

보건·복지 ISSUE & FOCUS

Korea Institute for Health
and Social Affairs

ISSN 2092-7117
제 194호 (2013-24) 발행일 : 2013. 06. 14

KIHASA 한국보건사회연구원
Korea Institute for Health and Social Affairs

우리나라 건강형평성 현황 및 대책

우리나라에서 사회경제적 인구집단별로 사망률의 격차가 일관되게 나타나고 있음.
특히, 성인 뿐만 아니라 청소년 건강수준이나 건강행태에서조차 격차가 나타나고
있어 건강불평등이 세대간에 대물림될 우려가 있음

그 동안 건강형평성 제고를 위한 노력에도 불구하고 성과가 미약하였던 데에는 사회
적인 관심이 성숙되지 못한데 그 이유가 있음. 때문에 주기적이고 지속적인 건강형
평성 지표 생산을 통해 사회적 관심을 유도할 필요가 있음



김동진 부연구원

1. 우리나라 건강형평성 현황

가. 사망수준

- 사망수준은 한 나라의 건강수준을 대표적으로 보여주는 지표인 동시에 건강불평등 또한 단적으로 나타내 주는 대표적인 지표 중의 하나임

○ 1995~2010년의 기간 동안 교육수준별 사망률의 차이를 살펴본 결과, 대부분의 연령집단에서 사망률의 상대적 불평등이 증가하는 양상이 관찰되었음

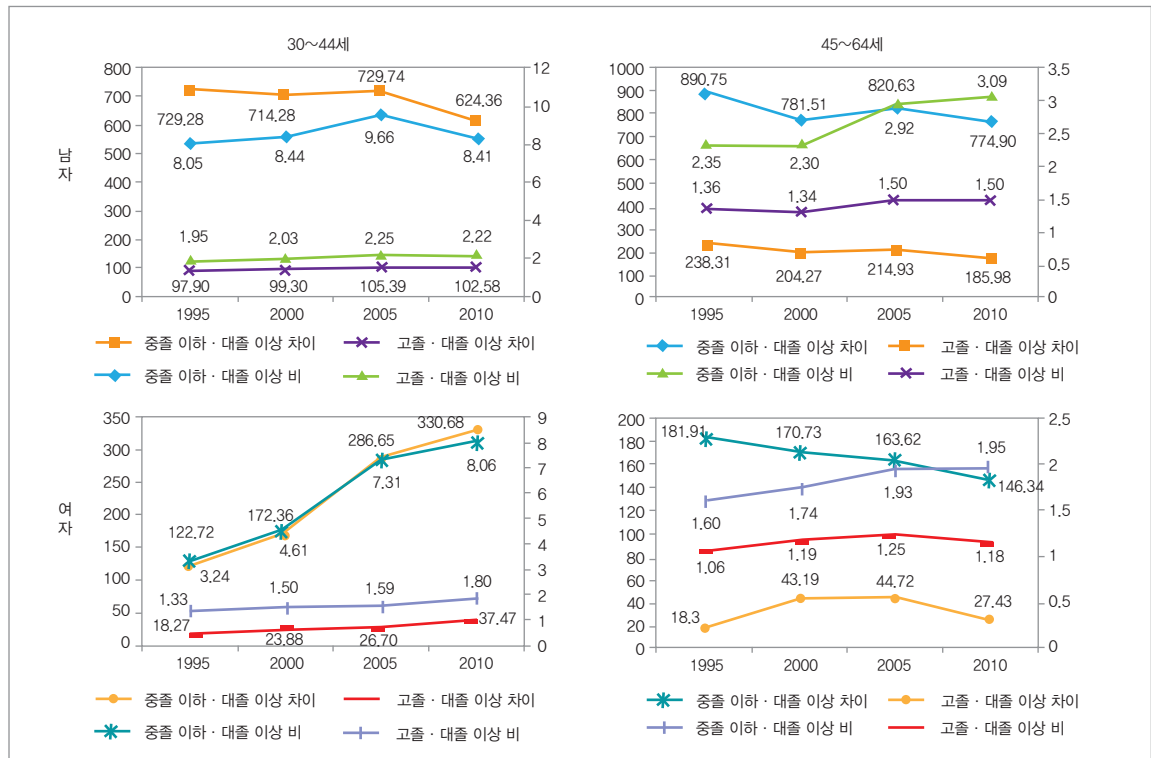
- 30~44세 여성에서 대졸 이상인 집단에 비해 중졸 이하인 집단이 사망할 위험은 1995년에 약 3.2배 높았으나, 2005년에는 7.3배, 2010년에는 8.1배로 상승하였음
- 30~44세 남성 사망률의 상대적 불평등이 2005년에 비해 2010년에는 감소하는 양상을 보였으나, 대졸 이상인 집단에 비해 중졸 이하인 집단의 사망 위험은 8.4배로 여전히 높았음¹⁾

1) 정최경희 외(2012). 건강불평등 통계 2010. 한국건강형평성학회, In press.

○ 2010년 한해 동안의 남성사망률을 보면, 30~44세 연령집단에서 중졸이하 집단은 대졸 이상인 집단에 비해 사망률이 8.4배 높았고, 고졸인 집단은 대졸 이상인 집단에 비해 사망률이 2.2배 높게 나타났음

- 같은 연령집단의 여성 사망률 또한 대졸 이상인 집단에 비해 중졸 이하인 집단은 8.1배, 고졸인 집단은 1.8배 높게 나타났음

[그림 1] 교육수준별 사망률 격차



주: 여기서 사망률은 총사망률을 의미함.
 자료: 정희경희 외(2012). 건강불평등 통계 2010, 한국건강형평성학회, In press.

■ 최근 사회적으로 문제가 되고 있는 자살사망률의 경우에도 교육수준별로 비교적 뚜렷한 격차를 보이고 있음

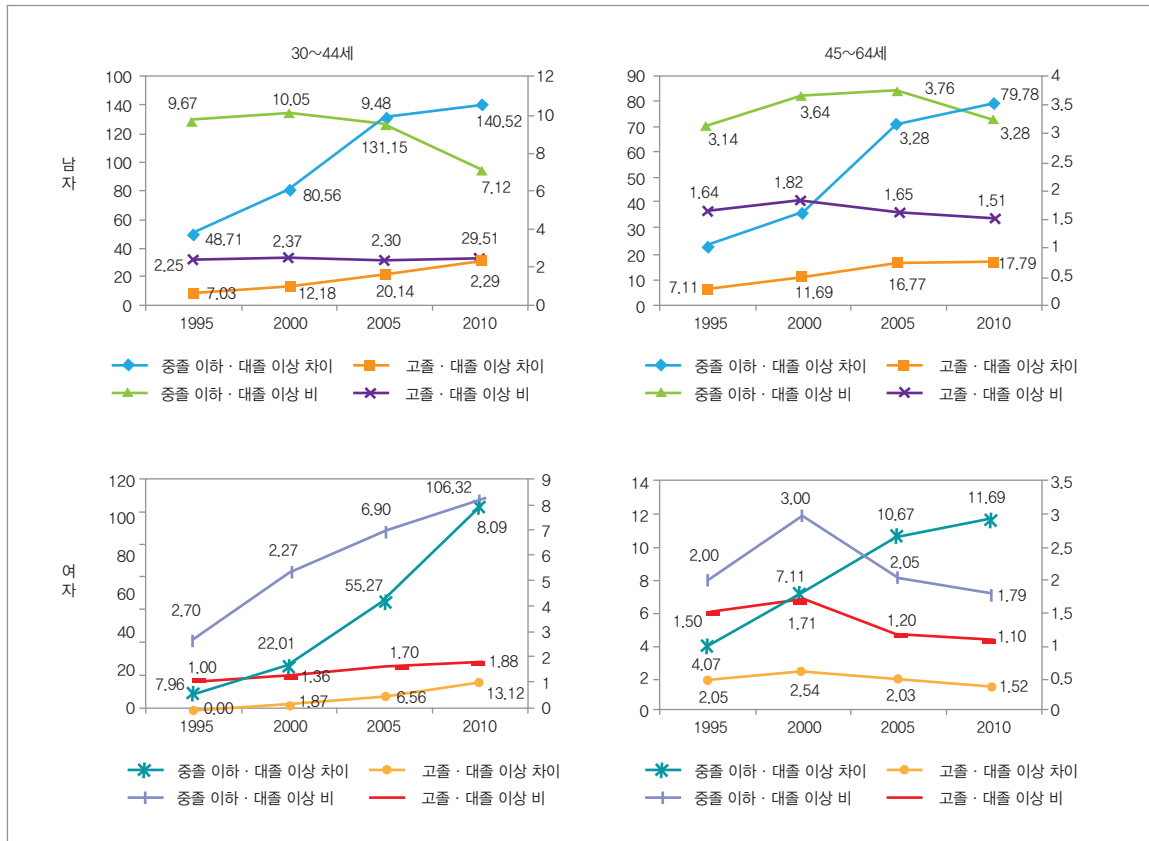
○ 자살 사망의 경우 1995년에 비해 2010년의 절대적 불평등²⁾이 증가하였음. 자살 사망률의 증가 경향은 모든 교육수준 집단에서 뚜렷했으나, 특히 중졸 이하 집단에서 증가 경향이 매우 두드러졌음

○ 2010년을 기준으로 30~44세 남성사망률의 경우 대졸 이상인 집단과 중졸 이하 집단과는 무려 7.1배, 고졸인 집단과는 2.3배에 달하는 사망 위험 격차가 발생하였음

- 30~44세 여성에서도 대졸 이상인 집단에 비해 중졸 이하인 집단은 8.1배, 고졸인 집단은 1.9배 높은 자살 사망 위험을 보였음

2) 중졸 이하 집단에서의 자살사망률과 대졸 이상 집단에서의 자살사망률의 차이

[그림 2] 교육수준별 자살사망률 격차

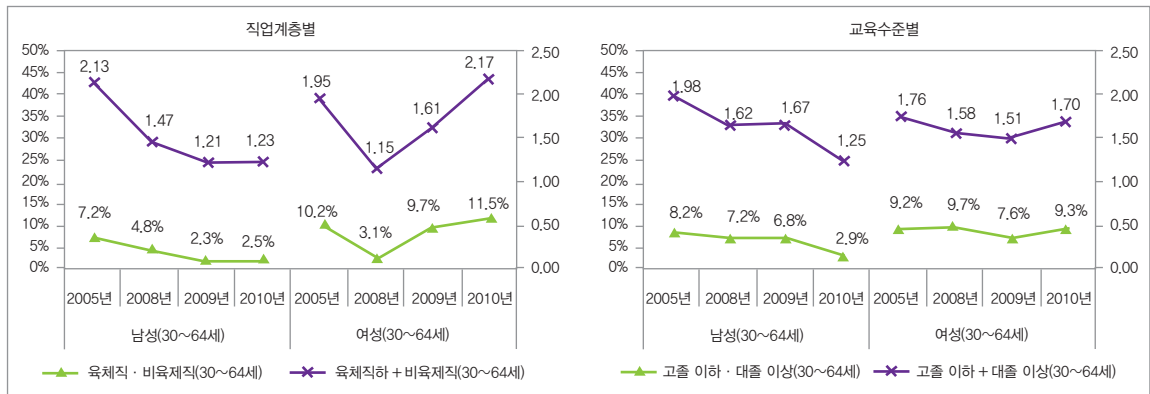


자료: 정최경희 외(2012). 건강불평등 통계 2010. 한국건강형평성학회, In press.

나. 주관적 건강수준

- 국민건강영양조사 자료를 활용하여 분석한 결과 성인의 주관적 건강수준 또한 직종별, 교육수준별 격차를 발견할 수 있음
 - 직종별로 비육체직에 비해 육체직의 주관적 불건강 인지율이 남성은 2.5%p, 여성은 11.5%p 더 높게 나타났음. 여성의 경우에는 2008년 이후 직종별 주관적 불건강 인지율의 격차가 증가하는 추세에 있음
 - 2010년 30~64세 인구집단을 기준으로 교육수준이 높은 집단에 비해 낮은 집단의 주관적 불건강 인지율은 남성은 2.9%p, 여성은 9.3%p 높게 나타났음
 - 연도별로는 남성의 경우 교육수준별 불건강 인지율의 격차가 줄어드는 추세에 있으나, 여성은 격차가 유지되고 있거나 증가하는 경향을 나타냄

[그림 3] 성인의 주관적 불건강 인지율



주: 정희경희 외(2012). 건강불평등 통계 2010, 한국건강형평성학회, In press.

다. 의료이용

■ 윤태호 등(2012)에 의하면, 암환자의 경우 소득계층별로 입원 및 외래 의료이용 정도에 차이가 나타나고 있음

○ 암환자를 소득계층별로 구분하여 의료기관별로 의료이용 정도를 살펴본 결과 남녀 모두 소득수준이 높을수록 소위 메이저병원으로 불리는 대형 상급종합병원에서의 의료이용률이 높게 나타났음

○ 여자의 경우에는 대형 상급종합병원이 아닌 일반 의료기관에서도 소득수준별 의료이용률에 차이가 나타났음

<표 1> 소득수준별 암환자 의료이용의 집중지수

소득	남자				여자			
	3차		종합병원	병의원	3차		종합병원	병의원
	4개 대형병원	그 외			4개 대형병원	그 외		
입원								
소득 1분위(낮음)	0.95	2.04	2.00	0.42	0.98	2.27	2.37	0.36
소득 2분위	0.96	2.27	1.86	0.39	1.06	2.43	2.33	0.38
소득 3분위	1.09	2.41	1.71	0.39	1.11	2.46	2.14	0.37
소득 4분위	1.17	2.59	1.62	0.39	1.23	2.54	2.04	0.37
소득 5분위(높음)	1.75	2.39	1.40	0.35	1.58	2.45	1.87	0.37
집중지수	0.085	-0.002	-0.099	-0.063	0.112	0.041	-0.018	0.029
외래								
소득 1분위(낮음)	2.57	5.20	4.82	1.86	3.43	7.62	6.59	2.05
소득 2분위	2.69	6.02	4.20	1.86	3.62	8.14	6.19	1.97
소득 3분위	3.00	6.19	3.98	1.96	3.69	8.78	5.83	2.04
소득 4분위	3.26	6.75	3.59	1.92	4.18	8.72	5.61	1.91
소득 5분위(높음)	5.21	6.34	2.80	1.88	5.79	8.53	4.66	2.11
집중지수	0.092	-0.008	-0.137	-0.041	0.119	0.045	-0.034	0.026

주: 1) 집중지수가 양의 부호를 나타내면 상대적으로 소득계층이 높은 사람에게 유리한 불평등을, 음의 부호를 나타내면 소득계층이 낮은 사람에게 유리한 불평등을 나타냄.

2) 국가암등록자료 및 국민건강보험공단 자료를 활용하여 분석한 자료임.

자료: Yoon et al(2011). INEQUALITIES IN MEDICAL CARE UTILIZATION BY SOUTH KOREAN CANCER PATIENTS ACCORDING TO INCOME: A RETROSPECTIVE COHORT STUDY, International Journal of Health Services, 41(1).

- 암환자의 의료이용의 격차는 생존율의 격차로 이어져, 남녀 암환자의 1, 3, 5년간 생존율 모두 소득이 낮은 집단에 비해 소득이 높은 집단의 생존율이 높은 것을 확인할 수 있음

〈표 2〉 소득수준별 암환자 생존율

소득계층	환자수	생존율				
		3개월	6개월	1년	3년	5년
남성						
소득 1분위(낮음)	5,387	75.00	62.32	47.25	29.10	24.04
소득 2분위	4,055	77.95	65.30	51.22	34.10	29.05
소득 3분위	4,403	81.13	68.36	54.32	36.51	30.90
소득 4분위	4,797	80.97	68.66	55.61	37.04	31.52
소득 5분위(높음)	5,819	84.51	74.29	61.94	43.42	37.84
여성						
소득 1분위(낮음)	5,176	87.45	79.62	71.02	57.14	52.35
소득 2분위	2,968	91.00	85.18	76.99	63.96	58.88
소득 3분위	3,178	90.32	84.57	77.64	65.65	60.68
소득 4분위	3,542	89.50	83.46	76.05	63.04	58.53
소득 5분위(높음)	4,108	91.00	84.67	77.37	65.72	60.81

주: 1) 집중지수가 양의 부호를 나타내면 상대적으로 소득계층이 높은 사람에게 유리한 불평등을, 음의 부호를 나타내면 소득계층이 낮은 사람에게 유리한 불평등을 나타냄.

2) 국가암등록자료 및 국민건강보험공단 자료를 활용하여 분석한 자료임.

자료: Yoon et al(2011), INEQUALITIES IN MEDICAL CARE UTILIZATION BY SOUTH KOREAN CANCER PATIENTS ACCORDING TO INCOME: A RETROSPECTIVE COHORT STUDY, International Journal of Health Services, 41(1).

- 필요의료서비스 미치료를 또한 소득수준별로 차이를 보이고 있음. 특히 낮은 소득계층에서 상대적으로 경제적 이유에 의한 미치료가 높게 나타남

〈표 3〉 병의원을 방문하지 못했거나 치료 중도 포기 경험(2011년)

(단위: %)

구분	연도	소득수준			
		하	중하	중상	상
미치료를	2007	23.6	24.9	22.2	18.5
	2011	21.2	20.4	17.2	15.5
경제적 이유	2007	37.6	28.4	11.6	7.4
	2011	29.9	18.2	10.5	6.2

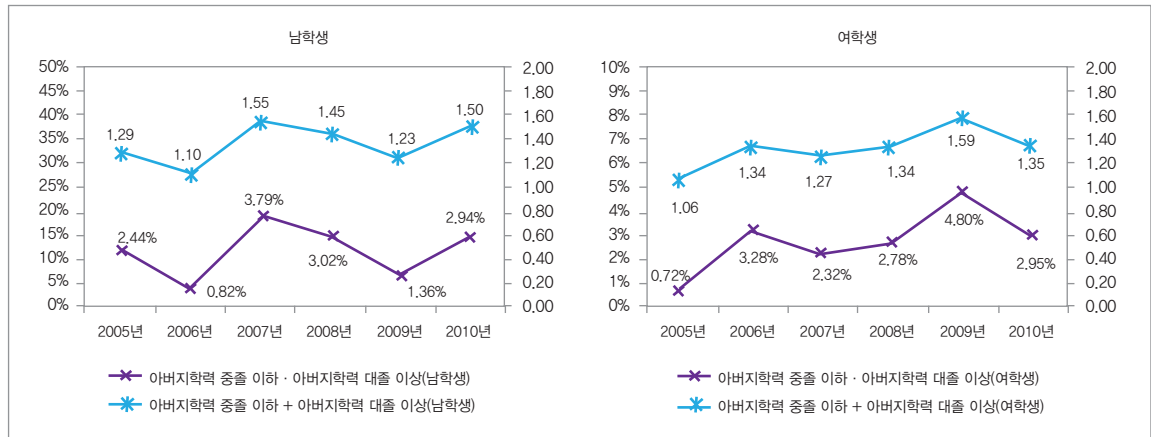
자료: 보건복지부·질병관리본부(2012). 2011 국민건강통계.

라. 청소년의 건강불평등

- 건강불평등의 문제는 비단 성인에게만 해당되는 현상이 아님. 청소년의 건강수준 또한 부모의 사회경제적 위치에 따라 불평등이 나타남을 확인할 수 있음

○ 아버지 교육수준에 따른 청소년의 주관적 불건강인지를 살펴본 결과, 남학생, 여학생 모두 아버지의 교육수준에 따른 집단간 불건강 인지도 격차가 나타났음

[그림 4] 아버지 교육수준에 따른 청소년 주관적 불건강 인지율



주: 청소년 건강행태 온라인조사 1~6차(05~10년) 데이터를 분석한 결과임.
 자료: 정최경희 외(2012). 건강불평등 통계 2010, 한국건강형평성학회, In press.

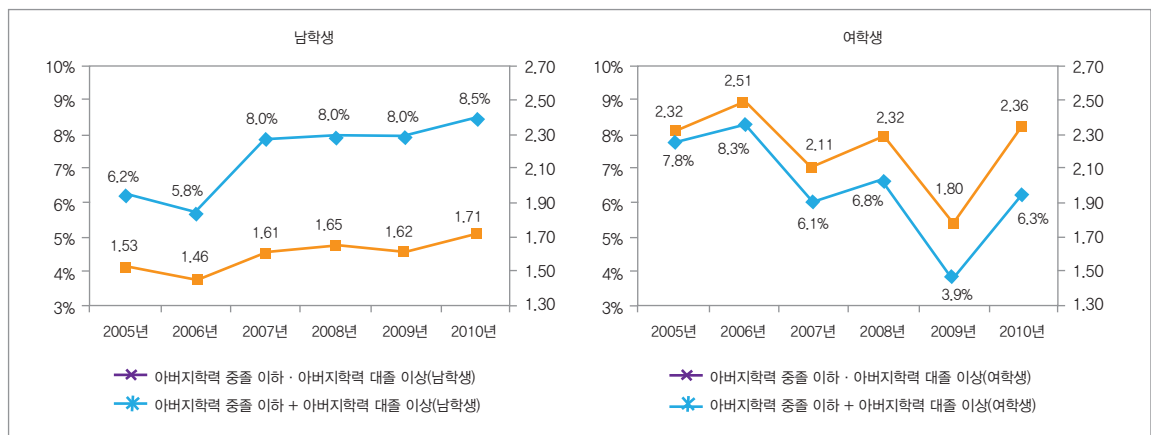
■ 청소년 흡연을 또한 부모의 교육수준에 따른 집단간 격차를 보이고 있음

- 불건강 인지율과 마찬가지로 청소년 흡연율에 있어서도 아버지의 교육수준이 가장 낮은 집단에서 흡연율이 가장 높게 나타났음
- 연도별로는 남학생의 경우 아버지 교육수준에 따른 흡연의 불평등 정도가 계속 증가추세에 있으며, 여학생의 경우에도 최근 들어 흡연의 불평등 정도가 증가하고 있음

■ 이와 같이 우리 사회에서의 건강불평등은 어느 한 세대만의 문제가 아니라 세대간에 대물림되고 있는 현상으로 이해할 수 있음

- 부모세대의 사회경제적 불평등이 청소년기의 건강 혹은 건강행태에 영향을 미치고, 이는 청소년이 성인이 되었을 때의 건강 격차로 나타날 수 있음을 미루어 짐작 가능함
- 때문에 부모세대의 사회경제적 불평등으로 인한 건강불평등 해소는 물론 자식세대에 까지 영향을 미치는 건강불평등의 악순환 고리를 끊어줄 필요가 있으며, 이를 위한 정책적 개입이 반드시 필요한 시기임

[그림 5] 아버지 교육수준에 따른 청소년 흡연율 격차

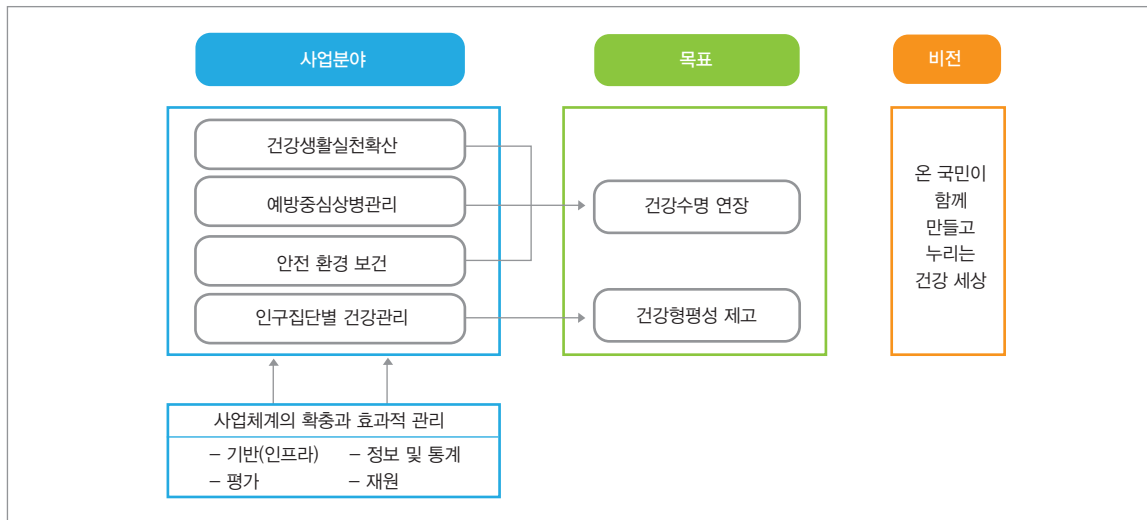


주: 청소년 건강행태 온라인조사 1~6차(05~10년) 데이터를 활용
 자료: 정최경희 외(2012). 건강불평등 통계 2010, 한국건강형평성학회, In press.

2. 우리나라 건강형평성 정책

- 1990년대 이후 유럽 국가들에서부터 시작하여 2000년대 들어서는 전 세계적으로 형평성에 근거한 건강정책 및 전략에 대한 관심사가 급증하고 있음
 - 세계보건기구의 2008년 보고서 ‘Closing the Gap in a Generation’은 전 세계적으로 건강형평 정책의 중요성을 알리는 계기가 되었음
- 우리나라도 2005년 수립된 제2차 국민건강증진종합 계획을 통해 처음으로 건강형평성 제고를 국가적 목표로 제시하였으며, 2011년 발표된 제3차 국민건강증진종합계획에서도 그 기초를 계속 유지하고 있음
 - 그러나 2차 계획과 3차 계획에서 모두 ‘건강형평성 제고’가 총괄목표로 제시되어 있었음에도 불구하고, 연차별 실행 계획에서는 ‘건강형평성’이 구체적으로 다루어지지 못하였음

[그림 6] 제3차 국민건강증진종합계획 기본틀



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

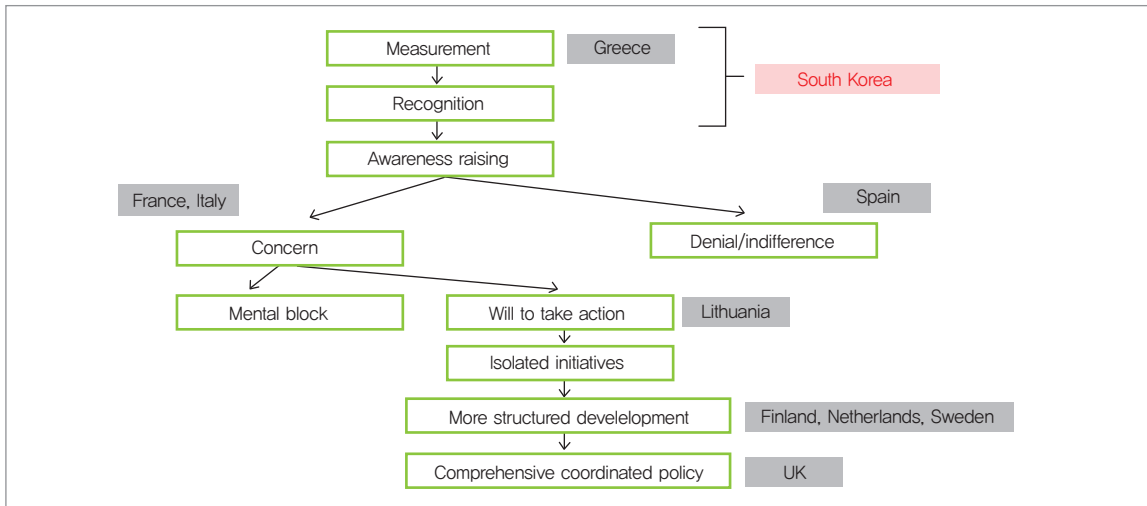
- 다만, 정부에서도 건강형평성 제고를 위한 사업의 필요성을 인지하여 인구집단별 건강관리 등을 통해 저소득층이나 건강취약계층에 대한 건강관리사업 실시함으로써 그들의 건강을 보호하고자 노력하였음
 - 그러나 영국 등 유럽은 물론 건강의 개인 책임을 강조하고 있는 미국에 비해서도 건강형평성 제고를 위한 노력이 부족한 현실이며, 우리나라에서 ‘건강형평성 제고’는 아직 수사학적 표현에 머무르고 있다는 강한 의구심을 갖게 함³⁾

3) 한국건강형평성학회(2013). 한국의 건강형평성 2010.

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

○이 모형은 직선적이고, 순차적인 것을 의미하는 것은 아니지만, 건강불평등 해결을 위한 첫 번째 단계가 “측정” 이 되어야 함을 보여주고 있음

[그림 7] 건강불평등 해결을 위한 활동단계



자료: 한국건강형평성학회(2012).

○서구의 경험을 토대로 볼 때에도, 건강불평등을 해소하고자 하는 대응활동의 첫 출발점은 건강불평등에 대한 측정과 근거를 마련하는 것이었음

– 포괄적이고 광범위한 건강형평성의 모니터링과 형평성 지표를 생산하는 것은 국가적 건강불평등을 파악, 규명하는 시발점이 될 수 있음

○문제의 인식은 측정으로만 이루어지지 않는다하더라도, 문제를 드러내는 단계가 사회적인 관심을 만들어 내고 정책을 촉발하는 정책의제의 기반이 될 수 있음

■ 때문에 우리나라에서도 한국형 건강형평성 지표 개발 및 생산은 더 늦출 수 없는 중요한 과제가 되고 있음

○아울러 건강형평성 지표 생산 체계에 대한 고민도 동시에 이루어져야 함. 특히, 안정적이고 장기적인 지표 생산체계 구축을 위해 지표 생산 방식, 생산 주기, 생산 주체, 결과 공표 방식, 정책적 활용 방안 등에 대한 숙의가 필요함

집필자 | 김동진 (사회정신건강연구센터 부연구위원) 문의 | 02-380-8278

발행인 | 최병호 발행처 | 한국보건사회연구원

서울특별시 은평구 진흥로 235(122-705) | TEL 02)380-8000 | FAX 02)352-9129 | <http://www.kihasa.re.kr>

한국보건사회연구원 홈페이지의 발간자료에서 온라인으로도 이용하실 수 있습니다. <http://www.kihasa.re.kr/html/jsp/publication/periodical/focus/list.jsp>