

한국공법학회 보건안전법포럼 · 헌법재판연구원
2024년 공동학술세미나

의료 공공성과 인권의 과제

- 코로나19의 성찰 -

일시: 2024년 2월 23일(금) 15:30~18:00

장소: 헌법재판연구원 8층 대강의실

주관: 한국공법학회 사회적 재난과 보건안전법포럼, 헌법재판연구원



사단
법인

韓國公法學會
Korean Public Law Association

사회적 재난과 보건안전법 포럼



헌법재판소
헌법재판연구원

프로그램

▶ 전체사회: 최규환 팀장 (헌법재판연구원)

15:30~15:50 개회

▶ 개회사: 이희정 보건안전법포럼 대표 (고려대학교 교수)

▶ 환영사: 김하열 헌법재판연구원장

주제발표

▶ 좌장: 안동인 교수 (이화여자대학교)

15:50~16:30 [제1주제] **코로나19 사태로 돌아보는 의료의 공공성 강화와 제도화**

▶ 발표: 김명희 센터장 (국립중앙의료원, 예방의학전문의)

16:30~17:00 [제2주제] **코로나19 사태를 계기로 본 재난과 소수자 인권**

▶ 발표: 김희진 연구원 (성공회대학교 사회과학연구소, 변호사)

17:00~17:20 휴식

17:20~18:00 종합토론

▶ 사회: 김태호 책임연구원 (헌법재판연구원)

▶ 토론: 장선미 박사 (국회도서관)

남정아 교수 (목포대학교)

소은영 책임연구원 (헌법재판연구원)

18:00 폐회

목 차

[제1주제] 코로나19 사태로 돌아보는 의료의 공공성 강화와 제도화 김 명 희 1

[제2주제] 코로나19 사태를 계기로 본 재난과 소수자 인권 김 희 진 31

[종합토론]

- ▶ 토론 장 선 미 43
- ▶ 토론 남 정 아 47
- ▶ 토론 소 은 영 51

【제1주제】

코로나19 사태로 돌아보는 의료의 공공성 강화와 제도화*

김 명 희**

1. 공공보건의료 개념의 이론적·법적 정의
2. 공공보건의료기관 현황
3. 코로나19를 통해 드러난 문제와 이후 대응
4. 맺음말

1. 공공보건의료 개념의 이론적·법적 정의

1.1. 건강권과 보편적 의료보장의 개념

- 건강권(right to health)이란 “모든 사람이 도달가능한 최고 수준의 신체적·정신적 건강을 향유할 권리”로 정의되며, 1946년 세계보건기구(WHO) 헌장에서 처음 명문화됨. 국내법에서도 헌법 제36조제3항 “모든 국민은 보건에 관하여 국가의 보호를 받는다”, 보건의료기본법 제10조제1항 “모든 국민은 이 법 또는 다른 법률에서 정

* 이 글에서 ‘주장’에 해당하는 주요 내용은 지금까지 언론에 기고했던 여러 글에 기초하고 있음. ① 소셜코리아 2023.01.25.(<https://socialkorea.org/?p=2410>) “턱없이 부족한 공공병원… 언제까지 사립병원에 읍소할 것인가” ② 시사인 2021.12.27. “왜 덩치 큰 민간병원 대신 ‘최약체’ 공공병원이 뛰어야 할까”(https://www.sisain.co.kr/news/articleView.html?idxno=46243) ③ 시사인 2020.03.06. “코로나19가 드러낸 공공의료 시스템 부재”(https://www.sisain.co.kr/news/articleView.html?idxno=41428) ④ 시사인 2019.08.16. “의료의 질 높은 공공병원 확 늘려라”(https://www.sisain.co.kr/news/articleView.html?idxno=35268)

** 국립중앙의료원 정책통계지원센터

하는 바에 따라 자신과 가족의 건강에 관하여 국가의 보호를 받을 권리를 가진다”
과 제2항 “모든 국민은 성별, 나이, 종교, 사회적 신분 또는 경제적 사정 등을 이
유로 자신과 가족의 건강에 관한 권리를 침해받지 아니한다”고 정의하고 있음

- 그런데 개인의 건강 수준은 생물학적 요인과 사회적 요인의 복합적 상호 작용에 의해 영향을 받기 때문에 아무리 완벽한 건강증진 정책을 만들어낸다고 해도 모든 사람을 똑같이 건강하게 만들어줄 수는 없음. 또한 건강 수준은 노동·주거·교육, 지역사회환경, 사회적 관계망 등 다양한 ‘건강의 사회적결정요인(social determinants of health, SDoH)’에 의해 영향을 받기 때문에, 건강권 보장은 보건의료에 대한 권리(rights to healthcare)를 넘어선다고 말할 수 있음.
- 그럼에도 보건의료에 대한 권리는 여전히 중요함. 돈이 없어서 치료를 받을 수 없는 상황은 대부분의 사회에서 부정의한 것으로 여겨지며, 의료서비스 접근성은 국가가 보장해야 할 가장 기본적 권리 중의 하나로 여겨짐. 국내 「보건의료기본법」 또한 “모든 국민의 기본적인 보건의료 수요를 형평에 맞게 충족”시키도록 노력하는 것이 국가와 지자체의 책무라고 규정함.

<표 1> 보건의료기본법 제4조 (국가와 지방자치단체의 책임)

- ① 국가와 지방자치단체는 국민건강의 보호·증진을 위하여 필요한 법적·제도적 장치를 마련하고 이에 필요한 재원(財源)을 확보하도록 노력하여야 한다.
- ② 국가와 지방자치단체는 모든 국민의 기본적인 보건의료 수요를 형평에 맞게 충족시킬 수 있도록 노력하여야 한다.
- ③ 국가와 지방자치단체는 식품, 의약품, 의료기기 및 화장품 등 건강 관련 물품이나 건강 관련 활동으로부터 발생할 수 있는 위해(危害)를 방지하고, 각종 국민건강 위해 요인으로부터 국민의 건강을 보호하기 위한 시책을 강구하도록 노력하여야 한다.
- ④ 국가와 지방자치단체는 민간이 행하는 보건의료에 대하여 보건의료 시책 상 필요하다고 인정하면 행정적·재정적 지원을 할 수 있다.

- 국제적으로 지속가능개발의 가장 중요한 요소 중 하나인 ‘보편적 의료보장(universal health coverage, UHC)’도 이러한 이상을 담고 있음. 이는 “부담 가능한 비용으로 모두가 핵심적 건강증진·예방·치료·재활 서비스에 접근함으로써, 접근성에서의 형평성을 달성하는 것”을 지칭함.¹⁾ 한국은 전 국민의 97%가 국민건강보험에 가입되어 있고 나머지 3%는 의료급여 제도를 통해 의료보장을 받으며, 국제적으로 보편적 건강보장을 달성했다고 여겨짐.²⁾
- 그러나 경제적 장벽만이 의료서비스 접근성을 저해하는 유일한 요소는 아님. 경제적 접근성(economic accessibility) 이외에 의료서비스에 대한 물리적 접근성(physical accessibility), 정보 접근성(information accessibility), 비차별(non-discrimination), 가용성(availability), 수용성(acceptability), 의료서비스의 질(quality) 등 여타의 건강권 구성 요소들이 존재함³⁾. 현재 UHC 프레임은 국가의 역할은 보험의 관리 운영자에 그치고 있으며, 의료서비스 제공과 관련해서는 특별한 책무를 지지 않은 채 공공·민간 의료기관이 제공하는 재화와 서비스를 구매하는 것에 머무름. 인구집단 건강, 필수적 재화와 서비스를 직접 제공해야 하는 국가의 책임은 개인들에 대한 재정적 보호로 축소되는 경향이 존재함⁴⁾

1.2. 공공보건의료의 개념

가. 정치사회적 맥락

- 국내에서도 오랫동안 건강보험 보장성 강화가 중요한 정책과제였으며, 의료제공체계, 특히 공공보건의료 체계에 대한 관심은 크지 않았음. 하지만 지난 10년 동안 정세 변화 속에서 공공의료와 관련한 사회적 관심이 높아짐. 이를테면 2013년 홍

1) WHO (2005). Social health insurance: Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance. WHA58.33. Geneva: WHO.

2) Kwon, S. (2018). Advancing universal health coverage: What developing countries can learn from the Korean experience?. *Universal Health Coverage Studies Series*, No. 33. Washington, DC: World Bank Group.

3) Asher J. (2004). The right to health: A resource manual for NGOs. the Commonwealth Medical Trust.

4) 김명희 등. 코로나19 유행이 드러낸 ‘보편적 의료보장’ 체계의 취약성: 노숙인과 미등록 이주민 사례를 중심으로. 보건과 사회과학 제63집(2023. 8): pp. 5~43.

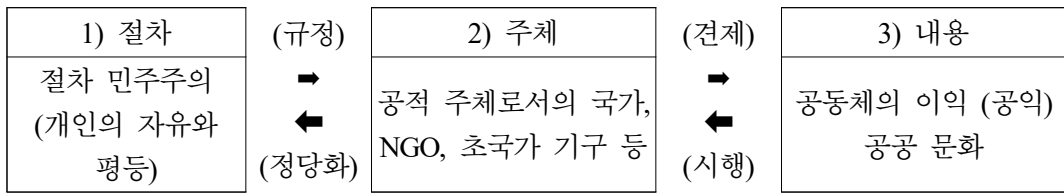
준표 경남지사의 진주의료원 폐쇄는 ‘착한 적자’에 대한 사회적 논의를 촉발시켰고, 2015년 메르스 유행 시 미흡한 정부 대처는 공공의료의 필요성을 부각시킴. 이러한 맥락에서 2016년 ‘제1차 공공보건의료 기본계획(2016-2020)’이 발표됨. 문재인 정부는 ‘의료공공성 강화’를 국정과제로 확정하고 2018년 10월 ‘공공의료종합발전대책’을 발표함. 이는 지역격차 해소, 필수의료 보장, 공공보건의료 인력 양성과 역량 강화, 거버넌스 체계 등에 대한 폭넓은 내용을 망라하고 있는 마스터플랜이라는 점에서 중요한 의미가 있었으나, 재정과 인력 등 ‘수단’에 대한 논의가 여전히 불충분했음.

- 지역에서도 공공의료에 대한 이슈들이 제기됨. 예컨대 제주 영리병원 설립 허가와 철회 과정에서 ‘영리화’에 대한 대항 의제로 공공성이 부각되었고, 부산 침례병원 폐업처럼 (주로 민간) 필수 의료시설 철수에 지방정부가 제대로 대응하지 못하면서 시민들의 비판이 제기됨. 이러한 상황에서 울산, 대전, 부산 등 지역을 중심으로 시민들이 공공의료기관 설립을 직접 요구하고 나서게 됨.
- 최근의 코로나19 유행, 잇따른 ‘응급실 뺑뺑이’ 사건들은 의료비 부담 경감을 중심에 둔 기존의 의료보장 담론으로부터, 불평등하고 상업화된 의료제공체계 개혁의 필요성을 본격적으로 드러냄. 그에 따라 윤석열 정부에서도 ‘필수의료’ 개념을 중심에 둔 여러 가지 개혁안을 마련하며 대응하고 있음

나. 공공성의 개념과 법적 기반

- 그러나 우리 사회에서 ‘공공의료’는 엄밀한 개념이라기보다 ‘바람직한 보건의료체계’에 대한 모든 기대가 망라된 모호한 용어라고 할 수 있음. ‘건강보장체계’를 강화하라는 요구가 ‘건강보험’ 보장성 강화로 수렴한다면, ‘보건의료공급체계’ 측면의 모든 개혁 담론은 ‘공공의료’로 수렴한다고 해도 과언이 아님.
- 반면 어느 정도 경제 발전을 달성한 국가들 중에서 민영화나 재정 긴축이 특별히 쟁점이 되는 상황이 아니라면, ‘공공의료(public healthcare)’나 ‘공공병원(public hospital)’ 강화가 의제가 되는 경우는 찾아보기 어려움. 의료보장이 가진 기본권적 성격과 더불어 보건의료에 내재한 공공재적 성격 탓에 굳이 의료 앞에 ‘공공’이라는 접두사를 붙일 필요성이 낮다고 말할 수 있음.
- 이 글에서 제기하는 공공의료, 공공성 개념은 주로 소유주체의 관점에 기반하고 있

지만, 공공성은 다차원적 개념으로 절차·내용·주체 측면에서 특성을 정의할 수 있음. 절차적 공공성은 가치성과 접근성의 확보, 내용으로서 공공성은 개인과 전체라는 공사(公私)의 구분과 공익이라는 가치의 추구와 관련되며, 소유 주체 측면에서 국가만이 아니라 국제기구, NGO 등이 공공성의 주체가 될 수 있음 (그림1). 또한 소유 주체가 국가라고 해서 반드시 공익적 가치를 추구하거나 민주적 거버넌스를 갖춘 것은 아님.⁵⁾ 예컨대 국립대병원이 영리적 의료서비스 제공을 추구하고도 하고, 지자체 병원이 비민주적 운영행태를 보이며 노동자들의 권리를 억압하는 경우도 존재하며, 반대로 사립병원이지만 공공병원보다 더 나은 공익적 가치를 추구는 경우도 적지 않음.



[그림 1] 다차원적 공공성 개념
(출처: 이승훈 2005)

- 이러한 다차원적 개념과 달리, 국내 법률은 공공의료를 협소하게 정의하는 경향이 있음. 우선 「공공보건의료에 관한 법률」은 ‘국가, 지방자치단체 및 보건의료기관이 지역·계층·분야에 관계없이 국민의 보편적인 의료 이용을 보장하고 건강을 보호·증진하는 모든 활동’을 공공보건의료로 정의함. 사실 ‘지역·계층·분야에 관계없이’ 보건의료서비스를 보편적으로 보장하는 것은 보건의료체계가 지향해야 할 일반적 속성임. 하지만 우리 사회에서 공공보건의료사업이란 (암묵적으로) 시장 질서를 통해 해결되지 않는 문제를 보완하기 위한 잔여적 수단이며, 공공의료기관은 국가가 의료기관을 직접 소유·운영하거나 (법률상의 ‘공공보건의료기관’), 정부가 특별한 공익적 목적으로 사업을 수행하는 경우에 한정적으로 사용됨 (법률상의 ‘공공보건의료 수행기관’) (표2).

5) 이승훈. 근대와 공공성 딜레마-개념과 사상을 중심으로. *민주사회와 정책연구* 2005;13:13-45

<표 2> 공공보건의료에 관한 법률 제2조 (정의)

제2조 (정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. “공공보건의료”란 국가, 지방자치단체 및 보건의료기관이 지역·계층·분야에 관계 없이 국민의 보편적인 의료 이용을 보장하고 건강을 보호·증진하는 모든 활동을 말한다.
2. “공공보건의료사업”이란 다음 각 목의 사업을 말한다.
 - 가. 보건의료 공급이 원활하지 못한 지역 및 분야에 대한 의료 공급에 관한 사업
 - 나. 보건의료 보장이 취약한 계층에 대한 의료 공급에 관한 사업
 - 다. 발생 규모, 심각성 등의 사유로 국가와 지방자치단체의 대응이 필요한 감염병과 비감염병의 예방 및 관리, 재난으로 인한 환자의 진료 등 관리, 건강 증진, 보건교육에 관한 사업
 - 라. 그 밖에 국가가 관리할 필요가 있는 보건의료로서 보건복지부령으로 정하는 사업
3. “공공보건의료기관”이란 국가나 지방자치단체 또는 대통령령으로 정하는 공공단체가 공공보건의료의 제공을 주요한 목적으로 하여 설립·운영하는 보건의료기관을 말한다.
4. “공공보건의료 수행기관”이란 다음 각 목의 보건의료기관을 말한다.
 - 가. 공공보건의료기관
 - 나. 제13조에 따른 의료취약지 거점의료기관
 - 다. 제14조에 따른 공공전문진료센터
 - 라. 제16조제2항에 따라 보건복지부장관, 특별시장·광역시장·도지사·특별자치도지사 또는 시장·군수·구청장과 협약을 체결한 의료기관
 - 마. 제14조의2에 따른 책임의료기관
 - 바. 「심뇌혈관질환의 예방 및 관리에 관한 법률」 제12조에 따른 중앙심뇌혈관질환센터와 제13조에 따른 권역심뇌혈관질환센터 및 지역심뇌혈관질환센터
 - 사. 「응급의료에 관한 법률」 제2조제5호에 따른 응급의료기관, 제30조의2에 따른 권역외상센터 및 제30조의3에 따른 지역외상센터
 - 아. 「암관리법」 제19조에 따른 지역암센터

자. 그 밖에 공공보건의료의 제공을 위하여 필요하다고 인정하여 보건복지부령으로 정하는 기관

5. “공공보건의료 전달체계”란 국가 또는 지방자치단체가 제7조제1항 각 호의 사항을 제공하기 위하여 다음 각 목의 보건의료기관 간의 역할 수행 체계를 구축하는 것을 말한다.

- 가. 「국립중앙의료원의 설립 및 운영에 관한 법률」에 따른 국립중앙의료원
- 나. 「서울대학교병원 설치법」에 따른 서울대학교병원 및 「국립대학병원 설치법」에 따른 국립대학병원
- 다. 권역별로 설치·운영되며, 보건복지부장관이 지정하는 보건의료기관
- 라. 「지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률」에 따른 지방의료원
- 마. 가목부터 라목까지를 제외한 보건의료기관 중 공공보건의료 수행기관

- 현재 통용되는 공공병원이라는 용어는 제2조제3항의 ‘공공보건의료기관’을 지칭하며, 민간의료기관을 기본값으로 전제한 상태에서 취약계층, 수익성이 낮거나 감염병·재난처럼 신속한 정책적 대응이 필요한 영역에 대한 서비스를 우선적으로 제공할 의무를 가짐 (표3).

<표 3> 공공보건의료기관과 공공보건의료 수행기관의 책무

▶ 제7조 (공공보건의료기관의 의무)

- ① 공공보건의료기관은 다음 각 호에 해당하는 보건의료를 우선적으로 제공하여야 한다.
 - 1. 의료급여환자 등 취약계층에 대한 보건의료
 - 2. 아동과 모성, 장애인, 정신질환, 응급진료 등 수익성이 낮아 공급이 부족한 보건의료
 - 3. 재난 및 감염병 등 신속한 대응이 필요한 공공보건의료
 - 4. 질병 예방과 건강증진에 관련된 보건의료
 - 5. 교육·훈련 및 인력 지원을 통한 지역적 균형을 확보하기 위한 보건의료
 - 6. 그 밖에 「보건의료기본법」 제15조에 따른 보건의료발전계획에 따라 보건복

지부장관이 정하는 보건의료

- ② 보건복지부장관은 공공보건의료기관에 대하여 해당 공공보건의료기관의 설립·운영에 관한 법령에서 정한 사업 외의 다른 공공보건의료사업에 대하여도 그 수행을 요청할 수 있다.
- ③ 공공보건의료기관은 제2항에 따른 요청을 받은 경우에는 특별한 사유가 없으면 그 요청에 따라야 한다.
- ④ 국가와 지방자치단체는 제1항·제2항 또는 제17조제1항에 따른 공공보건의료기관 또는 공공보건의료 수행기관의 보건의료 제공 등에 필요한 비용의 전부 또는 일부를 예산의 범위에서 보조할 수 있다.

▶ 제17조 (공공보건의료 수행기관의 준수사항 등)

- ① 공공보건의료 수행기관은 환자에게 양질의 보건의료서비스를 제공하여야 한다.
- ② 공공보건의료 수행기관(제2조제4호라목의 경우는 제외한다. 이하 이 조에서 같다)은 공공보건의료사업을 수행할 때 다음 각 호의 원칙을 준수하여야 한다.
 - 1. 지역 주민의 참여를 통한 사업계획 수립
 - 2. 공익성에 기반한 성실한 사업 운영
 - 3. 투명한 재정 운용과 회계 공개
- ③ 보건복지부장관은 대통령령으로 정하는 국민건강에 중대한 위해(危害)가 예상되는 경우에는 우선적으로 공공보건의료 수행기관에 그 위해의 발생 또는 확산을 억제하기 위하여 필요한 명령을 할 수 있다.
- ④ 제3항에 따른 명령을 받은 공공보건의료 수행기관의 장은 정당한 사유 없이 이를 거부하여서는 아니 된다.

- “모든 국민의 기본적인 보건의료 수요를 형평에 맞게 충족”시키도록 노력하는 것이 국가와 지자체의 책임(「보건의료기본법」)이며, 이를 위해 공공보건의료사업을 추진해야 하지만(「공공보건의료에 관한 법률」), 공공보건의료기관을 반드시 설치·운영해야 하는 것은 아님 (표4)

<표 4> 공공의료 관련 국가와 지방자치단체의 의무

<p>▶ 「보건의료기본법」 제4조 (국가와 지방자치단체의 책임)</p> <p>① 국가와 지방자치단체는 국민건강의 보호·증진을 위하여 필요한 법적·제도적 장치를 마련하고 이에 필요한 재원(財源)을 확보하도록 노력하여야 한다.</p> <p>② 국가와 지방자치단체는 <u>모든 국민의 기본적인 보건의료 수요를 형평에 맞게 충족</u>시킬 수 있도록 노력하여야 한다.</p> <p>③ 국가와 지방자치단체는 식품, 의약품, 의료기기 및 화장품 등 건강 관련 물품이나 건강 관련 활동으로부터 발생할 수 있는 위해(危害)를 방지하고, 각종 국민건강 위해 요인으로부터 국민의 건강을 보호하기 위한 시책을 강구하도록 노력하여야 한다.</p> <p>④ 국가와 지방자치단체는 민간이 행하는 보건의료에 대하여 보건의료 시책 상 필요하다고 인정하면 행정적·재정적 지원을 할 수 있다.</p> <p>▶ 「공공보건의료에 관한 법률」 제3조(국가와 지방자치단체의 의무)</p> <p>① 국가와 지방자치단체는 공공보건의료를 강화하기 위하여 <u>공공보건의료사업</u>을 추진하여야 한다.</p> <p>② 국가와 지방자치단체는 공공보건의료사업을 원활하게 추진하기 위하여 충분한 수의 <u>공공보건의료 수행기관</u>을 확보하여야 한다.</p> <p>③ 국가와 지방자치단체는 공공보건의료기관이 양질의 의료서비스를 제공할 수 있도록 「의료법」 제2조제1항에 따른 의료인의 확보에 필요한 시책을 시행할 수 있다.</p> <p>④ 국가와 지방자치단체는 공공보건의료사업 및 공공보건의료 전달체계 구축·운영을 추진하기 위한 재원을 확보하여야 하며, 공공보건의료 수행기관에 대하여 필</p>

요한 재정적·행정적 지원을 할 수 있다.

▶ 「공공보건의료에 관한 법률」 제6조(공공보건의료기관의 설치·운영)

제6조 (공공보건의료기관의 설치·운영)

- ① 국가와 지방자치단체는 공공보건의료기관을 설치·운영하여 국민의 기본적인 보건의료 수요를 형평성 있게 충족시킬 수 있도록 노력하여야 한다.
- ② 국가와 지방자치단체는 공공보건의료기관의 설치·운영에 필요한 비용을 보조할 수 있다.

- 종합하자면, 사회운동 측면에서 공공보건의료 개념은 지나치게 광범위한 기대를 담고 있는데 반해, 법적 측면에서는 지나치게 협소하게, 잔여적으로 정의되고 있다고 볼수 있음

2. 공공보건의료기관 현황

2.1. 법적 규정에 따른 공공보건의료기관 현황

- 법률적 정의에 근거하여 국내 공공보건의료기관의 현황을 요약하면 다음과 같음
- 우선 2022년 기준 공공보건의료기관으로 분류되는 기관은 총 231개소이며, 이 중 특수한 대상자나 특정 질환에 초점을 둔 기관이 아닌 일반 종합 진료를 제공하는 기관은 67개소에 불과함⁶⁾(표5)

<표 5> 기능 구분에 따른 공공의료기관 현황

[2022년 12월 기준]

기능 구분	광역이상		단일 혹은 복수 기초자치단체		
일반진료 중심 (67)	국립중앙의료원(1) 국립대학병원(10) 국립대학병원분원(6) 건보공단일산병원(1)	18	지방의료원(35) 지방의료원분원 등(4) 적십자병원(6) 시군립일반병·의원(4)	49	
특수대상 중심(35)	경찰병원(1) 근로복지공단병·의원(13)	보훈병원(6)	군병원(15)	35	
특수질환 중심 (46)	국립결핵병원(2) 국립정신병원(5) 국립법무병원(1) 국립재활원(1) 국립교통재활병원(1) 도립재활병원(5)	재활병·의원(2) 국립암센터(1) 국립소록도병원(1) 국립대치과병원(7) 원자력병원(2) 국립대학한방병원(1)	국립대학전문센터(1) 시립장애인지과병원(1) 시립서북병원(1) 시립어린이병원(1) 시도립정신병원(10) 기타병·의원(3)	46	
노인병원 (83)	시도립노인병원(33) 보훈요양병원(2)	근로복지공단병원(1)	36	시군구립노인병원(46) 기타노인병·의원(1)	47

* 괄호 안 숫자는 의료기관 개소 수

- 이를 근거법령과 소관 부서에 따라 재분류하면 <표6>과 같음. 중앙정부에서 직접 관리·운영하고 있는 병원은 25개소이며, 국립대병원과 국립중앙의료원 등 다수의 병원은 특수법인 형태로 존재함. 지역 수준에서 35개 지방의료원은 모두 특수법인

6) 2022년 공공의료기관현황. 보건복지부, 국립중앙의료원 2023.10.

형태이며, 일부 시립·도립·군립 병원들이 있음. 숫자가 가장 많은 것은 보건소와 보건지소·보건진료소·건강생활지원센터를 포함하는 공공보건기관임 (3,598개소)⁷⁾(표6)

<표 6> 근거법령과 소관부처에 따른 공공보건의료기관 분류

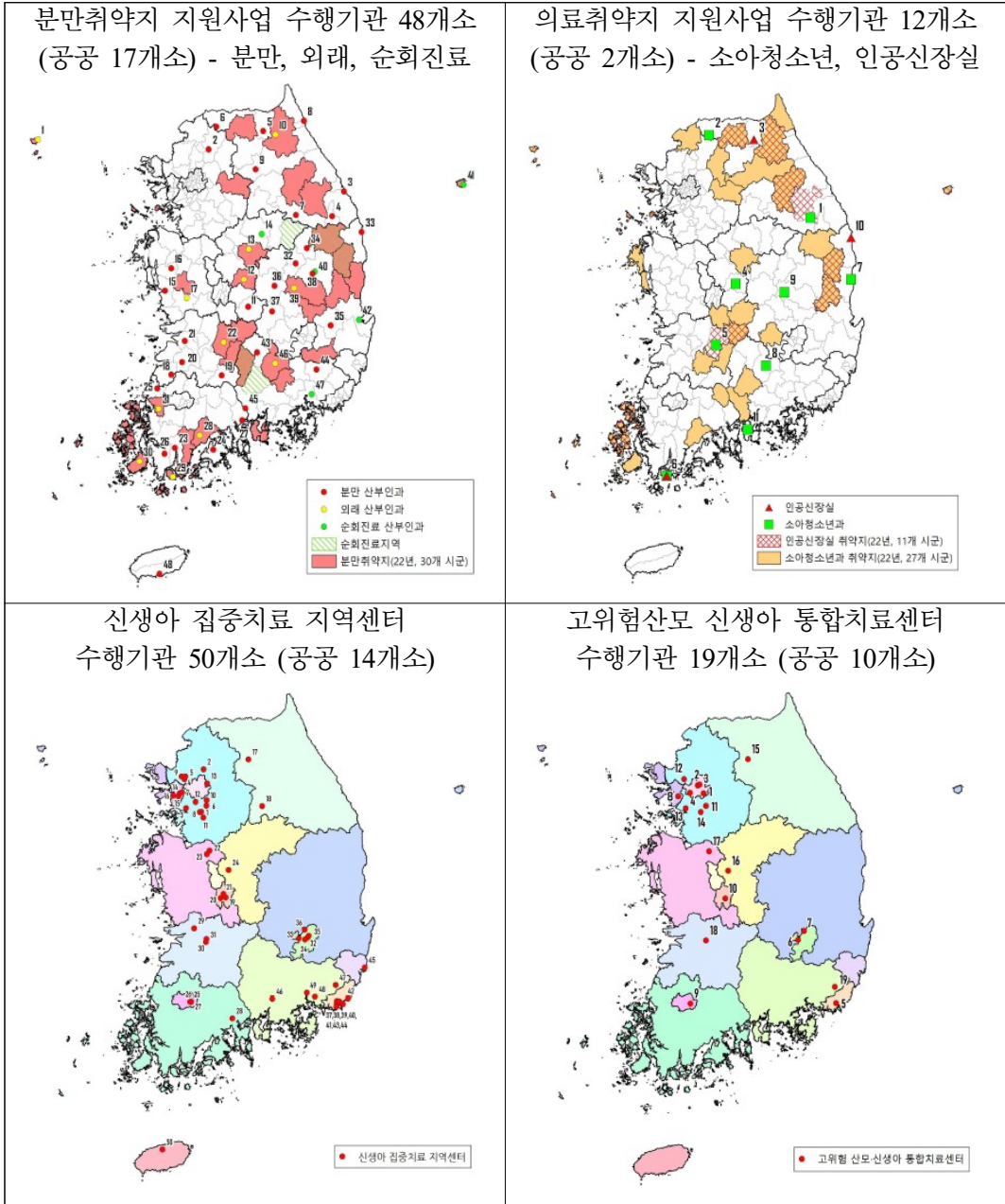
[2022년 12월 기준]

설립형태	근거법령	소관부처	보건의료기관	비고	
국가 (26)	보건복지부와 그 소속기관 직제	복지부	국립재활원(1), 국립정신병원(5), 국립소록도병원(1)	공공 의료 기관 (231)	
	경찰청과 그 소속기관 직제	행안부	국립경찰병원(1)		
	법무부와 그 소속기관 직제	법무부	국립법무병원(1)		
	국군조직법	국방부	군병원(15)		
중앙 특수 법인 (58)	질병관리청과 그 소속기관 직제	질병청	국립결핵병원(2)		
	국민건강보험법	복지부	국민건강보험공단 일산병원(1)		
	국립중앙의료원의 설립 및 운영에 관한 법률	복지부	국립중앙의료원(1)		
	암관리법	복지부	국립암센터(1)		
	대한적십자조직법	복지부	적십자병원(6)		
	산업재해보상보험법	노동부	근로복지공단병원(10), 근로복지공단의원(4)		
	한국보훈복지공단법	보훈처	보훈병원(6), 보훈요양병원(2)		
	국립대학병원 설치법, 국립대학치과병원설치법, 서울대학교병원설치법, 서울대학교치과병원설치법	교육부	국립대학병원(9) 국립대학병원분원(5) 국립대학치과병원(5) 국립대학한방병원(1) 국립대학전문센터(1) 서울대학교병원(1) 서울대학교병원분원(1) 서울대학교치과병원(2)		
	장애인복지법/대한적십자조직법	복지부	경인권역재활병원(1)		
	자동차손해배상보장법	국토부	국립교통재활병원(1)		
재단 법인 (2)	방사선 및 방사성동위원소 이용진흥법	과기부	원자력병원(2)		
지 자 체	특수 법인 (40)	지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률	복지부		지방의료원(35) 지방의료원분원(5)
	시·도/군립 (105)	장애인복지법	복지부		권역재활병원(4)
		시·도/군 조례	행안부		시도/군립병원(101)
	공공보건기관 (3,598) ¹⁾	지역보건법	행안부 (복지부)		보건소·보건의료원 포함, 보건지소, 건강생활지원센터(1,696)
농어촌 등 보건의료를 위한 특별 조치법		행안부 (복지부)	보건진료소(1,902)		

1) 공공보건기관은 보건소(보건의료원 포함)·보건지소·건강생활지원센터·보건진료소 포함 (출처 : 보건복지부 건강정책과)
2) 괄호안 숫자는 의료기관 개소 수

7) 2022년 공공의료기관현황. 보건복지부, 국립중앙의료원 2023.10.

- 이외에도 다양한 유형의 ‘공공보건의료 수행기관’들이 존재함.⁸⁾ 여기에는 공공보건 의료기관만이 아니라 다수의 민간병원들이 포함됨 (그림2)



[그림 2] 공공의료정책 수행기관의 지역 분포

8) 2022년 공공보건의료통계집. 국립중앙의료원

- 또한 어린이, 노인, 호흡기, 류마티스 질환을 대상으로 하는 공공전문진료센터 20개소가 전국에 존재하며, 일부 사립대학병원들이 포함되어 있음 (표7)

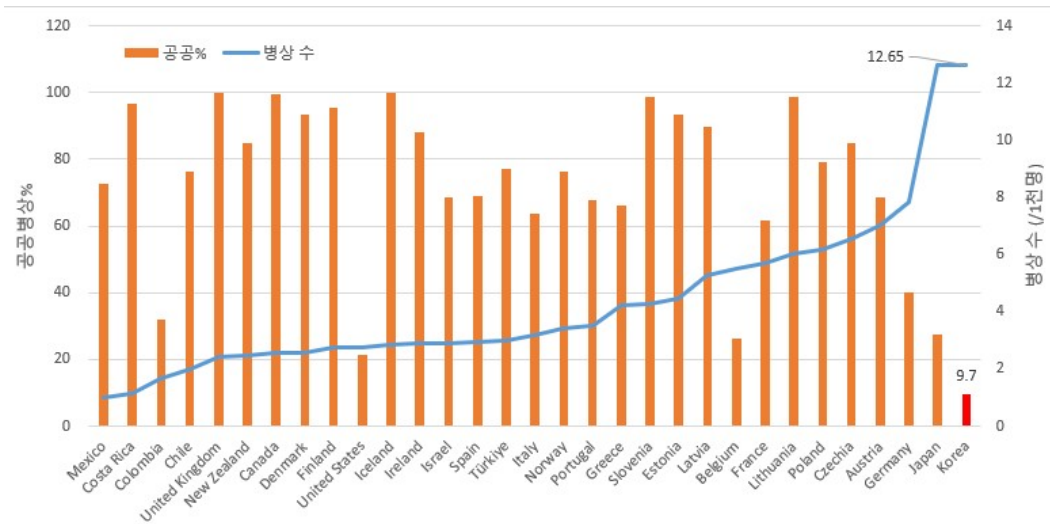
<표 7> 공공전문진료센터 현황

(2021.12.31. 기준)

지역	연번	공공/민간	의료기관명	사업구분	사업지원 병상 수
서울	1	민간	삼성서울병원	어린이	133
	2	공공	서울대학교병원	어린이	317
	3	민간	서울아산병원	어린이	259
	4	민간	세브란스어린이병원	어린이	255
부산	5	공공	부산대학교병원	호흡기	88
대구	6	민간	대구가톨릭대학교병원	류마티스	106
	7	민간	영남대학교병원	호흡기	170
	8	공공	칠곡경북대학교병원	노인 어린이	96 109
인천	9	민간	가천대 길병원	호흡기	80
	10	민간	인하대학교병원	류마티스	80
광주	11	공공	빛고을전남대학교병원	류마티스	160
	12	공공	전남대학교병원	어린이	143
대전	13	공공	충남대학교병원	노인	60
				류마티스	144
				어린이	100
강원	14	공공	강원대학교병원	노인	50
				어린이	117
				호흡기	94
충북	15	공공	충북대학교병원	호흡기	187
전북	16	공공	전북대학교병원	노인	57
				어린이	101
				호흡기	176
전남	17	공공	화순전남대학교병원	호흡기	102
경남	18	공공	경상대학교병원	류마티스	120
	19	공공	양산부산대학교병원	어린이	203
제주	20	공공	제주대학교병원	류마티스	94

2.2. 공공보건의료자원의 가용성과 접근성

- 국내에 4,100여 개의 병원들이 존재하는데, 이 중 법률에 정의된 공공보건의료기관 (소유 주체 관점)은 230여 개로 그 비중은 채 6%에 미치지 못함.
- 한국의 인구 1천명 당 병상 수는 12.65개로 OECD 회원국들 중에서 일본과 함께 줄곧 1~2위를 다투고 있지만, 이 중 공공 부문에 속한 병상의 비중은 9.7%로 가장 낮은 순위를 기록하고 있음 (그림5).⁹⁾

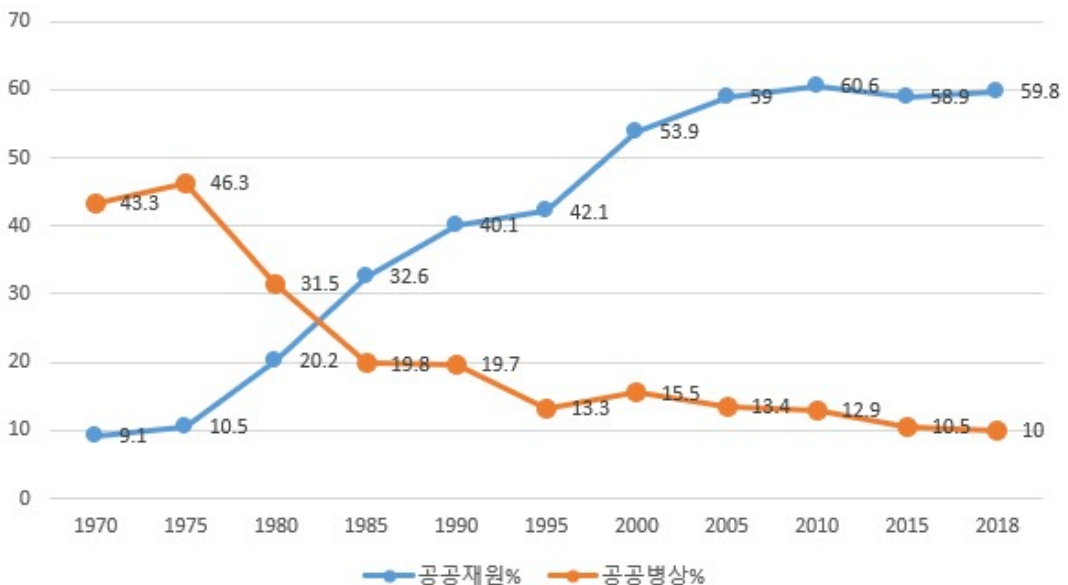


[그림 5] OECD 회원국의 인구 1천명 당 병상 수와 공공부문의 비중(%), 2020년 기준

- 이러한 병상 과잉과 공공부문의 열세는 자연스러운 진화의 결과가 아니라 적극적 국가정책 혹은 적극적 부작위의 산물이라 할 수 있음. 건강보험 적용이 확대되면서 의료 이용의 경제적 접근성이 개선되고 의료 수요가 늘어났지만, 정부는 이를 충족시킬 보건의료 공급을 민간에 의존하는 정책으로 일관해왔음. 직접 사업비를 지원하거나 장기 저리융자, 해외 차관을 앞선해가면서 사립병원의 건립과 이들의 시설·장비 확보에 힘을 보탬. 지역의 병상 총량을 규제하는 시스템이 사실상 부재한 가운데, 사립병원들은 폭발적으로 성장하여 1960년대만 해도 50%가 안 되던 민간 병상 비중은 건강보험 제도가 시작된 1977년에 처음으로 60%를 넘어섰고 건

⁹⁾ OECD Statistics

강보험 적용이 전국으로 확대되면서 1985년 80%를 넘어 지금까지 줄곧 90% 내외를 유지하고 있음 (그림6)¹⁰⁾. 반면 공공병원에 대한 투자와 지원은 좀처럼 늘어나지 않았을 뿐 아니라 1990년대 후반 이후에는 신자유주의 ‘개혁’이라는 이름으로 줄곧 구조조정의 대상이 되었음. 공공병원의 쇠퇴는 일견 ‘자연스러운’ 경로를 따랐는데, 중앙·지방 정부의 저투자는 공공의료를 양과 질 측면에서 악화시키고, 그에 따라 주민들로부터 외면을 받게 되고, 이는 다시 투자를 더욱 축소하거나 아예 병원을 폐업하는 좋은 근거가 되었음.



[그림 6] 보건의료지출의 공공재원 비율과 전체 병상 중 공공부문의 비중 추이

- 이렇게 공공 부문의 비중이 작고 국립대병원과 일부 종합병원들을 제외하면 진료 역량도 낮다보니, 지역 간 의료자원의 불균형 문제를 개선하거나 공공성이 높은 국가정책의 집행, 사립병원들을 ‘선도’하는 데에도 역부족일 수밖에 없음

¹⁰⁾ 건강보험연구원 이슈리포트 2020. 공공의료 확충의 필요성과 전략

3. 코로나19를 통해 드러난 문제와 이후 대응

3.1. 코로나19 의료 대응과 공공의료

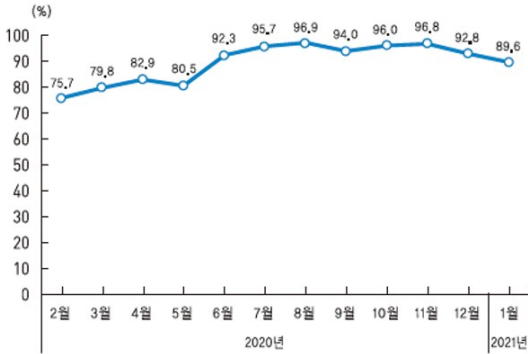
- 한국의 인구 대비 병상 숫자가 OECD 회원국들 중에서 일본과 함께 단연 선두지만, 1일 확진자 숫자가 1천 명이던 시기에, 1만 명이던 시기에 지속적인 ‘병상 위기’ 상황에 직면했음. 이는 두 가지 이유에서 비롯된 것으로 추정함. 우선 오미크론 변이주 유행 전까지 국내 코로나19 감염자의 입원률이 너무 높았음. 이를테면 2020년 봄 1차 유행기에 생활치료센터가 확립되기 전까지는 거의 95% 이상의 확진자가 (심지어 무증상이거나 경증이라도) 병원에 입원했음. 이후 생활치료센터 덕분에 병원 입원 비중은 꾸준히 감소했지만, 2021년 10월 델타 변이주 유행이 본격화되고 재택의료가 도입된 시점에도 입원률은 여전히 15% 수준이었음. 비슷한 시기 코로나19 확진자의 입원율이 영국 3%, 독일 5%, 싱가포르 7%에 지나지 않았던 것과 비교하면 상당히 높은 수치라고 할 수 있음.¹¹⁾ 유럽이나 북미 지역보다 감염자 숫자가 훨씬 적은 시기에 계속 병상이 부족했던 것은 이와 관련됨.
- 또 다른 중요한 문제는 병상의 절대 숫자는 많지만, 공공병원의 숫자가 적고 역량이 부족하다는 점이었음. 델타 변이주 유행이 본격화되기 전까지 공공병원이 대다수의 코로나19 환자 진료를 전담하는 구조가 이어짐. 2020년에는 코로나19 입원 환자의 90%가까이가 전체 병상의 10% 남짓에 불과한 공공병원(특히 지방의료원과 국립중앙의료원)에 입원했으며, 2021년에도 중등증 입원 환자의 80%, 준중증·중증 입원 환자의 50%, 25% 가까이가 공공병원에서 치료받음 (그림7).¹²⁾ 이들 공공병원은 기존 환자 진료를 대폭 축소하면서 코로나19 환자 진료에 매진했지만, 보유 병상 규모 자체가 작다 보니 가용 병상의 숫자는 부족할 수밖에 없었음. 예컨대 지방의료원과 적십자병원으로 구성된 지역거점 공공병원 41개소 중 허가 병상이 300개 이상인 곳은 9개소에 불과함.¹³⁾

11) 건강보험심사평가원 보도자료. 2021.12.9. “코로나19 무증상·경증환자 재택치료, 선택 아닌 필수”

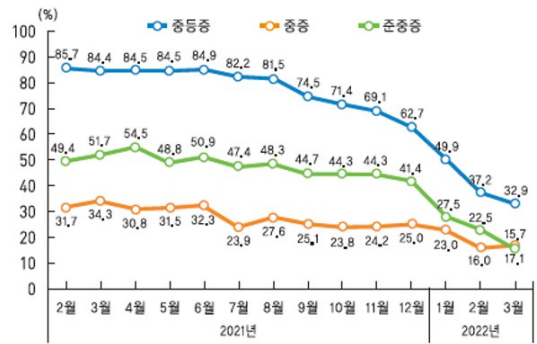
12) 김명희, 임도희 (2022). 코로나19 의료대응을 위한 병상자원 현황. 한국의 사회동향 2022. 통계청.

13) 지역거점공공병원 알리미

1) 감염병 전담기관 입원환자 중 공공병원 입원환자 점유율(2020.2-2021.1)



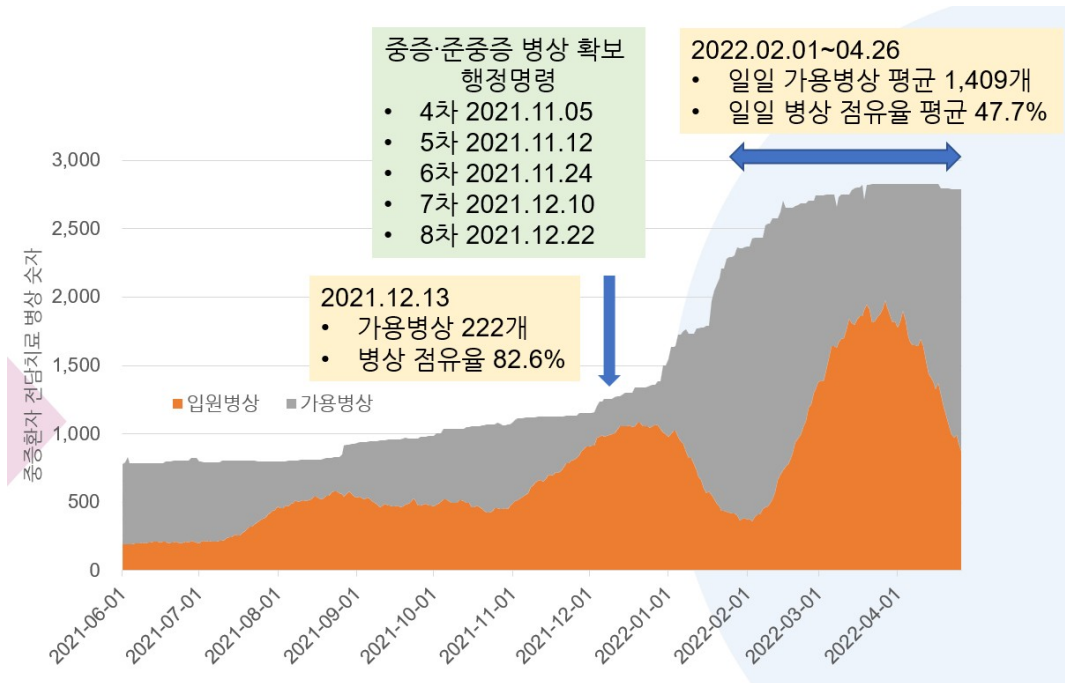
2) 환자 중증도별 공공병원 입원환자 점유율(2021.2-2022.3)



출처: 코로나바이러스감염증-19 중앙사고수습본부, 「코로나19 병상집계 자료(2020.2-2022.3)」.

[그림 7] 코로나19 확진자 입원의 공공병원 점유 현황

- 병상 규모가 작다는 것은 수용 가능한 환자 숫자가 작다는 것만을 의미하지 않음. 규모의 경제를 달성할 수 없기 때문에 다양한 전문 분야의 의료인력을 충분히 갖추기 어렵고 의료진이 고난도 숙련을 쌓을 기회가 제한적임. 중증도가 높거나 복잡한 문제를 가진 환자를 진료하기 어렵다보니, 중환자 병상 부족 문제는 더욱 심각할 수밖에 없었음. 이런 상황에서 대형 사립병원들이 비응급 수술을 연기하거나 외래를 축소하며 코로나19 환자 진료에 자발적으로 나서지는 않았음. 정부는 병상 협조 요청이 제대로 수용되지 않자 병상 동원 행정명령을 내렸음. 2021년 12월까지 중증·준중증 환자 병상 확보를 위한 행정명령은 총 8차례에 걸쳐 시행되었는데, 특히 델타 유행 시기 병상 사정이 급박해지면서 2021년 11월 5일, 12일, 24일, 12월 10일, 22일 등 연달아 5차례의 행정명령이 시행됨. 이 시기에 중등증 환자 병상 확보를 위한 행정명령도 두 차례 이루어졌으며, 이렇게 하고도 부족 문제가 해결되지 않자 12월에는 국립중앙의료원과 서울의료원 등 공공병원의 전부 소개(疏開) 조치가 이루어짐 (그림8).



[그림 8] 코로나19 중증환자 전담치료병상 현황

- 공공병원, 특히 지방의료원과 적십자병원, 국립중앙의료원의 코로나19 ‘전담병원화’는 취약계층의 의료접근성에 부정적 영향을 초래함. 이를테면, 노숙인 의료급여1종 수급자는 지정진료시설만을 이용해야 하는데, 이들 시설은 대부분 공공병원으로 코로나19 전담병원과 중복됨 (표8). 그러다보니 노숙인 환자들은 사실상 이용할 수 있는 의료기관이 사라져버리는 상황에 직면하게 되었음. 또한 지역거점 공공병원들은 노숙인과 미등록 이주민 등 다양한 취약집단을 대상으로 하는 다양한 공공보건의료사업을 수행해왔는데 (표9), 코로나19 전담병원이 되면서 이들 사업도 제약됨.¹⁴⁾

14) 김명희 등. 코로나19 유행이 드러낸 ‘보편적 의료보장’ 체계의 취약성: 노숙인과 미등록 이주민 사례를 중심으로. 보건과 사회과학 제63집(2023. 8): pp. 5~43.

<표 8> 전국 노숙인 지정병원 현황 (2019년 6월 기준)

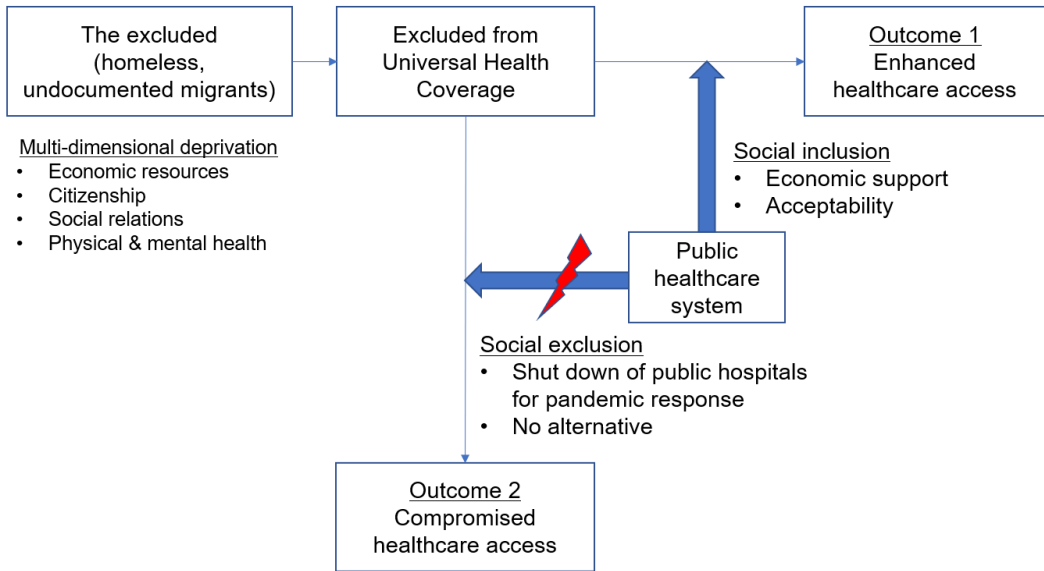
지역	세부종별	요양기관명	소유주체	2020년 코로나 전담병원
서울	병원	국립정신건강센터	공공	○
	병원	서북병원	공공	○
	병원	은평병원	공공	○
	병원	서울의료원강남분원	공공	○
	종합병원	서울적십자병원	공공	○
	종합병원	동부병원	공공	○
	종합병원	보라매병원	공공	○
	종합병원	국립중앙의료원	공공	○
	종합병원	서울의료원	공공	○
부산	종합병원	부산의료원	공공	○
대구	종합병원	대구의료원	공공	○
	종합병원	OO병원	사립	X
인천	종합병원	인천의료원	공공	○
대전	병원	OO병원	사립	X
	종합병원	OO병원	사립	○
울산	병원	OO병원	사립	X
경기	병원	OO병원	사립	X
	요양병원	OO병원	사립	X
	종합병원	의정부병원	공공	○
	종합병원	OO병원	사립	○
	종합병원	수원병원	공공	○
강원	종합병원	영월의료원	공공	○
	종합병원	원주의료원	공공	○
	종합병원	속초의료원	공공	○
	종합병원	강릉의료원	공공	○
충북	종합병원	청주의료원	공공	○
충남	요양병원	OO병원	사립	X
	종합병원	홍성의료원	공공	○
	종합병원	공주의료원	공공	○
전북	요양병원	OO병원	사립	X
	의원	OO의원	사립	X
	종합병원	남원의료원	공공	○
	종합병원	군산의료원	공공	○
전남	병원	강진의료원	공공	○
	병원	순천의료원	공공	○
	종합병원	목포시의료원	공공	○
	종합병원	OO병원	사립	X
경북	종합병원	안동의료원	공공	○
	종합병원	김천의료원	공공	○
경남	병원	OO병원	사립	X
	종합병원	마산의료원	공공	○
제주	병원	제주의료원	공공	○

자료: 2020년 노숙인 등의 복지사업안내(보건복지부, 2020a)

<표 9> 지역거점 공공병원에서 시행하는 노숙인과 이주민 대상 공공보건의료사업 사례

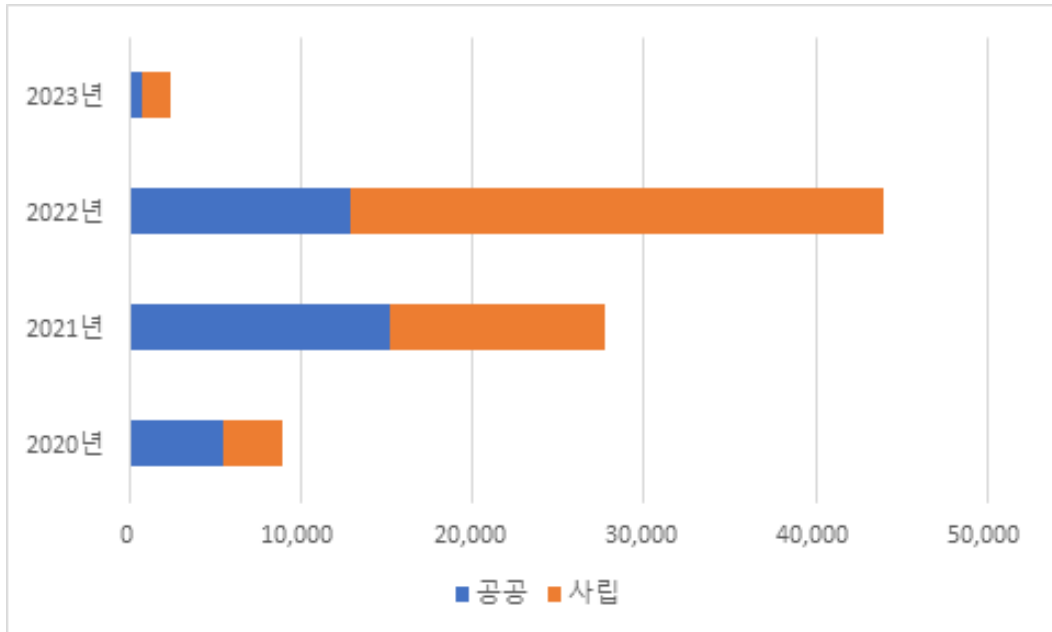
대상	서비스 유형	서비스 및 프로그램 사례
노숙인	치료	- 행려·노숙인 입원서비스 - 나눔진료봉사단운영 등 - 찾아가는 이동 무료 진료사업(노숙인쉼터, 쪽방주민, 거리노숙인)
	예방	- 외국인, 행려자 통합건강증진사업(건강검진) - 노숙자쉼터 건강관리(예, 혈액검사) - 외국인, 행려자 예방접종
	보건/위생용품 지원	- 노숙자쉼터 건강관리(위생용품 제공) 등
이주민	의사소통지원 및 자원 연계	- 외국인 근로자 등 통역지원 - 외국인 통합건강지원서비스: 통역 등 자원연계 - 다문화(외국인, 북한이탈주민, 다문화가정) 지원 사업: 통역지원 등
	치료	- 외국인근로자 등 소외계층 지원사업: 입원, 수술비 지원, 의료비 지원, 진료비 지원, 무료진료, 미등록외국인근로자 의료비지원 - 외국인/다문화 가정 지원 서비스 등: 분만 진료비 지원, 성폭력 및 가정폭력, 위기가정, 자살시도자 - 불법체류 외국인 및 난민 의료비지원 등
	예방(건강검진)	- 외국인, 행려자 통합건강증진사업(건강검진) - 다문화(외국인, 북한이탈주민, 다문화가정) 검진 - 외국인 근로자 진료지원 및 다문화 취약가정 건강검진 지원사업: 무료검진 및 진료 연계, 건강검진 지원 - 결혼이주여성/외국인여성 결혼이민자 건강검진 등
	예방(예방접종)	- 외국인, 행려자 통합건강증진사업(예방접종) - 행복나눔 찾아가는 무료이동진료(외국인무료독감예방접종) - 외국인 근로자등 의료지원사업(독감, 파상풍) 등
	예방(보건교육)	- 외국인근로자 건강교육 - 외국인 등 소외계층 의료서비스 제공(다문화가족 건강증진 및 교육) - 다문화가족 의료지원 및 다문화주부 건강관리(보건위생교육) 등
	보건/위생용품 지원	- 외국인근로자 개인 감염관리 물품 지원 등

- 노숙인과 미등록이주민 등 보편적 의료보장체계에서 배제된 이들의 의료접근성을 보장하는 안전망 역할을 했던 공공병원들이 코로나19 전담병원으로 지정되어 그 역할을 하지 못하게 되면서, 이들의 의료접근성이 차별적으로 제한됨 (그림9)



[그림 9] 사회적 배제 프레임워크를 사용한 취약계층 의료이용 접근성 저해의 인과적 경로

- 한편 협조든 행정명령이든 ‘시장’에서 자원을 동원하는 데에는 댓가가 따름. 2020년 4월부터 2023년 2월까지 의료기관에 지급된 코로나19 손실보상금 누적액은 총 8조 3천억 원에 달함. 유행이 경과하며 사립병원들의 참여가 늘어났고 그에 따라 사립병원들 지급 비중이 점차 높아짐 (그림10). 300병상 규모로 설립 추진 중인 대전의료원과 서부산의료원의 신축 사업비 규모가 채 2천억 원이 안 되며, 최근 500병상 규모로 신축된 세종충남대병원의 공사비가 약 2,500억 원이었던 것에 비교하면 손실 보상금액은 상당한 규모라 말할 수 있음. 제2차 공공보건의료기본계획 (2021~2025)에서 주요 성과지표로 제시한 ‘지역공공병원 20개소 이상 신·중축’을 하고도 남을 만큼의 금액임.



[그림 10] 연도별 손실보상금 개산급 총액 (단위: 억 원) - 2023년 2월 기준

- 코로나19 진료에 대한 건강보험 수가 역시 큰 폭으로 인상됨. 중증 환자 입원의 경우 평소 의료수가의 10배, 환자가 입원하지 않아 병상이 비어있는 경우에도 5배의 수가를 병원에 지급하기도 했으며, 병상 압박이 심각했던 2021년 12월에는 병상 회전율을 높이기 위해 입원 1~5일까지 최대 14배의 수가를 지급하고 20일 이후에는 보상하지 않는 차등 보상제를 도입하기도 했음. 2022년 10월 집계 시점까지 총 7조 4,819억 원의 건강보험 재정이 지출되었으며, 이 중 중증환자 치료에 약 1조 6,431억 원이 지출됨. 역시 유행 경과에 따라 사립병원들의 참여가 늘어나며 공공 부문 급여 비중이 감소하여, 2020년에 74.2%였던 것이 2021년 59.9%, 2022년 19.1%가 되었음.
- 새로 병원을 짓는 것도 아니고 이미 존재하는 병상을 확보하는 데 이렇게 많은 돈을 쓸 수밖에 없었던 이유에 대해 생각해보아야 함. 그동안 사립병원들은 건강보험을 통해 의료서비스를 제공한다는 점을 내세워 스스로 ‘공적’ 역할을 한다고 주장해왔고, 이론적으로도 ‘공공성’이 소유 주체가 국가인 경우에만 한정될 필요는 없음. 하지만 코로나19 유행 시기에 스스로 ‘공공이나 다름없다’고 했던 사립병원

들은 조금이라도 열이 나는 환자들은 모두 공공병원으로 미뤄버리고, “왜 공공병원들이 병상을 썩 비우고 코로나19에 대응하지 않느냐”라고 목소리를 높이기도 했음. 사립병원들은 ‘메르스 때처럼 정부가 손실보상을 제대로 안 해줄 것이고, 다른 환자도 맡아야 하기 때문에 코로나19 진료에 나서기 어렵다’고 주장했으며, 큰 폭의 수가인상과 손실보상이 수반되고 나서야 환자 진료에 나섰음.

3.2. 공공병원의 코로나19 후유증

- 코로나19 전담병원으로 지정되면서 기존 진료를 상당 부분 축소했던 공공병원의 경영진은 유행 초기부터 코로나19 이후를 우려함. 지역사회에서 힘들게 쌓아온 신뢰가 코로나19 대응 과정에서 심각한 손상을 입었기 때문. “병원 자원을 탈탈 털어서 하고 있기 때문에, 응급센터는 당연히 포기했다” “투석 환자도 70명까지 봤는데 지금 10명 남짓이다. 나머지는 다른 투석실을 간다는 얘기다. 병원이야 썰고 썰잖나. 한번 그리로 가고 나면 다시 안 올 거다” “유행이 조금 잠잠해지면서 환자를 다시 받았는데, 의료원에 대한 신뢰가 무너진 듯한 느낌이 들었다. 또 (코로나19를 위한 병상 확충 때문에) 나가라고 할 수 있다는 것 때문에 다시 돌아오지를 않더라. 우리 병원에 계속 오시던 환자들 가운데, ‘다른 데 입원해 있더라도 의료원 문 열면 갈래요’ 이야기를 했던 분들이 두 번째 내보내고 나니까 이제는 안 오더라”고 증언함
- 코로나19 전담 기간이 길어지면서 그러지 않아도 미흡했던 의료 역량이 더욱 축소된 것도 심각한 문제임. 전문 역량의 쇠퇴나 성과급 감소를 우려하는 전문의들이 잇따라 이탈한 것이 주요 요인이라 할 수 있음. “비뇨기과 수술하시는 분이 나가셨고, 정형외과 수술하시는 분 나가셨고, 치과 선생님도 나가셨고” “환자도 없고 외래도 보지 말라고 이러니까 내가 여기서 뭐 하나, 대개 구하기 힘든 과들이 많이 나갔다. 재활의학과, 심장내과... 나중에 이 병원으로 참, 뭘 할지 걱정이다.”
- 손실보상금 덕분에 당장의 손실은 메울 수 있었지만, 유행 초기의 우려는 현실로 나타나고 있음. 내원 환자 숫자가 현격히 감소하고 의사 인력 충원이 어려운 가운데 경영상황이 좀처럼 나아지지 않으면서, 현재 국립중앙의료원과 지역거점 공공병원들은 임금체불을 걱정하고 있는 상황임.¹⁵⁾

- 코로나19 유행 초기, 많은 이들이 코로나19야말로 공공의료를 대폭 확충할 수 있는 ‘기회의 창’이 될 것으로 기대했음. 공공병원의 역할과 중요성에 대한 시민들의 인식이 높아졌고, 중앙과 지역의 정치인들도 모처럼 한목소리로 공공의료 강화를 주장했음. 하지만 코로나19 유행이 안정화되고 윤석열 정부가 들어서면서 분위기는 급속도로 달라졌음. 공공의료 의제는 공론장에서 사라졌고, 이 자리를 ‘필수의료’ 담론이 채우고 있음. ‘필수의료’는 공공보건의료의 개념만큼이나 아이러니한데, 이토록 많은 병상 자원이 필수적이지 않은 의료서비스에 쓰여왔다는 점을 국가가 스스로 인정하는 것이나 다름없기 때문.
- 사실 필수의료 보장이라는 과제 자체도 새로운 것은 아님. 문재인 정부에서 발표한 제2차 공공보건의료기본계획도 ‘모든 국민 필수보건의료 보장으로 포용적 건강사회 실현’이라는 비전을 담고 있었음. 당시 예산과 구체적 실행방안이 뒷받침되지 않았다는 점에서 선언적이라는 비판을 받기는 했지만, 이 계획은 의료자원 부족 지역에 적정 규모의 공공병원을 확충하고 국립병원-국립대학병원-지역공공병원-특수공공병원-보건소를 잇는 공공보건의료기관들의 역할을 정립한다는 청사진을 함께 제시한 바 있음. 하지만 지금은 ‘공공정책수가’라고 하는 보상제도가 필수의료 정책의 핵심이라 할 수 있음. 이는 ‘국민의 생명·건강을 위해 필수적이거나, 진료특성·지역여건 등으로 의료서비스 공급 부족이 발생하는 분야에 적정서비스 제공이 이루어지도록 지원하는 건강보험 보상체계’를 지칭함. 공공병원이든 사립병원이든 ‘수가’를 통해 필수적 의료서비스 제공을 확보하겠다는 것으로, 이는 기존의 UHC 개념이 가진 한계를 고스란히 재현하는 것이라 말할 수 있음.¹⁵⁾
- 정책 수단 역할을 할 수 있는 공공병원이 터무니없이 부족한 상황에서, 이러한 방식이 얼마나 효과를 발휘할 수 있을지 우려됨. 필수의료서비스 제공체계를 확립해

15) 연합뉴스 2023.12.19. “보건의료노조, 국회서 ‘공공병원 지원예산 증액’ 요구 기습시위”(https://is.gd/XMGI4d); 헤럴드경제 2023.12.13. ““직원 월급도 못 줄 판” ‘84억’ 적자 나락 빠진 공공병원...어쩌다?”(https://is.gd/ljltjK) ; MBC 뉴스데스크 2023.12.13. “의사는 떠나고 지원은 줄고...응급실마저 문 닫은 공공병원”(https://is.gd/7YwFmp) ; 청년의사 2023.11.10. ““코사구팽’ 당한 지방의료원들 “아무도 책임지지 않고 방치””(https://is.gd/u2UIIJ) ; 연합뉴스 2023.11.10. “지방의료원들 “의사도, 환자도 없다...인력 확충 강력 추진해야””(https://is.gd/gwNmO8)

16) Cabello, AL. (2021). Pandemic momentum for health systems financialisation: Under the cloaks of universal health coverage. *Global Public Health*, 16(8-9), 1334-1345.

서 시민의 생명을 지키겠다는 데 반대할 사람은 없겠지만, ‘필수의료 담론’이 공공 의료체계 강화를 방기한 채 공공 재원을 활용하여 사립병원에 대한 의존성을 한층 강화하는 쪽으로 기울게 만든다면 지속가능성이라는 측면에서 심각한 문제가 아닐 수 없음.

4. 맺음말

- 공공병원은 한국 보건의료체계가 직면해 있는 모든 문제를 단번에 해결해줄 수 있는 만병통치약이 아니며, 현실의 모습은 상업화된 의료체계 안에서 생존을 위해 고군분투하는 패잔병에 더 가까움. 돈이 많이 드는 공공병원을 더 만드는 것보다 기존에 있는 사립병원들의 공공성을 강화하는 방향으로 가야 한다는 목소리에 반대할 이유는 없으나, 정부가 가진 표준도 안전망도 없다면, 시장과의 협상에서 믿고 버틸 수 있는 자원이 없다면, 체계의 공공성을 확보하는 것은 불가능함. 게다가 저출생·인구고령화가 심화되면서 유효수요가 감소하는 가운데 민간의료기관들이 철수하는 지역이 늘어나고 있으며, 지역 간 ‘치료가능사망률(treatable mortality)¹⁷⁾의 격차는 좀처럼 사라지지 않고 있음 (그림11)

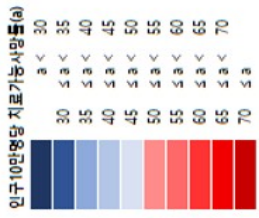
17) 의료적 지식과 기술을 고려할 때 치료가 시의 적절하게 효과적으로 이루어진다면 발생하지 않을 수 있는 조기 사망. 단기적 관점에서 보건의료 시스템의 효과를 측정하는 데 활용됨

2012~2016년 치료가능사망률 증진료권 분포

서울	부산	대구	인천	광주	대전	울산	세종	경기도	충청	전북	전남	경남	제주
서울서부	서울서부	대구서부	인천서부	광주서부	대전서부	울산서부	세종서부	경기도서부	충청서부	전북서부	전남서부	경남서부	제주서부
47.93	65.29	56.93	57.80	53.31	55.56	57.27	57.19	53.51	56.58	61.79	57.19	54.23	49.13
서울동부	서울서남	대구서남	인천동부	광주동부	대전동부	울산동부	세종동부	경기도동부	충청동부	전북동부	전남동부	경남동부	제주동부
49.85	62.27	53.36	60.99	53.68	55.40	52.32	57.19	55.51	56.58	61.79	57.19	54.23	49.13
서울서남	서울서남	대구서남	인천동부	광주서남	대전서남	울산서남	세종서남	경기도서남	충청서남	전북서남	전남서남	경남서남	제주서남
47.85	55.00	60.06	57.24	52.46	57.76	61.70	46.15	55.64	52.21	60.97	60.59	54.48	46.64
서울동남	서울동남	대구동남	인천서부	광주동남	대전동남	울산동남	세종동남	경기도동남	충청동남	전북동남	전남동남	경남동남	제주동남
46.97	55.56	59.60	56.47	59.40	57.20	58.29	55.85	52.41	59.31	59.67	54.47	57.48	
부산	대구	인천	광주	대전	울산	세종	경기도	충청	전북	전남	경남	제주	
53.53	59.96	57.74	63.60	58.59	58.59	48.12	48.12	48.12	48.12	48.12	48.12	48.12	
평택시	속포시	안산시	고양시	파주시	이천시	포천시	홍주시	영월군	영월군	영월군	영월군	영월군	
51.03	50.91	49.12	38.97	46.40	47.98	45.95	45.95	45.95	45.95	45.95	45.95	45.95	
안산시	고양시	파주시	이천시	포천시	홍주시	영월군	영월군	영월군	영월군	영월군	영월군	영월군	
49.12	38.97	46.40	47.98	45.95	45.95	45.95	45.95	45.95	45.95	45.95	45.95	45.95	

2017~2021년 치료가능사망률 증진료권 분포

서울	부산	대구	인천	광주	대전	울산	세종	경기도	충청	전북	전남	경남	제주
서울서부	서울서부	대구서부	인천서부	광주서부	대전서부	울산서부	세종서부	경기도서부	충청서부	전북서부	전남서부	경남서부	제주서부
40.63	50.23	45.81	48.92	44.61	37.33	45.41	41.66	43.75	53.25	48.44	46.82	44.19	53.60
서울동부	서울서남	대구서남	인천동부	광주동부	대전동부	울산동부	세종동부	경기도동부	충청동부	전북동부	전남동부	경남동부	제주동부
43.55	50.96	50.51	51.74	46.09	47.73	42.45	46.02	48.82	56.02	46.28	50.53	43.67	48.47
서울서남	서울서남	대구서남	인천동부	광주서남	대전서남	울산서남	세종서남	경기도서남	충청서남	전북서남	전남서남	경남서남	제주서남
39.52	44.17	53.98	46.98	54.15	52.56	51.32	40.67	45.89	48.00	50.62	49.98	48.98	
서울동남	서울동남	대구동남	인천서부	광주동남	대전동남	울산동남	세종동남	경기도동남	충청동남	전북동남	전남동남	경남동남	제주동남
33.66	44.17	46.98	46.98	38.93	46.40	53.74	55.28	51.97	48.10	46.90	46.90	46.90	
부산	대구	인천	광주	대전	울산	세종	경기도	충청	전북	전남	경남	제주	
45.93	50.34	51.03	50.91	49.12	38.97	46.40	47.98	45.95	45.95	45.95	45.95	45.95	
평택시	속포시	안산시	고양시	파주시	이천시	포천시	홍주시	영월군	영월군	영월군	영월군	영월군	영월군
51.03	50.91	49.12	38.97	46.40	47.98	45.95	45.95	45.95	45.95	45.95	45.95	45.95	
안산시	고양시	파주시	이천시	포천시	홍주시	영월군	영월군	영월군	영월군	영월군	영월군	영월군	영월군
49.12	38.97	46.40	47.98	45.95	45.95	45.95	45.95	45.95	45.95	45.95	45.95	45.95	



[그림 11] 70개 증진료권의 치료가능 사망률 변화

- 이런 상황에서 한편으로는 공공병원의 양적 확대와 질적 역량 강화, 다른 한편으로는 민간 부문의 상업화·영리화 경향을 저지하고 보건의료 체계 전반의 공공성을 강화해야 한다는 이중의 과제가 제기됨.
- 이러한 과제를 달성하기 위해서는 공공의료에 대한 개념과 담론의 재정립 필요하며, 이것이 법률에도 구체적으로 반영되어야 함. 예컨대 공공보건의료를 “의학적 필요에 기초한, 공적으로 제공되고 관리·운영되는 보건의료”라고 정의할 수 있다면, 현재의 공공보건의료기관 정의가 내포한 잔여적 속성, 소유구조 측면에서의 협소함과 거버넌스에서의 사회민주적 통제 같은 한계들을 극복할 수 있을 것으로 보임. 정부의 책임 측면에서도, ‘공공보건의료사업’ 추진에 의무를 부과하는 것이 아니라 ‘필수적 보건의료서비스의 공적 제공과 관리·운영’에 책임이 있는 것으로 개념 전환을 고려할 수 있음.
- 또한 (민간) 의료기관들의 책무성과 민주적 통제를 강화하는 법적 규정에 대해서도 적극적 고려가 필요함. 예컨대 (심지어 소유주체가 공공인) 부산대병원과 부산의료원이 분만 서비스를 제공하지 않지만 이에 대해 아무런 책임도 규제도 없는 상황임. 마찬가지로 국가재정지원을 받아 지역암센터를 운영하던 울산대병원이 병상점유율 감소를 이유로 암전문병동을 임의로 폐쇄하는 일이 벌어졌지만 이 또한 통제할 수 있는 방안이 없었음. 공공보건의료기관은 공공보건의료계획을 매년 수립하여 보건복지부에 보고하고, 보건복지부가 그 시행결과를 평가하도록 정함으로써 책무성 기전을 확보하고 있지만, 이는 공공보건의료기관의 공적 거버넌스나 공익적 가치 추구 전반을 다루기보다 특정 서비스와 프로그램에만 초점을 두고 있음. 병원을 아무리 영리적 혹은 비민주적으로 운영하더라도, 공공보건의료계획에 담겨 있는 특정 사업 목표만 달성하면 공공적 미션을 완수한 것으로 간주됨. 이를테면 서울대병원 같은 국립대병원이 효과성이 입증되지 않은 고급건강검진 패키지를 운용하거나 병원 내에서 피부미용서비스 같은 영리적 의료 활동을 한다고 해도, 공공보건의료계획에서 취약계층 무료 검진 같은 목표를 세우고 목표량을 달성한다면 평가에서는 공공성 미션을 완수한 것으로 나타남.
- 현재 한국 보건의료체계의 공공성 결여는 건강권 보장을 둘러싼 사회적 불의·부정의와 더불어 경제적 비효율을 증첩시킨다고 말할 수 있음. 간단한 건강문제에도 최고의 종합병원을 아무 때나 부담 없이 이용할 수 있는 소수의 사람이라면 모를

까, 공공병원을 늘리고 질을 높이는 것은 대부분의 평범한 시민들, 특히 비수도권 주민들에게 중요한 안전장치라 할 수 있음. 사립병원을 이용하는 경우에도 이는 여전히 중요한데, 튼튼하고 신뢰받는 공공병원의 존재야말로 사립병원을 더욱 건전하고 건강하게 만들어줄 수 있는 버팀목이기 때문. 현재의 정치경제 상황에서 공공병원을 대폭 확충하는 것은 불가능하겠지만, 보건의료체계의 공공성을 보장할 수 있는 최소한의 ‘임계 질량(critical mass)’을 확보하는 것은 결코 미룰 수 없는 과제라 할 수 있음

코로나19 사태를 계기로 본 재난과 소수자 인권*

김 희 진**

1. 시작하며
2. 재난으로 가시화된 차별
3. 권리기반접근의 부재: 아동의 삶을 중심으로
4. 맺음말

1. 시작하며

1946년 채택된 세계보건기구헌장(Constitution of the World Health Organization)에 따르면, 건강(health)이란 “단지 질병에 걸리지 않거나 허약하지 않은 상태뿐만 아니라 육체적, 정신적, 사회적으로 온전히 행복한 상태를 의미하며, 인종, 종교, 정치적 신념, 경제적 혹은 사회적 조건에 따른 차별 없이 최상의 건강 수준을 유지할 수 있는 기본권”을 말한다. 이러한 건강은 삶의 질 맥락에서 포괄적인 개념으로, 의료 접근권과 보건서비스는 물론 인간의 사회적 삶 전반과 맞닿아 있다. 코로나19 팬데믹은 건강의 포괄적 개념을 다시금 상기하는 기회였다.

3년간 지속된 팬데믹 동안 감염의 두려움이 사회를 지배하던 때 순간 생존 자체가

* 이 원고는 발표자가 공동연구원으로 참여한 「코로나19 취약계층의 건강불평등 연구」(서울특별시 공공보건의료재단(2022)) 보고서와 공동저자로 참여한 「우리의 상처가 미래를 바꿀 수 있을까: 코로나19 팬데믹, 재난이 차별을 만났을 때」(동아시아출판사(2023))의 내용을 요약·보완한 것이다.

** 변호사, 전 국제아동인권센터, 성공회대학교 사회과학연구소

위태로웠던 이들이 있었다. 감염된 자체로 회복의 가능성이 희박해질 수밖에 없는 환경도 있었다. 살고 있는 집에서조차 온전한 쉼을 누릴 수 없는 경계 태세가 지속이던 곳도 있었다. 발표자가 참여한 연구와 저서는 이와 같은 팬데믹의 기억을 놓쳐서는 안 된다는 공감하에 시작된 것이다. 확진자 수, 사망자 수, 접종자 수의 숫자로 평가되는 방역의 성공과 실패 이면에 가려진 ‘삶’을 주목해야 한다는 문제의식이었다.

이하에서는 재난과 차별이 교차했던 순간들을 공유하며, 특히 아동인권을 중심으로 우리 사회가 간과했던 지점들을 살펴보고자 한다.

2. 재난으로 가시화된 차별

“질병에는 국경이 없다. 바이러스는 국경·국적·민족·인종·남녀·정치를 알지 못한다. 바이러스는 사람을 가리지 않고 침투해 병을 일으킨다.”¹⁾

하지만 바이러스와 팬데믹(국제공중보건위기)의 재난은 다르다. 코로나19 바이러스는 어디에서나 모든 존재에게 평등했지만, 코로나19로 인한 팬데믹은 불평등했다. 조사에 따르면, 노인의 소득 수준이 낮을수록 코로나19 감염률이 높았고, 백인 대비 토착민/인디언과 흑인의 입원율과 사망률이 월등히 높았다. ‘재난’의 정의는 상대적이어야 하며, 그렇기에 재난 상황에서 삶의 무게가 더 가혹해질 수 있는 이들의 시선에서 재난을 대비하고 대응하는 준비가 필요하다. 이하에서는 장애인, 여성, 비정규 노동자, 이주민들의 팬데믹 시기를 돌아본다.

〈장애인〉

보건복지부 자료에 따르면, 2022년 3월 31일 기준 장애인 거주시설(단기보호시설, 공동생활가정 제외) 484곳에서 9,904명 수준의 코로나19 감염 사례가 발생했다. 전체 인구수 대비 누적 확진자 비율이 26%였던 반면, 시설 거주 장애인은 약 36%가 감염되었다. 100인 이상 장애인 거주시설의 경우 약 49%에 이르는 장애인(2,428명)이 감염되어, 집단시설의 규모가 클수록 감염병에 취약한 여건임을 알 수 있다. 대다수의

1) 시사인(2020.03.21.). “질병에는 국경이 없다.”

경우, 장애인 거주시설의 종사자도 상당히 감염되어, 17개 시도 중 6개 지방자치단체 (대구, 광주, 경기, 충북, 전남, 경북, 경남)에서 단행했던 소위 ‘코호트 격리’가 결코 실효적이지 않았다는 점도 보여준다. 2020년 2월 최초로 코호트 격리가 이루어졌던 청도대남병원에서는 103명 장애인 중 101명이 감염된 것으로 보고된다. 이러한 코호트 격리는 법률적 근거가 명확하지 않으며, 기본적 자유와 자율성을 예외 없이 통제한다는 점에서 기본권 침해의 문제도 지적된다. 애초에 다수가 좁은 공간을 함께 이용하는 생활환경이 문제라면, 그곳의 문을 걸어 닫을 것이 아니라 각자 독립적 환경에서 생활할 수 있도록 대안을 마련하는 것이 우선인데, 코호트 격리라는 정책적 발상은 시설 거주 장애인들의 보호라기보다 행정적 편의를 중시한 것이라 비판할 수도 있겠다.

팬데믹 초기 1-2년은 대다수 기관이 잠정 폐쇄되거나 비대면 방식으로 전환되었다. 발달장애인에게 이러한 현실은 더욱 가혹했다. 일정한 루틴이 깨지면서 스트레스는 더 커졌고, 돌봄의 무게는 온전히 가정에 떠맡겨졌다. 비대면 교육이 이루어졌다지만, 학습의 능률은 현저히 떨어졌다. 예민한 감각 등으로 마스크 착용 자체가 힘든 이들도 있었으나, 예외 없이 마스크를 써야 했던 사회 전반의 환경 속에 발달장애인은 이동의 자유, 의료 접근권, 교육과 여가생활의 기회도 상실했다.

지역사회 돌봄·지원체계가 작동하지 않으면서, 장애인의 건강관리도 위기의 국면을 맞이했다. 감염이 의심되어 자가격리라도 하는 경우, 중증 장애인이 혼자서 집 안을 이동하면서 식사를 준비하고 씻고 생활해야 했다. 지자체가 생활물품을 지원하긴 했지만, 가공이 필요한 식재료라 무용했던 사례도 제시된다. 장애인의 부모가 모두 확진되어 격리해야 할 때, 혹은 자녀와 함께 확진된 부모에 대한 지원도 부재했다. 장애와 코로나19 합병증에 대한 심리적 불안도 컸다.

〈여성〉

현실에서 각종 돌봄의 업무는 대부분 여성이 담당하고 있다. 간호사, 간호조무사, 간병인, 요양보호사, 청소노동자, 그 밖에 보건소나 공공기관의 일선 인력 등 공중보건위기에 대응하는 “현장”은 대부분 여성 노동자로 구성되어 있다. 그러나 이들은 일터에서 보호받지 못한다고 느꼈고(마스크 미지급, 보호장비의 부족 등), 감염병 확산의 주범으로 취급받는 등 낙인감을 호소했다.

양육과 가사일 등의 무급 노동(비공식 노동)의 몫도 대체로 여성에게 있다. 팬데믹 전에도 그러했지만, 팬데믹 이후로 돌봄노동의 시간은 더 커졌다. 아빠가 재택근무를 해도, 밥을 차리고, 아이들의 교육을 챙기는 주양육자의 역할은 “엄마”에게 주어진 경우가 더 많았다. 이러한 고난은 여성들의 경제위기와의 연결된다. 경제위기 혹은 비대면 업무로 전환된 구조적 변환 속에 실직한 경우도 있고, 자녀 돌봄을 위해 일을 그만둘 수밖에 없는 상황도 있었다. 기혼 여성의 취업자 수가 급감한 시기였다.

임산부가 감염된 경우, 혼자 분만을 했던 사례도 생각해 보아야 한다. 2022년 3월 대책 전까지 수도권 전체에 코로나19에 감염된 산모를 진료하는 병원은 3~4개에 불과했다. 자연분만의 선택지도 사실상 없었다고 한다. 코로나19 산모의 경우, 78.5%가 제왕절개 수술을 받았고, 2023년 4월 수가 가산이 결정된 이후 민간병원에서 자연분만을 할 수 있었다.

〈비정규직〉

비정규직 노동자들의 삶이 팬데믹 상황에서 크게 다르지 않았다는 점은 다행일까, 불행일까. 2020년 8월 기준 비정규직 노동자는 850만 명으로, 전체 임금 노동자의 41.6%에 해당한다. 팬데믹이 지속되며 비정규직 노동자는 수는 904만 명으로 늘었고, 그 비율도 43.0%로 증가했다(2021년 8월 기준).

분명한 것은 가장 불안정한 상황에 있던 노동자들이 더 큰 위기를 경험했다는 점이다. 상용직의 경우, 비자발적 실직이 4.0%였지만, 비상용직은 25.8%, 프리랜스/특수고용직 노동자들은 27.4%였다. 상용직의 소득 감소는 19.2%였지만, 비상용직은 47.7%, 프리랜스/특수고용직 노동자들은 67.7%의 소득 감소를 보고했다. 코로나 감염의 위험도 비상용직과 프리랜서/특수고용직 노동자들이 더 크게 느꼈다.

구조조정과 해고로 인한 일자리의 상실, 교육 훈련의 기회 감소로 인한 직무 능력 향상 제한, 노동시장 진입과 일자리 이동 기회의 축소는 비정규 노동자들의 설 자리를 더 좁게 만들었다. 팬데믹 속에 가속화된 기술 발달과 비대면 서비스도 ‘노동자’의 필요를 줄이는 요인이었다.

그 와중에 생계를 위해 어떻게든 일을 해야 하는 사람들이 가장 위험한 노동을 떠맡았다. 하청업체는 방역에 비용을 들이지 않고, 원청은 외면하니, 감염 예방과 건강 관리는 노동자 개인의 몫이었다. 감염이나 백신 접종과 관련해 이용할 수 있는 공가

제도는 사실상 없었고, 방역을 명목으로 식사가 허용되지 않으니 화장실에서 식사할 수밖에 없는 상황도 있었다.

철저히 저평가되었던 돌봄 노동의 가치는 팬데믹 시기에 고스란히 드러났다. 마스크 필수 착용을 방역지침으로 안내하면서 마스크 구매는 개인이 사비를 들여야 했고, 돌봄 인력 부족을 이유로 확진된 상황에서도 3일이 지나면 근무할 수 있다(근무해야 한다)는 지침도 있었다. 요양원 노동자에게는 백신휴가도 적용되지 않았다. 수시로 PCR 검사를 해야 하지만, 그 시간에 대한 수당은 책정되지 않았다. 백신 접종과 선제적 검사는 서로의 안전과 건강을 명목으로 했지만, 결국에는 각자도생이 요구되는 현실이었다.

〈이주민〉

팬데믹 동안 이주민의 실업률도 꾸준히 높아졌는데, 대다수의 경우 휴업급여와 실업급여의 대상이 아니었다. 임금체불도 많아졌고, 일부 업종은 인력이 없어 노동 강도가 현저히 커졌다. 국경의 문이 닫히면서 체류의 불안정성도 커졌다. 임시적으로 체류기간을 연장하거나 출국기한을 유예하는 정책은 있었지만, 이주민의 생활안전이나 보건의료 접근을 위해서가 아닌 “불법체류자” 증가 방지와 인력난 해소에 주안점을 두고 있었다.

이주민들은 출신국이 다를 뿐, 사회 구조의 일부를 분담하는 ‘주민’들이다. 그러나 이주민은 기본적으로 방역과 지원 정책에서 소외되었다. 코로나19 예방수칙, 방역 지침, 검사와 치료, 백신접종 등에 대한 공식적이고 정확한 정보가 적시에 이해할 수 있는 언어로 전달되지 않았고, 그 와중에 의도치 않게 관련 법률을 위반해 추방될 수도 있다는 두려움이 확산되었다. 팬데믹 초기 마스크 대란 때 건강보험 가입 자격이 없는 이주민은 공적마스크를 구매할 수 없었고, 지자체의 마스크 지급에서도 누락되었다. 교육은 비대면 수업으로 급전환되었는데, 기기가 없거나, 집에서 수업을 들을 수 없는 여건인 상황도 많았다. 아동돌봄과 관련한 학습지원금도 초기에는 이주민을 배제하였다(이후 시도교육청 재량으로 초·중학생에게 지원). 이주민 가정의 경제적 타격은 내국인과 같거나 더 컸다. 그러나 중앙과 지방정부의 재난지원금 지급 대상은 결혼이민자, 영주권자를 제외한 이주민을 제외하였다(서울시는 인권위 권고 후 등록외국인이면서 소득활동을 하는 사람, 중위소득 100% 이하인 가구에 재난지원금 지급, 신

청 지원을 위한 통역 인력도 고용).

통계를 보면, 이주민 인구 대비(3.7%) 확진자 비율(2.3%)은 높지 않다. 그러나 2021년 초에 경기 북부 이주민 집단감염을 계기로, “외국인 노동자”에 대한 “전수검사 행정명령”이 발동되는 등 초점화된 차별적 정책이 발현되기도 했다. 이주민의 경우 생필품 지원, 격리시설 이송 자체도 행정상 신속하게 이루어지지 않았고, 자가격리가 불가한 주거환경에서 추가 확진이 늘어나기도 했다. 격리와 치료 과정에서 의사소통 어려움도 거듭 보고되었으나, 지원대책은 미비했다. 건강보험이나 체류자격 없는 이주민에 대한 백신접종 준비도 미흡하여, ‘방역’의 총체적 접근은 현저히 부족했다고 평가할 수 있겠다. 또한, 보건소의 어린이 필수 예방접종, 임산부 건강관리 사업 중단 등 최소한의 건강관리 정책에 발생한 공백은 이주민의 고립과 건강상 위협을 증가시켰다.

3. 권리기반접근의 부재: 아동의 삶을 중심으로

아동권리협약이 아동은 만 18세 이하라고 정의하였듯, 아동기는 다양한 연령대를 지나는 시기이자 인생에서 가장 큰 폭으로 발달하는 때를 말한다. 또한, 아동기는 인생의 가장 초기로서, 이후에 살아갈 날들의 토대가 된다. 누적적으로 전개되는 삶의 각 단계가 다음 단계에 미치는 영향을 아는 것은 모든 아동들의 최적의 발달을 보장하는 노력에 필수적이다. 아동기의 건강문제가 일반적인 공중보건 문제에 어떻게 영향을 미치는지 평가하기 위해서는 생애과정에 대한 이해가 필수적이고, 아동기의 중요성은 의심의 여지가 없다.

하지만 팬데믹 동안에 아동기는 결코 우선순위가 아니었다. 방역지침을 비롯해 갖가지 정부 대책에 아동의 독립적 존재성이 온전히 떠올려진 적은 거의 없었다.

사회적 거리두기, 마스크 필수 착용, 비대면 사회로의 전환은 방역에 필수적인 조치일 수 있지만, 사회적 관계를 처음 맺어가는 영유아기나 사회적 관계를 경험하고 학습하는 학령기, 청소년기 아동의 특수성은 중요하게 고려되지 않았다. 그간 익숙했던 것들이 달라지고 사라진 여건에서, 양육자와 교육자의 지식과 전문성을 강화하는 뒷받침도 없었다. 모든 것이 개별 아동이 태어나고 자라는 상황에 맡겨져 있었으니, 차

별의 격차는 더 커졌다.

구체적으로, 팬데믹 기간에 태어난 영유아는 언어, 운동능력 등이 팬데믹 이전에 태어난 아이들보다 낮은 것으로 나타난다. 야외 활동이 감소하면서 아이들이 접할 수 있는 외부 자극이 줄어들고, 각종 기관과 시설이 폐쇄되면서 발달에 필요한 경험이나 상호작용의 기회가 현저히 줄어든 영향으로 분석된다. 마스크를 쓰는 상황에서 청각 장애 아동은 시각적 모방학습이 불가능했고, 이주배경아동은 부모의 언어적 제약이나 경제활동 등으로 온라인 수업에 필요한 학습지원을 적절히 받지 못했다. 양육자의 실직과 휴직으로 가중된 경제적 위기는 가정폭력으로 나타나기도 했고, 가정의 돌봄 몫이 커지면서 어쩔 수 없이 일을 쉬거나 그만두어야 하는 사례도 빈번했다. 아동의 발달을 함께 지켜보는 외부의 자원이 대폭 축소되면서 장애나 경계선 지능 등의 조기 발견이 어려워지고, 발달센터나 치료센터의 출입이 제한되면서 진단과 진료, 개입이 적기에 이루어지지 못했던 문제도 있다.

일하는 부모, 경제적으로 어려운 가정의 자녀, 혹은 탈가정 청소년들은 학교, 지역 아동센터, 복지관, 시민단체의 아웃리치 등으로 식사를 챙기곤 했으나, 방역지침에 따라 각 기관이 운영을 멈추고, 거점식당이나 도시락 제공 사업 등도 중단되는 등 이들이 적절한 영양을 공급받을 기회가 사라졌다. 집 안에 머무르는 시간이 길어지면서 아침식사 결식률은 줄어든 것으로 조사되지만, 하루 1회 이상 포장이나 배달음식 섭취, 라면이나 밀키트 등의 편의식품 섭취 분율은 증가했다고 확인된다. 규칙적인 식사, 채소와 과일 등 균형잡힌 식사를 한다는 응답은 줄고, 인스턴트나 편의점 음식을 더 많이 먹게 되었다는 조사도 있다. 학교를 안 가고 보호자가 부재한 시간이 길어지면서, 식사를 스스로 챙기지 않았다(귀찮아서, 먹기 싫어서, 늦게 일어나서)는 청소년들의 응답 비중도 높아졌다. 한편으로, 팬데믹 중에도 사교육은 계속되었고, 등교 재개와 일상 회복이 논의되던 2021년의 사교육 수준은 코로나19 이전으로 반등했다. 거리에서, 차안에서 대강 밥 먹는 학생들의 ‘휴밥’은 기초학력 저하, 학업손실과 함께 더 많아졌다.

이처럼 팬데믹이 초래한 아동·청소년의 건강상 위기는 통계에서도 확인된다. 2020년 대비 2021년 영양결핍으로 진료받은 단위별 환자 수에 따르면 “10대 미만(80.9%)”과 “10대(69.6%)”가 가장 많이 증가했고, 특히 10대 영양결핍은 2017년 대비 181.6% 증가했다. 코로나19 전에도 비만, 과체중 비율은 계속 늘긴 했으나, 서울시 초등학교

의 비만도는 2017년(9.1%) 대비 2021년(19.5%)에 2배 이상 증가했고, 2019년과 비교하여도 4.5%p 높아짐. 2021년에 고등학생의 과체중 비율도 큰 폭(3.8%p)으로 증가했다. 최근 5년간(2017~2021년) 10대(263.2%)와 10대 미만(205.9%)인 비만 환자가 대폭 늘어났으며, 2020년 대비 2021년에 비만으로 진료받은 환자 수가 가장 많이 증가한 연령집단도 10대(82.1%)이다.

팬데믹은 소아의료체계의 위기가 전격 가시화된 때이기도 하다. 기존에 소아·청소년 의료 인력 자체가 부족했는데, 팬데믹 시기에는 의료 접근조차 제약이 커졌다. 환자 관리 및 환기 설비 구비, 코로나19 관리인력 확보 등 최소한의 진료 접근권보장을 위한 지침을 따르기 위해서는 인적, 물적, 재정적 자원이 필요한데, 그렇지 못한 여건에서 코로나19가 의심되는 발열 상황에서는 대부분 병원 출입을 금지하는 방침을 취했다. 아이와 동거 가족의 PCR 검사 결과 모두 음성이었어도, 아이가 3일 전에 열이 났으면 병원에 들어올 수 없다는 내부 지침을 내세우는 곳도 있었다. 재택치료를 받던 영유아 환자가 증상이 악화되었는데 인근에 갈 수 있는 병원이 없어 다른 지역으로 이송되던 중 사망한 사례들을 기억할 것이다. 대면접촉을 최소화하기 위한 비대면 원칙은 소아 환자에게도 그대로 적용되었다. 어리면 어릴수록 증세가 한순간에 악화되거나 합병증의 위험도 큰데, “열이 계속 나요, 잘 안 먹어요, 계속 울어요.”와 같이 보호자가 아이들의 이상증세를 말하는 것만으로 의료진이 할 수 있는 역할은 많지 않다. 소아의 특성을 고려한 보완대책은 2022년 월에 이르러서야 겨우 마련되었다. 11세 미만의 소아 환자가 재택 치료를 할 경우 ‘1일 2회까지 전화상담’을 진료로 인정하고, 코로나19 증상을 보이는 소아·청소년 환자가 1차 병원에서 적시에 진료받을 수 있도록 시스템을 확충하겠다는 계획이었다. 그 밖에 지방 환자를 위한 소아암 쉼터 서비스 등이 중단되고, 인원 제한을 강화하는 외래 최소화 조치 등으로 병원 이용 가능성이 줄어드는 등 만성질환 소아환자의 의료 장벽도 높아졌다. 마스크 착용이 더욱 어려울 수 있는 지적·발달 장애 아동들은 병원 문턱을 넘는 것부터 난관에 봉착했던 현실이다.

청소년기는 늘어나는 기회, 능력, 열망, 에너지 및 창의력, 이와 동시에 상당한 취약성으로 특징지어지는 삶의 단계이다.²⁾ 그리고 팬데믹이라는 전례 없는 시대적 위축과 변화는 청소년의 정신건강에도 상당한 영향을 미쳤다. 2011년부터 2020년에 이르는

2) 유엔 아동권리위원회 채택 일반논평 제20호(CRC/C/GC/20), 2항.

청소년 사망원인 1위가 “자살”인데, 2020년에는 자살로 인한 청소년 사망자 수가 50%를 넘었다. 청소년상담복지개발원의 조사에서 팬데믹으로 인한 보호자의 감정은 ‘불안/걱정’이 압도적으로 높았다면, 청소년은 ‘불안/걱정’과 더불어 ‘우울, 짜증, 화/분노, 두려움’ 등의 다양한 감정을 보고했다. 친구를 만나지 못해서, 학교를 못 가서, 생활리듬이 깨져서, 외출 자제로 인한 갑갑함, 학업/진로의 불투명성, 나와 주변 사람들의 감염 위험 등의 다양한 사유가 그 이유로 제시되었다. 어른들도 생계, 돌봄 등으로 힘겨웠지만, 청소년의 혼란은 현재의 시간과 미래에 대한 불안에서 비롯되었으니 그 감정의 굴곡은 더 클 수 있다. 하지만 정부 정책에 청소년은 목소리는 없었다. 예컨대, 온라인 개학이 전격 결정되었을 때 청소년의 의사는 묻지 않았다. 등교 재개를 결정할 때에도 교원과 학부모의 의견만 수렴했을 뿐 청소년에 대한 조사는 없었다. 방역패스 도입을 말할 때조차 청소년이 갖는 두려움이나 고민, 대안을 청취하는 과정은 없었다.

시설보호아동은 어떠한가? 장애인 거주시설의 장애인이 겪었던 감염의 높은 위험은 같다. 일부 지역에서 선제적 목적의 코호트 격리가 취해지기도 했다. 그렇지 않아도, 시설보호아동은 지역별·시기별 사회적 거리두기 단계와 관계없이 대부분 외출·외박 전면금지, 면회금지로 꼼짝없이 갇힌 시간을 보낸 것으로 확인된다. 감염을 막고자 의료서비스 접근에 대한 지자체의 대처는 더 신속했던 것으로 보고되기도 하지만, 시설보호아동 중 한 명이라도 확진되면 보육·교육시설에 오지 말라는 요구를 받고, 집 앞 놀이터 출입에도 눈총을 받는 등 각종 차별과 편견은 심화되었다.

빈곤, 장애, 이주배경, 한부모 가정의 위기 가능성은 더 컸고, 그 반향도 더 거셌다. 앞서 살펴본 장애인, 여성, 비정규 노동자, 여성의 고난은 이들과 함께 사는 아동·청소년의 고난이었으니, 사회의 모든 영역에서 아동의 삶은 더욱 힘겨웠다고 해도 과언이 아니다. 교차하는 차별의 사유는 새로운 사회적 배제를 만들어냈다.

아동기를 주목해야 하는 이유, 아동의 이익이 최우선으로 검토되어야 할 이유는 여기에 있다. 아동 중에서도 더 취약한 상황에 있을 아동들의 안전한 삶의 경로를 지켜내는 논의가 정부의 방역 정책에 있었다면, 또 다른 소수자들의 존재도 함께 떠올리고 고민할 수 있었을 것이다. 아동의 발달이 중요하다는 관점이 정책에 반영되었다면, 놀이터에 금지선을 감기보다는 더 넓은 놀이 환경을 확보하고, 교사 대 아동 비율을 축소하는 등의 선택도 가능했을 것이다. 그 공간은 아동만의 전유물이 아니라 동네

주민들을 위한 곳으로 활용될 수 있고, 교사와 돌봄 노동자의 건강과 안전을 더 높이는 길이기도 하다. 비행/항해 중 생명의 위기가 긴급한 상황에서 노인, 영유아, 장애인을 우선 구조하라는 사회적 약속, 그리고 구조의 규칙으로 승무원/선원과 영유아 등 노약자를 동반한 보호자가 먼저 구조장비를 장착해야 한다는 안내가 더 많은 이들의 생명을 지켜내기 위한 최선의 방법이듯 말이다.

4. 맺음말

코로나19 팬데믹 상황은 2023년 5월 5일 해제되었지만, 이때의 경험은 국경의 장벽 안에서 모든 일이 해결되거나 안전할 수 없다는 강렬한 교훈을 남겼다. 집단수용시설과 집단생활시설의 감염, 비정규노동자와 이주노동자의 감염, 가정에 떠맡겨진 돌봄 등 위험의 정도가 더 컸던 누군가의 하루하루가 이웃과 사회 전반에 영향을 미쳤다.

다만, 소수자의 인권 보장 정도를 진단하고 그에 부합하는 국가의 역할을 설정하기는 참 어렵다. 이들의 존재와 필요, 고난이 ‘보이지 않는, (혹은) 눈에 띄지 않는 것’이 가장 큰 이유이지 않을까. 신체적·정신적 장애가 없고, 언어적·사회적 소통 수단에 능숙한 성인이며, 관할 국가의 언어에 익숙한 내국인, 많은 경우에는 여성이 아닌 남성이 더 큰 권한을 가져온 사회에서 본인의 삶과 다른 세상을 살아가는 이들의 존재는 쉽게 간과되었다. 편안함을 추구하는 것이 인간의 본성이라면, 더 큰 기회와 성취를 욕망하는 과정에 나 아닌 이들을 떠올리기 쉽지 않은 탓도 있을 것이다. 소수자가 인권의 주체로서 인간다운 삶을 살기 위해서 어떠한 변화가 있어야 하는지, 논의의 과정과 결과의 발현은 그만큼 어렵고, 더 많은 이들의 의식과 동참이 필요한 과제이다.

그렇기에 인권의 ‘보편성(universality)’에 대한 이해가 절실히 필요한 시대이지 않을까 생각한다. 제각기 처한 환경은 다를 수 있지만, 누구나 꿈꾸고 행동할 기회를 기꺼이 누릴 수 있어야 한다는 가치 말이다. 나 아닌 이들은 ‘나’만큼 살아가고 있는가? 나는 ‘다른 이들’만큼 살고 있는가? 비교가 아니라, 차이를 인식하는 노력이고, 이를 위해서는 ‘인권’이 ‘나만의 것’이 아니라는 명확한 이해가 필요하다.

물론, 모든 사람에게 우호적인 태도를 당연히 기대할 수는 없으니, 이때에는 헌법적

가치의 해석이 중요하게 요구된다. 이미 헌법재판소가 일정한 ‘자유권적 기본권’의 경우 국민이 아닌 외국인도 기본권 주체성이 인정된다고 보았던 사례를 긍정적 예로 들 수 있다.

권리의 성격(유형)을 기준으로 본다면, 개인 사이에 발생하는 침해나 국가에 의한 침해로부터 개인을 보호하는 소극적 권리(negative rights)는 공권력의 행사를 감독하는 것으로 구현된다. 삼권분립의 원칙과 사법부의 일차적인 역할이 여기에 있다고 할 수 있다. 한편으로, 주거, 교육, 고용과 최저임금, 여가·문화 접근권, 보건 의료 및 기초 생활 수준, 각종 재난 상황에서 삶의 안전을 보장하는 프로그램 등의 적극적 권리(positive rights)는 국가의 적극적 개입으로 실현되는 영역이다. 인권의 보편성에 입각해 헌법과 국제인권규범, 법률의 취지를 해석하는 사법부의 역할은 경제적·사회적 권리의 측면에서 더욱 중요한 기능을 한다.

... 정의·인도와 동포애로써 민족의 단결을 공고히 하고, 모든 사회적 폐습과 불의를 타파하며, 자율과 조화를 바탕으로 자유민주적 기본질서를 더욱 확고히 하여 정치·경제·사회·문화의 모든 영역에 있어서 각인의 기회를 균등히 하고, 능력을 최고도로 발휘하게 하며, 자유와 권리에 따르는 책임과 의무를 완수하게 하여, 안으로는 국민생활의 균등한 향상을 기하고 밖으로는 항구적인 세계평화와 인류공영에 이바지함으로써 ...

(대한민국 헌법 전문)

헌법 전문에서도 언급된 ‘민족’이나 각 조항의 ‘국민’에 앞서, 정의·인도와 동포애, 사회적 폐습과 불의 타파, 자율과 조화의 존중, 각인의 기회균등 등을 선언한 “전문”의 의미를 현대사회에 맞게 재해석하는 작업은 앞으로 (굉장히 높은 확률로) 더 자주 다가올 재난에 대비하는 첫 번째 일이 되어야 할 것이다. 동포애는 인류애로, 국민은 관할권 내에 삶을 이어가는 사람들로 개념화하는 그런 시도 말이다.

특히 아동은 교육의 대상이 아니라 교육환경을 함께 만드는 존재이고, 가정에서 일방적인 돌봄의 대상이 아니라 관계 속에서 상호작용하는 주체이다. 사회 전반에 영향을 미치는 정치적 결정은 아동의 삶에도 직·간접적인 영향을 미친다. 재학 중인 내국인 학생들에게 교육지원비를 제공했던 교육청 결정은 학교밖, 가정밖, 또는 이주배경 상황의 더 어려운 여건에 있는 학생들의 교육접근권을 간과했고, 세대주에게 지급

된 지자체 재난지원금은 학대를 비롯해 여러 가지 이유로 가정밖 상황에 있는 청소년들의 생존을 더욱 위협했다. 고등학교 3학년의 등교를 먼저 재개했던 결정에는 아동의 사회화와 신체적 발달, 건강에 대한 필수적인 고려가 생략되었고, 생애 초기의 결정적인 발달에 연쇄적인 영향을 미쳤다. 아동이 존재하는 모든 상황적 판단에 아동인권을 가장 먼저 고려하는 의식적인 노력은 모든 사람의 인권을 조화롭게 보장하기 위한 길잡이가 될 수 있다.

누군가와 누군가의 권리 대립이 아니라, 권리주체자와 의무이행자의 상호작용에 잇따르는 무게를 설명하는 기준선이 헌법의 존재의의라고 믿는다. 법적인 해석은 정치적 책무를 촉진하는 데에도 매우 유용하다. 성인 중심의 틀을 넘어 아동을 적극적으로 포용하는 법리적 논의가 부단히 인권에 기반한 의식적 실천이어야 할 이유는 너무도 크다.

【종합토론】

의료 공공성과 사회적 배제

장 선 미*

두 분의 발표문을 통해 ‘코로나 19’라는 위기 극복이라는 공동체의 공익을 위한 조치가 이른바 ‘취약계층(the vulnerable)’에 대한 사회적 배제를 정당화할 수 없다는 점, 오히려 이러한 사회적 재난 상황에서 가중적 차별 내지 교차 차별을 경험할 수 있는 사회적 소수자 집단 구성원의 인권과 사회참여를 고려해야 한다는 점을 다시 한 번 생각해 볼 수 있었습니다. 두 분 발표자께 진심으로 감사드립니다.

의료 공공성의 헌법적 근거로서 헌법 제36조 제3항의 보건권

의료 공공성은 공적 기관에 의해 설립, 운영되는 병원의 소유주체에 대한 의미를 넘어, “수행하는 서비스가 기능적으로 다수를 대상으로 하는 보편적 서비스, 개인보다는 전체적인 편익을 위한 의료서비스”로서 “최소한의 인간적인 삶과 국민건강을 위해서는 보편적인 사회보험으로써 의료이용의 형평성을 갖”추는 것을 의미한다고 생각합니다.¹⁾

이러한 의료 공공성의 헌법적 근거 중 하나로 헌법 제36조제3항의 보건권을 들 수 있습니다.²⁾ 헌법 제36조제3항은 “모든 국민은 보건에 관하여 국가의 보호를 받는다.”고 규정하고 있으며, 헌법 문언은 “국가의 보호를 받는다.”라는 표현이지만, 이는 모

* 국회도서관

- 1) 직접 인용부분은 여영현김혜정(2018), “한국 보건의료의 제도적·운용적 특성과 공공성 연구”, 한국정책과학학회보 제22권 제1호, 54~55면.
- 2) 필자는 헌법 제36조제3항의 보건권 외에도 헌법 제10조제1문의 인간의 존엄, 같은 조 제2문의 국가의 기본권 보호의무, 인간다운 생활을 할 권리를 비롯한 헌법 제34조의 일련의 기본권, 열거되지 않은 기본권인 생명권 등이 의료 공공성의 헌법적 근거가 될 수 있다고 생각합니다.

든 국민의 기본적 인권으로서 보건권을 보장하고 있는 것으로 보아야 합니다. 헌법 제2장은 국민의 권리와 의무에 관한 장으로 제2장에 규정된 모든 기본적 인권들에 대하여 “자유를 가진다.” 또는 “권리를 가진다.”라고 규정하고 있지는 않습니다. 예컨대 헌법 제11조제1항제1문은 “모든 국민은 법 앞에 평등하다.”를 헌법상 기본적 인권으로서 “평등권”의 근거로 보는 견해가 많으며, 헌법 제30조의 범죄피해자구조청구권도 헌법상 기본적 인권이지만 헌법 규정에는 “구조를 받을 수 있다.”고 되어 있습니다. 이외에도 헌법에서 명문으로 규정하지 않는 기본적 인권도 인정될 수 있고, 권리나 자유라는 직접적 언명이 헌법에 없더라도 헌법상 기본적 인권으로 인정할 수 있습니다. 따라서 헌법 제2장과 동조항에 대한 체계적 해석을 통하여 국민의 보건에 관한 권리를 인정할 수 있습니다. 헌법재판소도 헌법 제36조제3항이 기본권으로서 보건권을 인정하는 전제에서 그 침해 여부를 판단하고 있습니다.³⁾

국민의 기본적인 인권인 보건권 보장을 위한 조치를 국가는 채택하여야 하고, 전체 의료시스템을 비롯하여 의료자원 관련 재정 운용과 자원의 분배 등 국가 의료체계의 설계와 운용 전반에서 모든 국민의 보건의 고려되어야 함은 물론입니다. 저는 헌법상 기본권인 보건권과 의료를 연결하여 본다면, ‘공공의료’의 의의나 의료의 공공성 논의 또한 실체적으로 좀 더 구체적 의미를 가질 수 있을 것이라 생각합니다.

저는 이러한 관점에서, 김명희센터장께서 말씀하신 바와 같이 국가가 “공공의료기관”의 양적 확대와 질적 역량 강화를 해야 하고, 다른 한편으로는 민간 부문의 상업화영리화 경향을 저지하고 보건의료 체계 전반의 공공성을 강화하여야 한다는 전체 발표의 취지에 전적으로 동의합니다. 특히 보건의료서비스 제공에서 민간부문의 비율이 압도적으로 높은 우리의 경우, 센터장님께서 발표문을 통해 말씀하신 바와 같이 어떤 방식으로 (민간) 의료기관들의 책무성과 민주적 통제를 강화하여 공공성을 확보할 것인지가 매우 중요한 부분이라고 생각합니다.

이와 관련하여 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조제3호의 국가나 지방자치단체 등

3) “... 이 사건과 가장 직접적이고 밀접한 관련이 있는 기본권은 헌법 제36조 제3항의 보건권이고, 청구인들이 주장하는 ‘생명·신체의 안전에 관한 권리’는 생명·신체의 안전을 보장받기 위하여 건강을 침해받지 아니하고 유지할 권리를 의미하는 것으로서 결국 보건권과 동일한 내용이므로 별도로 판단하지 아니한다. 또한 알권리와 자기결정권은 보건권의 실현을 위한 권리로서, 그 침해 여부 역시 보건권에 대하여 판단함으로써 함께 판단될 수 있는 내용이므로 따로 판단하지 아니한다. 따라서 이하에서는 보건권의 침해여부에 대해서만 판단한다.” 이상 헌재 2018. 5. 31. 2015헌마1181, 판례집 30-1하, 238, 250~251

이 설립운영하는 “공공보건의료기관”을 제외한, 민간 의료제공기관들에 대한 동조제4호의 “공공보건의료 수행기관”으로서의 역할 부여나 역할 수행에서의 공공성 확보를 위해 평소 생각하신 방안이 있으신지에 대한 센터장님의 고견을 요청드립니다.

또한 헌법상 보건권에 대한 국가의 보장 의무가 의료 관련 재정적 지원뿐만 아니라 이를 위한 의료체계의 마련 및 운용까지 아우르는 것이라면 발표문에서 다루신 보편적 의료보장(UHD)의 프레임의 한계를 극복할 수 있는 것은 아닌가라는 생각이 듭니다. 이에 대한 고견 또한 부탁드립니다.

인권의 보편성 보장을 위한 헌법재판소와 사법부의 역할

김희진변호사님께서 지적하신 바와 같이 코로나 19는 사회적 재난 상황에서 취약계층의 인권이 쉽게 위협받고, 이들에 대한 사회 내 차별이 더 심화된다는 것을 보여줬습니다. 코로나 19로 인한 최초 사망자가 말씀하신 청도대남병원에서 장기 입원치료를 받아왔던 정신과 폐쇄병동 환자였던 것은 우연이 아니라고 생각합니다.

‘위험사회’로 지칭되는 현대사회에서 사회적 위기는 자연재해, 질병, 예측불가능한 기술 등 다양한 요인을 통해 발생할 수 있습니다. 이러한 위기 상황에서도 인권의 보편성을 지켜내려면 일상에서의 인권의 보편성을 강화하는 것이 중요하고, 발표자께서 말씀하신 것처럼 “주거, 교육, 고용과 최저임금, 여가·문화 접근권, 보건 의료 및 기초 생활 수준, 각종 재난 상황에서 삶의 안전을 보장하는 프로그램 등의 적극적 권리(positive rights)는 국가의 적극적 개입으로 실현되는 영역”과 관련하여 이를 위하여 법률을 제정하는 입법부나 구체적 집행을 하는 행정부 뿐만 아니라, 변호사님께서 말씀하신 바와 같이 “인권의 보편성에 입각해 헌법과 국제인권규범, 법률의 취지를 해석하는 사법부의 역할”이나 헌법재판소의 역할 또한 매우 중요하다고 생각합니다.

이와 관련하여 국제인권규범상 보편적 인권 보장 강화를 위해 사법부나 헌법재판소가 나아가야 할 방향에 대한 변호사님의 제언이 있으시다면 공유해주시면 감사하겠습니다.

이상으로 부족한 토론을 마칩니다. 감사합니다.

【종합토론】

종합토론문

남 정 아*

무엇보다도 한국공법학회 사회적 재난과 보건안전법포럼에서 토론의 기회를 주신 이희정 대표님, 김태호 이사님 비롯한 집행부 임원님께 깊은 감사의 말씀을 드립니다.

아울러 코로나19를 통해 의료의 공공성 및 재난과 소수자 인권에 대해 소중한 연구를 통하여 많은 배움을 얻게 해주신 김영희 센터장님과 김희진 연구원님께도 감사드립니다.

코로나 팬데믹으로 인한 사회 경제적 변화는 디지털 환경의 급속한 변화를 야기하고, 비대면 산업이 활성화되면서 인공지능 기술의 활용이 더욱 가속화 되었으며, 빅데이터, 인공지능 등 관련 사업의 발달과 확장으로 우리 사회는 디지털 대전환기의 시기에 진입하였습니다. 아울러 향후 코로나와 같은 전 세계적인 감염병 공중보건 위기사황에 대응하기 위한 바이오 기술의 필요성을 깨달았습니다. 또한 저출산, 초고령화로 인한 인구문제, 기후 문제, 에너지 문제, 지역 불균형 문제 등 시대적 문제를 해결하기 위한 국가의 역할과 대응이 매우 강조되는 현시점에서 공공 의료성과 인권에 관한 공법상 다양한 논의가 이루어지고 있어 발제자님들의 시의적절한 연구를 통해 많이 배울 수 있었습니다. 발제문의 내용에 전적으로 공감하며 큰 틀에서 개인적으로 궁금한 점을 여쭙는 것으로 토론에 갈음하겠습니다.

김영희 센터장님께서서는 공공보건의료의 개념 정립부터 공공의료기관 현황에 대한 세밀한 분석을 통하여 코로나 19에서 드러난 의료 대응과 공공의료의 문제점을 지적하고 있습니다. 아울러 현 정부에서 추진하는 필수의료보장제도에 대하여 언급하시며

* 목포대학교 법학과 교수

이는 “기존의 UHC 개념이 가진 한계를 고스란히 재현하는 것이라 말할 수 있다”고 하셨습니다. 일응 공감할 수 있고 발제자의 생각에 동의합니다. 무엇보다도 의료복지에서 환자의 권리보호 및 확대가 가장 중요한 부분이라고 생각하는데 향후 코로나19와 같은 팬데믹이 발생할 우려 속에서 지금의 의료체계로는 국민의 생명, 건강과 안전을 지키는데 한계가 있고, 패러다임의 변화는 피할 수 없을 것입니다. 이에 적어도 국민의 건강권(보건권)과 의료자기결정권 보장을 위해서 국민 스스로 본인이 원하는 의료서비스를 선택할 수 있어야 할 것입니다. 이에 디지털 헬스케어의 개발 및 발전은 필수적이며 이는 특정한 개인 또는 단체가 아닌 모든 국민이 양질의 의료서비스 혜택을 받기 위해서는 국민의 입장과 편의를 고려해야 합니다. 이러한 디지털 헬스케어의 일환으로 현재 비대면 의료 및 원격의료 서비스가 시행되고 있는데 법적·윤리적 문제가 야기 될 수 있음을 고려하지 않을 수 없습니다. 따라서 비대면 의료 및 원격의료 서비스 기술활용의 전반에서 발생할 수 있는 문제를 규율함에 있어 고려해야 할 부분과 지속가능한 발전 방향에 대한 발제자님의 견해를 여쭙고자 합니다.

다음으로 김진희 변호사님 발제를 통해 코로나 19를 겪으며 재난과 소수자의 인권에 대해 넓고도 깊게 다루고 있어 특히 아동·청소년에 대해 많은 공부가 되었습니다. 발제문에서도 자세히 언급하고 있듯이 코로나19 재난 상황이 아동·청소년의 성장 발달에 미친 영향을 일상 변화, 교육격차, 돌봄 공백, 심리·정서 등의 측면에서 자세히 알 수 있었습니다. 교육 부분에서는 학교와 학원이 폐쇄되어 가정 내 머무는 시간이 길어지면서 규칙적인 생활 리듬의 붕괴, 인터넷과 휴대폰 사용 증가, 여가 활동의 제약을 초래하고 교육의 질 저하 현상이 나타났습니다. 온라인 수업의 한계로 이주민 및 지역에 따른 격차로 인해 가정 내 돌봄과 교육환경이 취약한 가정 자녀의 교육격차가 심화 되었습니다. 또한 보호자의 돌봄 공백과 방임, 결식 문제 등 기본적인 생존권 침해 사례가 발생하였습니다. 재난 상황은 똑같이 왔지만, 가정의 경제적 상황과 부모의 사회경제적 지위에 따라 아동·청소년의 기본권과 삶의 질에는 차이가 존재할 수 있는 것에 씩씩함을 감출 수 없었습니다.

교육에 관한 문제들은 다시 등교하며 자연스레 해소되었으나, 부모와의 소통 단절, 또래와의 관계 단절, 장기적인 무기력함과 우울함 등의 정서 문제 등은 여전히 해결해야 할 과제인데 이에 대한 언급은 부족하여 발제자님의 보충 의견을 듣고 싶습니다.

다.

아동기를 주목해야 하는 이유, 아동의 이익이 최우선으로 검토되어야 할 이유는 여기에 있다. 아동 중에서도 더 취약한 상황에 있을 아동들의 안전한 삶의 경로를 지켜내는 논의가 정부의 방역 정책에 있었다면, 또 다른 소수자들의 존재도 함께 떠올리고 고민할 수 있었을 것이다. 아동의 발달이 중요하다는 관점이 정책에 반영되었다면, 놀이터에 금지선을 감기보다는 더 넓은 놀이 환경을 확보하고, 교사 대 아동 비율을 축소하는 등의 선택도 가능했을 것이다. 그 공간은 아동만의 전유물이 아니라 동네 주민들을 위한 곳으로 활용될 수 있고, 교사와 돌봄 노동자의 건강과 안전을 더 높이는 길이기도 하다.

밑줄에 언급하신 내용에 전적으로 동의하며 앞으로 개인의 사회·경제적 특성을 고려하여 코로나19가 아동·청소년의 성장과 발달에 미친 영향을 하위집단별 경험과 실태를 바탕으로 다각적으로 분석하는 연구가 필요하다고 생각합니다. 이에 대공황, 재연재해, 빈곤, 감염병과 같은 재난이 미치는 영향에 대해 장기간 연구하는 외국 사례에 비추어 코로나19가 아동·청소년에게 미친 영향 및 정부정책과 제도의 방향성 등을 다룬 비교법적인 사례는 없는지 여쭙고자 합니다.

일반 국민은 스스로 안전의식을 함양하기 어렵고 위험 대처능력을 습득하지 못하고 경우가 대부분이기 때문에 국가의 위기관리능력에 전적으로 의존하게 된다. 따라서 국민 스스로 안전의식 및 안전행동을 습득하고 국민 스스로 재난상황에 대한 관리 및 안전 추구 및 권리보장의 노력을 최선으로 하도록 각 분야에서 제도화 할 필요가 있다는 점을 강조드리며 두서 없는 토론을 마치겠습니다. 감사합니다.

【종합토론】

종합토론문

소 은 영*

토론의 기회를 주신 한국공법학회 사회적 재난과 보건안전법포럼 및 헌법재판연구원
원에 감사드립니다.

코로나19라는 신종 감염병의 출현은 한국 사회뿐만 아니라 전 세계적으로 팬데믹의
시대를 경험하게 하였습니다. 지난 3-4년간 팬데믹에 대한 대응은 어떻게 평가할 수
있는지, 향후 예상하지 못했던 신종 감염병이나 보건의료적 재난상황에 어떻게 대비
하고 대응하여야 하는지 점검하는 일은 매우 중요하다고 생각합니다. 두 편의 발제문
은 코로나19의 경험으로 얻은 공공보건의료의 역할에 대한 성찰과, 팬데믹이 소수자
인권 특히 아동인권에 끼친 영향에 대하여 점검하고 있습니다. 공공보건의료와 아동
인권에 관한 연구를 지속해 오신 발표자 두 분의 발제문을 통하여 공표되는 정책의
이면을 들여다볼 수 있었고, 공공보건의료의 충실화 및 소수자 인권의 보장은 비상상
황에 대한 대응의 고려요소가 아니라 보편적 인권 보장과 증진을 위한 것임을 다시
확인할 수 있는 계기가 되었습니다.

두 편의 발제문을 읽으면서 들었던 생각을 말씀드리는 것으로 토론을 갈음하도록
하겠습니다.

의료의 공공성 강화 및 제도화에 관한 의견

발표문(4면 이하)에서도 잘 지적되어 있듯이, 법률상 공공보건의료의 정의는 의료취
약지역이나 계층 등을 위한 수단으로 정의되고 있는 것으로 보입니다. ‘공공보건의료
에 관한 법률’ 제2조 제1호에서는 ‘공공보건의료’를 정의하면서 그 주체를 국가, 지자

* 헌법재판연구원 책임연구원

체 및 보건의료기관으로 포괄적이고, 그 내용도 국민의 보편적인 의료 이용의 보장 및 건강 보호·증진으로 폭넓게 규정하고 있습니다. 반면, 제2호의 ‘공공보건의료사업’은 의료취약지역과 계층을 위한 사업, 감염병이나 재난 등 국가나 지자체의 관리 필요성이 있는 사업으로 정의하고 있어, 공공보건의료 중 아주 일부분의 내용을 공공보건의료 사업으로 정의하고 있습니다. 이는 2012. 2. 1. 동 법률의 전부개정¹⁾ 이유에서 설명하고 있듯이, 개정 전에는 공공보건의료기관만 공공보건医료를 수행하도록 하였던 것에서, 지정된 민간의료기관에서도 공공보건医료를 수행할 수 있도록 하기 위함이었습니다. 즉, 한국에서 공공보건의료의 의미는 줄곧 의료취약계층에 대한 대응 등 협소한 범위에 그쳐 왔다고 할 수 있습니다.

이러한 상황에서 코로나19는 의료의 공공성을 절감하게 하는 중요한 계기였습니다. 공공보건의료기관이 코로나19 대응 과정에서 의료취약계층 진료에 배분되던 인적·물적 자원까지 동원하였음에도, 그 후 공공보건의료사업의 수행에도 지장을 받고 공공의료 강화로 이어지지 못하는 상황입니다(발제문 20-21면). 공공의료기관에서 병상을 마련하면서, 흡리스, HIV 감염인, 장애인, 이주민 등 민간의료체계에서 배제되었던 사람들에 대한 의료 공백이 발생하게 되었습니다. (이 내용은 제2발표문에서 자세히 다루고 있습니다.) 그런데 코로나19를 계기로 공공의료가 확충되기는커녕, 지원 예산이 삭감되고 코로나19 당시 소진된 의료진들이 병원을 떠나고 환자들도 돌아오지 않고 있어, 공공의료의 정상화는 매우 어려운 상황인 것으로 보입니다. 그 사이 중증 의료 인력 부족과 지역 의료 공백이 시급한 사회 현안으로 대두했습니다. 공공병원의 존재 이유는 반드시 필요한 사람이나 분야의 진료, 재난 및 감염병 등에 대한 대응 등이 들면 소방서와 같이 없어서는 안 되는 필수적인 것인데 경영상의 이유(및 수요자의 외면 등?)로 존폐 여부가 논의되고 있다는 것입니다. 향후 인구의 고령화로 인해 의료비는 계속 증가할 것이라고 예상되는 상황에서, 지금의 공공보건의료체계를 포함한 의료체계가 앞으로 다가올 미래를 감당할 수 있을지 의문입니다.

이에 대하여 발제문 21면 이하의 대응 방향에 관한 발표자의 견해에 충분히 공감됩니다. 공공의료 담론 활성화와 개념의 재정립이 정부의 재정 투입의 방향을 설정하는 역할을 할 것으로 기대합니다. 그러나 한편으로는 결국 정부가 얼마나 재정을 투입할 것인지, 어디에 재정을 투입할 것인지에 따라 공공보건의료체계 운영의 모습이

¹⁾ 2012. 2. 1. 법률 제11247호로 전부개정, 2013. 2. 2. 시행

결정될 것입니다. 이러한 상황에서 지역의료체계의 확충이라는 양적·가시적 과제 외에, “공적으로 제공되고 관리운영되는 보건의료”가 갖추어야 할 내용에 꼭 포함되는 것으로는 무엇이 있을지 발표자의 의견을 여쭙보고 싶습니다.

재난과 아동인권에 관한 의견

앞서 공공보건의료 영역에서도 ‘K-방역’이라 자화자찬했던 코로나19의 대응은 그 이면에 의료취약계층의 배제와 노동자로서 의료인의 소진 등 인권 담론을 내포하고 있다는 점을 알 수 있었습니다. 코로나19 사태는 한국 사회에 여러 질문을 던졌는데, 그에 대하여 충분히 성찰할 시간을 갖지 못했던 것 같습니다. 추적, 검사, 치료로 이어지는 방역정책은 일정한 성과를 거두었지만, 방역정책과 동시에 불평등한 사회적 조건을 개선하고, 공공성을 확장해나가며 사회를 전환하고자 하는 노력은 코로나19 초기의 불안과 공포가 어느 정도 사라진 상황에서도 크게 달라지지 않았던 것으로 평가됩니다.

방역정책은 재난의 확산을 막기 위해서도 필요하지만 그 내용적 측면에서 생존을 위협받는 사람이 누구인지, 학교나 (공공)병원 등이 멈추면 그 공백을 어떻게 메울 것인지에 대한 질문이 충분히 이루어지지 않았습니다. 감염병에 대한 대응이 최우선적으로 고려되어야 하는 상황이라 하더라도, 생존을 위한 권리의 주장이 이기적인 것으로 치부되는 등 권리에 대한 감각이 둔화되는 시기였다고도 할 수 있겠습니다.

아동에 대한 코로나19 대응은, 발제문에서도 지적하였듯이 성장기에 있는 아동의 특성이나 아동이 처한 상황에 대한 고려가 충분히 이루어지지 않았습니다. 빈곤, 장애, 이주배경, 한부모 가정, 시설거주아동 등 소수자성이 교차하는 경우 아동이 겪는 코로나19의 영향은 더 컸던 것으로 알려져 있습니다. 또한, 아동에 대한 코로나19 대책은 아동의 ‘권리’나 ‘독립적 인격체’로서의 아동을 상정하였다기보다는, 아동을 ‘보호의 객체’로 파악하였던 것으로 생각됩니다. 영유아의 경우 특히 방역에 대한 민감성이 높아 외출을 장기간 꺼리거나 아동에게 정확한 정보를 제공하지 않고 무조건 조심을 강조하는 것이 보호자의 역할인 것처럼 인식되었던 것도 사실입니다. 따라서 아동의 관점에서 어른들이 먼저 의견을 물어보거나 함께 의사 결정을 내리는 태도는 상대적으로 부족하였던 것으로 보입니다.) 코로나19 사태는 공식적으로 종료되었지만, 신

체·언어 발달, 또래 집단과의 관계 형성, 학업, 여가시간의 사용, 식습관과 신체활동, 다양한 감정과 심리 상태 등 여러 가지 영역에서 아동의 성장·발달에 끼친 영향은 앞으로도 장기간의 연구가 필요하다고 생각합니다.

2) 세이브더칠드런, 코비드19가 아동에게 미치는 영향(글로벌 서베이 한국 결과 보고서). 2020. 10. 28.