

지역 간 소득관련 건강불평등 격차에 관한 연구*

- 자기보고건강과 우울감 경험여부 집중지수를 중심으로 -

Assessment and Comparison of Income-Related Inequality in Depression and Self-Reported Health Across Regions in South Korea

윤 해 민 (가천대학교 보건정책관리학과 석사졸업)

Abstract

Hae Min Yoon

The purpose of this study is to assess and compare the extent of income-related inequality in the prevalence of self-reported depression and ill-health across regions. Data were taken from the 2013 Community Health Survey (n=228,781). Income-related health inequality was measured using the concentration index(CI) which is a bivariate analog of the Gini coefficient. Age and sex-standardized CI was also calculated using an indirect standardization method. In addition, both Wagstaff and Erreygers CIs were calculated to reflect the binary nature of the health variables. The results generally indicated pro-rich inequalities across regions, which means that depression and ill-health were more concentrated on poorer individuals with the CI of -0.142(SE: 0.007) for depression and that of -0.032(SE: 0.001) for ill-health. In addition, the extent of income-related inequality varied across regions, implying that the link between income and health is stronger in certain regions. These findings suggest a need for strengthening the social safety net and health equity. Further research is also clearly needed to identify regional factors reinforcing the link between income and health.

Keywords: Concentration Index, Health inequality, Income-related inequality, Self-rated health, Depression

* 이 논문을 위하여 아낌없는 조언을 해주신 가천대학교 보건정책관리학과 홍지형교수님께 감사드립니다.

I. 서론

1. 연구 배경

세계적으로 산업화 이후, 잘 사는 법 '웰빙(Well-being)'에 대한 관심이 증대되었다. 웰빙은 건강을 위한 식습관, 생활방식 등을 강조하며 바람직한 삶의 모습을 찾기 위한 개인의 노력, 나아가 국가의 목표이기도 하다(장인수 & 김홍석, 2016). 한국에서는 국민의 건강증진에 대한 국가의 노력과 책임을 나타낸 국민건강증진법이 대표적이며 범세계적으로는 좋은 건강(Good health)과 웰빙을 목표로 하는 '2019-2023 General programme of Work'가 세계보건기구(WHO)회원국들에게 승인되어(Mohammed & Ghebreyesus, 2018) 이를 이루기 위해 노력하고 있다.

웰빙에 가장 많은 부분을 구성하는 것으로는 정신적·사회적·신체적 건강인데, 소득과 이에 관련된 불평등은 정신적·사회적·신체적 건강불평등의 원인이 될 수 있다(Wagstaff, Paci, & Van Doorslaer, 1991). 웰빙을 측정하는 도구로는 자기보고건강(Self-Assessed Health, Self-Reported Health), 주관적 삶의 만족도 등이 사용된다. 자기보고건강은 신체적, 심리적, 사회적 차원을 고려한 개인의 일반적인 건강과 복지를 평가하지만(Rojas, Darboe, & Beogo, 2017) 사회적 경험에 직접적으로 좌우되기 때문에 실제보다 건강하지 못한 집단이 질병 등을 인지·보고하지 못하여 오도된 평가를 초래할 수 있다(Subramanian, Huijts, & Avendano, 2010). 웰빙을 구성하는 3가지 요인 중 하나인 정신적 건강은 우울증 등을 대표적으로 들 수 있다. 국민건강보험공단(2018)의 자료에 따르면, 우울증 환자는 매년 증가하여 2017년에는 약 68만 760명이 우울증을 앓고 있는 것으로 나타났다. 또한 우울증 환자의 15%가 자살을 시도하고, 자살자의 80%는 우울증을 앓은 것으로 알려져 있다. 우울증과 자살로 인한 사회경제적 비용은 이미 2011년에 10조를 넘어섰다. WHO에 따르면 2020년에는 우울증이 사회적·경제적 부담이 두 번째로 큰 질병이 될 것이라고 보고하였으며 범세계적으로도 우울증으로 인해 늘어나는 사회경제적 부담은 비슷하다(Üstün, Ayuso-Mateos, Chatterji, Mathers, & Murray, 2004; 김현미 & 최진숙, 2015).

이처럼 신체적·정신적 건강과 복지는 잘 살아가는데 필수적이지만, 인구집단과 지리적 위치에 따라 분배의 불평등이 나타나고 그 격차가 증가하는 추세이다. 소득불평등이 사회구성원들 간의 지위경쟁을 심화시켜 개인수준에서는 우울, 스트레스, 자살, 비만 등의 병리현상을 심화시키고, 국가수준에서는 불평등이 심한 국가일수록 앞서 말한 병리현상이 더 많이 나타난다(Kakwani, Wagstaff, & Van Doorslaer, 1997; Wilkinson & Pickett, 2009). 사회구성원들의 건강수준격차에 대한 논의는 사회경제적 지위, 성별, 인종, 소득 또는 지리적 위치와 같은 전통적인 사회구조적 불평등 요인들이 건강수준 차이에 관련이 있다는 것에 주목했고 이를 건강의 사회적 불평등(Social Inequality in Health) 또는 건강불평등(Health Inequality)으로 개념화하

고 있다(House 2001; 이미숙 2005). 또한, 국제건강형평성학회에서는 출범과 동시에 건강형평성에 관하여 “사회적, 경제적, 인구학적 또는 지리적으로 정의된 인구집단 간 하나 또는 그 이상의 측면에서 건강 상의 잠재적으로 치유가능한 체계적 차이의 부재” 라고 정의하였다(강영호, 2005). 즉, 건강불평등은 소득의 격차, 교육수준의 격차, 주거수준의 격차 등으로 측정되는 사회경제적불평등과 관계가 있다.

소득과 건강은 유의미한 관계가 있으며 기존 여러 연구를 통하여 소득이 높을수록 건강결과가 좋다는 것은 이미 밝혀졌다. 최신연구들의 동향은 건강상태를 좀 더 세분하여 분석하였다. 소득이 높을수록 개인이 느끼는 주관적인 건강상태(박유경, 2018), 기대수명(허현희, 2018), 의료이용(김윤주, 2018; 오영호, 2018), 건강행태(김동진, 2018), 정신건강(김재원, 2018), 구강건강(김미정, 2018) 등의 신체적 건강 등 개인의 총체적인 건강은 좋게 나타난다. 또한 신체적 건강뿐만 아니라 음주, 흡연 등 건강행태도 소득에 따라 달라지는 양상을 나타냈다. 의료이용의 측면에서도 소득이 높을수록 유리하다는 연구가 많다.

지역과 건강 역시 유의미한 관계가 있는데, 소득 수준이 높은 지역의 거주자들의 전반적인 건강상태가 좋은 것으로 나타났다. 최근의 동향은 건강형평성(강영호, 2018)의 관점에서 의료자원의 재분배나 정책 제언(김동진, 2018) 등의 연구가 많이 이루어지고 있다. 지역과 건강의 연구 역시 건강을 건강행태, 의료이용 등으로 더 세분화하는 연구도 많이 진행되었다.

하지만 같은 소득이라도 지역에 따라 개인이 느끼는 건강상태가 다를 수 있고, 이러한 차이를 발현시키는 요인이 지역 내에 있기 때문이다. 따라서 소득, 지역 그리고 건강을 함께 고려해야 한다. 따라서 본 연구에서는 소득, 지역, 건강을 모두 고려하여 각 지역의 소득관련건강불평등의 크기를 측정하고 비교하고자 한다. 특정지역에서는 소득관련불평등의 크기가 더 크게 측정될 수 있는데 이는 소득과 건강사이의 연관성이 상대적으로 더 크다는 것을 의미한다. 본 연구는 지역 특성을 이해하고 이에 맞는 지역 보건복지정책수립에 대한 제언을 하고자 한다. 또한 본연구의 결과는 보건복지정책 수립에 대한 기초자료로도 활용 될 수 있을 것이다.

2. 선행연구 고찰

건강불평등은 세계적인 건강문제를 일으키며, 이를 분석하고 해결하기 위하여 국내·외 많은 연구들이 이루어졌다. 우선, 국내에서는 권정옥 외(2015)의 연구에서 건강불평등의 속성으로 개인들이나 집단들 간의 건강상태의 차이, 건강에 대한 기본권의 침해, 불공평한 의료서비스 이용의 산물 즉, 사회적 차별의 결과라는 속성이 있으며 개념분석을 통해 의료서비스의 접근성 제한, 인구학적 특성의 차이(연령, 성별, 교육, 직업), 거주 지역의 차이, 사회적 배제(차별, 소외)라는 선행요인과 건강수명의 단축, 사망률과 유병율의 차이, 삶의 질 저하라는 결과를 제시하였다. 나아가 김유진 외(2016)의 연구에서는 건강기대여명을 통해 본 경제지위에 따른 건강불평등이 존재하며 경제적자원이 가장 중요한 요인이라고 하였다. 또한 건강상태에 따른 의료

이용이라는 의료의 형평성 개념에서도 소득수준이 장애요인의 하나이며 저소득층의 의료욕구를 적절히 충족시키지 못하였다(이용재, 2010). 이 외에도 사회경제적요인 그 중에서도 소득이 건강불평등에 주요요인이며 건강상태의 주요요인이라는 연구가 많이 이루어졌다(강영호 외, 2004; 강영호 2005; 이미숙 2005; 김진영 2007; 윤인진 & 김상돈 2008; 김민경 외, 2010; 신호성, 이수형 & 박봉희, 2012; 강영주 & 정광호 2012).

지역 간 건강불평등에 대한 연구도 활발하게 이루어지고 있다. 건강불평등의 결정요인으로 개인의 사회경제적지위와 더불어 지역사회의 사회자본이 지역주민의 건강에 영향을 미친다고 하였으며 사회경제적 지위가 낮은 계층에게 더욱 영향력이 크다고 하였다(김형용, 2010). 김순양(2012)의 연구에서는 중소도시나 농어촌지역 주민들의 건강행동, 보건의료서비스 등 건강관련 변수들이 대도시에 비하여 열악한 것으로 나타났으며 특히 의료서비스의 접근성이 낮은 것이 건강불평등의 주요요인 이었다. 또한 건강취약지역 저소득층이 인식한 건강불평등 관련요인에 관한 연구에서도 건강취약지역을 위한 지역사회서비스가 필요하며(심미영, 2012) 이러한 지역적 격차를 줄이기 위해 영국의 ‘자원배분실무위원회’의 예시로 중앙으로부터 효율적인 통제와 자원배분이 필요하고 지역사회의 자본에 따라 지역주민의 삶의 질에 미치는 건강상태, 의료서비스, 전반적 복지서비스 등이 포함되어있는 인프라자본이 가장 영향력이 큰 걸로 나타났다(최민호, 2018). 또한 최근에는 지역 간 건강형평성의 관점에서 연구도 활발히 이루어졌는데, 대표적으로 강영호(2018)의 연구에서는 사회경제적 불평등으로부터 개인 간 건강 수준의 격차가 있을 것이라고 하였으며 이를 해결하기 위해서는 지역 내에 어떠한 불공정성이 있는지 밝혀야 한다고 하였다. 김동진(2018)의 연구에서는 건강격차는 단순히 사회경제적 수준에 따라 차이가 발생하는 것뿐만이 아니라 집단이 속해있는 지역사회가 상대적으로 불이익한 상태인 ‘지역박탈’의 정도에 따라 건강행태의 격차가 발생하여 결과적으로 신체적·정신적 건강결과에 영향을 주는 것으로 나타났다.

우울증이나 스트레스와 같은 정신적 건강의 불평등에 대한 연구도 이루어졌는데, Hong(2012)의 연구에서는 국민건강영양조사 자료를 바탕으로 정신건강적 문제, 우울증이나 자살이 사회경제적 지위가 더 낮은 사람들에게 흔히 발생되며 사회적·경제적 요인과 복합적인 관계를 가지고 있다고 하였다. 김주희(2015)의 연구에서는 한국복지패널 데이터를 이용하여 분석한 결과, 경제적 불평등과 사회적 박탈이 우울감에 영향을 미친다고 하였다. 또한, 황선재(2015)의 연구에서도 한국을 포함한 22개국을 분석한 결과 소득불평등이 높을수록 우울증, 자살률 등이 높아지는 것으로 나타났다. 이 외에도 연령층을 한정하여 한 연구에서 소득불평등이나 사회경제적 요인이 우울감의 주요 요인으로 나타났다(김진구, 2012; 김혜경 & 성준모, 2014).

해외에서도 건강불평등 요인들에 대한 연구가 이루어져왔는데, 건강불평등에 관한 국가 단위의 체계적인 연구는 1980년 영국 ‘Black Report’ 가 대표적이다. 이 보고서에서는 사회계층이 낮을수록 건강불평등이 심화되는 것으로 나타났다. 집중지수를 통하여 국가별 소득관련 건

강불평등에 관한 연구도 이루어졌는데 1997년 Van Doorslaer의 연구에서는 여러 국가들의 건강불평등에 대해 측정하고 이 중 영국과 미국의 건강불평등이 가장 심한 것으로 나타났으며 소득이 큰 영향을 미친다고 하였다. 이 외에도 사회경제적 요인과 건강불평등에 관한 연구는 꾸준히 이루어졌는데 개인의 사회경제적 상황은 건강에 영향을 미치며 빈곤은 건강에 위협요인으로 작용(Wilkinson & Marmot, 2003)한다고 하였으며, Bierman & Dunn(2006)의 연구에서는 개인의 사회경제적 상황은 건강을 예측할 수 있는 요인이며 피할 수 있는 질병과 사망도 빈곤으로 겪을 수 있다고 하였다. 이 외에도 각 국가별 건강형평성에 대한 연구(Humphries, 2000; Gravelle, 2003)도 이루어졌다. 최근에는 아시아권에서도 건강형평성의 관점에서 국가 내 지역 간 비교가 이루어졌는데, 비교적 최근 연구로는 미얀마(Y Zhao, 2018, Y Liu, 2018)의 국가 내 지역 간 건강형평성 비교 연구가 있다. 이 연구에서도 기존 결과와 같이 교육수준이 낮고, 가계소득이 낮으며 특히 농업인구에서 건강에 대한 인식이 낮기 때문에 이에 맞춘 정책을 시행해야한다고 하였다.

국내·외의 대부분 연구에서는 건강불평등과 삶의 질에 대한 불평등은 소득, 고용, 교육, 권력 등의 사회경제적 기회에 대한 접근의 차이에 의해 결정된다(Rojas, Darboe, & Beogo, 2017). 또한 사회경제적 요인들뿐만 아니라 복지정책이나 문화정책도 불평등을 해소하는데 중요한 요인이었다.

선행 연구들을 통하여 소득관련불평등을 주관적으로 체감하게 하는 문화적·사회적·경제적 요인들이 지역 내에 있음이 밝혀졌다. 특히 김현정(2018)의 연구에서는 개인이 보유한 객관적 조건도 그 개인이 어떠한 사회에 속해있느냐에 따라 그 조건을 인식하거나 그 조건이 개인에게 미치는 영향이 다르다고 하였다. 결과적으로 지역을 나누어서 진행한 대부분의 연구들이 지역의 결핍 정도에 따라 지역의 건강수준이 달라지는 것을 보여주었다. 하지만 소득관련 건강불평등이 모든 지역에서 존재하는지, 특정지역에서는 더 심화되고 있는지, 지역 간 차이가 있는지의 여부를 살펴본 연구는 드물었다. 따라서 본 연구를 통하여 전국적으로 소득관련불평등이 일어나고 있는지 살펴보고, 특정 지역에서는 그 현상이 더 심화되고 있는지 알아보고자 한다.

3. 연구 목적

소득관련불평등은 모든 계층에 존재하며 단순하게 고소득층과 저소득층의 계층차이를 반영하는 것이 아니며(Humphries, 2000), 사회의 구조적 차이로 발생하는 것이며 정책 또는 제도적 노력을 통해 해결이 가능하다고 볼 수 있다(윤태호, 2010). 또한 지역사회건강조사 자료를 이용하여 지역수준에서의 건강결정요인을 분석한 이진희(2016)의 연구에서는 지역적 건강불평등이 존재함을 발견하였지만 각 지방자치단체의 정책 수립 및 환경개선 등이 그 지역 주민의 건강수준을 향상시킬 수 있다고 하였다.

본 연구에서는 소득계층에 따른 누적분포를 통해 건강불평등을 측정하는 지수인 집중지수

(Concentration Index, CI)를 이용하여 건강불평등을 측정하여 지역 간 건강불평등의 차이를 보다 심도 있게 이해하며 나아가 소득과 관련한 문화적·사회적·경제적요인이 지역 간 건강불평등에 미치는 정도를 알아보고자 한다. 즉, 소득관련 건강불평등이 지역마다 차이가 있다면, 소득불평등이 건강불평등으로 발현되도록 조절 또는 매개하는 지역의 독특한 구조가 있다는 것을 의미할 수 있기 때문이다. 따라서 본 연구에서는 지역의 특성을 좀 더 이해하고 각 지역에 맞는 보건정책을 계획하는데 필요한 근거를 제공하여 보건정책이 나아가야 할 방향을 제안하고자 한다.

II. 연구방법

1. 연구 자료원과 분석대상

본 연구는 2013년 질병관리본부의 지역사회건강조사 자료를 활용하였다. 조사문항은 지역보건의료계획 수립 및 보건사업 평가, 국민건강증진종합계획에 제시된 지표등이 사용되었으며 문항간 논리 점검, 입력수치 범위, 응답자료 오류체크등이 조사과정에서 즉시 이루어지며, 데이터베이스화 되어 오류등의 최소화가 이루어 졌다.

질병관리본부의 지역사회건강조사는 조사방법, 조사내용 및 산출지표를 표준화 하여 지역간 비교가 가능하며, 지역주민의 건강상태를 파악하여 근거 기반 보건정책을 수립·평가하기 위한 통계자료 산출을 위해 실시된다, 매년 전국 보건소에서 만 19세 이상 성인을 대상으로 위탁대학, 지역보건소 등에서 직접 건강행태, 이환, 건강검진 및 예방접종, 의료이용, 손상 및 사고중독, 보건기관 이용, 활동제한 및 삶의 질, 교육 및 경제활동 및 가구조사로 구성등 18개 영역 203개의 공통문항과 20-47개의 지역별문항을 포함하여 조사한다. 이후 표본조사 자료의 대표성을 확보하기 위하여 표본설계 구조를 바탕으로 각각 가중치 부여 후 추정치를 산출하였는데 가중치는 가구가중치와 개인가중치로 분류하였다. 지역사회건강조사는 층화표본추출방식을 이용하여 각 지역의 대표성을 고려하였다. 2013년에는 최소 922명(세종)에서 최대 41,277명(경기)까지 총 228,781명이 조사되었다. 2013년 조사에서는 정신건강적 요인에 대한 조사항목이 총 8개로 기존 흡수년도 조사항목 보다 다양하게 조사되었고, 가계소득이 연속형 변수로 조사되어 더욱 정확한 집중지수의 산출이 가능하기 때문이다. 또한 본 연구의 분석은 Stata 15.1 Version을 사용하였다

2. 분석방법

1) 연구대상의 일반적 특성

지역별, 소득분위별 자기보고건강, 우울감 경험에 대한 빈도분석과 교차분석을 통하여 일반적 특성을 분석하였다. 도시지역 구분은 동/읍면을 나누어 정리하였다. 결혼은 사별, 이혼에 상관없이 결혼을 한 경험이 있으며 결혼, 그렇지 않으면 미혼으로 정리하였다. 고용형태는 주부와 학생을 제외하고 고용과 비고용으로 나누어서 정리하였으며 소득의 경우 월평균 가구균등화 소득을 사용하였다. 연간소득으로 조사된 자료는 월로 나누어 계산하였고, 19세 이상 가구원수를 제공근하여 월평균 가구균등화 소득을 계산하였다.

2) 집중지수

집중지수는 건강불평등을 측정하는 도구로 사용된다. 사회·경제적 차이에 따른 건강불평등, 전체 집단의 건강상태, 사회계층간의 인구변동을 반영할 수 있다는 점에서 유용하다(김소영, 2005). 집중지수는 집중곡선(Concentration Curve)을 바탕으로 집중곡선과 '형평선' 이라고 불리는 45도 직선을 기준으로 한 면적에 2를 곱하여 계산할 수 있으며 집중지수는 -1에서 1까지의 값을 갖는다(이준협 외, 2009; 안병철, 2009; 허종호, 2014). 음양의 부호는 불평등성의 방향, 절대값은 그 정도를 나타내는데, 집중곡선과 형평선이 일치하는 경우에는 불평등이 존재하지 않으며 0값을 갖게 된다(허종호, 2014). 즉, 집중지수는 지니계수와 마찬가지로 0에 가까울수록 형평에 가깝고 1의 절대값에 가까울수록 불평등이 커지는 것으로 해석할 수 있다. 예를 들어, -1인 경우에는 저소득층의 자기보고건강 나쁨, 우울감 경험과 같은 건강결과가 집중되어 있다는 뜻이며, 1인 경우 고소득층에게 자기보고건강 나쁨, 우울감 경험과 같은 건강결과가 집중되어 있다는 것으로 해석할 수 있다. 집중곡선의 가로축은 사회경제적 특성에 의한 순위에 따른 누적된 인구비율 즉, 낮은 사회계층에서 시작하는 인구비율을 가로축으로 하고, 세로축은 건강상태의 누적백분율이다. 본 연구에서는 집중지수를 계산하기 위해서 종속변수를 자기보고 건강 나쁨과 우울감 경험여부를 Y축으로 하고 소득분위에 따라 개개인을 X축으로 하여 집중곡선을 바탕으로 그 값을 산출하였다.

$$CI = \frac{2}{nu} \sum_{i=1}^n x_i R_i - 1$$

본 수식에서 n 은 인구수, \bar{u} 는 인구의 구하고자 하는 항목의 평균(자기보고건강, 우울감 경험)이며, x_i ($i=1,2,\dots,n$)는 개인의 i 의 구하고자 하는 항목(자기보고건강, 우울감 경험)이며, R_i 는 개인의 소득순위(fractional rank)이다.

또한, 공변량을 통하여 집중지수를 산출하는 방법은 다음과 같다.

$$CI = \left(\frac{2}{\bar{y}} \right) \text{cov}(y_i, R_i)$$

이 식에서 y_i 는 구하고자 하는 항목(자기보고건강, 우울감 경험)이고, \bar{y} 는 y_i 의 평균이며, R_i 는 i 번째 개인의 소득순위이며 $\text{cov}(\cdot)$ 는 공분산을 나타낸다.

그러나 종속변수가 이분형인 경우 집중지수의 범위가 종속변수의 평균에 따라 달라질 수 있다는 문제점이 제기되었다(Wagstaff, 2005, Erreygers 2009). 또한 건강종속변수를 ‘문제 있음’과 ‘문제 없음’ 중 무엇을 중심으로 집중지수를 산출하는지에 따라서도 그 값이 달라지기 때문에 건강 형평성 해석에 어려움이 따른다는 문제점도 함께 제기되었다. 이러한 문제를 보완하기 위해 Wagstaff와 Erreygers는 다음과 같은 방식으로 기존의 집중지수를 보정할 것을 제시하였고, 본 연구에서도 기존의 집중지수와 함께 이를 계산하여 살펴보았다.

Wagstaff 와 Erreygers가 제안한 집중지수 산출법은 다음과 같다.

$$\begin{aligned} \text{Wagstaff } CI &= \frac{CI}{1 - \bar{y}} \\ \text{Erreygers } CI &= \left(\frac{4\bar{y}}{y_{\max} - y_{\min}} \right) * CI \end{aligned}$$

또한 본 연구에서는 기본 집중지수를 간접 표준화 방식을 통하여 계산하였다. 간접 표준화 방식은 특정 인구집단의 사건 발생률이 전체 인구집단의 발생률보다 높은지 비교하는 것인데, 비교하고자 하는 집단의 연령별 발생률이 산출되어 있지 않고 전체의 발생률만 산출되어있는 경우 사용하는 방법이다. 대표적인 예는 표준화된 사망률(standardized mortality ration)이 있다(Naing, N. N., 2000).

3. 변수

1) 자기보고건강

개인이 스스로 전반적인 건강에 대하여 평가하는 자기보고건강은 정확하고 믿을만한 건강수준 지표이며 측정방법도 내용이 단순하고 조사 대상자들이 이해하는데 어려움이 적고 의료인을 통하지 않고 바로 조사할 수 있다는 간편성을 갖추었다(Idler & Benyamini, 1997; 김혜련 외, 2004; 양동욱, 2014). 또한 OECD Health Data에서도 각 나라의 건강수준을 비교하는 지표로 자기보고건강(Self reported health)를 사용하고 있으며 자기보고건강은 측정하기 용이하고

타당한 지표라 할 수 있다(양동욱, 2014). 본 연구에서는 자기보고건강을 매우 좋음, 좋음을 ‘ 좋음 ’으로, 매우 나쁨, 나쁨, 보통을 ‘나쁨’으로 이분화 하였다. OECD 회원국 대부분 건강 관련 응답범주는 ‘매우 좋음’, ‘ 좋음’, ‘보통’, ‘ 좋지 않음’, ‘매우 좋지 않음’으로 지역사회건강조사의 응답범주와 유사하다. 이러한 응답범주를 ‘ 좋음’와 ‘ 좋지 않음(나쁨)’으로 분류하는 이분형 분류 방식도 OECD를 비롯한 많은 선행 연구를 통해 ‘탁월함’, ‘매우 좋음’, ‘ 좋음’을 ‘양호’로 ‘보통’, ‘ 좋지 않음’을 ‘비양호’로 분류한 것을 알 수 있으며 ‘보통’을 ‘비양호(나쁨)’로 분류하는 것은 일반적 기준에 근거한다(OECD, 2013). 또한 이러한 변수의 조작은 지역사회건강조사의 자기보고건강 결과값을 로지스틱회귀분석을 위하여 이분형으로 조작한 연구는 김재현(2018)의 연구나 서울시 보건지표조사의 자기보고건강 결과값을 이용한 김윤희(2008)의 연구 등이 있다.

2) 우울감 경험

우울감은 삶의 만족도에 유의미하고 크게 영향을 미치는 영향요인이다(박미진, 2012; 안성아 & 심미영, 2015). 우울을 경험한 사람들은 재정적인 스트레스를 겪을 확률이 증가하고 여러 방면에서의 기능적인 손상이 있다고 나타났으며 이는 삶의 질이 저하시키는 요인이다(김현미 & 최진숙, 2012). 또한 우울은 자살과 유의미한 관계가 있으며 자살한 사람의 50-87%가량이 자살 당시에 우울증상이 있는 상태(오병훈, 2006)이기 때문에 국가적인 차원에서 국민의 우울 증에 대한 지속적인 모니터링과 관리가 필요하다. 지역사회건강조사에서는 “1년 동안 연속적으로 2주 이상 일상생활에 지장이 있을 정도로 슬프거나 절망감을 느낀” 것으로 우울감 경험여부를 조사하였으며 답변은 ‘예’, ‘아니오’로 이분화 되었다.

III. 연구결과

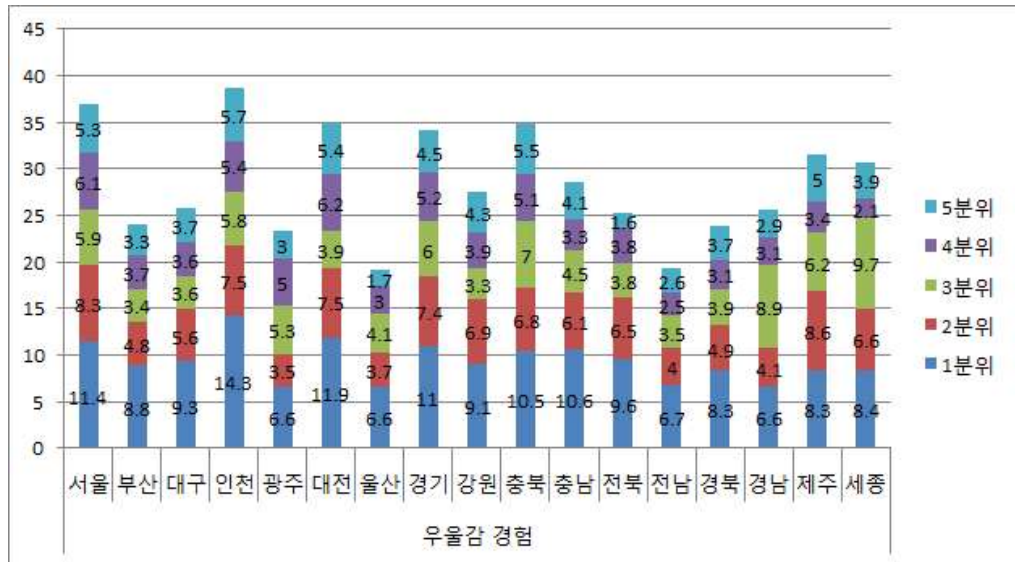
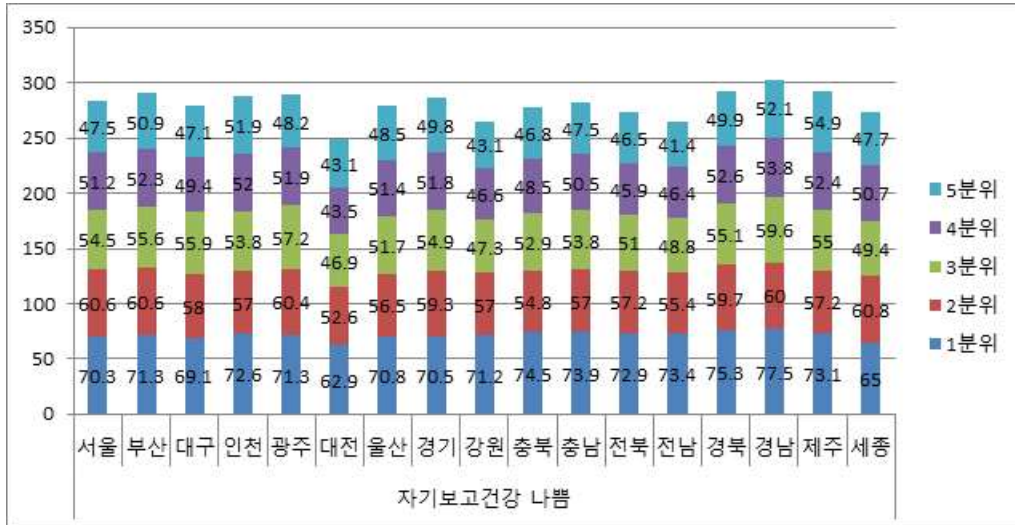
1. 연구 대상의 일반적 특징

본 연구대상의 전국적 자기보고건강 나쁨 응답비율은 56.9%, 우울감 경험율은 6.1%로 나타났다. <표 1>를 보면, 여자보다는 남자가 주관적으로 느끼는 건강상태 및 정신건강이 양호했다. 연령은 높을수록 자기보고건강을 나쁘다고 느끼는 비율이 많아지고, 우울감을 더 많이 경험하는 것으로 나타났다. 도시거주 여부를 동, 읍/면으로 나누었을 때, 도시 거주자가 읍/면 거주자보다 자기보고 건강상태와 정신건강이 좋은 것으로 나타났다. 다만 우울감 경험은 도시 거주자가 더 높은 것으로 나타났다. 결혼여부에 따라 차이도 나타났는데, 미혼이 기혼보다 우울감 경험이 더 적은 것으로 나타났다. 교육수준에서는 학력이 높을수록 더 나은 주관적·정신적 건강상태를 가지고 있었다. 가구균등화 소득분위 1분위와 5분위의 각 항목별 차이는 부정적 자기보

고건강 23.3%p, 우울감 경험이 5.5%p로 나타났다. 즉, 소득분위가 높을수록 자기보고건강이 좋고 우울감 경험 여부가 적은 것으로 나타났다. <그림 1>은 각 시도별 가구소득분위 따른 자기보고건강 나쁨과 우울감 경험여부를 나타냈다. 전국적으로 가구균등화소득 1분위와 가구균등화소득 5분위의 자기보고건강 항목의 차이의 평균은 23.5%p, 우울감 경험은 5.4%p로 나타났다. 특히, 자기보고건강 나쁨이 항목에서 소득분위 간 차이가 심한 지역은 전남(32%p), 강원(28.1%p), 충북(26.4%p) 이었고 우울감 경험 항목에서 차이가 심한 지역은 인천(8.6%p), 전북(8%p), 경기(6.5%p), 충남(6.5%p), 서울(6.1%p) 으로 나타났다. 또한 같은 소득분위라도 지역에 따라 건강결과가 다른 양상을 보였는데, 서울의 경우 자기보고건강이 '나쁘다' 라고 응답한 1분위는 약 70%이지만 경남의 1분위에서는 약 78%, 약 8%p 차이를 타나냈으며 우울감 경험 여부의 경우 서울 지역의 1분위는 11.5%가 우울감을 경험했지만 전남의 1분위의 경우 6.7%만이 우울감을 경험하였다고 하였다. 이는 전국적으로 소득분위에 따른 자기보고건강과 우울감 경험에 대한 차이가 있는 것으로 파악된다.

〈표 1〉 연구대상의 일반적 특성

구분	자기보고건강(나쁨, %)	우울감 경험(예, %)
성별		
남	51.5%	4.2%
여	62.1%	7.9%
연령		
19-45	46.7%	5.4%
46-64	61.1%	6.2%
65-74	77.0%	7.8%
75≤	83.4%	8.2%
도시 구분		
동	56.2%	6.2%
읍/면	59.7%	5.3%
결혼		
결혼	61.5%	6.2%
미혼	40.9%	5.5%
교육		
≤초졸	81.5%	9.1%
중졸	70.7%	7.3%
고졸	58.4%	6.3%
전문대졸≤	46.1%	4.8%
고용형태		
고용	52.6%	4.7%
비고용	65.7%	4.5%
주부/학생	63.4%	8.4%
가구균등화 소득분위		
1분위	71.9%	9.8%
2분위	58.7%	6.5%
3분위	54.3%	4.9%
4분위	50.9%	4.7%
5분위	48.6%	4.3%



‘주: 응답자 누적 비율(%)임.’

〈그림 1〉 시도별 가구소득분위에 따른 주관적 건강수준 및 우울감 경험여부(%)

2. 지역별 자기보고건강 나쁨과 우울감 경험 집중지수

본 연구에서는 지역별 소득분위에 따른 자기보고건강 나쁨과 우울감 경험에 대한 불평등의 크기를 측정하였으며〈 표 2〉 전국적으로 자기보고건강과 우울감 경험 항목에 대한 불평등을 확인 할 수 있었다. 자기보고건강 나쁨과 우울감 경험 항목 모두 음(-)의 값으로 나타났는데 이는 불평등이 저소득층의 편향되어 있음, 즉 불평등이 소득이 낮은 사람에게 보다 집중되어 있음을 나타낸다. 또한 연령 및 성별을 표준화한 집중지수를 통하여 각 지역별 자기보고건강

나쁨의 불평등을 측정하였다. 성과 연령 등을 보정한 전국의 자기보고건강 나쁨의 불평등의 크기는 -0.032(0.001), 우울감 경험은 -0.142(0.007)로 나타났으며, 연령과 성별이 표준화 된 집중지수를 중심으로 설명한다. 전국 전체 보다 주관적 건강수준의 불평등이 심화된 지역은 충북, 광주, 대구, 서울, 대전, 전북, 강원, 전남으로 나타났다. 자기보고건강 나쁨에 대한 불평등의 크기가 가장 큰 전남과 가장 작은 인천의 차이는 약 0.031으로 나타났다. 우울감 경험의 불평등의 크기도 전국 전체 보다 심화된 지역은 경기, 울산, 전남, 경북, 강원, 인천, 대구 부산, 세종, 충남, 전북으로 나타났으며 우울감 경험의 불평등 크기가 가장 큰 전북(-0.219)과 가장 작은 충북(-0.107)의 차이는 약 0.11로 나타났다. 자기보고건강 나쁨과 우울감 경험 두 항목 모두에서 전국 전체보다 불평등이 있는 지역은 전남, 강원, 대구, 전북으로 나타났다. 대구를 제외한 전남, 강원, 전북 지역의 특징은 전국평균 연령인 46.8세 보다 2.4세 높은 49.2세이며, 주로 농/림/어업 종사자가 대부분이었다. 또한 이 지역들의 평균 가구균등화소득은 184.7만원으로 나타났으며, 전국 평균 가구균등화 소득인 212만원과 약 27만원의 차이를 나타냈다. 대구의 경우 45.9세로 전국 평균보다 낮은 연령이었으며 농/림/어업 종사자가 1.1% 밖에 되지 않았지만, 단순노무종사자의 비율이 타 지역보다 높았다. 또한 대구의 평균 가구균등화소득도 198.6만원으로 전국 평균 가구균등화소득보다 낮게 나타났다.

〈표 2〉 시도별 자기보고건강 나쁨 및 우울감 경험의 소득 관련 집중지수(CI)

구분	자기보고건강 나쁨 CI(표준오차)	연령 및 성별 표준화 자기보고건강 나쁨 CI(표준오차)	우울감 경험 CI(표준오차)	연령 및 성별 표준화 우울감 경험 CI(표준오차)
전국	-0.082(0.002)	-0.032(0.001)	-0.178(0.008)	-0.142(0.007)
서울	-0.080(0.004)	-0.04(0.004)	-0.154(0.018)	-0.131(0.017)
부산	-0.075(0.006)	-0.029(0.005)	-0.235(0.032)	-0.192(0.030)
대구	-0.083(0.008)	-0.038(0.007)	-0.222(0.042)	-0.181(0.039)
인천	-0.066(0.009)	-0.021(0.008)	-0.212(0.034)	-0.18(0.032)
광주	-0.078(0.011)	-0.037(0.010)	-0.115(0.045)	-0.079(0.041)**
대전	-0.080(0.010)	-0.042(0.009)	-0.151(0.048)	-0.129(0.044)
울산	-0.067(0.010)	-0.023(0.009)	-0.221(0.053)	-0.156(0.046)
경기	-0.066(0.003)	-0.026(0.003)	-0.181(0.015)	-0.151(0.014)
강원	-0.113(0.007)	-0.052(0.006)	-0.215(0.034)	-0.173(0.032)
충북	-0.098(0.008)	-0.034(0.007)	-0.142(0.034)	-0.107(0.032)
충남	-0.099(0.007)	-0.031(0.007)	-0.264(0.038)	-0.214(0.036)
전북	-0.111(0.010)	-0.043(0.009)	-0.271(0.035)	-0.219(0.033)
전남	-0.130(0.006)	-0.052(0.006)	-0.231(0.032)	-0.159(0.031)
경북	-0.094(0.005)	-0.03(0.005)	-0.221(0.028)	-0.165(0.027)
경남	-0.078(0.006)	-0.026(0.006)	-0.169(0.040)	-0.11(0.036)
제주	-0.063(0.012)	-0.018(0.010)**	-0.163(0.067)	-0.13(0.064)
세종	-0.065(0.022)	0.002(0.021)**	-0.248(0.090)	-0.194(0.081)

* 제외한 모든 집중지수의 p값<0.05, *의 경우 p값<0.1

〈표 3〉은 기존의 집중지수를 보정한 Wagstaff와 Erreygers 집중지수의 결과값이다. 집중지수

의 결과값이 조금 더 큰 Wagstaff의 집중지수를 중심으로 설명하였다. 전국의 자기보고건강 나쁨의 불평등 크기는 Wagstaff $-0.189(0.004)$, Erreygers $-0.185(0.004)$ 로 비슷하게 나타났다. 우울감 경험의 불평등의 크기는 Wagstaff $-0.189(0.009)$, Erreygers $-0.043(0.002)$ 으로 나타났다. 자기보고건강 나쁨의 불평등이 가장 큰 지역은 전남으로 나타났으며 가장 작은 지역은 세종으로 나타났다. 특히 전남은 자기보고건강 나쁨의 집중지수가 $-0.300(0.015)$ 으로 불평등의 크기가 매우 크게 나타났다. 우울감 경험의 불평등이 가장 큰 지역은 전북으로 나타났으며 광주가 가장 불평등의 크기가 작은 것으로 나타났다. 전북의 우울감 경험 집중지수 역시 $-0.289(0.037)$ 로 불평등의 크기가 큰 것으로 측정되었다. 전남과 전북 두 지역의 특징은 평균 나이가 각각 50.3세 48.6으로 전국 평균나이인 46.8세 보다 높으며 고졸이하의 비율이 전북 59.4%, 전남 67.3%로 각 지역 거주민의 절반이 넘었다. 또한 대부분의 거주자가 농/림/어업에 종사하는 것으로 나타났으며 특히 전남의 경우 읍/면의 비율이 58.6%로 다른 지역들에 비하여 높게 나타났다. 소득부문에서는 전남의 평균 가구균등화소득은 181.4만원, 전북의 평균 가구균등화소득은 180.5만원으로 전국 최하위 수준으로 나타났다. 평균 가구균등화소득이 가장 높은 지역은 서울로 254.7만원으로 전남, 전북지역과 약 70만 원 이상 차이가 난다.

〈표 3〉 시도별 Wagstaff, Erreygers 자기보고건강 나쁨 및 우울감 경험 집중지수

구분	Wagstaff 자기보고건강 나쁨 CI(표준오차)	Erreygers 자기보고건강나쁨 CI(표준오차)	Wagstaff우울감 경험 CI(표준오차)	Erreygers 우울감 경험 CI(표준오차)
전국	-0.189(0.004)	-0.185(0.004)	-0.189(0.009)	-0.043(0.002)
서울	-0.180(0.010)	-0.177(0.010)	-0.166(0.020)	-0.044(0.005)
부산	-0.182(0.014)	-0.176(0.014)	-0.247(0.034)	-0.046(0.006)
대구	-0.192(0.020)	-0.188(0.019)	-0.234(0.044)	-0.048(0.009)
인천	-0.154(0.021)	-0.151(0.021)	-0.229(0.036)	-0.064(0.010)
광주	-0.181(0.025)	-0.178(0.025)	-0.120(0.047)	-0.021(0.008)
대전	-0.157(0.020)	-0.157(0.020)	-0.161(0.051)	-0.040(0.013)
울산	-0.147(0.022)	-0.146(0.022)	-0.229(0.054)	-0.031(0.007)
경기	-0.152(0.007)	-0.149(0.007)	-0.194(0.017)	-0.047(0.004)
강원	-0.250(0.015)	-0.248(0.015)	-0.229(0.036)	-0.051(0.008)
충북	-0.223(0.017)	-0.220(0.017)	-0.153(0.036)	-0.040(0.010)
충남	-0.236(0.017)	-0.230(0.017)	-0.281(0.040)	-0.064(0.009)
전북	-0.262(0.023)	-0.256(0.022)	-0.289(0.037)	-0.065(0.008)
전남	-0.300(0.015)	-0.294(0.014)	-0.242(0.034)	-0.040(0.006)
경북	-0.238(0.013)	-0.228(0.012)	-0.233(0.030)	-0.046(0.006)
경남	-0.198(0.016)	-0.190(0.016)	-0.175(0.041)	-0.026(0.006)
제주	-0.154(0.029)	-0.149(0.028)	-0.174(0.072)	-0.042(0.017)
세종	-0.145(0.049)	-0.143(0.049)	-0.261(0.095)	-0.051(0.019)

* $p < 0.05$, '주: 소수넷째자리에서 반올림함.

IV. 결 론

1. 연구의 요약

본 연구는 2013년 질병관리본부의 지역사회건강조사를 바탕으로 소득을 기준으로 하여 건강결과에 대한 불평등을 측정하는 집중지수를 사용하였다. 연구의 신뢰성을 위하여 일반 집중지수와 Wagstaff, Erreygers 집중지수를 사용하여 지역별 건강불평등을 측정하였다. 연구결과 실제로 전국적으로 건강불평등이 존재함을 확인하였으며 특정 지역에서는 그 불평등이 더욱 심화되는 것을 확인 할 수 있었다. 선행연구와 마찬가지로 본 연구에서도 일반적으로 사회경제적 수준이 높을수록 자기보고건강이 좋게 나타났으며 및 우울감 경험이 더 낮은 것으로 나타났다. 하지만 같은 소득분위여도 지역에 따라 주관적으로 느끼는 건강상태나 우울감 경험율이 다르게 나타났다. 같은 5분위라도 수도권지역 거주자가 비수도권지역 거주자보다 자기보고건강을 좋다고 응답하였다. 서울의 경우, 5분위의 자기보고건강이 나쁘다고 느끼는 비율은 47.5%였지만 경남의 경우 같은 5분위이지만 자기보고건강이 나쁘다고 느끼는 비율은 52.1%로 나타났다. 다만, 우울감 경험은 서울 등의 소득수준이 높은 지역에서도 높게 나타났는데, 이는 우울에 대한 인지율 혹은 소득이 높아지면서 나타나는 현상으로 볼 수 있다. 비슷한 맥락으로 미혼보다 기혼상태의 응답자의 건강결과들이 미혼상태의 응답자보다 상대적으로 나쁘게 나타난 것을 알 수 있는데 이는 가족부양 등의 책임 등으로 인한 결과로 볼 수 있다.

두 번째로, 각 시도별 집중지수 분석결과 전국적으로 자기보고건강 나쁨과 우울감 경험에 대한 불평등이 확인되었으며 집중지수가 음(-)의 값을 가짐으로 불평등이 저소득층에게 편향되어 있었다. 또한 특정 지역에서는 불평등이 더욱 심각한 것을 확인할 수 있는데 비수도권 지역, 특히 전남은 자기보고건강, 전북은 우울감 경험 불평등이 가장 큰 것으로 나타났다. 이 지역의 인구학적 특성은 65세 이상 노인인구가 전체인구의 20%가 넘으며, 주로 농/림/어업에 종사하는 것으로 나타났다. 또한 가구균등화 소득의 1분위 가구의 비율이 가장 많았으며, 1분위와 2분위가 전체인구의 절반을 넘었다. 우울감 경험의 불평등 역시 가구균등화 평균 소득이 상대적으로 낮은 지역에서 더욱 심화되었다. 하지만 부산이나 대구 같은 평균 가구균등화소득이 높은 곳에서도 우울감 경험에 대한 불평등의 크기가 큰 것으로 나타났는데, 이는 우울감에 대한 인지율 차이와 소득이 높을수록 가지는 책임감 등에서 오는 스트레스 등의 영향을 받은 것으로 알 수 있다.

2. 고찰 및 시사점

본 연구에서의 결과를 통하여 전반적인 복지정책에 대한 시사점 및 제언은 다음과 같다. 기

존의 연구들은 건강불평등의 요인을 소득 등에 한정하여 이를 바탕으로 한 복지정책등도 대부분 재정적 지원 위주였던 경향이 있었다. 하지만 지역주민의 신체적·정신적 건강을 위해서는 지역 특성에 맞는 복지정책을 제공해야하기 때문에 기존 복지정책이 소득을 중심으로 복지서비스를 제공하여 다른 지역적 특성을 가진 지역에도 동일한 복지정책이 시행되는 등의 한계가 있었다. 따라서 지역 구성원들의 개별적 특성과 지역사회의 환경개선을 통한 의료의 접근성 향상 등을 고려한 지역주민이 처한 환경적 특성을 바탕으로 복지정책을 세워야 한다. 또한 상대적으로 불평등이 큰 지역들은 노인인구가 많았으며 생물학적 노화와 생산성 감소 등으로 단순노무직 혹은 농/림/어업에 종사하는 것으로 나타났다. 이는 단순한 재정지원의 복지정책이 아니라 노인인구 특성에 맞는 복지정책을 세워야한다는 것을 나타낸다. 즉, 거동의 불편, 제한된 대중매체 정보 등 현실적으로 제약이 많은 노인인구를 위하여 찾아가는 복지서비스 등을 통한 지원으로 단순한 행정절차, 활용 가능한 복지정책에 대한 정보제공 등이 필요하다(김주희 외, 2015). 강영호(2018)의 연구에서도 건강 수준이 낮은 곳에 의료자원을 우선적으로 배분하는 것은 타당한 것처럼 보이나 실제적으로 건강수준을 높이지 못했다면 공정하다고 볼 수 없다고 하였다. 그러한 문제점들을 고려하였을 때, 확대된 ‘커뮤니티 케어’가 좋은 대안이 될 수 있다. 커뮤니티 케어는 주민참여형 보건사업이다. 지역사회의 특성과 지역주민이 필요한 보건사업을 만드는 사업의 일환이다. 지역에 특성에 따라 상이한 보건사업을 제공하는데 장기적으로는 지역사회의 지속가능한 역량 생성 및 강화하여 건강 결과에 긍정적인 역할을 미치게 하는 것이다(허현희, 2018). 또한 단순히 보건사업에만 그칠 것이 아니라 지역 거주 저소득층을 위한 사업도 지역사회에 맞게 구성할 수 있다. 예를 들어, 현재 건강불평등이 심화된 지역 거주민들의 직업은 농/림/어업 종사자였던 것에 근거하여 해당 지역에서의 저소득층에 대한 지원 사업은 민관이 협력으로 마을농수산물 인터넷 직거래 장터 등을 개설하여 저소득층에게 추가적인 수입을 창출할 수 있도록 한다는 식의 방안이다.

또한, 노년층을 대상으로 한 정신건강에 대한 보건정책은 ‘노인자살예방사업’을 제외하고는 이렇다 할 정책이 없는 실정이다. 본 연구를 통하여 우울감 경험률이 높은 지역은 경남, 경북 등 노인 인구가 많은 지역으로 나타났다. 노년층의 우울은 자살로 이어질 가능성이 매우 높으며, 우리나라는 OECD국가 중에서 노인자살률 1위이다(김진호, 2012). 2016년 보건복지부의 정신건강실태조사에 따르면 도시지역에 비하여 농촌지역에 거주할 경우 우울증 위험이 1.6배 높았다. 따라서 노년층의 우울감이 자살로 이어지지 않도록 하는 적극적인 보건정책이 필요하다. 그 첫걸음은 우울증에 대한 인지율을 제고하는 것이 우선되어야 한다. 우울증에 대하여 노출시킬 수 있는 창구인 경로당, 마을회관, 지역보건소 외에 마을 입구 등에 판넬 등을 설치하여 지속적으로 우울증이라는 질병이 있음을 인식시켜야한다. 우울증의 심각성은 상대적으로 최근에 대두되어 현재 노년층은 우울증이라는 질병의 심각성에 대해 생소할 수 있으며 우울증 자가진단이 어려울 수 있다. 또한 우울증 인지 후, 지역보건소에서 꾸준한 관리가 필요하다. 이는 지

역주민들이 개인의 필요와 욕구에 맞는 서비스를 누리며 함께 살아가는데 도움을 주는 커뮤니티 케어로 해결될 수 있다. 농어촌 지역에서는 도시에 비해 지역사회 커뮤니티가 활발하게 소통하여 지역 정부의 의지와 지지가 있다면 쉽게 커뮤니티 케어를 실천할 수 있을 것이다.

본 연구에서는 어떠한 지역적 특성이 소득관련 건강불평등을 심화시켰는지 본 연구를 통하여 구체적으로 밝혀낼 순 없었지만, 특정 지역의 저소득층 건강 행태가 특별히 더 좋지 않거나 미충족 요인들로 인하여 불평등이 심화되었을 가능성이 있다. 이를 위해서는 후속연구 등을 통하여 어떠한 지역적 요인이 불평등을 야기하는지 구체적인 요인을 파악하여야 한다. 그럼에도 불구하고, 본 연구에서는 소득관련불평등이 전국적으로 발생했다는 것을 확인하고, 특정 지역에서는 더욱 심화되고 있다는 것을 확인 했다는 것에서 매우 의미가 있다.

3. 연구의 제한점

본 연구의 제한점은 다음과 같다. 첫째, 본 연구는 2013년 자료만의 사용한 단면조사로 그 결과를 일반화에는 한계가 있으며 후속연구로는 다년간의 건강결과를 분석한 종단연구를 통해 전반적인 건강불평등 양상을 파악하여야 한다. 둘째, 본 연구에서는 건강상태를 종합적으로 평가하여 지역 간 소득관련불평등을 논의했지만, 후속연구에서는 소득과 건강을 연결을 강화시키는 지역의 특성을 파악하는 것이 필요하다. 또한 의사 진단 우울증과 같은 객관적 지표를 사용한 것이 아니라 자가보고에 의존한 소득관련 건강불평등을 산출하였기 때문에 후속연구에서는 객관적 지표를 사용하는 것이 필요하다. 하지만 이러한 제한점에도 불구하고 지역별 소득 분위에 따른 건강불평등을 측정하고 지역별 건강불평등 차이를 본 최초의 논문으로서 의의를 가지며, 앞으로의 보건정책 수립에 있어서 기초자료로 활용될 수 있다는 의의를 가진다.

〈참고문헌〉

- 강영주·정광호. (2012). 한국사회의 소득불평등과 건강에 관한 실증연구. 「한국행정학보」, 46(4): 265-291.
- 강영호. (2005). 사회경제적 건강 불평등에 대한 생애적 접근법. 「예방의학회지」, 38(3): 267-275.
- 강영호·이상일·이무송·조민우. (2004). 사회경제적 사망률 불평등: 한국노동패널 조사의 추적 결과. 「보건행정학회지」, 14(4): 1-20.
- 강영호. (2018). 지역 건강불평등, 형평성의 의미를 찾아서. 「보건복지포럼」, 260: 2-5.
- 강혜원·조영태. (2007). 서울시 남녀노인의 건강불평등. 「한국사회학」, 41(4): 164-201.
- 국민건강보험공단 건강보험정책연구원. (2013). 정신건강문제의 사회경제적 영향 분석 및 관리방

안 연구 :우울증을 중심으로

- 권정옥·이은남·배선희. (2015). 건강불평등에 대한 개념분석. 『J Korean Acad Nurs』, 21(1): 20-31.
- 김동진. (2018). 소득·교육 수준에 따른 나쁜 생활습관의 격차와 함의. 『보건·복지 Issue&Focus』, 348: 1-8.
- 김동진. (2018). 지역박탈에 따른 사회계층 간 건강행태의 격차 현황과 과제. 『보건복지포럼』, 260: 20-38.
- 김민경·정우진·임승지·윤수진·이자경·김은경·고난주. (2010). 한국인의 사회경제적 불평등에 따른 주관적 건강수준의 차이와 건강행태 기여요인 분석. 『Journal of Preventive Medicine and Public Health』, 43(1): 50-61.
- 김미정·임차영. (2018). 한국 성인의 경제적 불평등에 따른 구강건강행태. 『한국산학기술학회논문지』, 19(4): 439-445.
- 김소영. (2005). 「건강불평등의 측정방법」, 의료관리학교실.
- 김순양·윤기찬. (2012). 지방자치단체의 규모별 건강불평등 및 그 영향요인에 관한 연구. 『지방정부연구』, 15(4): 31-57.
- 김윤주·이원기·감신. (2018). 질병에 따른 소득분위별 의료이용 불평등도 추이. 『J Health Info Stat』, 43(3): 223-230.
- 김윤희·조영태. (2008). 지역특성이 취약집단 건강에 미치는 영향 분석. 『한국인구학』, 31(1): 5-30.
- 김재현. (2018). 제 6 기 국민건강영양조사자료를 활용한 국내 성인의 체형지수 및 주관적 체형인식이 주관적 건강상태와 삶의 질에 미치는 영향 연구. 『보건사회연구』, 38(4): 323-340.
- 김재원·이태진. (2018). 경제적 불안정과 중년 남성의 정신건강. 『보건경제와 정책연구(구 보건경제연구)』, 24(1): 142-166.
- 김주희·유정원·송인한. (2015). 사회경제적 박탈이 우울에 미치는 영향. 『보건사회연구』, 35(3): 42-70.
- 김진구. (2012). 소득계층에 따른 노인들의 건강 불평등 측정: EQ-5D 척도를 중심으로. 『한국노년학』, 32(3): 759-776.
- 김진영. (2007). 사회경제적 지위와 건강의 관계. 『한국사회학』, 41(3): 127-153.
- 김진호. (2013). 노인 우울증에 대한 연구. (국내석사학위논문, 호남신학대학교 상담대학원, 광주. Retrieved from <http://www.riss.kr/link?id=T13058537>
- 김현미, 최진숙. (2012). 우울, 스트레스, 사회인구통계학적 특성이 삶의 질에 미치는 영향: 서울시 거주자를 대상으로. 『J Korean Assoc Soc Psychiatry』, 17(1).
- 김현정. (2017). 「지역사회의 질이 주민행복에 미치는 영향: 서울시 25 개 자치구를 대상으로」. 서울대학교 행정대학원.

- 김형용. (2010). 지역사회 건강불평등에 대한 고찰. 「한국사회학」, 44(2), 59-92.
- 김혜경·성준모. (2014). 노년기 우울에 영향을 미치는 중단적 요인. 「노인복지연구」, 66: 427-449.
- 김혜련·강영호·윤강재·김창석. (2004). 「건강수준의 사회계층간 차이와 정책 방향」, 서울: 한국 보건사회연구원.
- 박미진. (2012). 노인의 우울과 지지네트워크가 삶의 만족감에 미치는 영향. 「정신보건과 사회사업」, 40(1): 225.
- 박유경·김창엽·황승식. (2018). 미충족의료와 소득의 상호작용이 주관적 건강수준에 미치는 효과. 「보건과 사회과학」, 47: 57-83.
- 신호성·이수형·박봉희. (2012). 「건강형평성 강화를 위한 의료서비스 전달체계 개선방안 (Healthcare delivery reform for reduciing health inequality)」, 연구보고서 2012-08.
- 심미영·염동문·안성아·정백근. (2012). 건강취약지역 저소득층이 인식한 건강불평등 관련요인 연구. 「비판사회정책」, (37): 155-201.
- 안병철·최의현. (2009). 중국의 지역간 소득기반 건강 불평등에 대한 연구.
- 안성아·심미영. (2015). 대학생의 스트레스가 주관적 행복에 미치는 영향. 「한국산학기술학회 논문지」, 16(10), 7021-7033.
- 양동욱. (2014). 「주관적 계층의식이 건강위험행동 및 주관적 건강상태에 미치는 영향」, 서울대학교 대학원.
- 오병훈. (2006). 노인 우울증의 진단과 치료. 「대한임상노인의학회지」, 7: 83-92.
- 오영호. (2018). 한국의 소득수준 간 의료이용 차이의 계량적 분석: 2015. 「보건행정학회지」, 28(4): 339-351.
- 윤인진·김상돈. (2008). 사회경제적 지위와 주관적 계층의식이 생활만족에 미치는 영향. 「도시행정학보」, 21(2): 153-185.
- 윤태호. (2010). 지역 간 건강 불평등의 현황과 정책과제. 「황과 복지」, 30: 49-77.
- 이광옥·윤희상. (2001). 사회 경제적인 불평등이 건강 불평등에 미치는 영향 연구. Community Nursing, 12(3): 609-619.
- 이미숙. (2005). 한국 성인의 건강불평등. 「한국사회학」, 39(6): 183-209.
- 이상영. (2016). 한국사회의 사회·심리적 불안의 원인과 대응방안. 「보건·복지 Issue&Focus」, 1-8.
- 이용재. (2010). 소득계층별 건강상태에 따른 의료이용 형평성 분석. [A Equity in Health Care Utilization by Health Status]. 「한국사회정책」, 17(1): 267-290.
- 이준협·윤병준·정형선. (2009a). EQ-5D 로 측정된 소득 계층별 건강집중지수의 분해. 「보건과 사회과학」, 26: 67-87.
- 이준협·윤병준·정형선. (2009b). EQ-5D로 측정된 소득 계층별 건강집중지수의 분해. [Decomposition

- of the Health Concentration Index by Health Dimensions Applied on EQ-5D]. 「보건과 사회과학」, 26: 67-87.
- 이진희. (2016). 지역적 건강불평등과 개인 및 지역수준의 건강결정요인. 「보건사회연구」, 36(2): 345-384.
- 이투데이. (2018). '마음의 병' 우울증 환자, 5년새 16%↑. doi: <http://www.etoday.co.kr/news/section/newsview.php?idxno=1661538>
- 임근식. (2012). 지역주민의 삶의 질 인식과 영향요인에 관한 연구. 「한국행정과 정책연구」, 10(1), 47-89.
- 장인수·김홍석. (2016). 서울시민들의 주관적 건강 행복지수 결정요인 분석. 「보건사회연구」, 36(3): 85-118.
- 조성자·김병석. (2014). 노년기의 스트레스와 삶의 만족도간의 관계: 우울, 자기효능감, 마인풀니스 (mindfulness) 의 매개효과. 「한국노년학」, 34(1): 49-71.
- 최민호. (2018). 「지역사회의 자본요인에 대한 평가가 삶의 질에 미치는 영향-주관적 계층의식의 조절효과를 중심으로」. 서울대학교 대학원,
- 허중호·황종남. (2014). 소득 수준에 따른 암검진 이용 형평성 연구. 「보건사회연구」, 34(3): 59-81.
- 허현희. (2018). 건강불평등 완화를 위한 지역사회 주민 참여 접근. 「보건복지포럼」, 260: 62-77.
- 황선재. (2015). 불평등과 사회적 위험. 「보건사회연구」, 35(1): 5-25.
- Bierman, A. S., & Dunn, J. R. (2006). Swimming upstream: access, health outcomes, and the social determinants of health. *Journal of general internal medicine*, 21(1): 99-100.
- Black, D., Morris, J., Smith, C., & Townsend, P. (1980). *The Black report: inequalities in health*. London: DHSS.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological bulletin*, 125(2): 276.
- Erreygers, G. (2009). Correcting the concentration index. *Journal of health economics*, 28(2): 504-515.
- Gravelle, H., & Sutton, M. (2003). Income related inequalities in self assessed health in Britain: 1979-1995. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 57(2): 125-129.
- Hong, J. (2012). *Socio-economic inequalities in mental health and their determinants in South Korea*, The London School of Economics and Political Science (LSE).
- House, J. (2001). Translation quality assessment: Linguistic description versus social evaluation. *Meta: Journal des Traducteurs/Meta: Translators' Journal*, 46(2): 243-257.
- Humphries, K. H., & Van Doorslaer, E. (2000). Income-related health inequality in Canada. *Social science & medicine*, 50(5): 663-671.

- Idler, E. L., & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of health and social behavior*, 21-37.
- Kakwani, N., Wagstaff, A., & Van Doorslaer, E. (1997). Socioeconomic inequalities in health: measurement, computation, and statistical inference. *Journal of econometrics*, 87-103.
- Liu, Y., Zhao, Y., Song, H., & Tang, K. (2018). Social inequity in health awareness and its association with health service utilization in ethnic conflict regions in northeastern Myanmar. *Journal of Public Health*, 26(3): 301-308.
- Mohammed, A. J., & Ghebreyesus, T. A. (2018). Healthy living, well-being and the sustainable development goals. *Bulletin of the World Health Organization*, 96(9): 590.
- Murray, C. J., Gakidou, E. E., & Frenk, J. (1999). Health inequalities and social group differences: what should we measure?. *Bulletin of the World Health Organization*, 77(7): 537.
- Naing, N. N. (2000). Easy way to learn standardization: direct and indirect methods. *The Malaysian journal of medical sciences: MJMS*, 7(1): 10.
- Rojas, B. M., Darboe, A., & Beogo, I. (2017). Socioeconomic differential in self-assessment of health and happiness in 5 African countries: Finding from World Value Survey. *PloS one*, 12(11): e0188281.
- Subramanian, S. V., Huijts, T., & Avendano, M. (2010). Self-reported health assessments in the 2002 World Health Survey: how do they correlate with education? *Bulletin of the World Health Organization*, 88: 131-138.
- Üstün, T. B., Ayuso-Mateos, J. L., Chatterji, S., Mathers, C., & Murray, C. J. (2004). Global burden of depressive disorders in the year 2000. *The British journal of psychiatry*, 184(5), 386-392.
- Park, Eun-Joo, Yeon, Mi-Yeon, & Kim, Chul-Woung. (2016). 한국사회의 지역박탈과 사회적 자본이 주관적 건강수준에 미치는 영향. 「한국산학기술학회논문지」, 17(10): 382-395.
- Veenhoven, R. (2008). Healthy happiness: Effects of happiness on physical health and the consequences for preventive health care. *Journal of happiness studies*, 9(3): 449-469.
- Wagstaff, A. (2005). The bounds of the concentration index when the variable of interest is binary, with an application to immunization inequality. *Health Econ*, 14(4): 429-432.
- Wagstaff, A., Paci, P., & Van Doorslaer, E. (1991). On the measurement of inequalities in health. *Social science & medicine*, 33(5): 545-557.
- Wilkinson, R. G., & Marmot, M. (2003). *Social determinants of health: the solid facts: World*

Health Organization.

- Wilkinson, R. G., & Pickett, K. E. (2009). Income inequality and social dysfunction. *Annual review of sociology*, 35: 493-511.
- Yujin, K., & Cheong-Seok, K. (2016). Health Inequality by Economic Status. [건강기대여명을 통해 본 경제지위에 따른 건강 불평등]. 「한국인구학」, 39(1): 85-105.
- Zhao, Y., Tang, K., Li, B., & Zhang, S. (2018). Health inequity in the post-conflict ethnic regions of northeastern Myanmar: a cross-sectional survey. *The Lancet Global Health*, 6, S6.

접수일(2019년 01월 25일)

수정일(2019년 02월 19일)

게재확정일(2019년 02월 27일)

<국문초록>

지역 간 소득관련 건강불평등 격차에 관한 연구

본 연구의 목적은 자기보고건강과 우울증 경험여부를 통하여 지역별 소득불평등 정도를 비교·분석하는 것이며, 질병관리본부의 2013년 지역사회건강조사를 이용하여 지니계수와 유사한 집중지수(Concentration Index, CI)를 측정하였다. 집중지수는 간접표준화방식을 이용하여 연령과 성별을 표준화한 집중지수와 건강변수의 이원성을 반영할 수 있도록 보정된 Wagstaff와 Erreygers의 집중지수를 계산하였다. 연구결과 저소득층에게 건강불평등이 집중되어 있음을 발견하였다. 자기보고건강(나쁨)의 집중지수는 -0.032 (표준오차: 0.001), 우울감 경험의 집중지수는 -0.142 (표준오차: 0.007)로 나타났다. 또한 소득관련불평등의 정도는 지역에 따라 다르게 나타났는데, 이는 특정 지역에서는 소득과 건강사이의 연관성이 더 강하다는 것을 의미하며 사회안전망과 건강형평성을 강화할 필요가 있음을 시사한다. 따라서 소득과 건강사이의 연관성을 강화시키는 지역적 요인을 확인하기 위한 후속연구가 필요하다.

주제어: 집중지수, 소득관련불평등, 건강불평등, 건강형평성, 자기보고건강