



연구보고서 2013-10

한국의 건강불평등 지표와 정책과제

김동진 · 이소영 · 기 명 · 김명희 · 김승섭 · 김유미
윤태호 · 장숙량 · 정최경희 · 채희란 · 이정아

【책임연구자】

김동진 한국보건사회연구원 부연구위원

【주요저서】

농어촌 보건복지 현황 및 정책과제

한국보건사회연구원, 2013(공저)

인구집단별 의료이용의 형평성 현황 및 형평성에 영향을 미치는 요인 분해

한국보건사회연구원, 2011(공저)

【공동연구진】

이소영 한국보건사회연구원 부연구위원

기 명 을지대학교 의과대학 교수

김명희 시민건강증진연구소 상임연구원

김승섭 고려대학교 보건과학대학 교수

김유미 동아대학교 의과대학 교수

윤태호 부산대학교 의과대학 교수

장숙람 중앙대학교 간호대학 교수

정최경희 이화여자대학교 의과대학 교수

채희란 한국보건사회연구원 연구원

이정아 한국보건사회연구원 연구원

연구보고서 2013-10

한국의 건강불평등 지표와 정책과제

발 행 일 2013년

저 자 김 동 진 외

발 행 인 최 병 호

발 행 처 한국보건사회연구원

주 소 서울특별시 은평구 진흥로 235(우:122-705)

전 화 대표전화: 02)380-8000

홈페이지 <http://www.kihasa.re.kr>

등 록 1994년 7월 1일 (제8-142호)

인 쇄 처 대명기획

가 격 14,000원

발간사 <<

전 세계에서 건강불평등과 관련된 정책을 가장 적극적으로 펼치고 있는 국가는 영국이다. 영국은 1980년 발간된 블랙보고서에서 인구집단 간 건강불평등이 있음을 최초로 발견하게 되었고, 이후 꾸준한 노력으로 지역 간 사망률 격차 감소를 국가 정책으로 의제화 하는 데 성공하였다.

다른 분야들과 마찬가지로 건강에 관해서도 세계에서 가장 자유주의적인 입장을 고수하고 있는 나라중의 하나인 미국의 경우에도 1980년대 이후 발표된 여러 연구결과를 바탕으로 인구집단간 건강결과의 불평등에 대해 관심을 갖게 되었고, 그 결과 연방정부의 건강증진정책 총괄목표 중의 하나로 인구집단 간 건강격차의 해소를 설정하기에 이르렀다.

우리나라도 외형적으로는 건강불평등의 해소를 국가의 건강증진 정책 목표 중의 하나로 설정하고 있다. 지난 2011년 수립·공표된 제3차 국민건강증진종합계획에는 “건강불평등 해소”가 “건강수명 연장”과 함께 우리나라 건강증진정책의 총괄목표로서 제시되어 있다. 그럼에도 불구하고 제3차 국민건강증진종합계획에는 건강불평등 해소를 위한 중점추진과제나 세부시행과제가 마련되어 있지 않으며, 문제해결을 위한 기초자료 생산도 아직은 충분하지 않은 실정이다. 유럽 등 주요 선진 국가들이 건강 불평등 해소를 위해 가장 먼저 건강불평등 문제의 측정에서 시작하였다는 점을 감안하면, 우리나라도 국가단위의 건강불평등 지표를 산출하여 건강불평등 문제를 해결할 의지를 나타내어야 할 때이다.

1998년 경제위기 이후 소득 불평등이 악화된 사실은 비교적 잘 알려져 있지만, 소득 불평등을 완화하는 것이 건강 불평등 감소를 위해 무엇보다

중요하다는 사실은 그보다 덜 알려져 있다. 노동시장에서의 유연성 강화로 인한 비정규 노동자 비율 증가와 같이 고용시장에서의 양극화 또한 건강에 직접적인 영향을 미친다. 아울러 최근 점점 증가하고 있는 교육 불평등 또한 그 자체로서 건강에 영향을 미친다는 점에서도 중요한 사회정책의 대상이 되어야 한다.

이와 같이 건강이나 건강불평등에 영향을 미치는 요인들이 멀리 있는 것이 아니라 우리사회에서 익숙하게 발생하고 있는 일들임을 감안하면 이제는 이러한 악순환의 고리를 끊기 위한 정책적 개입이 필요하다.

본 연구는 이러한 인식에 기반하여 우리나라에서 건강불평등 해소를 위한 첫걸음으로 근거에 기반한 건강불평등 지표를 개발하는 것을 목적으로 하였다. 특히 건강불평등에 직접적인 영향을 미치는 근인적인 요인 뿐만 아니라 원인들까지 고려한 지표를 개발하고자 노력하였다.

본 보고서는 김동진 부연구위원의 책임 하에 이소영 부연구위원, 을지대학교 의과대학 기명 교수, 시민건강증진연구소 김명희 연구위원, 고려대학교 보건과학대학 김승섭 교수, 동아대학교 의과대학 김유미 교수, 부산대학교 의과대학 윤태호 교수, 중앙대학교 간호대학 장숙량 교수, 이화여자대학교 의과대학 정최경희 교수에 의하여 작성되었다. 본 연구진은 바쁘신 중에도 본 보고서를 읽고 조언을 주신 본 원의 이상영 보건정책연구본부장, 강희정 연구위원과 충남대학교 의과대학 유원섭 교수, 서울대학교 의과대학 오주환 교수에게 감사의 뜻을 전한다.

2013년 11월

한국보건사회연구원장

최 병 호

목 차

Abstract	1
요약	3
제1장 서론	13
제1절 연구의 필요성 및 목적	13
제2절 연구내용 및 방법	17
제2장 건강불평등 관련 국제동향	23
제1절 세계보건기구	23
제2절 영국	31
제3절 미국	42
제4절 스웨덴	54
제5절 네덜란드	67
제6절 우리나라에서의 함의	74
제3장 건강불평등 지표 영역	79
제1절 건강불평등 발생 기전	79
제2절 건강정책 모형	88
제3절 건강불평등 지표 영역 설정	93
제4절 건강불평등 지표 선정 원칙	102
제4장 한국형 건강불평등 지표	107
제1절 사회경제적 위치	107

제2절 지역	166
제3절 건강행태	179
제4절 건강결과	194
제5절 의료이용	257

제5장 한국형 건강불평등 주요 지표 현황 275

제1절 사회경제적 위치	275
제2절 지역	286
제3절 건강행태	299
제4절 건강결과	332
제5절 의료이용	383

제6장 결론 393

제1절 결론 및 제언	393
제2절 향후 추진방향	397

참고문헌 399

부록 419

부록 1. CSDH 개념적 틀	419
부록 2. 사회경제적 지표 별 한국의 건강불평등 연구 요약(2005년 이후)	449
부록 3. 건강불평등 지표	472

표 목차

〈표 2- 1〉 Health 21의 주요 목표	26
〈표 2- 2〉 Health 2020 대상 영역	28
〈표 2- 3〉 Closing the gap in a generation의 주요 정책 제안 내용	29
〈표 2- 4〉 건강의 사회적 결정요인과 건강격차에 대한 보고서의 정책 제안 내용	31
〈표 2- 5〉 건강불평등 정책 수립 배경	34
〈표 2- 6〉 영국의 6가지 정책목표	37
〈표 2- 7〉 Marmot review에서의 건강불평등 지표	39
〈표 2- 8〉 영국의 국가수준에서의 건강형평성 평가지표	39
〈표 2- 9〉 미국 의료의 질과 건강불평등 보고서(NHQR & NHDR)의 지표 기본틀	47
〈표 2-10〉 효과성(effectiveness)영역의 주요 지표	48
〈표 2-11〉 기타 영역별 주요 지표	49
〈표 2-12〉 National Healthcare Quality and Disparities Report of 2011 (AHRQ, 2012)에 사용된 생성(후원) 기관별 데이터	52
〈표 2-13〉 공중보건정책의 11가지 주요영역과 각 영역별 건강에 영향을 미치는 요인	59
〈표 2-14〉 스웨덴의 영역별 모니터링 지표	63
〈표 2-15〉 영국과 스웨덴의 건강형평성 비교	66
〈표 2-16〉 국가연구계획 개요(1985~2001)	68
〈표 2-17〉 4가지 포괄적 전략과 12가지 목표(Intervention studies)	69
〈표 2-18〉 수정된 4가지 포괄적 전략과 12가지 목표(Intervention studies)	70
〈표 2-19〉 Toward better health(2010)의 건강 관련 지표(일부)	72
〈표 2-20〉 사회 경제적 지위의 차이에 따른 건강 불평등 지표	73
〈표 3- 1〉 Diderichsen & Hallqvist(1998)모델에서의 각 단계별 정책 진입 시점	83
〈표 3- 2〉 신영전 등(2009)의 연구에서 제시한 건강불평등 지표 영역 및 세부지표	94
〈표 3- 3〉 강영호 등(2012)의 연구에서 제시한 건강불평등 지표 영역 및 세부지표	98
〈표 4- 1〉 사회경제적 측면에 기초한 직업 분류 지표	111
〈표 4- 2〉 한국표준직업 분류에 의한 홍두승의 계급분류	112

〈표 4- 3〉 윤태호 등(2000)의 직업과 종사상 지위를 이용한 직업계층 분류	114
〈표 4- 4〉 NS-SEC의 직업 분류	117
〈표 4- 5〉 학력별 노동공급 규모 변화	124
〈표 4- 6〉 유럽국가별 노동시장 고용형태(2007)	129
〈표 4- 7〉 ICSE-93에 따른 고용상태의 분류	130
〈표 4- 8〉 ILO 18가지 핵심 노동시장 지표 (Key Indicators of the Labour Market)	131
〈표 4- 9〉 사회경제적 지표에 대한 논문 수	134
〈표 4-10〉 국내연구에 이용된 사회계층계급 분류 방식	135
〈표 4-11〉 대분류 전문가 중 소분류 의료진료 전문가의 세분류	139
〈표 4-12〉 국내연구에 이용된 교육수준 분류 방식	143
〈표 4-13〉 국내연구에 이용된 소득 분류 방식	147
〈표 4-14〉 국내연구에 이용된 고용지표 분류 방식	150
〈표 4-15〉 영국 표준직업분류의 구조	156
〈표 4-16〉 국제표준직업분류의 직능수준에 따른 직업분류	156
〈표 4-17〉 표준 직업 분류의 구성과 분포	158
〈표 4-18〉 국제표준교육분류(ISCED-97)과 국제표준직업분류의 직능수준과의 연관성	159
〈표 4-19〉 자주 이용되는 균등화 지수의 예	162
〈표 4-20〉 2002년 노사정위원회 합의에 의한 비정규직 범위	165
〈표 4-21〉 비정규직 규모 추계 방식	165
〈표 4-22〉 영국 지역박탈지수에 포함된 영역들	167
〈표 4-23〉 영국 지역박탈지수의 영역별 가중치	168
〈표 4-24〉 국내 지역박탈지수의 구성 요소	172
〈표 4-25〉 건강형평성 확보 관련 목표(제2차 계획)	173
〈표 4-26〉 지역 건강불평등 관련 중점과제 목표(제3차 계획)	174
〈표 4-27〉 지역박탈지수의 구성 지표 후보군	177
〈표 4-28〉 지역박탈지수 구성 지표의 요인 분석 결과	178
〈표 4-29〉 National Healthcare Disparity Report 2011에서의 건강행태 관련 지표	180

〈표 4-30〉 국민건강증진종합계획 대표 지표와 형평성 지표 가능성	183
〈표 4-31〉 한국형 건강불평등 지표 중 건강행태 지표와 선정이유	185
〈표 4-32〉 건강통계 지표 생산의 프레임워크 사례	196
〈표 4-33〉 미국 Healthy People 2020의 기본 건강측정지표와 세부 지표	198
〈표 4-34〉 지표 산출의 필요 요소(미국의 사례)	199
〈표 4-35〉 국내 통계생산에서 사회경제적 지위에 따른 감시 사례: 통계청 〈사망원인통계〉의 지역별 사망불평등	204
〈표 4-36〉 국민건강영양조사의 유병 관련 산출 지표	204
〈표 4-38〉 HP2020 중점과제별 건강결과 지표	208
〈표 4-39〉 건강결과에 따른 건강불평등 지표선정	209
〈표 4-40〉 2001-2009년 국민건강영양조사의 자가평가 건강수준 조사 항목과 변수 변환	212
〈표 4-41〉 국민건강영양조사의 활동제한 조사 항목의 시기별 변화	216
〈표 4-42〉 국내 건강불평등 모니터링 연구에서 제시했던 사망관련지표	245
〈표 4-43〉 의료패널 자료를 활용한 분석에 사용된 변수 구성의 예	270
〈표 5- 1〉 영국 BHPS 데이터에서 제공되는 사회계층 지표의 종류	276
〈표 5- 2〉 직업 및 고용상태 분류를 위한 자료원 및 변수	278
〈표 5- 3〉 고졸 미만 학력 비율의 평균	287
〈표 5- 4〉 낮은 사회계층 비율의 평균	288
〈표 5- 5〉 낙후된 주거환경 비율의 평균	289
〈표 5- 6〉 노인 인구 비율의 평균	290
〈표 5- 7〉 1인 가구 비율의 평균	292
〈표 5- 8〉 자가용 미소유 가구율의 평균	293
〈표 5- 9〉 아파트 미거주 비율의 평균	294
〈표 5-10〉 여성 가구주 비율의 평균	295
〈표 5-11〉 이혼·사별 비율의 평균	296
〈표 5-12〉 지역박탈지수의 평균	297
〈표 5-13〉 2000-2010년 성별 출생 시 기대여명의 추이	342

〈표 5-14〉 2000-2010년, 학력 수준별 30세 기대여명	343
〈표 5-15〉 2000-2010년, 16개 시도의 성별 출생 시 기대여명	345
〈표 5-16〉 성별 연령별 기대여명과 건강수명의 분포(2010년)	346
〈표 5-17〉 남성의 연령별 기대여명과 건강수명의 분포(2010년)	347
〈표 5-18〉 16개 시도별 남성의 출생 시 기대여명과 건강수명의 분포(2010년)	348
〈표 5-19〉 16개 시도별 여성의 출생 시 기대여명과 건강수명의 분포(2010년)	349
〈표 5-20〉 성별 연령집단별 교육수준에 따른 총 사망 불평등	354
〈표 5-21〉 성별 연령집단별 교육수준에 따른 암 사망 불평등	358
〈표 5-22〉 성별 연령집단별 교육수준에 따른 뇌혈관질환 사망 불평등	362
〈표 5-23〉 성별 연령집단별 교육수준에 따른 심장질환 사망 불평등	366
〈표 5-24〉 성별 연령집단별 교육수준에 따른 당뇨병 사망 불평등	370
〈표 5-25〉 성별, 교육 수준에 따른 자살 사망률(30-44세)	371
〈표 5-26〉 성별, 교육 수준에 따른 자살 사망률(45-64세)	372
〈표 5-27〉 성별, 교육 수준에 따른 자살 사망률(65세 이상)	374
〈표 5-28〉 제1기 국민건강영양조사(1998)	375
〈표 5-29〉 제2기 국민건강영양조사(2001)	375
〈표 5-30〉 제3기 국민건강영양조사(2005)	376
〈표 5-31〉 제4기 국민건강영양조사(2007-2009)	376
〈표 5-32〉 제5기 국민건강영양조사(2010-2011)	376
〈표 5-33〉 제1기 국민건강영양조사(1998)	377
〈표 5-34〉 제2기 국민건강영양조사(2001)	377
〈표 5-35〉 제3기 국민건강영양조사(2005)	377
〈표 5-36〉 제4기 국민건강영양조사(2007-2009)	377
〈표 5-37〉 제5기 국민건강영양조사(2010-2011)	378
〈표 5-38〉 제1기 국민건강영양조사(1998)	380
〈표 5-39〉 제2기 국민건강영양조 (2001)	380
〈표 5-40〉 제3기 국민건강영양조사(2005)	381
〈표 5-41〉 제4기 국민건강영양조사(2007-2009)	381

〈표 5-42〉 제5기 국민건강영양조사(2010-2011)	381
〈표 5-43〉 제1기 국민건강영양조사(1998)	382
〈표 5-44〉 제2기 국민건강영양조사(2001)	382
〈표 5-45〉 제3기 국민건강영양조사(2005)	382
〈표 5-46〉 제4기 국민건강영양조사(2007-2009)	383
〈표 5-47〉 제5기 국민건강영양조사(2010-2011)	383
〈표 5-48〉 외래의료이용의 집중지수	384
〈표 5-49〉 외래의료비 지출의 집중지수	385
〈표 5-50〉 응급의료이용의 집중지수	386
〈표 5-51〉 응급의료비 지출의 집중지수	387
〈표 5-52〉 입원의료이용의 집중지수	388
〈표 5-53〉 입원의료비 지출의 집중지수	389
〈표 6- 1〉 영역별 건강불평등 지표	394

부표 목차

〈부표 1-1〉 소득불평등과 건강과의 관계 설명	429
〈부표 2-1〉 사회적 위치에 따른 한국의 건강불평등 연구(Occupation)	449
〈부표 2-2〉 사회적 위치에 따른 한국의 건강불평등 연구(Education)	450
〈부표 2-3〉 사회적 위치에 따른 한국의 건강불평등 연구(Income)	452
〈부표 2-4〉 사회적 위치에 따른 한국의 건강불평등 연구(Employment status)	454
〈부표 2-5〉 사회적 위치에 따른 한국의 건강불평등 연구(Multiple measures)	458
〈부표 2-6〉 The SOC2000 NS-SEC derivation table: simplified and full method	470
〈부표 2-7〉 The SOC2000 NS-SEC derivation table: simplified and reduced method	471
〈부표 3-1〉 HP2020 지표	472
〈부표 3-2〉 OECD 건강 지표	517
〈부표 3-3〉 국내 건강 지표	520

그림 목차

[그림 1- 1] 건강불평등 해결을 위한 활동단계	15
[그림 2- 1] 영국의 건강불평등 사업과 관련된 중앙과 지역의 체계	36
[그림 2- 2] 2013년~2016년, 영국의 공중보건 틀	41
[그림 2- 3] 스웨덴의 평균 기대수명(1945~2008년)	58
[그림 2- 4] 건강에 영향을 미치는 주요요인	62
[그림 2- 5] 좋은 생활환경이 건강에 미치는 영향	62
[그림 3- 1] Dahlgren & Whitehead(1991)의 모형	80
[그림 3- 2] Marmot & Wilkinson의 모형	81
[그림 3- 3] Diderichsen & Hallqvist(1998)의 모델	84
[그림 3- 4] Kaplan & Lynch(1999)의 모델	86
[그림 3- 5] House(2002)의 모델	87
[그림 3- 6] 미국 Healthy People 2020 frame	89
[그림 3- 7] 스웨덴 Healthy Policy Purpose	90
[그림 3- 8] 우리나라 Health Plan 2020 frame	91
[그림 3- 9] 건강의 결정요인과 중점과제와의 개념적 관련성	92
[그림 3-10] The conceptual framework(Marmot review)	93
[그림 3-11] WHO에서 제시한 건강불평등 발생기전	99
[그림 3-12] 질병의 사회적 생산 모델	100
[그림 3-13] WHO에서 제시한 건강불평등 발생의 중재요인	101
[그림 4- 1] NS-SEC 분류 매트릭스	119
[그림 4- 2] 응답자의 응답형태에 따른 NS-SEC 분류 절차	120
[그림 4- 3] 연령집단별 대학교육을 받은 사람들의 비율(25~34세, 55~64세)(2011)	122
[그림 4- 4] 고등학교 이상의 교육을 받은 사람들의 비율(25~34세, 55~64세)(2011)	123
[그림 4- 5] 지니계수를 활용한 소득불평등 추이(가처분소득 기준)	125
[그림 4- 6] 소득불평등과 빈곤율 추이	126
[그림 4- 7] OECD 국가별 노인의 공적 이전소득 현황	127

[그림 4- 8] OECD국가별 시장소득과 가처분소득에 대한 지니계수	128
[그림 4- 9] 한국표준직업분류 검색 통계청 사이트	157
[그림 4-10] 개인의 시장소득과 가처분 소득	160
[그림 4-11] 소득과 가계지출의 구성	161
[그림 4-12] 고용관련 주요 개념 체계도	163
[그림 4-13] 영국 런던시의 종합박탈지수 소지역 분포(2010)	169
[그림 4-14] Diderichen의 건강불평등 설명모형	197
[그림 4-15] London Health Observatory에서 제공하는 지역별 건강개요	201
[그림 4-16] 한국인의 질병부담 기여 질환(1990-2010)	202
[그림 4-17] Spearhead 지역의 출생 시 기대여명(리버풀 지역 선택)	227
[그림 4-18] 리버풀 지역과 잉글랜드 전체 기대여명 격차의 사인별 분해	228
[그림 4-19] 리버풀 지역의 현재 건강 상태	229
[그림 4-20] 리버풀 지역의 보건사업 목표를 달성했을 때 기대여명 변화 추정값	230
[그림 4-21] EU의 건강수명 정보시스템 EurOhex	234
[그림 4-22] EurOhex의 국가별 보고서 사례: 영국(1쪽)	235
[그림 4-23] EurOhex의 국가별 보고서 사례: 영국(2쪽)	235
[그림 4-24] EurOhex의 국가별 보고서 사례: 영국(3쪽)	236
[그림 4-25] 서울시 건강증진 마스터플랜: 건강서울 36.5	237
[그림 4-26] 미국 CDC가 제시한 건강수명의 개념과 자료원	240
[그림 4-27] Marmot review에 실린 사망관련 지표	244
[그림 4-28] 2010년 OECD 국가의 모성사망비	250
[그림 4-29] 최근 5년간 사고사망 십만인율의 국가별 현황	252
[그림 4-30] 실제의료이용 및 의료이용기대치의 집중곡선	268
[그림 5- 1] 생애주기별 사회경제적 위치를 측정하는 지표들의 예	280
[그림 5- 2] 고용조건이 건강불평등에 미치는 영향	284
[그림 5- 3] 고용관계 파악을 위한 국민건강영양조사 4기 설문 문항	285
[그림 5- 4] 시군구별 고졸 미만 학력 비율의 10분위 분포	287
[그림 5- 5] 시군구별 낮은 사회계층 비율의 10분위 분포	288

[그림 5- 6] 시군구별 낙후된 주거환경 비율의 10분위 분포	289
[그림 5- 7] 시군구별 노인 인구 비율의 10분위 분포	290
[그림 5- 8] 시군구별 1인 가구 비율의 10분위 분포	292
[그림 5- 9] 시군구별 자가용 미소유 가구 비율의 10분위 분포	293
[그림 5-10] 시군구별 아파트 미거주 비율의 10분위 분포	294
[그림 5-11] 시군구별 여성 가구주 비율의 10분위 분포	295
[그림 5-12] 시군구별 이혼·사별 비율의 10분위 분포	296
[그림 5-13] 시군구별 지역박탈지수의 10분위 분포	297
[그림 5-14] 시군구별 지역박탈지수의 10분위 분포	298
[그림 5-15] 연령별 표준화 흡연율	300
[그림 5-16] 소득수준별 흡연율	301
[그림 5-17] 교육수준별 흡연율	302
[그림 5-18] 직업별 표준화 흡연율	303
[그림 5-19] 청소년 학령별 표준화 흡연율	304
[그림 5-20] 청소년 소득수준별 표준화 흡연율	305
[그림 5-21] 연령그룹별 흡연관련 교육 경험률	306
[그림 5-22] 소득수준별 흡연관련 교육 경험률	307
[그림 5-23] 교육수준별 흡연관련 교육 경험률	308
[그림 5-24] 직업계층별 흡연관련 교육 경험률	309
[그림 5-25] 연령별 금연 캠페인 인지율	310
[그림 5-26] 소득수준별 금연 캠페인 인지율	311
[그림 5-27] 교육수준별 금연 캠페인 인지율	312
[그림 5-28] 직업계층별 금연 캠페인 인지율	313
[그림 5-29] 연령별 연령표준화 현재 음주율	314
[그림 5-30] 소득수준별 연령표준화 현재 음주율	315
[그림 5-31] 교육수준별 연령표준화 현재 음주율	316
[그림 5-32] 직업계층별 연령표준화 현재 음주율	317
[그림 5-33] 청소년 연령표준화 현재음주율	318

[그림 5-34] 청소년의 소득수준별 연령표준화 현재 음주율	319
[그림 5-35] 연령별 폭음률	320
[그림 5-36] 소득수준별 폭음률	321
[그림 5-37] 교육수준별 폭음률	322
[그림 5-38] 직업계층별 폭음률	323
[그림 5-39] 연령별 현재 음주자의 음주 상담 경험률	324
[그림 5-40] 연령별 현재 음주자의 소득수준별 음주관련 상담 경험률	325
[그림 5-41] 교육수준별 음주자자의 음주상담 경험률	326
[그림 5-42] 직업계층별 현재 음주자의 음주상담 경험률	327
[그림 5-43] 연령별 중등도 신체활동 실천율	329
[그림 5-44] 소득수준별 중등도 신체활동 실천율	330
[그림 5-45] 교육수준별 중등도 신체활동 실천율	331
[그림 5-46] 직업계층별 중등도 신체활동 실천율	332
[그림 5-47] 2012년 국내 사망원인순위	334
[그림 5-48] 지난 10년 간 나쁜 자가평가 건강 경험률의 추이	336
[그림 5-49] 생애주기별 나쁜 자가평가 건강 경험률의 추이(남자)	336
[그림 5-50] 생애주기별 나쁜 자가평가 건강 경험률의 추이(여자)	337
[그림 5-51] 직업에 따른 나쁜 자가평가 건강수준	337
[그림 5-52] 소득수준에 따른 나쁜 자가평가 건강수준	338
[그림 5-53] 학력수준에 따른 나쁜 자가평가 건강수준(65세 미만)	338
[그림 5-54] 학력수준에 따른 나쁜 자가평가 건강수준(65세 이상)	339
[그림 5-55] 시군구별 30세 이상 평생 의사진단 고혈압 경험률	340
[그림 5-56] 30세 이상 고혈압 유병률 추이	341
[그림 5-57] 소득수준 사분위수에 따른 고혈압 유병률	341
[그림 5-58] 2000-2010년 성별 기대여명의 추이	342
[그림 5-59] 2000-2010년, 학력 수준에 따른 남성의 30세 기대여명	344
[그림 5-60] 2000-2010년, 학력 수준에 따른 여성의 30세 기대여명	344
[그림 5-61] 2000-2010년, 16개 시도의 출생 시 기대여명(남성)	346

[그림 5-62] 남성의 연령집단별 교육수준별 연령표준화 총 사망률	352
[그림 5-63] 여성의 연령집단별 교육수준별 연령표준화 총 사망률	353
[그림 5-64] 암: 남성의 연령집단별 교육수준별 연령표준화 사망률	356
[그림 5-65] 암: 여성의 연령집단별 교육수준별 연령표준화 사망	357
[그림 5-66] 뇌혈관질환: 남성의 연령집단별 교육수준별 연령표준화 사망률	360
[그림 5-67] 뇌혈관질환: 여성의 연령집단별 교육수준별 연령표준화 사망률	361
[그림 5-68] 심장질환: 남성의 연령집단별 교육수준별 연령표준화 사망률	364
[그림 5-69] 심장질환: 여성의 연령집단별 교육수준별 연령표준화 사망률	365
[그림 5-70] 당뇨병: 남성의 연령집단별 교육수준별 연령표준화 사망률	368
[그림 5-71] 당뇨병: 여성의 연령집단별 교육수준별 연령표준화 사망률	369
[그림 5-72] 성별, 교육 수준에 따른 자살 사망률(30-44세)	372
[그림 5-73] 성별, 교육 수준에 따른 자살 사망률(45-64세)	373
[그림 5-74] 성별, 교육 수준에 따른 자살 사망률(65세 이상)	374
[그림 5-75] 소득에 따른 자살생각 발생비와 10만명 당 자살률 변화	379
[그림 5-76] 교육 수준에 따른 자살생각 발생비와 10만명 당 자살률 변화	379
[그림 6- 1] Framework for indicators and targets (Marmot review)	398



부도 목차

[부도 1-1] 질병의 사회적 생산 모델 422

[부도 1-2] 구조적 결정요인: 건강불평등의 사회적 결정요인 436

[부도 1-3] 건강의 중재적 요인 438

[부도 1-4] framework에 표시된 메커니즘과 경로 요약 445

[부도 2-1] Deriving the employment status/size of organization variable,
full method 468

[부도 2-2] Deriving the employment status variable, reduced method 469

Abstract <<

Developing Health Inequalities Indicators and Monitoring the Status of Health Inequalities in Korea

The first of a multi-year project on measuring and monitoring health inequalities in Korea, this study is aimed at developing relevant indicators. Drawing on the framework of the Third Korean Health Plan 2020 and the health inequality model of WHO CSDH(2008), we identified five indicator categories: socio-economic status; region, health behavior, health outcomes (healthy life expectancy, morbidity, mortality, etc.) and health service accessibility.

The authors reviewed existing social status indicators, which have been used in different ways by different researchers. We measured indicators for the "region" category, taking into account three dimensions of deprivation (social, economic, and regional). For "health behavior", we measured health inequalities in terms of indicators mirroring age, income level, educational attainment, and occupation. Gaps were identified between different population groups in smoking rate, drinking rate, and physical activity. In the category of "healthy life expectancy", we found gaps between men and women and between regions. Both all-cause mortality and the

cause of death varied depending on gender and region; suicide rates varied with differences in educational attainment, and such variances were found to have been rising in some populations.

Suggestions based on the findings of this study include the following. First, there is a need for the government to designate a division responsible for tasks concerning health inequalities. Second, health inequalities indicators will have to be produced in a more detailed way, taking into account smaller district units including eup, myeon, and dong. Third, there is a need for establishing a systematic framework to make the most of health inequalities indicators in policy-making.

1. 연구의 배경 및 목적

- Whitehead(1992)는 건강불공평을 ‘회피가능’하거나 ‘불필요한’ 불평등으로 규정하였으며, 국제건강형평성학회(International Society for Equity in Health)는 “사회적, 경제적, 인구학적, 지리적으로 구분된 인구집단이나 인구집단들 사이에 존재하는 한 가지 이상의 건강측면에서 나타나는 체계적이고 잠재적으로 교정 가능한 차이”라고 정의함.
- 또한, 건강에서의 개인 간 변이가 아닌 사회경제적 위치지표에 따른 건강수준의 차이를 나타내는 용어로 “사회경제적 건강불평등”이 사용될 수 있음.
- 건강형평성(health inequity)은 이러한 사회경제적 건강불평등을 의미함(한국건강형평성학회, 2007).
- Whitehead(1998)의 모형에 따를 때 한 사회가 건강 불평등 문제에 대응하는 단계는 여러 가지가 있을 수 있으나, 건강불평등 해결을 위한 첫 번째 단계가 “측정”이 되어야 함은 보편적인 현상임.
- 서구의 경험을 토대로 볼 때에도, 건강불평등을 해소하고자 하는 대응활동의 첫 출발점은 건강불평등에 대한 측정과 근거를 마련하는 것이었음.

4 한국의 건강불평등 지표와 정책과제

- 문제의 인식은 측정으로만 이루어지지 않는다하더라도, 문제를 드러내는 단계가 사회적인 관심을 만들어내고 정책을 촉발하는 정책의제의 기반이 될 수 있음.
- 본 연구의 목적은 우리나라의 건강불평등 측정 및 모니터링을 위한 1차 년도 연구로서 지표 영역 및 세부지표를 개발하고, 생산하는 것을 주요 목적으로 하였음.
- 금년도 연구에서 개발된 전체 지표에 대한 생산은 2014년 연구에서 본격적으로 이루어질 예정이며, 금년도 연구에서는 일부 대표지표를 선정하여 산출
- 개발된 지표가 건강불평등 해소 노력과 연계되기 위해서는 지표와 건강정책과의 연계가 중요하며, 본 연구에서는 지표 영역 설정 및 세부 지표 개발시 정책적 개입 가능성에 중점을 두고자 노력하였음.
- 본 연구에서 다루고 있는 건강형평성 측정과 근거자료의 생산은 건강불평등 문제를 직면하는 첫 번째 단계로서 건강불평등을 사회적 정책적 문제로 인식하는 계기가 될 수 있을 것으로 기대함.

2. 주요 연구결과

- 본 연구의 내용적 범위는 우리나라의 건강불평등 측정 및 모니터링을 위한 1차 년도 연구로서 건강불평등 지표 영역 및 세부지표를 개발하고, 그 중 대표지표라 할 수 있는 지표들을 생산하는 것임.
- 특히 개발된 지표가 건강불평등 해소 노력과 연계되는 것이 중요하기 때문에 본 연구에서는 지표 영역 설정 및 세부 지표 개발시

정책과의 연계성에 중점을 두고자 노력하였음.

□ 이를 위해 본 연구에서는 우리나라 국민건강증진종합계획의 틀과 건강불평등 지표와의 연계를 위해 WHO CSDH(2008)에서 제안한 건강불평등 발생 기전 모형에 근거를 두었으며, 이를 바탕으로 건강 불평등 지표 영역을 도출하였음.

○ 도출된 지표영역은 사회경제적 위치, 지역, 건강행태, 건강결과(건강수명, 유병, 사망), 그리고 의료접근성의 5개 분야임.

○ 각 지표 영역별로 제안된 세부지표는 다음과 같음.

〈표 1〉 영역별 건강불평등 지표

대분류	중분류	지표
사회경제적 위치	-	사회계층
		교육
		소득
		고용
지역	지역박탈지수	경제적 박탈
		사회적 박탈
		지역박탈지수
건강행태	흡연	현흡연율
		금연율
		금연시도율
		흡연예방 교육 경험률
		흡연자 중 금연관련 교육 경험률
	음주	현음주율
		문제음주율
		문제음주자의 음주관련 상담 경험률
	신체활동	중등도 이상 신체활동 실천율
		비만자 중 운동관련 교육 경험률
	영양	건강식생활 실천율
		비만자 중 식생활관련 교육 경험률

6 한국의 건강불평등 지표와 정책과제

대분류	중분류	지표
건강결과	기대여명 및 건강수명	출생시 기대여명
		건강 수명
	건강상태 및 유병	자기평가 건강수준
		삶의 질
		활동제한
		비만, 고혈압, 당뇨 및 고콜레스테롤 혈증
		골관절염
		결핵과 감염
		아동건강
	사망	총 사망률
		사망원인별 사망률: 암
		사망원인별 사망률: 뇌혈관질환
		사망원인별 사망률: 심장질환
		사망원인별 사망률: 당뇨병
		사망원인별 사망률: 결핵
		사망원인별 사망률: 손상 및 교통사고
		사망원인별 사망률: 심근경색증 치명률
		사망원인별 사망률: 뇌졸중 치명률
		영아사망률
		모성사망비
		산재사망률
		자살(자살생각·자살시도 포함)
의료이용	응급의료	응급의료이용 횟수
		응급의료비 지출
	입원의료	입원의료이용 횟수
		입원비 지출
	외래의료	외래의료 횟수
		외래의료비 지출

□ 기존의 건강불평등 지표 산출 연구와는 차별적으로 본 연구에는 우리나라 건강불평등 해소를 위해 각 지표가 산출되어야 하는 근거를 보다 자세히 기술하고자 하였음.

- 또한, 개발된 지표의 지표값 산출이 가능하도록 지표산출에 활용된 자료원이나 계산 방식에 대해 자세히 기술하고자 하였음.

□ 지표 산출 결과를 간략히 요약하면 다음과 같음.

- 우선 본 연구에서는 우리나라에서 그동안 학문적으로 특별한 합의 없이 연구자별로 임의적으로 사용하여왔던 사회경제적 위치 지표에 대해 재검토 하였고,
- 지역과 관련하여 지역의 결핍정도를 나타낼 수 있는 사회적 박탈 지수, 경제적 박탈지수, 그리고 지역박탈지수로 구분하여 산출하였음.
- 건강행태에서는 연령, 소득수준, 교육수준, 그리고 직업별로 건강 불평등 현황 지표를 산출하였으며, 그 결과 인구집단 간 흡연율이나 음주율 신체활동 실천율 등에 인구 집단간 격차가 존재하는 것으로 나타났음.
- 건강수명의 경우에도 성별, 지역별 건강수명의 격차가 존재하고 있었으며, 총 사망률은 물론 사망원인별 사망률에도 성별, 연령별, 교육수준별 격차가 나타났음.
- 특히 최근 들어 우리나라의 사회적 병리현상의 하나로 문제가 되고 있는 자살에 있어서도 교육수준별 격차가 나타났으며, 일부 인구집단에 있어서는 그러한 격차가 점점 심화되고 있는 것으로 드러났음.

□ 때문에 이러한 인구집단 간 건강격차를 해소하기 위해서는 이러한 측정결과를 건강불평등 중재를 위한 개입으로 이어져야 할 것이며,

포괄적이고 효율적인 건강불평등 해소 정책 개발이 필요할 것임.

3. 결론 및 시사점

- 미국의 경험을 보더라도 인구집단 간 건강격차를 해소하는 것은 국가 전체의 건강수준 향상을 위해 중요한 정책 목표가 될 수 있음.
- 때문에 세계보건기구에서는 전체 인구집단의 건강수준 향상은 물론 인구집단 간 건강격차 해소를 개별 국가들에게 권고하고 있으며, 영국, 스웨덴, 네덜란드 등은 이러한 권고를 가장 잘 실천하는 국가들로 잘 알려져 있음.
- 신뢰성 있고 안정적인 건강불평등 지표의 생산과 확보는 건강불평등 해소를 위한 중재프로그램 개발을 위해서 필수적인 요소인 한편, 건강불평등 해소에 대한 사회적 인식을 제고시키는 데에도 유용한 것으로 알려져 있음.
- 본 연구는 건강불평등 지표 개발 및 생산을 위해 2014년도에도 계속될 예정임.
- 금년도 연구에 이어 내년도 연구에는 개발된 지표에 대한 확정과 제안된 세부지표 전체에 대한 생산을 목적으로 하고 있음.
- 특히, 차기년도 연구에서는 연구진행과정에서 지표와 관련된 몇 가지 사항 등에 대한 재검토가 이뤄져야 할 것으로 생각됨.
- 첫 번째는, 건강불평등 지표 생산 체계와 관련된 문제임.

- 영국 등 건강격차 해소를 위해 노력하고 있는 대부분의 국가들의 경우 건강불평등 해소를 위해 중앙정부 및 지방정부의 역할을 분담하여 명시하고, 그에 필요한 데이터 및 지표 생산을 국가 중심으로 추진하고 있음.
- 그러나 우리나라는 아직 정부단위에서는 건강불평등에 대한 주무부처가 지정되어 있지 않기 때문에 우선 주무부처를 지정하고, 건강불평등 해소를 위한 첫 번째 단계로서 건강불평등 지표산출을 위한 체계를 마련할 필요가 있음.

○ 두 번째는 지역과 관련된 내용임.

- 현재 건강 및 건강불평등과 관련된 대다수의 지표는 행정구역 단위를 시군구 단위로 하여 생산되고 있음.
- 그러나 일반적으로 현재 진행되고 있는 다수의 건강형평사업이나 건강마을 사업 등은 읍면동 단위로 이루어지기 때문에 생산되는 자료의 단위와 실제 사업과의 단위에 격차가 나타나고 있음.
- 이로 인해 읍면동 단위에서의 건강불평등 지표 산출에 대한 필요성이 제기되고 있으며, 지역단위 지표 산출시 이에 대한 검토가 이루어져야 할 것으로 생각됨.

○ 세 번째는 생산된 지표의 활용가치를 제고하기 위한 시스템이 마련되어야 할 것임.

- 영국은 지표와 건강불평등 해소를 위한 구체적인 중재 및 정책과 연계시켜 정책 전달과정이나 정책결과 평가를 위해 건강불평등 지표를 활용하고 있는 것에 주목할 필요가 있음.
- 정책 목표 달성정도를 평가하기 위한 척도로서 건강불평등 지

10 한국의 건강불평등 지표와 정책과제

표를 과정지표, 중간지표, 최종결과지표로 구분하여 활용하고 있다는 것과 이러한 과정의 결과물이 다시 정책에 환류되고 반영된다는 것은 향후 건강불평등 정책을 준비할 때 반드시 참고하여야 할 필요가 있다고 생각됨.

*주요용어: 건강불평등, 건강형평성, 지표, 사회경제적 위치



제1장 서론

제1절 연구의 필요성 및 목적

제2절 연구내용 및 방법

제1절 연구의 필요성 및 목적

1. 연구의 필요성

건강불평등(health inequality)이란 건강에서 나타나는 개인들이나 집단들 사이의 차이(difference), 변이(variations), 격차(disparities)를 지칭하는 일반적인 용어로서, 불공정이나 부당함에서 비롯된 “피할 수 있는(avoidable)” 불평등이라는 의미를 가진 건강불형평(health inequity)과 구분된다(한국건강형평성학회, 2007). 건강불평등이 측정 가능한 양적 차이를 나타내는 수량적 개념이라면, 건강불형평은 가치판단을 내포한 윤리적, 도덕적 개념이다(Kawachi et al, 2002).

Whitehead(1992)는 건강불형평을 ‘회피가능’하거나 ‘불필요한’ 불평등으로 규정하였으며, 국제건강형평성학회(International Society for Equity in Health)는 “사회적, 경제적, 인구학적, 지리적으로 구분된 인구집단이나 인구집단들 사이에 존재하는 한가지 이상의 건강측면에서 나타나는 체계적이고 잠재적으로 교정 가능한 차이”라고 정의한 바 있다.

또한, 건강에서의 개인 간 변이가 아닌 사회경제적 위치지표에 따른 건강수준의 차이를 나타내는 용어로 “사회경제적 건강불평등”이 사용될 수 있다. 건강형평성(health inequity)은 이러한 사회경제적 건강불평등을 의미한다(한국건강형평성학회, 2007).

Daniels는 건강이 공정한 ‘정상적 기회 범위(normal opportunity range)’를 가능하게 하는 기초라고 표현하였고, Sen은 건강을 기능

(functioning)이자 능력(capability)이라고 주장하였다. 이들의 주장은 한 마디로 건강은 가치 있는 인간 생활을 가능하게 하는 필수적인 전제 조건이고 따라서 건강 불평등은 곧 정의에 어긋남을 의미한다(김창엽, 2009).

Woodward 등은 건강불평등을 감소시켜야 하는 네 가지 이유가 있는데 첫째, 그것이 불공평한 것이기 때문이고, 둘째 불평등은 모든 이에게 영향을 미치며, 셋째, 불평등은 피할 수 있고, 마지막으로 불평등을 감소시키는 많은 시도들이 비용효과적인 경우가 많기 때문이라고 주장하였다. 이러한 주장은 건강불평등의 문제가 비단 도덕적인 이슈로서의 가치 뿐만 아니라 기술적, 또는 정책적 의미가 있음을 말해준다(신영전 외, 2009). 아울러 신영전 등(2009)는 보건의료 분야에 있어서 건강불평등의 정책적 함의를 다음과 같이 지적하였다.

첫째, 각 나라에서 건강불평등은 실재하는 중요한 사회문제인데, 특히 취약계층의 건강을 개선하기 위해 열악한 환경과 불건강 문제, 그리고 이로 인해 야기되는 다양한 사회문제들은 각 정부가 즉각적으로 적절하게 대응하지 않으면 안 되는 현실적인 과제이다.

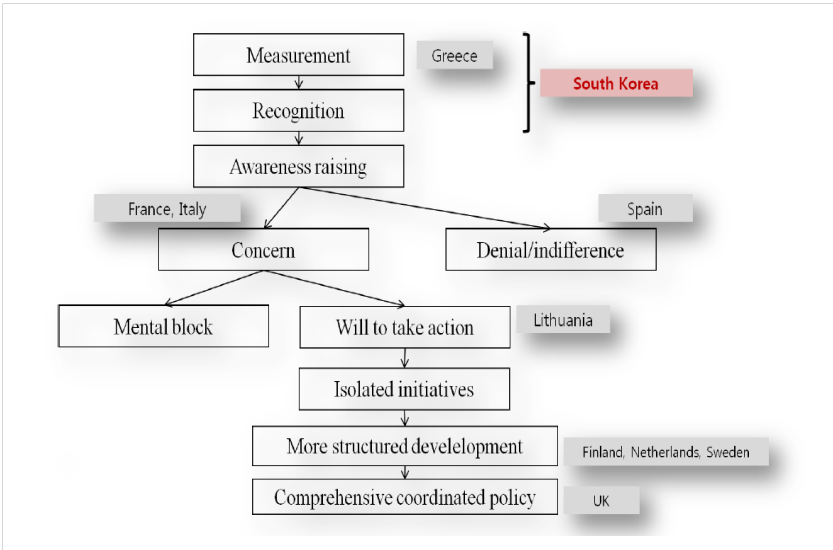
둘째, 한 국가의 건강불평등을 줄이지 않고는 국민 전체의 건강수준을 향상시킬 수 없다. 그 대표적인 예가 미국으로, 미국의 고소득 백인의 장애보정 평균 수명은 전 세계적으로 볼 때 최상위 수준을 유지하고 있음에도 불구하고, 미국 전체국민의 장애보정 기대수명(Disability-adjusted life expectancy, DALE)은 191개국 중 수준면에서 24위, 형평면에서 34위에 머물고 있다.

셋째, Kawachi 등은 소득불평등이 건강에 영향을 미칠 수 있는 적어도 분명한 세 가지 경로들이 제시되어 왔다고 주장하였다. 즉 (1) 소득불평등이 인간자본에 있어서 저투자(underinvestment)를 야기, (2) 소득

불균형은 사회의 조직을 분열시키고 사회 자본에 있어서 불리한 투자 (disinvestment)를 야기, (3) 소득에 있어서 불균형은 불공평한 사회적 비교에 의해 생겨난 좌절과 같은 직접적인 심리학적 통로를 통해 좋지 못한 건강상태를 초래하는 것 등이다. 이러한 경로가 존재한다면, 마찬가지로 그 반대의 경로도 존재할 수 있어서 ‘소득과 건강불평등의 악순환’을 낳게 될 것이다. 이와 같은 이유는 우리 사회에서도 인구집단간 건강불평등을 중요한 정책적 문제로 다루어야 할 필요성이 있음을 나타내고 있다.

Whitehead(1998)의 모형에 따르면 한 사회가 건강 불평등 문제에 대응하는 단계는 다음 그림과 같다.

[그림 1-1] 건강불평등 해결을 위한 활동단계



자료: Whitehead(1998); 한국건강형평성학회(2012). 춘계학술대회 자료집.

이 모형은 직선적이고, 순차적인 것을 의미하는 것은 아니지만, 건강불평등 해결을 위한 첫 번째 단계가 “측정”이 되어야 함은 보편적인 현상으

로, 서구의 경험을 토대로 볼 때에도, 건강불평등을 해소하고자 하는 대응활동의 첫 출발점은 건강불평등에 대한 측정과 근거를 마련하는 것이었다. 포괄적이고 광범위한 건강형평성의 모니터링과 형평성 지표를 생산하는 것은 국가적 건강불평등을 파악, 규명하는 시발점이 될 수 있다. 문제의 인식은 측정으로만 이루어지지 않는다하더라도, 문제를 드러내는 단계가 사회적 관심을 만들어내고 정책을 촉발하는 정책의제의 기반이 될 수 있다(김동진, 2013 재인용).

2. 연구목적

본 연구의 목적은 우리나라의 건강불평등 측정 및 모니터링을 위한 1차년도 연구로서 지표 영역 및 세부지표를 개발하는 것을 주요 목적으로 하였다. 금년도 연구에서 개발된 전체 지표에 대한 생산은 2014년 연구에서 본격적으로 이루어질 예정이며, 금년도 연구에서는 개발된 지표 중 일부 대표지표를 선정하여 산출하였다.

최근 국내 학계에서 제시되고 있는 연구결과의 양적 질적 향상을 감안한다면 우리 사회에서 발생하고 있는 건강불평등을 해소하기 위한 정책적 대안 도출은 상대적으로 취약하다고 할 수 있다. 때문에 개발된 지표가 건강불평등 해소 노력과 연계되기 위해서는 지표와 건강정책과의 연계가 중요하며, 본 연구에서는 지표 영역 설정 및 세부 지표 개발시 정책과의 연계성에 중점을 두고자 노력하였다.

본 연구에서 다루고 있는 건강형평성 측정과 자료의 생산은 건강불평등 문제를 직면하는 첫 번째 단계로서 건강불평등의 근거를 사회적 정책적 문제로 인식하는 계기가 될 수 있을 것으로 기대한다.

제2절 연구내용 및 방법

1. 연구내용

본 연구는 한국형 건강불평등 지표 개발 및 생산을 최종목표로 하였으며, 일차년도 연구로서 본 연구의 중심적인 내용은 한국형 건강불평등 지표영역과 세부지표를 개발하는 데 있다. 선정된 세부지표에 대해서는 지표에 대한 정의, 생산방식, 생산에 필요한 데이터 등을 명시하여 추후 지표값에 대한 측정 오류가 생기지 않도록 노력하였다.

또한, 개발된 지표 중 중요한 지표를 따로 대표지표로 선정하여 최근 현황과 추이를 살펴보았다. 금년도 연구에서 생산되지 못한 나머지 지표에 대해서는 차기년도에 모두 생산하는 것을 목표로 하고 있다.

건강불평등 지표는 건강불평등 감소를 위한 개입이나 건강정책과 연계되지 않으면 그 의미가 퇴색되므로, 지표 개발시 건강불평등 해소 혹은 감소를 위한 정책과의 연계방안을 우선적으로 고민하였다. 본 연구에서는 이와 관련된 작업으로 세계보건기구(World Health Organization), 영국, 미국, 스웨덴, 네덜란드 등 건강불평등 해소 정책을 가장 활발하게 추진하고 있는 국가들의 건강불평등 지표 생산 방식, 지표생산주체, 지표생산주기 및 지표생산에 활용되는 데이터 등에 대해 검토하였고, 아울러 건강불평등 해소를 위한 지표 활용 및 관련 정책에 대해서도 살펴보았다.

2. 연구방법

가. 건강불평등 영역 설정을 위한 개념 틀 설정

건강의 불평등을 해소하고자 할 때 우선적으로 건강불평등이 어떻게

생기게 되었는지에 대한 관심이 이어지게 된다. 건강불평등의 메카니즘을 이해하기 위해서는 건강의 정의와 건강불평등의 원인에 대해 살펴볼 필요가 있다(신영전 등, 2009)

건강은 단순히 질병, 장애의 부재가 아니라 사회적, 정신적, 육체적 안녕을 포괄하는 개념으로 발전해왔다. 1974년 Lalonde 등은 인간의 건강 수준이 보건의료제도, 환경 요인, 생활 습관 및 인체의 생리적인 조건에 의해 복합적으로 결정되며, 각 요인은 다양한 하부요인으로 구성될 수 있음을 주장하였고, 이는 병인론과 건강증진, 의료정책 개발에서 다양하고 풍부한 논의를 제공하였다(신영전 등, 2009)

세계보건기구(World Health Organization)의 사회적 건강결정요인 위원회(Commission on Social Determinants of Health, CSDH)에서는 건강 및 건강불평등이 발생하는 복잡한 경로를 체계적으로 정리한 모델을 개발한 바 있으며(WHO CSDH, 2008), 본 연구에서는 우리나라의 건강불평등 지표 영역 개발을 위해 WHO CSDH에서 제시한 모델을 일부 수정하여 사용하였다. 이 모델에 대한 자세한 설명은 3장에서 제시하였다.

나. 건강불평등 지표 선정

한국형 건강불평등 지표를 개발하기 위해 우선적으로 연구진들이 모여 지표선정의 원칙을 정하였고, 이 원칙에 부합하는 지표 혹은 관련 변수 풀(pool)을 만들기 위해 국민건강영양조사, 지역사회건강조사, 의료패널조사, 복지패널조사 등 각종 조사에서 생산·발표되고 있는 데이터 및 변수들을 정리하였다(부록 3 참조).

아울러 국내외 건강형평성 관련 문헌을 탐색하여 가능한 지표를 발굴

정리하였으며, 최종적으로 연구진 회의를 통해 최종지표를 선정하였고 각 결정요인별로 보건학적 중요성, 데이터 활용도를 반영한 지표 생산 가능성, 정책과의 연계 가능성 등을 기준으로 지표를 구성하였다.

다. 건강불평등 대표지표 산출을 위한 데이터 선정

본 연구에서 제안된 영역별 지표중 비교적 대표성이 높다고 판단되는 지표들을 각 영역별 대표지표로 선정하여 산출하였다.

각각의 지표들을 산출하기 위해 우리나라에서 생산되는 데이터 중 대표성이 있으면서 지표의 특성을 잘 반영해줄 수 있는 민감성 있는 데이터를 이용하였다. 예를 들어 기대수명이나 건강수명 관련 불평등 지표 산출을 위해서는 통계청 인구센서스 데이터를 이용하였고, 사망관련 불평등 지표 생산을 위해서는 통계청 사망자료를 사용하였다. 건강행위나 유병과 관련된 불평등 지표생산을 위해서는 국민건강영양조사 자료를 주로 활용하였으며, 의료이용의 불평등 지표 생산을 위해서는 의료패널 자료를 활용하였다.

사회경제적 인구집단별 불평등 정도를 살펴보기 위해 본 연구에서는 인구집단을 주로 성별, 소득수준별, 교육수준별, 직업계층별로 계층화 하였으며, 지표 산출을 위한 분석 방법으로는 각 지표별로 기존의 국내외 불평등 연구들에서 보편적으로 활용되었던 방법을 사용하였다.



제2장 건강불평등 관련 국제동향

제1절 세계보건기구

제2절 영국

제3절 미국

제4절 스웨덴

제5절 네덜란드

제6절 우리나라에서의 함의

2

건강불평등 관련 << 국제동향

제1절 세계보건기구

1. 정책 수립배경

건강은 인간이 갖추어야 할 기본 권리 중 하나로 모든 사람은 건강할 권리를 가지고 있다. 이에 따라 세계보건기구는 전 세계 회원국의 건강할 권리 보장을 위하여 지속적으로 노력을 가하고 있다.

1948년 세계보건기구가 설립된 이래로 세계보건기구는 회원국의 건강 예방 및 관리차원에서의 정책적 노력을 우선순위로 설정하여 건강불평등 감소를 위한 정책적 목표를 제시하고 있다. 1970년대 후반, 세계보건기구는 생애 주기에서 지속적인 삶의 수준을 유지하기 위한 사회경제적 건강 수준의 달성을 목표를 제시하였으며, 1978년 알마아타(Alma-Ata)회의를 통해 이러한 목표 설정 방향을 더 견고하게 하는 계기가 되었다. 건강 불평등에 대한 끊임없는 논의 제시와 검토를 통해 1980년 세계보건기구 유럽지역사무소는 “Health for all”을 정책목표로 제시하면서 본격적으로 건강불평등 감소를 위한 정책을 실현하기 시작하였으며, 다음해인 1981년에는 유럽지역 뿐 아니라 전 세계 회원국을 대상으로 “Health for all”을 확장하였다. 이를 통해 인간의 건강할 권리 및 보건의료서비스 제공의 중요성의 달성을 강조하였다. 이후 1998년 세계보건총회는 세계보건선언을 통해 사회계층 간 건강불평등 해소를 주요 목표로 설정하였다.

또한 WHO 세계보건총회는 건강의 사회적 결정요인에 관한 세계회의(World Conference on Social Determinants of Health)의 개최를

통해 건강불평등 감소를 위한 정책 및 각 국가 간의 건강불평등 경험을 공유함으로써 앞으로 WHO가 나아갈 방향을 설정하며, 마지막 건강의 사회적 결정요인에 관한 세계회의는 2011년 브라질의 리우데자네이루(Rio de Janeiro)에서 열렸으며 125개국의 WHO 회원국과 이해 관계자 등 1,000여명이 참석했다¹⁾. 이번 회의는 2008년 건강의 사회적 결정요인 위원회가 발간한 Closing the gap 보고서의 3년 후 평가가 주된 안건이었으며, Closing the gap에서 제안한 정책의 실효성 문제와 보안문제에 대해 다루었다.

국제적인 회의 외에 세계보건기구에서는 건강불평등과 관련된 다양한 보고서를 발간하고 있으며, 전 세계 회원국 뿐 아니라 특정 지역을 대상으로 발간하고 있다. 이 중에서도 유럽지역사무소에서 발간한 Health 2020을 대표적인 보고서로 볼 수 있으며, Health 2020 이후에도 건강불평등 감소를 위한 다양한 보고서가 발간되었다.

2. 생산주기 및 주체

세계보건기구의 유럽지역 사무소와 건강의 사회적 결정요인 위원회(Commission on Social Determinants of Health)에서 건강불평등 관련 보고서를 발간하고 있으며, 유럽 지역뿐 아니라 전 세계 국가를 대상으로 하고 있다.

또한 세계보건기구의 건강불평등 보고서의 시작이라고 볼 수 있는 Health 21 이후, 정책개입효과와 건강불평등 우선순위 등을 고려하여 보완된 보고서를 출간하고 있다.

1) WHO 홈페이지 내용 일부 정리(<http://www.who.int/sdhconference/en/>)

3. 건강형평성 목표 및 지표

가. Health 21

세계보건기구의 유럽지역 사무소는 유럽지역을 대상으로 건강불평등 감소를 위한 보고서를 1999년과 2012년에 발간하였으며, 그 첫 번째 보고서가 Health 21이다. Health 21은 1980년대 건강불평등을 주요 정책 우선순위로 선정하면서 건강불평등 감소를 체계적으로 관리하기 위한 첫 번째 보고서라고 볼 수 있다. 보고서는 21가지 목표를 제시하고 있으며, 21가지 목표 중 첫 번째와 두 번째 목표가 건강불평등과 관련되어 있다. 그 중 첫 번째 목표가 2020년까지 유럽지역에서의 건강불평등을 현재상태의 1/3로 줄이는 것이며, 세부목표로는 유럽국가 간 가장 높은 순에서 3번째 나라의 기대수명과 가장 낮은 순에서 3번째 나라의 기대수명 차이를 30% 감소시키는 것과 소외계층의 환경 개선을 통한 장애 및 사망률의 감소이다. 두 번째 목표는 2020년까지 유럽지역의 소외계층의 건강 수준을 개선하여 국가 간 건강격차를 1/4로 감소시키는 것이다. 이에 따른 세부목표로는 기대수명의 격차 25%감소, 사망률을 유발하는 원인의 평등한 분배, 사회경제적 상황의 개선, 저소득층 인구비율 감소, 사회로부터 보호되어야 하는 소외계층에 대한 적절한 보호 및 보호로의 접근성 강화가 포함되어 있다.

26 한국의 건강불평등 지표와 정책과제

〈표 2-1〉 Health 21의 주요 목표

목표	내용
1. 유럽 지역의 건강을 위한 연대	- 2020년까지 유럽지역에서의 건강수준 차이를 1/3 감소 - 세부목표 1 : 가장 높은 순에서 3번째 나라의 기대수명과 가장 낮은 순에서 3번째 나라의 기대수명의 차이를 30% 감소 - 세부목표 2 : 소외계층의 환경 개선을 통한 장애 및 사망률의 감소
2. 건강 평등	- 2020년까지 유럽지역의 소외계층의 건강수준을 개선하여 국가 간 건강격차를 1/4로 감소 - 세부목표 1 : 기대수명의 격차를 25% 감소 - 세부목표 2 : 사망원인 분포의 불평등 해소 - 세부목표 3 : 건강 부작용, 소득 차이, 교육성과와 취업시장에 영향을 주는 사회경제적 환경의 개선 - 세부목표 4 : 저소득층의 인구 비율 큰 감소 - 세부목표 5 : 소외계층에 대한 적절한 보호 및 보호수단에 대한 접근성 강화
3. 삶에서의 건강한 시작	- 2020년까지 영유아의 건강한 삶 보장
4. 젊은 사람들의 건강	- 2020년까지 젊은 사람들의 건강한 삶 보장 및 사회적 역할 실현 가능성 증대
5. 건강한 노후	- 2020년까지 65세 이상 노인의 건강 보장 및 활동적인 사회생활에 참여할 수 있는 기회 보장
6. 정신건강의 개선	- 2020년까지 정신건강 문제를 가진 사람들에게 대한 치료 서비스의 접근성 강화
7. 전염병의 감소	- 2020년까지 전염병 유발 건강 유해 환경 개선을 위한 체계적인 프로그램 도입
8. 비전염병의 감소	- 2020년까지 주요 만성질환으로 인한 사망, 장애 및 조기사망률의 감소
9. 폭력과 사고로 인한 부상의 감소	- 2020년까지 사고 및 폭력으로부터 발생하는 장애와 사망, 부상의 감소
10. 건강하고 안전한 물리적 환경	- 2015년까지 오염물질 노출의 감소
11. 건강한 삶	- 2015년까지 생애주기 동안 건강한 생활 습관 형성
12. 술, 약과 담배로 인한 손상 감소	- 2015년까지 담배, 술과 같은 중독성 물질의 소비 감소
13. 건강 설계	- 2015년까지, 집, 학교, 직장에서 건강한 신체를 가지고 지역사회에서 더 좋은 삶의 기회를 가지야 할 권리를 보장

목표	내용
14. MULTISECTORAL RESPONSIBILITY FOR HEALTH	- 2020년까지, 건강의 책임을 받아들여 건강관리에 노력함.
15. 통합적인 건강부문	- 2010년까지, 접근성이 높은 병원시스템에 의해 더 나은 일차의료 보건의서비스로의 접근을 제공
16. 보건의서비스의 질을 위한 관리	- 2010년까지, 건강프로그램 및 임상수준에서 환자 관리를 통한 건강보장
17. 재원할당과 건강서비스 재정	- 2010년까지, 건강서비스체계를 위한 자원 할당을 지속가능하기 하기 위한 재정 유지
18. 건강을 위한 인적자원개발	- 2010년까지, 건강을 보호하고 증진시키기 위한 적절한 지식과 태도와 기술을 획득한 건강전문과와 다른 부문의 전문가 인력 양상
19. 건강을 위한 연구와 지식	- 2005년까지, 모든 사람들의 건강을 지원하기 위한 프로그램 연구 및 정보와의 협력관계를 통한 연계작업 실시
20. 건강을 위한 파트너 동원	- 2005년까지, 모든 사람들의 건강을 위한 정책 시행은 공공부문과 사적부문과 시민사회 전반에 걸쳐서 개인, 그룹조직의 참여가 이뤄져야 함.
21. 모든 사람들의 건강을 위한 정책과 전략	- 2010년까지, 적절한 기관의 인프라, 경영 프로세스와 혁신적인 리더십에 의해 국가, 지역, 지역적 수준에서 모든 사람들의 건강을 위한 정책 시행 및 이행

주: World Health Organization(1999). Health 21: the health for all policy framework for the WHO European region: European Health for All Series (WHO-EURO). World Health Organization.

나. Health 2020

Health 2020은 Health 21의 기본 목표를 보완하여 향후 건강불평등 감소를 위한 정책목표를 제시하고 있다. Health 2020은 모든 사람들이 건강수준의 향상과 WHO 회원국의 건강불평등 감소를 목표로 하고 있으며, 총괄목표로는 2020년까지 건강의 사회경제적 불평등을 25% 감소하는 것이다. Health 2020은 세계보건기구 유럽지역사무소에서 담당하고 있어 유럽 지역을 대상으로 하고 있다.

Health 2020의 두 가지 주요 목표는 첫째 모든 사람의 건강 향상 및 건강불평등의 감소이며, 둘째는 건강을 위한 리더십과 참여 거버넌스를 개선하는 것이다. 이러한 주요 목표를 바탕으로 4가지 우선순위를 선정하였으며, 4가지 우선순위에는 생애주기 접근방법과 건강수준 향상을 위한 투자, 비전염성과 전염병과 관련된 유럽의 주요 건강 문제 관리, 사람 중심의 건강 서비스 체계, 공공보건역량과 비상 대비 및 감시와 대응 강화, 탄력 있는 지역사회와 지원 환경 창조가 포함된다.

〈표 2-2〉 Health 2020 대상 영역

목표	Health2020 전략목표	Health2020 정책 우선순위
1. 질병과 위험요인 부담		
2020년까지 유럽의 조기사망률 감소	모든 사람들의 건강 개선과 건강 격차 감소	· 비전염성과 전염병의 유럽의 주요 건강 문제를 다루는 것
2. 건강한 사람, 웰빙과 결정요인		
유럽의 기대수명 연장	모든 사람들의 건강 개선과 건강 격차 감소	· 생애주기 접근방법과 임파워먼트를 통한 건강 투자 · 건강한 지역사회와 지원 환경 조성
유럽에서의 건강불평등 감소 (사회적 결정요인 목표)	모든 사람들의 건강 개선과 건강 격차 감소	· 생애주기 접근방법과 임파워먼트를 통한 건강 투자 · 건강한 지역사회와 지원 환경 조성
유럽 인구의 웰빙 강화	모든 사람들의 건강 개선과 건강 격차 감소	· 생애주기 접근방법과 임파워먼트를 통한 건강 투자 · 건강한 지역사회와 지원 환경 조성
3. 과정, 거버넌스와 건강체계		
보편적인 적용범위와 “건강의 권리”	건강을 위한 리더십과 참여 거버넌스를 개선	· 사람 중심의 건강체계, 공공보건역량과 비상 대비 및 감시와 대응을 강화
회원국가별 목표 설정	건강을 위한 리더십과 참여 거버넌스를 개선	· 사람 중심의 건강체계, 공공보건역량과 비상 대비 및 감시와 대응을 강화

주: World Health Organization(2012). Health 2020: policy framework and strategy. World Health Organization.

다. Closing the gap in a generation

세계보건기구의 건강의 사회적 결정요인 위원회(Commission on Social Determinants of Health)가 2008년 발간하였으며, 그간의 건강불평등 현황으로 보아 건강불평등 감소는 보건에만 국한된 문제가 아닌 사회 전반의 문제로서 다뤄져야 함을 강조하고 있다. 보고서는 건강불평등 감소를 위한 3가지 정책을 제안하였으며, 정책 제안 내용으로는 일상생활 상태의 개선, 권력·돈·자원의 불평등 해결, 문제의 이해와 건강의 사회적 결정요인에 관한 평가가 포함되어 있다.

〈표 2-3〉 Closing the gap in a generation의 주요 정책 제안 내용

구분	내용
1. 일상생활 상태의 개선	- 시작에서의 형평성
	- 건강한 생활터와 건강한 사람
	- 생애 전반적인 사회적 보호
	- 일반적인 보건의료서비스
2. 권력, 돈 그리고 자원의 불평등 해결	- 모든 정책, 체계, 프로그램의 건강형평성
	- 공정한 재정
	- 시장의 책임감
	- 성 평등
	- 정치적 파워
3. 문제의 이해와 건강의 사회적 결정요인에 관한 평가	- 거버넌스
	- 출생등록시스템
	- 국가별 건강형평성 감시시스템
	- 국가간 건강형평성 감시시스템
	- 지식기반 확장
	- 건강의 사회적 결정요인에 관한 훈련과 교육

자료: WHO Commission on Social Determinants of Health. (2008). Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health: Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. World Health Organization.

라. 건강의 사회적 결정요인과 건강격차에 대한 보고서²⁾

건강의 사회적 결정요인과 건강격차에 대한 보고서는 2012년 세계보건기구 유럽지역사무소에서 발간하였다. 1980년에 Health for all이라는 목표를 설정하고 건강불평등 감소를 위한 정책 제안을 하며 지속적으로 관리하여 유럽 전역에 걸쳐 많은 사람들의 건강이 개선되었지만, 여전히 건강불평등은 존재하고 있다. 대부분의 건강불평등은 피할 수 있지만 이를 위해서는 높은 사회경제적 비용이 필요하며, 이에 대한 대처를 적절하게 하지 않으면 건강 격차는 점점 증가할 것으로 보인다. 이러한 현상을 반영하여 세계보건기구 유럽지역 사무소는 각 지역의 건강과 관련된 새로운 정책을 알리기 위해 보고서를 발간하였으며, 유럽 지역에 걸쳐 건강불평등의 수준을 평가하였다. 또한 건강관련 정책의 개발과 건강불평등 개선을 위한 프레임워크를 제안하였다.

그동안의 건강불평등 현황 파악 결과, 불평등을 초래하는 요인으로는 교육, 근로조건, 고용수준, 소득분배, 사회 및 보건 의료시스템 등으로 나타났다. 건강불평등 감소를 위해 단순히 건강과 관련된 의료시스템만으로는 건강불평등을 줄일 수 없으므로 정부와의 협동 작업을 통해 관련 정책을 시행해야 한다. 또한 국가, 지방, 지역 수준 단위의 정책 제안을 통해 실효성 있는 정책을 펼치고, 세계보건기구와의 협약을 통해 유럽 전 회원국의 건강불평등 해소를 위한 정책이라는 인식을 높이며, 건강불평등 감소를 위한 건강증진행동을 증가시킬 것을 제안하였다.

2) 건강의 사회적 결정요인과 건강격차에 대한 보고서(Interim first report on social determinants of health and the health divide in the WHO European Region)

〈표 2-4〉 건강의 사회적 결정요인과 건강격차에 대한 보고서의 정책 제안 내용

구분	내용
1. 생애주기	- 여성, 가임기 여성과 산모, 젊은 부부 가정의 보호
	- 양질의 아동 보육 시스템
	- 노동환경의 개선, 공정한 고용 및 양질의 일자리로의 접근성 강화
	- 노인의 건강불평등 감소를 위한 다부문 접근
2. 더 넓은 사회	- 사회적 보호의 확대 및 불평등 개선
	- 지역사회 파트너십 형성과 공동 노력
	- 소외계층의 건강불평등 개선을 위한 노력
3. 거시적 접근	- 형평성을 증진할 수 있는 조세 체계 및 사회서비스에 대한 재원 조달
	- 환경적, 경제적 지속가능성의 문제에 대한 계획
4. 체계	- 건강 격차와 관련한 거버넌스
	- 보건의료체계 개선
	- 건강의 사회적 결정요인과 건강불평등의 모니터링 체계 구축

자료: WHO European Region. (2012). Interim first report on social determinants of health and the health divide in the WHO European Region.

제2절 영국

1. 정책 수립배경

영국은 건강불평등 개선을 위한 정책적 접근으로 블랙보고서(Black report), 애치슨보고서(Acheson report)를 발간하였고, 그 외 건강불평등 해결을 위한 활동프로그램으로 ‘Tackling health inequalities: a programme for action’, 영국정부의 건강형평성에 근거한 사업을 평가하고 향후 방향을 제시한 마뮷리뷰(the Marmot review)로 설명할 수 있다.

1980년, 건강불평등 개선을 위해 블랙보고서(Black report)³⁾가 발표되었다. 이 보고서에는 사회계층과 지역적 차이에 따른 사망률에 격차가 있음을 밝히고 있다(강영호 외, 2007). 또한 블랙보고서는 건강불평등의 원인을 단지 흡연이나 건강습관이 아니라 좀 더 깊은 사회적 원인의 소산이란 사실을 분명히 드러내 보였다는 점과 그런 사회적 원인에 대한 개입을 통해 건강불평등을 개선 가능한 일로 바라보기 시작했다는 점에서 의미를 가진다(강영호 외, 2007).

블랙보고서에서는 건강불평등 해소를 위해 보건분야에서 3가지 우선순위를 제안하였는데, 아동들에 대한 더 나은 출발선 보장, 장애인들에 대해 누적되는 불건강과 박탈을 완화하고 더 나은 건강을 위해 예방 및 교육활동을 강화하는 것 등이다. 특히 보건서비스가 아닌 건강증진 정책을 강조하였으며, 인구집단의 건강필요에 대응하기 위해서는 보건의료 부문을 넘어서 보다 포괄적인 건강정책의 필요함을 역설하였다(윤태호, 2013).

하지만 블랙보고서 발간을 이끈 노동당 정부의 정치적 권력이 쇠퇴하고, 새로 집권한 보수당 정부에서 재정 등의 문제를 지적하며 발간 이후 17년 동안 정부의 무관심 속에 건강불평등에 관한 문제는 잠재워져 있었다. 1997년 노동당 정부가 다시 집권하면서 블랙보고서에서 제시한 사회경제적, 지역적 차이에 따른 건강불평등 문제, 특히 어린이 사망률을 제시하며 건강불평등에 대한 문제를 조금씩 제기하기 시작하였다(강영호 외, 2007).

영국 정부는 건강불평등을 조사할 새 위원회를 구성하고 Donald Acheson이 위원회를 이끌도록 하였으며, 그 결과물로 발간된 것이 유명

3) Townsend P, Davidson N, Whitehead M. (1992). Inequalities in Health: the Black Report and the Health Divide. 2nd ed. London: Penguin Books.

한 애치슨 보고서(Acheson report)⁴⁾이다. 애치슨 보고서(Acheson report)에서는 불평등을 해결하기 위해 1) 건강에 영향을 미칠 가능성이 있는 모든 정책들은 단지 건강상태의 개선뿐만 아니라 건강불평등에 대한 영향을 함께 평가해야 한다고 하였고, 2) 어린이를 부양하고 있는 가족들의 건강에 우선순위를 두어야 하며, 3) 소득불평등을 줄이고 빈곤가구의 표준생계를 향상시키는 조치를 취할 것을 제안하였다(강영호 외, 2007). 또한 일곱 가지의 정책 영역(빈곤·소득·조세 및 복지급여, 교육, 고용, 주거 및 환경, 이동·교통수단·환경오염, 영양과 일반농업정책, 국가보건서비스)과 생애주기별(모자와 가정, 청년들과 노동 생산층, 노인, 소수인종, 성)접근을 권고하였다(Benzeval M, 2002; 윤태호, 2013 재인용).

애치슨 보고서에 대해 우선순위 없이 건강불평등 대책이 나열되어있고, 비용대비 효과에 대한 증거를 내세우지 못했다는 점 및 건강불평등의 증거들과 이에 대한 정책들이 일치하지 않는다는 등의 비판이 있었지만(강영호 외, 2007; 윤태호, 2013), 보고서 발표 이후 재무부와 보건부가 건강불평등을 줄이고자 합의하였고, 3년마다 건강불평등 차이를 줄이고자 하는 정책적 방안도 마련하였으며 무엇보다 건강불평등을 사회문제로 인식하기 시작하였다.

이후 애치슨보고서를 바탕으로 국가단위의 정책 전략 보고서인 ‘Tackling health inequalities: a programme for action’이 발간되었다. 이 보고서는 사회경제적 불평등에 초점을 맞추었고, 사회계층 간 건강격차를 보여주었다. 보고서에는 건강불평등 개선을 위한 39개 권고사항이 제시되었고 크게 4개의 주제로 구성되어있다. 첫째는 빈곤, 소득, 교육, 고용, 주거등과 같은 건강의 사회적 결정요인, 둘째는 생애주기 과정에 있어서

4) Acheson D. (1998). Independent inquiry into inequalities in health: report. London: Stationery Office.

흡연, 영양, 음주와 같은 생활습관, 사회경제적 위치, 인종, 성, 연령 등과 같은 건강불평등의 다른 관점, 넷째는 NHS(National Health Service) 시스템의 효과성 증진을 위한 평가이다(Department of Health,2009).

〈표 2-5〉 건강불평등 정책 수립 배경

연도	주요내용	정부 및 책임자
1980	○ 블랙보고서 - 사회계층과 지역사회 간의 사망률 차이에 따른 사망가능성 감소 - 아동들에 대한 더 나은 출발선 보장, 장애인들에 대해 누적되는 불 건강과 박탈 완화, 더 나은 건강을 위한 예방 및 교육활동 강화	노동당 정부
1997	○ 애치슨보고서 - 건강영향평가의 실시, 아동이 있는 가족의 건강에 최우선순위로 둘 것, 소득 불평등의 감소 및 빈곤가구의 생활수준 개선 - 고용, 주거환경, 교육, 범죄, 빈곤아동에 대한 지표 사용 ○ Tackling health inequalities: a programme for action - 국가단위의 정책 전략 - 사회적 결정요인, 생활습관, 건강불평등에 대한 관점, NHS 시스템 평가	노동당정부
현재	○ Marmot 리뷰 - 아동들의 인생 최고의 출발, 자신의 능력을 최대한 발휘하고 삶을 통제, 공정한 고용 및 좋은 직장생활, 건강한 삶의 기준 보장, 지역사회발전, 불건강 예방활동	NHS 및 지방정부

출처: 강영호, 신영전, 조흥준(2007). 추적, 한국건강불평등-사회의제화를 위한 국민보고서. 도서출판 밍; 윤태호(2013). 건강형평 정책의 국제동향: 영국, 네덜란드, 스웨덴, 세계보건기구의 경험으로부터의 교훈. 대한의사협회의지 56(3):195-205 에서 재구성

또한 보고서에는 건강형평 정책에 대한 정부의 활동을 지속적으로 모니터링하기 위하여 일차의료 접근성, 취약지역에서의 사고, 아동 빈곤, 교육, 흡연, 주거, 학교 체육 및 스포츠, 육체노동 계층과 임신부의 흡연, 저소득층의 영양, 10대 임신, 하위 5분위 지역의 암과 순환기질환 사

망률 등 12가지 영역에서 대표 지표를 제시하고 있다(윤태호, 2013).

마못리뷰(the Marmot review)는 영국에서 건강불평등을 줄이기 위해 모든 건강의 사회적 결정요인들에 걸친 활동이 필요한데, 건강불평등 해소를 위해 여섯 가지 영역에서의 활동을 제안하였으며(Marmot, 2010; 윤태호, 2013 재인용), 중앙정부와 지방정부, NHS, 비정부기구 및 지역공동체의 활동을 강조하고 있다. 또한 모든 정책에서 건강형평성을 강조하는 국가정책이 성공하기 위해서는 효과적인 지역 전달체계가 성립되어야하고, 개인과 지역의 역량 강화를 통해서만 가능함을 강조하고 있다(윤태호, 2013).

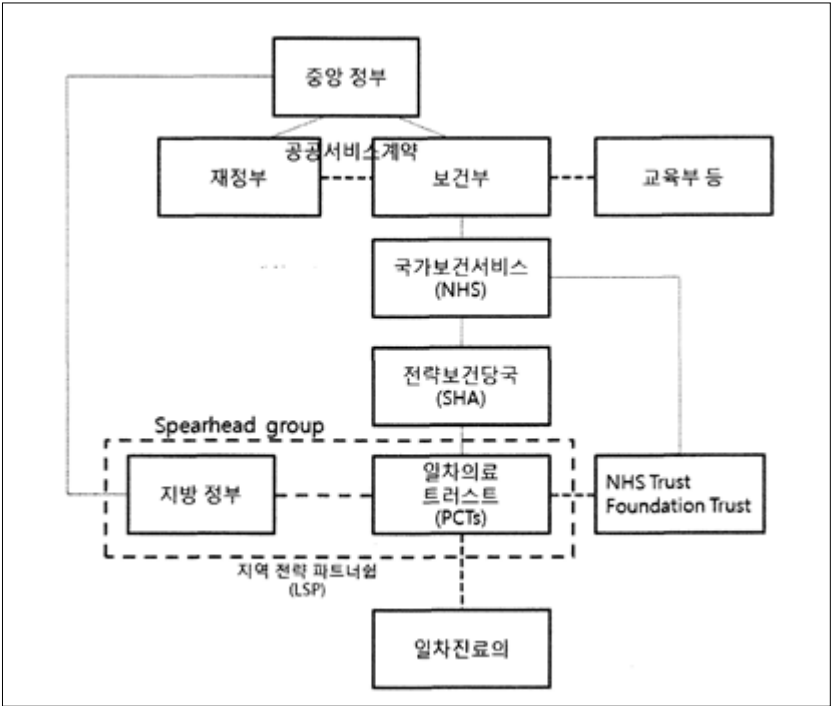
2. 생산주기 및 주체

영국에서는 애치슨 보고서 이후 3개년마다 건강불평등 해소 정책에 대한 시행계획을 세우고 있다.

중앙정부수준에서는 재정부에서 공공서비스 계약을 통해 보건부의 사업을 지원하고 있고, 보건부 사업의 상당수가 건강불평등을 감소시키는 것과 관련되어있다. 영국은 전통적으로 보건행정체계는 진료권을 중심으로 형성되어 지방자치단체의 지리적 범위와는 차이가 있다. 최근 보건행정의 관할 구역을 지방자치단체 관할구역 중심으로 재편하고 있다. 이전의 지방보건당국(Regional HAs)과 지역보건당국(District HAs)의 개념은 사라지고, 대신 전략보건당국(Strategic HAs)과 일차의료 트러스트(Primary Care Trust)로 대체되었다. 이중 PCTs는 NHS체계를 중앙집권화에서 지방분권화로 변화시키는데 핵심적인 역할을 하며, 지역수준에서 보건정책과 기획의 중심적 역할(PCT Headquarter)을 할 뿐 아니라, 그 산하기관인 일차의료센터와 PCT보건센터를 통해 직접적인 서비스를

제공한다. 일차진료의와 NHS병원들과 계약을 맺는 당사자이기도 하다. 현재 PCTs는 영국 NHS예산의 80%를 다루고 있다(신영전,2009).

[그림 2-1] 영국의 건강불평등 사업과 관련된 중앙과 지역의 체계



자료: 신영전(2009). 건강불평등완화를 위한 건강증진전략 및 사업개발. 한양대학교산학협력단, 건강증진사업지원단

3. 건강형평성 목표 및 지표

가. 정책목표

마뚝리뷰에서는 영국의 주요 6가지 주요 정책목표와 그에 따른 제언을

다음과 같이 제시하고 있다. 1) 모든 아이들이 인생의 출발을 최고의 수준에서 시작 할 수 있도록 하는 것, 2) 모든 아이들과 어른이 자신의 능력을 최대한 활용할 수 있게 하고 그들의 삶을 통제하는 것이 가능하게 하는 것, 3) 모든 사람이 공정한 고용과 좋은 직장에 다닐 수 있도록 하는 것, 4) 모든 사람에게 건강한 삶의 기준을 보장하는 것, 5) 건강과 오랫동안 지속가능한 지역, 지역사회를 만들고 발전시키는 것, 6) 불건강 예방을 위해 역할과 영향을 강화하는 것 등이다(Marmot, 2010).

〈표 2-6〉 영국의 6가지 정책목표

정책목표	우선순위	제언
A. 모든 아이들이 인생의 출발을 최고로 시작 할 수 있게 하라	1. 신체적, 정신건강과 인자언어사회적 능력을 어렸을 때 발달시킴으로 불평등을 감소 2. 임신부 서비스, 부모역할 프로그램, 아동프로그램과 사회적 격차에 영향을 미치는 어린시절의 교육이 필요 3. 사회적 격차에 영향을 미치는 아동의 회복력과 well-being을 추구	- 어릴 때 투자를 많이 해야 함. - 아이들의 능력이 개발되도록 가족이 지원해야함. - 어린시절에 양질의 교육과 보육을 제공해야함.
B. 모든 어린이와 어른이 자신의 능력을 최대한 활용할 수 있게 하고 그들의 삶을 통제할 수 있도록 가능하게 하라	1. 기술과 자격에서 사회적 격차를 감소 2. 건강, well-being, 유아와 아동의 회복성에서 사회적 격차를 감소시킬 수 있도록 학교, 가정, 지역사회와의 파트너십을 반드시 포함. 3. 사회적 격차에 영향을 미치는 평생학습을 할 수 있도록 하고, 접근성을 향상	- 교육적 결과의 사회적격차를 감소시킴. - 생활기능의 사회적 격차를 감소시킴. - 평생학습을 통해 기술을 계속적으로 발전시킴.
C. 모든 사람이 공정한 고용과 좋은 직장에 다닐 수 있도록 해라	1. 좋은 직장을 가질 수 있도록 접근성을 향상시키고 사회적 격차에 영향을 미치는 장기적인 실업률을 감소 2. 불이익을 당하며 노동시장에서 일하고, 쉬지 않고 일하는 노동자	- 적극적인 노동시장 프로그램을 우선시함. - 좋은 직장은 다양한 방법(격려, 인센티브 등)으로 발전시킴. - 직장에서 신체적, 화학적위험요소와 부상을 감소시킴.

정책목표	우선순위	제언
	들이 더 쉽게 일할 수 있도록 만들어 줌. 3. 사회적 격차에 영향을 미치는 직장 환경을 향상	- 교대 근무 및 근무시간 관련 요인 - 심리사회적인 직장환경으로 개선함.
D. 모든 사람에게 건강한 삶의 기준을 보장하라	1. 모든 연령의 사람들이 건강한 삶을 유지하기 위한 최소한의 소득을 보장 2. 누진과세와 다른 재정적 정책을 통해 생활수준의 사회적 격차를 줄임. 3. 임금과 일(근로)사이의 사람들이 벼랑끝으로 가는 것을 감소	- 건강한 삶을 위해 최소한의 소득을 보장함. - 실직한 사람들이 '벼랑끝'으로 가는 것을 감소시키고, 고용의 유연성(융통성, 탄력성)을 향상시킴. - 조세제도, 수당, 연금, 세금공제 시스템을 검토하고 시행함.
E. 건강과 오랫동안 지속가능한 지역, 지역사회를 만들고 발전시켜라.	1. 공동정책의 규모를 줄이고, 기후변화와 건강불평등의 영향을 발전 2. 지역 자원을 향상시키고 사회적 격차에 영향을 미치는 사회적 고립을 감소	- 건강불평등과 기후변화 완화에 대한 우선순위 정책과 개입(중재) - 계획(입안), 운송업, 주거, 환경과 건강의 사회적 결정요인을 다루는 건강정책을 통합시킴. - 지역사회를 조성하고 발전시킴.
F. 불건강 예방을 위해 역할과 영향을 강화하라.	1. 건강불평등과 가장 밀접하게 관련된 상황을 신속히 발견하여 우선적으로 예방함. 2. 사회적 격차에 영향을 미치는 불건강을 예방하기 위해 장기적이고 지속가능한 자금 조달의 가능성을 높임.	- 예방에 대한 투자를 늘림. - 근거에 기반한 불건강의 예방적 중재(개입)를 시행함. - 사회적 격차를 줄이기 위한 개입에 초점을 둔 공중보건

자료: Marmot, M., Atkinson, T., & Bell, J. (2010). Fair society, healthy lives.

나. 건강불평등 지표

마뚝 리뷰에서는 건강불평등 지표영역을 3개로 나누어 제시하였다. 사회적 결정요인 관점에서의 지표, 주제, 쟁점, 사안 등 안전에 영향을 미치는 지표, 건강과 웰빙 관련 지표가 그것이다.

〈표 2-7〉 Marmot review에서의 건강불평등 지표

사회적 결정요인의 관점	안전(주제,쟁점,사안)에 영향을 미치는 지표 선택	건강과 well-being 지표
- 적절한 삶의 수준 - 양질의 일자리 - 공정한 고용 - 좋은 시작 - 교육 - 적절한 기술 - 기회 - 물리적 환경 - 역량(능력) - 사회적 지지와 사회적 자본: 가족/지역사회/네트워크 - 복무규정 - 상대적 소득 불평등 - 금융역량(인적역량, 재정적 역량)	- 중요성 - 가능성과 비용 - 유용성(효용성, 유효성) - 개입(중재)의 분명한(명확한) 탄력성(적정성) - 기술적 문제 - 범주/지침 - 신뢰할 수 있는 지표를 위한 표본 - 정보관리 - 영향 - 지표 - 자료원	- 유년기 아동발달 지수 - SF-36 - EQ-5D - SF-6D - GHQ-12 - 삶의 질(참여, 존중감) - 삶의 만족도 - 정신상태

자료: Marmot, M., Atkinson, T., & Bell, J. (2010). Fair society, healthy lives.

4. 활용데이터 관리방안 및 평가

영국에서 활용하고 있는 12개의 건강형평성 대표지표는 모니터 영역에서 광범위한 요약물을 제공하고, 이미 수집된 데이터를 반영한다(권순만, 2007)

〈표 2-8〉 영국의 국가수준에서의 건강형평성 평가지표

12항목	내용
1차 의료 접근성 (Access to primary care)	십만명당 1차의료 전문가의 수
사고(Accident)	취약지역의 교통사고 사상자 수
유아 빈곤(Child poverty)	저소득 가구의 아동의 비율 (지속적인 최저임금 이하 가구의 아동의 비율)

40 한국의 건강불평등 지표와 정책과제

12항목	내용
식이(Diet - 5 a day)	5분위 소득분포상 가장 낮은 계층 중 1일 섭취 과일과 채소의 종류가 5가지 이상인 인구의 비율
교육(Education)	A* ~ C 등급에서 5 GCSEs에 해당하는 자격을 가진 16세의 비율
노숙(Homelessness)	임시 수용시설에 거주하는 자녀를 가진 노숙자 가족의 수
주거(Housing)	기준미달 주택 거주 가구 비율
독감예방접종 (Influenza vaccinations)	65세 이상 노인인구 중 독감예방접종자 비율
체육교육과 학교스포츠 (PE and school sport)	양질의 체육수업 또는 교과과정 내외를 막론한 학교 스포츠를 최소 일주일에 2시간 이상 참여하는 학생 비율
흡연율(Smoking prevalence)	육체노동그룹과 임신여성의 흡연율
10대 임신(Teenage conceptions)	18세 이하 여성의 임신비율
주요 질병에 의한 사망률 (Mortality from the major killer diseases)	국가평균과 비교해서 가장 높은 20%의 지역의 75세 이상 인구중에서 주요사망원인질병(암, 심혈관질환)에 의한 10만명당 연령표준화 사망률

자료: 권순만(2007). 건강형평성 관련 성과지표. 서울대학교, 건강증진사업지원단. p.290.

5. 정책적 개입

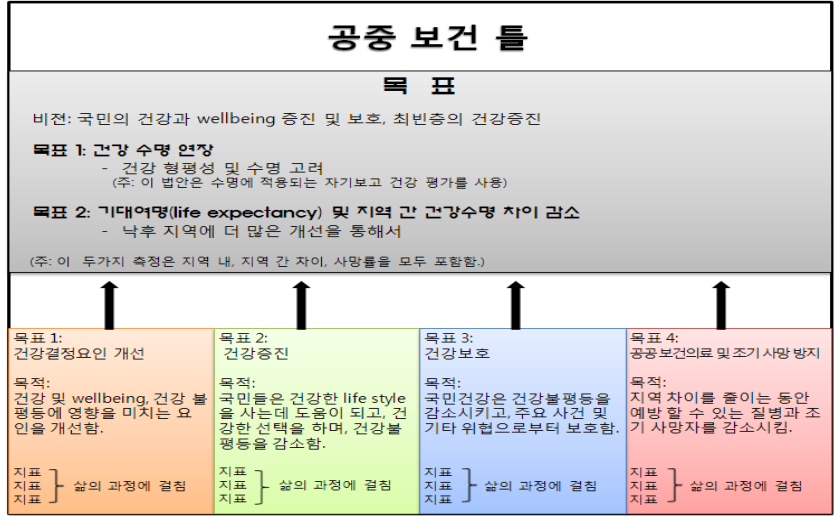
건강형평성 정책 전달체계는 중앙정부(central government)와 지방자치(local government), NHS, 제3부문, 민간부문, 지역사회 단체로 이루어져 있다. 건강형평성 달성은 보건부와 NHS만으로는 건강불평등을 감소시킬 수 없으므로 정부와 지방자치단체뿐만 아니라 제3부문, 민간부문이 참여가 필요하다. 효과적인 지역 전달체계는 지역단위에서 정책결정과정에 참여해야 하고, 이러한 과정을 통해 개인 또는 지역사회 역량이 강화될 수 있다(Marmot et al., 2010).

영국 보건부는 2013년~2016년까지 영국의 공중보건 틀을 제시하였

다. 이 framework은 지방정부, NHS 영국보건부의 책임 있는 역할과 국민, 지역사회를 위한 건강결과 및 wellbeing 결과를 증진시키기 위한 전 달체계에 초점을 맞추고 있다(Department of Health, 2012).

이 틀은 두 가지 목표에 초점을 맞추고 있는데, 첫 번째는 건강수명 (healthy life expectancy)을 연장하는 것이고, 두 번째는 지역 간 기대 여명 및 건강수명의 차이를 줄이는 것이다. 이 목표들은 우리가 얼마나 오래 사는지(기대여명)와 우리가 얼마나 잘 사는지(건강수명)를 삶의 과정에 나타내고 있으며, 또한 우리 사회 안에서 사람들 간 혹은 지역 간 건강 불평등을 감소시키는 것을 중요시 한다. 4가지 영역의 지표는 ‘건강결 정요인 개선’, ‘건강증진’, ‘건강보호’, ‘공공보건의료 및 조기사망 방지’ 이다. 이 지표들은 공공보건에 대한 이해와 각 활동을 평가할 수 있는 전 체적인 스펙트럼을 포함한다(Department of Health, 2012).

[그림 2-2] 2013년~2016년, 영국의 공중보건 틀



자료: Department of Health(2012.1). The Public Health Outcomes Framework for England, 2013-2016, p.2

이 틀은 지역수준에서 국가수준까지 구성되어 있고, 지방정부 및 중앙정부의 역할과 기능에 대한 것, 영국 보건부가 국민의 건강을 어떻게 증진시키고 보호할 것인지를 보여주고 있다. 아울러 모든 부문이 각각 새로운 시스템을 지원해야 하고, 긍정적인 건강결과를 달성하여 삶의 전 과정에 걸쳐 건강을 증진하고 보호할 수 있는 기회를 높이고 건강불평등을 감소시켜야 할 것을 제안하고 있다(Department of Health, 2012).

제3절 미국

1. 건강불평등 관련 배경

가. 건강불평등에 관한 정부의 개입

미국에서의 건강불평등에 대한 관심은 학계에서부터 시작되었다. 각 인구집단별 제공된 의료 서비스의 종류와 건강결과(health outcome)에 대한 연구들이 계속되면서 건강결과에 대한 사회 환경적인 중요성이 먼저 대두되었다. 이와 동시에 건강불평등에 관한 주(state) 단위의 연구들(Mcpherson, Wennberg, Hovind, Clifford 1982; Barnes, O'brien, Comstock, D'arpa, Donahue, 1985)이 차례로 나오게 되면서 사회적 관심도 함께 증가하게 되었고 이에 따라 건강불평등에 관한 국가적 개입이 본격적으로 시작되게 되었다. 미국 보건복지부(U.S. Department of Health & Human Services)는 질병과 사망에 관련하여 흑인과 다른 소수인종을 국가의 평균과 비교하여 그 차이를 보여주는 'Health, United States, 1982'라는 보고서를 발표하였다(NCHS, 1984). 이어 이 보고서에서 나타난 건강불평등에 대한 대책으로 보건복지부 산하의 TF팀을 조

직하여 1985년 'Report of the Secretary's Task Force on Black and Minority Health'라는 보고서를 발표하였고 이를 통해 더욱더 건강 불평등에 대한 사회와 국가의 관심은 증대하게 되었다. 그리고 1990년에 수립된 국가의 향후 10년간의 의료 계획인 Healthy People 2000⁵⁾의 두 가지 목표 중 하나를 건강불평등의 감소를 명시해 놓음으로써 건강불평등에 대한 국가적 개입을 공식화 하였다.

1990년대 말까지 건강에 영향을 미치는 사회 환경적 요소가 환자들이 경험하는 의료의 질과 관련이 있다는 것이 여러 연구를 통해 과학적으로 증명되었다(Fiscella, Franks, Gold, Clancy, 2000). 다시 말해서 미국에 있어서 의료의 질과 건강불평등은 초기부터 밀접한 관계를 가지고 함께 연구된 것이다. 인구집단별 건강불평등에 대한 연구결과들이 누적됨에 따라 이러한 부분에 있어서 보다 명확하고 체계적으로 분석하기 위해 1999년 의회는 미국 의학회(Institute of Medicine, IOM)에 의료서비스의 종류와 질에 있어서의 격차(disparity)에 관해 조사하고 건강불평등을 야기하는 요인들을 분석하여 이러한 불평등을 제거하기 위한 실천 방법과 정책에 대해 제언하도록 요청했다. 그 결과 의학회는 2002년 'Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care⁶⁾'라는 건강불평등에 있어서 역사적인 의미가 있는 보고서를 발표했고 이 보고서로 건강불평등에 대한 사회적 인식이 더욱더 증폭되었다. 이 보고서에서 미국 의학회의 위원회는 건강에 있어서 인종간의 불평등에 대한 과학적 증거를 제시하면서 이를 줄이기 위해서 공공과 의료진과 보험회사와 정책 제정자의 건강불평등에 관한 인식을 높여야

5) CDC(Centers for Disease Control and Prevention) 홈페이지 내용 일부 재정리 (http://www.cdc.gov/nchs/healthy_people/hp2010.htm)

6) Smedley, B.D., Stith, A.Y. and Nelson, A.R. eds. (2003). Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care. Washington, DC: National Academies Press.

한다고 제언했다. 이를 기반으로 하여 미국 보건복지부산하의 연구기관인 AHRQ(Agency for Healthcare Research and Quality)에서 의회의 지시에 따라 2003년부터 매년 미국 건강불평등에 관한 보고서(National Healthcare Disparities Report, NHDR)를 연례적으로 의회에 보고하고 있다. 건강불평등에 대한 국가의 관심과 개입은 지속적으로 나타나서 Healthy People 2010⁷⁾에서는 건강불평등의 제거, Healthy People 2020⁸⁾에서는 건강불평등의 제거와 건강평등의 실현을 하나의 목표로 세우고 국가적 차원에서 주시하고 평가하고 있다.

나. 건강불평등의 정의

미국의학회의 보고서 ‘Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care’에 따르면, 격차(disparity)는 의료에 있어서의 환자의 욕구와 선호도, 이용 가능한 의료서비스의 존재 여부를 감안했을 때에도 여전히 존재하는 건강의 차이라고 정의된다. 미국에서 현재 존재하는 국가 차원의 데이터 중에 환자의 욕구나 선호도에 대한 정보를 포함하고 있는 데이터는 없는 실정이므로 미국 건강불평등에 관한 보고서(NHDR)에는 Healthy People에 나와 있는 건강 격차의 개념인 인구집단간의 차이점이라는 정의를 사용하고 있다.

미국에서 건강불평등에 대한 여러 가지의 정의가 혼용되고 있으나 일반적으로 통용되는 건강불평등의 개념은 인구집단간의 (1) 노출되는 환경의 차이; (2) 의료의 접근, 이용, 혹은 질에서의 차이; (3) 건강 상태에서

7) U.S. Department of Health and Human Services. (2000). Healthy People 2010: Understanding and Improving Health, 2nd ed. Washington, DC: Government Printing Office.

8) CDC(Centers for Disease Control and Prevention) 홈페이지 내용 일부 재정리 (http://www.cdc.gov/nchs/healthy_people/hp2020.htm)

의 차이; (4) 건강결과에서의 차이를 의미한다(Carter-pokras, Baquet 2002). 이러한 여러 인구 집단별 차이는 지역(도시와 농어촌), 성(남성과 여성), 사회경제적 상태(고소득과 저(무)소득), 연령(노인과 젊은층)의 차이를 포괄하는 개념이다(Federico, Liu, 2003; Galea, Vlahov, 2005; McGrath, Puzan, 2004; Pyle, Stoller, 2003; Quinn, Overbaugh, 2005).

2. 건강불평등 지표 생산체계

가. 미국 의료 격차 보고서(National Health Disparities Report)

미국의 건강불평등에 관한 연례 보고서를 작성하는 국가 기관은 미국 보건복지부 산하의 연구기관인 AHRQ이다. 의료의 질, 의료비용, 의료이용, 의료의 접근성 등 건강결과(health outcome)에 관련된 연구를 지원하고 수행하는 기관인 AHRQ는 ‘Omnibus Budget Reconciliation Act of 1983’ 법률에 의해 설립된 AHCPR(Agency for Health Care Policy and Research)이 그 전신으로 1999년 12월에 ‘Healthcare Research and Quality Act of 1999’ 법률에 의해 이름을 바꾸고 새롭게 정비되었다.

1999년 의회의 요청에 따라 발간된 미국 의학회의 보고서 ‘Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care’를 근간으로 하여 미국의학회는 미국 건강불평등 보고서(NHDR) 작성을 위한 틀을 AHRQ에게 제시했는데, 이는 건강불평등에 관한 보고서 작성 시 인종과 사회경제적 상태에 따라 받는 의료의 질과 의료서비스로의 접근성에 대해 초점을 맞추어야 한다고 요약될 수 있다. 이처럼 미

국 의회의 지시에 따라 AHRQ는 미국 의학회와 함께 국가의 의료의 질과 건강 불평등에 관한 보고서를 설계하였고 2003년부터 의료의 질을 높이고 의료의 격차를 줄이는 목적에 얼마나 도달했는지를 평가하기 위해 ‘미국 의료의 질과 격차에 관한 보고서(National Healthcare Quality and Disparities Report, NHQR & NHDR)’를 매년 발표하고 있다. 이 중 미국 불평등에 관한 보고서(NHQR)는 현재 미국 사회에서 격차는 어느 정도이며 이러한 격차가 완화 혹은 제거되는 정도와 건강불평등을 없애기 위해 가장 힘써야 할 영역에 중점을 두어 보고되고 있고 미국 의료정책의 방향에 영향을 미치고 있다.

나. 건강불평등 지표

앞에서 언급했듯이 AHRQ에서 발행한 최초의 미국의 의료의 질과 건강불평등에 관한 보고서(NHQR & NHDR)에서 사용된 미국의학회에서 제시한 지표들은 <표 2-9>에서 살펴보듯이 건강한 상태로 사는 것(staying healthy), 건강이 좋아지는 것(getting better), 질병이나 장애와 함께 살아가는 것(living with illness or disability), 생애 말에 대처하는 것(coping with the end of life)의 4가지로 이루어진 소비자의 의료에 관한 욕구라는 한 축과 안전(safety), 효과성(effectiveness), 환자 중심성(patient centeredness), 적시성(timeliness)의 4가지로 구성된 의료의 질에 관한 요인이라는 다른 한 축으로 이루어진 기본 틀에 의해 형성 되었다.

〈표 2-9〉 미국 의료의 질과 건강불평등 보고서(NHQR & NHDR)의 지표 기본틀

		의료의 질에 관한 요인			
		Effectiveness	Safety	Patient Centeredness	Timeliness
의료욕구 (Health care needs)에 관한 소비자 관점	Staying healthy				
	Getting better				
	Living with illness or disability				
	Copying with end of life				

자료: AHRQ. (2013). National Healthcare Quality & Disparities Reports. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD.

최근 발행된 건강불평등보고서(NHDR, 2013)에 따르면 미국의 의료 시스템은 모든 미국인이 최적의 기능을 발휘하도록 예방, 진단, 치료를 통해 정신적 신체적인 복지를 향상시키기 위해 고안된 것이고 따라서 의료(health care)는 개인에게 있어서 전 생애를 걸쳐 건강하게 사는 것, 질병에서 회복하는 것, 만성질환이나 장애와 함께 사는 것, 죽음에 대처하는 것에 도움을 주는 것이라고 규정하였다(AHRQ, 2013). 또한 의료의 질은 의료서비스를 안전하고 시간에 맞게, 환자중심으로 효율적이고 공평하게 전달하는 것이라고 규정했는데 이러한 개념은 미국 의학회에서 처음에 제시한 지표의 틀을 기초로 한 것이다. 미국 의학회에서 제시한 틀(표 2-9 참조) 안에서 생성되어 미국 불평등에 관한 보고서(NHDR)에서 활용된 대표적인 지표는 다음의 〈표 2-10〉, 〈표 2-11〉과 같다.

NHDR에는 〈표 2-10〉, 〈표 2-11〉에서 제시된 지표들 외에도 위 제시된 지표들을 ‘Healthcare Research and Quality Act of 1999’ 법률에 의해 규정된 소수 민족, 저소득, 여성, 18세미만 아동, 65세 이상 노인, 농촌지역 거주자, 장애인·만성질환자·생애말기 환자, 동성애자 인구집단에 적용하여 각각의 인구집단을 대상으로 성정체성(gender identity),

소득, 교육, 성, 연령, 거주지, 의료 보험별로 지표들을 비교하여 이들이 경험하는 건강불평등에 대해서도 자세하게 보여주고 있다.

〈표 2-10〉 효과성(effectiveness)영역의 주요 지표

영역	지표와 비교 기준
암	인종별 유방암 검진율
	인종별 유방암 조기 진단율
	인종별 권고시술 시행률
	인종별 사망률
심혈관질환	인종별, 소득별 지질 검사율
	인종별, 소득별 심장마비원내사망
	인종별 ACE 억제제/ ARB
	인종별, 소득별 입원율
	하와이인(vs백인)의 지질 검사율, 울혈 심장미비입원율
만성신장질환	인종별 투석전 12개월내 신장 관리
	인종별 투석 등록률
	인종별 이식 등록률
당뇨	인종별, 가구소득별, 교육수준별, 건강보험종류별, 성별 권고 서비스 시행률
	인종별, 소득별 입원율
	미국원주민(vs백인) 입원율
	인종별 말기신장질환발병률
HIV and AIDS	인종별 교육수준별 검사
	인종별 성별 권고 서비스 시행률
	인종/성별, 인종/연령별 사망률
모자보건	인종별, 소득별 산과외상
	인종별 필수 예방접종
	인종별 응급실 방문
	인종별, 소득별 치과진료
	인종별, 소득별 미치료 충치
	청소년 소득별 건강검진과 예방접종
	인종별, 소득별 수막구균 접종
정신건강/ 약물남용	인종별, 교육수준별 우울증, 중독, 약물 남용 치료
	인종별 자살률

영역	지표와 비교 기준
	인종별 남용 응급실 치료
근/골격계 질환	인종별, 소득별 골다공증검사
	인종별, 건강보험별 관절염 교육
	인종별, 건강보험별 관절환자 상담
호흡기질환	인종별 폐렴 예방접종
	인종별 권고 서비스 시행률
	인종별, 출생지별 폐렴 치료
	인종별, 교육 수준별 천식약 복용
	아시아인, 남미인의 천식 환자 수
생활습관 수정	인종/소득별, 인종/교육 수준별, 인종/소득별 금연, 운동, 신체활동, 식습관 상담
	인종별, 행동 장애 정도별 성인비만율
기능상태 보존 및 재활	인종별 재가치료환자의 운동 기능 향상
	인종별 일상생활에서의 도움이 필요한 장기요양환자
	인종 재활시설환자 운동성 점수 등
지원 및 완화의료	인종별 정서적 지원을 받은 호스피스 환자 비율
	인종별 호흡곤란 재가 성인 환자비율
	인종별 요양원거주자의 욕창비율

자료: AHRQ. (2013). National Healthcare Quality & Disparities Reports. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD.

〈표 2-11〉 기타 영역별 주요 지표

지표 영역	지표	비교 기준
환자안전 (Patient Safety)	병원성 감염	인종, 의료보험
	의료 사고	인종, 소득
	예방 가능한 조기 사망률	인종, 소득
적시성 (Timeliness)	원하는 즉시 진료를 받지 못한 환자 비율	인종, 소득
	응급실 대기시간	인종, 의료보험
	심장마비환자 재관류술 시행 시간	인종
환자중심성 (Patient Centeredness)	성인 환자 /어린이 환자 진료경험	인종, 소득, 사용언어, 교육
	환자의 병원 이용경험	
	환자와 가족의 의사결정 참여	인종, 소득, 교육, 영어능력수준
	병원이용 환자의 사용언어 종류	

지표 영역	지표	비교 기준
	병원의 외국어 사용 환자의 비율(2개의 주만 포함)	병원 오너쉽, 지역
	언어통역서비스 제공병원을 주로 이용하는 성인 수	종, 교육, 소득
진료 조정 (Care Coordination)	진료 이송 및 서면 퇴원 안내	인종
	정보 연계	인종, 교육
	병원 재입원율	인종, 12개 주
	예방 가능한 응급실 방문	소득, 지역
	약물 정보 안내	인종, 행동장애정도, 지역
효율성 (Efficiency)	부적절한 약물사용	인종, 성
	예방가능한 성인 입원율	인종, 소득
	장천공된 맹장염	인종, 소득, 연령, 성
	편의 없는 잠재 위험 예방서비스	인종, 소득
의료시스템 기반 (Health System Infrastructure)	의료정보기술: 병원 EHR이용률	병원
	전자의무기록이용률	인종, 성
	의료 인력분포	인종
	보건의료 소외지역 인구비율	인종
	연방지원 보건소 이용환자 비율	인종, 소득
의료 접근도 (Access to Health Care)	의료보험 보장률	인종, 소득
	무보험 환자 비율	인종, 소득
	의료비 부담비율	인종, 소득
	주치의 진료 환자 비율	인종, 소득

자료: AHRQ. (2013). National Healthcare Quality & Disparities Reports. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD.

〈표 2-10〉~〈표 2-11〉에서 볼 수 있듯이 NHDR에서 미국 의학회의 가이드라인에 따라 의료의 여러 측면을 고려하여 생성되어 사용된 지표의 75% 정도는 효과성(effectiveness)에 관한 것이다. 또한 건강불평등을 측정하는 지표는 의료의 질을 측정하는 지표들과 동일하나 건강불평등을 측정하는 지표는 의료의 질을 측정하는 같은 지표를 인구집단별로 비교하는 형식으로 활용되는데 주로 인종에 따라 비교하는 지표가 대다

수입을 알 수 있다. 의료의 질에 관한 지표를 건강불평등을 평가하기 위해 적용함에 있어서 중요한 논의는 인종과 사회경제적 상태와의 복합적인 영향을 어떻게 다룰 것인가에 관한 것이다(Swift, 2002). 소수민족은 저학력과 저소득인 경향이 있으므로 인종적 격차(disparity)는 종종 사회경제적 상태와 밀접한 관련이 있기 때문이다. 인종적 격차와 사회경제적 상태에 따른 격차를 구별하기 위해 NHDR에는 나이, 성, 인종, 가구소득, 교육, 건강보험, 거주지 등에 따라 지표가 비교 분석되었으며 250개 이상의 건강에 관련된 지표들이 이 보고서에 포함되어있다(AHRQ, 2013).

다. 활용된 데이터

미국에서 건강불평등에 관한 보고서를 작성하기 위해 사용할 만한 국가 차원의 패널데이터는 없는 실정이어서 미국 건강불평등 보고서(NHDR)에는 다양한 기관에서 생성된 약 40개의 데이터가 활용될 수밖에 없었다(AHRQ, 2013). 상당수의 국가 차원의 조사에는 다양한 소수의 인종과 사회경제적 상태에 따른 구분이 포함되어 있지 않기 때문에 여러 개의 데이터를 혼합하여 사용하게 되었고 이에 따르는 여러 가지 한계점을 지닌다. 우선 여러 데이터들이 서로 완전히 비교가능하지 않다는 한계가 있고, 특정 인종 집단에 관한 데이터는 결과에 대한 표본 집단의 대표성이 부족하다는 한계가 있다. 더 나아가 특정 소수인종을 대상으로 하는 조사는 거의 없는 실정이다. 또한 패널데이터처럼 지속적으로 생성되는 데이터가 많지 않기 때문에 시간에 따른 건강불평등의 추이와 변화를 살펴보는 것에도 한계가 있다. NHDR에서 활용된 주요 데이터는 다음의 <표 2-12>에 제시되어 있다.

〈표 2-12〉 National Healthcare Quality and Disparities Report of 2011(AHRQ, 2012)에 사용된 생성(후원) 기관별 데이터¹⁾

생성기관	데이터
AHRQ	Healthcare Cost and Utilization Project (HCUP)
	National CAHPS® Benchmarking Database (NCBD)
CDC (Center for Disease and Control)	Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS)
	National Ambulatory Medical Care Survey (NAMCS)
	National Health Interview Survey (NHIS)
	National HIV/AIDS Surveillance System
	National Home and Hospice Care Survey (NHHCS)
	National Hospital Ambulatory Medical Care Survey (NHAMCS)
	National Hospital Discharge Survey (NHDS)
	National Immunization Survey (NIS)
	National Program of Cancer Registries (NPCR)
	National Survey of Family Growth (NSFG)
	National Tuberculosis Surveillance System (NTBSS)
	National Vital Statistics System: Linked Birth and Infant Death Data (NVSS-I)
	National Vital Statistics System: Mortality (NVSS-M)
	National Vital Statistics System: Natality (NVSS-N)
Center for Medicare & Medicaid Services (CMS)	Home Health Outcome and Assessment Information Set (OASIS)
	Hospital Compare
	Medicare Current Beneficiary Survey (MCBS)
	Medicare Quality Improvement Organization Program
	Nursing Home Minimum Data Set (MDS)
Health Resources and Services Administration (HRSA)	Uniform Data System (UDS)
Indian Health Service (HIS)	National Data Warehouse (NDW)

생성기관	데이터
National Institutes of Health (NIH)	Surveillance, Epidemiology, and End Results Program (SEER)
	United States Renal Data System (USRDS)
Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA)	Substance Abuse Treatment Episode Data Set (TEDS)
U.S. Census Bureau	American Community Survey
Academic Institutions	California Health Interview Survey (CHIS)
	University of Michigan Kidney Epidemiology and Cost Center (UM-KECC)
Professional Organizations and Associations	American Hospital Association (AHA), Information Technology Supplement
	Family Evaluation of Hospice Care (FEHC) Survey
	Healthcare Effectiveness Data and Information Set (HEDIS)
	National Cancer Data Base (NCDB)
AHRQ, HRSA, HIV/AIDS Bureau (HAB).	HIV Research Network (HIVRN)
AHRQ, CDC, NCHS	Medical Expenditure Panel Survey (MEPS)

주: 1) 2013년 5월에 발표된 2012년 보고서에 사용된 데이터에 대한 정보가 나와 있을 부록은 아직 미발표됨.

자료: AHRQ. (2012). National Healthcare Quality & Disparities Reports. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD.

3. 우리나라에서의 함의

미국의 경우 건강불평등을 평가하는 지표는 의료의 질을 측정하는 지표와 동일하여 이러한 동일한 지표를 인구집단별로 비교하여 보여주는 방식으로 활용되고 있다. 또한 건강의 여러 측면 중 건강결과(health outcome)에 관한 지표가 많아서 건강불평등의 원인이 되는 소득, 의료 보험 등의 요인 자체에서의 차이는 간과하고 있다는 한계가 있다.

미국의 건강불평등의 평가에 있어서는 지표들의 인종별 격차가 가장 큰 영역을 차지한다. 한국 사회의 경우는 무엇보다 지역과 소득별 격차가 클 것으로 예상된다. 그러나 한국도 이제 다문화 사회라는 말이 어색하지 않을 정도로 한국 사회 내에도 다양한 인종들이 살고 있기 때문에 비록 적은 수이지만 처음부터 소수민족들을 포함시켜서 의료의 질과 함께 이들의 건강결과도 주시해 볼 만 한다. 미국 사례에서 발견되는 다양한 인종 집단을 포함하고 있는 국가차원의 신뢰할 만하며 지속적으로 생성되는 데이터가 없다는 한계를 되풀이하지 않기 위해서라도 시작부터 가능한 많은 열악한 인구집단을 포함시키고 정기적, 지속적으로 국가차원의 신뢰성 있는 데이터를 설계하고 생성해 나아갈 필요가 있다.

미국의 예에서 보듯이 가장 먼저 해야 할 일은 국가의 의료 정책에 관한 목표를 세우되 건강 불평등에 관한 목표를 포함시키는 일이다. 목표를 세움에 있어서는 미국과 같이 처음에는 건강 불평등의 완화 혹은 감소로 시작하여 차차 건강불평등의 제거로 차례로 목표를 높게 세워 나갈 수 있다. 수립된 국가의 건강 정책에 관한 목표에 따라 지속적으로 조사를 하고 보고를 해 나아가며 보고된 내용을 국가 의료 정책에 꾸준히 반영하여 목표를 이행함으로써 우리 사회가 의료 서비스를 필요로 하는 모든 사람이 공평하게 서비스를 받는 것이 보장되는 사회로 나아가야 할 것이다.

제4절 스웨덴

1. 정책 수립배경

1930년대, 건강불평등(부자와 빈자간의 영아 사망률)은 정치적 이슈였으며, 건강은 기본적 인권으로서 다른 인간권리에 대한 접근에 영향을 미

치는 것으로 여겨졌다. 1970년에는 모성보건 및 사회복지 정책 수행으로 건강불평등은 주요한 문제로 받아들여지지 않았다. 그러나 영국의 블랙 보고서가 등장하면서 건강의 사회경제적 불평등에 관한 관심을 가지기 시작하였다. 스웨덴은 영국에 비해 정도는 덜하지만, 건강에서의 사회경제적 불평등이 존재하였다. 1980년대 중반, 스웨덴 의회는 불평등을 감소시키는 법안을 통과시키고, 매 3년마다 건강의 사회경제적 불평등에 관한 보고서를 출간하기로 하였다. 1991년, 건강불평등 문제 해결을 위한 국립공중보건원에 관한 입법안이 제출되었으나 보수-자유 연정이 선거에 승리함으로써 평등문제에 관한 관심은 우선순위에서 밀려났다. 1996년, 건강의 사회경제적 불평등 연구를 위한 프로그램 시행 법안이 채택되었고, 2000년 이후, 건강불평등은 중요한 의제 및 정치적 아젠다 중 높은 비중을 차지하게 되었다(신영전, 2009).

스웨덴에서는 건강불평등이 근본적으로 계층 간의 소득격차에서 비롯된다고 보고 그 해소를 위해 소득불평등 해소를 우선적으로 제시한다. 2000년 스웨덴 공중보건위원회가 내놓은 건강정책의 첫 목표는 지니계수를 낮추는 것이다. 이와 같이, 스웨덴은 건강에 영향을 미치는 요인 중 보다 근본적 요인(distal determinant)에 초점을 맞추는 경향(예를 들어, 사회적 자본의 강화, 만족스러운 환경에서의 보육, 작업조건의 개선, 물리적 환경 창출, 건강한 생활습관의 촉진, 건강 인프라 개발 등)이 있다.

2000년, ‘형평성의 관점에서 건강-국가공중보건목표’라는 보고서를 통해 건강 결정요인들과 인프라에 중점을 둔 18가지의 목표치를 제시하였다. 법안의 목적은 “전체 인구집단에 동등하게 좋은 건강상태를 보장하기 위한 사회적 조건을 창출” 하는 것이었으며, 11개의 정책 영역 및 주요 모니터링 지표는 다음과 같다. 1) 사회에서 참여와 영향(총선 투표율, 성 평등 지표 등), 2) 사회적, 경제적 보장(지니계수, 빈곤 아동률 등), 3)

아동 및 청소년기에 우호적인 여건을 조성(아동과 부모의 관계, 학력 수준 등), 4) 보다 건강한 근로생활(자가평가 건강상태, 직무 스트레스 지표 등), 5) 건강하고 안전한 환경 및 생산(대기오염 지표, 상해 발생률 등), 6) 좋은 건강을 촉진하는 보건 및 의료서비스, 7) 감염성질환에 대한 효과적 대책(법정 감염병 발생률, 법정 예방접종률, 항생제 내성률 등), 8) 안전한 성생활 및 더 나은 생식보건(10대 임신 및 임신 중절을, 클라미디아 감염률 등), 9) 신체활동의 증가(매일 30분 이상 신체 활동률, 걷기 및 자전거 타기 실천율 등), 10) 좋은 식이습관과 안전한 식품(체질량지수, 과일 및 채소 섭취율, 모유수유율 등), 11) 담배, 알코올 사용의 감소, 불법적 약물과 도핑에서 안전한 사회, 과도한 도박에 따른 해로운 효과 감소(흡연율, 알코올소비량, 향정신의약품 사용률, 도박률 등)와 같다. 스웨덴의 모니터링 지표들은 건강과 밀접한 관련성이 있는 건강결정요인들이면서 정책적 노력을 통해 변화 가능하고, 상대적으로 행정적 비용이 크지 않은 것들을 기준으로 선정하였다(윤태호, 2013).

2003년, 스웨덴 의회는 공중보건 정책을 채택했다. 이 정책은 국가적, 지역적으로 보건정책을 실행하는 데 가이드적인 역할을 했다. 공중보건 정책의 발전은 스웨덴 공중보건정책부처에서 발표한 여러 보고서에 잘 나타나 있다(Anita Linell et al., 2013).

2. 생산주기 및 주체

1980년대 중반 이후부터 3년마다 건강의 사회경제적 불평등에 관한 보고서를 출간하고 있으며, ‘국가공중보건위원회’를 구성하여 건강형평성을 중심으로 공중보건정책을 만들고 있다.

스웨덴 국립 연구소는 공중보건 보고서를 발간하고, 이 보고서는 공중

보건분야에서 가장 중요한 결정요인의 지표를 제공하고 있다. 또한 국가 및 지역, 지방 수준에서 개입하는 방법 또는 국가 공중보건목표와 정부법안 11가지 목표에 달성할 수 있도록 돕는다. 결과에 대한 평가 및 개입의 장기적인 효과, 대책을 제시한다. 결정요인에 관한 내용은 성별, 사회경제적 위치, 인종과 어린이, 노인, 장애인 등의 건강을 고려한 분석이 포함되어야 한다(Anita Linell et al., 2013).

3. 건강형평성 목표 및 지표

가. 목적 및 목표

공중보건정책의 주요 목적은 전 국민의 건강을 보장하는 사회적 기반을 마련하는 것이다. 특히, 사회구성원의 배경, 사회적 지위, 장애, 성별, 경제적 상황, 종교 등과는 관계없이 사회구성원의 건강을 위한 필수 조건들을 제공하는 것이라 할 수 있다(Anita Linell et al., 2013).

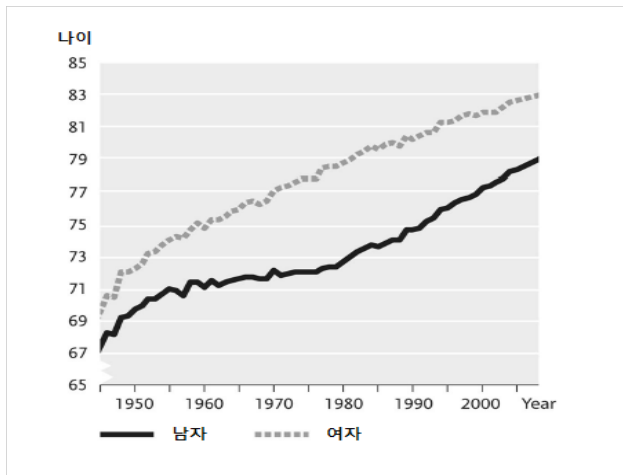
국민의 건강을 평가하는 일반적인 방법은 평균 기대여명(life expectancy)을 측정하는 것이다. 2006년, 스웨덴 여성은 전 세계에서 10번째로 평균 수명이 길었고, 남성은 5번째로 평균수명이 길었다. 2008년, 스웨덴 여성의 평균 기대여명은 83.1세였으며 남성의 평균 기대여명은 79.1세였다. 당시 OECD 국가들의 평균 기대여명은 여성이 82세, 남성이 76.5세로 OECD국가에 비해 평균 기대여명이 여성 1.1세, 남성 2.6세 더 높았던 것을 알 수 있다(그림 2-3참조)(Anita Linell et al., 2013).

스웨덴의 평균 기대여명(life expectancy)은 수세기에 걸쳐 지속적으로 증가하여 왔다. 그럼에도 불구하고 다양한 계층 사이에서 건강불평등이 존재했다. 교육수준이나 수입이 낮은 사람들은 그렇지 않은 그룹에 비

해 평균 기대수명이 더욱 낮은 것으로 나타났다. 여성들의 건강수준은 남성보다 좋지 않았고, 남성들의 평균 기대여명은 여성보다 낮았다.

건강에 취약한 사람들의 불건강(ill-health)에는 수많은 요인들이 작용하는데, 건강한 삶을 영위하는 데에는 생활환경⁹⁾이 큰 영향을 미친다 (Anita Linell et al., 2013).

[그림 2-3] 스웨덴의 평균 기대수명(1945-2008년)



자료: Swedish National Board of Health and Welfare(socialstyrelsen), 2009; Anita Linell 등 (2013). The Swedish National Public Health Policy Report 2010. SAGE에서 재인용

나. 전략 및 지표

스웨덴 공공보건정책의 전략은 1) 좋은 생활환경, 2) 건강 증진을 위한 생활환경 및 생활습관, 3) 알코올, 불법마약, 약물, 담배, 도박으로 크게 나눌 수 있다(Anita Linell et al., 2013).

9) 예를 들어, 교육, 고용, 경제적 위치, 병원에 대한 접근성 등

이와 같은 3개의 주요전략별로 건강을 위한 사회적 전제조건은 11개 주요 세부영역으로 나누고 있다. 1) 좋은 생활환경 전략의 영역으로 참여와 사회영향, 사회경제적 보장, 아동기·청소년기 환경, 2) 건강을 증진시키는 생활환경과 생활습관 전략의 영역으로 건강한 직장생활, 환경과 생산, 건강증진 보건 서비스, 전염성 질병에 대한 보호, 성 및 생식보건, 신체활동, 식습관 및 음식, 3) 음주, 마약, 흡연 등에 관한 전략 영역으로 음주, 마약, 흡연, 도박이 있다.

〈표 2-13〉 공중보건정책의 11가지 주요영역과 각 영역별 건강에 영향을 미치는 요인

목표 분야(영역)	건강에 영향을 미치는 요인
좋은 생활환경(Good living conditions)	
1. 참여와 사회영향 (Participation and influence in society)	접근가능성(Accessibility)
	참여(Participation)
	영향력(Influence)
2. 사회경제적 보장 (Economic and social prerequisites)	고용(Employment)
	재정상태, 경제상황(Economic conditions)
	생활환경(Living Environment)
3. 아동기 및 청소년기 환경 (Conditions during childhood and adolescence)	가정환경(Environment in the home)
	유치원에서의 환경(Environment in preschool)
	불안정한 학교교육(Incomplete school education)
건강을 증진시키는 생활환경과 생활습관	
4. 건강한 직장생활 (Health in working life)	근로환경요인(Work environment factors)
	심리사회적 근무환경(Psychosocial working environment)
5. 환경과 생산 (Environments and products)	환경적 요인(Environmental factors)
	다른 환경으로부터의 피해(Injuries in different environments)

목표 분야(영역)	건강에 영향을 미치는 요인
6. 건강 증진 보건 서비스 (Health-promoting health services)	공평한 보건의료(Health and medical care on equal terms)
7. 전염성 질병에 대한 보호 (Protection against communicable diseases)	전염병(Incidence of contagion)
8. 성 및 생식보건 (Sexuality and reproductive health)	안전한/무방비적 성관계 (Protected/unprotected sex)
9. 신체활동(Physical activity)	신체활동(Physical activity)
10. 식습관 및 음식 (Eating habits and food)	식습관(Eating habits)
	BMI(Body Mass Index)
음주, 불법마약, 약물, 흡연, 도박	
11. 음주(Alcohol)	해로운 음주습관(Harmful drinking habits)
11. 불법마약(Illicit drugs)	불법 마약 사용(Use of illicit drugs)
11. 약물(Doping)	약물 agency 이용(Use of doping agents)
11. 흡연(Tobacco)	흡연(Use of tobacco)
11. 도박(Gambling)	과도한 도박(Excessive gambling)

주: 낮은 교육수준 그리고/또는 저소득층을 전제조건으로 한 주요 지표에 진하게 표시를 함.
자료: Anita Linell외(2013). The Swedish National Public Health Policy Report 2010. SAGE. p.13

1) 전략 1: 좋은 생활환경

‘좋은 생활환경’에는 참여와 사회영향, 사회경제적 보장, 아동기 및 청소년기 환경이 포함된다.

건강증진을 위한 사회적 전제요건은 경제적, 행정적 수단들을 실행하는 것이다. 어린이와 젊은 층에게 좋은 출발을 할 수 있게 도와주는 것(소득, 학교, 고용기회 등), 직업과 사회적 안전망을 통하여 모든 사람들이 건강증진을 위해 경제적, 사회적 기반을 조성하는 것, 젊은 층, 장애인, 노약자들의 참여 가능성을 높이는 것, 건강증진 서비스 및 의료보호서비스

스를 제공하는 것이 이에 포함된다(Anita Linell et al., 2013).

2) 전략 2: 건강을 증진시키는 생활환경과 생활습관

정책 분석 결과 일상생활에서 건강을 증진시켜야 하는 것으로 나타났다. 정책에 제시된 전략의 주요목적은 1) 건강 지향적인 도시 계획 도입 (안전증대, 육체적 활동을 증진시키는 환경조성), 2) 건강을 증진시키는 일터 조성, 3) 젊은 층의 상담센터 증대, 헬스케어에 대한 접근성 증대, 4) 소아과 병원(아동과 가족의 식습관 및 육체적 활동에 관한) 및 지원학교에 대한 접근성 증대이다(Anita Linell et al., 2013).

3) 전략 3: 음주, 마약, 약물, 흡연, 도박

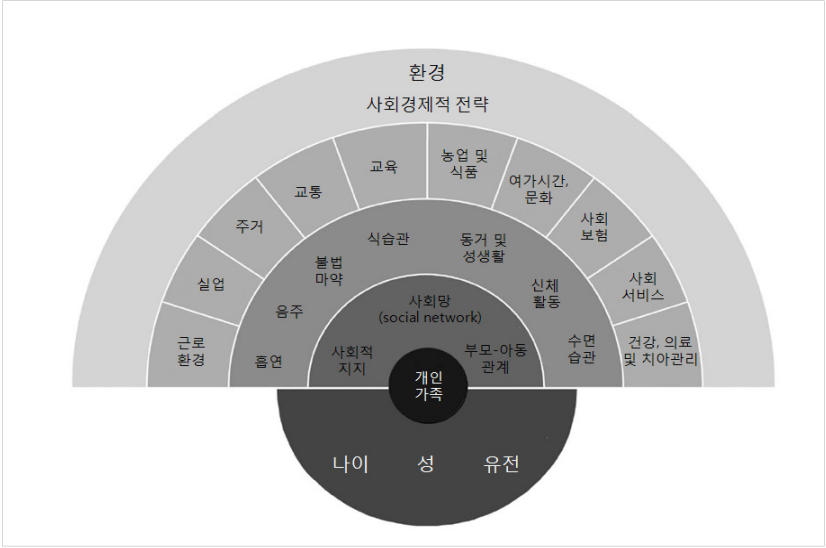
술, 마약, 담배, 도박은 법에 근거를 두고 있다. 법은 현재의 국제적 변화에 맞추어 조정되어야 하고, 감독 및 조정을 위한 효과적인 방법도 필요하다. 또 다른 중요한 측면은 술과 담배의 가격을 조정하는 것이다. 이 방법은 정보를 제공하는 방법은 물론 사회적으로 입법 지원을 강화하는 것과 술, 담배 예방을 위한 홍보활동도 중요하다. 술, 담배는 질병과 높은 사회적 비용을 유발한다. 술, 담배, 약의 오남용으로 인한 질병 때문에 발생하는 사회적 비용은 연간 520억SEK에 달한다(Anita Linell et al., 2013).

다. 건강에 영향을 미치는 주요 요인

건강에 영향을 미치는 주요 요인은 생물학적 요인, 관계요인 (relationship), 생활습관 및 사회적 요인으로 말할 수 있다(Anita Linell et al., 2013). 생물학적 요인은 나이, 성, 유전, 관계요인으로는 사회적 지지, 사회망, 부모와 자식 간의 관계이고, 생활습관 요인으로는 흡연, 음

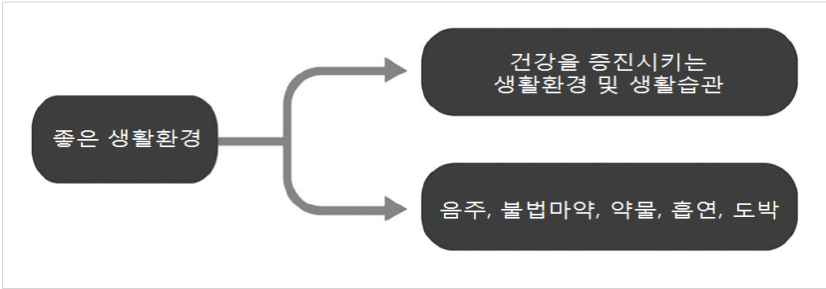
주, 불법마약, 식습관 등이며, 사회적 요인으로는 근로환경, 주거, 교육, 사회서비스, 건강관리 등이 포함된다.

[그림 2-4] 건강에 영향을 미치는 주요요인



자료: Anita Linell 외(2013). The Swedish National Public Health Policy Report 2010. SAGE. p.6

[그림 2-5] 좋은 생활환경이 건강에 미치는 영향



자료: Anita Linell 외(2013). The Swedish National Public Health Policy Report 2010. SAGE. p.50

낮은 교육수준, 낮은 소득과 불건강은 건강에 악영향을 미치고, 건강악화에 영향을 미치는 요인(음주, 마약, 흡연, 도박 등)은 가난한 사람들에게서 많이 나타났다. 장기적인 관점에서 건강을 증진하는 가장 중요한 전략은 ‘좋은 생활환경’에 우선순위를 두어야 한다. 좋은 생활환경은 생활습관을 결정하고, 일생동안의 건강을 증진시킨다(Anita Linell et al., 2013).

4. 활용데이터 관리방안 및 모니터링 체계

스웨덴의 국가공중보건연구소는 각 목표영역별 지표 선정시 건강과 밀접한 상관성이 있고, 건강결정요인으로서의 타당성, 의미가 있고, 정치적 결정으로 변화 가능한 것, 상대적으로 행정적 비용이 많이 들지 않는 것을 선정하고 있다. 또한 성, 연령, 가족 형태, 지역수준 사회경제적 집단, 민족 등으로 층화 가능한 것을 선정한다(신영진, 2009).

11개 주요 영역별 모니터링 지표를 살펴보면 다음과 같다.

〈표 2-14〉 스웨덴의 영역별 모니터링 지표

구분	지표
① 참여와 사회영향	- 지자체 선거에서 투표자수(지자체수준) - 젠더평등 지표(지자체수준) - 사업장에서 활동하는 근로자 비율(지자체수준)
② 사회경제적 보장	- 지니계수로 측정한 소득 불평등도 - 빈곤아동가구(중간소득의 50% 미만), 연금생활자 가구(중간소득의 60%), 장기 장애자 가구(국가 빈곤선 미만)의 비율: 지자체 수준 - 불건강 지표(상병급여, 조기 퇴직): 지자체수준
③ 아동 및 청소년기의 안전하고 우호적 조건	- 아동과 부모 간의 관계의 질적 수준: 국가 수준 - 보육기관 종사자의 교육 수준: 지자체수준 - 초등학교와 대학학력: 지자체수준 - 학생들이 학교에 영향을 미치는 정도: 국가 수준

64 한국의 건강불평등 지표와 정책과제

구분	지표
	- 선생님과 기타 교육자 그리고 동료 학생들에게서 학생들이 대우받는 정도: 국가수준
④ 건강한 직장생활	- 자가 평가 작업관련 건강상태 : 광역수준 - 위험요인의 축적 지표: 광역수준 - 직무 긴장도 지표(직무요구, 직무통제 및 사회적지지): 광역수준
⑤ 건강하고 안전한 환경과 생산품	- 대기 중 이산화 질소 농도: 지자체수준 - 모유에서 화학 물질의 농도:지자체 수준
⑥ 높은 질의 건강증진에 기여하는 보건의로 서비스	-
⑦ 전염성(감염성) 질병에 대한 효과적 대응	- 법정 신고 전염병의 발생률: 광역수준 - 아동예방접종률의 매년 추후관찰(홍역, 볼거리, 풍진): 지자체 수준 - 항생제 저항의 매년 추후관찰: 광역수준
⑧ 안전한 성생활과 양질의 생식보건	- 20세 미만 여성 1,000명당 임신과 임신중절 수: 지자체 수준 - 15-29세 클라미디아(chlamydia)감염률: 광역수준
⑨ 신체활동의 증가	- 하루 최소 30분 동안 신체적 활동을 하는 인구 비율: 국가수준 - 최소한 '건강한 신체활동' 과목에서 합격한 중학교 3학년(15~16세)과 고등학교 3학년(18~19세)의 비율: 국가수준 - 개인의 이동수단이 관련하여 보행 또는 자전거를 타는 인구 비율: 광역수준
⑩ 식이습관과 안전한 식품	- 체질량 지수: 광역수준 - 매일 과일과 채소를 500g 이상 섭취하는 인구비율: 국가수준 - 4~6개월에 모유수유만을 하는 영아의 비율: 지자체 수준 - 캄필로박터균과 살모넬라균 감염으로 보고된 발생률: 지자체 수준
⑪ 담배, 음주의 사용 감소, 불법 마약과 약물이 없는 사회, 과도한 도박에 의한 피해감소	- 자가 보고 흡연율: 지자체 수준 - 자가 보고 간접 흡연율: 광역수준 - 총 알코올 소비: 지자체 수준 - 알코올 관련 질병 및 사고로 인한 사망률: 지자체/국가수준 - 자가 보고 항정신의학품 사용: 광역수준 - 항정신의학품 관련 질병 및 사고로 인한 사망률: 지자체/국가수준 - 과도한 도박률: 국가수준

자료: 신영진,윤태호,김명희, 조홍준 등(2009). 건강불평등 완화를 위한 건강증진 전략 및 사업개발. 한양대학교산학협력단, 건강증진사업지원단.

5. 정책적 개입

스웨덴 국가공공보건정책기관의 3가지 주요역할은 다음과 같다. 1) 공중 보건 분야의 효과적인 방법과 전략에 대한 국가의 전문 기관을 설립한다. 지방 및 지역 수준에서의 방법, 도구(tools)와 전략 도입 및 구현에 대한 지원이 포함되어 있다. 2) 공중 보건 동향을 모니터링하고 국가 공공 보건 정책을 평가한다. 동등한 조건에서 건강은 정치적으로 우선순위가 다. 사후관리(follow up)는 성별, 사회 경제적 상태, 장애, 성적 위험(sexual-endangering), 연령 등의 요인에 대한 공중보건에 초점이 맞춰져야 한다. 공중 보건 평가는 공공 보건 정책 보고서의 한 부분으로 모니터링 되고 분석된다. 3) 술, 담배와 건강을 위태롭게 하는 제품의 분야에 감독을 행사한다. 감독은 분류의 필요성을 조사하고, 술과 담배 법에 따라 행사되는 건강을 위협하는 불법 마약 및 같은 제품을 규제해야 한다 (Anita Linell et al., 2013).

스웨덴은 분배정책을 강조하고, 정부의 지시에 따라 국가기관이 맡은 책무를 목표에 맞게 수행함으로써 모든 국가기관에 영향을 미친다. 건강 불평등을 줄이기 위해 지방자치와 책임을 분담한다. 또한 공공보건연구소(The National Institute of Public Health)를 두어 각 기관의 업무를 지원·실행 가능하게 하고, 공공보건정책보고서를 발간한다.

〈표 2-15〉 영국과 스웨덴의 건강형평성 비교

항목	영국	스웨덴 ¹⁾
지표 생산체계	-	보건의료서비스법
평가지표	- 평균 대비 빈곤지역의 유아사망률과 기대여명의 격차감소 (기대여명 증가, 유아사망률 감소) ²⁾	지니계수
생산주기	- Tackling Health Inequalities- A programme for action : 2010년까지 3년마다 시행계획 수립	- 불평등 감소시키는 법안 통과 - 매 3년마다 건강의 사회경제적 불평등에 관한 보고서 출간(1980년대 중반이후부터)
담당부서	보건부, NHS(National Health Services)	국립공중보건위원회(National Public Health Commission), 국가공중보건연구소(국립공중보건원)
정책 활용도	-	- 건강불평등은 중요한 의제이며, 정치적 아젠다 중 높은 비중을 차지함.
지표 구성	〈12개 주요 지표〉 1) 1차 의료 접근성 2) 사고 3) 유아빈곤 4) 식이 5) 교육 6) 노숙 7) 주거 8) 독감예방접종 9) 체육교육과 학내 스포츠 10) 흡연율 11) 10대 임신 12) 주요 질병에 의한 사망률	〈지표기준〉 - 건강과 밀접한 상관성 - 건강결정요인으로서의 강력한 타당성 - 의미가 있고, 정치적 결정으로 변화 가능함. - 상대적으로 행정적 비용이 많이 들지 않는 것 - 성, 연령, 가족형태, 지역적 수준, 사회경제적 집단, 민족 등으로 층화 가능할 것
기타	국가, 지방자치, 제3부문, 민간부문, 지역사회가 적극적으로 참여할 것을 요구	〈특성〉 - 정치가들과 전문가들이 함께 작업함. - 건강의결정요인과 다부문간 실행에 중점을 둠. - 강력한 과학적근거에 기반함. - 정책개발에서의 민주적 과정을 매우 중시함. - 모든 사회계층에게 골고루 적용되는 제도주의적 접근법을 취함.

주: 1) 스웨덴: 신영전, 윤태호, 김명희, 조홍준 등(2009). 건강불평등 완화를 위한 건강증진 전략 및 사업개발. 한양대학교산학협력단, 건강증진사업지원단.(재구성)

2) 권순만(2007). 건강형평성 관련 성과지표개발연구. 서울대학교보건대학원, 건강증진사업지원단

제5절 네덜란드

1. 정책 수립배경

많은 유럽 국가에서 건강불평등에 대한 관심이 높아지는 동안 네덜란드도 일찍이 건강불평등에 많은 관심을 보였다. 지금까지 건강불평등의 정도와 불평등 감소를 위한 정책적 개입에 관해 많은 연구가 진행되었으며(권순만, 2007), 국가 수준의 연구계획을 발표하면서 건강불평등을 첫 번째 국가 목표로 설정해 건강증진을 위해 많은 노력을 가하고 있다. 네덜란드는 영국, 스웨덴 등 주변 국가로부터 건강형평성 정책에 영향을 받았지만, 국가 차원의 체계적인 근거기반 중재사업에 기반하여 네덜란드 실정에 맞는 정책을 개발하였다(윤태호, 2013). 영국, 스웨덴 등 많은 국가가 건강불평등 지표에 초점을 둔 반면, 네덜란드는 정책 개입 시점을 우선순위로 두어 12가지 개입 지점의 목표를 설정하여 건강불평등 감소를 위한 프로그램 개발에 힘쓰며 체계적으로 건강불평등 연구를 진행해 왔다(Mackenbach et al., 2004). 또한, 구체적인 목표를 설정하여 현실적인 건강불평등 감소를 위한 노력을 가하고 있다.

네덜란드의 건강불평등 연구는 1980년대 초반부터 보건복지부 주관으로 진행되어 왔으며, 이후 10년 간 건강불평등 연구에 매진하여 건강불평등에 관한 자료와 지식을 쌓는 일에 앞장섰다. 또한 4년 마다 건강 증진 목표 달성을 위한 보고서를 발간하여 건강에 영향을 미치는 다양한 분야의 현황파악 및 목표를 통해 지속적으로 국민의 관심과 정책적 아젠다로 떠오르고 있다.

2. 건강형평성 목표 및 지표

가. 국가연구계획

네덜란드의 국가연구계획은 처음 5년간 사회적으로 폭넓은 관심 유발과 관련 자료 수집에 초점을 맞추었으며, 그 후에는 사회경제적 건강불평등의 차이를 줄이기 위한 정책 목표와 목표 달성을 위한 다양한 프로그램 개발에 힘쓰고 있다. 1989년부터 1993년까지 5년 동안 건강불평등에 관한 첫 번째 국가 연구 프로그램이 도입되었으며, 이 기간 동안 건강불평등과 관련된 자료 수집, 건강불평등 크기 측정 등 건강불평등과 관련된 다양한 부문의 연구가 진행되었다. <표 2-17>은 건강불평등 감소를 위한 포괄적인 4가지 전략과 세부 목표를 보여주고 있으며, 이 중 7가지 세부 목표에 대해 긍정적인 결과를 보인다(Mackenbach et al., 2004).

<표 2-16> 국가연구계획 개요(1985~2001)

연도	국가연구계획 개요
1985	- Health For All(WHO, 1981)에서 제시한 건강 증진 목표 반영
1987	- 보건복지부에 의해 국가연구계획(1989-1993)을 제안
1994	- 첫 번째 국가연구계획 결과를 공중보건장관에게 보고
1995	- 건강의 사회경제적 불평등의 감소는 정책 목표 중 하나로 언급 - 두 번째 국가연구계획 시작(1995-2000)
1996	- 건강의 사회경제적 불평등이 주요 공중보건 문제로 강조
2000	- 사회경제적 불평등의 감소는 중요한 정책 목표로 언급
2001	- 두 번째 국가연구계획 결과의 권고사항을 공중보건장관에게 보고

자료: Johan P Mackenbach and Karien Stronks(2004). The development of a strategy for tackling health inequalities in the Netherlands. International Journal for Equity in Health, 3.

〈표 2-17〉 4가지 포괄적 전략과 12가지 목표(Intervention studies)

전략	목표
1. 빈곤층의 사회경제적 불평등 감소	- 빈곤층 아이들을 대상으로 건강검진 실시
2. 건강으로 인한 사회경제적 불평등 감소	- 질병으로 인한 결석이 많은 아이들을 위한 상담 프로그램 시행
3. 불건강 환경에 대한 노출 및 불건강 행태 감소	- self organising team 도입
	- 특정 직업군을 대상으로 직무 순환(Rotation of tasks) 프로그램 시행
	- 육체적 질병에 노출되는 특정 직업군을 대상으로 작업 환경 개선
	- 임신 전 후의 엽산 섭취 장려를 위한 대중매체 캠페인
	- 빈곤층 아이들을 대상으로 치아 예방 프로그램 시행
	- 빈곤 지역 거주자를 위한 건강도시, 지역 사회 개발 프로젝트 시행
	- 흡연시기 감소를 위한 흡연 예방 프로그램 시행
4. 의료서비스 질과 의료접근성 향상	- 노숙자 중 장기정신질환자에 대한 관리의 일환으로 지역 의료 네트워크를 형성
	- 당뇨병환자를 위한 혈당 조절 및 건강행동에 대한 교육 프로그램 시행
	- 빈곤층의 만성 폐쇄성 폐질환자에게 간호 서비스 제공

자료: Johan P Mackenbach and Karien Stronks(2002b). A strategy for tackling health inequalities in the Netherlands. BMJ: British Medical Journal, 325(7371), 1029.

또한 미흡한 부분에 대해서는 각 분야 전문가와 정책 입안자로 구성된 위원회를 통해 새로운 정책과 개입 가능한 권장사항을 논의하였다. 첫 번째 국가연구계획 결과로써, 건강이 사회경제적 위치의 영향을 받는 인과적 메카니즘(causation mechanism)은 건강이 사회경제적 위치에 영향을 준다는 선택 메카니즘(selection mechanism)보다 더 중요한 것으로 나타났다(Mackenbach et al., 2002a; 권순만, 2007).

두 번째 국가 연구 프로그램은 앞선 5년 동안 연구한 건강불평등의 자

료를 토대로 건강불평등을 줄이기 위한 프로그램의 개발 및 정책 진입지점을 체계적으로 관리하기 시작했다. 첫 번째 국가연구계획의 결과를 바탕으로 보충이 필요한 개입 지점에 대해 개입 목표를 재설정하였으며, 이 목표는 현재까지 주요 목표로 채택되어 건강형평성의 총괄목표로 다뤄지고 있다. 총괄목표로는 빈곤가구의 비율을 2020년까지 8%로 감소, 흡연율과 과체중 비율을 25%로 감소, 교육 수준에 따른 의료서비스 이용 차이를 감소하는 것이다. 또한 건강불평등을 측정하는 여러 사회경제적 지표들 중에서 교육수준에 주된 초점을 두고 있어(윤태호, 2007) 교육수준에 따른 건강불평등 감소 정책이 주를 이루고 있다.

〈표 2-18〉 수정된 4가지 포괄적 전략과 12가지 목표(Intervention studies)

전략	목표
1. 빈곤층의 사회경제적 불평등 감소	- 저소득층의 중등교육 비율을 12%(1989년)에서 25%(2020년) 이상으로 높임.
	- 소득불평등을 나타내는 지니계수는 0.24(1996년)로 유지
	- 최저생계수준 105% 이하 가구 비율을 10.5%(1998년)에서 8%(2008년)로 감소
2. 건강으로 인한 사회경제적 불평등 감소	- 고용된 상태에서 작업능력을 상실한 고용자의 급여를 2000년 수준으로 유지
	- 만성질환자(25~64세)의 고용률을 57%(1997년)에서 57%(2020년) 이상으로 높임.
3. 불건강 환경에 대한 노출 및 불건강 행태 감소	- 교육수준에 따른 흡연율의 차이를 25% 이하로 낮춤 • 2020년까지 교육수준이 낮은 흡연자의 비율을 38%에서 35%로 감소
	- 교육수준에 따른 휴식 기간 운동 실천율의 차이를 25%로 감소 • 2020년까지 운동을 하지 않고 교육수준이 낮은 집단의 비율을 53% 이하로 낮춤.
	- 교육수준에 따른 과체중 인구의 차이를 25%로 감소 • 교육 수준이 낮은 집단 중 과체중인구를 15%(1999년)에서 12%(2020년)으로 감소
	- 교육 수준에 따른 물리적 화중에 의한 질병의 차이를 25% 감소

전략	목표
	• 교육 수준이 낮은 집단 중 물리적 하중이 높은 집단의 비율을 53%(1999년)에서 48%(2020년)으로 감소
	- 교육 수준에 따른 차이를 25%로 감소 • 교육 수준이 낮은 집단 중 자신의 노동의 계획과 실행을 결정할 수 있는 사람의 비율을 58%(1999년)에서 63%(2020년)으로 증가
4. 의료서비스 질과 의료접근성 향상	- 교육수준에 따른 의료서비스 이용의 차이를 1998년 수준으로 유지

자료: Johan P Mackenbach and Karien Stronks(2002b). A strategy for tackling health inequalities in the Netherlands. BMJ: British Medical Journal, 325(7371), 1029; 권순만(2007), 건강형평성 관련 성과지표 개발 연구, 보건복지부

나. 건강 증진 목표 달성을 위한 보고서

보건복지부는 건강 예방과 건강 증진을 위한 산하 연구기간을 두어 국민들에게 건강예방 프로그램의 접근성을 높이고 있다. 그 중 대표적인 연구기간인 국가공공보건환경연구원(RIVM; National Institute for Public Health and the Environment)¹⁰⁾은 보건복지부의 독립적인 기관으로 보건, 환경 분야의 전문가로 구성되어 있으며, 건강하고 안전한 생활환경과 관련된 지식 제공 및 통계 자료를 제공한다. 또한 4년마다 향후 건강 증진 목표 달성을 위한 보고서를 발간하고 있으며, 1993년부터 발간을 시작해 2014년에는 6번째 보고서가 발간 예정이다. 보고서는 공중보건의 현재 상태와 관련된 내용을 포함하고 있으며, 건강, 질병, 건강 결정요인, 예방, 건강격차, 지역 및 국제 비교 등 건강 관련 분야에 대해 다루고 있다.

최근 보고서인 2010년 보고서는 Toward better health란 주제로 발간되었으며, 수명, 질병, 건강한 환경, 건강한 사회, 건강격차, 예방, 건강과 자산의 세부 분류로 이루어져 있다.

10) 국립공공보건환경연구원(<http://www.rivm.nl/>)

〈표 2-19〉 Toward better health(2010)의 건강 관련 지표(일부)

구분	지표
1. 사망(Dutch life expectancy still on the rise)	- 65세 기대수명
	- 남성의 기대수명
	- 여성의 기대수명
	- 80세의 기대수명
	- 네덜란드와 유럽의 비교
	- 지역별 기대수명
	- 전염성 질환, 암, 심혈관질환으로 인한 사망률
	- 여성의 평균 수명 예측
2. 질병(More disease, but not less healthy)	- 건강수명
	- 사망률 순위
	- Potential years of life lost 순위
	- 질병부담 순위
3. 건강생활과 건강환경	- 흡연율(1958-2008)
	- 성별에 따른 비만, 과체중 분포(1987-2007)
	- 젊은 층의 비만, 과체중 분포(2000-2008)
4. 건강사회	- 국내총생산과 수명(1950-2008)
5. 건강 격차	- 교육수준에 따른 기대여명(2005-2008)
	- 지역별 사망률(2005-2008)
	- 교육수준에 따른 만성질환자수(2007)
	- 교육수준에 따른 건강결정요인(2007)
6. 예방(The potential of prevention)	- 질병과 건강위험요인을 고려한 건강 예방 지출 규모(2007)
	- 질병에 따른 예방과 건강유지 비용(2007)
7. 예방(A perspective for prevention)	
8. 건강과 자산	- 의료비 지출(1999-2030)

자료: F. van der Lucht and J.J. Polder(2010). *Toward Better health*. RIVM.

또한 국가공공보건환경연구원 홈페이지에는 관련 세부 기관이 나열되어 있어 특정 분야와 관련된 자료를 찾아 볼 수 있다. 그 중 국립보건연구소(Nationaal Kompas Volksgezondheid)¹¹⁾는 국립 공중보건 및 환경 연구소 (National Institute for Public Health and Environment)

와 보건사회센터(Centre for Health and Society)에 의해 설립되었으며, 여러 분야의 전문가들로 구성되어 건강관련 통계와 자료를 제공한다. 홈페이지에서 제공하고 있는 건강불평등 지표는 다음과 같다.

〈표 2-20〉 사회 경제적 지위의 차이에 따른 건강 불평등 지표

대분류	중분류
질병과 조건	정신 분열증
	알코올 의존
	약물 의존
	불경기
	암
	심장 질환
	장애
	만성 습진
	천식, 만성폐쇄성폐질환
	당뇨병
	류머티즘
	관절염
	목 및 어깨 통증
	장애 팔꿈치, 손목 및 손
	장애
삶의 질	만성질환 및 다발성 질환
	인지 건강
	성인의 정신 건강
	결근 및 장애
	건강 관련 삶의 질
사망률	단기 장애
	사망
	수명
	건강 수명

자료: 국립보건연구소 홈페이지 내용 일부 정리(<http://www.nationaalkompas.nl/thema-s/gezondheidsachterstanden/sociaaleconomische-status/gezondheid-en-ziekte/>)

11) 국립보건연구소 홈페이지(<http://www.nationaalkompas.nl/>)

제6절 우리나라에서의 함의

국내의 건강불평등 해결을 위한 정책적 노력에 비해 서구 선진국에서의 노력은 상당히 포괄적이고 구체적으로 진행되고 있다. 지금까지 살펴본 바와 같이 영국, 네덜란드, 스웨덴, 미국 등은 정도의 차이는 있겠으나 모두 국가 건강목표에 건강수준의 향상과 함께 건강불평등의 완화를 핵심 목표중의 하나로 설정하고 있다. 또한 이들 국가들은 국가주도로 체계적이고 포괄적으로 건강불평등 해소를 위한 정책 목표를 수립하고, 목표 달성을 위해 지속적인 모니터링을 실시하고 있다.

이들 국가들의 건강형평정책은 단순한 보건의료자원 배분 내지는 서비스 제공에 의존하는 방식이 아니라, 사회정의와 공평성의 실현이라는 관점에서 포괄적인 사회정책적 접근을 하고 있음을 확인할 수 있다(윤태호, 2013).

특히 각 국가별로 정치경제적, 문화적 맥락은 상당히 다양하지만, 이러한 국가들의 공통점은 모두 건강결정요인에 근거한 포괄적이고 통합적인 건강불평등 해결을 위한 정책 청사진을 국가적 차원에서 제시하고 있다(Machenbach et al., 2003; 윤태호, 2007 재인용).

우리나라 역시 정부가 발표한 “제2차 국민건강증진종합계획”과 “제3차 국민건강증진종합계획”에는 총괄목표 중의 하나로 “건강수명의 연장” 외에 “건강형평성 제고”가 포함되어 있다. 그러나 “제2차 국민건강증진종합계획”에서는 “건강형평성 제고”가 중점과제로 제시되어 있었으나 구체적인 실행계획이 수립되지 못했고, “제3차 국민건강증진종합계획”에서는 중점과제조차 제시되지 않은 반면 인구집단별 건강증진사업 중 취약인구집단의 건강개선에만 초점을 두는 것으로 건강형평성 제고 사업을 국한하여 전 국가적인 건강불평등 문제를 해결하기에는 한계를 보이고

있다. 이처럼 한국의 건강형평정책의 단계는 건강불평등의 해결이 중요하다는 부분적인 인식단계에 머무르고 있으며, 본격적인 사회 아젠다로 발전하지는 못하였다(신영전 외, 2011).

국내에서 불평등과 관련된 정책연구는 꾸준히 실시되어 왔다. 김혜련 등(2004)의 ‘건강 수준의 사회계층간 차이와 정책 방향’, 강영호 등(2006)의 ‘건강증진목표 설정을 위한 건강 형평성 평가지표 개발과 건강 형평성 현황 조사 연구’, 이상이 등(2006)의 ‘우리나라 뇌혈관 질환의 사회경제적 불평등 실태와 정책과제’, 권순만 등(2007)의 ‘건강형평성 관련 성과지표 개발 연구’, 손미아 등(2008)의 ‘암 발생과 사망의 건강 불평등 감소를 위한 역학지표 개발 및 정책개발 연구’, 강은정 등(2008)의 ‘건강 수명의 사회계층간 형평성 및 정책과제’, 신영전 등(2006~2009)의 ‘건강 불평등 완화를 위한 건강 증진 전략 및 사업 개발’, 강영호 등(2012)의 ‘서울시 건강 격차 해소를 위한 보건 정책 방안 연구보고서’ 등이 대표적이다. 그러나 이러한 연구들의 결과물은 정책이나 구체적인 사업으로 연결되지 못하였고, 국가 단위에서 건강불평등을 모니터링하는 체계조차 갖추지 못하고 있다.

이러한 상황 하에서 국민의 건강에 대한 책임을 상당부분 국가에서 보장하는 유럽 국가들은 말할 나위도 없이 적어도 미국과 같이 건강에 있어서도 개인의 책임을 강조하는 자유주의를 표방하는 국가에서조차 인구집단간 건강격차 해소를 위해 국가가 적극적으로 나서는 것은 우리나라에 주는 함의가 적지 않다 할 것이다.



제3장 건강불평등 지표 영역

제1절 건강불평등 발생 기전

제2절 건강정책 모형

제3절 건강불평등 지표 영역 설정

제4절 건강불평등 지표 선정 원칙

3

건강불평등 지표 영역 <<

제1절 건강불평등 발생 기전

건강불평등 해소를 위해서는 연구자나 정책결정자별로 다양한 연구과제를 제시할 수도 있으나, 정책 근거자료의 생산과 관련하여 가장 시급한 것은 모니터링에 활용할 수 있는 적절한 형평의 평가지표를 개발하는 것이라 할 수 있다(최병호 등, 2004).

지난 20여 년간 서구 선진국에서 이루어진 연구 동향을 살펴보면, 초기의 연구들이 대부분 불평등을 기술하는데 집중했던 데에 비해 최근의 연구들은 건강불평등이 발생하는 기전과 경로에 대한 설명으로 옮겨가고 있으며 이들은 체계적인 전략 개발의 토대로 기능하고 있다(Mackenbach JP, 2002a; 최병호 등, 2004 재인용). 기존의 건강불평등 발생 기전 모형을 시간 순서대로 제시해 보면 다음과 같다.

지표영역 구성과 관련하여 Dahlgren & Whitehead(1991)의 모형, Marmot & Wilkinson(1995)의 모형, Diderichsen & Hallqvist(1998)의 모형, Kaplan & Lynch(1999)의 모형, House(2002)의 모형, WHO CSDH(2008)의 모형 등이 있으며, 각각의 특징은 다음과 같다.

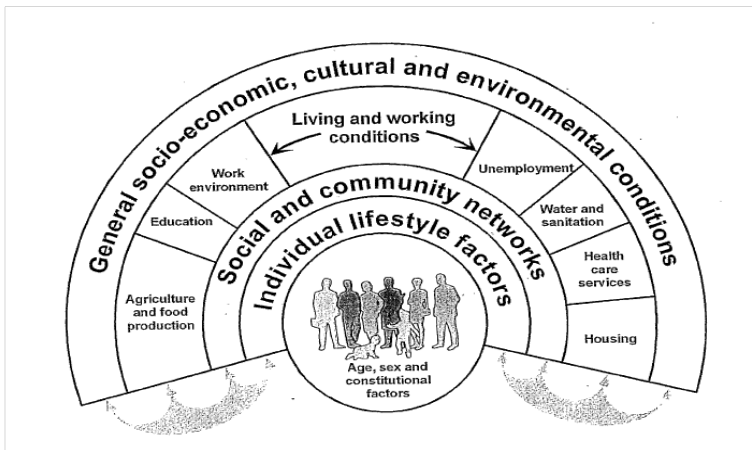
1. Dahlgren과 Whitehead의 모형

Dahlgren & Whitehead(1991)의 모형은 건강에 영향을 미치는 다양한 차원의 사회적 건강결정요인을 보여주는 데 중점을 두고 있으며 다양

한 요소들을 순차적으로 배치하여 건강불평등을 결정하는 경로를 나타내고 있다. 모형은 일반적인 사회·경제적·문화적·환경적 조건 하에서 농업과 식량생산, 교육, 근로환경, 실업, 위생, 보건의료서비스, 주거를 포함하는 생활 및 근로조건이 사회 및 지역사회의 네트워크와 개인의 생활습관 요인을 거쳐서 개인의 건강에 영향을 미치고 있음을 도식화 하고 있다.

건강불평등 결정요인에 대한 정책 개입 방안의 첫 번째 단계로는, 장기적인 사회구조의 변화를 위해서 경제 개혁, 세금 정책, 무역 등 국가 안에서 행할 수 있는 정책과 국제적으로 협약을 해야 하는 정책이 있다. 두 번째 단계로는 보건정책과 사업전략을 통한 생활과 노동조건을 개선할 것을 목표로 하며, 보건서비스, 식품과 영양, 직업 환경 개선과 관련된 정책이 있다. 세 번째 단계로는 가구원과 가구 모두를 위한 지역 사회의 커뮤니티 강화가 있다. 네 번째 단계로는 개인생활습관에 영향을 주는 것을 목표로 설정할 수 있다.

[그림 3-1] Dahlgren & Whitehead(1991)의 모형

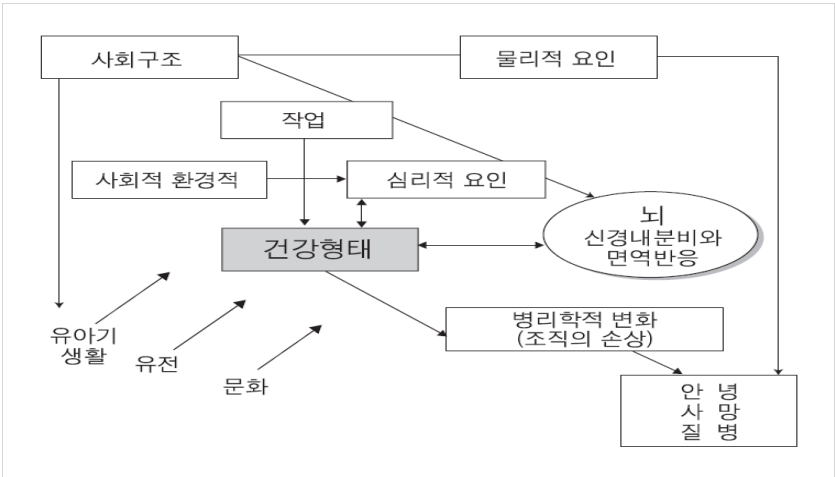


자료: Dahlgren, G. and Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Futures Studies.

2. Marmot과 Wilkinson의 모형

Marmot & Wilkinson의 모형은 건강 혹은 건강불평등과 관련 있는 사회경제적 환경으로 인해 인체에 나타나는 생물학적 영향들과 그러한 영향들이 발현되는 기전에 초점을 맞추고 있다.

[그림 3-2] Marmot & Wilkinson의 모형



자료: Marmot, M., & Wilkinson, R. G. (1999). Social detenninants of health. Oxford University Press, Oxford(재인용)

이 모형에서 물리적 요인은 사회, 근로환경 요인을 통하여 건강과도 직접적인 관계가 있음을 나타내는 한편 심리적 요인을 형성하는 데도 영향을 미친다. 또한 유아기 때의 경험, 문화, 유전적 요소는 건강에 영향을 미치고, 사회구조는 물리적 요인을 통해 안녕에도 영향을 미친다.

이러한 흐름은 주요 질병 발생의 근본적인 원인이 되며, 사회의 건강과 개인의 질병사이의 중간지점에 위치해 있다. 다른 측면에서 보면 건강인

구에 대한 사회조직적인 영향은 정신적, 생물학적인 과정에 의해 조정될 수 있음을 보여주고 있다.

사회경제적 위치에 따라 발생하는 관련 요인들과 건강수준 사이에서 존재하는 수많은 중첩적이고 연관적인 요인들이 사망과 질병, 장애를 가져온다. 따라서 사회경제적 요인들과 건강수준 사이에서 중첩적으로 존재하는 모든 요인들에 대하여 건강불평등을 감소시킬 수 있는 정책과 중재의 개입지점이 존재할 수 있는 것이다¹²⁾.

3. Diderichsen과 Hallqvist의 모형

Diderichsen & Hallqvist(1998)의 모형은 건강불평등이 발생하는 기전 혹은 단계별 정책적 개입을 강조하고 있다.

건강불평등이 생물학적 특징이나 확률적 우연에 의한 건강의 차이가 아니라 사회경제적 조건에 의한 결과라면, 건강불평등 완화정책 또한 이러한 사회경제적 조건을 고려해야 하지만 사회적 결정요인이 건강에 작동하는 과정이나 그 결과를 이해하기는 매우 어려운 것이 사실이다.

Diderichsen & Hallqvist(1998)의 모형은 이 복잡한 문제를 체계적으로 이해할 수 있는 토대를 제공하고 있으며, 모형을 통해 건강불평등 완화 정책의 가능한 진입 지점을 강조, 확인할 수 있다.

이 모형에서 사회적 환경은 사회의 구조와 관계들을 지칭하며 노동시장, 교육체계, 정지적제도, 기타 문화적·사회적 가치들이 포함되는데, 이러한 사회적 맥락은 사회적 계층화를 야기한다. 사회적 계층화는 개인들에게 차별적인 사회적 위치를 부여하며, 사회적 계층화의 지표로는 소득, 학력, 직업, 사회계급, 젠더, 인종, 민족 등이 포함된다. 사회적 계층화는

12) 김혜련(2009). 한국의 건강형평성 실태와 정책과제. 보건복지포럼(재인용)

건강에 유해한 환경에 대한 폭로의 불평등, 그리고 건강조건과 물질적 자원의 측면에서 차별적 취약성을 낳고, 불건강에 대한 차별적 결과를 낳기도 한다. 특정위험요인의 노출에는 흡연, 음주, 신체활동, 영양, 비만 등이 포함되며, 질병에는 사망률, 이환율 등이 포함된다.

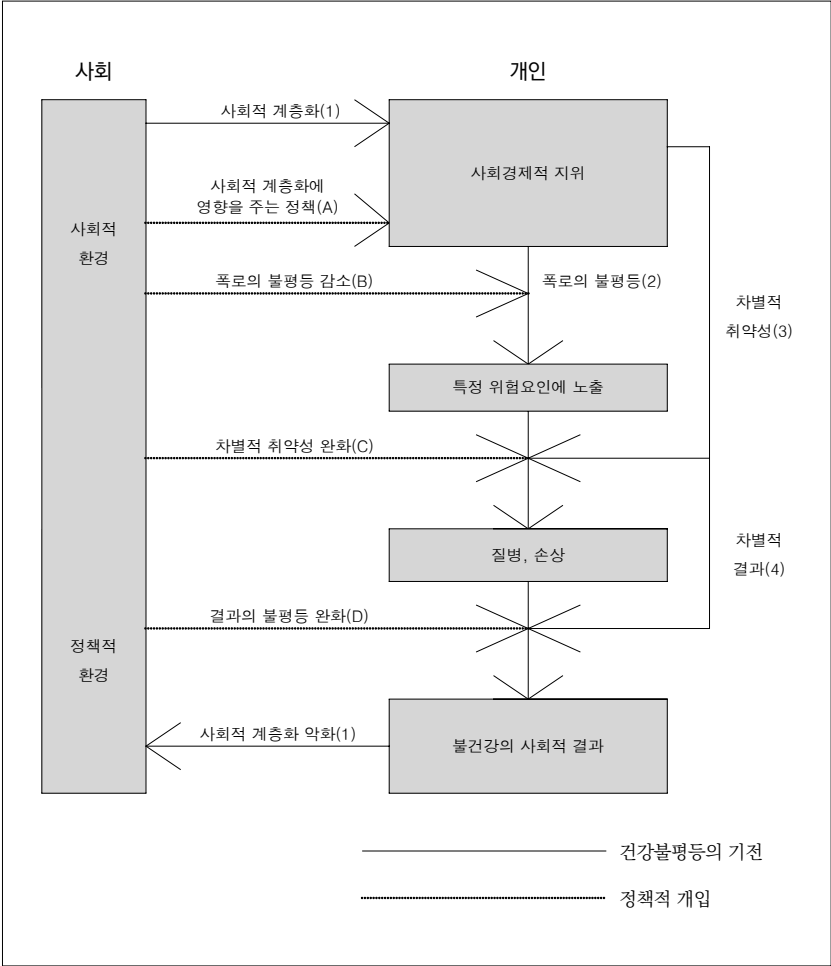
각 단계별 정책 진입시점에 대한 설명은 다음과 같다.

〈표 3-1〉 Diderichsen & Hallqvist(1998)모델에서의 각 단계별 정책 진입 시점

구분	내용
1. 사회적 계층화에 영향을 주는 정책	- 가장 근본적인 수준의 건강불평등 정책으로, 사회적 계층화에 영향을 미치는 요인들, 사회적 불평등을 낳는 요인들에 대한 중재를 고려할 수 있으며, 평등한 교육 기회의 제공, 분배적 복지제도의 개혁 등이 여기에 해당함. - 건강불평등을 낳는 사회경제적 질서 자체를 재편한다는 측면에서 잠재력이 크고 가장 근본적인 답이 될 수 있지만, 건강과의 인과 고리가 매우 길기 때문에 정책결정자들이 쉽게 받아들이기 어렵고, 정책의 효과를 단시간 내에 판단하기도 어려움. - 대부분의 정책들이 보건의료 영역을 벗어나 있다는 점에서 보건 분야가 주도적으로 논의를 이끌어가기 어렵다는 현실적인 어려움도 존재함.
2. 폭로의 불평등 감소와 차별적 취약성 완화	- 사회계급과 계층에 따라 위험 요인의 폭로 수준이 다르기 때문에 건강불평등이 발생하는 경우로서, 불평등한 질서 자체를 바꾸지는 못하더라도 폭로의 차이를 완화하는 방안이 여기에 해당함. - 정규직과 비정규직 노동자의 건강 격차가 나타났을 때, 문제의 근본적 원인이라 할 수 있는 비정규 고용 자체를 철폐하지는 못한다 해도 제도적 보완을 통해 비정규직이 차별적인 환경에 노출되는 것을 막는 것을 예로 들 수 있음. - 똑같은 위험요인에 폭로되었다 해도 낮은 사회계급의 취약성이 더 크기 때문에 사회계급이 낮은 아동, 노인의 차별적 취약성을 완화하기 위한 정책이 필요하며, 유년기 부모의 보살핌, 정신 건강, 사회적 지원 등의 방안이 있음.
3. 결과의 불평등 완화	- 이미 질병에 이환되거나 건강문제가 발생했을 때 그로 인해 발생하는 사회적 영향의 격차를 최소화시키는 방안으로 결과의 불평등 완화를 기대할 수 있으며, 지불 능력이 아니라 필요에 따라 질 높은 의료서비스를 받을 수 있는 의료보장제도를 확립하는 것 등이 해당함. - 건강불평등의 발생 기전과 직접 닿아있지 않지만, 보건의료 분야 정책 결정자들이 통제 가능하다는 것과 정책의 효과성에 대한 판단이 비교적 쉽다는 것이 장점이라 할 수 있음.

자료: 김명희(2009). 건강형평성, 보건의료를 넘어. 제3기 보건의료정책과정 자료집 (재구성)

[그림 3-3] Diderichsen & Hallqvist(1998)의 모델



자료: Diderichsen, F., & Hallqvist, J. (1998). Social inequalities in health: some methodological considerations for the study of social position and social context. Inequality in health—a Swedish perspective. Stockholm: Swedish Council for Social Research, 25-39(재인용)

4. Kaplan과 Lynch의 모형

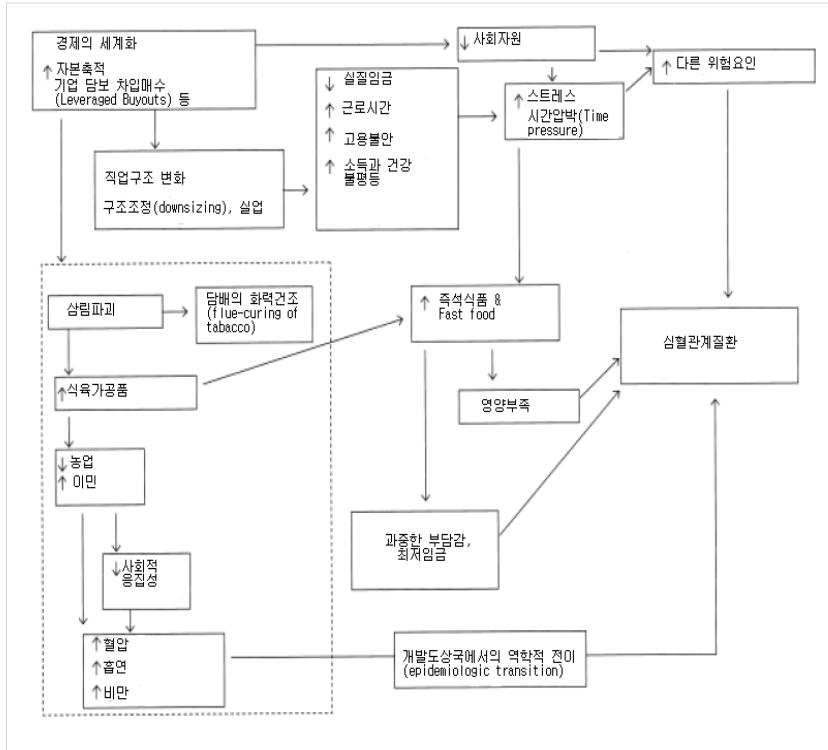
Kaplan & Lynch(1999)의 모형은 심혈관계 질환 예방을 위한 모형을 제시하면서 보다 근원적(distal) 예방을 위하여 정치·경제·사회적인 맥락을 강조하고 있다.

예를 들어, 소득불평등은 심혈관계질환율과 관계가 있기 때문에 중요한 요소이다. 지난 15~20년 동안 세계경제는 발전해 왔지만 거대자본의 출현과 자유시장경제 체계의 강화와 같은 상황은 작업구조를 변화시키고, 구조조정 및 실업률을 증가시켰고, 시간제·일용직 근로자수를 크게 증가하였을 뿐만 아니라 근로시간까지 증가하는 경향을 보였다.

이러한 요인들이 ‘부자’와 ‘가난한자’ 사이의 격차를 넓게 하고, 소득재분배에서 불평등을 증가시키게 되었다. 근로에 대한 부담이 증가하는 것은 식습관, 과체중, 신체적 활동 등에 영향을 미칠 수 있는데, 신체적 활동 수준은 식이, 신체활동량 증가 등에 영향을 미침에도 불구하고 여전히 비만율은 증가하고 있다. 직업은 패스트푸드 소비량 증가와 관련이 있을 것이다. 미국 인구의 40% 이상이 최소 하루에 한번 이상 패스트푸드를 섭취할 것이고, 이것은 심혈관계질환에 영향을 미치는 요소로 작용하고 있다. 세계 경제화는 미국의 소고기 소비량을 증가시키고 이는 심혈관계 질환의 잠재적 위험요인으로 영향을 미친다. 삼림파괴는 벌목한 나무들이 담배의 화력건조를 위해 사용되고, 이 담배는 심혈관계질환을 일으키는 주요 위험요소이다. 농촌인구의 감소는 도시로 이주하는 현상과 동반되며, 사회응집성을 감소시키고 사회적 스트레스를 증가시키는 요인이 된다.

이와 같은 이유에서 질병의 원인이 개인이 아닌 집단 또는 지역과 같은 보다 상위수준에서 존재하는 것을 생각해 볼 수 있다.

[그림 3-4] Kaplan & Lynch(1999)의 모델



자료: Kaplan, G. A., & Lynch, J. W. (1999). Socioeconomic considerations in the primordial prevention of cardiovascular disease. Preventive Medicine, 29(6), pp.30-35.

5. House의 모형

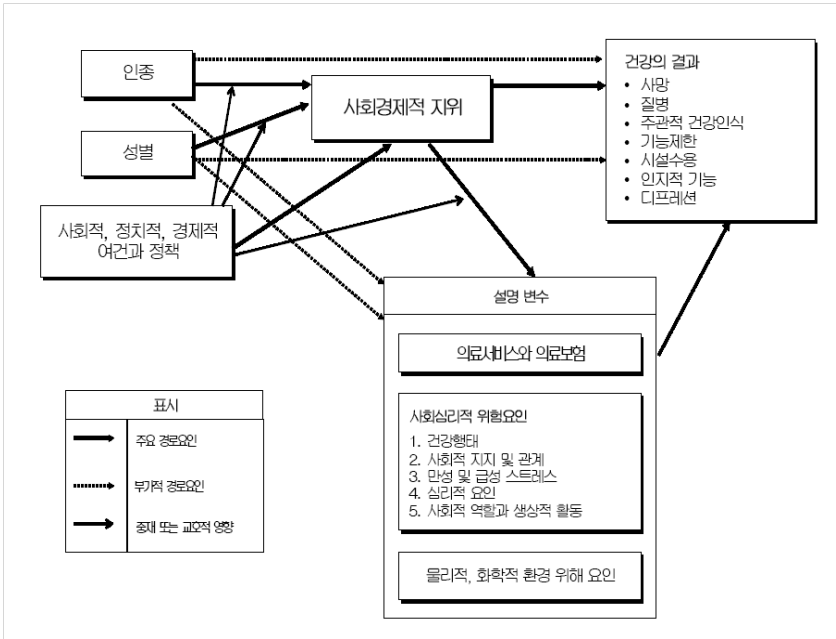
House(2002)의 모형은 불평등 발생과 관련된 설명변수를 중심에 두고 있는데, 사회경제적 지위를 강조하는 한편 인종과 성별을 강조하여 미국적 맥락에 적합한 모델로 생각해볼 수 있다. 또한, 건강의 심리사회적 위험요인과 함께 사회 불평등을 통합시키는 방안에 대한 개념적 틀을 제공하고 있다.

개인과 인구의 사회경제적 지위(socioeconomic status)의 변화는 건강의 많은 위험요소의 변화를 가져올 수 있다.

건강불평등은 기대수명, 유아사망률과 같이 한 사회 구성원들의 건강 수준을 나타내어 주는 보건지수와도 같은 것이다. 때문에 건강 부문에서 사회적 불평등을 이해하기 위해서는 사회적 위험 요소들이 포함된 통합적인 틀을 만드는 작업이 수반되어야 한다.

이러한 과정을 통해 광범위한 사회·경제적 영향력을 이해함으로써 건강에 대한 심리적, 환경적 위험 요소들을 배열가능하게 하는 데 도움을 줄 수 있다.

[그림 3-5] House(2002)의 모델



자료: House, J. S. (2002). Understanding social factors and inequalities in health: 20th century progress and 21st century prospects. Journal of health and social behavior, pp.125-142.

이상에서 살펴본 바와 같이 Marmot & Wilkinson의 모형은 건강불평등 발생기전을 설명하는 데 생물학적 요소 및 사회구조를 주요 요소로 사용하고 있으며, Kaplan과 Lynch는 소득과 같은 사회경제적 요인을, House는 사회경제적 지위를 이용하고 있다. 사회적 요인에 대한 포괄정도에 따라 Kaplan & Lynch, House, Marmot & Wilkinson의 순으로 정할 수 있다.

이와 같이 각각의 모형은 각 연구주제별로 이를 설명할 수 있는 구성개념과 이론이 자리하고 있으며, 최종단계에 이르기까지의 경로를 제시하고 이에 대한 설명이 뒤따르고 있다(최병호 등, 2004). 결국 중요한 것은 불평등이 “왜, 어떻게” 나타나는지 설명할 수 있어야 하며(Marmot, 2000), 불평등 지표 또한 이러한 설명모형에 기반을 두고 개발되어야 불평등 감소를 위해 실질적인 표지자 역할을 수행할 수 있을 것이다.

제2절 건강정책 모형

Whitehead(1998)이 제시한 건강불평등 해결을 위한 활동단계 중 첫 번째 단계가 건강불평등에 대한 측정이라면, 최종 단계는 건강불평등 측정결과와 건강불평등 발생 기전에 대한 다양한 관심을 건강불평등 감소를 위한 중재와 개입, 그리고 포괄적인 정책(comprehensive coordinated policy)으로 연결하는 일일 것이다.

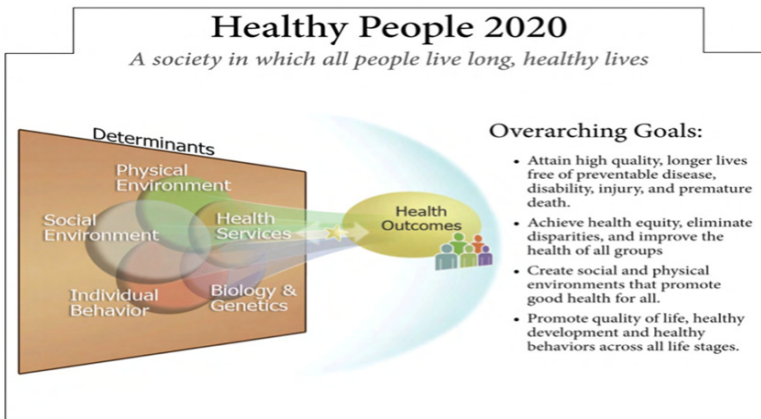
때문에 건강불평등 지표의 효과성이나 효율성을 고려하면 지표 개발 당시부터 우리나라의 건강정책과 개입가능성을 고려하는 것이 필요하다. 본 연구에서는 건강불평등 지표와 건강정책과의 연계지점 설정을 위해 먼저 우리나라의 건강정책을 살펴보고자 하였다.

우리나라의 건강 관련 정책으로는 국민건강증진종합계획이 가장 대표적이고 포괄적인 정책이라고 할 수 있다. 국민건강증진종합계획은 1992년 제1차 계획을 시작으로, 1995년 건강증진기금이 설치된 이후 변화된 건강증진사업 환경을 반영하기 위해 제2차 계획을 수립하였으며, 2011년에는 제3차 국민건강증진종합계획을 수립하여 향후 10년 동안의 건강증진사업의 토대를 마련하였다.

특히, 제3차 국민건강증진종합계획에서는 제2차 계획에 이어 “건강형평성 제고”를 “건강수명의 연장”과 함께 국가적으로 달성하여야 할 총괄 목표 중의 하나로 설정하고 있다.

국가의 건강증진 목표로 건강형평성 제고나 건강불평등 해소를 표방하고 있는 나라는 비단 우리나라 뿐만은 아니다. 미국의 경우 보건의료분야에서도 자유주의적 입장을 취하고 있으나, 국민의 전반적인 건강수준 향상을 위해 인구집단간 건강불평등의 해소를 4개 총괄목표(overarching goals)의 하나로 설정하고 이를 달성하기 위해 노력하고 있다.

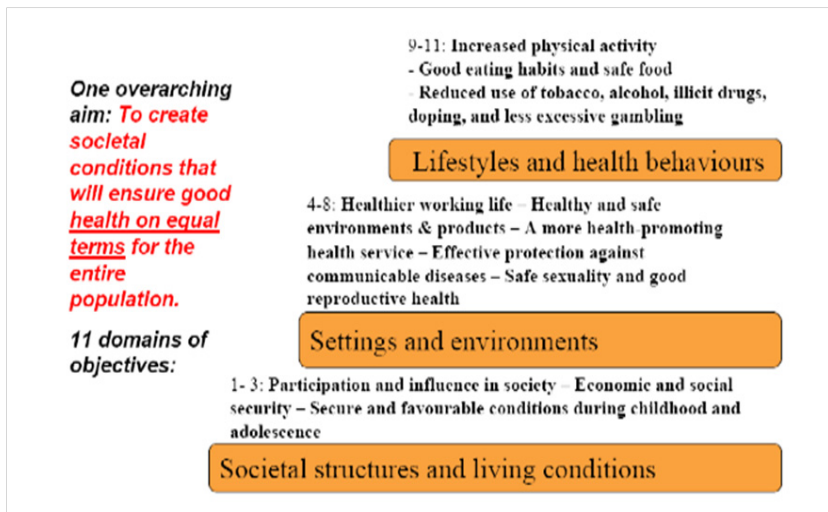
[그림 3-6] 미국 Healthy People 2020 frame



자료: <http://nefhealthystart.org/healthy-people-2020/>

스웨덴의 경우에도 국가보건정책의 목표로 11대 목표를 설정하고 있는데 그 배경으로 건강에 있어서의 인구집단간 형평을 기본적인 개념으로 설정하고 있다.

[그림 3-7] 스웨덴 Healthy Policy Purpose

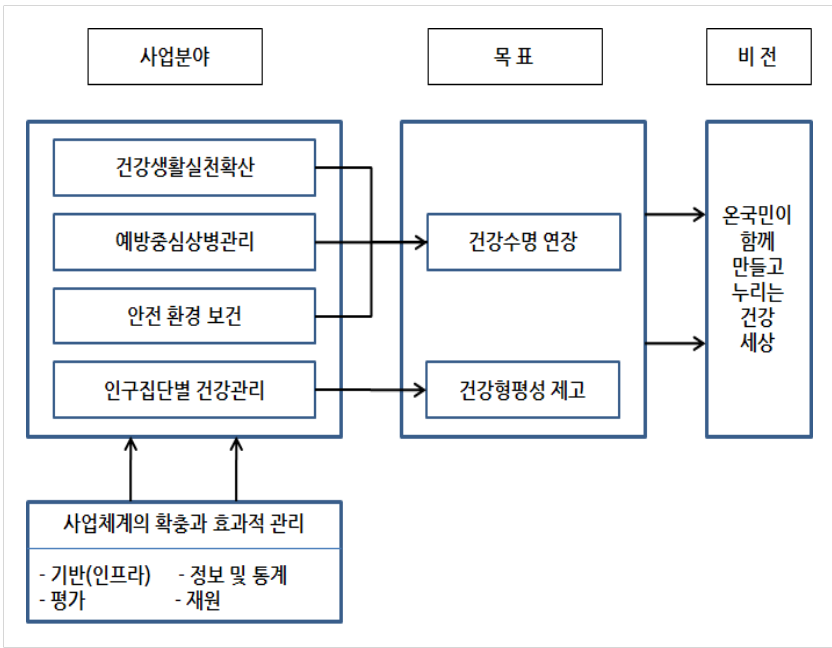


자료: 이상영 외. (2009). 국민건강증진종합계획 2020 총괄전략 수립에 관한 연구. 한국보건사회연구원.

우리나라의 경우 제3차 국민건강증진종합계획에 총괄목표를 달성하기 위한 사업분야에 “건강형평성 제고”를 위한 구체적인 노력들이 반영되어 정책화되어야 하나 현실은 그렇지 못하고 있다. 뿐만 아니라 현재의 사업 분야들은 건강에 영향을 미치는 요인들간의 인과관계나 혹은 건강결정요인들이 건강에 영향을 미치는 경로를 설명해 주기 보다는 보건복지부의 조직구성이나 사업수행 단위를 지나치게 반영하였다고 할 수 있다. 이와 같은 이유로 인해 제3차 국민건강증진종합계획의 틀만으로는 건강불평

등 지표를 도출해내기가 쉽지 않을뿐더러 연계를 위한 접점도 찾아보기가 쉽지 않은 것처럼 보인다.

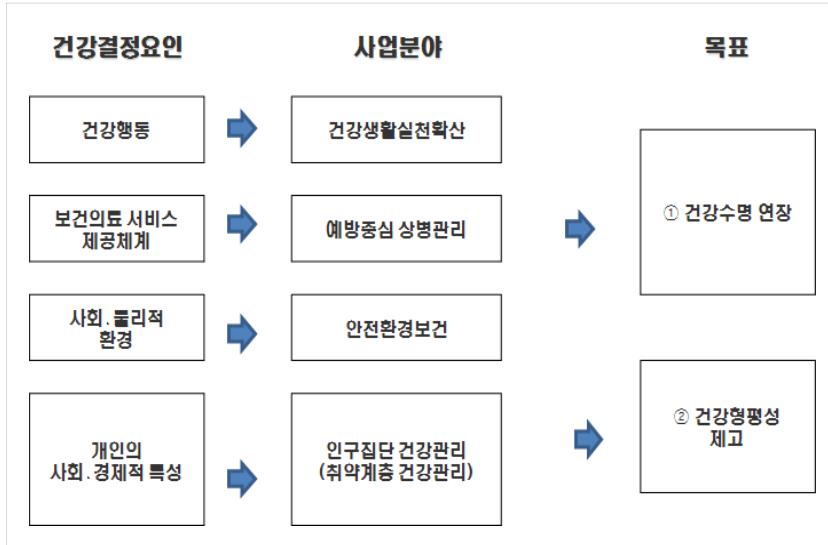
[그림 3-8] 우리나라 Health Plan 2020 frame



자료: 한국보건사회연구원·보건복지부(2011). 제3차 국민건강증진종합계획.

나아가 제3차 국민건강증진종합계획의 사업분야와 건강결정요인과의 연관성을 도식화 한 틀을 살펴보아도 그러한 상황은 크게 바뀌지 않는다. 아래 그림은 국민건강증진종합계획의 달성 목표와 사업분야 그리고 관련된 건강결정요인의 관계를 단순화 시켜 도식화 하고 있는데, 이에 따르면 국민건강증진을 위해 건강행동, 사회적·물리적 환경, 보건의료서비스, 그리고 개인의 사회·경제적 특성을 고려하고 있는 것으로 나타나 있다.

[그림 3-9] 건강의 결정요인과 중점과제와의 개념적 관련성



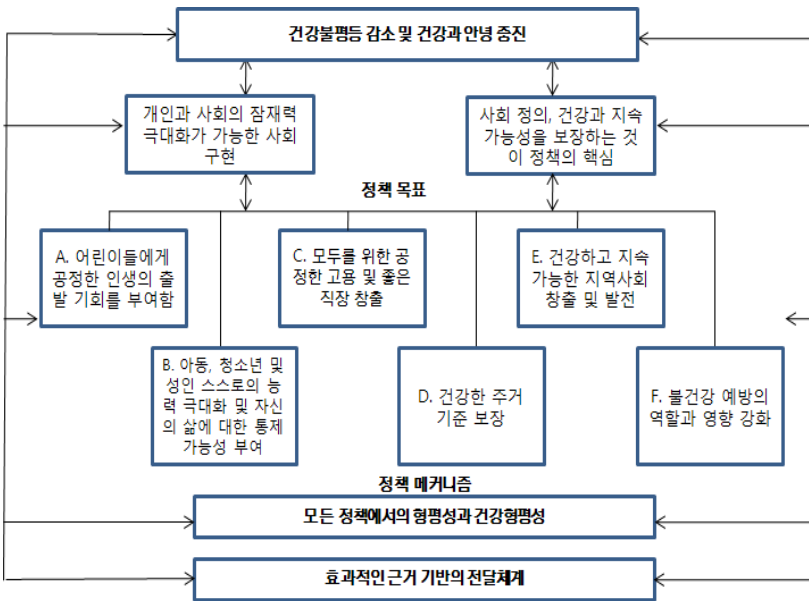
자료: 한국보건사회연구원·보건복지부(2011). 제3차 국민건강증진종합계획

그러나 이 모형은 WHO에서 권고하는 건강불평등 결정요인들을 충분히 고려하였다고 하기에는 부족한 점이 적지 않다. 특히 WHO CSDH (2008)는 개인들의 행태가 아닌 건강의 사회적 결정요인들에 주목하고, 일부 취약집단에만 한정하는 것이 아닌 불평등 전체의 기울기를 고려해야 한다고 지적한 바 있다. 그러나 위의 그림은 WHO CSDH의 권고와는 달리 “인구집단별 건강관리”라는 별도 영역을 통해 취약계층에게 추가적인 서비스를 제공함으로써 건강형평성을 제고하는 것으로 개념화 되어 있다. 또한 형평성을 달성하기 위한 구체적인 수단은 제시되어 있지 않고 있다(김명희와 이주희, 2013).

영국과 같이 건강불평등 감소를 위한 구체적인 정책목표를 수립하고, 목표 달성을 위해 모든 정책에서 건강형평성과의 연계성이나 영향 정도

를 평가하기 위해 정책실시 이전에 건강영향평가(Health impact assessment)를 실시하지는 않더라도(그림 3-10), 적어도 건강이나 건강불평등에 영향을 미치는 기전을 바탕으로 건강정책이 수립되어야 할 필요성이 있다.

[그림 3-10] The conceptual framework(Marmot review)



자료: Marmot, M., Atkinson, T., & Bell, J. (2010). Fair society. healthy lives.(재구성)

제3절 건강불평등 지표 영역 설정

그 동안 수행된 우리나라의 건강불평등 지표 산출과 관련된 대표적인 연구들은 건강불평등 지표 영역을 필요에 따라 건강수준(결과), 건강행

태, 사회경제적 요인, 중재요인 등으로 나누어 일부 혹은 전부를 사용하고 있다.

건강불평등 지표와 관련하여 신영전 등(2009)의 연구와 강영호 등(2012)의 연구가 비교적 최근에 실시된 연구로서 건강불평등 지표를 비교적 포괄적으로 제시하고 있다.

신영전 등(2009)은 “건강불평등 완화를 위한 건강증진 전략 및 사업 개발” 연구의 일환으로 “2008 통계로 본 한국 건강불평등”과 “2009 통계로 본 한국건강불평등”을 발간하였으며, 여기에는 불평등 지표 선정 방법, 세부 지표 내용을 선정하고, 세부 지표를 산출하였다. 지표는 건강결과 뿐만 아니라 건강에 영향을 미치는 근원적인 요인인 사회경제적 요인(소득, 교육 등)과 중재요인(생활습관, 보건의료체계 등)을 포함하고 있다.

〈표 3-2〉 신영전 등(2009)의 연구에서 제시한 건강불평등 지표 영역 및 세부지표

요인	지표 영역	세부 범주	세부지표
건강결과	기대수명과 사망	기대여명	OECD 국가의 기대수명, 2005
			OECD 국가의 기대수명과 일인당 GDP, 2005
			OECD 국가의 기대수명과 일인당 의료비 지출, 2005
			한국의 기대수명 변화추이, 1960-2007
			한국 전체인구 연령별 교육수준별 기대여명
			한국 전체인구 연령별 대졸과 초등학교 졸업 이하 인구군의 기대여명
			한국 남성 연령별 교육수준별 기대여명
			한국 남성 연령별 대졸과 초등학교 졸업 이하 인구군의 기대여명
			한국 여성 연령별 교육수준별 기대여명
			한국 여성 연령별 대졸과 초등학교 졸업 이하 인구군의 기대여명
		사망률	성별 학력수준에 따른 사망률의 시계열적 변화 추이, 1990-2001
			25-64세 남녀 총사망의 교육수준에 따른 건강불평등 크기
			25-64세 남성의 총사망의 교육수준별 사회경제적 불평등에 사망원인별 기여도
			25-64세 여성의 총사망의 교육수준별 사회경제적 불평등에 사망원인별 기여도

요인	지표 영역	세부 범주	세부지표
중재 요인			한국의 지역별(시군구) 연령표준화 사망률, 2004-2006
			성별 자살 사망률 추이, 1991-2004
			OECD 국가의 영아사망률, 2005
			한국의 영아사망률 변화추이, 1970-2005
			아버지의 교육수준과 영아사망률, 1995-2004
	건강 수준	주관적 건강	소득수준별 주관적으로 평가한 남녀별 불건강 수준, 1998-2005
			고용상태가 자가 보고 건강에 미치는 영향
			OECD 국가의 사회경제적 요인별 정신적 스트레스의 상대비(총 임금노동자 대비 직업군별 비)
		비만	소득수준별비만유병률, 1998-2005
		압발생률	남성의 소득수준별 압발생률(/10만명 당)
			여성의 소득수준별 압발생률(/10만명 당)
		저체중아 출산율	소득수준에 따른 사회계층별 저체중아 출생분포(출생시 2500g 미만인 경우)
	건강 생활 습관	식이	국제적 비교를 통해 본 한국의 식품 미보장 수준, 2009
			가구 특성별 식품 미보장 수준 및 국가별 비교
			국제적 비교를 통해 본 한국의 과일 섭취, 2005 (하루 최소 100g)
			교육수준에 따른 과일류의 섭취 변화, 1998-2005
		흡연	OECD 회원국의 남녀별 흡연율: 2004-2005
			소득수준별 연령표준화 흡연율, 1998-2005
		신체활동	소득수준별 연령표준화 규칙적 운동실천, 1998-2005
	건강 생활 환경	주거	지역별 최저 주거기준 미달 주택 거주율, 2005 (최저 주거기준 미달 주택 거주율)
			소득별 최저 주거기준 미달주택 거주율 분포(2005)와 소득 5분위별 3인 이상 가구 단칸방 거주 비율(2005-2006)(3인 이상 단칸방 거주 비율)
		근로 환경	소득 5분위 별 및 학력 수준 별 유해 환경 근로 비율 2005-2006
			성별 및 지역 별 유해 환경 근로 비율, 2005-2006
		안전 급수	국가별 상수도 보급률, 2000-2004
중재 요인			시도별 상수도 보급률, 1997-2007
			지역별 인구 10,000명당 공공 생활체육시설 수, 2006
	보건 의료 체계	보건 의료 자원	OECD 국가별 인구 1,000명당 주요 보건의로 인력 수, 2002-2006
			OECD 국가별 입원진료 병상수, 2002-2006
			시도별 인구 1,000명당 보건의로 인력 수, 2001-2007
			시도별 인구 1,000명당 입원 병상수, 2000-2007

96 한국의 건강불평등 지표와 정책과제

요인	지표 영역	세부 범주	세부지표
사 회 경 제 적 요 인	보건 의료 재정	보건 의료 재정	OECD 국가별 총 보건의료비대비 공적 지출 2002-2006
			OECD 국가의 GDP 중 총 보건의료지출 비중, 2005
			소득계층별 의료비지출비중(2인 이상), 1985-2005
			시도별 총 예산 대비 보건의료 예산비, 2009 (단위 %)
			시도별 1인당 보건의료비 예산 (단위 원)
		보건 의료 서비스	OECD 국가의 노인 인플루엔자 예방접종률, 2005
			노인의 소득수준별 인플루엔자 예방접종률, 2004
			OECD 국가의 자궁경부암 검진 수검률, 20세에서 69세, 2005
			수입에 따른 자궁경부암 검진 수검률, 1995-2001
			수입에 따른 건강검진 검진 수검률, 1997-2005
			월가구소득별 미치료, 치료지연율, 2005
	재정 및 소득	재정	OECD 국가의 일인당 지역내총생산의 분포범위, 2005
			시도별 일인당 지역내총생산, 1999-2007
			시도별 재정자주도, 2003-2009
		소득	가구주 교육수준별 월평균 가구 소득(2인 이상), 2005-2008
			소득계층별 가구당 월평균 소득(2인 이상), 2005-2008
			OECD 국가의 지니계수, 2004
			한국의 지니 계수 변화(도시근로자), 1989-2007
			OECD 국가의 분위수 배율(P90/10), 2004
			한국의 분위수 배율(P90/10) 변화(도시근로자), 1989-2007
			한국의 빈곤율 변화(도시근로자), 1989-2007
			여성가구주 가구, 아동, 노인과 전체 가구의 빈곤율 변화(도시근로자, 가처분소득), 1989-2007
	교육	교육성취	부모의 월평균 소득 수준에 따른 고등학교 유형별 진학률, 2006
		교육비	OECD 국가별 GDP 대비 공교육비의 공적 및 사적 부담 비율, 2005
			소득 5분위 별 사교육비 지출, 2003-2008
			월평균 가구 소득에 따른 사교육비 계층별 특성 분포, 2007
			연도별 사교육비 지출의 5분위 분포(단위: 만원)
	노동	고용 불안정	연령별실업률, 2000-2009
			연령별 고용률, 2000-2009
			실업자 및 실업급여 수혜율 추이, 2000-2008
			성별 비정규직 규모와 비율, 2001-2009
			학력수준별 비정규직 비율, 2009.03
			사업장 규모별 비정규직 비율, 2009.03

요인	지표 영역	세부 범주	세부지표
	노동 조건		고용형태별 사회보험 및 노동조건 적용률, 2009.3
			OECD 국가의 성별 고용 및 임금격차, 2001
			고용형태별 주당 노동시간의 분포, 2007
	근로 빈곤		고용형태별 저임금 노동자 비율, 2000-2009
			법정 최저임금 미달자 규모와 비율, 2007-2009
			근로빈곤층의 규모 추정, 2009

자료: 신영전, 윤태호, 김명희, 조홍준 등(2009). 건강불평등 완화를 위한 건강증진 전략 및 사업개발. 한양대학교산학협력단, 건강증진사업지원단.

신영전 등(2009)은 건강불평등 지표 영역 설정을 위해 영국에서 공간적, 시간적 건강불평등을 모니터링 하고자 했던 시도인 건강빈곤지수 사업(Health Poverty Index)을 참고하여 건강불평등 결정요인을 사회구조적 요인, 중재요인, 건강결과로 나누었으며, 사회구조적 요인에 대한 지표영역을 재정 및 소득, 교육, 노동으로, 중재요인의 지표영역을 생활습관, 건강생활환경, 보건의료체계로, 건강결과에 대한 지표영역을 기대수명과 사망, 건강수준으로 나눈 바 있다.

강영호 등(2012)의 연구는 “서울시 건강수준 및 건강불평등 모니터링”을 위해 불평등 지표를 개발하였다. 지표는 기존에 제시되었던 지표를 고려하여 범주, 항목, 세부항목으로 구분하여 제안하였다. 범주는 건강의 사회적 결정요인과 건강결과로 나누었다. 건강결과는 성별, 생애주기별로 분석하였고, 불평등 분석에 사용되는 기본 사회경제적 위치 지표는 교육수준, 소득수준, 직업계층 및 거주지역이다(강영호 등, 2012).

〈표 3-3〉 강영호 등(2012)의 연구에서 제시한 건강불평등 지표 영역 및 세부지표

지표 영역	세부지표
건강의 사회적 결정요인	(1) 소득: 지니계수, 분위수배율(P90/10), 빈곤율
	(2) 고용: 임금노동자 중 비정규직 비율 및 임금격차, 실업률, 법정 최저임금 미달자율
	(3) 교육: 고등학교, 자퇴율, 사교육비 지출 분포
	(4) 주거: 최저 주거기준미달 주택 거주율
	(5) 보건의료서비스: 미충족 의료율, 의료이용만족도
건강결과	(1) 사망: 기대수명, 건강수명, 총 사망률, 주요 사망원인별 사망률, 영아 사망률 및 모성 사망비, 산재사망률
	(2) 불건강: 암종별 발생률, 고혈압, 관절염, 고지혈증, 당뇨병, 비만, 결핵, 우울, 치매, 일상생활수행능력(ADL), 장애율, 가정폭력 및 성폭력, 저체중아 출산율, 구강건강지표(치아우식경험도, 치주염유병률, 노인자연치아수 등), 주관적 건강상태
	(3) 건강행태: 흡연, 고위험 음주, 신체활동 수준, 식품미보장률, 저체중률, 모유수유율, 자살생각, 피임실천비율, 일반건강검진 및 암검진(자궁경부암 등), 예방접종률(B형간염, 인플루엔자, 자궁경부암백신 등)

자료: 강영호, 정최경희, 조성현, 조홍준, 김명희 등(2012). 서울시 건강 격차 해소를 위한 보건 정책 방안 연구 보고서. 서울: 서울특별시, 울산대학교 산학협력단.

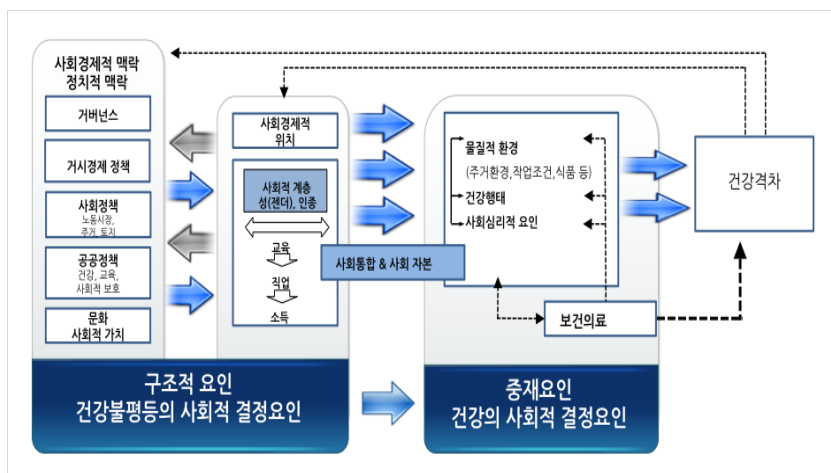
위의 두 연구는 그러나 우리나라의 건강정책과의 연관성이나 연계성을 고려하는 측면에서 있어서는 부족해 보이며, 건강불평등 지표 영역 설정을 위해 사용한 모형에 대한 타당성을 설명하는 데는 아쉬운 부분이 있다. 때문에 본 연구에서는 이러한 점을 보다 보완하여 우리나라의 건강불평등 지표 영역 설정을 위한 모형에 대해 보다 자세히 설명해 보고자 하였다.

건강불평등 지표 영역 설정을 위한 모델에서는 다음의 두 가지가 전제되어야 할 것으로 생각된다. 우선 건강불평등 발생 기전이 잘 나타나 있어야 한다. 건강불평등 해소를 위해서는 건강불평등이 발생하는 원인(distal)이나 근인(proximal)이 골고루 잘 나타나 있어야 할 것이다. 두

번째로는 건강불평등 해소를 위한 정책적인 접근이 가능하도록 기존의 건강관련 정책과의 연결고리를 가져야 할 것이다. 즉, 건강불평등이 발생하는 이유를 예방하거나 감소시킬 수 있도록 구체적인 실행수단으로 연결시킬 수 있도록 모형이 설정되어야 건강불평등 지표 영역 모델이나 추후 설정될 불평등 지표가 그 의미를 가질 수 있을 것으로 생각된다.

즉, 우리나라의 제3차 국민건강증진종합계획에 나타난 건강결정요인을 포괄하면서 건강불평등 발생 기전을 보다 잘 설명해 줄 수 있는 모형으로서 WHO CSDH(2008)이 제시한 모형을 활용하고자 한다.

[그림 3-11] WHO에서 제시한 건강불평등 발생기전



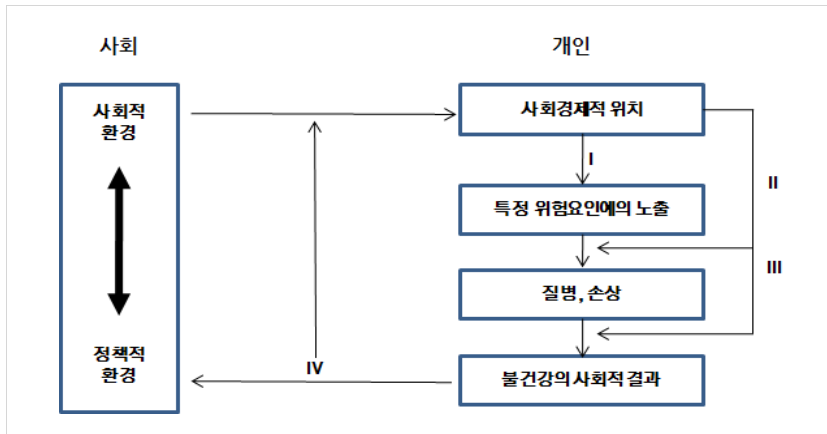
자료: WHO Commission on Social Determinants of Health. (2008). Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health: Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. World Health Organization.

WHO CSDH에서 제시한 사회적 건강결정요인(Social Determinants of Health) 모형 구성의 목표는 건강불평등 해소를 위해 건강의 사회적

결정요인과 건강불평등의 요인을 발견하고 주요 결정요인이 서로 어떻게 연관되어 있는지를 살펴봄과 동시에 사회결정요인이 건강불평등을 발생시키는 매커니즘(mechanisms)을 명확히 하기 위해서이다. 이 모형에서의 핵심구성요소는 사회 정치적 맥락, 구조적 요인 및 건강불평등의 사회경제적 결정요인, 그리고 중재적 요인 및 건강불평등의 사회경제적 결정요인 등이다.

특히, WHO CSDH 모형은 상당부분 Diderichsen 등(1998)의 모형에서 출발하였는데, Diderichsen 등(1998)이 제시한 모형은 사회적 맥락은 사회적 계층화로 개인의 사회적 지위를 만들어내고, 사회적 계층화는 결국 건강상태에 따라 차별적인 노출과 차별적인 취약성에 노출되게 하며, 결국 취약계층이 병에 쉽게 걸리는 등 차별적인 결과를 가져옴을 설명하고 있다.

[그림 3-12] 질병의 사회적 생산 모델

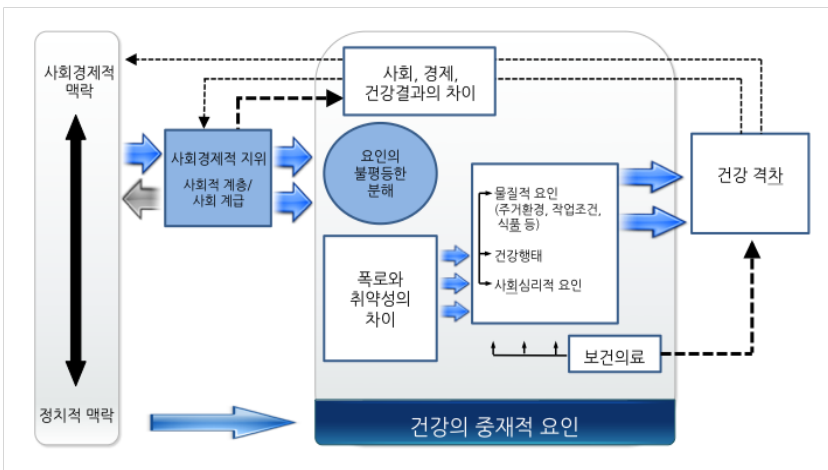


자료: Diderichsen, F., & Hallqvist, J. (1998). Social inequalities in health: some methodological considerations for the study of social position and social context. Inequality in health—a Swedish perspective. Stockholm: Swedish Council for Social Research, 25-39.

WHO CSDH 모형은 건강불평등의 사회경제적·정치적 맥락과 구조적 결정요인을 구별하여 제시하고 있다. 여기서 “맥락”은 포괄적으로 사회·정치적 메커니즘을 포함하고 사회적 계층으로 정의되며, 맥락적 요소들 가운데에서 건강에 가장 큰 영향을 미치는 것은 정부의 복지·분배정책임을 강조하고 있다.

또한, WHO CSDH 모형에서 구조적인 메커니즘은 맥락과 사회경제적 지위를 나타내며, 구조적 메커니즘이 사회적 계급을 만들었고 이것이 건강불평등의 근본적 원인이라고 보고 있다.

[그림 3-13] WHO에서 제시한 건강불평등 발생의 중재요인



자료: WHO Commission on Social Determinants of Health. (2008). Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health: Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. World Health Organization.(재구성)

이 외에 중재적 요인은 불건강을 유발하는 사회계층화와 노출·취약성을 유발하는 결정요인들로부터 발생하며, 물리적 환경(Material circumstances),

심리적 환경(psychosocial circumstances), 생물학적 요소(behavioral and/or biological factors), 보건의료 시스템(health system)으로 구성하고 있다.

본 연구에서 WHO CSDH 모형을 활용하여 건강불평등 지표영역을 제시한다 하더라도 여러 가지 제약으로 인해 모형에 나타난 모든 영역을 다 포괄하고 있지 못하며, 사회경제적 위치, 지역, 건강행위, 건강결과(기대 여명과 건강수명, 유병률, 사망률), 그리고 보건의료서비스 만을 다루고 있다. 본 연구에서 다루고 있는 영역들이 건강이나 건강불평등을 유발하는 정도를 구체적으로 나타내기는 힘드나, 기존의 국민건강증진종합계획에서 제시하고 있던 수준을 넘어서는 데 의미를 둘 수 있을 것이다.

제4절 건강불평등 지표 선정 원칙

건강불평등 지표 영역 외에 영역별 세부 지표를 선정하는 데에도 타당한 근거나 원칙이 필요할 것으로 생각된다. 우선 기존연구에 나타난 건강불평등 세부 지표 선정의 원칙들은 다음과 같다.

1. 강영호 등(2006)의 연구

- 건강형평성 목표 설정과 관련하여 중요성이 큰 지표(예, 건강여명 등)
- 건강불평등의 기전으로서 상대적 중요성이 큰 지표(예, 흡연 등)
- 건강불평등이 악화되거나 악화가 예상되는 지표(예, 자살 등)
- 건강불평등의 절대적, 상대적 크기가 큰 지표

2. 권순만 등(2007)의 연구

- 이미 존재하는 건강수준의 차이를 정확히 잘 드러낼 수 있어야 한다.
- 향후 건강불평등 개선 사업을 실행해 나가는 과정 중에도 목표달성 정도를 참고할 수 있어서 진행중인 사업의 활성화에 촉매제가 될 수 있어야 한다.
- 변화를 쉽게 인지할 수 있도록 가능한 익숙한 체계의 숫자들로 구성되어야 한다.
- 변화를 제때에 제대로 감지해 낼 수 있어야 한다.
- 가능한 계산과 해석 등의 측면에서 사용하기 쉬워야 한다.
- 상당히 오랫동안 일관성 있게 사용할 수 있어야 한다.
- 목표 설정이 가능하여야 한다.

3. 신영전 등(2009)

- 건강불평등 지표는 가치와 목표를 추구한다.
- 건강불평등 지표는 건강과 건강불평등에 큰 영향을 미치는 것이어야 한다.
- 건강불평등의 결정에 사회구조적 요인이 포함된다.
- 성인지적 관점이 견지되어야 한다.
- 안정된 통계생산을 위해 타당성과 가용성이 확보되어야 한다.
- 현장성과 용이성을 갖추어야 한다.

4. 기타

- 건강불평등 해소를 위한 개입을 염두 해 두었을 때 개선이 가능하여

야 한다.

- 상대적으로 질병부담이 큰 보건문제일수록 우선순위가 높을 수 있다.
- 우리나라의 상황에서 시급히 해결하여야 할 보건문제이어야 한다.

본 연구에서는 기존 연구에 나타난 이상의 원칙들을 종합하고, 여러 가지 건강불평등 지표 생산 환경을 고려하여 다음의 몇 가지로 지표 선정 원칙을 정하였다.

첫째, 건강불평등 지표 영역과 마찬가지로 건강불평등 세부 지표에 있어서도 건강정책과의 연계성이 확보되어야 한다. 둘째, 건강과 건강불평등에 주요하게 기여하거나 기여도가 증가하는 지표이어야 한다. 셋째, 산출가능성을 염두해 두었을 때, 매년 생산되는 공공자료원을 통해 분석이 가능하여 모니터링으로서 연속성을 가질 수 있는 지표이어야 한다. 넷째, 건강불평등 해소를 위한 개입을 염두 해두었을 때 개선이 가능한 지표이어야 한다. 다섯째, 우리나라의 상황에서 시급히 해결하여야 할 보건문제와 관련된 지표이어야 한다.

이상의 원칙에 의해 선정된 각 지표영역별 세부지표에 대한 구체적인 설명과 우리나라에서 각 세부지표들이 왜 산출되고 모니터링 되어야 하는지에 대한 근거들에 대해서는 4장에서 설명하고자 한다.



제4장 한국형 건강불평등 지표

제1절 사회경제적 위치

제2절 지역

제3절 건강행태

제4절 건강결과

제5절 의료이용

4

한국형 건강불평등 지표 <<

제1절 사회경제적 위치

1. 현황 및 문제점

가. 기존 연구 및 국내외 사례

1) 대표적 사회경제적 지표의 선정

블랙보고서는 건강의 불평등은 일차적으로 구조적 차이로 인한 결과(material and structural explanation)임을 밝힌다. 달리 말하면 건강 불평등은 개인적으로 타고난 행운이나 불행의 결과라거나(natural and social selection), 개인의 잘못된 선택의 결과물(cultural and behavioural explanation)이 아니라는 것이다. 구조적이라는 의미는 한 개인이 일생을 통해 누리는 기회와 자원에 대한 접근성의 편차가 우연적이 아니라 사회적 조건의 지배를 받으며, 따라서 그 산물인 개인의 능력(건강도 그 중의 하나일 것이다)도 사회적 결과물로 우선적으로 파악되어야 한다는 것이다.

사회구조가 조직되어 있는 방식을 사회적 층화나 위계와 같은 차별적 체계를 나타내는 지표들을 통해 측정할 수 있다. 한 사회에서 불평등한 권력과 불균등한 재화나 정보의 분포를 반영하는 지표들을 사회경제적 지표라고 한다. 사회경제적 지표는 한 개인은 사회적 위계상의 어느 지점에 놓이는 지를 나타내주므로 이를 사회경제적 위치(Socioeconomic

position, SEP)지표라고 말 할 수 있을 것이다. 지표로서의 특성을 충족하기 위해서는 인구집단의 모든 개인은 지표를 구성하는 어느 한 그룹에 속하여야 하고, 이들 그룹은 사회적 집단으로서의 특성을 공유하여야 한다(Keppel et al., 2005).

건강불평등은 여러 지표들을 통해 표현될 수 있다. 즉 여성과 남성, 다른 연령집단, 고용상태, 도시와 농촌, 장애인과 비장애인 등이 모두 예가 될 수 있다. 그러나 건강불평등을 표현함에 있어 반드시 건강을 또 다른 지표에 기대어야 하는 것은 아니다. 건강불평등은 소득 불평등을 나타내는 지니계수처럼 건강상태라는 단일 지표를 통해서도 측정될 수 있다. 이 지표는 WHO 보고서에 채택되어 논란이 되기도 하였으며, 이후 유럽의 국가간 건강불평등 비교에 사용되기도 하였다(EU, 2011). 본 장에서 사용하는 건강불평등은 사회경제적 위치 지표와의 연관성을 나타내는 사회경제적 건강불평등을 의미한다.

직업, 임금, 교육수준은 건강불평등의 기술에 광범위하게 이용되어온 대표적인 사회경제적 위치 지표이다. 건강 불평등은 사회, 경제, 문화의 중층적이고 복합적인 결과의 산물이며, 위의 지표들은 사회의 각 층위를 반영하는 지표들이라고 할 수 있을 것이다. 이들 지표는 개인의 사회경제적 위치를 결정하지만, 각각은 독특한 영역을 확보한다. 대체로 직업은 현재적 능력과 잠재적 능력의 양 측면을 다 지니는 동시에 직업에 동반되는 위신, 특권, 권력, 그리고 숙련 등을 포괄적으로 의미한다. 임금은 물질 특히 희소자원에 대한 접근 능력을 상징하는 지표이며, 교육수준은 정보와 지식에 대해 접근하고 이해하는 능력, 즉, 인적자본을 의미한다.

사회경제적 위치 지표의 개념은 정적이지 않으며 동적이다. 사회적 조건과 물질적 조건은 노동시장과 고용관계의 변화, 인구구성의 변화, 산업구조의 변화의 영향을 받으며 지속적으로 변화하기 때문이다. 건강에 대

한 노동 현장의 영향을 따질 때도 물리적 환경(위해물질의 노출, 노동강도)뿐 아니라 주된 관심이 고용상의 관계적 측면(정규직과 비정규직의 구분)에 두어 질 수 있다. 또한 불평등의 다양한 양상은 기존의 주요한 사회경제적 위치 지표로 환원되지 않고 새로운 차원으로 표현되기도 한다. 문화적, 사회적 자본, 사회적 배제, 차별과 같은 지표의 중요성이 새롭게 주목되기도 한다. 사회경제적 위치는 늘 변화하는 상황 하에서 파악되어야 하며, 이는 기존의 사회경제적 위치 지표에 대한 검토를 요구한다.

2) 사회계층계급

가) 사회계층계급의 이론적 배경

계급 지표에 대해서는 여러 문헌들(Galobardes et al., 2006a; Krieger et al., 1997)에서 이미 소개되었고, 국내에서도 몇 차례 소개된 바 있어 (Choi et al., 2007; 권순만 등, 2007) 이 보고서에서는 자세한 설명을 덧붙이지 않고 Galobardes 등(2006a)의 분류를 위주로 간략히 언급하기로 한다.

크게 보아 사회계층 지표는 개인들의 경력, 지위, 관계망 등을 강조하는 개인주의적 접근과 개인들의 속성과 독립적으로 존재하는 계급구조에 초점을 맞추는 구조적 접근방법으로 나누어 볼 수 있다(신광영, 2004). <표 4-1>에서 Wright's social class와 Erikson Goldthorpe social scheme은 구조적인 측면에서 접근이라면, Cambridge scale이나 Prestige score는 개인적 접근을 강조하는 입장으로 볼 수 있다. 맑스에 입각한 Wright의 계급은 생산수단의 소유에 따라 계급관계가 여타의 사회적 관계에 우선하는 요인이 된다. 계급의 범주화는 자본가계급, 노동자계급을

양 축으로 프티부르주아지, 중간계급 등을 설정한다. 이에 반하여 웨버를 계승하는 Goldthorpe의 경우 시장 상황(market situation)과 더불어 자율성(authority and autonomy)과 같은 고용관계(employment relation)를 고려한다. 이러한 접근은 위계적인 조직 내에서 관리와 경영을 둘러싼 피고용자 내부의 차이에 관심을 기울인다. 그에 반해 Cambridge Scale은 Wright와 Goldthorpe의 계급구분이 기초하고 있는 한 사회가 자원의 배분을 둘러싼 이해집단으로 분리되었다는 가정에 문제 제기한다. 대신 Cambridge Scale은 한 개인이 맺고 있는 관계망(networks of relationship), 특히 직업을 통해 유리함과 불리함의 위치를 파악하려 한다(Bergman and Joye, 2001; Hauser and Warren, 1997). 미국을 위주로 직업을 지위의 측면에서 파악하려는 시도가 이루어졌다. 지위를 통해 직업의 계층화를 시도한 최초의 인물은 Edwards였으며 이는 미국의 센서스에 사용되기도 하였다(Galobardes et al., 2006b). 이후 Duncan은 교육과 수입에 바탕한 직업위세 지수인 ‘사회경제적 지수’(Socioeconomic Index: SEI)를 개발하였고, Treiman은 국제간 직업 위세를 비교하기도 하였다. 권위 등을 반영한 직업 척도(occupational scale)의 가장 큰 문제는 직업순위(job ranking)는 시간이 흐름에 따라 불안정해진다는 것이다(Berkman and Macintyre, 1997).

〈표 4-1〉 사회경제적 측면에 기초한 직업 분류 지표

직능	고용관계	사회적 관계망	생산 수단의 여부
American census classification Duncan's Socioeconomic Index(SEI) Prestige Score: Siegel's, Treiman's, National Opinion Research Center (NORC) Registrar general's social class (RGSC)	Erikson and Goldthorpe class scheme National Statistics classification (NS-SEC)	Cambridge Scale	Wright's social class Lombardi's

자료: Galobardes B, Shaw M, Lawlor DA, et al. (2006b). Indicators of socioeconomic position (part 2). J Epidemiol Community Health 60: 95-101.

나) 우리나라에서의 사회계층계급 분류

우리나라에서도 직업의 사회경제적 측면에 기초한 계급-계층론적 접근이 이루어졌다. 서관모, 김영모, 신광영 등은 생산수단의 소유여부를 중심으로 하는 맑스-라이트의 착취 중심적인 계급이론에 근거한 계급구분을 시도한다. 자본가계급과 노동자계급을 두 기본계급으로 사이에 소부르주아지층, 반프롤레타리아층과 같은 중간계층(중산층)을 설정한다. 직업을 지위에 따라 점수로서 위계화 하기 위한 직업위세 (occupational prestige)에 대한 연구도 간간히 이루어져왔다(유홍준 외, 2006). 직업위세 점수를 종속변수로 하고 수입, 교육수준을 독립변수로 회귀식을 도출하여 직업별 사회경제적 지위점수를 산출하는 방식이다. 계급 계층론 연구에서 직업집단을 몇 개의 동질적 범주로 나누는 전통적인 방식은 국내 연구 중에서는 홍두승 등(1999)에 의한 연구가 대표적이다. 계급 계층론

적 접근을 모색한 건강불평등 연구들도 이들의 작업을 토대로 하고 있기도 하다(윤태호 등, 2000; Kim et al., 2010b; Khang and Kim, 2006). 홍두승 등의 계급구분에서도 직업이 그 중심개념을 형성하고 있다. 홍두승 등은 한국표준직업분류에 토대하여 1983년 이후 1999년까지 몇 차례에 걸쳐 한국사회계급 분류틀을 제시하고 있다. 초기 버전에서는 편의적인 이유로 직업 소분류 수준까지 활용하지 않고 주로 중분류와 종사상의 지위를 근간으로 하였다. 중분류의 대표적인 직업이 속한 계급범주에 중분류 전체를 포함하는 방식을 취하였기 때문에 계급구분의 완전하지 못했다고 지적되기도 한다. 이러한 한계는 1999 버전에서는 중분류뿐 아니라 소분류를 다수 활용하면서 일의 성격과 지위의 동질성이 보다 적절하게 반영되었다고 평가되고 있다(조동기 외, 2002).

〈표 4-2〉 한국표준직업 분류에 의한 홍두승의 계급분류

대분류	중분류	소분류	피용/자영	자영업주 구분	계급
0. 의회의원, 고위 임직원 및 관리자	01		피용		II. 중상
	02, 03	021	피용/자영		II. 중상
	02, 03	023, 024, 030	피용		III. 신중간
	02, 03	023, 024, 030	자영	자영업관리직	IV. 구중간
1. 전문가	11-14	111, 120, 131-135, 112, 141-142	피용/자영		II. 중상
	11-14	143	피용		III. 신중간
	15	151	피용		II. 중상
	15	152-157	피용/자영		III. 신중간
	16-18	162-165, 171, 113, 72, 182-184	피용/자영		II. 중상
	16-18	181, 173	피용/자영		III. 신중간
2. 기술공 및 준전문가	21-29		피용		III. 신중간
	21-29		자영	자영업전문직	IV. 구중간

대분류	중분류	소분류	비용/자영	자영업주 구분	계급
3. 사무 종사자	31, 32		비용		Ⅲ. 신중간
	31, 32		자영	자영사무직	Ⅳ. 구중간
4. 서비스 종사자	41-44	431, 432, 421, 422, 411, 412-416	비용		Ⅴ. 근로
	41-44	431, 432, 421, 422, 411, 412-416	자영	자영서비스직	Ⅳ. 구중간
	41-44	431, 432, 421, 422, 411, 412-416	비용		Ⅲ. 신중간
	41-44	441-444	자영	자영서비스직	Ⅳ. 구중간
5. 판매 종사자	51, 52	530	비용/자영		Ⅲ. 신중간
	51, 52	511, 512, 513	비용		Ⅴ. 근로
	51, 52		자영	자영상인	Ⅳ. 구중간
6. 농업, 임업 및 어업숙련 종사자	61-63		비용		Ⅷ. 농촌하류
	61-63		자영		Ⅶ. 독립 자영농
7. 기능원 및 관련기능 종사자	71-75		비용		Ⅴ. 근로
	71-75		자영	자영기능인	Ⅳ. 구중간
8. 장치, 기계조작 및 조립 종사자	81-84		비용		Ⅴ. 근로
	81-84		자영	자영기능인	Ⅳ. 구중간
9. 단순노무 종사자	91, 51, 52, 93, 94	512, 521, 522, 911-915, 941, 942	비용/자영		Ⅵ. 하류
	92	920	비용/자영		Ⅷ. 농촌하류
A. 군인	A1				분류제외
실업자	실업자	고졸 미만			Ⅵ. 하류
	실업자	고졸 이상			분류제외

자료: 홍두승(1999). 한국의 직업구조. 서울대학교 출판부.

〈표 4-3〉 윤태호 등(2000)의 직업과 종사상 지위를 이용한 직업계층 분류

종사상 지위 직업	자영업자	고용주	상용 노동자	임시 및 일용 노동자	기타	
의회의원, 고위임직원 및 관리자	Class I					
전문가						
기술공 및 준전문가	Class III		Class II			
사무 종사자						
서비스 및 판매 종사자			Class IV			
농업, 임업 및 어업 숙련종사자	Class V		Class VI			
기능원 및 관련 기능 종사자	Class III	Class II	Class IV			
장치기계조작 및 조립 종사자						
단순노무 종사자	Class VI			Class VI		
무직						

자료: 윤태호, 문옥륜, 이상이 등(2000). 우리나라의 사회계층별 건강행태의 차이. Differences in Health Behaviors among the Social Strata In Korea 33: 469-476.

건강불평등 연구에서 직업계층의 구성은 뒤에서 다루게 되듯이 직업 대분류에 기초한 육체노동-비육체노동의 이분형이 가장 빈번하게 이용되었으며 체계적인 계급계층 구분의 시도는 매우 드물다. 이상이 등은 직업과 직업별 평균임금의 두 요인을 토대로 5개의 직업계층을 구분하였다. 직업의 의의를 소득의 획득으로 한정하는 문제점에도 불구하고 사회적 위계를 반영하는 하나의 분류방법을 제시하고 있으며, 이는 향후 직업계층 연구에 의미 있는 제시로 여겨진다. 직업계층의 구분에 있어서 직업과 고용관계를 이용하는 이론적, 국제적 흐름과 조응하려는 첫 시도는 윤태호 등(2000)에 의해 이루어졌다. 윤태호 등은 이용 가능한 정보의 한계라는 조건하에서 홍두승 등의 연구에 기초하여 직업계층을 조작적으로 구

성하는 성과를 보이고 있다.

이 분류는 직업계급의 정의에 표준직업분류 상의 대분류와 종사상 지위라는 두가지 변수를 이용한다. 두 변수는 국민건강영양조사 등 국가 단위 데이터에서 비교적 흔하게 제공되고 있어 실용성이 높고, 조작화가 용이하다. 또한 이후의 후속 연구들은 건강변수에 대해 상당한 통계적 연관성을 보여주며 경험적인 예측과 잘 일치하였다. 높은 편의성과 적용상의 강점에도 불구하고 이 분류의 한계는 분명해 보인다. 이 분류의 한계에 대해서는 뒤이어 다시 상세히 살펴볼 것이다. 무엇보다 소분류나 중분류 대신 10개의 대분류를 이용하고 있어, 직업상의 위계가 단순화된 이유가 크다. 예를 들어 윤태호 등의 분류에서는 대분류 1(의회 의원, 고위임직원 및 관리자), 2(전문가)가 하나의 Class I에 속하는 반면, 홍두승의 경우는 Class I 뿐 아니라 II, III, IV까지 세분화되어 파악된다.

다) 영국의 NS-SEC에 대한 검토

영국은 사회계급 지표를 연구뿐 아니라 공식적 통계로 집계해온 오랜 역사를 가진다. 그 중 가장 대표적인 RGSC(Registrar General's Social Class)는 1913년부터 근 백년의 기간 동안 널리 이용되어왔다. 1990년대 후반부터 모색이 시작되어 현재는 공식지표로 자리 잡은 NS-SEC(National Statistics Socio-economic Classification)을 발달시킨 배경에는 RGSC의 노쇠화가 자리잡고 있다. RGSC는 육체노동과 비육체노동의 구분, 숙련도를 핵심으로 하고 있어 현대적 계층관계를 제대로 반영하지 못한다고 지적되어왔다. 또한 각 계급의 구분의 임의적이어서 계급간 경계와 계급의 실내용이 개념적으로 불분명하다고 지적되어왔다. Rose 등의 연구진은 RGSC와 비교되는 NS-SEC의 의의를 계급 구분의

각 범주에서 측정하고 있는 고용 관계(employment relation)와 노동 상황을 명확히 구분하게 된 점이라고 말한다(Rose and Pevalin, 2005).

NS-SEC은 골드소프의 고용관계 개념을 적극 수용하고 있기 때문에 신베버적인 전통의 사회계급 체계로 분류된다. 골드소프는 노동현장에서 고용주가 피고용인과 맺는 고용관계의 내용을 두 가지 형태로 파악한다. 서비스관계(service relationship)는 피고용인이 고용주에게 서비스를 제공하는데 반하여 노동계약(labour contract)에 놓인 피고용인은 시간이나 양적으로 계산되는 노동력을 제공한다. 고용주의 권한을 대리하는 능력이나 전문적인 지식 등이 서비스 관계의 예가 될 수 있다. 서비스 관계 하에서는 승진이나 자율적 재량의 범위가 주어지는데 반해 노동관계에 놓인 피고용인은 엄격한 감독 하에서 단순노동을 수행하고, 비교적 단기간의 노동계약을 맺는다. 두 계약관계는 직무의 단순성과 투여된 인적 자본의 복잡성이 주되게 결정한다. 현실에서 고용관계는 두 형태의 계약관계 중 어느 하나에 완전히 일치하기보다 근사하는 경우가 많다. 때로는 양쪽의 성격을 모두 필요로 하는 중간유형(Intermediate form)도 가능하며, 사무직이나 서비스직에 보편적이다.

NS-SEC의 분류는 비교적 조작화가 용이하다. 기본적으로 필요한 정보는 직업군(unit occupational group), 고용 상태, 직장 규모의 세가지이다. 직업군은 소분류(3 자리 분류)까지 필요하다. 고용 상태는 고용주(employer), 자영업자(self-employed), 피고용자(employed) 인지를 묻고, 추가적으로 관리자(supervisor) 인지를 파악한다. 직장의 규모는 25인을 기준으로 대규모와 소규모로 나뉜다(부표 2-2, 2-3 참조). 아울러 일생동안 고용관계를 맺은 적이 단 한번도 없었는지, 영구적인 건강상의 장애가 있는지, 가사노동에 종사하는지, 학생인지에 관한 정보가 주어지면 좀 더 상세한 사회경제적 분류가 가능하다. 위의 정보가 전부 있

어야만 하는 것은 아니어서 직업에 대한 정보만으로도 상당히 믿을만한 분류체계¹³⁾를 제공한다.

NS-SEC의 가장 상세한 버전은 13개의 계층군(L1-L13)으로 나누어지며, 고용시장 밖의 인구집단들(예, 학생)은 추가적인 군(L14-L17)으로 묶인다. 자영업의 경우에도 전문가 집단의 경우에는 L3에 위치하며 그 외의 비전문가의 경우는 L9의 Own-account worker로 구분된다. L7은 중간층으로 고용관계의 내용에서 서비스관계와 노동계약의 두 형태가 혼합되어있을 경우에 해당된다. 이에 반하여 L13의 Routine occupation은 반복적인 단순노동을 담당하며, 승진의 기회가 매우 제한적이고 자율성의 여지가 적다.

NS-SEC은 분석 목적에 따라 L1-L14의 사회경제적 구분이 9 혹은 8개로 재구성될 수 있으며, 이는 다시 7개, 5개, 3개의 범주로 간략하게 줄일 수 있다. 예를 들어 과거와 같이 육체적노동과 비육체적노동의 구분에 초점을 맞추는 경우는 3개로 구분하여 사용할 수 있다고 제안하고 있다. 또한 RGSC의 6개 계급들과 대응되는 분류도 가능하도록 하여 계급분류의 연속성을 확보하고 있다(ONS, 2005).

〈표 4-4〉 NS-SEC의 직업 분류

직업군	분석변수		
	8개 범주	5개 범주	3개 범주
L1 Employers in large organisations	1.1 Large employers and higher managerial occupations	1 Managerial and professional occupations	1 Managerial and professional occupations
L2 Higher managerial occupations			

13) 이를 simplified version이라고 함.

직업군	분석변수		
	8개 범주	5개 범주	3개 범주
L3 Higher professional occupations	1.2 Higher professional occupations		
L4 Lower professional and higher technical occupations	2 Lower managerial and professional occupations		
L5 Lower managerial occupations			
L6 Higher supervisory occupations			
L7 Intermediate occupations	3 Intermediate occupations	2 Intermediate occupations	2 Intermediate occupations
L8 Employers in small establishments	4 Small employers and own account workers	3 Small employers and own account workers	
L9 Own account workers			
L10 Lower supervisory occupations	5 Lower supervisory and technical occupations	4 Lower supervisory and technical occupations	3 Routine and manual occupations
L11 Lower technical occupations			
L12 Semi-routine occupations	6 Semi routine occupations	5 Semi-routine and routine occupations	
L13 Routine occupations	7 Routine occupations		
L14 Never worked and long-term unemployed	8 Never worked and long-term unemployed	Never worked and long-term unemployed	Never worked and long-term unemployed

NS-SEC의 다른 장점은 직업분류, 사업장 규모, 고용관계의 3가지 정보를 완전하게 파악할 수 있는 경우(full method)뿐 아니라 이중의 일부 정보가 없을 경우에도 적용이 가능하도록 유연하다는 점이다. 예를 들어 사업장 규모와 고용관계에 대한 정보가 모두 없는 경우에는 직업분류에 기초한 단순버전(simplified method)을 통해서도 동일한 범위의 분류 체계를 이끌어 낼 수 있으며(부표 2-4 참조), 사업장 규모에 대한 정보가 없을 경우(reduced method)에도 적용이 가능하다(부표 2-5 참조). 영국표준분류체계와의 연계정보는 모든 직업군(3 or 4 digit unit occupational group) 각각에 대하여 매트릭스를 통해 대응하는 NS-SEC 분류상 위치를 제공하고 있다.

[그림 4-1] NS-SEC 분류 매트릭스

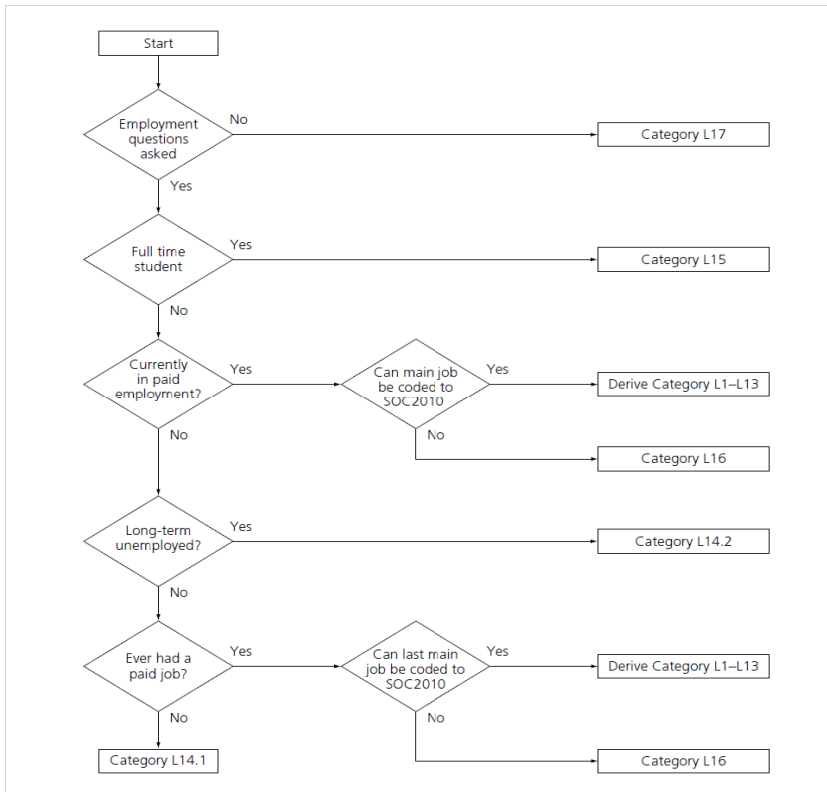
Standard Occupational Classification 1990 Unit Group	Simplified NS-SEC	Employment status				
		1 Employers	2 Self-employed no employees	3 Managers	4 Supervisors	5 Other employees
100 General administrators; national government (Assistant Secretary/Grade 5 and above)	2	2	2		2	2
101 General managers; large companies and organisations	2	2				
102	2	9.1				
103 General administrators; national government (HEO to Senior Principal/Grade 6)	4.1	4.1	4.1	4.1	4.1	4.1
110 Production, works and maintenance managers	2	8.1	9.1	2	6	2
111 Managers in building and contracts			9.1	5	5	5
112 Clerks of works			9.1	5	5	5
113 Managers in mining and energy ind.			9.1	2	2	2
120 Treasurers and company financial managers	2	3.3	3.3	2	2	2
121 Marketing and sales managers	2	8.1	4.3	2	2	2
122 Purchasing managers	2	8.1	9.1	2	2	2
123 Advertising and public relations managers	2	8.1	4.3	2	2	2
124 Personnel, training and industrial relations managers	2	8.1	9.1	2	2	2
125 Organisation and methods and work study managers	2	8.1	9.1	2	2	2
126 Computer systems and data processing managers	2	8.1	9.1	2	2	2
127 Company secretaries	7.1	8.1	9.1	7.1	6	7.1

자료: ONS. (2005). The National Statistics Socio-economic Classification User Manual. p.64(재구성)

NS-SEC에서는 지불노동 밖에 머무는 인구층을 최대한 포함하고자 노력한다. 이를 위해 현재 직장이 없는 이들은 이전의 주요 직업(last main

job)에 따라 그룹이 부여된다. 이는 수년 동안 고용관계 외부에 있었을 지라도 마지막 직업을 이용하는 방법은 수용할만하다는 Marshall et al(1996)의 주장에 근거한다. 학생들은 부모의 직장에 따라 분류된다. 그 외의 경우는 never-worked and long-term unemployed를 분류되어 별도의 군(L14)으로 묶인다. 다음은 인구 전체가 어느 한 분류에 속하는 과정을 예시한 NS-SEC의 흐름도이다(ONS, 2005).

[그림 4-2] 응답자의 응답형태에 따른 NS-SEC 분류 절차



주: 여기서 'Long-term unemployment'란 주로 1년 혹은 그 이상의 기간 동안을 말함. 다만, 정확한 기간은 자료원별로 각각의 정의하고 있음.

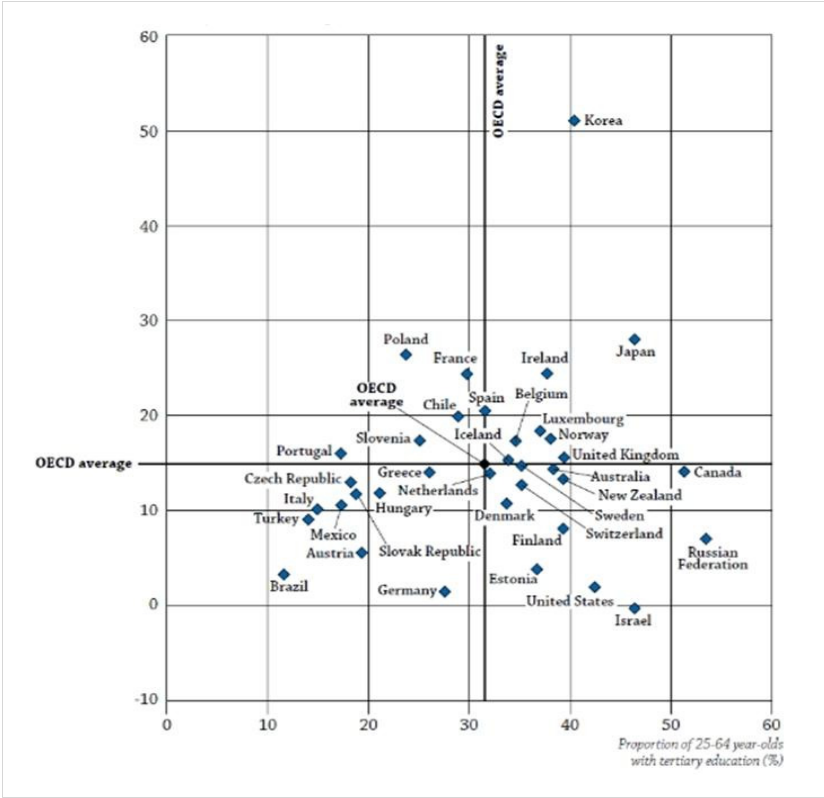
자료: ONS. (2005). The National Statistics Socio-economic Classification User Manual.

다음의 몇 가지 점에서 NS-SEC은 한국의 계급 범주화에 있어 시사하는 바가 크다. 첫째 NS-SEC은 사회계급과 관련된 국제적인 모색의 가장 최근 결과물이라는 의의에 더해 ESEC(European Socioeconomic Classification) 프로젝트의 모태가 되어 국제적 적용 가능성을 보여주었다. 둘째 NS-SEC은 영국의 국가공식통계로 영국의 국가보고서들 간의 비교성을 높이는 일관된 지표로 이용되고 있다. 셋째 NS-SEC은 표준직업분류체계와 연동되는 사회경제적 분류방법을 제공하고 있어 형식면에서 시사하는 바가 크다.

3) 교육수준

한국에서 최근 20년 동안 대학진학률(전문대 포함)은 빠르게 증가하여 1990년 33.2%, 2000년 68.0%, 그리고 2008년에는 83.8%를 기록하였다. 급속한 고학력화는 세대간의 교육수준 편차를 매우 크게 하였다. [그림 4-3]은 25-64세의 대학교육을 받은 비율(tertiary attainment rates, x축)과 25-34세 인구와 55-64세 인구에서의 대학교육 이수율 차이(y축)를 교차하고 있다. 우리나라는 세대간 이수율 차이가 50%로 OECD 국가 중 가장 커서, 급속한 고학력화가 진행되었음을 알 수 있다(OECD, 2013).

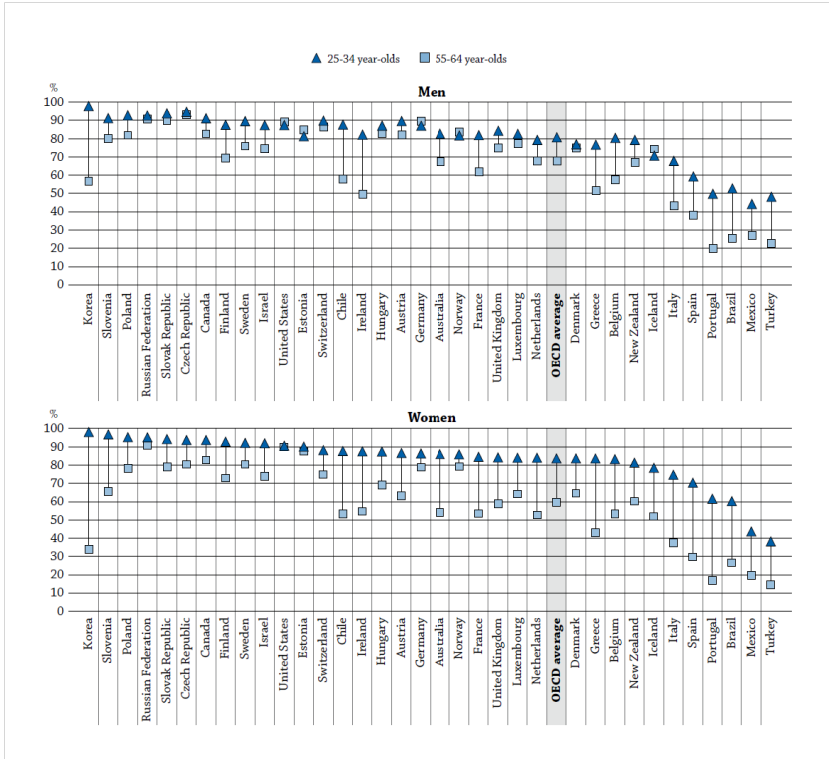
[그림 4-3] 연령집단별 대학교육을 받은 사람들의 비율(25-34세, 55-64세)(2011)



자료: OECD. (2013). 2013 Education at glance.

만 25세 이상 총인구의 평균 교육년수는 1990년 9.5년에서 2000년 10.6년, 그리고 2005년에는 11.4년으로 점차 높아지고 있다. 아래 그림에서 보는 바와 같이 고등학교(upper secondary education) 이상의 학력에서 세대간 차이 역시 OECD 국가 중 가장 커, 세대별 교육수준의 차이를 고려한 변수 구성이 필요하다는 것을 보여준다. 25-34세 그룹은 남녀 모두에서 거의 100%에 이르고 있어, 이 그룹에서 중학교 이하 학력 구간은 사실상 매우 소수만이 해당된다.

[그림 4-4] 고등학교 이상의 교육을 받은 사람들의 비율(25-34세, 55-64세)(2011)



자료: OECD. (2013). 2013 Education at glance.

〈표 4-5〉는 학력별 노동공급 규모를 보여준다. 전체 경제활동 인구 중 대졸 이상 학력의 구성비를 비교하면, 1990년에는 14.0%로 중졸 이하나 고등학교 졸업에 비하여 비중이 작았으나, 2009년에는 38.1%로 중졸 이하의 거의 두 배에 이른다. 경제활동인구 참여율이 학력별로 차이가 나기 때문으로 중졸 이하의 경제활동 참여율은 41.4%인데 반하여 대졸 이상은 77.0%로 조사된다.

〈표 4-5〉 학력별 노동공급 규모 변화

(단위: 천명, %)

		1990년	1995년	2000년	2005년	2009년
생산가능 인구	전체	30,887	33,659	36,186	38,301	40,093
		(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)
	중졸이하	16,828	14,780	13,958	12,839	12,471
		(54.5)	(43.9)	(38.6)	(33.5)	(31.1)
	고졸	10,848	13,854	15,197	15,614	15,572
		(35.1)	(41.2)	(42.0)	(40.8)	(38.8)
	대졸이상	3,211	5,025	7,031	9,848	12,050
		(10.4)	(14.9)	(19.4)	(25.7)	(30.1)
경제활동 인구	전체	18,539	20,844	22,070	23,690	24,334
		(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)
	중졸이하	8,896	8,596	6,849	5,801	5,164
		(48.0)	(36.4)	(31.0)	(24.5)	(21.2)
	고졸	7,054	9,200	9,796	10,236	9,894
		(38.0)	(44.1)	(44.4)	(43.2)	(40.7)
	대졸이상	2,589	4,048	5,425	7,653	9,276
		(14.0)	(19.4)	(24.6)	(32.3)	(38.1)

주: ()안의 수치는 전체 대비 각각의 비중임.

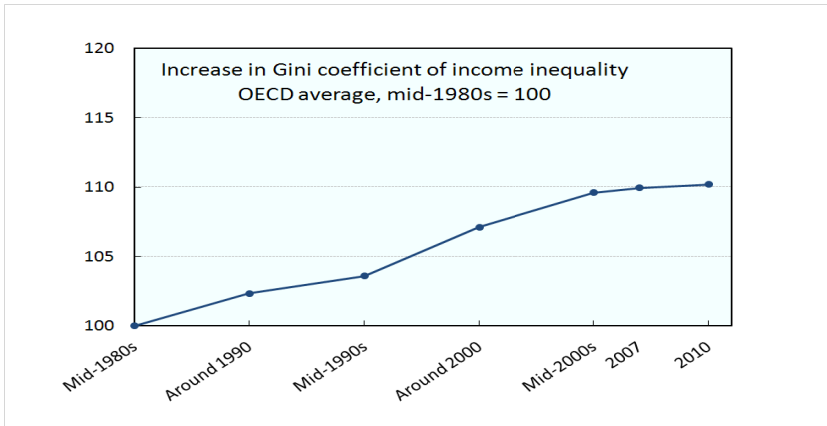
자료: 통계청, 『경제활동인구조사』, 전재식(2011). '고학력화와 학력별 취업구조 변화'에서 재인용

4) 소득

소득 불평등의 심화는 기정사실로 보여진다. 노벨 경제학상 수상자 스티글리츠는 중산층의 나라라고 믿어져 온 미국에서 어떻게 중산층이 공동화되고 양극화가 심화되었는지를 이차 대전 이후 소득 성장률에서 하위계층이 상위계층을 앞질렀고, 1990년대 들어 중하위 계층의 경제형편이 개선되었지만, 2000년대 들어 불평등이 급격하게 심화되었음을 지적한다. 모든 계기에서 불균형은 심화되었고, 금융위기의 손실을 만회하는데 있어서도 상위계층은 훨씬 신속하였다고 주장한다(스티글리츠, 2013).

이는 통계적 수치로도 쉽게 확인 가능하다. OECD 국가들에서 소득불평등 정도를 나타내는 지니계수¹⁴⁾를 측정하였을 때 지난 1980년 0.29에서 2000년대 후반에는 0.316으로 거의 10% 가량 증가하였다.

[그림 4-5] 지니계수를 활용한 소득불평등 추이(가처분소득 기준)

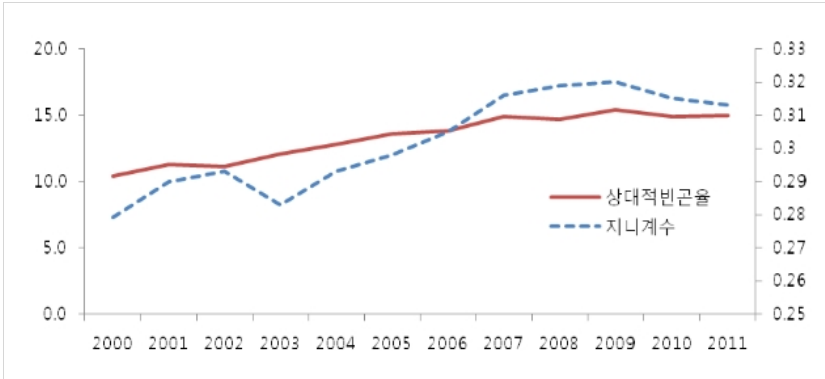


자료: OECD. (2013). Crisis squeezes income and puts pressure on inequality and poverty.

한국의 상황은 이보다 심하다. [그림 4-6]은 지니계수와 빈곤선 이하의 비중을 나타내는 상대적 빈곤율(중위소득의 50%미만인 계층이 전체인구에서 차지하는 비율)로 소득 불평등 추세를 살펴 본 것이다. 2000년대 초반까지 개선되었던 불평등이 그 이후 심화되고 있음을 보여준다. 신광영은 아래 그래프에서 불평등의 개선은 1987년 노동자 투쟁을 기점으로 노동복지의 확대 경향이 외환위기 이후 불어 닥친 노동시장 유연화를 거치면서 실질임금이 하락하는 등 악화되었다고 해석한다. 노동시장 유연화로 비정규직은 매년 1%대 증가하였고, 노동시장내의 불안정성이 증가하면서 불평등이 심화한 것이다(신광영, 2013).

14) 0에서 1의 범위로 측정되며 모든 국민이 동일한 소득을 얻을 때 0

[그림 4-6] 소득불평등과 빈곤율 추이



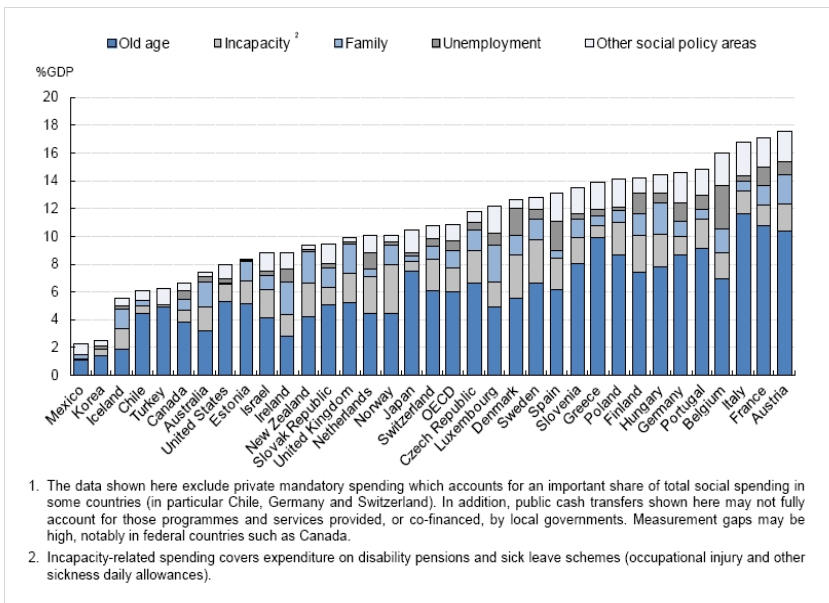
자료: 국가통계포털(2013). 소득 분배지표.(재구성)

신광영은 불평등을 야기하는 새로운 요인들로 경제위기 이후 전면적인 노동시장의 변화와 더불어 인구구조의 변화를 들고 있다. 노인인구와 이혼가정의 증대 등으로 인구구조가 변화하면서 새로운 주변부 인구층의 형성이 불평등을 확대하는 데 기여하였다는 것이다(신광영, 2013). 실제 기혼 여성의 경제활동 참여율은 꾸준히 증가된 것으로 조사된다. 유럽의 여성 경제활동 참여율 70%대에는 미치지 못하지만 1984년 37.7%에서 2006년 50%로 증가한 것으로 나타난다. 한 가구에 속한 개별 가구원들은 그들의 경제적 기여의 총합에 의해 경제적 상태가 결정된다고 할 때, 여성의 경제활동 증가는 남성의 개인의 임금소득을 보조하여 가구소득의 불평등을 완화시키는 효과도 있지만 오히려 가구소득의 불평등이 커지는 측면이 동시에 있다. 특히 여성간 소득 불평등이 증가하고, 계층 내부의 결혼(계급혼)이 증가하는 경향에 비추어 여성 경제활동 참여는 전체적인 가구소득의 불평등이 커지는 방향으로 기여하고 있는 것으로 보여진다(신광영, 2013).

한편 한국 노인의 빈곤문제는 심각해서 한국은 OECD 국가들 중에서

노인 빈곤율이 가장 높다. 노인 빈곤율은 뉴질랜드 1.5%, 독일 8.4%이며, OECD 평균은 13.5%이다. 빈곤이 심한 편에 속하는 미국의 경우는 22.4%로 한국의 45.1%의 절반수준이다(OECD, 2008). 정부의 노령연금, 국민연금 등 공적 이전소득이 미미한 상황에서 각종의 사적 이전소득에 의존하여야 하는 현실에서 비롯된 결과이다(그림 4-7 참조).

[그림 4-7] OECD 국가별 노인의 공적 이전소득 현황

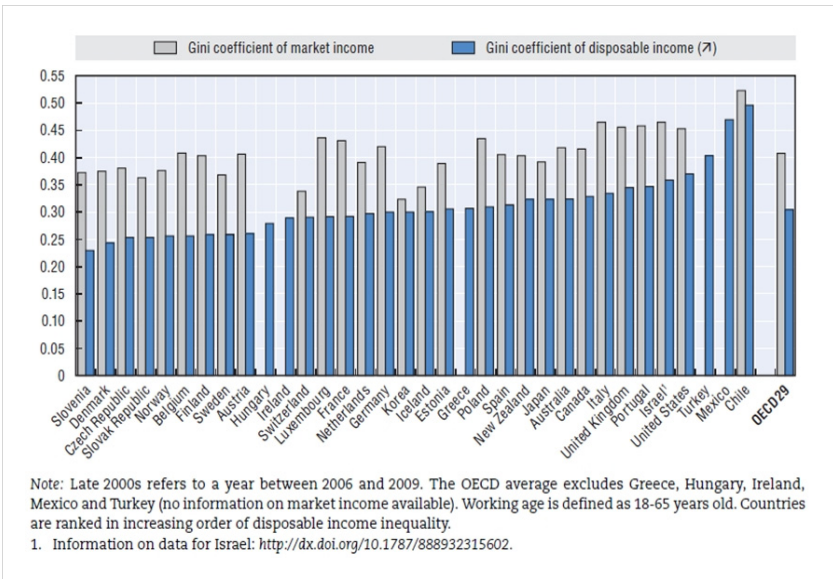


자료: OECD. (2012). Income inequality and growth: The role of taxes and transfers.

실제 아래 그림에서처럼 많은 OECD 국가들은 소득불평등이 조세전 소득보다 조세후 소득에서 감소하였으며, 이는 조세를 통한 재분배 기능이 강한 북유럽 국가에서 두드러진다. 우리나라의 경우 시장소득(market income)과 가처분소득(disposable income, net income)에 의한 불

평등이 거의 차이가 없어 정부개입에 따른 재분배 정책의 효과는 미미한 것으로 평가된다.

[그림 4-8] OECD국가별 시장소득과 가처분소득에 대한 지니계수



자료: OECD. (2011). Divided We Stand: Why Inequality Keeps Rising.

5) 고용

가) 세계화와 불안정 고용의 확대

경제적 경쟁의 심화와 불안정 고용의 확대는 동전의 양면처럼 산업화된 국가의 주요한 현상으로 자리잡고 있다. 지난 십년간 노동시장에 불어닥친 가장 뚜렷한 변화는 불안정고용의 확대로 특징지을 수 있다. 노동시장에서 실업은 여전히 문제이지만, 문제의 크기는 실업으로 요약되지 않

는다. 고용되어 있으나 임금, 미래에 대한 전망, 사회적 보호, 기타 권리에서 불안정한 노동의 문제는 실업의 문제를 압도하고 있다.

세계화라는 경쟁체제하에서 이를 뒷받침하기 위한 유연성(flexibility)의 제고는 노동시장의 중심적 가치로 되었으며, 정규노동을 다양한 형태의 불안정 노동으로 바꿔 놓았다. 노조의 약화와 노동시장에서의 탈규제에 동반하는 고용의 질의 악화는 세계적인 현상이 되고 있다(Benach et al., 2007). 노동시장은 양극화되고 있으며, 많은 나라들에서 핵심적인 일부 고용에 대해서만 정규직 신분이 보장되고 나머지는 언제든지 해고가 가능한 고용으로 채우고 있다. 예를 들어 유럽연합에서 전체 고용증가는 26%였는데 반하여 비정규직에서의 고용증가는 115%에 이르고, 노동력 중 비정규직의 비중은 8.3에서 14.7%로 증가하였다. 유럽연합에서 비정규직은 지속적으로 증가하였으며, 가장 주되게는 시간제 노동(part-time employment)과 한시 노동(temporary employment)의 형태로 확대되었다. 한시 노동(temporary employment)의 경우 오스트리아, 벨기에 등이 1987년 3~5% 수준이었으나 2007년에는 6~10% 수준으로 증가하였으며, 모든 유럽국가들에서도 비슷한 증가가 관찰된다. 이들 한시 노동 종사자들의 대다수가 정규 노동으로부터 탈락하여 비자발적으로 채워지고 있으며, 고용내의 한 층으로 고착되고 있음을 알 수 있다(ILO, 2011).

〈표 4-6〉 유럽국가별 노동시장 고용형태(2007)

구분	한시노동 비율	정규 노동 탈락자 비율
유럽연합 27	16,1	61,7
유럽연합 15	16,4	58,6
벨기에	10,7	74,5
체코	11,4	75,2
덴마크	9,4	46,7

구분	한시노동 비율	정규 노동 탈락자 비율
아일랜드	8,9	63,9
그리스	24,6	84,9
스페인	36,7	91,5
프랑스	12,2	57,0
이탈리아	16,6	67,8
사이프러스	5,8	93,9
룩셈부르크	6,3	41,4
헝가리	11,0	69,0
네덜란드	22,9	31,9
오스트리아	11,5	8,6
포르투갈	28,4	84,2
핀란드	19,2	65,1
스웨덴	11,9	58,4
영국	8,4	57,2
노르웨이	6,3	47,2

자료: ILO. (2011). Policies and Regulations to Combat Precarious Employment.

나) ILO의 고용관계의 분류

ILO는 노동시장(labour market status)과 고용시장(employment status)에서의 위치를 구별하여 제시한다. ILO는 고용인구만을 대상으로 고용상태의 분류에 대해 세계적인 기준이 되는 ICSE(International Classification of Status in Employment) 체계를 제시하고 있다. 가장 최근의 것으로 현재도 이용되는 분류는 ICSE-93이다.

〈표 4-7〉 ICSE-93에 따른 고용상태의 분류

1. 고용인	4. 생산자협원조합원
2. 피고용인	5. 기여가족 종사자
3. 자영업자	6. 기타 노동자

자료: LABORSTA 홈페이지 내용 재정리(<http://laborsta.ilo.org/applv8/data/icsee.html>)

위의 구분에서 피고용자(employer)는 일반적인 이해와 동일하며, 고용주와 자영업(Own-account workers)은 자가 고용(self-employment job)에 종사한다는 점에서는 유사하나 지속성의 측면에서 달라진다. 즉 고용주는 지속성이 필수적인 요건이 되나, 자영업에서 지속성은 부대사항으로 다루어진다. 이 분류에 대해서는 고용인구(employment)의 정의에서 주당 노동시간의 기준을 오직 한 시간으로 하고 있는 점, 고용의 질(quality of employment)과 제대로 된 노동(decent work)에 대한 고려가 이루어지지 않는 점 등에 대한 다양한 문제제기들이 뒤따르고 있다(ILO, 2008).

ILO는 고용뿐 아니라 경제활동인구와 비경제활동인구 전체를 대상으로 핵심 노동시장 지표(KILM, Key Indicators of the Labour Market)를 산출한다. KILM은 1999년 첫 번째 출판된 이후 현재 7번째 개정을 통해 18가지 지표를 제시하고 있다.

〈표 4-8〉 ILO 18가지 핵심 노동시장 지표(Key Indicators of the Labour Market)

1. Labour force participation rate
2. Employment-to-population ratio
3. Status in employment
4. Employment by sector
5. Employment by occupation
6. Part-time workers
7. Hours of work
8. Employment in the informal economy
9. Unemployment
10. Youth unemployment
11. Long-term unemployment
12. Time-related underemployment
13. Inactivity
14. Educational attainment and illiteracy
15. Average monthly wages
16. Hourly compensation costs
17. Labour productivity
18. Poverty, income distribution and the working poor

자료: ILO홈페이지 내용 재정리(http://www.ilo.org/empelm/what/WCMS_114240/lang-en/index.htm)

노동시장에서의 위치는 보통 고용(employed), 실업(unemployed), 비경제 활동인구(economically inactive)의 세 상태로 구분된다. 이러한 분류에 조응하여 대부분의 국가에서 실업자는 일정한 기간 동안 정한 연령 이상의 연령범위 이상이면서, 직장 없이 일자리를 찾고 있는 자로 정의된다. 비경제활동 인구는 직장을 구하는 일을 포기한 사람들이라는 점에서 실업자들과 구별되며, 더 이상 노동인구를 구성하지 않는다(outside the labour force)(ILO, 2013). 위의 표에서 비정형고용(employment in informal economy), 시간제 노동(part-time employment) 등의 지표는 고용의 유연화와 더불어 진행된 비정규 고용의 확대를 계량화하고 있다.

OECD는 비정규노동(non-standard work)의 주된 두 가지 형태를 한시적(temporary) 노동과 시간제(part-time) 노동으로 보고(OECD, 2002), 이 둘 각각에 대한 통계를 생산한다. 한시적 노동의 범주에는 파견노동자(temporary help agency workers), 기간을 정한 고용 계약(Fixed-term contract), 호출 노동자(On-call workers), 계절노동(Seasonal workers) 등이 속한다. 시간제 노동은 주간 노동시간이 30시간 미만인 노동자들이 속하며, 특히 전일제 직장을 얻지 못한 경우는 비자발적 시간제 노동으로 별도로 집계하고 있다(OECD, 2012).

나. 우리나라에서의 지표의 의미

1) 우리나라 지표 이용 현황 검토를 위한 방법

국내 연구에서 어떠한 지표들이 어떻게 이용되고 있는지 알아보기 위하여 국내 건강불평등 연구들에 대하여 체계적 문헌고찰을 시도하였다. 이에 근거하여 국내의 상황에 맞는 사회경제적 지표 사용의 원칙들을 제

시하였다. 사회계층계급 지표에 대하여는 새로운 지표 생성을 위한 정보의 종류 등을 NS-SEC을 중심으로 조사하였다.

체계적 문헌고찰을 위하여 사회경제적 위치 지표를 이용한 건강연구 논문에 대한 검색을 실행하였다. 사회경제적 지표 이용의 경향을 살펴보는 의도에 맞게 사회경제적 지표를 변수로 포함한 모든 논문을 대상으로 하지 않고 명시적으로 사회경제적 지표를 관심변수로 이용한 논문으로 하였다. 공인 학술지에 게재된 학술 논문만을 대상으로 하였고, 학위 논문, 학술대회 연제집(초록), 연구 보고서 등은 제외하였다. 최근 논문으로 한정하기 위하여 2005년 이후에 출판된 경우¹⁵⁾로 제한하였다. 검색어는 Pubmed DB에서 Korea(n)와 socioeconomic, social class, occupational, education, educational, income, (un)employment status, inequality(ies), (in)equity(ies)의 조합을 이용하였다. 이렇게 해서 검색된 64개의 논문 중에서 사전에 마련된 선별 기준에 따라 13개의 논문들을 검토에서 제외하였다. 제외된 경우는 i) 사회경제적 지표로 지역을 이용한 경우(n=5), ii) 고찰 논문인 경우(고찰 논문의 경우에도 데이터를 직접 분석한 경우는 포함)(n=3), iii) 요약지표(summary measure, 예를 들어 Concentration Index나 Gini Coefficient)로 제시된 경우(n=3), iv) 한 지역이나 사업장을 대상으로 하여 전국적 대표성을 의도하지 않은 경우(n=2)는 제외하였다. 이들 논문들에 이용된 사회경제적 지표 종류에 따라 직업(계급/계층), 교육, 소득, 고용으로 분류하여(부표 2-1) 각 지표별 이용현황과 패턴을 도출하고자 하였다. 동일한 분류에 속하는 두 개 이상의 지표(예, 가구소득과 의료보험종류)가 이용된 경우에는 하나로 집계하였다.

15) 이는 최병호 등(2004)의 과거 건강불평등 문헌리뷰의 대상 시기가 2004년까지였던 점을 아울러 고려하였음.

현재까지 고찰을 마친 40개의 논문들 중 단일지표를 이용하고 있는 논문은 20개(직업계층: 1, 교육: 8, 소득: 7, 고용: 4)였으며 다수의 지표를 이용한 논문은 20개(직업계층: 10, 교육: 16, 소득: 7, 고용: 10)였다. 교육 지표는 전체 40개의 논문 중 24개의 논문에 등장하여 가장 선호되고 있는 지표임을 알 수 있다. 뒤이어 고용과 소득이 14개, 직업계층이 11개로 비슷한 수준으로 이용되었다. 특히 직업계층 지표는 다수의 지표를 이용하는 논문에 주로 등장하고 있었다. 위의 연구들 중에서 SEP 지표의 구성, 활용, 개념, 연관, 체계 등을 실증적으로 다루고 있는 논문은 소수에 불과하였다 (Khang and Kim, 2006; Khang et al., 2007). Oakes와 Rossi(Oakes and Rossi, 2003)가 언급하듯이 좀 더 많은 논문을 포함하기 위하여 느슨한 검색을 하였더라도 SEP를 다루는 논문 수는 증가하겠지만, SEP 지표의 문제를 다루는 논문 수는 차이가 없었을 것을 짐작하게 한다.

〈표 4-9〉 사회경제적 지표에 대한 논문 수

사회경제적 지표	단독	다중	계
직업	1	10	11
교육	8	16	24
고용	7	7	14
소득	4	10	14
계 ¹⁾	20/20	43/20	63/40

주: 1) 지표 수/논문 수

2) 사회계층계급

가) 우리나라 연구에서 사회계층 계급 지표의 이용

다음에서는 한국 건강불평등 연구에 사용된 직업을 이용한 계급-계층

분류의 종류와 특징들을 살펴보고자 한다. 먼저 본연구의 고찰 대상이 되었던 논문들에 사용된 계층분류 방법들을 모두 열거하고, 분류에 이용된 데이터들과 기초변수들을 조사하였다(표 4-10 참조). 모든 연구들은 표준직업분류 상의 대분류를 재분류하여 계층을 구성하고 있었다. 대분류의 10개 군과 어디에도 해당되지 않는 군을 합하여 11개로 구분(Cho et al., 2006)한 경우에서 부터, 6군, 4군, 3군, 2군으로 나누는 경우들이 발견된다. 가장 빈번하게 이용된 구분은 육체노동, 비육체 노동, 기타의 3군 분류였으며, 육체노동과 비육체노동의 구분은 다른 분류들에도 포함되어 계층 구분의 가장 기초적 구도로 이용 되고 있음을 알 수 있다.

〈표 4-10〉 국내연구에 이용된 사회계층계급 분류 방식

직업 분류	분류 근거	관련 문헌
11 major scale	KSOC 대분류	조홍준 등, 2006 (사회조사통계, 2003);
Legislators and manager, professional, technicians and clerks, service and sales workers, agriculture, craft, mechanics and assemblers, laborers, economically inactive (9 categories)	KSOC 대분류	Mijin Park et al, 2013 (Birth registry, 1995-2008)
Occupational class: Class I - Class 7 (7 categories) ¹⁾	KSOC 대분류	김민경 등, 2010 (국민건강영양조사, 2005); Khang YH and Kim HR, 2006 (1998 국건영)
Manager/professional, office workers, service workers/sellers, agriculture/fishery, technicians/mechanics/assemblers, simple labor (6 categories)	KSOC 대분류	Jeongmi Kwon et al, 2013 (KNHANES IV); Junko Nishimura, 2011 (Korean National Family Survey 2003) ²⁾
Professional, non-manual, manual, others (4 categories)	KSOC 대분류	Heeran Chun et al, 2012 (Social Statics Survey 1992-2010)

직업 분류	분류 근거	관련 문헌
Manual, non-manual, others(or economically inactive) (3 categories)	KSOC 대분류	Mijin Park et al, 2013 (Birth registry, 1995-2008); Kyungae Kong et al, 2010 (Birth registry, 1995-2006); 김유미와 김명희, 2007 (국건영, 1998, 2001, 2005); 강영호와 김혜련, 2006 (국건영, 1998); Youngho Khang et al, 2006 (Social Statics Survey 1989-2003); Youngho Khang et al, 2005 (KNHANES, 1998)

주: 1) 직업과 고용상의 위치를 이용 직업계급을 구분함. 다른 분류들은 직업정보 만을 이용함.
 2) Nishimura 등(2011)의 연구에 이용된 분류는 약간의 차이에도 6개의 범주를 사용하는 등 유사성이 크다고 판단되어 동일한 카테고리 분류함.

나) 사회계층계급 지표의 이용에 있어 문제점

(1) 일관된 분류기준의 부재와 육체/비육체 노동의 구분

위의 분류체계들을 통해 볼 수 있는 특징은 계층구분에서 일관된 기준 없이, 분류는 연구자들의 재량에 맡겨진다. 연구마다 지표의 정의가 달라진다면, 연구의 일관성과 비교가능성은 희석된다. 분류의 임의성은 육체노동과 비육체 노동의 구분에 있어 서비스 종사자(대분류 4)와 판매종사자(대분류 5)를 어떻게 분류할지에 대해 연구자간 차이로 나타나기도 하였다. 몇몇 연구는 서비스와 사무 종사자를 육체노동으로 분류한 반면(Park et al., 2013; Kong et al., 2010; Kim and Kim, 2007; Khang and Cho, 2006), 다른 연구에서는 비육체 노동으로 분류하였다(Kim et al., 2009; Khang and Kim, 2006). 또한 전형적인 노동계약관계에 놓이지 않아 직접적인 직업분류가 불가능한 실업자, 비경제활동인구, 주부, 군인, 학생, 은퇴자 등과 같은 인구집단을 분류하는 방식에서도 연구자들

간의 차이를 보인다. 이들 집단은 흔히 기타(others)군으로 묶어 분석에 포함(Khang and Cho, 2006)되거나, 분석에서 제외(Kim and Kim, 2007)된다. 때로는 군인, 학생과 실업자들을 제외하고 주부는 별도의 그룹으로 포함한 경우(Kim et al., 2010b)처럼 일부는 포함하고 일부는 제외하기도 하였다.

오랫동안 정신노동과 육체노동의 수직적 분리는 노동시장에서 점하는 위치를 가장 극명하게 보여주는 분류로 이해되어 왔다. 정신노동을 담당하는 엘리트와 육체노동을 담당하는 하층노동자라는 노동의 성격과 노동의 분업에 자연스럽게 조응하는 구분이었다. 그러나 현대에 이르러 노동의 성격과 구조가 변화하면서 육체노동과 비육체 노동의 구분의 유효성이 상당부분 퇴색하였다고 지적된다(Rose and Pevalin, 2005). 예를 들어 콜센터 직원, 행정보조원 등과 같이 육체노동자는 아니지만 고용과 사회적 상황에서 육체노동자보다 열악한 경우도 많다. 육체노동을 기준으로 직업 간의 위계를 적절하게 담아내기 어려운 것이다.

RGSC는 육체노동과 숙련도(skill)를 두 축으로 여섯 계급으로 구분한 후, 다시 세 개의 비육체 노동과 세 개의 육체노동으로 재분류 되도록 설계되어 있다. NS-SEC에서는 이런 분류에 의의를 두지 않는다. 예를 들어 NS-SEC의 반복적인 단순노동에 제조업뿐 아니라 사무직, 판매, 서비스직이 모두 포함된다(L12-L13). 즉 육체노동의 종사 여부가 아니라 어떤 성격의 고용인지가 계급구분에서 중요한 것이다. 육체노동과 비육체 노동의 구분이 모호해 지는 것은 하층 비육체 노동자의 존재, 즉 다양한 직업군에서의 비정규노동자의 증가이다. 그들 중 상당수는 단순노동자로 구분되어 위계상의 맨 아래층에 놓인다. 국내연구의 육체노동과 비육체 노동의 구분에서 논란이 되는 사무직과 서비스직의 분류도 육체노동의 성격(manuality)을 강조한 분류에서는 서비스와 판매종사자를 육체노동

에서 제외하는 반면, 고용상의 실재적 위치에 초점을 더 두는 분류에서는 육체노동자로 포함한다고 볼 수 있다. 점차 육체노동과 비육체 노동은 명칭(labelling)에 그치는 경우가 많으며 실제적인 노동상의 위계는 다를 수 있다. 어떤 경우이던 고용관계(혹은 소유관계)를 반영하는 의미체계를 계층구분에 담아내지 못하는 경우, high와 low의 구분과 같은 덜 명시적이며 경계가 모호한 지표와 닮을 수 있다. 물론 육체노동과 비육체 노동의 구분이 완전히 그 의미를 상실되었다고 할 수 없고, 서비스와 판매 종사자를 제3의 그룹(pink color)으로 분류하는 방법도 가능할 수 있지만, 육체노동을 기준으로 현대적인 고용관계를 파악하기에는 어려운 것이 사실이다.

(2) 계급지표의 과소이용과 대분류를 이용한 계층분류의 문제점

또 하나 눈에 띄는 특징은 기존의 연구들은 모두 직업분류 상의 대분류를 이용하였다는 점이다. 이는 이용 가능한 자료의 제한에 기인하는 측면이 크다. 대부분의 국가 서베이들은 직업에 대한 개방형 답변을 표준직업분류 상의 직업코드로서 자료화하고 있다. 원자료의 서술형 기술이 변수화하는 과정에서 표준직업분류의 1자리 분류인 대분류(10개 그룹)로 간략한 정보만 남게 되는 것이다.

표준직업분류상의 대분류는 직업 종류간의 유사성과 비유사성만을 보여주며 직업의 위계를 가정하지 않는다. 계급구분의 핵심인 소유에 대한 개념을 고려하지 않고 있어, 예를 들면 이 구분에 따를 경우 판매점의 고용주와 피고용자는 동일하게 판매직으로 분류한다. 하나의 대분류군 전체를 단일한 직업적 위계로 설정하기에는 실재적인 경험과 일치하지 않는 경우가 다수 발생한다. 다음 표는 전문직 (대분류 2) 중 보건의료전문직(소분류 241)의 경우이다.

〈표 4-11〉 대분류 전문가 중 소분류 의료진료 전문가의 세분류

대분류	중분류	소분류	세분류
2 전문가 및 관련 종사자	24 보건·사회복지 및 종교 관련직	241 의료진료 전문가	2411 전문 의사
			2412 일반 의사
			2413 한의사
			2414 치과 의사
			2415 수의사
		242 약사 및 한약사	2420 약사 및 한약사
		243 간호사	2430 간호사
		244 영양사	2440 영양사
		245 치료사 및 의료기사	2451 임상병리사
			2452 방사선사
			2453 치과기공사
			2454 치과위생사
			2455 의지보조기기사
			2456 물리 및 작업 치료사
			2459 임상 심리사 및 기타 치료사
		246 보건의료 관련 종사자	2461 응급구조사
			2462 위생사
			2463 안경사
			2464 의무기록사
			2465 간호조무사
			2466 안마사
		247 사회복지 관련 종사자	2471 사회복지사
			2472 보육 교사
			2473 직업상담사 및 취업 알선원
			2474 상담 전문가 및 청소년 지도사
			2475 시민 단체 활동가
			2479 기타 사회복지관련 종사원

자료: 통계청 홈페이지 내용 일부 정리 (<http://kostat.go.kr/kssc/stclass/StClassAction.do?method=ksscTree&classKind=2&kssc=popup>)

계층분류가 표준 직업분류의 대분류에 기초할 경우 위의 표에 세분류 상 열거된 모든 직종은 전문직이라는 단일군으로 구분된다. 예를 들어 치

과의사와 치위생사가 동일한 범주에 든다. 이는 보건직 전문가 내에 엄연한 위계적 측면을 반영하는 분류와는 상당히 거리가 멀다. 마찬가지로 계층분류의 토대로 표준직업분류를 이용하고 있는 영국 NS-SEC에서는 보건 전문직 내 각 직업군들의 실제적 고용관계를 구분하고 있다. NS-SEC에서는 의사 치과의사는 3.1, 간호사 방사선사 등은 4.1 간호조무사 응급구조사 등은 7.3과 7.2로 기타 보건관련 직업은 12.2로 내부의 차이를 드러내고 있다. 14개 계층 분류에서뿐 아니라 가장 단순화된 3개 계층 구분에서도 간호조무사는 중간층(2 Intermediate)에 기타 보건관련 직업은 하층(3 Routine and manual)에 위치되어, 상층(1 Managerial and professional)의 전문직과 구별된다.

한국표준직업분류상 직업군들의 위계 변화를 직업지위 점수를 통하여 추적하는 국내의 한 연구는 단일 대분류에 속한 직업군간의 위계적 차이가 크다고 보고하고 있다(유홍준 and 김월화, 2006). 한 예로 대분류 0 ‘의회 의원, 고위임직원 및 관리자’군에서 정부 행정부서 관리자의 직업지위는 상대적으로 높은 반면, 일반관리자의 직업지위는 상대적으로 낮게 나타났다. 이러한 직업지위 격차는 다른 대분류에서도 일반적으로 관찰되었다. 같은 대분류 내에는 고용관계에 따르는 위치가 다른 많은 직업들이 존재한다는 사실을 무시한 채 건강불평등 연구에 적용할 경우, 그 한계는 분명하다. 분류의 정확성은 손상되어 직업계층간 층위가 확보되지 못하며, 이는 건강불평등의 과소평가로 귀결 될 것이다(Hiyoshi et al., 2013). 이는 대분류를 다른 대분류와 묶어 범주를 단순화하는 경우(예, 육체노동과 비육체노동의 구분)에도 해결되지 않는다. 대분류체계의 항목수를 축소하여 재분류할 때, 엄밀한 분류의 체계나 정의를 설정하기 어려우며, 분류의 일관성이 결여되어 나타날 것이다.

또한 직업과 고용 상태를 함께 고려한 직업계급을 활용한 예는 매우 드

물어 김민경 등(2010)과 Khang and Kim(2006)에 불과하였다. 두 연구는 모두 윤태호 등(2000)의 계층분류(6계급)에 주부 혹은 기타군을 별도로 덧붙여 7개의 계급구분에 따랐다. 이 분류는 대분류를 근간으로 고용상의 지위를 결합한 것으로 대분류상 동일 범주내의 이질성을 완화하고 있으나 문제는 여전한 것으로 보인다. 전문가 전체를 동일 계급(Class I)으로 분류하거나 사무직, 판매직 내의 계급 구분 등 전체적으로 각 대분류내의 다양하게 존재하는 계급적 층위가 단순화된 것으로 보인다. 앞서 살펴본 홍두승 등의 연구나 NS-SEC에서는 계층분류를 위한 직업군의 단위를 소분류 혹은 세분류로 삼고 있다. 이유는 계층분류를 통해 형성되는 하나의 계층이 사회적 위계나 노동시장의 맥락에서 최대한의 동질성을 갖추기 위함 일 것이다.

(3) 직업이 없는 인구에 대한 계층구분의 문제: 기타와 여성

직업에 따르는 계층구분에서 기타(혹은 경제적 비활동인구)의 분류 역시 개별 연구자들의 판단에 맡겨져 있다. 실업, 비고용(unemployed and non-employed), 주부, 학생, 군인을 기타 혹은 경제비활동인구로 분류하는 경우가 흔하게 발견되며(Chun et al., 2012; Kim et al., 2009; Park et al., 2013), Khang and Cho(2006)은 군인을 제외하기도 하며, Kim and Kim(2007)는 무직, 주부, 군인, 학생을 분석 대상에서 제외하기도 한다. 어디에도 속하지 않는 (inapplicable) 기타군의 정의와 달리 비경제적활동인구로 정의하는 경우에는 좀 더 주의가 필요할 것이다. 유럽의 연구에서 비경제적활동인구는 좀더 엄밀하게 정의되며 보통 은퇴자, 장기건강장애자, 가사노동종사자 등이 포함하나, 학생, 군인들은 제외한다. (건강 잠재력이 크다고 할 수 있는) 학생과 군인을, 특히 건강관련 연구에서, 다른 기타 집단과 하나의 군으로 묶는 것에 대해

서는 실증적 검토가 필요할 것이다.

국내연구에서 무직자 중 어떻게 분류하는지에 따라 결과에 대한 영향력이 큰 집단은 주부일 것이다. 이들은 직업분류상 위치가 없는 다른 집단과 함께 기타로 분류되기도 하고(Chun et al., 2012; Park et al., 2013), 별도의 독립계층으로 분석에 포함되기도 하고(김민경 등, 2010), 분석에서 제외(Kim and Kim, 2007)되기도 한다. 대체로 여성의 사회경제적 위치는 다음의 세 가지 중 하나를 선택할 수 있다. 본인의 사회경제적 위치, 남편의 사회경제적 위치, 혹은 둘 중 더 높은 이의 사회경제적 위치(dominance approach)를 이용하는 방법이다(Krieger et al., 1997). 여성 본인의 사회경제적 위치를 이용하는 첫 번째 방법은 여성의 노동시장 참여가 높아지는 추세에 부합하는 것이나, 여전히 실제적 임금에서 남성에 불리하다는 것을 감안할 때, 여성의 직업계급이 상대적으로 높게 평가될 여지가 있다(Krieger et al., 1997). 또한 직업이 없는 여성의 비중이 높아 이들에 대한 처리에서 기타 혹은 결측치로 분류되는 집단이 커지는 문제가 발생한다. 남편의 사회경제적 위치를 이용하는 두 번째 방법은 여성주부의 문제를 일정 정도 해결하고 결측치를 줄일 수 있는 방법이지만, 과연 남편이 직업을 통해 얻게 되는 지위와 기회들을 여성이 어느 정도 동일하게 누릴 수 있을지 논란이 있다. 여성과 남성 둘 중 더 높은 이의 위치를 택하는 세 번째 방법은 가구원들은 재화나 기회의 접근에서 그 가구의 가장(breadwinner)과 비슷한 수준을 공유할 가능성이 높다(Mueller and Toby, 1981)는 사실에 바탕하고 있다.

NS-SEC에서는 직업이 없는 개인들도 최대한 계층상의 지위를 부여하는 것을 원칙으로 하고 있다. 직업이 없는 경우는 바로 직전의 직업을 이용하도록 하고 있다. 이런 접근방법을 포함하여, 기타로 구분되는 집단들 간의 차이점과 유사성에 대한 연구, 특히 여성의 계층상 지위에 대한 연

구가 뒤따라야 할 것이다. 이때 주부를 별도의 계층으로 분류하는 방식은 기업주 남편을 둔 주부와 비정규직 남편을 둔 주부를 동일시하는 것으로 대단히 거친 분류가 될 수 있다. 유럽의 많은 연구들이 주부를 비경제적 활동인구로 구분하는 이유는 여성의 직업 진출이 활발하여 그 비중이 우리나라에 비해 적고, 주부라는 신분이 여러 측면에서 다른 비경제적활동 인구와 유사하기 때문으로 보인다. 하지만 현실의 접근에 있어서는 단순히 과거의 직장 혹은 배우자의 직장에 대한 정보를 수집하는 데이터들이 많지 않을 것이라는 사실 또한 고려되어야 할 것이다.

3) 교육

가) 우리나라 연구에서 교육지표의 이용

국내연구에서 교육수준 지표는 구간의 개수에 따라 아래 표와 같이 나누어 볼 수 있다. 많게는 9 단계로 구분한 경우부터 적게는 2 단계로 구분한 경우까지 있으며, 연구자들마다 구간 설정이 달라 4 단계와 3 단계 구분은 특히 다양하다. 가장 많이 사용된 경우는 4 단계 구분 중 ≤ 6 , 7-9, 10-12, >12 로 나누는 것과 3 단계 구분 중 ≤ 9 , 10-12, >12 로 나누는 것이었다.

〈표 4-12〉 국내연구에 이용된 교육수준 분류 방식

수준	분류	관련 문헌
9 level	No(illiterate), no (capable of reading), 1-6, 7-9, 10-12, 13-14 (two year college), 15-16, 17(Master's), >17 (PhD).	Jinhyun Kim et al, 2011 (KLoSA)

144 한국의 건강불평등 지표와 정책과제

수준	분류	관련 문헌
6 level	No, 1-6, 7-9, 10-12, >12, unknown	Sooyoung Choo et al, 2007 (Death registry with national insurance data);
5 level	No, 1-6, 7-9, 10-12, >12	Anonymous, 2011 (KLoSA); Khang YH and Kim HR, 2006 (국건영)
4 level	≤6, 7-9, 10-12, >12	Mihyun Kim et al, 2013 (Death registry); Mia Son et al, 2012 (Death registry); Myounghee Kim et al, 2010 (1998, 2000, 2005 KNHANES); Gaeun Nam et al, 2013 (KNHANS, IV); Heekyung Joh et al, 2013 (KNHANS, IV); Jeongmi Kwon, et al, 2012, (KNHANS, IV); 김민경 등, 2010 (국건영); Youngho Khang and Hongjun Cho, 2006 (Social Statistics Survey)*
	No, 1-6, 7-9, >9	Khang YH and Kim HR, 2006 (국건영); Youngho Khang, 2005 (KNHANES)
	≤9, 10-12, 13-15, >16	Junko Nishimura, 2011 (Korean National Family Survey)
3 level	≤6, 7-12, >12	Jaemoon Yoon et al, 2013 (KNHANS, IV); Wonyoung Lee et al, 2009 (Death registry with census data);
	≤9, 10-12, >12	Kirang Kim et al, 2010 (1998, 2001, 2005 KNHANES); Mijin Park et al, 2013 (birth registry); Hyeyin Park et al, 2012 (Korean Youth Risk Behavior Web-based Survey); Heeran Chun et al, 2012 (Social Statics Survey); Seunghan Shin, et al, 2012 (Birth registry); Kyungae Kong et al, 2010 (Birth registry linked with death registry); Jongoh Kim et al, 2009 (Birth registry linked with death registry); Kim and Kim, 2007 (국건영) ¹⁾
	≤6, 7-9, >9	Kim and Kim, 2007(국건영)
	≤12, >12	Seunghan Shin, et al, 2012 (Birth registry)
2 level	≤6, >6	Myounghee Kim et al, 2005 (1998-2001 KNHANES)

주: 1) 각 연구들 간에 연령분류가 일치되지는 않음.

나) 교육지표의 이용에 있어 문제점

대체로 가장 하층은 무학으로 정의되거나, 무학을 초졸과 한데 묶거나, 혹은 중졸아래를 한 구간으로 나눈다. 무학을 별도의 카테고리 구별하고 있는 연구들(Khang and Kim, 2006; Choo et al., 2007)은 한결같이 무학, 초졸, 중졸간에도 건강지표(사망, 암사망자의 의료이용, 우울정도)에 차이가 난다고 보고한다. 중졸 이하를 한 구간으로 하는 것과 같이 한 범주의 폭이 크고 범주의 수가 적을 경우에는 그 만큼 교육에 의한 건강 격차를 충분히 드러내지 못할 수 있는 것이다. 한편 가장 상층은 대졸 이상, 고졸 이상으로 나누는 것이 보통이나 몇몇 연구에서는 직업위주의 전문대학(junior college) 수준을 따로 구별하였다. 같은 데이터에 대해 다른 군은 동일하게 둔 채 최상층만 고졸이상(4 단계 구분)과 대졸 이상(5 단계 구분)을 나누어 분석한 강영호와 김혜련(2006)의 연구는 예상과 같이 대졸이상까지 더 세분화하였을 경우 연관성의 크기도 커지며 통계적 유의성도 달라질 수 있음을 보여주었다. 물론 범주 구분에는 범주의 유사성에 대한 충분한 사전탐색을 거칠 것이며, 표본의 크기, 구간별 인구분포, 연구 목적에 따른 논리적 배경 등을 고려해야 할 것이다. 더불어 범주수를 축소할 경우 교육변수의 변이와 그에 따른 건강불평등의 상대적 크기가 과소평가되었을 가능성에 대해서도 진단이 필요할 것이다. 한편 사망자료와 국건영의 비교하여 교육지표의 신뢰도를 검토한 연구(Khang et al., 2007)는 범주수를 3범주로 하는 것이 5범주로 하는 것보다 일치도가 우수하다고 보고하고 있어, 이 또한 구간 설정을 고려시에 참고하여야 할 것이다.

4) 소득

가) 우리나라 연구에서 소득지표의 이용

소득지표를 이용한 국내연구의 대부분은 가구소득을 이용하였으며, 주관적 경제상태가 다음으로 많고, 그 밖에 부(wealth), 개인소득, 빈곤수준 등은 소수였다. 소득수준을 연속변수로 이용한 연구는 한 연구뿐이었다(Kim, 2011a). 대체로 소득지표는 그 종류에 관계없이 건강불평등이 관찰되었으나 가구원수를 고려하지 않은 가구소득, 개인소득의 경우는 유의성이 관찰되지 않는 경향을 보였다. 가구원 수를 보정하지 않은 연구들에서는 연관성이 관찰되지 않거나(Kwon et al., 2012) 남성에서만 상관성이 나타났다(Nam et al., 2013; Kwon et al., 2012). 이는 데이터, 결과변수, 모델링 등에서 차이가 난다는 점을 감안하더라도 가구원 수의 보정여부가 영향을 끼쳤을 가능성을 시사한다. 이와 유사하게 외국의 연구에서도 (Geyer, 2011) 3가지의 소득지표(즉, 가구소득, 가구원의 크기를 고려한 가구소득, 개인소득)를 비교하였을 때, 가구소득은 가구원 크기에 대한 고려여부에 상관없이 오즈비가 유사하였으나 개인소득을 이용한 경우 현저하게 오즈비가 적었다.

또 하나의 특징은 다른 사회경제적 지표들과 달리 몇몇 연구에서 낮은 소득수준이 건강에 좋은 결과를 보여, 식이습관(eating behavior)(Lee et al., 2013), 이상지혈증(dyslipidemia) (Nam et al., 2013)의 발생은 경제적 상태와 정(positive)의 상관을 나타내고 있다. 소득수준 지표의 신뢰도에 문제가 있는 것인지, 질환에 특이적으로 예외적인 현상인지 추후 연구가 보강되어야 할 부분이다. 동일한 데이터와 분석방법아래 다른 소득지표를 포함한 연구들은 지표의 비교에 유의한 정보를 제공한다. 가구소득, 의료보험의 종류, 주관적 경제상태를 모두 포함한 연구에서 가구

소득만이 사망과의 연관성이 관찰되었다(Khang and Kim, 2006). Bohyun Park et al(Park et al., 2009a)은 65세 이상에서 소득에 비하여 부(wealth)가 건강불평등의 측정에 예민하다는 것을 보여주었으며, Kim et al(2010a)은 주관적 경제상태가 객관적인 경제상태보다 특정한 상황에서는 적절할 수 있는 가능성을 보여주었다. 정확한 산출방법이 제시되지 않았지만 Kwon et al(2012)은 가구소득과 개인소득 둘 다를 포함하였으나 유의하지 않은 것으로 나타났다. 또한 몇몇 연구들은 소득 변수의 범주수를 감소하여 변이를 축소할 때(Khang and Kim, 2006; Kim, 2011a)위험도의 절대치에 감소가 따른다는 것을 보여주었다.

〈표 4-13〉 국내연구에 이용된 소득 분류 방식

구분	관련문헌(연도)
Household income adjusted for family size	Heekyung Joh et al, 2013 (KNHANES); Dongsik Kim et al, 2010 (KLoWF); 김민경 등, 2010 (국건영); Bohyun Park et al, 2009 (KLoSA 2006) ¹⁾ ; Khang YH and Kim HR, 2006 (국건영); Youngho Khang and Hyeryun Kim, 2005 (KNHANES)
Household income	Yongju Kwon et al, 2010 (KNHANES 2001, 2005 and 2007); Gaeun Nam et al, 2013 (KNHANES); Jeongmi Kwon, et al, 2012 (KNHANES); Jinhyun Kim et al, 2011 (KLoSA)
Individual income	Jeongmi Kwon, et al, 2012 (KNHANES)
Subjective economic status	Haejeung Lee et al, 2013 (Online Korean Adolescent Panel Survey); Dongsik Kim et al, 2010 (KLoWF); Khang YH and Kim HR, 2006 (국건영)
Wealth	Bohyun Park et al, 2009 (KLoSA) ¹⁾ ; HyeyinPark et al, 2012 (KYRBWS) ²⁾
Proxy for income	Chulwoung Kim et al, 2008 (National Health Insurance data); Khang YH and Kim HR, 2006 (국건영)
Poverty	Jinhyun Kim et al, 2011 (KLoSA)

주: 1) 노인 대상 연구의 경우 부부의 소득과 자산이 활용됨.

2) Family Affluence Scale이 활용됨.

나) 소득지표의 이용에 있어 문제점

(1) 소득정보의 파악

OECD에서는 소득 측정의 어려움을 언급하며, 최상위층은 노출을 꺼려 접근이 어렵고 최하위층의 인구들은 주변부에 있어 접근이 어렵다는 점을 지적한다. 접근이 이루어지더라도 답변을 꺼려 다른 사회경제적 지표들에 비하여 결측치가 많아진다. 따라서 정확한 효과의 측정을 위해서는 결측치를 줄이는 것이 우선 중요하겠지만, 소득정보에 대한 개인별 민감도가 사회경제적 위치에 따라 어떻게 다른지(건강형평성 측정 방법론, p83)를 고려하는 것이 바람직할 것이다. 몇몇 연구는 결측 집단을 별도의 범주로 처리 하였을 때 가장 낮은 소득범주와 유사한 건강상태를 보여 하층 그룹에서 과소보고가 많다는 것을 보여준다(Khang and Kim, 2006; Kim et al., 2010a). Geyer 등(2011)은 독일과 스웨덴 데이터에서 미분류집단(not classified)에 대한 민감도 분석(sensitivity analysis)을 통해 건강불평등에 과소추정이 있었다는 것을 보여준다.

(2) 소득지표의 신뢰도 확인

소득 관련 연구에서 국민건강영양조사는 가장 자주 이용되고 있다. 한 문항, 즉 “모든 수입을 다 합하여 최근 1년 동안 가구의 총수입은 얼마입니까?”으로 파악한 가구소득을 5분위, 4분위 범주형 변수로 변환하는 연구가 많았다. 그러나 국민건강영양조사를 통한 가구소득은 무응답률이 높을 뿐 아니라, 통계청의 가계 조사와 비교하여 소득이 낮게 조사된다(질병관리본부, 2011). 단일문항을 통해 파악한다는 점과 면접조사라는 특성, 개인별 소득의 합으로 산출하지 않는다는 점 등이 영향을 미쳤을

것으로 추정된다. 국민건강영양조사 뿐 아니라 다른 조사에서도 소득지표의 신뢰도 문제는 제기 될 수 있다. 신뢰도를 확인하기 위한 한가지 방법으로 소득의 분포를 국가 공인통계와 비교하는 것도 하나의 방법이 될 수 있 있다. Kim 등(2005)은 가구소득의 중위값과 당해 연도 최저생계비를 비교한 후 자료의 신뢰도에 문제가 있다고 결론 내린다. 건강불평등을 염두에 둔다면 소득을 5분위로 나누어 통계청 가계동향조사를 통해 이용 가능한 ‘소득 5분위 배율’과 비교할 수 있다. 이 경우 분석대상이 되는 자료의 신뢰성과 더불어 건강불평등의 산출에 미쳤을 영향도 어느 정도 예상할 수 있다.

5) 고용

가) 우리나라 연구에서 고용지표의 이용

고용계약의 내용에 근거한 고용관계의 범주화는 고용형태(employment status) 혹은 고용의 불안정성(job insecurity)를 주된 내용으로 한다는 것을 앞서 살펴보았다. 국내에서 진행된 연구들은 고용형태를 위주로 가장 단순하게는 고용과 비고용(employed vs non-employed)으로 나누기도 하고, 때로는 자영업(self-employed)이나 고용주(employer)를 다른 피고용자(employee)와 구분하기도 한다(Khang and Kim, 2006; Nishimura, 2011), 고용의 불안정성은 크게 정규직과 비정규직을 구분하고 비정규직은 시간제(part-time), 비정형(non-standard employees), 불안정(precarius), 한시(temporary) 노동 등으로 다양하게 개념화되었다. 고용관계에 관한 가장 상세한 구분은 Chun 등(2012)과 Khang YH and Kim HR(2006)의 연구에서 발견되며(각각 5개의 카테

고리로 구분함), 고용과 비고용의 구분은 가장 단순화한 예(Park et al., 2008; Park et al., 2009b; Shin et al., 2012)가 될 것이다.

〈표 4-14〉 국내연구에 이용된 고용지표 분류 방식

분류	관련문헌(자료원)
전일근로, 시간제근로, 자영업, 무임금 근로, 기타	Heeran Chun et al, 2012 (Social Statics Survey 1992-2010);
고용주, 상용근로자(전일제 및 시간제), 자영업자, 임시 및 일용근로자, 기타(무급가족종사자 및 비해당)	강영호와 김혜련, 2006 (1998 국건영);
고용인, 정규직, 비정규직, 자영업자	Junko Nishimura, 2011 (Korean National Family Survey 2003);
직업있음, 은퇴함, 무직, 경제활동 비참여	Anonymous, 2011 (KLoSA, 2006)
정규, 임시, 일일노동자	Ilho Kim et al, 2011 (SSS, 1995-2005);
정규, 비정규, 무직 ¹⁾	Youn Jung et al, 2013 (KLIPS, 2005-07); Heetaik Kang et al, 2013a (KNHANES IV); Heetaik Kang et al, 2013b (KNHANES IV); Seungsup Kim et al, 2012 (Korean Welfare Panel Study)
임금노동자, 자영업자, 무급가족종사자	Jeongmi Kwon, et al, 2012 (KNHANES IV)
직업있음, 직업없음 ²⁾	Jaehyun Park et al, 2008 (2001-06); Jaehyun Park et al, 2008 (2001-06); Seunghan Shin et al, 2012 (birth registry, 2003)

주: 1) Kang 등(2013a, 2013b)은 full time, part time, unemployed로 구분하였고, Kim 등 [2012] 은 permanent, precarious and unemployed로 고용상태를 분류

2) Shin 등(2012)은 고용과 비고용의 이분법을 사용

나) 고용지표 이용에 있어 문제점

경제활동인구와 비경제활동인구 내부의 하위 집단들은 대개 그 크기가 적어 비슷한 집단들과 묶어 분석하는 것이 보통이다. 상세한 범주로 구분하는 것은 항상 가능한 것은 아니지만 가능한 상황에서는 범주를 축소하

지 않고 본래의 상태를 유지하는 것이 바람직할 것이다. 예를 들어 Park et al.(2008), Park et al.(2009b), Kwon et al.(2012)는 질병 발생 이후의 고용상태를 살펴보기 위하여 병가(sick-leave)나 건강관련 은퇴(health related-retirement)를 고용관계의 한 과정으로 두기도 한다. 또한 실업자 군내에서도 장기적 실업(long-term unemployment), 비자발적 실업 등을 구분하기도 하고, 구직단념자(discouraged job-seekers), 주변부 노동(marginally attached to the labour force) 등이 의미 있는 노동시장의 유형들로 제시되기도 한다. 새로운 변화들이 야기한 건강결과를 모니터링하기 위해서는 이들을 독립된 범주로 구별하는 것이 필요할 것이다.

대다수의 연구들은 고용형태와 고용의 불안정성을 결합하여 고용상의 지위를 세분화하고 있으나, 고용자(employed), 임금 노동자(waged worker)와 포괄적인 정의를 사용하는 연구들(Kwon et al., 2012; Park et al., 2008; Park et al., 2009b)의 경우는 고용 내부의 분화를 단순화할 우려가 있다. 비슷한 맥락에서 기타(others)나 비고용(non-employed) 등으로 비경제활동 인구들을 단일하게 구성하는 경우(Park et al., 2008; Park et al., 2009b; Chun et al., 2012) 역시 범주내의 이질성을 고려한 해석이 필요할 것이다. 일반적으로 범주 구분을 단순화할수록 오분류(misclassification)의 가능성은 커지며 오분류는 연관성의 강도를 과소평가할 가능성이 높다.

6) 사회경제적 지표에 대한 종합적 검토

대체로 범주를 축소하지 않고 범주 간의 대조가 크게 유지된 경우 건강 불평등이 크게 나타났다. 예를 들어 한 연구에서도 직업구분에서 육체노동과 비육체 노동의 이분형에 비해 범주수를 더 늘리거나 소득이나 교육

수준의 범주의 구간 수를 늘린 경우 불평등의 경사가 컸다(Park et al., 2013; Khang and Kim, 2006). 직업과 고용관련 변수의 경우 ‘기타’군의 정의에 따라 다른 군이 보이는 연관성이 영향을 받았으며, 대개 건강과의 가장 큰 연관성은 ‘기타’군에서 나타났다(Khang and Kim, 2006).

건강불평등 연구들의 검토를 통해 SEP 지표들을 비교하는 것은, 범주의 설정, 연구대상, 연구 시기, 설명변수, 결과변수, 다른 보정변수, 분석 방법 등과 같은 연구설계에 크게 영향을 받기 때문에 용이하지 않다. 이러한 어려움은 다수의 SEP 지표를 동시에 포함하고 있는 연구들에서도 여전하다. 소득에 비하여 교육이 건강과 연관성이 강한 것으로 나타나기도 하였고(Kim et al., 2010a), 대체로 국내 건강불평등 연구에서는 교육의 영향력이 가장 큰 것으로 자주 보고된다(Son et al., 2002; Kim and Ruger, 2010; Nishimura, 2011). 중국, 일본, 한국에서 사회경제적 위치와 우울정도를 비교한 연구(Nishimura, 2011)에서 중국과 일본에서는 고용관계, 직업 등의 노동시장 조건의 영향이 큰데 반하여, 한국에서는 교육과의 연관성이 높게 나타났다. Nishimura는 교육수준이 다른 사회경제적 위치보다 우울 정도에 영향력이 큰 이유를 한국의 유연성이 높은 고용환경과 관련시킨다. 한국은 직업불안정의 정도가 높아 직업의 수명이 비교적 짧아 직업 유동성(job shift)을 유리하게 이끌기 위해서는 인적자본에 기대어야 하고, 교육수준은 인적자본을 구성하는 중요한 요소라는 설명이다. 교육이 항상 다른 지표들에 비해 강한 연관성을 보이지는 않았다. 교육이나 소득에 비해 직업계급변수가 건강불평등에 대한 설명력이 높게 나타나기도(Khang and Kim, 2006)하였으며, 교육과 고용상태의 건강에 대한 영향력 크기가 비슷한 경우도 있었다(Kong et al., 2010). 부모의 교육, 직업계급과 소아사망과의 연관성을 살핀 연구(Kwon et al., 2012)에서는 부에서는 직업이, 모에서는 교육이 더 영향력이 크게 나타났다. 본 연구에 포함된 몇몇 연구 결과들을 통해 일관된

패턴을 도출하기는 어려우며 더 철저한 고찰이 따라야 할 것으로 보인다.

남성과 여성의 비교에서 대체로 여성의 건강불평등이 남성의 그것에 비해 큰 것으로 보인다. 몇몇 연구는 교육과 대사증후군(Kim et al., 2005), 사회계층과 이상지혈증(Nam et al., 2013)의 연관에서 여성에서만 유의하였으며, 부모의 직업과 사망의 연관에서도 모의 직업이 부의 그것보다 연관이 더 컸다. 고용 관련한 주관적 건강수준(Kim et al., 2011)이나 우울증(Kim et al., 2012a)의 불평등이 여성에서 더 크게 보고되었다. 그러나 이와는 다른 결과를 보이는 연구들도 있어 더 많은 증거의 축적이 필요하다. 예를 들어 성에 따라 SEP 지표와의 연관성이 각각 다르게 나타나기도 한다. 교육, 직업계층, 소득의 세 지표를 포함한 연구에서 남성에서는 교육이 여성에서는 소득이 적절한 운동을 할 가능성과 연관성이 크게 나타났다(Kim and Kim, 2007). 또한 65세 이상의 고령집단을 대상으로 Yoonhwan Lee et al(2010)이 사회경제적 요인과 인지기능의 손상과의 연관성을 조사한 연구에 따르면, 교육과 소득은 여성에서, 직업은 남성에서 더 유의하게 나타났다. 건강불평등의 성별 차이가 대상 집단이나 질환의 종류에 따라 다를 수 있는지 향후 지속적인 연구가 이루어져야 할 것이다.

2. 사회경제적 위치 분야 건강불평등 지표

가. 사회계층 계급

1) 사회계층 계급의 개념 및 필요성

계급은 한 개인이 재화와 생산 수단의 소유, 상품, 서비스, 정보 등의 소비과정 상에 점하는 위치를 나타낸다. 따라서 한 계급은 다른 계급과의 상대적 관계로 정의되며 사회의 경제적 구조를 드러낸다(Krieger et al.,

1997). 유럽의 건강불평등 연구에서는 계급이라는 용어가 빈번히 사용되지만 이는 엄밀한 의미에서 직업계급(occupational class)을 의미한다. 직업은 직업에 동반되는 고용의 내용에 따라 한 개인이 행사할 수 있는 권력과 동원할 수 있는 자원을 결정한다. 또한 의학적으로는 위험을 회피할 가능성과 위험이 수반할 가능성을 결정한다고 말할 수 있을 것이다. 이는 웨버적인 전통에 뿌리를 두고 있는 것이며, 맑스적 의미에서 ‘사회 계급’은 시장 활동을 둘러싼 지배 피지배관계가 계급의식이나 계급행동의 측면을 강하게 내포한다. 통상 직업계급과 사회계급은 구분하지 않고 사용하고 있어 본 연구에서도 엄밀한 구분 없이 언급하고자 한다.

직업은 계급 혹은 계층 분석의 기본요소로 인식된다. 직업은 구조화된 시장 경제에서 개인이 점하는 위치를 광범위하게 표현하기 때문이다. 직업계급은 단지 위신이나 권력, 소득의 의미보다 더 포괄적이며, 생애에 걸쳐 기회(레저활동에 보낼 수 있는 시간과 여력 등)를 좌우하는 요인으로 간주된다. 직업은 노동의 분업에 수반되어 형성되며 그 자체로서 위계적인 것이 아니지만 특정한 시장상황에서는 직업의 위계화가 이루어진다(홍두승, 1999; Berkman and Macintyre, 1997; Abramson et al., 1982). 직업은 단순히 생계를 위한 물질적 보상의 의미를 넘어서 사회적 지위, 권력, 생애에 걸친 삶의 기회와 가능성을 포괄하며, 가장 강력한 사회경제적 위치 지표로 간주되기도 한다(Mueller and Toby, 1981).

2) 직업계급 지표의 자료원

가) 표준직업분류

직업계급을 도출하기 위한 일련의 작업은 표준 직업분류에 반영되는

사회경제적 특성을 기본 골격으로 하고 있는 경우가 많다. 한국표준직업분류는 한국사회에서 경제활동 과정에서 발생하는 여러 직무형태를 체계적으로 표준화한 분류체계이다. 우리나라에서 체계적인 직업분류는 1963년에 시작된다. 통계상의 비교성과 일관성을 유지하기 위하여 1958년 제정된 ILO 국제표준직업분류(International Standard Classification of Occupations, ISCO-58)를 근거로 1963년 한국표준직업분류(KSCO: Korean Standard Classification of Occupations)가 제정된 것이다. 이후 몇 차례 개정을 거쳐 현재는 ISCO-08 개정 내용을 반영하여 2007년 10월 고시된 6차 개정판을 이용하고 있다. 대분류는 국제 비교성을 위해 국제표준직업분류를 따르고 있으며, 중분류 이하는 국내 노동시장 현실을 반영하여 개정이 이루어지고 있다. 미국 캐나다 등의 국가에서도 국제적인 조화를 위하여 ISCO-68, 88, 08로 이어져온 분류원칙을 존중하면서도 그대로 적용하고 있지 않기도 하다.

직업(occupation)은 유사성을 갖는 여러 직무(job)의 집합이다. 표준 직업분류는 대분류(1자리)-중분류(2자리)-소분류(3자리)-세분류(4자리)-세세분류(5자리)로 구성되어 있다. 이러한 분류체계와 자리수는 ISCO를 통해 국제적으로 공유되는 방식이다. <표 4-15>는 영국의 체계도로 대부분의 국가에서 이와 비슷한 계통적 질서를 가지고 있다.

국제표준직업분류(ISCO)는 숙련의 정도와 산업의 종류라는 두 요인을 축으로 한다. ISCO는 직업의 지위나 고용의 성격을 직접 담고 있지 않지만 사회계급이나 사회경제적 상태를 변수화 하는데 있어 필수적으로 중요한 구성 변수(background variable)로 이용되거나 대리변수(proxy)로 이용된다. ISCO 내부에 숙련도 등의 형태로 사회경제적 성격이 결부되어 있기 때문이다(ILO, 2012). <표 4-16>은 ISCO-08의 대분류에 잠재적으로 고려된 숙련도 수준이다. 숙련도의 수준과 교육수준의 관련성

은 교육지표 부분을 참고하기 바란다.

〈표 4-15〉 영국 표준직업분류의 구조

대분류	중분류	소분류	세분류	직업
1				Managers and senior officials
	12			Managers and proprietors in agriculture and services
		121		Managers in farming, horticulture, forestry and fishing
			1211	Farm managers

자료: Office for National Statistics, UK Standard Industrial Classification 2007 (<http://www.ons.gov.uk/ons/guide-method/classifications/current-standard-classifications/index.html>)

〈표 4-16〉 국제표준직업분류의 직능수준에 따른 직업분류

국제표준직업분류	직능수준
1 관리자	3 + 4
2 전문가	4
3 기술공 및 준전문가	3
4 사무 종사자	2
5 서비스 및 판매 종사자	
6 농림어업 숙련 종사자	
7 기능원 및 관련 기능 종사자	
8 장치·기계조작 및 조립 종사자	
9 단순노무 종사자	1
0 군인	1 + 2+ 4

자료: 통계청 홈페이지 일부 내용 정리(<http://kostat.go.kr/kssc/main/MainAction.do?method=sub&catgrp=kssc&catid1=kssc02&catid2=kssc02a&catid3=kssc02ac>)

위에서 살펴보았듯이 국내의 계급계층 분석연구에서도 직업분류는 기초적 작업이다. 한국 표준직업분류는 통계청에서 관리하고 있으며 다음 그림과 같이 통계청 사이트에서는 관련된 정보를 제공하고 분류코드 검색창도 구동하고 있다.

[그림 4-9] 한국표준직업분류 검색 통계청 사이트

자료: 통계청 홈페이지(<http://kostat.go.kr/kssc/stclass/StClassAction.do?method=searchName&clasKind=2&catgrp=kssc&catid1=kssc02&catid2=kssc02b>)

한국표준직업분류에 따른 각 분류별 분포는 대분류 10, 중분류 52, 소분류 149, 세분류 426, 세세분류 1,206개이며, 직업 범주화 기준으로 세분류 단위 최소 고용의 크기는 1,000 이상이 되도록 하고 있다.

〈표 4-17〉 표준 직업 분류의 구성과 분포

대분류	중분류	소분류	세분류	세세분류
1 관리자	5	15	24	77
2 전문가 및 관련 종사자	8	41	153	445
3 사무 종사자	4	9	26	57
4 서비스 종사자	4	10	33	73
5 판매 종사자	3	4	13	38
6 농림어업 숙련 종사자	3	5	12	29
7 기능원 및 관련 기능 종사자	9	20	73	201
8 장치·기계조작 및 조립종사자	9	31	65	235
9 단순노무 종사자	6	12	24	48
A 군인	1	2	3	3
소계	52	149	426	1,206

자료: 통계청 홈페이지(<http://kostat.go.kr/kssc/main/MainAction.do?method=sub&catgr=kssc&catid1=kssc02&catid2=kssc02a&catid3=kssc02ab>)

나. 교육

1) 교육수준 지표의 개념 및 필요성

교육수준은 기술과 지적 능력을 통해 인적 자본(human capital)을 구성한다. 교육은 고용 가능성, 수입의 잠재적 예측 변수로서 가치를 지니며, 특히 학별이 증시되는 한국사회에서 교육지표는 신분과 더 밀접하다(Son, 2004; Son et al., 2002). 교육은 직업이나 소득과 같은 다른 사회경제적위치 지표에 비하여 몇 가지 장점을 갖는다. 우선 교육수준은 소득에 비하여 응답률이 높으며, 소득이나 직업변수에서 문제가 되는 비경제적 활동인구를 포함할 수 있다. 비교적 인생의 전반기에 달성되어 지속되기 때문에 안정적인 지표로 여겨진다(Galobardes et al., 2006a). 또한 파생변수(derived variable)인 직업계급과 같이 조작화를 거칠 필요 없

으며, 소득에 비해 변이의 폭은 적지만 연속변수로서도 이용 가능하다. 범주형으로 이용되는 경우에도 다른 사회경제적 변수들에 비해 구간의 의미가 명백하며 국제적 기준을 통해 쉽게 공유될 수 있다.

〈표 4-18〉 국제표준교육분류(ISCED-97)와 국제표준직업분류의 직능수준과의 연관성

국제표준교육분류	국제표준직업분류 직능수준
6 Second stage of tertiary education(leading to an advanced research qualification)	4
5a First stage of tertiary education, 1st degree(mediumduration)	
5b First stage of tertiary education(short or medium duration)	3
4 Post-secondary, non-tertiary education	2
3 Upper secondary level of education	
2 Lower secondary level of education	
1 Primary level of education	1

자료: OECD. (2013). 2013 Education at glance.(재정리)

다. 소득지표

1) 소득지표의 개념 및 필요성

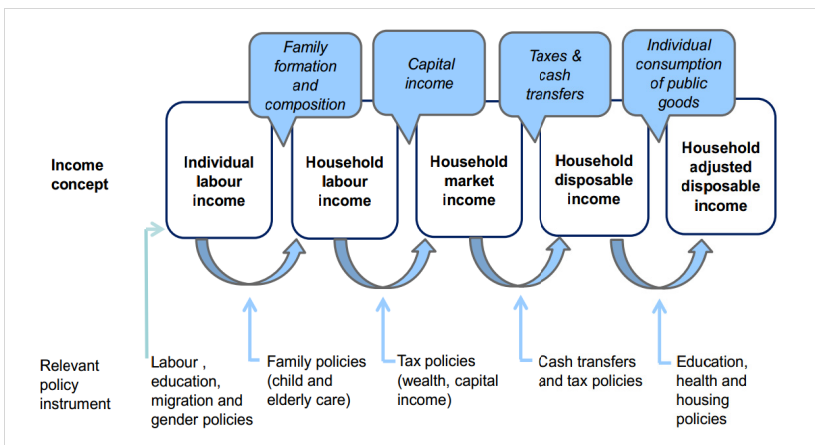
소득은 사회경제적 지표 중 한 개인의 물질적 자원을 직접적으로 드러낸다(Galobardes et al., 2006a). 소득은 소득원에 대한 상세한 정보수집이 필요하지만 많은 양의 정보수집이 용이하지 않으며, 또 소득은 어느 사회에서나 노출을 꺼리는 민감한 주제라는 점 등은 조사에 따라 정확도와 응답률에 변이가 크다. 한 예로 노르웨이에서 수행된 한 연구는 직업-계급, 교육, 가구소득, 거주상태의 네 지표와 암 사망률과의 연관성을 비

교 한 후, 가구소득과 암으로 인한 사망 사이의 약한 연관성을 잘못된 보고에 기인한 오류(misreporting)로 돌리고 있다(Naess et al., 2005).

2) 소득지표의 자료원 및 변수

소득은 경제활동을 통해 얻는 현금과 현물 형태의 근로소득, 사업소득, 재산소득, 이전소득 등을 포함하나, 자산거래로 인한 손익은 포함하지 않는다. 소득은 파악단위에 따라 개인소득과 가구소득으로 구별할 수 있다. 가구소득은 거주와 지출을 공유하는 모든 가구 구성원의 전체 수입을 말한다. 개인소득에 비해 가구소득이 개인의 경제능력을 더 적절하게 반영하는 것으로 알려져 있으며, 반면 개인소득은 한 개인의 경제적 성공을 나타내는 의미로 제한된다(Geyer and Peter, 2000). 맞벌이나 직업여성의 비율이 높아질수록 가구소득이 개인소득보다 더 정확한 경제적 상태를 반영하게 된다.

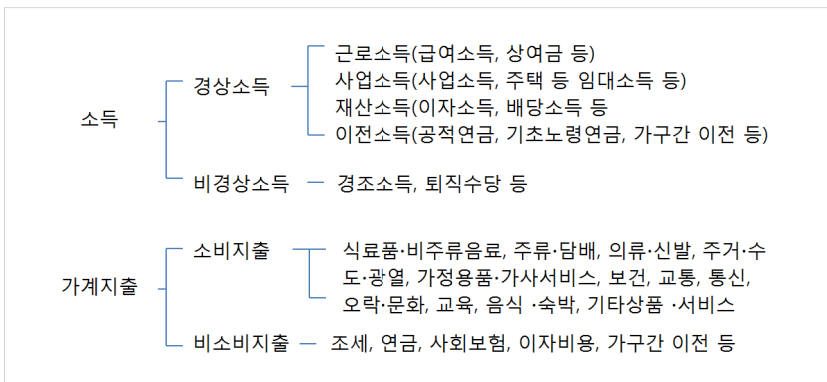
[그림 4-10] 개인의 시장소득과 가처분 소득



자료: OECD. (2012). Income inequality and growth: The role of taxes and transfers.

소득은 세금 등 비소비 지출을 포함하여 산출하는지에 따라 시장소득(market income)과 가처분소득(disposable income)으로 나뉜다. 가구의 총지출은 소비지출과 비소비지출로 구성되며, 소비지출은 상품과 서비스의 구입에 대한 지출이며, 비소비 지출은 세금, 공적연금, 사회보험 등에 대한 지출이다. 시장소득은 세금의 포함 이전의 소득 상태이기 때문에 세전소득이라고도 한다. 시장소득은 획득한 소득 전부를 포함하며 가처분소득은 시장소득에서 비소비 지출을 차감하여 구하기 때문에 자유스러운 처분이 가능한 소득을 의미한다.

[그림 4-11] 소득과 가계지출의 구성



자료 : 통계청(2013). 2013년 1/4분기 가계동향조사.

소득을 다루는데 있어 또 다른 어려움은 가구수에 따른 보정이 뒤따라야 한다는 점이다. 동일한 소득이더라도 1인 가구 일 경우와 3인 가구 일 경우는 차이가 나며, 이때 그 증가는 비례적으로 3배 크다고 할 수는 없다. 가구원수가 다른 가구소득을 1인 가구 기준으로 표준화하기 위하여 균등화지수(equivalence scale)를 이용한다. 예를 들어 다음 표의 제곱근척도(Square root scale)를 이용한 다는 것은 2인 가구는 1인 가구의 $\sqrt{2}$ 배, 3

인 가구의 $\sqrt{3}$ 배에 해당하는 소득이 필요하다는 의미이다. Oxford scale은 추가가구원이 성인인 경우는 0.7 자녀인 경우는 0.5의 값을 할당한다. 특정 균등화지수는 다른 가중치를 택하기 때문에 불평등수준이나 빈곤수준의 평가에도 영향을 미친다. 예를 들어 추가 가구원에 대하여 가중치 값을 크게 부여 하는 경우에는 자녀가 있는 가구가 빈곤수준이 높게 나타날 수 있다. 대체로 균등화지수의 선택에 따라 빈곤가구의 구성은 영향을 받지만, 시간에 따른 경향이나 국가간 순위는 영향이 적다고 한다¹⁶⁾.

〈표 4-19〉 자주 이용되는 균등화 지수의 예

가구 규모	균등화 지수		
	Oxford 스케일 (고전적 OECD스케일)	수정된 OECD 스케일	Square root 스케일
성인 1인	1	1	$\sqrt{1}(=1)$
성인 2인	1.7	1.5	$\sqrt{2}(=1.4)$
성인 2인, 아동 1인	2.2	1.8	$\sqrt{3}(=1.7)$
성인 2인, 아동 2인	2.7	2.1	$\sqrt{4}(=2.0)$
성인 2인, 아동 3인	3.2	2.4	$\sqrt{5}(=2.2)$

자료: OECD. What are equivalence scales?

라. 고용지표

1) 고용지표의 개념 및 필요성

고용조건의 분류는 고용상태(employment, unemployment), 종사상 지위(manager, supervisor), 고용시간(full-time, part-time), 근로제공방식(On-call workers, temporary help agency workers) 등 다양한 개념들로 구성된다. 노동의 유연화와 이에 따른 고용의 악화는 고

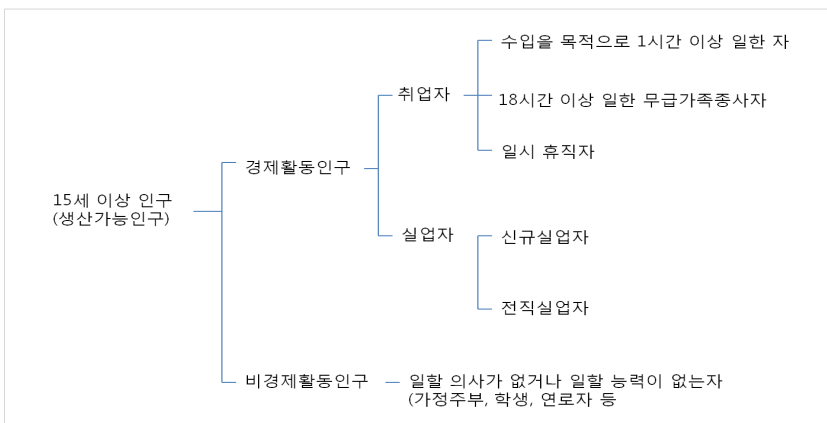
16) OECD, What are equivalence scales?

용과 실업을 중심으로 하는 고용상태의 구분을 상당히 퇴색시켰다. 불안정한(insecure) 노동 유형들이 나타나면서 고용인구 내에서의 분화가 크게 일어나면서 이를 분류에 체계적으로 담아내는 것이 중요해졌다. 흔히 비정규직으로 일컬어지는 이들은 고용내에 있더라도 그 계약상 지위는 현저히 다르며 그에 따른 권한의 범위가 크게 차이 나기 때문이다. 이들 중에는 고용을 유지하지만 실업 상태에 못지않게 열악한 상황에 놓인 주변부 노동자들도 상당수이다.

2) 자료원 및 변수

우리나라의 경우 경제활동인구는 15세 이상의 수입을 목적으로 1시간 이상 일한 자, 18시간 이상 무급가족 종사자, 일시휴직자 등의 취업자와 실업자로 정의하고 있다. 실업자는 취업을 희망하고 지난 4 주 동안 적극적으로 구직활동을 한 사람으로 정의된다.

[그림 4-12] 고용관련 주요 개념 체계도



자료: e 나라지표 홈페이지 일부 내용(http://www.index.go.kr/egams/stts/jsp/potal/stts/PO_STTS_idxMain.jsp?idx_cd=1494)

위의 분류에 따르면 경제상황에 따라 노동시장은 악화되는데도 실업률은 감소하는 것으로 나타날 수 있다. 노동시장적 사유로 지난 4주간 구직 활동을 하지 않았으나 지난 1년 내에는 구직경험이 있었던 자로 정의되는 구직 단념자가 증가할 경우 실업률은 감소하고 비경제활동인구는 증가하는 것으로 나타난다. 실업자의 경우 때때로 참고기간을 분기나 연으로 하느냐, 구직 단념자(discouraged jobseekers), 한계노동자(marginal workers), 비자발적인 단시간노동자 등을 포함하느냐에 따라 규모가 달라지기도 한다.

국내의 고용관계에 대한 조사는 고용상태(employment status) 뿐 아니라 고용안정성(job security)을 함께 조사한다. 우리나라에서 정규직과 비정규직은 고용의 지속성(상용직, 한시직), 노동시간(전일제, 시간제), 노동제공 방식(파견, 용역 등의 비전형 노동)에 따라 구분된다(표 4-20 참조).

비정규노동의 범주구분과 통계, 그에 따른 규모에 대해서는 논란이 있다. 이는 노동계는 비정규직을 아래 표의 ①+②+③, 노동부의 비정형근로는 ②+③, 경제활동 인구조사에 근거한 통계청의 비정규직은 ①+② 등으로 정의를 달리하고 있기 때문이다(김유선, 2013). 통계청은 경제활동 인구조사 본 조사에서 임시·일용직으로 분류됐지만, 부가조사에서 명시된 설문문항에 응답하지 않은 사람들을 정규직으로 보며, 노동계는 이들을 주로 건설현장의 일용직 등 ‘장기 임시근로’에 종사하는 비정규직으로 구분한다. 이외에도 사내 하도급 노동자들이 정규직으로 분류되고, 경제활동 인구조사 시에 특수고용을 자영업자로 잘못 조사하는 등에서 차이가 발견된다(표 4-21 참조).

〈표 4-20〉 2002년 노사정위원회 합의에 의한 비정규직 범위

한시적 근로자 (고용의 지속성)		기간제 근로자(고용계약기간을 정한 자) 또는 비기간제 근로자(계약이 반복갱신되어 계속근로가 기대되는 자 및 비자발적 사유로 계속근무를 기대할 수 없는 자)
시간제 근로자		소정근로시간이 통상근로자보다 짧은 파트타임 근로자
비전형 근로자 (근로 제공 방식)	파견근로	임금을 지급하고 고용관계가 유지되는 고용주와 업무지시를 하는 사용자가 일치하지 않는 경우로 파견사업주가 근로자를 고용한 후 그 고용관계를 유지하면서 근로자 파견계약의 내용에 따라 사용사업주의 사업장에서 지휘, 명령을 받아 사용사업주를 위하여 근무하는 형태
	용역근로	용역업체에 고용되어 이 업체의 지휘하에 이 업체와 용역계약을 맺은 다른 업체에서 근무하는 형태(예: 청소용역, 경비용역업체 등에 근무하는 자)
	특수형태 근로 종사자	독자적인 사무실, 점포 또는 작업장을 보유하지 않았으면서 비독립적인 형태로 업무를 수행하면서도, 다만 근로제공의 방법, 근로시간 등은 독자적으로 결정하면서, 개인적으로 모집·판매·배달·운송 등의 업무를 통해 고객을 찾거나 맞이하여 상품이나 서비스를 제공하고 그 일을 한 만큼 소득을 얻는 근무형태
	가정내 근로	재택근무, 가내하청 등과 같이 사업체에서 마련해 준 공동 작업장이 아닌 가정 내에서 근무(작업)가 이루어지는 근무형태
	일일(호출) 근로	근로계약을 정하지 않고, 일거리가 생겼을 경우 며칠 또는 몇 주씩 일하는 형태의 근로자

자료: 고용노동부 홈페이지 일부 내용(<http://www.moel.go.kr/policyinfo/protection/view.js?cate=1&sec=1>(재정리))

〈표 4-21〉 비정규직 규모 추계 방식

(단위: 천 명, %)

구분			본 조사		소계
			상용	임시일용	
부가 조사	설문문항 없음	(정형)	④ 9,562 (53.9)	① 2,465 (13.9)	①+④ 12,027 (67.8)
	한시, 시간제, 파견, 용역, 가내, 호출근로, 특수고용형태	(비정형)	③ 1,948 (11.0)	② 3,768 (21.2)	②+③ 5,716 (32.2)
소계			③+④ 11,510 (64.9)	①+② 6,233 (35.1)	17,743 (100.0)

주: 노동사회연구소 비정규직=①+②+③, 노동부 등 비정형근로=②+③, 통계청 임시일용=①+②
 자료: 김유선(2013). 쟁점과 대안: 2013 비정규직 규모와 실태-통계청, “경제활동인구조사 부가조사”(2013.3) 결과. 노동사회, 171(단일호), 50-93.

제2절 지역

1. 현황 및 문제점

가. 기존연구 및 국내외 사례

1) 외국 연구

전통적으로 지역의 사회경제적 위치를 측정하는 지표로 박탈지수가 널리 활용되고 있다. 지역박탈지수와 관련된 연구는 영국을 중심으로 진행되었으며, 현재도 전 세계적으로 가장 활발하게 정책이나 사업에 활용하고 있다. 전통적인 지역박탈지수는 도시지역 박탈 지수, Jarman 지수, Townsend 지수, Carstairs 지수가 있다. 이 중 가장 널리 사용되어 왔고, 건강수준과의 연관성이 가장 높은 것으로 알려진 지표는 Townsend 지수와 Carstairs 지수이다.

Townsend 지수는 실업률, 주택 미소유율, 과잉밀집도 비율, 승용차 미소유율로, Carstairs 지표는 남성 실업률, 가구주의 하위 사회계층 비율, 과잉밀집도 비율, 승용차 미소유율로 구성된다. 이들 지표들은 모두 Z-score로 표준화를 한 후 각각의 점수를 합산하여 박탈지수로 표현된다.

1997년 영국 노동당정부가 들어선 이후로 영국 정부에서는 정부 차원에서 공식적인 박탈지수를 산출하기 위한 노력을 기울여 왔는데, 그 결과물이 2000년 처음으로 발표된 종합박탈지수(Indices for Multiple Deprivation)이다. 이 종합박탈지수는 영국통계청의 인구센서스 조사 시 최소 소지역 구분 단위인 Lower Super Output Areas(LSOA)에 근거하고 있다.

종합박탈지수에 포함되는 영역은 2000년에는 소득, 고용, 건강, 교육·

기술·훈련, 주택, 서비스의 지리적 접근성 등 6가지 영역이었으나, 2004년부터는 소득, 고용, 건강과 장애, 교육·기술·훈련, 주거와 서비스 장애, 범죄, 생활환경 등 7가지 영역에서 각각 가중치를 두어 각 영역별 박탈지수 및 각 영역별 점수를 모두 합산한 종합박탈지수를 생산하고 있다.

〈표 4-22〉 영국 지역박탈지수에 포함된 영역들

2000년 ¹⁾	2004년 ²⁾	2007년 ³⁾	2010년 ⁴⁾
소득	소득	소득	소득
고용	고용	고용	고용
건강	건강	건강	건강
교육·기술·훈련	교육·기술·훈련	교육·기술·훈련	교육·기술·훈련
주택	-	-	-
서비스 접근성	-	-	-
-	주택과 서비스 장애	주택과 서비스 장애	주거와 서비스 장애
-	주거 환경	주거 환경	주거 환경
-	범죄	범죄	범죄

자료: 1) Index 99 Team, Firth D., Payne C., Index of Deprivation 1999 Review. Social Disadvantage Research Group, HM Stationery Office, 2000.

2) Office of the Deputy Prime Minister, The English Indices of Deprivation 2004, HM Stationery Office, 2004.

3) Department of Communities and Local Government, The English Indices of Deprivation 2007, HM Stationery Office, 2008.

4) The English Indices of Deprivation 2010, HM Stationery Office, 2011.

기존 박탈지수들과는 달리 영국의 종합박탈지수는 영역별 가중치를 부여한다. 2000년 지표에서는 소득 25%, 고용 25%, 건강 및 장애 15%, 교육·기술·훈련 15%, 주거 10%, 서비스 접근성 10%로 가중치를 부여하였으며, 2004년 이래로 영역 가중치는 소득 22.5%, 고용 22.5%, 건강 및 장애 13.5%, 교육·기술·훈련 13.5%, 주거 및 서비스 9.3%, 범죄 9.3%,

거주 환경 9.3% 이다.

〈표 4-23〉 영국 지역박탈지수의 영역별 가중치

영역	영역 가중치			
	2000년 ¹⁾	2004년 ²⁾	2007년 ³⁾	2010년 ⁴⁾
소득 박탈	25%	22.5%	22.5%	22.5%
고용 박탈	25%	22.5%	22.5%	22.5%
건강 박탈 및 장애	15%	13.5%	13.5%	13.5%
교육, 기술 및 훈련 박탈	15%	13.5%	13.5%	13.5%
주거 박탈	10%			
서비스의 지리적 접근	10%			
주거 및 서비스 장벽		9.3%	9.3%	9.3%
범죄		9.3%	9.3%	9.3%
거주 환경 박탈		9.3%	9.3%	9.3%

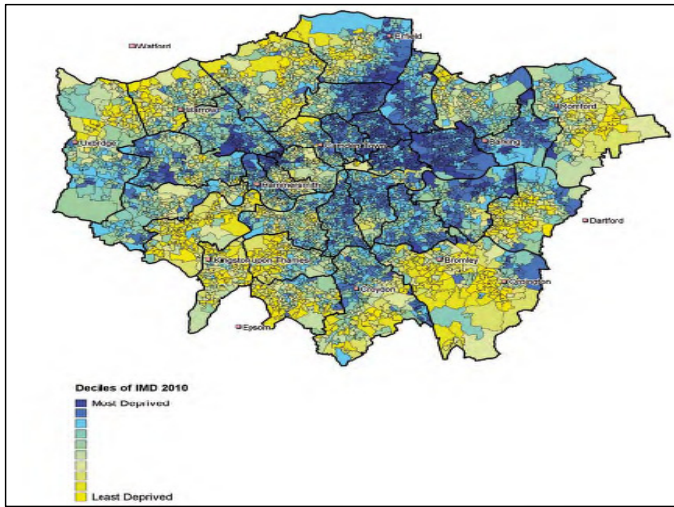
자료: 1) Index 99 Team, Firth D., Payne C., (2000). Index of Deprivation 1999 Review. Social Disadvantage Research Group, HM Stationery Office.
 2) Office of the Deputy Prime Minister. (2004). The English Indices of Deprivation 2004. HM Stationery Office.
 3) Department of Communities and Local Government. (2008). The English Indices of Deprivation 2007. HM Stationery Office.
 4) HM Stationery Office. (2011). The English of Deprivation.

한편, 이렇게 산출된 종합박탈지수가 지역의 상황을 얼마나 잘 반영하는 지에 대해 런던시의 경우를 살펴보기로 하자. 런던시는 전통적으로 도시 중심부(inner area)와 북동부 지역에 사회경제적으로 낙후된 곳들이 집중되어 있는데, 아래의 지도에서 보는 바와 같이 종합박탈지수는 지역적 특성을 잘 반영하고 있다.

중앙정부 수준에서 산출한 종합박탈지수는 국가적 수준 및 지방정부 수준에서의 건강불평등을 해결하기 위한 정책 및 사업에 적극적으로 활용되고 있다. 특히, 재정부에서는 각 정부 부처에 공공서비스계약(Public Service Agreement)을 통해 예산을 교부하는데, 보건부에서는 지역 간 건강불평등 수준을 줄이는 것을 핵심 활동으로 하고 있는데, 건강수준과

지역박탈수준이 가장 낮은 하위 5분위와 전국 평균과의 격차를 줄이는 것이 주된 내용이다.

[그림 4-13] 영국 런던시의 종합박탈지수 소지역 분포(2010)



자료: HM Stationery Office. (2011). The English of Deprivation.

앞서 지적하였던 보건부의 공공서비스계약에서 지역 간 건강불평등을 줄이기 위한 정책수단이 바로 Spearhead Group 이라는 사업이다. 이 사업을 추진할 지역을 선정할 때 아래의 다섯 가지 지표 중 세 가지 이상을 만족하는 경우에 Spearhead Group 사업 지역으로 선정하여 특별예산을 교부한다.

- 남성의 평균수명
- 여성의 평균수명
- 75세 미만 연령표준화 암 사망률
- 75세 미만 연령표준화 심혈관질환 사망률
- 지역박탈지수 평균 점수

한편, 영연방 국가들에서도 지역박탈지수를 산출하려는 노력이 있어 왔는데, 뉴질랜드와 캐나다가 대표적이라 할 수 있다.

뉴질랜드에서는 인구센서스 자료의 조사구를 단위로 하였으며, 1991년 인구센서스 자료부터 이용하여 매 5년마다 사회박탈지표를 개정하고 있다(Salmond et al., 2007). 2006년 사회박탈지표는 소득, 자가 주택, 사회적 지지, 고용, 자격증, 생활공간, 통신, 교통이동 등 8개의 영역(9개 지표)으로 구성하고 있다.

캐나다에서도 역시 인구센서스 조사구를 단위로 하였는데, 각 조사구는 평균 750명의 인구가 거주하고 있다. 캐나다의 박탈지표는 ① 낮은 교육수준의 사람(고등학교 학위를 갖고 있지 않은 사람의 비율), ② 고용인구(경제활동을 하는 사람들의 비율), ③ 소득(평균소득), ④ 별거, 사별, 이혼한 인구의 비율, ⑤ 독거자(혼자 사는 사람들의 비율), ⑥ 한부모 가구의 비율로 구성된다.

2) 국내 연구

우리나라의 지역박탈지수와 관련된 초기 연구들은 영국의 타운젠드 지수와 카스테어즈 지수를 사용 또는 이를 일부 변형한 것이었다.

손미아(2002)는 1995년 인구센서스 자료를 이용하여, 지역의 물질적 결핍을 측정하였다. 카스테어즈 지수를 준용하여, ①과잉밀집도(한 방에 1.5명 이상이 거주하는 사람들의 비율), ②남자 실업률, ③낮은 사회계층의 가장(육체적 노동을 하는 가장을 가진 사람들의 비율), ④무가옥 소유(보증금없이 월세를 내거나, 불규칙하게 집세를 내거나 집세가 면제된 사람들의 비율), ⑤거주시설의 부재 등 5개의 하위구성요소를 포괄하였으며, 이를 표준화하여 합산한 값을 활용하였다.

김명희(2002) 역시 1995년 인구센서스 자료를 이용하였다. ①남성 실업률(16세 이상의 남성 중 군인과 학생 등을 제외한 경제활동 인구 중에서 실업상태인 주민들의 비율), ②육체노동가구의 비율(가구주가 취업 상태인 가구에 속한 주민들 중에서 가구주의 직업이 육체노동인 경우에 해당하는 주민들의 비율), ③고등학교 졸업 비율(25세 이상 성인 인구 중 고등학교 졸업 이상의 학력 수준을 가진 주민들의 비율)로 구성하였으며, 세 가지 척도들을 z score로 표준화한 후 ①과 ②를 더하고 ③을 빼준 점수로 지역의 박탈 정도를 산출하였다.

정백근(2006)등은 1995년과 2000년 인구센서스 자료를 활용하여 지역의 물질적 결핍수준과 표준사망비와의 관련성을 비교하였는데, 물질적 결핍수준을 파악하기 위해 타운젠드 지수를 활용하였다. 하지만, 1995년 인구센서스에는 자동차 소유에 대한 문항이 없었으므로 이를 하위사회계급비율로 대체하였다. 이 연구에서의 물질적 결핍지수는 ① 경제활동인구 중 실업자의 비율, ② 하위사회계급의 비율, ③ 자기 집이 아닌 곳에 거주하는 가구의 비율, ④ 방 하나에 한 명 이상이 거주하는 가구의 비율로 구성하였으며, 이를 표준화하여 합산한 값을 활용하였다.

앞의 연구자들과는 달리 신호성 등(2009)은 2005년 인구주택총조사 10% 표본 자료를 활용하여 전국 읍면동 수준에서 사회적 배제의 개념에서 접근하였다. 소득빈곤의 사회적 배제 영역, 노동의 사회적 배제 영역, 주거의 사회적 배제 영역 및 사회적 관계의 사회적 배제 영역을 통합결핍지수의 주 영역으로 선정하였으며, 이에 근거하여 낮은 사회계급 비율(가구주가 단순노무직에 종사하는 가구의 가구원수 비율), 남성 실업률, 빈곤율(기초생활수급자 비율), 한부모 가정 비율, 최소 주거환경 미충족 비율 등 5가지 구성 지표를 선정하였다.

한편, 신영전·윤태호·김명희 등(2009)은 2005년 인구주택총조사 2% 표본 자료를 활용하여 전국 시군구 수준에서 한국적 실정에 적합한 지역

박탈지수를 산출을 제안한 바 있다. 기존의 연구들과는 달리 요인분석 과정을 통해 하위사회계층, 무주택, 낙후된 주거환경, 고졸미만 학력, 자동차 미소유, 1인 가구, 여성 가구주 가구, 노인인구 등을 박탈지수 구성 지표로 선정하였다. Choi 등(2011)은 앞서의 신영전, 김명희, 윤태호 등이 제안한 지역박탈지수에 근거하여 인구센서스 10% 표본 자료를 이용하여 전국 시군구와 부산광역시의 동 수준에서 공간분석기법을 적용하여 박탈 지수와 사망률 간에 유의한 연관성이 있음을 규명한 바 있다.

〈표 4-24〉 국내 지역박탈지수의 구성 요소

구성 요소	정백근 등 ¹⁾	손미아 ²⁾	김명희 ³⁾	신호성 등 ⁴⁾	신영전 등 ⁵⁾
남성 실업률	○	○	○	○	
하위사회계층(또는 육체직업군)	○	○	○	○	○
주거 밀집도	○	○			
무주택 소유율	○	○			○
낙후된 주거환경률				○	○
거주시설 부재율		○			
고졸미만 학력률			○		○
기초생활수급자율				○	
자동차 미소유율					○
이혼·별거율					○
1인 가구율					○
한부모 가구율				○	
여성 가구주율					○
노인 인구율					○

자료: 1) 정백근, 정갑열, 김준연, 문옥륜, 이용환, 홍영섭, 윤태호. (2006). 우리나라에서의 지역의 물질적 결핍수준과 15-64세 인구 표준화사망비의 관계. *예방의학회지*, 39(1): 46-52.

2) 손미아(2002). 직업, 교육수준 그리고 물질적 결핍이 사망률에 미치는 영향. *예방의학회지*, 35(1): 76-82.

3) 김명희(2002). 사회경제적 요인과 대사 증후군의 연관성에 대한 다수준 분석. 박사학위논문, 한양대학교 대학원.

4) 신호성, 이수형, 추장민. (2009). 표준화사망비와 지역결핍지수의 상관관계: 지역사회 통합 결핍지수 개발. *J Prev Public Health*, 42(6): 392-404.

5) 신영전, 윤태호, 김명희. (2009). 건강불평등 완화를 위한 건강증진 전략 및 사업개발. 서울: 보건복지부.

나. 우리나라에서 지역박탈지수의 의미

국민건강증진법에 따라 매 5년마다 수립하기로 되어 있는 국민건강증진종합계획에서 건강 형평성을 처음으로 다룬 것은 제2차 계획인 새국민건강증진종합계획(2005년)이다. 제1차 계획에서는 “건강수명의 연장”만 총괄목표로 제시되었을 뿐이었다. 지난 2005년에 발표된 제2차 계획에서는 “건강수명의 연장”과 “건강형평성 확보”를 총괄 목표로 하였고, 이 중 건강형평성 확보는 중점과제 24번째인 건강형평성 확보에서 “사회계층별 사망률 및 건강행태의 차이 감소”를 세부 목표로 제시하였다. 하지만, 지역 건강불평등은 목표로 다루지 않았다.

〈표 4-25〉 건강형평성 확보 관련 목표(제2차 계획)

목표	2002	2010
소득수준별 상위 20%와 하위 20% 간 사망률 차이를 25% 감소시킨다.	2.07배('01)	1.80배
소득수준별 상위 20%와 하위 20% 간 건강행태 차이를 25% 감소시킨다.		
- 20세 이상 매일 흡연율	8.8%('01)	6.6%
- 20세 이상 적절 운동 실천율	10.4%('01)	

자료: 보건복지부, 한국보건사회연구원(2005). 새국민건강증진종합계획.

지역 건강불평등이 처음으로 목표로 등장한 것은 제3차 국민건강증진종합계획이다. 제3차 계획에서도 총괄목표는 “건강수명 연장”과 “건강형평성 제고”로 동일하지만, 제2차 계획과는 달리 “건강형평성”을 별도의 중점과제로 다루지 않고, 각각의 중점과제에서 반영하는 것으로 하였다. 하지만, 많은 중점과제에서 “건강형평성”은 구체적 목표로 다루어지지 않았다.

제3차 계획에서 “지역 건강불평등” 문제를 목표로 설정한 영역은 “금연”과 “암”이다. 금연에서는 도시(동지역)와 농촌(읍면지역)의 남자와 여성의 성인 흡연을 격차를 각각 줄이는 것으로 하였다. 그리고 암에서는 국가암검진사업 수검률의 지역 편차를 줄이는 것으로 하였는데, 지역의 구분이 모호하다.

제3차 국민건강증진종합계획에서는 지역 건강불평등 문제를 다루려는 노력이 있었으나, 구체적 목표의 설정에서는 매우 미약한 것으로 평가할 수 있고, 또한 지역의 구분을 전통적인 도시와 농촌 구분 그 이상이 아니었다는 점에서 제한적이다.

〈표 4-26〉 지역 건강불평등 관련 중점과제 목표(제3차 계획)

목표	2008	2020
중점과제 1. 금연		
- 성인흡연율의 지역 간, 소득수준 간 차이를 줄인다		
• 동지역과 읍면지역 남자흡연율 차이	1.7%	1.0%
• 동지역과 읍면지역 여자흡연율 차이	3.8%	2.0%
중점과제 5. 암		
- 국가 암검진사업의 수검율의 지역편차를 줄인다		
• 국가암검진사업 수검률의 지역 편차	8.3%p	5.0%p

자료: 보건복지부, 한국보건사회연구원(2011). 제3차 국민건강증진종합계획

여러 이유가 있겠지만, 최소한 기술적인 부분에서 사회계층 간 건강불평등을 측정하는데 “가구소득”을 사용하는 것처럼, 지역 간 건강불평등을 측정하는데 적합한 “지역 변수”가 없었다는 점을 지적할 수 있다. 이러한 점에서 우리나라의 상황에 적합한 지역의 사회경제적 위치를 반영하는 지역박탈지수의 산출은 중요한 의미를 가진다고 할 수 있다.

지역박탈지수는 자원 배분의 측면에서도 특히 중요한 의미를 가진다고

할 수 있다. 지역 간 건강격차를 해결하기 위해서는 사업이 집중될 지역을 선정하는 것이 중요한데, 앞서 영국의 Spearhead group 사업 사례에서 살펴본 바와 같이 건강의 결과 지표와 함께 지역박탈지수는 지역 선정의 핵심 지표로 활용되고 있다.

2. 지역 분야 건강불평등 지표

가. 한국형 지역박탈지수(KorDep_2010)

1) 지표정의 및 필요성

한국형 지역박탈지수는 개인의 사회경제적 위치 지표인 소득, 직업, 교육수준과 같이 지역의 사회경제적 위치를 나타내는 지표이다. 단, 지역의 사회경제적 위치는 개인의 사회경제적 위치 지표처럼 단일 지표로 설명하기에 어렵기 때문에 여러 가지 지표들을 복합적으로 고려한 것이다.

한국형 지역박탈지수의 산출식은 다음과 같이 표현할 수 있다.

$$\text{지역박탈지수} = \sum_1^n (\text{구성지표 표준화 점수})$$

2) 산출 과정

지역박탈지수 산출을 위하여 다음과 같은 다섯 단계를 거친다.

첫 번째, 지역 단위에서 사회적, 경제적 위치를 반영할 것으로 추정되는 박탈지수 구성 지표를 정하고, 인구센서스 자료를 이용하여 산출한다.

두 번째, 산출된 각각의 박탈지수 구성 지표에 대하여 표준정규분포 여부를 확인하고, 정규분포를 하지 않는 경우에는 정규분포를 하도록 통계

적 변환을 한다.

세 번째, 요인분석을 통해 박탈지수에 포함할 지표들을 선정하고, 선정된 지표들의 값을 표준화 과정을 통해 표준화된 점수(Z-score)로 전환한다.

다섯 번째, 각각의 지표들의 표준화 점수를 모두 합산하여 지역 박탈지수를 산출한다.

3) 자료원 및 변수

지역박탈지수의 자료원은 2010년 인구센서스 10% 표본자료이다. 인구센서스는 매 5년마다 실시하는 전수조사로 주택총조사와 인구총조사로 구분한다. 전수조사에는 조사 항목이 한정되어 있기 때문에 보다 다양한 정보를 수집하기 위해서는 10% 표본을 선정하여 추가적인 조사를 한다. 지역박탈지수를 산출하기 위한 자료원은 인구센서스 10% 표본자료이다.

2005년 인구센서스까지는 통계청에서 공식적으로 제공하는 10% 표본자료의 1/5에 해당하는 2% 표본 원자료를 활용하면 시군구 단위까지 구분할 수 있었으나, 2010년 인구센서스부터는 2% 자료에서는 시도 단위까지 구분이 가능하였다. 따라서 시군구 단위별 분석을 위해 필요한 10% 표본 자료 분석을 위해서는 통계청에 연구계획서 승인을 받은 후, 승인받은 변수들에 대해서 통계청 온라인 자료실에 접속하여 통계청에서 부여한 고유 번호를 이용하여 분석을 수행하였다. 그리고 분석을 통해 산출된 지역별 지표들의 집계자료에 대해서는 다시 통계청의 승인을 받은 후, 전자우편을 통해 자료를 받아 이용하였다.

이러한 과정을 거쳐 최종적으로 승인된 지역박탈지수의 구성 지표 집계자료의 목록은 다음 표와 같다.

〈표 4-27〉 지역박탈지수의 구성 지표 후보군

지표	분모	분자
주거밀집도	사용하는 방 하나에 1.5명 이상 거주하는 가구	지역 총 가구수
현재 거주 주택 소유 가구율	현재 거주하는 주택이 자가주택 소유가구	지역 총 가구수
현재자가주택소유가구	현재 자가 주택 소유가구	지역 총 가구수
가구 자동차 소유율	자동차를 소유하지 못한 가구 수	지역 총 가구수
가구 승용차 소유율	승용차를 소유하지 못한 가구 수	지역 총 가구수
열악한 주거환경 가구율	아래 5개중 하나라도 만족하는 가구수 - 입식&단독 부엌이 없음. - 독립 상수도가 없음. - 온수&단독 목욕시설 없음. - 수세식&단독 화장실 없음. - 연탄, 아궁이, 재래식 난방시설	지역 총 가구수
독거가구비율	독거 가구의 수	지역 총 가구수
여성가구주비율	여성이 가구주인 가구수	지역 총 가구수
아파트가구비율	주거형태가 아파트인 가구수	지역 총 가구수
노인인구비율	65세 이상 노인의 수	지역 총 인구수
고졸미만 교육수준비율	30-64세 인구 중 고졸 미만 학력 인구수	지역 30-64세 인구수
이혼·사별비율	15세 이상 인구 중 이혼 또는 사별한 인구수	지역 15세 이상 인구수
낮은 사회 계층비율 (가구주 기준)	15-64세 인구 중 가구주 최상위 사회계층이 V계층 이하 가구의 모든 가구원수	지역 15-64세 인구수
낮은 사회 계층 비율 (가구원 기준)	15-64세 인구 중 가구원 최상위 사회계층이 V계층 이하 가구의 모든 가구원수	지역 15-64세 인구수
낮은 사회계층 비율 (남성 기준)	15-64세 인구 중 가구남성 최상위 사회계층이 V계층 이하 가구의 모든 가구원수	지역 15-64세 인구수
남성 실업률	남성 15-64세 중 실업자 수	지역 남성 15-64세 인구수

위의 구성 지표 후보군들에 대해 정규성 검정을 한 후, 정규분포를 하지 않은 경우에는 변환 과정을 거쳐 요인분석을 실시하였다.

구성 지표 중에서 주거 밀집도와 실업률은 음의 값을 보여 제외하였고, 자가주택 미소유 역시 농촌지역에서 낮은 값을 보여 제외하였다. 또한, 유사한 의미를 가진 지표들의 경우 가장 높은 요인 적재값을 보인 지표로 통일하였다.

〈표 4-28〉 지역박탈지수 구성 지표의 요인 분석 결과

구성 지표	요인 1	요인2
1인 가구	0.31405	0.81994
자가용 없음	0.06622	0.96195
낙후된 주거환경	0.80452	0.38628
아파트 거주 아님	0.49315	0.74380
여성 가구주 가구	0.00752	0.89920
낮은 교육수준	0.74412	0.61868
노인인구	0.70268	0.64541
낮은 사회계급(가구주 기준)	0.85990	0.39627
이혼·사별	0.63451	0.71972

요인 1은 낙후된 주거환경, 낮은 교육수준, 노인인구, 가구주 기준 낮은 사회계급 지표를 포함하였으며, 이들 요인들은 경제적 박탈로 정의하였다. 사회계급 지표의 경우, 가구주 기준, 전체 가구원 기준, 남성 기준으로 분류하여 각각의 지표를 산출하였으나, 요인 분석 결과 가장 적재값이 높은 지표는 가구주 기준이었다. 이는 한 가구의 생계를 책임지는 자가 가구주라는 점을 고려할 때 적합한 결과라 할 수 있다. 남성 기준의 사회계급 분류를 할 경우에는 여성이 배제된다는 점에서 바람직하지 못하다고 할 수 있다. 특히, 여성이 가구의 생계를 책임지는 비중이 높은 지역에서는 과소 추정의 문제가 발생할 수 있다.

요인 2는 1인 가구, 자가용 없음 가구, 아파트 거주 아닌 가구, 여성 가구주 가구, 이혼·사별 지표가 포함하였으며, 이들 요인들은 사회적 박탈로 정의하였다.

최종적으로 산출한 지역박탈지수는 이들 9개 지표에 대하여 Z-score를 한 표준화 점수를 산출한 다음 합산한 결과이다.

4) 산출주기

지역박탈지수의 산출을 필요한 자료원인 인구센서스는 5년을 주기로 조사가 이루어진다. 따라서, 지역박탈지수 역시 5년을 산출주기로 하며, 이는 법적으로 매 5년마다 수립하기로 되어 있는 국민건강증진종합계획 수립 시기와 일치한다.

제3절 건강행태

1. 현황 및 문제점

가. 기존연구 및 국내외 사례

여전히 논란이 되는 연구가설 중에는 개인의 건강위험 행태(즉, 건강생활실천행위)가 사회경제적 위치에 따라 다른데 이것이 과연 건강불평등의 상당 부분을 초래하는가에 관한 것이다(Macintyre, 1997). 건강행태의 사회경제적 격차가 얼마나 있는지, 그리고 궁극적으로 건강수준의 격차를 어느 정도나 초래하는 지 모니터링하는 것은 중요하다. 건강 정책과 중재의 내용과 방향을 좌우하기 때문이다. 따라서 불평등 감소를 위해 개

인의 건강행태에 어떤 잠재적 중재들이 있을지 제대로 이해하는 것이 필요하다(Lantz et al, 2001).

미국의 National Healthcare Disparity Report¹⁷⁾에서는 케어의 효과성에 대한 하부 주제 아래 생활양식 변화의 6개 항목에 대해 핵심 지표를 선정하였다. 6개의 지표를 선정하게 된 배경으로 정리한 건강행태지표는 7가지이다. 즉, 흡연관련 사망률, 흡연율, 비만율, 신체활동율, 아동 과체중 비율, 흡연관련 총 비용과 비만관련 총비용의 심각성을 모니터링하는 것에 출발하였다. 자료는 주로 Medical expenditure panel survey를 활용하였고, 층화변수로는 인종, 교육수준, 소득수준을 주로 사용하였다.

〈표 4-29〉 National Healthcare Disparity Report 2011에서의 건강행태 관련 지표

흡연자들에 대한 금연상담 성인 비만환자에 대한 운동 상담 운동하지 않는 성인 비만 환자 아동 청소년 대상 운동 상담 성인 비만 환자에 대한 식습관 상담 아동 청소년에 대한 식습관 상담

자료: AHRQ. (2011). National Healthcare Disparities Reports. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD.(재정리)

나. 우리나라에서의 지표의 의미

1) 기존 건강불평등 통계집에서의 건강행태 지표

건강불평등 통계집 2008, 2009¹⁸⁾에서 건강행태 관련 지표는 중재요

17) AHRQ. (2011). National Healthcare Disparities Reports. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD.

18) 건강사회연구센터(2008). 2008 통계로 본 한국건강불평등. 보건복지가족부.
건강사회연구센터(2009). 2009 통계로 본 한국건강불평등. 보건복지가족부.

인으로써의 생활습관 영역으로 분류하여 산출하였다. 주요 생활습관 지표로는 식이, 흡연, 신체활동을 선택하였다. 통계로 본 한국 건강불평등 (2008, 2009)에서는 식이 영역으로 국제비교를 통해 본 한국의 과일섭취, 교육수준에 따른 과실류의 섭취변화를, 흡연 영역에서는 OECD 회원국의 남녀별 흡연율, 소득수준별 연령표준화 흡연율을 1998년부터 2005년까지 산출하였다. 운동 영역에서는 소득수준별 연령표준화 규칙적 운동실천을 보았다. 2012년 건강불평등 완화를 위한 건강증진 전략 및 사업 개발¹⁹⁾에 관한 연구에서는, 건강행태에서 총 4가지의 영역을 선정하였다. 현재 흡연여부, 음주여부, 규칙적 운동 실천율, 체질량지수 23이상의 과체중 비율을 성별, 교육수준, 소득분위별로 산출하였다.

기존의 건강불평등 지표들은 국민건강영양조사를 활용하여 20~64세 연령에 국한되어 산출되었다. 지표 선정의 원칙은 가치와 목표를 추구하고 건강과 건강불평등에 큰 영향을 미치는 것으로 선정하였다고 명시되어 있다. 그러나 성인지적 관점이 견지되어야 하겠고, 안정된 통계 생산을 위한 타당성과 가용성 확보에 대한 논의가 더 있어야 하겠다. 현장성과 용이성을 갖추기 위해 개선점이 무엇인지에 대한 논의가 앞으로 필요하다.

2) 건강행태 지표의 의미

보건사업의 우선순위에 맞는 결과 제시가 가능한 지표가 선정되어야 할 것이다. 건강행태는 국가와 지역사회차원에서 다양한 노력들이 존재하고 우선순위에 따라 지역보건계획과 사업 기획을 하게 된다. 지표 각각

19) 신영진, 윤태호, 김명희, 정백근, 서제희. (2011). 건강형평정책과 사업: 건강 불평등 완화를 위한 접근. 한국사회정책, 18(4): 41-77.

에 대해 적절성을 평가하여 대표 지표와 선택 지표를 선정하는 것이 합리적이다.

기존 형평성 평가 지표에 대한 개선이 요구된다. 즉, 지표의 활용과 가치를 높이는 작업으로 구체성, 측정가능성, 달성가능성, 적절성, 시의적절성을 확보해야 할 것이다. 단기에 달성되지 못하는 건강 결과도 존재되어 있어, 사회적 노력에 대한 단기, 중기, 단기 결과지표에 대한 구분도 필요할 것으로 사료된다.

3) 국민건강증진 종합계획과의 관계

이환, 의료이용, 건강검진의 이론적 모형(APHA, 2010)에 의하면, 예방전략, 인구집단 질병상태, 효과가 서로 연결되어 있고 각 수준에서도 위험요인제거에서 출발하여 장애 예방까지 포괄하는 가로와 세로 각 축들에서의 논리적 순서가 연결되어 있다. 가로와 세로 차원의 지표를 선택하는 것이 필요하며, 중심 지표 및 선택 지표 은행에 이러한 차원의 지표들이 모두 목록화 되어야 할 것이다. 국민건강증진종합계획 대표지표에 대한 사회경제적 격차 해소를 인구기반 지표로 선정할 수 있다. 매년 (주기적) 국가단위 또는 지역단위 대규모 조사 지표로 포함하고, 지속적으로 조사하도록 하여 인구기반 형평성 모니터링을 하도록 체계화해야 한다.

〈표 4-30〉 국민건강증진종합계획 대표 지표와 형평성 지표 가능성

영역		대표지표	지표추이		2020년 목표	형평성 지표(장기 인구기반 지표 안)
			'08	'09년		
1	금연	성인남성 흡연율	47.7%	46.9%	29%	흡연율의 사회경제적 격차감소
2	절주	성인고위험 음주율	남 28.3% 여 8.5%	남 24.6% 여 7.3%	남 18% 여 5%	고위험음주율의 사회경제적 격차 감소
3	신체활동	걷기제외 중등도신체 활동실천율	14.5%	13.4%	20%	걷기실천율의 사회경제적 격차 감소
4	영양	건강식생활 실천율	28.9%		35%	건강식생활실천율의 격차 감소
5	암관리	암검진 수검율	50.7%	53.3%	80%	암 검진 수검율의 격차 해소
6	건강검진	일반건강 검진수검율	65.3%	68.2%	80%	건강검진 수검율의 격차 해소
7	심뇌혈관 질환	고혈압 유병률	26.8%	30.3%	23%	저소득 고혈압관리율의 향상
8	비만	성인비만 유병률	남 35.3% 여 25.2%	남 35.8% 여 26.0%	남<=35% 여<=25%	비만인구의 사회경제적 수준별 운동 실천율 격차 해소
9	정신건강	자살사망률 감소	26명	31명	18명	취약계층의 자살사망 감소 및 우울증 감소
10	구강보건	아동청소년 치아우식 경험률	61.1%	60.5%	45.0%	치아우식증 사회경제적 격차 감소
11	예방접종	예방접종률	59.5%	-	95%	예방접종률 사회경제적 격차 감소
12	결핵	도말양성 결핵발생률	22.7명	23.2명	10명	취약계층 결핵발생률 감소
13	손상예방	교통사고 사망률	16.1명	-	7명	취약계층 사고사망률 감소
14	모성건강	모성사망비	12명	-	9명	취약계층 모성사망비 감소
15	영유아 건강	영아사망률	3.4명	3.3명	2.8명	취약계층 영아사망률 감소
16	노인건강	노인활동 제한율	11.4%	-	11.4%	노인활동제한의 사회경제적 격차 감소

출처: 보건복지부, 한국보건사회연구원(2011). 제3차 국민건강증진종합계획(재구성).

2. 건강행태 분야 건강불평등 지표

건강행태분야 건강불평등 지표는 우선 국민건강증진종합계획의 대표 지표를 포함하였다. 두 번째로는 건강형평성 영향평가가 가능한 지표로 판단되는 경우를 포함하였다. 지역사회나 국가단위의 건강증진 사업 효과 평가로 사용 가능한 지표들 또한 포함하였다. 각 영역별로 이와 같은 기준에 부합된다고 판단되는 지표들을 나열하고, 각 지표들이 보건사업 기획을 위한 지표 선정에서, 인구집단의 건강상태 파악에 해당하는 사정 지표로 활용가능한지, 보건사업 수행 후 결과 평가 지표로 활용 가능한지를 분류하였다. 결과지표는 단기, 중기, 장기 결과지표로 나누어 분류하였다. 이러한 선정 기준에 의하여 건강행태 영역에서 선정된 지표는 다음과 같다. 흡연 영역에서는 현흡연율, 금연율, 금연시도율, 흡연계방 교육경험률, 흡연자 중 금연관련 교육 경험률을 불평등 모니터링 지표로 정리할 수 있다. 이 중에서 대표지표로는 지표의 중복을 피하고, 국민건강증진종합계획을 감안하여 제안하였다. 즉, 현흡연율, 금연시도율, 흡연예방 교육경험률(청소년), 금연관련 교육경험률(성인)을 대표지표로 제안한다. 음주 영역에서는 같은 선정 기준을 고려해 볼 때, 음주율, 문제음주율, 문제음주자의 절주교육 경험률을 제안한다. 이 중 대표지표는 문제 음주율, 문제음주자의 절주교육 경험률을 꼽을 수 있다. 신체활동 영역에서는 중등도 이상의 신체활동 실천율, 비만자의 신체활동 관련 교육 경험률을, 영양 영역에서는 건강식생활실천율과 비만자의 영양 관련 교육 경험률을 제안한다. 이 중 대표지표는 중등도 이상의 신체활동 실천율과 건강식생활 실천율을 들 수 있다. 건강행태에서 제안하는 건강불평등 지표를 요약하면 <표 4-31>과 같다.

〈표 4-31〉 한국형 건강불평등 지표 중 건강행태 지표와 선정이유

영역	불평등 모니터링 지표	대표 지표	선정 이유	지표분류
흡연	현흡연율	○	국민건강증진종합계획 대표지표	사정지표, 장기결과지표
	금연율	-	금연정책의 건강형평성 영향평가	단기결과지표 중기결과지표
	금연시도율	○	(지역/국가단위) 금연사업 효과평가: 형평성 측면	단기결과지표 중기결과지표
	흡연예방 교육 경험률	○	(지역/국가단위) 금연사업 효과평가: 형평성 측면	단기결과지표 중기결과지표
	흡연자 중 금연 관련 교육 경험률	○	(지역/국가단위) 금연사업 효과평가: 형평성 측면	단기결과지표
음주	음주율	-	국민건강증진종합계획 지표	사정지표, 장기결과지표
	문제음주율	○	국민건강증진종합계획 대표지표	사정지표, 중장기결과지표
	문제음주자의 음주 관련 상담 경험률	○	(지역/국가단위) 절주사업 효과평가: 형평성 측면	단기결과지표
신체 활동	중등도 이상 신체활동 실천율	○	국민건강증진종합계획 대표지표	사정지표, 장기결과지표
	비만자 중 운동 관련 교육 경험률	-	(지역/국가단위) 신체활동 관련 사업 효과평가: 형평성 측면	단기 중기 결과지표
영양	건강식생활 실천율	○	국민건강증진종합계획 대표지표	사정지표, 중장기결과지표
	비만자 중 식생활 관련 교육 경험률	-	(지역/국가단위) 영양관련 사업 효과평가: 형평성 측면	단기 중기 결과지표

가. 흡연

흡연 지표는 현흡연율, 금연시도율과 흡연예방 및 금연관련 교육 경험률이 있다.

1) 지표정의 및 필요성

현흡연율은 전체 대상자를 청소년과 성인으로 그룹을 나누고, 다시 이를 현재 흡연자와 과거흡연자를 포함한 현재 비흡연자로 구분하여, 현재 흡연자의 비율을 산출한다. 현재 흡연자 중에서 지난 1년간 금연을 시도한 적이 있다고 응답한 비율을 말한다. 흡연예방 및 금연관련 교육 경험률은 전체 성인 중 지난 1년간 흡연 예방 및 금연관련 상담을 받은 적이 있다고 응답한 비율을 말한다.

2) 산출식

□ 현흡연율 (성인 19세 이상)

- 분자: 현재 (매일 흡연, 가끔 흡연 포함) 흡연하고 있다고 응답한 사람의 수
- 분모: 해당 그룹에 해당하는 대상자의 수 또는 10세 단위 연령군 별 사람의 수
- 단위: %

□ 금연 시도율 (성인 19세 이상)

- 분자: 지난 1년간 금연을 시도한 적이 있다고 응답한 사람의 수
- 분모: 현재 흡연하고 있다고 응답한 사람의 수
- 단위: %

□ 흡연예방 및 금연관련 교육 경험률(성인 19세 이상)

- 분자: 지난 1년간 흡연예방 및 금연관련 교육에 참여한 경험이 있

다고 응답한 사람의 수

○ 분모: 관련 질문에 응답한 사람의 수

○ 단위: %

3) 자료원 및 변수

국민건강영양조사 19세 이상 성인 건강행태면접조사지와 청소년 면접 조사지의 흡연 여부 설문항목과 금연시도여부, 그리고 흡연예방 및 금연 관련 교육 참여 경험에 관한 설문을 활용한다.

현재 흡연여부관련 변수는 2001년 조사는 응답자 전체를 대상으로 질문하였고, 2005년 조사부터 청소년과 성인을 나누어 질문하였다. 따라서 청소년의 경우 지난 1달간 흡연일수를 1~31일로 대답한 응답자를 현재 흡연자로 구분하였다. 성인의 경우 2001년과 2005년, 그리고 2010~2011년 조사에서 현재 흡연을 매일 피움, 가끔 피움, 과거에 피움으로 구분하여 질문하였다. 2007년 조사부터 2009년 조사까지는 피움, 과거에는 피웠으나 현재 피우지 않음으로 구분하여 조사하였다.

금연 시도율 변수는 19세 이상 성인에게만 포함되었고, 2001년 조사부터 지난 1년간 금연 시도여부를 예, 아니오로 구분하여 질문하였다.

흡연예방 및 금연관련 교육경험관련 변수는 19세 이상 성인을 대상으로 2007년 조사부터 포함되었다. 지난 1년간 흡연예방 및 금연관련 교육에 대해 예, 아니오로 구분하여 조사하였다.

산출은 성별, 연령군별(청소년-학령(중학교, 고등학교), 성인-10세 단위 또는 19~44세, 45~64세, 65세 이상), 교육수준별(초등학교 졸업 이하, 중학교 졸업, 고등학교 졸업, 대학교 졸업 이상), 가구소득분위별(4분위), 직업계층별(전문직 및 사무직, 서비스직, 육체 근로직)로 산출한다.

4) 산출주기

성인대상 지표의 경우 국민건강영양조사 자료를 사용하면 매년 산출 가능하다. 연도별 추이를 비교할 경우 2007년 이전에는 3년 단위로 산출 하였으나, 2007년부터 1년 단위로 자료 비교가 가능하다.

청소년을 대상으로 한 지표의 경우 청소년온라인행태조사가 2005년 이후 매년 진행되고 있으므로 관련 지표 또한 매년 생산 가능하다.

나. 음주

음주 관련 지표로는 현음주율, 문제음주율(폭음률), 음주문제 상담경험 여부를 산출한다.

1) 지표정의 및 필요성

현음주율은 지난 1년간 대상 인구 중에서 음주경험의 빈도가 있는 대상자의 비율로 정의한다. 문제음주률은 성인 중 음주 시 과음 및 폭음을 하는 빈도가 주 1회 이상이라고 응답한 비율을 말한다. 음주문제 상담의 참여 경험은 지난 1년간 음주 관련상담이나 프로그램에 참여한 경험이 있는 사람의 비율이다.

2) 산출식

□ 음주율 (만 12세 이상)

○ 분자: 지난 1년간 1잔 이상의 술을 마신 적이 있다고 응답한 사람의 수

○ 분모: 만 12세 이상인 사람의 수, 또는 10대 연령군별 사람의 수

○ 단위: %

□ 문제 음주율 (성인 19세 이상)

○ 분자: 주 1회 이상 과음 및 폭음을 한다고 응답한 사람의 수

○ 분모: 만 19세 이상인 사람의 수, 또는 10대 연령군별 사람의 수

○ 단위: %

□ 음주문제관련 상담 경험률 (성인 19세 이상)

○ 분자: 지난 1년간 음주문제 관련 상담에 참여한 경험이 있다고 응답한 사람의 수

○ 분모: 관련 질문에 응답한 사람의 수

○ 단위: %

3) 자료원 및 변수

국민건강영양조사 19세 이상 성인 건강행태면접조사지와 청소년 면접 조사지의 음주 여부 설문항목과 과음 및 폭음 관련 설문, 그리고 음주문제 관련 상담 참여 경험에 관한 설문을 활용한다.

현음주자는 지난 1년간의 음주 경험을 질문하여 1잔 이상의 술을 마신 적이 있는 사람을 음주자로 구분한다. 그러므로 2001년 조사에서는 전혀 마시지 않음과 과거에 마심을 제외한 자주 마심, 가끔 마심, 거의 마시지 않음을 음주자로 구분하였고, 2005년 조사에서는 지난 1년간 술을 1잔 이상 마신 적이 있는 사람을 음주자로 구분하였다. 2007년 조사부터는 최근 1년간 전혀 마시지 않은 사람을 제외하고는 모두 음주자로 구분하

였다.

문제 음주자, 즉 폭음 대상자는 평소 과음빈도와 고위험음주 빈도가 주 1회 이상 혹은 거의 매일인 사람으로 구분하였다.

산출은 성별, 연령군별(청소년-학령(중학교, 고등학교), 성인- 10세 단위 또는 19~44세, 45~64세, 65세 이상), 교육수준별(초등학교 졸업 이하, 중학교 졸업, 고등학교 졸업, 대학교 졸업 이상), 가구소득분위별(4분위), 직업계층별(전문직 및 사무직, 서비스직, 육체 근로직)로 산출한다.

4) 산출주기

성인대상 지표의 경우 국민건강영양조사 자료를 사용하면 매년 산출 가능하다. 연도별 추이를 비교할 경우 2007년 이전에는 3년 단위로 산출 하였으나, 2007년부터 1년 단위로 자료 비교가 가능하다.

청소년을 대상으로 한 지표의 경우 청소년온라인행태조사가 2005년 이후 매년 진행되고 있으므로 관련 지표 또한 매년 생산 가능하다.

다. 신체활동

신체활동 영역에서는 중등도 신체활동 실천율을 확인한다.

1) 지표정의 및 필요성

중등도 신체활동 실천율은 최근 일주일동안 평소보다 몸이 매우 힘들거나 숨이 많이 가쁜 중등도 신체활동을 1회 운동 시 30분 이상 지속하고, 한 주에 5회 이상 운동을 하는 경우로 정의하였다. 중등도 신체활동은

천천히 하는 수영, 복식 테니스, 배구, 배드민턴, 탁구, 가벼운 물건 나르기 등의 직업 활동 및 체육활동을 포함하되, 걷기는 제외한다.

2) 산출식

□ 중등도 신체활동 실천율 (성인 19세 이상)

- 분자: 평소 1회 30분이상 일주일에 5회 이상 운동하는 사람의 수
- 분모: 만 19세 이상인 사람의 수, 또는 10대 연령군별 사람의 수
- 단위: %

3) 자료원 및 변수

국민건강영양조사 19세 이상 성인 건강행태면접조사지의 중등도 신체 활동 실천에 관한 설문을 활용한다. 산출은 성별, 연령군별(10세 간격 또는 19-44세, 45-64세, 65세 이상), 교육수준별(초등학교 졸업 이하, 중학교 졸업, 고등학교 졸업, 대학교 졸업 이상), 가구소득분위별(4분위), 직업계층별(전문직 및 사무직, 서비스직, 육체 근로직)로 산출한다.

4) 산출주기

국민건강영양조사 자료를 사용할 경우 매년 산출 가능하다. 연도별 추이를 비교할 경우 2007년 이전에는 3년 단위로 산출하였으나, 2007년부터 1년 단위로 자료 비교가 가능하다.

라. 영양

1) 지표 정의

영양불량은 신체기능 및 건강을 유지하기 위해 필요한 에너지와 영양소의 결핍에 의한 영양상태의 불균형을 의미한다(Guigoz et al., 1994). 한국인 영양소 섭취기준(한국영양학회, 2010)에서 제시한 영양소의 섭취량과 비교하여, 평균섭취비율과 권장섭취량의 75% 미만(나트륨은 1일 목표섭취량의 100% 미만, 콜레스테롤은 300mg미만)으로 섭취한 영양소 섭취 부족 분율을 산출한다. 영양섭취기준(한국영양학회, 2010)에서 연령별 권장섭취량, 충분섭취량, 또는 목표섭취량을 제시한 영양소의 평균 섭취량을 분석한다. 영양소별 섭취비율을 산출하고 기준섭취량 대비 섭취결핍과 섭취과잉 분율을 산출할 수 있다. 개별 영양소는 에너지, 단백질, 탄수화물, 지방, 식이섬유, 칼슘, 철, 칼륨, 비타민 A, 비타민 B6, 비타민 C, 엽산, 비타민 E, 티아민, 리보플라빈, 니아신, 콜레스테롤, 나트륨 등을 포함할 수 있다. 섭취결핍 판정기준은 열량은 필요추정량, 단백질, 철분, 칼슘, 인, 비타민 A, 비타민 B6, 비타민 C, 엽산, 티아민, 리보플라빈, 니아신은 권장섭취량의 75% 미만 섭취 시 섭취결핍으로, 식이섬유, 칼륨, 비타민 E는 충분섭취량의 100% 미만 섭취 시 섭취결핍으로 판정할 수 있고, 에너지는 필요추정량의 125% 이상, 콜레스테롤과 나트륨은 일일 목표섭취량 100% 이상 섭취 시 섭취과잉으로 판정하는 방법을 사용한다(한국영양학회, 2010).

2) 산출식

□ 영양 섭취 부족자 분율 (성인 19세이상)

- 분자: 1일 평균 에너지 및 영양소 섭취량이 권장량의 75%미만인 사람 수
- 분모: 만 19세 이상인 사람의 수, 또는 10대 연령군별 사람의 수
- 단위: %

□ 영양 섭취 과잉자 분율 (성인 19세이상)

- 분자: 1일 평균 에너지 및 영양소 섭취량이 권장량의 125%이상인 사람 수
- 분모: 만 19세 이상인 사람의 수, 또는 10대 연령군별 사람의 수
- 단위: %

3) 자료원 및 변수

국민건강영양조사 19세 이상 성인 건강행태면접조사지의 영양소 섭취량 24시간 회상법을 이용한 식품섭취 조사 자료를 활용한다. 산출은 성별, 연령군별(10세 간격 또는 19-44세, 45-64세, 65세 이상), 교육수준별(초등학교 졸업 이하, 중학교 졸업, 고등학교 졸업, 대학교 졸업 이상), 가구소득분위별(4분위), 직업계층별(전문직 및 사무직, 서비스직, 육체근로직)로 산출한다.

4) 산출주기

성인대상 지표의 경우 국민건강영양조사 자료를 사용하면 매년 산출 가능하다. 연도별 추이를 비교할 경우 2007년 이전에는 3년 단위로 산출하였으나, 2007년부터 1년 단위로 자료 비교가 가능하다.

제4절 건강결과

1. 현황 및 문제점

건강결과 지표는 크게 사망 지표, 유병 (손상 포함) 지표, 사망·유병 통합 지표(건강수명, 장애보정생존연수 (Disability adjusted life years, DALY) 등)로 구분할 수 있다. 외국의 건강불평등 모니터링에서는 사망지표가 가장 흔히 사용되고 있으며, 최근 들어 건강수명에 대한 모니터링도 증가하고 있다.

건강상태(health status)는 건강결과의 주요 지표 중 하나로 서로 기대여명 및 건강수명, 사망 지표를 모두 포괄하는 개념일 수 있다. 또한 건강과 질병의 연속성과 질병발생에 다양한 원인이 복합적으로 관여함을 고려할 때, 질병에 대한 지표는 질병 발생에 앞선 건강행태(health behavior), 전임상적 위험요인(preclinical risk factors)과 구분이 어려울 수 있다. 특히, 비만과 같은 지표는 건강행태와 밀접한 관련이 되면서 대표적인 전임상적 위험요인이나 질병으로 간주할 수도 있다.

가. 기존연구 및 주요 외국의 사례 검토

국의 모범적 건강정책 사례로 알려져 있는 WHO와 영국의 건강불평등 및 건강정책 사례를 통해 볼 때, 건강형평성의 모니터링은 매우 중요한 핵심적 정책이다. 또한 포괄적으로 모든 건강정책에서의 형평성 관점을 바탕으로 하여 다양한 건강결정요인과 건강불평등 메커니즘을 고려하여 삶터, 건강행태, 생애주기에 따른 건강지표를 제시하는 특징이 있었다(WHO CSDH, 2008; Marmot M., 2010; Greater London Authority, 2011; WHO European Region, 2012).

부연하자면 어떤 특정한 질병을 건강불평등에 있어 중요한 단일한 지표로 제시하기 보다는, 건강불평등의 메커니즘과 중요성에 따라 지표를 선택, 제시하고 있어서 도구적 측면이 더욱 강조되었다. 일례로 2008년 세계보건기구의 'Closing the Gap' 보고서에서는 스페인에서 육체적 노동자의 고용 계약에 따른 정신건강 유병률을 제시하고 있는데(WHO, 2008), 이는 '나쁜 정신 건강 유병률'이라는 지표의 중요성을 드러내기 위해서가 아니라 삶의 조건 중 공평한 고용의 중요성을 상기하기 위한 근거로 제시된 것이다. 또한 이 보고서에서 헬멧 착용의 제도 유무에 따라 캐나다의 지역별 자전거 관련 머리와 다른 손상의 변화를 모든 정책, 시스템 및 프로그램에서 건강형평성의 추구에 대한 근거로 제시하고 있다(WHO, 2008). 따라서 국외의 모범적인 보고서를 통해서 얻을 수 있는 교훈은, 단편적으로 지표의 벤치마킹보다는, 국내 건강정책 및 프로그램에서 건강형평성의 렌즈를 바탕으로 건강형평성을 달성할 수 있는 체계가 우선이 되어야 하며 이에 따라 필요한 지표가 선정되어야 한다는 점이다.

호주의 국가적 공중보건 지표 생산을 위한 연구에서는 건강통계의 종류를 확립된 지표(established domain), 새로 부각되는 지표(emerging domain), 일반적 지표(general domain)로 구분하고 이의 쓰임새를 모니터링과 감시체계로 구분하였다(AIHW, 1999)(표 4-32 참조).

건강형평성을 달성하기 위한 지표는 국내 건강수준의 역학적 변화와 건강형평성 정책의 변화에 따라 역동적으로 변화할 수 있어야 할 것이다. 즉, 수명과 사망과 같이 보건학적으로 유의미하며 대표성을 가진 지표가 분명히 존재할 수 있지만 영구적인 불평등 지표로 간주할 것이 아니라 현재 국내의 역학적 근거와 정책적 맥락에서 어떤 의미를 가지는 지표인지는 지속적으로 변화할 수 있으며, 이를 목적에 따라 감시, 모니터링 할 수 있어야 할 것이다.

〈표 4-32〉 건강통계 지표 생산의 프레임워크 사례

건강통계지표 종류	모니터링	감시체계
established	health status	
	impact	
	risk factors(determinants)	
	intervention	
	health gain/outcomes	
	equity indicators	
emerging		health status
		impact
		determinants
		equity indicators
general		health status
		impact
		equity

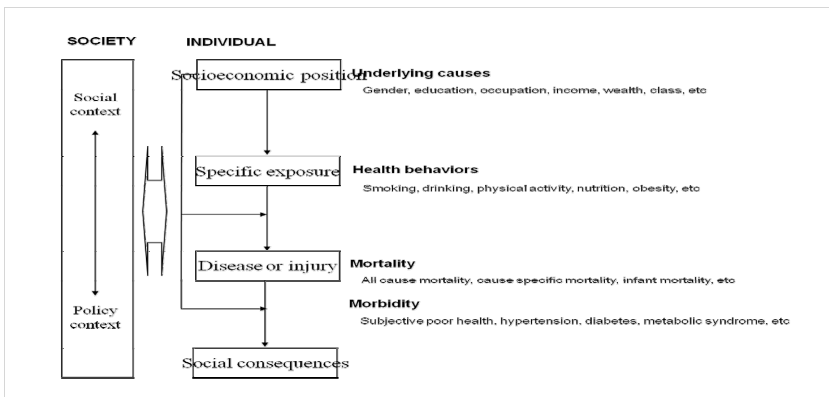
자료: AIHW(1999). Development of national public health indicators: discussion paper.

건강형평성 의제를 지속적으로 추동할 수 있는 근거를 산출하기 위해서 포괄적이고 지속적인 건강형평성 지표에 대한 모니터링이 기초적인 전제가 된다. 앞서 제시한 사례에서 볼 수 있듯이 정신건강 상태를 고용 조건에 따라 사전에 모니터링하고 있지 않다면, 고용 조건과 정신 건강 사이의 관련에 대해서 근거를 제시하기 어려운 것이다. 뿐만 아니라 런던 시에서 건강형평성을 달성하기 위한 전략을 지역사회 수준에서 제시할 수 있었던 것도 다양한 측면의 지표가 산출되고 있는 기반이 조성되었기 때문인 것이다. 이러한 모니터링의 시스템을 구성하기 위해서는 인력, 시설, 자원과 같은 기반 조건의 조성 외에 지표의 영역, 구분, 종류 및 기술적인 정의와 산출방법에 대한 방법론이 마련되어야 할 것이다.

건강형평성을 모니터링 할 수 있는 주관적 건강수준과 질병의 지표를 선정하기 위해 우선 고려할 수 있는 방법은 건강불평등의 발생 기전을 참고하는 것이다. 앞 절에서 다양한 건강불평등 설명모형을 다루었지만 이

영역에서는 Diderichen의 모형을 이용하고자 한다. 이 모형은 개인과 사회적 영역으로 구분하여 개인적 영역으로 사회경제적 지위, (위험요인) 노출, 질병과 상해 및 사회적 결과를 연속적으로 다루고 있고, 이러한 사회경제적 건강과 질병의 불평등이 사회적 맥락과 정책적 맥락에서 상호 작용함으로써 중재의 지점을 모식한다는 특징이 있다(그림 4-14 참조).

[그림 4-14] Diderichen의 건강불평등 설명모형



자료: Peter, F., & Evans, T. (2001). Ethical dimensions of health equity. Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action. New York: Oxford, 25-33.

이 모형에 의거하여 질병과 상해의 지표는 사망과 유병(morbidity)으로 구분할 수 있으며, 이 유병의 지표에 주관적 건강수준과 다양한 질병의 위치를 결정할 수 있다. 그렇다면 주관적 건강수준과 질병의 다양한 분류 중 우선적으로 검토해야 할 지표를 선정해야 한다.

건강이 질병의 부재가 아니라 신체적, 정신적, 사회적 안녕을 포함하는 개념이기 때문에, 주관적인 건강 수준은 신체적 요인과 감정적인 요인을 포함하는 건강 수준의 측정 지표로 사용될 수 있다. 또한 건강과 질병, 장애 사이에는 연속적인 병리학적 변화의 상태가 있으며 이에는 생의학적

요인 뿐 아니라 사회적, 심리적 요인 등을 포함하는 다양한 요인이 영향을 미치는 것으로 알려져 있다. 미국의 Health People 2020(2010)에서는 국가적 건강정책 목표를 달성하기 위한 4가지 기본 건강측정 지표(foundation health measures)을 제시하고 있는데, 1) 일반적 건강수준(general health status), 2) 건강관련 삶과 안녕의 질(Health Related Quality of Life and Well-being, HRQoL), 3) 건강결정요인(determinant of health), 및 4) 불평등(disparities)이며, 세부적 측정 지표는 아래의 표와 같다.

〈표 4-33〉 미국 Healthy People 2020의 기본 건강측정지표와 세부 지표

기본 건강측정 지표	세부 지표
일반적 건강수준	기대수명 및 건강수명 잠재 수명 손실(YPLL) 육체 및 정신적 불건강 일수 자가 평가 건강수준 활동제한 만성질환 유병률
건강관련 삶과 안녕의 질	건강관련 삶의 질
건강결정요인	정책결정 사회적 요인 건강서비스 개인의 건강행동 생물학적 유전적 요인

자료: CDC(Centers for Disease Control and Prevention) 홈페이지 내용 일부 재정리
(http://www.cdc.gov/nchs/healthy_people/hp2020.htm)

이러한 미국의 대표 지표를 적용하여, 이 영역에서 다룰 주관적 건강수준(subjective health status)은 1) 자가 평가 건강수준(self rated health), 2) 삶의 질(quality of life), 3) 활동제한으로 선정할 수 있었다. 정신 건강과 관련한 지표는 별도의 영역에서 다룰 예정이다.

미국의 지표 중 만성질환의 주요 지표는 사망에서의 크기와 만성질환 유병의 크기를 통해 결정되었는데, 심혈관질환, 관절염, 당뇨, 천식, 암 및 만성폐쇄성 폐질환이 그것이었다. 또한 미국 HP 2020에서는 42개 영역에서 약 1,200여개 측정을 종합적으로 다루고 있다. 이 중 일부를 우선적 건강 지표(Leading Health Indicators)로 분류하여 제시하고 있다.

미국의 경우 92개의 만성질환 지표체계를 확립하여 국가 모니터링 정책인 ‘Healthy People’과 연계하도록 하고 있다. CDC가 만성병 지표에 대한 주도권을 가지고 주단위로 운영하는 감시체계에서 포괄적이고 일정한 표준화된 지표와 건강위험행태 및 만성질환 감시체계에서 공통된 정의와 방법을 확립하기 위해 CDC, CSTE가 공동으로 2001년 92개의 만성질환 지표체계를 채택하였다. 이 자료는 ‘Healthy people 2010’과 연계되도록 개발하였다. 이 지표는 각 지표에 대해 어떻게 지표를 측정하는지, 중요성과 제한점 및 HP 2010과의 연계성 및 표준화의 방법을 제안하고 있다(국민건강영양조사의 표준화 연구, 2004).

〈표 4-34〉 지표 산출의 필요 요소(미국의 사례)

인구학적 집단	
- 분자	- 중요성
- 분모	- 지표의 제한점
- 측정빈도	- 자료원의 제한점
- 사례정의의 기간	- HP 관련 목표
- 자료원	- 추가 자료정보
- 배경	

자료: U.S. Department of Health and Human Services. (2000). Healthy People 2010: Understanding and Improving Health, 2nd ed. Washington, DC: Government Printing Office.(재정리)

영국에서 2001년 설정하였던 건강불평등 감소 목표(national targets)에서는, “영아사망률과 출생 시 기대여명으로 측정한 건강불평등을

2010년까지 10% 줄인다.”고 하여 사망과 관련된 지표를 주요 목표로 제시하였다. 이 두 지표 이외에도 암사망과 심혈관질환 사망에 대해서도 모니터링을 지속적으로 실시하였다.

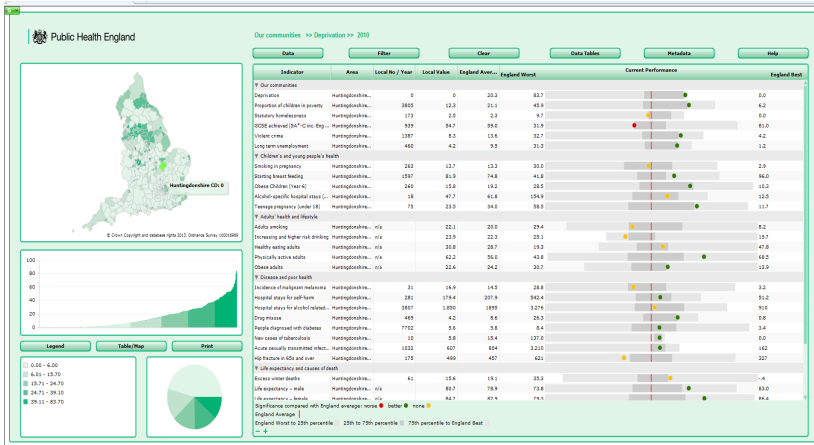
영국 런던의 건강불평등과 관련한 다양한 통계들을 제공해왔던 London Health Observatory²⁰⁾에서 제시하였던 건강불평등 목표 지표도 남성과 여성의 출생시 기대여명, 총사망률, 심혈관질환으로 인한 조기사망, 암으로 인한 조기사망 등 사망과 관련한 지표를 주요 지표로 삼고 있다.

London Health Observatory에서는 사망 이외에도 잉글랜드 전역의 지역에 따라 건강수준을 확인하고 다른 지역과의 차이를 확인할 수 있는 지도와 표, 그림을 제공하고 있다. 이 건강개요(health profile)에서 제공하고 있는 건강결과 지표는 18세 미만의 알콜 관련 입원과 임신, 악성 흑색종 발생률, 자해로 인한 입원, 알코올 관련 입원, 약물 남용, 당뇨병 진단율, 결핵신환 발생, 급성 성매개 질환, 65세 이상 고관절 골절, 겨울 초과 사망, 남성과 여성의 기대수명, 영아 사망, 흡연 관련 사망, 심혈관질환으로 인한 조기 사망, 암으로 인한 조기 사망, 교통사고 손상과 사망 등이다.

미국의 National healthcare disparities report에서도 건강결과와 관련된 지표를 매년 생산하고 있다. 이 보고서에서 제시하고 있는 건강결과로는 유방암 사망, 심발작 이후 원내 사망, 당뇨병으로 인한 신부전, HIV로 인한 사망, 산과 손상, 자살 등으로, 구체적 목적에 맞게 보다 특이적인 지표를 채택하고 있음을 알 수 있다. 이는 이를 목적으로 하는 지표 생산이 주기적으로 유지될 때에 가능하다.

20) London Health Observatory 홈페이지 내용 일부 정리(<http://www.lho.org.uk/>)

[그림 4-15] London Health Observatory에서 제공하는 지역별 건강개요



자료: London Health Observatory 홈페이지(<http://www.lho.org.uk/>)

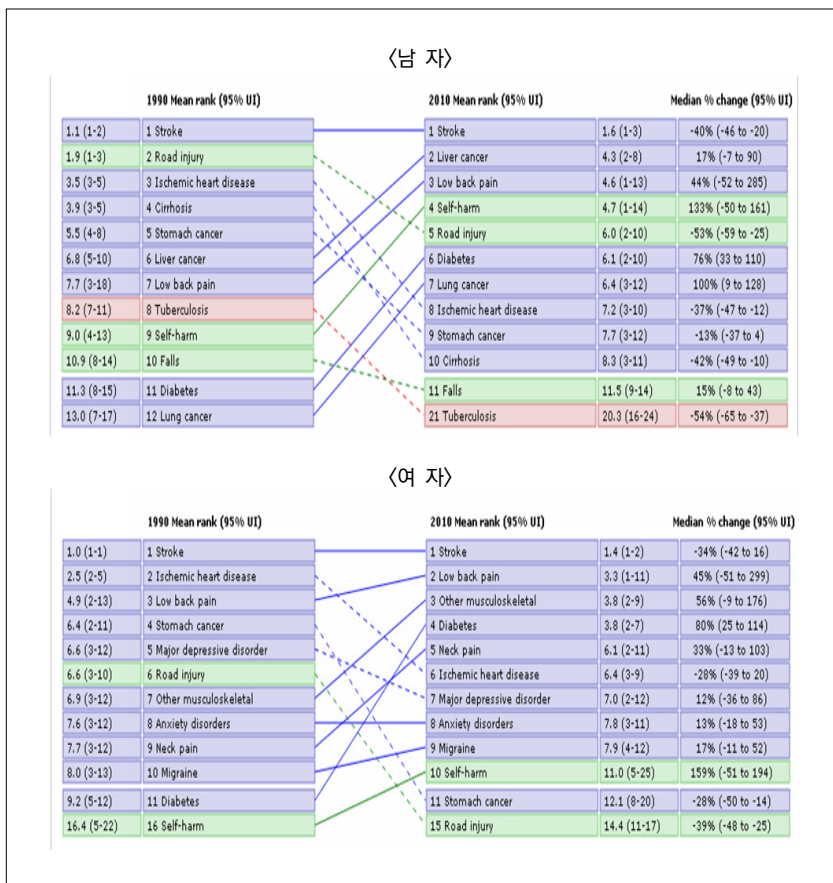
나. 우리나라 건강불평등 모니터링 지표로서의 의미

주관적 건강과 질병 영역의 지표가 건강불평등에 가지는 중요한 의의는 2006년 ‘건강증진목표 설정을 위한 건강 형평성 평가지표 개발과 건강 형평성 현황 조사 연구’의 지표 우선순위 선정 원칙을 통해 확인할 수 있다. 이 연구에서는 지표 우선순위 선정 원칙으로 형평성 목표 설정과 관련하여 중요성, 건강 불평등의 기전으로서 상대적 중요성, 건강 불평등이 악화되거나 악화 예상, 건강 불평등의 절대적, 상대적 크기를 제시한 바 있다(강영호 등, 2006)

2011년 국내 사망의 주요 10대 원인은 암, 심혈관질환, 심장질환, 자살, 당뇨, 폐렴, 만성하기도 질환, 간질환, 운수사고 및 고혈압성 질환으로, 전체 사망의 약 70%를 차지하고 있다. 자살과 운수사고를 제외하고 지난 십년 간 만성질환 중심의 사망양상이 유지되고 있다(통계청, 2012). 생활습관으로 인한 만성퇴행성 질환이 우세를 보이는 질병의 역학적 변

화를 우리나라는 1970년대부터 겪어온 바 생활습관, 임상적 건강위험요인과 같은 이른바 만성질환의 위험요인이 한국인의 주요한 건강위험요인인 것이다. 암, 심혈관질환의 명백한 주요 위험요인으로써 흡연, 알코올 섭취, 신체활동, 영양, 고혈압, 당뇨, 고지혈증 등이 널리 받아들여지고 있다(Kim and Kim, 2013).

[그림 4-16] 한국인의 질병부담 기여 질환(1990-2010)



자료: IHME 홈페이지(<http://www.healthmetricsandevaluation.org/gbd>)

먼저 2012년 세계보건기구가 종합한 전 세계 질병부담 추산 연구의 국내 결과를 참고할 필요가 있다. 다양한 근거를 종합해서 전 세계적 질병부담을 추산하였는데 [그림 4-16]은 이 연구에서 산출한 우리나라 DALYs에 영향을 미치는 요인을 1990년, 2010년 각각 남녀별로 제시한 것이다. 2010년 기준 여자의 DALYs에 영향을 미치는 질병의 1순위는 뇌졸중, 4위는 당뇨, 6위는 허혈성 심장질환이 차지하였고, 남자의 경우 1순위는 뇌졸중, 6위는 당뇨, 8위는 허혈성심장질환으로 나타났다(Lim et al, 2013).

건강불평등을 모니터링 할 수 있는 기반의 확대를 주장하고, 이를 실증적으로 제시한 다양한 보고서와 학문적 노력이 바탕이 되어 국내 통계 생산에 있어 사회경제적 지위에 따른 감시가 확대되어 왔다.

일례로 통계청의 사망원인 통계 발표에서는 지역별 사망불평등이 추가되어 제시되고 있다(표 4-35 참조).

최근 국가단위에서 ‘국민건강영양조사’와 ‘지역사회건강조사’를 통해 국민의 보건 수준을 측정하고 있는데 이를 활용하여 ‘국민건강통계’, ‘건강행태 및 만성질환 통계’ 및 ‘지역사회 건강통계’를 주기적으로 발표, 배포하고 질병 및 임상적 위험요인의 사회경제적 불평등의 양상과 시기적 변화를 결과에 포함하여 일정 부분 건강불평등의 모니터링이 수행되고 있다. 다음 표는 ‘국민건강영양조사’의 조사항목과 ‘지역사회건강조사’를 통해 제시하고 있는 대표 지표를 나타낸 것이다. 그러나 앞서 지적한 바, ‘국민건강증진종합계획’의 총괄 목표 2가지 중 하나인 건강형평성 확립을 위해 건강형평성의 분석은 심층적으로 이루어지지 않는 것은 한계라고 할 수 있겠다(표 4-36, 37 참조).

〈표 4-35〉 국내 통계생산에서 사회경제적 지위에 따른 감시 사례: 통계청 〈사망원인통계〉의 지역별 사망불평등

(단위: 명, 인구 10만명당, 표준인구 10만명당)

시도별 사망자수, 조사망률, 연령표준화 사망률 추이, 2008-2009									
지역	사망자수			조사망률			연령표준화사망률		
	2008	2009	08년 대비 증감	2008	2009	08년 대비 증감	2008	2009	08년 대비 증감
전국	246,113	246,942	829	498.2	497.3	-0.9	438.9	420.5	-18.4
서울	38,298	38,788	490	375.6	380.1	4.5	374.5	361.3	-13.2
부산	19,385	18,952	-433	542.1	533.3	-8.8	491.4	458.5	-32.9
대구	11,605	11,742	137	465.5	471.3	5.8	455.1	438.6	-16.5
인천	11,366	11,663	297	424.3	431.7	7.4	442.9	429.6	-13.3
광주	6,132	6,180	48	432.4	432.7	0.3	444.4	427.7	-16.7
대전	6,105	5,950	-155	413.0	401.3	-11.6	433.0	403.5	-29.6
울산	4,172	4,317	145	377.1	387.6	10.5	475.9	468.1	-7.7
경기	44,168	45,135	967	394.4	396.7	2.4	415.5	399.5	-16.0
강원	10,506	10,416	-90	697.5	689.5	-8.0	486.6	465.8	-20.8
충북	9,717	9,987	270	642.2	655.5	13.3	481.9	475.8	-6.1
충남	13,592	13,554	-38	677.2	668.3	-8.9	454.0	436.5	-17.5
전북	13,241	12,920	-321	712.3	696.4	-15.8	469.6	443.0	-26.7
전남	16,018	15,734	-284	832.4	821.2	-11.2	484.1	464.4	-19.7
경북	19,654	19,625	-29	734.0	734.5	0.5	479.2	461.3	-18.0
경남	19,341	19,153	-188	602.3	591.6	-10.8	491.0	465.6	-25.4
제주	2,813	2,826	13	502.4	503.2	0.8	395.8	384.0	-11.8

자료: 통계청(2010). 2009년 사망원인통계.

〈표 4-36〉 국민건강영양조사의 유병 관련 산출 지표

조사구분		조사항목
건강 설문	가구조사	성, 연령, 결혼상태, 가구원수, 세대유형, 가구소득, 건강보험가입, 민간보험가입
	교육	학력, 수학여부
	경제활동	경제활동여부, 미취업사유, 취업형태, 종사상지위, 근로시간형태, 직업, 직장내지위, 최장직업, 부모직업
	이환	최근2주간이환, 천식증상경험, 만성질환별(18개) 이환
	의료이용	외래이용, 입원이용, 약국이용
	건강검진	건강검진수진, 암검진수진
	예방접종	인플루엔자 예방접종
	활동제한	활동제한여부, 활동제한이유, 외병경험, 결론분석

조사구분		조사항목
	삶의 질	주관적 건강인지, EQ-5D(운동능력, 자기관리, 일상활동, 통증/불편, 불안/우울)
	손상	손상경험, 사고중독발생기전, 손상치료처, 손상으로 인한 합병증, 손상으로 인한 결근결석
	흡연	평생흡연, 현재흡연, 과거흡연, 금연, 간접흡연
	음주	평생음주, 음주시작연령, 음주빈도, 음주량, 폭음빈도
	신체활동	격렬한신체활동, 중등도신체활동, 걷기실천, 근력운동, 유연성운동
	정신건강	수면시간, 스트레스인지, 우울증상, 자살, 정신문제상담
	안전의식	자동차보호장구착용, 자전거헬멧착용 안전벨트착용, 자전거헬멧착용
	비만 및 체중조절	주관적체형인지, 체중변화, 체중조절
	여성건강	현재월경여부, 초경연령
		임신경험, 출산경험
		모유수유경험, 모유수유자녀수및기간, 폐경연령, 경구피임약복용경험 및 기간, 여성호르몬제복용경험 및 기간
검진	신체계측	신장, 체중, 허리둘레
	혈압 및 맥박	수축기혈압, 이완기혈압, 맥박수
	혈액검사	총콜레스테롤, 중성지방, HDL콜레스테롤, LDL콜레스테롤, 혈중요소질소, 크레아티닌, 공복혈당, 인슐린, B형간염표면항원, 지오티, 지피티, 헤모글로빈, 헤마토크릿, 페리틴, 비타민D, 알칼라인포스파테이즈
		당화혈색소(당뇨병유병자)
		수은, 납, 카드뮴, 아연(매년2,400명)
		부갑상선 호르몬
	소변검사	요단백, 요당, 요잠혈, 요비중, 요산도, 요크레아티닌, 요나트륨, 코티닌(매년 2,400명), 유로빌리노겐, 케톤, 빌리루빈, 아질산염
	구강검사	치아상태, 보철물상태, 치주조직상태, 저작불편경험, 구강검진수진, 치솔질실천등
	폐기능검사	FVC(ForcedVitalCapacity), FEV1(ForcedExpiratoryVolume)
	흉부X-선검사	결핵, 폐기종, 기흉
	안검사	시력 및 굴절이상, 사시, 안검하수, 세극등 검사, 안압검사, 무산동안저촬영검사 ※필요시 산동 후 안저 촬영, 시야검사
	이비인후검사	안면신경마비, 전이개누공, 외이기형, 고막검사, 수축전비강검사, 수축후비강검사, 후두내시경, 어지럼증검사, 청력검사
	골밀도 및 체지방검사	골밀도, 체지방
	골관절염검사	무릎관절, 엉덩관절

자료: 질병관리본부(2011). 국민건강영양조사 제5기 1차년도(2010).

〈표 4-37〉 지역사회건강조사의 건강관련 산출 지표

분류	영역	산출지표
Ⅰ.건강행태	흡연	현재흡연율
		남자 현재흡연율
		흡연자의 1개월 내 금연 계획률
		흡연자의 금연시도율
		금연캠페인 경험률
	음주	월간음주율
		고위험음주율
	안전 의식	운전 시 안전벨트 착용률
		동승차량 앞좌석 안전벨트 착용률
	신체 활동	중등도 이상 신체활동 실천율
		걷기실천율
	비만 체중 조절	비만율
		주관적 비만인지율
		체중조절 시도율
구강 건강		저작불편호소율(65세 이상)
		점심식사 후 칫솔질 실천율
	정신 건강	스트레스 인지율
Ⅱ.건강검진 및 예방접종		연간 인플루엔자 예방접종률
		건강검진수진율
		암 검진율
Ⅲ.이환 및 의료이용		고혈압 평생 의사진단 경험률(≥ 30)
		고혈압 약물치료율(≥ 30)
		고혈압 관리교육 이수율(≥ 30)
		당뇨병 평생 의사진단 경험률(≥ 30)
		당뇨병 치료율(≥ 30)
		당뇨병 관리교육 이수율(≥ 30)
		당뇨병 안질환 합병증검사 수진율(≥ 30)
		당뇨병 신장질환 합병증검사 수진율(≥ 30)
		관절염 평생 의사진단 경험률(≥ 50)
		관절염 관리교육 이수율(≥ 50)
		필요의료서비스 미치료율
		경제적 이유로 인한 미치료율
Ⅳ.손상 및 사고중독		연간 사고중독 경험률
		연간 사고중독 건수율†
V.삶의 질		주관적 건강수준 인지율

자료: 질병관리본부(2012). 2011 지역사회건강조사

‘국민건강영양조사’와 ‘지역사회건강조사’를 통해 방대한 보건 자료를 수집하고 있지만 일부 유병률이 낮은 암과 심혈관 질환 등의 경우 대상자 수의 한계로 인해 대표성이 낮아 별도의 자료원이 필요할 수 있다. 또한 아동 청소년기, 노년기, 여성 등 다른 인구집단의 경우 주요 지표에 대해 별도의 자료원이 필요할 수 있다.

그러나 국가 통계자료를 이용한 통계 자료를 통해서도 고혈압, 당뇨, 비만과 같은 임상적 위험요인과 질환에 따른 소득수준별 불평등을 확인할 수 있다. 또한 국내외 다양하고 광범위한 사회역학 연구 결과는 다양한 사회경제적 위치, 건강지표에서 건강불평등이 광범위하게 존재하고 있음을 뒷받침하고 있다.

한국사회는 전 세계에서 사망률이 가장 급속하게 감소하고 있는 국가이지만, 자가평가 건강수준에서 보통 이하²¹⁾로 응답하는 비율이 상대적으로 높은 국가이기도 하다. 따라서 사망지표 이외에 유병지표를 적절하게 모니터링에 사용하는 방법을 강구하여야 한다.

건강불평등 모니터링의 주요한 목표 중 하나가 건강불평등 감소 사업 목표 달성 여부의 평가 및 모니터링이라는 점을 고려할 때, HP2020의 사업성과지표와 건강불평등 모니터링 지표를 연동시킬 필요가 있다. HP2020의 총괄목표는 “건강수명연장과 건강형평성 제고”로, 사망·유병 통합 건강결과 지표인 건강수명을 총괄목표의 지표로 명시하고 있다.

HP2020에서는 6개 분야, 32개 중점과제에 대해 목표를 설정하고 세부사업을 담고 있다. 그 중 상당수 중점과제에 대해 건강결과 지표를 제시하고 있다(표 4-38 참조). 그러나 이들 중 적지 않은 부분이 안정적인 모니터링이 되고 있지 않은 지표이기 때문에, 건강불평등 모니터링 지표로 사용하기에 어려운 측면이 있다.

21) 보통, 좋지 않은 편이다. 좋지 않다

〈표 4-38〉 HP2020 중점과제별 건강결과 지표

HP2020 중점과제	건강결과 관련지표	범주	2008년 현황	2020년 목표
음주	음주운전사고발생률	손상	71.7/십만명	60.0/십만명
	음주관련사망률	사망	9.4/십만명	8.3/십만명
암	암사망률	사망	103.8/십만명	78.7/십만명
	암환자 5년 상대생존율	유병	57.1%	67.8%
관절염	관절염 의사진단 유병률	유병	29.5%	30.0%
	관절염환자의 활동제한율	유병	41.0%	30.0%
심뇌혈관 질환	고혈압 유병률	유병	26.9%	23.0%
	허혈성심질환 발생률	유병	91.8/십만명	81/십만명
	심근경색증 환자의 치명률	사망	9.6% (2007년)	7.70%
	심근경색증으로 인한 사망률	사망	21.6/십만명(2007년)	25/십만명
	뇌졸중 유병률	유병	2.0%	2.0%
	뇌졸중 치명률	사망	7.30%	6.60%
	뇌졸중 사망률	사망	56.5/십만명	45.8/십만명
정신 보건	중증정신질환자 연간 사망자수	사망	3.5명	3.0명
	19세 이하 인구 십만명당 자살사망률	사망	4.6명	4명
	노인 10만명당 자살사망률	사망	73.6명(2007년)	60명
	인구 10만명당 자살사망률	사망	26명	18명
	알콜중독평생 유병률	유병	16.2%	12.0%
구강 보건	치아우식경험률	유병	61.4%	46.0%
	우식경험치아수	유병	2.1개	1.6개
	치주낭형성자율	유병	28.9%	23.0%
	저작불평호소율	유병	59.6%	48.0%
결핵	결핵발생률	유병	22.7/십만명	10/십만명
	결핵사망률	사망	4.7명	2.3명
식품 정책	식중독 발생환자수	유병	17.5/십만명	10/십만명
손상 예방	손상으로 인한 사망률	사망	61.7명	58.7명
	교통사고 사망률	사망	16.5명	7명
	연간손상경험률	손상	7.3%	5.0%
모성 건강	모성사망비	사망	12명	9명
영유아건강	영아사망률	사망	3.4명	2.8명
노인 건강	치매유병률	유병	8.4%	9.2%
	낙상률	손상	17.2%	16.0%
근로자 건강 증진	업무상 뇌심혈관질환 사망률	사망	4.8(2006년)	3.0명

자료: 보건복지부, 한국보건사회연구원(2011). 제3차 국민건강증진종합계획에서 재구성

2. 건강결과 분야 건강불평등 지표

가. 주관적 건강과 유병

앞서 서술한 국내외 사례, 건강형평성 지표 우선순위 선정 원칙 및 자료 산출 가능성을 토대로 주관적 건강과 질병 영역에서 아래와 같은 지표를 선정하였다.

주관적 건강수준(subjective health status)은 1) 자가평가 건강수준(self rated health), 2) 삶의 질(quality of life), 3) 활동제한으로 선정할 수 있었다.

〈표 4-39〉 건강결과에 따른 건강불평등 지표선정

대분류	구분	영역	세부 영역
건강 결과	기대여명과 건강수명		
	사망		
	주관적 건강수준	자가평가 건강수준	나쁜 자가평가 건강수준
		삶의 질	삶의 질
		활동제한	활동제한 경험률
	질병	만성질환	비만 고혈압 당뇨 골관절염 암 심뇌혈관질환(뇌출혈, 심근경색, 허혈성심질환)
		구강건강	주관적 구강건강, 치아우식 및 지주질환 유병률, 잔여치아잔존률 등
		감염성 질환	결핵 간염
	불평등	젠더불평등	성인지적 분석원칙과 성별 분리통계 기타 유병 지표 발굴
		아동건강	저체중 출산과 조산 모유수유율 아동발달평가지표

질병 영역은 임상적 위험요인을 포함하여 만성질환, 구강건강, 감염성 질환으로 구분하였다. 또한 질병으로 분류하기 어려우나 유병 지표 중 건강불평등에 중요한 영역인 젠더 불평등과 아동건강을 주요한 지표 영역으로 선정하였다.

1) 자가평가 건강수준

가) 지표정의

나쁜 자가평가 건강수준(poor self rated health)은 스스로 평가한 건강수준에 대해 나쁘거나 매우 나쁘다고 응답한 분을

나) 지표의 중요성

건강이 질병의 부재가 아니라 신체적, 정신적, 사회적 안녕을 포함하는 개념이기 때문에, 건강에 대한 자가 평가는 신체적 요인과 감정적인 요인을 포함하는 건강 수준의 측정 지표로 사용될 수 있다(Kim and Kim, 2007). 주관적 건강 평가는 인구 집단의 건강을 평가하는 지표로서 광범위하게 사용되고 있으며, 지역사회를 대상으로 수행된 전향적 연구에서 사망률을 예측하는 주요 요인으로 보고되었다(Idle, 1997). 이러한 주관적으로 평가한 건강상태는 현재의 건강 상태뿐만 아니라 건강증진을 위한 개인의 노력에 의해 영향을 받기도 하는 포괄적인 의미를 가지기도 한다. 스스로 평가한 건강 수준은 전반적인 건강을 나타내는 대표적인 지표이다. 측정에 개인의 주관에 관여하고 변이가 있을 수 있으나 자가 평가 건강은 사망률을 잘 예측하는 지표로 알려져 있다(Idle, 1997). 또한 한국인을 대상으로 한 연구에서도 유용성이 확인되었다(Khang, 2004; Jee,

1994). 국내외 사례를 통해서도 자가평가 건강수준은 중요한 건강 수준의 지표로 제시되고 있으며, 국내 대표 보건통계인 ‘국민건강영양조사’와 ‘지역사회건강조사’를 통해 안정적 모니터링이 가능한 장점이 있다.

다) 산출식

- 분자: 자가평가 건강수준이 나쁘거나 매우 나쁘다고 응답한 경우
- 분모: 각 시기 자가평가 건강수준에 응답한 사람의 수
- 단위: %

라) 자료원 및 변수

이 지표의 산출을 위해서 ‘국민건강영양조사’, ‘지역사회건강조사’ 및 ‘청소년 건강행태 온라인 조사’를 활용할 수 있다. ‘국민건강영양조사’의 2008-2012년 국민건강통계 보고서, ‘지역사회건강조사’의 2008-2012년 지역사회 건강통계 보고서, ‘청소년 건강행태 온라인 조사’의 2011-2013년 청소년 건강행태 온라인조사 통계 등의 일련의 통계집을 2차 자료로 활용하여 자가평가 건강수준의 현황과 건강형평성 추이를 살펴볼 수 있다.

이 연구에서는 전국 수준의 해당 지표 산출의 사례를 제시하기 위해 질병관리본부가 공개 배포하고 있는 2001년(제2기조사), 2005년(제3기조사), 2007-9년(제4기조사)의 원자료를 활용한 분석을 추가하였다. 이의 분석 방법은 아래와 같다. 국민건강영양조사 중 만 19세 이상 성인대상 설문조사 자료를 활용하였다.

‘국민건강영양조사’의 주관적 건강의 경우 1998년, 2001년에는 ‘스스로 생각하시기에 같은 연령의 다른 사람과 비교하여 자신의 건강이 어떻

다고 생각하십니까?’라는 문항으로, 2005년 이후에는 ‘당신의 건강은 대체로 어떠하다고 생각하십니까?’라는 문항으로 측정하였으며 이에 대해 각기 5점 척도로 응답하도록 되어있다. ‘나쁨’과 ‘매우 양호’을 묶어 자가 평가 건강이 나쁜 것으로 정의하였다.

〈표 4-40〉 2001-2009년 국민건강영양조사의 자가평가 건강수준 조사 항목과 변수 변환

구분	2001	2005	2007-2009
조사	보건식행태조사	성인용 건강면접 조사표	성인용 건강면접 조사표
문항	스스로 생각하시기에 같은 연령의 다른 사람과 비교하여 자신의 건강이 어떻다고 생각하십니까?	당신의 건강은 대체로 어떠하다고 생각하십니까?	당신의 건강은 대체로 어떠하다고 생각하십니까?
원자료 변수명	D_1_1	D_1_1	D_1_1
응답	1. 매우 건강하다 2. 건강한 편이다 3. 보통이다 4. 건강하지 못하다 5. 매우 건강하지 못하다	1. 매우 좋음 2. 좋음 3. 보통 4. 나쁨 5. 매우 나쁨	1. 매우 좋음 2. 좋음 3. 보통 4. 나쁨 5. 매우 나쁨
변환	4와 5를 묶어 주관적 건강 상태가 나쁨으로 묶음.	4와 5를 묶어 주관적 건강 상태가 나쁨으로 묶음.	4와 5를 묶어 주관적 건강 상태가 나쁨으로 묶음.
변환 변수	SRHPOOR	SRHPOOR	SRHPOOR

자료: 질병관리본부(2011). 국민건강영양조사 제5기 1차년도(2010).

이 자료를 이용하여 각 시기 표본설계를 고려하여 가중치를 적용한 후 2005년 추계인구를 활용하여 연령표준화를 수행하였다.

마) 산출주기

이 지표는 ‘국민건강영양조사’, ‘지역사회건강조사’ 및 ‘청소년 건강행태 온라인 조사’의 통계집을 통해 매년 자료가 산출되고 있다.

2) 삶의 질

가) 지표정의

EuroQol-5 Dimension 조사도구를 활용한 삶의 질 점수

나) 지표의 중요성

WHO은 삶의 질(Quality of Life)을 자신이 속한 집단의 문화 및 가치 체계와 목표, 기대, 표준, 관심의 관점에서 자신의 지위에 대한 개인의 인식 정도로 정의한다. 이는 개인의 육체적 건강, 정신상태, 사회관계를 포괄하여 문화, 사회, 환경 부문 전체에 대한 평가를 아우르고 있는 포괄적 의미의 다면적 개념이다(Bowling, 2005).

이러한 삶의 질의 측정은 건강을 구성요소로 하는 건강관련 삶의 질과, 생활수준, 범죄율, 기후 등과 같이 간접적으로 삶에 영향을 줄 수 있는 요소로 구성되는 비건강관련 삶의 질로 나누어볼 수 있다. 건강관련 삶의 질을 측정하는 다양한 설문조사 도구가 개발되어 있는데, EuroQol-5 Dimension (EQ-5D), Medical Outcome Study Short Form-36/12 (SF-36/12), World Health Organization Quality of Life Assessment 등이 대표적이다. 이러한 삶의 질 측정도구는 질 가중치를 도출하여 총량적 건강지표 (summary measure)인 QALYs (quality adjusted life year), DALYs (disability adjusted life year) 등을 산출하는데 이용한다(Bowling, 2005).

국내의 한 연구에서는 ‘국민건강영양조사’를 이용하여 65세 이상 노인의 성별에 따른 복합 만성질환과 EQ-5D를 이용한 삶의 질을 비교하였는데, 만성질환의 양은 삶의 질과 관련성을 나타내었으며, 여성에서 특히

더 높은 만성질환 유병률, 복합만성질환의 유병에 따른 더 낮은 삶의 질 점수를 보고하였다(Kim et al, 2012b).

다) 산출식

‘2007년 삶의 질 조사도구의 질 가중치 추정 연구’에 근거하여 EQ-5D 점수를 계산하는 공식을 제시하고 있다.

라) 자료원 및 변수

‘국민건강영양조사’와 ‘지역사회건강조사’는 EuroQol 설문을 도입하여 운동능력, 자기관리, 일상활동, 통증/불편, 불안/우울의 다섯가지 항목과 더불어, 효용의 특정방법을 눈어림자(Visual Analogue Scale, VAS) 척도로 조사하였다.

마) 산출주기

이 지표는 ‘국민건강영양조사’, ‘지역사회건강조사’의 통계집을 통해 매년 자료가 산출되고 있다.

3) 활동제한

가) 지표정의

현재 활동제한 유병률

나) 지표의 중요성

WHO는 International Classification of Function, Disability and Health (ICF)를 통해 활동제한 (activity limitation)을 개인의 일상적인 행위 또는 임무 활동과정에서 개인이 가지게 되는 어려움으로 정의하였다. 이는 심리적, 생리적, 해부학적 기능이상을 의미하는 기능장애 (impairment)와 기능장애가 장기간 지속될 때를 의미하는 장애 (disability)와 구별되는 개념이다.

건강과 질병, 장애 사이에는 연속적인 병리학적 변화의 상태가 있으며 이에는 생의학적 요인 뿐 아니라 사회적, 심리적 요인 등을 포함하는 다양한 요인이 영향을 미치는 것으로 알려져 있다. 사망 및 다양한 유병과 사회경제적 지위의 관련성이 보고되고 있으므로, 유병과 밀접한 관련을 가지는 활동제한 또한 사회경제적 지위와의 관련성이 관찰되고 있다. 특정한 질환의 민감성, 질병 중등도, 치료 접근성 등의 요인에 따라서 활동제한의 크기는 성별, 사회경제적 지위에 따라 차이를 나타낼 수 있다. 활동제한은 특히 노인인구에서 성별에 따라 만성질환의 영향이 급격한 차이를 나타내는 것으로 알려져 있다.

국내에서도 ‘국민건강영양조사’의 일상생활활동 자료를 이용하여 노인에서의 성별, 연령별 차이에 대한 연구가 보고되었다. 노인 인구를 연령 대별로 세분한 경우 성별에 따라 일상생활활동에 영향을 미치는 만성질환의 종류에 차이가 관찰되었다(Kim, 2011b).

다) 산출식

- 분자: 현재 활동제한이 있다고 응답한 사람의 수
- 분모: 각 시기 설문조사에 응답한 사람의 수
- 단위: %

라) 자료원 및 변수

‘국민건강영양조사’의 경우 활동제한과 ADL(일상생활활동, Activities of Daily Living)과 IADL(도구적 일상생활 활동, Instrument Activities of Daily Living)을 조사하였으나 시기 간 조사항목의 변화가 있었다.

〈표 4-41〉 국민건강영양조사의 활동제한 조사 항목의 시기별 변화

조사항목		제1기 (1998)	제2기 (2001)	제3기 (2005)	제4기 (2007~2009)
활동 제한	현재 활동제한 여부	-	-	○	○
	활동제한 이수	○	○	○	-
	활동제한 사유	-	-	○	○
	1개월간 침상와병 여부/일수	○	○	○	○
	1개월간 걸근걸석 여부/일수	○	○	○	○
	시력문제 여부	○	-	○	-
	청력문제여부	○	-	○	-
	보청기, 기타 보조기구 사용 여부	-	-	○	-
	일상생활 수행능력(ADL) - 7항목	○	-	○	-
	수단적 일상생활 수행능력 (IADL) - 10항목	○	-	○	-
	저작기능문제 여부	-	-	○	-
	장애인 등록 여부/장애 유형 및 등급	-	-	○	-
	사회적 불리(핸디캡)/실금, 실변/ 도움자 유무, 내용, 필요정도	○	-	-	-

자료: 질병관리본부(2011). 국민건강영양조사 제5기 1차년도(2010).

ADL 지표는 옷 입기, 식사하기, 움직이기, 화장실 사용, 목욕하기 등 가장 기본적인 기능을 평가하는 것이며, IADL은 독립적인 생활을 하는데 필요한 보다 높은 차원의 기능을 말한다.

‘국민건강영양조사’에서는 제1기와 제3기에 ADL과 IADL을 조사하였

으나 조사항목이 시기 간 상이하여 시진 간 추이를 관찰하는데 일부 한계가 있을 수 있다.

‘지역사회건강조사’의 경우 앞서 삶의 질 측정 도구 중 일부에서 활동 제한을 측정하고 있다.

마) 산출주기

이 지표는 ‘국민건강영양조사’, ‘지역사회건강조사’의 통계집을 통해 매년 자료가 산출되고 있다.

4) 비만, 고혈압, 당뇨 및 고콜레스테롤 혈증

가) 지표정의

지표는 각 질환별 지표의 검진 혹은 의사진단 유병률로 정의할 수 있으며, 고혈압, 당뇨 및 고콜레스테롤 혈증의 경우 30세 이상에서 유병률을 산출하는 것이 일반적이다.

고혈압, 당뇨 및 고콜레스테롤 혈증의 경우 관리지표로서 인지율, 치료율, 관리율 등이 중요하게 취급 될 수 있다.

나) 지표의 중요성

비만, 고혈압, 당뇨 및 고콜레스테롤 혈증은 우리나라 주요 사망원인 및 질병부담에 기여하는 질환에 기여하는 주요한 만성질환의 대표적 위험요인인 임상적 위험요인이다 암, 심혈관질환의 명백한 주요 위험요인

으로써 흡연, 알코올 섭취, 신체활동, 영양, 고혈압, 당뇨, 고지혈증 등이 널리 받아들여지고 있다(Kim and Kim, 2013).

비만은 고혈압, 당뇨병, 고지혈증 등의 질환을 야기하는 대사증후군의 발생위험을 높이며 협심증, 심근경색증, 뇌졸중 등 관상동맥질환을 포함한 심혈관계 질환을 증가시키는 주요 원인으로 알려져 있다. 우리나라에서도 뇌혈관 질환 및 심혈관 질환의 사망을 증가시키고 이로 인해 총사망의 위험을 증가시키는 것이 밝혀졌다. 서구화된 식습관과 활동량의 감소로 인해 우리나라의 비만과 과체중은 최근 급격하게 증가하고 있는데, 이러한 증가는 사회경제적 지위와 성별에 따라 다르게 관찰되고 있다. 또한 이러한 변화는 연령에 따라서도 다르게 나타날 수 있는 것으로 보고되었다(김유미, 2007).

또한 고혈압, 당뇨 및 고콜레스테롤 혈증의 경우도 심혈관 질환, 사망 등의 중요한 위험요인이며(NCEP, 2002; NCI, 2006²²⁾) 국내에서 중요한 건강불평등의 기여요인으로 생각되고 있다(울산대학교의과대학, 건강증진사업지원단, 2006; Kim and Kim, 2013).

다) 산출식

□ 각 지표의 검진 유병률

- 분자: 고혈압(140/90mmHg 이상 혹은 약물복용), 당뇨(공복혈당 126mg/dL 이상 혹은 약물/인슐린 치료), 고콜레스테롤 혈증(공복 혈청 콜레스테롤 240 mgdL 이상 혹은 약물복용)
- 분모: 각 시기 검진조사에 응한 사람의 수
- 단위: %

22) NCI(National Cancer Institute)홈페이지 내용 일부 재정리(<http://www.cancer.gov/cancertopics/wyntk/cancer/page3>)

□ 각 지표의 의사진단 유병률

- 분자: 각 질환별 의사에 의해 진단 경험이 있는 사람의 수(고혈압, 당뇨 및 고콜레스테롤 혈증의 경우 30세 이상)
- 분모: 각 시기 조사에 응답한 사람의 수(고혈압, 당뇨 및 고콜레스테롤 혈증의 경우 30세 이상)
- 단위: %

□ 고혈압, 당뇨 및 고콜레스테롤 혈증의 경우 관리지표: 인지율, 치료율, 관리율

- 인지율: 유병자 중 의사로부터 진단을 받은 분율
- 치료율: 유병자 중 치료를 받은 분율
- 관리율: 유병자 중 목표 관리 수치를 달성한 분율

라) 자료원 및 변수

‘국민건강영양조사’의 경우 설문조사와 검진을 통해 각 지표의 자료를 수집하고 있다. ‘지역사회건강조사’의 경우 설문조사를 통해 각 지표의 자료를 수집하고 있다.

마) 산출주기

이 지표는 ‘국민건강영양조사’, ‘지역사회건강조사’의 통계집을 통해 매년 자료가 산출되고 있다.

5) 골관절염

가) 지표정의

골관절염의 의사진단 유병률

나) 지표의 중요성

수명의 증가에 따라 만성퇴행성 질환의 유병률이 증가하고 있다. 골관절염은 만성적 통증, 삶의 질과 긴밀한 관련을 가지면 활동제한의 원인이 된다. 우리나라에서 2010년 DALYs를 통해 산출한 건강수준에 기여하는 요인으로서 근골격계질환은 남녀 모두 중요한 질환을 차지하였다. 여자의 경우 DALYs에 기여하는 근골격계 질환은 허리통증 6.37%, 기타 4.9%, 목의 통증 4.27%, 퇴행성 관절염 1.86%, 류마티스 관절염 0.99%였다. 남자는 허리통증, 기타, 목의 통증, 퇴행성 관절염, 류마티스 관절염 각 5.42%, 1.91%, 2.49, 0.85%, 0.23%였다(질병관리본부, 2013a).

우리나라의 골관절염 유병률(만50세 이상)은 남자 5.5%, 여자 22.7%로 여자가 남자에 비해 4배 정도 높은 것으로 보고되었고, 연령별 골관절염 유병률은 연령이 높아질수록 유병률은 급격히 증가하는 것으로 알려져 있다(질병관리본부, 2012). 이는 미국의 무릎 기준 골관절염 유병률과 비교할 때 더 높은 수준이었다(Dillon CF, 2006).

기존 국내 건강행평성 목표 달성을 위한 주요 모니터링 지표로서도 특히 노년층에서 골관절염이 지표로 제시된 바 있다(울산대학교의과대학, 건강증진사업지원단, 2006).

다) 산출방법

- ☐ 분자: 의사에 의해 진단 경험이 있는 사람의 수
- ☐ 분모: 각 시기 조사에 응답한 사람의 수
- ☐ 단위: %

라) 자료원 및 변수

‘국민건강영양조사’와 ‘지역사회건강조사’는 설문조사를 통해 각 지표의 자료를 수집하고 있다.

마) 산출주기

이 지표는 ‘국민건강영양조사’와 ‘지역사회건강조사’의 통계집을 통해 매년 자료가 산출되고 있다.

6) 결핵과 간염

가) 지표정의

- ☐ 의사진단 결핵 유병률
- ☐ 의사진단 간염 유병률

나) 지표의 중요성

결핵은 우리나라의 대표적 만성 감염성 질환이다. OECD 국가와 비교

할 경우 발생률과 사망률에서 높은 순위를 기록하고 있다(질병관리본부, 2006). 간염의 경우 우리나라 사망원인 중 간암의 기여요인으로 중요한 질환이다. 우리나라 만성 간질환의 2/3이 만성 B형 간염에 의한 것으로 알려져 있다(울산대학교, 건강증진사업지원단, 2006).

다) 산출방법

- 분자: 각 질환의 의사진단 경험자
- 분모: 설문조사 응답자

라) 자료원 및 변수

결핵의 경우 질병관리본부의 감시체계 조사 자료를 활용할 수 있으나 사회경제적 지위 변수에 한계가 있다.

‘국민건강영양조사’와 ‘지역사회건강조사’의 경우 의사진단 결핵과 간염에 대한 설문조사를 수행하고 있다.

마) 산출주기

이 지표는 ‘국민건강영양조사’, ‘지역사회건강조사’의 통계집을 통해 매년 자료가 산출되고 있다.

7) 아동건강

가) 지표정의

- 저체중 출산율과 조산

- 모유수유율
- 아동발달지표

나) 지표의 중요성

건강이 연속된 삶의 과정이므로 모두의 건강을 위해 평등한 삶의 시작이 필요하다. 아동기 건강은 이후 생애의 건강 가능성의 자원으로 중요한 의미를 가진다.

1980년 데이비드 바커의 창의적 연구에 따라 생애초기가 만성 질환의 위험 요인으로써 주목받게 되었다. 바커의 이러한 이론은 생애초기가 이후의 생애에 영향을 미칠 수 있다는 생애과정 역학의 중요한 시발점이 되었다. 국내에서도 생애초기와 성인기 건강에 대한 실증적 연구가 일부 수행되었다. 대표적으로 강 등은 1999년 국내 남성을 대상으로 후향적 코호트 연구 설계를 통해 소아기 신체 충실도와 성인기 비만과 고혈압과의 연관성을 보고하였다. 송 등은 생애초기 환경을 반영할 수 있는 키를 설명변수로 선택하여 사망과의 관련성을 살펴보았는데 신장이 클수록 총사망, 뇌졸중 사망, 출혈성 뇌졸중, 호흡기 질환, 외상의 위험이 유의하게 낮았다. 강은 아동 청소년기 사회경제적 지위와 사망간의 관련성을 분석하여 성인기 사회경제적 위치를 보정한 후에도 아동청소년기 사회경제적 지위와 사망 간의 유의한 영향을 보여주었다(Kim and Kim, 2013).

저체중 출산과 조산의 경우 국제적으로 활용하는 대표적인 모자보건의 지표이다. 저체중 출산의 경우 신생아기와 영아기의 사망률이 증가하며 성인기와 노년기의 나쁜 건강영향이 있을 수 있다(건강사회연구센터, 2009).

모유수유를 통해 영아와 산모는 단기, 장기적인 이득을 얻을 수 있다. 모유에는 항체가 포함되어 있어 신생아기와 영아기의 급성 감염(설사, 폐

렴, 요로감염 등) 예방에 도움이 된다. 젖을 빠는 움직임 자체는 영아의 구강과 턱 발달과 소화에 필요한 호르몬 분비를 촉진하는 장점이 있다. 장기적으로는 아동기 천식과 알레르기, 비만, 고콜레스테롤, 고혈압, 당뇨병 등의 위험을 낮추고, 지능발달을 돕는 이득이 있다. 또한 모유수유는 산모와 아기에게 특별한 애착관계를 형성하게 하고, 수유 동안에 이루어지는 산모와 아기의 상호작용은 자극, 행동, 말하기, 안녕감, 안전감, 타인과의 관계 맺기 측면에서 일생동안 오래도록 긍정적인 효과를 준다. 모유수유는 산모의 건강에도 긍정적인 효과가 있다. 분만 직후에는 산후 출혈의 위험을 낮추고 산후 우울을 감소시키며, 장기적으로는 제2형 당뇨병과 암(유방, 자궁, 난소) 발생을 낮춘다(서울특별시, 2012).

한편 아동발달지표의 경우 일부 연구목적의 국내 영유아 코호트 연구와 ‘한국아동패널조사’ 등을 통해서 일부 조사되고 있으나 국가적 수준의 모니터링이 이루어지고 있지 못하다. 아동 건강을 위한 모니터링, 평가 및 정책 도입의 첫 단계로 다양한 지역사회와 집단의 아동 건강과 발달이 측정되어야 한다. 캐나다, 호주 등 국외에서는 아동기 건강아동 조기 발달 수준을 측정하기 위한 인구집단 수준의 측정도구로서 아동발달도구(EDI: the Early Development Instrument)를 개발, 적용하여 생애 건강의 중요시기에 대한 보건 정책과 서비스의 간격을 줄이는데 이용하고 있다. 아동발달도구는 신체건강, 사회적 기능, 심리적 성숙, 언어인지발달, 소통능력과 일반지식을 포괄적으로 평가하는 도구이다. 이 도구는 학령 전기 아동에게 측정하는데, 이 시기는 일차적 유아기 성장을 마치고 학업을 공식적으로 시작하게 되는 아동 발달의 중요한 시점이다. 이 도구를 통해 아동발달의 인구집단 수준의 자료를 생산하여 취약집단의 선정, 아동발달의 지역, 인구집단별 수준 평가, 시계열적 모니터링 등을 수행할 수 있다.

다) 산출방법

□ 저체중 출산

- 분자: 2500 g 미만 출생아 수
- 분모: 전체 출생아 수

□ 6개월 완전모유수유율

- 분자: 생후 6개월 완전모유수유 영아
- 분모: 생후 6개월 영아 수

라) 자료원 및 변수

저체중 출산의 경우 전 국민 대상 출생 신고서를 바탕으로 하는 통계청 인구통계자료를 활용할 수 있다.

6개월 완전모유수유율의 경우 ‘전국 출산력 및 가족보건실태조사’ 혹은 ‘국민건강영양조사’ 자료를 이용하여 산출할 수 있다.

마) 산출주기

국가 보고통계를 활용할 수 있는 저체중 출산의 경우 매년 자료를 산출할 수 있다. ‘국민건강영양조사’를 활용하여 2007년 이후 매년 6개월 완전모유수유율을 산출할 수 있으나 대상자 수가 적어 3개년을 묶어 산출할 수 있다. ‘전국 출산력 및 가족보건실태조사’의 경우 2003년까지 자료가 생산되었다.

나. 기대여명 및 건강수명

1) 기대여명(Total Life Expectancy, TLE)

가) 지표 정의

기대여명이란 현재의 사망률이 적용된다고 할 때 특정 연령에 도달한 개인이 앞으로 더 살 것으로 기대되는 평균 연 수를 지칭한다. 이는 기존의 연령 특수 사망률에 기반한 일종의 통계적 추상으로, 현재의 건강과 사망 상태를 종합적으로 나타내는 가상 척도라 할 수 있다(Porta, 2008). 전체 연령 집단의 사망 특성을 반영하는 출생 시 기대여명이 가장 흔하게 쓰이는데, 이것이 바로 ‘기대 수명’ 혹은 ‘평균 수명’으로 일컬어지는 것이다.

나) 지표의 중요성

기대 여명은 인구집단의 건강상태를 종합적으로 보여줄 뿐 아니라 인구의 연령구조에 영향을 받지 않는다는 점에서, 각종 국제 비교와 일국 내 건강 수준의 시계열 모니터링, 혹은 집단 간 비교에 활용도가 매우 높다.

한 가지 대표적인 사례로 잉글랜드의 경우를 살펴보자²³⁾. 잉글랜드 공중보건부는 다양한 종류의 건강지표와 결정요인들에 대한 모니터링을 하고 실제 지역사업에 활용할 수 있는 툴킷들을 제공하고 있다. 그 중 하나가 건강불평등 툴킷(health inequalities toolkit)인데, 여기에서는 특별히 두 가지 지표 - 기대여명과 영아사망률을 활용하여 빈곤지역의 건강상태를 모니터링하고 있다. 이는 원래 “영아사망률과 출생 시 기대여명으로

23) ILO 홈페이지 내용 일부 정리(http://www.lho.org.uk/LHO_Topics/Analytic_Tools/HealthInequalitiesInterventionToolkit.aspx)

측정한 건강불평등을 2010년까지 10% 줄인다.”는 목표치를 설정한 공중 보건협약(PSA, Public Service Agreement)에 근거해 개발된 것이다. 시한은 지났지만, NHS와 지역정부들이 건강불평등 관련 사업기획을 하는데 유용한 지표들이라는 점에서 이는 보건부는 이를 지속적으로 제공하고 있다. 이러한 역사적 연원을 가지고 있기 때문에, 지표들도 지방 정부 단위와 PSA 관련된 Spearhead 지역 중심의 두 가지 형태로 제공되고 있다. Spearhead tool은 건강취약 지역이라는 특성 상 잉글랜드 전체와 해당 취약 지역의 기대여명의 격차(life expectancy gap)에 초점을 두고 있다. 다음의 그림은 리버풀 지역을 선택했을 때의 결과표를 나타낸다. 2006~2008년을 기준으로 잉글랜드의 남성 기대여명이 77.9세인데, Spearhead 지역들의 값은 75.8세이며, 리버풀 지역은 74.3세로 나타난다. 잉글랜드 전체와 비교할 때 리버풀 지역의 기대여명 상대적 격차(relative gap)은 4.7%이며 Spearhead 지역들 중 격차의 크기가 세 번째로 큰 지역에 해당함을 쉽게 알 수 있다.

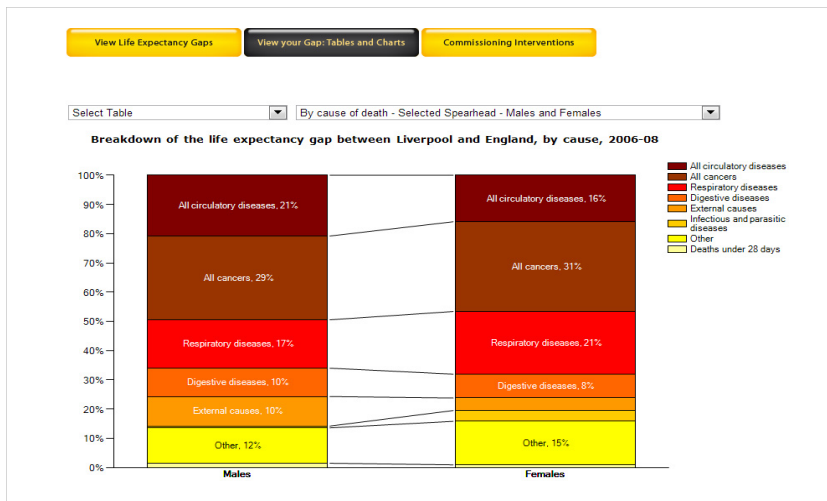
[그림 4-17] Spearhead 지역의 출생 시 기대여명(리버풀 지역 선택)

Life expectancy at birth for Spearhead areas, 2006-08				Female life expectancy (years)		
Spearhead LA	Male life expectancy (years)	Relative gap with England ¹	Rank ²	Female life expectancy (years)	Relative gap with England ¹	Rank ²
England	77.9			82.0		
The Spearhead Group	75.8	2.7%		80.4	2.0%	
Liverpool	74.3	4.7%	3	78.8	3.9%	2
Barking and Dagenham	76.4	2.0%	53	80.6	1.8%	44
Barnsley	76.0	2.5%	41	80.1	2.3%	26
Barrow-in-Furness	76.4	2.0%	52	80.8	1.5%	48
Birmingham	75.9	2.6%	38	81.0	1.3%	57
Blackburn with Darwen	74.4	4.6%	5	79.5	3.1%	10
Blackpool	73.6	5.6%	1	78.8	3.9%	1
Blyth Valley	76.4	1.9%	55	80.3	2.1%	31
Bolsover	76.2	2.2%	45	80.5	1.9%	39
Bolton	75.5	3.1%	23	79.9	2.6%	20
Bradford	76.1	2.4%	42	80.1	2.3%	27
Burnley	75.5	3.2%	21	79.1	3.6%	7
Bury	76.6	1.7%	59	80.9	1.4%	51

자료: Public Health England 홈페이지(<https://www.gov.uk/government/organisations/public-health-england>)

그리고 단순히 기대여명의 결과 값이나 격차만을 보여주는 게 아니라 어떠한 사인들이 기대여명 격차에 기여하고 있는지도 손쉽게 알 수 있다. 이를테면 리버풀 지역 남성의 경우 암, 순환기 질환이 잉글랜드 전체와의 격차 중 50%를 설명하는 것을 확인할 수 있다.

[그림 4-18] 리버풀 지역과 잉글랜드 전체 기대여명 격차의 사인별 분해



자료: Public Health England 홈페이지(<https://www.gov.uk/government/organisations/public-health-england>)

잉글랜드 보건부는 여기에서 한 발 더 나아가, 공중보건 중재를 통해 개선할 수 있는 기대여명의 개선 추정치를 제시하고 있다. 평가 대상이 되는 보건사업은 효과성이 입증된 것들로, ① 금연자 증가, ② 혈당 관리, ③ 영아사망률 감소, ④ 고혈압 치료율 증가, ⑤ 고지혈증 치료율 증가라는 다섯 가지가 포함되었다. 다음 그림의 두 번째 칼럼에는 리버풀 지역의 현재 보건 현황을 나타낸다. 이를테면 현재 4주 금연 성공자의 숫자가 4483명이고, 혈당이 높은 남성이 4008명, 여성이 1944명 등이다. 만일

이후 사업 목표를 금연자 3천 명, 혈당 관리자 남성 2천 명, 여성 1천 명, 영아사망을 남아 40명, 여아 35명, 고혈압치료자 숫자를 남성 1만 명, 여성 1만 명, 고지혈증 치료자도 남성 1만 명, 여성 1만 명으로 정했다고 가정해보자(세번째 칼럼).

[그림 4-19] 리버풀 지역의 현재 건강 상태

The screenshot shows the 'Commissioning Interventions' tool for Liverpool. It displays the current life expectancy status as 'Males Off Track' and 'Females Off Track'. The tool is divided into three steps: Step 1 (Select interventions), Step 2 (Review current Local Authority information), and Step 3 (Enter data for interventions). The following table summarizes the data shown in the screenshot:

Step 1: Select interventions you wish to model	Step 2: Review current Local Authority information	Step 3: Enter data for interventions you wish to model
Increase smoking quitters ☒	Persons: 4483 Number of 4 week smoking quitters	Persons: 3000 Enter your planned number of smoking quitters in the coming year.
Control high blood sugar ☒	Males: 4008 Females: 1944 Estimated number with high blood sugar	Males: 2000 Females: 1000 Enter the number of people with high blood sugar you intend to treat.
Reduce infant deaths ☒	Males: 49 Females: 41 Number of infant deaths	Males: 40 Females: 35 What do you want to reduce infant deaths to? Enter the total number for the coming 3 year period.

자료: Public Health England 홈페이지(<https://www.gov.uk/government/organisations/public-health-england>)

이러한 공중보건 사업 목표치를 달성한다면, 남성의 기대여명은 74.3세에서 74.5세로 0.2년 늘어나 잉글랜드와의 격차는 4.7%에서 4.4%로 감소하며, 여성 역시 기대여명이 0.2년 상승하여 격차는 3.9%에서 3.7%로 줄어든다는 것을 알 수 있다. 하지만, Spearhead 지역은 최소한 10% 이상의 격차 감소를 목표로 삼았기 때문에 아직도 남녀 각기 6.3%와 5.6%가 부족하다는 내용까지 담고 있다.

[그림 4-20] 리버풀 지역의 보건사업 목표를 달성했을 때 기대여명 변화 추정값



자료: Public Health England 홈페이지(<https://www.gov.uk/government/organisations/public-health-england>)

이러한 모니터링 방식은 실제 보건사업 수행 단위가 되는 지역들의 상세한 정보를 제공함으로써 사업 계획을 세우는데 직접적인 도움을 줄 뿐 아니라, 건강불평등 완화를 위해 어떠한 보건사업을 어느 정도 강도와 범위로 수행할지 기획을 하는 데에도 유용하다.

기대여명은 연령별 사망자 숫자만 파악하면 쉽게 구할 수 있는 종합지표이지만, 다른 서베이 자료, 국내의 보건사업 효과성 평가 자료들과 연계된다면 잉글랜드 사례에서처럼 그 활용도가 높아질 수 있을 것이다. 지역 단위로 전반적인 건강수준을 모니터링하고 다양한 사업들의 총체적인 효과성을 파악하는데 기대여명을 더 널리 활용할 필요가 있다.

다) 산출식

기대여명의 계산은 생명표에 근거하여 다음과 같은 순서로 이루어진다.

- ① 연령별 사망률에 기초하여 연령별 사망확률을 계산한다.

$$\text{연령별 사망률 } {}_n m_x = \frac{{}_n \text{Death}_x}{{}_n \text{Population}_x}$$

$$\text{연령별 사망확률 } {}_n q_x = \frac{{}_n m_x}{\left\{ \frac{1}{n} + {}_n m_x \left[\frac{1}{2} + \frac{n}{12} ({}_n m_x - 0.095) \right] \right\}}$$

- ② 이에 근거하여 연령별 사망자 수와 생존자 수 (l_x)를 계산한다.
 ③ 연령별 생존자 수를 토대로 연령별 정지인구 (stationary population: x 연령에서 x+n 연령에 도달하는 기간 동안에 생존할 것으로 기대되는 생존 연 수의 합계 nL_x)를 계산한다.

$${}_n L_x = n \frac{(l_x + l_{n+x})}{2}$$

- ④ 특정 연령 이후 총 정지인구 (T_x)를 계산한다.

$$T_x = \sum_x^{\infty} {}_n L_x$$

- ⑤ 연령군 별 기대여명 (e_x)은 다음과 같이 산출된다.

$$e_x = \frac{T_x}{l_x}$$

라) 자료원 및 변수

- ① 분자: 연령별, 성별 사망자 수 (사망등록자료)
 ② 분모: 주민등록자료 (연앙인구) 혹은 인구센서스

마) 산출주기

① 1년

사망자료와 주민등록자료는 매년 갱신되기 때문에 전국 및 16개 시도 수준에서 연 단위로 계산이 가능하다.

뿐만 아니라 사망등록 자료와 주민등록자료 모두 시·군·구 단위까지 정보를 제공하기 때문에 지방자치단체 수준에서도 추정이 가능하다. 다만, 이 경우 매년 분석하는 경우 사망자 수가 작아 추정값이 불안정할 수 있기 때문에, 3~5년치 자료를 통합하는 것이 바람직하다.

② 5년

사회경제적 집단 간 비교를 하는 경우, 현재 활용할 수 있는 유일한 지표는 학력이다. 학력 수준은 주민등록통계에서 산출되지 않고, 인구센서스를 통해서 확보할 수 있으며, 따라서 자료 생산주기는 인구센서스 주기인 5년에 한 번씩 가능하다.

2) 건강수명(healthy life expectancy, HLE)

가) 지표 정의

건강수명이란 생존 연수와 삶의 질을 단일한 척도로 통합한 인구집단 건강 척도로써, 현재와 같은 사망률과 상병률을 가정했을 때 특정 연령(전형적으로는 출생 시 혹은 65세 시점)에서 좋은 건강 상태로 살아가게 될 인생의 남은 생존 연 수 기댓값을 지칭한다(Stiefel 2010).

나) 지표의 중요성

대부분의 사람들이 단순히 오래 사는 것이 아니라 건강하게 장수하기를 바란다는 점에서 사망률 혹은 상병률 단독 지표에 비해 훨씬 직관적이고 유의미한 인구집단 척도라 할 수 있다.

HLE는 그 자체로 인구집단 건강의 유용한 지표이면서, 전반적인 기대여명(TLE)과의 차이 혹은 퍼센트 계산을 통해 기대수명 증가의 양상을 확인할 수 있다는 장점을 갖는다. 즉 시간에 따라 나타나는 기대여명 대비 건강수명비의 변화는 인구집단 내에서 상병의 압축이나 확대, 또는 불건강 부담의 증가나 감소와 동반된 기대여명 증가 같은 상황 여부를 파악하는데 도움이 된다(Stiefel, 2010).

건강수명은 다양한 지역 수준에서 활용되고 있다. 이를테면 세계보건기구와 EU는 회원국들의 건강수명을 모니터하고 있다. 유럽 RAND 연구소는 건강수명이 EU와 회원국 수준에서 정책, 영향평가, 노동시장 참가와 연금, 건강상태, 생활양식을 모니터하는데 타당하다고 결론내린 바 있다(Oortwijn et al. 2006). 또한 개별 국가 수준에서도 활용이 점차 늘어나고 있는데, 영국에서는 노인의 삶의 질, 사회적 배제 모니터는 물론, 은퇴 연령 변경에 대한 숙고, 혹은 ‘지속가능한 발전’ 지표로도 이용되고 있다(Breakwell and Bajekal 2005). 일국 내 지역 수준에서의 도입도 빠르게 늘어나고 있는 상황이다. 이를테면 영국의 잉글랜드, 웨일즈, 스코틀랜드 차원에서 연구가 활발하게 진행 중이며, 전국 추정치 계산에 쓰이는 방법을 채택하여 NHS 광역이나 health authorities 단위로 건강수명을 추정하고 있다(Bissett 2002). 캐나다의 경우에도 HUI를 사용하여 1988-92년 사이에 온타리오 42개 공중보건유닛의 건강수명을 계산한 바 있다(Manuel et al. 2000).

대표적으로 유럽연합은 1990년대 중반부터 Euro-REVES를 운영하면서 회원국들이 표준적인 방식으로 건강수명을 추정하고 이를 모니터링할 수 있는 기반을 마련하고자 했고, 이는 EHEMU (European Health Expectancy Monitoring Unit), EHLEIS (European Health and Life Expectancy Information System)을 거쳐 현재의 JA:EHLEIS 까지 이어지고 있다. 이는 EurOhex라는 정보시스템을 통해 회원국들의 인구, 사망자료, 기대여명과 건강수명 관련한 데이터베이스를 제공하고 있을 뿐 아니라, 각국의 프로파일, 분석과 자료 활용과 관련된 훈련 프로그램 등을 지원하고 있다.

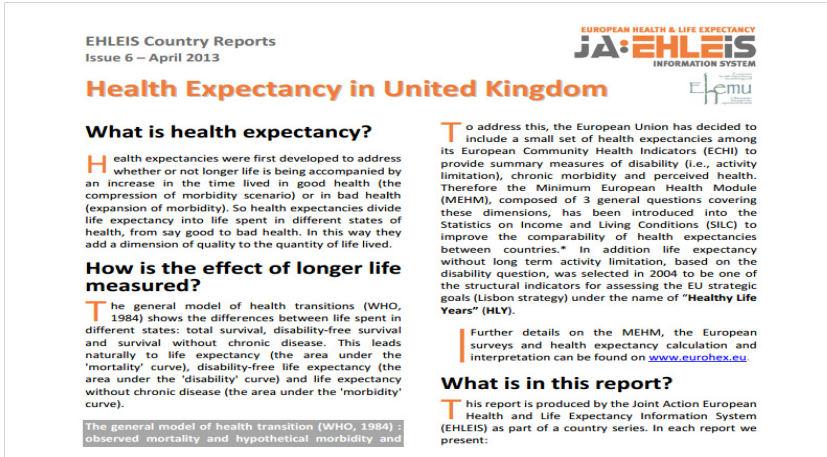
[그림 4-21] EU의 건강수명 정보시스템 EurOhex



자료: EurOhex 홈페이지(<http://www.ehemu.eu/>)

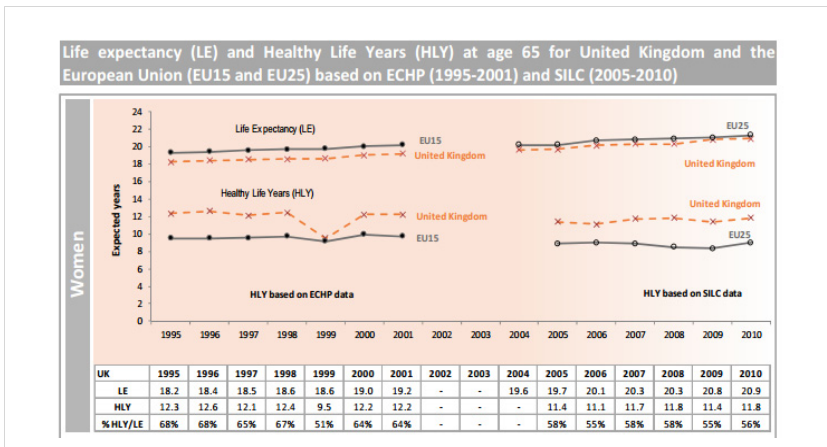
이렇게하면 국가별로 발행하는 리포트는 다음과 같은 형태를 띄고 있다. 우선 건강수명의 의미와 측정 방법에 대해 간략하게 소개한 후, 65세 시점의 성별 기대여명과 건강수명을 개별 국가, EU 회원국 평균과 비교하여 제시한다.

[그림 4-22] EurOhex의 국가별 보고서 사례: 영국(1쪽)



자료: EurOhex. (2013). Health Expectancy in United kingdom. EHLEIS country report.

[그림 4-23] EurOhex의 국가별 보고서 사례: 영국(2쪽)

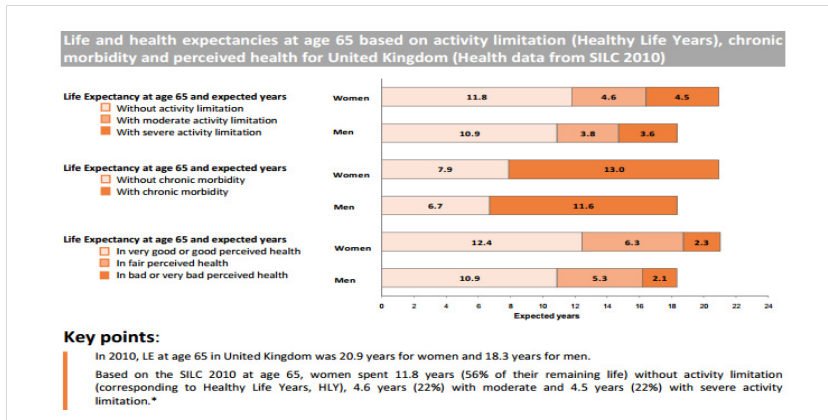


자료: EurOhex. (2013). Health Expectancy in United kingdom. EHLEIS country report.

그리고는 건강상태를 측정하는 방식에 따라 건강수명 추정값을 다시 자세하게 제시한다. 이를테면 다음의 그림에 소개된 영국의 사례에서 65

세 여성의 기대여명은 20.9년인데, 어떠한 활동제한도 없는 기간은 11.8년 (남은 생의 56%), 중등도의 활동제한이 있는 기간은 4.6년, 심각한 활동제한이 있는 기간은 4.5년에 해당한다. 만성질환 유무에 따라 구분해보면, 7.9년은 만성질환이 없이, 13.0년은 만성질환을 가진 상태에서 살아가는 기간이다. 자가평가 건강수준에 따라 구분하는 경우, 매우 혹은 좋은 건강 상태로 살아가는 기간이 12.4년, 보통 상태인 경우 6.3년, 나쁘거나 아주 나쁜 건강상태로 보내는 기간이 2.3년이라는 것을 보여준다. 이러한 그림은 아래쪽에 간단한 텍스트 설명과 같이 표시되며, 해당국가에서 건강수명과 관련하여 출간된 보고서나 학술논문의 목록도 함께 제공된다. 비록 4쪽밖에 안 되는 간단한 보고서이지만, 시계열 동향과 다른 국가와의 비교를 동시에 수행할 수 있으며, 지표에 따른 기대수명의 질을 평가할 수 있다는 점에서 매우 활용도가 높다고 할 수 있다.

[그림 4-24] EurOhex의 국가별 보고서 사례: 영국(3쪽)

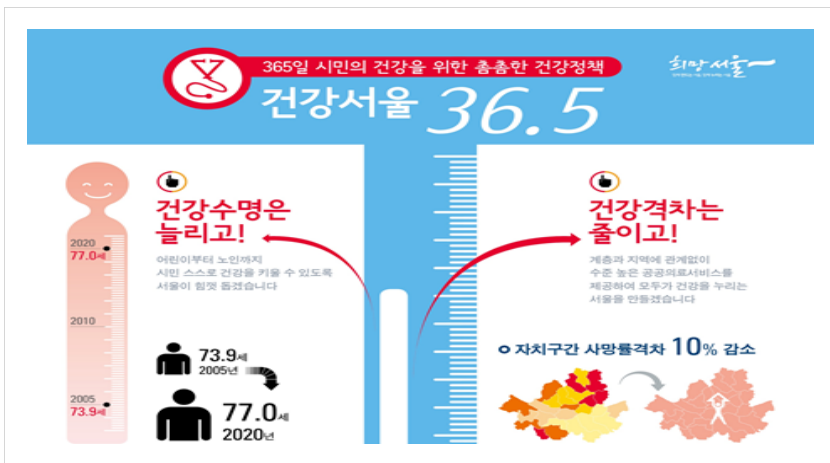


자료: EurOhex. (2013). Health Expectancy in United kingdom. EHLEIS country report.

한국의 경우, 전국 단위의 국민건강증진종합계획은 물론 “건강 서울 36.5” 같은 시도 단위 보건기획에서 건강수명 연장이 총괄 목표로 제시되

기는 했지만, 국가 단위의 모니터 계획이나 방법의 표준화에 대한 권고, 데이터베이스 제공이 제시된 바는 없다. 다만 개별 연구과제들을 통해 건강 수명이 추정된 적이 몇 차례 있는데, 사용한 자료와 시점에 따라 추정값이 다르기 때문에, 이들을 통합하여 모니터링자료로 활용하는 것은 어렵다.

[그림 4-25] 서울시 건강증진 마스터플랜: 건강서울 36.5



자료: 서울특별시 홈페이지(<http://m.inews.seoul.go.kr/hsn/program/mobileHiSeoul/mobileArticleDetail.jsp?menuID=003&boardID=179790>)

이러테면, 우해봉(2009)은 1998~2006년 노동패널 자료의 자가평가 건강측정문항을 이용하여 다중상태생명표 방법으로 65세의 건강기대여명을 남녀 각각 7.76년, 7.95년으로 추정했다. 반면 정영호(2012)는 2009년 한국의료패널 자료의 EQ-5D 가중치에 근거하여 설리반 방법을 활용하여 65세 남녀의 건강 수명을 각각 14.35년과 15.10년으로 추정했다. 한편 강은정과 조영태(2010)는 2005년 국민건강영양조사의 EQ-5D 가중치에 기초하여 설리반 방법을 이용해 65세의 건강 수명을 남성 7.04년, 여성 6.67년으로 추정하기도 했다. 가장 최근에 센서스 활동제한 문

항에 기초하여 설리반 방법을 활용해 건강수명을 측정한 한소현과 이성국 (2012)은 2005년 65세 남성의 건강수명을 10.78년, 여성을 19.90년으로 추정했다. 특정 시점에서 지역별, 학력집단별 비교를 하거나, 동일 집단에서 시계열 분석을 하는 경우에는 어떠한 방식을 적용해도 크게 문제가 없겠지만 국가 단위에서 보건 기획을 하고 불평등을 모니터링하는 데에는 표준화된 지표의 사용이 무엇보다 중요하다고 할 수 있다. 건강수명은 기대여명에 비해서 자료가 좀 더 제한적이고 계산방법이 복잡하다는 단점을 가지고 있지만, 사망과 상병이라는 요소를 종합하고 있으며, 불평등에 훨씬 민감하게 반응한다는 점에서 반드시 국가 혹은 지역 차원의 건강불평등 모니터링 지표로 포함시켜야 할 것이다.

다) 산출식

인구집단의 건강상태를 종합적으로 파악하는 요약지표(SMPH, summary measure for population health)들에는 여러 가지가 활용되고 있다. 대표적인 것이 건강수명과 건강 격차(health gap)인데, 전자에는 disability-free life expectancy(DFLE), health-adjusted life expectancy(HALE), health-adjusted life years(HALY) 등이 포함되며, 후자에는 대표적으로 disability-adjusted life years(DALY)가 포함된다. 전자의 지표들은 각기 다른 건강상태에서 보내는 삶의 길이를 측정하는 반면, 후자는 이론적으로 성취 가능한 연령 이전에 발생하는 죽음과 질병/장애로 인해 발생하는 손실 연수를 측정한다. DALY는 기본적으로 발생률에 기초한 지표이며, 따라서 지역 단위로 시계열적 모니터링을 하기에는 자료가 제한적인 경우가 대부분이다. 이러한 이유로 미국의 HP2010은 횡단면 서베이 자료를 이용하여 간단하게 추정할 수 있는 건

강수명을 사용할 것을 권고하고 있다(Molla et al. 2003)

건강수명의 산출은 횡단면 서베이 자료를 이용하는 Sullivan method와 종단면 추적자료를 활용한 Multistate method로 구분한다. 후자의 경우 건강→불건강으로의 이행 뿐 아니라 불건강→건강으로의 이행까지 포함하여 건강상태를 보다 상세하게 평가할 수 있다는 장점이 있지만, 코호트 자료를 필요로 한다. 따라서 횡단면 자료를 이용한 Sullivan method가 현재까지 가장 널리 쓰이고 있다(Stiefel et al. 2010). EU의 모니터링도 설리반 방법을 이용한 추정치에 기초하고 있다. 이 방법은 다음과 같이 요약할 수 있다.

1~3단계까지는 기대여명을 구하는 방법과 동일하다.

- ① 연령별 사망률에 기초하여 연령별 사망확률을 계산한다.
- ② 이에 근거하여 연령별 사망자 수와 생존자 수(l_x)를 계산한다.
- ③ 연령별 생존자 수를 토대로 연령별 정지인구(nL_x)를 계산한다.
- ④ 연령별 정지연구에 해당 인구 중 건강한 상태에 있는 이들의 분율을 곱해준다 (π : 유병률, nL'_x).

$${}_nL'_x = (1 - {}_n\pi_x) {}_nL_x$$

- ⑤ 특정 연령 이후 총 정지인구 (T'_x)를 계산한다.

$$T'_x = \sum_x^{\infty} {}_nL'_x$$

- ⑥ 연령군 별 건강수명 (e'_x)은 다음과 같이 산출된다.

$$e'_x = \frac{T'_x}{l_x}$$

- ⑦ 유병률 추정에는 표본자료가 사용되므로 이와 관련된 변이를 고려하여 연령구간별 표준오차를 산출한다²⁴⁾(Molla et al. 2003).

$$S^2({}_n\pi_x) = \{{}_n\pi_x(1 - {}_n\pi_x)\} / {}_nN_x$$

$$Var(e'_x) = \frac{1}{l_x^2} \sum_{i=x} \{{}_nL_x^2 S^2(1 - {}_n\pi_i)\}$$

라) 자료원 및 변수

미국 CDC는 건강수명의 구성요소와 해당 자료원을 아래와 같이 도식화시켜 제시한 바 있다. 한국에서 활용가능한 자료원과 계산 방식도 이와 동일하다고 할 수 있다.

[그림 4-26] 미국 CDC가 제시한 건강수명의 개념과 자료원

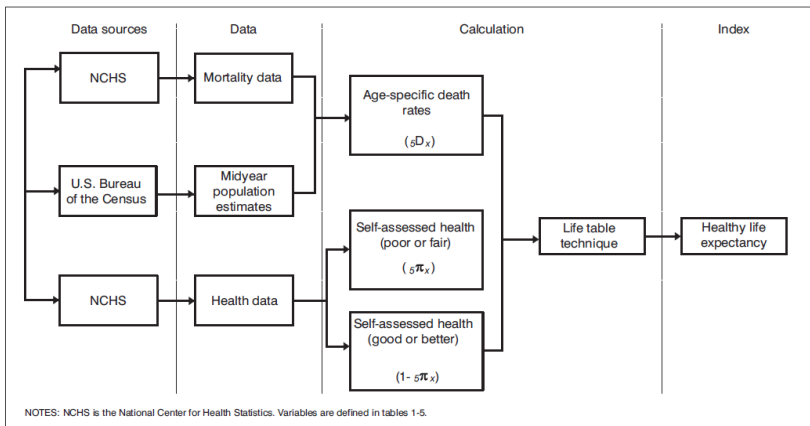


Figure 2. A schematic framework for estimating healthy life expectancy at the national level using respondent-assessed health status as an example

자료: Molla MT, Wagener DK, Madans JH. (2001). Summary measures of population health: Methods for calculating healthy life expectancy. Healthy People Statistical Notes, no. 21. National Center for Health Statistics. Hyattsville, Maryland.

- 24) 복잡한 표본설계를 갖는 서베이 자료의 경우 가중치를 고려한 표준오차 산출이 필요하며, 가중치가 별도로 제시되지 않는 경우 통상적인 이항분포를 전제하여 표준오차를 계산함.

① 사망률 요소

- 분자: 연령별, 성별 사망자 수 (사망등록자료)
- 분모: 주민등록자료 혹은 인구센서스

② 상병률 요소

앞서 EurOhex 국가별 보고서에서 살펴본 것처럼, 건강상태는 여러 가지 다른 방법으로 정의할 수 있으며, 그에 따라 건강수명도 다르게 추정된다. 이를테면 활동제한 유병률 자료로부터 도출된 건강수명은 DFLE(disability-free life years), 자가평가 불건강 유병률 자료에서 도출된 건강수명은 HLE(healthy life expectancy) 등으로 쓰일 수 있다(Molla et al. 2003). 국내에서 활용가능한 대표적인 상병 자료원은 다음과 같다.

- 인구센서스: 6개월 동안 지속되어 왔거나 지속될 것으로 예상되는 제약(육체적 및 정신적 제약, 일상생활 제약)이 하나라도 있는 경우를 활동제한으로 정의 (5세 이상 ~84세)
- 국민건강영양조사: “평소에 @@님의 건강은 어떻다고 생각하십니까?”에 대한 5점 척도 응답 중 ‘나쁨’과 ‘매우 나쁨’을 유병 상태로 정의 (1세~84세)

자료원 특성에 따라 여러 가지 형태의 건강수명을 추정할 수 있지만, 모니터링 지표로 활용하기 위해서 중요한 것은 사망률과 건강상태 척도를 일관된 것들을 사용해야 한다는 것이다. 미국 CDC는 건강상태 척도는 CDC가 사용하고 있는 4문항 Healthy Days set(CDC HRQOL-4)의 한 개 이상의 문항에 기초해야 한다고 정해 두었으며, 결과를 보고할 때

에도 기대여명과 건강상태 척도, 건강수명 결과를 제시해야 한다는 권고를 마련해 두었다(Stiefel, et al. 2010).

마) 산출주기

① 5년

사망자료는 매년 산출가능하지만, 센서스 자료를 통해 활동제한 유병률을 추정하는 경우 5년 주기로 가능하다.

국민건강영양조사자료를 활용하는 경우, 3년 주기로 한 웨이브가 종결되는 구조이기 때문에 이론적으로 3년 주기로 건강수명을 산출할 수 있다. 그러나 시도 혹은 시군구 단위의 추정, 학력 같은 사회경제적 집단별 건강수명을 산출하는 경우 특정 소집단의 표본 수가 매우 작아진다는 문제점이 존재한다. 또한 학력 별 기대여명을 산출하기 위한 분모에 해당하는 학력별 인구는 센서스 자료로부터 가용하기 때문에 5년 주기를 채택하는 것이 적절할 것이다.

다. 사망

1) 총 사망 및 사망원인별 사망률

가) 지표 정의

사망률은 1년간 사망한 사람의 수를 인구 십만명을 기준으로 제시한다. 총 사망은 사망원인을 불문하고 사망한 전체 사람의 사망률을 가리킨다. 건강불평등 분석에 사용되는 사망원인은 국내 양성 공통 5대 사망원인(암(폐암, 간암, 위암, 대장암), 뇌혈관질환, 심장질환, 자살, 당뇨병)과

HP2020의 사업 목표로 선정되어 있는 질환인 중증정신질환, 결핵, 손상 및 교통사고를 선정하여, 각각의 사망원인으로 사망한 사람의 사망률을 분석한다.

역시 HP2020의 사업 목표로 선정되어 있는 심근경색증 및 뇌졸중에 대해서는 치명률을 제시한다. 심근경색증 치명률은 급성심근경색증으로 입원한 전체 환자 중 발병 30일 이내에 사망한 환자의 비율로 정의한다. 뇌졸중 치명률은 급성기 뇌졸중으로 입원한 전체 환자 중 발병 30일 이내에 사망한 환자의 비율로 정의한다.

25세 미만 연령층의 불평등 분석은 자신의 교육수준과 직업계층으로 사회경제적 위치를 나타내기 어려우므로 지역에 따른 격차를 중심으로 제시한다. HP2020의 사업 목표와 관련된 심근경색증 및 뇌졸중 치명률의 불평등 분석은 자료가 제한적이므로 지역에 따른 격차를 제시한다.

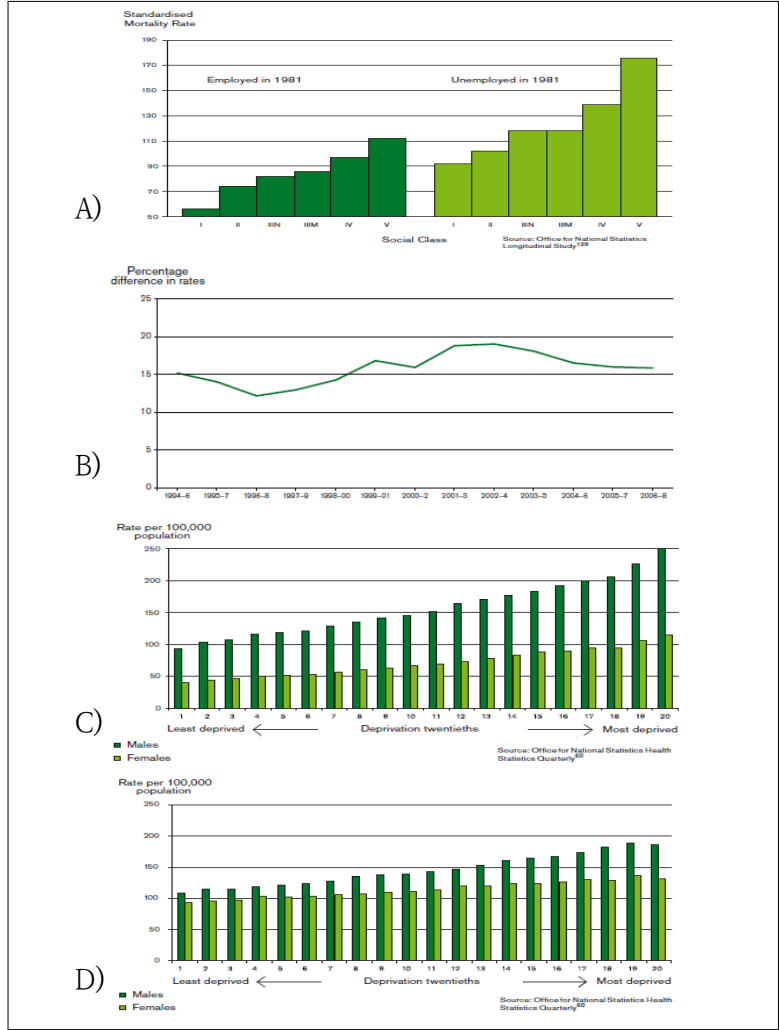
나) 지표의 중요성

사망은 건강수준을 나타내는 대표적인 지표이다. 사망은 유병에 비해 발생 여부의 판단이 명확하고, 누적된 건강수준의 최종 효과를 파악할 수 있다는 점에서 장점을 가진다. 역사적으로도 영국의 블랙보고서(1992) 및 미국의 Kitagawa와 Hauser(1973)의 연구에서도 사망률을 이용하여 건강불평등 양상을 보고하였다. 우리나라에서는 법적으로 사망신고를 의무적으로 하도록 하고 있으며, 사망신고자료의 완전성 문제도 대체로 극복한 것으로 평가되고 있다(강영호 등, 2006).

비교적 최근에 발간된 Marmot review (Marmot et al, 2010)에서는 잉글랜드의 건강불평등 현황을 다양한 지표를 이용하여 제시하고 있다. 이 보고서에서 건강결과에서의 불평등과 관련하여 사망 지표를 활용하였음은 물론이며, 총사망, 주요 사망원인별 사망, 영아사망 지표를 사용하

였다(그림 4-27 참조).

[그림 4-27] Marmot review에 실린 사망관련 지표



주: A) 사회계급에 따른 총 사망률 불평등, B) 아버지 직업에 따른 영아사망률 격차, C) 지역 간 순환기계질환 사망률 불평등, D) 지역 간 암 사망률 불평등
자료: Marmot M, Atkinson T, Bell J, Blak C, Broadfoot P et al. (2010). Fair Society, Healthy Lives.

국내에서 건강불평등 모니터링을 위해 행해진 연구들에서 제시했던 사망관련 지표를 정리하면 다음 표와 같다(표 4-42 참조). 총 사망률, 주요 사망원인별 사망률, 영아사망률, 모성 사망비 및 산재사망률이 제시되어 왔다.

〈표 4-42〉 국내 건강불평등 모니터링 연구에서 제시했던 사망관련지표

연구명	사망관련지표
건강증진목표 설정을 위한 건강 형평성 평가지표 개발과 건강 형평성 현황 조사 연구 (강영호 등, 2006)	- 총 사망률, 주요 사망원인별 사망률
건강 불평등 완화를 위한 건강증진 전략 및 사업 개발 (신영전 등, 2009)	- 성별 학력수준에 따른 사망률의 시계열적 변화추이, 1990-2001 - 25-64세 남녀 총사망의 교육수준에 따른 건강 불평등 크기 - 25-64세 남성의 총사망의 교육수준별 사회경제적 불평등에 사망원인별 기여도 - 25-64세 여성의 총사망의 교육수준별 사회경제적 불평등에 사망원인별 기여도 - 한국의 지역별(시군구)연령표준화 사망률, 2004-2006 - 성별 자살 사망률 추이, 1991-2004 - OECD국가의 영아사망률, 2005 - 한국의 영아사망률 변화추이, 1970-2005 - 아버지의 교육수준과 영아사망률, 1995-2004
서울시 건강격차 해소를 위한 보건정책방안 연구 (강영호 등, 2012)	- 총 사망률, 주요 사망원인별 사망률, 영아사망률 및 모성 사망비, 산재사망률

HP2020에서는 32개 중점과제 중 8개 중점과제에 대해 15개 사망관련지표를 2020년 목표로 제시하고 있다(표 4-41참조). 기존 연구에서 제시되었던 총 사망률, 주요 사망원인별 사망률, 영아사망률, 모성사망비 및 산재사망률과 더불어, 정신보건, 결핵 등의 사망 불평등 현황이 포함될 필요가 있다.

다) 산출식

- ① 사망률 = (해당 년도 사망자 수) / (해당 년도 인구 수) × 100,000
- ② 치명률 = (해당 년도 해당 질병으로 발병 30일 이내에 사망한 환자 수) / (해당 년도 해당 질병으로 입원한 전체 환자 수) × 100
- ③ 사망률 또는 치명률 불평등
 상대위험도 = 비교집단의 사망률 또는 치명률 / 기준집단의 사망률 또는 치명률
 절대위험도 = 비교집단의 사망률 또는 치명률 - 기준집단의 사망률 또는 치명률
- ④ 연령집단은 크게 성인기와 노년기로 분류하는 것을 원칙으로 한다.
 성인기는 30-64세, 노년기는 65세 이상으로 한다. 성인기는 다시 장년기(30-44세)와 중년기(45-64세)로 구분할 수 있다.

라) 자료원 및 변수

- ① 분자: 연령별, 성별 사망자 수 (사망등록자료)
- ② 분모: 주민등록자료 (연앙인구) 혹은 인구센서스

마) 산출주기

- ① 1년

사망자료와 주민등록자료는 매년 갱신되기 때문에 전국 및 16개 시도 수준에서 연 단위로 계산이 가능하다.

뿐만 아니라 사망등록자료와 주민등록자료 모두 시·군·구 단위까지 정보를 제공하기 때문에 지방자치단체 수준에서도 추정이 가능하다. 다만,

이 경우 매년 분석하는 경우 사망자 수가 작아 추정값이 불안정할 수 있기 때문에, 3~5년치 자료를 통합하는 것이 바람직하다.

② 5년

사회경제적 집단 간 비교를 하는 경우, 현재 활용할 수 있는 지표는 학력과 직업계층이다. 학력과 직업계층 수준은 주민등록통계에서 산출되지 않고, 인구센서스를 통해서 확보할 수 있으며, 따라서 자료 생산주기는 인구센서스 주기인 5년에 한 번씩 가능하다.

2) 영아사망률

가) 지표 정의

영아사망률은 출생 후 1년 이내(365일 미만) 사망자 수를 해당 연도의 출생아수로 나눈 수치를 1,000분비로 표시하는 것으로 정의한다(통계청, 2012).

나) 지표의 중요성

영아사망률은 한 국가의 건강 수준을 측정하는 주요한 지표로 이용된다. 영아 사망은 65세 미만 연령 집단 중 가장 높은 사망률을 보여 그 자체로 중요한 건강 문제일 뿐만 아니라(Daniel et al., 1986), 모성 건강, 의료의 질과 접근성, 사회경제적 상태, 공공보건 수준 등 다양한 요인들과 관련되어 있다 (MacDorman & Mathews, 2008). 영아사망은 아동기 건강의 측정자(gauge)로서, 아동기 건강에 영향을 미치는 많은 요인들의 신호(signal)가 되어준다(Daniel et al., 1986). 또한 최근 흔히 사

용되고 있는 건강수준 지표인 장애보정기대수명(DALE)과 매우 높은 상관성을 보여, 상대적으로 간편하고 저비용으로 산출가능하면서도, 한 국가의 보건수준을 나타내는 지표로서 여전히 유효하다는 결과가 보고되기도 하였다(Reidpath & Allotey, 2003).

영국의 블랙보고서(1992)부터 최근의 Marmot review (Marmot et al, 2010)에 이르기까지, 건강불평등 지표에서도 영아사망률은 거의 빠지지 않고 등장해왔다. 잉글랜드 공중보건부에서 제공하는 건강불평등 툴킷 (health inequalities toolkit)에서도 기대여명과 함께, 영아사망률을 활용하여 빈곤지역의 건강상태를 모니터링하고 있다. 국내 HP2020에서도 32개 중점과제 중 하나가 영유아 건강이며, 이에 대한 목표 중 하나가 영아사망률의 개선으로, 영아사망률의 불평등 감소 또한 주요한 목표로 설정될 필요가 있다.

다) 산출식

영아사망률 = (당해연도 출생 후 1년 이내 사망자수 / 당해연도 연간 출생아수) × 1,000

라) 자료원 및 변수

- ① 자료: 사망원인보완조사자료
- ② 변수: 교육 수준 및 직업계층 변수, 주소지, 사망자수, 출생아수

마) 산출주기

- ① 3년
- 사망원인보완조사자료는 3년에 한번씩 갱신되기 때문에 3년에 한 번

씩 산출이 가능하다. 3년에 한 번씩 발표될 때 각 연도별 자료를 제공하긴 하나, 매년 분석하는 경우 사망자 수가 작아 추정값이 불안정할 수 있기 때문에, 3~5년치 자료를 통합하는 것이 바람직하다.

3) 모성사망비

가) 지표 정의

모성사망비는 임신과 관련된 원인으로 임신 또는 분만 후 42일 이내에 발생한 여성사망자 수를 해당 연도의 출생아수로 나눈 수치를 100,000 분비로 표시하는 것으로 정의한다(통계청, 2012).

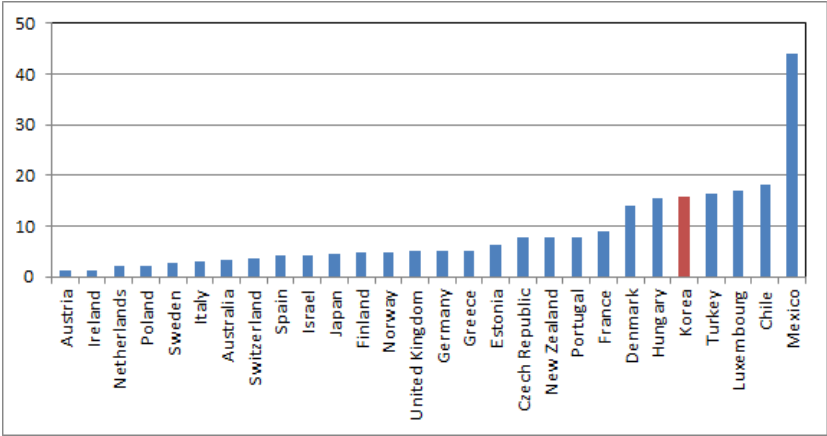
나) 지표의 중요성

모성사망은 비교적 젊은 연령의 가임기 여성에게 발생하기 때문에, 사회경제적 손실이 상대적으로 크며, 가족과의 사별 특히, 남겨진 출산아에게 미치는 영향이 지대하다고 할 수 있다(King, 2012). 또한, 일차 의료부터 전문 산과 진료에 이르기까지 보건의료전달체계의 효과측정 지표로서 기능하기도 한다(King, 2012).

한국의 모성사망비는 다른 OECD국가와 비교했을 때 매우 높은 수준이다(그림 4-28 참조). 2010년 OECD 국가의 모성사망비 평균은 출생아 십만 명당 9.8명인데 반해, 한국의 모성사망비는 15.7명에 달했다(통계청, 2012). 최근에 발표된 2011년 한국의 모성사망비는 17.2명으로 전년대비 무려 9.2%가 증가하였다. 모성사망비의 불평등 분석은 모성사망비 감소에 효과적으로 대응할 수 있는 정책 수립에 도움이 될 것으로 기대된다.

[그림 4-28] 2010년 OECD 국가의 모성사망비

(단위: 출생아 십만명당)



자료: OECD. (2012). OECD Health Data 2012.

다) 산출식

모성사망비 = (당해연도 모성사망자수 / 당해연도 연간 출생아수) × 100,000

라) 자료원 및 변수

- ① 자료: 사망원인보완조사자료
- ② 변수: 교육 수준 및 직업계층 변수, 주소지, 사망자수, 출생아수

마) 산출주기

- ① 3년
- 사망원인보완조사자료는 3년에 한번씩 갱신되기 때문에 3년에 한 번

씩 산출이 가능하다. 3년에 한 번씩 발표될 때 각 연도별 자료를 제공하긴 하나, 매년 분석하는 경우 사망자 수가 작아 추정값이 불안정할 수 있기 때문에, 3~5년치 자료를 통합하는 것이 바람직하다.

4) 산재사망률

가) 지표 정의

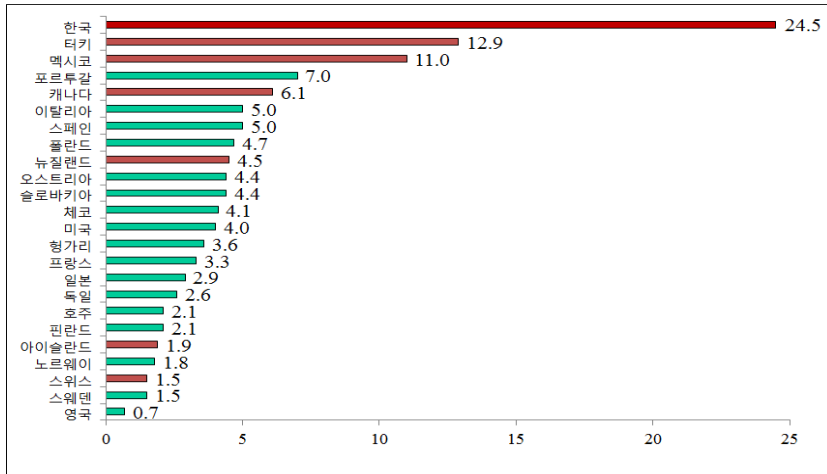
산재사망률은 근로자 10,000명당 업무상 사고 또는 질병으로 인해 발생한 사망자수의 비율로 정의한다(고용노동부, 2012).

나) 지표의 중요성

한국은 산재사망률이 매우 높은 국가 중 하나이다. 2000년대 초중반 5년간 OECD 국가 간 산재사망률을 비교한 연구에 의하면, 우리나라의 산재사고로 인한 10만인율은 무려 24.5에 달했다(김수근 등, 2009). 다음으로 높은 국가는 터키로 십만 명당 12.9명, 멕시코는 11.0명으로 독보적으로 높은 산재 사망률을 보였다²⁵⁾. 이 자료에 따르면 영국, 슬로바키아, 스웨덴, 노르웨이, 호주 등은 2 미만으로 낮았다. 국내 다른 사망원인과 비교해보아도, 사망률로만 비교한다면 사망원인 4위인 자살 다음으로 높은 사망률이다.

25) 각국의 산재사망률을 산출하는 기준이 동일하지 않기 때문에 해석에 주의할 필요가 있다. [그림 4-29]에서 붉은색 막대는 산재사망 산출에 업무상 질병으로 인한 사망도 포함된 국가이고, 녹색 막대는 업무상 질병으로 인한 사망은 포함되지 않고, 업무상 사고로 인한 사망만이 포함된 국가이다. 그러나 한국의 전체 산재 사망 중 업무상 사고로 인한 사망이 60-70% 가량 차지하기 때문에, 업무상 질병으로 인한 사망을 제외한다 하더라도 여전히 가장 높은 산재사망률을 유지하게 된다.

[그림 4-29] 최근 5년간 사고사망 십만인율의 국가별 현황



자료: 김수근 등. (2009). OECD국가의 산업재해 및 사회·경제활동 지표변화에 관한 비교연구.

다) 산출식

$$\text{산재사망률} = (\text{업무상사고 사망자수} + \text{업무상질병 사망자수}) / \text{근로자수} \times 10,000$$

라) 자료원 및 변수

- ① 자료: 산업재해보상보험승인자료
- ② 변수: 직업계층 변수, 사업장 규모 변수, 사망자수, 대상 근로자 수

마) 산출주기

① 1년

산업재해보상보험승인자료는 매년 갱신되기 때문에 연 단위로 계산이

가능하다. 그러나 산업재해보상보험승인자료에는 재해자의 주소지나 교육수준 정보가 없기 때문에 지역별 불평등 분석은 현재 자료의 상태에서는 불가능하다.

5) 자살(자살생각·자살시도 포함)

가) 지표 정의

자살과 관련된 불평등 지표는 그동안 국내외적으로 논의된 바가 많지 않다. 영국에서는 1999년 영국 보건부가 발표한 ‘Saving Lives: Our Healthier Nation²⁶⁾’에서 공중보건에서 자살 문제의 중요성을 확인하고, 2002년에는 정부가 자살예방 전략 ‘National Suicide Prevention Strategy for England²⁷⁾’를 국가 차원에서 처음으로 출판하기도 했다. 2009년 출판된 ‘Tackling Health Inequalities: 10 Years On²⁸⁾’에서는 자살 사망 발생률이 1997년부터 2005년 사이에 30% 가량 감소했다는 점을 강조하였다. 그러나 이 보고서들은 자살 사망자 수 변화에 초점을 맞추었으며, 자살 사망과 관련된 불평등 정도에 대해서는 언급하지 않았다.

매년 발간되는 미국의 ‘National Healthcare Disparities Report s²⁹⁾’에서는 국가 통계청 자료(National Center for Health Statistics)를 이용하여 자살과 관련된 불평등 정도를 보여주고 있다. 예를 들어, 2012년 보고서에서는 12세 이상 에서 인구 10만 명당 자살 사망자수를

26) Department of Health. (1999). Saving lives: our healthier nation.

27) Bywaters, J., & Foster, K. N. (2006). National suicide prevention strategy for England. *Psychiatria Danubina*, 18(Suppl. 1), 103-104.

28) Department of Health(2009). Tackling Health Inequalities:10 Years on.

29) Swift, E.K. ed., (2002). Guidance for the National Healthcare Disparities Report. Washington, DC: National Academy Press.

인종에 따라 보여주고 있으며, 주요 결과로서 히스패닉(Hispanic) 집단에서 백인(Non-Hispanic White)에 비해 자살로 사망할 위험이 2배 이상 높다는 점을 보고했다. 현재 ‘National Healthcare Disparities Reports’에서는 그 밖에 자살사망자 수를 이용하여 불평등 지표를 산출하지 않았고, 자살 사망자 수가 인종별로 어떻게 다른지를 보여주는 수준에 머물러 있다.

또한 영국과 미국의 정보기관에서 펴낸 보고서들은 모두 자살 사망자수에 초점을 맞추었으며, 자살 사망자 수와 밀접한 관련을 지닌 것으로 알려진 자살 행동과 관련된 지표들은 보고서에 포함되지 않았다. 자살 사망자수는 자살로 이끌 수 있는 자기파괴 행동(self-destructive behavior)의 일부분만을 보여주는 지표로서, 보다 전체적인 현상을 파악하기 위해서 기존 연구들은 자살(Completed Suicide)과 더불어, 자살시도(Suicidal Attempt), 자살생각(Suicidal Ideation) 등의 지표를 함께 이용할 것을 추천해왔다(Kim, M.H., et al. 2010).

본 연구에서는 자살과 관련된 불평등 지표 생산을 위해 지표를 통계청 사망원인 통계에 따른 자살사망자수를 활용하여 연령별, 성별 교육수준에 따른 10만명당 자살 사망률로 정의하였다. 자살생각은 조사대상자 중 조사 시점으로부터 지난 1년간 자살을 생각해본 적이 있는 사람의 비율, 자살시도는 조사대상자 중 조사 시점으로부터 지난 1년간 자살을 시도해본 적이 있는 사람의 비율로 정의하였다.

나) 지표의 중요성

한국에서 ‘자살’의 규모는 크게 사망진단서에 기반한 통계청 자료 또는 경찰청 사망 자료를 통해서 추정 가능하며, 대체로 연구에서 경찰청 추정 자살자 숫자는 통계청 보고보다 더 높게 보고되고 있다. 경찰청 자료에서

는 타살의 증거가 없을 경우에 자살로 규정하는 경우가 흔하기 때문에 나타는 측정 오류 가능성이 있어, 기존 연구에서는 사망진단서에 기반한 자살 사망자 숫자를 주로 사용해왔다(Kim, Song et al. 2004, Kwon, Chun et al. 2009).

기존의 한국의 자살연구들은 매년 배포되는 통계청 자료를 통해 추산 가능하고, 기존의 연구들은 이 ‘자살’ 지표를 이용한 연구를 해왔으며 (Watts 1998, Ben Park and Lester 2006, Ra and Cho 2013), 자살의 전단계인 자살시도나 자살생각과 관련된 불평등 지표 연구는 드물다 (Kim, M.H., et al. 2010).

다) 산출식

연령별, 성별로 교육수준 (중졸 이하, 고졸, 대졸 이상)에 따른 10만명당 자살 사망률을 구했다. 더 나아가 불평등의 정도를 시계열적으로 파악하기 위하여, 중졸 이하 그룹에 비하여 대졸 이상 그룹의 사람들의 자살율이 어떻게 변하는 자살 발생을 비율을 구하였다.

국민건강영양조사에서 자살생각은 조사 시점으로부터 지난 1년간 자살을 생각해본 적이 있는지 여부를, 자살시도는 조사 시점으로부터 지난 1년간 자살을 시도해본 적이 있는지 여부를 물었다. 국민건강영양조사에서는 1기부터 5기까지 자살생각과 자살시도를 측정하기 위해 같은 질문을 사용했기 때문에 시계열적으로 변화를 관찰하는 것이 가능하다.

불평등을 보여주는 지표를 산출하기 위해서 한국 사회에서 사회경제적 지위를 나타내는 대표적 변수인 교육수준과 소득수준 변수를 만들었다. 소득수준은 국민건강영양조사에 참여한 사람들의 가구 총 소득을 4분위로 나누었으며, 불평등 정도를 보여주기 위해 자살생각/자살시도의 발생 빈도가 소득이 가장 높은 가구 그룹에(>3 Quartile) 비하여 소득에 따라

어떻게 달라지는지 발생률의 비율을 측정하였다. 교육수준은 초등학교 졸업 또는 미만, 중학교 졸업, 고등학교 졸업, 대학졸업 또는 이상의 4개 항목으로 나누었으며, 불평등의 정도를 보여주기 위해 ‘대학졸업 또는 이상’의 학력을 가진 사람에 비해서 자살생각/자살시도의 발생빈도가 어떻게 달라지는지 발생률을 측정하였다.

마지막으로 1998년부터 2011년까지 자살생각과 자살시도와 관련된 소득 수준, 교육 수준에 따른 불평등의 정도가 변화를 1998년부터 2011년까지 인구 10만명당 자살률의 변화와 함께 보여주고자 하였다.

라) 자료원 및 변수

본 보고서에서는 자살 관련 건강형평성 지표 산출을 위해, 2가지 자료를 이용하였다. 첫째, 자살 사망과 관련한 불평등지표를 산출하기 위하여 통계청에서 발표한 사망원인통계자료를 이용하여 1995년, 2000년, 2005년, 그리고 2010년에 해당하는 자살 사망률을 구했다.

둘째, 자살 사망과 밀접하게 닿아있는 자살생각(Suicidal Ideation)과 자살시도(Suicidal Attempt)과 관련된 불평등의 정도를 파악하기 위해, 국가 대표성을 지닌 서베이 자료인 제 1기에서 제5기까지의 국민건강영양조사를 이용하여 만 19세 이상 성인에서 1998년부터 2011년까지 소득과 교육 수준에 따른 자살생각과 자살시도의 빈도를 파악하였다.

마) 산출주기

자살사망 지표의 산출은 매년 발표되는 통계청 사망원인 통계에 따라 산출 가능하고, 자살 생각이나 자살시도와 관련된 지표 또한 매년 발표되는 국민건강영양조사 자료를 활용하여 산출 가능하다.

제5절 의료이용

1. 현황 및 문제점

가. 기존연구 및 국내외 사례³⁰⁾

필요한 의료서비스를 적절한 때에 이용하는 것은 개인의 건강을 유지하는 데 중요한 영향을 미칠 수 있다. Cutler 등(2006)은 1960년~2000년 사이에 미국인들의 수명이 7년 정도 연장되었는데, 그 중 70%는 심혈관계 질환으로 인한 사망률 감소 때문이고, 이러한 심혈관계 질환으로 인한 사망률 감소의 2/3는 의학발전으로 인한 것으로 추정하였다. 또한 Nolte 등(2004)은 1980년대에 일어난 영아사망률, 그리고 중년과 노년의 사망률 감소는 효과적인 보건의료서비스 제공을 통한 것이라고 분석하였다.

의료이용의 형평성에 대한 접근 방식으로는 기존의 연구결과들에 따라 크게 두가지 시각으로 나눌 수 있다. 그 중 첫 번째는 의료서비스 접근성에 대한 형평성이다. 여기서 ‘접근성’이란 “보건의료시설의 이용시 발생하는 시간비용과 화폐비용”(Le Grand, 1982)을 의미하기도 하고, 혹은 “의료서비스의 공급을 위한 자원분포로서 의료이용에 영향을 미치는 요인”(Mooney, 1983)이라고 정의하기도 한다.

의료서비스 접근성에 대한 형평성을 강조하는 입장에서 균등한 접근이란, 의료공급자가 치료가 필요하다고 판단한 의료필요자가 동일한 시간비용과 화폐비용을 소요하고 의료서비스를 이용할 수 있도록 의료자원이 균등하게 분포하고 있는 상태를 의미한다. 때문에 이들의 시각에서는 실

30) 기존 연구결과들은 김동진 등(2011)을 재정리하였음.

제의료이용량이 동일한가에 대한 측정은 의료필요나 의료서비스에 대한 선호도를 무시하는 행위로 볼 수 있으며, 대신 정책적 차원에서 보다 중요한 이슈는 의료서비스에 대한 접근성을 평등하게 보장하는 것이다. 즉, 의료서비스에 대한 평등한 접근성이 보장되는 한 실제의료이용량은 환자의 필요, 선호도에 따라 결정될 수 있다고 간주하는 것이다.

때문에 이러한 시각에서 접근성의 평등은 기회의 평등 개념에 입각하여 의료서비스가 필요한 경우 동등한 이용 권리를 보장하는 것을 의미하며, 의료서비스의 접근성에 대한 형평성 여부를 평가하기 위해서는 상용치료원 여부, 경제적 이유로 인한 치료포기 경험, 의료시설에 대한 물리적 거리 등의 변수가 중요하게 취급될 수 있다. 즉, 의료서비스 이용시의 시간비용이나 화폐비용 등에서 평등하도록 정책적으로 공급측면에서의 장애요인 제거에 초점을 맞춘다.

반대로 의료이용에 대한 형평성 강조하는 시각에서는 의료서비스에 대한 접근성의 균등이 반드시 의료이용의 형평으로 이어지지 않으며, 의료이용에 대한 선호 등도 사회경제적 영향에 의해 결정될 수 있음을 강조하고 있다. 때문에 궁극적인 정책의 목표는 이용량의 균등이 되어야 하며, 따라서 실제 의료이용량이 형평적으로 이루어지고 있는지 측정하는 것을 강조하고 있다. 측정에 사용되는 지표는 의료이용 경험률, 외래방문횟수, 재원일수, 지불된 의료비 등이 있을 수 있다.

한편, 보건의료 이용에 영향을 미치는 것으로 알려진 다양한 요인들 중 가장 중요한 요인의 하나로 의료 이용시 지불되어야 하는 비용요인이 있다. 이때 비용 요인이란 넓은 범위에서 보면 결국은 이용자의 소득에 의해 결정되는 것이다. 의료이용을 결정짓는 비용적 측면이란 결국 이용자의 지불능력을 말하는 것이기 때문이다. 이러한 입장에서 Mossialos 등 (2003)은 의료서비스의 비용은 소득수준이 높은 집단보다 낮은 집단에게

더 큰 영향을 미친다고 하였다. 바로 이러한 점에서 일반적으로 건강형평성을 논할 때에는 보건의료재원을 조달함에 있어서의 재원부담의 형평성, 건강수준 혹은 건강상태의 형평성, 의료이용의 형평성 등을 포함하여 다루게 된다.

의료이용의 형평성과 관련한 주요 연구들은 유럽의 국가들을 중심으로 한 서구 국가들을 대상으로 많이 이루어졌다. 각 국가들은 그들의 보건의료체계의 성과를 비교 분석하기 위한 방법 중의 하나로 의료이용에 대한 형평성 달성 정도를 지표로 활용하였다.

Van Doorslaer 등(2006)은 OECD 21개국의 보건의료체계 특성에 따른 분석 및 의료이용 형평성 분석을 실시하였다. 이는 서로 다른 공공 보건의료체계를 가진 국가들에서 의료이용의 형평성이 어떻게 나타나는지를 알아보기 위한 것으로, 건강보험제도와 같은 공적 의료보장제도가 의료이용 및 건강형평성에 영향을 미치는 바가 있는지, 만약 그렇다면 한다면 어떤 제도를 가진 국가들에서 의료이용이 형평하게 이루어지고 있는지 알아보기 위한 것이었다. 분석 결과 OECD 국가들에서 전반적으로 소득이 높은 사람들이 낮은 사람들에 비해 약간 더 의료이용을 할 기회가 많은 것으로 나타났으나, 계층 간 차이는 그다지 크지 않았으며, 미국, 멕시코, 핀란드, 포르투갈, 그리고 스웨덴 등의 국가에서 상대적으로 부유한 사람들이 의료이용을 더 많이 하는 것으로 나타났다(김동진 등, 2011).

Lu 등(2007)은 홍콩, 한국, 대만의 의료이용체계에 따라 의료이용의 형평성 정도, 즉, ‘동일한 필요에 따른 동일한 의료이용’ 원칙이 얼마나 지켜지고 있는지 분석하였다. 그 결과 홍콩의 경우 응급의료서비스를 제외한 모든 의료서비스 이용에서 상대적으로 부유층에 유리한 불형평이 나타났다, 한국에서는 병원입원 서비스의 경우 상대적으로 소득수준 높은 사람들이 많이 이용하는 반면, 보건소와 같은 1차 의료기관의 서비스 이

용은 상대적으로 저소득층이 많이 이용하는 것으로 나타났다. 대만의 경우 한의원과 같은 전통의료서비스와 치과의료 서비스에서는 상대적으로 고소득층이 많이 이용하는 것으로 나타났다(김동진 등, 2011).

Chen & Escarce (2004)는 미국의 인구집단을 아동, 성인, 노인 등으로 구분하여 소득계층 간 의료이용의 형평성을 측정하였으며, 그 결과 모든 연령집단에서 소득이 증가함에 따라 의료비가 증가하는 것으로 나타났다, 의료의 필요를 보정한 후에도 모든 연령집단에서 소득이 높은 사람이 의료를 더 많이 이용하며, 특히 노인층에서 그러한 특성이 뚜렷한 것으로 나타났다(김동진 등, 2011).

Balsa, Rossi & Triunfo (2009)는 남아메리카 4개 도시에 거주하는 노인을 대상으로 사회계층간 의료이용의 형평성 정도를 측정하고자 하였다. 그 결과 연구대상인 4개 도시에서 예방적 의료서비스에 대한 불형평 정도가 다른 의료서비스에 비해 2배 이상 높은 것으로 나타났다. 즉, 사회경제적으로 높은 지위에 있는 사람들이 그렇지 않은 사람들보다 예방적 의료서비스를 보다 많이 이용하는 것으로 나타났다.

이와 같이 외국의 의료이용의 형평성 측정 연구는 국가별 의료체계를 비교하는데 활용되거나 혹은 국가 내 인구집단별 비교, 혹은 의료서비스 종류별 혹은 의료기관별로 소득집단간 의료이용의 형평성 정도를 비교하는 것이 주를 이루고 있다.

나. 우리나라에서의 지표의 의미

각 국가들을 대상으로 한 의료이용의 형평성 결과는 그 국가들이 가지고 있는 의료보장체계나 사회정책에 대한 더 세부적인 지식과 정치, 경제적 문맥을 파악하여야만 이해할 수 있는 경우가 많다. 같은 의료보장체계

를 가지고 있다 하더라도, 이것이 각 국가들에서 실제로 작동하는 방식과 그것이 미치는 영향이 각기 달라 그것이 의료이용 형평성에 미치는 결과가 상이하게 나타나기도 하였다. 따라서 국가 간 비교뿐 아니라, 각국의 상황적 맥락을 정확하게 읽어 낸 후에 그 기반에서 의료이용 형평성을 살펴보는 것, 그리하여 의료이용의 형평성이 정확히 어떤 요인들에 의해 기인하는지를 알아보는 것이 필요하다(김동진 등, 2011).

우리나라의 경우 1989년 전국민의료보험 실시 이후 의료이용에 대한 접근성이 상당히 개선된 것은 사실이다. 그러나 정부의 지속적인 보장성 강화 노력에도 불구하고 건강보험 적용이 되지 않는 비급여 부분이나 법정 본인부담금 등으로 인해 건강보험 보장률이 63%에 그치는 등 개선의 여지는 아직 많이 남아 있다. 한편으로는, 상대적으로 의료이용에 있어서 경제적 부담이 덜한 의료급여 환자의 의료이용에 대한 도덕적 해이에 대한 지적도 끊이지 않고 있다. 특히 외래 방문에 대한 의료소평 현상이나 연간 투약일수가 365일이 넘는 환자들에 대한 대책을 마련하거나 강화해야 한다는 주장이 건강보험의 재정 안정화 대책 중의 하나로 빠지지 않고 있는 실정이다.

그러나 우리나라의 의료이용에 대한 접근성이 소득계층간 의료이용의 형평성을 달성할 정도로 충분한 수준인지는 아직 확실하지 않다. 실제 저소득층의 의료이용이 많기는 하나 이는 그들의 건강이 상대적으로 좋지 않아 의료이용이 더 많이 필요하기 때문일 가능성이 높다.

특히, 의료기관 방문 횟수는 저소득층이 더 많다 하더라도 동일한 기간 동안 지불한 의료비는 고소득층에서 더 많을 수 있기 때문에 보다 다양한 측면에서 의료이용의 형평성 정도를 측정해볼 필요가 있다.

지금까지 국내의 의료이용 형평성의 관점에서의 초기 연구는 형평성 분석 방법이나 자료에서 의료 필요를 통제하지 않은 채로 의료이용을 측

정, 평가함으로써 동등한 욕구에 대한 의료이용의 형평성을 정확히 고찰하지 못한 등의 한계가 있었으나, 최근 들어 보다 다양한 접근법과 통계학적 방법을 이용하여 정교한 측정이 이루어져 왔다(건강형평성학회 2007 재인용).

김태일 등(2008)의 연구에서는 국민건강영양조사 2005년 자료를 이용하여 소득계층에 따른 의료이용의 형평성을 분석하였다. 연령대별로 구분하여 분석한 결과 입원·외래 이용량의 소득계층별 차이는 크지 않았으며, 이에 더 나아가 의료이용량의 질적 차이 분석을 위하여 의료이용 단위비용에 대한 소득계층별 의료이용의 격차를 분석하였다. 의료이용 단위비용으로 분석한 결과, 질적 이용도의 차이는 노년층의 경우가 청장년층 보다 더 큰 결과를 보였으며 저소득계층일수록 낮은 결과를 보여주고 있어 의료이용의 형평성이 소득계층별로 차이가 나고 있음을 확인할 수 있었다. 또한 1998년과 2005년의 의료이용 단위비용을 비교한 결과 격차가 크게 심화되었음을 보여주고 있다.

임국환 등(2010)의 연구는 국민건강영양조사 2005년 자료를 활용하여 1998년 이후 소득계층별 의료이용 불평등의 변화를 분석하였다. 의료필요를 보정한 수평적 형평성 지수(HI_{WV})를 측정한 결과 소득계층 간 의료이용의 격차는 크지 않았으나, 요양기관을 종별로 구분하여 분석한 결과는 다른 양상을 보이고 있다. 상급병원에서의 수평적 형평성 지수(HI_{WV})는 양의 값을 보여 고소득층의 의료이용이 많았으며, 상급병원 이하 요양기관에서는 음의 값을 보여 저소득층의 의료이용이 많은 것으로 나타났다. 국민건강영양조사 1998년 자료를 이용하여 종별 의료이용의 형평성을 분석한 결과와 비교해보면 종별로 구분한 의료기관에서 고소득층의 의료이용이 많은 것으로 나타난 결과와 반대로 상급병원 이하 요양기관에서는 저소득층의 의료이용은 증가하였으며, 이를 통해 1998년에

비해 저소득층의 의료이용 접근성이 나아졌음을 확인할 수 있다.

김동진(2011)의 연구에서는 1998, 2001, 2005년 국민건강영양조사 자료를 활용하여 성인의 의료이용의 형평성 달성 정도를 분석하였다. 의료필요를 고려한 수평적 형평성 지수(HI_{NV})를 분석한 결과 외래와 입원 이용횟수 모두 고소득층의 의료이용이 많은 것으로 나타났다. 고소득층에 비해 저소득층의 의료이용이 더 많지만, 의료필요를 보정하면 소득계층별 의료이용의 격차가 감소하였으며, 실제로 저소득층의 기대의료이용횟수는 실제의료이용횟수보다 적은 것으로 나타났다. 따라서 저소득층의 의료필요도를 충족시킬 수 있는 정책 방안 마련뿐 아니라 지속적인 관심이 필요함을 강조하고 있다.

전영숙과 김창엽(2012)은 손상환자를 대상으로 사회경제적 상태에 따른 의료이용의 형평성을 살펴보았다. 연구 자료는 2008, 2009년도 한국 의료패널자료를 이용하여 손상으로 의료이용을 한 사람을 대상으로 분석하였다. 사회경제적 상태의 대리변수로 소득수준을 이용하였고, 연령 및 중증도로 의료필요를 보정하여 표준화집중곡선과 집중지수로 의료이용 형평성을 분석하였다. 분석 결과 소득에 따른 입원 의료이용은 남자의 경우 유의한 차이가 없었고, 여자의 경우 고소득층에서 입원일수가 길지만 진료비는 저소득 계층에게 집중되는 것으로 나타났다. 외래이용의 경우 남자는 내원일수, 진료비 모두 표준화 집중도지수가 양(+)의 값으로 고소득층에게 유리한 불형평성이 나타났으며, 여자의 경우도 진료비 표준화 집중도지수가 양(+)의 값으로 고소득층에게 유리한 불형평성이 나타났다. 손상으로 인한 의료이용 불형평성은 의료수요의 가격 탄력성이 큰 외래에서 더 크게 나타났으며, 의료의 양 보다는 강도측면에서 더 크게 나타났다.

김도영(2012)은 2005, 2010년 국민건강영양조사를 활용하여 집중지

수를 분석한 결과 의료이용뿐 아니라 의료필요도 저소득층이 더 많은 것을 확인할 수 있었다. 반면 의료필요를 반영한 수평적 형평성 지수(HI_{wv})는 고소득층의 의료이용이 더 많은 것으로 나타나 저소득층의 의료필요를 고려한 경우 저소득층에 치우친 의료이용이 감소하는 것을 볼 수 있었다. 2005년과 2010년의 의료이용 형평성 양상을 살펴보면 저소득층의 의료이용횟수 증가와 고소득층의 의료비지출 증가를 확인할 수 있으며, 이는 고소득층과 저소득층의 의료서비스 이용의 질적 격차가 증가한 것이다. 소득에 따라 의료서비스의 질적 수준이 결정된다면 의료이용의 접근성을 완화하는 정책만으로는 소득계층별 의료이용 수준의 격차를 감소하기 어려우며, 이를 해결하기 위해서는 저소득층의 의료비 부담을 감소시키는 정책이 필요함을 강조하고 있다.

kim et al (2011)의 연구에서는 노인과 비노인을 대상으로 의료이용의 형평성 정도를 비교 분석하였는데, 실제의료이용 횟수만으로 의료이용의 집중지수를 구한 결과, 노인집단에서는 외래의료 및 입원의료 모두 고소득층에 유리한 불형평성이 나타났다. 비노인집단의 경우에는 이와 반대로 저소득층이 입원医료를 더 많이 이용하는 것으로 나타났으며, 외래의료 이용에서는 의미있는 불형평성이 발견되지 않았다. 의료이용의 필요(need) 정도를 보정한 의료이용의 수평적 형평성 지수(HI_{wv} index)를 구한 결과 노인집단에는 외래 및 입원의료 모두 상대적으로 고소득층에 유리한 불형평성이 있는 것으로 나타났다. 입원의료의 경우 앞서 실제 의료이용 횟수를 바탕으로 구한 집중지수에서는 저소득층에 유리한 불형평성이 발견되었으나, 의료이용의 필요를 보정한 결과 불형평성이 상쇄되는 결과가 나타났는데, 이는 실제 저소득층이 입원医료를 많이 이용하는 것은 사실이나, 의료이용의 필요 또한 고소득층에 비해 더 크다는 것을 의미한다.

Yoon 등(2011)에 의하면, 암환자의 경우 소득계층별로 입원 및 외래 의료이용 정도에 차이가 나타나고 있었다. 암환자를 소득계층별로 구분하여 의료기관별로 의료이용 정도를 살펴본 결과 남녀 모두 소득수준이 높을수록 소위 메이저병원으로 불리는 대형 상급종합병원에서의 의료이용률이 높게 나타났다. 특히, 여자의 경우에는 대형 상급종합병원이 아닌 일반 의료기관에서도 소득수준별 의료이용률에 차이가 나타났다. 암환자의 의료이용의 격차는 생존율의 격차로 이어져, 남녀 암환자의 1, 3, 5년간 생존율 모두 소득이 낮은 집단에 비해 소득이 높은 집단의 생존율이 높은 것을 확인할 수 있었다. 그 외에도 필요의료서비스 미치료를 또한 소득수준별로 차이를 보이고 있음. 특히 낮은 소득계층에서 상대적으로 경제적 이유에 의한 미치료율이 높게 나타났다.

2. 의료이용 분야의 불평등 지표

가. 의료비 및 의료이용 횟수를 활용한 의료이용의 형평성

1) 지표정의

의료이용의 형평성 측정을 위해 의료이용을 두가지로 측정할 수 있는데, 첫번째는 의료이용 횟수이고, 두 번째는 의료 이용시 지불한 본인부담의료비를 사용할 수 있다.

여기에서는 의료이용의 형평성을 접근성의 형평성으로 생각하기 보다는 의료이용 결과의 형평성, 특히 의료이용에 대한 필요(need)가 동일할 때 의료이용 또한 동일하게 이루어져야 함³¹⁾을 전제로 생각하였다.

31) equal treatment for equal need

2) 지표의 중요성

일반적으로 의료이용 횟수가 많을수록 지출한 의료비도 많아야 할 것이나, 우리나라의 경우 같은 질병이라도 건강보험에 의한 급여서비스를 이용하느냐 혹은 건강보험 적용이 되지 않는 비급여 서비스를 이용하느냐에 따라 의료비의 격차가 발생할 수 있다. 예를 들어, 건강검진시 고가의 건강검진 수검여부나 질병진단을 위해 고가의 장비사용 여부, 그리고 입원시 보다 상급병실을 이용하느냐 등 보다 양질의 서비스를 이용하기 위해서는 본인부담이 뒤따르기 마련이며, 이에 따라 의료이용의 형평성 측정시 단순히 의료기관 방문횟수 외에 의료서비스의 질적 수준에 따른 형평성을 간접적으로 측정해 보기위해 의료비를 활용하여 의료이용의 형평성을 측정해 볼 수 있다.

우리나라의 경우 알려진 바에 의하면, 저소득층의 의료이용이 고소득층에 비해 더 빈번한 것으로 알려져 있다. 그러나 이는 저소득층 인구집단들의 건강이 상대적으로 좋지 않아 의료이용이 더 많이 필요하기 때문일 가능성이 높다. 또 하나 실제 저소득층의 의료이용의 횟수는 많더라도 의료이용의 질이나 강도에 있어서는 상대적으로 고소득층에서 더 높다. 이는 의료 이용시 환자 본인이 부담해야 하는 본인부담금(법정본인부담금+비급여 본인부담금)이 높은 것에 기인할 가능성이 크다.

또한, WHO CSDH(2008) 등에서도 건강 및 건강불평등 발생의 요인으로서 보건의료서비스를 포함하고 있으며, 국내외의 많은 국가들에서도 국가의 건강정책으로서 의료서비스에 대한 접근성을 보장하고 있기 때문에 건강불평등 지표로서 타당성이 있다.

3) 산출식

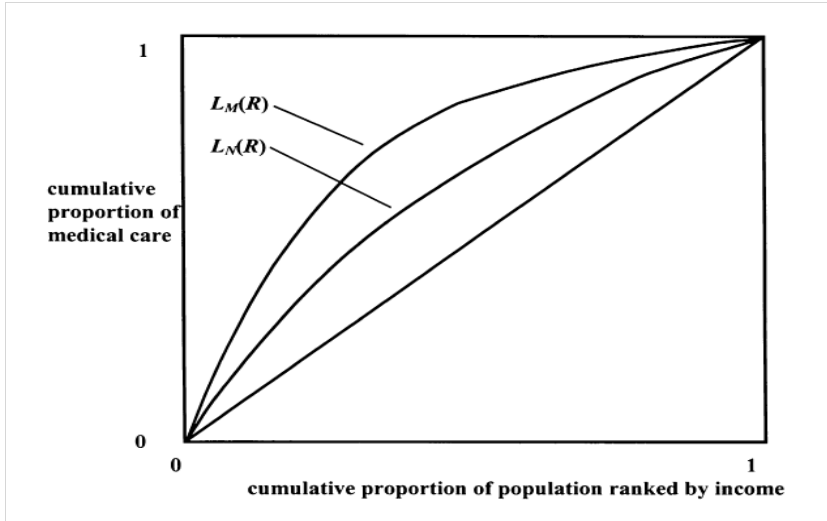
한편, 의료이용의 형평성 측정을 위해 집중곡선(concentration index)을 활용할 수 있는데, 집중곡선은 인구집단의 누적적인 사회계층분포를 가로축으로 하고 의료이용의 누적적인 점유율을 세로축으로 하여 그린 곡선으로서 집중계수의 값은 그 곡선과 대각선 사이의 면적의 두 배에 해당한다. 이때 집중계수의 값이 양이면 부유한 집단에게 유리한 불형평성(소득이 높을수록 의료이용을 많이 한다), 음이면 부유한 집단에게 불리한 것으로 해석한다. wagstaff 등은 '동일한 필요에 대한 동일한 이용'의 개념을 적용한 계수(의료 필요를 통제한 집중계수)의 계산을 위해 개인의 성별, 연령, 주관적 건강상태, 만성질환 유무 등의 변수를 이용하여 의료 필요를 추정한 후 이를 의료이용 집중지수로부터 차감하여 '표준화된 의료이용 집중지수(HI_{wv})'를 계산하는 방법을 사용하였다.

의료이용의 형평성 측정을 위해 개발된 Horizontal Inequity index는 concentration index를 이용하는 방법으로서 실제의료이용(actual health care use)에 대한 집중계수에서 의료이용의 필요에 따른 예측값(need-expected use)의 집중계수를 보정하여 계산된다.

아래 그림에서 실제의료이용에 대한 집중곡선 $L_M(R)$ 이 의료이용에 대한 필요(need)를 고려했을 때 기대되는 의료이용량 $L_N(R)$ 보다 크므로, 빈곤층에게 유리한 방향으로 의료이용의 불형평성이 존재한다고 할 수 있다.

일반적으로 소득계층별로 의료이용의 분포를 살펴보면 저소득층의 의료이용이 더 많은 경향을 보이고 있는데, 이는 상대적으로 빈곤층의 건강상태가 더 열악하여 의료이용의 필요(need)가 더 높기 때문으로 해석될 수 있다.

[그림 4-30] 실제의료이용 및 의료이용기대치의 집중곡선



자료: van Doorslaer and Wagstaff, et al, 2000.; 김동진 등, 2011 재인용

구체적으로 의료이용의 형평성은 다음과 같이 계산된다.

$$HI_{wv} = 2 \int_0^1 [L_N(R) - L_M(R)] dR = C_M - C_N$$

여기에서 C_M 은 실제의료이용(actual utilization)의 집중계수를 C_N 은 의료이용의 필요를 기반으로 예측된 의료이용(need-expected utilization)의 집중지수를 나타낸다.

4) 자료원 및 변수

우리나라의 의료이용의 형평성 측정을 위해 사용 가능한 자료원으로는 국민건강보험공단 전산자료, 국민건강영양조사 자료, 의료패널 자료가 대표적이며, 각각의 장단점은 다음과 같다.

먼저 국민건강보험공단 전산자료의 경우 이론상으로 우리나라에서 행해지는 모든 의료 이용 실적이 보고되므로, 보다 정확한 의료이용량의 파악이 가능하다. 다만, 건강보험자료만을 이용하는 경우 의료급여환자들의 의료이용이 제외될 수 있으며, 비급여 의료이용에 대한 부분이 상대적으로 덜 파악될 수 있다. 또한, 환자의 건강행위 등 환자 건강상태에 대한 정보가 상대적으로 많지 않으므로 의료이용 필요를 측정하는 데에는 제한이 있다.

다음으로 국민건강영양조사의 경우 조사대상자들로부터 지난 1년간(입원) 혹은 지난 2주간(외래) 의료이용 횟수를 측정하고, 방문당 본인부담의료비를 설문함으로써 의료이용에 대한 정보를 수집하고 있다. 국민건강영양조사의 경우 의료이용 관련 설문과 아울러 주관적 건강상태, 만성질환 유무 등 의료이용 필요에 대한 정보를 비교적 많이 얻을 수 있기 때문에 이러한 측면에서 장점이 있다. 그러나 가구의 정보를 가구의 대표응답자에 의해 대리 응답됨에 따른 편향(bias)이 발행할 수 있고, 의료이용 정보를 기억에 의존하여 설문하기 때문에 회상에 의한 편향(recall bias)가 발생 할 수 있는 위험이 있다. 그리고 설문시기에 따라 의료이용에 대한 계절별 혹은 월별변이에 대한 통제가 어렵게 된다.

마지막으로 의료패널 자료가 있다. 의료패널 자료는 국민건강영양조사 자료와 같이 설문조사로 구성된 자료로서 의료이용 관련 변수에 보다 특화된 자료라는 장점과 패널로 구성되어 있다는 장점이 있다. 특히 의료이용 횟수 외에 의료비에 대한 정보가 보다 풍부하다는 특징이 있다.

의료이용의 형평성 정도를 측정하기 위해서는 의료이용의 필요를 보정하는 작업이 중요하게 취급될 수 있다. 때문에 이와 관련하여 의료이용의 목적, 급성 혹은 만성의 구분, 중증도를 고려한 질환 정도 등에 대한 정보가 있어야 하나 위에 나열한 자료원들 만으로는 이러한 정보를 보정하는

것이 쉽지 않은 작업이므로 측정에 한계가 있다.

또한, 건강이나 질병 등 건강과 관련하여 의료이용에 영향을 미치는 요인 외에 사회, 경제, 문화적 요인 등 의료이용에 영향을 미칠 수 있는 요인들이나 의료이용에 대한 문턱을 낮춰주는 각종 의료보장정책 등의 효과를 보정하는 데에도 위와 같은 자료원 만으로는 여러 가지 측면에서 한계가 존재한다.

〈표 4-43〉 의료패널 자료를 활용한 분석에 사용된 변수 구성의 예

구분	변수명	설명
종속변수	외래의료이용횟수	2008년 한 해 동안 이용한 외래의료 횟수
	응급의료이용횟수	2008년 한 해 동안 이용한 응급의료 횟수
	입원의료이용횟수	2008년 한 해 동안 이용한 입원의료 횟수
	외래의료비	2008년 한 해 동안 지출한 외래의료비
	응급의료비	2008년 한 해 동안 지출한 응급의료비
	입원의료비	2008년 한 해 동안 지출한 입원의료비
독립변수	성별	남자, 여자
	연령	20세 이상, 10세 간격별
	결혼상태	기혼, 이혼/별거/사별, 미혼
	교육수준	초등학교 미만, 중학교, 고등학교, 전문대 이상
	경제활동	경제활동 여부
	의료보장형태	건강보험 가입, 의료급여/특례자, 미가입/자격상실/급여정지
	민간보험	민간보험 가입 여부(가구단위)
	장애	장애보유 여부
	만성질환	의사진단 만성질환 개수. 없음, 1개, 2개 이상
	흡연	현재흡연, 과거흡연, 비흡연
	활동제한	활동제한 여부
	EQ-5D 점수	건강관련 삶의 질(EQ-5D) 점수
	소득	가구원수 보정 가구소득

자료: 김동진 등(2011)

5) 산출주기

위에서 언급한 국민건강보험공단 전산청구자료, 국민건강영양조사 자료, 의료패널 자료 등은 모두 매년 생산 발표되고 있으므로, 의료이용의 형평성 지표도 매년 생산 가능하다.



제5장 한국형 건강불평등 주요 지표 현황

제1절 사회경제적 위치

제2절 지역

제3절 건강행태

제4절 건강결과

제5절 의료이용

5

한국형 건강불평등 << 주요 지표 현황

제1절 사회경제적 위치

1. 사회계층계급

가. 지표의 중요성

더욱 정교한 사회계층계급 지표가 필요하다는 데는 이론의 여지가 없을 것이다. 신뢰할 수 있는 지표가 있어야, 그 기초 위에서 단단한 연구가 이어질 수 있다. 다음에서는 좀 더 강건한 사회계층 지표가 되기 위한 조건들에 대해 제시하였다.

첫째, 지표는 이론적 맥락을 내포하여야 한다. Bartley(Bartley, 1999)는 이론에 기반한 사회경제적 지표(theory-based social classification)를 옹호한다. 건강불평등의 기전을 살피기 위해서는 지표의 개념이 불평등이 전이되는 과정을 제시할 수 있어야하기 때문이다. 이런 이유로 그녀는 RGSC보다 NS-SEC을 지지한다. 사회경제적 지표는 각 수준이 순서형의 층위를 이루고 이들이 건강불평등이 존재한다는 사실을 잘 보여주는 것만으로는 부족하다. 지표의 각 수준이 어떠한 사회경제적 관계의 필연성에 위치하고 있는지 드러내어야 하고, 타고난 자질이나 노력과 같은 개인적 속성과 독립적으로 불평등을 만들어내는 구조적 과정을 밝혀야 한다. 이런 관점에서 신광영은 사회경제적 보상과정에서 개인들의 생산능력을 보여주는 교육수준 보다 계급위치가 더 중요한 요인으로 작용한다고 밝힌다(신광영, 2004).

둘째, 공식적 사회계층 지표가 필요하다. 사회계층 지표는 시기별로 개념이 변화할 수도 있어 지속적으로 검토되고 수정되어야 한다. 따라서 이 일은 국가가 책임져야 한다. NS-SEC은 RGSC를 대체하기 위한 영국 통계청의 오랜 노력의 산물이다. 학문적 견고함과 정책적 뒷받침이 함께 했기에 양질의 지표로 순탄하게 정착하였다. 사회계층 변수는 몇 가지 변수들로부터 얻어지는 유도 변수(derived variables)이며, 생성 과정에 상당한 노력이 필요한 이런 종류의 변수는 개별 연구자에게 위임하지 않고 바로 원자료에 포함하여 제공되는 것이 바람직할 것이다. 개발과 유지와 수집과 제공의 모든 측면에 있어 국가의 개입이 요구된다. 다음은 영국의 British Household Panel Study에서 제공하는 사회계층 관련 지표들이다. NS-SEC(RJBSEC) 뿐 아니라, RGSC, Cambridge scale, 그리고 사회학자들이 선호하는 Socioeconomic group까지 다양한 계층지표가 제공되고 있다.

〈표 5-1〉 영국 BHPS 데이터에서 제공되는 사회계층 지표의 종류

RJBSEG	Socio economic group: present job
RJBGOLD	Goldthorpe Social Class: present job
RJBRGSC	RG Social Class: present job
RJBISCO	International SOC : present job
RJBCSSM	Cambridge Scale males : present job
RJBCSSF	Cambridge Scale females : present job
RJBHGS	Hope - Goldthorpe Scale : present job
RJBSEC	Socio- Economic Class: present job

자료: BHPS 홈페이지 내용 일부 정리(<https://www.iser.essex.ac.uk/bhps>)

셋째, 지표는 생성과 활용에서 유연하여야 할 것이다. 이용 대상이 되는 데이터의 상태에 맞게 지표의 생성이 완전한 조건을 충족되지 않아도 근사지표로 생성이 가능해야 할 것이다. NS-SEC에서 full method를 대신하는 reduced method, simplified method 등이 이용되는 것이 그 예가 될 수 있을 것이다. 또한 지표의 활용에서도 최대 수준부터 몇 개의 최소 수준까지 여러 버전을 통해 연구의 목적에 잘 적응할 수 있어야 활용성이 높을 것이다. 이 경우 본래의 내용이 최대한 보존되면서도 각각의 버전은 나름의 용도와 가치를 지녀야 할 것이다. 예를 들어 NS-SEC은 14 level에서 3 level로 축소될 수 있으며, 3 level에서 각 범주간의 위계는 더 분명해진다.

나. 지표 산출을 위한 토대

앞서 사회계층 지표는 직업 및 고용 관계 양 측면을 적절히 담아내어야 한다고 강조한바 있다. 사회계층 지표의 생성을 위해 직업 정보는 표준직업분류(세분류 혹은 소분류 수준까지 세분화되어 있는 것이 바람직)를 통해 얻을 수 있고, 고용관계 정보는 사업장 규모, 종사상지위, 직업안전성을 통해 얻어질 수 있다. 직업과 고용관계에 대한 정보의 상세함은 데이터별로 달라진다. 아래 표에서는 대표적인 데이터들이 제공하는 정보의 종류를 비교하였다.

〈표 5-2〉 직업 및 고용상태 분류를 위한 자료원 및 변수

	국민건강영양조사 (KNHANES)	고령화연구패널조사 (KLoSA)	한국복지패널조사 (KOWEPS)	한국노동패널조사 (KLIPS)
데이터의 특징 (자료 산출 시작년도/산출주기/ 연령군/40세 이상 조사 대상자 수)	- 단면조사 - 1998년 시작 - 2007년 이전 3년 주기, 이후는 매년 - 0세 이상 조사 - 4,000-10,000명	- 종단조사 - 2006년 시작 - 2년 주기 - 45세 이상 - 45-69세: 전체의 61%	- 종단조사 - 2006년 시작 - 매년 - 0세 이상 조사 - 40-69세: 대략 전체의 40%	- 종단조사 - 1998년 시작 - 매년 - 15세 이상 - 40-69세: 2314(97.6%) 가구
직업 분류	- 직업: major group (1 digit) - 고용상태(eg, employee, unemployed, economically inactive etc) - 근로형태(temporary, part-time work) - 회사규모 - 근무시간	- 직업: major group (1 digit) - 고용상태(eg, employee, unemployed, economically inactive etc) - 근로형태(temporary, part-time work) - 회사규모 - 근무시간 - 평생 직업 경력 및 근무년수(number of changes in job, duration, timing of leaving first job)	- 직업: minor group (3 digits) - 고용상태(eg, employee, unemployed, economically inactive etc) - 근로형태(more than temporary, part-time work, etc) - 회사규모 - 근무시간 - 평생 직업 경력 및 근무년수(number of changes in job, duration, timing of leaving first job)	- 직업: minor group(3 digits) - 고용상태(eg, employee, unemployed, economically inactive etc) - 근로형태(more than temporary, part-time work, etc) - 비정형근로(eg, dispatch work) - 회사규모 - 교대근무, 근무 시간 - 평생직업 경력 및 근무년수(number of changes in job, duration, timing of leaving first job)

직업에 대한 정보는 국건영, 출생자료, 노동패널 등 거의 대부분의 국가조사는 개방형 답변을 유도하고 있다. 국건영 5기 조사 지침에 의하면 직업조사시 “최대한 자세하게 개방형으로 응답받는다.” “조사 시 응답자에게 직업이라는 말을 가능한 사용하기보다는 직장(회사, 공장 등)에서 ‘맡은 일(업무)의 내용’을 구체적으로 묻는다. 단순히 회사원, 공무원, 상 업 등으로 기입하면 안된다.” 등의 지침을 제공하고 있어, 소분류 혹은 세분류까지 변수화 할 수 있는 상태이나, 현재는 데이터화하는 단계에서 표준직업상 대분류로 단순화하여 코딩하고 있다(노동패널(KLIPS)과 복지패널(KOWEPS)은 예외적으로 소분류까지 제공함).

직업은 ISCO나 한국표준직업분류와 연계되어야 하나, 고용 상태는 한국적 현실이 적극 고려되어야 할 것이다. 예를 들어 NS-SEC에서는 하급 감독직(supervisory) 역할을 수행하고 있는지가 지위관계상의 위치 파악에서 중요하나, 우리의 경우는 정규직, 비정규직 상태가 중요할 수 있다. 또한 NS-SEC은 대규모 사업장과 소규모 사업장을 25인을 기준으로 하고 있으나 우리는 규모를 달리 할 수 있다(ESEC에서는 10인을 기준으로 대규모와 소규모 사업장으로 나눔).

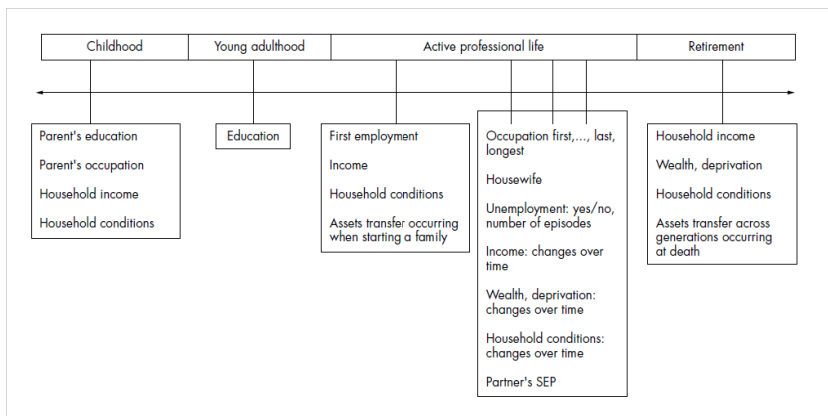
직업이나 고용상태는 원데이터에 포함되어 제공되어야 할 것이며, 가장 구체적인 기본 단계를 제공하여, 연구자들이 분석목적에 따라 분석단계에서 간략한 수준으로 축소할 수 있도록 하여야 할 것이다. 만약 고용관계에 대한 정보가 없다면 소분류 혹은 세분류까지의 직업정보만 있어도 충분할 것이다. 많은 경우 소분류 혹은 세분류는 그 자체에 고용상의 위계정보가 함축되기 때문이다. 더 많은 장애는 고용관계 정보 보다 직업정보의 부족에서 비롯될 가능성이 높다. 장기적으로는 직업정보의 수준을 소분류 혹은 세분류까지 높여 제공하는 것이 목표여야 하겠지만, 단계적으로는 중분류와 고용관계정보의 조합으로서 근사하는 사회계층분류를 얻어낼 수 있을지 검토되어야 할 것이다.

2. 교육

가. 지표의 중요성

교육은 첫번째 직장에 상당한 배치효과(a placement function)를 갖는다고 알려져 있지만(Geyer and Peter, 2000), 시간적 의미에서 현재적인 것은 아니다. 따라서 교육이 현재의 건강과 관계를 맺는 것은, 교육 투자를 통해 지니게 되는 노동능력 그리고 평생에 걸쳐 (건강에 대한 지식을 포함한) 지식을 습득할 수 있는 능력과 밀접하다는 점과 직업이나 소득과 같은 현재의 다른 사회경제적 위치에 대한 영향을 통해서 작용한다고 보아야 할 것이다. 생애주기적 관점에서 교육수준은 초기 사회적경제위치(early life SEP) 지표로 이해된다(Galobardes et al., 2006a). 달리 말하면 현재적 불평등관계와 노동시장의 맥락에서 교육수준을 통한 건강불평등의 원인적 탐색은 간접적이며 생애주기적 접근이 필요하다.

[그림 5-1] 생애주기별 사회경제적 위치를 측정하는 지표들의 예



자료: Galobardes B et al. (2006a). Indicators of socioeconomic position (part 1). J Epidemiol Community Health, 60: 7-12.

나. 지표 산출시 고려지점

교육지표는 시대적으로 차이가 나기 때문에 출생 코호트를 고려해야 하나 연령 폭이 큰 집단을 다룰 때는 적절하게 변수의 구간을 설정하는 문제가 생긴다. 특히 우리나라처럼 짧은 시기에 급격한 고학력화를 경험한 사회에서는 기존의 교육 수준을 통한 구분방법은 특히 젊은 층의 건강 불평등의 측정에 적절하지 않다. 현재의 경쟁사회에서 교육은 형태는 달라졌지만, 여전히 한 개인이 어떠한 사회적 경로를 밟을지에 대한 중요한 관문의 역할을 담당하고 있다. 교육이 학위와 졸업장을 통해 교육적 위계를 끊임없이 구성해 낸다는 점을 상기한다면 과거 대학이나 무학의 가치에 조응하는 현재적인 구분은 언제나 가능할 것이다. 100% 고졸, 80% 대졸의 상황에서 교육의 층화를 재구성하는 것이 필요한 것이다. 한 가지 예로 Nishimura(2011)은 전문대학을 대학졸업과 분리하여 두 집단이 우울상태를 다르게 경험하며, 여기에 성별 차이도 작용한다는 것을 보인다. 또한 건강에 관한 연구는 아니지만 노동사회학에서는 수도권대학과 지방대학을 구분하기도 한다.

교육은 흔히 교육제도의 유사성으로 국가간 비교가 용이할 것으로 여겨진다. 그러나 교육수준별 분포는 국가별로 상이해서 분포의 차이를 보정하기도 한다. Dalstra 등은 유럽 8개국의 비교 연구에서 국가별 교육수준의 차이를 고려하여, 네덜란드와 벨기에는 중등교육(lower secondary education) 그룹을 가장 낮은 교육수준(lowest education) 그룹에 포함하여 분석하였다(Dalstra et al., 2005). 교육수준에서 구간간 분포의 차이를 고려하는 것은 우리나라의 경우처럼 세대 차이가 큰 경우 문제가 될 수 있다. Kim, et al(2005)은 연령의 폭이 큰 표본에서 중졸을 경계로 두 구간으로 나누고 있다. 이 방법은 세대간에 공히 적용할 수 있

는 구분이라는 점에 의의가 있지만, 정보를 단순화시키는 단점이 있다. 하나의 해결책으로서 세대별 적용을 달리할 수 있는데((Kim and Kim, 2007; Khang and Cho, 2006), 예를 들어 Kim and Kim(2007)는 45세 미만은 중졸 이하, 고졸, 대졸 이상으로, 45세 이상은 초졸 이하, 중졸, 고졸 이상으로 적용하고 있다.

3. 소득

가. 지표의 중요성

소득은 상품과 서비스를 소비할 능력과 접근성을 표현한다. 소득은 건강결과와의 관계에서 건강에 유리한 행위 가능성을 높이며 시간적으로는 교육에 비해서 더 최근의 연관성을 반영한다(Daly et al., 2002). 소득은 연속분포로서 파악되는 수리적 장점으로 불평등 조건이나 빈곤수준을 계량화할 수 있어 사회복지 정책의 주요한 근거를 제시하는데 넓게 이용된다.

나. 지표 산출시 고려지점

앞서 어떤 소득지표를 선택하는 지에 따라 결과가 달라질 수 있음을 살폈다. 균등화지수를 이용하여 가구원수를 보정한 가구소득의 이용이 많지만 이 지표는 항상 바람직하거나 늘 이용 가능한 것이 아니다. 부(wealth)는 소득과 달리 자산(asset)을 포함하므로 개인의 경제적 잠재력을 보여준다. 부모로부터 물려받은 유산, 동산(저축)이나 부동산, 복지혜택 등은 소득에 포함되지 않으나 이들은 소득으로 전환될 수 있고 노인

인구에서는 그 의존이 높아진다. 은퇴로 인해 임금소득의 비중이 적고, 생애를 통해 축적한 부(wealth)가 상대적으로 노인인구에서 의미 있는 지표가 될 수 있는 것이다. 또한 노인인구의 경제적 능력으로 소득을 이용하고자 할 때도 주의가 필요하다. 균등화 가구소득을 이용하는 경우 활발하게 경제활동을 하고 있는 가구원과 가구를 같이 구성하는 경우는 노인만으로 구성된 가구들의 경제능력이 높게 파악될 수 있기 때문이다. 같은 가구 안에서 40대 자식과 70대 부모의 경제적 능력이 동일하다고 할 수 없을 것이다. Park 등(2009a)은 고령가구의 소득을 가구소득을 이용하지 않고 노인부부소득을 합한 후 이를 둘로 나누는 방식을 취한다. 개인별 소득에 대한 상세한 소득원 조사가 이루어졌다면 굳이 가구소득을 통하지 않고 노인의 소득능력을 직접 파악할 수 있다.

주관적 경제상황의 지표는 가구소득과 높은 상관성을 보이며(Kim and Ruger, 2010), 상대적으로 결측치가 적다. 또한 객관적 지표와 주관적 지표를 병행한 연구에서 주관적 지표가 오히려 건강불평등을 잘 설명하기도 해서, 편모(lone mother)와 같이 특수한 상태에 놓인 인구의 상황을 보다 적절하게 반영할 수 있는 것으로 보인다(Kim et al., 2010a). 그러나 주관적 경제상태는 사망과는 약한 연관성을 보여서(Khang and Kim, 2006), 대상집단이나 결과변수에 따라 해석에 주의가 필요하다.

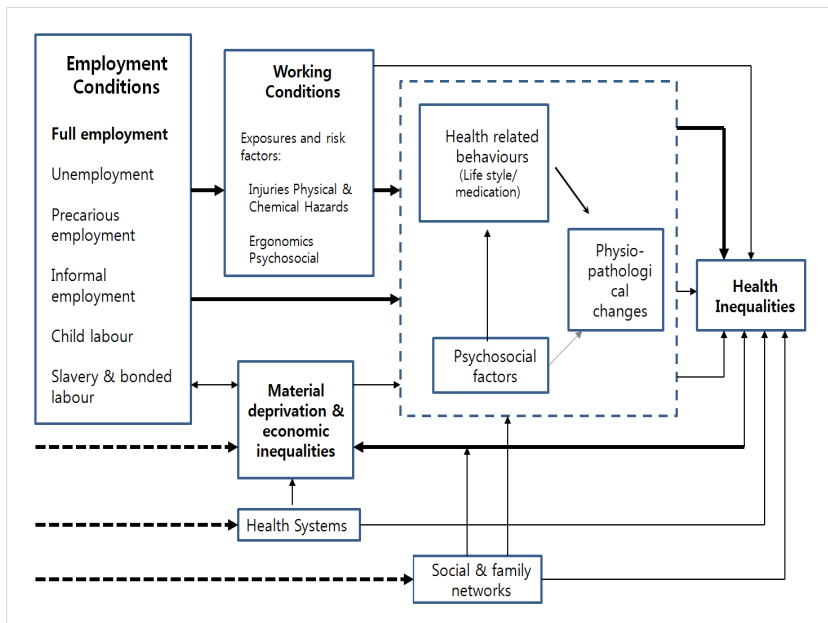
4. 고용

가. 지표의 중요성

[그림 5-2]와 같이 고용이 건강에 영향을 미치는 경로는 크게 두 가지

로 볼 수 있다. 작업환경(working condition)을 통한 경로가 그 하나이고, 고용조건(employment condition)이 다른 하나이다. 작업환경은 수행하는 작업이 주어지는 환경, 즉 물리적 혹은 정신사회적 환경을 말한다. 고용조건은 고용주와 피고용자 사이에 맺게 되는 고용계약, 보상 등의 내용에 내재한다(Benach et al., 2007).

[그림 5-2] 고용조건이 건강불평등에 미치는 영향



자료: Benach, Muntaner and Santana.(2007). Employment Conditions and Health Inequalities. Final Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health(CSDH).

나. 지표 산출시 고려 지점

[그림 5-3]은 우리나라의 대표적인 조사인 국민건강영양조사 설문이다. 고용의 지속성(상용, 임시, 일용직)과 시간제 근로의 여부(전일, 시간

제)를 이용하고 있다. 이들 문항을 통해 가능한 구분은 고용주, 자영업자(자신의 사업이면서 종사자 없음), 무급가족 종사자, 피고용자이며 피고용자는 다시 정규직(상용직이면서 전일제), 비정규직(임시직 혹은 일용직이거나 시간제)으로 구분할 수 있다. 또한 여기에 소개되지는 않았지만 직업에 대한 조사를 통해 실업자, 기타 등을 포함할 수 있다.

[그림 5-3] 고용관계 파악을 위한 국민건강영양조사 4기 설문 문항

3. 귀하께서 하시는 일은 다음 중 어디에 해당됩니까?

① 타인 또는 회사에 고용되어 보수를 받고 일한다 (임금근로자) ☐ 해당자는 3-1, 3-2 설문으로

② 내 사업을 한다 (자영업자와 고용주) ☐ 해당자는 3-3 설문으로.

③ 가족(친척)의 일을 돈을 받지 않고 돕는다 (무급가족 종사자)

3-1. 일자리에서의 지위는 다음 중 무엇에 해당합니까?

① 상용직

② 임시직

③ 일용직

3-2. 근로 시간은 어떤 형태입니까?

① 전일제

② 시간제

3-3. 사업체에서 일하는 사람은 모두 몇 명이나 됩니까?

☐ 0명 또는 무급가족 종사자만	☐ 30~49명	☐ 500~999명
☐ 1~4명	☐ 50~99명	☐ 모름
☐ 5~9명	☐ 100~299명	☐ 응답거부
☐ 10~29명	☐ 300~499명	

출처: 보건복지부, 질병관리본부(2009). 국민건강영양조사 제4기 3차년도. p.660

국민건강영양조사의 조사방식으로는 비정규직 수가 적게 추정될 것으로 보인다. 왜냐하면 이 경우 고용형태를 파악하는 문항이 없기 때문이다. 가령 사내하청, 파견, 용역 등과 같이 상당히 보편화되는 비전형적 노동(non-standard work)에 상용직으로 전일제 종사하는 경우는 비정규직에서 제외될 것이다. 장신철(2012)은 전일제이더라도 파견/용역의 경우는 비정규성이 매우 높은 것으로 간주한다. 비전형 노동 종사자들이 정

규직으로 분류될 경우 비정규직과 정규직 사이의 건강불평등을 과소추정할 가능성이 높다. 이에 반하여 노동패널, 복지패널의 경우는 고용관계의 분류에서 비정규직에 하청이나 파견제 등을 포함하고 있어 한국적 상황을 보다 더 잘 반영하고 있다.

제2절 지역

1. 경제적 박탈 영역

가. 지표 중요성

지역의 경제적 박탈은 건강을 유지하기 위해 필요한 재화를 구매할 수 있는 지역의 능력을 의미한다고 볼 수 있다. 건강의 사회적 결정요인 중에서 고용 및 실업, 교육, 소득수준, 주거환경 등이 여기에 속한다.

단, 이 지표는 지역을 기본 단위로 하는 것이기 때문에 개인 수준에서 해석을 할 때는 생태적 오류의 문제가 발생한다는 점을 반드시 고려해야 한다.

나. 지표 현황

앞서 요인분석에서 살펴본 바와 같이 경제적 지역 박탈 영역에 포함된 구성 지표는 낙후된 주거환경 비율, 고졸 미만 학력 비율, 노인 인구 비율, 낮은 사회계급 비율이다. 노인 인구 비율의 경우 사회적 박탈 영역으로 여겨지기도 하지만, 우리나라의 경우 노인들의 빈곤율이 40%에 육박

할 만큼 높은 점을 고려할 때 노인 인구가 많은 지역은 경제적으로 낙후 될 가능성이 높다.

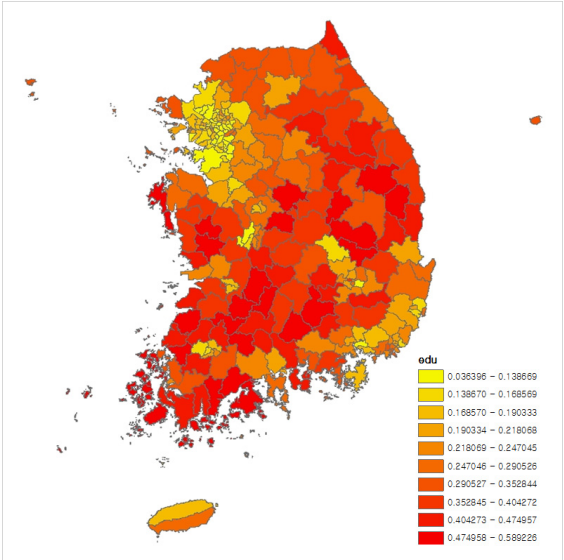
1) 고졸 미만 학력 비율

고졸 미만 학력 비율의 평균은 27.83%, 표준편차는 12.56%이다. 최소 값은 3.63%, 최대값은 58.92%의 분포를 보인다.

〈표 5-3〉 고졸 미만 학력 비율의 평균

평균	표준편차	최소값	최대값
0.2783	0.1256	0.0364	0.5892

〔그림 5-4〕 시군구별 고졸 미만 학력 비율의 10분위 분포



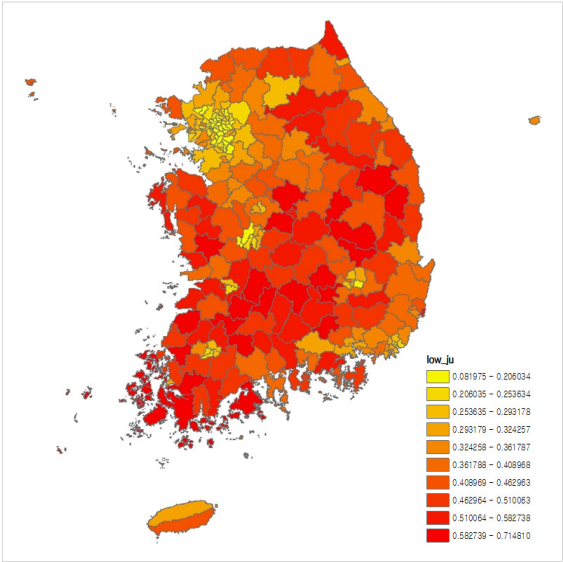
2) 낮은 사회계급 비율(가구주 기준)

낮은 사회계급 비율의 평균은 37.90%, 표준편차는 13.94%이다. 최소값은 8.20%, 최대값은 71.48%의 분포를 보인다.

〈표 5-4〉 낮은 사회계급 비율의 평균

평균	표준편차	최소값	최대값
0.3790	0.1394	0.0820	0.7148

[그림 5-5] 시군구별 낮은 사회계급 비율의 10분위 분포



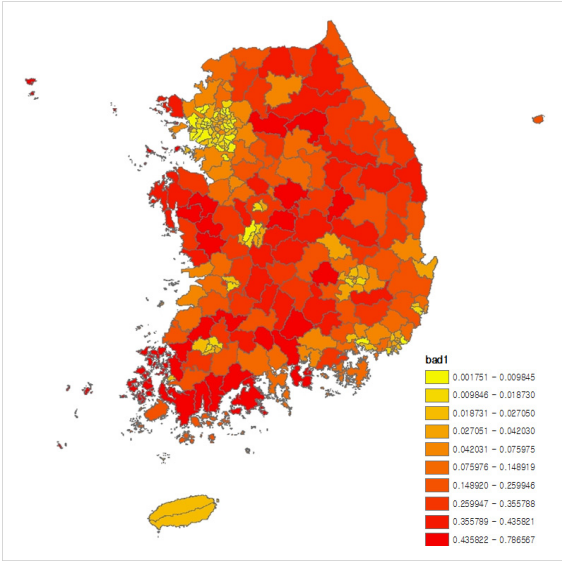
3) 낙후된 주거환경 비율

낙후된 주거환경 비율의 평균은 16.93%이며, 표준편차는 18.11%이다. 최소값은 0.17%, 최대값은 78.6%의 분포를 보이고 있다. 대체로 대도시 지역은 낮은값을 놓여촌 지역은 높은 값을 나타내고 있다.

〈표 5-5〉 낙후된 주거환경 비율의 평균

평균	표준편차	최소값	최대값
0.1693	0.1811	0.0017	0.7865

〔그림 5-6〕 시군구별 낙후된 주거환경 비율의 10분위 분포



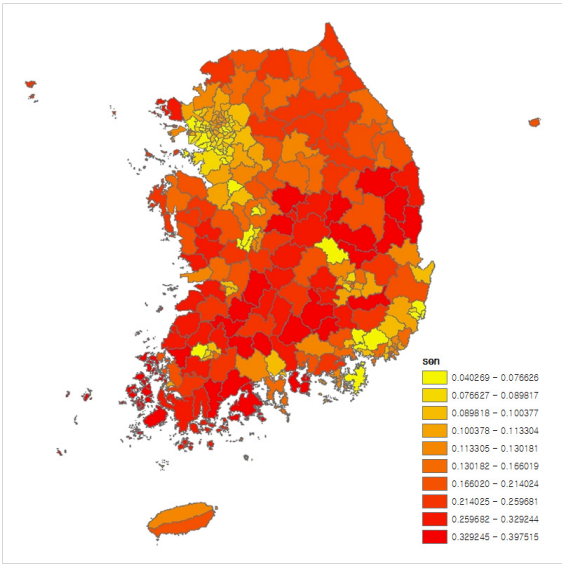
4) 노인 인구 비율

노인 인구 비율의 평균은 16.92%, 표준편차는 9.42%이다. 최소값은 4.02%, 최대값은 39.75%의 분포를 보인다.

〈표 5-6〉 노인 인구 비율의 평균

평균	표준편차	최소값	최대값
0.1692	0.0942	0.0402	0.3975

[그림 5-7] 시군구별 노인 인구 비율의 10분위 분포



2. 사회적 박탈 영역

가. 지표 중요성

사회적 박탈의 개념은 건강에 필요한 재화의 구매 또는 이용 능력과 관련된 경제적 박탈과는 달리, 사회적 관계 또는 지역 자원의 활용 가능성에서의 박탈 정도를 의미하는 것으로 지역의 사회적 지지 정도, 연대성 또는 통합성을 의미한다고 볼 수 있다.

개인의 구매 또는 이용 능력과 관계되어 있는 경제적 박탈과 달리 사회적 박탈은 자신은 소유하고 있지 않지만, 필요로 하는 자원을 다른 사람을 통해 획득할 수 있는 능력을 의미하며 이는 건강 수준에 의미 있는 영향을 미치게 된다. 사회적 박탈의 수준이 높은 지역일수록 사회적 지지 또는 관계망이 약하고 따라서 건강 수준도 나빠질 가능성이 높을 것이다.

나. 지표 현황

앞서 요인분석에서 살펴본 바와 같이 사회적 지역 박탈 영역에 포함된 구성 지표는 1인 가구 비율, 자가용 미소유 가구율, 아파트 미거주 비율, 여성 가구주 비율, 이혼·사별 비율이다.

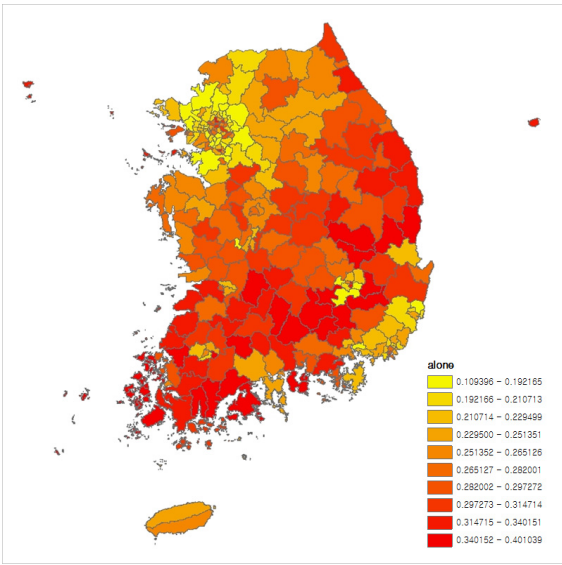
1) 1인 가구 비율

1인 가구 비율의 평균은 26.43%, 표준편차는 5.87%이다. 최소값은 10.93%, 최대값은 40.10%의 분포를 보인다.

〈표 5-7〉 1인 가구 비율의 평균

평균	표준편차	최소값	최대값
0.2643	0.0587	0.1093	0.4010

[그림 5-8] 시군구별 1인 가구 비율의 10분위 분포



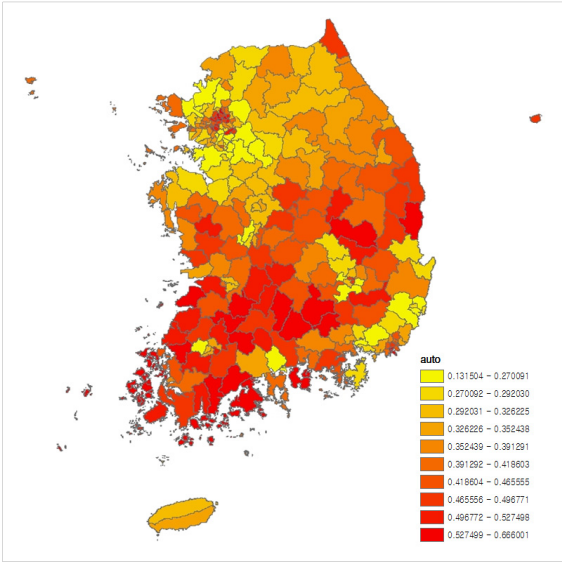
2) 자가용 미소유 가구율

자가용 미소유 가구율의 평균은 39.48%, 표준편차는 10.65%이다. 최소값은 13.15%, 최대값은 66.60%의 분포를 보인다.

〈표 5-8〉 자가용 미소유 가구율의 평균

평균	표준편차	최소값	최대값
0.3948	0.1065	0.1315	0.6660

〔그림 5-9〕 시군구별 자가용 미소유 가구 비율의 10분위 분포



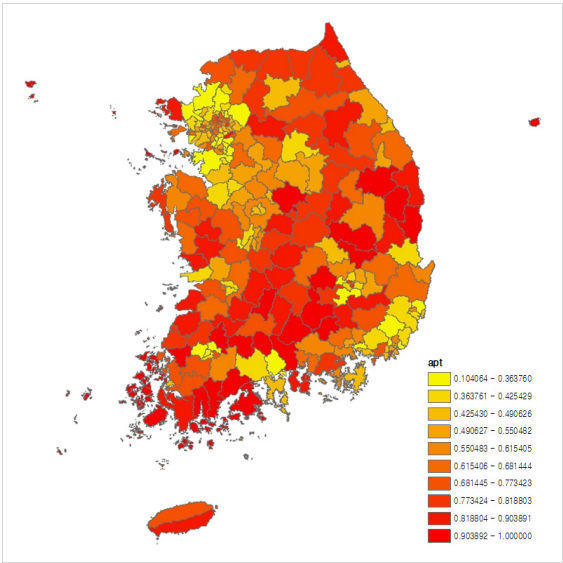
3) 아파트 미거주 비율

아파트 미거주 비율의 평균은 62.27%, 표준편차는 20.58%이다. 최소값은 10.40%, 최대값은 100.0%의 분포를 보인다.

〈표 5-9〉 아파트 미거주 비율의 평균

평균	표준편차	최소값	최대값
0.6227	0.2058	0.1040	1.0000

[그림 5-10] 시군구별 아파트 미거주 비율의 10분위 분포



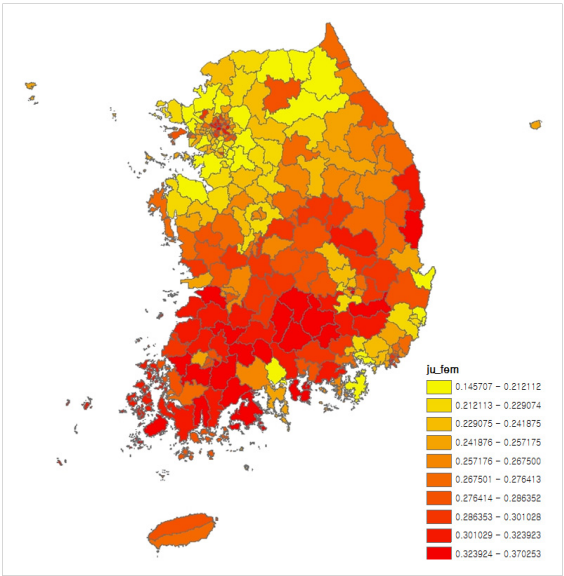
4) 여성 가구주 비율

여성 가구주 비율의 평균은 26.90%, 표준편차는 4.17%이다. 최소값은 14.57%, 최대값은 37.03%의 분포를 보인다. 다른 지표와 달리 여성 가구주 비율은 도시 지역에서 높은 값을 보이는 특징이 있다.

〈표 5-10〉 여성 가구주 비율의 평균

평균	표준편차	최소값	최대값
0.2690	0.0417	0.1457	0.3703

〔그림 5-11〕 시군구별 여성 가구주 비율의 10분위 분포



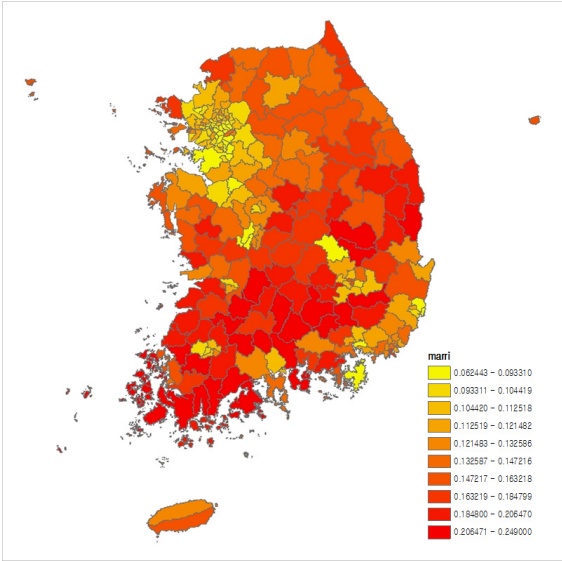
5) 이혼·사별 비율

이혼·사별 비율의 평균은 14.21%, 표준편차는 4.30%이다. 최소값은 6.24%, 최대값은 24.90%의 분포를 보인다.

〈표 5-11〉 이혼·사별 비율의 평균

평균	표준편차	최소값	최대값
0.1421	0.0430	0.0624	0.2490

[그림 5-12] 시군구별 이혼·사별 비율의 10분위 분포



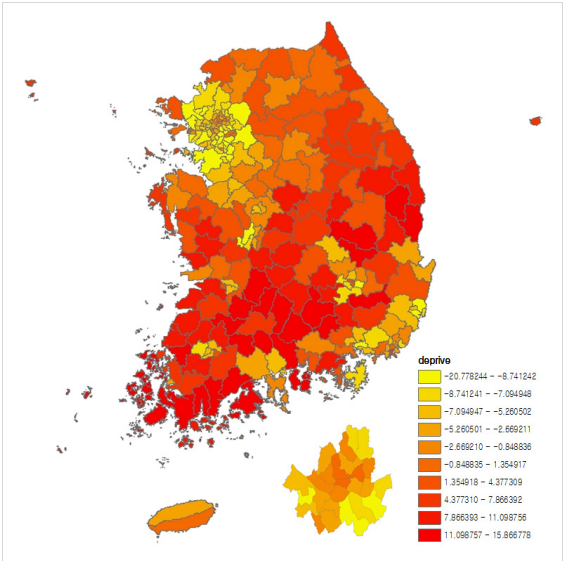
3. 지역박탈지수

경제적 박탈과 사회적 박탈의 구성요소들의 표준화 점수를 모두 합산한 종합지표(Summary measure)인 지역박탈지수의 분포는 다음과 같다. 평균은 0.00, 표준편차는 7.74이다. 최소값은 -20.78, 최대값은 15.87의 분포를 보인다.

〈표 5-12〉 지역박탈지수의 평균

평균	표준편차	최소값	최대값
0.0000	7.74	-20.78	15.87

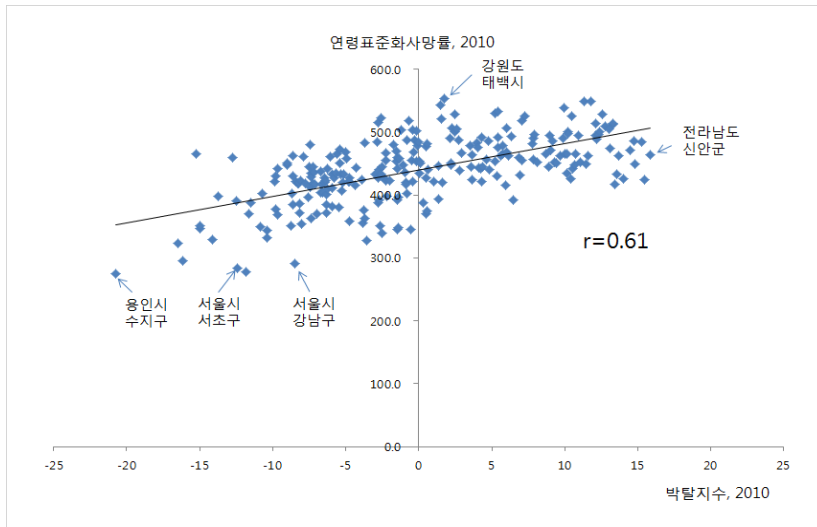
[그림 5-13] 시군구별 지역박탈지수의 10분위 분포



2010년을 기준으로 가장 낮은 박탈지수를 보이는 곳은 용인시 수지구이며, 가장 높은 박탈지수를 보이는 곳은 전라남도 신안군이었다. 수도권 지역의 박탈지수가 특히 낮으며, 군지역 등 농촌 지역의 박탈지수가 높은 특성을 보인다.

이렇게 산출된 2010년 전국 시군구별 지역박탈지수와 2010년 시군구별 연령표준화사망률와의 관계를 살펴보았다. 지역박탈지수와 연령표준화사망률 간에는 강한 양의 상관관계를 보였으며, 상관계수는 0.61이었다. 이는 지역박탈지수가 지역의 건강수준과 밀접한 연관성이 있음을 보여주는 것이다. 하지만, 지역박탈지수 외의 다른 지역적 특성들이 지역의 건강수준에 관계하는 부분도 있다는 점을 고려해야 한다. 특히, 서울특별시 서초구, 강남구 등은 박탈지수의 값에 비해서도 낮은 연령표준화사망률을 보이고 있으며, 강원도 태백시는 박탈지수의 값에 비해 높은 연령표준화사망률을 나타내었다.

[그림 5-14] 시군구별 지역박탈지수의 10분위 분포



제3절 건강행태

1. 흡연

가. 지표 중요성

국내 보고된 건강불평등 지표에 의하면, 저소득의 흡연율의 감소폭이 고소득자들의 감소에 비해 낮게 나타났다. 미국의 보고서에서도 고소득자들은 금연 확률이 높고 금연 클리닉 방문자 중 금연 성공률이 높다고 보고한 바 있다. 저소득층의 금연 성공률을 높이기 위해서는 금연 행위와 금연 환경 조성에 불평등 요소를 모니터링하는 것이 필요하다.

나. 지표 현황

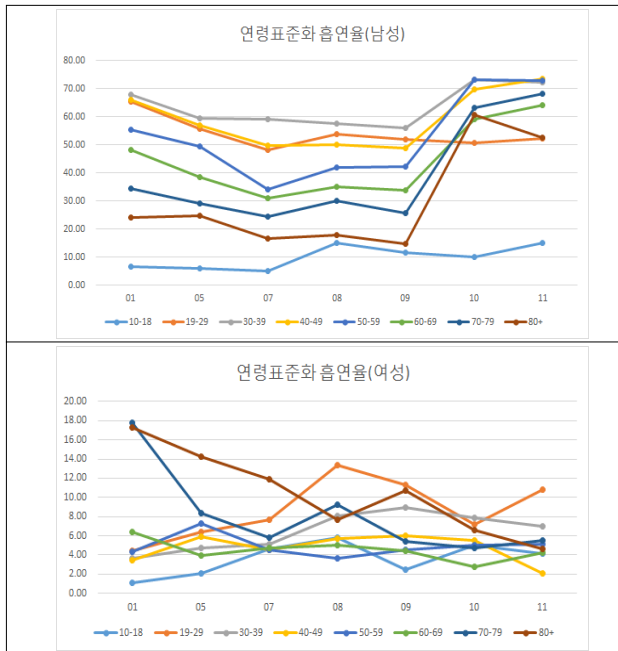
1) 현재흡연율(성인)

연령표준화 전 남성 흡연율에서는 2001년도부터 2011년도까지 크게 변화하는 경향은 확인할 수 없었으며, 30대에서 흡연율이 가장 높았고, 다음으로 20대와 40대에서 높은 흡연율을 보이고 있었다. 여성에서는 70대 이상 노인을 제외하고는 남성에 비해 낮은 수준의 흡연율을 보였고, 2008년도에 접어들면서 약간 증가하는 경향을 나타내고 있었다. 20대에서 크게 증가하였다. 70대 이상 여성 노인에서는 2001년도에 18%에 달하는 높은 흡연율이 보였다가 이후 감소 추세를 나타내고 있다.

연령표준화 후에도 30대 남성에서 가장 높은 흡연율을 보이고 있는 것은 유사했으나, 2010년에서 거의 모든 연령 그룹에서 흡연율이 급격히

상승하는 것을 확인했고, 이러한 경향은 2011년 조사까지 이어지고 있었다. 여성에서는 연령표준화 후에도 비슷한 양상을 보이고 있었다.

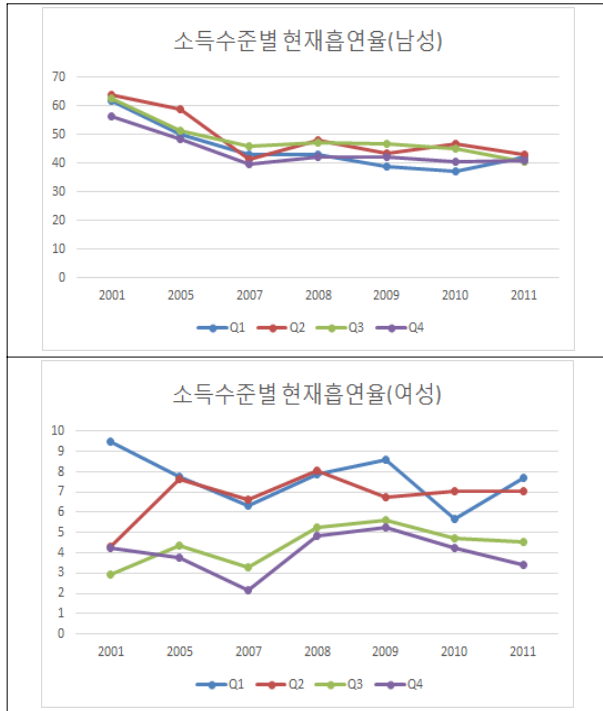
[그림 5-15] 연령별 표준화 흡연율



주: 연령표준화는 2005년 추계인구를 기준으로 함.
자료: 국민건강영양조사 2001~2011.

남성에서는 소득수준에 따른 흡연율의 큰 차이는 나타나지 않았으며, 2분위 그룹에서 약간 높게 나타나는 것을 확인할 수 있다. 여성에서는 가구소득 그룹간의 변이와 조사년도간의 변이가 매우 큰 것으로 나타났고, 흡연율이 가장 높았던 1분위 그룹을 제외하고는 소폭 상승한 경향을 확인할 수 있다. 주로 가구소득이 낮은 그룹(1, 2 분위)에서 흡연율이 높게 나타났다.

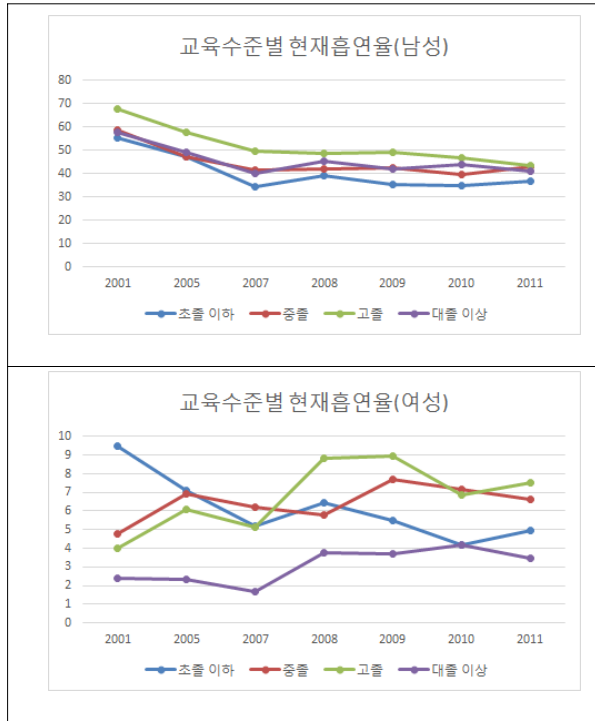
[그림 5-16] 소득수준별 흡연율



주: 연령표준화는 2005년 추계인구를 기준으로 함.
 자료: 국민건강영양조사 2001~2011.

교육수준별 현재흡연율을 보면, 남성에서는 교육수준에 따른 흡연율의 차이는 크게 확인할 수 없으며, 다만 고등학교 졸업의 학력을 가진 그룹에서 흡연율이 다소 높게 나타났다. 여성에서는 소득수준별 결과와 마찬가지로 그룹 간의 변이와 조사연도간의 변이가 매우 큰 것을 확인할 수 있고, 초등학교 졸업 이하 그룹을 제외하고는 흡연율이 증가하는 것으로 나타났다. 남성에서와 마찬가지로 고등학교 졸업군에서 다소 높은 흡연율을 보이고 있었으며, 대학교 졸업 이상의 그룹에서는 확연히 낮은 흡연율을 확인할 수 있다.

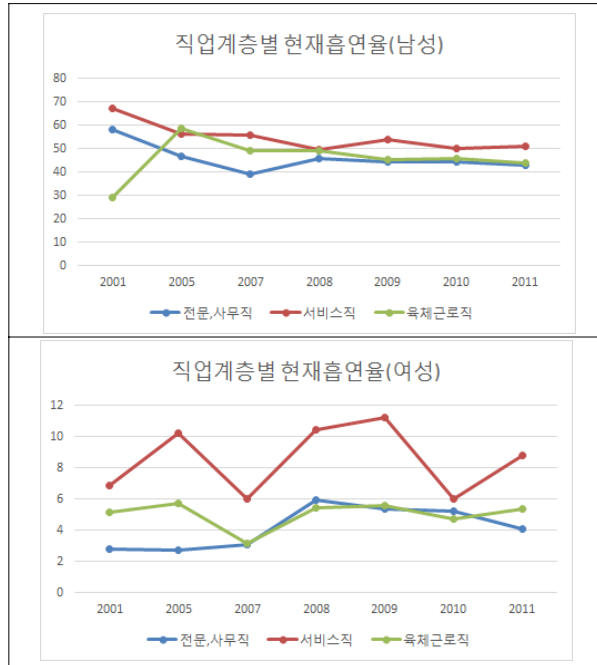
[그림 5-17] 교육수준별 흡연율



주: 연령표준화는 2005년 추계인구를 기준으로 함.
자료: 국민건강영양조사 2001~2011.

직업계층별 현재흡연율을 보면, 남성에서는 종사하는 직종에 따른 큰 차이는 없었으며, 서비스직 종사자에서 약간 높은 흡연율을 보이고 있었고, 전체 흡연율은 약간 감소하다가 유지되는 경향을 나타내고 있었다. 여성에서는 조사연도간의 변이가 매우 크게 나타났으며, 주로 서비스직에서의 흡연자의 비율이 매우 높은 것으로 나타났다.

[그림 5-18] 직업별 표준화 흡연율

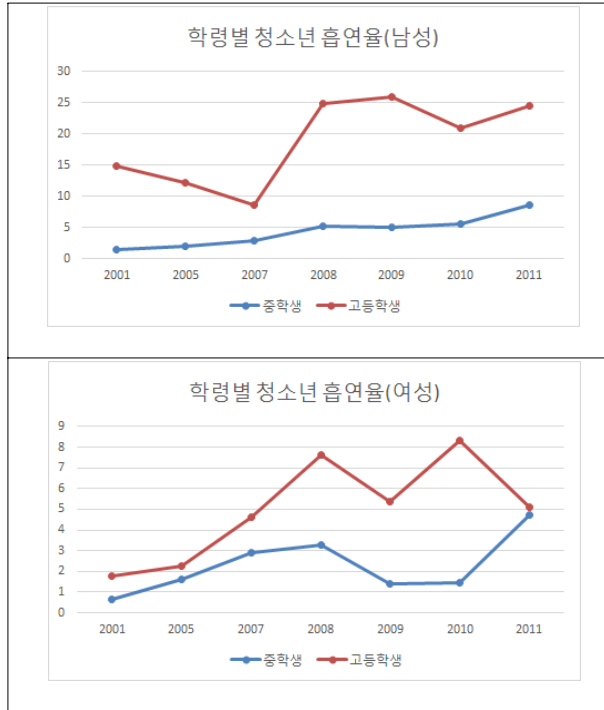


주: 연령표준화는 2005년 추계인구를 기준으로 함.
 자료: 국민건강영양조사 2001~2011.

2) 현재흡연율(청소년)

학령별 청소년 흡연율을 보면, 남자 청소년에서는 중학생과 고등학생 간의 흡연율의 차이가 매우 크게 나타났다. 중학생의 흡연율은 2001년 이후로 조금씩 증가하여, 2011년 당시 10%에 못 미치는 수치를 보인 반면, 고등학생에서는 약간 감소 후에 급격히 증가 하여 약 25%에 달하는 매우 높은 수치를 나타내고 있었다. 여자 청소년에서는 2009년에 들어 다소 감소하였지만, 대체로 증가하는 추세를 보이고 있었으며, 남자 청소년과 마찬가지로 고등학생에서 더 높은 흡연율을 보이고 있었다.

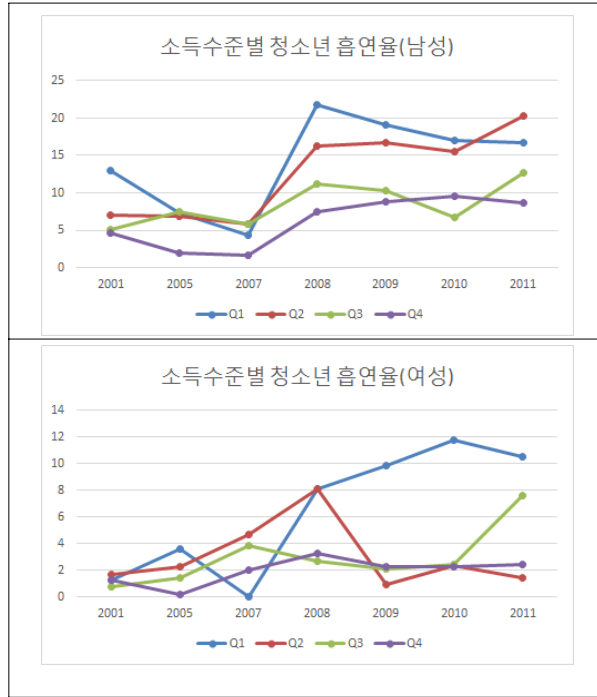
[그림 5-19] 청소년 학령별 표준화 흡연율



주: 연령표준화는 2005년 추계인구를 기준으로 함.
 자료: 국민건강영양조사 2001~2011.

가구소득수준에 따른 흡연율의 차이를 보면, 남자 청소년에서 2007년 까지는 감소하는 경향을 보이다가 2008년 급격히 증가하였고, 대체로 증가하는 추세를 보이고 있으며, 성인에서와 마찬가지로 저소득 그룹(1분위와 2분위)에서 더 높은 흡연율을 보이고 있었다. 여자 청소년의 흡연율은 소득수준이 가장 낮은 그룹(1분위)에서는 2007년 이후로 급격히 증가하여 그 증가 추세가 계속 이어지고 있는 것을 확인할 수 있으며, 고소득 그룹(4분위)에서는 조사연도간의 변이가 보이지 않고 대체로 낮은 흡연율을 보인 반면, 그 외 그룹에서는 변이가 매우 큰 것을 확인할 수 있다.

[그림 5-20] 청소년 소득수준별 표준화 흡연율

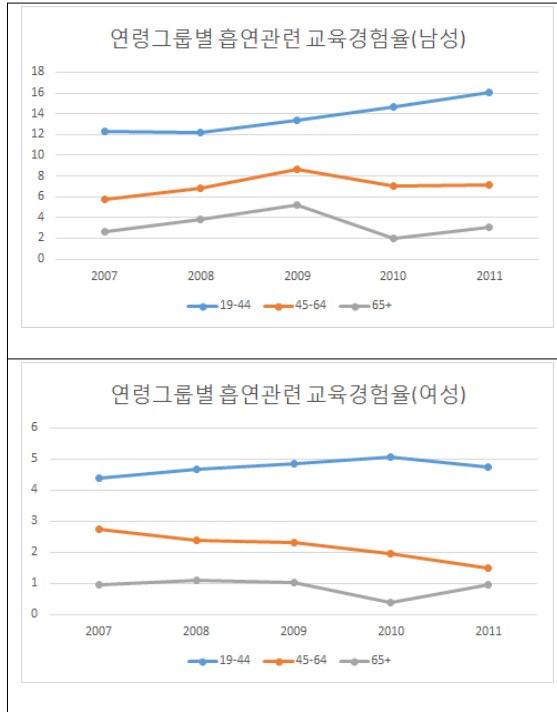


주: 연령표준화는 2005년 추계인구를 기준으로 함.
 자료: 국민건강영양조사 2001~2011.

3) 흡연예방 및 금연관련 교육 경험률

연령그룹(19-44세, 45-64세, 65세 이상)에 따른 경험률의 차이를 보면, 남성에서는 조사연도에 따라 약간 증가하는 양상을 보였고, 청년층(19-44세)에서 교육 경험률이 다른 연령그룹에 비해 월등히 높은 것은 확인할 수 있으며, 연령이 증가함에 따라 교육의 경험률이 낮아지는 것을 확인할 수 있다. 여성에서도 남성과 비슷한 양상을 확인할 수 있으나, 조사연도가 지남에 따라 약간 감소하는 추세를 나타내고 있다.

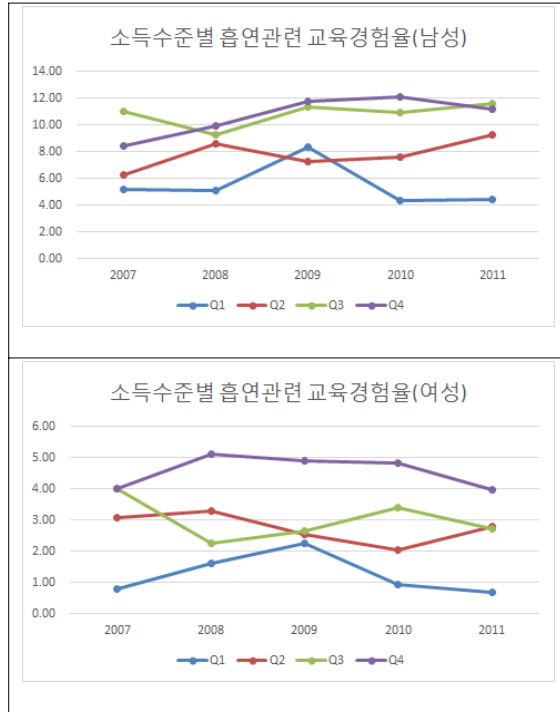
[그림 5-21] 연령그룹별 흡연관련 교육 경험률



자료: 국민건강영양조사 2007~2010.

가구소득수준에 따른 교육 경험률의 차이를 보면, 남성에서는 소득수준이 높은 그룹(3, 4분위)에서 소득수준이 낮은 그룹에 비해 흡연관련교육을 경험하는 경우가 더 높게 나타났고, 소득수준 1분위 그룹을 제외하고는 그 수치가 점차 증가하는 것을 확인할 수 있다. 여성에서는 소득수준이 가장 높은 그룹(4분위)에서 교육 경험률이 높게 나타났고, 소득수준이 가장 낮은 그룹에서의 경험률은 낮게 나타났다. 그 외 그룹에서는 다소 변이가 있기는 하지만 대체로 비슷한 경향을 보이고 있었다.

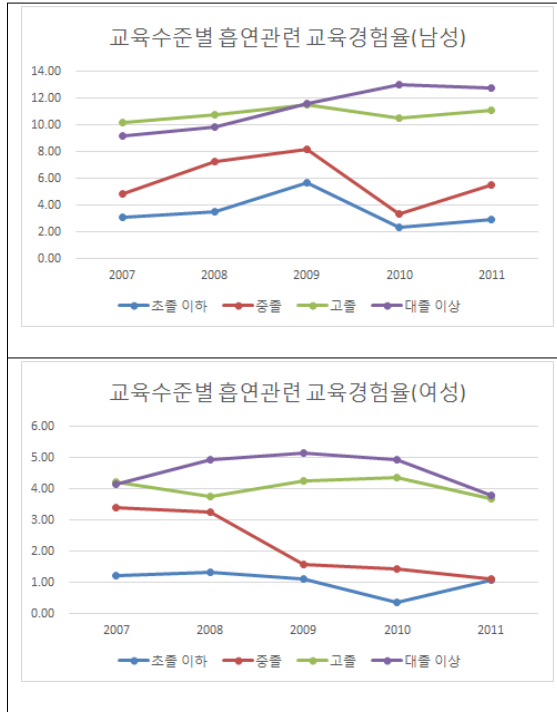
[그림 5-22] 소득수준별 흡연관련 교육 경험률



자료: 국민건강영양조사 2007~2010.

교육수준에 따른 교육 경험률의 차이를 보면, 남성에서는 고등학교 졸업과 대학교 졸업 이상의 그룹에서 높은 경험률을 보이고, 계속해서 증가하는 추세를 보이는 반면, 교육수준이 낮은 그룹에서는 상대적으로 낮은 경험률과 함께 다소 감소하는 경향을 나타내고 있었다. 이러한 경향은 여성에서도 비슷하게 나타나는 것을 확인할 수 있다.

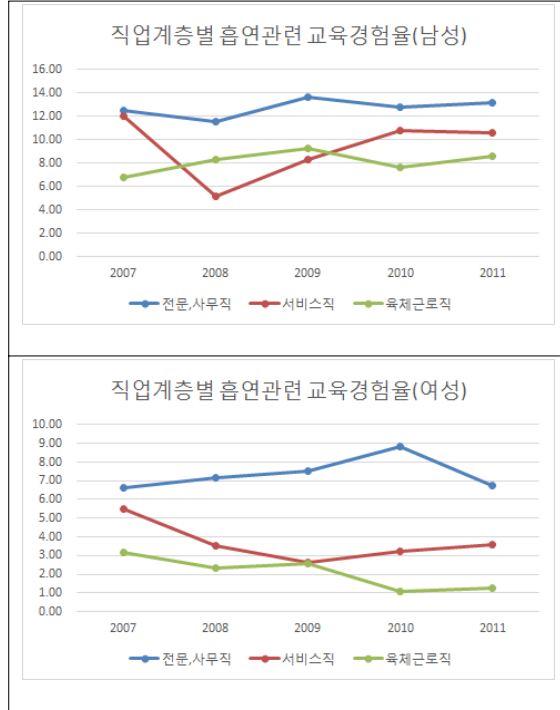
[그림 5-23] 교육수준별 흡연관련 교육 경험률



자료: 국민건강영양조사 2007~2010.

직업계층에 따른 교육 경험률의 차이를 보면, 남성에서의 경험률은 시간이 경과함에 따라 증가하는 양상을 보이고 있으며, 경험률은 전문, 사무직 그룹에서 높게 나타났다. 전문, 사무직 그룹에서의 높은 교육 경험률과 증가 추세는 여성에서도 확인할 수 있지만, 그 외의 서비스직과 육체 근로직에서는 낮은 경험률과 함께 감소 추세를 확인할 수 있다.

[그림 5-24] 직업계층별 흡연관련 교육 경험률

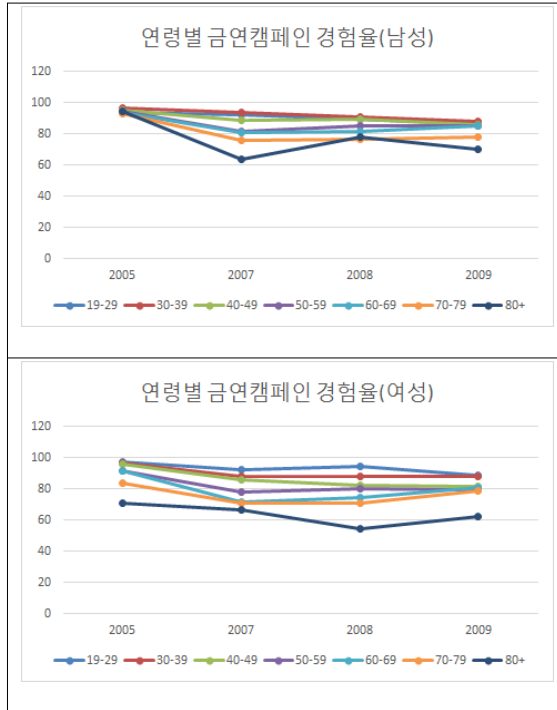


자료: 국민건강영양조사 2007~2010.

4) 금연캠페인 경험률

남성과 여성에서 모두 조사 연도에 따른 변이가 거의 없는 것은 확인할 수 있다. 그리고 20~30대 청년층에서 다소 높은 경험률을 보이고, 이는 연령이 증가함에 따라 감소하는 경향을 보이고 있었으며, 특히 80대 남성 노인, 여성 노인 모두에서 상대적으로 낮은 캠페인 경험률을 나타내고 있었다.

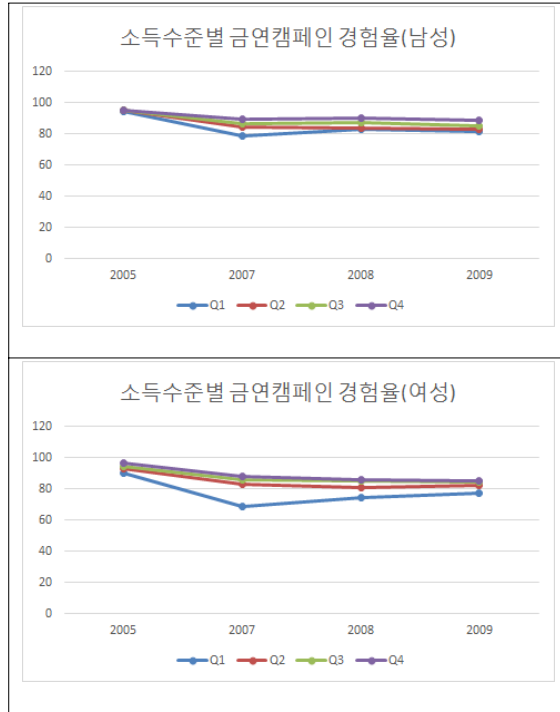
[그림 5-25] 연령별 금연 캠페인 인지율



자료: 국민건강영양조사 2005~2009.

가구소득수준에 따른 캠페인 경험률의 차이를 보면, 남성과 여성에서 소득 수준에 따른 경험률의 차이가 크지 않은 것을 확인할 수 있다. 다만 여성의 경우 소득수준이 가장 낮은 그룹(1분위)에서 다소 낮은 경험률을 나타내고 있었다.

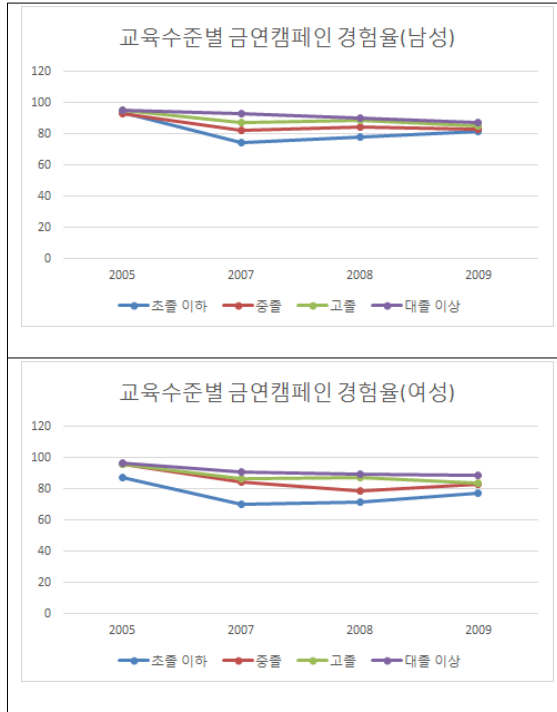
[그림 5-26] 소득수준별 금연 캠페인 인지율



자료: 국민건강영양조사 2005~2009.

교육수준에 따른 캠페인 경험률의 차이를 보면, 이것 또한 남, 여 모두에서 조사연도간의 변이 없이 거의 일정하게 유지되는 경향을 나타내고 있었고, 여성에서 보면, 소득수준이 가장 낮은 그룹(1분위)에서 약간 낮은 경험률을 보이고 있었다.

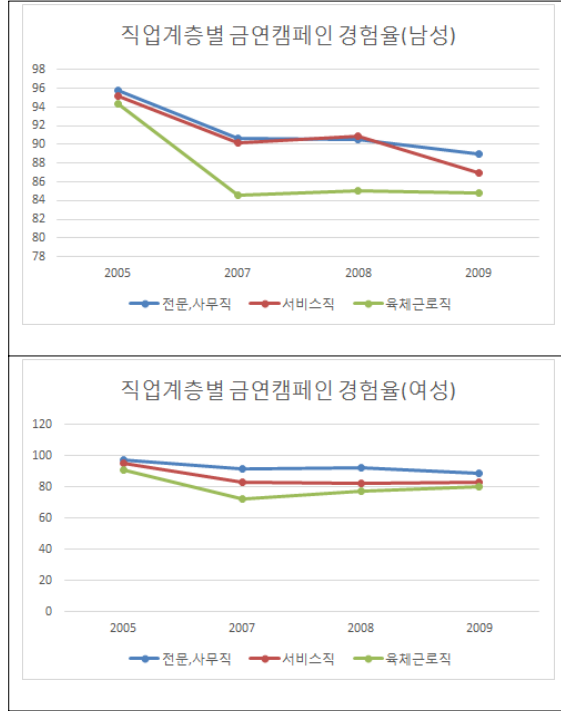
[그림 5-27] 교육수준별 금연 캠페인 인지율



자료: 국민건강영양조사 2005~2009.

직업계층에 따른 캠페인 경험률의 차이를 보면, 남성에서는 시간이 경과함에 따라 경험률이 감소하는 경향을 나타내고 있었고, 육체 근로직에 비해 전문, 사무직과 서비스직에서 높은 경험률을 나타내고 있었다. 그렇지만 여성에서는 그룹간의 차이가 미미하고, 변화 없이 유지되고 있는 양상을 나타내고 있었다.

[그림 5-28] 직업계층별 금연 캠페인 인지율



자료: 국민건강영양조사 2005~2009.

2. 음주

가. 지표 중요성

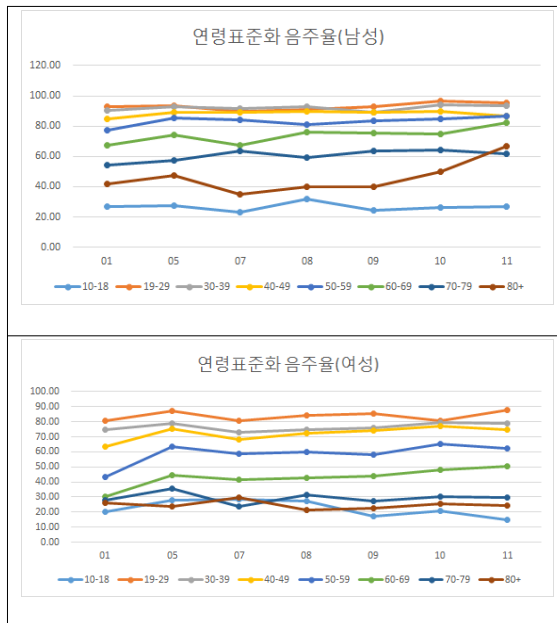
음주의 건강불평등은 잘 알려져 있지는 않다. 사회계층이 높은 집단에서 음주 확률이 더 높게 나타나기도 한다. 사회적 지위에 따라 고위험 음주율이나 절주 관련 교육 경험의 기회가 다르게 나타나는지를 평가하는 것은 그래서 더 중요하다.

나. 지표 현황

1) 현재음주율(성인)

연령에 따른 음주율의 차이를 보면(연령표준화 전), 조사연도 간 큰 변이 없이 대체로 일정한 양상을 보이고 있었고, 20~40대에서 90%를 넘는 매우 높은 음주율을 보이고 있었으며, 연령이 증가함에 따라 음주율이 낮아지는 것은 확인할 수 있었다. 이러한 경향은 여성의 음주율에서도 비슷하게 나타나고 있다. 이러한 양상은 연령표준화 후에도 유사한 것을 확인할 수 있다.

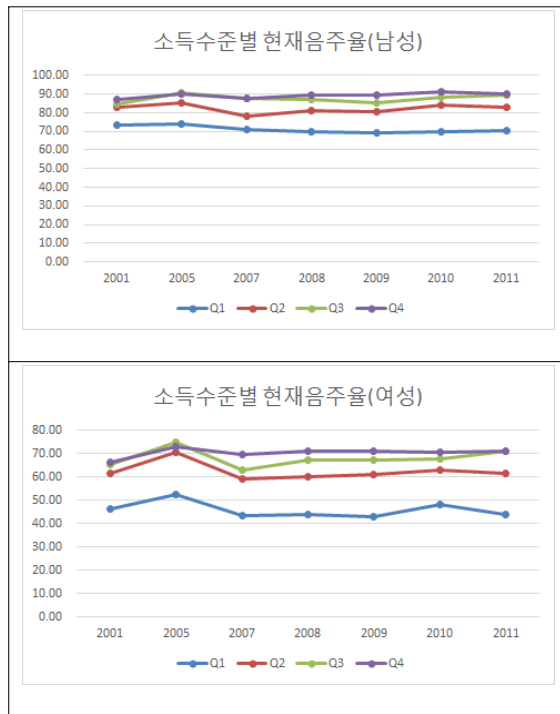
[그림 5-29] 연령별 연령표준화 현재 음주율



자료: 국민건강영양조사 2001~2011,
연령표준화 기준인구: 2010년 추계인구

가구소득수준에 따른 현재음주율의 차이를 보면, 남성과 여성 모두에서 증가하거나 감소하지 않고 일정한 양상을 나타내고 있었다. 그리고 소득수준이 높은 그룹(4분위)에서 가장 높은 음주율(남성: 약 90%, 여성: 약 70%)을 보이고 있었고, 소득수준이 낮은 그룹으로 갈수록 음주율이 감소하는 것으로 나타났다.

[그림 5-30] 소득수준별 연령표준화 현재 음주율

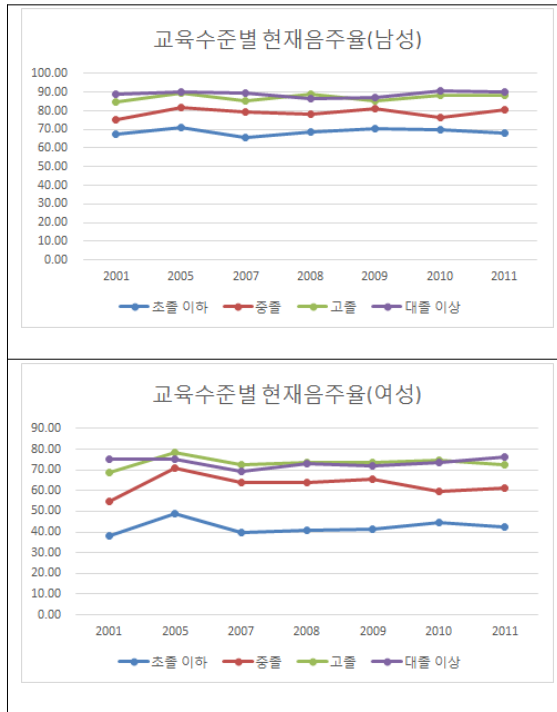


자료: 국민건강영양조사 2001~2011,
연령표준화 기준인구: 2010년 추계인구

교육수준에 따른 현재음주율의 차이를 보면, 다른 변수들과 마찬가지로 남성과 여성에서 매우 높은 음주율에서 일정하게 유지되고 있는 것을

확인할 수 있다. 그리고 교육수준이 높은 그룹(고등학교 졸업, 대학교 졸업 이상)에서 높은 음주율을 보이고 있었고, 교육수준이 낮아질수록 음주율이 감소하는 것을 확인할 수 있다.

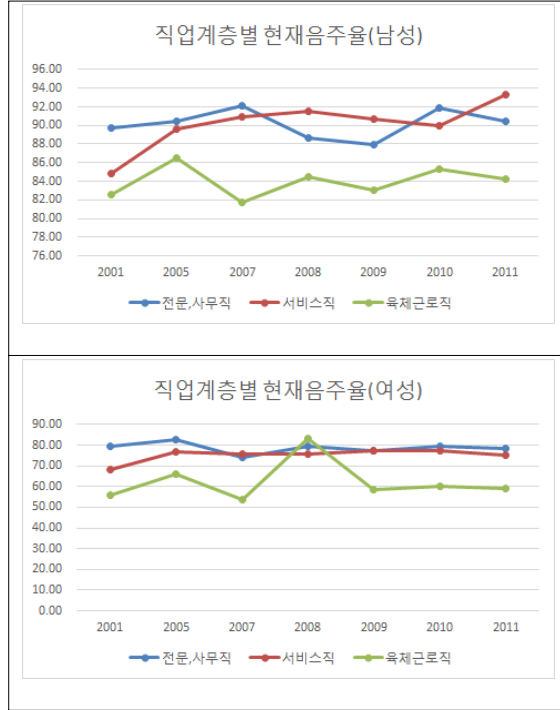
[그림 5-31] 교육수준별 연령표준화 현재 음주율



자료: 국민건강영양조사 2001~2011,
연령표준화 기준인구: 2010년 추계인구

직업계층에 따른 현재음주율의 차이를 보면, 조사연도에 따른 변이가 약간 나타나고 있지만, 남녀 모두에서 전문, 사무직과 서비스직에서 매우 높게 나타나고, 육체 근로직에서는 상대적으로 낮은 음주율을 나타내고 있었다.

[그림 5-32] 직업계층별 연령표준화 현재 음주율

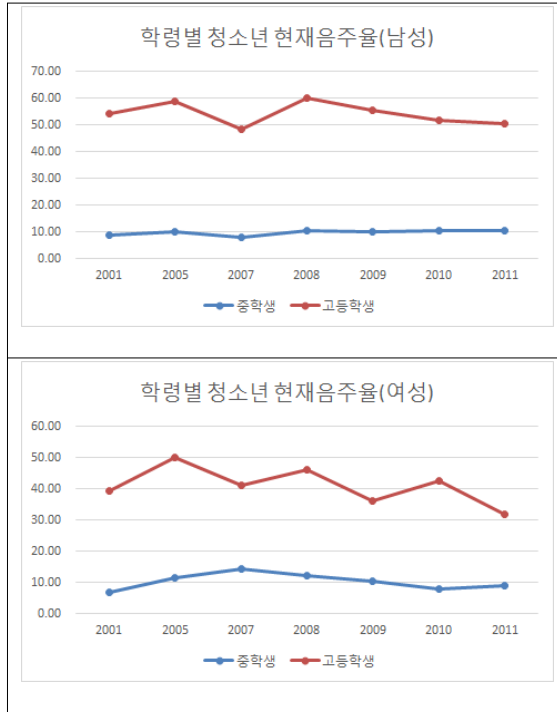


자료: 국민건강영양조사 2001~2011,
연령표준화 기준인구: 2010년 추계인구

2) 현재음주율(청소년)

남자 청소년에서 중학생의 현재음주율은 10% 내외였던 반면, 고등학생의 현재음주율은 50%이상으로 매우 높게 나타났고, 시간이 흐름에 따라 큰 변화 없이 계속해서 유지되고 있었다. 이러한 경향은 여자 청소년에서도 나타났지만, 여자 청소년에서 중학생의 음주율은 남자 청소년과 비슷했고, 고등학생의 음주율이 남자 청소년에 비해 약간 낮게 나타났다.

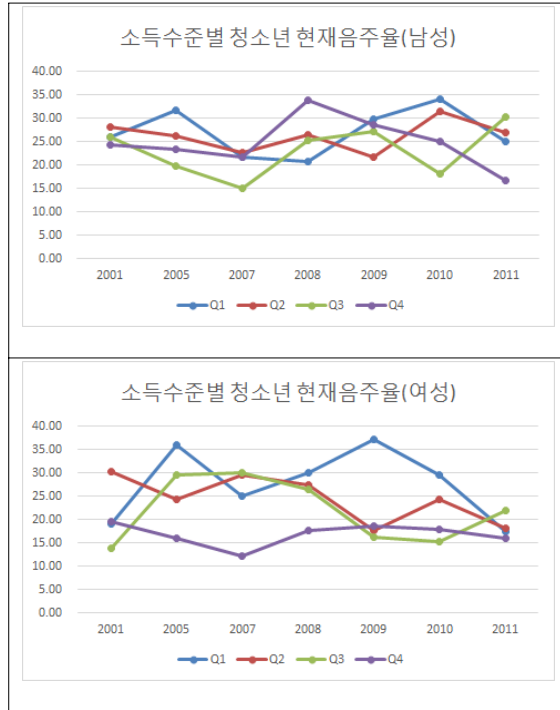
[그림 5-33] 청소년 연령표준화 현재음주율



자료: 국민건강영양조사 2001~2011,
연령표준화 기준인구: 2010년 추계인구

가구소득수준에 따른 음주율의 차이를 보면, 남녀 청소년 모두에서 조사연도에 따른 변이가 크게 나타나는 것을 확인할 수 있다. 남자 청소년에서는 가구소득 수준에 따른 일정한 패턴이 없이 음주율의 증가와 감소를 반복하고 있었으며, 여자 청소년에서도 마찬가지로 나타났지만, 여자 청소년의 경우 소득수준이 가장 높은 그룹에서 상대적으로 낮았고, 소득수준이 낮은 그룹에서 높은 음주율을 보이고 있는 것을 확인할 수 있다.

[그림 5-34] 청소년의 소득수준별 연령표준화 현재 음주율

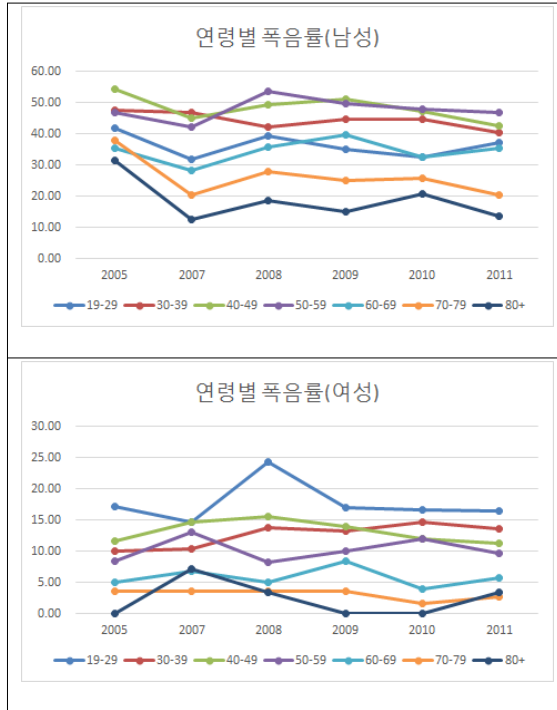


자료: 국민건강영양조사 2001~2011,
연령표준화 기준인구: 2010년 추계인구

3) 폭음빈도

주 1회 이상 음주를 하는 대상자를 폭음군으로 분류하였다. 연령에 따른 폭음률의 차이를 보면, 30~40대의 청장년층에서 높은 폭음률을 보이고 있었고, 연령이 증가함에 따라 낮은 폭음률을 보이는 것을 확인할 수 있다. 여성에서는 20대에서 상대적으로 높은 폭음률을 보이고 있었고, 여성 또한 연령이 증가함에 따라 폭음률이 낮아지는 것을 확인할 수 있다.

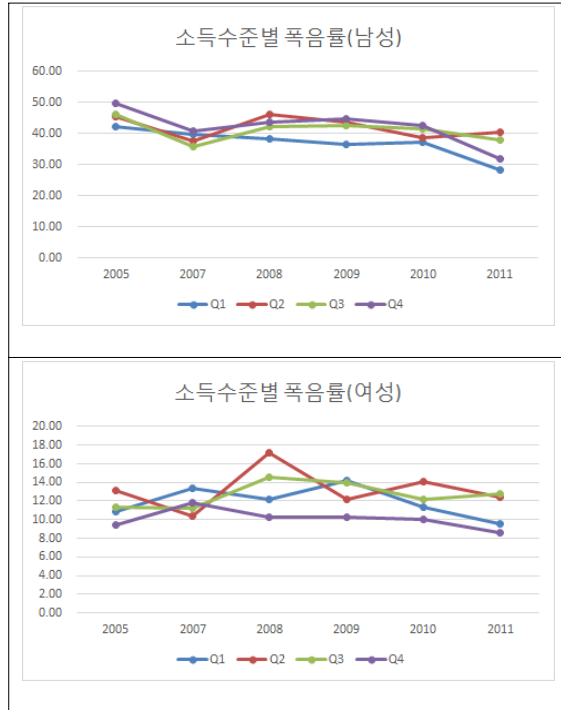
[그림 5-35] 연령별 폭음률



자료: 국민건강영양조사 2005~2011.

가구소득수준에 따른 폭음률의 차이를 보면, 남성에서는 2010년까지 일정하게 유지되다가 소득수준이 높은 그룹(3, 4분위)에서는 감소하는 추세를 보였으며, 소득수준이 낮은 그룹(1, 2분위)에서는 약간 증가하거나, 약간 감소하는 경향을 보였다. 여성에서는 조사연도간의 변이가 약간 있었고, 소득수준이 가장 높은 그룹(4분위)에서 다소 낮은 폭음률을 보이고 있었다.

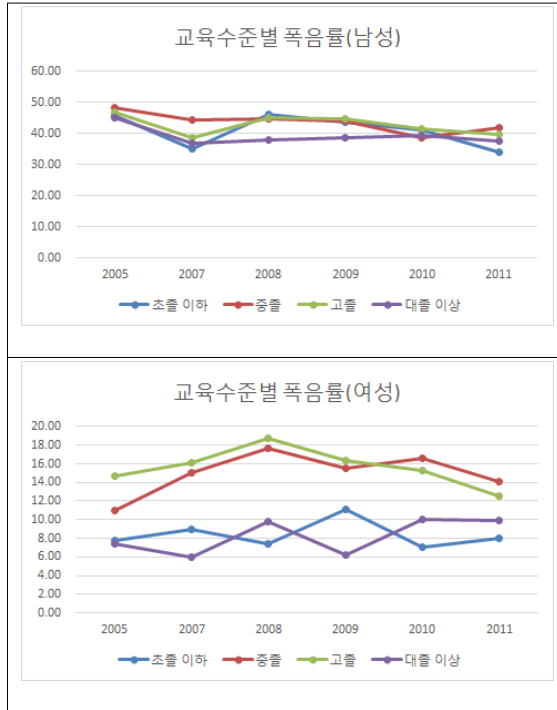
[그림 5-36] 소득수준별 폭음률



자료: 국민건강영양조사 2005~2011.

교육수준에 따른 폭음률의 차이를 보면, 남성에서는 대학교 졸업 이상 그룹에서 약간 낮은 폭음률을 보이고 있을 뿐 비교적 그룹간의 차이가 없는 것으로 나타났다. 반면, 여성에서는 고등학교 졸업과 중학교 졸업군에서 다소 높은 폭음률을 보이고, 초등학교 졸업 이하와 대학교 졸업 이상인 그룹에서는 낮은 폭음률을 보이고 있었다.

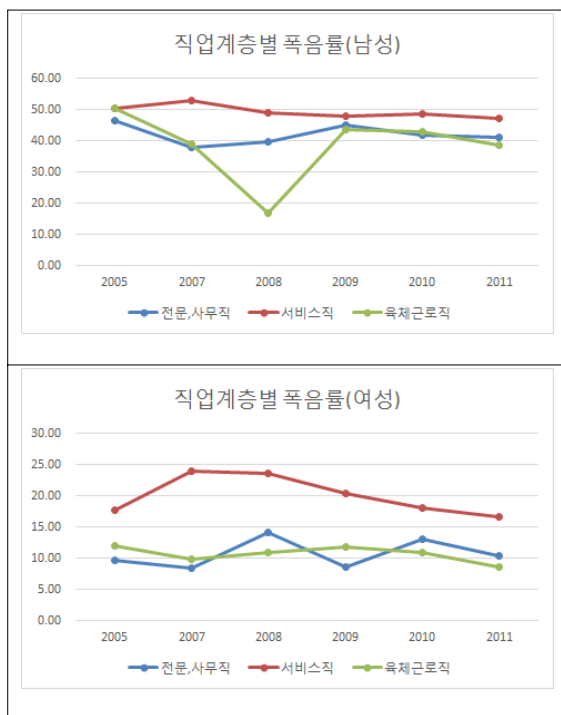
[그림 5-37] 교육수준별 폭음률



자료: 국민건강영양조사 2005~2011.

직업계층에 따른 폭음률의 차이를 보면, 남녀 모두에서 서비스직에 종사하는 그룹에서 폭음률이 높은 것으로 나타났고, 그 외의 직업계층군에서는 그에 비해 낮은 폭음률을 나타내고 있었다. 그리고 전체적인 폭음률은 약간 감소하는 경향을 보이고 있었다.

[그림 5-38] 직업계층별 폭음률

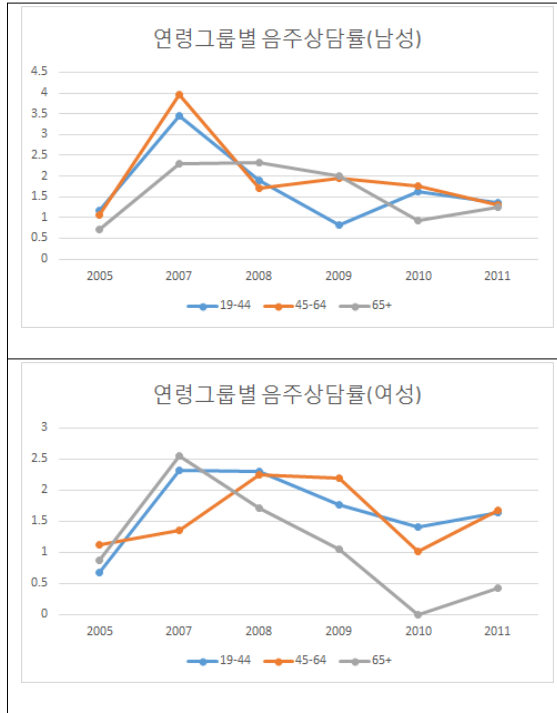


자료: 국민건강영양조사 2005~2011.

4) 음주문제관련 상담 경험률

음주문제로 인한 상담여부를 연령그룹, 가구소득 수준, 교육수준, 직업 계층에 따라 살펴보았다. 연령그룹(19~44세, 45~64세, 65세 이상)에 따른 상담률의 차이를 보면, 장년층 남성(45~64세)에서 약간 높은 음주문제관련 상담 경험률을 보이고 있었고, 시간이 흐름에 따라 감소하는 경향을 보이고 있었다. 여성의 경우에는 연령 그룹간의 편차가 심하게 나타났고, 조사연도가 지남에 따라 감소하는 경향을 나타냈다.

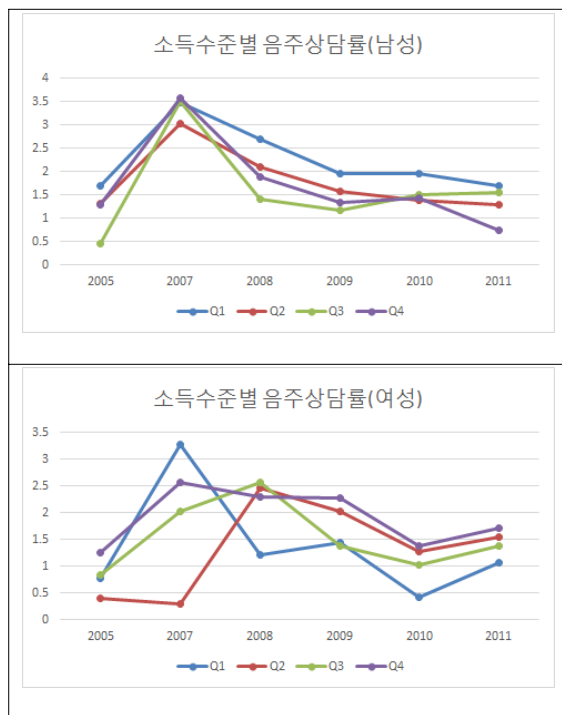
[그림 5-39] 연령별 현재 음주자의 음주 상담 경험률



자료: 국민건강영양조사 2005~2011.

가구소득수준에 따른 상담률의 차이를 보면, 남성에서는 모든 그룹에서 2007년도에 급격히 증가하였다가 이후 감소하는 경향을 나타내고 있었고, 소득 수준이 가장 낮은 그룹(1분위)에서 가장 높은 상담률을 보이고 있었다. 여성에서도 증가하였다가 감소하는 경향을 확인할 수 있으며, 최근에 와서는 소득수준이 높은 그룹에서의 상담률이 더 높은 것으로 나타나고 있다.

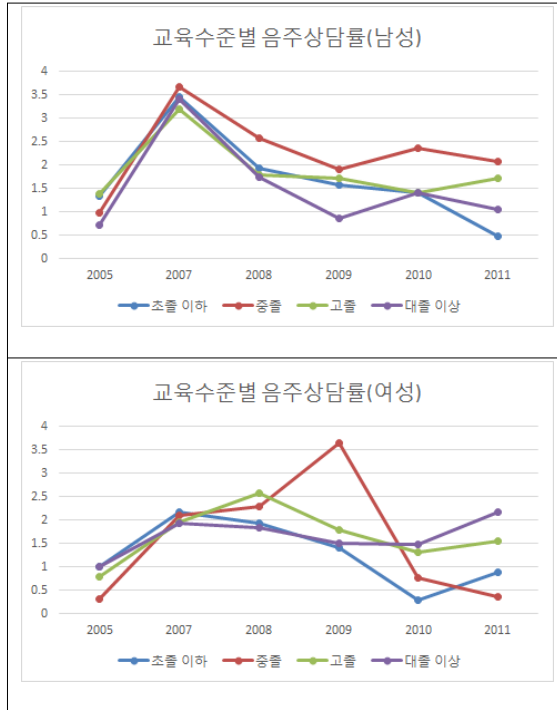
[그림 5-40] 연령별 현재 음주자의 소득수준별 음주관련 상담 경험률



자료: 국민건강영양조사 2005~2011.

교육수준에 따른 상담률의 차이를 보면, 남성에서는 그룹 간 변이 없이 일정하게 급격한 증가 추세를 보이다가 이후 감소하는 양상을 나타내고 있었으며, 중학교 졸업군에서 가장 높은 상담률을 보이고 있었다. 여성에서는 2008년까지 모든 그룹에서 일정하게 증가하는 추세를 보였고, 이후 감소하다가 2011년 들어서 다소 증가하는 양상을 보이고 있다.

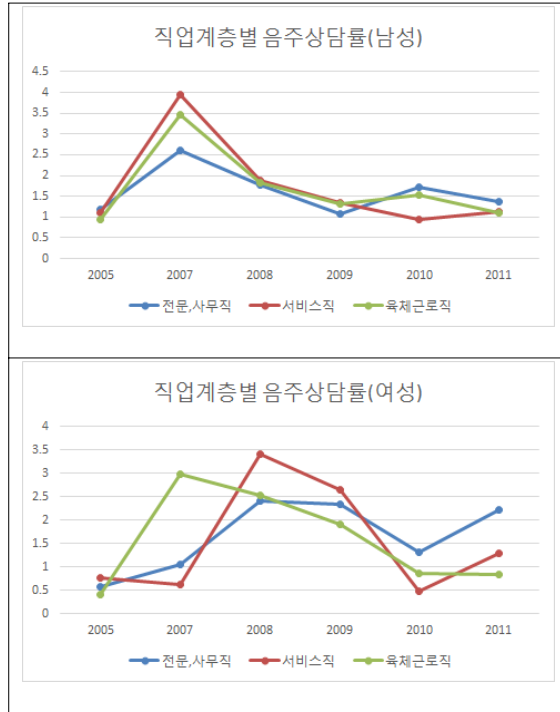
[그림 5-41] 교육수준별 음주자자의 음주상담 경험률



자료: 국민건강영양조사 2005~2011.

직업계층에 따른 상담률의 차이를 보면, 남성에서는 직업계층에 상관 없이 거의 비슷한 양상을 보이고 있었다. 2007년도에 급격한 증가 이후 감소하는 추세를 보이고 있으며, 서비스직에서 약간 높게 나타났다가, 최근에는 전문, 사무직에서 높게 나타나고 있다. 여성에서는 증가하다가 감소하는 추세가 있지만 상담률이 떨어지는 시점의 차이가 확인되고 있으며, 최근 약간 증가하는 양상을 보이고 있다.

[그림 5-42] 직업계층별 현재 음주자의 음주상당 경험률



자료: 국민건강영양조사 2005~2011.

3. 신체활동

가. 지표 중요성

건강불평등에 관한 기존 연구들에서 사회경제적 위치에 따라 신체활동이 달라진다고 보고하였다. 국내 건강불평등 보고서들에 따르면, 가계 소득수준이 높을수록 적절한 운동 실천의 비율이 높은 것으로 나타났다. 운동실천은 건강증진의 중요한 요소이자 사회참여의 기초요소가 되기도 한다. 따라서 건강수명에 주는 영향도 크다. 신체활동에 대한 불평등을 모니터링하는 것이 중요하다.

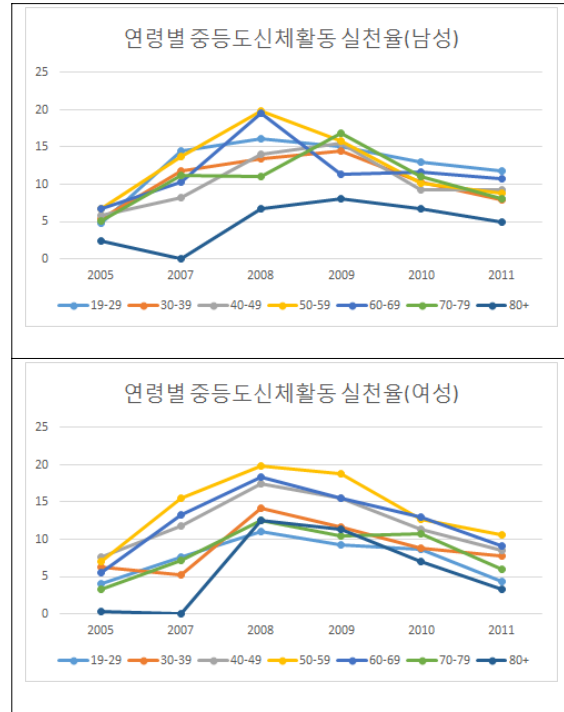
나. 지표 현황

1) 중등도 신체활동 실천율

1회 운동 시 30분 이상 지속하고, 한 주에 5번 이상 운동을 하는 규칙적인 중등도 신체활동의 실천율을 확인해보았다. 이 때, 중등도 신체활동은 천천히 하는 수영, 복식 테니스, 배구, 배드민턴, 탁구, 가벼운 물건 나르기 등의 직업 활동 및 체육활동을 포함하되, 걷기는 제외한다.

연령별 신체활동 실천율을 보면, 대체로 2008년까지 증가하다가 이후 감소하는 양상을 나타내고 있었다. 남성의 경우 80대 이상 고령노인에서의 신체활동 실천율이 확연히 낮은 것을 제외하고는 대체로 비슷한 수준을 보이고 있었고, 여성의 경우 2008년도까지는 연령 그룹간의 편차가 다소 크게 나타나다가, 이후 많이 줄어드는 것을 확인할 수 있다. 그리고 남성과 여성 모두에서 40-60대의 장년층에서의 신체활동 실천율이 더 높게 나타나고 있다.

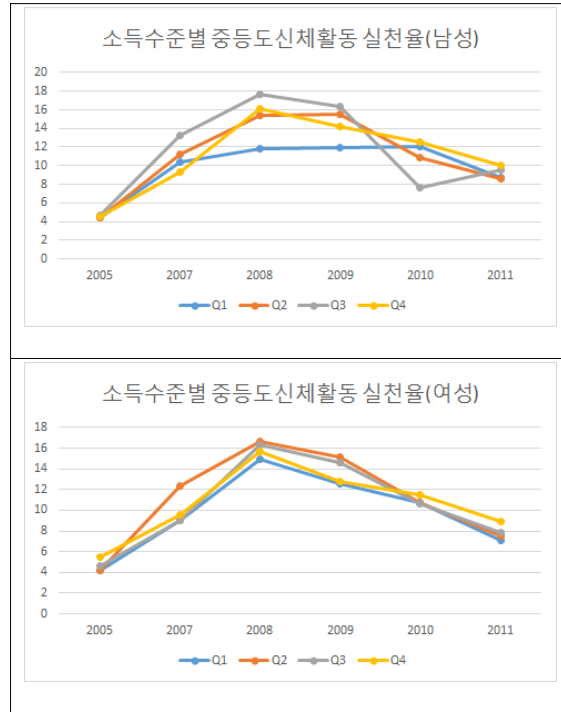
[그림 5-43] 연령별 중등도 신체활동 실천율



자료: 국민건강영양조사 2005~2011.

여성의 경우 소득수준에 따른 그룹간의 변이가 거의 나타나지 않으며, 2분위 그룹에서 약간 높은 정도의 실천율을 나타내고 있다. 반면, 남성에서는 그룹 간의 편차가 약간 나타나고 있다. 소득 3분위 그룹에서 다소 높은 실천율은 보이고 있다가, 2011년 들어서는 모든 그룹에서의 실천율이 비슷해지고 있다. 그리고 특히 소득 1분위 그룹에서 다른 그룹에 비해 낮은 신체활동 실천율을 보이고 있다.

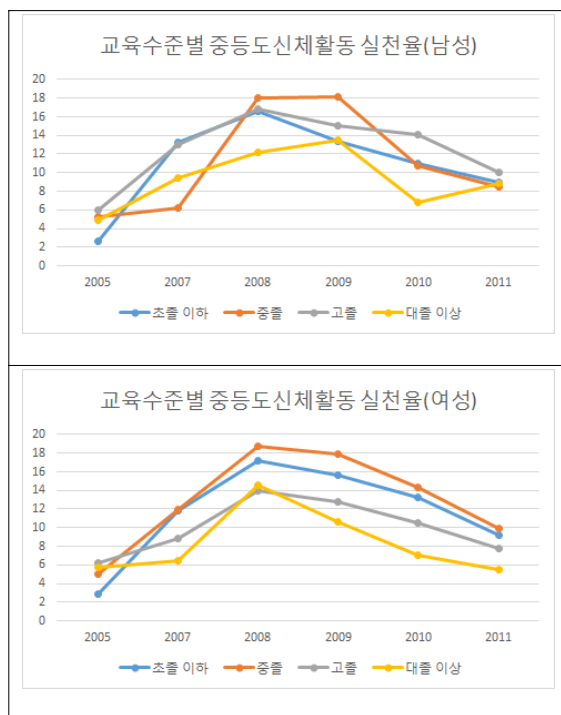
[그림 5-44] 소득수준별 중등도 신체활동 실천율



자료: 국민건강영양조사 2005~2011.

교육수준에 따른 신체활동 실천율을 보면, 여성에서는 고등학교 졸업, 대학교 졸업 이상인 그룹에 비해, 초등학교 졸업 이하 및 중학교 졸업 그룹에서 높은 실천율을 나타내고 있었다. 이러한 차이는 감소하는 추세 속에서도 유지되고 있는 것을 확인할 수 있다. 남성에서는 그룹 간의 편차가 매우 큰 편으로, 모든 그룹에서 증가하는 양상을 보이다가 이후 감소하는 경향을 보이고 있으며, 특히 대학교 졸업 이상인 그룹에서 더 낮은 실천율을 나타내고 있었다.

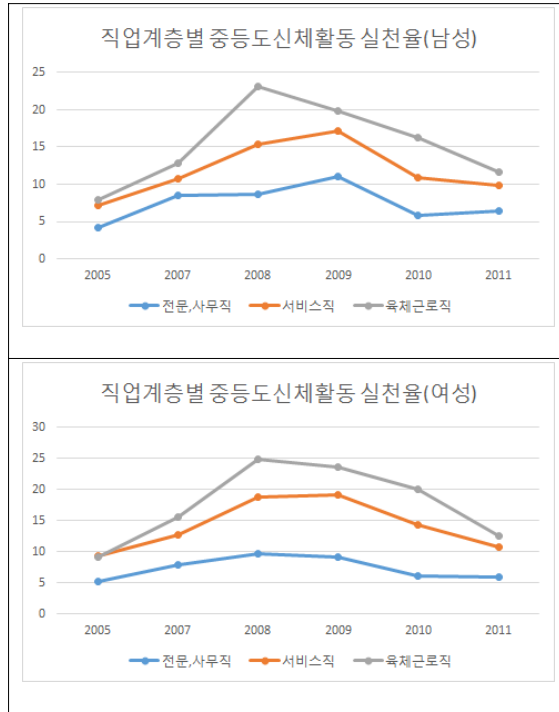
[그림 5-45] 교육수준별 중등도 신체활동 실천율



자료: 국민건강영양조사 2005~2011.

직업계층에 따른 신체활동 실천율을 보면, 남성과 여성 모두에서 전문직 및 사무직에 비해 육체 근로직에서 매우 높은 실천율을 나타내고 있는 것을 확인할 수 있다. 실천율의 차이는 업무상 육체적 근로나 업무량이 많은 순으로 나타나고 있다(육체 근로직>서비스직>전문, 사무직).

[그림 5-46] 직업계층별 중등도 신체활동 실천율



자료: 국민건강영양조사 2005~2011.

제4절 건강결과

1. 지표의 중요성

본 연구에서는 건강결과의 주요 지표로 건강 및 유병상태, 기대여명, 건강수명, 총 사망 불평등, 주요 사망원인별 사망 불평등, 자살생각, 자살 시도 등을 선정하였다.

주관적 건강에 대해서는 자가평가 건강수준 조사를 통해 나쁜 자가평가 건강(poor self rated health) 경험율을 선정하였다. 질병 영역에서는 30세 이상 의사진단 고혈압 유병률을 선정하였다.

각각의 지표는 ‘국민건강영양조사’와 ‘지역사회건강조사’를 통해 국가 대표 통계가 꾸준히 생산되고 있는 기반이 있는 자료이다. 그러나 나쁜 자가평가 건강 경험율의 경우 통계가 건강수준 양호의 결과를 제시하고 있기 때문에 이 두 자료원을 이용하여 새로운 결과를 산출할 필요가 지표를 보여준다. 30세 이상 의사진단 고혈압 유병률의 경우 두 자료원을 활용한 대표적 통계집에 대표 지표로 제시되는 지표로서 현재 통계집의 보고 현황을 살펴봄으로써 기존 국가 보건통계를 이용한 건강형평성 모니터링의 가능성을 제시하고, 그 외 다소 부족한 부분에 대해 고찰하고자 하였다.

주요 사망원인은 국내에서 사망률이 높은, 양성 공통 5대 사망원인인 암, 뇌혈관질환, 심장질환, 자살, 당뇨병을 선정하였다. 2012년 통계청에서 발표한 사망원인통계에 따르면, 사망률이 가장 높은 사망원인은 암이었으며, 다음으로 심장질환, 뇌혈관질환, 자살, 당뇨병이 뒤를 이었다(통계청, 2013). 본 연구에서는 총 사망과 더불어, 절대적으로 사망자 수가 많은 사망원인 5개에 대해 분석하였다.

특히, 자살은 2013년 대한민국에서 가장 심각한 보건학의 문제 중의 하나였다. 2011년 통계청 보고에 따르면, 자살은 10대부터 30대까지 연령별 사망원인 1위를 차지하고 있으며, 40대와 50대 역시 자살로 인한 사망이 암에 이어 2위를 차지하고 있다. 또한 65세 이상 노인 인구에서는 이러한 문제는 더욱 심각해서, 35-64세 자살률(인구 10만명당 52.1명)보다 2배 이상 높은 자살률(인구 10만명당 129.1명)을 보이고 있다. 2012년 OECD 보고서에 따르면 한국의 자살률은 러시아나 멕시코 등을 포함한 OECD 34개 국가 중 가장 높다.

[그림 5-47] 2012년 국내 사망원인순위



자료: 통계청(2013). 2012년 사망원인통계.

또한, 지난 30년간 자살률은 가파르게 증가해왔다. 통계청에 따르면, 1992년경까지 대략 인구 10만명당 8.3명의 자살률이 유지되어 오다가, 1992년부터 꾸준히 증가하는 추세를 보인다. 특히 IMF 경제위기를 겪었던 1998년 이후, 2000년부터 자살률은 인구 10만명당 13.6명에서 2012년 인구 10만명당 28.1명으로 가파르게 증가하였다. 이는 자살률의 급격한 증가가 1998년 IMF 경제위기 이후 나타난 사회경제적 변화와 맞닿아있을 가능성을 시사하며, 또한 동시에 사회적 개입을 통해 자살률을 감소시킬 수 있는 가능성을 시사한다.

특히, 자살률의 변화는 사회경제적 지위에 따라 동등하게 나타나지 않는다. Kim et al(2010)의 연구에 따르면, 한국 사회에서 자살률은 교육 수준, 거주지역(시골 VS 도시)에 따라 유의하게 차이가 나는 것으로 나타났다(Kim et al., 2010). 자살률을 낮추기 위한 사회적 개입전략을 개발하고 시행하기 위해서는 전사회적으로 자살률을 높이는 요인을 줄이는 노력을 하는 것과 동시에 자살률이 증가하고 있는 위험 집단을 찾아내고 그 인구집단에 처한 환경에 따른 맞춤형 개입전략을 동시에 수립하는 것

이 중요하다.

2. 지표 현황

가. 주관적 건강과 유병

1) 나쁜 자가평가 건강경험률

전국 수준의 해당 지표 산출을 위해서 질병관리본부가 공개 배포하고 있는 2001년(제2기조사), 2005년(제3기조사), 2007-2009년(제4기조사)의 원자료를 활용하였다. 조사대상 중 만 19세 이상 성인대상의 자료를 이용하였다. ‘국민건강영양조사’는 복합표본설계를 이용하여 표본추출을 하였기 때문에 편향이 없는 결과를 산출하기 위해 층화변수, 집락변수, 가중치를 적용하여 분석한다. ‘국민건강영양조사’의 분석 방법을 따라 2005년 추계인구를 이용하여 연령표준화하였다. 생애주기는 19~24세, 25~44세, 45~64세, 65세 이상으로 구분하였다.

사회경제적 지위에 따른 나쁜 자가평가 건강 경험률을 비교하기 위해 사회경제적 지위로 교육수준, 소득, 직업을 선정하였다. 직업의 경우 65세 미만 연령에서 산출하는데 관리직, 생산직, 서비스직 및 기타로 나누었다. 소득은 개인별 표준화된 변수로서 4분위수에 따라 구분하였다. 교육수준은 65세 미만 연령층에서 중졸 이하, 고졸, 대졸 이상으로 구분하였고, 65세 이상 인구에서는 초졸 이하와 중졸 이상으로 구분하였다.

사회경제적 지위에 따른 율의 격차는 절대적 차이³²⁾와 상대적 차이³³⁾

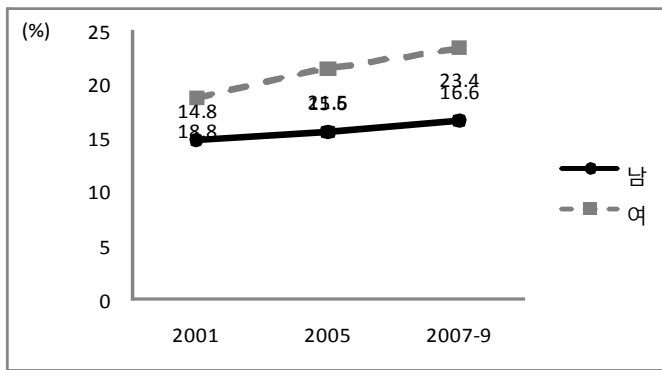
32) 가장 좋은 수준의 집단에서의 율과 가장 열악한 수준의 집단에서의 율의 차이

33) 가장 좋은 수준의 집단에서의 율과 가장 열악한 수준의 집단에서의 율의 비

로 제시하였다.

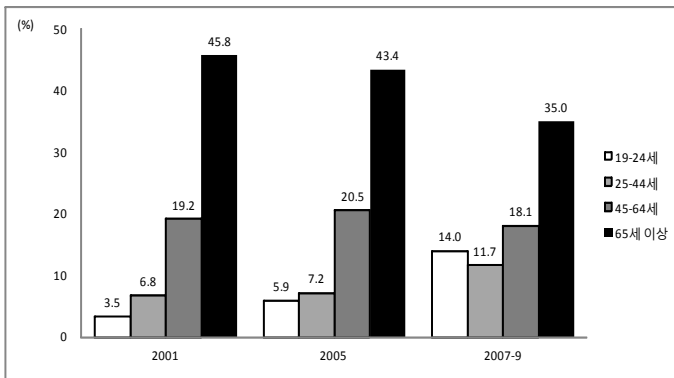
스스로 평가한 건강이 나쁘다고 응답한 비율은 여자가 남성보다 지난 10년간 높은 양상이었다.

[그림 5-48] 지난 10년 간 나쁜 자가평가 건강 경험률의 추이

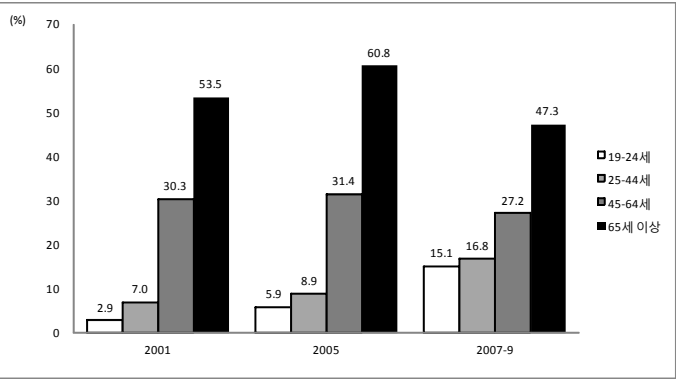


남자와 여자 모두 생애주기별 나쁜 자가평가 건강 경험은 여자에게서 높았다. 남녀 모두 연령이 증가할수록 자가평가 건강 수준이 나쁜 양상이었다.

[그림 5-49] 생애주기별 나쁜 자가평가 건강 경험률의 추이(남자)

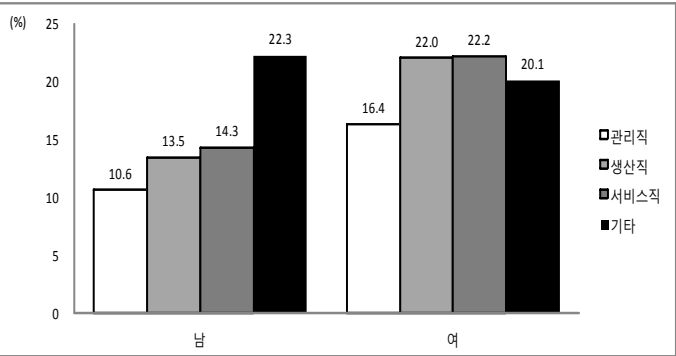


[그림 5-50] 생애주기별 나쁜 자가평가 건강 경험률의 추이(여자)



직업별로는 남녀 모두 관리직의 자가평가 건강수준이 나쁜 비율이 가장 낮았다. 남자의 경우 생산직 보다 서비스직에서, 서비스직보다 무직 등을 포함한 기타의 경우에서 자가평가 건강수준이 나쁜 비율이 증가하였다.

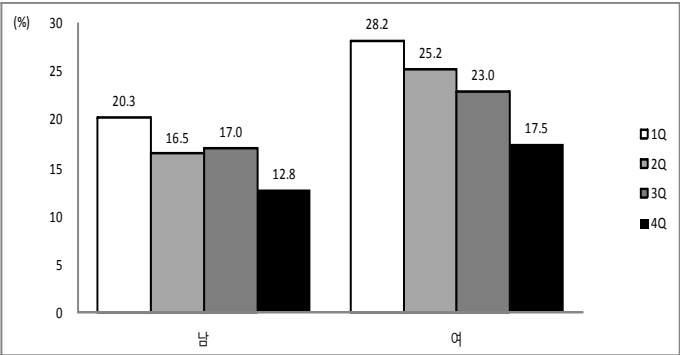
[그림 5-51] 직업에 따른 나쁜 자가평가 건강수준



소득수준 4분위에 따라서 자가평가 건강수준이 나쁜 비율이 양-반응

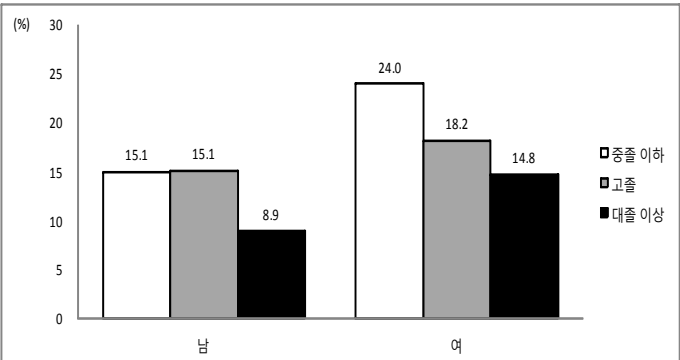
관련성을 나타내었다. 남자에서 절대적 격차는 7.5%, 여자는 10.7%로 여자에게 더 높았고, 상대적 격차는 남녀 각각 2.7, 2.6으로 유사하였다.

[그림 5-52] 소득수준에 따른 나쁜 자가평가 건강수준



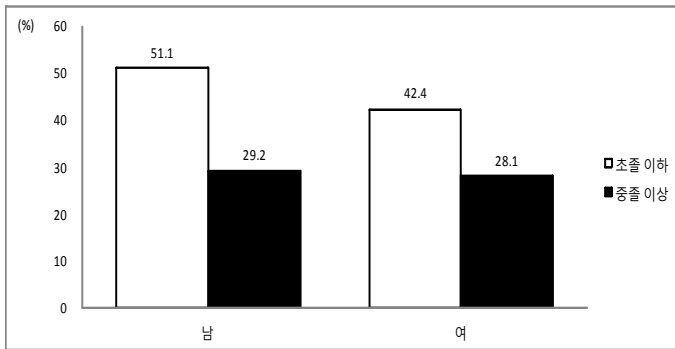
65세 미만 인구에서 학력 수준이 증가할수록 선형적 자가평가 건강수준이 높아지는 양상이었다. 절대적 격차는 남자, 여자 각각 6.1%, 9.25%로 여자에게서 더 컸으며, 상대적 격차는 1.68, 1.62였다.

[그림 5-53] 학력수준에 따른 나쁜 자가평가 건강수준(65세 미만)



65세 이상 인구에서 초졸 이하 학력 집단에서 중졸 이하 학력 집단보다 자가평가 건강수준이 나빴다. 남자에서 절대적 격차는 21.9%로 여자의 14.2%보다 높았고, 상대적 격차도 남녀 각각 1.8, 1.5로 남자에게서 높았다.

[그림 5-54] 학력수준에 따른 나쁜 자가평가 건강수준(65세 이상)



2) 30세 이상 고혈압 유병률

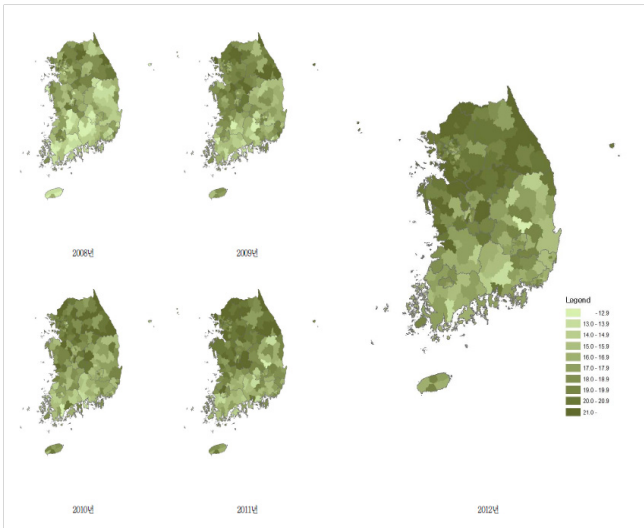
지표의 지역 분포에 대한 정보는 각 시군구별 보건소 별로 수행하는 ‘지역사회건강조사’ 결과를 분석한 ‘지역사회 건강통계’ 및 ‘지역건강통계 한눈에 보기’ 등의 통계값을 활용하였다. ‘지역사회건강조사’의 경우 설문으로 구성되어 고혈압에 대해 30세 이상 평생 의사진단 경험률을 지표로 선택하고 있다.

지표의 시기별 변화 추이 및 사회경제적 지위별 분포는 ‘국민건강영양조사’를 분석한 ‘국민건강통계’ 및 ‘건강행태 및 만성질환 통계’의 통계값을 제시하였다. ‘국민건강영양조사’의 경우 신체 측정과 검진을 수행하기 때문에 주요 건강지표로 검진 결과를 활용한 30세 이상 고혈압 유병률을

제시하였다.

‘지역사회건강조사’의 결과를 활용하여 2008-2012년 시군구 단위에
서 지표값을 산출한 결과는 다음과 같다.

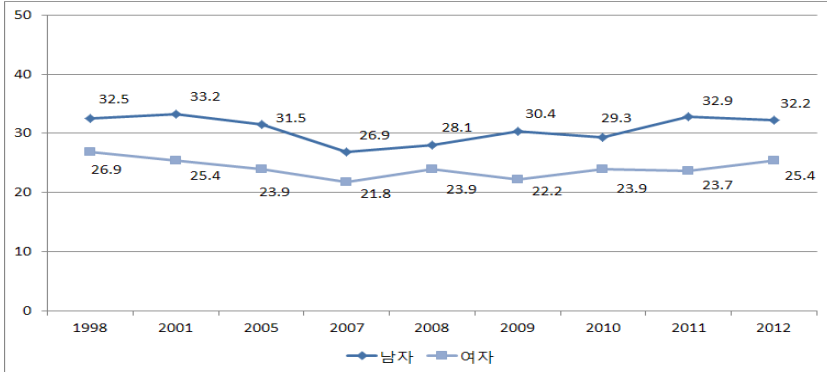
[그림 5-55] 시군구별 30세 이상 평생 의사진단 고혈압 경험률



자료: 질병관리본부(2013). 2008-2012년 지역건강통계 한눈에 보기.

‘국민건강영양조사’를 활용하여 1998년부터 2012년까지 고혈압 유병
률의 추이와 연령별 특수율 및 사회경제적 지위에 따른 분포를 전체와 성
별로 통계값을 제시하고 있다.

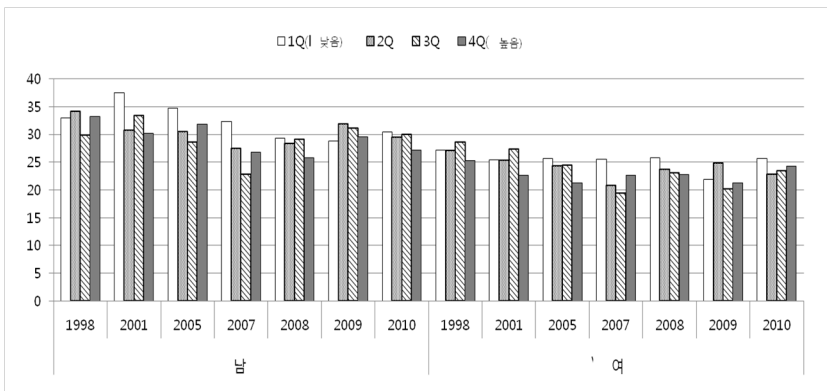
[그림 5-56] 30세 이상 고혈압 유병률 추이



주: 수축기 혈압이 140mmHg. 이상이거나 이완기 혈압이 90mmHg 이상 또는 고혈압 약물을 복용한 분율, 만 30세 이상; 2005년 추계인구로 연령표준화
 자료: 국민건강영양조사 1998-2012년 자료 이용

사회경제적 지위는 거주지역(동, 읍면), 소득수준 변수에 따라서 지표의 분포를 제시하고 있다. 2012년 통계집의 경우 2012년의 사회경제적 지위별 통계표를 별도로 제시하고 있지만, 각 통계집을 활용하면 아래의 그림과 같은 제시가 가능하다.

[그림 5-57] 소득수준 사분위수에 따른 고혈압 유병률



자료: 질병관리본부(2012년). 2011년 국민건강통계.

나. 기대여명 및 건강수명

1) 기대여명

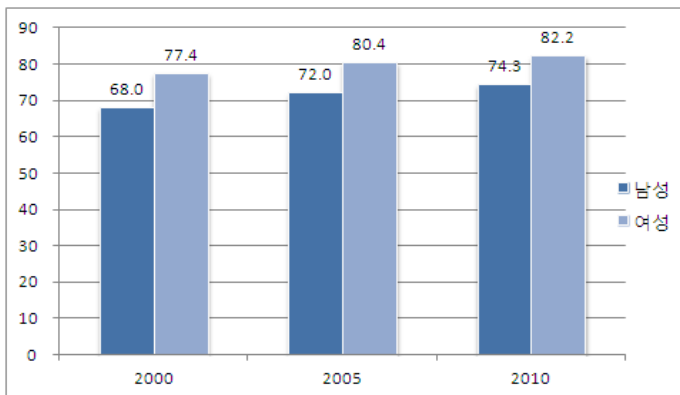
최근 10년간 남녀 모두에서 기대여명은 빠르게 증가했다. 여성은 2000년 77.4년에서 2010년 82.2년으로 4.8년, 남성은 68.0년에서 74.3년으로 6.3년 늘어났다. 관찰기간 내내 여성이 남성에 비해 기대여명이 길지만 그 격차는 점차 감소하고 있어서, 절대 격차의 경우 2000년에 9.4년이던 것이 2010년에는 7.9년이 되었다. 남/여 비로 표현된 상대 격차도 2000년 0.88에서 0.90으로 그 차이가 감소하고 있다.

〈표 5-13〉 2000-2010년 성별 출생 시 기대여명의 추이

	남성	여성	(여성-남성)	(남성/여성)
2000	68.0	77.4	9.4	0.88
2005	72.0	80.4	8.4	0.90
2010	74.3	82.2	7.9	0.90

자료: 사망등록자료, 인구센서스

[그림 5-58] 2000-2010년 성별 기대여명의 추이



자료: 사망등록자료, 인구센서스

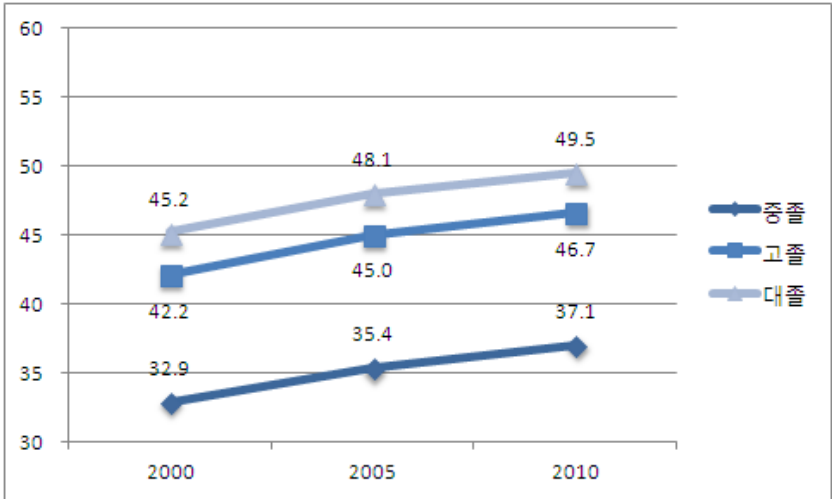
〈표 5-14〉 2000-2010년, 학력 수준별 30세 기대여명

	2000	2005	2010
남성			
중졸	32.9	35.4	37.1
고졸	42.2	45.0	46.7
대졸	45.2	48.1	49.5
(대졸-초졸)	12.3	12.7	12.5
(대졸/초졸)	1.37	1.36	1.34
여성			
중졸	47.0	48.7	49.6
고졸	51.2	52.9	54.2
대졸	52.3	54.3	55.2
(대졸-초졸)	5.2	5.6	5.6
(대졸/초졸)	1.11	1.11	1.11

자료: 사망등록자료, 인구센서스

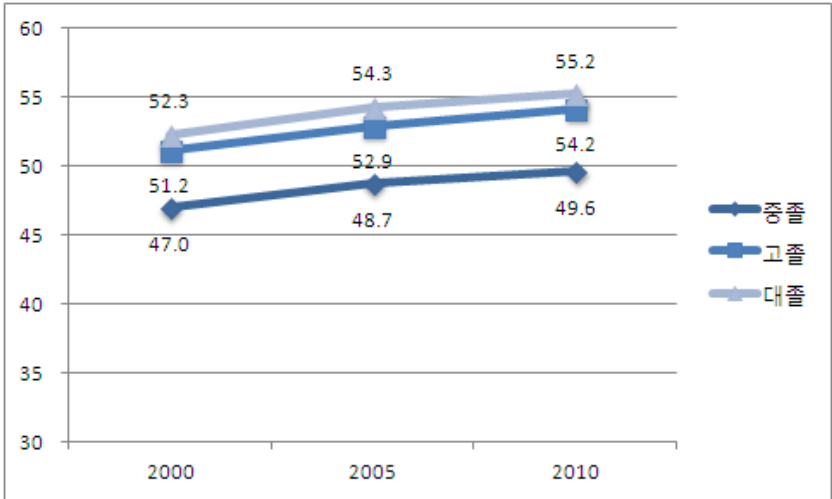
한편 기대여명이 전반적으로 증가하는 가운데, 학력에 기초한 사회경제적 집단 사이의 기대여명 차이는 거의 줄어들지 않은 것으로 나타났다. 학력집단 간 차이는 고졸자와 대졸자 사이에는 미미한 데 비해 중졸자와 나머지 집단가의 격차가 두드러졌다. 30세 기대여명은 남성의 경우 2000년에 중졸자 32.9세, 대졸자 45.2세로 무려 12.3년의 절대 격차를 보였던 것이 2010년에는 중졸자 37.1세, 대졸자 49.5세로 역시 12.5년 정도의 차이가 지속되었다. 상대적 차이로 평가한 경우에도 2000년 대졸자가 1.37배 길었던 것에 비해 2010년 그 수치는 1.34로 거의 변화하지 않았다. 여성의 경우 남성에 비해서 학력 집단 간 기대여명의 격차가 작은 것으로 나타났다. 하지만 2000년 중졸자의 30세 기대여명이 47.0세, 대졸자는 52.3세이던 것이 2010년 중졸자 49.6세, 대졸자 55.2세로 절대 격차는 5.2년에서 오히려 5.6년으로 늘어났다. 하지만 상대격차는 1.11배로 변함이 없었다.

[그림 5-59] 2000-2010년, 학력 수준에 따른 남성의 30세 기대여명



자료: 사망등록자료, 인구센서스

[그림 5-60] 2000-2010년, 학력 수준에 따른 여성의 30세 기대여명



자료: 사망등록자료, 인구센서스

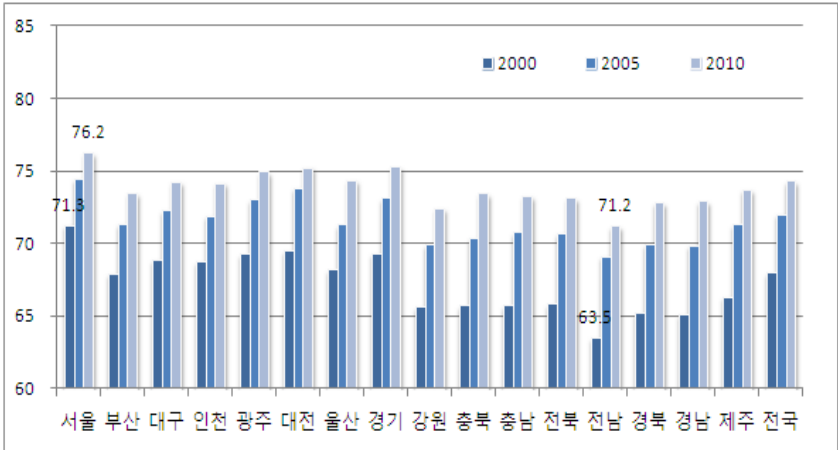
〈표 5-15〉 2000-2010년, 16개 시도의 성별 출생 시 기대여명

지역	남성			여성		
	2000	2005	2010	2000	2005	2010
서울	71.3	74.4	76.2	78.5	81.5	83.1
부산	67.9	71.3	73.5	76.8	79.5	81.5
대구	68.9	72.3	74.2	77.5	80.4	82.3
인천	68.7	71.9	74.2	77.2	79.8	81.7
광주	69.2	73.0	74.9	77.6	80.7	82.3
대전	69.5	73.8	75.2	78.0	80.8	82.5
울산	68.2	71.3	74.3	76.3	79.0	81.7
경기	69.3	73.1	75.3	77.9	80.5	82.3
강원	65.6	69.9	72.4	76.9	80.0	81.7
충북	65.7	70.3	73.4	76.6	79.9	82.0
충남	65.7	70.7	73.2	76.6	80.0	82.2
전북	65.8	70.7	73.1	76.9	80.0	81.9
전남	63.5	69.1	71.2	75.9	80.1	81.7
경북	65.2	69.9	72.8	76.0	80.0	82.0
경남	65.1	69.9	72.9	76.2	79.6	81.7
제주	66.3	71.3	73.7	78.2	81.3	82.4
전국	68.0	72.0	74.3	77.4	80.4	82.2

자료: 사망등록자료, 인구센서스

기대여명의 불평등은 지역 간에도 분명하게 관찰된다. 이를테면 16개 시도별로 남성의 출생 시 기대여명을 살펴보면, 2000년에 서울이 71.3세로 가장 길고, 전남이 63.5세로 가장 짧으며 그 격차는 7.8년에 달한다. 2000-2010년 사이에 모든 지역에서 기대여명이 늘어났고 특히 기존에 저조했던 지역에서의 증가가 두드러지는 것을 확인할 수 있다. 2010년에도 여전히 서울의 기대여명이 76.2세로 가장 길었으며, 전남이 71.2세로 가장 짧았는데 그 격차는 5.0년으로 약간 감소했다.

[그림 5-61] 2000-2010년, 16개 시도의 출생 시 기대여명(남성)



자료: 사망등록자료, 인구센서스

2) 건강수명

성별, 연령별 건강수명을 추정한 결과는 다음과 같다. 남성의 건강수명 68.6년, 여성 72.0년으로 기대여명의 성별 차이가 7.9년이었던 것에 비해 건강수명 차이는 3.4년으로 감소한 것을 확인할 수 있다.

〈표 5-16〉 성별 연령별 기대여명과 건강수명의 분포(2010년)

연령	남성			여성			(여성-남성)	
	기대 여명	건강 수명	표준 오차	기대 여명	건강 수명	표준 오차	기대 여명	건강 수명
0	74.3	68.6	0.015	82.2	72.0	0.020	7.9	3.4
1~4	73.6	67.9	0.015	81.5	71.3	0.020	7.9	3.4
5~9	69.6	64.0	0.015	77.5	67.3	0.020	7.9	3.3
10~14	64.7	59.1	0.015	72.6	62.4	0.020	7.9	3.3
15~19	59.7	54.2	0.015	67.6	57.5	0.020	7.9	3.3

연령	남성			여성			(여성-남성)	
	기대 여명	건강 수명	표준 오차	기대 여명	건강 수명	표준 오차	기대 여명	건강 수명
20~24	54.8	49.4	0.015	62.7	52.6	0.020	7.8	3.2
25~29	50.0	44.6	0.014	57.8	47.7	0.020	7.8	3.1
30~34	45.2	39.9	0.014	52.9	42.9	0.020	7.7	3.0
35~39	40.4	35.1	0.014	48.0	38.1	0.020	7.6	3.0
40~44	35.7	30.5	0.014	43.2	33.3	0.020	7.5	2.8
45~49	31.1	26.0	0.014	38.4	28.6	0.020	7.3	2.6
50~54	26.7	21.7	0.015	33.7	23.9	0.020	7.0	2.3
55~59	22.4	17.5	0.015	29.0	19.4	0.020	6.6	1.9
60~64	18.3	13.6	0.015	24.4	15.1	0.020	6.1	1.5
65~69	14.3	9.9	0.015	19.8	11.1	0.020	5.5	1.2
70~74	10.8	6.8	0.016	15.6	7.8	0.019	4.7	1.0
75~79	7.9	4.4	0.017	11.6	5.1	0.019	3.7	0.8
80~84	6.0	2.9	0.022	8.1	3.2	0.020	2.1	0.3

자료: 2010 사망등록자료, 2010 센서스

성별로 기대여명과 건강수명의 분포를 비교해보면, 기대여명과 건강수명의 격차는 여성에게서 더욱 두드러진다. 이를테면 남성의 출생 시 기대여명과 건강수명의 차이는 5.6년인데 비해 여성은 10.2년에 달하며, 모든 연령대에서 건강하게 살아가는 기간의 비중이 적다.

〈표 5-17〉 남성의 연령별 기대여명과 건강수명의 분포(2010년)

연령	남성		여성	
	기대여명-건강수명	건강수명/기대여명(%)	기대여명-건강수명	건강수명/기대여명(%)
0	5.6	92.4	10.2	87.6
1~4	5.7	92.3	10.2	87.5
5~9	5.7	91.9	10.2	86.9
10~14	5.6	91.3	10.2	86.0
15~19	5.5	90.7	10.1	85.0

연령	남성		여성	
	기대여명 -건강수명	건강수명/ 기대여명(%)	기대여명 -건강수명	건강수명/ 기대여명(%)
20~24	5.5	90.0	10.1	83.9
25~29	5.4	89.2	10.0	82.6
30~34	5.3	88.2	10.0	81.1
35~39	5.3	87.0	10.0	79.3
40~44	5.2	85.5	9.9	77.1
45~49	5.1	83.6	9.8	74.4
50~54	5.0	81.3	9.7	71.1
55~59	4.9	78.3	9.6	67.0
60~64	4.7	74.3	9.3	61.9
65~69	4.4	69.2	8.7	56.2
70~74	4.0	62.9	7.8	50.1
75~79	3.5	55.6	6.5	44.3
80~84	3.1	48.7	4.9	39.8

자료: 2010 사망등록자료, 2010 센서스

한편, 16개 시도의 출생 시 건강수명의 분포를 살펴보면, 남성의 경우 기대여명과 마찬가지로 서울지역이 가장 길고 전남 지역이 가장 짧은 것으로 나타났다. 전반적으로 기대여명보다는 건강수명에서 지역간 편차가 두드러지는 것을 확인할 수 있다. 이러한 결과는 사망에서의 불평등과 상병에서의 불평등이 결합하기 때문에 나타난 것이라 할 수 있다.

〈표 5-18〉 16개 시도별 남성의 출생 시 기대여명과 건강수명의 분포(2010년)

지역	① · 기대여명	② · 건강수명	①-②	②/① %
서울	76.2	70.7	5.55	92.72
부산	73.5	67.9	5.53	92.48
대구	74.2	68.2	5.98	91.94
인천	74.2	68.6	5.56	92.51
광주	74.9	69.0	5.93	92.09

지역	① 기대여명	② 건강수명	①-②	②/① %
대전	75.2	69.7	5.50	92.69
울산	74.3	69.0	5.34	92.82
경기	75.3	69.7	5.58	92.59
강원	72.4	66.4	6.05	91.65
충북	73.4	67.6	5.81	92.08
충남	73.2	68.3	4.97	93.21
전북	73.1	67.2	5.96	91.85
전남	71.2	65.6	5.62	92.11
경북	72.8	66.7	6.06	91.67
경남	72.9	67.0	5.85	91.97
제주	73.7	67.4	6.36	91.38
전국	74.3	68.6	5.65	92.39
최고-최저	5.06	5.13		
부산	1.58	1.86		

자료: 2010 사망등록자료, 2010 센서스

여성의 경우, 남성과 비슷한 양상을 보였지만, 지역 간 격차의 크기는 훨씬 작은 것으로 나타났다.

〈표 5-19〉 16개 시도별 여성의 출생 시 기대여명과 건강수명의 분포(2010년)

지역	① 기대여명	② 건강수명	①-②	②/① %
서울	83.1	73.3	9.7	88.31
부산	81.5	71.2	10.3	87.36
대구	82.3	71.4	10.9	86.79
인천	81.7	71.8	9.9	87.88
광주	82.3	71.3	10.9	86.70
대전	82.5	72.8	9.7	88.26
울산	81.7	72.3	9.3	88.55
경기	82.3	72.7	9.6	88.30
강원	81.7	70.7	11.0	86.55
충북	82.0	71.4	10.5	87.17

지역	① 기대여명	② 건강수명	①-②	②/① %
충남	82.2	73.2	8.9	89.12
전북	81.9	70.9	11.1	86.47
전남	81.7	70.8	10.9	86.66
경북	82.0	71.0	11.0	86.59
경남	81.7	71.0	10.8	86.80
제주	82.4	71.4	11.0	86.67
전국	82.2	72.0	10.2	87.63
최고-최저	1.6	2.6		
분산	0.17	0.79		

자료: 2010 사망등록자료, 2010 센서스

다. 사망

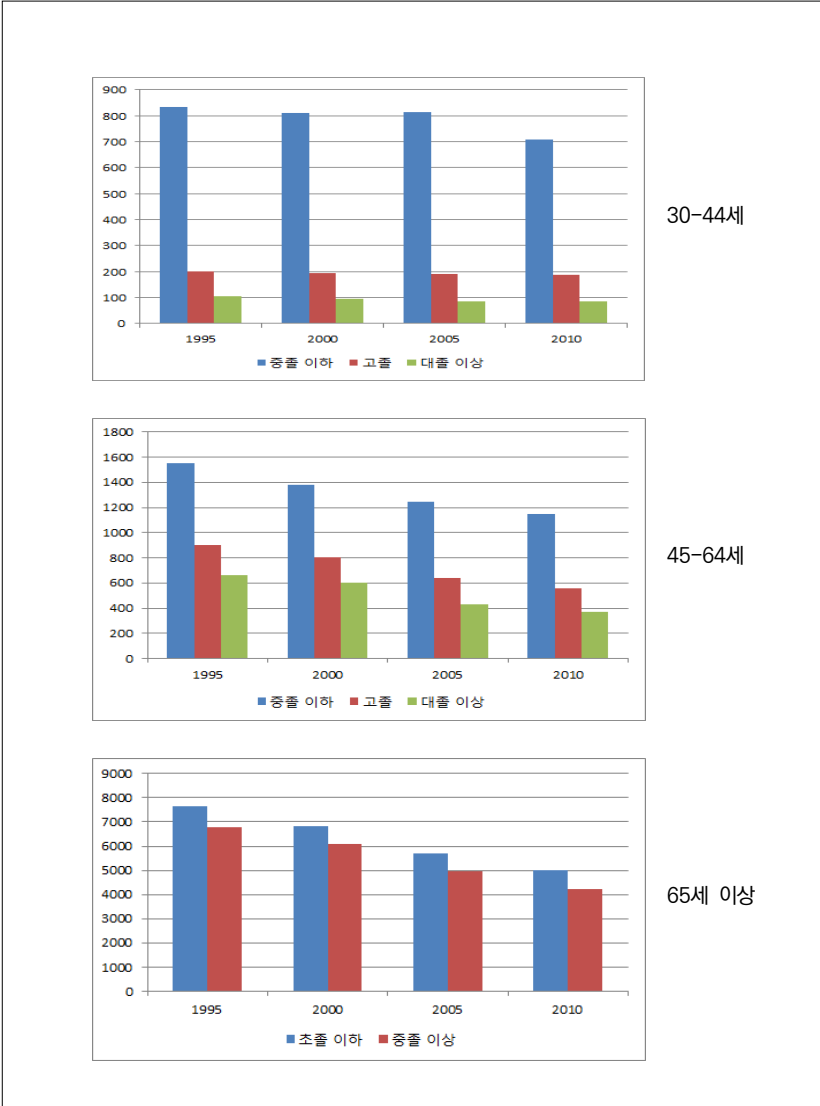
1) 총사망 불평등

1995년, 2000년, 2005년, 2010년 네 시기에 걸쳐 30-44세, 45-64세, 65세 이상 남녀 모두에서 교육수준이 낮을수록 사망률이 높아지는 일관된 경향을 보였다(그림 5-62, 그림 5-63 참조). 2010년 30-44세 남성에서는 교육수준이 중졸 이하인 집단의 십만 명당 사망률이 709명, 고졸인 집단 187명, 대졸 이상인 집단은 84명으로 무려 8.4배, 2.2배에 달하는 사망 위험 격차가 발생하였다(표 5-20 참조). 30-44세 중졸 이하인 집단의 사망률을 대졸 이상 집단의 사망률로 감소시킨다면, 중졸 이하인 집단의 2010년 인구주택총조사 인구 234,500명을 기준으로 할 때 연간 1,663명의 생명을 살릴 수 있다. 30-44세 여성에서도 대졸 이상인 집단에 비해 중졸 이하인 집단은 8.1배, 고졸인 집단은 1.8배 높은 사망 위험을 보였다. 2010년 45-64세 중졸 이하 남성의 십만 명당 사망률은 1,146명, 대졸 이상 남성은 371명이었고, 중졸 이하 여성은 십만 명당

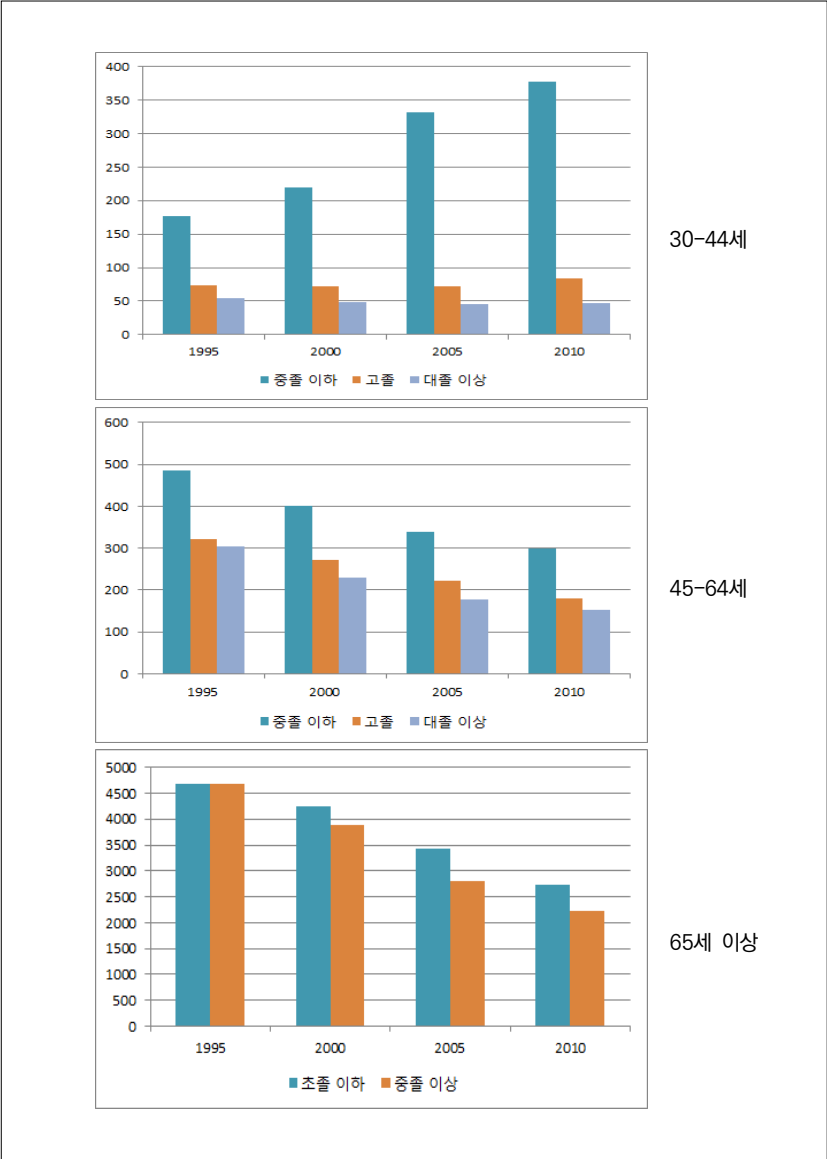
300명, 대졸 이상 여성은 153명이었다. 65세 이상 초졸 이하인 남성의 십만 명당 사망률은 5,005명, 중졸 이상인 남성은 4,214명이었고, 초졸 이하인 여성의 십만 명당 사망률은 2,729명, 중졸 이상 여성은 2,222명이었다.

남성과 여성 대부분 연령집단에서 1995년 이후 2010년의 상대적 불평등이 증가하는 양상이 관찰되었다. 30-44세 여성에서 대졸 이상인 집단에 비해 중졸 이하인 집단이 사망할 위험은 1995년에 약 3.2배 높았으나, 2005년에는 7.3배, 2010년에는 8.1배로 상승하였다. 45-64세 남성에서 대졸 이상인 집단에 비해 중졸 이하인 집단이 사망할 위험은 2005년에는 2.9배, 2010년에는 3.1배로 높았다. 30-44세 남성에서는 상대적 불평등이 2005년에 비해 2010년 감소하는 양상을 보였으나, 대졸 이상인 집단에 비해 중졸 이하인 집단의 사망 위험은 8.4배로 여전히 높았다.

[그림 5-62] 남성의 연령집단별 교육수준별 연령표준화 총 사망률



[그림 5-63] 여성의 연령집단별 교육수준별 연령표준화 총 사망률



354 한국의 건강불평등 지표와 정책과제

〈표 5-20〉 성별 연령집단별 교육수준에 따른 총 사망 불평등

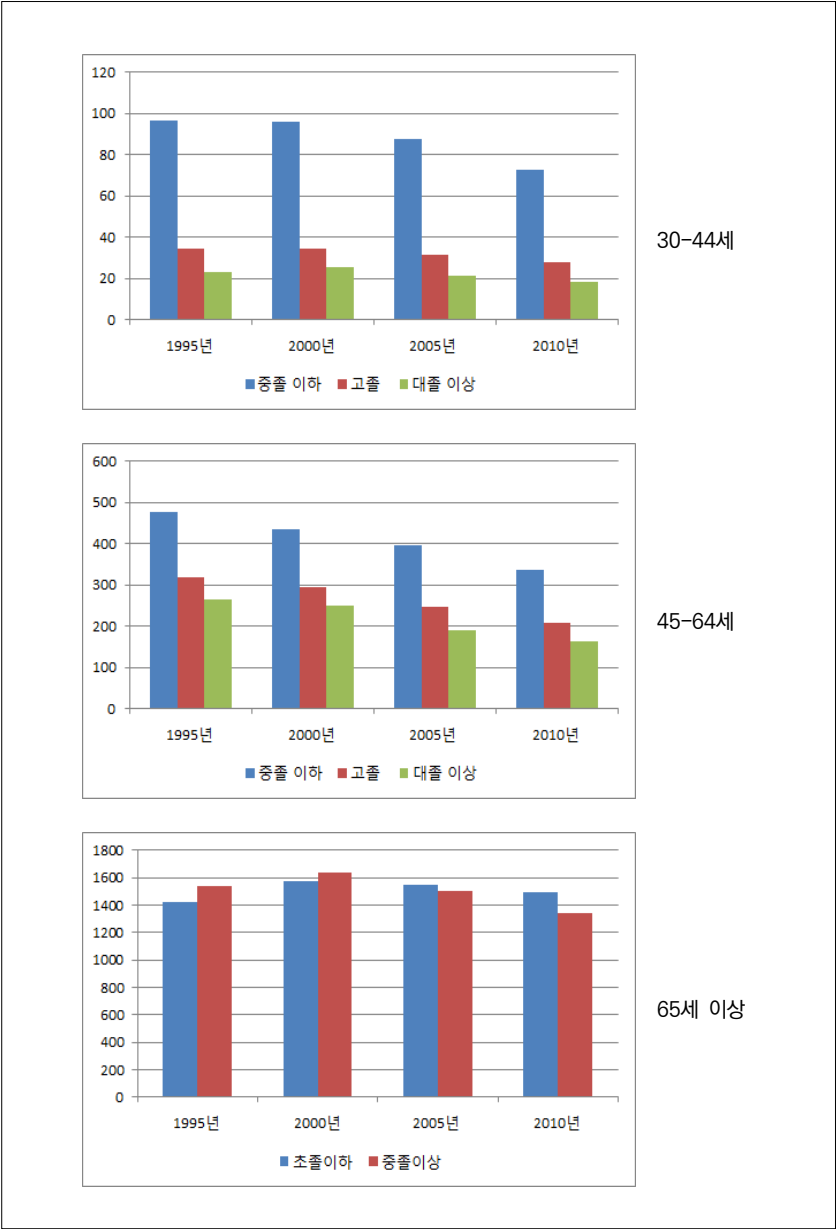
연령 집단	연도	교육수준	남성		여성	
			절대 위험도	상대 위험도	절대 위험도	상대 위험도
30~44	1995	중졸이하	729.3	8.05	122.7	3.24
		고졸	97.9	1.95	18.3	1.33
		대졸이상	0.0	1.00	0.0	1.00
	2000	중졸이하	714.3	8.44	172.4	4.61
		고졸	99.3	2.03	23.9	1.50
		대졸이상	0.0	1.00	0.0	1.00
	2005	중졸이하	729.7	9.66	286.7	7.31
		고졸	105.4	2.25	26.7	1.59
		대졸이상	0.0	1.00	0.0	1.00
	2010	중졸이하	624.4	8.41	330.7	8.06
		고졸	102.6	2.22	37.5	1.80
		대졸이상	0.0	1.00	0.0	1.00
45~64	1995	중졸이하	890.8	2.35	181.9	1.60
		고졸	238.3	1.36	18.3	1.06
		대졸이상	0.0	1.00	0.0	1.00
	2000	중졸이하	781.5	2.30	170.7	1.74
		고졸	204.3	1.34	43.2	1.19
		대졸이상	0.0	1.00	0.0	1.00
	2005	중졸이하	820.6	2.92	163.6	1.93
		고졸	214.9	1.50	44.7	1.25
		대졸이상	0.0	1.00	0.0	1.00
	2010	중졸이하	774.9	3.09	146.3	1.95
		고졸	186.0	1.50	27.4	1.18
		대졸이상	0.0	1.00	0.0	1.00
65≤	1995	초졸이하	859.8	1.13	14.6	1.00
		중졸이상	0.0	1.00	0.0	1.00
	2000	초졸이하	761.4	1.13	371.6	1.10
		중졸이상	0.0	1.00	0.0	1.00
	2005	초졸이하	731.0	1.15	608.4	1.22
		중졸이상	0.0	1.00	0.0	1.00
	2010	초졸이하	791.7	1.19	506.4	1.23
		중졸이상	0.0	1.00	0.0	1.00

2) 암 사망 불평등

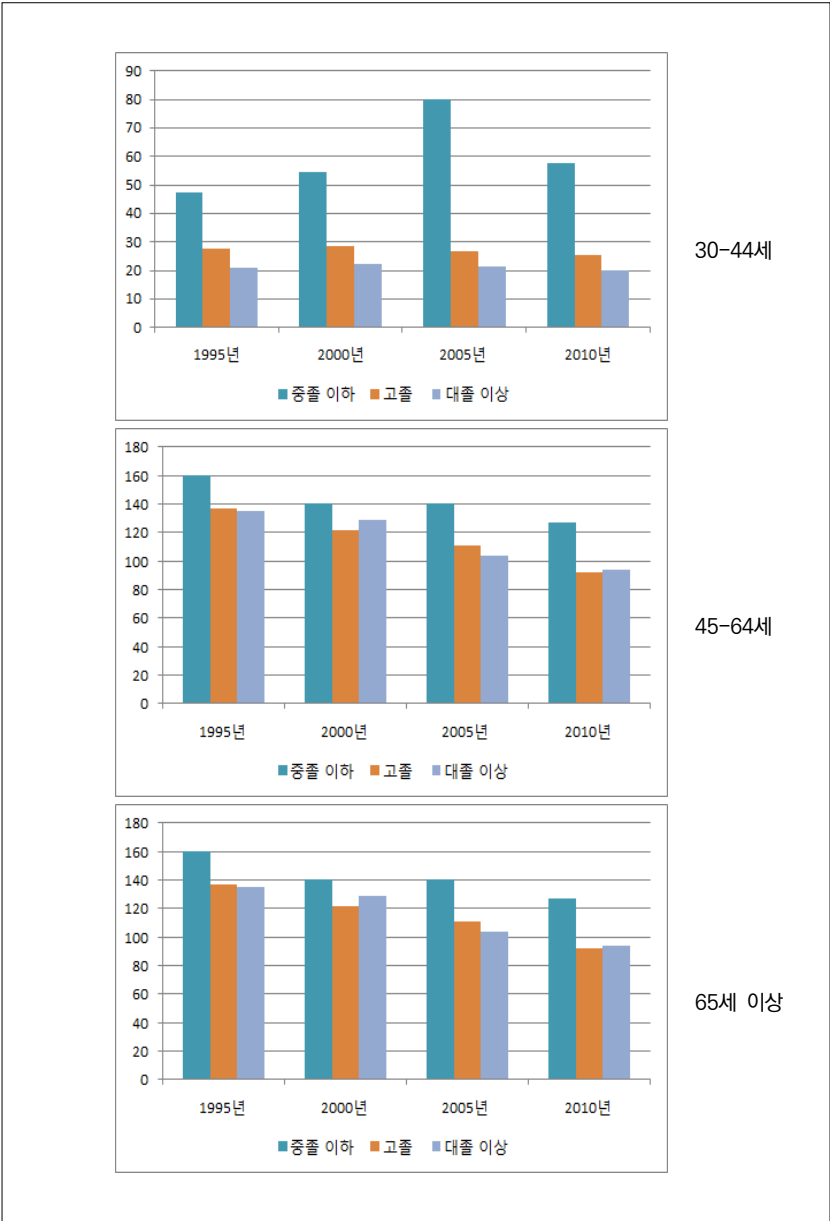
30-44세, 45-64세 남녀 모두에서 교육수준이 낮을수록 암 사망률이 높아지는 경향을 보였다(그림 5-64, 그림 5-65 참조). 2010년 45-64세 남성에서 교육수준이 중졸 이하인 집단의 십만 명당 암 사망률은 338명, 고졸인 집단은 209명, 대졸 이상인 집단은 162명이었다. 여성에서는 각각 127명, 92명, 94명이었다. 65세 이상에서는 남녀 모두 2000년까지는 교육수준이 높은 계층에서 암 사망률이 높았으나, 2010년에는 교육수준이 낮은 계층의 암 사망률이 높은 경향을 보였다.

45-64세 남성에서 암 사망에서의 절대적 불평등은 감소하였으나, 상대적 불평등이 감소하는 경향은 관찰되지 않았다(표 5-21 참조). 여성에서는 오히려 1995년에 비해 2010년에 상대불평등과 절대불평등이 모두 증가하였다. 남성에서 대졸 이상인 집단에 비해 중졸 이하인 집단이 암으로 사망할 위험은 1995년에 약 1.8배 높았으나, 2005년에는 2.1배 높았고, 여성에서는 1.2배에서 1.4배로 증가하였다. 65세 이상에서도 남성과 여성 모두에서 상대적 불평등은 증가하는 경향이 관찰되었다.

[그림 5-64] 암: 남성의 연령집단별 교육수준별 연령표준화 사망률



[그림 5-65] 암: 여성의 연령집단별 교육수준별 연령표준화 사망



〈표 5-21〉 성별 연령집단별 교육수준에 따른 암 사망 불평등

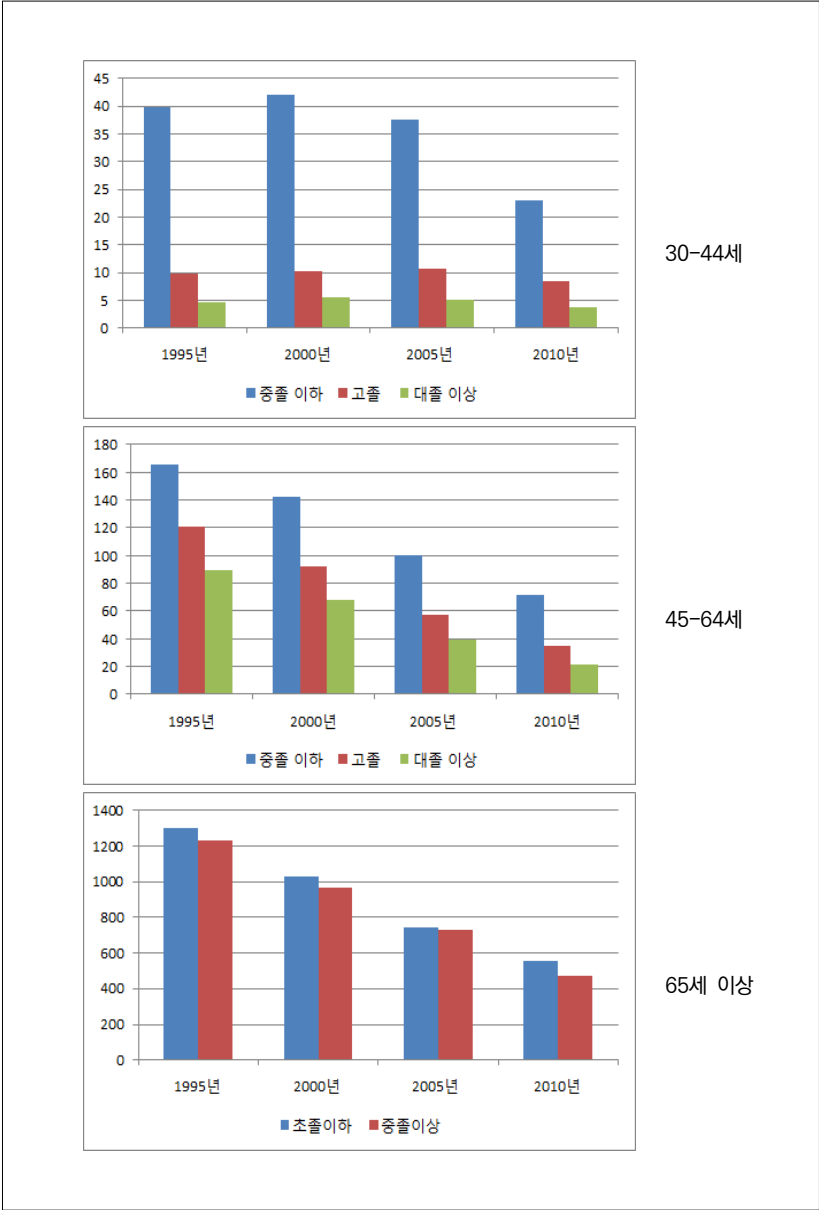
연령 집단	연도	교육수준	남성		여성	
			절대 위험도	상대 위험도	절대 위험도	상대 위험도
30-44	1995	중졸이하	73.5	4.20	26.2	2.24
		고졸	11.7	1.51	6.6	1.31
		대졸이상	0.0	1.00	0.0	1.00
	2000	중졸이하	70.7	3.80	31.9	2.42
		고졸	8.9	1.35	6.1	1.27
		대졸이상	0.0	1.00	0.0	1.00
	2005	중졸이하	66.5	4.16	58.5	3.72
		고졸	10.3	1.49	5.2	1.24
		대졸이상	0.0	1.00	0.0	1.00
	2010	중졸이하	54.3	3.97	37.5	2.86
		고졸	9.8	1.54	5.2	1.26
		대졸이상	0.0	1.00	0.0	1.00
45-64	1995	중졸이하	213.4	1.81	25.4	1.19
		고졸	54.4	1.21	2.0	1.02
		대졸이상	0.0	1.00	0.0	1.00
	2000	중졸이하	184.5	1.74	12.2	1.09
		고졸	44.2	1.18	-6.6	0.95
		대졸이상	0.0	1.00	0.0	1.00
	2005	중졸이하	206.3	2.08	36.6	1.35
		고졸	56.9	1.30	7.1	1.07
		대졸이상	0.0	1.00	0.0	1.00
	2010	중졸이하	175.8	2.08	32.5	1.35
		고졸	47.3	1.29	-2.0	0.98
		대졸이상	0.0	1.00	0.0	1.00
65≤	1995	초졸이하	-120.2	0.92	-180.9	0.75
		중졸이상	0.0	1.00	0.0	1.00
	2000	초졸이하	-63.1	0.96	-93.5	0.86
		중졸이상	0.0	1.00	0.0	1.00
	2005	초졸이하	42.5	1.03	-49.8	0.92
		중졸이상	0.0	1.00	0.0	1.00
	2010	초졸이하	157.9	1.12	23.1	1.04
		중졸이상	0.0	1.00	0.0	1.00

3) 뇌혈관질환 사망 불평등

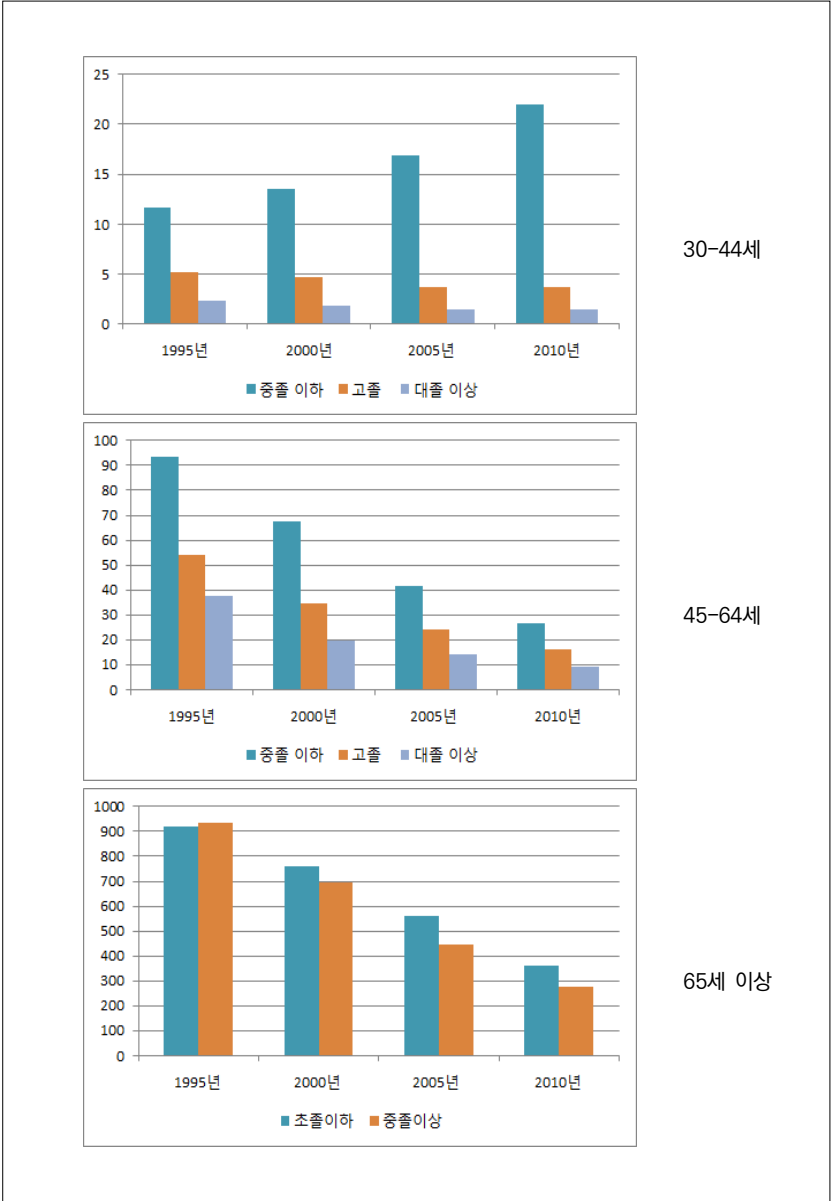
30-44세, 45-64세, 65세 이상 남녀 모두에서 교육수준이 낮을수록 뇌혈관질환 사망률이 높아지는 뚜렷한 경향을 보였다(그림 5-66, 그림 5-67 참조). 2010년 45-64세 남성에서 교육수준이 중졸 이하인 집단의 십만 명당 뇌혈관질환 사망률은 72명, 고졸인 집단은 35명, 대졸 이상인 집단은 21명이었다. 여성에서는 각각 27명, 16명, 9명이었다. 65세 이상에서도 초졸 이하 집단이 중졸 이상 집단에 비해 사망률이 높은 경향을 보였다.

45-64세 남성과 여성 모두에서 뇌혈관질환 사망에서의 절대적 불평등은 감소하였으나, 상대적 불평등이 감소하는 경향은 관찰되지 않았다(표 5-22 참조). 남성에서 대졸 이상인 집단에 비해 중졸 이하인 집단이 뇌혈관질환으로 사망할 위험은 1995년에 약 1.9배 높았으나, 2005년에는 무려 3.4배 높았고, 여성에서는 2.5배에서 2.9배로 증가하였다. 65세 이상에서도 남성과 여성 모두에서 상대적 불평등은 2005년에 비해 2010년에 증가하는 경향이 관찰되었다.

[그림 5-66] 뇌혈관질환: 남성의 연령집단별 교육수준별 연령표준화 사망률



[그림 5-67] 뇌혈관질환: 여성의 연령집단별 교육수준별 연령표준화 사망률



〈표 5-22〉 성별 연령집단별 교육수준에 따른 뇌혈관질환 사망 불평등

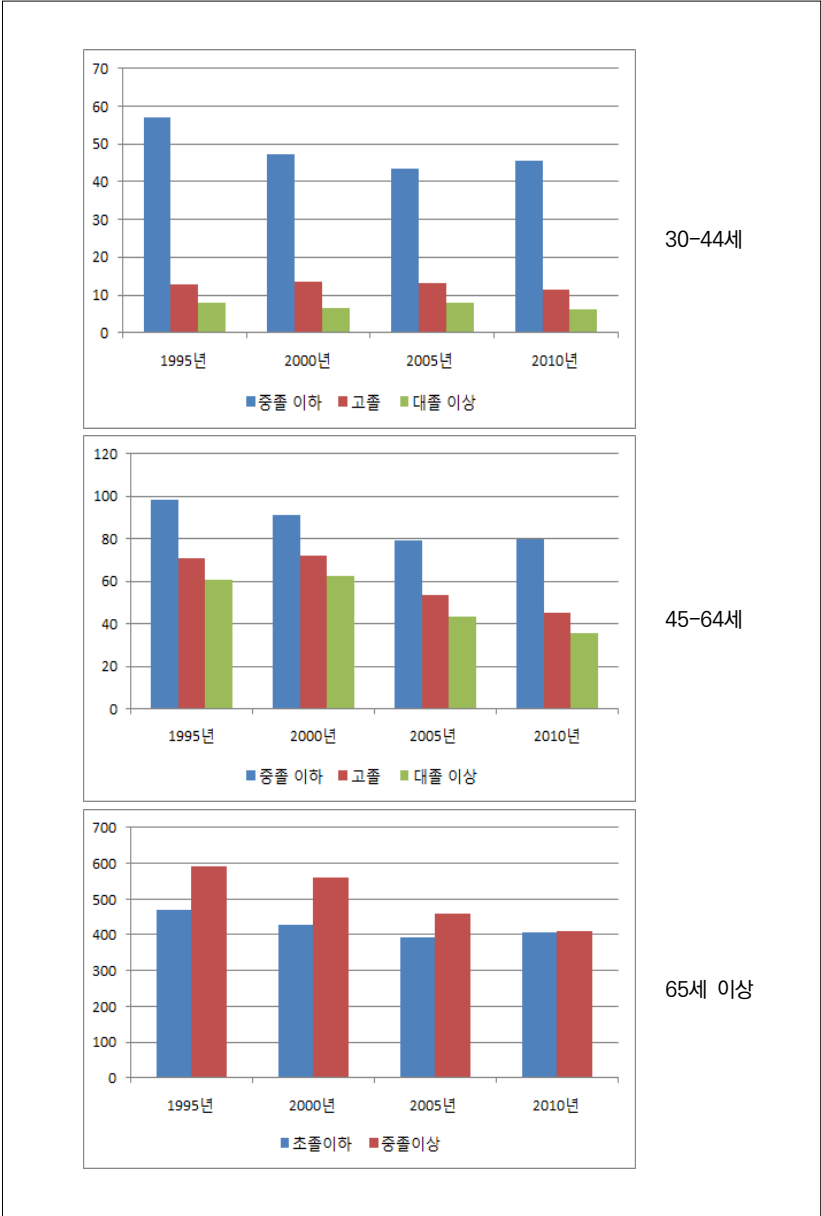
연령 집단	연도	교육수준	남성		여성	
			절대 위험도	상대 위험도	절대 위험도	상대 위험도
30-44	1995	중졸이하	35.1	8.51	9.4	5.00
		고졸	5.2	2.10	2.8	2.20
		대졸이상	0.0	1.00	0.0	1.00
	2000	중졸이하	36.5	7.50	11.7	7.25
		고졸	4.7	1.83	2.8	2.50
		대졸이상	0.0	1.00	0.0	1.00
	2005	중졸이하	32.3	7.28	15.5	12.00
		고졸	5.6	2.09	2.3	2.67
		대졸이상	0.0	1.00	0.0	1.00
	2010	중졸이하	19.2	6.12	20.6	15.67
		고졸	4.7	2.25	2.3	2.67
		대졸이상	0.0	1.00	0.0	1.00
45-64	1995	중졸이하	76.7	1.86	55.9	2.49
		고졸	31.5	1.35	16.3	1.43
		대졸이상	0.0	1.00	0.0	1.00
	2000	중졸이하	74.2	2.10	47.8	3.41
		고졸	24.4	1.36	14.7	1.74
		대졸이상	0.0	1.00	0.0	1.00
	2005	중졸이하	61.0	2.56	27.4	2.93
		고졸	18.3	1.47	10.2	1.71
		대졸이상	0.0	1.00	0.0	1.00
	2010	중졸이하	50.3	3.36	17.8	2.94
		고졸	13.2	1.62	7.1	1.78
		대졸이상	0.0	1.00	0.0	1.00
65≤	1995	초졸이하	74.1	1.06	-13.4	0.99
		중졸이상	0.0	1.00	0.0	1.00
	2000	초졸이하	60.7	1.06	61.9	1.09
		중졸이상	0.0	1.00	0.0	1.00
	2005	초졸이하	12.1	1.02	114.1	1.26
		중졸이상	0.0	1.00	0.0	1.00
	2010	초졸이하	78.9	1.17	82.6	1.30
		중졸이상	0.0	1.00	0.0	1.00

4) 심장질환 사망 불평등

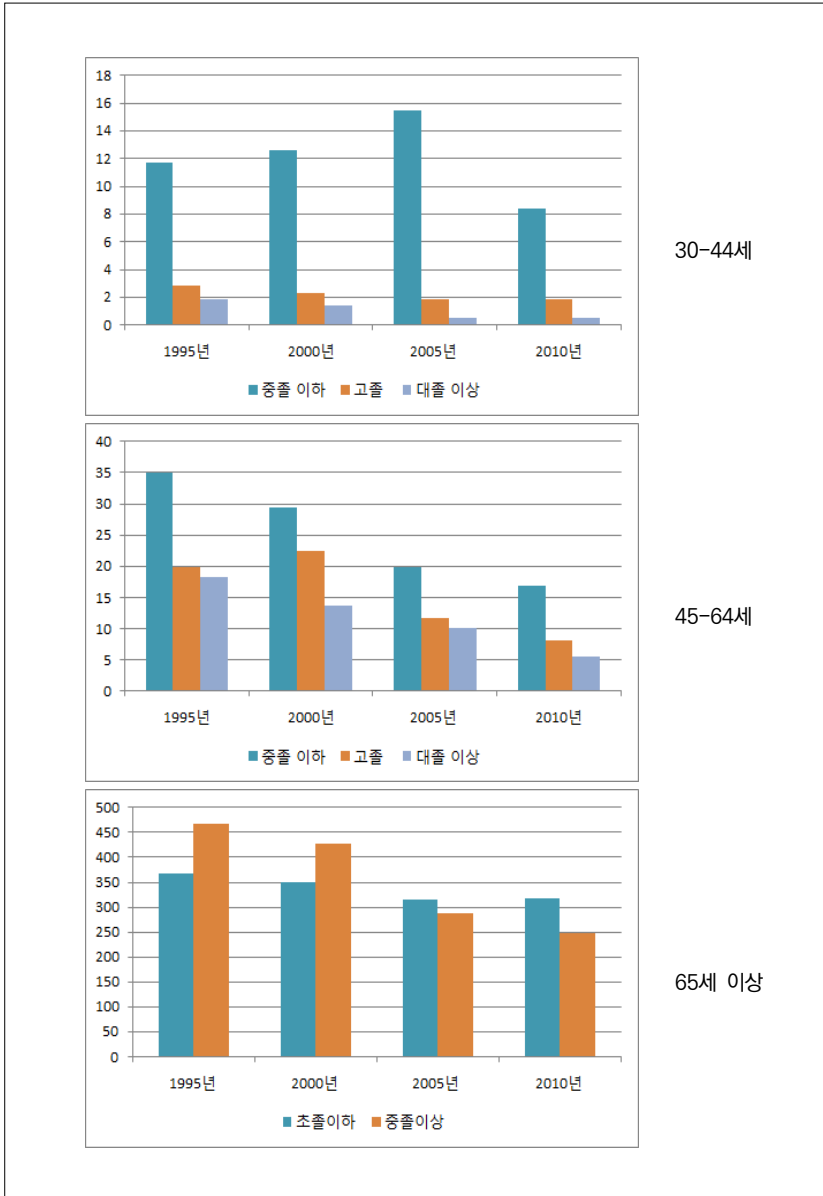
30-44세, 45-64세 남녀 모두에서 교육수준이 낮을수록 심장질환 사망률이 높아지는 뚜렷한 경향을 보였다(그림 5-68, 그림 5-69 참조). 2010년 45-64세 남성에서 교육수준이 중졸 이하인 집단의 십만 명당 심장질환 사망률은 80명, 고졸인 집단은 45명, 대졸 이상인 집단은 36명이었다. 여성에서는 각각 17명, 8명, 6명으로, 대졸 이상인 집단에 비해 중졸 이하인 집단의 사망 위험은 3배 높았다.

남성에서 심장질환 사망에서의 상대적 불평등은 증가하는 경향을 보였다(표 5-23 참조). 65세 이상 남성에서는 2010년까지 중졸 이상 집단에 불리한 불평등을 보였고, 그 크기는 점차 감소하였다. 65세 이상 여성에서도 2000년까지는 중졸 이상 집단에 불리한 불평등을 보였으나, 2005년도 이후부터는 초졸 이하 집단에 불리한 불평등으로 전환되었다. 2010년 65세 이상 여성에서 심장질환으로 사망할 위험은 초졸 이하 집단이 중졸 이상 집단에 비해 1.3배 높았다.

[그림 5-68] 심장질환: 남성의 연령집단별 교육수준별 연령표준화 사망률



[그림 5-69] 심장질환: 여성의 연령집단별 교육수준별 연령표준화 사망률



〈표 5-23〉 성별 연령집단별 교육수준에 따른 심장질환 사망 불평등

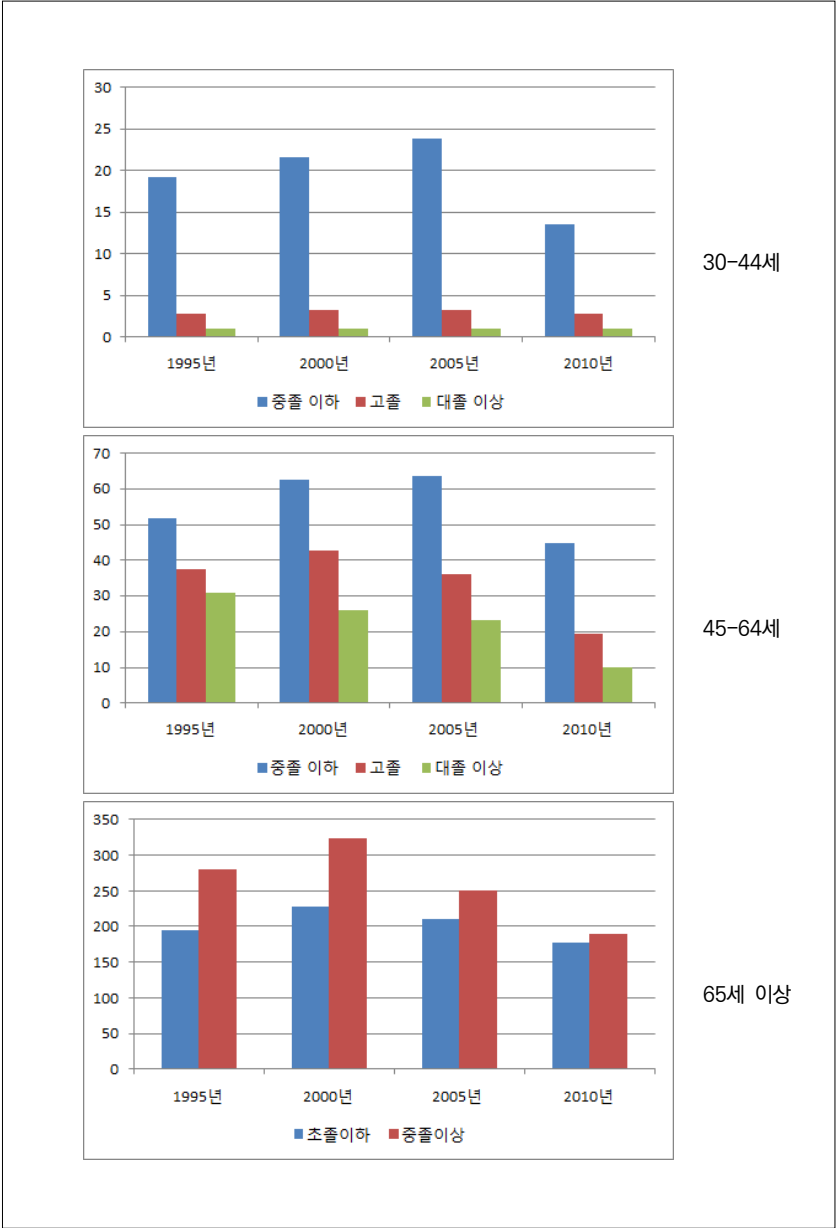
연령 집단	연도	교육수준	남성		여성	
			절대 위험도	상대 위험도	절대 위험도	상대 위험도
30-44	1995	중졸이하	49.2	7.18	9.8	6.25
		고졸	4.7	1.59	0.9	1.50
		대졸이상	0.0	1.00	0.0	1.00
	2000	중졸이하	40.8	7.21	11.2	9.00
		고졸	7.0	2.07	0.9	1.67
		대졸이상	0.0	1.00	0.0	1.00
	2005	중졸이하	35.6	5.47	15.0	33.03
		고졸	5.2	1.65	1.4	4.00
		대졸이상	0.0	1.00	0.0	1.00
	2010	중졸이하	39.3	7.46	8.0	18.01
		고졸	5.2	1.85	1.4	4.00
		대졸이상	0.0	1.00	0.0	1.00
45-64	1995	중졸이하	37.6	1.62	16.8	1.92
		고졸	10.2	1.17	1.5	1.08
		대졸이상	0.0	1.00	0.0	1.00
	2000	중졸이하	28.5	1.46	15.8	2.15
		고졸	9.7	1.15	8.6	1.63
		대졸이상	0.0	1.00	0.0	1.00
	2005	중졸이하	35.6	1.81	9.7	1.95
		고졸	10.2	1.23	1.5	1.15
		대졸이상	0.0	1.00	0.0	1.00
	2010	중졸이하	44.2	2.24	11.2	3.00
		고졸	9.7	1.27	2.5	1.45
		대졸이상	0.0	1.00	0.0	1.00
65≤	1995	초졸이하	-121.4	0.79	-99.6	0.79
		중졸이상	0.0	1.00	0.0	1.00
	2000	초졸이하	-133.6	0.76	-76.5	0.82
		중졸이상	0.0	1.00	0.0	1.00
	2005	초졸이하	-64.4	0.86	26.7	1.09
		중졸이상	0.0	1.00	0.0	1.00
	2010	초졸이하	-6.1	0.99	69.2	1.28
		중졸이상	0.0	1.00	0.0	1.00

5) 당뇨병 사망 불평등

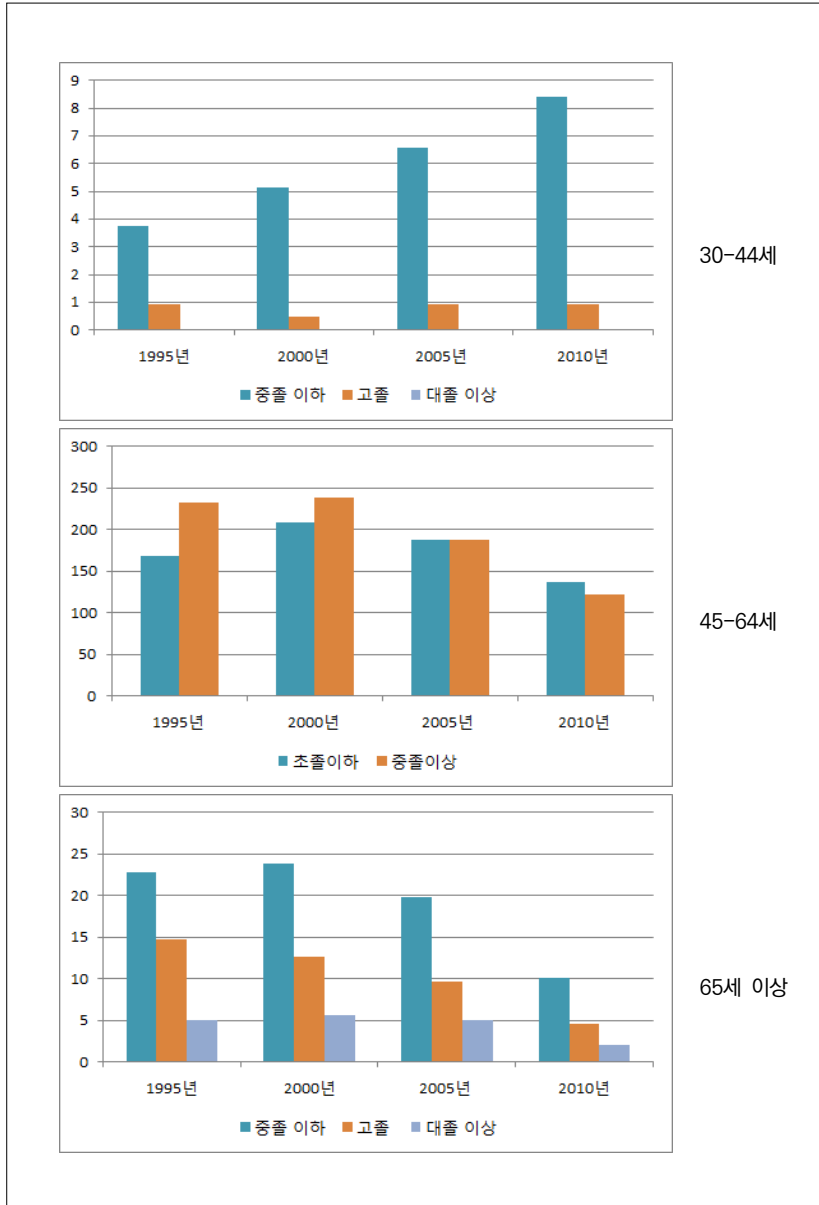
30-44세, 45-64세 남녀 모두에서 교육수준이 낮을수록 당뇨병 사망률이 높아지는 뚜렷한 경향을 보였다(그림 5-70, 그림 5-71 참조). 2010년 45-64세 남성에서 교육수준이 중졸 이하인 집단의 십만 명당 당뇨병 사망률은 48명, 고졸인 집단은 19명, 대졸 이상인 집단은 10명이었다. 여성에서는 각각 10명, 5명, 2명이었다. 65세 이상 남성에서는 초졸 이하 집단이 중졸 이상 집단에 비해 사망률이 낮은 경향을 보였고, 그 격차는 점차 줄어드는 경향을 보였다. 여성에서도 2005년까지는 초졸 이하인 집단이 중졸 이상인 집단에 비해 사망률이 낮은 경향을 보였으나, 그 격차는 점차 감소되어 2010년에는 중졸 이상인 집단의 당뇨병 사망률을 초졸 이하인 집단이 추월하였다.

45-64세 남성에서 당뇨병 사망에서의 상대적 불평등이 증가하는 경향을 보였다(표 5-24 참조). 남성에서 대졸 이상인 집단에 비해 중졸 이하인 집단이 뇌혈관질환으로 사망할 위험은 1995년에 약 1.7배 높았으나, 2010년에는 무려 4.4배 높았고, 여성에서는 4.5배에서 5.0배로 증가하였다. 65세 이상에서도 남성과 여성 모두에서 상대적 불평등과 절대적 불평등 양상의 변화가 관찰되었다.

[그림 5-70] 당뇨병: 남성의 연령집단별 교육수준별 연령표준화 사망률



[그림 5-71] 당뇨병: 여성의 연령집단별 교육수준별 연령표준화 사망률



〈표 5-24〉 성별 연령집단별 교육수준에 따른 당뇨병 사망 불평등

연령 집단	연도	교육수준	남성		여성	
			절대 위험도	상대 위험도	절대 위험도	상대 위험도
30-44	1995	중졸이하	18.3	20.50	3.7	-
		고졸	1.9	3.00	0.9	-
		대졸이상	0.0	1.00	0.0	-
	2000	중졸이하	20.6	22.99	5.2	-
		고졸	2.3	3.50	0.5	-
		대졸이상	0.0	1.00	0.0	-
	2005	중졸이하	23.0	25.49	6.6	-
		고졸	2.3	3.50	0.9	-
		대졸이상	0.0	1.00	0.0	-
	2010	중졸이하	12.6	14.50	8.4	-
		고졸	1.9	3.00	0.9	-
		대졸이상	0.0	1.00	0.0	1.00
45-64	1995	중졸이하	20.8	1.67	17.8	4.50
		고졸	6.6	1.21	9.7	2.90
		대졸이상	0.0	1.00	0.0	1.00
	2000	중졸이하	36.6	2.41	18.3	4.27
		고졸	16.8	1.65	7.1	2.27
		대졸이상	0.0	1.00	0.0	1.00
	2005	중졸이하	40.1	2.72	14.7	3.90
		고졸	12.7	1.54	4.6	1.90
		대졸이상	0.0	1.00	0.0	1.00
	2010	중졸이하	34.6	4.40	8.1	5.00
		고졸	9.1	1.90	2.5	2.25
		대졸이상	0.0	1.00	0.0	1.00
65≤	1995	초졸이하	-86.2	0.69	-65.6	0.72
		중졸이상	0.0	1.00	0.0	1.00
	2000	초졸이하	-97.1	0.70	-30.4	0.87
		중졸이상	0.0	1.00	0.0	1.00
	2005	초졸이하	-40.1	0.84	-1.2	0.99
		중졸이상	0.0	1.00	0.0	1.00
	2010	초졸이하	-12.1	0.94	14.6	1.12
		중졸이상	0.0	1.00	0.0	1.00

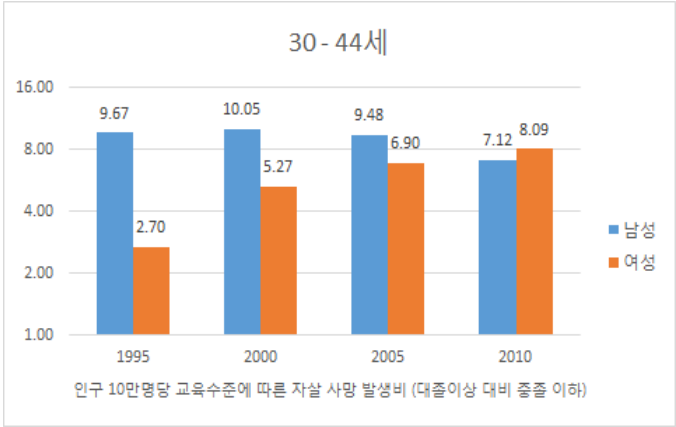
6) 자살 사망 불평등

30-44세 집단에서 교육수준에 따른 자살사망률은 남/여 모두에서 교육수준이 낮을수록 확연히 높았다. 1995년부터 2010년에 걸친, 학력이 대졸이상 그룹에 비해 중졸 이하인 그룹의 자살률 비율을 검토했을 때, 여성에서는 2.70 → 5.27 → 6.99 → 8.09로 꾸준히 증가하는 추세를 보였으며 남성에서는 9.67 → 10.05 → 9.48 → 7.12로 증가했다가 감소하는 추세를 보였다.

〈표 5-25〉 성별, 교육 수준에 따른 자살 사망률(30-44세)

연도	교육수준	남성		여성	
		자살 사망률	자살 사망률 비율	자살 사망률	자살 사망률 비율
1995	대졸이상	5.6	1.00	4.7	1.00
	고졸	12.6	2.25	4.7	1.00
	중졸이하	54.3	9.67	12.7	2.70
2000	대졸이상	8.9	1.00	5.2	1.00
	고졸	21.1	2.37	7.1	1.36
	중졸이하	89.5	10.05	27.2	5.27
2005	대졸이상	15.5	1.00	9.4	1.00
	고졸	35.6	2.30	16.0	1.70
	중졸이하	146.6	9.48	64.7	6.90
2010	대졸이상	22.9	1.00	15.0	1.00
	고졸	52.4	2.29	28.1	1.88
	중졸이하	163.4	7.12	121.3	8.09

[그림 5-72] 성별, 교육 수준에 따른 자살 사망률(30-44세)



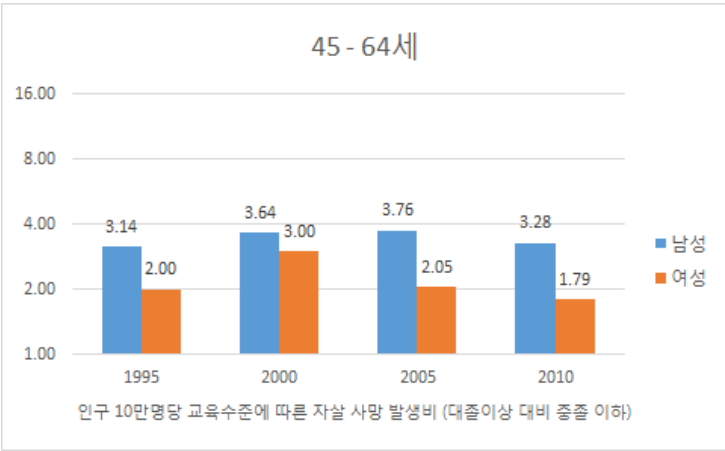
45-64세 집단에서 교육수준에 따른 자살사망률은 남/여 모두에서 교육수준이 낮을수록 확연히 높았다. 1995년부터 2010년에 걸친, 학력이 대졸이상 그룹에 비해 중졸 이하인 그룹의 자살률 비율을 검토했을 때, 여성에서는 2.00 → 3.00 → 2.05 → 1.79로, 남성에서는 3.14 → 3.64 → 3.76 → 3.28로, 남/여 모두에서 증가했다가 감소하는 추세를 보였다.

〈표 5-26〉 성별, 교육 수준에 따른 자살 사망률(45-64세)

연도	교육수준	남성		여성	
		자살 사망률	자살 사망률 비율	자살 사망률	자살 사망률 비율
1995	대졸이상	11.1	1.00	4.1	1.00
	고졸	18.2	1.64	6.1	1.50
	중졸이하	35.0	3.14	8.2	2.00
2000	대졸이상	14.3	1.00	3.6	1.00
	고졸	26.0	1.82	6.1	1.71
	중졸이하	51.9	3.64	10.7	3.00

연도	교육수준	남성		여성	
		자살 사망율	자살 사망률 비율	자살 사망률	자살 사망률 비율
2005	대졸이상	25.8	1.00	10.2	1.00
	고졸	42.6	1.65	12.2	1.20
	중졸이하	97.4	3.76	20.9	2.05
2010	대졸이상	34.9	1.00	14.8	1.00
	고졸	52.7	1.51	16.3	1.10
	중졸이하	114.7	3.28	26.5	1.79

[그림 5-73] 성별, 교육 수준에 따른 자살 사망률(45-64세)



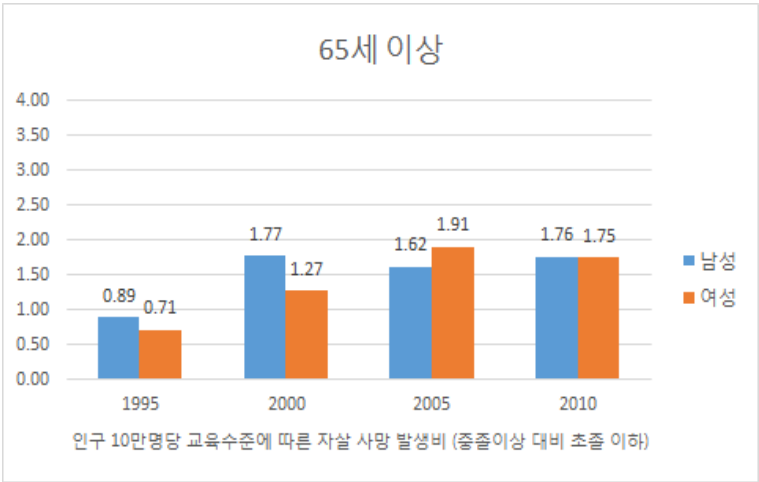
65세 이상인 집단에서 다른 집단에 비해 교육수준에 따른 자살 사망률의 차이가 뚜렷하지 않았다. 1995년 이후로는 초졸 이하인 집단에서 중졸 이상 집단에 비해 남/여 모두에서 높은 자살 사망률을 보였다. 1995년부터 2010년에 걸친, 학력이 중졸이상인 그룹에 비해 초졸 이하인 그룹의 자살을 비율을 검토했을 때, 여성에서는 0.71 → 1.27 → 1.91 →

1.75로, 남성에서는 0.89 → 1.77 → 1.62 → 1.76으로, 남/여 모두에서 증가했다가 감소하는 추세를 보였다.

〈표 5-27〉 성별, 교육 수준에 따른 자살 사망률(65세 이상)

연도	교육수준	남성		여성	
		자살 사망률	자살 사망률 비율	자살 사망률	자살 사망률 비율
1995	중졸이상	44.5	1.00	21.0	1.00
	초졸이하	39.6	0.89	14.9	0.71
2000	중졸이상	37.8	1.00	18.1	1.00
	초졸이하	66.9	1.77	23.0	1.27
2005	중졸이상	96.0	1.00	26.7	1.00
	초졸이하	155.5	1.62	51.0	1.91
2010	중졸이상	97.5	1.00	29.2	1.00
	초졸이하	171.6	1.76	51.1	1.75

[그림 5-74] 성별, 교육 수준에 따른 자살 사망률(65세 이상)



7) 자살생각 발생률

가구별 소득수준에 따른 지난 1년간 자살생각의 발생빈도는 가구 소득이 낮을수록 확연히 증가하였으며, 소득 사분위 최상위 가구에 속한 개인에 비해서 나머지 하위 가구에 속한 개인들은 지난 1년간 자살생각의 발생비율이 높았다.

1998년부터 2011년에 걸친, 소득 사분위 최상위 그룹에 비하여 최하위 가구에 속한 개인의 자살생각 발생빈도를 검토하였을 때, 1.84 → 1.94 → 2.52 → 2.59 → 2.51로 꾸준히 증가하는 추세를 보였다.

〈표 5-28〉 제1기 국민건강영양조사(1998)

4분위 가구소득	N	지난 1년간 자살생각	
		n (%)	발생률 비율
〉 3Q	2,443	490 (20.1)	1.00
2Q-3Q	2,636	542 (20.6)	1.02
1Q-2Q	2,143	565 (26.4)	1.31
〈 1Q	1,961	726 (37.0)	1.84

〈표 5-29〉 제2기 국민건강영양조사(2001)

4분위 가구소득	N	지난 1년간 자살생각	
		n (%)	발생률 비율
〉 3Q	2,287	315 (13.8)	1.00
2Q-3Q	1,908	310 (16.2)	1.17
1Q-2Q	1,924	358 (18.6)	1.35
〈 1Q	1,606	430 (26.8)	1.94

〈표 5-30〉 제3기 국민건강영양조사(2005)

4분위 가구소득	N	지난 1년간 자살생각	
		n (%)	발생률 비율
> 3Q	2,059	261 (12.7)	1.00
2Q-3Q	2,134	322 (15.1)	1.19
1Q-2Q	1,983	407 (20.5)	1.61
< 1Q	1,642	525 (32.0)	2.52

〈표 5-31〉 제4기 국민건강영양조사(2007-2009)

4분위 가구소득	N	지난 1년간 자살생각	
		n (%)	발생률 비율
> 3Q	4,620	519 (11.2)	1.00
2Q-3Q	4,553	685 (15.0)	1.34
1Q-2Q	4,245	866 (20.4)	1.82
< 1Q	3,628	1,051 (29.0)	2.59

〈표 5-32〉 제5기 국민건강영양조사(2010-2011)

4분위 가구소득	N	지난 1년간 자살생각	
		n (%)	발생률 비율
> 3Q	3,283	332 (10.1)	1.00
2Q-3Q	3,396	389 (11.5)	1.14
1Q-2Q	3,162	479 (15.1)	1.50
< 1Q	2,453	624 (25.4)	2.51

학력이 낮을수록 지난 1년간 자살생각의 발생빈도는 확연히 증가하였으며, 대학졸업 또는 이상의 학력을 가진 이들에 비하여 나머지 개인들은 지난 1년간 자살생각의 발생비율이 높았다.

1998년부터 2011년에 걸친, 대학졸업 또는 그 이상의 학력을 가진 집단에 비하여 초등학교 졸업 또는 미만의 학력을 가진 이들의 자살생각 발생비율은 1.93 → 1.99 → 2.52 → 1.73 → 3.01로 대략적으로 증가하는 양상을 보였다.

〈표 5-33〉 제1기 국민건강영양조사(1998)

교육수준	N	자살생각	
		n (%)	발생률 비율
대학졸업 또는 이상	2,063	353 (17.1)	1.00
고등학교 졸업	3,347	820 (24.5)	1.43
중학교 졸업	1,246	316 (25.4)	1.49
초등학교 졸업 또는 미만	2,527	834 (33.0)	1.93

〈표 5-34〉 제2기 국민건강영양조사(2001)

교육수준	N	자살생각	
		n (%)	발생률 비율
대학졸업 또는 이상	2,520	344 (13.7)	1.00
고등학교 졸업	3,014	527 (17.5)	1.28
중학교 졸업	978	195 (19.9)	1.45
초등학교 졸업 또는 미만	1,679	459 (27.3)	1.99

〈표 5-35〉 제3기 국민건강영양조사(2005)

교육수준	N	자살생각	
		n (%)	발생률 비율
대학졸업 또는 이상	2,580	312 (12.1)	1.00
고등학교 졸업	2,750	489 (17.8)	1.47
중학교 졸업	887	218 (24.6)	2.03
초등학교 졸업 또는 미만	1,690	515 (30.5)	2.52

〈표 5-36〉 제4기 국민건강영양조사(2007-2009)

교육수준	N	자살생각	
		n (%)	발생률 비율
대학졸업 또는 이상	7,135	1,128 (15.8)	1.00
고등학교 졸업	3,277	889 (27.1)	1.72
중학교 졸업	1,321	517 (39.1)	2.47
초등학교 졸업 또는 미만	88	24 (27.3)	1.73

〈표 5-37〉 제5기 국민건강영양조사(2010-2011)

교육수준	N	자살생각	
		n (%)	발생률 비율
대학졸업 또는 이상	4,991	577 (11.6)	1.00
고등학교 졸업	1,409	229 (16.3)	1.41
중학교 졸업	2,182	495 (22.7)	1.96
초등학교 졸업 또는 미만	707	247 (34.9)	3.01

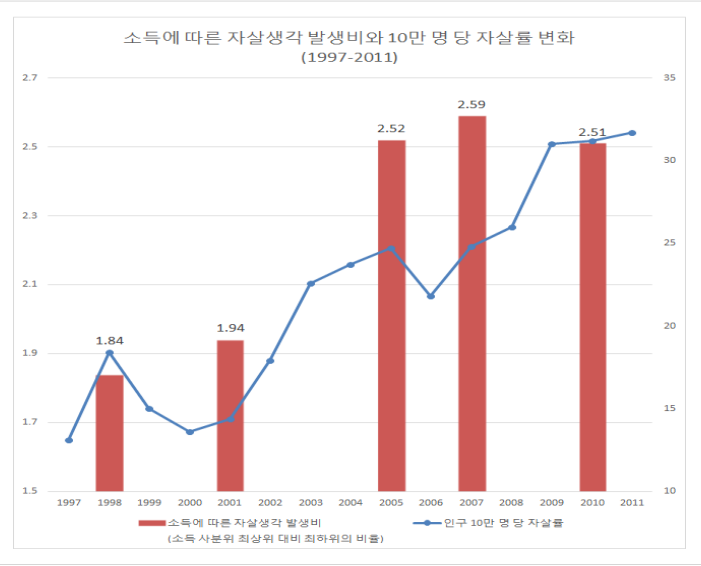
[그림 5-75]는 인구 10만명당 자살률의 변화와 함께 소득에 따른 지난 1년 자살생각 발생비³⁴⁾의 변화를 보여준다. 1997년부터 2011년까지 인구 10만명당 자살률이 증가하는 동안, 소득에 따른 자살생각 발생비율은 꾸준히 증가하여, 자살생각과 관련된 건강불평등이 동시에 증가했음을 알 수 있다.

[그림 5-76]은 인구 10만명당 자살률의 변화와 함께 교육수준에 따른 지난 1년 자살생각 발생비³⁵⁾의 변화를 보여준다. 1997년부터 2011년까지 인구 10만명당 자살률이 증가하는 동안, 학력에 따른 자살생각과 관련된 건강불평등은 증가와 감소를 반복하고 있음을 알 수 있다.

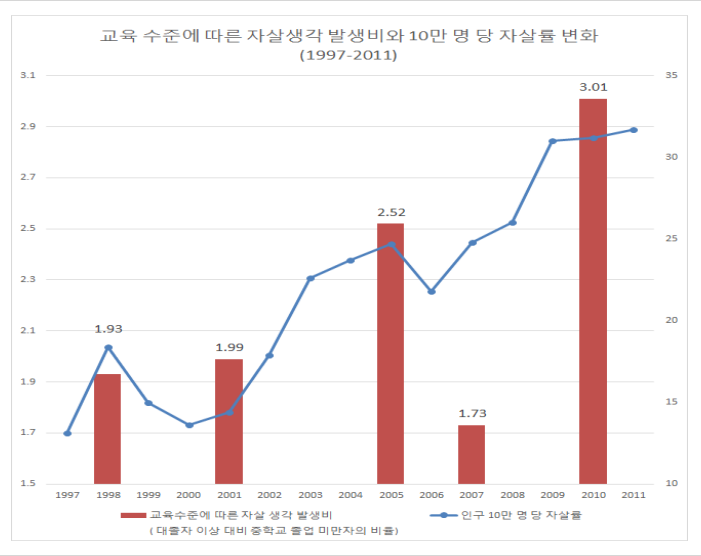
34) 소득 사분위 최하위 그룹의 자살생각 분율 / 소득 사분위 최상위 그룹의 자살생각 발생 분율

35) '초등학교 졸업 또는 그 이하' 학력 소유자에서 자살생각 분율 / '대학 졸업 또는 그 이상' 학력 소유자에서 자살생각 발생 분율

[그림 5-75] 소득에 따른 자살생각 발생비와 10만명당 자살률 변화



[그림 5-76] 교육 수준에 따른 자살생각 발생비와 10만명당 자살률 변화



8) 자살 시도 발생률

가구별 소득수준에 따른 지난 1년간 자살시도의 발생빈도는 가구 소득이 낮을수록 확연히 증가하였으며, 소득 사분위 최상위 가구에 속한 개인에 비해서 나머지 하위 가구에 속한 개인들은 지난 1년간 자살 생각의 발생비율이 높았다.

1998년부터 2011년에 걸친, 소득 사분위 최상위 그룹에 비하여 최하위 가구에 속한 개인의 자살 시도 발생빈도를 검토하였을 때, 3.29 → 1.84 → 4.00 → 7.33 → 4.00로 증가와 감소를 반복하는 양상을 보였다. 이는 지난 1년간 자살시도의 발생빈도의 숫자가 적어 불안정한 (unreliable) 발생률로 인해 나타난 결과로 해석될 수 있다.

〈표 5-38〉 제1기 국민건강영양조사(1998)

4분위 가구소득	N	지난 1년간 자살 시도	
		n (%)	발생률 비율
> 3Q	2,443	11 (0.5)	1.00
2Q-3Q	2,636	30 (1.1)	2.53
1Q-2Q	2,143	26 (1.2)	2.69
< 1Q	1,961	29 (1.5)	3.29

〈표 5-39〉 제2기 국민건강영양조사 (2001)

4분위 가구소득	N	지난 1년간 자살 시도	
		n (%)	발생률 비율
> 3Q	2,286	14 (0.6)	1.00
2Q-3Q	1,907	21 (1.1)	1.80
1Q-2Q	1,921	18 (0.9)	1.54
< 1Q	1,605	18 (1.1)	1.84

〈표 5-40〉 제3기 국민건강영양조사(2005)

4분위 가구소득	N	지난 1년간 자살시도	
		n (%)	발생률 비율
〉 3Q	2,057	5 (0.2)	1.00
2Q-3Q	2,132	11 (0.5)	2.50
1Q-2Q	1,981	17 (0.9)	4.50
〈 1Q	1,639	13 (0.8)	4.00

〈표 5-41〉 제4기 국민건강영양조사(2007-2009)

4분위 가구소득	N	지난 1년간 자살시도	
		n (%)	발생률 비율
〉 3Q	4,618	16 (0.3)	1.00
2Q-3Q	4,556	44 (1.0)	3.33
1Q-2Q	4,249	49 (1.2)	4.00
〈 1Q	3,634	81 (2.2)	7.33

〈표 5-42〉 제5기 국민건강영양조사(2010-2011)

4분위 가구소득	N	지난 1년간 자살시도	
		n (%)	발생률 비율
〉 3Q	3,283	15 (0.5)	1.00
2Q-3Q	3,395	13 (0.4)	0.80
1Q-2Q	3,162	22 (0.7)	1.40
〈 1Q	2,452	49 (2.0)	4.00

학력이 낮을수록 지난 1년간 자살시도의 발생빈도는 높게 나타났으며, 대학졸업 또는 이상의 학력을 가진 이들에 비하여 나머지 개인들은 지난 1년간 자살시도의 발생비율이 높았다.

1998년부터 2011년에 걸친, 대학졸업 또는 그 이상의 학력을 가진 집단에 비하여 초등학교 졸업 또는 미만의 학력을 가진 이들의 자살생각 발생비율은 1.67 → 1.67 → 3.00 → 1.10 → 2.57로 증가와 감소를 반복

하는 양상을 보였는데, 이는 소득수준에 따른 자살시도의 변화와 마찬가지로 자살시도의 빈도가 낮아 발생률이 불안정(unreliable)하기 때문에 생겨난 결과로 보인다.

〈표 5-43〉 제1기 국민건강영양조사(1998)

교육수준	N	자살시도	
		n (%)	발생률 비율
대학졸업 또는 이상	2,063	13 (0.6)	1.00
고등학교 졸업	3,347	34 (1.0)	1.67
중학교 졸업	1,246	23 (1.8)	3.00
초등학교 졸업 또는 미만	2,527	26 (1.0)	1.67

〈표 5-44〉 제2기 국민건강영양조사(2001)

교육수준	N	자살시도	
		n (%)	발생률 비율
대학졸업 또는 이상	2,518	14 (0.6)	1.00
고등학교 졸업	3,013	34 (1.1)	1.83
중학교 졸업	977	7 (0.7)	1.17
초등학교 졸업 또는 미만	1,675	17 (1.0)	1.67

〈표 5-45〉 제3기 국민건강영양조사(2005)

교육수준	N	자살시도	
		n (%)	발생률 비율
대학졸업 또는 이상	2,579	5 (0.2)	1.00
고등학교 졸업	2,746	24 (0.9)	4.50
중학교 졸업	886	8 (0.9)	4.50
초등학교 졸업 또는 미만	1,687	10 (0.6)	3.00

〈표 5-46〉 제4기 국민건강영양조사(2007~2009)

교육수준	N	자살시도	
		n (%)	발생률 비율
대학졸업 또는 이상	7,129	74 (1)	1.00
고등학교 졸업	3,274	62 (1.9)	1.90
중학교 졸업	1,321	37 (2.8)	2.80
초등학교 졸업 또는 미만	89	1 (1.1)	1.10

〈표 5-47〉 제5기 국민건강영양조사(2010~2011)

교육수준	N	자살시도	
		n (%)	발생률 비율
대학졸업 또는 이상	4,990	35 (0.7)	1.00
고등학교 졸업	1,409	21 (1.5)	2.14
중학교 졸업	2,181	25 (1.1)	1.57
초등학교 졸업 또는 미만	707	13 (1.8)	2.57

제5절 의료이용

1. 지표의 중요성

의료이용의 형평성 정도를 측정하기 위한 지표로서 의료를 외래의료, 입원의료, 응급의료로 구분하여 지표를 산출하였으며, 또한 각 의료이용 별로 의료이용 횟수를 이용한 형평성 정도와 의료이용시 지불된 본인부담 의료비를 이용한 형평성으로 구분하여 지표를 산출하였다. 지표 산출 기간은 2009~2011년의 3년간인데, 이는 의료패널 이용자료가 본격적으로 발표된 것이 2009년부터이기 때문이다.

2. 지표 현황

가. 외래 의료이용의 형평성

2009~2011년 사이 외래의료이용의 의료이용 횟수에 대한 형평성 정도를 구한 결과는 다음과 같다.

각 년도별로 외래의료 방문 횟수에 따른 집중지수를 실제의료이용 횟수와 니드를 보정한 의료이용의 형평성 지수(HI_{wv})로 나누어 구한 결과 모두 음의 값을 가져 저소득층의 의료이용이 상대적으로 더 많은 것으로 나타났다. 즉, 실제의료이용은 말할 것도 없이 저소득층에 보다 집중되어 있었으며, 건강상태 및 건강행위 실천 등 의료이용에 영향을 미치는 요인을 보정한 이후에도 여전히 저소득층이 상대적으로 외래의료이용을 더 많이 하는 것으로 나타났다.

연도별로는 니드를 보정한 형평성 지수의 경우 최근으로 올수록 저소득층에 집중되는 경향이 더 큰 것으로 나타났다.

〈표 5-48〉 외래의료이용의 집중지수

연도	구분	집중지수	95% 신뢰구간		t-값
			상한	하한	
2009	실제의료이용	-0.1870	-0.2022	-0.1718	-24.12
	니드 기반 예측 의료이용	-0.1680	-0.1767	-0.1593	-37.99
	니드 보정 의료이용(HI)	-0.0190	-0.0330	-0.0049	-2.65
2010	실제의료이용	-0.1804	-0.1957	-0.1653	-23.32
	니드 기반 예측 의료이용	-0.1332	-0.1399	-0.1266	-39.29
	니드 보정 의료이용(HI)	-0.0473	-0.0617	-0.0328	-6.43
2011	실제의료이용	-0.1883	-0.2035	-0.1731	-24.26
	니드 기반 예측 의료이용	-0.1353	-0.1417	-0.1290	-41.90
	니드 보정 의료이용(HI)	-0.0530	-0.0675	-0.0384	-7.13

주: 집중지수의 부호는 사회계층별 집중도를(음의 값은 pro-poor, 양의 값은 pro-rich)을, 절대값은 집중도의 크기를 나타냄.

나. 외래 의료비 지출의 형평성

외래의료비 지출을 형평성의 결과 의료이용횟수를 활용한 형평성 결과와 상반되는 결과가 나타났다. 2009년을 제외하면 실제의료비 지출의 경우 저소득층이 더 많은 것으로 나타났으나, 의료이용의 필요를 보정한 이후에는 집중지수가 양의 값을 가지는 것으로 나타나 고소득층의 의료비 지출이 더 많은 것으로 나타났다.

즉, 저소득층의 경우 실제 의료비 지출은 많으나 질병 등 그들의 건강 상태를 고려하면 상대적으로 고소득층에 비해 의료비 지출이 덜 한 것으로 파악할 수 있으며, 반대로 고소득층의 경우에는 의료에 대한 필요에 비해 상대적으로 의료비 지출을 더 많이 하고 있는 것으로 파악할 수 있다.

〈표 5-49〉 외래의료비 지출의 집중지수

연도	구분	집중지수	95% 신뢰구간		t-값
			상한	하한	
2009	실제의료비 지출	0.0086	-0.0168	0.0341	0.66
	니드 기반 예측 의료비 지출	-0.1270	-0.1335	-0.1204	-37.96
	니드 보정 의료비 지출(HI)	0.1356	0.1109	0.1603	10.75
2010	실제의료비 지출	-0.1206	-0.1411	-0.1001	-11.53
	니드 기반 예측 의료비 지출	-0.1779	-0.1873	-0.1685	-37.12
	니드 보정 의료비 지출(HI)	0.0573	0.0379	0.0768	5.77
2011	실제의료비 지출	-0.0375	-0.0589	-0.0161	-3.43
	니드 기반 예측 의료비 지출	-0.1125	-0.1190	-0.1060	-34.08
	니드 보정 의료비 지출(HI)	0.0750	0.0550	0.0950	7.35

주: 집중지수의 부호는 사회계층별 집중도를(음의 값은 pro-poor, 양의 값은 pro-rich)을, 절대값은 집중도의 크기를 나타냄.

다. 응급 의료이용의 형평성

응급의료이용의 형평성 정도는 외래의료이용의 형평성 지표에 비해 상대적으로 저소득층에 대한 집중정도가 약한 것으로 나타났다. 실제로 의료이용에 대한 집중지수가 대부분 음의 값을 나타내었으나 대부분의 값들이 통계적으로 유의하게 나타나지는 않아 외래의료이용에 비해 응급의료이용은 소득계층에 상관없이 형평적으로 의료이용이 이뤄지고 있는 것으로 보인다. 특히, 의료이용의 필요를 보정한 집중지수는 모두 통계적으로 유의미한 값을 나타내지 못했다.

〈표 5-50〉 응급의료이용의 집중지수

연도	구분	집중지수	95% 신뢰구간		t-값
			상한	하한	
2009	실제의료이용	-0.1084	-0.1528	-0.0640	-4.79
	니드 기반 예측 의료이용	-0.0100	-0.1069	-0.0931	-28.31
	니드 보정 의료이용(HI)	-0.0084	-0.0534	0.0366	-0.37
2010	실제의료이용	-0.0136	-0.0549	0.0277	-0.65
	니드 기반 예측 의료이용	-0.0211	-0.0318	-0.0104	-3.87
	니드 보정 의료이용(HI)	0.0075	-0.0306	0.0456	0.39
2011	실제의료이용	-0.0637	-0.1297	0.0023	-1.89
	니드 기반 예측 의료이용	-0.0387	-0.0521	-0.0253	-5.67
	니드 보정 의료이용(HI)	-0.0250	-0.0916	0.0416	-0.74

주: 집중지수의 부호는 사회계층별 집중도를(음의 값은 pro-poor, 양의 값은 pro-rich)을, 절대값은 집중도의 크기를 나타냄.

라. 응급 의료비 지출의 형평성

응급의료 이용시 지불된 의료비를 활용한 형평성 지표 측정 결과 연도별로 혹은 집중지수별로 일관된 결과를 나타내지는 못하였다. 대부분의

값들이 통계적으로 유의미하지 않았고, 그나마 의료이용의 필요를 기반으로 예측한 의료비 지출의 집중지수는 통계적으로 유의하긴 하였으나 연도별로 일관된 경향을 나타내지는 않았다. 이러한 결과로 미루어 볼 때, 응급의료비 지출 또한 소득계층에 상관없이 형평적으로 이뤄지고 있는 것으로 생각할 수 있다.

〈표 5-51〉 응급의료비 지출의 집중지수

연도	구분	집중지수	95% 신뢰구간		t-값
			상한	하한	
2009	실제의료비 지출	-0.0885	-0.1788	0.0017	-1.92
	니드 기반 예측 의료비 지출	-0.1655	-0.1733	-0.1576	-41.09
	니드 보정 의료비 지출(HI)	0.0769	-0.0226	0.1765	1.51
2010	실제의료비 지출	0.0254	-0.1657	0.2164	0.26
	니드 기반 예측 의료비 지출	0.0489	0.0050	0.0928	2.19
	니드 보정 의료비 지출(HI)	-0.0235	-0.2096	0.1626	-0.25
2011	실제의료비 지출	0.0123	-0.0769	0.1014	0.27
	니드 기반 예측 의료비 지출	-0.1128	-0.1285	-0.0972	-14.17
	니드 보정 의료비 지출(HI)	0.1251	0.0331	0.2171	2.67

주: 집중지수의 부호는 사회계층별 집중도를(음의 값은 pro-poor, 양의 값은 pro-rich)을, 절대값은 집중도의 크기를 나타냄.

마 입원 의료이용의 형평성

입원의료이용의 경우 실제 입원횟수를 기반으로 한 집중지수는 모두 음의 값을 가져 상대적으로 저소득층이 입원의료이용을 많이 하는 것으로 나타났다. 그러나 이는 그들의 입원의료이용의 필요 또한 높기 때문인 것으로, 의료이용의 필요를 보정한 이후에는 소득계층별로 치우치지 않고 형평적으로 이뤄지는 것으로 나타났다.

〈표 5-52〉 입원의료이용의 집중지수

연도	구분	집중지수	95% 신뢰구간		t-값
			상한	하한	
2009	실제의료이용	-0.1356	-0.1722	-0.0990	-7.26
	니드 기반 예측 의료이용	-0.1158	-0.1235	-0.1080	-29.21
	니드 보정 의료이용(HI)	-0.0198	-0.0570	-0.0174	-1.04
2010	실제의료이용	-0.0325	-0.0588	-0.0062	-2.43
	니드 기반 예측 의료이용	-0.0379	-0.0447	-0.0311	-10.94
	니드 보정 의료이용(HI)	0.0054	-0.0188	0.0295	0.43
2011	실제의료이용	-0.0531	-0.0839	-0.0222	-3.37
	니드 기반 예측 의료이용	-0.0365	-0.0446	-0.0285	-8.92
	니드 보정 의료이용(HI)	-0.0165	-0.0458	0.0128	-1.11

주: 집중지수의 부호는 사회계층별 집중도를(음의 값은 pro-poor, 양의 값은 pro-rich)을, 절대값은 집중도의 크기를 나타냄.

바. 입원 의료비 지출의 형평성

입원의료이용의 필요에 대한 집중지수는 모두 음의 값을 가져 상대적으로 저소득층에서 입원의료비에 대한 지출이 더 많아야 할 것으로 나타나고 있으나 실제 지불한 입원의료비의 집중지수는 2009년 도를 제외하면 소득계층간 형평적으로 의료비 지출이 이뤄지는 것으로 나타나고 있다. 이는 상대적으로 저소득층의 입원의료비가 그들의 필요보다 덜 소비되고 있음을 의미한다고도 볼 수 있다. 의료이용의 필요를 보정한 의료비 지출의 형평성 정도는 2009년의 경우 양의 값을 나타내어 고소득층이 상대적으로 의료비 지출이 많은 것으로 나타난 반면, 2010년과 2011년에는 통계적으로 유의한 값을 얻지는 못하였다.

〈표 5-53〉 입원의료비 지출의 집중지수

연도	구분	집중지수	95% 신뢰구간		t-값
			상한	하한	
2009	실제의료비 지출	-0.0688	-0.1295	-0.0081	-2.22
	니드 기반 예측 의료비 지출	-0.1518	-0.1599	-0.1437	-36.70
	니드 보정 의료비 지출(HI)	0.0829	0.0242	0.1417	2.77
2010	실제의료비 지출	-0.1200	-0.2285	-0.0116	-2.17
	니드 기반 예측 의료비 지출	-0.0500	-0.0777	-0.0224	-3.55
	니드 보정 의료비 지출(HI)	-0.0670	-0.1838	0.0438	-1.21
2011	실제의료비 지출	-0.0158	-0.0651	0.0334	-0.63
	니드 기반 예측 의료비 지출	-0.0523	-0.0652	-0.0393	-7.92
	니드 보정 의료비 지출(HI)	0.0364	-0.0126	0.0854	1.46

주: 집중지수의 부호는 사회계층별 집중도를(음의 값은 pro-poor, 양의 값은 pro-rich)을, 절대값은 집중도의 크기를 나타냄.



제6장 결론

제1절 결론 및 제언

제2절 향후 추진방향

제1절 결론 및 제언

미국의 경험을 보더라도 인구집단간 건강격차를 해소하는 것은 국가 전체의 건강수준 향상을 위해 중요한 정책 목표가 될 수 있다. 때문에 세계보건기구에서는 전체 인구집단의 건강수준 향상은 물론 인구집단 간 건강격차 해소를 개별 국가들에게 권고하고 있으며, 영국, 스웨덴, 네덜란드 등은 이러한 권고를 가장 잘 실천하는 국가들로 잘 알려져 있다.

또한, 국가단위에서 인구집단 간 혹은 지역 간 건강격차를 해소하기 위해서는 포괄적이고 광범위한 건강형평성의 모니터링과 형평성 지표의 생산이 그 시발점이 될 수 있다. 특히, 신뢰성 있고 안정적인 건강불평등 지표의 생산과 확보는 건강불평등 해소를 위한 중재프로그램 개발을 위해서 필수적인 요소인 한편, 건강불평등 해소에 대한 사회적 인식을 제고시키는 데에도 유용한 것으로 알려져 있다.

본 연구에서는 이러한 배경 하에서 우리나라의 건강불평등 측정 및 모니터링을 위한 1차 년도 연구로서 지표 영역 및 세부지표를 개발하고, 그 중 대표지표라 할 수 있는 지표들을 직접 생산하는 것까지를 주요 목적으로 하였다. 특히 개발된 지표가 건강불평등 해소 노력과 연계되는 것이 중요하기 때문에 본 연구에서는 지표 영역 설정 및 세부 지표 개발시 정책과의 연계성에 중점을 두고자 노력하였다.

이를 위해 본 연구에서는 우리나라 국민건강증진종합계획의 틀과 건강불평등 지표와의 연계를 위해 WHO CSDH(2008)에서 제안한 건강불평

등 발생 기전 모형에 근거를 두었으며, 이를 바탕으로 건강불평등 지표 영역을 도출하였다. 도출된 지표영역은 사회경제적 위치, 지역, 건강행태, 건강결과(건강수명, 유병, 사망), 그리고 의료이용의 5개 분야이며, 각 지표 영역별로 세부 지표를 제안하였다.

그리고 제안된 세부지표 중 대표적인 성격을 지닌 일부 지표는 내년도 연구에서의 본격적인 산출에 앞서 금년도에 우선적으로 지표값을 산출하였다. 본 연구에서 도출된 지표 영역 및 세부지표는 다음과 같다.

〈표 6-1〉 영역별 건강불평등 지표

대분류	중분류	지표
사회경제적 위치		사회계층
		교육
		소득
		고용
지역	지역박탈지수	경제적 박탈
		사회적 박탈
		지역박탈지수
건강행태	흡연	현흡연율
		금연율
		금연시도율
		흡연예방 교육 경험률
		흡연자 중 금연관련 교육 경험률
	음주	현음주율
		문제음주율
		문제음주자의 음주관련 상담 경험률
	신체활동	중등도 이상 신체활동 실천율
		비만자 중 운동관련 교육 경험률
	영양	건강식생활 실천율
		비만자 중 식생활관련 교육 경험률

대분류	중분류	지표
건강결과	기대여명 및 건강수명	출생시 기대여명
		건강 수명
	건강상태 및 유병	자기평가 건강수준
		삶의 질
		활동제한
		비만, 고혈압, 당뇨 및 고콜레스테롤 혈증
		골관절염
		결핵과 감염
		아동건강
	사망	총 사망률
		사망원인별 사망률: 암
		사망원인별 사망률: 뇌혈관질환
		사망원인별 사망률: 심장질환
		사망원인별 사망률: 당뇨병
		사망원인별 사망률: 결핵
		사망원인별 사망률: 손상 및 교통사고
		사망원인별 사망률: 심근경색증 치명률
		사망원인별 사망률: 뇌졸중 치명률
		영아사망률
		모성사망비
		산재사망률
		자살(자살생각·자살시도 포함)
의료이용	응급의료	응급의료이용 횟수
		응급의료비 지출
	입원의료	입원의료이용 횟수
		입원비 지출
	외래의료	외래의료 횟수
		외래의료비 지출

기존의 건강불평등 지표 산출 연구와는 차별적으로 본 연구에는 우리나라 건강불평등 해소를 위해 각 지표가 산출되어야 하는 근거를 보다 자세히 기술하고자 하였고, 개발된 지표의 지표값 산출이 가능하도록 지표 산출에 활용된 자료원이나 계산 방식에 대해 자세히 기술하고자 하였다.

연구결과를 간략히 요약하면 다음과 같다. 우선 본 연구에서는 우리나라에서 그동안 특별한 합의 없이 연구자별로 임의적으로 사용하여왔던 사회경제적 위치지표에 대해 재검토 하였고, 지역과 관련하여 지역의 결핍정도를 나타낼 수 있는 사회적박탈 지수, 경제적박탈 지수, 그리고 지역박탈 지수로 구분하여 산출하였다.

건강행태에서는 연령, 소득수준, 교육수준, 그리고 직업별로 건강불평등 현황 지표를 산출하였으며, 그 결과 인구집단간 흡연율이나 음주율 신체활동 실천율 등에 인구집단간 격차가 존재하는 것으로 나타났다. 건강수명의 경우에도 성별, 지역별 건강수명의 격차가 존재하고 있었으며, 총사망률은 물론 사망원인별로도 성별, 연령별, 교육수준별 격차가 나타났다. 특히 최근 들어 우리나라의 사회적 병리현상의 하나로 문제가 되고 있는 자살에 있어서도 교육수준별 격차가 나타났으며, 일부 인구집단에 있어서는 그러한 격차가 점점 심화되고 있는 것으로 드러났다. 때문에 이러한 인구집단간 건강격차를 해소하기 위해서는 이러한 측정결과를 건강불평등 중재를 위한 개입으로 이어져야 할 것이며, 포괄적이고 효율적인 건강불평등 해소 정책 개발이 필요할 것이다.

그 동안 국가 수준, 지방정부 수준의 건강 형평성 모니터링, 건강 형평성 목표 설정, 지역사회에 기반한 건강 형평 정책의 접근, 건강 불평등 영향 평가, 건강생활을 위한 최저생계비, 건강보장의 확대 및 보건의료자원의 재조직화, 노동시장 정책, 소득재분배 정책 등 다양한 수준에서의 정책 내용이 건강 형평 정책으로 제안된 바 있다(강영호 등, 2012 재인용).

그러나 지금까지는 정책적 지원 부족 등 여러 가지 이유로 구체적인 정책으로 이어지지 못하였다. 본 보고서는 건강불평등 해소를 위한 사회적 분위기 전환에 촉매제로서 활용되기를 바라며, 이를 계기로 건강불평등을 위한 보다 구체적이고 직접적인 정책이 수립되기를 기대한다.

제2절 향후 추진방향

본 연구는 건강불평등 지표 개발 및 생산을 위해 2014년도에도 계속될 예정이다. 금년도 연구에 이어 내년도 연구에는 개발된 지표에 대한 확장과 제안된 세부지표 전체에 대한 생산을 목적으로 하고 있다.

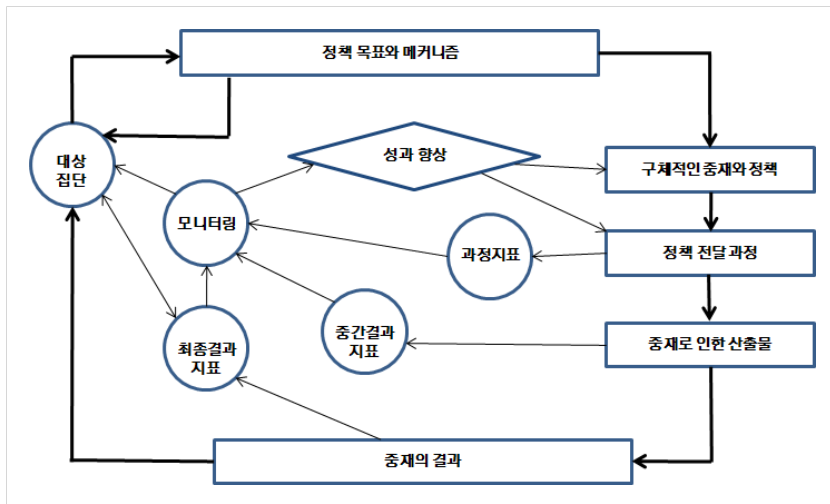
특히, 연구진행과정에서 지표와 관련된 몇 가지 제안사항 등에 대한 재검토가 이뤄져야 할 것으로 생각된다. 첫 번째는, 건강불평등 지표 생산 체계와 관련된 문제이다. 영국 등의 경우 건강불평등 해소를 위해 중앙정부 및 지방정부의 역할을 분담하여 명시하고, 그에 필요한 데이터 및 지표 생산을 국가 중심으로 추진하고 있다. 그러나 우리나라는 아직 정부단 위에서는 건강불평등에 대한 주무부처가 지정되어 있지 않기 때문에 우선 주무부처를 지정하고, 건강불평등 해소를 위한 첫 번째 단계로서 건강 불평등 지표산출을 위한 체계를 마련할 필요가 있다.

두 번째는 지역과 관련된 내용이다. 현재 건강 및 건강불평등과 관련된 대다수의 지표는 행정구역 단위를 시군구 단위로 하여 생산되고 있다. 그러나 서울의 경우 1개 “구”의 구민이 25만에 달하는 등 정책적 개입단위로서는 너무 크다. 일반적으로 현재 진행되고 있는 다수의 건강형평사업이나 건강마을 사업 등은 읍면동 단위로 이루어지기 때문에 생산되는 자료의 단위와 실제 사업과의 단위에 격차가 나타나고 있다. 이로 인해 읍면동 단위

에서의 건강불평등 지표 산출에 대한 필요성이 제기되고 있으며, 지역단위 지표 산출시 이에 대한 고려가 이루어져야 할 것으로 생각된다.

세 번째는 생산된 지표의 활용가치를 제고하기 위한 체계가 마련되어야 할 것이다. 예를 들어 영국은 지표와 건강불평등 해소를 위한 구체적인 중재 및 정책과 연계시켜 정책 전달과정이나 결과물의 평가를 위해 지표를 활용하고 있는 것에 주목할 필요가 있다.

[그림 6-1] Framework for indicators and targets (Marmot review)



자료: Marmot M, Atkinson T, Bell J, Blak C, Broadfoot P et al. (2010). Fair Society, Healthy Lives.

즉, 정책의 목표 달성정도를 평가하기 위한 척도로서 건강불평등 지표를 과정지표, 중간결과지표, 최종결과지표 등을 구분하여 활용하고 있다는 것과 이러한 과정의 결과물이 다시 정책에 환류되고 반영된다는 것은 향후 건강불평등 정책을 준비할 때 반드시 참고하여야 할 필요가 있다고 생각된다.

참고문헌 <<

- 강영호, 강민아, 김명희, 신영전, 유원섭 등. (2006). 건강증진목표 설정을 위한 건강 형평성 평가지표 개발과 건강 형평성 현황 조사 연구. 보건복지부.
- 강영호, 신영전, 조흥준. (2007). 추적, 한국건강불평등-사회의 제화를 위한 국민 보고서. 도서출판 밍.
- 강영호, 정최경희, 조성현, 조흥준, 김명희 등. (2012). 서울시 건강 격차 해소를 위한 보건 정책 방안 연구 보고서. 서울: 서울특별시, 울산대학교 산학협력단.
- 강은정, 조영태. (2010). 성별 교육수준별 건강수명의 형평성과 정책과제. 보건복지포럼.
- 건강사회연구센터(2008). 2008 통계로 본 한국건강불평등. 보건복지가족부.
- 건강사회연구센터(2009). 2009 통계로 본 한국건강불평등. 보건복지가족부.
- 고용노동부(2012). 2011년 산업재해 현황분석.
- 국가통계포털(2013). 소득 분배지표.
- 권순만(2007). 건강형평성 관련 성과지표 개발 연구. 서울대학교보건대학원, 건강증진사업지원단.
- 권순만, 손미아, 이은주 등. (2007). 건강형평성 관련 성과지표 개발 연구.
- 김도영(2012). 소득수준별 보건의료서비스 이용 형평성 변화 분석. 사회과학연구, 23(3): 105-125.
- 김동진(2011). 우리나라 성인의 의료이용의 형평성. 보건복지포럼, 통권 176L: 45-54.
- 김동진, 김지은, 박은자, 신호성. (2011). 인구집단별 의료이용의 형평성 현황 및 형평성에 영향을 미치는 요인분해. 한국보건사회연구원
- 김동진(2013). 우리나라 건강형평성 현황 및 대책. 보건복지 이슈애포커스.
- 김명희(2002). 사회경제적 요인과 대사 증후군의 연관성에 대한 다수준 분석. 박사학위논문, 한양대학교 대학원.

- 김민경, 정우진, 임승지, 윤수진, 이자경, 김은경, 고난주. (2010). 한국인의 사회경제적 불평등에 따른 주관적 건강수준의 차이와 건강행태 기여요인 분석, *Socioeconomic Inequity in Self. Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 43(1): 50-61.
- 김수근 등. (2009). OECD국가의 산업재해 및 사회·경제활동 지표변화에 관한 비교연구.
- 김유미, 김명희. (2007). 한국 건강불평등의 현황과 문제점. *예방의학회지*, 40(6): 431-438.
- 김유선(2013). 쟁점과 대안: 2013 비정규직 규모와 실태-통계청, “경제활동인구조사 부가조사”(2013.3) 결과. *노동사회*, 171(단일호): 50-93.
- 김창엽(2009). 건강불평등을 어떻게 볼 것인가. *보건복지포럼*, 149(통권).
- 김태일, 최윤영, 이경희. (2008). 소득계층에 따른 의료이용 격차 분석. *사회보장연구*, 24(3): 53-75.
- 김혜련 등. (2004). 건강수준의 사회계층간 차이와 정책 방향. *한국보건사회연구원*.
- 김혜련(2009). 한국의 건강형평성 실태와 정책과제. *보건복지포럼*
보건복지부, 질병관리본부. 2008-2012년 국민건강통계.
- 보건복지부. 2008-2012년 지역사회 건강통계.
- 보건복지부, 한국보건사회연구원(2003). 한국인의 주요 상병 및 건강행태 분석-2001년 국민건강영양조사 건강부문 심층분석 결과.
- 보건복지부, 한국보건사회연구원(2005). 새국민건강증진종합계획.
- 보건복지부, 한국보건사회연구원(2011). 제3차 국민건강증진종합계획.
- 보건복지부(2004). 국민건강영양조사의 표준화 연구.
- 서울특별시(2012). 서울시 건강격차 해소를 위한 보건정책 방안 연구보고서.
- 손미아(2002). 직업, 교육수준 그리고 물질적 결핍이 사망률에 미치는 영향. *예방의학회지*, 35(1): 76-82
- 스티글리츠(2013). 불평등의 대가: 열린책들.
- 신광영(2004). 한국의 계급과 불평등. *을유문화사*.
- 신광영(2013). 한국사회 불평등 연구. *후마니타스*.

- 신영전, 윤태호, 김명희. (2009). 건강불평등 완화를 위한 건강증진 전략 및 사업 개발. 서울: 보건복지부.
- 신영전, 윤태호, 김명희, 정백근, 서제희. (2011). 건강형평정책과 사업: 건강 불평등 완화를 위한 접근. 한국사회정책, 18(4): 41-77.
- 신호성, 이수형, 추장민. (2009). 표준화사망비와 지역결핍지수의 상관관계: 지역 사회 통합결핍지수 개발. J Prev Public Health, 42(6): 392-404.
- 우해봉(2009). 한국 중고령층의 성별·교육수준별 건강기대여명 차이. 한국사회학, 43(1): 165-187.
- 울산대학교의과대학, 건강증진사업지원단. (2006). 건강증진목표 설정을 위한 건강 형평성 평가지표 개발과 건강 형평성 현황 조사 연구.
- 유홍준, 김월화. (2006). 한국 직업지위 지수, The Occupational Status Scores in Korea: Past and Present. 40: 153-186.
- 윤태호, 문옥륜, 이상이 등. (2000). 우리나라의 사회계층별 건강행태의 차이, Differences in Health Behaviors among the Social Strata In Korea. 예방의학회지, 33(4): 469-476.
- 윤태호(2007). 우리나라 건강불평등 해소를 위한 정책 제안, The Proposal of Policy for Tackling Health Inequalities in Korea. 예방의학회지, 40(6): 447-453.
- 윤태호(2013). 건강형평 정책의 국제동향: 영국, 네덜란드, 스웨덴, 세계보건기구의 경험으로부터의 교훈. 대한의사협회의지, 56(3): 195-205.
- 이상영 외. (2009). 국민건강증진종합계획 2020 총괄전략 수립에 관한 연구. 한국보건사회연구원.
- 임국환, 이중협. (2010). 의료기관 종별 소득계층간 의료이용 불평등. 보건경제와 정책연구, 16(2): 39-56.
- 장신철(2012). 비정규직 범위와 규모에 대한 새로운 고찰. 산업관계연구, 22(1): 55-77.
- 전재식(2011). 고학력화와 학력별 취업구조 변화. The HRD review.
- 전영숙, 김창엽. (2012). 손상환자의 사회 경제적 상태에 따른 의료이용의 형평

- 성. 한국보건경제정책학회. 18(2): 21-45.
- 정백근, 정갑열, 김준연, 문옥륜, 이용환, 홍영습, 윤태호. (2006). 우리나라에서
의 지역의 물질적 결핍수준과 15-64세 인구 표준화사망비의 관계. 예방의
학회지, 39(1): 46-52.
- 정영호(2012). 우리나라 국민의 기대여명 및 건강수명. 보건복지포럼, 11: 5-18.
- 조동기, 조희경. (2002). 지식정보화에 따른 직업구조의 변화와 특성. 1-180.
- 질병관리본부(2006). 결핵, 2030년까지 퇴치한다.
- 질병관리본부. (2011) 국민건강영양조사 제5기 1차년도(2010).
- 질병관리본부(2013). 한국의 여성통계.
- 질병관리본부. 국민건강영양조사 제1기-5기.
- 질병관리본부. 2011-2012년 국민건강통계.
- 질병관리본부. 2008-2012년 지역건강통계 한눈에 보기.
- 최병호, 노연홍 등. (2004). 국민의료의 형평성 분석과 정책과제. 서울: 한국보건
사회연구원.
- 통계청. (2012). 영아사망 · 모성사망 · 출생전후기사망통계.
- 통계청(2013). 2013년 1/4분기 가계동향조사.
- 통계청. 1990-2009년 경제활동인구조사.
- 통계청. 2009-2012년 사망원인통계.
- 한국건강형평성학회(2007). 건강형평성 측정 방법론.
- 한국건강형평성학회(2012). 춘계학술대회 자료집.
- 한국영양학회(2010). 한국인의 영양섭취기준 개정판.
- 한소현, 이성국. (2012). 우리나라 지역별 건강수명과 관련요인. 한국인구학,
35(2): 209-232.
- 홍두승(1999). 한국의 직업구조. 서울대학교 출판부.
- Abramson JH, Gofin R, Habib J, et al. (1982). Indicators of social class.
A comparative appraisal of measures for use in epidemiological
studies. *Soc Sci Med*, 16: 1739-1746.
- Acheson D. (1998). Independent inquiry into inequalities in health:

- report. *London: Stationery Office.*
- AHRQ. (2011). National Healthcare Disparities Reports. *Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD.*
- AHRQ. (2012). National Healthcare Quality & Disparities Reports. *Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD.*
- AHRQ. (2013). National Healthcare Quality & Disparities Reports. *Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD.*
- AIHW. (1999). Development of national public health indicators: discussion paper.
- Anita Linell, Matt X Richardson, Sarah Wamala. (2013). The Swedish National Public Health Policy Report 2010. *Scandinavian Journal of Public Health*, 41(10): 3-56.
- Balsa, Ana, et al. (2009). Inequidades socioeconómicas en el uso de servicios sanitarios del adulto mayor montevideano, *Estudios Económicos*: 35-88.
- Barnes, B.A., O'brien, E., Comstock, C., D'arpa, D.G., Donahue, C.L.. (1985). Report on variation in rates of utilization of surgical services in the Commonwealth of Massachusetts. *JAMA*, 254(3): 371-375.
- Bartley M. (1999). Measuring women's social position: the importance of theory. *J Epidemiol Community Health*, 53: 601-602.
- Ben Park, B.C. and D. Lester. (2006). Social integration and suicide in South Korea. *Crisis*, 27(1): 48-50.
- Benach, Muntaner and Santana. (2007). Employment Conditions and Health Inequalities. *Final Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health(CSDH).*
- Benzeval M. England. In: Mackenbach JP, Bakker M, editors. (2002). Reducing inequalities in health: a European perspective.

- Lon-don: Routledge*, 201-213.
- Bergman MM and Joye D. (2001). Comparing social stratification schemas: CAMSIS, CSP-CH, Goldthorpe, ISCO-88, Treiman, and Wright. *Cambridge Studies in Social Research*, 9: 1-37.
- Berkman LF and Macintyre S. (1997). The measurement of social class in health studies: old measures and new formulations. *IARC Sci Publ*: 51-64.
- Bissett B. (2002). Healthy life expectancy in England at subnational level. *Health Statistics Quarterly*, 14: 21-29.
- Bowling A. (2005). Measuring Health: A review of quality of life measurement scales. 3rd ed. *Open University Press*.
- Breakwell C, Bajekal M. (2005). Review of sources and methods to monitor healthy life expectancy. *Health Statistics Quarterly*, 26: 17-22.
- Bywaters, J., & Foster, K. N. (2006). National suicide prevention strategy for England. *Psychiatra Danubina*, 18(Suppl. 1): 103-104.
- Calhoun, E. and Duloy, A. (2009). National healthcare disparities report (NHDR). In R. Mullner (Ed.), *Encyclopedia of Health Services Research*.
- Carter-pokras, O, Baquet, C. (2002). What is a "health disparity"?. *Public Health Rep*. 117(5): 426-434.
- Chen, Alex Y., and Jose J. Escarce. (2004). Quantifying income-related inequality in healthcare delivery in the United States, *Medical Care*, 42(1): 38-47.
- Cho HJ, Khang YH and Yun SC. (2006). Occupational differentials in cigarette smoking in South Korea: findings from the 2003 Social Statistics Survey. *J Prev Med Public Health*, 39: 365-370.

- Choi MH, Cheong KS, Cho BM, Hwang IK, Kim CH, Kim MH et al. (2011). Deprivation and Mortality at the Town Level in Busan, Korea: An Ecological Study, *J Prev. Med. Public Health*, 44(6): 242-248.
- Choi YJ, Jeong BG, Cho SI, et al. (2007). A review on socioeconomic position indicators in health inequality research. *J Prev Med Public Health*, 40: 475-486.
- Choo SY, Lee SY, Kim CW, et al. (2007). Educational differences in health care utilization in the last year of life among South Korean cancer patients. *J Prev Med Public Health*, 40: 36-44.
- Chun H, Cho SI, Khang YH, et al. (2012). Trends in gender-based health inequality in a transitional society: a historical analysis of South Korea. *J Prev Med Public Health*, 45: 113-121.
- Cutler D, Deaton A, & Lleras-Muney A. (2006). The Determinants of Mortality, *Journal of Economic Perspectives*, 20(3): 97-120.
- Dahlgren, G. and Whitehead, M. (1991). Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. *Stockholm: Institute for Futures Studies*.
- Dalstra JA, Kunst AE, Borrell C, et al. (2005). Socioeconomic differences in the prevalence of common chronic diseases: an overview of eight European countries. *Int J Epidemiol*, 34: 316-326.
- Daly MC, Duncan GJ, McDonough P, et al. (2002). Optimal indicators of socioeconomic status for health research. *Am J Public Health*, 92: 1151-1157.
- Daniel WA, Cornely DA, McCormick MC. (1986). Statement on infant mortality. *Pediatrics*, 78.
- Department of Communities and Local Government. (2008). The

- English Indices of Deprivation 2007. *HM Stationery Office*.
- Department of Health. (1999). Saving lives: our healthier nation.
- Department of Health. (2009). Tackling Health Inequalities: 10 Years on.
- Department of Health. (2012). The Public Health Outcomes Framework for England, 2013-2016.
- Diderichsen F. and Hallqvist J. (1998). Social inequalities in health: some methodological considerations for the study of social position and social context. *Inequality in health—a Swedish perspective. Stockholm: Swedish Council for Social Research*, 25-39.
- Dillon CF, Rasch EK, Gu Q, Hirsch R. (2006). Prevalence of knee osteoarthritis in the United States: arthritis data from the Third National Health and Nutrition Examination Survey 1991-94. *J Rheumatol*, 33(11): 2271-2279.
- Dongjin Kim, Hosung Shin and Chang-yup Kim. (2011). Equitable Access to Health Care for the Elderly in South Korea: Is Income-Related Inequality in Health Care Utilization More Pronounced?. *Sage*.
- EU. (2011). Expert Review and Proposals for Measurement of Health Inequalities in the European Union.
- Eurohex. (2013). Health Expectancy in United Kingdom. *EHLEIS country report*.
- Federico, M.J., Liu, A.H. (2003). Overcoming childhood asthma disparities of the inner-city poor. *Pediatr Clin North Am*, 50(3).
- Fiscella, K., Franks, P., Gold, M.R., Clancy, C.M. (2000). Inequality in quality: addressing socioeconomic, racial, and ethnic disparities in health care. *JAMA*, 283(19): 2579-2584.

- F. van der Lucht and J.J. Polder. (2010). Toward Better health. *RIVM*
- Galea, S., Vlahov, D. (2005). Handbook of Urban Health: Populations, Methods and Practice. *New York: New York Academy of Medicine.*
- Galobardes B, Shaw M, Lawlor DA, et al. (2006a). Indicators of socioeconomic position (part 1). *J Epidemiol Community Health*, 60: 7-12.
- Galobardes B, Shaw M, Lawlor DA, et al. (2006b). Indicators of socioeconomic position (part 2). *J Epidemiol Community Health*, 60: 95-101.
- Geyer S and Peter R. (2000). Income, occupational position, qualification and health inequalities--competing risks? (comparing indicators of social status). *J Epidemiol Community Health*, 54: 299-305.
- Geyer S. (2011). Income, income, or income? The effects of different income measures on health in a national survey. *J Epidemiol Community Health*, 65: 491-496.
- Greater London Authority. (2011). The london health inequalities strategy.
- Guigoz, Y., Vellas, B., & Garry, P. J. (1994). The mini nutritional Assessment (MNA) and its use in grading the nutritional state of elderly patients. *Gerontology*, 15(2): 15-59.
- Hauser RM and Warren JR. (1997). Socioeconomic Indexes for Occupations: A Review, Update, and Critique. *Sociological Methodology*, 27: 177-298.
- Hiyoshi A, Fukuda Y, Shipley MJ, et al. (2013). A new theory-based social classification in Japan and its validation using historically collected information. *Soc Sci Med*, 87: 84-92.

- HM Stationery Office. (2011). The English of Deprivation.
- House, J. S. (2002). Understanding social factors and inequalities in health: 20th century progress and 21st century prospects. *Journal of health and social behavior*, 125-142.
- Idler E.L., Benyamini Y. (1997). Self-rated health and mortality. *J Health Soc Behav*, 38: 21-37.
- ILO. (2008). Employment and unemployment: Revisiting the relevance and conceptual basis of the statistics.
- ILO. (2011). Policies and Regulations to Combat Precarious Employment.
- ILO. (2012). International Standard Classification of Occupations Structure, group definitions and correspondence tables(ISCO-08, volume 1).
- ILO. (2013). Global Employment Trends 2012. *Preventing a deeper jobs crisis*.
- Index 99 Team, Firth D., Payne C., (2000). Index of Deprivation 1999 Review. *Social Disadvantage Research Group, HM Stationery Office*,
- IOM. (2001). Envision the National Healthcare Quality Report. Washington. *DC: National Academy Press*.
- Jee SH, Ohrr HC, Kim IS. (1994). Self rated health and mortality in elderly-Kangwha cohort, 8-year follow up. *Korean J of Epidemiol*, 16(2): 172-180.
- Johan P Mackenbach and Martijntje Bakker et al. (2002a). Reducing inequalities in health: a European perspective. *Routledge*.
- Johan P Mackenbach and Karien Stronks. (2002b). A strategy for tackling health inequalities in the Netherlands. *BMJ: British Medical Journal*, 325(7371): 1029.

- Johan P Mackenbach and Karien Stronks. (2004). The development of a strategy for tackling health inequalities in the Netherlands. *International Journal for Equity in Health*, 3.
- Kaplan, G. A., & Lynch, J. W. (1999). Socioeconomic considerations in the primordial prevention of cardiovascular disease. *Preventive Medicine*, 29(6): 30-35.
- Kawachi, I., Subramanian, S. V., & Almeida-Filho, N. (2002). A glossary for health inequalities. *Journal of epidemiology and community health*, 56(9): 647-652.
- Keppel K, Pamuk E, Lynch J, et al. (2005). Methodological issues in measuring health disparities. *Vital Health Stat*, 2: 1-16.
- Khang YH, Lynch JW, Yun S, Lee SI. (2004). Trends in socioeconomic health inequalities in Korea: use of mortality and morbidity measures. *J Epidemiol Community Health*, 58(4): 308-14.
- Khang YH and Cho HJ. (2006). Socioeconomic inequality in cigarette smoking: trends by gender, age, and socioeconomic position in South Korea, 1989-2003. *Prev Med*, 42: 415-422.
- Khang YH and Kim HR. (2006). Socioeconomic mortality inequality in Korea: mortality follow-up of the 1998 National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) data. *J Prev Med Public Health*, 39: 115-122.
- Khang YH, Kim HR and Lynch JW. (2007). Consistency between education reported in health survey and recorded in death certificate. *BMC Public Health* 7: 294.
- King JC. (2012). Maternal mortality in the United States. *Semin Perinatol*, 36:14-18.
- Kim MH, Kim MK, Choi BY, et al. (2005). Educational disparities in the metabolic syndrome in a rapidly changing society-the case

- of South Korea. *Int J Epidemiol*, 34: 1266-1273.
- Kim YM and Kim MH. (2007). Health inequalities in Korea: current conditions and implications. *J Prev Med Public Health*, 40: 431-438.
- Kim J, Son M, Kawachi I, et al. (2009). The extent and distribution of inequalities in childhood mortality by cause of death according to parental socioeconomic positions: a birth cohort study in South Korea. *Soc Sci Med*, 69: 1116-1126.
- Kim, M.H., et al.(2010). Socioeconomic inequalities in suicidal ideation, parasuicides, and completed suicides in South Korea. *Soc Sci Med*, 70(8): 1254-61.
- Kim DS, Jeon GS and Jang SN. (2010a). Socioeconomic status, social support and self-rated health among lone mothers in South Korea. *Int J Public Health*, 55: 551-559.
- Kim M, Chung W, Lim S, et al. (2010b). Socioeconomic inequity in self-rated health status and contribution of health behavioral factors in Korea. *J Prev Med Public Health*, 43: 50-61.
- Kim HJ and Ruger JP. (2010). Socioeconomic disparities in behavioral risk factors and health outcomes by gender in the Republic of Korea. *BMC Public Health*, 10: 195.
- Kim IH, Khang YH, Cho SI, et al. (2011). Gender, professional and non-professional work, and the changing pattern of employment-related inequality in poor self-rated health, 1995-2006 in South Korea. *J Prev Med Public Health*, 44: 22-31.
- Kim IH. (2011b). Age and Gender Differences in the Relation of Chronic Diseases to Activity of Daily Living (ADL) Disability for Elderly South Koreans: Based on Representative Data. *J Prev Med Public Health*, 44(1): 32-40.

- Kim J. (2011a). The mediating effects of lifestyle factors on the relationship between socioeconomic status and self-rated health among middle-aged and older adults in Korea. *Int J Aging Hum Dev*, 73: 153-173.
- Kim SS, Subramanian S, Sorensen G, et al. (2012a). Association between change in employment status and new-onset depressive symptoms in South Korea - a gender analysis. *Scand J Work Environ Health*, 38: 537-545.
- Kim KI, Lee JH, Kim CH. (2012b). Impaired Health-Related Quality of Life in Elderly Women is Associated With Multimorbidity: Results From the Korean National Health and Nutrition Examination Survey. *Gender Medicinem*, 9(5): 309-318.
- Kitagawa EM and Hauser PM. (1973). Differential Mortality in the United States: A Study in Socioeconomic Epidemiology. *Cambridge: Harvard University Press*.
- Kong KA, Khang YH, Cha ES, et al. (2010). Childhood cancer mortality and socioeconomic position in South Korea: a national population-based birth cohort study. *Cancer Causes Control*, 21: 1559-1567.
- Krieger N, Williams DR and Moss NE. (1997). Measuring social class in US public health research: concepts, methodologies, and guidelines. *Annu Rev Public Health*, 18: 341-378.
- Kwon JM, Rhee J, Ku H, et al. (2012). Socioeconomic and employment status of patients with rheumatoid arthritis in Korea. *Epidemiol Health*, 34: e2012003.
- Lantz P. M, Lynch, J. W., House, J. S., Lepkowski, J. M., Mero, R. P., Musick M. A., Williams, D. R. (2001). Socioeconomic disparities in health change in a longitudinal study of US adults: the role of

- health-risk behaviors. *Social Science & Medicine*, 53: 29-40.
- Le Grand J. (1982). The strength of equality, George Allen & Unwin.
- Lee HJ, Park S, Kim CI, et al. (2013). The association between disturbed eating behavior and socioeconomic status: the Online Korean Adolescent Panel Survey (OnKAPS). *PLoS One*, 8: e57880.
- Lee Y, Back JH, Kim J, Byeon H. (2010). Multiple socioeconomic risks and cognitive impairment in older adults. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 29.
- Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H, et al. (2013). A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 15;380(9859).
- Lu, Jui-fen R., et al. (2007). Horizontal equity in health care utilization evidence from three high-income Asian economies. *Social Science & Medicine*, 64(1): 199-212.
- MacDorman MF, Mathews TJ. (2008). Recent trends in infant mortality in the United States. *NCHS Data Brief*, 9.
- Macintyre, S. (1997). The Black report and beyond: What are the issues? *Social Science and Medicine*, 44: 723-746.
- Manuel DG, Goel V, Williams JI, Corey P. (2000). Health adjusted life expectancy at the local level in Ontario. *Chronic disease in Canada*, 21(2): 73-80.
- Marmot, M., & Wilkinson, R. G. (1999). Social detenninants of health. *Oxford University Press, Oxford*
- Marmot M. (2000). International comparators and poverty and health in Europe. *BMJ*,

- Marmot M, Atkinson T, Bell J, Blak C, Broadfoot P et al. (2010). Fair Society, Healthy Lives.
- Marmot M. (2010). Interim first report on social determinants of health and the health divide in the WHO European Region. *World Health Organization*.
- Mcgrath, B.B., Puzan, E. (2004). Gender disparities in health: attending to the particulars. *Nurs Clin North Am*, 39(1): 37-51.
- Mcpherson, K., Wennberg, J.E., Hovind, O.B., Clifford, P. (1982). Small-area variations in the use of common surgical procedures: an international comparison of New England, England, and Norway. *N Engl J Med*, 307(21): 1310-1314.
- Molla MT, Wagener DK, Madans JH. (2001). Summary measures of population health: Methods for calculating healthy life expectancy. Healthy People Statistical Notes, no. 21. *National Center for Health Statistics. Hyattsville, Maryland*.
- Molla MT, Madans JH, Wagener DK, Crimmins EM. (2003). Summary measures of population health: report of findings on methodologic and data issues. *National Center for Health Statistics. Hyattsville, Maryland*.
- Mooney G. (1983). Equity in health care: confronting the confusion. *Effective Health Care*.
- Mossialos E, Thomson S. (2003). Access to health care in the European Union: the impact of user charges and voluntary health insurance. In: Gulliford M, Morgan M, eds. Access to healthcare. *London: Routledge*.
- Mueller CW and Toby LP. (1981). Measures of Socioeconomic Status: Alternatives and Recommendations. *Child Dev*, 52: 13-30.
- Naess O, Claussen B, Thelle DS, et al. (2005). Four indicators of

- socioeconomic position: relative ranking across causes of death. *Scand J Public Health*, 33: 215-221.
- Nam GE, Cho KH, Park YG, et al. (2013). Socioeconomic status and dyslipidemia in Korean adults: The 2008-2010 Korea National Health and Nutrition Examination Survey. *Prev Med*.
- Navarro V, Shi L. (2001). The Political context of Social Inequalities and Health. *International Journal of Health Services*, 31: 1-21.
- NCHS. (1984). Health, United States, 1983. *Washington, DC: US Government Printing Office*.
- Nishimura J. (2011). Socioeconomic status and depression across Japan, Korea, and China: exploring the impact of labor market structures. *Soc Sci Med*, 73: 604-614.
- Nolte E, & McKee M. (2004). Does Healthcare Save Lives? Avoidable Mortality Revisited, *London: Nuffield Trust*.
- Oakes JM and Rossi PH. (2003). The measurement of SES in health research: current practice and steps toward a new approach. *Soc Sci Med*, 56: 769-784.
- OECD. What are equivalence scales?
- OECD. (2002). Taking the measure of temporary employment.
- OECD. (2008). Growing Unequal? Income Distribution and Poverty in OECD Countries.
- OECD. (2011). Divided We Stand: Why Inequality Keeps Rising.
- OECD. (2012). OECD Employment Outlook 2012.
- OECD. (2012). Income inequality and growth: The role of taxes and transfers.
- OECD. (2012). OECD Health Data 2012.
- OECD. (2013). 2013 Education at glance.
- OECD. (2013). Crisis squeezes income and puts pressure on inequality

- and poverty.
- Office of the Deputy Prime Minister. (2004). The English Indices of Deprivation 2004. *HM Stationery Office*.
- ONS. (2005). The National Statistics Socio-economic Classification User Manual.
- Oortwijn W, Mathijssen J, Lankhuizen M, Cave J. (2006). Evaluating the update of the healthy life years indicator - final report. *RAND Europe*.
- Park BH, Jung M and Lee TJ. (2009a) Associations of income and wealth with health status in the Korean elderly. *J Prev Med Public Health*, 42: 275-282.
- Park JH, Park EC, Park JH, et al. (2008) Job loss and re-employment of cancer patients in Korean employees: a nationwide retrospective cohort study. *J Clin Oncol*, 26: 1302-1309.
- Park JH, Park JH and Kim SG. (2009b) Effect of cancer diagnosis on patient employment status: a nationwide longitudinal study in Korea. *Psychooncology*, 18: 691-699.
- Park MJ, Son M, Kim YJ, et al. (2013). Social inequality in birth outcomes in Korea, 1995-2008. *J Korean Med Sci*, 28: 25-35.
- Peter, F., & Evans, T. (2001). Ethical dimensions of health equity. *Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action*. New York: Oxford, 25-33.
- Porta M. (2008). A Dictionary of Epidemiology. 5th ed. International Epidemiological Association. *Oxford University press*.
- Pyle, M.A., Stoller, E.P. (2003). Oral health disparities among the elderly: interdisciplinary challenges for the future. *J Dent Educ*, 67(12): 1327-1336.
- Quinn, T.C., Overbaugh. J. (2005). HIV/AIDS in women: an expanding

- epidemic. *Science*, 308(5728): 582-1583.
- Ra, C.K. and Y. Cho. (2013). Differentiated effects of social participation components on suicidal ideation across age groups in South Korea. *BMC Public Health*, 13(1): 890.
- Reidpath DD, Allotey P. (2003). Infant mortality rate as an indicator of population health. *J Epidemiol Community Health*, 57: 344-46.
- Rose and Pevalin. (2005). The National Statistics Socio-economic Classification: Origins, Development and Use.
- Salmond C, Crampton P, Atkinson J. (2007). NZDep2006 Index of Deprivation User's Manual. *Department of Public Health University of Otago, Wellington*.
- Shin SH, Lim HT, Park HY, et al. (2012). The associations of parental under-education and unemployment on the risk of preterm birth: 2003 Korean National Birth Registration database. *Int J Public Health*, 57: 253-260.
- Smedley, B.D., Stith, A.Y. and Nelson, A.R. eds. (2003). Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care. *Washington, DC: National Academies Press*.
- Son M, Armstrong B, Choi JM, et al. (2002). Relation of occupational class and education with mortality in Korea. *J Epidemiol Community Health*, 56: 798-799.
- Son M. (2004). Commentary: why the educational effect is so strong in differentials of mortality in Korea?. *Int J Epidemiol*, 33: 308-310.
- Stiefel MC, Perla RJ, Zell BL. (2010). A healthy bottom line: healthy life expectancy as an outcome measure for health improvement efforts. *The Milbank Quarterly*, 88(1): 30-53.
- Swift, E.K. ed., (2002). Guidance for the National Healthcare

- Disparities Report. *Washington, DC: National Academy Press.*
- Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP). (2002). Expert panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult treatment panel III) final report. *Circulation*, 106, 3143-3421.
- Townsend P, Davidson N, Whitehead M. (1992). Inequalities in Health: the Black Report and the Health Divide. 2nd ed. *London: Penguin Books.*
- U.S. Department of Health and Human Services. (2000). Healthy People 2010: Understanding and Improving Health, 2nd ed. *Washington, DC: Government Printing Office.*
- Van Doorslaer E, Masseria C, Koolman, X. (2006). Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *CMAJ*, 174(2).
- Wagstaff, Adam, and Eddy van Doorslaer. (2000). Measuring and testing for inequity in the delivery of health care. *Journal of Human Resources*, 35(4): 716-733.
- Watts, J., (1998). Suicide rate rises as South Korea's economy falters. *Lancet*, 352(9137): 1365.
- Whitehead M. (1992). The concepts and principles of equity and health. *Int J Health serv.*
- Whitehead M. (1998). Diffusion of ideas on social inequalities in health: a European perspective. *Milbank Quarterly*, 76(3): 469-492.
- WHO Commission on Social Determinants of Health. (2008). Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health: Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. *World Health Organization.*

- WHO European Region. (2012). Interim first report on social determinants of health and the health divide in the WHO European Region.
- World Health Organization. (1999). Health 21: the health for all policy framework for the WHO European region: European Health for All Series (WHO-EURO).
- World Health Organization. (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health.
- World Health Organization. (2012). Health 2020: policy framework and strategy.
- Yoon, Tae Ho, et al. (2011). Inequalities in medical care utilization by south korean cancer patients according to income: a retrospective cohort study, *International Journal of Health Services*. 41(1): 51-66.

부록1. CSDH 개념적 틀³⁶⁾ <<

가. CSDH 체제 구성의 목표

- 포괄적인(종합적인) SDH 체제의 목표
 - 건강의 사회적 결정요인과 건강불평등의 요소 발견함.
 - 주요 결정요인이 서로 어떻게 관련되어 있는지 살펴봄
 - 사회결정요인이 건강불평등을 발생시키는 매커니즘(mechanisms)을 명확히 함.
 - SDH는 건강불평등을 해결하기 위해 평가 틀을 제공함.
 - SDH 실천을 위해 정책적 항목의 특별한 포인트(point)를 발견함.
- CSDH의 핵심구성요소
 - 사회 정치적 맥락
 - 구조적 결정요인 및 사회 경제적 위치
 - 중재적 결정요인(intermediary determinants)

나. 사회적 결정요인에서 행동(action) guide에 따른 힘(power)의 이론

- 권력(power)은 “사회 및 정치적 이론에서 가장 중요한 구성 개념”임.

36) WHO(2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health에서 내용을 정리함.

○ 권력에 대한 개념의 두 가지 관점

- (1) “power to” : Giddens - 의식적인 행동의 변화를 가져오는 능력
 - 행동방침(course)을 바꾸기 위해 법률내용(Actor)을 살핌
- (2) “power over” : 다른 사람의 행동을 결정하는 능력
 - 강제, 지배와 억압의 개념과 가까움.

□ 여성주의 이론(feminist theory)에서 말하는 권력의 4가지 유형 (Luttrell 외)

- Power over: 영향을 미치거나 강요 할 수 있는 능력
 - Power to: 기존의 계층 구조를 구성하고 변경
 - Power with: 집단행동의 힘
 - Power within: 개인 의식(생각)의 힘
 - “power over”의 접근방식은 참여를 강조하는데 반해, “power to”와 “power with”의 모델은 집단행동의 새로운 형태, 기존 구조의 변화와 권력분배(power-sharing)의 형태를 강조함.
- 인권(human rights)에 근거한 사회적 위계는 집단행동과 관련된 권력(power)을 강조함.
- 인권 아젠다(agenda): 지역사회의 집단행동
 - 지역사회를 분석, 저항과 억압을 극복, 힘의 분배를 주장하고, 형평성의 방향으로 사회 계층 구조를 변화시키는 집단행동을 의미함.

□ 권력(power)의 이론은 다양한 방법으로 건강의 사회적 결정요인을 분석하고 행동과 관련된 것을 조사함.

○ 건강불평등을 감소시키기 위해서는 사회 내에서 힘(power)의 분배를 변화시켜야 함.

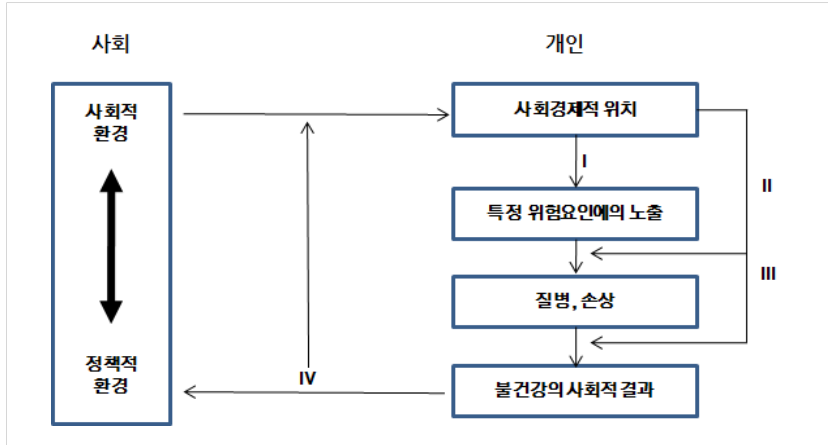
- 힘의 관계변화는 “micro-level”에서 “macro-sphere”까지 다양하게 일어날 수 있음.
 - “micro-level” : 가정 또는 직장
 - “macro-sphere” : 사회적 구조, 사회·경제적인 것에서의 중재적요인, 정치적 제도에서의 구조적 관계
- 거시적 수준에서의 변화가 이루어지려면, 미시적 수준의 행동을 지원하고, 사회구조적 변화가 이루어져야 건강불평등을 감소시킬 수 있음.

※ 주요 내용

- 명확한 이론화는 건강 형평성 증진을 위해 SDH와 관련된 행동유형에 유용함.
- 고전적인 권력의 개념화는 기본적으로 두 가지 차원에서 정의됨 :
 - (1) “power to” - 의지된 행동의 변화를 가져오는 능력
 - (2) “power over” - 다른 사람의 행동을 결정하는 능력
- 권력과 지배를 동일시하는 이론은 대안적인 자료들로써 보완됨.
 - 건강불평등을 해소하기 위해 저소득층, 취약계층에 분배 실천해야 함.
 - 권력관계의 변화는 미시적으로 개개인에서부터 거시적으로는 구조적인 관계까지 그 범위가 영향을 미침. 사회적 유권자들, 경제, 사회, 정치적, 미시적 차원의 변화는 구조적인 변화가 수반되지 않은 한 건강불평등 문제를 해결할 수는 없음.
 - 이는 건강불평등의 사회적 정의가 정치적인 과정이며 정부의 책임이라는 것을 의미함.

다. CSDH 체계를 위한 Diderichsen 모델의 타당성

[부도 1-1] 질병의 사회적 생산 모델



자료: World Health Organization. (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health.(재구성)

- 사회적 지위의 개념은 Diderichsen의 ‘건강불평등의 메커니즘’에서 중요하게 다뤄지고 있음.
- ‘mechanism은 계층화된 건강결과에서 중요한 역할’을 함.
- ‘사회의 중심적인 엔진은 권력(power), 부유함(wealth), 위험(risk)을 구별하고 만들어내는 것’을 포함함. 그렇게 함으로써 사회계층화의 패턴을 결정함.
- 이 모델은 사회 구조가 어떻게 사회적 계층화를 만들어내고, 개인에게 다른 사회적 지위가 어떻게 주어지는지에 대해 강조함. 사회적 계층화는 결국 건강에 대한 다양한 노출과 차별적 취약성을 낳고 있음.

□ 차별적 노출(differential exposure)(I)과 차별적 취약성(differential vulnerability)(II) 모두 경험적으로 확인할 수 있는 사회적 지위와 건강 결과 사이의 관계를 나타냄.

○ 건강이 나쁜 상태에서는 일과 건강관리 비용을 지불할 능력이 없기 때문에 사회적, 경제적 결과를 초래할 수 있음. 이 결과는 장애의 정도뿐만 아니라 개인의 사회적 지위(III-차별적 결과)를 나타내고 사회환경과 사회정책에 달려있음.

○ 질환(illness)의 사회적·경제적 결과는 인과적 관계로 질병을 유발할 수 있음(IV).

※ 주요 내용

- 사회적 지위는 “건강불평등의 메커니즘” 모델의 중심임.
- 이 메커니즘은 다음과 같은 결과를 도출함 :
 - 사회적 맥락은 사회적 계층화로 개인의 사회적 지위를 만들어냄.
 - 사회적 계층화는 결국 건강상태에 따라 차별적인 노출과 차별적인 취약성에 노출됨.
 - 사회적 계층화는 결국 취약계층이 병에 쉽게 걸리는 등 차별적인 결과를 가져옴.

라. CSDH 체제의 첫 번째 요소 : 사회경제적·정치적 맥락

□ 사회적 결정요인 체계는 사회경제적·정치적 맥락에 따라 다르게 발전되었음. “Context”는 구조, 문화, 사회 시스템의 기능적 관점을 넓게 아우르고 있음.

□ 여기서, 하나의 사회 계층 구조를 구성하고 유지, 보수, 생성(ex, 노동시장, 교육시스템, 복지를 포함한 정치적 상황)하는 그 사회적, 정치적 메커니즘(mechanism)을 알아보고자 함

○ 개인과 국민의 건강은 SDH에 의해 크게 영향을 받고 있고, SDH는 사회적 불평등, 건강 정치운동, 정당 및 정책에 미치는 영향에 대해 연구되어옴.

○ Navarro외(2001) 다른 연구자들에 의하면, 건강의 사회적 결정 요인 질은 공공정책에 의해 영향을 받는다고 함.

□ 맥락(context)의 구조/매핑(mapping)의 6가지 요소

○ 거버넌스(Governance)

- 욕구(need)의 개념, 차별의 유형, 공공행정의 시민참여와 책임감/투명성을 포함한 관리구조
- 사회적, 정치적, 경제적 차원, 가정, 마을, 지방 자치 단체, 국가, 지역 또는 지구(globe)

○ 거시경제 정책(Macroeconomic Policies)

- 국가재정, 통화, 균형, 노동시장구조

○ 사회정책(Social Policies)

- 노동, 사회복지, 토지 및 주거 분포 등의 요인

○ 공공 정책(Public Policies)

- 교육, 의료, 물과 위생 등의 관련분야

○ 사회 문화적 가치(Societal and Culture Value)

○ 역학적 연구

- 사회적 구조에 큰 영향을 미치는 HIV / AIDS등의 주요 역학 케이스

□ 노동시장 정책

- 노동시장 정책은 노동시장에서의 공급(구직자)과 노동시장 수요(일자리 제공)를 중재함.
- 직장에서의 근로자, 근로자의 직장 또는 근로자의 기술 및 능력 강화
- 노동 감소, 일자리 창출, 일자리 프로그램 등

□ 복지국가(welfare state)

- 시민의 경제적·사회적 행복의 보호와 옹호를 의미함.
- 기회의 평등, 부의 공평한 분배, 좋은 삶(good life)에 대한 사회적 책임
- 사회보험, 기초교육, 공공의료 및 주거 서비스
- 복지국가의 중요한 기능 중에 하나는 “소득재분배”임. 복지 국가의 변수는 경제적 불평등이 사람들의 건강상태에 영향을 미침으로 구조적 메커니즘을 결정하는 소득불평등의 측정(평가)이 또 하나의 중요한 요소임.

□ 세계화(Globalization)

- 경제적 세계화는 최근 수십년동안 세계화의 다른 측면을 주도하는 힘(force)으로서 이해될 수 있음. 세계은행(World Bank)과

국제 통화 기금(IMF)등 다국적 기업과 초국가적 정치체도로 말할 수 있음.

□ 사회적·문화적 가치

- 가치는 건강이 지역 및 국가의 상황에 따라 다르게 나타나는 정도에 뒀.
- Roemer and Kleczkowski : 가치를 건강결과로 봄. 국가구성과 보건정책이 반드시 계획되고 수행되어야 하는 맥락(context)의 관점에서 종종 무시되고 있다고 함.

□ Kleczkowski, Roemer and Van der Werff는 건강이 기존 사회(given society)에서 어떻게 평가되는지 알아봄.

- 건강을 정부/사회적 아젠다에서 우선시함. 국가 자원의 수준에서 보건에 투자함.
- 사회는 보건서비스 제공을 자금조달 및 조직에 있어서 집단적 책임을 짐.
- 사회적 분배의 책임 범위는 보건자원의 분배를 위한 책임정도를 측정함. 분배의 책임은 사회가 모든 서비스에 대해 공평한 접근성을 보장할 때 최대화될 수 있음.

마. 두 번째 요소: 구조적 결정요인 및 사회경제적 지위

- ‘사회 결정요인’은 건강 결정요인과 건강 불평등 요인을 동시에 보는 것임.

- “사회적 분배를 형성하는 건강 및 사회적 프로세스에 영향을 미치는 사회적 요인들과 관련하여 단일 용어를 사용하는 것은, 삶의 표준, 환경영향, 건강행위들이 사회경제적 그룹들에 동등하게 분배된다면 문제가 되지 않을 것임.”
- “사회 결정요인”의 개념 내에서 추가적인 분화작업을 도입함으로써 이러한 언어적 모호함을 해결하려는 노력을 지속해오고 있음. 사회 경제적-정치적 맥락의 상호작용을 구체적으로 지칭하여 “구조적 결정요인”이라는 용어를 택함.
- 구조적 메커니즘은 사회적 계층을 만들고 개개인의 사회경제적 지위를 형성함. 이러한 구조적 결정요인은 “건강 불평등의 사회적 결정요인”을 언급할 때 포함되는 것임. 이 개념은 “사회적 프로세스가 사회적 결정요인 하류부분에서 분배를 형성한다.”는 Graham의 생각과 부합함.
- 하류단계의 요인: “건강의 중간요소”라는 용어를 사용함.
- 사람들은 사회적 관료제 안에서 다른 지위를 갖게 되며, 이는 사회적 계층, 직업적 지위, 교육적 성취 그리고 수입 수준에 따라 달라짐. 사회 계층 시스템에서 지위는 사회경제적 지위로서 요약됨(다양한 용어가 있음. social class(우리나라말로로는 같음), social stratum(계층이라는 말 같은 뜻), 사회적 혹은 사회경제적 지위라는 용어들이 더 자주 쓰이거나 덜 쓰이기도 함.)
- 이 연구에서 건강불평등 사회경제적 지위를 조작화하기 위해 사용되는 두 가지 변수는 사회적 계층(stratification)과 사회적 계층

(class)임.

○ stratification이라는 용어는 사회 계급화를 설명하기 위해 사회 과학에서 사용되는 용어임.

- 사회적 계층의 측정방법은 사망률과 질병 상태를 파악하는 중요한 전조가 됨(ex, 수입 혹은 교육에서 많이 사용됨.).
- 그러나 이 측정방법들이 건강 결과를 예측 하는데에는 필요가 없을지라도 이러한 측정방법은 어떻게 개개인이 경제적, 정치적, 문화적으로 다른 레벨에 도달하는가에 대한 사회적 메커니즘을 규명함.

○ 반면에 “Social class”라는 용어는 생산적인 요소, 주인정신 혹은 통제관계로 정의됨(즉, 육체적, 재정적, 조직적).

□ CSDH framework은 구조적 결정요인이 사회적 계층, 개인의 사회 경제적 지위를 형성하고 강화한다고 결론짐. 이러한 메커니즘은 힘과 권력, 자원 접근성에 기초하여, 사회 집단의 건강 기회를 형성함. 건강불평등을 수반하는 사회적 결정요인의 계층을 이해하기 위하여 하부의 요소들보다는 구조적 결정요인에 대하여 언급하려 함.

○ 구조적 사회 계층 메커니즘은 정부부처, 사회경제적, 정치적 맥락에서의 프로세스에 영향을 받음. 그리고 이 메커니즘은 건강 불평등의 사회적 결정요인으로써 개념화될 수 있음.

1) 수입

□ 수입은 사회경제적 지위의 지표임. 교육과 수입은 건강과 관련된 “양-반응(dose-response)”임. 수입은 건강에 직접적으로 영향을

미치고, 사회경제적 지위 지표, 삶의 과정(인생과정)에 영향을 미침.

□ 건강에 직접적으로 영향을 미치는 것은 돈(money)임.

□ ‘수입은 건강에 영향을 미친다.’는 메커니즘은 다음을 통해 알 수 있음(Galobardes et al, 2006a, 2006b).

- 식품 및 주거지와 같은 더 좋은 품질의 자원의 것을 구입할 수 있음.
- 직접적 또는 간접적으로 건강증진(보건서비스, 여가활동)서비스에 접근하기 용이함.
- 사회참여와 관련된 외부의 것을 제공함으로써 자기 존중감과 사회적 위치를 조성함.
- 보건분야(“역의 인과관계”를 지칭함)는 또한 건강상태가 수입에 영향을 받을 수 있다는 것에 대해 논할 것임.

〈부표 1-1〉 소득불평등과 건강과의 관계 설명

설명	주장의 개요
정신적(미시): 사회 지위	수입의 불평등은 사회적 비교의 부당한 과정을 야기한다. 사회적 지위는 취약계층이 더 가난한 결과를 가져와 만성적인 스트레스를 유발함.
정신적(거시): 사회적 응집성	수입의 불평등은 사회적 유대를 약화시키고 사회적 자본은 감소시켜 신뢰를 무너뜨리고 범죄 증가, 건강악화를 불러옴.
Neo-material(미시): 개인의 수입	수입의 불평등은 더 낮은 경제적 자원을 의미하며 위험이나 부상을 피하기 어렵게 함.
Neo-material(거시): 사회적 투자 감소	수입의 불평등은 취약계층의 건강증진을 위한 사회적·환경적 요인에 대한 투자를 줄임.
통계적 요인	최빈곤층은 건강에 특히 취약함. 고소득층의 수입이 불평등한 사회에서 사는 수많은 빈곤층이 더욱 병이나 질환에 취약함.
건강 선택 (health selection)	사람들은 가난하기 때문에 아픈 것이 아니다. 오히려 좋지 않은 건강 상태가 개인의 수입을 낮춤.

자료: WHO(2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health

2) 교육

□ 교육은 건강결과(health outcome)와 관련되어있음.

○ 교육은 부모님의 사회경제적 위치에 영향을 받고 성인기 자신의 사회경제적 위치로 전환됨.

- 어린나이(초등학교, 중학교에서 수행한 것에 의해 영향을 받음.)에 영향을 받고 성인기에 최종적으로 달성하게 됨. 그러므로 성인건강에 관한 초기 생활환경과 건강에 관한 성인기 자원(ex, 고용상태)에 오랜시간 동안 영향을 미침.

○ 교육을 통해 얻은 지식과 기술은 사람의 인지적 기능에 영향을 미칠 것임. 보건교육 내용을 더 잘 이해할 것이고 적절한 의료서비스에 접근을 잘 할 것임.

○ 어린 시절 건강하지 않은 것은 학교 출석 및/또는 교육정도와 관련이 있음.

□ 지식, 인지 능력 및 분석 능력과 관련된 건강 결과의 교육 역할을 개념화하는데 교육 및 달성정도를 조사하는 것은 교육 경험의 질에 대한 정보를 포함할 수 없음.

3) 직업

□ 사회경제적 위치에서 직업에 근거한 지표는 포괄적으로 사용되어짐.

○ Kunst and Mackenbach는 사회계층의 사람들의 위치를 결정하고, 독성화합물과 같은 특정직업에 노출된 지표가 아니기 때문에 이 조사는 서로 연관됨.

- 사회적 지위, 수입, 지적능력과 관련되어 사회적 위치가 반영됨 (Galobardes et. al, 2006a, 2006b; WHO, 2010 재인용).
- 직업은 또한 고용주와 직원사이의 지배와 종속적인 일(작업)의 관계를 확인할 수 있음.

□ 직업이 건강의 연관성은 다음과 같음.

- 직업(부모 또는 자신의 성인기)은 수입과 긴밀하게 연관되어있음. 그러므로 건강과 관련된 것은 자원(물질적 생활수준 요소, 일에 대한 금전적 및 기타유형의 보상)과 건강이 직접적으로 연관되어 있음.
- 높은 지위에 오를 수 있는 특정권한(더 좋은 의료서비스에 접근, 교육 및 건강에 좋은 주거시설에 대해 접근하기 쉬운 것)이기 때문에 사회적 위치를 반영하는 직업은 건강결과와 관련됨.
- 직업은 사회 network, 업무 스트레스, 통제 및 자율성, 심리적 과정을 통해 건강결과에 영향을 미침.
- 직업은 특정 유해환경이나 작업 노출을 나타낼 수 있음.

4) 사회적 계급(social class)

- 사회계급은 소유 또는 생산자원(ex, 물리적, 재정 및 조직)에 대한 지배 관계에 의해 정의됨.
- 사회 계급은 명백한 관계적 메커니즘을 제공함. 사회 계급은 개인의 삶에 중요한 결과를 나타냄.
- 개인의 법정권리와 권력의 정도는 개인의 전략과 소득을 얻기 위

한 방법을 결정하고, 그 결과로, 개인의 삶의 기준을 결정함.

□ 가장 중요한 계급은 본질적으로 관계 개념임. 사회적 계급은 순서 또는 계급에 따라 정의되지 않고, 권력과 통제 관계에 따라 정의됨

□ 계급은 각 직업의 고용 관계 및 상태를 나타냄

○ Wright

- 권력과 권위는 다른 근로자의 능력과 에너지로부터 혜택을 누릴 수 있는 근로자가 “조직의 자산”임.
- 힘이 없는 사람은 위험에 노출될 가능성이 많음. 예를 들면, 노동자는 무거운 짐을 지고 있고, 먼지, 화학적 위험에 노출되어 있는 동안 관리자는 사무실에 앉아있음.

□ 사회계급은 질병에 대한 예측, 건강, 연구가 조금 수행된 변수 중 하나임.

○ Muntaner 외는 계급 이데올로지에 대한 영향에 대해 연구(인종과 성별의 심리학)를 수행함.

- 불균형은 부유한 민주자본주의 국가에서 나타날 수 있고, 성별과 인종 불평등이 없는 상태일 때 소득 불평등은 합법적으로 인정됨.

5) 성별

□ “성(gender)”은 생물학적으로 결정되는 “성(sex)”을 지정하는 반면, 사회적으로 구성되는 여성과 남성의 특성을 나타냄.

- 성은 여성과 남성, 소년과 소녀 사이의 관계형성에 “문화적 의사소통(culture-bound conventions), 역할과 행동”이 포함됨.
 - 남성의 사회적 구성모델은 남성과 소년에게 해로운 건강결과를 가져올 수 있음(ex, 이 모델은 폭력이나 알코올 남용을 권장할 때). 그러나 여성과 여아(소녀)는 성으로 인해 사회계층으로부터 부정적 건강영향의 부담을 가지고 태어남.
- 여성과 소녀는 권력의 차별, 명예, 자원에 접근하는데 차별을 받음.
- 차별의 건강영향은 즉각적이고 잔인할 수 있음(ex, 여성의 영아 살해, 여성 성기 절단, 강간이나 성별 기반 폭력을 경험하는 경우). 사회에서 성의 구분은 생물학적 과정을 통해 건강에 영향을 미침.
 - Doyal에 의하면, “예방 가능한 사망률과 사망자수의 부담은 여성이 성의구분 유형에 직접적 또는 간접적으로 영향을 받는 것에서 경험함. 만약 이 해로움을 피한다면, 그것들은 사회적 및 경제적 조직의 관점과 관련된 변화가 충분히 필요할 것임.
- 성별에 근거한 차별은 교육에 의해 여아와 여성의 능력, 고용형태에 대한 보상, 존경받는 과정을 포함함. 차별은 건강상의 위험을 나타냄. 그리고 여성과 남성의 다른 고용 상태와 일과 관련된 건강상의 위험으로 정의됨.
- Doyal은 "자원에 대한 액세스의 성 불평등의 제거"는 건강의 성 평등을 향한 가장 중요한 정책 단계 중 하나가 될 것이라고 주장함. “성 정체성은 기본적으로 협상할 수 있음. 정책은 사람들이 건강한 방법으로 자신의 정체성과 행동을 형성할 수 있게 도와주

어야 할 필요하가 있음. 이것은 교육적 전략의 범위, 국가적 이득의 구조에서 고용정책과 변화를 포함해야 할 것임.

6) 인종/민족성

□ 인종 또는 민족성이 다른 구조는 사회 분열과 차별의 기본요소임.

□ Krieger

○ “인종/민족성은 사회적인 것이지, 생물학적이고 범주화 된 것은 아님.” 이 용어는 종종 사회집단을 의미함. 문화유산과 조상이 같은 사회집단을 의미함.

□ 억압당한 인종/민족 집단 간의 건강 상태 및 건강결과는 종종 더 많은 권한이 부여된 집단 또는 인구 평균보다 훨씬 더 건강이 나쁨.

○ 미국

- 기대수명: 흑인(African- American)이 백인종보다 기대수명이 더 낮음. 흑인여성은 백인여성보다 저체중아를 2배정도 더 출산함.
- 토착집단은 많은 나라에서 차별을 받았고 종종 토착집단이 아닌 인구보다 더 낮은 건강지표를 가지고 있음.

○ 호주(Australia)

- 호주 원주민과 토레스 해협 섬(Aboriginal and Torres Strait Islanders) 주민들의 평균 수명은 호주 원주민이 아닌 사람보다 20년 뒤떨어져있음. 이것은 차별 때문임. “인종차별의 생물학적 표현”은 상대적으로 낮은 사회적 위치(낮은 수입,

낮은 교육수준, poor housing)와 관련된 다른 결정적 요인의 영향임.

7) 사회 정책적 맥락과 구조적 결정요인 사이의 연계(link) 및 영향

□ CSCH framework는 구조적 결정(structural determinants)이 개인의 사회경제적 위치를 정의하고 사회 계층화를 생성하거나 강화한다고 가정함. 모든 경우에, 구조결정은 특정 정치적, 역사적 맥락에서 나타남.

□ 맥락(context)의 주요요소

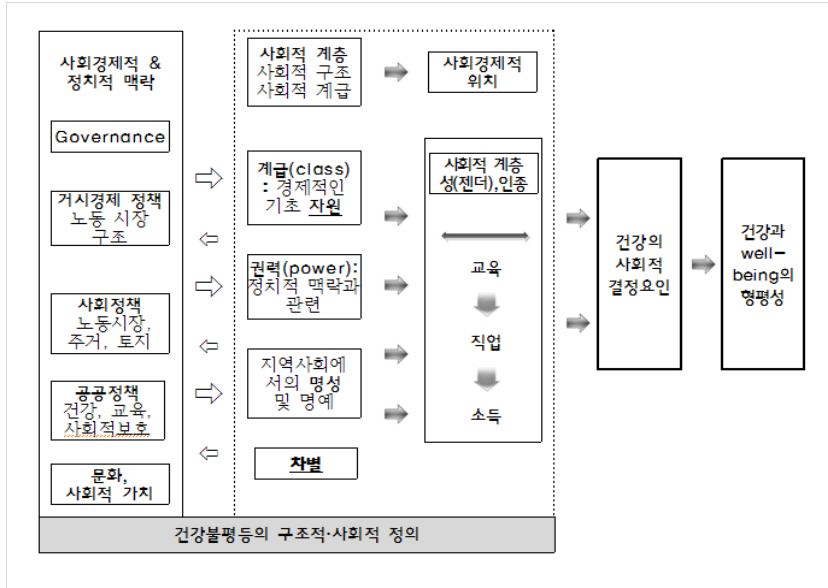
- 국가경영 유형(pattern), 거시경제정책, 사회정책, 다른 관련분야의 공공정책
- 사회집단사이에서 건강과 well-being에 관한 사회경제적 위치에 영향을 미치는 요소는 교육, 고용, 사회보호정책, 법률이 포함됨.

8) framework의 주요요소 Diagram synthesizing

□ Diagram

- 사회·정치적 맥락의 주요 요소는 사회 계층화와 사회계급 패턴이 직접적으로 영향을 미침.
- 사회경제적 & 정치적 맥락
 - ex, governance, 거시경제정책, 사회정책, 공공정책, 문화와 사회적 가치(값), 역학적조건(epidemiological conditions.)
 - 사회경제적 위치가 건강에 영향을 미침.

[부도 1-2] 구조적 결정요인: 건강불평등의 사회적 결정요인



자료: WHO(2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. p.35

○ 사회적 계층, 사회경제적 위치

- 사회적 계층(계급)이 주요관점임. 사회에서 사회구조와 사회 계층(social class) 관계로 정의됨. 이러한 기능은 권력, 명예, 자원의 분포에 따라 주어짐. 또한 주요요인은 권력의 정도와 연관되어있음(민주적 기관 또는 부재, 부패 등의 기능). 명예와 차별 시스템을 포함.

○ 건강의 사회적 결정요인, 건강과 well-being의 형평성

- 사회경제적 위치의 주요관점을 설명함.
- 형평성 연구에서 수입, 교육, 직업이 활용됨.
- 명예와 차별에 대해 이야기 할 때 , 우리는 성, 민족성, 교육이

강하게 연관되어있음을 발견할 수 있음. 또한 사회계층(social class)는 이전의 지표로서, 다른 내용으로 긴밀하게 연관되어 있음. 본질적인 관계변수, 계급은 건강불평등의 사회적 생산과 관련된 메커니즘에 대한 이해로 규정할 수 있음.

○ 사회 계층 구조

- 노출의 차이를 결정, 건강에 영향을 미치는 요인에 대한 취약성, 계급(계층)에 따른 사람들의 위치를 나타냄.
- 구조적 메커니즘과 사회경제적 위치는 건강불평등의 사회적 결정요인, 사회 집단 간 well-being 및 질병으로 구성됨.

* 주요 내용

- CSDH framework는 건강불평등의 사회경제적·정치적 맥락과 구조적 결정요인을 구별함.
- 포괄적으로 “맥락”은 사회·정치적 메커니즘을 포함하고 사회적 계층으로 정의됨.
※ 노동시장, 교육시스템, 사회·문화적 가치를 포함함.
- 맥락적 요소들 가운데에서 건강에 가장 큰 영향을 미치는 것은 주정부의 복지·분배정책임.
- CSDH framework에서 구조적인 메커니즘은 맥락과 사회경제적 위치를 나타냄.: 계층을 생산·강화하여 개인의 사회경제적 위치를 높임. 그리고 구조적 메커니즘은 제도와 정책, 정치적 맥락 문제의 근원임.

※ 가장 중요한 요소들

- 수입·교육·직업·사회적 위치·성별·인종

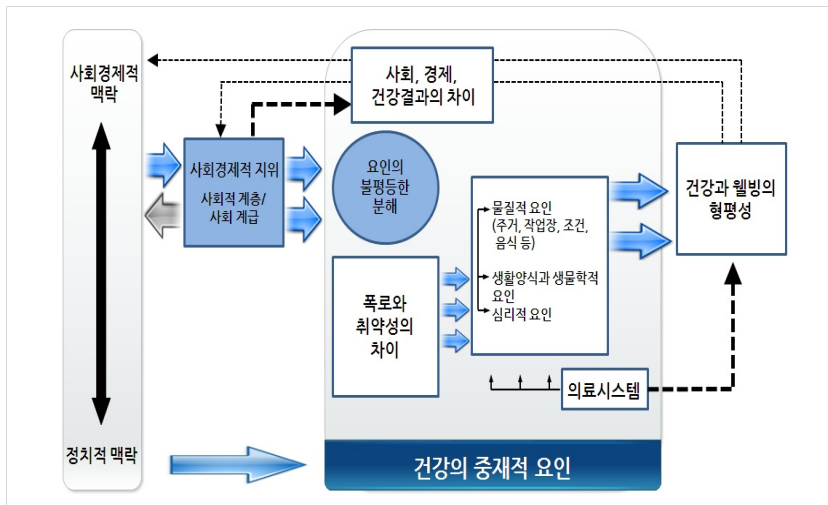
맥락·구조적 메커니즘과 개인의 사회경제적 위치는 “구조적 결정요인”이며 이는 “사회적 결정요인/건강불평등”임. 건강불평등이 어디서부터 비롯되었는지에 대한 의문으로부터 이 연구를 시작하였음. 구조적 메커니즘이 사회적 계급을 만들었고 이것이 건강불평등의 근본적 원인임.

자료: WHO(2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health.

바. 중재요인(Intermediary determinants)

- 불건강을 유발하는 사회계층화와 노출·취약성을 유발하는 결정요인들로부터 발생
- 유전과 생물학적 과정에 의한 건강의 결과를 강조
- 중재요인은 다음으로 이루어짐.
 - 물리적 환경(Material circumstances),
 - 심리적 환경(psychosocial circumstances)
 - 생물학적 요소(behavioral and/or biological factors)
 - 건강 시스템(health system)

[부도 1-3] 건강의 중재적 요인



자료: WHO(2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. p.41

1) 물리적 환경(Material circumstances)

- 주거환경, 경제적 능력, 근로환경이 포함되며, 물리적 생활수준은 소외집단의 건강상태에 직접적으로 영향을 미침.
- 물리적 환경은 환경의 질과 관계되어 있어 건강자원을 제공하는 동시에 건강위험의 노출도 제공하며, 물리적인 생활수준의 차이는 가장 중요한 중재요인에 해당함.
- 주거 환경
 - 주거 환경을 통해 개인의 사회경제적 능력이 평가되는 만큼 주거 환경은 개인의 경제적 능력과 관련이 있음.
 - 다양한 주거환경은 건강에 직접적인 영향을 미침.
 - 주거구조, 실내 습도, 실내 오염
 - 주거 내의 다양한 시설은 주거 환경의 질을 만드며, 특정 시설은 특정질병의 메커니즘과 관련되어 있음.
 - 온수·냉수, 중앙난방 및 카펫유무, 욕실과 화장실의 분리, 화장실의 위치(안, 밖), 냉장고·세탁기·전화 유무
 - 예) 가정용 화장실의 수도물 부족은 감염의 위험을 증가시킴,
 - 최근 건축자재와 거주 인원도 거주 환경에 포함시킴.
 - 주거 과밀(Crowding): 주거 내 방의 개수/거주 인원 수
 - Overcrowding은 건강결과에 영향을 끼칠 수 있음.
 - 예) 전염성 질병의 확산 촉진을 통해 건강에 직접적인 영향을 미침.
 - Galobardes 등(2006a, 2006b)은 건강의 사회경제적 불평등의

기본 메커니즘을 이해하기 위해 지역 단위의 거주관련 지표를 개발

□ 근로환경

- 근로 중에 불건강과 관련된 환경요인의 축적과 장기간 노출은 건강에 큰 영향을 끼침.
- 근로환경의 주요 위험 요인 유형: 물리적, 화학적, 인체공학적, 생물학적, 심리적 요인
- 근로조건에 대한 최소한의 기준은 정의되어 있지만, 상당 부분 개선을 필요로 하고 있으며, 대부분의 노동자들은 노동보호법에 의해 보호받고 있지 못함.
- 특히 가내공업(cottage industries), the urban informal economy, 농업종사자(대규모 농장제외), 규모가 작은 상점, 지역업체, 가사도우미(domestic workers), 자택 근무자(home workers)의 경우 노동보호법에 보호받고 있지 못함.

2) 사회 환경 또는 심리적 상황(Social-environmental or psychosocial circumstances)

- 심리적 스트레스(예: 부정적인 생활사건, 업무 부담), 스트레스가 많은 환경(예: 높은 부채), 사회적 지원의 부족, coping styles이 포함됨.
- 스트레스는 질병을 유발하는 요인이며, 장기적인 스트레스 노출은 많은 질병을 유발하며, 개인의 사회경제적 위치는 장기적인 스트레스 그 자체로 볼 수 있음.
- 스트레스로부터 건강의 불평등을 유발하는 다른 간접적인 경로를

제한함.

○ Wilkinson의 [소득불평등과 사회통합] 모델

- 건강 관점에서 평균 소득보다 소득의 차이가 더 중요
- 가설: '소득의 차이가 사회적 계층의 차이가 된다.'
- 사회적 배제뿐 아니라 심리적 스트레스에 영향을 받고 있는 하위 소득계층의 사람들은 자기존중이 부족함.

○ 경제적 상황, 노동시장에 대한 불확실성으로 인한 정신적 스트레스

- 저소득층은 고소득층보다 불안정한 삶으로 인한 스트레스를 더 많이 경험하며, 이는 건강 불평등으로 이어짐.
- 고용불안과 실업의 사회문제에 대한 우려는 점점 더 커지고 있음.

3) 행동 및 생물학적 요인

□ 금연, 다이어트, 음주, 운동부족, 유전 등이 포함됨.

□ 건강불평등은 생활 습관 또는 행동과 관련되어 있음.

○ 영양, 신체 활동, 담배, 술 등

□ 하지만 이러한 생활습관의 차이만으로 건강불평등을 야기한다고 보기에는 메커니즘이 정교하지 않고, 더 타당하고 근본적인 건강불평등 요인이 있을 수 있음.

4) The health system as a social determinant of health.

□ Diderichsen는 건강불평등과 관련하여 다음의 불평등 완화 서비스

를 제안

- 저소득층의 영양, 위생, 주거 및 근로조건 개선
 - 예방프로그램 등 사회적 지원 프로그램을 통한 건강 증진
 - 사회 구성원의 건강문제의 치료, 재활(특히 장애인의 재활은 건강 불평등의 감소에 잠재적인 참여자)
 - 건강 보험의 급여 혜택
- 의료시스템이 건강불평등의 간접적인 결정요인이라고 주장하는 일부 의견에 반해, 의료시스템의 혜택을 통해 더 나은 건강을 유지하는 그룹도 있을 것임.
- 의료시스템의 의무
- 한정적인 자원의 적절한 분배
 - 시민들의 건강유지를 위한 다양한 시스템 개발
 - 보다 효율적인 보건사회의 공공정책의 정책시행
- 위에서 제시한 의료시스템의 의무를 바탕으로 영국의 보건복지부는 의료서비스에 대한 평등한 접근의 제공 뿐 아니라 보건 프로그램의 활성화를 통해 건강불평등의 감소에 적극적인 역할을 해야 한다고 주장함.

5) 요약

- 사회경제적 위치는 더 구체적인 중재요인을 통해 건강에 영향을 줌.
- 중재요인: 주변 환경, 직업 환경, 물리적인 상황, 심리사회적 상

항, 행동 생물학적 요소

- 사회경제적 위치에 따른 불평등의 차이
 - 사회경제적 위치가 낮은 그룹은 위치가 높은 그룹의 구성원보다 불리한 물리적 상황에 거주하고 있음.
 - 사회적으로 취약층에 가까운 사람들은 빈번하게 건강을 해치는 행동을 하며, 건강 증진을 위한 행동은 더 적게 함.
 - 폭로, 취약성과 관련 있는 중개요인의 불평등한 분포는 사회경제적 위치에 따라 건강불평등을 양성
- 중개요인의 불평등한 분배는 사회경제적 위치가 건강불평등을 생성하는 메커니즘을 만듦.
 - 불평등한 분배의 예: 폭로의 차이, 취약성의 차이, 사회·경제적 상황에서의 불건강 결과의 차이

사. 건강형평성에 미치는 영향

- 사회경제적 위치와 관련된 구조적 요소는 개인 수준에서의 건강 불평등을 측정함.
- 사회경제적 건강 불평등은 질병, 장애, 폐암, 관상동맥심장질환, 자살, 저체중아 출산을 야기함.
- 저체중아 출산 - 미국, 영국(빈곤율이 높음): 높은 비율
노르웨이, 스웨덴, 네덜란드 등 북유럽(빈곤율이 낮음): 낮은 비율

□ 빈곤한 사람들은 더 나은 조건의 사람들보다 더 좋지 못한 건강을 가지며, 극심한 빈곤이 건강에 미치는 효과는 좋지 못한 영양상태, 비위생적인 생활, 불충분한 치료를 통해 명백히 보임.

□ 사회경제적 위치는 보편적으로 통제변수로 취급하고, 그 자체로는 중요한 원인을 밝히는 요소로 연구되지 않음.

□ 생애주기적 관점

○ 빈곤한 환경에서 태어난 아이들은 언어장애, 인지장애, 행동문제, 지적장애 등과 관련된 발달지연 장애를 가질 위험이 큼.

○ 뇌졸중과 위암: 어린 시절의 성장배경에 상당히 의존함.

○ 폐암과 사고/폭력으로 인한 사망: 성인에게 더 많이 발생

○ 청소년기의 건강 변화는 학력수준과 직업의 종류에 영향을 많이 받음.

○ 성인기의 심각한 건강 문제를 가진 사람들은 직업생활을 배제하고 일반적인 은퇴시기보다 더 일찍 은퇴함.

□ 지적장애를 가진 사람들에 대하여

○ 지적장애를 가진 사람들은 좋지 못한 건강과 그와 관련된 사회적 상황에 노출되는 빈도가 많음.

○ 지적장애를 가진 10대 여성의 출산율이 높음.

□ 사회·경제적 환경

○ 특정 질병의 유병률, 사망률, 이환율을 통해 각 나라의 사회·경제

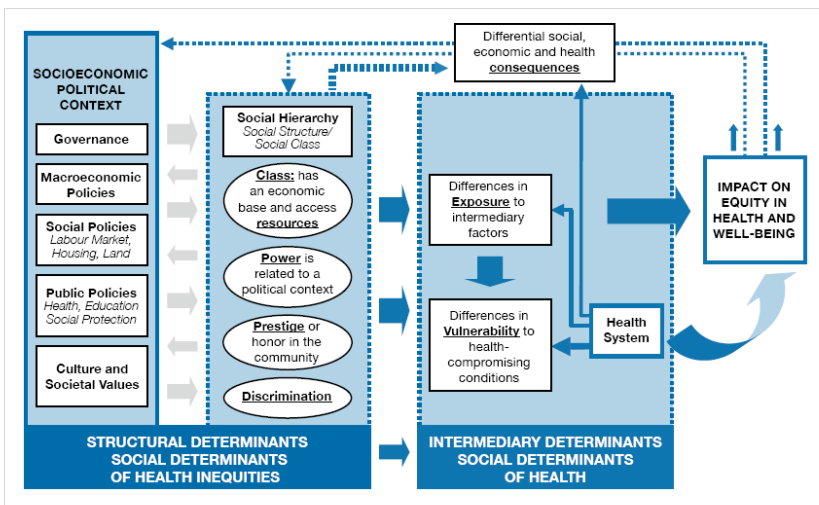
적 환경을 파악할 수 있음.

- 또한 전염병의 경우 인구학적 구성요소 뿐 아니라 사회·정치적 환경과 관련되어 있음.

아. 메커니즘 요약

- [부도 1-4]는 Framework의 메커니즘과 경로를 보여주고 있으며, 정책결정 과정에서 고려되어야 하는 부분을 살펴볼 수 있음.

[부도 1-4] framework에 표시된 메커니즘과 경로 요약



자료: WHO(2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. p.46

- 질병과 사회경제적 위치의 피드백 과정을 강조하고 있으며, 질병의 악화 또는 확산은 사회 정치적 제도에 영향을 끼침(질병이 악화되거나 널리 퍼지게 되면 사회제도의 변경이 필요하며, 이러한 피드백

과정에 적절한 정책적 개입이 필요).

□ 사회경제적·정치적 맥락은 사회경제적 위치나 사회계층의 불평등을 야기하며, 반대로 사회경제적 위치와 관련된 여러 가지 현상에 의해 사회경제적·정치적 맥락에 영향을 미침.

□ 소득수준, 교육, 직업, 성, 인종/민족 등의 Proxy 지표에 의해 권력, 권위에 따른 그룹의 계층화가 이루어짐.

○ 이러한 사회적 체계는 사회계층화와 사회 불평등의 근본적인 메커니즘에 의한 결과임.

□ 사회계층에 의한 사회경제적 위치가 개인의 건강 결정요인에 어떠한 영향을 미치는지에 대한 메커니즘을 보여주고 있음.

○ 개인의 사회경제적 위치가 건강에 직접적으로 영향을 미치지 않으며, 중재요인을 통해 건강에 영향을 미침.

□ 개인의 사회적 위치에 기초하여, 건강에 대한 폭로와 취약성은 개인의 경험에 따라 차이가 남

○ 사회경제적 위치는 중재요인을 통해 폭로와 취약성의 레벨에 영향을 미치며, 폭로에 노출된 개인은 폭로의 노출정도에 따라 취약성의 노출정도에 영향을 줌.

□ 의료시스템

○ 건강의 사회경제적 불평등은 사회경제적 위치와의 feedback 형태로 영향을 받음.

- ex, 질병으로 인한 업무의 감소(작업능력 상실)은 소득 감소를 유발하며, 이러한 경로는 결국 의료비에 영향을 미침.

○ 불건강한 계층은 건강한 계층보다 빈번하게 혹은 덜 빈번하게 사회적 계층이 바뀜.

○ 이는 의료시스템이 건강의 사회적 결정요인으로서 역할을 하고 있음을 의미함(의료시스템만으로 건강을 좋게 만들지 못함, 결국 의료시스템도 비용문제로 인하여 건강불평등에 영향을 미치고 있음).

○ 의료시스템은 건강분야의 핵심적인 역할을 함

- 중재요인을 통해 폭로와 불평등의 차이를 수정하기 위한 정책과 연관되어 있음.
- 특정질환(HIV/ADIS)은 개인의 사회경제적 위치에 영향을 미치며, 이러한 특정질환을 가지고 있는 환자들의 수가 많아질수록 노동시장과 거버넌스에 미치는 영향도 커짐(따라서 특정질환에 대한 예방과 지원의 의료시스템을 통해 건강불평등을 해소할 수 있음).

□ Hilary Graham's Warning

○ 정책 목표: 건강불평등의 결정요인이나 건강 결정요인을 찾아내 문제 해결

○ 따라서 그레이엄은 그룹간의 차이를 결정하는 요인에 대해 명확히 확인하는 방식의 정책 결정을 중요성하게 생각함. 또한 CSDH 프레임워크는 이 목표를 달성하려고 하고 있음.

○ 건강결정요인의 목표

- 건강을 위협하는 요인들의 노출 감소를 목표로 하고 있음.
- national, local을 타겟 목표를 설정함.
- 예) 교육수준과 생활수준의 증가, 흡연율 감소

○ 건강불평등 결정요인의 목표

- 건강 차이를 줄이기 위해 저소득층을 위한 생활수준과 영양수준의 향상을 위한 정책이 필요

부록 2. 사회경제적 지표 별 한국의 건강불평등 연구 요약 (2005년 이후) <<

〈부표 2-1〉 사회적 위치에 따른 한국의 건강불평등 연구(Occupation)

Reference	Population Location/time /survey	Design	Measures of SEP	Outcome s	Findings
조홍준 등, 2006	2003년 사회통계조사, 남자 24,495와 여자 26,121, 25-64세	단면 조사 연구	한국표준직업분류의 대분류 기준: (1) 의회 의원, 고위임직원 및 관리자 (2) 전문가 (3) 기술공 및 준전문가, (4) 사무 종사자, (5) 서비스 종사자, (6) 판매 종사자, (7) 농업, 임업 및 어업숙련 종사자, (8) 기능원 및 관련 기능 종사자, (9) 장치, 기계조작 및 조립 종사자, (10) 단순노무 종사자, (11) 기타 (실업자, 조기은퇴자, 군인, 주부, 학생 등)	흡연	“전반적으로 사회경제적 위치가 높다고 생각되는 직업에서 흡연율이 낮았고, 반대의 경우에 흡연율이 높은 경향” “특히 서비스직에 종사하는 여성에서 흡연율이 높음”

450 한국의 건강불평등 지표와 정책과제

〈부표 2-2〉 사회적 위치에 따른 한국의 건강불평등 연구(Education)

Reference	Population Location/time/survey	Design	Measures of SEP	Outcomes	Findings
JaemoonYoon et al, 2013	KNHANS, 2007-09, 24871	Cross-sectional	3 levels(<6, 7-12, >12)	CVD risk factors	Educational disparities in CVD RFs.
MihyunKim et al, 2013	Death certificate and Census data 1998-2009, 25+	Ecologic Age standardized mortality	educational attainment (elementary school or less: ≤6 years, middle school: 7-9 years, high school: 10-12 years, and college or higher: more than 12 years)	Cervical cancer	Cervical cancer mortality was highest for those with the lowest level of education in all age groups and the gap between the lowest and the highest educational level has increased over time.
Mia Son et al, 2012	Korean national death registry file and the Korean census data in 1993, 1995, 2000, 2005, and 2010	Cross-sectional Survival program / Life table	Education is classified into four categories: elementary school or less (0-6 years), middle school (7-9 years), high school (10-12 years), and college or up (≥ 13 years).	life expectancy and Age-Specific Death Rates	Clear educational gradient of life expectancy was observed at age 40 by both sexes and across five time periods. The educational gradient was also found for ASDR in all five years.
Myonghee Kim et al, 2010	1998, 2000, 2005 KNHANES, 14104 men and 16562 women, >14	Cross-sectional Age-standardized prevalence, RII, and SII	4 levels (elementary-, junior high, high school, and college+)	Suicidal ideation, parasuicide, and completed suicide	Socioeconomic inequalities were clearly observed in our analysis: i.e. absolute and relative inequalities by education level were evident in suicidal ideation and mortality.

Reference	Population Location/time/s urvey	Design	Measures of SEP	Outcomes	Findings
					The age-standardized prevalence of suicidal ideation and parasuicides decreased across consecutive surveys. By contrast, completed suicides increased over time, particularly among the elderly.
Kirang Kim et al, 2010	1998, 2001, 2005 KNHANES (pooled), 20777	Cross-sectional	3 levels(less than middle school, high, higher than college)	Diet	Graded patterns of nutritional inadequacy were clear at each survey year
Wonyoung Lee et al, 2009	1995, 2000, 2005 census data linked with death certificates data (>45)	Cross-sectional	3 levels of education(No and elementary, middle and high, over college)	1993-2006 mortality	RII remained unchanged, SII become widen over time
Sooyoung Choo et al, 2007	2004 Death registry(cancer) with national insurance data (57,484, >40)	Retrospective cohort	No, 1-6, 7-9, 10-12, >12, unknown	Medical cost during the last year before cancer death	The ratio of medical cost between the highest and the lowest was 2.5 during the last 6 months and was 1.6 during 1 month.
Myounghee Kim et al, 2005	1998-2001 KNHANES (pooled), 4630 men and 5896 women(>25)	Cross-sectional	2 levels(less than middle, over high)	Metabolic syndrome	Educational disparities across birth cohorts in women but not in men.

〈부표 2-3〉 사회적 위치에 따른 한국의 건강불평등 연구(Income)

Reference	Population Location/time/ survey	Design/main analysis	Measures of SEP	Outcomes	Findings
Haejeung Lee et al, 2013	Online Korean Adolescent Panel Survey (OnKAPS), 6,943 students aged 12-18	Cross-sectional Logistic	Subjective SES: based on responses to the question, "What is your household's economic status?" - highest, high, middle, low, and lowest.	Disturbed eating behaviour	For boys, the risk for DEB was significantly higher for higher SES than middle SES. For girls, higher risk of DEB was associated with the highest and lowest SES.
Yongju Kwon et al, 2010	KNHANES 2001, 2005 and 2007, (n=2117), and NHANES 2001 to 2002, 2003 to 2004, 2005 to 2006 (n=3016), aged 7 to 12	Cross-sectional ANOVA Logistic	Household income was treated as the quartile of poverty income ratio for the United States and quartile of household income for Korea.	Overweight	Negative association between household income and overweight was found in Korean boys, but not in Korean girls and American boys and girls.
Bohyun Park et al, 2009	KLoSA 2006, 10,254 >45	Cross-sectional Logistic regression	Each couple's net wealth, which measures one's total assets (real estate assets, financial assets, and other	self-rated health status and activities of	The wealth and higher income was associated with better health status among the elderly.

Reference	Population Location/time/ survey	Design/main analysis	Measures of SEP	Outcomes	Findings
		RII	assets) exclusive of one's total debts (bank loan, home mortgage to be repaid someday], and others) Each couple's Total income, which is the sum of pay income, transfer income, wealth income, and others	daily living (ADLs)	Wealth was more important in determining health status of elderly people.
ChulwoungKim et al, 2008	49,277 cases of cancer registered in 2001 with the Korean National Cancer Registry linked with NHI and NMA	Longitudinal / Cross-sectional SII and RII Cox-regression	Income proxy data(Adjusted household's income): adjusted household's monthly NHI contribution(Quintiles)	Incidence and mortality	inequalities in cancer incidence and 3-year mortality across income groups in South Korea, most of which were unfavourable to lower income groups

454 한국의 건강불평등 지표와 정책과제

〈부표 2-4〉 사회적 위치에 따른 한국의 건강불평등 연구(Employment status)

Reference	Population Location/time/ survey	Design/main analysis	Measures of SEP	Outcomes	Findings
Youn Jung et al, 2013	8th, 9th and 10th wave (2005-07) of the Korean Labor and Income Panel Study (KLIPS) (n=1877), male, 21-59	Longitudinal Panel logistic regression	3 statuses: standard workers (full-time, permanent employees), precarious workers (temporary, daily, part-time workers or workers with non permanent contract) and unemployed (not currently working but they were looking for a job during the previous 4 weeks and able to work)	Smoking, relapsing of smoking	Precarious working was significantly associated with smoking compared to standard working even after adjusting for socioeconomic indicators and self rated health status. Precarious work was also related to a higher likelihood of relapse among former smokers, but was not significant after adjusting for other confounders.
Heetaik Kang et al, 2013a	KNHANS IV(2007-09), 5256 women, 21-79	Cross-sectional Logistic Adjusted for: educational level and household income	3 statuses: full-time, part-time, and unemployed(no explanation)	Metabolic syndrome associated with menopausal status	Employment seems to be significantly related to a lower prevalence of MetS in postmenopausal women, but not in premenopausal women.
Heetaik Kang et al, 2013b	KNHANS IV(2007-09), 2991, exclude	Cross-sectional Logistic	3 statuses: full-time, part-time, and unemployed(no explanation)	obesity	Unemployment appears to be significantly related to a higher prevalence risk of obesity in an

Reference	Population Location/time/ survey	Design/main analysis	Measures of SEP	Outcomes	Findings
	<60	Adjusted for: educational level and household income	based on self-report		elderly Korean population, regardless of age, lifestyle, socioeconomic factors, and inflammatory factor.
Seungsup Kim et al, 2012	Korean Welfare Panel Study, 2891 precarious or permanent workers without depressive symptoms at 2007, older than 18	Longitudinal Multivariate logistic regression	Change in employment status: (i) maintaining permanent employment (reference group); (ii) changing from permanent to precarious employment; (iii) becoming unemployed from permanent employment; (iv) maintaining precarious employment; (v) changing from precarious to permanent employment; and (vi) becoming unemployed from precarious employment.	Depression (CES-D)	Among women, associations for depressive symptoms were seen with the change from precarious to permanent employment (OR 2.57, 95% CI 1.20-5.52) and the change from permanent to precarious employment (OR 2.88, 95% CI 1.24-6.66), but no significant association for men.
Jaehyun Park et al, 2010	748 cancer patients from 2661 of the 10 cancer centers (200-300 from	Cross- sectional Logistic	Changes in employment status following a diagnosis of cancer were classified into six categories: no change, paid sick leave, unpaid sick	Unemployed, forced unemployment	A change in employment status was reported by 73.4% of the sample, with unemployment being the most common change (46.4%).. Additional analyses

Reference	Population Location/time/ survey	Design/main analysis	Measures of SEP	Outcomes	Findings
	each cancer center), >17		leave, unemployment, retirement, and change of job		revealed that being female, being from a lower socioeconomic status group and having a disability were risk-factors for unemployment, while being male, being from a higher socioeconomic status group and having a disability were risk factors for workplace discrimination or forced unemployment.
Jaehyun Park et al, 2008	National Health Insurance (NHI) claims data linked with Death Certificate data, 5,396 cancer patients, 25 to 55, total of 4991 cancer patients and 12 468 referents, 25 to 55	Retrospective cohort(2001 -06) Life table Cox	Employment status (employed vs not employed)	Cancer	Cancer patients were more likely to lose their jobs after cancer diagnosis and were less likely to be re-employed than cancer-free individuals in almost all sex and age groups.

Reference	Population Location/time/ survey	Design/main analysis	Measures of SEP	Outcomes	Findings
Jaehyun Park et al, 2009	National Health Insurance (NHI) claims data linked with Death Certificate data, 5,396 cancer patients, 25 to 55	Retrospective cohort (2001-06) Life table Cox regression	Employment status (employed vs not employed)	21 types of cancer	Among the first baseline cancer patients, 47.0% lost their job, and among the second baseline patients, 30.5% were re-employed over 69 to 72 months of follow-up. Female sex, younger age and older age, company employee, lower income, blood cancer, and brain and CNS, lung, and liver cancer were significant predictors of early job loss or delayed re-employment.

〈부표 2-5〉 사회적 위치에 따른 한국의 건강불평등 연구(Multiple measures)

Reference	Population Location/time/survey	Design/main analysis	Measures of SEP	Outcomes	Findings
Gaeun Nam et al, 2013	2008-2010 Korea National Health and Nutrition Examination Survey, 19,041, 19+	Cross- sectional Logistic	Monthly household income level was divided into quartiles Education level was categorized as four groups according to number of years of schooling: less than 7 years (elementary school graduate or lower), 7-9 years (middle school graduate or some middle school), 10-12 years (high school graduate or some high school) and greater than 13 years (university or higher).	dyslipidemia	In men, high SES (household income level and education level) was positively associated with dyslipidemia, while in women low SES was linked to increased prevalence and risks of dyslipidemia.
Heekyung Joh et al, 2013	2007-2009 (KNHANES IV), >19, 16260	Cross- sectional Prevalence ratio by Log- binomial regression	Education level was classified based on the number of schooling years: elementary or less (≤ 6 years), middle school (7-9 years), high school (10-12 years), or college and above (≥ 13 years). Household-equalized income (total household income / household size ^{0.5}) was categorized into quartiles	Weight under- perception and weight control	Both education and income levels were significantly associated with patterns of weight control behavior.
Mijin Park et al, 2013	7,766,065 newborn babies between 1995-2008 from birth	Cross- sectional Logistic	Education: middle school education or lower (≤ 9 yr), high school education (10-12 yr), and	low birth weight, preterm	Parental education had the most significant and greatest effect on all three adverse

Reference	Population Location/time/survey	Design/main analysis	Measures of SEP	Outcomes	Findings
	registry	regression	university education or higher (≥ 13 yr). Occupational class (coded according to the Korean Standard Classification of Occupations): non-manual (legislators, senior officials, and managers, professionals, technicians and associate professionals, clerks), manual (service workers, sale workers, skilled agricultural, forestry, and fishery workers, craft and related trade workers, plant and machine operators and assembly workers, laborers), and economically inactive populations (students, the unemployed, housekeepers, and soldiers).	births, and intrauterine growth retardation	outcomes. Throughout the analysis, the effect of maternal manual work on adverse birth outcomes was apparent in the study results.
Jeongmi Kwon, et al, 2012	KNHANS IV(2007-09),17311, >19	Cross-sectional Prevalence Logistic	Education: 4 levels(elementary-, middle, high, bachelor+) Household income: quartile Occupational type: 6 types (i.e. manager/professional level, office workers, service workers/sell - ers, agriculture/fishery, technicians/mechanics/assemblers, and simple	Rheumatoid arthritis	No statistical significant difference in the prevalence rate by socioeconomic status after controlling for sex and age, except the prevalence rate by education level. The employment rate of the

Reference	Population Location/time/survey	Design/main analysis	Measures of SEP	Outcomes	Findings
			labor) Employment type: wage worker, self-employed or employer, unpaid family worker Reasons of unemployment reason and number of sick-leaves)		RA population was found to be significantly lower than that of non-RA population
Youngkyung Do, 2012	2003–2007 Korea Youth Panel Study (KYPS), a nationally representative cohort study of 3,449 second-year middle school South Korean students	Longitudinal fixed-effects linear probability model	Monthly allowance: “How much is your average monthly allowance?” Income earned from most recent employment: “How much income did you earn per hour from your most recent employment?” A binary indicator for employment: “Have you done any part-time job during the last one year? How many times?”	Smoking initiation	Youth employment raised the probability of smoking initiation, but neither employment income nor allowance was significantly associated with youth smoking initiation.
HyeyinPark et al, 2012	Data was used from The Fifth Korean Youth Risk Behavior Web-based Survey (KYRBWS), 76,937 students (7th to 12th school grade), from 800 middle and high schools in 2009	Cross-sectional Multilevel analysis	Parental education level: 1) middle school or less; 2) high school; 3) college or more. Family Affluence Scale (FAS) was developed based on four questions: 1) having one’s own bedroom; 2) number of family trips per year; 3) total number of computers at home; and 4) number of vehicles	Depression experience	A significant association was found between adolescent depression experience and gender, grade, self-rated academic achievement, family affluence scale, parental support, parental education level, lifestyle habits, physical activity and

Reference	Population Location/time/survey	Design/main analysis	Measures of SEP	Outcomes	Findings
			owned by family.		sleep dissatisfaction.
Heeran Chun et al, 2012	Social Statics Survey, 1992 to 2010, 288703, 25-64 aged	Cross- sectional Log- binominal regression	Education: 3 levels(tertiary, secondary, primary(middle-)) Occupational class: professional, non-manual, manual, others(unemployed and non-employed, housewives, students, military services) Employment status: full-time, part-time, self-employed, unpaid-employed, others Gender: men and women	Self-rated health	Higher education levels, professional jobs, and full-time employment was associated with better health and has remarkably enhanced the SRH status of women more than of men between 1992 and 2010.
Seunghan Shin, et al, 2012	National Birth Registry in 2003, 427,857	Cross- sectional	- 2 level (over college, less than high school) or 3 levels of education - 2 levels of employment status(emp/unemp)	Preterm birth	Parental SEP(education and employment)s predict preterm birth.
Ilho Kim et al, 2011	Social Statistics Survey (SSS) conducted by the Korean National Statistical Office, 98 443 males and 74 956 females (50 326 in 1995, 40	Cross- sectional Age adjusted prevalence Prevalence difference	Employment status: Permanent, temporary, and daily employment Occupational position: professional (legislators, senior managers, administrators and professionals) vs nonprofessional group(technicians, paraprofessionals, and office,	Self-rated health	Absolute health inequalities in relation to employment status increased in the professional group, relative employment-related health inequalities increased in the nonprofessional group.

Reference	Population Location/time/survey	Design/main analysis	Measures of SEP	Outcomes	Findings
	309 in 1999, 41 953 in 2003, and 40 814 in 2006). From the total survey population, this study used data from paid employees aged 25- 64 from 1995, 1999, 2003, and 2006.	Prevalence ratios from a log-binomial regression	service, sales, skilled agricultural, forestry, and fisheries workers, crafts and related trades, plant and machine operators, assemblers, and unskilled laborers		especially among women.
Anonymou s, 2011	KLoSA, 2006, 3105 participants (both married partners participated)	Cross-sectional (part of longitudinal data)	- 5 categories of education(no to BS) - 4 categories of work status (employed, retired, unemployed, never in labour force)	Depressive symptoms	Significant educational gradient in depressive symptoms.
Junko Nishimura , 2011	Korean National Family Survey 2003, 5412	Cross-sectional Linear regression	Education: 1) middle school or less, 2) high school, 3) junior college (including vocational school), and 4) university. Labor market positions: three variables: employment contract, occupation, and firm size Employment contract: 1) managers, 2) standard employees, 3) non-standard employees, and 4) self-employed. Occupation: 1) managerial, 2)	Depression	Educational attainment was associated with depression

Reference	Population Location/time/survey	Design/main analysis	Measures of SEP	Outcomes	Findings
			professionals, 3) clerks, 4) service workers, 5) manual workers, and 6) farmers. Firm size: 1) large-sized firms (more than 300 employees or public offices), and 2) small-and-medium-sized firms (less than 300 employees). For women: by employment status as follows: 1) standard employees, 2) non-standard employees, 3) self-employed, and 4) housewives.		
Jinhyun Kim et al, 2011	Korean Longitudinal Study of Aging, 2006, 9259, >44	Structural equation modelling	Total household income: log transformed to correct for the skewed distribution of raw income data. The level of education 1. no formal education (illiterate), 2. no formal education (capable of reading), 3. elementary school, 4. middle school, 5. high school, 6. two-year college, 7. college graduate, 8. post-college (Master's), and 9. post-college (PhD). Poverty status: the poverty threshold for individual households	Self-rated health	Lower levels of income and education as well as poverty predicted worse self-rated health

464 한국의 건강불평등 지표와 정책과제

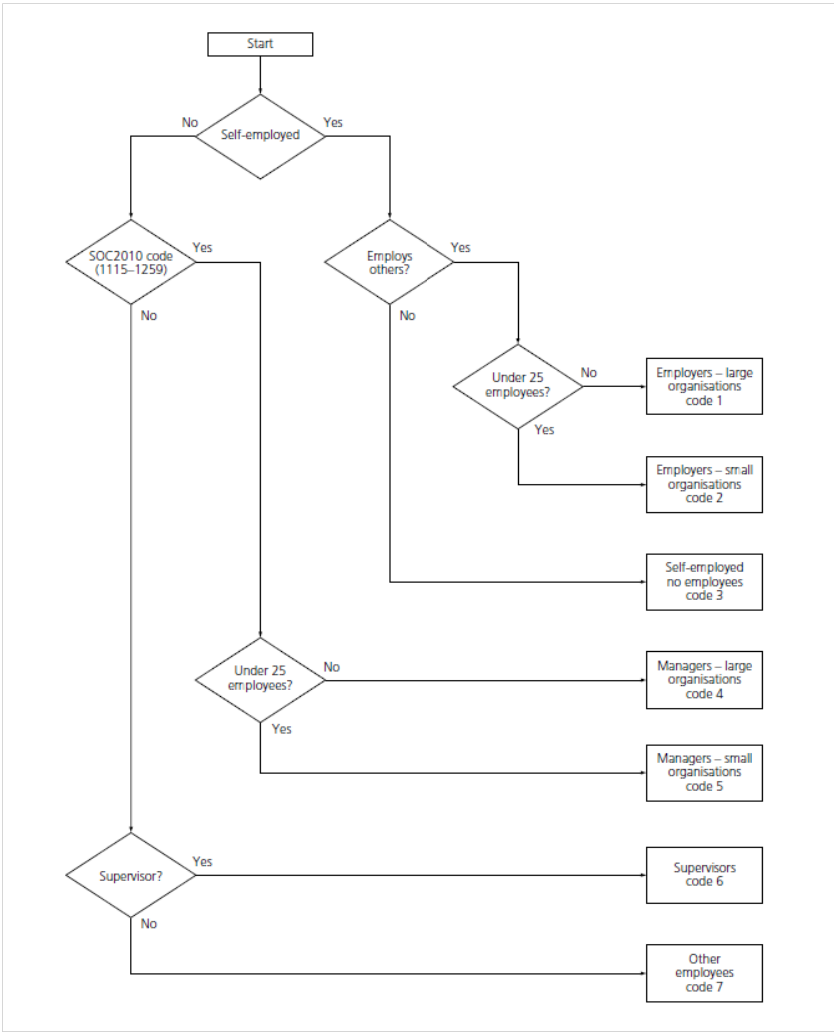
Reference	Population Location/time/survey	Design/main analysis	Measures of SEP	Outcomes	Findings
Dongsik Kim et al, 2010	2007 Korean Longitudinal Survey of Women and Family (KLoWF), 6370 mothers, aged 19-64	Cross- sectional Logistic	Parenting status: lone vs partnered Adjustment: Educational attainment: middle school or less, high school graduate, and college or more. Equivalized household income: total household income divided by the square root of the number of household members Subjective economic status: a trichotomous category: rich, neither rich nor poor, and poor.	Self-rated health	
김민경 등, 2010	국민건강영양조사 2005, 6030, 20-64세	단면연구	사회계층: I 계층은 상위 및 중상위 계층, II 계층은 신중간층, III 계층은 구중간층, IV 계층은 노동계층, V 계층은 농촌자영업자, VI 계층은 하위계층으로 분류하였으며, 주부를 VII 계층으로 재분류. 교육: 초등졸업 이하, 중학교 이상, 고등학교 이상, 대학 이상. 가구소득: 연속변수인 월평균 가구소득을 총 가구원수로 보정	자가평가건 강수준	사회경제적 수준이 낮을수록 주관적 건강수준이 낮았으며 여성 농촌자영업계층의 불건강 수준이 특히 높음.
Kyungae Kong et al, 2010	national birth register collected between 1995 and 2006, which was individually	Retrospective cohort Poisson regression	Education levels were grouped into college or higher, high school, and middle school or below. Occupations were categorized into	Cancer mortality	Risk of cancer mortality was associated with the educational level of parents. The risk of cancer death

Reference	Population Location/time/survey	Design/main analysis	Measures of SEP	Outcomes	Findings
	linked to mortality data. A cohort of 6,479,406 children was followed from birth until their death or through December 31, 2006		three groups: non-manual (legislators, senior officials, managers, professionals, technicians, associate professionals, and clerks), manual (service and sales workers, skilled agricultural and fishery workers, craft and related trades workers, plant and machine operators and assemblers, and elementary occupations), and outside the workforce (students and homemakers, other economically inactive, unemployed or unknown).		was associated with occupational status of parents differently, with fathers outside the workforce and with mothers engaged in manual work.
Jongoh Kim et al, 2009	birth registration records and death registration records between 1995 and 2004 from the Korea National Statistics Office, children 1-8yrs	Retrospective cohort	Education was categorized into middle school graduation or lower (<9 years), high school (10-12 years), and university or higher (>13years). Occupation was classified into non-manual (legislators, senior officials, managers, professionals, technicians and practical professionals, office workers, service workers, and sale workers), manual (skilled agricultural,	mortality	Hazard ratios were significant for each parental education and occupational class.

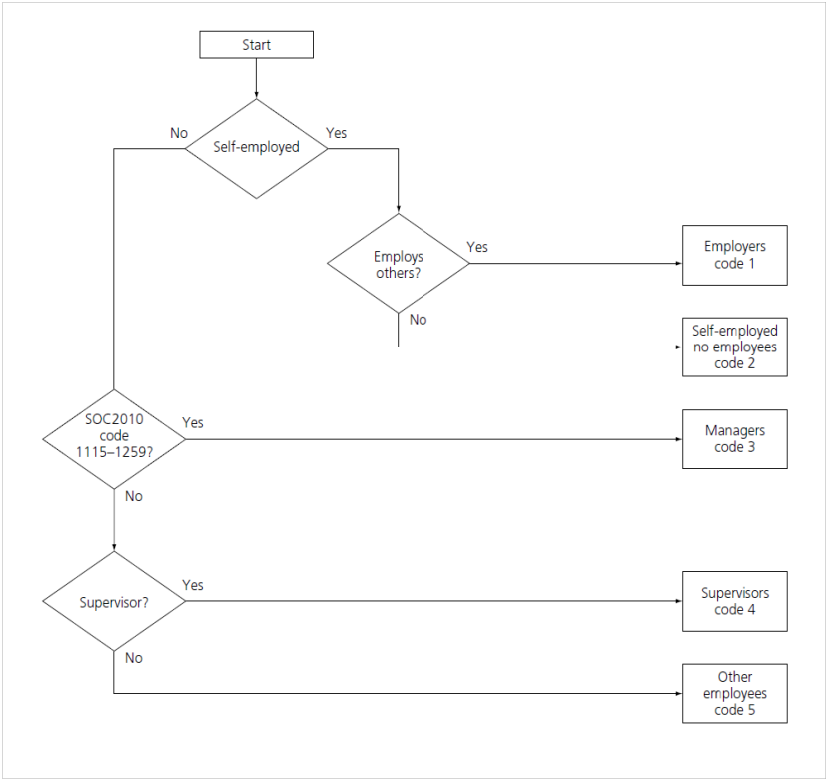
Reference	Population Location/time/survey	Design/main analysis	Measures of SEP	Outcomes	Findings
			forestry, fishery workers, craft and affiliated craft workers, device and machine operators and assemblers, and laborers), and economically inactive population (students under 14 years, the unemployed, housewives, and soldiers).		
김유미, 김명희, 2007	1998, 2001, 2005 국민건강영양조사	단면연구 RII (로지스틱 회귀모형)	학력: 1) 45세 미만: 중졸이하 고졸, 대졸 이상, 2) 45세 이상: 초졸이하, 중졸, 고졸 이상 직업: 비육체노동군(관리자, 전문가, 준전문가, 사무직원), 육체노동군(서비스업, 농업 및 어업, 기능원, 장치 기계 조작용), 무직	자가평가건 강수준, 비만, 대사증후군	세지표의 시계열적 변화는 주관적 건강수준은 남성에서 뚜렷하게 불평등이 심화되었으며, 비만은 2005년으로 갈수록 여성에서 격차가 뚜렷하여졌으며, 대사증후군은 여성에서 그 격차를 각 조사시기에서 확인할 수 있었다.
Khang YH and Kim HR, 2006	1998 국민건강영양조사(5607, >30)과 2003까지의 통계청 사망자료의 연계	경시적 연구 Cox regression	교육: 5수준(no, 초등, 중등, 고등, 대학+), 4수준(no, 초등, 중등, 고등+) 직업계층: i) 직업에 따른 분류: 비육체노동자(표준직업분류 대분류 1-5), 육체노동자(대분류 6-9), others(주부, 무직, 학생, 군인 및 미상), ii) 종사상 지위: 고용주, 상용근로자(전일제 및 시간제), 자영업자, 임시 및 일용근로자, 기타(무급가족종사자 및 비해당), iii) 직업과 종사상 지위: 사회계층 분류(홍두승, 윤태호 등의 방법)	사망률(all cause mortality)	교육수준, 소득수준, 직업계층 등 다양한 사회경제적 위치 지표별로 순서형의 사망률 불평등이 있다는 사실을 밝혔다.

Reference	Population Location/time/survey	Design/main analysis	Measures of SEP	Outcomes	Findings
			가구소득: 가구원수를 보정한 등가소득 4분위, 5분위. 기타지표: 자기평가 생활수준, 의료보장 종류		
Youngho Khang and Hong-jun Cho, 2006	Social Statistics Survey (SSS) conducted by Korea National Statistical Office. Five rounds of publicly available SSS data (1989, 1992, 1995, 1999, 2003), 344,969 subjects, >19	Cross- sectional Standardized prevalence RII or OR	Education level: differ by age, for persons aged 25-64 were grouped into four categories (elementary school or less, middle school, high school, and college or higher) Occupational class: non-manual vs. manual and others (not in the labor market: unemployed, retired, students and homemakers)	Smoking	Level of education was inversely associated with smoking. Manual occupations had greater risk of smoking. The relative index of inequality for smoking was unfavorable toward those with lower educational level in genders aged 20-44.
Youngho Khang and Hyeryun Kim, 2005	1998 KNHANES(5607, >30) linked with mortality data of 2002	Longitudinal	4 categories of education(no, elementary, middle, high+) Occupational class(manual, nonmanual, others) Household income (quartile) adjusted for the size of household	Mortality	Education, occupation, and income had independent effects on mortality risk after adjustment for the remaining two socioeconomic position indicators. Educational, occupational, and financial approaches would be equally important to reduce socioeconomic mortality inequalities in South Korea.

[부도 2-1] Deriving the employment status/size of organization variable, full method



[부도 2-2] Deriving the employment status variable, reduced method



〈부표 2-6〉 The SOC2000 NS-SEC derivation table: simplified and full method

The SOC2000 NS-SEC derivation table: simplified and full method, operational categories

Standard Occupational Classification 2000 Unit Group	Simplified NS-SEC	Employment status/size of organisation						
		1 Employers - large organisations	2 Employers - small organisations	3 Self- employed, no employees	4 Managers - large organisations	5 Managers - small organisations	6 Supervisors	7 Other employees
1111 Senior officials in national government	2	2	2	2	2	2	2	2
1112 Directors and chief executives of major organisations	2	1	1	1	2	2	2	2
1113 Senior officials in local government	2	9.1	9.1	9.1	2	2	2	2
1114 Senior officials of special interest organisations	5	1	8.1	9.1	2	5	5	5
1121 Production, works and maintenance managers	2	1	8.1	9.1	2	5	5	5
1122 Managers in construction	5	1	8.1	9.1	5	5	5	5
1123 Managers in mining and energy	2	1	8.1	9.1	2	5	5	5
1131 Financial managers and chartered secretaries	2	3.3	3.3	3.3	2	2	2	2
1132 Marketing and sales managers	2	1	8.1	9.1	2	5	5	5
1133 Purchasing managers	2	1	8.1	9.1	2	5	5	5
1134 Advertising and public relations managers	2	1	8.1	9.1	2	5	5	5
1135 Personnel, training and industrial relations managers	2	1	8.1	9.1	2	5	5	5
1136 Information and communication technology managers	2	1	8.1	9.1	2	5	5	5
1137 Research and development managers	2	3.3	3.3	3.3	2	5	5	5
1141 Quality assurance managers	5	1	8.1	9.1	5	5	5	5
1142 Customer care managers	5	1	8.1	9.1	5	5	5	5
1151 Financial institution managers	5	1	8.1	9.1	5	5	5	5
1152 Office managers	5	1	8.1	9.1	5	5	5	5
1161 Transport and distribution managers	5	1	8.1	9.1	5	5	5	5
1162 Storage and warehouse managers	5	1	8.1	9.1	5	5	5	5
1163 Retail and wholesale managers	5	1	8.1	9.1	5	5	5	5
1171 Officers in armed forces	2	2	2	2	2	2	2	2
1172 Police officers (inspectors and above)	2	2	2	2	2	2	2	2
1173 Senior officers in fire, ambulance, prison and related services	2	2	2	2	2	2	2	2
1174 Security managers	5	1	8.1	9.1	5	5	5	5
1181 Hospital and health service managers	2	1	8.1	9.1	2	2	2	2
1182 Pharmacy managers	5	3.3	3.3	3.3	2	5	5	5
1183 Healthcare practice managers	5	1	8.1	9.1	5	5	5	5
1184 Social services managers	2	1	8.1	9.1	2	2	2	2
1185 Residential and day care managers	5	1	8.1	9.1	5	5	5	5
1211 Farm managers	5	1	8.2	9.2	5	5	5	5
1212 Natural environment and conservation managers	2	1	8.1	9.1	2	5	5	5
1219 Managers in animal husbandry, forestry and fishing n.e.c.	9.2	1	8.2	9.2	5	5	5	5
1221 Hotel and accommodation managers	9.1	1	8.1	9.1	5	5	5	5
1222 Conference and exhibition managers	5	1	8.1	9.1	5	5	5	5
1223 Restaurant and catering managers	8.1	1	8.1	9.1	5	5	5	5
1224 Publicans and managers of licensed premises	5	1	8.1	9.1	5	5	5	5
1225 Leisure and sports managers	5	1	8.1	9.1	5	5	5	5
1226 Travel agency managers	5	1	8.1	9.1	5	5	5	5
1231 Property, housing and land managers	2	1	8.1	9.1	2	5	5	5
1232 Garage managers and proprietors	8.1	1	8.1	9.1	5	5	5	5
1233 Hairdressing and beauty salon managers and proprietors	8.1	1	8.1	9.1	5	5	5	5
1234 Shopkeepers and wholesale/retail dealers	8.1	1	8.1	9.1	5	5	5	5
1235 Recycling and refuse disposal managers	5	1	8.1	9.1	5	5	5	5
1239 Managers and proprietors in other services n.e.c.	5	1	8.1	9.1	5	5	5	5
2111 Chemists	3.1	3.3	3.3	3.3	3.1	3.1	3.1	3.1
2112 Biological scientists and biochemists	3.1	3.3	3.3	3.3	3.1	3.1	3.1	3.1
2113 Physicists, geologists and meteorologists	3.1	3.3	3.3	3.3	3.1	3.1	3.1	3.1

〈부표 2-7〉 The SOC2000 NS-SEC derivation table: simplified and reduced method

The SOC2000 NS-SEC derivation table: simplified and reduced methods, operational categories

Standard Occupational Classification 2000 Unit Group		Simplified NS-SEC	Employment status				
			1 Employers	2 Self-employed - no employees	3 Managers	4 Supervisors	5 Other employees
1111	Senior officials in national government	2	2	2	2	2	2
1112	Directors and chief executives of major organisations	2	1	1	2	2	2
1113	Senior officials in local government	2	9.1	9.1	2	2	2
1114	Senior officials of special interest organisations	5	8.1	9.1	5	5	5
1121	Production, works and maintenance managers	2	8.1	9.1	2	2	2
1122	Managers in construction	5	8.1	9.1	5	5	5
1123	Managers in mining and energy	2	8.1	9.1	2	2	2
1131	Financial managers and chartered secretaries	2	3.3	3.3	2	2	2
1132	Marketing and sales managers	2	8.1	9.1	2	2	2
1133	Purchasing managers	2	8.1	9.1	2	2	2
1134	Advertising and public relations managers	2	8.1	9.1	2	2	2
1135	Personnel, training and industrial relations managers	2	8.1	9.1	2	2	2
1136	Information and communication technology managers	2	8.1	9.1	2	2	2
1137	Research and development managers	2	3.3	3.3	2	2	2
1141	Quality assurance managers	5	8.1	9.1	5	5	5
1142	Customer care managers	5	8.1	9.1	5	5	5
1151	Financial institution managers	5	8.1	9.1	5	5	5
1152	Office managers	5	8.1	9.1	5	5	5
1161	Transport and distribution managers	5	8.1	9.1	5	5	5
1162	Storage and warehouse managers	5	8.1	9.1	5	5	5
1163	Retail and wholesale managers	5	8.1	9.1	5	5	5
1171	Officers in armed forces	2	2	2	2	2	2
1172	Police officers (inspectors and above)	2	2	2	2	2	2
1173	Senior officers in fire, ambulance, prison and related services	2	2	2	2	2	2
1174	Security managers	5	8.1	9.1	5	5	5
1181	Hospital and health service managers	2	8.1	9.1	2	2	2
1182	Pharmacy managers	5	3.3	3.3	5	5	5
1183	Healthcare practice managers	5	8.1	9.1	5	5	5
1184	Social services managers	2	8.1	9.1	2	2	2
1185	Residential and day care managers	5	8.1	9.1	5	5	5
1211	Farm managers	5	8.2	9.2	5	5	5
1212	Natural environment and conservation managers	2	8.1	9.1	2	2	2
1219	Managers in animal husbandry, forestry and fishing n.e.c.	9.2	8.2	9.2	5	5	5
1221	Hotel and accommodation managers	9.1	8.1	9.1	5	5	5
1222	Conference and exhibition managers	5	8.1	9.1	5	5	5
1223	Restaurant and catering managers	8.1	8.1	9.1	5	5	5
1224	Publicans and managers of licensed premises	5	8.1	9.1	5	5	5
1225	Leisure and sports managers	5	8.1	9.1	5	5	5
1226	Travel agency managers	5	8.1	9.1	5	5	5
1231	Property, housing and land managers	2	8.1	9.1	2	2	2
1232	Garage managers and proprietors	8.1	8.1	9.1	5	5	5
1233	Hairdressing and beauty salon managers and proprietors	8.1	8.1	9.1	5	5	5
1234	Shopkeepers and wholesale/retail dealers	8.1	8.1	9.1	5	5	5
1235	Recycling and refuse disposal managers	5	8.1	9.1	5	5	5
1239	Managers and proprietors in other services n.e.c.	5	8.1	9.1	5	5	5
2111	Chemists	3.1	3.3	3.3	3.1	3.1	3.1
2112	Biological scientists and biochemists	3.1	3.3	3.3	3.1	3.1	3.1
2113	Physicists, geologists and meteorologists	3.1	3.3	3.3	3.1	3.1	3.1
2121	Civil engineers	3.1	3.3	3.3	3.1	3.1	3.1
2122	Mechanical engineers	3.1	3.3	3.3	3.1	3.1	3.1
2123	Electrical engineers	3.1	3.3	3.3	3.1	3.1	3.1
2124	Electronics engineers	3.1	3.3	3.3	3.1	3.1	3.1
2125	Chemical engineers	3.1	3.3	3.3	3.1	3.1	3.1
2126	Design and development engineers	3.1	3.3	3.3	3.1	3.1	3.1
2127	Production and process engineers	4.1	4.3	4.3	4.1	4.1	4.1
2128	Planning and quality control engineers	4.1	4.3	4.3	4.1	4.1	4.1
2129	Engineering professionals n.e.c.	3.1	3.3	3.3	3.1	3.1	3.1
2131	IT strategy and planning professionals	3.2	3.4	3.4	3.2	3.2	3.2

부록 3. 건강불평등 지표 <<

〈부표 3-1〉 HP2020 지표

영역	지표명 1	지표명 2	지표정의	자료원	기관	공표주기	조사대상
건강생활실천확산 1. 금연							
건강 행태	청소년 흡연율	중·고등학교 남학생 흡연율	최근30일 동안 1일 이상 흡연한 사람의 비율	청소년건강행태온라인조사	질병관리본부	1년	전국 중, 고등학교 재학생
		중·고등학교 여학생 흡연율	최근30일 동안 1일 이상 흡연한 사람의 비율	청소년건강행태온라인조사	질병관리본부	1년	전국 중, 고등학교 재학생
건강 행태	고등학교 계열별 흡연율	일반계고 남학생 흡연율	최근30일 동안 1일 이상 흡연한 사람의 비율	청소년건강행태온라인조사	질병관리본부	1년	전국 중, 고등학교 재학생
		전문계고 남학생 흡연율	최근30일 동안 1일 이상 흡연한 사람의 비율	청소년건강행태온라인조사	질병관리본부	1년	전국 중, 고등학교 재학생
		일반·전문계고 남학생 흡연율 차이	최근30일 동안 1일 이상 흡연한 사람의 비율	청소년건강행태온라인조사	질병관리본부	1년	전국 중, 고등학교 재학생
		일반계고 여학생 흡연율	최근30일 동안 1일 이상 흡연한 사람의 비율	청소년건강행태온라인조사	질병관리본부	1년	전국 중, 고등학교 재학생

영역	지표명 1	지표명 2	지표정의	자료원	기관	공표주기	조사대상
		전문계고 여학생 흡연율	최근30일 동안 1일 이상 흡연한 사람의 분율	청소년건강행태 온라인조사	질병관리본부	1년	전국 중, 고등학교 재학생
		일반-전문계고 여학생 흡연율 차이	최근30일 동안 1일 이상 흡연한 사람의 분율	청소년건강행태온라인조사	질병관리본부	1년	전국 중, 고등학교 재학생
건강 행태	성인 흡연율	성인 남자 흡연율	평생 담배5갑(100개비)이상 피웠고 현재 담배를 피우는 사람의 분율(2005년 추계인구로 연령표준화)	국민건강영양조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	만19세이상
		성인 여자 흡연율	평생 담배5갑(100개비)이상 피웠고 현재 담배를 피우는 사람의 분율(2005년 추계인구로 연령표준화)	국민건강영양조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	만19세이상
건강 행태	성인 흡연율의 지역 간, 소득수준 간 차이	동지역 남자 흡연율	평생 담배5갑(100개비)이상 피웠고 현재 담배를 피우는 사람의 분율(2005년 추계인구로 연령표준화)	국민건강영양조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	만19세 이상
		읍면지역 남자 흡연율	평생 담배5갑(100개비)이상 피웠고 현재 담배를 피우는 사람의 분율(2005년 추계인구로 연령표준화)	국민건강영양조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	만19세 이상
		지역 간 차이	동지역 및 읍지역의 차이	국민건강영양조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	만19세 이상
		동지역 여자 흡연율	평생 담배5갑(100개비)이상 피웠고 현재 담배를 피우는 사람의 분율(연령표준화)	국민건강영양조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	만19세 이상
건강 행태		읍면지역 여자 흡연율	평생 담배5갑(100개비)이상 피웠고 현재 담배를 피우는 사람의 분율(연령표준화)	국민건강영양조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	만19세 이상
		지역 간 차이	동지역 및 읍지역의 차이	국민건강영양조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	만19세 이상

474 한국의 건강불평등 지표와 정책과제

영역	지표명 1	지표명 2	지표정의	자료원	기관	공표주기	조사대상
		소득하위 남자흡연율	평생 담배5갑(100개비)이상 피웠고 현재 담배를 피우는 사람의 비율(연령표준화)	국민건강영양조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	만19세 이상
		소득상위 남자흡연율	평생 담배5갑(100개비)이상 피웠고 현재 담배를 피우는 사람의 비율(연령표준화)	국민건강영양조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	만19세 이상
		소득간 차이	소득 4분위수의 최하위, 최상위 간 비교	국민건강영양조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	만19세 이상
		소득하위 여자흡연율	평생 담배5갑(100개비)이상 피웠고 현재 담배를 피우는 사람의 비율(연령표준화)	국민건강영양조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	만19세 이상
		소득상위 여자흡연율	평생 담배5갑(100개비)이상 피웠고 현재 담배를 피우는 사람의 비율(연령표준화)	국민건강영양조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	만19세 이상
		소득 간 차이	소득 4분위수의 최하위, 최상위 간 비교	국민건강영양조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	만19세 이상
건강 행태	흡연 시작률	남녀학생흡연경험시작연령	남녀학생이 흡연경험 및 매일흡연을 시작한 평균 나이	청소년건강행태온라인조사	질병관리본부	1년	전국 중, 고등학교 재학생
		남녀학생 매일흡연 시작연령	남녀학생이 흡연경험 및 매일흡연을 시작한 평균 나이	청소년건강행태온라인조사	질병관리본부	1년	전국 중, 고등학교 재학생
		남학생 중학교이전 흡연 경험률	중학교 입학 이전에 담배를 한 두 모금 피워본 청소년 비율	청소년건강행태온라인조사	질병관리본부	1년	전국 중, 고등학교 재학생
		여학생 중학교이전 흡연 경험률	중학교 입학 이전에 담배를 한 두 모금 피워본 청소년 비율	청소년건강행태온라인조사	질병관리본부	1년	전국 중, 고등학교 재학생
		남성 19~29세 흡연율	성인19~29세 흡연율	국민건강영양조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	성인19~29세
		여성 19~29세 흡연율	성인19~29세 흡연율	국민건강영양조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	성인19~29세

영역	지표명 1	지표명 2	지표정의	자료원	기관	공표주기	조사대상
건강 행태	흡연자의 금연의지 및 시도율	청소년 현재 흡연자 금연 의지율	청소년 현재 흡연자 중 앞으로 6개월 안에 담배를 끊을 의지가 있는 비율	청소년건강행태온라인조사	질병관리본부	1년	전국 중, 고등학교 재학생
		성인 현재흡연자 금연 시도율	성인 현재 흡연자 중 금연을 위해 최근1년 간 하루 이상 금연 한 비율	국민건강영양조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	만19세 이상
		성인 현재흡연자 금연 의지율	성인 현재 흡연자 중 앞으로1개월 안에 담배를 끊을 계획이 있는 비율	국민건강영양조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	만19세 이상
		금연지원프로그램 등록률	전체흡연자 중 금연지원프로그램 등록분율 및 금연상담전화 이용분율 새로운 지표개발	새로운 지표개발 - 금연클리닉 자료 및 금연상담전화자료에서 개발	-	-	전체흡연자
		금연상담전화 이용률	전체흡연자 중 금연지원프로그램 등록분율 및 금연상담전화 이용분율 새로운 지표개발	새로운 지표개발 - 금연클리닉 자료 및 금연상담전화자료에서 개발	-	-	전체흡연자
건강 행태	간접흡연율	직장 남자 간접흡연율	현재 비흡연자 중 다른 사람의 담배연기에 노출되는 분율	국민건강영양조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	만19세 이상
		직장 여자 간접흡연율	현재 비흡연자 중 다른 사람의 담배연기에 노출되는 분율	국민건강영양조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	만19세 이상
		가정 남자 간접흡연율	현재 비흡연자 중 다른 사람의 담배연기에 노출되는 분율	국민건강영양조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	만19세 이상
		가정 여자 간접흡연율	현재 비흡연자 중 다른 사람의 담배연기에 노출되는 분율	국민건강영양조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	만19세 이상
		가정 청소년 간접흡연율	청소년이 주 1일 이상 가정 내 간접흡연에 노출되는 분율	청소년건강행태 온라인조사	질병관리본부	1년	전국 중, 고등학교 재학생
2. 절주							
건강	국가알코올	15세 이상 1인당	15세 이상 1인당 연간 순수 알코올	음주관련통계시스템	대한보건협회	1년	15세 이상

476 한국의 건강불평등 지표와 정책과제

영역	지표명 1	지표명 2	지표정의	자료원	기관	공표주기	조사대상
행태	소비량	연간 순수 알코올 소비량	소비량=연간 순수 알코올 총 소비량÷15세 이상 인구수				
		성인 월간 음주율 남자	만19세 이상 1년 동안 1잔 이상 음주한 사람의 분율	국민건강영양조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	만19세 이상
		성인 월간 음주율 여자	만19세 이상 1년 동안 1잔 이상 음주한 사람의 분율	국민건강영양조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	만19세 이상
		대학생 월간 음주율 남자	대학(교)재학 중인 학생 중 1달 동안 1잔 이상 음주한 사람의 분율	대학생의 폭음에 대한 주기적인 실태조사 및 대학생 음주문제 예방정책 개발	천성수 등	-	4년제 대학교에 등록된 대학생
		대학생 월간 음주율 여자	대학(교)재학 중인 학생 중 1달 동안 1잔 이상 음주한 사람의 분율	대학생의 폭음에 대한 주기적인 실태조사 및 대학생 음주문제 예방정책 개발	천성수 등	-	4년제 대학교에 등록된 대학생
		청소년 월간 음주율 남자	만13세~만18세 청소년 중 1달 동안 음주한 학생의 분율	청소년건강행태온라인조사	질병관리본부	1년	전국 중, 고등학교 재학생
		청소년 월간 음주율 여자	만13세~만18세 청소년 중 1달 동안 음주한 학생의 분율	청소년건강행태온라인조사	질병관리본부	1년	전국 중, 고등학교 재학생
		근로자 월간 음주율 남자	근로자 중 1달 동안 1잔 이상 음주한 사람의 분율	국민건강영양조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	만19세 이상
		근로자 월간 음주율 여자	근로자 중 1달 동안 1잔 이상 음주한 사람의 분율	국민건강영양조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	만19세 이상
		청소년 최초음주평균연령 연거 남자	만10세~만18세 청소년 중 처음 음주를 해 본 연령의 평균	청소년건강행태온라인조사	질병관리본부	1년	전국 중, 고등학교 재학생

영역	지표명 1	지표명 2	지표정의	자료원	기관	공표주기	조사대상
		청소년 최초음주평균연령 연기 여자	만10세~만18세 청소년 중 처음 음주를 해 본 연령의 평균	청소년건강행태온라인조사	질병관리본부	1년	전국 중, 고등학교 재학생
건강 행태	위험음주행동	성인 고위험 음주율 - 남자	만19세 이상 국민 중 1회 평균 음주량이 7잔 이상(여성5잔), 주2회 이상 음주하는 사람의 분율(연간)	국민건강영양조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	만19세 이상
		성인 고위험 음주율 - 여자	만19세 이상 국민 중 1회 평균 음주량이 7잔 이상(여성5잔), 주2회 이상 음주하는 사람의 분율(연간)	국민건강영양조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	만19세 이상
		대학생 고위험 음주율- 남자	대학생 중 1회 평균음주량이 7잔 이상(여성5잔), 주2회 이상 음주하는 사람의 분율(연간)	대학생의 폭음에 대한 주기적인 실태조사 및 대학생 음주문제 예방정책 개발	천성수 등	-	4년제 대학교에 등록된 대학생
		대학생 고위험 음주율 - 여자	대학생 중 1회 평균 음주량이 7잔 이상(여성5잔), 주2회 이상 음주하는 사람의 분율(연간)	대학생의 폭음에 대한 주기적인 실태조사 및 대학생 음주문제 예방정책 개발	천성수 등	-	4년제 대학교에 등록된 대학생
		근로자 고위험 음주율 - 남자	근로자 중 1회 평균 음주량이 7잔 이상(여성5잔), 주2회 이상 음주하는 사람의 분율(연간)	국민건강영양조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	만19세 이상
		근로자 고위험 음주율 - 여자	근로자 중 1회 평균 음주량이 7잔 이상(여성5잔), 주2회 이상 음주하는 사람의 분율(연간)	국민건강영양조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	만19세 이상
		청소년 위험 음주율 - 남자	월간 음주 청소년 중(분모)에서 최근30일 동안 위험음주 (남자소주5잔, 여자3잔 이상) 경험자비율	청소년건강행태온라인조사	질병관리본부	1년	전국 중, 고등학교 재학생

478 한국의 건강불평등 지표와 정책과제

영역	지표명 1	지표명 2	지표정의	자료원	기관	공표주기	조사대상
		청소년 위험 음주율 - 여자	월간 음주 청소년 중(분모)에서 최근30일 동안 위험음주 (남자소주5잔, 여자3잔 이상) 경험자 비율	청소년건강행태온라인조사	질병관리본부	1년	전국 중, 고등학교 재학생
건강 행태	음주관련문제	음주운전사고발생률(인구 10만 명당)	음주운전(혈중0.05이상)으로 인한 연간교통사고 발생건수/ 만19세 이상 인구수(인구10만 명당)	장래인구추계 DB	통계청, 도로교통공단	5년	전국(각 연도 7월 1일 기준)
		연간 음주운전 경험률(자동차 및 오토바이) - 남자	1년 동안 술을 조금이라도 마신상태에서 운전을 한사람의 비율	국민건강영양조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	만19세 이상
		연간 음주운전 경험률(자동차 및 오토바이) - 여자	1년 동안 술을 조금이라도 마신상태에서 운전을 한사람의 비율	국민건강영양조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	만19세 이상
		음주운전 차량 동승률 - 남자	1년 동안 술을 조금이라도 마신상태에서 운전을 한사람의 비율	국민건강영양조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	만19세 이상
		음주운전 차량 동승률 - 여자	1년 동안 술을 조금이라도 마신상태에서 운전을 한사람의 비율	국민건강영양조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	만19세 이상
		청소년 음주운전 경험률(자동차 및 오토바이) - 일반청소년	술을 마신 상태에서 지난1년 동안 음주운전을 한 경험 (일반청소년과위기청소년)	청소년 유해환경접촉종합실태조사	여성가족부	1년	일반청소년(전국중, 고등학교 재학생) 및 위기청소년(전국소년원, 가출청소년, 학교부적응청소년)
		청소년 음주운전 경험률(자동차 및 오토바이) - 위기청소년	술을 마신 상태에서 지난1년 동안 음주운전을 한 경험 (일반청소년과위기청소년)	청소년 유해환경접촉종합실태조사	여성가족부	1년	일반청소년(전국중, 고등학교 재학생) 및 위기청소년(전국소년원, 가출청소년, 학교부적응청소년)

영역	지표명 1	지표명 2	지표정의	자료원	기관	공표주기	조사대상
		음주관련 사망률 (인구10만 명당)	인구10만 명당 음주 관련 사망자수(통계청)	사망원인통계	통계청	매년	전국, 국외
건강 행태	고위험계층의 위험음주행위	소득 1/4분위 층의 고위험 음주율 - 남자	월 가구 균등화 소득을 4분위로 구분, 만19세 이상 국민 중 1회 평균 음주량이 7잔 이상 (여성5잔), 주2회 이상 음주하는 사람의 분율(연간)	국민건강영양조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	만19세 이상
		소득 1/4분위 층의 고위험 음주율 - 여자	월 가구 균등화 소득을 4분위로 구분, 만19세 이상 국민 중 1회 평균 음주량이 7잔 이상(여성5잔), 주2회 이상 음주하는 사람의 분율(연간)	국민건강영양조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	만19세 이상
		노인층의 고위험 음주율	65세 이상 인구 중 연간음주자 중 1회 평균 음주량이 7잔(여자5잔)이상이며 주2회 이상 음주하는 분율	국민건강영양조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	개인 및 가구
		임산부의음주율	임신 기간 중 1잔이라도 마신 음주 경험률	-	-	-	-
		다문화가정의 고위험 음주율 - 남자	다문화가정의 만19세 이상 가구원 중 1회 평균 음주량이 7잔 이상(여성5잔), 주2회 이상 음주하는 사람의 분율(연간)	국민건강영양조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	개인 및 가구
		다문화가정의 고위험 음주율 - 여자	다문화가정의 만19세 이상 가구원 중 1회 평균 음주량이 7잔 이상(여성5잔), 주2회 이상 음주하는 사람의 분율(연간)	국민건강영양조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	개인 및 가구
건강 행태	음주조장환경	청소년 주류구매시도자비율	구매 시도자 중에서 최근30일 동안 편의점이나 가게 등에서 술을 구매한 적이 있는 사람의 분율	청소년건강행태온라인조사	질병관리본부	1년	전국 중,고등학교 재학생
		청소년 주류 구매 경험률	현재 음주자중에서 최근30일 동안 편의점이나 가게 등에서 술을 구매한 적이 있는 사람의 분율	청소년건강행태온라인조사	질병관리본부	1년	전국 중,고등학교 재학생

480 한국의 건강불평등 지표와 정책과제

영역	지표명 1	지표명 2	지표정의	자료원	기관	공표주기	조사대상
		주점출입시성인신분 미확인율 - 일반청소년	지난1년 동안 주점출입 경험자 중 신분증 확인을 받지 않은 경험자 비율	청소년 유해환경접촉 종합실태조사	여성가족부	1년	일반청소년(전국 중,고등학교 재학생) 및 위기청소년(전국소년원, 가출청소년, 학교부적응청소년)
		주점출입시성인신분 미확인율 - 위기청소년	지난 1년 동안 주점 출입 경험자 중 신분증 확인을 받지 않은 경험자 비율	청소년 유해환경접촉 종합실태조사	여성가족부	1년	일반청소년(전국중,고등학교 재학생) 및 위기청소년(전국소년원 가출청소년 학교부적응청소년)
		주류광고인지도	(공중파,유선,옥외,실내영상주류광고인지자÷조사대상자)×100	-	-	-	-
		국가절주홍보물(TV)인지도	(공중파,유선,옥외,실내영상절주홍보물인지자÷조사대상자)×100	-	-	-	-
3. 신체활동							
건강 행태	규칙적 신체활동 실천율	중등도 신체활동 실천율 - 성인	만19세 이상 성인에서, 10분 이상 지속되는, 중등도 신체활동 일일30분 이상씩 주5일 이상 실천율(겉기제외)	국민건강영양조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	만19세 이상
		중등도 신체활동 실천율 - 노인	만65세 이상 노인에서,10분 이상 지속되는, 중등도 신체활동 일일30분 이상씩 주5일 이상 실천율(겉기제외)	국민건강영양조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	만65세 이상
		중등도 신체활동 실천율 - 청소년	만12세 이상 19세미만 청소년에서, 10분 이상 지속되는, 중등도 신체활동 일일30분 이상씩 주5일 이상 실천율(겉기제외)	국민건강영양조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	만12세 이상 19세 미만 청소년

영역	지표명 1	지표명 2	지표정의	자료원	기관	공표주기	조사대상
		격렬한 신체활동 실천율-성인	만19세 이상 성인에서, 10분 이상 지속되는, 격렬한 신체활동 일일20분 이상 주3일 이상 실천율	국민건강영양조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	만19세 이상
		격렬한 신체활동 실천율 - 노인	만65세 이상 노인에서, 10분 이상 지속되는, 격렬한 신체활동 일일20분 이상 주3일 이상 실천율	국민건강영양조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	만65세 이상
		격렬한 신체활동 실천율-청소년	만12세 이상 19세 미만 청소년에서, 10분 이상 지속되는, 격렬한 신체활동 일일 20분이상 주3일 이상 실천율	국민건강영양조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	만12세 이상 19세 미만 청소년
		걷기 실천율-성인	1회 30분 이상 주5일 이상 실천율	국민건강영양조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	만19세 이상
		걷기 실천율 - 노인	1회 30분 이상 주5일 이상 실천율	국민건강영양조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	만65세 이상
		걷기 실천율 - 청소년	1회 30분 이상 주5일 이상 실천율	국민건강영양조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	만12세 이상 19세 미만 청소년
건강 행태	건강증진을 위한 신체활동	건강증진인력 중 신체활동과 건강운동에 대한 연수교육수료 비율	지방자치단체보건인력/지방자치단체의 건강행태 개선 관련 사업종사자(일용직포함)중 신체활동과 건강의 전문성과 역량훈련을 받은 인원의 비율	보건복지부내부자료, 건강길라잡이, 공중보건을 위한 신체활동(미국 질병관리본부), 사우스캐롤라이나대 예방센터	-	-	지방자치단체의 건강행태개선관련 사업 종사자
		신체활동증진 동기유발상담을 받은 사람의 비율	연간 국가건강검진 수진결과 건강위험자 중 신체활동증진 동기 유발 상담을 받은 사람의 비율	보건복지부내부자료, 건강길라잡이, 공중보건을 위한 신체활동(미국 질병관리본부),	-	-	국가건강검진수진 결과 건강위험자

482 한국의 건강불평등 지표와 정책과제

영역	지표명 1	지표명 2	지표정의	자료원	기관	공표주기	조사대상
				사우스캐롤라이나대 예방센터			
건강 행태	신체활동 형평성 제고	신체활동의 형평성 향상을 위한 시범사업 실시 권역	신체활동의 형평성 향상을 위한 시범사업 및 확대: 지방자치단체의 보건사업 중 신체활동의 형평성 향상을 위한 시범사업 실시권역	국가연구개발 사업 중 신체활동 형평성 모니터링과 시범사업 진수, 국가 및 지방자치단체 보건사업 목록, 캐나다 보건청	-	-	-
4. 영양							
건강 행태	건강식생활 실천 인구비율	지방을 적정수준으로 섭취하는 인구비율	AMDR(Acceptable Macro-nutrient Distribution Ranges)에 부합되는 수준의 지방섭취 인구비율 (AMDR :1~2세20~35%, 3~19세15~30%, 20세 이상15~25%)	국민건강영양조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	개인 및 가구
		나트륨을 1일 2,000mg 이하로 섭취하는 인구비율	-	국민건강영양조사 영양조사 부문 raw data 자체 분석	한국보건산업진흥원	-	만6세 이상
		당을 적정수준으로 섭취하는 인구비율	당 섭취량이 에너지 섭취량의 20%이하인 인구비율	2010년 한국인 영양섭취기준	한국영양학회	-	만 6세 이상
		과일과 채소를 1일 500g 이상 섭취하는 인구비율	WHO의 과일/채소 1일 섭취 권장수준(400g)과 우리 국민의 연평균 김치 섭취량(약 115g/일)을 같은 과일/채소 500g/일 이상 섭취 인구비율	국민건강영양조사 영양조사 부문 raw data 자체 분석	한국보건산업 진흥원	-	만 6세 이상
		식품선택에 영양표시를 활용하는 인구비율	식품 구매 시 영양표시를 읽는 인구비율	국민건강영양조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	만 6세 이상
		건강 식생활 실천	지방, 나트륨, 과일/채소, 영양표시 4개 지표 중	국민건강영양조사	한국보건산업	-	만 6세 이상

영역	지표명 1	지표명 2	지표정의	자료원	기관	공표주기	조사대상
		인구 비율	2개 이상을 만족하는 인구 비율	영양조사 부문 raw data 자체 분석	진흥원		
건강 행태	건강체중유지/ 관리 인구비율	적정체중($18.5 \leq \text{BMI} < 25.0$) 성인인구비율	BMI가 18.5 이상 25.0 미만인 19세 이상 성인 인구비율	국민건강영양조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	만19세 이상
		저체중 성인 인구비율	BMI가 18.5 미만인 19세 이상 성인 인구비율	국민건강영양조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	만19세 이상
건강 행태	생애주기별영 양관리	완전모유수유영아(생후6개월)인구비율	생후6개월 시점의 수유형태가 완전 모유수유인 4세미만 유아비율	국민건강영양조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	4세미만 유아
		잘못된 식습관에 의한 아침 결식률	국민건강영양조사 직전 2일간의 1세 이상 모든 대상의 아침식사 결식률	국민건강영양조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	만 1세 이상
		영양소 섭취 부족 노인인구비율	에너지 섭취량이 EER의 75.0% 미만이면서 칼슘, 철, 비타민 A, 리보플라빈 섭취량이 모두 EAR 미만인 65세 이상 노인 인구비율	국민건강영양조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	65세 이상 노인
		빈혈인 가임기 여성(10~49세) 인구비율	혈중 헤모글로빈 및 헤마토크리트 수치가 WHO의 대상별 빈혈 판정 기준 미만인 가임기 여성 인구비율	국민건강영양조사 검진조사부문 raw data 재분석	보건복지부, 질병관리본부	-	여성 10~49세
		영양관리(교육 및 상담)를 받는 인구비율	최근 1년 이내 영양교육이나 상담을 받아본 경험이 있는 초등학교 이상 인구비율	국민건강영양조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	초등학교 이상
건강 행태	미량 영양소 적정섭취 인구비율	칼슘을 적정수준으로 섭취하는 인구비율	영양소별 RI 이상 UL 미만을 섭취하는 인구비율	국민건강영양조사 영양조사 부문 raw data 자체 분석	한국보건산업 진흥원	-	만 1세 이상
		철을 적정수준으로 섭취하는 인구비율	영양소별 RI 이상 UL 미만을 섭취하는 인구비율	국민건강영양조사 영양조사 부문 raw data 자체 분석	한국보건산업 진흥원	-	만 1세 이상

484 한국의 건강불평등 지표와 정책과제

영역	지표명 1	지표명 2	지표정의	자료원	기관	공표주기	조사대상
		비타민 A를 적정수준으로 섭취하는 인구비율	영양소별 RI 이상 UL 미만을 섭취하는 인구비율	국민건강영양조사 영양조사 부문 raw data 자체 분석	한국보건산업 진흥원	-	만 1세 이상
		리보플라빈을 적정수준으로 섭취하는 인구비율	영양소별 RI 이상 UL 미만을 섭취하는 인구비율	국민건강영양조사 영양조사 부문 raw data 자체 분석	한국보건산업 진흥원	-	만 1세 이상
건강 행태	식품안정성 확보 및 영양서비스 수혜인구비율	식품 안정성이 확보된 가구 비율	지난 1년간 가구원이 충분한 양의 음식을 먹은 가구 비율	국민건강영양조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	개인 및 가구
		식생활 지원/관리 프로그램 (영양플러스) 수혜 인구비율	영양플러스 사업 참여자격 보유자 중 사업 수혜자 비율	1)임산부및영유아보충영 양관리시범사업단추진단 운영보고서 2)2009년도 임신부 및 영유아 영양플러스사업	보건복지부, 한국보건산업 진흥원	-	*관내임산부, 출산부 (모유수유부6개월미만) .66개월이하의 영유아 *최저생계비200%미만 인분(건강보험료로 산정 노인장기요양보험 합산) *평가를 통해 1가지이상 영양적 위험요인이 있는분(빈혈, 저체중, 성장부진)
만성퇴행성질환과 발병위험요인관리 5. 암							
유병	암사망률	암 사망률 (명/10만 명당)	인구10만 명당 전체 사망자 중 암으로 인해 사망한 사람 수의 비율로 5세 간격으로 연령표준화 한수치(연령표준화를 위한 기준년도는 2000년임.)	사망원인통계	통계청	1년	1월1일~12월 31일 기준

영역	지표명 1	지표명 2	지표정의	자료원	기관	공표주기	조사대상
유병	암 환자 생존율	암환자의 5년 상대 생존율	암 발생자중 5년이 경과하여 생존한 사람의 분율에 대비해 동일한 연령군의 일반인들의 5년 생존 분율의 비율	국가암등록사업 연례보고서	보건복지부·중앙 암등록본부	1년	암진단을 받은 환자
유병	암 예방인지도	암 예방 인지도	국민 중 암이 예방가능하다는 사실을 인지함과 동시에 암 예방 실천 여부를 생각해 본 적이 있는 사람의 백분율	국민 암 예방 수칙 인지 및 실천행태조사	국립암센터	-	19세 이상 성인 남녀 1,000명
유병	전 국민 암검진 수검률	전 국민 암검진 수검률	전 국민 중 암검진 권고안에 따라 암검진(공공+민간)을 받은 자의 비율	대국민 암검진 수검행태조사	국립암센터	-	전국의 암진단을 받지 않은 만 40세 이상남자, 만30세 이상 여자
		전 국민 공공 암검진 수검률	공공암검진사업(국가암검진사업과 국민건강보험공단 암검진사업)의 대상자중 사업에 참여하여 검진을 받은 사람의 백분율	국가암검진사업의 성과분석	보건복지부, 국립암센터	-	20세 이상 성인
유병	국가 암검진 사업수검률 지역편차	국가암검진사업 수검률의 지역 편차	국가암검진사업의 연령, 성별 표준화된 지역별 수검률 산출결과 최대와 최소의 편차	국가암검진사업의 지원 및 평가	국립암센터	-	-
유병	암생존자 통합지지 센터	암 생존자 통합지지센터 구축 수	지역암센터 암 생존자 통합지지센터 구축 여부에 다른 센터 개소수	1)암생존자통합지지등서비스전달체계구축에관한연구 2)지역암센터사업실적보고서	1)국립암센터	-	-
유병	암 생존자 통합지지센터 이용률	암생존자 통합지지센터 이용률	거주지역에서 암 진단을 받은 암생존자 중 거주 지역 지역암센터 암 생존자 통합지지센터를 이용한 사람의 비율	1)암생존자통합지지등서비스전달체계구축에관한연구 2)지역암센터사업실적보고서	1)국립암센터	-	-
6. 건강검진							
건강 행태	건강검진 수검률	영유아 건강검진 - 수검률 전체	영유아 건강검진 대상자 중 검진을 받는 수검자 비율	내부 수검률 통계 자료	국민건강보험공단	-	영유아 건강검진 대상자

486 한국의 건강불평등 지표와 정책과제

[illegible]

영역	지표명 1	지표명 2	지표정의	자료원	기관	공표주기	조사대상
유병	관절염환자의 유병률	관절염의 본인인지 의사진단 유병률 (골관절염)	조사인구(65세 이상)에서의 의사로부터 골관절염 진단을 하는 분율	국민건강영양조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	65세 이상 (보통만50세 이상)
유병	지역사회 내 관절염 관리 프로그램	본인 의사진단 관절염환자의 운동 실천율	관절염으로 진단받은 환자에서 여가시간동안 규칙적 운동 실천율	국민건강영양조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	만 19세 이상
		관절염 환자의 보건교육 이수율	관절염으로 진단받은 환자 중 10분이상의 보건교육을 받은 자(30세 이상)	국민건강영양조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	만30세 이상
유병	관절염환자들의 삶의 질	관절염환자의 활동 제한율	관절염으로 의사로부터 진단받은 환자가 지난 한 달 동안 관절염 증상으로 활동에 제한을 받은 날 수	국민건강영양조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	만 50세 이상
		관절염으로 인한 장애 발현율	의사로부터 관절염을 진단받은 환자 중 지난 1년 동안 인공관절 치환술을 받은 환자수	국민건강영양조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	의사로부터 관절염을 진단받은 환자(만50세 이상)
		관절염환자들의EQ-5D점수	65세 이상 노인의 관절염(류마티스 및 골관절염)환자의 삶의 질(EQ-5D) 점수 향상	국민건강영양조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	65세 이상 (만40세 이상)
8. 심뇌혈관질환							
유병	고혈압 발생률	고혈압 유병률 (30세 이상)	수축기혈압 140mmHg 이상이거나 이완기혈압 90mmHg 이상 또는 혈압강화제를 복용하는 분율	국민건강영양조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	만 30세 이상
		나트륨 섭취율 (영양섭취기준대비)	영양섭취기준(한국인 영양섭취기준, 한국영양학회, 2005) 대비 개인별 영양소섭취량의 백분율에 대한 나트륨의 평균 비율	국민건강영양조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	만 1세 이상
		걷기 실천율	최근 1주일 동안 걷기를 1회 30분 이상 주 5일 이상 실천한 사람의 분율	국민건강영양조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	만19세 이상

488 한국의 건강불평등 지표와 정책과제

영역	지표명 1	지표명 2	지표정의	자료원	기관	공표주기	조사대상
유병	고혈압 관리수준	고혈압 인지율	30세 이상 고혈압 유병자중 의사로부터 고혈압 진단을 받은 비율	국민건강영양조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	30세 이상
		고혈압 치료율	30세 이상 고혈압 유병자 중 현재 혈압강화제를 한 달에 매일 또는 20일 이상 복용하고 있는 사람의 비율	국민건강영양조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	30세 이상
		고혈압 조절률	30세 이상 고혈압 유병자 중 수축기 혈압이 140mmHg 미만이고 이완기 혈압이 90mmHg 미만 인구의 구의 비율	국민건강영양조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	30세 이상
유병	당뇨병 합병증	연간 발검사율	당뇨병 환자 중에서 최근1년 내 발 검사를 받은 환자의 비율	1)지역사회건강조사 2)국민건강영양조사 3)건강보험통계자료	1)보건복지부 2)보건복지부, 질병관리본부 3)국민건강보험공단	1)1년 2)1년 3)1년	1)시군구보건소당평 균900명-표본가구 가구원중19세이상 성인 2)30세 이상 3)건강보험적용인구
		연간 미세단백뇨 측정률	당뇨병 환자 중에서 최근1년 내 미세단백뇨를 측정한 환자의 비율	1)지역사회건강조사 2)국민건강영양조사 3)건강보험통계자료	1)보건복지부 2)보건복지부, 질병관리본부 3)국민건강보험공단	1)1년 2)1년 3)1년	1)시군구보건소당 평균900명-표본가구 가구원 중 19세이상 성인 2)30세 이상 3)건강보험적용인구
		연간 안저검사 수진율	당뇨병 환자 중에서 최근 1년 내 안저 검사를 받은 환자의 비율	1)지역사회건강조사 2)국민건강영양조사 3)건강보험통계자료	1)보건복지부 2)보건복지부, 질병관리본부	1)1년 2)1년 3)1년	1)시군구보건소당 평균900명-표본가구 가구원 중 19세이상 성인

영역	지표명 1	지표명 2	지표정의	자료원	기관	공표주기	조사대상
					3)국민건강보험공단		2)30세 이상 3)건강보험적용인구
		연간 치과 수진율	당뇨병 환자 중에서 최근 1년 내 치과 진료를 받은 환자의 비율	1)지역사회건강조사 2)국민건강영양조사 3)건강보험통계자료	1)보건복지부 2)보건복지부, 질병관리본부 3)국민건강보험공단	1)1년 2)1년 3)1년	1)시군구보건소당 평균900명-표본가구 가구원 중 19세 이상 성인 2)30세 이상 3)건강보험적용인구
유병	당뇨병 관리수준	당뇨병 인지율	당뇨병 유병자 중 의사로부터 당뇨병 진단을 받은 비율	국민건강영양조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	30세 이상
		당뇨병 치료율	당뇨병 유병자 중 현재 혈당강하제를 복용 또는 인슐린 주사 투여 비율	국민건강영양조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	30세 이상
		당뇨병 조절률	당뇨병 유병자 중 당화혈색소가 6.5% 미만인 비율	국민건강영양조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	30세 이상
유병	고콜레스테롤 혈증 관리수준	고콜레스테롤혈증의 인지율	30세 이상 고콜레스테롤혈증 유병자중에서 의사로부터 고콜레스테롤혈증 진단 받은 비율	국민건강영양조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	30세 이상
		고콜레스테롤혈증의 치료율	30세 이상 고콜레스테롤혈증 유병자중에서 현재 콜레스테롤 강하제를 월 20일 이상 복용 중인 비율	국민건강영양조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	30세 이상
		고콜레스테롤혈증의 조절률	30세 이상 고콜레스테롤 혈증 유병자중에서 총콜레스테롤치가 200mg/dL 미만인 비율	국민건강영양조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	30세 이상
유병	심혈관질환 예방관리	허혈성심질환 발생률	인구 10만 명당 1년간 허혈성심질환 발생 환자수	건강보험심사평가원, 국민건강영양조사, 심뇌혈관 질환감시체계(추후구축)	-	-	-

490 한국의 건강불평등 지표와 정책과제

영역	지표명 1	지표명 2	지표정의	자료원	기관	공표주기	조사대상
		허혈성심질환 유병률	인구 1,000명 당 허혈성심질환 환자수	건강보험심사평가원, 국민건강영양조사, 심뇌혈관 질환감시체계(추후구축)	-	-	-
		허혈성심질환 재발률	허혈성심질환 경험자 중에서 다시 허혈성심질환이 발생하는 비율	건강보험심사평가원, 국민건강영양조사, 심뇌혈관 질환감시체계(추후구축)	-	-	-
유병	심혈관질환 치료	심근경색증 환자의 치명률	급성심근경색증으로 입원한 전체 환자 중 발병 30일 이내 사망한 환자의 비율	건강보험심사평가원, 국민건강영양조사, 심뇌혈관질환 감시체계(추후구축)	-	-	-
		심근경색증 환자의 사망률	인구 10만 명당 1년간 심근경색증으로 사망한 환자의 수	건강보험심사평가원, 국민건강영양조사, 심뇌혈관질환 감시체계(추후구축)	-	-	-
	뇌졸중 예방관리	뇌졸중 발생률	인구 10만 명당 1년간 뇌졸중 발생 환자수	국민건강영양조사, 대한뇌졸중학회 뇌졸중증상 인지도 설문조사, 심뇌혈관 질환 감시체계(추후 구축)	-	-	만 50세 이상
		뇌졸중 유병률	평생 동안 의사로부터 뇌졸중을 진단받은 적이 있는 분율	국민건강영양조사	-	-	만 50세 이상
		뇌졸중 재발률	뇌졸중 경험자 중에서 다시 뇌졸중이 발생하는 비율	국민건강영양조사, 대한뇌졸중학회 뇌졸중 증상인지도 설문조사, 심뇌혈관질환 감시체계 (추후 구축)	-	-	뇌졸중 경험자
유병	뇌졸중 치료	뇌졸중 위험증상	20세 이상 성인 인구 중에서 조사당시 뇌졸중의	국민건강영양조사,	-	-	20세 이상

영역	지표명 1	지표명 2	지표정의	자료원	기관	공표주기	조사대상
		인지율	위험증상(반신마비, 언어장애, 시각장애, 심한두통, 어지럼증 및 균형장애)을 알고 있는 인구의 비율	대한뇌졸중학회 뇌졸중증상 인지도 설문조사, 심뇌혈관질환 감시체계 (추후 구축)			
		뇌졸중 치명률	급성기 뇌졸중으로 입원한 전체 환자 중 발병30일 이내 사망한 환자의 비율	급성기 뇌졸중 적정성 추구평가 결과, 사망원인통계연보	건강보험심사 평가원, 통계청	-	급성기 뇌졸중으로 입원한 전체 환자
		뇌졸중 사망률	인구10만 명당 1년간 뇌졸중으로 사망한 환자의 수	급성기 뇌졸중 적정성 추구평가 결과, 사망원인통계연보	건강보험심사 평가원, 통계청	-	-
9. 비만							
유병	체질량지수25 kg/m2이상인 성인비만 유병률	성인비만 유병률 - 남자	체질량지수는 체중(kg)을 신장(meter)의 제곱으로 나눈 값	국민건강영양조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	만 19세 이상
		성인비만 유병률 - 여자	체질량지수는 체중(kg)을 신장(meter)의 제곱으로 나눈 값	국민건강영양조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	만 19세 이상
유병	성인의 복부 비만 유병률	성인 복부비만 유병률 - 남자	허리둘레를 기준으로 남자 90cm이상, 여자 85cm이상	국민건강영양조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	만 19세 이상
		성인의 복부 비만 유병률 - 여자	허리둘레를 기준으로 남자 90cm이상, 여자 85cm이상	국민건강영양조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	만 19세 이상
유병	아동비만 유병률	아동비만 유병률 - 남아	2007년 아동·청소년 성장 도표기준으로 체질량 지수가 95백분위수 이상이거나 25kg/m2이상	국민건강영양조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	만 2세~18세
		아동비만 유병률 - 여아	2007년 아동·청소년 성장도표 기준으로 체질량 지수가 95백분위수 이상이거나 25kg/m2이상	국민건강영양조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	만 2세~18세
유병	청소년비만	청소년 비만 유병률	2007년 아동·청소년 성장도표 기준으로 체질량	국민건강영양조사	보건복지부,	1년	만 2세~18세

492 한국의 건강불평등 지표와 정책과제

영역	지표명 1	지표명 2	지표정의	자료원	기관	공표주기	조사대상
	유병률	- 남자 청소년	지수가 95백분위수 이상이거나 25kg/m2이상		질병관리본부		
		청소년 미만 유병률 - 여자 청소년	2007년 아동·청소년 성장도표 기준으로 체질량 지수가 95백분위수 이상이거나 25kg/m2이상	국민건강영양조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	만 2세~18세
10. 정신보건							
유병	정신건강 및 정신질환에 대한 국민인식	우울증을 치료 가능한 질환으로 인식하는 국민비율	우울증이 치료될 수 있고 예방할 수 있다는 생각을 하는 사람의 비율	정신질환태도조사	중앙정신보건 사업지원단	1년	-
		정신질환에 대한 긍정적 인식도	질환에대한긍정적인식도:정신질환에대한긍정적 인인식을하는사람의비율	정신질환자 실태조사	보건복지부, 서울대 의과대학	5년	개인-만 18세 이상 74세 이하의 가구원 한명
유병	정신질환에 대한 초기개입	정신질환치료율- 중증정신질환치료율	역학조사대상자 중 정신질환자(중증/우울/노인/아동청소년)로 정신의료기관 이용 경험을 한 사람의 비율	정신질환자 실태조사	보건복지부, 서울대 의과대학	5년	개인-만 18세 이상 74세 이하의 가구원 한명
		정신질환 치료율 - 성인우울증 치료율	역학조사 대상자 중 정신질환자(중증/우울/노인/아동청소년)로 정신의료기관 이용 경험을 한 사람의 비율	정신질환자 실태조사	보건복지부, 서울대 의과대학	5년	개인-만 18세 이상 74세 이하의 가구원 한명
		정신질환 치료율 - 노인우울증 치료율	역학조사대상자 중 정신질환자(중증/우울/노인/아동청소년)로 정신의료기관 이용 경험을 한 사람의 비율	정신질환자 실태조사	보건복지부, 서울대 의과대학	5년	개인-만 18세 이상 74세 이하의 가구원 한명
		정신질환 치료율 - 아동청소년 정신질환 치료율	역학조사대상자 중 정신 질환자(중증/우울/노인/아동청소년)로 정신의료기관이용 경험을 한 사람의 비율	정신질환자 실태조사	보건복지부, 서울대 의과대학	5년	개인-만 18세 이상 74세 이하의 가구원 한명
		스트레스 인자율 - 청소년 스트레스 인자율	평소 일상생활 중에 스트레스를 많이 느끼는 분율	청소년건강행태온라인조사	질병관리본부	1년	전국 중·고등학교 재학생

영역	지표명 1	지표명 2	지표정의	자료원	기관	공표주기	조사대상
		스트레스 인지율- 스트레스 인지율 (19세 이상 성인)	평소 일상생활 중에 스트레스를 많이 느끼는 분율	국민건강영양조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	만 19세 이상
유병	중증정신질환 자의 사회통합 촉진과 삶의 질	정신의료기관의 평균재원기간	재원 기간 중간 값	중앙정신보건사업지원단 보고서	중앙정신보건 사업지원단	1년	-
		입원(입소)정신질환 자의 재원적절성- 정신의료기관의 재원적절성	입원치료(또는 입소보호)를 필요로 하는 환자군의 비율	Mental health annual report	중앙정신보건 사업지원단 보고서	1년	전체 정신의료기관
		입원(입소)정신질환 자의 재원적절성- 정신요양시설의 재원적절성	입원치료(또는 입소보호)를 필요로 하는 환자군의 비율	Mental health annual report	중앙정신보건 사업지원단 보고서	1년	정신요양시설
		정신질환자 지역사회 등록 관리율	지역사회 정신보건기관 (정신보건센터, 낮병원, 사회복지시설, 알코올상담 센터) 등록관리 정신질환자 수	중앙정신보건사업지원단 보고서	중앙정신보건 사업지원단	1년	19세 이상
		광역단위 당 정신장애인 거주시설 정원수 비율	지역사회에서 생활하면서 거주 가능한 사회복지 입소 시설 및 주거시설, 공동생활가정 등	Mental health annual report	중앙정신보건사업 지원단보고서	1년	-
		정신질환자재입원율 (3개월 이내)	정신분열증과 조울증환자의 퇴원 후 3개월 이내 재입원하는 비율	Mental health annual report	중앙정신보건사업 지원단보고서	1년	-
		중증정신질환자 사망률	기분장애, 양극성장애, 정신분열증으로 진단받은 환자의 표준화 사망률(SMR(severe psychiatric disorders)= 사망수/기대사망자수)	Mental health annual report	중앙정신보건사업 지원단보고서	1년	-
		정신질환자의 취업률	15세 이상 인구대비 취업자 비율	장애인실태조사	한국보건사회	3년	15세 이상

494 한국의 건강불평등 지표와 정책과제

영역	지표명 1	지표명 2	지표정의	자료원	기관	공표주기	조사대상
		정신보건 심판위원회 퇴원 명령률	계속입원심사청구 대상 정신질환자 중에서 퇴원명령을 받은 정신질환자의 비율	계속입원심사청구결과 보고	보건복지부	매 반기	-
		자살이 예방 가능한 문제임을 인식하는 국민의 비율	-	자살인식도 조사	한국자살예방 협회	1년	-
유병	자살 위험 없는 안전한 사회	10세~19세 이하 인구10만 명당 자살 사망률	10세~19세 이하 인구10만 명당 자살자수	사망원인분석결과	통계청	1년	10세~19세 이하 인구
		노인인구(65세 이상)10만 명당 자살 사망률	65세 이상 노인인구 10만 명당 자살사망자 수	사망원인분석결과	통계청	1년	65세 이상 인구
		인구10만 명당 자살 사망률	-	사망원인분석결과	통계청	1년	-
유병	알코올 중독문제 관리	고위험음주행동비율	연간 음주자 중 1주당 총 음주량이 남성은 1표준잔, 여성은 7표준잔 이상이거나, 1회 음주시 남성은 5표준잔, 여성은 4표준잔 이상인 경우	국민건강영양조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	만 19세 이상
		알코올중독 평생 유병률	평생 동안 한번이상 알코올 중독(알코올 의존, 알코올 남용)을 앓은 적이 있는 사람	정신질환역학조사 (2011년 실시)	-	5년	만18세 이상64세 이하
		알코올 관련 치료율	역학조사 대상자 중 알코올 중독으로 정신의료기관 이용경험을 한 사람의 비율	정신질환역학조사 (2011년 실시)	-	5년	만18세 이상64세 이하
		알코올 중독 사례관리율	알코올 중독자들의 사례관리에 있어 지역사회 정신보건기관(알코올 상담센터 및 정신보건센터) 의뢰자수/전체 추정 알코올 중독 환자 수	중앙정신보건사업지원단 보고서	중앙정신보건 사업지원단	-	-

영역	지표명 1	지표명 2	지표정의	자료원	기관	공표주기	조사대상
11. 구강보건							
유병	아동, 청소년의 치아우식 경험률	유치(5세)치아 우식경험률	치아에 발생하는 우식증을 경험한 사람의 비율	국민구강건강실태조사	-	3년	5세
		영구치(12세)치아 우식경험률	치아에 발생하는 우식증을 경험한 사람의 비율	국민구강건강실태조사	-	3년	12세
유병	아동·청소년의 우식 경험 치아수	유치(5세)우식 경험 치아수	한 사람이 보유하고 있는 평균 우식경험치아 수	국민구강건강실태조사	-	3년	5세
		영구치(12세)우식 경험 치아수	한 사람이 보유하고 있는 평균 우식경험치아 수	국민구강건강실태조사	-	3년	12세
유병	아동·청소년의 치아우식유병 률	유치(5세)우식유병률	치아에 발생된 우식증을 현재 보유하고 있는 사람의 비율	국민구강건강실태조사	-	3년	5세
		영구치(12세)우식 유병률	치아에 발생된 우식증을 현재 보유하고 있는 사람의 비율	국민구강건강실태조사	-	3년	12세
유병	청소년과 성인의 치은염 유병률	청소년(15세)치면세 마필요자율	치면세마(치석제거)이상의 치주질환 치료가 필요한 사람의 비율	국민구강건강실태조사	-	3년	15세
		성인(35~44세)치면 세마필요자율	치면세마(치석제거)이상의 치주질환 치료가 필요한 사람의 비율	국민구강건강실태조사, 국민건강영양조사	-	3년	성인 35세~44세
유병	성인의 치주염 유병률	성인(35~44세)치주 낭형성자율	치주질환으로 4mm이상의 치주낭이 형성된 사람의 비율	국민구강건강실태조사, 국민건강영양조사	-	3년	성인 35세~44세
유병	노인의 20개 이상 치아 보유율	노인(65~74세) 20개 이상 치아 보유율	20개 이상의 자연치아를 보유한 사람의 비율	국민구강건강실태조사, 국민건강영양조사	-	3년	노인 65세~74세
유병	노인의 자연치아 수	노인(65~74세) 자연 치아수	한 사람이 보유하고 있는 제3대구치(사랑니)제외 평균 자연치아 수	국민구강건강실태조사, 국민건강영양조사	-	3년	노인 65세~74세

496 한국의 건강불평등 지표와 정책과제

영역	지표명 1	지표명 2	지표정의	자료원	기관	공표주기	조사대상
유병	노인의 저작불편 호소율	노인(65세 이상) 저작불편 호소율	현재 음식 씹기가 나쁜편 또는 아주 나쁜편이라고 응답한 사람의 비율	국민구강건강실태조사, 국민건강영양조사	-	3년	노인 65세 이상
유병	아동·청소년의 점심 직후 칫솔질 실천율	아동(7~12세)점심 직후 칫솔질 실천율	점심직후에 칫솔질을 실천하는 사람의 비율	국민건강영양조사	-	3년	아동 7세~12세
		청소년(13~18세) 점심직후 칫솔질 실천율	점심직후에 칫솔질을 실천하는 사람의 비율	청소년건강행태온라인조사	-	3년	청소년 13~18세
유병	영유아, 성인 및 노인의 정기 구강검진 수진율	영유아(2~6세) 정기구강검진수진율	최근1년이내에치료목적이아닌정기구강검진을받은 사람의비율	국민건강영양조사	-	3년	영유아 2~6세
		성인(35~44세) 정기 구강검진 수진율	최근1년 이내에 치료목적이 아닌 정기구강검진을 받은 사람의 비율	국민건강영양조사	-	3년	성인 35세~44세
		노인(65~74세) 정기 구강검진수진율	최근1년 이내에 치료목적이 아닌 정기구강검진을 받은 사람의 비율	국민건강영양조사	-	3년	노인 65세~74세
유병	어린이 집단생활시설의 구강보건시설 설치비율	초등학교 양치설비 설치비율	양치설비(또는 구강보건실)의 개보수 지원을 받은 초등학교(또는 지역아동센터)의 비율	보건복지부 내부자료	-	-	초등학교
		지역아동센터 양치설비 설치비율	양치설비(또는 구강보건실)의 개보수 지원을 받은 초등학교(또는 지역아동센터)의 비율	보건복지부 내부자료	-	-	지역아동센터
		초등학교 구강보건실 설치비율	양치설비(또는 구강보건실)의 개보수 지원을 받은 초등학교(또는 지역아동센터)의 비율	보건복지부 내부자료	-	-	초등학교
		특수학교 구강보건실 설치비율	양치설비(또는 구강보건실)의 개보수 지원을 받은 초등학교(또는 지역아동센터)의 비율	보건복지부 내부자료	-	-	특수학교
		공공 구강보건의료	공공구강보건 의료센터가 설립된 보건소(또는 시도)의 비율	보건복지부 내부자료	-	-	보건소

영역	지표명 1	지표명 2	지표정의	자료원	기관	공표주기	조사대상
	센터 설립비용	시·도 구강보건 의료센터(장애인 진료센터)설치비용	공공구강보건 의료센터가 설립된 보건소(또는 시·도)의 비용	보건복지부 내부자료	-	-	시·도 구강보건의료센터
감염질환관리 12. 예방접종							
건강 행태	예방접종으로 예방 가능한 질병	예방접종률	19~35개월 영유아 대상 필수 예방접종 기초접종 완전 접종률	전국예방접종률조사 및 체계개발	질병관리본부	-	19~35개월 영유아
		홍역환자 발생 수	연간 인구1백만 명당 홍역 확진 환자 발생수	질병관리본부통계자료	질병관리본부	-	-
		폴리오환자 발생 수	연간 폴리오환자 발생수	질병관리본부통계자료	질병관리본부	-	-
		B형간염수직감염예 방사업등록률	B형 간염 수직 감염 예방사업 신규 등록자 수/ B형 간염 수직 감염 노출 신생아 수×100	B형간염수직감염예방사 업등록률	질병관리본부	-	-
		국가필수예방접종 대상 감염병 수	-	1)국가 필수 예방접종 도입 우선순위 설정 2)국가 예방접종률 조사방법 개발 및 예방접종 사업 평가지표 개발	1)서울대학교 2)질병관리본부	-	-
건강 행태	필수예방 접종비용 국가부담사업의 민간의료기관 참여	예방접종비용 지원율	만12세 이하 아동의 민간 의료기관 필수 예방접종 비용에 대한 지원율	질병관리본부 사업자료-필수 예방접종 비용 국가부담 사업 소식지	질병관리본부	-	-
		민간의료기관 참여율	(참여의료기관수/당해 연도 18세 이하 소아청소년 예방접종 등록건수가 1건 이상인 의료기관 수)×100	질병관리본부 사업자료-필수 예방접종 비용 국가부담 사업 소식지	질병관리본부	-	-
건강 행태	국가필수예방 접종 백신의 국가지원 비율	필수예방접종 백신 국가 지원 비율	필수 예방접종(8종 백신) 수요 추계량 대비 국가 지원 비율(조달량+의료기관비용지원건)	1)인구자료 2)질병관리본부사업자료	1)통계청 2)질병관리본부	-	-
건강	예방접종사업	예방접종 정보제공	영역별 3년 홍보실적 평균 대비 실적	질병관리본부 홍보관리	질병관리본부	-	-

498 한국의 건강불평등 지표와 정책과제

영역	지표명 1	지표명 2	지표정의	자료원	기관	공표주기	조사대상
행태	의 홍보와 교육기능	실적		평가자료			
		예방접종 사업 수행 관련 교육 만족도	예방접종 사업 및 예방접종실시기준/방법에 대한 교육 만족도	교육가능설문조사결과	질병관리본부	-	-
건강 행태	필수예방접종 전산등록률	필수예방접종 전산등록률	보건소/민간의료기관의 필수예방접종(8종 백신) 추정접종건수 대비 전산등록건수	1)인구통계자료 2)예방접종소식지	1)통계청 2)질병관리본부	-	-
건강 행태	예방접종 국가안전관리 체계	예방접종이상 반응 신고율	예방접종 후 이상반응 발생 추정건수(총 접종수의 0.01%) 대비 신고건수	1)예방접종이상 반응 신고 자료 2)예방접종소식지	1)통계청 2)질병관리본부	-	-
건강 행태		이상반응신고-역학조사 착수 간 소요시간	신고 후부터 역학조사 시작까지의 소요 시간	1)예방접종이상 반응 신고 자료 2)예방접종소식지	1)통계청 2)질병관리본부	-	-
13. 비상방역체계							
보건 의료	신종감염병신속대응및조기경보시스템을 구축가동	입국자 및 신종 감염병 의심환자 자동추적관리 및 안내 시스템 구축 및 가동	신종 감염병 신속대응 및 조기경보 시스템 구축 여부	전문가 회의를 통해 산출	-	-	-
		신종 감염병(의심) 환자 입국시 환자 격리 및 관리체계 구축 및 가동	신종 감염병 신속대응 및 조기경보 시스템 구축 여부	전문가 회의를 통해 산출	-	-	-
		신종 감염병 신속대응을 위한 화상회의시스템 개발 및 가동	신종 감염병 신속대응 및 조기경보 시스템 구축 여부	전문가 회의를 통해 산출	-	-	-
보건 의료	신종 감염병 임상감시 체계	신종 감염병(의사) 환자감시체계구축	신종 감염병 (임상)감시 체계 구축 여부	전문가 회의를 통해 산출	-	-	-

영역	지표명 1	지표명 2	지표정의	자료원	기관	공표주기	조사대상
		신종 감염병(임상) 감시 참여 의료기관 수	신종 감염병(임상)감시체계구축여부	전문가 회의를 통해 산출	-	-	-
보건 의료	매개체 및 매개체 전파질환의 관리체계	매개체 감시 지역거점 센터 수	매개체 및 매개체 전파질환 관리체계 구축 여부	전문가 회의를 통해 산출	-	-	-
		감시 대상 매개체 수	매개체 및 매개체 전파질환 관리체계 구축 여부	전문가 회의를 통해 산출	-	-	-
		매개체 전파질환 예측시스템 구축	매개체 및 매개체 전파질환 관리체계 구축 여부	전문가 회의를 통해 산출	-	-	-
보건 의료	신종 및 재출현 감염병 대비 실험실 검사	신·변종 인플루엔자 진단기법의 개발 및 개선 건수	신·변종 인플루엔자 진단기법의 개발 및 개선	전문가 회의를 통해 산출	-	-	-
		BSL3 실험실 보유 시도 보건환경 연구원 수	신·변종 인플루엔자 진단기법의 개발 및 개선	전문가 회의를 통해 산출	-	-	-
		BSL4실험실수	신·변종 인플루엔자 진단기법의 개발 및 개선	전문가 회의를 통해 산출	-	-	-
보건 의료	신종 및 재출현 감염병 대비 치료제 및 보호장구	인구대비 국가비축 항바이러스제 비율	인구대비 국가비축 항바이러스제 비율 = 국가비축항바이러스제량/총인구수	전문가 회의를 통해 산출	-	-	-
		N-95마스크	-	전문가 회의를 통해 산출	-	-	-
	신종 및 재출현 감염병 대비 치료제	신·변종 인플루엔자 바이러스 및 유전자 확보건수	신·변종 인플루엔자 치료제 및 백신 개발 지원 여부	전문가 회의를 통해 산출	-	-	-
		발굴된 신·변종	신·변종 인플루엔자 치료제 및 백신 개발 지원	전문가 회의를 통해	-	-	-

500 한국의 건강불평등 지표와 정책과제

영역	지표명 1	지표명 2	지표정의	자료원	기관	공표주기	조사대상
		인플루엔자 치료제 신약 타깃 수	여부	산출			
		개발이 착수된 신·변종 인플루엔자 치료제 신약 수	신·변종 인플루엔자 치료제 및 백신 개발 지원 여부	전문가 회의를 통해 산출	-	-	-
		개발된 백신 수	신·변종 인플루엔자 치료제 및 백신 개발 지원 여부	전문가 회의를 통해 산출	-	-	-
보건 의료	신종 및 재출현 감염병 대응을 위한 의료자원	국가격리병원 병상 수	신종 감염병 대비 확보 의료자원	전문가 회의를 통해 산출	-	-	-
		격리외래 설치 거점의료기관 수	신종 감염병 대비 확보 의료자원	전문가 회의를 통해 산출	-	-	-
		일반병실 감염방지시설 설치 거점의료기관 수	신종 감염병 대비 확보 의료자원	전문가 회의를 통해 산출	-	-	-
		격리중환자실 설치 거점의료기관 수	신종 감염병 대비 확보 의료자원	전문가 회의를 통해 산출	-	-	-
		검역소 격리시설 수	신종 감염병 대비 확보 의료자원	전문가 회의를 통해 산출	-	-	-
		검역소 진단검사 시설수	신종 감염병 대비 확보 의료자원	전문가 회의를 통해 산출	-	-	-
보건 의료	공공 및 민간의료기관 간 네트워크	신종 감염병 발생시 교육, 자문 등에 활용 가능한 전문가 인력 pool	신종 감염병 대비 대응 체계 구축 여부	전문가 회의를 통해 산출	-	-	-
		신종 감염병 대비	신종 감염병 대비 대응 체계 구축 여부	전문가 회의를 통해	-	-	-

영역	지표명 1	지표명 2	지표정의	자료원	기관	공표주기	조사대상
		정부부처 간 네트워크		산출			
		정부와 거점의료기관 간 네트워크 체계	신종 감염병 대비 대응 체계 구축 여부	전문가 회의를 통해 산출	-	-	-
		격리 지정병원, 거점병원, 기타 병원 간 환자 전달체계 및 네트워크	신종 감염병 대비 대응 체계 구축 여부	전문가 회의를 통해 산출	-	-	-
보건 의료	신종감염병 대응을 위한 교육체계	신종 감염병 관련 병의원 교육 메뉴얼	신종 감염병 대비 인적 자원 확보 여부	전문가 회의를 통해 산출	-	-	-
		신종 감염병 전문 의료인력 수	신종 감염병 대비 인적 자원 확보 여부	전문가 회의를 통해 산출	-	-	-
		연간 전문 의료인력 보수교육 수행 건수	신종 감염병 대비 인적 자원 확보 여부	전문가 회의를 통해 산출	-	-	-
		신종 감염병 발생 시 대처 모의훈련 건수	신종 감염병 대비 인적 자원 확보 여부	전문가 회의를 통해 산출	-	-	-
		신종감염병 발생 시 관련자 신속 교육 위한 교육 매뉴얼	신종 감염병 대비 인적 자원 확보 여부	전문가 회의를 통해 산출	-	-	-
보건 의료	공중보건위기 대응을 위한 국제협력	신종 인플루엔자 대응 양해각서 체결 국가	신종 플루 대비 국제교류 건수	전문가 회의를 통해 산출	-	-	-
		연간 신종인플루엔자 관련 국제회의 개최건수	신종 플루 대비 국제교류 건수	전문가 회의를 통해 산출	-	-	-

502 한국의 건강불평등 지표와 정책과제

영역	지표명 1	지표명 2	지표정의	자료원	기관	공표주기	조사대상
14. 의료관련감염							
보건 의료	의료관련감염 감시체계	중환자실 감염감시 및 대상종합병원 (병원수)	의료관련 감염 전국 감시체계 (KONIS, 대한병원감염관리학회)	1)항생제내성관리종합대책추 진성과및향후계획 2)전국중환자실병원감염감시 (KONIS)	1)국무총리실, 농림수산식품부, 보건복지가족부등	-	-
		수술부위 감염감시 및 대상종합병원 (병원수)	KONIS, 대한병원감염관리학회	1)항생제내성관리종합대책추 진성과및향후계획 2)전국중환자실병원감염감시 (KONIS)	1)국무총리실, 농림수산식품부, 보건복지가족부등	-	-
		병원 내 감염관리 위원회 설치(병원수)	의료법 47조	1)항생제내성관리종합대책추 진성과및향후계획 2)전국중환자실병원감염감시 (KONIS)	1)국무총리실, 농림수산식품부, 보건복지가족부등	-	-
		정부기관 내 전담부서 설립 및 중앙자문위원회	의료관련 감염을 전담하는부서 / 관련공무원, 감염관리 전문가 상설 기구	1)항생제내성관리종합대책추 진성과및향후계획 2)전국중환자실병원감염감시 (KONIS)	1)국무총리실, 농림수산식품부, 보건복지가족부등	-	-
		의료기관 인증평가제 감염관리 평가항목	병원협회, 보건복지부	1)항생제내성관리종합대책추 진성과및향후계획 2)전국중환자실병원감염감시 (KONIS)	1)국무총리실, 농림수산식품부, 보건복지가족부등	-	-
보건 의료	의료관련감염 관리 전문인력	신규 감염관리 의사	일정기간 연수교육을 받고 소정의시험에 합격한 감염관리 의사, 간호사, 의료기사	의료기관통계/ 병원 감염관리 전략개발을 위한 로드맵 마련	보건복지부, 질병관리본부/ 김준명	-	-
		신규 감염관리간호사	일정기간 연수교육을 받고 소정의시험에	의료기관통계/ 병원	보건복지부,	-	-

영역	지표명 1	지표명 2	지표정의	자료원	기관	공표주기	조사대상
			합격한 감염관리 의사, 간호사, 의료기사	감염관리 전략개발을 위한 로드맵 마련	질병관리본부/ 김준명		
		감염관리 의사 재교육 및 재인정	일정기간 연수교육을 받고 소정의시험에 합격한 감염관리 의사, 간호사, 의료기사	의료기관통계/ 병원 감염관리 전략개발을 위한 로드맵 마련	보건복지부, 질병관리본부/ 김준명	-	-
		감염관리 간호사 재교육 및 재인정	일정기간 연수교육을 받고 소정의시험에 합격한 감염관리 의사, 간호사, 의료기사	의료기관통계/ 병원 감염관리 전략개발을 위한 로드맵 마련	보건복지부, 질병 관리본부/김준명	-	-
		웹기반의 교육과정 및 교육인증(이수) 제도 도입	일정기간 연수교육을 받고 소정의시험에 합격한 감염관리 의사, 간호사, 의료기사	의료기관통계/ 병원 감염관리 전략개발을 위한 로드맵 마련	보건복지부, 질병관리본부/ 김준명	-	-
보건 의료	다약제내성균 및 중요의료관 련감염병원균 관리	중환자실 MRSA 관리	MRSA 수/전체 분리 S.aureus 수	전국 중환자실 병원가염 감시체계 구축 연구	질병관리본부, 대한병원감염 관리학회	-	-
		침습성 MRSA 발생률	조사체계 구축 및 감소	전국 중환자실 병원가염 감시체계 구축 연구	질병관리본부, 대한병원감염 관리학회	-	-
		중환자실 VRE 관리	VRE 수/전체 분리 E.faecium 수	전국 중환자실 병원가염 감시체계 구축 연구	질병관리본부, 대한병원감염 관리학회	-	-
		호흡기 바이러스 의료관련 감염률 조사 및 관리	병원 및 지역사회 내 침습성 MRSA 발생률 조사 예정	전국 중환자실 병원가염 감시체계 구축 연구	질병관리본부, 대한병원감염 관리학회	-	-
		설사 바이러스 의료관련 감염률 조사	병원 및 지역사회 내 침습성 MRSA 발생률 조사 예정	전국 중환자실 병원가염 감시체계 구축 연구	질병관리본부, 대한병원감염	-	-

504 한국의 건강불평등 지표와 정책과제

영역	지표명 1	지표명 2	지표정의	자료원	기관	공표주기	조사대상
		및 관리			관리학회		
보건 의료	항생제 적정 사용 관리 및 평가프로그램 개발	항생제사용량(DDD/ 1000명/day†)	항생제 처방률 및 사용량을 지속적으로 공개하고 모니터링하여 국민의 항생제 내성률을 경감시킴	항생제 내성관리 종합대책 추진성과 및 향후계획	국무총리실, 농림수산식품부, 보건복지가족부등	-	-
		항생제 처방률	항생제 처방률 및 사용량을 지속적으로 공개하고 모니터링하여 국민의 항생제 내성률을 경감시킴	항생제 내성관리 종합대책 추진성과 및 향후계획	국무총리실, 농림수산식품부, 보건복지가족부등	-	-
		급성상기도감염 항생제 처방률	항생제 처방률 및 사용량을 지속적으로 공개하고 모니터링하여 국민의 항생제 내성률을 경감시킴	항생제 내성관리 종합대책 추진성과 및 향후계획	국무총리실, 농림수산식품부, 보건복지가족부등	-	-
보건 의료	의료관련감염 예방을 위한 교육, 연구, 표준화	감염관리지침서: 일반지침, 부위별, 부서별, 병원체별, 특수기관별, 대상별	○일반지침서: 손씻기, 격리, 소독 등 기본적인 지침서 ○부위별지침서: 요로감염, 폐렴, 혈류감염, 수술부위 감염등의 부위 ○부서별지침서: 중환자실, 수술실, 투석실, 내시경실 등 문제가 되는 부서 ○병원체별지침서: MRSA, VRE, C.difficile, 다약제 내성그람 음성간 균등 병원체 ○특수기관지침서: 요양원, 조산원, 산후조리원 등	1)의료환경 안전관리 대책추진방안(안) - 의료관련 감염병 및 약제 내성 관련 2)항생제 내성관리 종합대책 추진성과 및 향후계획 3)병원감염관리 전략개발을 위한 로드맵 마련	1)보건복지가족부, 질병관리본부 2)국무총리실, 농림수산식품부, 보건복지가족부등 3)질병관리본부, 김준명	-	-
		의료인, 병원직원, 일반국민교육 및 홍보활동	병원직원을 위한 지침서	1)의료환경 안전관리 대책추진방안(안) - 의료관련 감염병 및 약제 내성 관련 2)항생제 내성관리 종합대책 추진성과 및	1)보건복지가족부, 질병관리본부 2)국무총리실, 농림수산식품부, 보건복지가족부등 3)질병관리본부,	-	-

영역	지표명 1	지표명 2	지표정의	자료원	기관	공표주기	조사대상
				항후계획 3)병원감염관리 전략개발을 위한 로드맵 마련	김준명		
15. 결핵							
유병	결핵 발생률	도말 양성 결핵 발생률(10만 명당)	인구10만 명당 도말 양성 결핵환자의 발생 비율	결핵정보통합관리시스템 (Tbnet)	-	-	-
	결핵치료 성공률	도말 양성 신환자 결핵치료효율	보건소와 민간공공협력사업 참여병원에서 치료받는 도말 양성 결핵신환자 중 결핵 치료 완치와 완료한 환자 비율	결핵정보통합관리시스템 (Tbnet)	-	-	-
	결핵 사망률	결핵사망률(10만 명당)	인구10만 명당 결핵에 의한 사망자의 비율	사망원인통계	통계청	-	-
	신환자 다제 내성률	신환자중 다제 내성률	보건소 등록환자의 신환자 중 다제내성 비율	주기적 내성률 조사	-	-	-
16. 에이즈							
유병	성동성애자의 HIV 검사	남성 동성애자의 콘돔 사용률	가장 최근의 남성 간 항문 성교시 콘돔을 사용한 사람 수/ 최근6개월 간 남성 간 항문성교를 한적이 있다고 답한 사람 수	남성 동성애자 대상 행태조사	-	-	-
유병	수검률과 콘돔 사용률	남성 동성애자의 HIV검사 수검률	최근1년간 HIV검진을 받은 적이 있는 사람수/ 조사에 참여한 전체수(남성 간 성관계를 가지는 사람)	남성 동성애자 대상 행태조사	-	-	-
유병	HIV감염인 치료순응도와 삶의질	의료기관 HIV감염인 상담사업 참여 의료기관 수	의료기관 HIV 감염인 상담 사업의 독립적인 사업수행 주체로서 질병관리본부와 협약을 체결한 의료기관 수	의료기관HIV감염인상담 사업실적서	-	-	-

506 한국의 건강불평등 지표와 정책과제

영역	지표명 1	지표명 2	지표정의	자료원	기관	공표주기	조사대상
		의료기관 HIV감염인 상담 서비스 수혜율	의료기관 HIV감염인 상담서비스를 이용한 감염인 수/ 당해 연도에 국내 의료기관 전체에서 B20~24코드로 진료비를 청구한 진료실 인원	의료기관HIV감염인상담 사업실적서	-	-	-
		상담서비스 이용 감염인의 치료순응도	치료순응도가 95.0%이상인 감염인/ 상담 서비스를 이용 중인 복약 대상 감염인	진료실인원 자료	건강보험심사평가원	-	-
		상담서비스 이용 전후 감염인의 불안우울 정도	상담 서비스 이용 전후 감염인의 불안·우울 지표 감소정도의 평균치	진료실인원 자료	건강보험심사평가원	-	-
유병	HIV/AIDS에 대한 사회적 편견과 차별	HIV/AIDS에 대한 지식 정답률	4개의 문항으로 구성된 HIV/AIDS 관련대표적인 지식평가도구에 만점을 받은 응답자수/조사에 참여한 전체 수	에이즈에 대한 지식·태도·신념 및 행태조사	-	-	-
		에이즈 환자에 대한 차별적 태도 수준	자녀가다니는 학교에 HIV감염된 어린이가 함께 다니는 것에 반대한다고 응답한 사람 수/조사에 참여한 전체수	에이즈에 대한 지식·태도·신념 및 행태조사	-	-	-
유병	효과적인HIV/AIDS확산 예방을 위한 인적 인프라	보건의료인의 에이즈에 대한 태도 수준	지표산출예정	보건의료인 및 민간단체 사업인력 교육훈련 사업 실적서	-	-	-
안전환경보건 17. 손상예방							
건강 행태	손상으로 인한 사망률	인구10만 명당 사망률	인구10만 명당 사망의외인 사망률, 비의도적 손상, 의도적 손상 사망률	사망원인통계연보		1년	-
건강	교통사고 사망률 및	전체인구10만 명당 교통사고사망률	인구 10만 명당 교통사고 사망률	Health data	OECD	1년	-

영역	지표명 1	지표명 2	지표정의	자료원	기관	공표주기	조사대상
행태	부상자 수						
건강 행태	의도적 손상으로 인한 장애	아동·청소년의 비의도적 손상 입원율	인구10만 명당 만1~19세 아동 및 청소년의 연간 손상 입원율	아동·청소년 손상예방을 위한 안전지표 개발	박혜숙등(2009). 이화여자대학교, 보건복지가족부	-	-
		20세 이상 성인의 연간손상 경험률	만19세 이상 성인의 연간 손상 경험률(최근1년 간 병의원이나 응급실을 방문한 사고·중독 경험률)	국민건강영양조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	20세이상 성인
인구집단건강관리 18. 모성건강							
인구 집단	임산부 사망비율	모성 사망비	출생10만 명당 임산부 사망 수 (임산부 사망 수/출생아수×100,000)	영아모성사망조사	한국보건사회연구원 보건복지가족부	-	-
인구 집단	임부의 고위험 요인을 예방하고 조기발견 치료	임신 8주 이내 산전 검진율	전체 임부 중 임신8주 이내 첫 산전 검진을 받은 임부 백분율	전국 출산력 및 가족보건복지실태조사	한국보건사회연구원	3년	15~59세의 기혼부인
		임부 빈혈률	임부 중 헤모글로빈 수치가 11g/dl이하의 임부 백분율	전국 출산력 및 가족보건복지실태조사	한국보건사회연구원	3년	15~59세의 기혼부인
인구 집단	제왕절개 분만 비율	제왕절개시술비율	전체 분만건 중 제왕절개 시술건의 백분율	병원별 제왕절개분만실태	건강보험심사평가원	-	-
인구 집단	원치 않는 임신을 예방하여	인공임신중절 경험비율	44세 이하 유배우 여성 중 인공 임신중절 시술경험 여성 비율	전국 출산력 및 가족보건복지실태조사	한국보건사회연구원	3년	15~59세의 기혼부인
	인공임신중절 경험률	안전 피임실천비율	44세 이하 유배우 여성 중 월경주기법등을 제외한 안전피임도구 사용자 비율	전국 출산력 및 가족보건복지실태조사	한국보건사회연구원	3년	15~59세의 기혼부인
19. 영유아건강							
인구 집단	영유아사망 지표	영아사망률	당해 연도의 출생아수 1천 명당 1세미만의 사망아수	인구동향조사, 보건복지부 내부통계	통계청	-	1세 미만 사망자 수
		신생아집중치료실	목표300병상에 대한 확충 병상수의 비율(누적)	인구동향조사, 보건복지부 내부통계	통계청	-	-

508 한국의 건강불평등 지표와 정책과제

영역	지표명 1	지표명 2	지표정의	자료원	기관	공표주기	조사대상
		병상 확충률	확충 병상 수)	보건복지부 내부통계			
인구 집단	고위험영유아 의 장애발생	장애 예방률	선천성대사이상 검사를 통해 관리된 환자 증 정상 환자 비율	인구동향조사, 보건복지부 내부통계	통계청	-	-
		선천성 대사이상 검사검사율	당해 연도 출생아 대비 선천성대사이상 검사 검사자 비율	인구동향조사, 보건복지부 내부통계	통계청	-	-
		고위험신생아 의료비 지원율	당해 연도 출생 미숙아 대비 의료비 지원 미숙아수의 비율	인구동향조사, 보건복지부 내부통계	통계청	-	-
		신생아 난청 선별검사 대상자 수	당해 연도 출생한 신생아중 난청선별검사 수검자수	인구동향조사, 보건복지부 내부통계	통계청	-	-
인구 집단	모유수유 실천율	출생후 1개월 완전 모유 수유 실천율	출생 후 1개월간 모유만을 먹인 비율	국민건강영양조사, 보건복지부 내부자료	-	-	모유수유 경험자
		출생후 6개월 완전 모유수유 실천율	출생후 6개월간 모유만을 먹인 비율	국민건강영양조사, 보건복지부 내부자료	-	-	모유수유 경험자
		출생후 6개월 혼합 모유수유 실천율	출생 후 6개월 간 모유와 이유식 등을 병행한 비율	국민건강영양조사, 보건복지부 내부자료	-	-	모유수유 경험자
		모유 수유실 누적 설치수	모유 수유실 누적설치 개소 수	국민건강영양조사, 보건복지부 내부자료	보건복지부, 질병관리본부	1년	-
		보건소 모유수유 클리닉 예산	보건소에서 모유수유 상담 및 홍보를 담당하는 예산의 반영 정도	국민건강영양조사, 보건복지부 내부자료	보건복지부, 질병관리본부	1년	-
인구 집단	보육시설의 영유아 건강역량	보육시설 건강관리 관련 지표개발 및 배포	보육시설에서 지침내용 개발	보건복지부 내부자료	-	-	-
		영유아 보육시설 표준건강관리	보육시설에서 영유아 건강을 위해 시행해야 하는 건강관리 지침 내용을 개발	보건복지부 내부자료	-	-	-

영역	지표명 1	지표명 2	지표정의	자료원	기관	공표주기	조사대상
		지침개발 및 배포					
		보육시설 영유아 건강관리 인력훈련 위한 프로그램 개발 및 배포	보육교사 등이 영유아 건강관리를 위해 습득해야 하는 내용 개발	보건복지부 내부자료	-	-	-
20. 노인건강							
인구 집단	노인의 신체기능 장애율	도구적 일상생활 수행능력(IADL) 장애율	IADL(10개):몸단장, 집안일, 식사준비, 빨래, 약 챙겨먹기, 금전관리, 근거리외출, 상점물건사기, 전화 걸고받기, 교통수단이용장거리외출	1)노인실태조사 2)전국 노인생활 실태 및 복지욕구 조사	1)보건복지가족부 계명대학교 산학협력단 2)보건복지부, 한국보건사회연구원	1)3년 2)4년	1)63세 이상 노인 2)가구조사 중 65세 이상가구원 (노인)
		일상생활 수행능력(ADL) 장애율	ADL(7개):옷입기, 세수양치질, 머리감기, 목욕샤워하기, 차려놓은 음식 식사하기, 이부자리에서 일어나 방밖으로나오기, 화장실 사용하기, 대소변 조절	1)노인실태조사 2)전국 노인생활 실태 및 복지욕구 조사	1)보건복지가족부 계명대학교 산학협력단 2)보건복지부, 한국보건사회연구원	1)3년 2)4년	1)63세 이상 노인 2)가구조사 중 65세 이상가구원 (노인)
인구 집단	치매 유병률 증가율	치매 유병률	치매로 진단받은 노인수/ 전체 노인수(성, 연령, 학력, 거주 지역 보정한 분율)	치매노인 유병률 조사	서울대학교병원	-	-
인구 집단	노인 독감 예방접종률	독감예방접종률	지난1년간 독감 예방접종 노인수/전체 노인수	1)노인실태조사 2)전국노인 생활실태 및 복지욕구 조사	1)보건복지가족부 계명대학교 산학협력단 2)보건복지부, 한국보건사회	1)3년 2)4년	1)63세 이상 노인 2)가구조사 중 65세 이상가구원 (노인)

510 한국의 건강불평등 지표와 정책과제

영역	지표명 1	지표명 2	지표정의	자료원	기관	공표주기	조사대상
					연구원		
인구 집단	노인 건강검진 수진율	건강검진 수진율	지난 2년간 건강검진수진 노인수/전체 노인수	1)노인실태조사 2)전국노인 생활실태 및 복지욕구 조사	1)보건복지가족부 ·계명대학교 산학협력단 2)보건복지부, 한국보건사회연구원	1)3년 2)4년	1)63세 이상 노인 2)가구조사 중 65세 이상가구원 (노인)
인구 집단	노인 낙상률	낙상률	지난1년간 낙상 노인수/전체 노인수	1)노인실태조사 2)전국노인 생활실태 및 복지욕구 조사	1)보건복지가족부 ·계명대학교 산학협력단 2)보건복지부, 한국보건사회연구원	1)3년 2)4년	1)63세 이상 노인 2)가구조사 중 65세 이상가구원 (노인)
21. 근로자 건강증진							
인구 집단	근로자의 육체적 기초건강을 증진시켜 뇌심혈관 질환자수	남성 근로자의 흡연율	-	취업자 근로환경조사 (2006)	한국산업안전 보건공단	3년	가구내 만 15세~ 만 64세 미만의 취업자 한명
		남성 근로자의 고도위험음주 비율	-	취업자 근로환경조사 (2006)	한국산업안전 보건공단	3년	가구내 만 15세~ 만 64세미만의 취업자 한명
		근로자의 고혈압 유병률	건강주의자 및 질환자 비율(50인 이상 사업장 적용)	근로자 건강생활실천 및 만성질환관리 실태조사(2007)	보건복지부	0	전국의 사업장근로자
		근로자의비만(25kg/m2이상)유병률	건강주의자 및 질환자비율(50인 이상 사업장 적용)	근로자 건강생활실천 및 만성질환관리	보건복지부	-	전국의 사업장근로자

영역	지표명 1	지표명 2	지표정의	자료원	기관	공표주기	조사대상
				실태조사(2007)			
		「사업장건강증진운동」 사업신청 사업장 수	안전보건공단 사업에 참여 신청하여 건강증진 운동을 자율적으로 실천하고 있는 사업장수(DB관리 사업장 수)	2011년도사업계획	한국산업 안전보건공단	-	-
		「근로자건강센터」 설치수	근로자 보건소와 같은 개념의 서비스센터이며 '15년까지 전국에 23개소 설치를 목표로 추진	제3차 산업재해예방 5개년 계획	고용노동부	5년	-
		업무상 뇌심혈관질환 사망률	근로자10만 명당 업무상 뇌심혈관질환 사망률	산업재해현황	고용노동부	분기, 년	산업재해 보상보험법에 의한 업무상 재해로 승인을 받은 자
인구 집단	근로자의 정신건강증진 활동	근로자의 우울증 시점 유병률	근로자의 우울증 시점 유병률(%)	취업자 근로환경조사	한국산업안전 보건공단	4년	만 15세 이상 취업자
22. 군인건강증진							
인구 집단	「軍 건강증진실」 운영	「軍 건강증진실」 운영 수	軍 부대에서 운영하는 건강증진실 수	군 의무발전 증장기 종합계획(2009)	국방부	-	-
인구 집단	軍내 건강행태 개선	군 장병 흡연율	-	군 장병 흡연현황 조사(2009)	국방부	-	-
		적정체중(18.5≤ BMI<25) 비율	대상자 전체에서 체질량지수가 18.5이상 25미만인자의 비율	군 장병 비만도 조사(2010)	국방부	-	-
		고도위험음주비율	주2회 이상 매 회당 소주 7잔 이상 마시는 자의 비율	건강검진결과	국민건강보험공단	-	-
		우울지수	정신건강평가도구	군 건강증진체계 및 모델(2008) *군 특성별 우울지수	국방부	-	-

512 한국의 건강불평등 지표와 정책과제

영역	지표명 1	지표명 2	지표정의	자료원	기관	공표주기	조사대상
				조사(2008)			
23. 학교보건							
인구 집단	학생들의 불건강한 보건행태	중, 고등학교 남학생 흡연율	최근 30일 동안 1일 이상 흡연한 사람의 분율	청소년건강행태 온라인조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	전국 중, 고등학교 재학생
		중, 고등학교 여학생 흡연율	최근 30일 동안 1일 이상 흡연한 사람의 분율	청소년건강행태 온라인조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	전국 중, 고등학교 재학생
		현재 음주율	현재 음주율=(현재 음주자/총학생수)*100	청소년건강행태 온라인조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	전국 중, 고등학교 재학생
		비만도	비만도(%)=(측정체중-표준체중)/표준체중x100	청소년건강행태 온라인조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	전국 중, 고등학교 재학생
		격렬한 신체활동 실천율	격렬한 신체활동 실천율 = (주3일 이상 격렬한 신체 활동자 수/총학생수)*100	청소년건강행태 온라인조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	전국 중, 고등학교 재학생
		신체능력4.5급 비율	신체능력=학생건강 체력 평가1~5등급	학생신체능력검사결과	교육과학기술부 내부자료	-	-
		흡입제 등 약물 사용 경험률	평생 동안 기분의 변화나 환각 등의 경험, 과도한 살빼기 등을 목적으로 부탄가스, 본드를 비롯하여 각성제, 히로뽕, 암페타민, 마약, 많은 양의 기침 가래약, 신경안정제 등을 먹거나 마신 적이 있는 사람의 분율	청소년건강행태 온라인조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	전국 중, 고등학교 재학생
인구 집단	학생들의 개인위생 실천율	학교에서 화장실 사용 후 손 씻기 실천율	손 씻기 실천율=(학교에서 화장실 사용 후 비누 이용 손 씻기 학생수 + 손세정제 사용 학생 수/총학생수)*100	청소년건강행태 온라인조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	전국 중, 고등학교 재학생
		학교에서 점심식사 후 칫솔질 실천율	칫솔질 실천율=(학교에서 점심식사 후 칫솔질 실천자 수/총학생수)*100	청소년건강행태 온라인조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	전국 중, 고등학교 재학생
인구 집단	학생들의 정신건강	자살 시도율	자살시도율=(자살시도 학생수/ 총학생수)*100	청소년건강행태 온라인조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	전국 중, 고등학교 재학생

영역	지표명 1	지표명 2	지표정의	자료원	기관	공표주기	조사대상
		스트레스 인지율	스트레스 인지율= (평상시스트레스를 대단히 많이 또는 많이 느끼는 학생수 /총학생수)*100	청소년건강행태 온라인조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	전국 중, 고등학교 재학생
인구 집단	학생들의 건전한 성행태 (이성교제)	성관계 경험률	성관계 경험률= (성관계경험자수 /총학생수)*100	1)청소년건강행태 온라인조사 2)성교육 프로그램의 효과분석 및 개선방안 연구	1)보건복지부, 교육과학기술부, 질병관리본부 2)교육인적자원부, 유미숙(2004)	1)1년	1)전국 중, 고등학교 재학생
		보건교육(성교육)수강 경험률	성교육 수강 경험률= (성교육수강자수/총학생수)*100	1)청소년건강행태 온라인조사 2)성교육 프로그램의 효과분석 및 개선방안 연구	1)보건복지부, 교육과학기술부, 질병관리본부 2)교육인적자원부, 유미숙(2004)	1)1년	1)전국 중, 고등학교 재학생
인구 집단	학생들의 손상 및 안전사고 발생	학교 내 안전사고 발생 건수율	안전사고 발생 건수율(서울)= (학교 내 안전사고 발생건수/총학생수)*1000	1)청소년건강행태 온라인조사 2)school safety 홈페이지	1)보건복지부, 교육과학기술부, 질병관리본부 2)서울학교안전 공제회	1)1년	1)전국 중, 고등학교 재학생
		안전벨트 착용률	안전벨트착용률=(안전벨트착용자수(항상, 대체로)/조사 대상자수)*100	1)청소년건강행태온라인조사 2)school safety 홈페이지	1)보건복지부, 교육과학기술부, 질병관리본부 2)서울학교안전 공제회	1)1년	1)전국 중, 고등학교 재학생
인구 집단	학생들의 인터넷 중독	고위험 인터넷 사용자율	고위험인터넷사용자율=(인터넷중독 자가진단 점수의 총합이 52점 초과, 1요인 16점 초과, 3요인 10점 초과, 6요인 12점 초과 모두/총학생수)*100	1)청소년건강행태온라인조사 2)청소년유해정보필터링 S/W보급실적	1)보건복지부, 교육과학기술부, 질병관리본부 2)교육과학기술부	1)1년	1)전국 중,고등학교 재학생

514 한국의 건강불평등 지표와 정책과제

영역	지표명 1	지표명 2	지표정의	자료원	기관	공표주기	조사대상
					내부자료		
인구 집단	건강환경평가 결과 우수학교 비율	건강환경 평가 결과 우수 학교 비율	건강환경 평가 우수 학교율 = (평가결과 우수학교 수/전체 학교수)*100	교육과학기술부 내부자료	교육과학기술부 내부자료	-	-
24. 다문화 가족							
인구 집단	가임기 결혼이민 여성과 자녀에 대한 건강관리 서비스	결혼이민여성 임신부 보건소 등록률	결혼이민 여성 임신부 중 보건소에서 제공하는 임신부 건강관리를 받기위해 등록한 임신부의 비율	전국 보건소 결혼이주여성 임신부 등록률 현황	-	-	-
		다문화가족에 대한 방문건강관리 수혜자율	전체 결혼이민자 가구수 중 맞춤형 방문건강관리사업 관리가구 비율	2009년 맞춤형 방문건강관리사업실적보고	건강증진사업단	-	-
25. 취약가정방문건강							
인구 집단	서비스질	전문사례관리 교육 이수율	on-line사전교육과 off-line 전문사례 관리과정을 개발하고, 이수하도록 FMTP 교육과정 강화	맞춤형 방문건강관리사업보고서	보건복지부, 건강증진사업 지원단	-	-
		전반적 만족도-서비스의 효과성 인지 포함	서비스를 제공받은 사람의 만족도 평가 실 점수	맞춤형 방문건강관리사업보고서	보건복지부, 건강증진사업 지원단	-	-
인구 집단	취약가정 건강: 가정 중심 자가 건강관리	자기건강관리-흡연율	건강행태를 평가받은 19세 이상 취약가정 대상 중 위험행위 보유자 혹은 관리실천자 비율 - 평생 5갑 이상을 피웠고 현재 흡연하고 있는 사람의 비율	맞춤형 방문건강관리사업 월보서식, 내부자료	보건복지부, 건강증진사업 지원단	-	만19세 이상 취약가정
		자기건강관리-고도 음주	건강행태를 평가받은 19세 이상 취약가정 대상 중 위험행위 보유자 혹은 관리실천자 비율 -1회 평균 음주량이 7잔 이상(여성 5잔), 주	맞춤형 방문건강관리사업 월보서식, 내부자료	보건복지부, 건강증진사업 지원단	-	만19세 이상 취약가정

영역	지표명 1	지표명 2	지표정의	자료원	기관	공표주기	조사대상
			2회 이상 음주하는 사람의 비율				
		자기건강관리-중정도 이상의 운동	건강행태를 평가받은 19세 이상 취약가정 대상 중 위험행위 보유자 혹은 관리실천자 비율 - 중정도 신체 활동을 30분 이상, 주 5일 이상 실천하는 비율 (걷기제외)	맞춤형 방문건강관리사업 월보서식, 내부자료	보건복지부, 건강증진사업 지원단	-	만19세 이상 취약가정
인구 집단	취약가정건강 수준: 가정중심 생애과업관리	영유아 성장발달 검사율	18개월 미만 영유아 중 1회이상 성장발달 검사를 받은 비율	맞춤형 방문건강관리사업 월보서식(2010)	보건복지부, 건강증진사업 지원단	-	18개월 미만 영유아
		중년여성의 여성암(자궁경부) 정기 검진율	취약가정 30세 이상 중년여성 중 여성암에 대한 2년 주기 정기검진을 받는 비율	맞춤형 방문건강관리사업 월보서식(2010)	보건복지부, 건강증진사업 지원단	-	취약가정 30세 이상 중년여성
인구 집단		노인기능 허약률	기능허약평가 20문항(0~20) 중 10점이하의 비율	맞춤형 방문건강관리사업 월보서식(2010)	보건복지부, 건강증진사업 지원단	-	-
인구 집단	취약가정 건강수준: 참여적 만성 건강문제 관리	주관적 건강감	취약가정19세 이상 등록자 중 주관적 건강감을 “좋음”, “아주 좋음”으로 응답한 비율	맞춤형 방문건강관리사업 월보서식(2010)	보건복지부, 건강증진사업 지원단	-	취약가정 19세 이상 등록자
		혈압 조절률	취약가정등록 고혈압, 당뇨병자 중 혈압과 혈당이 조절된 비율	맞춤형 방문건강관리사업 월보서식(2010)	보건복지부, 건강증진사업 지원단	-	취약가정 19세 이상 등록자
		혈당 조절률	최근3개월 이내 혈당측정자중 공복혈당140mg/dl, 식후혈당 200mg/dl 이하인 경우 혹은 1년 이내 당화혈색소 측정자 중 7.0%미만인 경우	맞춤형 방문건강관리사업 월보서식(2010)	보건복지부, 건강증진사업 지원단	-	-
26. 장애인							
인구 집단	장애인 건강검진 수검률	장애인 건강검진 수검률	지난 2년간 건강검진 수검 장애인 비율	장애인실태조사	보건복지가족부, 한국보건사회	3년	장애인

516 한국의 건강불평등 지표와 정책과제

영역	지표명 1	지표명 2	지표정의	자료원	기관	공표주기	조사대상
					연구원		
인구 집단	장애인 건강관리 실천율	장애인 건강관리 실천율 (금연, 금주, 운동, 식습관개선 등)	장애인 건강관리실천비용	국민건강영양조사	보건복지가족부, 질병관리본부	-	만19세 이상
		장애인 비만 유병률	체질량지수는 체중(kg)을 신장(meter)의 제곱으로 나눈 값	국민건강영양조사	보건복지부, 질병관리본부	1년	만 19세 이상 장애인
인구 집단	장애인 우울증 치료율	장애인 우울증 치료율	장애인 우울증 환자 중 치료를 받은 환자수의 비율	국민건강영양조사	-	-	-
인구 집단	장애인의 의료비 부담률	1차 의료기관 의료비 보장률	1차 의료 급여기관 진료시 공적건강보험에서 부담하는 급여비 비율	장애인 실태조사	보건복지가족부, 한국보건사회연구원	3년	장애인
		보장구 건강보험 급여율	보장구 구입시 공적 건강보험에서 부담하는 급여비 비율	장애인 실태조사	보건복지가족부, 한국보건사회연구원	3년	장애인
인구 집단	재가 장애인의 재활서비스 수혜율	거점보건소 비율	전국보건소 중 지역사회중심재활사업을 실시하는 보건소 비율	지역사회중심재활사업 실적보고	-	-	-
		재가장애인 서비스 수혜율	재가 장애인 중 지역사회중심재활서비스를 받은 대상자 수의 비율 증가	지역사회중심재활사업 실적보고	-	-	-
인구 집단	장애인의 삶의 만족도	장애인의 삶의 만족도	현재 삶에 만족하는 장애인 비율	장애인실태조사	보건복지가족부, 한국보건사회연구원	3년	장애인

출처: 보건복지부, 한국보건사회연구원(2011). 제3차 국민건강증진종합계획에서 재구성

〈부표 3-2〉 OECD 건강 지표

구분	영역	지표명 1	지표명 2	자료	자료원	자료주기
OECD Health Statistics (OECD)	건강결과 (기대여명)	OECD국가의 출생시 기대여명, 2004-2006	OECD국가의 출생시 기대여명	OECD Health Statistics	OECD	1년
	건강결과 (기대여명)	한국의 출생시 기대여명 변화추이, 1960-2006	출생시 기대여명 변화추이	OECD Health Statistics	OECD	1년
	건강결과 (사망)	OECD국가의 영아사망률, 2002	영아사망률	OECD Health Statistics	OECD	1년
	건강결과 (사망)	한국의 영아사망률 변화추이, 1970-2005	영아사망률	OECD Health Statistics	OECD	1년
	건강행태	OECD회원국의 남녀별 흡연율, 2004-2005	흡연률	OECD Health Statistics	OECD	1년
	보건의료	OECD 국가별 총 보건의료비 대비 공적 지출 비율, 1995-2005	OECD 국가별 총 보건의료비 대비 공적 지출 비율	OECD Health Data	OECD	1년
	보건의료	OECD 국가별 인구 1,000명당 주요 보건의료 인력 수, 2002-2006	OECD 국가별 인구 1,000명당 주요 보건의료 인력 수	OECD Health Data	OECD	1년
OECD Health Data (OECD)	보건의료	OECD 국가별 입원진료 병상수, 2002-2006	OECD 국가별 입원진료병상수	OECD Health Data	OECD	1년
	보건의료	시도별 인구 1,000명당 보건의료 인력 수, 2001-2007	시도별 인구 1,000명당 보건의료 인력 수	OECD Health Data	OECD	1년
	보건의료	시도별 인구 1,000명당 입원 병상수, 2000-2007	시도별 인구 1,000명당 입원 병상수	OECD Health Data	OECD	1년
	보건의료	OECD 국가별 총 보건의료비대비 공적 지출 비율, 2002-2006	OECD 국가별 총 보건의료비대비 공적 지출 비율	OECD Health Data	OECD	1년
	보건의료	국가별 입원진료병상수, 1995-2004	국가별 입원진료병상수	OECD Health Data	OECD	1년
	보건의료	OECD 국가별 보건의료 인력 수, 2005	OECD 국가별 보건의료 인력 수	OECD Health Data	OECD	1년

518 한국의 건강불평등 지표와 정책과제

구분	영역	지표명 1	지표명 2	자료	자료원	자료주기
OECD Health at a glance (OECD)	건강결과 (건강수명)	OECD 국가의 기대수명, 2005	OECD 국가의 기대수명	OECD Health at a glance	OECD	2년
	건강결과 (건강수명)	OECD 국가의 기대수명과 일인당 GDP, 2005	OECD 국가의 기대수명과 일인당 GDP	OECD Health at a glance	OECD	2년
	건강결과 (건강수명)	OECD 국가의 기대수명과 일인당 의료비 지출, 2005	OECD 국가의 기대수명과 일인당 의료비 지출	OECD Health at a glance	OECD	2년
	건강결과 (사망)	OECD 국가의 영아사망률, 2005	OECD 국가의 영아사망률	OECD Health at a glance	OECD	2년
	건강행태	OECD 국가 노인 인플루엔자 예방접종률, 2005	OECD 국가 노인 인플루엔자 예방접종률	OECD Health at a glance	OECD	2년
	보건의료	OECD 국가의 GDP 중 총 보건의료지출 비중, 2005	OECD 국가의 GDP 중 총 보건의료지출 비중	OECD Health at a glance	OECD	2년
OECD Factbook (OECD)	재정 및 소득	OECD 국가의 지니계수, 2004	OECD 국가의 지니계수	OECD Factbook	OECD	1년
	재정 및 소득	OECD 국가의 분위수배율(P90/10), 2004	OECD 국가의 분위수 배율(P90/10)	OECD Factbook	OECD	1년
OECD Employment Outlook (OECD)	인구집단	OECD 국가의 저임금 노동자 비율, 1996-2006	OECD 국가의 저임금 노동자 비율	OECD Employment Outlook	OECD	1년
	건강행태	OECD 국가의 사회경제적 요인별 정신적 스트레스의 상대비	OECD 국가의 사회경제적 요인별 정신적 스트레스의 상대비	OECD Employment Outlook	OECD	1년
	인구집단	OECD 국가의 성별 고용 및 임금격차, 2001	OECD 국가의 성별 고용 및 임금격차	OECD Employment Outlook	OECD	1년

구분	영역	지표명 1	지표명 2	자료	자료원	자료주기
OECD Regions at a glance (OECD)	재정 및 소득	국가 평균에 대한 일인당 지역내총생산의 분포범위, 2005	국가 평균에 대한 일인당 지역내총생산의 분포범위	OECD Regions at a glance	OECD	2년
OECD Education at a glance (OECD)	교육	OECD 국가별 GDP 대비 공교육비의 공적 및 사적 부담 비율, 2005	OECD 국가별 GDP 대비 공교육비의 공적 및 사적 부담 비율	OECD Education at a glance	OECD	1년
	교육	OECD 국가별 교육비의 공적지출 비율, 2004	OECD 국가별 교육비의 공적지출 비율	OECD Education at a glance	OECD	1년
FAOSTAT (FAO)	건강행태	국제적 비교를 통해 본 한국의 과일 섭취, 2005	국제적 비교를 통해 본 한국의 과일 섭취	FAOSTAT	FAO	1년
Pacific institute	건강생활 환경	국가별 상수도 보급률, 1990-2002	Access to Safe Drinking Water, by Country	Pacific institute	Pacific institute	1년
	건강생활 환경	국가별 상수도 보급률, 2000-2004	Access to Safe Drinking Water, by Country	Pacific institute	Pacific institute	1년

520 한국의 건강불평등 지표와 정책과제

〈부표 3-3〉 국내 건강 지표

	영역	지표명 1	지표명 2	자료원	기관	공표주기	조사대상
결핵관리 현황 (2011)	유병	결핵을 동반한 HIV 감염인	지역별(시군구) 결핵신고환자/결핵을 동반한 HIV 감염인	결핵환자신고 현황연보	보건복지부	1년	결핵신고환자
	유병	결핵신고환자	국적별 외국인 결핵신고환자	결핵환자신고 현황연보	보건복지부	1년	결핵신고환자
	유병	결핵신고환자	신고기관별 결핵신고환자/결핵을 동반한 HIV 감염인/외국인 결핵신고환자(보건소, 병원)	결핵환자신고 현황연보	보건복지부	1년	결핵신고환자
	유병	결핵신고환자	환자 구분별 결핵신고환자/결핵을 동반한 HIV 감염인/외국인 결핵신고환자(신환, 재치료)	결핵환자신고 현황연보	보건복지부	1년	결핵신고환자
	유병	결핵신고환자	결핵 구분별 결핵신고환자/결핵을 동반한 HIV 감염인/외국인 결핵신고환자(폐결핵, 폐외결핵)	결핵환자신고 현황연보	보건복지부	1년	결핵신고환자
	유병	결핵신고환자	질병 코드별 결핵신고환자/결핵을 동반한 HIV 감염인/외국인 결핵신고환자	결핵환자신고 현황연보	보건복지부	1년	결핵신고환자
	유병	결핵신고환자	주별, 월별 결핵신고환자/결핵을 동반한 HIV 감염인/외국인 결핵신고환자	결핵환자신고 현황연보	보건복지부	1년	결핵신고환자
고령화 연구패널 조사 (2010)	건강행태	삶의질	주관적 건강상태	고령화연구 패널조사	한국고용정보원	2년	만 45세 이상
	유병	만성질환	고혈압 유병률	고령화연구 패널조사	한국고용정보원	2년	만 45세 이상
	유병	만성질환	당뇨병 유병률	고령화연구 패널조사	한국고용정보원	2년	만 45세 이상
	유병	만성질환	암 유병률	고령화연구 패널조사	한국고용정보원	2년	만 45세 이상
	유병	만성질환	폐질환 유병률	고령화연구 패널조사	한국고용정보원	2년	만 45세 이상

	영역	지표명 1	지표명 2	자료원	기관	공표주기	조사대상
	유병	만성질환	간질환 유병률	고령화연구 패널조사	한국고용정보원	2년	만 45세 이상
	유병	만성질환	심장질환 유병률	고령화연구 패널조사	한국고용정보원	2년	만 45세 이상
	유병	만성질환	뇌혈관질환 유병률	고령화연구 패널조사	한국고용정보원	2년	만 45세 이상
	유병	만성질환	정신과적질환 유병률	고령화연구 패널조사	한국고용정보원	2년	만 45세 이상
	유병	만성질환	관절염 유병률	고령화연구 패널조사	한국고용정보원	2년	만 45세 이상
	유병	만성질환	기타 만성질환 유병률	고령화연구 패널조사	한국고용정보원	2년	만 45세 이상
	유병	만성질환의 복합이환	만성질환 이환율	고령화연구 패널조사	한국고용정보원	2년	만 45세 이상
	유병	만성질환의 복합이환	만성질환 2개 이상 지닌 복합이환율	고령화연구 패널조사	한국고용정보원	2년	만 45세 이상
	유병	만성질환의 복합이환	만성질환 3개 이상 지닌 복합이환율	고령화연구 패널조사	한국고용정보원	2년	만 45세 이상
	유병	낙상 및 골절	낙상률 및 낙상횟수	고령화연구 패널조사	한국고용정보원	2년	만 45세 이상
	유병	낙상 및 골절	낙상에 대한 두려움	고령화연구 패널조사	한국고용정보원	2년	만 45세 이상
	유병	요실금	요실금 경험률 및 지난 한달간 경험 일수	고령화연구 패널조사	한국고용정보원	2년	만 45세 이상
	유병	시력, 청력, 씹기	시력, 청력, 씹기 상태	고령화연구 패널조사	한국고용정보원	2년	만 45세 이상

522 한국의 건강불평등 지표와 정책과제

	영역	지표명 1	지표명 2	자료원	기관	공표주기	조사대상
	유병	유병	틀니 및 저작 기능	고령화연구 패널조사	한국고용정보원	2년	만 45세 이상
	건강행태	흡연	현재 흡연상태, 흡연량	고령화연구 패널조사	한국고용정보원	2년	만 45세 이상
	건강행태	흡연	현재 음주상태	고령화연구 패널조사	한국고용정보원	2년	만 45세 이상
	건강행태	음주	음주태도 및 음주정도	고령화연구 패널조사	한국고용정보원	2년	만 45세 이상
	건강행태	신체활동	규칙적인 운동 및 권장수준의 운동 여부	고령화연구 패널조사	한국고용정보원	2년	만 45세 이상
	유병	비만	체질량 지수	고령화연구 패널조사	한국고용정보원	2년	만 45세 이상
	건강행태	신체활동	일상생활 수행능력	고령화연구 패널조사	한국고용정보원	2년	만 45세 이상
	건강행태	신체활동	도구적 일상생활 수행능력	고령화연구 패널조사	한국고용정보원	2년	만 45세 이상
	건강행태	신체활동	악력 지수	고령화연구 패널조사	한국고용정보원	2년	만 45세 이상
	건강행태	신체활동	인지기능 점수 및 치매 의심자	고령화연구 패널조사	한국고용정보원	2년	만 45세 이상
	정신건강	우울증	우울증상 정도	고령화연구 패널조사	한국고용정보원	2년	만 45세 이상
	기타	근로환경	근로자	고령화연구 패널조사	한국고용정보원	2년	만 45세 이상
	건강행태	건강행태	친한 사람들과 만나는 횟수	고령화연구 패널조사	한국고용정보원	2년	만 45세 이상

	영역	지표명 1	지표명 2	자료원	기관	공표주기	조사대상
	건강행태	외부활동	단체활동 여부 및 활동 빈도	고령화연구 패널조사	한국고용정보원	2년	만 45세 이상
	기타	근로환경	현재 근로여부	고령화연구 패널조사	한국고용정보원	2년	만 45세 이상
	기타	근로환경	노동시장 참여 의사에 따른 구직활동 여부	고령화연구 패널조사	한국고용정보원	2년	만 45세 이상
	기타	근로환경	고용형태, 근로시간	고령화연구 패널조사	한국고용정보원	2년	만 45세 이상
	기타	근로환경	근로자의 4대 보험 가입 현황	고령화연구 패널조사	한국고용정보원	2년	만 45세 이상
	기타	근로환경	근로자의 항목별 만족도(임금, 고용안정성, 근무환경, 업무내용, 전반적 만족도)	고령화연구 패널조사	한국고용정보원	2년	만 45세 이상
	기타	경제적 능력	소득, 저축액, 자산	고령화연구 패널조사	한국고용정보원	2년	만 45세 이상
	기타	경제적 능력	생활비 부족시 마련 방법	고령화연구 패널조사	한국고용정보원	2년	만 45세 이상
	보건의료	보건의료	국민기초생활보장제도, 기타 복지수당, 총사회부조 수급여부	고령화연구 패널조사	한국고용정보원	2년	만 45세 이상
	보건의료	의료보장제도	의료보장제도 이용	고령화연구 패널조사	한국고용정보원	2년	만 45세 이상
	보건의료	건강보험 체납	건강보험 체납	고령화연구 패널조사	한국고용정보원	2년	만 45세 이상
	보건의료	민간의료보험 가입	민간의료보험 가입	고령화연구 패널조사	한국고용정보원	2년	만 45세 이상
	건강행태	건강검진	건강검진 이용	고령화연구 패널조사	한국고용정보원	2년	만 45세 이상

524 한국의 건강불평등 지표와 정책과제

	영역	지표명 1	지표명 2	자료원	기관	공표주기	조사대상
	건강행태	건강검진	건강검진 미실시 이유	고령화연구 패널조사	한국고용정보원	2년	만 45세 이상
	건강행태	의료비	의료비 지출	고령화연구 패널조사	한국고용정보원	2년	만 45세 이상
	건강행태	주관적 기대감	주관적 기대감(일자리기대감, 기대수명, 생활주선, 전체)	고령화연구 패널조사	한국고용정보원	2년	만 45세 이상
	건강행태	생활만족도	생활만족도(건강상태, 경제상태, 배우자관계, 자녀관계, 생활전반, 전체)	고령화연구 패널조사	한국고용정보원	2년	만 45세 이상
	유병	투병기간	투병기간	고령화연구 패널조사	한국고용정보원	2년	만 45세 이상
	건강결과	사망	사망 장소	고령화연구 패널조사	한국고용정보원	2년	만 45세 이상
	인구집단	노인건강	간병인과의 관계	고령화연구 패널조사	한국고용정보원	2년	만 45세 이상
	인구집단	노인건강	수발비용 지불여부	고령화연구 패널조사	한국고용정보원	2년	만 45세 이상
국민 건강 영양 조사 (2011)	건강행태	흡연	현재흡연률	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 12세 이상
	건강행태	흡연	평생흡연자의 흡연시작연령	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 12세 이상
	건강행태	흡연	현재흡연자의 하루평균흡연량	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 12세 이상
	건강행태	흡연	흡연 예방 또는 금연교육 경험률	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 12세 이상
	건강행태	흡연	현재흡연자의 금연시도율	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 12세 이상

	영역	지표명 1	지표명 2	자료원	기관	공표주기	조사대상
	건강행태	흡연	현재흡연자의 1개월 내 금연계획률	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 12세 이상
	건강행태	흡연	현재흡연자의 직장질내 간접흡연노출률	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 12세 이상
	건강행태	흡연	현재흡연자의 가정실내 간접흡연노출률	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 12세 이상
	건강행태	음주	월간음주율	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 12세 이상
	건강행태	음주	연간음주자의 고위험음주율	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 12세 이상
	건강행태	음주	연간음주자의 주간폭음률	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 12세 이상
	건강행태	음주	평생음주자의 문제음주율	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 12세 이상
	건강행태	음주	자동차 또는 오토바이운전자의 연간음주운전 경험률	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 12세 이상
	건강행태	음주	연간음주운전차량 동승률	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 12세 이상
	건강행태	신체활동	중증도 이상 신체활동 실천율	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 12세 이상
	건강행태	신체활동	건강을 포함한 중증도 이상 신체활동 실천율	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 12세 이상
	건강행태	신체활동	격렬한 신체활동 실천율	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 12세 이상
	건강행태	신체활동	중증도 신체활동 실천율	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 12세 이상

526 한국의 건강불평등 지표와 정책과제

	영역	지표명 1	지표명 2	자료원	기관	공표주기	조사대상
	건강행태	신체활동	걷기 실천율	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 12세 이상
	건강행태	신체활동	근력운동 실천율	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 12세 이상
	정신건강	스트레스	스트레스 인지율	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 12세 이상
	정신건강	우울증	우울증상 경험률	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 12세 이상
	정신건강	자살	자살 생각률	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 12세 이상
	정신건강	자살	자살생각자의 자살 시도율	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 12세 이상
	정신건강	정신문제 상담	정신문제 상담 경험률	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 12세 이상
	정신건강	정신문제 상담	우울증상경험자 중 정신문제 상담 경험률	국민구강건강실태조사	보건복지부	3년	만 12세 이상
	유병	손상 및 안전의식	연간 손상 경험률	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 1세 이상
	유병	손상 및 안전의식	연간손상원인	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 1세 이상
	유병	손상 및 안전의식	연간손상 외병 경험률	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 1세 이상
	유병	손상 및 안전의식	운전자의 안전벨트착용률	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 1세 이상
	유병	손상 및 안전의식	자전거 헬멧 착용률	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 1세 이상

	영역	지표명 1	지표명 2	자료원	기관	공표주기	조사대상
	건강행태	건강검진 및 예방접종	건강검진수진율	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 19세 이상
	건강행태	건강검진 및 예방접종	암검진 수진율	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 19세 이상
	건강행태	건강검진 및 예방접종	소아선천성대사이상검사 수진율	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	만1-11세
	건강행태	건강검진 및 예방접종	인플루엔자예방접종률	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 1세 이상
	건강행태	의료이용	연간미치료율(병의원, 치과)	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 1세 이상
	건강행태	의료이용	연간 미치료 원인	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 1세 이상
	건강행태	의료이용	연간 입원율	국민구강건강실태조사	보건복지부	3년	만 1세 이상
	건강행태	의료이용	2주간 외래이용률	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 1세 이상
	건강행태	의료이용	2주간 약국이용률	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 1세 이상
	건강행태	식품 섭취	식물성 식품 섭취량	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 1세 이상
	건강행태	식품 섭취	동물성 식품 섭취량	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 1세 이상
	건강행태	에너지 및 영양소 섭취	에너지 섭취량 추이	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 1세 이상
	건강행태	에너지 및 영양소 섭취	에너지 섭취량의 주요 급원식품	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 1세 이상

528 한국의 건강불평등 지표와 정책과제

	영역	지표명 1	지표명 2	자료원	기관	공표주기	조사대상
	건강행태	에너지 및 영양소 섭취	영양소별 에너지섭취분율 추이	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 1세 이상
	건강행태	에너지 및 영양소 섭취	영양섭취기준에 대한 섭취비율	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 1세 이상
	건강행태	에너지 및 영양소 섭취	영양부족 및 과잉 섭취 현황	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 1세 이상
	건강행태	식생활 행태	결식률	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 1세 이상
	건강행태	식생활 행태	외식섭취빈도	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 1세 이상
	건강행태	식생활 행태	가족동반 식사율	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 1세 이상
	건강행태	식생활 행태	영양교육 및 상담 수혜율	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 1세 이상
	건강행태	식생활 행태	식이보충제 복용 경험률	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 1세 이상
	건강행태	식생활 행태	가구의 식생활 형편	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 1세 이상
	건강행태	식생활 행태	모유수유 경험률	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 1세 이상
	건강행태	식생활 행태	조제분유 수유 경험률	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 1세 이상
	건강행태	식생활 행태	완전모유 수유율	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 19세 이상
	건강행태	식생활 행태	평균 모유수유 기간	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 19세 이상

	영역	지표명 1	지표명 2	자료원	기관	공표주기	조사대상
	건강행태	식생활 행태	이유보충식/시판우유 시작월령	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 1-3세
	유병	비만	체질량지수 기준 비만 유병률	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 1세 이상
	유병	비만	허리둘레 기준 비만 유병률	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 3세 이상
	유병	비만	소아청소년의 비만 유병률	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 3세 이상
	유병	비만	비만인 사람 중 최근 1년간 체중감소 시도율	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 3세 이상
	유병	비만	비만인 사람 중 주관적 본인 인지율	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 3세 이상
	유병	고혈압	고혈압 유병률	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 10세 이상
	유병	고혈압	고혈압 관리수준	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 10세 이상
	유병	고혈압	고혈압 치료자의 조절률	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 10세 이상
	유병	당뇨병	당뇨병 유병률	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 10세 이상
	유병	당뇨병	공복혈당장애 유병률	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 10세 이상
	유병	당뇨병	당뇨병 관리수준	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 10세 이상
	유병	이상지혈증	고콜레스테롤혈증 유병률	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 10세 이상

530 한국의 건강불평등 지표와 정책과제

	영역	지표명 1	지표명 2	자료원	기관	공표주기	조사대상
	유병	이상지혈증	고중성지방혈증 유병률	국민건강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 10세 이상
	유병	이상지혈증	고콜레스테롤 관리수준	국민건강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 10세 이상
	유병	만성콩팥병	만성콩팥병 유병률	국민건강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 10세 이상
	유병	폐쇄성폐질환	폐쇄성 폐질환 유병률	국민건강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 10세 이상
	유병	폐쇄성폐질환	흡연갑년에 따른 남자의 폐쇄성질환 유병률	국민건강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 10세 이상
	유병	구강질환	영구치우식 유병률	국민건강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 1세 이상
	유병	구강질환	우식경험영구치지수	국민건강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 1세 이상
	유병	구강질환	치면세마필요자율	국민건강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 1세 이상
	유병	구강질환	현존 자연치아수	국민건강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 1세 이상
	유병	구강질환	저작 또는 발음이 불편한 구강기능제한율	국민건강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 1세 이상
	유병	구강질환	저작불편 호소율	국민건강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 1세 이상
	유병	구강질환	구강 검진율	국민건강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 1세 이상
	유병	구강질환	치과치료 지연율	국민건강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 1세 이상

	영역	지표명 1	지표명 2	자료원	기관	공표주기	조사대상
	유병	구강질환	치과치료 지연 원인	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 1세 이상
	유병	B형간염	B형간염 표면항원 양성률	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 10세 이상
	유병	B형간염	간암 고위험군 중 최근 6개월 이내 간암검진수진율	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 10세 이상
	유병	빈혈	빈혈 유병률	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 10세 이상
	유병	안질환	시력장애 유병률	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 3세 이상
	유병	안질환	근시, 고도근시, 난시, 원시 유병률	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 3세 이상
	유병	안질환	백내장 유병률	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 3세 이상
	유병	안질환	나이관련황반변성 유병률	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 40세 이상
	유병	안질환	당뇨병망막병증	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 3세 이상
	유병	이비인후질환	난청 유병률	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 1세 이상
	유병	이비인후질환	만성중이염 유병률	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 1세 이상
	유병	이비인후질환	비염 유병률	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 1세 이상
	유병	이비인후질환	만성비부비동염 유병률	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 1세 이상

532 한국의 건강불평등 지표와 정책과제

	영역	지표명 1	지표명 2	자료원	기관	공표주기	조사대상
	유병	이비인후질환	후두 양성 점막 질환 유병률	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 1세 이상
	유병	충금속	혈중 납 수준	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 10세 이상
	건강행태	삶의 질	주관적 건강 인지율	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 19세 이상
	건강행태	삶의 질	활동 제한율	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 1세 이상
	건강행태	삶의 질	월간 와병 경험률	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 1세 이상
	건강행태	삶의 질	월간 결근 결석 경험률	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 1세 이상
	건강행태	삶의 질	2주간 이환율	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 1세 이상
	건강행태	삶의 질	EQ-5D 지수	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	만 19세 이상
국민 구강 건강 실태조사 (2010)	유병	유치 우식경험상태	유치우식경험자율	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	유치원생-고등 학생
	유병	유치 우식 경험상태	유치우식유병자율	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	유치원생-고등 학생
	유병	유치 우식 경험상태	우식유치지수	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	유치원생-고등 학생
	유병	유치 우식 경험상태	충전유치지수	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	유치원생-고등 학생
	유병	유치 우식 경험상태	우식경험유치지수	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	유치원생-고등 학생

	영역	지표명 1	지표명 2	자료원	기관	공표주기	조사대상
	유병	유치 우식 경험상태	우식유치면지수	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	유치원생-고등 학생
	유병	유치 우식 경험상태	충전유치면지수	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	유치원생-고등 학생
	유병	유치 우식경험상태	우식경험유치면지수	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	유치원생-고등 학생
	유병	유치 우식 경험상태	우식 유치율	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	유치원생-고등 학생
	유병	유치 우식 경험상태	충전 유치율	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	유치원생-고등 학생
	유병	영구치 우식 경험상태	영구치우식경험자율	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	유치원생-고등 학생
	유병	영구치 우식 경험상태	영구치우식유병자율	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	유치원생-고등 학생
	유병	영구치 우식 경험상태	우식영구치지수	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	유치원생-고등 학생
	유병	영구치 우식 경험상태	상실영구치지수	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	유치원생-고등 학생
	유병	영구치 우식 경험상태	충전영구치지수	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	유치원생-고등 학생
	유병	영구치 우식 경험상태	우식경험영구치지수	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	유치원생-고등 학생
	유병	영구치 우식 경험상태	우식영구치면지수	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	유치원생-고등 학생
	유병	영구치 우식 경험상태	상실영구치면지수	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	유치원생-고등 학생

534 한국의 건강불평등 지표와 정책과제

	영역	지표명 1	지표명 2	자료원	기관	공표주기	조사대상
	유병	영구치 우식 경험상태	충전영구치면지수	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	유치원생-고등 학생
	유병	영구치 우식 경험상태	우식경험영구치면지수	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	유치원생-고등 학생
	유병	영구치 우식 경험상태	우식영구치율	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	유치원생-고등 학생
	유병	영구치 우식 경험상태	상실영구치율	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	유치원생-고등 학생
	유병	영구치 우식 경험상태	충전영구치율	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	유치원생-고등 학생
	유병	치면열구 전색 상태	치면 열구전색 영구치 보유자율	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	유치원생-고등 학생
	유병	치면열구전색 상태	치면 열구전색영구치수	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	유치원생-고등 학생
	유병	유치 치료필요	유치 1치면 충전필요자율	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	유치원생-고등 학생
	유병	유치 치료필요	유치 2치면 충전 필요자율	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	유치원생-고등 학생
	유병	유치 치료필요	유치 치관장착필요자율	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	유치원생-고등 학생
	유병	유치 치료필요	유치 치수처치 필요자율	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	유치원생-고등 학생
	유병	유치 치료필요	유치 발거필요자율	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	유치원생-고등 학생
	유병	유치 치료필요	1치면 충전필요 유치수	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	유치원생-고등 학생

	영역	지표명 1	지표명 2	자료원	기관	공표주기	조사대상
	유병	유치 치료필요	2치면 이상 충전필요 유치수	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	유치원생-고등 학생
	유병	유치 치료필요	치관장착필요 유치수	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	유치원생-고등 학생
	유병	유치 치료필요	치수처치 필요 유치수	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	유치원생-고등 학생
	유병	유치 치료필요	발거필요 유치수	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	유치원생-고등 학생
	유병	영구치 치료필요	영구치 1치면 충전필요자율	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	유치원생-고등 학생
	유병	영구치 치료필요	영구치 2치면 이상 충전필요자율	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	유치원생-고등 학생
	유병	영구치 치료필요	영구치 치관장착필요자율	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	유치원생-고등 학생
	유병	영구치 치료필요	영구치 치수처치 필요자율	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	유치원생-고등 학생
	유병	영구치 치료필요	영구치 발거필요자율	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	유치원생-고등 학생
	유병	영구치 치료필요	1치면 충전필요 영구치수	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	유치원생-고등 학생
	유병	영구치 치료필요	2치면 이상 충전필요 영구치수	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	유치원생-고등 학생
	유병	영구치 치료필요	치관장착필요 영구치수	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	유치원생-고등 학생
	유병	영구치 치료필요	치수처치 필요 영구치수	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	유치원생-고등 학생

536 한국의 건강불평등 지표와 정책과제

	영역	지표명 1	지표명 2	자료원	기관	공표주기	조사대상
	유병	영구치 치료필요	발거필요 영구치수	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	유치원생-고등 학생
	유병	치아반점도 상태	치아반점도 상태	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	유치원생-고등 학생
	유병	치주건강상태	치주조직건전자율	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	유치원생-고등 학생
	유병	치주건강상태	치은출혈자율	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	중학생-고등학 생
	유병	치주건강상태	치석부착자율	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	유치원생-고등 학생
	유병	치주건강상태	출혈치주조직삼분약수	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	유치원생-고등 학생
	유병	구강건강 인식 상태	주관적 구강건강인식 수준	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	유치원생-고등 학생
	유병	구강건강 인식 상태	치아외상 경험률	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	유치원생-고등 학생
	유병	구강건강 인식 상태	악관절장애	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	유치원생-고등 학생
	건강행태	치과의료 이용	과거 1년간 치과수진 여부	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	유치원생-고등 학생
	건강행태	치과의료 이용	미충족 치료필요 여부	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	유치원생-고등 학생
	건강행태	치과의료 이용	미충족 치료원인	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	유치원생-고등 학생
	건강행태	치과의료 이용	최근 수진한 구강진료	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	유치원생-고등 학생

	영역	지표명 1	지표명 2	자료원	기관	공표주기	조사대상
	건강행태	구강건강행위 실천도	잇솔질 횟수 및 시기	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	유치원생-고등 학생
	건강행태	구강건강행위 실천도	구강보호용품 사용	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	유치원생-고등 학생
	건강행태	구강건강행위 실천도	하루간식섭취빈도	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	유치원생-고등 학생
	건강행태	구강건강행위 실천도	하루우식유발음료섭취빈도	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	유치원생-고등 학생
	유병	주관적 구강 증상/ 징후 경험 상태	과거 1년간 치통경험여부	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	유치원생-고등 학생
	유병	주관적 구강 증상/ 징후 경험 상태	과거 1년간 치은출혈경험여부	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	중학생-고등학생
	건강행태	흡연상태	흡연상태	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	중학생-고등학생
	건강행태	흡연상태	흡연 빈도	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	중학생-고등학생
	건강행태	흡연상태	흡연시작 시기	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	중학생-고등학생
	건강행태	흡연상태	음주율	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	중학생-고등학생
	건강행태	흡연상태	음주시작 시기	국민구강건강 실태조사	보건복지부	3년	중학생-고등학생
국민 노후 보장 패널 조사 (2011)	인구집단	노인건강	가계소득(근로소득, 금융소득, 부동산소득, 공적이전소득, 사적이전소득, 기타소득)	국민노후보장 패널조사	국민연금공단	2년	만 50세 이상 가구원, 배우자
	인구집단	노인건강	가계지출(식비, 문화생활비, 보건의료비 등)	국민노후보장 패널조사	국민연금공단	2년	만 50세 이상 가구원, 배우자

538 한국의 건강불평등 지표와 정책과제

	영역	지표명 1	지표명 2	자료원	기관	공표주기	조사대상
	인구집단	노인건강	가구의 자산(부동산자산, 금융자산, 기타자산) 및 부채	국민노후보장 패널조사	국민연금공단	2년	만 50세 이상 가구원, 배우자
	인구집단	노인건강	경제활동상태	국민노후보장 패널조사	국민연금공단	2년	만 50세 이상 가구원, 배우자
	인구집단	노인건강	근무시간형태, 급여	국민노후보장 패널조사	국민연금공단	2년	만 50세 이상 가구원, 배우자
	인구집단	노인건강	사회보험(공적연금, 고용보험, 산재보험) 혜택여부	국민노후보장 패널조사	국민연금공단	2년	만 50세 이상 가구원, 배우자
	인구집단	노인건강	공공부조(국민기초생활보장제도, 기초노령연금) 혜택여부	국민노후보장 패널조사	국민연금공단	2년	만 50세 이상 가구원, 배우자
	인구집단	노인건강	건강보험, 의료급여 혜택여부	국민노후보장 패널조사	국민연금공단	2년	만 50세 이상 가구원, 배우자
	인구집단	노인건강	주관적 노후시작 시기	국민노후보장 패널조사	국민연금공단	2년	만 50세 이상 가구원, 배우자
	인구집단	노인건강	주관적 필요 최소노후생활비 및 적정노후생활비	국민노후보장 패널조사	국민연금공단	2년	만 50세 이상 가구원, 배우자
	인구집단	노인건강	노후생활비 마련방법	국민노후보장 패널조사	국민연금공단	2년	만 50세 이상 가구원, 배우자
	인구집단	노인건강	독립적 경제력 보유여부	국민노후보장 패널조사	국민연금공단	2년	만 50세 이상 가구원, 배우자
	인구집단	노인건강	여가활동의 종류	국민노후보장 패널조사	국민연금공단	2년	만 50세 이상 가구원, 배우자
	인구집단	노인건강	여가활동에 소요되는 평균시간	국민노후보장 패널조사	국민연금공단	2년	만 50세 이상 가구원, 배우자
	인구집단	노인건강	육체적 건강상태	국민노후보장 패널조사	국민연금공단	2년	만 50세 이상 가구원, 배우자

	영역	지표명 1	지표명 2	자료원	기관	공표주기	조사대상
	인구집단	노인건강	정신적 건강상태	국민노후보장 패널조사	국민연금 공단	2년	만 50세 이상 가구원, 배우자
	인구집단	노인건강	심리상태	국민노후보장 패널조사	국민연금 공단	2년	만 50세 이상 가구원, 배우자
	인구집단	노인건강	장애진단 유무, 장애원인	국민노후보장 패널조사	국민연금 공단	2년	만 50세 이상 가구원, 배우자
	인구집단	노인건강	일상생활활동, 도구적 일상생활활동 점수	국민노후보장 패널조사	국민연금 공단	2년	만 50세 이상 가구원, 배우자
	인구집단	노인건강	삶의 만족도	국민노후보장 패널조사	국민연금 공단	2년	만 50세 이상 가구원, 배우자
	인구집단	노인건강	주관적으로 인식하는 노후시작 시기	국민노후보장 패널조사	국민연금 공단	2년	만 50세 이상 가구원, 배우자
	인구집단	노인건강	경제적 걱정거리	국민노후보장 패널조사	국민연금 공단	2년	만 50세 이상 가구원, 배우자
	인구집단	노인건강	정서 및 사회적 걱정거리/준비정도	국민노후보장 패널조사	국민연금 공단	2년	만 50세 이상 가구원, 배우자
	인구집단	노인건강	신체적 걱정거리/준비정도	국민노후보장 패널조사	국민연금 공단	2년	만 50세 이상 가구원, 배우자
	인구집단	노인건강	기초노령연금 수급자의 인식	국민노후보장 패널조사	국민연금 공단	2년	만 50세 이상 가구원, 배우자
	인구집단	노인건강	기초노령연금 미수급 원인	국민노후보장 패널조사	국민연금 공단	2년	만 50세 이상 가구원, 배우자
	인구집단	노인건강	노인장기요양보험 이용경험과 만족도	국민노후보장 패널조사	국민연금 공단	2년	만 50세 이상 가구원, 배우자
	인구집단	노인건강	노인 일자리사업 이용경험과 만족도	국민노후보장 패널조사	국민연금 공단	2년	만 50세 이상 가구원, 배우자

540 한국의 건강불평등 지표와 정책과제

	영역	지표명 1	지표명 2	자료원	기관	공표주기	조사대상
	인구집단	노인건강	국민연금 만족도	국민노후보장 패널조사	국민연금공단	2년	만 50세 이상 가구원, 배우자
노인 실태조사	인구집단	노인건강	거주 형태, 희망 거주형태	노인실태조사	보건복지부	3년	65세 이상
	인구집단	노인건강	노후 생활비 마련방법	노인실태조사	보건복지부	3년	65세 이상
	인구집단	노인건강	자녀와의 관계	노인실태조사	보건복지부	3년	65세 이상
	인구집단	노인건강	건강상태에 대한 만족도	노인실태조사	보건복지부	3년	65세 이상
	인구집단	노인건강	경제상태에 대한 만족도	노인실태조사	보건복지부	3년	65세 이상
	인구집단	노인건강	배우자와의 관계에 대한 만족도	노인실태조사	보건복지부	3년	65세 이상
	인구집단	노인건강	자녀와의 관계에 대한 만족도	노인실태조사	보건복지부	3년	65세 이상
	인구집단	노인건강	가구 소비지출, 수입, 자산, 부채 현황	노인실태조사	보건복지부	3년	65세 이상
	인구집단	노인건강	주관적인 생활수준	노인실태조사	보건복지부	3년	65세 이상
	인구집단	노인건강	주관적 건강상태	노인실태조사	보건복지부	3년	65세 이상
	인구집단	노인건강	만성질환 수	노인실태조사	보건복지부	3년	65세 이상
	인구집단	노인건강	의료이용 횟수, 의료비	노인실태조사	보건복지부	3년	65세 이상
	인구집단	노인건강	노인건강증진 프로그램 참여율	노인실태조사	보건복지부	3년	65세 이상
	인구집단	노인건강	낙상 경험률	노인실태조사	보건복지부	3년	65세 이상
	인구집단	노인건강	우울증상률	노인실태조사	보건복지부	3년	65세 이상
	인구집단	노인건강	흡연률	노인실태조사	보건복지부	3년	65세 이상
	인구집단	노인건강	음주률	노인실태조사	보건복지부	3년	65세 이상
	인구집단	노인건강	영양관리상태	노인실태조사	보건복지부	3년	65세 이상
	인구집단	노인건강	운동 실천률	노인실태조사	보건복지부	3년	65세 이상
	인구집단	노인건강	수면시간	노인실태조사	보건복지부	3년	65세 이상
	인구집단	노인건강	건강검진 수진율, 미수진 이유	노인실태조사	보건복지부	3년	65세 이상
	인구집단	노인건강	시력, 청력, 씹기 능력	노인실태조사	보건복지부	3년	65세 이상
	인구집단	노인건강	BMI	노인실태조사	보건복지부	3년	65세 이상
	인구집단	노인건강	근력상태	노인실태조사	보건복지부	3년	65세 이상
	인구집단	노인건강	일상생활수행능력, 도구적 일상생활수행능력	노인실태조사	보건복지부	3년	65세 이상

	영역	지표명 1	지표명 2	자료원	기관	공표주기	조사대상
	인구집단	노인건강	인지기능	노인실태조사	보건복지부	3년	65세 이상
	인구집단	노인건강	경제활동여부	노인실태조사	보건복지부	3년	65세 이상
	인구집단	노인건강	일자리 만족도	노인실태조사	보건복지부	3년	65세 이상
	인구집단	노인건강	현재 일을 하는 이유, 하지 않는 이유	노인실태조사	보건복지부	3년	65세 이상
	인구집단	노인건강	경제활동 지속 여부	노인실태조사	보건복지부	3년	65세 이상
	인구집단	노인건강	여가활동(TV시청, 여행, 기타)	노인실태조사	보건복지부	3년	65세 이상
	인구집단	노인건강	정보화 사용 실태	노인실태조사	보건복지부	3년	65세 이상
	인구집단	노인건강	평생교육프로그램 참여율	노인실태조사	보건복지부	3년	65세 이상
	인구집단	노인건강	사회단체활동, 자원봉사활동 참여율	노인실태조사	보건복지부	3년	65세 이상
	인구집단	노인건강	여가활동에 대한 만족도	노인실태조사	보건복지부	3년	65세 이상
	인구집단	노인건강	거주환경, 주거 편리성	노인실태조사	보건복지부	3년	65세 이상
	인구집단	노인건강	노인 학대 경험률	노인실태조사	보건복지부	3년	65세 이상
	인구집단	노인건강	자살생각 이유 및 시도	노인실태조사	보건복지부	3년	65세 이상
	인구집단	노인건강	노인일자리 사업 인지율 및 참여율	노인실태조사	보건복지부	3년	65세 이상
	인구집단	노인건강	경로당 이용 실태 및 만족도	노인실태조사	보건복지부	3년	65세 이상
	인구집단	노인건강	노인장기요양보험 인지율 및 신청률	노인실태조사	보건복지부	3년	65세 이상
영아 모성 사망조사	인구집단	모성건강	총, 현 임신의 결과 ¹⁾	영아모성사망조사	보건복지부	2년	영아사망자의 모, 사산자의 모, 모성 사망자
	인구집단	모성의 교육수준	조사대상자의 교육수준	영아모성사망조사	보건복지부	2년	영아사망자의 모, 사산자의 모, 모성 사망자
	인구집단	영유아건강	현 임신의 출산아 체중 ²⁾	영아모성사망조사	보건복지부	2년	영아사망자의 모, 사산자의 모, 모성 사망자
국민보건 의료실태	보건의료	보건의료체계	인력현황(의사, 치과의사, 한의사, 약사, 간호사, 응급의료기사 등)	국민보건의료 실태조사	보건복지부	5년	보건의료기관

542 한국의 건강불평등 지표와 정책과제

	영역	지표명 1	지표명 2	자료원	기관	공표주기	조사대상
조사	보건의료	보건의료체계	입원실 현황	국민보건의료 실태조사	보건복지부	5년	보건의료기관
장애인 실태조사	인구집단	장애인건강	건강검진 수검률	장애인실태조사	보건복지부	3년	장애인 등록자
	인구집단	장애인건강	인플루엔자 예방접종률	장애인실태조사	보건복지부	3년	장애인 등록자
	인구집단	장애인건강	만성질환 여부	장애인실태조사	보건복지부	3년	장애인 등록자
	인구집단	장애인건강	지속적 진료	장애인실태조사	보건복지부	3년	장애인 등록자
	인구집단	장애인건강	병의원에 가고 싶으나 가지 못한 경험	장애인실태조사	보건복지부	3년	장애인 등록자
	인구집단	장애인건강	본인이 원하는 때 병의원에 가지 못한 이유	장애인실태조사	보건복지부	3년	장애인 등록자
	인구집단	장애인건강	스트레스 인지율	장애인실태조사	보건복지부	3년	장애인 등록자
	인구집단	장애인건강	우울감 경험률	장애인실태조사	보건복지부	3년	장애인 등록자
	인구집단	장애인건강	학교를 다니지 않았거나 중도에 그만 둔 이유	장애인실태조사	보건복지부	3년	장애인 등록자
	인구집단	장애인건강	문화 및 여가활동 만족도	장애인실태조사	보건복지부	3년	장애인 등록자
	인구집단	장애인건강	정기적인 운동여부, 운동주기	장애인실태조사	보건복지부	3년	장애인 등록자
전국 출산력 및 가족 보건복지 실태조사	인구집단	모성건강	임신, 출산형태	전국출산력 및 가족 보건복지 실태조사	보건복지부	3년	만 15-44세 기혼부인
	인구집단	영유아건강	모유수유율	전국출산력 및 가족 보건복지 실태조사	보건복지부	3년	만 15-44세 기혼부인

	영역	지표명 1	지표명 2	자료원	기관	공표주기	조사대상
	인구집단	영유아건강	인공수유(조제분유) 시작 시기	전국출산력 및 가족 보건복지 실태조사	보건복지부	3년	만 15-44세 기혼부인
	인구집단	영유아건강	유배우부인 보충식(이유식) 시작 시기	전국출산력 및 가족 보건복지 실태조사	보건복지부	3년	만 15-44세 기혼부인
	인구집단	영유아건강	유배우부인의 모유수유 중단이유	전국출산력 및 가족 보건복지 실태조사	보건복지부	3년	만 15-44세 기혼부인
	인구집단	영유아건강	영유아 예방접종률	전국출산력 및 가족 보건복지 실태조사	보건복지부	3년	만 15-44세 기혼부인
지역별 의료이용 통계	보건의료체계	보건의료체계	시군구별 영양기관 현황	지역별의료 이용통계	국민건강보험 공단	1년	건강보험 적용인구
	보건의료체계	보건의료체계	시군구별 의료인력 현황	지역별의료 이용통계	국민건강보험 공단	1년	건강보험 적용인구
	보건의료체계	보건의료체계	시군구별 주요 의료장비 현황	지역별의료 이용통계	국민건강보험 공단	1년	건강보험 적용인구
	보건의료체계	보건의료체계	시군구별 진료실적 현황(외래, 입원)	지역별의료 이용통계	국민건강보험 공단	1년	건강보험 적용인구
	보건의료체계	보건의료체계	시군구별 연령별 진료실적 현황	지역별의료 이용통계	국민건강보험 공단	1년	건강보험 적용인구
	보건의료체계	보건의료체계	시군구별 주요 암질환, 만성질환 급여현황	지역별의료 이용통계	국민건강보험 공단	1년	건강보험 적용인구
지역 사회 건강 조사	건강행태	주관적 건강상태	주관적 건강수준 인지율	지역사회건강조사	보건복지부	1년	만 19세 이상
	건강행태	흡연	현재 흡연율	지역사회건강조사	보건복지부	1년	만 19세 이상

544 한국의 건강불평등 지표와 정책과제

	영역	지표명 1	지표명 2	자료원	기관	공표주기	조사대상
	건강행태	흡연	흡연시작연령	지역사회건강조사	보건복지부	1년	만 19세 이상
	건강행태	흡연	흡연자의 금연시도율	지역사회건강조사	보건복지부	1년	만 19세 이상
	건강행태	흡연	평생 음주율	지역사회건강조사	보건복지부	1년	만 19세 이상
	건강행태	음주	음주시작연령	지역사회건강조사	보건복지부	1년	만 19세 이상
	건강행태	음주	연간 음주율	지역사회건강조사	보건복지부	1년	만 19세 이상
	건강행태	음주	월간 음주율	지역사회건강조사	보건복지부	1년	만 19세 이상
	건강행태	음주	고위험 음주율	지역사회건강조사	보건복지부	1년	만 19세 이상
	건강행태	신체활동	격렬한 신체활동 실천율, 증등도 신체활동 실천율	지역사회건강조사	보건복지부	1년	만 19세 이상
	건강행태	신체활동	걷기 실천율	지역사회건강조사	보건복지부	1년	만 19세 이상
	건강행태	영양분 섭취	저염 선호율	지역사회건강조사	보건복지부	1년	만 19세 이상
	유병	비만	키, 몸무게	지역사회건강조사	보건복지부	1년	만 19세 이상
	유병	구강건강	주관적 구강건강이 나쁜 인구의 비율	지역사회건강조사	보건복지부	1년	만 19세 이상
	유병	구강건강	저작 불편 호소율(65세이상)	지역사회건강조사	보건복지부	1년	만 19세 이상
	유병	구강건강	틀니 이용 형태(65세이상)	지역사회건강조사	보건복지부	1년	만 19세 이상
	유병	구강건강	구강검진 수진율	지역사회건강조사	보건복지부	1년	만 19세 이상
	유병	구강건강	치과진료 미치료율	지역사회건강조사	보건복지부	1년	만 19세 이상
	유병	구강건강	연간 스케일링 경험률	지역사회건강조사	보건복지부	1년	만 19세 이상
	정신건강	스트레스	스트레스 인지율	지역사회건강조사	보건복지부	1년	만 19세 이상

	영역	지표명 1	지표명 2	자료원	기관	공표주기	조사대상
	정신건강	스트레스	스트레스 및 우울증상으로 인한 정신 상담률	지역사회건강조사	보건복지부	1년	만 19세 이상
	정신건강	우울증	우울감 경험률	지역사회건강조사	보건복지부	1년	만 19세 이상
	건강행태	예방접종률	연간 인플루엔자 예방접종률	지역사회건강조사	보건복지부	1년	만 19세 이상
	건강행태	건강검진 수검률	건강검진 수검률	지역사회건강조사	보건복지부	1년	만 19세 이상
	건강행태	암 검진률	암 검진률	지역사회건강조사	보건복지부	1년	만 19세 이상
	유병	만성, 급성질환 및 사고중독 경험	만성, 급성질환 및 사고중독 경험률	지역사회건강조사	보건복지부	1년	만 19세 이상
	유병	고혈압	연간 평균혈압 측정횟수	지역사회건강조사	보건복지부	1년	만 19세 이상
	유병	고혈압	고혈압 평생 의사진단 경험률	지역사회건강조사	보건복지부	1년	만 19세 이상
	유병	고혈압	고혈압 현재 치료율	지역사회건강조사	보건복지부	1년	만 19세 이상
	유병	고혈압	연간 평균 혈압 측정횟수	지역사회건강조사	보건복지부	1년	만 19세 이상
	유병	당뇨병	본인 의지 혈당조절률	지역사회건강조사	보건복지부	1년	만 19세 이상
	유병	유병 진단 경험률	이상지질혈증(고지혈증포함), 뇌졸중(중풍), 심근경색증, 협심증, 관절염, 골다공증, 폐혈증, 천식, 알레르기비염 평생 의사진단 경험률	지역사회건강조사	보건복지부	1년	만 19세 이상
	유병	유병 진단 경험률	아토피 피부염, 백내장, B형간염, C형간염, 빈혈, 중이염, 위십이지장궤양, 치질, 암, 갑상선장애, 우울증 평생 의사진단 경험률	지역사회건강조사	보건복지부	1년	만 19세 이상
	유병	미치료율	필요의료서비스 미치료율 및 경제적 이유로 인한	지역사회건강조사	보건복지부	1년	만 19세 이상

546 한국의 건강불평등 지표와 정책과제

	영역	지표명 1	지표명 2	자료원	기관	공표주기	조사대상
			미치료율				
	유병	침상와병 경험률	침상와병 경험률	지역사회건강조사	보건복지부	1년	만 19세 이상
	유병	결근결석 경험률	결근결석 경험률	지역사회건강조사	보건복지부	1년	만 19세 이상
	건강행태	삶의 질 지수	삶의 질 지수(EQ-5D Index)	지역사회건강조사	보건복지부	1년	만 19세 이상
	건강행태	주관적 건강상태	오늘의 건강상태(EQ-VAS)	지역사회건강조사	보건복지부	1년	만 19세 이상
			교육수준	지역사회건강조사	보건복지부	1년	만 19세 이상

주: 1) 사산, 자연유산, 인공유산, 출생아, 출생후 사망아, 생존아, 자궁외 임신, 미상
 2) kg, 임신 중 사망, 미상

간행물회원제 안내

▶ 회원에 대한 특전

- 본 연구원이 발행하는 판매용 보고서는 물론 「보건복지포럼」, 「보건사회연구」도 무료로 받아보실 수 있으며 일반 서점에서 구입할 수 없는 비매용 간행물은 실비로 제공합니다.
- 가입기간 중 회비가 인상되는 경우라도 추가 부담이 없습니다.

▶ 회원종류

- 전체간행물회원 : 120,000원
- 보건분야 간행물회원 : 75,000원
- 사회분야 간행물회원 : 75,000원
- 정기간행물회원 : 35,000원

▶ 가입방법

- 홈페이지(www.kihasa.re.kr) - 발간자료 - 간행물구독안내

▶ 회비납부

- 홈페이지를 통해 신용카드 결제
- 온라인 입금 : 우리은행 019-219956-01-014 (예금주: 한국보건사회연구원)

▶ 문의처

- (122-705) 서울특별시 은평구 진흥로 235 한국보건사회연구원
간행물 담당자 (Tel: 02-380-8157)

KIHASA 도서 판매처

- | | |
|---|---|
| ■ 한국경제서적(총판) 737-7498 | ■ 교보문고(광화문점) 1544-1900 |
| ■ 영풍문고(종로점) 399-5600 | ■ 서울문고(종로점) 2198-2307 |
| ■ Yes24 http://www.yes24.com | ■ 알라딘 http://www.aladdin.co.kr |

발간번호	보고서명	연구책임자
연구 2013-01	근거중심보건정책에 필요한 연구근거 현황 및 활용	김남순
연구 2013-02	국민건강증진기금사업의 운영현황과 개선방안 연구	김혜련
연구 2013-03	의료서비스산업의 경쟁구조 및 경영효율성에 관한 연구	김대중
연구 2013-04	보건의료서비스 분야의 소비자 위상과 권리	윤강재
연구 2013-05	식품분야 규제정책의 변화와 향후 식품안전 관리강화를 위한 규제합리화	정기혜
연구 2013-06	화장품 및 의약품에 대한 소비자 중심적 연구	김정선
연구 2013-07	보건의료분야 국가연구개발사업 운영현황 및 개선방안	박은자
연구 2013-08	진료비지출 요인분석 및 거시적 관리방안	신현웅
연구 2013-09	의약품 정책이 의사의 처방에 미친 영향 연구	박실비아
연구 2013-10	한국의 건강불평등 지표와 정책과제	김동진
연구 2013-11	한국 의료의 질 평가와 정책과제 I: 한국 의료의 질 보고서 설계	강희정
연구 2013-12	국민연금기금운용 중장기 정책수립	원종욱
연구 2013-13	소득분배 악화의 산업구조적 원인과 대응 방안	강신욱
연구 2013-14	소득계층별 순조세부담의 분포에 관한 연구	남상호
연구 2013-15	저소득층 현금 및 현금서비스 복지지출의 사회경제적 영향분석	김태완
연구 2013-16	기회의 불평등 측정에 관한 연구	김문길
연구 2013-17	2013년 빈곤통계연보	임완섭/노대명
연구 2013-18	고용-복지 연계정책의 국제비교 연구: 한중일의 최근 정책변화를 중심으로	노대명
연구 2013-19	근로 및 사회정책에 대한 국민의식 분석	이현주
연구 2013-20	한국복지매일 연계 질적 연구(3차): 취약계층의 삶을 중심으로	김미곤
연구 2013-21	사회서비스 수요 공급의 지역단위 분석 연구	박세경
연구 2013-22	사회복지영역의 평가제도 분석 및 개선방안	정홍원
연구 2013-23	장애인의 자립생활 지원 방안: 발달장애인을 중심으로	김성희
연구 2013-24	장애인지원서비스의 질과 공급특성 분석 연구	박수지
연구 2013-25	복지재정 DB구축과 지표 분석	박인화
연구 2013-26	중앙과 지방의 사회복지재정 형평화 연구: 재정분담체계 재구조화를 중심으로	고제이
연구 2013-27	사회보장 중장기 재정추계 모형개발을 위한 연구	신화연
연구 2013-28	사회보장 재원조달에서의 세대 간 형평성 제고방안 연구	유근춘
연구 2013-29	의료기관의 개인정보보호현황과 대책	정영철
연구 2013-30	우리나라 아동빈곤의 특성	정은희
연구 2013-31-01	한중일 인구동향과 국가 인구전략	이삼식
연구 2013-31-02	인구예측모형 국제비교 연구	이삼식
연구 2013-31-03	자녀 양육 지원 정책 평가와 개선 방안	신윤정
연구 2013-31-04	보육서비스 공급 적정성 분석 및 개선방안 연구	김은정
연구 2013-31-05	아동보호체계 연계성 제고방안	김미숙
연구 2013-31-06	여성고용 활성화 방안 연구	여유진
연구 2013-31-07	출산 보육 통제생산 및 관리효율화 연구	도세록

발간번호	보고서명	연구책임자
연구 2013-31-08	가구 가족의 변동과 정책적 대응방안 연구	김유경
연구 2013-31-09	저출산 고령화 대응 인구 자질 향상 방안: 고령 임신부의 출산 실태와 정책 과제	이소영
연구 2013-31-10	저출산고령사회에서의 일차의료기관 모형개발	황나미
연구 2013-31-11	저출산고령사회 동태적분석을 위한 지역 추적조사: 사례지역을 중심으로	오영희
연구 2013-31-12	저출산 고령화 시대의 한국 가족주의에 대한 진단과 정책적 함의	외부위탁
연구 2013-31-13	남북한 통합 시 적정인구 연구	이삼식
연구 2013-31-14	중노년층의 삶의 질과 정책과제	정경희
연구 2013-31-15	고령화 대응 노인복지서비스 수요전망과 공급체계 개편연구	이윤경
연구 2013-31-16	다층노후소득보장체계 관점에서의 공적연금제도 개편 방안	윤석명
연구 2013-31-17	노인장기요양서비스의 질 관리체계 개선방안	선우덕
연구 2013-31-18	요양병원과 요양시설의 역할정립방안연구: 연계방안을 중심으로	김진수
연구 2013-31-19	효과적 만성질환 관리방안 연구	정영호
연구 2013-31-20	인구고령화가 소비구조 및 산업생산에 미치는 영향 연구	외부위탁
연구 2013-31-21	여성노인의 노후빈곤 현황 및 대응정책	외부위탁
연구 2013-31-22	농촌 노인일자리 현황과 정책과제	외부위탁
연구 2013-31-23	평생교육관점에서 바라본 노년교육의 현황과 정책과제	이윤경
연구 2013-32-1	지방자치단체의 건강영향평가 및 지식포털운영	서미경
연구 2013-32-2	건강영향평가TWC성과평가 및 건강행태위험요인의 사회경제적 격차감소를 위한 전략평가	최은진
연구 2013-33	아시아국가의 사회정책 비교연구: 건강보장	홍석표
연구 2013-34	취약위기가족 및 다문화가족의 예방맞춤형 복지체계 구축 및 통합사례관리 연구(4년차)	정은희
연구 2013-35	2013년 친서민정책으로서 사회서비스 일자리 확충전략III: 사회서비스산업-제3섹터-고용창출 연계 모델	이철선
연구 2013-36	2013년 보건복지통계정보시스템 구축 및 운영	오미애
연구 2013-37	인터넷 건강정보 게이트웨이시스템 구축 및 운영: 빅 데이터 활용방안을 중심으로	송태민
연구 2013-38	2013년 사회정신건강 연구센터 운영: 한국사회의 갈등 및 병리현상의 발생현황과 원인분석 연구	이상영
연구 2013-39	2013년 지방자치단체 복지정책 평가센터 운영	김승권
연구 2013-40-1	2013년 한국복지패널 기초분석 보고서	이현주
연구 2013-40-2	2013년 한국복지패널 심층분석 보고서: 신규 표본가구 통합DB(KOWEPS Combined)을 중심으로	최현수
연구 2013-41	2011년 한국의료패널 기초분석 보고서(II): 만성질환관리, 알반의약품이용, 임신출산, 부가조사	최정수
협동 2013-1	비영리법인 제도의 개선방안에 관한 연구(3년차)	오영호
협동 2013-2	가임기 임신 전 출산건강 관리지원 방안 연구	이상림