연구보고서 2015-04

한국의 건강불평등 지표와 정책과제

– 건강불평등 완화를 위한 전략

김동진 · 김명희 · 김유미 · 기명 · 윤태호 · 정혜주 · 채수미 · 최지희

KIHASA 한국보건사회연구원
Korea Institute for Health and Social Affairs

【책임연구자】
김동진 한국보건사회연구원 부연구위원

【주요저서】
한국의 건강불평등 지표와 정책과제: 한국의 건강불평등 보고서: 통계집 Ⅰ·Ⅱ
한국보건사회연구원, 2014(공저)
한국의 건강불평등 지표와 정책과제
한국보건사회연구원, 2013(공저)

【공동연구진】
김명희 시민건강증진연구소 상임연구원
김유미 동아대학교 의과대학 교수
기 명 을지대학교 의과대학 교수
윤태호 부산대학교 의과대학 교수
정혜주 고려대학교 보건과학대학 교수
채수미 한국보건사회연구원 전문연구원
최지희 한국보건사회연구원 전문연구원

연구보고서 2015-04

한국의 건강불평등지표와 정책과제
- 건강불평등 완화를 위한 전략

발 행 일 2015년 12월 31일
저 자 김 동 진
발 행 인 김 상 호
발 행 처 한국보건사회연구원
주 소 [30147]세종특별자치시 시청대로 370
세종국책연구단지 사회정책동(1층~5층)
전 화 대표전화: 044)287-8000
홈페이지 http://www.kihasa.re.kr
등 록 1994년 7월 1일 (제8-142호)
인 쇄 처 대명기획
정 가 11,000원

ⓒ 한국보건사회연구원 2015
ISBN 978-89-6827-247-9 93510

발간사

2000년대 이후 건강불평등에 대한 연구는 양적으로나 질적으로 많은 발전을 거듭하여왔다. 국내외 학술저널에 게재되는 건강불평등 관련의 논문 수만 하더라도 빠른 증가추세를 보이고 있다. 비단 보건학이나 의학뿐만 아니라 인문사회학자나 경제학자들도 우리나라의 건강불평등 문제에 많은 관심을 기울이고 있다.

그럼에도 불구하고 한 가지 아쉬운 점은 건강불평등에 대한 연구적인 성과가 문제해결을 위한 정책적 노력으로 이어지지 않는 다는 점이다. 건강불평등과 관련된 많은 연구들이 진행되고 있는 이 시점에도 우리나라에는 다양한 수준에서 건강불평등이 발생하고 있다. 한세대의 구성원이 태어나고 자라고 학교에 다니고 일을 하고 병에 걸려서 죽는 그 순간까지의 대부분의 건강관련 사건들이 구성원이 속한 인구집단이나 지역에 따라 다르게 결정되고 있음은 그동안 발표되어온 수많은 논문들이 지적하고 있는 공통된 결과이다.

우리사회의 건강불평등 문제가 해결되지 못한 이유가 더 이상 관련된 데이터나 근거의 부족이 될 수는 없다. 오히려 그러한 문제에 귀를 기울이고 문제 해결을 위해 어떻게 해야 하는지 고민하고 나서야 하는 우리의 노력과 관심의 문제이다.

건강불평등에 관한 가장 혁신적인 정책을 펼치고 있는 영국의 경우 건강불평등의 렌즈를 통해 모든 정책들을 바라보고 평가하고 그 결과를 다시 정책에 환류시키는 작업에 많은 노력을 기울이고 있다. 우리나라의 경우 아직 이러한 수준까지는 발전하지 못하더라도 건강과 보건의료의 영

역에서 만이라도 건강불평등을 완화하고 나아가 해소하기 위한 정책적 노력들을 더 미룰 수는 없다.

본 보고서는 지난 2013년도에 발간된 '한국의 건강불평등 지표와 정책과제'와 2014년도에 발간된 건강불평등 통계집을 기초로 건강불평등 문제에 대한 이해와 대안을 모색하고자 하였다. 2013년도 보고서가 건강불평등 지표영역에 대한 내용을 다루었고, 2014년도 보고서가 건강불평등에 대한 현상을 통계화하는 작업을 하였다면, 이번 보고서는 건강불평등 문제에 대한 이해와 정책적인 대안을 모색하는 작업으로 구분할 수 있다.

본 보고서는 김동진 부연구위원의 책임 하에 시민건강증진연구소 김명희 상임연구원, 동아대학교 의과대학 김유미 교수, 을지대학교 의과대학 기명 교수, 부산대학교 의과대학 윤태호 교수, 고려대학교 정혜주 교수, 그리고 우리원의 채수미 전문연구원, 최지희 전문연구원에 의해 작성되었다.

본 연구진은 바쁘신 중에도 본 보고서를 읽고 아낌없는 조언을 주신 한양대학교 건강과사회연구소 유원섭 교수, 고려대학교 보건과학대학 김승섭 교수, 그리고 우리원의 강희정 사회보험연구실장, 황도경 건강보험연구센터장에게 감사의 뜻을 전한다.

2015년 12월

한국보건사회연구원 원장

김 상 호

목 차

Abstract ····· 1
요 약 ····· 3

제1부 건강불평등 완화를 위한 인구집단별 접근 전략 ····· 11

제1장 서 론 ····· 13
제1절 연구의 필요성 및 목적 ····· 13
제2절 연구 내용 및 방법 ····· 15

제2장 건강생활습관의 불평등 개선을 위한 정책 방향 ····· 21
제1절 흡연 ····· 21
제2절 알코올 소비 ····· 48
제3절 신체활동 ····· 70
제4절 영양 ····· 90
제5절 자살 ····· 109

제3장 인구집단별 건강불평등 개선을 위한 정책방향 ····· 131
제1절 생애초기 및 아동기 ····· 131
제2절 경제적 취약계층 ····· 152
제3절 지역건강격차 ····· 198

제4장 결 론 ····· 227

제2부 건강불평등 완화를 위한 지역 단위 전략: 한국형 건강빈곤 지수의 개발 및 적용 ····· 231

제1장 서 론 ····· 233

제1절 연구의 필요성 및 목적 ····· 233

제2절 연구 내용 및 방법 ····· 234

제2장 Health Poverty Index의 개념과 적용 ····· 237

제1절 Health Poverty Index의 개념 ····· 237

제2절 Health Poverty Index의 산출 ····· 246

제3절 국내 Health Poverty Index 적용 사례 ····· 261

제3장 한국형 건강빈곤지수(Health Poverty Index) 개발 ····· 265

제1절 개발과정 ····· 265

제2절 전문가 델파이조사 ····· 271

제3절 한국형 건강빈곤지수 ····· 288

제4절 한국형 건강빈곤지수 적용: 서울시 건강불평등 현황 ····· 301

제4장 결 론 ····· 353

참고문헌 ····· 355

부 록 ····· 375

표 목차

제1부 건강불평등 완화를 위한 인구집단별 접근 전략

〈표 2- 1〉 사회경제적 지위에 따른 남성 흡연 시작과 금연 성공의 오즈비 ····· 27
〈표 2- 2〉 담배규제 정책의 구분 ····· 28
〈표 2- 3〉 Hill et al.(2014a)의 체계적 문헌고찰에 포함된 연구 분포 ····· 29
〈표 2- 4〉 Hill et al.(2014)의 체계적 문헌고찰에 포함된 연구 결과 요약 ····· 29
〈표 2- 5〉 Brown et al.(2014a)의 체계적 문헌고찰에 포함된 연구 분포 ····· 30
〈표 2- 6〉 국민건강증진종합계획 2020 중 '흡연' 영역 지표와 목표 ····· 34
〈표 2- 7〉 담배규제정책의 흡연불평등에 대한 포괄적 영향을 분석한 연구 요약 ····· 40
〈표 2- 8〉 담배 가격 및 조세정책의 효과 평가 연구 결과 요약 ····· 41
〈표 2- 9〉 고위험(문제) 음주율 (성별, 사회경제적 지위별, 2011년) ····· 51
〈표 2-10〉 고위험(문제) 음주율 (성별, 시도별, 2011년) ····· 52
〈표 2-11〉 효과와 근거 면에서 본 알코올 규제정책 ····· 58
〈표 2-12〉 국민건강종합증진계획 2020 '절주' 항목의 목표 1 ····· 60
〈표 2-13〉 중증도 이상 신체활동 실천율 (성별, 사회경제적위치변수별, 2011년) ····· 76
〈표 2-14〉 우리나라 성인의 신체활동 지침 준수율(2012년) ····· 77
〈표 2-15〉 시도별 중등도 이상 신체활동실천율 추이 ····· 77
〈표 2-16〉 HP 2020에 제시된 신체활동 분야 목표 및 지표 ····· 79
〈표 2-17〉 HP 2020 대표지표의 목표달성도 ····· 80
〈표 2-18〉 세계보건기구 신체활동 권장지침 ····· 88
〈표 2-19〉 영국의 건강불평등 실행 계획서 대표 지표 ····· 88
〈표 2-20〉 2013년 우리나라 국민의 총사망과 장애보정수명에 기여하는 식이 위험요인 · 91
〈표 2-21〉 2013년 소득수준에 따른 미세영양소 섭취 부족 분율 ····· 96
〈표 2-22〉 2013년 소득수준에 따른 식품안정성 확보가구분율 ····· 98
〈표 2-23〉 최근 5년간의 자살 수단 현황 ····· 112
〈표 2-24〉 정신장애(ICD/DSM)와 사회경제적 상태(SES)의 인구집단 기여 위험도 ····· 118

〈표 2-25〉 국가 자살예방 5개년 계획 10대 과제와 29개 세부과제 ····· 124
〈표 3-1〉 생애초기 건강불평등 완화를 위해 근거가 알려져 있는 중재와 프로그램 ····· 141
〈표 3-2〉 간호사-가족 파트너십 ····· 144
〈표 3-3〉 한국형 생애초기 가정방문 프로그램: 서울아기 건강첫걸음 특징 ····· 146
〈표 3-4〉 EDI의 특징 ····· 150
〈표 3-5〉한국의 절대빈곤율 및 상대빈곤율 변화 추이 ····· 164
〈표 3-6〉 인구유형별 빈곤율 및 증감률 ····· 166
〈표 3-7〉 소득수준별 20세 미만 진료실 이용 ····· 178
〈표 3-8〉 영국 정책사례 ····· 216
〈표 3-9〉 HP 2020의 건강 형평성 목표 또는 정책 ····· 220

제2부 건강불평등 완화를 위한 지역 단위 전략: 한국형 건강빈곤지수의 개발 및 적용

〈표 2- 1〉 건강 불평등에 영향을 미치는 단계 및 측정 ····· 242
〈표 2- 2〉 SEPHO의 HPI 세부지표 정의 ····· 249
〈표 2- 3〉 국내 HPI 지표 선정 사례 ····· 262
〈표 3- 1〉 한국형 HPI 1차 세부 지표(안) ····· 269
〈표 3- 2〉 영역별 세부지표 검토의견 ····· 273
〈표 3- 3〉 근원-거시-지역발전가능성 세부지표별 전문가 선호도 ····· 275
〈표 3- 4〉 근원-매개-지역여건 세부지표별 전문가 선호도 ····· 276
〈표 3- 5〉 거시-개인-개인 및 가구여건 세부지표별 전문가 선호도 ····· 278
〈표 3- 6〉 중재-거시-건강지지 자원 세부지표별 전문가 선호도 ····· 279
〈표 3- 7〉 중재-매개-건강증진 및 예방환경 세부지표별 전문가 선호도 ····· 280
〈표 3- 8〉 중재-개인-생활습관 및 물리적 환경 세부지표별 전문가 선호도 ····· 282
〈표 3- 9〉 건강상태-거시-보건복지자원 세부지표별 전문가 선호도 ····· 283
〈표 3-10〉 건강상태-매개-보건의료서비스 세부지표별 전문가 선호도 ····· 284
〈표 3-11〉 건강상태-개인-건강상태 세부지표별 전문가 선호도 ····· 286

〈표 3-12〉 근본원인 영역-거시수준: 지역발전가능성의 주요지표와 최종산출지표 ····· 290
〈표 3-13〉 근본원인 영역-매개수준: 지역여건의 주요지표와 최종산출지표 ····· 291
〈표 3-14〉 근본원인 영역-개인수준: 가구여건의 주요지표와 최종산출지표 ····· 292
〈표 3-15〉 매개요인 영역-거시수준: 건강지지재원의 주요지표와 최종산출 여부 ····· 293
〈표 3-16〉 매개요인 영역-매개수준: 건강증진 및 예방환경의 주요지표와 최종산출 여부 294
〈표 3-17〉 매개요인 영역-개인수준: 생활습관과 환경의 주요지표와 최종산출 여부 ····· 295
〈표 3-18〉 보건 영역-거시수준: 보건복지자원의 주요지표와 최종산출 여부 ····· 297
〈표 3-19〉 보건 영역-매개수준: 적절한 보건의료서비스의 주요지표와 최종산출 여부 ·· 298
〈표 3-20〉 보건 영역-개인수준: 건강상태의 주요지표와 최종산출 여부 ····· 299
〈표 3-21〉 한국형 HPI의 영역 및 수준별 세부지표 구성 ····· 300

그림 목차

제1부 건강불평등 완화를 위한 인구집단별 접근 전략

[그림 1-1] WHO에서 제시한 건강불평등 발생의 중재요인 ····· 16
[그림 1-2] Dahlgren & Whitehead(1991)의 모형 ····· 18
[그림 2-1] 주요 위험 요인의 질병 부담 기여, 2013년 ····· 22
[그림 2-2] 남성의 사망률 불평등에 기여하는 주요 위험 요인 ····· 23
[그림 2-3] 소득 수준별 연령 표준화 흡연율, 19세 이상 성인 ····· 24
[그림 2-4] 학력, 직업, 고용상태, 소득 4분위별 연령 표준화 흡연율, 25~64세 남녀 ··· 25
[그림 2-5] 낮은 사회계층에서 흡연을 촉진하는 기전과 담배 규제, 금연 성공의 확률 ··· 26
[그림 2-6] 2012년 서울시 금연클리닉 등록률(흡연자) ····· 37
[그림 2-7] 서울시의 자치구별 150제곱 미터 이상 면적을 가진 음식점 비율 ····· 39
[그림 2-8] 담뱃값 인상에 따른 소득분위별 담배소비량 전망 ····· 42
[그림 2-9] 소득수준별 성인과 청소년의 현재 음주율 ····· 50
[그림 2-10] 소득계층별 음주 양상, 2012년 ····· 53
[그림 2-11] 잉글랜드의 박탈 수준에 따른 알코올 관련 사망률과 음주 유형 ····· 54
[그림 2-12] 중등도 이상 신체활동실천율 추이 ····· 71
[그림 2-13] 연도별 성인의 중등도 이상 실체활동 실천율 및 근력운동실천율(2013년) ·· 72
[그림 2-14] 청소년 성별 계열별 신체활동 실천율(2013년) ····· 73
[그림 2-15] 성별 연령별 중등도 이상 실체활동 실천율 및 근력운동실천율(2013년) ····· 74
[그림 2-16] 소득수준별 중등도 이상 신체활동 실천율(걷기 포함)(2013년) ····· 75
[그림 2-17] 생애주기별 국가신체활동 지침 ····· 80
[그림 2-18] 건강하고 활동적인 도시 조성 체계 ····· 81
[그림 2-19] Let's Move 홈페이지 ····· 83
[그림 2-20] 뉴욕의 Active design 가이드라인 ····· 85
[그림 2-21] 건강격차 결정요인에서 식이의 위치 ····· 92

[그림 2-22] 2011년 사회경제적 지위에 따른 식품 미보장률 ····· 94
[그림 2-23] 2013년 영양섭취부족 분율과 에너지/지방과잉섭취 분율 ····· 97
[그림 2-24] 영양플러스 사업 대상자 추이 ····· 101
[그림 2-25] 2011-2012년 영양플러스 사업 참여자의 소득수준 분포 ····· 102
[그림 2-26] 영양플러스 사업 운영 평가 ····· 103
[그림 2-27] 한국 남녀의 연도별 자살률 ····· 110
[그림 2-28] 2011년 OECD 국가의 연령 표준화 자살률 ····· 111
[그림 2-29] 일본의 주요 자살원인(경찰청 자료, 1978-2005) ····· 115
[그림 2-30] 자살예방을 위한 중재 ····· 121
[그림 3- 1] 건강형평성 추구를 위한 생애초기 개입의 중요성 ····· 132
[그림 3- 2] 아동 건강 발달에 대한 생태학적 모형 ····· 134
[그림 3- 3] 지역사회 요인에서의 소득수준별 차이(2009년도) ····· 135
[그림 3- 4] 사회적 지원에서의 사회경제적 차이 ····· 135
[그림 3- 5] 산모에서의 중증 우울 유병률의 소득수준별 차이의 변화 양상 ····· 136
[그림 3- 6] 산모의 양육스트레스에서의 사회경제적 차이 ····· 136
[그림 3- 7] 모유수유 중단율에서의 사회경제적 차이 ····· 137
[그림 3- 8] 아버지 흡연율에서의 사회경제적 차이 ····· 137
[그림 3- 9] 사회경제적 지위별 생애초기 아동발달 이상 ····· 138
[그림 3-10] EDI의 측정과 활용 과정 ····· 149
[그림 3-11] 사회보험 제도의 이상-전형적(Ideal-Typical) 모델 ····· 157
[그림 3-12] 건강격차와 평등화에 대한 이론적 도식 ····· 158
[그림 3-13] 건강불형평성 감소를 위한 여러 전략의 효과에 대한 이론적 도식 ····· 158
[그림 3-14] 인구집단 건강 전략에 따르는 건강불평등 증가 위험에 대한 도식 ····· 159
[그림 3-15] 인구집단 건강의 변화를 묘사하는 여덟 가지 시나리오 ····· 160
[그림 3-16] Diederichsen & Hallqvist (1998)의 모델 ····· 163
[그림 3-17] 절대적 빈곤율 변화추이 ····· 164
[그림 3-18] 상대적 빈곤율 변화추이 ····· 165
[그림 3-19] 인구유형별 빈곤율: 시장소득 기준(2013년) ····· 168

[그림 3-20] 인구유형별 빈곤율: 가처분소득 기준(2013년) ····· 168
[그림 3-21] 소득 빈곤율: 2007년과 2010년 사이의 상대적 및 절대적 빈곤율 변화 169
[그림 3-22] 노인빈곤율 OECD 국가 간 비교 ····· 170
[그림 3-23] 성별에 따른 노인 빈곤률의 OECD 국가 간 비교 ····· 170
[그림 3-24] OECD 국가의 아동 빈곤율(2011) ····· 171
[그림 3-25] OECD 국가의 가구 구성에 따른 빈곤율 ····· 172
[그림 3-26] OECD 국가별 자가보고 건강수준 ····· 173
[그림 3-27] 소득불평등과 기대여명 ····· 174
[그림 3-28] 소득불평등과 신생아 사망률 ····· 174
[그림 3-29] 소득불평등과 정신건강 ····· 175
[그림 3-30] 소득수준별 치과방문율 ····· 176
[그림 3-31] 소득수준별 의사방문율 ····· 176
[그림 3-32] 소득수준별 미충족 의료경험 ····· 177
[그림 3-33] 사회적 지출과 빈곤율 ····· 179
[그림 3-34] 사회적 지출과 빈곤율 감소 ····· 180
[그림 3-35] 사회적 지출과 소득불평등 ····· 180
[그림 3-36] 사회안전망과 사망률 ····· 181
[그림 3-37] 사회보장 지출 ····· 182
[그림 3-38] OECD 국가의 노인보장 지출 ····· 182
[그림 3-39] OECD 국가의 취약계층보호 지출 ····· 183
[그림 3-40] 공적 노동시장 지출 ····· 183
[그림 3-41] 총 보건의료지출과 출생 시 기대여명 ····· 184
[그림 3-42] 의료비 지출 ····· 185
[그림 3-43] 시도별 기대수명의 Spine Chart ····· 201
[그림 3-44] 시도별 연령표준화 총사망률의 Spine Chart ····· 202
[그림 3-45] 시도별 연령표준화 암사망률의 Spine Chart ····· 203
[그림 3-46] 시도별 연령표준화 순환기질환 사망률의 Spine Chart ····· 204
[그림 3-47] 시도별 연령표준화 호흡기질환 사망률의 Spine Chart ····· 205

[그림 3-48] 시도별 연령표준화 사고 및 중독 사망률의 Spine Chart ····· 206
[그림 3-49] 시도별 연령표준화 암발생률의 Spine Chart ····· 207
[그림 3-50] 전국 시군구별 연령표준화 총사망률의 분포 추이 ····· 209
[그림 3-51] 영국 해머스미스와 풀햄 지역의 중재사업 전후 건강결과 추이 예측 ····· 224

제2부 건강불평등 완화를 위한 지역 단위 전략: 한국형 건강빈곤지수의 개발 및 적용

[그림 2- 1] 건강 불평등을 일으키는 요인과 영역 ····· 241
[그림 2- 2] HPI 개념의 도식화 ····· 244
[그림 2- 3] HPI의 개념적 틀과 주요 영역 ····· 245
[그림 2- 4] HPI 주요 영역 및 세부지표 ····· 246
[그림 2- 5] HPI 스파이더 다이어그램: Spearhead 지역과 그 외의 지역 간 비교 ····· 247
[그림 2- 6] South East England Public Health Observatory에서 산출한 HPI 지도 : 1인당 GDP ····· 249
[그림 2- 7] South West Public Health Observatory에서 산출한 HPI 지도: 가정환경 · 253
[그림 2- 8] 국내 HPI 지표 산출 사례: 스파이더그램 ····· 263
[그림 2- 9] 국내 HPI 지표 산출 사례: 막대그래프 ····· 263
[그림 2-10] 국내 HPI 지표 산출 사례: 지도 ····· 264
[그림 3- 1] 영국 HPI 개념틀과 한국형 HPI 1차 개념틀 ····· 266
[그림 3- 2] 1차 제안 HPI 개념틀 ····· 272
[그림 3- 3] 본 연구에서 1차로 제안한 HPI 개념틀과 수정·보완된 HPI 개념틀 간 비교 288
[그림 3- 4] 종로구 건강빈곤지수 ····· 303
[그림 3- 5] 중구 건강빈곤지수 ····· 305
[그림 3- 6] 용산구 건강빈곤지수 ····· 307
[그림 3- 7] 성동구 건강빈곤지수 ····· 309
[그림 3- 8] 광진구 건강빈곤지수 ····· 311
[그림 3- 9] 동대문구 건강빈곤지수 ····· 313

[그림 3-10] 중랑구 건강빈곤지수 ····· 315
[그림 3-11] 성북구 건강빈곤지수 ····· 317
[그림 3-12] 강북구 건강빈곤지수 ····· 319
[그림 3-13] 도봉구 건강빈곤지수 ····· 321
[그림 3-14] 노원구 건강빈곤지수 ····· 323
[그림 3-15] 은평구 건강빈곤지수 ····· 325
[그림 3-16] 서대문구 건강빈곤지수 ····· 327
[그림 3-17] 마포구 건강빈곤지수 ····· 329
[그림 3-18] 양천구 건강빈곤지수 ····· 331
[그림 3-19] 강서구 건강빈곤지수 ····· 333
[그림 3-20] 구로구 건강빈곤지수 ····· 335
[그림 3-21] 금천구 건강빈곤지수 ····· 337
[그림 3-22] 영등포구 건강빈곤지수 ····· 339
[그림 3-23] 동작구 건강빈곤지수 ····· 341
[그림 3-24] 관악구 건강빈곤지수 ····· 343
[그림 3-25] 서초구 건강빈곤지수 ····· 345
[그림 3-26] 강남구 건강빈곤지수 ····· 347
[그림 3-27] 송파구 건강빈곤지수 ····· 349
[그림 3-28] 강동구 건강빈곤지수 ····· 351

Abstract

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

Health inequities is not just concerned with health care; rather, it is an issue of fairness and social justice. Health policies based on health inequities have been recognized as important public health issues for the decades.

Evidence presented in Kim et al(2014), and many other evidence based analyses of health inequities show social gradients in health outcomes, which closely relate to social determinants of health in Korea.

As the third period study of a multi-year project monitoring health inequities, this study is aimed to develop the strategies and programmes for health equities in Korea.

This report contains recommendations and analysis to minimize and eliminate health inequities in core health areas; tobacco, alcohol, physical activity, nutrition, suicide, the early childhood, the poor, and vulnerable areas.

요 약

1. 연구의 배경 및 목적

건강불평등 연구는 그간 유럽을 중심으로 발전되어 왔으나, 2000년대 이후 우리나라에서도 의학 및 보건학의 주요 연구 분야로 성장하여 왔다.

국민건강영양조사 자료를 이용한 소득계층 간 건강불평등이 정부보고서를 통해 지속적으로 보고되고 있고(강영호, 2014, pp.2-3), 제2차 국민건강증진종합계획에 이어 제3차 국민건강증진종합계획의 총괄목표 중 하나로 '건강형평성 제고'가 계속 포함되고 있다는 점[1]은 건강불평등이 연구와 정책의 양 측면에서 매우 중요(강영호, 2014, pp.2-3)하게 취급되고 있음을 반증한다.

이러한 사실은 그 동안의 건강불평등 연구 성과이긴 하지만, 우리 사회에서 건강불평등을 해결하기 위한 보다 근본적인 과제는 여전히 해결되지 않고 있다. 김동진 등(2014)이 발표한 우리나라의 건강불평등 통계집만 보더라도 소득, 교육, 직업에 따른 사회계층 간 건강불평등이 사회적 건강결정요인(social determinants of health)의 전 부문에 걸쳐 구조적으로 나타나고 있음이 확인되었다.

문제는 이 같은 건강불평등이 사실로서 드러나고 있음에도 불구하고 문제해결을 위해 건강불평등 정책을 의제화하고 구체적인 정책 내용을 구성하기 위한 체계적인 활동이 거의 없다는 사실이다.

---

1) 다만, 제3차 국민건강증진종합계획에서 건강형평성 제고라는 총괄 목표에 따른 중점과제나 세부지표가 마련되지 않았다는 점에 대해서는 많은 연구자들로부터 비판의 대상이 되고 있음.

본 보고서는 '건강불평등 완화 전략'과 관련하여 크게 두 가지 내용을 담고 있다. 첫 번째는 인구집단별 건강불평등 완화전략으로서 우리나라의 건강불평등 현상을 이해하고, 이에 대응하는 정책방향을 모색하고자 하였다. 이를 위해 본 연구에서는 흡연, 음주, 신체활동, 영양, 자살, 생애초기 및 아동기, 경제적 취약계층, 지역건강격차의 주제별로 건강불평등 완화를 위한 정책방향을 제안하였다.

두 번째는 지역단위 건강불평등 완화전략으로서 지역에서 건강불평등 완화를 위해 활용할 수 있는 지표를 개발하고자 하였다. 영국에서 개발된 건강빈곤지수(Health Poverty Index, HPI)는 사회적 건강결정요인들을 바탕으로 지역 간 건강격차를 쉽게 확인하여 건강불평등 문제에 관심을 갖게 하고, 더 나아가 지역단위에서 정책 의제화하는데 도움을 줄 수 있는 지표이다. 본 연구에서는 영국의 HPI를 바탕으로 한국형 HPI를 개발하여 지역단위 건강불평등 문제에 대한 이해와 접근이 용이하도록 도움을 주고자 하였다.

2. 주요 연구결과

가. 건강불평등 완화를 위한 인구집단별 접근 전략

흡연, 음주, 신체활동, 영양, 자살, 생애초기 및 아동기, 경제적 취약계층, 그리고 지역건강격차의 주제에 대해 관련 전문가들이 모여서 건강불평등의 현황에 대해 이해하고, 불평등 완화를 위한 국내외 사례와 향후의 대책에 대해 토론하였다.

토론회에 참여한 각 분야별 전문가들조차 불평등의 관점에서 현상을 이해하고 정책을 평가하는 과정 자체가 쉽게 이루어지지는 않았다. 그러

나 그러한 과정 속에서 다음과 같은 몇 가지 의미 있는 내용들이 도출되었다.

첫째, 건강불평등 해소를 위해 별도의 분리된 정책을 마련하는 것도 중요하지만, 그 보다는 모든 정책의 입안과 집행에서 형평성의 렌즈를 적용하는 것이 더 중요하다.

둘째, 건강불평등 문제에 대한 대안을 마련하기 위해서는 건강불평등이 어떤 집단에서 어떻게 발생하고 있는가, 즉, 발생 기전에 대한 맥락적 이해가 반드시 선행되어야 한다.

셋째, 일반적으로 이루어지는 보건의료사업이나 건강증진사업의 경우 건강불평등에 대한 민감도를 높이기 위해서는 일반인구집단을 대상으로 무작위로 시행되기 보다는 표적 집단을 선정하고 이들이 사업 효과에 보다 많이 노출될 수 있는, 이른바 비례적 보편주의에 입각한 사업을 실시할 필요가 있다.

세부적으로는 분야별로 다양한 내용들이 제안되었다. 예를 들어, 건강불평등에 대한 보다 민감도 높은 지표개발, 개발된 지표에 대한 시계열적 변화에 대한 모니터링, 경제적 취약집단이나 다문화, 생애초기 영유아 및 아동 등 생애주기적 관점에서의 건강불평등 모니터링과 지역별 접근전략 마련, 국가 간 비교 등 다수준·다차원적인 정책과 사업 등이 열거되었다. 중요한 것은 이제는 어떠한 형태로든 문제해결을 위해서 근거에 기반한 정책적 노력이 집중될 필요가 있다는 것이다.

"건강불평등은 어떠한 의미로도 결코 자연스러운 현상이 아니다"라는 WHO CSDH(2008)의 언급은 많은 의미를 담고 있다. 우리사회에서 건강불평등이라는 부자연스러운 현상이 자연스러운 현상처럼 고착화되지 않도록 근거에 기반한 정책적 노력이 절실히 요구된다.

나. 건강불평등 완화를 위한 지역별 접근 전략

영국에서는 1980년 Black Report, 1998년 Acheson 보고서 등을 통해 건강 불평등에 대한 관심이 높아졌다. 영국의 중앙정부는 건강 불평등을 완화하기 위하여 여러 가지 관련 정책을 시도하였으며, 건강불평등을 모니터하기 위한 방안 중의 하나로 Health Poverty Index(HPI)를 개발하였다. HPI는 지형과 문화가 다른 집단들의 건강 빈곤(health poverty)을 비교할 수 있는 도구이다.

HPI는 9개 주요 영역으로 구성되는 분류체계를 갖는다. 주요 요인은 근원요인(root causes), 중재요인(intervening factors), 건강상태(situation of health)로 분류할 수 있으며, 각 요인은 개인 및 가구 단위(individual), 지역 단위(local/intermediate), 더 넓은 사회 단위(macro)에서 영향을 미치는 요인들로 구분된다. 각 영역을 측정하기 위한 세부 지표도 개발되었다(그림 1).

각 세부지표 값은 0부터 1의 범위를 갖는데, 0이 가장 낮은 건강 빈곤을 의미하고 1이 가장 큰 건강 빈곤을 의미한다. 산출된 지표를 제시하는 방식은 원칙적으로 스파이더 다이어그램을 활용하도록 하고 있다. 개발된 지표는 홈페이지에서 제공하는 HPI tool을 통해 산출 가능하여, 지역의 건강 빈곤을 파악하고 정책의 우선순위를 결정하는 데 도움이 될 수 있다.

〔그림 1〕 HPI 주요 영역 및 세부지표

Root causes	**Individual/household Conditions**	**Local conditions**	**Regional prospects**
	•소득 •자산 •인적자원	•교육 •사회적 자본	•GNP 변화 •고용 변화 •교육 자원
Intervening factors	**Behaviours and Environments**	**Healthy places**	**Resourcing**
	•생활양식 •가정환경 •직장/지역 환경	•레크리에이션 시설 •예방 의료서비스 •일차의료 접근성 •일차의료의 질	•예방적 서비스 •레크리에이션 자원
Situation of health	**Health status**	**Adequate care**	**Resourcing of health and social care**
	•보건(건강) 자원 •신체질환 •정신질환 •조기사망	•이차의료 접근성 •이차의료의 질 •일차-이차 의료서비스 접근성·질 •사회복지서비스 접근성	•보건의료 자원 •사회복지 자원
	Individual	Local care services	Regional and policy

한편 지난 1·2차 연구(김동진 등, 2014a; 2013)에서도 한국의 건강불평등을 설명하기 위하여 지표를 선정하고 시군구 단위로 지표를 산출하는 등의 노력이 있었으나, 각 지역의 건강불평등 맥락과 기전을 이해하는 구체적인 작업은 뒷받침되지 못하였다. 이에 영국 HPI와 2009년도에 실시된 바 있는 국내 선행연구(신영전 등, 2009)를 바탕으로 건강빈곤지수의 정의와 개념틀, 세부지표의 구성을 고찰하였으며, 연구진 회의 및 전문가델파이조사를 거쳐 2015년 한국형 건강빈곤지수를 개발하였다(표 1).

〈표 1〉 한국형 건강빈곤지수(HPI) 구성

영역	수준	구분	세부지표
근본원인 영역 (Root causes)	거시수준 (Macro)	지역발전가능성 (Regional prospect)	- 재정자주도 - 일반회계 중 교육예산 비율 - 인구 유입률
	매개수준 (Intermediate)	지역여건 (Local conditions)	- 시민행복지수 - 사회적 신뢰 - 고등학교 학업중단율
	개인수준 (Individuals)	가구여건 (Household conditions)	- 기초생활 수급자 비율 - 재산세
매개요인 영역 (Intervening factors)	거시수준 (Macro)	건강지지재원 (Resourcing to support health)	- 일반회계 중 보건의료예산 비율 - 일반회계 중 복지예산 비율 - 일반회계 중 문화 및 관광예산 비율 - 일반회계 중 환경보호예산 비율
	매개수준 (Intermediate)	건강증진 및 예방환경 (Healthy areas)	- 노인 인플루엔자 예방접종률 - 5대암(위암·간암·대장암·자궁경부암·유방암) 검진율 - 최근 1년 내 지역사회 운동시설 접근성
	개인수준 (Individuals)	생활습관과 환경 (Behaviors and environment)	- 현재 흡연율 - 고위험 음주율 - 중증도 이상 신체활동 실천율
보건 영역 (Situation of health)	거시수준 (Macro)	보건복지자원 (Resourcing for health and social care)	- 기준인구당 급성기병원 병상수 - 기준인구당 요양병원 병상수 - 기준인구당 응급실 병상수 - 기준인구당 신생아 병상수 - 기준인구당 분만 병상수
	매개수준 (Intermediate)	적절한 보건의료서비스 (Appropriate care)	- 필요 의료서비스 미치료율 - 경제적 이유로 인한 필요 의료서비스 미치료율
	개인수준 (Individuals)	건강상태 (Health status)	- 기대수명 - 자살 사망률 - 단태아 저체중 출생률 - 고혈압·당뇨병 관리율 - 자기평가 건강수준

또한 개발된 지수의 활용도를 가늠하고, 실제 지역의 건강불평등을 영역·수준별로 파악해보고자 서울시 25개 자치구의 건강 빈곤을 분석하였다. 자치구 간 비교는 실시하지 않았으며, 각 자치구별로 어떠한 영역·수준에서의 건강 빈곤이 평균적인 수준보다 심각한지를 확인하였다.

3. 결론 및 시사점

우리사회에 건강불평등이 존재한다는 것은 이미 언론을 통해서 많이 알려진 사실이다. 그러나 이 문제를 반드시 해결해야 할 필요성에 대해서, 그리고 문제를 해결하기 위해 무엇을 해야 하는 지에 대해서는 아직 논의가 부족해 보인다.

우리사회에서는 지금까지 건강불평등의 문제를 취약계층을 대상으로 하는 단편적인 사업들과 보건의료서비스의 접근성 향상으로 접근해왔다. 그러나 그동안의 경험으로 보건데 이러한 방식으로는 건강불평등 문제를 해결할 수 없다는 것이 대다수 연구자들의 결론이다.

본 연구에서는 우리사회에서 건강불평등이 왜, 어떻게 발생하는지를 밝히고, 그에 대응하는 정책대안을 어떻게 만들어 낼 것인가에 대한 고민을 담아내고자 하였다. 이러한 노력들이 향후 우리나라 건강불평등 정책이 수립되는데 밑거름이 되기를 기대한다.

*주요용어: 인구집단, 지역, 건강불평등

제 1 부

건강불평등 완화를 위한 인구집단별 접근 전략

제1장 서 론
제2장 건강생활습관의 불평등 개선을 위한 정책 방향
제3장 인구집단별 건강불평등 개선을 위한 정책 방향
제4장 결 론

1 서 론

제1절 연구의 필요성 및 목적

건강불평등 연구는 그간 유럽을 중심으로 발전되어 왔으나, 2000년대 이후 우리나라에서도 의학 및 보건학의 주요 연구 분야로 성장하여 왔다.

국민건강영양조사 자료를 이용한 소득계층 간 건강불평등이 정부보고서를 통해 지속적으로 보고되고 있고(강영호, 2014, pp.2-3), 제2차 국민건강증진종합계획에 이어 제3차 국민건강증진종합계획의 총괄목표 중 하나로 '건강형평성 제고'가 계속 포함되어 있다는 점[2]은 건강불평등이 연구와 정책의 양 측면에서 매우 중요(강영호, 2014, pp.2-3)하게 취급되고 있음을 반증한다.

이러한 사실이 그 동안의 건강불평등 분야에서의 연구 성과이긴 하지만, 우리 사회에서 건강불평등을 해결하기 위한 보다 근본적인 과제는 여전히 해결되지 않고 있다. 김동진 등(2014)이 발표한 우리나라의 건강불평등 통계집만 보더라도 소득, 교육, 직업에 따른 사회계층 간 건강불평등이 사회적 건강결정요인(social determinants of health)의 전 부문에 걸쳐 구조적으로 나타나고 있음이 확인되었다.

문제는 이 같은 건강불평등이 사실로서 드러나고 있음에도 불구하고 문제해결을 위해 건강불평등 정책을 의제화하고 구체적인 정책 내용을 구성하기 위한 체계적인 활동이 거의 없다는 사실이다.

---

2) 다만, 제3차 국민건강증진종합계획에서 건강형평성 제고라는 총괄 목표에 따른 중점과제나 세부지표가 마련되지 않았다는 점에 대해서는 많은 연구자들로부터 비판의 대상이 되고 있음.

일찍부터 건강불평등에 대한 관심이 있었던 서구 선진국들은 건강불평등 해소를 국가적 의제로 설정하고 사회정의와 공평성의 실현이라는 관점에서 건강불평등 해소를 위해 포괄적인 사회정책적 접근을 하고 있다(윤태호, 2013, pp.195-205).

영국의 경우 인구집단별, 지역별 건강불평등 현황파악을 위한 모니터링을 지속적으로 실시하고 있음은 물론, 건강불평등 해소 정책의 효과 평가를 위한 노력을 별도로 투입하고 있다. 같은 유럽국가인 스웨덴이나 네덜란드 또한 건강불평등 해소를 국가 정책의 우선순위에 두고 관련 정책을 추진하고 있다. 보건의료에 관한한 가장 자유주의적인 입장을 취하고 있는 미국에서 조차 인구집단별, 지역별 건강불평등에 대한 국가적 관심을 유지하고 있으며, 이를 해소하기 위한 연방정부차원의 노력을 기울이고 있다.

우리나라에서도 2000년 이후 국내외 학술저널에 다수의 연구 결과가 발표되고, 정부의 각종 정책통계에서 건강불평등과 관련된 통계가 생산된 바 있다. 그러나 나타난 수치들의 의미를 이해하고 관련 정책과 연결시켜 건강불평등의 관점에서 정책의 한계를 인지하고, 새로운 정책방향을 도출하려는 노력은 상대적으로 부족하였던 것이 사실이다.

Whitehead(1998)가 제시한 "건강불평등 해결을 위한 활동단계"에 따르면 건강불평등을 해소하기 위한 출발선은 현상에 대한 측정과 이해에서부터이지만, 그것만으로는 부족하며 단편적으로 나열되는 통계 수치를 넘어서 이를 관리하기 위한 계획을 수립하고 실행 후 평가하는 일련의 과정이 필요하다(윤태호, 2007, pp.447-453).

한국보건사회연구원에서는 2013년부터 건강불평등과 관련된 연구 사업을 수행하여 왔다. 2013년 보고서에서는 우리나라의 건강불평등 지표 영역과 지표를 산출하였고, 2014년 보고서에서는 건강불평등 지표에 따

라 우리나라의 건강불평등 현황을 파악할 수 있는 건강불평등 통계집을 개발하였다.

그리고 본 보고서에서는 “건강불평등 완화 전략”이라는 이름 아래 우리나라의 건강불평등 현상을 이해하고, 문제를 풀어나가기 위해 필요한 향후의 정책적 방향을 살펴보고자 하였다. 2014년 보고서가 우리나라 건강불평등 현상에 대한 단순 서술이었다면, 본 보고서는 우리나라 건강불평등 현상을 이해하려는 작업으로 구분할 수 있을 것이다. 건강불평등 문제를 해소하기 위해 필요한 것은 단순 통계에 대한 생산 이상의 노력이 필요하기 때문이다.

본 보고서는 이러한 문제인식에서 출발하여 주요한 건강생활습관 등의 건강불평등 완화를 위한 중앙 단위 전략으로 건강불평등 통계 수치들을 보다 깊이 이해하고 그 의미를 해석하였다. 또한 관련된 중앙정부의 건강정책들을 건강불평등의 관점에서 재조명하고 향후의 정책적 방향을 재설정하고자 시도하였다.

제2절 연구 내용 및 방법

본 연구에서 다루고 있는 내용은 크게 건강생활습관의 불평등 개선을 위한 건강정책 방향과 인구집단별 건강불평등 개선을 위한 정책 방향으로 나누었다.

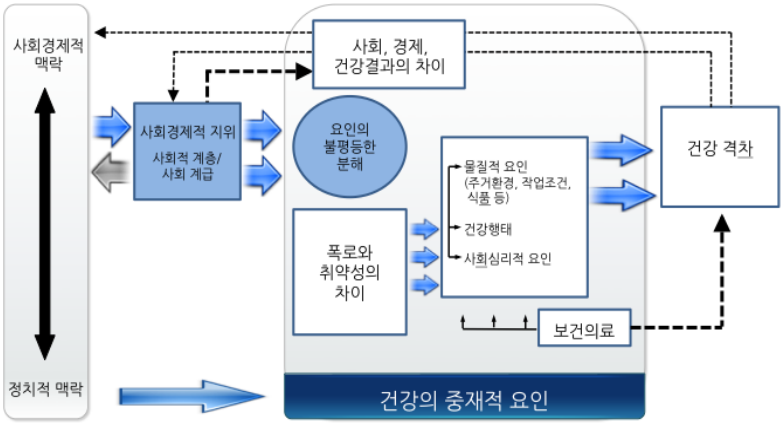
건강생활습관의 불평등 개선을 위한 건강정책의 내용적 범위는 흡연, 음주, 신체활동, 영양, 자살을 포함하고 있다. 국내외 다양한 연구결과들로 볼 때, 흡연, 음주, 신체활동, 영양 등은 기여사망률에 높은 분율을 차지하는 위험인자(박윤형, 2014, p.810)로서 그 중요성이 강조되고 있으며, 우리나라에서도 보건복지부 통합건강증진사업의 주요 사업내용으로

가장 활발하게 추진하고 있는 정책이기도 하다.

Institute for Health Metrics and Evaluation(IHME)에서 발표한 국가별 질병부담 프로파일(2013)에서도 흡연, 음주, 식이, 신체활동 등은 우리나라 질병부담에 가장 많이 기여하고 있는 것으로 나타나 건강형평성의 관점에서도 중요하게 다루어질 필요가 있다.

특히, 건강생활습관은 WHO CSDH에서 제안한 건강불평등 발생의 모형 중 중재요인을 구성하고 있는 요소로서 건강격차를 발생시키는 근인 중의 하나이다.

[그림 1-1] WHO에서 제시한 건강불평등 발생의 중재요인



자료: 김동진 등, 2013, p. 101

이 모형에 의하면 건강생활습관은 사회경제적으로 다르게 나타나는 폭로와 취약성의 차이와 건강격차의 사이에서, 이를 완화하거나 강화하는 중재요인으로서의 의미를 가지고 있다.

한편, 자살의 경우 우리나라에서 최근 10년 동안 5대 사망원인에 계속

포함되고 있으며, 최근에는 보건학적 문제를 넘어서 사회문제로 인식되고 있는 주요한 사인인 한편, 사회경제적 인구집단 간 격차가 계속 보고되고 있는 건강문제로서 다루어보고자 하였다.

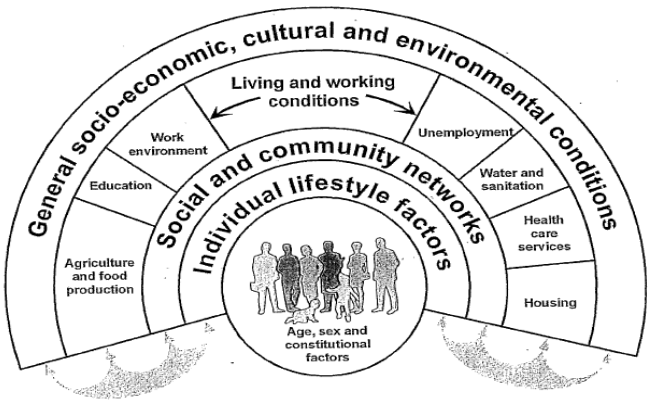
인구집단별 건강불평등 개선을 위한 건강정책의 내용적 범위는 생애초기 및 아동기, 경제적 취약계층, 그리고 지역건강격차를 포함하고 있다. 생애초기 및 아동기의 건강은 이후의 삶에 큰 영향을 미치기 때문에 삶의 기회의 형평성이라는 측면에서 중요성을 가지며, 아울러 생애초기의 중재사업은 가장 비용 효과적이라는 측면에서도 가치가 있다.

'빈곤은 건강의 가장 큰 결정요인'이라는 말만큼 경제적 취약성과 건강불평등의 관계를 잘 설명할 수 있는 다른 표현은 찾기 힘들다. 특히, 우리 사회에서 경제적 취약성은 단순히 '경제적으로만' 취약하다는 의미를 넘어서 삶의 대부분의 영역에서 어려움을 겪고 있음을 의미하며, 건강의 측면에서도 예외는 아니다.

Dahlgren과 Whitehead(1991)는 건강에 영향을 미치는 다양한 차원의 사회적 건강결정요인을 보여주는 데 중점을 두고 있으며 다양한 요소들을 순차적으로 배치하여 건강불평등을 결정하는 경로를 나타내고 있다. 모형은 일반적인 사회·경제·문화·환경적 조건 하에서 농업과 식량생산, 교육, 근로환경, 실업, 위생, 보건의료서비스, 주거를 포함하는 생활 및 근로조건이 (지역)사회의 네트워크와 개인의 생활습관 요인을 거쳐서 개인의 건강에 영향을 미치고 있음을 도식화 하고 있다(김동진 등, 2013, p.80).

이 모델에서 지역은 다양한 차원에서의 건강결정요인이 그대로 건강불평등으로 이어지는 것을 중간에서 차단해 주는 차단막의 역할을 하고 있는 것으로 해석할 수 있는데, 이는 지역이 건강불평등 발생 기전에서 중요한 역할을 수행할 수 있음을 나타낸다.

〔그림 1-2〕 Dahlgren & Whitehead(1991)의 모형



자료: 김동진 등, 2013, p.80

이상으로 본 연구에서 다루고 있는 건강불평등과 관련된 세부주제를 설명하였다. 본 연구에서는 각각의 연구주제별로 전문가가 참여한 발표와 토론을 통해 관련 정책의 한계와 불평등 해소를 위한 정책방향 도출을 모색하였으며, 각 주제별 토론회는 대표 집필자에 의해 수행되었다. 주제별 대표 집필자는 다음과 같다.

- 흡연·음주: 김명희 상임연구원(시민건강증진연구소)
- 신체활동: 김동진 부연구위원(한국보건사회연구원)
- 영양: 김유미 교수(동아대학교 의과대학)
- 자살: 기명 교수(을지대학교 의과대학)
- 생애초기 및 아동기: 김유미 교수(동아대학교 의과대학)
- 경제적 취약계층: 정혜주 교수(고려대학교 보건과학대학)
- 지역건강격차: 윤태호 교수(부산대학교 의과대학)

각 세부주제별 구성은 서론과 일반현황, 인구집단별 혹은 지역별 불평등 수준, 관련 국내외 정책현황에 대한 분석, 그리고 불평등 해소를 위한 정책방향 및 대안, 소결 등으로 구성되어 있다.

2 건강생활습관의 불평등 개선을 위한 정책 방향

제1절 흡연

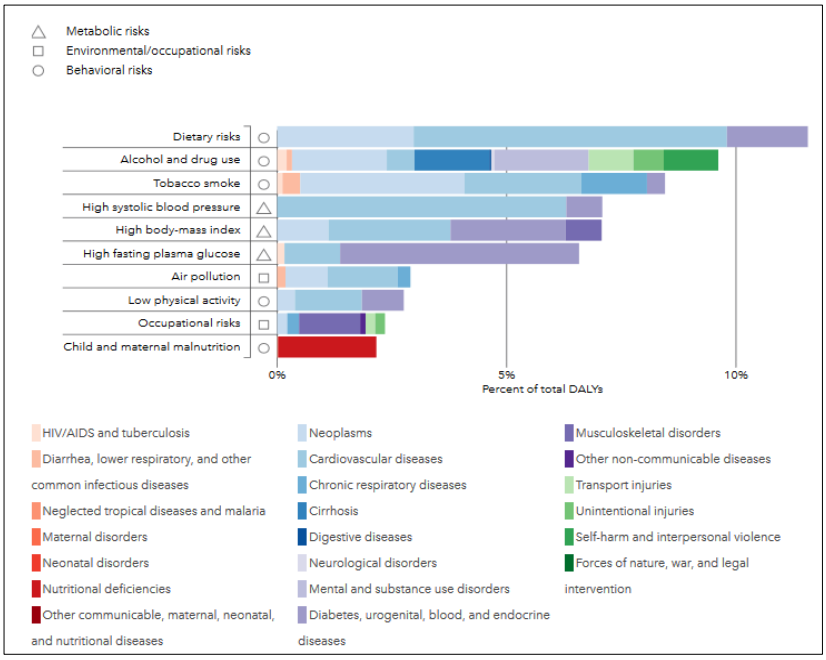
담배가 가장 심각한 공중보건 위해 중 하나라는 데에는 이견이 거의 없다. 국내에서 담배의 질병 부담을 측정한 연구에 따르면 2003년 기준, 담배로 인한 총 사망자 수는 4만 6천 명으로 추정되었다. 전체 남성 사망자의 31%, 암 사망자의 37%, 심혈관계 질환 사망자의 27%가 담배 사용과 관련이 있었다(Lee et al, 2010, pp.151-158). 또한 담배로 인한 총 환자 수는 2010년 194만 명에서 2020년 282만으로 늘어날 것으로 추정되었다(지선하, 2006, pp.182-190). 최근의 전 세계 질병부담 연구에 의하면 2013년 시점, 담배는 식이요인과 알코올 사용에 이어 한국인의 질병 부담에 세 번째 큰 비중으로 기여하고 있다(IHME, 2014)(그림 2-1).

문제는 담배로 인한 건강폐해가 인구집단에 무작위로 분포하지는 않는다는 점이다. 이 장에서는 대한금연학회 회장인 울산의대 조홍준 교수와의 대담에 기초하여, 국내 흡연 불평등 실태가 얼마나 심각한지 살펴보고, 흡연 불평등을 해결하기 위해서는 어떤 정책과 연구가 필요한지 제안하고자 한다.

1. 국내 흡연 불평등 문제는 얼마나 심각하며, 이 문제는 왜 중요한가

우리 사회에서 담배 사용이 건강불평등에 미치는 영향은 상당하다.

〔그림 2-1〕 주요 위험 요인의 질병 부담 기여, 2013년



자료: IHME. Global Burden of Disease: Country Profiles - Korea. Institute for Health Metrics and Evaluation 2014.
http://www.healthdata.org/south-korea에서 2015. 10. 1 인출,

예컨대 공무원과 사립학교 교직원들을 대상으로 한 추적조사 연구에 의하면 45-54세 남성에서 관찰되는 소득 수준에 따른 상대적 사망 격차의 약 10%, 절대적 사망 격차의 약 40%가 흡연 불평등에 기인하고 있다(Khang et al, 2008, pp.75-82)(그림 2-2). 또한 국민건강영양조사 참여자들을 7년 간 추적 조사한 연구에 의하면, 30세 이상 남녀에서 교육수준과 직업 계층에 따른 사망 불평등의 약 15%가 흡연을 포함한 형태요인의 차이에서 비롯되었다(Khang et al, 2009, pp.262-269). 조흥준 교수는 이러한 현상을 두고 “건강 불평등 해결을 할 때 위험요인으로서 제일 중요한 게 흡연 불평등”이라고 요약했다.

〔그림 2-2〕 남성의 사망률 불평등에 기여하는 주요 위험 요인

	30-44세 남자	45-54세 남자	55-64세 남자
흡연	36.0%	42.3%	33.6%
혈압	16.9%	11.1%	9.0%
콜레스테롤	1.3%	-0.7%	-3.1%
혈당	7.5%	6.4%	10.4%
흡연+혈압	49.4%	42.3%	47.2%
4가지 요인	48.3%	44.2%	47.2%

자료: 조홍준, 2015

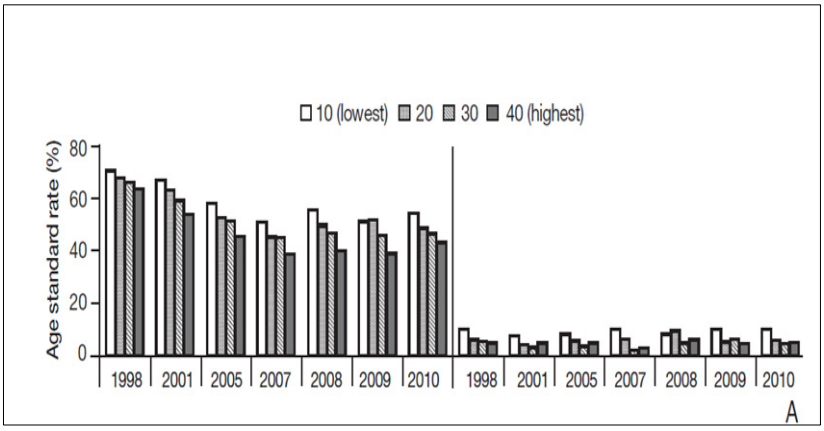
그렇다면 실제 흡연 불평등 실태는 어떠할까?

Lopez(1994)는 '담배 유행 모형'을 통해 흡연과 그로 인한 사망의 연대기적 변화 양상을 요약한 바 있다. 어떤 사회에서 흡연이 사회적으로 용인되고 확산되기 시작하는 초기에는 상층 계급에서 좀 더 담배를 많이 피우는 경향이 있다. 이후 낮은 사회계급까지 흡연이 광범위하게 확산되고 흡연율이 더욱 높아져 정점에 이를 무렵이면, 흡연의 건강 해악이 알려지면서 담배 규제가 도입된다. 이제 상층 계급의 흡연률은 낮아지기 시작하는데, 낮은 사회계급에서 이를 따라가지 못하면서 사회경제적으로 뚜렷한 역전 현상이 일어나게 된다. 조홍준 교수는 한국의 경우, "모형이 예측한 것과 같은 사회 계층별 전이는 빨리 일어났지만, 젠더 측면에서는 그렇지 않다. 여성 흡연율이 남성 흡연율만큼 상승하는 현상이 아직도 관찰되지 않고" 있다고 지적했다.

실제로 국내에서 흡연 불평등 현상은 조사자료와 분석 방법을 막론하

고 매우 일관되게 관찰된다. 또한 뚜렷한 불평등 개선은 찾아볼 수 없다. 소득 수준에 따른 현재 흡연률 격차는 지난 10년 간 거의 일정하게 유지되고 있다(Kim & Jung-Choi, 2013, pp.177-178)(그림 2-3).

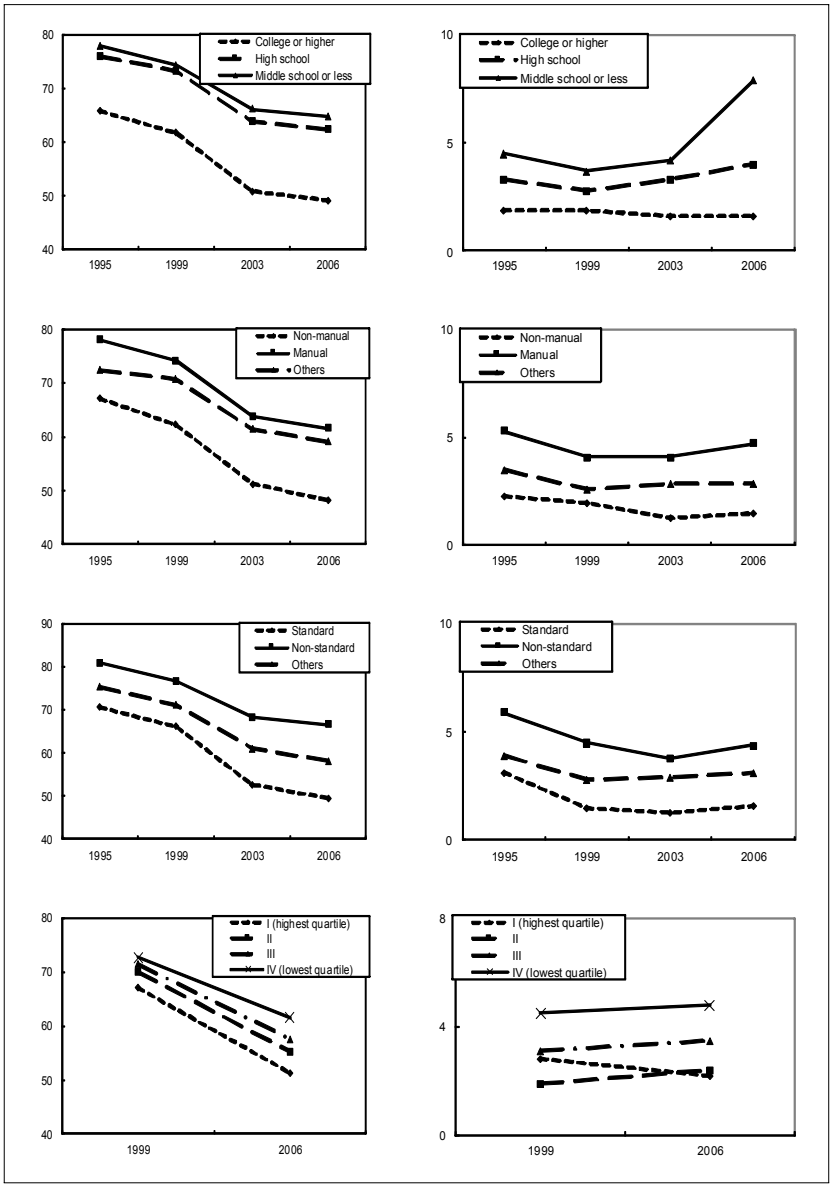
[그림 2-3] 소득 수준별 연령 표준화 흡연율, 19세 이상 성인



자료: Kim & Jung-Choi, 2013, p.177

한편, 학력, 직업, 고용 상태, 소득 같은 다양한 지표들을 이용하여 추세를 살펴본 연구에 의하면, 남성은 물론이고 특히 여성에게서 절대적 격차가 오히려 심화되고 있음을 알 수 있다. 이는 최상 계층의 흡연율이 급격하게 낮아지면서 나타난 현상이다(Khang et al, 2009, pp.262-269)(그림 2-4).

〔그림 2-4〕 학력, 직업, 고용상태, 소득 4분위별 연령 표준화 흡연율, 25~64세 남녀



자료: Khang et al, 2009, pp.262-269.

Hiscock et al.(2012)은 이러한 흡연 불평등 현상을 설명하기 위해 아래와 같은 모형을 제시했다. 담배 기업의 표적화된 마케팅, 금연에 필요한 지지적 자원의 부족, 담배의 해악에 대한 이해 부족, 중독, 자기 효능감 저하, 스트레스와 삶의 기회 부족 등이 동기 저하로 이어져서 저소득층이나 취약계층이 금연에 실패할 가능성이 높다는 것이다(그림 2-5).

[그림 2-5] 낮은 사회계층에서 흡연을 촉진하는 기전과 담배 규제, 금연 성공의 확률

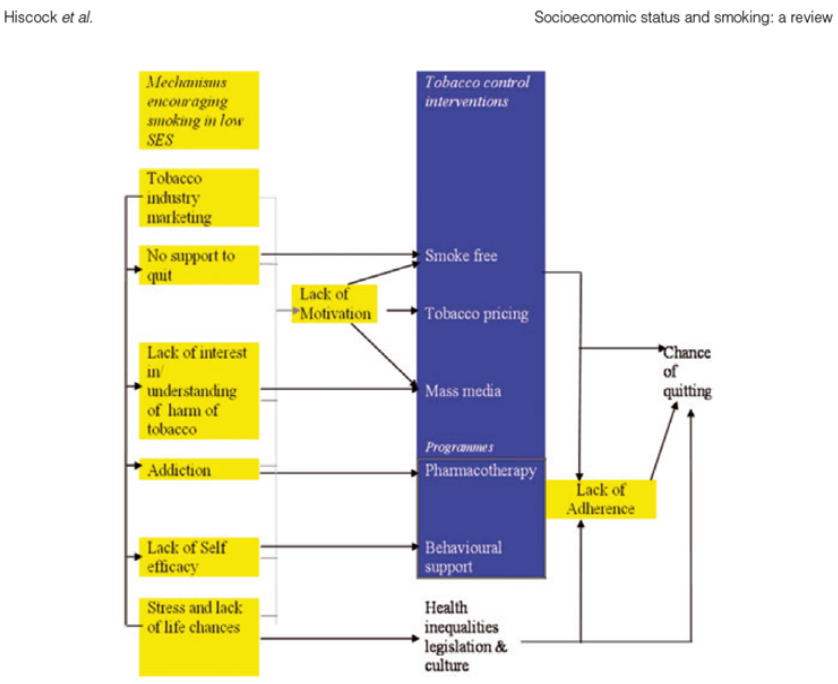


Figure 1. Model of relationship among mechanisms encouraging smoking in low SES, tobacco control interventions, and chances of quitting smoking.

자료: Hiscock et al, 2012, pp.107-123.

국내 상황을 살펴보면, 남성의 경우 흡연 시작에는 사회경제적 격차가 분명하지 않지만 금연 성공에서는 뚜렷한 불평등이 관찰된다(김소라 등,

2009, pp.415-425)(표 2-1). 조홍준 교수는 흡연율이 높다고 알려진 콜센터 여성 노동자들 경우에도 흡연 시작과 관련된 통계는 전국 조사와 크게 차이가 없으나 금연 성공 여부에서 커다란 차이가 존재한다는 지적을 했다.

〈표 2-1〉 사회경제적 지위에 따른 남성 흡연 시작과 금연 성공의 오즈비

		금연 OR	흡연 시작 OR
교육수준	〉 12년	1	1
	10-12년	0.88(0.68-1.14)	1.51(1.09-2.09)
	〈10년	0.89(0.63-1.24)	0.94(0.62-1.44)
소득수준	High	1	1
	Middle	0.72(0.55-0.92)	1.14(0.84-1.54)
	Low	0.60(0.46-0.79)	1.06(0.76-1.49)

자료: 김소라 등, 2009, p.418

지금까지의 현황을 요약하자면, 한국에서 사회경제적 위치에 따른 흡연 불평등이 상당한 수준으로 존재한다. 심지어 일부 지표에 대해서는 그러한 격차가 더욱 심화되고 있으며, 특히 흡연 시작보다는 금연에서의 불평등이 더욱 심각하다. 흡연 불평등 문제는 장·단기적으로 건강불평등과 분명한 관련성이 있다는 점에서 공중보건의 우선순위가 매우 높다고 할 수 있다.

2. 흡연 불평등 완화를 위한 정책과 사업

담배규제기본협약에 의하면 '담배규제'란 '담배제품의 소비와 담배연기에의 노출을 근절하거나 감소시켜 국민의 건강을 증진하는 것을 목적으로 하는 일련의 공급, 수요 및 폐해 감소 전략'으로 정의된다. 담배규제

정책은 크게 담배 수요를 줄이기 위한 정책과 공급을 줄이기 위한 정책으로 구분된다(표 2-2).

〈표 2-2〉 담배규제 정책의 구분

담배 수요를 줄이기 위한 정책	담배 공급을 줄이기 위한 정책
가격 인상 금연 구역 설정 담배 제품 성분 규제와 정보 공개 담배 제품 포장 규제 교육과 훈련 담배 광고와 판촉, 후원에 대한 규제 담배 중독 치료와 금연 지원	담배 제품 불법 거래 규제 미성년자 담배 구매와 판매 규제 대체 활동 지원

이러한 규제정책들이 담배 소비에 미치는 영향에 대해서는 비교적 많은 학술적 근거들이 축적되어 있다. 하지만 흡연 불평등에 미치는 영향에 대한 평가 연구는 상대적으로 미흡하다. 예컨대 Hill et al.(2014)은 담배 유행 4단계에 이른 선진국들에서 성인 대상 담배규제 정책의 불평등 영향을 분석한 논문들에 기초하여 체계적 문헌고찰을 시행했다. 2006~2010년 사이에 발표된 수 많은 논문들 중 겨우 84편이 분석에 포함되었는데, 그 중에서 광고 금지나 담배포장/경고 정책의 불평등 영향에 대한 것은 아예 없었다. 저자들은 담배규제의 건강불평등 영향에 대한 근거가 취약하다는 점을 강조했다. 청(소)년에 대한 담배 규제정책의 불평등 영향을 분석한 연구들도 부족하기는 마찬가지이다.

2014년에 발표된 Brown et al.(2014a)의 체계적 문헌 고찰은 1995~2013년 사이에 출간된 논문들을 검토했는데, 불평등 영향을 평가한 것은 40편에 불과했다.

〈표 2-3〉 Hill et al.(2014a)의 체계적 문헌고찰에 포함된 연구 분포

(단위: 논문수)

Intervention	Reviews	Primary research	Total
Price increases	2*	7*	9*
Smoke-free environments	1*	12*	13*
Educational media campaigns	3	12*	15*
Advertising bans	-	-	-
Health warnings	-	-	-
Smoking cessation support	2	44*	46*
Multifaceted approaches (community-based programmes)	-	4	4
All interventions	7	77	84

주: * The sum of study numbers listed in each column(Reviews, Primary research, Total) is greater than the total given in the final row(All interventions) because one review and one primary study examined the impact of both price increases and smoke-free environments while another study examined the impact of both and educational media campaign and cessation support.

〈표 2-4〉 Hill et al.(2014)의 체계적 문헌고찰에 포함된 연구 결과 요약

Intervention	TCS weighting*	Likely equity impact†	Strength of evidence
Price increases	30	Positive	Strong evidence of greater price-responsiveness in low-income groups. Mixed evidence in relation to impact by education
Smoke-free environments	22	Mixed	Consistent evidence that workplace exposure to tobacco smoke is higher among less advantaged social groups, but no clear evidence on how the introduction of smoke-free legislation may affect this gradient
Educational media campaigns	15	Mixed	Mixed evidence base. Several studies suggest media campaigns are less effective among low-SES groups. Some evidence that advertisements using personal testimony may do better in reaching low-SES smokers
Advertising bans	13	-	No evidence

Intervention	TCS weighting*	Likely equity impact†	Strength of evidence
Health warnings	10	-	No evidence
Smoking cessation support	10	Negative	Consistent evidence of lower quit rates in low-SES smokiers using cessation services. Negative equity impact may be attenuated by concentrating services in more deprived areas
Multi-faceted (community-based)	NA	No clear effect	Very limited evidence

주: * Maximum score on 100-point Tobacco Control Scale
†That is, whether the intervention is associated with a decrease(=positive) or increase(=negative) in the SES gradient in smoking.
SES, socioeconomic status; TCS, Tobacco Control Scale.

〈표 2-5〉 Brown et al.(2014a)의 체계적 문헌고찰에 포함된 연구 분포

(단위: 논문수)

	Positive	Neutral	Negative	Mixed	Unclear	Total
Increases in price/tax of tobacco products	4	1	2	0	0	7
Smokefree-voluntary, regional, partial	0	4	1	1	0	6
Smokefree-compulsory, national, comprehensive	0	2	4	0	0	6
Mass media campaigns	0	0	0	1	0	1
Controls on advertising, promotion, and marketing of tobacco	0	2	2	0	0	4
Controls on access to tobacco products	2	2	1	0	0	5
Schools-based prevention	0	2	1	1	1	5
Multiple policies	0	2	0	1	0	3
Individual smoking cessaton support	1	1	0	0	0	2
Individual-level support for smokefree homes	0	0	1	0	0	1
Total interventions/policies	7	16	12	4	1	40

담배규제 정책의 불평등 영향에 대한 근거는 전반적으로 취약하다고 할 수 있지만, 현재까지 가용한 정보들을 종합하면 다음과 같이 요약할 수 있다.[3)]

- 청소년 - 유럽을 포함한 다수의 개발 국가 대상 연구결과를 종합하면(Brown et al, 2014b, pp.98-105), ① 가격 인상 조치가 가장 일관되고 분명한 불평등 완화 효과를 보여주었다. 한편 영국에서는 ② 포괄적인 금연구역을 법제화했더니 사회계층과 관계없이 모든 초등학생들의 간접흡연 노출이 감소하고 아동기 천식 입원도 감소하는 결과를 확인했다. 또한 ③ 담배 구매와 판매 규제도 낮은 사회계층의 청소년들에게 더욱 효과적이었다.
- 성인 - 국제 연구 결과들을 종합할 때, ① 가격 인상 정책이 가장 일관되게 불평등을 줄이는 것으로 나타났다(Thomas et al, 2008, pp.230-237; Hill et al, 2014, pp.89-97; Brown et al, 2014b, pp.98-105). 특히 저소득, 생산직 종사자들의 금연을 줄이는데 효과적이었다(Thomas et al, 2008, pp.230-237). ② 자발성에 기초한 부분적 금연구역 정책은 오히려 불평등 심화시키는 것으로 나타났다(Brown et al, 2014b, pp.98-105).
- 개인 대상 금연 지원 프로그램 - ① 약물이든 행동치료이든 개인 대상 금연 지원 프로그램 성공률은 빈곤층에서 일관되게 낮았다(Brown et al, 2014c, pp.7-16). ② 하지만 빈곤 지역에 서비스를 집중적으로 제공하는 역차별을 두는 경우, 순 효과 면에서 빈곤 지역에서 금연한 사람의 비중이 높아지는 결과를 보였다. 이는 표적화하지 않은 금연 중재는 오히려 인구집단 내 불평등을 악화시킬 수도

3) 아래에 소개된 연구 결과 요약은 김명희 등(2015). 건강불평등에 도전하기: 연구와 실천. 시민건강증진연구소의 원고를 수정한 것임을 밝혀둠.

있다는 것을 의미한다. ③ 의료기관이 아닌 약국 같은 지역사회 조언자를 통한 금연 지원의 경우, 성공률이 높지는 않지만 빈곤층이나 금연 프로그램 참석에 흥미가 없는 다양한 흡연자를 포괄할 수 있다는 장점을 보였다(Bauld et al, 2010, pp.71-82).

이러한 논의를 종합해보면, 현재의 가용한 근거에 기초할 때 흡연 불평등을 줄이기 위해 가장 우선순위를 부여해야 할 규제정책은 ① 담배가격 인상, ② 포괄적인 금연구역 법제화, ③ 취약계층/빈곤층에 표적화된 금연 서비스 제공이라 할 수 있다.

3. 한국의 담배규제 정책은 흡연 불평등을 완화시키기에 적절한가

현재 한국의 담배규제 정책을 기본 틀은 2005년 발효된 담배규제 기본협약(Framework Convention for Tobacco Control, FCTC)이다. 그리고 이를 실제 정책과 사업으로 구현하는 것은 제3차 국민건강증진종합계획(이하 'HP 2020')의 몫이다. 그런데 FCTC에는 형평성 문제가 명시적으로 언급되어 있지 않다. 그래서 개별 국가들이 독자적으로 이 문제에 접근하고 있으며, 특히 건강불평등과 관련하여 취약계층, 저소득층의 흡연율 감소를 주요 목표로 내세우는 국가들이 늘어나고 있다(글상자 2-1).

〈글상자 2-1〉 흡연 불평등과 관련한 영국과 미국의 움직임 (대담 내용)

"FCTC에도 equity 문제가 명시적으로 들어가 있지를 않아요. 그래서 그것도 비판을 하는 사람들이 있습니다. 예를 들면 흡연율을 낮추는 거에 대한 이야기는 있는데 불평등 이야기는 잠깐 들어있긴 한데 명확하게 들어오진 않아요. gender issue는 들어 있습니다... (중략)... 영국 노동당은 이제 건강 불평등을 줄이는 정책으로서의 흡연 불평등을 생각했던 것이고 미국은 이런 거죠. 흡연율이 낮아지는데 더 이상 잘 안 낮아져요. 그래서 end game으로 가야 되는, 그러니까

담배생산을 억제하는 방향으로 가고 싶은데 안 되는 거예요. 안 되는 이유가 뭔가 봤더니 소위 말하는 사회 취약 계층의 흡연율을 낮추지 않으면 전체 평균 흡연율을 낮추는 데 한계가 있다는 걸 깨달은 거예요. 그래서 미국 사람들이 굉장히 많은 돈을 '취약 계층의 흡연율을 어떻게 하면 낮출 것인가'에 대해 연구하는데 투자하고 있습니다."

국내 HP2020은 건강수명의 연장과 형평성 증진이라는 총괄목표 하에 영역별 목표와 추진 방안들을 망라하고 있다. 이 중 흡연과 관련된 장을 살펴보면, 흡연 시작의 예방, 비흡연자 보호, 사회 환경 조성, 형평성 개선을 강조한다. 정책 수단으로써 부문 간 협력을 강조하고 국제사회에서의 리더십 또한 표명하고 있다(글상자 2-2).

〈글상자 2-2〉 국민건강증진종합계획 2020 중 "흡연" 영역의 정책추진방향

- 흡연율이 뚜렷이 낮아지기 위해서는 기존 흡연자의 금연뿐만 아니라 새로운 흡연자가 생기는 과정에 적극적으로 개입하여 흡연을 예방하는 데에 정책적 노력이 강화되어야 한다.
- 여성흡연율은 상대적으로 낮고 남성 흡연율이 50% 미만으로 내려옴에 따라 국민의 대다수는 비흡연자가 되었으므로, 정책의 중심이 흡연자에 국한되지 않도록 비흡연자를 보호하기 위한 정책이 크게 강화될 필요가 있다.
- 흡연행위의 개인적 측면으로부터 사회적 측면으로 시각을 확대하여 금연 환경의 조성을 위한 정책지향이 부각되어야 한다.
- 흡연율에 있어서 형평성의 개선은 향후 만성질환의 형평성 개선에 기여할 수 있으므로 모든 정책영역에서 형평성 개선이 이루어지도록 하여야 한다.
- 부문 간의 공조를 위해서는 흡연에 의한 직접, 간접 사회경제적 비용, 특히 비흡연자에 미치는 건강 및 사회적 피해에 대한 지식이 보다 확산되어야 하며, 부문 간 연계를 통한 정책이 강화되어야 한다.
- 아시아 중심국가 및 세계 10위 이내의 경제선진국의 비전에 맞도록 담배규제 정책에 있어서 리더쉽을 가지고 국제적인 협력을 주도할 필요가 있다.

이어서 이러한 내용을 모니터링할 수 있는 상세 지표들과 목표, 관련 사업들이 표로 정리되어 있다. 흡연과 관련하여 총 6개의 세부 영역이 구분되어 있는데, 이 중 형평성 개선을 명시적으로 나타낸 것은 ① 청소년 흡연율에서 계열 간 격차 감소, ② 성인 흡연율에서 지역 간, 소득 수준 간 격차 감소 항목뿐이다.

〈표 2-6〉 국민건강증진종합계획 2020 중 '흡연' 영역 지표와 목표

지표명	2005	2008	2020	사업명
1-1. 청소년 흡연율을 낮춘다.				
중·고등학교 남학생 흡연율	14.3%	16.8%	12.0%	
중·고등학교 여학생 흡연율	8.9%	8.2%	6.0%	
1.1.1. 고등학교 계열별 흡연율의 차이를 줄인다.				
일반계고 남학생 흡연율	16.4%	19.2%	-	
전문계고 남학생 흡연율	37.9%	36.8%	-	
차이	21.5%	17.6%	9.0%	
일반계고 여학생 흡연율	7.5%	6.4%	-	
전문계고 여학생 흡연율	29.6%	25.4%	-	
차이	22.1%	19.0%	9.0%	가. 흡연예방 사업 나. 흡연자 금연사업 다. 비흡연자 보호사업 라. 금연환경 조성사업
1-2. 성인 흡연율을 낮춘다.				
성인 남자 흡연율	51.6%	47.7%	29.0%	
성인 여자 흡연율	5.7%	7.4%	6.0%	
1-2-1. 성인 흡연율의 지역 간, 소득수준 간 차이를 줄인다.				
동지역 남자 흡연율	51.36%	47.4%	-	
읍면지역 남자 흡연율	56.43%	49.1%	-	
지역 간 차이	5.07%	1.7%	1.0%	
동지역 여자 흡연율	5.93%	7.8%	-	
읍면지역 여자 흡연율	5.02%	4.0%	-	
지역 간 차이	0.91%	3.8%	2.0%	
소득하위 남자흡연율	-	55.3%	-	
소득상위 남자흡연율	-	39.9%	-	
소득 간 차이 (소득4분위수의 최하위, 최상위 간 비교)	-	15.4%	8.0%	

지표명	2005	2008	2020	사업명
소득하위 여자흡연율	-	8.9%	-	
소득상위 여자흡연율	-	6.3%	-	
소득 간 차이 (소득4분위수의 최하위, 최상위 간 비교)	-	2.6%	1.5%	
1-3. 흡연 시작률을 낮춘다.				
남녀학생 흡연경험 시작연령	12.1세	13세	15세	
남녀학생 매일경험 시작연령	14.1세	14.3세	15세	
남학생 중학교이전 흡연경험률	14.9%	10.3%	5.0%	
여학생 중학교이전 흡연경험률	9.4%	6.5%	3.0%	
남성 19~29세 흡연율	55.5%	53.6%	35.0%	
여성 19~29세 흡연율	6.0%	12.7%	10.0%	
1-4. 흡연자의 금연 의지 및 시도율을 높인다.				
청소년 현재흡연자 금연의지율	-	43.4%	80.0%	
성인 현재흡연자 금연의지율	60.86%	57.3%	80.0%	
성인 현재흡연자 금연의지율	10.96%	18.1%	40.0%	
금연지원프로그램 등록률	-	(지표생산)	10.0%	
금연상담전화 이용률	-	(지표생산)	5.0%	
1-5. 간접흡연율을 낮춘다.				
직장 남자 간접흡연율	53.7%	46.7%	5.0%	
직장 여자 간접흡연율	39.8%	25.7%	2.0%	
가정 남자 간접흡연율	7.1%	5.9%	1.0%	
가정 여자 간접흡연율	23.9%	20.4%	5.0%	
가정 청소년 간접흡연율	-	46.8%	5.0%	
1-6. 금연구역을 넓힌다.				
금연시설	학교, 의료기관, 보육시설	-	학교, 의료기관, 보육시설 50인이상 사업장	
금연구역지정	대형건물	-	소규모 사업장	

자료: 보건복지부, 2011, pp.95-96.

이러한 추진 방향, 목표 설정과 관련해서 조홍준 교수는 흡연 시작을 줄이는 것도 중요하지만, 현재 흡연자들의 금연을 촉진하는 것이 불평등 개선에서 더욱 시급한 과제임을 강조했다(글상자 2-3).

〈글상자 2-3〉 흡연 시작 예방과 금연 촉진이 불평등에 미치는 영향(대담 내용)

"담배 규제를 하다 보면 많은 사람들이 흡연 예방을 굉장히 좋아해요. 특히 공중보건이나 예방의학을 한 사람들은 흡연 예방을 굉장히 매력적이라고 생각하고, 이야기하는 사람도 굉장히 많습니다. 그러나 흡연 예방해서 언제 건강문제를 해결할 수 있을까요. 흡연을 예방하려면 중고등학교 때 해야 한단 말이에요. 그리고 그 사람들이 사망할 때까지 금연이 유지되어야 한다고 하면, 흡연 예방이 효과를 나타내려면 최소한 50년, 60년 정도 지나야 효과가 나타나는 정책이에요. 그래서 실제로 흡연 예방이 중요한 게 아니라 지금 담배를 끊도록 하는 정책이 굉장히 중요한 거죠. 특히 나이든 사람들을 끊도록 하는 게 훨씬 중요해요. 왜냐하면 노인들한테서 risk를 줄여주면 건강효과가 금방 나타나요. cardiovascular risk 계산할 때 제일 중요한 게 뭔가 하면, 나이를 집어넣으면 risk가 확 올라가지 않습니까. 그래서 그런 점에서 흡연 불평등이 굉장히 중요하다. 지금 없애면 왜냐하면 보통 lag가 20년 된다고 보지 않습니까. cancer 같은 거, 물론 이제 cardiovascular disease는 금방 감소합니다만 그러니까 최소한도로 현재 줄여도 현재의 추세가 20년을 간다는 거죠. 최소한. 그러니까 지금 이 흡연 불평등을 줄이기는 대단히 중요하다. 그래서 실제로 97년도에 영국 노동당이 집권했을 때 건강 불평등 이슈가 중요한 선거 이슈 중 하나였거든요 그 때 제일 먼저 한 게 흡연 불평등을 어떻게 줄일 것인가 하는 걸 가지고 한 거예요. 그래서 이 사람들이 영국에 smoking cessation service를 만든 거예요. 맥락이 그렇게 돼요."

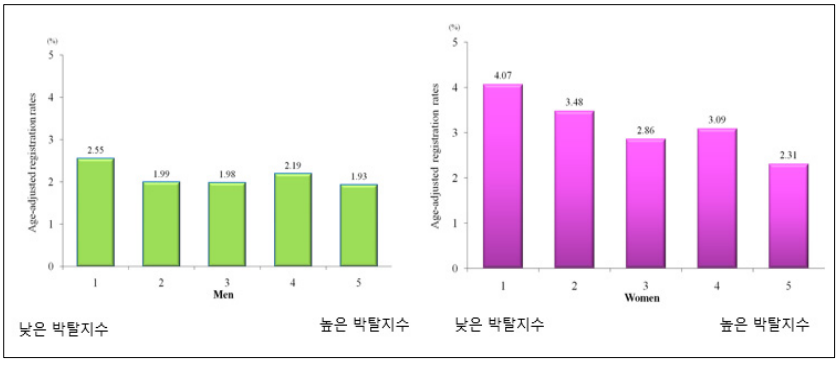
HP2020의 심각한 문제점은 추진 방향에 형평성이 언급되어 있지만, 이를 증진시키기 위한 전략이나 수단이 전혀 제시되지 않았다는 점이다. 예컨대 취약계층을 표적화하지 않은 금연서비스 제공은 오히려 불평등을 악화시킨다는 앞서의 리뷰 결과가 무색하게, '흡연자 금연사업' 부분에서는 이러한 내용이 하나도 고려되지 않았다(글상자 2-4).

〈글상자 2-4〉 국민건강증진종합계획 2020 중 '흡연자 금연사업'의 사업내용

- 홍보: 일반적인 금연 메시지뿐 아니라 흡연자들에게 보다 구체적인 지식과 행동지침을 주도록 제공하며, 매스미디어 뿐만 아니라 흡연자의 생활공간 전반에 걸쳐 노출률을 높이도록 함.
- 교육: 흡연자 및 흡연율이 높은 집단을 대상으로 수행함.
- 금연치료: 금연클리닉의 등록률을 높이고 성공률을 유지함.
- 의료인 권고: 의료인 단체와의 연계사업을 통해 흡연여부의 확인 및 간단한 금연권고의 실천율을 높이고 흡연자들의 금연권고 경험률을 높임.

여기에 덧붙여 조홍준 교수는 금연 서비스 이용자에 대한 모니터링이 부실하며, 취약계층에 표적화된 접근을 할 수 있는 인프라가 갖춰지지 않았다는 문제점을 지적했다. [그림 2-6]이 보여주는 것처럼 동별 박탈수준이 높을수록 금연클리닉 등록률은 낮은 것이 현실이다.

[그림 2-6] 2012년 서울시 금연클리닉 등록률(흡연자)



자료: 조홍준, 2015

또한 취약계층일수록 이러한 서비스에 접근하기도 어렵고 금연에 성공하기도 어렵기 때문에 금연상담사들의 역량과 동기부여는 무엇보다 중요하다. 하지만 금연상담사의 고용이 불안정하기 때문에 장기적으로 경험

을 축적하거나 심도 깊은 교육을 하는 것 자체가 어렵다는 것 또한 중요한 제한점이다(글상자 2-5).

〈글상자 2-5〉 금연서비스 제공의 문제점 예시 (대담 내용)

- "6개월 quitting rate 60%는 있을 수 없는 금연율입니다. 임상실험에서도 60%는 안 나와요. 6개월 내에 원래 정의는 한 모금도 안 핀 사람입니다. 그러니까 이건 실제로 일어날 수 없는 일이지...(중략)... 작년부터 50%가 넘으면 패널티를 주겠다고 그래서 다 45%로 떨어졌어요".
- "금연상담사들이 다 계약직 직원이잖아요. 이 사람들은 10개월 정도밖엔 고용되지 않아요...(중략)... 영국에서 tobacco cessation specialist에게 최소 5일 정도를 교육시켜요. 그러면 한 50시간 정도. 대만, 미국에서도 다 그렇게 해서 어느 정도 competency를 주는가 하면 special population에 대한 접근이 가능하게, 그니까 취약계층, 임산부, 청소년, 정신질환자 이런 사람들을 다 간호하도록 투입시키는게 필요해요. 그리고 이것들이 가능하도록 교육을 시키려면 금연상담사가 우선 안정적으로 고용되어야 합니다."

금연서비스 뿐 아니라 다른 규제정책들에서도 불평등에 대한 고려는 매우 부족하다. 예컨대 홍보/미디어 캠페인도 무차별적으로 시행되는 경우 문화적 수용성이나 건강 문해력이 높은 고학력 계층이 더 잘 받아들여 오히려 불평등이 심화될 수 있음이 알려져 있다(Lorenc et al, 2013, pp.190-193). 하지만 국내의 미디어 캠페인에서 이러한 고려는 거의 없다. 조홍준 교수는 저소득층이 쉽게 접할 수 있는 TV 같은 미디어를 통해 "가난한 사람 자신이 나와서, 환자가 나와서 증언을 하는 게 가장 효과적"이며 "emotional component를 써야지 가난한 사람한테 효과가 있다"는 해외 연구결과를 소개했다(Amos et al, 2013; Hill et al, 2014, pp.89-97). 국내의 대중매체 금연 광고는 이와 거리가 멀다. 넓은 저택의 흔들의자에 앉아 있는 흡연자 모습에 자기 동일시를 할 수 있는 저소득층은 매우 드물 것이며, 척 봐도 가짜임이 분명한 환자 모습은 메시지

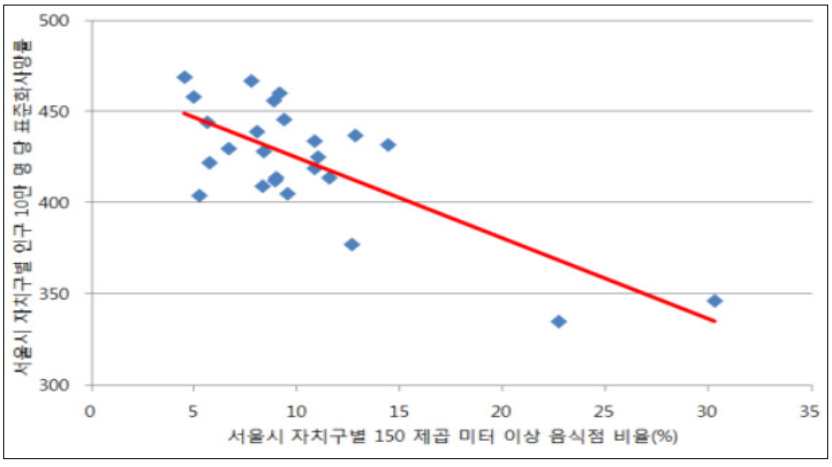
내용에 집중하기 어렵게 만든다. 금연구역 지정에서도 선행 연구 결과들은 자발성에 기초한 부분적 금연구역 제정이 오히려 불평등을 악화시킬 수 있음을 보고했다. 하지만 국내에서는 협조와 단속이 비교적 용이한 대규모 사업장부터 금연구역 지정을 시작했다. 이는 분명히 불평등에 기여했을 것이다(글상자 2-6, 그림 2-7).

〈글상자 2-6〉 금연구역 지정에서 발생할 수 있는 불평등 (대담 내용)

"우리나라는 금연구역 지정을 대형 빌딩, 대형 사업장, 대형 음식점부터 시작했거든요. 이 과정은 명백하게 형평성을 악화시키는 쪽으로 갔습니다. 왜냐하면 이 때 150제곱미터 이상 사업장부터 했거든요. 근데 그 때 어떤 분석을 했냐면, 사망률하고 금연구역 지정사업 간에 부정 상관을 보이는 거예요. 즉, 서초구는 150제곱미터 식당이 많지만 강북구는 하나도 없어요. 그래서 건강상태가 좋지 않은 지역에서 관련 정책을 할 게 없어요... (후략)... "

〔그림 2-7〕 서울시의 자치구별 150제곱 미터 이상 면적을 가진 음식점 비율

(단위: %)



자료: 강영호, 2013

2010년까지 국내 담배규제정책의 건강불평등 영향을 분석한 연구보고서(김명희 등, 2011, p.156)는 다음과 같은 결론을 내린 바 있다. “전반적인 담배규제정책이 강화된 시기에는 최소한 흡연불평등이 악화되지 않고 주춤했던 반면, 그렇지 않은 시기에는 불평등이 악화된 것으로 나타났다. 그나마 이러한 완화 현상도 성인 남성에서만 관찰되었을 뿐, 여성이나 청소년 집단에서는 불평등 감소를 확인할 수 없었다.”(표 2-7)

〈표 2-7〉 담배규제정책의 흡연불평등에 대한 포괄적 영향을 분석한 연구 요약

저자 (연도)	자료	결과 및 결론
강영호 등 (2009)	1995/1999/2003/2006년 사회통계조사	· 1995년과 2006년 사이 남성, 여성 모두 절대적·상대적 흡연율 불평등 증가 · 결론: 한국 담배규제정책의 불평등 개선 효과는 미미
류호영 (2010)	1998/2001/2005/2007년 국민건강영양조사 담배가격, 금연구역, 담배광고, 금연서비스 관련 자료	· 장기추세: 1998~2007년 사이 담배규제정책은 대폭 강화 (담배광고정책만 유지), 흡연불평등은 증가 · 중기추세: 1998~2001년 사이 정책은 유지, 흡연불평등은 증가, 2001~2005년 사이 정책은 강화, 흡연불평등은 유지, 2005~2007년 사이 정책은 유지 또는 다소 약화, 흡연불평등은 증가 · 결론: 장기적으로 담배규제정책은 대폭 강화하였으나 흡연불평등은 확대
감신 등 (2005)	1980~2005년 흡연 자료 (대한 결핵협회, 흡연실태조사)	· 성인 남성흡연율의 감소에 2002년 (담뱃값 인상, 이주일 효과), 2004년 (담뱃값 인상, 비가격정책 강화) 정책 순으로 효과 존재 · 성인 여성흡연율 변화에 효과 있는 담배규제정책은 부재 · 청소년 흡연율 감소에 2001년, 2002년, 2004년 정책 다소 효과 존재, 반면 1989년과 2004년 정책은 각각 남자고등학생과 여자중학생의 흡연율 증가에 효과 존재

자료: 김명희 등, 2011, p.95

개별 규제정책의 경우, 그나마 가격정책의 차별적 영향에 대한 연구들만 찾아볼 수 있었는데, 전반적으로 저소득 혹은 저학력, 청(소)년 계층의

소득탄력성이 더 큰 것으로 나타났다. 하지만 사회경제적 위치 척도에 따라 혼재된 양상도 동시에 관찰할 수 있었다(표 2-8).

〈표 2-8〉 담배 가격 및 조세정책의 효과 평가 연구 결과 요약

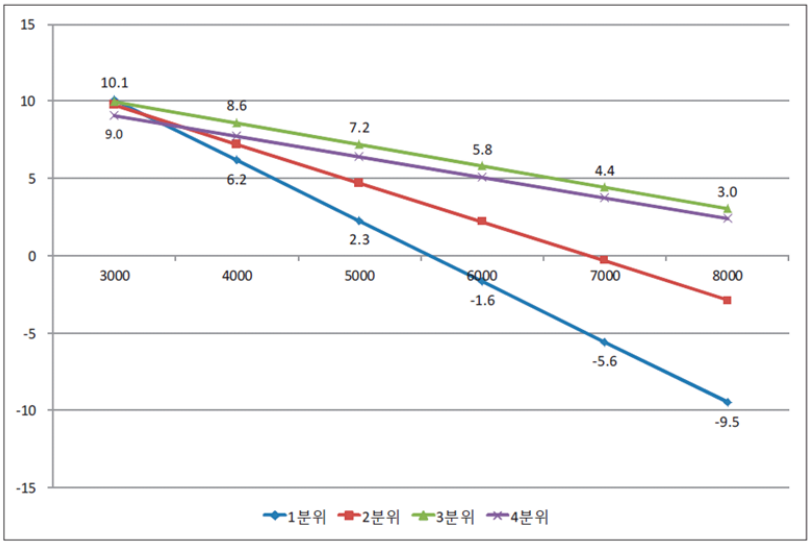
저자 (연도)	자료	담배가격 인상으로 인한 변화
김용익 등 (2003) 김원년 (2004)	1991-2002년 월별 가계지출 자료 (통계청)	* 담배소비의 가격탄력성 ① 전체가구: -0.5206 ② 소득수준: 월 50만원 이하 -0.6103, 월 200만 이상 -0.2485 ③ 교육수준: 고졸 미만 -0.57, 고졸 이상: -0.43 ④ 연령 별: 노년층이 가장 탄력적
김원년 등 (2006)	2004년 담배가격 인상 2주 전 흡연자 700명 패널 구축 - 인상 직전/1개월 /3개월/6개월 시점 추적 관찰)	*담배가격 인상에 따른 흡연 중단율, 흡연량 감소율 ① 연령별 흡연상태변화: 20대에서 흡연 중단율 가장 높고 30대에서 흡연량 감소율 가장 높음. ② 가구수입별 흡연상태변화: 195-295 만원 소득계층에서 6개월 후 흡연 중단율 가장 높으며, 195 만원 미만 소득계층에서 일평균 흡연량 감소 가장 큼. ③ 직업별 흡연상태변화: 학생의 흡연량 감소율, 흡연 중단율이 상대적으로 높으며, 전문직과 무직의 경우 상대적으로 낮음.
김홍배, 조홍준 (2007)	2005년, 서울 남자 인문고, 충남 남녀공학 인문고와 실업고 1개교 자기기입 설문 (총 1,424명)	* 가격 인상 이후 금연 비율 ① 전체 28.6%, 남 27.9%, 여 33% ② 영향요인: 용돈 적게 받는 경우, 금연준비 단계 중 준비기 경우 * 가격 인상 이후 금연 및 흡연량 감소 비율 ① 전체 39.0%, 남 34.3%, 여 33.0% ② 영향요인: 남자에 비해 여자가, 금연 준비단계 중 준비기 경우 * 가격 인상 때문에 금연 및 흡연량 감소 비율 ① 28.9% ② 영향요인: 흡연시작 시기 늦을수록, 인상 이전 흡연량 많을수록
강은정 (2009)	2009년 남성 504명, 여성 225명 금연의향가격 전화조사	*담배소비의 가격탄력성 ① 전체 -0.658 ② 성별: 여자 -0.483, 남자 -0.780 ③ 교육수준: 초졸 이하 -0.570, 중졸 -1.066, 고졸 -0.766, 대학 -0.542 ④ 가구소득: 100만 이하 -0.678, 100만원대 -0.720, 200만원 대 -0.786, 300만원대 -0.548, 400만원대: -0.474

자료: 김명희 등, 2011, p.100

마지막으로 가격인상 조치가 이루어진 것이 2004년이기 때문에, 올해의 담배가격 인상이 가져올 영향에 대해서는 조만간 엄밀한 평가가 이루어질 것으로 보인다. 인상 전에 시행된 효과 추계에 의하면 저소득층의 소득탄력성이 높다는 점에서 불평등 완화 효과가 나타날 것으로 기대된다(조홍준, 2015).

[그림 2-8] 담뱃값 인상에 따른 소득분위별 담배소비량 전망

(단위: 억갑)



자료: 조홍준, 2015

이상의 결과를 종합하면, 그동안 국내에서 시행된 담배규제정책이 건강불평등에 미치는 영향에 대한 평가 자체가 대단히 미진했고, 그나마 가용한 자료에 기초할 때 가격 정책을 제외하면 그 영향은 대단히 미미했다고 할 수 있다.

4. 흡연 불평등 문제를 해결하기 위한 정책과 연구

그렇다면 한국의 흡연 불평등 문제를 해결하기 위해서는 어떠한 전략이 필요할까? 크게 문제를 바라보는 프레임, 규제정책, 연구의 세 가지 측면에서 논하고자 한다.

가. 프레임의 전환

조홍준 교수는 담배규제정책이 보다 적극적으로 실행되지 못하는 이유를 담배기업의 영향력과 이데올로기에서 찾았다(글상자 2-7). 사실 FCTC의 가장 큰 특징 중 하나는 흡연 문제를 '흡연자'가 아닌, '담배'라는 소비상품의 문제로 간주하고 있다는 점이다. 하지만 한국에서는 여전히 담배보다 흡연자가 더 문제인 것처럼 여겨진다. 이를테면 '담배규제정책'이라는 정확한 용어가 있음에도 불구하고 '금연'이라는 용어를 지속적으로 사용하고 있다. HP2020도 모든 정책/사업은 담배라는 유해상품이 아니라 흡연자라는 개인들에게 집중되어 있다. 심지어 비흡연자의 건강피해를 강조함으로써 흡연자를 도덕적으로 비난하는 태도마저 드러낸다. 이러한 배경에는 명시적으로 드러나지 않지만 담배기업의 영향력이 자리하고 있다.

〈글상자 2-7〉 담배규제정책과 담배기업(대담 내용)

- (연구진) 금연 관련 정책이라는 게 사실 가격 올리는 거 빼놓고 나머지는 큰 영향력이 없는데 가장 큰 진전이 안 된 이유는 뭐라고 생각하시는 건가요.
- (조홍준) 진전이 안 된 이유는 담배회사가 실제로 광범위하게 정책결정과정에 영향을 미치고 있는 것이지요. 예를 들면 지난번에 경고 그림 제작할 때 KT&G 직원들이 국회에서 계속 상주하고 KT&G를 대변하는 법률회사들이 계속 상주했어요.

- (연구진) 그건 FCTC 위반 아닌가요.
- (조홍준) FCTC 위반이지. 그런데 그러고 있는 거지.
- "실제로 국세가 부족한 것을 모으기 위해서 기재부가 드라이브를 걸었기 때문에 담배회사가 반대를 못했어요. KT&G가 반대를 못한 게 기재부가 드라이브를 걸었고 KT&G는 거기서 마진을 챙긴 거예요. 그 마진을 150원인가.. (중략)... 올려줬는데 그 마진이 뭔가 하면 편의점에 대한 유통 마진인거야. 그래서 편의점이 돈을 번거야. 매출은 줄었는데 마진은 늘었기 때문에 편의점이 실제로 강력하게 반발하지 않은 거죠."
- "이데올로기적으로 예를 들면, 대개 정부에서 사용하는 공식 용어가 뭔가요. 금연정책이잖아요. 금연정책이라는 게 기본적으로 뭔가 하면 개인이 해야 되는 일인 것처럼 되어 있잖아요. 그러니까 금연 및 흡연 예방 정책이라는 말을 저는 없애야 된다고 계속 주장하고 있는 거죠. 담배를, product를 규제하는 정책이지 개인을 불편하게 하는 게 정책의 목적이 아닌 거예요. 우리는 알코올 정책을 절주정책이라고 하지 않습니까. 절주정책은 이건 알콜 회사가 쓰는 말이에요. moderation of alcohol. 실제로 용어나 이런 정책들이 이데올로기에 진짜 노획되어 있어요."
- "Glantz가 말하길, 대한민국의 담배규제 정책이 나아가야 할 방향은 바로 norm을 바꾸는 거라고 하는 거예요. 그래서 media campaign이 중요하다. 흡연율 몇 퍼센트 낮추는 게 중요한 게 아니라 norm을 바꿔서 근데 그게 mechanism 제일 위에 tobacco industry가 들어가지 않습니까."

담배기업들은 선택의 자유와 규제정책의 비효과성을 강조하면서 담배 문제를 일부 흡연자의 개인적 문제로 축소하고 있다. 각종 담배규제를 무력화시키기 위한 합법적, 비합법적 노력은 물론 역학/임상 연구의 타당도에 흠집을 내는 일도 서슴지 않는다(김명희 등, 2011). 이러한 담배기업의 영향력을 그대로 둔 채 담배규제 정책은 성공을 거두기 어렵다. 규제의 초점을 담배라는 생산품에 두고 이를 규제하는 방향으로 프레임이 전환되어야 한다.

나. 정책과 사업

조홍준 교수는 흡연 불평등을 완화하기 위해서는 다음의 세 가지가 우선적으로 시행되어야 한다고 주장했다.

첫째, 대중적 인기는 없지만 가격정책이야말로 불평등을 완화할 수 있는 가장 확실한 정책이다. 문제는 이렇게 확보한 세수를 적절한 곳에, 효과적인 방식으로 지출해야 시민들로부터 정당성을 확보할 수 있다는 점이다. 건강증진기금을 아예 관련 없는 곳에 투입하여 정치적 논란이 되는 것은 차치하더라도, 담배규제에 투입되는 자원의 상당 부분이 효과성이 검증되지 않은 학교보건 프로그램이나 개인 금연서비스에 집중되는 것은 매우 우려스럽다. 특히 금연서비스의 경우, 세수 인상의 명분을 확보하기에 가장 적합한 서비스인 것은 분명하지만, 취약계층을 표적으로 하는 특별한 고려가 없다면 오히려 불평등 심화에 기여할 가능성이 높다.

둘째, 중앙정부 차원에서 취약계층, 청소년에게 적합한 미디어 캠페인을 진행하는 것이 필요하다. 확보한 건강증진기금의 상당 부분이 여기에 투자되어야 한다. 미디어 캠페인은 자체의 효과성은 불분명하더라도, 사회적 규범을 바꿈으로써 다른 규제정책의 수용성을 높이는 데 기여할 수 있다. 단, 지금과 같은 방식의 광고나 교육 모형은 오히려 불평등을 심화시킬 수도 있음을 고려하여, 취약계층, 청소년들에게 적합한 내용과 방식의 미디어 캠페인을 전개해야 한다.

셋째, 지방자치단체 수준에서는 취약계층에 대한 금연 서비스 제공을 확대하고, 금연구역 시행 모니터링을 강화하며, 청소년에 대한 담배 판매 단속을 강화해야 한다. 물론 이를 위해서는 앞서 제기했던 것처럼 금연상담사 등 금연서비스를 지원하는 인프라를 강화하고, 법률을 개정하는 (담배 판매 단속은 보건소가 아니라 경찰 소관) 등의 과제들이 선결되어야 한다.

덧붙일 것은, 개별 서비스 제공보다 포괄적인 인구집단 전략의 중요성이 훨씬 강조되어야 한다는 점이다. 개개인에게 서비스를 제공하는 것이 직관적이기는 하지만, 포괄적인 인구집단 전략에 비해서는 매우 비용이 많이 들고 비효율적이다. 보건학자이자 열성적인 금연 활동가이기도 한 호주 시드니 대학 Simon Chapman 교수의 주장대로 "터프한" 공중보건 정책의 중요성은 아무리 강조해도 지나침이 없다(글상자 2-8).

〈글상자 2-8〉 고위험 접근법과 인구집단 접근법의 차이 (대담 내용)

"우리나라 금연 클리닉이 전체 흡연자의 4퍼센트를 접근합니다. 영국도 8퍼센트에서 10퍼센트 접근하거든요. 그런데 거기에서 금연율을 올려도 이게 전체 흡연율에 미치는 영향이 대단히 미미해요. 그래서 이게 굉장히 큰 논쟁인데 호주의 Simon Chapman이 말하기를, unassisted quitting이라고 주장을 했어요. 즉, population approach를 해야지, 개인 금연서비스는 예산만 막대하게 투입되거든요. 약을 써야 하고 individual service를 해야 하잖아요. 다시 말해, Simon의 주장은 담배규제 정책으로 제일 좋은 것은 담뱃값 올리고, 캠페인하고, 실내금연 강화하는 것이라는 겁니다. 개인을 일일이 불러 놓고 금연 치료할 필요는 없다고 해서 영국에 엄청난 논란을 불러일으켰습니다. 사실 저도 그렇게 생각하는 게, 금연 보험 급여를 하는데 영국의 전체 흡연자의 한 25퍼센트가 약의 도움을 받아요. 자기가 약국에서 사든 의사의 도움을 받든 smoking cessation service를 받아요. 그런데 호주가 흡연율이 훨씬 낮거든요. 호주는 15퍼센트인가…(후략). 그러니까 실제로는 터프한 공중보건 정책이 중요한 거라고 저도 믿어요. 하지만 smoking cessation service를 안할 수는 없어요. 왜냐하면 비용효과분석을 해보면 smoking cessation service는 아무리 비싼 서비스도 cost saving으로 나와요. 고혈압 치료하는 거랑 비슷해요. 외국 자료로 보면. 하지만 담뱃값 올리고 담배 못 피게 하고 이거에 비해서는 돈이 무지하게 많이 드는 거죠."

다. 필요한 연구

현재 국내 흡연 불평등 현황과 추세에 대한 연구는 매우 활발한 편이다. 문제는 이러한 연구가 정책과 중재로 충분히 전환되지 못하고 있다는 점이다. 조홍준 교수는 두 가지 연구 방향을 제시했다.

첫째, 현황과 중재의 지점을 연결하여 '어떻게'의 문제를 해결하는데 도움이 되는 학제 간 연구, 특히 사회학적, 인류학적 접근을 포괄하는 연구가 필요하다. 취약계층이 담배를 왜 더 많이 피우는지, 왜 담배를 끊을 수 없는지, 개인들의 그러한 선택을 강제하는 사회적 맥락은 무엇인지 파악할 수 있어야 그에 적합한 중재 대안을 마련할 수 있다(글상자 2-9).

〈글상자 2-9〉 취약계층의 담배 사용 특성 (대담 내용)

> "예를 들면 콜센터 직원들이 담배를 피우는 것은 합리적인 행동인 것이, 하루 종일 고강도 스트레스를 받고나면 아무것도 하고 싶지 않대요. 음주와 흡연, 딱 두 가지에 대한 욕구만 남는데, 술은 근무시간 중에는 못 마시지만, 담배는 딱 3분 동안 피우고 올 수 있게 해줘요. 그리고 우리가 관찰한 곳은 화장실 가는 것은 자유롭게 못해도, 담배 피우는 것은 양해를 해주더라고요. 그러니까 스트레스 해소를 위하여 흡연을 선택하는 게 말하자면 합리적인 행동인데…(중략)…. 그 다음에는 중소기업 남자 노동자를 찾아갔는데, 담배에 대한 의존성이 굉장하더라고요. 하루에 담배 2갑 내지 3갑을 피워요. 그리고 담배가 없으면 불안하다는 겁니다. 그런 사람들은 dependency treatment가 필요하겠더라고요."

둘째, 지식이나 태도의 개선이 아닌 실제 흡연 감소나 금연 증가라는 결과 지표를 채택한 중재 효과성에 대한 평가 연구가 필요하다. 효과적인 중재를 가능케 하는 제반 조건들까지 포함하여 강건한 연구 설계를 가진 비교적 장기간에 걸친 중재 연구가 절실하다. 특히 불평등 완화와 관련하여 '어떻게'라는 중재의 전달방식에 대한 연구가 반드시 이루어져야 한다.

5. 결론

그동안의 담배규제정책이 불평등 완화에 충분한 기여를 하지 못한 것으로 보이며, 효과에 대한 근거기반 또한 충분하지 않다. 전반적인 흡연률과 사회계층 간의 흡연률 격차는 독립된 현상이 아니다. 흡연과 흡연불평등을 동시에 고려해야 한다.

하지만 HP2020에는 이와 관련된 명시적인 목표와 구체적인 정책수단이 확보되어 있지 않다. 형평성을 위한 별도의 정책을 마련하기보다는 모든 정책의 입안과 집행에서 형평성의 렌즈를 적용하는 것이 흡연 분야에서도 절실하게 필요하다.

제2절 알코올 소비

한국 사회의 알코올 문제가 심각하다는 데에는 전문가들은 물론 많은 일반 시민들도 동의할 것이다. 일상생활에서 술 덕분에 즐거운 시간을 보내는 경우도 있지만, 유쾌하지 못한 경험, 혹은 건강문제나 위험한 상황이 발생하는 경우가 비일비재하다. 이는 구체적인 수치로도 확인된다. 세계질병부담연구에 의하면 2010년 현재 한국인 사망의 9.2%, 질병 부담의 9.4%가 알코올 사용에서 비롯되었다. 특히 남성의 경우, 사망과 질병부담의 16%가 알코올 사용과 관련 있으며, 이는 질병부담 위험 요인들 중 가장 기여도가 큰 것이다. 전 세계적으로 사망의 5.2%, 질병부담의 3.9%가 알코올 사용과 관계있다는 연구결과에 비추어 보면, 한국 사회에서 알코올의 부정적 영향(IHME, 2014)(그림 2-1 참조)이 얼마나 큰지 짐작할 수 있다(김명희 등, 2014, p.5).

이러한 건강문제는 당연히 높은 알코올 소비 수준과 관련 있다. 2012년의 주류 총 출고량을 알코올 단위로 환산하면 총 304만 킬로리터에 달하는데(김명희 등, 2014, p.1), 이는 어린이까지 포함하여 국민 1인 당 연간 약 59.8리터의 알코올을 소비했음을 뜻한다. 2005년 통계를 기준으로 1인당 총 알코올 섭취량은 세계보건기구 회원국 186개국 중 13위이며, 도수가 높은 증류주 소비량은 전 세계에서 가장 많다(WHO, 2011).

알코올이 건강에 미치는 부정적 효과는 잘 알려져 있다. 두경부암, 유방암, 간암, 대장암 같은 각종 암은 물론 알코올 의존증과 우울증을 포함하는 정신질환, 간경화와 췌장염 등 소화기질환, 결핵이나 폐렴 같은 감염성 질환, 저체중아 출산이나 태아알코올증후군 같은 주산기 문제가 대표적이다. 급성중독과 손상, 폭력, 특히 자살과의 관련성 또한 중요하다. 특히 유방암이나 자살은 알코올 섭취와 선형적 관계를, 간경화와 교통사고는 비선형적 가속 형태로 급증하는 것으로 알려져 있다(Babor et al, 2010).

이렇게 국내 알코올 소비 수준이 높고 그 폐해가 크다는 점이 지속적으로 지적된 것에 비해, 알코올 규제는 매우 취약한 것이 현실이다. 어쩌면 높은 알코올 소비 수준 자체가 취약한 규제정책에서 비롯된 것이라고도 할 수 있다. 이렇게 전반적 문제가 심각하다보니, 알코올 관련 불평등에 대해서는 학술적으로나 정책적으로 아직 관심 수준이 낮다. 이 장에서는 국내의 대표적 알코올 문제 연구자들인 인제대학교 제갈정 교수, 삼육대학교 천성수 교수와의 간담회 내용을 토대로, 국내의 알코올 문제 불평등과 규제 실태, 바람직한 정책과 연구 방향들을 제안하고자 한다.

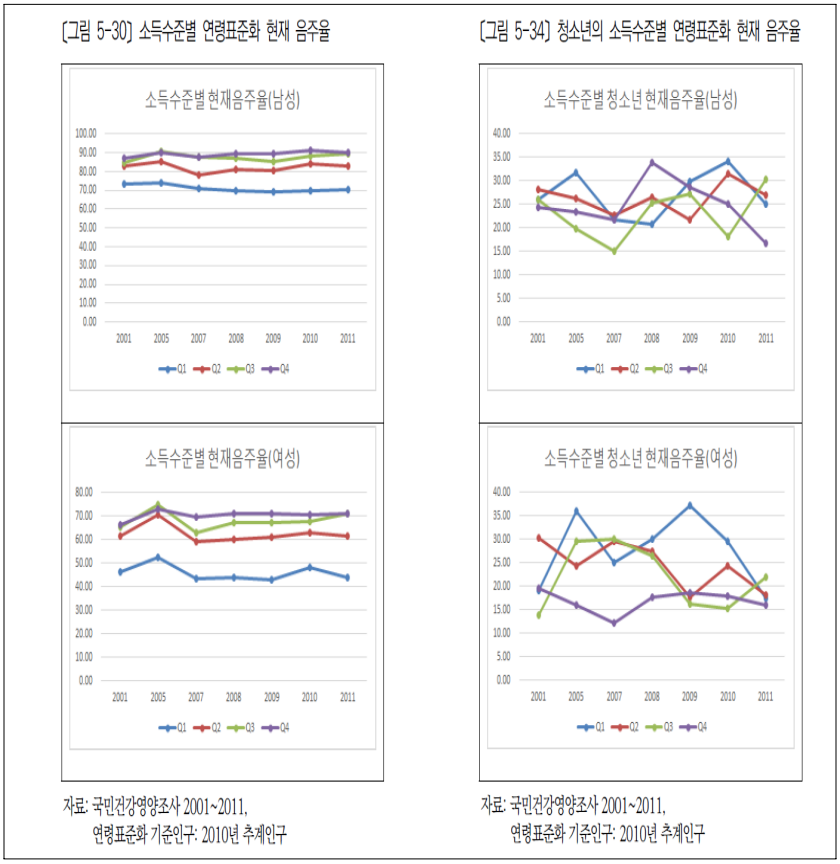
1. 알코올 소비 수준, 알코올의 폐해와 불평등

흡연 문제와 달리, 알코올 소비에서의 사회경제적 불평등은 훨씬 복잡하며 분명하게 드러나지 않는 경향이 있다. 한국의 만연한 음주 문화와

전반적으로 높은 소비 수준 탓이다. 국민건강영양조사 자료 분석 결과는 오히려 가장 소득이 낮은 계층에서 음주율이 낮음을 보여주기도 했다. 청소년의 경우에도 뚜렷한 불평등 경향을 확인하기 어렵다(김동진 등, 2013, pp.324-327).

[그림 2-9] 소득수준별 성인과 청소년의 현재 음주율

(단위: %)



자료: 김동진 등, 2013, pp.315-319

고위험 혹은 문제음주를 살펴보아도 여전히 혼재된 양상이다. 예컨대 1회 평균 음주량이 남 7잔, 여 5잔 이상이면서 주 2회 이상 술을 마시는 경우를 '고위험 음주'로 정의할 때, 남녀 모두 저학력 집단일수록 유병률이 높지만, 소득 계층에 따른 일관성은 찾아보기 어렵다. 직업군으로는 서비스/판매직군에서 고위험 음주 유병률이 가장 높다(표 2-9). 지역별로는 "동고서저(東高西低)"라 할 수 있는, 강원도, 경상북도, 경상남도 인근의 높은 음주율 이외에 사회경제적 분포를 확인하기는 어렵다(김동진 등, 2014, pp.192-193)(표 2-10).

〈표 2-9〉 고위험(문제) 음주율 (성별, 사회경제적 지위별, 2011년)

(단위: %)

구분		2011(전체)		2011(남성)		2011(여성)	
		조율	표준화율	조율	표준화율	조율	표준화율
소득 수준별	하	18.9	25.3	28.4	36.7	9.5	13.5
	중하	26.5	30.6	40.6	43.4	12.3	15.5
	중상	25.2	26.4	38.0	37.1	12.6	12.0
	상	25.4	27.8	42.1	41.3	8.6	8.5
교육 수준별	(30-64세)						
	초졸 이하	25.5	30.3	48.4	-	12.9	20.8
	중·고졸	26.9	30.2	44.4	43.3	11.8	14.4
	전문대졸 이상	26.0	29.9	40.0	41.3	8.5	8.5
	(65세 이상)						
	초졸 이하	11.3	12.9	22.9	26.4	2.7	2.9
	중·고졸	26.2	27.7	30.2	27.2	14.3	23.6
	전문대졸 이상	19.7	18.9	21.7	20.5	4.6	2.2
직업별 (30-64세)	육체직	31.2	33.6	41.6	42.0	9.5	9.2
	서비스·판매직	29.6	32.9	48.4	46.6	16.3	20.8
	사무직	31.1	35.1	43.3	45.0	8.2	8.1

자료: 김동진 등, 2014, p.193

〈표 2-10〉 고위험(문제) 음주율 (성별, 시도별, 2011년)

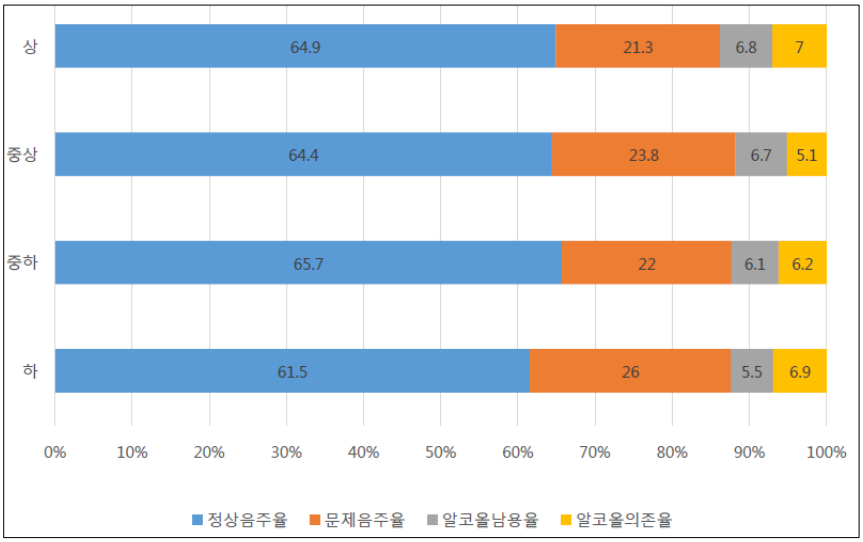
(단위: %)

구분	2011(전체)		2011(남성)		2011(여성)	
	조율	표준화율	조율	표준화율	조율	표준화율
전국	24.6	27.7	38.5	39.9	10.9	12.3
서울	25.3	28.2	40.5	41.7	9.5	10.9
부산	22.4	27.0	34.3	38.2	9.9	15.0
대구	21.3	24.0	37.4	38.9	6.5	6.1
인천	26.5	29.4	39.6	39.8	14.5	15.4
광주	19.9	18.4	30.9	28.9	7.9	5.3
대전	30.5	33.5	44.6	51.1	16.7	16.2
울산	26.0	33.5	47.6	56.4	9.3	12.9
경기	23.2	26.1	34.5	35.3	13.3	14.8
강원	34.1	38.1	49.3	51.1	17.5	16.4
충북	28.3	31.2	40.5	39.6	11.9	14.2
충남	24.2	28.0	37.9	42.7	9.2	9.9
전북	19.9	17.0	30.9	20.0	9.4	12.0
전남	23.0	22.9	36.7	35.9	8.2	7.0
경북	27.1	34.9	40.8	54.7	10.0	11.1
경남	24.9	31.9	45.4	48.3	7.2	8.6
제주	24.8	21.6	37.3	32.5	7.1	2.9

자료: 김동진 등, 2014, pp.192

하지만 AUDIT 점수를 이용하여 알코올 소비 수준을 세분하는 경우 조금 다른 결과를 확인할 수 있다. 소득계층이 낮아질수록 정상 소비군의 비중은 줄어들고 문제/남용/의존증의 비중이 높아진다.

[그림 2-10] 소득계층별 음주 양상, 2012년



자료: 국민건강영양조사, 2012

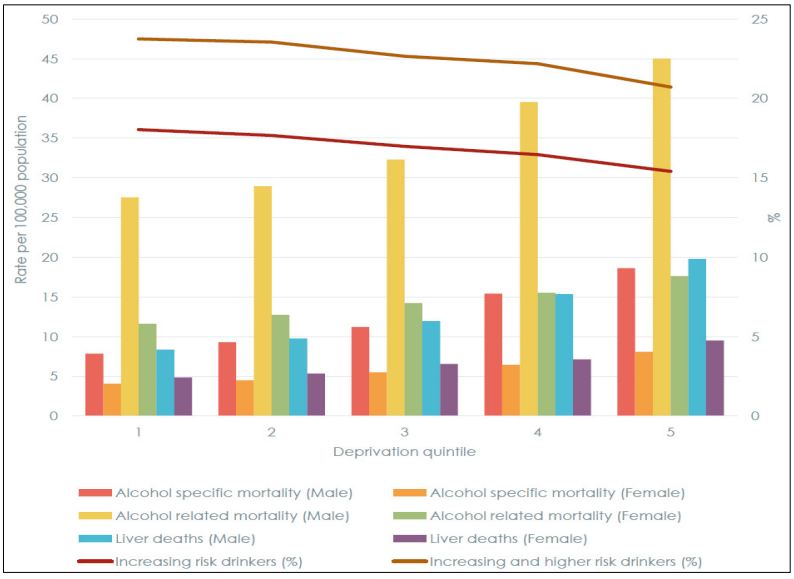
여기에서 유념해야 할 것이 바로 '폐해의 역설(harm paradox)'이다. 이는 취약계층의 알코올 소비량이 다른 계층과 비슷하거나 오히려 적음에도 불구하고, 알코올 관련 건강 폐해는 더 많이 경험하는 현상을 지칭한다. [그림 2-11]는 잉글랜드에서 지역 박탈 수준에 따른 알코올 소비, 건강 폐해 규모를 보여준다. 지역 박탈수준이 높아질수록 음주율은 낮아지는데 비해, 알코올과 관련된 사망이나 상병의 빈도는 오히려 높아지는 것을 관찰할 수 있다.

이는 지역 간 의료서비스 접근성 차이 같은 혼란효과나 저소득층의 차별적 과소 보고에 의해 나타난 것일 수도 있지만, 무엇보다 음주 유형의 차이에서 비롯된 부분이 크다. 전반적, 평균적 소비량이 문제라기보다 폭음 같은 음주 유형이 더 중요한 문제일 수 있음을 시사한다.

이러한 결과는 중등도 음주자에게 경제적 부담을 주지 않으면서 낮은

사회경제적 집단에 속한 위험 음주자에게 더 큰 영향을 미치는 최저가격제를 지지하는 근거로 받아들여지고 있다(Alcohol Research UK, 2014).

[그림 2-11] 잉글랜드의 박탈 수준에 따른 알코올 관련 사망률과 음주 유형



자료: Alcohol Research UK, 2014

국내 자료도 일부 이러한 설명에 부합한다. 예컨대 현재 음주율로만 보았을 때에는 가장 낮은 소득분위에서 음주율이 가장 낮지만, 문제/남용/의존의 비중은 상대적으로 더 높다는 점에서 그러하다. 하지만 앞서 소개한 잉글랜드 사례만큼 뚜렷하지는 않다. 고도주인 소주 가격이 매우 저렴해서 계층 간 접근성 차이가 거의 없고, 음주 문화가 워낙 만연해 있는 탓이라 할 수 있다. 예컨대 중장년 취업 남성의 폭음이 다른 집단보다 심각한 것은 '박탈'이나 '빈곤'으로는 설명할 수 없는 부분이다(글상자 2-10).

〈글상자 2-10〉 저렴한 고도주와 저소득층의 알코올 접근성 (대담 내용)

- 제갈정: 우리나라 같은 경우는 특히나 고도주인 소주가 너무 싸기 때문에 가난한 사람이 덜 마신다는 부분이 잘 안 맞는 부분이 있는 거 같아서... 다른 나라들과 같이 종량제로, 알코올 도수가 높으면 더 비싸야 하는데 우리나라는 그렇지 못합니다.
- 천성수: 우리나라는 외국하고 음주패턴에서 차이를 보이는데, 위험음주인 폭음률의 경우, 외국은 나이가 들어갈수록 폭음률이 줄어드는 것이 특징이에요. 그런데 우리나라는 폭음률이 inverted U 패턴이에요. 오히려 3,40대 50대까지 피크를 타다가 내려가는 경향인...(중략)...(외국에서는) 젊은이들의 폭음률을 어떻게 줄일 것인가에 초점을 두면 되는데 우리는 전 연령을 다 커버해야 되고 실제적으로 젊은이들도 많지만 중년 남성이 이런 경향이 심하거든요 ...(중략)... 산업현장의 스트레스라든지 회식문화 등이 동반되어 나타난 특징이라고 봅니다. 그래서 아마 수그러지더라도 노인층까지 패턴이 이어진다고 볼 수밖에 없을 것 같습니다.

하지만 분명한 것은 알코올 문제가 빈곤, 폭력 같은 사회적 문제로 이어진다는 점이며, 이에 대한 삽화적 사례들은 매우 풍부하다. 해외에서도 빈곤이나 가정폭력 예방의 지렛대로 알코올 문제에 초점을 두는 경우가 드물지 않다(글상자 2-11).

〈글상자 2-11〉 알코올과 빈곤, 폭력 문제의 연관성 (대담 내용)

- 천성수: 최근에 NGO 활동들을 보면 특히 빈곤과 음주. 그러니까 알코올을 잘 컨트롤해주면 빈곤이 개선이 되고 폭력이 감소하고 가정이 평안케 되다는 포맷을 가지고 접근을 하는데 대표적 기관 중 하나가 Forut이라고.. (중략)... 음주예방은 빈곤, 폭력, 가정 학대를 감소하는 최우선 정책이라고 보고 있습니다.
- 천성수: 결국 술을 많이 마셔서 빈곤하게 된 건지 아니면 빈곤해서 속상해서 술을 많이 마시는 건지 선후 관계가 애매하긴 하지만, 항상 고리는 음주가 빈곤을 유발할 가능성이 높다. 예를 들어서 알코올 중독이라든지 질병을 치료하면서 직업의 기회를 상실하고 당연히 그러니까 빈곤의 늪에 빠지게 되고, 그게 이제 계속 가는 패턴....

또한 높은 남성 음주율 이면에 자리한 여성 음주의 심각성도 불평등 측면에서 주목해야 한다. 여성 음주 문제에 대한 사회적 인식 수준이 낮고, 치료과정에서 사회적 지지가 불충분하거나 낙인이 심각하기 때문에, 치료와 재활이 더욱 어려운 경향이 있다(글상자 2-12).

〈글상자 2-12〉 음주 불평등과 젠더 이슈

- 천성수: 예를 들면 YMCA 강사에게 여성 알코올 중독자가 얼마나 되는지 파악해달라고 했더니, 그냥 평범한 프로그램인데도 불구하고 프로그램 참여자 절반 이상이 알코올 문제가 있었어요.
- 제갈정: 예전에 여성 중간 거주시설을 운영할 때도 여성들은 거의 안 와요. 와도 한 일주일쯤 있으면 가족들이 오히려 와서 데리고 가요. 그리고 우리 엄마나 아내가 중독이다, 즉 여자가 중독이다가 사회적 낙인이 더 심하니까 그거를 가족들이 용인되지 않는 거죠.. (중략)... 형평성 문제를 성에 대한 것도 같이 고려해야 한다고 봐요. 여성의 알코올 중독 문제는 치료도 잘 안 되고 심리적 영향도 훨씬 더 많이 받는 거 같아요. 여성들이 남성들보다는 감성적인 부분도 있어서 자살이나 이런 쪽으로도 훨씬 더 많이 시도를 하고

종합하자면, 국내에서 음주의 사회경제적 불평등은 흡연에 비해 뚜렷하고 일관된 양상을 찾아보기 어렵다. 이는 독특한 사회문화적 맥락과 저렴한 주류 가격이 상호작용한 결과라 할 수 있다. 하지만 이는 불평등이 심각하지 않다는 것이라기보다, 이와 관련한 심층적 연구가 취약하다는 것은 시사한다. 젠더 차이, 지역 간 격차, 폐해의 차별적 영향에 대한 분석이 시급하다고 할 수 있다.

2. 음주 불평등 완화를 위한 정책과 사업

알코올과 관련한 공중보건 정책은 크게 예방 정책과 치료 혹은 조기 중재 서비스를 위한 정책으로 구분할 수 있다. 예방 정책은 다시 가격 정책과 비가격 정책으로 구분된다. 가격 정책이란 가격이나 세금을 통해 비용 부담 가능성을 변화시키고 이를 통해 소비 변화를 유도하는 정책이다. 비가격 정책은 가격 이외의 수단을 통해 주류 생산과 유통, 소비에 영향을 미치는 방식을 총칭한다. 여기에는 물리적 가용성에 대한 규제, 음주 상황에서의 개입, 음주운전 규제, 광고와 마케팅 규제, 교육과 설득 등의 전략이 포함된다. 치료와 조기 중재 서비스는 이미 알코올로 인한 문제가 발생한 사람들을 어떻게 치료하며 상황이 더 악화되기 전에 중재할 수 있을지를 다루는 정책이다(김명희 등, 2014, p.10).

Babor et al.(2010)은 현행 알코올 규제정책들을 망라하고, 학술적 근거의 뒷받침 정도, 지속적인 효과성을 평가한 바 있다. 그 결과, 세금을 통한 가격 인상 조치, 판매제한 같은 물리적 가용성 저하 조치, 음주운전 단속, 광고 제한, 치료와 재활 등이 효과적인 것으로 나타났다. 이러한 규제정책들은 효과성을 뒷받침하는 연구결과도 충분하며 이미 여러 국가들에서 활용되고 있다. 이에 비해 주류 기업들의 자발적 규약, 주로 보건교육이나 홍보에 의존하는 대중 캠페인은 거의 효과가 없는 것으로 나타났다. 한편 공공장소에서의 음주 제한은 효과성을 판단하기에는 아직 연구성과가 충분하지 않은 것으로 결론 내렸다(Babor et al, 2010, pp.243-248).

〈표 2-11〉 효과와 근거 면에서 본 알코올 규제정책

	효과 (Effectiveness)	연구 근거 (Research support)	여러 국가의 경험 (Cross-national testing)
세금	+++	+++	+++
판매제한	+++	+++	++
공공장소 음주 금지	?	+	+
구매연령 제한	+++	+++	++
판매시간 제한	++	++	+++
판매장소 제한	++	+++	++
음주 검문소 설치	++	+++	+++
무작위 음주단속	+++	++	++
음주단속 기준 강화	+++	+++	+++
광고 제한	+/++	+++	++
주류회사의 자발적 규약	0	++	++
대중 캠페인	0	+++	++
급성 중독자 치료	+++	+++	+++
의학·사회적 재활	+++	++	++

주: 0: 효과 없음, ?: 근거 부족, + ++ +++: 효과 강도
자료: Babor et al, 2010, pp.243-248

알코올 규제정책의 전반적 효과성이 아닌, 불평등 영향에 대한 평가 연구는 매우 부족하다. 명시적으로 불평등 영향을 평가한 경우는 그나마 가격정책, 특히 최저가격제의 효과성에 대한 연구들이 일부 존재한다. 예컨대 Holmes et al.(2014)은 '셰필드 대학 알코올 정책 모형(Sheffield Alcohol Policy Model)'에 기반하여 소득과 사회경제적 수준에 따른 최저가격의 효과를 평가한 바 있다. 알코올 단위 당 최저가격을 45펜스로 할 때 전체적으로 1.6%의 알코올 감소가 유발되며, 중등도 음주자보다는

위험 음주자에게서 가장 큰 행동 변화가 나타났다. 특히 가장 낮은 소득 분위에서 영향이 크게 나타나, 결론적으로 저소득층의 위험 음주자에게 가장 효과적이라고 말할 수 있었다. 한편 청소년을 겨냥한 광고 제한, 취약계층 밀집지역의 주류 판매점 밀도 제한 등이 아마도 저소득층이나 취약계층에게 바람직한 영향을 가져올 것으로 짐작되지만 아직 근거는 불충분하다. 반면 금연서비스와 마찬가지로 개인에 기반한 중독 치료나 재활 서비스는 취약계층에게 특별한 우선순위를 두지 않는다면 불평등을 심화시킬 가능성이 높다.

3. 한국의 알코올 규제 정책과 음주 불평등 문제

국내 알코올 규제정책의 가장 기본이 되는 것은 HP 2020이다(보건복지부, 2011). 특기할 만한 사실은, HP2020에 알코올 규제가 '절주'로 다루어진다는 점이다. 앞 장에서 '담배규제' 정책을 '금연' 정책이라고 부르는 것을 비판했지만, 이는 그보다도 한 발 더 후퇴한 개념이라 할 수 있다. '알코올 규제'도 아니고 '금주'도 아닌 '절주 (moderation)'라는 표현을 사용한 것 자체가 정부의 미온적인 규제 태도와 주류산업의 강력한 영향력을 드러낸다.

HP2020의 알코올 관련 항목들 중 불평등 내용이 언급된 것은 근로자의 월간 음주율과 고위험 음주율 저하, 소득 1/4분위 계층과 다문화 가정의 고위험 음주율 감소 정도이다. 하지만 이러한 고위험 집단의 선정 근거나 목표치 설정의 근거는 별도로 제시되어 있지 않다. 또한 이들 고위험 집단의 초과위험을 평가할 수 있는 준거집단에 대한 설명도 별도로 제시되지 않았다. 말하자면 담배에 비해서도 불평등 관련 고려 수준이 낮다고 할 수 있다.

〈표 2-12〉 국민건강종합증진계획 2020 '절주' 항목의 목표 1

지표명	2005	2008	2020	사업명
2-1. 국가알코올 소비량을 감소시킨다.				
15세 이상 1인당 연간 순수알코올소비량	8.3ℓ	8.8ℓ	7.2ℓ	
성인 월간음주율				
남자	72.6%	74.6%	64.0%	
여자	36.9%	44.9%	40.0%	
대학생 월간음주율	(2003년)			
남자	94.4%	-	80.0%	
여자	89.2%		79.0%	
청소년 월간음주율				
남자	27.0%	26.1%	17.5%	
여자	26.9%	22.6%	14.5%	
근로자 월간음주율				가. 주류판매
남자	76.8%	80.0%	64.0%	면허제도
여자	42.2%	53.7%	40.0%	개선사업
청소년 최초음주평균연령 연기				나. 주류가격
남자	12.6세	13.1세	14.3세	조정 사업
여자	13.0세	13.4세	14.7세	다. 음주조장
2-2. 위험음주행동을 감소시킨다.				환경
성인 고위험음주율 감소				개선사업
남자	23.2%	28.3%	18.0%	라. 교육 및
여자	4.6%	8.5%	5.0%	정보제공
대학생 고위험음주율 감소	(2003년)			사업
남자	43.1%	-	22.0%	마. 음주문제
여자	22.4%		12.0%	예방 사업
근로자 고위험음주율 감소				바. 절주사업 및
남자	-	34.0%	20.0%	평가시스템
여자		11.9%	6.0%	구축 및
청소년 위험음주율 감소				지원사업
남자	37.9%	41.0%	30.0%	
여자	51.2%	49.2%	35.0%	
2-3. 음주관련문제를 감소시킨다				
음주운전사고발생률 감소(인구10만명당)	72.7명	71.7명	60.0명	
연간 음주운전 경험률 감소				
남자	24.2%	23.2%	10.0%	
여자	5.7%	6.7%	3.0%	
음주운전 차량 동승률 감소				
남자	20.8%	19.5%	10.0%	
여자	11.9%	15.5%	9.0%	

지표명	2005	2008	2020	사업명
청소년 음주운전 경험률 감소				
일반청소년	10.9%	4.9%	4.0%	
위기청소년	48.5%	41.2%	30.0%	
음주관련사망률 감소(인구10만명당)	9.2 (2006년)	9.4명	8.3명	
2-4. 고위험계층의 위험음주행위를 낮춘다.				
소득 1/4분위층의 고위험음주율 감소				
남자	-	32.6%	22.0%	
여자		11.3%	6.0%	
노인층의 고위험음주율 감소	13.6%	11.0%		
임산부의 음주율 감소	-	-		
다문화가정의 고위험음주율 감소				
남자	-	32.6%	22.0%	
여자		11.3%	6.0%	
2-5. 음주조장환경을 개선한다.				
청소년 주류구매시도자비율 감소	86.0%	82.1%		
청소년 주류구매 경험률 감소	49.3%	49.9%		
주점출입시 성인신분 미 확인율 감소				
일반청소년	38.6%	34.7%	20.0%	
위기청소년	44.1%	45.3%	30.0%	
주류광고인지도	-	-	50.0%	
국가절주홍보물(TV) 인지도	-	-	50.0%	

자료: 보건복지부, 2011, pp.109-110

소위 '절주' 정책의 추진방향은 다음과 같다(글상자 2-13). 고위험군에 사업을 집중한다고 명시하고 있지만, 이는 대개 절주교육과 상담 서비스에 국한되어 있다. 대중캠페인이나 교육은 전형적으로 효과성이 없는 사업이며, 특히 교육/정보전달 중심의 접근법이 저소득, 저학력 계층에서 효과를 발휘하기 어렵다는 점은 잘 알려져 있다(Lorenc et al, 2013, pp.109-193).

〈글상자 2-13〉 제3차 국민건강증진종합계획의 '절주' 정책 추진방향

1) 알코올사업의 실효성 제고를 위한 법제도 정비
2) 음주 고위험군에 대한 사업집중
○ 음주로 인한 폐해 위험성이 상대적으로 큰 사회계층인, 청소년, 여성, 그리고 노인층에 대한 체계적이고 구체적인 사업과 프로그램을 제공한다.
- 학령기 이전의 어린이부터 청소년에 이르기 까지 연령별 수준에 알맞은 교육프로그램을 개발하고 보급하며, 특히 위기청소년을 위한 절주교육 및 상담프로그램을 제공하며, 여성 위험음주자 감소를 위한 특별한 사업을 전개하고, 특히 임신가능성이 있는 젊은 여성들을 위한 사업 및 교육시스템을 제공한다. 또한 노인층을 위한 다양한 대안 프로그램과 절주상담 및 교육프로그램을 제공한다.
○ 고위험음주율이 높은 사회계층인 대학생, 근로자 및 저소득층을 위한 집중적인 사업과 프로그램을 제공한다.
- 대학생의 고위험 음주를 감소시키기 위한 대학정책과 대학-지역사회 간의 연계사업, 대학생들의 자발적인 건전음주문화 정착을 위한 전략과 사업들을 특별히 제공한다. 근로자들의 고위험음주율을 감소시키기 위해 산업장에서의 알코올규제전략 수립을 비롯한 절주교육 및 상담프로그램의 제공, 산업장과 지역사회의 연계사업 등을 개발 한다. 저소득층의 고위험음주 예방을 위한 집중적인 교육 및 상담 사업을 제공하고, 서비스를 제공한다.
3) 체계적이고 조직적인 교육 및 정보체계 구축
4) 주기적인 지표관리, 평가체계 및 국가절주사업추진체계 구축

자료: 보건복지부, 2011, pp.116-118

보다 중요한 문제는 불평등은 차치하더라도 지난 5년 간 알코올 규제 자체가 거의 진전이 없었다는 점이다. 그나마 광고 모니터링을 제외하면, 원래 HP2020에 포함되어 있던 규제 정비를 비롯하여 대부분의 정책과 사업들이 제대로 진행되었다고 보기 어렵다. 이러한 상황에서 불평등 영향을 논하는 것 자체가 어불성설이라고도 할 수 있다(글상자 2-14).

〈글상자 2-14〉 국내 알코올 규제 정책의 부진한 진전 (대담 내용)

- 제갈정: 사실은 5년 동안 오히려 뒷걸음질 친 것 아닌가 이런 생각이 들고요. 지표 중에 일부는 이미 달성을 했는데 그 이유는 자연적으로 달성한 부분이 크다고 봅니다. 예를 들면 고위험 음주 뭐 이런 저런 여러 가지 음주 문제에 대한 것들이 문화가 조금 바뀌면서 자동적으로 조금 덜 마시는….
- 제갈정: 우리나라가 하는 정책은 대부분 홍보잖아요. 또 효과성이 있는 프로그램을 통한 교육도 아니고, 그냥 하는 교육.
- 천성수: 그래도 정책 중에서 광고 모니터링은 전 세계적으로 우리가 제일 잘하는 거 같아요. 주류 마케팅, 기업 마케팅을 규제하는 것 등 말이에요.
- 제갈정: 항상 하는 고민 중에 하나가 모니터링을 해서 그 다음에 정책이 어떻게 바뀌었는지… 즉 위반을 하지 않도록 하는 개입이 들어갔느냐에 대해서는 약간 의문이 있어요. 청소년 주류 판매 모니터링의 경우에도, 판매를 막기 위한 개입을 해야 되는데 개입과 그 이후의 단계로 잘 안 넘어가는 것 같아요.

치료와 재활의 경우에도, 불평등을 논하기 이전에 전반적 상황이 매우 취약하다. 2010년 알코올 사용 장애로 치료를 받은 환자 수는 약 10만여 명으로 추정된다(이해국, 이보혜, 2013, pp.30-42). 2011년 정신건강역학조사가 추정한 알코올 사용장애 환자 수가 약 160만 여 명이었던 것에 비하면 치료 비율은 6%에 불과하다. 또한 2010년 현재 전국의 알코올 상담센터에 등록된 알코올 사용장애 환자 수는 약 5천여 명이다. 환자 중 0.3%만이 재발예방과 지역사회 재활에 필요한 사례관리서비스를 받고 있는 셈이다(알코올사업기술지원단, 2009). 이러한 서비스 전달체계 자체가 생의학적 모형에 기초하고 있어서 알코올 문제의 해결이 쉽지 않은데, 그나마 알코올 상담센터가 중독관리센터로 전환되면서 알코올에 대한 집중적 상담과 관리는 더욱 어려워지고 있다. 구체적 통계로 확인된 바는 없지만 사회경제적 취약계층의 서비스 접근이 더욱 어려워졌을 것

으로 짐작된다(글상자 2-15).

〈글상자 2-15〉 알코올 의존 환자의 재활과 치료 문제 (대담 내용)

- 제갈정: 의존의 경우는 조기 선별에서 치료로 끝나면 안 되고 재활 시스템이 반드시 있어야 해요. 알코올 중독자들 같은 경우에는 완쾌라는 개념이 없잖아요. 평생 회복 중인 사람이지 회복된 사람은 없거든요. 그런 측면에서 봤을 때 재활 시스템이 굉장히 중요하고. 거의 95퍼센트 재발된다고 보거든요. (중략)... 그 다음에 치료가 끝나고 나면 중간집도 있어야 되고, 거주시설도 있어야 되고, 직업재활도 해야 되고... (중략).. 현재 시스템 하에서 재활까지 10년 이상 서비스 받는 경우는 1%도 안 될 거라는 이야기를 할 만큼, 거의 시스템이 없다고 봐야 하는 상황이에요.
- 천성수: 치료 재활 정책에서 가장 한계는 너무 생의학적으로 접근하는 겁니다... (중략)... 생의학적으로 치료가 되는 문제는 괜찮은데 알코올의 문제는 심리적, 사회적 문제예요. 심리적 사회적으로 해결이 되어야 회복이 되는데, 이 부분을 굉장히 경시하기 때문에, (중략) 현재의 의료모델이 사회적 모델로 전환되어야 좋은 정책들이나 방법들이 나오지 않을까 생각합니다.
- 제갈정: 자조집단에 대한 지원 이야기를 하면, 요즈음 모임을 하려고 해도 공간을 찾을 수가 없대요. 예전 같으면 알콜 상담센터 시절에서 협조를 해줬는데, 중독관리센터로 바뀌면서 그 공간도 거의 찾을 수가 없다는 거예요. 그런데 자조집단을 통한 단주를 유지하는 것이 어떤 측면에서는 굉장히 효과가 높기 때문에 이를 지원해주는 것이 사실 필요한 거죠. 중독 치료하고 나오신 분들이 돈도 별로 없고, 가족들의 지원도 없기 때문에 그런 식의 지원 시스템이 이뤄져야 합니다. 그리고 사회복귀가 어려우니 직업재활과 같이, 이 분들에게 도움이 될 수 있는 그런 것들을 찾아주는 필요하다는 생각이...

중앙정부의 알코올 규제정책이 매우 취약한 가운데, 그나마 지방자치단체 수준에서 가능한 규제를 취하는 경우도 찾아볼 수 있다. 이를테면 광고규제 같은 것들이 그것이다. 하지만 여전히 그 수준은 미흡하고, 지자체의 관심 수준에 따라 편차가 크다는 문제가 존재한다(글상자 2-16).

〈글상자 2-16〉 지방자치단체의 알코올 규제 사례 (대담 내용)

• 제갈정: 서울시는 보건소 단위에서도 그렇지만, 광역이 뭔가를 하려는 의지가 있어서…. 환경을 규제하려는 의지가 있고요.. (중략)... 버스 중앙차로와 대형마트 광고가 한동안 굉장히 많이 줄었죠. 지금은 다시 많아지고 있긴 하지만.

종합하자면, 국내의 알코올 규제 정책이 전반적으로 매우 미진한 가운데, 불평등 완화를 위한 고려나 부가적 노력은 매우 찾아보기 어렵다고 이야기할 수 있다.

4. 음주 불평등 문제를 해결하기 위한 정책과 연구

그렇다면 이러한 상황을 어떻게 타개할 수 있을까? 구체적인 정책이나 연구 제안에 앞서, 전문가들은 공통적으로 알코올 문제를 바라보는 시각의 전환과 정책 우선순위를 위한 거버넌스 체계 개편을 이야기했다. 또한 담배규제와 마찬가지로 주류산업에 의한 정책 영향과 여론 호도 문제를 극복하는 것도 중요하다는 점을 지적했다. 한편 알코올 생산과 판매를 둘러싼 이해관계가 첨예하기 때문에, 정책 영역 내에서 쉽사리 합의를 이끌어내기 어렵다는 점에서 정부 뿐 아니라 시민사회의 적극적 참여와 네트워크가 중요하다는 점도 강조했다(글상자 2-17, 2-18).

〈글상자 2-17〉 알코올 규제의 바람직한 거버넌스 (대담 내용)

• 천성수: 술은 사회적 문제이기 때문에 결코 복지부 안에서만 해결할 수 있는 사안이 아닙니다. 그래서 최소한 총리실 산하에 위원회를 두고, 전체적인 합의를 이뤄가면서 사회적 편익이 높은 정책을 수립하는 것이 필요합니다. 지금 WHO가 요구하는 포맷이 바로 그거예요. 최소한 governance 구조는 관련 부처를 총괄할 수 있도록 상위에 두고 거기서 정책을 수립해줘야 작동하게 되거든요. 사실은 그러한 세팅이 안 되니까 정책 수립이 불가능한 거예요.

• 천성수: 범국민적인 순간적 네트워크 활동으로 정부를 압력을 가하는 방법이 최고 좋은 방법이고, 정부가 합의할 수가 없어요. 왜냐하면 다양한 이해관계를 국회위원들 같은 경우는 어떻게 합의할 수 없는 부분이 되어있거든요. 결국은 이것을 바꿀 수 있는 힘은 시민사회밖에 없는 거죠. 아주 알코올에 관심이 있는 사람뿐만 아니라 그야말로 선한 동기를 가지고 있는 네트워크들이 다 노력해서 순식간에 합의를 이뤄내는 그 모델, 그래야 사실은 정부도 바뀌지 않을까하는 생각이 듭니다. 20년 동안 활동한 결론이에요 정부가 아무리 이야기해도 안 들으니까...

가. 연구 제안

국내의 음주 불평등 문제 해결에 도움이 되는 연구는 세 가지 정도로 요약할 수 있다. 우선, 저소득층이나 취약계층의 음주 유형을 정확하게 이해하는 것이 무엇보다 시급하다. 평균 소비량 뿐 아니라 폭음이나 위험 음주의 수준과 빈도에 대한 정보를 파악하는 것이 필요하다. 그리고 이러한 역학 연구가 가능하기 위해서는 국민건강영양조사나 지역사회건강조사 같은 국가 서베이 항목의 개선이 수반되어야 한다. 현재로서는 1회 음주량과 빈도를 곱해서 특정 기간 내 음주량을 산출하도록 되어 있는데, 문항이 객관식 답변으로 되어 있고 그 상한선이 낮아 고도 음주자의 음주량을 제대로 반영하지 못하고 있다. 또한 폭음과 관련한 상황을 판단하는 것도 어렵다. 그러다보니 평균 소비량 추계에도 비뚤림을 가져올 뿐 아니라, 불평등 문제를 과소 추정할 가능성이 있다. 비교가능한 국제적 표준을 준수하는 가운데, 한국의 상황을 반영할 수 있는 적당한 도구를 개발하고 이를 활용한 불평등 연구가 이루어져야 한다(글상자 2-18).

〈글상자 2-18〉 불평등에 초점을 둔 역학 연구의 필요성 (대담 내용)

- 천성수: 빈곤층에서 일어나는 음주 패턴을 먼저 보는 게 결국은 우리나라에서 필요한 접근이 아닐까 생각이 듭니다... (중략).. 음주율 자체는 고소득층도 음주율이 높고 저소득층도 음주율이 높지만, 과음자, 폭음자, 혹은 AUDIT 점수가 심각한 음주를 기록하는 비율이 저소득층에서 굉장히 높아요.
- 제갈정: 조사하는 것의 시스템 문제도 좀 있어요. 국건영은 10잔 이상으로 모두 다 묶어버리기 때문에, 사실 굉장히 많은 양을 마시는 사람들에 대해서는 측정을 할 수 없잖아요. 지역사회건강조사도 그렇고.
- 제갈정: 굉장히 과소 추계되는 경우가 많고, 특히 양하고 빈도를 곱해서 저희가 QF를 구하려고 하면 정말 우리나라는 엄청 적게 먹는 것처럼 보일 수 있는 황당한, 알코올 출고량을 가지고 계산하는 소비량하고 이 자기보고에 의해서 하는 거하고는 너무 차이가 많이 나요.

둘째, 계량적인 역학 연구 뿐 아니라, 빈곤층이나 고위험 음주자, 중독/의존 환자와 그 가족들의 경험에 대한 질적 연구가 절실하다. 알코올 문제가 가진 복잡성, 특히 고위험 음주자들의 고유한 음주 특성을 파악하고, 중독/의존 환자들의 치료와 재활 경과를 이해하기 위해서는 사례 분석 등의 질적 연구가 필수적이다. 자살이나 가정 폭력 같은 중요한 건강문제, 사회적 문제와의 연계 분석도 필요하다.

셋째, 다른 영역과 마찬가지로 잘 설계된 중재연구를 통해 규제 정책의 근거를 확보해야 한다. 특히나 알코올 소비는 장기간에 걸쳐 고착된 습관으로 단기간에 개선이 어렵다. 교육 프로그램 같은 단기 중재보다는 비교적 장기간에 걸친 지역사회 중재연구를 통해 효과성을 평가하는 것이 필수적이다(글상자 2-19).

〈글상자 2-19〉 질적 연구와 중재연구의 필요성 (대담 내용)

- 제갈정: 중독자를 비롯해서 문제를 가진 사람들에 대한 사례분석 같은 것들도 많이 이뤄지면

좋겠다는 생각이 들어요. 특히 치료 서비스가 잘 이뤄지지 않는데, 그와 관련된 것들은 조사를 통해서 나오는 건 아니고... (중략)... 의존자에 대한 것뿐만이 아니라 가족들까지 포함한 연구가 이뤄져야 복합적으로 될 수 있다는 생각이 들고요. 음주 관련해서 일어나는 여러 가지 사회문제들이 많잖아요, 음주운전이나 태아알콜증후군이나 일반적인 폭력, 아동폭력, 성폭력, 가정폭력, 자살 문제를 서로 연계해서 연구할 수 있는 것들이 이뤄지는 것이 필요합니다.

나. 규제정책

전문가들을 여러 가지 규제정책 중 가격규제를 가장 중요한 불평등 완화 정책으로 꼽았다. 이는 저소득층 혹은 고위험 음주군이 접근하기 쉬운 저렴한 고도주 소비를 제한할 수 있다는 점에서, 불평등 완화와 총 소비량 감소를 동시에 달성할 수 있는 정책이다. 하지만 담배규제의 가격정책과 마찬가지로, 이렇게 확보한 세수를 적절하게 활용할 수 있어야 사회적 정당성을 확보할 수 있다. 다음으로는 시간과 장소 규제를 동반하는 물리적 가용성 제한 정책이 중요하다고 언급했다. 이러한 규제는 불평등 특이적으로 작동하는 것은 아니지만, 전반적인 소비량을 감소시키고 규범을 변화시킨다는 점에서 매우 중요하다(글상자 2-20).

〈글상자 2-20〉 음주 불평등 완화를 위해 필요한 알코올 규제 정책의 우선순위 (대담 내용)

- 제갈정: 가격정책이라고 생각해요.. (중략)... 특히 우리나라의 경우는 다른 나라에서 찾아볼 수 없게 고도주가 굉장히 싼, 물보다도 더 싼 가격에 공급되고 있는 거잖아요. 사실 가격이 해결되지 않으면 나머지 모든 것들이 해결이 될 수 있는가 의문이 듭니다.
- 천성수: 사실 가격이 key인 것은 확실히 맞아요. 그런데 여기에서 더 중요한 것이, 가격을 올렸을 때 이를 어떻게 활용할 것인가가 중요한 핵심이거든요. 제가 몇 년 전 주장했던 것 중 하나가 올린 가격으로 거둬들인 세금을 저소득층 의료복지비용으로 돌려주자. 왜냐하면 실제적으로 주류를 주로 많이 소비하는 층이 저소득층이었기 때문에 건강부담금 형태로 돈을 많이 낸 쪽도 저소득층이 될 것이고. 그 혜택 된 만큼을 질병 치료비로 쓰고, 물론 질병 치료비용에

그치는 것이 아니라 예방 사업과 같이 가는 것이 필요합니다,.. (중략) ... 하나 더 추가하면 술을 판매하는 장소에 대한 규제와 마시는 장소에 대한 규제가 반드시 같이 있어야 한다는 점을 강조하고 싶네요.

- 제갈정: 우리나라에서 음주와 관련하여 시간과 장소를 규제하는 것이 너무나 중요다고 생각되는데요.... 우리나라는 언제 어디서나 24시간 술을 구입해서 마실 수 있는 나라이기 때문에 (중략) .. 사실은 물리적 가용성 제한은 저소득층만 대상으로 하는 건 아니고 인구집단 전체를 하는 보편적인 정책이긴 하지만, 이런 것들이 기반이 되어야 불평등에 대한 논의로고 확장될 것이라고 생각됩니다. 기본적으로 보편적 정책들이 안 되니까 그 다음으로 못 넘어가는 상황도 있는 거 같아요.

5. 결론

국내에서 알코올에 의한 질병 부담과 사회적 폐해가 상당히 심각함에도 불구하고, 알코올 소비나 폐해의 불평등 실태에 대한 연구는 매우 미흡하며, 정책 근거 수준도 매우 낮다.

우선 문제에 대한 올바른 진단과 불평등 발생 기전에 대한 양적, 질적 연구가 시급하다고 할 수 있다. 이를 토대로 알코올 총 소비를 감소시키면서 특히 취약계층의 알코올 폐해를 감소시킬 수 있는 알코올 규제 정책이 고안되고 강력하게 집행되어야 할 것이다. 다른 분야와 마찬가지로 모든 규제정책과 사업들에 형평성 렌즈를 적용하는 것이 필요하다.

제3절 신체활동

1. 서론

규칙적인 신체활동은 우울, 당뇨, 심장질환, 고혈압, 비만, 뇌졸중, 암 등의 발생 위험을 감소시키는 것으로 알려져 있다. 세계보건기구에서 만성질환 문제 해결을 위해 2013년에 발표한 Global Action Plan에서도 금연, 절주, 영양과 함께 주요 만성질환 예방을 위한 건강생활실천 항목으로 신체활동을 강조하고 있다.

우리나라에서도 만성질환 예방을 위한 건강생활실천항목으로 신체활동 실천이 강조되어 왔고, 제3차 국민건강증진종합계획(이하 HP2020)에서도 신체활동이 주요 목표로 설정되어 있다. 그러나 흡연율 등이 개선되고 있는 상황과는 달리 신체활동 실천율은 오히려 악화되고 있는 실정이며, 관련 통계에 의하면 인구집단이나 지역별로 신체활동 실천율의 격차 또한 개선되지 않고 있음이 나타나고 있다.

이에 우리나라의 신체활동 실천과 관련된 통계현황과 정책현황을 불평등의 관점에서 살펴보고, 전체 인구 및 인구집단별 신체활동 실천에 있어서의 불평등 완화를 위한 정책방향을 토론하고자 관련분야 전문가를 모시고 간담회를 개최하였으며,[4] 그 주요 결과를 여기에 정리하였다.

4) 발표는 고신대학교 의과대학 고광욱 교수와 경북대학교 의과대학 김건엽 교수께서, 토론은 국민건강보험공단 윤영덕 박사께서 수고해주셨음.

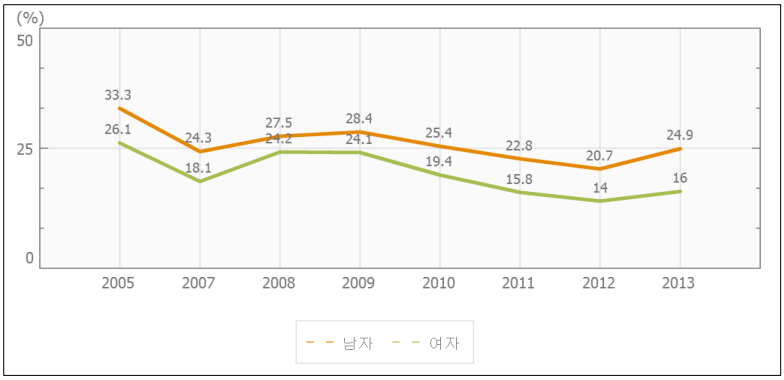
2. 우리나라 신체활동 실천 현황 및 격차

가. 일반 현황

1) 성인의 신체활동 실천 현황

2013년도 질병관리본부통계에 따르면 중등도 이상 신체활동실천율(만 19세 이상, 표준화)은 남자 24.9%, 여자 16.0%로 여자보다 남자의 실천율이 높았고, 남녀 모두 감소 경향이었으나 2013년 증가하였다.

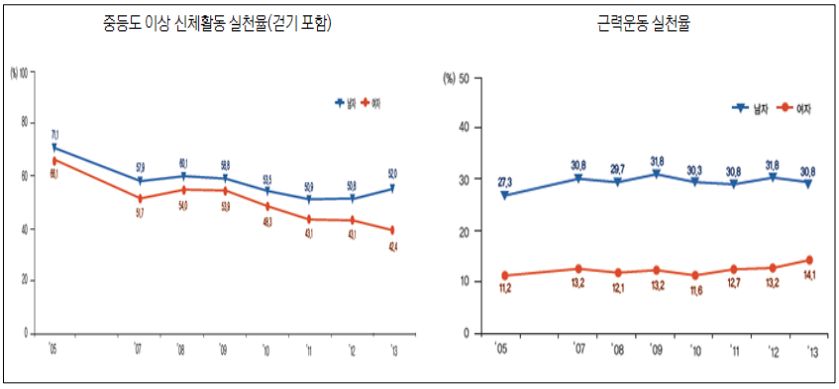
[그림 2-12] 중등도 이상 신체활동실천율 추이



주: 1) 중등도이상 신체활동실천율 : 최근 1주일 동안 격렬한 신체활동을 1회 10분 이상, 1일 총 20분 이상, 주 3일 이상 실천 또는 중등도 신체활동을 1회 10분 이상, 1일 총 30분 이상, 주 5일 이상 실천한 분율, 만19세 이상
2) 2005년 추계인구로 연령표준화
자료: 보건복지부·질병관리본부, 2014a

걷기를 포함한 중등도 이상 신체활동 실천율은 남자는 52%, 여자는 42%로 남자의 실천율이 높았고, 남녀 모두 감소 경향이었다가 남자의 경우 2013년에 약간 증가하였다.

〔그림 2-13〕 연도별 성인의 중등도 이상 실체활동 실천율 및 근력운동실천율(2013년)



주: 1) 중등도 이상 신체활동실천율(걷기포함) : 최근 1주일 동안 격렬한 신체활동을 1회 10분 이상, 1일 총 20분 이상, 주 3일 이상 실천 또는 중등도 신체활동을 1회 10분 이상, 1일 총 30분 이상, 주 5일 이상 실천 또는 걷기를 1회 10분 이상, 1일 총 30분 이상, 주 5일 이상 실천한 분율, 만19세 이상

2) 근력운동실천율 : 최근 1주일 동안 팔굽혀펴기, 윗몸 일으키기, 아령, 역기, 철봉 등의 근력운동을 2일 이상 실천한 분율, 만19세 이상

3) 2005년 추계인구로 연령 표준화

자료: 보건복지부·질병관리본부, 2014a

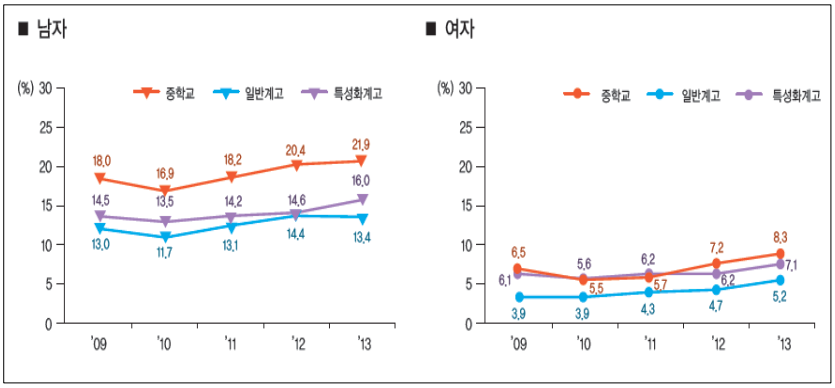
근력운동 실천율(2013년 기준)은 남자 31%, 여자 14% 수준으로 신체활동실천율에 비해 낮은 수준을 보이고 있으나, 연도별로 큰 증감의 변화가 없고 오히려 여자의 경우 최근 들어 해마다 증가하는 양상을 보이고 있다.

2) 청소년 신체활동 실천 현황

청소년의 신체활동실천율은 남녀모두 성인에 비해 낮은 것으로 나타나고 있다. 중학생(22%)에 비해 고등학생의 신체활동 실천율이 더 낮았고, 고등학생 중에서도 특성화계 고등학생의 신체활동실천율(16%) 보다 일반계 고등학생(13%)의 신체활동실천율이 더 낮은 것으로 나타났다.

성별로는 여자 청소년의 경우 남자 청소년의 신체활동실천율의 절반에도 못 미치는 수준이며, 성인여자와 비교해도 절반수준의 실천율만을 보이고 있다.

[그림 2-14] 청소년 성별 계열별 신체활동 실천율(2013년)



주: 하루60분 주5일 이상 신체활동실천율 : 최근 7일 동안 운동종류 상관없이 심장박동이 평상시보다 증가하거나, 숨이 찬 정도의 신체활동을 하루에 총합이 60분 이상한 날이 5일 이상인 사람의 분율

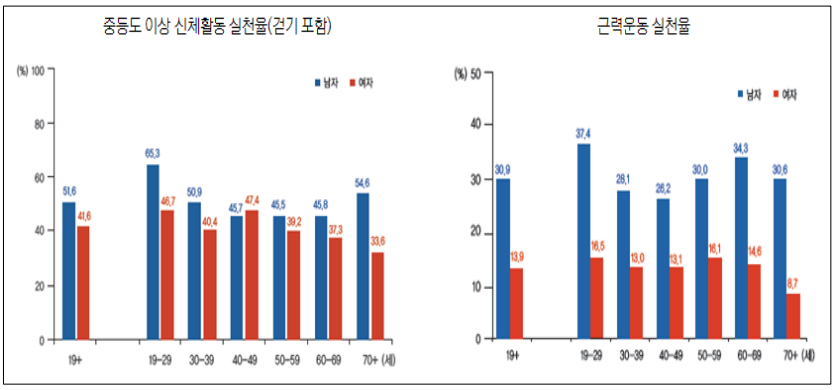
자료: 보건복지부·질병관리본부, 2014a

나. 신체활동 격차

1) 성별 연령별 격차

연령별 분포를 보면 남성의 경우에는 19-29세의 청년층과 70세 이상 노인층에서 높은 수치를 보이고 있고, 여자의 경우에는 40-49세의 장년층과 19-29세 청년층에서 높은 수치를 보였다. 40-49세 구간을 제외하면 연령 전구간에 걸쳐 여자보다 남자의 실천율이 높은 것으로 나타났으며, 70세 이상 연령구간에서 남녀 간 격차가 가장 큰 것으로 나타났다.

〔그림 2-15〕 성별 연령별 중등도 이상 실체활동 실천율 및 근력운동실천율(2013년)



주: 1) 중등도이상 신체활동실천율(걷기포함) : 최근 1주일 동안 격렬한 신체활동을 1회 10분 이상, 1일 총 20분 이상, 주 3일 이상 실천 또는 중등도 신체활동을 1회 10분 이상, 1일 총 30분 이상, 주 5일 이상 실천 또는 걷기를 1회 10분 이상, 1일 총 30분 이상, 주 5일 이상 실천한 분율, 만19세 이상

2) 근력운동실천율 : 최근 1주일 동안 팔굽혀펴기, 윗몸 일으키기, 아령, 역기, 철봉 등의 근력운동을 2일 이상 실천한 분율, 만19세 이상

3) 연도별, 소득수준별 : 2005년 추계인구로 연령 표준화

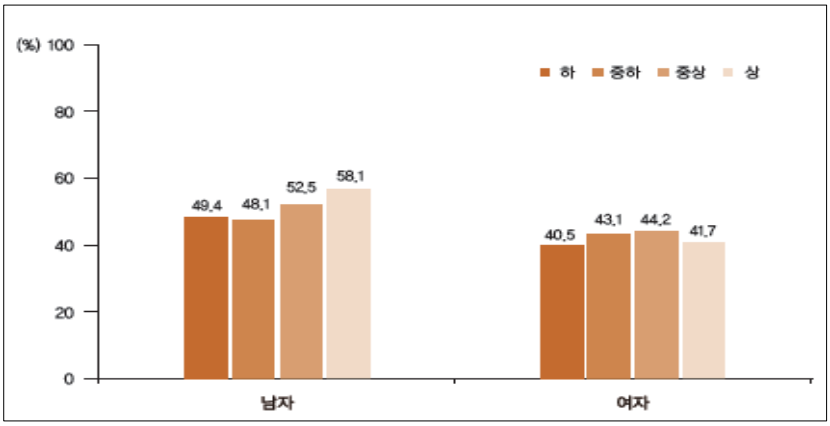
자료: 보건복지부, 질병관리본부 2014a

남자의 근력운동실천율은 19-29세 청년층과 60-69세 노인층에서 높은 것으로 나타났고, 여자의 경우는 19-29세 청년층과 50-59세 장년층에서 높은 것으로 나타났다. 전 연령구간에 걸쳐 남자의 근력운동실천율은 여자의 실천율에 비해 13~22% 가량 높은 것으로 나타났으며, 특히 70세 이상 노인층에서의 성별 근력운동실천율 격차가 큰 것으로 나타났다.

2) 소득수준별 격차

걷기를 포함한 중등도 이상 신체활동실천율을 소득수준에 따라 4개 구간으로 나누었을 때, 남자의 경우 소득수준이 높아짐에 따라 신체활동실천율 또한 높아지는 것으로 나타났고, 여자의 경우도 대체로 소득수준에 따라 신체활동실천율이 높아지는 경향을 나타내었다.

〔그림 2-16〕 소득수준별 중등도 이상 신체활동 실천율(걷기 포함)(2013년)



주: 중등도 이상 신체활동실천율(걷기포함) : 최근 1주일 동안 격렬한 신체활동을 1회 10분 이상, 1일 총 20분 이상, 주 3일 이상 실천 또는 중등도 신체활동을 1회 10분 이상, 1일 총 30분 이상, 주 5일 이상 실천 또는 걷기를 1회 10분 이상, 1일 총 30분 이상, 주 5일 이상 실천한 분율, 만19세 이상

자료: 보건복지부·질병관리본부, 2014a

김동진 등(2014a)의 결과에서도 사회경제적위치변수별 인구집단 간 격차가 나타났다. 교육수준에 따른 중증도 이상 신체활동 실천율은 교육수준이 가장 낮은 집단(초졸 이하)에서의 중증도 이상 신체활동 실천율이 21.2%로 가장 높았으며, 중·고졸 이하(9.8%), 전문대졸 이상(8.0%) 순으로 중증도 이상 신체활동 실천율이 높게 나타났다.

소득수준에 따른 중증도 이상 신체활동 실천율의 경우 소득수준이 가장 높은 집단에서의 중증도 이상 신체활동 실천율이 가장 높았으며(10.7%), 차례로 중상(8.7%), 중하(7.8%), 하(5.2%) 순으로 중증도 이상 신체활동 실천율이 높았다(표 2-13 참조).

직업에 따른 중증도 이상 신체활동 실천율은 육체직에서의 중증도 이상 신체활동 실천율이 가장 높았으며(11.7%), 차례로 서비스·판매직(11.5%), 사무직(7.6%) 순으로 중증도 이상 신체활동 실천율이 높았다(표 2-13 참조).

〈표 2-13〉 중증도 이상 신체활동 실천율 (성별, 사회경제적위치변수별, 2011년)

(단위: %)

구분		2011년(전체)		2011년(남성)		2011년(여성)	
		조율	표준화율	조율	표준화율	조율	표준화율
소득 수준별	하	7.7	5.2	8.7	7.2	7.1	3.8
	중하	8.0	7.8	8.6	8.8	7.5	6.8
	중상	8.6	8.7	9.6	9.6	7.8	7.5
	상	9.4	10.7	10.1	12.2	9.0	9.4
교육 수준별	(30-64세)						
	초졸 이하	11.0	21.2	8.5	7.1	11.9	26.0
	중·고졸	9.3	9.8	9.1	10.0	9.5	9.5
	전문대졸 이상	7.2	8.0	8.5	9.3	5.9	5.6
	(65세 이상)						
	초졸 이하	7.8	8.8	9.4	9.1	7.2	8.6
	중졸	6.0	4.4	6.6	5.2	5.1	2.1
	고졸 이상	7.6	8.0	9.4	9.3	1.5	0.8
직업별 (30-64세)	육체직	11.2	11.7	10.7	12.5	12.0	10.4
	서비스·판매직	11.0	11.5	8.7	12.0	12.3	10.3
	사무직	6.8	7.6	6.8	7.7	6.7	6.8

주: 1) 중등도 이상 신체활동 실천율은 19세 이상 성인 중 최근 일주일동안 평소보다 몸이 매우 힘들거나 숨이 많이 가쁜 중등도 신체활동을 1회 운동 시 30분 이상 지속하고, 한 주에 5회 이상 운동을 한다고 응답한 사람의 분율임.
2) 2005년 추계인구로 표준화

자료: 김동진 등, 2014, p.194

또한, 성인의 신체활동 지침 준수율을 기준으로 신체활동실천율을 살펴보았을 때에도 성별, 연령별, 지역별, 소득수준별 격차가 나타나 신체활동, 근력운동 모두 남자가 여자보다 높고, 연령이 낮을수록, 동지역에 거주할수록, 소득수준이 높을수록 높은 것을 볼 수 있었다.

〈표 2-14〉 우리나라 성인의 신체활동 지침 준수율(2012년)

(단위: %)

	신체활동 지침 준수율: 유산소		신체활동 지침 준수율: 근력운동		신체활동 지침 준수율: 유산소 + 근력운동	
	백분율	표준오차	백분율	표준오차	백분율	표준오차
성						
남자	35.4	1.4	31.9	1.4	16.6	1.1
여자	25.2	1.0	13.1	0.9	6.8	0.6
연령						
19~64	32.2	1.0	23.5	1.1	12.7	0.7
65+	18.3	1.2	15.0	2.1	4.8	0.5
지역						
동	31.0	1.0	23.1	0.9	12.4	0.7
읍면	28.8	3.1	20.5	2.6	9.1	1.7
소득						
하	26.0	1.6	20.9	1.7	10.4	1.2
중하	28.9	1.6	20.8	1.5	10.5	1.2
중상	33.6	1.8	23.0	1.8	11.5	1.5
상	36.4	1.7	25.9	1.7	15.9	1.4

주: 지역과 소득수준은 연령보정한 결과임.
자료: 김소연, 2014, pp.103-104

3) 지역별 격차

시도별로는 전남(29.5%)이 가장 높고, 제주(19.4%)가 가장 낮은 데, 이 두 지역을 제외하면 나머지 지역은 20~23% 수준을 보이고 있다. 제주의 경우 2012년만 하더라도 전국에서 가장 높은 수준이었으나 이후 전국에서 가장 낮은 수준으로 떨어졌다.

〈표 2-15〉 시도별 중등도 이상 신체활동실천율 추이

(단위: %)

연도	서울	부산	대구	인천	광주	대전	울산	세종	경기
2009	19.1	20.3	19.0	20.2	18.3	22.1	20.9	-	19.5

연도	서울	부산	대구	인천	광주	대전	울산	세종	경기
2010	18.5	19.1	18.9	19.2	18.5	20.4	20.1	-	19.5
2011	19.1	21.1	21.2	18.2	18.8	19.0	19.8	-	19.0
2012	16.8	23.6	20.6	17.8	21.2	19.6	18.6	19.5	18.2
2013	19.9	20.1	17.8	19.6	23.5	20.3	20.5	15.9	19.9
2014	21.2	21.7	20.6	21.7	19.7	21.7	21.4	19.9	20.3
연도	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	제주	
2009	23.5	20.1	23.1	22.4	28.2	21.3	26.4	22.8	
2010	23.9	22.4	22.6	24.8	32.8	21.6	31.6	23.0	
2011	22.1	19.0	21.2	18.7	34.4	23.6	29.7	20.5	
2012	17.5	21.1	21.1	20.1	35.5	22.3	25.4	28.8	
2013	19.5	21.6	25.1	21.2	30.3	25.7	23.5	23.3	
2014	22.1	22.0	22.8	21.3	29.5	22.8	23.1	19.4	

주: 1) 중등도이상 신체활동실천율 : 최근 1주일(7일) 동안 격렬한 신체활동을 1일 20분 이상, 주 3일 이상 실천한 사람 또는 최근 1주일(7일) 동안 중등도 신체활동을 1일 30분 이상, 주 5일 이상 실천한 분율,
2) 2005년 추계인구로 연령표준화

자료: 질병관리본부
http://www.cdc.go.kr/CDC/contents/CdcKrContentView.jsp?cid=27739&menuIds=HOME001-MNU1130-MNU1124-MNU1563-MNU1566에서 2015. 10. 1 인출.

3. 신체활동 증진을 위한 국내외 정책 현황

가. 우리나라 HP 2020에 나타난 신체활동 목표 및 주요 사업 현황

HP 2020에서 제시되어 있는 신체활동 관련 목표는 전체 3개의 목표와 5개의 세부사업으로 구성되어 있으며, 대표지표인 중등도신체활동실천율(걷기 제외)의 2020년도 목표치를 20%로 설정하고 있다[5]. 주요 목표와 지표는 다음과 같다.

5) HP 2020 수립 당시 우리나라 성인의 중등도신체활동실천율은 2008년 14.5%, 2009년 13.4%였음.

〈표 2-16〉 HP 2020에 제시된 신체활동 분야 목표 및 지표

목표	지표
목표 1. 규칙적 신체활동 실천율을 증가시킨다	- 성인의 중등도 신체활동 실천율 - 노인의 중등도 신체활동 실천율 - 청소년의 중등도 신체활동 실천율 - 성인의 격렬한 신체활동 실천율 - 노인의 중등도 신체활동 실천율 - 청소년의 중등도 신체활동 실천율 - 성인의 걷기 실천율 - 노인의 걷기 실천율 - 청소년의 걷기 실천율
목표 2. 건강증진을 위한 신체활동 추진기반을 마련한다	건강증진인력 중 신체활동과 건강운동에 대한 연수교육수료 비율 신체활동증진 동기유발상담을 받은 사람의 비율
목표 3. 신체활동의 형평성을 제고한다	신체활동의 형평성 향상을 위한 시범사업 실시

자료: 보건복지부, 2011, pp.147-148

이와 함께 신체활동 관련 주요 사업으로는 한국인 신체활동 표준지침 제정, 다양한 신체활동프로그램 및 건강교육프로그램 개발·확산, 지역사회 신체활동 활성화를 위한 정보제공, 건강증진 신체활동의 추진기반 조성, 신체활동 실천의 형평성 강화 등이 제시되어 있다. 다만, 신체활동 실천의 형평성 강화 사업의 경우 구체적인 사업 추진 내용은 제시되어 있지 않다.

2020년까지 달성을 목표로 설정된 HP2020의 신체활동 분야 목표는 계획의 중간이 지난 지금 오히려 지난 2008년에 비해 절반 이하로 감소하여 2020년까지 달성하여야 할 중등도신체활동 실천율 20%를 달성하기는 현실적으로 불가능한 상황이다.

〈표 2-17〉 HP 2020 대표지표의 목표달성도

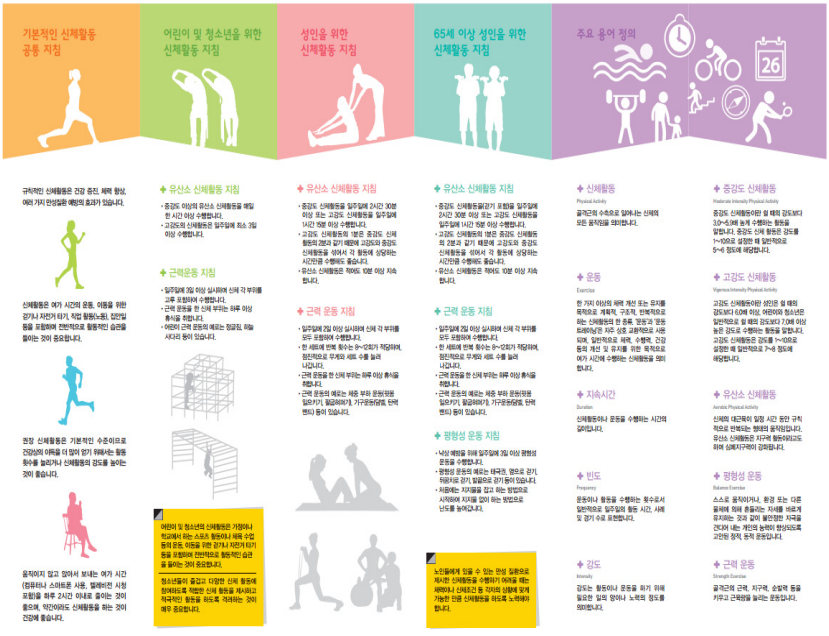
(단위 : %)

중점과제	대표지표	기준치	최근치	목표치	목표달성도
		2008년도	2013년도	2020년도	
금연	성인 남자 흡연율	47.7	42.1	29.0	29.9
절주	성인 남자 고위험음주율	28.4	22.5	18.0	56.7
	성인 여자 고위험음주율	8.4	7.2	5.0	35.3
신체활동	중증도신체활동실천율	14.5	6.8	20.0	-140.0
영양	건강식생활실천인구비율	30.6	36.7	35.0	138.6

자료: 보건복지부 건강정책과 내부자료 2014.

HP 2020의 경우 생애주기별로 유산소신체활동량과 근력운동(노인의 경우 평형성 운동지침 포함)에 관한 지침이 개략적으로 마련된 것은 최소한의 정책적 성과라고 할 수 있다.

[그림 2-17] 생애주기별 국가신체활동 지침

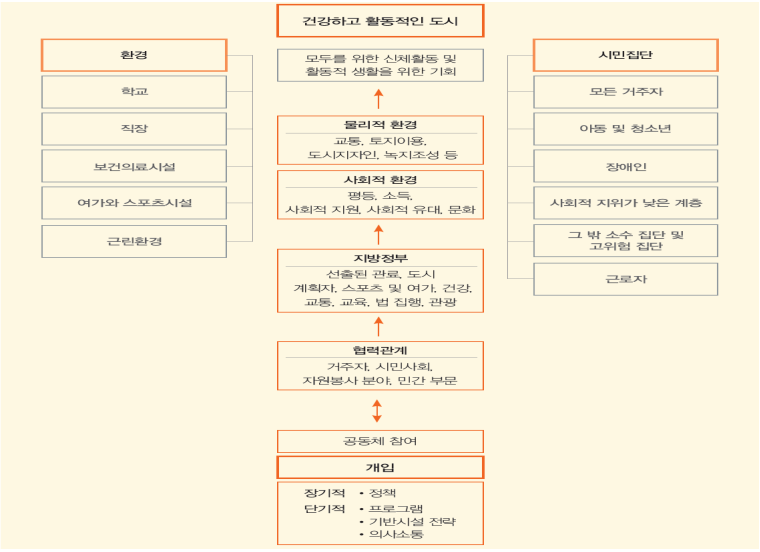


자료: 김소연, 2014, p.103

나. 유럽 건강도시네트워크의 '신체활동 친화적인 도시만들기 기획가이드'[6)]

유럽의 건강도시네트워크에서 제시하고 있는 '건강하고 활동적인 도시 조성 체계'를 보면, "건강하고 활동적인 도시가 되려면 학교, 직장, 보건의료시설, 여가와 스포츠시설, 근린 환경 등 모든 환경조건을 고려한 장(setting)이 조성되어야 하고, 이에 참여하는 인구집단으로 아동 및 청소년, 장애인, 사회적 지위가 낮은 계층, 고위험집단, 근로자 등"이 언급되고 있다. 또한, 신체활동 증진을 위한 물리적 환경 외에 사회적 환경이 고려되어야 함을 나타내고 있으며, 중앙정부와 지방정부, 민간과 공공의 협력 등을 포함하고 있다.

〔그림 2-18〕 건강하고 활동적인 도시 조성 체계



자료: 한국건강증진개발원, 2013, p.12

6) 한국건강증진개발원. (2013). 신체활동 친화적인 도시만들기 기획가이드.

다. 미국의 정부주도 신체활동 정책

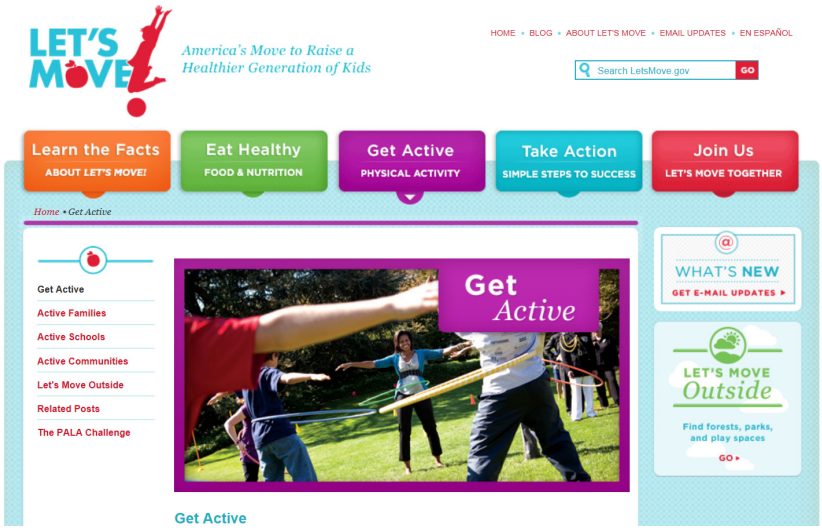
미국의 경우 이미 1996년 보건인적자원부에서 신체활동증진을 위한 지역사회활동가이드[7]를 통해 개인적 건강행동변화와 지원적 환경창출 방법론을 제시하였으며 2004년에는 질병통제예방센터에서 개정된 신체활동지침[8]에 근거하여 신체활동증진을 위한 정보접근법, 사회행태접근법, 환경과 정책접근법을 파트너십에 기반 하여 기획하도록 하여 보건, 체육, 교통, 문화, 환경, 언론, 녹지, 대중매체, 자원봉사 등을 망라한 국가신체활동계획[9]을 추진한 바 있다(이차남, 2010, pp.12-25).

최근에는 미국 White House Task Force on Childhood Obesity을 중심으로 학교 체육시간 및 휴식시간을 이용한 운동 활성화, 도보나 자전거(Active Transport)로 안전하고 쉽게 이동 가능한 학교, 놀이터, 공원의 배치 및 도로환경 정비 등 다양한 각도에서 생활방식 및 환경의 변화를 도모할 수 있는 정책을 제시하고 있고, 최근에는 미셸 오바마(Michelle Obama)의 'Let's Move' 캠페인[10]이 펼쳐지고 있다(이차남, 2010, pp.12-25).

---

7) USDHHS/CDC(1996). Promoting Physical Activity A Guide for Community Action.
8) CDC(2004). Promoting Physical Activity A Guide for Community Action. Second Edition.
9) Physical activity plan. http://www.physicalactivityplan.org/에서 2015. 10. 1 인출.
10) Let's Move. http://www.letsmove.gov/에서 2015. 10. 1 인출.

[그림 2-19] Let's Move 홈페이지



자료: Let's Move. http://www.letsmove.gov/에서 2015. 10. 1 인출.

4. 신체활동 불평등 해소를 위한 정책방향 및 대안

가. 지역기반 접근

환경과 정책은 신체활동을 촉진하는데 중요한 역할을 하며, 신체활동이 건강에 중요한 영향을 미친다는 근거는 명확하다.

이제까지 HP2020을 비롯하여 우리나라 신체활동 관련 정책이나 사업 또한 이러한 측면에서의 고려가 전혀 없었던 것은 아니나 충분한 효과를 발휘하기에는 충분하지 않았고, 그 결과 우리나라 국민의 신체활동실천율은 점점 하락하게 되었다.

특히, 보건 분야와 체육 분야의 상호 협력이 부족하였고, 체육 부서의 경우 과거 엘리트 체육 중심에서 최근 생활체육 중심으로 발전은 하였지

만 기존 운동이나 체육의 틀을 깨는 것이 쉽지 않은 것이 문제로 지적되고 있다.

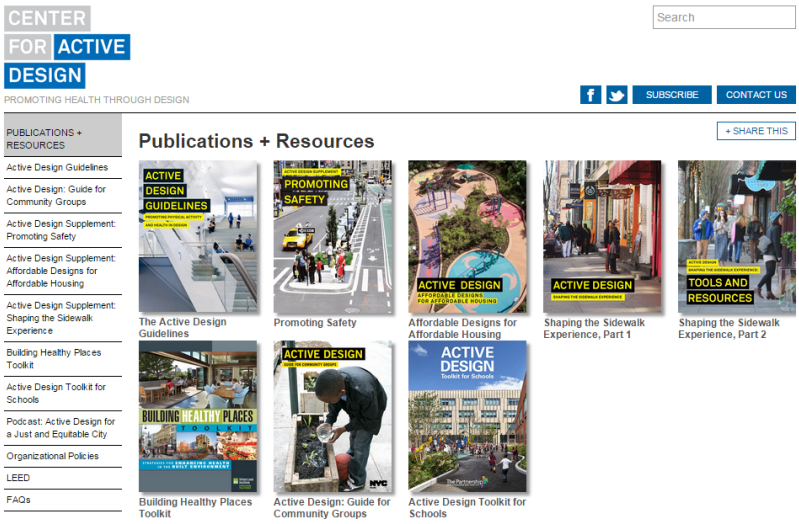
현재 지자체에서 가장 대표적으로 실시하고 있는 건강증진사업이 신체활동 관련 사업임에도 불구하고 보건소 및 건강도시의 신체활동 사업도 프로그램에 참여할 수 있는 일부 주민들을 대상으로 한 일회성 사업이나 캠페인이 주를 이루고 있는 것이 현실이다.

지역사회통합건강증진사업의 신체활동 증진을 위한 접근전략을 보면 환경조성과 관련하여, 신규환경 조성, 타부서 연계 공동 환경 조성, 기 조성된 환경의 유지보수, 제도적 접근 등이 제시되어 있고, 지역사회 연계 강화 및 지원을 위해 부문 간 협조, 전문가 집단의 협조, 지역주민 참여 유도, 기타 민간관의 연계 등이 포함되어 있다. 그러나 지자체에서 신체활동 사업 수행 시 이러한 접근전략들이 실제로 얼마나 잘 지켜지고 있는지는 모니터링 되고 있지 않다.

미국 뉴욕시의 경우 도시·교통전문가, 도시설계·건축 전문가, 공중보건 전문가들과 함께 'Active Design Guideline'[11]을 제작하여 실제 도시디자인에 적용하고 있다. 이 가이드라인은 도시디자인을 통해 급증하는 비만과 만성질환을 줄이고자하는 시도로서 도시디자인을 통해 커뮤니티, 가로, 도시공간의 디자인을 통해 보행이나 자전거 이용 활성화를 제안하고 있다.

11) Center for Active Design. http://centerforactivedesign.org/resources/ 에서 2015. 10. 6 인출.
Healthy Living. http://www1.nyc.gov/site/ddc/about/active-design.page 에서 2015. 11. 24 인출.

〔그림 2-20〕 뉴욕의 Active design 가이드라인



자료: Center for Active Design.
http://centerforactivedesign.org/resources/ 에서 2015. 10. 6 인출.

나. 비례적 보편주의에 기반한 접근

HP 2020에 제시된 신체활동 분야 목표 중의 하나로 형평성 제고가 포함되어 있으나, 지자체나 민간에서 주도하는 각종 신체활동 사업에 대한 접근성이 낮은 집단을 고려한 별도의 접근전략은 아직 마련되어 있지 못하다.

세계보건기구 유럽사무소(2006)에서는 “Promoting physical activity and active living urban environments: the role of local governments” 보고서를 통해 물리적 환경 및 사회적 환경이 신체활동에 미치는 영향에 대해 기술하면서 “취약계층 주민들은 안전한 도로 및 보도, 산책길, 근린공원과 같이 건강생활에 도움이 되는 장소에 대한 접근성이 낮다. 고소득 국가에서도 보행자 상해비율이 사회경제적 계층에 따라 차

이가 있으며, 저소득층 아동 보행자의 부상비율이 높은 경향을 보인다"라고 하였으며, 아울러 "성별에 따라 신체활동 참여수준이 다르며, 유럽국가 뿐 아니라 전 세계적으로 여아들이 남아들에 비해 덜 활동적이며, 연령이 증가할수록 성별 간 격차가 크게 나타난다."고 하였다.

특히 이 보고서에서는 신체활동 증진을 위한 환경개선의 고려사항 중 하나로 "불평등(Inequality)"을 언급하고 있는데, "저소득 집단의 경우 비만과 만성질환 유병률이 높고, 상대적으로 신체활동이나 불건강한 식이습관을 가지고 있는 경우가 많다. 이러한 격차는 토지사용, 주택, 교통, 경제개발과 관련된 불평등이 반영된 결과라고 볼 수 있다. 경제적으로 취약한 집단은 경제적 이유로 운동시설에의 접근이 어려운 경우가 많다. 또한, 저소득집단은 건강한 생활습관을 위한 장소(안전한 공원 등)에 접근하기 어려운 경우가 많아 운동이나 신체활동 중에 상대적으로 사고가 발생하거나 범죄의 대상이 될 위험이 높다."고 하고 있다. 또한, 이 보고서는 네덜란드의 사례를 들며, "아인트호벤에서의 연구결과 저소득지역에서 운동에 참여하는 주민 비율이 더 낮은 것"으로 보고하였다.

이처럼 유럽의 경우 다양한 사회·환경적 접근을 통해 수많은 정책들[12]을 펼쳐오고 있으며 특히 사회적 약자를 위한 정책의 집약[13]등이 눈에 띈다. 특히, 지자체에서 신체활동 증진을 위한 사업을 계획할 경우 인구집단 간 형평성을 고려할 것을 제안하고 있으며, 아울러 사업에 대한 평가 전략으로서 인구집단 전체에 대한 신체활동 실천율 뿐만 아니라 다양한

12) WHO. Publications
http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/physical-activity/publications 에서 2015. 10. 6 인출.

13) Physical activity promotion in socially disadvantaged groups: principles for action. Policy summary.
http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/physical-activity/publications/2013/physical-activity-promotion-in-socially-disadvantaged-groups-principles-for-action 에서 2015. 10. 6 인출.

인구집단별 사업 참여 정도를 모니터링 할 것을 제안하고 있다.

우리나라의 경우에도 신체활동기준에 기초하여 국제적으로 보편화된 신체활동증진을 위한 기본정책을 추진하는 것 외에 사회적 약자를 위한 신체활동증진의 정책형성과 활동, 연구개발 등 꾸준한 투자가 필요하다. 즉, 근거를 바탕으로 한 표적 집단에 대한 고려 없이 전체인구집단을 대상으로 자발성에 기초한 사업을 실시할 경우 오히려 인구집단 간 신체활동 실천의 불평등을 강화시킬 수 있다는 문제인식이 필요하다.

따라서 기존의 보편적인 신체활동 증진 접근방식 외에 신체활동 실천율이 낮은 인구집단이나 신체활동 프로그램에 대한 물리적 접근성이 낮은 인구집단에 대해 특별히 강화된 비례적 보편주의(proportionate universalism)에 입각한 프로그램 기획을 위해 추가적인 노력이 필요하다.

다. 생애주기별 접근

국민들의 신체활동 수준을 증가시키려면 인구집단 기반으로 적절하고 복합적인 접근이 필요할 것으로 보인다. 때문에 신체활동에 대한 국가정책 및 계획은 개인을 지원하고 신체활동을 하기 쉬운 지원적 환경 마련을 목표로 하는 여러 가지 전략으로 구성될 필요가 있다.

개인의 신체활동 접근성을 제고시키기 위해서는 생애주기별 접근이 이루어져야 하며, 이는 학교, 직장 등 장(setting)별 접근방법을 통해 가능하다. 예를 들어, 학령기 아동의 신체활동 증진을 위한 접근전략으로는 학교에서의 신체활동 프로그램 강화가 우선적이고, 중장년기 성인을 위한 신체활동 접근성 제고를 위해서는 직장에서의 신체활동 프로그램 제공이 고려되어야 할 필요가 있다.

세계보건기구에서도 학교나 직장에서의 신체활동에 대한 접근성을 강조하고 있으며, 또한 일차의료기관에서도 신체활동에 대한 상담 등을 제공할 것을 강조하고 있다(한국건강증진개발원, 2012). 이는 전체인구집단을 대상으로 한 신체활동 증진에 효과가 있음은 물론 사회계층간 신체활동 실천 격차를 줄이기 위한 방법으로 볼 수 있다.

〈표 2-18〉 세계보건기구 신체활동 권장지침

- 국가 및 지역 수준에서 도시 및 타운 계획과 환경정책을 검토하여 걷기, 사이클 및 기타 유형의 신체활동 접근가능성과 안전함을 보장 - 어린이를 위한 지역 놀이시설 제공 - 걷기 및 사이클 등 출·퇴근 시 운동 및 직장인을 위한 기타 신체활동 전략을 용이하게 제공 - 학교 정책이 신체활동에 대한 기회 및 프로그램 제공을 지원하도록 보장 - 학교에 안전하고 적절한 공간 및 시설을 제공하여 학생들이 여가시간을 활동적으로 보낼 수 있도록 함 - 1차 진료 시 신체활동에 대한 조언이나 상담을 제공 - 신체활동을 장려하는 사회 네트워크 구축

자료: 한국건강증진개발원, 2012, p.19

또한 영국에서도 건강불평등에 영향을 미치는 요인들을 중심으로 사업을 모니터하기 위한 12가지 핵심지표들이 선정되어 있는데, 이 중의 하나로 학교에서의 체육교육이 포함되어 있다.

〈표 2-19〉 영국의 건강불평등 실행 계획서 대표 지표

• 일차의료 접근성: 인구 십만 명당 일차의료 전문가 수 • 사고: 취약 지역의 도로 교통사고 • 빈곤 아동: 저소득 가구의 아동의 비율 • 식이: 하위 5분위 가계 소득 계층에서 1일 섭취 과일과 채소의 종류가 5가지 이상인 인구 비율 • 교육: 교육 평가 시험의 A-C등급에 해당하는 16세 학생들의 분율

- 노숙: 임시 거주 시설에 살고 있는 자녀를 가진 홈리스 가족의 수
- 주거: 기준 미달 주택 거주 가구 비율
- 인플루엔자 예방 접종: 65세 이상 노인 인구 중 인플루엔자 예방 접종자 분율
- 체육 교육과 학내 스포츠: 양질의 체육 수업 또는 교과 과정 내외를 막론한 학내 스포츠에 최소 일주일에 2시간 이상 참여하는 학생 분율
- 흡연율: 육체노동자 계층과 임신 여성의 흡연자 분율
- 10대 임신: 18세 이하 여성의 임신 비율
- 주요 사망 원인 사망률: 국가 평균과 비교해서 20% 이상 높은 지역의 75세 미만 인구의 주요 사망 원인(암, 심혈관 질환) 연령 표준화 사망률

자료: 최용준 등, 2012, p.383

때문에 우리나라도 신체활동 증진 및 신체활동 실천에 있어서의 불평등 완화전략으로서 학교체육과 직장에서의 신체활동 증진 프로그램 도입을 검토해 볼 필요가 있다.

5. 소결

제3차 국민건강증진종합계획에 대한 중간평가 결과 성인의 신체활동 실천율은 계속 낮아지고 있다. 건강생활습관의 다른 영역인 흡연, 음주, 영양의 지표가 개선되고 있는 현상과는 정반대의 경향을 나타내고 있다.

이는 국민의 신체활동 실천을 위한 중앙정부나 지방정부의 노력이 다른 영역에 비해 특히 낮아서일 것으로 생각되지는 않는다. 왜냐하면 지금도 각 지자체 보건소에서 가장 열심히 하고 있는 사업 중의 하나가 노인을 대상으로 한 신체활동 증진사업이고, 국민건강보험공단에서도 노인을 대상으로 한 운동사업을 실시하고 있기 때문이다.

이러한 사실로 미루어볼 때 그 동안 신체활동 증진을 위한 정책적인 접근 방향이 옳은가에 대한 질문을 하지 않을 수 없다.

이미 알려진 사실을 바탕으로 개인 혹은 인구집단의 신체활동을 개선하는 데에는 개인적, 사회문화적, 조직적, 환경적, 정책적 요인 등 다양한 요인들이 관여하고 있으며, 미국 지역사회예방서비스위원회에서도 신체활동 관련 권고사항으로[14] 크게 ① 행동적 및 사회적 접근, ② 캠페인 및 정보적 접근, ③ 환경적 및 정책적 접근으로 나누고 있다.

그러나 우리나라는 신체활동 증진을 위해 다각적인 접근에 의한 정책은 찾아보기가 어렵다. 보건복지부에서 국민건강증진종합계획을 통해 상징적 목표를 제시하고 있으나 구체적 정책수단이 부족하고, 특히 고령의 저소득, 읍면지역, 여성 등 건강형평적 접근에 대한 고려는 부재하다.

우리나라 성인의 신체활동 실천율 제고를 위해서는 특정 집단만을 위한 접근방식이나 혹은 무작위적 인구집단을 대상으로 한 접근방식을 지양하여야 할 것이다. 대신, 신체활동 증진을 위한 지침에 근거하여 사업을 전반적으로 실시하되, 그동안 신체활동 실천율이 낮았던 인구집단을 발굴하여 그 인구집단에 맞는 정책을 보다 강화하는 방식으로 접근을 할 필요가 있다.

제4절 영양

1. 서론

가. 건강과 건강불평등의 결정요인으로 식이의 중요성

국제질병부담(Global Burden of Disease, GBD)의 추계에서 2013년

14) 미국 지역사회 예방서비스위원회
http://www.thecommunityguide.org/pa/environmental-policy/index.html 에서 2015.10.6. 인출

우리나라 국민의 총사망과 장애보정수명(Disability Adjusted Life Years, DALYs)에 식이(diet)로 인한 위험요인은 각각 21.8%와 11.6%에 달하였다(IHME, 2013). 식이 요인은 생활습관관련 위험요인 중 가장 큰 기여요인으로서 매우 중요한 건강결정요인이다.

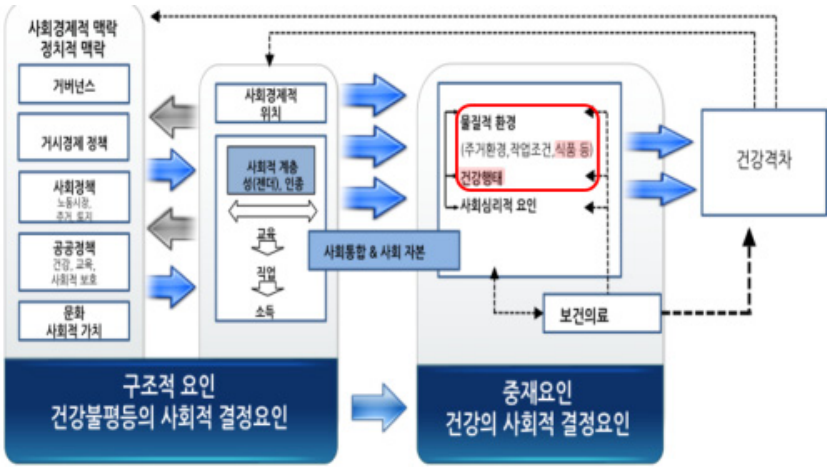
〈표 2-20〉 2013년 우리나라 국민의 총사망과 장애보정수명에 기여하는 식이 위험요인

구분	세부 식이 위험요인 (1% 이상 기여)
총사망	높은 나트륨 섭취: 10.3% 낮은 과일 섭취: 6.1% 낮은 정제되지 않은 곡물 섭취: 3.5% 낮은 견과와 종자 섭취: 1.6% 낮은 채소 섭취: 1.6% 낮은 식이섬유 섭취: 1.1%
장애보정수명	높은 나트륨 섭취: 5.2% 낮은 과일 섭취: 3.2% 낮은 정제되지 않은 곡물 섭취: 2.4% 낮은 견과와 종자 섭취: 1.0%

자료: Institute for Health Metrics and Evaluation, 2013.

건강과 건강격차의 메카니즘에서 식이는 중재요인의 하나로 위치하고 있다. 그러나 식이와 영양은 하나의 단일한 변수로 보기에는 다면적이고 복잡한 특성을 가지고 있다. 일반적으로 영양은 대중에게 '균형잡힌 식이', 즉 좀 더 구체적으로 영양소의 '권장량(recommended level)'을 제공하는 것을 목표로 해왔으나 이로는 불충분하다. 식이-유전자 상호작용이나 만성질환의 유도와 같은 생물학적인 측면도 복잡할 뿐만 아니라 사회적, 경제적, 문화적인 문제이기도 하다(Shetty, 2002). 따라서 건강불평등의 기전으로 식이를 고려하고자 할 때 식이와 영양의 복합적 측면에 대한 고려가 필요하다. 그러나 현재 국내에서는 건강불평등 메카니즘의 주요 요인으로서 식이의 위치와 역할에 대한 연구가 아직 다양하게 진행되고 있지는 못한 것으로 보인다.

〔그림 2-21〕 건강격차 결정요인에서 식이의 위치



자료: 김동진 등, 2013, p.99

나. 우리나라의 국가적 식이와 건강 관련 모니터링 현황

우리나라 '제3차 국민건강증진종합계획'은 영양 부문에서 "우리 국민의 건강한 식생활 실천을 유도하고 관련 만성질환을 예방하여 건강수명 연장에 기여한다"는 목표로 건강식생활 실천 인구비율(6항목), 건강체중유지·관리 인구비율(2항목), 생애주기별 영양관리(5항목), 미량 영양소 적정섭취인구비율(4항목), 식품안정성 확보 및 영양서비스 수혜인구비율(2항목)별로 19개 지표를 선정하고 목표를 제시한 바 있다(보건복지부, 2011, pp.158-159).

2013~2014년 '한국의 건강불평등 지표와 정책과제'에서는 영양을 주요 건강불평등 중재요인으로 간주하고 전문가 회의 등을 거쳐 1) 식품 미보장률, 2) 과일 섭취율, 3) 나트륨 초과 섭취율을 한국형 건강불평등 지표로 선정하여 실증적 지표를 산출하였다.

다. 연구의 목표

이 연구는 식이 관련 한국형 건강불평등 지표와 실증적 모니터링 자료를 기초로 국내 식이·영양·식생활 전문가 세미나를 개최하여 한국의 식이/영양/식생활의 불평등 및 정책 현황을 토의하여 이슈와 문제점을 도출하고, 국내외 성공적 중재 근거를 바탕으로 불평등을 완화할 수 있는 정책 대안을 제안하고자 하였다.

라. 연구방법

2015년 10월 2일 전문가 기획세미나를 개최하였으며, 진행내용과 참여 전문가는 아래와 같다.

〔발표〕 건강불평등 통계집(2013-2014년) 내 식이 불평등 지표의 현황: 김유미(동아대학교 예방의학교실)
〔발표〕 한국의 영양과 건강 불평등(Nutrition and Health Inequalities in Korea): 심재은(대전대 식품영양학과)
〔발표〕 국내외 식이 (불평등) 관련 정책 현황과 과제: 김기랑(단국대 식품영양학과)
〔발표 및 토론〕 식이 섭취에 따른 건강불평등: 김혜련(보건사회연구원):
〔토론〕 이수경(인하대 식품영양학과)
〔토론〕 오유진(한국건강증진개발원)

2. 우리나라 식이와 영양 불평등 현황

가. 2014년 〈한국의 건강불평등 지표와 정책과제〉 식이 불평등 지표 현황과 고려사항

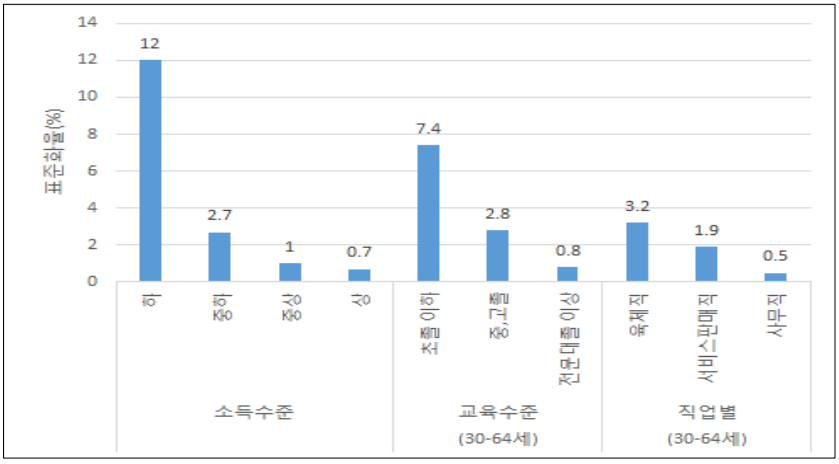
앞서 선정된 3개의 지표 중 식품 미보장률과 나트륨 초과 섭취율에 대한 실증적 모니터링을 실시하였다. 2005~2011년 성별 각 지표의 추이,

광역시도별 지역별 분포를 제시하였고, 2011년 소득수준, 교육수준, 직업의 사회경제적 지위에 따른 지표값을 모니터링하였다.

2005-2001년 국민건강영양조사를 활용하여 19세 이상 성인 중 경제적으로 어려워 가끔 혹은 자주 먹을 것이 부족했던 사람의 소득수준과 교육수준이 낮을수록 식품미보장률이 커지는 계단식의 불평등을 관찰할 수 있었다.

이 지표는 사회경제적 지위에 대한 민감성이 큰 지표로 평가되어 식이불평등의 지표로서의 유용성이 확인되었다. 조사기간에 따른 설문 항목의 변화가 있었기 때문에 일관된 추세 확인에는 어려움이 있었다. 그러나 HP2020에서 식품 안정성이 확보된 가구 비율을 모니터링 지표로 선정하였고, 2011년 이후 국민건강영양조사를 활용한 국민건강통계를 통해 사회경제적 지위에 따른 지속적 모니터링 자료를 제공하고 있기 때문에 국가적 지표로 안정적 산출을 기대할 수 있다.

〔그림 2-22〕 2011년 사회경제적 지위에 따른 식품 미보장률



자료: 김동진 등, 2014, p.197

나트륨 초과섭취율의 경우 국민건강영양조사를 활용하여 19세 이상 성인 중 나트륨 섭취량이 2g 이상이 사람의 분율로 조사하였는데, 소득수준이 높고 교육수준이 높을수록 높은 양상을 보였다. 이 지표의 경우 HP2020에서도 동일한 기준을 적용하여 제안한 바 있으나 우리나라 국민의 소금 섭취량의 평균 수준이 높아 국제 기준치인 나트륨 2g을 기준으로 할 경우 나트륨 초과섭취율이 매우 높아지게 되므로 지표의 타당성과 사회경제적 지위에 대한 민감성이 다소 저해될 수 있다. 지역사회건강조사의 경우 저염선호율이라는 구성변수를 대표변수로 선정하고 있으며 세 종류의 식생활 설문을 통해 산출하고 있다.

나. 국내 사회경제적 지위에 따른 식이와 영양의 불평등

간단하게 사회경제적 지위에 따라 영양의 차별적 분포는 건강 불평등의 결정요인이 될 수 있다. 즉, 영양을 포함한 식이가 건강의 주요한 결정요인이기 때문에 사회경제적 지위에 따라 식이와 영양에 차이가 있어 질병이나 사망에 영향을 미칠 수 있다는 것이다.

국민건강영양조사를 활용한 국내 대표 보건통계를 통해서도 사회경제적 지위에 따른 영양 상태와 식생활의 차이가 보고되고 있다(질병관리본부·보건복지부, 2014b). 식품의 유용성, 접근성, 이용성의 측면을 모두 포함하는 포괄적 개념으로서 식품안정성(food security)와 같은 지표에 대한 관심도 촉발되어 국민건강영양조사에서는 2005년 관련 지표를 최초로 도입한 이래 타당도 조사 등을 통해 확대 발전하고 있는 형편이다(김기랑 등, 2011, pp.771-781).

사회경제적 지위에 따른 식이와 영양에 대한 모니터링은 2001년 국민건강영양조사를 기반으로 가족형태, 독거 여부, 주부의 취업 여부, 소득 계층을 사회경제적 지표로 선정하여 식생활과 영양 수준의 차이를 심층 분석한

것이 대표적인 사례이다. 또한 소득수준, 교육수준, 직업계층 및 고용상태, 지역사회의 구조적 특징에 따른 식생활과 영양섭취를 비교한 연구가 일부 수행되었다. 그러나 이러한 연구들은 사회경제적 지위에 대한 특징을 체계적으로 다루지는 못한 것으로 평가하고 되었다(한국건강형평성학회, 2008).

'국민건강증진종합계획'에서 세부 목표별로 모니터링을 할 수 있는 지표와 자료원에 대한 명시가 있으며 주된 자료원으로 국민건강영양조사의 자료를 활용하고 있다. 국민건강영양조사를 활용한 지속적 국민건강통계 보고서의 생산에 따라 안정적인 모니터링 체계가 이루어졌다고 평가할 수 있겠다.

영양과잉 및 영양부족이 공존하는 양극화된 영양불균형 문제는 1998년 이후 지속된 것으로 '제3차 국민건강증진종합계획'에서도 이를 지적하고 있는데, 2013년 영양섭취부족은 소득수준이 낮을수록 크고, 섭취과잉은 소득수준이 높을수록 큰 것을 확인할 수 있다(그림 참조).

또한 개별 영양소 수준에서 볼 때 에너지, 단백질, 지방을 포함하여 미세영양소의 섭취부족이 소득수준이 낮을수록 더 큰 것을 확인할 수 있었다.

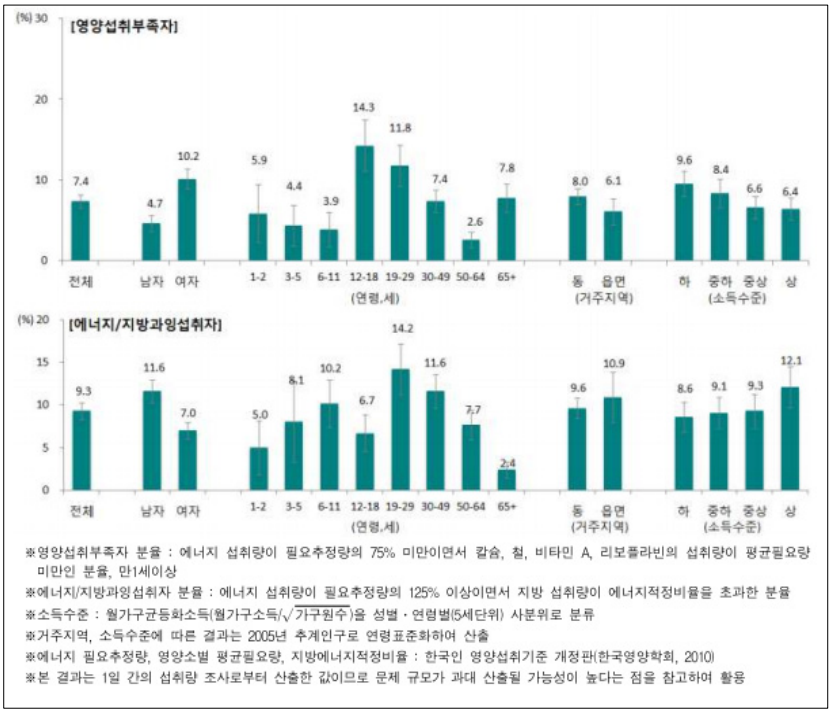
〈표 2-21〉 2013년 소득수준에 따른 미세영양소 섭취 부족 분율

(단위: %)

구분	n	에너지	단백질	지방	칼슘	인	철	비타민 A	티아민	리보 플라빈	나이아신	비타민 C
		분율 (표준 오차)	분율 (표준 오차)	분율 (표준 오차)	분율 (표준 오차)	분율 (표준 오차)	분율 (표준 오차)	분율 (표준 오차)	분율 (표준 오차)	분율 (표준 오차)	분율 (표준 오차)	분율 (표준 오차)
소득수준(표준화)												
하	1,760	31.9 (1.4)	18.3 (1.3)	31.9 (1.2)	72.6 (1.4)	15.5 (1.0)	18.8 (1.1)	47.7 (1.6)	9.2 (0.8)	45.8 (1.5)	38.3 (1.4)	65.2 (1.6)
중하	1,841	28.1 (1.3)	14.3 (1.1)	26.6 (1.1)	69.2 (1.4)	14.3 (1.1)	17.3 (1.2)	43.9 (1.5)	9.1 (1.0)	39.9 (1.4)	32.7 (1.4)	60.8 (1.5)
중상	1,803	26.5 (1.5)	11.1 (0.9)	27.0 (1.3)	68.9 (1.3)	11.6 (0.9)	16.2 (1.0)	42.5 (1.3)	7.7 (0.8)	37.3 (1.3)	30.0 (1.2)	59.0 (1.6)
상	1,785	23.7 (1.3)	10.2 (0.9)	25.7 (1.4)	61.7 (1.5)	10.8 (0.8)	13.5 (1.0)	39.7 (1.3)	6.0 (0.7)	32.9 (1.5)	23.6 (1.4)	50.1 (1.7)

자료: 보건복지부·질병관리본부, 2014b, 국민건강통계

〔그림 2-23〕 2013년 영양섭취부족 분율과 에너지/지방과잉섭취 분율



자료: 보건복지부·질병관리본부, 2014b, 국민건강통계, p.44.

식품안정성과 관련한 세부 지표에서도 소득수준에 따른 기울기를 확인할 수 있었고, 소득수준이 가장 낮은 집단에서 식품안정성 확보가구분율이 81.7%인데 반해 가장 높은 집단에서 식품안전성 확보가구분율은 99.5%를 나타내었다.

〈표 2-22〉 2013년 소득수준에 따른 식품안정성 확보가구분율

(단위: %)

구분	n	우리 가족 모두가 원하는 만큼의 충분한 양과 다양한 종류의 음식을 먹을 수 있었음(A)	우리 가족 모두가 충분한 양의 음식을 먹을 수 있었으나 다양한 종류의 음식은 먹지 못했음(B)	경제적으로 어려워서 가끔 먹을 것이 부족했음	경제적으로 어려워서 자주 먹을 것이 부족했음	식품안정성 확보가구분율
		분율 (표준오차)	분율 (표준오차)	분율 (표준오차)	분율 (표준오차)	분율 (표준오차)
전체	2,939	44.1(1.3)	49.4(1.2)	5.2(0.6)	1.3(0.3)	93.5(0.7)
소득수준(표준화)						
하	732	30.3(2.3)	51.4(2.2)	14.4(1.5)	3.9(0.9)	81.7(1.9)
중하	760	38.2(1.9)	57.4(1.9)	3.4(0.8)	1.0(0.4)*	95.6(0.9)
중상	694	47.6(1.9)	50.4(1.9)	2.0(0.6)*	0.0(-)	98.0(0.6)
상	727	61.6(2.0)	37.9(2.0)	0.5(0.3)**	0.0(-)	99.5(0.3)

주: 1) 식품안정성 확보가구분율: 가구원 중 식품구매를 주로 담당하는 1명에게 최근 1년 간의 가구 식생활 형편을 물었을 때, (A), (B)로 응답한 분율
2) 소득수준: 월가구균등화소득을 성별, 연령별(5세단위) 사분위로 분류
3) 분율 0.1% 미만으로 표준오차 비제시
4) *: 변동계수 25%~50%, **: 변동계수 50% 이상
자료: 보건복지부·질병관리본부, 2014b, 국민건강통계

다. 국내 자료로 확인한 식이의 건강 불평등

김혜련 등은 1998, 2001년 국민건강영양자료를 사망등록자료와 연계한 코호트 연구설계를 통해 영양 및 식이섭취가 총사망과 사인별 사망위험에 미치는 영향을 분석하였다(미발표, 전문가 회의 자료).

각 영양소별 섭취의 적정비(Nutritional Aduquacy Ratio, NAR)의 평균치로 산출한 식사의 질 지표 오분위수에 따라 우리나라 30세 이상 성인의 사망위험이 점차 높아져, 가장 낮은 식사의 질을 보인 5분위수의 사망위험은 1.8배에 달하였다. 사인별 사망에 있어서도 30세 이상 전체 성

인에서 5분위의 암사망 위험은 1.9배였다.

에너지 섭취 수준이 75% 미만인 군의 총사망 위험은 1.4배, 심혈관질환 사망 위험은 1.8배였다.

3. 식이와 영양의 불평등 완화를 위한 국내외 정책 현황

가. 국내 주요 식이와 영양 불평등 완화를 위한 정책

'제3차 국민건강증진종합계획'은 건강수명의 연장과 함께 건강형평성의 제고를 주요 목표로 하였는데 이중 건강형평성 제고 목표를 달성하기 위해 인구집단 건강관리, 취약계층 건강관리를 주요 사업과제로 설정하고 있다. 식이 부문에서는 취약계층 관련 영양사업으로, 1) 노인급식의 질 관리 및 제고 사업과 2) 취약계층을 위한 영양관리 사업 개발 및 확대를 주요한 정책으로 제시하고 있다. 노인급식의 질 관리 및 제고 사업은 다시 복지관 경로식당의 급식내용에 대한 영양관리 기준 마련 및 시행, 밑반찬 배달 사업을 도시락 배달 사업으로 전환 및 확대 관리, 지역 특성에 맞춘 노인정 급식 지원 방안 도출 및 시행의 내용으로 구성되었다. 취약계층을 위한 영양관리 사업 개발 및 확대는 영양플러스 사업의 대상 규모 확대, 취약계층 아동을 위한 과일 제공 사업 개발 및 운영, 다문화가정에 대한 식생활조사 및 이들의 영양관리를 위한 전담영양사 제도개발/운영이 그 내용이었다.

2010년 제정·시행된 국민영양관리법에 따라 국민의 영양관리를 위한 국민영양관리기본계획 및 시행계획이 수립되게 되었다. '제1차 국민영양관리기본계획(2012-2016)'에서는 아래와 같은 기본계획 목표와 주요 지표를 설정하였고 분야별 추진과제를 제안하였다. 이중 영양형평성 제고

를 위한 취약계층 지원 사업으로는 영유아 및 임산부를 대상으로 한 영양플러스 사업 운영, 다문화가정 영양관리가 있었고 노인을 대상으로한 노인 급식의 질관리 제고와 방문영양관리서비스 체계 개발이 있었다. 또한 어린이와 청소년을 대상으로 한 지역아동센터 급식관리 체계화와 저소득층 어린이 과일제공사업 등이 포함되었다. '제1차 국민영양관리기본계획(2012-2016)' 추진성과 중간점검에서 국민의 건강수준 향상 및 건강형평성 제고를 위한 생애주기별 영양관리를 돕기 위하여 복지부 영양플러스사업 확대, 식약처 어린이급식관리지원센터 확충, 교육부 학교 기반의 영양·식생활교육확대, 복지부 독거노인 등의 영양관리와 건강과일도시락 제공 등 실버건강 식생활 사업 등을 시행하는 것이 개선점으로 꼽혔다.

나. 국내 대표 식이와 영양의 불평등 완화를 위한 취약계층 영양사업인 영양플러스의 효과와 한계점

2005년 개정된 '새 국민건강증진종합계획 2010'의 영양부문 목표 중 2010년 달성된 목표는 식생활 지원프로그램(영양플러스) 수혜비율과 모유수유율이 있었다(보건복지부, 2011). '제3차 국민건강증진종합계획'과 '국민영양관리기본계획'의 구체적 추진 사업 에서도 영양플러스는 매우 중요한 중심사업으로 자리하고 있다.

영양플러스 사업은 2005년 국내에 도입되어 2008년부터 전국 규모로 확대되어 2013년 현재 총 88,861명의 대상자에게 사업이 수행되고 있다(이윤나 등, 2014, p.56).

[그림 2-24] 영양플러스 사업 대상자 추이

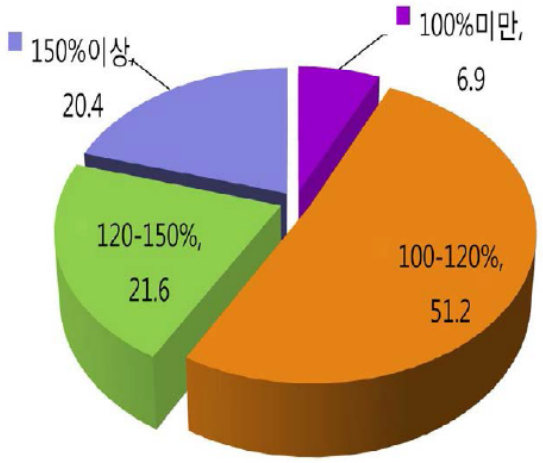
자료: 이윤나 등, 2014, p.56

이윤나 등의 영양플러스사업 운영 체계 효율화 방안 연구에 의하면 영유아, 임산부 및 출산수유부인 사업 참여자에서 빈혈, 키와 체중으로 평가한 아동 성장, 영양의학적 위험, 영양섭취불량 및 총영양위험으로 평가한 영양문제의 개선이 40-80% 정도 이루어진 것으로 나타났다. 그러나 소득수준에 따라 평가한 사업 대상자의 개선비율은 빈혈, 영양섭취불량 및 총영양위험의 지표에서 소득수준이 낮을수록 개선이 낮은 양상을 보였다. 이 연구에서는 대체식품, 채소 및 과일 바우처 도입을 통한 채소 및 과일의 다양성 확보와 쌀 대신 잡곡을 기본으로 하는 보충식품패키지의 개선과 영양교육 방법의 다양화 및 교육자료를 개발하는 것을 주요 개선점으로 지적하였다(이윤나 등, 2014).

국민건강증진종합계획에서 주요 목표 지표로 설정하고 있으며 2010년 목표를 달성한 것으로 확인한 사업 수혜인구 비율 지표는 사업 참여 자격

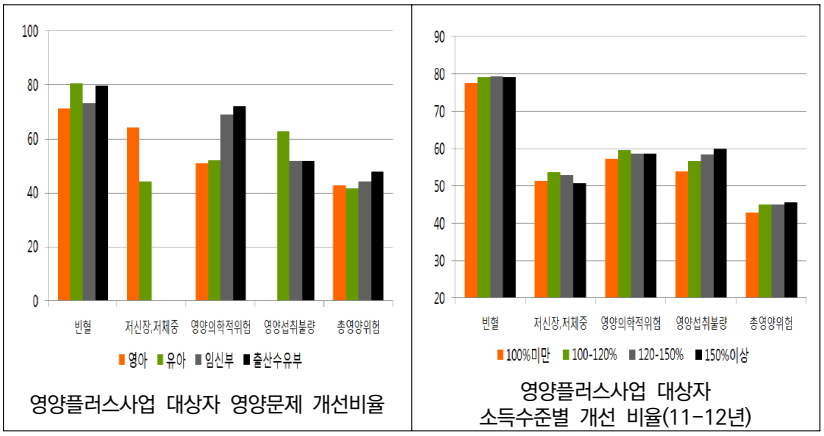
보유자 중 사업 수혜자 비율로 정의한다. 영양플러스 사업 참여 자격은 최저생계비 200% 미만, 관내 임산부, 출산부 및 66개월 이하의 영유아, 한 가지 이상의 영양위험요인(빈혈, 저체중, 성장부진)으로 정의한다. 2011-2012년 자료를 통해 분석한 결과 참여자의 소득분포는 최저생계비 100% 미만이 6.9%, 100-120%가 51.2%, 120-150%가 21.6%, 150% 이상이 20.4%를 차지하였다(이윤나 등, 2014, p.55). 따라서 취약한 인구에 대한 영양 지원으로서의 실효성에 대한 비판이 있으며 기초수급자 등 취약계층이 지원 대상에서 누락되지 않도록 하는 대상자 우선 지원기준 조정 등이 요구되고 있다.

[그림 2-25] 2011-2012년 영양플러스 사업 참여자의 소득수준 분포



자료: 이윤나 등, 2014, p.55

〔그림 2-26〕 영양플러스 사업 운영 평가



자료: 이윤나 등, 2014, p.63

국가적 취약계층 대상 식이와 영양 정책의 대표 사업이며 지원을 집중하고 있는 사업임에도 불구하고, 자료 전산화 등의 미비로 실제 사업 자료를 활용한 평가와 효과성을 검토할 수 있는 근거를 마련하고 있지 않은 것도 한계점으로 지적할 수 있다.

다. 국외 식이 불평등 감소 정책

세계보건기구는 1999년 건강 21(Health 21)에서 제시한 주요 목표별로 식이와 영양과 관련한 목표를 천명하였다. 건강한 삶의 출발 목표를 위해 임산부에 대한 식이 상담을 포함하였고, 비감염성질환 감소의 목표에 불건강한 식이 섭취의 감소를 명시하였다. 보다 건강한 삶의 목표를 위해 1) 보다 건강한 식이 증진과 비만 감소, 2) 채소와 과일 섭취의 가용성(availability)과 접급성(access)을 증가할 수 있고 고지방 식품의 섭취를 감소할 수 있는 국가 재정, 농업 및 소매 정책, 3) 오염의 위험을 줄일

수 있는 식품의 안전한 취급, 4) 교외와 시골에서 슈퍼마켓 확대의 방지 등을 식이와 영양관련 정책방향으로 제안하였다.

WHO 건강의 사회적 결정요인 위원회가 발간한 Closing the gap in a generation 보고서에서도 식이와 영양에 대한 정책을 포함하고 있는데 이는 다음과 같다(WHO, 2008). 삶의 공평한 출발을 위해 1) 적절한 영양을 공급받은 자궁 내 환경, 2) 출생 후 한 시간 내의 모유수유 개시, 6개월 완전모유수유 등 모유수유를 강조하였다. 건강을 증진할 수 있는 건강한 환경으로 1) 식품의 가용성과 접근성을 관리할 수 있도록 소매 계획을 통해 건강한 식이를 증진하는 것과 2) 식품 불안전성(food insecurity)을 근절하기 위해 생산성과 고용 수준을 향상하고 식품과 시장에 접근성을 좋게 할 수 있는 정책 개발을 주문하였다. 또한 이 보고서에서는 시장의 책임을 강조하였는데 이에는 세계화된 식품생산의 영향과 국가와 지역 식이의 영양적 질을 다룰 수 있는 규제 전략의 개발, 가용성, 접근성, 수용성이라는 식품과 건강 형평성의 핵심 측면에 초점을 맞춘 식품 관련 정책 마련과 무역 협정, 궐련, 알코올과 식품과 같은 건강에 큰 영향을 미치는 재화와 서비스에 대한 규제, 가당이나 고지방 식품의 생산, 거래, 섭취를 촉진하는 무역정책이나 불건강한 식품에 접근을 관리할 수 있는 소매 계획을 포함하였다.

미국에서는 건강형평의 획득, 건강불평등의 해소와 모든 집단의 건강증진을 핵심목표 중의 하나로 설정하여 Healthy People 2020 전략을 실시하여 건강결정요인을 중심으로 건강불평등을 확인하고 측정하며 추적하여 감소시키는 것을 목표로 하고 있다. 식이와 영양은 '영양과 체중상태'라는 주제로 다루어지고 있으며 건강한 식품 접근, 의료와 작업장 환경, 체중, 식품 불안정성, 식품과 영양 섭취, 철분 결핍의 주제에 대해 개선 목표, 목표달성 방법, 모니터링 자료를 설정하고 있다. 일례로 식품

불안정성 중 NWS-12 아동에서 낮은 식품안전성을 근절하는 세부 목표에 대해 기반값(baseline)으로 2008년 매우 낮은 식품 안정성을 보이는 아동을 가진 가구가 1.3%로 추산되었고, 목표(target)은 0.2%로 설정하였다. 이 목표를 달성하기 위한 방법은(target setting method) 국가 프로그램, 규제, 정책과 법률에서 일관성을 유지하는 것을 제시하고 있다. 자료원을 통해 자료와 자료 산출방법에 대해 제시하고 있으며, 부가적 정보로 pubmed에 등재된 관련 연구까지 제공하고 있다[15].

국외 건강형평성 정책을 식이 중심으로 고찰한 결과 근거에 기반 한 생애주기별 식이와 영양 정책이 중요하였고, 특히 생애 초기 중재의 필요성이 강조되었다. 또한 건강한 식품의 유용성과 접근성을 증진하기 위한 정책이 두드러졌는데, 채소와 과일같은 건강한 식품에 대한 측정과 캠페인이 포함되었으며, 건강한 식품을 선택할 수 있는 환경을 조정하는 정책이 중요하였다. 여기에는 학교에서의 건강한 영양 환경, 시장 규제, 농업 정책이 포함되어 있으며, 아래 핀란드의 성공적 심혈관질환 감소를 위한 예방정책의 실행 경험에서도 잘 드러난다.

핀란드에서는 1970년대 관상동맥질환의 증가에 따라 식생활 교정을 통한 심혈관 질환 예방 정책을 시행하였다. 채소, 과일, 식물성 기름을 장려하는 식생활 교정에 대한 프로그램이 시행되어, 1972년 버터와 함께 빵을 먹는 분율이 90%에서 2009년 5%로 감소하였고, 식물성 기름의 사용이 1970년 0%에서 2009년 50%로 증가하였다. 심혈관 질환은 약 80%가 감소하게 되었는데, 이러한 성공의 배경에는 식생활 개선에 따른 보건교육 외에도 식물성 마가린 개발, 캐놀라 오일 생산품종 개발, 낙농업 보조금 정책 변경, EU 로비와 같은 다수준, 다부문의 노력이 경주되었기 때문이었다(Puska & Stahl, 2010, pp.315-328).

---

15) USDHHS, healthy people. http://www.healthypeople.gov/ 에서 2015. 10. 23 인출.

4. 불평등 해소 혹은 완화를 위한 바람직한 정책 방향

가. 식이 불평등 모니터링과 메카니즘에 대한 근거 생산

식이 불평등을 감소하기 위한 우선적 과제로 식이 불평등에 대한 모니터링이 선행되어야 한다. 단기, 중기, 장기적 모니터링 지표가 체계적으로 수립될 필요가 있다. 국민건강증진종합계획에서 세부 목표별로 모니터링을 할 수 있는 지표와 자료원에 대한 명시가 있으며 국민건강영양조사를 활용한 지속적 국민건강통계 보고서의 생산에 따라 안정적인 모니터링 체계가 이루어졌음에도 불구하고 식이와 영양의 불평등에 대한 구체적 모니터링은 부족한 형편이다.

국민건강영양조사를 활용한 국내 대표 보건통계를 통해서도 사회경제적 지위에 따른 영양 상태와 식생활의 차이가 보고되고 있다. 식품의 유용성, 접근성, 이용성의 측면을 모두 포함하는 포괄적 개념으로 도입된 식품안전성(food security) 지표를 통해서도 사회경제적 지위에 따른 일부 식이의 불평등이 확인되었고(보건복지부, 2014), 소득수준, 교육수준, 직업계층 및 고용상태, 지역사회의 구조적 특징에 따른 식생활과 영양섭취를 비교한 연구가 일부 수행되었다.

그러나 이러한 연구들은 사회경제적 지위에 대한 특징을 체계적으로 다루지는 못한 것으로 평가되었다(한국건강형평성학회, 2008). 식이 불평등이 만들어지는 기전을 결정, 매개, 결과 요인으로 구체화하여 설명할 수 있는 이론과 모델에 대한 연구가 활성화되어야 식이 불평등을 완화할 수 있는 효과적 중재와 예방 전략을 개발할 수 있을 것이다.

뿐만 아니라 현재 수행되고 있는 사업에 대한 평가를 통해 식이 불평등 감소를 위한 중재 연구의 효과가 면밀히 검토될 필요가 있고, 충분한 검

토를 통해 중재 사업의 계획과 수행이 이루어져야 한다. 영양플러스 사업의 경우 약 10년에 걸쳐 대규모로 수행된 중재사업이나 자료를 활용하여 다양한 연구를 촉진하기에 정보 기반이 부족한 형편이다.

나. 다수준, 다부문의 식이 불평등 완화 정책의 필요성

식이와 영양이 건강에 미치는 영향이 큼에도 불구하고 정책적 우선 순위가 높지 않다는 지적이 있었다. 2010년 제정·시행된 국민영양관리법에 따라 제1차 국민영양관리기본계획(2012-2016)이 마련되었고 이와 연계한 제3차 국민건강증진종합계획에서도 식이와 영양의 형평성은 중요한 목표임에도 불구하고 세부적인 정책은 기존에 이미 산발적으로 수행하고 있던 영양플러스 사업과 취약 노인 및 어린이에 대해 제공되고 있는 사업을 다시 재분류하여 제시하고 있는 형편이다.

가장 대표적인 취약계층 식이 중재사업인 영양플러스의 경우 사업 대상자와 관련하여 취약한 인구에 대한 영양 지원으로서의 실효성에 대한 비판이 있는 형편이다.

식이 불평등을 결정하는데 있어서도 개인수준(연령, 성별, 가족형태, 사회경제적 수준, 질병 및 장애 여부 등), 사회물리적 수준(지역사회지지기반, 슈퍼마켓, 교통수단 등), 거시적 수준의 환경 인자(식품지원 프로그램, 주거 정책, 교통 정책, 보건의료 시스템 등) 등이 다양한 수준에서 작용하고 있다.

국외 식이 불평등 완화를 위한 정책에 대한 고찰 결과 건강한 식품의 유용성과 접근성을 증진하기 위한 정책이 두드러졌는데, 채소와 과일 같은 건강한 식품에 대한 측정과 캠페인이 포함되었으며, 건강한 식품을 선택할 수 있는 환경을 조성하는 정책이 중요하였다. 이는 학교에서의 건강

한 영양 환경, 시장 규제, 농업 정책 등을 포함하였다.

따라서 식이 불평등 완화를 위한 국내 정책도 일부 취약계층을 대상으로 한 잔여적 접근보다 다수준, 다부문적 접근 방법이 필요하다.

다. 식이 불평등 감소를 위한 중재사업의 역효과를 고려한 정책 방향 필요

최해림 등은 편의점을 통한 결식아동급식사업을 평가한 연구에서 전자급식 카드로 편의점에서 음식을 구매할 경우 한 번에 여러 개를 구입하며 제공된 식사류의 품목도 매우 한정적이어서 다양한 식품군을 섭취하지 못했고 특히 만성질환 예방에 중요한 비타민, 무기질의 섭취 부족이 뚜렷함을 보고하였다(최해림 등, 2011, pp.253-264).

영양플러스사업에 대한 평가에서도 영유아, 임산부 및 출산수유부인 사업 참여자에서 소득수준별 사업 대상자의 영양개선비율은 빈혈, 영양섭취불량 및 총영양위험의 지표에서 소득수준이 낮을수록 개선이 낮은 양상을 보였다(이윤나 등, 2014, p.66).

김기랑 등은 2006-2008년까지 국내에 다양한 영양 정책이 수행된 이후 불건강한 식이의 사회경제적 지위에 따른 변화를 생태학적으로 분석하였는데, 학교와 청소년 교육 시설에서 가당 음료 금지, 표준 비만 예방 프로그램의 확산, 안전한 아동 식이를 위한 특별법 등과 같은 정책이 도입된 이후 가당 음료나 패스트푸드와 같은 불건강한 식이가 감소하였다. 그러나 사회경제적 불평등은 정책의 도입 이후 더욱 커지는 결과를 나타내었다. 즉, 인구집단적 접근방법인 정책 변화를 통한 식이 불평등의 감소 노력은 상대적 불평등을 더욱 커지게 할 수도 있다는 것이다(Kim et al, 2013).

따라서 식이와 영양의 정책 변화와 같은 인구집단 접근방법과 영양플

러스나 결식아동급식사업과 같은 취약집단 접근방법을 포함하여 식이 불평등을 감소하고자 하는 중재사업을 실시할 때 절대적, 상대적 불평등을 모두 감소할 수 있는 방향으로 추진될 수 있도록 해야 한다.

제5절 자살

1. 서론

자살에 대한 사회문화적 설명모델과 정신분석학적 설명모델(sociocultural explanation과 psychoanalytic explanation) 사이의 이론적 긴장은 역사적이다. 중심점에 대한 다른 강조는 자살예방 정책으로 연장되기도 한다. 근래 WHO의 자살예방 프레임웍과 미국의 2012 National Stratey for Suicide Prevention에서 제시하는 사회생태학적 모델(Social Ecological Model) 등은 큰 틀에서 이들 자살 설명이론들의 이론적 관계를 보완적으로 위치 지우며 종합적 자살예방 정책의 실천을 뒷받침하고 있다.

한국의 상황에서 자살의 사회경제적 원인은 그 이해와 정책적 실천 측면에서 취약하다. 정책적 균형과 성공을 위해 사회경제적 접근을 흡수하는 것이 필요하며, 이를 위해 현재까지의 역학과 정책의 두 측면에서 국내외 연구 성과를 고찰하고, 이를 토대로 국내 연구 현황과 정책 상황을 살펴본 후 건강형평성 측면에서 자살예방 정책의 효과를 검토하고자 한다.

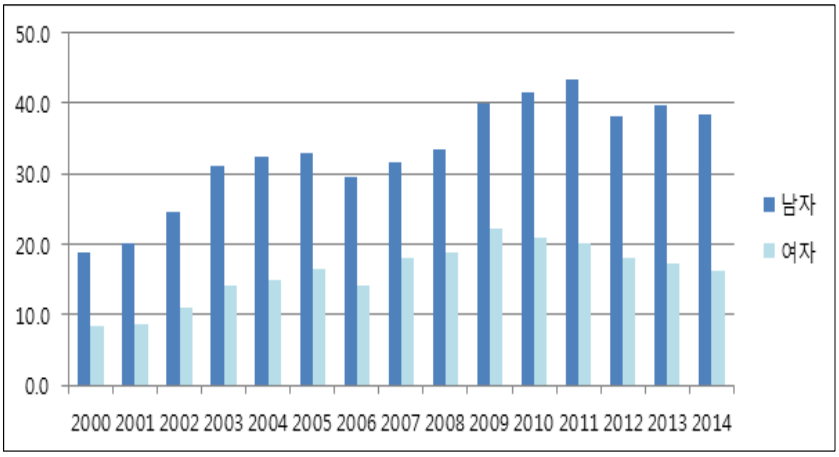
2. 자살의 일반적 현황

2013년 사망원인 통계에 의하면 자살은 10만명당 28.5명으로 사망원인 순위에서 4번째에 해당한다. 남자의 자살률은 2013년 기준 39.8명이며, 여자 17.3명으로 남성에서 2.3배 높다. 남녀 간의 자살률 성비는 10대에 1.38배로 가장 낮고, 이후 증가하여 60대의 성비가 3.51배로 가장 높다.

자살은 10대부터 30대까지 사망원인 순위 1위이며, 40대와 50대는 사망원인 순위 2위이다. 30대-50대 연령층의 자살률은 증가하고 있으며, 이외 연령층은 감소하였다(통계청, 2015).

[그림 2-27] 한국 남녀의 연도별 자살률

(단위: 인구 10만명당 명)



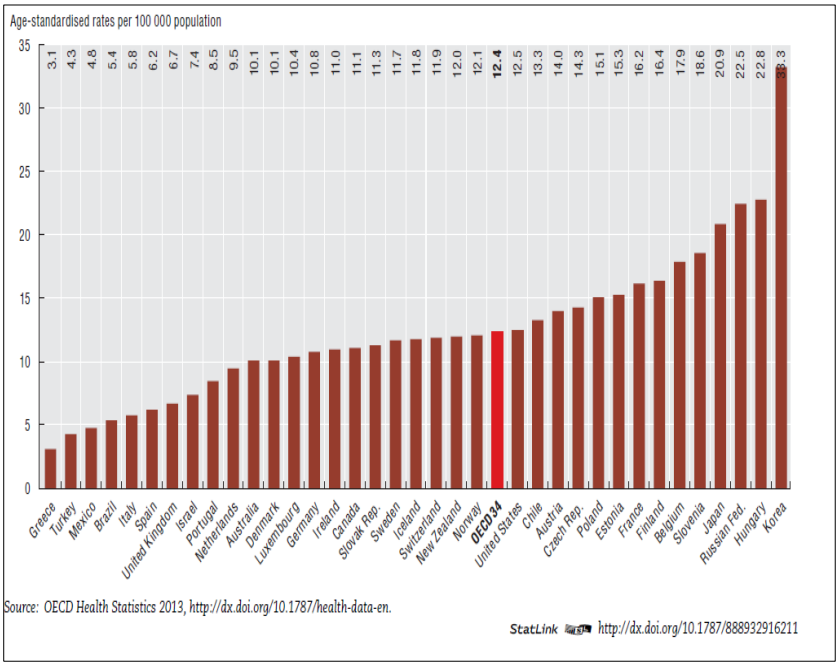
자료: 통계청, 2015, KOSIS 사망원인통계

1990년대 후반 금융위기부터 시작된 증가추세는 지속되었으며 2000년대 후반 이후 증가된 상태에 머무르고 있다. 한국은 OECD 국가 중 가

장 높은 자살률을 보이며, 이는 헝가리를 비롯하여 1990년 이후 감소 경향을 나타내는 대부분의 회원국가와는 양상이 다른 것이다. 한국 사회의 높은 자살률에 대해 OECD는 부족한 정신보건 서비스를 지적하고 있다. 정신보건 서비스는 분절화 되어 있으며, 시설 중심이며, 지역사회 정신보건 서비스는 불충분하거나 효과적이지 않은 경우가 많다는 것이다 (OECD, 2013a).

[그림 2-28] 2011년 OECD 국가의 연령 표준화 자살률

(단위: 인구 10만명당 명)



자료: OECD, 2013a

최근 5년간의 자살 수단 현황(경찰청, 2014)은 다음 표와 같다. 눈에 띄는 변화는 자살 수단 중 음독, 와사와 같이 개입이 비교적 가능한 수단

을 이용한 자살은 감소하고, 교사와 같은 사실상 수단에 대한 통제가 불가능한 자살 수단의 비중이 높아진다는 점이다.

〈표 2-23〉 최근 5년간의 자살 수단 현황

(단위: 건)

구분	2008년	2009년	2010년	2011년	2012년
계	12,270	14,722	14,779	15,681	13,940
교사, 의사	6,176	7,911	8,170	8,246	7,079
익사(물에 빠져죽음)	358	422	347	323	382
도검	109	101	87	57	61
총포	5	9	8	1	4
폭발물	0	4	0	4	2
음독	3,019	3,034	2,927	2,836	2,401
기차	62	79	60	41	48
자동차	9	2	7	3	3
비행기	0	0	0	0	0
와사(깨스 중독사)	262	721	641	1,125	1,069
추락	1,786	2,098	2,085	2,234	2,288
소사(불에 타죽음)	79	75	60	81	52
전기	3	3	1	3	2
기타	402	263	386	727	549

자료: 경찰청, 2014

3. 자살 원인에 대한 검토

가. 정신질환과 자살

우울증으로 대표되는 정신질환이 자살 원인의 90% 이상을 차지한다는 주장이 있다. 이 주장은 자살자의 친척이나 친구들을 대상으로 인터뷰한 후 사후적으로 정신질환의 여부를 정하는 심리부검의 결과에서 유래하며, 90%라는 수치는 오랫동안 굳은 믿음으로 받아들여져 왔다. 예를 들어 심리적 부검 논문들을 대상으로 한 Isometsa의 2001년 리뷰, Cavanagh의 2003년 리뷰 논문은 비슷한 수치를 반복적으로 보여주며

이를 뒷받침하고 있다.

국내에서도 심리적 부검 환자 대조군 연구 등에서도 정신질환은 자살의 높은 위험요인으로 나타났다. 8,403명의 정신질환자와 연령과 성을 매칭한 일반인구에서 자살 현황을 비교한 한 국내 연구(Park et al, 2013, pp.145-150)에서는 두 집단의 표준화 사망비가 남성에서는 49.7, 여성에서는 45.5에 이른다고 보고하고 있다.

그러나 심리부검의 방법론에 대한 문제제기는 다양하게 이루어져 왔다. Pouliot et al.(2006)은 자살 케이스들의 선택과정, 진단 도구의 신뢰도, 평가를 수행하는 가이드라인의 부재 등을 지적하였다. Hjelmeland et al.(2012)은 대리인들의 진술을 통해 정신질환을 진단하는 것은 모호하게 결정되며, 따라서 심리부검은 중단되어야 하며 폭넓은 자살에 대한 이해를 위한 질적 연구로 대체되어야 한다고 주장하였다.

이와는 다른 방법으로 자살자들의 정신질환 경력을 조사하는 것이 있다. 영국은 자살로 인한 사망에 이른 모든 케이스에 대해 12개월 이내의 정신 서비스 이용 경력을 조사(National Confidential Inquiry, 2015)[16]하고 있다. 가장 최근의 보고서에 인용된 통계에 의하면 2003-2013년 사이 28%가 환자 자살(patient suicide), 즉 자살 이전 12개월 이내 기간에 정신보건서비스를 이용한 경우에 해당하였다.

심리적 부검 결과는 현실 정책에도 그대로 연결되어 우울증에 대한 치료가 강조되며, 이를 중심으로 환자 조기발견 및 조기치료가 핵심 과제화되고 있다. 이와 같이 자살자를 치료받지 못한 환자로 간주하는 것은 자살 예방 패러다임의 전환(paradigm shift)에 비견되는 것으로, 사회학적

16) National Confidential Inquiry. (2015). The National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness, Annual report. Centre for Mental Health and Safety, UK.
http://www.bbmh.manchester.ac.uk/cmhs/research/centreforsuicidepreventio n/nci/ 2015. 09. 30 인출

(sociological), 심리적(psychological), 윤리적(moral) 접근을 과거의 것으로 돌리며 정신과적 접근(psychiatric or mental health approach)을 최상의 것으로 여기는 것에 해당한다(Singh & Singh, 2004, pp.21-33).

나. 자살의 사회적 원인

사회경제적 요인과 자살의 연관성에 대한 연구는 분석단위에 따라 생태학적 연구와 개인수준의 연구로 나눈다. 생태학적 연구는 다시 지역 간 변이(예, 국가 간 혹은 도시 간)에 관심을 기울이거나 시간적 변이(예, 경기 불황기 전후)에 초점을 맞춘다.

자살의 지역 간 변이에 대한 86개의 연구를 체계적으로 고찰한 연구(Rehkopf et al, 2006, pp.145-157)에 따르면 지역의 지표들 중 빈곤이 자살과의 연관성이 가장 컸으며, 실업, 교육수준, 직업 등도 연관을 보였다. 또한 지역의 범위가 작을수록 연관성의 강도는 더 높게 나타났다.

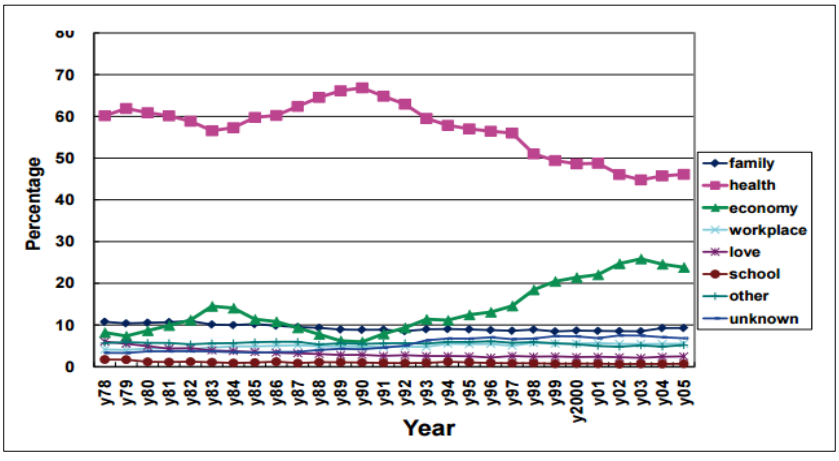
자살과 실업의 연관성을 연속하여 고찰한 Platt(2012)은 개인과 집단수준, 단면 연구와 전향적 연구 등 각 요소에 따라 고찰을 수행하였다. 디자인에 따라 집단수준의 단면연구는 연관성에 대한 증거를 보여주지 못하는 반면, 개인수준의 전향적 연구는 강한 연관성을 예외 없이 보여주는 것으로 나타났다.

한국과 유사하게 35-64세 남성에서 급격한 자살자 증가를 보이는 일본의 경우, 실업과 노동환경의 악화가 기저요인으로 크게 작용하는 것으로 보고된다. 건강 상태가 자살의 가장 중요한 원인으로 언급되나 경제적 이유를 원인으로 꼽는 경우도 32%로 증가하고 있으며, 16%는 다수의 빚이 있었던 것으로 나타난다(Sorimach & Horte, 2010).

국내에서 수행된 연구들도 Platt(2012)이 주장한 연구유형에 따른 효과에 차이가 나타난다는 주장을 잘 뒷받침 한다. 국가별 자료를 이용한 분석은 연관성이 미약(강은정 등, 2014, pp.45-56)하거나 보여주지 못하기도(이소정, 2010, pp.1-19) 한다. 그러나 시계열적 생태연구나 집합의 단위가 비교적 작은 연구에서 지역박탈(Hong et al, 2013, pp.109-119), 교육수준으로 측정된 사회경제적 요인(Yoon et al, 2015, pp.969-976)이나 지역의 고용불안정성(김재원 등, 2014, pp.117-141)이 자살과 연관성이 높았다.

교육수준, 비정규 노동, 노동시간 등의 사회경제적 요인과 자살과의 관련성에 대한 개인수준 연구들(Lee et al, 2009, pp.482-492; Kim et al, 2010; Min et al, 2015, pp.72-76)은 일관되게 높은 연관성을 보여주고 있다. 이는 자살 혹은 자살생각에서 사회 경제적 불평등이 크다는 것을 시사하며, 그만큼 그 해결에서도 사회경제적 요인에 대한 고려가 필요하다는 것을 시사한다.

〔그림 2-29〕 일본의 주요 자살원인(경찰청 자료, 1978-2005)



자료: Osorno et al, 2010

다. 사회적 원인과 정신질환의 상대적 기여

어떤 위험요인이 한 인구 집단에 가져다주는 전체적 위험성을 가늠하기 위해서는 상대위험도(relative risk)와 더불어 그 위험요인이 집단내 차지하는 크기(prevalence)에 대한 정보가 필요하며, 이 둘을 종합하여 인구집단 귀속 위험도(Population Attributable Risk)를 산출할 수 있다. 사실 사회경제적 요인과 정신질환 요인의 귀속위험도는 비슷하게 나타나는데 이는 사회경제적 요인은 정신질환에 비해 상대위험도는 작지만 집단내 분포가 넓기 때문이다. Li et al.(2011)이 수행한 체계적 고찰과 메타 분석 연구에서는 이러한 요인별 기여도를 잘 보여주고 있다(Li et al, 2011, pp.608-616).

자살의 원인을 두고 자살 직전의 심리 상태에 주목하였을 때, 우울을 포함한 정신질환은 자살에 이르는 대부분의 경로라는 주장은 과장이 아닐 수 있다. 그러나 이를 좀 더 거시적으로 본다면, 우울 혹은 정신질환은 보편적 원인이 개인화하는 인과의 과정에 있으며 진정한 원인은 아니라고 말할 수도 있다. 실업은 우울증의 강력한 위험요인이기도 하고, 우울증을 증가시키는 다른 사회적 조건을 공유하기도 한다. 이러한 특징들은 우울증 치료와 무관하게 유지되며 우울증을 독립적으로 지속시킨다. 정신질환 그 자체보다 자살의 원인은 더 먼 지점에서 출발한다고 말할 수 있는 것이다. 에밀 뒤르켐(1897)이 남긴 다음의 말은 자살의 원인을 더 넓은 범위에서 찾으려는 노력의 중요성을 일깨운다.

“그러므로 남들이 추정한 자살 이유와 자살자가 남긴 자살 이유는 대체로 외형적인 이유에 불과하다. 이러한 이유들은 보편적인 상황의 단순한 개인적인 반향일 뿐이며, 보편적 상황마저 제대로 나타내지 못하고 있다. 왜냐하면 보편적 상황이 다른데도 개인적 이유는 같은 것으로 기록되기

때문이다. 이러한 자살 이유는 자살 충동을 일으키는 외부 경향이 가장 쉽게 침투할 수 있는 개인적인 약점을 나타낸 것이라고 할 수 있다. …”

또 한 가지 실업과 자살의 연관성에 대해 말할 때 종종 주장되는 진술 중에 그 연관성의 절반은 정신질환에 의해 매개된다는 주장이 있다(Blackely et al, 2003). 이 역시 자살의 원인이 실업이라고 말하는 것과, 우울증이라고 말하는 것이 완전히 다르다는 점을 간과하는 것이다. 정책에 대한 검토에서 다시 언급되겠지만, 이러한 자살 원인에 대한 협소한 이해는 자살예방 정책이 근접한 원인들을 다루도록 하며, 실제적이고 핵심적인 사회경제적 정책이 결여되는 이유가 되기도 한다.

〈표 2-24〉 정신장애(ICD/DSM)와 사회경제적 상태(SES)의 인구집단 기여 위험도

	상대위험도(95%CI)	%	기여위험도 중간값(95%CI)	%	기여위험도 최대값(95%CI)	%	기여위험도 최대값(95%CI)
남성							
정신장애 요인							
중독 장애	11.00 (7.71 - 15.68)	3.6	26.3 (19.3 - 34.4)	0.7	6.7 (4.6 - 9.6)	8.3	45.4 (35.9 - 55.0)
조현병	11.85 (10.94-12.84)	0.7	6.6 (6.1 - 7.1)	0.7	6.6 (6.1 - 7.1)	0.7	6.6 (6.1 - 7.2)
약물 남용	6.88 (4.51 - 10.05)	4.0	19.0 (12.3 - 27.5)	0.9	5.0 (3.0 - 7.8)	5.3	23.9 (15.8 - 32.5)
불안 장애	2.95 (1.51 - 5.76)	2.5	4.6 (1.2 - 10.4)	1.1	2.1 (0.6 - 5.0)	8.7	14.5 (4.3 - 29.3)
인격 장애	4.14 (2.95 - 5.80)	5.7	15.2 (10.0 - 21.5)	3.5	9.9 (6.4 - 14.3)	12.2	27.6 (19.2 - 36.9)
사회경제적 요인							
소득	2.18 (1.47 - 3.22)	9.7	10.2 (4.3 - 17.7)	3.3	3.8 (1.5 - 6.9)	16.0	15.9 (7.0 - 26.2)
교육	2.42 (1.03 - 5.70)	48.8	40.9 (1.4 - 69.6)	16.0	18.5 (0.5 - 42.9)	61.3	46.5 (1.8 - 74.2)
직업	2.67 (1.53 - 4.68)	29.6	33.1 (13.6 - 52.1)	15.5	20.5 (7.6 - 36.3)	43.7	42.2 (18.8 - 61.7)
실업	1.68 (1.11 - 2.54)	6.1	4.0 (0.7 - 8.5)	2.0	1.3 (0.2 - 3.0)	22.7	13.4 (2.4 - 25.9)
여성							
정신장애 요인							
중독 장애	14.41 (13.46-15.43)	3.5	31.6 (30.1 - 33.2)	1.7	18.6 (17.5 - 19.7)	15.0	66.8 (65.1 - 68.4)
조현병	12.64 (11.47-13.94)	0.8	8.3 (7.6 - 9.2)	0.8	8.3 (7.6 - 9.2)	0.8	8.3 (7.6 - 9.2)
약물 남용	14.59 (12.79-16.65)	2.5	25.4 (22.8 - 28.1)	0.4	4.8 (4.2 - 5.5)	3.5	31.9 (28.9 - 35.1)
불안 장애	2.33 (0.72 - 7.55)	10.0	11.7 (-2.9 - 39.6)	4.4	5.5 (-1.2 - 22.2)	20.7	21.6 (-6.1 - 57.5)

	상대위험도(95%CI)	%	기여위험도 중간값(95%CI)	%	기여위험도 최대값(95%CI)	%	기여위험도 최대값(95%CI)
인격 장애	1.84 (0.65 - 5.22)	7.0	5.5 (-2.5 - 22.6)	1.0	0.8 (-0.3 - 4.0)	7.5	5.9 (-2.7 - 24.0)
사회경제적 요인							
소득	1.45 (0.95 - 2.21)	9.3	4.0 (-0.5 - 10.1)	9.3	4.0 (-0.5 - 10.1)	9.3	4.0 (-0.5 - 10.1)
교육	1.48 (0.94 - 2.34)	53.0	20.3 (-3.3 - 41.5)	47.8	18.7 (-3.0 - 39.1)	58.2	21.8 (-3.6 - 43.8)
직업	1.27 (0.54 - 2.94)	27.0	6.8 (-14.2 - 34.4)	16.3	4.2 (-8.1 - 24.0)	37.7	9.2 (-21.0 - 42.2)
실업	1.68 (1.09 - 2.59)	3.2	2.2 (0.3 - 4.9)	2.0	1.3 (0.2 - 3.1)	4.5	2.9 (0.4 - 6.6)

주: PAR: population attributable risk; RR: odds ratio; LCI: lower confidence interval; UCI: upper confidence interval Pooled estimates of RR derived from random effects(DerSimonian-Laird) model.

자료: Li et al. 2011, p.614.

4. 자살 예방 정책

가. 자살예방의 심리적 혹은 정신과적 접근

심리부검을 연구에 도입하고 바탕을 닦은 것으로 알려진 Shneidman은 여러 자살의 공통점을 10가지로 정리하고 있는데[17], 이러한 심리 상태들은 공통적으로 자살 직전에 겪는 심리의 특징을 포착하고 있다. Mann et al.(2005)은 자살에 이르는 심리 상태를 주목하여 이를 단계화하고, 각 단계에 결합할 수 있는 중재 수단을 연결하고 있다(그림 2-30).

한편 중재연구의 효과에 대한 고찰에서 의사 교육을 통해서 우울증의 인식과 치료를 강화하는 것, 치명적인 자살 수단에 대한 접근을 막는 방법은 그 효과성이 드러났으나, 나머지 중재수단들은 효과에 대한 입증이 부족하다고 밝혔다(Mann et al, 2005, pp.2064-2074). 이와 비슷하게 6개의 체계적 고찰논문을 다시 고찰한 연구(van der Feltz-Cornelis et al, 2011)에서도 3가지 중재수단을 효과적이라고 추천하고 있다.[18]

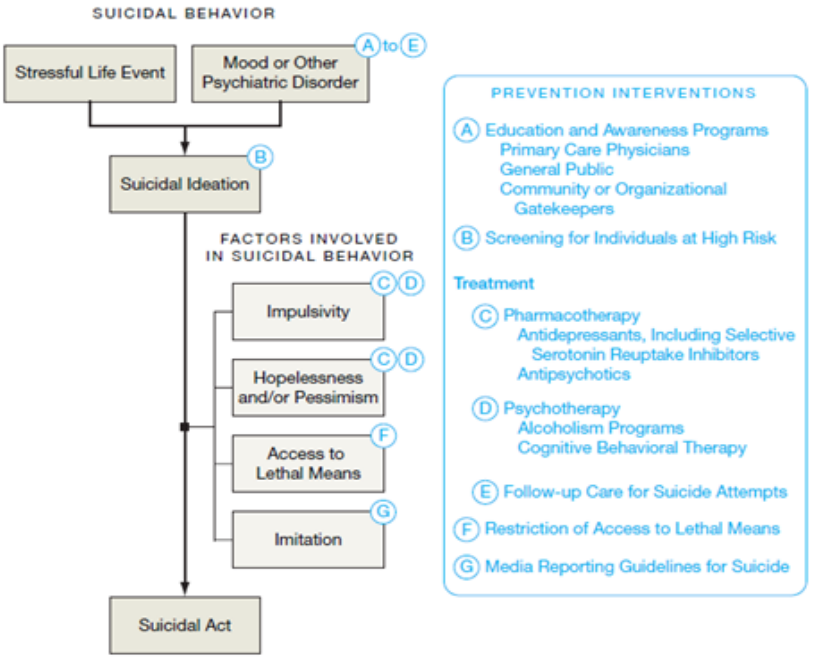
---

17) 자살의 10가지 공통점:
- 삶의 문제를 자살을 통해 해소하고자 한다.
- 정신적 고통과 괴로움이 중단되기를 원한다.
- 견디기 어려울 정도의 정신적 고통을 받고 있다.
- 인생의 가장 기본적 욕구가 충족되지 않아 좌절한다.
- 현재의 삶과 미래에 대한 희망이 없고, 무력감을 느낀다.
- 죽음에 동요한다.
- 선택이 제한적이고, 여유가 없다.
- 고통스러운 삶에서 떠나고 싶어 한다.
- 자살 방법에 대해서 이야기한다.
- 일생의 빈곤을 해결하는 방식으로 자해를 택한다. (Suicide prevention community, 2015).

18) 효과성이 입증된 3가지 자살예방 중재수단:
- training general practitioners (GPs) to recognize and treat depression and suicidality,
- improving accessibility of care for at-risk people, and

이들은 또한 다수준 접근(multilevel interventions)의 예는 발견되지 않았으며 중재 수단을 병합 할 경우의 상승효과에 대한 지지는 간접적이라고 말한다.

[그림 2-30] 자살예방을 위한 중재



자료: Mann et al. 2005

- restricting access to means of suicide.

나. 자살예방 정책의 사회경제적 접근

사회경제적 요인에 대한 고려는 자살 정책의 관련성 하에서 다루어지기 보다는 소득, 고용 등 각 영역의 내부적 필요와 논리에 맡겨지는 것으로 보인다. 그 예로 스웨덴은 실업률이 높은 시기에도 자살률이 낮게 유지되었다. 이는 재취업 훈련과 실업자에 대한 사회적 지지와 같은 사회경제적 지원 정책들은 실업으로 인한 불안을 경감하고 자살예방에 도움이 되는 것을 의미한다. 곧 사회복지 안정망은 자살정책의 일부로서가 아니더라도 자살예방 정책에 직결되는 외부 환경이라고 할 수 있다.

스웨덴의 예가 중재 정책의 단계에서라면 다음의 영국의 예는 정책의 불평등 결과의 측면을 평가하고 있다. 정책 시행의 결과를 사회경제적 영향을 평가하는 한 방법으로 일찍부터 형평성의 관점에서 정책을 평가하고 있는 영국은 자살정책에 대해서도 주기적으로 형평성 보고서를 발간하고 있다. 최근의 보고서(England DoH, 2012)는 자살예방정책의 불평등 영향(equality impact)을 'the Equality Act 2010'에서 제시한 성별, 인종, 장애 등의 9개의 취약인구 특성에 따라 자살예방 정책을 검토하고 있다.

WHO의 일련의 보고서는 자살예방에 대한 체계적인 접근을 돕고 있다. WHO는 2012년 보고서 'Public Health Action for the Prevention of Suicide'를 통해 효과적인 중재수단을 다음과 같이 확인하고 있다.

일반 인구집단에 대한 예방 전략
- 자해/자살 수단에의 접근 제한
- 알코올에 대한 접든 제한
- 언론 보도에 대한 책임성 부여

고위험 집단에 대한 예방 전략
- 게이트키퍼 교육
- 지역사회 참여
- 사망자(유가족) 대상 예방사업

개인 단위에서의 예방 전략
- 정신질환 치료
- 자살시도자 관리

사례관리 및 연구
모니터링 및 평가

자료: WHO, 2012

WHO는 2012년 보고서와 2014년 보고서(Preventing suicide: a global imperative)를 통해 자살예방 전략의 프레임을 정리하였다. 이 전략틀은 기존의 위험요인을 사회, 지역사회, 개인 수준의 범주로, 전략 중재수단을 universal, selective, indicative의 범주로 나누어 전체적인 관리 모형을 제시하고 있다. 그러나 사회경제적 영역에 대한 정책적 개입을 필수적이라고 본다면 위의 WHO 틀은 미흡하다고 할 수 있다.

EU는 자살예방 정책에서 사회경제적 요인을 국가예방 전략의 핵심요소로 포함하고 있다. 생애 초기의 불행한 경험, 사회적 배제, 경제적 불평등, 지역사회의 결핍과 자살사이의 분명한 연관을 확인하고 정책으로 도입하는 것을 제시하고 있다(Wahlbeck & Mäkinen, 2008). 사회경제적 접근을 포함하는 가장 종합적인 접근은 뉴질랜드의 예방 전략에서 발견

된다. 뉴질랜드는 국가 전략을 통해 자살 정책의 네 가지 핵심 목표 중 하나로 자살에서의 불평등 완화를 들고 있다. 이러한 인식 하에 뉴질랜드에서 제시하고 있는 자살 정책은 사회경제적 요소를 강조하는 특징을 보여준다(New Zealand Associate Minister of Health, 2006).

5. 한국의 자살 예방정책에 대한 검토

가. 한국의 자살 예방정책 현황

우리나라의 자살예방정책은 2005년 1차 5개년 계획 수립 이후, 2008년 2차 계획 (2009-2013) 수립으로 이어졌으며, 「자살예방 및 생명존중 문화 조성을 위한 법률」이 제정되고, 그 이후 3차 계획은 준비 중이다.

다음은 2차 계획의 세부내용이다.

〈표 2-25〉 국가 자살예방 5개년 계획 10대 과제와 29개 세부과제

10대 과제	세부과제(29개)
1. 자살에 대한 국민의 인식을 개선한다.	1) 국민정신건강 네트(net) 개발 및 활용 2) 생명존중 사회마케팅 전략 체계 강화 3) 생명사랑 문화 프로그램 확산
2. 자살위험에 대한 개인·사회적 대응 역량을 강화한다.	1) 이혼 가정 상담서비스 지원 강화 2) 위기청소년 사회안전망 구축 3) 아동청소년 정신건강 관리체계 강화 4) 대학교 자살예방 및 정신건강 사업 체계 구축 5) 직장인 정신건강 증진 지원체계 구축 6) 노인 학대 예방 및 독거노인 지원 강화
3. 자살에 치명적인 방법과 수단에 대한 접근성을 감소시킨다.	1) 유독성 물질 불법 유통 관리 감독 강화 2) 농약 관리체계 강화 3) 인터넷 자살유해사이트 관리 체계 강화 4) 지하철, 교량 등에 대한 안전시설 강화
4. 자살에 대한 대중매체의 책임을 강화한다.	1) 미디어 관리 체계 구축

10대 과제	세부과제(29개)
5. 자살 고위험군에 대한 정신보건서비스를 강화한다.	1) 지역사회 고위험군 자살예방 프로그램 개발 보급 2) 특수영역(군,교정기관) 자살예방 활동 강화 3) 정신질환자 사례관리 시스템 강화 4) 알코올 중독자 관리 체계 구축 및 강화 5) 우울증 조기검진 및 치료관리체계 구축 6) 자살시도자·유가족 지원방안 마련
6. 지역사회 기반의 다양한 자살예방 인력에 대한 교육체계를 강화한다.	1) 정신보건전문요원 자살예방 교육체계 구축 2) 경찰 및 긴급구조요원 자살예방 교육 강화
7. 자살예방을 위한 법과 제도적 기반을 조성한다.	1) 자살예방법 제정
8. 자살예방 서비스 제공을 위한 인프라 구축을 적정화한다.	1) 지역사회 상담지원 및 정신건강서비스 체계 확대 2) 제3자 통화 및 응급출동체계 구축 3) 자살예방 민간단체 지원 및 육성
9. 자살예방을 위한 연구·감시체계를 구축한다.	1) 자살예방사업 모니터링 체계 구축 2) 자살관련 통계·연구체계 개선
10. 근거에 기반을 둔 자살예방정책을 개발한다.	1) 지역사회 기반의 통합적 자살예방 시범사업

자료: 보건복지부, 2008.

2008년 2차 계획은 범부처 계획이며 사회·환경적 대응을 강조하고 있으나, 거시적 대책이 미흡하고, 민간 주도가 강조되고 있으며, 관련 부처 간 공동의 목표 달성을 위한 협조가 미흡하다는 문제점을 안고 있다(이상영 등, 2012).

3차 기본계획에 앞서 자살예방협회(2011)가 수행한 기초 연구는 지역사회 위기 대응역량 강화(예, 자살위험 의뢰 활성화), 자살예방을 위한 복지안전망 강화(예, 노인복지 사례관리) 등의 사회적 접근의 폭을 넓히고 있으나 고위험군과 개인적 위기 시점을 중심으로 설계되었다는 점에서는 2차 계획의 연장에 있다고 할 수 있다. 국가계획의 가장 큰 의의는 그 종합성 자체에 있을 것이다. EU 보고서에서는 국가차원의 자살 예방 전략 수립을 제일의 과제로 꼽고 있다(Wahlbeck & Mäkinen, 2008). 그런

점에서 3차 기본계획의 발표가 더뎌지고 있는 것은 아쉬운 점이다.

나. 자살 예방 정책에 대한 형평성 관점의 검토

자살불평등 완화의 관점에서 자살예방 정책을 검토하기 위해서는 중재 정책의 유형에 따라 건강불평등에 미치는 영향이 어떻게 달라지는지를 간략히 살펴보는 것이 필요하다. 불평등 완화 정책의 유형을 요약한다면, 1) 정책 대상의 범위에 따라 보편주의(Universal)와 선택주의(selected), 2) 정책이 근본적 해결을 지향하는지에 따라 상류부문 (upstream) 정책과 중하류 부문 (midstream) 정책으로 나눌 수 있다. 이와 비슷한 맥락에서 중재가 행태에 초점을 맞추는지(요소적, agentic), 행태를 둘러싼 행태의 조건에 초점을 맞추는지(구조적, structural)에 따라 나누기도 한다. 또한 3) 정책의 행위 주체에 따라 국가, 지방정부, 지역 등으로 나눌 수 있다. 대체로 건강불평등을 개선하기 위해서는 위의 정책적 요소들을 적절히 결합해야 하는 것으로 제시된다. 예를 들어, 보편주의와 선택주의를 결합하여 인구집단 전체와 취약집단에 대한 접근이 어느 한쪽에 치우치는 것보다 동시에 이루어 낼 때(비례적 보편주의, proportionate universalism) 건강불평등의 완화를 달성할 수 있는 것으로 개념화되기도 한다. 이에 따라 이러한 정책 유형을 염두 해두고 자살 예방 정책을 살펴보고자 한다.

1) 사회경제적 접근의 의의

사회경제적 접근 전략을 자살불평등 완화의 측면에서 고려하는 것은 하나의 측면일 뿐이다. 오히려 사회경제적 요인에 대한 고려는 자살의 인

구집단 간 분포를 개선하는 측면에서 뿐 아니라 국민 전체의 자살률을 낮추기 위한 효과적인 자살 예방정책의 측면에서 강조되어야 할 것이다. 자살예방에 대한 사회경제적 접근은 자살의 원인과 대책에서 체계적 이해를 가능하게 하며, 자살 발생과 자살 불평등을 완화하는 적극적 수단으로 작용할 수 있다.

2) 자살 불평등 완화를 위한 정책적 요소

우리는 앞서 자살 예방이 근접한 원인 뿐 아니라, 원인의 원인까지 다루어야 함을 강조한바 있다. 우리나라 자살 예방정책은 위험을 지닌 개인을 다루는 개인적 접근의 전통을 따르고 있다. 사회적 낙인을 줄이고, 정신건강에 대한 지식을 높이고, 게이트 키퍼를 교육시키고, 감시를 통해 고위험자를 조기에 발견하고, 항우울증 치료체계를 개선하고, 자살 수단을 차단하고, 미디어의 책임을 강화하는 것 등은 근접한 원인, 즉 정신심리적 원인에 중재의 가능성을 집중하고(downstream approach) 있는 것으로 보인다. 가족의 일원이라는 사실을 더 절실히 느끼게 하고, 좀 더 강력한 가치와 연결하고, 결국 다른 생각과 신념을 가지도록 하는 것은 필요한 일이다. 그러나 자살에 이르는 심리는 일시적이며 쉽게 되돌릴 수 있는 것이라기보다는 빈약한 사회경제적 지원 하에서 오랜 기간에 걸쳐 누적적인 결과이기도 하다. 자살로부터 심리적으로 완전히 떼어놓을 수 있으려면, 사회경제적 접근 전략과의 균형이 필요하다. 우울 혹은 정신질환을 둘러싸고 있는 사회 경제적 조건들에 대해 구조적(structureal) 접근(upstream approach)이 더욱 요청되는 것이다.

캠페인 사업이 오히려 불평등을 악화시킨다는 것은 여러 사례들을 통해서 증명되었다(Frohlich et al, 2008, pp.216-221; Benach et al,

2011, pp.1-9). 이는 지식과 정보의 흡수에 민감한 집단에 유리한 정책이기 때문이다. 예를 들어, 엽산 복용을 의무화하는 것이 이를 권장하는 홍보에 비해 불평등 개선효과가 높은 것이 이에 해당된다(Sumar et al, 2011, pp.1218-1224). 자살예방에서도 정보나 인프라 이용 기회에 대한 접근성을 고려하지 않을 경우, 우울증 조기검진, 사례 관리 등은 서비스 이용에서 사회경제적 간극을 높이는 것으로 귀결 될 수 있다. 또한 인구집단 전체를 무작위로 대상화하는 자살 인식 개선과 같은 사업은 대상자의 교육과 지식수준에 따라 반응이 달라질 수 있다. 그런 의미에서 사회집단별 자살 취약성에 기반한 접근, 지역사회를 통한 개입 등은 더욱 폭을 넓히면서 강화되어야 할 것이다.

3) 자살 예방 정책 폭의 확대

부족한 예산이 일차적인 이유가 되겠지만, 자살예방 정책은 전반적으로 선별적 대상에 대한 제한적인 범위로 한정된다. 예를 들어, 2차 계획 보고서 내에서 소득양극화, 실업률, 이혼율과 같은 거시지표와 자살 간 연관성을 유의하게 진단하고 있음에도 이후 정책화 단계에서는 언급하지 않은 것이 이에 해당된다. 사회적 대응 혹은 지역사회 기반 대응 체계를 논함에 있어서도 이혼 가정 상담 서비스, 위기 청소년 사회안전망과 같이 매우 좁은 범위의 정책 수단으로 한정된다.

항우울제 복용률을 높여 자살률을 낮추는 전략이 성공하였던 스웨덴. 헝가리, 슬로베니아 등과 같은 국가들에서 일반의를 기반으로 광범위한 일차의료 체계가 이미 구축되어 있었다는 사실을 상기한다면 자살예방 정책이 충분한 효과를 거둘 정도로 정책의 포괄범위와 자원의 동원범위가 넓어야 할 것이다. 마찬가지로 사회적 접근과 지역사회에 기반한 접근

은 고용, 소득, 사회적 안전망과 같이 광범위하고 정책의 효과가 넓게 미치는 정책을 동반하여야 할 것이다.

6. 결론

한국사회에서 자살 불평등은 엄연할 뿐 아니라 증가하고 있기도 하다(Kim et al, 2010). 뒤르켐의 시대에 자살은 불확실성에 민감한 사회경제적 부유층의 정신적 산물이었다면, 2015년 한국사회에서 자살은 사회경제적 약자에 치우쳐 발생한다. 사회경제적 개입은 자살 불평등을 완화하기 위해 절실한 것이며, 현재 정체되어 있는 자살률을 낮추기 위해서도 반드시 필요하다.

현재처럼 자살 원인의 규명에서 정신 심리학적 모델이 강조되는 상황에서 자살의 원인에 대한 협소한 이해는 협소한 예방 정책으로 이어지고 있다. 직관은 때로는 연구를 앞선다. 자살은 지금까지의 연구가 말하고 있는 것보다 사회경제적 원인에 깊게 영향 받고 있으며, 따라서 자살예방 정책 역시, 정책의 수준과 내용, 범위에서 사회경제적 접근을 강화하는 방향으로 나아가야 할 것이다.

3 인구집단별 건강불평등 개선을 위한 정책방향

제1절 생애초기 및 아동기

1. 서론

인간의 발달과 건강에서 임신 전 환경을 포함한 생애초기의 중요성은 이미 널리 알려져 있다. 영유아기 건강은 다양한 측면에서 중요성을 가진다. 특히 아동기 건강은 성인기 건강의 잠재적 원인이기 때문에 이후 생애과정의 건강에 큰 영향을 미친다. 건강과 질병의 발달 기원(Developmental Origins of Health and Disease, DOHaD) 개념은 생애 초기의 건강이 이후 생애의 질병 발생과 관련된다는 것이다. 잘 알려져 있다시피 태아 성장 저하와 출생 시 저체중 등은 관상동맥질환, 뇌졸중, 고혈압, 2형 당뇨 및 골다공증 등과 관련되어 있다. 임신과 영아기의 영양 불균형이 이를 초래할 수 있는 하나의 기전으로 제안되기도 하였다(Kubzansky LD et al, 2014).

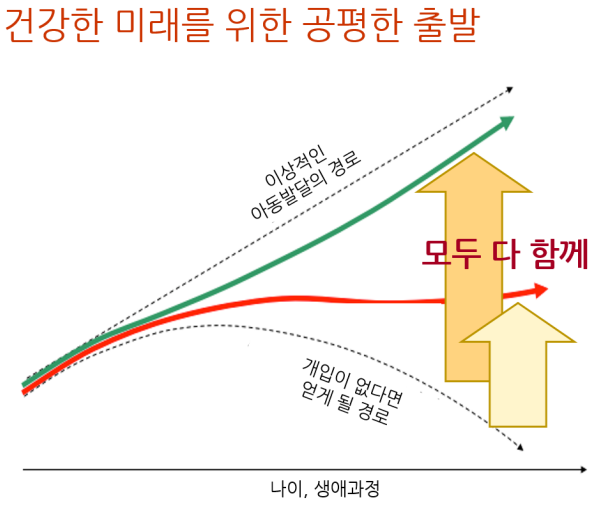
생애초기의 중재사업은 가장 비용효과적인 진전을 낳을 수 있다. 인적자본에 대한 투자 회수율은 생애 초기가 가장 높고 생애 과정에 걸쳐 떨어진다. 또한 재생산 건강 및 아동에 대한 투자는 정책입안자, 대중 등에게 설득이 쉽고, 대다수가 공감하는 사안이다.

국제적으로도 아동 건강의 중요성을 공감하고 이에 대한 관심이 촉구되고 있는데 WHO 건강의 사회적 결정요인 위원회의 보고서에서는 생애초기에서의 형평성을 건강불평등을 완화하기 위한 첫 번째 목표로 설정

하였다(WHO commission on social determinants of health, 2008). 건강형평성과 공중보건에 있어 가장 혁신적인 정책을 수행하는 것으로 알려져 있는 영국의 애치슨 보고서(the Independent Inquiry into Inequalities in Health)에서는 시간이 흐르면서 가장 큰 효과를 가질 것으로 기대되는 5가지 활동 중 하나로서 아이들과 가족을 대상으로 한 사업을 선정하였다(Acheson, 1998).

인간 발달의 결정적 시기로 생애초기가 기능할 수 있으며, 생애초기의 영향은 이후의 생애에 까지 영향을 미치기 때문에 생애초기는 건강증진과 불평등 완화를 위한 기회의 창이 될 수 있다. 건강은 연속된 삶의 과정이므로 모두의 건강을 위해 평등한 삶의 시작이 필요하다.

〔그림 3-1〕 건강형평성 추구를 위한 생애초기 개입의 중요성



자료: 강영호 등, 2014, 부록 EDI training workshop

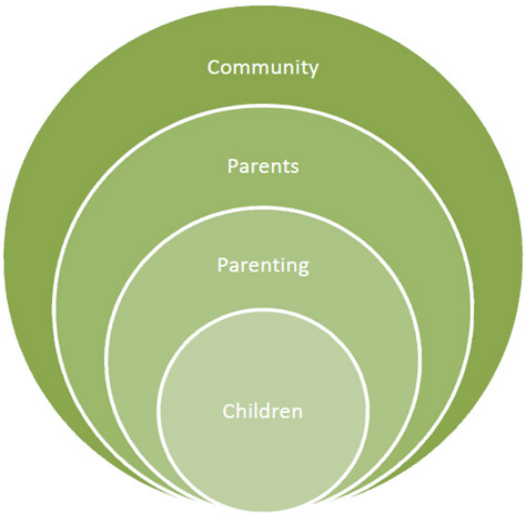
2. 생애초기 불평등 현황: 우리나라 현황

가. 생애초기와 아동의 건강결정 요인

아동 건강발달에 대한 Bronfenbrenner(1979)의 생태학적 모형(Ecological Model)에 근거할 때, 아동은 일차적으로 부모에 의해 영향을 받으며, 부모는 또한 자신들이 살아가는 지역사회와 각종 환경 요인의 영향력 아래에 있게 된다. 아동의 건강발달은 아동의 지적 능력, 의사소통 및 언어 능력, 사회적/감정적 기술, 신체적 건강의 측면에서 정의될 수 있다. 이러한 아동의 건강발달은 일차적으로 부모와 아동의 역동적 상호작용인 양육에 의해 영향을 받게 된다. 부모가 얼마나 아동을 위하여 안전하고 건강한 환경을 제공하느냐는 아동의 건강발달에 매우 중요한 요소가 되는데, 부모의 각종 건강행태(흡연, 음주, 모유수유 등), 아동에 대한 학습환경 제공(책 읽어주기 등), 아동 양육에 대한 적극적 참여 등이 중요하다. 이와 같은 부모의 양육행태에는 부모를 둘러싼 여러 가지 요인들이 영향을 미치게 되는데, 부모의 정신건강 및 안녕 수준(스트레스, 우울, 사회적지지 등), 양육 지식수준, 부모의 경제적 능력 등이 포함된다. 부모 요인들은 또다시 자신들이 살아 나가고 있는 지역사회 요인의 영향력 아래에 있게 된다(강영호 등, 2012).

따라서 생애초기와 아동의 건강상태와 사회경제적 지위에 따른 차이는 지역사회, 부모, 아동 각각과 상호 간의 관계에서 포괄적으로 살펴볼 필요가 있다.

〔그림 3-2〕 아동 건강 발달에 대한 생태학적 모형



자료: 강영호 등, 2012, p. 171

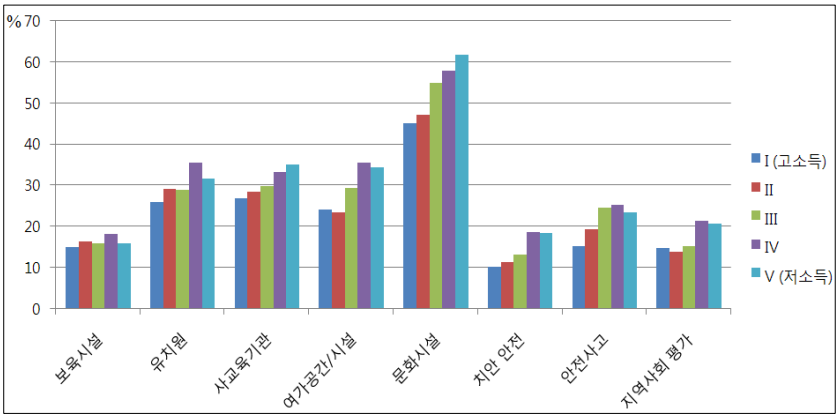
나. 생태학적 모형에 근거한 아동 건강과 발달 영향 요인의 불평등

강영호 등은 2012년 서울시 건강 격차 해소를 위한 보건 정책 방안 연구 보고서에서 생태학적 모형에 기반하여 산전-아동기 지역사회, 부모 요인, 양육요인, 아동 건강발달 결과 지표에서의 사회경제적 불평등에 대한 실증적 분석을 수행하여 보고하였다.

아래는 각 영역의 대표적 지표를 상기 보고서에서 일부 발췌하여 요약한 것이다.

[그림 3-3] 지역사회 요인에서의 소득수준별 차이(2009년도)

(단위: %)

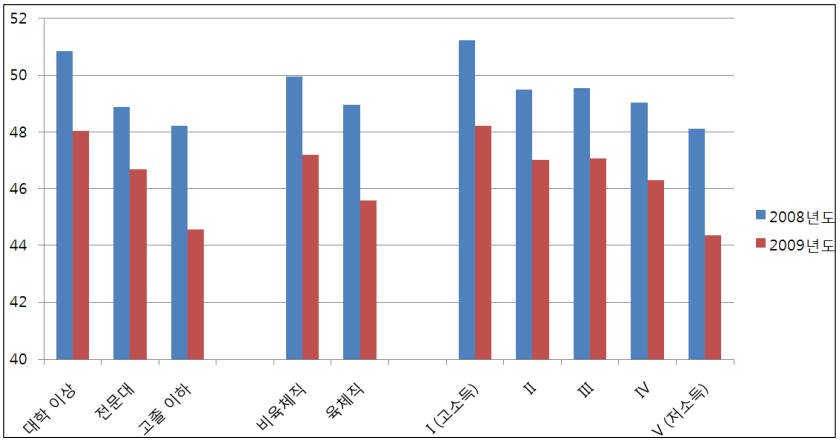


주: 지역사회 자원이 불충분하거나 불평한 비율, 안전측면에서 위험한 비율(연령 보정률)을 의미. 보육시설의 불충분 분율에서의 차이를 제외하고 소득수준별 차이에 대한 P값은 모두 0.05보다 낮음.

자료: 강영호 등, 2012, p. 197

[그림 3-4] 사회적 지원에서의 사회경제적 차이

(단위: %)

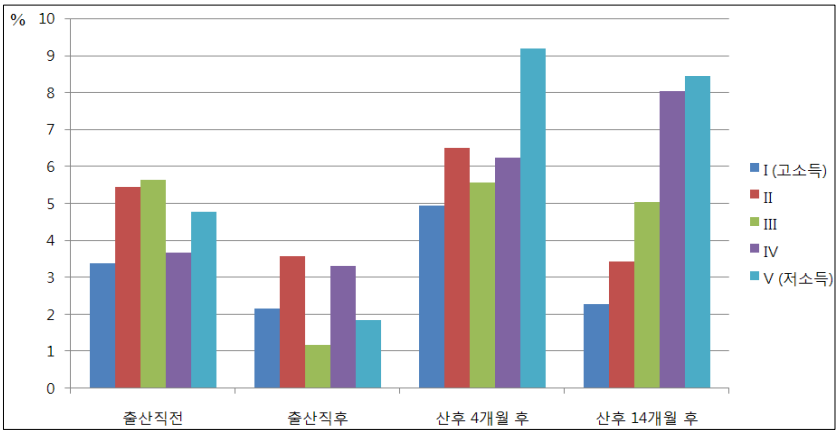


주: 사회경제적 차이에 대한 모든 P값은 0.05보다 작음.

자료: 강영호 등, 2012, p.206

〔그림 3-5〕 산모에서의 중증 우울 유병률의 소득수준별 차이의 변화 양상

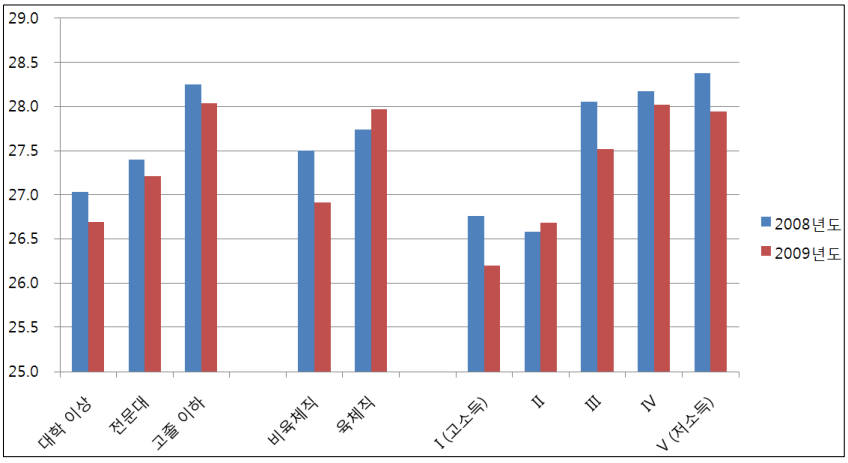
(단위: %)



주: 출산 직전 1개월간, 출산 직후 1개월간, 산후 4개월 후, 산후 14개월 후의 소득수준별 중증 우울 유병률 차이의 P값은 각각 0.757, 0.788, 0.074, <0.0001이었음.
자료: 강영호 등, 2012, p.200

〔그림 3-6〕 산모의 양육스트레스에서의 사회경제적 차이

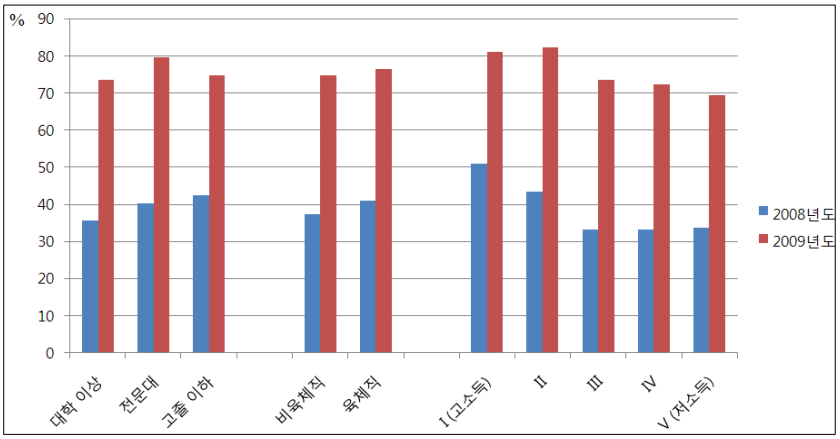
(단위: %)



주: 2008년도 직업계층에 따른 차이만을 제외하고 모든 P값은 <0.05이었음.
자료: 강영호 등, 2012, p.201

[그림 3-7] 모유수유 중단율에서의 사회경제적 차이

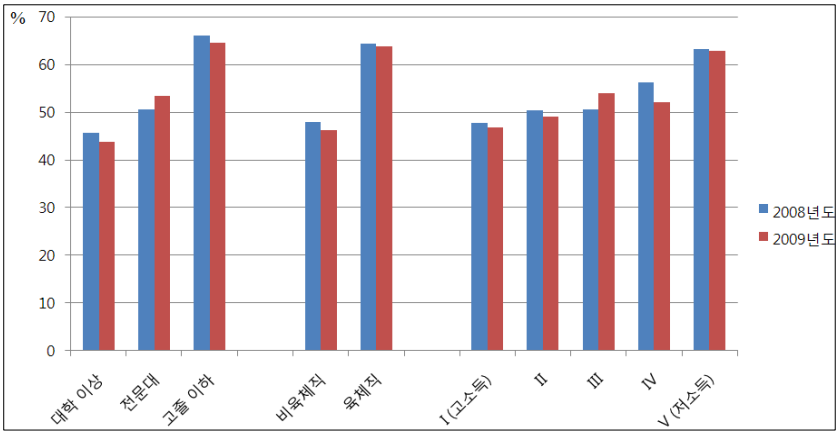
(단위: %)



주: 2008년도 교육수준에 따른 차이(P값=0.0241), 2008/2009년도 소득수준에 따른 차이(P for trend<0.0001)가 통계적으로 유의함.
자료: 강영호 등, 2012, p.212

[그림 3-8] 아버지 흡연율에서의 사회경제적 차이

(단위: %)

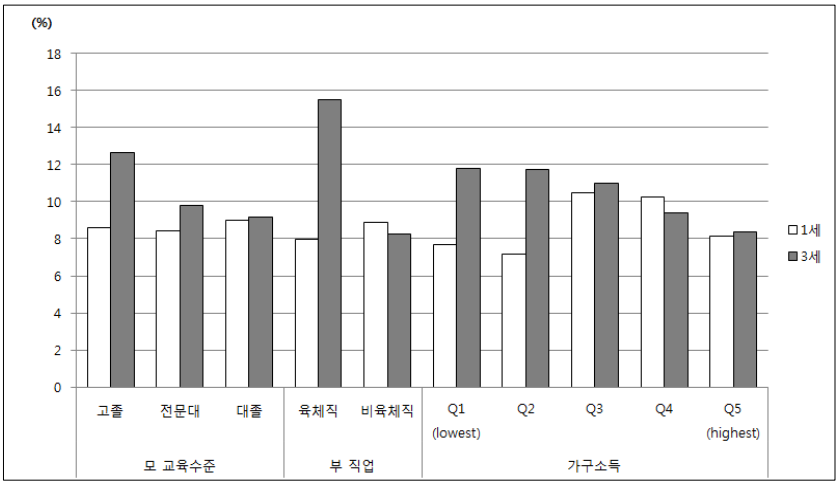


주: 모든 P값이 0.05보다 작음.
자료: 강영호 등, 2012, p.214

다. 생애초기 발달과 사회경제적 지위

사회경제적 지위에 따른 아동 발달의 차이를 한국아동패널 1, 3차년 조사를 활용하여 분석하였다. 아동발달 이상은 DENVER-2 측정도구를 활용하여 평가하였다.

〔그림 3-9〕 사회경제적 지위별 생애초기 아동발달 이상



자료: 한국아동패널 1·3차년도

출생 1년의 아동발달 이상은 어머니 교육수준, 아버지 직업, 가구소득으로 평가한 사회경제적 지위에 따라서 차이를 보이지 않았다. 그러나 3세에 측정한 아동발달 이상은 사회경제적 지위에 따라 계단형의 격차를 나타내었다.

라. 생애초기 건강과 성인기 건강

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 간 유의한 영향을 보여주었다(Kim et al, 2013, pp.388-395).

3. 국내외 불평등 해소 혹은 완화를 위한 정책과 사업

가. 근거에 기반한 대표적 정책 목표의 수립: 미국 정부의 사례

미국 오바마 대통령은 2013년 연두교서(the State of the Union address)에서 다음의 내용을 발표하였다. 이 연설은 생애초기중재의 과학적 근거배경과 효율성 및 사회정의를 아울러 현실에서 정책의 우선순위로 자리매김하게 된 초기교육(early education)의 중요성을 핵심적으로 보여주고 있다.

“질 높은 초기 아동기 교육에 투자하는 1달러는 이후의 7달러 이상의 절약으로 돌아온다. 졸업률을 높이고 십대 임신을 줄이며 심지어 폭력 범죄도 줄이기 때문이다. 어린 아동을 교육하는 것을 최우선으로 하는 주에서는...학생은 읽기와 수학을 더 잘 할 수 있으며, 고등학교를 졸업하고,

직업을 유지하며 좀 더 자신의 가족을 안정적으로 꾸린다는 연구 근거가 있다. 우리는 이런 사업이 구실함을 알고 있다. 효과가 있는 사업을 하자. 그래서 우리의 아이들 중 누구도 자신의 삶의 경주에서 뒤처지지 않도록 하자."(미국 백악관, 2013a)[19]

이어서 2014년 12월 백악관 초기교육 회담(the White House Summit on Early Education)에 이르기까지 미국은 출생 후부터 5세까지 연속적인 아동의 생애 초기에 대한 교육과 투자를 주요 정책으로 추진하고 있다. 특히 1) 질 높은 유치원의 확대, 2) 보육의 질 부양, 3) 부모와 파트너십이라는 세 가지 측면에서 접근하고 있다. 부모와 파트너십 측면의 핵심적 프로그램은 적정한 의료법(the Affordable Care Act) 하에서 추진되고 있는 '모성, 영아 및 초기 아동기 가정방문 프로그램(the Maternal, Infant, and Early Childhood Home Visiting Program)'으로서 근거에 기반한 가정방문 프로그램을 가장 취약한 아동과 가족에게 제공하기 위해 5년간 15억 달러를 투자할 계획이다(미국 백악관, 2013b)[20].

나. 근거가 확립된 생애초기 정책과 중재사업

아래는 서술적 고찰을 통해 근거가 확립된 생애초기 건강불평등에 효과적인 정책과 중재사업을 요약한 것이다(Asthana et al, 2006, pp.157-159).

---

19) 미국 백악관(2013a). 연두교서.
URL: https://www.whitehouse.gov/the-press-office/2013/02/12/remarks-president-state-union-address.

20) 미국 백악관(2013b). Fact Sheet President Obama's Plan for Early Education for All Americans.
URL: https://www.whitehouse.gov/the-press-office/2013/02/13/fact-sheet-president-obama-s-plan-early-education-all-americans

〈표 3-1〉 생애초기 건강불평등 완화를 위해 근거가 알려져 있는 중재와 프로그램

흡연	
임신 중 금연	
임신부를 위한 지지와 조언은 (금연)중단율 감소, 평균 출산 체중의 증가, 저체중 출산의 감소 등에 대해 어느 정도의 효과를 가진다. 그러나 가장 위험한 대상자에겐 영향을 미치지 못하는 경향이 있다.	코크란 리뷰
임신 중 첫 번째 검진방문 시 흡연하는 여성의 10%가 일반 관리만으로 중단한다. 공식적 중재를 통해 추가로 6~7% 정도의 중단률을 얻게 된다.	코크란 리뷰
최소 10분 정도의 개인 간 접촉과 임신에 맞는 정보 제공을 포함한 임신 중 상담은 흡연 중단율을 두 배 증가시킨다.	overview
임신 중 흡연을 감소시키는 것만으로도 건강 결과를 증진시킬 수 있다.	체계적 문헌 고찰
생애 초기 간접흡연 노출	
정보, 조언, 상담 같은 임상의에 의한 병원 기반 중재와 가정 기반 중재 모두 아동의 간접흡연에의 노출을 감소시키는 효과가 있다. 하지만 이러한 연구는 생화학적인 측정보다 오히려 본인이 스스로 보고한 건강에 의존하는 경향이 있다.	Review of reviews
집중적 상담은 인식을 증가시키나 태도와 행위의 관점에서 통계적으로 유의한 중재 효과를 보여 주는 연구는 거의 없다.	코크란 리뷰
근거의 부족	
임신 중의 흡연 중단을 위한 니코틴 대체 요법의 안전성과 효험성	
산후 기간 동안 흡연 재발을 막기 위한 효과적인 전략	
가족 전체를 포함하는 중재	
보다 넓은 지역사회 범위에서 지지와 흡연 통제를 증가시키고 전체적으로 가난과 불이익을 다룬 중재	
영양	
어머니의 영양 보충제 섭취	
칼슘 보충제가 특히 고혈압성 질환 위험 여성의 조산아 출산 및 저체중 출산을 감소시킨다.	코크란 리뷰
균형을 이룬 단백질과 에너지에 기초한 식이 보충제가 태아 성장을 지속적으로 향상시킨다.	체계적 문헌 고찰
근거의 부족	
중재들의 적절한 협력	
영양 기반 중재가 아닌 식품 기반 중재	
임신 전과 임신 초기 어머니 영양을 위한 중재	
모유 수유 개시와 기간	
모유 개시율은 다음에 따라 증가할 수 있다.	
다방면에 걸친 중재: 건강 교육, 어머니와 영아의 접촉과 수유를 제한하지 않는 것, 분유 수유 정보와 표본을 포함한 무료 표본 보급의 방지, 동료 촉진자와 지지자의 활용 등과 같은 임산부 병동 실행의 변화를 포함한다.	체계적 문헌 고찰

교육: 모유 수유 이점을 강조하고 실천적 조언을 제공하는 의료 종사자가 이끄는 소규모의 비공식적인 토의 교실. 그러나 분유 수유를 결심한 여성을 모유 수유로 설득하기 위해 필요한 1:1 교육 시간도 필요	다른 고찰
훈련: 의료 종사자에게 집중적 수유 훈련 실시(특히 의무화함)	Review of reviews
특히 저소득 여성에게 중요한 동료 지지. 그러나 오직 모유 수유를 하고자 하는 여성에게만 독립적 요소로서 효과가 있다	코크란 리뷰
전문적 지지가 모유 수유의 기간을 증가시킨다.	코크란 리뷰
비전문인의 지지가 완전 모유 수유를 장려하는 데 효과적이다.	Review of reviews
폭넓게 그리고 출산 전후에 걸쳐 전문가나 동료 교육가와 반복적으로 접촉하게 되면 효과는 더 증가한다.	체계적 문헌 고찰
근거의 부족	
출산 휴가 제공 같은 공공 정책의 평가 지지적 환경 제공(모유 수유에 대한 공공 수용성과 사회 장벽) 어머니와 배우자, 그리고 가족에게 중요한 이슈들 통합	
부모 역할 교육과 지지	
집단 기반 행위 중재는 3세 미만 유아의 감정적·행위적 조절을 향상시킬 수 있다.	코크란 리뷰
부모 역할 프로그램은 3~10세 아동의 문제행동을 향상시킬 수 있다.	체계적 문헌 고찰
부모 역할 프로그램은 어머니의 단기적·심리사회적 건강에 상당한 기여를 할 수 있다.	코크란 리뷰
가정 방문은 부모 역할 향상, 자녀의 문제행동 향상, 고위험 집단의 인지적 발달, 아동에 대한 우발적 사고 감소, 산후우울증의 진찰 및 관리 향상을 가져올 수 있다.	Review of reviews
부모 참여 및 아동과의 직접적 활동이 효율성을 증대시킬 수 있다.	overview
근거 부족	
치료보다 초기 예방에 대한 부모 역할 프로그램의 역할 어머니의 정신 건강과 아동 조절에 대한 장기적 효율성 관계 중재들의 효율성 효과적인 요소들을 분리시키는 수완	
초년기 교육과 보육	
주간 보호는 아동 발육과 학업 성취에 이로운 효과를 갖는다.	코크란 리뷰
고용 증대, 10대 임신율 감소, 높은 사회경제적 지위로 진입, 범죄 행위 감소 등	코크란 리뷰
어머니의 교육과 고용, 그리고 아동과의 유대 관계에 긍정적인 효과가 있다.	코크란 리뷰
근거 부족	
부모가 없는 주간 보호의 효과를 부모 훈련과 교육으로부터 분리한 연구	

자료: Asthana et al, 2006, pp. 157-159

다. 모성 및 생애초기 가정방문 프로그램

미국 DHHS(Department of Health and Human Services)는 2009년 임산부와 5세 이하 아동을 대상으로 한 가정방문(Home Visiting, HV) 프로그램의 효과를 평가하기 위한 HomVEE(Home Visiting Evidence of Effectiveness) 프로젝트를 수행하였다. 이 결과 DHHS의 기준을 만족하는 전 세계적인 가정방문 프로그램은 총 17개에 이르렀다(Avellar et al, 2014)[21].

1) 미국의 대표적 생애초기 가정방문 프로그램: 간호사-가족 파트너십

간호사-가족 파트너십(Nurse-Family Partnership, NFP)은 임신시기부터 시작하여 생후 2년까지 지속하는, 첫 번째 아이를 가진 저소득 엄마를 대상으로 지난 30년간 지속된 무작위 대조군 시험연구이다.

---

21) DHHS 기준에 맞는 근거기반 가정방문 프로그램의 종류는 다음과 같음.
(1) Child FIRST, (2) Durham Connects/Family Connects, (3) Early Head Start-Home Visiting, (4) Early Intervention EXECUTIVE SUMMARY MATHEMATICA POLICY RESEARCH 9 Program for Adolescent Mothers (EIP), (5) Early Start (New Zealand), (6) Family Check-Up,® (7) Family Spirit,® (8) Healthy Families America (HFA),® (9) Healthy Steps, (10) Home Instruction for Parents of Preschool Youngsters (HIPPY),® (11)MaternalEarlyChildhoodSustainedHomeVisitingProgram: 서울시에서 수행하고 있는 '서울아기 건강첫걸음 사업'의 기반, MECSH, (12) Minding the Baby,® (13) Nurse Family Partnership (NFP): Olds 등이 수행한 매우 기념비적인 가정방문 생애초기 중재사업 ® (14) Oklahoma's Community-Based Family Resource and Support (CBFRS) Program, (15) Parents as Teachers (PAT),® (16) Play and Learning Strategies (PALS) Infant,7 and (17) SafeCare® (Avellar et al, 2014)

〈표 3-2〉 간호사-가족 파트너십

	연구 시작시기	무작위할당 표본수 (개입군/대조군)	연구참여자 특성	연구 참여시 엄마의 연령	추적 연구 당시 아동연령
엘미라 (뉴욕주)	1978-80	100/116/184	미혼, 첫번째 임신, 저소득층, 시외곽지역 백인 대상	~19세	19세
멤피스 (테네시주)	1990-91	228/515	미혼, 첫번째 임신, 저소득층, 도시지역 흑인 대상	~18세	12세
덴버 (콜로라도주)	1994-95	235/245/255	첫번째 임신, 저소득층, 47% 히스페닉	~19.5세	4세

자료: 강영호 등, 2012, pp. 242-244.

이 프로그램의 결과, 확인된 효과는 아래와 같다.

[1] 임신결과의 향상
- 흡연 산모에 있어 조산을 79% 감소
- 임신 관련 합병증 및 감염 감소
- 첫째 아이를 낳은 후 둘째 아이를 너무 빨리 낳는 비율 31% 감소

[2] 아동의 건강과 발달 향상
아동의 초등학교 준비성 증가
  - 21개월 당시 언어 지체의 감소: 51%
  - 6세 연령에서 행동/인지적 문제 감소: 67%
학업 성취도 증가
  - 초등학교 1-3학년에서 읽기와 수학 성적 26% 증가
정신 건강 향상 및 위험 행동 감소
  - 12세에서 불안과 우울 감소
  - 12세에서 흡연, 음주, 마약 사용 감소
  - 10대 임신 감소

범죄율 감소
  - 15세까지 체포될 확률 감소: 59%
  - 아동보호관찰 확률 감소: 90%
아동 학대 및 부적절 아동 양육 감소
  - 아동기 손상 감소: 39%
  - 사고 및 중독으로 인한 응급실 방문 감소: 56%
  - 아동학대 및 방임 감소: 48%

[3] 부모의 자립능력 향상
의도하지 않은 추가 임신 감소
- 첫째 아이가 2세 될 때까지 임신할 확률 감소: 23%
- 추가 임신 감소: 32%
어머니의 노동시장 참여 증가
- 아동이 4세 될 때까지 노동시장 참여율 증가: 83%
정부의 복지서비스 이용 감소
- 정부의 복지서비스에 의존하는 개월 수 감소: 20%
- 아동이 12세 될 때까지 복지서비스 감소 비용: 가구당 12,300불(NFP 프로그램 비용 11,511불을 초가)
아동 양육에 대한 아버지의 참여 증가
- 프로그램 실시 시 아버지의 참여율 증가: 46%
부부간의 관계 향상
- 부부 관계 유지 기간 증가: 18%
- 파트너가 고용을 유지할 가능성 증가
부모의 범죄율 감소
- 체포될 확률 감소: 60%
- 기소될 확률 감소: 72%

자료: 강영호 등, 2012, p. 244

2) 국내 생애초기 가정방문 프로그램: 서울아기 건강첫걸음

우리나라에서 이와 같은 산전 및 생애초기 영유아 개입프로그램은 서울특별시의 '서울아기 건강첫걸음' 사업이 있다. 이 프로그램의 핵심 요소 중 가장 중요한 것은 앞서 기술한 바와 같이 근거에 기반하였다는 점이다. 복합적 활동이면서 역동적인 참여자와 함께 하는 중재활동에서 기대하는 근거를 얻기가 매우 어려움에도 불구하고 생애초기중재 사업은 연구근거가 비교적 확립된 중재활동이다. 또 다른 특징은 보편적 비례주의를 채택하는데 있다. OECD에서 2009년 평가한 바에 따르면 대다수 OECD 국가의 경우 가정방문의 전통 등에 따라 산후 보편적 서비스를 제공하고 있다(OECD, 2009). 이러한 보편적 서비스를 기반으로 하여, 더 필요가 있는 가족과 아동에게는 집중적인 서비스를 제공하는 것이다. 따

라서 서울시의 사업도 산전과 산후의 보편적인 서비스와 함께 지속, 집중 서비스로 구성하여 수행한다. 보편서비스의 일부와 지속, 집중 서비스의 경우 호주에서 이미 성공한 모범적 사례(MECSH 프로그램)을 도입하였다. 또 다른 특징은 강력한 근거에 기반하고 있는 것과 유사하게 높은 수준의 서비스 질을 제공하며 관리를 한다는 것이다. 서울특별시 사업의 경우 지속방문의 경우 최소 산후 0-6주간 매주 1회 이상의 방문을 수행하며, 만2세까지 최소 25회 이상의 가정방문이 이루어진다. 또한 참여하는 간호사는 320시간 이상의 교육과정을 필수적으로 이수해야 한다.

산모와 영유아에 대한 가정방문을 수행한다는 점에서 유사하게 보이는 보건복지부의 '산모 신생아 건강관리지원 사업'과 '서울아기 건강첫걸음'의 비교를 아래의 표에 요약하였다.

〈표 3-3〉 한국형 생애초기 가정방문 프로그램: 서울아기 건강첫걸음 특징

	산모·신생아 건강관리지원 사업	서울아기 건강첫걸음
아동건강 향상의 연구근거 확보	×	○ (MECSH 프로그램 효과성)
서비스 제공 체계	(사회적) 서비스 제공 업체	보건소 소속 전문 간호사
서비스 교육 체계	소정의 교육을 받은 산모신생아 건강관리사	기초, 심화, 지속 교육체계 확립
보편적 서비스 제공	소득기준	보편적 서비스 제공
본인 부담금	소득과 서비스에 따라 있음	없음

이러한 비교는 특정 프로그램의 우위성에 대한 증거를 위해서가 아니라, 대표적인 프로그램을 통해 국내 아동건강 정책의 이슈를 확인하기 위해서이다. '산모신생아 건강관리지원 사업'은 영아 출생 60일 이내의 일

정 소득 이하의 가정이 신청할 경우, 사회적 서비스를 제공하는 업체를 통해 서비스를 제공하는 사업이다. '산후관리사'에 대한 소정의 교육은 각 업체에서 자체적으로 수행하며, 대상자가 받는 서비스에 따라 본인 부담금이 책정된다. 국내에서 도입하고 있는 서울아기 건강첫걸음과 같은 생애초기 중재 프로그램이 보편적 제공과 이후의 더 자세한 개입을 핵심적 개념으로 채택하고 있는데 반해서 국내의 프로그램은 소득 등으로 구분한 특정 계층에게, 신청을 할 경우만 제한적으로 대상으로 삼는다. 뿐만 아니라 출산과 양육의 책임은 엄마, 부모 및 가족에게만 부과될 뿐이며 사회나 국가의 책임은 할인권을 제공하는데 그치고 있다.

라. 인구집단 및 지역사회 수준의 아동발달 측정

2013년 UNICEF는 세계의 29개 선진국의 아동 건강에 대한 보고서를 발표하면서 아동 발달 모니터링에 있어 생애초기 자료의 부족함을 중요한 약점으로 지적하였다. 아동 건강을 위한 모니터링, 평가 및 정책 도입의 첫 단계로 다양한 지역사회와 집단의 아동 건강과 발달이 측정되어야 한다.

기존 보건 분야에서 아동건강은 모성보건의 영역에 묶여 있었다. 모성보건 영역에서 '저체중 출산'과 '조산'은 국제적으로 활용하는 대표적인 모자보건의 지표이다. 저체중 출산의 경우 신생아기와 영아기의 사망률을 높이고, 성인기와 노년기에 나쁜 건강영향을 미칠 수 있다. 모유수유율과 같은 지표를 통해서도 모성건강을 측정할 수 있다. 국내 유아교육, 심리 등 학문 분야에서 유아와 아동발달을 측정할 수 있는 도구가 적용되고 있는데, 이러한 개인별 선별검사 도구는 개개인 아동을 발달을 측정하여 이상발달의심을 찾아내는 것을 목표로 하는 것이다. 즉, 인구집단이나 지역사회 수준의 아동발달에 대한 측정도구가 부족한 형편이다.

한편 캐나다, 호주 등 국외에서는 아동기 건강 조기 발달 수준을 측정하기 위한 인구집단 수준의 측정도구로서 아동발달도구(EDI: the Early Development Instrument)를 개발, 적용하여 생애 건강의 중요 시기에 대한 보건 정책과 서비스의 간격을 줄이는데 이용하고 있다. 이를 통해 캐나다와 호주는 취학 전 아동발달과정을 정기적으로 모니터링하는 체계를 갖춘 첫 번째 국가가 되었다. 이 도구는 지역사회, 정치가, 아동관련 기관, 지방 및 중앙정부에게 아동의 초기 발달에 대한 정보를 주기 위한 인구집단 측정도구이며 누적된 초기 아동기 경험을 통해 아동의 잠재력을 이끌어내었는지, 이제 시작할 학교 교육을 통한 이점을 최대화할 수 있는지를 근사적으로 보여주는 지표로 기능할 수 있다(UNICEF, 2013).

EDI는 캐나다 the Offord Center에서 개발하여 현재 호주의 국가적 아동발달 모니터링에 적용하고 있는 인구집단 수준의 아동발달 측정도구이다. 신체건강, 사회적 기능, 심리적 성숙, 언어인지발달, 소통능력과 일반지식을 포괄적으로 평가하는 도구인데 보육교사에 의해 평가한다. 이 도구는 학령전기 아동(만 7세 미만)의 발달수준을 보육교사를 통해 측정하는데, 이 시기는 일차적 유아기 성장을 마치고 학업을 공식적으로 시작하게 되는 시점으로 지역사회가 아동발달을 위한 역량과 자원투자를 평가할 수 있는 적합한 시기이다. 이 도구는 기존 연구를 통해 내적 일관성, 신뢰도 등에서 매우 높은 결과를 보고하였다(Janus & Offord, 2007, pp.1-22).

아래 그림은 이 센서스를 측정하여 활용하는 과정을 보여준다.

〔그림 3-10〕 EDI의 측정과 활용 과정

자료: 강영호 등, 2014, 부록 EDI training workshop

이 도구는 개인에 대한 결과를 보여주는 것이 아니라 아동발달의 인구집단/지역사회 수준의 자료를 생산하는 것을 목적으로 한다. 따라서 다양한 지역사회의 아동발달 모니터링을 통해 취약대상을 설정할 수 있으며, 아동 정책과 프로그램의 효과성을 평가하는 정책도구로서 이용할 수 있다(Janus & Offord, 2007, pp.1-22).

또한 도구를 통해 지역사회, 정치가, 아동관련 기관, 지방 및 중앙정부에게 지역사회 아동의 발달에 대한 집단적 정보를 제공할 수 있다. 조사결과는 개개인의 값을 합산한 자료로만 값을 산출하여 지역사회와 인구집단의 값을 만들어 발표한다. 이를 통해 기관별, 지역사회별(읍면동 수준, 시군구 수준, 광역시도 수준), 인구집단별(사회경제적 지위 등), 시간에 따른 비교를 수행하게 된다.

〈표 3-4〉 EDI의 특징

아동발달 측정도구	EDI	아동 개인에 대한 발달 평가 도구
주요 차이점	- 인구집단 수준의 측정도구 - 아동 개인에 대한 평가를 목적으로 하지 않음. 개인적 개입 목적으로 활용하지 않음. - 보육기관이 속한 지역사회의 아동의 발달에 대한 경향을 파악	아동 개인에 대한 개별적, 진단적 측정 – 해당 결과는 일반적으로 부모에게 통보하여 개인적 개입 활동에 활용

자료: 강영호 등, 2014, 부록 EDI training workshop

4. 불평등 해소 혹은 완화를 위한 생애초기 및 아동건강 정책 방향

가. 생애초기와 아동 건강발달 요인에 대한 포괄적 접근 필요

'출발선 평등을 보장하는 유아교육'은 2015년 교육부가 천명한 주요 정책방향이며, 보건복지부 또한 전 생애에 걸친 의료보장성 강화와 대상에 대한 맞춤형 복지를 주요 정책 목표로 삼고 있다. 그러나 출발선 평등을 보장하는 교육은 '안전한 학교 및 고른 교육 기회'라는 상위 목표에 속해 있으며 정책의 성과지표로는 유치원 CCTV 설치율이 제시되어 있다(교육부, 2015). 보건복지부 또한 전 생애에 걸친 의료보장성 강화 명목으로 임신·출산 단계에서 고위험산모 부담 경감, 임신성 당뇨 검사, 아동·청소년 시기에서 소아당뇨와 영유아 A형 간염 무료접종을 주요 정책으로 내세우고 있다. 맞춤형 복지지원 정책에는 어린이집 CCTV, 안전인증제 등이 제시되어 있을 뿐이다(보건복지부, 2015).

따라서 공평하고 건강한 생애초기와 아동 건강발달 정책과 사업에서의 포괄성은 일부 취약한 대상자에게 일부 자원이나 서비스를 제공하는 잔여적 접근방식을 극복하고 보편적인 접근방식을 취하는 것을 의미한다.

앞서 살펴본 바와 같이 생애초기와 아동 건강발달은 단순히 생애초기

와 아동의 신체적 건강수준으로만 측정할 수 없다. 지역사회와 부모 등 아동을 둘러싼 배경과 관련 요인을 모두 포괄하는 원칙이 필요하며 이를 위한 생애과정 관점을 기반으로 한 다학제적 접근이 요구된다.

나. 모성건강의 공공성 복원과 근거에 기반한 정책 필요

출산과 양육이라는 사회 공동의 의제에 대한 해결이 민간에 무한하게 방기되고 있으며 상업화되고 있다.

일차의료와 공공보건의료에서 모성건강의 영역은 축소되어 왔다. 반면 아이를 임신하고 출산하는 과정에 다양한 민간 시장이 활성화되었는데 산후조리원이 가장 대표적인 사례라고 할 수 있다. 산후조리원은 세계에서 우리나라에만 유일하게 있는 시설로 꾸준히 증가하고 있으며 2010년 조사기준으로 지역별 2주간 평균 이용비용은 64만원~1,200만원에 이른다(서영준 등, 2010, p.31).

한국은 산전부터 27세에 이르기까지 다른 국가에 비해 사회적 지출 비중이 낮으며, 특히 산전부터 5세의 생애 초기 지출 수준이 매우 낮은 수준이다(OECD, 2009).

보건복지부의 2014년 모자보건사업안내에 의하면, 모성과 어린이 건강사업 중 체외수정, 인공수정 등 난임지원비가 약 389억 원으로 전체 예산의 66%에 달한다. 체외수정과 인공수정이 출산율 증가에 미치는 긍정적 효과는 알려져 있지 않으며, 국내에서 저출산 문제는 심각한 국가적 문제로 제기되고 있는 형편이다.

보육비 지원 정책 등을 통해 지속적으로 어린이집과 유치원의 양적 확대를 가져왔으나, 아동 보육의 질적 확보로서 CCTV 설치라는 지엽적이고 도구적인 방책이 해결적으로 제시되고 있다. CCTV를 통한 감시, 바우

처를 활용한 산모신생아 건강관리 등 국내에서 적용되고 있는 방법은 투입하는 재원에 비교하여 볼 때 근거가 밝혀지지 않은 것이다.

다. 소결

앞서 살펴본 바와 같이 건강하고 평등한 삶을 위해 가장 효과적일 수 있는 생애초기 개입을 위해 가용한 근거는 이미 널리 인정되고 알려져 있다. 출산, 보육과 생애초기의 교육을 공공의 가치로 인정하고 이에 대한 공적인 대응과 투자가 시급하다.

제2절 경제적 취약계층

1. 서론

빈곤은 건강의 가장 큰 결정요인이다. (Poverty is the single largest determinant of health.)

- 세계보건기구 유럽지부 (WHO/Europe)

가. 건강결정요인으로서 빈곤과 경제적 취약성의 중요성

국제연합(United Nations, UN)에서는 빈곤을 “충분한 생활수준과 다른 시민적·문화적·경제적·사회적 권리들을 향유하는데 필요한 자원, 역량, 선택, 안전 그리고 권력이 지속적으로 또는 만성적으로 박탈된 상태”(OHCHR, 2004, p.9)라고 정의한다. 이 정의로 미루어보건대 선진국과 개발도상국 모두에서 빈곤은 그 자체로 사회적 위험의 결과임과 동시

에 건강의 가장 중요한 사회적 결정요인이다. 대부분의 빈곤 문제는 소득수준을 그 중심에 두고 논의를 진행하는데[22], 빈곤과 건강의 관계를 살펴보는 연구도 마찬가지이다. 일반적으로 소득수준에 따른 건강차이를 주로 다루고 있으며, 낮은 소득수준의 개인 또는 가구가 상대적으로 덜 건강한 상태를 경험하고 있음을 보여준다.

빈곤이 건강에 미치는 영향에 대한 메커니즘에는 빈곤으로 인해 기인하는 개인의 행태요인, 사회적 관계, 이용 가능한 자원의 제한, 그리고 물질적인 생활 조건 및 고용 조건 등이 있다(WHO CSDH, 2008, p.1). 더욱 거시적인 맥락에서는 사회의 다양한 정책 및 복지국가 체제, 그리고 정치가 빈곤과 건강의 관계를 설명하는 데 중요한 역할을 한다. 그런데 빈곤만이 건강에 영향을 미치는 것이 아니라, 불건강 역시 노동력 상실을 통해 빈곤의 원인이 되어서(문창진, 1998, pp.72-73) 끊임없는 악순환이 계속된다는 점, 그리고 이러한 빈곤이 세대 간 이전된다는 점(이상은, 2008, pp.68-70)에서 빈곤과 건강에 대한 더욱 깊이 있는 연구 및 논의의 필요성을 찾아볼 수 있을 것이다.

그러나 한국사회에서 빈곤과 건강에 대한 연구는 상대적으로 소홀히 다루어져왔다. KCI등재지 및 후보지에 최근 12년 동안 실린 빈곤과 건강에 대한 논문의 수를 알아보기 위해 '빈곤'과 '건강'이라는 두 가지 키워드로 검색한 결과 총 20편의 논문을 찾을 수 있었다. 1년에 채 2편도 안 되는 정도로 발간된 것을 알 수 있다. 제목을 보고 빈곤한 사람들의 건강에 대한 연구만을 추려보면 그 수는 14편으로 줄어들어서 1년에 1편 남짓 출판되었다. 이는 같은 기간 주제어로 'poverty'와 'health'를 포함한

22) 그 예로 절대빈곤과 상대빈곤 접근을 들 수 있음. 절대빈곤은 인간의 생존 유지를 위한 최소한의 지출항목을 나열하여 이를 구입할 만큼의 소득도 갖지 못하는 상태를, 상대빈곤은 속한 사회의 평균 또는 다른 집단과 비교하여 볼 때 상대적으로 낮은 소득 상태에 있는 것을 의미함(이정우, 2009).

Web of Science 등재 논문이 10,291개에 달하는 것에는 매우 대조적이다. 그러나 2010년 이후 그 이전보다는 다소 증가하는 추세로 보이는 것은 다행인 일이다. 이는 한국사회에서 잊혀진 빈곤의 문제가 다시 중요한 사회적 문제로 대두되고 있다는 증거로 볼 수 있을 것이다.

우리나라는 1997년과 2008년 두 차례의 경제위기를 경험하면서 대규모 구조조정과 경기악화로 인해 실직이나 미취업상태, 비정규직으로 이전되는 사람들이 증가하였다. 특히 첫 번째 경제위기가 중산층의 몰락을 가져왔다면 두 번째 경제위기는 몰락하여 빈곤층으로 전락한 그들에게 더 큰 타격을 주었다. 소득 감소와 가계부채 증가 등은 삶의 전반에 부정적인 영향을 미쳤다. 경제적인 불안정이 가족의 해체, 가난의 대물림, 사회적 관계의 단절 등으로 이어졌을 가능성이 크며, 이는 다시 빈곤층의 신체적 정신적 건강상태에 부정적인 영향을 미쳤을 것이다(변화순 등, 2010, pp.152-154).

국가와 정부는 빈곤층에 대한 경제위기의 영향을 최소화하기 위해 촘촘한 사회적 안전망을 구성해야 한다(Chu & Gupta, 1998, pp.17-18). 사회적 안전망은 말 그대로 사람들이 소득이 중단되거나 예외적인 지출의 발생으로 빈곤에 빠질 위험에 노출되었을 때 빈곤에 빠지지 않도록 방지하고, 이미 빈곤한 상태에 있는 사람들에게 최저한의 생계보장을 제공해 줌으로써 빈곤에서 탈피하도록 만드는 사회적인 장치이다(변용찬 등, 2014, pp.27-29).

현재 우리나라의 사회적 안전망은 1차, 2차, 3차 안전망으로 구성되어 있다(김경혜, 2009, p.23; 변용찬 등, 2014, p.28). 1차 안전망은 국민연금, 건강보험, 고용보험, 산재보험, 노인장기요양보험 등 5대 보험을 포함하고 있는 사회보험체계이다(김경혜, 2009, p.23; 변용찬 등, 2014, p.30). 2차 사회안전망은 국민기초생활보장제도와 사회복지서비스인데 국민기초생활보장제도에는 생계급여, 의료급여, 주거급여, 장제급여, 해산급여, 교육급여, 자활급여 등이 포함되고 사회복지서비스는 노인, 장애인, 가족복지서비

스 등을 포함한다(변용찬 등, 2014, p.30). 마지막으로 재난 등 긴급한 상황에 대비한 3차 사회안전망인 긴급구조제도가 있다(변용찬 등, 2014, p.30).

국가는 3단계의 촘촘한 사회적 안전망을 구축하여 사회보장 사각지대를 해소하고자 노력하고 있지만 현재의 사회안전망 체계는 여전히 국민을 보호하는 위기대응체계로는 미흡하다는 평가를 받고 있다(변용찬 등, 2014, p.318). 5대 사회보험과 국민기초 생활보장제도, 긴급복지지원제도 등 제도적 틀은 갖추어져 있으나 자격기준의 엄격함, 급여의 불충분함 등으로 인해 위험이 발생하면 빈곤층으로 추락할 가능성이 여전히 높다.

최근에 가장 큰 이슈였던 세모녀의 안타까운 사연은 이러한 사회안전망의 한계를 여실히 드러냈다. 세 모녀 사건을 계기로 정부는 기초생활보장제도에 대한 개혁을 시행하였고 2015년 7월부터 맞춤형 기초생활보장제도를 출범하여 사회안전망의 한계점을 보완하고자 하였다. 그러나 우리사회의 빈곤문제가 갈수록 심각해지고 있으며 노령화사회에 진입하는 이 시점에서 한국의 사회안전망이 국민들을 빈곤으로부터 보호할 수 있는지, 또 건강한 삶을 유지하고 건강불평등을 해소하는데 충분한 작용을 하고 있는지에 대해 면밀히 검토해 보아야 할 것이다.

나. 용어의 정의

1) 취약계층

취약계층은 사회경제적으로 약자의 위치에 있거나, 취업이나 경제활동 과정에서 발생하게 되는 예기치 않은 사고나 생애 과정상 어쩔 수 없이 발생할 수밖에 없는 사회적 위험이 발생했을 경우 현재의 경제적 상태를 유지하기 어려운 개인이나 계층을 일컫는다(방하남, 2012, p.2). 본 연구에서는 취약계층 중 빈곤층에 초점을 맞추어 연구를 진행하였다.

2) 경제적 불평등

경제 불평등은 크게 소득의 불평등과 부의 불평등으로 나누어 볼 수 있다. 기존의 많은 선행연구들은 경제적 불평등을 소득 불평등의 측면에서 연구하였다(강영주, 정광호 2012, p.266). 따라서 본 연구도 주로 소득 불평등 측면에서 연구를 진행하였으며, 경제불평등을 측정하는 지표로 빈곤율, 지니계수, 소득 양극화 지표 등을 사용하였다.

3) 사회경제적 건강불평등

Whitehead(1992)는 "불필요하면서(Unnecessary) 회피가능하고(avoidable), 공정하지 않은(Unfair, Unjust) 건강상의 차이를 '건강비형평성'으로 정의한 바가 있다" (김동진 등, 2013). 또한 국제건강형평성학회(International Society for equity in Health)에서는 건강형평성을 "사회적, 경제적, 인구학적, 지리적으로 구분된 인구집단 간 하나 또는 그 이상의 측면에서 건강상의 잠재적으로 치유가 가능한 체계적 차이의 부재"로 규정한 바 있다(Macinko & Starfield. 2002, p.3).

본 연구에서 사용하는 사회경제적 건강 불평등은 성별, 교육수준, 직업계층, 소득수준, 재산 등과 같은 사회경제적 위치(socioeconomic position)에 따른 건강상의 차이를 의미한다.

2. 취약계층 건강증진 정책에 대한 이론적 논의

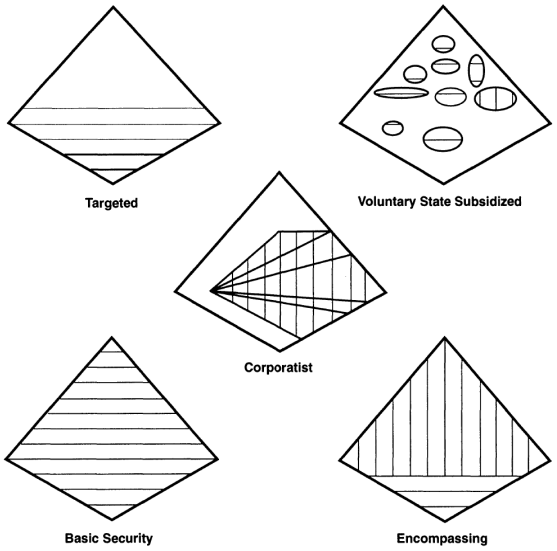
가. 배경

Korpi와 Palme는 빈곤층을 겨냥하여 재분배를 목적으로 제공하는 정책이 많은 사회가 더욱 불평등한 상태를 보이는 재분배의 역설에 대하여

논의하였다. 그 배경에는 복지-연대, 즉 복지국가를 중심으로 계급 간 연대가 이루어지는 정책의 형태로서 보편주의(universalism)가 있었고 그 모양은 우리가 보통 생각하는 네 번째의 'Basic Security'가 아니라 다섯 번째 'Emcompassing' 모델에 가깝다. 즉, 모두에게 제공하고, 필요한 사람에게 더 주는 모델인 것이다.

건강증진에서도 이와 유사한 비례적 보편주의(proportional universalism)라는 관점이 있다. 즉, 모두에게 무언가를 제공하는 보편주의적 방식이되, 필요에 따라 다른 수준의 서비스, 현물, 현금 등을 제공하는 것이다.

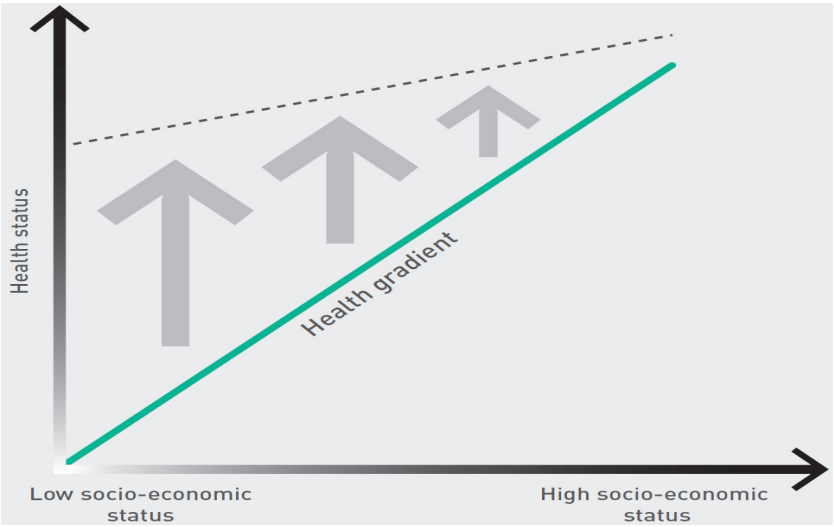
[그림 3-11] 사회보험 제도의 이상-전형적(Ideal-Typical) 모델[23)]



자료: Korpi W & Palme J, 1998, p.667.

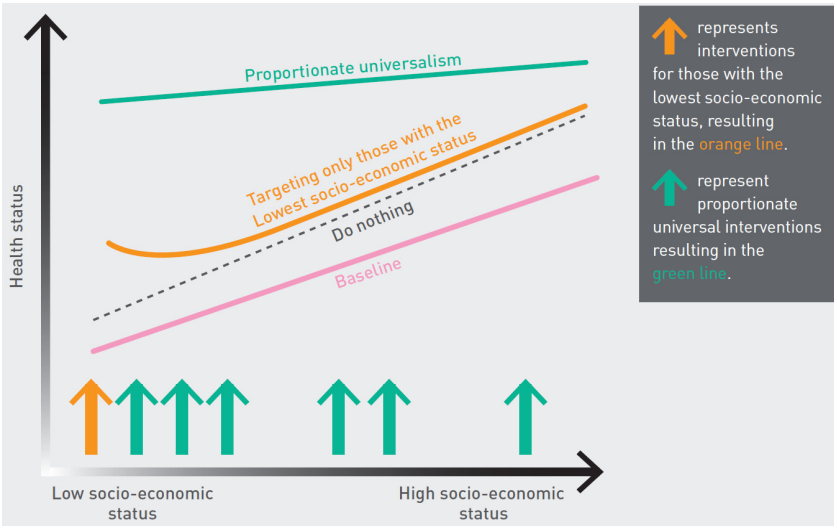
23) 각각의 그림은 상단에 고소득자, 하단에 저소득자가 분포하는 사회의 구조를 나타냄. 흰색 부분은 보장되지 않는 인구집단, 가로선은 정액급여(flat-rate benefits), 세로선은 소득비례급여(earnings-related benefits)를 나타냄. Voluntary State Subsidized 모델에서 타원은 각각의 보험 프로그램을 나타냄. Corporatist 모델에서 대각선은 각각의 직업군을 위해 따로 조직된 보험 프로그램을 나타냄.

[그림 3-12] 건강격차와 평등화에 대한 이론적 도식



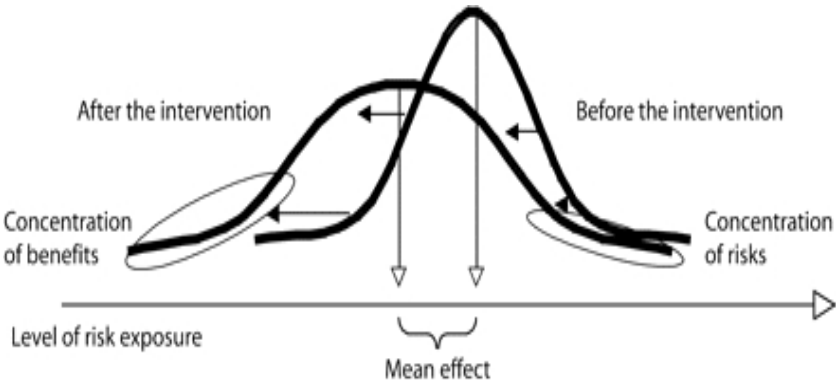
자료: National Collaborating Centre for Determinants of Health, 2013, p.2

[그림 3-13] 건강불형평성 감소를 위한 여러 전략의 효과에 대한 이론적 도식



자료: National Collaborating Centre for Determinants of Health, 2013, p.3

[그림 3-14] 인구집단 건강 전략에 따르는 건강불평등 증가 위험에 대한 도식



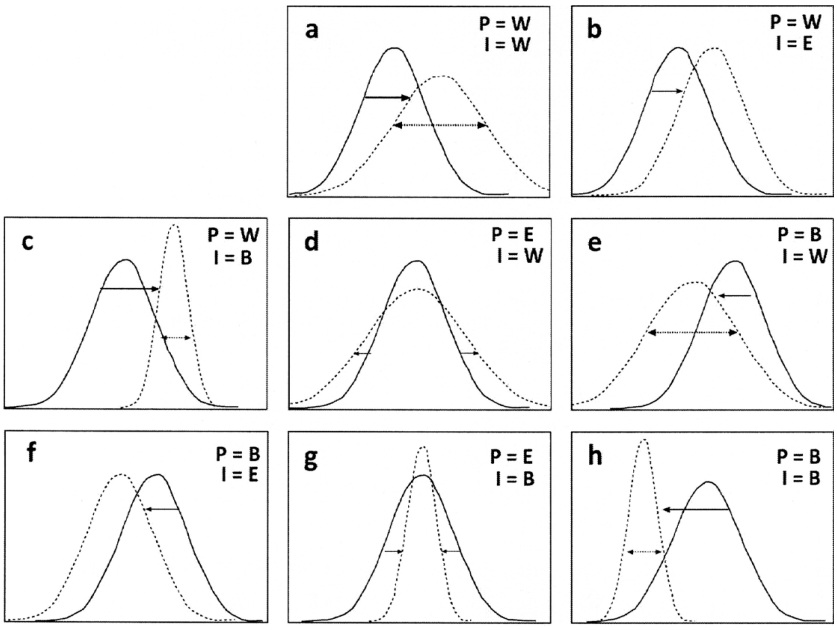
자료: Frohlich KL & Potvin, 2008, p.217

이러한 전략의 배경에는 Rose의 혁신적인 '인구집단 건강 전략'이 평균적인 건강수준은 높인다 하더라도 위 그림에서처럼 오히려 건강불평등을 증가시킬 수도 있다는 깨달음이 있다.

Benach 등은 이러한 아이디어를 더욱 발전시켜, 건강에 대한 개입을 통하여 인구집단 건강의 평균값과 형평성의 정도가 변화할 수 있는 여덟 가지 시나리오와 구체적인 정책적 예시에 대하여 논의하였다.

[그림 3-15]에서 P는 개선되지만 I가 악화되는 시나리오는 e의 경우로서 위 Frohlich & Potvin(2008)이 묘사한 것과 같다. 이러한 효과를 갖는 정책의 대표적인 예는 금연 캠페인으로서 인구집단 건강의 전반적 개선이 있지만 이는 주로 형편이 나은 사람들에게 집중된다. 영국에서는 흡연율의 큰 감소가 있었지만, 흡연의 사회경제적 불평등은 더욱 강화되는 예가 있었다(Townsend et al, 1994; Benach et al, 2011, p.5에서 재인용). 금연서비스나 일터나 공공장소에서의 금연과 같은 정책은 소득이 높거나 직업적 지위가 높은 사람에 대한 개선효과가 더 큰 것으로 드러나 있다(Fayter et al, 2008; Benach et al, 2011, p.5에서 재인용).

〔그림 3-15〕 인구집단 건강의 변화를 묘사하는 여덟 가지 시나리오



주: P: 인구집단 건강의 전반적 수준, 변화는 곡선의 이동(점선)으로 나타냄
I: 건강에 있어서 인구집단 수준의 불평등, 변화는 곡선이 넓어지거나 좁아진 것으로 나타냄.
B: 개선(better); E: 변화없음(equal); W: 악화(worse). 이때 P가 좌측으로 이동한 것은 개선된 것이고, I가 넓어지면 악화된 것임.

자료: Benach J, Malmusi D, Yasui Y, Miguel Martinez J, Muntaner C, 2011, p.4

인구집단의 건강이 개선되고, 불평등도 악화되지는 않는 f의 경우는 모든 인구집단 부문에 고루 영향을 미치는 법제도의 변화와 같은 보편적인 정책의 예일 수 있다. 하지만 보편적 법제도가 현실에서 나타내는 영향은 다소 다를 수 있는데, 일례로 미국에서 안전벨트 착용을 강제화하자 인종 간 안전벨트 착용율의 차이가 감소했다(Briggs et al, 2006; Benach et al, 2011, p.5에서 재인용). 하지만 시리얼에 엽산을 더 첨가하도록 하는 정책에서는 엽산섭취에 있어서 소득과 관련된 불평등을 더욱 증가시켰다(Beam Dowd & Aiello, 2008; Benach et al, 2011, p.5에서 재인용).

g와 같은 경우는 현실적으로 일어나기도 어려우며, g의 결과를 초래하는 정책에 대해 윤리적으로 방어하기도 어려울 것이다. 이론적으로는 자원이 한정적인 저개발국에서 취약계층에 대한 지원이 고소득층으로 분배되는 자원을 감소시켜, g와 유사한 결과를 초래할 수 있다.

마지막으로 평균적인 건강수준도 향상되고 건강형평성도 개선되는 가장 바람직한 경우인 h는 위에서 서술한 비례적 보편주의(proportional universalism) 및 Frohlich & Potvin(2008)의 전략과 부합하는 경우이다. 즉, 인구집단 전체의 건강을 증진하면서 취약계층에 대한 부가적인 지원을 함께 하는 경우이다. 이러한 예로는 인구집단 대부분이 의료에 접근하지 못하는 나라에서 보편적 접근이 가능한 공적 의료시스템을 만듦을 통해 고소득층이 사용하던 민간의료서비스가 축소되는 경우를 생각해 볼 수 있다(Muntaner C et al, 2006; Benach et al, 2011, p.6에서 재인용). 다른 하나는 보편적인 금연 프로그램을 시행하면서 취약지역에 대한 개입에 우선순위를 두는 경우이다(Bauld et al, 2007; Benach et al, 2011, p.6에서 재인용).

이러한 고찰은 아래와 같은 몇 가지 결론을 시사한다. ① 인구집단의 평균적인 건강증진과 건강형평성의 개선이 반드시 같은 방향으로 이루어지지는 않는다. 따라서 건강형평성 개선을 위한 정책은 일반적인 건강수준이 아니라 형평성 개선이라는 점을 염두에 두고 디자인되어야 한다는 점이다. ② 건강형평성 개선을 강조한다는 점에서 비례적 보편주의라는 개념은 유용하며, 건강증진정책을 고려할 때 적극적으로 고민될 필요가 있다.

그러나, ③ 비례적이지(proportional) 않은 보편주의적 정책이 반드시 건강형평성을 악화시키는 것은 아니다. 이는 보편주의냐 아니냐의 문제라기보다는 정책을 어떻게 디자인하는가의 문제이다. 금연프로그램이나

금연캠페인은 접근성의 문제 때문에 일반적으로 건강형평성을 악화시키지만, NHS를 운영하고 있는 많은 나라에서처럼 무상으로 의료를 제공하면 취약계층은 그들의 보건의료 욕구가 고소득층에 비해 상대적으로 높기 때문에 특별한 정책적 보완이 없더라도 보건의료시스템을 더 많이 이용하게 될 것이다. 물론 이러한 정책조차도 취약계층의 보건의료 욕구를 감소시키고자 하는 노력(건강증진과 예방), 의료에 대한 비경제적 접근성을 강화시키고자 하는 노력과 함께 이루어진다면 취약계층과 비취약계층 사이의 건강형평성은 더욱 크게 개선될 것이다.

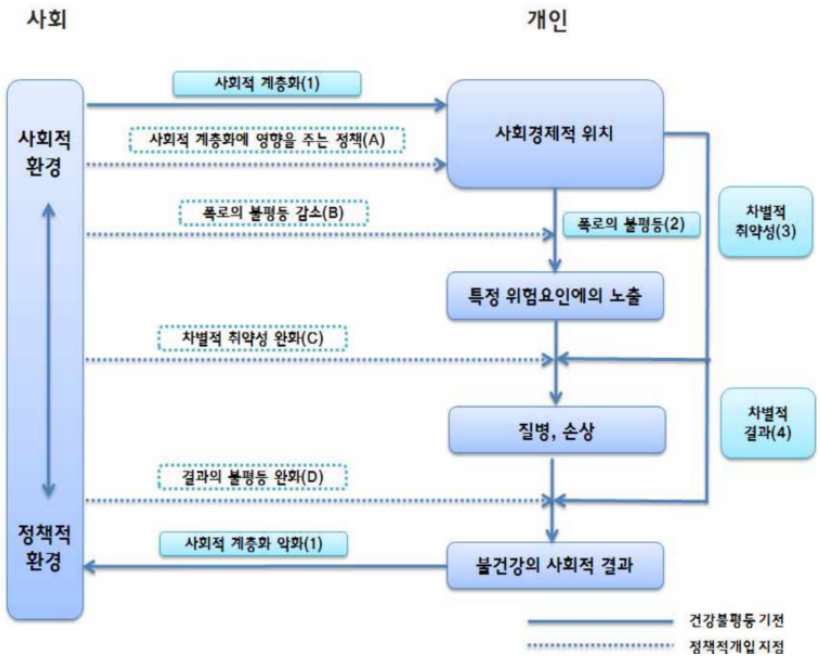
나. 취약계층의 건강증진과 건강형평성 개선을 위한 정책 개입

Diederichsen과 Halloqvist(1998)이 개발한 모형에 의하면 사회적 맥락은 사회적 계층화로 개인의 사회적 지위를 만들어 내고, 사회적 계층화는 차별적인 취약성에 노출되게 하며, 결국 취약계층이 질병에 쉽게 이환하는 등 차별적인 결과를 가져올 수 있다. 경제적 취약계층의 건강증진과 건강형평성 개선은 그 정의상 빈곤과 경제적 불형평성을 개선하는 것을 통하여 가능하지만(A), 이러한 근본적 개입 이외에도 폭로의 불평등 감소(B), 차별적 취약성 완화(C), 결과의 불평등 완화(D)와 같은 부가적인 방식으로 정책적 개입을 할 수도 있다.

즉 A가 시장분배에 있어서 불평등을 개선하는 것이라면, D는 사회적 이전을 통한 재분배가 될 것이며, B는 취약계층의 삶과 일터의 환경을 개선하는 것, 그리고 C는 의료시스템 등을 통한 취약성의 보호가 될 것이다.

먼저 한국의 A, B, C, D와 관련된 현황을 OECD국가와의 비교를 통하여 알아보도록 한다.

〔그림 3-16〕 Diederichsen & Hallqvist (1998)의 모델



자료: 김동진 등, 2013, p.99

2. 취약계층 건강결정요인의 한국과 OECD 국가들 간의 비교

가. 시장 분배의 불평등 현황(A)

1) 한국의 빈곤율 추이[24)]

한국의 절대적 빈곤율과 상대적 빈곤율 모두 최근 들어 크게 증가하지도 감소하지도 않는 경향을 보인다. 그러나 특징적인 것은 노인, 1인 가

24) 이 부분은 한국보건사회연구원 2014년 빈곤통계연보와 한겨레 기사 "노인층 빈곤율과 자살률 세계1위"를 참고하여 작성하였음.

구, 여성가구주가구 순으로 빈곤 문제가 크고 이들 인구집단에서의 빈곤율이 증가했다는 점이다. 이는 한국의 빈곤이 특정 인구집단에 집중되어 있고 그 집중정도가 점점 커지고 있다는 것을 보여준다.

〈표 3-5〉한국의 절대빈곤율 및 상대빈곤율 변화 추이

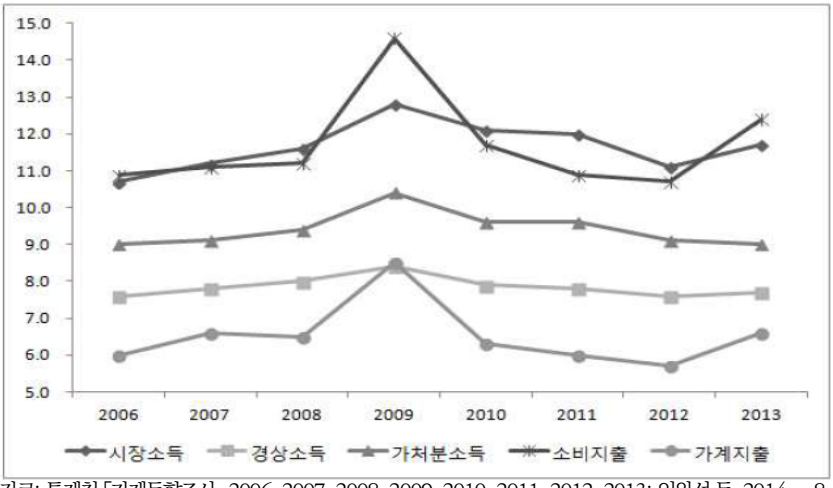
(단위: %)

구분	절대빈곤율	2011년	2012년	2013년	증감률 (2012년 대비)
절대빈곤율	시장소득	12.0	11.1	11.7	5.4
	경상소득	7.8	7.6	7.7	1.3
	가처분소득	9.6	9.1	9.0	-1.1
	소비지출	10.9	10.7	12.4	15.9
	가계지출	6.0	5.7	6.6	15.8
상대빈곤율	시장소득	17.0	16.3	16.7	2.5
	경상소득	14.1	14.3	14.1	-1.4
	가처분소득	14.3	14.0	13.7	-2.1
	소비지출	8.6	7.9	8.3	5.1
	가계지출	9.7	9.1	9.6	5.5

자료: 통계청「가계동향조사」2011, 2012, 2013, 2014; 임완섭 등, 2014, p.7.

〔그림 3-17〕 절대적 빈곤율 변화추이

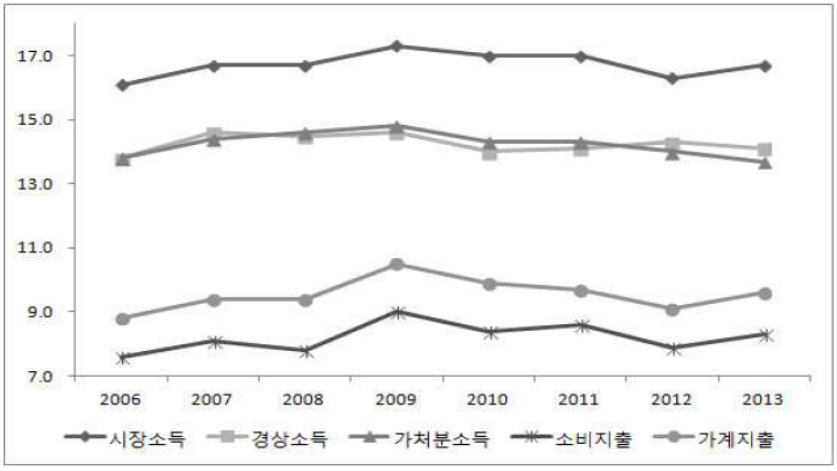
(단위: %)



자료: 통계청「가계동향조사」2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013; 임완섭 등, 2014, p.8.

〔그림 3-18〕 상대적 빈곤율 변화추이

(단위: %)



자료: 통계청「가계동향조사」2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013; 임완섭 등, 2014, p.8.

① 절대적 빈곤율

1인 가구를 포함한 전 가구를 기준으로, 2013년 절대 빈곤율은 시장소득 기준 11.7%로 전년대비 0.6%p 상승하였으며, 가처분소득 기준 9.0%로 전년대비 0.1%p 하락하였다. 2009년을 정점으로 감소 경향을 보이던 절대 빈곤율이 2013년에는 전년도보다 전반적으로 상승하였다(가처분소득 적용 빈곤율은 감소).

② 상대적 빈곤율

2013년 중위소득 50% 미만의 상대적 빈곤율은 시장소득 기준 16.7%로 전년대비 0.4%p 상승하였으며, 가처분소득 기준 13.7%로 전년대비 0.3%p 하락하였다. 최근 3년간 가처분소득 적용 상대빈곤율은 감소하는 추세를, 나머지의 경우 등락하는 형태의 추이를 보이고 있다.

③ 인구유형별 빈곤율 현황

여성가구주가구의 2013년 절대적 빈곤율은 시장소득 적용 시 26.1%로 전년대비 1.7%p 상승, 가처분소득 적용 시 20.8%로 전년대비 0.6%p 상승하였다. 중위 50% 기준 상대적 빈곤율은 시장소득 적용 시 37.2%로 전년대비 1.4%p 상승하였으며, 가처분소득의 경우 32.4%로 전년대비 0.6%p 상승하였다.

〈표 3-6〉 인구유형별 빈곤율 및 증감률

(단위: %)

구분			2012년	2013년	증감률 (2012년 대비)
여성 가구주 가구	절대적 빈곤율	시장소득	24.4	26.1	7.0
		가처분소득	20.2	20.8	3.0
	상대적 빈곤율 (중위50%기준)	시장소득	35.8	37.2	3.9
		가처분소득	31.8	32.4	1.9
아동	절대적 빈곤율	시장소득	6.1	5.3	-13.1
		가처분소득	5.9	4.7	-20.3
	상대적 빈곤율 (중위50%기준)	시장소득	9.5	8.4	-11.6
		가처분소득	9.4	7.9	-16.0
노인	절대적 빈곤율	시장소득	46.9	49.1	4.7
		가처분소득	34.8	35.6	2.3
	상대적 빈곤율 (중위50%기준)	시장소득	60.0	60.6	1.0
		가처분소득	48.0	48.0	0.0
취업자	절대적 빈곤율	시장소득	4.9	5.4	10.2
		가처분소득	4.1	4.1	0.0
	상대적 빈곤율 (중위50%기준)	시장소득	9.4	9.5	1.1
		가처분소득	8.1	7.8	-3.7
한부모 가구	절대적 빈곤율	시장소득	16.3	12.7	-22.1
		가처분소득	14.4	11.6	-19.4
	상대적 빈곤율 (중위50%기준)	시장소득	23.0	19.0	-17.4
		가처분소득	21.7	18.5	-14.7
1인 가구	절대적 빈곤율	시장소득	37.5	41.3	10.1
		가처분소득	30.2	32.4	7.3
	상대적 빈곤율 (중위50%기준)	시장소득	53.5	53.7	0.4
		가처분소득	48.1	47.2	-1.9

자료: 통계청 「가계동향조사」 2012, 2013; 임완섭 등, 2014, p.10.

아동의 절대적 빈곤율과 상대적 빈곤율 모두 전년대비 하락하였다. 2013년 절대적 빈곤율은 시장소득 적용 시 5.3%로 전년대비 0.8%p 하락하였으며, 가처분소득의 경우 4.7%로 전년대비 1.2%p 하락하였다. 상대적 빈곤율(중위 50%기준)은 시장소득 적용 8.4%로 전년대비 1.1%p 하락, 가처분소득 적용 시 7.9%로 전년대비 1.5%p 하락하였다.

노인인구의 2013년 절대적 빈곤율은 시장소득 적용 49.1%로 전년대비 2.2%p 상승, 가처분소득의 경우 35.6%로 전년대비 0.8%p 상승하였다. 상대적 빈곤율(중위 50%기준)은 시장소득 기준 60.6%로 전년대비 0.6%p 상승, 가처분소득의 경우 전년도와 유사한 수준을 유지하였다.

취업자의 2013년 절대적 빈곤율은 시장소득 적용 5.4%로 전년대비 0.5%p 상승하였으며, 가처분소득의 경우 전년도와 유사한 수준을 유지하였다. 상대적 빈곤율(중위 50%기준)은 시장소득 적용 9.5%로 전년대비 0.1%p 상승, 가처분소득의 경우 7.8%로 전년대비 0.3%p 하락하였다.

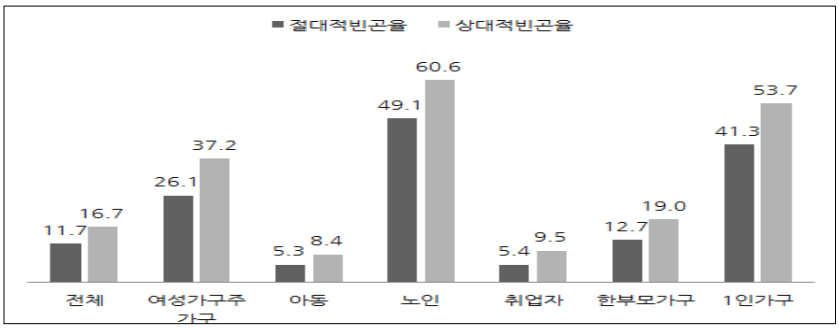
한부모 가구의 경우 절대적 빈곤율(시장소득)은 전년도 대비 3.6%p 감소하였고 상대적 빈곤율(시장소득)은 전년도 대비 4.0%p 감소하였다.

1인 가구의 경우 절대적 빈곤율은 시장소득과 가처분소득 모두 상승하는 추이를 보였으며, 상대적 빈곤율은 시장소득의 경우 다소 상승하는, 가처분소득의 경우 다소 하락한 것으로 나타났다.

특히 눈에 띄는 것은 노인, 1인 가구, 여성가구주가구 순으로 빈곤율의 집중이 크다는 것, 그리고 이 세 가지 인구유형에서는 2012년 대비 2013년의 빈곤율이 증가했다는 점이다. 이는 한국의 빈곤이 특정 인구집단에 집중되어 있을 뿐 아니라 이들의 빈곤부담이 증가하고 있음을 의미한다.

〔그림 3-19〕 인구유형별 빈곤율: 시장소득 기준(2013년)

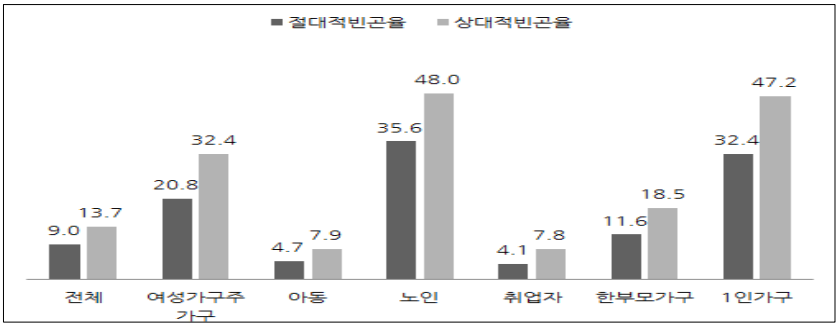
(단위: %)



자료: 통계청「가계동향조사」2013; 임완섭 등, 2014, p.11.

〔그림 3-20〕 인구유형별 빈곤율: 가처분소득 기준(2013년)

(단위: %)



자료: 통계청「가계동향조사」2013; 임완섭 등, 2014, p.11.

2) OECD 국가와의 빈곤율 비교

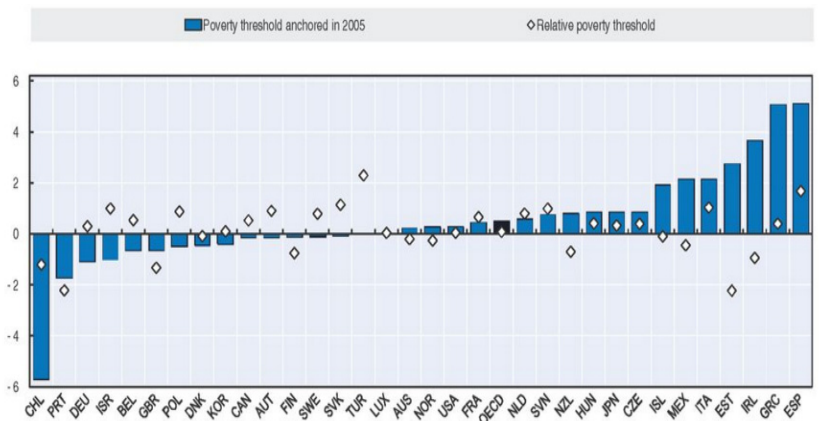
한국과 다른 OECD회원국 사이의 빈곤율을 비교하였을 때에도 절대적이거나 상대적인 빈곤율의 변화는 크지 않으나, 한부모가정, 65세 이상 노령층, 그 중에서도 여성 노령층의 빈곤율이 OECD 평균에 비해 높고 상대적 불평등도 크다는 점을 알 수 있다. 특히 노인인구의 빈곤율은 OECD국가 중 단연 선두를 점하고 있다.

① 절대적 및 상대적 빈곤율

OECD 국가의 절대적 빈곤율과 상대적 빈곤율의 변화를 보면 다음과 같다. 칠레, 포르투갈 등 국가는 2007년부터 2010년 사이 상대적 빈곤율 및 절대적 빈곤율이 모두 낮아진 반면 일본, 이탈리아 그리스 등 국가들은 상대적 빈곤율, 절대적 빈곤율이 모두 증가했다. 우리나라의 경우 2년 동안 절대적 빈곤율은 감소한 반면 상대적 빈곤율은 큰 변화가 없어, 변화의 크기는 다른 OECD 국가들에 비해 작은 편에 속했다.

[그림 3-21] 소득 빈곤율: 2007년과 2010년 사이의 상대적 및 절대적 빈곤율 변화

(단위: %)



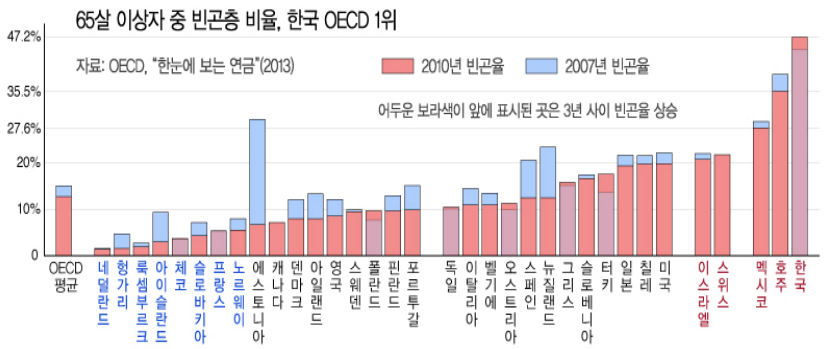
자료: OECD, 2014.
http://www.oecd-ilibrary.org/economics/oecd-economic-surveys-france-2007/poverty-rate-and-relative-poverty-gap_eco_surveys-fra-2007-graph2_12-en 에서 2015.08.30. 인출

② 노인 빈곤율

특히 노인가구의 빈곤층 비율은 한국이 OECD국가 중 단연 선두를 점하고 있으며, 지난 2007년에서 2010년 사이 빈곤층 비율이 오히려 늘어나는 경향을 보인다.

[그림 3-22] 노인빈곤율 OECD 국가 간 비교

(단위: %)

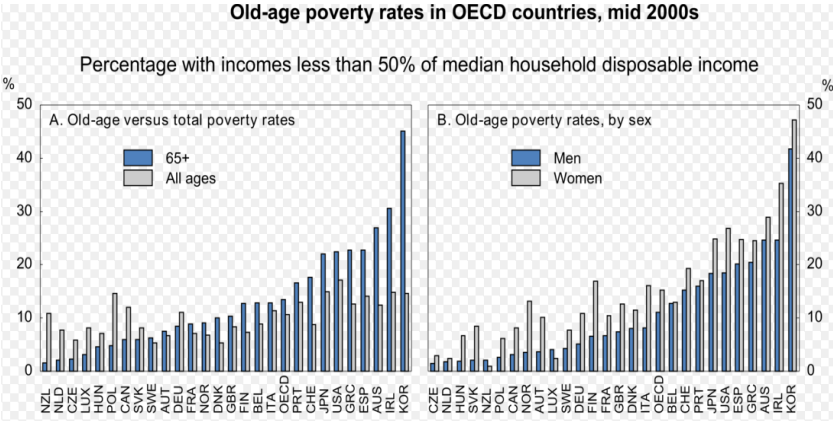


자료: OECD, 2013a, http://www.hani.co.kr/arti/society/rights/690818.html에서 2015.08.30. 인출

65세 이상 남성과 여성의 빈곤율 역시 한국이 OECD국가 중 1위를 차지했고, 65세 이상 여성 빈곤율이 65세 이상 남성 빈곤율보다 높은 것으로 나타났다.

[그림 3-23] 성별에 따른 노인 빈곤률의 OECD 국가 간 비교

(단위: %)



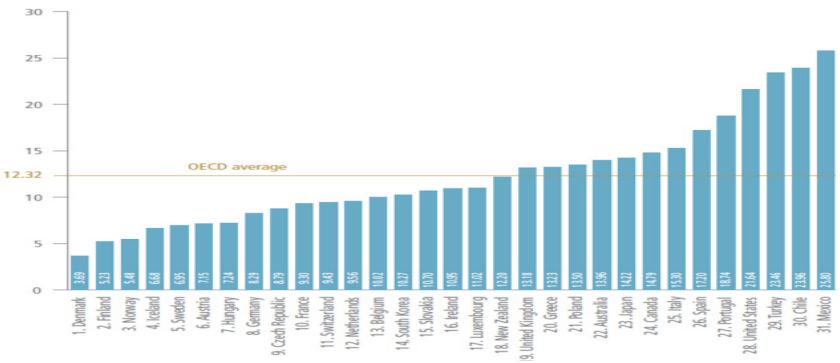
자료: OECD, 2011, Pensions at a Glance,
http://www.oecd-ilibrary.org/finance-and-investment/pensions-at-a-glance-2013/old-age-income-poverty_pension_glance-2013-26-en에서 2015.08.30. 인출

③ 아동빈곤율

OECD국가들의 아동 빈곤율을 보면 덴마크와 핀란드, 노르웨이와 같은 북유럽 국가의 아동빈곤율이 상대적으로 낮았고 미국, 터키, 칠레, 멕시코 등 국가는 아동빈곤율이 20% 이상의 높은 수치를 기록했다. 우리나라의 아동빈곤율은 10.27%로 OCED국가 평균인 12.32%보다는 낮은 수치이지만 여전히 우리나라 아동 10명 중 한명은 최저생계비 기준보다 낮은 수준에서 생활하고 있음을 의미한다.

[그림 3-24] OECD 국가의 아동 빈곤율(2011)

(단위: %)



자료: OECD, 2011, https://citizenactionmonitor.wordpress.com/2011/10/31/canada-and-u-s-child-poverty-rankings-near-bottom-among-31-countries-social-justice-study/에서 2015. 08.30. 인출

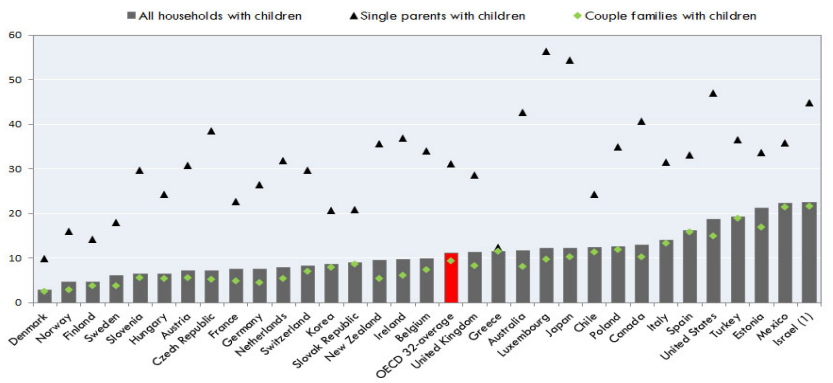
④ 가구구성에 따른 빈곤율

가구구성에 따른 빈곤율을 봤을 때 모든 국가에서 한부모 가정의 빈곤율이 양부모 가정보다 높은 것을 확인 할 수 있었다. 가구구성에 따른 빈곤율도 덴마크, 노르웨이 등 북유럽국가들이 낮았고 터키, 멕시코 등 국가에서 높은 수준의 빈곤율을 보여주었다. 우리나라의 양부모 가구의 빈

곤율이 10%정도였을 때 한부모가구의 빈곤율은 20%를 넘어 2배 이상의 격차가 나는 것을 확인 할 수 있었다. 룩셈부르크와 일본 등 국가는 양부모 가구의 빈곤율이 10%를 웃도는 반면, 한부모가구의 빈곤율은 50%를 넘는 상당히 높은 수준을 보여주고 있었다.

[그림 3-25] OECD 국가의 가구 구성에 따른 빈곤율

(단위: %)



자료: OECD, 2015a, http://www.theatlantic.com에서 2015.08.30. 인출

3) 경제적 불평등의 건강불평등에 대한 영향

이러한 경제적 불평등은 건강불평등에 영향을 미치게 된다. 위에서 살펴본 경제적 불평등과 관련된 한국사회의 변화가 아래에서 살펴볼 자가보고 건강수준, 기대여명, 신생아사망율, 그리고 특히 정신건강에 관련된 한국사회의 지표에도 영향을 주고 있을 것임을 미루어 짐작할 수 있다.

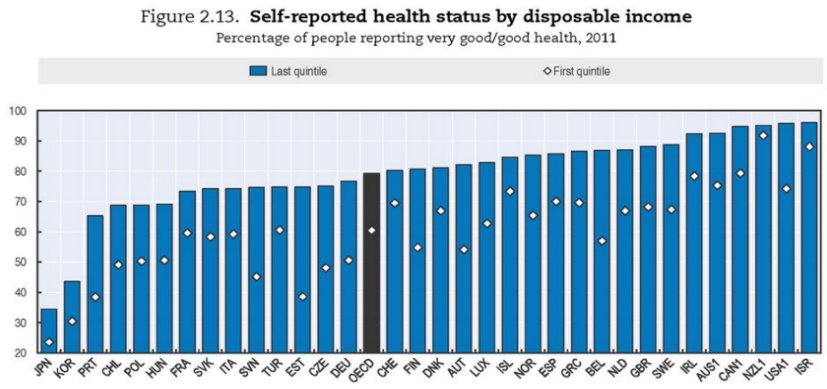
① 자가보고 건강수준

2013년 OECD 건강보고서에 의하면 모든 국가에서 소득 상위 25%의 자가보고 건강수준이 하위 25%보다 높았다. 우리나라의 소득수준 상위

25%에서 자가보고 건강수준이 좋다고 응답한 비율이 40%인 반면 소득 하위 25%는 20%로 상위소득 25%의 절반 수준이었다. 아래 그림의 막대 그래프는 상위 25%, 점은 하위 25%의 사람 중 건강이 좋거나 매우 좋다고 대답한 사람의 백분율이다. 한국은 일본 다음으로 그 비율이 매우 적어 건강수준이 좋다고 대답한 사람이 절반에도 미치지 못하며, 스페인 등을 제외하면 그 불평등의 수준도 가장 큰 편임을 알 수 있다.

〔그림 3-26〕 OECD 국가별 자가보고 건강수준

(단위: %)



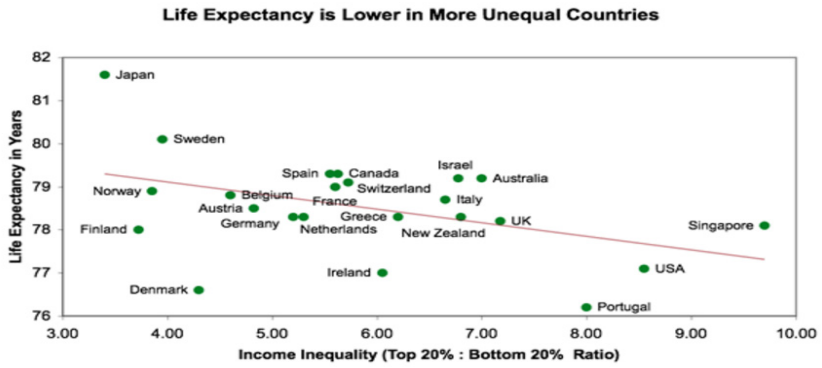
자료: OECD, 2013b,
http://www.oecd-ilibrary.org/economics/how-s-life-2013/self-reported-health-status-by-disposable-income_how_life-2013-graph18-en에서 2015.08.30. 인출

② 기대여명

소득불평등이 심각할수록 기대여명도 짧았다. 아래 그림에 나타난 것처럼 일본, 스웨덴 등의 국가에서는 상위 20% 소득과 하위 20% 소득의 격차가 작았고 기대여명도 80세 이상으로 길었던 반면, 포르투갈, 미국 등의 국가에서는 소득불평등이 컸고 기대여명도 상대적으로 짧았다. 한국은 포함되어 있지 않지만, 경제적불평등의 증가의 영향이 기대여명에 반영될 것으로 미루어 짐작해볼 수 있다.

〔그림 3-27〕 소득불평등과 기대여명

(단위: 세)



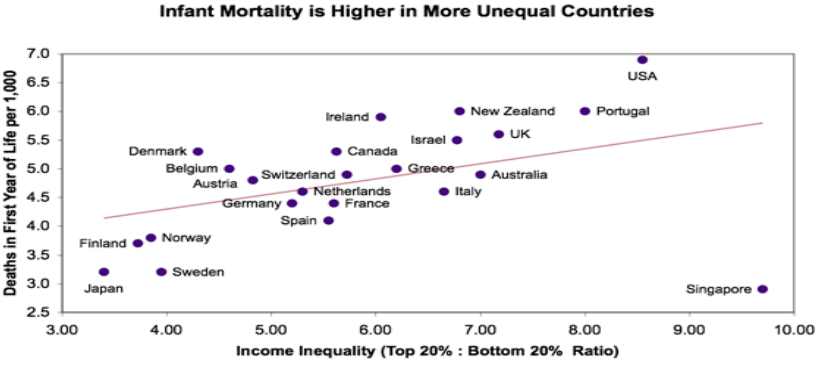
자료: http://inequality.org/inequality-health/에서 2015.08.30. 인출

③ 소득불평등과 신생아 사망률

국가의 소득불평등이 클수록 신생아 사망률이 높았다. 핀란드, 노르웨이, 스웨덴 등 국가는 소득불평등이 낮은 만큼 신생아 사망률도 낮았고 포르투갈, 미국은 소득불평등이 높았고 상대적으로 신생아 사망률도 높았다.

〔그림 3-28〕 소득불평등과 신생아 사망률

(단위: 출생아 1000명당 명)



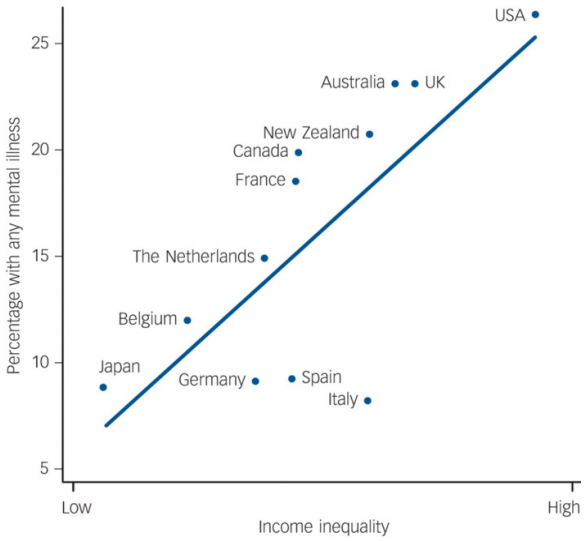
자료: http://inequality.org/inequality-health/에서 2015.08.30. 인출

④ 정신건강

Pickett와 Wilkinson은 부유한 국가에서 소득불평등이 심각할수록 정신질환 유병률이나 약물남용이 심각하다고 지적하였다(Pickett & Wilkinson, 2010, p.427).

〔그림 3-29〕 소득불평등과 정신건강

(단위: %)



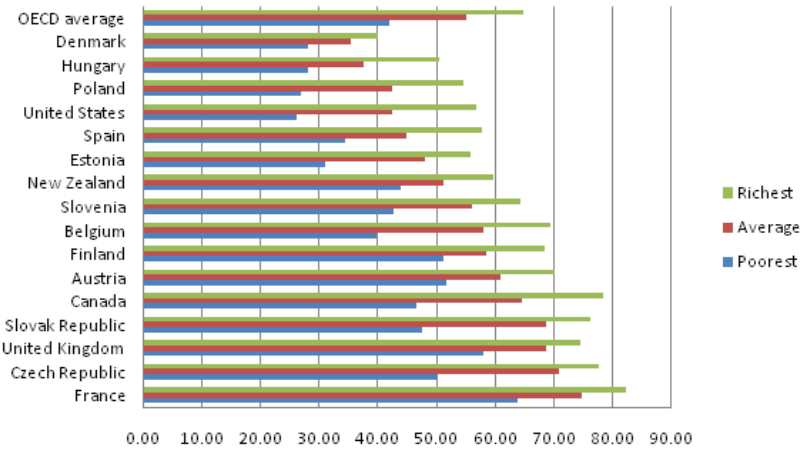
자료: Pickett KE & Wilkinson RG, 2010, p.427

나. 경제적 불평등과 의료이용(C)

경제적 불평등이 이렇게 다양한 건강수준이 영향을 미치는 경로 중 하나는 아마도 의료이용에 영향을 미치기 때문일 것이다. OECD 국가에서 소득수준에 따라 의료기관이용, 치과방문, 미충족 의료경험 등에 영향을 받는다는 아래와 같은 증거들이 있다.

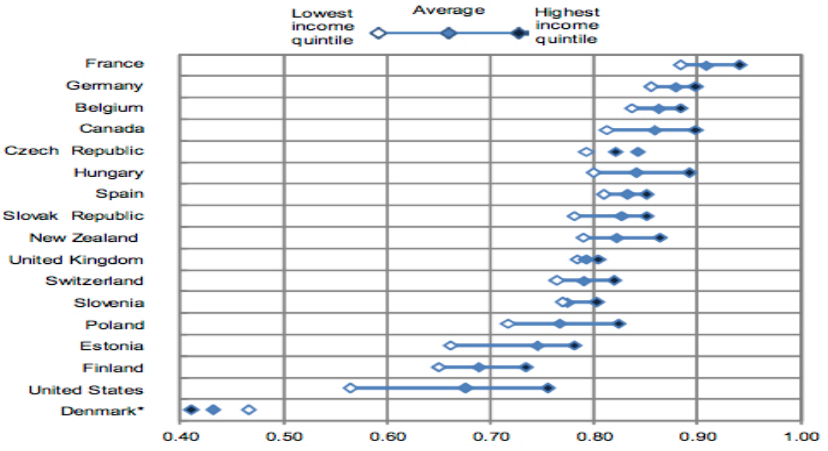
〔그림 3-30〕 소득수준별 치과방문율

(단위: %)



자료: OECD Health Data, 2012, http://www.oecd-ilibrary.org/sites/health_glance-2011-en/06/06/index.html?contentType=&itemId=%2Fcontent%2Fchapter%2Fhealth_glance-2011-57-en&mimeType=text%2Fhtml&containerItemId=%2Fcontent%2Fserial%2F19991312&accessItemIds=에서 2015.08.30. 인출

〔그림 3-31〕 소득수준별 의사방문율

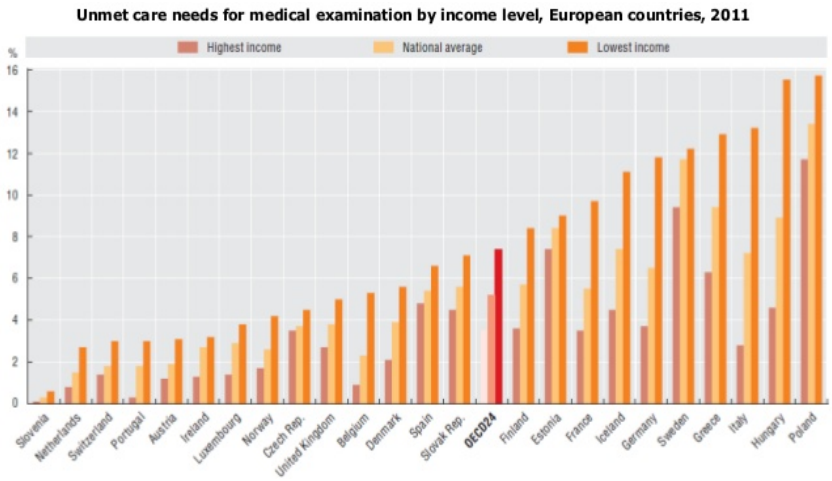


주: ratio

자료: Devaux M and M de Looper, 2012, p.17

〔그림 3-32〕 소득수준별 미충족 의료경험

(단위: %)



자료: OECD, 2013c, http://www.oecd-ilibrary.org/sites/health_glance-2013-en/06/04/index.html?itemId=/content/chapter/health_glance-2013-60-en&mimeType=text/html에서 2015. 08.30. 인출

한국에서도 소득수준은 의료기관 이용에 영향을 미치며 저소득층은 보장성이 높고, 진단 및 치료가 반드시 필요할 때 진료를 받는 반면 고소득층은 보장성과 무관하게 고비용 진료과목과 필수적인 진단 및 치료보다는 삶의 질을 개선시키는 건강예방활동 중심의 진료과목을 중심으로 의료기관을 이용하고 있었다. 2013년 건강보험공단의 20세 미만 진료과목별 진료인원을 보면 한방안과, 이비인후과, 피부과, 한방소아과 등 한방진료과실에서 소득 상위 20%가 소득 하위 20%보다 두 배 이상 높은 진료실 이용률을 보여주었다. 또한 치과교정과, 구강병리과, 치과보철과 등 치과진료과실에서도 고소득층의 진료실 이용이 저소득층보다 용이한 것으로 나타났다.

〈표 3-7〉 소득수준별 20세 미만 진료실 이용

진료과목	소득분위	적용인구 감안 진료실 인원(명)	진료격차(%)
한방안·이비인후과, 피부과	상위 20%	18,165	154.6
	하위 20%	6,779	
한방소아과	상위 20%	12,872	153.6
	하위 20%	6,424	
한방신경정신과	상위 20%	1,191	148.1
	하위 20%	480	
한방재활의학과	상위 20%	2,426	112.8
	하위 20%	1,140	
한방부인과	상위 20%	788	111.8
	하위 20%	372	
사상체질과	상위 20%	311	110.1
	하위 20%	140	
치과교정과	상위 20%	1,312	104.4
	하위 20%	609	
구강교정과	상위 20%	12	100.0
	하위 20%	5	
치과보철과	상위 20%	2,942	91.0
	하위 20%	768	
구강내과	상위 20%	15,140	84.2
	하위 20%	7,822	

자료: http://www.monews.co.kr/news/articleView.html?idxno=77591에서 2015.08.30. 인출

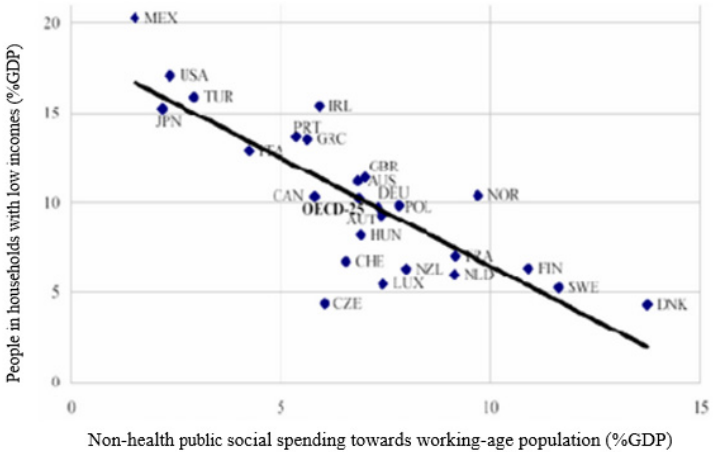
다. 사회안전망과 의료보장을 통한 결과의 평등 추구(D)

사회안전망은 현금급여 혹은 현물급여의 형태로 빈곤층이나 취약계층에게 비기여형 급여를 제공하는 프로그램을 말한다(변용찬 2014, pp.28-30). 구체적으로 시행하는 사회안전망 프로그램의 종류에는 최저소득 프로그램 (Minimum Income Programs), 주거급여 (Housing

Benefits), 가족급여 (Family Benefits), 한부모 급여 (Benefits for Lone-parents), 근로가 가능한 개인에 대한 근로 조건형 급여 (Employment-conditional Benefits for Able-bodies Individual), 아동 급여 (Childcare Benefits)등이 있다(정형선, 1998, pp.52-54).

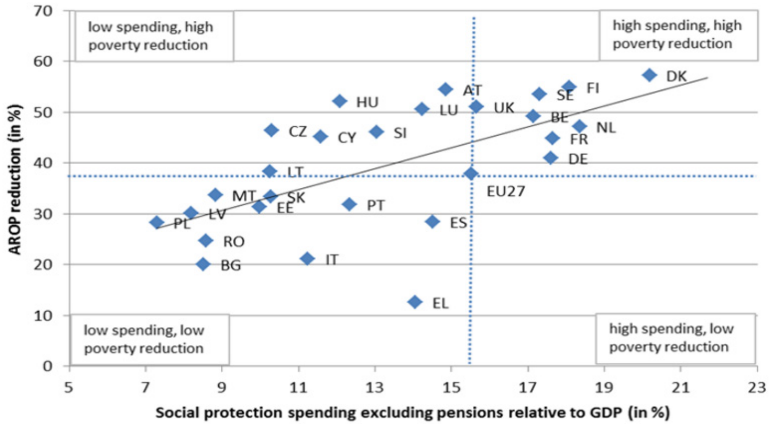
시장분배의 개혁을 통한 경제적 불평등과 빈곤의 해소가 취약계층 건강증진에 가장 근본적인 해결책이겠지만 그것이 여의치 않을 때 사회안전망을 통한 재분배를 꾀해볼 수 있다. 아래 그림들에서 보듯 공적인 사회지출은 빈곤을 줄이고 경제적 불평등을 완화시키는 경향이 있기 때문이다. 공적 사회지출이 증가하면 중위소득 50%이하 가구수가 줄어들고(그림 3-33), 빈곤율이 감소하며(그림 3-34), 지니계수로 측정한 경제적 불평등도 줄어든다(그림 3-35).

[그림 3-33] 사회적 지출과 빈곤율



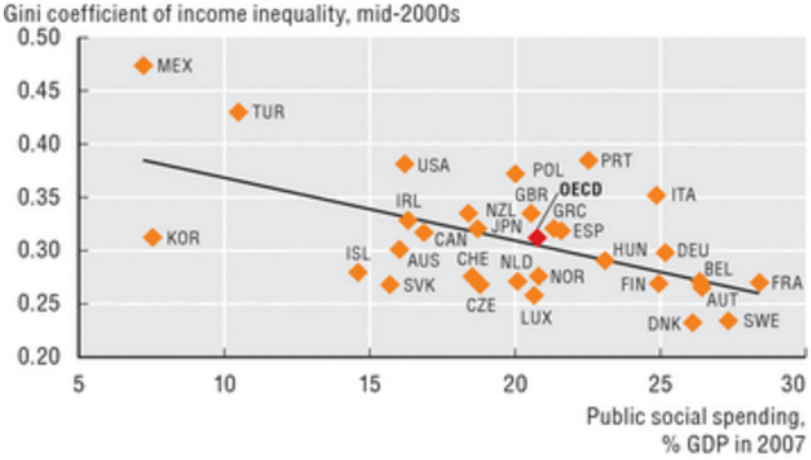
자료: De Neubourg C, Castonguay J, Roelen K, 2007, p.5

〔그림 3-34〕 사회적 지출과 빈곤율 감소



자료: ESSPROS and EU-SILC.
http://europa.eu/rapid/press-release_MEMO-13-117_en.htm에서 2015.08.30. 인출

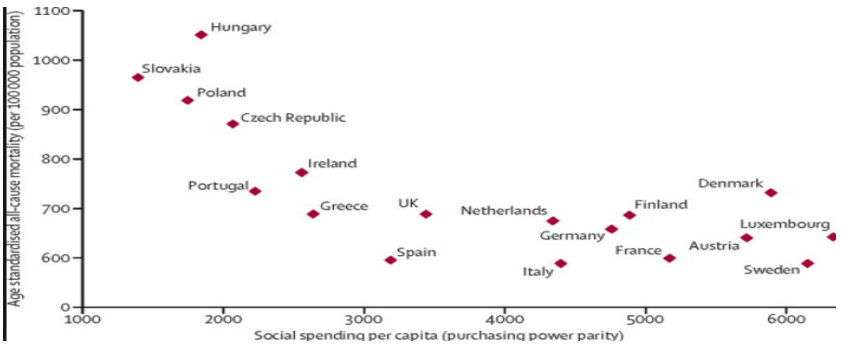
〔그림 3-35〕 사회적 지출과 소득불평등



자료: OECD (2010a), Social Expenditure Database (www.oecd.org/els/social/expenditure) and OECD (2010b), Employment Outlook (www.oecd.org/employment/outlook) for Brazil, China, India, the Russian Federation and South Africa, OECD (2008), Growing Unequal? Income Distribution and Poverty in OECD Countries (www.oecd.org/els/social/inequality)에서 2015.08.30. 인출

또한 사회안전망에 대한 투자는 연령보정사망율과 부적인 상관관계를 보여(그림 3-36), 실제로 사회안전망이 강할수록 건강수준이 개선된다는 점을 알 수 있다. 그러나 한국의 사회보장지출은 OECD평균에 비추어 매우 낮은 경향을 보이며, 따라서 이를 통한 건강불평등의 완화효과는 미미할 것으로 예상할 수 있다. 공적사회보장지출, 노인보장, 사회취약계층을 위한 지출, 공적노동시장 지출 모두에서 가장 낮은 편에 속한다.

[그림 3-36] 사회안전망과 사망률



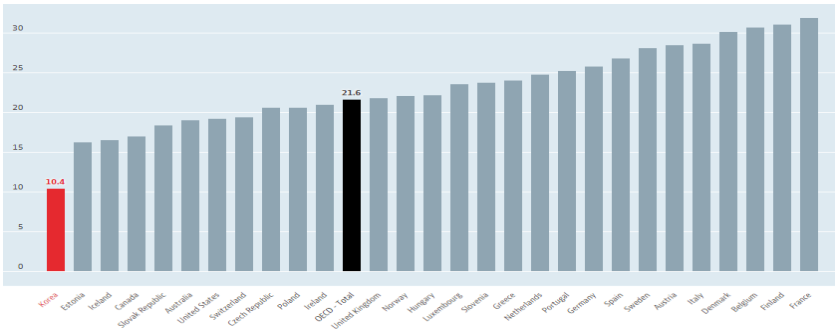
자료: Marmot M, Allen J, Bell R, Bloomer E, Goldblatt P, 2012, p.1020

2014년 기준 OECD국가에서 사회적 보호 프로그램과 사회안전망 프로그램을 위한 비용을 보면 OECD 국가의 평균은 GDP의 21.6%이고 벨기에, 핀란드, 프랑스는 전체 GDP의 30%를 초과하는 높은 수준을 보여주었다. 반면 한국은 전체 GDP의 10.4%로 OECD 회원국 중 가장 낮은 수준이었고 OECD회원국 평균수준의 절반에도 못 미쳤다(그림 3-37).[25]

25) OECD(2015b). https://data.oecd.org/socialexp/social-spending.htm에서 2015.08.30. 인출

〔그림 3-37〕 사회보장 지출

(단위: % of GDP)

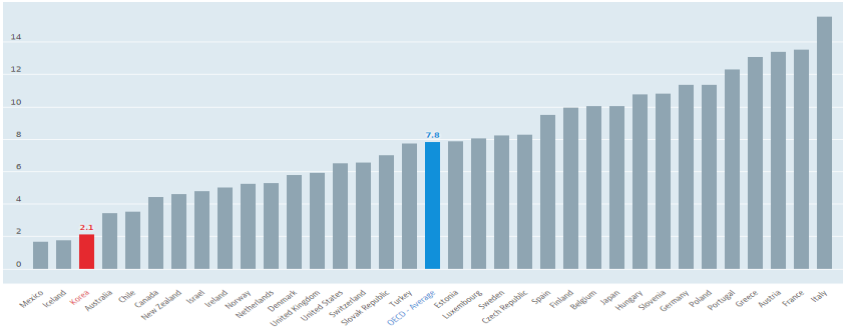


자료: OECD, 2015, https://data.oecd.org/socialexp/social-spending.htmdptj에서 2015.08.30. 인출

노인보장 지출은 OECD국가 평균이 7.8%였고, 상대적으로 헝가리, 슬로베니아, 독일, 폴란드, 포르투갈 등 국가에서 GDP 대비 10%를 넘는 높은 수준을 보여주었다. 한국은 노인보장 지출이 전체 GDP의 2.1%로 OECD 국가 중에서도 하위를 기록하였다(그림 3-38).

〔그림 3-38〕 OECD 국가의 노인보장 지출

(단위: % of GDP)



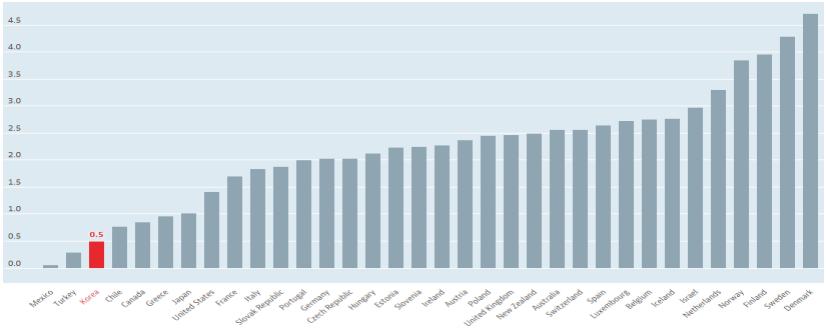
자료: OECD, 2015, https://data.oecd.org/socialexp/social-spending.htm에서 2015.08.30. 인출

사회취약계층을 위한 지출은 핀란드는 전체 GDP의 4%, 스웨덴은 전체 GDP의 4.3%, 덴마크가 전체 GDP의 4.7%로 가장 높았고 대부분 OECD 국가에서 전체 국가 GDP의 1~2%를 취약계층을 위해 사용하고

있었다. 그러나 우리나라에서 취약계층 사회보장에 사용하는 비용은 전체 GDP의 0.5%에 불과하였다(그림 3-39).

[그림 3-39] OECD 국가의 취약계층보호 지출

(단위: % of GDP)

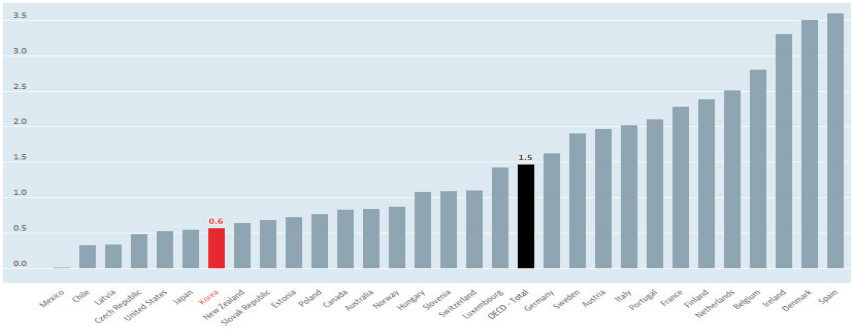


자료: OECD, 2015, https://data.oecd.org/socialexp/social-spending.htm에서 2015.08.30. 인출

아일랜드, 덴마크, 스페인 등 국가에서 공적노동시장지출은 3%를 웃도는 높은 수준인 반면 멕시코는 공적 노동시장 지출이 거의 없었다. OECD 국가의 평균은 GDP의 1.5%였고 한국은 이 수준에 훨씬 못 미치는 0.6%를 기록하였다(그림 3-40).

[그림 3-40] 공적 노동시장 지출

(단위: % of GDP)

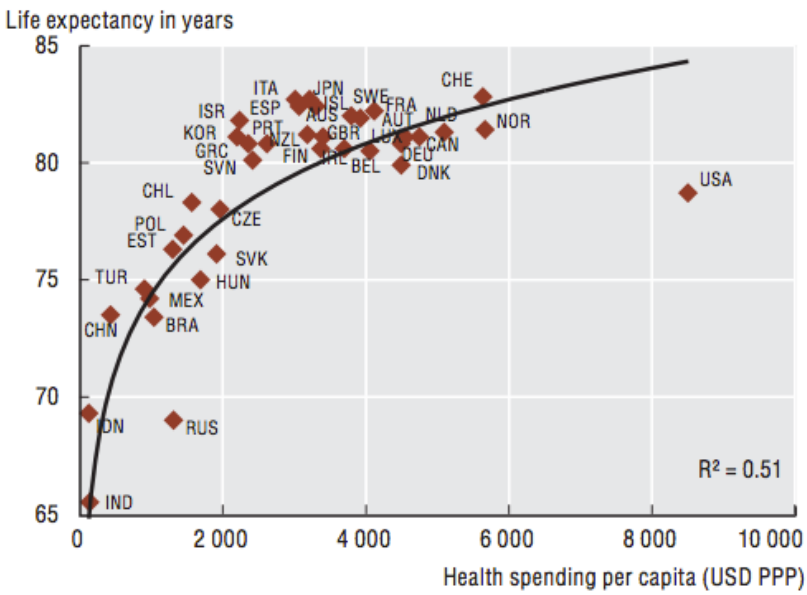


자료: OECD, 2015, https://data.oecd.org/socialexp/social-spending.htm에서 2015.08.30. 인출

라. 보건의료에 공적보장을 통한 취약성의 보호(C)

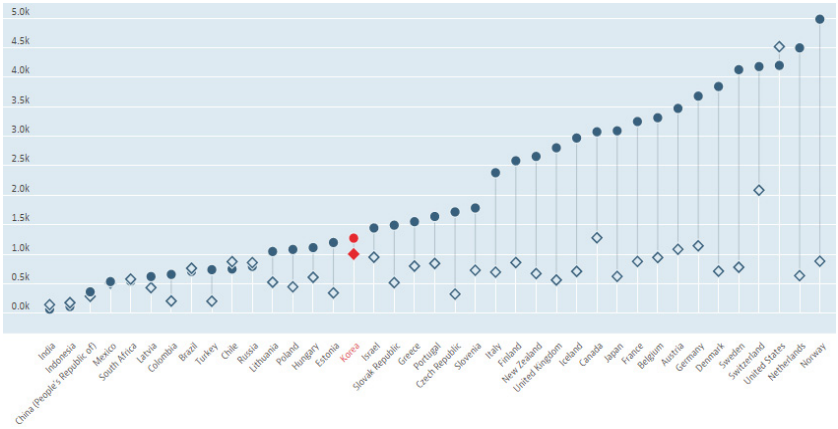
보건의료에 대한 지출을 많이 할수록 기대여명이 길어지는 경향이 있다(그림 3-41). 이는 보건의료에 대한 공적보장이 경제적 지위에 따른 건강취약성을 어느 정도 보호해줄 수 있다는 뜻이기도 하다. 하지만, 한국의 복지국가는 그나마 보건의료에 대한 보호가 상대적으로 잘 되어 있는데, 이마저도 OECD 평균에 비교하면 중하위권이다. 보건의료에 대한 공적지출은 노르웨이, 스웨덴, 네덜란드 등 북유럽 국가들이 높다.

〔그림 3-41〕 총 보건의료지출과 출생 시 기대여명



자료: OECD, 2013d,
http://www.sierrafoot.org/civics/health_care/oecd_2011_graphs_usa_highlighted/health_care_economic_metrics.html에서 2015.08.30. 인출

〔그림 3-42〕 의료비 지출



자료: OECD, 2015, https://data.oecd.org/socialexp/social-spending.htm에서 2015.08.30. 인출

마. 소결

본 절에서 우리는 거시정책적 비교를 통해 취약계층의 건강형평성을 개선하기 위한 정책노력이 A, B, C, D 모든 지점에서 상대적으로 열악함을 알 수 있었다. 한국은 시장소득분배가 평균적으로는 크게 악화되고 있지 않으나 그 불평등성이 악화되고 있으며, 복지를 통한 재분배기능은 매우 약하고, 특히 취약계층에 대한 지출과 이들의 취약성 탈피를 위하여 핵심적인 지출, 노동시장에 대한 지출, 그리고 이들의 노후를 책임지는 노인지출 모두 OECD 최하위권임을 확인하였다. 그나마 상대적으로 잘 되어 있다는 보건의료서비스에 대한 공적지출도 중하위권이었으며, 소득계층별 보건의료서비스에 대한 접근성 또한 불평등하였다.

다음 절에서는 이러한 제한적인 사회안전망이 개인수준에서 어떻게 작동하고 있는지를 송파구 세 모녀 사건을 중심으로 분석해보도록 한다.

3. 세 모녀 사건으로 보는 우리나라의 사회안전망

한국 사회에서 취약계층의 건강문제에 있어서 작년 2월 세상을 등진 송파 세 모녀 사건이 시사해주는 중요한 지점들이 존재한다. 작년 2월 생활고에 시달리던 송파 세 모녀는 집주인에게 마지막 월세와 공과금 70만원과 정말 죄송하다는 말을 남기고 세상을 등졌다. 세 모녀 사건은 우리 사회에 큰 파장과 충격을 안겨준 동시에 일명 세 모녀 법으로 불리는 기초생활보장법 개정과 같은 사회안전망에 대한 개혁을 진행하는 동기가 되었다.

그 사건의 핵심은 지속적으로 빈곤층으로 살아오던 그들 중 유일한 부양자였던 어머니에게 '노동능력의 상실'이라는 건강적/사회적 문제가 발생하면서 하면서 결국 자살이라는 극단적 선택으로 내몰리게 된 것이다. 그러나 개정된 기초생활보장법을 포함한 우리나라의 사회안전망이 세 모녀가 빈곤층으로 전락하는 것을 방지할 수 있었을까? 또 세 모녀가 다시 살아 돌아온다고 했을 때 과연 기초생활수급자로 선정되었을까? 수급자로 되었을 때 이들은 인간다운 삶을 누릴 수 있었을까? 라는 질문들이 여전히 남아있다.

가. 세 모녀가 빈곤층으로 전락하는 것을 보호할 수 있는 사회안전망은 있었나?

가령 우리 사회에 세 모녀와 같은 빈곤층이 부상이나 실직과 같은 일시적인 위기를 경험했을 때 이들의 기본적인 생활안정을 보장할 수 있는 사회안전망이 제대로 작용했으면 이들은 수급자로 전락하는 것을 예방했을 것이고, 더 나아가서 이들이 자살이라는 비극적인 선택을 하지 않았을 것

이다. 그러나 현재 우리 사회는 산재보험이나, 실업급여, 긴급생활복지지원과 같은 사회안전망이 있었지만 제대로 작용하고 있지 않았다.

○ 산재보험제도: 우리나라에는 노동자가 일 때문에 병에 걸렸거나 다쳤을 때, 치료와 재활을 책임지고 노동을 못하는 기간에 임금의 70%들 보존해 주고 사망한 노동자의 가족에게 유족급여를 지급하는 산재보험제도가 있다. 세 모녀 사건 중 어머니는 식당일을 하고 퇴근길에 팔을 다쳤다. 그러나 공무원 사립학교 교직원, 군인 같은 특수직역 종사자가 아닌데다 사업주가 출퇴근용으로 제공한 교통수단을 이용하다 다친 것도 아니기 때문에 산재보험을 받을 수 없었다.

○ 실업급여: 세 모녀가 과연 실업급여는 받을 수 있을까? 실업급여는 다친 몸이 나아서 구직활동이 가능할 때 수급이 가능하도록 되어 있기 때문에 세 모녀는 당장 돈을 받을 수 있는 길이 막혀 있었다.

○ 긴급생활복지: 긴급생활복지제도는 일시적 '위기 상황'으로 당장 생계가 어려워진 저소득 계층을 조기에 발견, 지원하려는 취지로 2006년부터 시작되었다. 4인 가구 기준 생계비는 월 108만원, 의료비는 최대 600만원, 전기요금은 50만원까지 한 차례 지원된다. 그러나 긴급생활복지 지원을 받기 위해서 반드시 충족해야 할 조건은 근로능력을 상실했고 부양의무자가 없거나 부양능력이 없음을 입증해야 하는 것이다. 현행 기준으로는 송파 세 모녀가 긴급생활복지를 신청하더라도 두 딸이 근로능력이 있다고 판단되어 긴급복지지원을 받을 수 없을 것이다.

○ 기본소득제도: 송파 세 모녀 사건 이후 기본소득에 대한 요구가 제기되고 있다. 기본소득제도는 국가가 구성원 모두에게 월마다 봉급과 같이 일정 금액을 지불하는 제도이다. 그러나 기본소득제도를 시

행하기 위해서는 재원마련이나 수급자의 도덕적 해이와 같은 사회적인 문제들도 우려해야 할 것이다. 그러나 만약 기본소득제도가 있었다면 세 모녀는 기본소득을 받으면서 가장 기본적인 생활유지는 가능했을 것이다.

나. 세 모녀는 기초생활수급을 신청할 수 있었나?

세 모녀 사건 중 어머니가 팔을 다쳐서 일을 할 수 없게 되었을 때 이들은 기초생활수급을 신청하기 위하여 해당 동사무소에 문의를 했다. 그러나 그들에게 돌아온 답변은 부정적이었다. 안타깝게도 우리나라에서 기초생활 수급자가 되기 위해서는 많은 선정기준과 자격요건을 충족해야 한다.

○ 기초생활보장 선정기준: 송파구 세 모녀가 다시 살아 돌아온다면 다시 과연 복지혜택을 받을 수 있을까? 2013년 3인 가구 중위소득 추정치는 313만원이었다. 세 모녀의 소득은 엄마가 식당일을 해서 번 150만원이 전부인데 그럼에도 이는 생계급여 대상자인 중위소득 30%(93만 9000원)는 물론 의료급여 대상인 중위소득 40%(125만 2000원)보다 높고 주거급여 대상인 중위소득 43%(134만 5900원)도 훌쩍 뛰어 넘는 수준이다. 즉 세 모녀가 다시 살아 돌아와도 어머니가 계속 근로를 하는 이상은 기초생활수급 대상자가 될 수가 없다.

○ 부양의무자 기준: 기초생활수급 대상자를 선정할 때 부양의무자 기준을 적용하여 실제로 기초생활보장이 필요한 대상자가 보장을 못 받고 있고 또 실제로 수급 신청 시 부양의무자 없다는 것을 증명하는 것이 너무 힘들고, 부양의무자의 재산소득 기준이 모호한 한계들이 존재하였다.

○ 추정소득: 추정소득은 소득이 없다하더라도 신청가구의 가구원이 근로활동 연령이고 지금까지 근로를 해왔다면 최저임금의 50% 정도의 소득이 있다고 추정하는 것이다. 이번 기초생활보장법 개정으로 인해 오히려 지금까지 복지부의 지침으로 운영되던 추정소득제도가 시행령으로 규정이 승격되어 제도화 되었다. 세 모녀 중 첫째 딸은 경제활동을 못했지만 작은 딸은 아르바이트를 하고 있었다. 세 모녀 모두 경제활동 연령이므로 이 가구의 추정소득은 200만 원이 된다. 이는 4인 가구 최저생계비 기준인 163만원을 뛰어넘은 금액으로 수급신청을 해도 탈락했을 것이다.

○ 근로능력평가제도: 근로능력판정은 연령, 장애, 질병 및 부상 기준 등으로 구성된 의학적 평가와 체력, 취업가능성, 집중력 자기관리, 근로의욕, 자기통제, 표현능력 등으로 구성된 활동능력 평가로 나누어진다. 현재는 근로능력이 있거나 근로능력이 있어 보이는 사람이 수급신청을 하면 따가운 눈총을 받아야 한다. 수급을 받지 못하면 당장 내일을 살 수 없는 상황이므로 많은 사람들이 몸이 아프더라도 자활사업에 참여할 수밖에 없다. 게다가 어렵게 수급을 받아 자활근로를 신청해도 일자리가 없는 경우도 많다. 세 모녀 사건에서도 두 딸이 근로능력이 있다고 판단되었기 때문에 기초생활보장을 받을 수 없을 것이다.

다. 세 모녀가 수급자가 되면 인간다운 삶을 보장 받을 수 있었나?

가령 세 모녀가 다시 살아 돌아와서 수급신청을 해서 수급자가 된다고 하면 과연 그들은 인간다운 삶을 보장받을 수 있을까? 현재 기초생활보장제도에 대해 연구하는 전문가들이나 실제 기초생활보장을 받고 있는 당

사자들의 목소리를 들어보면 그렇지 않을 것 같다. 현재의 기초생활보장제도는 여전히 제한점이 많았다.

○ 생계급여: 현재의 생계급여수준은 단순히 가장 기본적인 생활을 보장하는 수준으로 나오는 것으로 기초생활 수급자는 일상생활이외에는 다른 여가를 즐길 수가 없다. 기초생활수급자로 살고 있는 생계급여를 받은 것으로 주거비를 지불하고 남은 돈으로는 간신히 생활을 유지할 수 있을 수준이라고 하였다.

○ 의료급여: 의료급여의 전달체계가 의원-병원-종합 병원 식으로 되어있어 수급자는 병원에 갈 때 진료 소견서를 받아야 하고 3차 의료기관으로 갈 때 또 종합소견서를 받아야 하는 등 까다로운 절차를 거쳐야 한다. 더군다나 의료급여 대상자는 1년 동안 사용할 수 있는 급여일수가 정해져 있다. 의료급여 대상자에게는 차별성을 띈 수급자알림서비스가 제공되는데, 수급자들에 대한 부정적인 시각이 섞여 있으며 이는 결국 낙인을 동반한다.

전달체계가 굉장히 까다롭다. 건강보험의 경우는 의원-병원-종합 병원 이렇지만, 수급자는 의원에서 병원 갈 때 진료 소견서 받아야 하고 별도로 3차 의료기관 갈 때는 또 필요하다. (전문가 B)

수급자 알림서비스에서, 당신이 진료비 얼마를 썼고 그 중에서 정부가 얼마를 보조해줬으니 알아서 적게 써라. 하거나, 참고로 건강보험 가입자들을 얼마를 쓴다고 알려준다고 했을 때 무슨 생각이 들까요? 너무 고마워서 눈물이 나는 게 아니라는 것이지요. 이로부터 느낀 건 제도의 효과성/효율성문제가 아니라 정의롭지 않다고 느낍니다. 수급자분들에 대해서 똑같은 국민이 아니라 낙인찍힘을 하는 제도. 국민기초생활보장제도의 소득추정제도도 이 사람이 일을 안 하는 대신 뭔

가 소득이 있을 것이라고 생각하는 잠재적인 가정을 보면 수급자들을 부정적인 시각으로 바라보는 것이 있는 것 같다. 과연 이것이 합리적일까?(전문가 B)

○ 주거급여: 맞춤형 기초생활보장제도 개혁 이후 주거급여 등 현물급여는 증가하여 좋았다고 답변하였지만 주거급여에 비해 여전히 임대비용이 높은 것이 문제가 되었다.

그런 환경도 그렇고, 49.9만원이 나왔을 때 24만원, 25만원이 나가거든요. 수급비의 절반이 주거비로 나갑니다. 주거비가 쪽방비인데도 너무 비싸다는 게 문제에요. (당사자 A)

○ 장제급여: 현재 장제급여로 제공되는 금액이 75만원 인데 지원되는 금액으로 장례를 치르는 것이 불가능하다고 한다.

장제급여는 75만원인데, 75만원가지고 어떻게 해야 할지. 기본적인 문제가 해결 안 되니깐. 저희가 장례를 치러보니깐 딱 돌아가시면 과학수사대가 오고 119 구급대비용 그리고 부검 비용 그러면서 조카나 누가 오면 갑자기 150만원을 준대요. 장례를 치르라고 아무것도 안 해주고, 제일 허름한 관에 딱 수의를 입혀주고, 저희가 뭘 쓸 수가 없으니깐 노제를 지내는 거예요. 그러면 끝인 거예요. (당사자 A)

○ 자활급여: 자활급여 대상자의 건강상태가 일을 할 수 없는 수준임에도 불구하고 자활근로를 해야 했고 자활근로로 제공되는 일자리는 한정적이었으며 소득도 아주 제한적이다. 따라서 자활근로를 통한 탈 빈곤이나 탈 수급은 불가능하다.

요즘 수급을 신청하게 되면 조건부로 많이 만들어 놨더라고요. 수술하고 일을 도저히 할 수 없는 상황인데 급여를 신청하면 자활급여 이런 쪽으로 많이 가더라고요. 상담도 하고 일을 할 수 있게 하는 건 좋

은데, 너무 빈약해요, 선택할 수 있는 직업이나. 교육을 받아도 할 수 있는 일자리라는 것이 세탁 뭐 이런 것 밖에 없어서... (당사자 B)

라. 세 모녀는 사회의 지원을 받고 탈수급할 수 있었을까?

우리나라는 기초생활보장제도 이외에도 빈곤층을 대상으로 하는 다양한 지원 프로그램들이 운영되고 있다. 구체적으로 공공기관에서 제공하는 주거환경개선사업이나 방문간호사업과 같은 보건복지서비스도 있고, 다양한 기업체나 민간단체에서 저소득층 주민이나 지역을 대상으로 진행하는 물품후원이나 봉사활동들도 있다. 그럼 과연 이런 사회서비스나 지원들이 빈곤층의 탈 빈곤이나 탈 수급에 도움이 될 것인가?

저소득층에게 있어서 물품지원도 중요하지만 중복적이고 무분별한 지원은 이들의 자립의식을 약화시키고 있었다.

그런 것들이 계속되고 반복되고 그러면, 자립할 필요가, 하소연을 할 필요가 없는 겁니다. 생필품도 다 나오고, 수도 없는 치약, 칫솔, 쌀은 썩어 들어가고. 딱히 자활을 할 필요가 없이 사람이 일어설 필요가 없이 만들어놓으니깐 더 힘들어지는 겁니다. 많은 기관들, 정부단체, 어떻게 할지 논의가 필요합니다. (당사자 A)

저는 대척점문제보다는 좋은 사업과 나쁜 지원 사업이 있다고 생각합니다. 예를 들어 방문간호사업은 다들 좋아합니다. 지속적으로 와서 케어해주는 장기요양은 좋아하시는데, 쌀을 그냥 가져다주는 것은 별로, 이로써 의존이 되는 게 아니라 필요한 서비스를 받을 수 있기 때문에 이분들도 좋아하지만, 쌀 갖다 주고 사진 찍고 하는 건 안 좋아합니다. (전문가 D)

물품지원이나 봉사활동은 빈곤층 주민들을 단순히 도움이 필요한 대상자로 간주하거나 봉사자들만 자부심을 느끼고 주민들의 역량강화에는 아무런 도움이 안 되는 경우가 많다.

외부단체들이 많이 와서 지원을 해서 변화를 이뤄냈다 한들, 그거는 별로. 그런 변화가 일어난다하더라도 지속적이지 않거나 이러한 부분들이 많고 주민들이 참여를 해야 된다는 원칙이 필요합니다. (당사자 A)

요즘 들어서 굉장히 좀 비판적인데, 동자동이 가난한 사람들이 사는 곳이니깐 봉사단체들이 굉장히 많이 들어오는데 그 사람들이 활동을 하면서 주민들이 바빠지고 그들만 자부심을 가지고 합니다. (당사자 A)

동자동 주민의 역량을 키울 수 있는 그런 정책이나 제도를 해달라고 요구해야하는 포인트인 거 같고. 연탄이나 갖다 주고 사진 찍고 하는 건 자부심마저 빼앗는 것 인거 같습니다. 이 지역을 발전시키는 걸 주민들이 하고 있는 건데, 자기들이 했다고 사진 찍는 건 굉장히 비인간적 거 같습니다. 이런 부분에 대한 정의가 되면 어느 정도 주민들이 원하는 정책이나 서비스를 할 수 있지 않을까 생각합니다. (전문가 D)

공공기관이나 후원단체에서는 생색내고 보여주기 식 프로그램으로 진행하고 주민들이 필요하지 않은 프로그램에 주민들을 동원하려고 하는 경향이 있다.

주민들을 생각하고 위해서 그런 사업을 벌이면 되는데, 생색용으로 하지 말라는 거죠. (당사자 B)

마. 소결: 한국 사회안전망의 건강증진적 함의

세 모녀 사건을 계기로 우리사회의 사회안전망을 재점검 했을 때 그 문제점들은 더욱 선명하게 나타났다. 세 모녀 중 유일하게 근로가 가능했던 어머니가 팔을 다쳐 일을 못하게 되었을 때 산재보험이나 실업급여, 긴급복지지원 등 빈곤층을 일시적인 위기로부터 구제해줄 수 있는 사회안전망 가운데 어느 하나도 제대로 작동하지 않았다. 또 그들이 기초생활수급 신청을 하고자 했을 때 부양의무자 기준, 근로능력평가, 추정소득 등 장애요인들이 이들의 앞을 가로막았음은 물론이다. 가령 세 모녀가 다시 살아 돌아와 기초생활수급자가 되었다 하더라도 현재의 보장수준으로는 인간다운 삶을 살 수는 없었을 것이다.

위에서 본 Diederichsen과 Halloqvist의 모델로 이러한 상황을 다시 분석해볼 수 있다.

○ A: 시장분배에 있어서 불평등의 개선이 현재 이루어지지 않고, 특히 한부모가정의 빈곤 집중이 더욱 강화되는 경향이다.

○ B: 삶터와 일터의 환경은 개선되지 않았으며, 특히 산재보험 등을 통한 일터에서의 손상과 질병에 대한 치료는 이루어지지 않았다.

○ C: 본문에는 소개되지 않았지만, 세모녀의 어머니가 길에서 넘어서 팔을 다치게 된 이유는 오랫동안 진행된 백내장을 수술비가 없어서 치료하지 못했고, 잘 보이지 않다보니 결국 넘어져 팔이 부러지고 그 결과 근로능력을 상실하게 된 것이다. 한국의 의료보호는 경제수준 하위 2~3%의 극빈층을 보호할 뿐이다. 근로능력이 있고 시장소득이 있다 하더라도 의료비를 감당하기에는 버거운 많은 가족들이 그 사각지대에 있고, 따라서 한국의 의료보장시스템은 취약성에 대

한 보호를 성공적으로 하지 못하고 있다.

○ D: 한국의 기초생계보장시스템은 세 모녀의 기본적 생계를 보장하지 못했다.

건강 문제가 근로능력의 상실로 이어지고, 이것이 자살이라는 극단적 선택으로 이어진 송파 세모녀의 예는, 그러나 꽤나 흔한 이야기라는 것에 그 중요성이 있다. 자살로 이어지지는 않는다 하더라도 많은 사람들이 경제적 이유로 건강을 해쳐 근로능력을 잃거나 근로능력을 잃은 후 빈곤 상태가 된다. 바로 이런 이유로 일시적으로 건강을 잃은 사람이 빈곤상태가 되지 않도록 하는 정책과 빈곤한 사람이 건강까지 잃어 근로능력을 상실하지 않도록 하는 정책이 모두 필요하지만, 현재 한국의 사회안전망은 이들을 제대로 보장하지 못하고 있다.

4. 경제적 취약계층의 건강형평성 증진을 위한 정책 방향 및 내용

이 절에서 우리는 취약계층의 건강증진을 위한 이론적 논의와 개념틀을 검토하였고, 사용한 개념틀을 준거로 한국사회의 경제적 불평등, 사회보장, 의료보장이 거시-비교적 및 미시적 관점에서 빈곤층의 건강증진에 큰 도움을 주고 있지 못함에 대해 논증하였다. 본 절에서 검토된 정책들은 다소 거시적이고 근본적인 것들이라 단시간에 도입되어 건강증진에 가시적인 성과를 보여주기는 힘들 것이다.

하지만, ① 장기적 건강형평성을 위해서는 강력한 사회보장과 의료보장이 필수적이며, 그 중에서도 소득보장과 고용보장이 가장 중요하다고 볼 수 있다. 이들은 빈곤층이 노동시장에서 밀려나는 것을 방지하고, 불평등한 시장분배를 개선할 수 있기 때문이다(A, D).

② 건강문제 때문에 빈곤층으로 전락하는 문제를 막기 위하여 의료보장과 산재보험의 확대를 위한 근본적인 논의가 필요하다(C). 우리나라의 의료급여는 절대빈곤인구의 약 1/3을 포괄하는 수준으로 여전히 많은 빈곤층이 의료보장의 사각지대에 처해있다. 따라서 현재 의료급여의 한계를 극복하기 위해서는 건강보험과 의료급여를 통합하는 접근 방식을 통해 기존 의료급여제도의 거버넌스와 관리역량을 향상시켜야 하며, 인구고령화에 따른 재정적 위험성에 대한 건강보험 통합관리 측면에서의 논의가 필요하다. 또한 현재 60% 수준에 머물러 있는 의료보장의 보장성을 부단히 강화할 필요가 있을 것이다.

또한 빈곤층 밀집지역에 보건지소 등의 공적보건의료시설이 더 많이 분포하도록 함으로써, 해당 지역에 상대적으로 높은 질병부담을 보건의료서비스가 감당할 수 있는 시스템을 구축해야 한다.

③ 경제적 취약성의 문제가 건강의 문제가 되지 않도록 하기 위해서는 일터와 삶터의 환경을 개선하고, 열악한 환경의 효과가 건강 결과로 나타나지 않도록 하기 위한 정책적 개입이 필요하다(B). 이와 관련해서는 특히 경제적 취약계층이 많이 일하는 사업장들의 환경을 개선하는 활동, 환경규제를 강화하는 활동, 그리고 열악한 주거환경을 개선하고 주거불안정성을 줄이기 위한 공공임대주택의 확대와 같은 구체적인 정책들이 필요하다. 한편, 취약계층을 대상으로 하는 방문간호사업은 서비스대상자들의 만족도가 매우 높은데, 방문간호사들은 취약계층 주거밀집지역에 상주하면서 만성질환관리, 복약지도 등 건강관리를 진행할 뿐만 아니라 비용이 많이 드는 병원진료가 필요한 대상자들에게는 나눔진료봉사단과 같은 공공병원 사회사업을 연계하는 역할도 하고 있다. 이와 같은 사업을 지속적으로 발굴하고 확장시켜 나가는 것이 필요할 것이다.

결론적으로 시장소득 분배의 개선, 복지제도를 통한 재분배 강화 등의

보편적 정책과 취약계층에 대한 소득보장 등의 선별적 정책을 함께 강화하고, 건강보험의 보장성과 공공의료를 강화하는 보편적 정책과 더불어 의료보호의 사각지대를 없애고, 비수급 빈곤층에 대한 의료보장을 건강보험보다 높은 수준으로 강화하며, 취약지역에 공공의료시설들을 분배하는 선별적 정책이 함께 진행될 때에 인구집단 전체의 건강수준도 좋아지고, 건강형평성도 개선되는 가장 바람직한 형태의 시나리오로 갈 수 있을 것이다.

그러기 위해서 이 과정에서 이야기해야만 하는 것은 '정치'의 문제이다. '재분배의 역설(Korpi & Palme 1998, p.661)'이 일어나는 것은 선별적 정책을 많이 시행하면 할수록 복지강화를 위한 정치적 연대가 약화되기 때문이다. '모두를 위한 복지'가 될 때에만 모두가 복지를 위해 부담하고자 하는 연대성이 강화된다는 것이다. 보편적 복지의 확장을 위한 사회적 연대를 구축하고, 취약계층에 대한 지원을 요구할 수 있는 취약계층의 임파워먼트가 함께 요구되는 한국사회에서, 경제적 건강형평성을 달성할 수 있을 지는 이 문제에 관심을 갖는 많은 사람들의 노력에 달려있을 것이다.

제3절 지역건강격차

1. 서론

미국의 'Healthy People 2020'에서는 건강 형평성을 '모든 사람들이 최고의 건강수준을 영위'하는 것으로 정의하고 있다. 세계보건기구(WHO)와 국제건강형평성학회(International Society for Equity in Health)에서는 '사회적으로, 경제적으로, 인구학적으로, 그리고 지리적으로 정의한 인간 집단 간에 피할 수 있거나 교정할 수 있는 차이들이 없음'으로 정의하고 있다. 이처럼 건강형평성은 젠더, 인종, 사회경제적 지위, 지역에 관계없이 모든 사람들이 최선의 건강상태를 누려야 한다는 것을 원칙으로 하고 있다.

국내 보건의료 관련 법들에서도 비슷한 내용들을 확인할 수 있다. 보건의료기본법에서는 법의 기본 이념으로 '모든 국민이 인간으로서의 존엄과 가치를 가지며 행복을 추구할 수 있도록 하고 국민 개개인이 건강한 삶을 영위할 수 있도록 제도와 여건을 조성하며, 보건의료의 형평과 효율이 조화를 이룰 수 있도록 함으로써 국민의 삶의 질을 향상시키는 것'으로 하고 있다. 또한, 공공보건의료에 관한 법률에서는 '공공보건의료'를 '국가, 지방자치단체 및 보건의료기관이 지역, 계층, 분야에 관계없이 국민의 보편적 의료이용을 보장하고 건강을 보호, 증진하는 모든 활동'으로 규정하고 있다.

'제3차 국민건강증진종합계획'에서는 '건강을 하나의 기본권으로서 모든 사람에게 차별 없이 적용되어야 하는 건강형평성을 중요히 하였다.'로 기술하고 있으나, 실제 영역별 사업 내용에서는 건강형평성은 중요하게 고려하지 못하였음을 확인할 수 있다. 즉, 건강형평성은 당위론적 수준에

만 머물러 있고, 실천적 수준으로까지는 이어지고 있지 못한 것이다. 이것이 한국의 건강증진정책에서 풀어야 할 숙제이다. 지역 건강 격차의 개선을 위한 정책 역시 이러한 맥락에서 수립되어야 할 것이다.

건강증진을 위한 실천의 공간으로서 지역은 매우 중요하다. 모든 정책이 실현되고, 프로그램과 사업이 수행되는 공간이 지역이며, 지역 그 자체가 그곳에 거주하고 있는 사람들의 건강에 다양한 수준으로 영향을 미치게 된다. Macintyre et al.(1993)에 따르면, 지역의 물리적 환경 특성, 건강한 환경의 활용 가능성, 일상생활에서 주민을 지지하기 위해 제공되는 서비스, 지역의 사회문화적 특성, 지역의 평판이 건강에 영향을 미친다고 하였다. 따라서, 지역의 사회적, 물리적 환경을 개선하는 활동은 지역에 근거한 건강증진사업 및 건강형평성 사업에서의 핵심 내용이 되어야 할 것이다. 지역 간 건강격차의 개선은 지역 주민들이 건강한 생활을 영위할 수 있는 환경 내지는 생활 여건에서의 격차를 해결하는 것을 지향해야 할 것이다(Macintyre et al. 1993, pp.213-334).

2. 지역 건강수준의 불평등 현황: 우리나라 현황

지역 건강수준의 불평등 현황은 분석할 수 있는 내용이 워낙 방대하기 때문에 광역시도와 기초자치단체 수준에서 사망률을 중심으로 시계열적 변화를 개괄적으로 살펴보는 것으로 하였다. 향후, 지역 간 건강격차 완화 정책을 본격적으로 입안하기 위해서는 지역 간 건강수준과 그 결정요인의 격차의 시계열적인 변화를 파악하기 위한 별도의 연구가 수행되어야 할 것이다.

가. 광역시도 수준

건강수준에 대한 지표들의 산출 방법이 다르고, 산출된 값들의 분포 역시 다르기 때문에 지역 간 비교하기 위해서는 일정한 표준화 절차를 거쳐야 하는데, 본 연구에서는 영국의 지역 간 비교에 널리 활용되는 '범위 표준화(range standardization)' 방법을 적용하였다.

범위 표준화 방법은 다음과 같이 산출하는데, 사망률, 흡연율 등 부정적 지표는 최대치를 활용하고, 기대수명 등 긍정적 지표는 최소치를 활용한다. 결과 값의 해석은 양의 값이 클수록 전국에 비해 건강수준이 양호함을, 음의 값이 클수록 전국에 비해 건강수준이 나쁨을, 그리고 0일 경우에는 전국의 건강수준과 동일함을 의미한다.

〈범위 표준화 방법〉

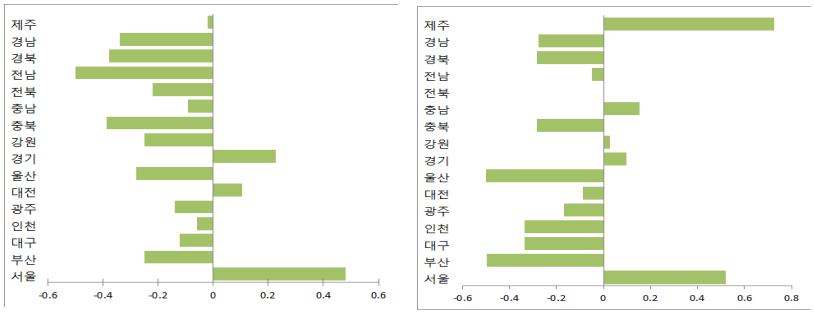
부정적 지표(사망률, 흡연율 등) $= \left(\frac{(\text{해당 지역치} - \text{지역 최대치}}{(\text{전국치} - \text{지역 최대치}) \times 0.5} \right) - 0.5$

긍정적 지표(기대수명 등) $= \left(\frac{(\text{해당 지역치} - \text{지역 최소치}}{(\text{전국치} - \text{지역 최소치}) \times 0.5} \right) - 0.5$

1) 기대수명

2011년 시도별 기대수명 자료를 이용하여 위의 범위 표준화 방법을 적용하게 되면 아래와 같은 Spine Chart를 완성하게 된다. 남성에서는 서울시, 경기도, 대전시에서 양호함을 보이고 있으며, 여성에서는 제주도, 서울시, 충청남도, 경기도, 강원도에서 양호함을 보이고 있다.

[그림 3-43] 시도별 기대수명의 Spine Chart



남성(2011년) 여성(2011년)

자료: 통계청 2009~2011, 주민등록인구수 및 사망원인통계 분석

2) 주요 사인별 연령표준화 사망률

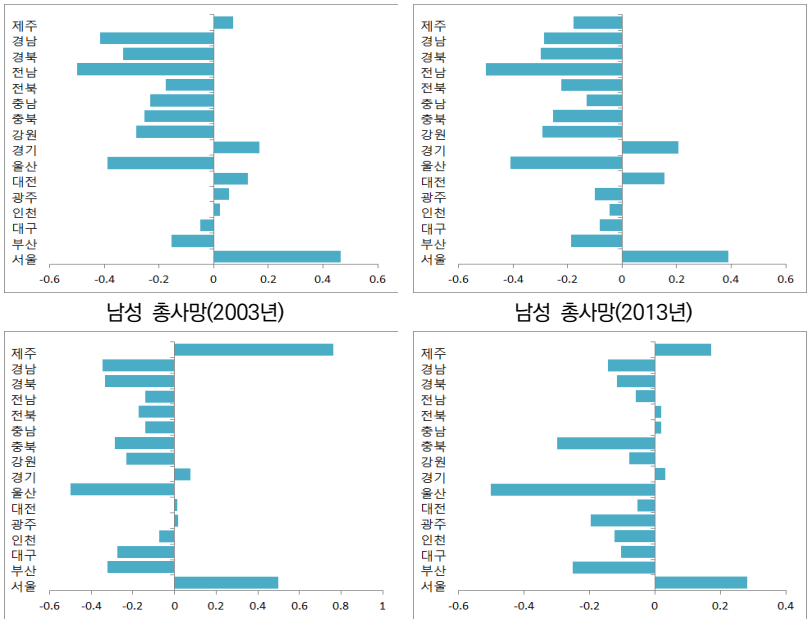
가) 총사망

총사망은 남성에서는 서울, 대전, 경기 지역에서, 여성에서는 서울, 경기, 제주에서 양호한 것으로 나타났다. 광역시 중에서는 남성과 여성 모두에서 부산과 울산에서 총사망률이 상대적으로 높았다.

제주도의 경우 남성에서는 2003년 양의 값을 보였으나, 2013년에는 음의 값으로 바뀌었고, 여성에서는 2003년 높은 양의 값을 보였으나, 2013년에는 그 값이 대폭 낮아지는 양상을 보여 지난 10년간 총사망률로 측정한 건강수준이 악화되고 있음을 나타내고 있다. 이와 비슷하게 광주의 경우에도 남성의 경우 양의 값에서 음의 값으로 변하였고, 여성에서도 양의 값에서 음의 값으로 변화하여 악화되는 양상을 보였다.

이에 비해 서울시는 남성과 여성 모두에서 지난 10년 동안 가장 양호한 총사망률을 보이고 있다.

〔그림 3-44〕 시도별 연령표준화 총사망률의 Spine Chart



자료: 통계청 2003; 2013, 사망원인통계 분석

사망원인별로는 암, 순환기계 질환, 호흡기계 질환, 사고·중독에 의한 사망을 중심으로 살펴보기로 한다. 전체 사망 중에서 이들 사인들이 차지하는 비중은 2003년 69.1%, 2013년 70.9%로 대체적으로 70% 수준에 달한다.

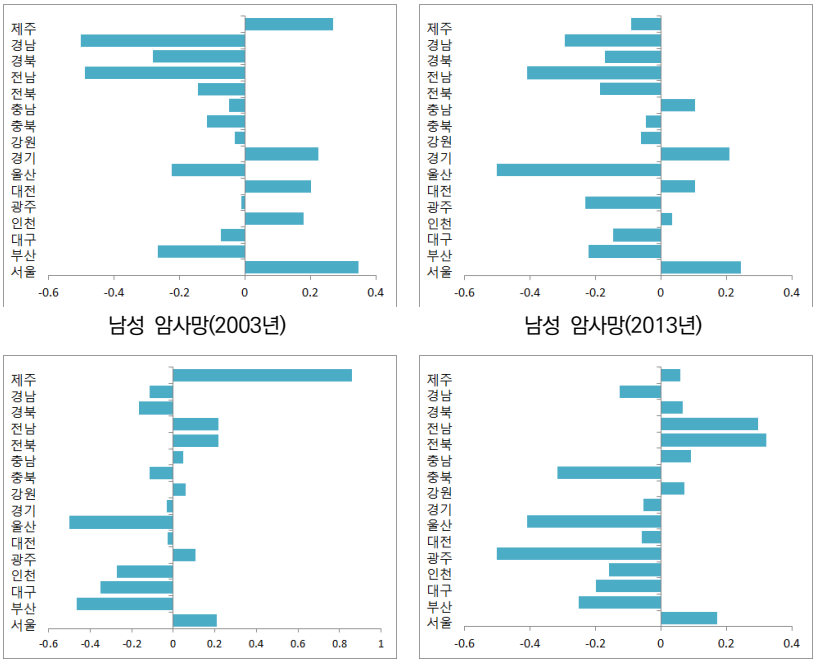
나) 악성 종양(암)

암사망률은 남성의 경우, 2003년에는 제주도, 경기도, 대전시, 인천시, 서울시가 상대적으로 낮았던 반면, 경상남도, 전라남도, 울산시, 부산시 등에서 상대적으로 높았다. 10년이 지난 2013년에는 서울시, 경기도, 충청남도, 대전시 등에서 암 사망률이 상대적으로 낮았던 반면, 울산시, 전라남도, 경상남도, 광주시, 부산시는 상대적으로 높았다. 특히, 제주도의

경우에는 지난 10년간 암사망률이 타 시도에 비해 더 가파르게 증가하였음을 확인할 수 있다.

여성의 경우, 2003년 암사망률이 낮은 시도는 제주도, 전라남도, 전라북도, 광주시, 서울시 등이었으며, 암사망률이 높은 시도는 울산시, 부산시, 대구시, 인천시 등이었다. 2013년에는 전라남도, 전라북도, 서울시의 암사망률이 낮았고, 광주시, 울산시, 충청북도, 부산시, 대구시, 인천시 등에서 높았다. 남성과 마찬가지로 여성에서도 제주도가 급격히 암사망률이 증가한 것을 확인할 수 있다.

[그림 3-45] 시도별 연령표준화 암사망률의 Spine Chart



남성 암사망(2003년) 남성 암사망(2013년)

여성 암사망(2003년) 여성 암사망(2013년)

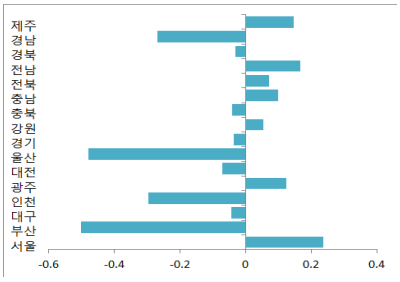
자료: 통계청 2003; 2013, 사망원인통계 분석

다) 순환기계 질환

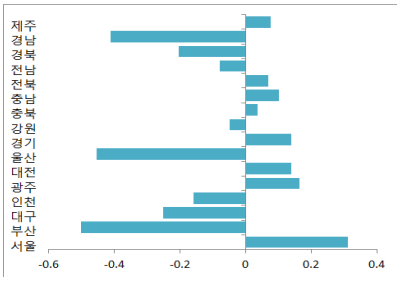
순환기계 질환 사망률은 2003년과 2013년 남녀 모두 서울, 광주, 전남, 제주 등에서 양호한 것으로 나타났다.

특히, 부산, 울산, 경남 지역에서는 남성과 여성 모두에서 순환기계 질환에 의한 사망률이 타 시도들에 비해 높은 것으로 나타났고, 2003년과 2013년의 10년 기간 동안에 그 격차가 거의 개선이 되지 않은 양상을 보였다.

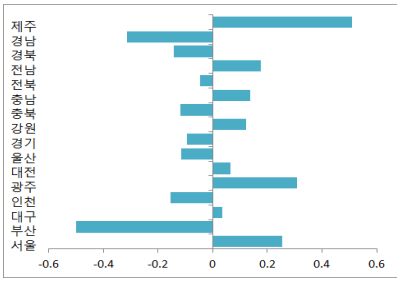
〔그림 3-46〕 시도별 연령표준화 순환기질환 사망률의 Spine Chart



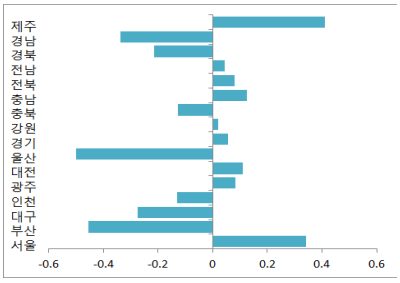
남성 순환기계 사망(2003년)



남성 순환기계 사망(2013년)



여성 순환기계 사망(2003년)



여성 순환기계 사망(2013년)

자료: 통계청 2003; 2013, 사망원인통계 분석

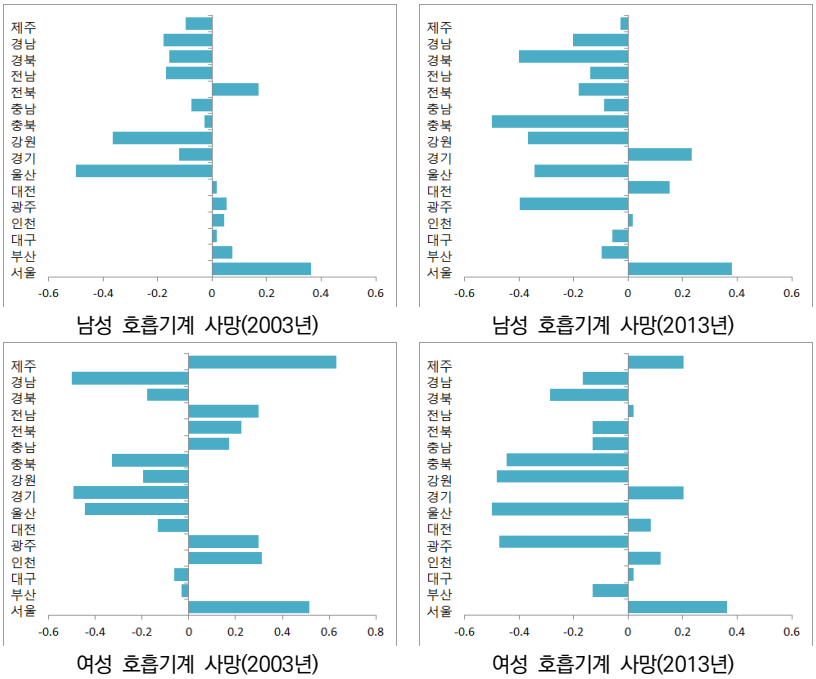
라) 호흡기계 질환

호흡기계 질환 사망률은 남성의 경우, 2003년에는 전라북도, 서울시, 부산시 등에서 낮았고, 울산시, 강원도, 경상북도, 전라남도 등에서 높았

다. 10년이 지난 2013년에는 서울시, 경기도, 대전시가 낮았던 반면, 그 외 지역들은 모두 높은 것으로 나타났는데, 특히 충청북도, 경상북도, 광주시, 울산시, 강원도 지역에서 높았다. 경기도는 2003년에는 전국 평균에 비해 사망률이 높았으나, 2013년에는 낮은 지역으로 바뀌었다.

여성의 경우, 2003년도에는 제주도, 서울시, 광주시, 인천시, 전라남도에서 사망률이 낮았고, 경상남도, 경기도, 울산시 등에서 사망률이 높았다. 10년이 지난 2013년에는 서울시, 경기도, 제주시, 인천시 등에서 사망률이 낮았다. 남성과 마찬가지로 경기도는 지난 10년간 호흡기계 질환에 의한 사망률이 가장 급격하게 감소한 지역이었다.

[그림 3-47] 시도별 연령표준화 호흡기질환 사망률의 Spine Chart



자료: 통계청 2003; 2013, 사망원인통계 분석

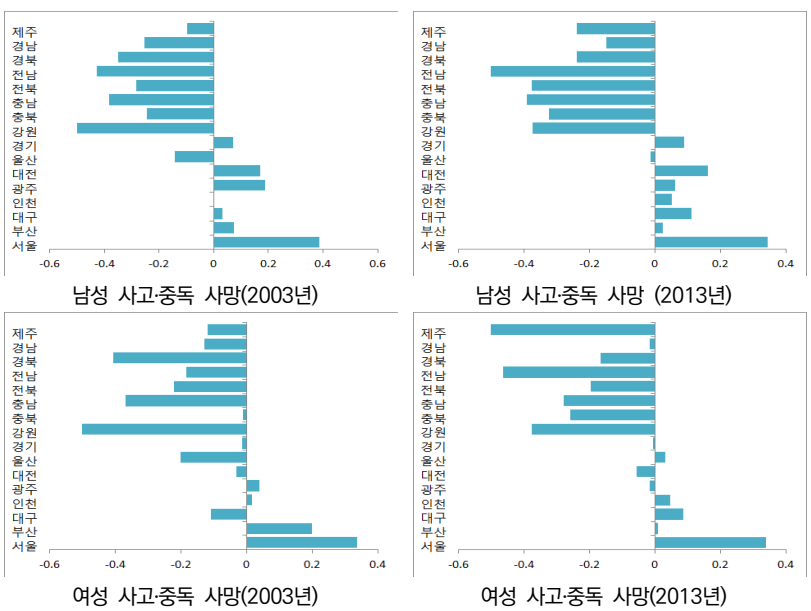
마) 사고 및 중독

사고 및 중독은 남성과 여성 모두에서 광역시 지역과 경기도를 제외한 광역도 지역 간에 뚜렷한 차이를 보이고 있다.

남성의 경우, 서울시가 2003년과 2013년 모두 가장 양호한 사망률을 나타내었으며, 모든 광역시 지역들이 양호한 수준을 나타내었다. 이에 비해 광역도 지역들은 대부분 2003년에 비해 2013년에서 상대적 격차가 악화되는 양상을 보였다.

여성의 경우, 역시 서울시가 2003년과 2013년 모두 가장 양호한 사망률을 보였고, 광역시 지역의 대부분이 2003년에 비해 2013년에 사망률이 개선되는 양상을 보였다. 이에 비해 경기도를 제외한 광역도 지역들의 사망률은 높은 특성을 보이고 있다.

[그림 3-48] 시도별 연령표준화 사고 및 중독 사망률의 Spine Chart



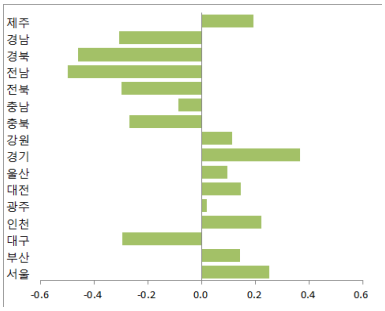
자료: 통계청 2003; 2013, 사망원인통계 분석

3) 전체 암 연령표준화 발생률

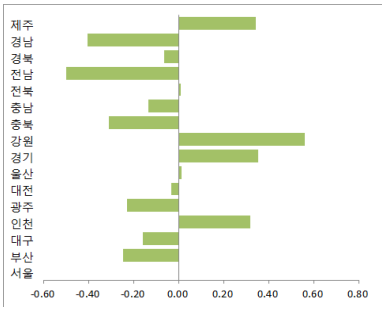
암 연령표준화 발생률은 남성의 경우, 2002년에는 경기도, 서울시, 인천시, 제주도에서 낮았던 반면, 전라남도, 경상북도, 경상남도, 대구시, 전라북도, 충청북도에서 높았다. 10년이 지난 2012년에는 강원도, 제주시, 경기도, 인천시는 낮았던 반면, 전라남도, 경상남도, 충청북도, 광주시, 부산시, 대구시는 높았다. 특징적으로 서울시의 암 발생률이 타 지역에 비해 증가하였다.

여성의 경우, 2002년에는 대구시, 서울시, 대전시, 광주시를 제외하고는 모두 전국 평균에 비해 낮은 암 발생률이었는데, 특히 경상남도와 강원도의 암발생률이 낮았다. 10년이 지난 2012년에는 여성의 암발생률은 강원도, 제주도, 충청북도, 경상북도에서 낮았다. 이에 비해, 울산시, 대전시, 광주시, 대구시, 부산시, 서울시 등 대도시 지역은 암발생률이 높았다.

[그림 3-49] 시도별 연령표준화 암발생률의 Spine Chart



남성 전체 암(2002년)



남성 전체 암(2012년)

여성 전체 암(2002년) 여성 전체 암(2012년)

자료: 국립암센터 2002; 2012, 국가암등록사업 연례보고서 분석

나. 기초자치단체(시군구) 수준

지난 10년간 기초자치단체 수준에서 총사망률의 변화를 살펴보았다. 2002~2004년의 기간 동안 연령표준화 총사망률이 높은 지역들은 동부권을 제외한 전라남도 전 지역, 경상남도 북부지역, 경상북도와 강원도 경계 지역들에 집중되어 있으며, 이와 대비적으로 서울을 중심으로 하는 수도권은 가장 낮은 연령표준화 총사망률이 집중되어 있음을 확인할 수 있다. 이로부터 10년이 지난 2011~2013년의 기간에는 수도권 지역은 연령표준화 총사망률이 여전히 가장 낮은 지역들이 집중되어 있음을 확인할 수 있으며, 전라남도 서부지역, 경상남도와 경상북도 경계지역, 경상북도와 강원도 경계지역, 강원도 및 경기도 북부지역들에서 높은 연령표준화 총사망률을 보였다.

전반적으로 지난 10년동안 기초자치단체 수준에서의 사망률의 특성은 수도권으로 사망률이 낮은 지역들이 집중된 현상은 변함이 없는 반면, 그 외 지역에서는 사망률이 높은 지역들의 군집현상이 분산적으로 나타나고 있음을 알 수 있다.

〔그림 3-50〕 전국 시군구별 연령표준화 총사망률의 분포 추이

2002~2004년　　2011~2013년

자료: 통계청 2002~2004; 2001~2013, 사망원인통계 분석

3. 지역 간 건강격차 해소 혹은 완화를 위한 바람직한 정책 방향

건강불평등을 줄이기 위한 정책적 접근은 크게 (1) 지역 기반 접근, (2) 전체 인구집단 접근, (3) 표적 인구집단 접근, (4) 생애주기 접근으로 구분할 수 있다(VicHealth, 2008).[26] 이들 정책적 접근의 특성과 장단점을 정리하면 다음과 같다.

가. 지역 기반 접근

지역 기반 접근은 특정 지리적 범위에 거주하고 있는 주민들의 전체 건강수준을 향상시키고 건강에서의 격차를 줄이기 위하여 사회적, 문화적, 경제적, 물리적 환경을 개선하는 것을 목표로 한다.

26) 아래에서 기술하는 내용들은 이 문헌을 참고하여 정리하였음.

① 장점:

- 거시 경제적 상황을 해결하지는 않지만, 지역은 미래의 네트워크를 연결하는 기반이 되는 자기 효능감과 웰빙 인식을 위한 중요한 셋팅이다.
- 효율적 자원 할당 및 아래로부터의 정책 접근을 유도하고 그러한 활동을 고취시킨다.
- 지역 특성에 부합하는 사업을 수행하는데 효과적이다
- 지역적 환경에 가장 의존적인 인구집단인 모성, 아동, 실업, 노인들을 대상으로 하는 사업을 수행하는 데에는 생애주기적 접근과 지역 기반 접근이 결합할 때 가장 효과적이다.

② 단점:

- 지역 그 자체의 효과가 지역 간 건강 격차에 미치는 영향은 8~11% 정도에 불과하다.
- 지역의 취약성에 대한 중재는 거주민들에 대한 편견과 비난을 불러일으킬 수 있다.
- 건강불평등은 표적이 되는 지역 외부에서 작동하는 구조적 과정에 의해 계속된다.
- 국제적으로 지역 재생과 같은 지역 기반 접근이 거시 경제적 원인에 뿌리를 둔 불평등에 영향을 미친다는 증거는 거의 없다.

나. 전체 인구집단 접근

전체 인구집단 접근은 ① 보건정보의 제공이나 사회적 마케팅, 캠페인 등을 통한 개인 행태를 변화를 통해, ② 공공주택이나 담배세 부과 등을

통해 구조적 메커니즘과 거시경제적 정책들을 통해, ③ 불건강을 야기하는 원인들을 해결하는 중재들을 통해 전체 인구집단의 건강을 개선하는 것을 목표로 한다.

① 장점:

- 개인의 행동변화를 목표로 하는 사회적 중재는 실행하기 쉽고, 방송 등을 통해 성공적 사례를 전파할 수 있다.
- 보건의료, 교육과 같은 프로그램을 모든 시민들에게 보편적으로 제공하는 것은 소득불평등과 빈곤율을 감소시키고, 자원 재분배를 향상시킬 수 있다.
- 국가적 수준의 산업, 고용, 주거, 가족 정책을 통해 건강불평등을 줄이는 데 분명한 효과가 있는 듯하다.

② 단점:

- 거시 정책의 건강불평등에 대한 인과적 경로에 대해서는 아직 의견이 분분하다.
- 전체 인구에 대한 사회적 중재의 효과성에 대해서는 증거가 제한적이다.
- 자원이 풍부한 지역사회에서 더 많은 혜택을 받을 수 있으므로 불평등을 오히려 증가시킬 수 있다.
- 건강을 위한 경제적, 사회적 자원은 보건체계 외부에 존재하며 많은 이해당사자들이 관여한다. 따라서 신자유주의적 정치 맥락에서는 저항이 있게 되며, 건강불평등을 줄이기 위한 효과적 활동에 대한 합의가 제한적일 수 있다.
- 근저의 원인을 해결하는 활동은 그 성과가 나타나기 위해서는 장

기적일 수밖에 없는데 현재의 정치적 환경에서는 지속적 정치적 지지를 얻기가 힘들다.

다. 표적 인구집단 접근

표적 인구집단 접근은 지속적으로 건강수준이 좋지 않은 특정 취약계층에 대한 중재를 중심으로 하는데, 장애인, 저소득층, 이주민 등의 인구집단이 주된 대상이 된다.

○ 장점:

- 표적 집단 접근은 접근성에서의 형평성을 개선시킬 수 있다.
- 표적으로 하는 인구집단의 참여자들에 대한 건강수준을 향상시키는데 사회적 중재가 더 효과적이다.
- 표적 인구집단 접근은 지역 기반 인구집단과 같이 적용할 수 있다.

○ 단점:

- 표적 인구집단 접근은 비용이 많이 들고, 더 광범위한 지역사회 참여 전략을 필요로 한다.
- 표적 인구집단 접근은 전체 인구집단 접근보다는 건강결과 개선 속도가 더디다.
- 취약한 인구집단에 초점을 둔 중재는 특정 지역사회에 대한 편견과 비난을 초래할 수 있다.

라. 생애주기 접근

생애주기 접근은 각 인생의 시기에는 건강의 불평등을 야기하는 특정 경로와 과정이 있다는 인식에서 접근하는 것으로 그 특정 인생의 시기는 부모가 될 때, 사회생활을 위해 독립할 때, 학교에서 직장으로 갈 때, 직장을 옮길 때, 퇴직을 할 때 등이다. 생애주기 접근에서는 아동기를 핵심적으로 다루는데, 이 시기에 집중적인 투자를 하는 것이 생애 전반에 걸친 불이익의 누적을 감소시키는데 가장 효율적인 것으로 인식되고 있다.

○ 장점:
- 생애주기 접근은 장기적으로 사회심리적 및 건강 결과를 개선한다.
- 생애주기 접근은 취약한 아동들에게 특히 효과적이다.
- 생애 초기에 중재가 시작될수록 더 큰 효과가 나타나게 된다.

○ 단점:
- 생애주기 접근은 단일한 이슈 보다는 동시다발적인 다양한 환경적 위험 요인들을 해결을 필요로 한다.
- 생애주기 영향은 출생 이전부터 시작되며, 따라서 근원적 수준에서 지지적 환경과 중재를 필요로 한다.

지역 간 건강격차를 줄이기 위한 정책 방향 역시 위에서 기술한 정책적 접근의 틀에서 파악할 수 있을 것이다. 이들 접근 전략은 현실적으로는 서로 독립적이라기 보다는 상호 보완적이다. 따라서, 지역 기반 접근 전략을 취한다고 했을 때, 다음과 같은 통합적 접근 전략을 고려할 수 있다.

한 가지 유의할 점은 이들 지역 기반 접근의 유형들은 반드시 건강이

취약한 지역들에서만 이루어지는 것은 아니다. 그러나, 현실적인 여건들을 고려할 때, 건강이 취약한 지역들에서 먼저 이루어질 가능성이 높다.

① 지역기반 접근 + 표적인구집단 접근

이 접근전략은 특정 지역들을 선정하고, 거주자들 중에서 취약한 인구집단의 건강 향상을 주된 목표로 하는 것이다. 예컨대, 취약한 지역에 거주하는 독거노인 전체를 대상으로 하는 자살예방사업이 그러한 예가 될 것이다. 그런데, 이 접근은 특정 인구집단에 대한 특별한 관리가 주된 사업의 내용이 되기 쉬우므로, 취약한 지역 뿐 아니라 그렇지 않은 지역들에도 실시할 수 있다. 예컨대, 방문건강관리사업은 지역에 기반하되 표적인구집단을 중심으로 접근을 하는 대표적인 예이다.

② 지역기반 접근 + 전체 인구집단 접근

이 접근전략은 특정 지역들을 선정하되, 그 지역에 거주하는 모든 주민들의 건강을 향상하는 것을 주된 목표로 하는 것이다. 이 경우에는 거주하는 주민 전체의 건강에 영향을 미치는 지역 공동체의 물리적, 사회적 환경의 개선에 초점이 맞추어진다. 또한, 지역 주민들의 능동적 참여에 의한 지역 공동체의 건강 친화적 변화를 모색하는 활동이 이루어지게 된다. 따라서, 현실적으로는 건강수준이 취약한 지역들을 중심으로 이루어질 가능성이 높다.

③ 지역기반 접근 + 생애주기 접근

이 접근전략은 특정 지역들을 선정하되, 그 지역에 거주하는 주민들 중에서 특정 연령층의 건강 향상을 주된 목표로 하는 것이다. 예컨대, 특정

지역에 거주하는 모든 영유아 인구집단의 건강을 향상시키기 위한 사업을 수행하는 것이다.

④ 지역기반 접근 + 표적인구집단 접근 + 생애주기 접근

이 접근전략은 특정 지역을 선정하되, 특정 연령층 중에서 특정 인구집단의 건강 향상을 주된 목표로 하는 것이다. 예컨대, 특정 지역에 거주하는 영유아 중에서 저소득층 영유아 집단을 중심으로 사업을 수행하는 방식이다.

⑤ 지역기반 접근 + 전체인구집단 접근 + 생애주기 접근

이 접근 전략은 특정 지역을 선정하되, 그 지역에 거주하는 모든 주민들의 건강 향상과 함께 특정 생애주기에 해당하는 인구집단의 건강을 특히 향상을 목표로 하는 것이다. 예컨대, 해당 지역의 전체 주민들의 건강에 영향을 미치는 지역 공동체의 환경을 개선함과 동시에 그 지역에서 특히 관심의 대상이 되는 특정 연령층(영유아, 아동, 청소년, 노인 등)의 건강에 더 중점을 두어서 사업을 수행하는 방식이다.

4. 지역 간 건강격차 해소 혹은 완화를 위한 구체적 정책 대안

가. 영국의 정책 사례

건강불평등을 해결하기 위한 범정부적 정책 노력을 가장 앞장서서 해온 것으로 평가받고 있는 영국에서는 아래에서 보는 바와 같이 다양한 정책 영역들에 대한 정책들을 수행해 왔었다.

〈표 3-8〉 영국 정책사례

정책 영역	정책의 예
목표 및 성과	공공서비스 협약 건강 불평등 목표 설정
구조 및 과정: 부처간 협력	건강불평등의 범정부적 리뷰
재분배: 일하는 복지	세금 공제
생애주기적 접근: 초기 아동	슈어 스타트 프로그램 아동 빈곤 감소
지역 기반: 취약한 지역사회 중심	건강활동구역(Health Action Zones) 선두그룹 지역(Spearhead group)
보건의료	NHS에서의 구조 개혁 일차의료 트러스트

자료: Exworthy et al, 2003, pp.1905-1921

1) 목표 및 성과 설정

재정부와 예산을 지출하는 부처 간에 체결하는 일종의 계약인 '공공서비스 협약'을 맺는 대부분의 정부 부처에서 성과 지표에 건강불평등의 개선을 주요 지표로 포함하도록 하였다. 영국의 건강불평등 문제를 해결하기 위한 국가적 목표를 설정하였는데, '2010년까지 영아 사망률과 출생시 기대여명의 격차를 10% 감소시킨다.'는 것이다. 더 구체적으로는 아래에서 보는 바와 같이 두 가지인데, 하나는 생애주기적, 표적 인구집단적 접근이고, 다른 하나는 지역 기반 접근이다.

- 정책 목표 1: 2010년까지 육체직 직업계층과 전체 인구집단 간의 1세 미만의 영아사망률 격차를 최소한 10% 감소시킨다.
- 정책 목표 2: 2010년까지 기초지자체 수준에서 하위 5분위의 취약지역과 전체 인구집단 간의 출생 시 기대여명의 격차를 10% 감소시킨다.

2) 부처 간 협력

건강의 결정요인을 고려할 때, 부처 간 협력은 건강불평등 해결을 위한 정책에서 필수적으로 고려되어야 할 요소이다. 영국에서도 부처 협력(Joined-up Government)를 핵심적 요소로 하였다. 하지만, 정책을 개발하는 데에는 다양한 부처가 협력하지만, 정책의 실행에서는 단일의 주관 부처가 책임을 져야 하는 것이 현실이었으므로 책임 소재가 불분명해지는 문제들이 있었다.

이를 위하여 영국 재정부에서 대안으로 모색한 것이 건강불평등을 해결하기 위한 우선순위 설정을 목표로 범정부적 교차평가(Cross-cutting review)를 실시하였다. 2002년 재정부의 범정부 교차평가를 통해 건강불평등을 해결하기 위한 장기적인 범정부적 전략과 정부의 모든 영역에서 영향력있는 주류 정책이 중요하다는 필요성을 확인하였다. 또한, 취약한 지역, 더 향상된 예방적 보건의료, 영양과 운동을 개선하기 위한 프로그램, 주거 환경을 향상시키는데 더 주력해야 함을 제안하였다(Her Majesty's Treasury/Department of Health, 2002).

3) 생애주기적 접근

생애주기적 관점에서 초기 아동기의 중요성이 강조되면서 영국 정부에서도 초기 아동기에 중점을 두는 정책을 취하였다. 대표적인 정책내용이 슈어 스타트 프로그램을 전국적으로 확대하는 것과 아동빈곤을 감소시키는 것이었다. 영국은 잉글랜드 전 지역에 걸쳐 2010년까지 3,500개의 슈어 스타트 센터를 설치·운영할 계획을 가지고 있었다.

4) 지역 기반

지역 기반의 대표적인 것으로는 건강활동지역(Health Action Zones)을 들 수 있다. 이 사업은 박탈수준이 높고, 건강이 취약한 영국의 26개 지역에서 다부처간 협력에 근거하여 실시된 것으로 관할 인구수는 1,300만명이었다. 이 사업은 애초부터 건강불평등을 줄이는 것을 핵심적인 목표로 설정하여 추진되었으나, 지역적 범위가 워낙 다양하였고, 기존의 주류 지방정부 사업과 원활하게 통합되지 못하였다. 또한, 정책적 효과를 파악하기도 전에 다른 지역 기반 사업인 "Spearhead group" 으로 전환되었다.

건강활동지역의 후속 사업이라 할 수 있는 Spearhead group은 ①남성의 평균수명, ②여성의 평균수명, ③75세 미만의 암 연령표준화사망률, ④75세 미만의 심혈관질환 연령표준화사망률, ⑤지역박탈지수 점수의 5가지 지표들 중에서 하위 5분위에 속하는 지표가 3개 이상인 지역을 선정하여 건강불평등 완화를 위한 집중적인 사업을 수행하도록 하고 있다. 그리고, 이들 Spearhead group에 속하는 지역들과 영국(잉글랜드)의 평균 출생 시 기대수명의 격차를 줄이는 것을 최종 목표로 설정하고 있다.

이들 Spearhead group은 NHS 체계와 긴밀하게 연결되는데, 건강불평등의 문제를 해결하기 위한 NHS 개혁의 핵심은 각 지역마다 설치, 운영한 일차의료트러스트(Primary Care Trust)이다. 여기에서는 병원 서비스의 구매와 일차의료의 개발, 그리고 건강 불평등의 해결을 주된 기능으로 하였다.

5) 보건의료

일반적으로 보건의료는 건강불평등을 개선하는데 별 기여가 없음에도 불구하고, 영국 보건정책의 핵심인 NHS의 건강불평등에 대한 기여가 중대한 관심사가 되었다.

NHS에서 목표로 잡은 내용은 다음과 같은 주요 4대 사망원인의 유병률과 사망률을 감소시키는 것이었다. 하지만 이들 목표들은 불평등의 관점에서 설정된 것은 아니다.

- 암: 75세 미만 인구집단의 사망률을 25% 감소
- 관상동맥질환과 뇌졸중: 75세 미만 인구집단의 사망률을 40% 감소
- 사고: 사고로 인한 사망을 20% 감소시키고 중증 외상은 10% 감소
- 정신질환: 자살 및 정의되지 않은 상해로 인한 사망률을 20% 감소

나. 지역 건강격차 완화를 위한 정책

1) 지역 건강격차 해소 및 완화를 위한 목표 설정

제3차 국민건강증진종합계획에서는 '건강형평성 제고'를 총괄 목표로 설정하였지만, 그 목표치는 제시되어 있지 않다. 지역 건강격차와 관련해서는 총괄적인 목표는 제시되어 있지 않으며, 다만 금연 영역과 암 관리 영역에서 지역 간 격차를 줄이는 것을 세부 목표로 설정하고 있다. 금연에서의 지역은 동지역과 읍면 지역을, 암 관리에서의 지역은 암검진사업 수검율이 최소인 지역과 최대의 지역을 의미한다. 그 외 건강형평성 목표치는 하위 소득계층 및 취약계층에 맞추어져 있다.

〈표 3-9〉 HP 2020의 건강 형평성 목표 또는 정책

사업 분야	중점 과제	목표 또는 정책
건강생활 실천확산	1. 금연	성인 남녀의 지역 간·소득 수준 간 흡연율 차이를 줄인다.
	2. 절주	소득 ¼분위 층의 고위험 음주율을 낮춘다.
	3. 신체활동	신체 활동의 형평성 향상을 위한 시범 사업 실시 권역을 정한다.
	4. 영양	취약 계층을 위한 영양 관리 사업 개발 및 확대*
만성퇴행성질환과 발병 위험요인 관리	5. 암관리	국가 암 검진 사업의 수검률의 지역 편차를 줄인다.
	9. 비만	취약 계층 비만 예방 프로그램 개발 보급*
	11. 구강보건	취약 계층별 예방 중심 구강 질환 관리 사업* 저소득층 노인·장애인 의치·보철 사업*
감염 질환 관리	15. 결핵	노숙인 등 취약 계층에 대한 결핵 치료 관리 체계 구축*
안전 환경 보건	19. 건강영향 평가	건강 영향 평가 참여 중앙 부처, 지방 정부, 민간 사업자 수를 확대한다.
인구집단 건강관리	20. 모성건강	분만 취약 지역의 단계적 해소를 위한 지역별 맞춤형 지원 및 공공 투자 확대*
	26. 다문화 가정건강	가임기 결혼 이민 여성과 자녀에 대한 건강관리 서비스를 강화한다.
	27. 취약가정 방문건강	취약 가정의 건강 수준 향상: 가정 중심 생애 과업 관리* 취약 가정의 건강 수준 향상: 참여적 만성 건강 문제 관리*
사업체계 관리	32. 재원	재원[지출] 구조를 기금 목적에 적합하도록 한다(건강불평등 대상 서비스 수혜율).

주: * 관련 정책
자료: 최용준 등, 2012, p.376

건강형평성 제고를 위한 총괄 목표치를 소득계층 간 격차와 지역 간 격차 완화에 중점을 두어 설정하기를 권고한다.

- 소득계층 간 격차는 전국민 소득을 파악할 수 있는 국민건강보험 및 의료급여 자료를 이용하여 소득계층 상위 20%와 하위 20% 간의 기대여명(전체, 남성, 여성)의 격차를 줄이는 것을 그 목표치로 설정한다.

- 지역 간 격차는 통계청의 생명표 자료를 이용하여 시군구 기대여명(전체, 남성, 여성)이 가장 높은 상위 20% 지역과 가장 낮은 하위 20% 지역들 간의 격차를 줄이는 것을 그 목표치로 설정한다. 소득과 같이 지역의 사회경제적 수준을 나타내는 지역박탈지수별 기대여명을 고려할 수도 있으나, 현재까지 일반적으로 통용되는 지역박탈지수가 없으므로 이를 적용하기에는 무리가 있다.

2) 건강증진 관심지역 선정과 장기적 특별 지원

지역 간 건강격차를 완화하기 위하여 보건의료자원이 취약하고, 건강수준이 특히 낮은 하위 5분위 지역들(시군구)에 대해서는 건강증진 관심지역으로 지정하고, 이들 지역에 대해서는 특별 지원을 하도록 한다. 예컨대, 건강생활지원센터 등 보건의료자원의 신규 설치에서 이들 지역들을 우선적으로 고려하도록 할 수도 있을 것이다.

건강증진 관심지역에서는 기본적인 접근 전략을 지역 기반 접근으로 하되, '전체인구집단 접근', '생애주기 접근' 등을 같이 고려할 수 있도록 한다. 그러하기 위해서는 건강의 결정요인에 근거하여 '지역자원과의 협력'과 '능동적 주민참여'가 이들 지역들에서 실현되도록 해야 할 것이다.

3) 핵심 지역 모니터링 지표의 선정

지역 건강격차 모니터링을 위한 주요 평가지표는 지표로서의 중요성이 높아야 하고, 안정적으로 지표 생산이 가능해야 하며, 결과값에 대한 신뢰도가 높아야 한다. 이러한 기준을 충족하는 것으로 아래와 같은 지표들을 들 수 있다.

- 남성과 여성의 출생 시 기대수명
- 연령표준화 사망률: 총사망, 악성종양, 순환기계, 호흡기계, 자살
- 연령표준화 암 발생률: 5대암과 폐암
- 현재 흡연율
- 고위험 음주율

4) 지역 건강격차 완화를 위한 정책 지원 인프라 구축

현재의 건강증진과 질병예방의 정책적 지원은 중앙정부에서 각 일선 보건소로 직접 내려가는 구조이다. 시도 보건부처가 있긴 하지만, 대부분의 경우에는 중앙정부의 공문을 각 보건소로 전달하는 수준에 머물러 있다. 또한, 각종 통합건강증진사업지원단, 심뇌혈관질환사업지원단 등의 기술지원단은 사업 수행의 기술지원 수준에 머물러 있는 실정이다. 즉, 지방 단위에서는 지방의 실정에 맞는 장기적 비전과 전략을 수립하고, 건강정책을 개발할 주체가 없는 것이다.

지역 건강격차 완화를 위하여 건강증진과 질병예방 사업을 정책적으로 지원하기 위한 기관 또는 조직을 설치할 것을 고려한다. 가장 현실적으로는 '공공보건의료에 관한 법률'에서 규정하고 있는 '공공보건의료지원단'에 그 역할을 부여할 수 있다. 현재, 서울시, 인천시에서 '공공보건의료지원단'을 운영하고 있으며, 부산시도 조례가 통과되어 올해(2015년) 설치될 예정에 있으며, 다른 시도들에서도 이를 설치하기 위한 움직임이 있다. 현재 운영되고 있는 '공공보건의료지원단' 에서는 단순히 공공병원에서 수행하는 사업의 지원 업무에 국한하지 않고, 해당 지역의 전반적인 공공의료, 질병예방, 건강증진을 위한 정책적 지원을 하고 있다. 뿐만 아니라, 보건복지부에서는 '공공보건의료지원단'의 설치를 위한 예산 확보

등의 구체적 노력을 하고 있다. 또 다른 방안으로는 현재의 건강증진개발원이나 질병관리본부의 지역 조직을 설치, 운영할 수도 있다.

이들 정책 지원 기관 또는 조직은 해당 권역의 실정에 맞는 건강증진, 질병예방 정책 및 프로그램을 개발하고 사업을 지원함으로써 지역 간, 그리고 지역 내의 건강 격차를 완화하는 것을 주된 목표로 한다. 그리고 앞서 지적한 관할 지역 중 특별 건강관리지역에 포괄되어 있는 곳들에 대해서는 집중적인 정책, 사업 지원을 수행한다.

5) 지역의 건강 필요에 근거한 예산의 배분

같은 인구수라 하더라도 인구의 질적 구성이 어떻게 되어 있는 지에 따라 동일한 성과를 내기 위한 자원의 투입량은 달라질 수밖에 없다. 하지만 현재의 지역 건강증진 및 질병예방 예산은 대개 인구수에 비례하여 배분하고 있으므로 동일한 성과를 내기 위하여 인구의 구성이 열악하거나, 보건의료 자원이 미흡한 지역에서는 오히려 역차별을 받거나 어려움을 겪을 수 있다.

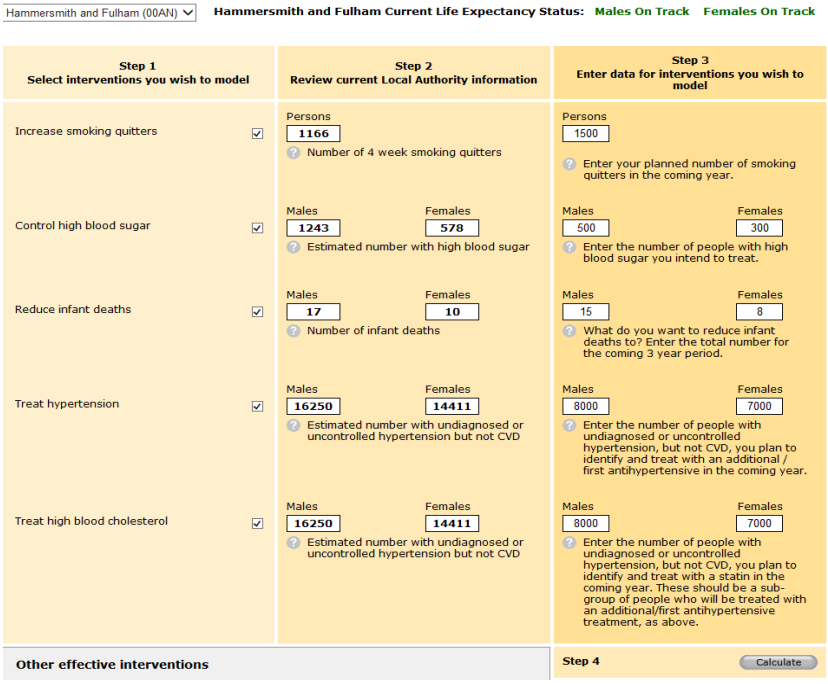
따라서 지역 간 건강격차를 완화하기 위한 정책은 지역의 건강필요에 근거한 균형 있는 예산의 배분으로부터 출발해야 한다. 이를 위하여 보건의료 예산 배분을 위한 Formula를 만들어서 예산배분의 과학적 근거를 확보해야 한다. 물론 이 Formula는 지속적으로 수정·보완해야 할 것이다.

〈가중치 부여 고려 대상〉
- 0~6세 영유아 인구수
- 65세 이상 노인 인구수
- 장애인 인구수

6) 지역 건강격차 모니터링을 위한 시스템 구축

영국은 지역 간 건강격차를 줄이기 위한 정책 목표를 달성하기 위하여 건강취약지역을 'Spearhead Group'으로 지정하여 관리해 오고 있으며, London Health Observatory에서 지역 건강 격차를 줄이기 위한 데이터베이스 시스템을 활용하고 있다.

[그림 3-51] 영국 해머스미스와 풀햄 지역의 중재사업 전후 건강결과 추이 예측



자료: Department of Health.
(http://www.lho.org.uk/NHII/Spearhead/CommissioningInterventions.aspx?areaCode=00AN)에서 2015.06.30. 인출

예컨대, 런던의 'Spearhead Area'에 속하는 '해머스미스와 풀햄' 지역의 현황이 다음과 같고, 현재의 기대여명은 남성 78.3세, 여성 84.3세이다.

- 4주 금연 성공자가 1,166명
- 혈당 관리가 잘 되지 않는 환자수(추정)가 남성 1,243명, 여성 578명
- 영아사망자수가 남아 17명, 여아 10명
- 진단받지 않은 고혈압 환자나 혈압 관리가 잘 되지 않는 고혈압 환자의 추정수가 남성 16,250명, 여성 14,411명(심혈관질환자는 제외)

만약 보건사업을 통해 다음과 같은 중재사업을 수행했다고 가정을 해보면,

- 4주 금연 성공자가 1,500명
- 혈당 관리가 잘 되지 않는 환자수(추정)가 남성500명, 여성 300명
- 영아사망자수가 남아 15명, 여아 8명
- 진단받지 않은 고혈압 환자나 혈압 관리가 잘 되지 않는 고혈압 환자의 추정수가 남성 8,000명, 여성 7,000명(심혈관질환자는 제외)

따라서 위와 같은 중재사업을 성공적으로 수행했다고 가정했을 경우, 남성은 인구 10만명당 18.6명, 여성은 인구 10만명당 15.0명의 사망자가 줄어들게 되어 출생 시 기대여명은 남성 남성 78.6세, 여성 84.7세로 남성 0.3세, 여성 0.4세 증가할 것으로 예상되는 결과가 나타난다.

4 결 론

WHO의 Commission on Social Determinants of Health(CSDH)에서 발표한 'Closing the Gap in a Generation' 보고서에서는 건강불평등 연구자들이 흔히 접하는 비판을 언급한다(시민건강증진연구소, 2015).

"건강불평등이 존재한다는 것을 사람들은 이미 알고 있다, 하지만 이 문제에 대해 어떤 조치가 필요하다는 것을 뒷받침할만한 증거는 없지 않은가."(WHO CSDH, 2008) 이에 대한 위원회의 답변은 이러하다. "맞다, 우리는 건강의 사회적 결정요인에 대해서 많은 것을 알고 있다. 하지만, 정책 결정은 너무나 자주, 마치 그러한 정보가 하나도 없는 것처럼 이루어지고 있다." 한편으로 "우리는 아직 충분히 모른다. 사회적 결정요인이 어떻게 건강 불평등을 만들어내고, 이들 결정요인에 대한 조치들이 어떻게 더 낫고 공정한 건강을 만들어날 수 있을지 알아내기 위해 더 많은 연구가 필요하다."(시민건강증진연구소, 2015)

우리사회에서도 건강불평등 문제는 더 이상 낯선 주제가 아니다. 2000년대 초반부터 주요 일간지에서도 건강문제가 특집으로 다루어진 바 있고, 국내외 저널에 등재되는 학술연구가 급증하고 있다. 정부에서 발표되는 공식통계에서도 소득수준별, 교육수준별, 그리고 지역별 건강격차를 보고하고 있다. 그리고 건강증진정책을 총괄하는 국민건강증진종합계획의 총괄목표 중의 하나로 건강형평성 제고가 제시되어 있다.

그럼에도 불구하고 건강불평등을 정책 의제화하고 구체적인 정책 내용

을 구성하고 자원을 배분하여 건강불평등을 해결하려는 공식적인 노력은 아직 부족한 것으로 보인다.

본 연구는 우리나라의 건강불평등에 대한 현상을 이해하고, 그에 대응되는 정책을 건강불평등의 관점에서 평가하고, 문제 해결을 위해 필요한 향후의 대책을 고민하는 것에서부터 출발하였다.

흡연, 음주, 신체활동, 영양, 자살, 생애초기 및 아동기, 경제적 취약계층, 그리고 지역건강격차의 주제에 대해 관련 전문가들이 모여서 건강불평등의 현황에 대해 이해하고, 불평등 완화를 위한 국내외 사례와 향후의 대책에 대해 토론하였다.

토론회에 참여한 각 분야별 전문가들조차 불평등의 관점에서 현상을 이해하고 정책을 평가하는 과정 자체가 쉽게 이루어지지는 않았다. 그러나 그러한 과정 속에서 다음과 같은 몇 가지 의미 있는 내용들이 공통적으로 나타나 있었다.

첫째, 건강불평등 해소를 위해 별도의 분리된 정책을 마련하는 것도 중요하지만, 그 보다는 모든 정책의 입안과 집행에서 형평성의 렌즈를 적용하는 것이 더 중요하다.

둘째, 건강불평등 문제에 대한 대안을 마련하기 위해서는 건강불평등이 어떤 집단에서 어떻게 발생하고 있는 가, 즉, 발생 기전에 대한 맥락적 이해가 반드시 선행되어야 한다.

셋째, 일반적으로 이루어지는 보건의료사업이나 건강증진사업의 경우 건강불평등에 대한 민감도를 높이기 위해서는 일반인구집단을 대상으로 무작위로 시행되기 보다는 표적집단을 선정하고 이들이 사업 효과에 보다 많이 노출될 수 있는, 이른바 비례적 보편주의에 입각한 사업을 실시할 필요가 있다.

세부적으로는 다양한 내용들이 제안되었다. 건강불평등에 대한 보다

민감도 높은 지표개발, 개발된 지표에 대한 시계열적 변화에 대한 모니터링, 경제적 취약집단이나 다문화, 생애초기 영유아 및 아동 등 생애주기적 관점에서의 건강불평등 모니터링과 지역별 접근전략 마련, 국가 간 비교 등 다수준·다차원적인 정책과 사업들이 열거되었다. 중요한 것은 이제는 어떠한 형태로든 문제해결을 위해서 근거에 기반한 정책적 노력이 집중될 필요가 있다는 것이다.

"건강불평등은 어떠한 의미로도 결코 자연스러운 현상이 아니다"(WHO CSDH, 2008)라는 세계보건기구의 언급은 많은 의미를 담고 있다. 우리사회에서 건강불평등이라는 부자연스러운 현상이 자연스러운 현상이 되지 않도록 건강불평등 연구와 정책이 상호작용하면서 발전할 수 있는 의식적인 노력이 필요하다(강영호, 2014).

제 2 부

건강불평등 완화를 위한 지역 단위 전략: 한국형 건강빈곤지수의 개발 및 적용

제1장 서 론
제2장 Health Poverty Index의 개념과 적용
제3장 한국형 건강빈곤지수(Health Poverty Index) 개발
제4장 결 론

1 서 론

제1절 연구의 필요성 및 목적

지역[27]들 사이에서 건강수준의 차이가 있다는 것은 이미 17세기 영국의 생정통계로부터 지적된 바 있지만, 현대사회에서 이러한 격차에 대한 본격적 관심은 1980년 영국의 블랙리포트에서 비롯되었다고 할 수 있다. 이후 영국 외에 미국 등에서도 다양한 수준의 소지역 사이에서 빈곤/박탈, 소득분포, 사회자본 등에 따른 사망률 격차에 대한 연구들이 늘어나고 있다(김동현 등, 2013, p.26).

개인이 아닌 인구집단 단위, 특히 지역 단위에서 건강수준의 변이를 연구하는 이유는 거주하는 지역에 따라 공통적으로 노출되는 물리적 환경과 사회적 환경의 영향이 건강수준의 변이에 영향을 주는 것으로 알려져 있고, 지역은 그러한 집합적이고 맥락적인 요인들의 영향을 평가하기 위한 단위로 인정받고 있기 때문이다(김동현 등, 2013, pp.22-27).

이러한 관점에서 건강불평등과 관련한 연구영역에서도 지역의 개념이 중요하게 인정받고 있다. 영국 정부에서 발간한 'Tackling health inequalities: a programme for action' 보고서에서는 2010년까지 건강불평등을 줄이기 위한 정부 활동의 총괄 목표를 두 가지로 제시하였는데, 그 중의 하나로 지역 간 출생 시 기대수명 격차 10% 감소를 포함한 바 있다(Department of Health, 2003). 또한, 이후 발간된 마못리뷰(the

27) 지역이란 일종의 위험의 공간(space of risk)으로서, 공간에 속한 인구집단의 건강수준은 공간을 통해 작동하는 여러 가지 건강결정요인들에 의해 다양한 방식으로 영향을 받는다(김동현 등, 2013)

Marmot review)에서도 건강불평등을 줄이기 위한 여섯 가지 활동 영역의 하나로 건강하고 지속가능한 지역과 공동체 개발을 제안하고 있다(윤태호, 2013, p.197).

우리나라의 경우 그 동안 끊임없이 제기되어왔던 도시와 농촌 간의 건강격차는 우리사회의 지역 간 불균형 성장정책과 함께 결합되어 이미 자연스러운 현상으로 고착화되었고, 이제는 수도권과 비수도권 간으로 확대되었다(윤태호, 2010, p.52).

그럼에도 불구하고 지역 단위에서 건강격차를 올바르게 인식하고, 문제해결 및 적절한 대처를 위한 정책·사업 수립에의 노력들은 여전히 부족하다. 오히려 지역주민들의 건강문제나 건강불평등 문제는 경제논리에 밀려 정책 의제화되기 어려운 실정이다.

본 연구에서는 우리나라의 지역단위에서 건강불평등에 영향을 미치는 사회적 건강결정요인들을 바탕으로 지역 간 건강격차를 쉽게 확인하고, 건강불평등 문제에 대한 관심을 확대하며, 더 나아가 지역 단위에서 정책 의제화하는데 도움을 줄 수 있는 지표를 개발해 보고자 하였다. 본 연구에서 개발하고자 하는 건강빈곤지수(Health Poverty Index)는 건강문제에 대한 관심을 유도할 뿐만 아니라 이를 해결하기 위한 의사결정과 자원분배에 도움을 줄 수 있다.

제2절 연구 내용 및 방법

건강빈곤지수(Health Poverty Index, HPI)는 2000년대 초반 영국에서 지역단위의 건강격차 해소를 목적으로 가장 처음 개발되었고, 우리나라에서는 지난 2009년 신영전 등이 영국에서 개발된 HPI를 수정하여 한

국형 HPI를 개발한 바 있다.

본 연구에서는 영국의 HPI와 신영전 등(2009)의 HPI를 바탕으로 하여 우리나라의 맥락에 보다 적합한 시군구 단위에서의 HPI 개발을 시도하였다. 이를 위해서 우선 HPI의 개념과 영국과 우리나라에서의 HPI 산출 사례에 대해 분석하였다.

한국형 HPI 개발의 첫 단계로 영국의 HPI에서 다루고 있는 지표의 영역과 영역별 세부지표들을 검토하였다. 이는 HPI가 해당 국가 혹은 지역의 사회, 경제, 문화, 그리고 보건의료에 이르는 맥락적 요소를 모두 포괄하고 있어, 이것이 의미하는 내용을 우리의 상황에 맞게 적절히 변경할 필요가 있기 때문이었다. 이 과정에서 지표의 영역이나 세부지표명을 우리나라에 적합한 용어로 변환하는 작업을 아울러 거쳤다.

이후 데이터 산출가능성과 중요성, 그리고 적절성 등을 고려하여 영국의 HPI와 신영전 등의 HPI를 바탕으로 지표영역과 영역별 세부지표를 일차로 선정하는 작업을 진행하였다. 그 다음으로 신영전 등(2009)의 연구에 참여한 전문가들을 대상으로 지표영역과 세부지표에 대한 적절성 여부 등을 조사하였다. 조사는 설문방식으로 진행되었으며, 조사내용은 영국의 HPI, 신영전 등(2009)의 HPI, 그리고 본 연구에서 개발한 HPI(안)을 비교하여 우리나라의 지역상황에 보다 부합하는 지수를 선정하는 방향으로 이루어졌다.

마지막 단계로, 개발된 지표를 활용하여 건강빈곤지수를 시범적으로 산출하는 작업을 시행하였는데, 지역은 서울시 25개 구로 한정하였다. 서울시에 속한 구 단위로 지역을 선정한 이유는 서울시의 경우 다른 지역에 비해 지역사회의 여건이나 맥락 등이 비슷하여 지표에 대한 설명이 비교적 쉬울 것으로 판단되었기 때문이다.

2 Health Poverty Index의 개념과 적용

제1절 Health Poverty Index의 개념

1. Health Poverty Index의 개발 과정

영국에서는 한동안 학계나 정책 포럼에서 건강 불평등에 대한 논의가 활발하였다. 계층, 성, 인종 간 건강 격차가 증가하고 있고, 이 격차는 사회적, 행태적, 환경적 요인이 1차적 원인으로 작용하는 것으로 보았다. 이러한 논의는 1980년 Black Report로 근거가 명확해졌으며, 이후 관련 연구가 상당수 발표되었다. Black Report에 따르면 개인의 건강 관련 행태와 특성, 환경은 사회적 수준에서의 물질적 환경과 관계에 의해 영향을 받는다고 하였다. 이후 1998년에 발표된 Acheson 보고서에서는 건강분야 뿐 아니라 그 외의 분야에서도 국가, 지역 단위에서 건강 불평등 해소를 위한 노력이 중요함을 강조하였다(Dibben et al, 2001, p.8). 보건부는 건강불평등 완화를 위하여 1999년 정책보고서와 백서를 발간하여 정책 대응 방안을 마련하고자 하였으며, 2000년에는 NHS Plan이 다음의 두 가지 국가 목표를 설정하였다.

- 2010년까지 전체 평균과 하위 5분위 지역의 기대 수명의 차이를 적어도 10%로 줄인다.
- 2010년까지 전체 평균과 육체노동자 집단의 영아사망률의 차이를 적어도 10%로 줄인다.

영국의 중앙정부는 여러 가지 관련 정책을 시도하였으며, 건강불평등

을 모니터하기 위한 방안 중의 하나로 Health Poverty Index(HPI)를 개발하였다(Dibben et al, 2001, pp.8-9).

보건부는 HPI 개념을 개발하기 위한 scoping study를 수행하였으며, 여기에는 보건부 뿐 아니라 건강불평등의 문제를 다루는 관계 부처, 전문가가 참여하였다. HPI 개발은 처음에는 보건부가 기금을 지원하였고, 이후 Health and Social Care Information Centre가 지원하였다. HPI 개발은 St Andrews 대학, SEPHO(South East Public Health Observatory), Oxford 대학, OCSI(Oxford Consultants for Social Inclusion)가 참여하였다.[28)]

scoping study는 3개월 동안 수행되었는데, 여기에서는 HPI의 개념, 지표선정 등에 대한 논의가 이루어졌으며, 약 500여명의 전문가 논의를 기초로 하였다(Dibben et al, 2001, p.5, p.11). scoping study는 4단계의 과정을 거쳐 진행되었으며, 단계별로 논의된 바는 다음과 같다.

1단계로 전문가 워크숍은 보건 분야 지역 및 중앙 정부, 민간기관, 시민·자선단체, 학계 전문가가 참여하였다.[29)] 건강 불평등을 측정할 수 있는 지표가 무엇이며 그 지표들의 강점과 약점은 무엇인지, 향후 어떤 지표가 필요한지, HPI는 어떤 구조로 구성하고 무엇을 측정해야 하는지에 대한 논의가 이루어졌다(Dibben et al, 2001, p.11). 전문가 논의에서는 하나의 값으로 산출된 합성 지표의 문제를 지적하였다. 하나의 합성 지표는 국가, 지역, 보건당국과 같은 큰 단위에서 건강 빈곤에 대한 일반적인 지표로서 의미가 있다. 그러나 지표는 작은 인구집단 수준의 정보를

28) About the Health Poverty Index tool.
http://www.hpi.org.uk/ 에서 2015. 06. 25 인출.

29) Sims et al. The health poverty index: a new measurement approach to health inequalities.
http://www.sepho.org.uk/Download/Public/7786/1/THE%20HEALTH%20POVERTY%20INDEX.pdf 에서 2015. 06. 16 인출.

줄 수 있어야 하고, 세분화할 수 있어야 의미가 있다(Dibben et al, 2001, p.15). 건강불평등을 측정할 때 대부분 현재의 건강상태에 중점을 두는데, 건강의 근본적인(distant) 결정 요인들을 파악해 낼 수 있어야 한다. 이 요인들은 인과관계를 갖기 때문에, 현재의 건강에 영향을 미치는 결정요인이 아닐 수 있고, 그렇기 때문에 현재의 보건 정책과 관련이 없을 수도 있다(Sims et al, 2003, p.1).

2단계에서는 HPI의 개발에 도움이 될 수 있는 지표들을 파악하였다. 불평등을 측정하기 위한 다양한 지표가 존재하고 있으나, 지역 간 통일된 지표가 없었으며, 각 지표의 유연한 사용과 개발에는 다양한 제한점이 존재함을 확인하였다(Sims et al, 2003, p.2).

3단계에서는 지표를 개념화하는 것으로, HPI 개발을 위한 원칙을 수립하고 어떠한 특성의 지표와 데이터를 사용할 것인지를 구성하였다. HPI는 프로그램 개발에 대한 정보를 주거나, 평가 및 성과 관리를 통해 건강불평등을 줄이기 위한 지역 단위의 사업을 지원할 수 있어야 한다. 지역 단위에서는 건강불평등을 하나의 숫자로 나타내기 보다는 지표를 여러 가지 구성 요소로 분할할 수 있도록 하는 것이 더 유용하다. 지표는 질병이나 보건의료의 과정과 결과 뿐 아니라 삶의 질, 환경과 같은 여러 요인들을 고려한 폭넓은 건강의 정의를 측정할 수 있어야 한다. 그렇기 때문에 지표는 영역으로 구성될 필요가 있고, 여러 다른 인구집단에 대해 적용할 수 있어야 유용하다. 이러한 관점에서 HPI 개발을 위한 세 가지 원칙을 두었다(Sims et al, 2003, p.2).

① 건강불평등의 상위(upstream) 결정요인을 포함해야 한다.

② 가능하면 지역 단위에서 이용 가능해야 한다.

③ 사회 전반의 여러 다른 집단에 적용 가능해야 한다.

NHS plan에서는 HPI를 구조화 할 수 있는 다음의 4가지 주요 영역

(domain)을 제안하였다.

- 건강상태
- 의료서비스에 대한 접근성
- 예방적 서비스의 활용
- 좋은 건강상태를 유지하고 추구하기 위한 기회

마지막으로 4단계에서는 HPI 발전을 위한 단기 및 중장기 발전방향을 도출하였다(Sims et al, 2003, p.3).

이와 같은 과정을 통해 HPI는 NPS Plan(2000)에서 추구하는 불평등의 완화를 목표로 하며, 목표 달성을 위해 정책 개발이나 정책 관리를 위한 근거 자료, 또는 정책성과의 측정과 평가, 또는 건강 불평등을 감소하기 위한 목적의 자원 배분을 위한 근거로 활용되도록 하였다(Dibben et al, 2001, pp.26-27).

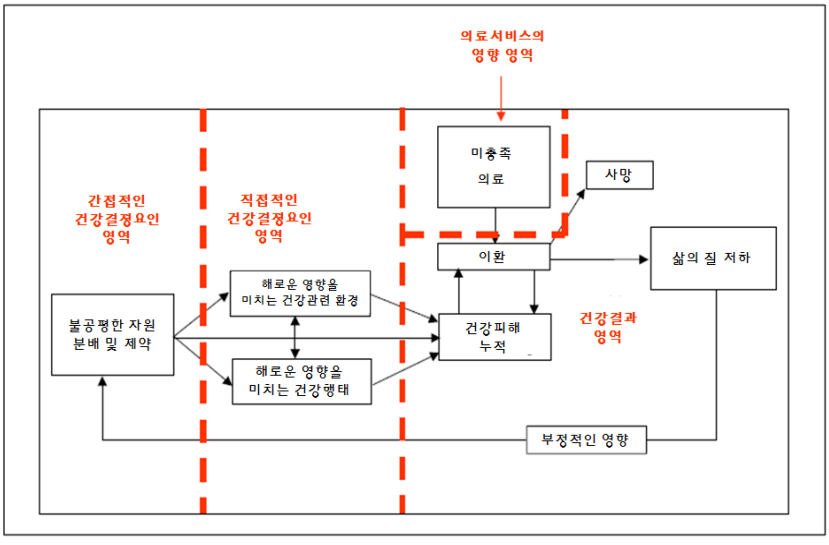
scoping study에서 HPI 개념 설정을 위하여, 건강불평등에 영향을 미치는 요인과 측정에 대해 이루어진 주요 논의 결과를 언급하면 다음과 같다. 건강불평등을 일으키는 구체적인 과정에 대해서는 여전히 논쟁이 있기는 하지만, 기존에 발표된 연구를 검토하여 건강불평등을 일으키는 중요한 측면에 대하여 일반적인 합의를 도출해 냈다. 건강불평등이 일어나게 되는 첫 번째 단계는 먼저 개인이 직면하는 자원의 불공평한 분배와 제약으로, 즉 사회 구조 안에서 개인의 차지하는 위치이다. 이것은 '건강피해의 누적'에 직접적으로 영향을 미치기도 하고, 또는 '해로운 영향을 미치는 건강관련 환경'이나 '해로운 영향을 미치는 건강행태'와 같은 매개 단계를 통해 영향을 미친다.

사회 구조 내에서 개인의 위치는 중요하다. 그 이유는 첫째, 정신-신경-내분비 경로를 통해 건강에 직접적으로 영향을 미치기 때문이며, 둘째, 한 개인이 살아가는 동안 미래의 건강행태와 환경의 유형을 예측할 수 있

기 때문이다. 예를 들어, 학교 자격의 취득은 이후의 소득을 예측할 수 있다. 셋째, 사회구조를 고려하지 않고 건강행태나 환경을 변화시키는 시도는 일시적인 변화로 그칠 수 있기 때문이다. '해로운 영향을 미치는 건강관련 환경'과 '해로운 영향을 미치는 건강행태'는 상호 영향을 미칠 수 있다. 건강피해가 누적되면 이환으로 연결되고, 어떤 경우 사망에 이른다. 비슷한 환경의 다른 사람들이 받는 것으로 기대되는 수준의 의료서비스를 받지 못하면, 이환의 정도가 더 심해질 수 있다.

개인의 사회, 경제적 환경이 어떠한지에 따라 이환이 삶의 질에 더 많은 영향을 미칠 수 있고, 반대로 이환이 개인의 사회, 경제 상태에 미치는 영향도 다르다. 예를 들어, '해로운 영향을 미치는 건강관련 환경'으로 인한 근골격 손상은 사무직 종사자보다 육체노동자에게 더 큰 영향을 미친다(Dibben et al, 2001, pp.31-32)(그림 2-1).

[그림 2-1] 건강 불평등을 일으키는 요인과 영역



자료: Dibben et al, 2001, p.39

여러 가지 요인들이 건강 불평등에 미치는 단계를 정리한 이후, 다음으로 각각의 단계에서 나타나는 영향을 파악하기 위하여 어떤 개념을 측정할 것인가에 대해 논의가 이루어졌다. 측정할 수 있는 개념은 다음의 표에 제시하였다(표 2-1).

〈표 2-1〉 건강 불평등에 영향을 미치는 단계 및 측정

건강불평등에 영향을 미치는 단계	측정 개념
불공평한 자원 분배 및 제약	- 소득 및 재산 - 즉각적인 재정적 자원 - 인적 자본 - 미래의 소득 및 재산에 대한 가능성 - 사회적 자본 - 비공식적 네트워크 - 지역의 경제 성장 - 경제 성장의 가능성 - 지역의 건강 자원 - 적절한 건강 음식, 적절한 운동 시설, 1차 의료 - 지역의 공공서비스 - 대중교통, 홈케어
해로운 영향을 미치는 건강관련 환경	- 통제력이 낮은 작업 환경 - 상대적인 소득 및 실업 - 질 낮은 환경 - 습기, 추위 등 - 통제력이 낮은 지역 환경 - 위험, 폭력 - 지역의 오염 - 소음, 공기 등 - 고립 - 사회적지지 부족
해로운 영향을 미치는 건강행태	- 해로운 행태 - 흡연, 약물, 불충분한 식사 - 적절하지 않은 운동 - 고위험 행태 - 음주, 위험한 운동
미충족 의료	- 적절한 중재 부족 - 적절한 검진 부족
이환	- 신체 질환 - 정신 질환
사망	- 조기 사망
삶의 질 저하	- 이동 문제 - 고립
이환이 자원 및 제약에 미치는 부정적인 영향	- 소득 및 재산 - 소득, 부가적인 생계비 저하 - 인적 자본 - 불필요한 기술 - 사회적 자본 - 고립

자료: Dibben et al, 2001, p.39

건강불평등의 단계를 구체화할 수 있는 지표들을 나열한 후 다음으로는 영역 설정에 대한 논의가 이루어졌다. 하나의 요약지표가 갖는 강점에도 불구하고, 그 안의 세부 정보들을 파악하는 것이 중요하다. 예를 들어 하나의 요약지표가 시간에 따라 변화를 보이는데, 요약지표를 구성하는 세부 지표들이 각각 다른 방향의 변화를 보인다면 실제를 잘못 이해할 수 있기 때문이다. 이러한 문제 때문에 상황을 요약하면서도 세부 정보를 잃지 않기 위하여, 건강불평등의 단계를 영역으로 구분하여 영역별 지표를 만들어 내는 방법이 제안되었다. 영역은 간접적인 건강결정요인 영역, 직접적인 건강결정요인 영역, 의료서비스의 영향 영역, 건강결과 영역의 4개로 구성된다(그림 2-1).

세부지표들을 통합해야 할 경우에는 가중치가 필요한데, 기존 연구들을 바탕으로 한 메타분석, 전문가 패널, 대중들을 대상으로 한 서베이를 활용하여 가중치를 생산할 수 있다(Dibben et al, 2001, pp.39-40).

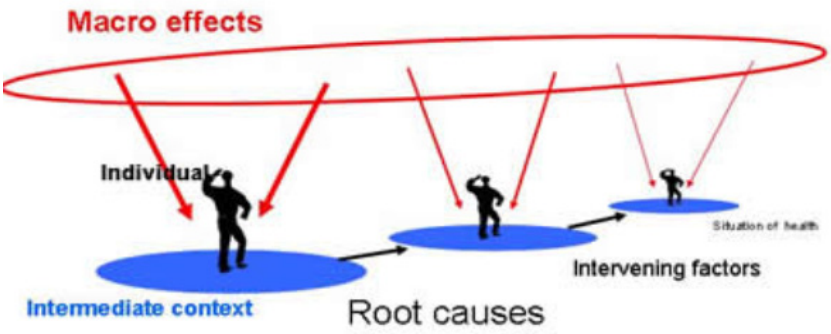
2. Health Poverty Index의 개념

영국의 HPI는 지형과 문화가 다른 집단들의 건강 빈곤(health poverty)을 비교할 수 있는 도구이다. 여기에서 건강 빈곤은 현재의 건강상태와 앞으로의 건강 잠재력을 모두 의미한다. 비교 집단을 선택할 때에는 한 사회 내에서 그 집단들의 건강과 건강 결정요인이 공평하게 분배되어야 한다는 기대를 바탕으로 한다.

HPI의 개념은 [그림 2-2]와 같이 설명할 수 있다. 한 집단에서의 건강상태(Situation of health)는 중재요인(Intervening factors)을 거쳐 드러나게 되는데, 이 집단은 근원적 요인(Root causes)들을 기반으로 둔다. 이러한 단계는 개인-가구 단위(Individual-household level), 지역

(중간) 단위(Local/intermediate level), 더 넓은 사회(거시) 단위(social/macro scale)와 같은 여러 다른 상황 속에서 영향을 받게 된다.[30]

〔그림 2-2〕 HPI 개념의 도식화

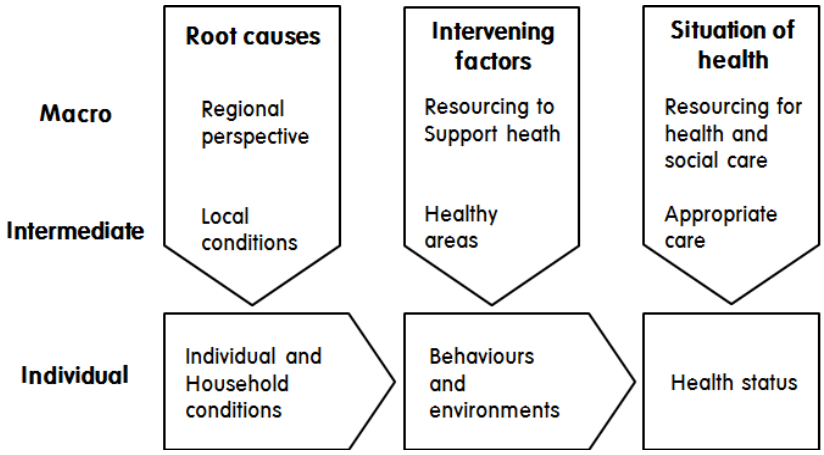


자료: The HPI tool.
http://www.hpi.org.uk/background.html 에서 2015. 06. 25 인출

이러한 개념은 보다 구체화되어, HPI는 9개 주요 영역으로 구성되는 분류체계를 갖게 되었다. 주요 요인은 근원요인(root causes), 중재요인(intervening factors), 건강상태(situation of health)로 분류할 수 있으며, 각 요인은 개인 및 가구 단위(individual), 지역 단위(local/intermediate), 더 넓은 사회 단위(macro)에서 영향을 미치는 요인들로 구분된다(Rolfe & Watson. 2006, p.1)(그림 2-3).

30) The HPI tool.
http://www.hpi.org.uk/background.html 에서 2015. 06. 25 인출.

〔그림 2-3〕 HPI의 개념적 틀과 주요 영역



자료: Rolfe & Watson. 2006, p.1

각 영역을 측정하기 위한 세부 지표가 개발되었는데, 일부는 기존의 지표를 활용한 것이며, 대부분은 새롭게 개발되었다(Rolfe & Watson. 2006, p.39)(그림 2-4). 적절한 지표가 설정되었다면, 그것을 효과적으로 측정할 수 있는 자료를 수집해야 한다. 자료는 가능하면 지표를 직접적으로 측정할 수 있는 것이어야 하며, 모든 대상 집단에 대한 자료가 이용 가능해야 한다. 또한 HPI는 진행과정을 모니터링 하는 도구이기 때문에, 정기적으로 업데이트를 해야 한다. 그렇기 때문에 자료는 업데이트가 가능해야 한다.

어떤 지표를 HPI에 포함할 것인지를 결정할 때에는 자료의 이용가능성이 영향을 미칠 수 있다. 신뢰할만하고 강건한(robust) 자료가 없다면, 그 지표는 제외해야 한다. HPI가 다양한 집단에 대해서 통일성을 가져야 한다면, 모든 집단에서 같은 지표를 사용해야 한다. 반드시 자료원이 같을 필요가 없을 경우에는 같은 개념만 측정한다고 해도 충분한 근거가 될 수 있다(Sims et al, 2003, pp.9-10).

〔그림 2-4〕 HPI 주요 영역 및 세부지표

Root causes	**Individual/household Conditions**	**Local conditions**	**Regional prospects**
	•소득 •자산 •인적자원	•교육 •사회적 자본	•GNP 변화 •고용 변화 •교육 자원
Intervening factors	**Behaviours and Environments**	**Healthy places**	**Resourcing**
	•생활양식 •가정환경 •직장/지역 환경	•레크리에이션 시설 •예방 의료서비스 •일차의료 접근성 •일차의료의 질	•예방적 서비스 •레크리에이션 자원
Situation of health	**Health status**	**Adequate care**	**Resourcing of health and social care**
	•보건(건강) 자원 •신체질환 •정신질환 •조기사망	•이차의료 접근성 •이차의료의 질 •일차-이차 의료서비스 접근성·질 •사회복지서비스 접근성	•보건의료 자원 •사회복지 자원
	Individual	Local care services	Regional and policy

자료: Sims et al, 2003, p.9

제2절 Health Poverty Index의 산출

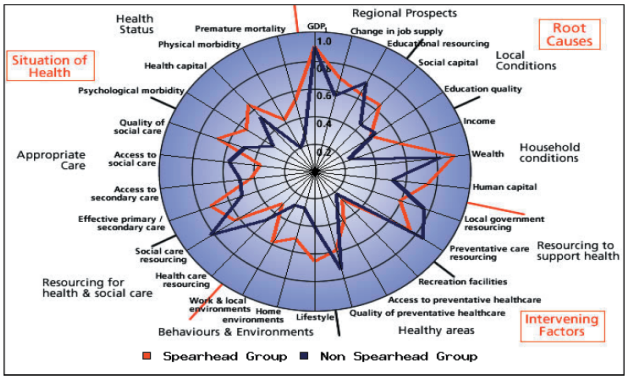
개발된 지표는 홈페이지에서 제공하는 HPI tool을 통해 산출 가능하여, 지역의 건강 빈곤을 파악하고 정책의 우선순위를 결정하는 데 도움이 될 수 있다. 비교하기 위한 대상 지역은 이용자가 선정할 수 있는데, 예를 들면 England 전체와 선택한 지역의 건강 빈곤 상태를 비교하는 것이 가능하다. 또한 2004년에 발표된 Spearhead group과의 비교도 가능한

데, 이것은 주요 지표들에서 나쁜 상태를 나타내는 지역들이다. 구체적으로는 다음의 5개 지표 중 3개 이상이 전국 하위 5번째에 해당되는 경우이다(Rolfe & Watson. 2006, p.2).

· 남성의 출생 시 기대여명
· 여성의 출생 시 기대여명
· 75세 이하 암 사망률
· 75세 이하 심혈관계 질환 사망률
· Index of Multiple Deprivation 2004, 평균 점수

지표 산출 결과를 제시하는 방식은 원칙적으로 스파이더 다이어그램이다. 각 세부지표 값은 0부터 1의 범위를 갖는데, 0이 가장 낮은 건강 빈곤을 의미하고 1이 가장 큰 건강 빈곤을 의미한다. 다이어그램 가운데에 0이 위치하도록 한다. 데이터는 점수화된 것이나 또는 순위화한 것 모두 사용 가능하며, 어떤 형식의 데이터를 선택하는가에 따라 다이어그램은 다르게 나타날 수 있다(Rolfe & Watson 2006, pp.2-3)(그림 2-5).

[그림 2-5] HPI 스파이더 다이어그램: Spearhead 지역과 그 외의 지역 간 비교



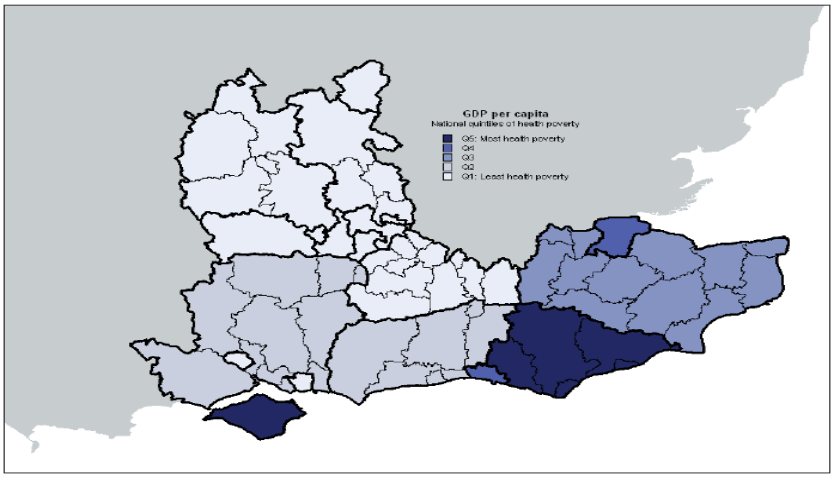
자료: Rolfe & Watson 2006, p.3

HPI는 다이어그램 외에도 영역의 세부지표를 개별적으로 산출하여 활용되기도 하였다. HPI를 개발하였던 South East England Public Health Observatory(SEPHO)의 지표의 정의와 활용을 살펴보고, SEPHO에 앞서 비슷한 방식으로 산출한 바 있는 South West Public Health Observatory에서의 활용 사례를 검토해보고자 하였다.

1. South East England Public Health Observatory의 HPI 산출

SEPHO는 영국 남동부지역의 요청에 따라 Local Area Agreement(LAA) 협약에 정보를 제공하기 위한 목적으로 HPI를 활용한 지도를 작성하였다. LAA는 여러 개의 지역 당국을 포괄하고 있으며, 지역의 여러 가지 서비스 제공에 대한 우선순위를 결정하는 하는 데 중점을 두고 있다. 지도는 HPI의 26개 지표에 대해 각각 작성되었으며, South East 지역의 상대적 순위를 5분위로 구분하여 차이를 설명하였다. 그런데 HPI 세부지표는 개별적으로 살펴보는 목적으로 선정된 것이 아니어서, HPI 스파이더 다이어그램과 함께 사용해야 한다는 점을 유의해야 한다(Rolfe & Watson. 2006, p.4). 아래의 그림은 HPI의 근원요인(Root causes) 중 더 넓은 사회 단위(macro, regional prospects)의 지표 가운데 하나인 GDP에 대한 지역의 분포를 나타낸 것이다(그림 2-6).

[그림 2-6] South East England Public Health Observatory에서 산출한 HPI 지도: 1인당 GDP



자료: Rolfe & Watson. 2006, p.5

SEPHO에서 산출한 HPI의 세부지표에 대한 정의는 다음과 같다(표 2-2).

〈표 2-2〉 SEPHO의 HPI 세부지표 정의

구분	HPI 세부지표	정의	HPI 영역	
경제지표	GDP	1인당 GDP	Root causes	Regional prospects (macro)
	직업공급의 변화	작업장별 1991-2001년 사이 FTE(full time equivalent) 인력 고용의 변화율	Root causes	Regional prospects (macro)
	소득	해당 지역에서 빈곤을 경험한 인구집단의 비율	Root causes	Household conditions
	재산 - 고가의 주택 - 주택 가격	고가의 재산을 가진 지역 전체 주택 중 지방세 Band F에 속하는 주택의 비율 주택유형별 판매수를 고려한 주택유형별 평균 주택가격	Root causes	Household conditions

구분	HPI 세부지표	정의	HPI 영역	
교육 지표	교육자원	학생수당 평균 지출	Root causes	Regional prospects (macro)
	교육의 질 - 교사 대비 학생 비율 - 고부가가치 교육	교사당 학생수, 학생에 대한 가치 투자 측면에서 초, 중학교 학생에게 제공되는 교육의 질 각 교사당 학생의 수 학교교육 과정에서 아이들에게 제공되는 가치	Root causes	Local conditions
	인적 자본	3단계에서의 평균 시험 결과	Root causes	Household conditions
지방정부 및 환경지표	사회적 자본 - 지역사회 안정성 - 대인 신뢰	사회적 자본의 수준 지역에서 이주해 나가는 규모 이웃에 대한 신뢰	Root causes	Local conditions
	지방정부자원	건강한 지역 및 가정환경을 만들기 위한 1인당 지방정부 지출	Intervening factors	Resourcing to support health
	레크리에이션 시설	1인당 레크리에이션 시설에 대한 접근성	Intervening factors	Healthy areas
	가정환경 - 독거 - 사회적 지지 - 지역 환경오염 - 주거의 낮은 질	가정환경의 질 독거 가구의 비율 극도의 사회적지지 부족 공기의 질 질이 낮은 공공 및 민간 주택의 비율	Situation of health	Behaviours and environments
	직장 및 지역 환경 - 통제되지 않은 직장 환경 - 실업 - 폭력 범죄 - 강도 - 절도 - 기물파손	통제되지 않는 직장 및 생활 환경 통상적으로 고용되어 있는 사람의 비율 비자발적으로 직업을 갖지 못한 연령집단의 비율 1,000명당 폭력범죄율 1,000명당 거주지에서의 강도 비율 1,000명당 절도 비율 1,000명당 기물파손 비율	Intervening factors	Behaviours and environments

구분	HPI 세부지표	정의	HPI 영역	
사회복지지표	사회복지자원	1인당 개인의 사회복지 지출	Situation of health	Resourcing for health and social care
	사회복지서비스에 대한 접근성 - 1인당 사회복지인력 - 65세 이상 복지 및 요양 시설	사회복지서비스에 대한 접근성 1인당 WTE(Weighted Whole Time Equivalent) 사회복지 인력 복지 및 요양 시설의 간접표준화 비율	Situation of health	Appropriate care
	사회복지서비스의 질 - 자살 - 75세 이상 응급실 입원 - 퇴원 후 90일 이내 정신질환으로 인한 응급실 재입원	취약집단에 대한 복지 효과 연간 자살인구의 비율 75세 이상 모든 응급실 입원의 성, 연령 직접표준화 비율 정신질환자의 퇴원 대비 90일 이내 정신질환으로 재입원한 비율	Situation of health	Appropriate care
보건지표	예방의료 자원	건강한 지역 조성 관련 서비스에 대한 1인당 보건의료 지출	Intervening factors	Resourcing to support health
	보건의료자원	1인당 순 보건의료지출(입원 및 외래)	Situation of health	Resourcing for health and social care
	효과적인 1차/2차 의료 - 1인당 GP - 모든 응급실 입원 - 만성질환의 응급실 입원 - 수술 가능한 폐암	1차 및 연속적인 2차 의료의 효과 환자당 GP의 비율 모든 응급실 입원의 성, 연령 직접표준화 비율 천식 및 당뇨 환자의 모든 응급실 입원의 성, 연령 직접 표준화 비율 진단 2년 내 폐암 수술 비율	Situation of health	Appropriate care
	2차 의료에 대한 접근성	요구가 있는 인구집단 대비 이용(operation) 비율	Situation of health	Appropriate care

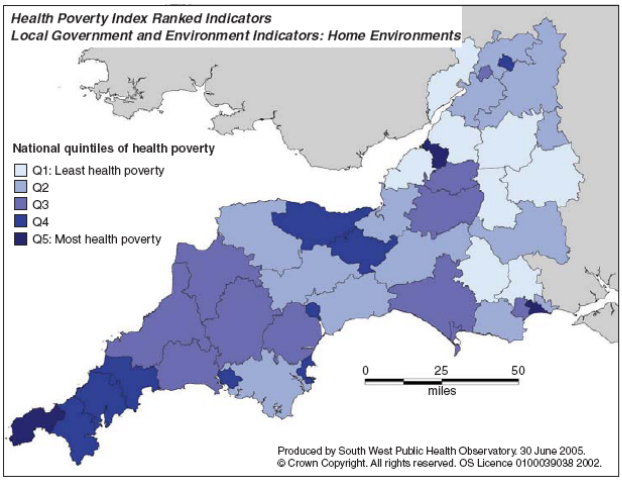
구분	HPI 세부지표	정의	HPI 영역	
	예방의료에 대한 접근성	예방의료에 대한 접근성	Intervening factors	Healthy areas
	- 독감예방접종	65세 인구 중 독감 예방접종한 사람의 비율		
	- 효과적인 예방접종	예방접종 미실시 측정		
	- 유방암 검진	53~64세 여성 검진 비율		
	- 자궁경부암 검진	25~64세 여성 검진 비율(5년 내)		
	- 방문간호사에 대한 접근성	1인당 WTE(Weighted Whole Time Equivalent) 방문간호사		
	예방의료의 질	고콜레스테롤 환자의 스타틴 처방 비율	Intervening factors	Healthy areas
	생활습관	건강한 생활습관	Intervening factors	Behaviours and environments
	- 흡연율	흡연 비율 추정		
	- 신선한 과일 섭취	성인의 과일 및 채소 1일 섭취		
	- 알코올 남용	알코올 관련 입원의 성, 연령 직접표준화 비율		
	- 약물 오남용	약물 관련 입원의 성, 연령 직접표준화 비율		
	- 주당 5시간 이하 신체 활동	주당 5시간 이하 신체활동 추정		
	건강 자본	생애 전반의 잠재적 건강	Situation of health	Health status
	- 비만	BMI 30 이상 비율 추정		
	- 혈압	SBP 160mmHg 이상, DBP 95mmHg 이상인 고혈압 환자의 비율 추정		
	- 콜레스테롤	고콜레스테롤 비율 추정		
	- 저체중 출생	2500g 이하 단태아 출생 수		
	정신질환	정신질환 측정	Situation of health	Health status
	- 자살	연간 자살인구의 비율		
	- 정신 질환 급여	우울 및 불안 급여를 신청한 취업연령 인구집단의 비율		
	- 불안/우울 처방	우울 및 불안으로 약물 치료를 받은 인구집단의 비율		
	- 정신질환 입원	우울 및 불안으로 인한 입원		
	신체질환	질병 급여를 신청한 취업연령 인구집단의 비율	Situation of health	Health status
	조기사망	10,000명당 75세까지의 평균 손실 수명연수의 성, 연령 직접표준화 비율	Situation of health	Health status

자료: Rolfe & Watson. 2006, pp.5-38

2. South West Public Health Observatory의 HPI 산출

남서부 지역의 지도는 앞서 살펴본 남동부 지역의 지도와 비슷한 방식으로 산출되었는데, 지표의 정의에 대한 설명은 생략되었고, 각 지표별로 나타난 지역적 차이에 대한 시사점을 간단히 언급하였다(그림 2-7). 남서부는 65세 이상 인구가 가장 높은 지역이어서, 연령 제한을 두거나 취업 연령집단만을 대상으로 하는 몇 가지 지표의 경우 주의가 필요하다고 제안하였다. 예를 들어, 정신 및 육체적 이환에 대한 지표에서는 취업 연령 인구집단에서 해당 급여를 신청한 경우를 반영하고 있다(Cooke et al, 2005, p.3).

[그림 2-7] South West Public Health Observatory에서 산출한 HPI 지도: 가정환경



An east-west gradient of decreasing home environment quality towards the west of the region is apparent. There are however notable exceptions to this pattern especially in urban areas that tend to be in the lower quintiles. Recent unfit housing data shows little relationship with this distribution. This is thought to be due to the relative weighting of the other indicator components, namely social support, air quality and single occupancy in over 75s (see indicator definition in appendix 1).

자료: Cooke et al, 2005, p.7

HPI의 각 세부지표에 대하여 남서부 지역 간 불평등을 지도로 검토한 결과 South West Public Health Observatory에서는 다음과 같은 시사점을 도출하였다.

남서부 지역은 평균 수명이 길고 건강상태도 좋은 편이지만, 인구집단별로 건강과 건강결정요인에 대한 노출은 상당한 차이가 있다. GDP가 낮고, 재원이 적음에도 불구하고, 조기사망이나 신체적 질환 측면에서 좋게 나타났고, 반면 정신질환은 편차가 있었다. 직업공급의 변화, 교육의 질 등 몇 가지 근원요인(root causes)와 조기사망, 낮은 신체질환 등 몇 가지 건강상태(health status)에서 좋은 결과를 보였다. 반면, 근원요인 중 GDP, 재산, 중재요인(intervening factors) 중 예방의료, 2차 의료, 사회복지에 대한 접근성 등에서는 낮게 나타났다(Cooke et al, 2005, p.17). 지표별 시사점을 구체적으로 살펴보면 다음과 같다.

가. 경제 지표

1) GDP

지역당국의 반이 최하위 분위에 속해 있고, 북동쪽과 남서쪽의 차이가 뚜렷하다. Swindon은 상위 5%에 속하고, Bristol은 상위 분위에 속한다. Swindond의 높은 GDP는 제조 및 서비스 산업의 성장을 의미한다. 산업활동이 낮은 지역은 삶의 질 측면에서 은퇴자들에게 매력적이기 때문에, 낮은 GDP와 65세 이상 인구의 높은 비율은 관련성이 있다. 65세 이상 인구 비율이 30%로 높은 Christchurch는 GDP가 중간 범위에 속한다.

2) 직업공급의 변화

실직 상태에 있다는 것은 신체적, 특히 정신적 건강상태를 반영하는 것으로, 고용의 기회가 증가하는 것은 건강상태가 좋음을 나타낸다. 남서부 지역의 그림에서는 이 지표가 좋은 것으로 나타났다. 지역당국의 2/3가

직업공급의 변화에서 England보다 높고, 3개 지역당국만이 최하위 분위에 속해 있다. 또한 지역별 패턴이 분명히 보이지 않았다.

3) 소득

Penwith만 낮은 분위에 속해 있는데, 이 지역 대부분이 급여혜택을 받고 있다. Torbay, Kerrier, Plymouth, Bournemouth는 하위 4분위이다. 일반적으로 소득은 직업공급이 좋고, 지역사회의 급여에 대한 의존이 적음을 의미한다. 남서부 쪽으로 갈수록 급여 대상자가 높게 나타나지만 강하지는 않다. GDP가 매우 높은 Bristol은 급여의존 인구집단이 많아 소득 지표가 4분위에 속한다.

4) 재산

이 지표는 고가의 집들이 있는 지역에서 생활이나 서비스 제공의 어려움을 나타내는 것이다. 단 한 지역만이 하위분위에 속하는 것으로 나타났는데, 이 지표는 해석이 어려운 측면이 있다. 직장이 있는 주요 지역으로부터 출퇴근 거리 내에 떨어져 있는 시골 지역은 인기가 있다는(이것은 집값 상승으로 이어진다) 근거가 있다. 고가의 집이 미치는 영향은 명확하지 않은데, 어떤 사람들에게는 자본일 수 있지만, 많은 사람들에게는 가처분 소득의 부족을 의미할 수 있다. 특히 공공분야의 서비스 제공자를 유인하기 어려운 장애요인이 될 수 있다.

나. 지방 정부 및 환경 지표

1) 지방정부자원

2/3의 지역이 하위 2분위에 속하는 것으로 나타났다. 지방정부의 기금이 중앙정부의 방식에 따르기는 하지만, 지역마다 자원 분배 방식이 차이가 날 수 있다. 그러나 남서 지역의 많은 곳이 상대적으로 재정이 낮은데, 이런 경우 지역의 재량이 제한적이다.

2) 레크리에이션 시설

이 지표는 실내 스포츠센터를 포함한 스포츠 시설에 대한 접근성을 반영하는 것이다. 멋진 시골길이나 해변을 무료로 이용할 수 있는 환경이라면 특권이다. 33개 지역이 상위 분위이고, Gloucster만이 낮은 분위이다. 그러나 레크리에이션 시설이 충족되어 있는 것인지, 아니면 관광 인프라의 일부인지는 명확하지 않다.

3) 가정환경

고립, 사회적지지 부족 또한 질 낮은 주거시설이나 공기의 질처럼 건강결정요인이다. 남서부 지역 대부분은 세 곳을 제외하고 주거 환경이 괜찮은 편이다.

4) 직장 및 지역 환경

직장에서의 통제력이 낮을 때, 우울증, 불안, 심장질환의 위험이 증가하는

것으로 알려져 있다. 여기에서 사용된 실업이라는 지표는 낮은 소득에 대한 지표가 아니라, 고용되어 있지 않는 것 또는 비자발적으로 직장에서 배제된 부정적인 영향을 측정하는 것이다. 이것은 심리학적 영향도 포함한다.

범죄는 지역을 고립시키게 된다. 만약 범죄율을 지역 거주자 수 대비로 산출하게 되면, 통근자나 방문자와 같은 비 거주자가 많은 지역의 경우 그 결과는 잘못된 인상을 주게 된다. 남동부 지역의 환경은 대부분 건강에 긍정적인 영향을 미치고, Bristol만이 하위 분위에 속해 있다.

5) 사회적 자본

대학가로 구성된 지역은 학생이나 다른 구성원들의 이동으로 인구의 순환이 높다. 모든 대학가가 학생의 비율이 11% 정도로 비슷하다. 일반적으로 오래된 지역이 보다 인구가 안정적이라는 점을 고려하면, 남서부는 대체로 사회적 자본이 높은 것으로 기대할 수 있다. 사회적 자본이 낮은 지역들이 대부분 관광지인데, 이러한 지역들은 계절 근로자의 이동이 많다. East Dorset 한 곳만이 최고 분위인 것으로 나타났다.

다. 교육 지표

1) 교육자원

학생당 학교지출은 지역 중 절반이 가장 낮은 분위에 분포되어 있었다.

2) 교육의 질

이 지표는 공립학교만을 대상으로 하였는데, 3개 지역이 가장 낮은 분위였다. 남서부는 학교 자원이 적은 편이다.

3) 인적 자본

아이들의 시험 결과만을 반영하는 지표인데, 이것은 전체 지역사회가 가진 기량을 대표하는 좋은 대리지표가 아니다. 일반적으로 교육을 받은 젊은 인구집단을 측정하기도 한다. 교육의 질과 인적자본은 상관관계를 보이는데, 이 지표들은 교육 자원과는 밀접하게 관련이 없다.

라. 사회복지 지표[31)]

사회복지자원은 전체 지역 중 절반이 가장 낮은 분위에 속해 있고, Bristol 등 4개 지역이 상위 분위인 것으로 나타났다. 접근성 지표는 사회복지서비스 자원의 부족을 나타내는데, 일부 지역에서는 자원과 접근성 모두 부족한 것으로 나타났다. 사회복지서비스의 질은 사회복지서비스의 기금이나 접근성과 관련이 없는 것처럼 보인다.

마. 보건 지표

1) 보건의료자원

이 지표는 급성기 트러스트의 실제 지출을 나타내는데, 반 이상의 지역에서 하위 2개 분위에 속했다. 시골/도시 또는 거리에 따른 차이가 분명하지 않았다.

31) 사회복지 지표는 사회복지자원/ 사회복지서비스에 대한 접근성/사회복지서비스의 질로 구성됨.

2) 예방의료 자원

전반적으로 이 지표는 좋은 성과를 보이지 않았다. 절반 이상의 지역이 하위 2분위로 나타났고, 보건의료자원과 관련성을 보이지 않았다.

3) 효과적인 1, 2차 의료

이 지표는 노인인구가 많은 시골 지역의 경우 신중하게 해석해야 한다. GP에 대한 수가는 고령화된 시골 지역 환자의 요구가 더 높다는 점을 반영해야하기 때문에, 남서부 지역의 GP가 환자 할당이 적다는 점은 당연하다. 대체로 남서부 지역의 PCT의 응급실 입원률이 낮은데, 이것이 좋은 의료를 의미하는지, 아니면 다른 요인이 있는지 명확하지 않다.

좋은 GP 의료가 특히 만성질환으로 인한 응급실 입원을 줄일 수 있다. 수술 가능한 폐암은 조기 진단 및 적절한 치료를 나타내는 지표이다. 남서부 지역은 이 점에서 좋은 성과를 보이는데, 접근성은 의료기관과의 거리에 영향을 받지 않는 것으로 보인다.

4) 2차 의료에 대한 접근성

NHS에서의 2차 의료를 고려한 지표인데, 이것은 보건의료 자원과 관련성이 없었다.

5) 예방의료에 대한 접근성

Bristol은 지역에서 보건의료자원이 가장 높지만, 예방의료에 대한 접근성은 하위 분위로 나타났다.

6) 예방의료의 질

높은 콜레스테롤에 대해 스타틴을 처방하는 것은 비용 효과적인데, 이것이 잘 수행되지 않는 것으로 나타났다. 거의 2/3가 하위 2분위였다.

7) 생활습관

이 지표는 영국의 조사 자료로 추정한 것이어서, 반드시 이 지역 인구가 건강하지 않은 생활습관을 가졌다는 의미는 아니다. 그러나 지역의 인구집단은 위험한 행태를 나타낼 수 있는 인구사회학적 특성을 가지고 있다.

8) 건강 자본

비만, 혈압, 콜레스테롤, 저체중출생과 같은 요인은 나쁜 건강의 예측인자이다. 지역의 반 이상이 낮은 하위 분위에 속해 있다. 비만, 고혈압, 콜레스테롤은 연령이 증가함에 따라 증가한다. 이 자료는 연령을 표준화하지 않았기 때문에, 지역사회의 총 질병 부담을 반영하는 것이고 또한 인구 고령화를 의미하기도 한다.

9) 정신질환

이 지표는 취업연령 인구집단에서의 정신질환을 측정한 것이고, 5개 지역이 하위 분위로 나타났다. Bristol은 전반적으로 지역의 센터가 열악함에도 불구하고 이 지표가 상대적으로 좋게 나타났다.

10) 신체질환

두 곳만이 하위 분위였는데, 이것은 노인인구가 많은 지역의 질병 부담을 과소 추정했을 가능성이 있다. 조기 사망과의 상관관계가 있었다.

11) 조기사망

남서부 지역의 기대수명은 영국에서 가장 길다. 어떤 지역도 하위 분위에 속하지 않았고, 반 이상이 상위 2개 분위에 해당되었다(Cooke et al, 2005, pp.17-23).

제3절 국내 Health Poverty Index 적용 사례

국내에서는 2009년 지역단위의 건강불평등 양상을 파악하기 위한 모니터링 체계 구축을 위하여 HPI를 시범적으로 적용한 바 있다. 지역단위를 시·도 수준과 시·군·구 수준으로 나누었으며, 대상지역은 16개 시도와 서울시 25개 구였다.

HPI의 개념 구조를 바탕으로 각 지표에 해당하는 국내 지표를 선정하고, 자료의 가용성과 안정성, 공신력을 기준으로 지표를 산출할 수 있는 자료를 추출하였다. 기준 년도는 주요 자료원인 국민건강영양조사와 지역사회건강조사의 시기에 맞추어 각각 2005년과 2008년으로 하고, 해당 년도의 자료가 없을 경우는 가장 가까운 시기의 자료로 대체하였다. 지역단위에 따라 선정한 지표는 아래의 표와 같다(신영전 등, 2009, p.309).

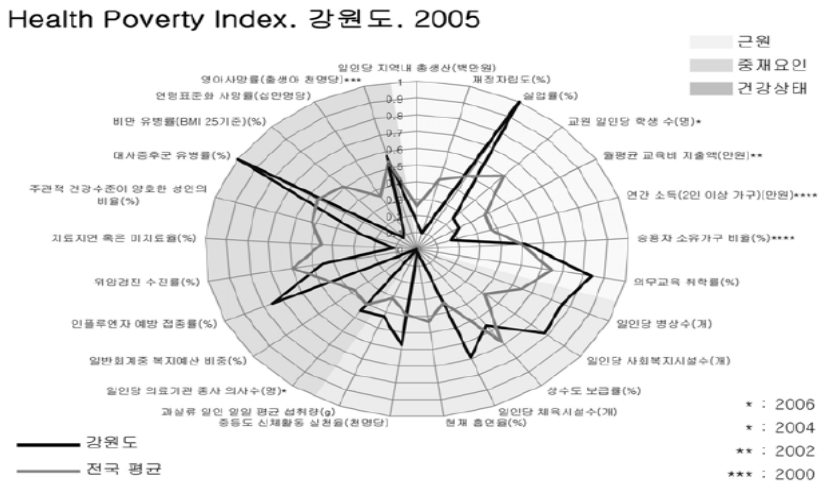
〈표 2-3〉 국내 HPI 지표 선정 사례

범위	영역	시도 단위 지표	시군구 단위 지표
근원	지역적 전망	- 일인당 지역내 총생산 - 재정자립도 - 실업률	- 재정자주도 - 취업자수 비율 - 교원1인당 학생수
	지역 여건	- 교원 일인당 학생 수 - 월평균 교육비 지출액	- 노령인구비율 - 4년제 이상 대학 진학률
	개인과 가족의 여건	- 연간 소득(2인 이상 가구) - 승용차 소유가구 비율 - 의무교육 취학률	- 국민기초생활보장수급자 세대 비율 - 일인당 자동차 등록대수 - 적령아동취학률
중재 요인	건강지지 자원	- 일인당 병상수 - 일인당 사회복지시설수	- 일인당 총진료비 - 인구 천명당 의료기관 병상수
	건강한 장소	- 상수도 보급률 - 일인당 체육시설수	- 인구 천명당 도시공원 조성면적 - 암 검진율
	행동과 환경	- 현재 흡연율 - 중증도 신체활동 실천율 - 과실류 일인 일일 평균 섭취량	- 현재 흡연율 - 상수 및 하수도보급률 - 사고중독 발생률
건강 상태	보건복지 자원	- 일인당 의료기관 종사 의사수 - 일반회계 중 복지예산 비중	- 일인당 건강보험 급여비 - 일반회계 중 복지예산 비중
	적절한 관리	- 인플루엔자 예방 접종률 - 위암검진 수진률 - 치료지연 혹은 미치료율 - 주관적 건강수준이 양호한 성인의 비율	- 인구 천명당 의료기관 종사 의사수 - 필요의료서비스 미치료율 - 노인 천명당 노인여가복지시설수 - 양호한 주관적 건강수준 인지율
	건강결과	- 대사증후군 유병률 - 비만 유병률 - 연령표준화 사망률 - 영아사망률	- 인구 십만명당 자살률 - 비만 인구율 - 고혈압 평생 의사진단 유병률 - 연령표준화 사망률

자료: 신영전 등, 2009, pp.301-302

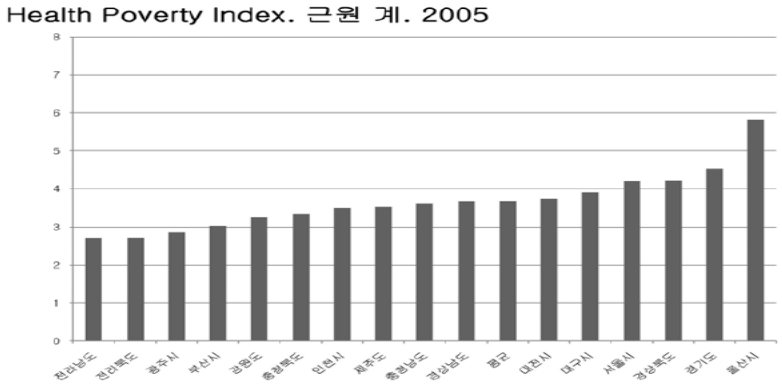
여기에서 제시된 스파이더그램은 영국의 산출 방식과 반대로 가장 바람직한 상태가 1의 값을 갖도록 하였다. 우리나라의 도표가 크고 넓을수록 바람직한 상태로 파악하는 경향이 있어 이해를 돕기 위하여 환산하였다. 지표는 스파이더그램 뿐 아니라, 영역별 계를 산출하여 막대그래프나 지도로 나타내었다(그림 2-8, 2-9, 2-10).

[그림 2-8] 국내 HPI 지표 산출 사례: 스파이더그램



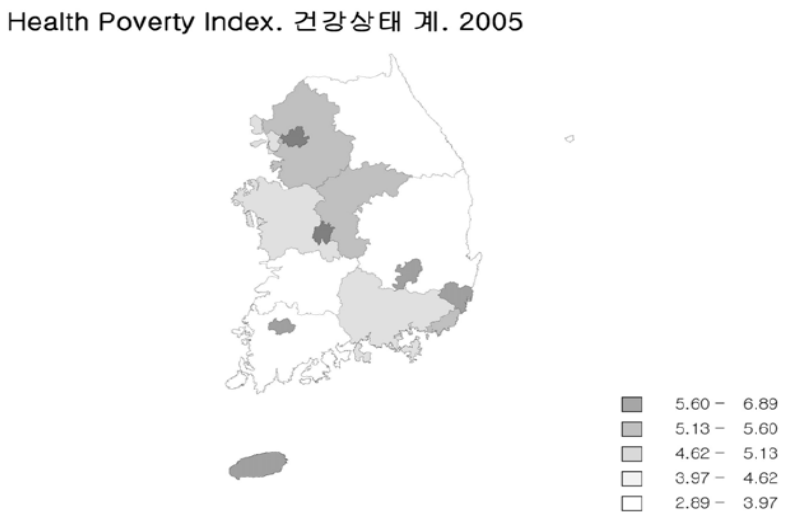
자료: 신영전 등, 2009, p.319

[그림 2-9] 국내 HPI 지표 산출 사례: 막대그래프



자료: 신영전 등, 2009, p.327

〔그림 2-10〕 국내 HPI 지표 산출 사례: 지도



자료: 신영전 등, 2009, p.331

이와 같은 시범 적용으로 몇 가지 의의와 가능성을 제안하였다. 건강결정요인의 현황을 수치화하고 도표로 제시함으로써 지역별 건강불평등을 쉽게 확인할 수 있었다. 각 지표의 값을 모두 더하여 건강결정요인의 지역별 차이를 비교하여, 관심 지역이 전체에서 몇 번째에 위치하는지를 파악하는 것이 가능하였다. 또한 주기적으로 충분한 자료가 확보된다면 시계열적 비교 가능성이 있으며, 영국과 같이 웹으로 도구를 지원하여 모니터링 도구로 활용이 가능한 것으로 언급하고 있었다. 반면, 자료의 한계를 바탕으로 산출된 지표이기 때문에, 지표들이 건강결정요인의 대표성을 나타내지 못할 수 있다는 제한점이 있었다. 결론적으로 HPI가 국내에서도 건강불평등 모니터링 도구로서 활용 가능성이 있는 만큼, 국내에서 산출되고 있는 통계자료에서 지표를 반영하여 지속적으로 자료를 구축할 것을 제안하였다(신영전 등, 2009, pp.343-345).

3 한국형 건강빈곤지수 (Health Poverty Index) 개발

제1절 개발과정

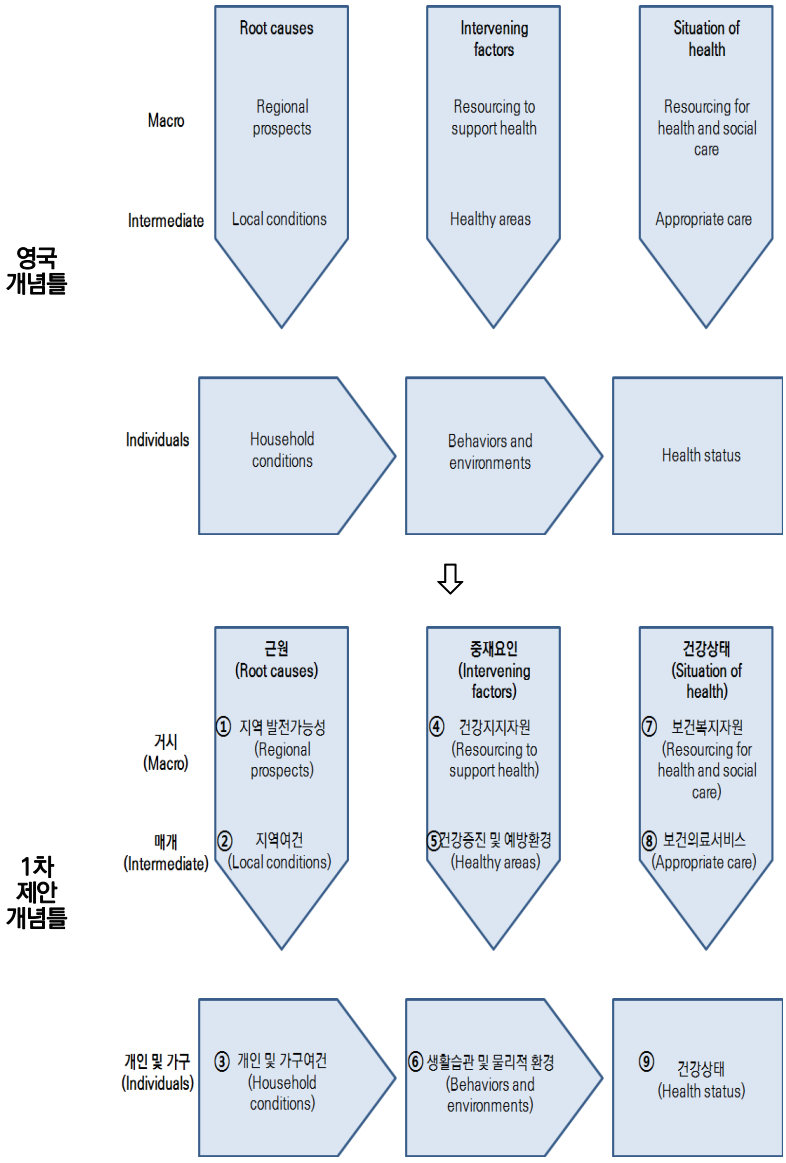
1. 개념틀 및 세부지표 개발

한국형 HPI의 개념틀과 세부지표 개발을 위하여 기존 선행연구 중 가장 핵심이 되는 영국 SEPHO HPI 및 한국 HPI(신영전 등, 2009) 연구를 중점적으로 참고하였다. SEPHO의 HPI는 영역별 세부지표를 구성·산출하여 영국 남동부 지역의 건강불평등을 살피는데 주요 근거자료가 되었으며, 한국 HPI는 국내에서 논의되지 않았던 건강빈곤지수 개념을 최초로 도입, 국내 다양한 자료원을 바탕으로 지역별 건강빈곤지수를 산출하였다는데 의미가 깊다.

본 연구에서 1차적으로 수립한 HPI 개념틀은 영국의 것과 크게 다르지 않다. 근원적 요인을 기반으로, 중재요인을 거쳐 드러나는 건강상태에의 각 영역별 불평등을 가구수준/지역수준/거시수준에 걸쳐 살펴보고자 하였다. 또한 가로축과 세로축의 교집합이 되는 9개 세부 영역도 영국(Rolfe & Watson. 2006, p.1)과 동일하게 하되, 세부 영역 번역 시 직접적인 번역 보다는 의미전달에 중점을 두었으며, 국문과 영문 명칭을 병기하여 이해가 쉽도록 하였다.

또한 9개 세부 영역에 포함되는 세부 지표 선정을 위하여 영국과 한국의 것을 비교하고, 현재 한국의 건강불평등 맥락을 잘 설명하는 방향으로 지표를 추가·삭제하는 작업을 거쳤다.

〔그림 3-1〕 영국 HPI 개념틀과 한국형 HPI 1차 개념틀



자료: 한국보건사회연구원에서 직접 작성

①지역발전가능성(Regional prospects): 영국 SEPHO는 1인당 GDP, 작업장별 FTE 인력고용 변화율, 학생수 당 평균 교육비 지출 등을 세부지표로 산출하였고, 한국(시군구 기준)에서는 재정자주도, 취업률, 교사 1인당 학생수 등을 제안·산출하였다. 본 연구에서는 두 연구의 공통 지표인 고용률과 함께 각 연구에서 제안한 실업률, 인당 교육예산, 교사 1인당 학생수를 해당 영역의 세부지표로 선정하였다.

②지역여건(Local conditions): 영국은 지역 인구 유출률, 이웃에 대한 신뢰, 교사 1인당 학생수, 중학교 이상 교육의 질 등을 세부지표로 산출하였고, 한국에서는 노령인구 비율, 4년제 이상 대학 진학률을 산출하였다. 본 연구에서는 사회에 대한 신뢰(혹은 사회적 신뢰), 시민행복지수, 생활환경 만족도 등 지역여건에 대한 질적 지표뿐만 아니라 사교육비 월평균 지출액, 고등학교 학업중단율 등을 세부지표로 선정하였다.

③개인 및 가구여건(Household conditions): 영국은 지역·가구의 빈곤/부유 정도를 평가하는 지표와 학업성취도를 세부지표로 산출하였다. 한국도 가구 경제력의 대리지표로서 국민기초생활수급세대 비율, 1인당 자동차 등록대수를 산출하였으나, 영국에서 산출한 학업성취도 대신 적령아동취학률을 산출하였다. 본 연구에서는 저소득 한부모 가족수, 여성가구주 빈곤율, 아동 상대적 빈곤율, 노인 상대적 빈곤율, 중위소득 가구 빈곤율, 기초생활수급자수 등 다양한 기준으로 빈곤을 측정하고자 하였으며, 재산세, 자동차 보유가구 비율, 고교학업성취도 등을 세부지표로 추가 선정하였다.

④건강지지자원(Resourcing to support health): 영국에서는 건강한 지역조성 관련 서비스에 대한 인당 지출과 동일 목적의 지방정부 지출액을 세부지표로 산출하였다. 한국에서는 인당 진료비, 인구 천명당 병상수 등 보건 인프라와 관련한 기초 지표를 산출하였다. 본 연구에서는 일

반회계 중 보건의료예산비율, 일반회계 중 복지예산 비율 등 보건·복지 예산을 중심으로 세부지표를 선정하였다.

⑤건강증진 및 예방환경(Healthy areas): 영국에서는 1인당 레크리에이션 시설에 대한 접근성, 인구집단별 의료이용률(노인인구-독감예방접종률, 여성인구-자궁경부암·유방암 검진율), 1인당 WTE 방문간호사, 고콜레스테롤 환자의 스타틴 처방비율 등을 산출하였다. 한국에서는 인구 천명당 도시공원조성면적, 암 검진율 등을 산출하였다. 본 연구에서는 노인 독감예방접종률, 5대암 검진율(위암·간암·대장암·자궁경부암·유방암), 인구 천명당 도시공원 조성면적, 방문간호사 수 등 선행연구에서 제시된 세부지표들을 포괄적으로 포함시키고자 하였다.

⑥생활습관 및 물리적 환경(Behaviour and environment): 영국에서는 흡연, 음주, 약물 오남용, 과일 미섭취, 신체 비활동 등 부적절한 건강행태와 관련된 다양한 세부지표를 산출하였다. 한국은 건강행태 관련으로는 흡연율이 단일하였고, 상수도 및 하수도 보급률, 중독사고 발생률 등을 산출하였다. 본 연구에서는 흡연, 음주, 신체활동 등 건강행태 관련 대표 지표와 직업 환경 측면에서의 비정규직 근로자 비율, 생활환경 측면에서의 범죄율, 119 출동 등을 세부지표로 선정하였다.

⑦보건복지자원(Resourcing to support health): 영국은 1인당 보건의료지출, 1인당 사회복지 지출 등을 세부지표로 산출하였고, 한국은 1인당 건강보험 급여비, 1인당 일반회계 중 복지예산 비율을 세부지표로 산출하였다. 본 연구에서는 보건·복지 예산은 ④건강지지자원에 구성시켰으며, 본 영역에서는 기준인구당 병상수·의사수·간호사수 등 인프라와 건강보험급여비, 의료급여비, 장기요양보험급여비 등 보건의료관련 지출을 세부지표로 선정하였다.

⑧보건의료서비스(Appropriate care): 영국은 1차 및 2차 의료의 연

속성을 측정하고자 GP비율, 응급실 이용률, 천식·당뇨 환자의 응급실 이용률 등을 산출하였고, 사회복지서비스에 대한 접근성, 취약집단에 대한 복지 효과 측면에서의 세부지표들을 산출하였다. 한국은 단위인구당 의사수와 필요의료서비스 미치료율, 단위 노인인구당 여가복지시설수, 양호한 주관적 건강수준 인지율 등 영국에서 고려한 각 측면에서의 대표 지표를 세부지표로 산출하였다. 본 연구에서는 필요의료서비스 미치료율, 경제적 이유로 인한 필요의료서비스 미치료율, 과부담의료비 지출가구율 등 보건의료서비스의 이용, 혹은 이용으로 말미암은 경제적 부담 측면의 지표만을 세부지표로 선정하였다.

⑨건강상태(Health status): 영국은 정신질환과 더불어 비만, 고혈압, 고콜레스테롤, 출생 시 체중 등을 바탕으로 생애 전반의 잠재적 건강을 측정하였다. 또한 질병급여를 받는 취업연령자 비율, 단위인구당 평균 손실수명연수 등을 세부지표로 산출하였다. 한국의 경우, 단위인구당 자살률과 비만률, 고혈압 유병률, 연령표준화 사망률 등 영국과 비교적 유사한 성격의 지표들을 산출하였다. 본 연구에서는 기대수명 및 건강수명, 사망률(총사망률, 암사망률, 자살사망률), 자기평가 건강수준 등의 건강결과 지표와 출생 시 체중(단태아 저체중 출생률), 만성질환 유병률(고혈압 유병률, 당뇨병 유병률, 비만율) 등 잠재적 건강 지표를 세부지표로 선정하였다.

위 과정을 거쳐 1차로 선정된 영역별 세부지표는 아래 표와 같다.

〈표 3-1〉 한국형 HPI 1차 세부 지표(안)

구분			세부지표
근원 (Root cause)	거시(Macro)	지역 발전가능성 (Regional prospect)	- 고용률 - 실업률 - 지역 내 총생산 - 인당 교육예산 - 교원 1인당 학생수

구분			세부지표
	매개 (Intermediate)	지역여건 (Local conditions)	- 사회에 대한 신뢰 - 시민행복지수 - 사회적 신뢰 - 생활환경 만족도 - 사교육비 월평균 지출액 - 고등학교 학업중단율
	개인 및 가구 (Individuals)	개인 및 가구여건 (Household conditions)	- 저소득 한부모 가족수 - 여성가구주 빈곤율 - 아동 상대적 빈곤율 - 노인 상대적 빈곤율 - 기초생활수급자수 - 재산세 - 자동차 보유가구 비율 - 고교학업성취도
중재요인 (Intervening factors)	거시(Macro)	건강지지자원 (Resourcing to support health)	- 일반회계 중 보건의료예산 비율 - 일반회계 중 복지예산 비율
	매개 (Intermediate)	건강증진 및 예방환경 (Healthy areas)	- 노인 인플루엔자 예방접종률 - 5대암(위암, 간암, 대장암, 자궁경부암, 유방암) 검진율 - 인구 천명당 도시공원조성면적 - 방문간호사 수
	개인 및 가구 (Individuals)	생활습관 및 물리적 환경 (Behaviors and environment)	- 현재 흡연율 - 고위험 음주율 - 중증도 이상 신체활동 실천율 - 비정규직 근로자 비율 - 범죄율 - 119출동
건강상태 (Situation of health)	거시(Macro)	보건복지자원 (Resourcing for health and social care)	- 기준인구당 병상수 - 기준인구당 의사수 - 기준인구당 간호사수 - 건강보험 급여비(외래·입원) - 의료급여비(외래·입원) - 장기요양보험급여비(외래·입원)
	매개 (Intermediate)	보건의료서비스 (Appropriate care)	- 필요의료서비스 미치료율 - 경제적 이유로 인한 필요의료서비스 미치료율 - 과부담의료비 지출가구율

구분			세부지표
	개인 및 가구 (Individuals)	건강상태 (Health status)	- 기대수명 및 건강수명 - 총사망률 - 암 사망률 및 5대암 사망률 - 자살 사망률 - 단태아 저체중 출생률 - 고혈압 유병률·당뇨병 유병률 - 비만율 - 자기평가 건강수준 - 건강관련 삶의 질

자료: 한국보건사회연구원에서 직접 작성

제2절 전문가 델파이조사

1. 조사 실시

전문가 델파이조사는 2015년 8월 12일부터 9월 14일까지 약 한달 간 이메일 조사방식으로 진행되었다. 조사대상자는 총 5인으로, 현재 건강형평성 분야에서의 연구 활동이 활발하거나, 국내 건강빈곤지수 연구(신영전 등, 2009)의 참여 경험이 있는 연구자로 한정하였다.

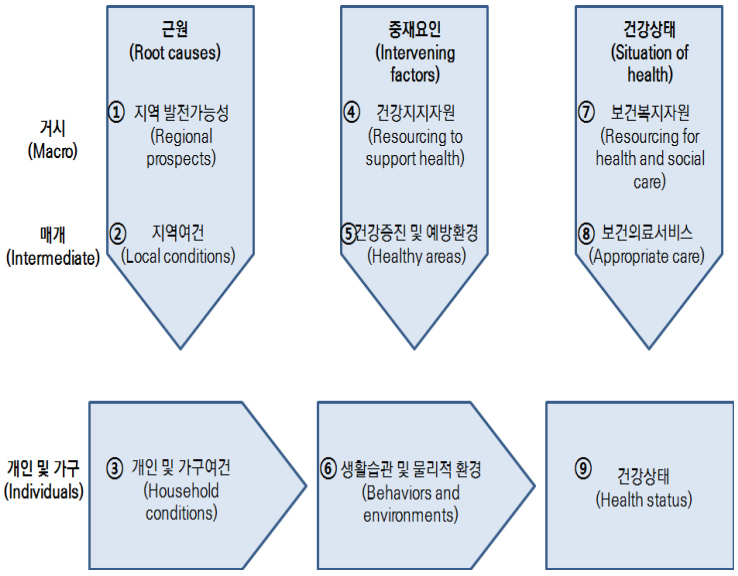
조사표는 한국형 HPI 개념틀에 대한 검토와, '근원', '중재요인', '건강상태'에 포함되는 거시, 매개, 개인 수준의 세부지표를 검토하는 내용으로 구성하였다. 이때 세부지표에 대한 다면적 평가를 가능하게 하고자 ① 지표 중요성, ②지표 적절성, ③지표 현실성, ④최종 산출여부 등 총 4개 항목에 대해 5점 Likert scale을 활용하였다. 또한 본 조사표에는 제안되지 않았으나, 반드시 산출이 필요한 지표에 대한 의견을 추가적으로 수렴하였다(조사표 부록 첨부).

조사 결과는 세부 지표별로 조사대상자 가운데 절반 이상이 해당 지표의 산출이 적절하거나 매우 적절하다고 응답한 경우를 중심으로 기술하였다.

2. 조사 결과

가. HPI 개념틀

[그림 3-2] 1차 제안 HPI 개념틀



자료: 한국보건사회연구원에서 직접 작성

□ 영역 구분에 대한 전반적 의견

개념틀의 세로축을 차지하는 거시(Macro), 매개(Intermediate), 개인 및 가구(Individuals)는 각 '거시 수준', '중간 수준', '개인 수준'으로 표기하는 것이 본 의미를 명확히 전달하기에 적절하다는 의견이 있었다.

개념틀의 가로축을 차지하는 근원(Root causes)은 '근본원인', 혹은 '근본적 원인', '바탕원인' 등 근원을 풀어쓰거나 쉬운 어휘를 사용하여

이해를 용이하게 할 것이 권고되었다. 또한 중재요인(Intervening factors)은 '매개요인', '중간요인', '중개요인'의 사용을, 건강상태(Situation of health)는 해당 영역 안에 보건 및 복지자원 조달, 서비스의 효과성·접근성·질, 건강상태를 포함하고 있으며, ⑨건강상태와도 중복되는 것으로 고려했을 때, '보건상황'으로 표기하거나 '건강관련 서비스'로 표기하는 것이 추천되었다.

또한 한국적 맥락을 반영하고 지표 영역의 이해도를 높이기 위하여, 본 연구에서 제안한 것과 같이 국문과 영문을 병기할 것이 권고되었다. 단, 국문 상으로 구분이 어려운 'Regional'과 'Local'의 경우, 동일하게 '지역'으로 하되 각 단어의 사전적 의미를 주석으로 추가하는 것이 필요하다고 제안되었다.

□ 영역별 세부지표에 대한 검토의견

영역별 세부지표에 대한 검토의견은 〈표 3-2〉에 정리된 바와 같다.

〈표 3-2〉 영역별 세부지표 검토의견

구분			검토의견
근원 (Root cause)	거시(Macro)	지역 발전가능성 (Regional prospect)	- 지역발전가능성은 '지역 전망'으로 정의하는 것이 권고됨.
	매개 (Intermediate)	지역여건 (Local conditions)	-
	개인 및 가구 (Individuals)	개인 및 가구여건 (Household	- 개인 및 가구 여건은 개인수준에서 폭로되는 '가구 단위에서의 조건'을 나타내며, 개인 및 가구여건을 아우르는 상위 수준

구분			검토의견
		conditions)	으로 '개인(Individuals)'이 있으므로 '가구 여건'이라고 정의하는 것이 적절함.
중재요인 (Intervening factors)	거시(Macro)	건강지지자원 (Resourcing to support health)	- 건강지지 자원은 의미상으로는 자원 조달의 정도를 의미하고 있으므로, '건강지지 자원조달'로 정의하는 것이 권고됨. - 건강지지 자원의 구성내용이 주로 보건·복지(국가)지출이므로 '건강지지 재원'으로 표기하는 것도 고려해볼만 함.
	매개 (Intermediate)	건강증진 및 예방환경 (Healthy areas)	- 건강증진 및 예방환경은 예방적 서비스(시설)에 대한 접근성을 의미하고 있으므로 '건강한 지역(환경)' 혹은 '건강한 동네'로 표현하는 것이 제안됨.
	개인 및 가구 (Individuals)	생활습관 및 물리적 환경 (Behaviors and environment)	- 생활습관 및 물리적 환경은 개인의 생활습관과 생활환경을 의미하므로 '생활습관 및 생활환경' 혹은 '생활습관과 환경요인' 등으로 표현하는 것이 권고됨.
건강상태 (Situation of health)	거시(Macro)	보건복지자원 (Resourcing for health and social care)	- 보건복지자원은 중재요인에서의 건강지지 자원과 마찬가지로 자원 조달의 의미를 내포하고 있으므로, '보건의료 및 복지서비스 자원조달'로 표기하는 것이 권고됨.
	매개 (Intermediate)	보건의료서비스 (Appropriate care)	- 서비스의 효과성, 접근성, 서비스 질 개념을 포함하는 영역이므로 보건의료서비스보다는 '서비스 적절성' 혹은 '적절한 서비스', '보건의료의 적절성', '적정 의료' 등으로 지표정의를 달리 할 것이 권고됨.
	개인 및 가구 (Individuals)	건강상태 (Health status)	-

나. 근원(Root cuase)

1) 거시(Macro): 지역 발전가능성(Regional prospects)

〈표 3-3〉 근원-거시-지역발전가능성 세부지표별 전문가 선호도

	중요성					적절성					정책적 활용가능성					최종 산출여부				
	전혀 적절하지 않음		→		매우 적절함	전혀 적절하지 않음		→		매우 적절함	전혀 적절하지 않음		→		매우 적절함	전혀 적절하지 않음		→		매우 적절함
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
고용률			20%	20%	60%			20%	60%	20%			20%	40%	40%			20%	40%	40%
실업률				40%	60%			20%	80%				40%	60%				20%	60%	20%
지역 내 총생산				60%	40%				40%	60%			20%	40%	40%				60%	40%
인당 교육 예산				40%	60%			60%	40%				60%	40%				60%	40%	
교원 1인당 학생수			20%	20%	60%		20%	40%	40%			20%	20%	40%	20%		20%	40%	20%	20%

주: 중요성, 적절성, 정책적 활용가능성의 평점이 최종 산출여부를 의미하는 것은 아님.

□ 지표 검토의견

과반수 이상이 적절하거나 매우 적절하다고 평가한 지표는 고용률, 실업률, 지역 내 총생산으로 나타났다(최종 산출여부 기준).

단, 실업률 및 고용률은 지역 특성에 따라 차이를 보일 것이므로, 실증자료의 검토가 필요하다는 제안과, 실업률과 고용률 중 하나의 지표만 제시하는 것이 적절하다는 의견이 있었다. 더불어 고용률을 산출할 경우, 보수적인 고용률(임시직, 파트타임, 계약직 제외)의 개념을 가져와야 한다고 제안되었다.

또한 농촌, 오지, 낙도의 경우 지역 내 학령기 아동·청소년이 적어 교원 1인당 학생수가 적게 산출되는 것을 오히려 형평적인 것이라 평가할 수 있으므로 주의를 요한다는 의견이 있었다.

□ 추가 지표 제안

양질의 교육을 받은 청소년이 해당 지역에 거주한다는 전제가 있을 때, 성인이 되어 지역의 빈곤을 해결할 수 있는 인력이 될 수 있으므로, 고교 졸업 후 고교소재 시도의 대학에 진학하는 사람의 비율이 지표로 활용될 필요가 있다는 의견이 있었다.

또한 지역 여건 및 건강지지자원과 밀접히 연결되어 있으며 지역 발전 가능성을 나타낼 수 있는 인구 유출률, 인구 유입률이 지표로 추가되는 것이 필요할 것이라 평가되었다.

2) 매개(Intermediate): 지역여건(Local conditions)

〈표 3-4〉 근원-매개-지역여건 세부지표별 전문가 선호도

	중요성					적절성					정책적 활용가능성					최종 산출여부				
	전혀 적절하지 않음	→			매우 적절함	전혀 적절하지 않음	→			매우 적절함	전혀 적절하지 않음	→			매우 적절함	전혀 적절하지 않음	→			매우 적절함
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
사회에 대한 신뢰				40%	60%				80%	20%		20%		60%	20%		20%		60%	20%
시민 행복 지수			40%	20%	40%		20%	40%	20%	20%		20%	40%	20%	20%			60%	20%	20%
사회적 신뢰				60%	40%			20%	60%	20%		20%		60%	20%			20%	60%	20%
생활 환경 만족도				60%	40%			40%	40%	20%		20%		60%	20%		20%	40%	20%	20%

	중요성					적절성					정책적 활용가능성					최종 산출여부				
	전혀 적절하지 않음				매우 적절함	전혀 적절하지 않음				매우 적절함	전혀 적절하지 않음				매우 적절함	전혀 적절하지 않음				매우 적절함
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
사교육비 월평균 지출액	20%			80%		20%	20%	60%			20%		80%			20%	20%	40%	20%	
고등학교 학업 중단율				80%	20%				80%*				20%	80%					100%	

주: 1) * 해당 세부지표 무응답 1건
2) 중요성, 적절성, 정책적 활용가능성의 평점이 최종 산출여부를 의미하는 것은 아님.

□ 지표 검토의견

과반수 이상이 적절하거나 매우 적절하다고 평가한 지표는 사회에 대한 신뢰, 사회적 신뢰, 고등학교 학업 중단율로 나타났다(최종 산출여부 기준).

단, 사회에 대한 신뢰와 사회적 신뢰 간 개념 차이가 모호하므로, 두 지표 중 하나를 택해 사용하는 것이 필요하다는 지적이 있었다.

또한 사교육비 지출액의 경우, 개념적으로는 현재의 불평등 수준을 보여주는 것이기는 하나 사교육비 지출이 많은 곳을 '바람직하지 못한' 지역으로 분류하는 것은 부적절하다는 의견이 있었다.

□ 추가 지표 제안

직접 민주주의 수준을 평가할 수 있는 지표가 추가될 것과 거주기간(자료원: 지역사회 건강조사)을 지역사회 유출 관련 지표로 활용하는 것이 제안되었다.

3) 개인(Individual): 개인 및 가구 여건(Household conditions)

〈표 3-5〉 거시-개인-개인 및 가구여건 세부지표별 전문가 선호도

	중요성					적절성					정책적 활용가능성					최종 산출여부				
	전혀 적절하지 않음	→			매우 적절함	전혀 적절하지 않음	→			매우 적절함	전혀 적절하지 않음	→			매우 적절함	전혀 적절하지 않음	→			매우 적절함
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
저소득 한부모 가족수			20%	60%	20%			20%*	60%*				20%*	40%*	20%*		20%	20%	60%	
여성 가구주 빈곤율			20%	20%	60%			20%*	40%*	20%*			20%*	40%*	20%*		20%	20%	40%	20%
아동 상대적 빈곤율			20%	20%	60%			20%	20%	40%*			20%	20%	40%*		20%	20%	40%	20%
노인 상대적 빈곤율			20%	20%	60%			20%	20%	40%*			20%	20%	40%*		20%	20%	20%	40%
중위 소득 가구 빈곤율			20%		80%			20%	20%	60%			20%	20%	40%*			20%	20%	60%
기초 생활 수급자 수				40%	60%			20%	20%	60%			20%	20%	60%			20%	20%	60%
재산세				80%*				20%*	60%*				20%*	60%*				20%*	60%*	
자동차 보유 가구 비율			20%	80%				40%	60%			20%	40%	40%			20%	40%	40%	
고교 학업 성취도	20%			80%		20%		60%	20%		20%		60%		20%	20%		60%		20%

주: 1) * 해당 세부지표 무응답 1건,
2) 중요성, 적절성, 정책적 활용가능성의 평점이 최종 산출여부를 의미하는 것은 아님.

□ 지표 검토의견

과반수 이상이 적절하거나 매우 적절하다고 평가한 지표는 저소득 한부모 가족수, 여성 가구주 빈곤율, 아동 상대적 빈곤율, 노인 상대적 빈곤

율, 중위소득 가구 빈곤율, 기초생활수급자 수, 재산세 등으로 나타났다(최종 산출여부 기준).

한편 저소득 한부모 가족수 및 빈곤율 관련 지표의 경우, 생산 및 해석의 어려움에 대한 우려의 의견이 있었으며, 인구집단 유형별 빈곤율 지표 활용 시 전체 인구집단의 빈곤율을 왜곡할 가능성이 있으므로 전체 인구 대비 빈곤인구 비율이 적절할 것이라는 의견도 있었다.

더불어 국민기초생활보장제도가 개별급여 형태로 변경되었으므로 서로 다른 급여별 수급자수 및 수급기준을 고려하여 적절한 지표로 수정·보완하는 것이 필요하고, 수급자수 절대인구보다는 상대적 지표(전체 인구 대비 수급자수 또는 세대 비율)로 변경이 필요하다고 하였다.

또한 고교학업 성취도 대신 대학진학률을 포함시키는 것이 제안되었다.

다. 중재요인(Intervening factors)

1) 거시(Macro): 건강지지 자원(Resourcing to support health)

〈표 3-6〉 중재-거시-건강지지 자원 세부지표별 전문가 선호도

	중요성					적절성					정책적 활용가능성					최종 산출여부				
	전혀 적절하지 않음		→		매우 적절함	전혀 적절하지 않음		→		매우 적절함	전혀 적절하지 않음		→		매우 적절함	전혀 적절하지 않음		→		매우 적절함
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
일반 회계 중 보건 의료 예산 비율			20%	40%	40%				40%	60%				40%	60%				40%	60%
일반 회계 중 복지 예산 비율				20%*	60%*				40%	60%				40%	60%				40%	60%

주: 1) *해당 세부지표 무응답 1건
2) 중요성, 적절성, 정책적 활용가능성의 평점이 최종 산출여부를 의미하는 것은 아님.

□ 지표 검토의견

과반수 이상이 적절하거나 매우 적절하다고 평가한 지표는 일반회계 중 보건의료예산 비율, 일반회계 중 복지예산 비율로 나타났다(최종 산출여부 기준).

단, 빈곤 지역의 관련 예산 비율이 높을 수 있으므로 일인당 지출금액에 대한 고려도 필요하다는 제안이 있었다. 또한, 한국의 경우 영국의 사회서비스 지출과 달리 보건/복지 구분 시 의료급여 관련 지출 및 의료지원(긴급지원 내 포함) 지출은 보건의료 지출로 분류하는 것이 타당하다는 의견이 있었다.

□ 추가 지표 제안

영국 HPI와 같이 스포츠 및 여가 관련 지출을 반영할 수 있는 지표와 환경서비스에 대응되는 미화 관련 지출 지표(쓰레기/폐기물 처리 지출)의 추가산출이 필요하다고 제안되었다.

2) 매개(Intermediate): 건강증진 및 예방환경(Healthy areas)

〈표 3-7〉 중재-매개-건강증진 및 예방환경 세부지표별 전문가 선호도

	중요성					적절성					정책적 활용가능성					최종 산출여부				
	전혀 적절하지 않음				매우 적절함	전혀 적절하지 않음				매우 적절함	전혀 적절하지 않음				매우 적절함	전혀 적절하지 않음				매우 적절함
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
노인 인플루엔자 예방 접종률			20%	40%	40%				60%	40%				60%	40%				20%	80%
5대암 검진율				60%	40%				60%	40%				60%	40%				40%	60%

	중요성					적절성					정책적 활용가능성					최종 산출여부				
	전혀 적절하지 않음	→			매우 적절함	전혀 적절하지 않음	→			매우 적절함	전혀 적절하지 않음	→			매우 적절함	전혀 적절하지 않음	→			매우 적절함
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
인구 천명당 도시 공원 조성 면적				40%	60%			20%	60%	20%			20%	60%	20%				60%	40%
방문 간호사 수			40%	20%	40%		20%	20%	40%	20%			40%	20%	40%		20%	20%	20%	40%

주: 중요성, 적절성, 정책적 활용가능성의 평점이 최종 산출여부를 의미하는 것은 아님.

□ 지표 검토의견

과반수 이상이 적절하거나 매우 적절하다고 평가한 지표는 노인 인플루엔자 예방접종률, 5대암(위암·간암·대장암·자궁경부암·유방암) 검진율, 인구 천명당 도시공원 조성 면적, 방문 간호사수 등으로 나타났다(최종 산출여부 기준).

단, 방문 간호사수의 경우 서비스의 실질적인 수요를 반영하기 보다는 해당 시군구의 예산에 따라 인력이 편성될 수 있는 점을 우려하였으며, 방문 간호사 관련 지표를 산출한다면 대상자수 대비로 지표를 산출하는 것이 보다 적절하다는 의견이 있었다.

□ 추가 지표 제안

최근 1년 내 지역사회 운동시설 접근성 지표(자료원: 지역사회 건강조사)에 대한 이용가능성을 고려해볼 것이 제안되었다.

또한 지역사회 역량 지표가 보건의료서비스-생활습관 및 물리적 환경-건강상태 등 영역 전반에 영향을 미칠 수 있는 매개요인 및 중재요인이 될 것이라는 의견이 있었다. 그에 따라, ①지역사회 조직에 참여하는 사

람의 비율, ②자원봉사자 수 및 자원봉사 횟수, ③기부금액 등의 추가 산출을 고려해야 한다고 제안되었다.

3) 개인(Individual): 생활습관 및 물리적 환경(Behaviours and environments)

〈표 3-8〉 중재-개인-생활습관 및 물리적 환경 세부지표별 전문가 선호도

	중요성					적절성					정책적 활용가능성					최종 산출여부				
	전혀 적절하지 않음		→		매우 적절함	전혀 적절하지 않음		→		매우 적절함	전혀 적절하지 않음		→		매우 적절함	전혀 적절하지 않음		→		매우 적절함
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
현재 흡연율				20%	80%				20%	80%				20%	80%				20%	80%
고위험 음주율				20%	80%				20%	80%				20%	80%				20%	80%
중증도 이상 신체 활동 실천율				20%	80%				20%	80%				20%	80%				20%	80%
비 정규직 근로자 비율				60%	40%			20%	60%	20%		20%		40%	40%		20%		60%	20%
범죄율				20%	80%				60%	40%				40%	60%				60%	40%
119 출동	20%*		40%*		20%*	20%*		40%*		20%*	20%*		40%*		20%*	20%*		40%*	20%*	

주: 1) * 해당 세부지표 무응답 1건,
2) 중요성, 적절성, 정책적 활용가능성의 평점이 최종 산출여부를 의미하는 것은 아님.

□ 지표 검토의견

과반수 이상이 적절하거나 매우 적절하다고 평가한 지표는 현재 흡연율, 고위험 음주율, 중증도 이상 신체활동 실천율, 비정규직 근로자 비율, 범죄율 등으로 나타났다(최종 산출여부 기준).

그러나 비정규직 근로자 비율의 경우 생활습관 및 물리적 환경 영역보다는 개인 및 가구여건 영역에 부합하는 지표라는 의견이 있었으며, 119

출동의 경우 그 자체가 안전 문제의 심각성이나, 심각성 대비 적절성을 보여주는 것이 아니므로 지표 활용이 부적절하다는 의견이 있었다.

□ 추가 지표 제안

안전의식과 행동 지표(자료원: 지역사회 건강조사)의 추가산출이 제안되었으며, 신체 비활동(physical inactivity) 지표를 활용하는 것이 신체활동이 건강에 미치는 최근의 경향을 반영할 수 있을 것이라는 의견이 있었다.

라. 건강상태(Situation of health)

1) 거시(Macro): 보건복지자원(Resourcing for health and social care)

〈표 3-9〉 건강상태-거시-보건복지자원 세부지표별 전문가 선호도

	중요성					적절성					정책적 활용가능성					최종 산출여부				
	전혀 적절하지 않음	→			매우 적절함	전혀 적절하지 않음	→			매우 적절함	전혀 적절하지 않음	→			매우 적절함	전혀 적절하지 않음	→			매우 적절함
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
기준 인구당 병상수		20%		60%	20%		20%	20%	40%	20%		20%	20%	40%	20%		20%		60%	20%
기준 인구당 의사수			20%	40%	40%		20%	20%	40%	20%		20%	20%	40%	20%	20%			60%	20%
기준 인구당 간호사수				60%	40%			40%	20%	40%			40%	20%	40%	20%			60%	20%
건강보험 급여비		20%	20%	40%	20%		40%	20%	20%	20%	20%	20%	20%		40%	20%		40%		40%
의료 급여비		20%	20%	40%	20%		40%	20%	20%	20%	20%	20%	20%		40%	20%		40%		40%
장기요양 보험 급여비		20%	20%	40%	20%		40%	20%	20%	20%	20%	20%	20%		40%	20%		40%		40%

주: 중요성, 적절성, 정책적 활용가능성의 평점이 최종 산출여부를 의미하는 것은 아님.

□ 지표 검토의견

과반수 이상이 적절하거나 매우 적절하다고 평가한 지표는 기준 인구당 병상수, 기준 인구당 의사수, 기준 인구당 간호사수 등으로 나타났다(최종 산출여부 기준).

급여비의 경우, 충분한 자원이 있다는 것을 보여주는 지표인지, 환자가 많다는 것을 보여주는 지표인지 분명치 않아 활용도가 낮아 보인다는 의견이 있었으며, 관련 지표를 산출한다면 단순 급여비 보다는 인당 급여비의 개념이 적절하다고 하였다.

또한 기준 인구당 병상수, 의사수, 간호사수의 산출시 급성기 의료기관과 요양기관 간 구분이 필요하다고 제안되었다.

□ 추가 지표 제안

단순 병상수 혹은 의료인력수 보다는 필수의료서비스를 제공할 수 있는 의료 기관 (응급실, 소아과, 산부인과 등)의 분포, 공공의료기관의 분포에 대한 고려가 필요하다는 지적이 있었다.

또한 관내 의료이용률 또는 지역친화도 관련 지표를 추가할 것이 제안되었다.

2) 매개(Intermediate): 보건의료서비스(Appropriate care)

〈표 3-10〉 건강상태-매개-보건의료서비스 세부지표별 전문가 선호도

	중요성					적절성					정책적 활용가능성					최종 산출여부				
	전혀 적절하지 않음	→			매우 적절함	전혀 적절하지 않음	→			매우 적절함	전혀 적절하지 않음	→			매우 적절함	전혀 적절하지 않음	→			매우 적절함
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
필요 의료 서비스 미치료 율				40%	60%				40%	60%				40%	60%				40%	60%

	중요성					적절성					정책적 활용가능성					최종 산출여부				
	전혀 적절하지 않음	→			매우 적절함	전혀 적절하지 않음	→			매우 적절함	전혀 적절하지 않음	→			매우 적절함	전혀 적절하지 않음	→			매우 적절함
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
경제적 이유로 인한 필요 의료 서비스 미치료율				40%	60%				60%*	20%*				40%	60%				40%	60%
과부담 의료비 지출 가구율				20%	80%				20%*	60%*				20%	80%				20%	80%

주: 1) * 해당 세부지표 무응답 1건,
2) 중요성, 적절성, 정책적 활용가능성의 평점이 최종 산출여부를 의미하는 것은 아님.

□ 지표 검토의견

과반수 이상이 적절하거나 매우 적절하다고 평가한 지표는 필요의료서비스 미치료율, 경제적 이유로 인한 필요의료서비스 미치료율, 과부담 의료비 지출가구율 등으로 나타났다(최종 산출여부 기준). 단, 필요의료서비스 미치료율과 경제적 이유로 인한 필요의료서비스 미치료율 중 하나를 선택하여 산출할 것이 제안되었다.

□ 추가 지표 제안

영국과 같이 일차의료 관련 임상의료 질 지표의 추가가 필요하다는 의견이 있었다. 이와 관련하여 응급실 이용률, 천식 및 당뇨 응급실 이용률, 당뇨 입원율, 수술가능한 폐암 등을 추가 산출할 것이 제안되었다.

또한 한국의 경우 GP가 없어 1인당 GP 수를 직접적으로 산출하기는 어려우나 내과/가정의학과, 소아청소년과, 산부인과 전문의 1인당 인구수를 대리지표로 고려해 볼 수 있다는 의견이 있었다.

이와 더불어 사회복지 서비스와 관련된 지표나 인당 복지서비스 제공

인력, 노인 1인당 양로/요양시설 입소정원 등에 대한 고려도 필요하다는 의견이 있었다.

3) 개인(Individual): 건강상태(Health status)

〈표 3-11〉 건강상태-개인-건강상태 세부지표별 전문가 선호도

	중요성					적절성					정책적 활용가능성					최종 산출여부				
	전혀 적절하지 않음				매우 적절함	전혀 적절하지 않음				매우 적절함	전혀 적절하지 않음				매우 적절함	전혀 적절하지 않음				매우 적절함
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
기대수명·건강수병				20%	80%				20%	80%				40%	60%				40%	60%
총 사망률			20%	40%	40%			20%	40%	40%		20%		60%	20%	20%			60%	20%
암 사망률 (5대암 사망률)				60%	40%				60%	40%				80%	20%				80%	20%
자살 사망률				20%	80%				20%	80%				60%	40%				20%	80%
단태아 저체중 출생률				40%	60%				40%	60%				60%	40%				60%	40%
고혈압 유병률·당뇨병 유병률				40%	60%				40%	60%				60%	40%				60%	40%
비만율		20%		20%	60%		20%		20%	60%		20%		40%	40%		20%		40%	40%
자기평가 건강수준				60%	40%			20%	40%	40%			20%	40%	40%			20%	40%	40%
건강관련 삶의질			20%	20%	60%			20%	40%	40%		20%		20%	60%		20%		20%	60%

주: 중요성, 적절성, 정책적 활용가능성의 평점이 최종 산출여부를 의미하는 것은 아님.

□ 지표 검토의견

과반수 이상이 적절하거나 매우 적절하다고 평가한 지표는 기대수명·건강수명, 총 사망률, 암 사망률(5대암 사망률), 단태아 처제중 출생률, 고혈압 유병률 및 당뇨병 유병률, 자기평가 건강수준, 건강관련 삶의 질 등 제안하였던 지표 전체가 해당되었다(최종 산출여부 기준).

단, 의미가 서로 중복되는 지표에 대한 연구자의 선택이 요구되었다. 기대수명·건강수명을 제시할 경우 총 사망은 삭제하거나, 주관적 건강수준 측면에서는 자기평가 건강수준 지표가 보다 명확하므로 건강 관련 삶의 질은 삭제하는 것 등이었다.

또한 고혈압·당뇨병 유병률 자체 보다는 관리율을, 기대여명·건강수명 보다는 조기사망률을 지표로 사용하는 것이 더 적절할 것이라는 의견이 있었다.

□ 추가 지표 제안

정신질환 입원율, 불안·우울증약 처방률, 정신질환 진료비(건강보험+의료급여 합산) 지표에 대한 고려가 필요하다는 의견이 있었다.

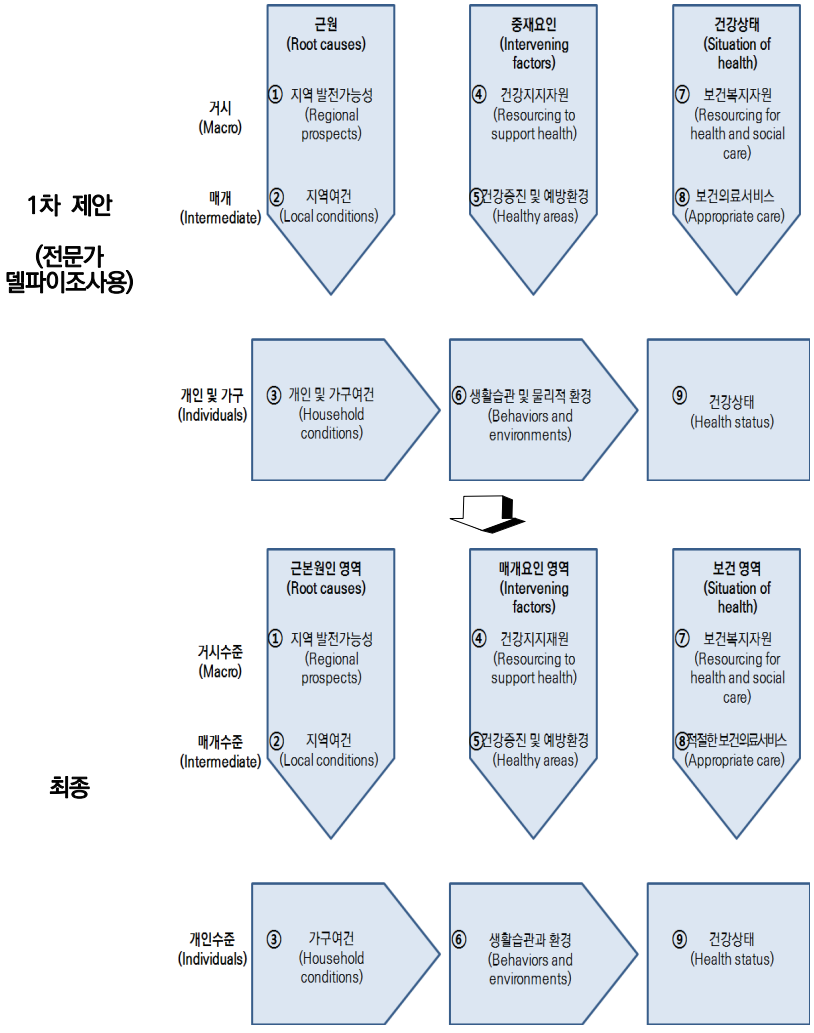
또한 영국 HPI의 고혈압, 총콜레스테롤 기준치는 고혈압, 고콜레스테롤혈증 진단 기준보다 높은 수치이므로 본 연구에서도 이를 고려하는 것이 필요하다고 제안되었다. 즉, 일반 고혈압, 고콜레스테롤 혈증 유병율 이외에 더 높은 기준으로 유병율을 측정·산출할 것이 제안되었다.

이와 더불어 ADL을 지표로 고려하는 것이 필요하다는 의견이 있었다.

제3절 한국형 건강빈곤지수

1. HPI 개념틀

[그림 3-3] 본 연구에서 1차로 제안한 HPI 개념틀과 수정·보완된 HPI 개념틀 간 비교



개념틀의 가로축을 차지하였던 근원, 중재요인, 건강상태는 쉽고 명확한 의미전달을 위하여 '근본원인 영역', '매개요인 영역', '보건 영역'으로 수정하였다. 세로축을 차지하였던 거시, 매개, 개인 및 가구는 '거시수준', '매개수준', '개인수준'으로 재정의하였다. 이 때 가로축은 ~영역, 세로축은 ~수준으로 일괄 수정해 하위 세부지표를 아우르는 상위 개념임을 분명히 하였고, 각 영역(가로축) 및 수준(세로축)의 세부지표명은 1차 제안과 마찬가지로 국문과 영문을 병기하여 표현하였다.

근본원인 영역이며 거시수준에 포함되는 개인 및 가구여건은 개인수준에서 폭로되는 가구 단위에서의 조건을 나타내는 '가구여건'으로 지표명을 수정하였다. 매개요인 영역이며 거시수준에 포함되는 건강지지자원은 보건복지 관련 예산으로 구성돼 있으므로 '건강지지재원'으로 수정하였다. 매개요인 영역이며 개인수준에 포함되는 생활습관 및 물리적 환경은 '생활습관과 환경'으로 지표명을 변경하였으며, 보건 영역이며 개인수준에 포함된 보건의료서비스는 '적절한 보건의료서비스'로 수정하여, 본래 세부지표에 포함되어 있는 서비스의 효과성·접근성·질 개념을 잘 드러낼 수 있도록 하였다.

2. 근본원인 영역(Root cause)

가. 거시수준(Macro): 지역발전가능성(Regional prospect)

본 연구진이 1차로 제안하였던 지표 중 전문가로부터 산출 필요성을 인정받은 지표[32]와, 전문가로부터 추가로 제안 받은 지표 중 그 중요성이

32) 최종 산출여부에 대하여 '적절함' 혹은 '매우 적절함'이라 답한 전문가가 전체의 과반수 이상을 차지한 지표가 이에 해당함.

인정되는 지표를 모아 주요 지표로 선정하였다(이하 주요지표 선정 기준에 대한 각 영역별 설명은 생략함).

지역발전가능성 영역의 주요 지표로는 고용률, 지역 내 총생산(혹은 재정자주도), 인당 교육예산, 인구 유입률 등이 선정되었다. 이때의 고용률은 임시직·파트타임·계약직 등의 고용형태를 제외한 엄격한 고용률 정의를 따르도록 하며, 고용률의 시군구별 산출이 어려운 경우 고용률을 대신하는 지표로서 실업률을 고려하기로 하였다. 그러나 고용률 및 실업률, 지역 내 총생산 모두 지표의 중요성은 인정되나 시군구 단위의 데이터 산출이 불가해 최종 지표에서는 배제되었다.

결과적으로 지역발전가능성 영역의 최종 산출지표로 재정자주도, 일반회계 중 교육예산 비율, 인구 유입률이 선정되었다.

〈표 3-12〉 근본원인 영역-거시수준: 지역발전가능성의 주요지표와 최종산출지표

지표명	지표정의	자료원	산출수준	비고
고용률	만 15세~64세 인구 중 취업자가 차지하는 비율	통계청	시도	대체지표인 실업률도 시군구 단위 데이터 생산 ×
지역 내 총생산	시·도단위별 생산액, 물가 등 기초통계를 바탕으로 추계한 일정기간 동안 해당지역의 총생산액	통계청	시군구	서울 예외 (자치구 단위 데이터 생산 ×)
재정자주도	일반회계 세입 중 자체수입과 자주재원의 비율 (지방세·세외수입·지방교부세 등 지방자치단체 재정수입 중 특정 목적이 정해지지 않은 일반 재원 비중)	통계청, 'e-지방지표'	시군구	~'15 데이터 이용 가능
일반회계 중 교육예산 비율	해당지역 전체 예산 중 일반적인 교육활동을 지원하는데 필요한 경비와 이를 조달하기 위한 수입을 기초로 편성된 예산의 비율	서울특별시, '서울특별시 기본통계'	시군구	~'13 데이터 이용 가능

지표명	지표정의	자료원	산출수준	비고
인구 유입률	해당지역 전체 인구 중 시도 간 전입인구의 비율	통계청, '국내인구이동통계'	시군구	~'15 데이터 이용 가능
최종산출지표	- 재정자주도 - 일반회계 중 교육예산 비율 - 인구 유입률			

주: 1) 본 연구의 분석범위가 서울시 자치구인 것을 고려, 전국 단위/서울시 단위 데이터가 모두 공개되어 있는 경우, 서울시 데이터를 중심으로 자료원 정보 기술
2) 지표 산출식은 부록 참조

나. 매개수준(Intermediate): 지역여건(Local conditions)

지역여건에 해당하는 주요 지표 및 최종 산출지표로 시민행복지수, 사회적 신뢰, 고등학교 학업중단율 등이 선정되었다. 본 연구가 제안하였으며, 전문가 선호도가 높은 것으로 평가된 사회에 대한 신뢰는 시도 수준으로만 산출이 가능하며, 사회적 신뢰와도 의미가 중복돼 본 영역의 최종 세부지표에서 배제하였다.

〈표 3-13〉 근본원인 영역-매개수준: 지역여건의 주요지표와 최종산출지표

지표명	지표정의	자료원	산출수준	비고
시민행복지수	주관적인 행복정도(건강상태·재정상태·주위 친지 및 친구와의 관계·가정생활·사회생활)의 만족지수(10점 만점 기준)	서울통계, '시민행복지수'	시군구	1) ~'14 데이터 이용 가능, 2) 표준화 불가 (자치구별*연령별 데이터 미제공)
사회적 신뢰	신뢰대상(일반, 이웃, 공공기관)에 대한 신뢰정도(10점 만점 기준)	서울통계, '사회적 신뢰'	시군구	
고등학교 학업중단율	고등학교에 제적하고 있는 전체 학생 중 학업을 중단한 학생의 분율	학교알리미, 'http://www.schoolinfo.go.kr' '학업중단 학생비율'	시군구	'12~'14 데이터 이용 가능

지표명	지표정의	자료원	산출수준	비고
최종산출지표	- 시민행복지수 - 사회적 신뢰 - 고등학교 학업중단율			

주: 1) 본 연구의 분석범위가 서울시 자치구인 것을 고려, 전국 단위/서울시 단위 데이터가 모두 공개되어 있는 경우, 서울시 데이터를 중심으로 자료원 정보 기술
2) 지표 산출식은 부록 참조

다. 개인수준(Individuals): 가구여건(Household conditions)

가구여건에 해당하는 주요 지표로 중위소득 가구 빈곤율, 기초생활 수급자 비율, 재산세 등이 선정되었으나 이 중 중위소득 가구 빈곤율의 경우, 지역별 결과 산출이 불가능한 것으로 나타났다. 이에 따라 중위소득 가구 빈곤율을 제외한 기초생활 수급자 비율 및 재산세를 최종 지표로 선정하였다.

〈표 3-14〉 근본원인 영역-개인수준: 가구여건의 주요지표와 최종산출지표

지표명	지표정의	자료원	산출수준	비고
중위소득 가구 빈곤율	전체 가구 소득 중 중위 50% 이하 소득계층의 비율	한국보건사회연구원, '빈곤통계 연보'	-	지역구분 ×
기초생활 수급자 비율	해당지역 전체 인구 중 국민기초생활보장 수급자의 비율	서울특별시, '서울특별시 기본통계'	시군구	~'12 데이터 이용 가능
재산세	해당지역(자치구) 재산세 징수액	서울특별시, '서울특별시 기본통계'	시군구	~'13 데이터 이용 가능
최종산출지표	- 기초생활 수급자 비율 - 재산세			

주: 1) 본 연구의 분석범위가 서울시 자치구인 것을 고려, 전국 단위/서울시 단위 데이터가 모두 공개되어 있는 경우, 서울시 데이터를 중심으로 자료원 정보 기술
2) 지표 산출식은 부록 참조

2. 매개요인 영역(Intervening factors)

가. 거시수준(Macro): 건강지지재원(Resourcing to support health)

건강지지재원에 해당하는 주요 지표이자 최종 산출지표로 일반회계 중 보건의료예산 비율, 일반회계 중 복지예산 비율, 문화 및 관광예산 비율, 환경보호 예산 비율 등이 선정되었다.

〈표 3-15〉 매개요인 영역-거시수준: 건강지지재원의 주요지표와 최종산출 여부

지표명	지표정의	자료원	산출수준	비고
일반회계 중 보건의료예산 비율	해당 지역 전체 예산 중 보건의료 예산의 분율	서울특별시, '서울특별시 기본통계'	시군구	~'13 데이터 이용 가능
일반회계 중 복지예산 비율	해당 지역 전체 예산 중 복지예산의 분율		시군구	
일반회계 중 문화 및 관광예산 비율	해당 지역 전체 예산 중 문화 및 관광예산의 분율		시군구	
일반회계 중 환경보호예산 비율	해당 지역 전체 예산 중 환경보호 예산의 분율		시군구	
최종산출지표	- 일반회계 중 보건의료예산 비율 - 일반회계 중 복지예산 비율 - 일반회계 중 문화및관광예산 비율 - 일반회계 중 환경보호예산 비율			

주: 1) 본 연구의 분석범위가 서울시 자치구인 것을 고려, 전국 단위/서울시 단위 데이터가 모두 공개되어 있는 경우, 서울시 데이터를 중심으로 자료원 정보 기술
2) 지표 산출식은 부록 참조

나. 매개수준(Intermediate): 건강증진 및 예방환경(Healthy areas)

건강증진 및 예방환경에 해당하는 주요 지표로 노인 인플루엔자 예방접종률, 5대암 검진율, 인구 천명당 도시공원 조성 면적, 최근 1년 내 지

역사회 운동시설 접근성 등이 선정되었다. 그러나 이 중 인구 천명당 도시공원 조성 면적의 경우, 시도·시·군 수준에서의 데이터 산출만이 가능하여 최종 산출지표에서는 배제되었다.

〈표 3-16〉 매개요인 영역-매개수준: 건강증진 및 예방환경의 주요지표와 최종산출 여부

지표명	지표정의	자료원	산출수준	비고
노인 인플루엔자 예방접종률	65세 이상 노인 가운데 최근 1년 동안 인플루엔자 예방접종을 받은 사람의 분율	보건복지부, '지역사회 건강조사'	시군구	
5대암 검진율	1)위암: 만 40세 이상 성인 가운데 최근 2년 동안 위암 검진을 받은 사람의 분율 2)간암: 만 40세 이상 성인 가운데 최근 2년 동안 간암 검진을 받은 사람의 분율 3)대장암: 만 50세 이상 성인 가운데 최근 2년 동안 대장암 검진을 받은 사람의 분율 4)자궁경부암: 만 30세 이상 성인 여성 가운데 최근 2년 동안 자궁경부암 검진을 받은 사람의 분율 5)유방암: 만 40세 이상 성인 여성 가운데 최근 2년 동안 유방암 검진을 받은 사람의 분율	보건복지부, '지역사회 건강조사'	시군구	
인구 천명당 도시공원 조성 면적	인구 천명당 도시공원(소공원, 어린이공원, 근린공원 등[33]) 의 조성 면적	통계청, 'e-지방지표'	시도, 시, 군	
최근 1년 내 지역사회 운동시설 접근성	최근 1년 동안 거주하고 있는 지역에서 운동하는 장소를 쉽게 찾을 수 있었던 사람의 분율	보건복지부, '지역사회 건강조사'	시군구	'08~'14 데이터 이용 가능
최종산출지표	- 노인 인플루엔자 예방접종률 - 5대암(위암·간암·대장암·자궁경부암·유방암) 검진율 - 최근 1년 내 지역사회 운동시설 접근성			

주: 지표 산출식은 부록 참조

33) 「도시공원 및 녹지등에 관한 법률」에서 정의하고 있는 도시공원의 종류

다. 개인수준(Individuals): 생활습관과 환경(Behaviors and environment)

생활습관과 환경에 해당하는 주요 지표로는 현재 흡연율, 고위험 음주율, 중증도 이상 신체활동 실천율, 비정규직 근로자 비율, 범죄발생 건수 등이 선정되었다. 전문가 검토의견 가운데 비정규직 근로자 비율이 생활습관과 환경 지표로 부적절하다는 의견이 있었으나, 본 지표에서 보는 환경은 일반 생활환경뿐만 아니라 근로환경의 개념을 포괄하는 것이기 때문에 비정규직 근로자 비율을 생활습관과 환경의 주요 지표로 유지하였다. 단, 위의 주요 지표 가운데 비정규직 근로자 비율과 범죄발생건수는 시도 수준에서의 데이터 산출만이 가능하여 최종 산출지표에서는 배제하였으며, 현재 흡연율, 고위험 음주율, 중증도 이상 신체활동 실천율 등을 최종 산출지표로 선정하였다.

〈표 3-17〉 매개요인 영역-개인수준: 생활습관과 환경의 주요지표와 최종산출 여부

지표명	지표정의	자료원	산출수준	비고
현재 흡연율	19세 이상 성인 중 현재 (매일 흡연, 가끔 흡연 포함) 흡연하고 있다고 응답한 사람의 분율	보건복지부, '지역사회 건강조사'	시군구	'08~'14 데이터 이용 가능
고위험 음주율	19세 이상 성인 중 음주 시 폭음을 하는 빈도가 주 1회 이상 이라고 응답한 사람의 분율	보건복지부, '지역사회 건강조사'	시군구	
중증도 이상 신체활동 실천율	19세 이상 성인 중 최근 일주일동안 평소보다 몸이 매우 힘들거나 숨이 많이 가쁜 중등도 신체활동을 1회 운동 시 30분 이상 지속하고, 한 주에 5회 이상 운동을 한다고 응답한 사람의 분율	질병관리본부, '지역사회 건강조사'	시군구	

지표명	지표정의	자료원	산출수준	비고
비정규직 근로자 비율	전체 임금 근로자 중 고용형태가 비정규직인 근로자(한시적 근로자, 시간제 근로자, 비전형 근로자)가 차지하는 비율	통계청, '경제활동인구조사'	시도	
범죄발생건수	강력범죄·절도범죄·폭력범죄·지능범죄 등 총 범죄발생건수	경찰청, '경찰청 범죄통계', 통계청, 'e-지방지표'	시도	
최종산출지표	- 현재 흡연율 - 고위험 음주율 - 중증도 이상 신체활동 실천율			

주: 지표 산출식은 부록 참조

3. 보건 영역(Situation of health)

가. 거시수준(Macro): 보건복지자원(Resourcing for health and social care)

보건복지자원에 해당하는 주요 지표로 기준 인구당 급성기병원 병상수, 기준 인구당 요양병원 병상수, 기준인구당 응급실 병상수, 기준 인구당 소아과 병상수, 기준 인구당 산부인과 병상수 등이 선정되었다. 그러나 기준 인구당 요양병원 병상수의 경우 '10년 데이터만이 분석 가능하여 최종산출 지표에서는 배제하였다. 또한 기준 인구당 소아과 병상수 및 기준 인구당 신생아 병상수 지표는 시군구 수준의 산출이 가능한 기준 인구당 산부인과 병상수 및 기준 인구당 분만 병상수로 각각 대체하였다.

이에 따라 보건복지자원 영역의 산출지표는 기준 인구당 급성기병원 병상수, 기준 인구당 요양병원 병상수, 기준 인구당 응급실 병상수, 기준 인구당 신생아 병상수, 기준 인구당 분만 병상수 등으로 최종 선정하였다.

〈표 3-18〉 보건 영역-거시수준: 보건복지자원의 주요지표와 최종산출 여부

지표명	지표정의	자료원	산출수준	비고
기준 인구당 급성기병원 병상수	해당 지역 전체 인구 대비 급성기병원(종합병원·병원·의원) 병상수	서울특별시, '서울특별시 기본통계'	시군구	요양병원 병상수는 '10 자료 이용 가능 (그 외 ~'13)
기준 인구당 요양병원 병상수	해당 지역 전체 인구 대비 요양병원 병상수			
기준 인구당 응급실 병상수	해당 지역 전체 인구 대비 응급실 병상수	보건복지부, '국민보건의료실태조사'	시군구	1)급성기·요양 병원 구분 × 2)응급실 병상은 '06 자료 이용 가능
기준 인구당 소아과 병상수	※ 기준 인구당 신생아 병상수로 대체 필요 해당지역 0세(만 1세 미만) 인구 대비 신생아 병상수	보건복지부, '국민보건의료실태조사'	시군구	1)급성기·요양 병원구분 × 2)신생아 병상은 '06 자료 이용 가능
기준 인구당 산부인과 병상수	※ 기준 인구당 분만병상수로 대체 필요 해당지역 여성 인구 대비 신생아 병상수	보건복지부, '국민보건의료실태조사'	시군구	1)급성기·요양 병원 구분 ×, 2)분만 병상은 '06 자료 이용 가능
최종산출지표	- 기준 인구당 급성기병원 병상수 - 기준 인구당 요양병원 병상수 - 기준 인구당 응급실 병상수 - 기준 인구당 신생아 병상수(기준인구당 소아과 병상수의 대체지표) - 기준 인구당 분만 병상수(기준인구당 산부인과 병상수의 대체지표)			

주: 1) 본 연구의 분석범위가 서울시 자치구인 것을 고려, 전국 단위/서울시 단위 데이터가 모두 공개되어 있는 경우, 서울시 데이터를 중심으로 자료원 정보 기술
2) 지표 산출식은 부록 참조

나. 매개수준(Intermediate): 적절한 보건의료서비스(Appropriate care)

적절한 보건의료서비스에 해당하는 주요 지표로는 필요의료서비스 미치료율, 경제적 이유로 인한 필요의료서비스 미치료율, 과부담 의료비 산

출 가구율 등이 선정되었다. 단, 이 가운데 과부담 의료비 지출가구율의 경우, 시군구 수준의 데이터 산출이 불가하여 최종산출 지표에서는 배제하였다.

〈표 3-19〉 보건 영역-매개수준: 적절한 보건의료서비스의 주요지표와 최종산출 여부

지표명	지표정의	자료원	산출수준	비고
필요의료서비스 미치료율	19세 이상 성인 가운데 최근 1년 동안 필요한 의료서비스(치과 미포함)를 받지 못한 사람의 분율	보건복지부, '지역사회 건강조사'	시군구	문항교체로 인한 일부 연도 결과 미제시('10)
경제적 이유로 인한 필요의료서비스 미치료율	19세 이상 성인 가운데 최근 1년 동안 경제적 이유로 필요한 의료서비스(치과 미포함)를 받지 못한 사람의 분율	보건복지부, '지역사회 건강조사'	시군구	
과부담 의료비 지출 가구율	가구의 지불능력 대비 의료비의 지출 비율이 10%를 넘는 가구의 분율	한국보건사회연구원, '의료패널'	시도	
최종산출지표	- 필요 의료서비스 미치료율 - 경제적 이유로 인한 필요 의료서비스 미치료율			

주: 지표 산출식은 부록 참조

다. 개인수준(Individuals): 건강상태(Health status)

건강상태에 해당하는 주요 지표이자 최종 산출지표로 기대수명, 자살사망률, 단태아 저체중 출생률, 고혈압·당뇨병 관리율, 자기평가 건강수준 등이 선정되었다. 고혈압·당뇨병 관리율은 당초 유병률로 제안된 지표였으나, 유병률보다는 관리율이 개인의 향후 건강수준을 예측할 수 있는 대리지표라는 지적이 있어 이같이 변경하였다.

〈표 3-20〉 보건 영역-개인수준: 건강상태의 주요지표와 최종산출 여부

지표명	지표정의	자료원	산출수준	비고
기대 수명	현재의 연령별 사망률이 적용된다고 할 때 특정 연령에 도달한 개인이 앞으로 더 살 것으로 기대되는 평균 연 수	통계청, '사망등록자료', '인구센서스', '주민등록자료'	시군구	3개년 평균값 제시
자살 사망률	전체 인구 중 자살로 사망한 사람의 수	통계청, '사망등록자료', '주민등록자료'	시군구	3개년 평균율 제시
단태아 저제충 출생률	당해연도 연간 출생 단태아 중 출생시의 체중이 2,500g 미만인 출생아의 분율	통계청, '출생통계', '인구동향조사 출생신고자료'	시군구	
고혈압·당뇨병 관리율	1)관리율(1): 고혈압(당뇨병)을 진단받은 사람 중 혈압(당뇨) 조절이 잘 되고 있다고 응답한 사람의 분율 2)관리율(2): 고혈압(당뇨병)을 진단받은 사람 중 혈압(당뇨) 치료를 받고 있다고 응답한 사람의 분율	보건복지부, '지역사회 건강조사'	시군구	
자기평가 건강수준	자기평가 건강수준에 응답한 사람 중 자가 평가 건강 수준을 "매우 좋음" 또는 "좋음"이라고 응답한 사람의 분율	보건복지부, '지역사회 건강조사'	시군구	
최종산출지표	- 기대수명 - 자살 사망률 - 단태아 저체중 출생률 - 고혈압·당뇨병 관리율 - 자기평가 건강수준			

주: 지표 산출식은 부록 참조

〈표 3-21〉 한국형 HPI의 영역 및 수준별 세부지표 구성

영역	수준	구분	세부지표
근본원인 영역 (Root causes)	거시수준 (Macro)	지역발전가능성 (Regional prospect)	- 재정자주도 - 일반회계 중 교육예산 비율 - 인구 유입률
	매개수준 (Intermediate)	지역여건 (Local conditions)	- 시민행복지수 - 사회적 신뢰 - 고등학교 학업중단율
	개인수준 (Individuals)	가구여건 (Household conditions)	- 기초생활 수급자 비율 - 재산세
매개요인 영역 (Intervening factors)	거시수준 (Macro)	건강지지재원 (Resourcing to support health)	- 일반회계 중 보건의료예산 비율 - 일반회계 중 복지예산 비율 - 일반회계 중 문화 및 관광예산 비율 - 일반회계 중 환경보호예산 비율
	매개수준 (Intermediate)	건강증진 및 예방환경 (Healthy areas)	- 노인 인플루엔자 예방접종률 - 5대암(위암·간암·대장암·자궁경부암·유방암) 검진율 - 최근 1년 내 지역사회 운동시설 접근성
	개인수준 (Individuals)	생활습관과 환경 (Behaviors and environment)	- 현재 흡연율 - 고위험 음주율 - 중증도 이상 신체활동 실천율
보건 영역 (Situation of health)	거시수준 (Macro)	보건복지자원 (Resourcing for health and social care)	- 기준 인구당 급성기병원 병상수 - 기준 인구당 요양병원 병상수 - 기준 인구당 응급실 병상수 - 기준 인구당 신생아 병상수 - 기준 인구당 분만 병상수
	매개수준 (Intermediate)	적절한 보건의료서비스 (Appropriate care)	- 필요 의료서비스 미치료율 - 경제적 이유로 인한 필요 의료서비스 미치료율
	개인수준 (Individuals)	건강상태 (Health status)	- 기대수명 - 자살 사망률 - 단태아 저체중 출생률 - 고혈압·당뇨병 관리율 - 자기평가 건강수준

제4절 한국형 건강빈곤지수 적용: 서울시 건강불평등 현황

본 연구에서 수정·보완한 한국형 건강빈곤지수(HPI)를 기반으로 서울시 25개구의 건강 빈곤 수준을 살펴보았다.

지수는 0에서 1 사이의 값을 가지며, 1에 가까워질수록 부정적인(건강수준이 나쁨, 혹은 빈곤수준이 높음) 의미를 갖게 된다.

각 영역·수준별 값을 0~1값으로 표준화하기 위하여 아래의 산출식을 사용하였다. 단, 본래의 값이 부정적인 의미를 가지고 있는 경우(예: 고등학교 학업중단율)에는 아래에 제시한 산출식을 사용하였으나, 긍정적인 의미를 가지는 경우(예: 재정자주도)에는 $\min(\chi)$과 $\max(\chi)$의 자리를 서로 교체하여 계산하였다. 이때 분모와 분자에서 모두 음수가 발생해 따로 절대값은 붙이지 않았다.

$$\text{건강빈곤지수(HPI)} = \frac{\chi - \min(\chi)}{\max(\chi) - \min(\chi)}$$

구 간 비교는 하지 않았으며, 개별 구의 영역별 건강빈곤지수(짙은 색 박스, 수치 제시)를 평균(색깔 없는 박스·테두리 표시)과 비교하여 제시하였다.

그래프 설명은 최대한 정확한 의미전달을 위하여 건강빈곤지수가 0에 가까울수록 건강한 것, 긍정적인 것, 빈곤하지 않은 것, (지표의 성격이 긍정적인 경우, 해당 지표 값이)높은 것으로, 1에 가까울수록 불건강한 것, 부정적인 것, 빈곤한 것, (지표의 성격이 긍정적인 경우, 해당 지표 값이)낮은 것이라는 표현 중 각 상황에 맞는 것을 택하여 사용하였다.

1. 종로구

□ 근원 영역

종로구의 지역발전가능성(거시수준)은 재정자주도, 교육예산 측면에서 서울시 평균보다 높았으며, 인구유입률 측면에서는 지역발전가능성이 평균보다 다소 낮은 것으로 나타났다. 지역여건(매개수준)은 사회적 신뢰와 고등학교 학업 이수 수준에서 평균보다 긍정적인 측면을 보였으나 시민행복지수 측면에서는 서울시 평균에 비하여 부정적인 것으로 나타났다. 가구여건(개인수준)은 기초생활수급자비율 측면에서는 평균에 비하여 빈곤한 것으로 나타났으나, 재산세는 평균에 가까운 수준을 보였다.

□ 매개요인 영역

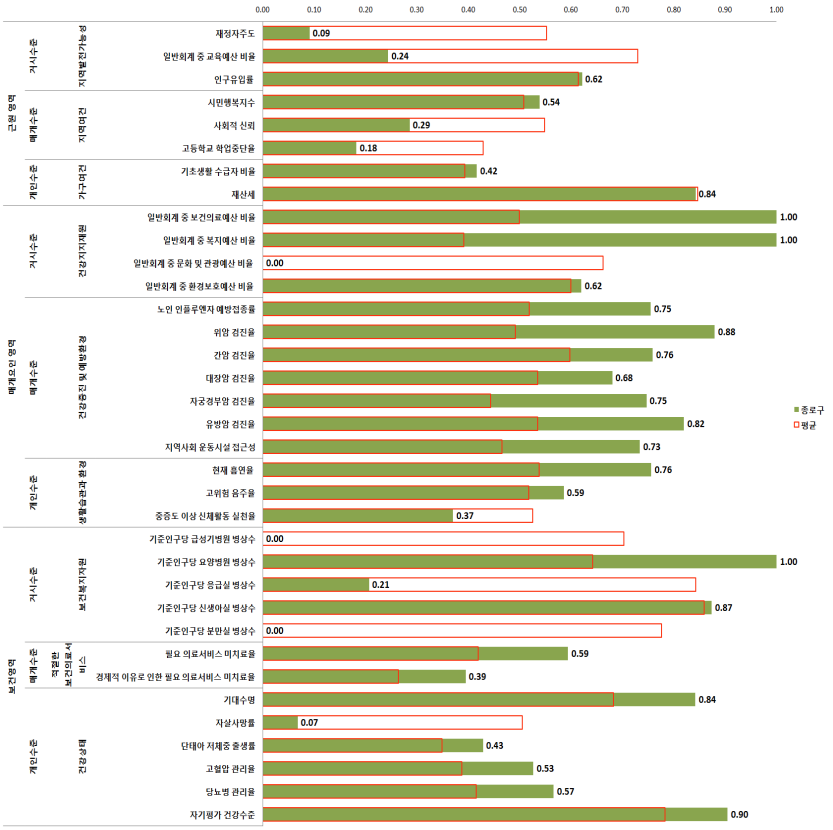
건강지지재원(거시수준)은 보건의료·복지 예산 측면에서 서울시 평균에 비하여 매우 빈곤한 것으로 나타났으며, 환경보호 예산은 평균 수준에 머물렀다. 반면 문화 및 관광예산은 서울시 자치구 중 높은 편으로 나타나, 예산별 균등한 분배에의 제고가 요구되었다. 또한 노인 인플루엔자 예방접종률, 5대암 검진율, 지역사회 운동시설 접근성 모두에서 평균보다 낮게 나타나, 건강증진 및 예방환경(매개수준)에의 건강 빈곤이 높은 것으로 확인되었다. 생활습관과 환경(개인수준)의 경우, 흡연·음주 등 불건강한 생활습관이 평균보다 높게 나타났다.

□ 보건 영역

보건복지자원(거시수준)은 급성기병원·응급실·분만실 병상수가 평균보다 높은 것으로 나타난 반면, 요양병원 병상수와 신생아실 병상수는 평균보다 낮은 것으로 나타났다. 또한 평균에 비하여 필요의료서비스를 적게 이용하는 것으로 나타나, 적절한 보건의료서비스(매개수준) 측면에서

의 빈곤이 있는 것으로 확인되었다. 건강상태(개인수준)의 경우 자살사망률은 평균에 비하여 낮았으나, 자기평가 건강수준은 부정적으로 나타났다. 또한 기대수명, 단태아 저체중 출생률, 고혈압 관리율, 당뇨병 관리율 등 잠재적 건강수준에 영향을 미칠 수 있는 지표들에서 건강 빈곤이 평균보다 높은 것을 확인하였다.

[그림 3-4] 종로구 건강빈곤지수



주: 건강빈곤지수는 0에서 1사이의 값을 가지며, 수치(건강빈곤지수)가 1에 가까워질수록 부정적인 의미를 나타냄.

2. 중구

□ 근원 영역

중구의 지역발전가능성(거시수준)은 재정자주도와 인구유입률 측면에서 서울시 평균보다 긍정적인 것으로 나타났으나, 교육예산 측면에서는 지역발전가능성이 다소 부정적인 것으로 나타났다. 지역여건(매개수준)은 사회적 신뢰와 고등학교 학업 이수 수준에서 평균보다 긍정적인 측면을 보였으나 시민행복지수 측면에서는 서울시 평균에 비하여 부정적인 것으로 나타났다. 가구여건(개인수준)은 기초생활수급자비율 측면에서 평균보다 빈곤한 것으로 나타났으나, 재산세는 평균보다 높은 수준을 보였다.

□ 매개요인 영역

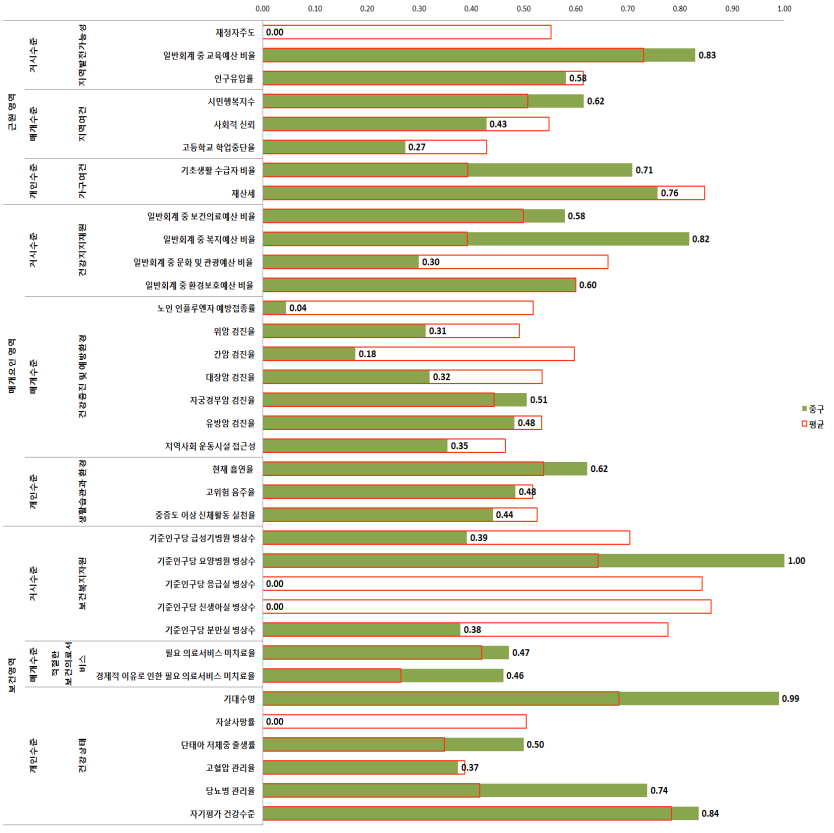
건강지지재원(거시수준)은 보건의료 및 복지 예산 측면에서 서울시 평균에 비하여 빈곤한 것으로 나타났으며, 환경보호 예산은 평균 수준에 머물렀다. 반면 문화 및 관광예산은 평균보다 높은 것으로 나타나, 예산별 균등한 분배에의 제고가 필요하다고 판단되었다. 건강증진 및 예방환경(매개수준)의 경우, 노인 인플루엔자 예방접종률 및 위암·간암·유방암 검진율, 지역사회 운동시설 접근성 모두에서 평균보다 높은 것으로 나타나, 건강을 위한 자원에의 접근성이 다른 구에 비하여 좋은 것으로 확인되었다(자궁경부암 검진율 제외). 생활습관과 환경(개인수준)의 경우, 음주와 신체활동은 평균보다 긍정적인 행태를, 흡연은 평균보다 부정적인 행태를 보였다.

□ 보건 영역

보건복지자원(거시수준)은 급성기병원·응급실·신생아실·분만실 병상수가 평균보다 높은 것으로 나타나는 등 의료 자원이 다른 구에 비하여 풍부하였다. 그러나 평균에 비하여 필요의료서비스를 적게 이용하였으

며, 경제적인 이유로 인하여 의료서비스를 이용하지 못하는 경우가 평균보다 높은 것으로 나타나, 적절한 보건의료서비스(매개수준) 이용 측면에서의 빈곤이 있는 것으로 확인되었다. 건강상태(개인수준)의 경우 자살사망률은 평균에 비하여 낮았으나, 기대수명, 단태아 저체중 출생률, 당뇨병 관리율 등 잠재적 건강수준에 영향을 미칠 수 있는 지표들에서 건강빈곤이 평균보다 높은 것을 확인하였다.

[그림 3-5] 중구 건강빈곤지수



주: 건강빈곤지수는 0에서 1사이의 값을 가지며, 수치(건강빈곤지수)가 1에 가까워질수록 부정적인 의미를 나타냄.

3. 용산구

□ 근원 영역

용산구의 지역발전가능성(거시수준)은 재정자주도 측면에서 서울시 평균보다 긍정적이었으나, 교육예산, 인구유입률 측면에서는 지역발전가능성이 평균보다 부정적인 것으로 나타났다. 지역여건(매개수준)은 고등학교 학업 이수 수준에서 평균보다 긍정적인 측면을 보였으나 사회적 신뢰와 시민행복지수 측면에서는 서울시 평균에 비하여 부정적인 것으로 나타났다. 가구여건(개인수준)의 경우, 기초생활수급자비율 측면에서는 평균에 비하여 덜 빈곤한 것으로 나타났으며, 재산세도 평균보다 높은 수준을 보였다.

□ 매개요인 영역

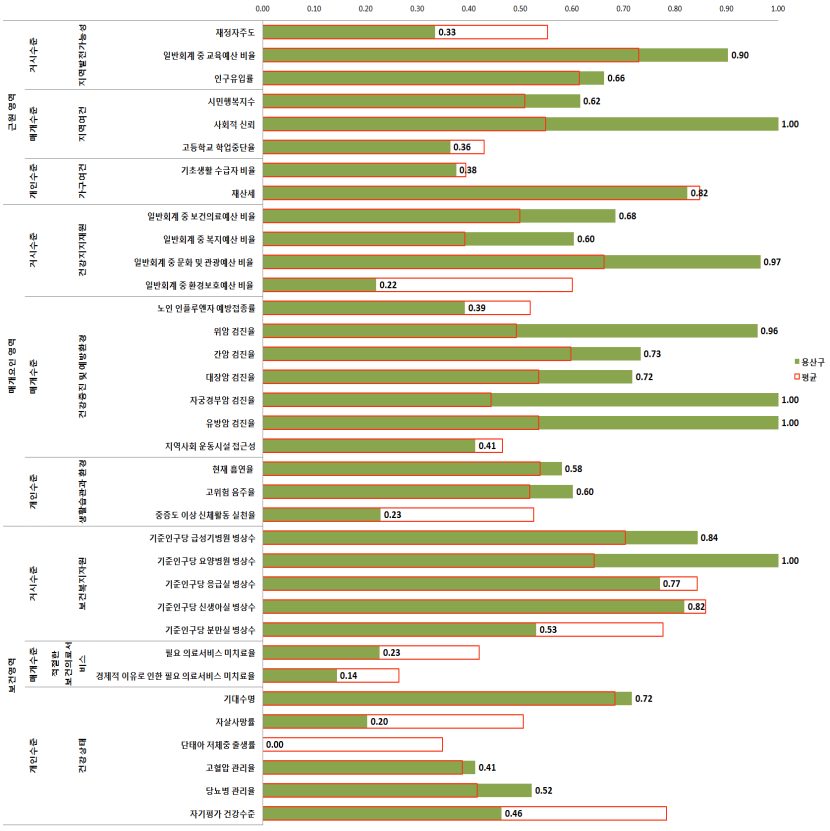
건강지지재원(거시수준)은 환경보호 예산을 제외한 보건의료·복지·문화 및 관광예산 모두에서 평균보다 빈곤한 수준인 것으로 나타났다. 건강증진 및 예방환경(매개수준)의 경우, 5대암 검진율이 평균보다 낮았으나, 노인 인플루엔자 예방접종률, 운동시설 접근성은 평균보다 긍정적인 것으로 나타났다. 생활습관과 환경(개인수준)의 경우, 흡연·음주 등 불건강한 생활습관이 평균보다 높게 나타났으나, 중증도 이상 신체활동 실천율은 평균 이상을 보였다.

□ 보건 영역

보건복지자원(거시수준)은 급성기병원·요양병원 병상수 측면에서는 평균보다 빈곤한 것으로 나타났으나, 응급실·신생아실·분만실 병상수는 평균보다 높은 것으로 나타났다. 또한 필요 시 의료서비스를 이용하는 비율이 평균보다 높았으며, 경제적 이유로 인하여 필요한 의료서비스를 이

용하지 못한 비율은 평균보다 낮게 나타나, 적절한 보건의료서비스(매개수준) 측면에서의 빈곤은 타 구에 비하여 적은 것으로 확인되었다. 건강상태(개인수준)의 경우 자살사망률과 단태아 저체중 출생률, 자기평가 건강수준에서의 빈곤은 평균보다 낮았으나, 기대수명에서의 빈곤은 평균보다 높았다. 또한 고혈압 관리율, 당뇨병 관리율 등 잠재적 건강수준에 영향을 미칠 수 있는 지표들에서 건강 빈곤이 평균보다 높았다.

[그림 3-6] 용산구 건강빈곤지수



주: 건강빈곤지수는 0에서 1사이의 값을 가지며, 수치(건강빈곤지수)가 1에 가까워질수록 부정적인 의미를 나타냄.

4. 성동구

□ 근원 영역

성동구의 지역발전가능성(거시수준)은 재정자주도, 교육예산, 인구유입률 측면 모두 서울시 평균보다 긍정적인 것으로 나타났다. 지역여건(매개수준)은 시민행복지수, 사회적 신뢰, 고등학교 학업 중단율에서 모두 평균보다 부정적으로 나타나, 지역여건에서의 빈곤 수준이 심각하였다. 가구여건(개인수준)의 경우, 기초생활수급자비율 측면에서는 평균에 비하여 덜 빈곤한 것으로 나타났으나, 재산세는 평균보다 낮았다.

□ 매개요인 영역

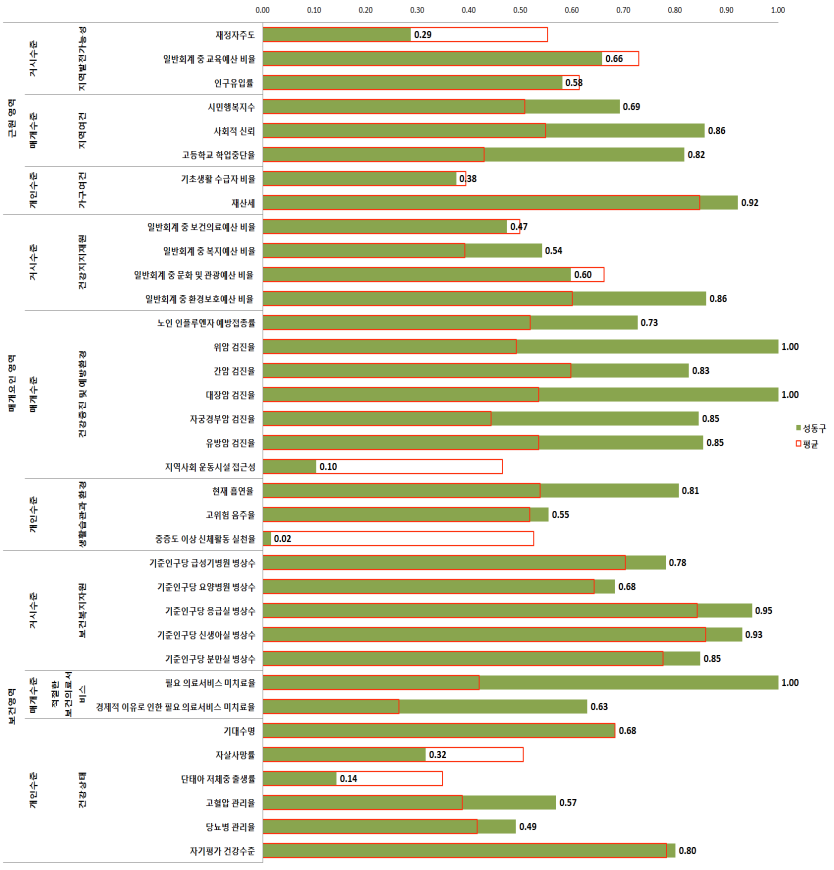
건강지지재원(거시수준)은 보건의료예산, 문화 및 관광예산은 평균보다 높았으나, 복지, 환경보호 예산은 평균보다 빈곤한 것으로 나타났다. 건강증진 및 예방환경(매개수준)의 경우, 노인 인플루엔자 예방접종률, 5대암 검진율 모두 평균보다 낮아, 예방적 의료서비스에의 건강빈곤이 발생하는 것으로 확인되었다. 생활습관과 환경(개인수준)의 경우, 흡연·음주 등 불건강한 생활습관이 평균보다 높게 나타났으나, 중증도 이상 신체활동 실천율은 평균 이상을 보였다.

□ 보건 영역

보건복지자원(거시수준)은 급성기병원·요양병원·응급실·신생아실·분만실 병상수 모두 평균보다 적은 것으로 나타나, 자원의 빈곤 수준이 높았다. 또한 필요 시 의료서비스를 이용하는 비율이 평균보다 낮았으며, 경제적 이유로 인하여 필요한 의료서비스를 이용하지 못한 비율은 평균보다 높게 나타나, 적절한 보건의료서비스(매개수준) 측면에서의 빈곤이 타 구에 비하여 높은 것으로 확인되었다. 건강상태(개인수준)의 경우 자

살사망률과 단태아 저체중 출생률에서의 빈곤은 평균보다 낮았으나, 고혈압 관리율, 당뇨병 관리율 등 잠재적 건강수준에 영향을 미칠 수 있는 지표들에서 건강 빈곤이 평균보다 높았다.

[그림 3-7] 성동구 건강빈곤지수



주: 건강빈곤지수는 0에서 1사이의 값을 가지며, 수치(건강빈곤지수)가 1에 가까워질수록 부정적인 의미를 나타냄.

5. 광진구

□ 근원 영역

광진구의 지역발전가능성(거시수준)은 재정자주도, 인구유입률 측면에서 서울시 평균보다 높았으나, 교육예산 측면에서의 지역발전 가능성은 평균보다 낮았다. 지역여건(매개수준)은 시민행복지수, 사회적 신뢰 측면에서 평균보다 부정적으로 나타났다. 가구여건(개인수준)은 기초생활수급자비율 측면에서 평균보다 덜 빈곤한 것으로 나타났으나, 재산세는 평균보다 낮았다.

□ 매개요인 영역

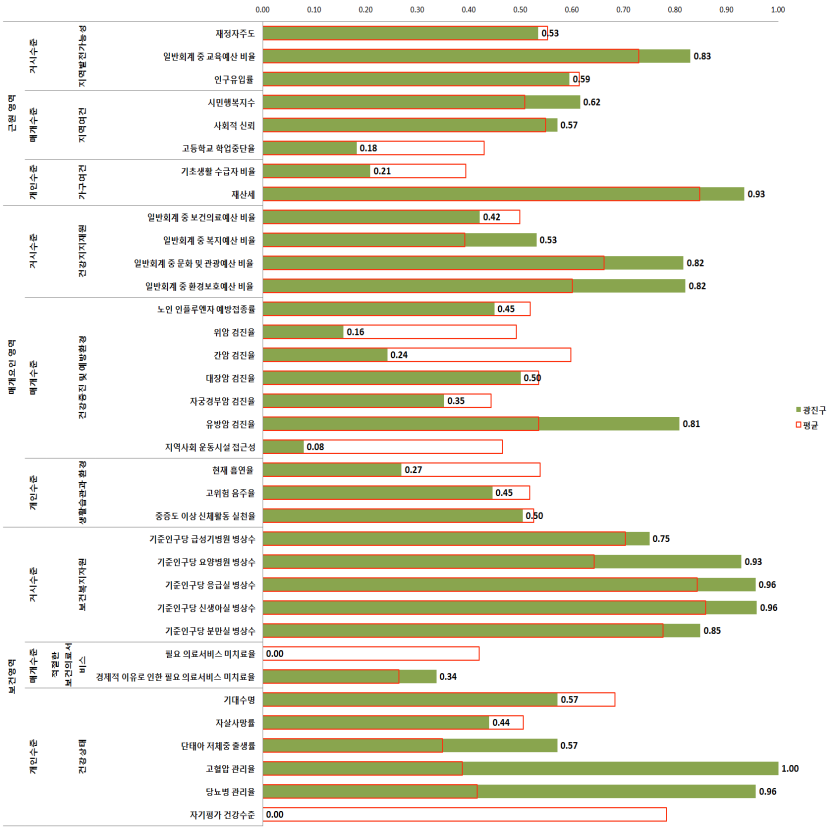
건강지지재원(거시수준)은 보건의료예산 측면에서 평균보다 빈곤하지 않았으나, 복지·환경보호·문화 및 관광예산은 평균보다 빈곤한 것으로 나타났다. 건강증진 및 예방환경(매개수준)의 경우, 노인 인플루엔자 예방접종률, 암 검진율(유방암 검진율 제외), 지역사회 운동시설 접근성 모두 평균보다 높게 나타나는 등, 건강증진을 위한 서비스에의 접근성이 좋은 것으로 확인되었다. 생활습관과 환경(개인수준)의 경우, 흡연·음주 등 불건강한 생활습관은 평균보다 낮았으며, 중증도 이상 신체활동 실천율은 평균 이상을 보였다.

□ 보건 영역

보건복지자원(거시수준)은 급성기병원·요양병원·응급실·신생아실·분만실 병상수 모두 평균보다 적은 것으로 나타나, 자원의 빈곤 수준이 높았다. 한편 필요 시 의료서비스를 이용하는데는 문제가 없으나, 경제적 이유로 인하여 필요한 의료서비스를 이용하지 못한 비율은 평균보다 높게 나타나, 경제적인 문제로 적절한 보건의료서비스(매개수준)를 이용하

지 못하는 경우가 다소 있는 것으로 확인되었다. 건강상태(개인수준)의 경우 기대수명과 자살사망률, 자기평가 건강수준에서의 빈곤은 평균보다 낮았으나, 단태아 저체중 출생률, 고혈압 관리율, 당뇨병 관리율 등 잠재적 건강수준에 영향을 미칠 수 있는 지표들에서 건강 빈곤이 평균보다 높았다.

[그림 3-8] 광진구 건강빈곤지수



주: 건강빈곤지수는 0에서 1사이의 값을 가지며, 수치(건강빈곤지수)가 1에 가까워질수록 부정적인 의미를 나타냄.

6. 동대문구

□ 근원 영역

동대문구의 지역발전가능성(거시수준)은 재정자주도, 교육예산 측면에서는 서울시 평균보다 낮았으나, 인구유입률 측면에서의 지역발전 가능성은 평균보다 높았다. 지역여건(매개수준)의 경우, 시민행복지수는 평균보다 긍정적이었으나, 사회적 신뢰, 고등학교 학업 중단율 측면에서는 평균보다 부정적으로 나타났다. 또한 기초생활수급자비율 측면에서의 건강빈곤이 평균보다 높고 재산세는 낮아, 가구여건(개인수준)이 다소 부정적인 것으로 나타났다.

□ 매개요인 영역

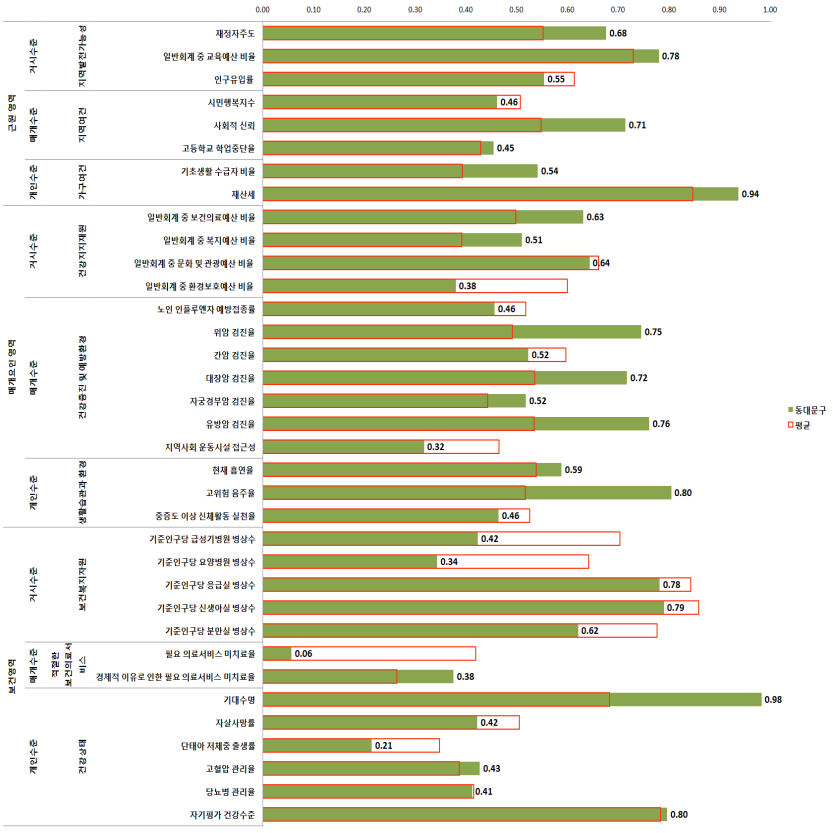
건강지지재원(거시수준)은 보건의료·복지예산 측면에서 평균보다 빈곤하였으나, 환경보호·문화 및 관광예산 측면에서는 평균보다 빈곤하지 않은 것으로 나타났다. 건강증진 및 예방환경(매개수준)에서의 건강 빈곤의 경우, 노인 인플루엔자 예방접종률, 간암 검진율, 지역사회 운동시설 접근성 측면에서는 평균보다 긍정적이었으나, 간암 검진을 제외한 나머지 4개 암 검진율 측면에서는 평균보다 부정적이었다. 생활습관과 환경(개인수준)의 경우, 흡연·음주 등 불건강한 생활습관 측면에서의 건강 빈곤이 평균보다 높았다.

□ 보건 영역

보건복지자원(거시수준)은 급성기병원·요양병원·응급실·신생아실·분만실 병상수 모두 평균보다 높아, 자원의 빈곤 수준은 낮은 것으로 나타났다. 한편 필요 시 의료서비스를 이용하는 비율은 평균보다 높았으나, 경제적 이유로 인하여 필요한 의료서비스를 이용하지 못한 비율이 평균

보다 높게 나타나, 경제적인 문제로 적절한 보건의료서비스(매개수준)를 이용하지 못하는 경우가 다소 있는 것으로 확인되었다. 건강상태(개인수준)의 경우 기대수명, 고혈압 관리율, 자기평가 건강 측면에서의 건강 빈곤이 평균보다 높았으며, 자살사망률, 단태아 저체중 출생률, 당뇨병 관리율 측면에서의 건강 빈곤은 평균보다 낮았다.

[그림 3-9] 동대문구 건강빈곤지수



주: 건강빈곤지수는 0에서 1사이의 값을 가지며, 수치(건강빈곤지수)가 1에 가까워질수록 부정적인 의미를 나타냄.

7. 중랑구

□ 근원 영역

중랑구의 지역발전가능성(거시수준)은 재정자주도, 교육예산 측면에서는 서울시 평균보다 낮았으나, 인구유입률 측면에서의 지역발전 가능성은 평균보다 높았다. 지역여건(매개수준)은 시민행복지수의 경우 평균보다 긍정적이었으나, 사회적 신뢰, 고등학교 학업 중단율은 평균보다 부정적으로 나타났다. 또한 기초생활수급자비율 측면에서의 건강 빈곤이 평균보다 높고 재산세는 낮아, 가구여건(개인수준)이 다소 부정적인 것으로 나타났다.

□ 매개요인 영역

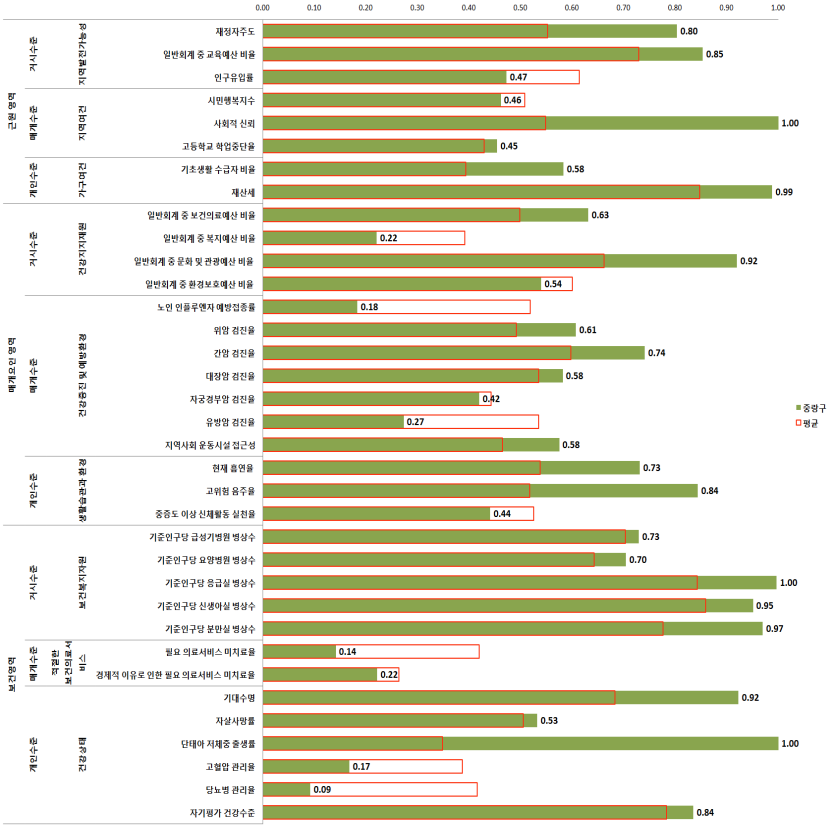
건강지지재원(거시수준)은 보건의료·문화 및 관광예산 측면에서 평균보다 빈곤하였으나, 복지·환경보호 측면에서는 평균보다 빈곤하지 않은 것으로 나타났다. 건강증진 및 예방환경(매개수준)에서의 건강 빈곤의 경우, 노인 인플루엔자 예방접종률, 자궁경부암 및 유방암 검진율 측면에서는 평균보다 긍정적으로 나타났으나, 위암·간암·대장암 검진율과 지역사회 운동시설 접근성 측면에서는 평균보다 부정적이었다. 생활습관과 환경(개인수준)의 경우, 흡연·음주 등 불건강한 생활습관 측면에서의 건강 빈곤이 평균보다 높았다.

□ 보건 영역

보건복지자원(거시수준)은 급성기병원·요양병원·응급실·신생아실·분만실 병상수 모두 평균보다 낮아, 자원의 빈곤 수준이 높은 것으로 나타났다. 한편 필요 시 의료서비스를 이용하는 비율은 평균보다 높았고, 경제적 이유로 인하여 필요한 의료서비스를 이용하지 못한 비율은 평균보

다 낮게 나타나, 적절한 보건의료서비스(매개수준)의 빈곤은 타 구에 비하여 적은 것으로 확인되었다. 건강상태(개인수준)의 경우 기대수명, 자살사망률, 단태아 저체중 출생률 측면에서의 건강 빈곤이 평균보다 높았으며, 고혈압 관리율, 당뇨병 관리율 측면에서의 건강 빈곤은 평균보다 낮았다.

[그림 3-10] 중랑구 건강빈곤지수



주: 건강빈곤지수는 0에서 1사이의 값을 가지며, 수치(건강빈곤지수)가 1에 가까워질수록 부정적인 의미를 나타냄.

8. 성북구

□ 근원 영역

성북구의 지역발전가능성(거시수준)은 재정자주도, 교육예산, 인구유입률 측면 모두에서 서울시 평균보다 부정적인 것으로 나타났다. 지역여건(매개수준)은 사회적 신뢰 측면에서는 평균보다 긍정적이었으나, 사회적 신뢰와 고등학교 학업 중단율 측면에서는 서울시 평균에 비하여 부정적인 것으로 나타났다. 가구여건(개인수준)은 기초생활수급자비율 측면에서 평균보다 덜 빈곤한 것으로 나타났으나, 재산세는 평균보다 낮았다.

□ 매개요인 영역

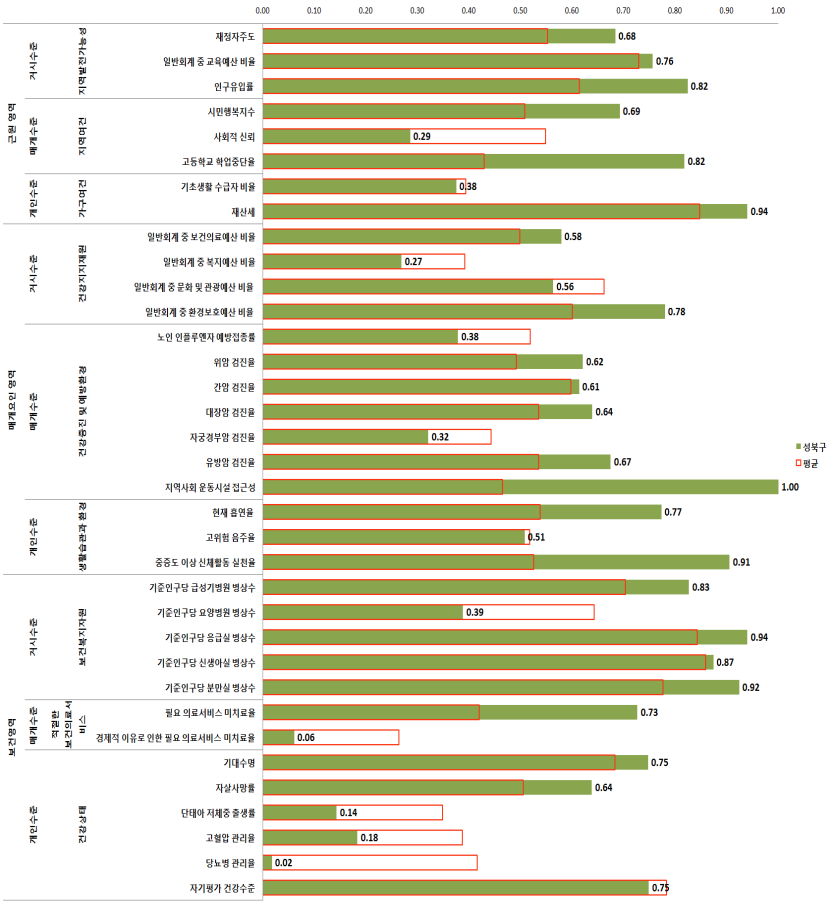
건강지지재원(거시수준)은 보건의료·환경보호 예산 측면에서는 평균보다 빈곤하였으나, 복지·문화 및 관광예산 측면에서 평균보다 빈곤하지 않은 것으로 나타났다. 건강증진 및 예방환경(매개수준)의 경우, 노인 인플루엔자 예방접종률, 자궁경부암 검진율 측면에서의 건강 빈곤은 평균보다 낮았으나, 위암·간암·대장암·유방암 검진율 및 지역사회 운동시설 접근성 측면에서의 건강 빈곤은 평균보다 높게 나타났다. 생활습관과 환경(개인수준)의 경우, 불건강한 생활습관(흡연)과 건강한 생활습관(중증도 이상 신체활동 실천율)에서의 건강 빈곤이 평균 이상을 보였다.

□ 보건 영역

보건복지자원(거시수준)은 요양병원을 제외한 급성기병원·응급실·신생아실·분만실 병상수 모두 평균보다 낮아, 다른 구에 비하여 자원 빈곤이 있는 것으로 나타났다. 또한 필요 시 의료서비스를 이용하는 비율도 평균보다 낮아, 적절한 보건의료서비스(매개수준) 측면에서의 빈곤도 발생하는 것으로 확인되었다. 건강상태(개인수준)의 경우 기대수명, 자살사

망률 등은 평균에 비하여 높은 수준인 것으로 나타났으나, 단태아 저체중 출생률, 고혈압 관리율, 당뇨병 관리율 등 잠재적 건강수준에 영향을 미칠 수 있는 지표들에서 건강 빈곤이 평균보다 낮았다.

[그림 3-11] 성북구 건강빈곤지수



주: 건강빈곤지수는 0에서 1사이의 값을 가지며, 수치(건강빈곤지수)가 1에 가까워질수록 부정적인 의미를 나타냄.

9. 강북구

□ 근원 영역

강북구의 지역발전가능성(거시수준)은 재정자주도, 교육예산, 인구유입률 측면 모두에서 서울시 평균보다 부정적인 것으로 나타났다. 지역여건(매개수준)은 고등학교 학업 중단율 측면에서는 평균보다 긍정적이었으나, 시민행복지수와 사회적 신뢰 측면에서는 서울시 평균에 비하여 부정적인 것으로 나타났다. 또한 기초생활수급자비율 측면에서의 건강 빈곤이 평균보다 높고 재산세는 낮아, 가구여건(개인수준)이 다소 부정적인 것으로 나타났다.

□ 매개요인 영역

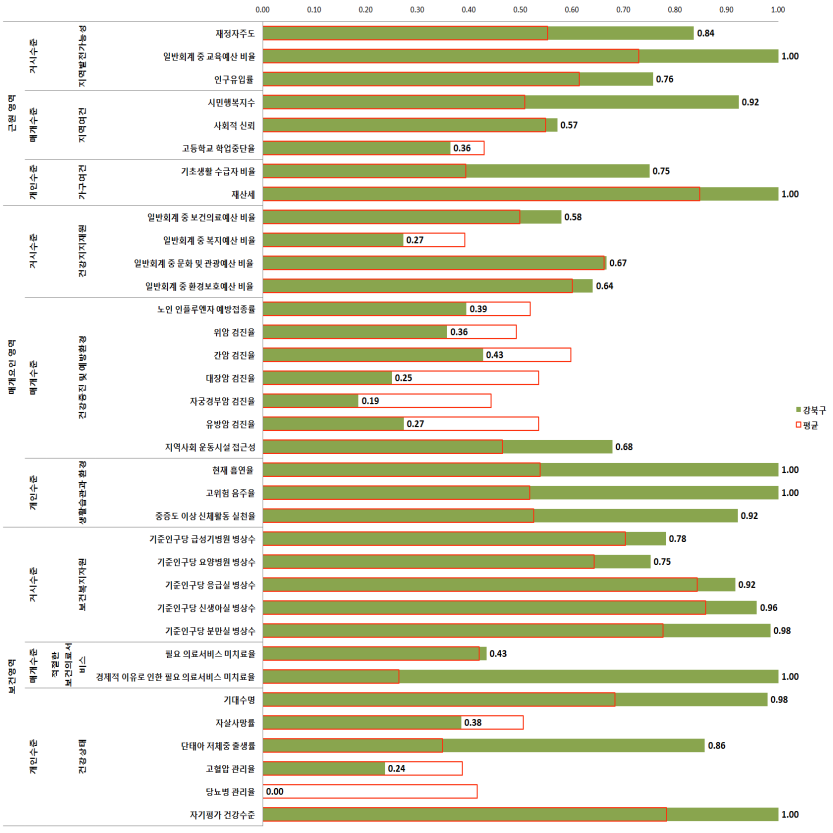
건강지지재원(거시수준)은 보건의료·환경보호 예산 측면에서는 평균보다 빈곤하였으나, 복지예산 측면에서 평균 수준보다 빈곤하지 않은 것으로 나타났다. 건강증진 및 예방환경(매개수준)의 경우, 지역사회 운동시설 접근성 측면에서의 건강 빈곤은 평균보다 높았으나, 노인 인플루엔자 예방접종률 및 5대암 검진율 측면에서의 건강 빈곤은 평균보다 낮아, 예방적 의료서비스에의 접근성은 비교적 좋은 것으로 나타났다. 반면 생활습관과 환경(개인수준)의 경우, 불건강한 생활습관(흡연)과 건강한 생활습관(중증도 이상 신체활동 실천율) 모두에서 부정적인 결과를 보였다.

□ 보건 영역

보건복지자원(거시수준)은 급성기병원·요양병원·응급실·신생아실·분만실 병상수 모두 평균보다 낮아, 다른 구에 비하여 자원 빈곤이 있는 것으로 나타났다. 또한 필요 시 의료서비스를 이용하는 비율이 평균보다 낮았고, 경제적 이유로 인해 필요 의료서비스를 받지 못하는 경우도 평균보

다 높아 적절한 보건의료서비스(매개수준) 측면에서의 빈곤도 발생하는 것으로 확인되었다. 건강상태(개인수준)의 경우 기대수명, 단태아 저체중 출생률, 자기평가 건강수준 측면에서의 건강 빈곤은 평균에 비하여 높았으나, 자살사망률, 고혈압 관리율, 당뇨병 관리율 측면에서의 건강 빈곤은 평균보다 낮았다.

[그림 3-12] 강북구 건강빈곤지수



주: 건강빈곤지수는 0에서 1사이의 값을 가지며, 수치(건강빈곤지수)가 1에 가까워질수록 부정적인 의미를 나타냄.

10. 도봉구

□ 근원 영역

도봉구의 지역발전가능성(거시수준)은 재정자주도, 교육예산, 인구유입률 측면 모두에서 서울시 평균보다 부정적인 것으로 나타났다. 지역여건(매개수준)은 시민행복지수 측면에서는 평균보다 부정적이었으나, 사회적 신뢰 및 고등학교 학업 중단율 측면에서는 평균보다 긍정적인 것으로 나타났다. 가구여건(개인수준)은 기초생활수급자비율 측면에서 평균보다 덜 빈곤한 것으로 나타났으나, 재산세는 평균보다 낮았다.

□ 매개요인 영역

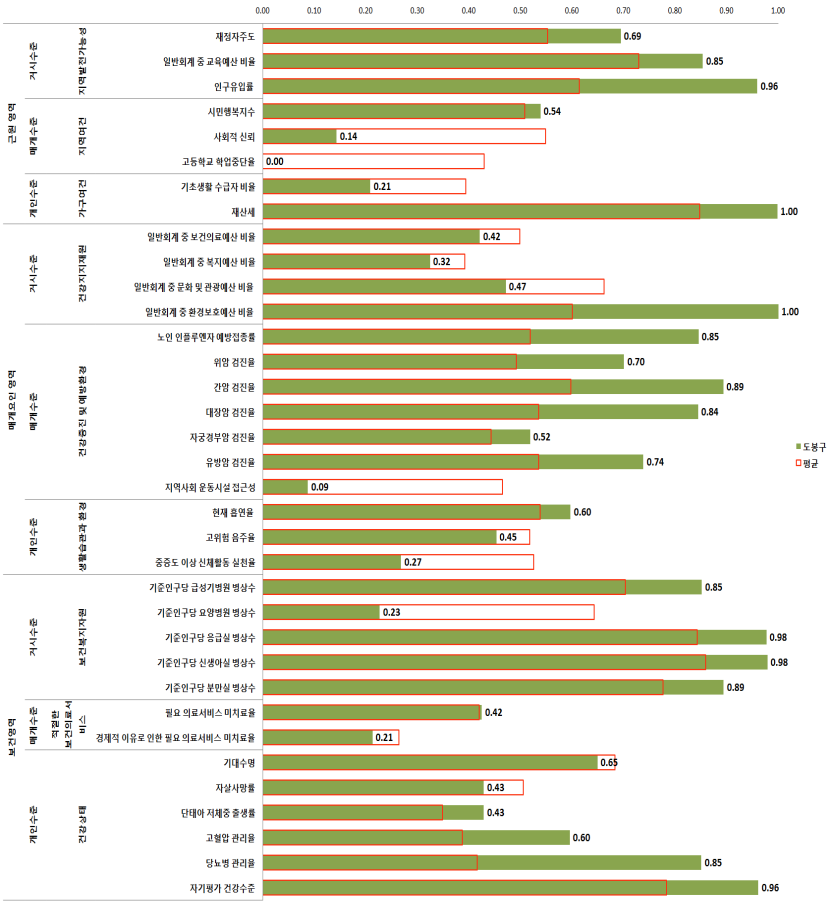
건강지지재원(거시수준)은 환경보호 예산을 제외한 보건의료·복지·문화 및 관광예산 측면에서 평균보다 빈곤하지 않은 것으로 나타났다. 반면 지역사회 운동시설 접근성을 제외한 노인 인플루엔자 예방접종률 및 5대 암 검진율 등이 평균보다 낮아, 건강증진 및 예방환경(매개수준) 측면에서의 건강 빈곤이 평균보다 높은 것으로 확인되었다. 생활습관과 환경(개인수준)의 경우, 흡연 측면에서의 건강 빈곤은 평균보다 높았으나, 음주 및 중증도 이상 신체활동 실천 측면에서의 건강 빈곤은 평균보다 낮게 나타났다.

□ 보건 영역

보건복지자원(거시수준)은 요양병원을 제외한 급성기병원·응급실·신생아실·분만실 병상수 모두 평균보다 낮아, 다른 구에 비하여 자원 빈곤이 있는 것으로 나타났다. 한편 필요 시 의료서비스를 이용하는 비율이 평균 수준이었고, 경제적 이유로 인해 필요 의료서비스를 받지 못하는 비율은 평균보다 낮았다. 건강상태(개인수준)의 경우 기대수명, 자살사망률

측면에서의 건강 빈곤은 평균에 비하여 낮았으나, 단태아 저체중 출생률, 고혈압 관리율, 당뇨병 관리율 등 잠재적 건강수준에 영향을 미칠 수 있는 지표들에서 건강 빈곤이 평균보다 높은 것으로 확인되었다.

[그림 3-13] 도봉구 건강빈곤지수



주: 건강빈곤지수는 0에서 1사이의 값을 가지며, 수치(건강빈곤지수)가 1에 가까워질수록 부정적인 의미를 나타냄.

11. 노원구

□ 근원 영역

노원구의 지역발전가능성(거시수준)은 재정자주도, 인구유입률 측면에서는 서울시 평균보다 부정적이었으나, 교육예산 측면에서는 평균보다 긍정적인 것으로 나타났다. 지역여건(매개수준)의 경우, 사회적 신뢰 측면에서는 평균보다 부정적이었으나, 시민행복지수 및 고등학교 학업 중단율 측면에서는 평균보다 긍정적인 것으로 나타났다. 또한 기초생활수급자비율 측면에서의 건강 빈곤이 평균보다 높고 재산세는 낮아, 가구여건(개인수준)이 다소 부정적인 것으로 나타났다.

□ 매개요인 영역

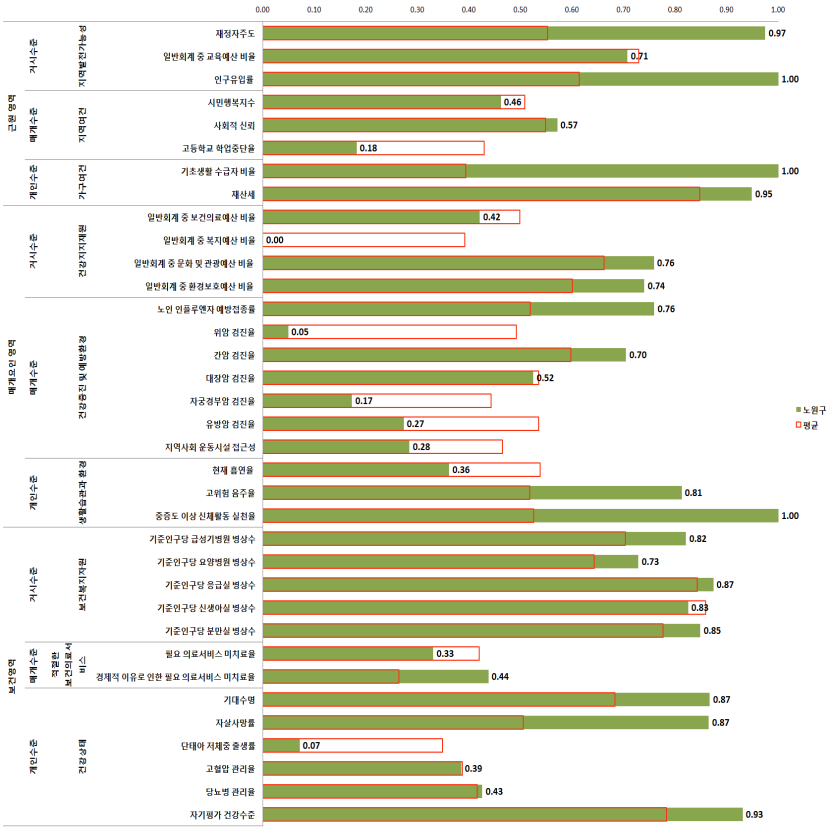
건강지지재원(거시수준)은 보건의료·복지예산 등 건강과 비교적 직접적인 연관을 가지는 재원에서의 빈곤이 다른 구에 비하여 낮았다. 건강증진 및 예방환경(매개수준)의 경우, 노인 인플루엔자 예방접종률 및 간암 검진율 측면에서는 평균보다 건강 빈곤 수준이 높았으나, 나머지 4개 암 검진율 및 지역사회 운동시설 접근성 측면에서의 건강 빈곤은 평균보다 낮았다. 생활습관과 환경(개인수준)의 경우, 흡연에서의 건강 빈곤은 평균보다 낮았으나, 음주 및 중증도 이상 신체활동 실천 측면에서의 건강 빈곤은 평균보다 높게 나타났다.

□ 보건 영역

보건복지자원(거시수준)은 신생아실을 제외한 급성기병원·요양병원·응급실·분만실 병상수 모두 평균보다 낮아, 다른 구에 비하여 자원 빈곤이 있는 것으로 나타났다. 한편 필요 시 의료서비스를 이용하는 비율은 평균보다 높았으나, 경제적 이유로 인해 필요 의료서비스를 받지 못하는

경우가 평균보다 높아, 경제적 문제로 인하여 적절한 보건의료서비스(매개수준) 이용에서의 빈곤이 다소 발생하는 것으로 확인되었다. 건강상태(개인수준)의 경우, 대부분의 건강결과 및 건강결과에 잠재적으로 영향을 미칠 수 있는 요인의 수치가 평균보다 부정적인 것으로 나타나, 다른 구에 비하여 건강상태에서의 빈곤이 높은 수준임을 확인하였다.

[그림 3-14] 노원구 건강빈곤지수



주: 건강빈곤지수는 0에서 1사이의 값을 가지며, 수치(건강빈곤지수)가 1에 가까워질수록 부정적인 의미를 나타냄.

12. 은평구

□ 근원 영역

은평구의 지역발전가능성(거시수준)은 재정자주도, 교육예산 및 인구유입률 측면 모두에서 서울시 평균보다 부정적인 것으로 나타났다. 지역여건(매개수준)은 사회적 신뢰에서 평균보다 긍정적인 측면을 보였으나, 시민행복지수 및 고등학교 학업중단율 측면에서는 서울시 평균에 비하여 부정적인 것으로 나타났다. 가구여건(개인수준)은 기초생활수급자비율 측면에서 평균보다 덜 빈곤한 것으로 나타났으나, 재산세는 평균보다 낮았다.

□ 매개요인 영역

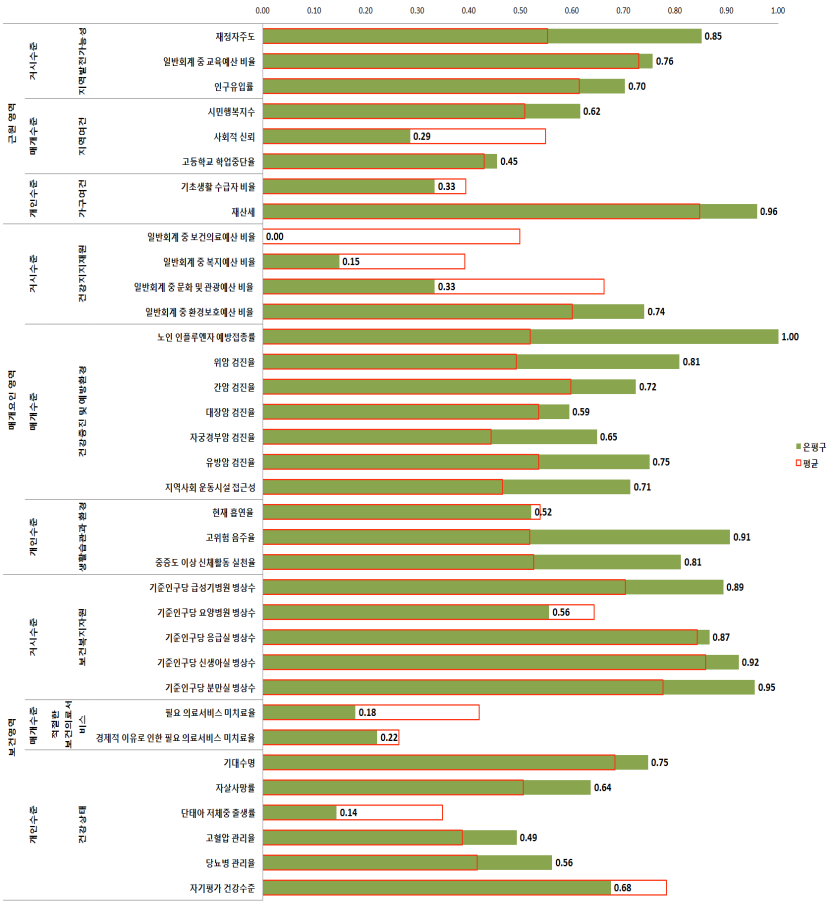
건강지지재원(거시수준)은 환경보호 예산을 제외한 보건의료·복지·문화 및 관광예산 모두 평균보다 높아, 재원에서의 빈곤은 다른 구에 비하여 낮은 것으로 나타났다. 반면 노인 인플루엔자 예방접종률, 5대암 검진율, 운동시설 접근성 모두 평균보다 부정적인 것으로 나타나, 건강증진 및 예방환경(매개수준)에서의 건강 빈곤은 높은 것으로 확인되었다. 생활습관과 환경(개인수준)의 경우, 음주와 신체활동 측면에서 평균보다 불건강한 것으로 나타났으며, 흡연 또한 평균에 그쳤다.

□ 보건 영역

보건복지자원(거시수준)은 요양병원을 제외한 급성기병원·응급실·신생아실·분만실 병상수 모두 평균보다 낮아, 다른 구에 비하여 자원 빈곤이 있는 것으로 나타났다. 반면 필요 시 의료서비스를 이용하는 비율이 평균보다 높았으며, 경제적 이유로 인하여 필요한 의료서비스를 이용하지 못한 비율은 평균보다 낮게 나타나, 적절한 보건의료서비스(매개수준)

측면에서의 빈곤은 타 구에 비하여 적은 것으로 확인되었다. 건강상태(개인수준)의 경우 단태아 저체중 출생률, 자기평가 건강수준에서의 빈곤은 평균보다 낮았으나, 기대수명, 고혈압 관리율, 당뇨병 관리율 등에서 건강 빈곤은 평균보다 높았다.

[그림 3-15] 은평구 건강빈곤지수



주: 건강빈곤지수는 0에서 1사이의 값을 가지며, 수치(건강빈곤지수)가 1에 가까워질수록 부정적인 의미를 나타냄.

13. 서대문구

□ 근원 영역

서대문구의 지역발전가능성(거시수준)은 재정자주도, 교육예산 측면에서 서울시 평균보다 긍정적이었으나, 인구유입률 측면에서는 평균보다 부정적인 것으로 나타났다. 지역여건(매개수준)은 시민행복지수, 사회적 신뢰, 고등학교 학업중단율 모두에서 서울시 평균보다 부정적인 것으로 나타났다. 가구여건(개인수준)은 기초생활수급자비율 측면에서 평균보다 덜 빈곤한 것으로 나타났으나, 재산세는 평균보다 낮았다.

□ 매개요인 영역

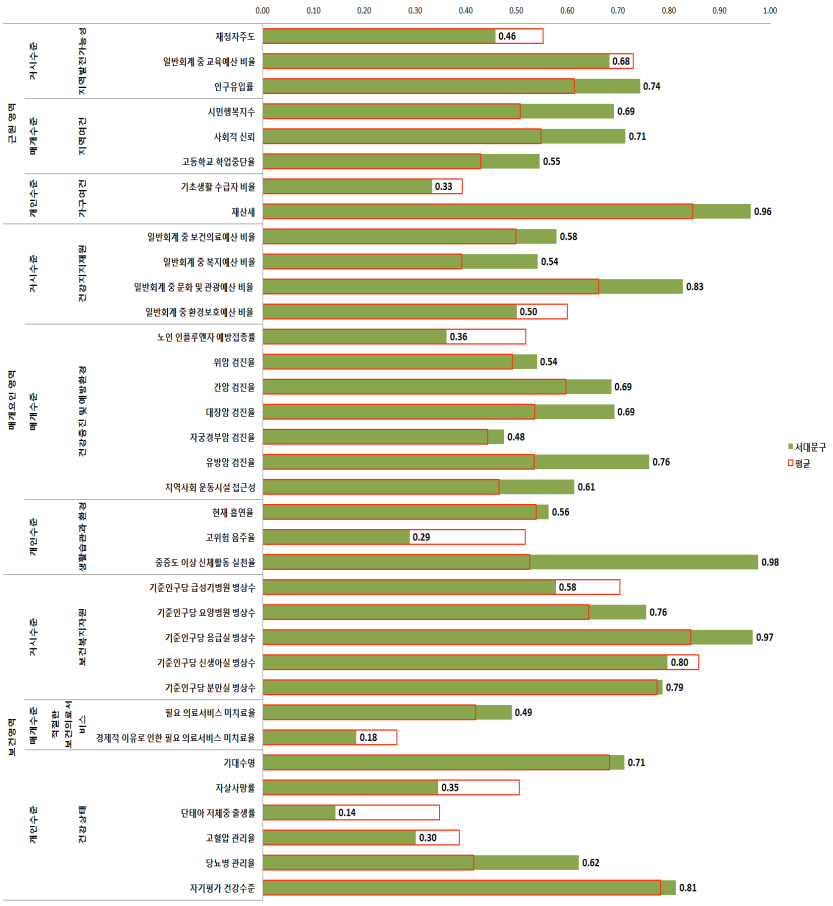
건강지지재원(거시수준)은 환경보호 예산을 제외한 보건의료·복지·문화 및 관광예산 모두 평균보다 낮아, 재원에서의 빈곤이 다른 구에 비하여 다소 높은 것으로 나타났다. 또한 노인 인플루엔자 예방접종률을 제외한 5대암 검진율 및 운동시설 접근성 모두 평균보다 낮은 것으로 나타나, 건강증진 및 예방환경(매개수준)에서의 건강 빈곤이 높은 것으로 확인되었다. 생활습관과 환경(개인수준)의 경우, 흡연과 신체활동 측면에서 평균보다 불건강한 것으로 나타났으나, 음주는 긍정적인 결과를 보였다.

□ 보건 영역

보건복지자원(거시수준)은 급성기병원 및 신생아실 병상수의 경우 평균보다 높았으나, 요양병원·응급실·분만실 병상수는 평균보다 낮은 것으로 나타났다. 또한 필요 시 의료서비스를 이용하는 비율이 평균보다 낮게 나타나, 타 구에 비하여 적절한 보건의료서비스(매개수준) 이용 측면에서의 빈곤이 다소 발생하는 것으로 확인되었다. 건강상태(개인수준)의 경우, 자살사망률, 단태아 저체중 출생률, 고혈압 관리율 측면에서의 건강

빈곤은 평균보다 낮았으나, 기대수명, 당뇨병 관리율, 자기평가 건강수준 측면에서의 건강 빈곤은 평균보다 높았다.

〔그림 3-16〕 서대문구 건강빈곤지수



주: 건강빈곤지수는 0에서 1사이의 값을 가지며, 수치(건강빈곤지수)가 1에 가까워질수록 부정적인 의미를 나타냄.

14. 마포구

□ 근원 영역

마포구의 지역발전가능성(거시수준)은 교육예산 측면에서 서울시 평균보다 부정적이었으나, 재정자주도 및 인구유입률 측면에서는 평균보다 긍정적인 것으로 나타났다. 지역여건(매개수준)은 시민행복지수, 사회적 신뢰, 고등학교 학업중단율 모두에서 서울시 평균보다 긍정적인 것으로 나타났다. 가구여건(개인수준)은 기초생활수급자비율 측면에서 평균보다 덜 빈곤한 것으로 나타났으나, 재산세는 평균보다 낮았다.

□ 매개요인 영역

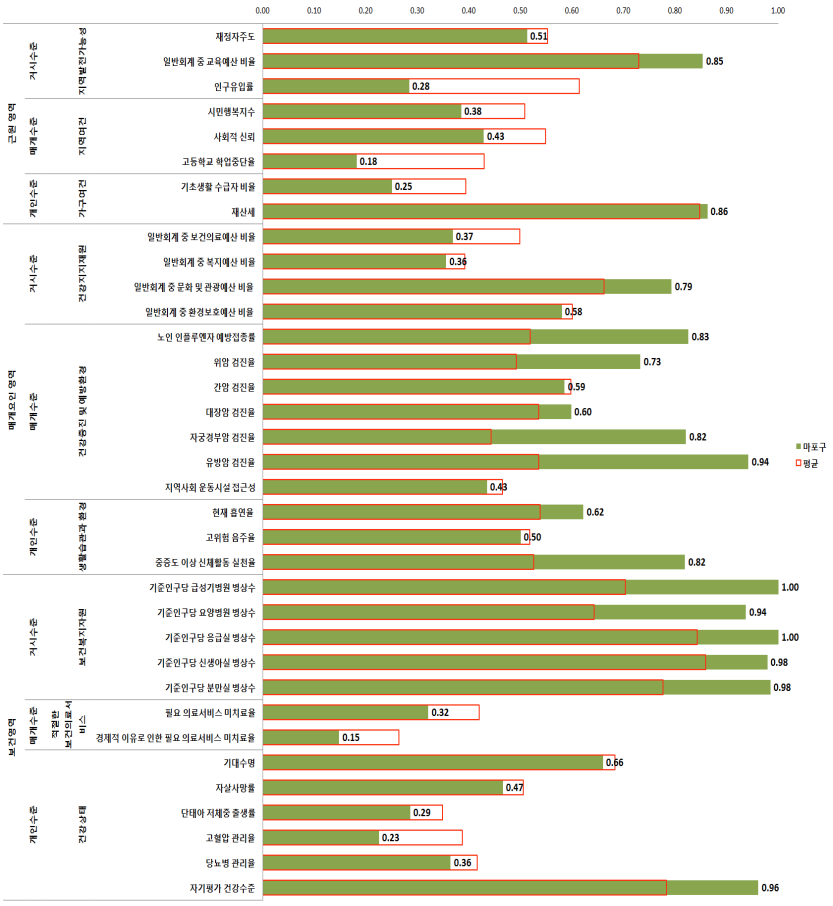
건강지지재원(거시수준)은 문화 및 관광예산 예산을 제외한 보건의료·복지·환경보호 예산 모두 평균보다 높아, 재원에서의 빈곤이 다른 구에 비하여 낮은 것으로 나타났다. 건강증진 및 예방환경(매개수준)의 경우, 간암검진율 및 운동시설 접근성은 평균보다 높았으나, 노인 인플루엔자 예방접종률 및 4개 암 검진율은 평균보다 낮게 나타나, 예방적 의료서비스에의 접근성이 좋지 않은 것으로 확인되었다. 생활습관과 환경(개인수준)의 경우, 음주 측면에서 평균보다 긍정적인 것으로 나타났으며, 흡연 및 신체활동의 경우 평균보다 부정적인 것으로 확인되었다.

□ 보건 영역

보건복지자원(거시수준)은 급성기병원·요양병원·응급실·신생아실·분만실 병상수 모두 평균보다 낮아, 의료자원에서의 빈곤이 다른 구에 비하여 높은 것으로 나타났다. 반면 필요 시 의료서비스를 이용하는 비율이 평균보다 높았고, 경제적 이유로 인하여 필요 의료서비스를 이용하지 못하는 비율은 평균보다 낮아, 적절한 보건의료서비스(매개수준) 측면에서

의 빈곤은 적은 것으로 확인되었다. 건강상태(개인수준)의 경우, 자기평가 건강수준을 제외한 건강결과 및 건강결과에 영향을 미치는 영향요인 모두에서 건강 빈곤이 평균보다 낮았다.

[그림 3-17] 마포구 건강빈곤지수



주: 건강빈곤지수는 0에서 1사이의 값을 가지며, 수치(건강빈곤지수)가 1에 가까워질수록 부정적인 의미를 나타냄.

15. 양천구

□ 근원 영역

양천구의 지역발전가능성(거시수준)은 재정자주도, 교육예산, 인구유입률 측면 모두에서 서울시 평균보다 부정적인 것으로 나타났다. 지역여건(매개수준)은 시민행복지수 측면에서는 서울시 평균보다 부정적이었으나, 사회적 신뢰 및 고등학교 학업중단율에서 서울시 평균보다 긍정적인 것으로 나타났다. 가구여건(개인수준)은 기초생활수급자비율 측면에서 평균보다 덜 빈곤한 것으로 나타났으나, 재산세는 평균보다 낮았다.

□ 매개요인 영역

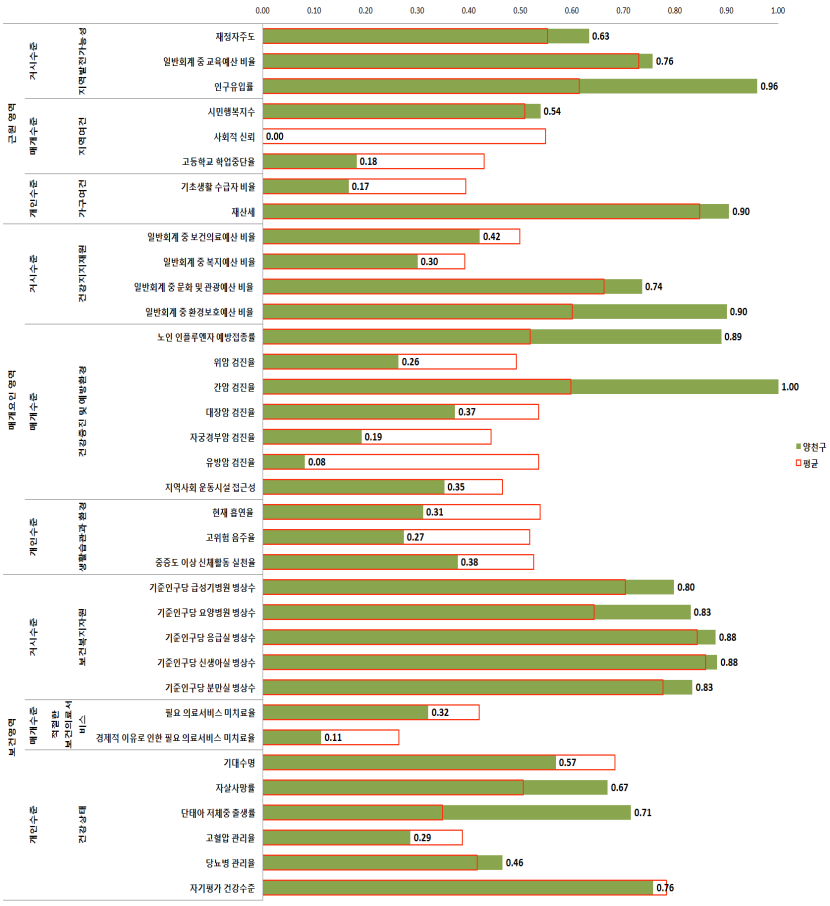
건강지지재원(거시수준)의 경우, 보건의료·복지예산은 평균보다 높았으며, 문화 및 관광예산·환경보호 예산은 평균보다 낮아, 상대적으로 건강과 관련이 높은 예산에서의 빈곤이 다른 구에 비하여 낮은 것으로 나타났다. 건강증진 및 예방환경(매개수준)의 경우, 노인 인플루엔자 예방접종률과 간암 검진율은 평균보다 낮았으나, 4개 암 검진율 및 운동시설 접근성은 모두 평균보다 높았다. 또한 불건강한 생활습관은 평균보다 낮고, 건강한 생활습관은 평균보다 높은 결과를 보여 생활습관과 환경(개인수준)에서의 건강 빈곤은 상대적으로 낮았다.

□ 보건 영역

보건복지자원(거시수준)은 급성기병원·요양병원·응급실·신생아실·분만실 병상수 모두 평균보다 낮아, 다른 구에 비하여 의료자원 측면에서의 건강 빈곤이 높은 것으로 나타났다. 반면 필요 시 의료서비스를 이용하는 비율이 평균보다 높았고, 경제적 문제로 인하여 필요의료서비스를 이용하지 못하는 비율은 평균보다 낮아, 적절한 보건의료서비스(매개수준) 측

면에서의 빈곤은 적은 것으로 확인되었다. 건강상태(개인수준)의 경우, 자살사망률, 단태아 저체중 출생률, 당뇨병 관리율 측면에서의 건강 빈곤은 평균보다 높았으나, 기대수명, 고혈압 관리율, 자기평가 건강수준 측면에서의 건강 빈곤은 평균보다 낮았다.

[그림 3-18] 양천구 건강빈곤지수



주: 건강빈곤지수는 0에서 1사이의 값을 가지며, 수치(건강빈곤지수)가 1에 가까워질수록 부정적인 의미를 나타냄.

16. 강서구

□ 근원 영역

강서구의 지역발전가능성(거시수준)은 재정자주도, 교육예산 측면에서 서울시 평균보다 부정적이었으나, 인구유입률 측면에서는 평균보다 긍정적인 것으로 나타났다. 지역여건(매개수준)은 시민행복지수, 사회적 신뢰, 고등학교 학업중단율 모두에서 서울시 평균보다 부정적인 것으로 나타났다. 가구여건(개인수준)은 기초생활수급자비율 측면에서 평균보다 더 빈곤한 것으로 나타났으며, 재산세도 평균보다 낮았다.

□ 매개요인 영역

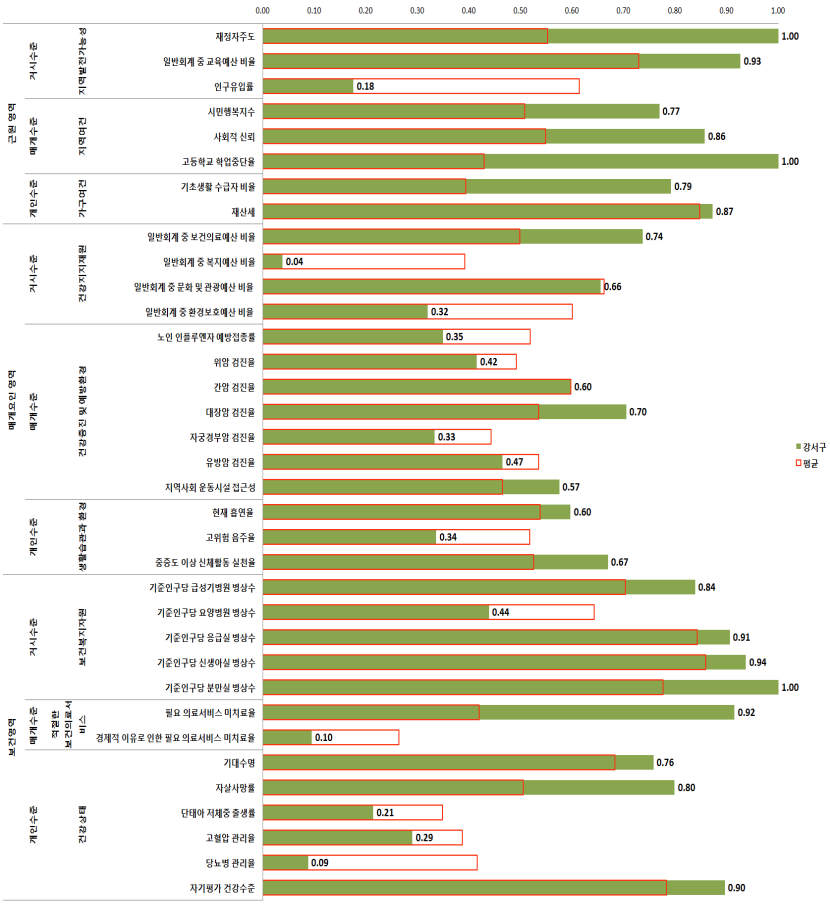
건강지지재원(거시수준)의 경우, 보건의료 예산은 평균보다 낮았으나, 복지·문화 및 관광예산·환경보호 예산은 평균보다 높았다. 건강증진 및 예방환경(매개수준)의 경우, 대장암 검진율과 지역사회 운동시설 접근성은 평균보다 낮았으나, 노인 인플루엔자 예방접종률 및 4개 암 검진율은 평균보다 높아, 비교적 예방적 보건의료서비스에의 접근성이 다른 구에 비하여 좋은 것으로 나타났다. 생활습관과 환경(개인수준)의 경우, 흡연과 신체활동 측면에서는 평균보다 건강 빈곤 수준이 높았으나, 음주의 경우 평균보다 건강 빈곤 수준이 낮았다.

□ 보건 영역

보건복지자원(거시수준)은 요양병원을 제외한 급성기병원·응급실·신생아실·분만실 병상수 모두 평균보다 낮아, 다른 구에 비하여 의료자원 측면에서의 건강 빈곤이 높은 것으로 나타났다. 또한 필요 시 의료서비스를 이용하는 비율이 평균보다 낮아, 적절한 보건의료서비스(매개수준) 측면에서의 빈곤이 일부 발생하는 것으로 확인되었다. 건강상태(개인수준)

의 경우, 기대수명, 자살사망률, 자기평가 건강수준에서의 건강 빈곤은 평균에 비하여 높았으나, 단태아 저체중 출생률, 고혈압 관리율, 당뇨병 관리율 등 잠재적 건강수준에 영향을 미칠 수 있는 지표들에서 건강 빈곤이 평균보다 낮은 것을 확인하였다.

[그림 3-19] 강서구 건강빈곤지수



주: 건강빈곤지수는 0에서 1사이의 값을 가지며, 수치(건강빈곤지수)가 1에 가까워질수록 부정적인 의미를 나타냄.

17. 구로구

□ 근원 영역

구로구의 지역발전가능성(거시수준)은 재정자주도, 교육예산, 인구유입률 모두에서 서울시 평균보다 부정적인 것으로 나타났다. 지역여건(매개수준)은 시민행복지수, 고등학교 학업중단율 측면에서 서울시 평균보다 긍정적이었으나, 사회적 신뢰는 평균보다 부정적인 것으로 나타났다. 가구여건(개인수준)의 경우, 기초생활수급자비율 측면에서 평균보다 덜 빈곤한 것으로 나타났으나, 재산세는 평균보다 낮았다.

□ 매개요인 영역

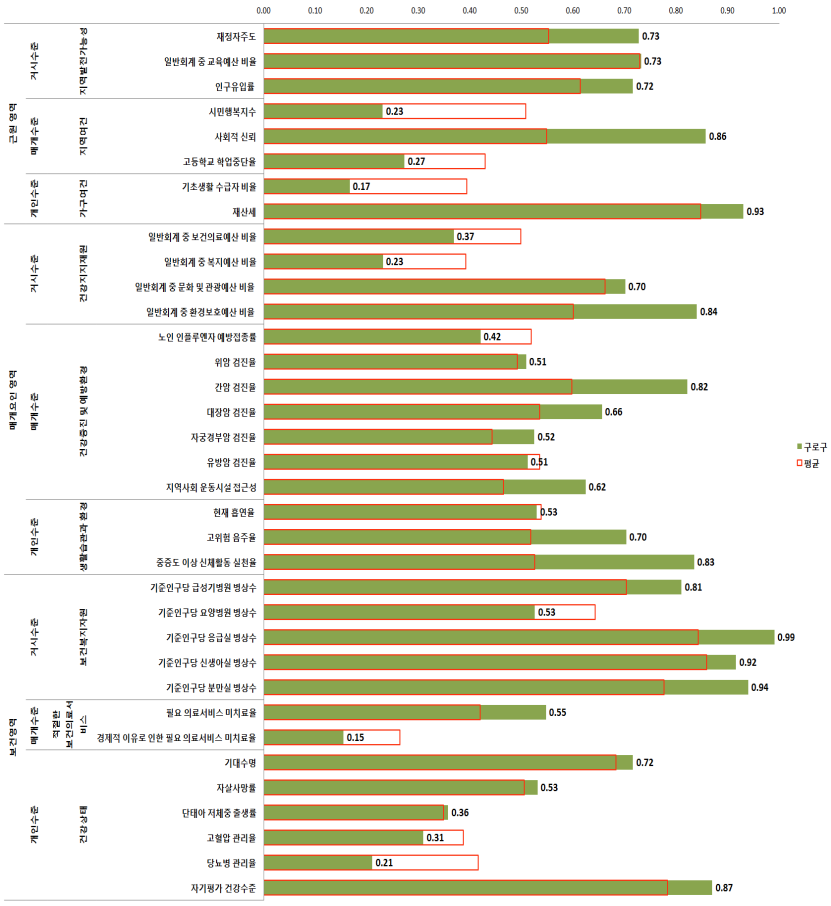
건강지지재원(거시수준)의 경우, 보건의료 및 복지 예산은 평균보다 높았으나, 문화 및 관광예산·환경보호 예산은 평균보다 낮아, 상대적으로 건강과 연관성이 높은 재원에서의 빈곤이 다른 구에 비하여 낮았다. 또한 노인 인플루엔자 예방접종률을 제외한 암 검진율(유방암 검진율 제외)과 지역사회 운동시설 접근성이 평균보다 낮아, 건강증진 및 예방환경(매개수준)은 측면에서의 건강 빈곤이 높게 나타났다. 또한 음주와 신체활동에서의 건강 빈곤이 평균보다 높았고, 흡연율도 평균 수준에 그쳐, 생활습관과 환경(개인수준) 측면에서의 건강 빈곤이 다소 높았다.

□ 보건 영역

보건복지자원(거시수준)은 요양병원을 제외한 급성기병원·응급실·신생아실·분만실 병상수 모두 평균보다 낮아, 의료자원 측면에서의 건강 빈곤이 높은 것으로 나타났다. 또한 필요 시 의료서비스를 이용하는 비율이 평균보다 낮아, 적절한 보건의료서비스(매개수준) 이용 측면에서의 빈곤도 일부 발생하는 것으로 확인되었다. 건강상태(개인수준)의 경우, 기대

수명, 자살사망률, 단태아 저체중 출생률, 자기평가 건강수준에서의 건강 빈곤이 평균에 비하여 높았으나, 고혈압 관리율, 당뇨병 관리율 등 잠재적 건강수준에 영향을 미칠 수 있는 지표들에서의 건강 빈곤은 평균보다 낮았다.

[그림 3-20] 구로구 건강빈곤지수



주: 건강빈곤지수는 0에서 1사이의 값을 가지며, 수치(건강빈곤지수)가 1에 가까워질수록 부정적인 의미를 나타냄.

18. 금천구

□ 근원 영역

금천구의 지역발전가능성(거시수준)은 재정자주도, 교육예산, 인구유입률 모두에서 서울시 평균보다 부정적인 것으로 나타났다. 지역여건(매개수준) 또한 시민행복지수, 사회적 신뢰, 고등학교 학업중단율 측면 모두에서 서울시 평균보다 부정적이었다. 가구여건(개인수준)도 기초생활수급자비율 측면에서 평균보다 더 빈곤한 것으로 나타났으며, 재산세도 평균보다 낮아, 근원적·거시적 차원에서의 건강 빈곤 문제에 대한 높은 관심이 요구되었다.

□ 매개요인 영역

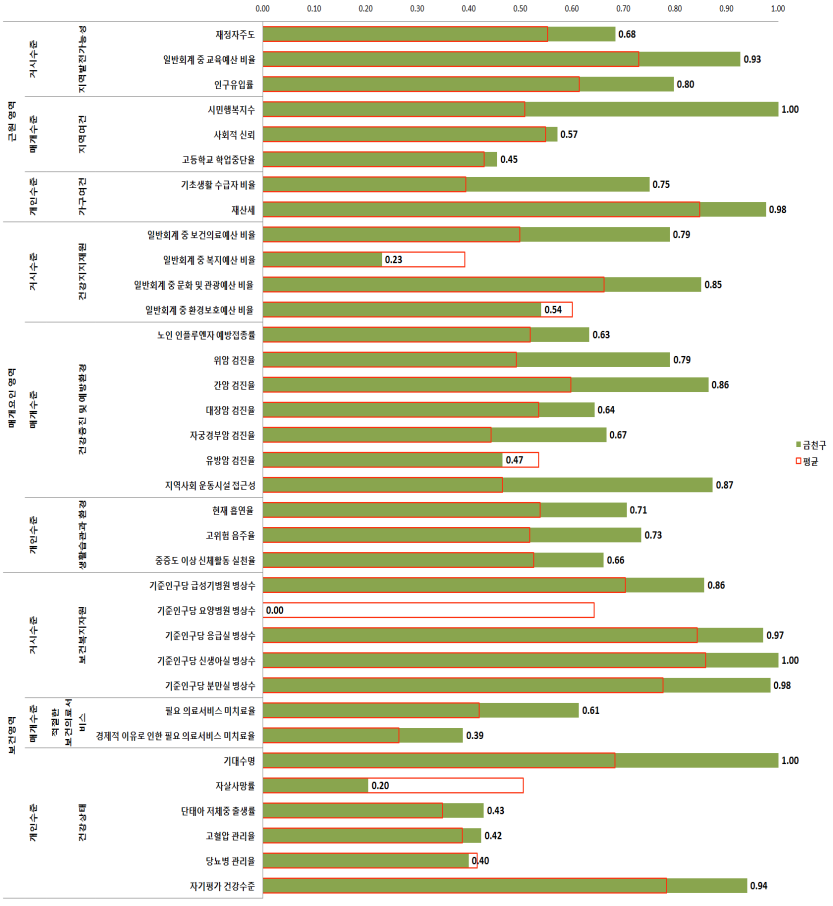
건강지지재원(거시수준)의 경우, 보건의료·문화 및 관광예산은 평균보다 낮았으나, 복지·환경보호 예산은 평균보다 높았다. 한편 유방암 검진을 제외한 모든 예방적 의료서비스 및 지역사회 자원에의 접근성이 평균보다 낮아, 건강증진 및 예방환경(매개수준)에서의 건강 빈곤이 높은 것으로 나타났다. 생활습관과 환경(개인수준)에서는 흡연, 음주, 신체활동에서의 건강 빈곤이 평균보다 모두 높았다.

□ 보건 영역

보건복지자원(거시수준)은 요양병원을 제외한 급성기병원·응급실·신생아실·분만실 병상수 모두 평균보다 낮아, 의료자원 측면에서의 건강 빈곤이 높은 것으로 나타났다. 또한 필요 시 의료서비스를 이용하는 비율이 평균보다 낮았고, 경제적 문제로 인해 필요 의료서비스를 이용하지 못하는 비율은 평균보다 높아, 적절한 보건의료서비스(매개수준) 이용 측면에서의 빈곤이 발생하는 것으로 확인되었다. 건강상태(개인수준)의 경우,

기대수명, 단태아 저체중 출생률, 고혈압 관리율, 자기평가 건강수준에서의 건강 빈곤은 평균에 비하여 높았으나, 자살사망률, 당뇨병 관리율에서의 건강 빈곤은 평균보다 낮았다.

[그림 3-21] 금천구 건강빈곤지수



주: 건강빈곤지수는 0에서 1사이의 값을 가지며, 수치(건강빈곤지수)가 1에 가까워질수록 부정적인 의미를 나타냄.

19. 영등포구

□ 근원 영역

영등포구의 지역발전가능성(거시수준)은 재정자주도 측면에서는 서울시 평균보다 긍정적이었으나, 교육예산, 인구유입률은 평균보다 부정적이거나 평균 수준에 그치는 것으로 나타났다. 지역여건(매개수준)은 시민행복지수, 사회적 신뢰, 고등학교 학업중단율 측면 모두에서 서울시 평균보다 긍정적이었다. 가구여건(개인수준)의 경우, 기초생활수급자비율 측면에서 평균보다 더 빈곤한 것으로 나타났으나, 재산세는 평균보다 높았다.

□ 매개요인 영역

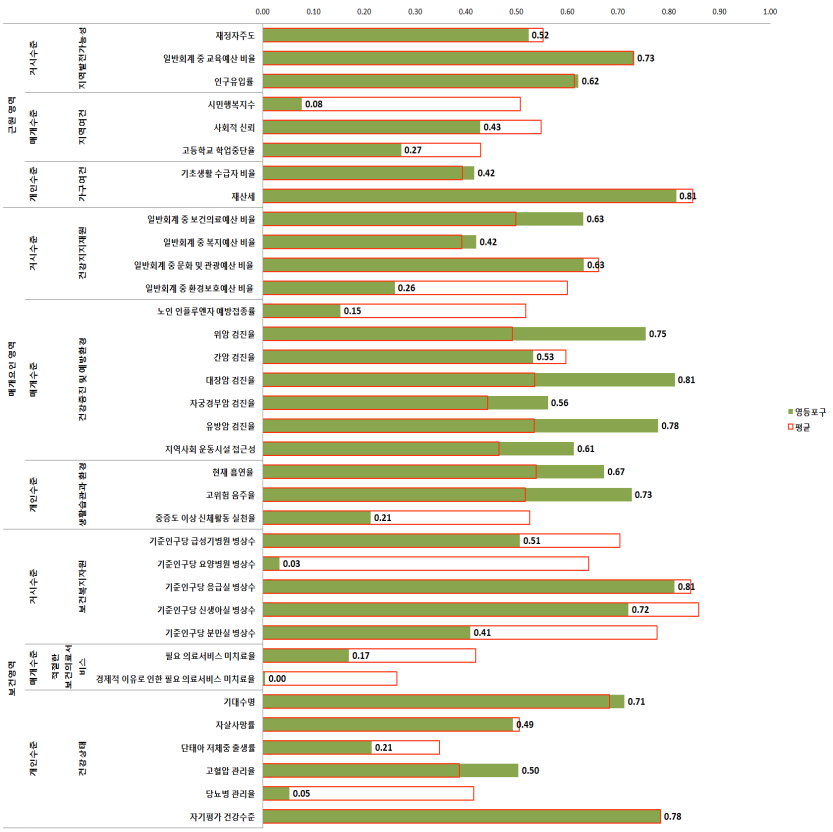
건강지지재원(거시수준)의 경우, 보건의료 및 복지 예산은 평균보다 낮았으나, 문화 및 관광예산·환경보호 예산은 평균보다 높아, 상대적으로 건강과의 연관성이 높은 재원에서의 빈곤이 다른 구에 비하여 높았다. 건강증진 및 예방환경(매개수준)의 경우, 노인 인플루엔자 예방접종률과 간암 검진율의 경우 평균보다 높았으나, 나머지 4개 암 검진율과 지역사회 운동시설 접근성은 평균보다 낮았다. 생활습관과 환경(개인수준)에서는 신체활동의 건강 빈곤은 평균보다 낮았으나 흡연, 음주에서의 건강 빈곤은 평균보다 높았다.

□ 보건 영역

보건복지자원(거시수준)은 급성기병원·요양병원·응급실·신생아실·분만실 병상수 모두 평균보다 높아, 다른 구에 비하여 의료자원 측면에서의 건강 빈곤은 낮은 것으로 나타났다. 또한 필요 시 의료서비스를 이용하는 비율이 평균보다 높고, 경제적 문제로 인하여 필요의료서비스를 이용하

지 못한 비율은 평균보다 낮아, 적절한 보건의료서비스(매개수준) 이용 측면에서의 건강 빈곤은 적은 것으로 확인되었다. 건강상태(개인수준)의 경우, 기대수명, 고혈압 관리율, 자기평가 건강수준에서의 건강 빈곤은 평균에 비하여 높았으나, 자살사망률, 단태아 저체중 출생률, 당뇨병 관리율 등에서의 건강 빈곤은 평균보다 낮았다.

[그림 3-22] 영등포구 건강빈곤지수



주: 건강빈곤지수는 0에서 1사이의 값을 가지며, 수치(건강빈곤지수)가 1에 가까워질수록 부정적인 의미를 나타냄.

20. 동작구

□ 근원 영역

동작구의 지역발전가능성(거시수준)은 재정자주도, 교육예산 측면에서 서울시 평균보다 부정적이었으나, 인구유입률은 평균보다 다소 긍정적인 것으로 나타났다. 지역여건(매개수준)은 시민행복지수 측면에서는 평균보다 부정적이었으나, 사회적 신뢰, 고등학교 학업중단율 측면에서 서울시 평균에 비하여 긍정적이었다. 가구여건(개인수준)의 경우, 기초생활수급자비율 측면에서 평균보다 덜 빈곤한 것으로 나타났으나, 재산세는 평균보다 낮았다.

□ 매개요인 영역

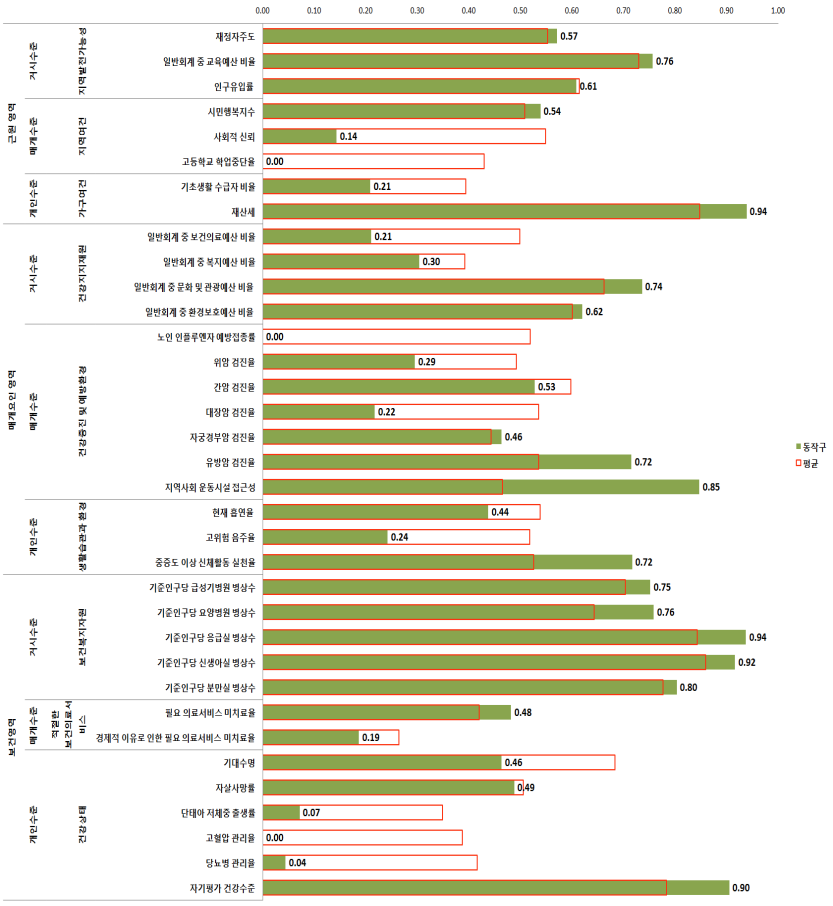
건강지지재원(거시수준)의 경우, 보건의료 및 복지 예산은 평균보다 높았으나, 문화 및 관광예산·환경보호 예산은 평균보다 낮아, 상대적으로 건강과 연관성이 높은 재원에서의 빈곤이 다른 구에 비하여 낮았다. 건강증진 및 예방환경(매개수준)은 노인 인플루엔자 예방접종률과 위암·간암·대장암 검진율의 경우 평균보다 높았으나, 여성암 검진율과 지역사회 운동시설에의 접근성은 평균보다 낮았다. 생활습관과 환경(개인수준)의 경우, 흡연 및 음주 측면에서의 건강 빈곤은 평균보다 낮았으나 신체활동에서의 건강 빈곤은 평균보다 높았다.

□ 보건 영역

보건복지자원(거시수준)은 급성기병원·요양병원·응급실·신생아실·분만실 병상수 모두 평균보다 낮아, 다른 구에 비하여 의료자원 측면에서의 건강 빈곤이 높은 것으로 나타났다. 또한 필요 시 의료서비스를 이용하는 비율이 평균보다 낮아, 적절한 보건의료서비스(매개수준) 이용 측면에서

의 건강 빈곤이 발생하는 것으로 확인되었다. 건강상태(개인수준)의 경우, 자기평가 건강수준에서의 빈곤은 평균에 비하여 높았으나, 나머지 건강결과 및 건강결과에 영향을 미치는 요인에의 건강 빈곤은 평균보다 낮은 수준을 보였다.

[그림 3-23] 동작구 건강빈곤지수



주: 건강빈곤지수는 0에서 1사이의 값을 가지며, 수치(건강빈곤지수)가 1에 가까워질수록 부정적인 의미를 나타냄.

21. 관악구

□ 근원 영역

관악구의 지역발전가능성(거시수준)은 재정자주도 측면에서 부정적이었으나, 교육예산과 인구유입률 측면에서 평균보다 긍정적인 것으로 나타났다. 지역여건(매개수준)은 시민행복지수 측면에서는 평균보다 긍정적이었으나, 사회적 신뢰와 고등학교 학업중단율 측면에서 평균보다 부정적이었다. 가구여건(개인수준)의 경우, 기초생활수급자비율 측면에서 평균보다 덜 빈곤한 것으로 나타났으나, 재산세는 평균보다 낮았다.

□ 매개요인 영역

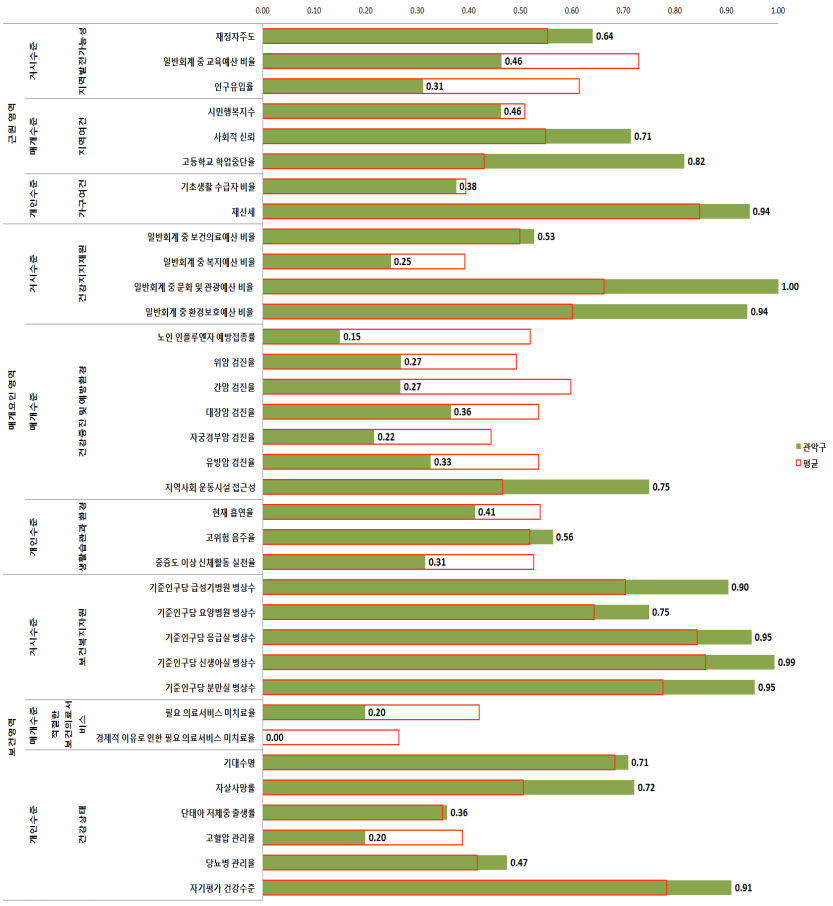
건강지지재원(거시수준)의 경우, 복지예산을 제외한 보건의료·문화 및 관광예산·환경보호 예산 모두 평균보다 낮아, 재원에서의 빈곤이 다른 구에 비하여 높았다. 반면 지역사회 운동시설 접근성을 제외한 예방적 보건의료서비스에의 접근성이 평균보다 높아, 건강증진 및 예방환경(매개수준)에서의 건강 빈곤은 적은 것으로 확인되었다. 생활습관과 환경(개인수준)의 경우, 흡연 및 신체활동 측면에서의 건강 빈곤은 평균보다 낮았으나 음주 측면에서의 건강 빈곤은 평균보다 높았다.

□ 보건 영역

보건복지자원(거시수준)은 급성기병원·요양병원·응급실·신생아실·분만실 병상수 모두 평균보다 낮아, 다른 구에 비하여 의료자원 측면에서의 건강 빈곤이 높은 것으로 나타났다. 반면 필요 시 의료서비스를 이용하는 비율이 평균보다 높았고, 경제적 문제로 인해 필요 의료서비스를 이용하지 못하는 비율은 평균보다 낮아, 적절한 보건의료서비스(매개수준) 측면에서의 건강 빈곤은 적은 것으로 확인되었다. 건강상태(개인수준)의 경

우, 고혈압 관리율을 제외한 건강결과 및 건강결과에 영향을 미치는 요인에서의 건강 빈곤이 평균보다 높은 수준을 보였다.

[그림 3-24] 관악구 건강빈곤지수



주: 건강빈곤지수는 0에서 1사이의 값을 가지며, 수치(건강빈곤지수)가 1에 가까워질수록 부정적인 의미를 나타냄.

22. 서초구

□ 근원 영역

서초구의 지역발전가능성(거시수준)은 재정자주도, 교육예산 및 인구유입률 측면 모두에서 서울시 평균보다 긍정적인 것으로 나타났다. 반면 시민행복지수를 제외한 사회적 신뢰, 고등학교 학업중단율 측면에서의 지역여건(매개수준)은 평균보다 부정적이었다. 가구여건(개인수준)의 경우, 기초생활수급자비율 측면에서 평균보다 덜 빈곤한 것으로 나타났으며, 재산세도 평균보다 높았다.

□ 매개요인 영역

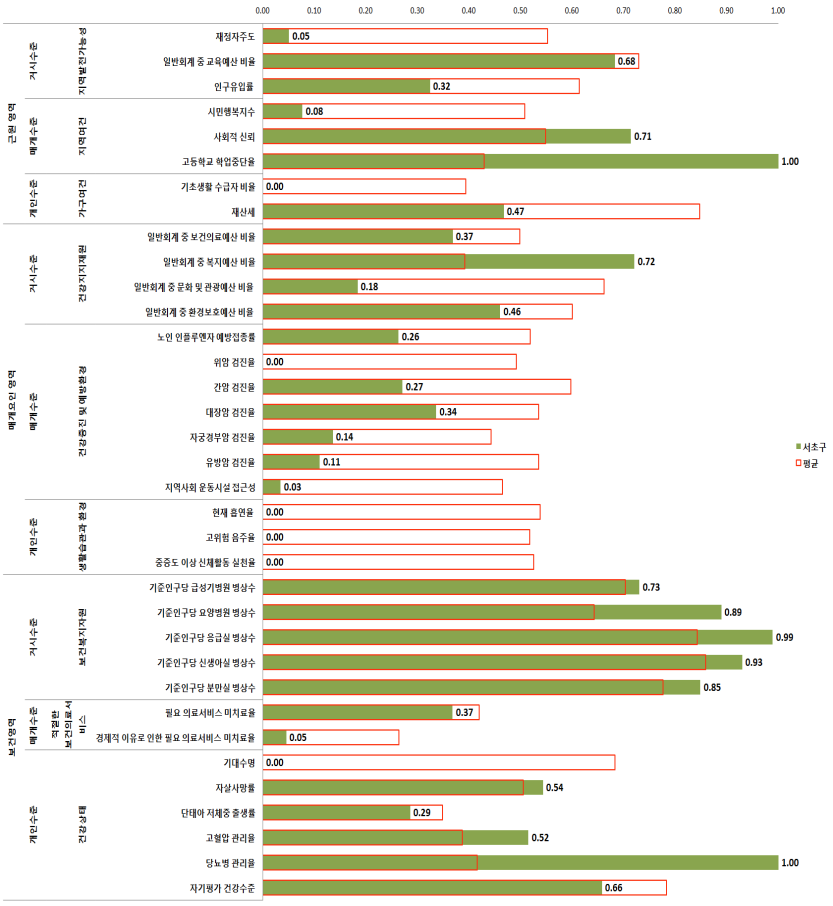
건강지지재원(거시수준)의 경우, 복지예산을 제외한 보건의료·문화 및 관광예산·환경보호 예산 모두 평균보다 높아, 재원에서의 빈곤이 다른 구에 비하여 낮았다. 또한 노인 인플루엔자 예방접종률, 5대암 검진율, 지역사회 운동시설 접근성이 평균보다 높아 건강증진 및 예방환경(매개수준)에서의 빈곤도 적은 것으로 나타났다. 마찬가지로 흡연, 음주 및 신체활동 측면에서의 결과도 평균보다 긍정적인 것으로 나타나, 생활습관과 환경(개인수준)에서의 건강 빈곤이 다른 구에 비하여 낮은 것으로 확인되었다.

□ 보건 영역

보건복지자원(거시수준)은 급성기병원·요양병원·응급실·신생아실·분만실 병상수 모두 평균보다 낮아, 다른 구에 비하여 의료자원 측면에서의 건강 빈곤은 높은 것으로 나타났다. 반면 필요 시 의료서비스를 이용하는 비율이 평균보다 높았고, 경제적 문제로 인해 필요 의료서비스를 이용하지 못하는 비율은 평균보다 낮아, 적절한 보건의료서비스(매개수준) 측면

에서의 건강 빈곤이 적은 것으로 확인되었다. 건강상태(개인수준)의 경우, 자살사망률, 고혈압 관리율, 당뇨병 관리율에서의 건강 빈곤은 평균보다 높았으나, 기대수명, 단태아 저체중 출생률, 자기평가 건강수준에서의 빈곤은 평균보다 낮았다.

[그림 3-25] 서초구 건강빈곤지수



주: 건강빈곤지수는 0에서 1사이의 값을 가지며, 수치(건강빈곤지수)가 1에 가까워질수록 부정적인 의미를 나타냄.

23. 강남구

□ 근원 영역

강남구의 지역발전가능성(거시수준)은 재정자주도, 교육예산 및 인구유입률 측면 모두에서 서울시 평균보다 긍정적인 것으로 나타났다. 반면 시민행복지수를 제외한 사회적 신뢰, 고등학교 학업중단율 측면에서의 지역여건(매개수준)은 평균보다 부정적이었다. 가구여건(개인수준)의 경우, 기초생활수급자비율 측면에서 평균보다 덜 빈곤한 것으로 나타났으며, 재산세도 평균보다 높았다.

□ 매개요인 영역

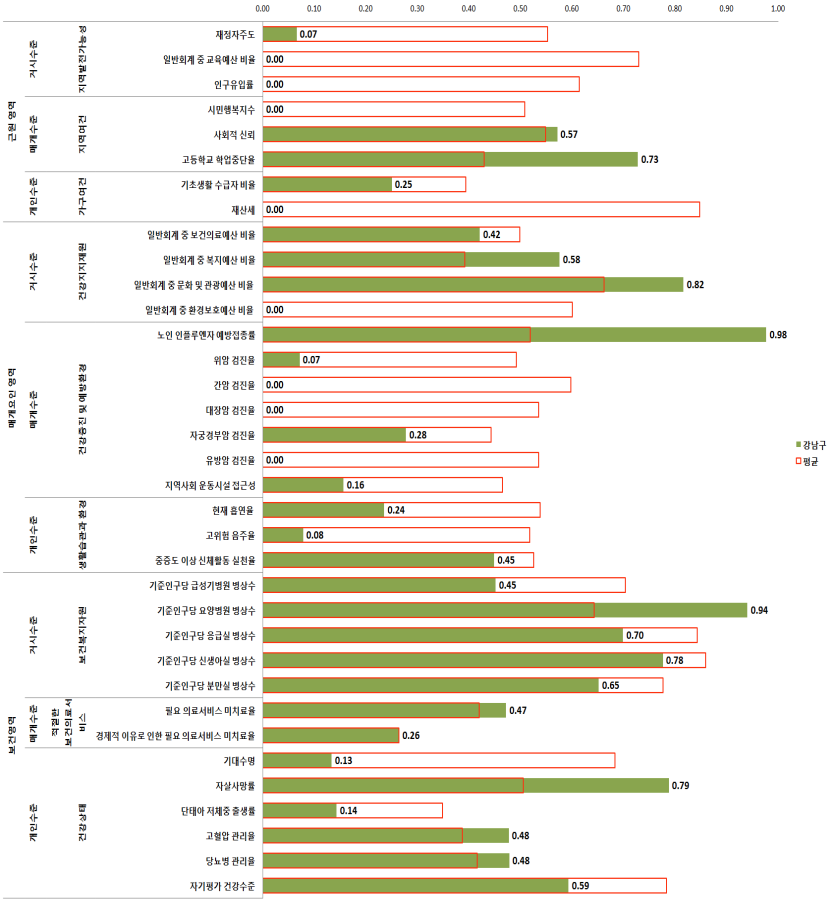
건강지지재원(거시수준)의 경우, 보건의료·환경보호 예산은 평균보다 높았으나, 복지·문화 및 관광예산·환경보호 예산은 평균보다 낮았다. 또한 노인 인플루엔자 예방접종률을 제외한 5대암 검진율, 지역사회 운동시설 접근성이 평균보다 높아 건강증진 및 예방환경(매개수준)에서의 건강 빈곤은 적은 것으로 나타났다. 마찬가지로 흡연, 음주 및 신체활동 측면에서의 결과도 평균보다 긍정적인 것으로 나타나, 생활습관과 환경(개인수준)에서의 건강 빈곤이 다른 구에 비하여 적은 것으로 확인되었다.

□ 보건 영역

보건복지자원(거시수준)은 요양병원을 제외한 급성기병원·응급실·신생아실·분만실 병상수 모두 평균보다 높아, 다른 구에 비하여 의료자원 측면에서의 건강 빈곤은 적은 것으로 나타났다. 반면 필요 시 의료서비스를 이용하는 비율이 평균보다 낮았고, 경제적 문제로 인해 필요 의료서비스를 이용하지 못하는 비율이 평균 수준으로 나타나, 적절한 보건의료서비스(매개수준) 측면에서의 건강 빈곤은 다소 발생하는 것으로 확인되었

다. 건강상태(개인수준)의 경우, 자살사망률, 고혈압 관리율, 당뇨병 관리율에서의 건강 빈곤은 평균보다 높았으나, 기대수명, 단태아 저체중 출생률, 자기평가 건강수준에서의 빈곤은 평균보다 낮았다.

[그림 3-26] 강남구 건강빈곤지수



주: 건강빈곤지수는 0에서 1사이의 값을 가지며, 수치(건강빈곤지수)가 1에 가까워질수록 부정적인 의미를 나타냄.

24. 송파구

□ 근원 영역

송파구의 지역발전가능성(거시수준)은 재정자주도 측면에서 서울시 평균보다 긍정적이었으나, 교육예산 및 인구유입률 측면에서 평균보다 부정적인 것으로 나타났다. 반면 시민행복지수를 제외한 사회적 신뢰, 고등학교 학업중단율 측면에서의 지역여건(매개수준)은 평균보다 긍정적이었다. 가구여건(개인수준)의 경우, 기초생활수급자비율 측면에서 평균보다 덜 빈곤한 것으로 나타났으며, 재산세도 평균보다 높았다.

□ 매개요인 영역

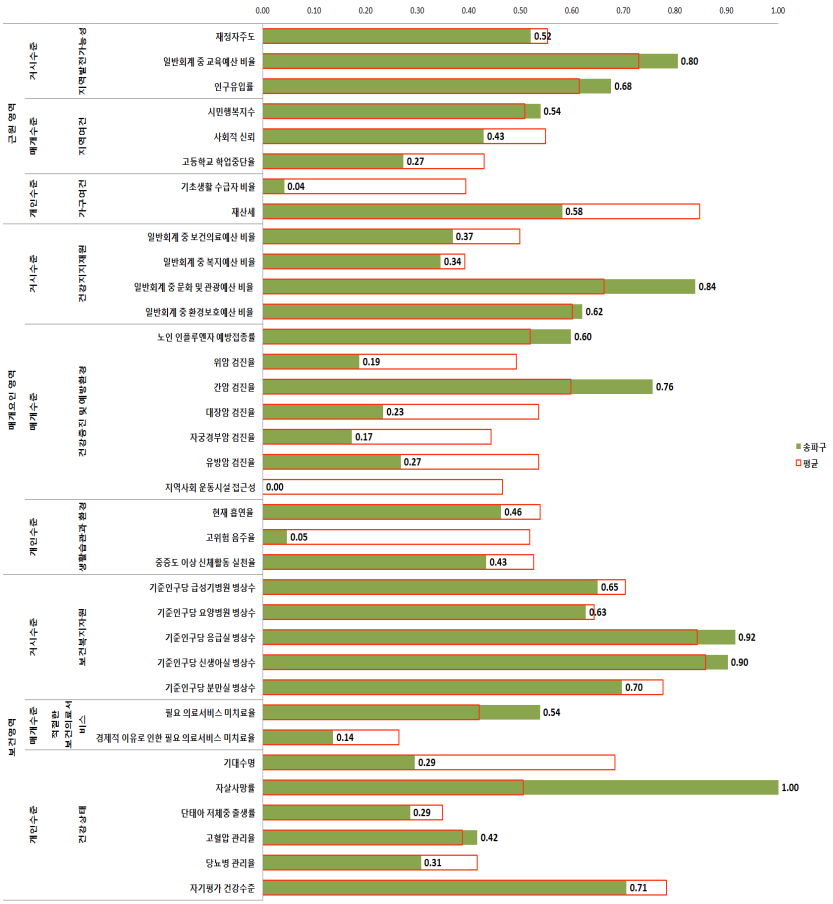
건강지지재원(거시수준)의 경우, 보건의료·복지예산은 평균보다 높았으나, 문화 및 관광예산·환경보호 예산은 평균보다 낮아, 건강과 직접적인 연관성이 높은 재원에서의 건강 빈곤은 적은 것으로 나타났다. 또한 노인 인플루엔자 예방접종률과 간암 검진율을 제외한 4개 암 검진율, 지역사회 운동시설 접근성이 평균보다 높아 건강증진 및 예방환경(매개수준)에서의 건강 빈곤은 적은 것으로 나타났다. 마찬가지로 흡연, 음주 및 신체활동 측면에서의 결과도 평균보다 긍정적인 것으로 나타나, 생활습관과 환경(개인수준)에서의 건강 빈곤이 다른 구에 비하여 적은 것으로 확인되었다.

□ 보건 영역

보건복지자원(거시수준)의 경우, 응급실·신생아실 병상수는 평균보다 낮았으나, 급성기병원·요양병원·분만실 병상수는 평균보다 높았다. 또한 필요 시 의료서비스를 이용하는 비율이 평균보다 낮아, 적절한 보건의료서비스(매개수준) 측면에서의 건강 빈곤이 다소 발생하는 것으로 확인되

었다. 건강상태(개인수준)의 경우, 자살사망률, 고혈압 관리율 측면에서의 건강 빈곤은 평균보다 높았으나, 기대수명, 단태아 저체중 출생률, 당뇨병 관리율, 자기평가 건강수준에서의 빈곤은 평균보다 낮았다.

[그림 3-27] 송파구 건강빈곤지수



주: 건강빈곤지수는 0에서 1사이의 값을 가지며, 수치(건강빈곤지수)가 1에 가까워질수록 부정적인 의미를 나타냄.

25. 강동구

□ 근원 영역

강동구의 지역발전가능성(거시수준)은 재정자주도·교육예산·인구유입률 측면 모두에서 평균보다 부정적인 것으로 나타났다. 또한 시민행복지수를 제외한 사회적 신뢰, 고등학교 학업중단율 측면에서의 지역여건(매개수준)도 평균보다 부정적이었다. 가구여건(개인수준)의 경우, 기초생활수급자비율 측면에서 평균보다 덜 빈곤한 것으로 나타났으나, 재산세는 평균보다 낮았다.

□ 매개요인 영역

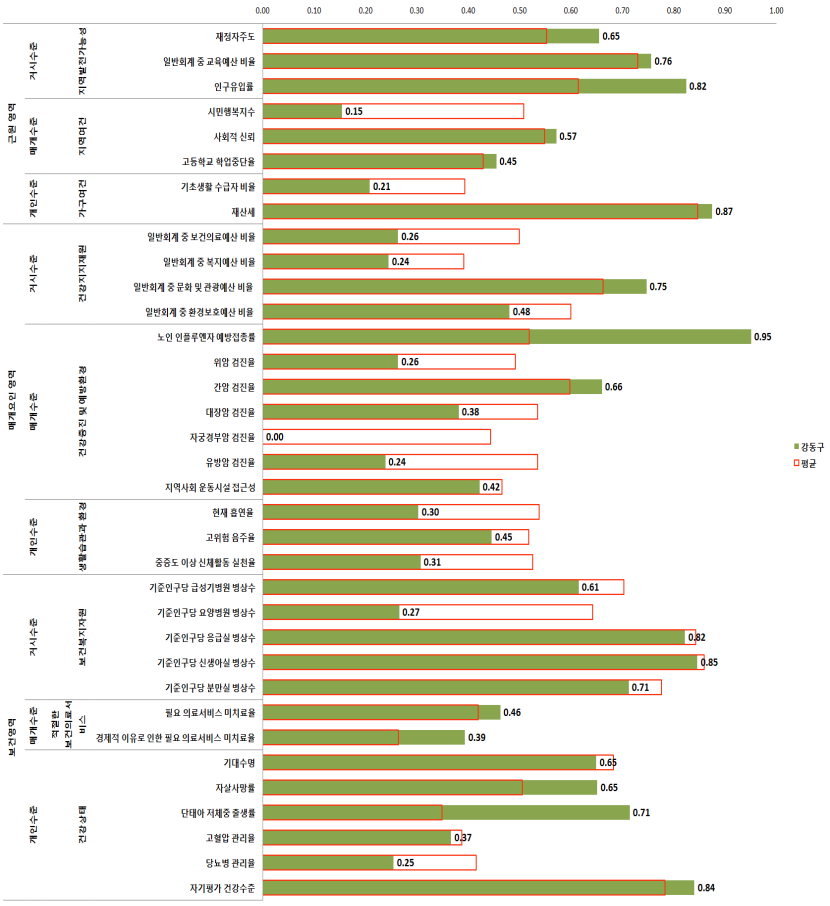
건강지지재원(거시수준)의 경우, 문화 및 관광예산을 제외한 보건의료·복지·환경보호 예산이 평균보다 높아, 재원에서의 건강 빈곤은 전반적으로 적은 것으로 나타났다. 또한 노인 인플루엔자 예방접종률과 간암 검진율을 제외한 4개 암 검진율, 지역사회 운동시설 접근성이 평균보다 높아 건강증진 및 예방환경(매개수준)에서의 건강 빈곤도 비교적 적은 것으로 나타났다. 마찬가지로 흡연, 음주 및 신체활동 측면에서의 결과도 평균보다 긍정적인 것으로 나타나, 생활습관과 환경(개인수준)에서의 건강 빈곤이 다른 구에 비하여 적은 것으로 확인되었다.

□ 보건 영역

보건복지자원(거시수준)의 경우, 급성기병원·요양병원·응급실·신생아실·분만실 병상수는 모두 평균보다 높아, 자원 측면에서의 건강 빈곤은 낮았다. 반면 필요 시 의료서비스를 이용하는 비율이 평균보다 낮고, 경제적 문제로 인한 필요 보건의료서비스를 이용하지 못한 비율이 평균보다 높아, 적절한 보건의료서비스(매개수준) 이용 측면에서의 건강 빈곤이

발생하는 것으로 확인되었다. 건강상태(개인수준)의 경우, 자살사망률, 단태아 저체중 출생률, 자기평가 건강수준에서의 빈곤은 평균보다 높았으나, 기대수명, 당뇨병 관리율, 고혈압 관리율 측면에서의 건강 빈곤은 평균보다 낮았다.

[그림 3-28] 강동구 건강빈곤지수



주: 건강빈곤지수는 0에서 1사이의 값을 가지며, 수치(건강빈곤지수)가 1에 가까워질수록 부정적인 의미를 나타냄.

4 결 론

건강불평등에서 지역의 개념은 매우 중요하다. 전통적으로 많은 연구들이 개인의 교육수준 및 사회계층에 따른 건강불평등에 초점을 두어왔으며, 지역적 수준에서 건강불평등에 대한 연구들도 최근에 활성화되고 있는 편이다. 건강에서 지역적 개념의 수용은 전통적인 역학방법론인 개인주의적 접근에서 벗어나 인구집단의 건강과 문화·환경 구조적 요인, 집단수준에서 나타나는 환경적 영향으로의 관심의 전환을 의미한다. 즉, 개인적 건강행위라 할지라도 이는 개인이 살고 있는 지역사회나 보다 넓은 범위의 환경 특성을 고려하지 않고서는 이해할 수 없다는 것이다(신영전 등, 2009, p.227).

지역적 수준의 건강불평등은 건강과 관련된 자원의 지역적 배치에 특히 유용하게 적용할 수 있다(신영전 등, 2009, p.227).

현행 보건소 중심의 건강증진사업은 원칙적으로 지역사회를 기반으로 하고 있으나, 매우 제한된 지역사회 주민들에게 집중적인 서비스가 제공되고 있다. 이는 보건소의 인적 역량에 비해 관할하는 지역이 광범위하여 지역사회 전체를 대상으로 사업을 수행하는 것이 현실적으로 어렵기 때문이기도 하다. 소수의 주민들에게 서비스가 제공되는 한계를 극복하기 위해서는 개인 중심에서 지역 중심으로의 접근이 필요하다(윤태호, 2007, p.452).

또한, 제한된 자원으로 사업을 수행하기 위해서는 전략적 접근이 필요한데, 취약계층이 밀집해 있고 건강수준이 타 소지역에 비해 낮은 지역을 중심으로 지역자원을 조직화하여 통합적이고 집중적인 지역 공동체 사업

을 수행하려는 노력이 국가적 수준에서 논의될 필요가 있다(윤태호, 2007, p.452). 특히 건강취약지역은 예산구조도 취약하다는 점을 고려할 때, HPI는 한정된 지역자원을 건강불평등 문제 해결을 위하여 분배할 수 있는 근거를 제공한다.

HPI는 지역사회의 건강결정요인의 현황을 수치화하고, 도표로 시각화함으로써 건강불평등 현황을 쉽게 확인할 수 있다는 장점이 있다. 또한 HPI를 구성하고 있는 세부지표별 비교뿐만 아니라 지표 영역별로 어느 영역에서 다른 지역에 비해 격차가 발생하는 지를 파악할 수 있다. 이와 더불어 충분한 자료가 확보된다면 지표에 대한 시계열적 비교가 가능하므로 지역 내 지표의 추이 또한 비교 가능하다(신영전 등, 2009, pp.343-344). 이상과 같은 HPI의 장점은 지역 내 건강불평등 모니터링 지표로서의 가치를 의미한다고 할 수 있다.

반면 HPI 지표 선정 시 지표의 산출가능성이 지표 선정의 주요 이유가 되기 때문에 선정된 지표가 지역의 건강불평등을 발생시키는 맥락에 대해 가장 잘 설명하고 있다고 말하기 어려운 측면이 있다. 때문에 지속적으로 지역사회의 건강불평등 발생 기전을 보다 잘 설명해 줄 수 있는 지표를 생산하기 위한 노력이 필요하다.

참고문헌

강영주·정광호(2012). 한국사회의 소득불평등과 건강에 관한 실증연구, 한국노동패널 자료를 중심으로. 한국행정학보, 46(4), pp.265-291.

강영호 등(2012). 서울시 건강 격차 해소를 위한 보건 정책 방안 연구 보고서. 서울특별시.

강영호(2013). 한국사회 양극화와 건강불평등, 국립암센터 교육훈련 자료(URL: file:///V:/Users/User/Downloads/20130319-2교시(한국사회%20양극화와%20건강불평등)-강영호교수님.pdf)

강영호(2014). 우리나라 건강불평등 연구와 정책과제, 보건복지포럼, 210, pp.2-3.

강영호 등(2014). 서울시 임산부·영유아 가정방문 건강관리 사업 2차 년도 사업 결과보고서. 서울특별시. 부록 EDI training workshop

강은정·이수형(2014). 자살과 사회경제적 요인과의 관계에 있어서 한국과 다른 OECD 국가들과의 차이. 보건교육건강증진학회지. 31(1), pp.45-56.

교육부(2015). 2015년 정책방향 주요추진계획.
(URL: http://www.moe.go.kr/2015happymoe/2015happymoe07-1.html)

국립암센터(2002; 2012). 국가암등록사업 연례보고서

김경혜(2009). 경제위기 시대의 사회안전망. 서울도시연구, 10(3), pp.23-36.

김기랑·홍서아·권성옥·최보율·김가영 등(2011). 국민건강영양조사 식품안전성 측정 도구의 타당도 조사. 대한지역사회영양학회지, 16(11), pp.771-781.

김동진·이소영·기명·김명희·김승섭·김유미·윤태호·장숙랑·정최경희·채희란·이정아(2013). 한국의 건강불평등 지표와 정책과제. 한국보건사회연구원.

김동진·기명·김명희·김유미·윤태호·장숙랑·정최경희·강아람·채희란·최지희(2014a). 한국의 건강불평등 지표와 정책과제-한국의 건강불평등 보고서: 통계집 I. 한국보건사회연구원.

김동진·기명·김명희·김유미·윤태호·장숙랑·정최경희·강아람·채희란·최지희(2014b).

한국의 건강불평등 지표와 정책과제-한국의 건강불평등 보고서: 통계집Ⅱ. 한국보건사회연구원

김동현·김건엽·김춘배·류소연·박순우·이근찬·황승식·이선주(2013). 지역사회건강수준 순위평가를 위한 전략개발과 적용. 한림대학교 산학협력단·한국건강증진재단.

김명희·고한수·손수인·조홍준(2014). 알코올 규제정책, 패러다임을 바꾸자! 시민건강증진연구소.

김명희·서제희·손정인·조홍준·최용준(2011). 한국의 담배 규제 정책과 건강 불평등. 시민건강증진연구소.

김소라·김옥길·윤경은·강영호·조홍준(2009). 한국 남성에서 흡연 시작과 금연에 관여하는 사회경제적 요인. 가정의학회지, 30, pp.415-425.

김소연(2014). 우리나라 성인의 신체활동 현황. 주간 건강과 질병, 7(5), pp.103-104.

김영모(1990). 한국빈곤연구. 한국복지정책연구소 출판부.

김재원·권순만(2014). 지역별 고용불안정이 청년 자살률에 미치는 영향. 사회보장연구, 30(2), pp.117-141.

문창진(1998). 실업의 보건사회학. 보건과 사회과학, 3, pp.67-81.

박윤형(2014). 만성질환 관리전략, *J Korean Med Assoc 2014 October;* 57(10), pp. 808-814.

박지은(2015). 산재 근로자의 산재보험 수혜 규모와 연관 요인에 관한 연구: 직업성 손상을 중심으로. 대한보건연구, 41(3), pp.75-85.

방하남(2012). 성장 고용 복지의 선순환을 위한 고용과 복지 연계 강화 방안. 고용과 복지 연계 어떻게 할 것인가.

보건복지부·한국자살예방협회(2011). 자살예방기본계획.

보건복지부(2008). 제2차 자살예방종합대책(2009-2013).

보건복지부(2010-2014). 지역사회 건강조사

보건복지부(2011). 제3차 국민건강증진종합계획(2011-2020)

보건복지부(2014). 2014년도 모자보건사업 안내.

보건복지부(2015). 2015년 업무계획: 알기쉬운 보건복지부 업무계획. (URL: http://www.mw.go.kr/front_new/policy/sotong/2015/index.js p?PAR_MENU_ID=06&MENU_ID=06440403)

보건복지부·질병관리본부(2014). 2013 건강행태 및 만성질환 통계.

보건복지부·질병관리본부(2014). 2013년 국민건강통계.

변용찬(2014). 사회안전망 평가체계 구축방안에 관한 연구. [국립중앙도서관 연계] 보건복지부 발간자료.

변화순·김영택·김동식(2010). 경제위기에 따른 취약계층의 변화실태와 사회안전망 평가 및 향후 대책방안: 젠더적 관점의 Human New Deal 정책. 한국여성개발원 연구보고서, 2010(11), pp.1-257.

서영준 등(2010). 산후조리원 소비자가격 실태조사. 보건복지부.

서울특별시·이화여자대학교(2013). 서울시 건강격차 모니터링 통계집 2013. 서울특별시·이화여자대학교.

시민건강증진연구소(2015). 건강불평등에 도전하기: 연구와 실천.

신영전·윤태호·김명희·조홍준·김미경·유원섭·김기랑·김유미·정백근·강명근·김종권·정규석·주영수·김현주·임준·이상윤·김인아·김용규·정최경희(2009). 건강불평등 완화를 위한 건강증진 전략 및 사업개발. 한양대학교산학협력단, 건강증진사업지원단.

알코올사업기술지원단(2009). 음주폐해 예방 및 관리에 대한 국가 5개년 계획 연구.

에밀 뒤르켐(1897). 자살론. 청아출판사, p.172.

윤태호(2007). 우리나라 건강불평등 해소를 위한 정책 제안, 예방의학회지, 40(6), pp.447-453.

윤태호(2010). 지역간 건강불평등의 현황과 정책과제. 비판사회정책, (30), pp.49-77.

윤태호(2013). 건강형평정책의 국제동향: 영국, 네덜란드, 스웨덴, 세계보건기구의 경험으로부터의 교훈. *J Korean Med Assoc*, 56(3), pp.195-205.

이상영·노용환·이기주(2012). 우리나라의 자살급증원인과 자살예방을 위한 정책과제. 한국보건사회연구원.

이상은(2008). 한국에서의 빈곤의 세대간 이전. 한국사회복지학, 60(2), pp.53-76.

이소정(2010). 노인 자살의 사회경제적 원인 분석. 사회보장연구. 26(4), pp.1-19.

이윤나·권종숙·조경자·이현아(2014). 영양플러스사업 운영 체계 효율화 방안 연구. 보건복지부.

이정우(2009). 빈곤과 사회적 배제의 정치경제학. 황해문화, pp.18-38.

이차남(2010). 미국의 건강도시 연구와 정책 동향. 월간국토, pp.12-25.

이해국·이보혜(2013). 4대 중독 원인 및 중독 예방 정책, 보건복지포럼(2013.6), pp.30-42.

임완섭·이주미 등(2014). 2014년 빈곤통계연보. 한국보건사회연구원.

정형선(1998). OECD 국가의 사회안전망. 보건복지포럼, pp.49-71.

조홍준(2015). 담배규제정책에서 인구집단 접근법과 금연치료의 형평성. 2015 비판과 대안을 위한 건강정책학회 봄 학술대회 발표자료(URL: www.hpforum.or.kr/spring2015/s4_1.pdf)

지선하(2006). 한국인 흡연과 사망위험에 대한 11년 추적연구. 한국역학회지, 27(1), pp.182-190.

최성은(2014). 담배 과세의 효과와 재정. 한국조세재정연구원.

최용준·윤태호·신동수(2012). 건강형평성의 관점에서 본 제3차 국민건강증진 종합계획 평가. 비판사회정책, 37, pp.367-400

최해림·권수연·윤지현(2011). 편의점을 통한 결식아동급식사업: 서울시의 현황 및 판매 식사류의 영양적 질. 대한지역사회영양학회지, 16(2), pp.253-264.

한국건강증진개발원(2012). 건강증진총서 3호: 세계보건기구 신체활동 권장지침. 한국건강증진개발원 홈페이지 건강증진자료실

한국건강증진개발원(2013). 신체활동 친화적인 도시만들기 기획가이드.

한국건강형평성학회(2008), 건강형평성 측정 방법론, 한울아카데미.

Acheson D. (1998). *The Independent Inquiry into Inequalities in Health*. UK department of health.

Alcohol Research UK. (2014). *Understanding the alcohol harm paradox in order to focus the development of interventions.* Center for Public Health, Faculty of Education, Health and Community, Liverpool John Moores University, Alcohol Research UK Final Report.

Amos A, Brown T, Platt S. (2013). *A systematic review of the effectiveness of policies and interventions to reduce socioeconomic inequalities in smoking among adults*. (available at: http://silne.ensp.org/research-article-a-sys tematic -review- of-the-effectiveness-of-policies-and- interventions-to -reduce-socio-economic-inequalities-in-smoking-among-adults/)

Asthana S, Halliday J. (2006). What works in tackling health inequalities?: pathways, policies and practice through the lifecourse. Bristol, UK: Policy.

Avellar S, Paulsell D, Sama-Miller E, Del Grosso P, Akers L, Kleinman R. (2014). *Home Visiting Evidence of Effectiveness Review: Executive Summary*. Office of Planning, Research and Evaluation, Administration for Children and Families, U.S. Department of Health and Human Services. Washington, DC.

Babor T, et al. (2010). *Alcohol: No ordinary commodity*. 2nd ed. Oxford University Press. New York.

Bauld L, Bell K, McCullough L, Richardson L, Greaves L. (2010). The effectiveness of NHS smoking cessation services: a systematic review. *Journal of Public Health*, 32, pp.71-82.

Bauld L, Judge K, Platt S. (2007). *Assessing the impact of smoking cessation services on reducing health inequalities in England:*

Observational study. Tob. Control 16, pp.400-404.

Beam Dowd, J, Aiello AE. (2008). Did national folic acid fortification reduce socioeconomic and racial disparities in folate status in the US? *Int. J. Epidemiol*, 37, pp.1059-1066.

Benach J, Malmusi D, Yasui, Y, Miguel Martinez J, Muntaner C. (2011). Beyond Rose's strategies: a typologyof scenarios of policy impact on population health and health inequalities. *International Journal of Health Services*, 41(1), pp.1-9.

Blakely TA, et al. (2003). Unemployment and suicide. Evidence for a causal association? *J Epidemiol Community Health*, 57(8), pp.594-600.

Briggs NC, et al. (2006). *Seat belt law enforcement and racial disparities in seat belt use*. Am. J. Prev. Med, 31, pp.135-141.

Bronfenbrenner U. (1979). *The ecology of human development. Experiments by nature and design*. Havard University Press.

Brown T, Platt S, Amos A.(2014a). *Equity impact of European individual-level smoking cessation interventions to reduce smoking in adults: a systematic review*. Eur J Public Health, 24, pp.551-556.

Brown T, Platt S, Amos A. (2014b). Equity impact of interventions and policies to reduce smoking in youth: systematic review. *Tob Control*, 23(2), pp.98-105.

Brown T, Platt S, Amos A. (2014c). Equity impact of population-level interventions and policies to reduce smoking in adults: a systematic review. *Drug Alcohol Depend*, 138, pp.7-16.

Cavanagh JTO, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine*, 33, pp.395-405.

Chu KY, Gupta S. (1998). *Social Safety Nets: Issues and Recent Experience*. International Monetary Fund.

Cooke H, Kirkham L, Brown P. (2005). *Health Poverty Index: an atlas of indicators for the South West*. South West Public Health Observatory.

De Neubourg C, Castonguay J, Roelen K. (2007). *Social safety nets and targeted social assistance: lessons from the European experience*. World Bank, Social Protection Discussion Paper, 718.

Dibben C, Sims A, Noble M, Hill A, Godacre M, Surrender R, et al. (2001). *Health Poverty Index*.

Department of Health. (2003). *Tackling health inequalities. A programme for action*. Department of Health Publications.

Devaux M, M de Looper. (2012). "Income-Related Inequalities in Health Service Utilisation in 19 OECD Countries, 2008-2009", OECD Health Working Papers, No. 58, OECD Publishing, Paris. DOI: http://dx.doi.org/10.1787/5k95xd6stnxt-en

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, pp.25-39.

England Department of Health. (2012). *Preventing Suicides in England: A cross-government outcomes strategy to save lives; Assessment of impact on inequalities.*

Exworthy M, Blane D, Marmot M. (2003). Tackling health inequalities in the United Kingdom: The progress and pitfall of policy, *HSR*, 38(6), pp.1905-1921.

Fayter D, et al. (2008). Population Tobacco Control Interventions and

Their Effects on Social Inequalities in Smoking: Systematic Review. Centre for Reviews and Dissemination, *CRD Report* 39. University of York, York, UK.

Frohlich KL, L Potvin. (2008). Transcending the known in public health practice: the inequality paradox: the population approach and vulnerable populations. *Am J Public Health*, 98(2), pp.216-221.

Heidi Hjelmeland, Gudrun Dieserud, Kari Dyregrov, Birthe L. Knizek and Antoon A. Leenaars. (2012). Psychological autopsy studies as diagnostic tools: Are they methodologically flawed? *Death Studies 2012,* 36, pp.605-626.

Her Majesty's Treasury/Department of Health. (2002). *Tackling Health Inequalities: 2002 cross-cutting review*. HM Treasury

Hill S, Amos A, Clifford D, Platt S. (2014). Impact of tobacco control interventions on socioeconomic inequalities in smoking: review of the evidence. *Tob Control*, 23, pp.89-97.

Hiscock R, Bauld L, Amos A, Fidler JA, Munafò M. (2012). Socioeconomic status and smoking: a review. *Ann NY Acad Sci*, 1248, pp.107-123.

Hjelmeland H, et al. (2012). Psychological autopsy studies as diagnostic tools: are they methodologically flawed? *Death Studies*, 36(7), pp.605-626.

Holmes J, Meng Y, Meier PS, et al. (2014). Effects of minimum unit pricing for alcohol on different income and socioeconomic groups: a modelling study. *The Lancet*, 383(9929), pp.1655-1664.

Hong J, Knapp M. (2013). Geographical inequalities in suicide rates and area deprivation in South Korea. *J Ment Health Policy Econ*. 2013 Sep, 16(3), pp.109-119.

IHME. (2014). *Global Burden of Disease: Country Profiles - Korea. Institute for Health Metrics and Evaluation*(available at: http://www.healthdata.org/south-korea)

Institute for Health Metrics and Evaluation. (2013). *GBP Compare data visualizations*. URL: http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/

Isometsa ET. (2001). Psychological autopsy studies - a review. *Eur Psychiatry*, 16, pp.379-385.

Janus M, Offord DR. (2007). Development and Psychometric Properties of the Early Development Instrument: A Measure of Children's School Readiness. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 39(2), pp.1-22.

Khang YH, Lynch JW, Jung-Choi K, Cho HJ. (2008). Explaining age-specific inequalities in mortality from all causes, cardiovascular disease and ischaemic heart disease among South Korean male public servants: relative and absolute perspectives. *Heart*, 94(1), pp.75-82.

Khang YH, Yun SC, Cho HJ, Jung-Choi K. (2009). The impact of governmental antismoking policy on socioeconomic disparities in cigarette smoking in South Korea. *Nicotine & Tobacco Research*, 11(3), pp.262-269.

Kim K, Park SM, Oh KW. (2013). The impact of nutritional policy on socioeconomic disparity in the unhealthy food intake among Korean adolescent . *Appetite*, 71, pp.388-395.

Kim, MH, et al. (2010). Socioeconomic inequalities in suicidal ideation, parasuicides, and completed suicides in South Korea. *Social Science & Medicine*, 70(8), pp.1254-1261.

Kim YM, Jung-Choi K. (2013). Socioeconomic inequalities in health risk factors in Korea. *J Korean Med Assoc*, 56(3), pp.175-183.

Korpi, W., & Palme, J. (1998). The paradox of redistribution and strategies of equality: welfare state institutions, inequality, and poverty in the Western countries. *Americal Sociological Review*. 63(5), pp.661-687.

Kubzansky LD, Seeman TE, Glymour MM. (2014). *Chapter 14. Biological Pathways Linking Social Conditions and Health: Plausible Mechanisms and Emerging Puzzles*. In: Berkman L.F. edted. Social Epidemiology. Oxford Press.

Lee EH, Park SK, Ko KP, et al. (2010). Cigarette smoking and mortality in the Korean Multi-center Cancer Cohort (KMCC) study. *J Prev Med Public Health*, 43(2), pp.151-158.

Lee WY, Khang YH, Noh M, Ryu JI, Son M, Hong YP. (2009). Trends in educational differentials in suicide mortality between 1993-2006 in Korea. *Yonsei Med J*, 50(4), pp.482-492.

Li Z, Page A, Martin G, Taylor R. (2011). Attributable risk of psychiatric and socio-economic factors for suicide from individual-level, population-based studies: A systematic review. *Social Science & Medicine*, 72, pp.608-616.

Lopez A, Collishaw N, Piha T. (1994). A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tob control*, 3(3), p.242.

Lorenc T, Petticrew M, Welch V, Tugwell P. (2013). What types of interventions generate inequalities? Evidence from systematic reviews. *J Epidemiology Community Health*, 67(2), pp.190-193.

Macinko JA, Starfield B. (2002). Annotated bibliography on equity in health, 1980-2001. *International Journal for Equity in Health*, 1(1), p.1.

Macintyre S, Maciver S, Sooman A. (1993). Area, class and health:

Should we be focusing on places or people? *Journal of Social Policy*, 22, pp.213-334.

Mann JJ, Apter A, Bertolote J, et al. (2005). Suicide Prevention Strategies: A Systematic Review. *JAMA 2005*, 294(16), pp.2064-2074.

Marmot M, Allen J, Bell R, Bloomer E, Goldblatt P. (2012). WHO European review of social determinants of health and the health divide. *The Lancet*, 380(9846), pp.1011-1029.

Min KB, Park SG, Hwang SH, Min JY. (2015). Precarious employment and the risk of suicidal ideation and suicide attempts. *Prev Med*, 71, pp.72-76.

Muntaner C, et al. (2008). Venezuela's barrio adentro: Participatory democracy, South-South cooperation and health care for all. *Soc. Med*, 3, pp.232-246.

Murray C, et al. (2014). *GBD cause patterns*. Institute for Health Metrics and Evaluation.

National Collaborating Centre for Determinants of Health. (2013). *Let's talk: Universal and targeted approaches to health equity*. Antigonish, NS: National Collaborating Centre for Determinants of Health, St. Francis Xavier University.

New Zealand Associate Minister of Health. (2006). *New Zealand Suicide Prevention Strategy 2006-2012.*

NHS. (2000). *The NHS Plan: A plan for investment, a plan for reform*.

OECD. (2009). *Doing Better for Children*.

OECD. (2011). *Pensions at a Glance 2011: Retirement-income Systems in OECD and G20 Countries*, OECD Publishing, Paris.

OECD. (2013). *OECD Health Statistics 2013* (EU-SILC for European countries)

OECD. (2013). *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*, OECD

Publishing

OECD. (2014). "Poverty", in OECD, Society at a Glance 2014: OECD Social Indicators, OECD Publishing, Paris. DOI: http://dx.doi.org/10.1787/soc_glance-2014-18-en

OECD. (2015). Income inequality (indicator). doi: 10.1787/459aa7f1-en (Accessed on 02 October 2015)

OECD. (2015). Public spending on incapacity (indicator). doi: 10.1787/f35b71ed-en (Accessed on 01 November 2015)

OECD. (2015). Public spending on labour markets (indicator). doi: 10.1787/911b8753-en (Accessed on 01 November 2015)

OECD. (2015). Social spending (indicator). doi: 10.1787/7497563b-en (Accessed on 02 October 2015, 01 November 2015)

OECD. (2015). Suicide rates (indicator). doi: 10.1787/a82f3459-en (Accessed on 02 October 2015)

OHCHR U. (2004). Human Rights and Poverty Reduction: A Conceptual Framework. United Nations, New York.

Osorno J., Svanstrom L, and Beskow J. (2010). *Community Suicide Prevention; 2nd Revised Edition*.

Park S, Choi JW, Kyoung Yi K, Hong JP. (2013). Suicide mortality and risk factors in the 12 months after discharge from psychiatric inpatient care in Korea: 1989-2006. *Psychiatry Res*, 208(2), pp.145-150.

Pickett KE, Wilkinson RG. (2010). Inequality: an underacknowledged source of mental illness and distress. *The British Journal of Psychiatry*, 197(6), pp.426-428.

Platt S. (2011). Inequalities and Suicidal Behaviour. In: O'Conner et al, edited. *International Handbook of Suicide Prevention: Research*. Policy and Practice, pp.211-234.

Pouliot L, Leo DD. (2006). *Clitical issues in psycological autopsy studies, Suicide and Life-Threatening Behavior* 36, pp.491-510.

Puska P, Stahl T. (2010). Health in all policies-the Finnish initiative: background, principles, and current issures. *Annu Rev Public Health*. 31, pp.315-328.

Rehkopf DH, Buka SL. (2006). The association between suicide and the socio-economic characteristics of geographical areas: a systematic review. *Psychol Med*, 36(2), pp.145-157.

Rolfe L, Watson J. (2006). *Health Poverty Index: an atlas of indicators for the South East.* South East England Public Health Observatory.

Shetty PS, 2.5 Food and Nutrition, In: DETELS R. (2002). *Oxford textbook of public health*, Oxford ; New York, Oxford University Press.

Sims A, Dibben C, Watson J. (2003). *The health poverty index: a new measurement approach to health inequalities*.

Sorimach Y, Horte LG. (2010). In: Osorno J., Svanstrom L, and Beskow J. edited. Community Suicide Prevention; 2nd Revised Edition. (http://www.ki.se/csp/pdf/Publications/suicide_prevention_2nd.pdf)

Singh AR, Singh SA. (2004). Towards a suicide free society: Identify suicide prevention as public health policy. *Mens Sana Monogr*, 2(1), pp.21-33.

Sorimach Y, Horte LG. (2010). In: Osorno J., Svanstrom L, and Beskow J. edited. Community Suicide Prevention; 2nd Revised Edition. (http://www.ki.se/csp/pdf/Publications/suicide_prevention_2nd.pdf)

Sumar N, L McLaren. (2011). Impact on social inequalities of population strategies of prevention for folate intake in women of childbearing age. *Am J Public Health*, 101(7), pp.1218-1224.

Thomas S, Fayter D, Misso K, et al. (2008). Population tobacco control interventions and their effects on social inequalities in smoking: systematic review. *Tobacco Contro*l, 17, pp.230-237.

Townsend J, Roderick P, Cooper J. (1994). Cigarette smoking by socioeconomic group, sex, and age: Effects of price, income, and health publicity. *BMJ*, 309, pp.923-927.

UNICEF. (2013). *Child Well-being in rish countries*.

USDHHS. (2011). *Healthy people 2020*.

VicHealth. (2008). *People, Places, Processes: Reducing health inequalities through balanced health approaches*. Victorian Health Promotion Foundation.

Wahlbeck K, Makinen M. (2008). *Prevention of depression and suicide. Consensus paper*. Luxembourg: European Communities.

WHO commission on Social Determinants of Health. (2008). *Closing the gap in a generation*.

World Health Organization. (1999). *Health 21*.

World Health Organization. (2008). *Closing the gap in a generation*

World Health Organization. (2011). G*lobal status report on alcohol and health*.

World Health Organization. (2012). *Public health action for the prevention of suicide: a framework*.

World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: a global imperative*.

Yoon TH, Noh M, Han J, Jung-Choi K, Khang YH. (2015). Deprivation and suicide mortality across 424 neighborhoods in Seoul, South Korea: a Bayesian spatial analysis. *Int J Public Health*, 60(8), pp.969-976.

〈전자사이트 및 자료원〉

경찰청(2014). 자살 수단별 현황.
(http://www.police.go.kr/assembly/bbs/list.do?bbsId=B0000061 & menuNo=800003) 2015.10.15. 인출

미국 백악관(2013a). 연두교서.
(URL: https://www.whitehouse.gov/the-press-office/2013/02/12/remarks-president-state-union-address)

미국 백악관(2013b). Fact Sheet President Obama's Plan for Early Education for All Americans.
(URL: https://www.whitehouse.gov/the-press-office/2013/02/13/fact-sheet-president-obama-s-plan-early-education-all-americans)

보건복지부(2006). 국민보건의료실태조사.
(http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=117&tblId=TX_117_2009_H3095&conn_path=I3) 2015.06.30. 인출

보건복지부(2010-2014). 지역사회건강조사.
(http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=117&tblId=DT_DIA_TREAT&conn_path=I3) 2015.06.30. 인출

보건복지부(2010-2014). 지역사회 건강조사.
(http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=117&tblId=DT_HEALTH_RECOG&conn_path=I3) 2015.06.30. 인출

보건복지부(2010-2014). 지역사회건강조사.
(http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=117&tblId=DT_HYPER_DOCTOR_DRUG&conn_path=I3) 2015.06.30. 인출

보건복지부(2011-2014). 지역사회 건강조사.
(http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=117&tblId=DT_NECE_NOTTREAT&conn_path=I3) 2015.06.30. 인출

보건복지부(2010-2014). 지역사회건강조사. (http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=117&tblId=DT_H_DR_HIGH&conn_path=I3) 2015.06.30. 인출

보건복지부(2010-2014). 지역사회건강조사. (http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=117&tblId=DT_H_EX_PHY&conn_path=I3) 2015.06.30. 인출

보건복지부(2010-2014). 지역사회 건강조사. (http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=117&tblId=DT_H_SM&conn_path=I3) 2015.06.30. 인출

보건복지부(2010-2014). 지역사회 건강조사.

서울통계(2010-2014). (http://stat.seoul.go.kr/jsp3/index.jsp) 2015.06.30. 인출

서울특별시(2010-2012). 서울특별시기본통계. (http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=201&tblId=DT_201_00001&conn_path=I3) 2015.06.30. 인출

서울특별시(2010-2013). 서울특별시기본통계. (http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=201&tblId=DT_201_00173&conn_path=I3) 2015.06.30. 인출

서울특별시(2010-2013). 서울특별시기본통계. (http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=201&tblId=DT_201_00177&conn_path=I3) 2015.06.30. 인출

서울특별시(2010-2013). 서울특별시기본통계. (http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=201&tblId=DT_201_00181&conn_path=I3) 2015.06.30. 인출

신기섭(2015.05.12.) 노인층 빈곤율과 자살률 세계 1위. 한겨레 인터넷 신문기사(http://www.hani.co.kr/arti/society/rights/690818.html)

소득불평등 및 관련지표. http://inequality.org/inequality-health/ 2015.08.30. 인출

소득수준별 진료실 이용. http://www.monews.co.kr/news/articleView.html?idxno=77591 2015.08.30. 인출

육아정책연구소(2007-2015). 한국아동패널.

질병관리본부. 시도별 중증도 신체활동 실천율. (http://www.cdc.go.kr/CDC/contents/CdcKrContentView.jsp?cid=27739&menuIds=HOME001-MNU1130-MNU1124-MNU1563-MNU1566) 2015. 10. 1 인출.

최미라(2014.10.14.). 부자들, 한방·구강 진료과목에 집중. Health Focus(http://www.healthfocus.co.kr/news/articleView.html?idxno=41485)

통계청(2005). 2005년 추계인구.

통계청(2010-2014). 국내이동통계. (http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B26001_A01&conn_path=I3) 2015.06.30. 인출

통계청(2010-2014). e-지방지표. (http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1YL1802&conn_path=I3) 2015.06.30. 인출

통계청(2003; 2009-2011; 2013; 2015). KOSIS 사망원인통계.

통계청(2009-2011). 주민등록인구.

통계청(2011-2014). 가계동향조사.

학교알리미(2012-2014). 고등학교 학업중단율. (http://www.schoolinfo.go.kr) 2015.06.30. 인출

Department of Health. http://www.lho.org.uk/NHII/Spearhead/CommissioningInterventions.aspx?areaCode=00AN 2015.06.30. 인출

Suicide prevention community. (https://suicidepreventioncommunity.files.wordpress.com/2009/03/shneidman_10-commonalities.pdf) 2015.09.30 인출

Center for Active Design. http://centerforactivedesign.org/resources/

2015.10.6 인출.

Healthy Living. http://www1.nyc.gov/site/ddc/about/active-design.page 2015. 11. 24 인출.

Let's Move. http://www.letsmove.gov/ 2015.10.1 인출.

National Confidential Inquiry(2015). The National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness, Annual report. Centre for Mental Health and Safety, UK. http://www.bbmh.manchester.ac.uk/cmhs/research/centreforsuicideprevention/nci/ 2015. 09. 30 인출

OECD(2008). Growing Unequal? Income Distribution and Poverty in OECD Countries (www.oecd.org/els/social/inequality) 2015.08.30. 인출

OECD(2011). https://citizenactionmonitor.wordpress.com/2011/10/31/canada-and-u-s-child-poverty-rankings-near-bottom-among-31-countries-social-justice-study/ 2015.08.30. 인출

OECD Health Data(2012). http://www.oecd-ilibrary.org/sites/health_glance-2011-en/06/06/index.html?contentType=&itemId=%2Fcontent%2Fchapter%2Fhealth_glance-2011-57-en&mimeType=text%2Fhtml&containerItemId=%2Fcontent%2Fserial%2F19991312&accessItemIds= 2015.08.30. 인출

OECD(2013a). http://www.hani.co.kr/arti/society/rights/690818. html 2015.08.30. 인출

OECD(2013b). http://www.oecd-ilibrary.org/economics/how-s-life -2013/self-reported-health-status-by-disposable-income_how_life-2013-graph18-en 2015.08.30. 인출

OECD(2013c). http://www.oecd-ilibrary.org/sites/health_glance-2013-en/06/0

4/index.html?itemId=/content/chapter/health_glance-2013-60-en&mimeType=text/html 2015.08.30. 인출

OECD(2013d). http://www.sierrafoot.org/civics/health_care/oecd_ 2011_graphs_usa_highlighted/health_care_economic_metrics.html 2015.08.30. 인출

OECD(2014). "Poverty", in OECD, Society at a Glance 2014: OECD Social Indicators, OECD Publishing, Paris. DOI: http://dx.doi.org/10.1787/soc_glance-2014-18-en2015.08.30. 인출

OECD(2015a). http://www.theatlantic.com 2015.08.30. 인출

OECD(2015b). https://data.oecd.org/socialexp/social-spending.htm 2015.08.30. 인출

OECD(2015c). https://data.oecd.org/socialexp/social-spending.htm 2015.08.30. 인출

ESSPROS and EU-SILC. http://europa.eu/rapid/press-release _MEMO-13-117_en.htm 2015.08.30. 인출

Physical activity plan. http://www.physicalactivityplan.org/ 2015. 10. 1 인출.

Physical activity promotion in socially disadvantaged groups: principles for action. Policy summary. (http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/physical-activity/publications/2013/physical-activity-promotion-in-socially-disadvantaged-groups-principles-for-action) 2015.10.6 인출.

Suicide prevention community. (https://suicidepreventioncommunity.files.wordpress.com/2009/03/shneidman_10-commonalities.pdf) 2015.09.30 인출

WHO. Publications. (http://www.euro.who.int/en/health-topics/ disease-prevention/physical-activity/publications) 2015.10.6. 인출.

부 록

1. 시군구별 건강빈곤지수(Health Poverty Index) 지표선정을 위한 전문가 의견조사표

시군구별 건강빈곤지수(Health Poverty Index) 지표 선정을 위한 전문가 의견 조사

안녕하세요.

한국보건사회연구원에서는 기초연구사업으로 "한국의 건강불평등 지표와 정책과제(3차 년도)"연구를 수행하고 있습니다.

지난 1~2차 년도 연구에서는 한국건강형평성학회와 공동으로 WHO CSDH(2010)에서 제안한 건강불평등 발생기전 모델을 토대로 우리나라 건강불평등 지표를 개발하고 지역별 인구집단별 건강불평등 통계집을 생산하는 작업을 수행하였으며, 3차 년도인 올해에는 "지역차원에서의 건강불평등 완화"를 위한 접근전략으로서 건강빈곤지수(Health Poverty Index, 이하 HPI)를 개발하고자 합니다.

HPI는 지역차원에서 건강불평등 완화 사업 개발을 위한 정보를 제공하고, 이에 대한 평가를 통해 지역간 불평등 격차 해소를 지원하고자 2000년대 초반 영국에서 개발되었으며, 지난 2009년 신영전 교수님의 연구팀에서 영국의 HPI를 기초로 우리나라에 적용 가능한 지표를 수정제안 한 바 있습니다.

본 연구에서는 영국의 HPI와 신영전 등(2009)에서 제안된 HPI를 토대로 보다 우리나라의 맥락에 적합한 HPI를 개발하여 지역별 건강불평등 해소를 위한 자원배분이나 의사결정에 도움을 주는 방안을 모색하고자 합니다.

이에 본 연구진은 전문가분들께 HPI 지표의 적절성에 대한 의견을 여쭙고자 하오니 부디 고견을 주시기 바랍니다.

본 의견서는 영국의 HPI와 본 연구에서 제안한 HPI(안)의 틀에 대한 비교에서 시작하여, HPI 영역별 세부지표를 중요성, 적절성, 정책적 활용가능성 등의 항목으로 나누어 평가를 부탁드리고자 합니다.

귀한 시간 내어주셔서 고맙습니다.

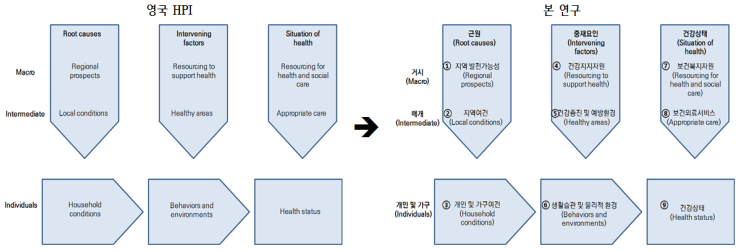
한국보건사회연구원
김동진 올림

※ HPI 영역별 세부지표 선정을 위하여 **①중요성·②적절성·③정책적 활용가능성** 등의 항목을 고려하여 주시고, 이를 바탕으로 **④최종산출여부**를 결정하여 주시기 바랍니다.
각 항목은 5점 척도로 구성되어 있으며, **1점(전혀 적절하지 않음) ~ 5점(매우 적절함)** 중 해당되는 점수에 ✓ 표시하여 주시면 됩니다.
또한 지표(안)에 대한 **전반적 의견**과, **제시된 지표 외에 추가 산출이 필요하다고 판단되는 지표가 있다면 제안**하여 주시기 바랍니다.

※ 지표산출 목적·방법·선정절차 및 관련 이슈에 대한 내용은 11~13p에 첨부되어 있사오니, 참고 부탁드립니다.

※ HPI에서 "지역"은 우리나라의 경우 "시군구" 단위를 염두하고 작성하였습니다. 부연 설명이 없는 한 지역을 시군구의 개념으로 생각하여 주시기 바랍니다.

1. HPI 개념틀에 대한 의견



의견	※ naming의 적절성 등을 포함하여 검토의견 부탁드립니다(naming은 영문을 그대로 번역하기 보다는 우리나라의 맥락을 반영하고자 하였습니다). •

2. 영역별 세부지표에 대한 의견

① 지역 발전가능성(Regional prospects)*

	근원 (Macro)																					
	지역 발전가능성(Regional prospects)																					
	세부지표	① 중요성					② 적절성					③ 정책적 활용가능성					④ 최종 산출여부					선행연구 사례	
		전혀 적절하지 않음				매우 적절함	전혀 적절하지 않음				매우 적절함	전혀 적절하지 않음				매우 적절함	전혀 적절하지 않음				매우 적절함	영국 HPI	한국 HPI (신영전 외, 2009)
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
거시 (Macro)	고용률																					• 지역내 총생산: 인구당 GDP • 직업종류의 변화 • 교육자원: 인당 교육자원	[시도기준] • 일인당 지역내 총생산 • 재정자주도 • 실업률 [시군구기준] • 재정자주도(%), • 취업자수 비율(%), • 교원 1인당 학생수(명)
	실업률																						
	지역내 총생산(GRDP)																						
	인당 교육예산																						
	교원 1인당 학생수																						
의견 및 추가 지표제안	※ 지표에 대한 전반적인 검토의견을 서술하고, 위 지표 외 추가 산출이 필요하다고 생각되는 지표를 제안하여 주시기 바랍니다. • •																						

* 지역 발전가능성(Regional prospects)의 세부지표는 현재 상태에서의 지역의 빈곤상태 뿐만 아니라 향후 지역의 빈곤 정도를 예측하는 지표로 구성되었음.
위 지표 가운데 고용률, 실업률은 시도 수준의 데이터만 이용 가능하며, 지역내 총생산은 시군구 수준의 데이터(단, 서울 제외)가 이용 가능함.

② 지역여건(Local Conditions)*

	근원 (Macro)																					
	지역여건(Local Conditions)																					
	세부지표	① 중요성					② 적절성					③ 정책적 활용가능성					④ 최종 산출여부					선행연구 사례	
		전혀 적절하지 않음				매우 적절함	전혀 적절하지 않음				매우 적절함	전혀 적절하지 않음				매우 적절함	전혀 적절하지 않음				매우 적절함	영국 HPI	한국 HPI (신영전 외, 2009)
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
매개 (Intermediate)	사회에 대한 신뢰																					• 사회적 자본: ①지역사회 안정성: 지역 인구 유출률, ②신뢰도: 지역 사회 신뢰도 (지표개발) • 교육의 질: ①학생 대 교사 비(ratio), ②부가가치 교육	[시도기준] • 교원 일인당 학생수 • 월평균 교육비 지출액 [시군구기준] • 노령인구비율(%) • 4년제 이상 대학 진학률(%)
	시민행복지수																						
	사회적 신뢰																						
	생활환경 만족도																						
	사교육비 월평균 지출(원)																						
	고등학교 학업중단율																						
의견 및 추가 지표제안	※ 지표에 대한 전반적인 검토의견을 서술하고, 위 지표 외 추가 산출이 필요하다고 생각되는 지표를 제안하여 주시기 바랍니다. • •																						

* 지역여건(Local Conditions)의 세부지표는 지역의 사회자본과 관련된 지표로 구성되었음. 아울러 이 항목에는 지역사회의 안정성이나 교육의 질 등도 포함되어 있음.
위 지표 가운데 사회에 대한 신뢰, 사교육비 월평균 지출(액)은 시도 수준의 데이터만 이용 가능하며, 시민행복지수, 사회적 신뢰, 생활환경 만족도는 서울 자치구 수준의 데이터만 이용 가능함. 고등학교 학업중단율은 시군구 수준의 데이터가 이용 가능함.

③ 개인 및 가구여건(Household conditions)*

	근원 (Macro)																					
	개인 및 가구 여건(Household conditions)																					
	세부지표	① 중요성					② 적절성					③ 정책적 활용가능성					④ 최종 산출여부					선행연구 사례	
		전혀 적절하지 않음				매우 적절함	전혀 적절하지 않음				매우 적절함	전혀 적절하지 않음				매우 적절함	전혀 적절하지 않음				매우 적절함	영국 HPI	한국 HPI(신영전 외, 2009)
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
개인 (Individual)	저소득 한부모 가족수																						
	여성가구주 빈곤율																						
	아동 상대적 빈곤율																					• 소득: ①소득지원가구(성인아동), ②소득기반 구직 인구(성인 아동), ③평균 소득(주거급여 제외) before housing costs 중앙값의 60% 이하인 세금 공제 근로가구(성인아동) • 재산: ①부동산 보유(과세 기준선 이하 주택 수), ②주택가격(평균 주택가격) • 인적 자본	[시도기준] • 연간 소득(20 이상 가구) • 승용차 소유가구 비율 • 의무교육 취학률 [시군구기준] • 국민기초생활보장수급자 세대 비율(%) • 일인당 자동차 등록대수(대) • 적령아동취학률(%)
	노인 상대적 빈곤율																						
	중위소득 가구 빈곤율																						
	기초생활수급자수																						
	재산세																						
	자동차 보유가구 비율 (자동차 1대 2대 3대 이상 보유가구 비율)																						
	고교학업성취도(국영수)																						
의견 및 추가 지표제안	※지표에 대한 전반적인 검토의견을 서술하고, 위 지표 외 추가 산출이 필요하다고 생각되는 지표를 제안하여 주시기 바랍니다. • •																						

* 개인 및 가구 여건(Household conditions)의 세부지표는 개인 및 가구단위에서의 현재의 빈곤상태와 향후의 빈곤 정도를 예측하게 하는 지표들로 구성되었음.
위 지표 가운데 저소득 한부모 가족수, 여성가구주 빈곤율, 아동 상대적 빈곤율, 노인 상대적 빈곤율, 중위소득 가구 빈곤율, 고교학업성취도는 시도 수준의 데이터만 이용 가능하며(단, 고교학업성취도의 경우 시군구별 개별학교 데이터 공개), 기초생활수급자수, 재산세, 자동차 보유가구 비율은 시군구 수준의 데이터가 이용 가능함.

④ 건강지지 자원(Resourcing to support health)*

	중재요인 (Intervening Factors)																					
	건강지지 자원(Resourcing to support health)																					
	세부지표	① 중요성					② 적절성					③ 정책적 활용가능성					④ 최종 산출여부					선행연구 사례	
		전혀 적절하지 않음				매우 적절함	전혀 적절하지 않음				매우 적절함	전혀 적절하지 않음				매우 적절함	전혀 적절하지 않음				매우 적절함	영국 HPI	한국 HPI (신영전 외, 2009)
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
거시 (Macro)	일반회계 중 보건의료예산 비율																					• 지방정부자원 ①개인사회복지서비스 지출, ②제육레크리에이션 지출, ③환경서비스 지출 • 예방의료자원 (전장중진 영역) 인당 보건서비스 지출	[시도기준] • 일인당 병상수 • 일인당 사회복지 시설수 [시군구기준] • 일인당 총진료비(천원) • 인구 천명당 의료기관 병상수(개)
	일반회계 중 복지예산 비율																						
의견 및 추가 지표제안	※지표에 대한 전반적인 검토의견을 서술하고, 위 지표 외 추가 산출이 필요하다고 생각되는 지표를 제안하여 주시기 바랍니다. • •																						

* 건강지지 자원(Resourcing to support health)의 세부지표는 지역단위에서 지역주민 건강에 긍정적 영향을 미칠 수 있는 재정지출 규모를 파악하는 지표로 구성되었음.
제시된 지표 모두 시군구 수준의 데이터가 이용 가능함.

⑤ 건강증진 및 예방환경(Healthy areas)*

	중재요인 (Intervening Factors)																						
	건강증진 및 예방환경(Healthy areas)																						
	세부지표	① 중요성					② 적절성					③ 정책적 활용가능성					④ 최종 산출여부					선행연구 사례	
		전혀 적절하지 않음	→			매우 적절함	전혀 적절하지 않음	→			매우 적절함	전혀 적절하지 않음	→			매우 적절함	전혀 적절하지 않음	→			매우 적절함		
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	영국 HPI	한국 HPI(신영전 외, 2009)
매개 (Intermediate)	노인 인플루엔자 예방접종률																					• 레크리에이션 시설: 인당 레크리에이션 시설 접근성 • 예방의료 접근성: ①65세 이상 노인 독감예방접종률, ②유방암 검진자수(53-64세 여성), ③자궁암 검진자수(25-64세), ④인당 방문간호사 수 • 예방의료의 질: 고혈압 환자 중 스타틴(콜레스테롤 저하제) 처방 비	[시도기준] • 상수도 보급률 • 일인당 체육시설수 [시군구기준] • 인구 천명당 도시공원조성면적(천㎡) • 암 검진율(%)
	5대암(위암, 간암, 대장암, 자궁경부암, 유방암) 검진율																						
	인구 천명당 도시공원조성면적																						
	방문 간호사 수																						
의견 및 추가 지표제안	※ 지표에 대한 전반적인 검토의견을 서술하고, 위 지표 외 추가 산출이 필요하다고 생각되는 지표를 제안하여 주시기 바랍니다. • •																						

* 건강증진 및 예방환경(Healthy areas)의 세부지표는 지역 단위에서 개인의 건강증진 혹은 의료이용을 위한 시설에의 접근성을 대표하는 항목들로 구성되었음. 또한 영국에서는 예방적 차원에서의 의료의 질을 나타내는 항목을 포함하고 있음.
위 지표 가운데 인구 천명당 도시공원조성면적은 시도 및 시·군 수준의 데이터만 이용 가능하며, 노인 인플루엔자 예방접종률, 5대암(위암, 간암, 대장암, 자궁경부암, 유방암) 검진율은 시군구 수준의 데이터가 이용 가능함.

⑥ 생활습관 및 물리적 환경(Behaviours and environments)*

	중재요인 (Intervening Factors)																						
	생활습관 및 물리적 환경(Behaviours and environments)care)																						
	세부지표	① 중요성					② 적절성					③ 정책적 활용가능성					④ 최종 산출여부					선행연구 사례	
		전혀 적절하지 않음	→			매우 적절함	전혀 적절하지 않음	→			매우 적절함	전혀 적절하지 않음	→			매우 적절함	전혀 적절하지 않음	→			매우 적절함		
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	영국 HPI	한국 HPI (신영전 외, 2009)
개인 (Individual)	현재 흡연율																					• 생활습관: ①흡연율: 흡연인구 비율(지표개발), ②신선한 과일 섭취: 하루 5개 이상의 과일·채소섭취 비율(성인,지표개발), ③알코올 남용: 알코올 관련 입원 비율(직접 성·연령 표준화), ④약물 오용: 약물 오용 관련 입원 비율(직접 성·연령 표준화), ⑤일주일 이내 5시간 이하 신체활동: 일주일 이내 5시간 이하 신체활동 비율(지표개발) • 주거환경: ①독거: 독거가구 비율, ②사회 지원 규모: 사회적 지원 부족(지표개발), ③오염된 환경: 대기 질, ④질 낮은 주거지: 질 낮은 공공주택, 개인 주택 비율 • 직업 및 지역환경: ①자율성이 낮은 작업환경: 비정규직 비율, ②실업: 노동시장에서 비자발적으로 배제된 경제활동인구 비율, ③폭력 범죄: 인구 1,000명당 폭력 경험률, ④절도: 인구 1,000명당 절도범죄 경험률(가구 내 절도), ⑤절도: 인구 1,000명당 절도범죄 경험률, ⑥범죄로 인한 피해	[시도기준] • 현재 흡연율 • 중증도 신체활동 실천율 • 과일류 일인 평균 섭취량 [시군구기준] • 현재 흡연율(%) • 상수도 및 하수도 보급률(%) • 사고중독 발생률(%)
	고위험 음주율																						
	중증도 이상 신체활동 실천율																						
	비정규직 근로자 비율																						
	범죄율 (강력범, 절도범, 폭력범 등)																						
	119출동																						
의견 및 추가 지표제안	※ 지표에 대한 전반적인 검토의견을 서술하고, 위 지표 외 추가 산출이 필요하다고 생각되는 지표를 제안하여 주시기 바랍니다. •																						

* 생활습관 및 물리적 환경(Behaviours and environments)의 세부지표는 개인의 건강생활습관, 개인의 거주지역이나 일터의 물리적 환경 및 안전성을 나타내는 지표를 포함하고 있음.
위 지표 가운데 비정규직 근로자 비율, 범죄율, 119출동은 시도 수준의 데이터만 이용 가능하며(단, 119 출동은 서울만 시군구 가능), 현재 흡연율, 고위험 음주율, 중증도 이상 신체활동 실천율은 시군구 수준의 데이터가 이용 가능함.

⑦ 보건복지자원(Resourcing to support health)*

	건강상태 (Situation of health)																							
	보건복지자원(Resourcing for health & social care)																							
	세부지표	① 중요성					② 적절성					③ 정책적 활용가능성					④ 최종 산출여부					선행연구 사례	
		전혀 적절하지 않음				적극 적절함	전혀 적절하지 않음				적극 적절함	전혀 적절하지 않음				적극 적절함	전혀 적절하지 않음				적극 적절함	영국 HPI	한국 HPI((신영전 외, 2009)
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
거시 (Macro)	기준인구당 병상수																					• 보건의료자원: 일반의, 외과전문의,정신과전문의,보건의료지출(외래, 입원) • 사회복지자원: 복지서비스 지출	[시도기준] • 일인당 의료기관 종사 의사수 • 일반회계 중 복지예산 비중 [시군구기준] • 일인당 건강보험 급여비(천원) • 일반 회계 중 복지예산 비중(%)
	기준인구당 의사수																						
	기준인구당 간호사수																						
	건강보험 급여비(외래/입원)																						
	의료급여비(외래/입원)																						
	장기요양보험급여비(외래/입원)																						
의견 및 추가 지표제안	※ 지표에 대한 전반적인 검토의견을 서술하고, 위 지표 외 추가 산출이 필요하다고 생각되는 지표를 제안하여 주시기 바랍니다. •																						

* 보건복지자원(Resourcing to support health)의 세부지표는 지역사회 단위에서 보건 및 복지에 필요한 자원 확보 정도를 파악하는 지표로 구성되었음.
위 지표 가운데 의료급여비(외래/입원)은 시도 수준의 데이터만 이용 가능하며, 기준인구당 병상수, 기준인구당 의사수, 기준인구당 간호사수, 건강보험급여비, 장기요양보험급여비는 시군구 수준의 데이터가 이용 가능함.

⑧ 보건의료서비스(Appropriate care)*

	건강상태 (Situation of health)																							
	보건의료서비스(Appropriate care)																							
	세부지표	① 중요성					② 적절성					③ 정책적 활용가능성					④ 최종 산출여부					선행연구 사례	
		전혀 적절하지 않음				적극 적절함	전혀 적절하지 않음				적극 적절함	전혀 적절하지 않음				적극 적절함	전혀 적절하지 않음				적극 적절함	영국 HPI	한국 HPI (신영전 외, 2009)
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
매개 (Intermediate)	필요 의료서비스 미치료율																					• 효과적인 1차·2차의료: ①인당 GP 비, ②응급실 이용 응급실 이용률(성연령 직접표준화), ③만성질환으로 인한 응급실 이용률, ④사망으로 인한 응급실 이용률(성연령 직접표준화), ⑤수술가능한 폐암 (전체 암 사망자 대비) 암진단 2년 내 폐암 수술률 • 2차의료 접근성: ①고관절 및 무릎 관절 치환술, ②백내장 수술, ③관상동맥우회술(CABG), 혈관확장술 • 사회복지 서비스의 접근성: ①인당 사회복지인력: 인당 사회복지사 수, ②65세 이상 노인 주거·간호서비스: 관련 병상수 비(간접표준화) • 사회복지 서비스의 질: ①가살연 자살시도 인구 비율, ②75세 이상 응급실 이용률(직접 성연령표준화), ③희원 이후 90일 내 정신질환 재입원률	[시도기준] • 인플루엔자 예방 접종률 • 외람점진 수정률 • 치료지연 혼은 미치료율 • 주관적 건강수준이 양호한 성인의 비율 [시군구기준] • 인구 천명당 의료기관 종사 의사수(명) • 필요의료서비스 미치료율(%) • 노인 천명당 노인여가복지 시설수(개) • 양호한 주관적 건강수준 인지율(%)
	정책적 이유로 인한 필요의료서비스 미치료율																							
	의무성의료비 지출가구율																							
의견 및 추가 지표제안	※ 지표에 대한 전반적인 검토의견을 서술하고, 위 지표 외 추가 산출이 필요하다고 생각되는 지표를 제안하여 주시기 바랍니다. •																							

* 보건의료서비스(Appropriate care)의 세부지표는 필요 의료에 대한 접근성을 포함하는 항목으로 구성되었음. 영국의 경우 1, 2차 의료에 대한 접근성과 재가 및 입원환자 관리의 질과 관련된 항목들을 포함하고 있음.
제시된 지표 모두 시군구 수준의 데이터가 이용 가능함.

⑨ 건강상태(Health status)*

	건강상태 (Situation of health)																						
	건강상태(Health status)																						
	세부지표	① 중요성					② 적절성					③ 정책적 활용가능성					④ 최종 산출여부					선행연구 사례	
		정책 적절성이 낮음				정책 적절성이 높음	정책 적절성이 낮음				정책 적절성이 높음	정책 적절성이 낮음				정책 적절성이 높음	정책 적절성이 낮음				정책 적절성이 높음	영국 HPI	한국 HPI (신영전 외, 2009)
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
개인 (Individual)	기대수명·건강수명																					• 정신질환 이환: ①자살 연간 자살시도자 비율, ②불안장애우울로 인한 처방: 불안장애 혹은 우울로 인해 의약품을 처방받은 비율, ③정신질환 입원: 우울증 혹은 불안장애로 인한 병원 입원률 • 건강 자본(Health capital): ①비만: BMI 30 이상 비율, ②혈압: 이완기 혈압 95mmHg 이상 또는 수축기 혈압 160mmHg 이상 비율, ③콜레스테롤: 고콜레스테롤 비율, ③저체중 출생: 2500g 이하 단태아 출생 비율 • 신체질환 이환: ①정책활동인구 급여 수혜 비율(proportion of the working age population claiming), ②장애 급여 • 조기 사망률: 75세까지 인구 10,000명당 연간 평균 사망률 (직접 성연령 표준화)	[지도기준] • 대사증후군 유병률 • 비만 유병률 • 연령표준화 사망률 • 영아사망률 [시군구기준] • 인구 십만명당 자살률(명) • 비만인구율(%) • 고혈압 평생 의사진단 유병률(인구 천명중) • 연령표준화 사망률 (십만명당)
	총 사망률																						
	암사망률 5대암 사망률																						
	자살 사망률																						
	단태아 저체중 출생률																						
	고혈압 또는 당뇨병 유병률																						
	비만율																						
	자기평가 건강수준																						
	건강관련 삶의 질																						
의견 및 추가 지표제안	※지표에 대한 전반적인 검토의견을 서술하고, 위 지표 외 추가 산출이 필요하다고 생각되는 지표를 제안하여 주시기 바랍니다. • •																						

* 건강상태(Health status)의 세부지표는 개인의 건강상태를 대표하는 지표들로 구성하였음.
제시된 지표 모두 시군구 수준의 데이타가 이용 가능함.

부록: 한국형 HPI 산출 관련 이슈

[2015년도 한국의 건강불평등 지표와 정책과제: 건강불평등 완화전략]
– 한국형 건강빈곤지수(HPI) 산출 –

□ 연구목적
1) 시군구별 불평등 지표의 산출에 집중하였던 2014년도 연구를 보완, 지역 내 불평등 및 지역 간 불평등 발생 기전을 설명
2) 불평등을 설명할 수 있는 영역을 세로축과 가로축으로 구성(영국 HPI 방식), 불평등 현상을 보다 촘촘하게 파악

□ 연구방법
1) 영국 HPI의 개발 과정, HPI 영역 및 구체적인 내용·산출방법 관련 문헌고찰 (내부)
2) 한국의 맥락을 고려한 HPI 영역 재편 (내부)
3) 2014년도 건강불평등 연구(김동진 외) 지표의 HPI 적용가능성 논의 (내부)
4) 영역별 추가 산출이 필요한 세부지표 논의 (내부)
5) 선정내용을 중심으로 한 외부 전문가 델파이 조사 실시 (✓)

□ 지표선정 절차
1) 선행연구 개별 고찰: 영국 HPI, 한국 HPI(신영전 외, 2009), 아일랜드 HPI 등
2) 선행연구 비교 고찰: 영역별 영국 vs. 한국 HPI 세부 지표를 비교하고, ①중요성, ②적절성, ③정책적 활용가능성 등을 고려해 본 연구지표 선정
3) 후보군 선정: 산출필요성이 높은 것으로 판단되나, 위의 단계에서 누락된 세부지표를 후보군으로 추가 선정

[2015년도 1차 지표선정 현황]: 현재 시군구 지표값은 데이터별 마지막 해에 대해서만 보유

	근원 (Macro)			중재요인 (Intervening Factors)			건강상태 (Situation of health)		
거시 (Macro)	지역 발전가능성(Regional prospects)			건강지지 자원(Resourcing to support health)			보건복지자원(Resourcing for health & social care)		
	세부지표	데이터	시군구	세부지표	데이터	시군구	세부지표	데이터	시군구
	고용률	통계청 03-13년	X (시도수준)	일반회계 중 보건의료예산 비율	지방재정관리시스템 ~13년	O	기준인구당 병상수	보건의료실태조사 06, 11년	O
	실업률	통계청 03-13년	X (시도수준)	일반회계 중 복지예산 비율	지방재정관리시스템 ~13년	O	기준인구당 의사수	보건의료실태조사 06, 11년	O
	지역내 총생산(GRDP)	통계청 10~12년	O (서울제외)				기준인구당 간호사 수	보건의료실태조사 06, 11년	O
	인당 교육예산	통계청 03-13년	O				건강보험 급여비(외래/입원)	건강보험통계연보 02-13년	O
	교원 1인당 학생수	통계청 06-14년	O				의료급여비(외래/입원)	의료급여 통계연보 09-13년	X (시도수준)
							장기요양보험급여비(외래/입원)	노인장기요양 통계연보 08-14년	O
매개 (Intermediate)	지역여건(Local Conditions)			건강증진 및 예방환경(Healthy areas)			보건의료서비스(Appropriate care)		
	세부지표	데이터	시군구	세부지표	데이터	시군구	세부지표	데이터	시군구
	사회에 대한 신뢰	한국사회과학자료원 03-13년	X (시도수준)	노인 인플루엔자 예방접종률	지역사회건강조사 09-12년	O	필요 의료서비스 미치료율	지역사회건강조사 09-12년	O
	시민행복지수	서울서베이 03-14년	서울 자치구 가능	5대암(위암, 간암, 대장암, 자궁경부암, 유방암) 검진율	지역사회건강조사 10년, 12년	O	경제적 이유로 인한 필요의료서비스 미치료율	지역사회건강조사 09-12년	O
	사회적 신뢰	서울서베이 10-14년							
	생활환경 만족도	서울서베이 03-14년							
	사교육비 월평균 지출(액)	통계청 07-13년	X (시도수준)	인구 천명당 도시공원조성면적	통계청 03-13년	△ (시도시 군)	과부담의료비 지출가구율	의료패널 08-12년	O
	고등학교 학업중단율	학교알리미(http://schoolinfo.go.kr) 12년(4월)-15년(4월)	O	방문 간호사 수	-	-			
개인 (Individual)	개인 및 가구 여건(Household conditions)			생활습관 및 물리적 환경(Behaviours and environments)			건강상태(Health status)		
	세부지표	데이터	시군구	세부지표	데이터	시군구	세부지표	데이터	시군구
	저소득 한부모 가족수	통계청 05-12년	X (시도수준)	현재 흡연율	지역사회건강조사 08-14년	O	기대수명·건강수명	주민등록인구, 사망등록자료	O
	여성가구주 빈곤율	빈곤통계연보 03-12년	X	고위험 음주율	지역사회건강조사 08-14년	O	총 사망률	주민등록인구통계 사망원인통계 03-13년	O
	아동 상대적 빈곤율	빈곤통계연보 03-12년	X	중증도 이상 신체활동 실천율	지역사회건강조사 08-14년	O	암사망률·5대암사망률	주민등록인구통계 사망원인통계 03-13년	O
	노인 상대적 빈곤율	빈곤통계연보 03-12년	X	비정규직 근로자 비율	통계청 03-13	X (시도수준)	자살 사망률	주민등록인구통계 사망원인통계 03-13년	O
	중위소득 가구 빈곤율	빈곤통계연보 03-12년	X	범죄율(강력범, 절도범, 폭력범 등)	통계청 08년	X (시도수준)	단태아 저체중 출생률	출생통계, 인구동향 출생신고자료 13년	O
	기초생활수급자수	통계청 00-14년	O	119출동	통계청(시도), 서울 통계정보 시스템 06-12년	△ (시도수준, 서울 자치구)	고혈압 유병률·당뇨병 유병률	지역사회건강조사 12년, 국건영 05-12년	O
	재산세	지방세통계연감 11-13년	O				비만율	지역사회건강조사 11년, 국건영 01-11년	O
	자동차 보유가구 비율 (자동차 1대·2대·3대 이상 보유가구 비율)	통계청 05년	O				자기평가 건강수준(양호한 주관적 건강수준 인지율)	지역사회건강조사 12년, 국건영 05-12년	O
	고교학업성취도 (국영수)	학교알리미(http://schoolinfo.go.kr) 11-14년	△ (시도수준, 시군구 학교별)				건강관련 삶의 질(건강관련 삶의 질에 문제가 있다고 응답한 사람의 분율)	지역사회건강조사 12년, 국건영 05-12년	O

[논의사항]: 세부지표별 분석 과제 및 제한점 (산출과 관련하여 이슈가 있는 지표 중심으로 정리)

	근원 (Macro)		중재요인 (Intervening Factors)		건강상태 (Situation of health)	
거시 (Macro)	지역 발전가능성(Regional prospects)		건강지지 자원(Resourcing to support health)		보건복지자원(resourcing for health & social care)	
	세부지표	논의사항	세부지표	논의사항	세부지표	논의사항
	고용률	• 공개된 데이터 모두 시도 수준			의료급여비(외래/입원)	• 의료급여비는 시도수준으로만 산출, 대상인구만 시군구 수준으로 산출, 새로 산출
	실업률				장기요양보험급여비(외래/입원)	• **새로 산출 요**
	지역내 총생산(GRDP)	• 서울을 제외한 지역에서만 시군구 수준으로 산출				
	인당 교육예산	• **새로 산출 요**				
	교원 1인당 학생수	• **새로 산출 요**				
매개 (Intermediate)	지역여건(Local Conditions)		건강증진 및 예방환경(Healthy areas)		보건의료서비스(Appropriate care)	
	세부지표	논의사항	세부지표	논의사항	세부지표	논의사항
	사회에 대한 신뢰	• 공개된 데이터 모두 시도 수준	인구 천명당 도시공원조성면적	• 시도, 시, 군 수준 • 새로 산출 요		
	시민행복지수	• 서울만 산출 가능	방문 간호사 수	• 시군구별 장기요양기관 전문인력으로 대체?		
	사회적 신뢰					
	생활환경 만족도					
	사교육비 월평균 지출(액)	• 공개된 데이터 모두 시도 수준				
개인 (Individual)	개인 및 가구 여건(Household conditions)		생활습관 및 물리적 환경(Behaviours and environments)		건강상태(Health status)	
	세부지표	논의사항	세부지표	논의사항	세부지표	논의사항
	저소득 한부모 가족수	• 공개된 데이터 모두 시도 수준	현재 흡연율	• **새로 산출 요**	기대수명·건강수명	• **새로 산출 요**
	여성가구주 빈곤율		고위험 음주율		건강관련 삶의 질(건강관련 삶의 질에 문제가 있다고 응답한 사람의 분율)	• **새로 산출 요(지표 정의에 맞게)**
	아동 상대적 빈곤율		중증도 이상 신체활동 실천율			
	노인 상대적 빈곤율		비정규직 근로자 비율	• 공개된 데이터 모두 시도 수준		
	중위소득 가구 빈곤율		범죄율(강력범, 절도범, 폭력범 등)			
	기초생활수급자수	• **새로 산출 요**	119출동	• 공개된 데이터 모두 시도 수준이나, 예외적으로 서울만 자치구별로 산출		
	재산세	• **새로 산출 요**				
	자동차 보유가구 비율 (자동차 1대·2대·3대 이상 보유가구 비율)	• **새로 산출 요**				
	고교학업성취도 (국영수)	• 시도수준으로 산출되거나, 시군구는 개별학교단위로 산출 • **새로 산출 요**				

2. 한국형 건강빈곤지수 세부지표별 산출식

구분		산출식
지역발전가능성 (Regional prospect)	재정자주도	분자: 자체수입+자주재원 분모: 자치단체 예산규모 단위: %
	일반회계 중 교육예산 비율	분자: 교육예산규모 분모: 자치단체 (일반회계)예산규모 단위: 백만원
	인구 유입률	분자: 전입자수 분모: 연앙인구수 단위: %
지역여건 (Local conditions)	시민행복지수	※서울통계 자체조사 단위: 점(10점 만점)
	사회적 신뢰	※서울통계 자체조사 단위: 점(10점 만점)
	고등학교 학업중단율	분자: 고등학교 학업을 중단한 학생수 분모: 고등학교에 재학 중인 학생수 단위: %
가구여건 (Household conditions)	기초생활 수급자 비율	분자: 일반수급자수 분모: 연앙인구수 단위: %
	재산세	단위: 백만원
건강지지재원 (Resourcing to support health)	일반회계 중 보건의료예산 비율	분자: 보건의료예산규모 분모: 자치단체 (일반회계)예산규모 단위: %
	일반회계 중 복지예산 비율	분자: 복지예산규모 분모: 자치단체 (일반회계)예산규모 단위: %
	일반회계 중 문화 및 관광예산 비율	분자: 문화 및 관광예산규모 분모: 자치단체 (일반회계)예산규모 단위: %
	일반회계 중 환경보호예산 비율	분자: 환경보호예산규모 분모: 자치단체 (일반회계)예산규모 단위: %

구분			산출식
건강증진 및 예방환경 (Healthy areas)	노인 인플루엔자 예방접종률		분자: 65세 이상 노인 중 최근 1년 동안 인플루엔자 예방접종을 받은 사람의 수 분모: 65세 이상 대상자 수 단위: %
	5대암(위암·간암·대장암·자궁경부암·유방암) 검진율	위암	분자: 40세 이상 인구 중 최근 2년 동안 위암 검진을 받는 사람의 수 분모: 만 40세 이상 대상자 수 단위: %
		간암	분자: 40세 이상 인구 중 최근 2년 동안 간암 검진을 받는 사람의 수 분모: 만 40세 이상 대상자 수 단위: %
		대장암	분자: 50세 이상 인구 중 최근 2년 동안 위암 검진을 받는 사람의 수 분모: 만 50세 이상 대상자 수 단위: %
		자궁경부암	분자: 30세 이상 여성인구 중 최근 2년 동안 자궁경부암 검진을 받는 사람의 수 분모: 만 40세 이상 여성대상자 수 단위: %
		유방암	분자: 40세 이상 여성인구 중 최근 2년 동안 유방암 검진을 받는 사람의 수 분모: 만 40세 이상 여성대상자 수 단위: %
	최근 1년 내 지역사회 운동시설 접근성		분자: 19세 이상 성인 중 최근 1년 동안 본인이 거주하고 있는 지역에서 운동할 수 있는 장소를 찾기가 매우 쉽거나 쉬운 편이라고 응답한 사람의 수 분모: 19세 이상 대상자 수 단위: %

구분		산출식
생활습관과 환경 (Behaviors and environment)	현재 흡연율	분자: 19세 이상 성인 중 현재 (매일흡연, 가끔 흡연 포함) 흡연하고 있다고 응답한 사람의 수 분모: 19세 이상 대상자 수 단위: %
	고위험 음주율	분자: 19세 이상 성인 중 주 1회 이상 폭음을 한다고 응답한 사람의 수 분모: 19세 이상 대상자 수 단위: %
	중증도 이상 신체활동 실천율	분자: 19세 이상 성인 중 평소 1회 30분 이상 일주일에 5회 이상 운동한다고 응답한 사람의 수 분모: 19세 이상 대상자 수 단위: %
보건복지자원 (Resourcing for health and social care)	기준 인구당 급성기병원 병상수	분자: 급성기병원 병상수 분모: 연앙인구수 단위: 인구 십만명당 병상수
	기준 인구당 요양병원 병상수	분자: 요양병원 병상수 분모: 연앙인구수 단위: 인구 십만명당 병상수
	기준 인구당 응급실 병상수	분자: 응급실 병상수 분모: 연앙인구수 단위: 인구 십만명당 병상수
	기준 인구당 신생아 병상수	분자: 신생아 병상수 분모: 0세 연앙인구수 단위: 0세 인구 십만명당 병상수
	기준 인구당 분만 병상수	분자: 분만 병상수 분모: 가임기(25~45세) 여성 연앙인구수 단위: 가임기 여성인구 십만명당 병상수
적절한 보건의료서비스 (Appropriate care)	필요 의료서비스 미치료율	분자: 19세 이상 성인 중 최근 1년 동안 필요한 의료서비스(치과 미포함)를 받지 못한 사람의 수 분모: 19세 이상 대상자 수 단위: %
	경제적 이유로 인한 필요 의료서비스 미치료율	분자: 19세 이상 성인 중 최근 1년 동안 필요한 치과서비스를 받지 못한 사람의 수 분모: 19세 이상 대상자 수 단위: %

구분		산출식	
건강상태 (Health status)	기대수명	※현재 수준의 사망률을 가정했을 때, 특정 연령에 도달한 사람들이 앞으로 더 살 것으로 기대되는 평균 연 수 ※2009-11 3년의 이동합계 평균값 제시 단위: 세	
	자살 사망률	※2009-11 3년의 이동합계 평균값 제시 분자: 전체 인구 중 자살로 사망한 인구수 분모: 전체 연앙인구수 단위: 인구 십만명당 명	
	단태아 저체중 출생률	분자: 저체중 출생 단태아 수 분모: 출생 단태아 수 단위: %	
	고혈압·당뇨병 관리율	고혈압	분자: 30세 이상 인구 중 현재 혈압조절약을 '한 달에 20일 이상 복용'하고 있다고 응답한 사람의 수 분모: 고혈압을 현재 앓고 있다고 응답한 30세 이상 대상자 수 단위: %
		당뇨병	분자: 30세 이상 인구 중 현재 인슐린주사, 당뇨병약(경구용 혈당강화제)을 당뇨병 치료를 위한 혈당조절 방법으로 사용한다고 응답한 사람의 수 분모: 당뇨병을 지금까지 한번이라도 앓은 적이 있는 30세 이상 대상자 수 단위: %
	자기평가 건강수준	분자: 19세 이상 성인 중 주관적 건강수준을 '매우좋음' 또는 '좋음'에 응답한 사람의 수 분모: 19세 이상 대상자 수 단위: %	

3. 한국빈곤지수 주요 영역별 통계

※ 통계산출 원칙

1) 2010년부터 2014년까지 5개년에 걸친 서울시 자치구별 통계치 산출을 목표로 하되,
2) 데이터의 제약으로 인해 전체 연도 산출이 어려울 경우, 가능한 연도의 데이터만을 활용하며,
3) 연령표준화가 필요하나 자치구별*연령구조별 데이터가 공개되어 있지 않은 경우, 표준화되지 않은 원 자료를 활용함.

가. 근본원인 영역(Root cause)

1) 거시수준(Macro): 지역발전가능성(Regional prospect)

□ 재정자주도

(단위: %)

구분	2010	2011	2012	2013	2014
종로구	87.3	84.6	81.9	81.6	76.8
중구	88.2	85.0	81.9	84.7	79.3
용산구	81.2	80.0	80.5	77.8	70.1
성동구	79.2	78.0	76.4	75.3	71.4
광진구	78.6	73.2	72.5	70.5	64.6
동대문구	77.7	76.7	69.7	68.2	60.7
중랑구	68.9	66.1	62.8	61.0	57.2
성북구	76.1	68.7	66.9	65.5	60.5
강북구	70.4	66.6	64.7	62.2	56.3
도봉구	76.3	72.0	65.9	64.8	60.2
노원구	62.4	59.5	58.4	56.7	52.5
은평구	72.3	68.8	62.8	59.3	55.9
서대문구	76.9	71.8	70.5	70.7	66.7
마포구	79.2	73.4	73.1	70.5	65.2
양천구	75.5	69.9	67.1	66.8	61.9
강서구	61.3	59.4	59.0	57.8	51.8

구분	2010	2011	2012	2013	2014
구로구	73.8	71.0	68.0	66.4	59.3
금천구	71.8	69.0	68.5	66.2	60.5
영등포구	78.8	76.5	72.1	71.5	64.9
동작구	79.3	74.8	73.1	69.9	63.6
관악구	69.5	67.3	64.5	64.5	61.7
서초구	87.4	88.0	83.9	84.3	77.9
강남구	91.4	89.3	84.8	82.2	77.5
송파구	82.4	79.4	73.9	74.3	65.0
강동구	79.7	75.9	71.9	68.0	61.3

자료원: 통계청, e-지방지표(http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1YL1802&conn_path=I3) 2015.06.30. 인출

□ 일반회계 중 교육예산 비율

(단위: %)

구분	2010	2011	2012	2013
종로구	1.8	4.3	5.3	4.4
중구	2.3	2.2	2.2	2.0
용산구	1.6	2.4	2.2	1.7
성동구	2.9	3.1	3.0	2.7
광진구	0.5	2.8	2.5	2.0
동대문구	2.0	2.7	3.0	2.2
중랑구	3.6	2.2	1.4	1.9
성북구	1.9	2.5	2.4	2.3
강북구	1.9	1.7	1.5	1.3
도봉구	2.2	2.1	1.8	1.9
노원구	3.0	2.6	2.4	2.5
은평구	2.0	2.7	2.8	2.3
서대문구	1.6	2.0	2.0	2.6
마포구	1.7	2.2	1.9	1.9
양천구	2.1	2.5	2.5	2.3
강서구	1.4	1.9	1.8	1.6
구로구	2.0	2.2	2.2	2.4
금천구	1.6	2.2	2.1	1.6
영등포구	2.0	2.4	2.5	2.4
동작구	1.5	2.7	1.8	2.3
관악구	2.0	2.5	3.3	3.5

구분	2010	2011	2012	2013
서초구	4.2	2.9	3.6	2.6
강남구	4.4	4.3	5.1	5.4
송파구	2.9	2.2	2.1	2.1
강동구	1.8	2.2	2.3	2.3

자료원: 서울특별시, 서울특별시 기본통계(http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=201&tblId=DT_201_00181&conn_path=I3) 2015.06.30. 인출

□ 인구 유입률

(단위: %)

구분	2010	2011	2012	2013	2014
종로구	17.1	16.8	15.7	15.4	15.4
중구	17.7	17.7	18.7	14.7	15.7
용산구	16.6	18.3	15.1	14.6	15.1
성동구	15.1	15.5	16.0	15.2	15.7
광진구	16.9	16.8	15.8	15.2	15.6
동대문구	15.8	15.8	14.2	15.4	15.9
중랑구	16.3	15.4	14.3	14.8	16.5
성북구	17.1	15.3	14.1	13.4	13.9
강북구	16.6	15.6	14.7	14.0	14.4
도봉구	14.6	14.9	13.3	13.4	12.9
노원구	13.9	13.6	12.6	12.6	12.6
은평구	20.4	17.9	16.5	15.4	14.8
서대문구	15.5	15.3	16.1	15.2	14.5
마포구	19.2	18.0	15.8	15.8	17.9
양천구	15.0	16.3	13.2	12.8	12.9
강서구	16.0	15.8	14.6	14.9	18.7
구로구	14.9	17.1	13.8	13.3	14.7
금천구	15.3	16.5	15.1	14.5	14.1
영등포구	16.4	16.5	14.7	14.9	15.4
동작구	17.6	17.5	16.9	17.3	15.5
관악구	19.0	18.5	17.7	17.3	17.7
서초구	18.5	18.2	16.8	18.2	17.6
강남구	19.3	20.0	17.2	17.1	20.0
송파구	17.1	17.2	15.9	15.0	15.0
강동구	17.0	19.1	15.0	14.2	13.9

자료원: 통계청, 국내이동통계(http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B26001_A01&conn_path=I3) 2015.06.30. 인출

2) 매개수준(Intermediate): 지역여건(Local conditions)

□ 시민행복지수

(단위: 점)

구분	2010	2011	2012	2013	2014
종로구	6.6	6.4	6.8	6.3	7.1
중구	6.3	6.6	6.9	6.8	7.0
용산구	6.3	7.2	6.6	7.0	7.0
성동구	6.5	6.7	6.1	6.6	6.9
광진구	6.2	6.5	6.6	6.9	7.0
동대문구	6.4	6.7	6.3	6.7	7.2
중랑구	6.4	6.7	6.3	6.7	7.2
성북구	6.4	6.9	6.9	7.3	6.9
강북구	6.3	6.1	6.7	6.9	6.6
도봉구	6.8	6.6	6.7	7.3	7.1
노원구	6.4	6.4	6.7	7.1	7.2
은평구	6.9	6.8	6.6	7.5	7.0
서대문구	6.7	6.6	7.2	7.0	6.9
마포구	6.5	6.2	6.8	7.2	7.3
양천구	6.5	6.8	7.0	7.1	7.1
강서구	6.3	6.0	7.1	6.9	6.8
구로구	6.8	6.9	6.8	7.0	7.5
금천구	6.5	6.9	6.9	7.1	6.5
영등포구	7.0	6.8	6.7	6.9	7.7
동작구	7.1	7.1	6.8	7.5	7.1
관악구	6.9	6.5	6.9	7.5	7.2
서초구	7.1	7.2	7.2	7.6	7.7
강남구	6.4	6.6	7.3	7.5	7.8
송파구	6.6	6.5	7.1	7.5	7.1
강동구	6.8	6.9	6.0	7.5	7.6

자료원: 서울통계(http://stat.seoul.go.kr/jsp3/index.jsp) 2015.06.30. 인출

□ 사회적 신뢰

(단위: 점)

구분	2010	2011	2012	2013	2014
종로구	5.4	5.1	5.2	4.9	5.3
중구	6.1	5.3	6.3	5.0	5.2
용산구	5.5	5.4	4.7	5.2	4.8
성동구	5.8	4.6	4.4	4.9	4.9
광진구	5.2	5.2	4.9	5.4	5.1
동대문구	5.7	5.3	5.1	5.0	5.0
중랑구	5.9	5.4	5.2	5.7	4.8
성북구	5.5	5.3	5.0	5.4	5.3
강북구	5.5	5.1	5.3	5.5	5.1
도봉구	5.6	5.1	5.3	5.9	5.4
노원구	5.5	5.1	5.6	5.8	5.1
은평구	6.1	5.1	5.1	5.5	5.3
서대문구	5.5	5.2	4.7	5.2	5.0
마포구	5.4	4.7	4.9	5.0	5.2
양천구	5.5	5.8	6.1	6.0	5.5
강서구	5.4	4.6	5.5	5.2	4.9
구로구	5.9	5.5	5.1	4.7	4.9
금천구	5.3	4.9	4.7	5.1	5.1
영등포구	5.7	5.0	5.3	5.3	5.2
동작구	6.1	5.7	5.1	4.8	5.4
관악구	5.9	5.2	5.1	5.7	5.0
서초구	6.0	5.5	5.1	4.3	5.0
강남구	6.0	5.6	5.4	4.6	5.1
송파구	5.9	5.2	5.1	5.0	5.2
강동구	6.2	5.3	5.1	5.0	5.1

자료원: 서울통계(http://stat.seoul.go.kr/jsp3/index.jsp) 2015.06.30. 인출

□ 고등학교 학업중단율

(단위: %)

구분	2012	2013	2014
종로구	2	1.7	1.4
중구	1.9	1.5	1.5
용산구	2	1.8	1.6
성동구	2	1.8	2.1
광진구	1.3	1.4	1.4
동대문구	1.8	1.8	1.7
중랑구	2	1.6	1.7
성북구	2.9	2.4	2.1
강북구	1.6	1.8	1.6
도봉구	1.5	1.4	1.2
노원구	1.6	1.7	1.4
은평구	1.9	1.8	1.7
서대문구	1.9	1.8	1.8
마포구	1.6	1.8	1.4
양천구	1.5	1.5	1.4
강서구	2.5	2.5	2.3
구로구	1.8	2	1.5
금천구	2.1	1.6	1.7
영등포구	1.6	1.8	1.5
동작구	1.5	1.2	1.2
관악구	1.8	1.8	2.1
서초구	2.3	2.2	2.3
강남구	2.3	2.3	2
송파구	2	1.8	1.5
강동구	2.2	2.1	1.7

자료원: 학교알리미(http://www.schoolinfo.go.kr) 2015.06.30. 인출

3) 개인수준(Individuals): 가구여건(Household conditions)

□ 기초생활 수급자(일반수급자) 비율

(단위: %)

구분	2010	2011	2012
종로구	1.8	1.8	1.6
중구	2.7	2.7	2.3
용산구	1.7	1.7	1.5
성동구	2.0	1.9	1.5
광진구	1.4	1.4	1.1
동대문구	2.4	2.4	1.9
중랑구	2.4	2.3	2.0
성북구	2.0	1.9	1.5
강북구	3.0	2.9	2.4
도봉구	1.3	1.3	1.1
노원구	3.5	3.4	3.0
은평구	2.0	2.0	1.4
서대문구	1.7	1.7	1.4
마포구	1.7	1.6	1.2
양천구	1.4	1.4	1.0
강서구	3.2	3.1	2.5
구로구	1.5	1.4	1.0
금천구	2.9	2.9	2.4
영등포구	2.1	2.0	1.6
동작구	1.5	1.4	1.1
관악구	1.9	1.9	1.5
서초구	0.6	0.6	0.6
강남구	1.7	1.6	1.2
송파구	0.9	0.9	0.7
강동구	1.3	1.3	1.1

자료원: 서울특별시, 서울특별시기본통계(http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=201&tblId=DT_201_00001&conn_path=I3) 2015.06.30. 인출

□ 재산세

(단위: 백만원)

구분	2010	2011	2012	2013
종로구	63,038	65,514	67,309	70,010
중구	74,567	78,001	79,855	82,983
용산구	66,351	70,410	72,426	72,856
성동구	51,235	53,975	55,824	57,972
광진구	50,344	53,246	54,312	56,149
동대문구	49,959	52,791	53,364	55,687
중랑구	42,436	45,152	45,897	47,999
성북구	49,358	52,313	53,343	55,285
강북구	41,279	43,622	44,092	46,172
도봉구	42,093	44,265	44,684	46,452
노원구	49,009	51,611	51,985	53,974
은평구	45,335	48,541	49,991	52,397
서대문구	46,402	48,528	49,219	51,996
마포구	57,947	61,746	63,791	66,954
양천구	57,115	59,714	60,384	60,675
강서구	58,998	61,214	62,796	65,480
구로구	50,090	52,665	54,188	56,672
금천구	42,985	46,380	47,199	49,803
영등포구	68,624	71,045	72,427	74,250
동작구	49,125	52,150	53,266	55,482
관악구	49,157	51,667	52,508	54,604
서초구	121,577	126,329	130,182	126,794
강남구	200,250	201,924	203,215	197,552
송파구	109,516	112,775	113,404	109,618
강동구	60,270	63,384	64,681	65,121

자료원: 서울특별시, 서울특별시기본통계(http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=201&tblId=DT_201_00177&conn_path=I3) 2015.06.30. 인출

나. 매개요인 영역(Intervening factors)

1) 거시수준(Macro): 건강지지재원(Resourcing to support health)

□ 일반회계 중 보건의료예산 비율

(단위: %)

구분	2010	2011	2012	2013
종로구	1.9	1.8	1.8	1.9
중구	2.1	2.1	2.5	2.7
용산구	2.2	2.2	2.4	2.5
성동구	1.9	2.0	2.5	2.9
광진구	3.2	3.0	2.8	3.0
동대문구	1.9	2.0	2.5	2.6
중랑구	1.8	1.8	2.4	2.6
성북구	2.1	2.8	2.8	2.7
강북구	2.6	2.5	2.9	2.7
도봉구	2.1	2.1	2.9	3.0
노원구	1.8	2.2	2.5	3.0
은평구	3.0	2.2	3.4	3.8
서대문구	2.6	2.3	3.3	2.7
마포구	2.2	2.2	2.9	3.1
양천구	1.8	1.9	2.8	3.0
강서구	2.3	2.1	2.5	2.4
구로구	2.4	3.0	2.9	3.1
금천구	1.9	2.1	2.5	2.3
영등포구	2.4	2.2	2.6	2.6
동작구	2.4	2.5	2.8	3.4
관악구	2.5	2.1	2.5	2.8
서초구	2.3	2.5	3.1	3.1
강남구	2.4	2.0	2.2	3.0
송파구	2.6	2.8	3.0	3.1
강동구	2.3	2.6	3.2	3.3

자료원: 서울특별시, 서울특별시기본통계(http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=201&tblId=DT_201_00181&conn_path=I3) 2015.06.30. 인출

□ 일반회계 중 복지예산 비율

(단위: %)

구분	2010	2011	2012	2013
종로구	21.0	23.3	24.5	27.0
중구	28.4	28.5	30.7	32.3
용산구	27.9	28.6	35.8	38.5
성동구	26.9	29.1	34.7	40.3
광진구	32.2	34.1	37.3	40.6
동대문구	31.4	34.7	39.1	41.2
중랑구	38.3	41.9	47.0	49.6
성북구	35.1	39.8	43.5	48.2
강북구	43.7	45.7	45.9	48.1
도봉구	35.9	40.1	41.6	46.6
노원구	44.9	50.3	52.6	56.0
은평구	39.2	43.0	48.6	51.7
서대문구	29.3	33.3	35.8	40.3
마포구	38.4	41.3	42.4	45.7
양천구	35.1	40.3	42.1	47.3
강서구	45.2	49.9	50.7	54.9
구로구	33.6	38.8	44.6	49.3
금천구	38.2	41.4	45.7	49.3
영등포구	30.5	33.8	37.2	43.8
동작구	36.8	38.7	43.3	47.2
관악구	37.9	42.7	45.3	48.8
서초구	22.3	23.6	29.5	35.1
강남구	27.6	33.5	33.5	39.3
송파구	33.1	37.1	38.8	46.0
강동구	32.7	38.7	42.1	48.9

자료원: 서울특별시, 서울특별시기본통계(http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=201&tblId=DT_201_00181&conn_path=I3) 2015.06.30. 인출

□ 일반회계 중 문화 및 관광예산 비율

(단위: %)

구분	2010	2011	2012	2013
종로구	8.4	6.3	8.6	10.4
중구	8.2	7.2	7.4	7.8
용산구	1.6	1.9	1.9	2.0
성동구	5.5	7.8	9.2	5.2
광진구	6.5	3.9	4.4	3.3
동대문구	3.6	2.5	3.4	4.8
중랑구	2.3	2.4	2.6	2.4
성북구	1.3	2.2	5.8	5.5
강북구	3.4	2.9	3.5	4.6
도봉구	3.5	3.9	5.1	6.3
노원구	3.5	3.2	3.4	3.8
은평구	8.4	8.7	7.1	7.5
서대문구	3.9	3.8	4.9	3.2
마포구	3.2	2.8	2.8	3.5
양천구	3.3	4.0	4.1	4.0
강서구	4.2	4.7	5.3	4.7
구로구	6.9	5.0	5.3	4.3
금천구	3.2	3.6	2.9	3.0
영등포구	2.2	2.4	3.2	4.9
동작구	2.3	2.6	3.9	4.0
관악구	3.5	1.9	1.6	1.7
서초구	1.9	3.9	5.1	8.8
강남구	3.8	3.2	3.1	3.3
송파구	2.6	2.6	3.3	3.1
강동구	12.8	3.4	3.9	3.9

자료원: 서울특별시, 서울특별시기본통계(http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=201&tblId=DT_201_00181&conn_path=I3) 2015.06.30. 인출

□ 일반회계 중 환경보호예산 비율

(단위: %)

구분	2010	2011	2012	2013
종로구	6.1	5.3	5.3	4.7
중구	5.1	5.0	4.6	4.8
용산구	6.7	7.1	5.8	6.7
성동구	3.4	3.7	3.6	3.5
광진구	3.9	4.3	3.7	3.7
동대문구	12.3	9.1	6.5	5.9
중랑구	10.3	7.7	4.8	5.1
성북구	4.9	4.8	4.0	3.9
강북구	4.3	5.0	4.2	4.6
도봉구	2.5	2.8	3.2	2.8
노원구	7.9	5.8	4.4	4.1
은평구	6.4	6.3	4.5	4.1
서대문구	11.2	9.3	6.1	5.3
마포구	5.4	6.8	5.6	4.9
양천구	3.3	3.8	3.3	3.3
강서구	5.8	5.3	6.6	6.2
구로구	4.7	3.7	3.7	3.6
금천구	4.0	4.5	5.1	5.1
영등포구	6.8	6.4	6.0	6.5
동작구	6.5	6.5	4.7	4.7
관악구	3.0	3.5	3.0	3.1
서초구	5.8	7.1	6.2	5.5
강남구	6.6	8.6	7.9	7.8
송파구	5.7	6.7	5.4	4.7
강동구	7.2	6.3	5.0	5.4

자료원: 서울특별시, 서울특별시기본통계(http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=201&tblId=DT_201_00181&conn_path=I3) 2015.06.30. 인출

2) 매개수준(Intermediate): 건강증진 및 예방환경(Healthy areas)

□ 노인(65세 이상) 인플루엔자 예방접종률

(단위: %)

구분	2010	2012
종로구	76.3	77.2
중구	70.8	86.4
용산구	73.9	81.9
성동구	81.1	77.6
광진구	71.8	81.2
동대문구	71.6	81.1
중랑구	65.2	84.6
성북구	79.9	82.1
강북구	78.9	81.9
도봉구	67.4	76.1
노원구	76.0	77.2
은평구	63.6	74.1
서대문구	77.4	82.3
마포구	78.5	76.3
양천구	71.2	75.5
강서구	69.2	82.5
구로구	71.2	81.6
금천구	80.4	78.8
영등포구	83.1	85.0
동작구	82.3	87.0
관악구	69.8	85.1
서초구	78.3	83.6
강남구	80.5	74.4
송파구	81.2	79.3
강동구	75.3	74.7

주: 2005년 추계인구로 표준화함.
자료원: 보건복지부, 지역사회 건강조사 2010, 2012.

□ 5대암 검진율: 위암

(단위: %)

구분	2010	2012
종로구	56.7	48.6
중구	58.0	61.3
용산구	49.6	46.8
성동구	55.0	45.9
광진구	48.9	64.8
동대문구	51.3	51.6
중랑구	49.8	54.7
성북구	53.9	54.4
강북구	45.2	60.3
도봉구	48.7	52.6
노원구	47.4	67.2
은평구	48.9	50.2
서대문구	52.4	56.2
마포구	49.0	51.9
양천구	45.3	62.4
강서구	49.1	59.0
구로구	50.8	56.9
금천구	46.1	50.6
영등포구	55.6	51.4
동작구	50.5	61.7
관악구	47.8	62.3
서초구	57.6	68.3
강남구	56.2	66.7
송파구	54.1	64.1
강동구	49.3	62.4

주: 2005년 추계인구로 표준화함.
자료원: 서울특별시·이화여자대학교, 2013, 서울시 건강격차 모니터링 통계집 2013

□ 5대암 검진율: 간암

(단위: %)

구분	2010	2012
종로구	40.6	39.4
중구	41.8	56.4
용산구	52.9	40.1
성동구	41.2	37.4
광진구	42.9	54.5
동대문구	44.6	46.3
중랑구	36.9	39.9
성북구	40.2	43.6
강북구	37.1	49.1
도봉구	33.3	35.4
노원구	29.7	41.0
은평구	47.3	40.4
서대문구	42.1	41.5
마포구	42.2	44.4
양천구	30.3	32.3
강서구	37.4	44.1
구로구	38.5	37.5
금천구	45.3	36.3
영등포구	44.5	46.0
동작구	45.6	46.1
관악구	36.1	53.8
서초구	51.7	53.7
강남구	45.5	61.6
송파구	42.7	39.4
강동구	33.9	42.3

주: 2005년 추계인구로 표준화함.
자료원: 보건복지부, 지역사회 건강조사 2010, 2012

□ 5대암 검진율: 대장암

(단위: %)

구분	2010	2012
종로구	32.8	40.7
중구	36.5	49.5
용산구	34.7	39.8
성동구	41.7	32.9
광진구	33.2	45.1
동대문구	31.7	39.8
중랑구	38.1	43.1
성북구	32.5	41.7
강북구	30.5	51.2
도봉구	28.4	36.7
노원구	34.4	44.5
은평구	36.6	42.8
서대문구	31.6	40.4
마포구	34.4	42.7
양천구	33.7	48.2
강서구	31.7	40.1
구로구	34.9	41.3
금천구	38.1	41.6
영등포구	38.7	37.5
동작구	36.5	52.0
관악구	25.7	48.4
서초구	35.3	49.1
강남구	41.8	57.3
송파구	35.7	51.6
강동구	30.0	48.0

주: 2005년 추계인구로 표준화함.
자료원: 서울특별시·이화여자대학교, 2013, 서울시 건강격차 모니터링 통계집 2013

□ 5대암 검진율: 자궁경부암

(단위: %)

구분	2010	2012
종로구	58.4	53.1
중구	55.1	57.0
용산구	50.3	49.0
성동구	61.6	51.5
광진구	54.9	59.5
동대문구	56.0	56.8
중랑구	56.3	58.4
성북구	64.0	60.0
강북구	52.3	62.2
도봉구	56.7	56.8
노원구	53.7	62.4
은평구	54.5	54.7
서대문구	53.7	57.5
마포구	54.4	51.9
양천구	57.9	62.1
강서구	53.9	59.8
구로구	59.8	56.7
금천구	56.7	54.4
영등포구	59.9	56.1
동작구	58.9	57.7
관악구	52.8	61.7
서초구	59.8	63.0
강남구	54.2	60.7
송파구	60.5	62.4
강동구	59.9	65.2

주: 2005년 추계인구로 표준화함.
자료원: 서울특별시·이화여자대학교, 2013, 서울시 건강격차 모니터링 통계집 2013

□ 5대암 검진율: 유방암

(단위: %)

구분	2010	2012
종로구	64.0	56.9
중구	61.5	62.7
용산구	54.9	53.8
성동구	64.4	56.3
광진구	60.4	67.1
동대문구	58.3	57.9
중랑구	57.1	66.3
성북구	62.2	59.4
강북구	51.9	66.3
도봉구	59.7	58.3
노원구	54.3	66.3
은평구	58.7	58.1
서대문구	54.7	57.9
마포구	55.5	54.8
양천구	54.0	69.6
강서구	57.1	63.0
구로구	56.5	62.2
금천구	60.0	63.0
영등포구	63.2	57.6
동작구	59.0	58.7
관악구	55.4	65.4
서초구	62.8	69.1
강남구	59.3	71.0
송파구	65.5	66.4
강동구	56.6	66.9

주: 2005년 추계인구로 표준화함.
자료원: 서울특별시·이화여자대학교, 2013, 서울시 건강격차 모니터링 통계집 2013

□ 최근 1년 내 지역사회 운동시설 접근성

(단위: %)

구분	2010	2012
종로구	80.2	77.8
중구	86.0	84.8
용산구	86.7	83.8
성동구	88.6	89.5
광진구	87.8	90.0
동대문구	82.4	85.5
중랑구	82.5	80.7
성북구	73.7	72.8
강북구	71.2	78.8
도봉구	86.2	89.8
노원구	82.9	86.1
은평구	66.6	78.2
서대문구	85.1	80.0
마포구	77.5	83.3
양천구	85.9	84.9
강서구	79.1	80.7
구로구	73.4	79.8
금천구	69.1	75.2
영등포구	83.3	80.0
동작구	77.1	75.7
관악구	75.3	77.5
서초구	86.1	90.8
강남구	85.2	88.5
송파구	92.9	91.4
강동구	77.7	83.6

주: 2005년 추계인구로 표준화함.
자료원: 보건복지부, 지역사회 건강조사 2010, 2012

3) 개인수준(Individuals): 생활습관과 환경(Behaviors and environment)

□ 현재 흡연율

(단위: %)

구분	2010	2011	2012	2013	2014
종로구	24.0	25.9	23.9	22.3	24.3
중구	24.4	25.5	26.7	24.4	22.7
용산구	25.5	23.4	24.3	22.1	22.2
성동구	22.6	24.1	22.6	22.1	24.9
광진구	25.3	23.3	23.8	20.9	18.5
동대문구	26.3	25.3	25.0	24.0	22.3
중랑구	23.5	24.8	22.6	24.4	24.0
성북구	26.7	25.4	24.8	25.6	24.5
강북구	26.0	25.9	27.9	24.1	27.2
도봉구	26.9	23.0	26.1	22.7	22.4
노원구	24.5	24.9	20.0	22.1	19.6
은평구	24.2	25.6	23.4	23.4	21.5
서대문구	23.2	21.8	25.9	24.3	22.0
마포구	24.3	22.6	22.9	23.0	22.7
양천구	22.0	20.4	22.2	22.2	19.0
강서구	22.3	21.5	22.1	22.2	22.4
구로구	23.1	23.3	23.6	20.2	21.6
금천구	26.5	23.8	25.1	24.5	23.7
영등포구	22.7	21.6	18.8	21.4	23.3
동작구	23.7	21.5	22.1	21.6	20.5
관악구	23.7	22.4	24.7	23.0	20.2
서초구	19.9	17.8	18.5	20.0	15.3
강남구	19.2	22.4	20.9	23.1	18.1
송파구	21.0	21.4	22.6	19.6	20.8
강동구	26.7	22.3	23.7	23.2	18.9

주: 2005년 추계인구로 표준화함.

자료원: 보건복지부, 지역사회 건강조사(http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=117&tblId=DT_H_SM&conn_path=I3) 2015.06.30. 인출

□ 고위험 음주율

(단위: %)

구분	2010	2011	2012	2013	2014
종로구	19.3	20.6	12.9	14.1	17.8
중구	12.5	18.7	21.3	15.0	16.5
용산구	13.5	17.7	17.6	14.7	18.0
성동구	12.0	18.3	13.5	18.8	17.4
광진구	14.7	19.2	20.6	13.6	16.0
동대문구	16.2	19.8	17.2	18.0	20.6
중랑구	20.8	23.3	19.0	20.6	21.1
성북구	16.0	19.8	21.5	21.4	16.8
강북구	12.5	17.7	15.0	19.7	23.1
도봉구	16.1	19.8	19.7	14.3	16.1
노원구	17.3	19.2	16.4	20.7	20.7
은평구	12.0	18.4	16.5	16.5	21.9
서대문구	16.8	14.5	16.0	17.1	14.0
마포구	12.8	12.1	16.2	19.8	16.7
양천구	16.0	15.0	12.1	16.5	13.8
강서구	12.7	18.4	14.0	16.2	14.6
구로구	18.2	21.1	13.2	15.2	19.3
금천구	22.0	15.7	17.5	17.5	19.7
영등포구	16.5	19.0	16.2	14.6	19.6
동작구	15.7	15.1	14.9	18.3	13.4
관악구	18.7	15.3	13.8	19.1	17.5
서초구	11.8	14.7	13.7	13.6	10.3
강남구	11.3	15.2	11.5	17.4	11.3
송파구	9.4	15.2	12.5	14.4	10.9
강동구	19.9	22.1	21.1	17.4	16.0

주: 2005년 추계인구로 표준화함.
자료원: 보건복지부, 지역사회건강조사(http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=117&tblId=DT_H_DR_HIGH&conn_path=I3) 2015.06.30. 인출

□ 중증도 이상 신체활동 실천율

(단위: %)

구분	2010	2011	2012	2013	2014
종로구	21.2	20.1	16.9	17.7	23.4
중구	27.9	14.6	19.8	17.4	22.5
용산구	26.2	17.1	19.9	19.7	25.2
성동구	17.8	21.6	17.9	19.6	27.9
광진구	19.3	19.1	19.7	22.9	21.7
동대문구	19.4	22.5	16.2	23.7	22.2
중랑구	17.5	19.5	17.3	21.5	22.5
성북구	14.8	19.1	13.4	14.6	16.6
강북구	11.3	26.0	15.1	13.8	16.4
도봉구	18.5	18.1	16.8	16.5	24.7
노원구	14.1	16.5	19.0	18.3	15.4
은평구	13.2	18.3	15.6	18.8	17.8
서대문구	23.7	15.1	14.7	18.5	15.7
마포구	19.2	19.1	16.4	18.9	17.7
양천구	22.0	16.0	15.4	21.9	23.3
강서구	16.7	16.9	15.7	17.6	19.6
구로구	18.1	15.7	13.6	20.9	17.5
금천구	15.4	12.0	17.9	20.7	19.7
영등포구	18.8	17.6	15.2	18.5	25.4
동작구	15.7	17.4	16.6	20.4	19.0
관악구	20.2	16.9	16.3	17.9	24.1
서초구	21.9	19.5	25.6	21.9	28.1
강남구	18.3	21.3	16.0	24.0	22.4
송파구	21.5	24.5	16.4	21.7	22.6
강동구	19.5	26.8	18.3	24.6	24.2

주: 2005년 추계인구로 표준화함.

자료원: 보건복지부, 지역사회건강조사(http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=117&tblId=DT_H_EX_PHY&conn_path=I3) 2015.06.30. 인출

다. 보건 영역(Situation of health)

1) 거시수준(Macro): 보건복지자원(Resourcing for health and social care)

□ 기준인구당 급성기병원[34] 병상수

(단위: 인구 십만명당 병상수)

구분	2010	2011	2012	2013
종로구	1,860	1,900	1,966	1,947
중구	1,259	1,207	1,199	1,242
용산구	571	423	421	427
성동구	543	576	559	538
광진구	584	593	593	595
동대문구	1,085	1,193	1,190	1,184
중랑구	424	678	661	632
성북구	432	427	417	458
강북구	509	543	505	538
도봉구	441	426	456	412
노원구	500	478	491	468
은평구	329	339	333	337
서대문구	859	954	930	907
마포구	229	173	168	145
양천구	432	468	480	510
강서구	423	441	438	436
구로구	441	462	476	487
금천구	401	472	464	404
영등포구	950	1,081	992	1,034
동작구	528	622	601	593
관악구	298	308	276	320
서초구	531	574	616	631
강남구	1,032	1,013	1,064	1,133
송파구	714	725	776	776
강동구	772	787	833	839

자료원: 서울특별시, 서울특별시기본통계(http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=201&tblId=DT_201_00173&conn_path=I3) 2015.06.30. 인출

34) 종합병원, 병원, 의원이 급성기병원에 포함됨.

□ 기준인구당 요양병원 병상수

(단위: 인구 십만명당 병상수)

구분	2010	2011	2012	2013
종로구	23	0	0	0
중구	44	44	43	0
용산구	0	0	0	0
성동구	74	76	102	106
광진구	23	24	24	24
동대문구	128	149	180	220
중랑구	71	100	107	99
성북구	85	135	197	205
강북구	53	61	63	83
도봉구	162	200	217	259
노원구	35	67	74	91
은평구	76	129	127	149
서대문구	79	82	82	82
마포구	0	0	21	21
양천구	17	37	56	57
강서구	136	155	174	188
구로구	151	135	158	159
금천구	31	62	206	335
영등포구	245	268	302	324
동작구	64	64	75	81
관악구	69	77	78	84
서초구	46	36	37	37
강남구	20	20	20	20
송파구	47	57	111	125
강동구	196	204	209	246

자료원: 서울특별시, 서울특별시기본통계(http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=201&tblId=DT_201_00173&conn_path=I3) 2015.06.30. 인출

□ 기준인구당 응급실·신생아실·분만실 병상수

(단위: 인구 십만명당 병상수,
0세 인구 십만명당 병상수,
20~45세 가임기 여성인구 십만명당 병상수)

구분	응급실(2006)	신생아실(2006)	분만실(2006)
종로구	11,771	27	69
중구	14,697	152	44
용산구	3,784	35	34
성동구	1,251	19	13
광진구	1,151	15	13
동대문구	3,615	39	28
중랑구	578	16	5
성북구	1,378	27	8
강북구	1,709	15	4
도봉구	852	12	10
노원구	2,309	34	13
은평구	2,419	20	6
서대문구	1,021	38	17
마포구	528	12	4
양천구	2,247	26	14
강서구	1,864	18	3
구로구	665	21	7
금천구	941	9	4
영등포구	3,204	49	42
동작구	1,415	21	16
관악구	1,260	10	6
서초구	684	19	13
강남구	4,794	41	26
송파구	1,709	23	23
강동구	3,052	31	22

자료원: 보건복지부, 국민보건의료실태조사(http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=117&tblId=TX_117_2009_H3095&conn_path=I3) 2015.06.30. 인출

2) 매개수준(Intermediate): 적절한 보건의료서비스(Appropriate care)

□ 필요 의료서비스 미치료율

(단위: %)

구분	2011	2012	2013	2014
종로구	17.5	14.2	20.2	13.5
중구	5.9	8.2	10.6	12.2
용산구	13.7	13.7	9.1	9.6
성동구	13.5	11.5	17.0	17.8
광진구	13.2	9.5	13.6	7.2
동대문구	17.3	9.3	13.0	7.8
중랑구	14.1	14.0	14.1	8.7
성북구	17.7	12.7	13.4	14.9
강북구	19.3	19.8	19.5	11.8
도봉구	14.4	14.7	14.0	11.7
노원구	20.3	14.7	18.5	10.7
은평구	11.5	9.6	13.5	9.1
서대문구	15.0	14.2	15.9	12.4
마포구	19.8	15.4	19.2	10.6
양천구	16.5	15.7	14.2	10.6
강서구	14.5	12.5	18.5	16.9
구로구	14.5	12.8	12.9	13.0
금천구	15.9	10.6	16.6	13.7
영등포구	15.6	13.9	15.6	9.0
동작구	16.3	12.8	14.9	12.3
관악구	12.9	15.6	12.1	9.3
서초구	11.4	10.9	12.7	11.1
강남구	7.2	9.6	14.4	12.2
송파구	12.0	16.9	15.5	12.9
강동구	13.4	14.4	14.1	12.1

주: 1) 2005년 추계인구로 표준화함.
2) 설문문항 변경으로 2010년 결과는 제외함.

자료원: 보건복지부, 지역사회 건강조사(http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=117&tblId=DT_NECE_NOTTREAT&conn_path=I3) 2015.06.30. 인출

□ 경제적 이유로 인한 필요 의료서비스 미치료율

(단위: %)

구분	2010	2011	2012	2013
종로구	7.9	5.4	2.4	3.2
중구	6.8	0.5	2.9	3.6
용산구	3.5	3.9	3.0	1.8
성동구	3.5	2.2	1.7	4.5
광진구	9.7	3.1	1.5	2.9
동대문구	4.2	3.2	2.5	3.1
중랑구	8.4	3.0	3.8	2.2
성북구	6.2	2.2	1.6	1.3
강북구	4.8	3.9	4.5	6.7
도봉구	7.5	2.3	4.6	2.2
노원구	6.4	3.5	2.7	3.5
은평구	5.1	2.0	3.5	2.2
서대문구	4.9	3.5	3.2	2.0
마포구	8.4	3.2	2.9	1.8
양천구	8.6	3.4	2.5	1.6
강서구	5.6	2.5	2.0	1.5
구로구	3.9	2.8	1.5	1.9
금천구	3.1	4.0	2.4	3.2
영등포구	6.4	2.7	2.4	1.0
동작구	5.3	1.4	2.3	2.0
관악구	7.1	1.9	5.9	1.0
서초구	4.9	1.3	1.5	1.2
강남구	2.5	2.0	1.6	2.5
송파구	5.6	1.9	3.7	1.8
강동구	3.0	2.7	2.7	3.2

주: 2005년 추계인구로 표준화함.
자료원: 보건복지부, 지역사회 건강조사 2010-2013

3) 개인수준(Individuals): 건강상태(Health status)

□ 기대수명

(단위: 세)

구분	2009-11
종로구	81.15
중구	80.73
용산구	81.51
성동구	81.60
광진구	81.92
동대문구	80.75
중랑구	80.92
성북구	81.42
강북구	80.76
도봉구	81.70
노원구	81.08
은평구	81.42
서대문구	81.52
마포구	81.67
양천구	81.93
강서구	81.39
구로구	81.51
금천구	80.70
영등포구	81.52
동작구	82.23
관악구	81.53
서초구	83.55
강남구	83.17
송파구	82.71
강동구	81.70

주: 1) 자치구별 정확한 비교를 위하여 소수점 둘째자리 까지 표기함.
2) 출생시 기대수명은 3년(2009-2011년) 이동합계 평균값임.
자료원: 서울특별시·이화여자대학교, 서울시 건강격차 모니터링 통계집 2013.

□ 자살 사망률

(단위: 인구 십만명당 명)

구분	2009-11
종로구	169,188
중구	131,827
용산구	243,354
성동구	305,954
광진구	373,799
동대문구	364,806
중랑구	425,307
성북구	483,377
강북구	343,980
도봉구	367,868
노원구	608,592
은평구	482,546
서대문구	322,281
마포구	388,457
양천구	500,535
강서구	572,012
구로구	424,390
금천구	244,489
영등포구	403,358
동작구	400,679
관악구	529,233
서초구	431,255
강남구	565,981
송파구	682,988
강동구	490,585

주: (0세 이상) 자살사망률은 3년(2009-2011년) 이동합계 평균율임.
자료원: 서울특별시·이화여자대학교, 2013, 서울시 건강격차 모니터링 통계집 2013

□ 단태아 저체중 출생률

(단위: %)

구분	2013
종로구	3.9
중구	4.0
용산구	3.3
성동구	3.5
광진구	4.1
동대문구	3.6
중랑구	4.7
성북구	3.5
강북구	4.5
도봉구	3.9
노원구	3.4
은평구	3.5
서대문구	3.5
마포구	3.7
양천구	4.3
강서구	3.6
구로구	3.8
금천구	3.9
영등포구	3.6
동작구	3.4
관악구	3.8
서초구	3.7
강남구	3.5
송파구	3.7
강동구	4.3

자료원: 김동진 등. (2014b). 한국의 건강불평등 지표와 정책과제-한국의 건강불평등 보고서: 통계집 II. 한국보건사회연구원, p.253, 표3-71

□ 고혈압 관리율: 치료율(30세 이상)

(단위: %)

구분	2010	2011	2012	2013	2014
종로구	86.0	82.1	82.3	90.1	82.1
중구	82.8	93.3	82.1	88.5	86.1
용산구	85.5	88.0	85.3	88.6	85.1
성동구	86.2	89.1	90.7	80.8	81.0
광진구	82.8	91.7	84.9	82.6	69.7
동대문구	87.8	91.4	88.0	85.9	84.7
중랑구	89.2	85.1	88.8	89.9	91.5
성북구	85.7	83.3	87.6	90.8	91.1
강북구	88.7	89.1	86.6	86.5	89.7
도봉구	88.7	86.0	87.0	85.1	80.3
노원구	83.9	85.3	90.4	88.6	85.8
은평구	87.8	88.1	88.4	87.1	83.0
서대문구	85.9	88.4	83.4	87.5	88.0
마포구	83.6	81.7	87.0	89.8	90.0
양천구	80.8	86.3	84.8	90.8	88.4
강서구	83.5	84.3	89.2	82.7	88.3
구로구	88.7	83.6	86.7	87.1	87.8
금천구	89.6	87.7	85.0	86.5	84.8
영등포구	84.8	85.8	87.7	85.8	82.7
동작구	80.8	84.0	85.8	85.9	95.9
관악구	81.6	85.1	80.4	92.1	90.7
서초구	79.3	82.3	83.3	85.0	82.4
강남구	92.7	88.9	75.1	80.8	83.4
송파구	81.9	81.3	88.0	66.3	85.0
강동구	84.1	74.6	81.2	86.0	86.3

주: 2005년 추계인구로 표준화함.

자료원: 보건복지부, 지역사회건강조사(http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=117&tblId=DT_HYPER_DOCTOR_DRUG&conn_path=I3 2015.06.30. 인출

□ 당뇨병 관리율: 치료율(30세 이상)

(단위: %)

구분	2010	2011	2012	2013	2014
종로구	89.1	83.6	77.5	85.2	79.9
중구	71.3	81.1	87.2	79.4	76.0
용산구	87.8	88.6	81.4	87.1	80.9
성동구	89.2	92.5	81.2	78.9	81.6
광진구	76.0	81.3	80.9	88.2	71.0
동대문구	77.7	90.1	85.6	93.7	83.4
중랑구	77.9	82.3	86.0	82.7	90.7
성북구	77.3	83.1	78.9	88.1	92.4
강북구	76.1	72.1	88.2	87.0	92.8
도봉구	76.6	77.1	81.3	79.2	73.4
노원구	79.9	85.6	85.9	92.6	83.1
은평구	76.9	80.5	93.3	83.8	80.0
서대문구	88.7	82.3	73.2	73.1	78.6
마포구	93.4	78.2	84.1	85.9	84.5
양천구	88.0	86.1	81.5	91.0	82.2
강서구	76.8	84.0	87.3	83.3	90.8
구로구	88.2	77.5	83.4	78.5	88.0
금천구	68.9	78.3	89.6	86.3	83.7
영등포구	83.4	86.0	81.2	86.5	91.6
동작구	70.2	71.9	78.7	79.1	91.8
관악구	82.0	69.2	92.4	88.8	82.0
서초구	84.2	78.2	75.1	81.8	70.0
강남구	85.7	84.7	72.0	79.3	81.9
송파구	82.3	79.0	84.5	87.7	85.8
강동구	81.7	74.4	73.4	80.8	87.0

주: 2005년 추계인구로 표준화함.

자료원: 보건복지부, 지역사회건강조사(http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=117&tblId=DT_DIA_TREAT&conn_path=I3) 2015.06.30. 인출

□ 자기평가 건강수준

(단위: %)

구분	2010	2011	2012	2013	2014
종로구	46.8	46.6	41.8	44.4	43.2
중구	53.1	55.9	52.5	40.9	44.8
용산구	66.9	44.7	43.2	51.6	53.4
성동구	52.9	36.9	52.6	50.6	45.6
광진구	44.2	48.3	50.4	46.2	64.1
동대문구	49.4	44.5	47.0	44.9	45.7
중랑구	44.0	44.5	41.0	43.7	44.8
성북구	48.4	41.8	43.8	47.5	46.8
강북구	46.0	45.3	40.9	37.0	41.0
도봉구	43.8	44.4	45.2	44.4	41.9
노원구	43.1	39.8	44.5	42.8	42.6
은평구	51.5	47.3	49.0	53.9	48.5
서대문구	44.3	44.8	42.6	47.8	45.3
마포구	40.1	44.8	40.2	39.5	41.9
양천구	44.0	45.5	42.3	47.7	46.6
강서구	50.4	45.7	54.1	45.9	43.4
구로구	46.8	44.4	45.3	44.5	44.0
금천구	51.8	39.3	37.1	41.8	42.4
영등포구	43.7	41.1	42.9	40.8	46.0
동작구	45.1	43.3	43.2	41.4	43.2
관악구	46.6	43.1	44.0	41.6	43.1
서초구	52.2	49.4	50.8	50.3	48.9
강남구	64.2	55.7	58.8	50.4	50.4
송파구	65.0	52.6	46.0	50.5	47.8
강동구	45.9	55.2	44.9	47.2	44.7

주: 2005년 추계인구로 표준화함.

자료원: 보건복지부, 지역사회 건강조사(http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=117&tblId=DT_HEALTH_RECOG&conn_path=I3) 2015.06.30. 인출

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

▶ 문의처

- (30147) 세종특별자치시 시청대로 370 세종국책연구단지 사회정책동 1F~5F
  간행물 담당자 (Tel: 044-287-8157)

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

연구보고서 발간자료 목록

발간번호	보고서명	연구책임자
연구 2015-01	의료이용 합리화를 위한 실태분석과 제도 개선방안	김남순
연구 2015-02	보건의료인력의 연수교육 개선방안	오영호
연구 2015-03	의료패러다임 변화에 따른 미래 보건의료산업 정책과제	김대중
연구 2015-04	한국의 건강불평등 지표와 정책과제: 건강불평등 완화를 위한 전략	김동진
연구 2015-05	2015 한국 의료 질 보고서: 의료서비스 질 향상에 대한 의료시스템의 성과와 과제	강희정
연구 2015-06	보건의료 공급체계 재설계를 통한 국민의료비 합리화 방안	정영호
연구 2015-07	호스피스·완화의료 활성화 방안 -노인장기요양서비스 이용자를 중심으로	최정수
연구 2015-08	주요 소득보장정책의 효과성 평가 연구	강신욱
연구 2015-09	돌봄·보건의료 연합서비스(Joned-up Services)공급 모형에 관한 전망과 과제	박세경
연구 2015-10	가족형태 다변화에 따른 부양체계 변화전망과 공·사 간 부양분담방안	김유경
연구 2015-11	공공 사회복지 전달체계의 변화와 정책적 함의	이현주
연구 2015-12	각국 공공부조제도 비교 연구: 스웨덴&프랑스&미국 편	임완섭
연구 2015-13	사회보장 역할분담 구조 변화와 정책적 대응방안 연구	정해식
연구 2015-14	시간제 일자리 확산이 소득불평등과 빈곤에 미치는 영향	김현경
연구 2015-15	사회보장재정 재구조화를 위한 중장기 전략연구	고제이
연구 2015-16	사회보장재정과 경제 선순환 국제비교연구	유근춘
연구 2015-17	공·사적 연금 체계의 노후소득보장 효과 전망과 발전 방향	우해봉
연구 2015-18	사회보장 중장기 재정추계 모형 개발을 위한 연구: 장기재정전망과 재정평가	신화연
연구 2015-19	사회복지법인의 재정운용 실태와 제도개선 방안	고경환
연구 2015-20	지역단위 복지서비스 수요·공급 분석	정홍원
연구 2015-21-01	가족변화에 따른 결혼·출산행태 변화와 정책과제	이삼식
연구 2015-21-02	임신·출산 및 영아기 양육 인프라의 형평성과 정책과제	이소영
연구 2015-21-03	동아시아 국가의 가족정책 비교연구	신윤정
연구 2015-21-04	여성노동-출산 및 양육행태와 정책과제	박종서
연구 2015-21-05	저출산·고령사회 동태적 분석을 위한 지역추적조사(Ⅲ) -정릉3동·영등2동·소태면 사례를 중심으로	오영희

발간번호	보고서명	연구책임자
연구 2015-21-06	은퇴전환기 중고령자의 일·여가현황과 여가증진방안 연구	강은나
연구 2015-21-07	노인돌봄(케어)서비스의 제공주체간 역할정립과 연계체계 구축	선우덕
연구 2015-21-08	연령통합 지표 개발과 적용	정경희
연구 2015-21-09	인구구조 변화와 사회보장 재정의 사회경제적 파급 효과 연구	원종욱
연구 2015-21-10	저출산 극복을 위한 아동보호체계 국제비교 연구: 한중일 비교를 중심으로	류정희
연구 2015-21-11	소셜 빅데이터 기반 저출산 정책 수요 예측	송태민
연구 2015-22	한국사회의 사회·심리적 불안의 원인분석과 대응방안	이상영
연구 2015-23	건강영향평가 사업 운영	김정선
연구 2015-24	한국형 복지모형 구축: 생애주기별 소득·자산·소비 연계형 복지모형 구축	여유진
연구 2015-25	사회통합 실태진단 및 대응방안 Ⅱ: 사회통합과 사회이동	여유진/정해식
연구 2015-26	정책결정자의 사회통합 인식에 관한 연구	김미곤
연구 2015-27	아시아 각국의 복지제도 비교연구: 소득보장체계를 중심으로	노대명
연구 2015-28	지방자치단체 복지정책평가센터 운영	강혜규
연구 2015-29	보건복지통계정보 통합 관리 및 운영	오미애
연구 2015-30-1	국민건강과 안전을 위한 아동안전전략 구축방안 -아동손상예방 전략을 중심으로	김미숙
연구 2015-30-2	국민건강과 안전을 위한 식품안전전략 구축방안	김정선
연구 2015-31	2015년 전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사	이삼식
연구 2015-32	2015년 한국복지패널 기초분석: 한국복지패널로 본 한국의 복지실태	노대명
연구 2015-33	2013 한국의료패널 기초분석보고서(Ⅱ)-만성질환, 임신·출산, 보건의식행태-	이수형
연구 2015-34	2015년 빈곤통계연보	정은희
연구 2015-35	2015년 소셜 빅데이터 기반 보건복지 이슈 동향 분석	송태민
연구 2015-36	의료기술 혁신과 의료보장체계의 지속성을 위한 국제동향과 정책과제	박실비아
연구 2015-37	보건분야 국제공동연구사업: 주요국 보건의료산업 육성정책 변화와 동향연구	김대중