



차별과 건강,

건강할 권리는 차별없이 보장되고 있는가?

2022.11.30. 15:00~17:00

국회의원회관 제7간담회실

주 최

국회의원 강은미 (정의당)

공동주관

차별없는 의료실현을 위한 연대 (건강세상네트워크 (사)한국이주민건강협회 희망의친구들 전국장애인차별철폐연대 홈리스행동 HIV/AIDS인권활동가네트워크) 성적권리와 재생산정의를 위한 센터 셰어 SHARE 소수자난민인권네트워크 한국HIV/AIDS감염인연합회 KNP+

목차

004	인사말	사회 / 김재천 건강세상네트워크 활동가
004	1. 국회의원 강은미 (정의당)	
006	2. 건강세상네트워크 최선임 공동대표	
012	기조발제	좌장 / 최홍조 건강세상네트워크 회원
012	1. 건강, 차별받지 않을 권리를 말한다	몽 차별금지법제정연대
024	토론	좌장 / 최홍조 건강세상네트워크 회원
024	1. T4시대의 의료: 자신의 건강을 위해 싸울 힘이 없다면, 살 권리도 없다	박주석 전국장애인차별철폐연대
031	2. 국회는 HIV감염인 진료거부에 대한 대책 마련하라	정형외과 수술거부 피해당사자 A씨 HIV/AIDS인권활동가네트워크
032	3. 홈리스의 평등한 의료접근권 가로막는 제도적 차별: 노숙인진료시설 지정제도	주장옥 홈리스행동
038	4. 이주민 건강과 의료차별	구정희 (사)한국이주민건강협회 희망의친구들
044	5. 차별과 낙인없는 보건의료환경을 위한 성·재생산 권리 보장 기본법	나영 성적권리와 재생산 정의를 위한 센터 세어 SHARE
056	6. 차별과 건강: 정책 및 제도적 공백	김선 시민건강연구소
063	별첨자료	
063	1. HIV/AIDS 감염인과 좋은 공공병원	

차별과 건강, 건강할 권리는 차별없이 보장되고 있는가?

인사말

정의당 국회의원 강은미

반갑습니다. 국회 보건복지위원회 소속
정의당 국회의원 강은미입니다.

먼저 오늘 건강권, 의료 차별을 주제로
뜻깊은 토론회를 마련해주신 건강세상네
트위크를 비롯한 여러 당사자 단체들께
깊은 감사를 드립니다.



옷과 먹을 것, 주거 즉 의·식·주라고 불리던 인간이 생활하는 데 있어
필수적인 3요소는 현대사회로 오면서 주거, 교육, 의료의 3요소로 바
뀐지 오래입니다. 특히, 의료에 대한 권리는 필수요소 중에서도 생명
과 건강의 문제로 가장 핵심적이고 필수적인 기본권이라고 볼 수 있
습니다.

하지만 너무나도 당연하게 누려야 할 의료, 건강할 권리가 소수자라
는 이유로 침해당하고 있는 게 한국사회의 현실입니다. 제가 지난 국
정감사에서도 의료차별과 관련해 두 가지 지적을 한 바 있습니다.

첫째는 성소수자 부부라는 이유로 건강보험 피부양자격을 박탈당한 것이고, 두 번째는 ‘아프면 쉴 권리’를 실현하기 위해 실시되고 있는 상병수당 시범사업에서 이주노동자를 비롯한 외국인들이 배제당하고 있는 것이었습니다. 국정감사에서 지적한 이외에도 한국사회는 중증 장애인에 대한 의료기관 접근성 문제, HIV/AIDS 감염인들에 대한 치료배제, 외국인들에 대한 불합리한 건강보험 차별 등 생명과 건강권에 대한 인종과 성별 정체성, 빈곤을 이유로 한 차별이 일상화된 차별공화국이라고 해도 과언이 아닙니다.

이를 해결하기 위해서는 적어도 인간이 살아가는 데 있어서 교육, 의료 등 필수 서비스는 차별받지 않도록 차별금지법을 제정하는 게 가장 근본적인 방법일 것입니다. 그러나 21대 국회에서도 차별금지법 제정이 지지부진한 상황이기 때문에 보건의료 법령과 국민건강보험법 등에서도 최소한 국민의 건강과 의료에 있어서 차별적으로 적용되고 있는 부분들은 함께 바뀌나가야 할 것이라고 봅니다.

저와 정의당은 오늘 토론회를 시작으로 차별금지법 제정 추진과 함께 의료와 같은 필수적인 기본권에 대한 차별이 일어나고 있는 현장을 드러내고 호명하겠습니다. 그 과정에서 보건복지위원으로서 보건복지위원회에서 다루는 법령들이 차별적으로 적용되고 있는 부분들을 바꾸는 데 모든 노력을 다하겠습니다. 다시 한번 오늘 뜻깊은 토론회에 함께 해주신 모든 분들에게 감사드립니다.

차별과 건강, 건강할 권리는 차별없이 보장되고 있는가?

인사말

건강세상네트워크 최선임 공동대표

안녕하십니까.

‘차별 없는 의료 실현을 위한 연대’에 함께 하는 건강세상네트워크의 공동대표 최선임입니다.



오늘 이 자리에서 건강세상네트워크를 비롯한 여러 단체의 회원들이 우리 사회에서 건강권이 과연 차별 없이 보장되고 있는가? 에 대해서 현장의 실태를 살펴보고 차별 없는 건강권 실현을 위해 우리 사회가 지금 어떤 노력을 해야 하는지 함께 의견을 나누고자 합니다.

건강할 권리, 건강권 보장의 중요성은 세계적으로 오래전부터 주장되어 왔습니다. 1946년 세계보건기구 헌장을 통해 명확히 표현되기 시작하여, 1948년 세계인권선언, 1966년 사회권규약, 1978년 알마아타 선언, 2000년 유엔 사회권위원회 일반논평 14호 등을 통해 더욱 발전하고 구체화 되어 왔습니다.

우리나라 역시 1990년에 ‘모든 사람의 도달 가능한 최상의 신체적, 정신적 건강 수준을 향유 할 권리’가 포함된 사회권 국제규약을 비준한 바 있습니다. 하지만 우리 사회는 건강의 사회적 결정요인으로 인한 건강 불평등 문제는 말할 것도 없고, 가장 기본적인 보건의료 접근권도 제대로 보장되지 않는 수많은 사각지대, 차별, 낙인, 혐오의 벽이 존재하고 있습니다. 장애인, HIV 감염인, 노숙인, 이주민, 성 소수자 등과 관련한 수많은 문제가 있고 이를 해결하고자 하는 사회적 관심이나 적극적인 노력도 부족합니다.

건강, 건강권은 부국강병 혹은 국가 생산성을 위한 도구가 아니라 사회정의의 문제이며, 인간이 어떤 공동체에서 한 인간으로 살아가는데 필요한 조건입니다. 건강은 인간이 자신이 가치 있다고 생각하는 것을 추구할 수 있는 잠재력 중 가장 큰 부분이라고 정의되기도 합니다. 우리 사회 구성원 누구나 인간으로서 가치 있는 삶을 추구하는데 핵심적으로 필요한 것이 건강이며, 이에 대한 권리는 가장 기본적인 권리이기 때문에 차별 없이 보장되어야 합니다. 건강권과 인권은 떼어 수 없는 불가분의 관계에 있으며, 상호의존적입니다. 건강권에 대한 보장 없이 인간 존엄과 생존권, 인간다운 생활권, 행복추구권 등과 같은 개인의 기본 인권은 제대로 보장될 수 없습니다.

따라서 국가와 사회는 단순한 경제성 논리나 불평등을 당연시하는 차별과 낙인의 논리를 벗어나서 개개인이 받게 되는 고통을 이해하고, 개개인의 기본적 이익을 보호하기 위해 책임 있는 노력을 해야 합니다. 장애인이 겪는 일상적인 수많은 차별문제를 해결하고, 중증 장애인에 대한 지역 중심의 공공의료 지원체계를 마련해야 합니다. 노숙인의 의료접근권을 보장할 수 있도록 제도를 정비해야 합니다.

차별과 건강, 건강할 권리는 차별없이 보장되고 있는가?

우리 사회의 중요한 구성원인 이주민의 건강권 사각지대를 해소하기 위해 적극적으로 노력해야 합니다. 그리고 HIV감염인에 대한 의료기관의 상습적인 진료 거부행태문제와 형법상 낙태의 죄가 사라졌음에도 안전한 임신 중지가 보장되지 않고, 여전히 차별과 낙인, 의료기관의 불법적 이윤추구 행위의 대상이 되는 상황을 하루빨리 개선하여야 합니다.

유엔 사회권위원회는 건강은 다른 인권의 행사를 위한 필수 불가결한 기본적 인권이며, 모든 인간은 존엄한 삶에 이바지하는 도달 가능한 최고 수준의 건강을 향유 할 자격을 지닌다고 강조하고 있습니다. 또한 국가는 보건 전략, 계획수립 및 시행 시 비차별과 시민참여 원칙을 존중해야 한다고 하였습니다.

이러한 국제적인 원칙을 다시금 확인하면서 오늘의 토론회가 우리나라 보건의료에 존재하는 다양한 차별문제를 심각하게 살펴보고 해결해가는 데 작은 보탬이 되었으면 합니다. 끝으로 토론회를 주최해주신 정의당 강은미 의원실에 감사 인사를 드립니다.

감사합니다.

차별과 건강, 건강할 권리는 차별없이 보장되고 있는가?

우리의 요구와 구호

민간의료에서는 장애인 건강권 보장 담보할 수 없다
중증장애인을 위한 24시간 공공의료 지원체계 구축하라

전국장애인차별철폐연대

HIV감염예방은 의학적으로 가능하다.
HIV감염인에 대해 반복되는 의료차별을 해소할 수 있는 특단의 대책을 요구한다!

HIV/AIDS인권활동가네트워크

홀리스에게 평등한 의료접근권 보장하라! 노숙인진료시설 지정제도 폐지하라!

홀리스행동

이주민에게만 불평등하고 차별적인 국민건강보험제도 개선하고,
제도권 밖에 있는 미등록이주민 건강권을 보장하기 위한 안전망 마련하라!

(사)한국이주민건강협회 희망의친구들

차별과 낙인없는 보건의료환경을 위한 '성·재생산 권리 보장 기본법' 제정하라!

성적권리와 재생산정의를 위한 센터 셰어 SHARE

차별과 건강, 건강할 권리는 차별없이 보장되고 있는가?

기조발제

건강, 차별받지 않을 권리를 말한다

차별금지법제정연대 몽 활동가

“신종 코로나바이러스는 위대한 균형자(The Great Equalizer)다.”¹⁾

“바이러스는 평등하다. ... 그러나 전염병은 평등하지 않다.”²⁾

“나만 건강한 삶을 추구한다고 해서 건강하게 지낼 수 없는 세상. 이것이 진정한 ‘포스트 코로나19’ 시대의 의미일 것입니다.”³⁾

코로나19 확산 이후 바이러스와 감염병에 대한 각기 다른 인식은 건강을 모든 사람의 보편적인 권리로 만들어 가는데 필요한 사회적 성찰과 지식이 무엇인지를 돌아보게 한다. 코로나가 모두에게 평등한 재난이자 위기라는 착각은 동등한 삶의 조건에 놓이지 못한 특정 주체 및 집단의 피해가 가시화됨에 따라 기각되었고, 바로 그 취약한 삶의 조건들이 변화하지 않는 한 대다수의 시민들의 삶은 질병과 불건강, 차별과 낙인으로 부터 멀어질 수 없다는 것을 드러내기도 했다. 국가인권위원회의 「2020 차별에 대한 국민인식 조사」에 따르면 코로나19를 계기로 “누

1) Toyin Owoseje, “Coronavirus is ‘the great equalizer,’ Madonna tells fans from her bathtub”, <CNN>, 2020. 3. 23.

2) 이강국, “재난은 평등하지 않다”, <한겨레>, 2020년 6월 1일자.

3) 김준혁, “코로나는 건강 불평등이 아니라 건강 차별”, <한겨레>, 2020년 7월 8일자.

군가를 혐오하고 차별하는 나의 시선이나 행위가 결국은 부메랑이 되어 돌아온다”거나 “나도 언젠가 차별의 대상이나 소수자가 될 수 있다”는 생각을 해 본 적이 있는지 묻는 질문에 91.1%의 사람들이 공감했다.⁴⁾ 그리고 코로나19라는 사회적 경험은 ‘나 역시 언젠가도 차별받을 수 있다’는 불안에서 모두를 보호할 수 있는 근본적인 사회정책의 필요성을 체감하게 했다. 질병이나 불건강이 의학적 치료, 개인의 생활양식 관리나 책임만의 문제가 아니라 한국사회의 규범과 규제와 결부된 문제, 국가와 사회공동체에 계속 존재해왔던 구조적 차별과 불평등으로 인한 사회적 현상이기 때문이다. 이러한 인식은 다수의 피해자들이 오랜 시간 안전하고 건강할 권리를 위해 모이고 말하는 과정이 반복되면서 얻게 된 사회적 결과물이기도 하다.

1. 건강권에서의 비차별·평등 원칙

“차별이 있는 한 온전한 건강은 없다.”⁵⁾

경제적·사회적·문화적 권리에 관한 국제규약(이하 사회권) 제12조 ‘도달 가능한 최고 수준의 건강에 대한 권리’를 해설한 일반논평 14호 (E/C.12/2000/4)는 ‘차별금지’와 ‘평등’이 건강권을 비롯한 모든 인권의 필수적이고 기본적인 요소라는 점을 강조하고 있다. 수많은 보건의료 종사자와 보건의료체계 하에서 동등한 권리를 확보하지 못한 차별 당사자들이 증언해왔듯이 차별은 사람들의 신체적·정신적·사회적 건강을 침해한다. (이에 대한 자세한 내용은 각 토론자들의 토론문에 구체적으로 담겨 있다.)

4) 리얼미터, 「2020년 차별에 대한 국민인식 조사」, 국가인권위원회, ‘2020년 차별에 대한 국민인식조사’ 결과물, 2020, p.12, 42.

5) 차별금지법 제정을 촉구하는 754인 보건의료 선언 “건강을 파괴하는 모든 차별을 반대한다: 차별이 있는 한 온전한 건강은 없다, 차별금지법 즉각 제정하라!”, 2022년 4월 29일자.

차별과 건강, 건강할 권리는 차별없이 보장되고 있는가?

다른 한편으로는 불평등한 사회일수록 사회구성원 전체의 건강 수준이 낮게 나타난다는 보고 또한 반복되고 있다. 개인 혹은 집단의 건강은 직업, 소득, 교육과 같은 가장 기본적인 사회경제적 지위뿐만 아니라 주거, 거주지역 및 환경, 식량, 교통, 치안, 형사사법과 같은 법제도에 이르기까지 이른바 ‘건강의 사회적 결정요인’(social determinants of health)에 해당하는 구조적 요소들에 따라 큰 영향을 받을 수밖에 없다. 예로 고용형태가 불안정할수록, 교육수준이 낮을수록 병의원 진료가 필요했으나 받지 못한 적이 있다고 응답한 노동자의 비율이 높게 나타나거나,⁶⁾ 고졸 이하, 월 가구소득이 200만원 이하, 비취업자 혹은 비임금·비정규직인 경우 만성질환 발병률이 높게 나타나는 결과가 나타난다.⁷⁾

이러한 상황은 코로나 시기 더 뚜렷하게 드러나기도 했다. 외국인/노동자, 노숙인, 장애인 등은 밀집된 사업장에서 일하거나 시설에 거주해 감염병 위험에 더 쉽게 노출될 수밖에 없는 조건에서 살아가고, 감염병 등 질병에 더 취약하다. 하지만 문제는 국가의 보건의료체계 및 사회보장제도가 이러한 사회적 차별 조건을 변화시키기보다 빈곤, 장애, 인종에 대한 차별과 편견에 근거해 소수자들의 ‘존재’ 자체를 질병의 원인 혹은 공중보건의 위협 요소로 낙인찍는다는 사실이다. 외국인노동자와 내국인 일용직노동자에 대한 지자체들의 코로나 전수검사 행정명령이 대표적인 예다.

대부분의 사회적 소수자들은 타인과 동등한 사회구성원으로서 권리를 보장받기보다 필수적인 의료서비스체계 및 의료기관을 포함한 공공장소

6) 한국보건사회연구원(2021), 『2021 통계로 본 건강불평등: 노동자편』, p. 31.

7) 국민건강보험공단-한국리서치, 「건강불평등 실태 및 공보험의 가치에 대한 조사」, 한국리서치 주간리포트(제66호), 2020년 3월 2일자.

에서 구분, 분리, 거부, 배제의 대상으로 분류된다. 이런 상황이 반복되고 지속되는 이유는 빈곤이나 장애, 주거불안정, 불안정한 고용형태 등 취약성 자체가 사회적 위험의 지표이자 증거로 여겨지는 사회이기 때문이다. 이러한 취약성이 부착된 것으로 여겨지는 소수자들은 접근과 이용, 참여와 이동의 자유를 부당하게 임의적으로 제약하는 국가의 법제도, 정책과 관행에 의해 차별과 혐오의 대상으로 강화되어 왔다. 이는 의료와 같은 삶의 필수적인 영역에서 권리가 배제되거나 차별을 경험하는 것이 어떻게 구체적인 시민들의 삶과 생존을 실질적으로 위협하고 있는지를 직시하기 어렵게 만든다. 보건의료체계 및 사회보장제도가 취약한 이들에게 자원과 역량을 지원하기보다 차별과 징별로 작용하는 역설적인 상황은 우리가 변화시켜야 할 것이 누군가를 필수적인 권리의 영역 바깥으로 밀어내는 불평등한 제도 그 자체일 수밖에 없음을 보여준다.

<건강 관련 차별금지조항을 담은 법률/안>

법률/안	내용
헌법	제11조 ① 모든 국민은 법 앞에 평등하다. 누구든지 성별·종교 또는 사회적 신분에 의하여 정치적·경제적·사회적·문화적 생활의 모든 영역에 있어서 차별을 받지 아니한다. 제36조 ③ 모든 국민은 보건에 관하여 국가의 보호를 받는다.
응급의료에 관한 법률	제3조(응급의료를 받을 권리) 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.
보건 의료 기본법	제10조(건강권 등) ① 모든 국민은 이 법 또는 다른 법률에서 정하는 바에 따라 자신과 가족의 건강에 관하여 국가의 보호를 받을 권리를 가진다. ② 모든 국민은 성별, 나이, 종교, 사회적 신분 또는 경제적 사정 등을 이유로 자신과 가족의 건강에 관한 권리를 침해받지 아니한다.
헌법 개정 요구안 ²⁾	제00조 ① [건강에 대한 권리성, 보편적·비차별적 권리로서의 건강권] 모든 사람은 도달 가능한 최고 수준의 건강을 누릴 권리를 갖는다. 성별, 연령, 지역, 고용 형태, 장애, 성적 정체성과 지향, 경제적 부담능력 등을 이유로 차별받지 않는다. ② [건강의 사회적 결정요인] 국가는 사람들의 건강에 영향을 미칠 수 있는 모든 제도·정책, 서비스의 기획과 실행에서 제1항을 보장하기 위해 노력해야 한다.

차별과 건강, 건강할 권리는 차별없이 보장되고 있는가?

	<p>③ [소극적 건강권] 국가는 제3자의 건강 침해로부터 사람들을 보호할 의무를 지닌다.</p> <p>④ [적극적 건강권, 공공의료 확충] 국가는 사회보장과 보건의료 제도·정책·서비스를 통해 사람들의 건강을 보호할 의무를 지닌다. 특히 국가와 지방자치단체는 충분한 수준의 공공 의료료를 제공해야 한다.</p> <p>⑤ [참여] 국가와 지방자치단체는 사람의 건강에 중대한 영향을 미치는 정책·서비스의 기획, 실행, 평가 과정에 당사자들의 참여를 보장해야 한다.</p>
<p>평등법 시안⁹⁾</p>	<p>제3조(차별의 개념) ①이 법에서 차별이란 합리적인 이유없이 성별, 장애, 병력(病歷), 나이, 출신국가, 출신민족, 인종, 피부색, 출신지역, 용모·유전정보 등 신체조건, 혼인여부, 임신 또는 출산, 가족형태 및 가족상황, 종교, 사상 또는 정치적 의견, 전과, 성적지향, 성별정체성, 학력(學歷), 고용형태, 사회적신분 등(이하 “성별 등”이라 한다)을 이유로 다음 각 호의 영역에서 개인이나 집단을 분리·구별·제한·배제하거나 불리하게 대우하는 행위를 말한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 고용 2. 재화·용역의 공급이나 이용 3. 교육기관의 교육 및 직업훈련 4. 행정·사법절차 및 서비스의 제공·이용 <p>제5조(차별금지) 누구든지 제3조에서 정한 차별을 하여서는 아니 된다.</p> <p>제8조(국가 및 지방자치단체의 책무) ①국가 및 지방자치단체는 이 법에 반하는 기존의 법령, 조례와 규칙, 각종 제도 및 정책을 조사·연구하여 이 법의 취지에 부합하도록 시정하여야 한다. 이 경우 사전에 국가인권위원회(이하 “위원회”라 한다)의 의견을 들어야 한다.</p> <p>②국가 및 지방자치단체는 법령 및 정책을 집행함에 있어 이 법에 부합하도록 해야 한다.</p> <p>③국가 및 지방자치단체는 사회구성원의 생명과 안전을 위협하는 재난 상황에서 관련 법률에 따라 긴급 조치를 실시하는 경우 성별 등에 따른 차별이 발생하지 않도록 하고 사회적 소수자 또는 약자를 보호하기 위해 특별한 주의를 기울여야 한다.</p> <p>④국가 및 지방자치단체는 교육, 홍보 등을 통하여 차별시정 및 평등문화 확산을 위한 조치를 하여야 한다.</p> <p>⑤국가 및 지방자치단체는 제4항의 조치에 필요한 재원을 마련하고 연구·개발을 지원하여야 한다.</p> <p>⑥제1항 내지 제5항의 시행에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.</p> <p>제9조(차별시정 기본계획의 수립)</p> <p>제10조(중앙행정기관의 장 등의 시행계획 수립 등)</p> <p>제23조(보건의료서비스 제공에서의 차별금지) 「보건의료서비스」 제3조제3호의 보건의료인 및 제4호의 보건의료기관은 보건의료서비스 제공에서 성별 등을 이유로 배제·제한하여서는 아니 된다.</p>

8) 국제인권규범과 국내외 헌법 검토, 전문가 및 시민들의 의견 검토를 통해 제10차 헌법 개정에서 독립된 별도의 건강권 조항을 명시할 것을 요구하고 있다. 시민건강증진연구소(2017), 『헌법에 건강권을! 10차 개헌과 건강할 권리』 연구보고서, p. 56) 참고.

9) 국가인권위원회, 「평등 및 차별금지에 관한 법률」 시안, 2020년 6월 30일자.

인권과 건강의 연관성은 상호적이고 복잡적이지만, 건강과 관련한 인권의 역사에서 확인된 바는 개인의 건강에 부정적인 영향을 미치는 요소들이 인권의 존중과 보호, 이행 조치를 통해 완화되거나 해소될 수 있다는 점이다.

이러한 차원에서 제10차 개헌 논의 당시 독립적인 ‘건강권’ 조항과 더불어 차별금지의 원칙, 건강결정요인과 이에 대한 국가의 적극적·소극적 의무, 시민들의 의사결정 참여 권리를 기입하고자 했던 보건의료운동의 노력들을 주목할 필요가 있다. (당시 “모든 사람은 법 앞에 평등하다”는 보편성의 원칙과 가치를 명시할 필요에 따라 헌법상 ‘국민’을 ‘모든 사람’으로 재정립하려고 했으나 대통령 헌법 개정안에는 일부 사회적 기본권이 ‘국민’으로 한정되었고, 건강권 규정 외 건강의 사회적 결정요인과 건강불평등에 대한 국가의 의무는 포함되지 못했다.) 보편적인 평등권을 선언하면서 동시에 포괄적인 차별금지사유에 의한 비합리적인 차별, 특히 의료접근권에 대한 차별을 규율하고 차별과 불평등을 해소하면서 평등화 정책을 추진할 국가 및 지자체의 책무를 담은 차별금지법안 역시 마찬가지다.

건강에서의 차별과 불평등을 낳는 구조적 요인들을 짚고 평등과 비차별 원칙을 중심으로 이를 해소할 책무를 담은 법제도는 개별 소수자들의 취약성이 아니라 현재 우리 사회에서 보편적인 권리를 가로막는 차별과 불평등이라는 취약성을 변화시키려는 시도라는 점에서 놓을 수 없는 과제다.

현재 21대 국회에 발의된 4개의 차별금지/평등법안 역시 동일한 차별의 정의, 차별금지사유, 차별금지영역을 규율하는 조항을 담고 있다.

차별과 건강, 건강할 권리는 차별없이 보장되고 있는가?

2. 가장 취약한 사람들에 대한 우선 원칙,

건강권에 대한 보편성의 토대

“의료기관에 갈 수 없으니 의료진이 방문해라”¹⁰⁾

유엔건강권특별보고관 폴 헌트(Paul Hunt)의 2010년 보고서(A/HRC/7/11)는 형평(Equity), 평등(Equality), 비차별(Non-discrimination) 원칙 하에 국가가 빈곤층, 소수자, 원주민, 여성, 아동, 빈민촌과 농촌 거주민들, 장애인, 기타 혜택을 받지 못하는 개인과 공동체를 포함한 모든 사람이 차별 없이 보건의료체계에 접근할 수 있도록 보장할 의무뿐만 아니라 여성, 어린이, 청소년, 노인 등의 사회적 소수자들의 특정한 건강 요구에 대응해야 할 책임을 담고 있다.

건강권이 가용성(Availability), 접근성(Accessibility), 수용성(Acceptability), 질(Quality)이라는 상호연계된 요소를 포함하며 평등하게 실현되어야 한다면, 더 유리한 조건에 있는 구성원들과 동등한 정도의 권리를 누릴 수 있도록 실제로 더 취약한 위치에 놓은 소수자들에게 지원 체계가 우선적으로 혹은 다른 방식으로 이루어질 수 있어야 한다. 위에 언급된 다양한 주체들의 환경과 조건, 건강 요구가 제대로 고려되지 않고 즉각적인 조치들이 취해지지 않을 경우 소수자들의 건강권과 생명권은 심각하게 위협받을 수밖에 없으며, 차별을 해결하기보다는 오히려 영속화시킬 수 있다.

의원 접근성이 떨어져 일상적으로 충분한 건강관리를 할 수 없는 장애인에게는 충분한 장애인주치의 의료기관과 방문진료가, 성소수자 여성에게는 이성애자임을 전제하고 설계된 검진이나 예방주사 권유가 아니

10) 박주석, "장애인과 공공병원 - 장애인주치의도 거부하는 장애인 진료", <차별 없는 공공병원 만들기 위한 연대 방안 모색 집담회>, 2021년 12월 7일자.

라 성소수자 생애주기를 고려한 진료가 제공될 수 있어야 한다. 제도적으로 보장될 수 있어야 한다. 남성 편향적인 의학에서 여성의 증상 호소에 대한 불신 혹은 무시는 '옌틀 증후군'(The Yentl Syndrome)으로 이어질 수 있으므로,¹¹⁾ 성별에 따라 치료가 지연시키거나 사망률이 차이가 나지 않도록 성인지적 관점의 질병 연구가 이루어질 수 있어야 한다. HIV/AIDS 환자에게는 질병과 함께 살아가면서도 차별과 낙인 없이 적절한 치료와 예방, 지속되는 사회적 관계 속에서 안녕(well-being)할 수 있도록 의료인이 HIV/AIDS 환자의 질병에 대한 전반적인 이해를 돕고 낙인에 개입하며 정서적 지지 체계가 되어 주는 보건의료정책이 필요하다.¹²⁾

하지만 이러한 접근은 종종 자신의 능력으로 권리를 실현할 수 없는 사람들을 국가 및 지역사회에 의존하는 것으로, 무임승차로 인해 다른 사회구성원들에게 민폐를 끼치는 것으로, 권리를 가질 자격이 없는 비시민으로 호도된다. 그리고 매우 빈번하게 특정한 소수자들을 모욕하기 위한 근거로 이용된다. 하지만 필요에 따른 의료에 대한 평등한 접근(equal access to health care according to need)은 구조적 차별로 인해 소수자들이 경험하게 되는 다양한 차원의 차별과 폭력, 혐오로 인한 낙인을 줄일 수 있는 방법이다. 추상적인 전체 사회구성원이 아니라 특정한 사회적 소수자 집단이나 취약계층을 구체적으로 다루면서 초점을 두는 방향은 건강권의 보편성을 기각하는 것이 아니라, 역사적이고 구조적인 인권 침해에 놓인 개인과 집단의 존엄성이 훼손되지 않도록, 존엄을 지킬 수 있는 조건과 역량을 보장해야 한다는 인권 기반 접근이다.

11) Joe Fassler, "How Doctors Take Women's Pain Less Seriously", <The Atlantic>, 2015. 10. 15; 추혜인, "여성은 아파도 남성중심적 진단받는다", <경향신문>, 2018년 5월 8일자.

12) 서보경 외(2017), 『한국 HIV 낙인 지표 조사』, 한국HIV/AIDS감염인연합회 KNP+, p. 31-32.

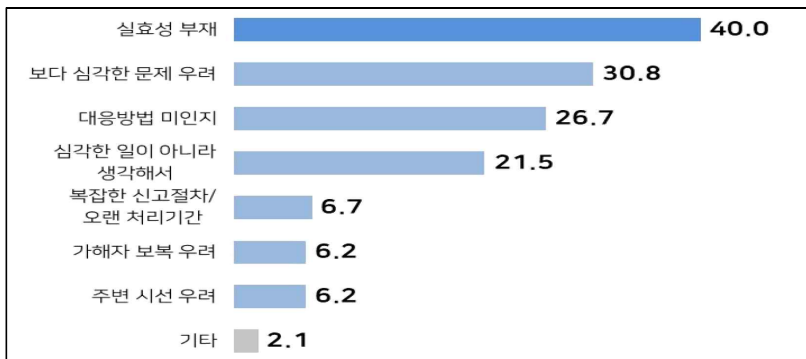
차별과 건강, 건강할 권리는 차별없이 보장되고 있는가?

평등하고 차별 없는 건강권의 실현과 소수자 관점의 권리 보장을 위해서는 다양한 주체들의 구체적인 요구를 파악하는 것이 중요하고, 이는 다양한 사회적 조건과 요인들에 영향을 받은 사람들이 건강과 관련된 문제에 주체적으로 참여할 권리와 연결된다.

3. 차별을 경험하는 사람들의 목소리를 지지하는 것으로부터

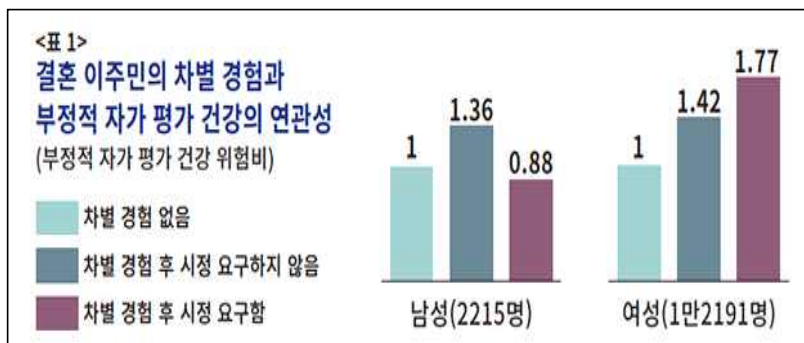
하지만 차별 당사자들이 자신의 건강을 둘러싼 사회적 장애 능동적으로 개입하고 참여하기란 쉬운 일은 아니다. 앞서 소개한 국가인권위원회의 「차별에 대한 국민인식조사」에 따르면 차별을 경험한 71.7%의 사람들이 제일 많이 꼽은 대처가 ‘무대응’이다.¹³⁾ 이렇게 아무런 대응도 하지 않았던 가장 큰 이유는 바로 ‘실효성 부재’(문제제기하거나 대응을 하면 뭐가 바뀌는데? 아무것도)가 40%로 가장 높게 나왔고, ‘보다 심각한 문제 우려’(대응 했다가 무슨 불이익이라도 당하는 거 아냐?)가 30.8%로 뒤를 이었다.

<‘차별에 대한 국민인식조사’에서 차별에 대해 무대응한 이유>



13) 국가인권위원회(2020), 앞 자료, p. 23-24.

조사결과를 성소수자 차별에 한정해 살펴본다면 비록 응답자 수가 50명으로 적었지만 차별을 경험한 성소수자의 경우 모두 차별에 무대응했다고 응답했다. 그 이유로는 '실효성 부재'와 '주변 시선 우려'가 각각 50%씩을 차지했는데, 특히 '주변 시선 우려'를 이유로 한 무대응은 성소수자에게서 가장 높게 나타났다. 이는 성소수자가 경험하는 차별이나 혐오, 인권 침해가 차별 보고(reported discrimination) 되지 않을 가능성이 높다는 것을 짐작케 한다. 성소수자에 대한 차별과 혐오가 극심하고 사회정치적 수용도가 낮은 한국사회에서 바로 차별과 혐오가 성소수자의 가시화를 어렵게 함으로써 차별 경험이 누적되고, 이가 바로 성소수자의 신체적·정신적 건강과 삶의 질에 직접적인 영향을 미친다. 이러한 상황은 성소수자의 동등한 권리를 지지하고 선언하는 사회적 원칙과 연대를 통해 성소수자의 권리를 부정하기 위해 보편적인 차별금지 원칙이 공격받는 한국사회의 제도적 장을 변화시켜야 할 필요를 드러내기도 한다.



다른 한편으로 여성 결혼 이민자가 차별에 무대응 하지 않고 시정을 요구했을 경우 '자가 건강 평가'가 차별을 경험하고도 시정을 요구하지 못했던 사람들보다 나쁘게 나왔다는 사실은 우리가 무엇에 주목해야 하는

차별과 건강, 건강할 권리는 차별없이 보장되고 있는가?

지를 극명하게 보여준다. 연구자 김승섭은 차별에 문제제기하는 것이 큰 용기가 필요한 일임에도 그 용기를 냈을 때 더 고통을 겪어야 하는 상황, 하지만 그 고통이 여성이라는 이유로 이민자라는 이유로 이해받거나 지지받지 못하는 상황은 ‘어디서 그런 걸 요구하느냐’, ‘지금도 감지덕지한 줄 알아라’와 같은 폭력에 노출된 결과일 수 있다고 분석한다.¹⁴⁾ 그리고 이는 사회적 소수자가 홀로 차별에 맞서 싸울 때의 고통이 몸에 새겨진다고 말한다.

차별금지법을 ‘누구도 홀로 남겨두지 않는 법’이라고 의미화했던 것처럼, 이는 차별에 맞서는 사람들이 혼자가 아니라 필수적인 권리를 함께 만들어가는 ‘우리’로서 싸울 수 있는 사회적 관계를 만드는 것이 무엇보다 중요함을 보여준다. (권리의 주체로 함께 설 수 있는 당사자들의 자조모임, 환우회, 의료복지사회적협동조합, 노동조합 등 조직 역시 중요하다.) 지금까지 보편적 인권의 가능성은 소수자로 불리는 사람들의 목소리를 통해 재구성되고 갱신되어 왔다. 평등과 비차별 원칙에 기반해 건강권이므로 나아갈 수 있으려면, ‘취약계층’으로 규정되는 사람들의 경험과 지식뿐만 아니라 권리 주장이 차별과 불평등을 해소하는 기회이자 자원으로 여길 수 있는 사회여야 하지 않을까.

4. 다시, 이윤보다 건강과 권리

“모든 사람은 도달 가능한 최고 수준의 건강한 삶을 누릴 권리가 있다. 이윤보다 건강과 생명을 중시하는 의료제도를 요구할 권리가 있다.”¹⁵⁾

14) 김승섭, “가장 아픈 사람이 앞에 나선 싸움 ‘미투’”, <시사인>, 2018년 3월 27일자.

15) 안수찬, “‘모든 사람’은 촛불 들 권리가 있다”, <한겨레21>, 2008년 12월 11일자.

2008년 세계인권선언 60주년 당시 인권운동단체들이 모이고 시민들이 함께 참여해 만든 <2008 인권선언> 6조는 건강권을 담고 있다. ‘도달 가능한 최고 수준의 건강한 삶을 누릴 권리’는 사회권규약과 동일하지만, ‘이윤보다 건강과 생명을 중시하는 의료제도를 요구할 권리’는 ‘시장의 자유’라는 이름의 횡포를 두고 볼 수 없었던 시기의 산물이다.

2007년 “국가는 빈민들에게 사회적 최소 수준(social minimum)을 보장하는 것이 자신의 철학”이라던 보건복지부 장관을 지나서 2022년 ‘약자와의 동행’을 외치며 건강보험 지출개혁을 말하는 대통령의 시대를 살고 있다. 건강이 개인의 책임으로 ‘개별화’되고 차별이 ‘자연화’ 될 때, 모든 사회구성원의 건강권에 대한 국가의 책무도 사회적으로 다루어지기 어렵다. 사회권에서 권리의 개념을 탈각시키고 자본주의식 사회복지를 뼈대로 한 사회보장체계가 들어선 곳에서 사회적 소수자들의 ‘기여’를 증명하지 않고 ‘준엄’을 요구하기 어렵다. 의료가 재화서비스의 구매로 대체되는 세계에서 국가의 자선이 아닌 책무를 기대하기도 어렵다. 건강권을 인권과 사회정의의 기초로 한 공공의 것으로 만들어가는 운동이 더 절실하게 필요한 이유다.

차별과 건강, 건강할 권리는 차별없이 보장되고 있는가?

토론 1

T4¹⁶⁾시대의 의료: 자신의 건강을 위해 싸울 힘이 없다면, 살 권리도 없다

전국장애인차별철폐연대, 박주석 간사

"자신의 건강을 위해 싸울 힘이 없다면, 살 권리도 없다. 약 70,000명의 장애인을 제거한다면 우리는 많은 것들을 얻을 수 있다."

1929년 아돌프 히틀러

- 나치 독일의 잘 알려진 유대인 학살보다 먼저 존재했던 학살. T4 프로그램(Aktion T4) 1939년-1941년. 살 가치가 없는 생명들에 대한 학살. 장애 아동에서부터 시작. 최대 8,000여명의 장애 아동들이 약물과 굶주림으로 인해 목숨을 잃었고 이후 모든 연령의 장애인으로 확대. 약물 주입, 가스실, 총기난사 등 다양한 방법으로 진행된 학살. 1941년 T4가 중지될 때까지 약 30만명의 장애인이 학살당함.
- 전장연은 2022년 7월부터 가족과 당사자에게 이동, 교육, 주거, 일자리, 복지, 탈시설 등 모든 책임과 부담을 떠넘기고, '비용' 때문에 국가 책임을 다하지 않는 기획재정부의 한국판T4프로그램을 고발. 30만명에 달하는 장애인을 죽이는 안락사 프로그램을 지시한 사람은 히틀러지만, 아이디어를 내고, 계획을 짜고, 시행한 사람은 의사. "살균은 처벌이 아

16) 나치 독일의 우생학 사상에 따라 장애인과 정신질환자 등을 대상으로 행해진 장애인 안락사 정책

토론1 T4시대의 의료: 자신의 건강을 위해 싸울 힘이 없다면, 살 권리도 없다

나라 해방"“이라며 ”신은 아픈 몸이 재생산되길 바라지 않는다“며 장애인의 존재 자체를 질병으로 본 것.

● 그동안 장애인이 보건의료서비스 이용 과정에서 경제적 부담과 물리적 접근성 제한¹⁷⁾을 겪는다는 사실이 많이 알려져 있으나 이를 해소할 실효성 있는 정책이 부재. 또한, 병원에 가지 못하거나 자신의 아픔을 표현할 수 없는 이들에 대한 건강관리의 책임은 국가가 아닌 개인에게 전가되어 있음. 이는 "자신의 건강을 위해 싸울 힘이 없다면, 살 권리도 없다. 약 70,000명의 장애인을 제거한다면 우리는 많은 것들을 얻을 수 있다"는 1929년 아돌프 히틀러의 말과 같음. T4를 지시한 것은 히틀러이지만, 단종수술과 안락사를 시행한 것은 의사집단. 우생학은 병원에 가지 못하는 장애인을 죽게 내버려 둠으로써 현재도 시행되고 있음.

1. 장애운동과 보건의료운동

1) 건강권위원회는 2020년 9월 발족. 장애인은 국가 및 사회에 대해 가장 우선적으로 요구하는 사항으로 소득 보장 다음으로 의료 보장을 요구해왔고, 2015년 장애인건강권법이 제정됨. 그러나 보건의료의 전문성·독점성·정보비대칭성으로 인해 보건의료정책에 대한 접근성은 현저히 낮음.

2) 장애계는 특정 질환의 진단명과 그로 인해 발현되는 장애를 동의어로 간주하는 장애에 대한 의료적 모델에 대해 거부하고, 장애는 환경에 의해 정의된다는 사회적 모델을 주창하며, 국가의 장애인 권리 보장과 지역사회 지원체계 구축을 위해 투쟁해옴.

3) 장애의 예방·제거·재활 중심의 장애인보건의료정책은 장애 이외의

17) 경제적 부담(2005년 국민건강보험공단)

- a. 장애인가구 월평균 소득(115만원) 중 의료비 지출이 20.7%(24만원)를 차지
 - b. 비장애인가구: 월평균 소득(324만원) 중 의료비 지출이 3.4%(11만원)를 차지
- 물리적 접근성 제한(지체·뇌병변) : 의료기관 접근성 문제, 의료기관 내에서 장애에 적합한 시설장비가 부족, 이동 어려움

차별과 건강, 건강할 권리는 차별없이 보장되고 있는가?

질환에 대한 관리가 부재하고 보편적인 의료기능의 배제를 낳아 장애인에게 효능감을 주기 어려웠음. 그러나 2020년 코로나19 팬데믹에서 대두된 의료체계의 공백으로 인한 사망 사건은 의료적 문제가 장애운동의 핵심적인 과제로 떠오르게 된 계기를 제공.

<나치의 안락사 프로그램에 대한 대중적 지지를 끌기 위해
대중계몽선전국가부에서 만든 영화의 한 장면>
"신은 병들고 병든 자들이 번식하는 것을 원하지 않기 때문입니다."



장애인들이 국가의 경제적 부담을 가중시키고 있다고 강조하는 나치의 선전물. 선천성 질환이나 장애를 지닌 사람에게 하루 지출되는 5.5 마르크가 건강한 일 가족의 하루치 생활비라고 주장하고 있다.

토론1 T4시대의 의료: 자신의 건강을 위해 싸울 힘이 없다면, 살 권리도 없다

2. 중증장애인 지역사회 24시간 공공의료 지원체계 구축!

1) 2020년 보건복지부가 진행한 장애인건강보건관리 종합계획 연구보고서에 따르면, “기존 보건의료체계에 ‘장애인 구겨넣기’에서 장애인 돌봄체계에 ‘의료인 구겨넣기’로 전환되어야 함”을 강조. 이는 건강관리에 대한 책임이 장애인 개인의 실천에 있는 것이 아닌, 국가의 책임임을 강조하는 동시에, 보건의료체계의 변화를 촉구.

2) 정부는 장애인건강주치의제도, 지역사회통합돌봄 등 장애인건강관리 계획이 실패하자, 그 대상자를 확대함으로서 해결하고자 함(주치의 : 중증 → 경증을 포함한 모든 장애인, 지역사회통합돌봄 : 장애인 → 노인·장애인 통합). 그러나, 이는 중증장애인에 대한 책임을 포기하고 행정적으로 실적을 내기 위한 시도. 중증장애인 중심의 지역사회 의료지원체계가 필요. 장애인건강관리계획의 실패는 곧, 장애인을 진료할 수 있는 의료자원의 부족과 이들이 공공의 역할을 다 할 수 있도록 통제하는 공공성의 힘이 부족하기 때문. 이는 장애인보건의료센터의 역할 미흡, 지역사회중심재활(CBR)사업의 의료기능 부재, 장애인주치의제도 미활성화, 코로나19 장애인별도 전담체계 부재 등과 맞닿아 있음.

3) 장애인은 비장애인과 달리, 의료이용과정에서 차별을 겪을 뿐만 아니라, 일상적으로 건강을 관리하고, 증상을 인식하고, 이를 의사표현하는 과정에서도 문제를 겪음. 이에 의료지원체계가 활동지원체계와 같이 24시간 제공되어야 함을 강조하는 바임.

4) 장애인은 환자와 동일시되어, 재활을 통해 장애를 ‘치료’해야만 하는 존재로 규정되어옴. 이에 전문의료서비스가 제공될 수 있는 시설(병원, 장애인 거주시설) 중심의 의료체계가 강조됨. 장애인은 국가 발전을 이뤄야 한다는 큰 전제하에 예외적인 존재가 되었고, 재활과 치유를 위해 구획된 공간 속에서만 머물러야 했음¹⁸⁾. 재활의 본질은 손상된 노동력 상품의 복원¹⁹⁾. 장애의 제거·극복·치료에 방점을 맞춘 보건의료정책

18) 치유라는 이름의 폭력. 김은정. 후마니타스. 2022.05.23.

19) 장애학의 도전, 김도현, 오월의봄, 2019년 11월 04일

차별과 건강, 건강할 권리는 차별없이 보장되고 있는가?

은 장애 이외의 질환에 대한 관리를 부재하게 만들었으며 장애에 대한 특수화는 보편적인 의료기능에 대한 배제를 낳음.

5) 특히 코로나19의 첫 사망자는 장애인으로 정신병원 폐쇄병동에 장기간 입원. 그러나 43kg의 몸무게로 세상 밖에 나옴. 시설과 같이 6~7명이 한 공간에서 밀집되어 살아가는 모습은 세상에 충격을 줌. 이는 의료기관의 역할이 과연 지역사회로의 복귀에 있는가를 질문.

[장애인이 겪는 일상적 의료 차별]

- 건강검진 - 장애맞춤형 검진기기의 부재로 낮은 검진율, 낮은 완수율.
 - 치과 - 불수의적 움직임에 따른 진료 거부, 구강건강관리 부재, 수면마취 비급여
 - 의원 - 편의시설 설치율 5~6%에 불과, 일상적인 의료진의 진료 거부
 - 병원 - (코로나19) 활동지원사, 부모 동반 입원 거부. 의사표현의 어려움을 이유로 구속. 의사소통 지원 부재. 간호·간병 인력 부재.
 - 응급 - 장애인 이동수단 부재, 컨트롤 타워 부재.
 - 주거시설·요양시설 - 약물 중심의 관리·통제, 화학적 구속
-

3. “자신의 건강을 위해 병원에 갈 수 없다면, 치료받을 권리도 없다.”

1) “아프면 병원에 간다”는 전제가 우리 일상에서 지배적. 평소에 건강하기 위해서는 운동·영양을 통해 스스로를 관리해야 함. 그러나 장애인은 병원에 갈 수 없었음이 코로나19로 인해 드러남. 2021년 3월, 우린 2명의 사망을 겪음. 서울의 중증시각장애인은 장애인 감염병 대응 매뉴얼에 작성된 ‘이동지원’이 작동되지 않아서 혼자 PCR을 검진받으려 가는 길에 쓰러져 사망. 광주에서는 코로나19 확진 이후 병상이 없다는 이유로 입원도 못 하고, 보건소에서 집중관리군 대상이 아니라는 이유로 치료제도 처방받지 못하고, 접근이 불가능하다는 이유로 의원에서 치료받지 못함.

2) 2017년 장애인건강권법 시행 후, 장애인의 건강지표 향상과 ‘지역사회통합돌봄(또는 커뮤니티케어)’의 실현을 기대하며 ‘장애인건강주치

토론1 T4시대의 의료: 자신의 건강을 위해 싸울 힘이 없다면, 살 권리도 없다

의 시범사업'을 포함한 건강보건사업이 추진되었음. 하지만 2018년부터 2020년 사이 진행된 다수의 조사결과에서 장애인의 건강지표가 법 시행 이전보다 하락한 것으로 드러나 정부의 장애인 건강의료 전반에 대해 실효성이 부족하다는 문제가 제기되고 있음. 특히 2018년~2021년 현재까지 2차에 걸쳐 진행된 시범사업은 저조한 이용률과 실적으로 인해 장애계로부터 '유명사업', '실패한 사업' 등 거센 비판을 받고 있음.

3) 2021년 4월 6일부터 전국장애인차별철폐연대 건강권위원회와 한국장애인자립생활협의회가 진행한 '장애인건강주치의 신청 운동'에 따르면, 국민건강보험공단 홈페이지에 등록된 483개 기관 중 89개소를 대상으로 진행된 결과, 무려 62개소(70%)가 당사자의 건강주치의 사업 참여를 위한 내원 상담을 거부하거나 사업을 중단한 것으로 나타남. 또한, 등록 의료기관 중 상당수가 접근을 위한 편의시설이 부족하고 방문 서비스가 활성화되지 않아 서비스로의 진입 자체가 좌절되는 실정.

4) 민간의료기관에 대한 인센티브 유인 제도로는 장애인 건강권을 보장할 수 없다는 사실이 드러남. 민간의료기관과 협력하여 진행된 민간 재택의료센터, 지역사회 통합돌봄 등은 모두 장애인이 아닌 노인을 중심으로 이루어져 옴. 장애인 건강권을 보장하기 위해서는 공공의 역할과 책임이 따라야 함. 세종특별자치시는 조례 제정을 통해 시립 공공의원을 설치하여 12년 7월부터 20년 12월까지 운영하였으며, 이 중 절반의 기간은 서울대병원이, 절반은 충북대병원이 위탁 운영해옴. 이와 같이 지역보건의료센터가 위탁 운영하는 공공의원을 설치하여 지역사회 장애인 건강관리에 앞장서야 함. 2021년 개소한 광주의료사협은 광산구 영구임대 '늘행복 프로젝트'를 통해 민관이 협력한 사례로, 광산구시설관리공단이 빛고을국민체육센터 공간을 의료기관으로 사용할 수 있도록 제공함. 2012년 전국 최초로 기초자치단체에서 의료기관을 설치한 성북구는 장애인의료재활시설인 구립성동재활의원을 성수문화복지회관 1층에 설립하여 운영하고 있음.

5) 공공의료체계에서 의료서비스가 제공되는 쿠바는 코로나 시기 의사가 모든 가정을 방문했다고 함. 원래 하던 일이라 어렵지 않다고 함. 심

차별과 건강, 건강할 권리는 차별없이 보장되고 있는가?

지역 의료인이 충분해서 이탈리아에 과건함. 우리는 병원을 중심으로 한 시설이 아니라, 방문진료 전담공공의원, 공공방문간호센터 등 지역사회 지원체계에 의료체계를 꾸겨 넣어 지역사회에서 의료지원을 받을 수 있도록 공공의료의 공공성 성격 자체의 변화를 도모해야 함.

토론 2

국회는 HIV감염인 진료거부에 대한 대책 마련하라
-환자도 가려 받는 병원들-

HIV/AIDS인권활동가네트워크, 진료거부 피해당사자 A씨

1. 정형외과 수술거부 사례_피해당사자 A씨 증언

토론 3

홈리스의 평등한 의료접근권 가로막는 제도적 차별: 노숙인진료시설 지정제도

홈리스행동, 주장욱 집행위원

1. 노숙인 1종 의료급여 개요

1) 2012년 「노숙인 등의 복지 및 자립지원에 관한 법률」(이하 ‘노숙인복지법’)의 시행과 더불어 「의료급여법 시행규칙」이 일부 개정됨. 이에 따라 「노숙인복지법」에 따른 ‘노숙인 등’ 중 “보건복지부 장관이 의료급여가 필요하다고 인정한 사람”은 의료급여 수급권을 갖게 됨.

2) 2012년 개정 이래 「의료급여법 시행규칙」은 노숙인 의료급여 수급자로 하여금 국가와 지자체가 ‘노숙인진료시설’로 지정한 의료기관을 이용할 때만 의료급여를 실시하도록 규정하고 있음. 특정 의료기관만 이용할 수 있도록 제도화한 것. 모든 의료급여 수급권자 유형²⁰⁾ 중 이 같은 ‘진료시설 지정제도’를 적용하는 수급권자 유형은 ‘노숙인 등’이 유일함. 2021년 12월 기준 노숙인진료시설로 지정된 의료기관은 전국 289곳으로, 이 중 보건(지)소를 제외한 병·의원의 수는 단 60곳에 불과하며 절대다수가 국공립병원으로 구성돼 있음.

20) 이제민, 의사상자, 입양아동, 5·18민주화운동 관련자 및 국민기초생활보장법에 따른 의료급여 수급자

3) 의료급여 신청절차 역시 다른 의료급여 수급권자와 차등을 두고 있음. 노숙인 의료급여를 신청하기 위해서는 「노숙인복지법」에 따른 특정 노숙인복지시설(노숙인일시보호시설, 노숙인자활시설)에 입소해야 함(표1). 기초지자체(동주민센터)에서 의료급여 신청이 가능한 타 의료급여 수급권자와 달리 특정 시설을 통해서만 급여 신청이 가능한 것으로, 만약 거주지역에 해당 시설이 존재하지 않을 경우 수급권자는 급여 신청 자체를 할 수 없게 됨(표2).

<표1> 노숙인 1종 의료급여 개요

구분	개정 후
선정 기준	<ul style="list-style-type: none"> • 국민건강보험 미가입자 또는 6개월 이상 체납된 사람으로 노숙인 해당 기간이 지속적으로 3개월 이상 유지된 사람 ✓ 노숙인일시보호시설 또는 노숙인자활시설 입소자 ✓ 노숙인종합지원센터의 장이 주1회 이상 주기적으로 상담을 실시하고 있는 거리 노숙인
급여의 중지	<ul style="list-style-type: none"> • 해당 시설의 퇴소 *노숙인일시보호시설의 경우 퇴소일 인지가 어려울 시 월 20일 범위(연장 시 30일 이내) 내에서 수급 중지 • 종합지원센터의 관리(주1회 상담관리 및 실시) 범위에서 벗어나는 경우

자료: 보건복지부, 2022년 3월 22일자 보도참고자료.

차별과 건강, 건강할 권리는 차별없이 보장되고 있는가?

<표2> 지자체별 노숙인 1종 의료급여 신청 창구

(단위 : 명)

구분	서울	부산	대구	인천	광주	대전	울산	세종	경기	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	제주	계
일시보호시설	4		1			1				2								8
자활시설	20	3	5	1	1	4	1		9	2	1	1	2		1			51
종합지원센터	3	3	1		1	1			3								1	13

자료: 보건복지부, 2022년 노숙인 등의 복지사업 안내.

4) 한편, 노숙인 의료급여 수급자의 수는 2015년을 기점으로 매년 감소하고 있고(표3), 전체 정책대상 규모(일시보호시설 및 자활시설 입소자, 거리노숙) 대비 수급자의 비율도 계속 감소하여 제도의 포괄성 수준이 점점 낮아지고 있는 추세임.

5) 현재 보건복지부는 노숙인 의료급여 수급자가 아닌 ‘노숙인 등’에 대해 지자체가 자체 예산을 편성하여 보호하도록 지침을 두고 있는데, 오히려 노숙인 의료급여 수급자에 대한 진료비보다 지자체 차원의 ‘노숙인 등’에 대한 의료지원 예산이 훨씬 큰 상황임. 예로, 2021년 노숙인 1종 의료급여 수급자의 진료비 부담금은 약 7억 8천만 원이나, 같은 해 서울시 노숙인 등 의료지원 예산은 약 52억 1천만 원으로 6배 이상에 달함. 노숙인 의료급여 제도의 낮은 포괄성에 따른 공백을 지자체가 메워야 하는 구조인 것.

<표3> 노숙인 1종 의료급여 수급자 수

(단위 : 명)

2015년		2016년		2017년		2018년		2019년		2020년		2021년	
전국	서울	전국	서울	전국	서울	전국	서울	전국	서울	전국	서울	전국	서울
903	888	701	692	604	591	502	489	428	420	327	315	271	250

자료: 국민건강보험공단, 의료급여통계, 각 연도.

2. 제도적 차별의 결과: 보편적 의료서비스 접근권 침해와 낙인효과

1) 2021년, 코로나19가 확산됨에 따라 국공립병원들이 감염병전담병원으로 전환하면서 ‘노숙인진료시설’을 이용할 수 없게 되는 상황이 발생함. 응급환자의 입원·이송 연계가 중지·지연되는 사례가 속출하였는데, 국가인권위 조사 과정에서 발목 부위 절단 우려가 있는 거리홈리스 환자가 의료연계가 되지 않아 수일간 적절한 치료를 받지 못한 것이 확인되기도 하였음.²¹⁾ 노숙인 의료급여 제도의 낮은 포괄성, ‘노숙인진료시설 지정제도’에 따른 제도적 차별의 결과가 가시적으로 드러난 것.

2) 2021년 11월, 국가인권위원회(이하 ‘인권위’)는 특정한 의료기관만 이용하도록 하는 ‘노숙인진료시설 지정제도’를 폐지하고 노숙인 1종 의료급여의 포괄성을 높여 노숙인 등의 의료접근권을 강화할 것을 보건복지부에 권고하였음. 인권위는 노숙인진료시설 지정제도가 "제한된 의료기관만을 이용해야 하는 차별적 조건"으로 작용함에 따라 "보편적 의료서비스 접근권을 침해할 뿐만 아니라 사회보장 증진에 노력할 국가의 책임을 망기하는 결과를 초래하고 있다"고 지적함.

3) 인권위의 권고 이후 보건복지부는 ‘노숙인진료시설 지정 등에 관한

21) 국가인권위원회, 2021년, 「2021년 서울시 노숙인복지시설 방문조사에 따른 인권개선 권고」

차별과 건강, 건강할 권리는 차별없이 보장되고 있는가?

고시’(이하 ‘고시’)를 제정함. 고시는 감염병 ‘주의’ 단계 이상일 때에 한해 요양병원을 제외한 1차, 2차 의료급여기관을 노숙인진료시설로 확대 지정한다는 내용을 담고 있음. 이는 특정 상황에 국한해 제도의 차별성을 완화하겠다는 것에 불과. 인권위 역시 보건복지부가 “노숙인진료시설 지정제도 폐지 및 노숙인의 의료급여 신청 관련 지침 보완 등 주요 권고사항에 대해서는 분명한 입장을 밝히지 않았으며, 관련 연구용역 추진계획 외에는 권고사항을 이행하기 위한 계획도 제출하지 않았다”면서,²²⁾ “인권위 권고를 전면 수용한 것으로 보기 어렵다고 판단”함.

4) 한편, 복지부의 고시 제정 이후 대한의사협회는 언론을 통해 “민간병원을 노숙인진료시설로 강제 지정하는 것은 의료기관의 자율성을 해치는 일이며, 고시 제정 시 노숙인의 의료쇼핑과 타 이용자들의 민원을 비롯한 다양한 부작용이 나타날 것”이라는 입장을 전함.²³⁾ 특정 사회집단을 의료이용에서 일방적으로 배제하는 것을 ‘의료기관의 자율성’으로 해석하는 이 같은 모습은 10년 넘게 지속된 제도적 차별의 ‘학습효과’를 여실히 보여줌.

5) 제도적 차별의 학습효과는 지자체 차원의 의료지원 영역에서도 나타남. 서울시는 노숙인 의료급여 수급자가 아닌 ‘노숙인 등’에 대하여 별도 예산을 편성하여 의료지원(‘서울시 노숙인 의료지원’)을 실시 중임. 서울시는 시의 의료지원을 받는 경우에도 노숙인 의료급여와 마찬가지로 ‘노숙인진료시설’로 지정된 의료기관만 이용할 수 있도록 지원제도를 운용해 왔음. 복지부의 고시 시행 이후, 서울시 역시 시내 1,2차 의료급여기관에 진료의뢰를 할 수 있도록 제도를 변경하였지만 현실은

22) 국가인권위원회 보도자료, 2022년 5월 27일, “노숙인 의료접근권 보장 관련 권고, 보건복지부 일부 수용”

23) 의협신문, 2022년 3월 22일, “의료급여기관 노숙인 진료시설 강제 지정 “자율성 침해””.

여전히 소수의 국공립병원(고시 제정 이전 ‘노숙인진료시설’)으로 의뢰가 되고 있음.²⁴⁾

3. 진료시설지정제도 폐지를 전제로 노숙인 의료급여 제도 개선해야

1) 인권위가 언급한 것처럼, 보건복지부는 진료시설 지정제도의 폐지, 의료급여의 접근성 강화 등에 관한 확답을 미룬 채 ‘노숙인 의료지원 제도개선방안 연구용역’을 진행하고 있음. 제도 현황과 개선을 면밀히 검토하는 것은 중요한 과업이나, 그 과업을 진행하는 과정이 평등한 의료접근권을 보장하기 위한 즉각적인 조치들을 유예하는 데 활용되어서는 안 됨.

2) 제도적 차별에 해당하는 노숙인진료시설 지정제도의 폐지와 관련해 그동안 보건복지부는 “건강보험의 재정건전성 악화 우려”²⁵⁾, “의료기관의 과잉진료”, “일반 환자들의 노숙인 진료병원 기피 현상”²⁶⁾ 등을 이유로 제도 폐지에 부정적이었고, 인권위 권고 이후에도 여전히 확답을 피하고 있음. 지난 10년 간 ‘행정의 관점’²⁷⁾에서 자행된 제도적 차별에 있어 보건복지부는 분명한 책임 주체에 해당하는 바, 복지부는 진료시설 지정제도 폐지를 전제로 한 노숙인 의료급여 제도의 개선 계획을 시급히 마련해야 할 것임.

24) 일례로 서울시립다시서기노숙인종합지원센터 정신건강팀의 발표자료는 다음과 같이 보고하고 있음. “2022년 이후 서울시 진료의뢰서가 민간병원까지 확대되었지만 다른 1차병원 정신건강의학과 진료가 진행되지 않는 사유로 노숙인 진료를 위한 사전 접촉을 진행하였으나 진료협조에 난색을 표함.” 한국보건사회연구원·국립중앙의료원, 2022, 「제2차 홀리스 건강권 포럼 자료집」

25) 서울특별시, 2020년, 「2020년도 서울시 재난 상황에서 노숙인 등 인권상황 실태조사」

26) 경향신문 2020년 12월 9일, 서울시 “모든 의료기관서 노숙인 치료”...전담병원 제도 폐지 검토

27) 노숙인진료시설 지정제도의 시행 근거인 「의료급여법 시행규칙」 제3조 제2항은 ‘노숙인 등’의 “의료이용 관리”에 어려움이 있다는 이유로 신설됨.

토론 4

이주민 건강과 의료차별

(사)한국이주민건강협회 희망의친구들, 구정희 팀장

1. 이주민과 국민건강보험

우리나라는 「국민건강보험법」의 제 109조(외국인 등에 대한 특례) 조항에 의거하여 국내에 체류하는 외국인과 재외국민도 국민건강보험에 가입할 수 있다. 2018년 12월 「장기체류 재외국민 및 외국인에 대한 건강보험 적용기준」(보건복지부 고시 제2018-267호) 발령을 통해 3개월 이상 체류한 외국인에 한해 임의로 가입하던 것에서 2019년 7월 16일부터는 6개월 이상 체류한 외국인은 지역가입 당연적용 대상이 되었다. 더불어 세대합가 인정범위를 축소하고 세대별 건강보험료 산정기준²⁸⁾을 강화하였다. 보건복지부는 이를 통해 재외국민 및 외국인 건강보험 이용의 합리성과 내·외국인간 형평성을 높이고, 도덕적 해이를 방지할 수 있을 것이라고 밝혔다. 보건복지부가 건강보험 가입 기준을 강화한 배경에는 외국인 무임승차론이 끊임없이 제기되었기 때문이다. 이는 진료목적으로 입국하여 적은 보험료로 건강보험에 가입하고 고액의 진료를 받은 후 출국하는 이른바 ‘암체’ 외국인이나 ‘떡튀’ 외국인의 사례를 과장 보도되면서 외국인 가입자가 건보의 공정성을 훼손하고 건보 재정

28) 보험료 산정기준은 영주권자(F-5), 결혼이민자(F-6)를 제외한 이주민들은 소득이나 재산이 파악되어 내국인 평균보험료 미만 시 전체가입자 평균보험료로 부과하고 있다.

을 악화시키는 주범인 양 여론이 형성되었는데 이에 제도를 개편하여 건강보험이 악용되는 것을 막고 재정 건전성과 형평성을 제고하도록 하겠다는 것이다. 그러나 이는 전체 외국인 건강보험 재정이 매년 흑자²⁹⁾인 사실은 검증하지 않고 지역건보 재정의 적자만 부각하면서 왜곡되고 과도한 우려를 드러낸 것이며 무엇보다 건강보험에 가입했다라도 장시간 근로 등으로 병원에 갈 시간을 내기 어렵거나 언어상의 문제 등으로 치료가 필요한 데도 의료서비스를 이용하지 못하는 외국인 가입자가 많은 현실은 고려되지 않았다. 또한, 2018년 기준으로 농·축산·어업 분야의 이주노동자 중 26.2%³⁰⁾가 사업자등록증이 없는 농·어가에서 일하고 있는데 이들이 지역가입자가 되었을 때 소득에 비해 일률적으로 높은 보험료를 부담하게 되는 차별적인 현실도 간과되었다.

보건복지부의 개정된 고시가 실행된 지 3년이 지난 지금 외국인·재외국민 건강보험은 어떻게 되었을까. 2019년 외국인의 건강보험 가입은 전년대비 27.6% 증가하였고 매년 증가하고 있다. 2021년 말 재외국민 및 외국인 건강보험 적용인구 126만 명으로 건강보험 적용인구 5,141만 명의 2.5%에 이른다. 이중 외국인 가입자는 1,237,275명으로 전년대비 4.5% 증가하였다.

29) 외국인 건강보험 재정 수지는 흑자다. 건강보험공단 주요 통계에 의하면 외국인 건강보험의 흑자 규모는 2015년 2,389억 원, 2016년 2,093억 원, 2017년 2,490억 원, 2018년 2천282억 원, 고시 개정을 앞둔 2019년 3월에도 1,539억 원이었다.

30) 2019년 10월 4일 더불어민주당 이용득 의원실 보도자료

차별과 건강, 건강할 권리는 차별없이 보장되고 있는가?

<연도별 재외국민 및 외국인 건강보험가입자 현황³¹⁾>

(단위: 명)

연도	총계	재외국민			외국인		
		계	직장	지역	계	직장	지역
2017	913,150	23,259	16,843	6,416	889,891	672,510	564,765
2018	971,199	24,454	17,472	6,982	946,745	687,435	494,906
2019	1,239,539	27,064	17,089	9,975	1,212,475	697,234	515,241
2020	1,209,409	27,068	16,852	10,216	1,182,341	647,057	299,688
2021	1,264,427	27,152	17,182	9,970	1,237,275	625,891	264,000

당연가입된 외국인 가입자가 증가한 만큼 의료보장 접근성은 높아졌을까? 외국인은 직장가입자의 경우 고용되는 시점에 건강보험에 가입되고, 지역가입자의 경우 6개월 이상 지나야 국민건강보험에 가입되는데 건강보험에 가입하기 전에 질병에 걸리면 치료비 전액을 일반수가나 국제수가로 내야한다. 보험료 체납에 대한 제제도 다른데 외국인 가입자는 건강보험료를 1회라도 체납하게 되면 납부기한 다음달 1일부터 완납할 때까지 의료기관 이용 시 건강보험 혜택을 누릴 수 없다. 보험료를 완납하더라도 급여제한기간 중에 받은 진료비는 보험 급여의 소급 적용(환급)이 되지 않으며 의료기관과 공단이 이를 파악하지 못하고 급여를 실시했다면 부당이득으로 처리하여 환수조치 한다. 내국인 지역가입자가 6회 이상 체납 이후에 급여제한을 받고, 급여제한 기간 중 진료사실 통지일로부터 2개월이 경과한 날의 보험료 납부일까지 보험료를 납부하지 않을 시 보험 급여를 부당이득으로 처리해 환수 조치하는 것과 사뭇 다르다. 보험료 납부에 있어서도 외국인 직장가입자의 경우 내국인과 동일하게 보험료를 적용받지만 지역가입자는 일부 경감 대상자(유학생, 종교, 농업지역)을 제외하고 평균보험료를 부과 받는다(2022

31) 국민건강보험공단, 2021 건강보험주요통계

년도 평균보험료(장기요양보험료 포함)는 140,070원³²⁾이다.) 내국인 직장가입자와 지역가입자는 그 달의 보험료를 다음달 10일까지 납부하는 반면 외국인 지역가입자는 그 달의 보험료를 그 전달 25일까지 선납해야 한다.

외국인 가입자의 경우 세대원(피부양자)의 범위를 배우자와 미성년 자녀로 한정하고 제출 서류도 복잡하여 경제적 능력이 없는 고령의 부모와 대학생 등 성년 자녀는 개별로 건강보험에 가입해야 해 가정경제에 큰 부담으로 다가온다. 그럼에도 건강보험료를 체납하게 되면 비자연장 등 체류허가에 제한을 받기 때문에 보험료를 꾸준히 납부할 수밖에 없고 건강보험은 족쇄처럼 작용한다. 도덕적 해이의 원인으로 지적되어 온 손가락만 없다는 피부양자의 수 역시 2019년 12월 기준 외국인 직장가입자의 1명당 피부양자 수는 0.39명으로 내국인(1.05명)의 37%³³⁾에 불과했는데 2022년 7월 기준에도 외국인 직장가입자의 1인당 피부양자 수는 0.4명으로 내국인(0.93명)의 약 43%³⁴⁾에 그친다. 외국인 건강보험 재정 역시 꾸준히 흑자를 이어가고 있고 그 규모는 지난 4년간 총 1조6천794억 원이니 오히려 건강보험 재정 안정에 기여하고 있는 셈이다. 외국인 건강보험 재정이 흑자인 까닭은 성실한 보험료 납부 외에도 여전히 외국인 가입자의 의료서비스 이용이 쉽지 않기 때문이기도 하다. 이주민 건강권 실태와 의료보장제도 개선방안 연구³⁵⁾에

32) 국민건강보험 평균보험료

연도	건강보험료	장기요양보험		합계 지역보험료
		보험료율	보험료	
2019년도	104,910	8.51%	8,860	113,050
2020년도	111,640	10.25%	11,440	123,080
2021년도	124,770	12.27%	15,300	140,070

33) 연합뉴스, 2022-3-17, 서한기 기자, '손가락만 없는' 외국인 건보 개선 공약 했는데... 얼마나 실현될까

19) 한겨레, 2022-10-20, 권지담 기자, “외국인 1명이 37억 건보 혜택”...그들은 과연 손가락만 없었나

차별과 건강, 건강할 권리는 차별없이 보장되고 있는가?

의하면 건강 문제로 의료기관에서 진단, 검사 또는 치료가 필요하였으나 받지 못한 적이 있다고 답한 비율, 즉 미충족 의료율이 전체 응답자에서 28.2%였다. 이는 내국인의 미충족 의료율 11.5%에 비해 16.7%p 높은 것이다.

<외국인 건강보험 재정 수지 현황>³⁶⁾

(단위: 명, 억원)

연도	보험료부과(A)			급여비(B)			수지(A-B)
	계	직장	지역	계	직장	지역	계
2018	9,733	8,584	1,149	7,451			2,282
2019	12,530	9,907	2,623	8,872			3,658
2020	14,915	10,424	4,491	9,186			5,729
2021	15,793	11,145	4,648	10,668			5,125

차별을 심화시키는 외국인 건강보험 가입자의 자격, 보험료, 체납 제재, 의료서비스 이용 등 기준을 개선하고 건강보험이 사회보험으로서 외국인 건강권을 향상하는 사회안전망이 되어야 한다.

2. 미등록이주민과 의료사각지대

희망의친구들은 1999년 설립부터 이주민의 건강권 향상을 위한 다양한 의료지원을 하고 있다. 특히 국민건강보험에 가입할 수 없는 이주민의 의료문제를 해소하기 위해 이주민이 회원으로 가입하여 서로 돕는 시스템인 WeFriends Aid를 운영하고 있으며 전국의 이주민 지원 상담소와 의료기관이 함께 협력하고 있다. WeFriends Aid의 이주민 의료비 지원 현황을 살펴보면 2019년 총 491건, 2020년 총 600건, 2021년 813건

35) 국가인권위원회, 2020-12, 이주민 건강권 실태와 의료보장제도 개선방안 연구

36) 국민건강보험공단 주요통계

으로 매년 증가하였고, 의료비 지원액 역시 2019년 총 235,747,519원, 2020년 총 285,793,315원, 2021년 총 373,787,939원으로 증가하였다. 2021년 의료지원을 살펴보면 외래치료가 48%를 차지해 이주민들의 체류가 장기화되면서 만성질환 증가와 무관하지 않다. 또한 응급의료 지원이 13%로 이주민이 열악한 환경에서 노동하고 거주하면서 병을 제때 치료받지 못하거나 건강관리를 못 하는 비율이 크다는 것 역시 알 수 있다. 의료보장에서 배제된 이주민의 건강권 문제가 부각 될 때마다 정부는 ‘외국인근로자 등 의료지원사업’으로 대응해왔다. ‘외국인근로자 등 의료지원사업’은 이주노동자, 이주아동, 결혼이민자, 난민 등을 대상으로 하는데 지정된 의료기관에서 진행되는 수술·입원치료를 위주로 지원한다. 몇 년째 30억 원의 예산이 동일하게 편성되는데 건강보험과 의료급여의 혜택을 받을 수 없는 이주민과 난민이 증가하는 상황을 고려하면 의료소외계층에 대한 정부의 태도가 얼마나 소극적인지 알 수 있다. 이들의 건강권 보장을 위해서는 관련 사업의 예산은 확대 편성되어야 한다.

또한, 최근 파종기·수확기 등 일손이 필요한 농·어업 분야에 단기간 일할 수 있는 계절노동자 프로그램이 확대 도입되면서 많은 이주민이 입국하거나 입국을 대기하고 있는데 이들은 단체 상해보험만 가입이 가능해서 갑작스런 질병으로 치료가 필요할 때 안전망이 전무하다.

토론 5

차별과 낙인 없는 보건의료환경을 위한 ‘성·재생산 권리 보장 기본법’의 필요성

성적권리와 재생산정의를 위한 센터 세어 SHARE, 나영 대표

사례1

N은 합의하에 이루어진 성관계로 인한 임신을 중지하기 위해 병원을 찾았으나, 병원측에서는 N과 파트너에게 강간으로 인한 임신이라는 확인서를 작성할 것을 요구했다. N의 임신은 강간에 의한 것이 아니었으므로, 허위로 문서를 작성하라는 요구였다. 병원측은 임신중단 이후 고발 협박을 미연에 방지하기 위함이라고 설명했다. N은 단지 임신을 중지하고자 할 뿐 자의에 의한 성관계였음에도, 그 사실을 부정하도록 강요받는 것에 모멸감을 느꼈지만 서명할 수밖에 없었다. 임신중지 의료를 제공받기 위해서는 병원에 쉽게 이의를 제기할 수 없었던 것이다. N의 파트너가 확인서에 서명을 해주었지만, 만약 거절했다면 더 큰 곤경에 처했을 것이며 이와 같은 상황에 처한 여성들이 더 있을지도 모른다는 생각에 답답했다고 한다.

사례2

N '수술하고 막 이제 마취가 막 깨서 정신없는 상태에서 나오는데, 내가 코디네이터랑 같이 상담하면서 강간 동의서를 작성했었던 그 상담실 벽에 '낙태는 범죄입니다'라는 포스터가 대한산부인과학회에서 그랬던가 그게 붙어 있었던 기억이 있어요." "나한테 돈 받아갈 걸 다 받아가고 지들 돈 벌 거 다 벌고 끝끝내는. 이렇게 나오는 사람을 범죄자로 만드는 멘트를 마주하게 하는 거? 소비자들이 결국엔 범죄자로 만드는 이벤트(웃음) 아, 마음이 이렇게 덜컥 무너지는 지점들이 있고 아직도 그 포스터의 색깔과 그 모든 것들이 잊히지를 않아요."

사례3

“환자를, 치료를 원하는 환자를 왜 자기가 판단을 (해요?) 그것도 무슨 건강상의 문제로, 아, 수술을 하면은 되게 몸이 지금 상태가 건강이 수술을 버틸 수가 없다, 이런 문제도 아니고 자기의 그런 종교적인 어떤 그런 어떤 신념 때문에 치료 여부를 결정하는 거는 그거는 말이 안 된다고 생각을 해서...” “(거절을 당하면) 이게 가치 평가가 자꾸 들어가는 수술이라는 생각이 들어서 이거를 마음 먹기도 힘들고 정보를 찾는 것도 뭔가 터부시되니까 다 이렇게 많이 정보가 있는 게 아니니까 그것도 힘들고 병원을 가셔도 마음 놓고 수술로 하겠다, 그러나, 알겠다 약간 이런 게 아니라 약간 뭔가 죄 짓는 것 같고, 막 약간 혼날 것 같고, 약간 이런 식으로 이렇게 되니까 이런 죄책감이 들게끔 만들어지는 어떤 분위기라고 해야 되나?”

사례4

G “그리고 병원들 자체도 여기 의사의 개인적인 신념이나 이런 것 때문에 임신 테스트 자체도 아예 안 해주는 의사들이 있거든요. 여성 병원에서 실제로 겪었었어요. 제 일은 아니고 이제 저를 봐주시던. 그니까 원래 좀 주기적으로 잘 가고 있어서 그 선생님이 좀 좋은 분이래 이제 그때 임신한 다른 분을 데리고 갔었는데 ‘저는 그런 거 안 합니다. 그러니까 다른 원장님 소개시켜 드릴게요’ 해서 같은 병원에 다른 원장님한테 그분이 혈액으로 임신 테스트를 받았거든요.” “중절을 하자는 것도 아니고 임신 여부 테스트하는 건 데도 안 하시겠다고 할 정도. 그래서 그때도 뭐 이천 한 13년 14년이어서 굉장히 오래 전이긴 한데요. 어쨌든 환자들은 계속 내가 도덕적으로 계속 비난 받을까봐 혹은 아니면은 뭔가 모멸감 같은 거를 얻을까 봐 굉장히 두려워하고 있는 상태니까. 근데 그런 걸 걱정하지 않고 병원에 그냥 방문할 수 있는 다양한 정보들 그런 게 굉장히 필요한 것 같아요.”

사례5

“선택권이 너무 없어요. 저도 둘째 가졌을 때 고민했던 게 낳을까 말까 고민을 했었는데 병원에서는 너무 당연하게 낳지 않아도 된다고 했고 주변에서도 단 한 번도 둘째를 축하해주지 않았어요. 왜 둘째까지, 하나만 하지. 그냥 묶어라 애기 안 낳게. 둘째는 사람들에게 혼나는. 왜 첫째 때 안 묶고 내가 할 게 아니고 파트너가 할 수 있잖아요. 그런데 계속 여성에게 강요하고 뭐가 얘기할 수 없게 만드는 분위기가 장애여성 선택할 수 있는 게 딱히 많지 않겠다. 그런 얘기를 들으면서 오히려 내가 보여주겠다 라는 마음으로 낳겠다고 생각했어요.”

차별과 건강, 건강할 권리는 차별없이 보장되고 있는가?

1. ‘낙태죄’ 폐지운동을 통해 발견된 것들: 처벌의 효과는 불평등의 유지에 있다

위의 사례들은 ‘모두를 위한 낙태죄 폐지 공동행동’에서 2021년에 진행한 <임신중지 경험 설문·실태조사 및 심층인터뷰 결과보고서>에 나온 심층인터뷰 참여자들의 경험 중 일부이다. 심층인터뷰에 응한 인터뷰이들은 임신중지 또는 임신과 출산을 위해 병원을 찾아야 했지만 병원을 찾는 시점에서부터 일련의 시술이나 치료 이후까지의 전 과정이 겹겹의 차별과 낙인을 뚫고 나가야 하는 일이었음을 아주 구체적인 수준에서 이야기해 주었다.

“부녀가 약물 기타 방법으로 낙태한 때에는 1년 이하의 징역 또는 200만원 이하의 벌금에 처한다”는 형법 269조 1항과, “의사, 한의사, 조산사, 약제사 또는 약종상이 부녀의 촉탁 또는 승낙을 받아 낙태하게 한 때에는 2년 이하의 징역에 처한다”는 270조의 1항이 실제 현실에 미친 가장 중요한 영향은 처벌이 아니었다. 70년에 가까운 시간 동안 형법 ‘낙태의 죄’가 미친 실질적인 영향은 바로, 보건의료 현장을 차별과 낙인이 언제든 통용될 수 있는 공간으로 만들었다는 것이다.

‘낙태의 죄’는 보건의료인들이 보다 안전하고 환자를 존중할 수 있는 의술과 인식을 배우고 연수할 수 있도록 보장하기는커녕, 오히려 법의 사각지대를 어떻게 하면 우회하거나 이용할 수 있는지만을 관행으로 전수하게 만들었다. 시간이 흐를수록 당사자의 몸과 마음에 미치는 영향도 점점 커질 수밖에 없는 상황 앞에서 환자는 언제든지 진료를 거부당할 수 있었고, 거절을 당하면 또 다른 병원을 찾기가 어려웠기에 모든 부담함을 감내해야 했다. 병원이 요구하는 금액을 현금으로 낼 수밖에 없었고, 병원이 만일을 대비해 증거로 남기고자 거짓 확인서를 내밀면 서명해야 했다. 의사가 묻는 차별적이고 모욕적인 태도와 말에 이의를 제기하기 어려웠고, 자신의 몸에 직접 행해지는 일인데도 대부분의 상황

들이 자신이 아닌 다른 사람들에 의해 좌우되었다. 병원에서는 환자에게 행해지는 시술과 처방이 무엇인지도 제대로 설명하거나 알려주지 않았다. 심지어 의사의 얼굴조차 보지 못한 채 시술을 받은 이들도 다수였다. 시술 후에는 몸에 나타나는 변화나 건강상의 이상이 있어도 다시 병원을 찾아가기 어려웠다. 파트너의 동의를 확인해야 한다는 병원 측의 요구로 인해 파트너를 겨우 설득해 데려가거나, 본인에게 병원비가 없어 파트너가 병원비를 지불한 경우 시술 이후 파트너의 성관계 강요나 폭력에 시달릴 수밖에 없었던 경험을 가진 이들도 많았다. 한편, 법이 금지하고, 의료 현장이 금기시하더라도 환자를 위해 더 나은 진료환경을 만들고자 했던 소수의 의료인들은 법과 의료 현장 모두에서 `위험과 불이익을 감수하며 분투해야 했다.

장애여성은 반대로 “정말 낡으실 거냐”는 말을 아무렇지도 않게 들었다. 임신을 유지하기로 하고 병원에 다니려면 병원에 장애인이 이용할 수 있는 시설이 없었고, 때로 남편의 도움을 받으면 의사는 남편을 칭찬했다. 자신을 찾아온 장애여성의 몸에 맞는 진료 방법이나 적절한 검사와 시술 방법을 모르는 채 매번 위험과 우려만을 강조하는 의사에게 오히려 자신이 찾은 정보를 알려주거나 설득해가며 모험을 감수하는 일도 장애여성의 몫이었다.

‘낙태죄’ 폐지 운동을 통해 우리가 발견한 것은 이런 것들이다. 임신중지에 대한 처벌이 가지는 실질적 영향은 처벌을 통해 ‘임신중지가 없는 세상’이라는 불가능한 목표를 달성하는 데에 있지 않고, 단지 ‘처벌의 존재’를 통해 불평등과 낙인을 지속시키는 데에 있다는 것. 이 불평등과 낙인은 국가의 인구정책 목표에 따른 생산성 있는 노동인구를 적절한 수로 통제하고 관리하겠다는 목적하에 유지되어 왔다는 것. 그리고 그 결과는 차별, 낙인, 배제, 거부, 불안, 불신이 언제든지 작동할 수 있는 보건의료 환경에서 모욕과 위험, 후유증을 감수해야 하는 환자 개개인의 몫으로 돌아왔다는 것. ‘낙태죄’ 폐지 이후에도 아직까지 그 영향은 고

차별과 건강, 건강할 권리는 차별없이 보장되고 있는가?

스란히 남아 영향을 미치고 있다. 이제 지난 70여 년의 시간 동안 쌓여 온 이 커다란 병폐를 걷어내고 법·제도부터 보건의료환경까지 새로운 시스템을 구축해야 한다.

2. 권리가 존재하지 않는 비공식의 자리를 차지하는 것은 비밀과 영리 추구뿐
형법상 '낙태의 죄'의 실효가 사라진 지 2년이 다 되어가는데 여전히 "어디까지 허용할 것인지"라는 법적 기준이 필요하다는 생각에서 벗어나지 못하고 있는 이들은 지금의 상황을 그저 '입법 공백'이라고 표현하며 책임을 회피하고 있다. 임신중지 비범죄화 이후 가장 먼저 주도적으로 나서서 안전한 임신중지와 접근성 확대를 위한 보건의료 시스템을 구축했어야 할 보건복지부는 그저 상황을 방치하고만 있다.

그 공백을 빠르게 채우고 있는 것은 각종 브로커와 사설 병원 연계 플랫폼, 정체를 알 수 없는 병원들의 '비밀상담' 시스템이다. 식약처가 빠르게 유산유도제를 도입했다면 지금쯤 병원에서 적절한 상담과 안내, 처방을 받고 안전하게 복용했을 유산유도제를 여전히 온라인을 통해 구하고 있고, 병원에서도 공식 승인된 약을 사용할 수 없어 환자들은 병원에서 처방을 받는데도 약에 대한 정보를 제대로 얻지 못한다. 많은 병원들이 '비밀상담'이라는 방식으로 가격을 제시하고 과도한 검사와 영양제 등을 비용에 추가하고 있지만 건강보험 적용이 되지 않아 어디서든 컨트롤이 되지 않고 있다.

가장 큰 문제는 "아직 모자보건법 14조는 유효하다"며 환자의 불안을 이용해 병원비를 협상하고 있는 병원들이다. 모자보건법 14조는 헌법재판소에서 헌법불합치 결정을 내린 형법 제270조 1항의 위법성 조각사유에 해당하여 현재 해당 형법 조항과 함께 실효를 가지지 않는 상태임에도, 병원들이 해당 조항을 이용해서 환자에게 마치 불법이 되는 일을 행해야 하는 것처럼 불안을 조성함으로써 과도한 병원비를 청구하고 있는 것이다. 임신중지에 대한 정확한 정보를 얻기 어려운 많은 이들이

보건 당국의 공식 정보와 보건의료 기관에서 제공되는 정확한 안내를 접하기보다는 “실장님과 상의하세요”라는 문구를 가장 많이 접하고 있다. 차별과 낙인, 비공식 영역에서의 음지화가 오랜 세월 굳어진 자리에 ‘비밀’을 이용한 영리 추구가 권리로 채워져야 할 자리를 빠르게 잠식하고 있는 현실이다.

<‘서울중절수술병원 메디컬1004’라는 사이트의 문구>

<https://medical1004.com/page/howto>

임신중절수술의 허용한계 : 모자보건법 14조

의사는 다음 각호의 하나에 해당되는 경우에만 본인과 배우자
(사실상 혼인관계에 있는 사람을 포함한다. 이하 같다)의 동의를 받아
인공임신중절수술을 할 수 있다

1. 본인이나 배우자가 대통령령으로 정하는 우생학적 또는 유전학적 정신장애나 신체 질환이 있는 경우
2. 본인이나 배우자가 대통령령으로 정하는 전염성 질환이 있는 경우
3. 강간 또는 준강간에 의하여 임신되는 경우
4. 법률상 혼인할 수 없는 혈족 또는 친인척간에 임신된 경우
5. 임신의 지속이 보건의학적 이유로 모체의 건강을 심각하게 해치고 있거나 해결 우려가 있는 경우

산모의 건강이 임신을 유지하기가 어려운 경우나
모체 또는 배우자의 질환이 태아에게 영향을
끼치게 될 경우에 해당이 됩니다.

이 외에도 몇가지 더 해당 사항이 있으니,
자세한 사항은 저희 실장님과 상담해보시기 바랍니다.

차별과 건강, 건강할 권리는 차별없이 보장되고 있는가?

안녕하세요.

저희병원엔 서울에 위치한 산부인과입니다.

갑작스러운 임신은 누구에게 말을 꺼내기가 힘들기 마련입니다.

많은 분들이 혼자서 진행하고 싶어 하는데,

안타깝게도 임신중절수술은 보호자 동의가 있어야 진행할수 있습니다.

하지만 특별한 경우에는 본인의 동의만으로도

진행할 수 있으니 24시간 편하게 상담 받아보시기 바랍니다.

3. 이제 '성·재생산 권리 보장 기본법'의 제정이 필요하다

이런 상황들을 하루속히 끊어내기 위해서는 이제 차별과 낙인, 국가의 목적만이 존재하던 자리에 권리를 채워 넣어야 한다. 세어는 '낙태죄' 폐지 이후를 고민하며 형법이나 모자보건법의 개정이 아닌 '성·재생산 권리 보장 기본법'을 제안했다. 지금 우리가 목도하고 있는 바와 같이 임신중지에 대한 차별이 사라진다고 해도 지금까지 '낙태의 죄'를 유지해 온 기반을 근본적으로 뒤집지 않으면 차별과 낙인, 불평등으로 인한 문제들은 계속될 것이기 때문이다.

'성·재생산 권리 보장 기본법'은 다음과 같은 목적을 가진다.

- 국가의 인구정책과 경제발전을 목적에 둔 법과 제도를 개인의 권리와 건강 보장을 목적에 둔 법과 정책으로 전환하는 것
- 출산은 국가 발전에 도움이 될 때만, 성관계는 출산을 예비할 때만, 개인의 성적 정체성은 결혼 제도 하에 인정될 수 있는 이성 간 성관계를 전제로 할 때만이 인정되는 사회에서 모든 개인의 삶의 자율성이 존중되는 사회로 전환하는 것
- 이를 보장할 수 있는 사회경제적 여건을 적극적으로 구축해 나가는 것을 국가와 지자체, 관련 기관의 책임으로 명시하는 것
- 평등과 차별금지 원칙을 성·재생산 건강과 권리 보장의 기본 원칙으로 확립하는 것

- ‘피해를 받지 않을 권리’를 넘어 성·재생산 건강과 권리에 관한 자기 결정권과 이를 위한 사회경제적 여건을 보장받을 권리를 확보하고, 누구나 ‘차별·강요·폭력·낙인 없이 성적 즐거움을 향유 할 권리’를 보장하는 법체계를 만드는 것

- 모성보호, 월경, 임신·출산, 임신중지를 개별적으로 다루는 것이 아니라 다양한 사람들의 생애주기와 노동 조건, 사회적 환경 속에서 포괄적·교차적으로 연계되고 보장되는 시스템으로 만드는 것

‘성·재생산 권리 보장 기본법’은 이러한 목적을 두고 형법, 민법, 모자보건법, 건강가정기본법, 균형법, 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 등에서 관련 권리를 제약하거나 침해하는 조항들을 개정하거나 삭제할 수 있는 기준을 마련하게 될 것이다.

또한 ‘성·재생산 권리 보장 기본법’은 정부와 지자체가 성·재생산 건강과 권리 보장을 위한 종합계획을 수립하고 보건의료, 노동, 교육, 사회복지 등의 전 영역에서 이에 관한 추진 체계와 인프라를 구축하도록 할 책임과 의무를 명시한다. 이에 관해, 특히 보건의료 영역의 경우 가장 시급한 것은 현재 차별과 낙인을 승인하며 비공식적 영역에서 이루어지고 있는 성·재생산 건강 관련 보건의료 서비스의 영역을 공식화하는 것이다. 임신중지에 관한 정보 역시 뉴질랜드 보건부의 DECIDE.ORG 사이트처럼 임신 사실의 확인과 임신중지 여부의 결정에 필요한 다양한 정보, 임신중지의 방법과 유산유도제 등에 대한 안내, 피임과 사후 상담에 대한 안내를 비롯해, 거주지나 직장에서 가까운 병원을 직접 찾아볼 수 있는 상세한 지도와 정보까지 공식 시스템으로 마련해야 한다. 그래야 보건의료 환경에서 더 이상 차별과 낙인을 이용한 비공식적 영리 추구만이 지속되지 않고 보건의료인들도 공식적으로 보장되는 시스템을 통해 보다 보람 있는 의료환경을 보장받을 수 있게 될 것이다. 물론 이를 위해 가장 선결되어야 할 것은 건강보험 적용과 유산유도제의 공식 도입이다. 그리고 어떠한 경우여라도 환자가 진료를 거부당할 수 있는

차별과 건강, 건강할 권리는 차별없이 보장되고 있는가?

여건이나 제3자가 의사결정권을 침해할 수 있는 여건을 공식화해서는 안 된다. 지금도 너무 많은 환자들이 제3자의 동의나 당사자에 대한 차별과 낙인으로 진료를 거부당해 제 때에 진료를 받지 못하고 병원을 찾아 전전해야 하는 상황에 놓여있다. 진료 거부는 건강권을 침해하고 차별과 낙인을 공고하게 유지시키는 심각한 관행이며, 심지어 이를 법적으로 승인하는 것은 절대로 있어서는 안 될 일이다.

<뉴질랜드 보건부에서 제공하는 임신중지 종합 안내 사이트>

<https://www.decide.org.nz/>

DECIDE National Abortion Telehealth Service

Search this site

0800 DECIDE

NEW ZEALAND RELAY

Find a provider Abortion services ▾ FAQs About ▾ Quick exit ↗

Find an abortion provider

Search to find an abortion provider in your region, or a remote early medical abortion (EMA) by phone service.

Select region ▾ First day of last period ▾ Find a provider

I don't know the first day of my last period

한편, 지역 간 인프라의 격차를 줄이고 성·재생산 건강에 관한 상담을 어떠한 차별이나 편견, 낙인 없이 편하게 할 수 있는 온/오프라인 거점 시스템을 만드는 일, 성별·장애 유형과 특성·나이·성적지향 및 성별정체성·성매개 감염·이주 지위 등에 따른 지원 체계와 보건의료 인프라, 정보와 상담 체계 등을 적극적으로 구축하는 일 등도 '성·재생산 권리 보장에 관한 종합계획'에 포함될 수 있다. 이러한 계획들은 정기적으로 현황을 모니터링하면서 실현해 나가야 할 것이다.

또 이와 별개로 정부와 각 지자체 차원에서 '성·재생산 건강과 권리 보장을 위한 보건의료 통합 연계 협력 시스템'을 구축할 수도 있을 것이다. 실태 조사와 모니터링, 관련 보건의료 시설 이용 이동 정보 제공 등에 관한 연계 시스템 구축, 각 보건의료 현장의 경험과 데이터를 바탕으로 한 성과 재생산 건강 증진 방안 연구, 성·재생산 건강 관련 보건의료 접근성 강화와 보건의료환경 개선을 위한 가이드 개발, 보건의료인 교육과 워크숍 등이 성·재생산 건강의 영역에서 당연한 시스템으로 자리잡을 수 있게 되기를 바란다.

차별과 낙인은 단지 개인의 인식의 문제가 아니라 이를 가능하게 하고, 유지시키는 시스템에 의해 강화된다. 성·재생산 건강과 권리의 영역은 가장 대표적으로 그 차별과 낙인이 국가에 의해 적극적으로 유지되어 온 영역이다. 이제는 이를 적극적으로 벗어날 수 있는 조건과 시기가 되었다. 통제와 처벌, 차별과 낙인으로 유지되어 온 과거의 틀을 버리고 모든 사람이 온전히 존중받을 수 있는 새로운 권리 보장의 영역이 시작되어야 할 것이다.

차별과 건강, 건강할 권리는 차별없이 보장되고 있는가?

※ 참고 : 세어에서 제안한 성·재생산 권리 보장 기본법(안)의 주요 내용

장	조항	조문제목
제1장 총칙	제1조	목적
	제2조	기본이념
	제3조	정의
	제4조	권리
	제5조	평등과 차별금지
	제6조	국가와 지방자치단체의 의무
	제7조	다른 법률과의 관계
제2장 성과 재생산에 관한 권리	제8조	자기결정권
	제9조	건강권
	제10조	성적 즐거움을 향유할 권리
	제11조	정보접근권 등
제3장 종합계획과 추진계획의 수립· 시행 등	제12조	비밀보장
	제13조	종합계획 등의 수립 및 조정
	제14조	종합계획 등의 수립
	제15조	추진계획의 수립
제4장 월경	제16조	성·재생산건강 심의위원회
	제17조	월경용품
제5장 피임	제18조	피임용구와 피임약제
	제19조	피임시술
제6장 성별확정 및 성별정정	제20조	성별확정 및 성별정정의 원칙
	제21조	국가의 의무
제7장 보조생식기술	제22조	보조생식기술 사용의 원칙
	제23조	정보제공과 비밀보장
제8장 임신·출산과 임신중지	제24조	임신 및 임신중지에 관한 권리
	제25조	임신 기간 중의 지원
	제26조	출산 및 산후조리 지원
	제27조	임신중지 정보접근권 등
	제28조	임신중지에 관한 지원
제9장 포괄적 성교육	제29조	포괄적 성교육을 받을 권리
	제30조	포괄적 성교육의 원칙
	제31조	포괄적 성교육의 내용
	제32조	교육기관에서의 포괄적 성교육 등
	제33조	포괄적 성교육 담당교사 교육 등

제10장 상담과 상담기관	제34조	상담제공
	제35조	상담에서의 특별한 고려
	제36조	상담인력 양성·보수교육 등
	제37조	상담인력의 의무
	제38조	상담기관의 접근성 등
제11장 통역 등 지원인력	제39조	통역 등 지원인력에 대한 가이드라인 제공 등
	제40조	통역 등 지원인력의 의무
제12장 의료인 등과 의료기관 등	제41조	의료인 등에 대한 교육
	제42조	의료인 등의 의무
	제43조	환자의 의사결정 지원
	제44조	의료기관 등에 대한 지원
	제45조	국가필수의약품의 지정
제13장 일터에서의 성·재생산 권리의 보장	제46조	근로자의 성·재생산권리 보장
	제47조	성·재생산 권리 보장 조항 이행 실태 조사와 보고 등
	제48조	사용자의 의무
제14장 교육기관에서의 성·재생산 권리의 보장	제49조	학생의 성·재생산권리와 학습권 보장
	제50조	교육기관장의 의무
	제51조	고등교육기관장의 의무
제15장 보호·복지시설 등에서의 성·재생산 권리의 보장	제52조	시설거주자의 성·재생산권리 보장
	제53조	보호·복지시설 등의 장의 의무

토론 6

의료차별: 정책과 제도의 공백? 혹은 배제의 체계?

시민건강연구소 김선 연구원

‘차별과 건강’이라는 제목으로, 앞선 각 영역별 발제자들(토론자들)의 발제문(토론문)에 기초하여, ‘정책 및 제도적 공백’에 관한 종합적인 토론을 요청받음. 차별이 건강에 미치는 영향은 광범위하고,³⁷⁾ 차별없이 보장되어야 할 ‘건강할 권리’의 내용 역시 그러함.³⁸⁾ 다만, 앞선 발제(토론)에서 공통된 건강(할 권리) 관련 차별 경험은 ‘의료(접근권)차별’, 더 구체적으로는 ‘진료거부’로 표현되고 있음. 본 토론문은 여기에서 출발하려 함.

1. 공통된 경험: 진료거부, 개인에 의한 일상적·관행적 차별?

차별에는 제도적이고 구조적인 차별뿐만 아니라 개인에 의한 일상적 차별도 중요한 역할을 함. 하지만 개인에 의한 일상적 차별 역시 사회적으로 구조화됨(체계의 일부로서 개인).

진료거부의 주체는 의료진 개인이 될 수도 있지만, 의료기관이 될 수도

37) 낸시 크리거 저, 정선재, 전용우 역, 박종혁, 김소영 감수, 차별과 건강 불평 등, In 사회역학(2판), 한울, 2021 (원서 2014)

38) 시민건강연구소, 헌법에 건강권을! 10차 개헌과 건강할 권리, 2017 <http://health.re.kr/?p=4253>

있음. 의료기관은 민간기관이 될 수도 있지만, 공공기관이 될 수도 있음. 진료거부 행위는 <의료법>에 따라 원칙적으로 불법이지만, 다른 법·제도를 근거로 경우에 따라 합법 혹은 관행으로 용인됨.

예컨대 체계의 일부로서 의료진, 의료기관은 진료를 거부해도 처벌받지 않는다는 사실, 거부해도 먹고사는데 지장이 없다는 사실, 거부할 수 있으므로 부당한 요구가 가능하다는 사실을 인지하고 있음.

- 치과 - 불수의적 움직임에 따른 진료 거부, 의원 - 일상적인 의료진의 진료 거부, 병원 - (코로나19) 활동지원사, 부모 동반 입원 거부” (장애)
- 장애인건강주치의 등록 기관 중 70%가 당사자의 건강주치의 사업 참여를 위한 내원 상담을 거부” (장애)
- HIV감염인에 대한 진료거부” (감염인)
- 환자는 언제든지 진료를 거부당할 수 있었고, 거절을 당하면 또 다른 병원을 찾기가 어려웠기에 모든 부당함을 감내해야 했다” (성/젠더)
- 진료 거부는 건강권을 침해하고 차별과 낙인을 공고하게 유지시키는 심각한 관행이며, 심지어 이를 법적으로 승인하는 것은 절대로 있어서는 안 될 일이다” (성/젠더)

의료진, 의료기관, <의료법> 등 각종 법·제도를 관리하는 국가는 차별을 묵과하거나, 가능하게 하거나, 강화할 수 있음. 물론 차별을 금지하고 바르게 교정할 수도 있음.³⁹⁾ 의료차별에 있어 제도적이고 구조적인 차별이 차지하는 중요성은 막대함.

‘차별’은 권력을 가진 자들이 그들의 특권을 유지, 강화하기 위해 권력과 권리를 박탈당한 이들에게(박탈하기 위해) 가하는 것. ‘거부’할 수

39) 낸시 크리거, 위의 책. (119)

차별과 건강, 건강할 권리는 차별없이 보장되고 있는가?

있는 권력은 거부당하는 이들의 존재가 없이는 성립될 수 없음.

의료차별, 진료거부의 경우 차별을 당하는 집단과 내적-필연적 관계에 있는 집단(비장애인, 비감염인, 비흡리스, 선주민, 시스젠더/이성애자/남성)은 담론과 이데올로기 등 차별의 사회적 토대를 형성하지만, 실제 차별과 거부의 가시적 행위를 담당하는 주체는 전문가 권력과 국가 권력. 여기서 의료차별의 문제와 그 원인을 무엇으로/어떻게 호명할 것인가를 재고하게 됨.

2. 문제의 원인을 무엇으로/어떻게 호명할 것인가: 정책과 제도의 공백?

‘공백’은 미처 챙기지 못해 빈 상태로 남겨졌다, 그러므로 어느 누구의 책임도 아니라는 뉘앙스를 전달. 하지만 ‘장애인 의료체계의 공백’이나 ‘노숙인 의료급여 제도의 공백’은 장애인 의료체계와 노숙인 의료급여 제도를 관리하는 국가의 책임. ‘입법 공백’이라며 책임을 회피하는 보건복지부야 말로 안전한 임신중지와 접근성 확대를 위한 보건의료체계 구축의 책임자.

- “2020년 코로나19 팬데믹에서 대두된 의료체계의 공백으로 인한 사망 사건” (장애)
- “노숙인 의료급여 제도의 낮은 포괄성에 따른 공백을 지자체가 메워야 하는 구조” (흡리스)
- “여전히 ‘어디까지 허용할 것인지’라는 법적 기준이 필요하다는 생각에서 벗어나지 못하고 있는 이들은 지금의 상황을 그저 ‘입법 공백’이라고 표현하며 책임을 회피하고 있다” (성/젠더)
- ‘배제’는 보편적인 것으로 간주되는 집단에 포함되지 못하는, 예외적인 집단으로 간주되는 과정과 결과. 장애인, 흡리스, 이주민을 의료이용에서 배제하고, 문제가 부각되면 마지막에 덧대기식 잔여적/선별적 ‘지원’으로 대응해온 것은 이들을 예외적이고 특수한 존재로 간주하는 구조를 지속시켜온 국가 권력. 그 목적은 권력을 가진 자들과 박탈당한

자들 사이 불평등의 지속(분할통치). 그 결과는 박탈당한 자들의 정치적 배제이며, 이는 다시 차별과 배제, 불평등 심화로 이어지는 악순환의 동력이 됨.

- “장애에 대한 특수화는 보편적인 의료기능에 대한 배제를 낳음” (장애)
- “특정 사회집단을 의료이용에서 일방적으로 배제하는 것을 ‘의료기관의 자율성’으로 해석하는 이 같은 모습은 10년 넘게 지속된 제도적 차별의 ‘학습효과’” (홈리스)
- “의료보장에서 배제된 이주민의 건강권 문제가 부각될 때마다 정부는 ‘외국인근로자 등 의료지원사업’으로 대응하여 왔다” (이주민)
- “임신중지에 대한 처벌이 가지는 실질적 영향은 처벌을 통해 ‘임신중지가 없는 세상’이라는 불가능한 목표를 달성하는 데에 있지 않고, 단지 ‘처벌의 존재’를 통해 불평등과 낙인을 지속시키는 데에 있다” (성/젠더)

3. 문제의 맥락적 조건을 무엇으로/어떻게 진단할 것인가: 공공과 민간 <의료법> <에이즈예방법> 등 법·제도가 진료거부의 금지, 차별대우의 금지를 규정하고 있음에도 불구하고 의료진, 의료기관에 의한 진료거부, 의료차별이 작동할 수 있는 이유는 법·제도적 모순, 집행의 문제도 있지만, 보다 심층적으로는 차별을 묵과하고, 가능하게 하고, 나아가 강화하는 권력 불평등한 구조와 더불어 한국의 수익 추구형 민간 중심 보건 의료체계라는 맥락적 조건이 있기 때문. 물론 이러한 맥락적 조건 역시 국가 권력과 전문가 권력이 작동한 결과.

- “장애인을 진료할 수 있는 의료자원의 부족과 이들이 공공의 역할을 다 할 수 있도록 통제하는 공공성의 힘이 부족” (장애)
- “민간의료기관에 대한 인센티브 유인 제도로는 장애인 건강권을 보장할 수 없다” (장애)

차별과 건강, 건강할 권리는 차별없이 보장되고 있는가?

- “장애인 건강권을 보장하기 위해서는 공공의 역할과 책임이 따라야... 공공의료의 공공성 성격 자체의 변화를 도모해야 함” (장애)
- “복지부의 고시 제정 이후 대한의사협회는 언론을 통해 “민간병원을 노숙인진료시설로 강제 지정하는 것은 의료기관의 자율성을 해치는 일이며, 고시 제정 시 노숙인의 의료쇼핑과 타 이용자들의 민원을 비롯한 다양한 부작용이 나타날 것”이라는 입장을 전함” (홈리스)
- “2022년 이후 서울시 진료의뢰서가 민간병원까지 확대되었지만 다른 1차병원 정신건강의학과 진료가 진행되지 않는 사유로 노숙인 진료를 위한 사전 접촉을 진행하였으나 진료협조에 난색을 표함” (홈리스)

4. 무엇을/어떻게 할 것인가: 정책·제도적 제언을 넘어 정치, 운동으로

제도가 합법적으로, 명백하게 차별을 조장하는 현실은 가장 시급하게 해결해야 하는 과제이며 운동의 우선순위일 것. 차별과 배제가 불평등한 권력 관계로부터 발현한다면, 반차별운동은 정책·제도적 제언을 넘어 정치, 운동으로 나아가야 함.

- “제도적 차별의 결과: 보편적 의료서비스 접근권 침해와 낙인효과” (홈리스)
- “70년에 가까운 시간 동안 형법 ‘낙태의 죄’가 미친 실질적인 영향은 바로, 보건의료 현장을 차별과 낙인이 언제든 통용될 수 있는 공간으로 만들었다는 것이다” “임신중지에 대한 처벌이 사라진다 해도 지금까지 ‘낙태의 죄’를 유지해 온 기반을 근본적으로 뒤집지 않으면 차별과 낙인, 불평등으로 인한 문제들은 계속될 것” (성/젠더)
- “보건의료 영역의 경우 가장 시급한 것은 현재 차별과 낙인을 승인하며 비공식적 영역에서 이루어지고 있는 성·재생산 건강 관련 보건의료 서비스의 영역을 공식화하는 것” “보건의료 환경에서 더 이상 차별과 낙인을 이용한 비공식적 영리 추구만이 지속되지 않고 보건의료인들도 공식적으로 보장되는 시스템” (성/젠더)

나아가 반차별운동이 요구하는 것은 공공병원만 이용하거나, 공공병원만 진료거부를 하지 않거나, 공공병원만 차별하지 않는 체계가 아니라, 궁극적으로 의료체계, 공중보건체계, 나아가 건강체계의 반차별. 공공병원이 너무나 부족하고 지리적으로도 편중된 상황에서 이는 규범적 문제이기도, 실천적 효과의 문제이기도 함.

공공성 강화 운동이 반차별 운동을 포괄하도록 만들어야 함. 공공성이 높은 체계는 단순히 공공병원이 더 많은 상태를 넘어, 보편적이고 공평하게 모두를 포괄하는 체계라는 비전을 가지도록 해야 함. ‘장애인 의료체계’ ‘흡리스 의료체계’ ‘감염인 의료체계’ ‘이주민 의료체계’ ‘여성/성소수자 의료체계’가 아니라, 장애인/흡리스/감염인/이주민/여성/성소수자를 포괄하는 보편적이고 공평한 체계를 제안해야 함. 분절적이고 상호배타적인 집단으로 상정하는 대신 장애/흡리스/감염/이주/성/젠더와 함께 살아가는 ‘사람’에 초점을 맞추는 것은 당위를 넘어 가능성, 불가피성의 문제.

공공성 강화의 ‘두 트랙’(체계의 공공성 강화와 공공병원의 양적·질적 확충)⁴⁰⁾을 염두에 두면, 공공병원 역시 차별없는 병원이 공공성이 높은 병원이라는 비전을 가지도록 만들어야 함.

반차별운동이 포괄하는 운동의 범위가 다양하고 더 넓어지고 깊어지는 중인 만큼, 역으로 공공성 강화 운동의 동력이 될 수 있음. 다르게 말하면, 공공성 강화 운동은 반차별운동을 포괄하지 않고는 비전이 없음. 차별없는 (공공)병원은 지향이자, 과정이자, 결과가 될 수 있음.

40) 김창엽. 공공보건의료 국가책임제의 두 트랙: 공공병원 확대와 공공보건의료 체계 강화. 시민건강연구소 웨비나 ‘포스트 코로나 시대의 건강정의’ 1주차 발표 (2020.04.27) <http://health.re.kr/?p=6478>

차별과 건강, 건강할 권리는 차별없이 보장되고 있는가?

시장이 실패하는 한에서 공공이 필요하다는 ‘시장실패’ 모델은 잔여적/선별적 공공의료 모델로 이어짐(감염병 관리, 필수의료, 취약계층의료 등). 나아가 정부도 실패한다는 ‘정부실패’ 모델과 이에 따른 민영화 논리를 낳음. 공공성 강화 운동은 ‘사람’ 중심 관점에서 공적가치의 구현을 중심에 놓는 ‘공적가치 실패’ 모델⁴¹⁾을 상징하고, 반차별, 보편성과 공평성이라는 공적 가치를 지향, 추구, 구현하는 공공병원과 의료, 나아가 건강체계 모델을 만들어 가야 함. (끝)

41) 김선. 의약품 생산·공급 체제의 공공성(publicness) 분석. 서울대학교 박사학위논문. 2016 (15-22, 51-53, 57-72)

HIV/AIDS감염인과 좋은 공공병원

한국HIV/AIDS감염인연합회 KNP+

본 발표자료는 2021년 12월 7일 '차별없는 공공병원을 만들기 위한 연대 방안 모색 집담회'에서 발표된 내용입니다. 집담회 자료집이 필요하신 분은 건강세상 네트워크(02-2269-1901)로 문의주세요.

2021 코로나19 팬데믹과 차별없는 공공병원이 좋은 공공병원이다.

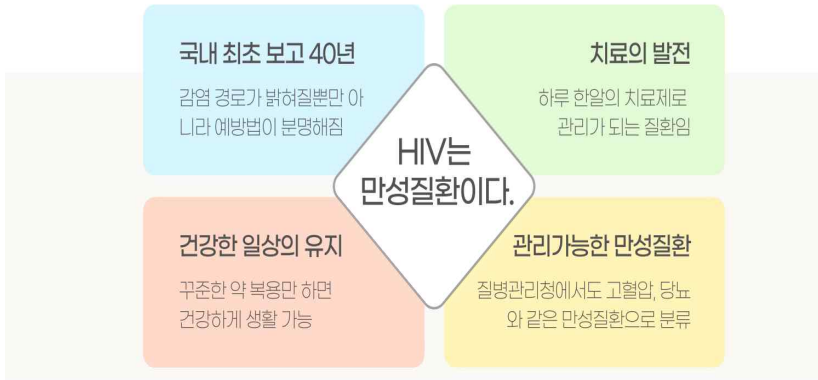
HIV/AIDS 감염인과 좋은 공공병원

 KNP+ 한국 HIV/AIDS
감염인 연합회



차별과 건강, 건강할 권리는 차별없이 보장되고 있는가?

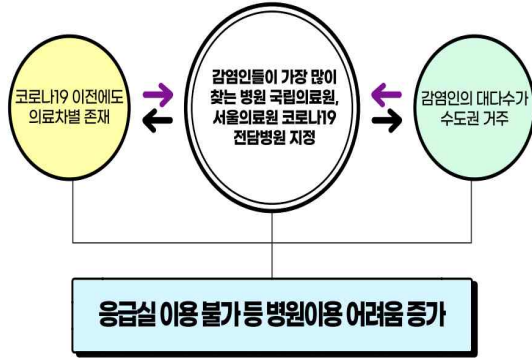
HIV/AIDS의 현재



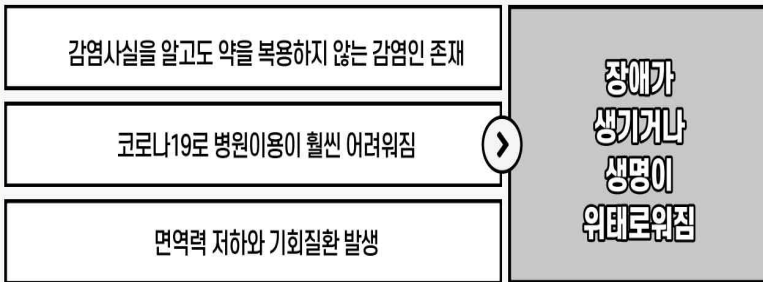
HIV/AIDS의 현재



코로나19로 인한 HIV 감염인의 현실



코로나19로 인한 HIV 감염인의 현실




차별과 건강, 건강할 권리는 차별없이 보장되고 있는가?

공공병원의 HIV 감염인에 대한 차별사례

 <p>서울시립 보라매병원 2015년 치과 스케일링 거부, 진료용 의자 등을 비닐로 덮음 서울시 시민인권보호관: 인격권 침해로 판단. 서울시장에게 전 시립병원을 대상으로 인권교육 실시, 'HIV감염인 인권침해 예방 가이드라인' 수립을 권고</p>	 <p>부산대학교병원 2016년 식판, 침상, 청진기 등 구별 국가인권위: 병력에 따른 차별 권고</p>
 <p>국립재활원 2017년 재활치료 거부 국가인권위: HIV를 이유로 한 장애 차별 인정 권고</p>	 <p>서울대학교병원 2019년 실내외 붉은 주사기 표식으로 구별 국가인권위: 병력에 따른 차별 권고</p>

공공병원의 HIV 감염인에 대한 차별사례




사고발생
지난해 경기도에 거주중인 HIV 감염인이 야간근무중 손가락 절단 사고 발생



공공병원에서도 거부
외상전담 공공병원에서도 진료 거부, 본인 이 감염내과 진료 받는 병원에서도 거부

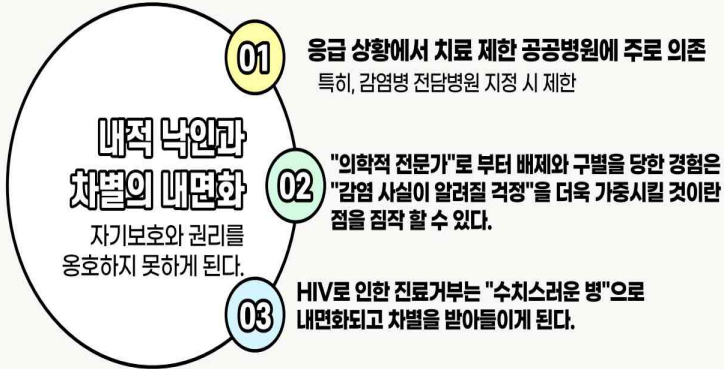


진료거부
119대원을 통해 병원을 찾아봤지만 서울, 경기 20여곳 넘는 병원에서 진료 거부 당함



13시간 뒤 수술
사고발생 13시간 흐른 후 서울 북부의 개인병원에서 수술 진행

공공병원의 HIV 감염인에 대한 차별사례



에이즈 예방법 개정 방안 예시



제13조의 2 (의료차별의 금지)

의료인 또는 의료기관 개설자는 감염인에 대하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위를 하여서는 아니된다.

1. 정당한 사유 없이 감염관리를 위하여 사용하는 보편적인 도구, 설비 등 조치 이외에 별도의 조치를 하거나 추가하는 행위
2. 1호의 별도의 조치 마련의 어려움을 이유로 진료를 거부하는 행위
3. 경영상 이유로 진료를 거부하는 행위
4. 그 밖에 정당한 사유 없이 진료를 거부하는 행위

제26조 (벌칙)

다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자는 3년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다.

- 2의2. 제 13조의2 제2호, 제3호, 제4호를 위반하여 진료를 거부한 자

차별과 건강, 건강할 권리는 차별없이 보장되고 있는가?

코로나19 팬데믹 공공병원의 역할

01 팬데믹 등의 상황에서 의료공백 (특히 취약한 그룹) 이 발생하지 않도록 대비가 이루어져야 한다.

02 공공병원이 확충될 때 특정 질병이나 정체성의 특성을 고려 할 수 있는 전문인력이 확충되어야 한다.

03 반차별의 원칙을 공공병원이 수립하고 결국엔 민간 의료영역까지 널리 퍼질수 있도록 해야한다.

차별예방 및 인권보호를 위한 가이드



HIV는 원인과 감염경로가 알려진 관리 가능한 질병으로 공기나 물을 통해 전파되거나 일상적인 접촉으로 감염되지 않으므로 격리 대상이 아니다.

HIV감염여부검사, 결과통보 및 역학조사 등과 관련하여 HIV감염인의 사생활과 익명성을 보장할 수 있도록 주의하여야 한다. 감염인의 동의를 구하지 않거나, 병력정보의 사용목적과 별개로 타인에게 감염사실이 알려지는 것은 인권침해의 소지가 있다.

HIV감염인 또는 에이즈환자라는 이유로 합리적인 이유 또는 정당한 사유없이 의료행위를 거부하는 것은 의료법 위반 및 병력차별에 해당된다. 누구나 차별없이 의료서비스를 받을 수 있어야 한다

U=U

혈액 검사 시 **바이러스가 검출되지 않을 (Undetectable)** 정도로 바이러스 수치를 낮게 유지하면

감염인 본인에게 HIV 영향이 없음을 물론 타인에게 HIV를 **감염시킬 수도 없게 된다 (Untransmittable)**

미검출 → 항레트로바이러스 치료를 받고 있어 혈내 바이러스 수치가 **미검출**인 HIV감염인을 통한 성접촉 HIV감염은 **위험 제로**이다.

치료 → 미검출 수치에 도달하기까지는 3개월에서 최장 6개월이 걸린다. 지속적이고 확실한 바이러스 활동의 억제를 위해서는 **적합한 치료제** 선출과 **올바른 치료준수**가 행해져야 한다.

관찰 → 바이러스 활동 억제 경과와 감염인 개인 건강과 공공 보건을 위해 꾸준히 관찰되어야 한다.

바이러스 미검출 수치는 활동 억제 수준과 같은 1ml의 혈내 **200미만**의 농도

감사합니다

 **KNP+** 한국 HIV/AIDS 감염인 연합회

 **KNP+** 한국 HIV/AIDS 감염인 연합회

HIV/AIDS 감염인과
중은 공공병원

차별과 건강, 건강할 권리는 차별없이 보장되고 있는가?

[차별없는 의료실현을 위한 국회공청회 프로그램]

사회 : 김재천(건강세상네트워크)		
개회	15:00~15:02 (2분)	차별없는 의료실현을 위한 연대모임 사회 김재천(건강세상네트워크)
인사말	15:02~15:10 (8분)	국회의원 강은미 정의당 - 강은미 의원실 건강세상네트워크 - 최선임 건강세상네트워크 공동대표
좌장: 최홍조(건강세상네트워크 회원)		
기조 발제	15:10~15:30 (20분)	건강, 차별받지 않을 권리를 말한다 차별금지법제정연대 몽 활동가
발제	15:30~17:00 (90분)	T4시대의 의료: 자신의 건강을 위해 싸울 힘이 없다면, 살 권리도 없다 전국장애인차별철폐연대 박주석 간사
		국회는 HIV감염인 진료거부에 대한 대책 마련하라! HIV/AIDS인권활동가네트워크 정형의과 수술거부 피해자 A씨
		홀리스의 평등한 의료접근권 가로막는 제도적 차별: 노숙인지료시설 지정제도 홀리스행동 주장욱 집행위원
		이주민 건강과 의료차별 한국이주민건강협회 희망의친구들 구정희 팀장
		차별과 낙인없는 보건의료환경을 위한 성·재생산 권리 보장 기본법 성적권리와 재생산정의를 위한 센터 셰어 SHARE 나영 대표
		차별과 건강: 정책 및 제도적 공백 시민건강연구소 김선 연구원
종합 토론	17:00~17:10 (10분)	플로어 토론 및 질의응답 참가자