

주제회의
이주

광주광역시 거주 이주민의 건강 실태와 개선 방안¹⁾

김나경

[전남대학교 글로벌디아스포라연구소 연구교수]

1) 본 발제문은 전남대학교 글로벌디아스포라연구소가 발간한 『코로나19 팬데믹, 광주광역시 이주민 건강』 총서의 일부를 발췌·요약한 것입니다.

I. 서론

2022년 현재 국내 이주민은 2,245,912명으로 전체 인구의 4.3%를 차지한다(법무부, 2023). 한국 사회에 이주민이 증가하면서 이들의 사회통합이 중요한 현안으로 대두되었으며, 관련 정책이 마련되었다(김기하, 2008). 하지만, 사회통합정책에 있어 이주민의 건강 주제는 상대적으로 관심이 미미하였으며, 체계적으로 마련되지 못했던 것이 사실이다(김현숙 외, 2015; 변진옥 외, 2019). 이에 따라, 이주민의 건강 불평등은 당연한 현상으로 인식되었다(정연 외, 2021). 이러한 상황에서 코로나19 팬데믹은 그동안 비가시적이었던 이주민의 건강 불평등을 확연히 보여주는 계기가 되었으며, 이주민의 건강이 한국사회의 중요한 쟁점으로 대두되었다(김태현·신영전, 2023; 손인서·김경주, 2022).

세계보건기구(1948)에 따르면, 건강은 단순히 질병이 없는 상태가 아니라 “신체적·정신적·사회적으로 완전히 안녕한 상태”를 의미한다. 이주민의 건강은 이주를 둘러싼 상황 및 환경에 영향을 받으며, 특히 수용국 사회에서 나타나는 정치적·사회적·경제적 조건 및 상황은 이주민의 건강 격차를 발생시킨다(Castañeda et al., 2015; Chang, 2019; Dahlgren & Whitehead, 2021). 건강은 개인의 의학적 요소뿐만 아니라 문화적, 환경적, 제도적 요소와 밀접한 관련이 있기 때문이다. 이를 건강의 사회적 결정요인이라고 한다(WHO, 2020). 문화적 요인은 언어 및 문화 차이, 환경적 요인은 근로 및 주거 환경, 지역사회 건강 자원 및 서비스 접근성 등을 의미한다. 제도적 요인은 이민정책, 건강정책 등을 의미한다. 이러한 다양한 영역에서의 요인들이 이주민의 건강에 영향을 미치는 것이다.

주목할 점은 이주민의 사회적 결정요인이 선주민보다 더 열악할 가능성이 높으며(Gurrola & Ayón, 20018), 이주민 내에서도 인구사회학적 특성과 이주 특성에 따라 다르게 나타난다는 것이다(Asad & Clair, 2018; Gomez-Aguinaga et al., 2021). 이는 이주민 내에서의 건강 불평등을 야기한다. 특히 이주민의 성별, 연령, 출신국, 교육 수준 등과 같은 인구 사회학적 특성과 체류자격, 체류 기간 등과 같은 이주 특성에 따른 건강 격차는 건강의 사회적 결정요인과 상호 복합적으로 작용함으로써 건강 불평등을 심화시킨다(Chang & Wallace, 20161). 일례로, 한국의 이민정책은 체류자격에 따라 상당히 젠더화, 민족화되어 있으며, 사회보장 수준도 차이가 있다(김나경, 2023). 그러므로 이주민의 건강 상태 및 건강의 사회적 결정요인이 어떻게 이주민의 인구 사회학적 특성과 이주 특성 간 교차함으로써 불평등을 야기하는지를 파악하는 것이 필요하다.

이처럼 한국 사회 내 이주민의 증가 및 코로나19 팬데믹은 이주민의 사회통합에 있어 건강 문제가 핵심 사안으로 대두되었다. 포스트 코로나 시대를 준비하는 현시점에서 이주민의 사회통합을 이루기 위해서는 건강 불평등을 완화하기 위한 정책적 방안을 모색하는 것이 시급하다. 이때 사회적 결정요인은 이주민이 직접 생활하고 있는 지역사회의 환경적 요소가 중요함을 고려할 때, 지역사회 차원에서 나타나는 이주민의 건강 상태 및 건강의 사회적 결

정요인을 자세히 파악하는 것이 우선되어야 하며, 이를 토대로 시사점을 도출할 필요가 있다. 광주광역시에는 ‘인권 도시’라는 상징성²⁾과 지자체에서는 최초로 ‘외국인 주민의 건강증진에 관한 조례’를 제정한 의미 있는 곳이다. 하지만, 이주민의 건강권에 관한 포괄적이고 심층적인 조사연구는 아직 이루어지지 않았다. 따라서 본 발제문은 광주광역시에 거주하고 있는 이주민을 중심으로 건강 상태 및 사회적 결정요인의 실태를 파악하고, 정책적 개선 방안을 모색하였다.

II. 조사 방법

1. 연구대상

실태조사 참여자는 광주광역시에 거주하고 있는 이주민으로 이주노동자, 외국국적동포, 북한이탈주민, 결혼이주여성 등 484명이다. 구체적인 인구 사회학적 특성은 <표 1>과 같다.

<표 1> 실태조사 참여자의 인구 사회학적 특성

구분	내용	빈도(명)	비율(%)	구분	내용	빈도(명)	비율(%)
성별	남성	168	34.7	유형	이주노동자	141	29.1
	여성	316	65.3		외국국적동포	134	27.7
나이	20대 이하	88	18.2		북한이탈주민	60	12.4
	30대	182	37.7		결혼이주여성	149	30.8
	40대	112	23.2	월소득	100 미만	72	14.9
	50대	74	15.3		100-150 미만	69	14.3
	60대 이상	27	5.6		150-250 미만	190	39.3
출신국	베트남	83	17.1		250-350 미만	62	12.8
	북한	60	12.4		350 이상	20	4.1
	인도네시아	30	6.2		소득없음	71	14.7
	일본	30	6.2	학력	중졸이하	58	2.9
	중국	69	14.3		고졸	212	10.6
	캄보디아	49	10.1		전문대졸	102	20.6
	필리핀	59	12.2		대졸	89	27.7
	CIS	104	21.5		대학원졸	19	38.3
배우자	있음	306	63.2	자녀	있음	322	66.7
	없음	177	36.6		없음	160	33.1
종교	기독교	132	27.3	거주기간	1년 미만	14	2.9
	천주교	47	9.7		1-3년 미만	51	10.6
	이슬람교	30	6.2		3-5년 미만	99	20.6
	불교	96	19.8		5-10년 미만	133	27.7
	무교	131	27.1		10년 이상	184	38.3
	기타	48	9.9	총		484(100)	

2) 광주광역시는 2011년 제1회 세계인권도시포럼에서 ‘광주인권도시선언문’을 채택하였으며, 매년 세계인권도시포럼을 개최함으로써 지역사회 차원에서 사회적 약자의 인권 보호를 위한 논의를 활성화시키고 있다(세계도시인권포럼).

2. 조사항목

실태조사 항목은 크게 이주민의 건강 상태와 건강의 사회적 결정요인으로 구성하였다. 건강 상태는 WHO의 건강 개념틀을 기준으로 신체적·정신적·사회적 건강으로 구성하였다. 건강의 사회적 결정요인은 사회적·문화적·환경적·제도적 요인을 재구성하여 건강정보 관심 및 의사소통 수준, 의료 이용 실태, 근로환경 및 주거환경 만족도, 건강보험제도 인식 및 정책 수요 등으로 구성하였다. 항목별 구체적인 내용은 <표 2>와 같다.

<표 2> 실태조사 항목

항목		내용
건강 상태	신체적 건강	전반적인 건강 상태, 한국 입국 후 아픈 경험, 현재 앓고 있는 질환
	정신적 건강	우울, 지각된 차별, 삶의 만족도
	사회적 건강	사회적 지지, 코로나19 경험
건강의 사회적 결정요인	건강정보 관심 및 의사소통 수준	건강정보 관심 여부 및 획득 경로, 한국어 능력
	의료 이용 실태	의료기관 이용 경험, 미충족의료, 건강검진
	근로환경 및 주거환경 만족도	근로환경 만족도, 주거환경 만족도
	건강보험제도 인식 및 정책 수요	건강보험제도 인식 및 만족도, 의료비 부담 방식, 정책 수요

3. 분석 방법

분석은 이주민의 건강 상태 및 사회적 결정요인의 전반적인 경향성을 파악하기 위해 빈도 분석을 실시하였으며, 인구 사회학적 특성에 따른 차이를 파악하기 위해 교차분석, 분산분석, t-test 등을 실시하였다.

III. 광주 이주민 건강 실태

1. 이주민의 건강 상태

이주민의 신체적·정신적·사회적 건강 등 전반적인 건강 상태를 분석한 결과는 다음과 같다.

첫째, 이주민의 신체적 건강 상태이다. 이주민의 신체적 건강 상태는 전반적인 건강 상태, 한국 입국 후 아픈 경험, 현재 앓고 있는 질환 여부 등에 관한 것이다. 우선, 이주민의 전반적 건강 상태는 ‘보통’이 50.2%로 가장 많았고, 다음으로 ‘ 좋음(좋음+매우 좋음)’이 38.2%로 많았다. 평균 3.30점으로 비교적 건강 상태를 긍정적으로 인식하고 있음을 알 수 있다. 다만, 이주민의 인구 사회학적 특성에 따라 전반적인 건강 상태가 차이가 나타났다. 성별($t=5.969$, $p<.001$), 배우자 유무($t=-2.140$, $p<.05$), 유형($F=27.879$, $p<.001$), 거주기간($F=13.057$, $p<.001$), 학력($F=5.434$, $p<.001$), 월평균소득($F=4.273$, $p<.01$), 출신국($F=23.295$, $p<.001$) 등에 따라 전반적인 건강 상태에 대한 차이가 있음을 알 수 있다. 남성, 배우자 있음, 대졸 등의 특성을 가진 이주민이 전반적인 건강 상태를 더 좋게 인식하고 있었다. 한국으로 입국한 후에 아픈 경험이 있다고 응답한 이주민은 58.1%로 과반수를

차지하였다. 인구 사회학적 특성과의 차이를 분석한 결과, 유형($\chi^2=21.115$, $p=0.000$), 거주기간($\chi^2=26.362$, $p=0.000$), 출신국($\chi^2=40.421$, $p=0.000$)이 통계적으로 유의미한 차이를 보였다. 아픈 경험이 있는 이주민의 경우 북한이탈주민, 10년 이상 거주자, 일본 출신 이주민이 다른 집단에 비해 높았다. 이주민 중 현재 앓고 있는 질환이 있는지를 확인한 결과, 137명이 '있음'으로 응답했다. 질환별로 살펴보면, 순환계통의 질환 중 고혈압을 앓고 있는 이주민이 17명으로 가장 많았고, 그다음으로 관절염 16명, 위염 13명, 당뇨 8명 등의 순으로 나타났다. 앓고 있는 질환이 있지만 치료를 받지 못하고 있는 질환이 있는 이주민은 46명이었다. 질환별로는 근골격계통 및 결합조직 질환이 16명으로 가장 많았고, 그다음으로 소화계통의 질환 8명, 호흡계통의 질환 7명 등의 순으로 나타났다.

둘째, 이주민의 정신적 건강 상태이다. 이주민의 정신적 건강은 우울, 지각된 차별, 삶의 만족도에 관한 것이다. 이주민의 우울은 평균 15.95점으로 나타났다. 우울은 이주민의 배우자($t=-2.317$, $p<.05$), 학력($F=4.354$, $p<.01$), 출신국($F=3.330$, $p<.01$)에 따라 차이를 보였다. 배우자가 없는 경우 배우자가 있는 경우보다 우울 수준이 더 높게 나타났다. 학력은 대학원졸업이 중졸 이하, 고졸 이주민보다 우울 수준이 더 낮게 나타났다. 출신국별로는 캄보디아 출신 이주민이 CIS지역 출신 이주민보다 우울 수준이 더 높게 나타났다. 이주민의 지각된 차별감은 평균 2.11점(5점 척도)으로 낮게 나타났다. 지각된 차별감은 이주민의 학력($F=6.425$, $p<.001$), 출신국($F=6.163$, $p<.001$)에 따라 차이를 보였다. 학력의 경우 중졸 이하 이주민이 다른 집단보다 차별감을 더 높게 인식하고 있었다. 출신국별로는 일본, 중국 출신 이주민이 베트남, CIS지역 출신 이주민보다 차별감을 더 높게 인식하고 있었다. 이주민의 삶의 만족도는 평균 4.39점으로 높은 만족도를 보였다. 삶의 만족도는 이주민의 성별($t=2.338$, $p<.05$), 배우자($t=-2.733$, $p<.01$), 유형($F=3.402$, $p<.05$), 거주기간($F=4.775$, $p<.01$), 학력($F=5.853$, $p<.001$), 출신국($F=6.095$, $p<.001$)에 따라 차이를 보였다. 남성이 여성보다, 배우자가 있는 이주민이 배우자가 없는 이주민보다, 이주노동자가 결혼이주여성보다, 5-10년 거주한 이주민이 1년 미만 거주한 이주민보다, 대졸 이주민이 중졸 이하, 고졸 이주민보다 삶의 만족도가 더 높았다. 출신국별로는 중국이 인도네시아, 필리핀, CIS지역 출신 이주민보다 삶의 만족도가 더 낮았다.

셋째, 이주민의 사회적 건강 상태이다. 이주민의 사회적 건강은 사회적지지, 코로나19 경험에 관한 것이다. 이주민의 사회적지지는 평균 3.73점(5점 척도)으로 보통 이상 수준으로 긍정적으로 인식하고 있었다. 사회적지지는 이주민의 배우자($t=-4.549$, $p<.001$), 자녀($t=-3.632$, $p<.001$), 유형($F=11.518$, $p<.001$)에 따라 차이를 보였는데, 배우자 및 자녀가 있는 경우, 외국국적동포인 경우 사회적지지가 다른 집단보다 높게 나타났다. 세부 항목별로 살펴보면, 가장 평균이 높은 항목은 '나의 가족은 정말로 나를 도우려고 노력한다'이며, 가장 평균이 낮은 항목은 '나의 상황이 좋지 않을 때 친구들에게 의지할 수 있다'였다. 한국에서 생활하면서 가족의 지지가 무엇보다 중요함을 알 수 있다. 이주민의 코로나19로 인한 우려사항은 평균 3.10점으로 보통 수준으로 나타났다. 이주민의 인구 사회학적 특성과

의 관련성을 분석한 결과, 배우자($t=-3.752$, $p<.001$), 자녀($t=-4.521$, $p<.001$), 유형($F=4.278$, $p<.01$), 출신국($F=3.171$, $p<.01$)이 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 배우자가 있는 이주민, 자녀가 있는 이주민, 결혼이주여성(외국국적동포보다), 베트남 출신 이주민(CIS지역 출신 이주민)보다 더 높은 수준으로 우려하고 있었다. 세부 항목별로 살펴보면, ‘나와 가족의 건강’이 평균 3.51점으로 가장 높았고, ‘차별’은 평균 2.44점으로 가장 낮았다. 의료기관 접근성은 ‘보통’이 39.5%, ‘있음(대체로 있음+많이 있음)’이 49.7%였다. 의료기관 접근성은 이주민의 성별($t=-32.188$, $p<.05$), 유형($F=12.242$, $p<.001$), 출신국($F=10.776$, $p<.001$)에 따라 차이를 보였다. 여성, 결혼이주여성, 베트남 출신 이주민이 다른 집단보다 코로나19 상황에서 의료기관 접근성이 더 높았다.

2. 이주민 건강의 사회적 결정요인

이주민 건강의 사회적 결정요인은 건강정보 관심 및 의사소통 수준, 의료이용실태, 근로환경 및 주거환경 만족도, 건강보험제도 인식 및 정책 수요 등을 중심으로 파악하였으며, 분석 결과는 다음과 같다.

첫째, 이주민의 건강정보 관심 및 의사소통 수준은 건강정보 관심 여부 및 한국어 능력을 중심으로 분석하였다. 이주민의 건강정보 관심 정도는 ‘보통’이 49.5%로 가장 많았고, ‘많음(조금 많음+매우 많음)’이 36.8%로 많았다. 평균 3.37점으로 건강정보에 관심이 높음을 알 수 있다. 건강정보 관심 정도는 이주민의 인구 사회학적 특성에 따라 차이를 보였는데, 성별($t=-2.152$, $p<.05$), 유형($F=9.270$, $p<.001$), 출신국($F=7.768$, $p<.001$) 등에 따라 유의한 차이가 나타났다. 남성, 외국국적동포의 경우 상대적으로 건강정보에 관심이 낮았다. 건강정보 획득경로는 ‘한국방송’이 22.8%로 가장 많았고, 다음으로 ‘전문가’ 21.8%, ‘지인’ 161.6%, ‘본국 인터넷’ 15.6% 등의 순으로 나타났다. 이주민의 유형별 차이를 살펴본 결과, 한국 방송의 경우에는 북한이탈주민이 가장 높은 빈도를 보였고, 본국 인터넷의 경우에는 이주노동자가 가장 높은 빈도를 보였다. 이주민의 한국어 능력은 평균 2.60점(4점 척도)으로 보통이상 수준으로 잘한다고 응답하였다. 한국어 능력은 이주민의 유형($F=49.777$, $p<.001$)에 따라 차이를 보였는데, 이주노동자의 경우 다른 유형의 이주민보다 한국어 능력이 낮다고 인식하였다. 이는 이주노동자의 미충족의료경험의 주된 이유가 ‘의사소통의 어려움’임을 고려할 때, 한국어 능력 수준이 의사소통과도 깊은 관련이 있으며, 이는 의료서비스 이용 및 더 나아가 건강 문제에도 영향을 미칠 수 있음을 시사한다. 한국어 능력 수준을 항목별로 살펴보면, ‘쓰기’가 평균 2.49점으로 가장 낮고, ‘듣기’는 평균 2.70점으로 가장 높게 나타났다.

둘째, 이주민의 의료 이용 실태는 의료기관 이용 경험과 미충족의료, 건강검진 수검 여부 등을 중심으로 분석하였다. 앓을 때 대처 행동으로는 ‘응급실/종합병원’이 45.4%로 가장 많았고, 다음으로 개인병원이 38.3%로 나타났다. 대처 행동은 이주민의 성별($\chi^2=42.854$, $p=0.000$), 유형($\chi^2=111.876$, $p=0.000$), 출신국($\chi^2=168.251$, $p=0.000$)에 따라 차이

를 보였는데, ‘응급실/종합병원’의 경우 이주노동자, 북한 출신 이주민이 다른 집단보다 높은 빈도를 보였다. 병원 치료 시 가장 힘든 점은 ‘언어소통’이 36.8%로 가장 많았고, 다음으로 ‘진료비’가 25.6%로 나타났다. ‘힘든 점 없음’도 25.6%로 나타났다. 병원 치료 시 힘든 점은 이주민의 성별($\chi^2=35.031$, $p=0.000$), 유형($\chi^2=168.062$, $p=0.000$), 거주기간($\chi^2=75.981$, $p=0.000$), 월소득($\chi^2=53.465$, $p=0.005$), 출신국($\chi^2=245.960$, $p=0.000$)에 따라 차이를 보였는데, ‘언어소통’의 경우에는 남성, 이주노동자, 1-3년 미만 거주자, 캄보디아 출신 이주민이 가장 높게 나타났다. ‘진료비’의 경우에는 여성, 외국국적동포, 1년 미만 거주자, CIS지역 출신 이주민이 가장 높은 빈도를 보였다. 미충족의료경험은 이주민의 15.8%가 ‘있음’으로 응답하였다. 이주민의 학력($\chi^2=11.751$, $p=0.019$), 출신국($\chi^2=19.910$, $p=0.006$)에 따라 미충족의료경험의 차이를 보였는데, 전문대 졸업자, 캄보디아 출신 이주민의 경우 진료를 받지 못한 경험이 다른 집단보다 높게 나타났다. 미충족의료경험의 이유로는 ‘시간이 없어서’가 30.8%로 가장 많았고, 다음으로 ‘의사소통 어려움’ 21.8%, ‘진료비 부담’ 20.5% 등의 순이다. 미충족의료경험 이유는 이주민의 유형($\chi^2=37.766$, $p=0.037$)에 따라 차이를 보였는데, 이주노동자의 경우에는 ‘언어소통 어려움’이 가장 높게 나타난 반면, 결혼이주여성은 ‘시간이 없어서’, ‘진료비 부담’이 높게 나타났다. 건강검진 경험 여부에서는 ‘있음’이 67.8%, ‘없음’이 28.0%, ‘모르겠음’이 4.2%로 나타났다. 건강검진 경험은 이주민의 유형($\chi^2=17.926$, $p=0.006$), 거주기간($\chi^2=18.110$, $p=0.020$), 출신국($\chi^2=39.938$, $p=0.000$) 등에 따라 차이를 보였는데, 건강검진 경험이 있는 경우, 북한이탈주민, 10년 이상 거주자, 일본 출신 이주민이 다른 집단보다 높게 나타났다. 반면, 건강검진 경험이 없는 경우에는 외국국적동포, 1년 미만 거주자, 인도네시아 출신 이주민이 다른 집단보다 높게 나타났다.

셋째, 근로환경 및 주거환경 만족도이다. 이주민의 근로환경 만족도는 평균 2.78점(4점 척도)으로 보통 이상 수준으로 만족하고 있었다. 근로환경 만족도는 이주민의 유형($F=8.296$, $p<.001$)에 따라 차이를 보였는데, 외국국적동포의 경우 이주노동자, 결혼이주여성보다 만족도가 낮게 나타났다. 세부 항목별로 살펴보면, ‘동료와의 관계’는 가장 높은 만족도를 보인 반면, ‘급식’, ‘의료혜택’은 가장 낮은 만족도를 보였다. 이주민의 주거환경 만족도는 평균 2.90점(4점 척도)으로 보통 이상 수준으로 만족하고 있었다. 주거환경 만족도로 ‘의사소통 어려움’ 21.8%, ‘진료비 부담’ 20.5% 등의 순이다. 미충족의료경험 이유는 이주민의 유형($\chi^2=37.766$, $p=0.037$)에 따라 차이를 보였는데, 이주노동자의 경우에는 ‘언어소통 어려움’이 가장 높게 나타난 반면, 결혼이주여성은 ‘시간이 없어서’, ‘진료비 부담’이 높게 나타났다. 건강검진 경험 여부에서는 ‘있음’이 67.8%, ‘없음’이 28.0%, ‘모르겠음’이 4.2%로 나타났다. 건강검진 경험은 이주민의 유형($\chi^2=17.926$, $p=0.006$), 거주기간($\chi^2=18.110$, $p=0.020$), 출신국($\chi^2=39.938$, $p=0.000$) 등에 따라 차이를 보였는데, 건강검진 경험이 있는 경우, 북한이탈주민, 10년 이상 거주자, 일본 출신 이주민이 다른 집단보다 높게 나타났다. 반면, 건강검진 경험이 없는 경우에는 외국국적동포, 1년 미만 거주자, 인도네시아 출신 이주민이 다른 집단보다 높게 나타났다.

넷째, 이주민의 건강보험제도 인식 및 정책 수요는 건강보험제도에 대한 인식 및 만족도, 의료비 부담 방식, 정책 수요 등을 중심으로 분석하였다. 우선, 건강보험을 살펴보면, 건강보험 가입의 경우 ‘가입’한 이주민은 82.0%였다. 건강보험 가입은 이주민의 유형($\chi^2=38.230$, $p=0.000$), 거주기간($\chi^2=26.272$, $p=0.001$), 출신국($\chi^2=81.112$, $p=0.000$)에 따라 차이를 보였다. 북한이탈주민, 1년 미만 거주자, 인도네시아 출신 이주민의 경우 다른 집단보다 건강보험에 가입하지 않은 경우가 많았다. 건강보험에 가입하지 않은 이유로는 ‘보험료가 너무 비싸서’, ‘어떻게 가입해야 하는지 몰라서’가 각각 31.1%로 가장 높게 나타났다. 이주민은 보험료 부담, 가입 절차에 관한 정보 부족 등의 이유로 건강보험에 가입하지 않은 것을 알 수 있다. 건강보험료 체납 경험에 있어서는 체납 경험이 ‘있음’이 이주민의 14.0%를 차지하였다. 체납 경험이 있는 이주민 중에서는 이주노동자, 중졸 이하, 인도네시아 출신 이주민의 경우 체납 경험이 다른 집단 대비 높았다. 건강보험료 부담 정도는 ‘부담(매우 부담+조금 부담)’이 47.0%, ‘보통’이 35.5%로 나타났다. 부담 정도는 이주민의 성별($t=2.372$, $p<.05$), 자녀($t=2.092$, $p<.05$), 유형($F=6.140$, $p<.001$), 거주기간($F=6.047$, $p<.001$), 출신국($F=5.627$, $p<.001$)에 따라 차이를 보였다. 여성, 자녀가 있는 이주민이 부담을 더 느꼈다. 반면, 이주노동자, 인도네시아 출신 이주민의 경우 다른 집단보다 부담을 덜 느꼈다. 보험 가입 만족도는 평균 3.39점으로 비교적 긍정적으로 만족하고 있었다. 이주민이 의료비를 부담하는 방식으로는 ‘건강보험+본인부담’이 85.1%로 가장 많았다. ‘전액본인부담’은 7.8%로 나타났으며, ‘무료진료기관이용’은 4.3%로 나타났다. 의료비 부담 방식은 이주민의 인구 사회학적 특성에 따른 차이를 보였는데, ‘건강보험+본인부담’은 결혼이주여성, 일본 출신 이주민이 가장 높은 빈도를 보였으나, ‘전액본인부담’의 경우에는 이주노동자, 인도네시아 출신 이주민이 다른 집단보다 높은 빈도를 보였다. 이주민의 건강 관련 정책 수요는 ‘건강보험부담료 낮추기’가 41.1%로 가장 높았고, 다음으로 ‘통역자 확보’ 23.3%, ‘다국어 서비스’ 11.4% 등의 순이다. 이주민은 건강 관련 서비스를 이용함에 있어 비용과 언어 문제가 가장 큰 어려움을 알 수 있다. 이주민의 정책 수요는 유형($\chi^2=85.438$, $p=0.000$), 거주기간($\chi^2=58.101$, $p=0.000$), 출신국($\chi^2=150.403$, $p=0.000$)에 따라 차이를 보였는데, 그중 유형의 경우 이주노동자는 ‘통역자 확보’가 가장 높게 나타난 반면, 다른 유형의 이주민은 ‘건강보험부담료 낮추기’가 가장 높게 나타났다.

IV. 결론

본 실태조사는 광주광역시에 거주하는 484명의 이주민을 중심으로 건강 상태 및 사회적 결정요인을 파악하였으며, 분석 결과를 요약하면 다음과 같다.

첫째, 이주민의 신체적·정신적·사회적 건강 상태는 보통 이상 수준으로 긍정적으로 인식하였다. 하지만 이주민의 인구 사회학적 특성에 따라 건강 상태는 차이를 보였는데, 신체적 건강에 있어 ‘전반적인 건강 상태’는 남성, 배우자 있음, 대졸 등의 특성을 가진 이주민이 다

른 집단보다 건강 상태를 더 좋게 인식하고 있었다. 전반적인 건강 상태는 신체적 건강뿐만 아니라 정신적·사회적 웰빙을 측정할 수 있는 변수로도 활용된다(WHO, 2020). 이러한 점을 고려할 때, 여성, 배우자 없음, 학력이 낮은 이주민에 대한 건강에 좀 더 주의를 기울일 필요가 있다. 정신적 건강에 있어 ‘우울’은 배우자 없음, 캄보디아 출신 이주민이 다른 집단보다 우울 수준이 더 높았다. 이 결과는 경기도의료원 노동자건강증진센터에서 실시한 ‘캄보디아 이주노동자의 안전보건 실태조사’ 결과와도 일치한다. 이 조사에 따르면, 캄보디아 이주노동자 63명 중 우울증 위험이 있는 우울군은 40.3%였으며, 정신과적 진료가 필요한 이주민도 11%가 넘었다(이상서, 2021). 이들은 농축산업 종사자가 주로 포함되었다는 점에서 이주노동자의 노동환경과도 연관되어 있음을 알 수 있다. 본 실태조사에 참여한 캄보디아 출신 이주민의 경우에도 농림어업 종사자가 많았다. 다음으로 이주민의 사회적 건강에 있어 사회적 지지는 배우자 있음, 자녀 있음, 외국 국적 동포인 경우 다른 집단보다 더 높았다. 외국국적동포의 경우에는 가족 동반이 가능하여 배우자, 자녀 등과 함께 거주하는 비율이 다른 이주민 유형보다 높다. 사회적지지의 세부 문항 중 가족에 대한 지지가 가장 높은 평균을 보인 점은 이주민의 가족 결합이 이들의 사회적 건강을 위해 매우 중요한 요소임을 시사한다.

둘째, 이주민 건강의 사회적 결정 요인에 있어서도 어려움이 없거나 만족도가 비교적 높게 나타났다. 특히 근로환경 및 주거환경 만족도의 경우 평균이 각각 2.78점, 2.90점으로 나타나 보통 이상 수준으로 만족하고 있었다. 하지만 이주민의 유형에 따라 만족도의 차이를 보였는데, 외국국적동포가 다른 집단보다 근로환경 만족도가 낮았다. 북한이탈주민은 다른 집단보다 주거환경 만족도가 낮았다. 이주민의 근로환경 및 주거환경 만족도는 건강에 영향을 미치는 주요 요인이다(채덕희 외, 2019; Kang et al., 2022). 그러므로 이주민의 근로환경 및 주거환경을 개선함으로써 만족도를 증진시킬 필요가 있다. 그중 근로환경의 경우 임금, 노동시간 등 물리적인 조건보다 동료 및 상사와의 관계, 의사소통 등 상호 교류 인식이 긍정적일 경우 만족도가 높았다는 Chang et al. (2020)의 연구 결과를 고려할 때, 이주민의 사회적 교류를 높이는 방안이 마련될 필요가 있다. 아울러, 이주민이 원하는 건강 서비스 및 정책은 ‘건강보험료 낮추기’, ‘통역자 확보’, ‘다국어 서비스’ 등이었다. 이는 이주민의 건강 관련 서비스를 이용하는 데 비용과 언어 문제가 가장 큰 어려움을 알 수 있다. 또한, 정책적 수요는 이주민의 유형, 거주기간, 출신국에 따라 차이를 보였는데, 이는 이주민의 특성에 따른 맞춤형 서비스가 필요함을 시사한다.

이처럼 이주민의 건강 상태 및 건강의 사회적 결정요인은 비교적 긍정적으로 나타났다. 하지만 이주민의 인구 사회학적 특성에 따라 차이를 보였으며, 특히 성별, 유형별, 출신국별 차이가 두드러짐을 알 수 있다. 이러한 실태 분석 결과를 토대로 정책적 개선 방안을 모색하면 다음과 같다. 첫째, 이주민의 건강정보 관심 및 의사소통 수준을 향상하기 위한 한국어 능력 프로그램을 적극적으로 개발하고 운영할 필요가 있다. 둘째, 이주민 특성별 나타나는 건강 문제를 심층적으로 파악하고, 서비스를 제공할 필요가 있다. 법적 지위에 따른 사회보

장 한계를 개선하고, 문화적 차이를 이해하는 문화적 역량이 기반이 되어야 할 것이다. 셋째, 건강보험제도의 차별적인 요소를 제거하고 내외국인 간 건강 형평성 증진을 위한 제도가 개선되어야 한다. 2019년 7월부터 6개월 이상 거주 이주민에게는 지역 보험에 당연 가입 적용 대상이 됨에 따라 누구나 건강보험에 가입하고 지원을 받을 수 있는 기반을 마련하였으며, 실제로 가입률이 증가하였다. 하지만, 여전히 건강보험료의 과도한 부담, 체납 시 체류 허가 불허, 정보접근성의 어려움 등 차별적 요소 및 한계점이 존재한다(주유선, 2021). 그러므로 이주민의 건강의 사각지대가 발생하지 않도록 보다 정교한 제도 마련이 필요하다.

참고문헌

- 김기하. (2008). 사회통합을 위한 법의 역할: 국내 체류외국인 정책. 저스티스, 218-237.
- 김나경. (2023). 여성이주노동자의 노동환경과 건강에 관한 연구: 2020년 이민자 체류실태 및 고용조사를 중심으로. 아시아여성연구, 62(1), 43-78.
- 김태현·신영전. (2023). COVID-19 유행 전과 유행 초기 소득에 따른 의료이용 불평등 변화. 보건사회연구, 43(1), 209-225.
- 김현숙·최송식·김희재·박병현. (2015). 외국인 노동자 건강정책의 쟁점과 정책 제언. 사회복지정책, 42(4), 203-229.
- 법무부 출입국·외국인정책본부. (2023). 2022 출입국·외국인정책 통계연보.
- 변진옥·조정완·이주향·이정면. (2019). 외국인 국민건강보험 가입현황 및 이용특성 분석. 한국사회정책, 26(4), 83-100.
- 세계인권도시포럼. <http://www.whrcf.org/> (검색일: 2023.09.08.).
- 손인서·김경주. (2022). 코로나 19 대유행과 이주민의 의료불평등: 의료서비스의 위축과 의료연속성의 악화. 한국사회학, 56(3), 81-112.
- 이상서. (2021). 캄보디아 이주노동자 10명 중 4명 우울군, 근로환경 개선해야. 연합뉴스. 2021.12.08.일자.
- 정연·이나경·옹열여·곽윤경·김동진·이경희, & 최지희. (2021). 국민의 건강 수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발-이주노동자 건강불평등. 세종: 한국보건사회연구원.
- 주유선. (2021). 이주노동자의 건강권 보장 실태 및 정책 과제. 보건복지포럼, 2021(5), 25-41.
- Asad, A. L., & Clair, M. (2018). Racialized legal status as a social determinant of health. *Social science & medicine*, 199, 19-28.
- Castañeda, H., Holmes, S. M., Madrigal, D. S., Young, M. E. D., Beyeler, N., & Quesada, J. (2015). Immigration as a social determinant of health. *Annual review of public health*, 36, 375-392.
- Chang, C. D. (2019). Social determinants of health and health disparities among immigrants and their children. *Current problems in pediatric and adolescent health care*, 49(1), 23-30.
- Chang, E., Chin, H., Lee, J., & Chung, K. S. (2020). More than Money: The Importance of Social Exchanges for Temporary Low-Skilled Migrant Workers' Workplace Satisfaction. *International Migration*, 58(2), 143-161.
- Chang, H. C., & Wallace, S. P. (2016). Migration processes and self-rated health among marriage migrants in South Korea. *Ethnicity & health*, 21(1), 20-38.
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (2021). The Dahlgren-Whitehead model of health determinants: 30 years on and still chasing rainbows. *Public health*, 199, 20-24.
- Gomez-Aguinaga, B., Dominguez, M. S., & Manzano, S. (2021). Immigration and gender as social determinants of mental health during the COVID-19 outbreak: The case of US Latina/os. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(11), 6065.
- Gurrola, M. A., & Ayón, C. (2018). Immigration policies and social determinants of health: Is immigrants' health at risk?. *Race and Social Problems*, 10, 209-220.

- Kang, S. J., Hwang, J., Kim, D., & Kim, B. (2022). Factors associated with self-rated health among immigrant workers in South Korea: Analyzing the results of the 2020 survey on immigrants' living conditions and labor force. *Frontiers in Public Health*, 10, 933724.
- WHO. (2022). World report on the health of refugees and migrants. Geneva: World Health Organization.