

건강배제 집단의 사회자본과 정책적 함의¹⁾

The Social Capital of Groups Socially Excluded from Health Care and Its Policy Implications

김기태 | 한국보건사회연구원 부연구위원

건강은 사회적 배제의 주요한 지표 가운데 하나다. 건강배제는 다른 범주의 사회적 배제의 결과로 나타날 뿐 아니라, 다른 사회적 배제를 낳는 원인이 된다. 이 글에서는 주관적 건강, 우울감, 의료서비스 접근권을 기준으로 건강 영역에서 배제가 중첩된 정도에 따라 설문 응답자들을 네 집단(비배제, 배제 1~3)으로 나누었다. 그리고 집단별 인구사회학적 특성과 사회자본 실태, 문제 상황에서의 대처 내용 및 복지 인식 등을 분석했다.

분석 결과는 다음과 같다. 첫째, 건강배제 집단에서 대체로 저학력, 저소득 집단의 비율이 높았다. 둘째, 건강배제 집단의 사회자본은 비배제 집단보다 낮았다. 셋째, 건강배제 집단은 비배제 집단보다 건강 문제에 직면했을 때 도움받을 수 있는 사적·공적 네트워크가 약했다. 넷째, 건강배제 집단은 소득 불평등의 심각성에 대한 동의 수준이 높았고, 사회문제를 시정하기 위한 사회 참여 의사도 비배제 집단과 유사한 수준으로 높았다. 건강배제 집단의 배제 상황을 극복하기 위해서는 공적인 지원 체계를 강화하고 이들 집단의 사회 참여를 활성화하는 접근이 필요하다.

1. 들어가며: 건강과 사회배제, 사회자본

건강은 사회적 배제를 측정하는 핵심 요소다.

1974년, 프랑스 정부의 르네 르누아르 사회부장관이 사회적 배제 개념을 제시한 이래, 사회적 배제를 측정하는 많은 연구에서 '건강'이 자주

1) 이 글은 정세정, 김기태, 김태완, 류진아, 강예은, 이영수, 이관후. (2021). 『사회배제 대응을 위한 복지국가 체제 개발』의 한 장 내용을 일부 수정한 것이다.

등장했다(김안나, 2007; 문진영, 2010; 박능후, 김재희, 장춘명, 2015; Robinson & Oppenheim, 1998). 실제로 르누아르 장관이 사회에서 배제된 집단으로 예시한 이들이 정신·신체장애인, 자포자기한 사람, 약물중독자 등이었다(강신욱, 김안나, 박능후, 김은희, 유진영, 2005). 그들은 건강의 불편을 감수하는 집단임을 확인할 수 있다.

사회적 배제는 흔히 빈곤과 한 묶음으로 제시되기도 한다. 보기에 따라 빈곤은 매우 복합적인 사회배제 문제가 수렴되는 영역으로 볼 수도 있다. 이를테면, 노동배제의 한 범주인 실업이 장기화하면 소득 상실로 인해 빈곤해질 수 있다. 또 건강배제의 한 범주인 우울감이 높거나 주관적 건강 수준이 매우 낮아도 결국 노동시장에서 배제되는 결과로 이어지고, 이것이 다시 빈곤으로 이어지는 점을 고려할 수 있다. 그러나 사회배제가 빈곤과 다른 영역에서 포착되는 점도 함께 고려할 필요가 있다. 이를테면, 한국에서 분만실이 없는 54개 시·군·구 지역에서는 산부인과 관련 의료서비스도 매우 취약하다. 분만실이 없는 강원 정선군에서는 부유층이라고 해도 임신부가 즉시 찾아갈 수 있는 분만실이 없다는 뜻이다. 이는 빈곤 문제와 별도로 파악되는 사회배제의 문제다.

건강배제에 주목하는 것은 건강의 독특한 성격에도 기인한다. 건강은 그 자체가 배제의 지표 이면서, 다른 배제 지표의 결과를 반영하기도 한다. 건강 불평등 연구에서 건강을 결정하는 사회적 결정 요인으로는 소득, 빈곤, 학력, 지위, 고용

여부 등이 다양하게 열거된다(Wilkinson & Pickett, 2011). 소득이 낮을수록, 학력이 낮을수록, 사회적 지위가 낮을수록, 정규직보다 비정규직 혹은 실업자일 때 개인의 건강 수준은 낮아진다. 다양한 사회적 배제가 건강배제로 이어진다.

이와 같은 인과관계는 역으로도 그려진다. 즉, 개인이 처한 사회적 여건이 안 좋아서 아파지기도 하지만, 반대로 아파서 상황이 악화하기도 한다. 건강과 노동의 문제로 한정해서 보자면, 노동시장에서 지위가 낮은 집단의 건강 수준이 낮기도 하지만, 역으로 건강 수준이 낮은 집단이 노동시장의 하층부로 수직 이동하기도 한다. 이덕희, 김창엽(2003)은 이를 두고 건강 상태와 노동시장 성과 사이의 ‘이중 인과관계’라고 설명한 바 있다. 건강 지표와 다른 사회배제 지표 사이에서 나타나는 이 같은 역동성은 사회배제에 기반한 접근의 개념적 특성인 ‘동태성’(강신욱 외, 2005)과 일맥상통한다.

사회적 배제와 관련한 다수의 연구에서도 건강배제 지표는 자주 활용됐다. 이를테면, Robinson and Oppenheim(1998)은 사회배제 지표로 크게 소득, 실업, 교육과 더불어 건강을 제시하면서, 건강배제 지표로 사망률과 신생아 평균 체중, 저체중 신생아 비율을 제시했다. 박능후, 최민정(2014)은 사회배제 지표로 경제, 주거, 고용, 건강, 교육, 사회 참여를 제시하면서 건강의 지표로 ‘돈이 없어 본인이나 가족이 병원에 갈 수 없었던 경험’을 제시했다. 문진영(2010)은 소득, 실업, 교육, 건강의 네 가지 배제 범주를 보여 주면서,

건강배제의 기준을 ‘1세 이하 영아 사망률’로 설정했다. 박능후, 김재희, 장춘명(2015)은 주관적·객관적 배제 지표를 나눠 제시했는데, 객관적 건강배제 지표로는 병원 이용 여부, 건강보험료 미납 사유, 건강보험 이용의 어려움을 사용했고, 주관적 건강배제 지표로는 주관적 건강 상태를 제시했다. 김태완 외(2019)는 건강배제 지표를 비교적 자세하게 제시하면서, 건강배제 지표를 객관적 지표(건강보험 미납 경험, 건강보험 급여 자격 정지 경험, 돈이 없어서 병원에 못 간 경험, 재난적 의료비 발생)와 주관적 지표(주관적 건강 수준)로 나누어 제시했다.

건강배제와 사회자본의 관계를 분석한 연구는 희소하지만, 건강과 사회자본에 초점을 둔 연구는 매우 많다(Eriksson & Ng, 2015; Macinko & Starfield, 2001). 이는 특히 건강정책 분야에서 지난 20여 년 동안 ‘핵심적인 개념’(Moore & Kawachi, 2017, p. 513)으로 부상했다. 이들 연구는 대부분 개인적·사회적 건강 수준의 결정 요인인 사회적 자본의 영향에 초점을 맞추고 있다. 관련 분야에서 20년 동안의 연구를 종합 및 비평한 Moore and Kawachi(2017)는 2013년에만 사회자본과 건강 수준 혹은 건강 불평등의 관계에 관한 논문이 140여 편 출판됐으며, 이런 연구들이 사회자본의 하부 범주로 인식되는 규범, 네트워크, 소속감, 결속감, 참여와 같은 요소가 개인 및 사회의 건강 수준에 미치는 영향을 분석했다고 설명했다. 이들 연구는 거의 예외 없이 사회자본이 독립변수 혹은 매개변수로서 건강에

미치는 영향을 분석한 것이다. 반대 방향, 즉 건강 수준이 낮은 집단의 사회자본 수준을 확인하는 연구는 찾아보기 힘들다.

이 글에서는 건강배제 집단의 사회자본 수준을 확인함으로써 건강배제 집단이 사회자본을 매개로 배제를 극복할 수 있는 실마리를 찾는 데 목적을 둔다. 여기서 사회자본은 “네트워크, 규범, 사회적 신뢰와 같이, 호혜적인 조정과 협력을 촉진하는 사회조직의 특성”(Putnam, 1995, p. 67)이라는 정의에 따라 측정 변수로 신뢰, 네트워크, 규범이 제시됐다.

이 글에서는 건강배제 집단을 주관적 건강, 우울감, 의료서비스 접근권을 기준으로 범주를 나눈 뒤, 건강배제·비배제 집단의 특성, 사회자본과 복지 인식을 분석했다. 이와 같은 분석에 근거해 건강배제 문제의 실마리를 풀기 위한 정책적 제언을 하였다. 이를 위해 2021년 한국보건사회연구원의 ‘사회 참여, 자본, 인식 조사’ 결과를 분석했다.

2. 건강배제 집단의 성격

분석에 앞서, 건강배제·비배제를 설정한 기준을 설명하고자 한다. 건강배제의 기준은 주관적 건강과 우울감, 의료서비스 접근권을 활용해 설정했다. 주관적 건강은 1~5점 척도 기준으로 나쁘거나(4) 매우 나쁜 경우(5)를, 우울감은 CES-D 점수가 19점 이상인 경우를,²⁾ 의료서비스 접근권은 최근 1년 동안 본인이나 가족이 아팠지만

표 1. 건강배제의 기준

구분	내용
건강배제 1	주관적 건강, 우울감, 의료서비스 접근권 중 한 가지에서 배제
건강배제 2	주관적 건강, 우울감, 의료서비스 접근권 중 두 가지에서 배제
건강배제 3	주관적 건강, 우울감, 의료서비스 접근권 세 가지 모두에서 배제

자료: 정세정, 김기태, 류진아, 김태완, 강예은, 이영수, 이관후. (2021). 사회배제 대응을 위한 새로운 복지국가 체제 개발. 한국보건사회연구원. p. 120. <표 4-3-2>.

병원에 갈 수 없었던 경우를 배제의 기준으로 활용했다. 주관적 건강과 우울감, 의료서비스 접근권 가운데 한 가지에서 배제된 집단을 건강배제 1로, 세 가지 중 두 가지에서 배제된 집단을 건강배제 2, 세 가지 모두에서 배제된 집단을 건강배제 3으로 구분했다. 배제 수가 많을수록 배제가 중첩된 집단이다.

건강배제 집단을 유형별로 살펴보기 위해 ‘사회 참여, 자본, 인식 조사’ 설문 자료를 분석해보면, 주관적 건강 기준으로 배제된 집단은 전체 인구 가운데 14.62%였고, 우울지수가 높아서 배제된 것으로 간주된 집단은 37.82%였다. 또 미충족 의료 경험 집단의 비율은 19.46%였다. 이 글에서는 배제의 유형을 나눌 때, 세 가지 배제 기준 가운데 한 가지, 두 가지 혹은 세 가지에 해당하는지에 따라 배제 1, 배제 2, 배제 3 집단으로 나눠서 제시했다. 세 유형이 차지하는 비율은 각각 31.20%, 14.19%, 4.10%였다. 어느 한 가지에도 해당하지 않는 비배제 집단의 비율은 50.50%였다.

건강배제 집단의 특징을 인구학적 유형에 따라 살펴보았다. <표 2>에서 보는 바와 같이, 여성은 전체 인구 대비 비율(48.38%)보다 배제 1(50.34%), 배제 2(49.51%), 배제 3(52.21%) 집단의 비율이 높게 나타났다.

연령별로는 50대의 양상이 다소 극적이다. 비배제 집단 가운데 비율(29.24%)도 높고, 배제 정도가 가장 심한 배제 3 집단 가운데 비율도 29.10%로 비교적 높게 나타났다. 건강의 사회적 결정 요인들이 연령대가 높아지는 동안 누적되어 고연령대에서는 양극화한 형태로 나타난 것으로 추정된다. 참고로 이번 설문에서 60세 이상 노인은 제외됐다.

학력별 건강배제 양상은 예상을 빗나가지 않았다. 학력이 낮을수록 배제의 정도는 심화했다. 지역별로는 일정한 경향성이 나타나지는 않았다. 다만 농어촌에서 배제 3 집단 가운데 비율이 5.46%로 전체 대상 중 농어촌 인구의 비율 4.08%보다 높은 점이 눈에 띈다. 반면, 배제 1과 배제 2의 비율은 전체 인구 대비 농어촌 인구의 비율보다

2) CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale)점수는 흔히 16점 혹은 19점이 절단점으로 제시된다. 이 글에서는 다양한 사례의 CES-D 절단점 분석을 통해 19점을 제안한 Martens et al.(2003)의 기준을 따른다.

낮았다. 농어촌에서 인구 비율이 상대적으로 높은 60대 이상 인구 집단이 설문에서 제외됐다는 점이 한 가지 원인일 것으로 추정된다. 소득에 따른 배제의 경향성은 분명했다. 소득

분위가 낮을수록 배제의 비율이 높게 나타났다. 1분위에서 5분위로 이동하면서 비배제 집단의 비율은 14.03%(1분위)에서 25.85%(5분위)로 늘었다. 또한, 소득 수준이 가장 높은 5분위에서 배

표 2. 건강배제 집단의 주요 인구사회적 특성

(단위: %)

구분		전체	비배제	건강배제 1	건강배제 2	건강배제 3
성별	남성	51.62	53.45	49.66	50.49	47.79
	여성	48.38	46.55	50.34	49.51	52.21
	계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
연령	19~29세	23.52	24.72	24.3	18.43	20.37
	30~39세	22.36	20.38	24.02	26.25	20.65
	40~49세	26.24	25.67	25.85	28.1	29.89
	50~59세	27.88	29.24	25.82	27.23	29.10
	계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
학력	초졸 이하	0.30	0.25	0.28	0.30	1.06
	중졸	1.43	0.95	1.39	2.64	3.44
	고졸	36.93	34.07	38.69	40.46	46.64
	대졸 이상	61.34	64.74	59.63	56.60	48.86
	계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
지역	대도시	43.96	43.44	45.04	43.00	45.6
	중소도시	51.96	52.29	51.33	53.04	48.94
	농어촌	4.08	4.28	3.64	3.96	5.46
	계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
가구 구성	1인	11.76	10.49	12.72	12.75	16.68
	2인	14.73	13.30	15.84	16.03	19.47
	3인	27.87	27.51	27.88	29.62	26.27
	4인	34.46	36.55	32.90	32.64	26.76
	5인 이상	11.18	12.14	10.66	8.97	10.83
	계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
소득분위	1분위	19.84	14.03	22.00	29.69	40.85
	2분위	22.13	19.90	24.42	24.21	25.06
	3분위	16.76	17.66	17.02	13.49	15.14
	4분위	20.02	22.56	18.74	16.61	10.26
	5분위	21.24	25.85	17.82	16.00	8.69
	계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

자료: 정세정, 김기태, 류진아, 김태완, 강예은, 이영수, 이관후. (2021). 사회배제 대응을 위한 새로운 복지국가 체제 개발. 한국보건사회연구원. p. 122. <표 4-3-3>.

제의 비율은 각각 17.82%(배제 1), 16.00%(배제 2), 8.69%(배제 3)로 확인됐다. 건강배제 집단에서도 고소득 분위의 인구가 일정 비율 관찰됐다. 빈곤과 건강배제 문제가 반드시 수렴하지는 않는다는 점을 확인할 수 있는 대목이다.

3. 건강배제 집단의 사회자본 및 네트워크

가. 건강배제 집단별 사회자본 수준

건강배제 유형에 따른 사회자본의 내용을 살펴보고, 사회자본에 관한 문항을 네 가지 잠재변수로 분류한 결과, 제도 신뢰, 일반 신뢰, 네트워크, 규범으로 나뉘었다. 이 같은 사회자본의 내용을 건강배제의 범주별로 살펴보면, 건강 배제 집단에서 사회자본 수준이 일관되게 높은 점을 확인할 수 있었다. <표 3>에서 확인할 수 있듯이 건강배제 집단들은 비배제 집단과 비교해 사회자본 수준이 통계적으로 유의하게 낮음을 확인할 수 있었다.

배제 집단 사이에서도 사회자본 수준은 차이가 났는데, 주관적 건강 수준이 낮고 우울감과 미충족 의료 경험이 모두 있는 건강배제 3 집단은 비배제 집단이나 배제 1, 2 집단에 비해 제도 신뢰, 일반 신뢰, 네트워크 기준의 사회자본 수준이 매우 낮음을 확인할 수 있다.

다음으로는 확인적 요인 분석(Confirmatory Factor Analysis)을 통해 조사 대상의 사회자본 분포 유형을 세 가지로 나누어 보았다. 이에 따르면 세 유형은 각각 ‘중간 수준의 신뢰, 네트워크, 규범’을 가진 유형 1과 ‘낮은 수준의 신뢰, 네트워크, 규범’을 가진 유형 2, ‘높은 수준의 신뢰, 네트워크, 규범’을 가진 유형 3으로 나눌 수 있다. 이들을 건강배제 기준으로 다시 제시하면 <표 4>와 같다.

사회자본 보유 유형 역시 건강배제 집단별 차이가 비교적 선명하게 드러남을 확인할 수 있었다. 비배제 집단에서 높은 수준의 신뢰, 네트워크, 규범을 가진 유형 3의 비율이 23.33%로 높은 반면, 배제 강도가 심화할수록 그 비율이 떨어져서

표 3. 건강배제 집단의 사회자본

구분	신뢰		네트워크	규범
	제도	일반		
전체	0.00	0.01	0.01	-0.01
비배제	0.05	0.14	0.19	0.07
건강배제 1	-0.03***	-0.07***	-0.09***	-0.08***
건강배제 2	-0.06***	-0.14***	-0.23***	-0.13***
건강배제 3	-0.23***	-0.49***	-0.55***	-0.09***

주: *p < 0.5, **p < 0.1, ***p < 0.001 수준에서 유의함. 각 배제 집단과 비배제 집단의 차이에서 통계적인 유의성을 확인한 내용임.

수치가 낮을수록 사회자본 수준이 낮음.

자료: 정세정, 김기태, 류진아, 김태완, 강예은, 이영수, 이관후. (2021). 사회배제 대응을 위한 새로운 복지국가 체제 개발. 한국보건사회연구원. p. 123. <표 4-3-4>.

표 4. 건강배제 집단의 사회자본 보유 유형

(단위: %)

구분	유형 1	유형 2	유형 3	계
	중간 수준의 신뢰, 네트워크, 규범	낮은 수준의 신뢰, 네트워크, 규범	높은 수준의 신뢰, 네트워크, 규범	
전체	70.37	10.49	19.14	100
비배제	71.26	5.41	23.33	100
건강배제 1	71.86	12.21	15.93	100
건강배제 2	68.15	17.55	14.30	100
건강배제 3	55.70	35.67	8.63	100

주: 사회자본의 유형에 대한 상세한 내용은 정세정 외(2021) 보고서 3장 참고.

자료: 정세정, 김기태, 류진아, 김태완, 강예은, 이영수, 이관후. (2021). 사회배제 대응을 위한 새로운 복지국가 체제 개발. 한국보건사회연구원. p. 125. <표 4-3-5>.

배제 1 집단은 15.93%, 배제 2 집단은 14.30%, 배제 3 집단은 8.63%로 낮아졌다.

또한, 낮은 수준의 신뢰, 네트워크, 규범을 가진 유형 2를 기준으로 보면, 비배제 집단은 5.41%로 비율이 매우 낮은 반면, 배제 1 집단은 12.21%, 배제 2 집단은 17.55%, 배제 3 집단은 35.67%로 점증하는 것을 확인할 수 있다. 건강 기준으로 배제가 심화할수록 배제 극복의 매개가 될 수 있는 사회자본의 수준도 상대적으로 낮았다. 또 네 가지 유형(제도 신뢰, 일반 신뢰, 네트워크, 규범)을 기준으로 나누어 보아도 배제가 심화할수록 사회자본 수준도 낮게 나타났다. 예상된 결과였지만, 사회자본을 매개로 한 사회배제 극복의 실마리를 찾기가 어려웠다.

나. 건강배제 집단의 네트워크

건강배제·비배제 집단이 건강과 관련한 어려움을 겪을 때 도움받을 수 있는 내용 및 규모를 살펴보았다. 사회자본 가운데 네트워크의 내용을

조금 더 구체적으로 살펴보기 위해서다. 다음과 같이 두 개의 질문을 제시했다.

1) 본인 또는 가족이 아플 때, 누구에게 도움을 받을 수 있습니까?

2) 우울하거나 스트레스를 받을 때, 누구에게 도움을 받을 수 있습니까?

1) 본인 또는 가족이 아플 때

본인 또는 가족이 아플 때 도움받을 수 있는 가족 및 지인의 규모를 확인해 보았다(표 5). 도움받을 수 있는 사람의 수가 2명 이상이라고 답한 비율은 비배제 집단에서 69.38%인 반면, 배제 1 집단은 55.09%, 배제 2 집단은 43.23%, 배제 3 집단은 31.35%로 점감했다. 도움을 청할 수 있는 가족 및 지인의 수가 10명 이상이라는 비율은 비배제 집단에서 2.50%였지만, 배제 3 집단에서는 한 명도 없었다. 건강배제 3 집단은 주관적 건강 수준과 우울감, 미충족 의료 경험 측면에서 어려움이 있다는 점을 고려하면, 정책적 수

표 5. 본인 또는 가족이 아플 때 도움을 받을 수 있는 가족 및 지인의 수

(단위: %)

구분	없음	1명	2~3명	4~5명	6~9명	10명 이상	계
비배제	11.53	19.07	51.62	13.13	2.13	2.50	100
건강배제 1	20.16	24.74	43.81	9.09	1.06	1.13	100
건강배제 2	26.80	29.97	36.56	4.36	1.20	1.11	100
건강배제 3	41.04	27.61	26.70	3.80	0.85	0	100

자료: 정세정, 김기태, 류진아, 김태완, 강예은, 이영수, 이관후. (2021). 사회배제 대응을 위한 새로운 복지국가 체제 개발. 한국보건사회연구원. p. 127. <표 4-3-6>.

요가 큰 집단에서 오히려 이들을 지원할 수 있는 사적 지원 체계가 부족함을 확인할 수 있었다.

아픈 개인이 도움을 받는 경로가 사적인 네트워크만 있는 것은 아니다. 복지국가의 공적 네트워크 혹은 시민사회의 민간 네트워크 역시 개인의 수요를 감당할 수 있다. 문제는 접근성이다. 건강배제·비배제 집단에 실제로 도움을 받을 수 있는 공적·사적 네트워크가 갖춰져 있는지를 물었다.

응답은 다소 흥미로운 결과로 나타났다. 공적 및 사적 네트워크 모두 배제 집단에서 상대적으로 크게 나타났다. 이를테면, 공공기관(주민센터,

정부 등)에서 도움을 받을 수 있다고 답한 비율이 비배제 집단에서는 10.66%인 반면, 배제 2 집단에서는 16.95%로 높게 나타났다. 종교 및 사회 복지단체 등 민간기관의 도움을 받을 수 있다고 답한 비율은 배제의 정도가 가장 중첩된 배제 3 집단에서 6.22%로, 상대적으로 높았다.

비배제 집단은 자력 구제 혹은 사적 네트워크를 통해 자신과 가족의 건강 문제를 해결할 가능성이 높다. 굳이 공적 네트워크를 동원할 이유가 없다. 반면 배제 집단은 사적 네트워크를 활용할 수 없기 때문에 공적 네트워크를 활용할 가능성이 높다. 문제는 본인 혹은 가족의 상병을 직면한 개인이 동원할 수 있는 공적·사적 네트워크가 없

표 6. 본인 또는 가족이 아플 때 실제로 도움을 받을 수 있는 집단(복수 응답)

(단위: %)

구분	가족(친척)	지인 (친구, 이웃, 직장 동료 등)	공공기관 (주민센터, 정부 등)	민간기관 (종교, 사회복지단체)	어떤 사람·기관도 없음
비배제	83.43	34.49	10.66	4.57	8.91
건강배제 1	72.38	29.72	11.84	4.03	15.36
건강배제 2	64.72	23.22	16.95	4.94	18.50
건강배제 3	51.71	20.66	15.35	6.22	31.20

자료: 정세정, 김기태, 류진아, 김태완, 강예은, 이영수, 이관후. (2021). 사회배제 대응을 위한 새로운 복지국가 체제 개발. 한국보건사회연구원. p. 128. <표 4-3-7>.

을 때 발생한다. 이 설문에서 “도움을 받을 수 있는 사람·기관이 없다”고 답한 비율은 배제 1 집단이 15.36%, 배제 3 집단이 31.20%였다. 이들은 건강의 측면에서 배제됐고 문제를 해결할 만한 주변의 공적·사적 자원이 없다는 점에서 정책적으로 주목할 필요가 있다. 이들은 건강과 도움에서의 배제라는 중복 배제를 경험하고 있다.

2) 우울하거나 스트레스를 받을 때

우울하거나 스트레스를 받을 때 도움받을 수 있는 집단에 대해 물었을 때도 본인이나 가족이 아플 때와 유사한 응답 경향이 나타났다. 배제가 중첩될수록 도움받을 수 있는 가족과 지인의 규모

는 크게 줄었다. 건강배제3 집단은 도움 줄 사람이 없다고 답한 비율이 절반을 넘었다(53.88%). 사적 네트워크가 없을 때, 배제된 이들은 공공기관을 찾는다. 배제 2, 3 집단은 공공기관에서 도움을 받을 수 있다고 답한 비율이 각각 13.28%와 11.18%였다.

우울하거나 스트레스를 받을 때, 도움받을 수 있는 어떤 개인 및 기관이 없다는 비율도 배제가 중첩될수록 커졌는데, 비배제 집단(13.05%)에서 배제 3 집단(44.39%)으로 갈수록 비율이 증가했다. 이와 같이 고립된 집단은 비배제 집단에서도 일부 눈에 띄었다.

표 7. 우울하거나 스트레스를 받을 때 도움받을 수 있는 가족 및 지인의 수

(단위: %)

구분	없음	1명	2~3명	4~5명	6~9명	10명 이상	계
비배제	15.96	16.86	47.02	13.93	2.65	3.57	100
건강배제 1	29.17	20.51	38.73	8.80	1.49	1.31	100
건강배제 2	34.45	24.78	31.00	7.02	1.25	1.48	100
건강배제 3	53.88	23.46	17.33	4.13	0.87	0.33	100

자료: 정세정, 김기태, 류진아, 김태완, 강예은, 이영수, 이관후. (2021). 사회배제 대응을 위한 새로운 복지국가 체제 개발. 한국보건사회연구원, p. 131. <표 4-3-10>.

표 8. 우울하거나 스트레스를 받을 때 도움받을 수 있는 집단(복수 응답)

(단위: %)

구분	가족(친척)	지인 (친구, 이웃, 직장 동료 등)	공공기관 (주민센터, 정부 등)	민간기관 (종교, 사회복지단체)	어떤 사람·기관도 없음
비배제	68.80	49.49	8.39	7.39	13.05
건강배제 1	52.89	40.82	10.43	5.09	23.74
건강배제 2	47.57	33.92	13.28	7.20	26.89
건강배제 3	30.92	25.00	11.18	5.93	44.39

자료: 정세정, 김기태, 류진아, 김태완, 강예은, 이영수, 이관후. (2021). 사회배제 대응을 위한 새로운 복지국가 체제 개발. 한국보건사회연구원, p. 132. <표 4-3-11>.

표 9. 건강배제·비배제 집단이 스스로 배제됐다고 인식하는 비율

(단위: %)

구분	스스로 보기에 건강 비배제	스스로 보기에 건강배제	계
비배제	97.69	2.31	100
건강배제 1	93.92	6.08	100
건강배제 2	84.38	15.62	100
건강배제 3	69.58	30.42	100

자료: 정세정, 김기태, 류진아, 김태완, 강예은, 이영수, 이관후. (2021). 사회배제 대응을 위한 새로운 복지국가 체제 개발. 한국보건사회연구원. p. 134. <표 4-3-13>.

4. 건강배제 집단의 인식

건강배제·비배제 집단에 스스로가 보기에 건강을 기준으로 사회에서 배제됐다고 생각했는지를 물었다. 건강배제·비배제 집단과 이들이 스스로 파악하는 ‘주관적 건강배제’의 분포에 차이가 있지를 살펴보았다.

<표 9>를 보면, 비배제 집단에서 스스로를 건강 영역에서 배제됐다고 보는 비율은 2.31%로 낮았다. 배제가 증척되면서 건강 영역에서 배제됐다고 보는 ‘주관적 배제 비율’은 30.42%까지 높아졌다. 주목할 대목은 세 가지 건강배제 지표에서 모두 배제된 건강배제 3 집단에서 70%에

가까운 비율이 스스로가 건강 기준으로 사회에서 배제되지 않았다고 생각한다는 점이다. 즉, 우울 수준도 높고, 주관적 건강 수준도 좋지 않고, 미충족 의료 경험이 있는 개인들이 스스로를 비배제 집단으로 간주한 것이다. 연구진이 설정한 객관적 배제 지표가 개인들이 생각하는 주관적인 정서와 반드시 일치하는 것은 아니었다.

건강배제·비배제 집단에 사회의 부정이나 비리에 대한 참여 의사를 범주별로 나누어서 물었다(표 10). 이 글에서는 사회자본 개념을 신뢰, 네트워크, 규범에 한정해서 주로 분석했지만, Putnam(1995)은 사회자본의 세부 범주로 시민들의 결사체 참여, 정치 참여의 중요성을 강조한

표 10. 사회의 부정이나 비리를 바로잡기 위해 참여할 의사

(단위: %)

구분	온라인 게시판 의견 게시	시위, 집회 참여	서명 운동 참여	공무원, 정치인에게 의견 전달
비배제	44.7	29.1	73.7	45.5
건강배제 1	45.3	28.4	71.2	43.0
건강배제 2	50.1	30.7	73.6	46.7
건강배제 3	43.9	26.6	73.1	44.1

자료: 정세정, 김기태, 류진아, 김태완, 강예은, 이영수, 이관후. (2021). 사회배제 대응을 위한 새로운 복지국가 체제 개발. 한국보건사회연구원. p. 136. <그림 4-3-6> 재작성.

바 있다. 그의 개념에 따라, 건강배제·비배제 집단의 사회 참여 의사를 물었을 때, 네 가지 참여의 범주 모두에서 건강배제·비배제 집단 사이의 차이가 크지 않았다. 다만, ‘온라인 게시판 의견을 게시’하는 식으로 참여하겠다는 의사를 밝힌 배제 2 집단의 비율이 50.1%로 비배제 집단의 44.7%보다 높았다. 이와 같은 일부 경우를 제외하고는, 비배제와 배제 집단의 차이가 크지 않았다. 한 가지 고려할 점은, 배제 집단이 우울증이나 주관적 건강 수준 등에서 건강상의 어려움을 겪고 있는 개인들이라는 것이다. 이들이 건강상의 문제에도 불구하고 사회적 정의를 위해 온·오프라인 채널을 통해 참여 의사를 밝히고 있다는 분석 결과는 시사하는 바가 크다.

마지막으로, 건강배제·비배제 집단의 복지 인식을 확인하기 위해 한국의 소득 격차, 복지 확대를 위한 증세, 소득 격차 완화를 위한 정부의 책임에 대한 동의 여부를 물었다. 세 항목 모두 배제 1, 배제 2, 배제 3 집단의 동의 수준이 비배제 집단보다 높게 나타났다. 이를테면, 한국의 소득 격차에 대한 동의 수준은 배제 3 집단(4.48점)이

비배제 집단(4.14점)보다 높았고, 복지 확대를 위한 증세의 필요성에 대해서도 배제 3 집단(3.27점)이 비배제 집단(3.08점)보다 높은 동의 수준을 보였다. 배제 집단 안에서도 배제가 중첩될수록 소득 분배 문제의 심각성, 증세를 통한 국가의 개입에 대한 동의 수준이 높았다.

5. 나가며

이 글에서는 건강배제의 중첩성 정도에 따라 네 집단으로 나누고 이들의 인구사회학적 특성과 사회자본 실태, 문제 상황에서의 대처 내용 및 복지 인식 등을 물었다. 분석의 결과를 요약하면 다음과 같다. 첫째, 건강비배제 집단은 대체로 저학력, 저소득 집단에서 비율이 높았지만, 고학력, 고소득 집단에서도 일부 관찰됐다. 둘째, 건강배제 집단의 사회자본은 비배제 집단에 비해 낮게 나타났다. 셋째, 건강배제 집단은 비배제 집단보다 건강 문제에 직면했을 때 도움받을 수 있는 사회적 네트워크가 약했고, 비배제 집단보다 공적 네트워크를 통해 도움받는 비율이 높았다. 또 건강

표 11. 소득 격차, 증세, 정부의 책임에 대한 집단별 동의 비율

(단위: %)

구분	한국은 소득 격차가 큼	복지 확대 위해 증세 필요	소득 격차를 줄이는 것은 정부의 책임
비배제	4.14	3.08	3.69
건강배제 1	4.16	3.11	3.70
건강배제 2	4.24	3.14	3.80
건강배제 3	4.48	3.27	3.96

자료: 정세정, 김기태, 류진아, 김태완, 강예은, 이영수, 이관후. (2021). 사회배제 대응을 위한 새로운 복지국가 체제 개발. 한국보건사회연구원. p. 138. <그림 4-3-8> 재작성.

문제에 직면했을 때 도움받을 수 있는 개인 및 기관이 전혀 없다는 비율도 상대적으로 높았다. 배제 3 집단은 그 비율이 30%를 넘어섰다. 넷째, 건강배제 집단은 한국 사회의 소득 불평등의 심각성 및 이를 해소하기 위한 국가의 적극적 개입에 대한 동의 수준이 상대적으로 높았다. 또한, 건강배제 집단은 사회 정의를 실현하기 위한 사회 참여 의사도 비배제 집단과 유사한 수준으로 높았다. 일부 문항에서는 사회의 부정과 비리 문제에 대해 비배제 집단보다 더 높은 참여 의사를 나타내기도 했다.

이와 같은 분석 결과에 근거한 정책적 시사점은 다음과 같다.

첫째, 건강배제 집단을 대상으로 하는 공적 복지 전달체계가 더 강화되고, 그 내용이 건강배제 집단에 폭넓게 알려질 필요가 있다. 이번 분석 내용을 보면, 우울하거나 스트레스를 받을 때 건강배제 3 집단은 주변에 도움을 줄 사람이나 기관이 전혀 없다고 답한 비율이 절반에 육박(44.39%)했다. 이들은 건강의 배제와 도움의 배제라는 중복 배제 속에서 고통을 겪고 있다. 물론 정부에서도 건강배제 집단을 위한 전달체계를 강화하고 있다. 이를테면, 정신건강복지센터를 기초지방자치단체별로 개설하고 인력을 충원하는 등의 노력을 기울이고 있다. 그러나 건강배제 집단이 체감하는 공적 지원 수준은 여전히 낮음을 확인할 수 있었다. 공적 지원 체계의 활성화는 건강배제 집단의 낮은 사회자본 수준을 상쇄하고, 장기적으로는 신뢰와 같은 사회자본을 육성하는 효과로

이어질 수 있을 것이다.

둘째, 건강배제 집단의 사회 참여를 더욱 활성화할 필요가 있다. 이번 분석 결과를 보면, 건강배제 집단은 스스로가 사회에서 배제됐다고 주관적으로 인식하는 비율이 낮다. 배제가 가장 중첩된 배제 3 집단도 그 비율이 30% 수준이다. 이들은 사회문제 개선을 위한 복지 인식도 높으며, 사회 참여 의지도 비배제 집단만큼 높다. 이들이 건강 문제로 인해 사회적 활동에 제약이 많을 수 있는 점을 고려하면, 설문조사 결과는 높은 참여 의지로 풀이된다. 참고로, 우리나라에서도 건강상 문제를 안고 있는 개인들이 시민사회 네트워크를 형성하고 목소리를 내는 현상이 관찰됐다. 이를테면, ‘한국환자단체연합회’는 한국백혈병환우회, 한국신장암환우회 등 8개 시민단체가 참여하는 시민단체이다(한국환자단체연합회, 2021). 이들은 환자권리선언문에서 보건의료체계의 영리화에 대해 분명한 반대 입장을 밝히며 “고귀한 생명과 건강을 유지하기 위하여 누구든지 차별 없이 보건의료서비스를 이용”해야 한다고 주장하였다(환자단체연합회, 2021). 건강배제 문제를 당사자가 나서서 풀려는 시도들이다. 그 밖에도 지역 단위에서 이루어지는 의료생협, 이주민건강협회 같은 시민단체 등 건강 영역에서 발생하는 배제 문제를 해소하기 위한 사회 영역의 참여들이 관찰된다. 이와 같은 시도들은 사회배제 문제를 시민사회의 참여와 연대를 통해 풀어 나갈 수 있는 실마리가 될 것이다. ■

참고문헌

- 강신욱, 김안나, 박능후, 김은희, 유진영. (2005). 사회적 배제의 지표 개발 및 적용 방안 연구. 서울: 한국보건사회연구원.
- 김안나. (2007). 유럽연합(EU) 사회적 배제 개념의 한국적 적용가능성 연구-지표개발을 중심으로. *유럽연구*, 259(1), 351-379.
- 김태완, 김기태, 정세정, 이주미, 최준영, 강예은, ... 송치호. (2019). 사회배제 대응을 위한 새로운 복지국가 체제 개발. 세종: 한국보건사회연구원.
- 문진영. (2010). 한국의 사회적 배제 성격에 대한 연구. *한국사회복지학*, 62(2), 87-107.
- 박능후, 김재희, 장춘명. (2015). 개인의 객관적 배제와 주관적 배제 격차에 관한 연구. *사회복지정책*, 42(2), 185-218.
- 박능후, 최민정. (2014). 중고령자 사회적 배제의 다차원성과 역동성 분석. *사회과학연구*, 25(2), 325-354.
- 이덕희, 김창엽. (2003). 건강상태와 노동시장 성과의 이중인과관계에 대한 연구. *한국노동패널 학술대회 논문집 II*. 서울: 한국노동연구원.
- 정세정, 김기태, 류진아, 김태완, 강예은, 이영수, 이관후. (2021). 사회배제 대응을 위한 새로운 복지국가 체제 개발. 세종: 한국보건사회연구원.
- 한국환자단체연합회. (2021). 한국환자단체 연합회 누리집. <https://www.koreapatient.com/ab-1718>에서 2021. 11. 12. 인출.
- Eriksson, M., & Ng, N. (2015). Changes in access to structural social capital and its influence on self-rated health over time for middle-aged men and women: a longitudinal study from northern Sweden. *Soc Sci Med*, 130, 250-258.
- Macinko, J., & Starfield, B. (2001). The utility of social capital in research on health determinants. *Milbank*, 79, 387-427.
- Martens, M., Parker, J., Smarr, K., Hewett, J., Slaughter, J., & Walker, S. (2003). Assessment of depression in rheumatoid arthritis: a modified version of the center for epidemiologic studies depression scale. *Arthritis & Rheumatism*, 49(4), 549-555.
- Moore, S., & Kawachi, I. (2017). Twenty years of social capital and health research: a glossary. *J Epidemiol Community Health*, 71, 513-517.
- Putnam, R. D. (1995). Bowling alone: America's declining social capital. *Journal of Democracy*, 6, 65-78.
- Robinson, P., & Oppenheim, C. (1998). Social exclusion indicators: a submission to the social exclusion unit, London: Institute for Public Policy Research.
- Wilkinson, R., & Pickett, K. (2011). Spirit level: why greater equality makes societies stronger. New York: Bloomsbury Press.

The Social Capital of Groups Socially Excluded from Health Care and Its Policy Implications

Kim, Ki-tae

(Korea Institute for Health and Social Affairs)

Health is one of the main indicators used to measure social exclusion. Health exclusion not only results from other categories of social exclusion, but also causes other social exclusions. This article divides the survey respondents into four groups (a non-excluded group and excluded groups 1-3) according to the degree of exclusion from multiple health domains concerning subjective health, depression, and access to medical services. In addition, this study analyzed each group's demographic characteristics, social capital, ways of coping with the problematic situations, and perception of welfare.

The analysis results are as follows. First, the proportions of low-educated, low-income groups were higher in the health-excluded group. Second, the level of social capital was lower in the health-excluded group than in the non-excluded groups. Third, the health-excluded group had weaker private and public networks to receive help when faced with health problems than the non-excluded groups. Fourth, the health-excluded group had high levels of agreement on the seriousness of income inequality and on the intention to participate in society to correct social problems. In the end, we emphasize the need for an approach that strengthens the public support system for the excluded and activates social participation of these groups in order to overcome social exclusion.