류자의 국적은 중국이 50.7%로 장기체류자 2명 중 1명 이상은 중국 국적자이다. 특히 한국계 중국동포는 전체 체류자 678,200명의 98.3%인 666,451명이 장기체류자로 거의 대부분이 장기체류자다. 장기체류자의 국적은 중국 다음으로 베트남 11.0%, 미국 4.1%, 우즈베키스탄 4.0% 순으로 많다. 이는 전체 체류 외국인의 국적별 순위와 동일하다.

그런데 전체 체류 외국인 중에서는 세 번째로 많아서 8.9%를 차지했던 태국은 장기체류자 중에서는 1.9%에 불과해 10위로 떨어진다. 이는 2020년 6월 기준 태국 국적자 189,249명 중 17.1%인 32,396명만이 장기체류자로 태국 국적자의 경우 단기체류자 비중이 압도적으로 높기 때문이다. 태국 대신 필리핀이 장기체류자 상위 5개국에 포함되었고, 다음으로

캄보디아, 네팔, 러시아, 인도네시아 순으로 장기체류자가 많다.

장기체류자 중 지난 5년간 증가율이 가장 높은 국적은 러시아로 66.5% 증가하였다. 우즈베키스탄도 30.9%로 증가폭이 큰데 이는 주로 고려인동포의 증가에 의한 것으로 볼 수 있다. 반면 같은 기간 한국계 중국동포의 증가율은 8.4%로 비교적 완만하였다. 그 외 베트남 국적자가 43.8%, 몽골 국적자가 31.6%, 네팔 국적자가 23.1%로 비교적 증가율이 높았다.

〈표 4-2-3〉 장기체류자의 연도별 국적별 현황

(단위 : 명, (%))

구 분	2016년	2017년	2018년	2019년	2020년 6월	
총 계	1,530,539	1,583,099	1,687,733	1,731,803	1,680,454	(100.0)
중국(한국계포함)	821,785	834,403	883,489	884,492	852,699	(50.7)
중국(한국계)	614,526	626,060	675,712	676,411	666,451	(39.7)
베트남	137,769	151,385	170,707	187,334	184,993	(11.0)
미 국	69,299	68,580	68,749	70,584	68,881	(4.1)
우즈베키스탄	49,230	56,598	63,067	67,918	66,597	(4.0)
필리핀	46,082	45,249	45,317	45,365	43,761	(2.6)
캄보디아	44,542	45,717	45,253	45,022	42,340	(2.5)
네팔	33,060	35,426	38,862	40,933	40,675	(2.4)
러시아	20,780	27,878	34,165	38,976	39,173	(2.3)
인도네시아	39,281	37,074	37,595	37,242	35,173	(2.1)
태 국	29,296	30,200	31,419	32,638	32,396	(1.9)
기 타	239,415	250,589	269,110	281,299	273,766	(16.3)

자료: 상동.

2) 정주형 체류자격의 증가

2017년부터 2019년까지의 무사증 혹은 단기체류 사증 발급 증가에 의한 일시적 변동요인을 제외하면 국내 체류 외국인 증가는 주로 장기체류 이주민 증가에 기인한 것이다. 장기체류 이주민은 절대적 규모 면에서 뿐 아니라 그 구성면에서도 크게 변화해 왔다. 우선 장기체류자 중에서도 정주형 장기체류자의 비중이 빠르게 증가하였고, 특히 재외동포(F-4) 자격자가 급증하였다.

〈표 4-2-4〉에서 장기체류자의 연도별·체류자격별 현황을 보면, 2020년 6월 기준 재외동포(F-4) 자격자가 461,798명으로 가장 많다. 재외동포(F-4)는 국내 체류 이주민 중 비중이 가장 클 뿐 아니라 2007년 약 3만4천 명에서 2020년 6월 46만 명 이상으로 지속적으로 가파른 증가세를 보이며 장기체류자 증가에 주도적인 역할을 해 왔다. 그 다음으로 비전문

취업(E-9) 255,433명, 방문취업(H-2) 205,569명, 영주(F-5) 156,159명, 결혼이민(F-6) 131,274명, 방문동거(F-1) 115,141명의 순이었다.

〈표 4-2-4〉 장기체류자의 연도별 체류자격별 현황

(단위: 명)

구 분	2016년	2017년	2018년	2019년	2020년6월	전년도 대비 증감
총 계	1,530,539	1,583,099	1,687,733	1,731,803	1,680,454	▽ 3.0%
문화예술 (D-1)	67	82	69	59	28	▽ 52.5%
유 학 (D-2)	75,675	86,504	102,127	117,415	100,588	▽ 14.3%
기술연수 (D-3)	2,078	1,741	1,587	1,280	1,122	▽ 12.3%
일반연수 (D-4)	37,622	45,511	55,540	59,526	51,832	▽ 12.9%
취 재 (D-5)	88	84	94	89	90	▲ 1.1%
종 교 (D-6)	1,678	1,679	1,548	1,523	1,437	▽ 5.6%
주 재 (D-7)	1,619	1,320	1,280	1,375	1,184	▽ 13.9%
기업투자 (D-8)	5,951	5,903	5,853	5,875	5,639	▽ 4.0%
무역경영 (D-9)	5,633	2,942	2,491	2,320	1,998	▽ 13.9%
구 직 (D-10)	5,585	6,121	6,274	5,412	6,187	▲ 14.3%
교 수 (E-1)	2,499	2,420	2,336	2,183	2,130	▽ 2.4%
회화강사 (E-2)	15,292	14,220	13,609	13,798	13,271	▽ 3.8%
연 구 (E-3)	3,154	3,192	3,129	3,109	2,985	▽ 4.0%
기술지도 (E-4)	187	185	190	219	209	▽ 4.6%
전문직업 (E-5)	613	596	604	606	564	▽ 6.9%
예술홍행 (E-6)	3,945	3,383	3,346	3,231	3,196	▽ 1.1%
특정활동 (E-7)	20,968	20,684	21,382	20,997	20,080	▽ 4.4%
비전문취업(E-9)	274,168	273,406	274,727	270,751	255,433	▽ 5.7%
선원취업 (E-10)	14,612	15,334	16,875	17,131	16,553	▽ 3.4%
방문동거 (F-1)	101,961	109,550	116,322	120,962	115,141	▽ 4.8%
거 주 (F-2)	39,485	40,395	40,873	43,403	43,807	▲ 0.9%
동 반 (F-3)	22,532	22,092	21,973	22,414	21,275	▽ 5.1%
채외동포 (F-4)	372,533	415,121	444,880	464,152	461,798	▽ 0.5%
영 주 (F-5)	130,011	136,118	141,973	153,038	156,159	▲ 2.0%
결혼이민 (F-6)	119,706	120,840	123,546	129,200	131,274	▲ 1.6%
기 타 (G-1)	17,237	21,163	29,788	36,422	37,031	▲ 1.7%
관광취업 (H-1)	1,799	2,184	2,730	2,948	2,337	▽ 20.7%
방문취업 (H-2)	250,005	225,455	246,189	223,513	205,569	▽ 8.0%
기 타	3,836	4,874	6,398	8,852	21,537	▲ 143.3%

자료: 상동.

결국 국내에서 체류자격의 반복적 갱신이 가능하거나 체류기간에 제한이 없는 정주형 체류자격인 재외동포(F-4), 영주(F-5), 결혼이민(F-6), 거주(F-2)자격자가 2020년 6월 기준 전체 장기체류자의 47.2%이다. 정주형 체류자격자의 동반 가족에게 주로 주어지는 방문동거(F-1), 동반(F-3)을 합치면 55.3%에 달한다. 또한 장기체류자의 12.2%를 차지하는 방문취업(H-2)의 경우도 횟수 제한 없는 체류자격 갱신이 가능해 정주형 체류자격의 성격이 강한 것으로 볼 수 있다.

한편 2020년 6월 대부분 체류자격자의 수가 전년도에 비해 다소 감소한 것에 비해 정주형 체류자격의 경우 방문동거(F-1)와 동반(F-3)을 제외하면 거주(F-2), 영주(F-5), 결혼이민(F-6) 자격자는 오히려 소폭 증가하였고, 재외동포(F-4)의 경우 0.5% 감소에 그친 것을 볼 수 있다.¹³⁶⁾

3) 체류기간의 장기화

이주민의 정주화 경향은 체류기간의 장기화를 통해서도 다시 한 번 확인할 수 있다. 장기체류 이주민의 정주가 가능한 것은 우선 법무부가 출입국 체류지침에 따른 체류자격에 해당하는 활동이나 신분을 유지하는 등록외국인에게 원칙적으로 체류자격의 반복갱신이나 체류기간 연장허가를 해주기 때문이다. 실제 2019년 한 해 동안 출입국·외국인정책본부에서 체류허가 및 신고수리한 외국인 민원행정 총 1,885,856건 중에서 약 30%인 575,309건이 장기체류자격자에 대한 체류기간 연장이었다.¹³⁷⁾

〈표 4-2-5〉의 「이민자 체류실태 및 고용조사 결과」에 따르면, 3개월 이상 15세 이상 국내 상주 체류 외국인 중 ‘5년 이상~10년 미만’과 ‘10년 이상’ 체류자가 2017년에 각각 26.3%, 15.7%, 2018년에는 각각 25.7%, 19.0%, 2019년에는 각각 25.3%, 20.9%였다. 이에 따라 5년 이상 체류자가 2017년 42.0%에서, 2018년 44.7%, 2019년 46.2%로 점증하여, 2년 동안 4.2%p 증가하였다.

〈표 4-2-5〉에서 체류기간별 분포를 체류자격별로 좀 더 자세히 살펴보자. 2019년 5년 이상 체류자의 비율은 영주(F-5) 97.1%, 재외동포(F-4) 68.9%, 결혼이민(F-6 등) 64.8% 순으로 높다. 그런데 2017년에서 2019년의 2년 동안 5년 이상 체류자 비율의 변동을 살펴보면 재외동포가 10.9%p 증가해 결혼이민 7.2%p, 영주 4.3%p보다 증가율이 더 크다. 위에서 살펴보았듯이 장기체류자 중 재외동포(F-4) 자격자가 특히 가파른 증가세를 보이며

136) 2020년 처음으로 그 수가 감소한 체류자격으로는 유학(D-2), 일반연수(D-4), 관광취업(H-1) 등이 대표적이다. 그 외 D계열, E계열 체류자격 대부분도 전년도에 비해 2020년 그 수가 감소했다. 반면 코로나19로 인한 실직 또는 귀국의 어려움 때문인지 구직(D-10) 체류자격은 오히려 14.3% 증가하였다. 기타(G-1)가 1.7% 증가한 것은 코로나19로 출국을 할 수 없는 이주민 일부에게 기타(G-1) 자격을 부여한 영향으로 판단된다.

137) 2019 출입국외국인정책 통계연보, “체류허가 및 신고수리현황”.

국내 체류 이주민 중 비중이 가장 크다는 점과 결합해 보면 외국국적 동포가 국내 체류 이주민의 정주화 경향을 주도하고 있는 것으로 판단해 볼 수 있다.

〈표 4-2-5〉 이주민의 연도별 체류자격별 체류기간

(단위: %)

구분		구성비 합계	6개월 미만	6개월 이상~ 1년미만	1년 이상~ 3년미만	3년 이상~ 5년미만	5년 이상~ 10년미만	10년 이상
2017	전체	100.0	1.8	8.6	26.0	21.5	26.3	15.7
	비전문취업(E-9)	100.0	2.0	9.3	37.1	26.3	24.3	0.9
	방문취업(H-2)	100.0	1.1	6.2	25.0	31.0	20.5	16.2
	전문인력(E1~E7)	100.0	2.6	22.9	34.3	13.2	21.8	5.5
	유학생	100.0	5.3	23.5	46.1	16.7	8.0	0.2
	재외동포(F-4)	100.0	0.9	4.3	17.8	18.9	35.6	22.4
	영주(F-5)	100.0	0.0	0.4	0.9	5.7	39.7	53.1
	결혼이민	100.0	0.9	5.2	12.4	23.9	36.7	20.9
	기타	100.0	3.2	13.1	36.2	19.8	16.4	11.2
2018	전체	100.0	1.8	7.4	24.5	21.5	25.7	19.0
	비전문취업(E-9)	100.0	2.4	8.6	36.1	28.8	23.4	0.6
	방문취업(H-2)	100.0	0.6	3.7	20.8	31.5	23.2	20.3
	전문인력(E1~E7)	100.0	1.9	17.5	27.2	18.5	27.7	7.3
	유학생*	100.0	6.3	21.7	47.2	18.5	5.5	1.0
	재외동포(F-4)	100.0	0.8	2.8	14.5	17.6	33.6	30.7
	영주(F-5)	100.0	-	0.1	1.2	4.8	33.6	60.4
	결혼이민**	100.0	0.6	4.2	15.6	15.7	39.9	24.1
	기타	100.0	3.2	13.7	33.2	22.1	17.3	10.5
2019	전체	100.0	1.6	7.7	24.3	20.1	25.3	20.9
	비전문취업(E-9)	100.0	2.3	9.8	33.2	30.1	23.9	0.7
	방문취업(H-2)	100.0	1.2	4.3	19.8	27.8	23.6	23.3
	전문인력(E1~E7)	100.0	1.8	14.8	30.6	17.6	25.1	10.1
	유학생	100.0	3.9	22.2	49.7	18.1	5.0	1.0
	재외동포(F-4)	100.0	0.6	2.4	11.6	16.5	36.2	32.7
	영주(F-5)	100.0	0.0	0.0	0.5	2.4	27.7	69.4
	결혼이민	100.0	0.8	3.6	16.6	14.2	34.3	30.5
	기타	100.0	2.4	12.3	37.2	19.5	19.0	9.7

출처: 통계청·법무부, 「이민자 체류실태 및 고용조사 결과」 2017년~2019년 통계 재구성.
(https://www.kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/1/3/4/index.board)

* D-2, D-4-1,7 / ** F-2-1, F-6

또한 주목할 점은 체류 제도상으로는 5년 이상 국내 연속체류가 불가능한 방문취업(H-2) 자격자의 장기체류 경향이다. 방문취업(H-2) 자격자의 5년 이상 장기체류 비율은 2017년 36.7%, 2018년 43.5%, 2019년 46.9%로 만 2년 동안 10%p 이상 증가해 2019년 현재 약 2명 중 1명이 5년 이상 장기체류자가 되었다. 방문취업(H-2) 자격자는 법무부가 국내 단순노무분야로 분류한 직종에서만 일할 수 있도록 하고 있고, 단순인력의 국내 정주는 허가하지 않는다는 원칙 하에서 명목상으로는 일정한 기간의 취업 후 본국으로 돌아가도록 하는 단기순환 원칙을 적용하고 있는 체류자격이다. 그러나 방문취업(H-2) 자격자의 체류 장기화는 중국 및 구 CIS 동포들에게 이러한 단기순환 원칙이 현실에서 전혀 작동하지 않고 있다는 것을 의미한다. 방문취업(H-2)의 경우 해당 체류자격으로는 영주권과 국적 신청을 할 수 없도록 5년 이상 국내에서 연속 체류는 허용하지 않고 있어 일시출국 하여 체류자격을 갱신한 후 재입국해야 한다. 그러나 체류자격 갱신 횟수에 제한이 없어서 사실상 기한 없는 연속 체류가 가능하며, 재외동포(F-4) 자격 등으로의 전환 가능성이 넓게 열려 있어 사실상 정주형 체류자격에 해당하는 것으로 볼 수 있다.

고용허가제 비전문취업(E-9)의 경우 ‘1년 이상 3년 미만’ 체류자 비중이 가장 높고, 5년 이상 체류자의 비율은 2017년 25.2%, 2018년 24.0%, 2019년 24.6%로 비교적 정체되어 있다. 그러나 비전문취업(E-9)의 체류기간별 분포를 좀 더 자세히 살펴보면 ‘1년 이상 3년 미만’ 체류자 비율은 2017년 37.1%에서 2019년 33.2%로 감소한 반면 ‘3년 이상 5년 미만’ 체류자는 같은 기간 26.3%에서 30.1%로 증가하였다. 또한 정부는 고용허가제 비전문취업(E-9)의 단기순환 원칙을 확고하게 고수해 왔음에도 불구하고, 2019년 현재 5년 이상 체류자 비율은 24.6%로, 4명 중 1명 정도가 5년 이상 체류자여서 그 비율이 결코 낮은 것으로 볼 수 없다.

이는 고용허가제 도입 이후 취업활동기간 만료자가 다수 발생할 것으로 예상되는 시점마다 정부가 「외국인근로자의 고용 등에 관한 법률」을 개정하여 연속해 취업할 수 있는 기간을 늘려왔고, 2012년부터는 ‘성실 외국인근로자 재입국 취업제도’를 통해 4년 10개월 취업 후 일시 출국 후 재입국해 다시 4년 10개월을 취업할 수 있도록 했기 때문이다. 또한 법무부는 아직은 쿼터 규모가 작지만 일종의 점수제를 통해 비전문취업(E-9)에서 전문인력(E-7) 중 숙련기능인력(E-7-4)으로 체류자격 전환 가능성을 열어 두었다.

법무부가 총 체류기간의 상한을 제한하고 있는 체류자격은 기술연수(D-3) 2년, 구직(D-10) 2년, 예술홍행(E-6) 중 호텔유흥(E-6-2) 2년, 계절근로(E-8) 6개월 등 일부에 한정되어 있다. 그 외 대부분의 체류자격은 일정 요건을 충족하는 한 체류자격의 갱신과 연장이 가능하다.

4) 외국국적 동포에 대한 정주 문호의 개방

앞에서 국내체류 이주민의 정주화 경향을 견인하고 있는 것이 외국국적 동포의 정주임을 확인할 수 있었다. 이는 정부가 외국국적 동포에 대해 정주 문호를 개방해 온 데 따른 것이다.

중국 및 구 CIS 동포들은 1980년대 후반 한중수교 이전부터 국내 이주민 중에 가장 먼저 한국으로 귀환이주를 시작했다. 그러나 한국의 재외동포정책이 부재하던 시기에 동포들은 관광객으로, 친치 방문 비자를 받아서, 이어서 외국인 산업연수생으로 한국으로 왔다. 1999년 「재외동포의 출입국과 법적 지위에 관한 법률」 제정 후 대한민국 정부 수립 이전 이주한 동포들에 대한 차별적 적용에 2001년 중국동포들의 헌법소원, 이어서 2004년 동법 개정이 있었지만 여전히 정부는 중국 등을 불법체류다발국가로 분류해 재외동포(F-4) 비자 발급을 규제하였다(이규용·곽재석, 2017).

중국 및 구 CIS 동포들에게 제한적이거나 규제의 빗장을 풀기 시작한 것은 2007년 이후 부터였다. 정부는 2007년 중국 및 구 CIS 동포들에게 방문취업제를 시행한 데 이어 2008년부터 고학력자·상공인 등 국내에서 단순노무 업종에 취업할 우려가 없는 경우 등 일정 자격을 요건으로 제한적 범위에서나마 재외동포(F-4) 체류자격을 부여하는 정책을 시행하기 시작하였다. 2009년 3월에는 제조업과 농업 등 ‘내국인’들이 취업을 기피하여 만성적인 인력부족을 겪고 있는 업종에 방문취업(H-2) 자격 동포들이 일정기간 취업하는 경우 재외동포(F-4) 자격 변경을 허용하기 시작했다.

2010년 4월부터는 재외동포 자격 부여지침을 정비¹³⁸⁾하여 방문취업(H-2) 자격 동포들이 기존의 1차 산업 및 제조업 등의 분야에 장기근속 한 경우 이외에 기능사 자격을 취득한 경우, 기타 고령자¹³⁹⁾ 등 국내 노동시장에서 단순노무종사자로 간주할 수 없는 경우, 간병인, 가사도우미 등 ‘내국인’의 대체 가능성이 없는 경우 등에도 재외동포 자격으로 전환할 수 있도록 했다. 이와 함께 기존에 재외공관에서 제한적으로 부여하던 재외동포 자격부여 대상을 더욱 확대하여 대학졸업자, 법인기업대표 등에 대해서도 재외공관에서 재외동포 비자를 부여하기 시작했다. 이어서 2009년 12월부터 기존에 한국에 정주하고 있으면서 가족 등을 한국으로 초청하기 위해 국적을 신청하고 심사대기 중이던 중국동포에 대해 친족 초청이 가능한 영주자격으로 전환하여 신청할 수 있도록 함으로써 적체된 국적신청 수요를 분산시키고자 하였다. 고액투자자, 국내기업과의 교역실적이 우수한 자 및 기타 1차 산업과

138) 정책 시행의 법적 근거는 재외동포법 제5조 제4항, 동법 시행령 제4조 제4항과 「출입국관리법 시행령」 제23조 제6항, 시행규칙 제27조의2 제1항·제3항이다. 2010년 4월 14일 재외동포 자격의 취업활동 제한 범위 조정안을 고시하고, 4월26일부터 시행하였다.

139) 법무부에 따르면 2010년 4월 현재, 청장년층의 고용기회 침해소지가 적은 60세 이상 고령 동포가 35,327명으로 전체 방문취업(H-2) 자격자의 12%를 차지하고 있었다. 법무부는 이러한 비경제활동 인구에 해당하는 고령 동포 등이 방문취업 자격으로 체류함에 따라 방문취업 자격자의 총 체류 규모를 증가시키는 요인으로 작용하고 있다고 보았다. 따라서 이들 고령 동포는 단순노무종사자로 볼 수 없는 경우로 보고 재외동포(F-4)자격으로 전환할 수 있도록 하였다.

제조업 등의 국내 인력고용난이 심각한 업종에서 4년 이상 장기 근속하는 동포들도 영주자격 신청 대상에 포함하였다.

애초에 단기순환의 ‘외국인력’ 활용을 목적으로 한 고용허가제 범주에 해당하는 특례고용허가 또는 방문취업(H-2) 자격으로 한국에 입국한 동포들은 5년간의 체류기한 만료 이후에는 본국으로 돌아가도록 되어 있었다. 그러나 이와 같은 정책들을 통해 명목상으로는 정주형 체류자격이 아닌 방문취업(H-2) 자격의 동포들도 횡수 제한 없이 체류자격 갱신이 가능할 뿐 아니라 재외동포(F-4), 영주(F-5) 등으로 체류자격 변경을 통하여 안정적으로 정주하는 것이 가능하게 되었다.

그러나 정부가 중국 및 구 CIS 동포에 대해 정주 문호를 확대하는 정책을 시행해 왔다고 하더라도 이는 동포포용정책으로서는 근본적으로 한계가 있는 정책이었다. 정부의 동포 정책은 국내 인력부족 해소를 위한 ‘외국인력’ 정책과 동포포용 정책 사이에서 표류를 거듭해 왔다. 동포들은 안정적인 체류를 위해 방문취업(H-2) 자격에서 재외동포(F-4)자격으로 체류자격을 전환해 갔는데, 방문취업 자격은 지정된 단순노무분야에만 취업을 허용하고 재외동포 자격자는 단순노무분야에 취업을 불허하였다. 그러나 방문취업 자격으로 장기간 일해 온 동포들이 기능사 자격 취득으로 갑자기 법무부가 단순노무가 아닌 것으로 분류한 직종에서 일자리를 얻는 것은 거의 불가능한 것이었다. 때문에 동포들은 체류가 불안정한 방문취업 자격으로 남든지, 재외동포 자격으로 체류자격을 변경하고 불법취업자가 되어 기존에 하던 일을 계속할 수밖에 없었다. 박미화(2020a)는 이러한 동포들의 상황을 ‘강요된 위법성’이라 정의하였다.

그러나 어쨌든 그 과정에서 많은 중국 및 구 CIS 동포들이 재외동포(F-4) 자격을 취득하여 외국국적 동포 중 재외동포(F-4) 자격자가 가장 큰 비중을 차지하게 되었으며, 영주(F-5) 자격을 획득한 동포의 수도 급격히 증가하여 한국사회에 정착하는 동포가 급격히 늘어나게 되었다.

아래 <표 4-2-6>에서 2020년 6월 말 현재, 국내 체류 외국국적 동포 850,211명의 체류자격을 살펴보면, 재외동포(F-4)가 461,798명(54.3%)으로 가장 많은 비중을 차지하고 있다. 다음으로는 방문취업(H-2) 206,744명(24.3%), 영주(F-5) 103,066명(12.1%), 방문동거(F-1) 35,081명(4.1%) 순으로 많다.

<표 4-2-7>에서 외국국적 동포의 국적별 체류 현황을 보면 중국이 695,348명으로 전체의 81.8%의 절대적 다수를 점유하고 있다. 다음으로 미국이 44,179명(5.2%)으로 많지만, 우즈베키스탄, 러시아, 카자흐스탄, 키르기스스탄, 우크라이나 등의 국적자는 대부분 고려인 동포로서 중국 동포 다음으로는 고려인 동포가 가장 많은 수를 차지하고 있다. 앞의 장기체류자의 연도별·국적별 현황(표 4-2-3)에서 최근 5년간 중국동포의 증가율은 완만한 반면 러시아, 우즈베키스탄 등 고려인동포 출신 국적자의 증가폭은 매우 큰 것을 확인할 수 있었다.

〈표 4-2-6〉 외국국적 동포의 체류자격별 현황 (2020년 6월)

(단위: 명, (%))

자격 계	재외동포 (F-4)	방문취업 (H-2)	영주 (F-5)	방문동거 (F-1)	기타
850,211 (100.0)	461,798 (54.3)	206,744 (24.3)	103,066 (12.1)	35,081 (4.1)	43,522 (5.1)

출처: 법무부 출입국·외국인정책본부, 「2020년 6월 출입국통계월보」.

〈표 4-2-7〉 외국국적 동포의 국적별 현황 (2020년 6월)

(단위 : 명, (%))

국적 계	중국	미국	우즈베키스탄	러시아	캐나다	카자흐스탄
850,211 (100.0)	695,348 (81.8)	44,179 (5.2)	35,785 (4.2)	27,701 (3.3)	15,578 (1.8)	14,406 (1.7)
	호주	키르기스스탄	우크라이나	타지키스탄	투르크 메니스탄	기타
	4,618 (0.5)	2,811 (0.3)	2,560 (0.3)	307 (0.0)	293 (0.0)	6,625 (0.8)

출처: 상동.

5) 가족결합 이주, 가족동반 체류의 증가

이주민의 정주화 경향은 가족 동반 체류의 증가를 통해서도 확인할 수 있다. 〈표 4-2-8〉에서 「2019년 이민자체류실태 및 고용조사결과」에 따른 15세 이상 국내 상주 외국국적자 1,322.6천명 중 배우자가 있는 사람은 806.3천명으로 61.0%인데 42.6%인 563.5천명은 배우자도 국내에 거주하고 있다. 또한 57.7%인 762.8천명은 자녀가 있는데, 34.3%인 453.4천명이 자녀 모두 또는 일부가 국내에 거주하고 있다.

정부는 명목상으로는 ‘단순기능인력’의 정주와 가족동반은 허용하지 않는다는 원칙을 고수해 왔다. 이에 따라 약 10년의 연이은 취업과 체류가 가능한 고용허가제 비전문취업(E-9), 선원취업(E-10) 자격자에게도 가족동반, 가족초청을 허용하지 않고 있다. 단 이들 자격자의 국내출생 자녀에 대해서만 방문동거(F-1) 자격을 부여해 부모의 체류기간 범위 내에서 체류를 허용하고 있다.

〈표 4-2-8〉 국내 상주 외국인의 배우자와 자녀 유·무 및 거주지

(단위: 천명, %)

15세 이상 인구	배우자 유무 및 거주지					
	배우자 있음	배우자의 거주지별			배우자 없음	
		국외 거주	국내 함께 거주	국내 따로 거주		
1,322.6 (100.0)	806.3	242.7	545.2	18.3	516.3	
	(61.0)	(18.4)	(41.2)	(1.4)	(39.0)	
	자녀 유무 및 거주지					
	평균 자녀 수	자녀 있음	자녀의 거주지별			자녀 없음
			자녀 모두 국내 거주	자녀 일부 국내 나머지 국외 거주	자녀 모두 국외 거주	
	1.6	762.8	380.9	72.5	309.3	559.8
	－	(57.7)	(28.8)	(5.5)	(23.4)	(42.3)

통계청·법무부, 「2019년 이민자 체류실태 및 고용조사 결과」.

그러나 법무부는 외국국적 동포에 대해서는 가족동반을 허용, 확대해 왔다. 2012년부터는 재외동포(F-4) 자격자의 배우자 및 미성년자녀 뿐 아니라 방문취업(H-2) 자격자의 만 19세 미만 자녀에 대해서도 방문동거(F-1) 자격으로 동반체류를 허용하였다. 이어서 그 배우자도 미성년 자녀와 같이 동반 체류를 허용하였다. 그 전에는 방문취업 자격자의 배우자와 미성년 자녀는 단기 방문비자로 입국 후 국내에서 체류자격 변경을 해야 했다. 또한 2015년부터는 미성년 자녀가 재학 중인 경우 부모의 체류기간이 만기가 되어도 체류연장이 가능하게 되었고, 2016년부터 국내에 체류하는 미성년 자녀가 성년이 된 후에도 부모의 체류기간까지 국내에서 체류할 수 있도록 하였다.(이진영·곽재석, 2017)

이미 1980년대 후반부터 귀환이주를 시작한 중국동포의 경우 한국정부의 재외동포정책이 부재한 상태에서 처음에는 단신으로 입국해 체류하다가 이후 다른 가족들이 가족결합 이주를 하는 경우가 많았다. 반면, 비교적 최근 이주가 증가한 구 CIS 국가 출신의 고려인동포들은 입국 시부터 가족들이 함께 이주하는 가족동반 이주 비율이 높은 것으로 보인다.¹⁴⁰⁾ 그러나 체류자격 부여에 의한 가족결합 이주 허용이 배우자와 미성년 자녀만으로 한정되어 있고, 방문취업(H-2) 자격에도 연령 요건이 있는 상황에서 고령자는 재외동포(F-4) 자격으로, 성년 자녀는 방문취업(H-2), 결혼이민, 유학, 단기 비자 등 다양한 체류자격으로 입국

140) 고려인동포의 가족동반 체류 비율이 매우 높다는 것은 최근의 조사를 통해서도 확인된다. 최영미·이지선(2019)에서 설문조사 한 경기도 거주 고려인동포 중 기혼자는 64.1%였는데 그 중 90.1%가 배우자와 한국에 같이 거주하고 있었고, 평균 자녀는 1.9명인데 한국거주 자녀는 평균 1.5명으로 자녀 2명 중 최소 1명은 한국에 함께 거주하고 있었다. 양수진(2020)에서 설문조사 한 인천광역시 거주 고려인동포의 경우에도 배우자가 있다고 답한 비율은 64.6%였는데 그 중 89.9%가 배우자와 한국에 함께 거주하고 있었고, 평균 2명의 자녀가 있었다.

하여, 정부의 동포에 대한 체류자격 정책에 조응하여 체류자격을 전환해 가며 가족으로서 함께 살아가기 위해 고군분투해야 했다.

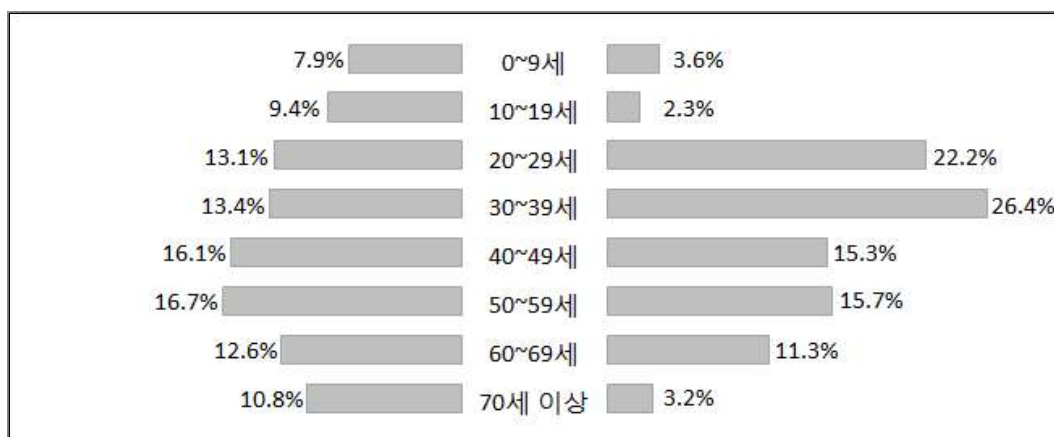
한국 정부가 동포의 가족결합권을 인정하여 체류자격을 부여해 온 것은 명백한 사실이고, 중국 및 구 CIS 동포들은 가족이 모두 함께 생활기반을 국내로 옮겨와 정착해 가고 있는데도 정부는 정작 이들을 가족으로 인정하지 않고 있다. 건강보험제도는 생계와 주거를 같이 하는 가족을 하나의 가족으로 인정하지 않고 여러 개의 지역가입 세대로 분리하여 각각 건강보험료를 부과함으로써 가족을 가족으로 인정하지 않는 정부 이주민 정책의 상징이 되고 있다.

가족을 가족으로 인정하지 않는 정책에 따른 고충은 가족동반 체류 비율이 높은 난민(난민인정자, 인도적체류자, 난민신청자)들도 공히 겪고 있는 바이다. 법무부는 인도적체류자의 경우 체류자격을 심사할 때는 가족으로 인정해 체류자격을 부여해 놓고, 인도적체류자의 가족(G-1-12)이 아니라 각각 인도적체류자(G-1-6) 자격을 받았다는 이유로 외국인등록사실 증명에는 가족사항을 기재해 주지 않는 모순된 정책을 시행하고 있으며, 난민신청자의 경우에는 아예 외국인등록사실증명에 가족사항을 기재해 주지 않고 있다.

6) 이주민의 연령별 현황과 고령화

장기체류 이주민은 주민등록인구에 비해 아동이나 노년층 비율이 낮고, 40~50대 중장년층보다 20~30대 청년층의 비율이 높다. 이는 취업, 결혼, 유학 등을 통해 받아들이는 이주민들의 연령대가 20~30대에 집중되어 있기 때문이다.

〈그림 4-2-2〉 주민등록인구와 장기체류 이주민의 연령대별 분포



자료: 주민등록인구의 연령대별 분포는 2020년 6월 행정안전부 주민등록인구 현황, 장기체류 이주민의 연령대별 분포는 법무부 출입국·외국인정책본부 「2020년 6월 출입국통계월보」

〈그림 4-2-2〉에서 주민등록인구와 장기체류 이주민의 연령대별 분포를 비교해 보면, 2020년 6월 기준 장기체류 이주민의 연령대별 분포는 30대가 26.4%로 가장 많고, 그 다음이 20대(22.2%), 50대(15.7%), 40대(15.3%) 순이다. 반면 같은 시점 기준 주민등록인구의 연령대별 분포는 50대가 16.7%로 가장 많고, 그 다음이 40대(16.1%), 30대(13.4%), 20대(13.1%) 순이다. 60대 인구는 장기체류 이주민과 주민등록인구가 각각 11.3%와 12.6%로 차이가 크지 않으나, 70세 이상은 장기체류 이주민이 3.2% 주민등록인구가 10.8%로 차이가 컸다.

그러나 〈표 4-2-9〉에서 최근 5년간 장기체류자의 연령별 분포 현황을 살펴보면, 2020년 코로나19로 인한 이주민 인구 감소를 감안하더라도, 전반적으로 10세 이하와 60세 이상 연령대 인구가 증가하고 있는 추세가 확인된다. 2016년부터 2020년 6월까지 전체 장기체류자는 9.8% 증가하였는데 10세 미만은 27.5%가 증가하였고, 60대는 31.1%, 특히 70세 이상은 71.0%가 증가하여 이주민의 고령화 경향이 뚜렷이 나타나고 있다.

〈표 4-2-9〉 장기체류자의 연도별 연령별 현황

(단위 : 명, (%))

구 분	2016년	2017년	2018년	2019년	2020년 6월	비율 (%)	증감율*
총 계	1,530,539	1,583,099	1,687,733	1,731,803	1,680,454	(100.0)	▲ 9.8%
0~9세	46,935	52,041	57,597	62,370	59,828	(3.6)	▲ 27.5%
10~19세	37,700	43,071	49,911	54,899	38,957	(2.3)	▲ 3.3%
20~29세	407,608	405,915	422,941	425,191	373,627	(22.2)	▽ 8.3%
30~39세	377,391	402,428	425,685	435,508	443,910	(26.4)	▲ 17.6%
40~49세	242,014	245,875	255,467	258,439	256,287	(15.3)	▲ 5.9%
50~59세	243,919	241,370	264,195	266,315	264,572	(15.7)	▲ 8.5%
60~69세	143,693	156,670	171,114	181,417	189,772	(11.3)	▲ 32.1%
70세 이상	31,279	35,729	40,823	47,664	53,501	(3.2)	▲ 71.0%

자료: 법무부 출입국·외국인정책본부, 「출입국통계연보」 각 년도 및 2020년 6월 「출입국통계월보」.

* 2016년 말 인구 대비 2020년 6월 인구의 증감율

한국의 생산연령인구(15~64세) 변화 추세를 보면 2018년에는 전년도보다 7.3만 명 증가를 보였으나 2019년부터 감소세를 보였고, 2020년 상반기에는 전년도보다 16만 명이 감소한 것으로 나타났다. 이러한 추세는 앞으로 더욱 심각해져 2025년에는 전년 대비 42.9만 명 감소, 2035년에는 전년 대비 57.4만 명이나 감소할 것으로 예측되고 있다.¹⁴¹⁾ 그런데 코로나19 충격으로 합계출산율이 급감하면서 이러한 추세는 더욱 빨라질 전망이다.

141) 비상경제 중앙대책본부(2020.8.27.), "인구구조 변화 대응방향".

저출산·고령화가 이슈가 될 때마다 이민 도입이 주요 대책으로 등장하곤 한다. 그러나 이민자 유입이 고령화를 완화시키는 효과가 있다는 데는 상반된 견해가 공존하고 있다. 이민으로 청년층 인구가 유입되고 이들의 출산으로 유·소년층 인구 또한 증가하여 고령화 속도를 완화시킨다는 견해와 장기적으로 보았을 때는 이민자 자체의 고령화로 이민 확대가 고령화 지연에 미치는 효과는 미미할 것으로 보는 견해가 있다.

한국의 경우에는 위 두 주장이 모두 사실과 부합하는 것으로 나타나고 있다. 중국 내 조선족과 국내 거주 중국동포의 인구구조 변화를 분석한 박경숙 외(2019)는 국내 체류 중국동포뿐 아니라 중국 전체 및 중국 내 동포사회의 고령화도 진행되고 있어 국내 이주민 중 가장 높은 비율을 차지하고 있는 중국동포 사회에 이미 고령화가 진행되고 있을 뿐 아니라 고령인구 유입이 증가할 수 있다고 전망하고 있다.

이는 이민 유입이 한국의 고령화에 대비한 보충적 정책이면서도 다른 한편 이주민 사회 자체의 고령화에도 대비해야 한다는 것을 의미한다. 그러나 한국의 이주민 정책은 저출산·고령화 극복의 도구로 이민을 활용하는 데는 골몰하면서도 정작 한국사회를 위해 활용되는 이주민의 고령화 문제에는 매우 무책임한 행태를 보여주고 있다.

이주민의 고령화는 정부의 중국동포 유입정책과 밀접한 관련이 있다. 한국 정부는 이미 1992년 한중 수교 이후부터 국내 노동시장 보호를 이유로 중국동포에 대해서는 자유로운 출입국을 제한하는 정책을 시행하였고 친척방문 연령을 60세 이상으로 한정하는 등 엄격한 규제정책을 시행하였다(곽재석, 2012). 고연령층 동포에게만 한국 입국을 허용하는 정부의 정책은 2년 후인 1994년에는 입국 제한 연령을 50세 이상으로 낮추는 등 서서히 완화되었다가 한중수교 후 12년이 지난 2004년, 고용허가제가 시행되는 해가 되어서야 25세 이상의 젊은 연령층 동포의 입국이 가능하게 되었고¹⁴²⁾ 2020년 6월부터 방문취업(H-2) 동포의 연령 요건이 만 18세 이상으로 완화되었다.

외국국적 동포는 가족이산을 감내하면서 중년 또는 고령의 나이에 한국에 입국하여 열악한 노동조건에서 3D 직종에서 일하며 모국의 인력부족을 메워 왔다. 그런데 정부는 한국사회에서 여생을 보내고자 하는 동포 이주민들에게 기본적인 사회보장의 권리를 인정하지 않고 고령자에 대한 모든 지원제도에서 배제하고 있을 뿐 아니라 건강보험제도 상 자녀의 지역가입 세대원이 되는 것도 허용하지 않은 채 과도한 보험료를 부과해 오히려 빈곤층으로 전락할 위험을 가중시키고 있다.

7) 비정규 체류자의 급증과 장기체류

비정규 체류자는 2010년 전체 체류 외국인의 13.4%에서 2016년 10.2%로 그 비율이 미

142) 법무부 보도자료(2004.6.25.). “법무부, 중국동포 친척방문 허용연령 25세로 낮춰”.

미하나마 감소하다가 2017년 이후 다시 급증하기 시작했다. 비정규 체류자는 2016년 약 20만 명에서 2018년 35만 명 이상, 2019년 약 40만 명으로 증가하였고, 전체 체류 외국인 중 비율도 2016년 10.2%에서 2018년 15.0%, 2019년 15.5%로 높아졌다.

〈표 4-2-10〉의 비정규 체류자의 연도별 현황을 살펴보면, 최근 비정규 체류자의 증가를 주도한 것은 단기체류 사증으로 입국한 초과체류자이다. 2020년 6월 기준, 비정규 체류자 398,518명 중 외국인등록(국내거소신고)를 했던 장기체류자 중 초과체류자는 25.3%인데 반해 단기체류사증으로 입국해 초과 체류한 경우가 74.8%이다. 단기체류 사증으로 입국한 초과체류자는 2016년 13만 명 이상이었던 데서 2018년 26만 명 이상, 2019년 29만 명 이상이 되었다.

〈표 4-2-10〉 비정규 체류자의 연도별 현황

(단위: 명, (%))

연 도	총 체류 외국인	비정규 체류자				비정규 체류율
		소 계	등 록	거 소	단 기	
2016년	2,049,441	208,971	75,241	941	132,789	(10.2)
2017년	2,180,498	251,041	82,837	1,064	167,140	(11.5)
2018년	2,367,607	355,126	90,067	1,015	264,044	(15.0)
2019년	2,524,656	390,281	95,815	1,316	293,150	(15.5)
2020년 6월	2,135,689	398,518	99,037	1,487	297,994	(18.7)
		(100.0)	(24.9)	(0.4)	(74.8)	

자료: 상동.

세계화의 심화로 자본과 사람의 유동성이 증가하고 있는 상황에서 비정규 체류자는 어느 국가에서나 일정 비율 존재하며 이민 정책의 주요 이슈 중 하나가 되고 있다. 그러나 특히 최근 국내 비정규 체류자의 급증은 2018년 평창동계올림픽의 성공 개최 지원을 위해 무사증을 남발한 한국 정부의 정치적 필요성에 따른 결과였다. 〈표 4-2-11〉에서 비정규 체류자의 연도별 체류자격별 현황을 보면, 2017년까지 비정규 체류자는 20만 명대를 유지하고 있었는데, 2018년 한 해 동안 104,085명이 증가하였고, 그 중 76,887명이 사증면제(B-1)로 입국한 사람들이다. 사증면제(B-1)로 입국한 초과체류자의 수는 2015년에서 2019년 3배 이상 증가하여 2019년 기준 전체 비정규 체류자의 45.2%에 이르게 되었다.

같은 기간 단기방문(C-3)으로 입국한 비정규 체류자도 72.5% 증가하여 2019년 비정규 체류자 중 차지하는 비율이 사증면제(B-1) 다음으로 많은 20.9%가 되었다. 이 또한 동계올림픽 입장권을 구입하는 중국인들에게 5년간 한국에 무한정으로 입국하여 단기체류할 수 있는 사증을 남발하였기 때문이다.

유학(D-2), 일반연수(D-4), 기타(G-1) 자격의 비정규 체류자 증가율도 높기는 하지만 사증면제와 단기사증으로 입국한 비정규 체류자에 비해 그 절대적 수는 매우 적은 편이다.

그 외 비전문취업(E-9), 방문취업(H-2), 방문동거(F-1), 거주(F-2) 자격에서 비정규 체류자 수는 오히려 감소하였다. 그러나 여전히 장기체류자격을 받았다가 비정규 체류자가 되는 이들도 25% 이상이 된다는 것은 이들이 국내에서 체류자격을 유지하거나 더 장기적으로 체류할 수 있는 체류자격으로 변경할 수 있는 제도적 장치가 부족하기 때문이다.

〈표 4-2-11〉 비정규 체류자의 연도별 체류자격별 현황

(단위 : 명, (%))

구 분	2015년	2016년	2017년	2018년	2019년		2015년 대비 증감율
총 계	214,168	208,971	251,041	355,126	390,281	(100.0)	▲ 82.2%
사증면제(B-1)	56,307	63,319	85,196	162,083	176,244	(45.2)	▲ 213.0%
관광통과(B-2)	19,658	19,038	20,662	30,028	30,272	(7.8)	▲ 54.0%
단기방문(C-3)	47,373	46,041	56,331	67,157	81,723	(20.9)	▲ 72.5%
유학(D-2)	1,585	1,034	1,112	1,419	2,833	(0.7)	▲ 78.7%
기술연수(D-3)	1,876	1,536	1,448	1,373	1,308	(0.3)	▽ 30.3%
일반연수(D-4)	4,425	4,687	7,209	12,613	19,234	(4.9)	▲ 334.7%
비전문취업(E-9)	49,272	45,567	46,618	47,373	46,122	(11.8)	▽ 6.4%
선원취업(E-10)	5,240	5,480	5,993	6,174	6,206	(1.6)	▲ 18.4%
방문동거(F-1)	3,373	2,440	2,774	3,134	3,034	(0.8)	▽ 10.1%
거주(F-2)	5,967	3,660	3,063	2,631	2,276	(0.6)	▽ 61.9%
기타(G-1)	2,709	3,607	6,916	7,893	8,202	(2.1)	▲ 202.8%
방문취업(H-2)	5,090	2,315	2,415	2,320	2,095	(0.5)	▽ 58.8%
기타	11,293	10,247	11,304	10,928	10,732	(2.7)	▽ 5.0%

자료: 법무부 출입국·외국인정책본부, 「2019년 출입국통계연보」.

단기체류자격으로든 장기체류자격으로든 입국 후 정해진 체류기간을 초과해 체류하게 되는 비정규 체류자의 다수는 장기체류자로 남게 된다. 일단 출국하면 재입국이 불가능하므로 체류기간은 더욱 길어지는 경향이 있다. 〈표 4-2-12〉에서 비정규 체류자의 체류기간을 보면, 2019년 말 1년 이하 체류자가 26.0%인 반면, 3년 초과 체류자는 30.2%였으며, 10년 초과 체류자도 7.8%나 되었다.

〈표 4-2-12〉 단기체류자의 체류기간 초과 현황

(단위 : 명, (%))

구 분	계	1년 이하	1년 초과 3년 이하	3년 초과 5년 이하	5년 초과 10년 이하	10년 초과
2016년	208,971	52,532	70,785	31,586	26,508	27,560
2017년	251,041	77,423	70,743	42,396	31,762	28,717
2018년	355,126	149,317	96,820	45,383	33,822	29,784
2019년	390,281	101,504	170,981	43,066	44,368	30,362
	(100.0)	(26.0)	(43.8)	(11.0)	(11.4)	(7.8)

자료: 법무부 출입국·외국인정책본부, 「출입국통계연보」 각 연도.

한국정부의 정치적 필요나 제도의 미비에 따라 공공연히 생산되어져 국내 체류 이주민의 상당 비중을 차지하고 있는 비정규 체류자는 “불법체류자=범죄자”라는 프레임에 갇혀 한국 사회에서 가장 극심한 차별과 혐오를 받으며, 건강권을 포함한 인권의 사각지대에 방치된 채 장기체류 하고 있는 것이다.

8) 소결

이상에서 이주민이 국내로 들어오기 시작한 이래 처음으로 코로나19 팬데믹의 영향으로 국내 체류 이주민의 수가 감소하였음에도 불구하고 장기체류 이주민은 거의 감소하지 않고 있는 점, 장기체류 이주민 중 정주형 체류자격자의 비중이 급증해 온 점, 장기체류 이주민의 체류기간이 길어지고 있는 점, 가족동반 체류가 증가하고 있는 점 등을 통해 뚜렷한 정주화 경향을 확인할 수 있었다. 정주화 경향을 주도하고 있는 사람들은 국내체류 이주민의 다수를 점하는 외국국적 동포이다.

이주민 중에 정주형 이주민의 급증은 한국사회가 이주민을 현재와 같이 ‘내국인’과 차별되는 ‘외국인’으로서가 아니라 지역사회 ‘주민’이라는 관점에서 근본적 방향을 전환하여 사회통합정책을 재설계해야 한다는 점을 시사하고 있다. 그러나 2020년 처음으로 주민등록인구가 감소했고, 세계 최저 수준의 출산율이 더욱 낮아지고 있어 인구 전망이 비관적인 가운데, 이민 도입과 확대가 또 다시 이슈가 되고 있는 지금도 한국 정부와 한국 사회는 이미 국내에 정착하고 있는 이주민의 통합에 대해서는 진지하게 숙고하지 않고 있다. 이주민 유입 초기 단기순환 외국인력제도를 원칙으로 결혼이주민만을 사회통합의 대상으로, 그것도 가부장적이며 동화주의적인 통합의 대상으로 보고 입안·시행해 온 정책에서 한 치도 벗어나지 못하고 있다. 2019년 이주민에 대한 차별을 강화한 건강보험제도 개악은 이러한 정책의 한계를 상징적으로 보여주고 있다.

III. 실태조사 결과

제5장 설문조사 결과

제6장 면접·사례 조사 결과

제5장 설문조사 결과

이 연구의 이주민 당사자에 대한 설문조사는 이주민의 의료보장 상황, 건강상태, 의료기관 이용 실태를 파악하기 위한 목적으로 실시되었다.

설문조사 대상 선정에는 이주민 전체 모집단의 국적과 체류자격별 분포를 고려하면서도 특히 보건의로 취약계층과 변화된 건강보험제도의 영향을 많이 받고 있을 것으로 예상되는 특정 집단을 일정 규모 이상 포함하고자 했다. 특정 집단으로는 이주노동자 가운데 농업 및 어업 종사자, 외국국적 동포 가운데 중국 동포와 고려인 동포, 그리고 난민, 유학생, 미등록 체류자를 선정했고, 이들에 대한 설문조사를 위해 연구진이 직접 방문 조사를 실시하거나 이들과 접촉면이 넓은 별도의 조사원이 방문 또는 전화 통화를 통해 조사를 진행했다.

최종적으로 설문조사 응답자의 거주지는 전국 17개 광역자치단체 모두에 걸쳐있었으며, 총 1,060명의 응답을 유효 설문으로 수거해 결과를 분석하였다.

1. 개인 인적사항

1) 국적, 성별, 연령

설문조사 결과 분석에 포함된 1,060명 설문 응답자의 국적은 총 44개국¹⁴³⁾으로 중국이 242명(22.8%)으로 가장 많았다. 다음은 베트남 112명(10.6%), 우즈베키스탄 81명(7.6%), 캄보디아 80명(7.5%), 태국 79명(7.5%), 필리핀 75명(7.1%) 순이었다. 성별은 여성이 538명(50.8%)으로 남성 522명(49.2%)에 비해 조금 많았다. (표 5-1-1)

1,060명의 연령은 18세부터 74세까지 분포해 있었다. 19세 미만 미성년자는 5명, 65세 이상 노인은 32명이었고, 평균 연령은 36.9세, 중간값은 35세였다. 연령대별로는 30대가 376명(35.5%)으로 가장 많았고, 그 다음은 20대(292명, 27.5%), 40대(212명, 20.0%), 50대(107명, 10.1%) 순이었다. 20대와 30대를 제외하고는 전 연령대에서 여성의 비율이 남성에 비해 높았다. (표 5-1-2)

143) 설문 응답자의 국적은 중국, 베트남, 우즈베키스탄, 캄보디아, 태국, 필리핀, 몽골, 미얀마, 러시아, 인도네시아, 스리랑카, 파키스탄, 예멘, 카자흐스탄, 네팔, 나이지리아, 이집트, 키르기스스탄, 인도, 모로코, 시리아, 코트디부아르, 동티모르, 에티오피아, 라이베리아, 수단, 우간다, 이라크, 방글라데시, 남아프리카 공화국, 루마니아, 리비아, 브라질, 아제르바이잔, 알제리, 앙골라, 우크라이나, 이란, 일본, 카메룬, 케냐, 콩고 민주공화국, 탄자니아, 튀니지, 총 44개국이었다.

〈표 5-1-1〉 설문조사 응답자의 국적별 성별 분포

국적	전체 (명)	국적비율 (%)	남성 (명)	남성비율 (%)	여성 (명)	여성비율 (%)
중국	242	22.8	100	41.3	142	58.7
베트남	112	10.6	62	55.4	50	44.6
우즈베키스탄	81	7.6	36	44.4	45	55.6
캄보디아	80	7.5	19	23.8	61	76.3
태국	79	7.5	30	38.0	49	62.0
필리핀	75	7.1	35	46.7	40	53.3
몽골	55	5.2	22	40.0	33	60.0
미얀마	51	4.8	45	88.2	6	11.8
러시아	50	4.7	16	32.0	34	68.0
인도네시아	37	3.5	31	83.8	6	16.2
스리랑카	33	3.1	30	90.9	3	9.1
파키스탄	27	2.5	23	85.2	4	14.8
예멘	19	1.8	13	68.4	6	31.6
카자흐스탄	19	1.8	7	36.8	12	63.2
네팔	12	1.1	12	100.0	0	0.0
기타	88	8.3	41	46.6	47	53.4
합계	1,060	100.0	522	49.2	538	50.8

〈표 5-1-2〉 설문조사 응답자의 연령대별 성별 분포

연령대	전체 (명)	연령비율 (%)	남성 (명)	남성비율 (%)	여성 (명)	여성비율 (%)
10대	18	1.7	5	27.8	13	72.2
20대	292	27.5	154	52.7	138	47.3
30대	376	35.5	206	54.8	170	45.2
40대	212	20.0	98	46.2	114	53.8
50대	107	10.1	41	38.3	66	61.7
60대	48	4.5	16	33.3	32	66.7
70대	7	0.7	2	28.6	5	71.4
합계	1,060	100.0	522	49.2	538	50.8

2) 체류자격과 체류기간

설문조사 응답자의 체류자격은 비정규 체류와 출국유예 상태를 제외하고 총 15개였다.¹⁴⁴⁾ 이하 체류자격에 따른 분석에는 응답자의 수가 10명이 되지 않는 체류자격은 “그 외”로 묶고, 총 10개의 체류자격과 비정규 체류로 분류했다.

가장 응답자 수가 많은 체류자격은 비전문취업(E-9)으로 1,060명 중 282명(26.6%)이었으며 그 다음으로는 재외동포(F-4) 201명(19.0%), 방문취업(H-2) 114명(10.8%), 기타(G-1) 82명(7.7%), 유학(D-2) 69명(6.5%) 순이었다. 비정규 체류자는 전체 응답자의 14.1%(149명)이었다. 비전문취업(E-9)과 그 외로 묶은 체류자격을 제외한 모든 체류자격에서 여성의 비율이 남성에 비해 높았다. (표 5-1-3)

〈표 5-1-3〉 설문조사 응답자의 체류자격별 성별 분포

체류자격	전체 (명)	비율 (%)	남성 (명)	남성비율 (%)	여성 (명)	여성비율 (%)
비전문취업 (E-9)	282	26.6	206	73.0	76	27.0
방문취업 (H-2)	114	10.8	56	49.1	58	50.9
재외동포 (F-4)	201	19.0	62	30.8	139	69.2
결혼이민 (F-6)	36	3.4	6	16.7	30	83.3
영주 (F-5)	22	2.1	10	45.5	12	54.5
거주 (F-2)	41	3.9	20	48.8	21	51.2
방문동거 (F-1)	14	1.3	7	50.0	7	50.0
유학 (D-2)	69	6.5	20	29.0	49	71.0
일반연수 (D-4)	17	1.6	5	29.4	12	70.6
기타 (G-1)	82	7.7	40	48.8	42	51.2
비정규체류	149	14.1	66	44.3	83	55.7
그 외	33	3.1	24	72.7	9	27.3
합계	1,060	100.0	522	49.2	538	50.8

각 체류자격 소지자의 연령대를 살펴본 결과 비전문취업(E-9)과 유학(D-2)은 20대와 30대가 대부분이었으며, 거주(F-2)와 결혼이민(F-6)은 30대와 40대의 비율이, 방문취업(H-2)과 영주(F-5)는 40대와 50대의 비율이 높았다. 재외동포(F-4)의 경우 10대를 제외한 전 연령에 고루 분포해 있었는데, 특히 60세 이상인 응답자의 체류자격은 80% 이상이 재외동포(F-4)였다.

144) 설문 응답자의 체류자격에는 유학(D-2), 일반연수(D-4), 기업투자(D-8), 구직(D-10), 예술홍행(E-6), 특정활동(E-7), 비전문취업(E-9), 선원취업(E-10), 방문동거(F-1), 거주(F-2), 재외동포(F-4), 영주(F-5), 결혼이민(F-6), 기타(G-1), 방문취업(H-2) 및 비정규 체류, 출국유예가 포함되었다.

설문조사 응답자가 난민인지 여부는 체류자격만으로 분명히 드러나지 않기에 난민 여부와 난민 지위를 묻는 별도의 문항을 포함하였다. 1,060명 중 난민은 109명(10.3%)이었는데, 이들을 난민 지위별로 구분하면 난민신청자가 54명(49.5%), 인도적 체류허가자가 34명(31.2%), 난민인정자가 21명(19.3%)이었다. (표 5-1-4)

〈표 5-1-4〉 설문조사 응답자 중 난민의 난민 지위별 성별 분포

난민 지위	전체 (명)	비율 (%)	남성 (명)	남성비율 (%)	여성 (명)	여성비율 (%)
난민인정자	21	19.3	10	47.6	11	52.4
인도적 체류허가자	34	31.2	15	44.1	19	55.9
난민신청자	54	49.5	32	59.3	22	40.7
합계	109	100.0	57	52.3	52	47.7

난민인정자는 모두 거주(F-2), 인도적 체류허가자는 인도적체류자(G-1-6) 또는 인도적체류자의 가족(G-1-12)으로 체류 중이었으며, 난민신청자는 난민신청(G-1-5) 체류자격 외에도 출국유예나 비정규 상태로 체류 중이었다.

설문조사 응답자의 국내 체류기간은 5년 이상 10년 미만이 298명(28.1%)으로 가장 많았다. 다음으로 1년 이상 3년 미만이 266명(25.1%), 3년 이상 5년 미만이 239명(22.5%), 10년 이상 175명(16.5%)이었다. 5년을 기준으로 구분했을 때 5년 미만이 55.4%, 5년 이상이 44.6%였다. (표 5-1-5)

〈표 5-1-5〉 설문조사 응답자의 체류기간 분포

체류기간	6월 미만	6월~1년	1~3년	3~5년	5~10년	10년 이상	합계
빈도 (명)	21	61	266	239	298	175	1,060
비율 (%)	2.0	5.8	25.1	22.5	28.1	16.5	100.0

체류자격별로, 5년 이상 체류자가 많은 체류자격은 영주(F-5) 90.9%, 결혼이민(F-6) 75.0%, 거주(F-2) 65.9%, 재외동포(F-4) 59.2%, 방문취업(H-2) 58.8%, 비정규 체류 57.7% 순이었다. (표 5-1-6)

〈표 5-1-6〉 체류자격별 5년 미만 및 5년 이상 체류자

체류기간 체류자격	5년 미만		5년 이상		합계	
	빈도 (명)	비율 (%)	빈도 (명)	비율 (%)	빈도 (명)	비율 (%)
비전문취업 (E-9)	226	80.1	56	19.9	282	100.0
방문취업 (H-2)	47	41.2	67	58.8	114	100.0
재외동포 (F-4)	82	40.8	119	59.2	201	100.0
결혼이민 (F-6)	9	25.0	27	75.0	36	100.0
영주 (F-5)	2	9.1	20	90.9	22	100.0
거주 (F-2)	14	34.1	27	65.9	41	100.0
방문동거 (F-1)	8	57.1	6	42.9	14	100.0
유학 (D-2)	53	76.8	16	23.2	69	100.0
일반연수 (D-4)	17	100.0	0	0.0	17	100.0
기타 (G-1)	57	69.5	25	30.5	82	100.0
비정규체류	63	42.3	86	57.7	149	100.0
그 외	9	27.3	24	72.7	33	100.0
합계	587	55.4	473	44.6	1060	100.0

3) 경제활동과 소득

응답자 1,060명이 종사하는 업종은 제조업 418명(39.4%), 서비스업 154명(14.5%), 건설업 96명(9.1%), 농업 79명(7.5%), 어업 24명(2.3%) 순이었고, 설문조사 당시 일을 하지 않고 있는 사람은 228명(21.5%)이었다. (표 5-1-7)

〈표 5-1-7〉 설문조사 응답자의 종사 업종 분포

종사 업종	전체		남성		여성	
	빈도 (명)	비율 (%)	빈도 (명)	비율 (%)	빈도 (명)	비율 (%)
제조업	418	39.4	280	53.6	138	25.7
건설업	96	9.1	92	17.6	4	0.7
농업	79	7.5	19	3.6	60	11.2
어업	24	2.3	23	4.4	1	0.2
서비스업	154	14.5	31	5.9	123	22.9
기타	61	5.8	15	2.9	46	8.6
일 하지 않음	228	21.5	62	11.9	166	30.9
합계	1,060	100.0	522	100.0	538	100.0

남성의 경우 제조업(53.6%)과 건설업(17.6%)의 비율이, 여성의 경우 제조업(25.7%)과 서비스업(22.9%)의 비율이 높게 나타났고, 일을 하지 않는 비율은 남성이 11.9%, 여성이 30.9%였다. (표 5-1-7)

〈표 5-1-8〉 체류자격별 종사업종

종사업종 체류자격		제조업	건설업	농업	어업	서비스업	기타	일 안 함	합계
E-9	빈도 (명)	169	27	63	21	1	0	1	282
	비율 (%)	59.9	9.6	22.3	7.4	0.4	0.0	0.4	100.0
H-2	빈도 (명)	40	32	1	0	24	4	13	114
	비율 (%)	35.1	28.1	0.9	0.0	21.1	3.5	11.4	100.0
F-4	빈도 (명)	68	17	2	0	49	11	54	201
	비율 (%)	33.8	8.5	1.0	0.0	24.4	5.5	26.9	100.0
F-6	빈도 (명)	9	1	0	1	8	2	15	36
	비율 (%)	25.0	2.8	0.0	2.8	22.2	5.6	41.7	100.0
F-5	빈도 (명)	7	2	2	0	7	2	2	22
	비율 (%)	31.8	9.1	9.1	0.0	31.8	9.1	9.1	100.0
F-2	빈도 (명)	16	2	0	0	5	5	13	41
	비율 (%)	39.0	4.9	0.0	0.0	12.2	12.2	31.7	100.0
F-1	빈도 (명)	3	1	1	0	2	1	6	14
	비율 (%)	21.4	7.1	7.1	0.0	14.3	7.1	42.9	100.0
D-2	빈도 (명)	3	2	0	0	21	12	31	69
	비율 (%)	4.3	2.9	0.0	0.0	30.4	17.4	44.9	100.0
D-4	빈도 (명)	1	0	0	0	0	0	16	17
	비율 (%)	5.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	94.1	100.0
G-1	빈도 (명)	15	3	1	0	11	9	43	82
	비율 (%)	18.3	3.7	1.2	0.0	13.4	11.0	52.4	100.0
비정규	빈도 (명)	77	7	9	1	19	8	28	149
	비율 (%)	51.7	4.7	6.0	0.7	12.8	5.4	18.8	100.0
그 외	빈도 (명)	10	2	0	1	7	7	6	33
	비율 (%)	30.3	6.1	0.0	3.0	21.2	21.2	18.2	100.0
합계	빈도 (명)	418	96	79	24	154	61	228	1,060
	비율 (%)	39.4	9.1	7.5	2.3	14.5	5.8	21.5	100.0

체류자격별 종사업종을 살펴보면 비전문취업(E-9) 자격자는 다른 체류자격자에 비해 제조업(59.9%) 종사 비율이 높았고, 다음으로 농업(22.3%) 종사자가 많았다. 건설업은 9.6%, 어업은 7.4%, 서비스업은 0.4%로 적은 편이었다. 방문취업(H-2) 자격자는 제조업(35.1%)과 건설업(28.1%), 서비스업(21.1%) 종사자 비율이 높았고, 농업과 어업 종사자는 거의 없었다. 거주(F-2), 재외동포(F-4), 영주(F-5) 자격자의 경우 공히 제조업 종사자 비율이 가장 높았고, 다음으로 서비스업 종사 비율이 높았다. (표 5-1-8)

체류자격별로 일을 하지 않고 있다고 답한 비율은 일반연수(D-4) 94.1%, 기타(G-1) 52.4%, 유학(D-2) 44.9%, 방문동거(F-1) 42.9%, 결혼이민(F-6) 41.7% 순으로 높게 나타났다. 대표적인 취업 체류자격인 비전문취업(E-9)과 방문취업(H-2)의 경우 다른 체류자격자에 비해서는 일을 하지 않고 있다고 답한 비율이 낮았는데, 비전문취업(E-9) 자격자 중에 일을 하지 않고 있는 사람은 단 1명이었던 데 반해 방문취업(H-2)의 경우 13명(11.4%)이 일을 하지 않고 있다고 답했다. (표 5-1-8)

〈표 5-1-9〉 연령대별 종사업종

종사업종 연령대		제조업	건설업	농업	어업	서비스업	기타	일 안 함	합계
10대	빈도 (명)	1	0	0	0	2	0	15	18
	비율 (%)	5.6	0.0	0.0	0.0	11.1	0.0	83.3	100.0
20대	빈도 (명)	111	24	48	14	28	14	53	292
	비율 (%)	38.0	8.2	16.4	4.8	9.6	4.8	18.2	100.0
30대	빈도 (명)	176	27	23	9	38	27	76	376
	비율 (%)	46.8	7.2	6.1	2.4	10.1	7.2	20.2	100.0
40대	빈도 (명)	93	24	4	1	44	11	35	212
	비율 (%)	43.9	11.3	1.9	0.5	20.8	5.2	16.5	100.0
50대	빈도 (명)	35	17	3	0	26	4	22	107
	비율 (%)	32.7	15.9	2.8	0.0	24.3	3.7	20.6	100.0
60대	빈도 (명)	2	4	1	0	16	4	21	48
	비율 (%)	4.2	8.3	2.1	0.0	33.3	8.3	43.8	100.0
70대	빈도 (명)	0	0	0	0	0	1	6	7
	비율 (%)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	14.3	85.7	100.0
합계	빈도 (명)	418	96	79	24	154	61	228	1,060
	비율 (%)	39.4	9.1	7.5	2.3	14.5	5.8	21.5	100.0

연령대별로 일을 하지 않고 있다고 답한 비율이 20대 18.2%, 30대 20.2%, 40대 16.5%, 50대 20.6%인데 비해 60대는 43.8%, 70대는 85.7%로 노년층에서 일을 하지 않고 있는 비율이 높은 것으로 나타났다. 10대는 83.3%가 일을 하지 않고 있었다. (표 5-1-9)

일을 하고 있는 응답자 중에서 20대~50대는 제조업 종사자 비율이 각각 38.0%, 46.8%, 43.9%, 32.7%로 가장 높았다. 반면 60대에서는 제조업 종사비율은 4.2%로 낮고 서비스업 종사비율이 33.3%로 높았는데, 20대에서 60대까지 연령대가 높아질수록 서비스업 종사비율이 9.6%, 10.1%, 20.8%, 24.3%, 33.3%로 높아지는 경향을 확인할 수 있다. (표 5-1-9)

1,060명 가운데 일을 하고 있는 832명의 고용 형태는 임금노동자가 793명(95.3%), 자영업자 28명(3.4%), 무급 가족 종사자 11명(1.3%)이었다. 임금노동자 793명 가운데 상용직은 440명(52.9%), 임시직은 248명(29.8%) 일용직은 105명(12.6%)이었다. (표 5-1-10)

고용형태를 성별로 비교해 보았을 때, 임금노동자 비율은 남성 97.6%, 여성 92.5%로 남성이 약간 높았다. 임금노동자 중에서는 상용직 비율이 남성의 경우 61.5%인데 여성은 42.2%로 낮았고, 임시·일용직 비율은 남성 36.1%에 비해 여성 50.3%로 여성이 높았다. 자영업자 비율은 남성 1.7%, 여성 5.4%로 여성이 약간 높았고, 무급가족종사자 비율도 남성 0.7%에 비해 여성 2.2%로 여성이 약간 더 높았다. 이를 통해 이주민 역시 선주민과 마찬가지로 대체로 여성이 남성에 비해 불안정 고용 종사 비율이 높은 것으로 추정해 볼 수 있다. (표 5-1-10)

〈표 5-1-10〉 설문조사 응답자의 고용형태별 · 성별 분포 (n=832)

고용형태		전체		남성		여성	
		빈도 (명)	비율 (%)	빈도 (명)	비율 (%)	빈도 (명)	비율 (%)
임금 노동자	상용직	440	52.9	283	61.5	157	42.2
	임시직	248	29.8	101	22.0	147	39.5
	일용직	105	12.6	65	14.1	40	10.8
	소계	793	95.3	449	97.6	344	92.5
자영업자		28	3.4	8	1.7	20	5.4
무급가족종사자		11	1.3	3	0.7	8	2.2
합계		832	100.0	460	100.0	372	100.0

체류자격별 고용형태를 살펴보면 임금 노동자 중에 상용직 비율은 비전문취업(E-9)이 96.8%로 가장 높았다. 그 외 모든 체류자격에서 상용직 비율은 임시·일용직 비율보다 낮았는데, 비정규 체류 41.3%, 결혼이민(F-6) 38.1%, 거주(F-2) 35.7%, 재외동포(F-4) 34.0%, 영주(F-5) 30.0%, 방문취업(H-2) 19.8%, 기타(G-1) 17.9%, 유학생(D-2 및 D-4) 2.6%, 방문동거(F-1) 0.0% 순으로 상용직 비율이 높았다. (표 5-1-11)

특히 취업 체류자격인 비전문취업(E-9)과 방문취업(H-2)을 비교해 보았을 때, 양 체류자격에서 임금노동자 비율이 각각 100.0%와 95.0%로 높았는데 종사상 지위에서는 차이가 뚜렷했다. 비전문취업(E-9)의 경우 상용직이 96.8%인 반면 방문취업(H-2)은 19.8%로 매우 낮았다. 방문취업(H-2)의 임시·일용직 비율은 75.2%로, 94.8%인 유학생(D-2 및 D-4) 다음으로 높았다. 방문취업(H-2)의 경우 다른 체류자격과 비교해 볼 때 임시·일용직 중에서도 일용직 비율이 29.7%로 가장 높은 점이 특징적이다. (표 5-1-11)

〈표 5-1-11〉 체류자격별 고용형태 (n=832)

고용형태 체류자격		임금 노동자				자영업자	무급가족 종사자	합계
		소계	상용직	임시직	일용직			
E-9	빈도 (명)	281	272	9	0	0	0	281
	비율 (%)	100.0	96.8	3.2	0.0	0.0	0.0	100.0
H-2	빈도 (명)	96	20	46	30	3	2	101
	비율 (%)	95.0	19.8	45.5	29.7	3.0	2.0	100.0
F-4	빈도 (명)	135	50	62	23	8	4	147
	비율 (%)	91.8	34.0	42.2	15.6	5.4	2.7	100.0
F-6	빈도 (명)	16	8	5	3	3	2	21
	비율 (%)	76.2	38.1	23.8	14.3	14.3	9.5	100.0
F-5	빈도 (명)	19	6	11	2	0	1	20
	비율 (%)	95.0	30.0	55.0	10.0	0.0	5.0	100.0
F-2	빈도 (명)	25	10	10	5	3	0	28
	비율 (%)	89.3	35.7	35.7	17.9	10.7	0.0	100.0
F-1	빈도 (명)	5	0	4	1	2	1	8
	비율 (%)	62.5	0.0	50.0	12.5	25.0	12.5	100.0
D-2	빈도 (명)	39	1	27	10	0	1	39
D-4	비율 (%)	100.0	2.6	69.2	25.6	0.0	2.6	100.0
G-1	빈도 (명)	35	7	21	7	4	0	39
	비율 (%)	89.7	17.9	53.8	17.9	10.3	0.0	100.0
비정규	빈도 (명)	118	50	49	19	3	0	121
	비율 (%)	97.5	41.3	40.5	15.7	2.5	0.0	100.0
그 외	빈도 (명)	25	16	4	5	2	0	27
	비율 (%)	92.6	59.3	14.8	18.5	7.4	0.0	100.0
전체	빈도 (명)	793	440	248	105	28	11	832
	비율 (%)	95.3	52.9%	29.8	12.6	3.4	1.3	100.0

고용형태를 연령대별로 살펴보면 10대와 60대 이상을 제외한 20대~50대의 모든 연령대에서 임금노동자 비율이 90% 이상으로 높았다. 그런데 상용직 임금노동자의 비율은 20~30대를 제외한 전 연령대에서 50%에도 미치지 못하고 있었으며, 10대를 제외하면 20대 68.2%, 30대 62.7%, 40대 35.6%, 50대 23.5%, 60대 18.5%로 연령대가 높아질수록 낮아지는 경향이 뚜렷했다. 뒤에서 다시 살펴보겠지만 응답자들에게서 상용직 임금 노동자의 비율이 낮은 것은 건강보험 직장가입 비율이 낮은 것으로 이어지고 있었다. (표 5-1-12)

〈표 5-1-12〉 연령대별 고용형태 (n=832)

고용형태 연령대		임금 노동자				자영업자	무급가족 종사자	합계
		소계	상용직	임시직	일용직			
10대	빈도 (명)	2	1	1	0	1	0	3
	비율 (%)	66.7	33.3	33.3	0.0	33.3	0.0	100.0
20대	빈도 (명)	236	163	58	15	2	1	239
	비율 (%)	98.7	68.2	24.3	6.3	0.8	0.4	100.0
30대	빈도 (명)	288	188	77	23	10	2	300
	비율 (%)	96.0	62.7	25.7	7.7	3.3	0.7	100.0
40대	빈도 (명)	167	63	67	37	7	3	177
	비율 (%)	94.4	35.6	37.9	20.9	4.0	1.7	100.0
50대	빈도 (명)	77	20	40	17	4	4	85
	비율 (%)	90.6	23.5	47.1	20.0	4.7	4.7	100.0
60대	빈도 (명)	23	5	5	13	3	1	27
	비율 (%)	85.2	18.5	18.5	48.1	11.1	3.7	100.0
70대	빈도 (명)	0	0	0	0	1	0	1
	비율 (%)	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	100.0
전체	빈도 (명)	793	440	248	105	28	11	832
	비율 (%)	95.3	52.9	29.8	12.6	3.4	1.3	100.0

설문응답자들의 전년도 월 평균 소득이 얼마인지를 묻는 문항에는 1,060명 중 무응답 3명을 제외한 1,057명이 답했다. 1,057명의 소득 분포를 보면 150만 원 이상 200만 원 미만 이 287명(27.2%)으로 가장 많았다. 다음으로 200만 원 이상 250만 원 미만이 238명 (22.5%), 100만 원 이상 150만 원 미만이 176명(16.7%) 순이었다. 100만 원 미만이라고 답한 응답자는 76명(7.2%)였다. 250만 원 이상 300만 원 미만은 68명(6.4%), 300만 원 이 상 350만 원 미만은 21명(2.0%), 350만 원 이상은 10명(0.9%)으로 적은 편이었다. (표 5-1-13)

남성과 여성의 소득분포를 비교해 보면 여성이 남성에 비해 적은 소득을 벌고 있다는 것을 확인할 수 있었다. 남성의 경우 200~250만 원이 32.4%, 150~200만 원이 29.9%로 150~250만 원 사이에 소득이 집중되어 있는데 반해, 여성의 경우 200~250만 원은 12.9%로 그 비율이 낮으며, 150~200만 원이 24.5%, 100~150만 원이 23.0%로 100~200만 원 사이에 집중되어 있다. 또한 월 평균 소득이 250만 원 이상이라고 답한 응답자 99명의 80.8%인 80명이 남성, 19.2%인 19명이 여성으로 상대적인 고소득자 중에서 남성의 비율이 압도적으로 높았다. 소득이 없었다는 응답도 17.1%였는데, 여성은 26.4%가 소득이 없었다고 답해, 7.7%인 남성에 비해 비율이 높았다. (표 5-1-13)

〈표 5-1-13〉 설문조사 응답자의 전년도 월 평균 소득 (n=1,057)

월 평균 소득	전체		남성		여성	
	빈도 (명)	비율 (%)	빈도 (명)	비율 (%)	빈도 (명)	비율 (%)
소득이 없었음	181	17.1	40	7.7	141	26.4
100만원 미만	76	7.2	24	4.6	52	9.7
100~150만원	176	16.7	53	10.2	123	23.0
150~200만원	287	27.2	156	29.9	131	24.5
200~250만원	238	22.5	169	32.4	69	12.9
250~300만원	68	6.4	53	10.2	15	2.8
300~350만원	21	2.0	19	3.6	2	0.4
350만원 이상	10	0.9	8	1.5	2	0.4
합계	1,057	100.0	522	100.0	535	100.0

소득 구간을 100만 원 단위로 재분류해 체류자격별로 전년도 월 평균 소득을 비교해 보았다. 비전문취업(E-9)은 100~200만 원인 비율이 57.8%로 가장 많았고, 200~300만 원이 37.6%로 다음으로 많았다. 방문취업(H-2)의 경우 200~300만 원이 47.4%로 가장 많았고, 100~200만 원이 36.8%로 다음으로 많았다. 재외동포(F-4)의 경우 100~200만 원 미만이 35.8%, 200~300만 원이 32.8%로 비슷한 비율을 차지하고 있었다. 비정규 체류자의 경우 100~200만 원인 비율이 68.5%로 특히 많았고 200~300만 원인 비율은 14.4%로 낮았다. 전년도에 소득이 없었다는 비율은 일반연수(D-4) 94.1%, 결혼이민(F-6) 47.2%, 유학(D-2) 40.6%, 기타(G-1) 36.6%, 방문동거(F-1) 35.7% 순으로 높았다. (표 5-1-14)

〈표 5-1-14〉 체류자격별 전년도 월 평균 소득 (n=1,057)

월 평균 소득 체류자격		소득 없었음	100만원 미만	100 ~ 200만원	200 ~ 300만원	300만원 이상	합계
E-9	빈도 (명)	5	2	163	106	6	282
	비율 (%)	1.8	0.7	57.8	37.6	2.1	100.0
H-2	빈도 (명)	13	0	42	54	5	114
	비율 (%)	11.4	0.0	36.8	47.4	4.4	100.0
F-4	빈도 (명)	46	15	72	66	2	201
	비율 (%)	22.9	7.5	35.8	32.8	1.0	100.0
F-6	빈도 (명)	17	1	8	9	1	36
	비율 (%)	47.2	2.8	22.2	25.0	2.8	100.0
F-5	빈도 (명)	2	1	9	8	2	22
	비율 (%)	9.1	4.5	40.9	36.4	9.0	100.0
F-2	빈도 (명)	4	8	8	15	6	41
	비율 (%)	9.8	19.5	19.5	36.6	14.6	100.0
F-1	빈도 (명)	5	2	2	4	1	14
	비율 (%)	35.7	14.3	14.3	28.6	7.1	100.0
D-2	빈도 (명)	28	16	19	4	2	69
	비율 (%)	40.6	23.2	27.5	5.8	2.9	100.0
D-4	빈도 (명)	16	0	1	0	0	17
	비율 (%)	94.1	0.0	5.9	0.0	0.0	100.0
G-1	빈도 (명)	30	16	32	4	0	82
	비율 (%)	36.6	19.5	39.0	4.9	0.0	100.0
비정규	빈도 (명)	13	8	100	21	4	146
	비율 (%)	8.9	5.5	68.5	14.4	2.7	100.0
그 외	빈도 (명)	2	7	7	15	2	33
	비율 (%)	6.1	21.2	21.2	45.5	6.1	100.0
전체	빈도 (명)	181	76	463	306	31	1,057
	비율 (%)	17.1	7.2	43.8	28.9	2.9	100.0

전년도 월 평균 소득의 분포를 업종별로 살펴보면 건설업에서 200만 원 이상의 비율이 77.1%로 가장 높았고, 그 다음이 어업 58.3%, 제조업 44.6%, 서비스업 25.9% 순이었다. 반면 농업은 월 200만 원 이상이 5.1%에 불과하고, 100~200만원에 88.6%가 집중되어 있어 모든 업종 가운데 상대적으로 소득이 낮은 경향이 뚜렷했다. (표 5-1-15)

〈표 5-1-15〉 업종별 전년도 월 평균 소득 (n=1,057)

월 평균 소득		소득 없었음	100만원 미만	100 ~ 200만원	200 ~ 300만원	300만원 이상	합계
업종	빈도 (명)						
	비율 (%)						
제조업	빈도 (명)	7	7	218	177	9	418
	비율 (%)	1.7	1.7	52.2	42.3	2.2	100.0
건설업	빈도 (명)	0	1	21	60	14	96
	비율 (%)	0.0%	1.0	21.9	62.5	14.6	100.0
농업	빈도 (명)	2	3	70	4	0	79
	비율 (%)	2.5	3.8	88.6	5.1	0.0	100.0
어업	빈도 (명)	0	0	10	14	0	24
	비율 (%)	0.0	0.0	41.7	58.3	0.0	100.0
서비스업	빈도 (명)	12	23	79	38	2	154
	비율 (%)	7.8	14.9	51.3	24.7	1.3	100.0
기타	빈도 (명)	1	20	32	7	1	61
	비율 (%)	1.6	32.8	52.5	11.5	1.6	100.0
일하지 않았음	빈도 (명)	159	22	33	6	5	225
	비율 (%)	70.7	9.8	14.7	2.7	2.2	100.0
전체	빈도 (명)	181	76	463	306	31	1,057
	비율 (%)	17.1	7.2	43.8	28.9	2.9	100.0

4) 가족과 가구소득

설문조사 응답자 1,060명 중 가족과 함께 사는 사람은 478명(45.1%)이었으며, 가족과 함께 사는 경우 본인을 포함한 가족의 수는 평균 3.2명이었다. 체류자격별로는 결혼이민(F-6) 94.4%, 방문동거(F-1) 92.9%, 영주(F-5) 90.9%, 거주(F-2) 80.5%, 재외동포(F-4) 73.6%, 기타(G-1) 64.6%, 방문취업(H-2) 60.5% 순으로 가족과 함께 사는 비율이 높게 나타났고,

비정규 체류자도 가족 동거 비율이 45.0%나 되었다. 반면, 가족동반이 원칙적으로 불허되는 비전문취업(E-9)은 가족 동거 비율이 1.1%로 가장 낮았다. 같은 유학생이라도 유학(D-2) 체류자격인 경우 가족과 동거하는 비율이 36.2%로 5.9%인 일반연수(D-4)에 비해 높았다. (표 5-1-16)

〈표 5-1-16〉 체류자격별 가족 동거 여부 (n=1,060)

체류자격 \ 가족 동거	전체 (명)	가족 동거		평균 가족 수 (명)
		빈도 (명)	비율 (%)	
비전문취업 (E-9)	282	3	1.1	2.7
방문취업 (H-2)	114	69	60.5	2.8
재외동포 (F-4)	201	148	73.6	3.0
결혼이민 (F-6)	36	34	94.4	3.5
영주 (F-5)	22	20	90.9	2.9
거주 (F-2)	41	33	80.5	4.2
방문동거 (F-1)	14	13	92.9	3.4
유학 (D-2)	69	25	36.2	2.7
일반연수 (D-4)	17	1	5.9	2.0
기타 (G-1)	82	53	64.6	4.0
비정규체류	149	67	45.0	2.8
그 외	33	12	36.4	3.5
전체	1,060	478	45.1	3.2

난민의 경우 68.8%가 가족과 함께 살고 있었고, 가족의 수는 평균 4.2명 이었는데, 체류가 안정적인 순으로, 다시 말해 난민인정자, 인도적 체류허가자, 난민신청자 순으로 가족과 함께 사는 비율이 높고 함께 사는 가족의 수가 많았다. (표 5-1-17)

〈표 5-1-17〉 난민의 가족 동거 여부 (n=109)

난민 지위 \ 가족 동거	전체 (명)	가족 동거		평균 가족 수 (명)
		빈도 (명)	비율 (%)	
난민인정자	21	18	85.7	4.8
인도적 체류허가자	34	25	73.5	4.3
난민신청자	54	32	59.3	3.8
전체	109	75	68.8	4.2

가족과 함께 산다고 답한 경우, 가족을 배우자, 본인 또는 배우자의 부모, 자녀, 조부모, 손자녀, 형제자매 및 자녀의 배우자, 손자녀의 배우자, 그 밖의 친인척으로 나누어 누구와 함께 살며, 몇 명이 함께 사는지 물었다.

그 결과 가족과 함께 사는 478명 가운데 배우자와 함께 사는 사람은 351명(73.4%), 자녀와 함께 사는 사람은 274명(57.3%), 본인 또는 배우자의 부모와 함께 사는 사람은 73명(15.3%) 등으로 나타났다. 그 외 동거 가족 중 형제자매가 있는 경우 24명(5.0%), 손자녀가 있는 경우 23명(4.8%), 그 밖의 친인척이 있는 경우가 21명(4.4%) 있었다. 비중은 매우 적지만 동거 가족 중 자녀의 배우자가 있는 사람이 12명(2.5%) 있었고, 조부모, 손자녀의 배우자가 있는 사람이 각각 1명 있었다. (표 5-1-18)

〈표 5-1-18〉 가족과 함께 사는 경우 동거 가족 (복수응답)

동거 가족	빈도 (명)	가족과 함께 사는 478명 중 비율 (%)	전체 응답자 1,060명 중 비율 (%)
배우자	351	73.4	33.1
부모 (본인 또는 배우자의)	73	15.3	6.9
자녀	274	57.3	25.8
조부모 (본인 또는 배우자의)	1	0.2	0.1
손자녀	23	4.8	2.2
형제자매 (본인 또는 배우자의)	24	5.0	2.3
자녀의 배우자	12	2.5	1.1
손자녀의 배우자	1	0.2	0.1
그 밖의 친인척	21	4.4	2.0

가족과 함께 사는 478명의 가구 구성을 크게 1세대, 2세대, 3세대 이상으로 나누어¹⁴⁵⁾ 살펴본 결과, 1세대 가구는 33.9%, 2세대 가구는 54.8%, 3세대 이상 가구는 11.3%였다. 특히 3세대 이상 가구는 결혼이민(F-6) 23.5%, 재외동포(F-4) 17.6%, 거주(F-2) 15.2%, 방문취업(H-2) 10.1%, 영주(F-5) 10.0% 순으로 비율이 높았다. (표 5-1-19)

145) 1세대 가구는 본인과 배우자 또는 본인과 형제자매 등으로 구성된 가구이고, 2세대 가구는 본인 세대와 자녀 세대, 본인 세대와 부모 세대, 본인 세대와 손자녀 세대로 구성된 가구, 3세대 가구는 본인 세대와 자녀 세대와 부모 세대, 본인 세대와 자녀 세대와 손자녀 세대, 본인 세대와 부모 세대와 조부모 세대로 구성된 가구, 4세대 가구는 본인 세대와 부모 세대와 자녀 세대와 손자녀 세대로 구성된 가구이다. 본 설문조사 응답자 가운데 4세대 가구를 이루어 사는 사람은 1명밖에 되지 않았기 때문에 4세대 가구는 3세대 이상으로 포함해 분석했다.

〈표 5-1-19〉 가족과 함께 사는 경우 체류자격별 가구 유형 (n=478)

가구 유형 체류자격	전체 (명)	1세대 가구		2세대 가구		3세대 이상 가구	
		빈도 (명)	비율 (%)	빈도 (명)	비율 (%)	빈도 (명)	비율 (%)
비전문취업(E-9)	3	1	33.3	2	66.7	0	0.0
방문취업(H-2)	69	30	43.5	32	46.4	7	10.1
재외동포(F-4)	148	51	34.5	71	48.0	26	17.6
결혼이민(F-6)	34	8	23.5	18	52.9	8	23.5
영주(F-5)	20	9	45.0	9	45.0	2	10.0
거주(F-2)	33	6	18.2	22	66.7	5	15.2
방문동거(F-1)	13	3	23.1	9	69.2	1	7.7
유학(D-2)	25	12	48.0	13	52.0	0	0.0
일반연수(D-4)	1	1	100.0	0	0.0	0	0.0
기타(G-1)	53	1	1.9	50	94.3	2	3.8
비정규	67	37	55.2	28	41.8	2	3.0
그 외	12	3	25.0	8	66.7	1	8.3
전체	478	162	33.9	262	54.8	54	11.3

가족과 함께 사는 478명에게 지난해 월 평균 가구소득을 물었을 때, 무응답 14명, 모른다 51명을 제외한 413명이 답했다. 혼자 사는 사람 중 본인의 지난해 월 평균 소득을 답한 579명을 포함해 전체 설문조사 응답자 중 가구소득을 파악할 수 있는 992명을 대상으로 가구 소득의 구간별 분포를 살펴보았다.

그 결과 응답자 전체의 가구소득은 100만 원 이상 200만 원 미만인 비율이 39.0%로 가장 많았고, 200만 원 이상 300만 원 미만인 비율이 31.9%로 뒤를 이었다. 한편 3인 가구를 제외하고는 가구원 수가 늘어나면 가구 소득도 늘어나는 경향을 보였는데, 예를 들어 월 평균 소득이 200만원 미만인 비율은 1인 가구 66.5%, 2인 가구 33.7%, 3인 가구 30.0%, 4인 가구 31.4%, 5인 이상 가구 27.9%로 3인 가구를 제외하고는 가구원 수가 늘어날수록 낮아졌고, 월 평균 소득이 300만 원 이상인 비율은 1인 가구 2.8%, 2인 가구 32.6%, 3인 가구 30.9%, 4인 가구 37.1%, 5인 이상 가구 47.5%로 3인 가구를 제외하고는 가구원 수가 늘어날수록 높아졌다. (표 5-1-20)

〈표 5-1-20〉 가구원 수 별 지난 해 월 평균 가구 소득 (n=992)

가구 소득 가구원 수		100만원 미만	100만원~ 200만원	200만원~ 300만원	300만원~ 400만원	400만원 이상	합계
1인	빈도 (명)	97	288	178	16	0	579
	비율 (%)	16.8	49.7	30.7	2.8	0.0	100.0
2인	빈도 (명)	18	40	58	32	24	172
	비율 (%)	10.5	23.3	33.7	18.6	14.0	100.0
3인	빈도 (명)	5	28	43	18	16	110
	비율 (%)	4.5	25.5	39.1	16.4	14.5	100.0
4인	빈도 (명)	5	17	22	18	8	70
	비율 (%)	7.1	24.3	31.4	25.7	11.4	100.0
5인 이상	빈도 (명)	3	14	15	19	10	61
	비율 (%)	4.9	23.0	24.6	31.1	16.4	100.0
전체	빈도 (명)	128	387	316	103	58	992
	비율 (%)	12.9	39.0	31.9	10.4	5.8	100.0

마지막으로 설문조사 응답자 가구 가운데 2019년 소득이 기준 중위소득 미만인 경우가 얼마나 되는지를 추산해보았다. 정확한 소득이 아닌 소득 구간을 사용했기 때문에, 1인 가구의 경우 150만원 미만, 2인 가구의 경우 200만원 미만, 3인 가구는 300만 원 미만, 4인 가구는 400만 원 미만, 5인 가구 이상은 500만 원 미만을 틀림없는 중위소득 미만으로 판단하고 집계해보았다.

〈표 5-1-21〉 2019년 기준 중위소득 미만 가구

가구원수 구분		1인	2인	3인	4인	5인 이상	전체
기준 중위소득 (원)		1,707,008	2,906,528	3,760,032	4,613,536	5,467,040	-
중위소득 미만 판단 기준 (원)		1,500,000	2,000,000	3,000,000	4,000,000	5,000,000	-
중위소득 미만	가구수 (명)	579	172	110	70	61	992
	빈도 (명)	187	58	76	62	57	440
	비율 (%)	32.3	33.7	69.1	88.6	93.4	44.4

그 결과 전체 설문응답자 가구 중 중위소득 미만 가구의 비율은 44.4%인데, 1인 가구 32.3%, 2인 가구 33.7%인데 반해 3인 가구는 69.1%, 4인 가구는 88.6%, 5인 가구는

93.4%로, 가구원 수가 많은 가구일수록 중위소득 미만 가구의 비율이 증가하는 경향을 보였다.¹⁴⁶⁾ (표 5-1-21)

한편 체류자격별로 가구소득이 중위소득 미만인 비율을 살펴보면 일반연수(D-4) 88.2%, 기타(G-1) 83.8%, 유학(D-2)과 방문동거(F-1) 각 81.8%, 거주(F-2) 65.0%, 재외동포(F-4) 51.4% 순으로 높게 나타났다. 앞서 방문취업(H-2)의 경우 비전문취업(E-9)에 비해 소득 수준이 높은 것으로 나타났지만 가구원 수를 고려해 가구소득이 중위소득 미만인 비율을 집계했을 때는 가족 동거 비율이 높은 방문취업(H-2) 자격자가 33.3%로 비전문취업(E-9) 자격자 15.2%에 비해 두 배 이상 높았다.

설문조사 응답자의 기본 인적 사항 가운데 성별, 체류자격(난민 여부), 종사업종, 고용형태, 동거 가족, 가구소득 등은 이후 건강보험제도를 비롯한 의료보장제도 및 의료기관 이용 실태를 분석할 때 주요 변수로 사용했다. 고려해야 할 변수와 변수 간 상호작용까지 고려하려면 교차분석이 아닌 다중회귀분석을 실시하는 편이 나을 수 있다. 하지만 많은 변수들이 응답자 내에서 그 분포가 고르지 않기 때문에 회귀분석을 실시하기에 적절하지 않았다.¹⁴⁷⁾ 따라서 교차분석을 실시하되, 표본 내 각 그룹의 규모 차이를 고려해 주의를 기울여 해석하고자 하였다.

2. 건강보험과 의료보장

1) 건강보험 가입 또는 의료급여 수급 여부

2019년 7월 16일부터 이주민의 국민건강보험 지역가입이 의무화되었으나 특정 체류자격을 제외시키고 지역가입 자격 취득 시점을 입국 후 6개월로 정해 여전히 체류자격이 있음에도 건강보험이 없는 이주민이 있다. 또, 직장이 있지만 직장가입자가 되지 못한 경우, 세대합가 범위 축소와 가족관계등록 서류 요건 강화로 가족의 세대원이나 피부양자가 되지 못한 경우도 있다. 이에 설문조사에서는 본인이 건강보험에 가입해 있는지, 가입해 있다면 어떤 유형에 가입해 있는지 묻고 체류자격, 고용형태, 종사업종 등에 따른 차이가 있는지 분석했다.

우선 설문조사 응답자 1,060명 중 건강보험에 가입되어 있는 사람은 738명(70.0%), 가입되어 있지 않은 사람은 291명(27.6%)이었으며, 26명(2.5%)은 건강보험 가입 여부를 모른다고 답했다. 의료급여 수급권자는 5명(0.5%)으로 모두 난민인정자였다. (표 5-2-1)

146) 2인 가구의 경우 기준 중위소득이 2,906,528원이기 때문에 중위소득 미만 판단기준을 200만원이 아닌 300만원으로 잡으면, 중위소득 미만인 비율이 67.4%로 높아진다.

147) 다중회귀분석을 위해서는 각 변수가 정규분포 해야 한다.

의료급여 수급권자 5명을 제외한 1,055명에 대해 체류자격별 건강보험 유무를 살펴보면, 영주(F-5)와 결혼이민(F-6), 방문동거(F-1) 자격자는 100% 건강보험이 있었고, 거주(F-2), 방문취업(H-2), 재외동포(F-4) 자격자의 95% 이상, 비전문취업(E-9) 자격자의 90% 이상이 건강보험이 있다고 답했다. 이들 체류자격 가운데 건강보험 미가입자는 직장가입자가 아니면서 입국 또는 재입국 후 6개월이 지나지 않은 경우였다. (표 5-2-1)

반면 건강보험 가입이 불가능한 비정규 체류자는 100% 미가입자였고, 인도적 체류허가자나 그 가족(G-1-6 또는 G-1-12)이 아닌 경우 직장가입만 가능한 기타(G-1) 자격자는 52.4%가 미가입자였다. 한편 2021년 2월말까지 지역가입 의무가입이 유예되고 신규 가입도 불허된 유학생의 경우 체류기간이 짧고 가족 동거 비율이 낮은 일반연수(D-4)는 100%가 미가입자인 반면, 상대적으로 체류기간이 길고 가족 동거 비율이 높은 유학(D-2)은 17.4%가 가입자였다. (표 5-2-1)

〈표 5-2-1〉 체류자격별 건강보험 유무 (n=1,055)

가입여부 체류자격	전체 (명)	가입		미가입		모름	
		빈도 (명)	비율 (%)	빈도 (명)	비율 (%)	빈도 (명)	비율 (%)
비전문취업 (E-9)	282	259	91.8	9	3.2	14	5.0
방문취업 (H-2)	114	109	95.6	3	2.6	2	1.8
재외동포 (F-4)	201	192	95.5	8	4.0	1	0.5
결혼이민 (F-6)	36	36	100.0	0	0.0	0	0.0
영주 (F-5)	22	22	100.0	0	0.0	0	0.0
거주 (F-2)	36	35	97.2	0	0.0	1	2.8
방문동거 (F-1)	14	14	100.0	0	0.0	0	0.0
유학 (D-2)	69	12	17.4	55	79.7	2	2.9
일반연수 (D-4)	17	0	0.0	17	100.0	0	0.0
기타 (G-1)	82	39	47.6	43	52.4	0	0.0
비정규체류	149	0	0.0	149	100.0	0	0.0
그 외	33	20	60.6	7	21.2	6	18.2
전체	1,055	738	70.0	291	27.6	26	2.5

건강보험이나 의료급여와 같은 공적 의료보장제도는 누구보다 아동, 장애인, 노인과 같은 건강 취약계층에게 반드시 필요하다. 그러나 설문조사 응답자 본인 또는 가족 구성원이 미성년자, 장애인, 65세 이상이면서 건강보험 가입자도, 의료급여 수급권자도 아닌 경우는 각각 24.7%, 37.1%, 7.9%였다. (표 5-2-2)

〈표 5-2-2〉 미성년자, 65세 이상, 장애인의 의료보장 유무

의료보장 유무 구분	대상자 (명)	건강보험 가입		의료급여 수급		의료보장 없음	
		빈도 (명)	비율 (%)	빈도 (명)	비율 (%)	빈도 (명)	비율 (%)
미성년자	259	191	73.7	4	1.5	64	24.7
장애인	70	41	58.6	3	4.3	26	37.1
65세 이상	76	70	92.1	0	0.0	6	7.9

한국에 10년 이상 체류 중이고, 미성년자인 자녀가 네 명인 한 난민신청자는 아이들을 위해서라도 난민신청자에게 건강보험 가입이 허용되기를 희망하고 있었다.

“건강보험이 없어 나도 그렇지만 아이들이 어려움을 겪고 있다. 2014년에 세쌍둥이를 낳았는데, 그 때 이후로 아이들 때문에 계속 병원에 다니고 있다. 한 아이만 아파도 다른 아이들이 같이 아프기 때문에 자주 병원에 갈 수밖에 없는데, 보험이 없는 상태라 병원비가 너무 비싸다. 부디 이주민들, 특히 아이가 있는 이주민들에게는 건강보험 가입을 허용해서 보험 혜택을 받을 수 있게 해주기를 바란다.” (41세 나이지리아 국적 난민신청자(G-1-5) 여성)

난민의 경우 많은 국가에서 난민인정자나 인도적 체류허가자는 물론 난민신청자인 경우에도 의료보장의 혜택을 받을 수 있는 길을 열어두고 있다. 그러나 국내에 체류하는 난민신청자들은 어렵게 체류자격 외 활동허가를 받아 직장가입이 가능한 사업장에 취업을 해야만 건강보험 직장가입자가 될 수 있을 뿐, 의료급여 수급권은커녕 건강보험 지역가입 자격마저 제한되고 있다. 이에 따라 설문조사에 응한 난민신청자 54명 가운데 49명(90.7%)이 건강보험 미가입자였다. (표 5-2-3)

〈표 5-2-3〉 난민의 의료보장 유무 (n=109)

의료보장 유무 난민 지위	전체 (명)	건강보험 가입		의료급여 수급		의료보장 없음	
		빈도 (명)	비율 (%)	빈도 (명)	비율 (%)	빈도 (명)	비율 (%)
난민인정자	21	16	76.2	5	23.8	0	0.0
인도적 체류허가자	34	33	97.1	0	0.0	1	2.9
난민신청자	54	5	9.3	0	0.0	49	90.7
전체	109	54	49.5	5	4.6	50	45.9

건강보험 가입 자격이 없는 이주민들 가운데는 시민단체에서 저렴한 월 회비를 받고 협력 병원 이용 시 병원비 감면을 제공하는 의료공제회¹⁴⁸⁾에 가입해 있는 경우도 있는데, 설문 응답자 중에는 55명(5.3%)이 의료공제회에 가입해 있었다. 이들 대부분은 비정규 체류자였지만 유학(D-2), 일반연수(D-4), 난민신청자(G-1)도 일부 있었다. 결과적으로 공적 의료보장 체계는 물론 민간의 의료안전망에도 포함되어 있지 않은 응답자는 262명(24.7%)인 것으로 확인되었다.

한편 본인이 건강보험에 가입했는지 여부를 모르는 응답자 26명 가운데 과반수인 14명은 비전문취업(E-9) 체류자격이었는데, 14명 중 13명은 농업이나 어업에 종사하고 있는 이주노동자였다. 건강보험 가입여부를 모른다는 한 어업 이주노동자는 다음과 같이 답답함을 호소했다.

“나에게 건강보험이 있는지 없는지 모른다. 건강보험료를 내지 않으면 계속해서 한국에서 일할 수 없다는 것도 이 설문조사를 하면서 알았다. 사장님에게 물어보고 건강보험에 가입되어 있지 않다고 하면 가입을 하기는 해야겠는데, 어떻게 가입하는지도 모르고 어디에 가서 보험료를 내는지도 모른다.” (30세 인도네시아 고용허가제 어업 이주노동자(E-9-4) 남성)

설문조사 응답자 가운데는 이처럼 설문조사를 통해 처음 건강보험 제도의 내용에 대해 알게 되었다는 이들이 꽤 있었다. 과연 이주민들이 변화된 건강보험 제도를 제대로 알고 있는지 확인하기 위해 설문조사에 인지도 관련 문항을 포함했다.

2) 건강보험 제도에 대한 인지도

설문조사 응답자에게 이주민의 건강보험 가입이 의무화되었다는 사실과 건강보험료 체납 시 체류기간 연장이나 체류자격 변경에 불이익이 있다는 사실을 알고 있는지 물었을 때, 가입 의무화에 대해서는 응답자의 64.3%, 보험료 체납 시 체류 불이익에 대해서는 응답자의 59.1%가 알고 있다고 답했다. 인지도는 특히 체류자격에 따라 크게 차이가 났는데, 재외동포(F-4)와 방문취업(H-2)의 경우 의무화는 각각 94.0%와 92.1%, 체납 시 체류 불이익은 각각 84.6%와 86.8%가 알고 있는 반면, 비전문취업(E-9)은 의무화에 대해 48.2%, 체류 불이익에 대해 50.4% 만이 알고 있었다. (표 5-2-4)

148) 사단법인 한국이주민건강협회 희망의 친구들 및 희년공제회에서 운영.

〈표 5-2-4〉 체류자격별 건강보험 의무화 및 체납 시 체류 불이익 인지도

건강보험 인지도 체류자격	전체 (명)	의무화		체류 불이익	
		빈도 (명)	비율 (%)	빈도 (명)	비율 (%)
비전문취업 (E-9)	282	136	48.2	142	50.4
방문취업 (H-2)	114	105	92.1	99	86.8
재외동포 (F-4)	201	189	94.0	170	84.6
결혼이민 (F-6)	36	21	58.3	20	55.6
영주 (F-5)	22	16	72.7	18	81.8
거주 (F-2)	41	27	65.9	27	65.9
방문동거 (F-1)	14	12	85.7	6	42.9
유학 (D-2)	69	48	69.6	40	58.0
일반연수 (D-4)	17	8	47.1	4	23.5
기타 (G-1)	82	46	56.1	41	50.0
비정규체류	149	56	37.6	41	27.5
그 외	33	18	54.5	18	54.5
전체	1,060	682	64.3	626	59.1

특히 비전문취업(E-9) 이주노동자 가운데에서도 농업 및 어업 종사자는 의무화에 대해 각각 36.5%, 38.1%, 체류 불이익에 대해 각각 50.8%와 33.3%만 알고 있어 제조업과 건설업 종사자에 비해 인지도가 더 낮은 것으로 나타났다. (표 5-2-5)

〈표 5-2-5〉 비전문취업(E-9) 업종별 건강보험 의무화 및 체납 시 체류 불이익 인지도 (n=282)

건강보험 인지도 고용허가제 업종	전체 (명)	의무화		체류 불이익	
		빈도 (명)	비율 (%)	빈도 (명)	비율 (%)
제조업	169	84	49.7	80	47.3
건설업	27	20	74.1	23	85.2
농업	63	23	36.5	32	50.8
어업	21	8	38.1	7	33.3
서비스업	1	0	0.0	0	0.0
구직 중	1	1	100.0	0	0.0
전체	282	136	48.2	142	50.4

난민의 경우도 인지도가 낮았는데, 건강보험 의무화는 51.4%, 체납 시 체류 불이익은 46.8%만이 알고 있었다. 인도적 체류허가자가 각각에 대해 알고 있는 비율이 91.2%,

82.4%로 높은데 반해 건강보험 지역가입이 불가능한 난민신청자가 각각 27.8%, 24.1%로 인지도가 낮은 것은 그렇다 치더라도 난민신청자는 각각 47.6%만이 알고 있어, 건강보험 제도에 대한 인지도가 크게 떨어지는 것으로 나타났다. 난민이 건강보험 의무화와 체납 시 체류불이익에 대한 정보를 모르는 경우 난민 지위와 국내 체류가 불안정해진다는 점에서 특히 문제가 될 수 있다. (표 5-2-6)

〈표 5-2-6〉 난민 지위별 건강보험 의무화 및 체납 시 체류 불이익 인지도
(n=109)

난민 지위 \ 건강보험 인지도	전체 (명)	의무화		체류 불이익	
		빈도 (명)	비율 (%)	빈도 (명)	비율 (%)
난민신청자	21	10	47.6	10	47.6
인도적 체류허가자	34	31	91.2	28	82.4
난민신청자	54	15	27.8	13	24.1
전체	109	56	51.4	51	46.8

이주민의 건강보험 지역가입이 의무화된 지 1년이 넘었음에도 여전히 건강보험에 반드시 가입해야 하는 체류자격을 소지한 이주민들이 그러한 사실을 모르고 있으며 보험료 체납에 대한 불이익도 모르고 있다는 것은 건강보험 제도 변화에 대한 안내와 홍보가 이주민들에게 제대로 이루어지지 않은 상태에서 급하게 시행된 결과라고밖에 할 수 없다.

3) 건강보험 가입 유형

1,060명의 설문조사 응답자 가운데 건강보험에 가입해 있다고 답한 738명을 대상으로 건강보험 가입 유형을 물었을 때, 직장가입자는 43.6%, 직장가입자의 피부양자는 5.1%, 지역가입자는 48.4%(세대주 42.0%, 세대원 6.4%)로 직장가입보다 지역가입 비율이 높았다. 직장가입자 비율이 지역가입자 비율보다 높은 체류자격은 비전문취업(E-9)과 영주(F-5), 그 외로 묶은 체류자격 뿐이었고, 다른 체류자격에서는 지역가입자의 비율이 높았다. (표 5-2-7)

직장가입자의 비율은 비전문취업(E-9) 74.9%, 그 외 65.0%, 영주(F-5) 50.0% 순으로, 지역가입자의 비율은 방문취업(H-2) 72.5%, 재외동포(F-4) 67.2%, 기타(G-1) 64.1%, 거주(F-2) 54.3% 순으로 높게 나타났다. (표 5-2-7)

〈표 5-2-7〉 체류자격별 건강보험 가입 유형 (n=738)

체류자격	가입유형	직장 가입자	직장 피부양자	지역가입자		가입유형 모름	합계
				세대주	세대원		
E-9	빈도 (명)	194	0	59	0	6	259
	비율 (%)	74.9	0.0	22.8	0.0	2.3	100.0
H-2	빈도 (명)	24	4	70	9	2	109
	비율 (%)	22.0	3.7	64.2	8.3	1.8	100.0
F-4	빈도 (명)	49	11	117	12	3	192
	비율 (%)	25.5	5.7	60.9	6.3	1.6	100.0
F-6	빈도 (명)	9	5	9	8	5	36
	비율 (%)	25.0	13.9	25.0	22.2	13.9	100.0
F-5	빈도 (명)	11	3	6	1	1	22
	비율 (%)	50.0	13.6	27.3	4.5	4.5	100.0
F-2	빈도 (명)	10	5	13	6	1	35
	비율 (%)	28.6	14.3	37.1	17.1	2.9	100.0
F-1	빈도 (명)	0	4	2	5	3	14
	비율 (%)	0.0	28.6	14.3	35.7	21.4	100.0
D-2	빈도 (명)	2	2	7	1	0	12
	비율 (%)	16.7	16.7	58.3	8.3	0.0	100.0
G-1	빈도 (명)	10	4	21	4	0	39
	비율 (%)	25.6	10.3	53.8	10.3	0.0	100.0
그 외	빈도 (명)	13	0	6	1	0	20
	비율 (%)	65.0	0.0	30.0	5.0	0.0	100.0
전체	빈도 (명)	322	38	310	47	21	738
	비율 (%)	43.6	5.1	42.0	6.4	2.8	100.0

취업을 전제로 한 체류자격인 비전문취업(E-9)에서 지역가입자가 여전히 22.8%를 차지하는 이유는 사업자등록이 되지 않은 농업이나 어업 사업장에 종사하는 경우 직장가입자가 될 수 없기 때문이다. 설문조사 응답자 가운데 건강보험이 있는 비전문취업(E-9) 체류자격 259명만을 대상으로 업종별 건강보험 가입 유형을 살펴본 결과, 제조업과 건설업은 직장가입자 비율이 각각 98.8%와 88.9%로 높게 나타난 반면, 농업과 어업은 직장가입자 비율이 5.4%, 0.0%로 매우 낮았다. (표 5-2-8)

〈표 5-2-8〉 비전문취업(E-9) 업종별 건강보험 가입 유형 (n=259)

가입유형 업종	직장가입자		지역가입 세대주		가입유형 모름		합계	
	빈도 (명)	비율 (%)	빈도 (명)	비율 (%)	빈도 (명)	비율 (%)	인원 (명)	비율 (%)
제조업	165	98.8	0	0.0	2	1.2	167	100.0
건설업	24	88.9	0	0.0	3	11.1	27	100.0
농업	3	5.4	53	94.6	0	0.0	56	100.0
어업	0	0.0	6	85.7	1	14.3	7	100.0
서비스업	1	100.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0
구직중	1	100.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0
전체	194	74.9	59	22.8	6	2.3	259	100.0

역시 취업 체류자격인 방문취업(H-2)은 직장가입자의 비율(22.0%)에 비해 지역가입자 비율(72.5%)이 훨씬 높은데, 이는 방문취업(H-2)의 경우 임금노동자라고 하더라도 상용직 보다는 임시직이나 일용직에 고용된 비율이 높기 때문이다. 설문조사에 응답한 방문취업(H-2) 체류자격 소지자 101명 중 임금노동자는 95.0%에 달하는 96명이었지만, 상용직은 19.8%에 지나지 않았고, 임시직이 45.5%, 일용직이 29.7%였다.

설문조사 응답자의 고용형태별 건강보험 가입 유형을 살펴보면 임시·일용직에서 높은 지역가입률을 확인할 수 있다. 상용직 임금노동자의 경우 직장가입자 비율이 74.0%인데 반해, 임시직은 29.3%, 일용직은 13.0%로 직장가입자 비율이 낮다. (표 5-2-9)

물론 임시·일용직이라고 해서 직장가입자가 될 수 없는 것은 아니다. 「국민건강보험법」 제6조는 직장가입자에서 제외되는 노동자를 고용 기간이 1개월 미만인 일용노동자, 비상근 노동자, 1개월 간 소정 근로시간이 60시간 미만인 단시간 노동자, 소재지가 일정하지 않은 사업장의 노동자로 제한하고 있다. 설문조사에서 고용 기간이나 노동 시간을 따로 묻지는 않았지만, 임시·일용직 임금노동자 가운데 지역가입자의 비율이 지나치게 높은 것은 건강보험 당연가입 사업장의 고용주가 노동자에 대한 직장건강보험 신청을 하지 않더라도 별다른 제재를 받지 않는 현행 제도의 문제 때문으로 보인다.

한 응답자는 사업주가 신청해주지 않아 어쩔 수 없이 지역가입자가 되어야 했다고 불만을 토로했다.

“작년에 공장에 취직해서 지금까지 다니고 있는데, 사업주가 직장 건강보험을 신청해주지 않아서 지역가입자로 보험료를 내고 있습니다. 같이 일하는 동료들은 직장 건강보험이라서 사업주가 보험료의 절반을 내준다고 있는데, 저는 제가 다 내야합니다. 월급은 더 적는데 보험료는 더 많이 냅니다.” (21세 예멘 국적 인도적 체류허가자(G-1-6) 남성)

〈표 5-2-9〉 고용형태별 건강보험 가입 유형 (n=738)

가입유형 고용형태			직장가입자	피부양자	지역가입자 (세대주)	지역가입자 (세대원)	가입유형 모름	합계
임금 노동자	상용직	빈도 (명)	265	3	80	4	6	358
		비율 (%)	74.0	0.8	22.3	1.1	1.7	100.0
	임시직	빈도 (명)	46	7	90	11	3	157
		비율 (%)	29.3	4.5	57.3	7.0	1.9	100.0
	일용직	빈도 (명)	9	3	55	2	0	69
		비율 (%)	13.0	4.3	79.7	2.9	0.0	100.0
	소계	빈도 (명)	320	13	225	17	9	584
		비율 (%)	54.8	2.2	38.5	2.9	1.5	100.0
자영업자		빈도 (명)	1	3	15	5	0	24
		비율 (%)	4.2	12.5	62.5	20.8	0.0	100.0
무급가족종사자		빈도 (명)	0	2	5	2	1	10
		비율 (%)	0.0	20.0	50.0	20.0	10.0	100.0
일 안함		빈도 (명)	1	20	65	23	11	120
		비율 (%)	0.8	16.7	54.2	19.2	9.2	100.0
전체		빈도 (명)	322	38	310	47	21	738
		비율 (%)	43.6	5.1	42.0	6.4	2.8	100.0

직장가입 자격이 있음에도 지역가입자가 되는 상황은 현행 제도 상 지역가입 시 보험료, 세대원 인정 범위, 체납 처벌 등에 있어서의 내외국인 차별과 맞물려 건강보험에 대한 이주민들의 불만을 가중시키고 있다.

4) 본인의 건강보험료

이주민에게 건강보험 지역가입이 의무화되기 전에도 대부분의 이주민 지역가입자에게는 ‘내국인’과 달리 소득과 재산에 무관하게 평균보험료 이상의 과도한 보험료가 부과되고 있었지만 본인의 신청에 의한 임의가입이었기에 그 영향이 전면적이지는 않았다. 그러나 지역 건강보험 당연가입 시행으로 직장가입자가 되지 못한 이주민은 지역건강보험에 의무적으로 가입해야 하는 상황에서 코로나19 팬데믹으로 실직이나 소득 감소를 경험하는 이주민까지 증가하면서 과도한 건강보험료로 경제적 부담은 물론 생계까지 위협받는 이주민들이 많아지고 있다는 것이 설문조사를 통해서 드러났다.

우선 건강보험에 가입해 있는 응답자들 가운데 본인이 직접 건강보험료를 내고 있는 직장가입자 또는 지역가입자 세대주들의 월 평균 보험료를 본인의 전년도 소득과 비교해 보았다. 직장가입자 322명 중에는 본인의 보험료를 모르는 18명을 제외한 304명, 지역가입자 310명은 모두 보험료를 알고 있었기에 310명 전원을 분석에 포함하였다.

소득에 따라 보험료가 책정되고 보험료를 고용주와 50%씩 분담하는 직장가입자는 소득이 250만 원 미만인 경우가 86.2%였고, 이에 따라 월 평균 보험료가 10만 원 미만인 비율이 77.0%였다. 그리고 전년도 소득이 높을수록 보험료도 높은 자연스러운 경향을 보였다. (표 5-2-10)

〈표 5-2-10〉 직장가입자 소득구간별 월 평균 건강보험료 (n=304)

소득 \ 보험료		5만원 미만	5~10만원	10~15만원	15만원 이상	합계
100만원 미만	빈도 (명)	9	2	7		9
	비율 (%)	3.0	22.2	77.8		100.0
100~150만원	빈도 (명)	36	2	33	1	36
	비율 (%)	11.8	5.6	91.7	2.8	100.0
150~200만원	빈도 (명)	107	3	86	18	107
	비율 (%)	35.2	2.8	80.4	16.8	100.0
200~250만원	빈도 (명)	110		84	26	110
	비율 (%)	36.2		76.4	23.6	100.0
250~300만원	빈도 (명)	34		14	19	34
	비율 (%)	11.2		41.2	55.9	100.0
300만 원 이상	빈도 (명)	8		3	4	8
	비율 (%)	2.6		37.5	50.0	100.0
전체	인원 (명)	304	7	227	68	304
	비율 (%)	100.0	2.3	74.7	22.4	100.0

그러나 일부 체류자격을 제외하고는 소득·재산과 무관하게 전년도 평균보험료 이상이 부과되고 이를 전액 본인이 내야 하는 지역가입 세대주의 보험료는 당연히 소득과 무관한 경향을 보였다. 응답자 중 지역가입 세대주는 전반적으로 직장가입자에 비해 소득이 낮았고, 소득이 250만 원 미만인 비율이 88.7%로 직장가입자에 비해 더 높았으나, 월 평균 보험료가 10만 원 미만인 비율은 13.2%에 불과했다. 이들의 보험료는 2020년 이주민 지역가입자의 실질적인 최저보험료로 책정된, 전년도 평균보험료인 123,080원이 있는 보험료 10~15만 원 구간에서 84.2%의 비율로 높았다. 또한 모든 소득 구간에서 건강보험료는 10~15만 원인 비율이 가장 높아 소득에 무관하게 보험료가 부과되고 있음을 다시 한 번 확인할 수 있었다. (표 5-2-11)

〈표 5-2-11〉 지역가입자 세대주의 소득구간별 월 평균 건강보험료 (n=310)

소득		보험료		5만원 미만	5~10만원	10~15만원	15만원 이상	합계
		빈도 (명)						
100만 원 미만	빈도 (명)	71		3	22	46		71
	비율 (%)	22.9		4.2	31.0	64.8		100.0
100~150만원	빈도 (명)	51		1	7	42	1	51
	비율 (%)	16.5		2.0	13.7	82.4	2.0	100.0
150~200만원	빈도 (명)	79			4	75		79
	비율 (%)	25.5			5.1	94.9		100.0
200~250만원	빈도 (명)	74			3	66	5	74
	비율 (%)	23.9			4.1	89.2	6.8	100.0
250~300만원	빈도 (명)	24				24		24
	비율 (%)	7.7				100.0		100.0
300만 원 이상	빈도 (명)	11			1	8	2	11
	비율 (%)	3.5			9.1	72.7	18.2	100.0
전체	인원 (명)	310		4	37	261	8	310
	비율 (%)	100.0		1.3	11.9	84.2	2.6	100.0

내국인의 보험료는 거주 지역, 연령, 장애, 실직 등 개인의 취약한 상황에 따라 경감될 수 있다. 하지만 이주민의 보험료는 일부 체류자격에 대한 감면 규정이 있을 뿐 이러한 사정이 고려되지 않는다. 설문조사 응답자 중 농어촌에 살면서 농·어업에 종사하는 이주노동자들, 65세 이상의 고령자, 장애나 질병이 있는 사람들, 실직했거나 직업이 없는 사람들은 특히 이러한 무차별적인 평균보험료 부과 정책의 부당함을 지적했다.

한국에서 대학을 마치고 E-7 체류자격으로 변경해 일을 하고 있던 응답자는 실직 후 지역가입자가 되면서 실업자에 대한 보험료 감면의 필요성을 절감하고 있었다.

“1년 계약직으로 회사에 다니고 있었는데 코로나 때문에 회사에 일이 줄어 올해 4월 계약이 해지되었다. 지금은 구직 비자로 변경하고 일자리를 찾고 있는데 경기가 안 좋아 취업이 쉽지 않다. 회사에 다닐 때는 직장가입자였는데 비자를 변경하면서 지역가입자가 되었고 두 달 치 보험료를 미리 내야 한다고 해서 그렇게 했다. 지금도 매달 122,880원씩¹⁴⁹⁾ 내고 있는데 일할 때보다 더 많은 보험료를 내고 있으니 너무 힘들다. 왜 실업자가 취업자보다 더 많은 보험료를 내야 하는지 이해할 수 없다.” (26세 베트남 국적 구직(D-10) 자격 여성)

장애가 있는 70대 아버지를 모시고 사는 중국동포 남성은 그렇지 않아도 보험료가 비싼데 세대 합가도 되지 않아 두 명 분의 보험료를 내고 있다며 기막혀 했다.

149) 건강보험료 자동이체 할인 200원 적용.

“아버지가 나이도 많으시고 장애 때문에 거동이 불편해 일을 못합니다. 제가 같이 살면서 생활을 돕고 있는데 코로나 때문에 저도 일이 거의 없습니다. 이전에는 아버지와 제가 가족으로 같이 건강보험에 올라가 있었는데 작년부터는 같이 올릴 수 없다고 해서 보험료가 따로 나옵니다. 매달 24만원이 넘는 보험료를 내고 있습니다. 생활이 힘들어서 보험료를 안 냈다가 아버지가 갑자기 응급실에 가는 바람에 병원비가 엄청나게 나왔습니다. 그 때 형제들에게 사정해서 해결하고, 그 다음부터는 어떻게든 보험료는 내고 있습니다. 고령자고 장애인이면 보험료를 내려주든지, 아니면 제가 보험료를 내면 아버지는 안 내게 해주던지 해야 하지 않겠습니까.”
(43세 중국 국적 방문취업(H-2)자격 남성)

이주민에 대한 건강보험 제도 변화 가운데 큰 문제로 지적되고 있는 것은 지역가입 세대원 범위 축소이다. 실제로 가족과 함께 살고 있는 응답자들 가운데는 위의 지적처럼 가족을 세대원으로 등록하지 못해 보험료 부담이 두 배, 세 배로 늘어났다는 이들이 적지 않았다.

5) 가족의 건강보험료

이주민 직장가입자의 경우 ‘내국인’과 마찬가지로 소득이 일정 기준 이하인 배우자와 직계존비속은 물론 형제자매라도 30세 미만이거나 65세 이상이거나 장애인이면 피부양자로 등록할 수 있다. 반면 이주민 지역가입자는 가족이든 아니든 함께 살고 있으면서 주민등록에 기재되어 있는 사람이라면 세대원이 될 수 있는 ‘내국인’과는 달리 함께 사는 배우자와 미성년 자녀만 세대원으로 등록할 수 있기 때문에 그 밖의 가족과 함께 사는 경우 별도의 보험료가 부과되어 보험료 부담이 커진다.

건강보험이 있는 738명의 설문조사 응답자 가운데 가족과 함께 살면서, 본인의 건강보험 가입유형을 아는 337명에게 가족이 따로 내는 보험료가 있는지 물었을 때, 50.1%인 169명이 그렇다고 답했다. 가입 유형별로는 직장가입(44.3%)보다 지역가입(53.5%)인 경우에 그 비율이 높았다. (표 5-2-12)

〈표 5-2-12〉 건강보험 가입 유형별 가족의 별도 보험료 납부 여부 (n=337)

별도 보험료		있음	없음	모름	합계
가입유형					
직장가입 (피부양자 포함)	빈도 (명)	54	51	17	122
	비율 (%)	44.3	41.8	13.9	100.0
지역가입 (세대주+세대원)	빈도 (명)	115	86	14	215
	비율 (%)	53.5	40.0	6.5	100.0
전체	빈도 (명)	169	137	31	337
	비율 (%)	50.1	40.7	9.2	100.0

건강보험이 있고 가족과 함께 사는 응답자 가운데 가입 유형을 알고 가족의 합산 보험료

가 얼마인지를 묻는 문항에 답한 303명을 대상으로 가구원 수에 따른 가구 당 건강보험료를 직장가입자(피부양자 포함)와 지역가입자로 나누어 살펴보았다. 가구 당 월 평균 보험료가 20만 원 이상인 가구는 직장가입자의 경우 8.8%밖에 되지 않을 뿐더러 2인 가구에서 4.3%, 3인 가구에서 14.3%, 4인 이상 가구에서 10.7%로 가구원 수가 늘어나는 것에 비례해 늘지 않았다. 반면, 지역가입자의 경우 가구 당 월 평균 보험료가 20만 원 이상인 비율은 33.3%로 높았고, 2인 가구에서 28.0%, 3인 가구에서 31.0%, 4인 이상 가구에서 41.2%로 가구원 수가 많을수록 높아졌다. (표 5-2-13)

〈표 5-2-13〉 가구원 수별 가입 유형별 월 평균 건강보험료 (n=303)

가구원 수		가구 보험료		10만 원 미만		10~20만 원		20만 원 이상		합계	
				직장	지역	직장	지역	직장	지역	직장	지역
2인	빈도 (명)			28	7	16	47	2	21	46	75
	비율 (%)			60.9	9.3	34.8	62.7	4.3	28.0	100.0	100.0
3인	빈도 (명)			14	7	10	33	4	18	28	58
	비율 (%)			50.0	12.1	35.7	56.9	14.3	31.0	100.0	100.0
4인 이상	빈도 (명)			9	9	16	31	3	28	28	68
	비율 (%)			32.1	13.2	57.1	45.6	10.7	41.2	100.0	100.0
전체	빈도 (명)			51	23	42	111	9	67	102	201
	비율 (%)			50.0	11.4	41.2	55.2	8.8	33.3	100.0	100.0

가구 구성을 1세대, 2세대, 3세대 이상으로 나누어 가구 당 월 평균 보험료를 살펴보면, 직장가입자와 지역가입자의 보험료 차이는 더욱 극명해진다. 가구 당 월 평균 보험료 20만 원 이상인 비율은 직장가입자의 경우 1세대 가구에서 7.9%, 2세대 가구에서 6.3%, 3세대 이상 가구에서 18.8%로 3세대 이상에서 약간 높은 정도였지만 지역가입자의 경우 각각 16.7%, 32.8%, 72.0%로 세대 수가 커질수록 비율이 대폭 증가할 뿐 아니라 직장가입자에 비해 그 비율이 훨씬 높았다. (표 5-2-14)

〈표 5-2-14〉 가구 구성별 가입 유형별 월 평균 건강보험료 (n=303)

가구 구성		가구 보험료		10만 원 미만		10~20만 원		20만 원 이상		합계	
				직장	지역	직장	지역	직장	지역	직장	지역
1세대	빈도 (명)			19	3	16	42	3	9	38	54
	비율 (%)			50.0	5.6	42.1	77.8	7.9	16.7	100.0	100.0
2세대	빈도 (명)			29	19	16	63	3	40	48	122
	비율 (%)			60.4	15.6	33.3	51.6	6.3	32.8	100.0	100.0
3세대 이상	빈도 (명)			3	1	10	6	3	18	16	25
	비율 (%)			18.8	4.0	62.5	24.0	18.8	72.0	100.0	100.0
전체	빈도 (명)			51	23	42	111	9	67	102	201
	비율 (%)			50.0	11.4	41.2	55.2	8.8	33.3	100.0	100.0

경제적 상황이 어려운 경우 ‘내국인’이라면 건강보험료 감면은 물론이고 의료급여 수급권자가 될 수도 있다. 그러나 이주민의 경우 난민인정자 또는 일정 조건을 만족하는 결혼이주민이 아닌 이주민은 의료급여 수급 자격을 갖는 대상에서 아예 제외하고 있다. 때문에 건강보험료도 의료비도 감당할 수 없어 치료를 받지 못하는 이주민들이 생긴다.

이에 설문조사 응답자 가구 가운데 의료급여 선정 기준인 기준 중위소득의 40% 미만인 얼마나 되는지 추산해보았다. 정확한 소득이 아닌 소득 구간을 사용했기 때문에, 1인 가구의 경우 소득이 없는 사람, 2인 가구부터 4인 가구까지는 100만원 미만, 5인 가구 이상은 200만 원 미만을 틀림없는 기준 미만으로 판단하고 집계했다. 그 결과 가구소득을 답한 992명 중 최소한 112명(11.3%)이 의료급여 수급권자가 될 수 있을 정도로 소득이 낮은 가구에 속해 있다는 것을 알 수 있었다.¹⁵⁰⁾ (표 5-2-15)

체류자격별로 가구소득이 의료급여 선정 기준 미만인 비율을 살펴보면 일반연수(D-4) 88.2%, 유학(D-2) 37.9%, 기타(G-1) 33.3%, 거주(F-2) 17.5% 순으로 높게 나타났다. 외국국적 동포의 경우 재외동포(F-4) 8.1%, 방문취업(H-2) 3.8%로 전체 비율보다는 낮았지만 주민등록인구 중 의료급여 수급자 비율인 2.9%에 비해서는 높았다.

〈표 5-2-15〉 가구소득이 2019년 기준 의료급여 선정 기준 미만인 경우

가구원수		1인	2인	3인	4인	5인 이상	계
구분							
의료급여 선정 기준 (원)		682,803	1,162,611	1,504,013	1,845,414	2,186,816	-
선정 기준 미만 판단 기준 (원)		소득 없음	1,000,000	1,000,000	1,000,000	2,000,000	-
선정 기준 미만	가구수 (명)	579	172	110	70	61	992
	빈도 (명)	67	18	5	5	17	112
	비율 (%)	11.6	10.5	4.5	7.1	27.9	11.3

리비아 국적의 인도적 체류허가자(G-1-6) 남성은 “나는 신장투석을 받아야 하는 환자입니다. 몸이 안 좋아 일을 하지 못합니다. 그러다보니 돈이 없어서 건강보험료를 내지 못하고 있고, 병원 치료도 받지 못하고 있습니다.”라고 하며 한국 정부가 본인과 같이 일을 할 수 없는 만성질환자에게 건강보험료나 의료비를 면제해주기를 희망하고 있었다. 하지만 인도적 체류허가자는 건강보험료 30% 감면 대상일 뿐, 의료급여 수급권자는 될 수 없다.

150) 3인 가구와 4인 가구에서 비율이 낮게 나타난 것은 실제 의료급여 선정 기준과 판단 기준의 차이가 크기 때문인 것으로 판단된다. 예를 들어 4인 가구의 의료급여 선정 기준은 1,845,414원인데, 월 소득 100만 원 이하 가구는 5가구이지만 200만 원 이하는 22가구이기 때문에 만약 200만 원을 판단 기준으로 하면 선정기준 미만 가구의 비율은 31.4%로 높아진다. 소득 구간이 아니라 정확한 가구소득을 확인할 수 있었다면 선정 기준 미만 가구 비율도 더 높았을 것이다.

6) 건강보험료 관련 경험

건강보험이 있는 738명에게 건강보험료와 관련해 본인 또는 가족이 겪은 적이 있는 어려움에 대해 물었을 때, 무응답 20명을 제외한 718명이 답했다. 우선 건강보험에 가입할 때 그 때까지 안 낸 보험료를 한꺼번에 낸 적이 있다는 응답이 25.3%로 가장 많았고, 가족을 피부양자나 세대원으로 등록하지 못해 별도로 건강보험료를 납부한 적이 있다는 응답이 21.6%로 그 다음으로 많았다. (표 5-2-16)

건강보험료 체납 경험과 관련해서는 돈이 없어서 건강보험료를 내지 못한 적이 있다는 비율이 15.5%로 가장 높았고, 건강보험료 고지서를 받지 못하거나 건강보험료를 내야 하는 걸 깜빡 잊어서 보험료를 내지 못한 적이 있다는 비율이 각각 9.9%와 8.4%로 뒤를 이었다. 건강보험료 체납으로 인해 겪은 어려움으로는 병·의원 이용 시 보험 급여가 제공되지 않아 비용 지불에 어려움을 겪은 적이 있다는 응답이 9.2%, 아예 병·의원을 이용하지 못한 적이 있다는 응답이 7.4%였고, 체류기간 연장에 어려움을 겪은 적이 있다는 응답은 2.5%로 적었다. 이는 설문조사 시점이 해당 제재가 시작된 지 1년 남짓 되던 때라 아직 체류기간 갱신 시점이 도래하지 않은 응답자가 대부분이기 때문인 것으로 보인다.

건강보험료가 많다는 이유로 보험료를 기준으로 하는 복지사업의 지원을 받지 못한 적이 있다는 응답은 3.9%였는데, 대부분의 이주민이 애초에 국민이 아니라는 이유로 복지사업의 대상이 되지 못하는 것에 비하면 결코 적지 않은 비율이다. 이는 해당 문항의 응답자에 저소득층 이주민에 대한 민간 지원사업 가운데 정부 지원사업과 비슷하게 건강보험료를 기준으로 대상자를 선정하는 사업에서 배제된 이들이 포함되어 있기 때문이다.

〈표 5-2-16〉 건강보험 가입 유형 별 건강보험료 관련 경험 (n=718, 복수응답)

건강보험 가입유형 보험료 관련 경험		전체 (n=718)	직장가입자 (n=346)	지역가입자 (n=354)	유형 모름 (n=18)
가입 시 보험료 소급 납부	빈도 (명)	182	51	128	3
	비율 (%)	25.3	14.7	36.2	16.7
가족 별도 보험료	빈도 (명)	155	28	126	1
	비율 (%)	21.6	8.1	35.6	5.6
경제적 어려움으로 체납	빈도 (명)	111	12	97	2
	비율 (%)	15.5	3.5	27.4	11.1
고지서 못 받아 체납	빈도 (명)	71	16	54	1
	비율 (%)	9.9	4.6	15.3	5.6
깜빡 잊어서 체납	빈도 (명)	60	8	50	2
	비율 (%)	8.4	2.3	14.1	11.1

체납으로 의료비 지불 어려움	빈도 (명)	66	3	57	0
	비율 (%)	9.2	0.9	16.1	0.0
체납으로 병·의원 이용 못함	빈도 (명)	53	3	49	1
	비율 (%)	7.4	0.9	13.8	5.6
체납으로 체류기간 연장 어려움	빈도 (명)	18	7	11	0
	비율 (%)	2.5	2.0	3.1	0.0
보험료 기준 복지사업 지원 배제	빈도 (명)	28	6	22	0
	비율 (%)	3.9	1.7	6.2	0.0

건강보험료와 관련된 경험을 응답자의 건강보험 가입 유형에 따라 살펴보면 모든 내용에 대해 직장가입자(피부양자 포함)보다 지역가입자가 어려움을 경험한 비율이 높게 나타났다.¹⁵¹⁾ 예를 들어 돈이 없어서 건강보험료를 내지 못한 응답자는 직장가입자에서 3.5%로 적었지만, 지역가입자에서는 4분의 1이 넘는 27.4%나 되었다.

보험료 체납과 관련해서는 많은 응답자들이 의견을 남겨주었다. 이주민이 보험료를 체납하면 당장 의료기관 이용 시 보험급여가 제한되고, 일정 금액 이상 체납하면 통장 등 재산을 압류 당하며, 이후 체류기간 연장 등 출입국 업무에서도 불이익을 받게 되기 때문에 많은 이주민들이 보험료를 제 때 납부하기 위해 애를 쓴다. 때로는 생계비보다 보험료 납부를 우선시하기도 한다.

“두 아이를 혼자 키우는 싱글맘으로서, 수입이 0원일 때 건강보험료를 내야하는 것은 정말 어려운 일이다. 어떤 때는 건강보험료를 내기 위해 돈을 모으려고 아이들과 나를 위한 식료품을 사지 못할 때도 있다. 그렇지만 체류자격을 잃지 않기 위해서 나는 매달 25일까지 건강보험료를 내기 위한 돈을 마련해 놓아야 한다. 당신들은 그런 상황을 상상이나 할 수 있는가! 그런데 그렇게 건강보험료를 내고도 나는 내 위가 왜 아픈지 알아보기 위한 검사를 할 수 없다. 돈이 없기 때문에!” (38세 탄자니아 국적 인도적 체류허가자(G-1-6) 여성)

하지만 건강보험료 고지서를 받지 못해서 보험료를 내지 못하고 있는 경우도 있었는데, 이는 특히 농업이나 어업에 종사하는 이주민들이 경험하고 있었다.

“건강보험료 고지서를 본 적이 없다. 그래서 내가 건강보험이 있는지, 보험료가 얼마 나오는지도 모른다. 근로계약서의 사장님이 실제로 일을 시키는 사장님과 다르고 그래서 아마 주소도 다른 곳으로 되어 있기 때문에 고지서를 받지 못하

151) 물론 해당 문항이 본인 또는 가족의 경험을 묻은 것이기 때문에 응답자 본인의 건강보험 가입유형으로 경험 비율을 비교하는 것에는 한계가 있다. 따라서 이하 분석은 직장가입자가 있는 가구와 지역가입자가 있는 가구의 차이 정도로 이해하면 될 것이다.

고 있는 것 같다. 주소를 바꾸고 싶지만 어디에 어떻게 요청해야 하는지 모르겠다. 이러다가 나중에 체류기간 연장에 문제가 생길까봐 걱정이 된다.” (22세 베트남 국적 고용허가제 어업 이주노동자(E-9-4) 남성)

“비닐하우스 농막에 거주하고 있는데 여기는 주소가 없다. 외국인등록을 할 때 쓴 주소지로 건강보험료 고지서를 보냈겠지만 나는 그곳에 거주하지 않기 때문에 한 번도 받지 못했다. 그래서 건강보험료를 내지 못하고 있다가 한꺼번에 돈을 낸 적이 있는데, 그 뒤로도 여전히 고지서를 받지 못하고 있다. 고지서를 내가 받기 위해 어디에 전화를 해야 하는지 모르겠다.” (21세 캄보디아 국적 고용허가제 농업 이주노동자(E-9-3) 여성)

한편 경제적 어려움으로 보험료를 체납할 수밖에 없는 상황이 생기기도 한다. 임금체불이나 실직이 대표적인 경우이다.

“저는 2015년에 한국에 와서 3년 넘게 일하면서 사업주에게 3,000만원의 임금체불을 당했고 현재 소송 중에 있습니다. 건강보험료 고지서가 날아오지만 저는 돈을 낼 수가 없습니다. 임금 체불로 인해서 돈이 없는데 왜 보험료를 계속해서 내야 합니까? 왜 사업주는 임금 체불을 해도 되는데 이주노동자는 보험료를 안 내면 안 됩니까? 임금 체불이 해결되기 너무 어려운 상황에서 한국 정부가 이 문제에 대한 대책은 마련하지 않은 채 우리에게만 의무적으로 건강보험료를 내라고 합니다. 부당하다고 생각합니다.” (25세 캄보디아 국적 고용허가제 농업(E-9-3) 이주노동자 여성)

“작년에 건강보험을 꼭 해야 한다고 해서 남편이 세대주로 내가 세대원으로 지역가입자가 됐다. 임신·출산 중에 건강보험이 있어 병원비에 많은 도움을 받았다. 그런데 올해 3월 남편이 코로나 19 때문에 실직하면서 소득이 없어졌다. 지금 몇 달째 건강보험료를 못 내고 있다. 병원에 가면 혜택을 받지 못하니까 병원비가 부담스러워 아기 병원도 못 가고 있다. 보험료를 더 감면해주거나 보험료 납부 기한을 당분간이라도 연장해주면 좋겠다. 보험료를 내지 않으면 혜택이 바로 끊기는데, 다시 혜택을 받기 위해서는 밀린 보험료를 다 내야 한다고 해서 걱정이다. 차라리 납부를 못하면 아예 건강보험을 중단시켜서 보험료를 낼 필요가 없게 만들었다가 다시 낼 수 있는 상황이 되었을 때 보험료를 내면 다시 보험 적용이 되기를 바란다.” (24세 튀니지 국적 인도적 체류허가자(G-1-12) 여성)

만약 경제적 어려움이 사고나 질병에 기인한 것이라면 체납으로 인한 보험급여 중단은 치명적이다. 몸이 좋지 않아 일을 하지 못하고, 수입이 없어 보험료를 내지 못하고, 보험급여가 안 되기 때문에 병원에 가서 치료를 받지 못해 계속 건강상태가 좋지 않은 악순환 상태에 빠지게 때문이다.

“몸이 아파서 일을 그만두었다. 소득이 없어져서 보험료를 내지 못하기 시작했다. 병원에서 치료를 받고 싶었지만 보험이 끊겨서 병원비가 너무 비쌌다. 하수 없이 치료를 포기했다. 그런데 체류기간이 만료되어 연장하러 갔더니 출입국에서 보험료를 내야 연장해준다고 했다. 보험료를 조금씩 나눠서 내기로 하고 연장을 받았다. 주변에서 돈을 빌려 분할 납부를 하고 있지만 미납분을 한 번에 완납하지 못하고 있기 때문에 여전히 보험 혜택을 받을 수 없다. 나는 지금도 그렇고 앞으로도 당분간은 보험료를 낼 수 있는 여력이 없다. 이것은 나에게 끔찍한 악순환이다.” (29세 러시아 국적 고려인 동포(F-4) 여성)

“일을 하다가 척추를 다쳐서 현재 일을 하지 못하고 소득도 없다. 치료가 필요하지만 돈이 없어서 건강보험료를 못 내다보니 건강보험이 끊긴 상태라 병원에 가지 못하고 있다. 보험료를 내고 싶어도 낼 돈이 없다. 치료를 받아야 건강을 회복하고 다시 돈을 벌어서 보험료를 낼 게 아닌가. 나처럼 어려운 상황에 있는 사람들에게는 일시적으로라도 보험료를 탕감해주거나 병원비를 면제해주면 좋겠다.” (29세 예멘 국적 인도적 체류허가자(G-1-6) 남성)

체류자격 유지를 위해서라도 건강보험료를 납부해야 하는 이주민들이 건강보험을 체납하는 것은 그야말로 생계를 위한 어쩔 수 없는 선택인 경우가 많다. 소득과 무관한 지역 건강보험료 부과와 건강보험료 경감 제도에서의 배제는 이주민들의 건강과 생계를 동시에 위협하고 있다.

3. 건강상태와 의료기관 이용

건강상태와 의료이용은 기본적으로 연령, 성별 등 인구사회학적 요인과 소득, 고용 등 사회경제적 요인의 영향을 받는다. 때문에 내국인의 건강상태와 의료이용에 대한 분석은 대부분 기본적으로 연령, 성별과 함께 소득수준의 영향을 확인한다.¹⁵²⁾ 그런데 본 설문조사에 참여한 이주민의 건강상태와 의료기관 이용 실태를 소득수준과 교차 분석한 결과 응답자들의 소득수준은 유의미한 경향성을 보이지 않았는데, 그 이유는 아래와 같이 생각해 볼 수 있다.

첫째, 가족이 국내에서 함께 살고 있는 이주민의 경우 국내에 생활기반이 있고 소득을 국내에서 소비할 가능성이 크지만, 가족을 동반하지 않은 이주민의 경우 해외송금 비율이 높아 소득 자체 보다 송금 후 생활비가 더 의미 있을 가능성이 있다. 둘째, 이주민의 경우 소득과 노동시간 간 연관이 특히 높다. 다시 말해 비숙련 노동에 종사하는 이주민의 임금수준

152) 대표적으로 국민건강영양조사, 한국의료패널 등이 그러하다.

은 거의 노동시간에 비례한다. 장시간 노동으로 인해 소득이 높은 것이라면 고소득이 오히려 나쁜 건강과 연계될 가능성이 있다. 셋째, 내국인의 경우 소득이 교육 수준, 정보 접근성, 사회적 자본 등 다른 사회경제적 지표를 대표하는 변수가 될 수 있지만, 이주민의 경우 소득과 다른 사회경제적 지표와의 연관이 뚜렷하지 않을 수 있다. 오히려 가장 큰 영향을 미치는 것은 체류자격이며, 연령, 종사업종, 고용형태도 체류자격이 일차적으로 규정한다.

따라서 이하 분석에서는 기본적으로 연령, 성별과 같은 변수 외에도 국내 출입국·외국인 제도와 의료보장제도 하에서 이주민이 처한 고유한 현실을 드러낼 수 있는 변수, 즉, 고용(종사업종이나 고용형태), 체류(체류자격 및 체류기간), 의료보장(건강보험 또는 의료급여 유무)에 따라 달라지는 건강상태와 의료이용 실태를 주로 살펴보았다. 그리고 사용 가능한 자료가 있는 경우 ‘내국인’의 건강상태 및 의료이용 실태와 비교 분석했다.

1) 주관적 건강 상태

설문조사 응답자가 스스로의 건강상태를 어떻게 생각하는지 주관적 건강 상태에 대해 물었을 때 전체 응답자 중 보통이라고 답한 사람이 420명(39.6%), 건강한 편이라고 답한 사람이 358명(33.8%), 매우 건강하다고 답한 사람이 142명(13.4%)으로 건강하지 않은 편이거나(116명, 10.9%) 매우 건강하지 않다(24명, 2.3%)고 답한 사람의 비율보다 높았다. 매우 건강함(5), 건강함(4), 보통(3), 건강하지 않음(2), 매우 건강하지 않음(1)으로 점수로 매겨 평균값을 계산한 결과 설문조사 응답자 전체의 주관적 건강 상태는 보통(3)보다 좋은 3.45점이었으며, 남성이 3.58점으로 3.33점인 여성보다 좋은 편이었다. (표 5-3-1)

〈표 5-3-1〉 설문조사 응답자의 주관적 건강 상태

주관적 건강 상태	전체		남성		여성	
	빈도 (명)	비율 (%)	빈도 (명)	비율 (%)	빈도 (명)	비율 (%)
매우 건강함 (5)	142	13.4	87	16.7	55	10.2
건강한 편 (4)	358	33.8	196	37.6	162	30.1
보통 (3)	420	39.6	183	35.1	237	44.1
건강하지 않은 편 (2)	116	10.9	44	8.4	72	13.4
매우 건강하지 않음 (1)	24	2.3	12	2.3	12	2.2
합계	1,060	100.0	522	100.0	538	100.0
평균값	3.45		3.58		3.33	

주관적 건강 인지율¹⁵³⁾은 전체 응답자에서 47.2%였는데, 남성이 54.2%, 여성은 40.3%로 남성이 여성에 비해 높았다. 이는 2017년 한국의료패널 조사에서 나타난 ‘내국인’ 전체 응답자(44.9%)와 ‘내국인’ 남성(50.1%)에 비해 높고, ‘내국인’ 여성(40.2%)과는 비슷한 수준이며,¹⁵⁴⁾ 2018년 국민건강영양조사에서 나타난 ‘내국인’ 전체 응답자(31.9%)와 ‘내국인’ 남성(33.2%), ‘내국인’ 여성(30.8%)에 비해서는 각각 15.3%p, 21.0%p, 9.5%p 높은 수준이다.¹⁵⁵⁾ 일반적으로 이주민의 주관적 건강상태가 ‘내국인’에 비해 좋은 이유는 출입국관리 제도에 따라 특정 취업 체류자격을 젊고 건강한 사람에게만 부여하기 때문이다.¹⁵⁶⁾

연령대별 주관적 건강 인지율은 남녀 모두 대체로 연령이 낮을수록 좋고 연령이 높을수록 나빴으나, 20대 여성의 경우 30~40대 여성보다 나빴다. (표 5-3-2)

〈표 5-3-2〉 연령별 성별 주관적 건강 인지율

성별 연령대	전체			남성			여성		
	인원 (명)	빈도 (명)	비율 (%)	인원 (명)	빈도 (명)	비율 (%)	인원 (명)	빈도 (명)	비율 (%)
10대	18	13	72.2	5	4	80.0	13	9	69.2
20대	292	151	51.7	154	96	62.3	138	55	39.9
30대	376	193	51.3	206	114	55.3	170	79	46.5
40대	212	99	46.7	98	50	51.0	114	49	43.0
50대	107	35	32.7	41	14	34.1	66	21	31.8
60대 이상	55	9	16.4	18	5	27.8	37	4	10.8
전체	1,060	500	47.2	522	283	54.2	538	217	40.3

고용형태별로 구분해 주관적 건강 인지율을 살펴보았을 때 대체로 고용 불안정성이 높을수록 주관적 건강 인지율이 낮은 것으로 나타났다. 주관적 건강 인지율은 자영업자에게서 가장 높았고(75.0%), 임금노동자 중에서는 상용직(48.2%), 임시직(46.4%), 일용직(44.8%)으로 갈수록 낮아졌다. 무급가족종사자에게서는 가장 낮게(18.2%) 나타났다. (표 5-3-3)

153) 현재 본인의 건강 상태가 ‘매우 좋음’ 또는 ‘좋음’이라고 생각하는 비율.

154) 박은자 외(2019), p.248.

155) 보건복지부·질병관리본부(2019), pp.87-89.

156) 예를 들어 대표적인 취업비자인 비전문취업(E-9), 선원취업(E-10) 자격을 받기 위해서는 일정 연령 미만이어야 하며, 입국 전 사전 건강검진을 통과해야 비자를 발급받을 수 있고, 입국 직후에도 다시 건강검진을 통과해야 계속해서 체류할 수 있다.

〈표 5-3-3〉 고용형태별 주관적 건강 인지율

고용형태		전체 인원 (명)	주관적 건강 인지율	
			빈도 (명)	비율 (%)
임금노동자	상용직	440	212	48.2
	임시직	248	115	46.4
	일용직	105	47	44.8
	소계	793	374	47.2
자영업자		28	21	75.0
무급가족종사자		11	2	18.2
일 하지 않음		228	103	45.2
전체		1,060	500	47.2

응답자들의 종사 업종별로 보면, 주관적 건강 인지율은 어업에서 가장 높았고(70.8%), 제조업(51.0%), 서비스업(48.1%), 건설업(47.9%) 순으로 낮아졌다. 농업은 종사자의 90%가 20~30대 젊은 층임에도 불구하고 주관적 건강 인지율이 16.5%로 가장 낮게 나타났는데, 이는 이들의 열악한 노동 및 생활조건을 반영하는 것으로 보인다. (표 5-3-4)

〈표 5-3-4〉 업종별 주관적 건강 인지율

업종	전체 인원 (명)	주관적 건강인지율	
		빈도 (명)	비율 (%)
제조업	418	213	51.0
건설업	96	46	47.9
농업	79	13	16.5
어업	24	17	70.8
서비스업	154	74	48.1
기타	61	34	55.7
일 하지 않음	228	103	45.2
전체	1,060	500	47.2

2) 신체적·정신적 건강 상태

응답자들의 실제 신체적 건강 상태를 파악해 보기 위해 지난 1년 간 질병이나 사고 등으로 4일 이상 몸이 아팠던 경험이 있는지를 물었다. 그런 경험이 있는 사람은 전체 응답자의 38.6%로, 남성(35.3%)보다 여성(41.8%)이 많았다. 이 비율은 남녀 모두 연령이 높을수

록 증가해 60대 이상에서는 63.6%였다. (표 5-3-5)

〈표 5-3-5〉 연령별 성별 지난 1년 간 질병이나 사고로 4일 이상 아팠던 경험

연령대	성별			전체			남성			여성		
	인원 (명)	빈도 (명)	비율 (%)	인원 (명)	빈도 (명)	비율 (%)	인원 (명)	빈도 (명)	비율 (%)	인원 (명)	빈도 (명)	비율 (%)
10대	18	1	5.6	5	1	20.0	13	0	0.0			
20대	292	78	26.7	154	36	23.4	138	42	30.4			
30대	376	142	37.8	206	69	33.5	170	73	42.9			
40대	212	92	43.4	98	40	40.8	114	52	45.6			
50대	107	61	57.0	41	26	63.4	66	35	53.0			
60대 이상	55	35	63.6	18	12	66.7	37	23	62.2			
전체	1,060	409	38.6	522	184	35.2	538	225	41.8			

응답자들의 의료 이용 실태를 파악하기 위해 지난 1년 간 질병이나 사고 등으로 4일 이상 몸이 아팠을 때 주로 어떻게 대처했는지를 물었다. 병·의원에 갔다고 답한 사람은 68.9%였고, 나머지 31.1%는 약국에서 약을 사 먹었거나(26.4%), 그냥 참았거나(3.2%), 본국에서 가져온 약을 먹는 등 기타(1.5%)의 경우로 의료 필요가 적절히 충족되지 않은 경우로 볼 수 있다. 병·의원에 가지 않은 사람은 남성이 30.4%, 여성이 31.6%로, 여성의 비율이 높았다.

〈표 5-3-6〉 지난 1년 간 질병이나 사고로 4일 이상 아팠을 때 주된 대처 방법 (n=409)

대처 방법	전체		남성		여성	
	빈도 (명)	비율 (%)	빈도 (명)	비율 (%)	빈도 (명)	비율 (%)
병·의원에 갔다	282	68.9	128	69.6	154	68.4
약국에서 약을 사먹었다	108	26.4	44	23.9	64	28.4
그냥 참았다	13	3.2	7	3.8	6	2.7
기타	6	1.5	5	2.7	1	0.4
합계	409	100.0	184	100.0	225	100.0

응답자들의 정신적 건강 상태를 파악하기 위해 지난 1년 간 심한 불안이나 우울을 경험한 적이 있는지를 물었을 때, 있다고 답한 응답자는 34.9%였다. 이는 2017년 국민건강영양조사에서 ‘내국인’의 우울감 경험률 11.2%보다 세 배 이상 높은 비율이다.¹⁵⁷⁾ (표 5-3-7)

157) 우울감 경험률은 최근 1년 동안 연속적으로 2주 이상 일상생활에 지장이 있을 정도로 슬프거나 절망감을 느낀 비율로, 위 수치는 2017년 국민건강영양조사 결과임(보건복지부·질병관리본부(2018), p.80).

〈표 5-3-7〉 연령별 성별 지난 1년 간 심한 불안이나 우울 경험

연령대	성별	전체			남성			여성		
		인원 (명)	빈도 (명)	비율 (%)	인원 (명)	빈도 (명)	비율 (%)	인원 (명)	빈도 (명)	비율 (%)
10대		18	5	27.8	5	1	20.0	13	4	30.8
20대		292	89	30.5	154	34	22.1	138	55	39.9
30대		376	131	34.8	206	57	27.7	170	74	43.5
40대		212	76	35.8	98	34	34.7	114	42	36.8
50대		107	41	38.3	41	15	36.6	66	26	39.4
60대 이상		55	28	50.9	18	11	61.1	37	17	45.9
전체		1,060	370	34.9	522	152	29.1	538	218	40.5

성별로는 남성(29.1%)에 비해 여성(40.5%)이 높았고,¹⁵⁸⁾ 남녀 모두 연령대가 높을수록 높아졌으나 20~30대 여성의 경우 40~50대 여성보다 우울 경험률이 높았다. 모든 연령대에서 여성은 남성보다 우울 경험률이 높았으나 60대 이상의 경우 남성이 여성보다 우울 경험률이 높았다. (표 5-3-7)

〈표 5-3-8〉 지난 1년 간 심하게 불안하거나 우울했을 때 대처 방법 (n=370)

대처 방법	전체		남성		여성	
	빈도 (명)	비율 (%)	빈도 (명)	비율 (%)	빈도 (명)	비율 (%)
병·의원에 갔다	38	10.3	14	9.2	24	11.0
약국에서 약을 사먹었다	53	14.3	25	16.4	28	12.8
그냥 참았다	245	66.2	98	64.5	147	67.4
기타	34	9.2	15	9.9	19	8.7
전체	370	100.0	152	100.0	218	100.0

응답자들이 불안하거나 우울할 때 대처한 방법으로는 그냥 참았다는 응답의 비율이 66.2%로 가장 많았는데, 그냥 참았다는 비율은 남성(64.5%)보다 여성(67.4%)이 높았다. 병·의원에 가는 비율은 전체 응답자의 10.3%였고, 남성(9.2%)보다 여성(11.0%)에서 약간 높았다. 약국에서 약을 사 먹는 비율은 전체의 응답자의 14.3%였고, 여성(12.8%)보다 남성(16.5%)에서 높았다. (표 5-3-8)

158) ‘내국인’의 우울감 경험률은 남성 9.1%, 여성 13.4%였다(보건복지부·질병관리본부(2018), pp.81-82).

3) 만성질환과 장애

의사에게서 만성질환을 진단받은 적이 있는지에 대한 질문에 전체 응답자의 14.3%가 “있다”고 답했는데, 있다고 답한 비율은 남성(12.6%)보다 여성(16.0%)이 높았다. 주요 만성질환 유병률은 ‘내국인’에게서 전체 42.7%, 남성은 30.0%, 여성은 36.4%로 훨씬 높게 나타난다.¹⁵⁹⁾ 상대적으로 여성에서 만성질환 유병률이 높은 점은 이주민과 ‘내국인’이 동일했다.

연령별로는 만성질환 진단 경험이 10대 0.0%, 20대 2.7%, 30대 9.3%, 40대 16.5%, 50대 33.6%로 연령대가 높을수록 높아지는 경향이 뚜렷했는데, 특히 60대 이상은 69.1%로 50대(33.6%)보다 두 배 이상 높았다. 연령대가 높을수록 만성질환 진단 경험이 높아지는 경향은 남녀 모두에서 공히 나타났다. 특히 60대 이상 남성은 50.0%인 반면 여성은 78.4%로 높았다. (표 5-3-9)

이주민이 ‘내국인’에 비해 만성질환 유병률이 낮은 것은 고령 인구 비율이 낮고, 만성질환으로 일을 하지 못하는 경우 취업 체류자격을 받거나 유지하기 어렵다는 것으로 설명할 수 있다. 하지만 내국인에 비해 병의원을 찾는 비율이 낮아 의사에게서 진단받은 유병률이 낮게 나타날 가능성도 배제할 수는 없다.

〈표 5-3-9〉 연령별 성별 만성질환 진단 경험

성별 연령대	전체			남성			여성		
	인원 (명)	빈도 (명)	비율 (%)	인원 (명)	빈도 (명)	비율 (%)	인원 (명)	빈도 (명)	비율 (%)
10대	18	0	0.0	5	0	0.0	13	0	0.0
20대	292	8	2.7	154	2	1.3	138	6	4.3
30대	376	35	9.3	206	22	10.7	170	13	7.6
40대	212	35	16.5	98	17	17.3	114	18	15.8
50대	107	36	33.6	41	16	39.0	66	20	30.3
60대 이상	55	38	69.1	18	9	50.0	37	29	78.4
전체	1,060	152	14.3	522	66	12.6	538	86	16.0

만성질환 진단자 중 26.3%는 치료를 받지 못하고 있었으며, 그 비율은 남성(30.3%)이 여성(23.3%)보다 높았다. 치료를 받고 있는 경우 한국의 의료기관에서 치료를 받고 있는 경우가 대부분으로 만성 질환 진단자의 58.3%인 반면 본국의 의료기관에서 치료받고 있다는 비율은 2.0%로 매우 낮았다. 현재는 그 질환을 앓고 있지 않다고 답한 사람도 11.8%(남성

159) 만성질환 유병률은 18세 이상 전체 가구원 중 8대 만성질환(고혈압, 당뇨병, 고지혈증, 관절병증, 심장질환, 뇌혈관질환, 악성신생물, 결핵) 중 1개 이상을 앓고 있는 환자의 비율로, 위 수치는 2017년 한국의료패널 결과이다(박은자 외(2019), pp.115-116).

16.7%, 여성 8.1%)나 되었는데, 만성질환 특성상 실제로 완치되었다고 보기 어렵다는 점에서 실제 만성질환 미관리 비율은 훨씬 더 높을 수 있다. (표 5-3-10)

〈표 5-3-10〉 만성질환 관리 (n=152)

만성 질환 관리	전체		남성		여성	
	빈도 (명)	비율 (%)	빈도 (명)	비율 (%)	빈도 (명)	비율 (%)
한국 의료기관에서	89	58.6	34	51.5	55	64.0
본국 의료기관에서	3	2.0	1	1.5	2	2.3
질환 있으나 미관리	40	26.3	20	30.3	20	23.3
현재는 그 질환을 앓고 있지 않다	18	11.8	11	16.7	7	8.1
무응답	2	1.3	0	0.0	2	2.3
합계	152	100.0	66	100.0	86	100.0

전체 조사대상자 1,060명 중 일상 활동이나 일을 하는데 어려움이 있는 신체적·정신적 장애를 가지고 있다고 답한 사람은 53명(5.0%)으로, 남성 23명(4.4%), 여성 30명(5.6%)이었다. 이는 ‘내국인’의 활동제한율 5.2%(남성 5.0%, 여성 5.3%)와 비슷한 수준이다.¹⁶⁰⁾ 장애가 있다고 답한 53명 중 의사의 진단을 받았다고 답한 사람은 35명(66.0%), 의사의 진단을 받지 못한 사람은 18명(34.0%)이었다. 장애를 의사에게 진단받았으나 장애인 등록을 한 경우는 1명뿐이었고, 난민인정자였다. (표 5-3-11)

〈표 5-3-11〉 성별 장애 여부 및 장애 진단 여부

구분	전체		남성		여성	
	빈도 (명)	비율 (%)	빈도 (명)	비율 (%)	빈도 (명)	비율 (%)
장애 있음 (n=1,060)	53	5.0	23	4.4	30	5.6
진단 받음 (n=53)	35	66.0	17	73.9	18	60.0

4) 의료기관 이용 경험

지난 1년 간 병·의원, 약국, 보건소, 무료진료소 등 종류와 무관하게 의료기관을 이용한 적이 있는지 물었을 때, “있다”고 답한 사람은 전체 응답자에서 69.8%였으며, 남성(64.0%)보다 여성(75.5%)의 비율이 높았다. 의료기관을 이용한 경험에 있는 비율은 10대 16.7%, 20대 63.7%, 30대 68.6%, 40대 77.4%, 50대 76.6%, 60대 이상이 85.5%로 연령대가 높아질수록 높아지는 경향이 뚜렷했다. (표 5-3-12)

160) 활동 제한율은 건강상의 문제나 신체 혹은 정신적 장애로 일상생활 및 사회활동에 제한을 받는 비율로, 위 수치는 2018 국민건강통계 결과이다(보건복지부·질병관리본부(2019), pp.91-93).

〈표 5-3-12〉 연령별 성별 최근 1년 간 의료기관 이용 경험

연령대	성별			전체			남성			여성		
	인원 (명)	빈도 (명)	비율 (%)	인원 (명)	빈도 (명)	비율 (%)	인원 (명)	빈도 (명)	비율 (%)	인원 (명)	빈도 (명)	비율 (%)
10대	18	3	16.7	5	1	20.0	13	2	15.4			
20대	292	186	63.7	154	88	57.1	138	98	71.0			
30대	376	258	68.6	206	128	62.1	170	130	76.5			
40대	212	164	77.4	98	72	73.5	114	92	80.7			
50대	107	82	76.6	41	30	73.2	66	52	78.8			
60대 이상	55	47	85.5	18	15	83.3	37	32	86.5			
전체	1,060	740	69.8	522	334	64.0	538	406	75.5			

의료기관 이용 경험 비율은 체류기간이 길어질수록 높아지는 경향도 보였다. 1년 미만 체류자는 36.6%로 그 비율이 낮은 반면 1년 이상 ~ 3년 미만은 62.4%, 3년 이상 ~ 5년 미만은 69.5%, 5년 이상 ~ 10년 미만은 79.5%, 10년 이상은 80.6%로 체류기간이 길어질수록 지난 1년간 의료기관을 이용한 경험이 있는 비율도 높아졌다. (표 5-3-13)

〈표 5-3-13〉 체류기간별 지난 1년간 의료기관 이용 경험

체류기간	최근 1년 간 의료기관 이용		
	인원 (명)	빈도 (명)	비율 (%)
1년 미만	82	30	36.6
1년 이상 ~ 3년 미만	266	166	62.4
3년 이상 ~ 5년 미만	239	166	69.5
5년 이상 ~ 10년 미만	298	237	79.5
10년 이상	175	141	80.6
전체	1,060	740	69.8

다음으로는 의료기관을 이용했다면 어떤 이유로 어디를 이용했는지 물어보았다. 처방전 없이 약을 구입하기 위해 약국을 이용한 비율이 42.0%로 가장 높았다. 다음으로는 건강검진 36.1%, 다치거나 아파서 외래 진료를 받은 경우가 32.4%, 치과치료가 23.7%, 예방접종 16.0% 순이었다. 다치거나 아파서 입원을 한 경우는 10.7%였고, 병원의 응급실을 이용한 경우는 8.5%였다. 20~40대 여성 중에 임신, 출산 관련 외래진료를 받은 경우는 10.0%, 입

원한 경우는 9.5%로 이주민 여성들에게 임신, 출산이 의료기관 이용의 주요 계기가 되고 있었다.(표 5-3-14)

그런데 이를 ‘내국인’의 의료이용률과 비교해 보았을 때, 설문응답자의 외래 이용률 32.4%는 ‘내국인’ 84.9%에 비해 매우 낮은 반면, 입원 이용률과 응급실 이용률은 ‘내국인’의 10.5% 8.3%에 비해 설문응답자의 경우 10.7%, 8.5%로 오히려 약간 더 높은 것으로 나타났다.¹⁶¹⁾ 이는 이주민들의 경우 의료 이용이 필요한 시기에 적절한 치료를 받지 못하고 있다가 상태가 악화되거나 위급한 지경이 되어서야 의료기관을 이용하게 되는 것이 원인인 것으로 유추해 볼 수 있다.

〈표 5-3-14〉 최근 1년 간 의료기관 이용 이유

의료이용 종류	전체 (n=1,057)		남성 (n=522)		여성 (n=535)	
	빈도 (명)	비율 (%)	빈도 (명)	비율 (%)	빈도 (명)	비율 (%)
병원의 응급실 이용	90	8.5	41	7.9	49	9.2
(다치거나 아파서) 외래 진료	342	32.4	164	31.4	178	33.3
(다치거나 아파서) 입원	113	10.7	62	11.9	51	9.5
(임신, 출산 관련) 외래진료*	44	10.0	-	-	44	10.0
(임신, 출산 관련) 입원*	42	9.5	-	-	42	9.5
치과치료	250	23.7	100	19.2	150	28.0
건강검진	382	36.1	186	35.6	196	36.6
예방접종	169	16.0	69	13.2	100	18.7
(처방전 없이) 약 구입	444	42.0	176	33.7	268	50.1
기타의 이유로 의료기관 이용	117	11.1	55	10.5	62	11.6

* 임신, 출산 관련 의료기관 이용 비율은 20~40대 여성 442명 중 무응답 2명을 제외한 440명에 대한 비율임

이는 설문조사 응답자 중 건강보험 또는 의료급여 같은 의료보장이 있는 경우와 없는 경우를 구분해 의료기관 이용 경험과 의료 이용 종류를 비교해보면 더욱 분명해진다. 지난 1년 간 의료기관을 한 번이라도 이용한 경험이 있는 비율은 건강보험이나 의료급여 등 의료보장이 있는 경우 73.1%인 반면, 의료보장이 없는 경우는 62.5%로 떨어진다. (표 5-3-15)

161) 내국인의 종류별 의료 이용률 수치는 2017년 한국의료패널 결과이다(문성용 외(2019), p.83, p.91, p.103).

〈표 5-3-15〉 의료보장 여부에 따른 최근 1년 간 의료기관 이용 경험

의료보장 유무	의료기관 이용		
	인원 (명)	빈도 (명)	비율 (%)
건강보험 또는 의료급여 있음	743	543	73.1
건강보험 또는 의료급여 없음	291	182	62.5
모름	26	15	57.7
전체	1,060	740	69.8

그리고 건강보험 또는 의료급여의 의료보장이 있는 경우와 없는 경우를 구분해 설문응답자의 의료이용의 종류에 따른 비율을 살펴보면 외래진료 비율은 의료보장이 있는 경우 34.9%인 데 반해 의료보장이 없는 경우 25.4%로 낮다. 그런데 입원과 응급실 이용의 경우 의료보장이 있는 경우가 각각 10.8%, 8.3%에 비해 의료보장이 없는 경우 각각 11.3%, 9.6%로 오히려 약간 더 높은 것으로 나타나고 있다. 즉 의료보장이 없는 이주민이 의료기관 이용에 대한 접근성 제약으로 제 때 외래진료를 받지 못하고 있다가 입원하게 되거나 응급실을 이용하는 경우가 많은 것으로 볼 수 있다. (표 5-3-16)

〈표 5-3-16〉 의료보장 여부에 따른 최근 1년 간 의료이용 종류

의료보장 여부	외래진료		입원		응급실	
의료이용 종류	빈도 (명)	비율 (%)	빈도 (명)	비율 (%)	빈도 (명)	비율 (%)
건강보험 또는 의료급여 있음 (n=743)	259	34.9	80	10.8	62	8.3
건강보험 또는 의료급여 없음 (n=291)	74	25.4	33	11.3	28	9.6

지난 1년 동안 의료기관을 이용한 경험이 있는 740명에게 스스로 부담하기에 의료비가 너무 비쌌던 적이 있었는지, 그럴 때 의료비를 어떻게 해결했는지 복수응답으로 물었다.

〈표 5-3-17〉 의료비 해결 방법 (n=740, 복수응답)

부담하기 어려운 의료비 해결	빈도 (명)	비율 (%)
부담하지 못할 정도로 비용이 많이 나온 적 없음	483	65.3
가족, 친인척, 친구의 도움으로 해결	137	18.5
이주민·동포·난민 지원단체의 도움으로 해결	80	10.8
의료기관에서 의료비 감면	46	6.2
한국 정부 지원사업의 도움으로 해결	20	2.7
끝까지 의료비를 내지 못함	15	2.0
기타	65	8.8

응답자의 65.3%는 스스로 부담하지 못할 정도로 비용이 많이 나온 적이 없다고 답했다. 그 이외 응답자는 혼자 부담하지 못할 정도로 의료비가 나온 적이 있는 것으로 볼 수 있는데 그 때 의료비는 가족, 친인척, 친구의 도움을 받아 해결했다는 비율이 18.5%로 가장 높았다. 다음으로 10.8%가 이주민·동포·난민 지원단체의 지원으로 해결했다고 답해 지원단체의 의료비 지원이 중요한 역할을 하고 있음을 확인할 수 있었다. 다음으로 의료기관에서 의료비를 감면해 주었다는 비율이 6.2%였다. 반면 정부 지원을 받았다는 경우는 2.7%에 불과해 의료비 지불에 어려움을 겪는 이주민을 위한 공적 지원제도가 매우 부족하다는 것을 보여주고 있다. 2.0%는 의료비를 끝내 해결하지 못했다고 답했다. (표 5-3-17)

이주민이 의료기관을 이용할 때 가장 큰 제약 중 하나는 의사소통의 문제이다. 지난 1년 동안 의료기관을 이용한 경험이 있는 응답자가 의료기관 이용 시 통역 지원을 받은 적이 있었는지, 지원을 받았다면 도움이 되었는지를 복수응답으로 물었다. 응답자의 62.8%는 의료기관 이용 시 통역 없이 스스로 의사소통을 한 적이 있었는데, 이 경우 이해율은 75.5%로 낮아서 통역 도움이 없을 때 의료기관 이용에 어려움이 있을 것임을 짐작할 수 있었다. 응답자의 29.5%는 가족, 친지, 친구, 20.2%는 이주민·동포·난민 지원단체의 통역 도움을 받은 적이 있었다. 의료기관의 통역인 도움을 받은 적이 있다는 비율은 12.6%, 외국인 콜센터의 도움을 받은 적이 있다는 비율은 8.0%로 낮은 편이었다. 도움을 받은 경우 “잘 이해했다”는 비율은 가장 이용 비율이 낮은 외국인 콜센터의 경우가 98.3%, 의료기관의 통역인의 경우가 96.8%로 높아서 가장 도움이 되는 방식의 통역 자원이 가장 빈약한 안타까운 현실을 보여주었다. 지원단체 통역인의 경우 “잘 이해했다”는 비율이 95.3%로 가족, 친지, 친구의 도움을 받은 경우 93.1%보다 이해율이 높았다. “그 밖의 사람 또는 기관”의 도움을 받았다는 경우는 고용주가 의료기관에 동행하거나 번역기를 활용한 경우 등이었는데 이 경우 “잘 이해했다”는 비율은 70.8%로 본인이 스스로 의사소통한 경우보다 더 낮았다.

〈표 5-3-18〉 의료기관 이용 시 통역 도움 (n=740, 복수응답)

통역 도움	경험이 있었다		잘 이해했다	
	빈도 (명)	비율 (%)	빈도 (명)	비율 (%)
통역인의 도움 없이 스스로 의사소통	465	62.8	351	75.5
가족, 친지, 친구	218	29.5	203	93.1
이주민/동포/난민 지원단체의 통역인	148	20.0	141	95.3
의료기관의 통역인	93	12.6	90	96.8
외국인 콜센터의 통역인	59	8.0	58	98.3
그 밖의 사람 또는 기관	89	12.0	63	70.8

의사소통의 한계는 이주민들이 의료기관을 이용해야 할 때 하지 못하게 하는 장벽이 되는 만큼, 최소한 일정 규모 이상의 의료기관이나 공공 의료기관에서만이라도 통번역 서비스 제공이 필요하다.

5) 건강검진 여부

건강보험 가입자나 의료급여 수급자는 건강보험공단 또는 국가와 지자체에서 비용을 부담하여 격년으로 정기적인 건강검진을 받도록 되어 있다. 이에 설문조사 응답자들에게 지난 2년 이내에 건강검진 경험이 있는지 물었다. 그 결과 60.6%의 응답자만이 건강검진을 받은 적이 있다고 답했으며, 남성(62.1%)에 비해 여성(59.1%)은 그 비율이 더 낮았다. 연령별로는 전반적으로 연령대가 높을수록 건강검진을 받은 비율이 높았다. (표 5-3-19)

〈표 5-3-19〉 연령별 성별 건강검진 경험

연령대	성별			전체			남성			여성		
	인원 (명)	빈도 (명)	비율 (%)	인원 (명)	빈도 (명)	비율 (%)	인원 (명)	빈도 (명)	비율 (%)	인원 (명)	빈도 (명)	비율 (%)
10대	18	5	27.8	5	2	40.0	13	3	23.1			
20대	292	143	49.0	154	85	55.2	138	58	42.0			
30대	376	227	60.4	206	127	61.7	170	100	58.8			
40대	212	145	68.4	98	64	65.3	114	81	71.1			
50대	107	77	72.0	41	32	78.0	66	45	68.2			
60대 이상	55	45	81.8	18	14	77.8	37	31	83.8			
전체	1,060	642	60.6	522	324	62.1	538	318	59.1			

건강검진을 받은 비율은 1년 미만 체류자는 25.6%, 1년~3년 체류자는 47.0%, 3년~5년 체류자는 59.4%, 5년~10년 체류자는 73.5%, 10년 이상 체류자는 77.1%로 체류기간이 길수록 높았다. (표 5-3-20)

〈표 5-3-20〉 체류기간에 따른 건강검진 경험

체류기간	2년 이내 건강검진		
	인원 (명)	빈도 (명)	비율 (%)
1년 미만	82	21	25.6
1년 이상 ~ 3년 미만	266	125	47.0
3년 이상 ~ 5년 미만	239	142	59.4
5년 이상 ~ 10년 미만	298	219	73.5
10년 이상	175	135	77.1
전체	1,060	642	60.6

또한 의료보장이 있는 경우 66.4%, 없는 경우 48.5%로 건강보험이나 의료급여의 의료보장이 있는 경우 건강검진 비율이 높았다. 하지만 국내 체류기간이 3년 이상이면 의료보장이 있는 경우에도 지난 2년간 건강검진을 받은 적이 있다는 비율은 73.9%에 불과해, 응답

자 4명 중 1명은 건강검진을 받은 적이 없는 것으로 나타났다. (표 5-3-21)

〈표 5-3-21〉 의료보장 유무 및 체류기간에 따른 건강검진 경험

체류기간 의료보장	전체			3년 미만			3년 이상		
	인원 (명)	빈도 (명)	비율 (%)	인원 (명)	빈도 (명)	비율 (%)	인원 (명)	빈도 (명)	비율 (%)
있음	743	493	66.4	202	93	46.0	541	400	73.9
없음	291	141	48.5	133	52	39.1	158	89	56.3
모름	26	8	30.8	13	1	7.7	13	7	53.8
전체	1,060	642	60.6	348	146	42.0	712	496	69.7

그런데 출신국가에 따라 체류자격 연장 시 결핵검진 결과를 제출해야 하는데 응답자들이 이를 위해 채혈을 한 것만으로 건강검진을 받았다고 답한 경우가 있었고, 직장이나 학교에 방문한 차량에서 건강검진을 받았다고 한 경우, 보건소에서 건강검진을 받았다고 한 경우도 많아서 실제 제대로 된 종합검진을 받은 비율은 훨씬 낮을 것으로 추측된다. 또한 고용주가 서류로만 처리하고 실제 건강검진은 받지 않았다는 응답도 있었다.

건강검진 비율은 응답자의 종사 업종별로 큰 차이를 보였다. 서비스업은 72.1%, 건설업 70.8%, 제조업은 66.3%로 평균보다 높은 반면 농업은 21.5%, 어업은 8.3%로 건강검진을 받은 비율이 매우 낮았다. (표 5-3-22)

〈표 5-3-22〉 응답자의 종사 업종별 건강검진 경험

업종	2년 이내 건강검진		
	인원 (명)	빈도 (명)	비율 (%)
제조업	418	277	66.3
건설업	96	68	70.8
농업	79	17	21.5
어업	24	2	8.3
서비스업	154	111	72.1
기타	61	36	59.0
일 하지 않음	228	131	57.5
전체	1,060	642	60.6

농업과 어업 노동자들의 건강검진 비율이 낮은 이유는 의료이용률이 낮은 것과 같은 이유일 것이다. 의료기관에서 멀리 떨어진 고립된 장소에서 일하는 농업과 어업 노동자들은 시간이 없어서, 의료기관이 어디 있는지 몰라서, 사업주가 보내 주지 않아서 건강검진은커녕 아프거나 다쳐도 의료기관을 이용하지 못하는 경우가 많다.

“기숙사가 깨끗하지 않고, 겨울에는 난방도 되지 않아 춥다. 일도 힘들고 휴식 시간도 제대로 없고 많은 시간 동안 일을 하는데 사장님은 항상 힘든 일을 시킨다. 몸이 점점 안 좋아지는 것을 느낀다. 우리는 월급도 적는데 건강보험료는 많이 낸다. 하지만 휴일도 없고 거리도 멀어 병원에 가는 것은 쉽지 않다. 그러니 가능하다면 우리가 일하는 농장에 직접 와서 건강검진을 해주면 좋겠다. 농업 노동자들에게는 2년에 한 번이 아니라 1년에 한 번 정도 건강검진을 해주면 좋겠다.” (36세 캄보디아 국적 고용허가제 농업 이주노동자(E-9-3) 여성)

한편 건강검진을 받은 곳은 대부분 병·의원(62.6%)이었지만, 무료진료소(15.7%)나 보건소(14.0%), 직장이나 학교 등 기타 장소(10.3%)에서 받은 경우도 상당수 있었다. 특히 의료보장이 있는 경우에 비해, 의료보장이 없거나 있는지 없는지 모르는 경우 병·의원보다 무료진료소나 보건소에서 건강검진을 받은 비율이 상대적으로 더 높아서 제대로 된 종합검진을 받지 못했을 가능성을 시사한다. (표 5-3-23)

〈표 5-3-23〉 건강검진 장소 (복수응답)

건강검진 장소 \ 의료보장	전체 (n=642)		의료보장 있음 (n=493)		없거나 모름 (n=149)	
	빈도 (명)	비율 (%)	빈도 (명)	비율 (%)	빈도 (명)	비율 (%)
병·의원	402	62.6	327	66.3	75	50.3
무료진료소	101	15.7	59	12.0	42	28.2
보건소	90	14.0	63	12.8	27	18.1
기타 (직장, 학교 등)	66	10.3	57	11.6	9	6.0

건강검진을 받았더라도 그 결과를 전달받지 못하거나 이해하지 못하면 건강검진은 제 기능을 할 수 없다. 그런데 건강검진을 받은 642명 중 검진 결과를 이해할 수 있었던 사람은 79.8%였고, 이해할 수 없었던 경우가 14.6%, 검진 결과를 받지 못했던 경우도 3.6%였다. 이주민에게는 정기적인 건강검진도 중요하지만 그 결과를 이해할 수 있는 언어로 전달하여 질병을 사전에 예방하고 악화를 방지할 수 있도록 시스템을 갖추는 것이 필요할 것이다.

〈표 5-3-24〉 건강검진 결과 이해 (n=642)

건강검진 결과이해	빈도 (명)	비율 (%)
이해할 수 있었다	512	79.8
이해할 수 없었다	94	14.6
건강검진 결과를 받지 못했다	23	3.6
기타	10	1.6
무응답	3	0.5
전체	642	100.0

6) 주로 이용하는 의료기관

설문조사 응답자들에게 한국에서 주로 이용하는 의료기관이 어디인지 두 곳을 선택하라고 했을 때, 가장 많이 선택한 의료기관은 소규모 병·의원(63.4%)과 약국(53.8%)이었다. 그 다음은 종합병원이나 대학병원(15.8%), 무료진료소(10.8%), 보건소(9.6%) 순이었으며, 한국에 살면서 한 번도 의료기관을 이용한 적이 없다는 사람도 8.7%나 되었다. (표 5-3-25)

〈표 5-3-25〉 의료보장 여부에 따른 주로 이용하는 의료기관 (복수 응답)

자주 이용하는 의료기관	전체 (n=1,060)		의료보장 있음 (n=743)		의료보장 없음 (n=291)	
	빈도 (명)	비율 (%)	빈도 (명)	비율 (%)	빈도 (명)	비율 (%)
소규모 병·의원	672	63.4	526	70.8	146	50.2
약국	570	53.8	418	56.3	139	47.8
종합병원이나 대학병원	167	15.8	119	16.0	48	16.5
무료진료소	114	10.8	53	7.1	58	19.9
보건소	102	9.6	62	8.3	35	12.0
한의원이나 한방병원	48	4.5	41	5.5	7	2.4
의료기관 이용 경험 없음	92	8.7	43	5.8	42	14.4

의료보장 여부에 따라 살펴보면, 의료기관을 전혀 이용한 적이 없는 비율이 건강보험이나 의료급여와 같은 의료보장이 있는 응답자 5.8%에 비해 의료보장이 없는 응답자들이 14.4%로 훨씬 높았다. 무료진료소와 보건소는 의료보장이 없는 응답자들의 이용률이 각각 19.9%, 12.0%로 의료보장 있는 응답자의 이용률 7.1%, 8.3%에 비해 높은 반면 소규모 병·의원이나 약국 이용률은 의료보장이 없는 응답자의 경우 50.2%, 47.8%로, 있는 응답자의 이용률 70.8%, 56.3%에 비해 훨씬 낮았다. 그러나 종합병원이나 대학병원 이용률은 의료보장 없는 응답자들의 이용률이 16.5%로, 있는 응답자들의 이용률 16.0%에 비해 오히려 약간 높게 나타났는데, 이는 의료보장이 없는 이주민들의 경우 상급병원에 가야할 정도로 다치거나 아파야만 의료기관을 찾는다는 것을 시사하는 것으로 입원이나 응급실 이용률이 오히려 더 높다는 앞의 결과와 일치한다.

7) 미충족 의료

건강 문제로 의료기관에서 진단, 검사 또는 치료가 필요하였으나 받지 못한 적이 있다고 답한 비율, 즉 미충족 의료율은 전체 응답자에서 28.2%였다. 이는 ‘내국인’의 미충족 의료율 11.5%에 비해 16.7%p 높은 것이다. 응답자의 미충족 의료율은 남성(21.6%)보다 여성

(34.6%)에서 높았는데, 이는 ‘내국인’(남성 11.0%, 여성 11.9%)에게서도 보이는 경향이지만 그 차이가 훨씬 심했다.¹⁶²⁾ 연령대별로는 일관된 경향을 보이지 않지만 60대 이상에서 미충족 의료율이 41.5%로 다른 연령대보다 높는데 특히 60대 이상 여성에서 47.2%로 높았다.(표 5-3-26)

〈표 5-3-26〉 미충족 의료 경험 (n=1,056)

성별 연령대	전체			남성			여성		
	인원 (명)	빈도 (명)	비율 (%)	인원 (명)	빈도 (명)	비율 (%)	인원 (명)	빈도 (명)	비율 (%)
10대	18	0	0.0	5	0	0.0	13	0	0.0
20대	291	86	29.6	153	23	15.0	138	63	45.7
30대	375	109	29.1	205	44	21.5	170	65	38.2
40대	212	58	27.4	98	30	30.6	114	28	24.6
50대	107	23	21.5	41	10	24.4	66	13	19.7
60대 이상	53	22	41.5	17	5	29.4	36	17	47.2
전체	1,056	298	28.2	519	112	21.6	537	186	34.6

미충족 의료율은 의료보장이 있는 경우(26.6%)보다 없는 경우(32.8%) 더 높게 나타났다. (표 5-3-27) 응답자들의 종사 업종별로는 농업에서 62.0%로 가장 높았고 제조업에서 17.0%로 가장 낮았다. (표 5-3-28) 특히 농업 종사자는 젊은 연령대가 많음에도 불구하고 주관적 건강 인지율이 낮을 뿐만 아니라 미충족 의료율 마저 높아서 이들의 건강이 위협받고 있다는 것을 확인할 수 있었다.

〈표 5-3-27〉 의료보장 여부에 따른 미충족 의료 경험
(n=1,056)

의료보장 여부	미충족 의료 경험		
	인원 (명)	빈도 (명)	비율 (%)
건강보험 또는 의료급여	740	197	26.6
의료보장 없음	290	95	32.8
모름	26	6	23.1
전체	1,056	298	28.2

162) ‘내국인’의 미충족 의료율은 2017년 한국의료패널 조사 결과이다(박은자 외(2019) p.213).

〈표 5-3-28〉 종사 업종별 미충족 의료 경험 (n=1,056)

업종	미충족 의료 경험		
	인원 (명)	빈도 (명)	비율 (%)
제조업	417	71	17.0
건설업	94	21	22.3
농업	79	49	62.0
어업	24	5	20.8
서비스업	154	47	30.5
기타	61	23	37.7
일 하지 않음	227	82	36.1
전체	1,056	298	28.2

응답자들이 미충족 의료의 이유로 가장 많이 꼽은 것은 비용 부담(54.1%)이었다. 그 다음으로는 시간이 없거나(37.4%) 증세가 가볍다고 스스로 판단하는 경우(36.4%)였다. 의료진과의 의사소통이 어려워져도 27.9%나 되었다. ‘내국인’의 경우 미충족 의료의 이유는 시간이 없어서가 39.4%로 가장 많고, 그 다음으로는 증세가 가볍다고 스스로 판단하는 경우(26.1%)였다. 비용 부담으로 인한 경제적 이유는 21.2%로 이주민 응답자에 비해 절반도 되지 않았다.¹⁶³⁾

〈표 5-3-29〉 미충족 의료 이유 (n=294, 복수응답)

미충족 의료 이유	빈도 (명)	비율 (%)
비용이 부담되어서	159	54.1
시간이 없어서	110	37.4
증세가 가벼워 시간이 지나면 좋아질 것 같아서	107	36.4
의료진과의 의사소통이 어려워서	82	27.9
어느 의료기관 또는 어느 진료과에 가야할지 몰라서	52	17.7
거리가 멀거나 교통편이 불편해서	34	11.6
거동이 불편해서 혹은 건강상 방문이 어려워서	9	3.1
기타	33	11.2

163) ‘내국인’의 미충족 의료 이유는 2017년 한국의료패널 조사 결과이다(박은자 외(2019), pp.215-216).

이주민의 주관적 건강상태가 ‘내국인’에 비해 좋음에도 미충족 의료율이 높게 나타난 것은 필요할 때 의료기관 접근성이 떨어진다는 것을 의미한다. 특히 가장 많은 비중을 차지한 경제적 이유로 인한 미충족 의료는 이주민 의료보장제도의 한계를 여실히 보여준다.

“한국에 살면서 언제나 비싼 의료비 때문에 어려움을 겪고 있다. 특히 최근에 아내가 출산을 했는데, 출산 전에 갑자기 대량의 출혈을 하게 되었다. 출혈을 잡을 수 있는 병원을 찾는 것도 어려웠지만 병원비가 어마어마하게 나왔다. 나는 난민 신청자라 지역 건강보험에 가입할 수 없고, 풀타임 일자리를 갖고 있지 않기 때문에 직장보험도 가입할 수 없다. 인권단체와 이주민 지원센터의 도움이 아니었다면 나의 아내와 아기를 잃을 수도 있었다. 또, 지금 아이들이 건강에 문제가 생겨 병원에 가야 하는데 병원비와 약값 부담 때문에 데려가지 못하고 있다.”
(44세 이집트 국적 난민신청자(G-1-5) 남성)

“나는 아내, 두 아이와 함께 살고 있다. 요즈음 아내가 많이 아프지만 병원에 가지 못하고 있다. 왜냐하면 예전에 아내가 4번 수술을 받은 적이 있고, 딸은 수술한 번, 아들은 다쳐서 진료 한 번을 받은 적이 있었다. 그 때마다 병원비가 너무 많이 나와서 혼자 일하면서 버는 돈으로 감당하기가 너무 힘들었다. 올해 코로나 때문에 일감이 많이 줄어서 돈이 없다보니 아내를 병원에 가도록 하지 못해 너무 미안하다. 현재 의료공제회에 가입해 있기는 하지만 감면되는 병원비가 너무 적다. 우리 가족도 건강보험에 가입할 수 있게 해준다면 정말 감사할 것이다.”
(40세 몽골 국적 비정규 체류자 남성)

“원래 건설 현장에서 일하다가 몸이 안 좋아져서 일을 그만 두었다. 수입이 없다 보니 몇 달 보험료를 못 내고 있었는데, 갑자기 쓰러져서 병원에 실려 가는 바람에 병원비가 많이 나왔다. 다행히 병원에서 일부 감면 해주고 나머지는 친지들이 도와줘서 겨우 낼 수 있었다. 보험료를 안내면 병원비도 많이 나오고 체류 연장도 안 된다고 해서 주위에서 돈을 빌려다 보험을 살리긴 했는데 매달 12만 이상 내다보면 생활비도 빠듯해서 병원에는 가야 하지만 못 가고 있다.” (55세 중국 국적 동포 방문취업 노동자(H-2) 남성)

“몸이 아파 일을 제대로 못 하면서 돈이 없어서 건강 보험료를 못 낼 때가 있었는데, 찾아갔던 병원 중 두 곳에서 보험료를 내지 않았다고 진료를 거부했다. 다른 병원에서는 진료를 해주긴 했는데 나중에 내가 밀린 보험료를 다 내고 그 병원비를 환급받으려고 했지만 환급받지 못했다. 병원에 다니다보니 건강보험이 있어도 병원비를 깎아주지 않는 경우(보험 급여가 안 되는 경우)가 많은데, 도대체 어떤 메커니즘으로 병원비가 할인되는 건지, 진료나 검사를 받을 때 환자가 내야 하는 비율은 얼마인건지 알 수 없으니 병원에 가는 것이 더욱 쉽지 않다. 건강보

험은 약값을 포함해 모든 진료와 검사를 다 커버해야 한다고 생각한다.” (34세 예멘 국적 인도적 체류허가자(G-1-6) 남성)

시간이 없어서 의료기관을 찾지 못한다는 것은 일이 바빠서 스스로 내린 선택이라기보다는 사업주나 관리자가 병원에 갈 수 있도록 시간을 빼주지 않기 때문인 경우가 대부분이었다.

“우리는 농촌에 살고 한 달에 두세 번 쉬기 때문에 병원에 갈 시간이 없다. 평일에 병원에 가려면 하루를 쉬어야 하는데 사장님이 허락해주지 않는다. 아파서 병원에 가고 싶어도 일을 시키니까 나갈 수 없고, 많이 아프다고 하면 사장님이 약국에 가서 약을 사다 줄 뿐이다.” (27세 캄보디아 국적 고용허가제 농업 이주노동자(E-9-3) 여성)

의료진과의 의사소통도 의료기관 접근에 큰 장애로 작용하나 이들에 대한 통역 서비스가 제공되는 의료기관은 거의 없어, 비용은 비용대로 들이고도 제대로 된 진료와 치료를 받을 수 없는 경우가 많다.

“내가 왜 아픈지를 알기 위해서 여러 군데 병원에 가봤지만 무슨 질병인지 알아내지 못했다. 교통비와 검사비만 엄청 들었고 원인을 찾지 못하고 있다. 병원에는 통역도 없고, 갈 때마다 누군가에게 통역을 부탁할 수도 없어서 혼자 구글 번역기로 이해하려고 하지만 한계가 있다. 그래서 검사를 받고도 정확한 정보를 얻지 못하고 있다.” (34세 예멘 국적 인도적 체류허가자(G-1-6) 남성)

“한국에 온 지 2년이 넘었지만 나로서는 한국에서 의사들과 소통하는 것은 여전히 불가능하다. 영어를 사용하는 것도 쉽지는 않다. 그래서 아프거나 의사의 진료가 필요할 때는 이태원에 있는 국제 진료소에 간다. 내가 사는 곳에서 꽤 멀지만 다른 방법이 없다. 치과에 갈 때에는 무료로 태국어 통역서비스를 제공하는 곳만 간다. 서울에 영어를 할 줄 아는 치과의사들이 있기는 하지만, 나의 영어도 전문적인 용어를 알아듣기에는 한계가 있다. 그래서 태국어 통역이 있는 곳에 가지만, 한국에 있는 많은 태국 사람들이 그곳을 이용하기 때문에 예약을 잡기가 매우 어렵다. 또, 나는 이곳에서 난민이 되었기 때문에 심리적인 어려움도 크다. 하지만 난민에게 심리치료를 지원 하는 곳은 찾을 수 없었고, 그래서 1년 넘게 고생을 했다. 영어를 하는 심리치료사를 찾기는 했는데, 비용이 너무 비싸서 내가 감당할 수가 없었다. 그래서 온라인으로 찾아봤고, 결국 내 상태가 나아질 때까지 태국어를 하는 심리치료사에게 비용을 지불하고 온라인 상담을 받았다.” (27세 태국 국적 난민인정자(F-2) 여성)

앞서도 살펴보았지만 이주민들은 건강보험이 없으면 없기 때문에 의료비 부담이 크고, 건강보험이 있어도 경제적 이유로 체납을 하는 경우 보험급여가 제한되어 의료비 부담이 늘

어나거나 소득에 비해 과도한 보험료를 납부하다보니 정작 의료기관 이용이 필요할 때는 의료비가 부족한 상황에 놓이게 된다. 그렇기에 저소득층 이주민들에게 건강보험은 의료기관 진입 문턱을 낮추는 디딤돌이 되기보다는 오히려 높이는 걸림돌이 되고 있다. 한편, 휴일이나 휴가가 보장되지 않는 노동환경, 통역서비스 부재 또한 이주민의 의료기관 이용을 어렵게 하고 있었다.

4. 코로나19 정보 및 관련 경험

1) 코로나19의 예방과 치료에 대한 정보

설문조사 응답자 1,060명에게 코로나19 감염병의 예방과 치료에 대한 네 가지 정보의 인지 여부를 물었을 때, 무응답 5명을 제외한 1,055명이 답했다. 우선 손 씻기와 마스크 착용으로 코로나19 감염을 예방할 수 있다는 것은 99.1%가 알고 있었고, 코로나19 감염 증상이 있거나 감염 의심 시 1339 또는 보건소에 연락해야 한다는 것은 95.7%가, 해외 입국자는 14일 간 자가격리를 해야 한다는 것은 95.4%가 알고 있었다. 그러나 국내 체류 중 코로나19에 감염되었을 때 국적이나 체류자격과 무관하게 무상으로 치료받을 수 있다는 것에 대해서는 89.3%만이 알고 있었다. (표 5-4-1)

〈표 5-4-1〉 코로나19 관련 정보 인지도 (n=1,055)

코로나19의 예방과 치료에 대한 정보	빈도 (명)	비율 (%)
손 씻기와 마스크 착용으로 코로나19 감염을 예방할 수 있다.	1,046	99.1
코로나19 감염 증상이 있거나 감염이 의심되면 1339 또는 가까운 보건소에 연락해서 검사를 받아야 한다.	1,010	95.7
해외 입국자는 코로나19 감염 여부와 무관하게 입국 후 14일 간 자가격리를 해야 한다.	1,006	95.4
한국에서 코로나19에 감염되면 국적이나 체류자격과 무관하게 무상으로 치료를 받을 수 있다.	942	89.3

코로나19 감염병의 예방과 대응에 대한 정보를 누구로부터 얻고 있는냐는 질문에 대해서는 55.6%가 질병관리본부 등 한국 정부 기관, 39.0%가 같은 나라 친구, 이웃, 직장 동료라고 답했다. (표 5-4-2) 어떤 매체를 통해 얻고 있는냐는 질문에 대해서는 46.4%가 한국 정부기관이 보낸 휴대전화 문자, 37.7%가 같은 나라 사람들과 하는 SNS라고 답했다. (표 5-4-3) 기타 응답으로는 “고용주에게 들었다”, “본국에 있는 가족에게 전화로 들었다”, “학교, 병원 등 방문한 기관에서 안내를 받았다”, “대중교통 수단 또는 공공장소에 붙어있는 안내 포스터를 보았다”, 등이 있었다.

〈표 5-4-2〉 코로나19 관련 정보 취득 대상 (n=1,055, 복수응답)

코로나19 관련 정보를 얻은 대상	빈도 (명)	비율 (%)
질병관리본부 등 한국 정부기관	587	55.6
같은 나라 친구, 이웃, 직장동료	411	39.0
한국인 친구, 이웃, 직장동료	229	21.7
이주민·동포·난민 지원단체	170	16.1
기타	83	7.8

〈표 5-4-3〉 코로나19 관련 정보 취득 매체 (n=1,055, 복수응답)

코로나19 관련 정보를 얻은 매체	빈도 (명)	비율 (%)
한국 정부기관이 보낸 휴대전화 문자	490	46.4
같은 나라 사람들과 하는 SNS	398	37.7
한국 TV 뉴스나 언론 기사	351	33.3
본국 TV 뉴스나 언론 기사	195	18.5
한국 정부기관 홈페이지	66	6.3
기타	44	4.2

비록 한국 정부기관의 문자 메시지를 통해 코로나19 관련 정보를 얻었다는 응답 비율이 가장 높게 나타나기는 했지만, 이것이 반드시 정확하게 정보를 전달받았다는 것을 의미하지는 않는다. 다수의 응답자들이 확진자 동선과 관련해 지속적으로 문자를 받고 있지만 이해할 수 없어서 불안하다고 밝혔으며, 한국어 뉴스를 이해하지 못해 같은 나라 사람들과 하는 SNS를 통해 정보를 얻다보니 잘못된 내용을 믿고 있는 경우도 있었다. 코로나19 감염병의 예방과 대응을 위한 방역수칙은 물론 이주민의 검사와 치료에 대한 필수적인 정보가 가능한 다양한 언어로 번역 되어 홍보될 필요가 있음을 시사한다.

2) 코로나19 관련 차별과 인권침해

설문조사에서 코로나19 감염병 유행 이후 관련된 차별이나 인권침해를 경험한 적이 있는지 물었을 때, 1,060명 중 무응답 9명을 제외한 1,051명이 답했다.

가장 많이 경험한 차별 또는 인권침해는 외국인이라는 이유로 또는 건강보험이 없다는 이유로 약국에서 공적 마스크를 구매하지 못했던 것으로 188명(17.9%)이 답했다. 그 다음으로는 “코로나19에 감염될 수 있다는 이유로 기숙사에서 외출하지 못하게 했다” 16.7%, “코

로나 19에 감염되었을 수 있다는 이유로 가게나 카페, 음식점 등에 들어오지 못하게 했다” 9.7% 순으로 나타났다. 1339나 보건소의 통역 부재로 필요한 정보를 얻지 못했다는 응답은 5.5%로 적었지만 어차피 말이 통하지 않을 것으로 생각해 아예 연락하지 않았다는 부연 설명이 많았던 것으로 미루어 실제로 연락을 하고 싶었지만 하지 못한 경우도 많았을 것으로 짐작된다. 또, 코로나19 감염 가능성이 있다는 이유로 해고를 당한 경험은 2.9%였지만 경기 악화로 실직하거나 소득이 감소했다는 응답자는 적지 않았다. 설문조사의 시기가 2020년 중반이었다는 점을 감안하면 해고나 실직 경험은 점점 증가하고 있을 것이다. (표 5-4-4)

〈표 5-4-4〉 코로나19 관련 차별 또는 인권침해 경험 (n=1,051, 복수응답)

코로나19 관련 차별 또는 인권침해	빈도(명)	비율(%)
외국인 또는 건강보험미가입자라는 이유로 공적마스크 구매 못함	188	17.9
코로나19 감염 방지 명목으로 직장 기숙사 외출 금지	176	16.7
코로나19 감염 가능성이 있다는 이유로 가게, 카페, 음식점 출입거부	102	9.7
직장에서 외국인이라는 이유로 마스크 미지급 또는 적게 지급	83	7.9
1339 또는 보건소의 통역 부재로 필요한 정보를 얻지 못함	58	5.5
코로나 19 감염 가능성이 있다는 이유로 해고	30	2.9

코로나19와 관련된 차별에 대해서 응답자들은 다음과 같은 경험을 털어놓았다.

“코로나가 확산되기 시작하던 3월에 약국에서 마스크를 사려고 했지만 외국인이라는 이유로 팔지 않았다. 회사에서 마스크를 지급했지만 한국 사람들에게만 주고 외국 사람들에게는 주지 않았다. 마스크가 없어서 쓰지 못했는데 거리에서 한국 사람들이 뭐라고 해서 마음이 안 좋았다.” (41세 파키스탄 국적 거주 체류자격(F-2) 남성)

“약국에서 파는 마스크는 외국인은 아예 못 사게 하다가 나중에는 건강보험이 있으면 살 수 있게 했다. 그런데 우리 유학생들은 건강보험에 가입하지 못하게 했기 때문에 끝까지 사지 못했다. 외국인등록증이 있는데도 마스크 한 장 못 사게 하다니 너무하다고 생각했다.” (35세 중국 국적 유학생(D-2) 여성)

“친구들과 학교 근처에 있는 커피숍에 갔는데, 우리가 중국어로 말하는 걸 듣더니 중국 사람은 들어올 수 없다며 나가라고 했다. 한국에서 5년 넘게 살았고, 중국에 다녀온 것도 2년이 넘었는데 코로나를 퍼뜨리는 사람 취급을 해서 기분이 나빴다.” (23세 중국 국적 유학생(D-2) 남성)

“병원에 다녀왔는데 그 병원에서 확진자가 나왔다. 그 사실을 몰랐다가 이웃에 사는 한국 사람이 말해주어서 알게 되었다. 병원에서 연락이 없어서 계속 불안했다. 1339에 연락했지만 영어로 소통이 안 돼서 이웃 사람이 다시 전화해주었다. 4일 동안 증상이 없으면 그냥 있고 증상이 있으면 검사를 받으라고 했었는데 열도 없고 괜찮아서 그냥 집에 있었다.” (37세 우간다 국적 인도적 체류허가자 (G-1-6) 여성)

한편 설문조사에서 따로 묻지는 않았지만 응답자들 중에는 코로나19로 인한 무료진료소 휴진으로 어려움을 겪고 있거나 중앙정부 및 지자체의 재난지원금을 받지 못했다는 의견을 남기기도 했다.

“건강보험이 없는 우리 가족에게는 무료진료소가 반드시 필요하다. 특히 나는 건강검진에서 고혈압 진단을 받아 정기적으로 무료진료소에 가서 약을 타서 먹고 있었는데 코로나19 때문에 무료진료소가 문을 닫아 약을 먹지 못하고 있다. 머리도 아프고 힘들지만 일반 병원은 비용 때문에 갈 수가 없어 다시 무료진료소가 시작되기만을 바라면서 버티고 있다.” (48세 나이지리아 국적 난민 불인정 후 비정규 체류 중인 남성)

“한국에 10년 넘게 살면서 쉬지 않고 일을 했고 한국인과 똑같이 세금을 냈다. 건강보험은 직장에서 안 해줘서 지역가입자로 한국인보다 더 많은 보험료를 냈다. 그런데 코로나19가 터지자마자 중국 사람이라고 가장 먼저 해고되었다. 그리고 외국인이라고 코로나 재난지원금도 받지 못했다. 똑같이 세금내고 건강보험료는 더 내는데 아무런 지원도 받지 못하는 것은 불공평하다.” (47세 중국 국적 동포(F-4) 여성)

5. 소결

설문조사를 통해 ‘내국인’에 비해 이주민이, 이주민 중에서도 의료보장이 없을수록 의료접근성이 낮고 미충족 의료율이 높다는 일관된 결과를 확인할 수 있었다.

2017년 한국의료패널 조사에서 ‘내국인’의 미충족 의료율은 11.5%였는데 설문조사에 응답한 이주민 1,060명의 미충족 의료율은 28.2%였다. 만성질환을 진단 받은 응답자는 14.3%였는데, 만성질환 진단자 중 치료를 받지 못한 비율이 26.3%에 달했고, 신체적·정신적 장애가 있다고 답한 응답자 53명(5.0%) 중 66.0%가 의사의 진단을 받았지만 장애인등록을 한 사람은 단 1명이었다. 의료기관 이용과 관련해서는 외래진료 이용률은 내국인 84.9%에 비해 응답자는 32.4%로 훨씬 낮는데 입원과 응급실 이용의 경우에는 ‘내국인’

10.5%, 8.3%에 비해 응답자 10.7%, 8.5%로 오히려 약간 더 높았다. 이로부터 의료기관 접근성이 낮은 이주민이 적절한 시점에 치료를 받지 못하고 상태가 악화되거나 위급한 지경이 되어서야 의료기관을 방문하는 경향이 있다는 것을 유추해 볼 수 있다. 또한 이주민 중에서도 의료보장(건강보험, 의료급여)이 없는 응답자가 있는 응답자에 비해 외래진료 이용률은 낮고, 입원과 응급실 이용률은 높았으며, 소규모 병·의원 이용률은 낮은 반면 종합병원이나 대학병원 이용률은 높게 나타난 결과도 동일한 맥락에 있는 것으로 볼 수 있다.

또한 의료보장제도에서 차별과 배제가 이주민의 의료접근성을 낮추는 주요 원인이 되고 있으며, 최근의 건강보험제도 개정이 이를 더욱 악화시키고 있다는 것도 확인할 수 있었다. 응답자 중 건강보험 가입자 738명(70.0%)의 48.4%가 지역가입자였고 지역가입자의 소득은 직장가입자에 비해 더 높지 않았는데, 소득과 재산에 무관하게 평균보험료 이상 지역가입보험료 부과로 가구 당 월 평균보험료가 20만 원 이상인 가구는 직장가입자의 경우 8.8%였지만 지역가입자는 33.3%나 되었다. 또한 지역가입 세대 합가 범위 축소로 가족과 함께 사는 지역가입자의 50.1%가 가족이 따로 내는 보험료가 있었고, 가구원수와 세대 수가 많을수록 보험료가 증가하는 경향이 뚜렷했다. 때문에 돈이 없어서 건강보험료를 내지 못한 응답자는 직장가입자에서 3.5%로 적었지만, 지역가입자에서는 27.4%나 되었다.

한정된 설문조사 문항에 담지 못한 응답자의 의견이나 바라는 바를 설문조사 마지막에 주관식 답변으로 적도록 하였는데, 많은 응답자들이 지면이 모자랄 정도로 빼곡한 의견을 적어 주었다. 응답자들은 건강보험료를 체납하면 당장 보험급여가 제한되고, 일정 금액 이상 체납하면 통장 등 재산을 압류 당하며, 체류기간 연장에서도 불이익을 받게 되기 때문에 당장 생계가 어렵지만 건강보험료를 먼저 납부하고 막상 병원비가 없어서 치료는 받지 못하고 있는 악순환을 호소하였다. 이는 과도한 보험료 부과와 건강보험료 경감 제도에서의 배제가 이주민들의 건강과 생계를 동시에 위협하는 현실을 보여주고 있다. 또한 의료기관 방문 시 통역시스템 부재로 인한 의사소통 문제와 더불어 의료진을 비롯한 의료기관 관계자들의 무시, 차별적 언행에 대해 문제제기 한 응답자들이 다수 있었다. 법적 제도적 차별과 함께 눈에 보이지 않는 이러한 차별 또한 이주민들의 건강권을 위협하는 요인이 되고 있다.

제6장 면접 · 사례 조사 결과

설문조사와 병행하여 관계기관, 이주민 당사자 및 이주민 인권단체 활동가들에 대한 심층 면접조사와 사례 조사를 실시하였다. 심층 면접조사와 사례조사를 통해 현재의 의료보장제도가 특히 보건의료 취약계층 이주민에게 미치는 영향, 법·제도와 정책이 구체적으로 실현되는 방식 혹은 양상, 법령이나 고시, 공단 지침을 통해서도 확인할 수 없었던 다양한 문제점을 발견할 수 있었다.

서론의 연구방법에서 언급한 바와 같이 아래 사례들은 면접조사와 사례조사 결과를 굳이 구분하지 않고 제시하였으며, 각 사례의 하단에 주로 관계된 기관 및 단체를 명기하였다. 기관 및 단체가 명기되어 있지 않은 사례는 조사원이 설문조사 과정에서 수집한 사례이다.

1. 의료급여 및 의료지원에서 배제된 취약계층 이주민

이주민에 대한 의료보장 차별은 이주민 취약계층에게 가장 집중적인 영향을 미치고 있다. 건강보험이 있어도 본인부담금 지불 능력이 없어서 의료기관 방문을 꺼려하는 이주민 취약계층에게 평균보험료 이상의 건강보험료가 부과되고 있고, 위기상황에서 공적 지원에서는 완전히 배제되어 있으며 취약계층에 대한 보험료 경감제도조차 적용되지 않고 있다.

1) 의료급여 제도에서 배제된 이주아동

의료급여 수급권자가 될 수 있는 이주민은 한국국적자와 혼인한 결혼이주민 중 한국국적자를 임신·양육·부양 중인 사람, 난민인정자, 영주귀국 사할린 한인 1세와 그 배우자나 장애인 자녀에 한정되어 있다. 때문에 의료비의 본인부담금 지불능력이 전혀 없어 의료급여 수급권자가 되는 것이 마땅한 이주아동들이 건강보험 지역가입자로서 미성년 단독 세대주가 되는 일이 발생하고 있다.

(사례 1-1-1)은 기초생활수급 가정의 갓 돌 지난 아기가 홀로 지역건강보험 단독 세대주가 된 사례이다. 결혼이주민인 아동의 어머니와 한국국적자인 초등학교 형은 기초생활수급자가 되었다. 형제 간 국적의 차이가 두 아동의 처지를 확연히 갈라놓았다.

(사례 1-1-1) 미성년 단독 세대주가 된 기초생활수급 세대의 이주아동

영주(F-5) 자격자인 D씨는 2007년 한국인 남성과 결혼을 했다가 가정폭력의

로 이혼한 후 어린 아들을 혼자 키우고 있었다. 2018년 D씨는 고용허가제 이주 노동자로 한국에 온 캄보디아 남성과 재혼을 해서 둘째 아들 M을 출산했다. D씨는 둘째 아들을 낳기 전까지 공장에 다니고 있었고 직장건강보험이 있었다. 그러나 출산 전에 너무 힘들어서 일을 그만두었고, 첫째 아들이 세대주, D씨가 세대원으로 건강보험 지역가입자가 되었다. M도 출생 직후 세대 합가를 해서 지역가입자가 되었다.

캄보디아 국적자인 D씨의 남편은 그사이 체류자격이 종료되어 비정규 체류자로 지내다 자진출국기간에 출국을 해서 D씨의 동반가족으로 비자를 신청했다. 그러나 법무부는 D씨가 영주권을 취득한 지 3년이 지나지 않았고, D씨 남편이 비정규 체류 전력이 있다는 이유로 비자를 발급해 주지 않았다.

D씨는 두 자녀를 혼자 키워야 했는데, 어린 아기가 있어서 일을 할 수 없었고 건강도 좋지 않았다. 그래서 기초생활수급권을 신청했고 다행히 D씨는 한국 국적자인 자녀를 양육하고 있는 결혼이주민으로서, 한국국적자인 첫째 아들과 함께 수급자가 될 수 있었다. 그러나 외국국적자이며 결혼이주민도 난민인정자도 아닌 둘째 아들 M은 기초생활수급권 신청자격이 없었다. 당시 갓 돌이 지난 M은 건강보험 지역가입자로 미성년 단독 세대주가 되어 매월 건강보험료 하한액을 납부하게 되었다. D씨는 M이 아플까봐 늘 걱정이다. 매월 95만원의 기초생활수급비로 세 식구의 생계를 이어가야 하는데 건강보험이 있다고 하더라도 의료비 본인부담금이 많이 나올까 봐 걱정이기 때문이다.

(부산외국인주민지원센터)

「아동복지법」에 따라 아동복지시설에 입소한 아동은 「국민기초생활보장법」에 따른 기초생활수급자로 지정되어 의료급여를 비롯한 각종 급여를 받게 되지만 기초생활수급자가 될 수 없는 이주아동은 건강보험 지역가입자로 미성년 단독 세대주가 된다. 체류자격에 따른 일률적인 건강보험료 부과로 이들 아동들에게도 2019년부터 평균보험료가 부과되었다가 우여곡절 끝에 하한 보험료가 부과되게 되었다.

(사례 1-1-2) 미성년 단독 세대주가 된 아동복지시설 보호 이주아동

J는 출생 후 약 1년이 된 시점에 구청의 의뢰로 아동복지시설에 입소했다. 어머니는 외국국적자인 것이 알려져 있었고 아버지는 누구인지 알 수 없었는데, 어디에도 출생등록을 하지 못한 채 국적도 체류자격도 없이 생활하고 있었다. J는 취학 연령이 되기 직전, 시설 복지사 선생님들의 끈질긴 노력과 이주민 지원단체의 도움으로 법무부로부터 인도적 차원에서 방문동거(F-1) 체류자격을 받았다.

법무부는 보통 인도적 차원에서 체류를 허용하는 경우 기타(G-1) 자격을 부

여해 왔다. 그런데 J가 체류자격을 받을 당시 시설 입소 아동이 받을 수 있는 공적 지원을 전혀 받지 못한 채 건강보험 가입조차 못 하고 있다는 사실이 언론보도를 통해 강조되어 알려졌다. 그런데 G-1 자격자는 지역가입자가 될 수 없고 J는 직장가입자나 피부양자가 될 수 없었기 때문에 G-1 자격을 받는다면 건강보험에 가입할 수 없었다. 때문에 법무부는 G-1 이외에 J에게 부여할 수 있는 체류자격을 찾았고, 법무부 장관의 재량에 따라 부여 가능한 체류자격 F-1-99를 부여하였다. 이후 유사한 처지의 아동복지시설 보호 이주아동이 ‘방문동거 중 기타’ 자격인 F-1-99 자격을 받아 체류하는 사례가 생기게 되었다.

J는 F-1 자격을 받아서 건강보험에는 가입할 수 있게 되었지만 의료급여를 받지 못하므로 여전히 J가 조금이라도 아프면 선생님들의 가슴이 덜컥 내려앉곤 했다.

“먹고 입고 하는 거는 문제가 아니에요. 다른 아이들과 나누면 되니까... 그런데 많이 아플까봐 걱정이죠. 건강보험 있어도 병원비가 없으니까... J가 처음 왔을 때는 많이 아팠거든요. 지금은 건강해졌는데, 그래서 열이라도 나면 가슴이 덜컥 내려앉아요.”

2018년까지 방문동거(F-1) 자격자도 ‘내국인’과 동일한 방식으로 보험료가 부과되었고, J는 소득이 없는 아동이므로 월 보험료가 3,930원이었다. 그런데 2019년 처음 날아온 보험료 고지서에 보험료가 226,100원이었다. 평균 보험료 113,050원이 두 달 치 한 번에 나온 것이었지만, 선생님들은 처음에는 건강보험공단에서 뭔가 착오를 일으킨 것으로 생각했다. 그러나 곧 제도가 바뀌어서 보험료가 오른 것이고 보험료를 내지 않으면 체류자격 연장에 제한을 받는다는 것을 알고 크게 낙심하였다.

“힘들게 체류자격 받았는데, 잘 키워서 성인이 되면 영주권도 따고, 국적도 따고 해야 되는데... 체류자격 없어지면 큰일이잖아요... 애들이 커서 여기 나갈 때 지원금 받잖아요. 500만 원. J는 그것도 못 받으니까... J 개인 후원자가 있는데 한 달에 5만원 씩 보내거든요. 나중에 나갈 때 주려고 조금 들었는데, 그걸로 우선 보험료 내야겠네요. 몇 달은 낼 수 있으려나.”

다행히 이런 사실이 “UN 인종차별철폐위원회 최종견해 이행을 위한 정책 간담회”에서 제기되어, J와 같은 미성년 단독 세대주는 월별 보험료액의 하한 이상의 보험료가 부과되게 되었다. 그 후 3,930원이던 보험료는 14,700원으로 올랐지만 선생님들은 그나마 안도의 한숨을 쉬었다. 그러나 여전히 의료급여를 받지 못하는 J가 제발 많이 아프지 않고 건강하게 자라 주기를, 다른 아이들보다 더 염려하고 있다.

(이주와 인권연구소)

2) 아무런 지원을 받지 못하는 중증질환자

이주민은 경제활동을 할 수 없으며 생존을 위협받는 중증질환자가 되어도 중증질환자로서 공적 지원을 받지 못할 뿐 아니라 지역가입자는 체류자격에 따라 평균보험료 이상의 보험료를 납부해야 한다. 법무부가 인도적 차원에서 부여한 방문동거(F-1) 자격으로 체류하고 있는 루게릭병 환자에게도 2019년부터 평균보험료가 부과되기 시작했다. 더욱이 고령의 모친과 세대 합가가 되지 않아서 두 사람에게 각각 평균보험료가 부과되고 있다.

(사례 1-2-1) 각각 건강보험 평균보험료를 내고 있는 루게릭병 환자와 70대 노모

40대인 L씨는 방문취업(H-2) 자격으로 입국해서 재외동포(F-4) 자격자인 70대 노모와 함께 살고 있었다. 누나가 두 명 있는데 둘 다 한국 남성과 결혼해서 누나들도 모두 한국에 살고 있다. L씨는 언제부터인가 몸이 시름시름 아프기 시작하더니 점점 더 나빠져서 움직일 수조차 없게 되었다. 큰 누나도 건강이 좋지 않아서 다른 사람을 돌볼 형편이 되지 않았다. 작은 누나는 직장에 다니면서 L씨와 노모를 도왔지만, 일을 하면서 자기 가족들도 돌보아야 하는데 L씨와 노모까지 돌보는 데 점점 지쳐갔고, 가족들 간에 갈등도 깊어졌다.

작은 누나의 발길이 뜸해지면서 노모가 무료급식소에 가서 식사 한 끼를 받아와서 L씨와 노모 둘이 나눠 먹으면서 지냈다. 하루 종일 두 사람의 식사는 그 한 끼가 전부였다. 주변 이웃들이 이런 사실을 알고 주민센터에 도움을 청했고, 주민센터는 이들이 외국국적자인 것을 알고 이주민 지원단체에 연락을 했다.

지원단체의 도움을 받아 병원을 찾은 L씨가 받은 진단명은 루게릭병이었다. 지원단체는 L씨 가족과 대책을 의논했고, 점점 더 몸이 굳어 가는 L씨는 요양병원에 입원하기로 하였다. 그런데 L씨의 체류기간 만료가 다가오고 있었다. 몸이 아픈 L씨가 체류자격을 갱신하기 위해 중국으로 가는 것도, 가더라도 취업 자격인 H-2를 다시 받아오는 것도 불가능했다. 때문에 출입국·외국인청에 선처를 호소해 건강보험에 가입할 수 있는 방문동거(F-1) 체류자격을 받았다.

2018년까지 L씨와 노모는 직장가입자인 작은 누나의 피부양자로 건강보험에 가입해 있었다. 그러나 작은 누나가 일자리를 잃으면서 L씨와 노모는 한 세대로 지역가입자가 되었다. 그런데 2019년부터 몇 천원이었던 L씨의 보험료가 113,050원으로 올랐다. 게다가 노모와 세대 합가가 되지 않아서 각각 월 113,050원의 보험료 고지서가 날아 왔다. 가족 모두 소득이 없어서 생계가 어려웠고, 건강보험이 있어도 요양병원 입원비만 월 수십만 원인데 고액의 건강보험료까지 내야 하니 기가 막힐 노릇이었지만 L씨에게는 건강보험이 꼭 필요했다.

지원단체에서 L씨의 작은 누나에게 L씨의 의료비 중 매월 일정액을 부담하면

나머지는 알아서 마련해 보는 것으로 제안을 해서, 현재 작은 누나가 L씨와 노모의 건강보험료와 매월 약속한 일정액의 의료비를 부담하고 있다. 지원단체는 모금을 하는 등 여러 가지 노력을 기울이며 나머지 의료비 등을 마련해 왔다.

지난 9월, 다시 L씨의 체류기간 만료가 닥쳤다. 연장 신청을 했지만 출입국·외국인청에서 연장이 어려울 수도 있다고 했다. 그러나 움직이지도 못하고 가족 모두 여기 있는 사람을 어쩔 수 없었던지 다행히 체류기간이 연장되었다.

((사)이주민과 함께)

정책과 제도는 ‘내국인’과 ‘외국인·재외국민’을 뚜렷이 구분해 차별하고 있지만 사람들이 실제 처해 있는 상황은 훨씬 복잡하다. 한국국적자로 태어나 한국에서 살아왔지만 결혼으로 대만 국적자가 된 70대 여성은 위기상황에서 아무런 공적 지원을 받지 못하고 있다. 이 여성은 국적회복 신청 자격이 있지만 법무부는 건강보험료 체납분을 납부하지 않으면 국적회복이 불가능하다고 하고 있다.

(사례 1-2-2) 한국국적자로 태어나 한국에서 살아온 대만 국적, 78세 독거노인

1942년생(78세) 대만 국적자인 여성 L씨는 거주(F-2) 자격을 가지고 부산의 한 고시원에 홀로 살고 있었다. L씨는 2020년 12월 초, 고시원에서 쓰러져 병원 응급실로 가서 진료를 받고 퇴원을 했지만 갈 곳이 없는 상태가 되었다. 고시원 월세는 이미 1년 치가 밀려 있었고, 고시원 주인은 더 이상 L씨를 받아줄 수 없다고 했다. L씨는 이전에도 쓰러져서 응급실로 실려 갔던 적이 있었고, 입원을 한 적도 있어서 병원에는 의료비 미수금이 약 2천만 원 쌓여 있었다. 그동안 친구집, 찜질방, 고시원을 전전하던 L씨는 당장 갈 곳이 없었을 뿐 아니라 소득도 없었고, 무엇보다 혼자 일상생활을 하는 것이 쉽지 않은 상태였다.

퇴원 당일 L씨의 상황이 주민센터를 통해 이주민 지원단체에 전달되었다. 이주민 지원단체에서는 우선 노숙인 지원단체에 연락해 L씨가 지낼 곳이 있는지를 문의했다. 그러나 외국국적자는 노숙인쉼터에 입소 자격이 없고,¹⁶⁴⁾ ‘내국인’이라도 코로나19 음성 판정 결과가 필요한 등 쉼터 입소에 제약이 많은 상태여서 노숙인 지원단체 측에서 난색을 표했다.

지원단체는 요양병원 입원을 고려했지만 건강보험공단에 확인해 보니 2010년 12월부터 건강보험료가 약 580만 원 체납되어 급여제한 상태에 있었다. 기록상

164) 「노숙인 등의 복지 및 자립지원에 관한 법률」은 대상을 ‘노숙인’으로 하고 있을 뿐, 국적에 따른 지원 여부는 명시하지 않고 있다. 그러나 보건복지부는 법 해석상 외국인인 지원 대상에 포함되지 않는다는 입장을 가지고 있다. 또한 법무부는 노숙인 등 경제적 능력이 없는 이주민을 출국 대상으로 보고 있으며, 영주자격자나 결혼이주민 외에는 원칙적으로 체류허가를 취소하고 출국명령을 하되, 출국 전까지만 노숙인 일시보호시설을 활용할 수 있게 하겠다고 한 바 있다(이한숙 외, 2017, pp246~247 참조).

으로 보면 L씨는 1995년에 지역 세대원으로 처음 건강보험에 가입했다가 2010년 11월, 세대원 자격을 상실한 동시에 세대주가 되었다. 아마 동반가족이 없이 혼자가 되면서 세대주가 되었을 텐데, L씨는 본인의 건강보험료 체납 사실에 대해 제대로 인지하지 못하고 있었다. F-2 자격자는 2018년까지 소득과 재산에 따라 건강보험료가 부과되었지만 2019년부터 평균보험료 이상이 부과되는 체류자격에 속하게 되었다. 때문에 2010년부터 시작해 약 8년 간인, 97개월 동안 L씨의 체납액은 370만 원이 좀 넘었는데, 2019년 8월부터 16개월 간 체납액이 200만 원 이상으로 체납액이 눈덩이 불어나듯 불어나고 있었다.

L씨는 F-2 자격을 가진 외국국적자이므로 고령자로서, 저소득층으로서, 중증질환자로서, 경제활동을 할 수 없는 사람으로서 어떤 지원도 받을 수 없을 뿐 아니라, 소득도 주거도 없지만 매월 123,080원의 건강보험료가 부과되고 있다.

그런데 L씨는 원래 한국국적자였다.

“우리 부모는 한국 사람이었는데, 내가 중국집 하는 화교하고 결혼을 해서 대만 사람이 되었지… 대만은? 딱 한 번 가봤지… 그래도 그 집에 가면 밥은 먹을 수 있으니까, 결혼을 했지.”

“부모님은? 아버지가 일제 시대 일본에 끌려가서… 언젠가 한 번 만나기는 했는데 언제 죽었는지 몰라. 자식들? 결혼할 때 그 집에 애들이 넷이 있었는데, 남편이 애들 다 데리고 가버렸지. 젊을 때는 남편이 중국집 하고, 나도 보따리 장사도 하고 돈을 좀 벌었는데, 남편이 애들하고 가버렸어. 남편은 2년 전에 죽었다고 하더라고.”

병원에서 L씨가 원래 한국국적자였던 것을 알고, 국적회복을 하시라고, 주민센터에 가서 읍소해 보라고 했다. 그런데 L씨는 국적회복신청을 어떻게 해야 하는지 염두가 나지 않았고, 신청해도 안 될 것 같아서 지레 포기하고 있었다.

“거기 가서 물어 보라고 하는데… 부끄럽기도 하고… 그래 운다고 해줄 것 같았으면 진즉에 해 났겠지.”

심근경색, 심부종, 악성빈혈을 앓고 있는 L씨는 현재 지역의 공공의료원에 입원 중이지만 퇴원해서 갈 곳이 없다. 지원단체에서 요양병원을 물색해 보았지만 건강보험이 없는 상태에서 월 병원비가 100여만 원이었다. 지원단체 활동가가 어떻게든 건강보험 급여를 받을 수 있는 방법이 없을까 하여 공단을 방문했지만 공단 담당자로부터 체납보험료를 완납하는 외에 아무 방법이 없다는 답변과 함께 “혜택만 받고 나가 버리는 암체가 얼마나 많은데…”라는 말을 들어야 했다.

L씨가 국적회복을 하게 되면 의료급여와 생계 지원을 신청할 수 있는 자격이

생길 것이다. 그러나 출입국사무소는 체납된 건강보험료를 납부하지 못하면 국적 회복 신청을 해도 불허될 것이라고 한다.

그러나 L씨는 지금도 차곡차곡 쌓여 가고 있는 체납보험료를 낼 여력은커녕 당장 한 끼 끼니를 해결할 돈도 없다. 어디서 지내야 할지, 어떻게 생계를 이어갈지, 병원비를 어떻게 해결할 수 있을지, 앞 일이 막막한 상황이다.

((사)이주민과 함께)

3) 생계와 체류를 위협하는 건강보험료

(1) 건강보험료 경감조치 받지 못하는 취약계층 이주민

건강보험공단은 취약계층에 대한 보험료 경감제도를 이주민에게 적용하지 않고 있다. ‘내 국인’이라면 보험료 경감대상이 되었을 고령자, 장애인, 실직자, 섬·벽지·농어촌 지역 이주민들은 보험료 경감은커녕 평균보험료 이상의 과중한 보험료를 납부해야 한다. 세대 합가를 할 수 없는 가족이 있는 경우 평균보험료가 각각에게 부과된다.

(사례 1-3-1) 장애인 아버지, 할머니, 미성년 형제 3명을 부양하는 20대 청년

인도적체류자인 20대 청년 A씨는 할머니, 부모님, 미성년 형제 3명과 함께 살고 있다. 할머니는 고령의 노인이고, 어머니는 어린 형제 3명을 키우느라 일을 하지 못하고 있다. 아버지는 다리에 장애가 있어 밖에서 일을 하지 못해 집에서 쿠키를 만들어 팔아서 적은 소득을 내고 있다. 때문에 본인이 폐차장에서 일을 해서 받은 적은 소득으로 7명의 가족을 거의 혼자 부양하고 있다.

폐차장 일은 정규직 일이 아니어서 직장가입을 해주지 않고 있다. 그런데 본인, 할머니, 부모와 미성년 형제들 각각 3개의 지역가입자 세대가 되어 따로 보험료가 부과되고 있다. 인도적체류허가자는 보험료가 30% 감면되지만 각각 약 86,000원씩 3세대의 보험료 약 26만원을 매달 내야 한다. A씨는 차라리 인도적 체류허가자가 지역건강보험에 가입할 수 없었던 때가 더 나았다고 생각한다.

(아시아평화를향한이주 MAP)

(사례 1-3-2) 장애인 딸과 어머니

러시아 국적으로 재외동포(F-4) 체류자격자인 김L씨는 딸과 둘이 살고 있다. 딸은 선천성 장애가 있어서 성년의 나이지만 일을 할 수 없다. 김L씨가 일을 해서 생계를 이어가고 있지만 임시직이나 일용직 일을 주로 하니 직장가입자가 되지 못했다. 지역가입자라도 이전에는 딸은 세대원이어서 보험료를 따로 내지 않았는데 2019년부터 딸과 자신, 각각에게 2개의 평균보험료 고지서가 나오고 있다.

(고려인지원단체 (사)너머)

(사례 1-3-3) 66세 딸과 90대 노모

P씨는 66세 중국 동포(F-4) 여성으로 일용직 가사노동자로 일하며 몸이 불편한 90대 노모를 모시고 살고 있다. 평소 한 달 수입은 150~200만 원 사이였는데, 코로나19의 영향으로 최근 일이 많이 줄어 소득이 거의 없는 상황이다.

본인은 건강한 편이고 병원에 거의 가지 않지만 체류자격을 유지하기 위해 어쩔 수 없이 지역가입 보험료를 내고 있다. 그런데 어머니를 세대원으로 등록할 수 없어 본인과 어머니가 각각 평균보험료를 내고 있다.

(중국 동포 조사원)

(사례 1-3-4) 만성질환으로 일을 할 수 없는 고령의 부부

김Y씨는 68세 중국 동포(F-4) 여성으로 70살이 넘는 남편과 둘이 살고 있다. 부부 모두 나이가 많고 만성질환이 있어 일을 하지 못하고 있다. 따로 살고 있는 자식들이 보내주는 용돈으로 근근이 생계를 이어가고 있다. 건강보험 지역가입 세대로 부과되는 평균보험료도 자식들이 대신 내주고 있다. 이 부부는 소득이 없는 고령자들에게는 보험료가 적게 부과되기를 희망하고 있다.

(중국 동포 조사원)

(사례 1-3-5) 산재피해자 동생을 간병 중인 누나

Y씨는 57세로 재외동포(F-4) 체류자격을 가지고 있는 중국 동포 여성이다. Y씨는 역시 재외동포(F-4) 자격자로 심각한 산재를 당한 남동생과 함께 살며 동생을 간병하고 있다. 남동생은 혼자서 생활을 할 수 없기 때문에 Y씨도 일을 하지 못하고 있다.

여태까지는 100만원이 안 되는 적은 금액이지만 남동생의 휴업급여가 있어서 어렵게 생계를 유지하고 있었다. 그런데 얼마 전부터 휴업급여도 중단되었다. 남동생이 장애등급을 받고 산재보상금을 받을 수 있기를 기대하는데 코로나19 때문에 장애등급심사가 6개월째 연기되고 있다. 게다가 동생의 상태가 악화되어 다시 수술을 받아야 할 상황이다.

이런 상황인데 건강보험 지역가입자인 Y씨와 동생 각각에게 평균보험료 고지서가 매월 두 장씩 나오고 있다. Y씨는 건강보험이 있지만 아파도 병원비가 무서워서 병원에 가기 무섭다. Y씨는 이걸 너무 불공평하다고 생각한다.

(부산외국인주민지원센터)

(2) 미성년 형제자매와 조손 가족의 미성년자

미성년자인 이주아동이 건강보험 지역가입자로 단독 세대주가 되어도 미성년자에 대한 납부의무 면제 규정은 적용되지 않으며 하한 보험료 이상을 납부해야 한다. 그런데 이주민 지역가입자는 세대주 본인의 배우자와 미성년 자녀만 세대원으로 등록할 수 있게 되면서 부모 없이 형제자매만으로 이루어진 가족, 조부모와 미성년 손주만으로 이루어진 조손 가족도 세대 합가를 할 수 없게 되었다. 소득이 없어서 생계조차 이어가기 힘든 미성년자에게는 하한 보험료조차 너무나 큰 부담이다. 그리고 이들은 만 19세가 되자마자 평균보험료 이상의 지역가입 보험료 부과대상이 된다.

(사례 1-3-6) 각각 단독 세대주가 된 20대 청년과 4명의 미성년 형제자매

인도적체류자인 20대 초반의 청년인 R씨는 역시 인도적 체류허가를 받은 4명의 어린 동생들과 함께 제주도에 살고 있다. 어머니는 돌아가셨고 아버지는 살아계시지만 한국으로 같이 들어오지 못해서 R씨가 동생들의 생계를 책임지고 있다. R씨는 건강보험 직장가입을 해줄 수 있는 직장을 구하지 못해서 지역가입자로 당연가입 되었다. 형제자매들을 한 세대로 엮어줄 부모가 없으므로 4명의 동생들도 각각 미성년 단독 세대주로 지역가입자가 되었다.

인도적체류자에 대해서는 평균보험료에서 30% 경감 혜택이 있어서 A씨의 보험료는 약 86,000원, 동생들 각각은 보험료 하한액이 부과되어 14,700원씩 보험료가 부과된다. 가족의 보험료를 모두 합하면 약 15만 원이다. 혼자 일을 해서 4명의 동생을 부양해야 하는 A씨에게 이 보험료는 너무나 부담스럽다. 그리고 건강보험이 있어도 병원비가 무서워서 어린 동생들이 아플 때 병원에 잘 데리고 갈 수 없어서 마음이 아프다.

(난민인권네트웍스)

(사례 1-3-7) 각각 단독 세대가 된 조손 가족의 할머니와 손자

B씨는 68세 중국동포(F-4) 여성으로 미성년자인 손자와 둘이 살고 있다. B씨는 간병인으로 일하며 월 150~200만 원의 소득을 벌고 있다. 본인과 손자가 세대 합가가 되지 않아서 각각 지역 가입 세대주가 되었고, 본인의 보험료는 평균 보험료지만, 손자는 아직 미성년자라 하한 보험료가 나온다. 그러나 몇 년 후면 손자가 성년이 될 것이고, 두 사람에게 각각 평균보험료가 부과되면 보험료는 모두 약 25만 원 정도가 될 것이다. B씨는 그 전에 꼭 보험료가 내려가기를 바라고 있다.

(중국 동포 조사원)

(3) 건강보험료 기준 지원제도에서 배제되는 이주민

건강보험료가 소득과 재산에 따라 부과되므로 역으로 취약계층 지원 사업 대상을 선정할 때 소득과 재산을 추정하는 지표로 이용되는 경우가 많다. 그런데 이주민에게는 소득과 재산에 무관하게 평균보험료 이상이 부과되므로 건강보험료로 추정된 소득과 재산이 평균 이상이 되는 어이없는 결과가 나오게 된다.

예를 들어 건강보험제도는 과도한 의료비로 인한 가입자의 경제적 부담을 덜어주기 위해 소득에 따라 의료비 본인부담 상한액을 정해 이를 초과한 금액을 돌려주는 ‘본인부담 상한제’를 시행하고 있다. 그런데 본인부담 상한제의 소득 판정 기준은 건강보험료이므로 평균 보험료 이상 부과대상 이주민은 차별을 받게 된다. 암 환자의 의료비 부담을 덜어 주기 위해 의료비를 지원하는 ‘암 환자 의료비 지원제도’의 선정 기준은 2020년 1월 건강보험료가 직장가입자의 경우 100,000원 이하, 지역가입자의 경우 97,000원 이하이므로¹⁶⁵⁾ 평균보험료 이상 부과대상 이주민은 대상이 되지 못한다.

저소득층 지원제도는 대부분 이주민에게 적용되지 않지만 드물게 이주민에게도 지원되는 제도가 있다. 각급 지방자치단체 중에 해당 지역 내 이주민에 대한 지원을 확대해 나가고 있는 곳들도 있다. 지역아동센터 우선보호아동, 아동급식 지원, 법률구조공단 무료법률구조자 지원 등이 대표적이다. 그런데 이들 지원사업도 건강보험료가 대상 선정 기준이 되는 경우가 많아서 평균보험료 이상을 내는 이주민은 배제될 가능성이 크다. 차별적인 보험료 부과 방식이 드물게 적용되는 지원 사업에서까지 보호와 지원이 필요한 이주민을 배제하는 결과를 가져오고 있는 것이다.

보건복지부는 코로나19로 인한 직장·지역 건강보험 경감 지원을 할 때도 별도 신청 없이 해당 월의 건강보험료를 기준으로 보험공단이 선정하여 지원하였다. 그 기준은 특별재난지역 대상 하위 50%, 그 외 모든 지역 하위 40%에 해당하는 건강보험 가입자였다. 이 기준에 따르면 평균보험료 이상을 납부하는 이주민 지역가입자는 지원 대상이 될 수 없다.

중앙정부와 지방자치단체는 올해 코로나19로 긴급재난지원금 혹은 재난기본소득을 지급하면서 원칙적으로 이주민을 배제하였으며 일부 지급한 경우에도 영주자격자와 결혼이민자에 한정해 지급한 경우가 대다수였다. 이에 생활고를 겪고 있는 이주민들에게 민간기금이나 지원단체들이 생계비를 지원하기도 하였다. 그런데 이주민에게 긴급지원금을 지원하면서 건강보험료를 기준으로 소득을 추정해 대부분 이주민이 지원 대상에서 배제된 경우도 있었다.

(사례 1-3-8) 평균보험료 때문에 긴급지원을 받지 못한 이주민

이주민이 코로나19로 인한 경제적 타격을 가장 먼저, 가장 많이 받았는데도

165) <http://www.bokjiro.go.kr/wellInfo/retrieveGvmtWellInfo.do?wellInfSno=162>

중앙정부와 대부분 지방자치단체에서 지급하는 긴급지원금 대상에서 배제되었다. 이에 민간기금에서 생계가 다급한 이주민을 위한 긴급지원금을 배분했고, 수원시의 복지센터도 500만 원을 배분받았다.

복지센터는 당장 생계가 어려운 이주민 가족들을 지원 대상으로 추천했다. 그런데 시는 건강보험료를 기준으로 소득을 추정해서 중위소득 120% 이하인 가구를 선정기준으로 정하였다. 복지센터 담당자가 시의 담당자에게 이주민에게는 소득과 재산에 상관없이 평균보험료 이상이 부과된다는 사실을 설명했지만 소용이 없었다.

“담당자에게 사정 설명을 하고 여러 번 얘기했는데 안 된다고 했어요. 가족 여러 명에 그 보험료는 괜찮지만 한 명이면 안 된다고 했어요. 저희가 여덟 가족 신청했는데 세 가족만 되고 다섯 가족은 안 됐어요. 자녀가 두세 명 있는 가족은 되고 한둘 있는 가족은 모두 탈락 했어요.”

결국 센터에서 추천한 여덟 가족 중 세 가족만 지원금을 받았다. 지원대상을 찾지 못한 나머지 긴급지원금은 다시 회수되었다.

(수원시외국인복지센터)

(4) 체류연장을 위해 생계비 지원금으로 건강보험료를 납부하는 이주민

기존의 보험료 체납 제재에 더한 체류연장 제한이라는 제재는 이주민 취약계층이 결국 보험료를 다 납부하면서도 지속적으로 급여 제한 상태에 있게 할뿐 아니라 보험료 납부를 위해 생계를 위협받는 결과를 낳고 있기도 하다. 코로나19 여파로 실직이 증가하여 건강보험 직장가입자에서 지역가입자가 되는 이주민, 당장 생계가 곤란한 지경에 이르는 이주민이 증가하였지만 대부분 이주민은 이에 대한 지원에서 배제되었다. 이에 생활고를 겪고 있는 이주민들에게 민간기금이나 지원단체들이 생계비를 지원하기도 하였는데 체류자격 유지에 대한 걱정으로 건강보험료부터 먼저 납부하는 사례들이 나타났다.

(사례 1-3-9) 수술 후 생계가 어렵지만 긴급지원금으로 건강보험료부터 납부

K씨는 54세의 방문동거(H-2) 체류자격을 가진 중국 동포 남성으로 수원에 혼자 살고 있다. K씨는 고관절 수술을 받은 후 몇 달 째 일을 하지 못하고 있었다. 지금도 목발에 의지해야 겨우 걸어 다닐 수 있고, 앞으로도 한동안 병원 치료를 받아야 한다. 수입이 없는 K씨는 주변 친지들의 도움으로 겨우 생계를 유지하며 병원비를 내고 있다.

이런 사실을 알게 된 지역복지센터에서 민간기금이 배분한 이주민 긴급지원

금 신청대상에 K씨를 포함하였다. 그러나 이 지원금은 건강보험료를 기준으로 소득을 산정해 지원 기준을 정했기 때문에 혼자 살면서 평균보험료가 부과되는 K씨는 선정대상에서 탈락했다.

이에 복지센터는 K씨에게 센터 자체의 긴급의료지원금 40만 원을 지급하기로 했다. 이 소식을 들은 K씨는 “그래도 몇 개월 치 건강보험료는 납부할 수 있겠네요.”라고 했다. 무엇보다 보험료를 안내서 체류자격 연장이 안 될까봐 걱정이고, 병원치료를 계속 받아야 하므로 건강보험 급여가 제한되는 것도 큰 걱정이었기 때문이다.

(수원시외국인복지센터)

(사례 1-3-10) 하루 한 끼로 연명하는데 생계지원금으로 건강보험료부터 납부

홀로 입국해 난민인정을 받은 A씨는 프로스포츠 선수가 되기 위해 노력하고 있다. 그러나 별다른 수입이 없어 주거지마저 잃은 채 하루 한 끼로 연명하는 극심한 생활고를 겪게 되었다. 지역가입자인 난민인정자는 소득과 재산에 따라 산정된 보험료와 하한 보험료 중 높은 금액으로 보험료가 부과되므로 소득과 재산이 없는 A씨에게는 월 15천 원 정도의 하한보험료가 부과되었다. 그러나 그조차 납부할 능력이 되지 않아 2020년 3월부터 6월까지 보험료를 내지 못했다. 그런데 7월 말 체류자격 연장기한이 다가오고 있었다. 이에 난민지원활동을 하는 시민단체가 A씨에게 생계지원금을 지원하면서 건강보험료를 내지 않으면 체류자격 연장에 불이익이 있을 수도 있으므로 약 7만 원의 건강보험료 미납분부터 납부하도록 했다.

(아시아평화를향한이주 MAP)

(사례 1-3-11) 체류자격 연장을 위해 시민단체로부터 건강보험료 지원을 받은 노숙인

한국에 가족이 없는 이집트 국적의 47세 난민인정자 B씨는 일자리를 구하지 못해 주거지도 없이 장기간 노숙 생활을 하고 있었다. 건강보험이 무엇인지도 모르고 지역가입자로 당연가입 된 사실도 모르던 B씨는 체류기간 연장 직전해야 보험료 미납금이 쌓여 있는 것을 알게 되었다. B씨를 지원하고 있던 시민단체가 B씨의 체류연장을 위해 자체 지원금으로 보험료를 납부해 주었다.

“나는 약 1년 간 홈리스로 지냈습니다. 지난 4월에 비자를 연장할 필요가 있어서 난민 지원단체에 찾아가서 주소가 없는데 어떻게 연장할 수 있는지 문의를 했습니다. 그러다가 비자 연장을 하기 위해서는 건강보험료를 내야 한다는 것을 알게 되었습니다. 하지만 나는 길거리에서 노숙을 하며 쓰레기통에 있는 음식을

찾아 먹으며 생활해오고 있었기 때문에 보험료를 낼 돈이 없었습니다. 주소도 없고, 전화도 없으니 보험 공단도 나에게 건강보험료를 내야한다는 통지를 할 수 없었을 것입니다. 난민 지원단체에서 보험공단에 연락을 해서 체납된 보험료가 얼마인지, 어디로 납부하면 되는지 확인해주었습니다. 그리고 나 대신 보험료를 내주었습니다. 그들의 도움이 아니었다면 나는 비자 연장을 하지 못했을 것입니다.”

(아시아평화를향한이주 MAP)

2. 건강보험 직장가입자가 되지 못한 이주노동자

이주민의 직장가입자 비율은 ‘내국인’에 비해 매우 낮고, 저임금, 열악한 노동조건, 불안정한 고용의 직종에 종사하는 취약계층 이주민들이 직장가입자가 되지 못하는 경우가 많다. 직장가입자가 되지 못하면 자동적으로 지역가입자가 된다. 그런데 이주민 지역가입자는 ‘내국인’에 비해서도, 직장가입자에 비해서도 차별이 심해서 이중·삼중의 차별 상황에 놓이게 된다.

1) 고용허가제 농·어업 이주노동자

농·어업 사업장은 사업자등록 대신 농업경영체등록, 어업경영체등록을 함으로써 사업을 할 수 있고, 이주노동자를 고용할 수도 있다. 그런데 보건복지부와 건강보험공단은 명백한 고용관계에 있는 농·어업 노동자가 사업자등록증이 없는 사업장에 고용되어 있다는 이유로 직장가입을 받아주지 않고 있다. 최소 1년 이상 통상 3년의 근로계약을 체결하고 입국하며 원칙적으로 사업장 변경이 금지된 채 상용직으로 일하는 고용허가제 이주노동자도 마찬가지다. 때문에 이들 농·어업 이주노동자는 지역가입자로 당연가입되어 사업주가 보험료의 50%를 분담하는 타 업종의 직장가입자에 비해서도 차별을 받으며, 외국국적자라는 이유로 평균보험료 이상의 높은 보험료를 납부해야 한다. 그런데 그들을 고용한 사업주는 섬·벽지·농어촌 지역에 거주하며 농·어업에 종사한다는 이유로 최대 50%까지 보험료를 경감 받고 있지만 이주노동자들은 이러한 경감제도에서도 배제되고 있으니 역설적이지 않을 수 없다.

농·어업 이주노동자들은 낮은 임금, 높은 건강보험료, 빈번한 임금체불에 더해 정보 접근성에 제약이 커서 의도치 않게 건강보험 체납자가 되는 경우가 많았다. 또한 건강보험료를 납부하더라도 의료기관이 멀리 있고, 사용자의 허락이나 도움 없이 의료기관을 방문하기 어려운 상황 때문에 실질적으로 건강보험제도의 혜택을 받지 못하는 경우도 많았다.

(사례 2-1-1) 건강보험료를 낼 필요가 없다는 사업주 말을 믿었다가 압류통지서를 받은 농업 이주노동자들

충북 충주의 쌈채소 농장에서 일하고 있는 고용허가제 농업(E-9-3), 캄보디아 이주노동자 R씨는 2016년에 한국에 입국해 계속 같은 농장에서 근무했다. R씨는 2019년 7월, 지역건강보험 당연가입자가 되면서 처음으로 건강보험료를 내기 시작했는데, 3년의 계약 기간이 끝난 2019년 9월에 동일한 사업주(농장주)와 1년 10개월 계약 연장을 하면서 사업주가 이제 더 이상 체류기간 연장을 할 일이 없을 테니 건강보험료를 내지 않아도 된다고 말했다. 그렇지 않아도 의료기관은 한 번도 이용하지 않고 있는데 매달 170여만 원의 월급에서 12만원이 넘는 돈을 건강보험료로 내는 게 아까웠던 R씨는 농장주의 말만 믿고 보험료 납부를 중단했다.

그러던 2020년 8월, R씨는 건강보험료 130여만 원을 체납했다는 이유로 건강보험공단으로부터 채권압류통지서를 받았다. 이 농장에는 총 8명의 이주노동자가 일하고 있었는데, 그 중 아직 3년이 지나지 않아 재계약을 하지 않은 3명을 제외한 5명이 R씨와 같은 이유로 채권압류통지서를 받았다.

보험료를 낼 필요가 없었던 농장주는 본인이 체납액의 반은 빌려줄 테니 나머지는 알아서 내라고 하면서 빌려준 돈은 이후 월급에서 제하겠다고 했다.

(지구인의 정류장)

(사례 2-1-2) 건강보험이 있는지 없는지 모르는 어업 이주노동자들

인천에서 새우, 꽃게, 주꾸미 등을 잡는 일을 하는 인도네시아 어업 이주노동자(E-9-4) 7명은 외국인등록을 하고 한국에 6개월 이상 체류하고 있는 이주민들이라면 건강보험에 반드시 가입해야 하며, 그렇지 않을 경우 체류 연장에 제한을 받을 수 있다는 사실을 이번 조사에 참여하면서 처음으로 알게 되었다고 했다.

이들은 본인들이 건강보험에 가입해 있는지 아닌지도 모르고 있었는데, 의료기관을 이용한 적이 있는 경우에도 사업주가 데리고 가서 접수와 수납을 대신했기 때문에 보험 적용 여부도 알지 못했다. 이들은 어디에서 어떻게 건강보험 가입 여부를 확인해야 하는지, 만약 가입해 있는데 보험료를 체납하고 있는 거라면 어디에서 어떻게 보험료를 납부해야 하는지도 알지 못했으며, 입국 후 한 번도 건강보험이나 의료기관 이용에 대한 정보를 받은 적이 없다며 답답해했다.

(이주와 인권연구소)

(사례 2-1-3) 건강보험 지역가입을 이해할 수 없는 도서지역 어업 이주노동자들

2019년 3월에 입국해 전북 군산의 G섬에서 양식업 및 어업에 종사하고 있는 베트남 노동자(E-9-4) 4명, K씨, T씨, E씨, A씨는 모두 건강보험 지역가입자로, 건강보험과 관련해 각각 다른 상황에 처해 있었다.

K씨와 T씨는 지역건강보험 당연가입 적용 이후로 체류연장을 한 경험이 있었다. K씨는 체류연장을 할 때 사업주가 보험료 미납분 70만 원을 내 준 이후로 보험료를 납부한 적이 없었다. T씨는 체류연장을 할 때 1년 치 보험료 미납분 1,353,000원을 본인이 모두 낸 후, 이후 사업주와 보험료를 반씩 나누어 내고 있었다.

E씨와 A씨는 당연가입 이후로 체류연장 기한이 아직 닳치지 않았다. E씨는 독촉고지서를 받고 있었지만 보험료를 납부한 적이 없고, A씨는 사업주가 고지서를 받아서 전해 주지 않아서 고지서를 받지 못하고 있었다. A씨의 주소지는 사업주의 집으로 되어 있기 때문에 사업주에게 고지서가 전달되는데 사업주는 고지서를 받으면 그냥 버리고 전해 주지 않았다. 사업주가 그냥 버린다는 것은 쓰레기통에서 고지서를 발견한 후에 알게 되었다.

이 노동자 4명 모두는 지역건강보험과 직장건강보험의 차이, 왜 자신들이 직장가입자가 되지 못하는지 그 이유를 이해하지 못했다. 섬 안의 이주노동자들 사이에서는 그동안 납부한 건강보험료를 출국할 때 다 돌려준다는 소문이 돌고 있다고 했다. 이는 건강보험과 국민연금을 혼동하고 있기 때문인 것으로 보였다.

“왜 우리는 회사에서 건강보험료 안 내주는 겁니까? 건강보험료는 회사에서 내야 되는 거 아닌가요? T처럼 보험료 절반을 사장님이 내주는 경우가 있지만 보험료 내 준 거 나중에 월급에서 다 빼버렸다고 하는 사람들도 있어요.”

다른 업종의 노동자들보다 훨씬 비싼 보험료를 내는데 의료기관을 이용할 수 없는 것에 대해서도 불만이 많았다. K씨의 동료는 바다 일을 하다 보니 피부가 가렵고 부풀어 오르는 증상이 생겨서 힘들었지만 치료를 받을 수가 없었다.

“여기는 병원 없잖아요. 보건소 있어요. 병원 가려면 배 타고 나가야 되고, 병원 어딘지도 모르니까 사장님이 데리고 가줘야 되는데 안 데리고 가 주니까 못가요. 보건소에는 몇 번 갔지만 계속 아프니까, 이번 1월 달에 베트남에 가서 한 20일 치료 받고 왔잖아요. 그동안 월급 못 받고 비행기값도 자기가 내고... 지금도 여기 머리에 상처 나서 병원 가고 싶어 하는데 못 가는 친구 있어요. 여기 섬에서는 아픈데 병원 못 가는 거 흔한 일이에요”(K씨)

“여기는 쉬는 날이 없어요. 나는 일 년에 딱 이틀 쉬어요. 그래도 오래 일해서 이틀 주는 거예요. 병원에 가고 싶어도 갈 시간이 없어서 못가요.”(K씨)

“건강보험 있으니까 건강검진 하라고 안내장 왔어요. 안내장 받으면 뭐해요? 갈 시간이 없는데... 그런데도 보험료 내야 하니까 아깝죠.”(T씨)

섬 안에는 은행이 없었다. ATM기조차 하나도 없었다. 건강보험료를 어디에 어떻게 내야 하는지도 모르고 있었다. 월급을 받으면 송금도 사업주가 해 주고, 급여 통장을 사업주가 가지고 있는 노동자들도 많았다. 그러니 건강보험 고지서를 받아도 사업주가 보험료를 내주지 않으면 어디에 어떻게 내야 하는지 모르는 노동자들이 대부분이었다.

(이주와 인권연구소)

(사례 2-1-4) 급여에서 건강보험료가 공제되었지만 체납자가 된 어업 이주노동자들

같은 G섬에서 일하고 있는 인도네시아 어업 이주노동자(E-9-4) 4명은 월 170여 만 원의 임금을 받기로 계약하고 2018년 또는 2019년부터 일을 해왔는데, 실제로 이들에게 지급되는 월급은 150~160여만 원에 불과했다.

이들 모두 건강보험 지역가입자였는데, 사업주는 이들의 지역가입 보험료를 대신 내주고 있기 때문에 이를 제한 월급을 지급하는 것이라고 했다. 그러나 확인 결과 이들의 건강보험료 납부액은 0원이었으며 한 사람당 적게는 50여만 원에서 많게는 120만 원 이상의 체납액이 쌓인 상태였다. 이들은 최저임금 미달 지급 및 임금체불 등으로 사용자를 상대로 관할 노동지청에 진정하였다.

(이주와 인권연구소)

2) 당연가입사업장 이주노동자

이주민에 대한 지역건강보험 당연가입 전에는 당연가입사업장에 고용된 노동자지만 사업주가 직장가입 취득신고를 하지 않은 경우 건강보험이 없는 상태가 되었다. 그러나 급여에서 건강보험료가 공제되고 있으면 노동자는 당연히 직장가입자인 줄 알고 있다가 병원에 갈 일이 생겼을 때에야 자신에게 건강보험이 없다는 사실을 알게 되었다.

당연가입 이후에는 직장가입자가 아닌 이주노동자는 지역가입자로 당연가입 된다. 이 때 건강보험공단은 그 노동자가 고용된 사업장이 당연가입사업장인지 여부를 확인하지 않는다.

때문에 자신이 직장가입자인 줄 알고 있던 이주노동자는 보험료 체납 통지를 받은 후에야 사업주가 직장가입 취득신고를 하지 않은 사실을 알게 되는 일이 발생하고 있다.

(사례 2-2-1) 직장건강보험 취득신고를 하지 않고 보험료만 공제한 사업장

고용허가제 제조업(E-9-1) 미얀마 노동자 2명은 2018년 10월부터 김포에 있는 한 사업장에서 일을 했다. 이들은 급여에서 매월 건강보험료가 공제되고 있었기 때문에 당연히 자신들이 건강보험이 있는 것으로 알고 있었다. 그런데 지역건강보험 당연가입 적용 이후 건강보험료 체납고지서를 받고 나서야 사업주가 직장건강보험 취득신고를 하지 않았으며, 급여에서 공제한 보험료를 납부하지도 않았다는 사실을 알게 되었다. 노동자들은 그 후 사업주에게 항의하고, 건강보험공단 지사에도 찾아갔지만 사업주도, 공단도 아무런 조치를 취하지 않자, 2020년 1월, 이주노동자 지원센터에 상담을 했다.

센터에서 사업주에게 항의하자, 사업주는 실제 입사일이 아닌 2019년 12월 말에 입사한 것으로 뒤늦게 직장가입신고를 했다. 그러나 그동안 쌓인 지역보험료 체납액이 여전히 남아 있었다. 센터에서 공단 지사에도 이런 사실을 알렸지만 공단은 아무런 조치를 취하지 않았다. 센터에서는 공단과 길게 다투지 않고 2월, 그동안 사업주가 부당하게 급여에서 공제한 건강보험료 1,231,230원에 대해 임금채불로 노동청에 진정했다. 그러자 사업주는 그동안의 지역건강보험료 체납액을 지급하겠다고 하면서 노동자들은 해고시키겠다고 했다. 노동자들도 이 사업장에서 더 이상 일하고 싶지 않았으므로 해고에 대해서 문제제기 하지 않고 ‘합의 퇴사’에 동의하고 진정을 취하하였다.

센터에서 공단과 길게 다투지 않은 이유는 유사한 사례에 대해 공단이 아무런 조치를 취하지 않은 경험을 여러 차례 했기 때문이었다.

“건강보험공단에 확인하니 직장가입이 되지 않은 상태였고, 공단에 노동자 상황을 설명했는데 별 반응이 없었고, 이후에도 시정되지 않아서 다시 사측과 공단에 항의했고... 올 초에 이런 사례들이 좀 있어서 건강보험공단에 센터 실무자들이 연락을 많이 했었죠. 노동자들이 출국유예 신청을 하다가 알게 되는 경우도 있고, 센터에서 임금채불 조사하다가 건강보험료가 납부되지 않거나 미가입 된 사실을 확인하기도 하고... 국민연금체납 사업장이 그렇게나 많은데 그런 사업장이 건강보험료라고 제대로 납부했겠어요? 체납사업장이나 미가입 사업장 제법 많으리라 추측해 봅니다.”

(의정부외국인노동자지원센터)

「국민건강보험법」은 비상근 근로자 또는 1개월 동안의 소정근로시간이 60시간 미만인 단시간근로자 등이 직장가입자가 될 수 없도록 하고 있어(법 시행령 제9조) 고용이 불안정하고 노동조건이 열악한 취약계층 노동자를 오히려 직장가입대상에서 배제하는 한계를 가지고 있다. 이러한 법적 한계를 악용하여 1년 이상 근로계약으로 상용직이 분명한 고용허가제 건설업 이주노동자의 직장건강보험 가입 신고를 하지 않는 사업장의 사례도 있었다.

(사례 2-2-2) 아파서 일을 못했는데 단시간 근로자라며 직장가입 신고를 거부한 사업장

고용허가제 건설업 노동자로 일하고 있던 미얀마 노동자 A씨는 2020년 5월, 사업장을 변경하여 김포의 건설현장에서 일을 시작하였다. 그런데 일을 시작하지 며칠 되지 않아 몸이 아파 병원에 가서 신장질환 진단을 받고 입원해서 수술까지 하게 되었다.

그런데 사업장에서 직장건강보험 취득신고를 해 주지 않았고, 지역가입자로 당연가입 된 후 보험료가 체납된 상태에서 보험급여가 제한되어 병원비가 수백만 원이 나왔다. 사업장에 직장가입신고를 해 달라고 요청했지만 근무일수가 적어 직장가입 요건이 되지 않는다고 주장하며 이를 거부하였다. 그 후 6월, 사업장에서는 계속 병원을 다녀야 하는 노동자를 해고하였다.

A씨는 이주노동자 지원센터에 도움을 요청했고, 지원센터에서 건강보험공단에 문의했더니 건설업 노동자는 일용직 노동자의 건강보험 가입 요건을 충족해야 한다고 답변했다.

2018년에도 고용허가제 건설업, 베트남 노동자가 지원센터에 건강보험공단의 부당이득 반환청구에 대해 상담해 온 사례가 있었다. 이 노동자는 일하던 중에 병원에 입원하여 치료를 받았는데 사업장에서 입원치료기간을 제외한 근무일수가 적다며 입원치료 받은 해당 월에 직장건강보험에 가입해 주지 않았다. 이에 따라 공단에서 입원 당시 보험급여를 받았던 금액을 반환하라고 요구한 것이었다. 이때도 공단에서는 공단은 사업장에서 신고한 대로만 처리할 뿐이라고 하였다.

고용허가제 노동자는 업종과 상관없이 최소 1년 이상, 보통 3년의 근로계약을 체결하고 일을 하는 상용직 노동자다. 그런데 사업장에서는 노동자가 아파서 일을 하지 못하는 시간을 제외하고 노동시간을 계산해 단시간근로자라며 직장가입을 해 주지 않은 것이다.

(의정부외국인노동자지원센터)

사업장 변경이 자유롭지 않고, 고용센터를 통해서만 구직과 이직을 할 수 있는 고용허가제 이주노동자조차 사업주가 직장건강보험 취득신고를 하지 않는 경우가 빈번한 것은 고용노동부

도, 건강보험공단도 이에 대해 관리감독을 하지 않은 결과로 볼 수 있다. 당연가입사업장에 고용된 다른 체류자격의 이주노동자들에게서는 이런 일이 더욱 빈번할 것으로 예상된다.

위의 사례들에 따르면 당연가입사업장의 노동자인데 사업주가 직장건강보험 취득신고를 하지 않고 있다는 사실을 건강보험공단 측에 알리더라도 별다른 조치가 취해지지 않았다. 건강보험공단 측은 건강보험 직장가입의 가입의무자는 사업주이므로 노동자가 가입을 할 수는 없고 대신 노동자가 공단 측에 이의를 제기할 수 있으며 공단은 실무적으로 ‘특별지도 점검’을 할 수는 있다고 하지만 이의제기 및 그 처리에 대한 절차가 마련되어 있는 것으로는 보이지 않는다.

단 연구진이 건강보험공단 측에 문의한 바에 따르면 2020년 9월 새로 나온 비공개 지침에 따라 노동자에게 타 공단 즉, 산재보험, 국민연금, 고용보험 취득확인서가 있고 근로감독관의 체불확인서 등을 공단 직원에게 제출하여 가입의사를 밝히면 공단 직원은 사업주에게 유선으로 확인절차를 거쳐서 직장건강보험을 취득하게 하며, 만약 사업주와 유선으로 연락이 되지 않으면 14일 이내에 직권취득 하겠다는 서면확인서를 사업주에게 발송하고 2주 후에도 답변이 없으면 직권으로 가입시킬 수 있다고 하였다.

고용보험은 대부분 이주노동자에게 임의가입이어서 가입되어 있는 경우가 오히려 드물다. 농·어업의 비법인 5인 미만 사업장은 산재보험에 가입할 수 없다. 국민연금은 국가 간 상호주의에 의해 이주노동자의 출신 국가에 따라 가입 가능하지 않은 경우가 많다. 그리고 건강보험 직장가입 취득신고를 하지 않은 사업주는 다른 4대 보험 취득신고 또한 제대로 하지 않았을 가능성이 높다. 게다가 비공개의 공단 내부지침을 노동자들이 알 리가 없다. 결국 당연가입사업장의 사업주가 직장가입 취득신고를 회피하더라도 노동자가 문제제기를 할 수 있는 절차는 없는 것과 마찬가지다.

3. 건강보험 지역가입자에 대한 차별

1) 지역가입자가 될 수 없는 이주민

건강보험 당연가입에도 불구하고 2020년 7월, 장기 정규체류 이주민조차 건강보험 적용률은 76.9%로 주민등록인구의 96.8%에 비해 매우 낮다. 이는 6개월 미만 체류자 및 인도적체류허가자와 그 가족을 제외한 기타(G-1) 자격자가 지역건강보험 가입에서 배제되어 있고, 유학생(D-2, D-4)의 당연가입이 유예되어 신규 지역가입이 불허되고 있는 등 이주민의 지역가입 자격이 제한되어 있기 때문이다.

(1) 입국 후 6개월 미만 체류자

지역가입자가 될 수 있는 최소 체류기간이 3개월이었던 때에도 입국 후 3개월 동안 갑작스런 사고를 당하거나 질환을 앓게 되었을 때 건강보험 적용을 받지 못해 어려움을 겪는 사례들이 발생해 왔다. 이 기간이 6개월로 연장되면서 입국 초기의 아슬아슬한 건강보험의 공백기가 그만큼 연장되었다.

특히 지역가입자이면서 국내에서 체류자격 갱신을 허가하지 않아서 출국해서 체류자격을 갱신한 후 재입국해야 하는 경우 6개월의 건강보험 공백기를 반복해서 겪어야 하는 문제가 발생한다. 국외 출국해서 체류자격을 갱신하는 경우에는 30일 이내에 지역가입자 자격이 상실되기 전에 재입국하는 경우에만 체류허가를 받은 날 지역가입자 자격을 다시 취득할 수 있다. 국외출국기간이 30일을 초과하여 지역가입자 자격이 상실된 후 재입국하게 되면 재입국일로부터 다시 6개월이 경과한 날 지역가입자가 된다. 그런데 30일 이내 체류자격을 갱신해서 재입국하는 것이 쉽지 않으므로 결국 6개월의 공백기가 발생하게 된다.

중국 및 구 CIS 동포가 받을 수 있는 방문취업(H-2) 체류자격자의 경우가 대표적이다. 방문취업(H-2) 자격은 3년간 유효한 복수사증(최대 4년 10개월까지 체류가능)이지만 체류자격 갱신 횟수에 제한이 없어 사실상 연속체류가 가능한 체류자격이다. 그러나 체류자격이 종료되면 출국한 후 다시 체류자격을 받아서 재입국해야 한다.

고용허가제(E-9) 노동자도 연속 4년 10개월 취업 후 ‘성실근로자 재입국제도’를 통해 다시 연속 4년 10개월 취업이 가능하지만 일단 출국 후 재입국해야 한다. 고용허가제 노동자는 입국일이 근로계약 개시일이므로 직장가입자는 입국과 동시에 건강보험 가입이 가능하다. 그러나 사업자등록증이 없는 농·어업 노동자 등은 직장가입자가 될 수 없으므로 역시 6개월의 건강보험 공백을 겪어야 한다.

특히 방문취업(H-2) 자격자에게는 가족동반이 허용되고 있어, 그 배우자 및 미성년자녀는 방문동거(F-1) 자격으로 체류가 가능하다. 그러나 그 체류자격이 방문취업(H-2) 자격자의 체류자격에 연동되므로 역시 체류기간 단절이 반복되었다. 때문에 학령기 아동의 학업이 단절되는 등의 문제가 있어 2015년 3월부터 재학 중인 미성년 자녀는 부 또는 모가 체류자격 갱신을 위해 출국하더라도 보호자가 있으면 국내에서 체류기간 연장이 허용되게 되었다.¹⁶⁶⁾ 그러나 체류자격 갱신에 시간이 걸리므로 적절한 보호자가 없으면 부모와 함께 출국할 수밖에 없다.

“아이들이 학교를 다니고 있고 아이들을 돌봐줄 사람만 있으면 아이들은 한국에 있어도 된 않지만 쉽지 않아요. 부모들이 가서 비자를 받아서 다시 외국인등록증을 신청해서 등록증이 나올 때까지 그 기간이 한 4~5개월 걸려요. 그 동안

166) 법무부 출입국·외국인정책본부, 2015.3.27., “외국국적동포 업무 개선사항 안내” 중 ‘방문취업 자격을 취득한 동포 가족에 대한 처우 개선’ 참조.

학교만 다닐 수 있다는 거지 다른 지원은 없으니까, 거의 가족들이 같이 들어가요.”

(외국인복지센터 중국 동포 상담원 면접조사)

때문에 동반 가족 모두 체류자격을 갱신해서 재입국 할 때마다 6개월의 건강보험 공백기를 가지게 된다. 방문취업(H-2) 자격자의 건강보험 지역가입 비율과 가족동반 비율이 높은 점을 감안하면 문제가 더욱 심각하다.

(사례 3-1-1) 한부모 동포(H-2)와 동반자녀들의 반복되는 건강보험 공백기

40대 초반의 중국 동포 여성 K씨는 방문취업(H-2) 체류자격으로 고등학생인 딸과 중학생인 아들과 함께 서울에 살고 있다. 두 자녀는 K씨의 동반가족으로 방문동거(F-1) 체류자격을 가지고 있다.

K씨의 체류기간은 2019년 10월 만료되어 중국으로 출국해서 체류자격을 갱신하고 재입국해야 했다. 입국 후 직장가입자가 되지 못한 K씨는 재입국 후 6개월 간 지역 건강보험에도 가입하지 못했다. 두 자녀 모두 마찬가지였다.

두 자녀는 모두 국내에서 출생해 국내에서 자랐지만 어머니와 마찬가지로 체류자격을 갱신할 때마다 이전에는 3개월, 2019년 이후부터는 6개월간의 건강보험 공백기를 가질 수밖에 없게 되었다.

(중국동포지원센터)

(2) 기타(G-1) 체류자격

인도적체류자(G-1-6)와 그 가족(G-1-12) 외의 기타(G-1) 자격자는 여전히 지역가입자가 될 수 없다. 기타(G-1) 자격자라도 건강보험 직장가입은 할 수 있지만, 기타(G-1) 세부자격 중 취업을 할 수 있는 자격이 정해져 있고, 그 이외는 취업 자체를 허용하지 않고 있으며, 난민신청자(G-1-5)는 난민인정신청 후 6개월이 경과해야 취업활동이 허용된다. 취업이 가능한 기타(G-1) 자격자라도 사업자등록증 사본 등을 제출하고 사전에 ‘체류자격 외 활동(취업)허가’를 받아야 취업을 할 수 있으므로 취업 및 허가에 어려움을 겪고 있다.

결국 기타(G-1) 자격자의 대다수는 지역가입도, 직장가입도 할 수 없는 건강보험제도의 사각지대에 방치되어 있다. 보건복지부는 인도적체류자 외 기타(G-1) 자격자는 “출산, 치료, 소송 등 해당 사유가 해소된 이후 출국이 가능하므로 장기간 지속하여 체류할 것으로 보기 곤란”하기 때문에 지역가입을 허용할 수 없다는 입장이다.¹⁶⁷⁾ 그러나 실제 어쩔 수 없이 기타(G-1) 자격으로 장기간 체류하는 경우가 드물지 않다. 아래 사례자는 산재로 의식불명이 된 남편을 간병하기 위해 입국해 20년 동안 기타(G-1) 자격으로 체류하였다.

167) 이주와 인권연구소 외(2018.7.12)에 대한 보건복지부 회신.

(사례 3-1-2) 20년 동안 건강보험에 가입하지 못한 산재 환자의 아내

필리핀에서 온 D씨는 1999년 산업연수생으로 한국에 입국해 일을 하다가 2000년 일하던 공장에서 산재를 당해 의식불명 상태가 되었다. 2001년, 비위관과 인공호흡기를 단 채 병원에서 퇴원하게 된 D씨를 돌보기 위해 부인 T씨가 입국했다. 그로부터 지금까지 D씨와 T씨는 “산업재해 청구 및 치료 중인 사람과 그 가족”의 자격(G-1-1)으로 20년 동안 한국(현재 의정부)에 거주 중이다.

T씨는 올해 52세로 오랜 세월 남편을 간병하며 본인도 여기 저기 몸이 아프게 되었다. 그러나 치료를 받으려 병원에 가고 싶어도 건강보험이 없어 병원비 부담이 크기 때문에 무료진료소만 이용하고 있다.

건강보험공단에 가입을 문의했지만 G-1 자격자는 건강보험에 가입할 수 없다는 답변을 받았고, 출입국·외국인청에 체류자격 변경을 문의했지만 G-1 체류자격은 국내에서 다른 체류자격으로 변경할 수 없다는 답변을 들었다.

J씨는 아플 때 마음 편히 병원에 갈 수 있도록 G-1 자격자도 건강보험에 가입할 수 있기를 희망하고 있다.

(의정부 엑소더스)

산재는 치료가 장기화될 때도 있지만 소송으로 이어지는 경우가 많아 체류가 장기화되는 경우가 드물지 않다. 임금체불도 소액 체불은 G-1 자격이 잘 주어지지 않고, 체불액이 클 경우 역시 노동청 진정, 소송을 거쳐 체불임금을 받기까지 수개월에서 수년까지 걸리기도 한다. 치료의 경우도 장기치료가 필요한 경우에만 G-1 자격을 주는데 장기간 지속하여 체류할 것으로 보기 곤란하다는 것은 체류자격 제도와의 부합하지 않는다.

G-1 자격은 산업재해, 임금체불, 성폭력 등 노동권과 인권 침해에 대한 구제 과정에 있거나 성폭력 피해자, 임신 중이거나 출산한 사람, 질병, 사고 등으로 요양 중인 사람과 그 가족 등 인도적 차원에서 체류를 허가할 수밖에 없는 사람에게 주어지는 자격이며, 대다수가 의료서비스가 절실한 사람들이다. 이러한 사람들에게 인도적 차원에서 체류를 허가하면서 건강보험 가입을 허가하지 않고 있는 상황은 지극히 부조리하다.

(3) 유학생

국민건강보험에 가입하지 않은 유학생은 민간보험사의 유학생 의료보험에 가입해야 하며, 그 보험료는 월 1만 원 정도로 보험료가 저렴하다. 그런 만큼 보장성이 약하고, 단신의 유학생을 대상으로 하고 있어 동반가족에게 보장이 되지 않으며 임신·출산 등에 대해 보장이 되지 않는다.

그러나 유학생도 가족을 동반해 체류하는 경우가 많고 임신과 출산도 드물지 않다. 이번

설문조사에서도 체류기간이 비교적 짧은 연수(D-4) 자격자는 5.9% 만이 가족과 동거하고 있었지만, 유학(D-4) 자격자는 36.2%가 가족과 동거하고 있었다. 가족과 함께 체류하거나 특히 자녀가 있는 유학생들은 지역건강보험이 임의가입이었을 때도 건강보험에 가입하는 경우가 많았다. 그래서 유학생 지역가입이 유예되는 것에 대해서 유학생 간에도 의견이 갈리었다.

“교육보험(유학생 민간 의료보험)은 학생만 되고, 가족은 안 돼요. 임신, 출산 때 보장이 안 돼요. 그래서 가족, 특히 아이가 있는 유학생들은 국민건강보험에 가입했었어요.

아마 어학연수로 들어오는 D-4 학생들은 지역가입 의무적으로 해야 되는 것에 반대를 많이 했을 거예요. D-4는 젊고 가족이 없어서 병원에 갈 일이 많지 않으니까. 또 한국에 와서 6개월이 지나야 시간제 취업이 가능해요. 소득이 없으니까 무조건 가입하라고 하면 힘들죠. 대학교 입장에서 학비도 비싼데 건강보험에 무조건 가입하라고 하면 유학생들이 부담스러워하니까 반대할 수도 있고.

그런데 학위과정으로 들어오는 D-2는 짧아도 2년, 길면 4년 이상 한국에 있고, 배우자와 아이가 같이 있는 사람도 많아요. 임신, 출산할 때 병원 가야 되고, 아이들은 병원 자주 가니까 건강보험 가입하는 게 좋죠. D-2는 보험료도 50% 할인 받았고, 시간제 취업도 바로 가능해서 비용이 많이 부담스럽지 않았죠. 가족까지 생각하면 비싼 게 아니에요. 한 달 6만 원 정도(평균보험료의 50% 할인된 금액)에 가족 3명이라고 생각하면 괜찮죠. 부부가 같이 있거나, 아이가 있는 유학생은 국민건강보험에 가입할 수 있게 해주면 좋겠어요.”

(H대학교 유학생 담당자 면접조사)

그러나 유학생의 지역가입을 유예하면서 유학(D-2), 일반연수(D-4)를 지역가입자가 될 수 있는 체류자격에서 제외하여 유학생의 신규 지역가입이 불가능해짐으로써 특히 임신·출산으로 의료서비스 이용이 절실한 유학생들이 의료비 부담으로 어려움을 겪고 있다.¹⁶⁸⁾

유학생이 배우자나 자녀와 함께 체류하는 경우 유학생 본인은 지역가입을 할 수 없지만 동반가족은 건강보험 당연가입 대상이다. 때문에 직장가입자나 피부양자가 되지 못하면 지역가입자로 당연가입 된다. 그러나 유학생 본인은 유학생이라는 이유로 지역가입자가 될 수 없으므로 동반가족의 세대원도 될 수 없는 모순이 발생한다.

168) 본 연구보고서 제6장 제6절 1)의 사례 참조.

(사례 3-1-3) 출국 기간 1개월 초과로 지역가입 자격 상실, 동반가족의 세대원도 될 수 없는 유학생

대학원에 다니고 있는 베트남 유학생(D-2) 여성 N씨는 동반(F-3) 자격을 받은 남편, 어린 자녀와 함께 충남 아산에 살고 있다. N씨 가족은 2017년부터 건강보험 지역가입자였는데, 2019년 9월 베트남에 한 달 이상 다녀온 후에 지역가입 자격이 상실되었다.

아이가 어리기 때문에 건강보험 자격을 다시 취득하고 싶어서 건강보험공단에 문의했더니 남편과 아이는 재입국한 후 6개월이 되는 때에 지역가입자로 당연가입 되지만, N씨는 유학(D-2) 비자를 가지고 있기 때문에 지역가입 세대주는 물론 남편의 세대원도 될 수 없다고 했다. 새롭게 건강보험에 가입하려는 것도 아니고 이전에 가입한 기록이 있는데도 D-2 비자는 안 된다고 했다.

결국 남편이 세대주, 아이는 세대원으로 두 사람만 지역가입자가 되었다. N씨가 세대주일 때는 유학(D-2) 자격자에 대한 50% 보험료 경감으로 월 6만 원 정도만 냈지만 동반(F-3) 자격자인 남편이 세대주가 되니 12만 원이 넘는 보험료를 내야 했다. 현재 N씨는 건강보험이 없는 상태로 지내고 있다.

(유학생 조사원)

유학생은 신규 지역가입은 불가능하지만 기존 지역가입자이면 그 자격을 유지할 수 있다. 그러나 일시 출국이나 보험료 미납으로 지역가입자 자격을 상실하면 그 자격을 재취득하기 어렵게 되었다.

30일 이상 일시 출국한 경우 국외출국기간 동안의 보험료를 납부하여야 자격을 유지할 수 있는데, 이 때 보험료는 세대원 각각이 단독 세대주인 것으로 가정했을 때의 보험료를 일시에 납부해야 한다. 보험료를 미납했을 때는 1개월 이내에 본인이 신청해 보험료를 완납해야 자격을 유지할 수 있다. 그러나 공단은 보험료 미납 사실을 따로 알려 주지 않으므로 이를 모른 채 1개월을 넘기게 될 수도 있고, 보험료를 미납하면 자격이 아예 상실된다는 것, 1개월 이내에 신청해서 보험료를 내야 된다는 것을 누가 유학생들에게 가르쳐 주지도 않는다. 납부의무자의 책임이 없는 사유로 납부기한까지 보험료를 납부하지 못한 경우 납부기한 연장신청서를 공단에 제출하여 납부기한을 연장할 수 있는 제도가 있지만(법 시행규칙 제48조의2), 신청서를 1개월 이내에 제출해야 한다. 이 또한 유학생들이 알 턱이 없다. 때문에 어이없는 이유로 지역가입자격을 상실할 위기에 처하는 유학생들의 사례가 발생하고 있다.

(사례 3-1-4) 잔고증명 발급일과 보험료 자동이체일이 겹쳐 지역가입자격을 잃을 뻔한 유학생

H씨는 부인과 2살이 된 아이와 함께 군포에 거주하는 유학생이다. 부인과 아이가 있어서 이전부터 지역건강보험에 가입해 있었다. 보험료는 자동이체로 납부하고 있었다.

2019년 9월, H씨는 체류기한 종료일이 다가오고 있어서 체류기간 연장을 위해 은행에 잔고증명서를 신청했다.¹⁶⁹⁾ 그런데 하필 잔고증명서 발급일이 건강보험료 납부일인 25일이었다. 잔고증명서 발급일에는 통장 입출금이 되지 않기 때문에 그 날 보험료가 자동이체 되지 않았다. 바로 다음달 1일, H씨의 지역가입자격이 상실되었지만 H씨는 그런 사실을 알지 못하고 있었다.

학교에서는 6개월마다 민간보험사의 유학생보험에 가입하지 않은 학생들에게 국민건강보험에 가입했다는 증명으로 건강보험 자격득실확인서를 요구한다. A씨는 자격득실확인서를 발급받으려 하다가 자신의 지역가입자격이 상실되었다는 사실을 알게 되었다.

H씨는 먼저 군포에 있는 건강보험공단 지사에 전화했다. 그런데 지사에서는 외국인은 안산에 있는 외국인민원센터에 문의해야 된다고 했다. 그래서 다시 안산의 외국인민원센터에 전화로 문의를 했지만 자격을 살릴 방법이 없다고 했다.

H씨는 대학의 유학생 담당자 B씨에게 도움을 요청했다. 그런데 B씨도 H씨와 같은 경험을 한 적이 있었다. 건강보험료를 자동이체로 납부하고 있었는데, 납부일인 25일이 토요일이어서 27일 보험료가 자동이체 될 예정이었는데, 27일 은행에서 잔고증명서를 발급받은 것이었다. B씨도 보험료가 자동이체 되지 않았다는 사실을 모르고 있다가 며칠 후 병원에 갈 일이 있어서 자격 상실이 된 사실을 알게 되었다. B씨는 공단에 이런 상황을 설명하고 자격을 회복했다. 공단에서는 자격 상실이 된 지 얼마 되지 않았기 때문에 회복이 가능하지만 시일이 경과되었으면 회복이 불가능했을 것이라고 했다.

B씨는 자신의 경험을 살려 외국인민원센터에 이 학생이 고의로 보험료를 미납한 것이 아니며, 부인과 어린 아이가 있으니 자격상실이 안 되게 해 달라고 요청했다. H씨는 공단에서 요청한 서류를 준비해 제출하고, B씨가 학교를 통해 사유서를 작성해 제출해 줌으로써 지역가입 자격을 살릴 수 있었다.

H씨와 B씨는 유학생은 보험료가 미납되면 자격이 아예 상실되는데 보험료 미납 사실을 왜 본인들에게 알려주지 않는지 이해할 수 없었다. 공단이 자신들의 휴대전화 번호를 다 알고 있는데 왜 문자메시지라도 보내 주지 않는지 원망스럽다.

(유학생 조사원)

169) 유학생은 체류허가를 받을 때나 체류기간을 연장할 때 잔고증명 등 체재비 입증서류를 제출해야 한다.

(4) 출국유예

코로나19의 영향으로 체류기간이 만료되었지만 출국을 하지 못하는 이주민들이 늘어나자 법무부는 체류기간 자동 연장 조치를 실시하거나 체류자격을 G-1 자격으로 전환해 주기도 했다. 그러나 5년 연속 국내 체류로 영주권과 국적 신청 자격이 생기는 것을 막기 위해 체류기간이 5년을 채우기 전에 체류자격을 상실 처리하고, 한 달 기간 출국유예를 반복해 주고 있다. 출국유예 상태가 되거나 체류자격이 G-1 자격으로 변경되면 건강보험 자격이 상실된다. 때문에 오랜 기간 건강보험료를 납부해 왔는데도 건강보험의 혜택을 받지 못하는 상황이 발생하고 있으며, 그 기간이 길어지면서 더욱 문제가 커지고 있다.

그런데 건강보험공단은 체납 징수를 위해서는 출입국·외국인청과 온라인으로 실시간 체납 정보를 공유하고, 보험료 체납이나 자격 상실로 인한 급여제한은 철저히 관리하면서, 출국유예 상태가 된 이주민들의 건강보험료는 계속 징수하는 사례가 발생하고 있다. 심지어 출국 후에도 건강보험료를 계속 징수한 경우도 있었다.

(사례 3-1-5) 건강보험료를 내고 있어서 치료를 받았는데 급여를 받지 못한 이주민

구직(D-10) 자격자였던 몽골인 A씨는 2020년 10월, 체류기간이 최종 만료될 예정이어서 11월에 출국하려고 비행기 티켓을 구입했다. 그러나 코로나19의 확산으로 몽골행 비행편이 모두 취소되어, 1개월마다 출입국에서 출국유예로 체류를 연장 받고 있었다.

A씨는 지역건강보험 가입자였고, 건강보험공단에서는 출국유예로 체류가 연장되고 있는 기간 동안에도 건강보험료를 계속 내야 된다고 해서 11과 12월 분 선납보험료를 납부했다. 그런데 12월 1일, 병원에 갔더니 체류자격이 10월로 최종 만료되어 건강보험 적용이 안 된다고 했다. 어쩔 수 없이 고액의 병원비를 냈고, 건강보험료는 환불받기로 했다.

(이주민건강협회 희망의친구들)

(사례 3-1-6) 출국유예 상태인데 보험료를 납부하라고 한 건강보험공단

고용허가제(E-9)로 입국해 한국에서 일한 베트남 노동자 H씨의 체류기한은 2019년 11월 만료되었다. 그러나 코로나19로 베트남으로 가는 항공편이 운행되지 않아서 출국을 할 수 없었고, 법무부 직권에 의해 기존 체류자격의 체류기간이 50일 자동연장 되었다. H씨는 그 때까지 건강보험료를 계속 납부하였다. 그런데 체류기간 연장 기한이 끝나가도 여전히 출국을 할 수 없는 상황이어서 다시 체류기간을 연장하기 위해 출입국·외국인청을 방문했다. 그러나 H씨의 국내 연속 체류기간이 5년이 되기 직전이었기 때문에 출입국·외국인청에서는 H씨의

외국인등록증을 회수하고 출국유예 기간을 주었다.

그런데 출국유예 기간에도 건강보험공단에서 보험료 고지서가 날아왔다. H씨는 어떻게 해야 할지를 몰라서 이주노동자 지원센터에 상담을 했고, 센터는 건강보험공단 지사에 문의를 했다. 그런데 지사 담당자는 출국기간이 남아 있으니 보험료를 내야 한다고 답변했다. 센터에서 출국유예 상태에서는 체류자격 상실로 건강보험 가입 자격이 상실되는데 보험료는 내야 하는 것이냐고 항의했고, 공단 담당자가 출입국에 문의해 본 후에야 보험료를 내지 않아도 된다고 했다.

(부산외국인주민지원센터)

(사례 3-1-7) 출국 후에도 보험료를 계속 징수한 건강보험공단

고용허가제(E-9) 중국인 노동자 S씨는 체류기간 4년 10개월이 되기 4개월 전에 직장에서 퇴사해서 구직 신청을 했다. 퇴사한 후에는 건강보험 임의계속가입자가 되어 자동이체로 매월 7만4천 원 정도의 보험료를 내고 있었다. S씨는 2020년 1월 22일, 체류기간이 만료되어 중국으로 돌아갔다. S씨는 출국 후 30일이 지나면 건강보험 자격이 자동 상실된다는 것을 알고 있었기 때문에 귀국하기 전에 자격 상실 신청을 따로 하지 않았다.

그런데 귀국한 후 2월부터 8월까지 총 4차례에 걸쳐 통장에서 건강보험료가 빠져 나간 것을 알게 되었다. S씨는 이주노동자 지원센터에 상담을 했고, 센터가 공단에 이의를 제기한 후에야 보험료를 돌려받을 수 있었다.

(부산외국인주민지원센터)

2) 과도한 보험료 부담

국민의 경우에도 직장가입자에 비해 지역가입자의 보험료 부담이 크다. 직장 가입의 경우 사업주와 노동자가 보험료를 분담하지만 지역 가입자는 가입자가 보험료 전액을 부담하기 때문이다. 그런데 2019년부터 이주민 지역가입자는 경제적 처지와 무관하게 평균보험료 이상을 부담하도록 하고, 본인을 세대주로 하고 본인의 신청이 있는 경우에 배우자와 만 19세 미만의 자녀만 세대원으로 세대를 구성할 수 있게 하였고, 배우자와 미성년 자녀를 세대원으로 등록하기 위한 가족관계증명 요건이 대폭 강화되었다. 이로 인해 이주민들은 과중한 보험료 부담을 지고 있다. 코로나19 여파로 실직이 증가하고, 직장가입자에서 지역가입자가 되는 이주민이 더욱 늘어나며, 당장 생계가 곤란한 지경에 이르는 이주민이 증가하고 있어 과도한 보험료 부과 문제가 더욱 커지고 있다.

생계와 주거를 같이 하는 이주민 가족이 한 세대로 합가하지 못하는 사례는 매우 흔히 발견할 수 있었다. 평균보험료 이상 부과만으로도 부담인데 한 세대로 등록하지 못하는 구

성원이 있는 이주민 지역가입자 가족들은 여러 개의 평균보험료 고지서를 받고 있었다. 특히 가족이 함께 거주하며, 고령의 부모와 자녀들이 함께 사는 경우가 많은 동포와 난민들이 그런 경우가 많았다. 아래 사례들의 또 한 가지 공통점은 가족 중에 직장을 가지고 일하는 사람이 있는데도 일용직·임시직이나 비정규직, 특수고용직 등으로 일하고 있어 직장가입자가 되지 못한 것이다.

(사례 3-2-1) 어머니와 성인 자녀 두 명, 3개 세대로 각각 평균보험료 부과

71세 중국 동포(F-4) 여성 P씨는 성인이 된 자녀 두 명과 함께 살고 있다. 본인은 고령으로 더 이상 일을 하지 못해 소득이 없는 상태이며 자녀 두 명이 일용직으로 일하며 버는 월 300만 원 미만의 소득으로 생활하고 있다. 자녀들이 일용직이다 보니 건강보험 직장가입자가 될 수 없어 지역가입자가 되었고, 한 집에 사는데도 세 명이 각각 따로 평균보험료를 매달 내고 있다. A씨는 수입도 없는데 자식들에게 적지 않은 보험료 부담까지 지우고 있어서 미안한 마음이 크며, 가족 중 한 사람이 보험료를 내면 다른 사람은 내지 않기를 희망하고 있다.

(중국 동포 조사원)

(사례 3-2-2) 어머니, 딸, 손녀, 세 명의 가족, 2개 세대로 각각 평균보험료 부과

65세 러시아 국적의 고려인 동포(F-4) 여성 C씨는 딸과 초등학생인 손녀와 셋이 살고 있다. 작년까지는 농업에서 일용직으로 일하며 월 100만원 남짓의 수입이 있었지만 올해는 건강이 좋지 않아서 거의 일을 나가지 못하고 집에서 손녀를 돌보고 있다. 딸이 일을 해서 월 160~170만 원을 벌고 있는데, 직장가입자가 되지 못해 지역가입자가 되었고, 본인과 딸에게 각각 평균보험료 고지서가 나온다. C씨는 어린 손녀를 혼자 키우고 있는 딸이 자신의 보험료까지 두 배의 보험료를 내야 하는 상황이 공정하지 않다고 생각한다.

(고려인 동포 조사원)

(사례 3-2-3) 노부모, 부부와 6살 자녀, 다섯 명 가족, 2개 세대로 평균보험료 부과

34세 우즈베키스탄 국적의 고려인 동포(F-4) 여성 E씨는 남편, 6살 아들, 각각 70세와 68세인 시부모님과 함께 살고 있다. 본인과 남편 모두 정규직으로 일을 하지 못하고 있기 때문에 직장가입자가 될 수 없어 시부모님을 피부양자로 등록할 수 없다. 때문에 본인, 남편, 아들이 한 세대, 시부모님이 또 다른 세대로 각각 평균보험료가 부과되고 있다. 시부모님은 고령으로 일을 하지 못하고 소득이 없어 보험료를 납부할 능력이 되지 않아 본인이 대신 납부하고 있다.

예전에는 직장가입자가 아닌 사람도 부모님을 가족으로 등록할 수 있었는데, 새로운 법이 나온 뒤로 그렇게 할 수 없게 된 것이 부당하다고 생각한다.

(고려인 동포 조사원)

**(사례 3-2-4) 본인, 자녀 부부, 손주 부부와 증손자, 여섯 명 가족, 3개 세대로
평균보험료 부과**

69세 러시아 국적의 고려인 동포(F-4) L씨는 자녀 부부, 손주 부부와 증손자 까지 모두 여섯 명이 한 집에 살고 있다. 자녀 부부와 손주 부부는 일을 하고 있지만 직장에서 건강보험에 가입해주지 않아서 지역가입자가 되었다.

현재 본인, 자녀 부부, 손주 부부와 증손주, 각각 한 세대가 되어 모두 3개 세대로 평균보험료가 부과되고 있다. L씨는 나이가 많아서 일을 할 수 없어 수입이 전혀 없는데 자녀가 본인의 보험료까지 내주고 있어 미안한 마음이다.

(고려인 동포 조사원)

3) 가혹한 체납 제재와 급여 제한

‘내국인’의 경우에도 독촉과 체납처분(압류), 급여제한 등 비인간적 ‘처벌’을 가하여 생계형 체납자의 생존과 건강을 위협할 뿐 아니라 인간으로서의 존엄과 가치도 보장받지 못하는 문제가 제기되고 있다(김선 외, 2017). 그런데 이주민에게는 보험료 미납 즉시 급여를 제한하고, 분할납부 승인을 받고 분할납부를 시작해도 완납 시까지 급여를 실시하지 않으며, 보험료 완납 후에도 급여를 소급적용 하지 않는 등 훨씬 더 가혹한 체납 제재를 가하고 있어 이주민의 건강권이 심각하게 위협받고 있다.

(사례 3-3-1) 소득이 없고 만성질환과 장애가 있는 70세 노인

70세 중국 동포(F-4) 남성 K씨는 가족이 한국에 있기는 하지만 혼자 살고 있다. 만성질환과 장애가 있는데다 최근 급격하게 몸이 안 좋아져 일을 하지 못하고 있으며 소득도 없다. 최근 1년간 응급실에 실려 가기도 하고, 입원도 하는 등 병원 이용이 잦았는데, 돈이 없어서 건강보험료를 체납하던 중에 병원에 가는 바람에 병원비가 많이 나온 적이 있다. 다행히 그 때 병원비는 가족들의 도움으로 해결했지만, 이후에도 보험료를 내지 못해 아파도 병원에 가지 못하고 참아야 했다. 일을 못하는 상황에서 매달 123,080원의 보험료가 큰 부담이라 건강보험공단에서 조금이라도 보험료를 낮춰주기를 바라고 있다.

(중국 동포 조사원)

(사례 3-3-2) 정기적인 소득이 없고 만성질환과 장애가 있는 70대 노부부

74세 중국 동포(F-4) 여성 H씨는 70이 넘는 남편과 둘이 살고 있다. 본인은 나이도 많고 만성질환과 장애로 인해 일을 하지 못하고 있고, 남편이 가끔 현장 일용직으로 일해 월 100만원이 채 되지 않는 소득을 얻고 있다. 본인이 지역가입 세대주, 남편이 세대원으로 123,080원의 보험료가 매달 부과되고 있는데 정기적인 소득이 없다보니 보험료를 제 때 내지 못하다가 한꺼번에 내는 일이 잦다.

“남편이 일을 하지만 한 달에 100만원도 못 버는데 매달 보험료가 12만원도 넘게 나오니 너무 힘이 듭니다. 남편 별이가 변변히 없는 달은 돈이 없어서 보험료를 못 내기도 하는데, 보험료를 못 내면 병원비가 비싸니까 아플 때 병원에도 못 갑니다. 우리 같은 노인들은 보험료를 적게 냈으면 좋겠습니다.”

(중국 동포 조사원)

선납보험료를 납부하는 이주민은 보험료 미납 즉시 급여가 제한되지만 공단은 이에 대해 별도 통지를 하지 않으므로 보험료가 미납된 사실을 미처 확인하지 못해서 급여 제한이 되는 경우도 있다.

“너무 안일하고 무책임한 것 같아요. 돈만 받는데 혈안이 되어 있고, 사람들의 사정은 생각도 안 해요. 자동납부 해놨다가 하루만 지나도 체납이라고 자격 없어져 버려요. 그런데 정작 당사자들은 자격 없어진 것도 몰라요. 체납되면 문자라도 보내던지 해야지, 아예 연락이 없어요. 내기 싫어서 안 낸 게 아니라 몰라서 그런 건데. 환자들이 며칠 전에 병원 갔을 때는 됐는데, 오늘은 안 된다고 한다. 라면서 전화 온 경우가 몇 건이나 있어요.”

(외국인복지센터 중국 동포 담당자 면접조사)

(사례 3-3-3) 선납보험료 20일 지연 납부 중 출산으로 고액의 병원비 부담

28세 고려인 동포(F-4) 여성 L씨는 2020년 10월 12일, 출산을 했다. 그러나 9월 25일 건강보험료가 납부되지 않은 상태여서 보험 적용이 되지 않았다. 10월 14일, 10월분 보험료를 납부했지만 보험 급여는 소급 적용되지 않는다고 했다.

(고려인지원센터 너머)

산재보험 적용도 안 되는 고용허가제 농업 이주노동자는 산재를 당해 입원하고 있던 중에 자동이체 신청해 둔 보험료가 미납되어 그 기간 치료비의 공단 부담금에 대해 ‘부당이

득' 환수 조치를 당했고, 이에 대해 국민권익위원회에 진정을 한 후에야 급여를 소급적용 받을 수 있었다.

(사례 3-3-4) 산재보험 적용도 안 되고, 입원 중 보험료 지연 납입으로 급여도 제한된 산재피해 농업 이주노동자

네팔 노동자 S씨는 2018년 12월, 고용허가제 농업 노동자로 입국해 일을 하고 있었다. 2019년 3월, 사업주의 지시에 따라 트랙터를 운전해 비료를 옮기던 중 트랙터가 넘어지면서 그 아래에 깔려 장기파열, 척추 뼈 골절 및 척수손상 등의 재해를 입었다.

산재 사고였지만 S씨가 일하던 사업장은 법인이 아닌 5인 미만의 사업장이어서 산재보험으로 보상을 받을 수 없었고, 사업자등록증이 없는 사업장이어서 직장건강보험도 없었다.¹⁷⁰⁾ 때문에 병원 사회사업과에서 후원활동으로 병원비를 마련하였다. 이 때 병원에서 지역건강보험 가입 안내를 받아서 가입했고 급여통장에서 보험료 자동이체를 신청하였다.

S씨는 2019년 재활전문요양병원으로 옮겨서 입원치료를 받다가 2020년 2월 말에 퇴원해서 출국 준비를 하고 있었다. 그런데 2020년 5월, 요양병원으로부터 건강보험료 체납으로 급여가 제한되었던 기간의 병원비 360만 원을 추가로 내야 한다는 연락을 받았다.

S씨는 다음날 어찌된 영문인지를 알아보기 위해 건강보험공단 지사를 방문했다. 공단 측은 보험료 자동이체 신청이 되어 있었지만 알 수 없는 이유로 입원 중 1개월분 보험료가 지연 납입되어 해당 월의 급여가 제한되었기 때문에 병원에서 추가 비용 납입을 요청한 것이라고 했다. 또한 2020년 4월 이후 보험료도 체납된 상태라고 했다.

S씨는 2019년 12월 25일에 보험료가 자동이체 되지 않았다는 것을 병원으로부터 안내를 받아 알게 되어 2020년 1월 10일 납부한 적이 있었다. 병원에서는 S씨가 퇴원한 후에 건강보험공단에 급여를 신청했다가 1월 1일부터 10일까지 열흘 간 보험료 지연 납부로 급여가 제한된 사실을 뒤늦게 확인한 것이었다. 2020년 4월 이후에는 통장 잔고가 부족해 자동이체가 되지 않았던 것이었다.

S씨는 이주노동자지원센터의 도움을 받아 국민권익위원회(이하 권익위)에 다음과 같은 내용으로 민원을 제기하였다.

첫째, 민원인은 한국에 입국한 지 3개월 만에 중대한 산업재해를 당하였다.

170) 「산업재해보상보험법」 제6조(적용 범위)에 따른 「산업재해보상보험법 시행령」 제2조 제1항 제6호는 “농업, 임업(벌목업은 제외한다), 어업 및 수렵업 중 법인이 아닌 자의 사업으로서 상시근로자 수가 5명 미만인 사업”을 적용 대상에서 제외하였다. 이에 따라 해당 사업장에서 일하는 사업주나 노동자는 산재보험에 가입할 수 없으며, 예외적으로 근로복지공단의 승인을 받은 경우에만 가입이 가능하다.

그로 인해 자살을 시도하여 정신과 진료를 받았을 만큼의 정신적인 충격을 받았고, 제대로 견지도 못하는 장애를 입은 채 병원에 입원해 재활치료를 받고 있었다.

둘째, 민원인에 대한 건강보험료 체납 안내가 없어 본인이 이를 인지하기 어려운 상황이었다. 이주민은 건강보험료를 늦게 납부할 경우 바로 급여가 제한되고 보험료를 완납해도 급여의 소급적용이 안 되기 때문에 보험료 지연 납부는 매우 중요한 문제이다. 그런데도 공단으로부터 전화나 문자 메시지 등 어떤 안내도 받지 못했다. 민원인은 자동이체로 건강보험료를 납부하고 있었고, 보호자도 없이 병원에 입원해 있었으며, 건강보험제도나 한국의 은행 관련 제도에 대해 잘 알지 못하였다.

셋째, 민원인은 병원에 입원해 치료를 받고 있는 중이었으므로 건강보험 적용이 반드시 필요한 상황으로 건강보험료 납부를 회피할 이유가 전혀 없었다.

S씨는 국민권익위에 민원을 제기하고 일주일 후에 건강보험공단으로부터 연락을 받았다. 공단 측은 보험료 체납 기간 동안 입원 사실 등을 확인한 후 급여를 소급적용해 주겠다고 했다. 단 지금까지 체납된 보험료를 납부하여 급여제한이 해제되어야 전산 상 소급적용 처리를 할 수 있다고 했다. 이에 체납된 보험료를 납부하러 갔는데 ‘외국인’은 다음 달 보험료까지 선납해야 한다고 해서 4월에서 7월까지 4개월분의 보험료 약 50만원을 납부하였다.

(의정부외국인노동자지원센터)

‘부당이득’은 그 명칭부터 문제이다. 급여 제한 기간에 급여를 받은 경우는 환자의 잘못이 아니라 의료기관과 공단의 업무 처리 상 문제일 뿐인데, 이런 사실에 걸맞지 않는 ‘부당이득’이라는 명칭을 붙여 급여를 환수조치 한다.

(사례 3-3-5) 사업주의 과실로 퇴직신고를 늦게 했는데 신고 전에 받은 보험급여는 부당이득으로 처리

수단 국적의 난민신청자인 D씨는 체류자격 외 활동허가를 받고 2017년 2월부터 공장에서 일을 시작했다. D씨의 직장은 당연가입사업장이어서 D씨는 직장가입자가 될 수 있었다.

그런데 일을 시작한 지 4개월이 좀 지났을 때부터 D씨는 숨을 잘 쉬지 못할 정도의 가슴통증을 느끼게 되었다. 조금 쉬면 괜찮았지만 일을 하면 다시 아팠기 때문에 결국 직장을 그만두게 되었고, 심장에 관상동맥질환이 있다는 사실을 알게 되었다.

얼마 후 D씨는 극심한 가슴 통증으로 가까운 병원을 찾았는데, 병원 측은 응급 상황으로 판단했고, D씨는 헬리콥터로 대학병원으로 이송되어 당일 수술을

받았다. 당시 대학병원 측에서는 D씨가 건강보험 적용대상자라고 알려주었다. 다행히 수술은 성공적이었고, D씨는 5일 후 퇴원을 하였다. 진료비에는 건강보험 급여가 적용되었지만 D씨는 그조차 부담할 경제적 여유가 없었으므로 지인들의 도움을 받아 병원비를 냈다. 그런데 얼마 후 건강보험공단에서 D씨가 받은 보험 급여가 부당이득이라며 반환을 요구했다.

이주민이 건강보험 직장가입자의 자격을 잃은 경우에 사용자는 그 자격을 잃은 날부터 14일 이내에 자격상실 신고서를 공단에 제출해야 하는데(동법 시행규칙 제61조 제2항), D씨의 전 사업주가 퇴직 처리를 곧바로 하지 않고 2017년 8월에 이르러서야 자격상실 신고를 한 것이었다. 기한을 넘겨 신고서를 제출하면 퇴사일 다음 날로 소급해서 자격을 상실하게 되는데, D씨는 그 이후에 병원 치료를 받았으므로 보험 급여가 부당이득이라는 것이었다.

D씨는 그 후로 몇 차례 부당이득금 및 체납가산금 납부 독촉고지서를 받았지만 건강이 좋지 않아 일을 할 수 없었기 때문에 이를 납부할 능력이 없었다. 결국 2019년 9월, 공단으로부터 압류예정 통보서를 받았을 뿐 아니라 체류연장에도 어려움을 겪게 되었다.

이에 난민지원단체들이 D씨의 보험료 분할납부 신청을 도와주어 2019년 12월부터 분할 연체금을 납부하기 시작했고 어렵게 체류도 연장할 수 있었다. 그러나 분할납부를 하고 있어도 여전히 보험급여를 받을 수 없는 D씨는 건강이 좋지 않아도 병원에 가기를 꺼리고 있다.

(난민인권네트워크)

4) 건강보험료 체납과 체류연장 제한

법무부는 ‘건강보험료 체납외국인 비자연장 제한제도’를 통해 이주민이 건강보험료를 미납하면 체류연장 3회까지는 6개월 이내 연장만 허용하고, 체류연장 4회 째까지 미납 시에는 체류허가를 불허하겠다고 발표했다.

그러나 실제 사례들에서는 건강보험을 체납한 이주민은 온라인으로 체류자격 연장 신청을 할 수 없고, 직접 출입국사무소를 방문했을 때 보험료 완납을 요구하므로 체납보험료를 일시에 완납해야 체류자격 연장이 가능했다. 법무부는 체류자격이 만료되었지만 코로나19 영향으로 출국을 할 수 없는 이주민에게 출국유예를 줄 때도 건강보험료 완납부터 요구했다.

코로나19의 영향으로 파견업체를 통한 일용직·임시직 고용 비율이 높은 동포들이 특히 실직 등 경제적 타격을 크게 받고 있는데, 과도한 금액의 건강보험료를 납부하면서 경제적 어려움이 심화되거나 보험료를 체납하여 체류 연장에 어려움을 겪고 있다.

(사례 3-4-1) 보험료 체납분 모두 납부 후에야 체류 연장

46세 러시아 국적의 고려인동포(F-4) P씨와 그의 8세 자녀(F-1)는 2020년 10월 30일 체류기간이 만료될 예정이어서 온라인으로 연장 신청을 했다. 그러나 신청은 반려되었고 “건강보험료 체납이 있어 전자민원처리가 불가합니다. 건강보험공단(1577-1000) 문의하셔서 납부 후 체류기간 만료 전 전자민원을 다시 신청하여 주시거나 관할 출입국외국인사무소로 예약 방문 바랍니다.”는 안내가 떴다. 이에 출입국·외국인청에 연장 신청을 하러 갔지만 건강보험료 체납으로 연장이 불허되었다. 이후 보험료 체납분을 모두 납부한 후에야 체류 연장을 할 수 있었다.

(고려인지원단체 너머)

(사례 3-4-2) 보험료 체납분 모두 납부 후에야 출국유예 허가

카자흐스탄 국적의 고려인동포(H-2) K씨는 2020년 11월 17일 체류기간 만료 예정이었다. 방문취업(H-2) 자격은 출국해서 체류자격을 갱신해야 하지만 코로나 19 영향으로 출국이 불가능했으므로 출국유예를 신청하기 위해 출입국사무소에 방문했다. 그러나 출입국사무소는 K씨에게 11월 7일까지 ‘조세 등 체납사항 납부 명령서’를 주었다. 결국 K씨는 보험료 체납분을 모두 납부한 후에야 출국유예를 받을 수 있었다.

(고려인지원단체 너머)

(사례 3-4-3) 보험료 체납분을 납부할 돈이 없어서 체류연장을 하지 못한 동포

키르기스스탄 국적, 고려인동포(F-1) S씨는 2020년 11월 14일 체류기간 만료 예정이었지만 출국할 항공편이 없어서 출국유예를 신청하기 위해 출입국사무소를 방문했다. 출입국사무소에서는 건강보험료 체납분 약 150만 원을 먼저 납부한 후 출국유예를 다시 신청하라고 했지만 S씨에게는 그럴 돈이 없었다. 결국 S씨는 보험료 체납분을 납부할 돈이 없어서 출국유예를 받지 못했다. 그런데 항공편이 없어서 출국도 못하고 있다. 꼼짝없이 초과체류자가 되어 버린 것이다.

(고려인지원단체 너머)

경제적 상황이 어려운 이주민들은 체류 연장을 위해 체납된 건강보험료를 일시 납부하고 난 후 다시 보험료를 체납하게 될 수 있지만 보험료를 체납하고 출국하면 재입국이 제한될 수 있다. 실제 출입국·외국인청은 재입국 할 생각이 없으면 보험료를 내지 않고 출국해도 된다고 안내하기도 한다. 그러나 국내에 계속 체류하고자 하는 이주민은 체류 연장 시 어떻

게든 보험료를 납부하고, 다시 어쩔 수 없이 보험료 체납을 반복하게 된다. 체납 기간에는 보험급여를 받을 수 없고 완납해도 소급 적용되지 않으므로 결국 보험료를 모두 납부하고도 보험 혜택은 누릴 수 없게 된다.

(사례 3-4-4) 체류연장을 위해 체납보험료 일시 납부, 출국유예로 건강보험 자격 상실

키르기즈스탄 국적, 고려인동포(H-2) J씨는 동반가족으로 방문동거(F-1) 자격을 받은 남편, 미성년 자녀 2명과 함께 체류 중이었다. 2020년 9월, 체류기간이 만료되었지만 코로나19로 출국을 할 수 없어 11월 초까지 50일 간 체류 연장을 받았는데, 체류 연장을 받을 때 그간의 건강보험료 체납분을 일시에 내야 했다. 그런데 체류 연장 기간이 끝나는 시점에도 출국이 불가능해서 이번에는 출국유예를 받았고, 다음날로 건강보험 자격이 상실되었다. 결국 J씨 가족은 건강보험료를 모두 납부했지만 그 혜택을 받은 적은 없었다.

(고려인지원단체 너머)

4. 가족관계 증명의 어려움

이주민이 세대원이나 피부양자 자격을 취득하기 위해 제출해야 하는 가족관계증명 서류의 요건이 강화되면서 배우자와 미성년 자녀라도 가족관계 등록에 어려움을 겪는 경우가 많다. 등록을 하더라도 그 과정에서 적지 않은 시간적·금전적 비용이 발생하고 있다.

“나는 직장에 다니면서 건강보험 직장가입자가 되었지만 처음에는 아내와 두 자녀를 피부양자로 등록하는데 어려움을 겪었습니다. 처음에는 아내와 두 아이를 피부양자로 등록하지 못해서 세 사람 각각에게 보험료 고지서가 나오고 있었고, 한꺼번에 많은 돈을 내야 했습니다. 우선 두 아이를 아내의 자녀로 등록하는 절차를 밟았고, 이후에 출입국사무소에 여러 번 찾아가고 NGO의 도움을 받아서 우리 가족 네 명의 외국인등록사실증명서를 발급받을 수 있었습니다.

새로운 건강보험제도가 실시된 직후였기 때문에 나는 아무 것도 알지 못했습니다. 회사에서도 피부양자 등록과 관련된 서류작업을 도와주지 못했습니다. 내가 사는 지역의 출입국사무소는 아무것도 알지 못했고, 결국 NGO와 건강보험공단의 도움을 받아야 했습니다. 가족등록을 위한 서류를 번역하고 공증을 받을 수 있는 사무소를 찾는 것도 어려운 일이었습니다. NGO가 도와주지 않았다면 수개월 동안 보험료로 많은 돈을 지불해야 했을 것입니다. 지금은 모든 것이 정리되어 나의 직장건강보험에 아내와 두 아이가 피부양자로 등록되어 있습니다.

만약 내가 나이가 들고 내 아이들이 성인이 될 때까지 현재의 건강보험제도가 유지된다면, 우리 가족들은 나쁜 영향을 받게 될 것입니다. 한국 정부가 부디 장기적인 비전을 가지고 건강보험제도를 개선했으면 좋겠습니다.

(1992년생, 예멘 국적 남성, 인도적체류자, 설문조사 주관식 답변)

1) 국적국이나 재외공관에 접근이 어려운 난민

난민신청자, 인도적체류자, 난민인정자 등 난민과 그 가족은 국적국의 박해 우려에 대한 공포 혹은 본국이 전쟁 중인 상황 등으로 인해 국적국 또는 국적국의 재외공관에 접근하기 어려운 한계가 있다. 때문에 본국이나 대사관에서 가족관계 증명서류를 발급받기가 어렵다.

보건복지부 고시에서는 법무부에서 발급한 외국인등록사실증명원을 가족관계 증명 서류로 인정한다고 하지만 법무부는 외국인등록사실증명원에 가족사항을 기재하는 체류자격을 제한하고 있다.¹⁷¹⁾ 예를 들어 인도적체류자와 그 가족 외의 기타(G-1) 자격자의 가족사항은 아예 기재해 주지 않기 때문에 G-1-5 자격을 받는 난민신청자는 가족관계 증명에 외국인등록사실증명원을 사용할 수 없다.

아래 사례의 난민신청자 가족은 외국인등록사실증명원으로 가족관계를 증명할 수 없고, 대사관이나 본국 정부에서 서류를 발급받는 것도 불가능해서 DNA 테스트 결과를 제출하고 가족을 피부양자로 등록하였다. 그러나 DNA 테스트는 비용 부담도 클 뿐 아니라 혈연이 아니라 입양 등으로 가족이 된 경우가 있었다면 가족관계 입증 자체가 불가능했을 것이다.

(사례 4-1-1) DNA 테스트 결과로 피부양자 등록을 한 난민신청자 가족

Z씨는 1994년 생 남성으로 파키스탄의 소수민족인 발루치스탄 출신의 난민 신청자이다. Z씨는 2019년 1월 파키스탄 정부의 소수민족 탄압을 피해 두바이를 거쳐 아내와 관광비자로 한국에 입국해 난민 신청을 했다. 난민신청 후 6개월이 지나서 체류자격 외 활동허가를 받고 공장에 다니기 시작하면서 직장건강보험에 가입했고, 아내는 피부양자로 등록했다.

2020년 1월, Z씨의 어머니와 동생 세 명(22세, 17세, 14세)이 입국해서 난민 신청을 했다. 어머니는 고혈압이 있고 무릎관절이 좋지 않아서, 동생 두 명(17세, 14세)도 신체적 장애가 있어서 치료가 필요한 상황이었다. Z씨는 어머니와 동생들이 외국인등록증을 받은 즉시 피부양자로 등록하기 위해 건강보험공단을 방문

171) 법무부 「체류자격 안내 매뉴얼」, 「외국인등록 시 동반가족사항 입력대상 체류자격」 참조.

했다. 공단은 파키스탄에서 가족관계증명서를 발급받아서 영문번역을 하고 주 파키스탄 한국대사관에서 공증을 받아 올 것을 요구하였다.

Z씨의 가족은 국적국인 파키스탄 정부로부터 박해를 받았고 그 과정에서 가족들 대부분이 뿔뿔이 흩어진 상태여서 파키스탄에서 가족관계서류를 대신 받아 줄 수 있는 사람이 없었고, 대사관에 접근하기도 어려웠기 때문에 Z씨의 낙심이 컸다. 1개월 후 Z씨는 이주민지원센터에 도움을 요청했고, 지원센터에서 다시 건강보험공단에 문의를 했다. 공단은 난민 등의 경우에는 특별히 자국에서 가족관계증명서를 발급 받을 수 없는 상황을 감안해서 가족사항이 기재된 외국인등록 사실증명원을 발급받아 제출하거나 DNA 테스트 결과를 제출하면 피부양자로 등록해 줄 수 있다고 했다.

그러나 난민신청자는 외국인등록 시 동반가족사항이 입력되지 않고, 가족 각각의 외국인등록사실증명원이 발급되므로 가족관계증명 서류로 이용할 수가 없었다. Z씨 가족은 어쩔 수 없이 한 명당 15만 원씩, 다섯 명이 총 75만원을 들여 DNA 검사를 받았다. DNA 테스트 결과를 공단에 제출해서 세 명의 동생은 피부양자로 등록할 수 있었다.

하지만 공단은 어머니는 아버지에게 부양의무가 있기 때문에 아버지와 이혼 혹은 사망했다는 것을 입증하라고 했다. Z씨는 공단 측에 파키스탄에서 아버지가 사망하셨다고 설명했지만 공단 측은 “아버지가 사망했다면 사망증명서를 받아서 번역해서 공증을 받고 파키스탄의 한국대사관에서 확인을 받아 오라”고 했다. 박해를 피해 온 난민신청자여서 국적국과 국적국 대사관에 접근할 수 없었기 때문에 값비싼 비용을 들여 DNA 테스트를 받은 것이었는데 다시 국적국에서 서류를 받아 대사관에서 공증을 받아오라니 Z씨는 또 다시 좌절할 수밖에 없었다. 그러나 공단 측은 어쩔 수 없다는 말만 되풀이했다.

Z씨는 다시 이주민지원센터에 도움을 요청했다. 지원센터는 공단에 항의하고 파키스탄 정부가 아니라 파키스탄의 병원에서 사망진단서를 발급 받아 번역·공증을 받아서 공단에 제출해 어머니를 피부양자로 등록할 수 있었다.

Z씨는 그나마 현재 직장에 다니고 있기 때문에 가족들이 피부양자 자격을 취득할 수 있었다. 그러나 최근 코로나19로 일이 많이 줄어서 직장을 잃게 될까봐 걱정하고 있다. 난민신청자는 지역가입자가 될 수 없으므로 직장을 잃게 되면 가족 모두 건강보험을 잃게 된다.

(부산외국인주민지원센터)

국내 출생한 난민인정자의 자녀가 여권을 만들지 못해 외국인등록과 건강보험 가입에 어려움을 겪은 사례가 있었다. 이 사례는 출입국·외국인청, 건강보험공단, 의료기관 모두 국적국 또는 국적국의 재외공관에 접근이 어려운 난민들의 상황에 얼마나 무지한지를 보여준다.

(사례 4-1-2) 국내 출생한 아이의 여권을 만들 수 없어서 피부양자 등록에 어려움을 겪은 난민인정자

B씨는 자국의 박해를 피해 2017년 한국에 입국하여 난민인정을 받았다. 이어서 2018년 부인과 자녀 두 명이 입국해 난민인정자의 동반가족(F-1)으로 비자를 받았다. 2019년 1월 셋째 아들이 이른둥이로 태어나 대학병원에 한 달 반을 넘게 입원했다. 난민인정자인 B씨는 대사관에 갈 수 없어서 아이의 여권을 만들지 못했고, 외국인등록도 건강보험 가입도 하지 못했다. 때문에 입원 기간 동안 병원비가 약 3,000만 원이 나왔다.

병원 직원은 B씨를 일주일에 한 번씩 불러서 병원비를 중간 정산하라고 독촉하며 화를 냈고, B씨에게 돈이 없다는 것을 알고 예치금 200만원을 선납하라고 요구했다. 병원 직원은 B씨의 통역을 도와주던 동향 친구에게도 전화해서 병원비 독촉을 했고, “거짓말쟁이”, “그쪽 사람들은 약속을 안 지킨다.”는 등의 모욕적인 발언을 했다. 5명 가족의 가장인 B씨의 한 달 월급은 200~220만 원이라 월세와 생활비로 쓰고 나면 거의 남는 게 없어서 병원비에 대한 압박이 너무 컸지만 병원에서는 어떤 방법도 안내 해주지 않았다.

출입국사무소 체류계는 난민신청자의 처지를 이해하지 않고 외국인등록을 하기 위해서는 여권이 있어야 한다, 는 원칙만 고수하였고, 건강보험공단에서는 외국인등록사실증명원 없이는 피부양자 등록을 할 수 없다는 원칙만 되뇌었다.

결국 이주민 지원단체에서 나서서 출입국사무소 측에 국내 출생한 난민인정자의 자녀가 여권을 만들기 어려운 이유를 납득시켜 여권 없이 외국인등록 신청을 하고, 건강보험공단에 직장가입자의 피부양자로 등록하여 아이의 건강보험 자격을 취득하였다. 건강보험에 가입한 후 병원비를 정산하니 3,000만원이던 본인 부담금이 약 29만 원으로 떨어졌다.

(부산외국인주민지원센터)

2) 외국인등록사실증명원의 문제

외국인등록사실증명원은 쉽게 발급받을 수 있고 번역과 공증이 필요 없으므로 가족관계를 입증하는 가장 간편한 수단이다. 그러나 법무부는 외국인등록사실증명원에 가족사항을 기재하는 체류자격을 제한하고 있으며, 가족으로 인정해서 체류자격을 부여해 놓고도 증명원에는 가족으로 기재해 주지 않기도 한다. 외국인등록사실증명원에 가족 사항이 기재되어 있어도 배우자의 경우 관계 변동이 가능하다는 이유로 외국인 등록일부터 9개월 이내 발급 받은 증명원만 입증 서류로 인정한다. 때문에 외국인등록을 한 지 오래 된 장기체류자는 배우자 관계를 입증하는데 이를 이용할 수 없다.

인도적체류자는 외국인등록사실증명원에 가족사항이 기재된다. 그런데 가족의 입국 시기가 다르거나 해서 각각이 허가를 받으면 인도적 체류허가자의 가족(G-1-12)이 아니라 인도적 체류허가자(G-1-6) 자격을 받게 될 수 있다. 그런데 법무부는 언제부터인가 G-1-12 자격자만 G-1-6 자격자의 가족으로 기재해 주고 있다. 법무부 난민과는 인도적체류자의 가족임을 인정해 체류자격을 부여한 것인데 외국인등록사실증명원에는 가족사항을 기재해 주지 않는 것이다.

“2019년 7월에 외국인등록사실증명서와 병원발급 출생증명서로 지역가입 세대에 합가를 한 인도적체류자 가정이 있습니다. 어머니와 자녀 6명은 G-1-6, 자녀 1명은 G-1-12 자격이었습니다. 건강보험공단 지사에 제출했던 외국인등록사실증명서는 2019년 4월에 발급받았고 당시 어머니의 증명서 상에는 G-1-12 자녀를 제외한 G-1-6 자녀 6명이 가족원으로 기재되어 있었어요.

그런데 올해(2020년) 3월에 초등학교 입학서류용으로 수원출입국에 증명서 발급 신청을 했더니 G-1-12 자녀에 대해서만 신청을 통해 가족원으로 기재할 수 있다고 했습니다. G-1-12인 가족원을 포함하는 대신, G-1-6 가족원에 대해선 막기로 한 것 같아요.”

(‘아시아평화를향한이주 MAP’ 활동가)

(사례 4-2-1) 가족관계 증명을 하지 못한 G-1-6 자격 인도적체류자 가족

부부와 자녀 둘의 4인 가족인 인도적체류자 가족은 남편이 먼저 입국해서 난민신청을 하고, 부인과 아이들이 그 후에 입국해서 난민신청을 했다. 가족 모두 난민인정은 불허되고 인도적 체류허가를 받아 부인과 아이들이 먼저 G-1-6 자격을 받고, 남편이 이어서 G-1-6 자격을 받았다.

2020년 2월, 가족이 건강보험 지역가입 세대원으로 합가하기 위해 외국인등록사실증명원을 발급받았는데 가족 사항이 기재되어 있지 않았다. 외국인종합안내센터 1345에 문의해 보니 G-1-12의 경우에만 합가가 되고 가족이 각각 G-1-6인 경우 합가가 안 된다고 했다. 본국 대사관에 가서 서류를 발급받기는 힘든 상황이라 가족관계증명을 할 수 없었다. 결국 가족 모두가 독립된 세대로 각각 건강보험료가 부과되었다.

(난민인권네트워크)

또한 보건복지부 고시는 분명히 법무부에서 발급한 외국인등록사실증명원에 가족관계가 기록되어 있는 경우 체류자격에 관계없이 가족관계서류로 인정한다고 하고 있는데도 건강

보험공단 담당자에 따라 이를 인정하지 않고 본국이나 재외공관에서 서류를 발급 받아 올 것을 요구하기도 한다.

“외국인등록사실확인서 떼면 가족 이름이 다 나오거든요. 내가 세대주로 되어 있고, 남편이랑 아이 이름 다 나와요. 그걸로 신청하면 편한데, 인정을 안 해줘요. 출입국 서류를 건강보험공단이 인정을 안 해줘요. 이건 정말 이상하잖아요.”
(H대학교 유학생 담당자 면접조사)

아래 사례는 건강보험공단 지사의 담당자가 외국인등록사실증명원을 가족관계 서류로 받아줄 수 없다고 한 경우인데 이주민 당사자도, 지원단체도 그 이유를 알 수 없었던 경우이다. 또한 공단 담당자는 이 이주민의 한국국적 손자의 세대원이 될 수 있는데도 이 사실을 안내해주지 않았다.

(사례 4-2-2) 법무부가 발급한 외국인등록사실증명원을 증명 서류로 받아줄 수 없다고 한 건강보험공단

H씨는 캄보디아 출신, 방문동거(F-1) 체류자격자인 1952년생 여성이다. 막내 딸이 2007년 한국인과 결혼해서 자녀를 2명 낳았는데 사위가 가족을 제대로 부양하지 않아서 딸이 공장에 다니며 돈을 벌어야 했다. 딸이 일을 하면서 아이를 키우기가 힘들었기 때문에 H씨가 손자들을 맡아서 5년 동안 캄보디아에서 키웠다.

2017년 12월, H씨는 10살, 8살이 된 손자들을 한국에서 학교에 보내기 위해 손자들과 함께 한국으로 왔다. 딸은 이미 사위와 4년 이상 별거 중이었고 H씨의 도움 없이 한국에서 공장에 다니며 자녀 2명을 키우기 힘든 상황이었다. H씨는 딸이 안쓰러워 한국에 남아서 손자들의 양육을 돕기로 했다.

법무부는 결혼이주민의 한국국적 자녀의 양육을 돕는 결혼이민자 부모의 체류를 허용하고 있다. 그러나 자녀의 연령이 만 7세가 되는 해의 3월말까지만 원칙적으로 체류가 허용되며, 결혼이주민이 혼자 아이를 키우거나, 자녀가 세 명 이상이거나, 기타 이에 준하는 인도적 사유가 있는 경우에만 자녀 연령에 관계없이 체류가 허용된다.¹⁷²⁾ 그래서 H씨의 딸은 가족을 전혀 부양하지 않는 남편에게 이혼소송을 제기해서 이혼을 했고, H씨는 방문동거(F-1) 체류자격을 받게 되었다.

공장에 다니는 딸은 직장건강보험이 있었지만 H씨는 피부양자로 등록하지 못했다. 공단에서 가족관계증명 서류를 가져오라고 했지만 캄보디아 대사관에서는 가족관계증명 서류를 발급해 주지 않았고, 캄보디아에서는 한국처럼 서류 만들기

172) 법무부 보도자료, 2018.3.27., “손주 돌보는 결혼이민자 부모 국내체류 더 쉬워진다-결혼이민자와 자녀의 안정적 정착과 성장에 기여 예상”.

가 쉽지 않았다. H씨는 건강이 좋지 않았지만 보험료 부담이 커서 건강보험에 가입하지 못했고, 약국에 가서 약을 사먹든지 무료진료소에 다녔다.

그런데 지역건강보험이 당연가입으로 바뀌면서 2019년 10월부터 H씨에게 매월 11만 여원의 건강보험료가 부과되기 시작했다. (H씨는 2019년 4월 경 한 달 이상 캄보디아에 다녀왔기 때문에 그로부터 6개월이 지난 후에 지역가입자가 되어 건강보험료가 청구되기 시작한 것이다.)

H씨는 딸의 피부양자로 등록하고 싶었지만, 건강보험공단에 문의해 보니 캄보디아에서 서류를 받아와야 가능하다고 했다. 출입국·외국인청에서 발급하는 외국인등록사실증명원은 인도적체류자나 난민 인정자의 경우에만 가족관계 증명 서류로 인정한다고 하면서 증명 서류로 받아줄 수 없다고 했다. 딸이 이주민 지원단체에 도움을 요청해 지원단체에서 공단에 문의를 했지만 동일한 답변을 들었다.

하는 수 없이 캄보디아에 있는 지인을 통해 서류를 받기로 했지만 서류는 약 9개월이 지난 2020년 8월에야 한국에 도착했다. 그 사이 코로나19의 여파로 딸이 직장에서 해고되어 지역가입자가 되었다. 건강보험제도에 대해 잘 몰랐던 H씨는 어렵게 받은 서류를 가지고 공단에 가서 딸의 건강보험에 H씨를 올려달라고 했다. 그러나 공단 직원은 그럴 수 없고 H씨는 따로 건강보험료를 내야 한다고 했다.

H씨와 동반해 공단을 방문한 딸이 그 자리에서 이주민 지원단체에 전화를 해서 도움을 요청했다. 지원단체에서 공단 담당자에게 손자가 한국인이므로 손자가 세대주이니 그 세대원으로 H씨를 합가 해 달라고 했고, 공단 담당자는 그렇게 해 주었다. ‘내국인’과 외국국적 이주민으로 이루어진 세대에서는 ‘내국인’만 세대주가 될 수 있기 때문에 H씨의 어린 손자가 세대주가 되었고, ‘내국인’이 세대주인 경우에는 조부모도 세대원이 될 수 있으므로 H씨도 합가가 가능했던 것이다.

지원단체에서 공단 담당자에게 이 사실을 상기시켜 주지 않았다면 H씨는 따로 세대주가 되어 12만 원 이상의 평균보험료를 계속 내야 했을 것이다.

(부산외국인주민지원센터)

3) 발급이 어렵거나 존재하지 않는 서류

국내에 대사관이 없거나 대사관이 있어도 가족관계서류를 발급해 주지 않는 경우 본국 정부로부터 가족관계증명 서류를 발급받아야 한다. 그러나 한국에서처럼 온라인으로 가족관계서류를 손쉽게 발급받을 수 있는 국가는 많지 않다. 출신 지역이 대도시가 아닌 외곽 지역일수록 더더욱 가족관계 등록이나 증명 시스템이 제대로 갖추어져 있지 않아 시간이 오래 걸리기도 한다.

“캄보디아 대사관은 여권도 안 만들어주고 아무것도 안 합니다. 그래서 캄보디아에서 가족관계증명 서류를 받아 와야 되는데 캄보디아는 가족관계증명 서류를 발급받을 때 원칙적으로 가족 중 누군가가 있어야 됩니다. 다른 사람에게는 발급 안 해 줍니다. 그러니까 캄보디아에서 대신 서류를 받아 줄 가족이 없으면 서류 발급받기가 어렵습니다.

캄보디아에서는 가족관계증명서를 발급받는데 2주 정도 걸리고 비용은 1만 원에서 5만 원 정도 듭니다. 마음으로 공무원에게 돈을 많이 줄수록 더 빨리 발급해 줍니다. (마음으로 돈을 주어야 한다는 것은 뇌물 혹은 수수료를 의미함)

캄보디아에서는 가족관계증명 서류의 생년월일과 신분증의 생년월일이 다른 경우가 흔합니다. 생년월일이 잘못 적혀 있어서 여권과 생년월일이 맞지 않는 사람들은 서류 만들기가 어렵습니다. 생년월일을 수정하느라 시간도 많이 걸리고 돈도 많이 듭니다. 결혼으로 가족이 분가해서 부모와 자녀가 가족관계를 증명하기 힘든 사람도 있습니다. 어쨌든 공무원들에게 마음으로 돈을 주어야 됩니다.

많은 캄보디아 사람들이 캄보디아에서 살 때 가족관계 증명서류 발급 같은 행정절차를 이용해 본 적이 없습니다. 어릴 때 한국에 온 사람들은 캄보디아의 행정 시스템을 더더욱 잘 모릅니다.“

(부산 캄보디아 공동체 활동가 면접조사)

국내에 있는 대사관에서 가족관계 증명 서류를 발급해 주지만 보험공단이 요구하는 양식의 서류 자체가 존재하지 않는 국가도 있다. 각국의 가족관계 등록과 증명 방식이 다른데도 보건복지부와 보험공단은 공단이 요구하는 양식의 서류를 각 개인이 알아서 마련할 것을 요구했다.

구 소비에트연방 국가 중 러시아 외 우즈베키스탄, 카자흐스탄, 우크라이나 등 중앙아시아 국가의 출생증명서에는 부모의 출생일이 기입되어 있지 않다. 부모의 출생일은 여권으로 충분히 확인이 가능한데도 보험공단은 부모의 출생일을 확인할 수 있는 추가 증빙을 요구하고 추가 증빙을 못하는 경우 가족관계를 인정하지 않았다. 또한 구소비에트 연방 국가는 출생이나 결혼을 증명하는 서류를 처음 등록할 때만 발급하며, 이후 별도의 확인서를 발급하지 않는데 공단은 90일 이내 발급받은 서류를 요구했다. 때문에 구 소비에트연방 국가 출신의 고려인 동포들이 가족관계를 등록하는데 어려움을 겪게 되었다.

고려인동포들의 요청이 증가하자 러시아와 우즈베키스탄 대사관은 건당 4~5만 원의 수수료를 받고 가족관계 확인 서류를 발급하게 되었다. 주한 우크라이나 대사관 영사과는 2019년 6월, 우크라이나법에 따른 출생증명서, 결혼증명서, 이혼증명서, 사망증명서는 등록 시 단 1회에 한하여 발급되므로 재발급이 되지 않으며 서류의 유효기간이 없으므로 이러한 서류로써 가족관계 확인을 대신한다는 내용의 공문을 건강보험공단에 보내기도 하였다. 그러

나 공단은 그 후로도 별다른 조치를 취하지 않았다.¹⁷³⁾

(사례 4-3-1) 결혼과 출생을 증명하는 90일 이내 발급 서류를 갖추지 못한 우크라이나 국적 고려인 동포

우크라이나 국적으로 재외동포(F-4) 체류자격자인 H씨는 공단이 요구하는 양식의 가족관계증명서류를 제출하지 못해 부인과 딸을 직장피부양자로 등록하지 못했다. 구소비에트 연방 국가는 출생과 결혼을 증명하는 서류를 처음 등록할 때 1회만 발급하는데 보험공단에서는 90일 이내 발급한 서류를 요구했기 때문이다.

(고려인지원단체 너머)

고려인 동포들은 1937년 소비에트 연방 시절 스탈린 정부로부터 중앙아시아로 강제이주를 당했고, 1990년대 초 구소비에트 연방이 해체되면서 중앙아시아 각국의 국적을 가지게 되었다가, 1993년 러시아가 ‘고려인의 명예회복에 관한 법’을 제정해 고려인 동포에게 국적회복의 권리를 부여함에 따라 다시 러시아 국적자가 되기도 하였다. 때문에 고려인 동포들은 본인의 국적국과 가족관계가 형성된 국가(가족관계확인을 증명해 줄 수 있는 국가)가 달라서 국적국 대사관에서 가족관계확인서를 발급받을 수 없는 경우가 있다. 예를 들어 부부가 구 소비에트 연방 국가(현재의 러시아) 시절에 결혼을 했는데 연방이 해체되면서 우즈베키스탄 국적자가 되었다면 우즈베키스탄 대사관도, 러시아 대사관도 이 부부의 관계를 증명해 줄 수 없다.

(사례 4-1-1)의 난민신청자 Z씨는 어머니는 아버지에게 부양의무가 있기 때문에 아버지와 이혼 혹은 사망했다는 것을 입증하라는 건강보험공단의 요구로 어려움을 겪었다. Z씨는 파키스탄의 병원에서 사망진단서를 발급 받아 공단에 제출해 어머니를 피부양자로 등록할 수 있었지만 결혼이주인 T씨는 아버지의 사망증명서를 제출할 수 없어서 결국 어머니를 피부양자로 등록하지 못했다.

(사례 4-3-2) 아버지의 사망증명서를 제출하지 못해 어머니를 피부양자로 등록하지 못한 결혼이주인

31세 베트남 여성 T씨는 한국 남성과 결혼해 결혼이민(F-6) 비자로 체류하며 한국 국적의 미취학 자녀 2명을 키우고 있다. 남편의 수입만으로 두 아이를 키울 수 없어 본인도 일을 시작하면서 아이들 양육을 부탁하기 위해 본국에 있던 어머니를 불렀다.

173) 2019년 6월, 주한 우크라이나 대사관 영사과에서 국민건강보험공단으로 보낸 “가족관계증명 관련한 확인서” 참조.

어머니는 방문동거 비자(F-1)를 받았는데, 본인의 직장보험에 어머니를 피부양자로 등록하려고 하자 건강보험공단에서 아버지의 사망증명서를 요구했다. 원칙적으로 어머니의 부양을 책임져야 하는 것은 아버지이기 때문에, 아버지가 사망한 경우에만 자녀인 T씨의 피부양자로 등록할 수 있다는 것이었다.

아버지가 돌아가신 것은 사실이지만 설령 살아계신다고 하더라도 한국에 있는 것도 아니고 한국의 건강보험에 가입해 있는 것도 아닌데 어머니의 건강보험을 어떻게 책임지라는 것인지 T씨는 이해할 수 없었다. 어쨌거나 베트남에 있는 동생에게 아버지의 사망증명서를 부탁했지만 망자가 어머니와 혼인 관계에 있던, T씨의 아버지라는 것까지 증명을 해야 해서 서류준비가 여간 복잡한 게 아니었다.

결국 필요한 서류를 준비하지 못한 T씨의 어머니는 피부양자 등록을 하지 못한 채 이주민의 건강보험 가입이 의무화된 2019년 7월 이후 단독 세대주로 매달 평균보험료를 납부하고 있다.

(부산외국인주민지원센터)

4) 반복된 가족관계 증명 서류 요구

대사관이나 본국에서 가족관계서류를 발급받을 수 있다고 하더라도 서류를 발급받아 번역·공증한 후 제출하는 것은 돈과 시간이 많이 드는 일이다. 그런데 건강보험공단은 직장가입과 지역가입 사이를 이동할 때 매번 가족관계증명서류를 다시 제출하기를 요구한다. 고용이 불안정할수록 직역 간 이동이 빈번할 수밖에 없으므로 이런 요구도 이주민들에게는 고역이다. 또 1개월 이상 일시출국해서 자격이 상실된 후 재입국해서 다시 자격을 취득할 때도, 동일한 직장가입자나 세대주의 피부양자나 세대원으로 등록하는데도 반복해서 증명 서류를 요구한다.

(사례 4-4-1) 지역가입과 직장가입을 오갈 때마다 재증명 요구

E씨는 한국에서 대학원을 마치고 현재 구직비자(D-10)로 체류하고 있는 32세 베트남 여성으로 동반비자(F-3)를 받은 남편, 6세 자녀와 함께 살고 있다. 취업비자(E-7)로 바꾸기 위해서는 월급여가 300만원이 넘는 전문직 직장을 구해야 하는데 그만한 초임을 주는 직장을 구하기는 쉽지 않았다. D-10 비자로 6개월 미만의 인턴은 할 수 있어 대학에서 계약직으로 일했는데 그 전에는 지역가입자였다가 일을 하는 동안은 직장가입자, 일을 그만두고 나서는 다시 지역가입자로 왔다 갔다 해야 했다. 그런데 그 때마다 가족을 피부양자 또는 세대원으로 등록하기 위해 가족관계 증명서류를 다시 제출해야 했다.

그리고 베트남에 갔다가 국외체류기간이 1개월을 넘겨 지역가입자격이 상실

되었다가 입국 후 재취득할 때도 가족관계 증명서류를 다시 제출해야 했다. 매번 베트남에서 서류를 받아서 번역하고 공증하는데 비용이 10만원 넘게 들었다.

(유학생 조사원)

지역가입자가 일시 출국하여 국외 체류기간이 1개월을 초과하면 일단 그 자격이 상실되지만 국외 체류기간이 6개월 미만일 경우 그동안의 보험료를 납부하면 재입국한 날부터 지역가입자격을 취득할 수 있다. 그렇지 않을 경우 재입국 시점을 최초 입국으로 가정해 다시 6개월의 체류기간을 초과한 시점부터 지역가입자격을 취득할 수 있다.

그런데 일시출국 후 재입국해서 자격을 재취득할 때도 역시 가족관계증명서류를 다시 제출해야 한다. 또한 세대원 각각이 출국 후 다시 입국할 때까지 단독으로 지역가입자의 자격이 유지된 것으로 가정하였을 때의 보험료를 납부해야 재입국 즉시 지역가입자격을 재취득이 가능하다.

(사례 4-4-2) 4인 가족 4개월 출국 후 지역가입자격 재취득 과정

D씨는 거주비자(F-2)를 갖고 있는 36세 베트남 여성으로, 남편과 아직 어린 미성년 자녀 2명과 함께 수원에 살고 있다. 공장에서 임시직으로 일했는데 직장 건강보험 가입을 해주지 않아 본인이 지역가입 세대주로 가족들은 세대원으로 건강보험에 가입해 있었다.

2019년 집안에 일이 생겨 가족들과 함께 베트남에 가서 4개월 정도 머물다 돌아왔는데 그 사이 보험자격이 상실되었다. 건강보험공단에 문의해보니 가족 4명이 각각 4개월 치 보험료를 따로 내면 바로 가입할 수 있고, 가족 단위로 가입하려면 6개월이 지나야 가능하다고 했다. 아이들이 어리다보니 언제라도 병원에 갈 일이 생길 수도 있다는 생각에 6개월을 기다리기가 불안했다. 그래서 하는 수 없이 4명의 4개월 치 보험료(남편과 본인 2명×113,050원×4개월 + 미성년 자녀 2명×14,700원×4개월=1,022,000)를 내고 바로 자격을 회복하였다.

그런데 이전에 가족으로 등록한 기록이 있음에도 다시 가족관계를 증명해야 한다고 했다. 혼인관계증명서와 아이들 출생관련 서류를 번역하고 베트남 대사관 공증을 받고 하느라 시간과 비용이 많이 들었다.

(유학생 조사원)

5. 부정확하고 불친절하고 공개되지 않는 정보 전달의 문제

이주민 당사자와 이주민 지원단체 활동가들은 공히 이주민들이 이해할 수 있는 언어로 제도가 제대로 안내되지 않는 문제, 특히 건강보험 당연가입을 적용하면서 사전 안내가 부족하고 가입자로서 이주민에 대한 서비스가 제대로 제공되지 않고 있는 점에 문제를 제기하였다.

건강보험공단은 이주민에 대한 지역가입자 당연가입제도 시행과 함께 이주민 대상 민원을 전담하는 외국인민원센터를 별도 운영하기 시작하였다. 2019년 7월 서울외국인민원센터 운영을 시작으로 안산, 수원에 이어 2020년 7월 인천이 추가되어 3개소의 경인외국인민원센터가 운영되고 있다. 외국인민원센터는 이주민의 등록(거소) 주소지를 기준으로 권역을 분할해 관할하며, 본인 방문이 필요한 이주민의 자격 관련 업무는 기존 주소지 관할지사가 아니라 관할 외국인민원센터에서만 업무를 처리하도록 하였다.¹⁷⁴⁾ 외국인민원센터는 이주민에게 전문적인 서비스를 제공할 목적으로 운영되고 있지만, 서울경인지역 전체에 4곳 센터 운영으로 접근성이 떨어지는 문제와 함께, 원래 외국인민원센터와 함께 지사에서도 공동으로 담당하도록 한 업무까지 우선 외국인민원센터로 넘기는 문제가 함께 나타난 것으로 보인다.

“경인지사에서만 외국인 받아요. 다른 지사에 가면 받지 않아요. 납부확인서 같은 거는 아무데서나 떼면 되는데 그런 것도 안 된다고 무조건 경인지사로 가라고 해요. 그래서 모르고 다른 지사 갔다가 택시타고 경인지사 가고, 이렇게 왔다 갔다 하는 일이 너무 많아요. 외국인들은 잘 몰라요. ‘경인지사’ 이런 것도 몰라요. 전화해서 팩스로 받을 수도 있는데, 그런 것도 잘 몰라요. 그러니 왔다 갔다 하며 고생하고, 우리 센터 와서 물어보고 그러죠. 지사마다 할 수 있는 건 해주면 좋은데, 외국인에게 너무 소홀한 게 아닌가 하는 생각이 들어요.” (외국인 복지센터 중국동포 상담원 면접조사)

“서울외국인민원센터하고 지사하고 역할이 차이가 나는 건, 저희들이 대원칙이 서울시에 거주하는 지역가입자 또는 직장피부양자 취득을 위해서 방문하는 분들 전담하는 역할을 하는 게 외국인민원센터거든요. 그 외 업무는 지사에서도 하고 있습니다. 또 공통적으로 단순 제증명발급이라든지 수납이라든지 이런 건 어디서나 다 하고요. 납부확인서라든지 이런 건 지사에서도 하고 저희도 하고, 건강관리도 마찬가지고, 이런 식으로 되어 있어요. 그래서 자격취득이나 보험료 부과 쪽만 여기 방문하는 거고, 그 외는 지사를 가셔도 되고 여기로 오셔도 되고

174) 등록(거소) 주소지가 서울사이면 서울외국인민원센터, 안산, 시흥, 군포시는 경인외국인민원센터(안산), 수원, 용인, 화성, 오산, 성남시는 경인외국인민원센터(수원), 인천, 부천, 김포, 광명시는 경인외국인민원센터(인천)가 관할 센터이다.

그렇게 업무처리를 하게 되어 있어요. 그런데 이제 사실 그분들이 언어라든지 차
이가 있다 보니까 여기만 오셔야 되는 줄 알고, 또는 지사에서도 저기로 가세요,
하다 보니까...

(서울외국인민원센터 관계자 면접조사)

“외국인을 안 만나는 게, 안산 같은 경우는 앞에 써놔요. 외국인은 다 돌려보
내거든요. 기본적으로. 그렇기 때문에 외국인 민원은 거의 만나지를 않아요.
(외국인민원센터가 담당하고 있는) 부과 자격은 같이 맞물려서 가요. ... 실제
로 그래서 외국인센터를 만든 이유는 자격부과의 외국인이 너무 많기 때문에 이
걸 떼었어요. 그 외에는 다 지사에서 하는 거예요. 체납, 보험급여, 진료비라든가
아니면 고운맘카드 보험급여, 건강검진. 이런 건 다 지사에서 하는데, 부과쪽에서
외국인센터가 안산에 있기 때문에 저희는 오시면 가시라고 하고, 실제로 민원이
들어오면 그런 거 이외에 외국인들이 내 보험료가 많다든가 이렇게 해서 들어온
민원은 별로 없어요. ... 그래서 오시는 분들 다 보냈고...

(국민건강보험공단 안산지사 관계자 면접조사)

건강보험제도에 대한 안내와 함께 통번역 서비스가 제공되지 않는 문제는 더욱 빈번히
제기되었다. 그나마 외국인민원센터는 이주민 지원단체 및 기존 다국어 콜센터와 연계해 통
역서비스 제공 노력을 기울이고 있었지만 상시적인 통역서비스 제공 시스템이 갖추어진 것
은 아니었다. 서울경인지역 외 지역에서는 공단 지사에서 모든 업무를 담당하는데 공단의
각 지사에서는 통역서비스가 제공되지 않는다. 국민건강보험공단 전화상담 전문 고객센터
(콜센터 1577-1000)에서 외국어 안내를 제공하기 시작했지만 현재까지 영어, 중국어, 베트
남어, 우즈베크어 4개 언어에 한정되어 있다. 제도에 대해 안내를 해 주는 곳도 없고, 통번
역서비스 제공은 안 되는데 콜센터와 공단은 본인 확인을 거쳐 본인만 상담을 할 수 있도
록 하고 있으므로 이주민 지원단체의 지원에도 제약이 발생한다.

“공단에 전화는 본인이 해야 되니까, 본인만 상담할 수 있고, 우리는 코로나
로 대면 업무를 할 수 없으니까 저는 여기 있고 상담하려는 사람은 밖에 있으니
까, 깊이 있는 상담을 할 수 없어요. 도와줄 수가 없어요.”

(외국인복지센터 중국 동포 상담원 면접조사)

게다가 더욱 심각한 문제는 전화상담 고객센터는 물론이고 공단의 각 지사 담당자들의 전
문성이 결여되어 제대로 민원처리를 하지 못하거나 그릇된 정보를 제공하고 있다는 점이다.

“직장가입자가 사업장변경 할 때 지역가입으로 전환되는데, 그 중 상당수가 임의계속가입자가 될 수 있어요. 그런데 제대로 안내를 받지 못합니다. 출국하기 전에도 사업장에서 퇴사신고 해 버리면 지역가입자로 전환되는데 노동자들은 모르는 경우가 많습니다.

건강보험 가입자였다가 체류기간 초과해서 미등록이 된 노동자가 건강보험료 체납 때문에 통장이 압류됐어요. 체납 보험료 납부하려고 체납액을 확인하려는데 확인을 할 수가 없어요. 콜센터로 전화해도 언어 문제로 말도 잘 안통하고, 이 사람이 그 사람인지 확인할 수 없다면서 미등록 체류자인데 공단지사로 직접 오라고 해요. 그런데 지사에 가셔도 확인이 안돼요. 돈을 내고 싶어도 확인이 안되니까 낼 수가 없어요.

또 산재당한 노동자가 병원 입원 기간 중에 10일쯤 보험료가 체납됐다고 보험 적용이 안 된 10일에 대해 병원비를 더 내라고 해요. 그런데 지사에서조차 몰라요. 지사 찾아가서 한 시간 넘게 기다려서 이유를 알게 됐어요.

임의계속가입도 마찬가지예요. 지사에 가서 신청하려 해도 말이 안 통해서 본인이 확인을 못하고, 결국 우리 센터 상담원들이 동행해야 돼요. 본인이 스스로 민원을 제기하고 고충을 해결할 수 있어야 되는데 그게 안 되잖아요. 가입자에 대한 서비스는 갖춰 놓고 돈을 받아야지요. 지금은 돈만 받아 가는 꼴이잖아요. 콜센터를 외국인노동자 상담센터 수준 정도라도 갖춰 놓고 돈 받아야죠.”

(의정부외국인노동자지원센터 상담팀장 최종보고회 자문)

“급여 제한된 건 병원에서 얘기하니까 알지 본인들은 몰라요. 수술을 받아야 해서 병원에 갔는데 병원에 가서 한 달 보험료를 안 낸 걸 안 거예요. 그런데 상담원이 그 달 25일 보험료를 안 냈으면 체납분을 내도 그 달은 보험 안 된다고 했어요. 26일에 갔는데 다음 달 한 달 동안은 보험이 안 된다는 거예요. 돈을 내도 안 된다는 거예요. 그 분이 너무 화가 나서 돈 받을 때는 다 받아 놓고 이제 필요할 때는 안 된다고 하느냐, 고 항의 했어요. 그랬더니 이걸 체납 확인을 안 한 당신 책임이라고 나오더라고요. 안 된다고 했는데 담당자도 부르고 3~4번 전화해서 항의하니까 체납한 그 날만 안 되고 다음날부터 된다고 했어요. 진짜 많이 싸웠어요. 그 분이 나중에는 1577-1000번이라면 머리가 아프다고 해요.

모르는 사람들은 안 된단니까 안 되는 줄 알고 포기했을 것 아녜요. 처음에는 상담원 분들도 잘 모르는 분들이 많았어요. 이런 사례가 우리뿐만 아닐 거예요. 많이 있을 거예요..”

(외국인복지센터 중국 동포 상담원 면접조사)

공단에서 잘못된 정보를 전달하거나 적절한 안내를 제공하지 않은 사례는 이주민 당사자에 대한 면접조사와 이주민 지원단체의 상담사례 조사 과정에서도 발견되었다.

(사례 1-2-2)의 L씨는 위급 상황이 반복되어 3차 의료기관 응급실로 가게 되었는데, 이미 의료비 미수금이 많이 쌓여 있던 상태여서 당일 진료비를 이주민 지원단체에서 부담하기로 하고 진료를 받았다. 그런데 병원 측에서 일반수가로 의료비를 책정해 하루 진료비가 250여만 원이 나왔다. 병원 담당자는 그나마 L씨의 처지를 고려해서 국제수가가 아니라 일반수가로 의료비를 책정한 것이라고 했다. 그러나 L씨가 보험료 체납으로 급여 제한 상태여서 진료비의 100/100을 본인이 부담해야 하더라도 건강보험 가입자이므로 진료비는 건강보험수가로 책정되어야 했고, 이 사실을 알고 있던 담당 활동가가 공단의 지사 측에 확인문을 의뢰했다. 그런데 공단 지사에서는 건강보험이 없으니까 국제수가로 적용할 수 있다고 답변하였다. 연구진이 병원 측에 관련 법령과 공단 지침을 확인시켜 주고, 공단 본부에 연락해 관련 규정을 다시 확인하는 등의 해프닝 후에 L씨는 건강보험수가로 책정해 94만원으로 떨어진 의료비 고지서를 다시 받을 수 있었다.

(사례 3-1-6)의 출국유예 중이던 베트남 노동자 H씨를 지원한 이주민 지원단체 활동가는 공단 지사에 출국유예 중인데 보험료 고지서가 나온 것에 대해 문의했는데, 공단 담당자는 국내 체류 중에는 보험료를 내야 한다고 답변했다. 활동가가 공단 담당자에게 출국유예이면 외국인등록증을 반납하고 체류자격은 없는 상태가 된다는 것을 안내해 준 후에야 담당자가 출입국사무소에 문의해 본 후 보험료를 납부하지 않아도 된다고 하였다.

(사례 4-2-2)의 H씨는 한국국적자이며 지역가입 세대주인 손주의 세대원이 될 수 있었지만 공단 지사 담당자는 이런 사실을 안내해 주지 않고 따로 세대원이 되어 보험료를 납부해야 한다고 하였다. 역시 지원단체 활동가가 이런 사실을 공단 담당자에게 안내해 준 후에야 H씨는 손주의 세대원으로 세대 합가를 할 수 있었다.

공단 측의 제대로 된 안내가 없는 것도 문제지만 규정이 복잡하고 투명하게 공개되지 않는 것도 문제이다. 연구진조차 공단 내부 지침을 확인해 보기 전까지는 구체적인 규정을 파악할 수 없는 경우가 많았는데, 언어적 제약이 있고 정보 접근성이 떨어지는 이주민이 이를 파악하기는 매우 어려울 것이다. 이는 한편으로 서둘러 제도 개정을 진행하면서 공단 내부에서조차 관련 규정이 정비되지 않았거나 담당자들에게 제대로 공유되지 않은데 일정 요인이 있는 것으로 보인다.

6. 의료보장에서 배제된 이주민의 건강권 - 민간의 의료지원과 의료상담

국내 체류 이주민 가운데 건강보험제도 개정 이후에도 보험 가입을 할 수 없어 기본적인 의료보장에서 제외되는 사람들은 크게 비정규체류 이주민과 장기 정규체류 이주민 중에 지역건강보험에 가입할 수 없는 이주민들이다. 인도적체류자와 그 가족을 제외한 기타(G-1) 체류자격 소지자, 6개월 미만 체류자들은 지역건강보험에 가입할 수 없다. 여기에 2021년

2월까지 지역건강보험 당연가입이 유예된 유학생을 포함하면 결코 적지 않은 수의 이주민들이 의료서비스 접근의 어려움 및 비용부담을 안고 있다.

2020년 7월 말 현재, 장기 정규체류 이주민 중에 건강보험조차 가입되어 있지 않은 의료보장 미적용 인구는 359,570명이며, 비정규 체류 이주민은 370,889명으로, 73만 명 이상의 이주민들이 의료사각지대에 있다.¹⁷⁵⁾ 코로나19의 영향으로 체류기한이 만료되었지만 출국을 할 수 없어 한 달간의 반복적인 출국유예를 받으며 체류 중인 이주민들도 건강보험 가입자격을 상실당해 의료보장 적용에서 배제되어 있지만 그 수는 공식적인 체류 이주민 통계에도 잡히지 않는다.

다음은 이와 같이 의료보장에서 배제된 이주민들이 겪는 주요 의료문제들이다.¹⁷⁶⁾

1) 여성이주노동자, 유학생들의 출산과 신생아 질환

여성이주노동자들은 모성보호가 취약한 사업장에서 일하는 경우가 많다. 임신·출산을 이유로 해고되거나 사직하면 체류자격 변경이 어려워 건강보험 자격을 상실하게 되는 상황이 발생하며, 이로 인한 산전산후 관리의 어려움과 고위험 출산에 노출되기도 한다. 국내에서 자녀출산과 양육을 할 경우에도 다문화가족지원법 대상이 아니므로 기본적인 사회복지서비스 수혜에 어려움을 겪고 있다. 여성이주노동자들의 임신은 고용불안정 및 유산의 원인이 되고 있으며, 특히 비정규 체류 상태의 여성이주노동자는 강제추방 위협이라는 불안요소로 인해 안전한 임신과 출산에 많은 어려움을 느낀다. 이러한 심리적, 신체적 불안정성은 신생아에게도 영향을 미쳐 유산, 사산, 미숙아 출산과 신생아 질환 등으로 이어지는 경우가 많다. 미숙아 출산과 신생아 질환은 이주여성과 가족에게 심리적, 신체적 부담 뿐 아니라 경제적 부담까지 더해 때로 필요한 치료를 포기하게도 한다.

사례 6-1-1) 필리핀 여성 C씨는 한국에 들어와 일하던 오빠네 부부의 쌍둥이 출산으로 아이들을 함께 돌보기 위해 입국했다가 이후 오빠네 가정이 필리핀으로 돌아간 후 본국의 어머니 치료비를 벌기 위해 혼자 남아 의류공장, 양말공장 등에서 일했다. 사귀던 남자친구와 헤어진 후 임신 사실을 알게 되어 2017년 12월 혼자 아이를 낳은 C씨는 아기를 맡길 곳이 없어 갓난아기를 데리고 다니며 파트타임 청소일을 하고 있다. 최근에는 유방암 진단을 받고 수술과 치료중이다. C씨는 미등록 미혼모 여성이주노동자로 혼자 생계와 양육, 또 본인의 치료비까지 감당해야 하는 이중, 삼중고를 겪고 있다.

175) 본 연구보고서 제3장 제2절 1) 참조.

176) 이 절에 소개한 사례들은 별도 표기한 경우를 제외하고 ‘한국이주민건강협회 희망의친구들’(이하 희망의친구들)과 ‘(사)이주민과 함께’가 지원한 의료보장제도에서 배제된 이주민의 의료지원 사례들이다.

사례 6-1-2) 태국 여성 S씨는 2016년 2월 한국에 입국하여 일하는 곳에서 만난 남성과 사귀다 아기를 갖게 되었다. 2020년 8월 아기 출산 후 남성은 자신의 아기가 아니라고 주장하며 유전자 검사도 거부한 채 연락이 두절된 상태다. 산모와 아기는 모두 건강하나 일을 할 수 없어 S씨는 지인 집에 거주하며 도움을 받고 있다. 아기를 본국에 보내고 싶지만 코로나 상황에 엄마가 데리고 출국해야 하는 본국 법 때문에 어쩔 수 없이 당분간 한국에서 혼자 양육해야 하는 어려움에 처해 있다.

사례 6-1-3) 베트남 여성 D씨는 2019년 7월경 임신 확인 후 산전검사를 받았을 때 이상소견이 발견되지 않아 동네 개인 산부인과에서 2020년 4월 6일 자연분만으로 아기를 출산하였다. 그러나 출산 직후 아기가 선천성 심장기형으로 심장의 대혈관이 전위되어 대학병원에서 수술을 받아야 한다는 말을 듣게 되었다. 이에 바로 서울의 한 대학병원 응급실로 전원하여 여러 검사를 받았지만 그곳에서 수술하기 어렵다는 의료진 소견에 4월 7일 다시 다른 대학병원으로 전원, 4월 10일 심장수술을 받았다. 아기는 신생아중환자실에서 집중치료를 받고 다행히 상태가 호전되어 4월 20일 소아외과 일반병동으로 전실하여 치료를 받고 있다. 아기 수술비만 1억 6천여만 원이 발생했으나 병원 측에서 5천만 원을 감면받고 ‘희망의친구들’의 응급의료비 지원 등으로 의료비를 해결하고 있다.

사례 6-1-4) 남편과 거제도에 살고 있는 캄보디아 여성 C씨는 임신 35주차에 출혈이 생겨 동네 산부인과에 가서 임신중독증 진단을 받고 부산의 대학병원으로 응급이송 되어 제왕절개로 출산한 후 폐렴으로 혼수상태에 빠졌다. 한 달 후 혼수상태에서 깨어났지만 여전히 상태가 좋지 않아 중환자실에서 입원치료를 받아야 했다. C씨가 치료받은 병원은 보건복지부의 ‘외국인근로자 등 의료지원사업’ 지정병원이 아니어서 안정적인 치료를 위해 전원이 필요했다. 그러나 지정병원인 대학병원 두 곳 모두 병실이 없어서 C씨는 전원하지 못하고, 아기만 전원해서 해당 사업으로 심장 혈전 치료를 받을 수 있었다. C씨의 의료비 미수금은 총 8,000만 원에 달했는데, 병원 내부의 모금, ‘이주민과 함께’ 긴급지원금, 캄보디아 공동체 모금, 남편이 지인에게 빌린 돈으로 2,000만 원 정도를 지급하였고, 남은 6,000만 원은 매월 50만원씩 상환하는 조건으로 퇴원했다.

사례 6-1-5) 베트남 여성 W씨는 2019년 5월, 출산시기가 다가오는데 비싼 병원비를 감당할 수 없어 ‘이주민과 함께’에 지원을 요청하였다. ‘이주민과 함께’ 의료팀은 W씨가 ‘외국인근로자 등 의료지원사업’ 대상이 되는 것을 확인하고 출산이 가능한 지정병원으로 연계하였다. 그러나 W씨와 상담 과정에서 병원 담당

자는 W씨 남편이 소득이 있다는 이유로 지원대상에서 배제시켰다. 그러나 ‘외국 인근로자 등 의료지원사업’ 대상 요건에는 소득 요건이 없을 뿐 아니라, 남편은 2019년 3월부터 실직 상태였고 돈이 없어 지인에게 돈을 빌려 병원비를 낸 것으로 확인되었다.

위 다섯 사례는 모두 비정규 체류 이주민 가정의 자녀 출산 사례이다. 정상적인 분만이 아닌 세 번째 사례와 같은 경우 대학병원의 국제수가 적용은 이주민들의 의료비 부담을 백 배 가증시킨다. 그러나 이 사례는 다행히 병원 사회사업실을 통해 국제수가를 일반수가로 바꾸어 적용하고 다시 병원 내외부 자원을 연결하여 1억 여 원 가까운 치료비가 감면되었다. 네 번째 사례는 ‘외국인근로자 등 의료지원사업’ 대상자이나 병실이 없어 임마는 전원하지 못하고 아기만 전원하여 치료받은 사례이다. 다섯 번째 사례도 ‘외국인근로자 등 의료지원사업’ 대상임에도 병원 담당자가 자의적으로 실제 사업대상 요건과 관계없는 기준을 적용하여 지원을 못 받은 사례였다. 현행 ‘외국인근로자 등 의료지원사업’이 그 취지에도 불구하고 지정 의료기관의 부족 혹은 기금의 조기 소진 나아가 병원 담당자의 사업에 대한 인식 부족 등으로 필요할 때 지원받지 못하는 사례들이 종종 보고되고 있으며 이런 경우는 대부분 병원자체 감면과 민간자원의 연계로 해결하고 있음을 확인할 수 있다.

미등록 이주여성의 출산 관련 의료문제 외에 최근에는 지역건강보험 가입이 유예된 유학생들이 임신, 출산으로 본인들의 건강상 문제뿐 아니라 경제적인 어려움에 처하게 되는 경우가 발생하고 있다. 다음은 정규 체류자격이지만 건강보험 가입 유예로 ‘희망의친구들’의 의료비 지원을 받은 몽골 유학생들의 임신, 출산 사례이다.

사례 6-1-6) 대학교에서 보건 관련 전공을 하는 유학생 A씨는 2020년 5월, 임신 중 하혈을 해서 대학병원 응급실에 갔으나 건강보험이 없어 비용문제로 응급처치만 한 채 개인병원으로 전원한 후 계류유산 수술을 받았다.

사례 6-1-7) 2017년 1월에 입국해 1년 넘게 어학당에 다니다가 현재는 대학에서 경영학을 전공하고 있는 유학생 B씨는 2020년 5월 자연분만으로 아기를 출산했다. B씨의 남편은 2019년 12월에 동반비자로 입국하여 야간 택배 아르바이트를 하고 있다.

사례 6-1-8) 2018년 유학비자로 입국하여 경북 소재 대학교에 재학 중인 유학생 C씨의 아내는 2019년 12월 단기비자로 입국하여 남편과 지내다 임신을 하게 되었다. 체류기간 만료 전인 2020년 3월에 본국으로 돌아가려 하였으나 코로나19 감염병 대유행으로 돌아갈 비행편이 없어 계속 국내에 체류하게 되었다.

아내는 몸이 약한데다 첫 임신으로 정기적인 산전 진찰이 필요했지만 단기비자로 입국하여 건강보험에도 가입할 수 없어 정기검진을 받지 못하고 지내다 조기 진통이 와서 2020년 7월 16일 임신 29주 만에 1.74kg 아기를 자연분만하였다. 아기는 이른둥이인데다 저체중 상태로 두 달 정도 신생아중환자실에서 인큐베이터 치료와 미숙아 합병증 관련 여러 검사를 받아야 한다는 주치의 소견을 들었다. 현재 학생으로 경제활동을 하지 못하는 상황에서 예상치 못한 임신과 조산으로 신생아집중치료실에서 하루 100만 원 가량 발생하는 치료비를 감당하기 어려운 상황이다.

2) 이주노동자와 감염병

최근 코로나19로 인해 그 어느때보다 감염병에 대한 인식과 예방이 강조되는 상황에서 의료보장에서 배제된 이주민들의 감염병 사례가 적잖게 발생하고 있다. 특별히 감염병은 환자뿐 아니라 환자가 속한 공동체와 지역 내 건강을 위해 예방과 치료가 중요하나 많은 경우 치료비 부담으로 병을 키우는 사례가 많으며 제때 치료받지 못하여 사망에 이르기도 한다. 아래 사례들은 특별히 장시간노동과 열악한 생활환경 등으로 병을 얻거나 악화된 사례들로 치료도 중요하지만 그에 앞선 예방이 더욱 절실한 사례들이다.

사례 6-2-1) 2018년 1월 입국한 P씨는 2020년 7월 말 아르바이트로 일하던 미역공장에서 심한 피로감을 느끼다 기절했고, 이후 집에서 쉬다가 8월 중 지역 내 종합병원을 찾게 되었다. 검사 결과 B형 간염 진단을 받았는데 실상 처음 간염 진단을 받은 것은 2018년 말 임신 검사 때였다고 한다. 한국에 오면서 본국에서 진 빛도 있고 뜻하지 않은 아이를 임신하게 되어 예상 외 병원비가 발생하기도 했지만 임신 중이라 약을 사용하는 것이 주저되어 치료하지 않고 지냈다. 2019년 5월, 출산한 후 2020년 초에 아기는 본국에 보내고 3월부터 7월까지 미역공장에서 주 3~4회 하루 12시간씩 고된 아르바이트로 일당 6만원을 벌었다. 남편도 일을 하지만 7월까지 하우스 아르바이트로 주 2~3회 일당 6~7만원을 버는 것이 전부였다.

사례 6-2-2) 2018년 입국한 태국인 R씨는 본국에서 생활고로 인해 한국에 왔고 한국 내 지지 가능한 가족이 없이 홀로 생활하고 있다. 전남 지역 농촌의 비닐하우스에서 숙식을 해결하며 일당을 벌어들였으며 일이 없을 때는 같은 국적의 지인으로부터 숙식 등을 제공받으며 생활해왔다. 평소에도 허약한 체질로 정기적인 소득은 평균 약 100여 만 원인데 그마저도 대부분 본국에 송금하여 저축

액은 없는 형편이다. 2020년 7월 하순경 고열이 발생하여 지역 대학병원 응급의료센터에 내원하여 검사한 결과 결핵 진단을 받고 격리치료에 들어가게 되었다. 지속적으로 미열이 발생하여 치료가 필요한 상태인데, 20일 입원 치료비가 건강보험수가를 적용하여 1천만 원이 넘게 나온 상태이다.

사례 6-2-3) 2015년 한국에 입국한 태국인 W씨는 전남의 한 딸기농장에서 일용직으로 일하며 월 100만 원 정도를 벌고 있었다. W씨는 올해 8월부터 무력감과 힘 빠지는 증상 등으로 병원 치료를 하였으나 증상이 나아지지 않아 대학병원 응급의료센터에 내원하여 입원 치료 중 HIV 진단을 받았다. 비결핵항산균 폐질환으로 결핵약도 복용중이어서 건강보험수가를 적용한 치료비가 250여 만 원이나 지속적인 치료가 필요해서 경제적 부담이 큰 상태이다.

사례 6-2-4) 2018년 입국한 나이지리아인 D씨는 난민신청자로 최근 가공육 공장에서 일을 시작하였다. 8월 하순 경 가려움증과 복통으로 인근 종합병원에 갔는데 위염으로 진단하고 약을 처방받았다. 하지만 증상이 잡히지 않자 다시 병원에 가니 C형 간염이 의심된다는 2차 병원에 가서 검사권유를 받았다. 추천한 병원에 가서 검사한 결과 C형 간염으로 진단받게 되었다. C형 간염은 3개월간 약을 먹어야 하는데 건강보험이 적용되지 않는 한 달 치 약값이 무려 550여만 원이다. 다행히 사장의 협조로 즉시 직장건강보험에 가입하였고 보험적용을 받아 약값은 170여만 원으로 줄어들게 되었다. 그러나 월급이 180만 원 정도라앞으로 몇 달 동안 그의 월급은 모두 약값으로 들어갈 형편이다.

사례 6-2-5) S씨는 2019년 10월 15일 입국하여 제대로 된 직장을 얻지 못한 채 공장과 농장 아르바이트를 전전하며 생활하던 중 경기 북부의 작은 하우스 농장에 들어가게 되었다. 농장일은 아침 8시부터 오후 6시까지 했고 월급 165만 원 정도에서 매달 70만 원씩 본국에 보낼 수 있었다. 그러나 일을 시작한 지 2달 남짓 됐을 때 몸이 안 좋아지기 시작하여 더 이상 농장에서는 일을 할 수 없었다. 끼니를 제대로 챙기지 못하는 날이 많았고 열이 나고 숨쉬기 힘들었지만 돈이 없어서 병원은 가지 못한 채 약국에서 사온 약만 먹으며 지내는 걸 보고 친구들이 2020년 11월 초 병원에 데리고 갔다. 엑스레이 촬영 결과 폐가 하얗다는 소리를 들었고 지역 내 이주민상담소를 통해 의료원에 갔지만 해당 병원에는 호흡기내과가 없어 다시 서울 소재 병원으로 전원하여 중환자실에 입원했다. 고혈압, 당뇨의 과거력이 있었던 S씨는 검사 결과 국내 발병 감염병으로 추측되는 급성 좁쌀결핵 진단을 받았고 치료 중 서서히 회복되는 모습을 보였으나 폐 양쪽에 기흉이 생기면서 급격히 상태가 악화되어 12월 초 사망하였다.

위의 세 사례는 모두 비정규 체류 이주민이지만 병원의 수가조정(일반수가를 건강보험수가로 적용) 및 민간의 의료비 지원을 통해 치료비 부담을 줄이고 치료를 지속할 수 있게 된 반면, 다섯 번째 사례는 치료비 부담으로 진료를 미루다 병이 악화되어 사망에 이른 안타까운 사례이다. 네 번째 사례는 난민신청자로 취업상태였기 때문에 직장건강보험 가입으로 보험 적용을 받아 약값 부담을 덜고 치료를 지속할 수 있었다. 다른 어떤 질환보다 감염병은 치료가 우선되어 개인과 지역사회 모두의 건강을 유지할 수 있도록 해야 한다.

3) 외국인보호소 내 이주민 건강실태

현행 출입국관리법상 보호명령에 따른 이주민, 난민에 대한 구금은 법무부장관 승인 외 통제절차가 없고,¹⁷⁷⁾ 기간 상한이 없어 장기구금 된 이주민, 난민의 경우 신체의 구속과 정신적 스트레스 속에서 건강악화의 경향을 보이고 있다.

보호시설에서 이주민들이 경험하는 주된 건강문제는 일반적인 문제들로 보호소 입소 이전 일상적으로 행하던 노동과 생활과 연관된 근골격질환, 호흡기질환, 소화기질환, 피부질환 등과 함께 보호시설이라는 특수한 환경에서 감염병, 정신질환, 심혈관질환, 만성질환 등에 더욱 취약해지는 경향을 보인다(이어진, 2019).

사례 6-3-1) 2016년 3월~2018년 5월까지 화성외국인보호소에 구금됐던 난민 K씨는 구금 후 7개월 이후부터 각혈과 복통으로 보호소 내 진료와 약처방으로 치료 중 증세가 악화되어 외부 의료기관에 연계된 후 결핵 진단을 받게 되었다. 경제 능력이 없는 K씨는 외부기관 진료와 검사를 모두 자부담해야 했고, 이후 황달증세로 C형 간염 진단을 받았는데도 치료비 부담으로 치료를 못 받고 구금 상태를 지속했다. 결국 2018년 5월 건강상태 악화로 일시보호해제로 보호소에서 나와 민간단체의 지원으로 치료를 받을 수 있었다.

K씨의 사례는 사실상 구금시설인 보호소 내 집단생활이 감염병에 취약하다는 것을 드러내고 있으며 「외국인보호규칙」 제7조의 환자 발견 시 조치에 의거, 1개월 이상 장기 구금 중인 외국인의 건강권 보호 의무가 있음에도 제대로 이행하지 않은 사례이다.

이러한 사례가 있었음에도 2019년 10월 화성외국인보호소에서는 1년간 구금되어 있던 A씨가 복통을 호소해 병원으로 호송 된 지 사흘 만에 사망한 사건이 발생했다. A씨의 사인은 외부감염에 의한 급성심부전증으로 알려졌다. 그러나 A씨를 지원했던 단체들에 의하면

177) 출입국관리법 제63조에 의거하여 즉시 추방할 수 없는 이주민의 구금은 매 3개월마다 법무부장관의 승인을 얻도록 되어 있다.

A씨는 보호소에 구금된 이후로 건강상태가 계속 나빠지고 있었으며 사망 직전 백내장 증세로 병원진료를 받기도 했다고 한다. 지원단체들은 1년간 보호소에 구금됐던 A씨가 외부감염으로 사망했다는 것은 외국인보호소의 열악한 환경이 A씨를 죽음에 이르게 만든 직접적 원인임을 반증하는 것이라고 했다.¹⁷⁸⁾

이렇듯 보호소 내 의무과에서 담당하는 외국인진료는 기초진료에 국한되어 심한 통증을 호소하는 보호외국인의 질병의 조기발견과 치료시기를 놓칠 위험이 있다. 앞에서 살펴본 대로 보호소 내 야간과 주말 응급의료체계가 갖추어지지 않고, 증상이 악화되어 외부진료를 받더라도 이에 대한 기준이 없고 외부진료 시 본인이 치료비를 모두 부담해야 하는 어려움 때문에 신체적 제한 뿐 아니라 의료비 부담에 대한 정신적 압박이 크다.

더욱이 2020년은 코로나19로 집단생활을 하는 보호소 내 감염병에 대한 우려와 함께 본국으로 갈 수 있는 비행편이 마련되지 않아 뜻하지 않게 구금기간이 장기화되는 경향을 보여 보호 외국인에 대한 건강상의 우려들이 나타나고 있다.

4) 이주노동자 정신건강과 자살

이주노동자 자살의 원인으로 사회 부적응의 문제, 본국 가족과의 문제 등을 드는 경우가 많지만 한국이나 다른 나라 사례를 보더라도 이주노동자의 자살에서 눈에 띄는 것은 이들의 고용조건과 관련된 요인이며 일과 연관된 가능성이 더 높다고 알려져 있다. 대부분의 이주노동자들이 경험하는 장시간 노동, 저임금 혹은 체불임금, 과로 등으로 인한 건강악화, 또 농업이나 어업 등 고립된 노동을 지속하는 경우는 우울증에 취약해지는 경향을 보인다.

한국이주민건강협회가 2020년 6월 11일부터 7월 23일에 걸쳐 국내에 거주하는 네팔, 중국, 미얀마 3개국 출신의 이주 노동자와 이주민 상담활동가 총 102명을 대상으로 실시한 조사¹⁷⁹⁾에서 우울 수준에 영향을 미친 위험 요인은 ‘종사 업종’으로 나타났다. 우울척도(CES-D) 21점 이상을 기준으로 하였을 때, 제조업 종사자(28명 중 18명, 64.3%), 농림축산업 종사자(4명 중 4명, 100%)의 비중이 높았고, 41점 이상을 기준으로 하였을 때는 제조업 종사자의 비중은 줄고(28명 중 4명, 14.3%), 농림축산업 종사자의 비중은 그대로였다(4명 중 4명, 100%). 한편 이주노동자들이 자살 사고를 겪었을 때 관련된 사안으로 생각하는 것은 직장 문제 23명(71.8%), 가족 문제 15명(46.8%), 한국에서의 적응 문제 11명(34.3%), 경제문제 6명 (18.7%), 개인 성격 문제 6명(18.7%) 등 순으로 응답하여 직장문제와 이주노

178) 한국일보. 2019. 11. 06. “의사 1명이 200여명 떠맡는 외국인보호소 “이란인 사망은 국제적 타살”. (<https://www.hankookilbo.com/News/Read/201911061683325940>)

179) 이주노동자 자살예방사업의 일환으로 실시된 이 기초조사는 온라인, 전화, 면접을 통해 이루어졌다. 전체 대상자로부터 인구학적 정보 및 전반적 정신건강 실태 조사를 위해 아동기 부정적 경험과 우울감에 대한 2개의 양적 척도(Adverse Childhood Experiences[ACE], Center for Epidemiologic Studies Depression Scale[CES-D])를 수집하였으며, 이 중 32명과 자살 인식과 경험에 대한 추가적 인터뷰를 진행하였다.

동자들의 정신건강 및 자살 간 연관성을 짐작해볼 수 있다.

이주노동자들은 태어나고 자란 본국을 떠나 사회적, 문화적으로 낯선 타국에서 익숙하지 않은 힘든 노동을 하는 동안 건강상의 여러 위험요인에 노출되고, 스스로 문제를 해결하려 해도 문화적, 제도적인 한계에 부딪쳐 자살 위험에 놓이게 된다고 볼 수 있다.

사례 6-4-1) 중국동포 A씨는 대학교 졸업 후 중국에서 중학교 교사로 일하다 좀 더 안정적인 삶을 위해 천만 원의 비용을 들여 한국에 와서 가사도우미 일을 시작했다. 처음 하는 가사도우미 일이 어렵고 자유시간이 너무 없어 20일 만에 일을 그만두었는데, 낯설고 고된 노동을 하며 혼자 지내다 우울증, 공황장애로 발작이 와서 응급실에 실려 간 경험에 있다.

사례 6-4-2) 네팔 노동자 B씨는 산업연수생으로 입국해서 공장에서 일하다 오른쪽 엄지손가락이 절단되는 산재사고를 당했다. 이후 정상적으로 일을 하지 못하면서 밥도 안 먹고 친구 집을 전전하고 다니며 술을 마시기 시작했다. 처음에는 친구들이 안타까워하며 도와주었지만 알코올중독 증상이 심해져 일상생활을 못하게 되었고 금단증세로 정신병원에 입원하게 되었다. 그러나 B씨는 비정규채류자로 건강보험 적용을 받지 못해 치료비 문제로 바로 퇴원하고 말았다.

사례 6-4-3) 네팔 이주노동자 D씨는 올해 코로나19 감염병이 확산되면서 불안해하며 잠을 못자고 무서워하는 증상이 시작되었다. 마스크를 잘 쓰고 조심하는데도 걱정이 커져만 갔다. 이전에는 일도 잘 하고 한국생활도 잘 했는데 안절부절 못하며 불안해하였다. 주변의 도움으로 병원진료 후 약물치료를 받아 불안증세가 조금씩 줄어들기는 했지만 여전히 잠을 못 이루고 가끔씩 죽고 싶다는 생각을 하고 있다.

고용허가제 이주노동자들은 원칙적으로 직장이동이 금지되어 있고, 특정한 사유에 해당되는 경우에만 예외적으로 직장을 옮길 수 있다. 잠시 휴가를 얻어 고향 집에 다녀오고 싶어도 회사 측의 승낙 없이는 어렵다. 이주노동자들은 이런 현실 앞에서 절망과 한계를 느끼고 무력감에 빠지게 된다.

사례 6-4-4) 미얀마 이주노동자 H씨는 두 달 전 미얀마에서 어머니가 돌아가셨다는 연락을 받고 장례식 참석을 위해 회사에 연차를 요구했지만 거절당한 울분으로 심한 스트레스를 겪고 있었다. 어머니가 돌아가셨을 때 너무 속상해서

많이 울었다는 그는 팀장이 도와주지 않아서 집에도 못하고 어머니 임종을 못 봤으니 여기서라도 제대로 추모하고 싶었지만 그마저도 못하게 해서 화가 나고 힘들었다고 한다. 회사 관리자와 평소 갈등관계로 힘든 상황에서 갑작스런 모친 상으로 갈등상황이 악화되었고 상대방을 죽이고 자신도 죽어버리겠다는 극단적인 분노감으로 위기에 처해있었다.

사례 6-4-5) 네팔 이주노동자 F씨는 평소 사업장에서 괴롭힘과 폭언을 많이 당했고 휴일도 없이 일을 해야 하는 상황이었다. 네팔로 돌아가고 싶었지만 사업주가 가지 못하게 막았고, 회사를 옮기려고 사업장 변경신청을 했으나 사업장 변경도 쉽지 않은 상황에서 극단적인 선택을 했다.

5) 건강보험 없는 이주민과 국제수가 적용 문제

최근 5년 사이 건강보험이 없는 이주민들에 대한 의료기관의 국제수가 적용이 비정규 이주민의 의료서비스 이용에 가장 큰 장애가 되고 있다. 국제수가는 2015년 제정되어 2016년 6월 23일부터 시행중인 「의료 해외진출 및 외국인환자 유치 지원에 관한 법률」(이하 ‘의료해외진출법’)에 근거하여 의료서비스 이용을 목적으로 입국하는 외국인에게 적용하도록 되어 있다. 법무부는 의료관광을 목적으로 입국하는 외국인 환자들이 보다 편리하게 입국할 수 있도록 단기 의료관광비자(C-3-3)와 장기 치료요양비자(G-1-10)를 발급하여 해당 의료기관을 이용하도록 하고 있다. 다시 말해 국제수가는 의료서비스 이용을 목적으로 하는 비자를 발급받아 입국한 환자들이 해당 의료기관 이용 시 적용해야 하는 것이 원칙이다.

그러나 건강보험에 가입할 수 없는 이주민, 특히 비정규 이주민들에게도 국제수가를 적용하는 이유는 ‘의료해외진출법’ 시행규칙에서 외국인환자에서 제외되는 외국인의 범위(제2조)를 “「출입국관리법」 제31조에 따라 외국인등록을 한 사람[「출입국관리법 시행령」 제12조 및 별표 1에 따른 기타(G-1)의 체류자격을 가진 사람은 제외한다]”과 “「재외동포의 출입국과 법적 지위에 관한 법률」 제6조에 따라 국내거소신고한 외국국적동포”로 규정하고 있기 때문이다.

결국 이 법에 의해 의료서비스를 이용하고 국제수가를 적용받는 “외국인환자”는 두 종류의 의료비자 소지자와 비정규 이주민이 되는 셈이다. 처음부터 의료관광이나 장기치료를 목적으로 입국하는 외국인들에게는 국제수가를 적용한 높은 치료비가 문제가 되지 않을 수도 있으나 대부분 저임금을 받는 비정규 체류 이주민들은 국제수가를 적용한 치료비를 감당하기 어렵다.

앞에서 본 사례 중에 서울의 한 대학병원에서 심장수술을 받은 신생아의 경우 수술비가

1억 6천여만 원이 발생한 것은 건강보험이 없는 외국인환자에게 적용하는 국제수가를 적용하였기 때문이다. 그러나 산모는 의료비자를 가지지 않은 비정규 이주민이고 병원 사회사업팀에서 이를 확인한 후 일반수가로 조정, 적용하여 5천만 원이 감면되었다.

이와 같이 건강보험이 없는 국내 체류 이주민들의 의료비부담을 가중시키는 국제수가 적용 현황을 서울과 경기도의 의료기관을 통해 알아보았다.

먼저 현행 의료수가는 크게 건강보험수가와 일반수가, 국제수가로 나뉜다. 건강보험수는 건강보험에 가입한 내외국인에게 적용하도록 건강보험공단에서 정한 수가이고, 일반수는 건강보험에 가입하지 않은 사람에게 적용하는, 보통 의료기관에서 통용되는 수가를 고려하여 병원별로 책정한 수가이며, 국제수는 주로 의료관광을 목적으로 입국한 외국인에게 적용하는 수가이다.

각 수가별 적용대상의 분류는 병원마다 다르며 건강보험심사평가원의 평가가 없는 항목들은 병원에서 자율적으로 수가를 적용할 수 있다. 면접조사를 통해 파악한 각 의료기관별 수가 적용대상을 분류해보면 <표 6-6-1>과 같다.

<표 6-6-1> 의료기관별 의료비 수가 적용 비교

	서울 A 대학병원	경기도 B 종합병원	경기도 C 대학병원
WeFriends Aid(이주민 의료공제회) 협약관계	없음 (응급, 중증질환 등 사례에 따라 의료비 지원 협력요청)	있음	있음
건강보험수가 적용대상	- 건강보험 가입자(내외국인)	- 건강보험 가입자(내외국인) - 건강보험 없는 국내 체류 이주노동자(의료공제회 회원 포함)	- 건강보험 가입자(내외국인) - 의료공제회 회원
일반수가 적용대상	- 병원 내규에 따름	- 건강보험 없는 일반 외국인	- 건강보험 없는 의료공제회 비회원 이주민
국제수가 적용대상	- 의료관광 목적 입국 외국인 - 건강보험 없는 이주민	- 미군(협약관계) - 의료관광 목적 입국 외국인	- 의료관광 목적 입국 외국인

수가 적용에 관해서 특히 국제수는 병원마다 책정 기준이 다르고 단가를 공유하지 않기 때문에 세부적으로 파악하기에는 한계가 있으나 일반수가가 대략 건강보험수의 1.5배~2배이고 국제수는 건강보험수의 3~4배 많게는 5배나 되는 경우도 있어 건강보험이 없는 환자가 부담해야 하는 금액도 그만큼 늘어나게 되는 것이다.

〈표 6-6-2〉 의료비 적용 수가별 본인부담금의 비교 사례

구분	국제수가 적용	일반수가 적용	건강보험수가 적용
건강보험 없는 환자	16,000,000원	10,000,000원	6,000,000원
건강보험 가입 환자			1,200,000원
건강보험 없지만 WeFriends Aid 가입 환자			3,000,000원

예를 들어 건강보험이 없는 비정규 이주민이 골절로 의료기관에서 치료를 받고 국제수가 적용한 치료비 1,600만원을 본인이 내야 한다고 했을 때 이를 일반수가로 적용할 경우 1,000만원을 본인이 부담해야 한다. 건강보험수가를 적용할 경우 치료비는 600만원으로 줄게 되는데 건강보험 가입 환자는 이 금액에서 보통 20%에 해당하는 120만원을 본인이 부담하고 나머지 480만원을 건강보험공단에서 부담한다. 그러나 건강보험이 없는 비정규 이주민은 병원에서 건강보험수가를 적용한다 해도 공단에서 부담해 주는 금액은 없기 때문에 원칙적으로 600만원 전액을 본인이 부담해야 한다.

만일 환자가 건강보험은 없어도 ‘WeFriends Aid’와 같은 민간단체 의료공제회에 가입되어 있고 회원 지원 기준에 따라 의료비의 50%까지 지원을 받게 된다면 본인이 내야 할 금액은 300만원으로 줄게 된다. 이렇게 되면 처음 국제수가 적용 치료비 1,600만원을 본인이 부담해야 하는 것에서 병원의 수가적용을 통한 감면(병원 할인)과 민간의 의료비 지원으로 부담은 많게는 약 5분의 1수준까지 줄어들게 되는 것이다. 이를 정리해보면 〈표 6-6-2〉와 같다.

의료기관의 입장에서는 국제수가 적용이 수익 면에서 도움이 될 것이다. 그럼에도 지역에서 이주민 진료를 오랫동안 해온 한 종합병원은 건강보험 없는 이주민 환자에게 바로 국제수가를 적용하지 않는다고 한다.

“우리 병원의 국제수가는 다릅니다. 일반 이주민에게는 국제수가를 적용하지 않고 있어요. 국제수가가 이주민 대상으로 만들어진 게 아니라 ‘선진국’ ‘외국인’ 대상이고 그 사람들은 본국에 가면 그 나라 보험 적용을 받을 수 있으니까 거기 맞춰 국제수가를 적용합니다. 그렇지만 ‘동남아’ 등에서 온 보험이 없는 이주민들에게는 원칙은 일반수가를 적용하는 거죠.

그조차도 우리가 경험적으로 볼 때 실제로 낼 수 있는 능력이 많지 않아서 병원 차원에서는 20년 전부터, 동남아 등에서 사람들이 한참 들어올 때부터도 보험수가 100%로 해 왔습니다. 수 년 전에 수가를 좀 조정했는데, 그 과정에서 다행히 지역 내 상담소와 의견이 일치하는 부분이 있어서 상담소와 협약을 통해

이주노동자들에 대한 진료비 지원 계획을 세웠습니다. 그게 현재까지 진행되고 있고요. 원래는 일반수가 적용을 하지만 보험수가로 전환해서 차액에 대해서는 감면하고 있습니다. 적용 자체는 일반수가를 적용하고 다만 보험수가 수준으로 맞춰서 차액은 감면하고 보험수가 100%로 청구해서 받습니다.

그런데 저도 궁금한 것이 (환자들이) 능력이 되면 상관없는데, 어차피 돈 못 내는데, 이렇게 (감면)해줘도 돈을 못 내는데 국제수가를 적용하는 게 무슨 의미가 있나 싶어요.

중요한 것은 병원 내에 이러한 (환자 구분 및 지원) 프로세스가 만들어지는 것이고 국내 모든 병원들이 그 프로세스대로 움직일 수 있다고 생각해요. 우리는 오랫동안 발전시켜 왔으니까 그대로 하는데 외국인이 자주 안 오는 병원은 어떻게 해야 할지 모르니까 건별로 하지 못하는 수가 있어요. 시스템적으로 공제회라던가 공제 형태의 뭔가가 있다면, 그리고 이 프로세스가 국내 병원들에 다 공유가 된다면 이주노동자들 혜택이 예측 가능하고 한 사람이 아니라 여러 사람을 도와줄 수 있는 사례들이 만들어지겠죠.”

(경기도 B종합병원 원무팀장, 사회사업팀장 면접조사)

서울의 대학병원 관계자도 현 수가체계에 대해서는 국제수가는 취지에 맞게 치료를 목적으로 입국하는 환자들에게 적용하고 국내 체류 중인 이주민들에게는 보험이나 공적체계의 지원의 장애를 없애는 것이 중요하다는 견해를 밝혔다.

“일단은 건강보험 가입 기준 자체가 명확해지는 것이 우선일 것 같고, 그 다음에는 난민 인정에 대한 부분, 그 두 가지가 사실 제일 큰 것 같아요. 제일 안타까운 게 본인을 난민이라고 소개하시는데 서류를 받고 보면 난민이 아니고 난민 신청 단계에 계신 분들이 많거든요. 저희가 봐도 어려운 상황인데 근본적인 것들이 안 되어 있다 보니까 저희도 (환자를 대할 때) 신중해질 수밖에 없고… 이게 악순환인 것 같아요.

‘외국인근로자 등 의료지원사업’은 우리 병원은 안 되어 있고 우리 병원에서 병원비가 너무 많이 나와서 시립병원으로 옮기려고 논의하는데 그 과정에서 불법 체류 환자인 경우에 신분이 노출될 수도 있잖아요. 그런데 그게 관계자들 간에 불편한 지점들이 너무 많은 거예요. 저희는 이 환자 추천을 했을 때 이 사람이 잡혀가지는 않을까?, 그런 의구심이 들고… 지원신청하려면 이 사람이 불법체류자지만 우리 회사에서 일하고 있다는 서류를 사업주가 써줘야 되는데 이 사업주도 부담이 가는 거예요. 그래서 민간 병원 연결은 사업주도 부담 없이 써주는데 정부에 들어가는 부분은 사업주도 걱정이 되고, 이 사람 잡혀갈까봐 걱정되고 그래서 한번은 주무부서에 전화문의를 해봤더니, 그럴(잡혀갈) 수도 있지 않을까요?, 이런 식으로

애길 해서 불안해서 적극적으로 전원 시키는 걸 못한 적이 있었어요.”

(서울 A 대학병원 사회사업팀 면접조사, 2020. 7. 8.)

결국 현행 공적제도를 통한 비정규 이주민 의료보장과 더불어 건강보험에 가입할 수 없는 비정규 이주민, 난민신청자 등에게 엄청난 비용 부담으로 작용하는 국제수가는 원래의 취지대로 의료관광을 목적으로 입국한 외국인에게만 적용하도록 해야 한다. 그리고 비정규 이주민들이 비용문제로 치료를 포기하여 생명을 잃는 일은 없도록 의료기관의 현실적인 수가적용(보험수가 적용)과 환자구분에 따른 지원체계 및 협력체계 마련이 필요하다. 이를 위해서 이주민 지원단체, 의료기관, 공적지원체계 간 연계 가능한 자원과 협력체계에 대한 이해 및 정보제공이 필요하다.

IV. 해외 사례 및 정책 제언

제7장 이주민 의료보장에 대한 해외 사례

제8장 이주민 의료보장 쟁점 및 정책제언

제7장 이주민 의료보장에 대한 해외 사례

외국국적자와 재외국민에게만 적용되는 최근의 건강보험제도 개편은 가입자격 취득을 위한 최소체류기간 연장, 지역가입자가 될 수 있고 직장가입자가 아닌 외국국적자에 대한 지역가입 의무화, 지역가입자에 대한 전년도 평균보험료 이상 보험료 부과와 세대원(부양가족) 범위 축소, 체납 즉시 보험급여 중단, 체납 시 체류자격 연장거부 불이익 등을 내용으로 하고 있다. 이 중 최소체류기간 연장은 건강보험을 통한 의료보장 공백의 문제가, 그 외의 개편은 이주민에 대한 차별과 특히 저소득층에 대한 과도한 건강보험료 부담의 문제가 제기되어 왔다. 정부는 특히 저소득층에게 더 불평등한, 전방위에 걸친 차별의 합리적 근거나 필요성에 대한 명확한 설명을 내놓지 못하는 실정이나, 이주민에 대한 의료보험제도 적용 차별은 이미 확고한 “정책기조”로 굳어가고 있다.¹⁸⁰⁾

보험회사가 제공하는 민간의료보험과 달리 사회보험인 건강보험은 질병이나 부상 발생의 위험성이 아닌 소득에 따라 보험료가 책정되고, 보험급여는 납부된 보험료의 액수가 아닌 상병의 치료와 완화에 필요한 정도로 제공되는 것을 특징으로 한다. 대표적 사회보장제도에 해당하는 사회보험은 이와 같이 연대의 원리를 근간으로 삼고 있다. 그러나 최근의 지역건강보험제도 개편은 이주민을 연대의 대상에서 배제하는 것을 넘어 연대를 해치는 존재로 여기는 관점에 기반하고 있어 이주민들의 한국사회 정착이 진행되는 상황에서 정부가 앞장서서 사회통합을 부정하는 정책을 펼치고 있다는 우려를 낳고 있다.

이에 동아시아 국가 중 한국과 비슷한 사회보험 방식의 건강보험제도를 가지고 있으면서 노동이주 유입국인 대만과 일본, 유럽 국가 중 사회보험의 원조국인 독일, 그리고 조세기반 의료보장 제도를 가지고 있는 영국의 의료보장제도가 외국국적자에게 어떤 방식으로 적용되는지를 살펴봄으로써, 한국 정부의 위와 같은 “정책기조”와 관점이 국제사회에서 일반적으로 나타나는 경향인지, 만약 그러하다면 그러한 경향에 합리적 근거가 있는 것인지 확인하고자 하였다.

이하에서 위 4개 국가의 건강보험 가입자격 등 의료보장제도 이용자격 취득을 위한 최소 체류기간 및 그 기간의 의미, 보험료 산정에서 외국국적자에 대해 다른 기준을 적용하는지 여부와 그 이유, 부양가족 인정기준 등 한국의 외국국적자 관련 건강보험제도 개편에서 논란이 되고 있는 사항, 그리고 그 외 외국국적자에 대한 저소득층 의료지원 적용 여부, 비정

180) 국내 체류 사실혼관계 외국인에게 건강보험 혜택을 주어야 한다는 여성가족부 권고를 보건복지부는 “정부의 외국인 건강보험 정책 기조에 맞지 않는 데다 도덕적 해이 등 부작용도 상당하다”는 이유로 수용을 거부했다. 보건복지부가 말하는 “외국인 건강보험 정책 기조”란 무엇인지 불분명하나 맥락상 최근의 개편을 관통하는, 외국국적자와 재외국민에게 건강보험 가입을 강제하면서 보험료나 혜택 면에서 ‘내국인’과 차별하겠다는 기조를 말하는 것으로 보인다. (서울경제 2020.12.21., “사실혼 외국인도 건강보험 혜택 주자” 여가부 권고, 복지부서 ‘퇴짜’ <https://news.v.daum.net/v/20201221173458422/> 2021.1.4. 접속).

규 이주민과 난민신청자에 대한 의료보장 등에 대해 살펴보겠다.

1. 독일

1) 독일 의료보장제도 개요

(1) 법정의료보험 가입의무와 자율적 가입대상자

독일 의료보장제도는 법정의료보험(Gesetzliche Krankenversicherung - GKV) 중심으로 설계되어 있다. 인구의 90% 정도가 법정의료보험에 가입되어 있다.¹⁸¹⁾ 전국적으로 110여개의 비영리 상병금고(Krankenkasse)가 법정의료보험의 보험자이다. 2009년 1월 1일 도입된 건강기금(Gesundheitsfonds)에 의해 의료보험 재원은 하나의 기금으로 관리되고, 상병금고에 가입자 위험구도(연령, 성별, 질병 등)가 반영된 교부금이 지급된다.¹⁸²⁾

일정한 소득[의무가입소득기준. 2020년 기준 총소득 연 62,550(월 5,212.5)유로¹⁸³⁾] 이하 고용인, 연금수령자, 실업급여수령자 등은 법정의료보험 의무가입 대상자이다. 의무가입소득 기준 초과 고용인, 공무원, 자영업자와 프리랜서는 법정의료보험 자율가입 대상자이다. 자율가입대상자는 법정의료보험 대신 보험회사의 사보험(Private Krankenversicherung) 상품에 가입할 수 있다. 사보험의 보험료는 제공되는 급여의 범위, 연령과 건강상태에 따라 책정된다. 법정의료보험 대신 사보험을 택한 사람은 일정한 조건 하에서만 법정의료보험으로 돌아올 수 있다.¹⁸⁴⁾

법정의료보험 가입자는 계약의사(Vertragsarzt, 금고의사(Kassenarzt)라고 불리기도 한다)로부터 진료 받는 경우에만 보험급여를 받을 수 있다.

(2) 법정의료보험료

의료보험료는 총소득의 14.6%이며(상병수당 수급권이 없는 가입자의 경우에는 14%), 상병금고에 따라 평균적으로 1.1%의 추가보험료¹⁸⁵⁾를 징수한다. 보험료 산정의 기초가 되는

181) <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/grundprinzipien/geschichte.html> 2020.12.4. 접속.

182) <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/gesundheitsfonds.html> 2020.12.4. 접속.

183) <https://www.krankenversicherung.net/versicherungspflichtgrenze> 2020.12.9. 접속.

184) 55세 이상인 사람은 원칙적으로 법정의료보험으로 돌아올 수 없다. 다만 월 소득이 450유로 미만이면 배우자의 피부양자로 법정의료보험 가입이 가능하다. 55세 미만인 고용인은 소득이 의무가입소득기준 미만이면 법정의료보험으로 돌아올 수 있고, 55세 미만인 자영업자는 사회보험가입의무가 있는 사용자와 고용계약을 체결하고 소득이 의무가입소득기준 미만이면 법정의료보험으로 돌아올 수 있다. 젊었을 때 보험료가 저렴한 사보험을 이용하다가 나이가 들어 사보험료 부담이 커지면 법정의료보험으로 갈아타는 것을 막으려는 취지다. (<https://www.krankenversicherung.net/rueckkehr-gesetzliche> 2020.12.3. 접속, <https://www.uni-bamberg.de/sowi/koordinationsstelle-rechtswissenschaften/prof-birk/rueckkehr-in-die-gesetzliche-krankenversicherung-gkv/> 2021.1.7. 접속).

소득상한은 월 4,687.50유로(연 56,250유로, 2020년 기준)이다. 사용자가 있는 경우 사용자가 절반을 부담한다. 연금수급자의 경우 연금보험자가 절반을 부담한다. 자영업자는 보험료 전액을 부담한다. 자율적 가입대상자인 자영업자에 대해서는 상병수당 수급권 존부에 따라 월 148.63~155.00유로의 최소보험료가 적용된다(2020년 기준). 실업급여(Arbeitslosengeld), 실업부조(ArbeitslosengeldII) 또는 직업교육생계수당(Unterhaltsgeld)을 수급하는 사람의 경우 노동부와 연방이 법정의료보험료를 부담한다. 생계지원이 필요하여(Hilfebedürftig) 사회 부조를 수급하거나 보험료 부담으로 생계지원이 필요하게 되는 경우 보장기관이 보험료를 부담한다.¹⁸⁶⁾

학생의 경우 학생상병금고의 적용을 받는다. 학생의 배우자와 자녀는 가족(피부양자)으로서 추가보험료 없이 보장받을 수 있다. 학생상병금고 가입자가 부담하는 보험료는 2020년 1월 10일 기준 월 99.79(상병보험료 76.85 + 요양보험료 22.94)유로에 금고별 추가보험료를 더한 값으로 책정된다. 76.85유로는 연방교육촉진법(Bundesausbildungsförderungsgesetz)에 따른 생계비법정기준인 752유로¹⁸⁷⁾에 10.22%의 보험료율을 곱한 값이다. 자녀가 없는 24세 이상 학생은 요양보험료에 1.88유로가 추가된다. 25세 이하 학생은 대부분 부모의 가족(피부양자)으로서 보장 받을 수 있다. 그래서 학생상병금고는 통상 25세 이후에 가입한다. 학생상병금고는 14학기까지 이용가능하며 30세 연령제한이 있다.¹⁸⁸⁾ 자녀출산과 양육, 장애, 학생회 참여, 장애가 있는 가족구성원 돌봄 등으로 학업이 길어진 경우 30세 넘어서 까지 가입기간을 연장할 수 있다. 이후 법정상병금고 자율가입이 가능하며 이때 보험료 산정을 위해 1096.67유로의 소득이 있다고 간주된다.¹⁸⁹⁾¹⁹⁰⁾

(3) 가족(피부양자) 가입자

자녀와 배우자는 소득이 일정한 금액 이하로서 보험가입의무가 없는 경우에 해당하지 않는 등의 요건을 충족하면 추가보험료 없이 가족으로서 보험혜택을 받을 수 있다. 자녀는 원칙적으로 만 18세까지[취업하지 않은 경우에는 23세까지, 장애를 이유로 스스로 생계를 유지할 능력이 없는 경우에는 연령제한 없이, 학업이나 직업훈련 중인 경우에는 25세까지(군복무 등으로 학업/직업훈련이 중단된 경우 해당 기간 연장)] 가족으로서 보험혜택을 받을 수 있다.¹⁹¹⁾¹⁹²⁾

185) <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/beitraege-und-tarife.html#c12169/> 2020.12.9. 접속.

186) <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/beitraege-und-tarife.html> 2020.12.4. 접속.

187) 학생에게 필요하다고 간주되어 저소득 학생에게 지원금 또는 일부 무이자대출금으로 지급되는 생계비의 법정기준을 말한다. 실제 지급액은 학생 본인의 소득, 재산과 부모의 소득 등에 따라 결정된다(<https://www.xn--bafg-7qa.de/de/welche-foerderungsarten-gibt-es-374.php/> 2020.12.4. 접속).

188) <https://www.krankenkassen.de/gesetzliche-krankenkassen/krankenkasse-beitrag/studenten/> 2020.12.4. 접속.

189) <https://www.krankenkassen.de/meine-krankenkasse/student/krankenversicherung/2020.12.4.> 접속.

190) <https://www.student-kv.de/freiwillige-krankenversicherung/> 2020.12.4. 접속.

191) <https://www.krankenversicherung.net/familienversicherung> 2020.12.9. 접속.

192) <https://www.verbraucherzentrale.de/wissen/gesundheit-pflege/krankenversicherung/familienversicherung-in-der-krankenkasse-wer-kostenlos-mit-rein-kommt-28982> 2020.12.4. 접속.

(4) 의료보험 가입의무

2009년 1월 1일부터 독일은 모든 거주자에게 의료보험가입의무를 부과하고 있다. 그전까지 가입의무는 특정 집단과 법정상병금고에만 한정되었으나, 보험회사에 기초보험료(Basistarif)가 책정되고 급여가 법정의료보험에 준하는 의료보험상품(기초사보험) 제공을 의무화하면서 의료보험 가입의무가 모든 거주자에게 확대되었다.¹⁹³⁾

기초사보험은 다음과 같은 요건과 기준이 적용된다:

- 일정한 요건(의료보험가입의무가 있고, 법정의료보험 가입자격이 없고, 독일 거주자격이 있는 사람 등)¹⁹⁴⁾을 충족하는 사람에 대해 가입을 거부할 수 없음¹⁹⁵⁾
- 병력 등 건강상 위험요소 증대를 이유로 한 할증 또는 배제 허용되지 않음. 보험료는 가입연령에 따라 책정됨¹⁹⁶⁾
- 급여제공은 금고의사연합과 금고치과의사 연합에 의해 보장됨. 급여의 범위는 법정의료보험에 준함¹⁹⁷⁾
- 보험료는 법정의료보험료 상한액을 초과할 수 없음(2020 기준 상한은 월 735.94유로)¹⁹⁸⁾
- 기초사보험은 가족(피부양자) 가입개념이 없고 개인별로 가입해야 함(부부도 각자 가입)¹⁹⁹⁾
- 아동과 청소년에 대해서는 별도의 보험료가 책정되어야 함(2019년 하반기 기준 월 약 240유로²⁰⁰⁾).²⁰¹⁾
- 생계지원이 필요한 상태로 인해 보험료를 지불하지 못하는 경우 보험료가 반으로 감축됨. 그럼에도 보험료가 과다한 경우 보장기관은 생계지원이 필요한 상태가 되지 않기 위해 필요한 범위에서 지원금을 제공²⁰²⁾
- 계약의사(금고의사)는 기초사보험 가입자의 진료를 거부할 수 없으며, 법적 상한이 넘는

193) <https://www.krankenkassenzentrale.de/wiki/krankenversicherungspflicht> 2020.12.4. 접속.

194) <https://www.howtogermany.com/pages/healthinsurance.html> 2020.12.4. 접속.

195) <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/b/basistarif-in-der-privaten-krankenversicherung.html> 2020.12.4. 접속.

196) Infoblatt- Spezielle PKV-Tarife: Basis-, Standard- und Notlagentarif, Bund Der Versicherten (<https://www.bundderversicherten.de/files/merkblatt/1115-pkv-basis-standard-notlagen.pdf> 2020.12.4. 접속).

197) Infoblatt- Spezielle PKV-Tarife: Basis-, Standard- und Notlagentarif, Bund Der Versicherten (<https://www.bundderversicherten.de/files/merkblatt/1115-pkv-basis-standard-notlagen.pdf> 2020.12.4. 접속).

198) <https://www.betanet.de/private-krankenversicherung-basistarif.html> 2020.12.4. 접속.

199) <https://www.betanet.de/private-krankenversicherung-basistarif.html> 2020.12.4. 접속.

200) <https://www.test.de/Private-Krankenversicherung-Fuer-wen-der-Basistarif-sinnvoll-ist-1756002-0> 2020.12.4. 접속.

201) 보험업 감독에 관한 법률(Gesetz über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen) 제52조(1)

202) <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/b/basistarif-in-der-privaten-krankenversicherung.html> 2020.12.4. 접속.

진료비를 청구할 수 없음²⁰³⁾

(5) 법정의료보험급여

법정의료보험의 급여는 현물로 제공된다. 약제는 본인부담금이 있다. 안마 또는 물리치료의 경우 환자는 통상 비용의 15%를 부담한다. 안경은 본인이 비용의 대부분을 부담한다. 소득의 일정비율을 초과하는 본인부담금은 면제된다. 독일 법정의료보험 가입자 3명 중 1명은 본인부담금이 면제된 상태다. 입원환자의 경우 보험급여는 의사의 진료, 간병, 약제, 숙박 등 병원에서의 의료적 처치를 위해 필요한 모든 급여를 포함한다. 본인부담금은 1일 10유로이다. 법정의료보험 가입의무가 있는 가입자는 사용자가 임금지급의무가 있는 병가 6주 경과 후에는 소득보전을 위한 상병수당을 지급받는다. 학생, 가족(피부양자) 가입자와 연금수급자는 상병수당 수급권이 없다.²⁰⁴⁾

2) 외국국적자의 의료보장

(1) 의료보험 가입의무

독일 거주 외국국적자는 일정 기준을 충족하는 의료보험에 가입되어 있어야 한다.²⁰⁵⁾ 위 요건을 충족할 수 있는 경로는 출신국가(유럽연합회원국가, 사회보장협정 체결국 여부 등)와 직업군(고용인, 자영업자, 학생, 연금수급자, 구직자)에 따라 다르다. 독일 입국을 위해 비자가 필요한 외국국적자는 비자 취득을 위해 의료보험 가입이 필요하다.²⁰⁶⁾²⁰⁷⁾ 유럽연합 회원국가 등의 국적자의 경우 본국 의료보험 보험자에게 유럽 의료보험증을 신청하여 독일에서 사용할 수 있다. 진료는 원칙적으로 귀국할 때까지 미룰 수 없는 당장 필요한 진료로 제한되나, 보다 장기간 거주하려는 경우 본국 보험자로 하여금 EU-S1서식을 발급받아 독일 상병금고에 제출함으로써 검진 또는 계획된 치료를 받을 수 있다.²⁰⁸⁾

사회보험 의무가입 직장에 취업한 외국국적자는 법정의료보험 의무가입대상이다.²⁰⁹⁾ 의무가입대상자는 별도 가입 없이 자동으로 법정의료보험의 적용을 받는다.²¹⁰⁾ 그 외에는 경우

203) <https://www.kvwl.de/arzt/recht/hinweise/behandlungspflicht.htm> 2020.12.4. 접속.

204) <https://www.krankenkassen.de/gesetzliche-krankenkassen/leistungen-gesetzliche-krankenkassen/gesetzlich-vorgeschriebene-leistungen/gesetzliche-leistungen/> 2020.12.4. 접속.

205) 보험계약에 관한 법률(Gesetz über den Versicherungsvertrag) 제193조

206) <https://www.krankenversicherung.net/krankenversicherung-fuer-auslaender> 2020.12.4. 접속.

207) Stephan Witte, Hürden bei der Versicherung von Nicht-EU-Ausländern in der Krankenversicherung, Risiko&Vorsorge 2-2017, pp.24-27

208) <https://www.krankenversicherung.net/krankenversicherung-fuer-auslaender> 2020.12.4. 접속, <https://www.krankenkassen.de/meine-krankenkasse/krankenversicherung-eu/krankenkasse-ohne-arbeit/> 2021.1.7. 접속

209) <https://thegermanyeye.com/health-insurance-for-foreigners-in-germany-3752> 2020.12.4. 접속.

210) <https://www.arbeitsrechte.de/sozialversicherungspflichtige-beschaeftigung/> 2021.1.5. 접속.

에 따라 법정의료보험 자율가입이 가능하다. 사회법전 제5권 제5조제1항제13호는 상병에 대한 보험청구권이 없고, 마지막으로 법정의료보험에 가입되어 있었거나 법정의료보험이나 사보험 가입 이력이 없는 사람(자영업자 등 자율가입 대상자 제외)을 “사회법전 제5권 제5조제1항제13호에 따른 보충적 법정의료보험 가입의무(Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Abs.1 Nr.13 SGB V)”²¹¹⁾ 대상으로 규정한다. 유럽연합회원국, 유럽경제공동체에 관한 협약 가입국 또는 스위스 국적자가 아닌 외국국적자는 영주체류자격이나 12개월 초과 체류 자격을 가진 사람으로서 생계유지능력이 체류의 전제가 되지 않는 경우에만 위 규정에 따른 보충적 법정의료보험 가입의무의 적용을 받는다(사회법전 제5권 제5조제11항). 법정의료보험 의무 또는 자율가입대상이 아니거나, 자율가입대상으로서 법정의료보험에 가입하지 않은 경우에는 보험계약에 관한 법률 제193조의 요건을 충족하는 사보험에 가입해야 한다. 법정 의료보험 가입대상인 경우 보험료, 부양가족 등은 독일 국적자와 같은 기준을 적용한다.

(2) 외국국적자에 대한 저소득 의료지원 적용 여부

독일은 한국처럼 별도의 의료급여제도를 운영하지 않고, 위에서 본 바와 같이 실업급여 또는 실업부조를 수급하거나 생계지원이 필요한 경우 연방 또는 보장기관이 의료보험료를 부담한다.

사회법전 제12권 제23조에 따르면 독일 영토 체류 외국국적자는 생계부조(Hilfe zum Lebensunterhalt), 상병부조(Hilfe bei Krankheit), 임신 및 모성부조(Hilfe bei Schwangerschaft und Mutterschaft), 요양부조(Hilfe zur Pflege) 수급자격이 있다. 다만 체류자격이 있는 경우에 한한다. 출국의무가 있는 외국국적자는 난민신청자급여법(Asylbewerberleistungsgesetz)의 적용을 받는다. 그 외 사회부조는 개별사안에 따라 정당화되는 경우 재량적으로 제공될 수 있다. 영주권이 있거나 체류자격에 기한이 있으나 장기체류가 예상되는 외국국적자에 대해 위 제한은 적용되지 않아 독일인과 마찬가지로 사회법전 제12권에 따른 모든 사회부조에 대해 수급자격이 있다. 여기에 주거부조나 장애인을 위한 사회통합부조가 포함된다.²¹²⁾

독일 이민법상 장기체류가 예상되는 것이 원칙이다. 제외되는 경우는 예를 들어 관광객, 그리고 입주도우미(Au Pair)처럼 외국인취업령(Verordnung über die Beschäftigung von Ausländerinnen und Ausländern)에 의해 체류기간연장이 불가능한 경우이다. 오로지 구직을 목적으로 하는 체류자격을 가지고 있거나 사회부조를 받을 목적으로 입국한 경우도 제외된다. 난민신청자급여법의 적용을 받는 외국국적자도 제외된다.²¹³⁾

211) GK Spitzenverband, Grundsätzliche Hinweise Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Abs.1 Nr.13 SGB V vom 14. Dezember 2018.

212) https://www.gesetze-im-internet.de/sgeb_12/_23.html 2020.12.4. 접속.

213) Georg Classen, Leitfaden Alg II und Sozialhilfe für Ausländer, September 2016 (https://fluechtlingsrat-berlin.de/wp-content/uploads/Leitfaden_SGB_II_XII_Auslaender.pdf 2020.12.5. 접속).

외국국적자는 독일인과 마찬가지로 실업부조(ArbeitslosengeldII) 수급자격이 있다. 상주하지 않는(ohne gewöhnlichen Aufenthalt) 외국인은 제외된다[관광객, 계절노동자, 난민신청자와 체류자격 없지만 체류가 용인된 사람(Geduldete)]. 난민신청자급여법 대상자인 경우에도 제외된다[난민신청자, 체류자격 없지만 체류가 용인된 사람(Geduldete), 그 외 출국의무가 있는 외국국적자 등]. 오로지 구직을 목적을 체류하는 경우 역시 제외된다. 구체적인 취업 활동허가는 요하지 않으나(독일국적자에 비해 후순위로만 취업할 수 있는 경우에도 실업부조 대상이 됨) 취업이 불가능한 체류자격을 가진 외국국적자(관광객 등)는 제외된다.²¹⁴⁾

이상 본 바와 같이 장기체류 외국국적자는 대개 독일국적자와 같은 수준의 사회보장권이 인정된다. 다만 부조가 필요하다는 사실이 생계유지능력이 없음을 이유로 한 체류자격연장이나 다른 체류자격으로의 변경이 제한되는 사유가 될 수 있다. 반면 실업부조 정도의 소득이 있는 경우에는 생계유지능력이 있다고 본다. 아동수당(Kindergeld), 아동수당가산금(Kind erzuschlag), 양육수당(Elterngeld), 사회법전 제3권에 따른 교육촉진(Ausbildungsförderung), 연방교육촉진법(Bundesausbildungsfoerderungsgesetz)에 따른 교육촉진, 기여금에 근거한 공적 급여(연금, 실업급여, 상병수당), 장학금 등의 수급은 공공재원의 소요로 간주되지 않아 이민법상 불이익이 없다.²¹⁵⁾²¹⁶⁾ 공공부조 수급이 일회적이거나 6개월 미만의 단기거나 사회법 12권 제5장부터 제9장(상병의 진단/치료/악화방지 또는 증상완화를 위한 지원, 요양지원, 특별한 사회적 어려움의 극복을 위한 지원 등)의 지원을 받은 경우에는 체류자격 연장을 거부하지 말아야 하는 사정으로 고려되어야 한다. 그 외에도 다수의 규정들이 공공부조 수급에도 불구하고 체류자격 연장이나 부여를 가능하게 하는 사유를 규정하고 있다.²¹⁷⁾

(3) 난민신청자급여법에 따른 의료보장

난민신청자는 원칙적으로 법정의료보험 가입대상이 아니고 난민신청자급여법에 따른 의료보장을 받는다.²¹⁸⁾

1993년 11월 1일부터 시행된 난민신청자급여법은 난민신청자를 비롯하여 체류권이 확정되지 않은 외국국적자들의 최저생계보장을 위한 급여를 규정하고 있다. 난민신청자급여법은 난민심사를 위한 체류허가(Aufenthaltsgestattung)를 받은 난민신청자, 용인(Duldung)으로 체류하고 있는 외국국적자, 출국의무가 있는 외국국적자 등이 적용대상이다. 난민신청자급여법에 따른 급여는 식량, 주거, 난방, 의복, 건강관리, 살림도구와 소모품, 그 밖에 일상생활에서 필요한 개인용품의 조달에 필요한 급여, 상병, 임신과 출산을 위한 급여 등을 포함

214) Ibid.

215) https://www.gesetze-im-internet.de/aufenthg_2004/_2.html 2020.12.4. 접속.

216) Georg Classen, 위의 글.

217) Ibid.

218) https://www.gkv-spitzenverband.de/presse/themen/fluechtlinge_asylbewerber/fluechtlinge.jsp 2020.12.4. 접속.

한다. 난민신청자급여법 제4조는 급성질환과 통증에 대한 의사와 치과의사의 진료, 약제 기타 질병 또는 후유증의 완치, 개선 또는 완화에 필요한 급여를 제공하도록 규정하고 있다. 임신과 출산에 관한 급여는 대체로 사회법전 제12권의 사회부조와 사회법전 제5권에 따른 기준에 상응한다. 18개월 이상 체류한 난민신청자 등에 대해서는 본인이 권리를 남용하여 스스로 체류의 장기화에 영향을 미친 경우가 아닌 한 난민신청자급여법 제2조에 따라 사회법전 제12권의 규정이 준용된다.²¹⁹⁾

2. 영국

1) 영국의 의료보장제도 개요²²⁰⁾

영국의 국가보건서비스(National Health Service, NHS)는 영국 보건부(Department of Health)가 관리·감독하는 전 거주민을 대상으로 한 무상의료서비스에 해당한다. 통상 6개월 이상 거주하는 사람이면 몇 가지 예외적인 경우를 제외하고(외래환자 약제비, 검안, 치과치료 등. 이들 서비스에 대한 비용은 정액으로 제공되고, 아동, 임산부, 만성질환자, 저소득층 등은 면제대상이다) NHS의 의료기관이 제공하는 모든 의료서비스가 완전 무상으로 제공된다.

모든 영국 거주민은 지역의원(General Practitioner, GP)에 등록하면 전화로 예약하여 건강 상담부터 간단한 시술을 받을 수 있고, 전문적 검진이나 치료가 필요할 경우에는 2차 의료기관인 NHS병원(hospital)으로 의뢰된다. 병원 내의 모든 서비스는 약제비와 식사를 포함하여 무상으로 제공된다. 응급상황의 경우 병원 응급실을 별도 의뢰 없이 바로 이용할 수 있고 생명을 위협받은 상황에서는 대기 없이 치료받을 수 있다.

NHS의 재원은 일반 조세가 압도적으로 큰 부분을 차지하고 있고, 나머지는 국가보험기여금(National Insurance Contributions), 그리고 매우 작은 비중이기는 하지만 위에서 언급한 예외적인 경우 발생하는 본인부담금으로 조달된다.²²¹⁾ 영국 NHS 예산은 2018년 기준 약 167조원이었다.²²²⁾

2) 외국국적자의 의료보장

(1) 이민보건부담금

219) Deutscher Bundestag, Überblick zu Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz Ansprüche und Anspruchseinschränkungen, 2020.1.23.

220) 김보영(2008) 참조.

221) <https://www.kingsfund.org.uk/projects/nhs-in-a-nutshell/how-nhs-funded> 2020.12.4. 접속.

222) 연합뉴스 2018.6.19., “영국 정부, 2023년까지 NHS 재원 연 29조3천억원 확충(종합)” (<https://www.yna.co.kr/view/AKR20180618141251085> 2020.12.3. 접속).

영국의 의료보장제도는 사회보험이 아닌 조세기반으로, 상주하는(ordinarily resident) 모든 거주민에게 적용되기 때문에 “(보험)가입” 개념이 없다. 2015년 영국은 이민보건부담금(Immigration Health Surcharge, IHS)을 도입하여 6개월을 초과하는 기간을 체류하기 위한 비자를 신청하거나 영국 국내에서 체류기간 연장을 신청하는 비유럽연합회원국 출신 외국 국적자에게 이민 수수료의 일환으로 부담시키고 있다. 연도별 부담금 액수에 체류기간 연수를 곱하여(반년과 반년 미만의 기간은 연도별 금액의 절반 적용) 비자 또는 체류기간 연장 신청 당시 납부토록 하고 있다. 처음 도입 당시 금액은 연 200파운드였다가 2018년 400파운드, 2020년 624파운드로 인상되었다. 학생과 신청 당시 18세 미만인 사람은 연 470파운드로 할인된다.

이민보건부담금의 근거규정은 2014년 이민법(Immigration Act) 제38조의 위임을 받은 이민(보건부담금)령[Immigration (Health Charge) Order 2015]이다.²²³⁾ 납부된 이민보건부담금은 일반정부재정에 귀속된다.²²⁴⁾ 일정 조건을 충족하는 외국국적자는 비자 또는 체류기간 연장 신청 전에 이민보건부담금을 포함한 관련 수수료의 면제를 신청할 수 있다.²²⁵⁾

유럽경제구역 출신자 등 영국과 상호주의적 보건협정이 체결된 국가 출신인 외국국적자는 이민보건부담금 납부 대상자가 아니다.²²⁶⁾ 영주(무기한체류)비자를 신청하는 경우 역시 이민보건부담금 납부 대상자가 아니다. 방문비자나 해외에서 6개월 이하의 비자를 신청하는 사람은 이민보건부담금을 납부하지 않아도 되지만, NHS 서비스를 이용할 때 무상으로 제공되는 일부 의료서비스를 제외하고 의료서비스에 대한 비용을 납부하여야 한다.²²⁷⁾ 비용은 NHS 국가수가(NHS national tariff)의 150%로 책정된다.²²⁸⁾

이민보건부담금을 납부하고(또는 납부면제자이고) 비자 또는 체류기간연장 허가를 받으면 NHS를 이용할 수 있다.²²⁹⁾

(2) NHS 이용자격과 무관하게 무상으로 제공되는 의료서비스

NHS 환자로 등록되었든, 해당 지역에 24시간 이상 3개월 미만의 기간 체류하는 일시적 환자로 등록되었든, 모든 사람은 지역의원(GP)에서 제공하는 상담과 진료를 무료로 이용할

223) <https://www.freemovement.org.uk/what-is-the-immigration-health-surcharge/> 2020.12.3. 접속.

224) <https://www.gov.uk/government/publications/immigration-health-surcharge-applying-for-a-refund/immigration-health-surcharge-guidance-for-reimbursement-2020> 2020.12.3. 접속.

225) Home Office, Fee waiver: Human Rights-based and other specified applications version 1.0, 2020.6.18. (https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/919577/fee-waiver-v4.0ext.pdf 2020.12.3. 접속).

226) <https://www.kingsfund.org.uk/projects/verdict/what-do-we-know-about-impact-immigration-nhs> 2020.12.3. 접속.

227) <https://www.gov.uk/healthcare-immigration-application/who-needs-pay> 2020.12.3. 접속.

228) <https://www.gov.uk/government/publications/how-the-nhs-charges-overseas-visitors-for-nhs-hospital-care/how-the-nhs-charges-overseas-visitors-for-nhs-hospital-care> 2020.12.3. 접속.

229) <https://www.gov.uk/healthcare-immigration-application> 2020.12.3. 접속.

수 있다. 그 밖에 2차 의료기관인 NHS병원에서 제공하는 응급의료서비스(Accident and Emergency Service), HIV, TB, MERS, COVID19 등 특정 전염병의 진단과 치료를 위한 의료서비스, 성병의 진단과 치료를 위한 의료서비스, 가족계획 서비스(임신중단 제외), 고문·여성할례·가정폭력 또는 성폭력으로 인해 생긴 신체적·정신적 건강상태의 치료를 위한 서비스, 등록된 완화치료, 자선단체 또는 공동체이익(사회적)기업에서 제공하는 완화치료, NHS111 전화상담 일환으로 제공되는 서비스를 무상으로 이용할 수 있다.

(3) 이민부담금 납부가 면제되는 외국국적자²³⁰⁾

- 난민[이민규정에 따라 비호(난민인정), 인도적 보호 또는 일시적 보호를 허가받은 사람]과 그 피부양자
- 난민신청자[비호(난민인정), 인도적 보호 또는 일시적 보호를 신청한 사람으로서 아직 신청 또는 불복에 대한 판단을 받지 못한 사람]과 그 피부양자
- 1999년 이민과 비호법 제95조에 따라 내무부로부터 지원을 받는 개인
- 난민신청이 거부되었으나
 - 1999년 이민과 비호법 제4조(2)에 따라 내무부의 지원을 받거나
 - 1948년 국가지원법 제21조에 따라 지역당국의 지원을 받거나
 - 2014 돌봄법(Care Act) 제1부(돌봄과 지원)에 따른 지원을 받는 경우
- 지역당국의 보호를 받는 아동
- 영국 인신매매센터(UK Human Trafficking Centre) 또는 내무부가 인정하는 바에 따라 현대판 노예제 또는 인신매매 피해자이거나 피해자로 의심되는 사람과 합법적으로 체류하는 그 배우자 또는 시민동반자, 그리고 18세 미만 자녀
- 법원명령에 따라 의무적 치료를 받거나 NHS병원 수용 대상이거나 자유가 박탈된 사람(예를 들어 1983년 정신보건법 또는 2005년 정신역량법에 따른 경우)은 법원명령에 따른 또는 구금기간에 해당하는 모든 진료에 대한 비용이 면제됨
- 수감자(prisoner)와 이주구금된 사람(immigration detainee)

그 밖에 특별한 인도적 사유가 있는 경우 국무장관은 관련 서비스에 대한 비용 면제가 정당화된다고 판단할 수 있다. 이 면제는 귀국할 때까지 기다릴 수 없는 진료의 범위 내에서 동행하도록 허가받은 그 자녀 또는 동반자에도 적용된다.

(4) 비정규 이주민에 대한 의료보장

외국국적자에게 비자나 체류자격 신청 또는 연장 시 이민보건부담금을 부과하고, ‘NHS 이용자격’을 따져 NHS병원으로 하여금 자격여부를 확인하도록 한 최근의 정책변화는 영국

230) <https://www.gov.uk/guidance/nhs-entitlements-migrant-health-guide#free-for-all> 2020.12.3. 접속.

의 무상의료가 병원진료를 노리고 일시체류를 목적으로 입국하는 외국인에 의해 남용되고 있다는 ‘의료관광’ 담론에 힘입어 비정규 이주민에게 ‘적대적인 환경’을 조성하겠다는 정부 정책의 일환으로 이루어진 것으로, 특히 비정규 이주민의 무상의료 접근성을 제한하고 있어 영국 내에서도 이에 대해 다각도로 비판이 제기되어 왔다.²³¹⁾

다만 위에서 본 바와 같이 비정규 이주민이라도 지역의원(GP)의 1차 진료를 무료로 이용할 수 있다. 2차 병원진료는 사고와 응급상황인 경우 역시 무료로 제공된다.²³²⁾ 그 외에는 위에서 본 바와 같이 NHS를 이용할 수 있는 자격을 요하고, 그렇지 않으면 수가의 150%로 책정되는 진료비를 납부하여야 한다.

3. 일본²³³⁾

1) 외국국적자에 대한 사회보장제도의 적용

(1) 국제인권법상 비차별 원칙의 이행

일본은 이주민과 선주민 간 사회보장의 평등 원칙을 명시한 국제인권조약 비준과 함께 대부분의 사회보장 관련 법률에서 국적 조항을 폐지하였다. 현재 사회보장 관련법에서 조문상 국적 조항이 있는 것은 「생활보호법」과 「은급(恩給)법」, 「전쟁의생(犠牲)자에 대한 원호(援護)관계법」²³⁴⁾뿐이다.

일본 정부는 1979년 「경제적·사회적·문화적 권리에 관한 국제규약」을 비준한 후 1980년 「공영주택법」, 「일본주택공단법」, 「지방주택공급공사법」, 「주택금융공고법」의 4개 공공주택 관련 법률에서 국적 조항을 삭제하였다. 1981년 「난민의 지위에 관한 협약」(이하 난민협약)과 「난민의 지위에 관한 의정서」에 비준하면서, 「아동수당법」, 「아동부양수당법」, 「특별아동부양수당법」, 「국민연금법」을 개정하여 국적 조항을 삭제하였다. 「국민건강보험법」은 1986년에 국적 조항이 삭제되었다.

국민건강보험을 비롯해 근거 법령에 국적조항이 없는 사회보장제도는 원칙적으로 외국국적자도 일본국적자와 동등하게 제도의 적용 대상이 된다. 국적조항이 없는 사회보장제도이면서 체류자격에 따른 외국국적자의 제도 적용 여부를 법령에서 규정하고 있는 제도는 국민건강보험과 후기고령자의료 뿐이다. 그러나 제도의 실제 운용 과정에서는 통지나 지침에 의해, 혹은 지자체의 개별적인 판단에 의해 체류자격에 따른 차별이 존재하는 경우가 있다.

231) Russell NJ, Murphy L, Nellus L, et al. Arch Dis Child 2019; 104:722-724.

232) Russell NJ, Murphy L, Nellus L, et al. Arch Dis Child 2019; 104:722-724.

233) 이하 별도의 출처를 밝히지 않은 경우는 모두 移住者と連帶する全国ネットワーク(Solidarity Network with Migrants Japan), 2019, 『外国人の医療・福祉・社会保障相談ハンドブック』을 참조하였다. 이하 이 책은 SMJ(2019)라 칭한다.

234) 전상병자, 전역자, 귀족 등에 대한 원호법.

그런 경우에도 「출입국관리와 난민인정법」에 따른 체류자격을 가지고 주민등록을 한 등록체류자가 제도 적용에서 배제되거나 차별을 받는 경우는 거의 없다.

근거 법령에 국적 조항이 있는 국민건강보험과 후기고령자의료의 경우에도 3개월 초과 체류 자격자이거나 3개월을 초과해 체류할 것이 인정되는 등록 외국인도 극히 일부를 제외하고 당연가입 대상이다. 또한 당연가입 대상이라면 자격, 보험료, 급부의 모든 면에서 국적에 따른 구분을 하지 않으므로 차별 또한 전혀 없다. 이는 국적과 체류자격에 따라 제도의 모든 면에서 이주민을 차별하는 한국의 경우와 대조적이다.

일본에서 외국국적자에 대한 사회보장 적용의 쟁점은 체류자격이 없는 비정규 체류자가 제도 적용의 대상이 되는지 여부이다. 그러나 비정규 체류자에게도 신체적·정신적 장애인에 대한 의료보장, 모자보건, 아동에 대한 의료 및 사회보장 등에서 한국과는 비교할 수 없을 정도로 넓은 범위에서 제도 적용을 허용하고 있다. 이하에서는 사회복지제도 중 주로 의료보장을 포함한 제도에 대해 이주민에 대한 적용 범위와 차별 여부를 살펴본다.

(2) 비정규 체류자와 사회보장

2012년 6월 이전까지 일본에 체류하는 외국국적자는 지자체에 등록을 하도록 되어 있었다. 일본국적자는 「주민기본대장법」에 따라, 외국국적자는 「외국인등록법」에 따라 기초자치단체인 시구정촌(市区町村)에 등록을 하였다. 때문에 비정규 체류자도 지자체의 판단에 따라 등록을 하고 ‘외국인등록증명서’를 발급받아 기본적인 행정서비스 및 사회보장 서비스를 받는 사례들이 적지 않았다.

그러나 2009년 「출입국관리와 난민인정법」(이하 입관법)과 「주민기본대장법」 등의 개정으로 2012년 7월부터 새로운 체류제도가 시행되기 시작했다. 새로운 체류제도 하에서 기존 외국인등록제도는 폐지되었고, 외국국적자는 법무성 지방 입국관리국(이하 입관국)에 등록을 하고 체류카드를 받은 후 일본국적자와 동일하게 지자체에 주민등록(주민기본대장에 기재)을 하여 체류카드에 주거지를 기재 받게 되었다.²³⁵⁾

새로운 체류제도 시행으로 더 이상 등록을 할 수 없게 된 비정규 체류자가 행정서비스를 이용할 수 없게 되는 우려가 제기되었다. 국회에서도 이러한 문제가 제기된 것이 계기가 되어 개정 「주민기본대장법 부칙」 제23조에 “(개정주기법) 시행 이후에도 행정상의 편익을 받을 수 있도록, 필요 시 관련 기록의 적정한 관리 상태를 검토하고, 그 결과에 근거해 필요한 조치를 취하도록 한다.”는 규정이 신설되었다. 이에 따라 체류자격의 종류, 유무와 상관없이 이용할 수 있는 제도를 총무성 통지²³⁶⁾로 발표하게 되었다. 이 통지는 개정 「주민

235) 2012년 체류제도의 변경에 대해서는 이주노동자와 연대하는 전국 네트워크/ 입관법대책회의(2011.6), 「개정입관법 중장기체류자를 위한 Q&A」 참조.

(http://www.repacp.org/aacp/ria2012/chuchoki_kr.html 2020.12.3. 접속)

236) 2018년 8월 10일, 총무성 통지, 각 도도부현 주민기본대장 사무담당과에 총무성 자치행정국 주민제

기본대장법」 시행 직전인 2012년 7월 4일에 처음 발표되었고 3년 마다 개정된다. 가장 최근 개정은 2018년으로 모든 체류자가 이용할 수 있는 제도는 이전 19개에서 아래 26개로 증가하였다.

- 「예방접종법」에 근거한 예방접종, 예방접종에 의한 건강 피해의 구제조치
- 「감염증의 예방과 감염증 환자에 대한 의료에 관한 법률」에 근거한 건강진단
- 원자폭탄 피폭자에 대한 원호 (「원자폭탄 피폭자에 대한 원호에 관한 법률」에 근거한 피폭자건강수첩의 교부, 의료비의 급부, 의료특별수당의 지급 등)
- 소아만성특정질환 의료비의 지급 등 (「아동복지법」 제19조의 2, 19조의 22)
- 아동상담소장·도도부현(都道府県)이 취해야 하는 조치 : 요보호아동의 보호조치 등 (「아동복지법」 제26조, 제27조)
- 아동의 일시보호 (「아동복지법」 제 33조 제1항, 제2항)
- 지역육아지원 거점사업 (「아동복지법」 제6조의3 제6항)
- 유아가정 전호 방문사업 (「아동복지법」 제6조의3 제4항), 양육지원 방문사업 (「아동복지법」 제6조의3 제5항)
- 부인보호사업 (「매춘방지법」, 「배우자폭력방지법」, 「인신매매대책행동계획 2014」)
- 모자보호의 실시 : 모자생활지원시설에서의 보호(「아동복지법」 제23조 제1항)
- 모자보건사업 : 임신부·유아 등에 대한 보건지도(「모자보건법」 제10조), 신생아의 방문 지도(동법 제11조), 유아건강진찰(동법 제12조 제1항), 건강진찰(동법 제13조), 모자건강 수첩의 교부(동법 제16조), 임신부의 방문지도(동법 제17조), 미숙아의 방문진단(동법 제 19조), 미숙아에 대한 양육의료급부(동법 제20조), 결핵 치료급부(「아동복지법」 제20 조), 조산의 실시(동법 제22조)
- 「행려병자와 행려사망자 처우법에 근거한 조치」 : 구호 등의 조치, 행려사망자에 대한 시신의 매장, 관보예의 공고 등
- 「신체장애자복지법」 제18조와 「지적장애자복지법」 제15조의 4와 제16조에 규정된 조치 : 신체장애인, 지적장애인이 불가피한 사유로 간병급부비 등의 지급을 받는 것이 현저히 곤란하다고 인정될 때 장애복지서비스를 제공하거나 장애지원시설에의 입소 조치 등을 취함
- 「장애자 학대의 방지, 장애자의 양육보호자에 대한 지원 등에 관한 법률」 제9조에 규정된 조치 : 장애인에 대한 학대의 통보나 신고가 있을 경우에 대한 조치
- 육성의료 (「장애자총합지원법」 제58조 제1항) : 장애아(장애에 대한 의료를 행하지 않을 때 장래에 장애를 남길 것으로 인정되는 상태의 아동 포함)로 그 장애를 제거, 경감

도과 외국인주민 기본대장실 사무연락, 「입관법 등의 규정에 의해 일본에 체류하는 것이 가능한 외국인 이외의 체류자격자에 대해서 행정서비스를 제공하기 위해 필요한 기록의 관리 등에 관한 조치에 대한 각부성청의 처리상황에 대해」(SMJ(2019) 부록 중 자료4: pp.188~200)

하는 수술 등에 의해 확실히 효과가 기대될 수 있는 자에 대해 제공되는, 생활능력을 얻기 위해 필요한 의료

- 정신장애인에 대한 진찰·조치입원·긴급조치입원 (「정신보건과 정신장애자복지에 관한 법률」 제27조, 제29조와 제29조의2)
- 「노인복지법」 제10조의 4와 제11조에 규정하는 조치 : 노인 홈에의 입소 조치
- 공립 의무교육 제학교에의 입학
- 장애를 이유로 하는 차별을 해소하기 위한 조치 등 (「장애인차별해소법」 : 장애인에 대한 부당한 차별금지, 합리적 배려의 제공 의무 등)
- 재난피해자 생활재건 지원금의 지급 (「피해자생활재건지원법」)
- 화재구조법에 근거한 긴급구조 (「화재구조법」 제1조, 제2조)
- 소방행정서비스 (「소방조직법」 제1조, 제2조)
- 행정불복심사제도 (「행정불복심사법」 제2조, 제3조, 제5조제1항, 제6조제1항)
- ① 행정기관이 보유하는 자신을 본인으로 하는 보유개인정보의 개시청구/ 정정요구/ 이용정지요구, ② 독립행정법인 등이 보유하는 자신을 본인으로 하는 보유개인정보의 개시청구/정정요구/ 이용정지요구 (「행정기관이 보유하는 개인정보의 보호에 관한 법률」 제4장, 「독립행정법인 등이 보유하는 개인정보의 보호에 관한 법률」 제4장)
- 개정 「입관법」 부칙 제60조 제1항에 근거한 피퇴령가방면자 정보의 통지
- 개정 「입관법」 시행 후의 지자체 외국인등록에 근거한 정보의 취급

그러나 대부분 사회보장제도의 적용 판단은 기초자치단체에 맡겨져 있으므로, 총무성 통지에도 불구하고 지자체에 따라 비정규 체류자에게 제도 적용을 거부하는 사례가 나타나고 있는 점이 일본에서 이주민에 대한 의료보장을 비롯한 사회보장 적용과 관련된 핵심 쟁점이다.

2) 일본의 의료보장제도 개요

일본은 해외 사례 연구 대상으로 선정한 국가 중 한국과 보건의료체계가 가장 유사한 국가이다. “건강보험의 구조와 재정의 성격에서도 비슷한 점이 많다. 한국의 의료보험은 거의 전적으로 일본의 모델을 가져온 것으로, 작동 방식은 말할 것도 없고 장단점도 비슷하다.” (김창엽 2019, p.498) 그러나 단일 보험자 방식으로 통합한 한국의 국민건강보험제도와 달리 일본의 공적 의료보험제도는 다보험자 방식을 유지하고 있으며, 각 보험자가 보험재정 관리와 함께 직접 의료서비스 공급에도 참여한다는 점에서 차이가 있다. 중앙정부 및 기초자치단체의 지방정부 또한 보험자로서 지역의 보험재정 관리와 함께 직접 서비스 공급을 담당하여 공립병원을 설립·운영한다. 정부는 최대 보험자이면서 보험자간의 조정자 역할을

담당한다.

현재 일본의 공적 의료보험제도의 구조는 아래 표와 같이 요약할 수 있다. 건강보험은 한국의 직장건강보험, 국민건강보험은 지역건강보험에 해당한다. 다른 공적 의료보험에 가입하거나 생활보호대상자가 아닌 사람은 국민건강보험에 당연가입 해야 한다. 국민건강보험의 보험자는 기초자치단체인 시구정촌, 피보험자는 해당 지역의 거주민이다.

〈표 7-3-1〉 일본의 공적 의료보험제도의 구조

제도	피보험자	보험자
건강보험	건강보험 적용 사업장에서 근무하는 노동자(민간기업)	전국건강보험협회 건강보험조합
	건강보험 적용 사업장의 임시 고용자나 계절 사업 노동자(일정기간을 초과해 고용된 자는 제외)	전국건강보험협회
공제조합	국가공무원, 지방공무원, 사립학교 교직원	각종 공제조합
국민건강보험	건강보험, 선원보험, 공제조합 등에 가입되어 있는 노동자 이외의 주민	시구정촌
	후생연금보험 등 피용자연금에 일정기간 가입하고 노령, 퇴직연금을 지급받고 있는 65세 미만인 자	시구정촌
후기고령자의료제도	75세 이상 65세 이상~75세 미만인 사람으로 장애를 인정받은 자	광역연합 (신청은 시구정촌)

자료 : 동경도 국제교류위원회 홈페이지(https://www.tokyo-icc.jp/guide_kor/life/02.htm).

1961년 국민건강보험 가입을 의무화하여 전국민 건강보험을 달성하면서 국가 책임을 명확하게 하기 위해 시정촌의 고유사무였던 국민건강보험사업을 단체위임사무로 설정하였고, 국가부담금을 시정촌 국민건강보험 요양비의 20%로 일률적으로 국가가 부담하고 5%를 조정교부금으로 국가가 재정조정을 하도록 하였다. 일본 정부는 급속한 고령화의 진전과 국민 의료비의 증가를 배경으로 2006년 이후 의료보험제도를 개혁하였다. 국민건강보험의 보험자는 여전히 시구정촌이지만 재정의 평준화와 안정성을 위해 보험운영단위는 상위 지자체인 도도부현으로 광역화 하였다. 또한 동일 도도부현 내의 건강보험조합을 재편·통합하여 직장 단위를 초월한 지역형 건강보험조합 설립을 인정하였고, 기존 정부 관장 건강보험사업을 운영하는 사회보험청을 해체하고 2008년 민간의 노하우를 최대한 활용한다는 목적으로 민간법인으로 전국건강보험협회를 신설하였다. 또한 2008년, 75세 이상 혹은 65세 이상 75세 미만이면서 장애를 인정받은 자를 대상으로 한 후기고령자의료제도를 따로 분리하였

다.²³⁷⁾²³⁸⁾ 후기고령자의료제도의 분리는 노인의료비의 증가에 대응해 비용부담의 주체와 부담을 명확히 한다는 목적으로 부양가족인 고령자를 분리해 보험료를 징수하고, 본인부담을 부과하고 의료내용을 제한해 “세계에서 유례를 볼 수 없는 열악한 제도”라는 나쁜 평가를 받기도 하였다(김창엽 2019, p.551).

1990년대 후반 이후 최근까지 일본 보건의료의 공공성은 더욱 약화하는 추세라는 것이 일반적 평가다(김창엽 2019, p.513). 그러나 일본은 노령화·조합재정 불균형을 국가와 사회 연대의 공동책임으로 인식해 조합 간 이전과 국고지원을 동시에 진행했으며, 급여 지출의 정률을 보조하고 있다.²³⁹⁾ 건강보험 재정에서 일반 정부재정이 큰 역할을 한다는 점에서 일본의 국민건강보험은 사회보험 방식과 조세 방식의 혼합이라고 볼 수도 있다(김창엽 2019, p.510).

3) 외국국적자의 의료보장

(1) 가입자격

(1-1) 전국건강보험협회의 건강보험(직장가입)

전국건강보험협회의 협회건강보험은 모든 법인사업소는 강제가입 대상이며, 농림수산업, 음식점, 서비스업의 개인사업자와 종업원 5인 미만의 개인사업소는 임의가입 대상이다(종업원 반수 이상의 동의를 받아 사업주가 신청하고 후생노동대신의 인가로 가입). 가입사업소의 노동자는 피보험자가 된다.

피부양자는 피보험자의 3촌 이내의 친족으로, 주로 피보험자에 의해 생계를 유지하고 있는 자를 말한다. 피보험자의 배우자(사실혼 관계의 배우자 포함), 자녀, 손자, 형제자매, 부모, 조부모, 증조부모는 동거하지 않아도 피부양자가 되지만 그 외는 동거가 조건이 된다. 피부양자의 연간 수입이 130만 엔 미만(대상자가 60세 이상, 장해후생연금의 지급조건에 해당하는 경우는 180만 엔 미만)이며 피보험자 수입의 1/2 미만인 경우에 인정한다. 피보험자 수입의 1/2 이상이어도 130만 엔 미만으로 피보험자의 연간수입을 상회하지 않는 경우는 그 세대의 생계 상황을 종합적으로 고려해 그 피보험자가 그 세대의 생계유지의 중심적 역할을 담당하고 있다고 인정될 때는 피부양자가 될 수 있다.

가입자격에서 외국국적자에 관한 규정이 존재하지 않으므로 국적이나 체류자격을 불문하고 가입요건을 만족하면 대상이 된다. 그러나 비정규 체류자가 피보험자 자격을 얻는 것은

237) 일본의 의료보험제도 개혁에 대해서는 이용갑(2009) 참조.

238) 일본 정부는 1973년 노인의료비의 환자 부담을 완전히 없앴다가, 1983년 정액부담, 2002년 정률부담 10%, 현재 후기고령자제도의 본인 부담 20%(일정 소득 수준 이상 30%)로 인상했다. 그러나 6세~64세 본인부담률은 30%이다.

239) <http://www.docdocdoc.co.kr/news/articleView.html?idxno=2002044> 2020.12.10. 접속.

극히 어렵다. 고용대책법 제28조에서 사업주가 새로 외국인을 고용하거나 고용하는 외국인이 이직한 경우에 후생노동대신에게 신고하도록 하고 있고, 입관법 제73조의2 제1항에 불법취조장치가 있으며, 원천징수 시 주민등록번호가 필요하기 때문이다.

그러나 피부양자의 경우는 비정규 체류자라도 자격을 얻는 것이 가능하고, 일본인이나 정규 체류자격을 가진 배우자의 피부양자로 가입해 있는 사례가 있다. 그런데 2018년, “외국인이 부정한 수단으로 건강보험의 피부양자가 되어 고액의 진료를 받고 있다”는 근거 없는 소문이 미디어에 널리 퍼진 가운데 2018년 8월, 후생노동성은 피부양자 요건 확인을 위한 공적 서류를 철저히 확인하게 하는 통지를 발표하였다. 통지 발표 이후 몇몇 협회건강보험이 비정규 체류자의 건강보험 피부양자 자격을 인정할 수 없다고 한 사례가 발생하였다. 그러나 2019년 2월 21일, ‘이주자와 연대하는 전국네트워크’와 간담회에서 후생노동성 보험국 보건과는 “건강보험은 국적을 불문하고 가입할 수 있기 때문에 제도상 건강보험의 피부양자를 인정하는데 있어서 체류자격은 요건이 되지 않는다”, “공적 증명서 등으로 피보험자와의 신분관계가 확인될 수 있다면 주민표가 없어도 요건확인 서류로서 유효”(협회건강보험, 조합건강보험 모두 같음)하다고 답변하였다.

(1-2) 국민건강보험(지역가입)

「국민건강보험법」은 「후기고령자의료법」과 함께 법령에서 국적 조항을 명시하고 있는 유일한 제도다. 그러나 주민등록을 해야 하는 3개월 초과 체류자격의 외국국적자는 의료관광을 목적으로 체류자격을 받은 경우를 제외하고 모두 일본인과 동일하게 국민건강보험이 적용된다. 난민신청자 등 일시비호자나 가체류허가자도 마찬가지다. 체류기간이 3개월 이하도 흥행, 기능실습, 가족체류, 특정활동 체류자격자는 3개월을 초과해 체류할 것으로 인정되는 경우 적용 대상이 된다. 또한 중장기 체류자격을 가지고 있을 때 국민건강보험에 가입했다가 3개월 이하의 체류자격으로 변경한 자도 자격을 유지할 수 있다.

적용 대상이 되는 외국국적자는 가입자격, 보험료, 급부의 모든 면에서 어떠한 차별도 없이 일본국적자와 동등한 대우를 받는다. 가입자격 취득을 위한 최소 체류기간은 없으며, 자동으로 가입자가 되는 입국일, 전입일, 출생일, 또는 기존 건강보험 자격 상실일로부터 14일 이내에 국민건강보험 가입 신청을 해야 한다. 국민건강보험은 신청에 의해 가입되며, 그 후에 신청을 하더라도 보험료는 가입자가 되는 날부터 소급 부과된다. 신청은 본인 또는 주민표 상 동일세대원이 지자체 접수창구에 한다.

1986년 국적 조항이 삭제되기 전까지 일본국적을 가지지 않은 자는 국민건강보험 적용에서 제외되어 있었다. 예외적으로 난민협약의 적용을 받는 난민, 「일본에 거주하는 한국 국민의 법적 지위 및 대우에 관한 협정」²⁴⁰⁾에 근거한 특별영주자, 시정촌이 조례에서 정한

240) 이 협정은 1965년 6월에 타결되어 1966년 1월 17일부터 효력이 발생하였다. 재일동포의 영주권 문제, 강제퇴거문제, 본국으로의 귀환 시 재산의 처리 문제 등에 대해 규정하였다. “이 협정은 체결 전에

국가의 국적자만이 적용대상이었다. 1981년 난민협약 비준 후에도 「국민건강보험법」 상의 국적 조항은 유지한 채 동법 시행규칙을 개정해 외국국적자는 외국인등록을 한 자로 체류기간이 1년 이상인 경우에만 국민건강보험 적용 대상으로 하였다. 단 입국 목적, 입국 후 생활실태 등을 감안해 1년 이상 체류할 것으로 인정되는 자는 적용 대상에 포함하였다.

그 후 1986년 3월, 「국민건강보험법」 시행규칙이 개정되어 ‘적용 제외’ 요건에서 “일본 국적을 가지지 않은 자”가 삭제되었다. 그러나 1992년 3월 31일, 국민건강보험과장 통지에 의해 국민건강보험에 가입할 수 있는 외국인을 입국 시의 체류자격이 1년 이상인 자와 1년 미만인 자는 자료를 통해 1년 이상 체류할 것으로 판단할 수 있는 경우로 제한하였다. 「국민건강보험법」 제5조에서 피보험자 자격은 “시정촌 또는 특별구의 구역 내에 주소를 가진 자”이며, 2012년 7월 새로운 체류제도가 실시되기 전까지 비정규 체류자도 지자체에 등록을 하고 국민건강보험에 가입해 있는 사례가 많았다. 그런데 1992년 통지 이후 그 때까지 국민건강보험에 가입해 있던 비정규 체류자들이 입국 시 체류자격 1년 이상이라는 요건을 충족하지 못한다는 이유로 가입자격을 잃게 되면서 연이어 소송이 제기되었다.

2004년 1월 15일, 3건의 관련 소송 중 최후까지 다투었던 요코하마 소송에서 최고재판소는 1년 이상 체류해 생활기반이 국내에 있고 외국인등록도 한 체류자격 없는 외국인이 “가족과 함께 안정된 생활을 지속적으로 영위하고 있고 장래에도 이를 지속할 개연성이 높다고 인정되므로 법 제5조에서의 ‘주소를 가진 자’에 해당한다.”는 판결을 내렸다. 그러나 한편으로 “대상자를 국내에 적법하게 거주관계를 가진 자에 한정하는 것은 합리적 이유이며, 국보법 시행규칙 또는 각 조례에서 체류자격 없는 외국인을 적용제외로 규정하는 것은 허가”하였다. 이에 따라 2004년 6월 8일, 그 때까지 국민건강보험과장 통지에 규정되어 있던 외국인의 자격 제외 규정이 시행규칙 제1조에 규정되었고, 이것이 현재까지 유지되고 있다.

「국민건강보험법」 제5조에 따른 피보험자 자격은 “시정촌 또는 특별구의 구역 내에 주소를 가진 자”이다. 동법 제6조에 따른 적용제외 대상은 다른 건강보험의 피보험자와 피부양자(협회건강보험이나 건강보험조합 등), 생활보호 및 후기고령자의료 대상자 외 제6조 제11호에서 “그 외 특별한 이유가 있는 자로 후생노동성령으로 정하는 자”이다. 제6조 11호에 따라 「동법 시행규칙」 제1조에서 규정하고 있는 적용 제외 외국인은 다음과 같다.²⁴¹⁾

- 일본 국적을 가지지 않은 자로, 「주민기본대장법」 제30조의 45에서 규정하는 외국인 주민 이외의 자 (「출입국관리와 난민인정법」(입관법)에서 정한 체류자격을 가진 자이며 이미 피보험자 자격을 취득하고 있는 자와 후생노동대신이 별도로 정한 자는 제외)
- 일본 국적을 가지지 않은 자로, 입관법 제7조 제1항 제2호의 규정에 근거한 입관법 별

이미 재일코리안이 수급대상에 포함되어 있었던 생활보호와 국민건강보험을 추진했을 뿐, 여타 문제는 아무것도 해결되지 않았다.”(김웅기 2016, p.279)
241) SMJ(2019) 부록 중 자료8, p.204.

표 제1의5의 표의 하란에 기재한 활동으로서 법무대신이 정한 활동 중, 병원 또는 진료소에 입원해 질병 또는 상해에 대해 의료를 받는 활동 또는 해당 입원의 전후에 해당 질병 또는 상해에 대해 계속해서 의료를 받는 활동을 행하는 자와 이러한 활동을 행하는 자의 일상생활을 돌보는 활동을 행하는 자 (전호에 해당하는 자는 제외)

- 일본 국적을 가지지 않은 자로, 입관법 제7조 제1항 제2호의 규정에 근거해 입관법 별표 제1의5의 표의 하란에 기재한 활동으로서 법무대신이 정한 활동 중, 일본에서 1년을 초과하지 않는 기간 체류로 관광, 보양 그 외 이와 유사한 활동을 행하는 자 (18세 이상의 자에 한정, 제1호에 해당하는 자는 제외)
- 일본 국적을 가지지 않은 자로, 전호에 규정한 자에 동행하는 배우자이고, 입관법 제7조 제1항 제2호의 규정에 근거해 입관법 별표 제1의 5의 표의 하란에 기재한 활동으로서 법무대신이 정한 활동 중, 일본에서 1년을 초과하지 않는 기간 체류로 관광, 보양 그 외 이와 유사한 활동을 행하는 자 (제1호와 전호에 해당하는 자는 제외)

시행규칙 제1조 제1항의 “주민기본대장법 제30조의 45에서 규정하는 외국인주민”은 중장기체류자²⁴²⁾, 특별영주자, 일시비호자 또는 가체류허가자(일시체류 허가자)²⁴³⁾, 출생에 의한 초과체류자 또는 국적상실에 의한 경과체류자이며, 국민건강보험 적용 대상이다. 시행규칙 제1조 제1항의 입관법에서 정한 체류자격을 가진 자이며 이미 피보험자 자격을 취득하고 있는 자는 국민건강보험 적용 대상이다. 예를 들면, 중장기체류자의 자격으로 국민건강보험 가입을 하였는데 3개월 이하의 체류자격으로 변경하게 되어 주민등록이 상실된 경우도 가입자격을 유지할 수 있다.

시행규칙 제1조 제1항에서 “후생노동대신이 별도로 정한 자”란 후생노동성 고시²⁴⁴⁾에 따라 ‘홍행’, ‘기능실습’, ‘가족체류’, ‘특정활동’의 체류자격을 가진 자로, 해당 자료에 의해 3개월을 초과해 체류할 것으로 인정되면 3개월 이하 체류기간을 받고 입국하여 주민등록이 되지 않는 경우에도 국민건강보험에 가입할 수 있도록 한 것이다. 3개월 초과 체류를 증명하기 위한 필요자료는 아래와 같다.

242) 중장기체류자는 영주자, 정주자, 일본인의 배우자 등, 영주자의 배우자 등, 예술, 종교, 보도, 문화활동, 교수, 투자·경영, 법률·회계사무, 의료, 교육, 기업내 전근, 기능실습, 유학, 연수, 연구, 기술, 인문지식·국제업무, 홍행, 기능, 가족체류, 특정활동 체류자격자이다.

(이주노동자와 연대하는 전국 네트워크/ 입관법대책회의(2011.6), 「개정입관법 중장기체류자를 위한 Q&A」 http://www.repacp.org/aacp/ria2012/chuchoki_kr.html 2020.12.3. 접속)

243) 일시비호자는 배가 파손되어 긴급히 머물러야 할 경우 등을, 가체류허가자는 비정규 체류자가 난민인정신청을 하여 임시적으로 체류가 허가된 경우 등을 말한다.

244) 후생노동성 고시 「국민건강보험법 시행규칙 제1조 제1호의 규정에 근거해 후생노동대신이 별도로 정하는 자」(2004년 6월 8일 고시 237호, 2012년 1월 20일 개정고시 23호)

〈표 7-3-2〉 3개월 초과 체류를 증명하기 위한 필요자료

체류자격	필요자료
홍 행	활동의 내용과 기간을 증명하는 문서
기능실습	활동의 내용과 기간을 밝히는 자료
가족체류	상기(上記)의 체류자격을 가진 자를 부양하는 자의 체류자격과 체류기간을 밝히는 자료
특정활동	활동의 내용과 기간을 밝히는 자료

시행규칙 제1조 제1항~4항은 특정활동 체류자격 중 “의료서비스를 받는 활동”, “의료서비스를 받는 활동을 하는 자의 일상생활을 돌보는 활동”(‘의료체류 비자’로 불리고 있음)과 “관광이나 요양 또는 그와 유사한 활동”, “관광이나 요양 또는 그와 유사한 활동을 하는 자에 동행하는 배우자”는 국민건강보험에 가입할 수 없도록 한 것이다. 그러나 ‘요양 활동’에 한정된 특정활동 체류자격을 받은 경우라도 18세 미만의 경우는 제외 대상이 아니다.

‘의료체류 비자’는 2011년부터 추진된 일본 정부의 “의료관광” 정책으로 운용하게 된 것으로, 특정활동에 관한 법무성 고시 25호, 26호에 따라 일본의 의료기관이 지시하는 검진이나 치료 등을 받는 것을 목적으로 방일하는 외국인과 그 동반인이 대상이며, 일정한 경제력을 요건으로 하고 있다.

위중한 병으로 귀국을 할 수 없는 등의 특별한 사정이 있는 경우에 체류특별허가가 주어져 “요양 활동”에 한정된 특정활동의 체류자격을 받은 경우, 의료관광을 목적으로 한 체류와는 상황이 다른데 국민건강보험 가입이 거부되는 문제가 있어 왔다.

예를 들어 외국인 보호소에 수용 중에 위중한 병으로 요양 목적의 특정활동의 체류자격을 받아 수용이 해제된 사례가 있었는데, 이에 대해 지자체가 국민건강보험 가입 여부에 대해 후생노동성에 문의하였고, 후생노동성은 의료체류 비자를 적용제외로 하고 있는 규정을 근거로 적용제외라는 회답을 하였다. 국민건강보험 가입에 대한 최종적인 판단은 각 지자체에 위임되어 있지만 많은 지자체들이 이러한 정부의 견해를 따라 치료가 필요한 사람을 무보험의 상태에 두는 비인도적인 처우가 행해져 왔다.

이에 인권단체들의 지속적인 문제제기가 있었고, 마침내 2019년 2월 21, ‘이주자와 연대하는 전국네트워크’의 성청교섭에서 국민건강보험과 기획법령제는 “2011년 의료체류 비자가 고시에 신설됨에 따라 국민건강보험법 시행규칙 제1조 2호를 개정한 것이었고, 고시 외에 요양활동 때문에 특정활동자격을 부여된 경우는 동 성령의 제외규정에는 해당되지 않는다”는 견해를 밝히게 되었다.²⁴⁵⁾

245) 그 외 ‘공용’ 체류자격의 경우는 주민기본대장법 적용대상이 아니지만 3개월을 초과한 체류기간의 경우는 국민건강보험(후기고령자료료, 개호보험 포함)적용대상이 되며, ‘외교’ 체류자격은 적용대상에서 제외된다.

(1-3) 후기고령자의료

75세 이상인 사람과 65세 이상~75세 미만 중에 일정한 장애가 사람은 후기고령자의료에 가입하도록 되어 있다. 「고령자의 의료의 확보에 관한 법률」에 의해 규정되었으며, 운영 주체는 후기고령자의료광역연합이다. 절차(수속)는 시정촌이 담당한다. 급부의 종류는 기본적으로 다른 의료보험제도와 같다. 외국국적자의 적용에 대해서는 국민건강보험과 같다.

(1-4) 개호보험(간병보험)

개호보험의 피보험자 자격은 「개호보험법」 제9조에 규정되어 있으며, “시정촌 또는 특별구”의 “구역 내에 주소를 가진 65세 이상인 자”(제1호 피보험자)와 “구역 내에 주소를 가진 40세 이상 65세 미만의 의료보험가입자”(제2호 피보험자)이다. 「개호보험법」에는 주민등록, 체류자격, 체류기간 등에 관한 규정은 존재하지 않지만, 외국국적자에 대한 적용은 후생노동성의 통지²⁴⁶⁾에 의해 국민건강보험에 준하는 것으로 하고 있다.

(2) 보험료

보험료는 지자체에 따라 약간의 차이가 있지만 보험료와 보험급여 등 제도의 모든 적용에서 국적이나 체류자격에 따른 차별은 없다. 소득에 따른 보험료 경감·감면 또한 동일하게 적용한다.

예를 들어, 군마현 마에바시시 홈페이지에 외국국적자를 위해 소개한 보험료 계산과 감면 방식은 다음과 같다.²⁴⁷⁾ 보험료는 전년도 소득과 나이, 가입자수를 기초로 계산하며, 의료 급부는 소득할 액, 가입자 균등할 액, 세대별 평등할 액을, 후기고령자지원금과 개호납부금은 소득할 액과 가입자 균등할 액을 합산해 정한다. ²⁴⁸⁾

전년도 소득이 일정 금액 이하인 가구에 대해 소득 금액에 따라 피보험자 균등할 액 및 세대별 평등할 액의 감면을 적용한다. 감면은 따로 신청하지 않으며 소득 신고에 따라 자동으로 결정된다. 소득 외에 재해, 실업, 도산 등에 따른 감면 제도가 있다.

246) 2012년 1월 25일, 각 도도부현 개호보험 담당주관부(국)장에게 후생노동성 노건국 개호보험계획과장 통지 「주민기본대장법의 일부를 개정하는 법률의 시행에 따른 개호보험의 처우에 대해」(SMJ(2019) 부록 중 자료 17 p.214).

247) <https://www.city.maebashi.gunma.jp/soshiki/kenko/kokuminkenkohoken/gyomu/3/3/4934.html>

248) <https://www.city.maebashi.gunma.jp/soshiki/kenko/kokuminkenkohoken/gyomu/3/3/4935.html>

〈표 7-3-3〉 마에바시시의 보험료 부과 예

구분	소득할 액(A)	가입자 균등할 액(B)	세대별 평등할 액(C)	연 보험료
의료급부비 분	(전년도총소득-33만엔) 을 소득별로 계산한 금액 ×6.8%	가입자 1인당 (연간) 24,600엔	1가구당 (연간) 16,800엔	A+B+C (100엔 미만 버림)
후기고령자 지원금 분	(전년도총소득-33만엔) 을 소득별로 계산한 금액 ×2.5%	가입자 1인당 (연간) 13,200엔		A+B (100엔 미만 버림)
개호납부금 (제1호)				없음
개호납부금 (제2호)	(전년도총소득-33만엔) 을 소득별로 계산한 금액 ×2.5%	가입자 1인당 (연간) 15,600엔		A+B (100엔 미만 버림)

- 군마현(群馬県) 마에바시시(前橋市まえばし) 홈페이지(2020년 4월 1일 업데이트). 이하 자료 동일함.

〈표 7-3-4〉 마에바시시의 소득에 따른 보험료 감면 예

구분	전년도 총소득이 다음 금액 이하인 세대
70% 감면	33만엔
50% 감면	33만엔+28만5천엔×피보험자수
20% 감면	33만엔+52만엔×피보험자수

신규 체류 외국국적자는 전년도 소득이 없으므로 보험료 70%를 감면 받는다. 그러나 소득이 없더라도 반드시 소득 신고를 해야 감면을 받을 수 있다. 아래 마에바시시에 신규 체류 혹은 전입한 외국국적자의 건강보험료 계산 예를 제시하였다.²⁴⁹⁾

〈표 7-3-5〉 마에바시시에 신규 체류·전입한 외국국적자의 보험료 계산 예 (단독세대 가정)

구분	소득할 액(A)	가입자 균등할 액(B)	세대별 평등할 액(C)	연 보험료
의료급부비 분	0×6.8%	가입자 1인당 (연간) 24,600엔×12/12개월× (30/100)=7,380엔	1가구당 (연간) 16,800엔×12/12개월 ×(30/100)=5,040엔	A+B+C(100엔 미만 버림 12,400엔
후기고령자 지원금 분	0×2.5%	가입자 1인당 (연간) 13,200엔×12/12개월× (30/100)=3,960엔		A+B(100엔 미만 버림) 3,900엔
개호납부금 (제2호 피보험자)	0×2.5%	가입자 1인당 (연간) 15,600엔×12/12개월× (30/100)=4,680엔		A+B(100엔 미만 버림) 4,600엔
- 40세 미만이면 의료급부비분+후기고령자지원금분 = 16,300엔(연간) - 40세 이상, 개호보험 제2호 피보험자이면 의료급부비분+후기고령자지원금분+개호납부금 = 20,900엔(연간)				

249) <https://www.city.maebashi.gunma.jp/soshiki/kenko/kokuminkenkohoken/shitsumon/1/3/3/22470.html>

유학생의 경우도 보험료 부과 방식은 동일하다. 소득이 없는 유학생은 소득할 액이 없으며 40세 미만이면 개호납부금이 없다, 소득이 없으면 70% 감면을 받고 최저보험료를 내게 된다. 2020년 지자체에 따라 보험료에 차이가 있으므로 연간 15,000엔~20,000엔이 되는 것으로 보인다. 예를 들어 나가사키 대학 유학생 교육·생활 지원센터는 연간 보험료 15,300엔(소득이 월 10만 엔을 초과하지 않는 경우, 아르바이트 수입과 장학금은 소득에 포함되지 않음, 10회로 분할납부 가능)으로 안내하고 있다.²⁵⁰⁾

(3) 외국국적자에 대한 저소득자 의료지원 적용 여부

(3-1) 생활보호제도와 의료부조

일본의 생활보호제도는 한국의 기초생활보장제도와 기본 틀이 유사하다. 보건의료서비스는 의료부조라는 이름으로 포함되고, 원칙적으로 본인부담 없이 정부가 의료서비스 비용을 의료기관에 직접 지불하는 형식이다. 1980년대까지는 체류자격의 종류나 유무에 관계없이 이주민에게 생활보호제도를 적용하는 사례가 전국에서 발견되고 있었다. 그러나 1990년 10월, 후생성 보호과 법령계장의 구두 지시에 의해 외국국적자 중 적용 대상을 특별영주자, 「출입국관리와 난민인정법」 별표 제2의 외국인(영주자, 일본인의 배우자 등, 영주자의 배우자 등, 정주자), 동 법 상의 난민인정자로 한정하였다.

지금까지 「생활보호법」의 국적 조항은 삭제되지 않은 채 남아 있다. 「생활보호법」 제1조와 제2조에 의해 그 대상은 일본 국민이며, 일본 정부는 외국국적자에 대한 생활보호는 권리로서 인정할 수 없다는 태도를 유지하고 있다. 생활보호제도는 일본 국민이라도 신청 절차가 복잡하고 접수거부가 많아 빈곤율의 증가에도 불구하고 2015년 그 보호율이 1.7% 수준으로 매우 낮은 편이다(김창엽 2019, p.508)

(3-2) 신체적·정신적 장애인의 의료지원

2006년 4월, 「장애자자립지원법」(현 장애자종합지원법)의 시행에 따라, 「아동복지법」의 ‘육성(育成)의료’, 「신체장애자복지법」의 ‘갱생(更生)의료’, 「정신복지보건법」의 ‘정신통원치료’에 관한 규정이 동 법에 통합되었다. 자립지원 의료비의 지급을 받는 경우는 거주지의 기초자치단체에 신청하며 심신 장애의 상태, 소득, 치료 상황 등을 감안해 지급 인정을 한다. 소득에 따른 월 부담상한액이 있어서 생활보호세대는 0엔, 비과세세대로 이혼자 본인의 수입이 연 80만 엔 이하는 월 2,500엔, 80만 엔 초과 세대는 월 5,000엔이다. 시민세 과세세대로 고액 치료가 지속되는 경우는 별도의 부담상한액이 정해져 있다.

250) https://www.liaison.nagasaki-u.ac.jp/?page_id=200 2020.12.10. 접속.

① 갱생(更生)의료

갱생의료는 신체 장애인이 장애의 경감을 목적으로 하는 치료의 자기부담분을 공적 비용으로 보조하는 제도이며, 국민건강보험의 자기부담분 30%가 지급된다. 시각장애, 청각장애, 언어장애, 지체부자유, 내부장애(심장, 신장, 간장, 소장, 면역) 등이 대상이다. 1998년부터 '면역기능장애가' 추가되어 HIV 감염자가 대상에 추가되었다. 갱생의료의 이용은 「신체장애자복지법」에 규정된 '신체장애자수첩'의 취득이 전제가 된다. 수첩을 교부받기 위해서는 도도부현 지사가 지정하는 의사의 진단서와 의견서를 첨부해 복지사무소(복지사무소가 없는 경우는 정촌 사무소)에 신청서를 제출해야 한다.

「신체장애자복지법」, 「장애자총합지원법」 모두에 국적조항이 없으므로 외국국적자도 당연적용 대상이다. 2012년 새로운 체류제도 시행 전에는 비정규 체류자도 외국인등록을 하여 현으로부터 '신체장애자수첩'을 교부받고 갱생의료에 적용된 사례가 있었다. 그러나 그 후에는 체류자격이 없는 외국국적자에게 수첩이 교부된 사례는 보고되고 있지 않다.

② 육성(育成)의료

육성의료는 신체에 장애가 있는 아동(18세 미만) 또는 현재 장애 또는 질환에 대한 의료를 행하지 않을 때 장래 장애에 이를 것으로 인정되는 아동으로, 확실한 치료의 효과가 기대되는 경우에 대상이 된다. 치료비용 중 자기부담분을 공비로 보조하는 제도이며, 국민건강보험의 자기부담분 30%가 지급된다. 「아동복지법」, 「장애자총합지원법」 모두 국적조항이 없기 때문에 외국국적자에게 당연적용 된다.

2000년 4월 28일, 참의원의원의 질문주의서(質問主意書)에 대한 5월 26일 정부 답변서에서 체류자격 유무는 요건이 아니라는 확인을 받은 후 몇몇 지역에서 체류자격이 없는 외국국적자의 육성의료 적용 사례가 보고된 바 있다. 그러나 2006년 「장애자자립지원법」이 시행될 때 후생노동성 「자립지원의료비 지급인정 통칙 실시요강」에서 정당한 이유 없이 의료보험 가입 신청을 하지 않으면 적용제외라는 규정이 삽입되었다. 이후 의료보험에 가입하지 못하는 외국국적자가 제도 이용에 곤란을 겪게 되었다.

2015년 11월 10일, '이주자와 연대하는 전국네트워크'와 교섭에서 후생노동성은 지자체의 판단에 의해 긴급성 등을 만족하면 적용 가능하다는 견해를 밝혔고(장해보건복지부 정신·장해보건과), 2016년 11월 21일, 성청교섭에서 인도적 견지에서 적용가능 하지만 일률적으로 무엇이 인도적인가 규정할 수는 없다며 전액 공적 비용 부담에 대해 분명히 말하지 않음으로써 2000년 정부의 견해에서 후퇴하였다.

③ 정신통원의료

정신통원의료는 이전 「정신보건복지법」 제32조에 따라 정신적 장애가 있는 자가 외래

치료를 할 때 치료비용 중 자기부담분을 공적 비용으로 보조하는 제도이며 국민건강보험의 자기부담금 30%가 지급된다. 「정신보건복지법」, 「장애자총합지원법」 모두 국적조항이 없기 때문에 외국국적자에게 당연 적용된다. 체류자격이 없는 외국국적자의 경우, 근거법이 「정신보건복지법」이었던 때는 의료보험이 없어도 95%가 공적 비용 부담으로 지원되었다. 그러나 육성의료와 마찬가지로 「자립지원의료비 지급인정 통칙 실시요강」에서 의료보험의 미가입자를 적용 제외함으로써 의료보험에 가입할 수 없는 외국국적자는 이용이 곤란하게 되었다.

④ 「정신보건복지법」에 근거한 조치입원

「정신보건과 정신장애자 복지에 관한 법률」(정신보건복지법)에 따른 자해나 타해의 우려가 있는 경우의 조치입원(제29조)에 대해서는 체류자격에 상관없이 적용된다. 그 비용에 대해서는 전액 공적 비용 부담으로 건강보험이 없는 경우는 100%, 건강보험이 있는 경우는 30% 본인부담금에 대해 공적 비용이 부담한다.

(3-3) 모자보건과 아동의 의료보장

① 모자보건수첩

「모자보건법」 제16조는 “시정촌은 임신의 신고를 한 자에 대해 모자건강수첩을 교부해야 한다”는 교부 의무를 부과하고 있으며, 동법에는 국적이나 체류자격에 의한 제한규정이 없다.²⁵¹⁾ 모자건강수첩은 임신, 출산, 육아에 관한 일관된 건강기록으로서, 보호자 자신이 기록하는 동시에 보건지도를 하는 보건사가 기입해 지자체로부터 모자보건 서비스를 받는 기초자료로 활용된다. 지자체가 제공하는 법정 모자보건 서비스에는 보건지도, 방문지도, 1세 6개월 건강진단, 3세 건강진단, 임산부와 유유아(乳幼兒) 건강진단이 있다. 임산부와 유유아 건강진단은 보건소에서 실시하지만 지자체에 따라 의료기관에 위탁해서 실시하기도 한다. 모자수첩에 수진권이 딸려 있어 비용부담이 발생할 때 그 일부를 지자체가 지원한다. 보건지도, 방문지도, 1세 6개월 건강진단, 3세 건강진단의 비용부담은 없다.

모자보건수첩은 비정규 체류자에게도 교부되어야 하지만 2012년 입관법 개정에 따른 외국인등록법의 폐지에 의해 지자체 등록 대상에서 배제된 신생아의 존재를 보건사가 파악하기 어려워 건강진단 안내 메일이 전달되지 않거나 모자보건수첩이 교부되지 않는 사례가 증가하고 있다.

② 입원조산제도

입원조산제도는 “보건 상 필요가 있음에도 불구하고 경제적 이유에 의해 입원조산을 받

251) SMJ(2019) 부록 중 자료 31 p.237).

을 수 없는 임신부가 입소해 출산하는 것을 목적”으로 하는 제도이다. 「아동복지법」 제22조의 규정에 의해 지정 조산시설에 입소해 출산을 하므로 출산 관련 비용이 지불되는 제도는 아니다. 소득에 따른 자기부담금이 있으므로 실무 상 생활보호세대, 시현민세(市県民税) 비과세세대에 한정되어 운용되고 있다. 출산 전에 복지사무소(복지사무소가 없는 경우는 기초자치단체 사무소)에 신청해야 한다. 「아동복지법」에 국적 요건이 없을 뿐 아니라 체류 자격이 없는 경우도 이용할 수 있다는 정부의 견해도 확실하다.

③ 양육의료

「모자보건법」 제20조에 따라 양육을 위해 병원 또는 진료소 입원이 필요한 미숙아에 대해 그 양육에 필요한 의료 급부를 하는 제도이다. 보호자가 신청하고 의사가 입원 양육의 필요성을 인정한 경우에 대상이 되며 신청은 기초자치단체 사무소에 한다. 동법에 국적조항이 없으므로 외국국적자도 당연 적용되고, 체류자격이나 건강보험 유무가 요건이 되지 않는다. 미숙아가 의료보험 피부양자라면 의료보험에 의한 급부가 우선되며, 국민건강보험의 나머지 자기부담액 30%가 지급된다. 의료보험에 가입되어 있지 않은 경우는 전액 공적 비용 부담 대상이 된다.

④ 소아만성특정질환 치료연구사업

만성특정질환을 앓고 있는 18세 미만의 아동(지속적 치료가 필요한 것으로 인정되는 경우는 20세 미만) 환자 가정의 의료비 부담 경감을 도모하기 위해 특정 질환에 대해 치료연구를 하는 의료기관에 필요한 비용을 교부하는 제도이다. 비용은 건강보험에서 산정한 치료비액과 같으며, 의료보험 각 법률에 의한 보험자 부담분은 지급대상이 되지 않는다. 「아동복지법」에 국적조항이 없으므로 외국국적자도 당연 적용되며, 체류자격에 의한 제한 또한 없고 의료보험 가입은 요건이 아니다. 의료보험이 없는 경우는 규정에 근거해 전액 지급된다.

(3-4) 예방의료

① 예방접종

「예방접종법」에 따라 정해진 연령에 예방접종을 하는 정기접종 비용은 지자체가 지원한다. 그러나 해당 연령이 아닌 때에 접종하면 임의접종이 되어 그 비용은 본인이 부담해야 한다. 동법에 국적 조항이 없으므로 외국국적자도 당연 적용 대상이며, 후생노동성은 체류 자격이 없는 외국국적자도 예방접종의 대상이 된다고 인정하고 있다.

② 감염증 예방

「결핵예방법」이 2007년 3월 31일 폐지되어, 결핵 치료에 관한 사항은 「감염증의 예방과 감염증의 환자에 대한 의료에 관한 법률」(감염증예방법)로 통합되었다. 이 법률은 국적,

체류자격이나 주민등록의 유무와 상관없이 적용된다. 감염증예방법은 감염성이 높은 감염증에 대한 입원치료의 필요성과 그 치료비의 공적 비용 부담을 규정하고 있다. 감염증예방법에 따른 권고입원(조치입원)이나 「정신보건복지법」에 따른 조치입원(제29조)은 전액 공적 비용 부담이며 본인 부담액이 없다. 또한 감염증예방법에 의한 통원치료(적정의료)와 「장해자자립지원법」에 의한 정신통원치료(구 정신보건복지법 제32조)는 95%가 공적 비용 부담이며 5%가 본인 부담이다. 건강보험 등 다른 법률에 의한 의료급부가 있으면 그 나머지가 공적 비용 부담이 된다.

(3-5) 난치병 환자를 위한 의료보장

난치병(발병의 계기가 명확하지 않고, 치료방법이 확립되어 있지 않은 희소한 질병이며 장기에 걸쳐 요양이 필요한 병) 환자에게 양질의 적절한 의료를 보장하고 환자의 요양생활의 질적 유지·향상을 도모하는 것으로 목적으로 2014년 종래의 「특정질환치료연구사업」을 대신해 「난병의 환자에 대한 치료 등에 관한 법률」이 제정되었다. 국적조항이 없으므로 외국국적자도 당연 적용 대상이다. 지정 난치병은 후생과학심의회의 의견을 듣고 후생대신이 정한다. 2015년 110개 난치병이 지정되었고, 2019년 현재 약 300개 질병으로 확대되었다. 지급인정의 신청은 도도부현에서 하며 창구는 보건소이다. 지정된 환자에게는 유효기간을 기재한 의료수급자증이 지급되며, 도도부현이 지정한 의료기관에서 치료를 받으면 특정치료비가 지급된다. 단 소득에 따라 자기부담액이 있고(생활보호세대 0엔, 비과세세대 2,500엔~5,000엔), 건강보험 등 다른 법령에 근거한 급부를 받을 때는 다른 법에 의한 급부가 우선된다.

(3-6) 기타 의료안전망

① 행려병인과 행려사망인에 대한 처우

「행려병인과 행려사망인 취급법」(행려병인법)은 1899년 제정된 법률로, 추위나 기아로 쓰러지거나 사망한 사람의 구호(식사나 의료의 제공) 혹은 장례 등을 시정촌이 하도록 하고 있다. 「생활보호법」 제정 후 이러한 경우는 「생활보호법」의 급부를 하도록 하고 있지만 실제로는 노숙인에 대해 생활보호를 적용하지 않고 행려병인법을 적용하고 있는 사례가 지금까지도 있다. 행려병인법에는 국적이나 체류자격에 관한 규정이 없다. 때문에 생활보호 대상이 되는 외국국적자를 제한하는 1990년 10월의 후생성 구두지시 이후 비정규 체류자가 중대한 부상이나 질병으로 의료비를 부담할 방법이 없는 경우가 발생할 때 동경이나 요코하마 등에서 행려병인법을 적용하는 조치가 채택되게 되었다. 동경도에서는 1992년 처우에 관한 지침이 결정되었다. 그러나 대부분 지자체는 동법에 의한 구호대상을 입원에 한정하고, 정주 주소가 없으며, 구호자(친족, 지인)가 없는 경우로 극히 한정적이며 비현실적인 기준을 적용하고 있기 때문에 적극적으로 활용되지 못하고 있는 실정이다.

② 구급의료비 손실보전사업

1990년의 후생성 구두지시, 1992년의 후생성 통지에 의해 생활보호나 국민건강보험에서 배제된 외국국적자의 의료비가 미수금으로 발생하는 사태가 증가하였다. 때문에 미수 의료비 보전사업을 시작하는 지자체가 생기기 시작했다. 제도의 내용은 지자체마다 매우 다르지만 어느 경우라도 의료기관이 각 지자체나 지자체가 위탁한 단체에 신청하는 제도이며 환자 본인이 신청할 수는 없다. 이 사업은 예산액도 적고, 외국국적자의 생존권과 건강에 대한 권리를 보장하기 위한 것이 아니라 의료기관의 미수금을 보전하는 ‘의료비 대책’이며 의료기관으로서도 사용이 쉬운 제도는 아니어서 실적이 증가하지 않는 경향을 보여 왔다. 그러나 외국국적자의 의료보장에 중요한 역할을 담당해 온 것도 사실이다.

한편 1996년 5월 10일, 후생성(당시)은 「구급의료시설운영비 등 보조금(구명구급센터 운영사업)에 관한 사무처리에 대해서」라는 통지를 발표해, 공적 의료보험에 가입하고 있지 않은 “위중한 외국인 구급환자의 구명의료를 하고, 노력했는데도 불구하고 회수할 수 없는 전년도 미수금”에 대해 1개월에 1인당 50만 엔 초과분을 보조하는 제도를 시작하였다(현재는 20만 엔 초과분). 이 제도는 구급구명센터 운영사업이므로 그 외 병원에는 대상이 되지 않는다.

③ 「사회복지법」에 근거한 무료저액진료사업

무료저액진료사업은 「사회복지법」 제2조 3항 9호에 “생계곤란자를 위해 무료 또는 저액의 요금으로 진료를 행하는 사업”으로 규정된 제2종 사회복지사업이다. 무료저액사업 지정 의료기관은 2016년 현재 전국 664개로 증가 추세에 있다.

무료저액진료사업 지정 의료기관은 아래 4개 기준을 만족해야 하며, 법인세, 시현민세, 사업세, 고정자산세가 비과세되는 세제상의 우대조치를 받는다.

- 저소득자, 요보호자, 행려병인, 노숙인 등의 생계곤란자를 대상으로 하는 진료비 감면방법을 정하고 이를 명시할 것.
- 「생활보호법」에 의한 보호를 받고 있는 자와 무료 또는 진료비의 10% 이상 감면을 받은 자의 수가 환자 수의 10% 이상일 것
- 의료와 생활 상담을 담당하는 의료 사회복지사와 그에 필요한 시설을 준비할 것
- 「생활보호법」에 의한 보호를 받고 있는 자, 그 외 생계곤란자를 대상으로 정기적인 무료건강상담, 보건교육 등을 할 것

이용 방법은 복지사무소 또는 시정촌의 사회복지협의회에서 상담을 한 후 ‘특진권’이라고 불리는 소개장을 받아 진료를 받는 방법과 지정 의료기관 소속 의료 사회복지사가 직접 생계상담을 한 후 대상으로 지정할지 해당 의료기관이 직접 결정하는 방법이 있다.

무료저액진료사업은 이주노동자의 의료문제가 부각되면서, 또한 일본 내 홈리스 문제가 심화되면서 그 중요성이 커지고 있다. 2005년 3월, 후생노동성 사회·원호국 총무과장 통지에서 “생활곤란자라면 인신매매 피해자, 배우자로부터의 폭력(DV) 피해자 등도 적극적으로 무료저액진료사업의 대상이 되도록 귀 관내의 무료저액진료사업을 행하는 의료기관 등에 대해 주지·지도 등”을 요구하는 것과 함께 “무료저액진료사업을 실시하는 의료기관이 불법 체류 상태인 대상자를 치료한 경우(입원하는 경우도 포함)라도 입관법 위반이 아니며 또한 통보할 의무도 없다”고 하였다.

최근 도쿄도와 가나가와현에서 무료저액진료사업 지정 의료기관의 사회복지사가 중심이 되어 홈리스단체 및 외국인지원단체와 지정 병원을 연계하려는 노력이 이루어지고 있다. 이를 통해 의료기관 측의 이해도 심화되었고 사업을 시작하는 의료기관도 증가하여 비정규 체류자의 귀중한 의료안전망이 되고 있다.

그러나 명확한 기준 없이 지정 의료기관의 판단으로 의료비 감면 등의 조치를 결정하도록 한 때문에 첫째, 입원, 수술 등 고액의 의료비가 예상되는 환자를 꺼리는 경향이 있고, 둘째, 만성질환 등 장기간 외래를 필요로 하는 치료에 적용되지 않으며, 셋째, 지정 의료기관을 찾는 데 시간이 걸려 위급한 질병에 대응할 수 없고, 넷째, 이주민 집주지역에 위치한 의료기관이 환자가 몰릴 것을 우려해 환자를 받는 데 소극적이 되며, 다섯째, 지정 의료기관이 대도시에 집중해 있어 원거리 통원을 할 수밖에 없는 경우가 있고, 여섯째, 원 외 처방의 경우 약제비가 전액 자기부담이며, 일곱째, 소수이지만 대상을 공적 의료보험 가입자로 한정하는 의료기관이 있는 등 한계가 나타나고 있다.

4. 대만

1) 대만의 의료보장제도 개요²⁵²⁾

대만은 정부에 의해 운영되는全民건강보험(National Health Insurance) 제도를 가지고 있다. 대만에 거주 중인 시민권자는 6개월 이상 거주 요건을 충족하면 의무가입대상이 된다는 최소 체류기간 요건이 있다. 그러나 이는 대만국적자와 외국국적자에게 공히 적용되는 사항으로 국적에 따른 차별조항으로 보기는 어렵다. 또한 대만에서 고용된 사람은 고용과 동시에 의무가입대상이 된다. 대만에서 출생한 시민권자인 영아는 출생과 동시에 의무가입대상이 된다.

가입자는 취업상태에 따라 6가지 범주로 구분된다. I, II 범주 해당자는 III, IV, V 범주로

252) National Health Insurance Administration, Ministry of Health and Welfare, 2020-2021 Handbook of Taiwan's National Health Insurance.

가입할 수 없다. III 범주 해당자는 IV, V 범주로 가입할 수 없다. IV 범주 해당자는 V 범주로 가입할 수 없다. 각 범주에 따라 보험료 산정방식과 가입자, 사용자와 정부가 보험료를 분담하는 비율이 정해진다. 보험료는 전액 의료비 충당에만 사용된다. 의료보험제도 운영을 위한 행정비용은 정부예산에서 부담한다.

〈표 7-4-1〉 대만全民건강보험 범주별 보험료 분담비율

가입자 범주			분담비율(%)		
			가입자	등록단체	정부
범주 I	공무원	가입자와 피부양자	30	70	0
	공직자, 자원 복무자	가입자와 피부양자	30	70	0
	사립학교 교원	가입자와 피부양자	30	35	35
	공기업, 사기업 또는 단체의 고용인	가입자와 피부양자	30	60	10
	사용자	가입자와 피부양자	100	0	0
	자영업자	가입자와 피부양자	100	0	0
	독립적 전문가 및 기술전문가	가입자와 피부양자	100	0	0
범주 II	직종 연합 회원	가입자와 피부양자	60	0	40
	외국인 승무원	가입자와 피부양자	60	0	40
범주 III	농민, 어민과 관개 협회 회원	가입자와 피부양자	30	0	70
범주 IV	군대 징집자	가입자	0	0	100
	장학금을 받는 사관학교 학생, 연금을 받는 사망한 군무원의 배우자	가입자	0	0	100
	대체군복무	가입자	0	0	100
	수형자	가입자	0	0	100
범주 V	사회부조법에 따른 저소득 가구의 가구원	가구원	0	0	100
범주 VI	참전 용사와 그 피부양자	가입자	0	0	100
		피부양자	30	0	70
	그외	가입자와 피부양자	60	0	40

선원이주노동자의 경우 건강보험료는 이주노동자가 30%, 정부가 10%, 사용자가 60%를 부담한다.²⁵³⁾

253) National Health Insurance Administration, National Health Insurance Provides Foreign Fishermen with Health Protection

가입자의 피부양자는 취업하지 않은 가입자의 배우자, 취업하지 않은 가입자의 직계존속과 20세 미만으로 취업하지 않거나 20세 이상으로 생계유지능력이 없거나 취업하지 않은 학생인 가입자의 2촌 이내의 직계비속을 말한다.²⁵⁴⁾

〈표 7-4-2〉 대만 전민건강보험 보험료 산출식

범주I		가입자	기준임금x보험료율x분담율x(1+평균피부양자수)
		보험단위, 정부	기준임금x보험료율x분담율x(1+피부양자수)
범주II와 III		가입자	기준임금x보험료율x분담율x(1+피부양자수)
		정부	기준임금x보험료율x분담율x(실제 가입자수)
범주VI	참전용사, 참전 용사의 피부양 자 가구 대표	가입자	평균보험료x분담율x피부양자수
		정부	평균보험료x분담율x실제 가입자수
	지역주민	가입자	평균보험료x분담율x(1+피부양자수)
		정부	평균보험료x분담율x실제 가입자수

보험료율은 2016년 1월 1일 이후 현재까지 4.69%이다. 범주 I, II와 III의 보험료는 가입자들이 전민건강보험 행정당국에 보고하는 월 소득을 근거로 산정된다. 범주 IV, V와 VI의 보험료는 범주 I, II와 III의 가입자들의 평균보험료를 근거로 산정된다. 범주 IV와 V에 속한 사람들의 평균 월 보험료는 2020년 1월 기준 1,785대만달러로, 전액 정부지원으로 충당한다. 2010년 4월 이후 현재까지 범주 VI에 속한 사람들의 평균보험료는 1,249대만달러로, 그 중 60%(749대만달러)는 가입자, 40%는 정부가 부담한다. 보험료 산출의 근거가 되는 월임금액의 4배를 초과하는 보너스, 보험을 가입한 직장 외의 단시간 근무로 인한 추가소득, 전문적 서비스에 대한 보수(비용 공제), 주식배당금, 이자, 임대료 수입에 대해서는 1.91%의 추가보험료가 책정된다(저소득 가구, 장애인생계수당 수급자 등은 면제).

피부양자의 수가 4명 이상인 경우 3명으로 산정된다. 평균피부양자수는 2020년 1월 1일부로 0.58%로 공표되었다. 연령이 20세 이상인 경우 학생으로 인정받기 위해 국내 공립학교, 교육당국에 등록되고 허가를 받은 사립학교 또는 승인을 받은 외국 학교에 등록하였음을 입증해야 한다.

보험료 체납의 경우 15일의 유예기간이 부여된다. 유예기간 내 보험료가 납부되지 않은 경우 유예기간 경과 후 매일 0.1%의 연체료가 부과된다. 사용자 등에게는 미납금의 1.15%, 가입자에게는 미납금의 2.5%의 연체료 상한이 적용된다. 경제적 어려움으로 인해 보험료를 미납하는 경우에는 분할납부를 신청하거나 보험료 납부 지원을 위한 대출금이나 보조금을 신청할 수 있다. 조사 결과 미납금과 연체료를 납부할 경제적 능력이 있음에도 불구하고 임의로 납부하지 않는 것으로 확인된 사람에 대해서는 일시적으로 급여를 중단할 수 있다.

254) <https://law.moj.gov.tw/ENG/LawClass/LawAll.aspx?pcode=L0060001>

〈표 7-4-3〉 대만全民건강보험 외래진료 시 기본 본인부담금

의료기관 등급	기본 본인부담금(대만달러)					
의료기관 종류	양의학		응급진료 (부상자 분류에 따름)		치과진료	전통 중의학 진료
	의뢰서 유	의뢰서 무	1-2등급	3-5등급		
의료센터	170	420	450	500	50	50
지역병원	100	240	300		50	50
구역병원	50	80	150		50	50
의원	50	50	150		50	50

의료자원이 아프거나 부상을 당한 사람을 위해 활용되어야 하며 어떤 경우에도 낭비해서는 아니 됨을 상기시키기 위해 의료기관으로부터 진료를 받을 때 본인부담금을 내도록 하고 있다. 일반적으로 외래환자는 기본외래환자 본인부담금과 약제 본인부담금을 내야 한다. 재활치료 또는 전통 중의학 치료를 받은 경우 외래재활 본인부담금을 내야 한다. 입원환자는 퇴원 시 입원환자본인부담금을 내야 한다. 외래진료 기본 본인부담금은 〈표 7-4-3〉과 같다. 장애가 있다고 분류되는 사람은 의료기관과 무관하게 50대만달러의 본인부담금이 부과된다.

입원환자 본인부담금은 급성병동인지 만성병동인지에 따라 그리고 입원일수에 따라 다르다. 30일 미만의 급성병동 입원과 180일 미만의 만성병동 입원 본인부담금의 경우 1회 입원에 대해서는 39,000대만달러, 연 65,000대만달러의 상한이 적용된다. 상한을 넘는 금액에 대해 환부를 요청할 수 있다.

〈표 7-4-4〉 대만全民건강보험 입원환자 본인부담금 비율

병동	본인부담금			
	5%	10%	20%	30%
급성	—	30일 이하	31~60일	61일 이상
만성	30일 이하	31~90일	91~180일	181일 이상

재난적 질병을 앓는 경우, 외진 산간지역이나 멀리 떨어진 도서지역에서 거주하며 치료받는 경우, 산모, 멀리 떨어진 도서지역에서 대만 본토의 의료기관으로 의뢰된 경우, 저소득 가구의 가구원, 3세 미만의 아동 등은 본인부담금이 면제된다.

2) 외국국적자의 의료보장

전민건강보험법에 따르면 대만에서 합법적으로 체류하는 외국국적자는 고용 개시일 사을 통해 전민건강보험에 가입하거나 6개월간의 계속적 체류(30일 이하의 해외체류의 경우 해당 기간을 제외한 기간을 합산) 후 의료보험에 가입하여야 한다. 2017년 12월 1일부터 대만에서 태어난 외국국적 영아는 출생과 동시에 전민건강보험에 가입하여야 한다. 한편 2018년 2월 8일부터 전문적 업무를 위해 고용된 외국국적 전문가와 그 배우자와 자녀는 체류에 관한 증명서류를 갖춘 날부터 의료보험에 가입하여야 한다. 유학생은 학교를 통해 의료보험에 가입할 수 있다. 보험료는 범주 VI에 속한 가입자가 부담하는 보험료에 해당하는 매월 749대만달러(한 학기당 4,494대만달러)로 매학기 등록금에 포함된다.²⁵⁵⁾

6개월 이상의 해외체류시 의료보험가입 중단을 신청할 수 있다. 다만 실제 해외체류가 6개월 미만인 경우 중단을 취소하여야 하고 중단한 기간의 건강보험료를 납부하여야 한다.

보험료 산정, 피부양자 인정기준은 외국국적자에 대해 시민권자와 다른 기준이 적용되지 않는다. 다만 외국국적자는 사회부조법의 적용을 받지 않기 때문에²⁵⁶⁾²⁵⁷⁾, 정부가 보험료 100%를 부담하고 본인부담금이 면제되는 범주 V(사회부조법에 따른 저소득 가구의 가구원)는 외국국적자는 해당사항이 없는 것으로 보인다. 분할납부 또는 자선단체 연계 지원은 제공된다.²⁵⁸⁾

5. 해외입법례의 시사점

이상 살펴본 바와 같이 검토 대상 국가 중 사회보험 형태의 의료보장제도를 가지고 있는 독일, 일본과 대만은 보험료 산정, 세대원과 피부양자 인정, 보험료 체납 중 보험급여 제공 여부를 포함해 보험급여와 관련해서 국적이나 체류자격에 따라 차별하는 예를 찾아볼 수 없어 한국의 건강보험 외국국적자 적용 관련해서 시사하는 바가 크다.

외국국적자의 의료보험 가입자격과 시기에 관해서는, 일본의 경우 주민등록을 해야 하는 3개월 이상 장기체류자격자는 의료관광을 목적으로 하는 비자 소지자와 그 동반자 외에는 입국과 동시에 국민건강보험 의무가입 대상이다. 주민등록을 할 수 없는 3개월 미만 체류자격으로 입국했다 하더라도 자료 제출을 통해 3개월 이상 체류할 것을 증명하면 국민건강보험에 가입할 수 있으므로 실제 관광 비자로 입국하는 경우를 제외하면 대부분 외국국적자에게 입국과 동시에 가입자격이 부여된다. 일본에서 국민건강보험 가입자격을 1년 이상 체

255) <https://www.studyintaiwan.org/stay/care> 2020.12.8. 접속.

256) <https://www.ssa.gov/policy/docs/progdesc/ssptw/2018-2019/asia/taiwan.html> 2020.12.8. 접속.

257) 저소득 가구원은 2018년 기준 인구의 1.26%(<https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/taiwan> 2020.12.8. 접속)

258) 위생복지부 중앙건강보험서의 2020.12.8.자 이메일 질의회신.

류자로 한정하려는 정부의 시도가 이주민 당사자들과 시민사회의 항의 및 사법부의 판단에 의해 실현되지 못한 점은 특히 주목할 만하다.

독일의 경우 충분한 급여가 보장되는 의료보험 가입을 비자 발급 요건으로 하고 있다. 대만은 고용된 사람이 아닌 경우 6개월 이상 체류해야全民건강보험 가입자격이 부여되나, 국적자, 외국국적자에게 공히 적용되는 사항으로 이는 디아스포라가 많은 대만의 역사적 배경과 관련된 조치로 판단된다.

위와 같은 규정은 외국국적자가 국가의 관할에 신규로 진입하는 ‘이주’라는 계기에 대응하는 규율로서, 의료보험 납입을 염두에 두었다기보다 오히려 의료보장 공백을 최소화하는데 초점이 맞추어져 있다는 점에 특히 주목할 필요가 있다.

국가의 일반재정을 기반으로 운영되는 공공부조는 제도 운용 방식과 함께 외국국적자에 대한 적용의 범위와 방식에서도 국가 별로 상당한 차이를 보였다. 우선 독일과 대만의 경우 의료급여와 의료보험이 통합된 형태의 의료보장제도를 운용하고 있는데 독일의 경우 외국국적자에 대한 적용에서 차별이 보이지 않는 반면, 대만은 한국의 의료급여에 해당하는 사회부조에서 외국국적자에 대한 적용을 제외하고 있는 것으로 보인다. 그러나 대만의 경우 사회보험 형태의 의료보장제도를 가지고 있는 국가 중 그 보장성이 가장 큰 국가로 알려져 있어, 본인부담금과 비급여 항목의 부담으로 건강보험 보장수준이 “OECD 기준 50%대”에 그치고 있으며 OECD 국가 중 미국, 스위스와 함께 “상병수당이 없는 3개국”에 속하는(주영수 외, 2018) 한국과 비교할 바가 아니다. 즉 대만의 경우 사회부조가 적용되지 않더라도 그 외 외국국적자에 대한 차별이 없으므로 한국에 비해 훨씬 넓은 범위에서 외국국적자에 대한 의료보장이 적용된다고 볼 수 있다.

한국과 일본은 빈곤계층을 대상으로 한 공공부조 제도(한국의 기초생활보장제도와 일본의 생활보호제도)와 건강보험제도가 별개의 제도로 운용되고 있고, 기초생활보장제도와 생활보호제도가 공히 외국국적자를 뚜렷이 배제하고 있는 점에서 유사하다. 그러나 일본의 생활보호제도는 영주자, 정주자 및 그 배우자까지 적용 대상에 포함해 한국국적자를 임신·양육·부양 중인 결혼이주민과 난민인정자만을 적용대상으로 하고 있는 한국에 비해 적용 범위가 훨씬 넓다. 무엇보다 응급의료권 외에 외국국적자를 원칙적으로 배제하고 있는 한국과 달리 일본의 경우 대부분 사회보장 관련 법안에서 국적조항을 폐지하였고, 생활보호제도를 제외한 다른 의료지원제도에서 등록을 한 장기체류 이주민을 적용대상에서 제외하는 경우는 없다.

영국의 국가보건서비스는 사회보험이 아닌 일반재정으로 운영되는 특징을 가지고 있는데, ‘빈부에 상관없이 모두가 의료 서비스를 받을 수 있어야 한다’라는 제도취지에 걸맞게 원래 접근성에 특별한 제한을 두고 있지 않았고, 의료기관에서도 이용자격을 따지지 않고 의료서비스를 제공해왔다. 따라서 2015년 이민보건부담금 도입을 계기로 의료기관으로 하여금 국가보건서비스 이용자격을 확인토록 하는 등 특히 비정규 이주민의 2차 의료기관에 대한 접

근성을 제한하는 제도 변화는 영국 국가보건서비스의 본래 취지에 비추어 볼 때 상당한 변화이고, 무엇보다 이주민들의 이민행정수수료 부담을 가중시키고 비정규 체류자의 의료이용을 제한하는 조치임에 틀림없다. 그러나 이민보건부담금이 이민행정수수료의 일환으로 부과되는 점에서도 알 수 있듯이 위와 같은 변화가 의료보장정책이 아닌 이민행정정책 차원에서 이루어진 면이 더 크다고 볼 수 있는 점, 반이민정서에 기반한 것으로 알려진 정책기조 속에서도 난민신청자 등 취약하거나 국제법상 보호의무가 있는 이주민을 이민보건부담금 면제대상에 포함하는 점, 이민보건부담금을 납부하지 않아 NHS 이용자격이 없거나 체류자격이 없는 경우에도 1차 의료기관 진료와 응급진료 무상이용이 가능한 점, 그리고 이민보건부담금을 납부한 경우 본인 부담이 없이 무상의료제도의 모든 급여가 차별 없이 제공되는 점을 고려할 때, 보건서비스부담금을 한국의 외국국적자에 대한 건강보험료 및 급여 차별과 단순 비교하는 것은 무리가 있다.

한편 비정규 체류자의 건강권 보장은 외국국적자의 출입국관리라는 행정영역과 인간의 존엄성과 인권 보장을 위한 서비스에 대한 접근성을 제한해서는 안 된다는 원칙 간의 끊임 없는 갈등이 유발되는 가장 쟁점적 영역 중 하나이다. 본 연구를 위해 살펴본 국가 중에서 특히 독일은 비정규 체류자의 건강권 보장을 위한 국가차원의 대책을 위해 노력해왔음을 볼 수 있었다. 영국의 경우에도 특히 인신매매, 가정폭력 피해자 등 취약성이 확인된 외국국적자에 대해 출입국관리법상 특별한 보호를 제공함과 동시에 건강권을 보장하고 있으며, 일본 역시 비정규 체류자의 건강권, 특히 아동, 모자보건, 신체적·정신적 장애인 등 보건의료 취약계층의 건강권이 한국에 비할 바 없이 상대적으로 폭넓게 보장되고 있음을 확인할 수 있었다.

제8장 이주민 의료보장 쟁점 및 정책제언

한국이 가입하여 국내법과 같은 효력이 있는 경제적·사회적 및 문화적 권리에 관한 국제규약, 아동의 권리에 관한 국제협약, 장애인의 권리에 관한 국제협약, 모든 형태의 인종차별철폐에 관한 국제협약 등은 인간다운 삶을 보장받기 위한 보편적·비차별적 권리로써 건강권을 명시하고 있다. 그러나 국제인권협약 가입을 계기로 사회보장법령에서 국적 관련 요건을 대부분 삭제한 일본과 달리 한국은 여전히 의료보장을 포함한 사회보장 관련 법령에서 국적 조항을 유지하고 있고, 명시적인 국적조항이 없는 경우에도 이주민에 대한 특례조항이 없는 경우 이주민에 대한 적용을 배제하고 있으며, 의료보장에서도 이주민 차별이 뚜렷하다. 이에 유엔 경제적·사회적 및 문화적 권리위원회, 인종차별철폐위원회, 아동권리위원회 등은 건강보험제도를 비롯한 의료의 보편적 보장에 대해 한국정부에 지속적으로 개선을 권고해 왔다.

그러나 의료급여 및 기타 의료지원제도에서 이주민에 대한 원칙적 배제가 유지되는 가운데 최근 오히려 이주민에 대해 더욱 차별적인 방향으로 건강보험제도가 개정되어 건강의 보장이 목적인 제도가 건강권을 넘어 이주민의 생계와 체류를 위협하고 있다.

이 연구는 건강권은 인간의 기본권이며, 의료보장은 수혜가 아니라 권리이고, 사회구성원에 대한 건강권의 보장은 국가의 의무라는 원칙을 견지하며 이주민의 건강권과 의료보장제도 개선을 위한 정책 방안을 제시하고자 한다. 건강권은 건강할 권리, 보건의료에 관한 권리, 보건의료체계 내에서 적절한 의료서비스를 보장받을 권리 등의 내용을 포괄하며, 넓은 의미에서 건강의 사회적 결정 요인들이 모두 포함된다. 이 연구는 그 중에서도 적절한 보건의료서비스를 받을 권리와 그를 위한 1차적 안전망인 건강보험제도에 주목하였다. 이는 보건의료서비스를 보장받을 권리가 건강권 중에서도 생존권과 직접 관련되는 가장 기본적인 권리이며 한국에서는 건강보험제도가 이를 뒷받침하는 가장 기본적인 제도이기 때문이기도 하지만 그조차 국적과 체류자격에 따른 차별을 당연시하며 차별을 강화하는 방향으로 제도를 개정한 한국의 현실 때문이기도 하다.

이주민에 대한 법적·제도적 차별은 사회적·경제적 약자들의 권리를 보장하지 못하는 기존 법과 제도의 한계를 더욱 뚜렷하게 보여주는 역할을 하는 경우가 많다. 법적·제도적 한계가 인간으로서 기본적 권리를 제약하기 때문에 선주민들이 기피하고 떠나는 곳을 이주민들이 메우면서 일하며 생활하며 살아가고 있기 때문이다. 의료보장제도 또한 마찬가지인데, 낮은 의료급여 수급률, 낮은 건강보험의 보장성, 건강보험 직장가입과 지역가입 간 차별, 지역가입에서 더 큰 소득역진성 등이 그러하다. 따라서 이주민 의료보장제도 개선은 이주민에 대한 차별의 폐지뿐 아니라 기존 법과 제도가 가진 한계의 극복과 더불어 이루어져야 할 것이다.

1. 건강보험제도의 차별 폐지

1) 비정상적으로 낮은 직장가입률의 제고

건강보험제도에서 직장가입자와 피부양자에 대해서는 자격과 보험료 등에서 이주민에 대한 차별이 없다. 그러나 지역가입의 경우 자격, 보험료, 체납 제재 등 전 방위에 걸쳐 이주민에 대한 차별이 극심하다. 그런데 이주민은 주민등록인구에 비해 경제활동참가율과 고용률이 높은데도 불구하고 직장가입률은 낮고 지역가입률은 비정상적으로 높다. 건강보험공단 통계 자료에 따르면 2020년 7월 기준, ‘내국인’ 건강보험 가입자 중 직장가입자와 피부양자 비율이 73.2%(직장가입자 35.5%, 피부양자 37.7%)인데 비해 외국국적 이주민은 56.6%(직장가입자 40.3%, 피부양자 16.3%)로 훨씬 낮았다.

이는 첫째, 이주민들이 불안정한 노동 수요에 대응해 탄력적 인력이 필요한 곳에서 임시·일용직의 불안정 고용에 종사하거나, 노동자로서 권리를 보장받지 못하는 특수고용, 비공식 부문 노동자로 일하는 비율이 높기 때문이다. 본 연구의 설문조사 결과에서도 제도적으로 상용직으로 고용되는 비전문취업(E-9)을 제외한 모든 체류자격에서 임금노동자 중 임시·일용직 비율이 상용직 비율보다 높았고, 상용직 임금노동자의 직장가입자 비율이 74.0%인데 반해, 임시직은 29.3%, 일용직은 13.0%로 낮았다.

둘째, 고용노동부 자료에 따르면 피부양자가 거의 없는 고용허가제 비전문취업(E-9) 이주노동자 중에서도 제조업(E-9-1) 노동자는 81.0%가 직장가입자인데 반해 농업(E-9-3)은 36.0%, 어업은 25.8%에 불과했다. 건강보험공단 통계 상 선원취업(E-10) 자격자도 직장가입자는 54.5%로 낮았다. 본 연구의 설문조사 결과에서도 고용허가제 노동자 중에 제조업과 건설업 종사자의 직장가입자 비율은 각각 98.8%, 88.9%인 반면, 농업은 5.4%, 어업은 직장가입자가 아예 없었다.

농업과 어업에 종사하는 이주노동자의 직장가입률이 이렇게 낮은 것은 건강보험공단이 사업자등록증이 없는 사업장에 고용된 노동자라는 이유로 농·어업 이주노동자의 직장가입을 받아주지 않고 있기 때문이다. 농업과 어업의 사업장은 사업자등록을 하지 않고 농업경영체 등록, 어업경영체등록을 함으로써 사업을 할 수 있는데 건강보험공단은 사업자등록증이 없다는 이유로 이들 사업장에 고용된 명백한 고용관계 하에 있는 노동자들의 직장건강보험 가입을 거부하고 있다.

셋째, 당연가입사업장에 고용된 노동자인데도 사업주가 직장가입 취득신고를 하지 않는데 대한 관리감독이 소홀한 점도 이주민의 직장가입률을 낮추는 요인이 되고 있다.

(1) 농·어업 종사 노동자의 직장가입 의무화

농·어업 종사 이주노동자는 이주민 중에서도 특히 저임금의 열악한 노동조건 하에서 일을 하고 있다. 그런데도 건강보험 직장가입에서 배제되어 사업주와 노동자가 건강보험료를 분담하는 다른 업종에 비해 차별을 받을 뿐 아니라, 지역가입자로서 평균보험료 이상의 보험료를 부담해야 하는 이중의 차별을 겪고 있다.

또한 지역가입자는 입국 후 6개월이 지나야 자격 취득이 가능하다. 정부와 정부 간 MOU 체결을 통해 공식적으로 도입하는 이주노동자에게 입국 후 6개월 간 건강보험 가입 조차 할 수 없도록 한 것에서도 일률적인 6개월 최소체류기간 요건이 얼마나 불합리한지 다시 한 번 상기하게 된다.

의료서비스 접근성이 떨어지는 섬·벽지·농어촌 지역 거주민들은 건강보험이 있어도 적절한 의료서비스를 이용할 수 없는 경우가 많다. 역설적이게도 이들을 고용하고 있는 사용자들은 섬·벽지·농어촌 거주자이자 농·어업 종사자로 최대 50%까지 보험료 경감을 받을 수 있지만 이주노동자들은 이러한 경감 제도에서도 배제되어 있다.

건강보험공단이 사업자등록증이 없는 사업장에 고용되었다는 이유로 농·어업 노동자들의 직장가입을 받아주지 않고 있는 데는 아무런 법적 근거가 없다. 「국민건강보험법」 제6조 제2항과 동법 시행령 제9조에 따라 비상근 혹은 단시간근로자, 소재지가 일정하지 않은 사업장 근로자와 사용자, 근로자가 없거나 비상근 혹은 단시간근로자만을 고용하는 사업장의 사업주 등이 아닌 모든 사업장의 근로자는 직장가입자가 된다.

따라서 첫째, 건강보험공단은 사업자등록 외 농업경영체등록, 어업경영체등록을 한 사업장에 고용된 노동자의 직장가입을 허용해야 하며, 이는 건강보험공단에서 관련 서식을 마련하는 것만으로도 가능하다.

둘째, 법 제75조, 보건복지부 고시 제2019-334호 “보험료 경감고시”를 이주민에게도 동등하게 적용함으로써 의료서비스 접근성이 떨어지는 섬·벽지·농어촌 지역에서 일하는 농·어업 이주노동자들도 사업주와 마찬가지로 보험료 경감을 받을 수 있도록 해야 한다. 이는 이주노동자뿐 아니라 영세한 농·어업 사업주의 건강보험료 부담 경감에도 기여할 수 있을 것이다.

(2) 당연가입사업장 직장가입 취득신고 회피 대응 방안 마련

직장건강보험 당연가입사업장인데도 불구하고 사용자가 급여에서 보험료만 공제해 가고 직장가입 취득신고를 하지 않은 경우가 있음을 면접·사례 조사를 통해 확인할 수 있었다. 해당 노동자는 자신이 당연히 직장가입자인 줄 알고 있다가 병원에 갈 일이 생겼을 때나 지역가입 보험료 체납 통지를 받은 후에야 사업주가 직장가입 취득신고를 하지 않은 사실

을 알게 되었다.

그런데 해당 노동자가 이러한 사실을 건강보험공단 측에 알렸는데도 공단 측은 별다른 조치를 취하지 않았다. 「국민건강보험법」 제119조 제3항 제1호는 동법 제7조를 위반하여 당연가입사업장 사용자가 직장가입 취득신고를 하지 않거나 거짓으로 신고할 시 500만 원 이하 과태료를 부과하도록 하고 있다. 그러나 공단 측은 동법에 따른 과태료 부과는 ‘보건복지부 장관’이 할 수 있는 바, 공단에서는 권한이 없다고 하고 있다. 또한 직장가입의 가입의무자는 사업주이므로 노동자가 가입을 할 수는 없고 대신 노동자가 공단 측에 이의를 제기할 수 있으며 공단은 실무적으로 ‘특별지도점검’을 할 수는 있다고 하지만 이의제기 및 그 처리에 대한 절차가 마련되어 있지는 않다. 따라서 법 상 벌칙 규정이 실제 제대로 적용되고 있는 것으로는 보이지 않는다.

또한 건강보험공단은 2020년 9월 내부 지침에 따라 당연가입사업장 노동자가 타 4대 보험 공단의 취득확인서가 있고 근로감독관의 체불확인서 등을 공단 직원에게 제출하여 가입 의사를 밝히면 확인절차를 거쳐서 직권으로 가입시킬 수 있도록 하였는데, 고용보험은 대부분 이주노동자에게 적용제외, 비법인 5인 미만 농·어업 사업장은 산재보험 적용제외, 국민연금 출신국에 따라 적용제외 되어 있으므로 타 4대 보험 공단의 취득확인서를 요구하는 것은 불합리하다. 또한 건강보험료를 공제해 온 사업주가 직장가입 취득신고를 하지 않은 데 대해 노동자들이 노동청에 임금채불로 진정을 해 왔던 것은 이에 대응할 다른 방법이 없었기 때문인데 건강보험 가입을 위해 체불확인서를 요구하는 것은 더더욱 불합리하다.

이에 첫째, 「고용보험법」을 참조하여 당연가입사업장 사용자가 직장가입 취득신고를 하지 않을 시 피보험자인 노동자가 근로계약서 등 고용관계를 증명할 수 있는 서류를 제출하여 취득신고를 할 수 있도록 하며, 노동자가 사업주의 직장가입 미취득신고에 대해 공단에 알렸을 때 공단이 적절하게 대응할 수 있는 절차를 마련하여야 한다.

「고용보험법」 제15조(피보험자격에 관한 신고 등) 제1항은 “사업주는 그 사업에 고용된 근로자의 피보험자격의 취득 및 상실 등에 관한 사항을 대통령령으로 정하는 바에 따라 고용노동부장관에게 신고하여야 한다.”고 하고 있어 건강보험과 동일하게 사업주가 신고 의무자이다. 그러나 2002년 12월 30일 동법 제15조 제3항이 신설되어 “사업주가 제1항에 따른 피보험자격에 관한 사항을 신고하지 아니하면 대통령령으로 정하는 바에 따라 근로자가 신고”할 수 있도록 하고, 동법 시행령 제8조(근로자의 피보험자격에 관한 신고)에 따라 “근로계약서 등 고용관계를 증명할 수 있는 서류”를 제출하도록 하고 있다. 또한 고용보험 당연가입사업장 사업주의 미취득신고 적발 시 피보험자가 근로자 부담분을 납부하면 당초 신고일(근로계약 시작일)부터 소급 적용하도록 하고 있다.

둘째, 특히 고용센터를 통해서만 구직과 이직을 할 수 있어 건강보험 가입 등에 대해 감독과 관리가 용이한 고용허가제 이주노동자에 대해서는 고용허가 요건에 직장건강보험 가

입을 추가하고 고용노동부, 보건복지부 및 건강보험공단과 협력 체계를 구축하여 감독 방안을 마련하여야 한다. 고용허가제 이주노동자는 입국일이 근로개시일이므로 고용허가제 입국자와 사업장 명단을 건강보험공단과 공유해 자료를 활용하고, 공단의 직권으로 직장가입 취득신고를 하도록 해야 할 것이다. 사업장 변경 시에도 동일한 방법으로 직장가입 취득신고가 가능하도록 해야 할 것이다.

셋째, 고용허가제 이주노동자가 사업장 변경(구직) 기간 중에 직장가입자가 아니어서 지역가입자로 당연 가입하게 되는 경우, 고용센터와 건강보험공단이 협력해 즉시 임의계속가입 제도를 안내하고 요건이 되는 경우 임의계속가입자가 될 수 있도록 해야 한다.

넷째, 장기적으로 당연가입사업장의 노동자는 사용자나 노동자의 신고에 의해서가 아니라 고용 신고와 동시에 별도 신고 절차 없이 직장가입자가 될 수 있도록 해야 한다. 산업재해보상보험 적용 대상 사업장의 노동자는 사용자가 산재보험에 가입하지 않았더라도 산재보험에 당연 가입되므로 이를 참조할 수 있으며, 독일의 경우 사회보험 의무가입 직장에 취업한 외국국적자는 법정의료보험 의무가입대상인데, 의무가입대상자는 별도 가입 없이 자동으로 법정의료보험의 적용을 받도록 한 것을 참조할 수도 있다.

2) 이주민 지역가입자에 대한 차별 폐지

건강보험제도는 가입자격 취득을 위한 입국 후 6개월의 최소체류기간 요건, 영주(F-5), 결혼이민(F-6) 자격자 외 지역가입자에게 전년도 평균보험료 이상 보험료 부과, 배우자와 미성년자녀만으로 세대원 범위 축소, 보험료 체납 즉시 보험급여 중단, 보험료 체납 시 체류자격 연장거부 불이익 등 주로 지역가입자에 대한 차별이 심각하다.

불안정 고용, 비공식 부문, 열악한 업종에서 일하는 이주민이 건강보험 직장가입자가 되지 못하는 비율이 높고, 장애가 있거나 요양 중이거나 학업 중인 등의 이유로 일을 하지 못하는 이주민들이 피부양자가 되지 못하면 건강보험 지역가입자가 된다. 그런데 지역가입에서 이주민에 대한 차별이 극심해 이들 이주민들이 중층적 차별을 당하고 있다.

정부는 “내·외국인 간 형평성”, “국민과 역차별 해소”를 목적으로 이주민에 대한 차별을 강화하였지만, 국적과 체류자격이 다른 사람들이 생계와 주거를 같이 하는 하나의 가족 혹은 가구를 구성하는 혼합가족이 점점 더 증가하고 있고, 건강보험공단 통계를 통해서도 최소한 외국국적 이주민 10명 중 1명 이상, 재외국민 4명 중 1명 이상이 ‘내국인’과 가족관계 하에 생계나 주거를 같이 하는 사람들임을 확인할 수 있었다. 이러한 상황에서 형평성, 역차별이란 무엇을 의미하는지조차 불분명하다.

또한 본 연구에서 해외 정책 사례를 검토한 국가 중 사회보험 형태의 의료보장제도를 가지고 있는 독일, 일본과 대만은 보험료 산정, 세대원과 피부양자 인정, 보험급여와 관련해서

국적이나 체류자격에 따른 차별이 없었다. 독일과 일본은 단기체류자에 대해, 대만은 6개월 미만 체류자에 대해 보험 자격 부과에서 제한을 두고 있으며, 공공 부조에 있어서는 외국국적자에 대한 제한이 있지만, 일단 사회보험으로서 의료보험 적용 대상이 된 이주민에게는 보험료와 급여 등에서 차별을 하지 않고 있다. 그런데 유독 한국에서 이주민 지역가입자에 대해 전 방위적으로 차별적 제도 운용을 하고 있는 것이다.

(1) 보험료 부과 방식과 세대합가 범위 차별 폐지

지역가입에서 이주민에 대한 차별은 우선 과도한 보험료 부담에서 나타난다. 결혼이민(F-6), 영주(F-5) 자격자 이외 외국국적 이주민과 재외국민이 세대주인 지역가입 세대에는 소득과 재산에 무관하게 최소한 평균보험료 이상이 부과된다. 방문동거(F-1), 거주(F-2)의 경우 2018년까지 ‘내국인’과 동일하게 소득과 재산을 기준으로 보험료가 부과되다가 2019년부터 평균보험료 이상 부과 대상이 되었는데, 2019년 방문동거(F-1) 자격의 경우 393.3%, 거주(F-2)의 경우 172.7% 보험료가 인상되어 소득 및 재산에 따른 보험료와 평균보험료 간 괴리가 어느 정도일지를 짐작할 수 있게 한다.

한편으로 평균보험료 이상 건강보험료 부과는 건강보험료를 기준으로 하는 의료비 본인 부담금 경감 제도, 의료비 지원제도뿐 아니라 건강보험료를 기준으로 소득을 산정해 대상을 선정하는 다른 취약계층 지원제도에서도 이주민이 자동적으로 배제되는 결과를 가져오고 있다. 예를 들어 법정본인부담금 및 비급여 진료비를 지원하는 ‘암 환자 의료비 지원’의 경우, 건강보험료가 기준이므로 평균보험료 이상 부과되는 이주민은 자동적으로 대상에서 제외된다. 이주민에 대한 긴급재난지원금 지급 시에도 지자체가 건강보험료를 기준으로 소득을 산정해 대상을 선정함으로써 대상을 찾지 못한 지원금이 회수된 사례가 있었다.

또한 이주민의 가족결합 이주와 가족동반 체류가 증가하고 있는데도 지역가입 세대 합가 범위가 세대주의 배우자와 만 19세 미만 자녀만으로 한정되었다. 본 연구의 설문조사 결과에 따르면 응답자들이 가족과 함께 사는 비율은 45.1%였고, 재외동포(F-4) 73.6%, 난민 68.8%, 방문취업(H-2) 60.5% 등 동포와 난민이 가족과 함께 사는 비율이 매우 높았다. 그런데 응답자의 21.6%가 가족을 피부양자나 세대원으로 등록하지 못해 별도로 건강보험료를 납부한 적이 있었다. 이런 가족들은 평균보험료 이상 건강보험료 부과만으로도 부담인데 한 가족 당 여러 개의 평균보험료 고지서를 받게 된다. 이는 특히 고령의 부모, 학업 중이거나 장애가 있어서 경제활동을 할 수 없는 성년 자녀가 있는 가족, 미성년자나 장애인, 중증질환자를 돌보기 위해 다른 가족이 함께 사는 경우 등 취약계층에게 감당할 수 없는 보험료 부담을 지우고 있다.

이에 첫째, 이주민에게도 ‘내국인’과 동일하게 소득과 재산에 따라 보험료를 부과하는 것이 무엇보다 선행되어야 한다. 현재와 같이 평균보험료 이상의 과도한 보험료가 부과되는

상태에서는 건강보험 적용 확대가 저소득층 이주민에게는 오히려 징벌이 될 수 있다.

보건복지부와 국민건강보험공단 측은 이주민에게 평균보험료 이상 건강보험료를 부과하는 이유가 해외 재산을 파악할 수 없기 때문이라고 하고 있다. 그러나 해외 재산을 파악할 수 없는 것은 ‘내국인’ 또한 마찬가지이며, 장기체류 이주민들이 본국의 재산을 처분해 가족과 함께 국내에 정착해 살아가고 있는 실태와도 부합하지 않는 주장이다. 또한 지역가입 보험료도 직장가입과 마찬가지로 소득 중심으로 부과하는 방향으로 건강보험제도 자체를 개편해 나가는 것이 보건복지부와 건강보험공단이 제시하고 있는 방향이기도 하다. 그리고 대만, 독일, 일본의 해외정책사례를 보더라도 유동성이 적은 재산을 보험료 부과 기준으로 삼는 사례가 없었다. 일본의 경우 소득 파악 능력이 부족한 지자체에서 재산을 보험료 부과 기준에 추가한 경우가 있었으나 그러한 지자체에서도 점차 소득 중심으로 보험료 부과 체계를 개편해 왔다.

둘째, 지역가입 세대합가 범위에서 차별을 폐지해야 한다. 이주민의 세대합가 범위를 배우자와 미성년 자녀만으로 차별한 것은 가족 동반 거주자가 증가하고 있는 이주민의 실제 거주 형태를 전혀 반영하지 못한 것이다.

(2) 가혹한 체납 제재 제도의 시급한 개선

보험료 차별 폐지와 함께 가장 긴급하게 제도 개선이 이루어져야 하는 것은 ‘내국인’에 비해 너무나도 가혹한 체납 제재이다.

‘내국인’의 경우 총체납횟수가 6회 이상이면 보험급여를 실시하지 않을 수 있지만(국민건강보험법 제53조 제3항, 시행령 제26조 제2항), 일정 소득 미만 저소득층, 미성년자, 고령자, 일정 소득 기준 미만 장애인 등에는 급여 제한을 하지 않는다(법 시행령 제26조 제3항). 급여 제한 기간에 진료를 받은 경우에도 우선 보험급여를 실시한 후 이를 통지하고 2개월의 유예기간을 준 후 유예기간 내에 보험료를 납부하면 급여를 인정한다. 또한 분할납부 승인을 받고 분할납부 보험료를 1회 이상 납부하면 급여를 실시하며, 분할납부 보험료를 5회 이상 정당한 사유 없이 미납할 시 급여를 제한한다. 그럼에도 ‘내국인’의 경우에도 생계형 체납자에 대한 급여제한이 이들의 기본권을 심각하게 위협하는 문제가 제기되고 있다.

그런데 결혼이민(F-6), 영주(F-5) 자격자 외 외국국적 이주민과 재외국민은 다음 달 보험료를 전달 25일에 선납하도록 하고 선납보험료를 1회라도 미납하면 다음달 1일부터 즉시 급여를 제한하며 보험료를 완납할 때까지는 급여를 실시하지 않는다(건강보험법 제109조 제10항). 선납보험료 미납이 단 하루의 유예기간도 없는 보험급여제한으로 직결되는데도 건강보험공단은 보험료 미납에 대한 통지를 하지 않는다. 보험급여는 진료 단계에서 바로 제한되며 건강보험공단이나 의료기관 측의 행정적 착오 등으로 급여제한기간 중 급여가 지급되었을 때는 ‘부당이득’이라는 부적절한 명칭으로 차후에 환수 조치된다. 또한 선납보험료를

납부해야 하는 이주민은 보험료 분할납부 승인을 받고 분할납부를 시작해도 보험료 완납 시까지 급여를 받을 수 없도록 해(동법 제109조) 보험료 납부에 어려움을 겪는 사람을 구제하는 성격의 분할납부제도가 보험료를 한 푼이라도 더 걷기 위한 수단으로 변질되었다.

건강보험공단의 통계에 따르면 2020년 6월 말까지 ‘내국인’ 전체 지역가입 세대 중 1회 이상 보험료 체납세대는 35.3%지만 급여 제한 세대는 6.2%인데 반해 이주민의 경우 체납 세대 20.2% 모두가 급여 제한 세대이다. 설문조사 결과에서도 돈이 없어서 건강보험료를 내지 못한 적이 있다는 응답자가 15.5%, 병·의원 이용 시 보험 급여가 제공되지 않아 비용 지불에 어려움을 겪은 적이 있다는 응답자가 9.2%, 아예 병·의원을 이용하지 못한 적이 있다는 응답자가 7.4%였다.

평균보험료 이상의 과도한 보험료 부담은 필연적으로 높은 체납률로 귀결될 수밖에 없다. 그런데 보건복지부와 법무부는 이주민이 건강보험료 체납 시 체류자격 연장을 불허해 보험료 납부를 강제하고 있다. 이에 보험료 납부 능력이 없는 이주민들이 체류자격을 연장할 때 어떻게든 돈을 구해서 일시에 체납보험료를 납부하고 다시 체납 상태로 이어져 보험료는 보험료대로 납부하면서 지속적으로 급여제한 상태에 있게 되는 일이 발생하고 있다. 또한 끼니를 잇기 어려운 이주민들이 이주민 지원단체로부터 생계 지원을 받아서 건강보험료부터 납부하는 기가 막힌 사례들도 있었다.

특히 코로나19 팬데믹으로 이주민의 실직이 증가하면서 제도적 차별의 모순은 더욱 심화되고 있다. 실직한 이주민들이 체류자격 연장 시점에 체납보험료 완납을 요구받으면서 체류자격 연장을 못해 출국을 해야 하는 경우가 발생하고 있는데, 법무부는 출국을 하고 싶어도 항공편이 없어서 출국을 할 수 없는 이주민들에게 30일 간 반복된 출국유예를 주면서도 건강보험료 완납을 먼저 명령하고 있다. 결국 건강보험료 납부 능력이 없는 이주민들은 꿈쩍 없이 비정규 체류자가 될 수밖에 없는 것이다.

이에 첫째, 급여제한에서 이주민에 대한 차별이 시급히 폐지되어야 한다. 급여 제한 기간에 진료를 받은 경우 먼저 급여를 실시한 후, 유예기간을 적용하여 유예기간 중에 체납보험료를 납부하면 급여를 인정하며, 분할납부 승인을 받고 분할납부를 시작하면 급여를 실시하도록 함으로써 의료보장의 1차 안전망으로서 건강보험제도 본연의 목적을 찾아야 할 것이다.

그 전이라도 건강보험료가 체납되었을 때 이를 즉시 이주민 당사자에게 통지하여 체납 사실을 미처 인지하지 못한 이주민이 의도치 않게 급여제한을 당하는 일이 없도록 해야 한다. 현재는 자동이체 처리해 둔 보험료가 당일 이체되지 않은 사실을 인지하지 못한 이유만으로 급여제한을 당하는 사례들이 발생하고 있다.

둘째, 건강보험료 체납을 이유로 한 체류 연장 제한 제도는 폐지되어야 한다. 법무부는 건강보험료 체납 시에도 ‘조세 등 체납사항 납부 명령서’를 발부하여 조세와 건강보험료 체납을 동일하게 취급하고 있다. 그러나 기여금에 근거한 사회보험료 체납을 일반 조세 체납

과 동일시하는 점은 납득하기 어려우며, 건강보험료 체납으로 피보험자가 이미 체납에 따른 제재를 받는다는 점에서 이중적 처벌이고, 건강보험제도의 원 역할이 1차적 의료안전망이라는 점에서도 납득하기 어렵다.

무엇보다 현재와 같이 이주민 저소득층이 감당할 수 없는 높은 수준의 건강보험료를 부과하면서 그 보험료를 체납하였다는 이유로 체류연장을 해 주지 않는다면 이는 법무부가 새로운 비정규 체류자 양산 제도를 운용하는 것 이상이 아닐 것이다.

셋째, 이주민의 경우에도 일정 소득 미만 저소득층, 미성년자, 고령자, 일정 소득 기준 미만 장애인 등에 대해 급여 제한을 하지 않는 제도를 동등하게 적용해야 한다.

나아가 선주민과 이주민을 막론하고 건강보험료 납부능력이 없는 보건의료 취약계층의 급여 제한 제외 범위를 확대해 나가며 장기적으로 생계형 체납자의 기본권을 위협하는 급여 제한 제도 자체를 폐지해야 한다.

(3) 취약계층에 대한 건강보험료 경감·면제 제도의 동등한 적용

국민건강보험법은 섬·벽지·농어촌 지역에 거주하는 사람, 65세 이상 노인세대, 한부모가족(조손가족)세대, 55세 이상 여자단독세대, 소년·소녀가정세대, 장애인등록을 한 장애인 등 보건의료 취약계층에 대해 보험료 경감을 할 수 있도록 하고 있다(법 제75조, 보건복지부 고시 제2019-334호 “보험료 경감고시”). 또한 해당 조항에 대한 이주민의 적용 배제에 대해서는 법령과 고시에 별도 규정이 없다. 그러나 보건복지부와 건강보험공단은 해당 규정이 이주민에게 적용되지 않는 것으로 해석하고 있으며, 이주민의 경우에는 세대주의 체류자격에 따라 일률적인 보험료 경감 제도만을 운영하고 있다.

또한 미성년자인 이주아동은 건강보험 지역가입자로 단독 세대주가 되어도 미성년자에 대한 납부의무 면제 규정(법 제77조 제2항)이 적용되지 않으며 하한 보험료 이상을 납부하도록 하고 있다(보건복지부 고시 제6조 제3항). 그런데 건강보험공단 통계 자료에 따르면 19세 미만의 미성년 지역가입 세대주 비율이 ‘내국인’ 4.5%에 비해 재외국민과 외국국적 이주민은 각각 31.2%, 16.8%로 매우 높았다. 이주아동 지역가입 세대주의 체류자격은 방문동거(F-1)가 52.3%, 동반(F-3)이 18.8%로 대다수를 차지하고 있었는데, 세대주의 배우자와 미성년 자녀만 세대 합가를 허용해 부모 없이 형제자매만으로 이루어진 인도적체류자 가족, 조손 가족의 미성년자들이 단독 세대주가 되거나, 아동복지시설 보호 아동, 기초생활수급세대의 영아가 홀로 미성년 단독 세대주가 된 사례들도 있었다. 소득이 없어서 생계조차 이어가기 힘든 미성년자에게는 하한 보험료조차 너무나 큰 부담이다. 그리고 이들은 만 19세가 되자마자 평균보험료 이상의 지역가입 보험료 부과대상이 된다.

이에 첫째, 법 제75조, 보건복지부 고시 제2019-334호 “보험료 경감고시”에 따른 취약계층 건강보험료 경감 제도가 이주민에게도 동등하게 적용되어야 한다. 이에 대한 외국국적자

의 적용 배제 규정은 법령과 고시에 존재하지 않으므로 보건복지부 지침 개정만으로 제도 개선이 가능하다.

둘째, 이주아동에게도 미성년자 납부의무 면제 규정(법 제77조 제2항)이 동등하게 적용되어야 한다. 중장기적으로는 현행 미성년자에 대한 연대납부의무, 보험료 납부 의무 면제 범위가 대폭 확대되어야 한다. 현재의 미성년 세대주의 납부 의무 면제 기준은 연 소득 100만 원 이하인 등 극히 비현실적이다. 미성년자는 보호자가 있다면 피부양자나 세대원이 되는 것이 당연하므로 단독 세대주가 되더라도 보험료 납부가 면제되어야 한다.

3) 피부양자와 세대원 등록 요건의 현실화

이주민이 세대원이나 피부양자 자격을 취득하기 위해 제출해야 하는 가족관계증명 서류요건이 강화됨으로써 서류를 갖추지 못해 가족을 등록하지 못하는 경우가 빈번히 발생하고 있으며, 등록을 할 수 있어도 적지 않은 시간적·금전적 부담이 발생하고 있다.

가족관계 증명 서류는 서류발행국 외교부 또는 아포스티유 확인을 받은 서류나 공단 인정 기관에서 발급·확인한 서류여야 하며, 본국 발급 서류에는 공증 받은 한글 번역본이 첨부되어야 하고, 문서발행국에서 번역공증했을 경우 번역본에도 외교부나 아포스티유 확인이 필요하게 되었다. 또한 서류의 유효기간을 국내기관 발급 서류는 발급일로부터 3개월, 국적국 발급 서류는 외교부(또는 아포스티유) 및 공단 인정 기관의 확인일로부터 9개월 이내로 제한하였다. 법무부 발급 외국인등록사실증명원에 가족관계가 기재되어 있는 경우 가족관계 증명 서류로 제출할 수 있지만 배우자 관계 서류인 경우 난민인정자와 인도적체류자의 가족 외에는 외국인 등록일로부터 9개월 이내만 유효하다.

직장가입자가 아닌 이주민이 피부양자나 세대원이 되지 못하면 지역가입자가 되어 평균 보험료 이상의 건강보험료가 부과되기 때문에 가족 등록 여부에 따라 보험료 차이가 매우 커지게 된다. 때문에 허위 서류 제출을 염려하며 가족관계 증명 서류 요건을 강화한 것으로 보인다. 그러나 피부양자나 세대원이 되지 못해서 단독 세대주가 되더라도 소득과 재산에 따라 보험료가 부과된다면 지금과 같이 엄청난 보험료 차이가 발생하지는 않을 것이므로 가족관계 증명 서류 요건은 중요하지 않은 변수가 된다. 따라서 지역가입 보험료 부과에서 차별을 폐지하는 것이 가족관계 증명 요건을 완화하기 위한 기본 전제이다.

(1) 외국인등록사실증명원의 활용 개선

법무부는 가족으로 인정해서 체류자격을 부여해 놓고 외국인등록사실증명원에는 가족으로 기재해 주지 않기도 한다. 증명원에 가족 사항이 기재되어 있어도 배우자의 경우 관계 변동이 가능하다는 이유로 외국인 등록일로부터 9개월 이내 발급받은 증명원만 입증 서류로 인정

하고 있어 외국인등록을 한 지 오래 된 장기체류자는 배우자 관계를 입증하는데 이를 이용할 수 없다. 건강보험공단 담당자가 이유 없이 외국인등록사실증명원을 가족관계 증명 서류로 받아줄 수 없다고 한 사례도 있었다.

그러나 외국인등록사실증명원은 쉽게 발급받을 수 있고 번역과 공증이 필요 없으므로 가족관계를 입증하는 가장 간편한 수단이므로 그 활용도를 높일 수 있도록 해야 할 것이다.

이에 첫째, 법무부가 이주민의 체류자격을 부여할 때 심사에 의해 가족관계를 확인한 경우는 외국인등록사실증명원에 가족관계를 기입하여 가족관계 증빙 서류로 활용할 수 있도록 해야 한다.

둘째, 동반 가족으로서 받은 해당 체류자격이 유지되는 한 증명원을 활용할 수 있도록 해야 한다. 배우자의 경우 관계 변동이 가능하다고 하더라도 변동되는 경우가 예외적인 경우일 텐데 그 예외적인 경우에 대비하여 외국인 등록일로부터 9개월 이내 증명원만 인정하도록 한 것은 너무 과도하며 왜 하필이면 9개월인지에 대해서도 아무런 근거가 없다.

(2) 난민의 가족관계 증명에서 보다 관대한 접근

국적국이나 재외공관에 접근이 어려운 난민(난민인정자, 난민신청자, 인도적체류허가자)의 경우 특히 가족관계 증명에서 관대한 접근이 필요하다. 국적국이나 재외공관에서 가족관계 증명 서류를 발급할 수 없는 난민들은 외국인등록사실증명원이 국내 체류 중 가족관계를 증명하는 유일한 서류가 될 수도 있다. 그런데도 법무부는 건강보험 지역가입이 의무화 된 이후 오히려 인도적체류자의 가족들이 인도적체류자의 가족(G-1-12)이 아니라 각각 인도적체류자(G-1-6) 자격을 받았다는 이유로 외국인등록사실증명원에 가족관계를 기입해 주지 않고 있다. 또한 난민신청자의 경우 외국인등록 시 동반가족사항이 아예 입력되지 않고, 가족 각각에게 외국인등록사실증명원을 발급해 가족관계증명 서류로 이용할 수 없도록 하고 있다.

이에 난민의 특수한 사정을 고려하여 난민인정자, 난민신청자, 인도적체류자에게는 외국인등록사실증명원에 가족관계를 기입하여 이를 가족관계증명 서류로 활용할 수 있도록 해야 한다. 건강보험공단 또한 난민의 가족관계를 훨씬 관대하게 인정할 수 있는 방안을 마련해야 할 것이다.

(3) 가족관계 서류 양식이 다른 국가 출신자에 대한 배려

구 소비에트연방 국가 중 중앙아시아 국가의 출생증명서에는 부모의 출생일이 기입되어 있지 않으며, 구소비에트 연방 국가는 출생이나 결혼을 증명하는 서류를 처음 등록할 때만 발급하며, 이후 별도의 확인서를 발급하지 않는다. 그런데도 건강보험공단은 정해진 양식의 90일 이내 발급 서류만을 요구해 구 소비에트연방 국가 출신의 고려인 동포들이 가족관계

등록에 어려움을 겪는 사례들이 발생하고 있다.

이에 첫째, 가족관계 서류 양식이나 발급 방식이 다른 국가의 경우 건강보험공단이 한국 주재 재외공관과 협력을 강화해 해당 양식을 파악하여 가족관계 서류로 인정해야 한다.

둘째, 구 소비에트 연방 출신의 고려인 동포들은 연방이 해체되는 과정에서 국적이 변경되어 어느 국가에서도 부부 관계 증명 서류를 발급받기 어려운 경우가 있었다. 이러한 경우 사실혼 배우자의 경우와 마찬가지로 인우 보증으로 관계 증명을 갈음할 수 있도록 해야 할 것이다.

(4) 반복적인 가족관계 증명 요구 개선

건강보험공단은 외국국적 이주민이 지역가입자와 직장가입자(피부양자) 간에 자격이 변동될 때는 물론이고, 동일 직역 내에서 자격을 재취득 할 때도 기존 자격 상실일로부터 3개월을 경과하면 가족관계 서류를 다시 제출하도록 하고 있다. 그러나 가족관계 등록 서류 요건을 엄격히 강화해 놓고 반복적으로 증명 서류를 요구하는 것은 이주민에게 엄청난 시간적·금전적 부담을 요구하는 것이다. 특히 고용이 불안정해 직역 간 이동이 빈번할수록, 해당 서류 발급이 쉽지 않은 국가나 지역 출신 이주민일수록 더더욱 그러하다. 그리고 동반 가족으로서 체류자격이 유지되고 있는데도 관계에 변동이 있을 수 있다는 이유로 배우자의 경우 외국인등록일로부터 9개월 이내 외국인등록사실증명원만 인정하며, 반복적 가족관계 증명을 요구하는 것은 체류관리 제도와 건강보험공단의 행정이 충돌하는 예이기도 하다.

이에 직역 간 이동 시, 일시출국 후 자격 재취득 시 동일한 직장가입자의 피부양자, 동일한 세대주의 세대원으로 등록 시에는 가족관계 재증명 요구는 하지 않도록 건강보험공단의 지침이 개정되어야 한다.

(5) 부모의 가족관계 등록 시 그 배우자의 소득·사망 증명 요구 개선

현재 외국국적 이주민과 재외국민 지역가입 세대주의 부모는 세대원으로 합가할 수 없지만 세대주가 ‘내국인’이라면 본인이나 배우자의 외국국적 부모를 세대원으로 등록할 수 있다. 또한 직장가입자는 부모를 피부양자로 등재할 수 있다. 이 때 건강보험공단은 부 또는 모의 배우자의 소득 등을 확인하도록 하고 있고 부 또는 모의 배우자가 사망했을 시에는 그 사망증명서를 제출하도록 하고 있다. 이에 결국 아버지의 사망 증명 서류를 제출하지 못해 어머니를 피부양자로 등록하지 못한 결혼이주민의 사례들이 있었다.

공단 측은 이는 ‘내국인’의 경우에도 동일하다고 하며 그 이유로 부 또는 모의 부양의 일차적 책임이 그 배우자에게 있기 때문이라고 하고 있다. 그러나 공단에서 ‘내국인’에게 그 부 또는 모의 배우자가 해외에 장기체류 중인 경우 그 배우자의 소득 확인을 요구할 리가 없다. 또한 부모를 피부양자로 등록하고자 하는 자녀가 현재 국내 체류 중인 부모를 부양하

고 있는 것이 분명한 사실인데도 국내에 있지 않은 그 배우자의 소득 증명이나 본국에서 사망한 배우자의 사망 증명을 요구하는 것은 한편으로 가부장적이기도 하면서 한편으로는 비현실적이다.

이에 부 또는 모를 피부양자나 세대원으로 등록할 때 국내 체류 중이 아닌 그 배우자의 소득·사망 증명을 요구하도록 한 건강보험공단의 지침은 삭제되어야 하며, 국내 체류 중인 부모의 생계를 그 자녀가 부양하고 있는 것이 확인되는 한 피부양자나 세대원 등록을 할 수 있도록 해야 한다.

(6) 사실혼 배우자에 대한 차별 폐지

외국국적 이주민과 재외국민 지역가입 세대주의 사실혼 배우자는 그 세대원이 될 수 없다. 직장가입자의 사실혼 배우자는 피부양자가 될 수 있지만, 이를 입증하기 위한 인우보증은 ‘내국인’만 가능하도록 해 국적에 따른 차별이 존재한다.

사실혼 배우자가 피부양자는 될 수 있는데 세대원이 될 수 없도록 한 것은 납득하기 어렵다. 또한 사실혼 관계 증명은 그 관계를 잘 알고 있는 사람이 보증해야 할 것인데 이를 ‘내국인’만 가능하도록 한 것도 납득하기 어려운 규정이다.

따라서 첫째, 외국국적 이주민과 재외국민의 사실혼 배우자가 직장가입자의 피부양자뿐 아니라 세대원이 될 수 있도록 하고, 둘째, 사실혼 관계 증명 시 인우보증을 ‘내국인’만 가능하도록 한 차별 규정을 폐지해야 한다.

(7) 일시출국기간 동안 세대합가 불인정 제도 개선

외국국적 이주민과 재외국민이 일시 출국하여 국외 체류기간이 1개월을 초과하면 일단 그 자격이 상실되지만 국외 체류기간이 6개월 미만일 경우 입국하여 그동안의 보험료를 납부하면 재입국한 날부터 지역가입자격을 취득할 수 있다. 그런데 이 때 일시출국기간 동안에는 세대합가를 인정하지 않으며 세대원 각각이 단독으로 지역가입자 자격이 유지된 것으로 가정하였을 때의 보험료를 납부해야 한다(보건복지부 고시 제6조 제2항). 이 규정은 지역가입 의무화 시행 직전 보건복지부 고시가 마지막으로 개정되었을 때 추가되었는데, 그 근거가 불분명하다.

일시출국기간 동안 세대합가를 인정하지 않고 세대원 각각이 세대주로서 보험료를 납부해야 재입국과 동시에 지역가입자격을 취득할 수 있도록 한 보건복지부 고시의 규정은 삭제되어야 한다.

4) 세대부과방식과 이주민의 등록제도에 대한 근본적 개선

보건복지부와 건강보험공단은 이주민은 주민등록을 하지 않으므로 세대별 주민등록표를 기준으로 하는 ‘세대’의 개념이 적용될 수 없으며, 인도적 차원에서 예외적으로 배우자와 미성년 자녀를 세대원으로 등록할 수 있도록 한 것이라고 하고 있다. 법무부 또한 2018년 6월 12일자로 출입국관리법 시행규칙을 개정하여 외국인등록 사항에서 ‘세대주 및 세대주와의 관계’를 삭제하면서 그 이유를 외국인의 경우 세대주가 될 수 없기 때문이라고 하고 있다.

그러나 세대주를 중심으로 한 ‘세대’ 개념 자체에 의문이 제기된다. ‘세대’ 개념은 주된 부양자(세대주)를 중심으로 혈통으로 이어진 한 가족이 한 주소지에 거주하는 것을 전제로 한 지극히 정상 가족 중심의 개념으로, 점점 다양해지고 있는 가족 형태와 고전적 가족이 해체되면서 1인 가구가 증가하고 있는 현실을 반영하지 못하고 있는 개념이다. 이는 최근 ‘세대’ 단위로 세대주에게 재난지원금이 지급되면서 세대주와 연락이 끊긴 지 오래된 가족이 지원금 수령에 어려움을 겪고, 세대주의 학대 피해로 아동복지시설이나 그룹홈에 보호 중인 아동과 청소년의 지원금을 그 세대주가 수령하며, 별거 상태인 배우자의 지원금이 세대주에게 지급되는 등 제기된 여러 가지 문제를 통해서도 다시 한 번 드러난 바 있다.

또한 외국인등록(국내거소신고)과 주민등록의 분리는 출입국관리 정책은 있으나 이주민 정책은 없는 한국의 현실을 반영하고 있다. 행정과 복지는 지방자치단체를 중심으로 지역 내에서 구체적으로 실행되는데 이주민은 법무부에 등록을 할뿐 행정안전부 혹은 지방자치단체에 주민으로 등록은 할 수 없다.

이에 첫째, 주영수 외(2018)에서 제시하고 있는 바와 같이 지역가입에서 세대부과방식을 기본으로 모든 세대원을 가입자로 간주하는 지역건강보험 부과체계에 대한 근본적 개편이 필요하다. 주영수 외(2018)는 1988년 전국민건강보험 당시 지역가입자의 소득파악이 어렵고 전국민을 가입대상으로 확대하려는 방안에서 도입되어 온 세대부과방식이 여전히 지속되고 있는 것을 문제로 제기하며 근본적으로 지역가입자와 직장가입자의 구분을 없애고 개별가입방식으로 건강보험 가입체계를 개편하며, 이를 위해 소득, 재산 등에 대해 개인별로 부과체계를 확립하고, 고소득, 고자산에 대해서는 별도의 사회복지세 등의 조세조달을 목적으로 확충하는 방안이 방향성으로 제시될 필요를 제기하고 있다.(pp. 150~151)

개별가입방식으로 건강보험 가입체계가 개편되면 소득과 재산이 거의 없어 어차피 피부양자가 되었을 사람들에게는 건강보험료가 전혀 혹은 거의 부과되지 않아야 한다.

둘째, 이주민도 지방자치단체에 주민등록을 할 수 있어야 한다. 일본의 경우 외국인등록을 하던 때에도 등록은 지방자치단체에 했고, 현재는 외국인등록과 주민등록이 통합되어 이주민도 지방자치단체에 주민등록을 하게 되었다. 동시에 주민으로서 이주민에 대한 정책의 관할은 법무부에서 행정안전부 중심으로 이전되어야 한다. 국경 관리 차원에서 출입국관리

정책과 지역 주민으로서 이주민에 대한 통합 정책은 일정 충돌을 일으킬 가능성이 있는데, 현재는 법무부의 출입국관리 정책이 이주민에 대한 정책을 전적으로 관장하고 있어 이주민의 사회통합 정책에서 한계가 나타나고 있다.

5) 건강보험제도의 이주민 적용 확대

2019년 7월부터 외국국적 이주민과 재외국민에 대한 건강보험 당연가입제도가 시행되었는데도 불구하고 2020년 7월, 장기 정규체류 이주민조차 건강보험 적용률은 76.9%로 주민등록인구의 96.8%에 비해 매우 낮다. 이는 지역가입자가 될 수 있는 최소 체류기간 요건이 3개월에서 6개월로 연장되었고, 인도적체류자와 그 가족을 제외한 기타(G-1) 자격자가 지역건강보험 가입에서 배제되어 있으며, 유학생(D-2, D-4)의 당연가입 적용이 유예되어 신규 지역가입이 불허되고 있는 등 이주민의 지역가입 자격이 제한되어 있기 때문이다.

이주민 의료보장 개선을 위해서는 지역가입 자격 제한을 폐지해 1차 의료안전망인 건강보험제도의 적용 확대를 도모해야 할 것이다. 그러나 이 또한 지역건강 보험료 부과 방식에서 차별 폐지가 선행되어야 한다.

(1) 최소 체류기간 요건에 대한 제고

지역가입자가 될 수 있는 최소 체류기간이 3개월이었던 때에도 입국 후 3개월 동안 갑작스런 사고를 당하거나 질환을 앓게 되었을 때 건강보험 적용을 받지 못해 어려움을 겪는 사례들이 발생해 왔다. 이 기간이 6개월로 연장되면서 입국 초기의 아슬아슬한 건강보험의 공백기가 그만큼 연장되었다.

건강보험 가입 자격에 체류기간 요건을 두어야 한다면 이는 체류관리 제도와 연동되어야 한다. 법무부는 엄격한 체류 심사를 통해 체류자격을 부여하고, 현재 장기체류 이주민의 외국인등록 요건은 3개월 이상 체류이며, 장기체류자격은 계절근로(E-8) 등 일부 예외적인 경우를 제외하면 최소 1년 이상의 체류기간이 주어진다.

따라서 첫째, 3개월 이상 장기체류자격을 받고 입국하는 이주민은 입국 혹은 외국인등록과 동시에 건강보험 적용 대상이 되어야 할 것이다.

둘째, 입국 시 단기의 체류기간을 받고 입국하더라도 장기체류할 것이 증명되는 경우 역시 입국 혹은 외국인등록과 동시에 건강보험 적용대상이 되어야 할 것이다. 일본의 경우 ‘홍행’, ‘기능실습’, ‘가족체류’, ‘특정활동’의 체류자격을 가진 자로, 해당 자료에 의해 3개월을 초과해 체류할 것으로 인정되면 3개월 이하 체류기간을 받고 입국하여 주민등록이 되지 않는 경우여도 국민건강보험에 가입할 수 있도록 하였다.

셋째, 취업 체류자격이면서 6개월 미만 체류기간이 주어지는 계절근로(E-8)의 경우에도 고용과 동시에 건강보험 적용 대상이 되어야 하며, 원칙적으로 직장가입자가 되어야 한다. 법무부가 계절근로자의 인권과 노동권 침해 우려에 대응해 비법인 5인 미만 농어업 사업장에 고용될 경우 산재보험 의무가입 대상이 아닌데도, 산재보험 가입을 계절근로(E-8) 자격자 고용 요건으로 추가한 점을 참조할 수 있을 것이다.

(2) 출국 후 체류자격을 갱신하여 재입국하는 경우 건강보험 공백기 해소

중국 및 구 CIS 동포에게 주어지는 방문취업(H-2) 체류자격은 체류자격 갱신 횟수에 제한이 없어 사실상 연속체류가 가능한 체류자격이다. 그러나 출국하여 체류자격을 갱신한 후 재입국해야 하기 때문에 지역가입자인 경우 6개월의 건강보험 공백기를 반복해서 겪어야 하는 문제가 발생한다. 특히 방문취업(H-2) 자격자에게는 가족동반이 허용되고 있는데 동반 가족의 체류자격이 방문취업(H-2) 자격자의 체류자격에 연동되므로 가족 모두 건강보험 공백기를 반복해 겪을 수 있다는 문제가 있다.

근본적으로는 사실상 연속체류를 허용하면서도 영주권 신청 자격을 주지 않기 위해 국내 5년 이상 연속 체류를 불허하고 있는 체류관리 제도의 개선이 필요하다. 그러나 우선은 건강보험 공백기를 최소화할 수 있는 방안이 마련되어야 한다.

이에 이미 지역가입자인 이주민이 체류자격 갱신을 위해 출국하게 될 경우 입국과 동시에 지역가입자가 되기를 원한다면 출국 전에 미리 건강보험공단에 출국 사유서를 제출하도록 하고, 체류자격을 갱신하여 입국과 동시에 가입자 자격을 재취득할 수 있도록 해야 할 것이다.

(3) 지역가입자가 될 수 있는 체류자격 제한 폐지

직장가입 자격은 장기체류자인 한 체류자격에 따른 제한이 없는 반면 지역가입 자격은 체류자격에 따른 제한이 있으며, 인도적체류자(G-1-6)와 그 가족(G-1-12) 외의 기타(G-1) 자격자는 여전히 지역가입자가 될 수 없다. 기타(G-1) 자격자라도 건강보험 직장가입은 할 수 있지만, 기타(G-1) 세부 자격 중 취업을 할 수 있는 자격이 정해져 있고, 난민신청자(G-1-5)는 난민인정신청 후 6개월이 경과해야 취업활동이 허용되며, 사전에 ‘체류자격 외 활동(취업)허가’를 받아야 취업을 할 수 있다. 또한 취업을 했다고 하더라도 직장가입자가 되지 못할 수 있기 때문에 기타(G-1) 자격자의 대다수는 지역가입도, 직장가입도 할 수 없는 건강보험제도의 사각지대에 방치되어 있다. 본 연구의 설문조사 결과에서, 기타(G-1) 자격자의 52.4%는 건강보험이 없었으며, G-1-5를 받는 난민신청자는 90.7%가 건강보험 미가입자였다.

보건복지부는 인도적체류자 외 기타(G-1) 자격자는 장기간 지속하여 체류할 것으로 보기

곤란하기 때문에 지역가입을 허용할 수 없다고 하고 있다. 그러나 기타(G-1) 자격자는 다른 장기체류자와 마찬가지로 외국인등록을 하며, 법무부는 기타(G-1) 자격의 체류기간 갱신에 횡수 제한을 두고 있지 않다. 때문에 기타(G-1) 자격으로 수년간 장기체류하는 경우가 드물지 않으며, 기타(G-1) 자격으로 5년 이상 체류하다 영주권과 국적을 받은 사례도 있고, 산재로 의식불명이 된 남편을 간병하기 위해 20년 동안 기타(G-1) 자격으로 체류하고 있는 이주민의 사례도 있었다.

또한 기타(G-1) 자격은 인도적 차원에서 체류를 허가할 수밖에 없는 사람에게 주어지는 자격이다. 그런데 인도적 차원에서 체류를 허가하면서 건강보험 가입을 허가하지 않는 상황은 지극히 부조리하다. 특히 난민의 경우 많은 국가에서 난민인정자나 인도적체류자는 물론 난민신청자인 경우에도 의료보장을 비롯한 사회보장의 혜택을 받을 수 있는 길을 열어두고 있는데 국내 난민신청자들에게는 건강보험 지역가입 자격마저 제한되고 있다.

따라서 모든 기타(G-1) 자격자도 건강보험 지역가입자가 될 수 있도록 해야 한다. 그러나 현재와 같이 평균보험료 이상을 부과하면서 기타(G-1) 자격자에게 지역건강보험 당연가입을 적용하면 취업을 할 수 없고 소득이 없는 대부분 기타(G-1) 자격자가 체납자가 될 수밖에 없다. 때문에 보험료 부과방식에서 차별 폐지가 선행되어야 한다.

유학생의 경우에도 건강보험에 당연가입 하도록 해야 할 것인데, 마찬가지로 지역가입자에 대한 보험료 부과에서 차별이 먼저 폐지되어야 한다. 특히 유학생 유치에 적극적인 일본의 경우 소득이 없는 유학생에게는 저소득층에 대한 보험료 최대 감면율을 일본국적자와 마찬가지로 동등하게 적용할 뿐 아니라 지자체에 따라 일정 금액 미만의 유학생의 아르바이트 수입과 장학금은 소득에 포함하지 않는 사례 등이 있었다.

(4) 체류자격 변경으로 자격 상실 제도 개선

일본의 경우 이미 피보험자 자격을 취득하고 있는 자는 국민건강보험 적용 대상이다. 예를 들면, 중장기체류자의 자격으로 국민건강보험 가입을 하였는데 3개월 이하의 체류자격으로 변경하게 되어 주민등록이 상실된 경우도 가입자격을 유지할 수 있다. 그러나 한국의 경우 아무리 오랜 기간 건강보험 가입자로서 보험료를 납부해 왔더라도 가입자가 될 수 없는 체류자격으로 변경되면 건강보험 피보험자 자격 또한 상실하게 된다.

장기체류 자격자로 건강보험 가입자였지만 임금체불, 산재 등으로 기타(G-1) 자격자가 되면 건강보험 피보험자 자격을 상실하게 되며, 특히 최근 코로나19 영향으로 체류기간이 만료되었지만 출국을 할 수 없어 출국유예를 받는 사람이 증가하고 있는데 출국유예 상태인 사람들도 피보험자 자격을 상실하게 된다. 법무부는 영주권 신청 자격을 주지 않기 위해 5년 이상 연속체류를 막는 것에 주목하여 코로나19 팬데믹이 해를 넘어 장기화될 전망인데도 출국을 하지 못하는 이주민들에게 한 달 간 출국유예를 반복적으로 주는 것으로 대응하

고 있으며, 출국유예를 주면서도 체납 보험료 납부를 명령하고 있다. 건강보험공단은 급여를 받을 수 없도록 건강보험 자격 상실은 예민하고 신속하게, 보험료 납부 정지는 무신경하게 처리하고 있다.

이에 일본의 사례를 참조하여 일단 건강보험 가입자가 된 사람은 가입자가 될 수 없는 체류자격으로 변경되거나 출국유예 상태가 되어도 국내 체류 중에는 보험료를 계속 납부하는 한 가입 자격을 유지할 수 있도록 해야 할 것이다.

6) 노인장기요양보험 가입의 선택 확대

건강보험 직장가입자 중 기술연수(D-3), 비전문취업(E-9), 방문취업(H-2) 자격자 중 직장가입자는 노인장기요양보험 가입 여부를 선택할 수 있지만 지역가입자는 이를 선택할 수 없다. 한편으로 체류기간이 제한되어 있는 이주민의 경우 그 혜택을 받을 가능성이 거의 없는 노인장기요양보험에 의무적으로 가입해야 하는 것이 불합리하고, 다른 한편으로 이주민의 정주화와 고령화 경향이 나타나고 있는 점을 감안하면 이주민에게도 노인장기요양보험 가입을 확대하는 것도 필요하다.

이에 체류기간이 제한된 체류자격자의 경우 직장가입자와 지역가입자를 불문하고 노인장기요양보험 가입을 선택할 수 있도록 하든지, 일단 모든 건강보험 가입자가 노인장기요양보험에 의무가입 하도록 하되 출국 시에 국민연금의 경우와 마찬가지로 보험료를 반납하는 방안을 마련해야 한다.

7) 이해할 수 있는 언어로 정확하고 공개된 정보의 제공

당연가입 제도의 안정적 운용은 가입자의 이해와 동의가 전제되어야 한다. 따라서 지역건강보험 당연가입 적용 전에 이주민들에게 건강보험제도에 대한 이해를 제고시키는 사전 교육 등의 조치가 필요했고, 통번역 등 원활한 정보와 서비스 제공을 위한 시스템이 마련되어야 했다. 그러나 그러기에는 제도 개정이 너무나 숨 가쁘게 진행되었다. 당연가입 시행 이후 1년의 시간이 지난 즈음에 실시한 본 연구의 설문조사 결과에서 응답자 중 이주민의 건강보험 가입이 의무화되었다는 사실을 알고 있다고 답한 비율은 64.3%, 건강보험료 체납 시 체류에 불이익이 있다는 사실을 알고 있다고 답한 비율은 59.1%로, 건강보험제도 변화에 대한 안내와 홍보가 부족했다는 사실을 보여주었다.

이주민 당사자와 이주민 지원단체 활동가들은 이주민들이 이해할 수 있는 언어로 제도가 안내되지 않는 문제, 가입자로서 이주민에 대한 서비스가 제대로 제공되지 않고 있는 점, 각 지역 공단 지사와 콜센터 담당자의 전문성이 떨어지는 문제 등을 제기하였다. 공단 측의

안내가 부족한 것도 문제지만 규정이 복잡하고 투명하게 공개되지 않는 것도 문제이다.

이에 첫째, 이주민이 이해할 수 있는 언어로 정확한 정보를 전달받을 수 있는 방안이 마련되어야 한다. 적어도 외국인민원센터에는 주요 언어의 상근 통번역자가 요일별 교대제를 통해서라도 배치되어야 하며, 콜센터의 외국어 안내는 빠른 시간 내에 상담 가능한 언어를 확대해 나가야 한다. 각 공단 지사는 지역의 특성을 파악하여 언어별 통번역 제공 방법을 모색하고, 특히 각 지역의 이주민 지원단체와 협력을 강화하여야 한다.

둘째, 공단 지사와 콜센터 담당자의 전문성을 높여야 한다. 건강보험제도에 대한 전문성 뿐만 아니라 이주민 일반에 대한 이해의 증진, 이주민을 ‘외국인’이 아니라 ‘민원인’으로 대우하는 공무원으로서의 자세 배양도 필요하다.

셋째, 건강보험제도에 대한 자세한 규정을 가능한 공개적으로 이주민이 이해할 수 있는 언어로 전달할 방안을 마련하여야 한다. 이주민들이 입국 시에 받는 각종 교육에 건강보험제도에 대한 내용을 포함하고, 형식적 안내 수준을 넘어서는 자세한 규정을 소개해야 하며, 시간적 제약 등으로 이에 어려움이 있을 경우 이주민이 이해할 수 있는 언어로 번역된 자료를 배포할 수도 있을 것이다.

넷째, 이주노동자들은 사업장 주소지로 외국인등록을 하는 경우가 많은데 사업주가 고지서 등을 받아서 노동자에게 제대로 전달해 주지 않는 사례들이 있었고, 사업장을 옮길 때나 일자리를 찾아 이동할 때 주소지가 불분명해서 필요한 고지를 제 때 받지 못하는 문제가 발생할 수 있다. 그러나 이주민의 경우도 휴대폰을 소지하고 있는 비율은 매우 높으므로 본인의 휴대폰 번호를 사전에 등록하도록 하여 필요한 정보를 전달하는 방안을 마련할 수 있을 것이다. 또한 고용허가제 노동자들에게는 EPS(고용허가제)앱이 제공되어 자신이 이해할 수 있는 언어로 관련 정보를 검색하고 필요한 등록 등을 할 수 있도록 하고 있는 것을 참조하여 건강보험공단도 이주민들에게 이러한 앱을 제공할 수도 있을 것이다.

2. 의료급여 및 의료지원제도의 적용 확대

한국은 이주민 중 공공부조와 사회서비스 적용 대상을 결혼이주민, 그 중에서도 한국국적자를 임신·양육·부양 중인 결혼이주민과 난민인정자, 영주귀국 사할린 한인 1세 정도로 제한하고 있다. 해외 사례에서도 국가의 일반재정을 기반으로 운영되는 공공부조의 외국국적자에 대한 적용에 있어서는 국가 별로 상당한 차이를 보이고 있기는 하다. 그러나 한국과 가장 유사한 형태의 공공부조 제도를 운영하고 있는 일본에서조차 이주민에 대한 적용 범위가 한국에 비해서는 훨씬 넓었다.

한국의 경제적 지위가 세계 10위권 내외로 부상하고 있고, 이주민의 규모 증가와 함께

체류 장기화, 가족동반 체류 증가 등 정주화 경향이 뚜렷해지고 있으며, 국제인권기구로부터 사회보장에서 차별 폐지에 대해 반복적 권고를 받고 있는 점 등을 감안해 사회보장 관련 법안에서 국적 조항을 우선 폐지하고 이주민에 대한 사회보장 적용 범위를 점차 확대해 나가야 할 것이다. 특히 의료보장은 사람의 생명과 직결되는 권리라는 점에서 질병 등으로 위기상황에 처한 이주민에게도 관련 지원제도가 폭넓게 보장되어야 할 것이다.

1) 의료급여 적용 확대

현재 「국민기초생활 보장법」 제5조의2 및 동법 시행령 제4조에 따라 한국국적자를 임신 중이거나 양육·부양 중인 결혼이주민과 「의료급여법」 제3조의2 및 「난민법」 제32조에 따라 난민인정자가 의료급여 수급권자의 자격을 충족하는 경우 수급권자가 될 수 있다. 그 외 매우 예외적으로 재외동포 중에 영주귀국 사할린 한인 1세 및 그의 배우자와 장애인 자녀가 수급권 신청자격이 있다. 이는 일본의 생활보호법에 비해서도 그 적용 범위가 극히 협소한 것인데, 일본의 생활보호법은 외국국적 이주민 중 특별영주자, 영주자, 일본인의 배우자 등, 영주자의 배우자 등, 정주자, 난민인정자가 적용 대상이다. 이를 한국의 체류자격 제도에 비추어 보면 결혼이민자, 난민인정자 뿐 아니라 영주, 거주 자격자와 그 동반가족도 적용 대상으로 하고 있는 것으로 볼 수 있다. 그럼에도 일본에서도 대부분의 사회보장 관련 법안에서 국적 조항을 폐지하였음에도 불구하고 생활보호법에 국적 조항을 유지하여 외국 국적 이주민에 대해 적용을 차별하고 있는 것에 대해 인권단체들과 시민사회의 지속적인 문제제기가 있어 왔다.

이주민에 대한 의료보장 차별은 이주민 취약계층에게 가장 집중적인 영향을 미치고 있다. 건강보험료는 물론이고 본인부담금 지불 능력이 없는 이주민 취약계층은 위기 상황에서 아무런 공적 지원을 받지 못한 채 의료보장의 사각지대에 방치되어 있다. 이에 적어도 영주, 거주 등 정주형 체류자격자와 그 동반가족부터 시작해 점차 모든 장기체류자에게 의료급여 등 공적 부조 적용 범위를 확대해 나가야 한다.

그 중 우선 긴급하게 가정폭력이나 성폭력 등 폭력이나 학대 피해자로 국가의 보호가 필요한 사회복지시설 보호 이주민, (사례 1-1-2)와 같이 아동복지법에 따라 아동복지시설에 보호된 이주아동에 대해서 기초생활수급권을 보장하여 의료급여를 비롯한 각종 급여를 받을 수 있도록 해야 한다.

특히 학대피해 이주아동에게 기초생활수급권 보장은 매우 긴급하다. 최근 아동학대의 문제가 사회적 이슈가 되고 있지만 학대피해 이주아동의 경우 체류자격의 불안정과 함께 긴급쉼터 혹은 사회복지시설의 보호를 받게 되더라도 기초생활수급권이 없으므로 의료급여를 비롯한 각종 급여를 받을 수 없으므로 실질적 보호가 가능하지 않은 상태이다.

또한 기초생활수급가구 세대주와 생계를 같이 하는 부양가족, 특히 아동에게는 국적과 체류자격과 상관없이 기초생활수급권을 보장하여, (사례 1-1-1)과 같이 기초생활수급 세대의 어린 자녀가 건강보험 지역가입자로 미성년 단독 세대주가 되는 일은 없도록 해야 한다.

2) 위기 상황에 처한 이주민에 대한 의료지원제도 적용 확대

재난적의료비 지원제도, 보건의료 취약계층 대상 의료지원사업, 법정본인부담금 및 비급여 진료비 지원사업 등 위기상황에 처한 취약계층에 대한 의료지원제도는 이주민에 대해서는 결혼이주민 일부와 난민인정자 위주로 극히 일부의 이주민에게만 적용되고 있다. 또한 장애인 복지와 의료지원의 경우 재외동포, 재외국민, 영주자, 결혼이주민, 난민인정자의 비교적 넓은 범위에서 장애인등록을 허용하고 있음에도 불구하고 연금과 교육, 활동 지원 등 실질적 지원에서는 역시 대부분 이주민을 배제하고 있다. 때문에 실제 장애나 질병 등으로 위기 상황에 처한 이주민 대부분은 공적 지원에서 배제되어 있을 뿐 아니라 그 상황에 무관하게 과도한 건강보험료가 부과되어 건강보험료로 인한 생계와 체류의 위협을 받는 기막힌 상황으로 내몰리고 있다.

이에 우선 건강보험료 부과에서 차별 폐지, 건강보험료 경감 및 감면제도의 동등 적용 위에 적어도 재난적의료비 지원 제도, 긴급복지 지원제도, 산모와 신생아에 대한 의료지원, 장애인에 대한 의료지원, 암환자 의료비 지원, 차상위 본인부담 경감대상자 지원 등에서 이주민에 대한 차별을 폐지하여 위기 상황에 처하거나 보건의료 취약계층인 이주민도 공적 지원을 받을 수 있도록 해야 할 것이다.

3. 비정규 체류 이주민의 의료보장 확대

비정규 체류자의 건강권 보장은 출입국관리라는 행정영역과 인간의 존엄성과 인권 보장이라는 원칙 간에 끊임없는 갈등이 유발되는 가장 쟁점적 영역 중 하나이다. 비정규 체류 이주민에 대한 의료보장은 해외 사례와 비교해 보아도 한국에서 그 제한이 가장 두드러지는 영역이다. 본 연구에서 검토한 국가 중에서 특히 독일은 비정규 체류자의 건강권 보장을 위한 국가차원의 대책을 위해 노력해왔으며, 영국의 경우 인신매매, 가정폭력 피해자 등 취약성이 확인된 외국국적자에 대해 출입국관리법상 특별한 보호와 동시에 건강권을 보장하고 있으며, 일본 역시 아동, 모자보건, 신체적·정신적 장애인 등 보건의료 취약계층의 건강권이 비정규 체류자에게도 한국에 비할 바 없이 상대적으로 폭넓게 보장되고 있었다. 그러나 한국의 경우 비정규 체류자의 의료수요에 대해서는 응급의료나 감염병 예방 등과 같은 보충적 성격의 의료서비스 접근만 인정하고 있다.

1) 국제수가(일반수가) 적용의 제한

한국에서 비정규 체류자의 의료보장 확대를 위해 가장 먼저 개선되어야 할 점은 의료기관이 비정규 체류 이주민에게 국제수가(일반수가)를 적용하여 의료비를 책정하는 것이다. 건강보험수가에 비해 국제수는 3~5배, 일반수는 1.5~2배에 달한다. 그런데 의료기관이 건강보험이 없는 비정규 체류 이주민에게 국제수가(일반수가)를 적용하여 도저히 감당할 수 없는 수준의 의료비를 부과함으로써 비정규 체류 이주민에게는 의료서비스 이용에 크나큰 제약을, 의료기관에는 회수할 수 없는 미수금을 발생시키고 있다. 의료비 책정 금액 자체가 너무 크면 이주민 지원단체의 의료지원에서 한계도 커질 수밖에 없다.

의료기관이 국제수가(일반수가)를 건강보험이 없는 비정규 체류 이주민에게 적용하는 것은 「의료 해외진출 및 외국인환자 유치 지원에 관한 법률 시행규칙」 제2조에서 국제수를 적용할 수 있는 외국인환자에서 제외되는 범위를 외국인등록(국내거소신고)을 한 정규 체류자로 규정하여 등록하지 않은 비정규 체류자라면 국제수를 적용할 수 있도록 하고 있기 때문이다.

따라서 첫째, 동법 시행규칙을 개정하여 국제수가(일반수가)는 원 취지대로 의료관광 목적으로 단기 의료관광비자(C-3-3) 혹은 장기 치료요양비자(G-1-10)로 입국하여 해당 의료기관을 이용할 시에만 적용하도록 해야 한다.

둘째, 이주민 지원단체와 의료기관 간 협력을 강화하여 환자 구분에 따른 지원체계 및 협력체계를 마련함으로써 비정규 체류 이주민에 대한 국제수가 적용을 제한해 나가는 것이 필요하다. 이주민 의료공제회 혹은 협력병원과 협약 체결로 비정규 체류 이주민에 대한 의료안전망을 구축해 온 이주민 지원단체들은 의료비 책정에서 건강보험수가 적용을 전제 조건으로 하고 있으며, 이를 위해 의료기관과 협력 시스템을 만들어 왔다.

2) 보건의료 취약계층과 필수의료에 대한 의료보장

비정규 체류자 중 특히 보건의료 취약계층과 필수의료에 대한 의료보장 확대에 대해서는 국가인권위원회의 제2차 이주 인권가이드라인에서의 권고를 우선 참조할 수 있다. 제2차 이주 인권가이드라인에서는 비정규 체류자의 의료보장과 관련해 첫째, ‘외국인근로자 등 의료 지원사업’ 제도를 개선하여, 외래진료와 약제비 지원이 가능하도록 지원 확대, 다른 의료기관에서 지정 의료기관으로 전원 한 경우도 지원 보장 등 사업 규모를 확대하는 것과 함께 제도가 실질적으로 운영되도록 적절한 예산을 확보할 필요가 있음을 제시하고 있다.

정부는 의료보장에서 배제된 이주민 취약계층의 문제가 부각될 때마다 ‘외국인근로자 등 의료지원사업’ 대상을 확대하는 것으로 대응해 왔다. 때문에 사업 대상은 처음 이주노동자

에서 이주아동, 결혼이민자, 난민, 임신과 출산 등으로 확대되었다. 그러나 수술·입원 위주 지원, 지정의료기관에서의 치료에 한정된 지원, 의료기관의 자의적 사업 대상 선정 등 이 사업이 가지고 있었던 원래의 한계에 더해 예산 정체의 문제가 심각해 지자체에 따라 사실상 사업이 소멸될 위기에 처해 있다.

이에 이주민 규모와 의료보장제도에서 배제된 이주민의 증가에 대응할 수 있도록 ‘외국인 근로자 등 의료지원사업’ 예산을 증액하여 현실화하는 하는 한편, 사업 대상과 내용을 재점검해 나갈 필요가 있다. 특히 이주아동과 산모·신생아에 대한 필수적인 의료서비스 제공이 가능하도록 사업의 분리, 혹은 신설이 긴급하다.

둘째, 제2차 이주 인권가이드라인에서는 필수예방접종 국가부담사업의 실효성을 높이기 위해 보건소 외 의료기관 확대를 권고하고 있다. 「감염병 예방 및 관리에 관한 법률」에 따른 어린이 국가예방접종 지원사업은 국적 및 체류 자격과 무관하게 모든 아동에게 적용되고 있지만 ‘내국인’ 아동이나 정규 체류 이주아동은 보건소와 민간의료기관에서 무료로 17종의 필수예방접종이 가능한 반면 비정규 체류 이주아동은 보건소에서만 무료 접종이 가능하도록 해 보건소에 대한 접근성의 제약과 비용 부담으로 접종 시기를 놓치는 경우가 발생하고 있다. 또한 어린이 국가예방접종사업의 시행기관인 보건소조차 사업 대상이 국적과 체류자격과 관계없이 모든 아동에게 해당된다는 것을 인식하지 못하는 문제가 있다.

이에 비정규 체류 이주아동 또한 보건소뿐 아니라 민간의료기관에서도 무료로 필수예방접종을 받을 수 있도록 하고, 특히 보건소 담당자들이 사업에 대한 이해를 넓힐 수 있도록 적절한 조치를 취해야 할 것이다.

셋째, 제2차 이주 인권가이드라인에서는 체류자격에 상관없이 적어도 아동, 장애인, 임신부 등 취약계층에게 필수적인 의료보장제도에 접근할 권리 보장을 권고하고 있다.

이와 관련해 오경석 외(2019)에서 우선 건강권 지원의 출발점으로서 비정규 체류 아동에 대해 임시번호를 부여해 출생등록을 할 수 있도록 보편적 출생등록 제도를 도입할 것을 제안한 점에 주목할 필요가 있다. 오경석 외(2019)는 또한 유럽의 많은 도시들에서 미등록 산모와 아동들에게 익명성을 기반으로 독자적인 건강카드 발급을 포함하는 건강보험 보조제도를 운영하고 있음을 소개하고 있으며, 김창훈 외(2017)에서도 18세 이하 아동은 별도의 Healthy Kid 프로그램에 의해 체류자격과 무관하게 저렴한 건강보험을 제공하는 로스앤젤레스 카운티와 샌프란시스코 시의 사례 등을 제시하고 있다. 이러한 사례들은 지방자치단체 차원의 정책이지만 일본의 경우 중앙정부 차원에서도 3년마다 총무성 통지를 통해 비정규 체류자가 이용할 수 있는 사회보장제도를 발표하며, 아동, 모자보건, 신체적·정신적 장애인에 관련된 의료보장에 대해서는 비정규 체류자도 동등하게 적용됨을 명시하고 있다.

3) 외국인 보호소 내 이주민의 의료보장

그동안 국가인권위원회에서는 매년 보호소 방문조사를 통해 보호외국인의 정신건강을 위한 관련 프로그램의 도입, 보호외국인의 의료서비스 접근권 강화(2014년), 장기보호외국인에 대한 운동시간 확대 필요(2015년), 적절한 의료조치 제공 및 검진결과 정보에 대한 서면 통지 필요(2016년), 보호기간별 보호외국인에 대한 충분한 운동시간 부여 필요(2017년), 전염성질환 및 건강검진 시행과 그 실효성 확보 위한 규정 마련, 보호외국인 정신건강 증진을 위한 심리상담 프로그램 운영 필요(2018) 등 의료처우와 건강권에 관한 개선사항을 권고해 왔다.

그러나 보호소 내 이주민의 의료처우는 별반 개선되지 못한 채 코로나19로 인해 24시간 밀접접촉, 폐쇄된 집단생활을 하는 보호소 내 감염병 예방이 그 어느 때보다 중요한 과제로 등장했다. 그러나 입소 후 격리기간이 보호소마다 다른 등 감염병 예방 대책에 일관된 기준이 없다.

따라서 첫째, 보호소 내 의료처우와 건강권에 관하여 보호소라는 특성을 반영한 의료관리 규정을 마련하고 이를 매뉴얼화하여 보호소마다 의료관리에 관한 일관된 기준을 가지고 집행할 수 있도록 해야 할 것이다. 무엇보다 감염병 유행시기에는 방역수칙에 맞게 수용인원을 축소, 조정하여 최소한의 거리두기가 가능하도록 할 필요가 있다.

둘째, 외국인보호소 의무실이 평일에만 운영되고 있어서 지난해 화성보호소 장기 보호 외국인의 응급상태가 사망으로 이어진 사례를 통해 야간과 주말 응급상황에 빠르게 대처할 수 있는 보호소 내 응급의료체계 구축의 필요성이 다시 한 번 확인되었다.

셋째, 보호소는 사실상 구금시설에 해당하면서도 교정시설에 적용되는 현행 수용자 의료관리지침이 적용되지 않는다. 따라서 보호소 내 의료사례 발생 시 원내 치료가 우선이고 원내 치료가 어려울 경우 외부 의료기관에 연계하여 치료하도록 하고 있는데, 외부진료는 의무과 소속 의료인력이 아닌 보호과 인력이 담당하여 의료적 연계와 후속치료에 취약성이 드러나고 있으며 외부진료 자부담 원칙이 장기간 보호소에 구금된 이주민에게 또 다른 부담으로 작용하고 있다. 이에 보호소에도 교정시설에 적용되는 현행 수용자 의료관리지침에 준하는 지침을 마련하여 원칙적으로 외부진료에 대해 국가가 비용을 부담하고, 보호소 내부와 외부 의료진 간 연계를 강화하여 원활한 후속치료가 가능한 방안을 마련하여야 한다.

4) 공공 보건의료 서비스 제공자와 출입국 관리 행정당국 사이에 방화벽 수립

비정규 체류 이주민의 의료보장에 주요 장애 중 하나는 단속에 대한 우려와 두려움이다. 이에 글로벌 마이그레이션 그룹(Global Migration Group)이 2018년 발표한 ‘취약한 상황

에 처한 이주민의 인권보호를 위한 원칙과 가이드라인'에서 제시한 바와 같이 “보건의료 시스템과 보건의료에 대한 국가적 시행 계획에 체류자격과 무관하게 이주민들을 포함할 수 있도록 보장”하고 “공공 보건의료 서비스 제공자와 출입국 관리 행정당국 사이에 법적 구속력이 있고 효과적인 방화벽을 수립하고, 그 방화벽이 지켜지도록” 해야 할 것이다.

현행 「출입국관리법」 제84조, 동법 시행령 제92조의 2에 따른 통보의무의 면제가 이러한 방화벽의 일종으로 볼 수 있고, “「공공보건의료에 관한 법률」 제2조 제3호에 따른 공공 보건의료기관에서 담당 공무원이 보건의료 활동과 관련하여 환자의 신상정보를 알게 된 경우”가 통보의무 면제 범위에 포함되어 있다. 그러나 통보의무 면제는 해당 공무원이 통보를 하지 않아도 된다는 것일 뿐이고 해당 공무원이 이러한 규정이 있다는 것 자체를 모르는 경우가 많아서 비정규 이주민의 기본권 보호에 한계가 분명하다. 이에 방화벽이 제 역할을 하기 위해서는 의료보장과 같은 필수 영역에서 해당 공무원이 비정규 이주민의 신상을 통보하는 것을 ‘면제’하는 것이 아니라 ‘금지’하는 통보금지 조항을 신설하고 담당 공무원에게 이를 숙지시킬 수 있는 방안이 마련되어야 한다.

<참고문헌259)>

- 곽재석, 2012, “포용과 배제의 동포정책과 발전과제”, 『다문화사회연구』, 5(1), pp. 3-73.
- 국가인권위원회, 2019, 『제2차 이주 인권가이드라인』.
- 김미선, 2014, “이주노동자 건강과 의료실태.” 『월간 복지동향』 제190호, 15-22.
- 2019a, “이주노동자 건강권 현황과 과제”, 노동자건강권 포럼.
- 2019b, “국내외 이주민 건강 기준과 이주민 건강 지표 개발을 위한 과제”, 한국이주민건강협회 창립 20주년 기념 심포지엄 자료집(2019.11.7.)
- 김미선·김용규·김준경·김상훈·박영수·박지영·이애란·정백근·최은미·이주노동자건강연구회, 2009, 『한국사회와 이주민 건강:외국인노동자 의료백서2』, 한국이주민건강협회 엮음, 청년의사.
- 김보영, 2008, “영국 전 거주민 무상의료서비스 NHS의 현황과 우리나라 개혁 모델로서의 함의”, 국제노동브리프 2008년 5월(Vol.6, No.5), 한국노동연구원, pp. 12-19.
- 김복기, 2019, “외국인의 사회보장법상 지위”, 『법제연구』 제56호, 한국법제연구원, pp. 27-52.
- 김사강. 2011. 『부산·경남 지역 미등록 이주민 건강실태 조사 완료 보고서』. (사)이주민과 함께.
- 김사강, 이한숙, 이인경. 2017. 『부산·경남 이주민 건강권 실태조사 완료 보고서. 이주와 인권연구소』.
- 김선·김명희·김창엽·서상희·유원섭·이예성·이주연, 2017, 『생계형 건강보험 체납자 실태조사 및 제도개선 연구』, (사)시민건강증진연구소.
- 김재일. 2015. “우리나라의 이주자 의료서비스정책 평가: MIPEX 비교분석을 중심으로.” 『국가정책연구』 29(4), pp. 29-49.
- 김웅기, 2016a, “1965년 체제와 재일코리안”. 일본문화학보 68, pp. 275-291.
- , 2016, “韓国社会における「最底辺の在外同胞」としての在日コリアン”, 『일본학보』 106(2016.2), 한국일본학회, pp. 1-15.
- 김창엽, 2009, “의료안전망 확보를 위한 정책과제”, 보건복지포럼 155권 0호, 한국보건사회연구원.

259) 제7장 이주민 의료보장에 대한 해외 사례의 외국어 참고문헌 및 참고자료는 본문 내 각주로 첨부하였다.

- 2019, 『건강의 공공성과 공공보건의료』, 한울.
- 김창훈·최재우·이한숙·김사강·잇페이·정형재 외, 2017, 『부산시 소외계층의 의료안전망 실태 및 개선방안: 노숙인·이주민을 중심으로』, 부산광역시 공공보건의료지원단.
- 노호창, 2017, “이주민의 사회보장권 기타 사회권에 관한 연구”. 『이주민법연구』, 법무법인(유한) 태평양, 재단법인 동천 공저, 경인문화사, pp. 271-335.
- 2019, “2019. 외국인의 사회보장”. 『이민법』, 한국이민재단총서 2, 박영사.
- 문성웅·강태욱·오하린·서남규·장소현·정다인·고종률·김성식·김찬호·이희제·박지혜, 2019, 『2017년 한국의료패널 기초분석보고서(I): 가구부담의료비 구성, 의료이용, 민간의료보험, 주요 질병별 의료비 분석』, 국민건강보험 건강보험정책연구원.
- 박경숙·이창원·김미선, 2019, 『중국동포 인구구조 변화와 정책과제』, 이민정책연구원.
- 박은자·정연·서제희·배정은·이나경·김은주·염아림·윤열매·김규성·박현아·이영민·윤유진·김성경·최건우, 2019, 『2017년 한국의료패널 기초분석 보고서(II): 질병 이환, 만성질환, 건강행태와 건강수준』, 한국보건사회연구원.
- 변진옥·조정완·이주향·이정면, 2019, “외국인 국민건강보험 가입현황 및 이용특성”, 『한국사회정책』 26(4), pp. 83-100.
- 박미화, 2020a, 『한국의 이민정책이 제도화한 이주노동자의 ‘강요된 위법성’: 건설업에서의 중국동포 취업을 중심으로』, 인학대학교 다문화학 박사학위논문.
- 박미화, 2020b, “취업인구와 취업분야 : 통계와 실제”, 봉오동·청산리전투 100주년 기념 공동학술대회 ‘재중동포사회’의 변천과 현재, 미래 전망’ 발제문.
- 보건복지부·질병관리본부, 2018, 『2017 국민건강통계: 국민건강영양조사 제7기 2차년도』
- 보건복지부·질병관리본부, 2019, 『2018 국민건강통계: 국민건강영양조사 제7기 3차년도』
- 설동훈, 홍승권, 고현웅, 김인태. 2005. 『외국인노동자 보건의료실태 조사연구』. 국제보건의료발전재단.
- 신영전, 2009, “의료안전망의 재구성과 정책과제”, 보건복지포럼 155권 0호, 한국보건사회연구원.
- 양수진, 2020, 『인천광역시 고려인 주민 실태조사 및 지역사회 정착 지원방안』, 인천여성가족재단.
- 오경석·김유마·양계민·이경숙·이란주·이탁건·최영미·박미화, 2019, 『2019 경기도 미등록 이주아동 건강권 지원을 위한 실태조사』, 경기도외국인인권지원센터.
- 이규용·곽재석, 2017, 『동포 외국인력정책 발전방안 연구』, 고용노동부.
- 이병렬·김연주·박정형·윤명희·이혜진·홍세영, 2014, 『예술흥행비자 소지 이주민 인권상황 실

- 태조사』, 국가인권위원회.
- 이애란, 2019, “의료사각지대 이주민의 건강실태-WeFriend Aid 20년 활동을 중심으로”, 희망의친구들 창립 20주년 기념 심포지엄 자료집.
- 이어진, 2019, “외국인보호시설과 이주민 건강(미등록 외국인 건강문제)”, 한국이주민건강협회 창립 20주년 기념 심포지엄 자료집(2019.11.7.).
- 이왕준·김미선·김형규·이수현·홍승권, 2001, 『외국인 노동자 의료백서』, 외국인노동자 의료공제회 엮음, 청년의사.
- 이용갑, 2009, 「우리나라 국민건강보험과 비교한 일본과 대만의 공적 의료보험제도」, 서울대학교 의과대학 의료관리학교실 특강(2009.06.08) 자료.
- 이정면·임현아·박정우(2016), 『외국인 건강보험 가입자의 의료이용 분석 및 제도 개선방안 연구』, 국민건강보험공단.
- 이주영, 2019, “외국인의 사회권과 헌법재판소 판례 비판”, 『인권의 창, 헌법의 길 - 인권으로 본 헌법재판 30년』, 경인문화사, pp. 394-404.
- 이주와 인권연구소, 2018, 『최저보다 낮은, 2018 이주노동자의 노동조건과 주거환경 실태조사』
- 이준구, 2019, 『미시경제학』, 문우사.
- 이진영·곽재석, 2017, “귀환이주와 인간안보: 귀환 중국동포 청소년의 증가와 재외동포정책의 방향”, 『아태연구』, 제24권 제1호, pp.39~71, 경희대학교 국제지역연구원,
- 이한숙·김사강, 2019, 『충청남도 이주노동자 주거환경과 노동조건 실태조사』, 충남노사민정협의회.
- 이한숙·김사강·강혜숙·오경석·우삼열, 2017, 『이주 인권가이드라인 재구축을 위한 연구』, 국가인권위원회.
- 장주영·박민정·강동관·이재경·신소희, 2019, 『이주민 의료서비스 제공 실태 및 개선방안』, 이민정책연구원.
- 정동재, 2019, 『사회통합을 위한 외국인 체류관리 행정체계 개선방안 연구』, 한국행정연구원.
- 조현태. 2008. “외국인근로자들의 건강 실태 조사 연구” 『한국산업간호학회지』 17(2), pp. 224-229.
- 주민지·강민아·배현아, 2013, “국내 거주 외국인의 의료권 보장을 위한 법제: 응급의료법상 미수급 대지급제도를 중심으로”, 『한국의료법학회지』 21(2), pp. 221-246.
- 주영수·박건·변혜진·정형준·정소홍, 2018, 『아동·청소년 인권 모니터링-국민건강보험제도를 중심으로』, 국가인권위원회.
- 최규진·이보라, 2018, 『서울시 사회적 약자 보건의료서비스 이용 보장성 강화방안 모색-미

등록 이주민을 중심으로-』, 서울특별시 공공보건의료재단.

최영미·윤지영·표대중, 2017, 『이주가사노동자 노동인권 실태와 정책방안』, (사)한국가사노동자협회.

최영미·이지선, 2019, 『경기도 거주 고려인 생활실태 및 정착방안』, 경기도가족여성연구원.

한국이주민건강협회, 2009, 『한국사회와 이주민건강』.

홍승권, 설동훈, 서화정, 홍창웅, 김영진, 설미숙, 김미선, 김정우, 최은희, 이애란, 이숙영, 장지혜, 이완, 선동수, 조화숙, 신은하, 한분수, 류지호, 박노희, 김기수. 2006. 『국내 거주 외국인 근로자의 건강수준 평가와 체계적 관리방안』. 보건복지부.

〈참고자료〉

경상남도 공공보건의료지원단, 2020.12., “외국인근로자 등 소외계층에 대한 의료지원” 지자체별 현황.

국민건강보험공단 경인지역본부, 2019.12., 「외국인 및 재외국민 업무처리 다빈도 Q&A」.

국민건강보험공단 서울지역본부, 2020.7.22., 「외국인 민원 다빈도 질의 응답 자료」.

국민건강보험공단, 2019.12., 자격부 업무처리지침

국민건강보험공단, 2019.9.25., 체납징수부-2547호, “외국인 건강보험 당연가입에 따른 체납보험료 분할납부 업무처리안내”.

보건복지부, 2020, 긴급지원사업안내, 모자보건사업 안내, 보육사업안내, 산모신생아 건강관리 지원사업 안내, 암환자의료비지원사업 안내, 여성장애인지원사업안내, 영주귀국 사할린한인 지원사업 안내, 외국인근로자 등 의료지원사업 안내(2020.4), 의료급여사업안내, 장애아동가족지원 사업안내, 장애인복지사업안내, 장애인연금 사업안내, 차상위 본인부담 경감대상자 지원사업 안내,

서울시 시민건강국(보건의료정책과), 2020.3.27., “2020년 외국인근로자등 의료지원 사업계획”

여성가족부, 2020년 아이돌봄 지원사업 안내

이주와 인권연구소 외 70개 시민사회단체(2018.7.12.), “「외국인 및 재외국민 건강보험제도 개선방안」에 대해 보건복지부 장관에게 드리는 질의” 및 보건복지부(2019.1.14), “「외국인 및 재외국민 건강보험제도 개선방안」 질의에 대한 답변”.

질병관리본부, 2020년도 국가예방접종사업 관리지침 보건소용

부 록

설문지



일련번호

이주민 건강권과 의료보장 제도 개선을 위한 설문조사

안녕하십니까?

국가인권위원회는 모든 사람의 인권을 보호하고 향상시키기 위해 설립된 국가기관으로서 대한민국 국민뿐만 아니라 대한민국의 영토 안에 있는 이주민의 권리를 보호하고자 노력하고 있습니다.

올해 국가인권위원회는 국내에 체류하고 있는 이주민들의 건강을 증진하고 이주민에 대한 의료보장 제도를 개선하기 위한 연구를 수행하고 있습니다. 이 설문조사는 이주민들의 건강상태와 의료기관 이용 실태 및 건강보험 가입실태를 파악하여, 앞으로 이주민들의 건강권을 보장할 수 있는 의료보장 제도 마련에 도움이 되기 위해 실시하는 것입니다.

당신이 설문에 응답하신 내용은 실태 파악과 제도 개선을 위한 자료로만 이용될 것이며, 당신의 답변은 익명으로 처리하여 그 비밀을 철저히 보장할 것입니다. 모든 질문에 대해 솔직하게 답변하여 주시기 바랍니다.

당신의 참여에 진심으로 감사드립니다.

2020년 7월

국가인권위원회

The National Human Rights Commission of the Republic of Korea

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

(04551) 서울시 중구 삼일대로 340, 나라키움 저동빌딩

전화: 02-2125-9700

팩스: 02-2125-9719

이메일: nhrc@humanrights.go.kr

조사자	조사장소	조사일시

I. 개인 인적 사항

- 9-1. 당신이 고용된 방식은 다음 중 어디에 해당합니까?
- ① 상용직 ② 임시직 ③ 일용직

10. 작년 한 해 동안 당신의 월 평균 소득은 얼마였습니까? 근로소득, 사업소득, 연금소득 등 모든 소득을 합해서 답해주시요.

- | | |
|-------------------------|-------------------------|
| ① 소득이 없었음 | ② 100만 원 미만 |
| ③ 100만 원 이상 ~ 150만 원 미만 | ④ 150만 원 이상 ~ 200만 원 미만 |
| ⑤ 200만 원 이상 ~ 250만 원 미만 | ⑥ 250만 원 이상 ~ 300만 원 미만 |
| ⑦ 300만 원 이상 ~ 350만 원 미만 | ⑧ 350만 원 이상 |

11. 당신은 한국에서 가족과 같은 집에서 함께 살고 있습니까?

- ① 예 (☞ 11-1번으로 가십시오) ② 아니오 (☞ 12번으로 가십시오)

11-1. 당신과 함께 사는 가족은 누구이며 몇 명입니까? 해당하는 번호에 √표 하시고, 몇 명인지 숫자를 써주십시오.

- | | |
|---------------------|-----------------------------|
| ① 배우자 | ② 본인 또는 배우자의 부모 ()명 |
| ③ 자녀 ()명 | ④ 본인 또는 배우자의 조부모 ()명 |
| ⑤ 손자녀 ()명 | ⑥ 본인 또는 배우자의 형제 자매 ()명 |
| ⑦ 자녀의 배우자 ()명 | ⑧ 손자녀의 배우자 ()명 |
| ⑨ 그 밖의 친인척 ()명 | |

11-2. 당신과 함께 사는 가족 중, 19세 미만인 사람, 65세 이상인 사람, 장애인이 있다면 각각 몇 명인지 숫자를 써주십시오. 해당되는 사람이 없으면 0이라고 써주십시오.

- ① 19세 미만 ()명 ② 65세 이상 ()명 ③ 장애인 ()명

11-3. 작년 한 해 동안 당신 가구의 월 평균 소득은 대략 얼마입니까? 본인의 소득과 함께 사는 가족들의 소득을 모두 합해서 답해주시요.

- | | |
|-------------------------|-------------------------|
| ① 100만 원 미만 | ② 100만 원 이상 ~ 200만 원 미만 |
| ③ 200만 원 이상 ~ 300만 원 미만 | ④ 300만 원 이상 ~ 400만 원 미만 |
| ⑤ 400만 원 이상 ~ 500만 원 미만 | ⑥ 500만 원 이상 ~ 600만 원 미만 |
| ⑦ 600만 원 이상 | ⑧ 모르겠다 |

II. 건강상태와 의료기관 이용

12. 평소에 당신의 건강상태는 어떻다고 생각하십니까?

- | | | |
|---------------|--------------|--------|
| ① 매우 건강하다 | ② 건강한 편이다 | ③ 보통이다 |
| ④ 건강하지 않은 편이다 | ⑤ 매우 건강하지 않다 | |

13. 당신은 한국에 있으면서 지난 1년 간 질병이나 사고 등으로 4일 이상 몸이 아픈 적이 있었습니까?

- ① 예 (☞ 13-1번으로 가십시오) ② 아니오 (☞ 14번으로 가십시오)

13-1. 몸이 아플 때 주로 어떻게 했습니까?

- | | |
|-------------|-----------------|
| ① 병·의원에 갔다. | ② 약국에서 약을 사먹었다. |
| ③ 그냥 참았다. | ④ 기타 () |

14. 당신은 한국에 있으면서 지난 1년 간 심하게 불안하거나 우울한 적이 있었습니까?

- ① 예 (☞ 14-1번으로 가십시오) ② 아니오 (☞ 15번으로 가십시오)

14-1. 불안하거나 우울할 때 주로 어떻게 했습니까?

- ① 병·의원에 갔다. ② 약국에서 약을 사먹었다.
③ 그냥 참았다. ④ 기타 ()

15. 당신은 의사에게서 고혈압이나 당뇨병, 또는 그 밖에 지속적인 치료가 필요한 만성질환을 진단받은 적이 있습니까?

- ① 예 (☞ 15-1번으로 가십시오) ② 아니오 (☞ 16번으로 가십시오)

15-1. 당신은 현재 그 질환에 대한 치료나 관리를 어떻게 하고 있습니까?

- ① 한국의 의료기관에서 치료나 관리를 받고 있다.
② 본국의 의료기관에서 치료나 관리를 받고 있다.
③ 질환을 앓고 있지만 치료받지 못하고 있다.
④ 현재는 그 질환을 앓고 있지 않다.

16. 당신은 일상 활동이나 일을 하는데 어려움이 있는 신체적·정신적 장애를 가지고 있습니까?

- ① 예 (☞ 16-1번으로 가십시오) ② 아니오 (☞ 17번으로 가십시오)

16-1. 당신은 그러한 장애를 의사에게서 진단받았습니까?

- ① 예 (☞ 16-2번으로 가십시오) ② 아니오 (☞ 17번으로 가십시오)

16-2. 당신은 현재 한국에서 장애인으로 등록되어 있습니까?

- ① 예 ② 아니오

17. 당신은 지난 1년 간 한국에서 병·의원, 약국, 보건소, 무료진료소 등 의료기관을 이용한 경험이 있습니까?

- ① 예 (☞ 17-1번으로 가십시오) ② 아니오 (☞ 18번으로 가십시오)

17-1. 당신은 다음 중 어떠한 이유로 의료기관을 이용했습니까? 아래의 표를 보고, 각각의 이유로 이용한 적이 있으면 O, 없으면 X 표를 해주십시오. 또, 그러한 이유로 이용한 횟수는 몇 번인지 표시해주십시오.

의료기관 이용 이유	이용했다 (O 또는 X)	횟수
A. 병원의 응급실 이용		① 1회 ② 2회 ③ 3회 이상
B. (다치거나 아파서) 외래 진료		① 1회 ② 2회 ③ 3회 이상
C. (다치거나 아파서) 입원		① 1회 ② 2회 ③ 3회 이상
D. (임신, 출산 관련) 외래진료		① 1회 ② 2회 ③ 3회 이상
E. (임신, 출산 관련) 입원		① 1회 ② 2회 ③ 3회 이상
F. 치과치료		① 1회 ② 2회 ③ 3회 이상
G. 건강검진		① 1회 ② 2회 ③ 3회 이상
H. 예방접종		① 1회 ② 2회 ③ 3회 이상
I. (처방전 없이) 약 구입		① 1회 ② 2회 ③ 3회 이상
J. 기타의 이유로 의료기관 이용		① 1회 ② 2회 ③ 3회 이상

17-2. 의료기관을 이용했을 때, 스스로 부담하기에 의료비가 너무 비쌌던 적이 있습니까? 그럴 때 의료비를 어떻게 해결했는지 해당되는 보기에 모두 √표 해주십시오.

- ① 스스로 부담하지 못할 정도로 의료비가 비싸게 나온 적이 없다.
 ② 가족이나 친인척, 친구의 도움을 받아서 해결했다.
 ③ 이주민/동포/난민 지원단체의 도움을 받아서 해결했다.
 ④ 한국 정부 지원사업의 도움을 받아서 해결했다.
 ⑤ 의료기관에서 의료비를 감면해주었다.
 ⑥ 끝까지 의료비를 내지 못했다.
 ⑦ 기타 ()

17-3. 의료기관을 이용했을 때, 의료진과의 의사소통을 위해 통역인의 도움을 받은 적이 있습니까? 아래의 표를 보고, 각각의 경우에 대해 경험이 있으면 O, 없으면 X 표를 해주십시오. 또, 각각의 경우에 대해 의료진의 설명을 잘 이해할 수 있었으면 O, 잘 이해하지 못했으면 X 표를 해주십시오.

통역 도움	경험이 있었다 (O 또는 X)	설명을 잘 이해했다 (O 또는 X)
A. 통역인의 도움 없이 스스로 의사소통을 했다.		
B. 가족, 친지, 친구가 통역을 도와주었다.		
C. 이주민/동포/난민 지원단체의 통역인이 도와주었다.		
D. 의료기관의 통역인이 도와주었다.		
E. 외국인 콜센터의 통역인이 도와주었다.		
F. 그 밖의 사람 또는 기관이 통역을 도와주었다.		

18. 당신은 한국에서 지난 2년 이내에 건강검진을 받은 적이 있습니까?

- ① 예 (☞ 18-1번으로 가십시오) ② 아니오 (☞ 19번으로 가십시오)

18-1. 당신이 건강검진을 받은 곳은 어디 입니까? 해당되는 곳에 모두 √표 하십시오.

- ① 병·의원 ② 보건소
 ③ 무료진료소 ④ 기타 ()

18-2. 건강검진을 받은 후 검진 결과를 이해할 수 있었습니까?

- ① 예 ② 아니오
 ③ 건강검진 결과를 받지 못했다 ④ 기타 ()

18-3. 건강검진을 받은 이후 발견된 질병의 치료를 위해 병원에 다녔습니까?

- ① 예 ② 아니오
 ③ 질병이 발견되지 않았다 ④ 기타 ()

19. 당신은 한국에 살면서 다치거나 아파서, 신체적·정신적 질병이나 만성질환 등의 건강 문제로 의료기관에서 진단, 검사 또는 치료가 필요하였으나 받지 못한 적이 있습니까?

① 예 (☞ 19-1번으로 가십시오)

② 아니오 (☞ 20번으로 가십시오)

19-1. 당신이 진단, 검사 또는 치료를 받지 못한 이유는 무엇입니까? 해당되는 곳에 모두 √표 하십시오.

- ① 시간이 없어서 (원하는 시간에 의료기관이 문을 열지 않아서, 직장 또는 학교를 빠질 수 없어서, 아이를 봐줄 사람이 없어서 등)
- ② 증세가 가벼워 시간이 지나면 좋아질 것 같아서
- ③ 비용이 부담되어서
- ④ 거리가 멀거나 교통편이 불편해서
- ⑤ 거동이 불편해서 혹은 건강상 방문이 어려워서
- ⑥ 어느 의료기관 또는 어느 진료과에 가야할지 몰라서
- ⑦ 의료진과의 의사소통이 어려워서
- ⑧ 기타 ()

20. 다음 중 당신이 한국에서 주로 이용하는 의료기관은 어느 것입니까? 가장 자주 이용하는 곳 두 군데만 고르십시오. 한국에 살면서 한 번도 의료기관을 이용한 적이 없으면 ⑦번에 √표 하십시오.

- ① 소규모 병·의원
- ② 종합병원이나 대학병원
- ③ 한의원이나 한방병원
- ④ 보건소
- ⑤ 무료진료소
- ⑥ 약국
- ⑦ 한국에서 의료기관을 이용한 적이 없다.

III. 코로나 19

21. 다음은 코로나 19의 예방과 치료에 대한 설명입니다. 아래의 표를 보고, 설명이 맞다고 생각하면 O, 틀리다고 생각하면 X 표를 해주십시오.

코로나 19에 대한 설명	설명이 맞다 (O 또는 X)
A. 손 씻기와 마스크 착용으로 코로나 19 감염을 예방할 수 있다.	
B. 해외입국자는 코로나 19 감염 여부와 무관하게 입국 후 14일 동안 자가격리를 해야 한다.	
C. 코로나 19 감염 증상이 있거나 감염이 의심되면 1339 또는 가까운 보건소에 연락해서 검사를 받아야 한다.	
D. 한국에서 코로나 19에 감염되면 국적이나 체류자격과 무관하게 무료로 치료를 받을 수 있다.	

22. 당신은 코로나 19 감염병의 예방과 대응에 대한 정보를 주로 누구에게서 얻었습니까?

- ① 한국인 친구, 이웃이나 직장 동료
- ② 같은 나라 친구, 이웃이나 직장 동료
- ③ 질병관리본부 등 한국 정부기관
- ④ 이주민/동포/난민 지원단체
- ⑤ 기타 ()

27-1. 당신의 건강보험은 다음 중 어디에 해당합니까?

- ① 직장건강보험 가입자 (본인이 다니고 있는 직장에서 건강보험을 가입해주어, 본인과 사업주가 건강보험료를 반반씩 내고 있는 경우)
- ② 직장건강보험 피부양자 (본인의 가족 중 한 사람이 다니고 있는 직장에서 건강보험을 가입해주어, 본인은 직접 건강보험료를 내지 않고 있는 경우)
- ③ 지역건강보험 세대주 (직장이 없거나 직장에서 건강보험 가입을 해주지 않아, 본인이 건강보험료를 전액 내고 있는 경우)
- ④ 지역건강보험 세대원 (본인의 가족 중 한 사람이 건강보험료를 전액 내고, 본인은 내지 않고 있는 경우)
- ⑤ 잘 모르겠다.

27-2. 당신이 현재 내고 있는 건강보험료는 평균적으로 한 달에 얼마입니까?

- ① 5만 원 미만
- ② 5만 원 이상 ~ 10만 원 미만
- ③ 10만 원 이상 ~ 15만 원 미만
- ④ 15만 원 이상 ~ 20만 원 미만
- ⑤ 20만 원 이상 ()원
- ⑥ 잘 모르겠다.
- ⑦ 내가 직접 내고 있는 보험료가 없다.

27-3. 만약 당신에게 함께 살고 있는 가족이 있고, 그 가족들이 따로 내는 건강보험료가 있다면, 당신 가족의 보험료는 모두 합해서 평균적으로 한 달에 얼마입니까? 본인과 함께 사는 가족들의 보험료를 모두 합해서 답해주시시오.

- ① 함께 살고 있는 가족이 없다.
- ② 가족들이 따로 내는 보험료가 없다.
- ③ 5만 원 미만
- ④ 5만 원 이상 ~ 10만 원 미만
- ⑤ 10만 원 이상 ~ 15만 원 미만
- ⑥ 15만 원 이상 ~ 20만 원 미만
- ⑦ 20만 원 이상 ~ 25만 원 미만
- ⑧ 25만 원 이상 ~ 30만 원 미만
- ⑨ 30만 원 이상 () 원
- ⑩ 잘 모르겠다.

27-4. **당신 또는 당신과 함께 살고 있는 가족이** 건강보험료와 관련해 다음과 같은 경험을 한 적이 있습니까? 각 항목을 읽고 그런 적이 있으면 O, 없으면 X 표를 해주십시오.

건강보험료와 관련한 경험	경험이 있었다 (O 또는 X)
A. 건강보험에 가입할 때, 그 때까지 안 낸 보험료를 한꺼번에 낸 적이 있다.	
B. 가족의 피부양자나 세대원으로 등록하지 못해 별도로 건강보험에 가입해 보험료를 낸 적이 있다.	
C. 돈이 없어서 건강보험료를 내지 못한 적이 있다.	
D. 건강보험료 고지서를 받지 못해서 보험료를 내지 못한 적이 있다.	
E. 건강보험료를 내야 하는 걸 깜빡 잊어서 보험료를 내지 못한 적이 있다.	
F. 건강보험료를 체납해서 병·의원을 가지 못한 적이 있다.	
G. 건강보험료를 체납해서 병·의원을 이용하고 비용 지불에 어려움을 겪은 적이 있다.	
H. 건강보험료를 체납해 체류기간 연장에 어려움을 겪은 적이 있다.	
I. 건강보험료가 많다는 이유로 보험료를 기준으로 하는 복지사업의 지원을 받지 못한 적이 있다.	

28. 당신이 현재 국민건강보험의 혜택을 받지 못하고 있다면 그 이유는 무엇입니까? 해당되는 곳에 모두 √표 하십시오.

- ① 건강보험의 혜택을 받고 있다.
- ② 건강보험에 가입할 수 없는 체류자격이라서
- ③ 건강보험에 가입하는 방법을 몰라서
- ④ 사업주가 직장건강보험 가입을 신청해주지 않아서
- ⑤ 최근 한국에 입국한지 6개월이 되지 않아 지역건강보험에 가입할 수 없어서
- ⑥ 건강보험에 가입한 가족의 피부양자 또는 세대원으로 등록할 수 없어서
- ⑦ 경제적인 어려움 때문에 건강보험료를 낼 수 없어서
- ⑧ 기타 ()

29. 한국의 국민건강보험 지역가입 보험료는 본인 및 가족의 소득과 재산을 기준으로 부과되며, 같이 사는 가족이라면 한 사람만 보험료를 내고 나머지 가족은 따로 보험료를 내지 않아도 됩니다. 그러나 외국인에게는 일부 체류자격을 제외하면 소득이나 재산과 무관하게 무조건 전년도 평균보험료 이상의 보험료가 부과되며, 같이 사는 가족이 있더라도 배우자와 미성년 자녀가 아니라면 따로 따로 보험료를 내야 합니다. 당신은 이처럼 외국인 지역가입자에게 한국인과 다른 기준을 적용하는 것에 대해 어떻게 생각하십니까?

- ① 타당하다 ② 부당하다 ③ 모르겠다 ④ 기타 ()

30. 당신은 보험회사에서 의료비를 보조해주는 민간의료보험에 가입되어 있습니까?

- ① 그렇다 (☞ 30-1번으로 가십시오)
- ② 아니다 (☞ 31번으로 가십시오)
- ③ 모르겠다 (☞ 31번으로 가십시오)

30-1. 당신이 가입한 민간의료보험의 보험료는 평균적으로 한 달에 얼마입니까?
() 원

31. 당신은 국민건강보험에 가입하지 못하는 이주민들을 위해서 한국이주민건강협회 희망의 친구들이나 희년의료공제회에서 운영하는 의료공제회에 가입되어 있습니까?

- ① 그렇다 ② 아니다 ③ 모르겠다

32. 마지막으로 이 설문지에서는 충분히 답하지 못했지만 당신이나 당신의 가족이 한국에서 건강보험에 가입하거나 의료기관을 이용하는데 겪는 어려움이나 불편함, 불만 등이 있으면 적어주십시오. 또, 이 주민으로서 한국 의료기관의 서비스나 한국의 건강보험제도 또는 보건의료 정책에 대해서 건의하고 싶은 것이 있으면 적어주십시오. (공간이 더 필요한 경우 뒷면에 적어주십시오.)

설문에 응해주셔서 대단히 감사합니다!

이주민 건강권 실태와 의료보장제도 개선방안 연구

|인쇄일| 2020년 12월 21일

|발행일| 2020년 12월 21일

|발행처| 국가인권위원회

|주 소| 04551 서울시 중구 삼일대로 340 나라키움 자동빌딩

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

|전 화| 국가인권위원회 침해조사국 인권침해조사과 02)2125-9924

|제 작| 진명인쇄공사 02)2279-1470

ISBN 978-89-6114-805-4 93330

비매품