교정시설 수용자
의료권 보장을 위한 심포지엄

○일시 : 2002년 4월 24일 (수) 오후 7시○

○장소 : 종로성당○

주최 : 인권운동사랑방 · 인도주의실천의사협의회

후원 : 건강권실현을위한보건의료단체연합(준)

식 순

사회 : 이승호 (교수, 건국대학교 법학과)

1. **식전행사** - 영상물 상영

2. **인사말**

3. **발제**

발제 1 - 교정시설 수용자 의료실태 (유해정, 인권운동사랑방 상임활동가)
발제 2 - 외국의 교정시설 의료실태 (김종명, 인도주의실천의사협의회, 의사)
발제 3 - 수용자 의료권에 대한 국내법 및 국제인권법적 검토
(이상희, 민주사회를위한변호사모임, 변호사)

4. **자유토론** - 교정시설 수용자 의료권 확보 대책안

교정시설 수용자
의료권 보장을 위한 심포지엄

○일시 : 2002년 4월 24일 (수) 오후 7시○

○장소 : 종로성당○

주최 : 인권운동사랑방 · 인도주의실천의사협의회

후원 : 건강권실현을위한보건의료단체연합(준)

자료집 순서

발제 1> 현 교정시설 내 의료행정 실태와 문제점 ····· 2

발제 2> 외국의 교정시설 의료 실태 ····· 20

발제 3> 수용자 의료권에 대한 국내법 및 국제인권법적 검토 ····· 29

참고자료1> 김대중 정부 시기에 발생한 교정시설 내 의료피해사례 ····· 39

참고자료2> 교정시설 내 의료문제와 관련한 판례 ····· 44

참고자료3> 피구금자 처우에 관한 최저기준규칙 (의료 부문만 발췌) ····· 56

참고자료4> 유럽형사시설규칙 (의료 부문만 발췌) ····· 58

참고자료5> 모든 형태의 억류 · 구금하에 있는 사람들을 보호하기 위한 원칙 (의료 부문만 발췌) ····· 62

참고자료 6> Making standards work (의료부문만 발췌) ····· 63

참고자료 7> 교도소 내 보건의료의 윤리적 및 조직적 면에 관한 각료위원회의
유럽연합 소속 국가에 대한 권고안 R (98) 7 ····· 92

발제 1

교정시설 수용자 의료실태

유해정 (인권운동사랑방 상임활동가)

0. 들어가는 말

교정시설의 수용자들이 질병으로 사망하는 사건이 올해 들어서만 세 건이나 발생했다. 이 사건들은 시기 적절한 진료와 치료 조치만 있었다면 사전에 방지될 수 있었다는 점에서 충격적이다. 그러나 더욱 심각한 문제는 이러한 사고를 예방할 수 있는 시스템이 현 정부 내에 전무하다는 데 있다.

일반적으로 교정시설은 다수의 사람들을 수용하는 시설이므로 생활환경은 물론이고 취사 등 의식주 문제가 대부분 열악할 수밖에 없다. 따라서 일반 사회에 비해 상대적으로 질병의 발생 및 감염의 위험이 높은 상황이다. 여기에 구금에서 오는 정신적 강박감과 시설 내에서의 자유로운 행동제한, 그리고 보안을 위주로 한 처우 등은 미래와 재판, 가족 등에 대한 불안감과 함께 가중돼 수용자들의 건강이 더욱 악화될 가능성은 높다.[1] 그럼에도 불구하고 우리 교정시설의 의료조건은 최악이라 해도 과언이 아니다. 그 배경엔 "수용자는 일반 국민과 다르다"는 교정당국의 의식이 크게 작용하고 있다.

이 글에서는 우리 교정시설의 의료 실태 및 현황을 전반적으로 살펴보고자 한다.

1) 손명세, 1996, 「수용자의 보건의료실태 및 관리방안」, 한국형사정책연구원, 31p

I. 법령과 조직

1. 법령

교정시설 수용자의 건강 및 의료 처우에 관련된 법규로는, 형사소송법과 행형법, 사회보호법 등이 있다. 이 가운데 실질적으로 수용자의 의료문제를 규정한 법규는 행형법이 유일하다고 볼 수 있다.[2]

행형법과 그 시행령은 교정시설에 많은 수용자가 구금돼있다는 점을 감안, 전염병 예방 문제를 우선적으로 규정하고 있다.

소장은 수용자에게 전염병 예방에 필요한 조치를 하며(법 25조) 이를 위해 예방접종은 물론 기타 필요한 조치를 취할 수 있다.(령 99조) 또한 전염병의 유행지를 출발 또는 통과한 수용자에 대하여는 수용한 날부터 1주 이상 격리시키고 그의 휴대품을 소독하도록 할 수 있으며(령 98조), 전염병이 유행할 때에는 자비부담음식물의 공급을 금지시킬 수 있다.(령 100조) 하지만 이러한 조치에도 불구하고 전염병이 발생했을 때에는 전염병에 걸린 수용자를 다른 수용자와 격리 수용하도록 해야한다.(법 27조)

행형법은 또한 교정시설의 수용자 건강진단을 의무화하고 있다. 소장은 신입자에 대해 지체없이 건강진단을 실시해야하며(법 8조 2항), 독거수용자 및 20세미만의 수용자에 대하여는 3월에 1회 이상, 기타의 수용자에게는 6월에 1회 이상의 건강진단을 시행하도록 하고 있다.(령 97조) 또한 징벌로써 금치의 집행 중에 있는 자에 대해서는 의무관으로 하여금 수시로 그 건강상황을 진단하게 하도록 규정하고 있으며(령 146조), 징벌의 집행이 종료된 때에도 지체없이 의무관으로 하여금 수용자의 건강을 진단하게 하고 있다(령 148조). 이러한 건강진단은 재소자건강진단규칙(법무부훈령 174호)에 의해 실시된다.

2) 형사소송법의 경우, 의료와 관련된 문구가 나오는 조항은 34조다. 그러나 34조 규정은 "변호인 또는 변호인이 되려는 자는 신체구속을 당한 피고인 또는 피의자와 접견하고 서류 또는 물건을 수수할 수 있으며 의사로 하여금 진료하게 할 수 있다"고만 명시, 교정시설 수용자로써의 지위보단 소송이 진행중인 자의 변호인 접견권의 일부로써 의료를 규정하고 있다. 보호감호자의 경우도 사회보호법에 특별한 의료규정이 없기 때문에 사회보호법 제42조에 따라 그 의료적 내용은 행형법의 준용을 받게 된다. 따라서 그 법적 지위가 미결수 혹은 기결수, 보호감호자인지와 상관없이 일괄적으로 행형법 및 이를 근거로 한 관련 시행령에서 의료와 관련한 근거를 찾게된다.

소내에 환자가 발생했을 시 행형법은 질병에 걸린 수용자에 대하여 병실수용 기타 적당한 치료를 하여야 한다고 규정하고(법 26조), 치료상 특히 필요하다고 인정하는 때에는 의무관 이외의 의사로 하여금 치료를 할 수 있도록 하고 있다(령 103조). 소내 치료가 불가능한 환자에 대해서는 병원이송(법 29조) 조항을 두어, 소장이 수용자에 대한 적당한 치료를 하기 위하여 필요하다고 인정하는 때에는 당해 수용자를 교도소등의 밖에 있는 병원(정신질환을 치료하기 위한 경우에는 의료기관 개설허가를 받은 치료감호소를 포함한다)에 이송할 수 있게 하고 있다.

이외에도 수용자가 자비로써 치료를 원하는 때에는 필요에 의하여 당해 소장은 이를 허가할 수 있도록(법 28조) 하고 있으며, 수용자의 질병이 위독한 경우에는 그 사유를 가족에게 통지하도록 규정하고 있다.(령 104조). 또한 의무과 업무와 관련해 교도소 및 소년원등 의무관 임상연구비 지급규칙(법무부훈령 328호)과 재소자 의약품관리규정(예규관리 377호) 등의 법무부 예규를 두고 있다.

하지만 아직 우리의 행형법은 교정시설내 수용자를 어떻게 관리할 것인가에만 초점이 맞춰져 있다. 즉, 수용자들의 건강이 보장되어야한다는 규정과 이를 위해 수용자들이 요구할 수 있는 권리는 존재하지 않는다는 것이다. 또한 수용자 의료권에서 가장 중요한 사항이 자격 있는 전문 의료진이 수용시설에 상주하면서 수용자들의 건강을 책임져야한다는 것임에도 불구하고 이에 대한 규정은 법이나 시행령 어디에서도 찾아볼 수 없다.

끝으로 미결 수용자의 법적 지위에 따라 최대한의 의료권을 보장해야함에도 불구하고 이에 대한 별도의 조항이 존재하지 않는다는 점, 미약한 법 규정에도 불구하고 건강진단 및 외부진료, 병실이용 등의 조항은 일선 교정시설에서 사문화되고 있단 점도 문제다.

2. 의료전담체계

수용자 의료에 관련된 업무는 중앙부처인 법무부의 교정국 관리과에서 총괄하고 있다. 하지만 중앙부처인 법무부에는 따로 의무과가 설치돼 있지 않으며 관리과에서 '수용자의 보건위생 · 의료 및 약제에 관한 사항'을 담당하고 있다. 하지만 관리과에서 의료 관련 업무를 보는 교정공무원은 1인에 불과하며 이 공무원은 의료 업무 이외에 '재소자의 주 · 부식에 관한 사항'까지 담당하고 있는 실정이어서 전반적인 교정의료 정책을 세우기는커녕 현황을 파악하기에도 역부족인 상황이다.

중앙부처와 일선 교정시설의 사이를 잇는 지방교정청[3] 역시 따로 의무과를 설치하지 않고 있어

3) 2002. 4 현재 서울, 대전, 대구, 광주 등 4곳에 설치돼 있음

의료분류과에서 △수용자의 보건위생 · 의료 및 약제에 관한 사항과 △순회 진료반의 설치운영을 분장하고 있다. 하지만 지방교정청에서도 의료를 담당하는 공무원의 수가 극히 적은데다 이들 역시 전문인력이기 보단 일반적 공무원인 관계로 제대로 된 의료정책 수립이나 일선 교정시설의 의료행정 및 치료에 대한 감독과 감시는 불가능한 상태다.

일선 교정기관에는 의무과가 설치돼 △소내 위생 △수용자의 보건, 의료 △약품조제에 관한 사항을 관장하고 있는 실정이다.[4]

II. 교정시설 의료 체계

1. 의료인력

1) 의료인력

교정시설내 의료인력으로는 전문의, 일반의, 치과의, 약사, 임상병리사, 방사선기사, 영양사, 재활치료사, 위생기사, 위생검사반, 간호사, 의료행정가, 보호기능을 하는 교도관, 다양한 유형의 의료보조요원 등이 있다. 그중 가장 핵심적 역할을 하는 인력은 의사, 간호사, 의료보조요원 등으로서 의료서비스전달에 직접 관여한다.[5] 그러나 현재 우리나라의 교정행정에서 보건의료 인력은 그 수요를 고려할 때 의사와 간호사 등 그 핵심요원이 절대적으로 부족하다. 또한 핵심요원을 제외한 나머지 의료인력은 거의 없다고 해도 과언이 아니다.

현재 전국 교정시설에서 근무하고 있는 의료인력은 총 130명(2001년 8월 국정감사 통계). 그나마 이 수치에는 보건복지부에서 지원 나온 공중보건의 23명도 포함돼 있는 실정이어서 주무부서인 법무부가 책임지고 있는 의료인력은 100여명 안팎에 불과하다.

53명에 불과한 의사들은 현재 전국 교정시설에서 각각 근무하고 있는데, 서울구치소와 진주교도소, 대전 교도소 등을 제외하곤 한 교정시설에 1인이 근무하고 있는 정도다. 이는 현재 교정시설에 수용돼 있는 수용자가 63,000여명에 이른 현실을 감안할 때 수용자 1000명당 1인 비율이어서 수감 수용자수나 의료수요에 비해 매우 부족한 실정이다.

4) 소년원의 경우 의무과는 △심신의 보호지도 △건강진단 및 진료 △약무 및 방역 △의료기재 및 의약품의 관리 등을 관장한다.

5) 손명세, 1996, 「수용자의 보건의료실태 및 관리방안」, 한국형사정책연구원, 94p

<표 1. 교정시설 의료인력/ 2001 법무부>

	의사	약사	간호사	의료기술직	공중보건의	총계
정원	64	3	65	10		142
현원	53	2	65	10	23	130
비고	비전임 10				보건복지부 지원	

사정이 이렇다보니 직함이 의무과장이더라도 교정시설 내 의료체계를 책임지는 역할이 아닌 단순한 의사 역할을 수행할 뿐이다. 더욱이 이직률이 매우 높고 근속기간도 매우 짧은 편이어서 체계적인 수용자 의료관리는 물론 장기적인 의료 계획은 꿈도 꾸지 못한다.

의사들의 높은 이직률은 △과중한 업무(의료진에 비해 의료수요가 많은 점)와 △범죄자를 진료대상으로 하는 특수한 근무환경 △또한 일반 의사들에 비해 낮은 임금 등에서 기인하며, 이러한 이유는 의사들이 교정시설을 기피하는 이유로 작용한다.

<표 2. 99년 이후 의사 퇴직 · 임용현황/ 2001 법무부>

분류/년도	99년	2000년	2001. 9월 현재
퇴직	18	16	12
임용	17	15	10

<표 3. 7월까지의 의무관 근속현황/ 2000 법무부>

인원/ 근속기간	1년미만	2년 미만	3년미만	4년미만	5년~10년	10년이상
인원(명)	15	22	4	4	8	5

의사들의 교정시설 근무 기피 현상으로 인해 법무부가 도입한 방안은 비전임의 채용이다. 현재 53명의 의사가운데 10명이 비전임인데, 비전임이란 교정시설에 상주하는 전임의가 아닌 개업의로써 일정시간을 정해놓고 교정시설에 진료를 오는 의사를 일컫는다. 하지만 공무원 채용법에 따르면 공무원의 겸직을 금하고 있는 실정이어서 개업의인 의사를 교정시설 의무관으로 채용하는 비전임의 제도는 엄연한 불법이다. 하지만 교정당국은 "현 상황에서 부득이한 조치"라는 입장이며, 타 기관 역시 이를 눈감아 주고 있는 실정이다.

비전임의는 전임의에 비해 상대적으로 수용자 진료에 대한 책임의식이 부족하며, 교정의료에 대한 체계적 관리 및 정책마련 등의 책무에 있어서도 소홀하기 마련이다. 하지만 이러한 현상에 비

해 비전임들은 공무원 신분으로서 누릴 수 있는 특권은 물론 임금 또한 전임의와 별반 차이가 나지 않아 일부 전임의들은 '비전임의'로서의 신분 변화를 고민하고 있는 것으로 알려져 있다. 따라서 의료인력 확보방안이 제대로 수립되지 않는 한 비전임의는 갈수록 증가될 것으로 보인다.

약사 인력의 부족 또한 심각하다. 현재 수용자에 대한 의료행위는 상당부분 투약에 의존하고 있다. 이러한 투약은 법에 의하면 약사가 담당해야할 일이지만 전국의 교정시설 중 약사가 배치돼 있는 곳은 서울구치소와 안양교도소, 성동구치소 등 3곳에 불과해 나머지 교정시설은 모두 간호사와 보건직원에 의한 불법적인 투약이 행해지고 있다.

이렇듯 의료 전문인력 및 부조인력의 절대적인 부족으로 인해 수용자들에 대한 적절한 진료 및 치료가 이뤄지지 않고 있으며, 일선 교정시설은 그 업무공백을 교도관 또는 수용자들로 하여금 메우게 하고 있어 비전문인력에 의한 투약 등의 의료행위가 관례화 되는 등 그 부작용이 심각하다. 또한 이러한 현실은 의료사고의 위험성을 높이며, 돌이킬 수 없는 만큼 증세를 악화시키거나 수용자를 사망에 이르게 하는 결과를 초래하고 있다. 의료인력의 부족이 계속된 폐해를 낳고 있는 것이다.

<표 4. 교정시설 의무과 이용 중 투약처방 비율 /2000 법무부>

년도별	계	투약
99년	4,707,768	4,321,637
2000. 8월 말	3,126,617	2,854,979

이러한 문제점과 관련해 주무부서인 법무부는 2004년까지 의료인력을 729명으로 늘리겠다는 계획을 국정감사 때 밝힌 바 있다. 또한 보건복지부와 협의해 공중보건의사의 추가배치 방안을 추진하겠다는 계획을 내놓은 바 있으나 이러한 구상은 구체적인 계획으로 현실화되지 못하고 있다.

2) 공중보건의

2001. 8월 현재 전국 교정시설에 배치돼 있는 공중보건의는 모두 23명. 공중보건의는 보건복지부의 '공중보건의 관리지침'[6]에 근거해 전국교정시설 및 보호감호소에 배치할 수 있는데 교정시설

6) 보건복지부 지침(2001. 3)으로 이 지침은 공중보건의사의 배치와 복무관리 등에 관한 세부사항을 규정함을 목적으로 한다. 이 지침을 살펴보면 공중보건의 배치지역은 1) 접적지역 · 도서 · 벽지 및 의료취약지역(우선 배치) 2) 보건소 및 보건지소(우선 배치) 3) 병원선 및 도내 이동진료반 4) 군지역 및 의사확보가 어려운 농어촌 중진료권의 거점 중소도시의 공공병원 및 정부지원 민간병원 5) 사회복지사업법에 의한 사회복지시설 및 정신병 등 특수질환요양시설 6) 기타 보건복지부장관이 필요하다고 인정하는 보건의료시설(교정시설내의 의료시설 등/ 국가 또는 공공기관/

수감인원 1000명당 1명의 공중보건의 배치가 가능하다. 다만, 모든 교정시설에 배치될 수 있는 것은 아니어서 도청소재지 및 상주인구 50만 이상의 대도시 지역의 교도소는 배치대상에서 제외되고 있다.

공중보건의 배치의 있어 핵심적인 문제는 그들을 온전한 의사로 보기는 어렵다는 것이다. 교정시설에 배치되는 공중보건의들은 대부분 공중보건의 1년 차인데, 공중보건의 지원이 의대 재학시절부터 가능한 점을 감안한다면 의대를 채 졸업하지 못한 사람도 공중보건의로 일하게 되는 것이다. 따라서 공중보건의 인력은 온전한 의사인력이라고 보기보단 의무관 및 의료보조인력 정도로 파악해야 하며, 이들의 역할 역시 의무관의 책임 하에서 이뤄져야하는 것이 당연한 것으로 보인다. 하지만 우리 교정당국은 공중보건의 인력 또한 의사인력으로 포함시키고 있는 실정이다.

매우 부족한 교정 의료인력을 감안할 때 교정시설에 공중보건의 수를 대폭 늘리는 것은 바람직한 일이지만, 전문의의 충원과 동시에 진행되어야만 한다.

2. 의료기기 및 장비

교정시설 의무과에 설치돼 있는 의료기기 및 장비들은 보통 일반 개원의원 수준에 못 미치는 실정으로 아주 기본적인 것만 갖추고 있다.

<표 5. 의무실 비치 의료 기기/ 2001 법무부>

장비명	수량	장비명	수량
X-Ray직촬영기	42	X-Ray간접촬영기	7
X-Ray현상기	42	전자혈압계	31
치과 유니트	43	혈당측정기	44
치과X-Ray촬영기	41	치석제거기	31
심전도계	29	강력흡입기	31
고압멸균기	36	자불소독기	44
연막소독기	63	자외선소독기	38
기브스컷트기	20	콤프레샤	37
현미경	31	산호호흡기	48
인공응급소생기	36		

국가보건사업을 수행하는 보건단체 등 외..)

하지만 이 마저도 모든 시설에 비치돼 있는 것이 아니며, 설사 비치돼 있다 하더라도 노후되어 있고 장비 운영자의 조작요령 및 사용방법 미숙으로 사장되고 있는 사례도 없지 않다. 또한 당뇨측정기, 심전도기 등의 경우, 한번 사용할 때마다 몇천원 정도의 비용이 소요되다보니 수용시설측이 사용을 꺼리는 실정이다. 게다가 X-ray기사의 부족으로 인해 교도관이 직접 X-ray 촬영을 하는 일이 많다 보니 제대로 된 진단을 기대하기가 어렵다.

2년 전 법무부는 시설 · 장비를 일반적인 개인병원 수준으로 개선하겠다는 계획을 세운 바 있다. 법무부는 이 계획을 추진하기 위해선 약 56억 정도의 예산이 필요하다는 입장이지만 이 예산을 어떻게 확보할 것인지, 또한 어느 정도까지 계획이 진척되었는지는 지금까지 알려진 바 없다.

3. 의료예산

현 국민건강보험법은 (49조항7))은 군인과 교정시설 수용자를 보험급여 대상자에서 제외하고 있다. 이는 정부가 다른 형태의 관리규정 및 예산을 이용해 교정시설 수용자의 의료문제를 책임지겠다는 것으로 해석된다. 이러한 근거규정 하에서 수용자들의 의료에 관한 예산은 국고에서 지불되는 것을 원칙으로 하고 있다.

교정행정에서 의료비 예산은 일반환자 진료비, 특수환자(결핵 · 나환자 · 정신병) 치료비, 중환자(입원, 수술) 외부병원 이송치료비, 수형자 X-ray촬영비 및 수용자 전염병 예방접종(장티프스) 등으로 구성돼 있다.[8] 최근 2~3년간 평균적인 의료비 예산은 수용자 수용비 예산총액의 3~4% 내외로, 90년대 초반 전체 수용자 예산총액의 4~5%대를 기록하던 것이 IMF 구제금융 이후 대거 급감해 현재까지 회복되지 못하고 있다.

2001년도 의료비 총 예산은 28,691,000원이며, 수용자 1인당 48,000원이 의료비로 책정된다. 하지만 이러한 의료비는 일반인들에 비해 매우 낮은 수준으로 법무부 역시 의료비 증액을 시도하곤 있으나 이를 현실화하기엔 상당한 기간이 소요될 것으로 보인다.

7) **제49조 (급여의 정지)** 보험급여를 받을 수 있는 자가 다음 각호의 1에 해당하게 된 때에는 그 기간중 보험급여를 하지 아니한다.
1. 국외에 려행중인 때
2. 국외에서 업무에 종사하고 있는 때
3. 하사(단기복무자에 한한다) · 병 및 무관후보생으로 복무중인 때
4. 교도소 기타 이에 준하는 시설에 수용되어 있는 때

8) , 1999, 수용자군과 일반인군 간의 건강상태 비교, 경희대 보건행정대학원 석사논문

<표 6. 연도별 수용자 의료비예산 현황/ 1999 법무부> (단위 : 천원, 원)

연도/구분		2001	2000	1999	1998	1997	1996
계	연간	2,864,910	2,334,830	2,024,684	1,589,923	2,256,828	2,039,789
	1인당 평균	48,000	37,000	32,138	26,420	37,784	35,277

4. 의료전담 교도소

진주교도소는 국내 유일의 의료전담 교도소로 정신질환자 및 폐결핵 환자들이 주로 수용된다. 의료인력은 타 교정시설보다 월등히 많은 편이다. 의사 5명에 간호사 3명, 의료기술직 2명, 공중보건의 1명 등 전체 교정의료의 10%가 포진하고 있는 것이다.

하지만 치료를 위해 진주교도소에 수감되더라도 치료기간은 6개월로 한정돼있다. 환자의 상태에 따라 연장이 가능하긴 하지만 수요에 비해 의료진 및 의료장비와 시설이 열악하다보니 많은 사람들이 돌아가며 치료를 받을 수 있도록 해야한다는 명분 하에 대부분의 수용자가 6개월 이상 수용되지 못하고 있다.

"심한 거식증에 시달려서 현재도 몸무게가 48키로가 채 나가지 않습니다. 아프다고 소에서 진주로 이송을 보냈는데 규정상 6개월밖에 못 있는다고 해서 시간 지나곤 다시 있던 교도소로 이감을 왔습니다. 거기 있을 동안 약을 처방하는 일이 많았는데 그래도 꼬박꼬박 약이라도 타고 편히 쉴 수라도 있어 좋은 편이었어요" (육00씨. 2000년 진주교도소 수감)

법무부는 각 지방교정청별로 의료전담 교도소 1개씩을 설치할 계획이라는 입장을 99년 밝힌 바 있으나 추진여부는 불투명하다.

III. 수용자 진료실태

1. 의무실 및 병실 이용

1) 의무실

의무관 1인이 담당해야하는 수용자 수는 평균 1천 여명 안팎. 의무관은 하루평균 250~300명을

진료하게 되는데 이들 모두가 의사를 접견하거나 의무실을 이용하게 되는 것은 아니다. 즉, 수용자가 자신의 간단한 증상을 적은 '연출'이라는 것을 교도관에게 제출, 이를 공중보건의 또는 의사에게 전달하게 되고 이 가운데 중증의 증세를 보이거나 간단치 않을 것으로 판단되는 증상을 적은 수용자만 공중보건의 또는 의사가 직접 진료하게 되는 것이다. 의무실 이용은 이중에서도 의사와 접견 시 단순한 진료를 통해 약물 처방을 받는 것으로 끝나지 않고 좀 더 세밀한 진찰이 필요한 경우에만 진행된다.

<표 7. 2000. 8월말 수용자 치료(의무실 이용) 현황/ 2000. 법무부>

년도별	계	수술	투약	처치	초빙진료
99년	4,707,768	333	4,321,637	352,981	32,817
2000. 8월 말	3,126,617	262	2,854,979	246,956	24,420

2) 병실

교정시설들은 기본적으로 보안 문제에 중점을 두고 있기 때문에 의료시설도 일반적인 병원처럼 환자진료 위주로 설계되지 않았다. 따라서 환자의 수용능력은 물론이고 위치나 채광, 환기 시설 등이 전혀 고려돼 있지 않다. 특히 전염성 환자, 정신질환자의 격리수용과 질환별 분류수용이 가능하도록 충분한 공간이 확보돼 있어야하지만 현재는 병실의 수도 한정적이고, 이들을 수용할 수 있는 조건도 갖춰져 있지 못하다보니 정신질환자나 전염병 환자의 경우 병실이 아닌 일반 거실에 독거수용되는 것이 일반적이다.

"꽤 넓은 방에 환자가 한 10여명 정도 함께 수감돼있었습니다. 하지만 병실이라고 해봤자 난방이 잘되고, 맘대로 누워있을 수 있다는 점 빼고는 일반 감방과 별반 다른 점이 없습니다. 별다른 의료 기구도 없고요. 말로만 병실이지 병실이라고 보기 어려워요"(설 00 씨.)

2. 건강검진

수용자에 대한 건강진단은 행형법 제8조 2항, 시행령 97조 및 '재소자 건강진단규칙'(법무부 훈령)에 따라, 신입자에 대해서는 입소 후 지체없이 실시하고, 계속 수용중인 자로서 독서 수용자 및 20세 미만의 수용자에 대해서는 3월에 1회 이상, 기타 수용자에 대해서는 6월에 1회 이상 실시하

도록 돼 있다.

하지만 이러한 검진을 신입 때를 제외하고 정기적으로 받았다는 수용자도 드물뿐더러 현재의 건강검진 수준으로는 사실상 질환을 발견하기가 어렵다. '재소자 건강진단 규칙'은 신체 건강진단과 관련해 키, 몸무게, 가슴둘레, 영양상태, 팔·다리, 시력, 청력, 치아, 언어, 혈압 측정 및 기타 신체이상에 대한 문진을 명시하고 있다. 하지만 일반적으로 행해지는 검진은 키와 몸무게, 가슴둘레 및 혈압을 측정하는 것이 고작이고, 영양상태와 치아, 팔, 다리의 상태 등은 다른 방법이나 도구를 사용하는 것이 아니라 순수한 육안 관찰을 통해서 이뤄지고 있다. 즉, 청력은 의무관의 말이 잘 들리는지, 언어는 잘 대답할 수 있는지 등이 검진의 방법으로 이용돼 질환을 초기에 발견하고 치료할 수 있는 건강검진이 아니라 일반적인 초, 중, 고등학교의 신체검사 수준에 그치고 있는 것이다.

정신건강진단과 관련해 법무부는 지능감정, 의지, 기타 정신상의 이상유무 등의 항목으로 진단을 실시하고 있다고 국정감사에서 밝힌 바 있다. 하지만 대부분의 수용자는 정신건강진단을 받아본 적이 한차례도 없다고 주장한다. 또한 정신적 질환 검진을 요구하는 수용자에게도 이러한 진료는 제대로 행해지고 있지 않다고 밝힌다. 현재의 건강진단이 요식적으로 진행되고 있다는 것이다.

3. 외부진료(외부병원 이용) 및 자변약품

1) 외부진료

교정시설의 부족한 의료인력과 열악한 의료장비 및 기기 등의 의료조건 속에서 수용자들의 많은 수가 교정시설 의료진에 대한 불신과 자신의 건강에 대한 의구심을 갖게 되며 이에 따라 외부진료를 호소하는 경우가 많다. 전문적이고 체계적인 진료가 불가능한 상황에서 외부병원 이용만이 스스로 건강을 지키는 탈출구처럼 느껴지는 것이다.

행형법 제 28조[9]와 29조[10], 그리고 행형법 시행령 103조[11]는 필요에 따라 수용자가 외부병원에 진료를 받을 수 있도록 하고 있다. 이러한 규정들에 근거해 교정기관들은 대부분 인근의 국·공립병원, 종합병원 등을 지정해 진료 편의제공, 환자 계호의 협조, 진료비 부담 등에 관한 내용을 명시한 계약을 체결하고 소속 의사의 판정에 따라 중환자 및 특수질환자를 계약 병원에 이송하여 검

9) 행형법 28조 "수형자가 자비로서 보조치료를 원할 때에는 필요에 의하여 당해 소장은 이를 허가할 수 있다"
10) 행형법 29조 "소내에서 수형자가 적당한 치료를 하는 것이 불가능하다고 인정되는 때에는 당해 소장은 소외의 다른 병원에 이송할 수 있다"
11) 행형법 시행령 103조 "소장은 특히 필요하다고 인정하는 때에는 의무관 이외의 의사로 하여금 치료를 보조하게 할 수 있다"

사, 수술 및 필요시 입원치료를 받도록 하고 있다.[12] 국정감사 자료에 따르면 2001년 8월 현재 교정기관들의 외부병원 지정 계약현황은 서울이 79개, 대구 54, 대전 58, 광주 51 등으로 총 242개의 병원이 수용자 진료에 참여하고 있다. 하지만 외부병원을 이용하는 것은 그리 간단하거나 쉬운 일이 아니다.

외부진료를 받고자 하는 수용자는 우선 의무과장의 허락을 받아야한다. 보고전을 통해 의무과장 면담을 신청한 뒤 의무과장과의 면담에서 몸에 특이한 증상 혹은 외부진료를 받아야할 특별한 필요성이 인정되어야하는 것이다. 약 처방만으로 해결될 문제로 보이거나 수용자 본인이 심각한 문제를 느껴도 의무과장이 심각하지 않다는 소견을 피력한다면 다른 응급사항이 발생하지 않는 이상 외부진료는 불가능하다. 어렵게 외부진료에 대한 허락을 받는다해도 당장 진료를 받을 수 있는 것은 아니다. 외부 진료에는 평균적으로 의무과에서 1인, 보안과 2인, 운전사 등이 동행을 하게되는데, 의무과 인력은 물론 전체적인 교도관 인력이 부족하다보니 각 부서의 일정을 체크한 뒤에야 가능하다. 의무과에서 내보내려고 해도 보안과에서 계호 및 호송을 책임질 교도관이 없으면 못 나가는 것이다. 또한 소에 비치된 응급차가 1대밖에 없어 교정시설에서 외부진료를 최대한 배려한다고 해도 하루에 1~2명 이상 외부진료를 시키긴 어렵다. 만약 중간에 응급환자가 생기기라도 한다면 계속 대기순은 밀리게 되고 보통 외부진료를 신청해놓고 2~3달은 지나야 나갈 수 있다.

수용자들의 외부 진료에는 계호의 문제 이외에도 "병원비를 누가 부담 할 것인가"의 문제가 뒤따른다. 위에서 거론된 바처럼 교정시설 수용자들은 정부가 시행하는 의료보험 제도에서 제외돼 있다. 이러한 정책은 정부가 교정시설 수용자들의 의료에 필요한 재정을 책임지겠다는 정책으로 이해되고 있으나 실상 외부진료의 경우 수용자에게 일방적으로 그 부담이 전가되는 결과를 낳게 된다. 외부진료비용을 부담하는 비율이 국가와 수용자 개인이 거의 동일한 수준이라는 통계는 이러한 수용자들의 주장을 입증한다.

<표 8. 최근 3년 간 수용자 외부진료 현황/ 2001 법무부>

년도	인원			진료비 부담 주체(천원)		
	계	미결	기결	계	국가부담	수용자 부담
1999	7,978	2,586	5,392	2,156,346	987,340	1,169,006
2000	9,027	2,677	6,350	2,273,568	1,184,755	1,088,813
2001. 6	4,475	1,211	3,264	1,217,133	696,201	520,932

12) , 1999, 「수용자군과 일반인권간의 건강상태 비교」, 경희대 보건행정대학원 석사논문, 24p

법무부와 일선 교정시설은 수술이나 치료, 정밀검사를 목적으로 외부 전문의사의 진료를 받고자 원하는 자가 사전에 본인 또는 보호자의 신청에 의하여 진료비 부담을 조건으로 소장허가를 받고 외부병원에서 진료를 받는 경우와 발병원인이 수용자 상호간 싸움 또는 폭행으로 인한 것으로 가해자 또는 가족의 부담능력이 있는 경우에는 자비로서 진료를 받도록 하고 있다. 현재 국가가 진료비를 부담하는 경우는 교정시설 내 안전사고나 교정시설 내에서 발병한 병으로 추정(확신)되는 병의 응급수술 및 질환의 진찰 및 치료 등에 불과하다.

2) 자변(자비부담) 약품

교정시설은 간단한 의약품들에 대한 자비 구매를 허용하고 있다. 하지만 얼마나 많은 수용자가 사비로 약을 구입하는지, 그 품목이 무엇이며, 이에 따른 지출이 어느 정도인지는 아직 구체적으로 알려져 있지 않다. 다만 자비로 구매가능한 약의 품목이 일선 교정시설별로 약간의 차이를 보이고 있으며, 이러한 구매는 일선교정시설과 의약업체간의 계약으로 성사되고 있다는 것만 알려져 있을 뿐이다. 현재 자비구입이 가능한 품목은 소마다 차이가 있지만 70~90여 개 품목으로 대부분 영양제와 치료제, 연고류, 파스류 등이다.

교정시설의 수용자들이 자비를 들여 의약품을 구입하는 이유는 크게 세 가지로 보인다.

우선 의무과 진료가 쉽지 않다는 것이다. 교정시설에서는 매일 오전마다 의무과 진료 신청을 받고 있으나 눈에 띄는 병환을 제외하곤 '신청자가 많다' '그 정도면 약만 먹어도 된다'라는 면박 속에 의사를 만나보기가 쉽지 않은 것이다.

교정의료에 대한 뿌리깊은 불신 역시 자비 구매를 부추기는 이유다. 두세 번의 거절 끝에 의무과 진료를 받는다해도 매번 질환의 원인은 '스트레스로 인한 소화기 장애 및 두통' 혹은 감기 등 간단한 증상으로 치부되기 일쑤며, 처방 받는 약은 각각 다른 증상으로 보임에도 불구하고 몇 가지 종류에서 크게 벗어나지 않기 때문이다. 따라서 교도소에서는 "한 달만 살아보면 의사가 된다"는 말과 함께 "다른 증상에도 매번 빨간약"이라는 유행어가 생겼을 지경이다.

마지막으로 교정시설내의 열악한 의식주조건과 생활환경도 한 가지 원인이다. 거실의 비좁음부터 시작해 적은 운동량과 부실한 식사, 정해진 세탁과 제대로 씻기조차 어려운 환경 등은 수용자들로 하여금 쉽게 질환에 노출돼있다고 느끼게 하고, 이런 열악함으로부터 본인의 건강을 보호하기 위하여 자비로 약품 구매를 시도하는 것이다. 자비 구매의 상당부분이 비타민제나 칼슘, 강장제 등의 영양제라는 사실은 이러한 주장을 뒷받침한다.

"2년 동안 있었는데 하루도 비타민제 및 칼슘관련 영양제를 거른 적이 없어요 모두 중독이죠 교도관들이 우릴 보고 참 이상하다는 표정들인데, 여기서 몇 년 있어봐요 의무과 가기도 만만치 않고 설혹 간다고 해도 증상은 다른데 매번 같은 약의 처방만 받다보니 이렇게 사재로 약을 구입해서 복용해야 안심이 되요"(김00 씨. 서울구치소 1998년)

4. 기타 진료 문제

1) 치과진료

유엔 최저기준과 보호원칙은 교정시설 내에 치과의사를 배치할 것을 권고하고 있다. 그리고 대부분의 유럽국가들이 교정시설내의 안정적인 치과치료를 적극적으로 보장하고 있다. 하지만 우리 교정시설에 치과의사가 상주하는 사례는 찾아볼 수 없다. 다만 수요가 많은 치과의사의 경우 수용시설에 설치된 치과장비로 외부의 의사를 초빙하여 일주일에 1~2회 진료를 요청하고 있다. 하지만 정기적 진료는 아직까지 모든 교정시설에서 이뤄지는 것이 아니며, 대부분의 교정시설에선 고통을 호소하는 수용자의 수가 적정 수준에 이르렀을 때 치과의사를 초빙하는 경우가 대부분이어서 이미 치아 및 잇몸 등의 상태가 악화된 경우가 대부분이다. 또한 치료를 받는다해도 많은 수의 수용자들이 이후의 부작용을 호소하고 있지만 의무실에 비치된 의사처럼 책임감과 책무를 갖고 있지 않다보니 잘못된 치료 및 미진한 치료에 대해 치료나 보상을 받을 수 있는 구조도 안 된다. 더욱이 치과 진료는 진료비를 전액 수용자 본인의 부담으로 전가하고 있는 실정이다 보니 수용자들의 불만은 더욱 커지고 있다.

*"수감생활중 치아에 이상이 생겨 지난해 1월에 외무과에서 1백만원에 가까운 금액을 지불하면서 치아 3대를 보철했는데 치과치료 후 며칠이 지나자 보철한 치아에 견딜 수 없는 통증이 생겼습니다. 당시 의사는 '치아 치료시 신경을 죽여서 통증이 심할 수 있으므로 조금만 기다려 보자'고 하였기에 의무과에서 지급되는 진통제에 의존해오던 중 6월에 ** 교도소로 이감을 왔습니다. 하지만 통증이 계속돼 다시 치과진료를 받은 결과 전 교도소에서 한 치아 보철 3대의 상태가 너무 좋지 않아 앞의 치아 2대를 빼고 5대의 보철을 해야한다고 합니다. 이에 6월부터 11월까지 전에 수감된 교도소에 편지를 썼으나 매번 아무런 답변을 하지 않다가 이 문제를 사건화 하여 고소를 하겠다고 하자 그제서야 '치료를 한지 1년이 다되어가 어떻게 할 도리가 없다'는 답장을 보내왔습니다"(송00 씨, ** 교도소 수감 중)*

"교도소 생활이후 치아가 부실해 사비를 들여 98년 10월 시술을 받고 틀니를 했지만 시술이 잘 못되었는지 틀니가 맞지 않고 상처부위에서 피고름이 나는 등 부작용이 심했습니다. 하지만 시술 의사는 '자리가 잡히는 과정'이라는 말만 되풀이했고 그 이후로는 더 이상 진료를 오지 않았습니다. 이에 소측에 그 의사에게 다시 진료를 받게 해달라고 수 차례 요청했지만 소측은 개인 연락처를 모른다고 일축했고, 그 이후 다시 치과 진료는 받지 못했습니다" (진00 씨, 2001 장흥교도소 출소)

2) 정신과 진료

정신과 의사와의 정기적 상담 역시 유엔 최저기준규칙과 보호원칙이 권고하고 있는 내용이다. 구금으로 인한 정신적 피해가 높다는 점으로 보았을 때 정신질환자는 물론 일반 수용자들에 대한 정신과 의사의 상담은 매우 필요한 일이다. 하지만 일반수용자들에 대한 상담은커녕 정신질환자에 대한 진료조차도 제대로 이뤄지고 있지 않다.

정신질환자의 경우 2명의 정신과 의사가 정신이상판정을 내려야 정신질환자로 분류된다. 하지만 교정시설에서 정신질환을 호소하는 수용자의 경우 대부분 "소 생활을 편하게 하기 위해 일부로 꾸며낸 거짓말"로 치부되기 일쑤며, 한차례 외부 병원에서의 정신과 상담을 받은 사람의 경우 아주 특별한 경우를 제외하고는 재진, 또는 다른 의사와의 상담이 불가한 실정이다.

하지만 한사동에 최소 1~2명은 정신적으로 문제가 있다는 것이 출소자들의 진술이다. 그러나 적절한 치료는 전혀 이뤄지지 않고 있으며, 오히려 이들이 일으키는 소요 등에 대해 소란, 폭행, 지시불이행 등의 이유로 징벌을 가하는 경우가 허다하다. 또한 이상한 증상을 보이는 수용자의 경우 일차적으로 다른 수용자와의 분리 수용이 필요함에도 불구하고 이들을 다른 수용자와 함께 수용시킴으로써 문제를 유발하기도 한다.

"수용거실에서 귤을 먹던 중 갑자기 소리를 지르며 머리를 손으로 움켜쥐며 입에 거품을 물면서 앉은자리에서 뒤로 넘어지는 일이 발생하여 교도관 유00이 위 교도소 의무관의 전화통화로 처방받은 불상의 약을 가지고 와 이를 복용시켰고, 그 다음날에는 혼잣말로 하거나 동료수용자들에게 '집에 가겠다. 담배가진 것 있으면 달라. 술을 달라'는 등 비정상적인 말과 행동을 하여 동료수용자들이 수면 등 생활의 불편을 피하기 위해 황00을 다른 방으로 가게 해 달라는 취지의 퇴출보고문을 작성하여 성명불상의 교도관에게 전달하기도 하였으나 별다른 조치가 취해진 바는 없었다" (황00 씨, 2000년 사망. 판결문 중에서)

3) 산부인과 진료

"의무관이 너무 형식적이예요. 냉병은 걸릴 수밖에 없어요.. 산부인과 진료는 없구요. 간호사가 있긴 하지만 하는 것은 혈압정도만 해요. ㄷ 교도소는 그냥 방 하나에 소독약 정도 있어요. 전에 있었던 데는 그래도 책상에다 침대도 있고 그랬는데.... 매일 한번씩 진료하고 여사에 있었는데 거기는 꽤 큰데도 잘 안되더라구요. 100~120명 정도 되는데 일주일에 한번 왔어요"(안00 씨. 95~98년까지 복역)

"정기검진이나 산부인과 진료 전혀 받은 적이 없어요. 4년 있으면서 감기 때문에 몇번 진료한 것 말고는 한번도 받은 적 없어요"(김00씨. 83~95년까지 복역)

여성 수용자의 경우 일반적 진료뿐 아니라 여성질환과 관련한 산부인과 진료가 요구된다는 점은 새삼 언급할 필요가 없다. 이는 여성의 신체적 특수성에 따른 부인과 계통의 진료 및 치료 뿐 아니라 모성권리의 측면을 간과할 수 없기 때문이다. 하지만 대부분의 교정시설이 일반 수용자들에 대한 내과, 외과 진료도 원활하지 못한 형편이어서 여성 수용자들에 대한 산부인과 진료는 현재로썬 요원하다.

4) 기타

현재 모든 교정시설에서는 의료인력 및 장비, 공간이 한정돼 있는 관계로 의무실을 남자 사동에 배치하고 있다. 이러한 남자사동의 의무실 배치는 여성들에게 있어 또 하나의 난관으로 작용하고 있다.

"몇번 아프다고 호소했는데 간호사만 들여다봤어요. 간호사는 상태를 보고 의사선생님에게 얘기했는지 다음날 약을 타다 주었어요. 의사 선생님을 만난 건 몇차례 고통을 호소한 뒤 결국 쓰러지고 난 다음이었어요. 의무과에도 그때부터 다니기 시작했고요. 그전에 의무과가 남자 사동에 있다는 이유 때문에 저도 가기 어려웠고, 교도관들도 귀찮아했거든요"(설00 씨. 2000~2002년까지 복역)

IV. 맺음말

위에서 살펴보았듯이 현재의 교정시설 의료조건은 교정시설 수감인원 및 그 수요에 비해 매우 열악하며 작은 병이 쉽게 위중한 지경으로 악화될 수밖에 없는 조건이다. 하지만 더욱 큰 문제는 당국이 이 문제를 시급히 개선되어야 할 과제로 인식하고 있지 않다는 점이다.

잇따른 교정시설 수용자 사망과 관련해, 재발방지 대책을 만들어달라는 요구에 법무부의 관리가 내놓은 답변을 들어보자. "인간세상에는 그곳이 선진국이든, 중진국이든, 개발도상국이든, 후진국이든 생로병사의 순환이 따름은 자연의 이치가 아닐지요. 사회가 있으면 탄생이 있듯 죽음도 있기에 우리 주변에서는 병원에서도 치료를 못해 죽는 사람이 있는가 하면, 병세가 위중하여 손 한번 쓸 겨를도 없이 급사하는 경우도 종종 볼 수 있습니다. 그런데, 우리 구치소나 교도소 등 교정시설도 분명히 그 규모가 작기는 하나 소사회임에는 틀림이 없고, 더구나 범죄자를 사회로부터 격리수용하며 징역·금고 등의 형을 집행하는 특수한 소사회인 것입니다."[13] 법무부 관리는 또 "일부 노역장유치자의 경우, 벌금을 못 낼 처지이면 건강한 몸으로 노역에 임하는 것이 정상적인 생각일 것입니다만, 노역을 안 하려고 도망다니고 피해 다니다가 건강도 잃고 연락처도 없이 가족으로부터도 외면당해 결국은 다 죽어가는 몸에 술까지 만취되어 인사불성이 되어 마치 병원을 찾듯 노역장인 교도소로 들어오곤 합니다. 이 단계에서 병원이 아닌 교도소가 아무리 최선을 다한들 어떻게 깊어진 병마로부터 수용자를 지켜낼 수 있을지의 사정도 이해해야 하오며..."라고 답한다.

물론 법무부에 아무런 계획이 없는 것은 아니다. 법무부는 2004년까지 의료인력을 현재의 700% 선으로 확충하고 각 교정청 산하에 특별 의료전담 교도소를 만들겠다는 계획을 내놓은 바 있다. 또한 수용자 의료비를 점차 증액시키며, 모든 병실의 온돌화와 더불어 현대적 진료실 설치 등의 사업을 점진적으로 시행해 나가겠다고 밝히고 있다. 하지만 이러한 약속이 몇 년이 지나도록 별다른 진척을 보이지 않고 있다는 점이며, 문제가 제기될 때마다 매번 "예산이 없다" "수용들은 일반 국민과 다르다"는 이야기만을 되풀이하고 있다는 점이다.

유관 부서인 보건복지부의 태도 역시 문제다. 교정시설 수용자의 의료문제가 국민의료와 직결된다는 점을 감안할 때 교정의료 문제는 보건복지부가 간과할 수 없는 업무다. 하지만 현재 보건복지부는 교정시설에 공중보건의를 파견하는 것 외에는 교정의료와 관련한 어떠한 개입도 하지 않고 있으며, 보건복지부내에 교정의료를 전담하는 부서는 물론이고 인력조차 배치되지 않은 것으로 알려졌다. 즉, 교정의료 현황에 대한 감독은 물론이고 이에 대한 자료와 입장, 계획 등이 부재한 실정이다. 하지만 보건복지부의 태도에는 당분간 별다른 변화가 없을 것으로 보인다. 보건복지부는 올해 초 교정시설내 의료 미비로 수용자들이 잇따라 사망하는 사건과 관련해 보건복지부의 책임 및 계획을 묻는 인권단체 의견서에 "교정시설내의 의료환경과 관련된 사안은 소관부처인 법무부의 개선노력이 필요한 것"이라며 자부서가 책임질 영역이 아니라는 입장을 분명히 했다. 다만, 공중보건의를 담당하고 있는 부서로써 "도시지역에 있는 교정시설에 공중보건의가 배치되도록 노력하겠다"라는 의견만 피력했을 뿐이다.

교정시설 수용자의 의료권 보장 문제는 정부가 적극적인 의지를 갖지 않는 한 결코 해결될 수 없는 문제다. 정부의 태도 변화가 없다면 "인재"로 인한 수용자들의 장례행렬은 그 끝이 보이지 않을 것이다.

13) 잇따른 구치소 수용자 사망사건 해결을 촉구하는 인권단체 의견서에 대한 법무부 답변서 중에서/ 2002. 1. 28

발제 2

외국의 교정시설 의료실태

김종명 (인도주의실천의사협의회, 의사)

최근 들어 교정시설 내에서 재소자사망사고가 잇따르고 있다. 이런 사망사고가 불가피한 측면에 의한 것인지 아니면 교정시설 내에서 제공되고 있는 의료제도가 안고 있는 문제들에 의해서인지에 대해서 논란이 분분하다. 여기서는 우리나라와는 다른 외국의 선례를 살펴봄으로써 간접적으로 우리나라가 안고 있는 문제점과 개선방향을 짚어볼 수 있는 계기를 마련코자 한다.

교정시설 내 제공되고 있는 의료권에 있어서 그 인식 측면이나 실태에서 가장 앞서가고 있는 곳이 바로 유럽을 위시한 선진국들이다. 여기서는 유럽을 중심으로 교정시설에 대한 의료서비스를 소개하고 실례에서 그 외 몇 나라의 실태를 소개하도록 하겠다.

이 글의 바탕이 되는 외국자료의 출처는 대부분이 교정시설 내 의료서비스와 관련된 인터넷 영문사이트이다.

피구금자의 건강권에 대한 외국 국가들의 인식

첫째, 피구금자의 건강권은 보장되어야한다.

피구금자들은 신체적 자유의 박탈로 인해 '건강권'이 침해받을 소지가 많다. 이에따라 국제기준에서는 피구금자의 의료권을 보장할 것을 규정하고 있다. 이에는 유엔의 피구금자 처우에 관한 최저기준규칙, 국제연합 피구금자 보호원칙, 유럽형사시설규칙(the European Prison Rules) 등이 있

다[14]. 이들 규정에서는 자격을 갖춘 전문의료진에 의해 치료를 받을 수 있는 권리를 보장하고 있다.

하지만 이들 규칙들은 피구금자들의 의료권에 대한 기본적인 시각의 긍정적인 면에도 불구하고 조항이 몇 개 되지 않아 너무 포괄적이며 구체적이지 못한 문제점이 있다.

둘째, 의료서비스에 있어서 차별이 없어야 한다.

국제기준보다 훨씬 정교하고 건강권의 인식수준이 잘 드러나고 있는 것은 유럽평의회(council of Europe)의 각료위원회(Committee of Minister)가 채택한 교도소내 보건의료의 윤리적 및 조직적 면에 관한 권고안(R(98)7)[15]이다. 이 권고안은 74개의 조항으로 구체화하여 이 원칙에 따라 유럽연합소속 국가들이 법안을 재검토하도록 하고 있다.

이 권고사항에서 드러나는 의료에 대한 인식은 단순한 의료권을 보장할 것을 넘어선다. 가장 중요한 시각은 사회일반에서 제공하고 있는 의료서비스와 교도소내에서 제공되는 의료서비스가 동등해야 함을 강조하고 있는 것이다. 의료의 접근성, 형평성, 질, 연속성 등의 측면에서 양자간에 차별이 없어야 한다는 것이다. 이러한 시각은 기존의 교도소내 의료권이라는 제한적인 시각을 뛰어넘는다. 왜냐면 이러한 시각의 바탕에 깔린 의미는 피구금자를 사회와는 동떨어진, 사회로부터 격리된 사람들로 바라보는 것이 아니라 그들도 우리와 똑같은 사회를 구성하는 일부로서 바라보기 때문이다.

이러한 인식은 특히 영국에서 잘 나타나 있다. 영국은 최근 재소자 의료서비스에 대해 일대 개혁을 단행하고 있는데 여기에서 위와 같은 인식을 찾아 볼 수 있다. 영국에서는 65000여명이 항상 수감되어 있고 1년에 20만1천여명이 수감생활을 경험하고 나온다. 이들은 형을 받은 기간동안만 잠시 구금될 뿐이며 곧 자신의 건강상의 문제를 그대로 안고 사회로 되돌아간다. 열악한 구금시설의 환경은 전염성 질환을 퍼트리는 원인이 될 수가 있고 동료로부터 마약복용 등의 잘못된 인식을 배울 수도 있고 피구금자의 정신건강을 더욱 악화시킬 수도 있다. 따라서 교도소내에서의 사회와 동일한 수준의 의료서비스와 건강증진의 제공은 사회로 복귀시 사회적응을 원활히 하여 범죄를 감소시키는 역할을 할 뿐만 아니라 고위험집단의 이환율을 감소시켜 장기적으로 NHS에 대한 의료요구도 감소시켜준다.. 또한 교도소내에서의 자살이나 타살 등의 사건도 예방을 해주기도 한다. 이는 결국 피구금자로서의 개인, 그들과 함께하는 사회, 그리고 NHS 모두에 긍정적 효과를 가져온다.

14) 부록참고
15) 부록참고

셋째, 피구금자의 특성을 반영하고 있다.

피구금자들은 일반인과는 다른 건강상의 문제들이 나타난다. 조사에 의하면 피구금자의 약 70% 정도가 정신과적 문제나 약물남용의 문제를 안고 있다. 이에 따라 교정시설내의 정신과적 상담과 치료가 강조되고 있다.

영국(England and Wales)

현황

영국은 134개의 교정시설에 62,000명이 구금되어 있다. 128개가 정부관리하에 있고 6개는 민간에 위탁되어 있다.

역사적으로 재소자 보건의료(prison service)는 NHS(national health service,국영의료서비스)와 분리되어 재정이 운영이 되고 조직화되어 있다. 이는 Home Office내 교정시설 담당부서에서 책임진다. prison service에 대한 일차적인 책임은 교정시설의 장이 가진다. 의료인력은 교정시설의 장이 직접 고용하거나 다양한 계약의 형태로 운영이 된다. 대부분의 교정시설이 의무관을 full-time으로 고용하거나 혹은 그 지역의 일반의(GP)와 part-time으로 계약한다. 정신과 의사나 치과의사같은 전문의는 NHS의 전문의를 이용하는 경향이다. 몇몇 교정시설과 대부분의 민간시설은 지역 GP 혹은 NHS와 계약으로 의료가 제공된다.

교정시설내 의무실(의료센터)에서 제공되는 서비스의 수준에 따라 4가지 형태로 구별이 된다.

의료센터의 형태	제공되는 서비스의 수준	센터의 수	의료진의 수
1	파트타임으로 고용된 의료진에 의해 낮시간 근무	36	145
2	정규직 의료진에 의해 낮시간 근무	33	219
3	24시간 간호사가 상주하며 입원시설을 갖춤	61	1490
4	3의 형태를 갖추고 있고 국가적 혹은 지역적 평가센터의 역할을 병행	4	172

1996/97년 의료진은 1년동안 200만건 이상의 진료상담을 하였고 이중 27%가 의사와, 9%는 NHS전문의사, 대부분의 2/3는 간호사나 의료담당직원(health care officer)에 의해 이루어졌다. 전문의에 이루어진 대부분은 정신과(27%), 치과(30%)였다.

전체 의료진의 수는 1986명이고 이중 의사는 9.6%를 차지하고 있다.

의료비용

1997/98회계연도에 수립된 보건의료예산은 850만 파운드이다. 교정시설 전체 예산중 보건의료비가 차지하는 비중은 각 시설마다 차이가 심한데 3%-9%사이이다. 보통 교정시설내에서 행해지는 의료비는 자체예산에서 충당되고 밖에서 이루어지는 의료비는 NHS에서 책임진다. NHS의사가 방문하여 이루어지는 의료비는 일관되어 있지 못하다.

개혁의 움직임

전통적으로 재소자 보건의료서비스(Prison service)는 국영의료서비스(NHS)와는 연계없이 독자적으로 교정시설내에서 제공되어 왔다. Prison service는 재소자들에게 NHS에서 제공되는 의료서비스와 동일하게 제공해줄 것을 목적으로 하긴 하였다. 그러나 실질적으로 Prison service가 그러한 목적를 충족시키지 못하자 상당한 내외적인 비판에 직면하게 된다.

1990년이래 교정시설 사찰단(Prison Inspectorate)의 개별시설에 대한 연례 보고서에서는 이 문제를 공식적으로 제기하였다. 1996년에 사찰단의 대표단(HM Chief Inspector of Prisons)은 'Patient or Prisoner?'라를 보고서를 제출하여 재소자 보건의료서비스에 대한 책임을 NHS로 이관할 것을 권고하였다. 이후 영국정부는 이를 검토하기 위해 Prison service와 NHS가 공동으로 Working Group를 구성하여 실태파악과 그에 기반한 대책을 마련토록 하였다.

Working Group은 38개 교정시설을 선정하여 의료서비스의 제공방법, 의료의 질, 재원, 효과, NHS와의 연계정도 등을 조사하였다. 평가원칙은 의료서비스의 동등성(epuivalence of care)을 기준으로 하였다. 근거로 제시된 것은 다음과 같다. 기존의 영국에서 재소자 보건의료 원칙(Health care Standards for Prisoners)이 '재소자에게 제공하는 의료서비스는 그 질과 범위에서 NHS가 일반국민에게 제공되는 것과 동일해야 한다'고 규정하고 있다. 또 유럽형사시설규칙(European prison rules)에서 '보건의료는 지역사회 또는 국가의 일반보건행정과의 밀접한 관련하에 조직되어야 한

다.'고 되어 있다. 정부공식보고서(Government White Papers)에서도 보건의료를 전국민을 대상으로 하는 것으로 하고 있으며 재소자와 국민간에 차별을 두고 있지 않다. 따라서 재소자가 구금되어 있다는 것 자체로 인해 동등한 의료서비스를 받을 권리를 박탈하진 못한다. 그래서 의료서비스가 재소자에게도 동등하게 제공되어야 하며 구체적으로는 동등한 보건의료정책, 동등한 기준, 동등한 제공을 평가기준으로 삼았다.

Working Group의 조사결과 드러난 문제점들은 다음과 같다.

- 의료인력이 NHS의 main stream으로부터 고립되어 있다.
- 현존 의료인력이 부족하고 확보도 어렵다.
- 의료인력의 질이 NHS 기준에 미치지 못해 제공하는 1차의료의 질이 낮다.
- 의료진의 사기가 떨어져 있다.
- NHS와의 연계가 부족하거나 없으며 NHS도 포용력이 없거나 개입을 꺼려한다.
- 정신질환자의 외부병원으로의 후송과정에서 자주 지연되는 경우가 존재한다.
- 비전문인력에 의해 의료서비스가 제공되는 사례가 존재한다.
- 구금(custody)과 healthcare사이에 갈등이 존재한다.
- 의료서비스의 발전전략이 부재하다.

Working Group은 실태파악을 토대로 재소자 보건의료의 변화방향을 세가지 수준에서 검토를 하였다.

첫째는 현재의 시스템의 유지, 강화 둘째, NHS와 교정시설 의료서비스가 조직적으로 밀접히 협조체제를 유지하는 파트너쉽, 셋째, NHS로의 완전한 이관. 애초 교정시설 사찰단(Prison Inspectorate)에서는 교정시설 의료시스템의 NHS로의 완전한 이관을 주장하였으나 Working Group은 NHS로의 급작스런 완전한 이관은 조직관리, 조직문화, 인력에 있어서 문제로 어렵다고 보고 양자간의 밀접한 협조체제를 이룩하는 파트너쉽을 새로운 변화방향으로 제시하였다.

Working Group이 제시한 개혁의 방향에 따라 1999년 두 개의 팀이 구성되었다. 하나는 정책단위(Policy Unit)로 교정시설 의료서비스의 개혁에 관한 분명확 전략과 방향을 제시하고 의료서비스를 표준화하고 그 과정을 모니터링 하는 것을 주요 역할로 삼는다. 실무위원회(Task Force)는 현장에서 개혁의 집행을 이끌고 조언자 역할을 하며 개혁의 장벽을 제거하고 해결책을 제시하는 업무

를 담당한다.

Working Group가 제시한 행동지침(aqction points)은 다음과 같다.

- 재소자들의 의료필요도조사(need assessments)를 시행할 것.
- 입소시 재소자의 포괄적인 건강평가의 지침을 마련할 것.
- 의료 필요에 따라 1차의료팀(primary care)을 구성하고 이들의 질향상을 위해 실용적 교육을 실시할 것.
- 2차의료(secondary care)는 NHS의 틀(framework)과 일치되게 제공할 것.
- 정신질환자의 관리는 의뢰와 입원에 있어 NHS의 틀을 그대로 따를 것.
- 제공되는 질이 NHS수준을 유지할 것.
- 의사는 NHS에서 규정하고 있는 GP자격을 갖춘자만을 고용할 수 있도록 하고 지금의 의사는 재교육을 시킬 것.
- 입원시설을 갖춘 거점 교정시설, 청소년과 여성으로 특화된 교정시설을 설립할 것.
- NHS와 교정시설 간 의료정보의 교환과 공유를 위해 재소자 건강정보시스템을 구축할 것.
- 재소자 건강향상을 평가할 수 있는 프로그램을 고안, 시행할 것.

Working Group은 위와 같은 계획을 2002년까지 완성이 되는 5개년 계획을 현재 실행하고 있다.

참고> http://www.uncjin.org/Laws/prisrul.htm
http://www.hmprisonservice.gov.uk/

미국(플로리다주)

미국의 교정시설내 보건의료서비스는 주와 연방정부가 민간의료제공업자(health provider organisations)와의 계약체결로 이루어진다. 즉 교정시설의 의료서비스가 전적으로 외부 의료제공업체에 의해 제공된다. 이들 의료제공업체들은 교정시설에만 보건의료서비스를 전담한다. 대표적인 업체가 Correctional Medical Services(CMS),America Service Group Inc. 등으로 이들은 수천여명의 의료진을 고용하고 있다. 이들이 제공하는 의료서비스는 1차의료, 치과,정신보건 등이다.

플로리다주 교정시설에는 총 131개에 72,000여명이 수감되어 있다.

FY 2000-01 Correctional Budget of florida

Department Administration	$ 62,746,451	(3.8%)
Custody and Control	$ 1,039,643,013	(63.5%)
Health Services	$ 246,174,629	(15%)
Community Supervision	$ 229,093,922	(14%)
Programs	$ 59,041,344	(3.6%)
Total Expenditures	$ 1,636,699,359	

Inmate Cost Per Day for All Department Facilities(Excluding Private Prisons)

Fiscal Year	Total	Operations	Health Services	Education
2000-01	$ 49.65	$ 38.32	$ 9.93	$ 1.40

참고> http://www.dc.state.fl.us/secretary/legal/ch33/index.html
http://www.cmsstl.com/services.html
http://www.asgr.com/
http://www.dc.state.fl.us/pub/statsbrief/cost.html

캐나다

캐나다는 52개의 교정시설이 5개 구역(regions)으로 나뉘어져 있고 약 13,500명이 수감되어 있다. 각 교정시설마다 정신보건담당 간호사, 건강증진담당 간호사, 의사, 정신과의사, 치과의사, 영양사, 방사선기사, 물리치료사 들이 근무하고 있다. 각 구역마다에는 피구금자의 일반질환에 대한 치료를 위해 병원시설이 갖추어져 있고 또한 정신질환에 대한 평가와 치료를 할 수 있는 입원시설이 갖추어진 정신센터가 하나씩 갖추어져 있다.

교정시설내 보건의료서비스는 캐나다행형법(CCRA1992) 조항 85-87에 근거를 두고 있는데 필수의료서비스(Essential health care)의 제공과 비필수정신보건서비스(non-essential mental health care)에 대한 접근성을 보장토록 규정하고 있다. 이는 시행령(CD 800)에서 49개 조항으로 더욱 구

체화되어 있다.

CD800은 보건의료서비스 제공의 목적(제1항)을 '사회일반에서 제공되어지는 의료서비스와 동등한 접근성을 보장토록 한다'라고 명확히 명시하고 있다. 필수의료서비스에는 질병의 검진, 치료, 의뢰 외에도 emergency health care, urgent health care, mental health care, dental care(의치포함)를 포함하고 있다. 단 법에 규정되어 있지 않은 비필수의료서비스에 대한 요구는 전적으로 피구금자의 자비를 조건으로 교정시설의 장의 허락하에 제공되어질 수 있다. 의료서비스는 24시간 제공해야 한다. 피구금자가 진료를 요구할 시엔 지체없이 의료진의 진찰을 받도록 해야 한다. 교도관들에게는 피구금자가 아픔을 호소하든 그렇지 않든간에 건강상 문제가 있어보이면 이를 의료진에게 알릴 의무가 있다. 구금시설에 입소시에 2일 이내에 의사소통의 여부, 의학적 · 정신과적 · 치과적 치료의 필요유무, 지속적인 치료의 필요 유무, 활동제한의 필요유무를 반드시 평가하도록 건강진단 항목이 규정되어 있다. 또 입소 14일이내에 건강상태, 예방접종, 결핵검진, HIV감염 확인, 건강교육, 건강증진프로그램 등에 대한 종합적인 평가를 할 것을 규정하고 있다.

2000/2001 회계연도 교정시설의 총 지출은 $1.3 billion이며 봉급(salary)으로 $822.7M, 자본지출(capital expenditures)로 $114.6M 운영자금(operating costs) $400.4M 이었다.

참고> http://laws.justice.gc.ca/en/C-44.6/36982.html
http://www.csc-scc.gc.ca/text/plcy/cdshtm/800-cde.shtml
http://www.csc-scc.gc.ca/text/faits/facts07-content03_e.shtml

프랑스

1994년에 피구금자를 위한 보건의료의 책임이 보건성(ministry of health)으로 이관되어 공공병원에서 담당을 하고 있다. 그 전까지 의료서비스는 법무당국이 재정을 제공하고 교정시설의 장의 소관아래 이루어졌었다.

프랑스에는 149개 교정시설이 있고 피구금자 수는 약 45,000명이다. 21개 교정시설에 구금되어 있는 약 10,000여명은 민간의료업자(private medical teams)에 의해 제공되고 있다.

1994년의 법 개정의 목적은 피구금자에게 지역사회와 같은 수준으로 의료의 질과 연속성을 제공하기 위함이다. 이로 인해 일반의와 간호사 등 의료인력 자원이 두 배로 증가되었으며 의료진의 독립성의 보장으로 인해 의사와 환자간의 신뢰관계가 공고해졌다. 모든 피구금자는 구금첫날부터

출소후 1년까지 사회보장(social security)의 혜택을 받는다.

각 교정시설은 가까운 공공병원과 협정을 맺어 의료진이 직접 방문하여 상담 및 외래진료(UCSA, consultation and health care unit)를 책임진다. UCSA는 일반의, 치과의사, 전문의, 약사, 간호사로 구성이 되며 의무는 다음과 같다. 첫째, 교정시설 내 의료를 책임진다. 여기에는 일반적인 의료상담, 입소 시 건강검진, 투약, 치과진료, 전문의 진료가 포함된다. 근무외 시간의 응급호출은 병원에서 담당한다. 둘째, 병원입원이 필요시 이를 책임진다. 셋째, 각종 질병에 대한 예방활동을 한다. 넷째, 출소후의 의료의 연속성에 위한 계획을 담당한다.

정신보건서비스는 지역사회의 정신보건팀에 의해 제공이 된다.

참고> http://www.hipp-europe.org/news/may98/0080.htm
http://www.justice.gouv.fr/publicat/santegb.htm

오스트리아

오스트리아에는 29개의 교정시설이 있으며 전체 피구금자 수는 약 7000여명이다.

교정시설 내 의료서비스는 법무부의 책임 하에 제공되고 있다. 각 교정시설에는 의무실이 갖추어져있고 3개의 교정시설은 자체적으로 병원수준의 시설이 있다. 교정시설 내 의무기록의 보안과 의사의 전문성의 중요성을 참작하여 대부분의 의사들은 독립성이 보장되는 자유계약에 의해 고용이 된다. 오직 소수만이 공무원신분을 유지하고 있다.

8개의 도시에는 교정시설 밖에서 치료가 필요한 피구금자를 위해 보안을 갖춘 병원시설이 각각 존재한다. 거기에서 치료가 어려운 경우에는 일반 병원으로 이송이 된다. 정신질환자를 치료하기 위해 2개의 특수병원시설이 있고 경한 질환자의 경우에는 교정시설 내에서 치료를 받는다.

참고> http://www.hipp-europe.org/resources/internal/austrian-prisons.htm

발제 3

수형자 의료권에 대한 국내법 및 국제인권법적 검토

이상희 (민주사회를위한변호사모임, 변호사)

1. 개론

수용자가 격리된 시설 내에 수용되어 있다는 것만으로 심신에 중대한 악영향을 받고 건강도 쉽게 손상받을 수 있으며[16], 자유를 구속받고 있는 수용자는 자신의 건강에 대한 침해에 일반인과 동일한 방법으로 대처할 수 없기 때문에, 국가는 수용자의 신체적, 정신적 건강을 배려할 의무가 있다.

수용자의 신체적, 정신적 건강을 배려할 의무에는 위생 관리의 측면과 의료 보호의 측면으로 나눠지나, 이하에서는 '의료'의 측면만 다루도록 하겠다.

2, 의료와 관련된 국내 법규 내용

가. 의료에 관하여

(1) 소장은 신입자에 대하여 지체없이 건강진단을 하여야 하고(행형법 제8조 ②), 독거수용자 및

16) 박재윤, 수형자의 법적지위에 관한 연구, 성균관대학교 박사학위논문, 1991. 112면

20세 미만의 수용자에 대하여는 3월에 1회이상, 기타의 수용자에게는 6월에 1회 이상의 건강진단을 시행하여야 한다(시행령 제97조)[17].

소장은 다른 사람에게 전염의 염려가 있는 질병에 걸린 자의 수용을 거절할 수 있고(법 제9조), 수용자에게 전염병예방에 필요한 조치를 하여야 한다(법 제25조). 전염예방에 필요한 조치로 소장은 전염병의 유행지를 출발 또는 통과한 수용자에 대하여는 수용한 날부터 1주 이상 격리시키고, 그의 휴대품을 소독하여야 하며(시행령 제98조), 수용자에게 전염병예방을 위한 예방접종 기타 필요한 조치를 할 수 있고(시행령 제99조), 전염병이 유행할 때에는 자비부담 음식물의 공급을 금지할 수 있다(시행령 제100조).

그리고 소장은 수용자가 전염병에 걸린 때에는 즉시 격리수용하고 엄중히 소독한 후 그 상황을 법무부장관에게 보고하여야 하며, 당해 교도소 등의 소재지를 관할하는 보건소장에게 그 사실을 통보하여야 한다(법 제27조, 시행령 제101조).

소장은 질병에 걸린 수용자에 대하여 병실수용 기타 적당한 치료를 하여야 하고(법 제26조), 수용자의 치료상 특히 필요하다고 인정하는 때에는 의무관 이외의 의사로 하여금 치료를 하게 할 수 있으며 여자수용자의 분만에 필요하다고 인정하는 경우에는 조산부를 둘 수 있다(시행령 제103조).

소장은 수용자에 대한 적당한 치료를 하기 위하여 필요하다고 인정하는 때에는 당해 수용자를 교도소 등의 밖에 있는 병원(정신질환을 치료하기 위한 경우에는 의료기관 개설허가를 받은 치료감호소를 포함한다)에 이송할 수 있는데(법 제제29조), 이 때 의무관의 진단서와 이송한 병원과의 협의서를 첨부하여 지체없이 그 사유를 법무부장관에게 보고하여야 하며, 외부병원에 이송된 자가 입원의 필요가 없게 되었을 때에는 지체없이 환소시키고 그 사유를 법무부장관에게 보고하여야 한다(시행령 제105조).

17) 건강진단에 대한 **법무부 훈령** '재소자 건강진단 규칙'에 의하면,
① 혼거구금한 20세 이상의 자에 대하여는 4월과 10월, ②혼거구금한 20세 미만자 및 독거구금한 20세 이상자에 대하여는 1월, 4월, 7월, 10월, ③독거구금한 20세 미만자에 대하여는 매월 건강진단을 실시하여야 한다.
그리고 건강진단은 신체에 대한 것과 정신에 대한 것이 있는데, 신체에 대한 것은 키, 몸무게, 가슴둘레, 영양상태, 팔·다리, 시력, 청력, 치아, 언어, 혈압, 질병 기타 신체상의 이상유무 등에 대하여 실시하고(질병 기타 신체상의 이상유무는 검사시 발견된 것을 기재하되, 특히 급성전염병, 결핵성 질환, 나병, 성병, 심장질환, 뇌·신경계 질환, 고혈압, 당뇨병, 전염성 피부병, 눈병, 귓병, 구강내의 질환 등을 발견하는데 주의하여야 한다고 규정하고 있다), 신체건강진단을 마친 후 지능감정, 의지 기타 정신상의 이상유무에 대하여 진단(정신건강진단(을 하도록 하고 있다. 정신건강진단은 질문에 대한 응답, 정서반응의 변화 및 태도관찰 등 일반적인 방법으로 검사하고 정신과적 관찰이 특히 필요하다고 인정되는 때에는 정신의학분야의 전문의사 또는 관계전문가로 하여금 정신감정을 실시하게 하여야 한다.
건강진단 결과 보건위생상 필요하다고 인정되는 때에는 특히 본인에게 주의를 시키고 치료·보호·교정 등 적당한 조치를 하여야 한다. 그리고 석방자에 대하여는 석방시에 건강진단을 실시하여야 한다.

소장은 수용자의 질병이 위독한 경우에는 그 사유를 가족에게 통지하여야 한다(시행령 제104조).

그리고 수용자가 자비로써 치료를 원하는 때에는 필요에 의하여 당해 소장은 이를 허가할 수 있다(법 제28조).

(2)의료에 관하여 원칙적으로 재소자의 건강보호와 질병치료에 대한 의무를 국가에게 부여하고 있으나, 예외적으로 재소자의 자비치료를 인정하고 있다.

나. 의료직 공무원의 직무에 대하여

의료직 공무원에는 의사, 약사, 간호사, 의료기술직, 공중보건의 등이 있는데, 교도관직무규칙에서 규정하고 있는 업무 내용은 다음과 같다.

의무관은 상관의 지휘, 감독을 받아 수용자에 대한 건강진단·질병치료 등 의료에 관한 사무와 교도소 등의 위생에 관한 사무를 담당하고, 약물담당공무원은 상관의 지휘·감독을 받아 의무관의 처방에 따른 약의 조제와 약품 기타 의료품[18]의 보관 및 수급에 관한 사무를 담당하며 교도소 등의 위생에 관하여 의무관을 보조하고, 간호사는 상관의 지휘·감독을 받아 질병에 걸린 수용자에 대한 요양상의 간호 또는 의무관의 진료보조 등의 사무를 담당한다.

의무관은 환자를 진료할 때 수용자 진찰부 및 당해 수용자의 병력부에 그 병명·증세·과거병력·처방 등을 기재하여야 하고, 수용자 진찰부는 매일 소장의 결재를 받아야 하며, 전염병환자가 발생하였거나 발생할 우려가 있는 때에는 지체없이 소장에게 이를 보고하고 치료와 예방에 노력하여야 하며, 응급환자가 발생한 때에는 정상 근무시간이 아닌 때라 할지라도 지체없이 출근하여 진찰·진료하여야 한다. 그리고 의무관은 환자의 치료를 위하여 수술할 필요가 있는 때에는 미리 소장에게 보고하여 허가를 받아야 하며, 의무과 및 병사에 근무하는 교도관과 간병 수용자에 대하여 매월 1회 이상 건강진단을 실시하여야 한다.

또한 의무관은 의무과 및 병사 등에 근무하는 정복교도관에 대하여 전염병의 예방·소독 기타 의료업무 수행에 필요한 소양교육을 월 1회 이상 실시하여야 하고, 간병 수용자에 대하여 환자에 대한 간호요령·구급요법 등 간호에 필요한 사항을 훈련시켜야 한다.

18) '재소자 의약품 관리규정(예규관리 제377호, 1993. 2. 26.)'에서 교정시설 내에서 사용되는 의약품의 구입, 보관 및 투약 등에관 하여 규정하고 있다.

의무관은 ①작업 및 운동의 종류 또는 그 방법, 급식 등에 수용자의 보건을 위하여 부적당한 것이 있는 때, ②신입자 또는 수용자 중 정신이상의 의심이 있는 자 등이 있는 때, ③신입자 또는 수용자의 체질, 병증 기타 건강상태로 인하여 구금, 작업, 급식, 기타 처우의 방법을 변경할 필요가 있는 때, ④질병으로 인하여 징벌의 집행 또는 석방에 지장이 때는 때, ⑤ 질병을 숨기거나 꾀병하는 자가 있는 때, ⑥환자를 일반 병원에 이송하거나 교도소의 의무관이 아닌 의사로 하여금 직접 또는 보조치료를 하게 할 필요가 있는 때에는 그 상황 및 의견을 지체없이 상관에게 보고하고 그의 지시를 받아 이를 처리하여야 한다.

3. 국제인권원칙을 기준으로 한 의료 관련 행형제도의 미비점

가. 행형에 관한 국제인권원칙으로 '시민적 및 정치적 권리에 관한 국제규약(약칭 국제인권 B규약) 및 그 선택의정서', '국제연합 피구금자 처우에 관한 최저기준규칙(약칭 최저기준규칙)', '국제연합 피구금자 보호원칙(약칭 보호원칙)', '미결구금자에 관하 결의'(이 결의는 미결구금자에 대한 처우만을 다루고 있다), ' 유럽인권조약', '유럽형사시설규칙' 등이 있다[19].

국제인권원칙이 우리 행형제도의 절대적 기준이 될 수는 없으나, 인권의 개념이 보편화, 국제화되고 있고, 국제적으로 인정받고 있는 행형원칙이 국제연합을 중심으로 만들어져, 이를 지키는 것이 국제연합 가입국의 하나인 우리에게도 요구되는 일이므로[20], 국제인권원칙과 우리 행형제도를 비교해보는 것은 중요한 의미를 가진다.

나. 시설에 관하여

(1)최저기준규칙[21]에서는 '상당한 정신의학 지식을 가진 1명 이상의 자격있는 의사의 의료를 진료를 받을 수 있도록 하여야 한다', '의료업무에는 정신이상의 진찰과 적절한 경우 그 치료업무가

19) 이 중 국제인권 B규약은 한국이 비준한 조약으로 국내법적 효력을 가지고 있으나, 그 외의 조약은 법적 효력이 없다. 그러나 위의 조약들에 대한 존중이 국제적으로 기대되고, 또 국제인권규약을 비롯한 인권관계 조약을 해석할 때에 유력한 기준으로 평가되고 있다(국제인권원칙과 한국의 행형, 박찬운 · 김선수 외, 역사비평사).
20) 국제인권원칙과 한국의 행형, 박찬운 · 김선수 외, 역사비평사, 12면
21) 최저기준규칙 제22조

포함되어야 한다', '병원 설비가 시설 내에 있을 경우, 의료 장비, 비품 및 의약품은 환자의 간호 및 치료에 적합한 것이어야 하며 적절히 훈련된 직원이 배치되어야 한다', '모든 피구금자는 자격있는 치과의사의 치료를 받을 수 있어야 한다'고 규정하고 있고,

유럽형사규칙[22]에서는 '적어도 1명의 일반의를 배치해야 한다', '병원 설비가 시설 내에 있을 경우, 의료 장비, 비품 및 의약품은 환자의 간호 및 치료에 적합한 것이어야 하며 적절히 훈련된 직원이 배치되어야 한다'고 규정하고 있다.

(2)이와같이 국제인권원칙에는 상주의사 배치규정, 적절한 진료를 위한 설비, 의약품등의 규정을 두고 있으나, 우리 행형법에는 이와같은 규정을 두고있지 않아 의료정책에서 교도소 등이 밀리고 있는 형편이다.

가장 큰 문제는 의료인력의 부족이다.

2001. 9.17. 현재 44개의 교정시설(수용인원 62,724)에 의사의 정원이 64명이나 53명만(이중 비전임이 10명)이 근무하고 있고, 간호사 65명, 의료기술직 10명, 약사 2명이 근무하고 있어 의료인력이 부족하다[23].

그리고 의료진의 부담과 책임이 상당히 과다하다. 교도관 직무규칙에 의하면 '응급환자가 발생한 때에는 정상 근무시간이 아닌 때라 할지라도 지체없이 출근하여 진찰,진료하여야 한다'고 규정하고 있는데, 대부분의 교도소가 의사 한명 만을 두고 있어 담당 의사는 365일, 24시간 대기 상태에 있어야 한다. 그리고 '응급환자' 여부를 당직 교도관의 보고에 의하여 결정할 수 밖에 없기에, 적절한 치료의 기회를 상실하는 경우가 생길 수 있다.

1993년에 서울구치소에 수감중인 당뇨병 환자가 하지의 무력감과 동통을 호소하는데도 구치소의 당직의사 등이 적절한 치료 및 외부 병원 이송등의 조치를 소홀히 하여 하지동맥폐색등으로 양하지를 절단한 사건이 발생했는데, 이 사건 역시 일요일에 사건 당사자가 정신을 잃고 쓰러졌으나 의사가 담당 교도관으로부터 전화로 연락을 받고 전화로 처방만 지시하였을 뿐 진찰 또는 치료를 하지 않아 증상이 악화되어 결국 양 다리를 절단하게 되었던 것이다(서울지방법원 1996. 2. 14.선고 94가합25631 판결).

22) 유럽형사시설규칙 제26조
23) 참고로, 1998. 4. 현재 일본 행형시설의 의료전문직원의 현황은, 의사 226명, 약제사 435명, 의료방사선기사 20명, 임상 및 위생검사기사 16명, 간호사 252명이 있다고 한다(박성찬, 기, 미결수용자의 처우실태와 개선방안에 관한 연구, 건국대학교 석사학위논문, 97면).

두 번째, 의료장비의 부족이다.

위 국제인권원칙은, 병원설비가 시설내에 설치되어 있는 경우, 환자의 간호 및 치료에 적합 시설이어야 한다고 규정하고 있다.

미국의 Newman v.State 판례에서도, Alabama 주 교도소의 의료조치가 '거칠고', '한기를 느끼는 충격'으로서 연방헌법 수정 8조에 위반된다고 하면서, 시설내의 긴급조치 불비, 직원의 의료품 부족 등을 연방정부의 진료프로그램 기준에 만족하도록 개선할 것을 명하였다[24].

그런데 우리나라의 경우, 의료장비의 부족 문제는 심각한 수준에 이르고 있다.

다. 외부병원 이송에 관하여

최저기준규칙[25]과 유럽형사시설규칙[26]에서'전문의사의 치료를 요하는 질병을 가진 피구금자는 전문시설 또는 일반병원에 이송되어야 한다'고 규정하고 있다.

교정시설에서의 의료 시스템의 한계를 인정하고, 수용자에게 적절한 의료서비스를 받을 수 있도록 하고 있다. 그러나 우리 행형법에서는 '소장이 수용자에게 적당한 치료를 하기 위하여 필요하다고 인정하는 때에는 외부병원에 이송할 수 있다'고 규정함으로써, 적절한 의료서비스를 받기 위한 외부병원의 이송을 수용자의 권리 사항이 아니라 소장의 재량사항으로 두고 있다.

그리하여 실무에서는 위 재량규정에 의하여, 교도관의 부족과 보안상의 이유를 들어 외부병원 이송을 거의 허용하지 않거나 선별적으로 운영하고 있으며, 외부병원 이송을 위한 수용자의 권리가 인정되지 않고 있다.

그러나, 수용자의 정신적, 신체적 건강은 보호되어야 하고, 행형법에서도 수용자에 대하여 적당한 치료를 하여야 한다고 규정하고 있는바, 외부병원 이송을 적극적 의무규정으로 개정할 필요가 있다. 그러나 현행 행형법하에서도 소장에게 적당한 치료를 하여야 할 의무가 있는 이상, 외부병원에 이송할 필요가 있는 경우 이송 의무가 있다고 해석하여야 할 것이다.

참고로, 독일 행형법은 제65조제2항에서 '수형자의 질병이 교도소 또는 의료교도소에서 발견 또는 치료될 수 없거나 그 수형자를 적시에 교도소 의무실로 이송하는 것이 불가능한 경우에는 교도

24) 최병문, 미국의 수용자 인권, 교정연구 제10호, 2000
25) 최저기준규칙 제22조 제2항
26) 유럽형사시설규칙 제26조 제2항

소 외부의 병원으로 이송되어야 한다'고 규정하고 있다.

라. 기록접근권의 문제

'모든 형태의 억류, 구금하에 있는 사람들을 보호하기 위한 원칙' 제26조에서 '검사를 받은 사실, 의사 성명, 검사결과는 정확히 기재되어야 하고, 기록에의 접근은 보장되어야 한다'고 규정하고 있는데, 우리 의료법에서 환자에 관한 기록의 열람, 사본 교부 등을 인정하고 있으므로[27] 의료법에 의하여 기록 접근은 보장된다고 할 수 있다.

마. 기타

그 외 여성 수용자의 문제 및 미결수용자에 대하여

4. 기타 행형 실무상의 문제점

가. 수용자의 건강진단 실시청구권의 유무

행형법시행령 및 '재소자건강진단 규칙'에서 정기검진에 관하여 규정하고 있는데, 실무에서 정기건강진단이 제대로 이루어지지 않고 있는 것이 현실이다.

일본 법원은 '재감자의 질병의 치료는 구금을 행하는 국가로서 당연히 져야 할 의무'라고 하면서 정기건강진단을 요구한 수형자의 소를 적법하다고 인정하였다[28].

나. 의료 수준의 범위

27) 의료법 제20조(기록 열람등)
① 의료인 또는 의료기관 종사자는 이 법 또는 다른 법령에서 특히 규정된 경우를 제외하고는 환자에 관한 기록의 열람. 사본교부 등 그 내용확인에 응하여서는 아니된다. 다만, 환자, 그 배우자, 그 직계존비속 또는 배우자의 직계존속(배우자.직계존비속 및 배우자의 직계존속이 없는 경우에는 환자가 지정하는 대리인)이 환자에 관한 기록의 열람.사본교부 등 그 내용확인을 요구한 때에는 환자의 치료목적상 불가피한 경우를 제외하고는 이에 응하여야 한다.
28) 神戶地裁 1973. 9. 4. 판결(矯裁集 831면)

행형법에서 수용자는 적당한 치료를 받을 수 있다고 규정하고 있는데, 의료 수준(급부의 종류 및 범위)이 문제될 수 있다. 이에 관하여 아직 우리 학계나 법원에서 구체적인 기준을 제시하지 않았으나, 미국에서는 '일부러 의료에 관하여 무관심한 태도를 나타내는 경우, 즉 교도소의 의관이나 보안직원에 의하여 의료의 이용이 의도적으로 부정 또는지연되거나 일단 처방된 치료에 의도적으로 개입하는 경우는 헌법수정 제8조(과도한 보석금과 벌금을 부과하지 않을 것이며, 잔인하고 무자비한 형벌을 가하지 아니한다[29]) 위반이 된다고 하면서도, 사고라든지 단순한 태만 또는 치료방법에 대한 의견불일치와 같은 것은 의료과실을 이유로 구제를 청구하는 것은 별론으로 하고 위헌문제는 발생하지 않는다'고 판시하였고[30], 구체적으로 의료시설과 절차의 체계적 결함이 위고의적 무관심을 구성한다고 판시한 사례가 있다[31].

일본 법원은, 국가 상대의 손해배상청구 사건에서 '구금기관이 행하는 진료행위가 의학의 수준에 비추어 부당하거나 불합리한 경우에는 당해 진료행위에는 과오가 존재하고 그 처우는 위법이라고 해야 한다[32]'고 판시하였다.

다. 의사의 주의의무

교도소 담당 의사는 교도소 등에서 적정한 진단과 치료를 하는 것이 불가능할 경우 행형법(구 행형법) 제29조에 의하여 즉시 소장의 허가를 얻어 치료가 가능한 외부 병원으로 이송함으로써 환자로 하여금 시기에늦지 않게 적절한 치료를 받도록 하여야 할 주의의무가 있다(서울지방법원 1996. 2. 14. 선고 94가합25631 판결).

라. 자비 부담의 문제

29) Excessive bail shall not be required, nor excessive fines imposed, nor cruel and unusual punishments inflicted.
30) Estelle v.Gamble, 429 U.S. 97(1976). (위 박재윤 논문에서 재 인용)
31) Todoro v. Ward, 565 F 2d 48(위 박재윤 논문 재 인용)
32) 東京地裁 1979. 8. 27. 判決(矯裁集 616면)

참고자료 1

김대중 정부 시기에 발생한 교정시설 내 의료피해사례

1. 설 (제주 교도소/ 2002. 2. 2 뇌종양 판정)

- 2000년 5월 구속돼 제주교도소에 수감됐다. 설 씨는 그해 12월부터 갑작스레 손톱과 발톱에 피멍이 들면서 열이나고 두통이 생기자 이를 교도관에게 알렸으며 의무실이 남자사동에 있어 가는 건 어렵다고 해서 간호사가 방문해서 몇 가지 약을 처방해주었으며 또한 한차례 피검사를 받았으나 별다른 이상이 없다고 들었다. 두통은 그 후로도 계속됐으며 2001년 2월에는 감기 주사를 맡는 도중 온몸에 마비가 와서 정신을 잃기도 했다. 그 후로도 심한 두통증세가 계속됐으며 출소하기까지 몇 차례 더 혼절하는 상황이 발생했지만 제주교도소 의무과장은 "스트레스로 인한 것"이라며 계속적으로 타이레놀 성분의 진통제와 두통제만을 처방했다. 한편 그 달에는 오랫동안 무월경 상태가 지속돼 산부인과 진료를 받았나 산부인과에서도 '스트레스성'이라는 진단만 받았다.

하지만 2002년 1월 29일 출소해 1월 30일 찾아간 병원에서 의사는 "뇌종양"진단을 내렸다. 이에 설 씨는 지난 2월 중순 뇌종양 제거 수술을 받았으며 현재 방사선 치료와 항암치료를 받고 있다. 하지만 완치는 어려울 것으로 보이며 완치된다해도 후유증은 여전할 것이라는 게 주치의의 소견이다.

국립암센터에 따르면, △계속된 두통과 구토 △무월경증 △경련 △피부 반점 및 결절 등은 모두 뇌종양 초기환자들에게서 흔히 나타나는 증상이다. 따라서 국립암센터는 이러한 증상이 발견될 경우 꼭 뇌검사가 필요하다고 말하고 있다.

2. 박 !(수원 구치소/ 2002. 3. 24 사망)

- 2001년 11월 식당에서 타인의 핸드폰을 훔친 혐의로 기소돼 수원구치소에 수감됐다. 박 씨와 함께 한방에 수감됐던 동료재소자들은 박 씨가 입감 당시부터 심한 기침과 가래를 내뿜었다고 한다. 또한 얼마 후부터는 기침에 피가 섞여 나오기도 했다고 한다. 이에 동료 재소자들이 박 씨의 폐결핵을 의심하며 박 씨를 다른 방으로 전방시키고 적절한 치료를 해줄 것으로 요구했지만 소측은 피가 섞인 박 씨의 기침을 가져간 후 '별다른 이상이 없다'는 말

만 해주었고 일체 박 씨에 대한 건강진단 및 치료는 해주지 않았다. 후에 박 씨의 상태는 더욱 악화되어 제대로 거동하지 못하면서 옷에 변을 보는 일까지 발생했다. 이를 더 이상 참지 못한 동료재소자들은 박씨의 대변이 묻은 바지를 사방입구에 걸어놓고 항의시위를 전개하기도 하였다. 하지만 소측은 어떠한 진료나 치료도 해주지 않았고 박 씨는 이런 상태로 몇 일간 방치되다 1월 6일 오후 입에 거품을 물고 눈동자가 들어가는 등 갑작스런 발작 현상을 일으키면서 아주대 병원으로 후송됐다. 후송직후부터 뇌사상태에 빠진 그는 80일간 사경을 헤매다가 지난 2002년 3월 24일 병세가 악화되면서 사망했다. 후송당시 그의 병명은 '폐렴' 이었으며 사후 부검한 결과 '증증폐질환에 의한 심근경색'이 직접적인 사망 원인으로 확인됐다.

3. 김00(청주, 대전 교도소/ 2002. 3. 23 사망)

- 2000년 12월 청주교도소에 수감됐다. 당시 김씨는 심한 하혈증상을 보여 외부병원에 나가 진찰을 받았고 당시 의사로부터 자궁암 2기 진단을 받았다. 김 씨를 진료한 의사는 곧바로 수술을 해야 한다고 김 씨와 소측에 권고했으나 소측은 치료비가 없다는 이유로 수술을 회피한 채 김 씨에게 수술을 받고 오라며 1달간 구속집행정지로 풀어주었다. 하지만 별다른 연고도 수중에 돈도 없던 김 씨는 우선 수술비 절감을 위해 의료보험증 발급신청을 했으며 한편으로는 고소인과 합의를 보기 위해 뛰어다니던 중 재수감됐다. 그 이듬해인 2001년 3월말 1심에서 4년형을 선고받은 김 씨는 대전교도소로 이감됐다. 하지만 대전교도소측 역시 비용과 이미 청주교도소에서 수술을 위해 1달간의 시간을 주었다는 이유를 들어 치료에 나서지 않았고, 고작해야 진통제만을 처방했다. 추후 자궁암 3기 진단을 받게되면서 유관으로보기에도 심하게 복부가 팽창하는 등 상태가 악화되자 교도소측은 7월말 김 씨를 형집행정지로 출소시켰다. 이후 말기암 환자 요양시설인 충북 청주 성모꽃마을에서 요양을 시작한 김 씨는 이미 치를 받을 수 있는 때를 놓쳐 매일 하루 50-60알 이상의 진통제로 통증을 달래며 연명해왔으나 지난 2002. 3. 23일 병세가 악화돼 사망했다.

일반적으로 자궁암의 경우 초기를 조금 지난 2기라도 방사선 치료를 했을 경우 70%가 넘는 생존율을 보이고 있으며 또한 수술시기를 넘긴 3기, 4기인 경우에도 방사선 치료를 꾸준히 받는다면 다소 치료효과와 완치율은 타 질병에 비해 낮은 편이지만 생존율은 상당히 높은 것으로 알려져 있다. 따라서 교도소측이 기본적인 치료만 해주었더라도 김 씨는 그렇게 쉽게 죽지는 않았을 것으로 보인다.

4. 조 !(서울 구치소/ 2002. 1. 7 사망)

- 2001년 11월 교통사범으로 서울구치소에 수감됐으며 사망하기 일주일전부터 신체상의 이상징후가 나타났다고

한다. 조 씨와 함께 한방에서 생활했던 동료재소자들은 평소 건강하던 조 씨가 2002년 1월 2일부터 약간의 체끼와 호흡곤란을 호소했다고 한다. 이에 조 씨는 교도관에게 증상을 알려주었으며 이에 교도관은 구치소 의무과로부터 감기약과 소화제, 설사약 등을 받아와 조 씨에게 주었다. 하지만 약 복용이후에도 조 씨는 별다른 차도를 보이지 않았으며, 4일부터는 계속된 복통 등으로 움직이지도 못하고 음식도 입에 되지 못했다고 한다. 이에 동료재소자들은 교도관에게 이러한 상황을 알렸으나 교도관은 4일 진료는 이미 끝났고 5일은 토요일, 6일은 일요일인 관계로 의무관들이 출근하지 않는다는 이유로 조금 더 참으라고 이야기할 뿐 아무런 조치도 취하지 않았다. 결국 조 씨의 상태는 주말을 지나면서 더욱 악화돼 6일 일요일 오전 11시경부터는 제대로 숨도 쉬지 못하고 눈동자가 돌아가는 상태에 이르렀다. 이에 교도관들이 조 씨를 병사로 옮겼으나 당시 소에는 의무관이 없었던 것으로 알려져 있으며 상태가 더 위급해지자 당일 오후 6시 30분경 외부병원으로 후송했다. 하지만 조 씨는 병원으로 후송된 지 8시간만인 7일 새벽 3시 30분경 사망했다.

부검결과 조 씨의 비장은 보통상태에 비해 4배나 더 커져있던 것으로 확인됐으며 사인은 국소적 심근경색으로 밝혀졌다.

5. 구승우(울산 구치소/ 2001. 11. 19 사망)

- 2001년 11월 17일 벌금 미납으로 노역형을 선고받아 울산구치소에 수감됐다. 그러나 구 씨는 입감 다음날인 18일 오후 7시경부터 체온저하와 호흡곤란 등의 증세를 보여 급히 인근 외부병원으로 후송되었으나 19일 오전 3시경 사망하였다. 부검당시 구 씨의 몸에는 입감당시 건강했다는 유족들의 주장과는 다르게 피멍흔적과 구타흔적이 발견되었다.

그러나 이러한 뚜렷한 흔적에도 불구하고 구치소 측은 구 씨를 외부병원으로 후송한 것을 제외하고는 어떠한 치료나 진료도 하지 않은 것으로 알려졌다. 구씨의 시신을 부검한 국과수는 구씨의 사인에 대해 "외상성(外傷性) 쇼크사"라고 발표했으며 현재 이 사건은 인권위의 수사를 의뢰받은 검찰이 수사중이다.

6. 황00(의정부 교도소/ 2000. 12. 19 사망)

- 2000년 12월 과태료 96만원을 못내 노역형을 부과 받았으며 이후 의정부교도소에 수감됐다. 의정부교도소에서 12명의 동료 수용자들과 같은 방을 사용하게 된 황 씨는 입소당일부터 간질같은 발작증세를 보였다고 한다. 하지만 소측은 의사의 진단없이 의무실에서 간질약 처방했을 뿐이며, 12월 18일에는 상태가 심해져 두 차례에 걸쳐 의무실에 업혀간 후 병실사동에 수용됐다. 당일 병실사동에서 함께 잠을 잔 정 모씨에 의하면 황씨는 숨은 쉬고 있었지

만 미동조차 하지 않았으며, 교도관은 다음날인 19일 새벽 6시 30분경 황씨가 죽었다는 사실을 발견했다. 황씨는 순천향병원 응급실로 19일 오전 7시경 옮겨졌으나, 이미 사망한 상태였고 시신에는 온통 시퍼런 멍이 들어있었다. 의문사한 황씨의 사인은 1년 만에 법정에서 동료수감자에 의한 폭행으로 밝혀졌는데, 당시 교도관들은 황 씨가 폭행당했다는 사실과 그에 따른 충격으로 의식을 잃는 등 상태가 악화됐음에도 불구하고 몇 시간동안 아무런 조치도 취하지 않다가 사망한 것이 발견된 후에야 병원으로 옮긴 것으로 확인됐다.

황 씨 사건은 2001년 11월 법원에서 소측의 잘못(폭행 및 치료방치 등)이 인정돼 유족들에게 손해배상을 하라는 판결이 내려졌다.

7. 박　(청송 제1 보호 감호소/ 2000. 8 직장암 판정)

- 청송 제1 보호 감호소 수감중이던 박 씨는 2000년 1월 항문 출혈이 계속되자 암을 의심해 의무과 진료를 요청했으나 당시 의무과장은 박 씨의 증상을 "치질"이라고 일축했다. 이를 미심쩍어 하던 박 씨는 본인이 갖고 있던 의학서적을 탐독한 결과 직장암이란 결론에 이르게되었고 정확한 진단을 받게 해달라며 외부병원에 내보내 줄 것으로 요구했다. 그러나 소측은 이러한 박 씨의 주장을 계속 묵살하다가 5달이 지난 6월 16일 외부병원 진료를 허락했다. 당시 박 씨를 진찰한 안동성서병원측은 직장암 판정을 내렸고 "직장에 암세포가 있어서 옆으로 항문을 내야 한다"는 소견을 피력했으나 이후에도 소측에서는 아무런 조치를 취하지 않았다. 결국 박 씨는 6월 24일 수술을 요구하며 병실사동 창문을 깨는 등 소동을 벌여 외부병원에 나가 수술을 받게 되었다.

8. 김00(목포 교도소/ 1998. 실명 1급 장애판정)

- 97년 절도죄로 구속됐는데 교도소 수감 당시 받았던 신체검사 결과에 따르면, 대인기피 증세를 보였으며 식판의 밥알을 알아보기 힘들 정도의 고도근시였던 것으로 확인된다. 97년 말 목포 교도소로 이감된 김 씨는 '모자르다' '헛소리를 계속한다'라는 이유로 같은 방 재소자들로부터 몇 차례 폭행을 당했으며, 특히 몇 차례 눈을 집중적으로 맞았다고 한다. 이에 김씨는 소측에 전방을 요구했으나 교도관들이 이를 묵살했다. 한편 계속되는 눈의 통증으로 98년 초 외부병원에서 진찰을 받은 김 씨는 "고도근시가 악화돼 통증이 오는 것으로 빠른 수술이 필요하다"는 진단을 받았으나 소측에서는 별다른 치료에 나서지 않았다. 결국 김 씨는 7차례에 걸친 외부병원 치료만 받고 형집행정지로 출소했으나 상태가 악화돼 한쪽 눈이 실명됐다. 이후 소측을 상대로 민사소송을 제기한 김 씨는 2001년 12월 소측의 치료방치가 인정된다는 내용의 승소 판결을 받았다.

9. 김00(영등포교도소/ 1999. 실명)

- 99년 6월 영등포교도소에 수감 중이던 김00씨는 같은 방 재소자에게 맞아 왼쪽 눈을 심하게 다쳤다. 곧 교도관에게 고통을 호소했지만 교도관은 이틀이 지난 뒤에서야 의무관에게 보였고, 몇일 후에야 외부병원에 나갈 수 있었다. 병원측에서는 백내장기가 보인다며 큰 병원으로 가라고 했고 김 씨는 교도관들의 계호하에 건양병원으로 옮겨졌다. 당시 건양병원측은 엑스레이 등 몇가지 진찰을 하더니 김 씨에게는 나가있으라고 한 후 교도관에게 환자의 상태를 고지했다고 한다. 하지만 교도관은 병원측 검사결과를 알려주지 않았고 누차 "괜찮다"고만 했다. 이후 교도소에서 김씨는 어떤 치료도, 약도 제공받지 못했으며 이러한 사고소식은 가족에게 알려지지 않았다. 2001. 4월 출소한 김 씨는 출소 후 바로 찾아간 병원에서 좌안 망막박리 및 이차성 녹내장으로 시력회복이 불가능하다는 진단을 받았다. 이에 현재 김 씨는 소측을 상대로 민사소송을 제기한 상태다. 한편 김 씨는 10대때 정신요양원에 수용된 바 있으며, 이 문제로 군대도 가지 않았다

10. 광주교도소의 반년간에 걸친 의무관 부재 사례

- 2001년 3월부터 6월까지 광주교도소는 소내 의무관들의 연이은 사임으로 반년간 의무관 이 없는 공백상태였다. 반년간의 의무관 공백은 타 교정기관에 근무하는 의무관의 간헐적인 출장과 자원봉사 인력에 의해 충당되었는데, 이러한 진료로는 2천 6백여명에 달하는 수용자를 감당하기 어려워지자 끝내는 부도를 내고 광주교도소에 수감중인 (수용자)의사가 수용자를 진료했다는 주장이 제기되기도 했다. 이에 따라 이 기간동안 아픈데도 불구하고 제대로 진료를 받지 못했다는 수용자의 주장이 인권단체에 빗발쳤으나 다행히 위급한 상황은 발생하지 않은 것으로 알려져 있다.

현재는 의무관 1명을 구해 수용자의 건강을 돌보고 있긴 하지만 이 역시 2천 6백여명에 달하는 수용자들을 감당하기에는 어려울 것으로 보인다.

참고자료 2

교정시설 내 의료문제와 관련한 판례

1. 적절한 의료행위가 이뤄지지 않았을 시 국가 책임여부

사건	96나27706
원고	박00 외 2인
항소인	대한민국
제1심 판결	서울지방법원 1996. 6. 18/ 선고 95가합75497 판결
제2심 판결	서울고등법원 1996. 12. 18/ 선고 96나27706 판결
제3심 판결	대법원 1997. 3. 26/ 97다4890 판결

사건의 간단한 내용 및 판결[1)]

1. 사건의 개요

형사피의자 A는 사기 등 죄명으로 J교도소에 구속 중 장천공에 의한 복막염과 패혈증으로 사망하였고 이로 인해 원고(A의 모친 외 2명)가 국가(제주교도소장)를 상대로 1억7천여만원의 손해배상을 청구한 것이다.

2. 손해배상책임의 발생

A는 19세때부터 탈장증세가 있었으나 이를 치료하지 아니한 채 방치하여 위 구속당시 이미 직경 15Cm 정도까지 탈장되어 배뇨 시 소변을 흘림으로써 몸에서 심한 악취를 풍기게 되었고, 교도소직원들은 A의 수용당시 신체검사 및 건강진단을 통하여 위 사실을 알고 A를 수도와 수세식 변기가 설치된 보호독거실에 수용하였다.

J교도소 소속 의무관인 K는 '95. 7. 1. 순회진료 시 A가 배가 아프다고 통증을 호소하여 동인을 검진한 결과

1) 박병선(제주교도소 교위), 2002, 「수용자 사망사고 예방을 위한 판례연구」, 『교정판례연구 제 3호』, 제주교도소, 일부 발췌

상복부 통증이외는 탈장증세의 악화를 예견할 수 있는 증상이 없었고, A또한 별다른 증세를 호소하지 않았다는 이유로 위염증세로만 진단하고 위염약 3일분을 지급하는 것으로 1차 진료를 끝냈으며, A는 그 다음날에도 증세가 호전되지 않아 식사를 제대로 하지 못하였음에도 의무관 K는 A에 대한 순회진료를 실시하지 아니하였다.

그러던 중 위 교도소 소속 직원들이 '95. 7. 3. 07:20경 식사지급을 위해 순회하던 중 위 A가 거동불편 및 호흡곤란증세가 있음을 발견하고 즉시 제주시 소재 제주의료원으로 후송하였으나 동일 07:50경 장천공에 의한 복막염과 패혈증으로 후송 중 사망하였다.

3. 책임의 근거

행형법 제8조 2항은 신입자에 대하여 지체없이 건강진단을 받게 하고 같은 법 제26조에서는 질병에 걸린 수용자에 대하여 병실수용 또는 기타 적당한 치료를 받게 하며, 같은 법 제29조 1항에서는 교도소 안에서 수용자에게 적당한 치료를 하는 것이 불가능하다고 인정되는 때에는 교도소 밖의 다른 병원에 이송할 수 있도록 규정하고 있는 바,

위 인정사실들에 의하면, 의무관 K로서는 A가 수용될 당시 동인에게 장기간 탈장증세가 진행되어 왔음을 알고 있었으므로 위 A가 사망 이틀 전부터 복통을 호소한 경우에는 탈장증세의 악화를 예견케 하는 증상이 있는지에 대하여 계속 관찰하거나 병실에 수용하여 예후를 관찰하는 등으로 A로 하여금 적당한 치료를 받도록 하여야 할 주의의무가 있음에도 이를 게을리 한 채 단순히 위염증세로만 진단하고 위염약 3일분을 지급하는 것으로 진료를 끝내고 그 다음날에는 동인에 대한 순회진료조차 실시하지 않은 과실로 이 사건 사고가 발생하였다 할 것이다.

따라서 피고(국가)는 그 소속공무원인 위 의무관 K의 위와 같은 직무집행상의 과실로 인하여 A가 사망함으로써 A 및 그와 신분관계에 있는 원고들이 입은 손해를 배상할 책임이 있다 할 것이다.

4. 책임의 제한

위 A로서도 19세 때부터 탈장증세가 있었던 자로 스스로자신의 질병에 대하여 평소 치료노력을 하는 등의 조치를 취하였어야 할 뿐만 아니라, 위 교도소에 수용된 후에도 위 증상의 악화를 예견하는 징후를 보였으면 이를 즉시 위 교도소 직원들에게 그 고통을 호소하여 응급조치를 받았어야 함에도 이를 게을리 한 잘못이 있다 할 것이고, 따라서 A의 위와 같은 잘못도 이 사건 사고발생의 한 원인이 되었다고 할 것이므로, 피고가 배상할 손해액을 산정함에 있어 쌍방의 과실내용을 참작하기로 한다고 판시함.

5. 판결 (대법원의 원심판결 확정 : 97. 3. 26. 97다4890)

위와 같은 책임의 근거 및 책임의 제한 사유로 말미암아 쌍방과실로 인한 손해배상(과실상계)의 범위는 A의 과실 전체의 70%, 피고(국가)의 과실 30%를 인정함으로써 그 원고(모친P외 2명)인 상속인들이 입은 손해를 배상할 책임이 있다고 선고함.

- 서울고등법원 2심 판결 선고 손해배상금액 : 37,290,587(청구금액 \175,295,345의 30% 인용)

2. 구치소에서 지병으로 사망했을 시 국가 책임여부

서울고등법원 제8민사부 판결

사건	2000나57469
원고, 피항소인	노○○ 외 4인(고 박○○ 씨의 유족)
항소인	대한민국
변론종결	2001. 9. 6
제1심 판결	서울지방법원 2000. 11. 8/ 선고 98가합 109667 판결

주 문

1. 피고의 항소를 기각한다.
2. 항소비용은 피고의 부담으로 한다.

청구취지 및 항소취지

1. 청구취지

피고는 원고 노○○에게 30,745,598원 원고 박**, 박##, 박△△, 박▽▽ 에게 각 17,163,732원과 각 이에 대하여 1998. 2. 18.부터 제1심 판결 선고일까지는 연5%, 그 다음날로부터 갚는 날까지는 연 25%의 각 비율로 계산한 금액을 지급하라.

2. 항소취지

제 1심 판결 중 피고패소부분을 취소하고, 그 부분에 해당하는 원고들의 청구를 모두 기각한다.

이 유

1. 제1심 판결의 인용

이 법원이 이 사건에 관하여 설시할 이유는, 제1심판결문 제7쪽 '나. 무연고 조작 주장에 대한 판단' 이하의 부분을 아래와 같이 변경하는 외에는 제1심 판결문의 이유란 기재와 같으므로, 민사소송법 제390조에 의하여 이를 그대로 인용한다.

2. 변경하는 부분

나. 통지의무위반 및 무연고처리 주장에 대한 판단 (중략)

3. 피고의 불법행위 책임이 인정되는 부분

가. 주장

원고들은, 설사 피고측의 주장과 같이 박00이 성동구치소에 입소할 당시부터 매우 건강상태가 나빴고 박00이 결국 자신의 지병으로 인하여 사망한 것이라고 하더라도 그러한 건강상태의 박00을 무리하게 노역장에 유치하고 또한 계속하여 형집행한 것은 피고측의 잘못이라 할 것이고 따라서 피고는 그로 인하여 원고들이 입은 손해를 배상할 책임이 있다고 주장한다.

나. 판단

앞서 든 증거들에 의하면, 1997. 12. 23. 서울지방검찰청 북부지청의 직원이 박00에 대하여 노역장 유치집행을 하던 당시에 가족들인 원고들이 그의 지병을 들어 벌금의 납부기간의 유예를 간곡히 요청하였음에도 그대로 집행하여 그 신병을 성동구치소에 인계한 사실, **성동구치소에 입소할 당시에 박00은 대답도 제대로 못하는 등 의사소통이 힘들었고 거동이 불편하였으며 혈당치가 높아 그 다음날의 병동 하 4실에 입실 조치되었고, 그 후로도 얼굴이 붓고 눈 주위에 검은 빛이 돌았으며 비틀거리면서 몸을 제대로 가누지 못하여 자주 쓰러지고 대소변마저 가리지 못하며 정신장애의 증세까지 보여 1998.1.6. 정신질환인 병동 하 5실로 전방 조치되었고 그 후로도 계속하여 건강이 악화되는 등 도저히 구치소내의 생활을 감당할 수 없었음에도, 성동구치소 의무과장은 박00이 사실상 회복불능의 상태에 이른 1998. 2. 2.경에야 구치소장에게 노역장유치 집행정지를 건의하여 잔벌금 대납의 방법으로 1998. 2. 3.석방시킨 후 시립 강남병원에 입원시킨 사실을 인정할 수 있는바,** 형사소송법 제492조는 벌금 또는 과료를 완납하지 못한 자에 대한 노역장유치의 집행에는 형의 집행에 관한 규정을 준용하도록 규정하고 있고, 형사소송법 제470조와 제471조는 심신의 장애로 의사능력이 없는 상태에 정지하여야 하고, 형의 집행으로 인하여 현저히 건강을 해하거나 생명을 보전할 수 없을 염려가 있을 때, 기타 중대한 사유가 있을 때는 검사는 형 집행을 정지할 수 있도록 규정하고 있는 점, 형사소송법 제 471조가 임의 규정의 형식을 취하고 있다고 하더라도 국민의 생명을 보호함은 국가의 가장 기본적인 의무인 점, 행형법 시행령 제17조는 구치소장은 수용자에 대하여 형의 집행정지 또는 구속의 집행정지를 할 사유가 있다고 인정하는 때에는 의무관의 진단서와 인수인에 대한 조사서류를 첨부하여 지체없이 그 사유를 검사에게 통보하도록 규정하고 있는 점, **박00의 딸인 원고 박**과 박##가 1997. 12. 27.과 1998. 1. 14.에 면회를 하였기에 성동구치소장이 박00의 건강상태를 들어 곧바로 형집행정지절차를 밟았더라면 박00을 원고들에게 인계하는 것이 가능하였던 점등을 고려하면, 성동구치소의 직원들로서는 이 사건에 있어 불과 70만원의 벌금에 관한 유치집행을 고집하기보다는 박00의 생명과 건강을 보**