

# 한국의 사회경제적 사망 불평등 실태와 과제

*Socioeconomic mortality inequalities in South Korea*



정희경희 경희대병원 산업의학과 교수

국내의 사회경제적 사망 불평등에 대한 연구들은 모든 생애과정에서 낮은 사회 계층의 사망 위험이 높다는 결과들을 일관되게 보고하고 있다. 사회경제적 사망 불평등의 크기는 서유럽국가와 비교해 볼 때 상당히 높은 수준이라고 평가해 볼 수 있다. 사회경제적 사망 불평등에 기여하는 사망 원인은 생애주기별로 다른 양상을 띠는데, 어린이·청소년·성인기 초기에는 자살, 운수사고, 그 외 사고 등을 포함한 외인, 성인에서는 간질환과 뇌혈관질환의 기여도가 높았다. 사망 불평등에 대한 기여도가 증가 추세에 있는 질환은 자살, 폐암, 당뇨 등이었다. 건강불평등 해결을 위해서는 근본 원인이라고 할 수 있는 사회경제적 불평등을 해결하는 근원적 처방 upstream solution과 사회경제적 지위에 따른 위험요인에 대한 문제별 해결 downstream solution, 양자가 공히 중요하게 다루어져야 한다. 효과적인 건강불평등 완화 정책 수행을 위해서는 범정부차원에서 공동의 목표의식을 가지고 논의할 수 있는 구조가 마련될 필요가 있다. 연구의 질적 양적 성장을 위해서 사회경제적 건강불평등 모니터링과 연구를 위한 정부의 장기적인 투자가 요망된다.

## 1. 여는 글

최근 우리 사회의 불평등을 나타내는 여러 지표들은 자못 심각해 보인다. 1990년대 초반에는 가처분소득 불평등이 상대적으로 양호한 국가군에 속했으나 2000년에는 지니계수가 0.34 이상으로 소득 불평등도가 높은 국가로 분류되었고,<sup>1)</sup> 이후 가처분소득 지니계수는 지속적으로 증가 추세를 보이고 있다.<sup>2)</sup> 단독 가구를 제외

한 전체 가구의 절대빈곤율도 2000년 7.2%에서 2004년 10.1%로 상승하였다.<sup>3)</sup> 고용불안과 저임금에 시달리는 비정규직은 여전히 50%를 상회하고 있고, 2008년 정규직 대비 비정규직의 임금 총액은 50.1%에 그치고 있다. 남자 정규직의 임금을 100이라할 때, 남자 비정규직은 53.7, 여자 정규직은 66.1, 여자 비정규직은 단지 36.3에 불과한 상태다.<sup>4)</sup>

사회경제적으로 불평등한 사회 구조는 그 사

1) 구인회. 한국의 소득 불평등과 빈곤. 2006; 이성균, 신광영, 조돈문. 세계화와 소득 불평등. 2007.

2) 통계청. <http://www.kosis.kr/>

3) 구인회. 한국의 소득 불평등과 빈곤.

4) 한국비정규노동센터. 2008년 3월 경제활동인구조사 부가조사 분석. In: 비정규노동. 2008.

회에서 삶을 영위해가는 사람들의 삶의 기회를 차별화시키고, 건강수준 또한 체계적으로 차별화 시킨다. 실업과 불안정노동을 되풀이하는 사람에게서는 가족의 생계가 우선이기 때문에, 건강한 주거, 건강한 식생활은 주요 관심사 밖으로 밀려나기 십상이다. 금연, 절주, 운동과 같은 건강행위의 실천도 마음은 있지만 뜻대로 되지 않는다. 실업의 반복은 더 적은 임금에 더 위험하고 해로운 작업 환경도 감수하도록 만든다. 불건강한 생활의 축적은 질환으로 이어지고, 질환이 생긴 이후에도 의료서비스의 혜택을 걱정 없이 누리기가 어렵다. 그리고 결국은 질환이 사망으로 이어지게 된다.

사망 지표를 이용한 사회경제적 건강 불평등 연구는 다른 지표에 비해 상대적으로 활발히 이루어졌고, 외국의 연구에서도 낮은 사회계층의 사망 위험이 높다는 결과들이 일관되게 보고되었다.<sup>5)</sup> 국내에서도 사망신고자료 및 기타 자료를 활용한 사망의 사회경제적 불평등 연구가 다수 존재하며, 특히 1990년대 말 경제위기 이후 그 수가 증가하는 경향을 보이고 있다.<sup>6)</sup>

본 글에서는 국내에서 발표된 주요 연구 결과

를 바탕으로, 생애주기별 사회경제적 사망 불평등의 크기와 사망 원인별 기여도를 정리해보고, 사망 불평등을 감소시키기 위한 우리 사회의 과제에 대해 짚어보고자 한다.

## 2. 총사망의 사회경제적 불평등 크기

사망에서의 사회경제적 불평등도 여타 건강 불평등 연구에서와 같이 사용하는 사회경제적 지표, 대상 인구, 결과 변수의 선정(총사망 혹은 특정 사망 원인), 측정 방법 등에 따라 다양한 측면의 불평등 값이 산출된다. 그러므로 우리나라의 사회경제적 사망 불평등 크기를 간단하게 어떤 하나의 수로 특징하는 것은 불가능하다. 외국과의 비교가 용이하지 않은 이유 중 하나도 이것 때문이다. 여기에서는 어린이와 청소년, 성인, 노인별로 총사망에 대한 사회경제적 불평등 연구 결과를 소개하고자 한다. 사회경제적 위치 지표는 교육 수준, 직업 계층, 소득, 지역 지표를 사용한 것을 선택하였으며, 가능한 한

연계자료를 이용하여 분석한 최근의 연구 결과를 중심으로 기술하였다.

### 1) 어린이와 청소년

1995~2004년도 출생코호트 자료를 이용하여 분석한, 0~9세 어린이의 사망 불평등 실태<sup>7)</sup>를 보면, 어머니의 교육수준이 대졸 이상인 경우에 비해 초졸인 경우 그 아이의 사망 위험이 무려 3.4배 증가하고, 중졸인 경우는 2.5배, 고졸인 경우에는 1.4배 증가하였다. 비육체직으로 근무하는 아버지를 둔 어린이에 비해 육체직 노동을 하는 아버지의 아이가 사망할 위험은 1.5배 높았다.

10~19세에서도 소득 수준에 따른 사망 불평등이 보고되었다.<sup>8)</sup> 공무원 및 사립학교 교직원 의료보험 피보험자 자격 자료의 보험료 등급을 기준으로 소득 수준을 3분위로 나누어 1995년부터 2003년까지 9년간의 사망을 추적한 결과, 소득 수준이 가장 낮은 집단의 청소년은 가장 높은 집단의 청소년에 비해 남자는 1.65배, 여자는 1.35배 사망 위험이 증가하였다.<sup>9)</sup>

1인당 지방세 납부액 자료를 이용하여 지역

의 사회경제적 위치를 5분위로 나누어 구하고 이에 따른 사망 불평등을 분석한 연구에 의하면, 2000~2001년 0~19세 남자에서 사망의 상대불평등 지수가 1.38 (95% CI: 1.15~1.65), 여자에서 1.42 (95% CI: 1.21~1.65)였다.<sup>10)</sup>

### 2) 성인

강과 김<sup>11)</sup>은 1998년 국민건강영양조사 자료를 사망신고 자료와 연계하여 2003년도까지 사망자를 추적한 연구에서 다양한 사회경제적 위치 지표에 대한 사망 불평등 결과를 보고하였다. 30~64세 성인에서 대졸 이상의 학력을 가진 사람에 비해 초졸인 사람의 사망 위험은 2.36배, 무학인 사람의 사망 위험은 4.49배에 달했다. 비육체직 노동자에 비해 육체직 노동자의 사망 위험은 4.43배, 상용직에 비해 임시·일용직의 사망 위험은 3.37배였다. 가구원수 보정 가구 소득의 상위 20%에 비해 하위 20~40%는 2.31배, 최하위 20%는 3.23배 사망 위험이 증가하였다.

인구주택총조사 자료와 사망신고 자료를 이용하여 불평등을 분석한 비연계자료 연구<sup>12)</sup>에서도, 초졸 이하 남성의 사망 위험은 대졸이상

5) Townsend P, Davidson N, Whitehead M. Inequalities in Health: the Black Report and the Health Divide. 2nd ed. London: Penguin Books; 1992; Mackenbach JP, Kunst AE, Cavelaars AEJM, Groenof F, Geurts JJM. Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. Lancet 1997;349(7):1655~9; Vagero D, Erikson R. Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe(letter). Lancet 1997; 350: 516; Steenland K, Henley J, Calle E, Thun M. Individual- and area-level socioeconomic status variables as predictors of mortality in a cohort of 179,383 persons. Am J Epidemiol 2003;159(11):1047~56; Mackenbach JP, Bos V, Andersen O, Cardano M, Costa G, Harding S, Reid A, Hemstrom O, Valkonen T, Kunst AE. Widening socioeconomic inequalities in mortality in six Western European countries. Int J Epidemiol 2003;32(5):830~7; Rosvall M, Chaix B, Lynch J, Lindstrom M, Merlo J. Contribution of main causes of death to social inequalities in mortality in the whole population of Scania, Sweden. BMC Public Health 2006;6:79.

6) 강영호 건강 불평등 연구의 역사적 발전 예방의학회지 2007;40(6):422~430; 최병호, 노연홍, 윤병식, 신현웅, 김명희, 김창엽. 국민의료의 형평성 분석과 정책과제. 서울 : 한국보건사회연구원 ; 2004 9월. 보고서번호. 연구보고서 2004-09.

7) 손미아, 오주환, 최용준, 공정옥, 최지숙, 진은정, 정성태, 박세진. 우리나라의 1995~2004년도 출생코호트에서 부모의 사회계층이 영아사망률과 소아사망률에 미치는 영향. 예방의학회지 2006;39(6):469~76.

8) Cho HJ, Khang YH, Yang S, Harper S, Lynch JW. Socioeconomic differentials in cause-specific mortality among South Korean adolescents. Int J Epidemiol. 2007;36(1):50~7.

9) 이 연구에서 사용된 1994년 공무원 및 사립학교 교직원 의료보험 자료에는 당시 피보험자인 공무원 및 사립학교 교직원과 피부양자가 포함되어 있기 때문에, 상대적으로 낮은 계층이 연구 대상에서 제외되었을 가능성이 있다는 점에 유의하여 해석해야 한다.

10) 강영호, 황인아, 윤성철, 조민우, 이민정, 이무송, 이상일. 경제위기에 따른 사망률 불평등의 변화: 지역의 사회경제적 위치 지표의 활용. 예방의학회지 2005;38(3):359~65.

11) 강영호, 김혜련. 우리나라의 사회경제적 사망률 불평등: 1998년도 국민건강영양조사 자료의 사망추적 결과. 예방의학회지 2006;39(2):115~122.

12) 손미아. 직업, 교육수준 그리고 물질적 결핍이 사망률에 미치는 영향. 예방의학회지 2002;35(1):76~82.

남성에 비해 5.11배, 여성에서는 3.42배 증가하여 위 연구결과와 유사한 양상을 보였다. 그러나 비육체직 노동자에 대한 육체직 노동자의 사망 위험은 남성에서 1.65배, 여성에서 1.48배로 상대적으로 낮게 측정되었다. 이것에 대해 강과 김<sup>13)</sup>은 비연계자료 연구의 한계에서 비롯되었을 가능성을 지적하고 있다. 비연계자료 연구는 분모가 되는 자료와 분자가 되는 자료 각각에서 계층별 인구수와 사망자 수를 가져오게 된다. 사망신고 자료상의 직업 계층은 면접조사 자료에 나타난 직업 계층의 분포에 비해 비육체직과 기타 직군은 증가하고 육체직은 감소하는 경향을 보이기 때문에, 비연계자료를 이용하여 육체직 노동자와 비육체직 노동자간 사망 불평등을 분석할 경우 원래의 사망 위험보다 낮게 나올 가능성이 높다는 것이다.

변형된 타운젠드(Townsend) 점수를 이용하여 지역의 물질적 결핍수준을 파악하고 이에 따른 사망 불평등을 15~64세 인구를 대상으로 분석한 연구<sup>14)</sup>에 의하면, 1995년부터 2000년까지 매해 가장 부유한 지역 집단의 표준사망비 평균이 가장 작았고, 가장 빈곤한 지역의 평균이 가장 높았다. 가장 부유한 집단의 표준사망비를 1로 보았을 때, 가장 빈곤한 지역의 표준사망비는 남성 1.53-1.79, 여성 1.33-1.63이었다.

기존의 지역 지표를 사용한 연구들이 대부분

시·군·구 단위의 지표를 사용했던 한계를 넘어 읍·면·동 단위의 소지역별 사망 불평등이 최근 제시되었다.<sup>15)</sup> 표준사망비가 가장 낮은 소지역의 값은 30.6인데 반해, 가장 높은 지역의 표준사망비는 211.7로 6.9배가량 높았다. 표준사망비가 높은 소지역들은 경상남도에 26.1%로 가장 많이 분포해 있었고, 강원도 20.9%, 부산 17.0%, 울산 15.5% 순이었다.

### 3) 노인

1998년 국민건강영양조사 자료를 사망신고 자료와 연계하여 2003년도까지 사망자를 추적한 연구에서 65세 이상 인구에 대해 분석한 결과에 따르면, 교육 수준과 직업 지표에서는 낮은 계층의 사망 위험이 유의하게 증가하지 않은 반면, 의료보장의 유형에 따른 차이는 유의하였다. 공교의료보험 대상자에 비해 의료보험 미적용자들의 사망 위험은 4.72배 높았다.<sup>16)</sup>

여기에 소개된 연구 이외에도 많은 연구들이 국내의 사회경제적 사망 불평등을 일관되게 보고하고 있다. 불평등이 죽고 사는 문제에 달린 것인 만큼, 사회경제적 사망 불평등이 존재한다는 것만으로도 적극적인 정책적 개입이 이루어져야 한다고 생각할 수도 있겠으나, 현실은 그런 당위로 흘러가지 않는다. 사회경제적 사망

불평등이 존재한다는 것이 확실히 인식되고 그것이 어느 정도의 심각성을 가지고 있는지를 설득하기 위해서, 그래서 사회의 중심 의제로 부상시키기 위해 필요한 작업 중 하나가 다른 나라와의 비교, 혹은 국내의 추세를 통해 현재의 상대적 위치를 확인하는 것이다.

2008년 NEJM에 발표된 사망 불평등 비교 연구<sup>17)</sup>에서 30~74세 인구의 교육수준에 따른 총 사망 상대불평등 지수가 22개 유럽 국가별로 산출된 바 있다. 상대불평등 지수가 산출되기 전 범주화된 교육수준은 6년 이하, 9년 이하, 11년 이하, 그 이상이었다. 연구 결과 대부분의 서유럽과 북유럽 국가의 상대불평등 지수는 남성과 여성 모두에서 2 내외였으나, 체코, 헝가리, 폴란드 등의 상대불평등 지수는 남성에서 4 이상, 여성에서는 3에 가까운 수치였다. 우리나라에서는 Khang 등<sup>18)</sup>이 교육수준에 따른 상대불평등 지수를 30~59세 성인에 대하여 산출하였다. 연구 결과에 따르면, 1990~1991년 남성의 상대불평등 지수는 7.03, 1995~1996년에는 7.81, 2000~2001년에는 7.57이었다. 여성의 상대불평등 지수는 1990~1991년 4.25, 1995~1996년

3.76, 2000~2001년 3.27이었다. 대상 인구의 연령에서 약간의 차이가 나긴 하나, 우리나라의 사망 불평등이 동유럽 국가에 비해서도 높은 수준일 가능성이 농후하다고 할 수 있다.

직업 계층에 따른 불평등도 높은 수준이기는 마찬가지이다. 국내 연구 결과 비육체직 노동자에 비해 육체직 노동자의 사망 위험은 4.43배 증가하였으나,<sup>19)</sup> 마찬가지로 추적 관찰한 유럽의 연구 결과<sup>20)</sup>에 의하면 영국과 북유럽국가에서의 비육체직 노동자 사망 위험은 1.5~2배 미만이었다.

Khang 등<sup>21)</sup>은 교육수준에 따른 사망률 불평등의 추세를 1990년대를 위주로 분석하였는데, 이 기간 동안 상대적인 사망 불평등은 그대로 유지되었고, 자가평가 건강수준의 불평등은 증가하였다. 비록 경제위기 이후에 사망 불평등의 급속한 악화는 관찰되지 않았지만, 자가평가 건강수준의 불평등이 증가하였으므로 이후의 사망 불평등 추적 연구가 중요하다고 할 수 있다. 지역의 사회경제적 위치 지표를 이용하여 경제위기에 따른 사망률 불평등의 변화를 다룬 연구<sup>22)</sup>에서는 운수사고와 자살 사망에서

13) 강영호, 김혜련. 우리나라의 사회경제적 사망률 불평등: 1998년도 국민건강영양조사 자료의 사망추적 결과. 예방의학회지 2006;39(2):115~122.  
 14) 정백근, 정갑열, 김준연, 문옥륜, 이용환, 홍영섭, 윤태호. 우리나라에서의 지역의 물질적 결핍수준과 15~64세 인구 표준사망비의 관계. 예방의학회지 2006;39(1):46~52.  
 15) 김지현, 윤태호. 표준사망비를 활용한 우리나라 소지역별 건강불평등 비교. 예방의학회지 2008;41(5): 300~306.  
 16) 강영호, 김혜련. 우리나라의 사회경제적 사망률 불평등: 1998년도 국민건강영양조사 자료의 사망추적 결과. 예방의학회지 2006;39(2):115~122.

17) Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJ, Schaap MM, Menvielle G, Leinsalu M, Kunst AE. European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. N Engl J Med. 2008;358(23):2468~81.  
 18) Khang YH, Lynch JW, Yoon SC, Lee SI. Trends in socioeconomic health inequalities in Korea: Use of mortality and morbidity measures. J Epidemiol Community Health 2004;58:308~314.  
 19) 강영호, 김혜련. 우리나라의 사회경제적 사망률 불평등: 1998년도 국민건강영양조사 자료의 사망추적 결과. 예방의학회지 2006;39(2):115~122.  
 20) Mackenbach JP, Bos V, Andersen O, Cardano M, Costa G, Harding S, Reid A, Hemstrom O, Valkonen T, Kunst AE. Widening socioeconomic inequalities in mortality in six Western European countries. Int J Epidemiol. 2003;32(5):830~7.  
 21) Khang YH, Lynch JW, Yoon SC, Lee SI. Trends in socioeconomic health inequalities in Korea: Use of mortality and morbidity measures. J Epidemiol Community Health 2004;58:308~314.  
 22) 강영호, 황인아, 윤성철, 조민우, 이민정, 이무송 등. 경제위기에 따른 사망률 불평등의 변화: 지역의 사회경제적 위치 지표의 활용.

의 불평등이 증가한 것으로 나타났다.

### 3. 사망 불평등에 기여하는 사망 원인<sup>23)</sup>

사망에서의 불평등을 효과적으로 감소시키기 위해서는 사회경제적 사망 불평등에 어떤 사망 원인이 얼마나 기여하는지를 밝히는 것이 중요하다.<sup>24)</sup> 사망 원인별 기여도 연구를 통하여 정책의 구체적 개입 지점에 대한 근거를 제시할 수 있기 때문이다. 총사망 불평등에 대한 사망 원인별 기여도는 해당 사망 원인의 절대적 불평등 값이 총사망의 절대적 불평등 값에서 차지하는 백분율을 통해 계산된다.

우선, 1~9세 어린이에서는 운수사고를 포함한 외인이 총사망 불평등에 기여하는 정도가 50~80%로 가장 컸다. 이것은, 만약 1~9세 어린이에서 외인으로 인한 불평등을 완전히 제거한다면, 총사망에서의 절대 불평등 수치를 50~80%까지 감소시킬 수 있다는 의미가 된다. 10~24세에서도 외인의 비중이 상대적으로 높았다.

25~44세 남성에서, 교육수준에 따른 총사망 불평등에 대한 사망 원인별 기여도 분석에서는 간질환(16.2%)과 외인(30.2%; 자살(11.9%), 운수사고(10.0%), 운수사고를 제외한 사고성 손상(8.3%))이 큰 기여를 하였고, 45~64세 남성에서는 간질환(17.0%)의 기여도가 높고, 뇌혈관질환(9.3%), 운수사고(7.7%), 폐암(6.8%), 간암(6.4%), 운수사고를 제외한 사고성 손상(5.8%) 순이었다(표 1). 25~44세 여성에서는 자살(11.4%), 뇌혈관질환(7.0%), 운수사고(5.7%)의 기여도가 높았다. 45~64세 여성에서는 뇌혈관질환의 기여도가 22.2%로 압도적으로 높았고, 당뇨병이 9.4%로 다음 순이었다.

25~64세 남녀 모두에서 자살과 당뇨병, 폐암의 기여도가 1990~1994년에 비해 2000~2004년에 증가하는 추세를 보였으며, 결핵과 위암의 기여도는 감소 추세에 있었다.

소득 수준에 따른 사망 원인별 기여도 분석<sup>25)</sup>에서는 연령에 따른 변화양상을 좀 더 명확하게 파악할 수 있다. 남성 25~64세 연령 구간에서 연령이 증가할수록 운수사고와 간질환의 기여도가 증가하기 시작하여 45~54세 때 기여도가

가장 높았다. 뇌혈관질환의 기여도는 연령이 증가하면서 차차 증가하여 55~64세 때 기여도가 가장 높았다. 여성에서는 뇌혈관질환과 당뇨병의 기여도가 연령이 증가하면서 높아졌는데, 특히 뇌혈관질환은 55~64세 때 기여도가 40%에 달했다.

65~79세 남성에서 교육수준에 따른 총사망 불평등에 대한 사망 원인별 기여도를 보면, 노쇠를 제외하고 만성하기도 질환, 폐암, 뇌혈관질환의 기여도가 높았다. 여성에서는 뇌혈관질환과 만성하기도 질환의 기여도가 높았다.

### 4. 사회경제적 사망 불평등을 감소시키기 위한 과제

건강불평등 해결을 위한 정책적 접근 영역은 첫째, 근본 원인이라고 할 수 있는 사회경제적 불평등 해결(이를 근원적 처방 upstream solution이라 한다), 둘째, 사회경제적 지위에 따른 위험요인에 대한 문제별 해결(downstream solution), 셋째, 불건강으로 인한 사회경제적 위치의 하락 또는 사회경제적 불평등 심화의 차단으로 나누어 볼 수 있다.<sup>26)</sup>

표 1. 사회경제적 위치지표에 따른 총사망 불평등에 대한 사망 원인별 기여도

연령	사회경제적 위치	성별	사망 원인
25~44세	교육 수준	남성	간질환, 자살, 운수사고, 운수사고를 제외한 사고성 손상
		여성	자살, 뇌혈관질환, 운수사고, 간질환, 운수사고를 제외한 사고성 손상
	직업 계층	남성	간질환, 운수사고, 운수사고를 제외한 사고성 손상, 자살
		여성	자살, 운수사고를 제외한 사고성 손상, 간질환, 운수사고
	소득 수준	남성	25~34세: 운수사고, 간질환 35~44세: 간질환, 운수사고
		여성	25~34세: 운수사고, 위암, (유방암(-)) 35~44세: 뇌혈관질환, 간질환
45~64세	교육 수준	남성	간질환, 뇌혈관질환, 운수사고, 폐암, 간암
		여성	뇌혈관질환, 당뇨병, 운수사고, 간질환, 위암
	직업 계층	남성	간질환, 운수사고, 뇌혈관질환, 운수사고를 제외한 사고성 손상
		여성	뇌혈관질환, 위암, 간질환, (유방암(-))
	소득 수준	남성	45~54세: 간질환, 운수사고 55~64세: 뇌혈관질환, 폐암
		여성	45~54세: 뇌혈관질환, 당뇨병 55~64세: 뇌혈관질환, 당뇨병
65~79세	교육 수준	남성	만성하기도 질환, 폐암, 뇌혈관질환
		여성	뇌혈관질환, 만성하기도 질환, 위암

자료: 정최경희, 사회경제적 사망 불평등에 대한 사망 원인별 기여도, 2008.

예방의학회지 2005;38(3):359~65.

23) 이 부분의 내용은 (정)최경희의 2008년 박사학위논문 (사회경제적 사망 불평등에 대한 사망 원인별 기여도)에 근거하였다.

24) Huisman M, Kunst AE, Bopp M, Borgan JK, Borrell C, Costa G, et al. Educational inequalities in cause-specific mortality in middle-aged and older men and women in eight western European populations. Lancet 2005;365:493~500; Kunst AE, Groenof F, Meckenbach JP, EU working group on socioeconomic inequalities in health. Occupational class and cause specific mortality in middle aged men in 11 European countries: comparison of population based studies. BMJ 1998;316:1636~42; Rosvall M, Chaix B, Lynch J, Lindstrom M, Merlo J. Contribution of main causes of death to social inequalities in mortality in the whole population of Scania, Sweden. BMC Public Health 2006;6:79.

25) 이 분석에는 1994년 공무원 및 사립학교 교직원 의료보험 자료가 사용되었다. 우리나라 전체 인구를 포괄하는 분석이 아니므로 해석에 주의하여야 한다.

26) 윤태호, 우리나라 건강불평등 해소를 위한 정책 제안. 예방의학회지 2007;40(6):447~53.

소득 불평등에 대한 개입은 대표적인 근원적 처방이라 할 수 있다. 서두에서도 언급하였듯이 우리나라는 가처분소득 소득 불평등도가 높은 나라에 속한다. 소득 불평등은 조세제도와 사회 보장제도를 통하여 완화될 수 있다. 최와 김<sup>27)</sup>에 따르면, 선진 외국과 비교하여 우리나라의 시장 소득(근로소득+사업 및 부업 소득+재산소득+사적이전소득) 불평등은 가장 양호한 데 비해 가처분소득(근로소득+사업 및 부업 소득+재산소득+사적이전소득+공적이전소득 - (사회보장분담금+조세))의 불평등은 미국과 영국 다음으로 매우 높은 편이다.

이는 사회보장제도와 조세부담을 통한 우리 사회의 재분배 기능이 매우 취약하다는 것을 의미한다. 스웨덴은 시장소득의 지니계수는 0.432였으나 가처분소득의 지니계수는 0.252로 감소하여 사회의 재분배 체계가 지니계수를 41.7% 가량 감소시킨 것으로 나타났다. 불평등이 높은 것으로 유명한 미국의 경우도 재분배 기능으로 인한 지니계수의 감소폭은 18.2%였다. 그러나 우리나라는 고작 4.2%에 불과하였다.

또한 노동시장에서의 비정규직 양산 문제, 비정규직의 저임금 문제, 최저임금의 현실화, 최저임금의 적용 대상 문제 등이 모두 소득 불평등 및 빈곤 문제와 밀접하게 연결되어 있는 문제들이다. 특히 아동 빈곤은 건강의 생애주기적 접근 측면에서 볼 때 매우 중요하고도 심각한 문제이다.

혹자는 이것이 보건정책이냐는 물음을 던질 수도 있겠다. 그러나 건강불평등을 해소하기 위한 한 사회의 정책 범위가 단지 보건정책에만 국한될 수 없다는 것에는 이론의 여지가 없다. 일례로 스웨덴 공중보건위원회가 2000년에 제출한 건강정책목표<sup>28)</sup>는 여섯 개 범주, 열여덟 개의 정책 목적을 담고 있는데, 각 범주와 정책의 내용을 간략히 소개하면 <표 2>와 같다. 각각의 정책 목적에는 세부 목적과 달성 여부를 평가할 수 있는 지표가 적시되어 있다. 보는 바와 같이 우리나라의 건강증진사업에서 우선적으로 초점을 맞추고 있는 건강증진행위와 관련된 정책은 여섯 가지 범주 중 하나에 지나지 않는다. 그보다 사회연대 강화, 어린이들에 대한 안전하고 평등한 환경 지원, 고용수준 증대 등 보다 근원적인 문제를 해결해야 한다는 문제의식을 담고 있다. 사회 공동체 의식과 연대감 강화의 첫 번째 세부 목표는 빈곤 감소이며, 평가 지표에는 지니 계수, 상대빈곤율 등이 포함되어 있다.

보다 근인(proximal determinants)에 대한 문제별 처방 접근에 대한 중요성도 간과할 수 없다. 사회경제적 사망 불평등에 대한 사망 원인별 기여도 연구 결과를 바탕으로 본다면, 어린이, 청소년, 성인기 초기에 주요하게 기여도가 컸던 외인, 남성과 여성 성인의 불평등에 각각 크게 기여하는 간질환과 뇌혈관질환, 증가 추세에 있는 자살, 폐암, 당뇨에 우선적인 관심을 기울일 필요가 있다.<sup>29)</sup> 이 각각의 사인에 대해 사

회경제적 불평등을 일으키는 기전에 대한 연구가 진행되고, 각각의 불평등 경로를 차단할 수 있는 대책이 모색되어야 하며, 대책들의 실증적 효과에 근거한 개입이 이루어져야 한다.

위험요인에 대한 노출을 감소시키기 위한 일반적인 정책을 펼 때에는 반드시 건강불평등에 미치는 영향에 대한 고려가 필요하다. 예를 들어 금연을 위해 시행되는 여러 가지 정책들이 건강형평성에 미치는 영향은 그 방향과 크기 면에서 다르고, 어떤 정책에 집중하느냐에 따라 건강형평성의 양상이 변화될 수 있다.<sup>30)</sup> 일반적인 건강증진사업은 교육수준이 높고 사회적 자원이 많은 높은 계층에 더 많은 효과를 발휘할 가능성이 높고, 이것은 사회경제적 건강불평등의 악화로 이어지게 된다. 이러한 인위적인 건강불평등 정책("socially iatrogenic" policy resulting in a potential enlargement in the health status among socioeconomic groups)의 시행을 사전에 예방하기 위해 시행해야 하는 접근법이 건강불평등에 초점을 둔 건강영향평가(health

impact assessment)가 될 것이다.<sup>31)</sup>

## 5. 나가는 글

외국의 연구 결과와 같이 국내에서도 사회적 제적 사망 불평등은 일관되게 관찰되었고, 그 크기는 유럽 국가들에 비해 큰 양상을 보였다.

표 2. 스웨덴의 건강정책목표(2000)

1) 사회연대의 강화	- 사회 공동체 의식과 연대감의 강화 - 개인에 대한 사회적 환경 지원
2) 만족할만한 환경(satisfactory environment)을 위한 지원	- 모든 어린이들에 대하여 안전하고 평등한 환경 지원
3) 노동 환경 개선	- 고용 수준 증대 - 건강한 노동 환경
4) 만족할만한 물리적 환경(satisfactory physical environment) 지원	- 여가 생활을 위한 접근 가능한 녹지 - 건강한 실내, 실외 환경 - 안전한 환경과 생산물
5) 건강증진행위 촉진	- 운동 - 건강한 식사 습관 - 안전한 성행위 - 담배 소비 감소 - 위험 음주 소비 감소 - 마약없는 사회
6) 건강을 위한 만족할만한 하부구조의 발전	- 더욱 건강 지향적인 보건서비스 - 공중보건을 위한 협동적 노력 - 연구, 방법 개발, 교육을 위한 장기적 투자 - 사실에 근거한 건강정보

높은 질환에 대해서도 추후 연구를 통해 관리의 중요성과 효율성이 평가되어야 한다.

30) Khang YH, Yun SC, Cho HJ, Jung-Choi K. The Impact of Governmental Anti-smoking Policy on Socioeconomic Disparities in Cigarette Smoking in South Korea. Nicotine & Tobacco, in press.

31) 유원섭, 김건엽, 고광욱. 외국에서의 건강불평등 개선을 위한 노력: 건강영향평가, 건강도시, 예방의학회지 2007;14(6):439~46.


27) 최병호, 김태완. 소득 불평등 개선을 위한 사회보장제도. 한국응용경제학회 2006;8(2):121~39.

28) Pirooska Ostlin, Finn Diderichsen. Equity-oriented national strategy for public health in Sweden. 2001.

29) 우선순위로 지목한 질환들은 절대적 사망 불평등 지표를 이용하여 사망 원인별 기여도를 산출한 것이기 때문에, 상대적 불평등 크기는 고려되지 못 하였다. 직업성 질환과 같이 소수에게 위험요인이 집중되어 상대불평등 크기가 매우 크게 나타날 가능성이

사회경제적 사망 불평등을 감소시키기 위해서는 보건정책과 더불어 범정부차원에서 공동의 목표의식과 논의 구조를 가지고 협력해나가야 한다. 그렇게 할 때에야 근본 원인에 대한 대책 시행 뿐 아니라 보다 근거리에 위치한 위험요인 (proximal determinants)에 대한 차별적 노출을 효과적으로 감소시킬 수 있는 환경적 접근이 가능할 것이기 때문이다.

보건복지부는 2005년도 ‘건강수명의 연장’과 함께 ‘건강형평성 제고’를 “새 국민건강증진종합계획”의 총괄 목표로 제시하였다.<sup>32)</sup> 그러나 형평성 확보의 세부 목표는 소득 수준별 상위 20%와 하위 20% 간 사망률의 상대적 차

이와 건강행태의 절대적 유병률 차이를 25% 감소시킨다는 것으로 그쳐, 총괄 목표라는 위상에는 못 미치는 수준이다. 게다가 이들 세부 목표를 달성하기 위한 구체적 사업 전략과 과제 선정도 미약하다. 이는 건강 형평성 제고라는 총괄 목표가 여전히 정책적 우선순위에서 밀려나는 현실을 반영한다고 해석할 수도 있으나,<sup>33)</sup> 보다 포괄적인 세부 목표를 설정하고, 국내에서 효과적으로 시행할 수 있는 사업에 대한 연구 근거가 부족한 것도 한 원인이다. 연구의 질적 양적 성장을 위해서 사회경제적 건강 불평등 모니터링과 연구를 위한 정부의 장기적인 투자가 요망된다. 

32) 한국보건사회연구원. 새 국민건강증진종합계획 수립. 서울 : 보건복지부, 한국보건사회연구원, 2006 1월. 보고서번호, 정책보고서 2005-74(2).

33) 윤태호. 우리나라 건강불평등 해소를 위한 정책 제언. 예방의학회지 2007;40(6):447~53.