

건강분야 사회적 배제 변화추이

1. 건강불평등과 사회적 책임
2. 사회적배제와 관련된 건강 불평등 지표
3. 건강분야 사회적 배제 통합지표
4. 건강 불평등에 대한 국제 비교
5. 정책적 시사점

1. 건강불평등과 사회적 책임

□ 건강에 영향을 미치는 사회적 결정인자(social determinants of health, SDOH) 연구에 따르면 개인이 자신의 건강을 향상시키는데 제한이 있을 수밖에 없으며 신체활동, 건강생활 등 건강에 대한 개인적 요소보다 사회적 요인이 건강에 보다 결정적인 영향을 발휘하기 때문에 그 해결 과정도 인구집단이나 지역사회 차원의 개입이 중요함

○건강과 사회적배제 관계에서 개인이나 집단의 건강수준은 빈곤과 사회적 배제의 결과로 나타날 수도 있고 빈곤과 사회적 배제의 결과로 건강상태가 악화될 수 있음을 의미하기도 함.

2. 사회적배제와 관련된 건강불평등 지표

□ 보건부문의 주요 과제인 접근성(access), 지불가능성(affordability), 반응성(responsiveness), 건강결과(health outcome)와 관련이 있는 과부담 의료비 지출, 규범적의료서비스 이용여부, 미충족의료, 주관적 건강상태에 대한 사회적 배제 양상을 살펴봄

[표1] 사회적배제건강영역지표

지 표	조작적정의
과부담 의료비 지출	기초생계지출로 간주 되는 식료품비를 제외한 소비지출액 중 의료비가 차지하는 비율이 40% 이상 가구의 비율
규범적의료서비스 이용여부	암검진 조사대상자 중 학회기준 암검진 기간내 검진서비스를 이용한 사람의 비율
미충족의료	19세 이상 성인 중 치료지연을 포함하는 미충족의료 응답자
주관적 건강상태	19세 이상 성인의 건강상태가 나쁨/아주 나쁨 인구의 비율

- 건강불평등 지표와 관련지어 살펴볼 빈곤과 저학력 기준은 다음과 같음. 빈곤의 경우 가구 균등화소득의 50% 이하에 머물고 있는 인구집단을 의미하며 교육은 19세 이상 성인에 있어서 중등교육(중학교 졸업 이하) 교육수준에 머물고 있는 사람들의 비율을 의미함.

가. 의료비 부담

- 과부담 의료비는 기초생계지출로 간주되는 식료품비를 제외한 소비지출액 중 의료비가 차지하는 비율이 40% 이상이 되는 것을 의미함.

$$\text{의료비 과부담} = \frac{\text{의료비 지출}}{\text{소비지출} - \text{식료품비}} \times 0.4$$

- 연간 과부담의료비 지출 가구는 1998년 2.33%, 2001년 2.46% 2006년 2.18%로 조사됨. 과부담의료비 지출은 소득수준과 학력에 반비례하는 현상을 보임. 즉 소득과 학력이 낮을수록 가구의 과부담의료비 지출 비율이 큼. 특히 2006년은 다른 연도에 비하여 그정도가 더욱 심한 것으로 조사되었음

[표2] 과부담의료비 지출 변화추이

구분		과부담의료비					
		1998		2001		2006	
		아니요	예	아니요	예	아니요	예
소득	저소득집단	96.03	3.97	95.1	4.9	93.83	6.17
	일반	97.54	2.46	96.93	3.07	97.3	2.7
	합계	97.39	2.61	96.74	3.26	96.44	3.56
교육	저학력집단	96.55	3.45	94.48	5.52	93.11	6.89
	일반	97.67	2.33	97.54	2.46	97.82	2.18
	합계	97.39	2.61	96.74	3.26	96.44	3.56

자료 : 통계청, 전국가계조사

나. 규범적 의료서비스

- ‘규범적 의료서비스’란 의료서비스의 이용이 보편적 측면에서 의료서비스 이용 효과를 가질 것이라고 판단되어지는 의료서비스 범주를 의미함. 규범적 의료서비스 이용여부는 암관련 학회에서 제안한 특정기간이내의 암검진(위암검사, 유방암검사, 자궁경부암검사, 대장암검사, 간암검사) 유무 준수를 조사함.

[표3] 암종류별 검진 대상자 및 검진주기

암의종류	검진대상	검진주기
위암	40세 이상 남녀	2년
유방암	40세 이상 여성	2년
자궁경부암	30세 이상 여성	2년
간암	40세 이상 남녀 (고위험군) ¹⁾	6개월
대장암	50세 이상 남녀	1년

주1): 간경변증이나 B형 간염표면항원(HBsAg) 양성 또는 C형 간염바이러스항체(anti-HCV Ab) 양성으로 확인된 자 출처: 국립암센터, 2008
출처): 국립암센터, 2008

□ 규범적의료 이용여부는 5가지 암질환 중 한가지라도 암에 대한 정기적 건강검진을 받고 있는 경우 규범적의료 이용자라고 판단함. 조사시기마다 약간의 차이를 보이고 있지만 20%-30%정도의 인구집단이 적어도 한가지 이상의 규범적医료를 이용하고 있는 것으로 조사됨. 예를 들면 2007년 규범적医료를 이용하는 인구집단의 비율은 28.4%임

○ 소득이 높을수록 규범적의료 이용자의 비율도 높아지나 학력수준과는 반대 경향을 보여 중등교육 이상 인구집단에서 오히려 낮은 수검율을 보이고 있음. 이런 현상은 정도의 차이가 있긴 하지만 2001년 2007년 모든 연도에서 동일하게 나타남.

[표4] 소득 및 교육수준에 따른 규범적 의료이용 여부

구분		규범적 의료이용							
		1998		2001*		2005		2007	
		아니요	예	아니요	예	아니요	예	아니요	예
소득	저소득집단	82,49	17,51	82,91	17,09	70,23	29,77	42,04	27,96
	일반	77,12	22,88	78,45	21,55	69,46	30,54	71,35	28,65
	합계	78,33	21,7	79,16	20,84	69,62	30,38	71,65	28,35
교육	저학력집단	72,38	27,62	78,14	21,86	55,4	44,6	56,38	43,62
	일반	81,24	18,76	79,73	20,27	75,57	24,43	77,86	22,14
	합계	78,3	21,7	79,16	20,84	69,62	30,38	71,63	28,37

자료: 보건복지가족부, 국민건강영양조사

다. 미충족의료

□ 미충족의료란 소비자가 의료요구를 가지고 있음에도 불구하고 여러 가지 사정으로 의료서비스를 이용하지 못하는 경우로 정의함

○ 의료서비스에 대한 필요여부는 주관적인 측면(perceived need)과 공급자 판단에 따른 의료필요(evaluated need)로 분류될 수 있지만 의료요구가 있음에도 불구하고 의료이용이 되지 못하는 가장 결정적인 요인은 물리적인 접근성의 문제가 아니라 경제적인 요인임.

[표5] 소득 및 교육수준에 따른 미충족의료

구분		미충족의료							
		1998		2001*		2005		2007	
		아니요	예	아니요	예	아니요	예	아니요	예
소득	저소득집단	74.43	25.57	98.68	1.32	77.37	22.63	76.94	23.06
	일반	86.08	13.92	98.86	1.14	88.77	11.23	79.26	20.74
	합계	83.65	16.35	98.78	1.22	86.5	13.5	78.04	21.96
교육	저학력집단	66.56	33.44	97.67	2.33	75.85	24.15	76.44	23.56
	일반	84.3	15.7	98.8	1.2	87.15	12.85	78.73	21.27
	합계	78.63	21.37	98.43	1.57	83.78	16.22	78.06	21.94

주 : *2주간 의료이용에 있어서 미치료 비율임
 자료 : 보건복지가족부, 국민건강영양조사

- 1998년 미충족의료를 호소한 집단의 크기는 16.35%임. 소득과 학력이 낮은 집단일수록 미충족의료를 호소하는 집단의 비율이 높아지는 현상이 나타난다. 예를들면 1998년의 경우 저소득 집단의 미충족의료 비율은 25.57%이나 일반집단은 13.92%로 10%이상 낮게 조사됨. 2007년 저소득 집단의 미충족의료 비율은 23.06%이고 일반가구의 경우 20.74%로 조사됨. 1998년에 비하여 상대적으로 그 간격이 줄어들었다.
- 연도별 미충족의료 비율은 약간의 차이를 보이지만 소득과 교육수준에 따라 미충족의료 집단의 불균등 분포 현상은 그대로 지속됨.

라. 주관적 건강상태

- 주관적 건강상태는 빈곤이나 사회적 배제의 직접적 영향보다는 배제의 영향이나 결과로 나타나는 것임. 즉, 사회적 배제를 직접적(direct)으로 나타내는 지표라기 보다 사회적 배제의 결과 혹은 간접적인 영향에 따른 것으로 보는 견해가 타당한 것으로 보임
 - 주관적 건강상태가 나쁘다고 응답한 인구집단의 비율은 1998년 21.86%, 2001년 15.73%, 2005년 19.83%, 2007년 17.47%로 조사됨. 2005년의 경우 저소득 집단의 41.27%가 주관적 건강상태가 나쁘다고 응답한 것에 비해 일반집단의 경우 14.07%만이 주관적 건강상태가 나쁘다고 응답하였음.
 - 교육수준에 따라 비교하면 2007년 중등교육 이하 집단(저학력집단)에서는 31.87%, 중등교육 이상 집단에서는 11.59%만이 주관적 건강상태가 나쁘다고 응답하여 교육수준의 차이가 소득수준에 따른 차이보다 더 불균등한 주관적 건강상태 분포를 이끄는 것으로 조사됨.

[표6] 소득 및 교육수준에 따른 주관적 건강상태

구분		미충족의료							
		1998		2001		2005		2007	
		예	아니요	예	아니요	예	아니요	예	아니요
소득	저소득집단	34,97	65,03	35,65	64,35	41,27	58,73	21,72	78,28
	일반	18,17	81,83	11,98	88,02	14,07	85,93	14,11	85,89
	합계	21,86	78,14	15,73	84,27	19,83	80,17	17,47	82,53
교육	저학력집단	34,84	65,16	30,69	69,31	42,45	57,55	31,87	68,13
	일반	15,42	84,58	7,29	92,71	10,37	89,63	11,59	88,41
	합계	21,86	78,14	15,73	84,27	19,83	80,17	17,48	82,52

자료 : 보건복지가족부, 국민건강영양조사

3. 건강분야 사회적 배제 통합지표

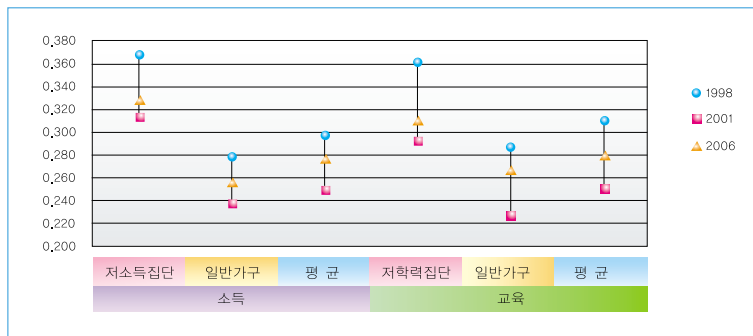
□ 연도별로 4가지 건강분야 사회적 배제를 통합(합산)하여 그 비율을 살펴봄. 그림에서 나타난 것과 같이 2003년의 건강불평등 통합지표의 크기가 가장 크고 2001년이 가장 작은 것으로 나타남

○그러나 사회적 배제집단에 따른 건강불평등 차이는 연도에 상관없이 일정한 경향을 보임. 일반가구의 통합 건강불평등 비율이 저소득 집단이나 저학력 집단의 건강불평등 비율보다 낮은 것으로 나타남.

[표7] 건강분야 사회적 배제 통합지표

구분		건강분야 사회적 배제 통합지표		
		1998	2001	2001
소득	저소득집단	0,368	0,312	0,329
	일반	0,279	0,237	0,258
	합계	0,298	0,248	0,276
교육	저학력집단	0,360	0,292	0,309
	일반	0,287	0,227	0,267
	합계	0,310	0,249	0,280

[그림1] 소득 및 교육 수준별 건강불평등 통합지표



4. 건강불평등에 대한 국제 비교

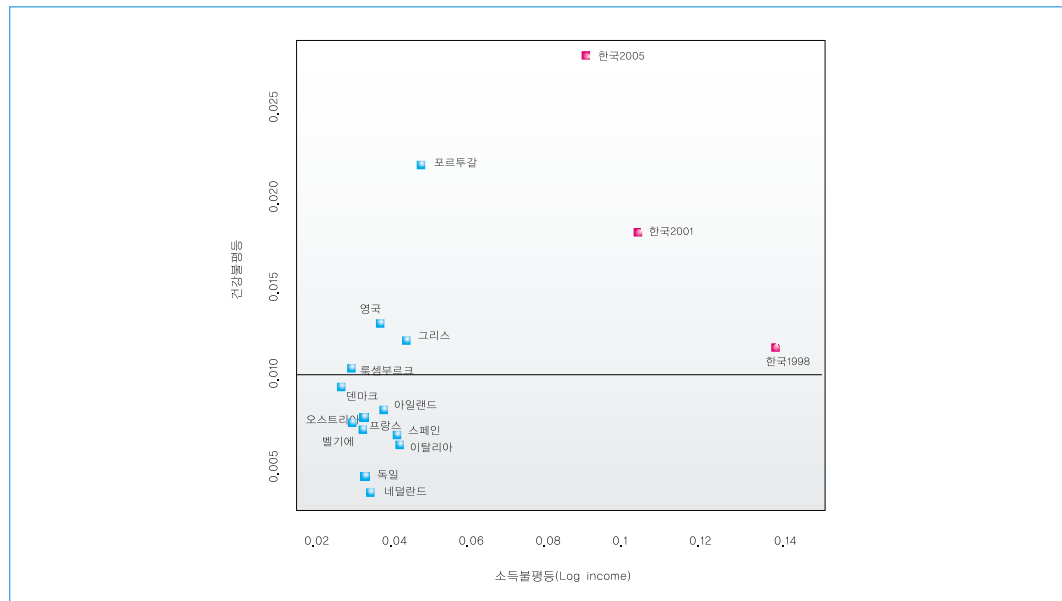
- 건강불평등을 측정하는 또 한가지 방법은 집중지수를 이용하는 것임. 소득불평등 측정에 사용되는 지니계수를 이용하여 건강불평등의 유무와 함께 그 정도를 파악 하는데 집중지수를 이용함
 - 집중지수는 -1에서 1사이의 값을 가지게 됨. 집중지수의 값이 음(-)수이면 저소득 편향의 건강불평등이 있고 양(+)이면 고소득 집단 편향의 건강불평등이 있으며 0(zero)일 경우 건강불평등이 없다고 해석함.
 - 건강불평등을 초래하는 원인 중 나이, 성별 등 개인이 타고난 특성에 기반한 건강불평등 정도를 제외한 사회경제적 원인에 의한 건강불평등 정도를 측정하기 위해 성-연령 보정 집중지수, 회피가능 집중지수 개념을 도입함.
 - 회피가능 집중지수는 건강불평등을 초래하는 원인 중 나이, 성별 등 타고난 개인의 특성에 따른 건강상의 차이를 통제한 건강불평등을 측정하는 지표임.

[표8] 국가별 건강불평등 지표 현황

국가명	집중계수	성-연령 보정 집중계수	회피가능 집중계수	
독일	0.0043	0.0003	0.0046	
덴마크	0.0094	0.0012	0.0106	
네덜란드	0.0034	0.0003	0.0037	
벨기에	0.0071	-0.0013	0.0058	
룩셈부르크	0.0104	-0.0008	0.0096	
프랑스	0.0075	0.0004	0.0079	
영국	0.0129	0.0004	0.0133	
아일랜드	0.0077	-0.0017	0.006	
이탈리아	0.0063	-0.0001	0.0062	
그리스	0.0119	-0.0038	0.0081	
스페인	0.0066	-0.001	0.0056	
포르투갈	0.0218	-0.0049	0.0169	
오스트리아	0.0073	-0.0015	0.0058	
우리나라	2005	0.0278	-0.112	0.1398
	2001	0.0179	-0.0991	0.117
	1998	0.0116	-0.0543	0.0659

- 유럽의 대부분 나라에서 연령-성 회피불가능 지수가 음의 값을 가짐. 이는 나이, 성별에 기반할 경우 저소득층이 오히려 나은 건강상태를 가지는 것으로 해석될 수 있음. 그 크기가 아주 적어 두집단간 차이는 아주 작은 것으로 보임. 사회경제적 요인에 의한 건강불평등도(회피가능 건강불평등도)는 양(+의 값을 보여 고소득층 편향을 보임.
- 우리나라의 경우 유럽국가에서 나타나는 이런 경향은 유사하나 회피불가능 건강불평등이 아주 큰 저소득 편향을 보임. 반대로 사회경제적 요인에 의한 회피가능 건강불평등도는 유럽국가의 것에 비하여 아주 큰 값을 가짐. 유럽국가에서 건강불평등 정도가 큰 포르투갈, 영국, 그리스의 건강불평등 값은 우리나라와 비슷하나 성-연령에 기인한 부분을 고려한 건강불평등도는 우리나라에 비해 아주 적은 수치를 보이는 것으로 조사됨.
- 소득불평등 정도와 건강불평등의 상관관계를 국가별로 살펴보면 [그림 3]과 같음. 우리나라는 유럽국가에 비해 소득불평등과 건강불평등이 모두 큰 모양새를 보임. 대부분의 국가가 그림의 왼쪽 아래에 위치하고 있으나 우리나라와 포르투갈만이 이들 집단과 분리되어 분표하는 양상을 보임.

[그림 2] 국가별 소득불평등과 건강불평등의 상관관계 정도



5. 정책적 시사점

- 빈곤, 실업, 주거, 영양 등 사회적 배제의 주 영역이 건강불평등을 심화시키는 주요 요인으로 지목되어져 왔음. 또한 인구집단의 건강수준은 개인의 질병치료를 의료이용보다는 거시적 수준의 보건 의료정책에 의해 주로 영향을 받는 것으로 평가됨. 소득과 학력이 낮은 집단일수록 4가지 건강영역의 불평등 비율이 높아지는 현상이 나타나 건강 영역의 의료적 배제가 다른 차원의 사회적 배제와 중첩되어 나타나고 있음을 보여줌

- 건강에 대한 개인의 지식이나 행동변화, 사회경제적, 환경요소의 변화, 공공보건의료 인프라의 변화 등은 의료적 배제를 극복하는 중요지점임. 이는 건강영역 배제 지표의 개발과 함께 건강불평등을 해소/완화하는 정책들 간의 통합 추진이 필요하고 건강에 영향을 미치는 다양한 정책개입들에 있어서 건강영역 배제의 주류화(mainstreaming)가 중요함을 의미함. 이는 자전거 도로의 건설이나 빈곤/실업정책 등 기존의 보건의로 정책 영역 밖에 있어 건강관련 제반 정책 수립 시 중요 여건으로 치부되지 못하던 영역이나 사회환경이 핵심적 지위를 갖게 됨을 의미함. 따라서 전통적인 보건의로 관점에서 영역 밖으로 간주되어 왔던 주택이나, 교통체계, 최저임금, 고용정책 등을 포함하는 다분야 다협력관계(multi-sectors, multi-partners) 방식이 요청됨

- 일차보건의료에 대한 강조는 어느 시기든 있어 왔음에도 특히 일차의료가 강조될 필요가 있는 것은 소비자 중심의 의료체계가 필요한 시점이기 때문임. 질병구조가 만성적인 형태로 바뀌고 인구구조가 노령화됨에 따라 의료서비스의 내용이나 전달 방식의 변화가 요구되고 있지만 대부분 분절적인 의료서비스(fragmented health care system)가 제공되고 있음. 의료서비스 제공자 중심의 의료전달 체계가 아니라 의료서비스 이용자 관점에서 의료서비스가 통합 제공될 필요가 있는데 통합의료의 관리자로서 일차의료 공급자의 역할이 증대될 필요가 있음. 일차의료의 강화를 통해 의료서비스간의 통합적인 관리를 강화하고 건강증진 프로그램의 적극적 시행 등을 통해 건강형평성을 높이려는 시도가 요청됨

신호성 (보건의료연구실 부연구위원) 문의사항(shin_hs@khasa.re.kr)

- 한국보건사회연구원 홈페이지의 발간자료에서 온라인으로도 이용하실 수 있습니다.
http://www.khasa.re.kr/html/jsp/public/public_01_01.jsp