



# 시민건강이슈 2023-08

PHI Issue Paper 2023-08

PHI  
Issue Paper  
2023

## 노숙인 진료시설 지정제, 왜 폐지되어야 하는가 - 사람 중심의 보건의료 관점에서

필진 || 정성식 시민건강연구소 건강정책연구센터  
seongsik@health.re.kr

출판일 || 2023년 8월 11일

펴낸 곳 || (사) 시민건강연구소

서울시 동작구 사당로13길 36, 2층

전화: 02-535-1848

팩스: 02-581-0339

누리집: www.health.re.kr

전자우편: people@health.re.kr

후원계좌: 하나은행 199-910004-60804  
(사)시민건강연구소

(사) 시민건강연구소는 정부와 기업의 후원을 받지 않고  
회원들의 후원금만으로 운영되는 비영리민간독립연구소입니다.



코로나19 팬데믹 기간 동안 사회경제적 약자들은 더 큰 피해와 희생을 감수해야 했다. 특히 팬데믹 초기부터 공공병원이 감염병 전담병원으로 전환됨에 따라 평소 공공병원에 대한 의존도가 높았던 이들의 경우 의료접근성이 크게 제약되는 어려움을 겪었다. 그 대표적 사례에 해당하는 이들이 바로 홈리스다. 홈리스 환자는 '노숙인 진료시설 지정제'로 인해 지정된 일부 의료기관만 이용할 수 있도록 제한받고 있다. 국가인권위원회는 노숙인 진료시설 지정제를 차별적 제도로 규정하고 폐지를 권고하였지만 보건복지부는 이를 수용하지 않았다. 지정제 폐지를 골자로 하는 법률개정안이 국회에서 발의되었지만, 언제 본회의에 상정될지 기약하기 어려운 상황이다. 홈리스 건강권 보장과 모두에게 차별 없는 보편적 의료보장체계를 지향하는 사람 중심의 보건의료 관점에서 볼 때 노숙인 진료시설 지정제는 시급히 폐지되어야 한다. 이 글은 제도 폐지의 필요성에 대한 사회적 공감을 확산하기 위하여 지정제가 홈리스의 건강과 의료이용에 어떠한 부정적 영향을 끼칠 수 있는지 보건학적 측면에서 고찰하였다. 이 글이 지정제 폐지와 홈리스 의료보장제도 개선에 작은 기여를 할 수 있기를 바란다.

※ 이 글의 부족한 점을 보완할 수 있도록 초안을 검토하고 유익한 의견을 주신 홈리스행동 활동가분들과 시민건강연구소 동료 연구원들에게 감사드립니다.

## Summary

### Why the Designated System on Healthcare Facilities for Homeless People should be Abolished

#### : From a People-centered Healthcare's Perspective

During the COVID-19 pandemic, socioeconomically disadvantaged people had to take greater damage. In particular, as public hospitals were converted into hospitals dedicated to treating infectious diseases from the beginning of the pandemic, those who were usually highly dependent on the hospitals had difficulties in accessing to medical care. Homeless people are a representative example. Homeless patients use only a small number of medical institutions because of the “the designated system on healthcare facilities for homeless people.”

The National Human Rights Commission defined the designated system as a discriminatory system and recommended its abolition, but the Ministry of Health and Welfare (MoHW) did not accept the recommendation. A legal amendment bill aimed at abolishing the designated system was proposed by the National Assembly. However, it is uncertain when it will be presented at the plenary session.

From the perspective of people-centered healthcare that aims to establish a universal health security system without discrimination and ensure the right to healthcare for homeless people, the designated system should be abolished urgently. In order to spread public support for the abolition of the system, this article discusses how the designated system could negatively affect on the health and medical access of homeless people. We hope that this article can contribute to the abolition of the designated system and the improvement of the healthcare system for homeless people.

## 1. 도입

지난 5월 11일 정부는 코로나19 팬데믹의 사실상 종식을 선언했다. 현재도 여전히 많은 수의 확진자가 발생하고 있지만, 세계보건기구의 공중보건비상사태 해제 선언에 발맞춰 ‘엔데믹’ 수준으로 대응하겠다는 정치적 결정을 내린 것이다. 새로운 전환기를 맞이한 우리에게 주어진 과제는 지난 3년 4개월 동안의 팬데믹 대응에 대한 자성적 평가일 것이다.

감염병과 그에 따른 방역조치로 겪어야 했던 고통의 크기는 모두에게 평등하지 않았다. 장애인과 빈민, 이주민, 성소수자, 노인, 여성 등 사회경제적 약자들은 더 큰 피해와 희생을 감수해야 했다. 특히 팬데믹 초기부터 공공병원이 감염병 전담병원으로 전환됨에 따라 평소 공공병원에 대한 의존도가 높았던 사람들은 의료접근성이 크게 제약되는 어려움을 겪었다. 그 대표적 사례에 해당하는 이들이 바로 홈리스다.

정부는 홈리스의 의료이용 보장을 위해 ‘노숙인 1종 의료급여’ 제도를 운영하고 있다. 그런데 노숙인 의료급여 수급자는 정부가 지정한 일부 의료기관만 이용할 수 있도록 제한받고 있다. 일명 ‘노숙인 진료시설 지정제(도)’다. 많은 거리홈리스들의 실질적 의료보장 수단으로 역할하고 있는 서울시 의료지원사업 역시 노숙인 진료시설 지정제를 준용하고 있다. 이렇게 지정된 의료기관 대부분은 공공의료기관이다. 이로 인해 대다수 공공병원이 코로나 전담병원으로 운영되던 시기 동안 홈리스 환자들은 치료받을 수 있는 적절한 병원을 찾는 데 큰 어려움을 겪을 수밖에 없었다.

이 문제에 대한 시민사회의 비판과 언론 보도가 이어졌고, 국가인권위원회(이하 ‘인권위’)도 노숙인 진료시설 지정제의 폐지를 보건복지부(이하 ‘복지부’)에 권고하였다(2022년 1월 19일). 하지만 복지부는 이를 수용하지 않은 채, 코로나 유행 2년이 지나서야 ‘주의’ 이상의 감염병 위기단계 발령 시 모든 1:2

차 의료급여기관(요양병원 제외)을 노숙인 진료시설로 확대 지정하는 고시를 제정하였다(2022년 3월 22일). 그리고 올해 3월 해당 고시의 유효기간을 1년 더 연장하였다.

현재 한국의 의료보장체계에서 급여 조건으로 이용가능한 의료기관을 제한하는 경우는 ‘외국인 의료지원사업’을 제외하면 노숙인 진료시설 지정제가 유일하다. 이는 홈리스의 건강권을 위협하는 차별적 형태의 제도로서, 유지되어야 할 정당한 이유를 찾기 어렵다. 지난해 말 국회에서도 지정제 폐지를 골자로 하는 법률개정안이 발의되었는데, 이때 복지부는 폐지안을 수용하는 의견을 밝혔다.

다만 복지부는 지정제 폐지 자체보다 홈리스 진료에 의료기관들이 적극 참여할 수 있도록 만드는 제도적 보완책이 더 중요하다는 입장이다. 실제로 일선 의료기관들에서는 홈리스 진료를 기피하는 경향이 만연해 있는 게 사실이다. 지정제를 폐지하면 자칫 기존에 이용하던 병원에서마저 진료를 받기 어려워질지 모른다는 우려가 일부 있기도 하다. 하지만 이것은 지정제 존속의 근거가 될 수 없고, 홈리스 의료보장제도를 더욱 내실화해야 할 필요성을 제기하는 것으로 볼 수 있다.

한편 지금 현실은 개정안이 언제 국회 본회의에 상정될지조차 기약하기 어려운 상황이다. 진료시설 지정제뿐 아니라 홈리스 의료보장 문제, 나아가 홈리스 자체에 대한 사회적 관심이 부족하기 때문이다. 관심도가 낮은 까닭은 우선 이들이 사회적 소수이면서 정치적 발언력이 부족하기 때문일 것이다. 더욱이 홈리스 당사자들 다수는 의료보다 안정된 주거공간과 일자리 확보에 더 큰 필요를 느끼고 있는 것도 사실이다. 그러나 이는 특수 상황에서 비롯된 우선순위의 차이로 이해해야 한다(“prioritization of survival over health”). 장기간 거리노숙 생활을 하는 이들이 적지 않고, 또 원활한 사회 복귀를 위해 서라도 건강관리가 중요하다는 점에서 홈리스의 열악한 의료보장 문제는 시급히 개선되지 않으면 안

된다.

따라서 이 글은 홈리스 의료보장제도 개선의 일환으로 노숙인 진료시설 지정제의 여러 문제점, 특히 보건학적 측면에서 지정제가 홈리스의 건강과 의료이용에 어떠한 부정적 영향을 끼치는지 고찰함으로써 제도 폐지의 필요성에 대한 사회적 공감을 확산시키는 것을 목적으로 한다. 자료원의 부재로 지정제의 부정적 영향력에 대한 실증 근거를 제시하기 어렵다는 한계가 있지만, 국외 학술연구를 통해 파악한 지식과 기존 언론보도, 연구보고서 등에 제시된 관계자 증언 등을 토대로 지정제의 보건학적 문제점을 추론하고자 하였다.

지정제 문제에 대한 입체적 접근을 위해서는 먼저 ‘홈리스’가 누구(또는 ‘무엇’)인지 이해하는 것이 중요하다. 또 홈리스의 건강 문제와 의료보장 실태에 대해서도 기본적인 배경 지식을 갖출 필요가 있다. 이를 위해 다음 장에서는 홈리스 개념과 국내 홈리스 현황, 그리고 이들의 건강과 의료보장 문제에 대해 간략히 살펴보았다. 지정제의 문제점을 논의하는 3장에서는 제도의 기원과 최근 폐지를 둘러싼 진행 경과를 개관한 다음, 의료접근성의 제약과 의료 질 저하에 있어서, 그리고 일종의 ‘제도적 낙인’으로서 당사자의 건강과 의료이용에 지정제가 어떠한 부정적 효과를 가지는지 고찰하였다. 결론에서는 정책적 제언과 더불어 이 글의 한계와 추가 연구의 필요성 등을 제시하였다.

## 2. 홈리스라는 ‘사회적 문제’

### 1) 홈리스와 노숙인

한국 사회에서 ‘홈리스(homeless people)’는 통상 노숙인과 같은 의미로 혼용되고 있다. ‘노숙인(露宿人)’은 문자 그대로 풀이하면 ‘이슬을 맞으며 거리에서 잠을 자는 사람’을 말한다. 그래서 흔히 홈리스라고 하면 ‘거리노숙인(rough sleeper)’을 떠올리곤

한다. 하지만 홈리스는 극심한 주거빈곤 상태에 있는 사람을 뜻하는 용어다. 국제적으로 합의된 개념 정의가 있는 것은 아니지만, 대체로 거리노숙보다는 폭넓은 의미로 쓰이고 있다. 즉, ‘홈리스=거리노숙인’이다.

또한, 홈리스는 성별, 인종 등과 같은 의미의 ‘정체성(identity)’으로 이해되어서도 안 된다. 사회적 맥락 속에서 주거불안정이 다양한 형태로 존재하고 변화하는 ‘상태(homelessness)’<sup>1)</sup>라는 특성에 주목할 필요가 있다. 짧은 기간 안에 거리생활과 시설, 주택 등으로 주거지가 수시로 바뀔 수 있기 때문이다. 이런 점을 고려하여 영어권에서는 ‘주거상실을 경험하는 사람들(people experiencing homelessness, PEH)’이라고 표현하기도 한다.

홈리스 문제는 주거취약성의 연속적 개념으로 접근하는 것이 적절하다. 주거취약성의 정도가 매우 큰 경우에 해당하는 이들을 홈리스로 간주하는 것이다. 홈리스 문제 관련 유럽 네트워크인 ‘FEANTSA’가 개발한 유형론에서는 다양한 형태의 ‘주거 배제(housing exclusion)’를 다음과 같이 네 가지 범주로 구분하고 있다.<sup>2)</sup>

- ① *거처 상실(roofless): 거리노숙, 임시 대피소*
- ② *주택 상실(houseless): 노숙인 시설, 쉼터, 이주민 시설*
- ③ *불안정 주거(insecure housing): 퇴거, 가정 폭력 등의 위협이 있는 불안정한 주거상태*
- ④ *부적절 주거(inadequate housing): 임시구조물이거나 최저주거기준에 미달되는 건축물, 극도로 과밀한 주거지*

이처럼 홈리스는 여러 형태의 주거취약성을 포괄하는 개념으로 정의될 수 있다. 그럼 국내에서는 홈리스를 어떻게 정의하고 구분하고 있을까? 일단 홈리

1) ‘homelessness’ 개념을 여기서는 ‘상태’로 옮겼지만, ‘상황(situation)’보다 ‘과정(process)’의 의미로 이해하는 것이 보다 적절할 것이다.

2) <https://www.feantsa.org/en/about-us/faq>

스는 법률상의 공식 용어가 아니다. 2011년에 제정된 「노숙인 등의 복지 및 자립지원에 관한 법률」(이하 ‘노숙인복지법’)에 명시된 ‘노숙인 등’이 공식 법적 용어로 쓰이고 있다. 「노숙인복지법」 제2조에서는 다음 조건 중 어느 하나에 해당하는 사람을 ‘노숙인 등’으로 정의하고 있다.

가. 상당한 기간 동안 일정한 주거 없이 생활하는 사람

나. 노숙인 시설<sup>3)</sup>을 이용하거나 상당한 기간 동안 노숙인 시설에서 생활하는 사람

다. 상당한 기간 동안 주거로서의 적절성이 현저히 낮은 곳에서 생활하는 사람

위 조항의 ‘다’ 목에서 알 수 있듯이 ‘노숙인 등’에 대한 법적 정의는 상당히 포괄적이면서도 모호하게 적시되어 있다. 이는 제도적 지원 대상에 누구를 포함(배제)할지에 대한 정부의 재량권(discretionary power)이 크다는 사실을 암시한다. 해마다 복지부가 발간하는 ‘노숙인 등의 복지사업 안내’를 보면 ‘노숙인 등’을 거리노숙인과 시설노숙인, 쪽방주민(쪽방상당소 등록 주민)으로 구분하고 있다. 즉, ‘노숙인 등’의 “등”에는 단지 쪽방주민만을 포함시키고 있는 것이다.

이에 대해 사업대상자 범위가 협소하다는 비판이 꾸준히 제기되어 왔다. 쪽방상당소에 등록되지 않은 쪽방도 적지 않을 뿐더러, 고시원과 여관, 여인숙, 비닐하우스, 다중이용시설(PC방, 만화방, 사우나,

찜질방 등) 등 비정형 주거지에서 생활하는 이들은 정책 대상에서 제외되고 있기 때문이다. 이는 홈리스에 비해 노숙인 용어가 지칭하는 대상이 제한적이고, 그 밖의 집단(“등”)이 법률에 명시되어 있지 않기 때문이다. 결과적으로 볼 때 ‘노숙인 등’이라는 용어는 홈리스 정책 대상의 범위가 확대되는 것을 방지하는 기제로 작동하는 측면이 있다.<sup>4)</sup>

이러한 한계를 잘 알고 있던 홈리스 당사자들과 시민사회단체들은 「노숙인복지법」 제정 당시 홈리스에 대한 부정적 편견을 해소하고 다양한 주거취약집단을 지원 대상에 포함시키기 위해 기존 노숙인·부랑인 용어를 ‘홈리스’로 대체할 것을 요구하였다. 하지만 정부는 외래어를 법제명으로 표기하는 것은 부적절하다는 표면적 이유를 들어 이를 수용하지 않았다. 주거취약집단 가운데 어디까지 홈리스에 포함시켜야 할지에 대한 절대적 판단 기준은 없다. 다만 주거취약집단을 위한 지원정책이 충분치 않은 상황 속에서<sup>5)</sup> ‘노숙인 등’이라는 모호하고 제한적인 명칭의 사용이 제도적 지원을 받지 못하는 넓은 사각지대를 만드는 데 일정부분 책임이 있다는 사실을 부정하기 어렵다. 따라서 우리가 공론장과 일상생활의 영역에서 가급적 노숙인 대신 홈리스 용어를 선택하여 사용하는 것은 이 문제를 이슈화, 공론화하기 위한 사회 운동이자 정치적 실천의 일환으로 이해될 수 있다.

## 2) 홈리스 관련 현황

‘노숙인 등’의 규모와 분포를 파악할 수 있는 공식 자료에는 두 가지가 있다. 하나는 매년 연말에 복지부가 각 지방자치단체(이하 ‘지자체’)로부터 취합하는 행정조사자료다. 다른 하나는 「노숙인복지법」(제9조)에 따라 5년마다 실시되고 있는 실태조사 자료

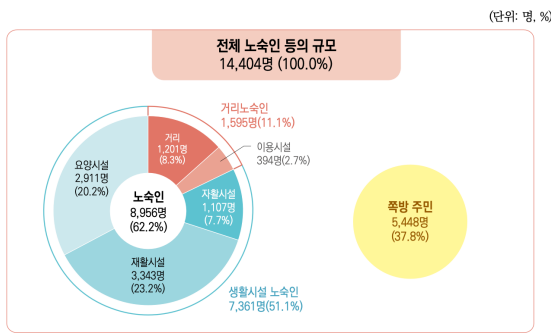
3) 「노숙인복지법」 제2조에 따라 노숙인 시설은 노숙인 복지시설과 노숙인 종합지원센터로 구분된다. 노숙인 복지시설에는 노숙인 일시보호시설, 노숙인 자활시설, 노숙인 재활시설, 노숙인 요양시설, 노숙인 급식시설, 노숙인 진료시설, 쪽방상당소가 포함된다. 이 가운데 홈리스가 1개월 이상 머물 수 있는 시설은 자활·재활·요양시설이다. 자활시설에서는 건강에 특별한 문제가 없고 일할 의지와 능력이 있는 홈리스를 입소시켜 직업훈련과 고용연계 등을 통해 자립·자립을 지원한다. 재활시설에서는 장애와 질환 등으로 인해 자립이 어렵고 치료와 보호가 필요한 홈리스를 입소시켜 치료와 재활프로그램을 제공한다. 요양시설에서는 건강상의 문제 등으로 인해 단기간 내 가정과 사회복귀가 어려운 홈리스를 입소시켜 상담·치료 또는 요양서비스를 제공한다.

4) 이동현. 2014. “‘홈리스’가 ‘노숙인’으로 대체될 수 없는 이유”. 《프레시안》, 2014년 10월 24일.

5) 김희진. 2021. “주거취약가구 중 정책지원 21%뿐…칸막이 정책 해소해야”. 《경향신문》, 2021년 9월 13일.

다. 실태조사는 특정 시점에 전국에서 동시에 진행되는 ‘일시집계조사(Point-In-Time Counting; PIT)’ 방법으로 이뤄진다. 2016년과 2021년, 두 차례 실시되었다.

2021년 실태조사 결과, ‘노숙인 등’은 총 14,404명이었다. 이 중 노숙인은 8,956명(62.2%), 쪽방주민은 5,448명(37.8%)로 집계되었다. 거리노숙인은 1,595명(중합지원센터, 일시보호시설 포함)이었고, 시설노숙인은 자활시설 1,107명, 재활시설 3,343명, 요양시설 2,911명인 것으로 확인되었다(그림 1) 참고.<sup>6)</sup>



〈그림 1〉 2021년도 전체 노숙인 등의 규모 (출처: 임택영 등, 2021)

지역별 분포를 살펴보면, 수도권(서울, 경기, 인천)에 전체 노숙인의 43.7%가 집중되어 있었다. 특히 거리노숙인의 경우는 서울에서만 전체 거리노숙인의 58.4%(932명)가 집계되었다. 서울에 이어서 경기, 부산, 대구, 대전 순서로 거리노숙인 수가 많았다. 성별로는 남성이 11,036명(77%)으로 여성보다 많았다. 연령 분포를 살펴보면, 생활시설 입소자의 경우 60대 이상이 53%, 50대가 29%로 나타났다. 쪽방주민의 경우도 60대 이상 61%, 50대 27%로 조사되었다.

한편 2016년 실태조사 결과와 비교하면 ‘노숙인 등’의 전체 인원은 약 17.8%(3,128명) 감소한 것으로

6) 임택영·이래진·하은솔·이병재·남윤재·남기철·정원오·민소영·신원우·송아영·이기재. 2021. 『2021년도 노숙인 등의 실태조사』. 보건복지부·한국보건사회연구원.

나타났다. 이렇게 감소 추세를 보인 것만으로 홈리스 문제가 개선되고 있다고 선불리 해석해서는 안 된다. 홈리스라는 특수 상황에서 비롯되는 조사의 불완전성으로 인해 상당수 대상자가 누락되었을 가능성이 있기 때문이다. 특히 코로나19 팬데믹 기간에 노숙인시설의 신규 입소자 수가 대폭 줄어든 측면을 고려할 필요가 있다.<sup>7)</sup> 또 팬데믹에 따른 경제적 피해의 여파로 향후 홈리스가 양산될 위험도 간과할 수 없다. 실제로 최근 부산 지역의 조사결과에 따르면, 부산 노숙인 중 70.3%가 팬데믹이 시작된 2020년 이후 유입된 것으로 집계되었다.<sup>8)</sup>

무엇보다 주거취약성 관점에서 볼 때 문제 상황이 개선되고 있다고 단정하기 어렵다. 현행 법적 기준을 따르자면 2021년 실태조사 기준으로 홈리스 지원정책 대상(‘노숙인 등’)은 약 1만 4천여 명에 불과하다고 볼 수 있다. 하지만 2020년 인구주택총조사 결과를 보면, 비닐하우스, 판잣집, 쪽방, 컨테이너, 고시원 등 주택 요건을 갖추지 못한 ‘주택 이외의 거처’(오피스텔 제외)에 약 46만 가구가 머물고 있는 것으로 나타났다. 정부가 홈리스 문제의 근본 예방 대책을 모색한다면, 먼저 이러한 수많은 ‘잠재적’ 홈리스에 대한 명확한 실태 파악과 지원제도 확충에 나설 필요가 있을 것이다.

### 3) 홈리스 건강 문제

홈리스 상태는 심각한 보건학적 위기로 볼 수 있다. 적절한 주거지와 소득, 음식, 위생, 의료, 사회적 지지망 등 건강을 보호하고 유지할 수단과 자원이 절대적으로 부족한 까닭에 질병이 발생·악화되거나 치명적인 사고와 신체적, 성적 폭행 등에 노출될 위험이 크기 때문이다. 또한, 홈리스 상태는 사회적 배제

7) 용윤신. 2022. “(영상)노숙인 줄었다고...코로나로 시설 입소 내몰려 여성 노숙도 늘어”. 《뉴스토마토》, 2022년 4월 7일.

8) 권경훈. 2023. “부산 노숙인 10명 중 7명 코로나19 유행 이후 생겨”. 《한국일보》, 2023년 2월 28일.

의 극단적인 한 형태로 볼 수 있다. 사회적 관계의 단절로 인한 소외감과 빈번히 겪게 되는 차별 경험 등은 이들의 자존감을 약화시키고 우울과 무력감을 심화시키는 등 정신건강을 위태롭게 한다.

따라서 홈리스의 신체적·정신적 건강 상태가 비홈리스에 비해 크게 나쁠 수밖에 없다. 그동안 홈리스와 비홈리스 간 건강격차를 분석한 많은 국외 실증 연구결과들이 이를 뒷받침한다. 가장 기본적인데서 핵심적인 건강결과 지표라 할 수 있는 사망률(mortality)의 경우, 개별 연구마다 편차가 다소 있지만, 홈리스의 표준화 사망률이 2~9배 높은 것으로 나타났다.<sup>9)</sup> 구체적인 원인별로 살펴보면, 부상과 중독 등의 외부 원인에 의한 경우와 감염병(B, C형 간염, 잠복결핵), 정신질환(조현병), 심혈관질환(관상동맥질환), 호흡기질환(천식) 등에 이환된 경우에 사망 확률이 높은 것으로 보고되고 있다.<sup>10)</sup>

물론 홈리스 상태가 반드시 불건강의 원인이지만 한 것은 아니다. 빈곤과 건강의 악순환처럼 불건강은 홈리스화의 원인이면서 결과이기도 하다.<sup>11)</sup> 건강상태의 악화가 빈곤화를 유발하여 홈리스가 되는 경우도 적지 않다. 다만 홈리스를 둘러싼 환경이 여러 경로와 기전을 통해 건강을 더욱 악화시킬 것이라는 점은 분명한 사실이다.

한편 국내에는 홈리스의 건강 실태를 조사한 자료가 드문 실정이다. 그나마 5년에 한번 시행되는 노숙인 실태조사에서 관련 정보를 일부 찾을 수 있다. 실태조사에서는 일시집계조사에서 산출된 노숙인 모집단

을 바탕으로 표본을 추출하여 이들의 특성과 복지욕구 등에 대한 면접조사를 실시하고 있는데, 여기에 건강·의료와 관련된 몇 가지 조사항목이 포함되어 있다.<sup>12)</sup>

먼저 주관적 건강 수준을 살펴보면, ‘좋다’ 혹은 ‘매우 좋다’라고 응답한 ‘양호한 주관적 건강수준 인지율’은 39.6%였다. 거리노숙인, 시설노숙인, 쪽방주민 순으로 주관적 건강수준이 높았고, 연령대가 높아질수록 건강수준이 낮아지는 것으로 나타났다. 정신건강 관련 지표로는 우울증 척도인 CES-D를 사용하여 조사한 결과, 우울증(16점 이상)이 있는 것으로 보이는 응답자가 38.4%였다. 처치 유형 중에는 거리노숙인과 쪽방주민에서 우울증 의심 비율이 높은 것으로 나타났다. 질환별 유병률을 조사한 결과, 대사성 질환(고혈압, 당뇨병, 고지혈증)이 37.6%로 가장 높았고, 이어서 정신질환(22.5%), 관절질환(15.1%), 치과질환(11.8%), 척추질환(11.0%) 순으로 높은 것으로 조사되었다.

치료 경험이 적은 질환을 조사한 결과에서는 치과질환에 대한 치료 경험이 가장 낮은 것으로 나타났다. 이어서 안이비인후질환, 관절질환, 척추질환, 간질환 순서로 치료 경험이 낮았다. 몸이 아플 때 대처법에 관해 묻은 질문에서는 ‘노숙인시설이나 사회복지기관에 도움을 요청한다’(25.9%), ‘개인병의원 진료’(25.1%), ‘국공립병원 진료’(13.9%) 순으로 응답율이 높았다. ‘병원에 가지 않고 참는다’고 응답한 비율이 전체 9.4%였는데 거리노숙인(이용시설 포함)의 경우 37.5%로 상당히 높게 나타나 거리노숙인의 미충족의료 문제가 심각하다고 볼 수 있다.

이러한 실태조사 결과는 ‘노숙인 등’에 포함되지 않는 홈리스들이 조사에서 누락되었다는 제한점이 있다. 또한, 이는 특정 시점에 이뤄진 단면조사 결과로서, 이 자료만으로는 홈리스화와 홈리스 상태의 장기화가 건강 악화에 미치는 영향을 파악하는 데 한

9) 임택영·이태진·최준영·민소영·유야마 아쓰시·홍성운. 2022. 『노숙인의 통합적 의료지원과 지역사회 정착을 위한 정책방안 연구』. 한국보건사회연구원. 20~21쪽.

10) Aldridge, R. W., Story, A., Hwang, S. W., Nordentoft, M., Luchenski, S. A., Hartwell, G., et al. 2018. “Morbidity and mortality in homeless individuals, prisoners, sex workers, and individuals with substance use disorders in high-income countries: a systematic review and meta-analysis.” *The Lancet*, 391(10117):241~250.

11) Davies, A., & Wood, L. J. 2018. Homeless health care: meeting the challenges of providing primary care. *Medical Journal of Australia*, 209(5), 230~234.

12) 임택영 등. 2021. 전게서. 210~263쪽.

계가 있다. 홈리스 건강문제의 실태를 정확히 파악하고 그 부정적 영향을 밝히는 연구를 수행하기 위해서는 이에 적합한 자료 생산과 데이터베이스 구축이 선행될 필요가 있을 것이다.

#### 4) 홈리스 의료보장 문제

한국의 공적 의료보장체계는 건강보험과 의료급여<sup>13)</sup>로 이원화되어 있다. 따라서 홈리스를 대상으로 하는 별도의 의료보장체계(제도)는 존재하지 않는다. 한국 국적을 가진 사람이라면 누구나 두 제도 중 하나를 통해 의료보장을 받게끔 되어 있다. 2021년 말 기준으로 전체 인구의 97.1%(5,141만 명)가 건강보험 가입자이고, 나머지 2.9%(152만 명)가 의료급여 수급자다. 홈리스 상태라면 당연히 공공부조의 일환인 의료급여 수급자로 편입되어야 할 것 같지만 실상은 그렇지 못하다.

현실에서는 미등록 이주민 등 타(무)국적자를 제외하더라도 ‘100%’ 의료보장이라는 말이 무색할 만큼 넓은 사각지대가 존재한다. 장기간 거주불명 상태로 주민등록이 말소된 경우라면 사망이나 해외이주 사례처럼 건강보험 자격이 상실된다. 또 보험료를 6개월 이상 체납하면 건강보험 급여가 제한된다. 문제는 이렇게 건강보험 급여 대상에서 제외되더라도 자동으로 의료급여로 전환되는 것이 아니라는 데 있다. 의료급여가 ‘신청주의’를 원칙으로 하기 때문이다.

또한 신청만이 문제가 아니다. 의료급여 수급권을 획득하려면 소득재산 기준과 함께 부양의무자 기준도 충족해야 한다. 홈리스 상태라 할지라도 이 기준에 부합하지 못하면 수급자가 될 수 없다. 이러한 제도적 허점을 보완하기 위해 정부는 ‘노숙인 1종 의료급여’(2012.6.8 시행)를 별도로 만들었다. 하지만 이것 역시 한계가 있다. 소득과 부양의무자 기준은

없지만 다음과 같이 정부가 정한 ‘노숙인다움’의 기준을 모두 충족해야 하기 때문이다.<sup>14)</sup>

1. 노숙인 일시보호시설, 노숙인 자활시설 입소자 및 노숙인 종합지원센터의 장이 상담 관리(주 1회 이상 주기적 상담 실시)하고 있는 거리 노숙인 중 노숙인 해당 기간이 지속적으로 3개월 이상 유지된 것으로 확인된 사람
2. 국민건강보험에 가입되어 있지 않거나 6개월 이상 체납된 사람

이 기준은 3개월 미만의 초기 홈리스를 배제시키는 문제와 더불어 시설을 거치지 않고는 수급자가 되기 어렵게 만드는 문제를 내포하고 있다. 노숙인 시설은 전국에 고르게 분포하고 있지 않기 때문에 시설이 드문 지역에 머물고 있는 홈리스로서는 신청할 기회 자체를 얻기 어려울 수 있다.

한편 해당 시설을 퇴소하게 되면 바로 급여가 중지되듯이 노숙인 1종 의료급여는 임시적 성격이 강하다. 따라서 대부분은 쪽방 등의 주거지를 확보하여 의료급여를 신청하거나 노숙인 시설 중 ‘보장시설(재활시설·요양시설)’<sup>15)</sup>에 입소하여 시설수급자로 의료급여 수급권을 획득한다. 2021년 ‘노숙인 등’의 실태조사 결과를 보면, 재활시설과 요양시설 노숙인 대부분은 의료급여 수급자였다. 쪽방주민의 경우에도 의료급여 65.1%, 건강보험 27.6%로 미보장 비율이 비교적 낮은 것으로 나타났다.

반면 거리홈리스들은 일시보호시설을 통해 노숙인 1종 의료급여 수급자가 될 수 있는데, 20일(연장시 30일)마다 자격을 갱신해야 하는 불편함이 있다. 실

14) 보건복지부. 2023. 『2023년 노숙인 등의 복지사업안내』. 세종: 보건복지부.

15) 기초생활보장의 급여는 수급자의 주거에서 행하는 것이 원칙이나, 주거가 없거나 숙식을 제공하는 사회복지시설에서 생활하기를 원하는 경우에는 해당 수급자에 대한 급여지급 업무를 시설에 위탁할 수 있는데, 이와 같이 급여지급 업무를 위탁받은 시설을 보장시설이라고 한다. 또, 복지부 지침에 따르면 보장시설 입소자 중에 소득인정액 기준은 충족하나 부양의무자 기준 때문에 수급자로 선정될 수 없는 자에 대해 ‘보장시설 생활자에 대한 부양의무자 범위 특례’의 적용 여부를 검토할 수 있다.

13) 의료급여는 「의료급여법」에 근거하여 생활유지 능력이 없거나 생활이 어려운 저소득층의 의료 이용을 국가가 보장하는 공공부조의 일환이다.



태조사에서 파악되지 않았지만, 2021년 노숙인 1종 의료급여 수급자가 271명에 불과하다는 점에서 볼 때 많은 수의 거리홈리스들이 의료보장의 사각지대에 놓여 있을 것으로 추정할 수 있다.

복지부는 팬데믹 상황을 고려하여 2022년 3월부터 ‘노숙인 종합지원센터’의 장이 주 1회 이상 주기적으로 상담 관리하는 이들도 노숙인 1종 의료급여 대상에 포함시키도록 지침을 변경하였다. 하지만 매주 상담 관리를 받지 않으면 급여를 중지시킨다는 점에서 이전보다 기준이 더 엄격해졌다고도 볼 수 있다.<sup>16)</sup> 주거지가 불안정한 거리홈리스들이 매주 종합지원센터에 방문하는 것은 용이하지 않은 일이기 때문이다.

이외에 홈리스는 행려환자로 인정되는 경우에도 의료급여 적용을 받을 수 있다. 다만 이때도 까다로운 선정기준의 관문을 통과해야 한다는 문제가 있다. 응급 환자일지라도 행정관서(경찰서, 소방서 등)에 의해 병원에 이송된 경우여야만 하고, 또 부양의무자 기준을 충족해야 한다는 점에서 그렇다.

어렵게 수급자가 되더라도 필요한 의료서비스를 이용하는 데 여전히 제약이 남아있다. 건강보험이 적용되지 않는 비급여 의료서비스에 대해서는 의료급여 역시 보장하고 있지 않기 때문이다. 노숙인 1종 의료급여도 급여항목에 대한 본인부담금만 면제될 뿐 비급여 진료비는 예외다. 이밖에 간병비나 교통비 등 의료이용 과정에서 발생하는 여러 부대비용까지 고려하면 경제적 부담이 적다고 보기 어렵다. 게다가 노숙인 진료시설로 지정된 일부 의료기관만 이용할 수 있는 노숙인 의료급여 수급자로서는 지리적 접근성 측면에서도 어려움을 겪고 있다.<sup>17)</sup>

16) 이동현·김준희·장서연·안형진·황성철·윤형우·박승민·이재임·윤예숙·택배. 2022. 『홈리스 정책 재편을 위한 기초 연구』. 천주교빈민사목위원회·홈리스행동. 33쪽.

17) 노숙인 진료시설은 2021년 4월 기준 전국에서 286개소가 있다. 유형별로 살펴보면, 종합병원 34개소, 병원 16개소, 의원 9개소, 요양병원 3개소, 보건의료원 13개소, 보건소 210개소, 보건지소 1개소이다. 요양병원은 경기·충남·전북에 각 1개소만 존재한다(이동현 등, 2022, 전계서, 35쪽). 병원

이렇듯 의료급여만으로 홈리스의 실질적 의료이용을 보장하는 데 불충분한 실정이다 보니 지자체마다 별도의 의료비 지원사업을 운영하고 있다. 다만 중앙정부의 일관된 지침이 없는 탓에 지자체별로 사업방식과 예산 규모의 편차가 큰 편이다. 거리홈리스에 대한 예산을 아예 편성하지 않는 지자체도 있다.<sup>18)</sup> 가장 많은 홈리스가 머물고 있는 서울시에서는 다른 지자체에 비해 좀 더 적극적인 지원사업을 시행하고 있다. 서울역과 영등포역 두 곳에 무료진료소를 운영하고 있고, 진료의뢰서를 발급하여 해당 의료기관에서 진료를 받을 수 있도록 의료비를 지원하고 있다.<sup>19)</sup> 2021년 서울시의 ‘노숙인 등 의료지원사업’ 예산이 약 52억 원이었을 만큼, 많은 이들이 이 사업을 이용하고 있다. 실제로 홈리스 1,000명을 대상으로 거주유형별 주요 치료수단을 물은 한 설문조사 결과에서도 거리홈리스 가운데 서울시 의료지원사업을 응답한 비율이 48.8%로 가장 높은 것으로 나타났다.<sup>20)</sup> 다만 노숙인 1종 의료급여와 마찬가지로 지정된 일부 의료기관만 이용할 수 있도록 제한을 두고 있다.

복지부의 ‘외국인 근로자 등 의료지원사업’도 홈리스에게 입원 1회당 500만원 범위 내에서 총 진료비의 90%를 지원하고 있다. 그러나 이 사업도 역시 일부 지정된 의료기관만 가능하다는 점과 외래 진료비

급 이상의 의료기관 수가 부족하다는 점에서 수술 등 고난이도 치료에 대한 접근성이 떨어지는 문제가 있다. 특히 광주·울산·제주·세종에 지정된 종합병원이 한 곳도 없는 것처럼, 지정병원은 수도권에 편중되어 있다. 그 결과 비수도권 지역에 거주하는 홈리스들의 의료접근성은 상대적으로 더 낮을 수밖에 없는 실정이다.

18) 이동현 등. 2022. 전계서, 37쪽.

19) 서울시는 무보험자가 지정된 노숙인 진료시설을 이용할 경우 의료비 전액을 지원하고 있다. 또 지침에는 노숙인 1종 의료급여 수급자에게도 비급여 본인부담금을, 건강보험 가입자나 시설 수급자에게도 본인부담금과 비급여 진료비 등을 지원할 수 있다고 되어 있다. 하지만 정작 진료의뢰서에 “비급여 항목에 대한 의료비는 서울시에서 원칙적으로 지원이 제한될 수 있음”이라는 유의사항을 적시하는 모순적 행태를 보이고 있다(이동현 등, 2022, 전계서, 38쪽).

20) 김준희·최은영·남수연·이원호·김기태·홍정훈·이동현. 2020. 『2020년도 서울시 재난 상황에서 노숙인 등 인권상황 실태조사』. 서울특별시·한국도시빈곤연구소. 70쪽.

를 지원하지 않는다는 한계가 있다.

위와 같이 홈리스 의료보장과 관련하여 여러 제도적 미비점이 있다. 무엇보다 1차 의료안전망인 공적 의료보장체계의 부실함에서 비롯된 대상자 범위의 포괄성과 급여 보장성의 한계를 개선할 필요가 있다. 이로 인해 개별 지자체의 임의적인 의료지원사업과 민간단체의 무료진료활동 등에 기댈 수밖에 없는 구조가 형성되었기 때문이다.

근본적 차원에서 이는 홈리스 의료보장 문제를 건강권 보장을 위한 국가의 '책무'가 아니라 특별한 '배려'가 필요한 시혜적 관점에서 접근하고 있기 때문으로 이해할 수 있다. 지금처럼 의료보장의 공백이 불가피하게 발생할 수밖에 없는 분절적인 의료지원 체계가 자리 잡은 것도 결국 국가의 책무성이 부족하기 때문인 것이다.

사람중심 보건의료<sup>21)</sup>의 관점에서 볼 때 원칙적으로 의료는 '지원이' 아니라 '보장'의 대상이 되어야 한다. 홈리스 의료보장성을 강화해 나가기 위해서는 제도적 개선 노력과 더불어 시혜 차원의 '지원(support)' 패러다임에서 권리 차원의 '보장(security)' 패러다임으로 전환을 추구할 필요가 있다. 이런 측면에서 지금의 「노숙인복지법」처럼 개별 사람에 초점을 맞추는 접근이 아니라, 영국의 「홈리스감소법」(Homelessness Reduction Act, 2017)처럼 '사회적 문제'로 프레임하고 접근하는 정책적 전환이 필요할 것으로 보인다.

21) '사람 중심적 보건의료'(People-centered health care)란 "인권과 존엄성, 비차별, 참여와 임파워먼트, 접근성과 형평성 등과 같은 국제법에 내포된 보편적 가치와 원칙들에 기반"하여 "개인과 가족, 지역사회의 관점을 채택하고, 이들을 인간적이고 총체적인 방식으로 자신들의 필요와 선호에 반응하는 보건 시스템의 수혜자일 뿐 아니라 참여자로서 바라보는 접근"을 의미한다(WHO Western Pacific Region Organization, 2007. "People-Centred Health Care: A policy framework").

### 3. 노숙인 진료시설 지정제가 폐지되어야 하는 이유

#### 1) 개관

노숙인 진료시설 지정제도는 2011년 「노숙인복지법」이 제정되면서 출현하게 된 제도다. 국가와 지자체가 노숙인 진료시설을 지정할 수 있도록 한 「노숙인복지법」 12조(의료지원)와 이에 따른 신설된 「의료급여법」 시행규칙 3조2항이 그 법적 근거조항이다. 「노숙인복지법」에 따라 수급권자 범위에 '노숙인 등'이 포함되도록 「의료급여법」(3조1항)이 개정되면서 신설된 '노숙인 1종 의료급여'(2012년 6월 8일 시행)의 수급자가 지정제의 대상자가 된다. 또 노숙인 진료시설 지정제의 '아류'에 가까운 '서울시 노숙인 등 의료지원사업'의 대상자들 역시 지정제의 대상으로 볼 수 있다.

한국의 공적 의료보장체계는 요양기관 당연지정제를 적용하고 있다. 당연지정제는 모든 의료기관을 건강보험 적용기관으로 지정함으로써 진료를 거절할 수 없도록 한 제도다. 이는 의료급여에도 동일하게 적용된다. 즉, 건강보험 가입자와 의료급여 수급자는 전국 어떤 의료기관도 이용할 수 있다. 물론 지정제 대상자들이 지정되지 않은 병의원을 이용할 수 없는 건 아니지만, 의료비 전액을 부담해야 한다는 점에서 사실상 이용이 불가능하다고 봐야 한다.

노숙인 진료시설 지정제처럼 이용 가능한 의료기관을 제한하는 제도로 선택병의원제가 있다. 2007년에 도입된 선택병의원제는 의료급여 수급자 가운데 과다의료이용자와 자발적 참여자에게 외래 본인부담금 면제와 급여일수 연장을 조건으로 선택·등록한 의료기관만 이용하도록 제한하는 제도이다. 다만 이 경우에도 환자 본인이 해당 의료기관을 '선택'할 수 있다는 점에서 선택권을 원칙적으로 박탈한 노숙인 진료시설 지정제와 구분된다.

모든 병의원을 이용하도록 보장하는 것이 항상 바람

직한 것은 아니다. 해외 국가 사례들처럼 전체 보건 의료체계의 설계와 목표 등에 따라 이용 가능한 의료기관을 제한하는 방식으로 운영될 수도 있다. 실제로 지난 1998년 의료보험 통합 이전까지는 의료보험증에 표시된 생활권역 내 병의원만 이용할 수 있도록 하는 진료권 제도가 시행되기도 했었다.<sup>22)</sup> 다만 지금의 노숙인 진료시설 지정제는 홈리스에게만 예외적으로 선택권을 제한함으로써 헌법에 명시된 평등권을 위반하는 차별적 제도이기 때문에 문제인 것이다.

한편 지정제의 등장이 홈리스 의료보장을 더 악화시켰다고 보기 어렵다. 「노숙인복지법」 제정으로 노숙인 1종 의료급여가 만들어지기 전까지 홈리스는 국가가 의료보장을 책임져야 할 대상조차 아니었기 때문이다. ‘노숙인(자)’이라는 용어 자체도 1997년 IMF 경제위기 이후 거리로 내몰린 사람들이 늘어나고 사회적 문제로 대두되면서 사용되기 시작한 것으로, 그 이전에는 ‘부랑인’이 정부의 공식 정책 용어이기도 했다.<sup>23)</sup> 부랑인·노숙인에 대한 ‘보호시설 설치 운영규칙’만이 있던 시절에는 거리홈리스의 의료보장에 대한 공적인 체계 자체가 미비하였다. 노숙인 1종 의료급여는 공적 의료보장체계에 홈리스를 포함시켰다는 점에서 의미가 없지 않다. 하지만 앞서 살펴봤듯이 불합리한 선정기준과 불충분한 보장성 등 여러 문제점과 함께 진료시설 지정제라는 부대조건을 달고 탄생했다는 점에서 한계 또한 명확하다.

노숙인 진료시설 지정제는 도입 이후 시민사회와 언론으로부터 줄곧 비판을 받아 왔지만<sup>24)</sup> 사회적으로 큰 주목을 받지 못했다. 그러다 2020년 코로나19 팬데믹 국면에서 홈리스들이 강제 퇴원조치를 당하

고 치료받을 병원을 찾지 못해 사망하는 일<sup>25)</sup>이 발생하면서 지정제의 문제점에 대한 사회적 관심이 높아지기 시작했다. 그리고 2022년 1월 19일, 마침내 인권위는 다음과 같은 이유로 지정제 폐지를 복지부에 권고하였다.

*“노숙인 진료시설 지정제도는 국민의 건강권을 보호하고자 하는 사회보장제도 운영 취지에 부합하기보다는 오히려 보편적 의료서비스 접근권을 침해하고 있을 뿐만 아니라 사회보장 증진에 노력할 국가의 책임을 방기하는 결과를 초래하고 있다. 국민의 건강에 대한 권리는 「대한민국헌법」 제34조 제1항에서 규정하고 있는 모든 국민의 인간다운 생활을 할 권리, 같은 조 제2항의 사회보장·사회복지 증진에 노력해야 할 국가의 의무, 제36조 제3항의 국민의 보건을 보호할 국가의 의무에 바탕을 두고 있다. 「보건의료기본법」 제10조(건강권 등)에서는 모든 국민은 성별, 나이, 종교, 사회적 신분 또는 경제적 사정 등을 이유로 건강에 관한 권리를 침해받지 아니한다고 규정하고 있다. 따라서 노숙인 진료시설 지정제도는 노숙인복지법 제1조(목적)에서 규정하고 있는 인간다운 생활을 할 권리의 기본 전제가 되는 건강권 보장에 부합한 제도라고 보기 어렵다.”<sup>26)</sup>*

위와 같이 인권위가 진료시설의 확대 지정이나 지정제 유예가 아니라 곧장 폐지하는 방안을 권고했다는 점에 주목해야 한다. 이는 팬데믹이라는 특수 상황이 아니더라도 이 제도 자체가 헌법과 법률에 규정된 홈리스의 건강권을 침해하는 측면이 분명하다고 판단했기 때문이다.

하지만 복지부는 감염병 유행의 예외적 상황에서 홈리스 의료공백 문제와 그에 따른 의료지원의 필요성에 동의했을 뿐 지정제 자체의 정당성을 부정하지

22) 진병태. 1998. “복지부, 의료보험 진료권제 폐지”. 《연합뉴스》, 1998년 7월 27일; 진병태. 1998. “복지부, 의료보호 진료지구 폐지”. 《연합뉴스》, 1998년 9월 4일.

23) 김진미. 2018. 「노숙인의 거처 찾기: 일에 관한 제도적 문화기술지」. 경기도: 가톨릭대학교 박사학위논문.

24) 김민아. 2013. “노숙인 A씨가 1시간 걸려 천안의료원 가야 하는 이유?”. 《메디파나뉴스》, 2013년 4월 17일.

25) 김준희 등. 2020. 전계서. 128쪽

26) 국가인권위원회 사회인권과. 2022. “코로나19 재난상황에서 노숙인의 건강권 보장을 위한 제도개선 권고”. 2022년 2월 9일.



않았다. 그렇기 때문에 감염병 관련 ‘주의’ 단계 이상의 경보가 발령되는 경우에만 한시적(1년)으로 1, 2차 의료급여기관(요양병원 제외)을 노숙인 진료시설로 확대 지정하는 고시를 제정하는 수준에서 그친 것이다.

시민사회에서는 이러한 복지부 정책결정을 비판하는 목소리가 제기되었다. 특히 홈리스 인권운동 단체인 ‘홈리스행동’이 적극적으로 반대 운동을 전개하였다. 홈리스행동은 ‘노숙인 진료시설 지정제도 전면 폐지 촉구 결의대회’(3/10)를 개최하고<sup>27)</sup> 대통령직 인수 위원회에 지정제 폐지와 홈리스 의료급여제도 개편을 요구하는 요구서(4/6)를 제출하였다.<sup>28)</sup> 이후에도 홈리스 당사자를 중심으로 서울역 앞에서 지정제 폐지를 요구하는 1인 시위를 수십 차례 진행하며 운동을 이어나갔다. 하지만 복지부는 진행 중인 용역 연구결과를 토대로 추후 개선과제를 마련하겠다는 유보적 입장을 밝힌 채 시민사회의 지정제 폐지 요구를 수용하지 않았다.

그러는 사이 국회에서는 노숙인 진료시설 지정 조항(12조 1항)의 삭제를 골자로 하는 「노숙인복지법」 개정안이 발의되었고,<sup>29)</sup> 올해 2월 9일 보건복지위원회 소관위에서 심사가 진행되었다. 국회 전문위원의 소관위 검토보고서에는 치과질환 등 치료 경험률이 낮은 질환에 대한 전문 의료기관을 확대 포함할 필요성, 다른 의료급여 수급자와의 형평성을 제고할 필요성 등을 이유로 개정안에 찬성하는 의견이 담겼다.<sup>30)</sup>

한편 관계 기관과 단체들은 대체로 개정안을 수용하는 입장을 보였다(〈표 1〉 참고). 복지부와 서울시는

일선 의료기관이 노숙인 진료에 적극 참여할 수 있도록 만드는 조치가 동반되어야 한다는 의견을 덧붙이며 폐지에 동의하였다. ‘한국노숙인복지시설협회’와 ‘노숙인복지실천협회’도 의료비 지원과 공공의료기관의 의료서비스 제공을 담보하는 조건으로 개정안을 수용하는 입장을 밝혔다. 반면 대한의사협회(이하 ‘의협’)는 의료비 체납과 의료급여 재정건전성 악화를 이유로 지정제 폐지에 반대하였다.

〈표 1〉 노숙인 진료시설 지정제 폐지안에 대한 관계 기관과 단체의 입장 (출처: 최선영, 2023)

단체	입장	의견
보건복지부	개정안 수용	노숙인 이용 가능 의료기관 확대에 기여하여 개정안에 동의, 다만 국가와 지방자치단체에 공공보건의로 수행기관이 노숙인 진료에 적극 참여하도록 하는 시책 시행 권한을 부여할 필요가 있음
서울시		노숙인 진료시설 지정제도 폐지에 동의하며, 의료급여기관이 특별한 사유 없이 노숙인 진료를 거부하지 않도록 하는 조항 추가 필요
한국노숙인복지시설협회	조건부 수용	의료기관이 노숙인 의료서비스 제공에 소극적이고, 국가 및 지방정부의 노숙인 또는 노숙인 시설에 대한 의료비 지원이 없는 노숙인에 대한 의료서비스 제공이 제한적이므로 의료비 지원 조건 하에 수용
노숙인복지실천협회		공공의료기관에 의한 전문 의료서비스 제공을 담보하도록 하는 조항 신설 하에 수용
대한의사협회	현행 유지	노숙인 의료급여 제공에 따른 병원비 체납, 방만한 의료급여 이용에 따른 의료급여 재정 건전성 악화 등 우려

의협이 제기한 문제점 중 의료급여 재정건전성 악화에 대한 우려는 반대를 위한 명분에 불과한 것으로 보인다. 의료비 체납에 대한 우려는 개별 환자 차원에서 본인부담금 미납 문제와 제도적 차원에서 의료급여의 만성적 진료비 체불 문제를 가리킨 것으로 보인다. 그런데 홈리스 환자에게 본인부담금이 발생하는 비급여 의료서비스를 애초 제공하려 하지 않을 것이라는 점에서 사실상 후자에 대한 문제 제기인 것으로 판단할 수 있다.

27) 김주연. 2022. “노숙인 의료 접근성 강화하려면 ‘진료시설 지정제 폐지해야’”. 《청년외사》, 2022년 3월 12일.

28) 장현은. 2022. “죽을 만큼 아파야 가는 병원인데, 노숙인 에겐 멀기만 해요”. 《한겨레》, 2022년 4월 6일.

29) 서영석 의원 등. 2022. “노숙인 등의 복지 및 자립지원에 관한 법률 일부개정법률안(제2118371호)”. 2022년 11월 22일.

30) 최선영. 2023. 『노숙인 등의 복지 및 자립지원에 관한 법률 일부개정법률안(의안번호 제18371호) 검토보고서』. 제 403회 국회(임시회) 제1차 보건복지위원회.

그렇다면 이는 홈리스만의 문제가 아니라 의료급여 환자 전체에 해당하는 문제다. 의료급여 예산의 과소편성으로 인해 매년 연말마다 의료급여비 지급이 지연되는 문제가 발생하고 있는 상황이다. 게다가 동일한 의료서비스를 제공해도 의료급여 환자에 대한 의료기관 종별가산율이 건강보험의 75% 수준에 불과하여 경제적 보상이 상대적으로 적은 실정이다. 이는 일선 의료기관들에서 (노숙인 1종을 포함한) 의료급여 환자에 대한 진료를 기피하게끔 만드는 요인으로 작용하고 있다.<sup>31)</sup>

이외에도 홈리스 환자에 대한 부정적인 편견 역시 의협이 지정제 폐지에 반대하는 숨은 이유 중 하나일 수 있다. 의협은 복지부의 한시적인 진료시설 확대 지정 고시에 대해서도 의료기관의 자율성을 침해한다는 이유로 우려를 표명하였는데, 이때 다음과 같은 이유를 내세우기도 했다.

*“다른 의료기관 이용자들의 민원 등 의도치 않은 부작용이 다양하게 나타날 것”, “다른 취약계층이 나 일반 국민의 의료접근성 및 건강권에 악영향을 미칠 수 있는 점”<sup>32)</sup>*

홈리스 환자의 의료접근성 개선이 다른 환자의 의료접근성에 부정적 영향을 끼칠 수 있다는 주장은 논리적으로 성립되지 않는다. 아마도 이러한 발상의 이면에는, 노골적으로 표현하지 않았을 뿐 ‘홈리스와 같은 병원을 이용하는 것을 다른 환자들이 싫어하고 기피할 것’이라는 차별적 인식이 전제되어 있을 것으로 보인다. 서울시가 홈리스에 대한 진료거부를 금지하는 조항의 신설을 제안한 것도 이러한 맥락을 고려했기 때문일 것이다.

표면적으로는 이해관계 집단 가운데 의협만이 반대하고 있는 상황이지만, 의협의 반대 때문에 지정제 폐지가 어려운 것일까? 의협은 이를 거부할 법적 권

한이 없다. 또 국회에서 개정안이 통과되더라도 이 문제 하나 때문에 정치적 부담이 큰 집단행동에 나설 가능성은 매우 낮아 보인다.

사실 지정제를 폐지하기 위해 굳이 법률까지 개정할 필요는 없다. 「노숙인복지법」의 해당 조항은 진료시설을 “지정할 수 있다”는 임의조항으로 되어 있기 때문이다. 즉, 의무조항이 아니기 때문에 지정제를 시행하지 않아도 위법하지 않다고 볼 수 있다. 「의료급여법」 시행규칙의 해당조항만 개정하면 폐지가 가능하다. 즉, 정부의 의지만 있다면 지금이라도 절차를 밟아 지정제를 폐지할 수 있다. 인권위 권고까지 있었음에도 복지부가 이를 수용하지 않았기 때문에 국회에서 상위법 개정을 통해 지정제를 폐지하고자 법안이 발의된 것이다.

이런 맥락에서 보자면, 지정제 폐지에 반대하는 게 단지 의협만이라고 보기 어렵다. 복지부가 이 문제에 소극적인 까닭은 무엇일까? 지정제 폐지에 따른 의료접근성 개선이 의협의 주장처럼 의료이용량 증가로 이어져 재정부담이 커질 것을 우려하기 때문일 수 있다. 그러나 노숙인 1종 의료급여 수급자는 갈수록 감소하는 추세이고, 진료비 지출 규모도 크지 않은 편이다. 2021년 기준, 노숙인 1종 수급자 수는 271명이었고, 총진료비는 약 7억 8천만 원에 불과했다.<sup>33)</sup> 물론 향후 지정제가 폐지되고 노숙인 1종 의료급여 선정기준이 완화되면 수급자 수가 증가하면서 의료비 지출이 크게 늘어날 수도 있다. 재정절감을 우선하는 정부 입장에서는 이들 중 상당수가 요양병원 장기입원자로 전환되는 것이 최악의 시나리오일 테다.

하지만 복지부는 적어도 표면적으로는 이러한 재정적 우려보다 홈리스의 건강권 측면에서 지정제 폐지의 정책적 실효성이 크지 않다는 점을 강조하고 있다. 노숙인 1종 의료급여는 일반 의료급여로 전환되는 과정에서 일시적으로 ‘경유’하는 과도기적 의료

31) 정성식·김창엽. 2020. 「의료급여사례관리에 대한 비판적 정치 분석」. 《비판사회정책》, 제68호, 209~270쪽.

32) 이정환. 2022. “의료급여기관 노숙인 진료시설 강제 지정 ‘자율성 침해’”. 《의협신문》, 2022년 3월 22일.

33) 건강보험심사평가원·국민건강보험공단. 2022. 『2021 의료급여통계연보』. 원주: 건강보험심사평가원·국민건강보험공단.

보장 유형으로 볼 수 있다는 점에서 여기에 국한된 지정제 폐지 문제보다 진료기피 문제 해결 등에 더 주력해야 한다는 논리다. 또 2022년 3월부터 고시 제정을 통해 진료시설을 확대 지정했어도 (잠정적 추세이지만) 노숙인 1종 의료급여 환자의 진료량이나 이용하는 의료기관 개수가 눈에 띄게 늘어나지 않았다는 점에서<sup>34)</sup> 지정제 폐지의 실익이 크지 않을 것이라고 판단하는 듯하다.

정말로 그럴까? 우선 거리홈리스가 의료급여 수급자가 되려면 시설에 입소하거나 쪽방 등 거처를 마련해야 한다. 어떤 이유에서든 거리에 계속 머물고 있는 이들에게도 안정적인 의료보장이 이뤄져야 하는데, 지금의 분절적인 홈리스 의료보장제도가 통합되지 않는 한,<sup>35)</sup> 노숙인 1종 의료급여가 일시적 제도라는 이유로 지정제 폐지를 미루는 것은 타당하지 않다.

지정제 폐지는 노숙인 1종 의료급여 수급자뿐 아니라 서울시 의료지원사업을 이용하는 홈리스들의 의료보장 측면에서도 긍정적인 영향을 줄 수 있다. 지정제가 폐지될 경우 이를 준용하고 있던 서울시 역시 지정제를 고수할 명분이 약화될 것이기 때문이다. 지정제 폐지의 실효성이 미미할 것이라는 전망은 이러한 파급 효과를 고려하지 않았다는 점과 더불어 지정제가 여러 경로와 기제를 통해 직·간접적으로 홈리스의 건강에 미치는 부정적 영향을 과소평가하고 있다는 점에서 한계가 있다.

지정제 폐지의 정당성을 높이기 위해서라도 지정제가 홈리스의 건강에 미치는 부정적 영향을 좀 더 상세하게 이해할 필요가 있다. 따라서 다음 논의에서는 지정제에 내포된 보건학적 문제점에 대해 살펴보고자 한다.

## 2) 지정제가 홈리스의 건강에 미치는 영향

노숙인 진료시설 지정제가 홈리스의 건강에 미치는 영향은 크게 두 가지 측면으로 나누어 살펴볼 수 있다. 하나는 지정제가 의료접근성을 제약하고 의료의 질 저하를 유발함으로써 건강에 부정적 영향을 끼치는 측면이다. 쉬운 예로, 안과 질환으로 진료를 받고자 하는데 근처 안과 중 지정된 의료기관이 없다면 제때 적절한 검사와 치료를 받기 어렵고 그로 인해 증상이 악화될 위험이 클 수밖에 없을 것이다.

게다가 지정제는 홈리스 환자에 대한 의료진의 인식과 태도에 부정적 영향을 끼치는 간접적 경로를 통해 관계적 측면에서의 질 악화를 조장할 소지도 있다. 차별적 제도는 일선 기관에서 대상자에 대한 차별적 대우가 허용될 수 있다는 '시그널'로 작동할 수 있기 때문이다.

다른 하나는 차별적 형태의 제도적 속성에서 파생되는 '낙인 효과(stigma effect)'가 당사자의 건강(특히 정신건강)을 악화시키는 측면이다. 낙인은 그 자체로 건강을 직접 악화시킬 뿐 아니라 의료이용 스스로 회피하도록 만드는 메커니즘을 통해서도 건강에 부정적 영향을 끼칠 수 있다.

### ① 의료접근성의 제약과 의료 질의 저하

지정제 폐지는 어느 병의원에서나 급여항목에 대한 본인부담금을 면제해주는 노숙인 1종 의료급여의 제도적 보장성이 적용되도록 함으로써 의료이용의 경제적 장벽을 낮춰주는 효과를 낳는다. 근래 복지부가 요양병원을 제외한 모든 1, 2차 의료급여기관을 노숙인 진료시설 확대 지정한 것은 사실상 지정제 폐지와 상당히 유사한 의료이용 조건을 만든 셈이다. 따라서 진료시설이 확대 지정된 기간 동안 (지정제 때문에 그동안 억눌린 의료수요만큼) 노숙인 1종 의료급여 수급자가 이용하는 의료기관의 종류와 진료량이 늘어날 것으로 예상할 수 있다.

그러나 앞서 언급한 복지부 내부 검토 결과에서와 같이, 이러한 예상과 달리 뚜렷한 차이가 나타나지

34) 복지부 관계자와의 면담을 통해 확인한 사실로 이와 관련된 통계자료는 아직 공개되지 않았다.

35) 이동현 등. 2022. 전계서. 96쪽.

않을 수 있다. 이를 두고 지정제가 시행되는 중에도 필요한 의료서비스에 접근하고 이용하는 데 별 제약이 없었던 게 아니냐는 의문이 제기될 수 있다. 하지만 지정된 의료기관의 진료역량의 편차와 지역적 분포의 편중 문제, 실태조사에서 드러난 거리혐리스의 높은 미충족의료 경험률과 노숙인 1종 의료급여 환자의 과소진료 경향, 그리고 무엇보다 지정제로 인해 실제 의료이용 과정에서 큰 불편과 어려움을 겪고 있다는 현장의 목소리들<sup>36)</sup>을 주의 깊게 고려한다면 이것이 현실에 부합하지 않는 생각이고 따라서 지정제 폐지의 반대 근거로 불충분하다는 사실을 어렵지 않게 이해할 수 있다.

흔히 보편적 의료보장이라고 하면 모든 사람이 재정적 어려움 없이 필요한 의료서비스에 접근할 수 있도록 보장하는 것이라고 이해된다. 의료비 부담이 의료접근성을 제약하는 중요한 장벽인 것은 맞지만, 이는 현실에서 혐리스의 의료이용을 가로막는 여러 장벽들 중 하나일 뿐이다. 예컨대 보행곤란 등의 이유로 지리적 접근성에 제약이 존재할 수 있다. 또 의료기관과 건강문제에 대한 기본적인 정보 부족으로 필요한 의료이용을 하지 못할 수도 있다.

즉, 지정제 폐지는 의료접근권 보장의 필요조건이지 충분조건은 아닌 것이다. 만약 진료시설의 확대 지정이 현 시점까지 유의미한 의료접근성 개선으로 이어지지 않았다고 한다면, 이는 정책의 실효성을 의심할 수 있는 근거가 아니라, 오히려 그 반대로 정책적 효과를 상쇄시키며 의료접근성을 제약하는 다른 장벽들의 존재 가능성과 그 영향력에 좀더 주목해야 할 필요성을 시사하는 결과로 해석하는 것이 보다 적절하다.

국외 연구결과에 따르면 혐리스는 비혐리스와 다른 의료이용행태, 즉 상대적으로 의료이용에 덜 적극적이고 치료 순응도나 지속성이 낮은 양상을 보인다.

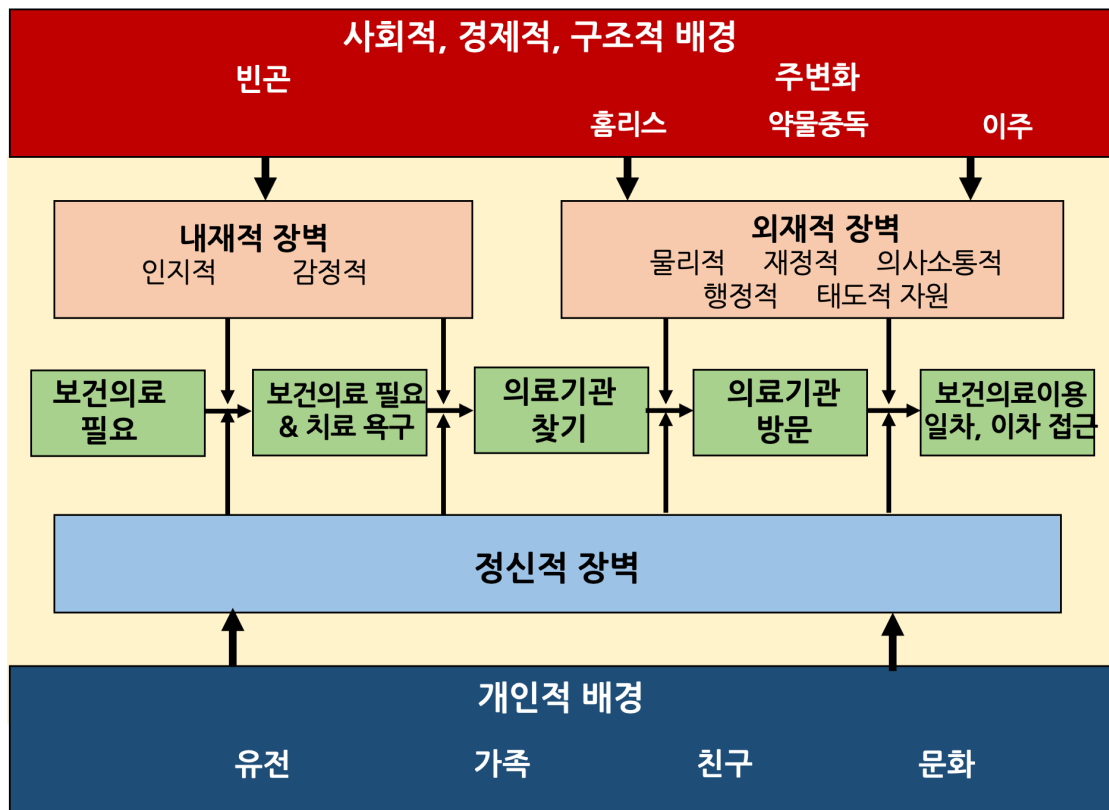
이러한 까닭을 설명하기 위해서는 처음 의료필요를 느낀 순간부터 최종 의료서비스를 받기까지 모든 과정에서 개입하고 있는 여러 유·무형의 장벽들을 고려할 필요가 있다(〈그림 2〉 참고). O'Carroll과 Wainwright는 이를 크게 두 측면으로 구분하는데, 먼저 한 측면(하단)에는 개인적 배경(유전, 가족, 친구, 문화)에서 비롯되는 심리적 장벽(예: 정신질환)이 있고, 또 다른 측면(상단)에는 빈곤, 혐리스 상태, 약물중독, 이주 등 사회경제적 구조에서 비롯되는 장벽들이 존재한다. 이 구조적 장벽에는 '정신'을 통해 작동하는 '내재적' 장벽(인지, 감정)과 영향을 받는 혐리스와 무관하게 존재하는 '외재적' 장벽(물리, 재정, 의사소통, 행정, 태도)이 포함된다.<sup>37)</sup>

이 모델을 참고해 볼 때, 복지부의 노숙인 진료시설 확대지정은 이러한 여러 복잡한 장벽들 가운데 경제적, 지리적 요인과 같은 일부 장벽을 낮추는데 유효할 뿐, 나머지 장벽들의 영향력 약화에는 무효하다는 사실을 알 수 있다. 이번 진료시설 확대 지정 정책의 성과에 대한 평가를 비롯해 앞으로 혐리스의 의료접근성 개선을 위한 정책의 설계는 이러한 이론적 틀의 토대에서 이뤄질 필요가 있다.

한편 지정제가 의료접근성의 제약에 얼마나 큰 영향을 미치는지 판단함에 있어서 지정제 단독의 효과만 고려하는 것은 충분하지 않다. 지정제는 혐리스 의료보장 시스템이라는 전체 그림을 구성하는 한 조각이다. 따라서 시스템 내 다른 정책이나 지침, 그리고 무형의 가치와 규범들과 상호작용하는 관계 속에서 지정제가 만들어내는 효과에 주목할 필요가 있다. 특히 다른 어떤 의료보장 정책들보다 혐리스 환자에 대한 차별성을 공식적으로 가시화했다는 점에서 지정제가 가지는 상징적 효과는 작지 않을 것으로 보이기 때문이다.

36) 김준희·홍정훈·김기태·강다희·이원호·남수연·김유숙·강민수. 2021. 『노숙인 등 복지사업의 점검·분석 및 발전 방향 연구』. 한국자활복지개발원·한국도시연구소. 80~82쪽.

37) O'Carroll, A., & Wainwright, D. 2019. Making sense of street chaos: an ethnographic exploration of homeless people's health service utilization. *International journal for equity in health*, 18(1), 1~22.



〈그림 2〉 홈리스의 의료이용 장벽을 설명하는 모델 (출처: O'Carroll, A., & Wainwright, D., 2019)

그동안 홈리스 의료보장 문제에 있어서 주된 정책적 목적은 제때 필요한 치료를 받을 수 있게끔 경제적 접근성을 보장해주는 것이었다. 반면 실제로 홈리스에게 제공되는 의료서비스의 질적 수준이 어떠한지는 정책적 관심의 대상이 아니었다. 물론 보건의료의 '질(Quality)'에 대한 상대적 무관심은 국내 전체 보건의료 차원에서 나타나는 공통된 문제로 볼 수 있다. 다만 경제적 지불능력에 따라 차등화된 서비스를 제공하려는 동기가 강한 시장화된 보건의료체계 속에서는 홈리스에 대한 의료서비스의 질적 수준이 더욱 나쁠 수밖에 없다. 하지만 의료보장의 목적이 결국 대상자의 건강을 보호하고 향상시키는 데 있다는 데 동의한다면 양질의 의료서비스가 제공될 수 있도록 보장하는 것 역시 홈리스 의료보장제도가 달성해야 할 중요한 목표이자 과제일 것이다.

보건의료의 질은 다양한 요인들로 구성되는 복합적 개념이다. 의료 질의 대표적 연구자인 Donabedian

은 이를 크게 진료의 기술적(technical) 측면과 인간관계(interpersonal process) 측면, 시설의 편의성(amenities) 측면으로 구분하였다.<sup>38)</sup> 홈리스는 비홈리스에 비해 세 측면 모두에서 상대적으로 낮은 수준의 질적 서비스를 받게 될 확률이 큰데, 특히 의료진과의 대인 관계 측면에서 더 큰 문제를 경험할 가능성이 높다. 다른 두 측면과 달리 신뢰, 관심, 공감, 정직, 민감성 등으로 구성되는 인간관계의 경우 유형의 객관적 지표로 평가하기 힘들다는 점에서 일률적인 정책 수단만으로 질적 수준을 표준화시키기 어렵기 때문이다.

홈리스에 대한 차별적 인식이 만연해 있는 사회일수록 바로 이 인간관계 측면에서의 질이 문제될 수밖에 없다. 이러한 사회문화적 인식은 일선 의료진의 인식과 관점, 태도에도 스며들기 마련이다. 이는 홈

38) Donabedian, Avedis. 1980. *The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment*. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press.



리스 환자와의 관계적 측면에서 의료 질 저하로 이어져 결국 이들의 건강결과에 부정적 영향을 끼치게 될 소지가 크다. 노숙인 1종 의료급여 환자에 대한 낮은 진료비 보상체계 등이 질 저하의 보다 직접적인 요인으로 볼 수 있겠으나, 노숙인 진료시설 지정제 또한 이와 함께 작용하며 부정적 영향을 끼치고 있을 것으로 보인다. 특히 지정제는 의료의 질 가운데 ‘환자(사람) 중심성’<sup>39)</sup>에 정면으로 위배된다는 점에서 문제적이다.

지정제는 기존의 차별적 인식과 관행이 반영된 정책 산물인 반면 동시에 이를 확대 재생산하는 제도적 장치이기도 하다. 의료현장에서 지정제의 존재는 홈리스 환자가 해당 의료기관 외에 별다른 선택지가 없다는 사실을 일깨우면서 가뜩이나 정보 부족과 열악한 사회경제적 지위 등으로 불평등한 의료진과의 관계를 더욱 고착시킬 위험이 있다. 이는 부지불식간에 의료행위의 질에 대한 고려를 약화시키면서 치료 성과가 저해되는 결과를 낳을 수 있다. 또 의료진과의 관계에서 겪은 부정적 경험은 이후 의료 이용을 회피하게끔 만들 수 있다는 점에서 ‘문화적’ 접근성<sup>40)</sup>을 제약하는 요인으로도 볼 수 있다. 이때 부정적 경험이란 곧 홈리스 환자가 빈번히 경험하고 느끼는 차별과 낙인의 문제에 해당한다.

39) 미국 국립의학원은 ‘환자 중심성’을 “개별 환자를 존중하고 이들의 선호와 필요, 가치에 부응할 뿐 아니라 이러한 가치가 모든 임상적 결정을 안내할 수 있도록 보장하는 의료를 제공”하는 것으로 정의하고 의료 질의 기본 요소 가운데 하나로 포함한다(Institute of Medicine. 2001. “Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century”). ‘사람 중심성’은 환자 이전 상태의 건강문제까지 포괄하기 위한 개념이다.

40) 다음 인터뷰 내용과 같이 과거 의료기관에서 겪었던 부정적 경험은 이후 방문을 포기, 회피하게 만드는 문화적 요인이 된다. “그는 ‘코로나19가 걸려도 누가 병원을 가겠어. 열이 팔팔 끓고 눈도 못 떠서 며칠을 앓아누우면 가끔 찾아오는 지원센터 직원이 신고해주겠지’라며 ‘어디 하나 부러지고 굶아 터져도 병원에 가지도 않아. 가도 하루 이틀 버티다 나 오지. 병원에서도 받아주기 싫어하고 눈치 주고, 우리도 불편한 건 마찬가지야. 다들 그렇게 병원 뛰쳐나와서 얼마 안 있다가 쓰러지고 그래’라고 말했다.” (박선혜. 2023. “‘병원 많아요 못 간다’...노숙인 진료시설 지정 제도 ‘사각지대’”. <쿠키뉴스>, 2023년 2월 20일)

## ② 낙인 효과

지정제의 낙인 효과를 논의하기에 앞서 낙인이 무엇인지 살펴볼 필요가 있다. 낙인은 각 시대와 사회의 가치, 규범, 고정관념 등 여러 문화적 특성에 따라 그 의미가 변화하는 맥락적이고 복합적인 개념이지만, 기본적으로 사회에서 ‘정상’으로 간주되는 기준에서 벗어나는 어떤 특성을 가진 개인과 집단을 향한 부정적 정서와 태도, 대응을 의미하는 것으로 이해할 수 있다.

Link와 Phelan은 낙인을 꼬리표(label), 고정관념, 분리, 지위(자격)상실과 차별이 모두 결합된 포괄적 개념으로 이해하며 ‘낙인화 과정(stigmatization process)’을 설명하였다.<sup>41)</sup> 많은 사회에서 조현병, HIV, 비만 등의 건강 문제를 비롯해 인종, 젠더, 장애, 성적체성, 계급, 빈곤 등을 이유로 사회적으로 배제되고 소외된 이들이 낙인의 대상이 되고 있다. 홈리스 상태 역시 사회적 낙인을 유발하는 강력한 요인이다. 홈리스는 일상의 영역 곳곳에서 낙인을 경험할 위험에 노출돼 있다.

낙인은 사회적 관계의 악화와 자원의 가용성 제한 등 당사자에게 각종 불이익과 스트레스를 야기하는 방식으로 건강과 삶의 기회에 부정적 영향을 미친다는 점에서 건강의 중요한 사회적 결정요인이자 건강 불평등 문제의 근본 원인 중 하나로 볼 수 있다.<sup>42)</sup> 낙인은 스스로 부정적 고정관념을 자신의 정체성으로 받아들이는 ‘내면화된(internalized)’ 낙인과 타인과의 상호작용 속에서 고정관념에 의해 차별을 받았다고 믿는 ‘경험된(experienced)’ 낙인으로 구분할 수 있는데,<sup>43)</sup> 이때 경험된 낙인이란 ‘인지된 차

41) Link, B. G. & Phelan J. C. 2001. Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*. 27, 363~385.

42) Hatzenbuehler, M. L., Phelan, J. C. & Link, B. C. 2014. Stigma as a fundamental cause of health inequalities. *Am. J. Public Health*, 103(5), 813~821; Link, B. G. & Hatzenbuehler, M. L. 2016. Stigma as an Unrecognized Determinant of Population Health: Research and Policy Implications. *Journal of health politics, policy and law*. 41(4), 653~73.

43) Kinsler, J. J., Wong, M. D., Sayles, J. N., Davis, C.

별감(perceived discrimination)'을 의미한다. 그동안 많은 선행연구를 통해 다양한 형태의 낙인과 '인지된 차별감'이 신체적, 정신적 건강에 부정적 영향을 미친다는 사실이 밝혀져 왔다.<sup>44)</sup>

한편 낙인은 단지 개인 간의 관계뿐 아니라 지역사회, 제도, 사회의 차원에 걸쳐 발생하는 문제로, 낙인화 과정은 <그림 3>과 같이 구분하여 이해할 수 있다.<sup>45)</sup> 첫 번째 단계로 낙인의 동인(예: 고정관념, 편견, 비난 등)과 촉진 요인(예: 문화적 규범, 법률, 정책 등)이 존재하는데, 이는 질환과 인종, 성별, 계급 등의 특정한 차이가 낙인 '표식(Marking)'을 발생시키는지 여부를 결정한다. 이러한 낙인 표식은 다양한 낙인 경험과 관행으로 나타난다. 낙인 경험에는 차별의 경험이 포함되는데, 지정제와 같이 홈리스에게만 의료기관을 제한하는 조치가 바로 차별의 경험에 해당한다고 볼 수 있다.

자신의 사회적 가치를 평가 절하하는 '내면화'와 사회적으로 낙인찍힌 집단이 어떻게 취급되는지에 대한 '인식', 그리고 자신의 상태가 알려지면 어떤 대우를 받게 될 것인지에 대한 '예상' 등도 낙인 경험에 포함된다. 낙인 관행에는 낙인찍힌 집단에 대한 고정관념과 편견, 낙인을 찍는 행동(배제, 회피, 혐

담)과 차별적 태도가 포함될 수 있다. 낙인 경험과 관행은 궁극적으로 대상 집단의 건강뿐만 아니라 법률, 정책, 제도 등 사회 전반에 걸쳐 다양한 영향을 미치게 된다.

홈리스에 대한 낙인을 유발하는 다양한 구조와 메커니즘이 존재한다. 홈리스 상태에서는 거의 예외 없이 '빈곤낙인(poverty stigma)'을 경험하게 될 것으로 볼 수 있다. 빈곤낙인은 자신이 무가치하다고 느끼도록 만드는 타인의 명백한 행동을 비롯하여 타인에게 부정적으로 평가받고 있다는 인식과 자신의 경제적 상황에 따른 내면화된 실패 감각으로 구성된다.<sup>46)</sup> 빈곤에 대한 사회적 인식과 태도에 따라 낙인 효과의 정도가 달라질 것으로 예상할 수 있는데, 한국 사회에서는 빈곤의 원인을 개인 책임으로 인식하는 성향이 높은 것으로 알려져 있다.<sup>47)</sup> 대다수 사회 구성원이 빈곤을 게으름이나 나태 또는 개인적 실패에서 비롯된 것이라고 믿는 사회에서는 빈곤 낙인의 효과도 그만큼 클 수밖에 없다.

또한 의료급여를 비롯한 여러 공적 부조를 수급하는 경우라면 '복지낙인(welfare stigma)'을 경험하게 될 가능성도 크다. 수급자들은 타인에게 자신의 사회경제적 지위가 밝혀져 부정적 판단의 대상이 될 위험성이 있을 때 당황스러움과 수치심을 느끼게 되므로 자신의 정체성과 경제적 어려움에 관한 사실이 알려지지 않도록 노력하기도 한다.<sup>48)</sup> 이밖에 장애, 질환, 성별, 인종 등의 요인이 교차하며 홈리스에 대한 낙인을 가중시킬 것으로 보인다.

& Cunningham, W. E. 2007. The effect of perceived stigma from a health care provider on access to care among a low-income HIV-positive population. *AIDS Patient Care STDS*. 21(8), 584~592.

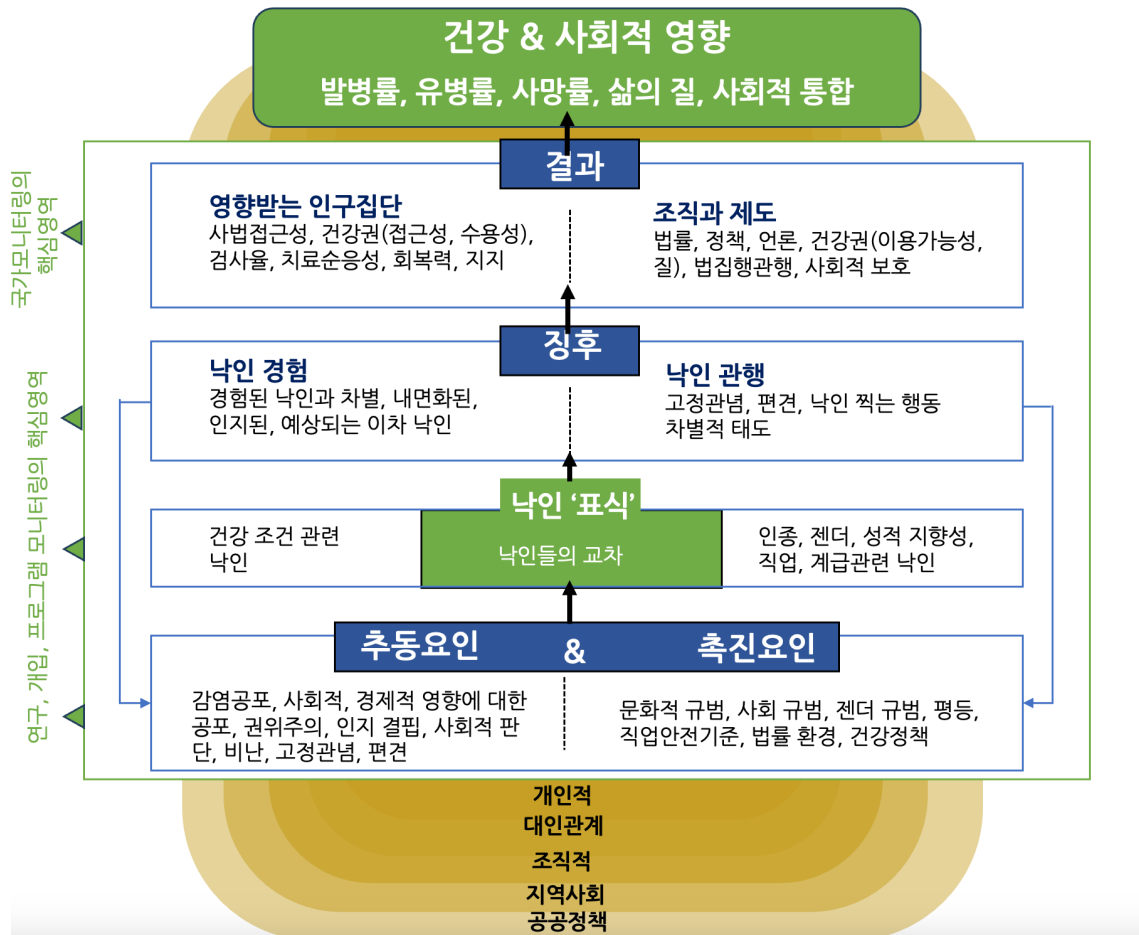
44) 인지된 차별감은 하나의 스트레스 요인으로 작용하여 혈압 상승과 코티솔 분비 증가 등의 신체적 반응을 촉발하는 방식으로 건강에 부정적 영향을 미칠 수 있다. 또한, 스트레스 반응이 만성화되면 '이항상성 부하(allostatic load)'의 위험도 높아진다. 차별로 인한 스트레스는 이를 해소하기 위한 건강위험행동(흡연과 음주, 물질남용 등)을 촉발하는 경로를 통해서도 건강에 악영향을 줄 수 있다(Pascoe, E. A. & Smart R., L. 2009. Perceived discrimination and health: a meta-analytic review. *Psychological bulletin*, 135(4), 531~554).

45) Stangl, A. L., Earnshaw, V. A., Logie, C. H., et al. 2019. The Health Stigma and Discrimination Framework: a global, cross cutting framework to inform research, intervention development, and policy on health-related stigmas. *BMC medicine*, 17, 1~13.

46) Chase, E. & Walker, R. 2012. The co-construction of shame in the context of poverty: beyond a threat to the social bond. *Sociology*. 47, 739~754.

47) 이상록과 김형관. 2014. 한국사회 빈곤원인 인식의 실태와 결정요인. *한국사회복지학*. 66(1), 163~187.

48) de Souza, R. T. 2019. Feeding the other: Whiteness, privilege, and neoliberal stigma in food pantries. MIT Press.



〈그림 3〉 건강 낙인과 차별의 프레임워크 (출처: Stangl et al, 2019)

한편 홈리스는 의료기관에서도 낙인찍히는 경험을 하게 된다. 홈리스는 병원 문을 열고 들어서는 순간부터 자신을 향해 쏟아지는 따가운 시선을 견뎌내며 이곳에서 자신이 환영받지 못하는 존재라는 사실을 자각한다.<sup>49)</sup> 낙인이 홈리스의 건강에 미치는 영향을 분석한 연구들을 종합적으로 고찰한 연구결과에 따르면, 홈리스들은 의료서비스를 이용하는 과정에서 흔히 낙인을 경험하게 되고 이것이 이들의 건강상태와 의료이용에 부정적 영향을 끼친다는 데 폭넓은 합의가 존재하는 것으로 확인되었다.<sup>50)</sup>

홈리스는 의료기관에서 노골적인 치료 거부나 수준 이하의 의료서비스, 언어적 학대와 모욕, 무례, ‘망신주기(fingerpointing)’, 불친절한 태도, 진료 연기와 긴 대기시간 등의 ‘미세차별(Microaggressions)’을 통해 낙인을 경험하게 된다.<sup>51)</sup> 많은 홈리스들이 이러한 의료기관에서의 차별과 낙인 경험으로 인해 의료이용을 회피하기도 한다.<sup>52)</sup>

사회적 낙인은 홈리스의 자존감을 저하시키며 스스로 비난하는(self-blaming) 경향을 악화시킨다. 신

49) Wen, C. K., Hudak, P. L., & Hwang, S. W. 2007. Homeless people’s perceptions of welcomeness and unwelcomeness in healthcare encounters. *Journal of General Internal Medicine*, 22, 1011~1017.

50) Reilly, J., Ho, I., & Williamson, A. 2022. A systematic review of the effect of stigma on the health of people experiencing homelessness. *Health*

& Social Care in the Community, 30(6), 2128~2141.

51) Allen, H., Wright, B. J., Harding, K., & Broffman, L. 2014. The role of stigma in access to health care for the poor. *The Milbank Quarterly*, 92(2), 289~318.

52) Håkanson, C., & Öhlén, J. 2016. Illness narratives of people who are homeless. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 11(1), 32924.

체적, 정신적으로 매우 취약해진 시기에 의료기관을 찾아온 이들에게 가해지는 낙인찍기는 이들의 자존감을 더욱 훼손시키고 불안과 우울증 등을 유발하며 정신건강을 위협한다. 이로 인해 낮아진 자존감은 홈리스의 의료이용률을 저하시키는 내재적 장벽으로 작동하기도 한다.<sup>53)</sup>

따라서 홈리스에 대한 치료성과를 높이고 건강상태를 개선하기 위해서라도 의료기관 내에서 이들이 겪고 있는 낙인의 문제를 적극적으로 살피고 해결할 필요가 있다.<sup>54)</sup> 이를 위해서는 교육과 캠페인을 통한 의료기관 종사자의 인식 개선만으로 부족하며, 홈리스 환자에게 차별적인 제도와 시스템도 함께 변화시켜야 한다. 일례로 국내에서는 의료진이 차트에 따로 표시(flagging)할 필요 없이 진료 접수를 하면 바로 컴퓨터 화면에 뜨는 ‘노숙인 1종(M012)’ 코드를 통해 홈리스 환자임을 식별할 수 있는데, 이 역시 낙인감을 유발하는 요인이 되기도 한다.

*“노숙인시설 관계자E 본인이 노숙인 1종 의료급여를 이용했었는데 나쁜 기억이 있어서 이용을 안한다고 얘기하셨어요. 이분이 ‘M1’을 정확히 알고 계시더라고요. 노숙인은 M자라서 M으로 가면 ‘대놓고 기분 나쁘게 쳐다본다’는 거예요. 그래서 너무 싫다고 이용 안 한다고 하셨어요” (사례22, 조사원FGI 참가자A)<sup>55)</sup>*

이렇듯 전문가와 공무원 시각에서 전혀 문제로 인식되지 않는 ‘사소한’ 정책이라 할지라도 홈리스 당사자의 입장에서는 의료이용을 주저하게 만드는 ‘제도적 낙인(Institutional stigma)’이 되기도 하는 것이다. 지정제 역시 당사자의 관점에서 볼 때 제도적 낙인으로 여겨질 수밖에 없다.

제도와 정책은 어떻게 설계되느냐에 따라 낙인을 새롭게 만들기도 하고 기존의 사회적 낙인을 완화시킬 수도 있다.<sup>56)</sup> 타당한 이유 없이 의료기관의 선택권을 차별적으로 제한하고 있는 지정제는 존재 자체로 낙인화의 조건(stigmatized conditions)이다. 소극적으로 해석하더라도 기존의 사회적 낙인으로 인해 홈리스 환자가 겪고 있는 아픔에 대한 정책적 무관심의 산물로밖에 볼 수 없다. 낙인의 핵심 특징이 낙인찍힌 집단에 대한 무관심을 허용하고 이를 조장하는 것이라는 점에서 볼 때 지정제는 홈리스를 낙인찍힌 사회 구조와 떼어놓고 생각할 수 없는 문제다. 물론 지정제의 낙인 효과가 어떠한지에 대한 실증 근거가 부재한 상태로, 향후 경험적 조사와 연구를 통해 검증될 필요가 있을 것이다. 다만 홈리스 당사자나 관계자 등과 면담한 기존 언론 보도나 연구보고서에서 드러난 사실, 그리고 국외 연구결과와 이론적 논의 등을 토대로도 이 문제의 실재성과 심각성에 대한 합리적 추론이 충분히 가능하다고 생각한다. 오히려 지정제 자체의 ‘순수’한 낙인 효과를 검증하려는 접근은 여러 요인이 복합적으로 얽혀 작동하는 낙인의 실체적 메커니즘을 이해하는 데 방해가 될 수 있다.

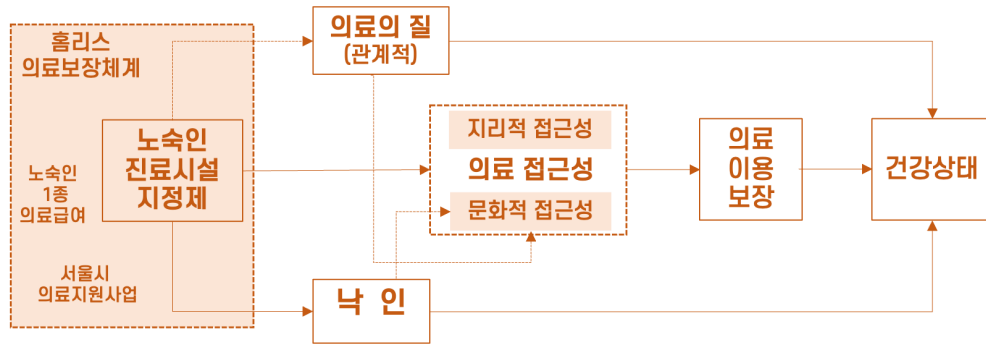
홈리스에 대한 낙인과 차별은 반인권적 문제로서 규탄의 대상이면서 동시에 홈리스의 건강보장을 위해 적극 개입해야 할 보건학적 과제이기도 하다. 한데 아직 국내에서는 홈리스가 겪는 차별과 낙인이 이들의 건강을 위협하는 문제에 대한 학술적, 정책적 관심과 논의가 크게 부족한 상황이다. 복지부가 지정제 폐지를 통해 얻을 수 있는 편익에 낙인의 완화 효과를 고려하지 않는 것도 이와 무관하지 않을 것이다.

53) Pleave, N., & Quilgars, D. 2003. Led rather than leading? Research on homelessness in Britain. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 13(2), 187~196.

54) Nyblade, L., Stockton, M. A., Giger, K., et al. 2019. Stigma in health facilities: why it matters and how we can change it. *BMC medicine*, 17, 1~15.

55) 김준희 등. 2020. 전계서. 74쪽.

56) Link, B. G. & Hatzenbuehler, M. L. 2016. op. cit.



〈그림 4〉 노숙인 진료시설 지정제가 건강에 영향을 미치는 메커니즘

물론 지정제가 없어진다고 해서 의료현장에 만연해 있는 홈리스에 대한 낙인이 단번에 사라질 것으로 기대하기는 어렵다. 지정제를 인지하고 있는 당사자들도 많지 않을 뿐더러, 제도적 요인보다는 의료진과의 관계에서 겪는 낙인감을 더 큰 문제로 인식하고 있을 수도 있다. 다만 지정제 폐지는 일정부분 낙인의 부정적 영향력을 완화시키는 효과와 함께 의료현장에서 홈리스 환자에 대한 낙인을 문제시하고 이를 감소시키려는, 정책적 차원에서의 첫 번째 개입(anti-stigma intervention)이라는 점에서 상징적 의미를 지닌다.

### ③ 종합 논의

앞서 논의한 내용을 종합하자면, 노숙인 진료시설 지정제는 〈그림 4〉와 같은 경로와 기제를 통해 홈리스 환자의 건강에 부정적 영향을 끼치고 있을 것으로 추론할 수 있다. 따라서 지정제 폐지는 의료이용의 접근성 개선과 질적 수준의 제고, 그리고 낙인 효과의 감소를 통해 홈리스 건강보호와 향상에 기여할 수 있다는 점에서 분명한 정책적 실효성을 가지는 것으로 판단할 수 있다.

## 4. 고찰과 결론

노숙인 진료시설 지정제 폐지는 단순히 정책기술적 판단으로 결정될 문제는 아니다. 바람직한 의료보장

체계가 어떠해야 하는지에 대한 관점의 차이에 따라 지정제 폐지에 대한 입장이 엇갈릴 수 있기 때문이다. 건강보장의 측면에서 크게 문제되지 않는다면 다소 반인권적 요소가 있는 제도라도 용인될 수 있다는 것이 정부와 의료계 등의 입장인 듯하다. 하지만 이 글에서 논의한 것처럼 당사자의 존엄성을 침해하며 낙인을 강화하는 차별적 제도는 그 자체로 건강의 위험요인으로 작동한다는 점에서 이윤배반적 주장으로 볼 수 있다. 홈리스를 포함한 모든 이들이 언제 어디서나 차별 없이 최선의 의료서비스를 보장받아야 한다는 사람중심의 보건의료의 관점에서 노숙인 진료시설 지정제는 폐지되는 것이 정당하다.

이 글에서는 지정제에 초점을 맞춰 그 폐지의 필요성을 역설했지만, 이것만으로 충분치 않다. 지정제 폐지는 홈리스 의료보장체도의 산적한 개선 과제 중 하나일 뿐이다. 까다로운 수급자 선정기준 완화와 간병비, 비급여 서비스 진료비 보장, 급성기 치료 이후 건강관리의 연속성 보장, 현장진료센터 확충 등 여러 시급한 과제가 많다. 특히 지정제가 없어지면 기피 현상 탓에 진료를 받기 더 어려워질 수 있다는 점에서 홈리스 환자 진료에 전문성과 책무성을 갖춘 의료기관과 인력 확보에 주력할 필요가 있다. 다만 지정제가 야기하는 의료접근성의 제한과 의료 질 저하, 낙인의 문제가 다른 홈리스 의료정책과 사업에서도 나타날 우려가 크다는 점에서 지정제 폐지는 그 자체로 그치는 것이 아니라 전체 홈리스 의료보

장체계의 사람 중심성을 강화하는 데 있어서 의미 있는 출발점이 될 수 있다.

지정제 폐지를 전환점으로 만들어가야 할 사람 중심적 홈리스 의료보장체계는 낙인을 유발하지 않는 방식으로 다른 사회 집단과 동일한 수준의 의료접근성과 질을 보장하는 것 뿐만 아니라 당사자의 고유한 요구를 존중하는 가운데 특수 상황을 고려한 맞춤형 의료서비스를 추가로 제공하는 것을 기본 원칙으로 삼아야 한다.<sup>57)</sup>

한편 이 글은 다음과 같은 한계를 가진다. 우선 지정제가 의료접근성과 건강에 미치는 부정적 영향을 뒷받침하는 경험적 근거를 충분히 제시하지 못했다. 기존 관련 연구보고서나 언론 보도 등의 이차 자료를 활용하여 대략적인 실태를 추론할 수 있었지만, 추후 당사자를 대상으로 한 심층면담 조사 등을 통해 좀더 구체적인 맥락과 문제점을 파악할 필요가 있을 것이다. 또한, 지정제가 실제 얼마나 의료접근성을 제약하고 낙인을 유발하는지를 검증하는 보건경제학적 연구도 필요해 보인다. 다만 계량분석을 통해 지정제의 ‘순수’한 효과를 밝히는 데 일정한 한계가 있을 것이라는 사실에 유념할 필요가 있다. 홈리스라는 연구 대상자의 특성상 적절한 표본을 선정하고 ‘접근성’, ‘낙인’ 등의 추상적 개념을 측정 가능한 변수로 조작적 정의를 하고 측정도구를 만들어 설문조사를 수행하는 등의 과정에서 여러 편향이 발생할 위험을 배제하기 어렵기 때문이다. 즉, 실증연구 결과를 해석하고 정책결정에 적용하는 데 신중할 필요가 있다.

이 글의 또 다른 한계는 지정제가 왜 존속되는지에 대한 문제를 깊이 있게 고찰하지 못한 점이다. 지정제를 폐지함으로써 홈리스의 인권과 건강보장 측면에서 얻을 수 있는 효용이 명확함에도 불구하고 폐지되지 않는 까닭은 그 반대편에 지정제 유지를 통

해 얻는 효용이 있기 때문으로 볼 수 있다. 의료계의 이해관계나 정부의 비용 통제 동기, 제도적 경로의 존성, 사회적 무관심과 낮은 정책적 우선순위 등을 생각할 수 있지만, 이보다 더 심층에 자리하고 있는 ‘빈곤 통치’ 차원에서 지정제를 존속시키는 동기와 기제에 대해 고찰할 필요도 있을 것이다.

사회학적 상상력을 통해 바라본 지정제는 홈리스를 포함한 빈민을 차별하고 통제하는 국가의 의도된 ‘낙인 생산 전략’<sup>58)</sup>일 수 있고, 이들을 계속 특별한 보호와 관리가 필요한 열등한 존재로 고착화시키는 통치 수단일 수 있다. 또 이들과 분리되고 싶은 대중의 은밀한 소망이 투영된 것일 수도 있다. 즉, 노숙인 진료시설 지정제는 제도이면서 제도 이상의 것이기도 한 것이다. 빈곤 통치의 동기와 메커니즘이 존재하는 한 지정제가 폐지되더라도 또 다른 유사한 형태의 정책이 출현할 것으로 예상할 수 있다. 이러한 사회학적 고찰은 지정제 뿐만 아니라 빈곤층에 대한 각종 차별적 제도가 왜 없어지지 않는지 이해하는 데 중요한 통찰을 제공할 수 있다는 점에서 후속 연구를 통해 좀더 상세히 규명될 필요가 있을 것이다.

마지막으로 노숙인 진료시설 지정제 폐지가 우리 모두를 위한 변화일 수 있다는 가설적 주장으로 글을 맺고자 한다. 앞서 언급했듯이 지정제만 폐지하는데 그쳐서는 곤란하다. 지정제가 적용되지 않는 의료급여 수급자들 역시 여러 유형의 제도적 차별과 낙인을 경험하고 있는 현실이다. 또 빈곤층뿐 아니라 사회 구성원 대부분도 (물론 그 질적, 양적 차이를 무화시켜서는 안 되지만) 의료이용 과정에서 저마다 여러 형태의 차별을 경험하곤 하는 게 사실이다. 아마도 그 주된 이유 중 하나는 경제적 지불능력에 따라 환자를 등급화하고 차등 대우하는 시장화된 의료체계 때문일 것이다. 홈리스에게 차별적인 제도는 사회경제적 지위에 따라 (특히 질적 측면에서)

57) guideline NG214, NICE. 2022. Integrated health and social care for people experiencing homelessness. *Methods*.

58) Tyler, I. 2020. *Stigma: The machinery of inequality*. Bloomsbury Publishing.



‘위계화’된 한국의 의료보장체계에 정합적인 정책으로 볼 수 있다. 그리고 지정제는 의료상품 구매력을 상실한 이들을 자본주의적 의료보장체계가 어떻게 관리하는지 보여주는 한 단면으로 이해될 수 있다. 그렇다고 한다면 지정제 폐지는 이러한 체계적 정합성에 균열을 내는 계기가 될 수 있을 것이다. 즉, 단지 홀리스의 건강권 보장만이 아니라 모두에게 차별 없는 보편적 의료보장체계를 지향하는 과제와 연결되어 있다고도 볼 수 있는 것이다.<sup>59)</sup> 이것이 지정제 폐지에 우리가 연대해야 하는 또 다른 이유이지 않을까?

**시민건강이슈**는 시민건강연구소의 상근연구원 뿐 아니라 회원/비회원도 필자로 참여할 수 있습니다. 제기하고 싶은 주장, 함께 대안을 모색하고 싶은 문제가 있으면, 논점을 정리하여 제안해 주시기 바랍니다.

59) 예를 들어, 정부와 학계에서 오랫동안 (주로 재정 효율성 측면에서) 논의되어 온 건강보험과 의료급여의 통합 문제의 경우도 이 글에서 논의한 바와 같이 낙인 완화를 기본 목표와 원칙으로 삼고 구체적인 제도 방안을 모색할 수 있을 것이다.

## 참고문헌

건강보험심사평가원·국민건강보험공단. 2022. 『2021 의료급여통계연보』. 원주: 건강보험심사평가원·국민건강보험공단.

김준희·최은영·남수연·이원호·김기태·홍정훈·이동현. 2020. 『2020년도 서울시 재난 상황에서 노숙인 등 인권상황 실태조사』. 서울특별시·한국도시빈곤연구소.

김준희·홍정훈·김기태·강다희·이원호·남수연·김유숙·강민수. 2021. 『노숙인 등 복지사업의 점검·분석 및 발전 방향 연구』. 한국자활복지개발원·한국도시연구소.

김진미. 2018. 「노숙인의 거처 찾기: 일에 관한 제도적 문화기술지」. 경기도: 가톨릭대학교 박사학위논문.

보건복지부. 2023. 『2023년 노숙인 등의 복지사업안내』. 세종: 보건복지부.

이동현·김준희·장서연·안형진·황성철·윤형우·박승민·이재임·윤애숙·덕배. 2022. 『홀리스 정책 재편을 위한 기초 연구』. 천주교빈민사목위원회·홀리스행동.

이상록과 김형관. 2014. 한국사회 빈곤원인 인식의 실태와 결정요인. 한국사회복지학. 66(1), 163~187.

임덕영·이태진·최준영·민소영·유아마·아쓰사·홍성운. 2022. 『노숙인의 통합적 의료지원과 지역사회 정착을 위한 정책방안 연구』. 한국보건사회연구원.

임덕영·이태진·하은솔·이병재·남윤재·남기철·정원오·민소영·신원우·송아영·이기재. 2021. 『2021년도 노숙인 등의 실태조사』. 보건복지부·한국보건사회연구원.

정성식·김창엽. 2020. 「의료급여사례관리에 대한 비판적 정치 분석」. 《비판사회정책》, 제68호, 209~270쪽.

최선영. 2023. 『노숙인 등의 복지 및 자립지원에 관한 법률 일부개정법률안(의안번호 제18371호) 검토보고서』. 제403회 국회(임시회) 제1차 보건복지위원회.

Aldridge, R. W., Story, A., Hwang, S. W., Nordentoft, M., Luchenski, S. A., Hartwell, G., et al. 2018. “Morbidity and mortality in homeless individuals, prisoners, sex workers, and individuals with substance use disorders in high-income countries: a systematic review and meta-analysis.” *The Lancet*, 391(10117):241~250.

Allen, H., Wright, B. J., Harding, K., & Broffman, L. 2014. The role of stigma in access to health care for the poor. *The Milbank Quarterly*, 92(2), 289~318.

Chase, E. & Walker, R. 2012. The co-construction of shame in the context of poverty: beyond a threat to the social bond. *Sociology*. 47, 739~754.

Davies, A., & Wood, L. J. 2018. Homeless health care: meeting the challenges of providing primary care. *Medical Journal of Australia*, 209(5), 230~234.

de Souza, R. T. 2019. *Feeding the other: Whiteness, privilege, and neoliberal stigma in food pantries*. MIT Press.

Donabedian, Avedis. 1980. *The Definition of*

- Quality and Approaches to Its Assessment. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press.
- guideline NG214, NICE. 2022. Integrated health and social care for people experiencing homelessness. Methods.
- Hatzenbuehler, M. L., Phelan, J. C. & Link, B. C. 2014. Stigma as a fundamental cause of health inequalities. *Am. J. Public Health*, 103(5), 813~821.
- Håkanson, C., & Öhlén, J. 2016. Illness narratives of people who are homeless. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 11(1), 32924.
- Kinsler, J. J., Wong, M. D., Sayles, J. N., Davis, C. & Cunningham, W. E. 2007. The effect of perceived stigma from a health care provider on access to care among a low-income HIV-positive population. *AIDS Patient Care STDS*. 21(8), 584~592.
- Link, B. G. & Hatzenbuehler, M. L. 2016. Stigma as an Unrecognized Determinant of Population Health: Research and Policy Implications. *Journal of health politics, policy and law*. 41(4), 653~73.
- Link, B. G. & Phelan J. C. 2001. Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*. 27, 363~385.
- Nyblade, L., Stockton, M. A., Giger, K., et al. 2019. Stigma in health facilities: why it matters and how we can change it. *BMC medicine*, 17, 1~15.
- O'Carroll, A., & Wainwright, D. 2019. Making sense of street chaos: an ethnographic exploration of homeless people's health service utilization. *International journal for equity in health*, 18(1), 1~22.
- Pascoe, E. A. & Smart R., L. 2009. Perceived discrimination and health: a meta-analytic review. *Psychological bulletin*, 135(4), 531~554.
- Pleace, N., & Quilgars, D. 2003. Led rather than leading? Research on homelessness in Britain. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 13(2), 187~196.
- Reilly, J., Ho, I., & Williamson, A. 2022. A systematic review of the effect of stigma on the health of people experiencing homelessness. *Health & Social Care in the Community*, 30(6), 2128~2141.
- Stangl, A. L., Earnshaw, V. A., Logie, C. H., et al. 2019. The Health Stigma and Discrimination Framework: a global, cross cutting framework to inform research, intervention development, and policy on health-related stigmas. *BMC medicine*, 17, 1~13.
- Tyler, I. 2020. *Stigma: The machinery of inequality*. Bloomsbury Publishing.
- Wen, C. K., Hudak, P. L., & Hwang, S. W. 2007. Homeless people's perceptions of welcomeness and unwelcomeness in healthcare encounters. *Journal of General Internal Medicine*, 22, 1011~1017.