법무부 보건의료체계 고찰: 병렬 혹은 소외된 공중보건 분야

Health Care Systems of the Ministry of Justice in Korea: A Part of Public Health Paralleled or Neglected

이어진

법무부 여수출입국관리사무소

Eojin Yi

Yeosu Immigration Office, Ministry of Justice

Correspondence to: Eojin Yi. Yeosu

Immigration Office(Medical Department),
Museon-ro 265, Yeosu-si, Jeollanam-do, 59638, Rep of Korea.

Tel: +82-61-689-5544

E-mail: eojinkorea@gmail.com

Received: July 12, 2017

Revised: October 12, 2017

Accepted after revision: October 20, 2017

© Published by Korean Society for Public Health and Medicine; all rights reserved

Abstract

Objective: It would like to systematically analyze the health care systems of the Ministry of Justice and its affiliated institutions in Korea, and propose policy issues and improvements in terms of public health.

Methods: Kleczkowski's model(1984) for national health system infrastructures was applied. Each element was created from literatures and published materials.

Results: By law, standardized medical facilities with medical staff are set up in all prisons, juvenile reformatories, institute of forensic psychiatry, immigration processing and reception centers. Institutions are under the control by the central headquarters, and located throughout the country. Each clinic is organized as a medical department and has been developed into a unique system. Delivery of health care for inmates includes local community infrastructure, and moreover it has been applied telemedicine more than 10 years. Patients with specific infectious diseases (tuberculosis, leprosy) and mental disease may also be transferred to designated facilities within the system.

Medical law and the law for inmates' treatment compose the fundamentals of the health care systems of the Ministry of Justice. Major decision-making process is independent from the Ministry of Health and Welfare. On the other hand, most of expenses of health care services including external medical treatment are expended from national finance.

Conclusion: Although health care of the Ministry of Justice is a part of public health, it has been understood as a simple medical service in the Korean system. It seems like to be neglected from the mainstream of public health, considering the infrastructure scale and history. In the future, it needs more collaboration between 'health' and 'justice' with long-term perspectives and proper approach to public health planning. The more the systems improve, the more the human rights promote.

Keywords: Health care systems, Prisons, Immigrants, Law enforcement, Human Rights

서론

대한민국 법무부는 검찰, 행형, 인권옹호, 출입국관리와 그 밖의 법무에 관한 사무를 관장한다¹⁾. 조직은 크게 본부, 외청인 검찰청, 소속기관으로 구분되며, 소속기관에는 교정기관, 보호관찰·소년보호기관(이하 보호기관), 출입국관리기관, 법무연수원 등이 있다²⁾. 법무행정은 법질서 유지를 위한 법집행, 인권, 법무서비스 제공 등 사회적 약자를 위한 법치주의 실현의 실천적 국가작용이므로, 현대국가에서 법무부는 통상 큰 권력을 갖는 주요행정부처로 인지된다.

이러한 법무부의 역할수행 및 최소한의 형사정책 과정에서 발생하는 구금 및 보호는 필연적이며, 수용자들의 건강수요 발생이 곧 법령³⁾에 의거한 법무부 보건의료 관련체계 마련의 근거가 된다. 하지만 우리나라 법무부의 역사나 규모에 비해 내부 보건의료체계에 대한 연구는 크게 부족한 실정으로, 총괄부서나 전문가 역시 부재한 상태이다. 과거 간헐적으로 수행된 연구들은 주로 교정의료(교도소 및 구치소)에 한정되었거나[1-3], 국가인권위원회의 실태조사[4] 및 정책토론회[5, 6] 수준에 그치고 있어 법무부 보건의료체계 전반을 다루는 총체적 관점의 연구는 아직까지 찾아보기 어렵다.

본 연구에서는 대한민국 법무부와 소속기관의 보건의료를 통칭하여 ‘법무보건의료’로 명명하고, 상기 문제의식을 토대로 ‘법무보건의료체계’ 전반에 대해 파악하는 한편, 소속기관별 공중보건학적 특성을 바탕으로 법무보건의료 발전을 위한 주요사항들을 크게 제안해 보고자 한다(표 1).

〈표 1〉. 보건의료관련 직제가 포함된 대한민국 법무부 소속기관의 분류

분류	소속기관		주요업무	특징
교정본부	보안정책단	의료과	수용자 보건위생관리업무 의료·약제·의료장비 관리 건강검진 및 질병예방	본부조직 (컨트롤타워)
		심리치료과	심리치료 및 치료프로그램 수용자·직원대상 정신건강 프로그램, 전문인력양성	본부조직
	교도소	의료과	수용자 의료·위생업무 *특정질환관리(의료중점교도소)	1차 의원급
	구치소	의료과	수용자 의료·위생업무	1차 의원급
범죄예방 정책국	소년원	의무과	수용자 진료·보건업무 *특정질환관리(의료소년원)	1차 의원급
	소년분류심사원	의무과	수용자 진료·보건업무 *소년법 분류 의료자문	1차 의원급
	치료감호소 (국립법무병원)	의료부	수용자 진료·보건업무 법정신의학 연구	2차 병원급 (특수병원)
		약물중독재활센터	수용자 정신재활치료 약물중독관련 연구	특수시설
출입국 외국인 정책본부	외국인보호소 (출입국사무소)	의무과	보호외국인 진료·위생업무	1차 의원급
	출입국외국인지원센터 (난민센터)	진료실	재정착난민 진료	준의원급 (외부 촉탁의)

법무부 홈페이지 게시내용을 바탕으로 작성(<http://www.moj.go.kr>)

1) 『정부조직법』 제32조.

2) 본부는 2실 3국 2본부로 구성되며, 소속기관으로 64개 검찰청, 92개 보호기관(63개 보호관찰기관, 27개 소년보호기관, 2개 치료감호기관), 56개 교정기관, 46개 출입국관리기관, 2개 법무연수원(분원포함)과 북한인권기록보존소의 총 261개 기관이 있다(2016.12.31.기준).

3) 『법무부와 그 소속기관 직제』 및 『법무부와 그 소속기관 직제 시행규칙』

연구방법

법무부 및 소속기관의 보건의료체계에 대해 파악하기 위해 Kleczkowski 등[7]의 국가보건의료체계 모델을 적용하였다. 이 모델은 국가수준의 보건의료체계를 개념화하기 위해 구상된 초기 프레임워크 모델의 하나로, 국가보건의료체계 하부구조를 다음의 다섯 가지 주요 구성요소로 구분한다: (1)보건의료 자원개발, (2)보건의료자원의 조직적 배치, (3)보건의료 전달체계, (4)경제적 지원, (5)보건의료정책 및 관리. 이는 Evans[8]의 보건의료 행위자 요소 네 가지⁴⁾에 자원개발과 관리 요소를 추가한 것으로, 이후 ‘투입-과정-산출’의 체계이론에 근거한 Roemer[9, 10]모델로 발전된다.

앞서 손명세[1]는 발전된 Roemer 모델을 적용하여 교정시설 수용자의 보건의료체계를 파악한 바 있고, 이미진 등[11]은 Kleczkowski 모델을 통해 북한 보건의료체계를 분석하였다. 이후에도 다양한 보건의료체계 모델이 제안되고 채택되었지만[12], 한 국가의 법무보건의료체계 하부구조의 단면 파악에는 해당 모델 사용이 큰 무리가 없다고 보았다. 각 구성요소별 하위항목 데이터는 출판된 문헌 및 주요 국가통계자료를 참고하였다. <그림 1>

<그림 1>. 국내 법무보건의료체계 하위구조와 주요 구성요소⁵⁾

4) 보건의료서비스 수요자, 공급자, 지불자, 정부.

5) Kleczkowski BM, Roemer MI, van der Werff A. National health systems and their reorientation towards health for all: guidance for policy-making. Geneva: World Health Organization; 1984; p15 를 이용하여 작성.

연구결과

법무부 소속기관 중 의무직⁶⁾이 직제에 포함되어 있는 기관은 크게 교정기관, 보호기관, 출입국관리기관으로 분류할 수 있다⁷⁾. 보다 구체적으로는 교도소, 소년원, 치료감호소, 외국인보호소가 해당되며, 전국 각 시설 내에 부설된 의료기관에 보건 의료 관련 인력이 상근하면서 공무원 의사인 의무관을 중심으로 환자진료 등 관련 보건 의료 업무를 수행한다⁸⁾. 이러한 소속기관을 중심으로 국내 법무보건의료체계 전반에 대해 파악한 결과는 다음과 같다.

1. 법무보건의료 자원

1) 인력

법무보건의료 인력은 「보건의료기본법」 제3조 및 관련법이 정한 ‘보건의료인’에 준하여 파악할 수 있다. 법무부에는 이 가운데 의사·치과의사·간호사·간호조무사(의료법), 의료기사(의료기사법), 응급구조사(응급의료법), 약사(약사법), 위생사(위생사법), 조리사·영양사(식품위생법), 정신건강전문요원 중 임상심리사(정신보건법) 인력이 총 1,600여 명 소속되어 있다¹³⁾.

일부 축척의 차이를 제외하고 이들 인력 자원은 모두 공무원으로, 의료법과 각 관련법에서 정한 기준에 따라 업무를 수행한다. 진료 업무는 정식 공무원 의사인 100여 명의 의무관 중심으로 이루어지며, 별도 정책에 따라 교정 공무원 중에 간호조무사 및 응급구조사 유자격자가 포함된 것이 특징이다. 임상심리사는 수용자들의 심리치료·상담 업무에 활용된다.

법무부 내 보건의료 인력은 일반사회에 비해 다소 부족해 보이는데, 2015년 기준 법무부 전체 수용인원 1,000명 당 의사는 1.8명, 간호사는 3.8명으로 같은 해 보건복지부 통계연보의 일반인구 1,000명 당 의사 2.3명, 간호사 6.6명과 비교된다⁹⁾. 통상 일반인구보다 높은 법무부 소속기관의 보건의료 수요를 고려하면^{1, 2, 15, 16}, 실제 부족한 의료 인력은 외부진료협약 및 축척의 제도, 자원봉사, 원격진료, 교정 공무원의 간호조무사 유자격자 양성 등의 정책을 통해 보완하고 있는 것으로 보인다.

6) 법무부 내 의무직은 대부분 의무사무관(5급) 또는 서기관(4급)이며, 일부 부이사관(3급) 및 고위공무원단으로 보하는 자리가 있다.

7) 교정기관에서는 19세 이상의 성인과 일부 청소년 및 외국인 수형자(기결/미결수)가, 보호기관에서는 12세 이상 19세 미만의 청소년 및 치료감호처분 정신질환자, 출입국관리기관에서는 불법체류 외국인 및 일부 난민신청자가 보건 의료 수요자가 된다. 본고에서 사용한 ‘교정기관’은 교정본부 관리하는 교도소·구치소를 뜻하며, ‘구금시설’은 법무부 산하 수용기관을 통칭하는 의미로 사용하였다. 한편 ‘교정시설’은 ‘구금시설’과 흡사한 의미로 쓰이며 본고의 ‘교정기관’ 용어와는 구분된다.

8) 각 기관 정식명칭에 따라 교도소 및 구치소, 소년원 및 소년분류심사원, 치료감호소(국립법무병원), 외국인보호소 및 (해당)출입국사무소로 구분하여 명명해야 하나, 본고에서는 편의상 교도소 및 구치소를 ‘교도소’로, 소년원 및 소년분류심사원을 ‘소년원’으로, 치료감호소(국립법무병원·약물중독재활센터)를 ‘치료감호소’로, 외국인보호소(출입국사무소) 및 출입국외국인지원센터를 ‘외국인보호소’로 통칭하였다.

9) 법무보건의료 인력현황 비교 (2015.12. 기준, 단위:명) [13, 14]

분류		인력(A)	해당인구(B)	인구1,000명당 인력(A/B)	의사1인당간호사(법무병원제외시)
법무부(전체)	의사	104	56,621	1.84	2.07 (1.26)
	간호사	215		3.80	
일반인구	의사	116,045	51,529,338	2.25	2.92
	간호사	338,629		6.57	

*임용공무원 기준. 법무부 수용인구는 교정기관(교도소·구치소) 및 보호기관(소년원·치료감호소) 수용인원의 합이며, 법무연감에 공표되지 않은 출입국기관(외국인보호소) 수용인원과 해당 의료인력은 제외함.

2) 시설

법무부 소속기관의 병원급 보건의료시설에는 특수병원인 국립법무병원, 지정법무병원(사법병동)과, 의원급 시설의 각 지방 소속기관 산하 부속의원이 있다. 이밖에도 약물중독재활센터, 인성치료재활센터, 소년분류심사원이 별도기관으로 설치되어 있고, 특수질환 수용자를 전담하는 의료중점교도소(혈액투석, 폐결핵, 정신질환, 한센병 등)가 지정되어 있다. 연구를 위한 별도시설은 없으며, 의무과·의료과 단위의 조직이 갖추어진 전체 숫자는 전국 70여 개에 이른다[13].

입원병상은 교도소·구치소와 치료감호소의 법무병원·사법병동에 존재하는데, 민간 외부병원에 지정계약된 전용병실을 포함한 병원급 입원병상은 전체 1,414개이며, 이와는 별도로 각 교정기관 내 병동·병사·치료거실이 1,111개 존재한다[2, 13, 17]. 이는 수용인구 1,000명당 입원병상 25개에 해당하는 수치로 국내 일반현황의 약 2배에 달하지만, 치료감호소를 제외하면 수용인구 1,000명당 3개 병상으로 그 수치는 일반사회의 4분의 1 수준으로 떨어진다¹⁰⁾. 특히 교정기관의 경우 전체 수용자의 14.8%가량이 환자 수용자로 구분되어 이러한 특수공간에서 치료 내지는 관리를 받고 있는 것으로 보인다[2].

3) 장비 및 물자

법무부 소속기관 중 교정시설에 갖추어야 하는 의료장비와 비상의료용품 기준은 「형의 집행 및 수용자의 처우에 관한 법률 시행규칙」에 별표로 명시되어 있다¹¹⁾. 해당 리스트의 주요장비 외 의료장비 구비 여부는 소속기관별로 상이한데, 이는 의료수요에 따른 비용-효과성을 고려한 결과로 생각된다.

특수장비로는 일부 시설의 혈액투석기와 초음파, 원격진료 장비가 있으며, 외부 촉탁이나 자원봉사자 치과진료를 위한 치과유닛이 각 교도소·소년원·치료감호소 내에 설치되어 있다. 자동제세동기가 관련법에 따라 전 시설에 설치되어 있으며, 이외의 추가 검사·치료 장비가 필요한 경우에는 외부진료를 통해 해결한다. 의무전자기록(EMR) 시스템은 본부·국 단위로 개별 구축되어 해당 소속기관별로 사용되고 있다[2, 13, 17].

보건의료물자 가운데 의약품의 수급은 각 부속의원 단위로 이루어지며, 시중 일반의원과는 달리 의약분업 예외에 해당하여 의약품의 구매나 사용에 제한이 없다¹²⁾. 각 소속기관에서는 연간 예산범위 내에서 필요에 따라 구매요청 후 원내 처방 형태로 사용하는데, 교정기관의 경우 전체 교도소·구치소 의약품의 일괄·통합구매를 통해 비용절감 및 자원배분의 효율성을 기하고 있다. 이러한 의약품 소모량은 외부병원 진료와 함께 지속적으로 증가하여 전체 수용자 의료비 상승의 한 요인이 되고 있다[2].

10) 입원시설: 의료중점교도소 신축 입원실 75개, 외부병원 지정계약병실 89개(이상 2015년), 치료감호소 내 입원병상 1,250개(2014년). [2, 13, 17]

수용인구: 교정기관 53,892명, 소년원·분류심사원 1,549명, 치료감호소 1,180명(이상 2015년). [13]

일반인구 병상수: 보건복지통계연보의 국내 인구 1,000명당 병상수 13.3개(2015년). [14, 18]

11) 『형집행법 시행규칙』 [별표3] 의료장비 기준(제23조제2항 관련)

구 분	기 준
일반장비	청진기, 체온계, 혈압계, 체중계, 신장계, 고압증기멸균기
진단장비	진단용 엑스선촬영장치, 심전계, 혈당측정기
처치장비	심장충격기, 산소공급기, 드레싱카
그 밖의 장비	혈체어, 환자운반기, 약물포장기, 의료용 필름현상기

『형집행법 시행규칙』 [별표4] 비상의료용품 기준(제24조제2항 관련)

구 분	기 준
의과용기구	의료용 핀셋, 의료용 가위, 의료용 칼, 봉합사, 지혈대, 의료용 장갑, 위장용 튜브카테터, 비뇨기과용 튜브카테터, 수액세트, 수액거치대, 마스크, 수술포, 청진기, 체온계, 타진기, 혈당측정기, 혈압계, 설압자
구급용품	붕대, 탄력붕대, 부목, 반창고, 거즈, 화상거즈, 탈지면, 1회용 주사기
구급의약품	바세린, 포타딘, 리도카인, 수액제, 항생제, 지혈제, 강심제, 진정제, 진경제, 해열진통제, 혈압강하제, 비타민제

4) 지식

아직 국내 법무보건의료만의 확립된 지식체계는 없는 것으로 보인다. 「의무관 임상연구비 지급규칙」에 따른 의무관 임상연구제도가 시행중이지만, 그 결과가 체계적으로 축적되고 환류되고 있는지는 확실치 않다. 의료인 대상 법무보건의료 교육프로그램 또한 법무연수원에서 실시되는 연 1회 신규직원 직무교육이 전부이다. 그 외 보건의료 관련강좌 70여 개가 온·오프라인을 통해 실시되고 있지만, 교정공무원만을 대상으로 한 의료·간호·응급구조·심리·상담분야 교육으로 그 대상과 주제가 극히 제한되어 있다¹³⁾.

법무보건의료는 그 특성상 기본적 진료·보건의료 지식 외에도, 법무행정서비스의 대상이자 수용자인 환자를 둘러싼 인권·법·제도 지식, 특수의료지식(교정의료, 이주민의료, 법의학, 범죄심리학), 생명의료윤리지식 등 다각적이고 철학적인 지식의 제공이 추가로 필요한 분야이다. 과거 구금시설 공중보건의사협의회에서 번역한 <<WHO 구금시설 건강권 보장을 위한 지침서>>¹⁴⁾가 출판되어 일선 현장에 제공되기도 하였으나, [6, 19] 이후 이러한 법무보건의료지식의 취합이나 학문적 축적이 이뤄진 가시적 성과사례는 없었던 것으로 보인다. 현재 각 소속기관별로 의료위원 등이 위촉되어 활동하고 있고, 최근에는 교정기관 의무관을 중심으로 이른바 ‘법무의료학회’ 구성 노력도 있었지만, 법무보건의료 관련지식은 아직 각 현장의 개인 역량에 전적으로 의존하고 있는 것이 현실이다.

이상의 법무보건의료 자원을 종합하여 다음 표에 정리하였다(표 2).

13) 법무연수원(<http://ioj.go.kr>) > 교육안내 > 연간교육일정 > 분류별 집합교육/온라인교육

14) 원저 Health in Prison: A WHO guide to the essentials in prison health. WHO Europe(2007)

〈표 2〉. 국내 법무보건의료 자원 현황 [2, 13, 17, 20-27]

	교정본부		범죄예방정책국		입국외국인정책본부 ⁵⁾	
	중앙본부1)	교도소 ²⁾	소년원 ³⁾	치료감호소 ⁴⁾	외국인보호소	출입국외국인지원센터
법무보건의료 인력* (단위: 명)						
합계	5	1250	86	276	8	0 ^a
의사						
-정규임용	0 ^b	82	11	11	3	0
-공중보건의		49		1		
-축탁의/수련의**		71		8		
치과의사**		68	0	1	0	0
간호사	1	101	15	98	3	0
-간호조무사		450 ^c		134 ^d		
의료기사		33	1	16	0	0
응급구조사		358 ^e	0	0	0	0
약사		11	0	3	0	0
임상심리사	4	27	59 ^g	4 ^h	2	0
법무보건의료 시설 (단위: 개)						
합계		52	11	3 ⁺⁺	3	(1) ⁱ
병원(법무부) ⁺				1		
지정법무병원(복지부) ⁺⁺				1		
부속의원		52	10		3	(1)
분류심사원			1			
약물중독재활센터				1		
병상(내부/외부) ⁺⁺⁺		75 ^j /89 ^k	0	1200/50 ^l	0	0
교도소내 병동 및 치료거실 ⁺⁺⁺⁺		1111 ^m				
법무보건의료 장비 및 물자[†] (단위: 대)						
합계		324 ⁿ	28 ^o	18 ^p	6	1
X선촬영장비		50	1	1	0	0
심전도(ECG)		81	1	10	3	0
자동제세동기(AED)		56	12	4	3	1
혈액투석기		28 ^q	0	0	0	0
치과유닛		56	14	2	0	0
원격진료유닛		30 ^r				
법무보건의료 지식 (단위: 개)						
합계		144	20	12	3	0
의무관 임상연구 ^s		82	11	11	3	
교육(온라인/오프라인) ^{ss}		44 ^s /18 ^t	3 ^u /6 ^v	1		

각주는 다음 웹페이지에서도 확인 가능: <http://blog.naver.com/eojinfutures/221115207092>

표 2. 각주 및 참고문헌 (<http://blog.naver.com/eojinfutures/221115207092>)

별도 표기가 없는 값은 아래 참고문헌상의 데이터를 사용

- 1) 2015. 12. 31. 기준(2016년 법무연감) [13]
- 2) 2016. 9. 30. 기준(국가인권위원회) [20]
- 3) 2015. 12. 31. 기준(2016년 법무연감) [13]
- 4) 2015년 기준(법무부 보호법제과) [17]에서 재인용. 공보의 및 수련의 인원 별도표기
- 5) 2017. 7. 31. 기준(자체조사)

인력 MANPOWER

- * 법무보건의료 인력에는 보건의료기본법 및 관련법에 따라 보건의료서비스 관련 업무에 종사하는 직군 및 임상심리사를 포함시킴. 단, 위생사, 조리사, 영양사는 제외. [21]
- ** 전국 교정기관의 외부 촉탁의는 의사 71명, 치과의사 57명이며, 치료감호소에는 정신건강의학과 수련의(연차별 2명)가 별도정원으로 배정되어 상주함. [17][20]
- *** 교정시설 치과의사는 상주인력 없이 위 57명의 촉탁의와 11명의 공중보건의(총 68명)로 구성되며, 치료감호소는 치과의사 1명이 상주함(기술서기관). 소년원은 전체 치과진료가 해당 지역사회 내 자원봉사로 이루어짐(개인 또는 단체). [17][20]

a 상근의료인력 없음.

b 2008년 이후 1→0 (의무사무관)

c 교정공무원 중 간호조무사 유자격자를 포함한 인원수(2016년 법무연감)[13]

d 직제에 편성된 치료감호소 내 간호조무직렬 인원수(2016년 법무연감) [13]

e 교정공무원 중 응급구조사 유자격자를 포함한 인원수. 응급구조사 1급 38명, 2급 320명(2016년 법무연감)[13]

f 2012년부터 채용된 임상심리사 인원수. 2016년 교정본부 내 심리치료과 신설(2016.10.11.)[13]

g 2006년부터 채용된 심리학박사, 정신보건임상심리사, 정신보건사회복지사 인원수(범죄예방정책국 전체)[13]

h 2015. 8. 27. 기준(국가인권위원회) [22]

시설 MEDICAL FACILITIES

† 국립법무병원(공주): National Forensic Psychiatric Hospital.

†† 국립지정법무병원(부곡): National Forensic Psychiatric Ward.

-국립지정법무병원은 일반 국립병원에 설치한 치료감호 병동으로, 법무부는 『치료감호법』 제16조의2를 근거로 전국 5개 국립정신병원(서울, 춘천, 공주, 나주, 부곡)을 지정법무병원으로 지정하고, 가장 먼저 국립부곡병원에 "지정법무병원" 개소(2015. 8.) [17]

††† 교정시설 현대화사업에 따라 권역별(질환별) 의료중점교도소에 신축된 입원실(2016년 법무연감)[13]

†††† 비중증 환자 재소자를 위한 특별수용시설(교도소 내 병동 및 치료거실). 2007년 말 기준 전국 교정시설 전체 병동 682실, 치료거실 429실

i 아직은 의원급 시설에 못 미치는 임시진료실 또는 양호실 수준(AED 및 상비약 비치)

j 2009년 진주교도소 47병상, 2011년 서울남부교도소 28병상 신축(2016 법무연감)[13]

k 외부병원에 지정계약된 수용자 전용병실 [2]

l 치료감호소의 18개병동 1200병상, 부곡 지정법무병원(지정병동)의 1개 병동 50병상 [17]

m 교도소 내 병실(병사/병동 내) 682실, 치료거실 429실. [2]

=== 장비 및 물자 EQUIPMENT AND SUPPLIES ===

† 『형의 집행 및 수용자의 처우에 관한 법률 시행규칙』[별표3] 의료장비 기준 리스트를 참조하여 작성(2017.8.22.,일부개정)

n 2010. 3. 기준 주요장비현황. [23]

o 2017. 8. 31. 기준(자체조사)

p 2013. 7. 기준(국립중앙의료원 전국공공병원 안내자료) [24]

q 혈액투석실 현황: 대전10 서울남부10 광주8(2016년 법무연감 및 관련기사)[13][25-27]

r 2005년부터 안양교도소, 서울구치소를 시작으로 인근 협력병원과 원격진료시스템 구축. 진료과목 정신과, 피부과 등. 시행건수는 2015년 한 해 30개 교정기관에서 10,498건(2016년 법무연감)[13]

=== 지식 KNOWLEDGE ===

§ 법무부 소속 5급 이상 의무관 숫자와 『교도소와 소년원 및 외국인보호소 등 의무관 임상연구비 지급지침』(2014.12.19.,일부개정)을 참조하여 추산

§§ 법무연수원(<http://ioj.go.kr>)교육안내)연간교육일정)분류별 집합교육/온라인교육 리스트

s 교정직 온라인교육(44회): 의료실무(11), 심리관련(11), 간호실무(11), 응급구조(11)

t 교정직 집합교육(18회): 신규의무관(1), 신규공보의(1), 의료실무(1), 응급구조(1), 심리(14)

u 보호직 온라인교육(3회): 심리관련(3)

v 보호직 집합교육(6회): 심리관련(6)

2. 법무보건의료 자원의 조직적 배치

법무보건의료 기관과 주요시설은 통상의 인구지리학적 기준에 따라 전국에 분포하며, 법률과 법령¹⁵⁾에 따른 별도 병원 조직을 갖거나(치료감호소), 중앙 정책부서와 지방 소속기관을 연결하는 ‘본부-소속기관-의무과’(또는 사업국-사업소-의료과) 형태로 조직된다(그림 2).

〈그림 2〉. 국내 교정기관 분포현황 (교정본부 홈페이지 게시자료 <http://corrections.go.kr>)

기본적으로는 법무보건의료 정책 및 관리를 담당하는 본부 조직이 있고, 국가단위로 존재하는 법무부 산하 특수병원 및 센터, 권역단위로 존재하는 의료전담지정시설, 광역시나 도 단위로 존재하는 각 소속기관이 유기적으로 구성되어 있으며, 최종적으로는 각 소속기관 내에 설치된 부속의원 및 의료과·의무과를 중심으로 보건의료서비스가 제공된다.

15) 『법무부 및 그 소속기관 직제』, 『치료감호 등에 관한 법률』 및 각 시행규칙.

또한 법무부 각 소속기관 인근에 존재하는 지역사회 보건의료체계가 큰 틀에서 법무보건의료자원으로 함께 활용되고 있다. 이는 시설별 필요와 지역사회의 특성에 따라 자연스럽게 조직되고 발전해 온 것으로 보인다¹⁶⁾〈그림 3〉.

〈그림 3〉. 법무부 소속기관의 보건의료관련 조직체계 구성

3. 법무보건의료서비스의 제공

보건의료전달체계는 기본적으로 의료관리의 측면에서 이해된다. 법무보건의료 전달체계 역시 전체 비용을 감소시키고 수용자들의 보건의료서비스 수요와 공급을 적절한 수준에서 일치시켜 그 효율을 극대화하고자 하는 것이다. 보다 거시적인 관점에서는 수용자들의 건강증진을 개인의 교정 뿐 아니라 일반사회의 공공이익과 합치시켜 단순한 진료수준 이상의 건강관리체계를 확립하고자 하는 것으로 이해되어야 한다[3].

현재 법무부에서 제공되는 보건의료서비스는 각 시설 단위의 1차 진료 이후 외부진료 제도를 통해 지역사회 기반의 2차, 3차 진료체계를 통해 제공된다. 시설 내 1차 진료의 접근성은 나쁘지 않으나 기본적으로 한두 단계의 내부 진료신청 제도를 통해 이루어지며, 특히 응급하거나 전문적·장기적 치료가 필요한 경우 다음 단계의 진료로 넘어가는 과정에 대한 기능적 보완이 필요하다[1, 3]. 확인된 일부 감염병 환자나 정신질환자는 법무부 내 지정시설로도 의뢰되며(의료중점교

16) 해당 보건의료자원의 배치는 지역사회 병원과의 업무협약이나 외부진료제도를 통한 의료전달체계 활성화, 촉탁 및 의료위원 위촉, 원격진료 시행이나 개인·단체 자원봉사자 등을 활용하여 이루어진다.

도소, 의료소년원, 치료감호소 등)¹⁷⁾, 인근 협력병원과 교정기관 간 원격진료가 시범사업 형태로 10년 이상 실시되고 있다[13, 28]. 이렇듯 법무보건의료 전달체계는 각 기관별로 독특하게 발전된 내부 의료전달체계가 큰 틀에서 지역사회기반의 보건의료전달체계에 종속되어 존재한다(그림 4).

〈그림 4〉. 국내 법무부 소속기관의 의료전달체계 도식 (법무의료전달체계)

4. 경제적 지원

법무부 내에서 이루어지는 수용자 대상의 모든 보건의료활동의 비용은 원칙적으로 국가재정(public finance)이 사용된다. 법무부 소속기관의 각 수용자들은 외국인이거나「국민건강보험법」에 따라 기본적으로 급여정지 상태이기 때문에, 일부 자비부담이 원칙인 외국인을 제외하고는 같은 법률 내에 마련된 ‘예탁금 규정’에 의해 별도 수용자 건강보험제도의 적용을 받는다. 이러한 제도에 따라 외부의료시설을 사용하는 경우에 예산 또는 수용자 부담인 본인부담금을 제외한 나머지 공단부담금이 법무부의 예탁금에서 지급된다[29].

교정기관의 경우, 2015년 의료비 연간예산은 150여억 원 이상 규모이며, 실제 집행액은 200여억 원을 상회한다[20]. 이는 10년 전과 비교해 약 3배에 달하는 수치로, 수용인원 증감과는 무관하게 의료비 지출은 매년 증가하는 추세이다. 이는 외부병원 이용건수 및 외부진료비 증가에 기인한 것이 크며[2], 더불어 수용자들의 건강에 대한 관심 및 욕구 증가와 소내 의료서비스에 대한 불만족이 이러한 현상을 가속화시키는 것으로 보인다¹⁸⁾[30]. 한편 건강보험료 납입의무가 면제된 상태에서 받게 되는 외부진료비 혜택은 일부 수용자들에게 꾀병(malingering)이나 이차적 이득에 의한 과장된 진료수요의 빌미를 제공하기도 하여 이에 대한 대책이 필요하다.[1, 30] 그 밖의 개인 영치금, 인도적 차원의 외부지원금,

17) 교정본부는 환자 수용자의 효율적 관리를 위해 특정질환자를 전담교도소에 수용한다. 대상질환으로는 폐결핵(진주교도소), 정신질환자(진주교도소), 한센병(순천교도소) 등이 있다. [2][3]

외국인 근로자의 산업재해 보상금이나 각종 기부금에서 지출되는 의료비 규모는 구체적 파악이 불가능하며, 교정기관 외 국립법무병원을 제외한 보호기관과 출입국기관의 의료비는 기관 분포와 수용인원 규모를 고려할 때 교정기관 연간의료비의 1~5% 규모로 추정해 볼 수 있다¹⁹⁾〈표 3〉.

〈표 3〉. 교정본부 연간 의료비 예산 및 지출현황 (1989~2015, 대한민국 법무부) [1-2, 4, 16, 18, 20, 23, 31]

문헌	연도	교정활동 일반회계* (백만원)	일평균 수용인원** (명)	의료비 예산(백만원)			의료비 결산(백만원)	
				의료비	비중(%)	1인당(원)	집행액	상세내역
손명세 (1996) [1]	1989	30,452		1,155	3.79			
	1990	30,313	52,050	1,224	4.04	23,500		외부병원 313
	1991	35,309		1,355	3.84			외부병원 279
	1992	34,190	55,159	1,587	4.64	28,800		외부병원 290
	1993	31,743	59,145	1,406	4.43	23,800		외부병원 314
	1994	36,539	58,188	1,627	4.45	28,000		외부병원 339
김법환 (1999) [16][32]	1995		60,166	1,627		27,000		외부병원 367
	1996		59,762	2,040		34,100		외부병원 454
	1997		59,327	2,257		38,000		외부병원 496
	1998		67,883	1,590		23,400	2,520	외부병원 637
김정범 (2003) [4]	1999		63,000	2,025		32,100	2,540	외부병원 987
	2000		62,959	2,335		37,400	3,100	외부병원 1,185
	2001		62,235	2,865		48,000	3,420	외부병원 1,392
연성진 (2008) [2]	2002		61,084	3,670		59,000	4,084	외부병원 1,670
	2003		58,945	4,221		68,000	4,436	외부병원 2,264
	2004		57,184	5,501		89,000	6,999	외부병원 3,232
	2005		52,403	6,701		113,600	7,782	외부병원 3,859
	2006		46,721	10,533		188,000	9,991	외부병원 5,035
	2007	164,728	46,313	10,533	6.39	210,000	12,531	외부병원 8,080
박정수 (2010) [23]	2008	169,574	46,684	10,103	5.96	210,500		외부병원 10,237
	2009	170,617	49,467	11,625	6.81	242,200		외부병원 9,997
	2010	187,418	47,471	12,495	6.67	255,000		-
주영수 (2016) [20]	2014	216,569	50,128	14,565	6.73	290,600	16,029	-
	2015	231,125	53,892	15,394	6.66	285,600	22,282	-

*교정활동 전체 비용 1989~1994는 손명세(1996)의 연구에서 연도별 '총 수용비(법무부)'를 재인용.

교정활동 일반회계 2007~2015는 정부예산안(기획재정부)의 '교정활동' 항목으로 재편된 수치 반영.

[예산안]세출>법무부소관일반회계>(장)020공공질서및안전>(관)022법무및검찰>(항)1500교정활동]

**일평균 수용인원: e-나라지표(<http://www.index.go.kr>), 교정시설수용현황)1일평균수용인원(2016)[18]

5. 법무보건의료 정책 및 관리

법무부 내 보건의료정책 및 관리는 수용자 진료를 중심으로 소속기관과 각 부속의원별로 이루어진다고 볼 수 있다. 현

18) 외부병원 진료추이(2008년 말 기준, 출판자료를 재구성) [30]

구 분	외부병원 이용건수(명)	외부병원 진료비(백만원)			비 고
		국비(예산)부담	자비부담	계	
2008	37,128	10,236	993	11,229	국비 91.2%
2007	22,885	7,765	858	8,623	국비 90.0%
2006	19,257	5,535	756	6,291	국비 88.0%
2005	17,459	3,859	1,168	5,027	예탁금제도 시행 (건강보험법 개정)
2004	15,463	3,232	1,450	4,682	국비 69.0%

19) 치료감호소(국립법무병원)는 전체 운영예산이 의료비 성격을 가지며, 인건비를 포함하여 연간 약 100억~150억 이상의 규모로 파악된다[31].

재 법무보건의료 전제를 아우르는 컨트롤타워는 부재하며, 중앙본부 내에 별도의 관리조직 형태로 존재하는 것도 교정본부 뿐이다. 교정본부의 경우, 본부 보안정책단에 의료과 및 심리치료과가 설치되어 수용자 보건위생관리, 의약품·의료장비관리, 건강검진, 질병예방업무 등 제한적이거나 교정의료 컨트롤타워 역할을 수행하고 있는데, 이마저도 조직개편을 겪으며 2008년 이후에는 의사인력 없이 교정직 공무원으로만 운영되고 있는 실정이다[13].

범죄예방정책국 산하 소년원 및 치료감호소는 각각 중앙 본부의 소년과와 보호관찰과와 정책적으로 연결되어 있다. 출입국외국인본부 산하 외국인보호소와 출입국외국인지원센터(난민센터) 또한 중앙 본부의 출입국정책단 이민조사과, 국적통합정책단 난민과와 각각 연결되어 있지만, 비전문가에 의해 이뤄지는 이들 나머지 기관에 대한 본부 담당부서의 컨트롤타워 역할은 미미한 것으로 보인다.

이러한 법무보건의료정책의 근거가 되는 관련법은, 기본적 건강권 개념을 바탕으로 한 기관별 수용자 처우 관련법이 한 축을, 그리고 의료법·감염병예방법 등의 보건의료 관련법이 다른 한 축을 이루며, 각 수용자 처우 관련법이 보건의료 관련법을 해당 조항에 준용하는 형태이다. 이러한 법무보건의료 관련법체계는 넓게는 국제인권규약이나 헌법에 명시된 건강권·생명권까지도 직접 관계가 있으나, 좁게는 다음의 도식으로 이해할 수 있다(그림 5).

〈그림 5〉. 국내 법무보건의료 관련법 체계도

이러한 관련법체계에 따라 법무부 내 보건의료정책 또한 주로 ‘수용자 처우 개선’을 명분으로 이루어지고 있으며, 각 중앙 본부별로 자생적 시스템으로 발전되어 의료기관 업무협약, 외부 축탁의·의료위원 제도, 의료전담시설 지정, 원격의료 시범사업, 정신보건재활센터, 심리치료과 신설 등의 결과물로 나타나고 있다[13].

고찰

국제보건기구(WHO)는 구금시설의 보건의료를 공중보건의 한 분야로 인지하고 공공의료서비스와의 밀접한 연계를 강조한다(모스크바 선언²⁰⁾)[19]. 우리나라 현행 법무보건의료 체계에서 공공의료분야와의 협력은 극히 제한적으로, 향후 이러한 가이드라인을 바탕으로 해당부처와의 논의가 이루어져야 할 것으로 보인다²¹⁾. 법무부 소속기관별로 구분하여 살펴본 법무보건의료의 주요 공중보건학적 속성은 다음과 같다(표 4).

〈표 4〉. 법무부 소속기관의 공중보건학적 특성 비교 [13]

구분	소속기관 분류				
	교정본부	범죄예방정책국		출입국외국인정책본부	
	교도소 (구치소)	소년원	치료감호소	외국인보호소	출입국외국인 지원센터
대상인구	형사범 민사범	보호처분자 (8~10호)	치료감호 선고자	불법체류자 (출입국법위반)	재정착난민 (난민인정자)
인구특성	만19세이상 성인 일부 소년·외국인	만14세이상 19세미만 소년	정신질환자	외국인 (여러국가)	외국인 (특정국가)
입소기간	6개월미만~ 무기징역	1개월미만~ 20개월이상	1년미만~ 4년이상	수일~ 3개월이상	6개월이상
주요질환	호흡기질환 치과질환 근골격계질환	행동장애 발달장애 물질남용 치과질환	정신질환 행동장애 중독 치과질환	근골격계질환 호흡기질환 소화기질환 피부질환	호흡기질환 근골격계질환 피부질환
건강위해요소	과밀수용 운동제한	스트레스 불안전 병식	과밀수용 생활양식	스트레스 위생불량	기저질환 빈곤
부설의료기관분류	의원	의원	병원	의원	진료실
전담의료인력	의사,간호사 등	의사,간호사	전문의,간호사 등	의사,간호사	없음 (외부촉탁의)
국민건강보험	자격상실	자격상실	자격상실	미적용(일부적용)	적용
의료비	내부	국가재원: 국비지출 (무상의료서비스)			
	외부	국비부담원칙		자비부담원칙	전액국비
관련법	형집행법1)	소년원법2)	치료감호법3)	외국인보호규칙4)	난민법
이동의 자유	없음(제한)	없음(제한)	없음(제한)	없음(제한)	있음(일부제한)
기타	고령화	형사책임연령하향	과밀수용	언어문제	적응문제

주요자료출처: 법무부. 2016년 법무연감. [13]

- 1) 형의 집행 및 수용자의 처우에 관한 법률.
- 2) 보호소년 등의 처우에 관한 법률.
- 3) 치료감호 등에 관한 법률.
- 4) 출입국관리법. 외국인보호규칙.

20) 세계보건기구. 공중보건의 한 부분으로써의 구금시설 보건의료에 관한 모스크바 선언(The Moscow Declaration on Prison Health as a Part of Public Health, 2003)

21) 현재 공공의료분야와의 협력은 일부 지역의 정신보건사업이나 외부진료 업무협조 등의 수준에 그치고 있는 것으로 보인다. 이러한 점에서 2017년 9월 정부 주도로 구성된 ‘공공보건의료 발전 협의체’에 법무부가 포함된 것은 향후 법무보건의료 발전을 위해 바람직하다.

* 공공보건의료 발전 협의체의 대상기관[9개 부처 산하 220개 공공의료기관]: 교육부(국립대병원), 과학기술정보통신부(한국원자력의학원 원자력병원), 법무부(교정시설), 국방부(의무사령부), 국토교통부(국립교통재활병원), 고용노동부(근로복지공단 한국산재의료원), 국가보훈처(보훈병원), 경찰청(경찰병원), 그리고 보건복지부 산하 국립중앙의료원, 적십자병원, 지방의료원.[33]

1) 법무보건의료 발전을 위한 제언

앞서 여러 연구자들이 구금시설 수용자 인권증진을 위한 의료체계 개선방안을 제안하였으며, 주요내용은 (1) 의료자원관리: 안정적 인력수급과 처우개선, 진료환경개선, 시설·장비·의약품 표준화 및 공동구매, 의료정보시스템 개선, 자원봉사자의 체계적 활용, 특수병원의 설립, (2) 조직개편: 본부 보건의료 전담조직 설치, 법무행정과 구분되는 조직체계 또는 거버넌스 구축, 확장된 의료위원회 및 학회 운영, 보건의료시설별 역할·권한·책임 조정, 시설 소규모화, (3) 의료전달체계: 시설 내 1차 보건의료의 확립, 지역사회 참여와 의료전달체계 구축, 공공의료기관·보건소 활용, 환자관리 체계화 및 주요환자 분리수용, 외부 전문병동설치 지원, 응급의료체계 확립, (4) 경제적지원: 의료예산 현실화, 시설·장비 현대화, 건강보험체계 개선, (5) 법·제도·정책: 관련법·제도 정비, 표준지침·규정마련, 특별법제정, 외부평가제도 확립, (6) 교육: 의료인 리더십 및 전문교육, 인권·건강권 교육, 구금시설 고유의 윤리문제, 수용자 건강교육프로그램 보완, 전문가 상담프로그램 강화 등이다[1-4, 17, 20].

하지만 과거의 개선책들은 주로 교도소 중심의 교정시설을 중심으로 제안되어 왔고, 인권·처우 현안이나 가까운 문제 해결에 치우쳐 미래의 법무부 조직 내 보건의료의 역할이나 구금제도 자체에 대한 철학적 고민까지 반영하지 못한 한계가 있다. 이에 아래에서는 법무보건의료 분야의 특수성을 바탕으로, 보다 미래지향적이고 포괄적인 내용의 발전안을 추가 제안하고자 한다.

첫째, 몇몇 관련법의 관련조항과 내용을 ‘진료·위생’의 좁고 낡은 프레임에서 ‘보건의료’ 프레임으로 확장하고, 이에 따른 조직과 인프라를 지원하여 적절한 책임까지 부여해야 한다. 둘째, 법무부 본부 내 보건의료 컨트롤타워는 필수적이며(예컨대 ‘법무보건과’) 여기에는 보건의료전문가가 반드시 포함되어야 한다. 전문가 임용은 개방형채용 또는 관계부처인 보건복지부 등과 협의하여 인력교류 등을 검토할 수 있다. 셋째, 각 시설별 특성을 반영하여 보건의료정책은 개별화하여야 한다. 특히 구금시설과는 그 성격이 다른 외국인보호소(출입국사무소), 출입국외국인지원센터(난민센터)의 그것은 미래 우리나라의 이민국가화나 통일시대까지도 대비하는 것이어야 한다. 넷째, 부족한 의료인력 수급을 급여 등 처우 개선에 의존하기보다는 미국식 공공보건의료인력 전담부처 설립과 같은 시스템 개선으로 해결하려는 범정부적 노력이 필요하다. 다섯째, 시설 내 부속의원 등 진료시설의 민간위탁이나 외부 촉탁의 제도 확대를 통해 진료현장의 윤리적·도덕적 갈등을 최소화하며 동시에 진료의 질을 높이는 방안이 강구되어야 한다. 이는 지역사회 의료자원의 연계방안과 함께 검토되면 더욱 바람직하다. 여섯째, 모스크바 선언을 참고하여 장기적으로 구금시설 보건의료관할 정부부처를 공공보건의료 관할 정부부처와 동일화시키는 방안이 추진되어야 한다²²⁾. 일곱째, 법무보건의료 연구플랫폼으로 관련학회를 지원·활성화하고 의료인 합동연수 등을 통해 전문가들이 소통하도록 해야 한다. 여덟째, 각종 과학기술 발전으로 예상되는 보건의료분야의 혁명적 변화에 대비해야 한다. 근미래에 일어날 변혁은 수용자들의 보건의료수요와 현장의 진료행태에도 큰 변화를 가져올 것이다. 아홉째, 범정부 차원에서 이른바 ‘건강과 법무(Health and Justice)’ 개념을 도입하여 법무부·법원·경찰을 아우르는 전 사법 분야의 보건의료 관련 사항들을 정리하는 프레임워크 수립이 필요하다. 영국 시스템²³⁾에서 착안한 이 프레임워크는, 공공보건의료 관련부처가 대등하게 참여하여 수용자 건강관리, 보건의료관련 인권이슈, 보건의료기반 범죄예방정책 등을 폭넓게 다룰 실질적 이니셔티브를 구성하는 것이다.

22) WHO 유럽 지역사무소에서 발간한 <<Health in Prison(2007)>> 및 <<Prisons in Health(2014)>>의 내용을 참고[19]

23) NHS England > NHS Commissioning Board > Health and Justice <https://www.england.nhs.uk/commissioning/health-just> (2017.9.1.접속)
브래들리 보고서(2009). The Bradley Report(Lord Bradley’s review of people with mental health problems or learning disabilities in the criminal justice system, 2009)

현실적으로 상기 내용들이 일괄적으로 반영되기는 힘들며, 충분한 검토·의견수렴과 절차가 필요할 것이다. 우선순위를 부여한다면 먼저 단시간 내 법무보건의료 컨트롤타워를 구성하고²⁴⁾ 이곳을 중심으로 각 필요한 정책들을 추진해 가면서 마지막에 언급한 '건강과 법무' 이니셔티브를 만들어 활성화해 나가는 중장기 계획이 어떨까 한다.

2) 연구의 한계와 주요함의

공중보건의 기본철학 중 하나는 소수의 약자를 대상으로 한다는 것이다. 이러한 정책대상의 현안 가운데에는 공공이라는 시스템이 작동하여 해결에 가까운 문제가 있는 반면, 제한된 예산과 자원, 정치·사회·문화적 이유로 인해 해결이 요원한 문제도 있다. 하지만 주류의 관심에서 벗어나 본 무대에 인지조차 되지 않는 일부 소외된(neglected) 대상과 문제들은, 주요 시스템에서 동떨어져 방치되면서 자연발생된 기형적 시스템으로 진화해 왔다.

본 연구에서 정의하고 살펴본 '법무보건의료'는 법무행정 가운데 인간의 기본권을 제한하는 과정에서 필연적으로 발생한 분야이다. 사회적 역할에 따른 공중보건학적 속성이 크지만 최초 설계와 국내의 현 체계 내에서는 단순한 1차 진료 업무로 이해되는 측면이 강하다. 특히 국내 규모나 역사에 비해 그동안 주류 공중보건학계에서 간과되거나 소외되어 전체 시스템이나 철학에 대한 논의가 공론화되지 못하였다.

우선은 법무부 소속기관의 보건의료체계에 대해 깊이 있는 공중보건학적 접근이 이루어져야 한다. 이를 토대로 주요 개선방안 및 장기계획이 수립되면, 세부계획에 따라 단계적 발전을 이루어낼 수 있을 것이다. 가깝게는 앞에서 언급된 몇몇 정책제안들만이라도 검토하고 반영한다면, 국내 수용자 인권증진에도 상당부분 기여할 수 있을 것이다.

한편 본 연구는 사회적·정책적 소외 및 법무보건의료의 특수성으로 인한 각종 선행연구와 최신자료 부족, 부실한 통계자료에 대한 신뢰성 문제 등으로 말미암아 부득이한 시행착오의 가능성을 갖는다. 하지만 국내 법무보건의료체계를 국가보건의료체계 모델을 이용하여 체계적으로 파악하고자 한 것과, 특히 교정기관 외에도 소년원, 치료감호소, 외국인 보호소, 출입국외국인지원센터(난민센터) 등으로 그 연구범위를 확장하여 미래 대한민국의 포괄적 법무보건의료체계 발전의 단초를 마련하였다는 데 그 의의를 둔다.

24) 현재 보건의료전문가가 포함된 법무보건의료 컨트롤타워의 부재는 곧 법무보건의료체계 전체의 취약성을 의미한다. 중앙의 구체적 가이드라인 없이 각 지역사회 소속기관에서는 내부사정에 따라 즉흥적·자의적인 보건의료서비스를 제공되게 되며, 이는 곧 해당 노력을 일관되고 체계적인 지역사회 연계 시스템 보다는 진료 중심의 단순계약관계로 절하시킨다. 이러한 시스템에서는 고용된 의무관을 포함한 일개 의료인 개인이나 특정단체, 일부시설에 대한 의존도가 커지면서, 의료인력 수급문제는 물론 작은 돌발변수에 의해서도 각 소속기관 보건의료체계의 지속가능성이 위협받을 수 있다. 또한 해당 시설의 보건의료문제를 발굴하거나 장기적인 관점의 정책수립이 요원해지고, 신종감염병 발생 등 갑작스런 보건의료 이슈 대응에도 상당한 제한이 따른다.

참고문헌

1. 손명세. 수용자의 보건의료실태 및 관리방안. 한국: 한국형사정책연구원; 1996.
2. 연성진, 노용준, 김안식, 정영진. 수용자의 보건·의료 실태와 개선방안에 관한 연구. 한국: 한국형사정책연구원; 2008.
3. 이세경, 선준구, 박인경, 강현희, 김소윤, 손명세. 교정의료전달체계와 수용자 인권. 한국의료법학회지. 2009; 17(1):121-150.
4. 김정범, 김인희, 이상희, 우석균, 주영수. 구금시설의 의료실태조사 및 의료권보장을 위한 연구. 서울, 한국: 국가인권위원회; 2003.
5. 국가인권위원회 인권연구담당관실. 구금시설 수용자 건강권 보장방안 마련을 위한 청문회 자료집. 서울, 한국: 국가인권위원회; 2003.
6. 국가인권위원회 인권정책과. 구금시설 내 수용자 건강권 보장을 위한 토론회 자료집. 서울, 한국: 국가인권위원회; 2009.
7. Kleczkowski BM, Roemer MI, van der Werff A. National health systems and their reorientation towards health for all: guidance for policy-making. Geneva: World Health Organization; 1984.
8. Evans RG. Incomplete vertical integration: the distinctive structure of the health-care industry. In Health, economics, and health economics. van der Gaag J and Perlman M (eds). Amsterdam: North-Holland Publishing Company; 1981.
9. Roemer MI. National health system of the world, Vol. 1, The countries. New York: Oxford University Press; 1991.
10. Roemer MI. National health systems throughout the world. Annual Review of Public Health. 1993; 14:335-353.
11. Lee MJ, Kim HN, Cho DB, Kim SY. Overview of healthcare system in North Korea. Journal of the Korean Medical Association. 2013; 56(5):358-367.
12. van Olmen J, Marchal B, van Damme W, Kegels G, Hill PS. Health systems frameworks in their political context: framing divergent agendas. BMC Public Health. 2012; 12:774.
13. 법무부 기획재정담당관실. 2016년 법무연감. 한국: 법무부; 2016.
14. 보건복지부 정책통계담당관실. 2016년 보건복지통계연보. 한국: 보건복지부; 2016.
15. 김현철. 수용자 의료서비스 제공자 업무 수행상 애로사항 및 개선방안. 구금시설 수용자 건강권 보장방안 마련을 위한 청문회 자료집. 한국: 국가인권위원회; 2003; 28-34.
16. 김법환. 교정시설 수용자와 일반인간의 건강상태 비교. 경희대학교 행정대학원 석사논문. 1999.
17. 권수진, 신권철. 정신보건법정 및 사법병동에 관한 연구. 한국: 한국형사정책연구원; 2015.
18. 대한민국정부. e-나라지표: 교정시설수용현황: 1일평균수용인원 [인터넷]. 한국: 대한민국정부; 2017 [2017년 9월 1일 접속]. <http://www.index.go.kr>
19. 박광선, 기동훈, 김정민, 김정환, 박광업, 백승기 외. WHO 구금시설 건강권 보장을 위한 지침서(A WHO guide to the essentials in prison health). 구금시설 공중보건의사협의회 번역서. 한국: 대한공중보건의사회: 국가인권위원회; 2009.
20. 주영수, 김명희, 임준, 김승섭, 정민영, 박경민 외. 구금시설 건강권 실태조사. 한국: 국가인권위원회. 2016.
21. 김춘배, 김판석. 한국 보건의료인력의 현황과 정책 과제. 대한의사협회지. 2012; 55(10):940-949.
22. 김영해, 한위수, 이선애. 국가인권위원회 침해구제제2위원회 결정문: 15방문00004000 2015년 ○○치료감호소 방문조사에 따른 피치료감호자 및 피치료감호청구인 인권증진 개선 권고. 한국: 국가인권위원회; 2016.
23. 박정수. 교정시설 내 의료처우실태 및 개선방안. 충북대학교 법무대학원 석사논문. 2010.
24. 국립중앙의료원 공공보건의료지원센터. 2013년 전국 공공병원 안내. 한국: 국립중앙의료원; 2013.
25. Donnie. 법무부 정책현장 탐방: 최신시설의 서울남부교도소 정책현장 참관후기 [인터넷]. 한국: 위드블로그 파워블로거 법무부 정책현장 탐방 캠페인; 2013 [2017년 9월 1일 접속]. <http://naver.me/FLod8Xmd>
26. 정우천. 인권친화시설로 바뀌 오늘 문열니다: 신축 교도소로 이전하는 장보익 광주교도소장 [인터넷]. 한국: 문화일보; 2015 [2017년 9월 1일 접속]. <http://news.naver.com/main/read.nhn?mode=LSD&mid=sec&sid1=001&oid=021&aid=0002254022>
27. 청년의사. 교정병원 설립하면 '폐병' 부리는 수용자 엄청 줄어든 것 [인터넷]. 한국: 청년의사신문; 2009 [2017년 9월 1일 접속]. <http://www.docdocdoc.co.kr/news/articleView.html?idxno=68478>
28. Han MK. An alternative solution for doctors? A 10-year experience of telemedicine in South Korean prisons. The 1st International Correctional Research Symposium Abstract. Belgium: International Corrections and Prisons Association; 2017; 8-9.

29. 이희정. 교정시설 수용자의 건강보험체계. 교정: 교정공무원 문화교양 월간지. 2010; 407;22-23.
30. 김창환. 수용자 보건의료처우에 관한 연구: 외부의료시설 이용실태를 중심으로. 전북대학교 법무대학원 석사논문. 2009.
31. 신의기, 김혜정, 강은영. 마약류 중독자의 치료재활 효율화 방안 연구. 한국: 한국형사정책연구원; 2003.
32. 김상희. 교도소등 수용자 의료예산 여전히 부족 [인터넷]. 한국: 한국경제신문; 2003 [2017년 9월 1일 접속].
<http://news.hankyung.com/article/2003101001678>
33. 안치영. 정부, 법무처 '공공보건의료 발전 협의체' 구성 [인터넷]. 한국: 의학신문; 2017 [2017년 9월 25일 접속].
<http://www.bosa.co.kr/news/articleView.html?idxno=2069073>