

# 이주민에게 차별적인 국제수가 폐지를 위한 토론회

2026. **4. 23.(목)** 오후 2시  
국회 의원회관 제 6간담회실

**진행**

경기이주평등연대 **박희은 집행위원장** / (사)공감직업환경의학센터 정책국장

**1부**

참석자 소개  
공동주최단위 인사말

**2부**

## 토론회

**좌장** **나백주 교수** / 을지대 의과대학 교수, 건강세상네트워크 공동대표

**발제** **사례로 보는 국제수가의 문제 및 이주민 건강권의 현실**  
(사)공감직업환경의학센터 김정수 이사장

- 토론**
- ① **해외사례로 보는 국립대병원의 국제수가 적용의 문제**  
창원경상국립대병원 김영수 교수
  - ② **노동조합에서 바라 본 국제수가의 문제**  
공공운수노조 의료연대본부 배동산 사무국장
  - ③ **국제수가 제도 개선방안 및 보건복지부의 역할 제언**  
이주와인권연구소 이한숙 소장
  - ④ **보편적 권리로서의 이주민 건강권**  
국가인권위원회 권도연 이주인권팀장
  - ⑤ **국제수가에 대한 보건복지부 의견**  
보건복지부 공공의료과 정기모 사무관

**공동주최 :** 김남희 국회의원, 김윤 국회의원, 서영석 국회의원, 차지호 국회의원, 차별없는 이주민건강권연대 ((사)공감직업환경의학센터, 공익인권법재단 공감, 건강세상네트워크, 보건의료단체연합, 이주와인권연구소, 한국노동안전보건연구소, 이주노동자평등연대, 경기이주평등연대, 사람이왔다\_이주노동자차별철폐네트워크, 금속노조대구지부 성서공단지역지회, 울산이주민센터, 이주민과함께, 이주민통번역협동조합 링크, 이주민 건강권실현을위한 동행, 전남이주노동자인권네트워크, 화성외국인보호소방문시민모임 마중, 창원경상국립대 병원 김영수 교수, 노동권연구소 제갈현숙 연구위원, 재단법인 동천 권영실 변호사), 공공운수노조 의료연대 본부, 보건의료노조, 의료민영화저지와무상의료실현을위한운동본부, 인도주의실천의사협의회, 한국이주민 건강협회 위프렌즈

**문의 :** 경기이주평등연대 **박희은 집행위원장** / (사)공감직업환경의학센터 정책국장 (010-3555-7121)



## 인사말 김남희 국회의원

안녕하십니까. 국회 보건복지위원회 소속 광명을 국회의  
원 김남희입니다.

우리 사회의 의료 사각지대에 놓인 이주민들의 건강권 실  
태를 조명하고, 합리적인 제도개선 방향을 논의하는 유익  
한 자리에 함께하게 되어 매우 뜻깊게 생각합니다.



먼저, 국제수가의 문제와 이주민 건강권의 현실을 주제로  
토론회를 마련해주신 ‘차별없는 이주민건강권연대’ 를 비롯하여 뜻을 모아주신  
단체 관계자 여러분께 깊은 감사의 말씀을 드립니다. 아울러 함께 공동주최해주신  
김윤 의원님, 서영석 의원님, 차지호 의원님께도 깊이 감사드립니다.

현재 국내 주요 의료기관들은 의료 목적으로 한국을 방문하는 외국인 환자들을 대  
상으로, 병원 자체적으로 산정한 이른바 ‘국제수가’ 라는 높은 비용을 청구하고  
있습니다.

그러나 국제수가라는 것에 대한 명확한 법적 기준이 없어, 원래 취지와 다르게 미  
등록 이주민에게까지 무분별하게 비용이 적용되고 있습니다. 일부 의료기관이 재량  
이라는 명목으로 건강보험 수가의 수배에 달하는 감당하기 힘든 의료비를 청구하  
면서, 의료 취약계층인 이주민의 건강권이 위협받고 있습니다.

국회 보건복지위원으로서 제도의 공백을 무겁게 받아들입니다. 오늘 현장의 고견을  
경청하여 보다 합리적인 대안을 모색해 나가겠습니다.

오늘 토론회 개최를 다시 한번 축하드리며, 현장의 사례를 생생하게 전달해주신 발  
제자, 토론자 여러분께도 감사의 말씀을 전합니다.  
감사합니다.

## 인사말 김윤 국회의원



안녕하십니까. 국회 보건복지위원회 소속 더불어민주당 국회의원 김윤입니다.

「이주민에게 차별적인 국제수가 폐지를 위한 토론회」를 개최하게 되어 매우 뜻깊게 생각합니다. 행사 준비를 위해 애써주신 김남희 의원님, 서영석 의원님, 차지호 의원님, 그리고 차별없는 이주민건강권연대 관계자 여러분께 깊이 감사드립니다. 아울러 귀한 발제와 토론을 맡아주신 전문가 여러분께도 깊은 존경을 표합니다.

최근 급성심근경색으로 수술을 받은 한 미등록 이주민 환자에게 5천만 원이 넘는 병원비가 청구된 가슴 아픈 일이 있었습니다. 의료기관에서 ‘국제수가’를 적용했기 때문입니다. 환자가 도저히 감당하기 어려운 수준의 의료비가 발생한 이 사례는, 우리 사회의 일원으로 함께 살아가고 있는 이주민들의 건강권이 여전히 사각지대에 놓여 있음을 보여줍니다.

국제수가는 본래 의료관광을 목적으로 입국한 외국인을 대상으로 병원이 영리 목적에서 부과하는 일종의 특별수가입니다. 그러나 수년째 우리 곁에서 땀 흘리며 살아가는 이들에게까지 이를 적용하는 것은 제도의 취지와 거리가 있습니다. 특히 국제수가는 건강보험 수가와 비교해 최소 2배에서 많게는 10배 이상에 달하는 수준으로, 결과적으로 이주민들이 아파도 치료 자체를 포기하게 만드는 무거운 짐이 되고 있습니다.

국제수가 적용에 대한 기준이 분명하지 않은 점도 짚어보아야 할 부분입니다. 실제로 같은 의과대학 소속의 병원이라 할지라도 지역에 따라 동일한 환자의 동일한 상병에 대해 완전히 다른 수가를 적용한 사례도 있었습니다. 이주민이 다수 거주하는 지역의 종합병원에서는 일반수거나 건강보험 100%를 적용한 반면, 다른 병원에서는 국제수가를 적용했습니다. 이는 국제수가 적용이 재정상 불가피한 선택이 아니라, 의료기관의 자의적 판단에 좌우되고 있음을 보여줍니다.

건강과 생명은 누구에게나 보장되어야 할 가장 기본적인 권리입니다. 그렇기에 오늘 토론회가 갖는 의미는 매우 큽니다. 이 자리가 이주민 건강권 보장을 가로막는 구조적 장벽을 점검하고, 국제수가 적용의 원칙과 기준을 되짚어보는 뜻깊은 출발점이 되기를 기대합니다.

저 역시 국회 보건복지위원회 위원으로서 질병 앞에서 국적과 신분에 따른 차별이 발생하지 않도록 관련 법과 제도를 정비하는 데 지속적인 관심과 노력을 기울이겠습니다.

감사합니다.

## 인사말 서영석 국회의원



존경하는 내외 귀빈 여러분, 반갑습니다.

국회 보건복지위원회 소속, 더불어민주당 부천시(갑) 국회의원 ‘국민비타민’ 서영석입니다.

<이주민에게 차별적인 국제수가 폐지를 위한 토론회>의 뜻깊은 개최를 진심으로 축하드립니다. 바쁜 의정 활동 속에서도 함께 뜻을 모아주신 김남희·김윤·차지호 의원님과 시민사회단체 관계자 여러분, 그리고 발제와 토론으로 현장의 절박한 목소리를 들려주실 각계 전문가 여러분께 깊은 존경과 감사의 말씀을 드립니다.

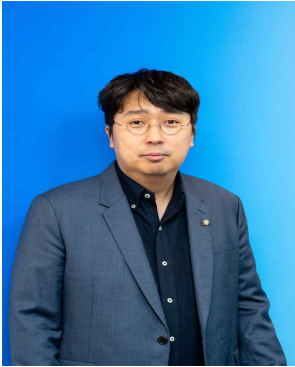
의료해외진출법은 본래 외국인 환자 유치와 국내 의료서비스의 국제 경쟁력 강화를 위해 도입되었습니다. 그러나 현행 제도는 우리 사회 안에서 함께 살아가고 있는 미등록 이주민들을 빛 한 점 없는 의료보장의 사각지대로 밀어내는 결과를 낳았습니다. 미등록 이주민들은 출입국관리법상 등록되어 있지 않다는 이유만으로 사실상 의료보장에서 배제된 채, 건강보험 수가의 3배에서 많게는 5배에 이르는 높은 국제수가를 부담하고 있습니다. 이에 치료 자체를 포기하거나 극심한 경제적 부담에 시달리며 고통받는 사례가 속출하고 있습니다. 특히 산모, 아동, 중증질환자와 같이 취약한 상황에 놓인 이들에게 이 같은 의료 불평등은 단순 의료비 부담의 차원을 넘어, 마땅히 누려야 할 기본적인 건강권조차 가로막는 거대한 구조적 차별이 되고 있습니다.

누구도 건강을 담보로 삶의 벼랑 끝에 내몰리지 않도록, 우리 사회 전체의 연대와 결단이 반드시 필요한 시점입니다. 오늘 토론회는 우리 공동체가 지향해야 할 보편적 인권과 공공성의 가치에 정면으로 배치되는 차별적 국제수가의 실태와 제도적 허점을 짚고, 이를 개선하기 위한 사회적·정책적 공감대를 넓히는 뜻깊은 자리가 될 것입니다. 나아가 치료받을 권리가 체류 자격이나 등록 여부에 따라 좌우되지 않도록 보편적 의료보장의 원칙을 바로 세우고, 차별 없는 건강권 실현을 위한 사회적 책임과 실질적인 대안들을 함께 모색하는 소중한 계기가 되기를 바랍니다.

다시 한번 <이주민에게 차별적인 국제수가 폐지를 위한 토론회>의 개최를 진심으로 축하드리며, 귀한 자리에 함께해 주신 모든 분의 건강과 평안을 기원합니다.

감사합니다.

## 인사말 차지호 국회의원



반갑습니다.

더불어민주당 경기 오산시 국회의원 차지호입니다.

바쁘신 와중에도 「이주민에게 차별적인 국제수가 폐지를 위한 토론회」에 함께해주신 여러분을 진심으로 환영합니다.

오늘 이 뜻깊은 자리를 위해 힘써주신 의원님들과 관계자 여러분께 깊이 감사드립니다.

아울러 좌장을 맡아주신 나백주 을지대 의과대학 교수님, 발제와 토론을 맡아주신 전문가 여러분께도 감사와 존경의 인사를 드립니다.

지금 사회는 다양한 국적과 배경을 가진 이웃들과 함께 살아가는 다문화 공동체로 빠르게 변화하고 있습니다. 그러나 우리의 의료제도는 여전히 ‘누구를 기준으로 설계되어 있는가’라는 질문에 충분히 답하지 못하고 있습니다.

제도의 바깥에 놓인 사람들에게 의료는 선택이 아니라 감당해야 할 비용이 되고, 그 순간 의료는 권리가 아니라 조건이 되어버립니다.

의료 영역에서의 제도적 공백은 가장 취약한 위치에 있는 이들에게 먼저, 그리고 더 날카롭게 영향을 미치고 있습니다.

국제수가와 같은 구조는 이러한 문제를 더욱 분명하게 드러냅니다.

같은 치료임에도 누구에게는 표준이 되고, 누구에게는 더 높은 장벽이 되는 현실은 단순한 제도의 차이가 아니라 우리가 어떤 사회를 지향하는가에 대한 질문으로 이어집니다.

저 역시 제도의 경계 밖에 놓인 사람들이 적절한 치료를 받지 못하는 상황이 얼마나 빈번하게 발생하는지 확인해왔습니다. 의료 접근이 개인의 상황이 아니라 제도

의 설계에 의해 좌우될 때, 그 결과는 결코 가볍지 않습니다.

건강은 누구에게나 보장되어야 할 기본적인 권리입니다. 국적이나 체류 자격을 이유로 차별이 발생해서는 안 됩니다.

이러한 시점에서 오늘 토론회는 단순히 제도의 일부를 조정하는 논의를 넘어 우리 사회가 지향해야 할 기본 원칙을 다시 확인하는 자리라는 점에서 더욱 뜻깊다고 생각합니다.

오늘 논의를 통해 국제수가 제도의 문제를 다양한 시각에서 짚어보고, 실질적인 개선 방안으로 이어지길 기대합니다.

저 또한 국회에서 오늘의 논의가 실질적인 변화로 이어질 수 있도록 필요한 역할을 다하겠습니다.

다시 한번 참석해주신 모든 분들께 감사드리며,  
여러분들의 고견을 기대합니다.

감사합니다.

## 인사말 박경득 민주노총 공공운수노조 의료연대 본부장



이주민 건강권을 위한 토론회를 위해 애써주신 모든 분들께 감사드립니다.

국제수가는 십수년 전부터 의료현장에서 점차적으로 도입되었습니다. 중동 부유한 국가들이 자국의 환자들을 한국의 병원으로 보내면서 치료비와 체류비 전액을 국가가 부담하고, 병원은 환자 당사자 뿐 아니라 함께 온 가족 모두에게 최고급 서비스를 제공합니다. 급식부서는 맞춤형 할랄식을 준비하고, 국제진료센터에서는 진료 일정 뿐 아니라 숙소까지 연계해 줍니다. 진료 일정을 함께 수행하는 통역사가 모든 일정에 어려움 없도록 돕습니다. 외국인 환자 유치와 의료관광을 목적으로 시작되어 노동조합의 저항도 있었지만, 자국에서 받기 어려운 수술을 받고 호전되어 밝은 표정으로 귀국하는 환자들을 보며 보람을 느끼기도 했습니다.

이런 일이 가능한 이유는 중동에서 오는 환자 개인이 부유해서가 아니라 국가가 책임지기 때문입니다. 그런데 우리나라에서 거주하는 이주민의 상황은 어떻습니까? 경제적으로 어려운 상황에 처해있으면서도 보건의료의 사각지대에서 방치되고 있습니다. 극과 극의 상황입니다. 단기 체류 의료관광이나 국가가 모든 비용을 부담하는 진료 의뢰와, 한국에서 함께 살아가는 이주민의 의료 접근 문제는 분명히 구분되어야 합니다.

한국사회의 구성원은 계속 변하고 있습니다. ‘국민’이라는 경계는 의료에서는 별로 의미가 없습니다. 제가 일하는 병원에서 입원환자가 옴에 감염된 일이 있었습니다. 그 환자를 담당한 의료진에게 예방적으로 음약을 처방하였는데 딱 한명, 환자와 가장 밀접하게 접촉한 간병인은 제외되었습니다. 병원 직원이 아니었기 때문입니다. 이런 방법으로 옴을 치료할 수 있겠습니까?

함께 사는 공동체에서 몇 명을 빼놓고 나머지만 건강하겠다는 것은 달성할 수 없는 목표입니다. 그것이 건강의 본질입니다. 인권의 관점에서, 과학(의학)의 원리

에서도, 사회의 지속가능성 측면에서도 마찬가지입니다. 현장에서 일하는 병원노동자들은 환자의 국적이 아니라 상태에 따라 치료가 이루어져야 한다는 점을 누구보다 잘 알고 있습니다. 국제수가 문제는 이주민만의 문제가 아니라, 공공의료의 방향과 원칙을 묻는 문제이기도 합니다. 우리가 말하는 건강권에는 ‘모두의’ 라는 말이 생략되어 있습니다. 굳이 말하지 않아도 당연하기 때문입니다. 이 당연한 가치를 지키기 위한 투쟁에 오늘의 토론회가 밑거름이 되기를 희망합니다. 의료연대본부도 함께하겠습니다.

## 인사말 최희선 민주노총 전국보건의료산업노동조합 위원장



안녕하십니까. 전국보건의료산업노동조합 위원장 최희선입니다.

국제수기는 건강보험이 적용되지 않는 이주민에게 내국인 수가의 수배에 달하는 의료비를 부과하는 제도입니다. 한국 사회에서 함께 일하고 세금을 내며 생활하는 이웃에게, 아파다는 이유만으로 감당하기 어려운 경제적 부담을 지우는 차별적 구조입니다. 아프면 누구나 치료받을 수 있어야 한다는 보편적 원칙이, 이주민 앞에서는 높은 경제적 장벽으로 가로막히고 있습니다. 치료를 포기하거나 병을 키운 뒤에야 응급실을 찾는 이주민의 현실은, 우리가 의료의 공공성 강화를 이야기할 때 결코 외면해서는 안 되는 사각지대입니다.

국제수가 유지의 근거로 건강보험 재정 부담이 자주 거론됩니다. 그러나 사실은 다릅니다. 외국인 건강보험 가입자 전체는 최근 7년간 3조 원이 넘는 누적 흑자를 기여해왔습니다. 일자리를 찾아 입국하는 이주민의 대다수는 보험료를 성실히 납부하는 청장년층이며, 의료비 지출이 집중되는 노년층과는 인구구조 자체가 다릅니다. 이는 독일, 영국 등 해외 연구에서도 일관되게 확인되는 사실입니다. 일부 제도적 허점을 악용하는 사례가 있다면 그것은 별도로 엄정히 다루어야 할 문제이지, 이주민 전체의 의료접근권을 제한하는 근거가 될 수는 없습니다. 재정 부담을 이유로 이주민의 건강권을 제한하는 논리는 데이터 앞에서 설득력을 잃습니다.

보건의료노조는 병상 곁에서 환자를 직접 돌보는 노동자들의 조직입니다. 치료받지 못한 채 악화된 환자를 마주하는 것은 보건의료노동자에게도 고통입니다. 이것은 이주민 개인의 문제가 아니라 우리 의료체계 전체의 문제이며, 노동과 의료와 인권이 교차하는 지점의 문제입니다.

중요한 것은 방향입니다. 국제수가 폐지는 이주민의 건강보험 적용 확대와 함께 논의되어야 하며, 재정의 지속가능성과 제도적 책임성을 함께 갖추는 방식으로 설계가 가능합니다. 시민, 노동, 자본, 국가 모두가 응분의 책임을 나누는 의료체계, 그것이 보건의료

노조가 지향하는 공공성입니다.

오늘 토론회가 현장의 실태를 생생하게 드러내고, 국제수가 폐지와 이주민 건강권 보장을 위한 실질적 제도 전환의 물꼬를 트는 의미 있는 자리가 되길 바랍니다.  
감사합니다.

## 인사말 김미정 인도주의실천의사협의회 공동대표



의료라는 보편적 권리 앞에 국경은 없어야 합니다.

안녕하세요. 인도주의실천의사협의회 공동대표 김미정입니다. 오늘 이 자리는 우리가 그동안 ‘의료 관광’이라는 이름 아래 당연하게 받아들여 온 ‘국제수가’의 문제점을 차분히 들여다보기 위해 마련되었습니다.

우리 의료법은 내국인에게 영리 행위를 엄격히 금지하고 있습니다. 의료는 돈벌이 수단이 되어서는 안 된다는 사회적 약속이 있기 때문입니다. 하지만 2009년 의료법이 개정되면서 외국인 환자에 한해 유치와 영리 행위가 허용되었습니다. 그 결과 한국 의료의 위상이 높아지고 병원의 수익도 늘어난 것은 사실입니다.

하지만 우리가 매출이라는 숫자에 집중하는 동안, 그늘에 가려진 환자들이 있습니다. 내국인보다 몇 배나 높은 ‘국제수가’라는 벽 앞에서 치료를 포기해야 하는 형편이 어려운 외국인 환자들입니다. 중증질환에 걸린 그들에게 국제수가는 넘을 수 없는 절벽과도 같습니다.

의료는 국적이나 경제적 형편과 상관없이 누구나 누려야 할 보편적 권리입니다. 이것은 세계적으로 합의된 규범이자 의료인으로서 우리가 지켜야 할 기본 가치입니다. 돈을 더 벌기 위해 누군가에게 더 높은 가격표를 붙이는 행위가 과연 우리 의료계가 지향해야 할 미래인지 되묻지 않을 수 없습니다.

수익을 쫓는 영리적인 시선에서 벗어나, 아픈 사람을 차별 없이 대하는 의료의 본질로 돌아갔으면 합니다. 국제수가라는 장벽을 허무는 것은 단순히 비용의 문제를 넘어, 우리 의료의 공공성과 인도주의적 가치를 바로 세우는 길입니다. 모든 이가 국적에 상관없이 적절한 비용으로 평등하게 치료받을 수 있는 환경을 만드는 데 지혜를 모아주시길 부탁드립니다.

## 인사말 김미선 한국이주민건강협회 위프렌즈 상임이사

안녕하십니까?

오늘 ‘이주민에게 차별적인 국제수가 폐지를 위한 토론회’에 함께해 주신 모든 분들께 깊이 감사드립니다. 특히 이 자리를 공동으로 마련해주신 의원님들과, 현장의 어려움을 증언하고자 함께 해주신 활동가와 전문가 여러분께 진심으로 감사의 인사를 드립니다.



그동안 의료비 지원을 요청해 온 이주민들의 진료비 영수증을 접하며 가장 놀랍고도 납득하기 어려웠던 것은 ‘국제수가’의 존재였습니다. 우리 단체의 WeFriends Aid(이주민의료공제회)와 협력하는 의료기관에서는 미등록 이주민에게 일반수가 대신 보험수가를 적용해 온 반면, 일부 비협력 상급종합병원에서 보험이 없는 이주민에게 국제수가를 적용해 감당하기 어려운 수준의 치료비를 부과해 왔기 때문입니다.

열악한 환경에서 일하다 적절한 치료를 받지 못한 채 질병을 키워 응급상황에 이르는 이주노동자, 정기적인 산전관리를 받지 못해 산모와 아이 모두 위급한 상황에 놓인 채 수천만 원에서 수억 원에 이르는 치료비를 떠안게 된 미등록 이주민과 난민신청자들의 이야기는 더 이상 낯선 사례가 아닙니다. 이들은 생명을 위협받는 상황에서도 감당할 수 없는 치료비 앞에서 치료를 포기할 수밖에 없는 선택에 내몰리고 있습니다.

따라서 오늘 이 자리는 단순히 비용의 문제를 넘어, 모든 사람이 생명과 건강을 지킬 수 있는 방안을 함께 모색하는 토론의 장이 되어야 할 것입니다.

세계보건기구는 2019년부터 2030년까지 ‘난민 및 이주민 건강증진을 위한 글로벌 행동계획’을 각국 정부가 이행할 것을 촉구하고 있습니다. 이 계획이 강조하듯, 건강권은 인권입니다. 체류자격이나 보험 가입 여부와 무관하게, 모든 사람은 적절

한 의료서비스를 받을 권리가 있습니다. 차별금지와 형평성, 의료 접근성 보장, 그리고 이주민 중심, 사람 중심의 보건의료체계 구축과 전 사회적인 협력 강화가 필요합니다.

오늘 토론회가 이러한 방향을 구체화하는 뜻깊은 계기가 되기를 바라며, 함께해주신 모든 분들께 다시 한번 감사드립니다.

## 인사말 차별없는 이주민 건강권 연대

차별 없는 기본권확보를 위한 첫 단계, 국제수가 폐지!

1993년 산업연수생제도로 시작한 국가의 이주노동정책은 2004년 고용허가제(EPS)로 전환되었고, 2026년 기준 110만 명 이상의 이주노동자가 한국 사회 구성원으로 취업 활동 중입니다. 그 사이 대한민국은 1996년 OECD 회원국에 가입했고, 이제는 경제 규모 측면에서 10위권을 달성한 경제 대국이 되었습니다.

그러나 이러한 눈부신 경제성장에도 불구하고 기본권 보장에서 차별받고 있는 이주민, 특히 미등록이주민의 건강권 배제 문제는 방치된 채 시간만 흘러왔습니다. 언론에서는 ‘건보 먹튀’ 프레임으로 내국인과 외국인을 구분하고, 외국인이 마치 건보재정 적자의 원인인 양 취급합니다. 그러나 실제로는 외국인 가입자의 건강보험 재정은 2018년 이후 연속 흑자를 유지했고, 2024년 1조 원에 가까운 흑자를 기록하며 역대 최대 규모를 달성했습니다. 간단한 확인으로 사실관계를 금방 알 수 있지만, 일부 정치인들과 언론은 여전히 근거 없는 혐오를 조장하고 있습니다.

모든 혐오는 나와 다른 타인의 모든 차이를 무차별하게 차별하는 부정적인 힘을 발휘합니다. 이러한 힘은 한 공동체를 위협과 폭력으로 내몰 뿐입니다. 20세기 나치의 인종주의가 그랬고, 최근 이스라엘의 전쟁범죄가 그러하며, 미국 ICE(이민세관집행국)가 벌여온 시민에 대한 살인이 대표적입니다.

한국 시민은 분명 이들과는 다릅니다. 유혈사태 없이 추운 겨울을 연대의 힘으로 민주주의를 바로잡고, 역사의 후퇴를 막아냈습니다. 혐오를 이겨낼 수 있는 사랑과 문제를 알게 되면 변화시키는 저력이 있습니다. 이에 <차별없는이주민건강권연대>는 이주민들이 겪고 있는 건강 격차의 문제점들을 알리고, 건강권에서 배제됐던 이주민들이 여느 시민처럼 권리를 누릴 수 있는 한국 사회변화를 위해 2025년부터 활동을 시작했습니다.

이번 국회토론회는 이주민 중 가장 취약한 조건에서 자신을 숨기며 살 수밖에 없는 미등록이주민들이 겪고 있는 의료 차별 문제의 심각성을 공론화하기 위함입니다. 무엇보다 이들이 겪는 차별구조의 핵심 원인은 건강보험에서 적용하는 수가가 아닌, 의료 관광을 위해 도입했던 국제수가로 의료비를 적용받아서 많게는 10배 이상의 의료비를 부담해야 합니다. 이렇게 높은 의료비는 진료 및 치료의 적정 시기를 놓치게 해서 건강에 심각한 문제를 초래하거나, 감당할 수 없는 비싼 의료비로 치료 이후 삶이 취약해지기도 합니다. 미등록이주민에게 국제수가를 적용해야 하는 근거는 어디에도 없고, 의료기관이 임의로 적용해온 관행처럼 자리하고 있습니다. 그러므로 의료기관의 근거 없는 이러한 관행을 변화시킨다면, 미등록이주민의 건강권은 최소한의 안전망을 확보하게 됩니다.

모든 사람이 신체적, 정신적, 사회적으로 최상의 건강 상태를 누리고, 차별 없이 보건의료 서비스에 접근하며 건강한 환경에서 생활할 수 있는 기본적 인권인 건강권을 우리 사회에서 가장 취약한 조건에 있는 미등록이주민들도 누릴 수 있도록 시민의 관심과 국회의 노력이 필요합니다.

이러한 문제의식에 공감해주고, 자리를 마련해주신 민주당의 김남희 국회의원, 김윤 국회의원, 서영석 국회의원, 차지호 국회의원, 공동주최로 함께해주신 모두에게 진심으로 감사드립니다. 그리고 뜻깊은 자리에 참여해주신 모든 분께 감사드립니다.

미등록이주민에게 국제수가가 적용되지 않도록 하는 길에 함께 해 주세요!

### **차별없는 이주민 건강권 연대**

(사)공감직업환경의학센터, 공익인권법재단 공감, 건강세상네트워크, 보건의료단체연합, 이주와인권연구소, 한국노동안전보건연구소, 이주노동자평등연대, 경기이주평등연대, 사람이왔다\_이주노동자차별철폐네트워크, 금속노조대구지부 성서공단지역지회, 울산이주민센터, 이주민과함께, 이주민통번역협동조합 링크, 이주민건강권실현을위한 동행, 전남이주노동자인권네트워크, 화성외국인보호소방문시민모임 마중, 경상국립대병원 김영수 교수, 노동권연구소 제갈현숙 연구위원, 재단법인 동천 권영실 변호사

## 사례로 보는 국제수가의 문제 및 이주민 건강권의 현실

김정수 (사)공감직업환경의학센터 이사장

### 들어가며

사단법인 공감직업환경의학센터(이하 공감센터)는 2022년 11월부터 2025년 10월까지 경기 사회복지공동모금회의 지원을 받아 미등록이주민 의료비 지원사업<sup>1)</sup>을 수행했다. 그 과정에서 일부 의료기관이 미등록이주민에게 국제수가를 적용하고 있다는 것을 알게 되었다. 국제수는 건강보험 수가의 몇 배 수준으로 이는 대부분의 미등록이주민들이 감당하기 불가능한 수준이다. 실제로 우리가 지원한 사례 중 일부가 국제수가를 적용받은 미등록이주민들이 의료비를 감당하지 못하여 주변에 도움을 청하다가 본 사업을 알게 되어 지원한 경우였다.

공감센터는 2025년 상반기 미등록이주민 의료비 지원사업의 일환으로 전국 각지에서 이주민 의료지원 사업을 하는 단체와 간담회를 진행했다. 그 과정에서 국제수가 문제가 수도권 일부 의료기관의 문제가 아니라 전국 각지에서 널리 발생하고 있는 문제라는 것을 확인할 수 있었다. 공감센터는 2025년 12월부터 보다 확장된 미등록이주민 의료비 지원사업<sup>2)</sup>을 수행하고 있는데, 얼마 전에도 국제수가를 적용한 사례를 접수하여 지원했다. 국제수가 문제가 여전히 현재 진행형이라는 것을 다시 한번 확인할 수 있었다. 이에 지금까지 공감센터가 미등록이주민 의료비 지원사업을 통해 접한 국제수가 적용 사례를 분석하여 국제수가의 문제점을 더욱 명확히 밝히고자 한다.

### 국제수가 적용 사례 건수

공감센터는 미등록이주민 의료비 지원사업(1차 사업)을 통해 총 153건의 의료비를 지원했

1) 경기 남부지역 거주 미등록이주민 대상, 연간 2억\*3년 총 6억, 1인당 최대 700만 원까지 지원  
2) 하모니 치유열매사업, 경기도 전역 거주 건강보험 미가입 이주민 대상, 연간 6억\*3년 총 18억, 1인당 최대 1000만 원까지 지원

다. 이 중에서 국제수가를 적용한 사례는 총 26건(17.0%)으로 전체에서 차지하는 비중이 그다지 크지는 않았다. 국제수가 적용 사례는 입원부터 퇴원까지 모든 의료비를 국제수가로 적용한 경우(전부 국제수가 사례), 환자가 복수의 의료기관을 이용하였는데 일부 의료기관에서 국제수가를 적용하고 다른 의료기관에서는 다른 수가(일반수가 혹은 건강보험 100%)를 적용한 경우(일부 국제수가 사례), 공감센터와 협약한 의료기관이 입원 초기에 국제수가를 적용하였다가 공감센터로부터 의료비를 지원받기로 하고 입원 중에 건강보험 100%로 전환한 경우(국제 건보 전환 사례)로 나뉜다.

1차년도에는 총 68건의 의료비를 지원했는데, 이 중 전부 국제수가 사례 2건, 일부 국제수가 사례 1건, 국제 건보 전환 사례 1건으로 총 4건(5.9%)이 국제수가 사례였다. 2차년도에는 총 44건의 의료비를 지원했는데, 이 중 전부 국제수가 사례 2건, 일부 국제수가 사례 1건, 국제 건보 전환 사례 10건으로 총 13건(29.5%)이 국제수가 사례였다. 3차년도에는 총 41건의 의료비를 지원했는데 이 중 전부 국제수가 사례 1건, 국제 건보 전환 사례 8건으로 총 9건(17.0%)이 국제수가 사례였다. 전체적으로는 전부 국제수가 사례 5건, 일부 국제수가 사례 2건, 전환 사례 19건으로 총 26건(17.0%)이 국제수가 사례였다(표1 참조).

전부 국제수가 적용 사례 5건은 모두 의료기관이 국제수가를 적용한 의료비를 환자에게 청구한 이후 환자가 이주민 지원단체를 통해 신청한 경우이다. 일부 국제수가 사례는 환자가 두 개의 의료기관에서 동시에 진료를 보았는데 한 곳은 국제수가를 적용하고, 다른 곳은 일반수가 혹은 건강보험 100%를 적용한 경우이다. 전환 사례는 공감센터와 협약 중인 의료기관에서 국제수가를 적용하여 진료하다가 공감센터로부터 의료비를 지원받기로 하고 입원 중에 건강보험 100%로 전환한 이후 지원 신청한 경우이다. 전환 사례 중 일부는 이주민 지원단체를 통해서 신청한 경우도 있었다.

1차년도에는 의료비 지원사업을 주로 이주민지원단체와의 협약을 통해 진행하고 의료기관과의 협약은 많지 않았다. 또한, 1차년도에는 외래진료, 출산(자연분만을 포함한 모든 출산), 투약료도 지원하고, 의원급 의료기관에서 진료를 본 건도 지원했다. 그러다 보니 국제수가 사례가 별로 많지 않았다. 2차년도부터는 경기사회복지공동모금회와의 협의를 통해 입원, 수술 등 중증환자 위주로 지원하고, 출산도 병원급 의료기관에서 진료를 받은 고위험 출산 위주로 지원했다. 이와 더불어 2차년도부터 의료기관과의 협약을 본격적으로 진행하면서 다수의 국제수가 사례가 접수되었다.

표 12. 전체 지원 건수 중 국제수가 적용 건수 비율

	전부 국제수가 건수	일부 국제수가 건수	국제 건보 전환 건수	국제수가 합계	전체 지원 건수	국제수가 비율
1차 년도	2	1	1	4	68	5.9%
2차 년도	2	1	10	13	44	29.5%
3차 년도	1	0	8	9	41	22.0%
합계	5	2	19	26	153	17.0%

### 국제수가 적용 사례 의료비 분석 결과

국제수가와 건보 100% 적용 시 의료비를 비교하기 위해서 2, 3차년도의 국제 건보 전환 사례 총 18건을 모아서 분석해 보았다(표2 참조, 개인정보 보호를 위해 출신 국가, 입국 일, 거주지역, 비자는 공개하지 않음). 나이, 출신 국가, 입국일, 거주지역, 비자는 매우 다양했다. 주목할 만한 점은 H-2(방문취업비자), E-9(취업비자), E-8(계절 근로) 등 (비록 비자 기간이 만료되기는 하였으나) 취업과 노동을 목적으로 입국했음이 명백한 경우에도 국제수를 적용하고 있었다는 것이다.

의료기관은 2차 의료기관(종합병원)과 3차 의료기관(상급종합병원)이 대부분이었다. 특히 2차 의료기관은(종합병원) 모두 대학병원 부설 의료기관이었다. 신청 상병은 뇌출혈, 뇌경색 등 뇌혈관질환 7건, 심근경색, 심실세동, 심장이식 등 심장질환 7건, 출산 4건, 신장 질환 2건, 암 2건 등으로 뇌심혈관계 질환이 가장 많았다.

국제수가와 건보 100% 적용 시 의료비를 비교하기 위해서 국제수가 적용 시 의료비, 국제수가 적용 기간, 하루당 국제수가 의료비, 건보 적용 시 의료비, 건보 적용 기간, 하루당 건보 의료비를 확인해보았다. 이를 통해 하루당 국제수가 의료비가 하루당 건보 의료비보다 어느 정도 수준인지 확인해보았는데, 적게는 2.02배에서 많게는 10.88배 수준이었다.

국제수가 적용환자의 대부분이 중증환자이고, 중증환자의 경우 입원 초기에 수술이나 중환자실 치료 등으로 인해 의료비가 많이 발생한다는 점을 감안했을 때, 이는 실제보다는

다소 과장된 결과일 수 있다. 특히 10배 이상 차이가 난 사례는 초기에 수술과 중환자실 치료가 동시에 이뤄져서 의료비가 많이 발생했고, 상태가 심각하여 입원 기간이 길어지면서 건보 적용 기간의 의료비는 상대적으로 적게 발생했기 때문으로 판단된다. 이 사례를 제외한 나머지 사례에서 국제수가 적용 시 의료비는 건보 적용 시 의료비의 대략 2배~7배 정도 되는 것으로 확인되었다. 참고로 국제수가를 적용하지 않은 다른 사례들은 대부분 일반수가나 건강보험 100%를 적용하였는데, 일반수가는 건보 100% 수가의 대략 1.5배~2.5배 수준이었다.

분석과정에서 몇 가지 특이한 사례를 확인할 수 있었다.

임신한 미등록이주민 A 씨<sup>3)</sup>는 집 근처 산부인과에서 진료를 받았다. 출산을 앞두고 마지막으로 시행한 초음파 검사에서 위험 소견이 확인되었고 안전한 출산을 위해 인근 상급병원인 B 병원으로 전원되었다. B병원 진료 결과 위험 소견은 심각하지 않은 것으로 확인되어 자연분만을 진행했고 무사히 출산했다. A 씨는 총 4일간 입원하였는데 1,435만원의 의료비가 발생했다. B 병원은 A 씨에게 국제수가를 적용했을 뿐만 아니라 정부가 분만 의료기관에 지급하는 필수의료 지원금(지역수가, 안전정책수가, 응급분만 정책수가) 645만원을 환자에게 부과했다. 해당 지원금이 미등록이주민을 진료한 경우에는 지급되지 않기 때문이다. 필수의료 지원금을 미등록이주민에게 직접 부과하는 사례는 일부 다른 의료기관에서도 확인되었다. 미등록이주민의 의료비를 의료기관이 자율적으로 산정함에 따라 정주민의 안전한 분만 환경 조성을 위한 정책이 미등록이주민의 분만 환경을 오히려 악화시키고 있다.

미등록이주민 C 씨는 피부암을 진단받고 치료를 받았다. 집 근처에 있는 D 의대 E 병원에서 수술을 받고 치료를 했는데, 중간에 서울에 있는 같은 D 의대 F 병원 외래에서 진료를 받았다. 그런데 집 근처에 있는 E 병원에서는 건강보험 100%를 적용했는데, 서울에 있는 F 병원에서는 국제수가를 적용했다. 같은 D 의대 소속의 다른 병원이 동일한 환자의 동일한 상병에 대해 서로 다른 수가를 적용한 것이다.

미등록이주민 G 씨는 호흡곤란 등의 증상으로 H 대학병원 응급실을 방문했다. 의료진은 심부전으로 진단했고 상태가 위중하여 중환자실로 입원시켰다. 에크모 치료 등을 시행하였으나 환자 심기능 회복 가능성이 크지 않아 심장이식을 결정하였고, 대기 1달여 만에 적합한 공여자가 나타나 심장이식을 시행했다. 환자는 회복 경과가 좋았지만, 국제수가가 적용되어 5억이 넘는 의료비가 발생했다. G 씨는 이를 도저히 감당할 수 없어 이주민 지원단체를 통해 의료비 지원을 신청했고 공감센터는 심사위원회의 심의

3) 본 사례는 작년 11월 12일(수) 국회에서 진행된 “의료보장에서 배제된 이주민 건강권 보장을 위한 토론회”에 제출한 발제문 “의료비 지원사례 중심으로 본 미등록 이주민 의료실태화 현황”에서도 언급한 사례임.

를 거쳐 700만 원을 지원했다. 당시 심사위원들은 병원비를 낼 수 있을지 불확실한 미등록이주민에게 심장이식을 시행한 H 대학병원 의료진의 결정에 경의를 표했다.

## 국제수가 적용의 문제점

국제수가 문제가 발생하게 된 근본 원인은 “의료 해외진출 및 외국인환자 유치 지원에 관한 법률“에 있다. 이 법률은 의료 관광을 목적으로 국내 입국하는 외국인 환자를 대상으로 별도의 수가(일명 “국제수가”)를 적용하도록 허용하고 있으며, 국민건강보험 가입자나 피부양자가 아닌 외국인 환자를 “외국인 환자”로 정의하고 있다. 그런데 일부 의료기관들이 이를 악용하여 의료 관광 목적으로 국내에 입국한 외국인 환자뿐만 아니라 국내에 장기간 체류하면서도 국민건강보험 적용을 받지 못하는 이주민에까지 국제수가가 적용하기 시작했고, 이것이 대부분 상급종합병원으로 확산하면서 문제가 심각해졌다.

몇 년 전부터 국제수가 문제가 알려지기 시작했다. 2023년 10월 강민정 전 더불어민주당 의원이 서울대병원 국정감사에서 서울대병원의 국제수가 문제에 대해 지적했다. 우리가 수행한 미등록이주민 의료비 지원사업을 통해서도 수많은 사례를 확인할 수 있었다. 우리는 작년 상반기 전국 각지에서 이주민 의료지원 사업을 하는 단체들을 만나서 간담회를 진행하는 과정에서 국제수가 문제가 수도권 일부 의료기관의 문제가 아니라 전국 각지에서 널리 발생하고 있는 문제라는 것을 확인했다. 그래서 작년 11월 전국 각지의 이주민 의료지원 단체들과 함께 국회토론회를 진행하여 이 문제에 대해 적극적으로 제기했다. 하지만 여전히 상황은 변하지 않고 있다. 우리는 작년 12월부터 보다 확장된 미등록이주민 의료비 지원 사업(하모니 치유 열매 사업)을 수행하고 있는데 올해 초에도 국제수가 적용 사례를 접수한 바 있다.

국제수가는 정부 차원에서도 문제가 되고 있다. 현재 법무부에서 운영 중인 외국인보호소에는 많은 외국인이 다양한 이유로 구금되어 있다. 정부는 이들을 가두고 있는 동안 이들의 건강을 보호해야 할 의무가 있고, 그래서 보호소 내에 의무실을 두고 일부 의료를 제공하고 있다. 보호소 내 의무실에서 해결할 수 없는 심각한 문제가 발생하면 외부 의료기관을 이용할 수밖에 없고 그러면 의료비를 구금자가 스스로 부담해야 한다. 그런데 구금자가 진료를 받고자 하는 의료기관에서 국제수가를 적용하고 있고 구금자가 이를 감당할 수 없어서 치료를 포기하는 사례가 계속 발생하고 있다.

본 사례 분석에서 국제수가를 적용한 의료기관은 모두 3차 의료기관(상급종합병원) 혹은

2차 의료기관(종합병원)이었는데, 이 중 2차 의료기관(종합병원)은 모두 대학병원 부설 의료기관이었다. 정확한 통계가 있는 것은 아니지만 대부분의 3차 의료기관(상급종합병원)은 외국인 환자 진료를 위해 국제수가 체계를 갖추고 미등록이주민에게도 이를 적용하는 것으로 추정된다. 2차 의료기관(종합병원) 중에서 국제수가를 적용하는 곳은 많지 않고, 1차 의료기관(의원) 중에서도 국제수가를 적용하는 경우는 실제로 의료 관광 목적으로 입국한 외국인 환자 진료를 많이 하는 서울 수도권 일부 미용, 성형 등 일부 클리닉을 제외하고 거의 없을 것으로 추정된다. 본 사례 분석에서 2차 의료기관(종합병원)은 모두 경기 남부에 있는 대학병원 부설 의료기관이었다. 이러한 의료기관들이 의료 관광을 목적으로 입국한 외국인 진료를 하는 경우는 많지 않을 텐데, 대학병원 차원에서 마련된 국제수가를 해당 지역에 거주하는 외국인에게 적용하고 있었다. 이들은 대부분은 미등록이주민일 가능성이 크다.

우리가 미등록이주민 의료비 지원사업을 수행하면서 의료기관 담당자들에게 미등록이주민에게 국제수가를 적용하지 말 것을 요구했을 때, 거부했던 의료기관담당자가 가장 많이 했던 얘기는 병원 재정문제 때문에 어쩔 수 없다는 것이었다. 상당수의 상급종합병원이 재정 적자가 심각하다는 것은 널리 알려진 사실이나 이를 국제수가를 미등록이주민에게 적용하는 것으로 해결하고자 하는 것은 절대 바람직하지 않다. 그뿐만 아니라 미등록이주민에게 국제수가를 적용할 경우 의료비가 이들이 감당할 수 있는 수준을 훨씬 뛰어넘어 지급 불능 상태가 되어 미수 처리될 가능성이 커진다. 본 사업 협약 의료기관들이 처음에는 국제수가를 적용했다가 우리에게 의료비 지원 요청을 하면서 건보 100%로 적극적으로 전환해 준 것은 실제로 그렇게 해서 의료비의 일부라도 받는 것이 의료기관 재정에 좀 더 도움이 된다고 판단했기 때문일 것이다.

앞서 살펴본 특이 사례와 같이 같은 의과대학 소속의 병원들이 동일한 환자의 동일한 상병에 대해 지역에 따라 서로 다른 수가를 적용한 때도 있었다. 이 환자에게 건강보험 100% 적용한 병원은 이주민들이 많이 거주하는 지역의 3차 의료기관(종합병원)이었는데, 국제수가 체계가 있음에도 불구하고 미등록이주민에게는 이를 적용하지 않고 건보 100%를 적용하고 있었다. 미등록이주민에게 국제수가를 적용하는 것이 의료기관의 재정문제 때문에 불가피한 것이 아니라 의료기관의 판단과 선택에 따라 충분히 달라질 수 있음을 보여주는 사례이다.

국제수가를 적용하지 않은 다른 사례들은 대부분 건강보험 100%를 적용하거나 일반수가를 적용하고 있었고, 일반수가는 건보 100% 수가의 대략 1.5배~2.5배 수준이었다. 건강보험 가입자들도 보험료 미납 등 여러 사정상 건강보험 적용을 받지 못하면 일반수가를 적

용받을 수 있다. 정부의 저수가 정책으로 인해 현재 건강보험수가가 원가보다 상당히 낮게 책정되어 있다는 주장도 있다. 그러므로 건강보험에 가입되어 있지 않은 미등록이주민에게 일반수가를 적용하는 것은 현 제도하에서는 크게 문제 삼을 수는 없을 것으로 판단된다.

## 나오며

지금까지 공감센터에서 수행한 미등록이주민 의료비 지원사업 사례를 통해 미등록이주민에게 국제수가를 적용하는 사례가 어느 정도 되는지, 국제수가 적용 시 의료비가 건보 100% 적용 시 의료비보다 어느 정도 수준인지, 국제수가 적용 시 어떤 문제점들이 있는지 살펴보았다.

이주민 건강권 향상을 위해서는, 모든 이주민에 대해 건강보험을 적용하고 이주민에게 차별적인 건강보험 제도를 개선하는 것, 보건복지부 ‘외국인 근로자 등 의료비 지원사업’의 예산, 지원대상, 참여 의료기관을 확대하는 것, 지자체별로 이주민 의료지원 네트워크를 구축하고, 이주민 안심 병원을 지정하고, 의료 통·번역 시스템을 구축하는 것, 미등록 이주민의 안전한 의료 접근을 보장하는 것 등 다각도의 접근이 필요하다. 무엇보다 미등록이주민에게 국제수가를 적용하는 것은 당장 해결해야 할 매우 심각한 문제이다.

의료기관들이 수익을 위해서 의료 관광 등의 목적으로 입국한 외국인에게 적용해야 할 국제수가를 국내에 수년간 거주하고 있는 미등록이주민에게 적용하는 것은 매우 부적절하고 부도덕한 행위다. 이 문제의 근본 원인은 “의료 해외진출 및 외국인환자 유치 지원에 관한 법률”을 법 제정 취지와 다르게 미등록이주민에게 적용하는 데 있으므로 이를 법 개정 등을 통해 반드시 시급해 개선해야 할 것이다.

표 13 국제수가 적용 사례 의료비 비교표

구분	나이/성별	병명	국제수가 적용 시 의료비(원)	국제수가 적용 기간(일)	하루당 국제수가 의료비	건보 적용 시 의료비(원)	건보 적용 기간(일)	하루당 건보 의료비	하루당 국제수가 의료비/하루당 건보 의료비
국제 건보 전환	37/여	출산(제왕절개)	5,145,850	2	2,572,925	4,608,680	5	921,736	2.79
국제 건보 전환	78/여	심장스텐드 시술	26,795,370	3	8,931,790	13,482,150	5	2,696,430	3.31
국제 건보 전환	49/남	상세불명의 급성 심근경색증	54,387,340	2	27,193,670	18,422,520	5	3,684,504	7.38
국제 건보 전환	30/남	외상성 거미막하출혈 외 다발성 골절	62,245,390	10	6,224,539	34,807,330	19	1,831,965	3.40
국제 건보 전환	44/남	상세불명의 급성 심근경색증	73,625,510	5	14,725,102	30,483,020	9	3,387,002	4.35
국제 건보 전환	36/여	상세불명의 급성신부전	12,780,880	3	4,260,293	14,969,860	19	787,887	5.41
국제 건보 전환	49/남	상세불명의 급성 심근경색증	18,486,309	3	6,162,103	12,019,408	4	3,004,852	2.05
국제 건보 전환	51/남	상세불명의 두개내출혈(비외상성)	12,962,310	4	3,240,578	6,411,033	12	534,253	6.07

국제 건보 전환	58/남	외상성 뇌내출혈. 외상성 경막하출혈. 외상성 거미막하출 혈. 두개골골절( 폐쇄성). 대뇌 타박상	54,026,450	6	9,004,408	57,103,090	69	827,581	10.88
국제 건보 전환	22/여	중증 전자간. 출산 외 (제왕절개)	7,677,520	5	1,535,504	4,430,418	6	738,403	2.08
국제 건보 전환	45/여	대뇌 기저핵의 뇌내출혈	12,046,684	3	4,015,561	13,833,400	19	728,074	5.52
국제 건보 전환	60/여	심부 뇌내출혈	33,525,110	11	3,047,737	19,635,924	27	727,256	4.19
국제 건보 전환	60/남	외상성경막 하출혈	16,871,690	12	1,405,974	10,598,320	16	662,395	2.12
국제 건보 전환	63/남	소뇌경색증, 심실반응이 빠른 심방세동, 합병증을 동반하지않 은2형 당뇨병	17,128,750	6	2,854,792	25,724,729	51	504,406	5.66

국제 건보 전환	59/남	상세불명의 급성 심근경색증, 폐부종	52,661,120	5	10,532,224	22,421,400	6	3,736,900	2.82
국제 건보 전환	54/남	상행결장의 악성 신생물	24,415,460	9	2,712,829	12,089,980	9	1,343,331	2.02
국제 건보 전환	58/남	상세불명의 뇌경색증	8,529,690	2	4,264,845	5,512,710	6	918,785	4.64
국제 건보 전환	67/남	(주)인공소생 에 성공한 심장정지 (부) 심실세동	3,828,670	1	3,828,670	1,105,940	1	1,105,940	3.46

## 국제수가 제도 개선방안 및 보건복지부의 역할

이한숙 이주와 인권연구소 소장

### 국제수가, 의료 민영화의 먼저 온 미래

국적이나 체류자격에 무관하게 모든 사람에게 가능한 최상의 건강을 누릴 권리가 있으며, 그러한 권리의 온전한 향유를 위해 모든 사람들이 보건의료서비스에 동등하게 접근할 수 있도록 할 의무가 국가에 있음을 명시한 국제규범과 원칙들의 목록은 여러 페이지를 넘어갈 만큼 길다. 그리고 그중 다수를 한국 정부는 지키겠다고 인정하고 비준했다. 이 토론문을 작성하고 있는 지금, 그 목록을 썼다 지웠다, 또 썼다 지웠다. 국내 법령과 한국의 현실이 국제규범과 억만 광년쯤 동떨어져 있어서. 그 목록들로는 누구도 설득할 수 없을 것 같아서.

그러나 어쨌든 대부분 사람들은 의식적 혹은 무의식적으로 ‘필수적인’ 보건의료서비스에 접근할 권리가 모든 사람들이 누려야 할 권리이고, 그 권리를 향유할 수 있도록 할 의무가 국가에 있다는 것을 어느 정도는 인정하는 것 같다. 사람들은 지불능력이 없는 사람에게 물건을 팔지 않는 상인에게 분개하지는 않는다. 그러나 지불능력이 없어 보인다고 진료를 거부하는 의료기관에는 분개하고, 그런 의료기관을 국가가 어떤 식으로든 제재하기 바란다. 이는 의료의 목적이 돈벌이, 더 우아하게는 이윤 추구가 되어서는 안 된다는 사회적 공감대가 어느 정도는 형성되어 있다는 의미일 것이다. 국민건강보험제도를 비롯한 의료보장제도 또한 이런 공감대와 사회적 연대에 기반해 유지되고 있다.

이것이 의료를 돈벌이의 수단 중 하나로 만들고자 하는 의료의 민영화·시장화 시도가 시도하는 쪽의 의지만큼 원활하게 진행되지 못한 이유일 것이다. 그러나 그러한 시도는 끊임없이 진행되고 있고, 우리와 그들을 나누는 어떤 차별, 무엇보다 국적과 체류자격에 따른 차별과 만났을 때 추진력이 생긴다. 우리는 안된다. 그러나 그들은 뭐 그럴 수도 있

지, 라는.

그렇게 의료의 공공성을 생각하면 결합할 수 없는 두 단어가 결합해, ‘의료관광’ 이 가능해졌고, 2016년 의료관광을 규율 혹은 활성화하기 위한 「의료 해외진출 및 외국인 환자 유치 지원에 관한 법률」 이 만들어졌다. 동 법의 제정과 시행은 의료의 민영화·시장화로 향하는 공식적인 구멍을 뚫은 꼴이었다. 그러나 그 불뚱이 그 취약성이 가장 큰 의료취약계층, 의료보장제도에서 배제된 장기체류 이주민에게 될 것은 예상치 못한 일이었을 것 같다.

동 법에 따라 의료관광을 목적으로 입국하는 사람들을 ‘외국인환자’ (동법 제2조 제2항)라 부르고, 법무부는 ‘외국인환자’ 들에게 단기 의료관광 비자(C-3-3)와 장기 치료요양비자(G-1-10)을 발급하여 외국인환자 유치에 대한 등록(동법 제6조)을 한 의료기관을 이용할 수 있도록 하였다. 그리고 해당 의료기관은 ‘외국인환자’ 에게 자체적으로 정한 수가를 책정할 수 있게 되었다. 이 수가를 통상적으로 부르는 말이 국제수가 혹은 일반수가이다.

이 수가는 의료기관에 따라 다르고 의료기관은 이를 공개하지 않으므로 실제 수가가 어느 정도인지 정확히 파악하기는 어렵다. 발제문의 사례에서 일반수는 건강보험수가의 1.5~2배, 국제수는 2~7배, 많게는 10배가 넘는 것으로 확인되었다.

동 법의 취지를 고려하면 국제수는 의료관광 비자(C-3-3) 혹은 장기 치료요양비자(G-1-10)를 발급받고 입국해 외국인환자 유치 등록을 한 의료기관을 이용하는 사람에게 적용되어야 했다. 그런데 법령의 허점 혹은 공백이었는지, 아니면 숨은 의도였는지 알 수 없지만, 법령에 따르면 건강보험과 의료급여에서 배제된 장기체류 이주민에게 국제수를 적용하는 것이 가능했다. 그리고 실제로 국제수를 적용하는 의료기관이 점점 더 늘어나게 되었다.

동법 제2조 제2항은 “ “외국인환자” 란 「국민건강보험법」 제109조에 따른 가입자나 피부양자가 아닌 외국인(보건복지부령으로 정하는 바에 따라 국내에 거주하는 외국인은 제외한다)환자를 말한다.” 고 하고 있다. 그렇다면 보건복지부령은 국내에 장기체류 중인 외국인은 제외하는 규정을 포함했어야 했다. 그러나 동법 시행규칙은 제2조에서 ” 외국인환자에서 제외되는 외국인의 범위 “를 외국인등록을 한 사람(기타(G-1)의 체류자격을 가진 사람은 제외)과 국내거소신고를 한 외국국적동포로 한정하였다. 결과적으로 미등록 체류 이주민과 기타(G-1) 체류자격자가 법령 상 “외국인환자” 의 범주에 속하게 되었다.

대다수 이주민은 저임금과 장시간노동, 열악한 노동조건과 주거환경, 낮은 사회적 지위 등으로 건강에도 취약한 계층이다. 이 취약성은 한국사회가 그들에게 부여한 역할에 의해 발생한 것이다. 의료보장에서 배제된 이주민의 경우 명백하게 그 취약성이 더 크다. 그런데 사회적으로 가장 취약한 지위에 있는 의료취약계층에게, 출산에, 신생아 치료에, 치료 받지 않으면 목숨을 잃을 수밖에 없는 질병의 치료에 건강보험수가의 2배 이상, 많게는 10배가 넘는 일반수가 혹은 국제수가를 적용할 수 있게 되었고, 실제 그런 사례들이 늘어나고 있다. 그것도 소위 공공의료기관으로 분류되는, 수익보다 공익을 목적으로 국가와 공공단체가 설립·운영한다는 국립대학병원들에서 선도적으로.

의료보장에서 배제된 이주민에 대한 일반수가, 국제수가 적용은 의료의 목적이 명시적인 이윤 추구가 될 때 그 결과가 어떠할지, 의료의 민영화·시장화의 종착지가 어디일지를 미리 보여주는 ‘먼저 온 미래’이다. 이것이 의료민영화에 반대하는 이들이 국제수가에 함께 대응해야 하는 이유이기도 하다.

## 현행 법령을 위반한 건강보험 체납자에 대한 일반수가 적용

발제문에서는 “건강보험 가입자들도 보험료 미납 등 여러 사정상 건강보험 적용을 받지 못하면 일반수가를 적용받을 수 있다. ... 그러므로 건강보험에 가입되어 있지 않은 미등록이주민에게 일반수가를 적용하는 것은 현 제도하에서는 크게 문제 삼을 수는 없을 것으로 판단된다.”라고 하고 있다.

그러나 건강보험 가입자가 건강보험료 체납으로 급여 제한 상태에 있을 때 의료기관이 건강보험수가가 아니라 일반수가 혹은 국제수가로 의료비를 책정하는 것은 현행 법령을 위반한 것이다. 국민건강보험은 가입대상이 되는 사람에게 당연적용되므로 가입대상자는 원하든 원하지 않든 건강보험 가입자가 된다. 가입자가 원한다고 해서 건강보험에서 탈퇴할 수 없으며, 건강보험료를 체납하여 급여 제한 상태이더라도 여전히 건강보험가입자로서 건강보험수가 적용의 권리와 체납 건강보험료 납부 의무가 유지된다.

2019년 이주민의 건강보험 가입이 의무화되었다. 동시에 평균보험료 이상의 지역가입 건강보험료와 보험료 1회 체납만으로도 급여가 제한되는 가혹한 체납 제재가 결합 되어 이주민 급여 제한자가 증가하기 시작하였다. 이에 일부 의료기관이 체납으로 급여제한 상태에 있는 이주민에게까지 일반수거나 국제수가를 적용하여 의료비를 책정하는 사례에 대한 문의가 증가하였고, 이주와 인권연구소는 외국인 건강보험 민원센터와 보건복지부로부터 건강보험료 체납으로 급여 제한 상태에 있는 건강보험 가입자(이주민 포함)에게는 현

행 법령(국민건강보험법 시행규칙 제16조)에 따라 건강보험수가 100%를 적용해야 한다는 답변을 받은 바 있다.

○ 체납으로 급여제한 등 진료비 계산 방법	
Q6	보험료 체납으로 인하여 급여제한 중인 외국인의 병·의원 진료비는 어떤 방식으로 계산되는지요 ?
A6	건강보험 수가로 전액 본인이 부담하도록 법령에 규정되어 있으며, 보험료 후납 대상자(내국인)와 달리 요양기관에서 공단에 진료비를 청구할 수는 없음
추가 설명	「건강보험법」시행규칙 제16조의 별표6, '요양급여비용에 든 비용 총액을 본인 부담으로 하되, 본인부담률은 100분의 100 범위로 적용한다'라고 되어 있음
「외국인 및 재외국민 업무처리 다빈도 Q&A」 38쪽. (2019.12.) 국민건강보험 경인지역본부 자격부과부 경인외국인민원센터	

「국민건강보험법 시행규칙」 [시행 2026.3.25.] [보건복지부령 제1164호]  
제16조(요양급여비용의 본인부담) 영 별표2 제6호에 따라 본인이 요양급여비용을 부담하는 항목 및 부담률은 별표6과 같다.

국민건강보험법 시행규칙 [별표 6]  
요양급여비용의 본인부담 항목 및 부담률(제16조 관련)  
1. 가. 다음에 해당하는 경우에는 그에 든 비용 총액  
3) 법 제53조제3항 및 제4항에 따라 가입자 또는 피부양자가 보험료 체납으로 급여제한을 받은 기간에 요양기관을 이용한 경우

국민인 건강보험가입자 중 건강보험료 체납으로 급여가 제한된 사람들, 특히 장기 체납자들 다수는 생계형 체납자들이다.<sup>4)</sup> 국민인 체납자들에게 의료기관이 건강보험수가가 아니라 일반수가 혹은 국제수가로 의료비를 책정하는 사례는 들어본 적이 없고, 그럴 가능성 또한 없다. 일반수가, 국제수가가 외국인임을 전제로 적용되는 수가이므로.

그러나 이주민 건강보험가입자에게는 이런 사례가 드물지 않게 발생한다. 모 국립대학교 병원 담당자는 법령과 공단 지침, 외국인 건강보험 민원센터와 보건복지부 관계자 연락처 까지 전달하며 항의한 후에야 체납 이주민의 진료비 수가를 일반수가에서 건강보험수로 변경해 주기도 하였다. 이는 이주민에게 일반수가 혹은 국제수가 적용이 얼마나 널리 퍼져 있는지, 의료기관들이 이를 얼마나 당연하게 생각하는지, 이주민들을 어떤 식으로 차별하는지를 역으로 보여주는 것이다.

4) 김선 외(2017), 『생계형 건강보험 체납자 실태조사 및 제도개선 연구』, 시민건강증진연구소.

## 일반수가, 국제수가 적용을 제한하기 위한 민간의 노력

법령에 허점이 있었다더라도 의료기관들이 지불능력이 있는 “외국인환자” 에게만 국제수가 혹은 일반수가를 적용하는 선택을 할 수도 있었을 것이다. 실제 많은 의료진과 의료기관들은 의료보장에서 배제된 이주민의 의료수가를 건강보험수가로 책정하고, 일정 감면을 까지 적용하여 의료접근성을 높이려는 끈질긴 노력을 해왔다.

이주민 건강권 증진에 노력해 온 단체 및 기관들은 개별 의료기관과 협약을 체결하여 의료보장에서 배제된 이주민의 의료비를 감면하는 협력병원 시스템을 구축해 왔다. 진료비 감면율은 개별 의료기관마다 차이가 있지만, 이 협약의 첫 번째 조건은 진료비를 건강보험수가로 책정한다는 것이었다. 1990년대부터 이주민 의료공제회를 운영해 온 위프렌즈, 부산지역에서 협력병원 시스템을 구축해 온 (사)이주민과 함께, 경남이주민센터와 엔젤클리닉, 진주사랑의집과 진주 소재 산부인과, 비교적 최근 설립된 대구지역의 의료공제회 동행 등 각 지역마다 다양한 협력병원 체계가 구축되어 왔다. 그런데 이런 협력병원 시스템은 진료의뢰서 등을 매개로 단체 및 기관을 경유하지 않은 이주민들을 포괄하기 어렵다는 한계가 있었다.

최근에는 이런 한계를 넘어서는데 지역 의사회가 적극적으로 나서는 사례들이 나타나고 있다. 2023년 8월, ‘이주노동자 인권·노동권 실현을 위한 대구경북지역연대회의’ 는 대구경북지역 미등록이주민에 대해 건강보험 수가 100% 적용을 요청하는 공문을 대구경북 의사회에 발송하였고, 9월 대구·경북병원회는 총 21개 참여병원을 모집하여 요청에 회신하였다. 경남에서는 2025년 경남이주민센터와 경상남도의회 간 업무협약으로 미등록 이주민이 진료의뢰서 없이도 건강보험 100% 수가로 진료를 받을 수 있도록 하는 ‘선한 이웃병원’ 을 출범시켰다. 선한이웃병원에는 출범일 기준 32개 병원이 참여했다. 드물게 지방자치단체가 주도하고, 전라남도의사회가 함께하는 전라남도 외국인 안심병원 또한 건강보험 수가 100% 적용을 1단계 안전망으로, 도예산으로 본인부담금 중 50% 추가지원을 2단계 안전망으로 소개하고 있다.

이런 노력의 중심에는 지역 공공의료원이 있다. 부산의료원은 협약에 의해 건강보험 없는 이주민의 진료비를 건강보험수가로 책정하고, 비급여는 본인부담하지만, 급여는 50% 감면해 준다. 마산의료원은 진료비를 건강보험수가로 책정하고 추가로 자체 재원을 마련하여 10% 비용만 자부담으로 받고 있는데, 매년 예산이 조기 소진되고 있다. 그러나 공공의료원은 수도권에서 멀어질수록 그 수가 적고 아예 공공의료원이 없는 지역도 있으며, 있어도 진료과가 한정되어 있어 중증질환이 발생할 경우 3차병원으로 갈 수밖에 없다.

그런데 이런 노력이 견고한 벽과 만나는 지점이 바로 또 다른 공공의료기관인 3차병원급 국립대학병원들이다. 현재 대부분 대학병원들이 의료보장에서 배제된 이주민들에게 국제수가를 적용하는 것으로 파악되고 있다. 건강보험수가로 책정해도 엄청난 중증 의료비에 국제수가를 적용함으로써 재난적 의료비가 발생하는 곳도 대학병원들이다.

건강보험수가 적용을 약속하는 협력병원에 대학병원이 참여하는 경우는 드물고, 국제수가 적용을 제한해 보려 한 A대학병원과 B대학병원의 시도와 좌절은 현 상황을 잘 보여준다. A대학병원은 병원장이 미등록 이주민에게 국제수가를 적용하지 않겠다고 발표했지만, 병원 내 외국인 진료를 관장하는 국제진료센터의 반대로 실현되지 못하였다. 단, 외국인근로자 등 의료지원사업 지원 환자에게 지원 한도 이상 금액은 외국인수가로 책정하던 것을 일반수가로 책정하기로 한 것에 그쳤다. B대학병원은 공공보건사업실 제안으로 병원 내부 회의에서 국제수가 문제를 공유하고 경영진 동의를 얻었지만, 내부 회계 감사에 의해 병원 규정 개정이 이루어지지 못했다.

## 제도의 개선방안과 보건복지부의 역할

보건복지부 ‘외국인 근로자 등 의료지원 사업’의 목적은 “건강보험, 의료급여 등 각종 의료보장제도에 의해서 의료혜택을 받을 수 없는 사람들에게 의료 서비스를 제공함으로써 인간으로서 누려야 할 최소한의 건강한 삶의 질 보장”이다. 이 사업은 많은 한계에도 불구하고, 의료보장제도에서 배제된 이주민의 건강권 보장을 위한 국가의 의무를 인정하든 위에서 설립된 사업이라는 점에서, 또한 사업 대상자의 의료비를 건강보험수가보다 낮은 의료급여수가로 적용하도록 하여 사업대상 이주민의 취약성을 인정한 것도 중요한 의미를 가진다. 그러나 사업 시행의 원 목적은 제대로 구현되지 못하고 있고, 보건복지부는 사업의 한계를 영뚱한 방향으로 해소하려 하고 있다.

「외국인 근로자 등 의료지원 사업 안내」는 11쪽에 “동 사업의 지원대상자 선정 기준에는 부합하지 않아 진료비 지원이 어려우나 소외계층을 위한 의료지원이 필요한 경우, [별첨 3] 민간단체의 외국인 근로자 등 의료지원 사업 현황을 참고하여 관련기관 단체에 적절하게 연계” (9쪽)하도록 하고 있다. 그 [별첨 3] 민간단체에는 국제수가를 제한하기 위해, 이주민 건강권의 최저선을 지키기 위해 오랫동안 고군분투해 온 단체 및 기관들의 이름이 나열되어 있다. 그리고 그 대부분은 보건복지부로부터 지원금 한 푼 받아본 적이 없을 것이다.

의료보장에서 배제된 이주민이 동 사업 지원대상이 되면 의료급여수자로 지원을 받을 수 있는데, 지원대상이 되지 못하면, 지원대상임을 입증하지 못하면 갑자기 국제수자로 책정된 의료비를 지불해야 한다. 사업수행기관은 지원대상이라도 지원금액까지는 의료급여수자로 책정하다가 지원금액 이상의 진료비는 국제수가 혹은 일반수자로 책정한다. 그런데 이에 대해 보건복지부는 아무런 조치를 취하지 않으면서 지원을 연계할 민간단체를 나열하여 소개하고, 그 민간단체는 의료지원을 위해 제일 먼저 국제수가와 싸워야 한다. 이것을 어떻게 이해해야 할까.

국제수가는 교정기관, 외국인보호소뿐 아니라 여성권익시설, 아동양육시설 등 국가 보호하에 의료지원을 받아야 하는 사람들에게까지 적용되고 있다. 그런데 그에 대한 정부 대응이 국제수가 제한이 아니라 의료지원의 제한이나 폐지인 것은 또 어떻게 이해해야 할까.

그런데 보건복지부는 국제수가라는 것이 법령상 존재하지 않고 (국제수가가 뭔지는 제미나이도 아는데) 의협이나 병원과 논의할 부분이며 보건복지부 내 담당은 없다고 한다. 국가는, 정부는 어디에 있는가, 라는 생각이 드는 건 과한 생각일까.

이주민에 대한 국제수가 적용은 「의료 해외진출 및 외국인환자 유치 지원에 관한 법률」이 그 근거가 되고 있는 것이 명백하다. 동 법의 주무부처가 보건복지부라는 것은 법률명 하단에 적혀 있어서 두말할 나위가 없다. 그러니 보건복지부가 결자해지해야 되는 것도 분명한 사실이다.

2026년 차지호의원이 대표발의한 「의료 해외진출 및 외국인환자 유치 지원에 관한 법률」안은 동법 제2조 정의에서 외국인환자 범위를 명확히 정의하여 국제수가 문제를 해결할 수 있음을 보여주고 있다.

현행	개정안
<p>제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.</p> <p>2. “외국인환자”란 「국민건강보험법」 제109조에 따른 가입자나 피보험자가 아닌 외국인(보건복지부령으로 정하는 바에 따라 국내에 거주하는 외국인은 제외한다)환자를 말한다.</p>	<p>제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.</p> <p>2. “외국인환자”란 의료 및 장기치료·요양을 목적으로 국내에 입국한 외국인 중 보건복지부령으로 정하는 외국인환자를 말한다.</p>

또 다른 방법은 보건복지부에서 시행규칙을 개정하여 시행규칙 제2조(외국인환자에서 제외되는 외국인의 범위)를 3개월 이상 국내 장기체류하는 외국인 및 국내 출생 신생아 등으로 확대하는 것이다.

그 전이라도 보건복지부 관할 하에 있는 국립대학교병원에 국제수가 적용을 의료관광 비자(C-3-3) 혹은 장기 치료요양비자(G-1-10)를 발급받고 입국해 외국인환자 유치 등록을 한 의료기관을 이용하는 사람으로 제한하고 국내 체류 이주민에게 국제수가 적용을 하지 않도록 권고를 내리는 선조치를 시행할 수도 있을 것이다.

그 모든 것 이전에 이주민 300만 명 시대를 앞둔 지금 힘이 되는 평생친구, 보건복지부 내에 이주민 관련 정책을 총괄해 담당할 사람조차 없다는 것에 대해서도 문제 제기를 하고 싶다.

## 이주민에 대한 국제수가 적용 문제점 시급히 개선해야

배동산 민주노총 공공운수노조 의료연대본부 사무국장

국제수는 의료 해외진출 및 외국인환자 유치를 위해 2016.6.23.부터 시행된 “의료 해외진출 및 외국인환자 유치 지원에 관한 법률” 제2조 2호[“외국인환자”란 「국민건강보험법」 제109조에 따른 가입자나 피부양자가 아닌 외국인(보건복지부령으로 정하는 바에 따라 국내에 거주하는 외국인은 제외한다)환자를 말한다.]에서 정의하고 있는 ‘외국인환자’에게 의료기관들이 ‘임의로 정할 수 있는 진료비와 수수료’를 말한다. 같은법 시행규칙(보건복지부령) 제2조에서는 외국인환자에서 제외되는 외국인의 범위를 “1. 「출입국관리법」 제31조에 따라 외국인등록을 한 사람[「출입국관리법 시행령」 제12조 및 별표 1에 따른 기타(G-1)의 체류자격을 가진 사람은 제외한다], 2. 「재외동포의 출입국과 법적 지위에 관한 법률」 제6조에 따라 국내거소신고를 한 외국국적동포”로 정하고 있다. 즉, 건강보험 미가입자(피부양자)인 미등록이주민의 경우에는 위 법에서 정의하고 있는 ‘외국인환자’인 것처럼 규정하고 있다. 의료해외진출 및 외국인환자 유치 지원에 관한 법률은 의료해외진출과 소위 부자 외국인 환자들에게 높은 가격의 의료상품(국제수)을 허용해 국가경제 발전에 기여한다는 명목으로 ‘의료는 상품이 아니다’는 원칙의 예외를 허용한 의료민영화 법률이다. 그런데, 그 실상은 가장 취약한 이주민들에게 재난적 의료비 부담을 지우며 건강권을 심각하게 위협하고 있다.

발제문에서 지적하고 있는 바와 같이, 건강보험적용을 받지 못하는 미등록이주민에게 2배에서 최대 10배나 많은 국제수를 적용하는 문제점은 시급하게 해결해야 할 문제다. 관련된 문제점에 대해선 작년 11월12일 ‘의료보장에서 배제된 이주민 건강권 보장을 위한 토론회’에서도 종합적으로 다루어진 바 있었다. 해당 토론회에서 국립대병원 공공보건사업실장의 토론문은 몇 가지 중요한 시사점을 준다. 토론문에서는 진료비 미수에 대한 경제적 책임이 오롯이 병원의 책임이고, 경영난을 겪고 있는 국립대병원들이 공공병원임에도 불구하고 이주민의 진료에 적극적이지 않은 이유라고 주장한다. 공공사업실을 상담을

통해 일부 지원받는 경우도 있지만 모든 환자를 다 확인하고 상담할 수 없는 어려움을 호소했다. 병원 자체적 해결책을 마련하기 위해선 병원장 등 경영진의 동의, 병원내부의 규정 변경, 회계감사와 경영 평가 등에 대한 부담 등으로 어려움을 호소하고 있다. 발제문에서 지적하는 바와 같이 “의료기관의 판단과 선택에 따라서 충분히 달라질 수 있”지만, 의료기관들의 선의에 기댄 노력만으로는 안 되고, 정부와 지자체의 책임있는 대책 마련과 법제도 개선 등이 반드시 필요하다는 점을 알 수 있다.

**국제수가 적용대상 외국인환자 범위를 예외적인 경우로 제한하는 법제도 개선이 시급하다.**

발제문에서 지적한 바와 같이 최소한 국제수가 적용할 수 있는 외국인환자의 대상을 해당 법률의 입법취지에 맞게 의료관광비자나 치료·요양비자 입국자로 제한해야 한다. 국회에서 신속하게 법률 제2조를 개정하는 것도 필요하고, 정부가 우선 개정할 수 있는 시행규칙 제2조 개정도 함께 필요하다.

**이주민에게 부당하게 국제수가 적용하는 사례가 발생하지 않도록 정부와 지자체의 책임과 관리감독을 강화해야 한다.**

법제도 개선 이전에도 이미 현행 법령에도 부족하긴 하지만 다양한 정부 및 지자체의 관리감독 책임을 규정하고 있다. 외국인환자를 유치하려는 의료기관들은, △ ‘시/도지사에게 각종 요건을 갖추고 등록’ 해야 하고(법 제6조), △ ‘매년 2월말까지 전년도 사업실적을 보고’ 해야 하며(법 제11조), △ ‘외국인환자의 권익보호를 위해 각종 조치’ 를 취해야 한다(법 제8조). 보건복지부는, △ ‘과도한 수수료 등을 제한’ 할 수 있고(법 제9조), △ ‘기관에 대한 평가 및 인증’ 을 할 수 있으며(법 제14조). △관련 고시에 따라 ‘매년 1회 의료기관들의 수수료 및 진료비 부과 실태조사를 실시’ 할 수 있다(고시 제4조). 시도지사는 ‘매년 3월10일까지 전년도 사업실적을 보건복지부장관에게 통보’ 해야 하고(법 제11조), 보건복지부 장관은 ‘관련 정책 추진현황 및 평가결과에 대한 보고서를 작성해 정기국회 개회전까지 국회 상임위에 연차보고서를 제출’ 해야 한다(법 제20조).

즉, 미등록이주민에 대한 부당한 국제수가 및 일반수가 적용사례를 막기 위해, 등록된 의료기관들이 외국인환자 유치 실적 보고서 단기의료관광비자(C-3-3), 장기 치료요양비자(G-1-10), ‘그 외 외국인환자(미등록이주민 등)’ 를 구분해 실태점검을 하고 그 외 미등록이주민 등 외국인환자에게는 국제수가나 일반수가 적용되지 않도록 지도해야 한다. 또한, 2019년 이주민의 지역가입이 의무화되었고, 현행법에서 ‘국제수가 등을 적용할 수 있는 외국인 환자’ 는 ‘「국민건강보험법」 제109조에 따른 가입자나 피부양자가 아닌 외국인환자’ 다. (이주민에 대한 건강보험제도 자체가 차별적이기에 관련 제도 개선도 받

드시 필요하지만) 현행 제도에서도 의무가입 대상인 이주민이거나, 또는 건강보험료 체납 등으로 인해 보험급여가 중단된 이주민들에게는 진료비 자체를 건강보험 수가가 아닌 국제수가나 일반수가를 적용해서는 안 된다. 이에 대한 일선 의료기관들에 대한 철저한 지도와 관리감독 역시 정부와 지자체의 책임이다.

이번 발제문에서는 이주민에게 재난적인 의료비 부담지우고 있는 국제수가 적용의 실태와 문제점을 중심으로 다루고 있어 간략하게만 주장한 △ 모든 이주민에 대한 건강보험 적용과 차별적인 건강보험제도 개선, △ 정부의 ‘외국인 근로자 등 의료비 지원사업’ 확대, △ 정부 및 지자체별로 이주민 의료지원 네트워크 구축, △ 이주민 안심병원 지정, △ 의료 통·번역 시스템 구축, △ 미등록이주민의 안전한 의료접근권 보장 등 다각도의 종합적인 개선이 필요하다는 점에 동의한다. 아울러 공공병원이 공공병원답게 역할과 책임을 할 수 있도록 인력/예산/공공성 중심의 평가제도 개선도 함께 필요할 것이다.

**“의료는 상품이 아니다”**

**“누구나 어디서나 건강할 권리”**

의료연대본부도 ‘모두의 건강권’이라는 당연한 가치가 지켜지도록 함께 실천하겠습니다.

## 보편적 권리로서의 이주민 건강권

권도연 국가인권위원회 이주민권팀장

이 주제는 단순히 특정 집단에 대한 의료비 지원을 조금 더 늘릴 것인가의 문제가 아닙니다. 국내 체류 외국인의 건강보험 사각지대와 국제수가 문제를 구조적인 인권 문제로 보고, 우리 사회의 인권 기준선을 어디에 두고 있는지 점검해야 하는 사안이라고 생각합니다.

### 1. 건강권 침해로서의 문제 인식

발제에서 보신 것처럼, 미등록이주민이 상급종합병원과 대학병원 부설 종합병원에서 진료를 받는 과정에서 국제수가가 적용되면서, 뇌출혈, 심근경색, 심장이식, 고위험 출산 등 중증·응급 상황에서 수천만 원, 심지어 수억 원에 달하는 의료비가 청구되는 사례들이 반복되고 있습니다.

이 문제를 흔히 “병원비 폭탄”이라고 표현하지만, 인권의 관점에서 보면 그것은 단지 비용의 문제가 아닙니다. 위중한 상태에서 치료를 시작할지 말지, 수술을 받을지 말지, 퇴원을 언제 할지.

이 모든 결정에 ‘치료비를 감당할 수 있는가’가 가장 우선적인 기준이 되기 때문에 누군가는 의료비 때문에 생명과 건강을 포기해야 하는 선택해야만 하는 것을 의미합니다.

이 지점에서 우리는 “건강권은 인간이라면 누구나 누려야 할 보편적 권리인가”라는 가장 기본적인 질문을 다시 던져야 합니다. 그리고 그러한 권리가 현재 침해되고 있는 것은 아닌지 고민해 보아야 합니다.

지금 우리 사회에 체류하는 외국인은 약 250만 명으로 추산되며 이 가운데 100만 명이 넘는 분들이 건강보험 밖에 있습니다. 이분들은 아프거나 다쳤을 때 공적 보험의 안전망 없이 진료비 전액을 감당해야 하고, 현행 법률 구조 속에서 바로 앞서 언급한 건강보험

밖의 인원이 국제수가의 잠재적·실질적 적용 대상이 되고 있다는 점이 오늘 논의의 핵심 쟁점이라고 말씀드리고 싶습니다.

현행 「의료 해외 진출 및 외국인 환자 유치 지원에 관한 법률」을 보면, 누가 ‘일반수가’를 적용받는다고 직접 쓰고 있지는 않습니다. 대신 누구를 ‘외국인 환자’라고 볼 것인지 정의하는 방식으로, 결과적으로 일반수가 대상과 국제수가 대상이 갈라지는 구조를 만들고 있습니다. 국민건강보험에 가입한 외국인과 시행규칙이 정한 일정 요건의 국내 거주 외국인은 외국인 환자 범주에서 빠지고, 나머지는 의료관광객과 같은 외국인 환자로 분류됩니다. 문제는 현실에서 이 범주에 미등록 이주민, 단기체류자, 건강보험에 가입하지 못한 장기 체류 이주민 등 가장 취약한 분들이 대거 포함된다는 점입니다.

따라서, “국내 체류 외국인 약 250만 명 중 100만 명 이상이 건강보험 밖에 있고, 그 상당수가 법구조상 국제수가 적용 가능 집단에서 있다”라는 말은, 단순한 수치 요약이 아니라 제도 설계상의 문제의 단면을 잘 보여주고 있는 문장입니다. 즉, 건강보험 제도에서의 이주민과 의료해외진출법에서의 외국인 환자라는 정의 규정이 겹치면서, 사회·경제적으로 가장 취약한 이주민 집단이 오히려 ‘가장 비싼 의료비 체계’로 밀려나는 역진적인 상황이 만들어지고 있기 때문입니다.

## 2. 건보수가와 일반수가 대상, 국제수가 대상

먼저 “누가 건보수가와 일반수가 대상이고, 누가 국제수가 대상인가”를 간단히 정리해보겠습니다.

국민건강보험에 가입한 외국인은 내국인과 마찬가지로 건강보험 수가를 적용받습니다. 또 보건복지부령이 정한 일정 요건을 충족하는 국내 거주 외국인 역시 ‘외국인환자’ 범주에서 제외되어 일반 진료, 일반 수가 체계 안에 있습니다.

반대로 이 범주에 포함되지 못한 분들은 법에서 외국인 환자로 분류되고, 여기에 미등록 이주민, 단기체류자, 건강보험 가입 요건을 채우지 못한 장기 체류 이주민이 대거 포함됩니다. 이분들은 원래 의료관광객을 상정해 만든 국제수가, 또는 병원이 자율적으로 정한 고액 자비 수가의 대상이 되는 것입니다.

여러 조사와 사례를 보면, 국제 수가는 통상 건강보험 수가의 몇 배에 이르는 경우로 분만·수술·입원과 같이 비용이 큰 진료에서는 수백만 원에서 수천만 원까지 청구되는 사

례도 반복적으로 확인되고, 공감직업환경의학센터가 분석한 미등록 이주민 의료비 지원 사례에서는 국제 수가 적용 시 하루당 의료비가 건보 100% 적용 시의 약 2배에서는 많게는 10배 이상까지 차이가 나는 것으로 나타났습니다. 그 결과 “몸이 아픈데도 병원에 가지 못하는 선택”을 하게 되는 현실로 이어지고 있습니다.

## 2-1. 실태조사와 지원사례로 확인

실태조사와 지원사례로 살펴보면, 이러한 구조가 어떠한 문제를 발생시키는지 확인할 수 있습니다.

미등록 이주민 가정의 영유아가 응급실이나 병원을 이용하는 과정에서 국제수가 적용되거나, 충분한 통역과 설명 없이 고액의 진료비를 부담하게 되는 사례가 여러 조사에서 반복적으로 보고되고 있습니다. 산전·산후 검진이나 분만을 제때 받지 못하다가 급성 상황에서 응급실에 실려 와 뒤늦게 치료를 받는 경우도 적지 않습니다. 치료가 끝난 뒤에는 본인과 가족이 감당하기 어려운 진료비 고지서를 받으면서, 장기간 채무 부담과 체류 불안에 시달리게 됩니다.

국가인권위원회를 포함한 여러 인권기구와 시민사회는 그동안 이주아동·미등록 이주민의 건강권 조사와 권고를 통해 “체류자격과 관계없이 최소한의 의료 접근은 보장되어야 한다”는 점을 반복해서 제기해 왔습니다. 국제수를 포함한 현재의 의료비 구조는 이런 인권 기준과 맞지 않는 대표적인 지점 가운데 하나라고 할 수 있습니다.

## 3. 헌법·국제인권 기준에서 본 쟁점

이 문제를 헌법과 국제인권규범의 관점에서 간단히 짚어보면 쟁점이 더 선명해집니다. 우리 헌법 제10조는 모든 사람의 인간으로서의 존엄과 가치를 보장하고, 국가는 이를 확신하고 보호할 의무가 있다고 규정합니다. 제11조는 합리적 이유 없는 차별을 금지하고 있습니다. 즉 의료비를 포함한 공공서비스의 설계와 운영에서도, 인간의 존엄과 평등이라는 원칙이 기본 전제가 되어야 합니다.

물론 우리나라 헌법 기본권의 주체에 외국인이 포함되는가에 대한 논란이 있을 수 있습니다. 그러나 건강권의 경우 자유권적 성격과 사회권적 성격도 동시에 지닌다는 면에서, 기존 헌법재판소의 입장을 따르더라도 외국인도 인간으로서 이 권리의 주체가 될 수 있다고 보는 것이 타당하다고 생각합니다. 특히 생존권 보장 차원의 의료보장 관련 급여는

인간의 존엄을 바탕으로 한 권리라는 점에서, 학계와 법원에서도 그러한 해석이 제시되어 왔습니다.

국제수가 같은 질환, 같은 진료를 받으면서도 “외국인”, 특히 “등록되지 않은 외국인”이라는 이유로 몇 배에 달하는 비용을 부담하게 하는 구조입니다. 실제로는 경제·사회적으로 가장 취약한 집단일수록 더 비싼 수가 체계로 밀려나고 있습니다. 이러한 구조가 헌법상 평등 원칙과 인간의 존엄을 보호할 국가의무, 그리고 한국이 가입한 국제인권조약이 요구하는 비차별과 건강권 보장 의무에 부합하는지, 지금 우리가 함께 검토해야 할 지점입니다.

#### 4. 국가인권기구로서의 질문과 제도 개선 방향

저는 오늘 이 자리에서, 정책 담당자와 의료계, 시민사회가 함께 고민해 볼 수 있는 몇 가지 질문과 방향을 제안드리고자 합니다.

질문은 세 가지입니다.

하나, 의료관광과 수익 창출을 위해 설계된 제도가 왜 국내에서 함께 살아가는 이주민, 특히 가장 취약한 분들에게까지 그대로 적용되고 있는가.

둘, 국적과 체류자격만을 기준으로 동일한 진료에 몇 배의 비용을 부과하는 것이 과연 헌법상의 평등 원칙과 국제인권규범이 요구하는 비차별 원칙에 부합하는가.

셋, “아프면 병원에 간다”는 가장 기본적인 전제를 이주민에게도 동일하게 보장하기 위해 국가와 의료체계는 어떤 방식으로 제도를 조정해야 하는가입니다.

이 질문에 답하기 위해, 저는 현실적인 제반 사정을 함께 고려하면서도 실효성을 담보할 수 있는 몇 가지 방향이 제시되어야 할 것입니다.

첫째, 장기 거주 이주민과 미등록 이주민 가운데 아동·임산부 등 취약집단에 대해서는, 현행 제도의 범위 안에서도 국제수가 적용을 최대한 지양하고 일반 자비 수준 내에서 진료가 이뤄질 수 있도록 법·지침을 정비하는 방안을 검토할 수 있습니다. 의료기관의 재정 여건도 함께 고려하면서, 외국인 환자 범주를 의료관광객과 지역사회 정주 이주민으로 세분화하여 서로 다른 수가 원칙을 적용하는 것이 현실적인 방안이라고 생각합니다.

둘째, 건강보험 사각지대를 줄이기 위한 점진적인 개선과 장기 체류 이주민의 건강보험 가입 요건을 합리적으로 조정하고, 정보 제공과 행정 지원을 강화해 가능한 한 빠른 시점에 건강보험 체계 안으로 편입될 수 있도록 돕는 방안에 대한 검토가 필요합니다. 그럼에도 제외될 수 있는 미등록 이주민과 취약 이주민에 대해서는, 현재 운영 중인 외국인 의료비 지원사업과 지자체 사업을 연계·확대하는 방식으로 공적 의료비 지원을 보완해 나가는 방안을 우선 고려할 수 있을 것입니다.

셋째, 국제수가 제도의 예측 가능성과 투명성을 높이는 방향이 필요한데 국제수가 기준과 적용 기준, 병원별 운영 현황을 단계적으로 공개하고, 진료 전에 충분한 설명과 통역 지원을 제공하는 절차를 마련한다면, 환자와 의료기관 모두에게 도움이 될 것입니다.

국가인권위원회도 이러한 방향을 바탕으로 이주민 건강권 실태조사와 연구, 정책 권고를 지속해 나가겠습니다. 아울러 관계 부처·지자체·의료계의 논의의 장에 적극 참여하여 제도 개선 방안 모색을 위해 최선을 다하겠습니다. 오늘 이 토론회가 국제수가라는 하나의 제도에 대한 단순한 논의를 넘어서, 이주민의 건강권과 평등권을 우리 사회가 어떻게 함께 보장해 나갈 것인지에 대해 보다 구체적인 해법을 찾아가는 출발점이 되기를 기대합니다.

감사합니다.

## 이주민 의료 접근권의 국제비교와 한국의 정책 과제 - 주요국 사례 분석을 중심으로 -

김영수 경상국립대학교 교수

### 1. 의료 접근권을 둘러싼 국제적 긴장

세계보건기구(WHO) 헌법은 1946년 창설 당시부터 '도달 가능한 최고 수준의 건강 향유'를 국적·인종·경제적 조건에 관계없이 모든 인간의 기본권으로 명시하였다.<sup>5)</sup> 이후 1966년 채택된 경제·사회·문화적 권리에 관한 국제규약(ICESCR) 제12조는 국가가 모든 사람에게 이 권리를 보장할 의무를 재확인하였으며, 현재 170개국 이상이 이를 비준하였다.<sup>6)</sup>

그러나 규범과 현실 사이의 간극은 여전히 넓다. 특히 미등록 이주민(undocumented migrants)은 어느 나라에서든 제도의 사각지대에 놓이는 경향이 있다. Lancet Regional Health에 게재된 2024년 문헌 검토에 따르면 WHO 유럽 지역의 대다수 국가가 미등록 이주민의 의료 접근을 응급 처치 수준으로 제한하고 있으며, 행정 장벽이 거의 없는 국가는 스위스가 유일하다고 평가되고 있다.<sup>7)</sup>

5)World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. Geneva: WHO, 1946. 제1조: '도달 가능한 최고 수준의 건강 향유는 인종, 종교, 정치적 신념, 경제적 또는 사회적 조건에 관계없이 모든 인간의 기본권 중 하나이다.'

6)UN General Assembly. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (ICESCR). New York: United Nations, 1966 (발효 1976). 제12조. 한국은 1990년 이를 비준하였다.

7)Stevenson, F. et al. 'Universal health coverage for undocumented migrants in the WHO European region: a long way to go.' The Lancet Regional Health - Europe, Vol. 37, 2024. <https://doi.org/10.1016/j.lanep.2023.100805>.

Countries	Some Social Welfare Entitlement	Some Healthcare Entitlement
Austria	No	No
Belgium	No	Yes
Bulgaria	No	No
Switzerland	Yes	Yes
Germany	No	No
Denmark	No	No
Spain	No	Yes
Estonia	No	No
France	Yes	Yes
Georgia	No	No
Croatia	No	No
Hungary	No	No
Italy	No	Yes
Lithuania	No	No
Luxembourg	No	No
The Netherlands	No	Yes
Norway	No	Yes
Poland	No	No
Romania	No	No
Slovenia	No	No
Turkey	No	No
United Kingdom	No	Yes

표 : NowHereLand의 '팬데믹 시대 프로젝트'에서 제시된 유럽 지역 미등록 이민자를 위한 의료 및 사회 복지 보장 현황 요약.

본 토론문은 스페인·영국·독일·태국·프랑스 및 스위스·한국 여섯 개 국가의 이주민 의료 접근 정책을 비교함으로써 각국이 취한 제도적 선택과 그 결과를 분석하고, 한국의 현행 체계가 안고 있는 구조적 공백에 대한 논의를 제안하고자 한다.

## 2. 스페인: 제한과 복구의 실증적 기록

스페인은 의료 제한 정책의 효과를 가장 명확하게 추적할 수 있는 사례를 제공한다. 1986년 일반보건법(LGS) 제정 이후 체류 신분에 관계없이 모든 거주자에게 무상 의료를 제공하던 스페인은 2012년 9월 라호이 정부의 긴급 왕령(RDL 16/2012) 시행으로 미등록 이주민을 제도에서 배제하였다.<sup>8)</sup> 적용 대상은 약 80만~100만 명으로 추산되었으며, 응급 처치를 제외한 일반 진료와 전문의 진료가 전면 차단되었다.

정책 시행 직후인 2013년 4월, 세네갈 출신 미등록 이주민 알파 팜(28세)이 결핵 증세로 마요르카 병원 응급실을 7회 이상 방문하였으나 건강보험증 미소지를 이유로 흉부 X선 촬영조차 거부당한 끝에 자택에서 사망하였다. WHO에 따르면 결핵은 항생제 6~9개월 투여로 완치 가능하며 초기 흉부 X선 비용은 수십 유로 수준에 불과하다. 이 사건은 의

<sup>8)</sup>Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. BOE, núm. 98, 2012.

료 제한의 인명 비용을 상징하는 사례로 국제적으로 기록되었다.

학술 연구는 정책 효과를 정량적으로 추적하였다. García-Gómez et al.의 연구에 따르면 RDL 16/2012 시행 이후 3년간(2012~2015) 이주민 사망률이 통계적으로 유의미하게 증가하였으며, 연간 약 70명의 추가 사망이 추산된다.<sup>9)</sup> 이 수치는 New Economics Foundation(NEF)의 2020년 보고서에서도 확인되었다.<sup>10)</sup> 한편 2,000명 이상의 의사가 정부 지침을 위반하고 미등록 이주민에게 무상 진료를 제공하는 'Yo Sí Sanidad Universal' 불법 운동을 전개하였으며,<sup>11)</sup> 이는 결국 2018년 9월 산체스 정부의 RDL 7/2018에 의한 모든 거주자 무상 의료 전면 복구로 이어졌다.<sup>12)</sup>

스페인 사례는 의료 제한 정책의 효과가 단기 재정 절감보다 인명·사회적 비용으로 귀결될 수 있음을 시계열 데이터로 보여준다는 점에서, 정책 설계의 중요한 참조 사례가 된다.

### 3. 영국: 이민자 의료 부담금의 구조와 논쟁

영국은 이주민의 NHS 접근에 선납 방식의 부담금을 부과하는 이민자 의료 부담금(Immigration Health Surcharge, IHS)을 2015년 도입하였다. '무상의료관광차단, 의료무임승차차단'과 NHS 재정 기여를 명분으로 한 이 제도는 2024년 2월 성인 기준 연 £1,035로 인상되었으며(도입 당시 £200 대비 517% 상승), 하원도서관에 따르면 2023/24 회계연도에 £1.78억 파운드를 징수하였고 도입 이후 누적 징수액은 £6.9억에 달한다.<sup>13)</sup>

이 제도의 핵심적 특징은 비자 신청 시 체류 기간 전체 분을 일시 납부해야 하며, 실제 NHS 이용 여부와 무관한 고정 금액이라는 점이다. 4인 가족이 2.5년 비자를 신청할 경우 비자 수수료와 IHS를 합산하면 약 £13,246가 소요된다. 이 때문에 NHS에서 근무하는 케냐 출신 간호사가 자녀 4명의 IHS 비용 £3,600을 감당하지 못해 자녀들을 케냐로 귀환시킨 사례, 임신부가 청구서 수령 후 분만을 거부한 사례 등이 보고되었다.

제도의 정당성을 둘러싼 핵심 쟁점은 '이중과세' 문제이다. 영국에 합법적으로 거주하는 이주민은 소득세와 국민보험료를 통해 이미 NHS 재정에 기여하고 있으므로, IHS는 동일한 서비스에 이중으로 과금하는 구조라는 비판이 제기된다. 스코틀랜드 정부는 이를 '도덕적으로 잘못된 정책'이라고 공식 비판하였으며, 왕립의사협회·왕립간호협회 등 영국

9)García-Gómez, P. et al. 'Health consequences of the elimination of primary healthcare coverage for undocumented immigrants: evidence from Spain.' Health Policy, 132, 2023.

10)New Economics Foundation; Docs Not Cops; Migrants Organise; Medact. Patients Not Passports: Challenging Border Controls in Healthcare. London: NEF, 2020. <https://neweconomics.org/2020/10/patients-not-passports>.

11)Yo Sí Sanidad Universal. Informe sobre el derecho a la asistencia sanitaria en las comunidades autónomas 2018-2022. Madrid: Yo Sí, 2023. <https://yosisanidaduniversal.net>.

12)Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud. BOE, núm. 183, 2018.

13)House of Commons Library. The Immigration Health Surcharge. Research Briefing CBP-7274. London: UK Parliament, 2024 (최종 갱신). <https://commonslibrary.parliament.uk/research-briefings/cbp-7274/>.

의 모든 의료 왕립대학이 IHS 폐지를 촉구하였다. 영국 사례는 의료비를 합법 이주민으로부터 선제적으로 징수하는 방식의 제도가 가져오는 구조적 불형평과 실질적 부작용을 보여준다.

#### 4. 독일: 법적 제한과 민간 보완 체계의 공존

독일은 1993년 제정된 망명자급여법(Asylbewerberleistungsgesetz, AsylbLG)을 근거로 망명 신청자 및 미등록 이주민에게 일반 건강보험(GKV)이 아닌 제한적 급여만을 제공한다. 구체적으로 급성 질환·통증·임산부·응급의 경우에만 의료비가 지원되며, 거주 18개월 미만인 경우 의료 바우처(Krankenschein) 방식으로 운영된다.<sup>14)</sup>

독일 체계의 구조적 문제는 신고 의무(Meldepflicht)에 있다. 공무원은 불법체류자를 이민국에 신고할 의무를 지며, 이론적으로 의료·복지 기관도 적용 대상이다. 의료 응급의 경우 의료기관은 예외이나, 행정 담당자는 여전히 신고 의무를 질 수 있어 이주민의 의료기관 기피를 초래한다.<sup>15)</sup> PMC에 발표된 2024년 연구에 따르면 독일 내 보험 미가입자는 정부 공식 집계 6.1만 명을 훨씬 초과하는 약 100만 명으로 추산되며, 128개의 무보험자 전용 의료기관이 비공식 보완 체계를 형성하고 있다.

이를 보완하는 기제로 주(Land) 및 도시 단위의 Clearingstellen(클리어링 하우스), 가톨릭 자선단체 Malteser의 전국 20개 클리닉, 1995년부터 활동해온 Medinetz(Medibuero) 네트워크 등이 운영되고 있다.<sup>16)</sup> EU 기본권청(FRA)의 비용 분석은 독일·그리스·스웨덴 3개국을 대상으로 고혈압·산전 진료를 미등록 이주민에게 제공할 경우 응급 위주 대비 비용 절감 효과가 있음을 확인하였다.<sup>17)</sup> 예방적 접근이 오히려 의료비를 낮춘다는 연구 결과는 제한 정책의 경제적 효율성 논거에 대한 중요한 반론이 된다.

#### 5. 태국: 의료관광 산업화와 이중 구조의 문제

태국은 1997년 아시아 금융위기 이후 민간병원이 외국인 환자 유치로 수익을 보전하면서 의료관광 산업이 급성장하였다. 2024년 기준 연간 350만 명 이상의 의료관광 환자를 유치하며, 방콕에만 65개 이상의 JCI 인증 민간병원이 운영되고 있다.<sup>18)</sup>

14)Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG), BGBl. I S. 1074, 1993 (최종 개정: BGBl. I S. 1064, 2023).

15)Mylius, M. and Frewer, A. 'Access to healthcare for undocumented migrants with communicable diseases in Germany: a quantitative study.' European Journal of Public Health, 25(4), 2015, pp. 582-586.

16)Institut Convergences Migrations. 'Germany: Sick without papers.' Défacto, no. 31, 2022. <https://www.icmigrations.cnrs.fr>. Malteser 전국 20개 클리닉, Medinetz(1995년-) 등 민간 보완 체계.

17)European Union Agency for Fundamental Rights (FRA). Cost of Exclusion from Healthcare: The Case of Migrants. Luxembourg: Publications Office of the EU, 2015.

태국 공공병원은 보건부 승인하에 내국인/인접국(라오스·캄보디아·베트남·미얀마), 일반 외국인, 의료관광 목적 외국인을 구분하는 3단계 차등 수가 제도를 법제화하였다. NaRanong & NaRanong의 연구에 따르면 의료관광은 GDP의 약 0.4%를 기여하나, 민간병원의 의사 수입이 공공병원 대비 최대 70% 높아 의사·간호사의 민간 부문 이탈이 가속화된다.<sup>19)</sup> 이로 인해 무상의료 수혜 대상인 하위 80% 태국 국민의 공공병원 접근성이 저하되는 역설이 발생한다.

3단계 차등 수가의 구조와 공공병원 적용 방식에 대해서는 Pacific Prime Thailand의 분석이 상세히 기록하고 있다.<sup>20)</sup> 의료경제학자 Viroj는 의료관광이 '시스템이 가난한 자들의 슬럼이 됐다'고 비판하였으며, OECD의 비교 분석도 의료 상업화가 내국인 접근성을 저하시킬 수 있음을 경고한다.<sup>21)</sup> 태국 사례는 의료 상업화가 내국인과 외국인을 동시에 피해자로 만들 수 있음을 보여준다.

## 6. 프랑스와 스위스: 포용적 접근의 제도적 설계

프랑스와 스위스는 Lancet Regional Health(2024) 문헌 검토에서 유럽 내 미등록 이주민 의료 접근 수준이 가장 높은 국가로 분류된다. 두 나라의 제도는 서로 다른 방식으로 포용적 접근을 구현하고 있다.

프랑스는 1999년 도입된 국가의료지원제도(Aide Médicale de l'État, AME)를 통해 프랑스에 3개월 이상 거주한 미등록 이주민에게 건강보험에 준하는 무상 의료를 제공한다. 일반의·전문의 진료, 입원, 의약품, 치과·안과·보조기구를 포함하며 예방 및 만성질환 관리도 가능하다.<sup>22)</sup> 연간 약 35~40만 명이 수혜 대상으로 추산된다.<sup>23)</sup> 다만 이 제도는 정치적 긴장의 대상이기도 하다. 2023년 보르네 정부의 'AME 폐지안'이 상원을 통과하였으나 의료계의 강력한 반발 속에 하원에서 부결되어 제도가 유지되었다. 이는 포용적 의료 제도조차 정치적 압력에 취약할 수 있음을 시사한다.

스위스는 MIPEX 2019 평가에서 미등록 이주민에 대한 행정 장벽이 없는 유럽 내 유일한 국가로 평가받았다. 건강보험 강제 가입제(KVG) 하에 미등록 이주민도 보험 가입이 가능하고 소득 하위 계층에게는 보험료 보조금이 지원된다. 무엇보다 의료기관이 이민 당국

18)DMC Quote. 'Medical Tourism Thailand 2026: Complete Guide.' January 2026. <https://dmcquote.com/guides/medical-tourism-thailand>.

19)NaRanong, A. and NaRanong, V. 'The effects of medical tourism: Thailand's experience.' Bulletin of the World Health Organization, 89(5), 2011, pp. 336-344.

20)Pacific Prime Thailand. 'Dual Pricing at Thai Public Hospitals and the Implications on Foreigners.' Bangkok: Pacific Prime, 2023. <https://www.pacificprime.co.th>.

21)OECD. Health at a Glance 2023: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing, 2023. <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.

22)Service-Public.fr. 'Aide médicale de l'État (AME).' Gouvernement français, 2024. <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F3079>.

23)Médecins du Monde. Observatoire de l'accès aux droits et aux soins dans les programmes de Médecins du Monde en France: rapport 2023. Paris: Médecins du Monde, 2024.

에 환자 정보를 보고하지 않아도 되는 제도적 분리가 실질적 익명 진료를 가능케 하며, 연구에 따르면 이 구조로 인해 스위스 내 이주민의 의료 이용률이 타 유럽 국가에 비해 유의미하게 높다.<sup>24)</sup>

## 7. 한국: 국제수가의 법적 공백과 노동시장 의존성

한국의 상황은 두 가지 구조적 특징으로 요약된다. 첫째는 미등록 이주민에 대한 법적 공백이고, 둘째는 이들에 대한 노동시장의 실질적 의존이다.<sup>25)</sup>

의료 수가 측면에서, 한국은 의료관광 목적 외국인에게 병원이 자율 책정하는 '국제수가'를 허용한다. 건강보험 가입 외국인과 외국국적 동포는 적용 제외 대상으로 명시되어 있으나, 미등록 이주민에 대해서는 별도 규정이 없다. 이로 인해 건강보험 수가의 3~10배에 달하는 국제수가를 미등록 이주민에게 청구하는 것이 현행법상 허용된다.<sup>26)</sup> 같은 해 성평등가족부는 성폭력 피해자 의료비 지원 지침에 '불법체류자 불가' 조항을 신설하였으며, 외국인 피해자의 진료비는 내국인 대비 4~5배 수준인 것으로 파악되었다.<sup>27)</sup>

보건복지부의 '외국인근로자 의료비 지원사업'이 일부 보완 기능을 수행하고 있으나, 근로사실확인서 제출 요구라는 진입 장벽이 존재하며 참여 의료기관은 전국 111곳에 불과해 접근성이 낮다.<sup>28)</sup> 국제수가에 대한 상한 기준이 없고 의료관광 목적 외국인·등록 이주민·미등록 이주민에 대한 수가 체계가 법제적으로 분리되지 않은 것이 구조적 공백의 핵심이다.

한편 미등록 이주민에 대한 한국 사회의 실질적 의존도는 상당하다. 법무부 2024년 집계 기준 국내 미등록 이주민은 397,522명이며 실제로는 더 많을 것으로 추산된다. 한국농촌경제연구원의 2021년 보고서는 채소·과수 농가에서 미등록 이주민이 차지하는 비중이 91.9%, 축산농가는 44.2%에 달한다고 밝혔다. 한국건설산업연구원은 건설현장 내 미등록 이주민이 11~16만 명으로 추산된다고 보고하였다. 2024년 외국인 환자는 117만 명으로 전년 대비 93% 급증하였고 의료비 지출은 1조4천억원에 달하는 반면,<sup>29)</sup> 거주 이주민의 의료 접근에 대한 제도적 기준은 여전히 부재하다.

24)NowHereLand. In Times of Pandemic Project: Access to Healthcare and Social Welfare for Undocumented Migrants in Europe. Brussels: PICUM, 2020.

25)국회입법조사처. 미등록 이주민 의료 접근권 현황과 과제. 입법·정책보고서 제69호. 서울: 국회입법조사처, 2023.

26)경향신문. [미등록 이주민 의료공백①] 미등록 이주민이란 이유로 병원비 폭탄 청구... "병보다 차별이 더 무서웠다."

2025.04.07. 산업재해를 당한 미등록 이주민 '로키' 사례: 국제수가 적용으로 5,000만원 이상 청구.

27)경향신문. [단독] 성폭력 당한 미등록 이주민 "의료 지원 불가"...차별 문구 신설한 성평등가족부. 2025.10.26.

28)보건복지부. 외국인근로자 등 의료비 지원사업 안내. 서울: 보건복지부, 2024.

29)한국보건산업진흥원. 2024 외국인환자 유치실적 통계분석 보고서. 청주: KHIDI, 2025. 2024년 외국인 환자 117만 명 (전년 대비 93% 급증), 의료비 지출 1조4천억원.

## 8. 토론 의제: 검토가 필요한 쟁점들

이상의 내용을 바탕으로, 다음의 쟁점들이 정책 논의에서 다루어질 필요가 있다.

첫째, 국제수가의 적용 범위 문제이다. 현재 미등록 이주민을 국제수가 적용 대상으로 하는 법적 근거도, 이를 금지하는 조항도 없다. 독일의 Clearingstellen 모델, 스페인의 2018년 복구 사례, 스위스의 강제보험 가입제 등을 참조하여 의료관광 수요와 거주 이주민 수요를 분리하는 법령 정비가 출발점이 될 수 있다.

둘째, 공중보건과 의료 접근의 관계이다. EU 기본권청의 연구가 확인하듯, 미등록 이주민에 대한 예방·필수 의료 제공이 응급 위주 대응보다 비용 면에서 효율적이다. 결핵 등 감염병은 체류 신분에 관계없이 지역사회에 전파되므로, 감염병 관리의 측면에서 이주민 의료 접근은 공중보건 문제이기도 하다. WHO는 이주민 건강을 공중보건의 핵심 과제로 설정하고 체류 신분과 무관한 필수 의료 보장 체계 마련을 권고하고 있다.

셋째, 데이터와 근거의 문제이다. 한국은 미등록 이주민의 의료 이용 현황 및 청구 비용에 관한 체계적 통계가 사실상 부재하다. Lancet Regional Health(2024)도 유럽 전반의 공통 과제로 이 데이터 공백을 지적한 바 있다. 국회입법조사처 보고서도 수가 체계 정비와 함께 데이터 수집 체계 구축을 선행 과제로 제시하고 있다.

넷째, ICESCR 정합성의 문제이다. 한국은 1990년 ICESCR을 비준하였다. 유엔 경제적·사회적·문화적 권리 위원회(CESCR)의 일반논평 제14호는 제12조의 이행 의무에 비차별 원칙이 포함되며, 체류 신분 등 사회적 지위에 따른 의료 접근 차별을 금지한다고 명시하였다. 현행 국제수가 구조와 의료비 지원사업의 접근 장벽이 이 조약상 의무와 부합하는지에 대한 법적·정책적 검토가 필요하다.

마지막으로, 미등록 이주민 건강권 보호를 위한 공공보건의료기관의 역할이다. 영리추구를 목적으로 하는 민간 기관과 달리, 공공보건의료기관은 체류 신분과 무관하게 미등록 이주민에게 필수 의료를 보장해서 건강권을 보장할 수 있도록 해야 한다. 국립대학병원, 공공의료원, 지역보건의료기관(보건소, 보건지소, 보건진료소)의 미등록 이주민 건강권 보호는 공공보건의료기관의 본연의 목표를 지키면서, 민간기관들을 선도할 수 있는 계기가 될 수 있다.

## 국제수가에 대한 보건복지부 의견

---

정기모 보건복지부 공공의료과 사무관

memo