

이주노동자의 건강권 보장 실태 및 정책 과제¹⁾

Immigrant Workers' Right to Health in South Korea: The Current Status and Policy Implications

주유선 | 계명대학교 조교수

이 글에서는 한국 사회에 체류하고 있는 이주노동자(비전문취업 E9, 방문취업 H2, 재외동포 F4)의 건강권 보장 실태를 살펴보았다. 구체적으로 이들의 건강보험 가입률, 건강보험료 체납 경험 및 이유, 미충족 의료 경험 및 이유, 코로나19를 포함하여 여러 건강 관련 정보에 대한 접근성을 살펴보았다. 이를 위해 2020년 한국보건사회연구원에서 실시한 '외국인근로자 실태조사'를 활용하였다. 마지막으로 분석 결과에 근거하여 정책 제언을 시도하였다.

1. 들어가며

일반적으로 이주노동자는 내국인에 비해 열악한 노동환경에 처해 있을 가능성이 크다. 고용노동부에 따르면 이주노동자의 상당 부분을 차지하는 비전문취업(E9) 이주노동자는 “한국인 기피업종 등 300인 미만의 중소기업의 인력 부족”을 해결하기 위해 도입된 인력이다(고용노동부, n.d.a).

이처럼 내국인들이 기피하는 노동시장을 보완하기 위해 도입된 취지를 반영하듯, 비전문취업 이주노동자는 내국인 노동자들이 꺼리는 소위 어렵고(difficult), 지저분하고(dirty), 위험한(dangerous) ‘3D’ 분야에서 일하는 경우가 많다. 따라서 이들은 ‘계급 이하의 계급으로서 한국의 이주노동자들’이라 표현되기도 한다(그레이, 2004). 중국동포가 대부분을 차지하는 방문취업(H2) 이주노동

1) 이 글은 김기태 외(2020). 「사회배제 대응을 위한 새로운 복지국가 체제 개발 - 이주노동자 연구」 보고서의 ‘제7장 제2절 이주노동자의 건강권 보장 실태’ 내용 일부를 재구성하여 수정·보완한 것이다.

자와 재외동포(F4) 이주노동자들이 처한 현실 또한 이와 크게 다르지 않다. 방문취업 이주노동자의 경우 39개 단순노무 분야로 취업이 한정되며, 중국 재외동포(F4)의 경우 취업 분야 제한이 없음에도 불구하고 임금이나 근로시간, 종사상 지위 등에서 오히려 방문취업제 중국동포(H2)보다 더 열악한 현실에 처해 있다(최서리, 이창원, 2014). 이러한 현실에도 현재 한국에 체류하는 이주노동자의 수는 해마다 증가하여 현재 90여만 명에 이르며, 이들은 내국인이 꺼리는 위험한 일자리를 메우며 우리와 더불어 한국 사회에서 살아가고 있다.

이주노동자의 건강에 관한 관심은 1991년 산업연수생 제도, 2004년 고용허가제를 통해 외국인력이 도입된 이래 이주노동자의 안타까운 죽음이 연일 보도되면서 이들에 대한 인권 침해나 산업재해, 열악한 노동환경 등으로 인한 질병, 더 나아가 사망 등에 관한 관심에서 시작되었다고 볼 수 있다. 최근에도 혹은 속 비닐하우스에서 숨진 캄보디아 출신 이주노동자가 2016년 고용허가제로 입국한 이후 3년여간 건강보험에 가입되어 있지 않았으며, 2019년 가입 후에도 진료기록이 없다는 사실이 밝혀지면서 이에 대한 관심이 재환기되고 있다(이재호, 2021. 1. 5.).

이주노동자의 건강에 관해 본격적으로 논하기 전에 먼저 건강권의 개념을 간략하게 살펴볼 필요가 있다. 건강권은 여러 국제문서에서 인정되고 있다. 대표적으로 1946년 세계보건기구(WHO) 헌장에 따르면 “인종, 종교, 정치적 신

념, 경제적 혹은 사회적 조건의 구별 없이 성취 가능한 최고 수준의 건강을 누리는 것은 모든 사람들의 기본적인 권리”이다. 1976년 국제연합(UN)의 ‘경제적, 사회적 및 문화적 권리에 대한 국제규약’ 또한 “본 규약의 당사국은 모든 사람이 성취할 수 있는 최고 수준의 신체적, 정신적 건강을 누릴 권리를 가지고 있음을 인정한다.”라고 규정하고 있다. 하지만 국제규약에서 정의된 ‘성취할 수 있는 최고 수준의 신체적, 정신적 건강을 누릴 권리’라는 건강권의 개념은 추상적이며 선언적일 뿐이라고 비판받아 왔다(김창엽, 2013). 이에 UN의 경제·사회·문화적 권리위원회는 개별 권리의 성격과 비준국의 의무를 명료화하는 역할을 하는 일반 논평에서 건강권은 충분히 이용할 수 있는 시설 및 서비스가 있는지(availability), 모든 사람이 차별 없이 이러한 서비스나 상품에 대해 물리적·경제적 접근성과 건강 관련 정보의 접근성이 보장되는지(accessibility), 의료 윤리 존중 및 문화적 적절성(acceptability), 질적 우수성(quality)과 같은 요소들을 포함한다고 밝힌 바 있다(국가인권위원회, 2007). 또한 이러한 규약에 명시된 건강권은 국민뿐 아니라 이주민을 포함한 ‘모든 사람들’에게 차별 없이 보장되어야 함을 강조하고 있다(이상립, 2012).

이러한 맥락에서 이 글에서는 한국 사회에서 이주노동자의 건강권이 어떻게 보장되고 있는지 그 현황을 살펴보고 관련 정책적 함의를 제시하고자 한다. 전술한 건강권의 여러 요소 중 특히 국가 정책적 개입의 여지가 큰 접근성에 초점을

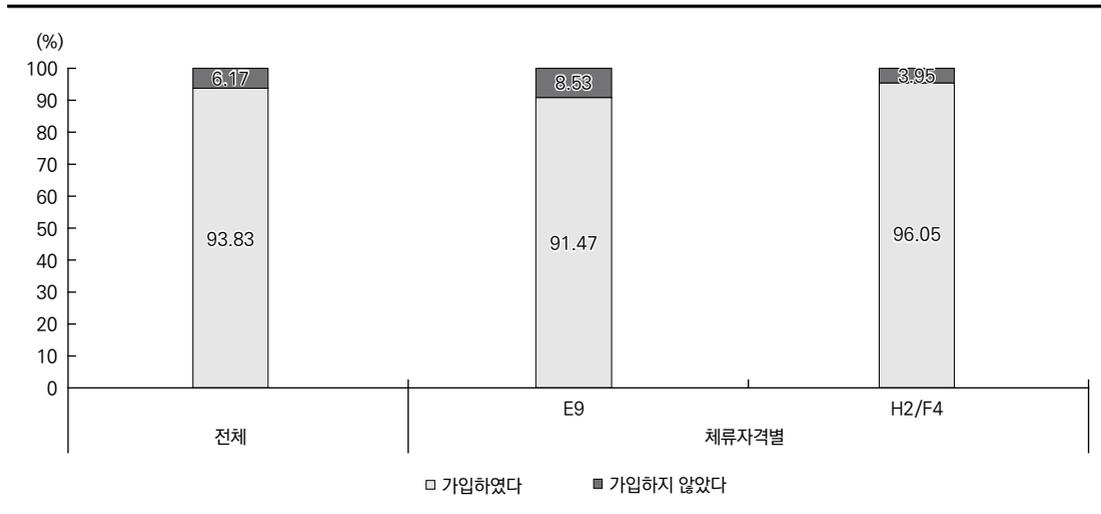
맞추어, 구체적으로 건강보험 가입률과 가입하지 못한 이유, 건강보험료 체납 경험, 미충족 의료 경험과 그 이유, 건강 관련 정보에 대한 접근성을 살펴보았다. 이를 위해 2020년 한국보건사회연구원에서 실시한 ‘외국인근로자 실태조사’를 분석하였다.

2. 건강보험 가입

건강보험 가입 여부는 건강권 보장의 대표적인 지표이다. 2019년 말 기준 우리나라의 국민 건강보험 적용인구는 5,139만 명에 달하며 이는

우리 국민의 대부분이 건강보험에 가입되어 있음을 보여 준다(건강보험심사평가원, 국민건강보험공단, 2020). 실태조사 분석 결과 이주노동자 또한 국민건강보험을 포함하여, 외국인 대상 민간 의료공제조합, 기타 보험 등 어떠한 형태로든 건강보험에 가입하고 있다는 비율이 응답자의 93.83%(1,339명)에 달할 정도로 건강보험 가입률이 높았다(그림 1). 건강보험에 가입하지 않은 사람은 전체 응답자의 6.17%(88명)에 불과하였다. 이를 집단별로 살펴보면 E9의 건강보험 미가입률이 8.53%(59명), H2/F4의 미가입률은 3.95%(29명)로 E9의 미가입률이 더 높았다.²⁾

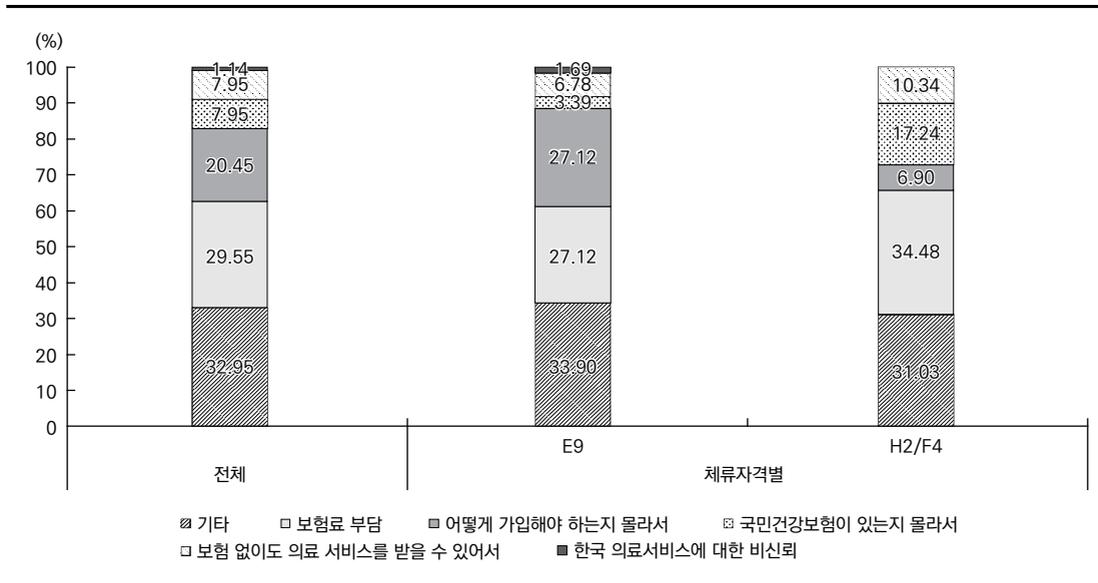
그림 1. 집단별 건강보험 가입률



자료: 김기태 외. (2020). 사회배제 대응을 위한 새로운 복지국가 체제 개발 - 이주노동자 연구. p. 266, [그림 7-2-1]을 이용하여 재구성함.

2) 이는 2019년 외국인 체류실태 및 고용조사 자료의 분석 결과와는 사뭇 다른 결과로, 2019년 자료에서는 E9의 가입률이 91.19%, H2는 62.55%, F4는 76.95%의 가입률을 보여 E9의 가입률이 더 높았다. 이는 2019년 이주민의 건강보험 지역가입 의무화 결정에 따른 변화가 가장 큰 원인인 것으로 추정해 볼 수 있다. 실제로 당시 정책변화에 따라, H2의 경우 건강보험 지역가입자의 수가 2018년 4만 5,000여 명에서 2019년 7월 기준으로 11만 명을 넘어 두 배 이상 늘었다(보건복지부 보험정책과, 2019).

그림 2. 집단별 건강보험 미가입 이유



자료: 김기태 외. (2020). 사회배제 대응을 위한 새로운 복지국가 체제 개발 - 이주노동자 연구. p. 267, [그림 7-2-2]를 이용하여 재구성함.

비록 건강보험에 가입하지 않은 사람의 수는 많지 않지만, 그 이유를 구체적으로 살펴보았다 (그림 2). 종합적으로 볼 때 ‘기타’라는 응답을 제외 하면 ‘보험료가 부담되어서’라는 응답이 29.55%로 가장 높고, ‘어떻게 가입해야 하는지 몰라서’라는 응답이 20.45%를 그 뒤를 이었다. 즉 경제적 부담으로 인한 접근성 감소, 정보에 대한 접근성 부재를 보여 준다.

개별 집단을 보다 구체적으로 살펴봐도 E9 집단과 H2/F4 집단 모두 보험 가입에 따른 경제적 부담에 대한 우려가 엇보인다. 건강보험에 가입하지 않은 H2/F4 집단 중 가장 많은 응답자 (34.48%)가 보험료가 부담되어 가입하지 않았다고 응답하였다. E9 집단 또한 보험료가 부담된다는 응답이 건강보험을 어떻게 가입하는지 몰라서

라는 응답과 함께 27.12%로 가장 높게 나왔다. 이러한 경제적 부담에 따른 보험 미가입은 미가입자의 소득 수준을 분석한 결과에서도 확인할 수 있다. E9과 H2/F4 집단 모두에서 보험료가 부담되어서 가입하지 않았다는 사람의 소득 수준은 300만 원 미만이었다. 다시 말하면 소득이 300만 원 이상이라는 응답자가 보험료가 부담되어서 가입하지 않았다는 경우는 전무하였다.

위에서 언급하였듯 E9 집단의 경우 보험료가 부담된다는 응답과 더불어 가장 많이 나온 미가입 이유는 건강보험을 어떻게 가입하는지 몰라서였다(27.12%). 우리는 이 점에 주목해야 한다. 건강보험은 고용허가제로 들어오는 E9에게 당연 적용이 되는 대표적인 사회보험이며, 고용노동부는 입국 후 2박 3일간 합숙교육의 형태로 총 16

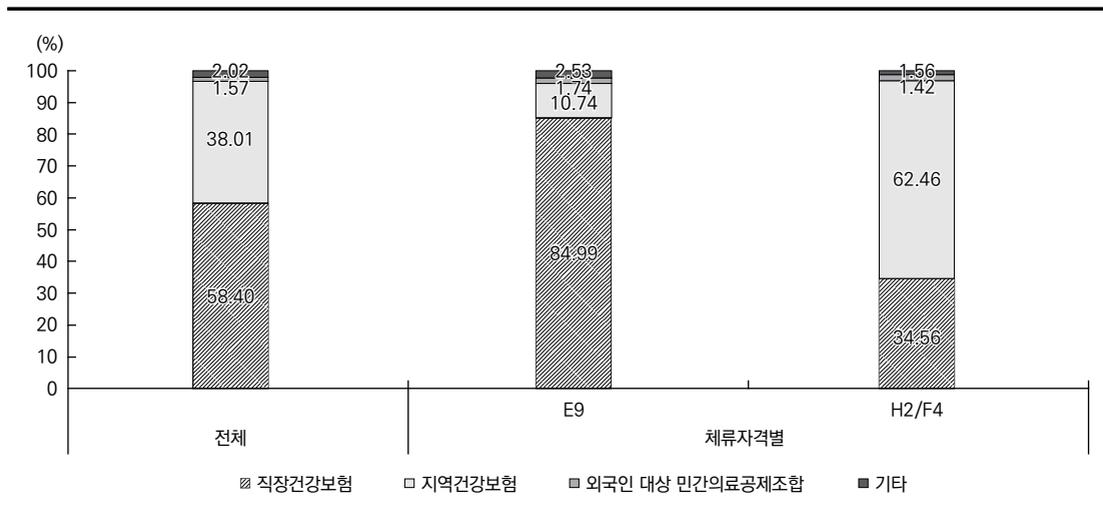
시간의 한국 문화 이해 및 고용허가제, 관계 법령, 산업안전보건에 대한 취업교육을 실시한다고 밝히고 있다(정부24, 2020). 그러나 여전히 건강보험 미가입 이유로 ‘건강보험을 어떻게 가입하는지 몰라서’가 큰 비중을 차지하고 있음을 볼 때, 이주노동자들의 사회보장과 관련된 권리보장에 대한 보다 실효성 있는 교육이 필요할 것으로 보인다.

아래 [그림 3]에서 이주노동자가 가입한 건강보험을 유형별로 살펴보면, 직장건강보험이 58.40%로 가장 많고 지역건강보험이 38.01% 순으로 많으며, 외국인 대상 민간의료공제조합(1.57%)이나 기타 보험(2.02%)에 가입한 비율은 매우 낮은

편이다. 이를 집단별로 나눠 보면 H2/F4는 지역가입이 62.46%로 직장가입(34.56%)보다 많았으며, E9은 직장가입이 84.99%로 가장 많았고, 지역가입이 10.74%였다. 희년의료공제회와 같은 외국인을 대상으로 하는 민간의료공제조합을 이용한다는 비율은 E9 집단 중 1.74%, H2/F4 집단 중 1.42%로 극히 드물었다.

E9의 직장건강보험 가입률이 높은 것은 이들이 사업장 고용을 전제로 한국에 입국하기 때문에, 농·축산업 및 어업 등과 같이 건강보험 당연 적용사업장이 아닌 곳을 제외하고는 직장가입이 의무화되어 있기 때문으로 볼 수 있다.³⁾ 고용허가제를 통해 이주노동자를 고용한 사업주는 14

그림 3. 집단별 건강보험 가입 유형



자료: 김기태 외. (2020). 사회배제 대응을 위한 새로운 복지국가 체제 개발 - 이주노동자 연구. p. 269, [그림 7-2-3].

3) 농·축산업 및 어업 등과 같이 건강보험 당연적용사업장이 아닌 곳에서 일하는 이주노동자는 건강보험법 제109조(외국인 등에 대한 특례)에 따라 입국 후 6개월이 지난 후부터 지역가입자로 가입되어 왔다. 정부는 보도자료(2021. 3. 3.)를 통해 농·어촌 외국인 근로자의 건강보험 사각지대 해소를 위해 외국인근로자는 입국 후 즉시 지역가입을 적용할 계획이라고 밝혔다(관계부처합동 보도 자료, 2021. 3. 3.).

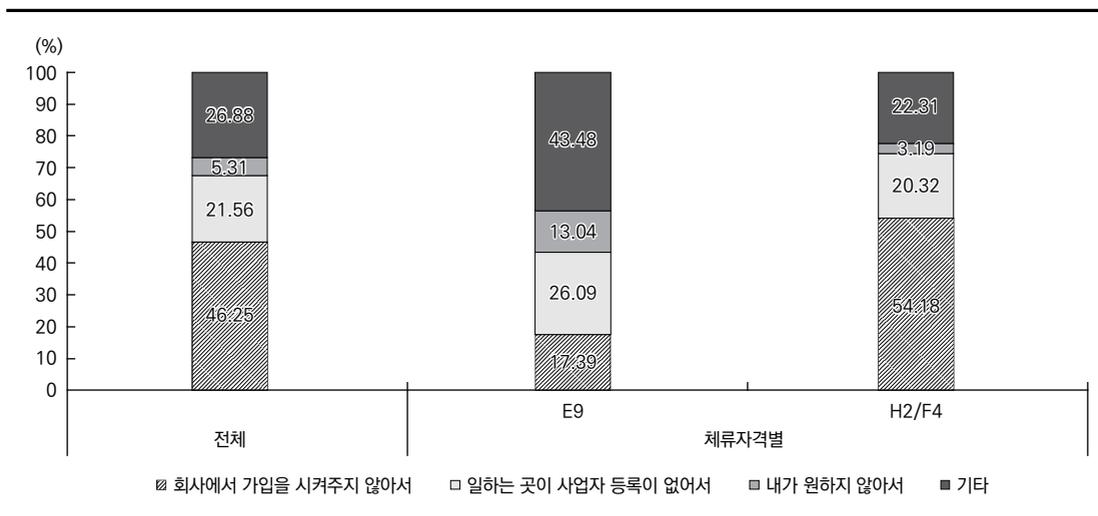
일 이내에 국민건강보험공단으로 직장가입자 자격취득 신고서를 제출해야 하며, 위반 시 법적인 제재를 받게 된다(고용노동부, n.d.b). 특히 조사의 응답자는 제조업에 종사하는 이들로 한정하였으므로, 대부분 당연적용사업장에 종사할 것으로 추정된다. 따라서 이를 고려할 때 오히려 E9의 지역가입자가 10.74%에 달한다는 것은 언뜻 보면 다소 의외의 결과라고 볼 수 있다.

[그림 4]에서는 ‘해당 사항 없음’을 제외하고 이들이 직장건강보험에 가입하지 못한 이유를 살펴보았다. E9의 경우 ‘기타’라는 응답이 43.48%, ‘일하는 곳이 사업자등록이 되어 있지 않아서’라는 응답이 26.09%, ‘회사에서 가입을 시켜 주지 않아서’라는 응답이 17.39%였다. ‘기타’라는 응답이 가장 높게 나왔지만, 아쉽게도 이 조사에서 기타에 대한 후속 질문을 하지 않아 그 이유를 정

확하게 알기 어렵다. 하지만 회사에서 가입을 시켜 주지 않는다는 응답 또한 17.39%에 달하는 등 법에 명시된 권리를 보장받지 못하는 경우가 상당 부분 존재하는 것으로 보인다. 고용주가 가입신고의무를 다하지 않은 경우에도 이에 대한 감독과 처벌이 제대로 이루어지지 않기 때문에 실제 당연적용사업장이라 할지라도 가입되지 않은 노동자가 상당수 존재한다는 지적을 눈여겨볼 필요가 있다(김사강, 2020).

H2/F4의 경우 지역가입(62.46%)이 직장가입(34.56%)보다 월등히 높다. 이는 이들 집단은 E9 집단과는 달리 종사하는 업종이 일용노동자 혹은 가사와 간병 노동자처럼 직장가입에서 제외되는 경우가 많기 때문으로 보인다(김사강, 2020). 이들의 미가입 이유를 살펴보면 ‘회사에서 가입을 시켜 주지 않아서(54.18%)’가 가장 주된 원인으

그림 4. 집단별 직장건강보험 미가입 이유



자료: 김기태 외. (2020). 사회배제 대응을 위한 새로운 복지국가 체제 개발 - 이주노동자 연구. p. 270, [그림 7-2-4].

로 나타났다. H2/F4 집단 또한 E9 집단과 마찬가지로 고용주의 신고의무 소홀이 빈번하다는 지적을 눈여겨볼 필요가 있다(김사강, 2020).

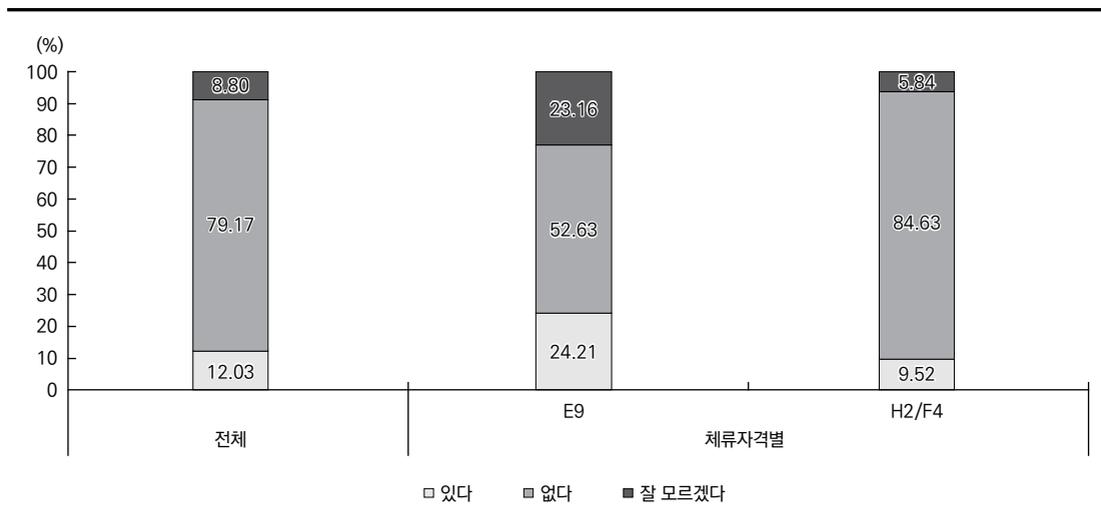
3. 건강보험료 체납 경험

내국인이 건강보험료를 6개월 이상 체납하면 보험급여가 제한될 수 있다는 내용이 통지되고, 이후에도 보험료 체납이 계속되면 건강보험급여 자격이 제한될 수 있다(서한기, 2019. 9. 4.). 하지만 이주민의 경우 이러한 조건은 더욱 까다로워져 보험료를 체납하면 체납일부터 즉시 보험급여가 제한되며, 이후 보험료를 완납하더라도 급여제한 기간에 받은 보험급여는 환수 조치된다(김사강, 2020). 또한 건강보험료를 체납하는 외국인의 정보를 법무부와 국민건강보험공단이 공

유할 수 있도록 「출입국관리법」이 개정(19. 4. 23. 시행)되어 ‘건강보험료 체납외국인 비자연장 제한제도’를 시행하고 있다(보건복지부, 2019. 7. 16.). 이처럼 체납은 보험급여 수급뿐 아니라 체류자격 유지에도 매우 중요한 요인이다. 따라서 이주노동자의 건강보험료 체납은 건강권 보장의 주요 위험요인으로 볼 수 있다.

[그림 5]를 보면 이 조사에서 체납 경험이 있는 응답자는 12.03%를 차지하였다. H2/F4 집단의 경우 9.52%만이 체납한 적이 있었다. E9 집단은 이보다 많은 24.21%가 체납한 적이 있었으며, 본인의 체납 여부를 잘 모르는 경우도 23.16%를 차지한다. E9 집단의 경우 체납했던 사람의 비율도 중요하지만, 더 눈여겨보아야 할 점은 본인의 체납 여부를 모른다는 응답이다. 이주노동자에게 건강보장은 기본적 권리 중 하나

그림 5. 집단별 건강보험 체납 경험



자료: 김기태 외. (2020). 사회배제 대응을 위한 새로운 복지국가 체제 개발 - 이주노동자 연구. p. 271, [그림 7-2-5].

로, 건강보험은 이들의 건강권을 보장하는 가장 중요한 제도이다. 또한 건강보험료 납부는 체류 자격 유지와 연관돼 있기 때문에 이를 알고 탐색할 수 있는 것은 이주노동자에게 매우 중요한 일일 것이다. 하지만 현실에서 이들의 건강보험에 대한 정보 접근성, 정보 탐색 수준 등은 여전히 미흡한 것으로 보인다.

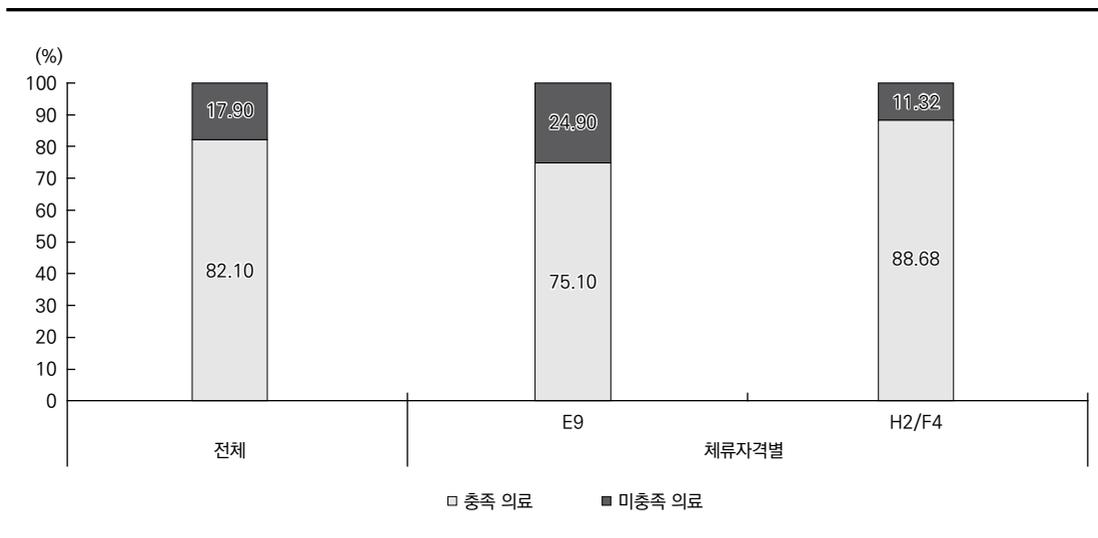
4. 미충족 의료 경험

미충족 의료란 의료를 이용해야 할 필요가 있음에도 불구하고 의료를 제대로 이용하지 못하는 경우를 의미한다(장혜영, 이한이, 2017; 허순임, 김미곤, 이수형, 김수정, 2009). 미충족 의료를 측정하는 방법은 첫째, 의료를 이용하는 개인의

주관적 인식을 측정하는 것, 둘째, 실제 의료 이용량과 의료 필요량 간의 차이를 측정하는 것으로 나뉘 볼 수 있다(Aday & Andersen, 1974). 이 연구에서는 첫 번째 방법을 택하여 미충족 의료를 설문조사를 통해 주관적으로 측정하였으며, 이는 “지난 1년간 참지 못할 정도로 아프거나(감기 포함) 다쳤을 때 주로 어떻게 하셨습니까?”라는 질문에 ‘병/의원 처방 없이 약국에 갔다’, ‘중국 또는 본국에서 가져온 약을 먹고 참았다’, ‘그냥 참았다’와 ‘기타’로 응답한 것을 미충족 의료로 정의하였다.

[그림 6]을 보면 전체 응답자 중, 이러한 미충족 의료 경험이 있는 응답자는 ‘아픈 적이 없었다’라고 응답한 응답자(399명, 27.96%)를 제외한 응답자(1,028명) 중 184명(17.90%)에 달한

그림 6. 집단별 충족/미충족 의료 경험



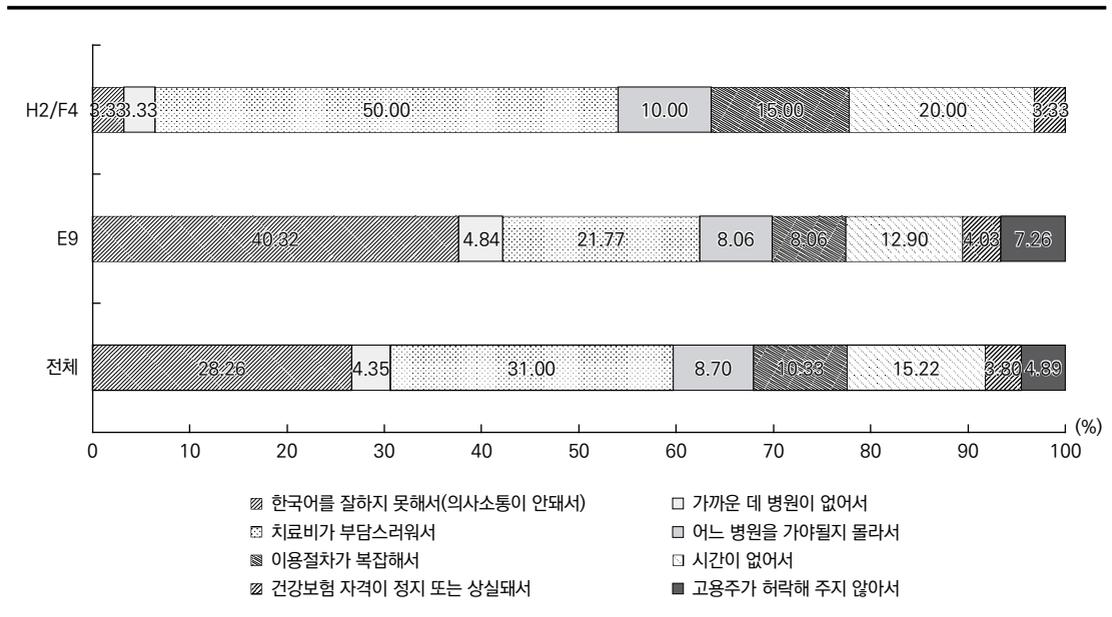
자료: 김기태 외. (2020). 사회배제 대응을 위한 새로운 복지국가 체제 개발 - 이주노동자 연구. p. 273, <표 7-2-4>를 이용하여 재구성함.

다. 집단별로 보면 E9 집단의 24.90%(124명), H2/F4 집단의 11.32%(60명)가 미충족 의료를 경험하였다. 즉 E9 집단의 미충족 의료 경험 비율이 H2/F4 집단보다 더 높은 것을 알 수 있다.

미충족 의료를 경험했다고 응답한 응답자(184명)에 한해 그 이유를 물었다(그림 7). 이에 대한 이유로는 전체적으로는 치료비에 대한 부담 때문이라고 응답한 비율이 가장 높았으며(31.00%), 한국어를 잘하지 못해서, 즉 의사소통이 안 돼서 라는 응답(28.26%)이 그 뒤를 이었다. 고용허가제를 통해 입국한 비전문취업(E9) 이주노동자와 중국 출신 재외동포(F4) 및 방문취업자(H2)는 한국어 실력에 차이가 있으므로, 이를 집단별로 나누어 살펴볼 필요가 있다.

아래 [그림 7]을 보면 E9 집단의 경우 한국어를 잘하지 못해서, 즉 의사소통의 어려움 때문에 의료서비스를 이용하지 못한 경우가 40.32%로 가장 많았다. 반대로 상대적으로 한국어로 의사소통이 어렵지 않은 중국 출신 재외동포 및 방문취업자의 경우에는 의사소통의 어려움 때문에 의료서비스를 이용하지 못했다고 응답한 비율은 3.33%에 불과하였다. H2/F4 집단의 경우에는 치료비가 부담스럽다는 의견이 응답의 50.00%로 가장 많았다. 이처럼 E9 집단의 경우 의사소통의 어려움, H2/F4 집단의 경우 치료비에 대한 부담이 미충족 의료로 이어지는 가장 큰 이유라고 볼 수 있다.

그림 7. 집단별 미충족 의료 원인



주: 중복 응답을 허용하여 그 합은 100%가 넘음.
 자료: 김기태 외. (2020). 사회배제 대응을 위한 새로운 복지국가 체제 개발 - 이주노동자 연구. p. 275, [그림 7-2-6]을 이용하여 재구성함.

5. 건강정보 접근 및 인지

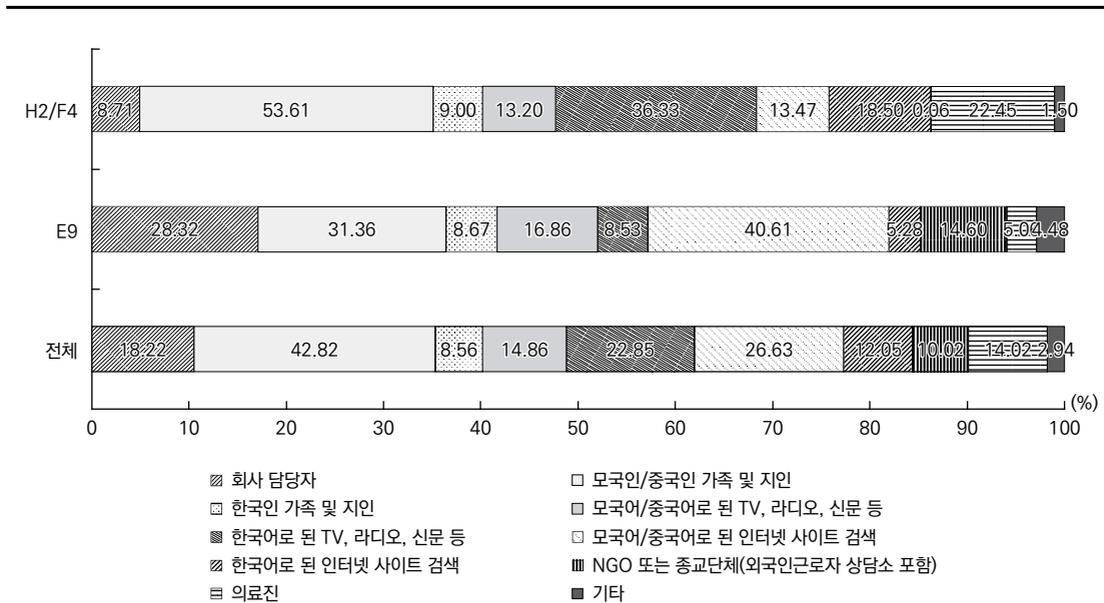
건강권은 단순히 의료서비스에 대한 접근성만을 의미하지 않는다. 건강 관련 정보를 어떻게 탐색하는지 또한 건강권의 중요한 요소이다. 따라서 다음에서는 건강 관련 정보의 채널, 정보 탐색의 어려움 정도를 알아보았다.

먼저, 정보를 찾는 통로를 살펴보면 E9 집단과 H2/F4 집단의 특성이 반영된 것을 볼 수 있다(그림 8). E9 집단의 경우 가장 많이 정보를 얻는 통로는 모국어로 된 인터넷 사이트 검색이었다(40.61%). 이는 E9 집단이 상대적으로 연령이 낮아 인터넷을 쉽게 활용하는 세대임을 반영한 것이라고 볼 수 있다. 모국어로 된 정보를 검색하

는 것 또한 이들의 상대적으로 낮은 한국어 실력이 반영된 것으로 추측해 볼 수 있다. 다음으로 많은 것은 모국인 가족과 지인(31.36%), 회사 담당자(28.32%)이다. 회사 담당자를 통한 정보 활용은 H2/F4 집단에서는 낮은 비율(8.71%)을 차지하는 데 반해, 이러한 비율이 E9 집단에서 높게 나타나는 것(28.32%)은 E9 집단이 고용을 전제로 한국에 입국하여 일하고 있으며, 이러한 직장에서의 고용관계가 한국에서 맺는 첫 사회적, 공식적 관계를 이루기 때문으로 보인다.

반대로 H2/F4 집단의 경우 모국인 가족과 지인에게 건강정보를 얻는다는 비율이 절반을 넘어 가장 높았다(53.61%). 또한 한국어로 된 텔레비전(TV), 라디오, 신문 등에서 정보를 얻는다는

그림 8. 집단별 건강정보를 얻는 통로



자료: 김기태 외. (2020). 사회배제 대응을 위한 새로운 복지국가 체제 개발 - 이주노동자 연구. p. 279, [그림 7-2-10]을 이용하여 재구성함.

비율도 36.33%로 높은 편이었다. 이는 H2/F4 집단의 경우 가족 초청 등이 불가능한 E9 집단과 달리 가족 이주가 어느 정도 가능하며, 이들의 한국어 의사소통 능력도 E9 집단에 비해 뛰어난 편이기 때문일 것이다. 모국어로 된 텔레비전(TV), 라디오, 신문이나 모국어로 된 인터넷 사이트를 검색한다는 비율은 각각 13.20%, 13.47%로 적은 편이다.

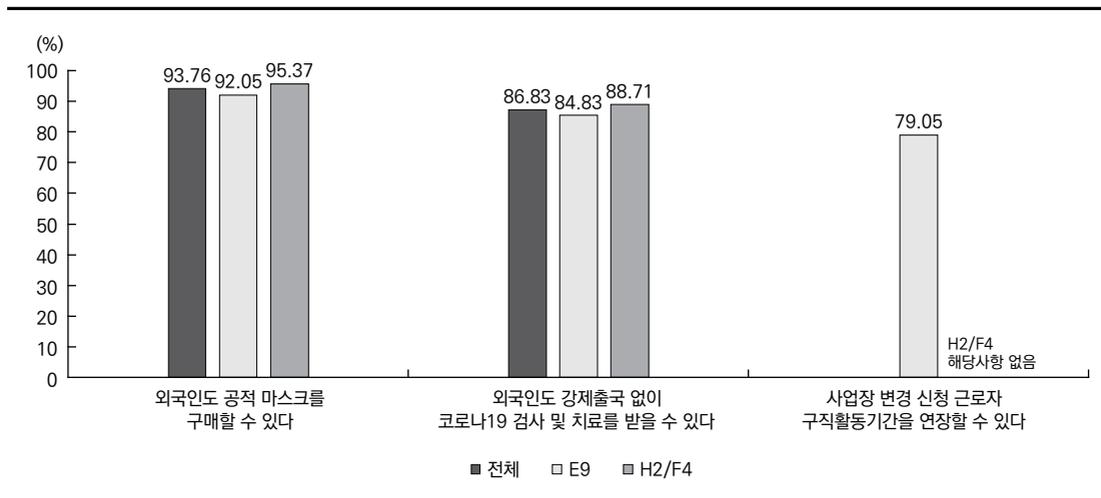
일반적인 건강정보 이외에도 코로나19와 관련한 여러 정보에 대해 알고 있는지를 물었다. 코로나19 발생 초기 마스크에 대한 수요가 갑작스럽게 치솟으면서 외국인에 대한 공적 마스크 구매 허용 여부가 한차례 논란에 휩싸였다. 특히 2020년 3월 정부가 5부제를 골자로 하는 ‘마스크 수급 안정화 대책’을 발표하면서, 외국인은 건강보험증과 외국인등록증을 함께 제시해야 공적 마스크

를 구매할 수 있도록 하였다는 점이 큰 비판을 받았다. 마스크 수급 안정화 대책 한 달여 만인 지난 4월 20일에야 건강보험 가입 유무와 관계 없이 외국인도 공적 마스크를 구입할 수 있게 되었다.

급작스런 공중보건위기는 내·외국인을 가리지 않는다. 따라서 관련 건강정보에 대해 이주노동자들이 얼마나 인지하고 있는지는 이주노동자들이 이러한 위협에서 보호하는 것뿐 아니라 국가적인 공중보건위기를 극복하는 데에도 매우 중요하다. 따라서 코로나19 관련 정보에 대한 이주노동자의 인지 여부를 알아보고자 하였다(그림 9).

분석 결과 E9 집단의 경우 92.05%, H2/F4 집단의 경우에는 95.37% 수준으로 대부분의 이주노동자들이 외국인도 공적 마스크를 구매할 수 있다는 것을 인지하고 있다. 이 밖에도 정부는 코

그림 9. 코로나19 관련 건강정보를 알고 있는 정도



자료: 김기태 외. (2020). 사회배제 대응을 위한 새로운 복지국가 체제 개발 - 이주노동자 연구. p. 281, <표 7-2-5>를 이용하여 재구성함.

로나19 첫 확진자 발생 10여 일 뒤인 1월 31일 보도자료를 통해 미등록 외국인을 포함한 외국인도 강제 출국 없이 코로나19 검사 및 치료를 받을 수 있으며, 집중 방역기간 동안 불법체류 외국인에 대한 단속을 유예한다고 밝혔다(법무부, 2020. 1. 31.). 분석 결과 이주노동자의 86.83%가 이러한 정보를 알고 있었다. 이는 공적 마스크 구입에 대한 정보(93.76%)에 비해 알고 있다고 응답한 비율이 5%포인트 이상 적은 것으로, 전반적으로 공적 마스크에 대한 정보 인지가 더 높은 수준이다. 또한 E9 집단이 이 정보를 인지한 비율은 84.83%로 H2/F4 집단의 88.71%보다 적었다.

이 밖에 코로나19와 관련하여 E9 집단을 대상으로 새로운 조치가 한시적으로 시행되었다. 기존에는 E9의 경우 사업장 이동이 원칙적으로 금지되며, 고용주의 근로 위반과 같은 예외적인 경우에 한해 3년 동안 3회 사업장 이동을 허용하고 있었으며 이러한 사업장 변경에 따른 구직기간 또한 3개월로 제한하고 있었다. 사업장 변경 신청 후 3개월 이내에 「출입국관리법」에 따른 근무처 변경허가(법무부)를 받지 못한 경우 출국 조치된다. 이러한 사업장 변경 제한은 고용허가제의 대표적인 독소 조항이라는 비판을 받고 있다(이영재, 2020). 정부는 코로나19로 구직 활동의 어려움이 예상됨에 따라 이러한 구직기간 잔여기간을 4월 30일까지 일괄 연장하는 조치를 시행하였다. 이러한 조치는 E9에 직접적인 영향을 끼칠 수 있는 정보임에도 불구하고, 이에 대해 알고 있

는 E9의 비율은 코로나19 관련 정보 중에서 가장 적은 79.05%에 불과하였다.

6. 나가며

건강은 그 자체로 중요할 뿐 아니라 삶의 다른 영역에도 영향을 미친다는 점 때문에 그 중요성이 강조되어 왔다. 이주노동자의 경우 낮은 환경에 이주하여 적응하는 과정에서 여러 스트레스를 겪고, 고된 노동환경과 같은 위험요인으로 인해 건강을 위협받고 있는 것이 사실이다. 하지만 기존의 건강보장 논의는 국가 내의 ‘국민’, ‘내국인’을 중심으로 이루어져 왔다. 하지만 국가를 넘어선 이주가 점차 일상화되고 보편화되면서 이들의 건강보장을 국민/비국민의 경계를 넘어서 모든 사람에게 적용되는 기본적 권리, 사회권으로 보려는 관점이 주목받고 있다. 이 글에서는 이러한 관점에 주목하여 한국 사회 이주노동자의 건강권 보장 실태를 살펴보고, 이를 바탕으로 정책적 함의를 제안하고자 한다.

먼저 E9 집단의 건강권 보장, 특히 정보 접근에 대한 정책적 개입이 필요하다. 연구에서 조사된 여러 지표에서 일관되게 E9 집단의 건강권 보장 수준이 H2/F4 집단에 비해 낮은 것으로 나타났다. 건강보험에 가입하지 않은 비율, 의료를 이용해야 할 필요가 있었으나 하지 못한 미충족 의료 경험률이 H2/F4 집단보다 더 높다. 또한 특히 E9 집단은 정보 접근성에서 일관되게 취약성과 미보장성을 보인다. 건강보험에 가입하지 않

은 주된 이유는 ‘어떻게 가입하는지 몰라서’이며, 건강보험료 ‘체납 여부를 모른다’라는 응답 또한 높게 나왔다. 외국인도 공적 마스크를 구입할 수 있으며, 강제 출국에 대한 우려 없이 코로나19 검사와 치료를 받을 수 있다는 정보를 알고 있다는 비율 또한 H2/F4 집단에 비해 적었다. 마지막으로 사업장 변경 신청 근로자의 구직 활동 기간 연장에 대한 정보는 E9 집단에게 직접적 영향을 미치는 정보임에도 불구하고, 이를 알고 있다는 비율이 80%에 채 미치지 못하였다.

하지만 현재 이들의 건강 관련 정보 접근성을 제고하기 위한 정책은 거의 찾아볼 수 없다. 위에서 간략하게 언급하였듯이 E9 집단은 한국에 들어오기 전에 취업능력배양 및 국내 조기 적응 유도를 목적으로 ‘사전취업교육’을 받으며, 입국 후 2박 3일간 합숙교육의 형태로 총 16시간 한국 문화 이해 및 고용허가제, 관계 법령에 대한 취업교육을 받는다(고용노동부, 2019). 이는 크게 세 부분으로 나누어져 있는데, 첫째, 한국의 직장문화(1시간), 둘째, 이탈방지 교육, 전용보험 관련 교육을 포함하여 「외국인근로자의 고용 등에 관한 법률」, 「근로기준법」, 「출입국관리법」 및 기초생활법률(5시간)과 고충처리 및 상담절차(3시간), 셋째, 안전표지 등에 관한 산업안전보건, 업종별 기초기능(7시간)이다. 이러한 ‘취업교육’은 E9 비전문취업 이주노동자들이 입국 후 받는 거의 유일한 교육이라고 볼 수 있지만, 교육의 명칭과 내용에서도 살펴볼 수 있듯이 이들이 한국 사회에서 노동자로 살아가면서 어떠한 권리를

보장받을 수 있는지, 권리보장에 관한 정보를 얻는 것과는 다소 거리가 있어 보인다. 조사 결과에 따르면 E9 집단은 회사 담당자에게 건강 관련 정보를 얻는 경우가 많은 편이다(28.32%). 이는 E9 체류자격의 조건이 사업장 고용을 전제로 한국에 입국하는 것이며, 따라서 이들에게 직장이 일차적으로 한국 사회와 관계를 맺는 통로로 기능함을 보여 주는 것이다. 이러한 점을 고려해 볼 때, 사업장과 같은 통로를 활용하여 이들의 정보에 대한 접근성을 높이는 정책을 생각해 볼 수 있다.

둘째, 이주노동자 가입자가 내국인과 비교하여 건강보험의 여러 측면에서 받는 차별을 줄일 필요가 있다. 위에서 살펴보았듯 E9 집단의 24.21%, H2/F4 집단의 9.52%가 건강보험료 체납 경험이 있다고 응답한 바 있다. 조사에서 체납의 이유를 구체적으로 묻지는 않았지만, 의료보험 미가입의 주된 이유로 ‘보험료가 부담된다’는 응답이 높았던 것으로 미루어 볼 때, 경제적 부담으로 인한 체납이 주된 이유라고 추정해 볼 수 있다. 내국인의 경우 건강보험료를 6개월 이상 체납하면 보험급여가 제한될 수 있다는 내용이 통지되고 이후에도 보험료 체납이 계속되면 건강보험급여자격이 제한될 수 있다(서한기, 2019. 9. 4.). 하지만 공단에서 분할납부 승인을 받고 1회 이상 보험료를 내면 보험급여가 재개된다(김사강, 2019). 이주민 지역가입자의 경우에는 보험료를 체납한 경우 체납일부부터 즉시 보험급여가 제한되며, 이후 보험료를 완납하더라도 급여제한 기간에 받은 보험급여는 환수 조치된다(김사강,

2020). 또한 법무부는 건강보험료를 체납하는 외국인의 정보를 법무부와 국민건강보험공단이 공유하고 이들의 비자 연장을 제한하는 ‘건강보험료 체납외국인 비자 연장 제한제도’를 실시하여, 건강보험료 미납 시 6개월 이내로 3회까지는 비자 연장을 허용하되 4회째 미납 시 체류허가를 불허한다는 정책을 펴고 있다(보건복지부, 2019. 7. 16.). 이는 건강보험과 전혀 관련이 없는 체류허가를 건강보험료 체납과 연계시킨다는 점에서 부당결부금지원칙의 위반이라고 비판받고 있다(권영실, 2019). 이처럼 내국인과 비교해 과도한 차별을 받는 정책에 대한 비판적 검토가 요구된다.

셋째, 지역가입 건강보험료 부과 시 외국인이고 있는 과도한 부담에 대한 조정을 해야 한다. 이는 특히 H2/F4 집단에서 두드러지게 나타난다. H2/F4 집단의 경우 상대적으로 고연령층이며, 가사 및 간병 분야, 건설노무 분야 등에 종사하는 경우가 많아 지역가입 비율이 높은 편이다. 조사에서도 H2/F4 집단의 경우 지역가입이 62.46%로 대다수를 차지하였다. 또한 H2/F4 집단이 건강보험 미가입에 대한 이유로 가장 많이 꼽은 것은 ‘보험료 부담’이었으며, 미충족 의료의 원인 또한 ‘치료비가 부담스러워서’를 가장 큰 이유로 꼽았다.

2019년 7월부터 시행된 국민건강보험법 시행규칙 개정으로 6개월 이상 거주한 외국인은 직장가입자나 피부양자가 아닌 경우 지역건강보험에 당연적용, 즉 의무화되는 제도가 시행되었다(보

건복지부, 2019. 7. 16.). 또한 그동안 이 조치의 사각지대에 놓여 있던 농·어촌에서 일하는 외국인근로자는 입국 즉시 건강보험 지역가입자로 적용된다고 발표된 바 있다(관계부처합동 보도자료, 2021. 3. 3.). 이러한 일련의 정책 시행에 따라 이주노동자의 지역가입이 실제 증가하였으며, 앞으로도 증가할 것으로 보인다. 이 정책에 따르면 지역건강보험에 가입한 이주민에게는 내국인 가입자가 부담하는 평균 보험료를 기준으로 보험료가 부과된다. 다시 말하면 이주노동자의 소득이 적고 자산이 적은 경우에도 내국인 가입자의 평균 보험료로 더 많은 보험료를 납부해야 한다는 것이다. 하지만 국세통계연보에 따르면 2018년 기준 이주노동자의 평균연봉은 2,590만 원으로 내국인근로자의 평균연봉 3,519만 원보다 1,000만 원 이상 낮았다(조영관, 2019. 9. 1.). 우리나라의 내국인 대비 외국인 임금 비율은 64%로 낮은 편이다(한국은행, 2017). 이에 대해 정부는 “외국인 등은 국내에 소득 및 재산이 없거나 파악이 곤란한 경우가 많기 때문에 내국인 가입자가 부담하는 평균 보험료를 기준으로 보험료를 부과한다.”라고 밝히고 있지만(보건복지부, 2019. 7. 16.), 상대적으로 저임금을 받는 외국인에게 내국인의 평균 보험료를 부담하게 하는 과도한 조치에 대한 정책 조정이 필요할 것이다.

마지막으로 정부는 현행법에 규정되어 있는 고용주의 건강보험 가입신고의무사항을 보다 적극적으로 지도·감독해야 한다. 현행법상 고용허가제를 통해 이주노동자를 고용한 사업주는 14

일 이내에 국민건강보험공단에 직장가입자 자격 취득 신고서를 제출해야 한다(고용노동부, n.d.b). 하지만 조사 결과에서 나타났듯이 건강보험 미가입 이유로 회사에서 가입을 시켜 주지 않아서라는 응답이 여전히 높은 비율을 차지하고 있다. 이는 고용주가 현행법상 가입신고의무가 있음에도 이를 소홀히 하고 있음을 보여 주는 것이라고 볼 수 있다. 또한 이에 대한 정부의 감독과 처벌이 제대로 이루어지지 않는다는 지적을 눈여겨볼 필요가 있다(김사강, 2020). 기존의 정책을 개선하고 새로운 정책을 수립하는 것은 정부의 적극적인 노력이 필요한 일로 사회적 합의를 위한 깊이 있는 논의가 필요할 것이다. 이에 비해 현행법에 규정되어 있는 사항을 지키도록 지도·감독을 강화하는 일은 정부의 역할일 것이며 이러한 문제 해결을 위한 정부의 최소한의 노력과 의지를 보여 주는 것이라고 볼 수 있다. ■

참고문헌

- 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단. (2020). 2019 건강보험통계연보.
- 고용노동부. (n.d.a). 고용허가제정보. 고용/취업절차. <https://www.eps.go.kr/eo/EmployJobProc.eo?tabGb=06#main>에서 2020. 11. 5. 인출.
- 고용노동부. (n.d.b). 고용허가제. 각종 보험가입 및 혜택. https://www.eps.go.kr/kr/sub/sub03_01_08_L07.jsp에서 2020. 11. 5. 인출.
- 고용노동부. (2019). 외국인 취업교육기관 모집 공고. http://moel.go.kr/policy/policyinfo/foreigner/bbsView.do;jsessionid=WmrE7a9maQLza2E2CFiF15qN7A6cKi6S8tlZRRubI8cj5hoSyNRkhxQ7fMq1gwzX.moel_was_outside_servlet_www1?bbs_seq=20190600281에서 2020. 11. 5. 인출.
- 관계부처합동 보도자료. (2021. 3. 3.). 농·어촌 외국인근로자, 입국 즉시 지역 건강보험 가입. 보도자료. http://moel.go.kr/news/enews/report/enewsView.do;jsessionid=0bPqj3CmGmNNNbP6RESulzctXaDS6gXs9gzMITdMvB2cyLoQJVEHHrFEAxDECpCJ.moel_was_outside_servlet_www2?news_seq=11992에서 2021. 3. 28. 인출.
- 국가인권위원회. (2007). 건강과 인권에 관한 25 가지 질문과 답변. 국가인권위원회.
- 권영실. (2019). 개정 건강보험제도의 위험성 문제. 개정된 건강보험 제도 무엇이 문제인가: 재외국민, 귀환동포 및 이주민 피해사례를 중심으로 토론회(2019. 10. 30.) 자료집.
- 그레이, 케빈. (2004). '계급 이하의 계급'으로서 한국의 이주노동자들. 아세아연구, 116, 97-128.
- 김사강. (2019). 이주민 건강보험제도 차별의 문제점과 과제. 개정된 건강보험 제도 무엇이 문제인가: 재외국민, 귀환동포 및 이주민 피해사례를 중심으로 토론회(2019. 10. 30.) 자료집.
- 김사강. (2020). 이주노동자(E-9, H-2, F-4)의 건강보험과 산재보험. 한국보건사회연구원 제8차 이주민포럼 발표자료.

- 법무부. (2020. 1. 31.). 불법체류 외국인도 부담 없이 감염증 검진을 받을 수 있습니다. <http://www.moj.go.kr/bbs/immigration/214/519175/artclView.do>에서 2021. 3. 22. 인출.
- 보건복지부 보험정책과. (2019). 외국인 건강보험제도 토론회 토론문. 개정된 건강보험제도 무엇이 문제인가: 재외국민, 귀환동포 및 이주민 피해사례를 중심으로 토론회 (2019. 10. 30.) 자료집.
- 보건복지부. (2019. 7. 16.). 6개월 이상 국내 거주한 외국인 및 재외국민은 7월 16일부터 건강보험 당연적용. 보도참고자료. http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=1&CONT_SEQ=350175에서 2020. 11. 10. 인출.
- 이상림. (2012). 이주자 건강증진을 위한 정책 제안. 보건복지포럼, 187, 한국보건사회연구원.
- 이영재. (2020). 외국인 노동자 절반 “사업장 변경 자유롭게 할 수 있게 해달라”. <https://www.yna.co.kr/view/AKR20200812154600530>에서 2021. 3. 25. 인출.
- 이재호. (2021. 1. 5.). [뉴스AS] 12만원씩 건강보험 낸 속행은 왜 치료 못 받고 숨졌다. http://www.hani.co.kr/arti/society/society_general/977278.html#csidx2fe641bb12c30f8a5c1ff2cdbc12e16에서 2021. 3. 25. 인출.
- 장혜영, 이한이. (2017). 독거노인의 미충족 의료 경험 관련 요인. *Journal of the Korean Data Analysis Society*, 19(6B), 3317-3329.
- 정부24. (2020). 외국인 노동자 취업교육사업. <https://www.gov.kr/portal/service/serviceInfo/PTR000052025>에서 2020. 11. 8. 인출.
- 조영관. (2019. 9. 1.). [시선] 외국인 ‘건보 차별’ 왜 문제인가. *경향신문*. http://news.khan.co.kr/kh_news/khan_art_view.html?artid=201909012040025&code=990100#csidx0236cc702c593ce81bd984d45e0101a에서 2021. 3. 20. 인출.
- 최서리, 이창원. (2014). 중국동포의 국내 취업현황 분석: 방문취업자와 영주·귀화자 비교. IOM이민정책연구원.
- 통계청, 법무부. (2019. 12. 19.). 2019년 이민자 체류실태 및 고용조사결과. 보도자료. http://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/1/1/index.board?bmode=read&bSeq=&aSeq=379451에서 2020. 12. 1. 인출.
- 허순임, 김미곤, 이수형, 김수정. (2009). 미충족 의료수준과 정책방안에 대한 연구. 한국보건사회연구원.
- Aday, L. A. & Andersen, R. (1974). A framework for the study of access to medical care. *Health Services Research*, 9(3), 208.

Immigrant Workers' Right to Health in South Korea: The Current Status and Policy Implications

Yoosun Chu

(Keimyung University)

This article aims to explore the current status of immigrant workers' right to health in South Korea. Specifically, the healthcare insurance of immigrant workers, unmet healthcare needs, and the accessibility to health information including Covid-19 were investigated. The data from "Survey on Various Conditions for Foreign Workers 2020" was analyzed. On the basis of this analysis, this article concludes with several policy implications.