

## 한국의 건강불평등 현황과 제언

: 소득분위와 건강불평등의 관계에 대한 실증분석

이훈희 부연구위원(사회복지학 박사)

본고는 한국의 건강불평등 현황을 집중지수를 통해 분석하였다. 소득분위와 건강불평등의 관계를 분석한 결과 고소득층에 유리한 건강불평등(고소득 편향)이 존재하는 것으로 나타났다. 그리고 집중지수를 분해하여 성별, 거주 지역에 적용한 결과, 저소득층 여성과 저소득층 읍면 거주자의 건강불평등이 가장 열악한 것으로 분석되었다. 이에 본고는 건강불평등 완화를 위한 정책제언으로써, 건강영향평가의 도입, 건강증진사업의 확대 및 강화, 일차의료기관의 역할 강화, 전국단위의 건강모니터링 강화를 제시하였다.

### I. 배경

#### □ 격차사회(disparity society)의 심화

##### ○ 한국사회의 화려한 외연

- 한국의 산업화 속도는 영국의 6배, 일본의 3배에 이를 정도로 매우 빨랐고, 1996년 OECD에 가입하며 선진국 클럽에 들어간 한국은 1인당 국민소득은 3만 달러에 육박하고, 국내총생산은 세계 15위 규모로 화려한 성장을 이룸

##### ○ 실상은 빈곤과 불평등이 만연한 사회

- 자본증식의 지속가능성을 담보하기 위한 정부정책은 ‘소수에 집중된 부’와 ‘사회경제적 지위의 격차’를 발생시킴
- 소득불평등 혹은 빈부격차 부문에서 한국은 OECD 회원국 중에서도 단연 선두권. 한국의 소득격차는 10.1배로 우리나라보다 격차가 큰 나라는 미국과 영국 정도
- 연간노동시간은 OECD 최고수준(33개국 중 2위)이고, 노동소득분배율은 최하위수준이며, 비정규직 평균임금은 정규직의 50%에도 이르지 못하는 심각한 불평등이 존재
- 노인빈곤율은 10만명 당 33.3명, 노인자살률도 80.3명으로 OECD 국가 중 최고수준이며, 한국의 행복지수는 36개국 중 27위에 불과하여 사회공동체 해체의 위험이 존재

#### □ ‘빈부격차’는 가장 치명적인 질병

##### ○ 빈부격차는 공중(the public)에게 가장 오래된 것이면서도 가장 치명적인 질병<sup>1)</sup>

1) 이창곤, 2012, 「추적, 한국 건강불평등」, 도서출판 밍.

- 부모의 사회계층이 하층일수록 저체중출산, 영아사망률과 소아사망률이 증가하고<sup>2)</sup>, 절대적 빈곤뿐만 아니라 소득격차(상대적 빈곤)의 확대도 저소득층에게 심리적·정서적 장애를 일으키며 정신적·육체적 ‘불건강’을 가져옴

- 본고는 지금까지 주요 이슈가 되지 못하였던 건강불평등에 대해 논의하고, 실증 데이터를 통해 소득수준에 따른 건강불평등을 분석함

## II. 논의

### □ 건강은 인간생활을 가능하게 하는 필수적인 전제 조건

- 건강은 가치 있는 인간 생활을 가능하게 하는 필수적인 전제 조건이고, 삶의 기회와 연관되는 중요한 요인<sup>3)</sup>
- 건강과 질병은 사회경제적 효과를 가짐
  - 개인의 질병은 당사자의 고통으로만 끝나는 것이 아니라 그 영향이 가족, 동료, 친지 등 주변 사람들에게 정신적·경제적 지원을 강요하게 되고, 나아가 지역사회에도 사회적·경제적 영향을 주기 마련임

### □ 사회경제적 불평등은 건강불평등을 야기함

- 경제적 박탈(economic deprivation), 빈곤(poverty)은 건강불평등의 직접적인 원인
  - 소득은 건강불평등에 직접적인 영향을 미치는 광범위한 물질적 자원에 영향을 미침<sup>4)</sup>. 소득수준은 저체중아 출생, 인지발달, 신장발달, 영유아기 사망과 성인기 사망 등 여러 종류의 건강상태와 가장 밀접한 관련성을 보임<sup>5)</sup>
  - 소득은 생애에 걸쳐 누적 효과를 가지는 한편, 소득불평등은 그 자체로써 건강에 직접적인 영향을 미치기도 하지만 지출을 통해서 건강을 향상시키는 물품 및 서비스를 구매, 이용함으로써 건강에 이로운 효과를 발생시키게 됨<sup>6)</sup>
  - 결국 보건의료서비스와 건강증진서비스에 대한 구매력의 차이, 서비스 접근성의 차이, 지식과 건강관리 능력의 차이, 상대적 박탈감을 발생시켜 건강에 영향을 미치는 것으로 볼 수 있음

2) 손미아, 2004, “부모의 사회계층이 1995-2001년도 출생아의 저체중에 미치는 영향”, 「보건행정학회지」, 14(1): 148-168.

3) 노먼 데니얼스는 건강이 공정한 ‘정상적 기회 범위(normal opportunity range)’를 가능하게 하는 기초라 하였고 (Daniels, N., 2008, *Just Health: Meeting Health Needs Fairly*, Cambridge University Press), 아마르티아 센은 기능(functioning)이자 능력(capability)으로 인식함(Sen, A., 1999, *Development as Freedom*, Cambridge University Press). 아넌드도 이와 유사하게 건강은 특수재(special good)로써, 개인들의 안녕을 직접적으로 구성하는 요소이자 개인이 주체(agent)로서 기능할 수 있게끔 만드는 핵심이라고 강조한 바 있음(Anand, S., 2002, "The Concern for Equity in Health", *Journal of Epidemiology Community Health*, 56(7): 458-485)

4) Lynch, J. W. and G. A. Kaplan, 2000, "Socioeconomic Position", in *Social Epidemiology*, edited by Berkman, L. F. and I. Kawachi, Oxford University Press.

5) Duncan, G. J., 1996, "Income Dynamic and Health", *International Journal of Health Service*, 26(3): 419-444.

6) Adler, N. E., Boyce, W. T., Chesny, M. A., Cohen, S., Folkman, S. and R. Kahn, 1994, "Socioeconomic Status and Health: the Challenge of the Gradient", *American Psychological Association*, 49: 15-24.

○ 소득불평등과 건강불평등의 관계는 실증적인 근거가 존재

- 리차드 윌킨슨은 OECD 11개국에 대한 비교연구를 통해 소득불평등과 기대여명의 상관관계를 분석함. 분석결과 매우 강한 역의 상관관계( $r=-.81$ )를 갖는 것으로 나타남<sup>7)</sup>
- 르그랑은 17개 선진국가들의 평균사망 연령과 1인당 국내총생산, 1인당 의료비 지출수준 등을 분석함. 사망연령은 소득재분배와 가장 밀접한 관계를 갖는 것으로 분석됨<sup>8)</sup>
- 카플란 등의 연구는 미국의 50개 주를 대상으로 평균소득, 빈곤, 인종, 흡연 등의 요소를 통제한 후에도 소득격차가 큰 주들이 상대적으로 높은 사망률을 보임<sup>9)</sup>
- 마이클 마렛의 화이트홀 연구(Whitehall study)는 영국 공무원들을 대상으로 한 것인데, 분석결과 최상위 계층에 비해 하위 계층의 사망위험이 높다는 점을 밝힘<sup>10)</sup>

### III. 분석

#### □ 모형의 설정

○ 분석방법: 집중지수(concentration index)

- 건강과 의료이용의 형평성을 측정하기 위해 집중지수(CI)를 활용함
- 이때 상대적으로 더 낮은 건강상태가 하위 소득계층에 집중된다면, 집중곡선은 절대평등선 위에 위치하게 되므로 집중지수의 값이 음의 값을 갖게 되며(pro-poor, 저소득편향), 반대로 고소득층에 유리한 불평등이 존재하게 되면(pro-rich), 집중지수가 양의 값을 가지게 됨<sup>11)</sup>
- <식 1>의  $y_i$ 는  $i$ 의 건강수준인 EQ-5D를 의미하며,  $\mu(y)$ 는 그 산술평균을 뜻함. 그리고  $R_i$ 는 각 개인  $i$ 의 소득계층상의 상대적 서열을 의미함
- <식 2>는 소득불평등지수의 분해방식을 집중지수에 적용한 것임<sup>12)</sup>. 즉, 집중지수(CI)는 집단 간 요소( $CI_B$ )와 집단 내 요소( $CI_W$ ) 그리고 잔차( $R$ )로 분해할 수 있음. 따라서 성별, 지역에 따라 건강불평등 수준을 하위집단 별로 분해함

$$\text{<식 1> } CI = 1 - \frac{\sum_{i=1}^n (2R_i - 1)y_i}{n^2 \mu(y)}, \quad \text{<식 2> } CI = CI_B + CI_W + R$$

○ 변수 설정

- 연구모형을 분석하기 위한 데이터는 국민건강영양조사(2012)를 활용함

7) Wilikinson, R., 1986, "Income and Mortality", in *Class and Health: Research and Longitudinal Data*, edited by R. Wilikinson, Tavistock Publications.

8) Le Grand, J., 1987, "Inequalities in Health: Some International Comparisons", *European Economic Review*, 31: 182-191.

9) Kaplan, G. A., Pamuk, E. R., Lynch, J. W., Cohen, R. D. and J. L. Balfour, 1996, "Inequality in Income and Mortality in United States: Analysis of Mortality and Potential Pathways", *British Medical Journal*, 312: 999-1003.

10) Marmot, M. G., Rose, G., Shipley, M. and P. J. S. Hamilton, 1978, "Employment Graded and Coronary Heart Disease in British Civil Servant", *Journal of Epidemiology and Community Health*, 32: 244-249.

11) 로렌츠 곡선의 경우 절대평등선의 아래쪽에만 존재하므로, 지니계수의 값은 '0'~'1'의 값을 가지는 반면, 집중지수는 '-1'에서 '1' 사이의 값을 가짐

12) Clark, P. M., Gerdtham, U. G. and L. B. Connelly, 2003, "A Note on the Decomposition of the Health Concentration Index", *Health Economics*, 12(6): 511-516.

- 건강수준은 EQ-5D로 측정하였고 시간교환법(TTO)을 활용하여 가치점수를 부여함<sup>13)</sup>. 소득수준은 ‘가계금융·복지조사’의 자료를 기준으로 소득 5분위를 설정하고, 성별(남/녀), 거주 지역(읍면/동)을 하위 집단으로 구성함

## □ 분석 결과

### ○ 소득분위별 건강불평등

- 소득분위가 높아질수록 건강불평등의 5가지 측면(운동능력, 자기관리, 일상 활동, 통증 및 불편, 불안 및 우울)이 개선되는 것으로 분석됨
- 반면에 연령이 증가할수록 EQ-5D의 점수가 낮아지는 경향이 뚜렷하게 존재함. 즉 소득계층과 연령은 건강불평등과 유의한 상관관계를 가짐

<표 1> 소득분위별/연령별 건강불평등(EQ-5D)

소득 분위	청년층		장년층		노년층	
	소득(N)	평균	소득(N)	평균	소득(N)	평균
1	948(103)	.9515	931(214)	.9089	730(1073)	.8470
2	2,205(337)	.9753	2,131(375)	.9492	2,131(461)	.9049
3	3,597(494)	.9764	3,582(538)	.9584	3,490(292)	.9138
4	5,671(554)	.9792	5,749(688)	.9673	5,671(252)	.9209
5	14,080(279)	.9777	18,556(397)	.9721	19,203(120)	.9192

### ○ 하위집단에 따른 건강불평등

- <표 2>는 성별, 거주 지역에 의한 집중지수와 집단 내 격차, 그리고 잔여변량을 제시함
- 남성보다 여성의 건강불평등이 더 크고, 동시에 내부 격차는 매우 큰 차이를 보임으로써, 저소득층 여성의 건강수준이 더욱 열악하다는 것을 의미함<sup>14)</sup>
- 일반적으로 여성의 기대여명이 남성보다 더 길고, 고령화가 급속도로 진행되고 있는 현 시점에서 여성내부에 존재하는 건강격차를 해결할 수 있는 의료 및 사회보장제도가 설계될 필요가 있을 것임
- 거주 지역으로 건강집중지수를 분해한 경우, 동 지역에 거주하는 사람들보다 읍면 지역에 거주하는 사람들의 건강불평등이 더 크게 분석되었고, 내부 격차도 큰 차이를 보임
- 동 지역이 읍면 지역보다 의료서비스를 제공받을 기회나 조건이 용이하기 때문인 것으로 보임. 따라서 읍면 지역의 저소득층에 대한 정책적 개입이 요구된다고 볼 수 있음

13) EQ-5D는 다섯 가지 영역(mobility, self-care, usual activities, pain, anxiety)에 대해 time trade off를 활용하여 가치점수를 부여함. 그 결과 모든 수준에서 가장 건강한 경우는 ‘1’의 값을, 가장 건강하지 못한 사람의 경우 ‘-.171’의 점수를 가짐.  $Y = 1 - (0.050 + 0.096 \times M2 + 0.418 \times M3 + 0.046 \times SC2 + 0.136 \times SC3 + 0.051 \times UA2 + 0.208 \times UA3 + 0.037 \times PD2 + 0.151 \times PD3 + 0.043 \times AD2 + 0.158 \times AD3 + 0.050 \times N3)$

14) 남성과 여성 모두 건강수준이 고소득층에 집중되어 있어, 고소득 편향(pro-rich)이 존재하며, 이때 여성의 내부격차(within)가 더 큰 것으로 분석됨(남성의 집중지수는 .0257점, 여성은 .0284). 성별 차이, 즉 남녀 간 차이(between)에 의한 집중지수는 .0025로, 이는 전체 대상자의 집중지수 값인 .0275 중에 성별에 따른 격차가 설명하고 있는 부분을 의미함. 따라서 전체 불평등의 약 9% 가량이 남녀 간의 차이부분이 설명하고 있다고 볼 수 있음. 가중치를 적용하여 집단 내 격차(within)가 집중지수를 설명하는 수준을 도출한 결과, 남성의 경우 .00527을 나타냈으며, 여성의 경우 .1046을 기록함. 따라서 성별에 따른 집단 내부격차가 전체 집중지수를 설명하는 총량은 .0157이었으며, 성별 격차보다 설명력이 약 6.3배나 더 큰 것으로 나타남. 잔여변량은 .0093으로 분석되었는데, EQ-5D의 성별 분해에서 잔여변량은 집단 간 차이에 의한 부분(.0025)보다 약 3.72배 가까이 큰 것으로 나타남. 즉, 남녀 간의 소득구간 중복에 의해 설명되는 부분이 크다는 것을 의미함. 거주 지역의 분석도 유사한 패턴을 보이므로, 성별에 따른 집중지수 분해와 동일하게 해석하면 될 것임

<표 2> 성별/지역에 따른 집중지수의 분해

항목	N	소득분위					평균
		1	2	3	4	5	
전체	6,177	.8642	.9392	.9552	.9642	.9662	.9353
성별	남	.8953	.9523	.9676	.9756	.9769	.9536
	녀	.8463	.9297	.9457	.9555	.9587	.9225
지역	동	.8780	.9428	.9575	.9662	.9676	.9437
	읍면	.8381	.9254	.9449	.9490	.9572	.9021
항목	N	CI	wp	wpCI	CI <sub>W</sub>	CI <sub>B</sub>	CI <sub>R</sub>
전체	6,177	.0275*	-	-	-	-	-
성별	남	.0257*	.2053	.00527	.0157	.0025	.0093
	녀	.0284*	.3686	.01046			
지역	동	.0249*	.7196	.01791	.0192	.0022	.0061
	읍면	.0288*	.0448	.00129			

주 : \* p<.01

#### IV. 제언

##### □ 건강불평등 완화를 위한 정책제언

##### ○ 건강영향평가(Health Impact Assessment)의 도입<sup>15)</sup>

- 건강영향평가를 도입하여 모든 영역의 정책, 프로젝트 및 사업으로 인해 인구집단의 건강이 증진되거나 적어도 현재 건강 수준이 나빠지지 않도록 평가해야 할 것임

##### ○ 건강증진사업의 확대·강화

- 국민건강증진을 위한 사회적 책임이 강조되고, 이를 위한 수단으로 지역사회 역량강화가 요구되는 현실에서 기존의 건강증진을 기금사업으로만 한정해서는 안 될 것임
- 국민의 건강증진을 도모하기 위해서 생애주기와 사회계층에 따른 맞춤형 건강증진 정책을 추진해야 하며, 적극적인 건강증진 정책 및 건강투자 사업의 확충이 요구됨

##### ○ 일차의료기관의 역할 강화

- 의료서비스 이용자의 접근가능성이 높고 서비스 이용료도 상대적으로 저렴한 일차의료기관을 강화함으로써, 통합적인 의료관리체계로써 일차의료기관의 기능이 정립될 필요가 있음

##### ○ 전국단위의 건강모니터링 강화

- 소득불평등이 심한 지역일수록 건강불평등이 심각한 것으로 분석되어, 전국 단위의 모니터링을 위한 제도적 장치의 마련과 함께, 광역단위 혹은 지역행정 단위의 모니터링이 요구됨

♣ 이 글의 내용은 집필자의 의견이며, 민주정책연구원의 공식 견해가 아님을 밝힙니다.

15) 건강영향평가는 ‘제안된 정책이나 사업들이 인구의 건강에 미치는 영향을 평가하는 절차나 방법’으로 정의할 수 있음 (Kemmm, J., Perry, J. and S. Palmer, 2004, *Health Impact Assessment: Theory, Techniques and Applications*, Oxford University Press).