연구보고서 2018-35



국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발

김동진 · 최지희 · 이정아 · 배정은 · 김창엽 · 박유경 · 정여진
최영은 · 김명희 · 민동후

KIHASA
한국보건사회연구원
Korea Institute for Health and Social Affairs

【책임연구자】
김동진 한국보건사회연구원 연구위원

【주요 저서】

국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발-통계로 본 건강불평등
한국보건사회연구원, 2017(공저)

국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발
한국보건사회연구원, 2016(공저)

【공동연구진】
〈한국보건사회연구원〉
최지희 한국보건사회연구원 전문연구원
이정아 한국보건사회연구원 전문연구원
배정은 한국보건사회연구원 연구원
〈서울대학교 보건대학원〉
김창엽 서울대학교 보건대학원 교수
박유경 서울대학교 보건대학원 연구원
정여진 서울대학교 보건대학원 연구원
최영은 서울대학교 보건대학원 연구원
〈시민건강증진연구소〉
김명희 시민건강연구소 상임연구위원
민동후 시민건강연구소 영펠로우

연구보고서 2018-35

국민의 건강수준 제고를 위한
건강형평성 모니터링 및 사업 개발

발 행 일	2018년 12월
저 자	김 동 진
발 행 인	조 흥 식
발 행 처	한국보건사회연구원
주 소	[30147]세종특별자치시 시청대로 370 세종국책연구단지 사회정책동(1~5층)
전 화	대표전화: 044)287-8000
홈페이지	http://www.kihasa.re.kr
등 록	1994년 7월 1일(제8-142호)
인 쇄 처	㈜다원기획

ⓒ 한국보건사회연구원 2018
ISBN 978-89-6827-559-3 93510

발간사

불평등은 인류 사회의 오랜 질병이었다. 그러나 불평등은 퇴치되지 않고 오늘날까지 이어져 오고 있으며, 심지어 점점 더 위험수위로 치닫고 있다. 특히 우리나라는 저출산·고령화와 맞물려 청년 세대들의 기회 불평등은 사회문제로 발전하기도 하였다.

비단 우리나라뿐만 아니라 전 세계적으로 불평등 문제는 중요한 이슈가 되었다. 유엔에서는 지속가능한 발전 의제의 중심에 불평등을 포함시켜 모든 형태의 빈곤과 불평등 감소를 위해 전 세계적인 노력을 결집할 것을 주창하고 있다.

세계적으로 건강불평등 문제가 가장 먼저 관심을 받은 것은 영국의 블랙리포트 발표 이후라고 할 수 있으며, 우리나라에서는 1970년대부터 인구집단 간, 지역 간 건강 격차에 대한 연구가 수행된 바 있다. 이후 우리나라에서는 여러 차례에 걸쳐 건강불평등에 대한 문제 제기가 이루어진 바 있으나, 이를 해결하려는 정책 활동은 체계적으로 이루어지지 못했다.

건강불평등에 대한 대응을 위해서는 무엇보다도 현상에 대한 파악이 우선되어야 한다는 것이 이미 여러 나라의 경험을 통해 파악된 바 있다. 우리나라의 건강불평등 해소를 위해서도 건강불평등과 관련된 문제적 현황 파악을 통해 문제를 정확하게 인식하는 것에서부터 시작되어야 할 것이다.

이러한 측면에서 이 보고서는 우리나라의 건강불평등 지표 산출을 통해 건강불평등 현황을 파악할 수 있는 초석을 제공한다는 데 의의가 있다. 특히 올해에는 지역의 사회경제적 위치를 나타내 주는 한국형 박탈지수를 개발함으로써 지역 간 격차를 이해하고, 이를 해소할 수 있는 접근

방안에 대한 단초를 제공하고 있다.

이 연구는 김동진 연구위원의 주관하에 본원의 최지희 전문연구원, 이정아 전문연구원, 배정은 연구원과 서울대학교 보건대학원 김창엽 교수와 연구진, 시민건강증진연구소 김명희 박사와 연구진의 참여로 수행되었다. 연구가 진행되는 동안 사려 깊은 조언을 해 주신 본원 이상영 선임연구위원과 고려대학교 기명 교수에게 감사의 뜻을 전한다.

2018년 12월

한국보건사회연구원 원장

조 흥 식

목 차

Abstract ····· 1
요 약 ····· 3

제1부 서론 ····· 13

제1장 연구 필요성 및 목적 ····· 15
제1절 연구 배경 ····· 17
제2절 연구 필요성 ····· 25
제3절 연구 목적 ····· 28

제2장 연구 내용 및 기존 연구와의 차별성 ····· 31
제1절 건강불평등 모니터링 지표 산출 ····· 33
제2절 한국형 지역박탈지수 개발 ····· 34
제3절 의료이용의 불평등 모니터링 ····· 36

제2부 건강불평등 지표 모니터링 ····· 39

제1장 서론 ····· 41
제1절 연구 배경과 필요성 ····· 43
제2절 연구 목적 ····· 46

제2장 외국 사례 ····· 49

제3장 연구 방법 ····· 57

제1절 건강불평등 모니터링 절차 ····· 59
제2절 건강불평등 모니터링 지표 ····· 60
제3절 건강불평등 지표별 자료원 ····· 65
제4절 지표 생산 방법 ····· 71

제4장 연구 결과 ····· 73
제1절 사회구조적 요인 ····· 75
제2절 중재 요인 ····· 149
제3절 건강 결과 ····· 191

제3부 지역박탈지수 개발 및 산출 ····· 197

제1장 서론 ····· 199
제1절 연구 배경과 필요성 ····· 201
제2절 연구 목적 ····· 202

제2장 이론적 검토 ····· 203
제1절 국내 박탈지수 개발과 활용 ····· 205
제2절 국외 박탈지수 개발과 활용 ····· 224

제3장 연구 방법 ····· 241
제1절 한국형 지역박탈지수(KorDep_2018) 개발 절차 ····· 243
제2절 한국형 지역박탈지수(KorDep_2018) 분석 및 산출 ····· 248

제4장 연구 결과 ····· 263

제1절 한국형 지역박탈지수(KorDep_2010) 업데이트 ····· 265

제2절 한국형 지역박탈지수(KorDep_2018) 개발 및 시범적 측정 ····· 267

제4부 의료이용의 불평등 모니터링 ····· 283

제1장 서론 ····· 285

제1절 연구 배경과 필요성 ····· 287

제2절 연구 목적 ····· 291

제2장 이론적 검토 ····· 293

제1절 지역 의료불평등 관련 기존 현황 평가의 한계 ····· 295

제2절 정량적·정성적 방법을 종합한 모니터링 국내외 사례 ····· 300

제3장 연구 방법 ····· 305

제1절 지역 간 미충족 의료 불평등 측정을 위한 정성적 도구 개발 ····· 307

제2절 지역 미충족 의료 정성적 측정도구의 시범적 활용 ····· 314

제4장 연구 결과 ····· 319

제1절 지역 간 미충족 의료 불평등 측정을 위한 정성적 도구 개발 ····· 321

제2절 지역 미충족 의료 정성적 측정도구의 시범적 활용 결과 ····· 344

제5부 결론 및 정책 제언 ····· 359

제1장 주요 연구 결과 요약 및 함의 ····· 361

제1절 건강불평등 지표 모니터링 ····· 363
제2절 지역박탈지수 개발 및 산출 ····· 370
제3절 의료이용의 불평등 모니터링 ····· 375

제2장 정책 제언 ····· 383
제1절 건강불평등 지표 모니터링 ····· 385
제2절 지역박탈지수 개발 및 산출 ····· 389
제3절 의료이용의 불평등 모니터링 ····· 393

참고문헌 ····· 399

부 록 ····· 423
부록 1. 지표 정의 및 산출식 ····· 423
부록 2. 정성적 측정도구를 활용한 의료 접근성 정책 평가 ····· 442
부록 3. 지역 간 미충족 의료의 정성적 측정 결과 도출된 접근성 정책 ····· 453
부록 4-1. 지역 미충족 의료 평가 도구 양식 ····· 473
부록 4-2. 지역 미충족 의료 평가 도구 지침서 ····· 493
부록 4-3. 시범측정 지역 평가 점검표 ····· 544

표 목차

〈표 1-1-1〉 연차별 연구 추진 내용 ····· 24
〈표 2-1-1〉 연차별 건강불평등 지표 산출 ····· 46
〈표 2-3-1〉 연도별 건강불평등 모니터링 지표(2017, 2018년) ····· 61
〈표 2-3-2〉 2018년 건강불평등 지표 ····· 66
〈표 2-4-1〉 연도별 소멸위험지수(시·도별, 2013~2018년) ····· 76
〈표 2-4-2〉 노인인구 비율(성별, 시·도별, 65세 이상, 2017년) ····· 78
〈표 2-4-3〉 등록 장애인 비율(성별, 시·도별, 2017년) ····· 81
〈표 2-4-4〉 외국인 주민 비율(성별, 시·도별, 2016년) ····· 83
〈표 2-4-5〉 연도별 대학 졸업자 인구 비율(성별, 연도별) ····· 84
〈표 2-4-6〉 대학 졸업자 인구 비율(성별, 직업별, 30~64세, 2015년) ····· 85
〈표 2-4-7〉 대학 졸업자 인구 비율(전체, 시·도별, 20세 이상, 2015년) ····· 87
〈표 2-4-8〉 대학 졸업자 인구 비율(남자, 시·도별, 20세 이상, 2015년) ····· 87
〈표 2-4-9〉 대학 졸업자 인구 비율(여자, 시·도별, 20세 이상, 2015년) ····· 88
〈표 2-4-10〉 중·고등학교 학업 중단율(성별, 시·도별, 2017년) ····· 90
〈표 2-4-11〉 사교육비 월평균 지출액(성별, 사회경제적 위치 변수별, 2017년) ····· 93
〈표 2-4-12〉 사교육비 월평균 지출액(성별, 시·도별, 2017년) ····· 94
〈표 2-4-13〉 고용률(성별, 교육수준별, 30세 이상, 2017년) ····· 99
〈표 2-4-14〉 고용률(성별, 시·도별, 15세 이상, 2017년) ····· 100
〈표 2-4-15〉 실업률(성별, 교육수준별, 30세 이상, 2017년) ····· 105
〈표 2-4-16〉 실업률(성별, 시·도별, 15세 이상, 2017년) ····· 107
〈표 2-4-17〉 비정규직 근로자 비율(성별, 사회경제적 위치 변수별, 30세 이상, 2017년) 110
〈표 2-4-18〉 비정규직 근로자 비율(시·도별, 2017년) ····· 112
〈표 2-4-19〉 저임금 노동자 비율(전체, 사회경제적 위치 변수별, 2017년) ····· 115
〈표 2-4-20〉 저임금 노동자 비율(남자, 사회경제적 위치 변수별, 2017년) ····· 116
〈표 2-4-21〉 저임금 노동자 비율(여자, 사회경제적 위치 변수별, 2017년) ····· 116
〈표 2-4-22〉 전문가 및 관리자 비율(성별, 교육수준별, 2017년) ····· 119

〈표 2-4-23〉 전문가 및 관리자 비율(시·도별, 2017년) ····· 120
〈표 2-4-24〉 피고용인 없는 자영자 비율(전체, 사회경제적 위치 변수별, 2017년) ···· 123
〈표 2-4-25〉 피고용인 없는 자영자 비율(남자, 사회경제적 위치 변수별, 2017년) ·· 124
〈표 2-4-26〉 피고용인 없는 자영자 비율(여자, 사회경제적 위치 변수별, 2017년) ····· 124
〈표 2-4-27〉 피고용인 없는 자영자 비율(시·도별, 2017년) ····· 125
〈표 2-4-28〉 노인의 근로소득 의존율(전체, 사회경제적 위치 변수별, 2017년) ····· 127
〈표 2-4-29〉 노인의 근로소득 의존율(남자, 사회경제적 위치 변수별, 2017년) ····· 128
〈표 2-4-30〉 노인의 근로소득 의존율(여자, 사회경제적 위치 변수별, 2017년) ····· 128
〈표 2-4-31〉 노인의 근로소득 의존율(전체, 시·도별, 2017년) ····· 130
〈표 2-4-32〉 노인의 근로소득 의존율(남자, 시·도별, 2017년) ····· 130
〈표 2-4-33〉 노인의 근로소득 의존율(여자, 시·도별, 2017년) ····· 131
〈표 2-4-34〉 여성 가구주 가구 상대적 빈곤율(소득, 전국, 연도별) ····· 136
〈표 2-4-35〉 여성 가구주 가구 상대적 빈곤율(지출, 전국, 연도별) ····· 137
〈표 2-4-36〉 아동 상대적 빈곤율(소득, 전국, 연도별) ····· 139
〈표 2-4-37〉 아동 상대적 빈곤율(지출, 전국, 연도별) ····· 140
〈표 2-4-38〉 노인 상대적 빈곤율(소득, 전국, 연도별) ····· 142
〈표 2-4-39〉 노인 상대적 빈곤율(지출, 전국, 연도별) ····· 143
〈표 2-4-40〉 중위소득 가구 빈곤율(소득, 전국, 연도별) ····· 145
〈표 2-4-41〉 중위소득 가구 빈곤율(지출, 전국, 연도별) ····· 146
〈표 2-4-42〉 재정자주도(시·도별, 2018년) ····· 148
〈표 2-4-43〉 사회에 대한 신뢰(전체, 사회경제적 위치 변수별, 19세 이상, 2014년) ·· 151
〈표 2-4-44〉 사회에 대한 신뢰(남자, 사회경제적 위치 변수별, 19세 이상, 2014년) ·· 152
〈표 2-4-45〉 사회에 대한 신뢰(여자, 사회경제적 위치 변수별, 19세 이상, 2014년) ·· 152
〈표 2-4-46〉 투표율(전국, 성별, 연도별) ····· 154
〈표 2-4-47〉 투표율[전국, 성별, 연령별, 19대 대선(2017년)] ····· 155
〈표 2-4-48〉 투표율[전체, 시·도별, 19세 이상, 19대 대선(2017년)] ····· 157
〈표 2-4-49〉 투표율[남자, 시·도별, 19세 이상, 19대 대선(2017년)] ····· 157
〈표 2-4-50〉 투표율[여자, 시·도별, 19세 이상, 19대 대선(2017년)] ····· 158

〈표 2-4-51〉 단체활동 참여율(전체, 사회경제적 위치 변수별, 30세 이상, 2015년) ····· 160
〈표 2-4-52〉 단체활동 참여율(남자, 사회경제적 위치 변수별, 30세 이상, 2015년) ····· 161
〈표 2-4-53〉 단체활동 참여율(여자, 사회경제적 위치 변수별, 30세 이상, 2015년) ····· 161
〈표 2-4-54〉 단체활동 참여율(전체, 시·도별, 20세 이상, 2015년) ····· 163
〈표 2-4-55〉 단체활동 참여율(남자, 시·도별, 20세 이상, 2015년) ····· 163
〈표 2-4-56〉 단체활동 참여율(여자, 시·도별, 20세 이상, 2015년) ····· 164
〈표 2-4-57〉 지역별 고독성물질 취급 사업장 수 및 위험 인구 규모 ····· 165
〈표 2-4-58〉 지역박탈지수 분위별 건강행태 ····· 167
〈표 2-4-59〉 운전 시 안전벨트 착용률(전국, 성별, 30세 이상, 연도별) ····· 173
〈표 2-4-60〉 운전 시 안전벨트 착용률(전체, 사회경제적 위치 변수별, 30세 이상, 2013~2015년) 175
〈표 2-4-61〉 운전 시 안전벨트 착용률(남자, 사회경제적 위치변 수별, 30세 이상, 2013~2015년) 175
〈표 2-4-62〉 운전 시 안전벨트 착용률(여자, 사회경제적 위치 변수별, 30세 이상, 2013~2015년) 176
〈표 2-4-63〉 운전 시 안전벨트 착용률(전체, 시·도별, 30세 이상, 2013~2015년) ····· 177
〈표 2-4-64〉 운전 시 안전벨트 착용률(남자, 시·도별, 30세 이상, 2013~2015년) ····· 178
〈표 2-4-65〉 운전 시 안전벨트 착용률(여자, 시·도별, 30세 이상, 2013~2015년) ····· 178
〈표 2-4-66〉 인구 10만 명당 병상수(시·도별, 2016년) ····· 180
〈표 2-4-67〉 인구 10만 명당 의사수(시·도별, 2016년) ····· 182
〈표 2-4-68〉 인구 10만 명당 간호인력수(시·도별, 2016년) ····· 184
〈표 2-4-69〉 응급의학과 전문의 일인당 인구수(시·도별, 2016년) ····· 186
〈표 2-4-70〉 광역자치단체 보건의료 예산 비율 ····· 187
〈표 2-4-71〉 기초자치단체 보건의료 예산 비율 ····· 188
〈표 2-4-72〉 광역자치단체 사회복지 예산 비율 ····· 189
〈표 2-4-73〉 기초자치단체 사회복지 예산 비율 ····· 190
〈표 2-4-74〉 건강 관련 삶의 질(EQ-5D)(2016년) ····· 192
〈표 2-4-75〉 성별 소득수준별 연령별 건강 관련 삶의 질(EQ-5D)(60세 이상, 2013~2015년) 194
〈표 2-4-76〉 성별 교육수준별 연령별 건강 관련 삶의 질(EQ-5D)(60세 이상, 2013~2015년) 195
〈표 3-2-1〉 전통적 박탈지수: 타운센드지수, 카스테어스지수 ····· 205
〈표 3-2-2〉 국내 박탈지수의 구성 변수 ····· 206

〈표 3-2-3〉 구성 변수 값의 변환 방식 ····· 208
〈표 3-2-4〉 국내 지역박탈지수 연구에서 사용한 변환 방식 ····· 208
〈표 3-2-5〉 박탈지수 개발 선행연구들의 주요 결과 ····· 209
〈표 3-2-6〉 박탈지수 활용 연구 현황 ····· 210
〈표 3-2-7〉 빈곤, 빈곤화, 사회적 배제 연구 현황 ····· 219
〈표 3-2-8〉 NZDep 2013의 박탈지수 구성 지표와 정의 ····· 231
〈표 3-3-1〉 한국형 지역박탈지수 세부 지표 목록(1차) ····· 248
〈표 3-3-2〉 한국형 지역박탈지수 세부 지표 목록(2차, 최종) ····· 256
〈표 3-4-1〉 영역별 지역박탈지수 비교(2010년, 2015년) ····· 265
〈표 3-4-2〉 종합지역박탈지수 비교(2010년, 2015년) ····· 266
〈표 3-4-3〉 지역별 경제·소득·소비 영역 박탈지수 분포 ····· 267
〈표 3-4-4〉 경제·소득·소비 영역 박탈지수 현황 ····· 268
〈표 3-4-5〉 지역별 고용 영역 박탈지수 분포 ····· 269
〈표 3-4-6〉 고용 영역 박탈지수 현황 ····· 270
〈표 3-4-7〉 지역별 교육·기술·직업훈련 영역 박탈지수 분포 ····· 271
〈표 3-4-8〉 교육·기술·직업훈련 영역 박탈지수 현황 ····· 271
〈표 3-4-9〉 지역별 건강 및 장애 영역 박탈지수 분포 ····· 273
〈표 3-4-10〉 건강 및 장애 영역 박탈지수 현황 ····· 273
〈표 3-4-11〉 지역별 범죄 영역 박탈지수 분포 ····· 275
〈표 3-4-12〉 범죄 영역 박탈지수 현황 ····· 275
〈표 3-4-13〉 지역별 주택 및 서비스 영역 박탈지수 분포 ····· 277
〈표 3-4-14〉 주택 및 서비스 영역 박탈지수 현황 ····· 277
〈표 3-4-15〉 지역별 기타 영역 박탈지수 분포 ····· 279
〈표 3-4-16〉 기타 영역 박탈지수 현황 ····· 279
〈표 3-4-17〉 종합지역박탈지수 분포 ····· 281
〈표 3-4-18〉 종합지역박탈지수 현황 ····· 281
〈표 4-3-1〉 추가 인터뷰 대상의 특성 ····· 311
〈표 4-3-2〉 시범적 측정 대상의 특성 ····· 315

〈표 4-4-1〉 기초 범주의 도출 과정 예시 ····· 321
〈표 4-4-2〉 미충족 의료 정성적 평가 도구의 구성 ····· 333
〈표 4-4-3〉 첫 번째 테마와 이를 구성하는 범주 ····· 335
〈표 4-4-4〉 두 번째 테마와 이를 구성하는 범주 ····· 336
〈표 4-4-5〉 F시의 해당 지역 종합 보고서 ····· 344
〈표 4-4-6〉 G군의 해당 지역 종합 보고서 ····· 349
〈표 5-1-1〉 종합지역박탈지수 분포 ····· 373
〈표 5-2-1〉 향후 지역박탈 현황 파악 시 고려되어야 할 개념(지표) ····· 390

그림 목차

[그림 1-1-1] 국가별 위험 요소에 대한 설문조사 결과 ····· 18
[그림 1-1-2] 분야별 기회불평등 심각성 ····· 19
[그림 1-1-3] 언론에 보도된 건강불평등 관련 기사 ····· 20
[그림 1-1-4] WHO 건강불평등 발생 기전 ····· 22
[그림 1-1-5] 건강불평등 대응의 스펙트럼 ····· 27
[그림 2-1-1] 제3차 국민건강증진종합계획 기본 틀 ····· 44
[그림 2-1-2] 우리나라 건강불평등 관련 통계 생산 현황 ····· 45
[그림 2-2-1] 영국(the Marmot review)과 런던(Fair London, Healthy Londoners?)의 건강불평등 보고서 ····· 52
[그림 2-2-2] 미국의 건강불평등 보고서(National Healthcare Disparities Report) ··· 53
[그림 2-3-1] 건강 관련 분야 모니터링 순환 구조 ····· 59
[그림 2-3-2] 건강불평등 해소를 위한 세계보건기구 권고안 ····· 61
[그림 2-4-1] 지역별 소멸위험지수(시·도별, 2013년, 2018년) ····· 76
[그림 2-4-2] 연도별 노인인구 비율(65세 이상, 2003~2017년) ····· 77
[그림 2-4-3] 지역별 노인인구 비율(시·도별, 65세 이상, 2017년) ····· 78
[그림 2-4-4] 연도별 저소득 한부모 가구수(2013~2017년) ····· 79

[그림 2-4-5] 연도별 등록 장애인 비율(2003~2017년) ····· 80
[그림 2-4-6] 지역별 등록 장애인 비율(시·도별, 2017년) ····· 81
[그림 2-4-7] 연도별 외국인 주민 비율(2007~2016년) ····· 82
[그림 2-4-8] 지역별 외국인 주민 비율(시·도별, 2016년) ····· 83
[그림 2-4-9] 연도별 대학 졸업자 인구 비율(20세 이상, 2005~2015년) ····· 84
[그림 2-4-10] 직업별·성별 대학 졸업자 인구 비율(30~64세, 2015년) ····· 85
[그림 2-4-11] 지역별 대학 졸업자 인구 비율(시·도별, 2015년) ····· 86
[그림 2-4-12] 연도별 중·고등학교 학업 중단율(2003~2017년) ····· 89
[그림 2-4-13] 지역별 중·고등학교 학업 중단율(시·도별, 2017년) ····· 90
[그림 2-4-14] 연도별 사교육비 월평균 지출액(2007~2017년) ····· 91
[그림 2-4-15] 소득수준별·성별 사교육비 월평균 지출액(2017년) ····· 92
[그림 2-4-16] 부모 교육수준별·성별 사교육비 월평균 지출액(2017년) ····· 93
[그림 2-4-17] 지역별 사교육비 월평균 지출액(시·도별, 2017년) ····· 94
[그림 2-4-18] 연도별 고용률(15세 이상, 2003~2017년) ····· 96
[그림 2-4-19] 연도별 고용률(15~64세, 2003~2017년) ····· 97
[그림 2-4-20] 연도별 고용률(65세 이상, 2003~2017년) ····· 98
[그림 2-4-21] 교육수준별·성별 고용률(30세 이상, 2017년) ····· 99
[그림 2-4-22] 지역별 고용률(시·도별, 15세 이상, 2017년) ····· 100
[그림 2-4-23] 연령별 고용률(시·도별, 2017년) ····· 101
[그림 2-4-24] 연도별 실업률(15세 이상, 2003~2017년) ····· 102
[그림 2-4-25] 연도별 실업률(15~64세, 2003~2017년) ····· 103
[그림 2-4-26] 연도별 실업률(65세 이상, 2003~2017년) ····· 104
[그림 2-4-27] 교육수준별·성별 실업률(30세 이상, 2017년) ····· 105
[그림 2-4-28] 지역별 실업률(시·도별, 15세 이상, 2017년) ····· 106
[그림 2-4-29] 연도별 비정규직 근로자 비율(2003~2017년) ····· 108
[그림 2-4-30] 직업별·성별 비정규직 근로자 비율(30세 이상, 2017년) ····· 109
[그림 2-4-31] 교육수준별·성별 비정규직 근로자 비율(30세 이상, 2017년) ····· 110
[그림 2-4-32] 지역별 비정규직 근로자 비율(시·도별, 2017년) ····· 111

[그림 2-4-33] 연도별 저임금 노동자 비율(2008~2017년) ····· 113
[그림 2-4-34] 교육수준별·성별 저임금 노동자 비율(2017년) ····· 114
[그림 2-4-35] 직업별·성별 저임금 노동자 비율(2017년) ····· 115
[그림 2-4-36] 연도별 전문가 및 관리자 비율(2004~2017년) ····· 117
[그림 2-4-37] 교육수준별·성별 전문가 및 관리자 비율(2017년) ····· 118
[그림 2-4-38] 지역별 전문가 및 관리자 비율(시·도별, 2017년) ····· 120
[그림 2-4-39] 연도별 피고용인 없는 자영자 비율(2003~2017년) ····· 121
[그림 2-4-40] 교육수준별·성별 피고용인 없는 자영자 비율(2017년) ····· 122
[그림 2-4-41] 직업별·성별 피고용인 없는 자영자 비율(30~64세, 2017년) ····· 123
[그림 2-4-42] 지역별 피고용인 없는 자영자 비율(시·도별, 2017년) ····· 125
[그림 2-4-43] 연도별 노인의 근로소득 의존율(2008~2017년) ····· 126
[그림 2-4-44] 노인의 근로소득 의존율(성별, 소득수준별, 교육수준별, 2017년) ····· 127
[그림 2-4-45] 지역별 노인의 근로소득 의존율(시·도별, 2017년) ····· 129
[그림 2-4-46] 연도별 가처분소득(실질)(2003~2016년) ····· 132
[그림 2-4-47] 연도별 가구 균등화 중위소득(시장소득 기준, 2006~2016년) ····· 133
[그림 2-4-48] 연도별 가구 균등화 중위소득(가처분소득 기준, 2006~2016년) ····· 134
[그림 2-4-49] 연도별 여성 가구주 가구 상대적 빈곤율(2003~2016년) ····· 135
[그림 2-4-50] 연도별 아동 상대적 빈곤율(2003~2016년) ····· 138
[그림 2-4-51] 연도별 노인 상대적 빈곤율(2003~2016년) ····· 141
[그림 2-4-52] 연도별 중위소득 가구 빈곤율(2003~2016년) ····· 144
[그림 2-4-53] 연도별 재정자주도(2003~2018년) ····· 147
[그림 2-4-54] 지역별 재정자주도(시·도별, 2018년) ····· 148
[그림 2-4-55] 연도별 사회에 대한 신뢰(19세 이상, 2003~2014년) ····· 149
[그림 2-4-56] 소득수준별·직업별·성별 사회에 대한 신뢰(19세 이상, 2014년) ····· 150
[그림 2-4-57] 교육수준별·성별 사회에 대한 신뢰(30세 이상, 2014년) ····· 151
[그림 2-4-58] 연도별 투표율(17대 대선~19대 대선) ····· 153
[그림 2-4-59] 성별·연령별 투표율[전국, 19대 대선(2017년)] ····· 155
[그림 2-4-60] 지역별 투표율[19세 이상, 19대 대선(2017년)] ····· 156

[그림 2-4-61] 직업별·성별 단체활동 참여율(30~64세, 2015년) ····· 159
[그림 2-4-62] 교육수준별·성별 단체활동 참여율(30세 이상, 2015년) ····· 160
[그림 2-4-63] 지역별 단체활동 참여율(20세 이상, 2015년) ····· 162
[그림 2-4-64] 지역박탈분위별·소득수준별·성별 현재 흡연율(19세 이상, 2013~2015년) 168
[그림 2-4-65] 지역박탈분위별·소득수준별·성별 고위험 음주율(19세 이상, 2013~2015년) 169
[그림 2-4-66] 지역박탈분위별·소득수준별·성별 비만율(19세 이상, 2013~2015년) ··· 170
[그림 2-4-67] 지역박탈분위별·소득수준별·성별 우울감 경험률(19세 이상, 2013~2015년) 171
[그림 2-4-68] 지역박탈분위별·소득수준별·성별 근력운동 실천율(19세 이상, 2013~2015년) 172
[그림 2-4-69] 연도별 운전 시 안전벨트 착용률 추이(30세 이상, 2001~2015년) ····· 173
[그림 2-4-70] 소득수준별·직업별·성별 운전 시 안전벨트 착용률(30세 이상, 2013~2015년) 174
[그림 2-4-71] 교육수준별·성별 운전 시 안전벨트 착용률(30세 이상, 2013~2015년) 174
[그림 2-4-72] 지역별 운전 시 안전벨트 착용률(시·도별, 30세 이상, 2013~2015년) 177
[그림 2-4-73] 연도별 인구 10만 명당 병상수 추이(전국, 2011~2016년) ····· 179
[그림 2-4-74] 지역별 인구 10만 명당 병상수(시·도별, 2016년) ····· 180
[그림 2-4-75] 연도별 인구 10만 명당 의사수 추이(전국, 2011~2016년) ····· 181
[그림 2-4-76] 지역별 인구 10만 명당 의사수(시·도별, 2016년) ····· 182
[그림 2-4-77] 연도별 인구 10만 명당 간호인력수 추이(전국, 2011~2016년) ····· 183
[그림 2-4-78] 지역별 인구 10만 명당 간호인력수(시·도별, 2016년) ····· 184
[그림 2-4-79] 연도별 응급의학과 전문의 일인당 인구수 추이(전국, 2009~2016년) ·· 185
[그림 2-4-80] 지역별 응급의학과 전문의 일인당 인구수(시·도별, 2016년) ····· 186
[그림 2-4-81] 소득수준별 건강 관련 삶의 질(EQ-5D)(2013~2015년) ····· 191
[그림 2-4-82] 교육수준별 건강 관련 삶의 질(EQ-5D)(2013~2015년) ····· 192
[그림 2-4-83] 지역별 건강 관련 삶의 질(EQ-5D)(시·도별, 30세 이상, 2013~2015년) 196
[그림 3-2-1] 사회경제적 지위를 측정하는 두 접근법 ····· 232
[그림 3-3-1] 한국형 지역박탈지수 개발 절차 ····· 243
[그림 3-4-1] 지역별 경제·소득·소비 영역 박탈지수 ····· 268
[그림 3-4-2] 지역별 고용 영역 박탈지수 ····· 270
[그림 3-4-3] 지역별 교육·기술·직업훈련 영역 박탈지수 ····· 272

[그림 3-4-4] 지역별 건강 및 장애 영역 박탈지수 ····· 274
[그림 3-4-5] 지역별 범죄 영역 박탈지수 ····· 276
[그림 3-4-6] 지역별 주택 및 서비스 영역 박탈지수 ····· 278
[그림 3-4-7] 지역별 기타 영역 박탈지수 ····· 280
[그림 3-4-8] 종합지역박탈지수 ····· 282
[그림 4-4-1] 지역 미충족 의료 평가 도구 제작 과정 ····· 334
[그림 4-4-2] 완전 개방형 질문의 예 ····· 338
[그림 4-4-3] 범주형 질문의 예 ····· 338
[그림 4-4-4] 척도형 질문의 예 ····· 339
[그림 4-4-5] 종합 보고서 양식 ····· 339
[그림 4-4-6] 평가 점검표(체크리스트) 작성의 예 ····· 342
[그림 4-4-7] 평가 도구 지침서(가이드) ····· 343
[그림 5-2-1] 지속가능발전목표(Sustainable Development Goals) ····· 386
[그림 5-2-2] 건강의 사회적 결정 요인과 지속가능발전목표(Sustainable Development Goals) 387

부표 목차

〈부표 1-1〉 지방 소멸 지표 정의 및 산출식 ····· 423
〈부표 1-2〉 노인인구 비율 지표 정의 및 산출식 ····· 423
〈부표 1-3〉 저소득 한부모 가구수 지표 정의 및 산출식 ····· 424
〈부표 1-4〉 등록 장애인 비율 지표 정의 및 산출식 ····· 424
〈부표 1-5〉 외국인 주민 비율 지표 정의 및 산출식 ····· 425
〈부표 1-6〉 대학 졸업자 인구 비율 지표 정의 및 산출식 ····· 425
〈부표 1-7〉 중·고등학교 학업 중단율 지표 정의 및 산출식 ····· 426
〈부표 1-8〉 사교육비 월평균 지출액 지표 정의 및 산출식 ····· 426
〈부표 1-9〉 고용률 지표 정의 및 산출식 ····· 427
〈부표 1-10〉 실업률 지표 정의 및 산출식 ····· 428

〈부표 1-11〉 비정규직 근로자 비율 지표 정의 및 산출식 ····· 428
〈부표 1-12〉 저임금 노동자 비율 지표 정의 및 산출식 ····· 429
〈부표 1-13〉 전문가 및 관리자 비율 지표 정의 및 산출식 ····· 429
〈부표 1-14〉 피고용인 없는 자영자 비율 지표 정의 및 산출식 ····· 430
〈부표 1-15〉 노인의 근로소득 의존율 지표 정의 및 산출식 ····· 431
〈부표 1-16〉 가처분소득 지표 정의 및 산출식 ····· 431
〈부표 1-17〉 가구 균등화 소득 지표 정의 및 산출식 ····· 432
〈부표 1-18〉 여성 가구주 가구 상대적 빈곤율 ····· 432
〈부표 1-19〉 아동 상대적 빈곤율 지표 정의 및 산출식 ····· 433
〈부표 1-20〉 노인 상대적 빈곤율 지표 정의 및 산출식 ····· 433
〈부표 1-21〉 중위소득 가구 빈곤율 지표 정의 및 산출식 ····· 434
〈부표 1-22〉 재정자주도 지표 정의 및 산출식 ····· 434
〈부표 1-23〉 사회에 대한 신뢰 지표 정의 및 산출식 ····· 435
〈부표 1-24〉 투표율 지표 정의 및 산출식 ····· 435
〈부표 1-25〉 단체활동 참여율 지표 정의 및 산출식 ····· 436
〈부표 1-26〉 고독성물질 취급 사업장 수 및 위험 인구 규모 지표 정의 및 산출식 ····· 437
〈부표 1-27〉 지역박탈수준별 건강행태 지표 정의 및 산출식 ····· 437
〈부표 1-28〉 운전 시 안전벨트 착용률 지표 정의 및 산출식 ····· 438
〈부표 1-29〉 인구 10만 명당 병상수 지표 정의 및 산출식 ····· 438
〈부표 1-30〉 인구 10만 명당 의사수 지표 정의 및 산출식 ····· 439
〈부표 1-31〉 인구 10만 명당 간호인력수 지표 정의 및 산출식 ····· 439
〈부표 1-32〉 응급의학과 전문의 일인당 인구수 지표 정의 및 산출식 ····· 440
〈부표 1-33〉 자치단체 예산 중 보건의료 예산 비율 지표 정의 및 산출식 ····· 440
〈부표 1-34〉 자치단체 예산 중 사회복지 예산 비율 지표 정의 및 산출식 ····· 441
〈부표 1-35〉 건강 관련 삶의 질(EQ-5D) 지표 정의 및 산출식 ····· 441
〈부표 2-1〉 의료불평등에 영향을 미치는 정책 ····· 445
〈부표 2-2〉 의료 접근성에 영향을 미치는 정책 ····· 447
〈부표 2-3〉 지역 미충족 의료의 다층적 기제 분석 프레임 ····· 449

〈부표 2-4〉 측정 자료로부터 관련된 의료 접근성 정책의 발굴을 위한 틀 ····· 450
〈부표 2-5〉 의료 접근성 정책의 평가를 위한 틀 ····· 452

부도 목차

[부도 2-1] 지역 간 미충족 의료불평등 기제의 수준 ····· 450

Abstract

Developing Health Inequalities Report and Monitoring the Status of Health Inequalities in Korea

Project Head: Kim, Dongjin

The third year part of a multi-year project on monitoring health equity in Korea, this study has two aims. First, to monitor the progress on equities in health and social determinants of health in Korea. Second, to identify health and social policies focusing on the how to tackle heath inequalities. The main research contents are as follows:

The authors have revised the indicators to monitor inequalities in health in Korea, which are three dimensions that causes and consequences of health inequality: social structure, intermediary determinants, and health outcomes.

We have developed Korean version of Indices of Multiple Deprivation, which are considering regional context in Metropolitan city unit.

Finally, we have also developed the qualitative tools to measure inequality in access in medical service utilization that are useful in explaining the factors that cause inequality in accessibility at the regional level.

Co-Researchers: Choi, Jihee · Lee, Jungah · Bae, Jungeun · Kim, Changyup · Park, Yukyung · Chung, Yuhjin · Choi, Youngeun · Kim, Myounghee · Min, Donghoo

요 약

1. 연구의 배경 및 목적

“빈부 격차는 공중(the public)에게 가장 오래되고 가장 치명적인 질병이다”라는 로마 시대 철학자 플루타르크의 말처럼 불평등은 인류 사회의 오랜 질병이었다. 하지만 21세기인 오늘에도 이 질병은 퇴치되기는커녕 더 위험수위로 치닫고 있다.

2000년대에 이르러서는 청년 실업 문제가 최대의 정치·사회문제로 떠올랐고, 그 결과 취업이나 삶의 기회의 불평등에 대한 대중들의 인식을 반영한 ‘수저계급론’이 등장하기도 하였다. 그러나 불평등 전반에 대한 사회적 관심에 비해 건강불평등으로 문제의 범위를 좁히면 우리 사회에서의 인식은 그리 깊지 않은 듯하다. 단적인 예로 2016년 동그라미재단에서 실시한 한국 사회 기회불평등 조사 결과에 따르면 건강과 의료 기회의 불평등이 심각하다는 응답은 다른 불평등 인식에 비해 낮은 수준으로 조사되었다.

건강불평등에 대한 대응을 위해서는 무엇보다도 현상에 대한 파악이 우선되어야 한다는 것이 이미 여러 나라의 경험을 통해 파악된 바 있다. 우리나라의 건강불평등 해소를 위해서도 건강불평등과 관련된 문제적 현황 파악을 통해 문제를 정확하게 인식하는 것에서부터 시작되어야 할 것이다. 이러한 측면에서 이 연구는 우리나라의 건강불평등 지표 산출을 통해 건강불평등 현황을 파악할 수 있는 초석을 제공한다는 데 의의가 있다.

이 연구의 주요 목적과 내용은 다음과 같다.

첫째, 우리나라 건강불평등 현황을 모니터하기 위해 건강불평등 통계와 지표를 생산하였다. 지난 2년차 연구에서는 주로 건강 결과와 건강행

태 요인을 중심으로 모니터하였다면, 3년차 연구에서는 사회구조적 요인 등을 중심으로 건강불평등 지표를 보완하고, 건강불평등 모니터링을 위해 지표를 추가하였다.

둘째, 지역의 결핍을 측정할 수 있는 지역박탈지수를 개발하고 산출하였다. 특히 지역의 박탈수준을 보다 다차원적으로 표현하기 위해 기존 지역박탈지수의 한계를 극복한 한국형 지역박탈지수를 개발하였다.

셋째, 의료이용의 불평등 모니터링에서는 의료이용의 불평등을 완화하기 위해 미충족 의료필요를 이용한 정성적 모니터링 체계를 제안하였다.

2. 주요 연구 결과

가. 건강불평등 지표 모니터링

김동진 외(2014, pp. 35-39)는 WHO CSDH(2008)를 참고하여 사회구조적 요인, 중재 요인, 건강 결과 세 가지 영역으로 나누어 총 88개의 건강불평등 지표 풀(pool)을 구성하였다. 이 연구에서는 김동진 외(2014)에서 개발한 건강불평등 지표를 보완하여 2014년도 88개이던 지표 풀을 119개 지표까지 확대하였으며, 그중 37개 지표를 산출하였다. 이번 연구에서는 영역별로 사회구조적 요인 영역에서 총 25개 지표 중 23개(92.0%) 지표를 산출하였고, 중재 요인 영역에서 총 55개 지표 중 13개(23.6%) 지표를 산출하였으며, 건강 결과 영역에서 총 39개 지표 중 1개(3.6%) 지표를 산출(부록 표 참조)하였다. 미산출된 지표는 차기 연구에서 연차별로 산출할 계획이다.

2017년 수행된 2년차 연구에서는 중재 요인과 건강 결과 중심으로 지표를 산출한 바 있다. 이번 연구에서는 건강의 사회적 결정 요인에 해당

하는 사회구조적 요인 지표 중심으로 지표를 산출하였다. 사회구조적 요인 지표는 건강불평등에 영향을 미치는 요인 중 원인(distal risk factors)이자 건강불평등을 발생시키는 상위(upstream) 요인이다. 원인의 원인(the causes of the causes)에 해당한다.

이번 연구에서 중점을 둔 사회구조적 요인을 비롯한 건강의 사회적 결정 요인은 최근 유엔이 추진하고 있는 지속가능발전목표(Sustainable Development Goals)와도 많은 관련성이 있다.

나. 지역박탈지수 개발 및 산출

지역박탈지수는 개인의 사회경제적 위치 지표인 소득, 직업, 교육수준과 같이 지역의 사회경제적 위치를 나타내는 지표이다(김동진 외, 2013, p. 175).

그동안 우리나라에서 산출된 지역박탈지수는 연구자별로 약간의 차이가 있으나, 대부분 영국의 지역박탈지수를 일부 변형한 형태로 사용해 왔다. 이는 지역박탈지수의 자료원 특성 및 구성 방식을 둘러싼 한계점 때문이다. 특히 우리나라에서 시·군·구 단위로 주기적으로 산출되는 자료원이 드물기 때문에 지역박탈지수를 산출한 연구 대부분이 인구센서스 데이터를 활용하였다.

또한 지역박탈지수의 구성 측면에서도 개인 차원의 변수를 단순히 지역 단위로 합산해 놓은 것이 과연 지역의 박탈이 될 수 있느냐에 대한 의문이 존재하였다. 아울러 지역박탈지수의 표현 방식에서도 구성 지표들을 합산한 단일 지수만으로는 지역박탈을 개선하기 위한 정책 영역을 파악하는 데 제한적이라는 점도 기존 박탈지수가 가지는 한계로 지적되어 왔다.

이 연구에서는 이와 같은 기존 지역박탈지수의 한계를 넘어 다차원적으로 지역의 박탈수준을 표현할 수 있는 새로운 지표 개발을 시도하였다. 이를 위해 우리나라 지역박탈의 개념을 정립하는 것에서 출발하였고, 지표의 활용 목적을 고려해 국내 맥락에 맞는 지역박탈 변수를 구성하고 지표화하였다.

아울러 새로운 지역박탈지수의 구성과 함께 김동진 외(2013, pp. 166-179)의 연구에서 산출한 기존의 지역박탈지수를 2015년 인구센서스 자료를 활용해 업데이트하였다. 기존의 지역박탈지수가 가지는 한계에도 불구하고 그동안 활용해 오던 지역박탈지수의 추이를 모니터하기 위한 목적으로 활용하였다.

다. 의료이용의 불평등 모니터링

이 연구에서는 지역 간 의료이용의 불평등을 모니터링하기 위한 도구로 정성적 미충족 의료 측정도구를 개발하고, 이를 시범적으로 적용함으로써 그 결과의 활용 가능성을 시험해 보았다.

이 연구는 2017년에 수행한 미충족 의료의 정량적 측정도구 개발 연장선상에서 수행되었다. 따라서 새로운 도구를 개발하는 의미는 정량적 측정도구와 유사하다. 즉 기존의 미충족 의료 측정에서 정의하는 미충족 의료 개념을 보다 확장하여 미충족 의료가 단지 경험 여부로 발생하는 것이 아니라 필요 인식과 이용 결과에 이르기까지 연속적인 과정에서 다양한 차원으로 발생할 수 있다고 보았다. 미충족 의료의 발생 이유와 기제에 대해서도 개인적 요인 위주의 측정이 아니라 보건의료제도하에 개인과 사회적 조건이 상호작용하는 과정이 측정되어야 한다는 점을 인식하고 이를 포괄하였다.

정성적 측정도구가 가진 장점으로 이미 개발한 정량적 측정도구가 지닌 한계를 보완할 수 있었다. 첫째, 정량적 측정도구에서는 의료필요를 상태가 아닌 에피소드의 일부인 단면 경험만을 측정할 수 있었지만, 정성적 측정도구에서는 에피소드 전반을 파악하고 장기적인 미충족 상태를 질문함으로써 경험과 인지를 더욱 포괄적으로 평가할 수 있었다.

둘째, 정량적으로는 도저히 측정하기 어려운 의료필요의 인지 단계에서 미충족을 일부 포착할 수 있었다. 정성적 측정이라고 무조건 이러한 단계를 파악할 수 있는 것은 아니지만, 면담 중 언급된 내용을 통해 이미 지나간 과거의 미인지를 새롭게 인지한 상태를 포착할 수 있었다.

셋째, 정량적 측정도구에서 미충족 의료의 이유를 파악할 때 선택지를 확장한 개념으로 구성하는 것은 가능했다. 하지만 발생 경로와 기제를 입체적으로 파악하지 못하고 가장 큰 이유 한 가지를 선택하는 방식으로 제한되었다. 정성적 측정의 가장 큰 장점이 바로 이 과정에 대한 정보를 상세히 얻을 수 있다는 것이다. 이를 통해 여러 조건과 상황이 얽혀 발생하는 미충족 의료의 기제에 대해 평가하고 비교할 수 있다. 또한 미충족 의료를 정량적 측정도구로 측정하는 것은 선택지가 정해져있다는 태생적 한계가 존재한다. 반면 정성적 측정도구는 개방적으로 추가적인 코드를 발굴할 수도 있다.

3. 결론 및 시사점

가. 건강불평등 지표 모니터링

2005년 WHO CSDH가 활동을 시작한 이래 건강불평등과 관련하여 좀 더 체계적이고 국제적으로 조율된 움직임이 가속화되고 있다. 건강불평등 모니터링은 중요한 정책 도구로서 국가의 책무성을 강화하는 기전

으로 점차 활용 범위를 넓혀 가고 있다(김동진 외, 2017, p. 575). 특히 건강의 사회적 결정 요인에 대한 모니터링은 건강불평등의 원인이 되는 사회불평등에 대한 부문 간 행동과 책무성을 촉진하는 정책 도구로 자리 잡아 가고 있다(김동진 외, 2017, p. 575).

이러한 국제적 흐름에 비추어 본다면 우리나라가 건강불평등 모니터링 체계를 확립하고 있지 않은 점은 매우 아쉬운 부분이다. 이 연구에서 소개한 건강의 사회적 결정 요인에 대한 모니터링은 전혀 이루어지지 않고 있다. 지니계수나 빈곤율, 불안정 노동자 비율 같은 사회 통계들을 주기적으로 통계청이 생산하고 있지만, 건강 결정 요인 관점은커녕 사회불평등의 프레임하에서 일관된 지표 체계를 갖추지 못하고 있다(김동진 외, 2017, p. 575).

이번 연구에서 중점을 둔 사회구조적 요인을 비롯한 건강의 사회적 결정 요인은 최근 유엔이 추진하고 있는 지속가능발전목표(Sustainable Development Goals)와도 많은 관련성이 있다. 지속가능발전목표 자체가 모든 사람에 대한 형평성을 기본 원칙으로 내세우고 있다는 점 외에도 지속가능발전목표에 포함된 17가지 목표들은 대부분 건강 결정 요인들과 직간접적으로 연결되어 있기 때문에 지속가능발전목표를 달성하려는 노력은 건강형평성 제고를 위한 기회의 창이 될 수도 있다. 이러한 기회를 활용하여 건강불평등 혹은 건강의 사회적 결정 요인을 전면에 내세우지 않더라도 사회불평등에 초점을 두고 건강불평등에 연계시킬 수 있어야 한다(김동진 외, 2017, p. 575).

아울러 차제에 건강불평등과 관련한 국가 단위의 공식적인 모니터링 체계를 수립할 필요가 있다.

나. 지역박탈지수 개발 및 산출

이 연구 결과를 바탕으로 한 정책적 시사점을 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 개별 지역의 박탈수준뿐 아니라 박탈의 양극화에 대한 정책적 개입이 필요하다. 2010년과 2015년의 박탈 정도를 비교한 결과 지역 간 박탈의 최대 격차가 증가한 것으로 나타났는데, 박탈의 정도가 실제 건강에도 악영향을 미친다는 점을 고려한다면 지역 간 건강수준의 격차에도 악영향을 미칠 가능성이 있다. 박탈이 심한 지역에 대하여 가중치를 두어 이를 해소하기 위한 추가적인 경제적·조직적 자원을 지원할 필요가 있다.

둘째, 지역별로 박탈의 영역에 맞춘 세분화된 개입 전략을 개발할 필요가 있다. 지역박탈을 해소하기 위해서는 종합적 박탈 정도뿐 아니라 어떤 영역에서 박탈이 가장 심각한지를 함께 고려하여야 한다. 박탈의 정도가 더 심한 영역에 대하여 정책적 개입의 우선순위를 두는 한편 지역 내 인구구조, 지역이 중점적으로 담당하고 있는 역할 등을 고려하여 정책 개입 시 가장 효과성이 크다고 판단되는 지점을 선정하여 자원을 투입하여야 한다.

셋째, 향후에는 지역박탈을 개선하기 위한 참여적 거버넌스 구축을 고려해야 한다. 지역 주민이 인식하는 박탈의 정도는 객관적인 지표와는 다를 수 있으며, 이러한 정성적 측면 역시 정책 개입 시 중요하게 고려해야 할 지점이다. 또한 계획된 정책이나 프로그램이 효과적으로 실행되기 위해서는 지역 주민들의 참여가 필수적이다. 주기적인 지역박탈 모니터링과 함께 지역 주민들의 요구가 정책으로 이어질 수 있는 의사결정 구조를 구축할 필요가 있다.

마지막으로 지적할 부분은 아무리 이론적으로 타당한 박탈지수가 개발되더라도 이것이 실제 정책에서 활용되지 않는다면 사회적 효용은 크지

않다는 점이다. 박탈지수가 정책적으로 활용되기 위해서는 개별 연구과제 차원이 아니라 국가 표준 기구, 예컨대 통계청 같은 통계 생산 기관 혹은 한국보건사회연구원 같은 국가 연구기관에서 표준화된 방식으로 지표를 지속 생산해야 한다. 또한 중앙과 지방정부 차원에서는 근거 기반 예산배분 정책이 자리 잡아야 할 것이다. 앞서 살펴본 해외 사례들은 박탈지수가 연구를 넘어서 실질적인 정책 수단으로 활용되고 있음을 잘 보여준다. 이러한 근거 기반 정책과 자원 분배야말로 건강불평등을 해소하는 접근법이자 공정한 정책 실행의 토대라 할 수 있다.

다. 의료이용의 불평등 모니터링

이 연구에서는 지역 간 의료이용의 불평등을 모니터링하기 위한 도구로 정성적 미충족 의료 측정도구를 개발하고 이를 시범적으로 적용함으로써 그 결과의 활용 가능성을 시험해 보았다. 또한 이렇게 측정된 지역 간 미충족 의료의 불평등을 통해 이와 관련한 몇 가지 의료 접근성 정책을 발견하고 불평등 완화의 관점에서 정책을 평가해 보았다. 의료불평등 모니터링 개선 방안을 연구하는 3년 동안 연구진은 이용자 중심의 관점을 지속적으로 주장하고 이를 연구에 반영하였다.

정성적 측정은 주관적인 측정 방법인 미충족 의료의 정량적 측정도구를 개선하고도 여전히 현실의 미충족 경험을 드러내지 못하는 부분을 보완해 준다. 이 연구는 단순히 질적 연구로 미충족 의료를 분석하는 것이 아니라 일정한 틀을 만들어 약간의 훈련을 받은 사람이라면 누구나 유사한 수준에서 미충족을 평가할 수 있는 도구를 만들었다는 점에서 큰 의의가 있다. 이 도구는 정량적 미충족 의료 측정도구와 마찬가지로 지속적으로 모니터함으로써 지역 간 미충족 의료 현황과 기제를 파악하고 변화를

감지할 수 있도록 만들어졌다. 따라서 이번 연구에서 수행한 것과 같은 시범적 측정이 더욱 체계를 갖추어 여러 지역에서 주기적으로 이루어질 필요가 있다.

정성적 측정 방법은 이미 여러 정책과 프로그램 평가에 사용되고 있지만, 주관적 방법이라는 점에서 하향 평가되는 경향이 있다. 하지만 정성적 측정 방법은 정량적 측정 방법을 개선한다기보다는 전혀 다른 종류의 정보를 제공해 주는 접근 방법이다. 따라서 정량적 방법과 정성적 방법을 함께 사용하여 미충족 의료를 측정할 때 현실에서 일어나는 경험과 심층에 놓인 기제와 구조를 더욱 잘 이해해 나갈 수 있을 것이다. 이를 통해 더 실효성 있는 정책 평가와 개입 방안을 마련할 수 있다.

*주요 용어: 건강불평등, 지역박탈지수, 건강의 사회적 결정 요인, 미충족 의료

제 1 부 서 론

제1장 연구 필요성 및 목적
제2장 연구 내용 및 기존 연구와의 차별성

제 1 장 연구 필요성 및 목적

제1절 연구 배경
제2절 연구 필요성
제3절 연구 목적

1 연구 필요성 및 목적

제1절 연구 배경

1. 한국 사회에서의 불평등

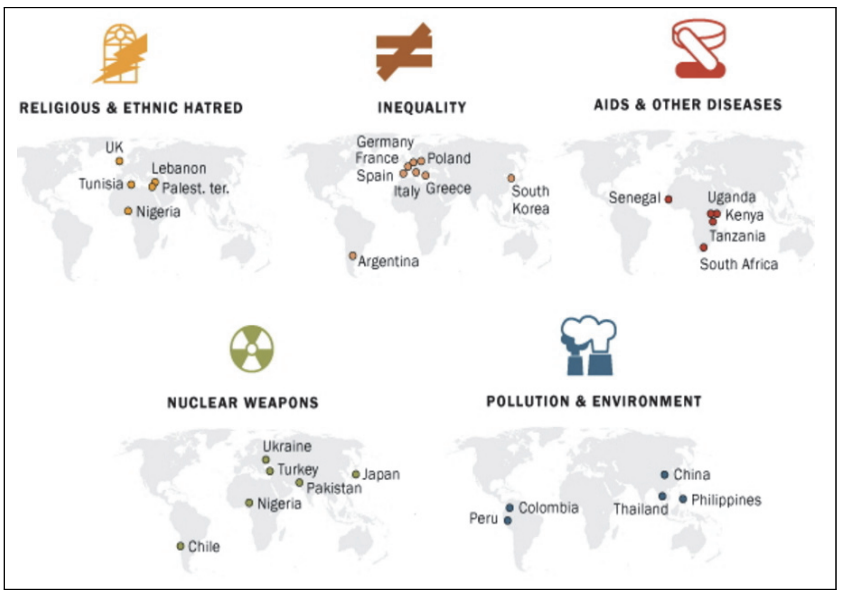
"빈부 격차는 공중(the public)에게 가장 오래되고 가장 치명적인 질병이다." 로마 시대의 그리스인 철학자 플루타르크의 말이다. 불평등은 이처럼 인류 사회의 오랜 질병이었다. 하지만 21세기인 오늘에도 이 질병은 퇴치되기는커녕 더 위험수위로 치닫고 있다(이정우 외, 2015, p. 14).

신광영(2015, pp. 59-60)이 2001년과 2011년 한국노동소득패널 자료를 이용하여 우리나라 중산층 위기를 분석한 결과에 따르면 2001년 30대가 10년이 지난 이후 동일한 계층을 유지한 비율이 65.13%였고, 40대는 67.19%였으나, 50대는 60대가 된 이후에도 여전히 중산층에 남아 있는 비율이 26.81%로 크게 하락했다. 신광영(2015, pp. 67)은 장년기의 중산층 직업과 소득을 유지하기 힘든 상황이 우리나라 중산층 위기를 가져온 원인으로 지목하였다.

2000년대에 이르러서는 청년 실업 문제가 최대의 정치·사회 문제로 떠올랐다. 시장경쟁과 효율성의 가치, 민영화, 탈규제, 노동시장 유연화를 앞세우는 신자유주의적 경제 운영 원리 등 세계화의 부정적 효과는 어떤 다른 사회집단보다도 청년 세대들에게 집중적으로 가해졌다. 그 결과 청년실업률은 11%를 넘어섰고, 취업을 준비하거나 포기하는 사람들을 포함하는 이른바 체감 실업률은 그 두 배에 가깝다(최장집, 2015, p. 163).

최근에 등장한 '수저계급론' 또한 삶의 기회의 불평등에 대한 청년들의 인식을 반영한 것이라 할 수 있다(김동진 외, 2016, p. 33). 이러한 현상은 이념이나 나이를 막론하고 불평등 문제가 우리 사회에서 중요한 문제로 인식되고 있음을 단적으로 보여 주는 예라고 할 수 있다.

[그림 1-1-1] 국가별 위험 요소에 대한 설문조사 결과



자료: 정혁. (2015. 12. 26.). 2015년 '수저계급론' 유행, 불평등 인식의 결과다. 오마이뉴스. http://www.ohmynews.com/NWS_Web/View/at_pg.aspx?CNTN_CD=A0002170918에서 2018. 2. 15. 인출

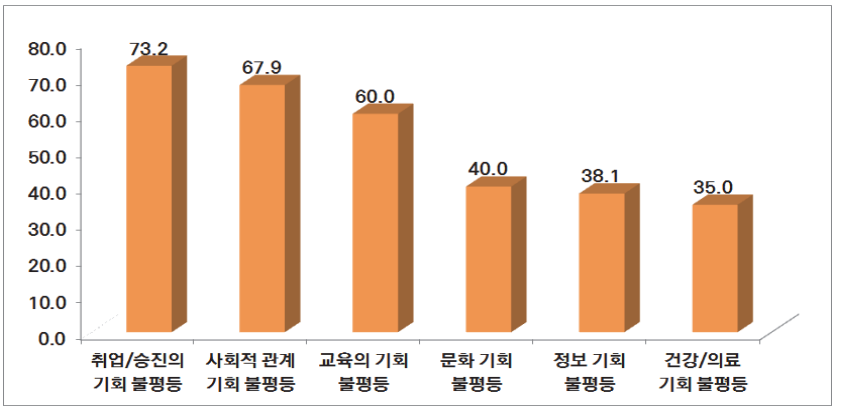
2014년 '세계태도설문조사(Global Attitudes Survey)'에서는 44개 국가 국민들에게 종교와 인종갈등, 불평등, 에이즈와 다른 질병, 핵무기, 그리고 오염과 환경문제의 다섯 가지 중 세계에서 가장 위협이 되는 요인을 조사하였다. 그 결과 대다수의 국민들은 특정 지정학적 지역의 문제를 반영한 응답을 하였거나, 사회적으로 가장 화두가 된 응답을 하였다(김동

진 외, 2016, p. 33).

여기에서 우리나라 국민들은 가장 큰 위협 요인을 사회적 불평등이라고 응답하였다. 이는 우리나라 사람들이 당시 사회적인 이슈였던 원전 사고나 환경오염보다 불평등을 더 큰 사회적 위협으로 느끼고 있음을 보여주는 증거라고 할 수 있다(김동진 외, 2016, pp. 33-34).

그러나 불평등 전반에 대한 사회적 관심에 비해 건강 분야로 문제의 범위를 좁히면 불평등에 대한 우리 사회의 인식은 그리 높지 않은 듯하다. 한 예로 2016년 동그라미재단에서 실시한 '한국 사회 기회 불평등 조사' 결과에 따르면 건강과 의료 기회의 불평등이 심각하다는 응답은 35.0%로, 다른 불평등 인식에 비해 낮은 수준으로 조사되었다.

〔그림 1-1-2〕 분야별 기회불평등 심각성



자료: 동그라미재단. (2016). p. 64.

2. 건강불평등과 사회적 건강 결정 요인

건강불평등에 관한 본격적인 사회적 관심은 2000년대 이후에 시작되었으나, 그 이전에도 건강불평등 연구 결과에 대한 언론 보도는 있었다.

1971년 서울대학교 보건대학원 박보훈·김태룡의 '지역, 연령, 성별 발육 비교론' 연구 결과 사회경제적 수준에 따라 아동에서의 건강 격차가 발생하고 있음이 보도된 바 있고,[1] 1974년 가톨릭의대 맹광호 교수의 '비율사망지수로 본 한국인의 건강수준'[2]에서는 지역 간 건강 격차가 발생하고 있음이 보도되었다(정최경희, 2016; 정진주 등, 2016, p. 33 재인용).

[그림 1-1-3] 언론에 보도된 건강불평등 관련 기사



자료: 정진주 외. (2016). p. 9. 재인용.

이상의 언론 보도가 우리나라에서의 건강불평등 연구 결과를 단순히 소개한 것에 그쳤다면, 2006년 한 일간지에서 보도한 특집기사[3] 사례는

1) 당시 만 6~11세 취학아동 7200명에 대한 체위조사 결과 사립학교 학생이 공립학교 학생보다 발육상태가 양호하였고, 공립학교 중에서도 도심에 가까울수록 발육상태가 양호하였다는 것이 주요 연구 결과임(정진주 등, 2016, p. 33 재인용).
2) 사망률의 도농 격차가 점차 증가하고 있으며, 공중보건의료시설 등이 편재해 있는 대도시의 건강수준이 높다는 것이 주요 연구 결과임(정진주 외, 2016, p. 33 재인용).
3) 한겨레신문, 2006 연중기획 함께 넘자, 양극화, 1부 건강불평등 사회, 2016. 1. 15.

연구 결과의 단순 소개에서 나아가 건강불평등에 대한 보다 근본적인 문제 제기가 이루어 졌다. 특히 이 기사에서는 한국건강형평성학회와 공동으로 서울시 자치구별로 빈부의 격차뿐만 아니라 표준화 사망률의 격차가 적지 않음을 분석하였다. 이어 부모의 지위에 따른 아이의 건강지수, 흡연, 의료이용에 대해서도 사회계층 간 양극화 현상이 나타나고 있음을 보도하였다(한겨레신문, 2006 연중기획 함께 넘자, 양극화; 김동진 외, 2016, p. 11 재인용).

김창엽(2015, p. 223)은 2006년 언론 보도 이후 "10여 년이 지난 지금 건강불평등에 대한 담론은 보다 많이 확산되었으나, 그럼에도 불구하고 건강불평등에 대한 이해의 기반은 여전히 튼튼하지 못한 것"으로 평가하고 있다. 그 이유를 "건강불평등 분야의 전문가가 아니면 크게 관심을 두기 어려운 개념과 논리에 기초한 것이 원인으로 작용한 것"(김창엽, 2015, p. 223)에 두고 있다.

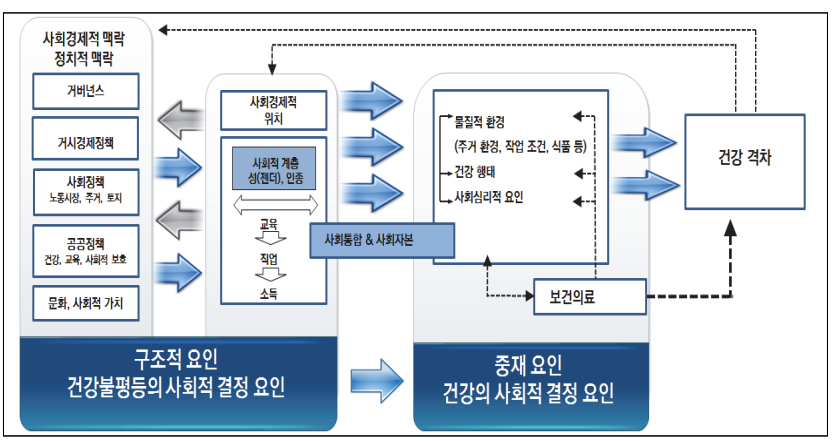
그중에서 무엇이 건강을 결정하는가, 영향을 미치는가 하는 질문에 대해서는 보다 깊은 이해가 필요하다. 최근까지 건강은 생물학적 요인의 산물이라는 생의학적(biomedical) 모형에 기초하여 설명하였는데, 생의학적 모형에서는 건강을 유전이나 타고난 소질에 기초한 신체의 여러 생물학적 특성과 변화에 의해 결정된다고 설명하고 있다(김창엽, 2015, p. 224). 그러나 생의학적 모형만으로 개인의 건강을 모두 설명하는 데는 한계가 있는데, 집단(public)의 건강을 설명하는 데는 더욱더 그렇다. 개인들이 정확하게 같은 생물학적 조건을 갖추어도 사회환경과 조건이 다르면 개인들의 건강 결과는 판이하다. 생물학적 요인만으로는 저소득 국가에서 설사, 말라리아, 위험한 출산이 아직도 중요한 사망 원인이라는 것을 설명하지 못한다(김창엽, 2015, p. 224).

최근 소득이나 교육, 노동과 같은 건강의 사회적 결정 요인(social de-

terminants of health)이 주목받는 것은 이 때문이다. 한 나라 안에서 또 국가 사이에 사회적 결정 요인의 차이에 따른 건강수준의 차이는 일관되고 뚜렷하다. 건강 현상과 문제는 물론이고 그것의 해결 가능성이 정치·경제·사회의 변화와 촘촘하게 결합되어 있기 때문이다. 이런 맥락에서 건강불평등은 주로 사회적 결정 요인을 문제 삼는다. 생물학적 요인이 타고나고 주어진 것에 비해 소득과 교육, 노동 등 사회적 요인은 인간 활동의 산물이기 때문이다. 공정성을 묻고 변화를 모색할 수 있다는 점에서 사회적 요인으로 인한 불평등은 자연적(생물학적) 요인으로 인한 불평등과 구분된다(김창엽, 2015, p. 225).

WHO CSDH(2008)에서는 건강의 사회적 결정 요인과 건강불평등에 영향을 미치는 요인을 찾아내고, 주요 결정 요인이 서로 어떻게 연관되어 있는지를 살펴봄과 동시에 사회적 결정 요인이 건강불평등을 발생시키는 메커니즘을 이해하기 위해 건강불평등 발생 기전 모형을 개발하였다(김동진 외, 2014, p. 31).

[그림 1-1-4] WHO 건강불평등 발생 기전



자료: 김동진, 이소영, 채희란, 이정아, 기명, 김명희 외. (2013). p. 99 재인용.

이 모형에서는 건강불평등이 발생하는 데 영향을 미치는 각종 건강 결정 요인을 포괄하고 있는데, 여기에는 개인적 요인뿐만 아니라 앞서 설명한 건강의 사회적 결정 요인이 다양하게 포함되어 있다(김동진 외, 2014, p. 31). 특히 WHO CSDH(2008) 모형의 특징은 건강의 사회적 결정 요인의 불균등한 분포가 어떻게 건강불평등을 유발하는지에 대한 과정을 설명하는 데 주력하고 있다.

3. 연구 추진 경과

이러한 배경하에서 이 연구는 우리나라의 건강불평등에 대한 모니터링과 함께 건강불평등 해소를 위한 사업 개발을 목적으로 2016년부터 시작되었다. 이 연구에서 다루는 건강불평등 모니터링의 범위는 우리나라의 건강불평등 추이와 현재의 건강불평등 발생 수준에 대한 측정과 건강불평등과 관련된 정책 모니터링이 모두 포함된다.

2016년에 실시된 1년차 연구에서는 우리나라 국민을 대상으로 건강불평등 경험과 건강불평등 인식에 대한 현황을 조사하였고, 건강불평등 정책 의제화를 위한 정책 대안을 제시하였다. 그리고 의료필요와 의료불평등을 종합적으로 측정하기 위한 기반 연구를 수행하였다. 2017년에 실시된 2년차 연구에서는 한국형 건강불평등 지표를 개발하고 산출하여 우리나라에서 발생하는 건강불평등 현상에 대해 측정하였다. 건강불평등 인식에 대한 주관적 평가 도구와 미충족 의료불평등 측정을 위한 도구도 개발하였다.

이번에 실시한 3년차 연구에서는 WHO CSDH(2008)의 건강불평등 발생 기전 중 사회구조적 요인을 중심으로 건강불평등 지표를 산출하였다. 특히 이번 연구에서는 '지역'을 공통적인 연구의 키워드로 활용하여

지역의 사회경제적 결핍 수준을 측정하기 위한 지역박탈지수를 개발하였다. 지역 차원에서 의료이용의 불평등을 이용자 중심으로 설명하기 위한 정성적 측정도구도 개발하였다.

〈표 1-1-1〉 연차별 연구 추진 내용

연차 (연도)	연구 분야	연구 주제	연구 내용
1년차 (2016)	건강불평등 모니터링	건강불평등 경험과 인식	- 우리나라 국민의 건강불평등 인식도 측정
	의료불평등 모니터링	의료불평등 모니터링	- 이용자 중심의 의료필요와 의료불평등을 재해석, 의료불평등 모니터링 지표(안) 개발
	정책·사업 개발	건강불평등 정책 의제화	- 건강불평등의 지식 전환과 정책 의제화 수준 파악
2년차 (2017)	건강불평등 모니터링	건강불평등 모니터링	- 건강불평등 지표 개발 - 건강행태, 의료이용, 건강 결과 지표 산출
		주관적 건강불평등 인식 측정도구 개발	- 우리나라의 건강불평등 수준을 주관적으로 측정할 수 있는 도구 개발
	의료불평등 모니터링	미충족 의료불평등 측정도구 개발	- 정량적 측정도구 - 1차 연도에서 개발된 의료불평등 모니터링 지표(안) 보완
	정책·사업 개발	건강불평등 정책 모니터링	- 건강의 사회적 결정 요인 및 그 조치에 대한 모니터링 - 건강불평등 정책 모니터링
3년차 (2018)	건강불평등 모니터링	건강불평등 모니터링	- 사회구조적 요인 중심 지표 산출
		지역박탈지수 개발	- 지역 차원의 사회경제적 결핍 수준을 파악할 수 있는 지표 개발
	의료불평등 모니터링	미충족 의료불평등 측정도구 개발	- 정성적 측정도구 - 2차 연도에서 개발된 양적 측정도구 보완
	정책·사업 개발	의료 접근성 정책 모니터링	- 정성적 도구를 활용한 의료 접근성 관련 정책 평가

자료: 연구진이 작성함.

제2절 연구 필요성

1. 건강의 사회적 의미와 건강불평등

"정상적인 기능을 수행할 수 있는 상태로서의 건강은 전통적으로 질병의 없음과 해부학적, 생리학적, 그리고 심리적 완전성(integrity)으로 이해되어 왔다. 여기서 나아가 WHO에서는 건강을 단순히 질병이나 허약이 없는 상태가 아니라 신체적, 정신적, 사회적 안녕 상태로 확대한 바 있다(WHO, 1948). 그러나 이러한 WHO의 건강 정의는 건강정책을 수립하는 데 실행적 의미가 모호하고, 측정하기 어렵다는 비판을 받아 왔다"(Evans & Stoddart, 1990; 김동현 외, 2013, p. 13 재인용).

"WHO(1984)는 이 정의를 개정하여 한 개인이나 집단이 자신의 열정을 실현하고, 욕구를 충족하고, 그리고 환경에 적응하거나 환경을 변화시켜 나갈 수 있는 능력이라 하였다. 여기서 건강은 삶의 목적이라는 정적 상태가 아니라, 삶을 위한 자원(resource), 또는 복원력(resiliency)이라는 동적인 개념으로 이해하고자 하였다. 한편 하버드 보건대학원 노먼 대니얼스(Norman Daniels) 교수는 건강이 특별한 가치를 갖는 이유를 우리 모두에게 삶의 목적을 성취할 수 있는 기회를 주기 때문이라고 했고(Daniels, 2008, pp. 29-30), 영국의 사회역학자 마못(Marmot) 교수는 건강은 사회 정의의 전제조건(Marmot, 2001, pp. 134-136)이라 한 바 있어, 건강에 대한 정의가 건강의 가치와 역할에 대한 논의로 이어지고 있다."(김동현 외, 2013, p. 13 재인용)

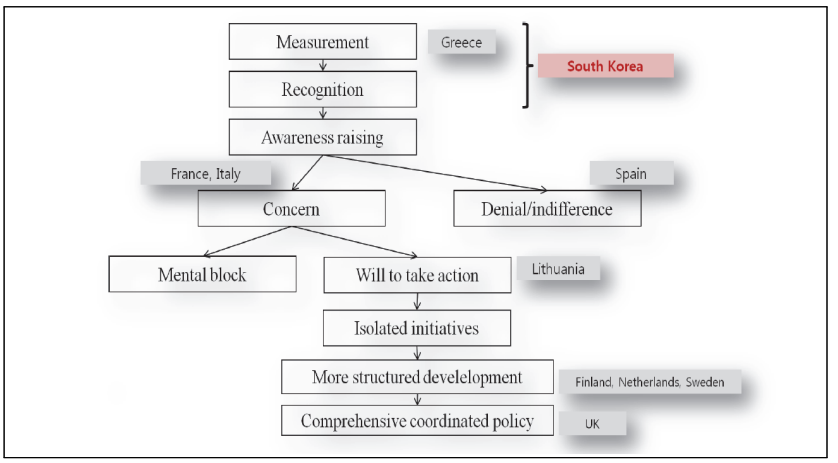
이와 같이 삶의 공정한 기회를 보장하는 '정의'의 측면에서 건강의 의미와 가치를 살펴볼 수 있다면, 건강불평등의 중요성 또한 그 연장선상에서 찾을 수 있다. 사회 정의를 추구하는 것이 보편적인 가치로 인정될 수

있다면, 그 부정의의 결과물인 건강불평등에 관심을 가지고 불평등을 개선하기 위해 노력하는 것 또한 정당화될 수 있기 때문이다. 특히 세계보건기구 건강의 사회적결정요인위원회(WHO, Commission on Social Determinants of Health, 2008)에서 말한 것처럼 건강불평등이 자연스러운 현상이 아니라, 사회적 노력으로 극복할 수 있는, 즉 피할 수 있는 불평등이라면 이를 더욱 중요하게 다루어야 할 필요가 있다(김창엽 외, 2015, p. 69; 김동진 외, 2016, p. 14 재인용).

2. 건강불평등 모니터링 필요성

화이트헤드(Whitehead, 1998)는 유럽 사회에서 전개되었던 건강불평등 담론의 확장과 쇠퇴의 과정 사례 연구(정진주 외, 2016, p. 35)에서 건강불평등 대응의 스펙트럼 중 건강불평등 해소를 위한 첫 번째 단계는 현상에 대한 측정임을 지적하였다. 이는 문제적 현황을 드러내는 것이 건강불평등에 대한 사회적 관심과 정책을 촉발하는 데 영향을 미칠 수 있기 때문이다(김동진 외, 2017, pp. 35-36 재인용).

〔그림 1-1-5〕 건강불평등 대응의 스펙트럼



자료: Whitehead. (1998). p. 471; 김동진, 채수미, 최지희, 이정아, 김창엽, 박유경 외. (2017). p. 36 재인용.

유럽 국가들의 경험처럼 우리나라의 건강불평등에 제대로 대응하기 위해서는 건강불평등 문제에 대한 정확한 현황 파악과 문제 인식이 필요하다. 그 첫 번째 단계로 화이트헤드가 지적한 것처럼 건강불평등 현상에 대한 측정과 시간 변화에 따른 지속적인 모니터링이 필요하다(김동진 외, 2017, p. 36 재인용).

3. 지역 건강불평등 모니터링

'지역'이란 일종의 '위험의 공간(space of risk)'으로서(Curtis, 2004), 공간에 속한 '인구집단의 건강수준'은 공간을 통해 작동하는 여러 가지 건강 결정 요인들에 다양한 방식으로 영향을 받는다. 지역 간 건강수준 및 행태의 변이를 기술하고, 그 원인을 탐색하는 것은 '인구집단전략'의 관점에서 큰 의미를 가질 수 있다(Rose, 1992; 김동현 외, 2013, p. 26

재인용).

지역들 사이에서 건강수준에 차이가 있다는 것은 이미 17세기 영국의 생정 통계에서 지적된 바 있지만, 현대 사회에서 이러한 격차에 대한 본격적 관심은 1980년 영국의 블랙리포트에서 비롯되었다고 할 수 있다(Macintyre, 1997; 김동현 외, 2013. p. 26 재인용).

이와 같이 지역의 건강수준 변이를 연구하고자 하는 이유는 사람들이 어느 지역에 거주하는가에 따라 그 지역의 환경·물리적 환경(기후, 환경오염 정도, 상하수도와 도로 등 도시기반시설, 공원 등)이나 사회경제적 환경(일자리, 생활필수품에 대한 접근성, 교육환경, 지방행정의 지역 지원 정도, 법과 관습 및 문화적 차이 등)이 삶의 질과 건강에 영향을 미친다고 생각하기 때문이다(Macintyre, 1997; 김동현 외, 2013, p. 26 재인용).

따라서 이러한 집합적·맥락적인 요인들의 영향을 평가하기 위해서는 개인 수준이 아니라 집단 자체를 분석 단위로 하는 연구가 중요하다(Pearce, 1996). 이러한 의미에서 지역은 집단건강수준과 관련 요인들의 집합, 그리고 이들의 상호 관련성을 가장 직접적으로 관찰할 수 있는 장이라 할 수 있다(김동현 외, 2013, p. 26 재인용).

제3절 연구 목적

'국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발' 3차 연도 연구로, 지역을 중심으로 우리나라 건강불평등 현황을 모니터하는 것이 목적이다.

건강불평등 모니터링은 우리나라 건강불평등 현황과 추이를 파악하여 건강형평성 측면에서 국민 건강수준의 문제점을 도출해 내고, 이를 해결

하기 위한 정책의 지향점을 제시한다는 측면에서 건강형평성 정책 기반을 마련하는 것과 연결될 수 있다(김동진 외, 2017, p. 37).

이 연구의 세부 목적은 다음과 같다.

첫째, 우리나라 건강불평등 현황을 모니터하기 위해 건강불평등 통계와 지표를 생산한다. 지난 2년차 연구에서는 주로 건강 결과와 건강행태 요인을 중심으로 모니터링하였다면, 3년차 연구에서는 사회구조적 요인 등을 중심으로 건강불평등 지표를 재검토하고 건강불평등 모니터링을 위한 지표를 추가하였다.

둘째, 지역의 결핍을 측정할 수 있는 지역박탈지수를 개발하고 산출한다. 이 과정에서 이 연구에서는 두 가지 형태로 지역박탈지수를 산출하였다.

- 김동진 외(2013)의 연구에서 개발한 지역박탈지수를 2015년 인구센서스 데이터를 이용하여 업데이트하였다. 2013년에 개발된 지역박탈지수는 인구센서스의 데이터 가용성에 따라 구성 변수에 제한이 있는 만큼 지역박탈을 표현하는 데 한계가 있으나 업데이트를 통해 지역박탈의 추이를 살펴보는 데는 용이할 것으로 생각하였다.
- 지역의 박탈수준을 보다 다차원적으로 표현하기 위해 기존 지역박탈지수의 한계를 극복한 한국형 지역박탈지수를 개발하였다. 새로 개발된 지역박탈지수는 지역의 박탈 현황을 보여 줌과 동시에 박탈을 해결하기 위해 지역 차원에서 접근할 수 있는 정책 영역을 가르쳐 주는 데 의의가 있다.

셋째, 의료이용의 불평등 모니터링에서는 의료이용의 불평등을 완화하기 위해 미충족 의료필요를 이용한 정성적 모니터링 체계를 제안한다.

새로 개발된 측정도구는 2년차 연구에서 개발된 정량적 측정도구와 함께 사용하였을 때 미충적 의료이용에 대한 종합적 측정이 가능하고 나아

가 의료이용에 관한 정책 계획과 평가로 이어질 수 있는 방안을 마련할 수 있을 것으로 생각하였다.

- 지역 의료불평등 현황을 설명할 수 있는 미충족 의료 지표의 종합적 측정과 평가 방안을 마련하고, 이를 반영한 모니터링 체계를 제안하였다.
- 지역의 미충족 의료 불평등 측정 결과를 통해 중앙과 지방정부의 의료 접근성 정책을 평가하고 개선을 위한 시사점을 도출하였다.

제 2 장

연구 내용 및 기존 연구와의 차별성

제1절 건강불평등 모니터링 지표 산출
제2절 한국형 지역박탈지수 개발
제3절 의료이용의 불평등 모니터링

2 연구 내용 및 기존 연구와의 차별성

제1절 건강불평등 모니터링 지표 산출

이 연구에서의 첫 번째 연구 내용은 건강불평등 모니터링 지표를 개발하고 산출하는 것이다. 이 연구에서는 김동진 외(2014. pp. 35-39)에서 개발한 건강불평등 모니터링 지표를 바탕으로 전문가 자문 회의와 연구진 회의 등을 거친 뒤 보완하여 사용하였다. 이 과정에서 건강불평등 지표의 선정 원칙으로 건강불평등 지표로서의 측정 용이성, 건강에 대한 기여도가 높은 지표로서의 중요성, 정책적 활용 가능성, 비교 가능성 등을 주요 원칙으로 정하였다(김동진 외, 2014. p. 35).

김동진 외(2014. pp. 35-39)에서는 WHO CSDH(2008)에서 개발한 건강불평등 발생 기전 모형을 바탕으로 건강불평등 모니터링 지표를 개발하였다. WHO CSDH(2008) 모형은 건강의 사회적 결정 요인(Social Determinants of Health)의 불균등한 분포와 그 결과 나타나는 각종 위험 요인에 대한 차별적인 노출, 그리고 차별적 취약성의 결과 발생하는 건강 결과의 불평등 발생 기전을 잘 나타내고 있다. 김동진 외(2014, pp. 35-39)는 WHO CSDH(2008)를 참고하여 사회구조적 요인, 중재 요인, 건강 결과의 세 가지 영역으로 나누어 총 88개의 건강불평등 지표 풀(pool)을 구성하였다.

김동진 외(2014)에서 개발한 건강불평등 지표는 2년차 연구와 이번 연구를 통해서 계속적으로 보완되었다. 이번 연구에서는 김동진 외(2014)에서 88개이던 지표 풀을 119개 지표까지 확대하였다. 그리고 지표의 산

출 또한 연구 연차별로 2년차 연구에서는 주로 건강행태나 건강 결과 지표 위주로 산출하였다. 이번 연구에서는 사회구조적 요인에 해당하는 지표 위주로 산출하였다.

이 연구에서 생산된 사회구조적 요인 지표는 건강의 사회적 결정 요인에 해당하는 지표로서 건강불평등에 영향을 미치는 요인 중 원인(distal risk factors)이자 건강불평등을 발생시키는 상위(upstream) 요인들이며, 원인의 원인(the causes of the causes)에 해당한다.

제2절 한국형 지역박탈지수 개발[4)]

지역박탈지수는 개인의 사회경제적 위치 지표인 소득, 직업, 교육수준과 같이 지역의 사회경제적 위치를 나타내는 지표이다(김동진 외, 2013, p. 175). 그동안 우리나라에서 산출된 지역박탈지수는 연구자별로 약간의 차이가 있으나, 대부분 영국의 지역박탈지수를 일부 변형한 형태로 사용하여 왔다.

지역박탈지수를 지역 재생 정책에 활용하고 있는 영국의 경우 7개 영역, 38개 세부 지표로 이루어진 종합박탈지수를 산출하고 있다. 우리나라는 연구자별로 다르지만 대부분 10개 미만으로 세부 지표를 구성해 왔다. 지역박탈지수를 구성하는 세부 지표가 반드시 많아야 좋은 것은 아니지만, 우리나라에서 활용하고 있는 지역박탈지수가 지역의 박탈 정도를 대표할 수 있을 것인가에 대해서는 그동안 많이 지적되어 왔다.

그동안 국내에서 진행되었던 지역박탈지수 연구는 영국을 배경으로 만들어진 타운젠트 및 카스테어스 지수에 기초하여 세부지표를 구성했던 틀에서 크게 벗어나지 못하였다. 이에 따라 우리나라에서의 '지역'이나

4) 한국형 지역박탈지수 개발을 위해 시민건강연구소가 참여하였음.

‘지역박탈’의 맥락을 반영한 개념 정립이 필요하다는 의견이 있었다.

아울러 우리나라에서 시·군·구 단위로 주기적으로 산출되는 자료원이 드물어 대부분 인구센서스 데이터를 활용하다 보니 지역박탈지수를 구성하고 있는 세부 지표들이 대부분 데이터 가용성에 의해 결정되는 한계와 그 한계에서 파생하는 문제점들 또한 지적되어 왔다. 예를 들어 개인 차원의 박탈을 합산한 것이 지역 차원의 박탈이 될 수 있는가에 대한 문제 또한 제기되어 왔다. 각 개인을 조사한 자료와 함께 지역이 가진 자원 또는 자원에 대한 접근성을 중심으로 지표 구성이 필요하다는 의견도 있었다.

지역박탈지수의 표현 방식에 대한 한계도 지적되어 왔다. 하나의 값으로 지역의 박탈수준을 제시함으로써 박탈의 원인을 구체적으로 파악하는 것이 어려웠다. 해당 지역에서는 지역박탈을 개선할 수 있는 정책적 접근이 어렵다는 것도 박탈지수가 가지고 있는 한계로 지적되어 왔다. 특히 지역박탈지수의 활용도를 높이기 위해서는 지역 차원에서 박탈 해소를 위한 함의를 제공해 줄 필요가 있다. 영국의 사례처럼 자원 배분 등 박탈 해소를 위한 지원 또한 뒷받침될 필요가 있다.

아울러 단순한 지역 간 비교뿐만 아니라 지역 간 박탈 격차가 심각한 영역, 지역 내 박탈 문제가 심각한 영역 등 지역의 박탈수준을 다각도로 설명할 수 있는 지표를 산출해야 한다.

이번 연구에서는 기존의 지역박탈지수가 가지고 있었던 단점들을 극복하여 다차원적으로 지역의 박탈수준을 표현할 수 있는 새로운 지표 개발을 시도하였다. 이를 위해 우선 우리나라 지역박탈의 개념을 정립하는 것에서 출발하였다. 지표의 정책적 함의와 활용 목적을 고려해 우리나라의 맥락에 맞도록 지표 영역을 나누고, 영역별 세부 지표를 구성하였다.

아울러 김동진 외(2013, pp. 166-179) 연구에서 산출한 지역박탈지

수를 2015년 인구센서스 자료를 활용해 업데이트하였다. 기존의 지역박탈지수가 가지는 한계에도 불구하고 그동안 산출되어 온 지역박탈지수의 추이를 모니터하기 위한 목적으로 활용하였다.

제3절 의료이용의 불평등 모니터링[5)]

미충족 의료 지표는 접근성, 보장성, 불평등과 같은 의료체계의 성과나, 보건의료와 사회정책을 평가하는 데 사용되기도 하며, 경제 위기와 긴축 같은 사회적 변화의 영향을 보는 지표로도 쓰이는 등 의료이용에 관한 연구와 정책에 자주 활용된다.

이 연구는 지역 간 의료이용의 불평등을 모니터링하기 위한 도구로 정성적 미충족 의료 측정도구를 개발하고, 이를 시범적으로 적용함으로써 그 결과의 활용 가능성을 시험해 보았다. 의료 불평등 모니터링 개선 방안을 연구하는 3년 동안 연구진은 이용자 중심의 관점을 지속적으로 주장하고 이를 연구에 반영하였다.

정성적 측정은 주관적 측정 방법인 미충족 의료의 정량적 측정도구를 개선하고도 여전히 현실의 미충족 경험을 드러내지 못하는 부분을 보완해 준다. 이 연구는 단순히 질적 연구로 미충족 의료를 분석하는 것이 아니라 일정한 틀을 만들어 약간의 훈련을 받은 사람이라면 누구나 유사한 수준에서 미충족을 평가할 수 있는 도구를 만들었다는 점에서 큰 의의가 있다. 이 도구는 정량적 미충족 의료 측정도구와 마찬가지로 지속적으로 모니터함으로써 지역 간 미충족 의료 현황과 기제를 파악하고 변화를 감지할 수 있도록 만들어졌다.

이번 연구에서 주목하는 미충족 의료 지표는 지금까지 다른 의료이용

5) 의료이용의 불평등 모니터링에는 서울대학교 보건대학원이 참여하였음.

지표에 비하면 주관적 성격을 지닌다는 점에서 다소 과소평가되어 왔다. 미충족 의료의 개념에 따르면 의료를 이용하지 못한 것을 포함해 가장 직접적으로 실제 필요가 충족되고 있는지를 알 수 있다는 점에서 장점이 있다. 당사자에게 직접 묻는 방식이기 때문에 질문 내용에 따라 어떤 종류의 미충족이 있고, 왜 그렇게 되었는지도 확인할 수 있다. 특히 불평등의 경우 현실에 존재하는 괴로움이라는 차원에서 당사자의 인식과 경험을 평가하는 미충족 의료 지표가 더욱 적합한 측면도 있다.

이번 연구의 내용은 다음과 같다. 첫째, 지역 간 미충족 의료 불평등 측정을 위한 정성적 도구 개발이다. 이는 2017년에 수행한 미충족 의료의 정량적 측정도구 개발 연장선상에서 수행되었다. 그렇기 때문에 도구를 개발하는 의미는 정량적 측정도구 개발과 유사하다. 즉 기존의 미충족 의료 측정에서 정의하는 미충족 의료 개념을 보다 확장하여 미충족 의료가 단지 경험 여부로 발생하는 것이 아니라 필요 인식과 이용 결과에 이르기까지 연속적인 과정 안에서 다양한 차원으로 발생할 수 있다고 보았다. 미충족 의료의 발생 이유와 기제에 대해서도 개인적 요인 위주의 측정이 아니라 보건의료제도하에서 개인과 사회적 조건이 상호작용하는 과정이 측정되어야 한다는 점을 인식하고 이를 포괄하였다.

둘째, 정성적 미충족 의료 측정도구의 시범적 측정이다. 여기에서는 2017년에 개발한 미충족 의료의 정량적 측정도구와 함께 정성적인 측정도구를 이용하여 지역 간 미충족 의료의 불평등 현황을 시범적으로 측정하였다.

셋째, 지역 간 미충족 의료 불평등을 통한 의료 접근성 정책 평가이다. 지역 간 미충족 의료의 정성적 측정 결과를 통해 이와 관련한 의료 접근성 정책을 일부 검토하고 불평등 완화의 관점에서 평가하는 작업을 수행하였다. 평가 틀에 의해 제도적 문제, 지역사회의 문제, 개인의 문제로 인

한 미충족과 관련 정책을 먼저 살펴본 뒤 각 정책에 대해 검토하였다.

이번 연구에서 특히 차별화된 점은 의료이용의 불평등 측정 과정이 이용자 중심의 시각이라는 점이다. 의료불평등과 미충족 의료에 대한 초기의 연구에서는 '이용·상병비'와 같이 주로 의료 전문가가 인정하는 의료필요 중 충족되지 않은 영역을 미충족으로 보는 경향이 있었으나(유승흠 외, 1987; 최재규, 1995; Baker et al., 2000; 김동진 외, 2017. p. 400 재인용), 점차 당사자가 판단하고 인식한 주관적 의료필요에서 충족되지 않은 것을 미충족 의료로 측정하는 방식이 널리 사용되고 있다(Ayanian et al., 2000, p. 2063; Cunningham &Hadley, 2007). 의료가 건강의 수단을 넘어 개인의 삶에서 바람직하다고 여겨지는 것을 추구하기 위한 수단(Sen, 2002, pp. 660-661)의 의미를 지닐 때 의료 전문가적 관점이 아닌 당사자의 관점에서, 또는 사회적 관점에서 '적절한 의료이용', '의료필요의 미충족'을 달리 정의하게 되기 때문이다(김동진 외, 2016, p. 324). 연구진은 당사자의 기대와 필요가 정당하지 않을 수 있다는 점도 인정하나, 그 기준은 각 시대와 사회에서 사회 구성원 사이에 형성되어 가는 합의에 의한 것으로 정의하는 시각을 유지하고자 한다.

제 2 부 건강불평등 지표 모니터링

제1장 서론
제2장 외국 사례
제3장 연구 방법
제4장 연구 결과

제 1 장 서론

제1절 연구 배경과 필요성
제2절 연구 목적

1 서론

제1절 연구 배경과 필요성

국가 전체의 건강수준을 향상시키기 위해서는 국민 개개인의 건강수준을 향상시키는 것이 가장 중요할 수 있지만, 인구집단 간 건강불평등을 감소시키는 것도 중요하다. 보건 분야에 가장 많은 자원을 투입하는 대표적인 국가인 미국은 국민의 건강수준 향상을 위해 막대한 국가재정을 투입하고 있음에도 각종 건강지표에서 좋은 성과를 나타내지 못하고 있는데, 그 원인 중 하나로 다양한 인구집단 간 건강수준의 격차가 지목되고 있다(김동진 외, 2014. p. 16).

건강불평등 문제의 중요성과 해결의 필요성에 대해서는 우리나라 정부에서도 공식적으로 인정하고 있다.

지난 2005년에 수립된 제2차 국민건강증진종합계획에서 보건복지부는 '건강형평성 제고'를 '건강수명 연장'과 함께 계획의 2가지 목표 중 하나로 설정하였다(김동진 외, 2014, p. 16). 이후 제4차 국민건강증진종합계획에 이르기까지 '건강형평성 제고'는 계획의 총괄 목표 중 하나로 계속 제시되어 왔다.

제2차 국민건강증진종합계획 수립 당시 보건복지부는 "건강형평성은 소득수준, 교육 정도 등에 의해서 구분되는, 사회경제적 계층 간에 존재하는 건강수준의 격차를 완화함으로써 제고될 수 있음"을 인정하고 있다. 아울러 "현재로서는 형평성의 실태를 총괄적으로 나타낼 자료가 없으므로 형평성 제고의 계량적 목표를 제시하지 못하는 형편이지만, 건강형평

성의 제고를 건강수명의 연장과 더불어 총괄적 목표의 양대 축으로 설정함으로써 사업 계획의 모든 측면에서 형평성 추구에 관심을 가지고, 추진 방안을 마련토록 하는 지침이 될 것"[6]임을 밝힌 바 있다(김동진 외, 2014, pp. 16-17).

〔그림 2-1-1〕 제3차 국민건강증진종합계획 기본 틀



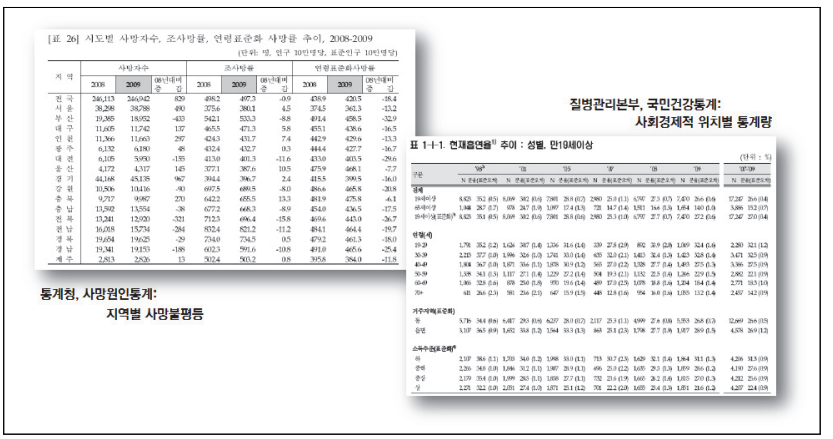
자료: 이연경. (2016). p. 7.

건강불평등에 대응하기 위해서는 건강불평등 현황 파악을 위한 근거 자료가 필수적이다. 영국을 비롯한 유럽 국가들은 지역별, 인구집단별 건강 격차에 대한 문제를 인지하고, 그러한 문제를 사회적 문제로 인식하여 건강 격차 해소를 위한 정책을 개발하고자 노력하고 있다. 그러한 노력의 가장 기초적이고 중요한 부분은 건강불평등에 대한 지속적인 모니터링이다(김동진 외, 2014, p. 24).

6) 서미경, 김혜련, 서동우, 선우덕, 신윤정, 최은진 외. (2005). p. 46.

우리나라도 건강불평등과 관련된 통계가 전혀 생산되지 않는 것은 아니다. 질병관리본부가 발간하는 '국민건강통계'에서는 사회경제적 위치별로 건강 행위나 건강 결과에 대한 인구집단 간 격차를 보여 주고 있고, 통계청이 주관하는 '사망원인통계'에서는 지역별로 사망 격차를 나타내고 있다(김동진 외, 2014. p. 19).

[그림 2-1-2] 우리나라 건강불평등 관련 통계 생산 현황



자료: 김동진 외. (2014). p. 19 재인용.

그러나 건강불평등 해소를 위해서는 단편적으로 나열되는 통계 수치를 넘어서 이를 관리하기 위한 계획을 수립하고, 실행 후 평가하는 일련의 과정이 필요하다(윤태호, 2007; 김동진 외, 2014, p. 19 재인용). 우리나라에서는 국가 단위에서 건강정책 목표 중의 하나로 건강불평등 해소가 제시되고 있으나(김동진 외, 2014, p. 19), 이를 위한 공식적인 모니터링 체계는 부재하고, 정부의 정책 활동은 아직 미비한 것이 현실이다. 그렇기 때문에 건강불평등 해소를 위해서는 건강불평등에 영향을 미치는 다양한 요인에 대해 감시하는 별도의 노력을 기울일 필요가 있다.

제2절 연구 목적

2017년부터 시작된 이 연구는 2014년에 개발된 건강불평등 지표를 계속 보완하여 우리나라의 맥락에 적합한 건강불평등 지표를 찾아가고 있으며, 건강불평등에 영향을 미치는 사회구조적 요인 지표, 중재 요인 지표, 건강 결과 지표를 연도별로 순환하여 산출하고 있다.

〈표 2-1-1〉 연차별 건강불평등 지표 산출

연차 (연도)	대분류	지표 영역	중분류
1년차 (2016)	중재 요인	보건의료서비스	- 의료이용 - 의료비 - 의료이용 결과
2년차 (2017)	중재 요인	생활습관	- 흡연 - 음주 - 신체활동 - 체중, 영양 - 나쁜 생활습관 - 정신건강
		보건의료서비스	- 예방 서비스 - 의료이용 - 의료의 질, 재정 - 보건의료자원 - 보건의료재정
	건강 결과	주관적 건강	- 주관적 건강수준
		불평등 인식	- 주관적 건강불평등 인식
		객관적 건강	- 활동 제한 - 유병
		사망	- 총사망 - 사인별 사망 - 외인 사망
3년차 (2018)	사회구조적 요인	인구	- 지역 - 인구 비율
		교육	- 교육수준 - 교육비 지출
		고용	- 고용 및 실업 - 직업
		결핍	- 소득

연차 (연도)	대분류	지표 영역	중분류
			- 빈곤 - 지방재정 - 지역박탈
	중재 요인	사회통합	- 사회통합 및 사회자본
		생활환경	- 물리적 환경
		생활습관	- 안전의식
		보건의료서비스	- 보건의료자원 - 보건의료재정
	건강 결과	주관적 건강	- 건강 관련 삶의 질

자료: 연구진이 작성함.

지난 1, 2년차 연구에서는 건강불평등 지표들 중 중재 요인과 건강 결과에 해당하는 지표 중심으로 산출하였고, 3년차 연구인 이번 연구에서는 건강불평등과 관련된 사회구조적 요인 지표들을 생산하는 것을 목적으로 하고 있다.

제 2 장 외국 사례

2 외국 사례

건강불평등 격차는 세계보건기구(WHO)와 유럽에서 이전부터 주요한 이슈로 보고되고 있다. WHO는 1980년 '모든 인류에게 건강을 (health for all, HFA)'을 정책 목표로 제시하면서 건강형평성 지향을 보다 명확히 하였다(정최경희 외, 2013; 김동진 외, 2014, p. 20 재인용). 이뿐만 아니라 건강형평성 제고를 위한 정책 형성과 실행을 위해 국가별로 노력할 것을 권고하고 있다. 이에 따라 세계 주요 국가들은 국가 간 혹은 국가 내 인구집단별 건강 격차 해소를 위한 노력들을 정책화하여 실행하고 있다. 이러한 노력들은 대부분 건강형평성에 대한 측정과 모니터링에서부터 시작되고 있다(김동진 외, 2014, p. 20).

1. 영국

영국은 1980년 블랙리포트(Black report) 발간 이후 1997년 애치슨 리포트(Acheson report), 2010년 마못 리뷰(the Marmot review) 등 건강불평등과 관련된 가장 의미 있는 보고서들을 발간하고 있으며, 실제로도 가장 적극적으로 건강불평등 해소 정책을 추진하고 있는 국가이다(김동진 외, 2014, p. 20). 특히 영국은 중앙정부뿐만 아니라, 광역지방정부인 런던에서도 건강 격차와 관련된 모니터링 보고서나 정책 보고서들을 출간하며 독자적인 사업을 수행하고 있다. 런던의 건강 격차 모니터링 보고서 "Fair London, Healthy Londoners?"에서는 인구 5000명에서 1만 5000명 단위의 자치구(borough)별로 박탈지수와 기대수명을 제

시하고 있다(정최경희 외, 2013; 김동진 외, 2014. p. 20 재인용).

〔그림 2-2-1〕 영국(the Marmot review)과 런던(Fair London, Healthy Londoners?)의 건강불평등 보고서





자료: 김동진 외. (2014). p. 20 재인용.

2. 미국

건강이나 보건의료의 영역에서 가장 자유주의적인 입장을 고수하고 있는 미국에서도 건강불평등에 대한 정부 차원의 모니터링이 수행되고 있다. 미국에서의 건강불평등에 대한 관심은 학계에서 시작되었는데, 인구집단별 제공 의료 서비스의 종류와 건강 결과(health outcome)에 대한 연구들이 계속되면서 건강 결과에 대한 사회환경적인 중요성이 먼저 대두되었다(김동진 외, 2013; 김동진 외, 2014, p. 21 재인용).

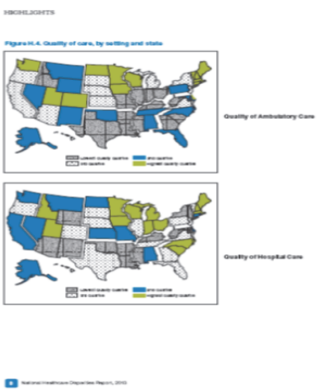
이와 동시에 건강불평등에 관한 주(state) 단위의 연구들(Mcpherson, Wennberg, Hovind, Clifford 1982; Barnes, O'brien, Comstock, D'arpa, Donahue, 1985)이 차례로 나오게 되면서 사회적 관심도 생겨

나게 되었다. 이에 따라 건강불평등에 관한 국가적 개입이 본격적으로 시작되었다(김동진 외, 2014, p. 21).

1999년 미국 의학회(Institute of Medicine, IOM)는 미국 의회로부터 인구집단 간 의료서비스 격차(disparity)에 관해 조사하도록 요청받았다. 그 결과 2002년 'Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care' 보고서를 발표하였다. 이후 이 보고서를 기반으로 하여 미국 보건복지부 산하 연구기관인 AHRQ(Agency for Healthcare Research and Quality)에서 의료서비스에 대한 격차를 매년 모니터하고, 그 결과를 의회에 보고하고 있다(김동진 외, 2014, pp. 21-22).

〔그림 2-2-2〕 미국의 건강불평등 보고서(National Healthcare Disparities Report)





자료: 김동진 외. (2014). p. 22 재인용.

3. 유럽[7)]

고령화, 경제 및 사회 위기에 따라 건강불평등 또한 증가함에 따라 유럽 내 많은 국가에서 건강불평등을 중요한 정책 이슈로 고려하고 있다.

EURO-HEALTHY는 이러한 필요성에 따라 건강 및 건강불평등을 주제로 유럽 12개 국가에서 15개 기관이 참여한 연구 프로젝트로 건강과 건강 결정 요인에 대한 다학제적 접근을 추구하고 있다.

EURO-HEALTHY는 건강불평등과 관련 있는 변수들을 모니터하기 위해 각 변수의 필요성과 산출 결과, 개선 방향 등을 보고서에 수록해 향후 모니터링 결과를 지속적으로 정책 자료로 활용하고자 하였다. EURO-HEALTHY에서 다루고 있는 영역은 크게 5가지이며, 이 중 모니터링과 직접적으로 관련이 있는 영역은 아래와 같다.

가. 사망률

건강관리서비스에 대한 접근성이 높을수록 건강의 지리적 불평등이 감소하고, 건강관리를 꾸준히 할수록 더 나은 건강 결과를 가져올 수 있다. 특히 건강불평등이 증가하고 있는 상황에서 보건의료서비스의 질 차이를 측정하는 것은 필수적이다.

보건의료서비스의 불평등 모니터링을 위해 회피 가능 사망률, 예방 가능 사망률, 치료 가능 사망률 등을 산출하고, 이를 정기적으로 모니터하고 있다. 특히 이 지표들을 통해 의료 접근성과 건강관리 정도를 파악하고 있으며, 지역 간 회피 가능 사망률 지표를 산출해 건강의 지리적 불평

7) Santana, P. (2017). Promoting population health and equity in Europe: from evidence to policy. Imprensa da Universidade de Coimbra/Coimbra University Press. 내용을 재정리함.

등을 줄여야 한다고 강조하고 있다.

나. 위험 환경 노출

유럽에서 인구밀도가 높은 대도시 지역은 대기오염, 기후변화, 소음 등과 관련된 환경보건 문제에 직면해 있다. 최근 수십 년 동안 대기의 질을 개선하기 위한 국가별 노력에도 불구하고 대기오염은 여전히 심각한 위험 요인으로 남아 있다. 또한 기후변화는 극한 기후 현상의 빈도와 심각성을 증가시키고 있다. 도로 교통 소음은 심혈관질환과 관련이 있는데, 급격한 도시화로 교통사고 사망률이 증가하고 있다.

유럽에서는 공중보건에 영향을 미치는 주요 환경 위험 요인과의 상호작용을 파악하는 데 초점을 두고 있는데, 먼저 유럽 대도시 지역의 주요 환경 위험 요소(대기오염, 환경소음, 기후변화 등)와 도시환경 결정 요인(주택, 교통수단, 도보, 도시 녹지 등)의 건강영향을 평가하고 있다.

이러한 위험 요인에 대한 영향평가를 수행한 결과로 사망률과 위험 환경 요인의 상관관계를 파악하고, 위험 환경 노출로 인한 불평등을 줄이기 위해 정책적인 노력을 경주하고 있다.

다. 건강상태지수(Population Health Index; PHI)

유럽 내 지역 건강불평등을 포괄할 수 있는 지표의 생산이 요구됨에 따라 건강에 영향을 미치는 다양한 요인들 간의 관계를 통합하고 지역의 다양성을 고려하기 위해 건강상태지수를 산출하고 있다.

건강상태지수는 지역 간 건강불평등을 포괄적으로 분석하기 위해 활용되는데, 건강불평등의 패턴과 정도를 시각화하고 여러 건강 결정 요인과

건강 결과 사이의 관계를 분석하기 위해 GIS 도구를 사용해 공간 분석 결과도 제시하고 있다. 건강형평성에 대한 정책의 영향을 예측하는 근거 자료로 활용되고 있다.

제 3 장 연구 방법

제1절 건강불평등 모니터링 절차
제2절 건강불평등 모니터링 지표
제3절 건강불평등 지표별 자료원
제4절 지표 생산 방법

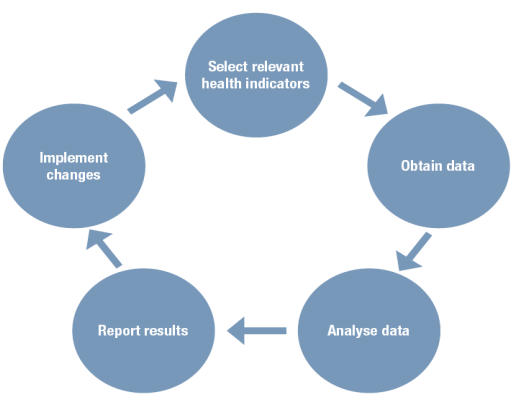
3 연구 방법

제1절 건강불평등 모니터링 절차

모니터링이란 시간의 흐름에 따른 변화를 지속적으로 관찰하는 과정이라고 할 수 있다. 건강에 대한 모니터링은 인구집단 수준에서 건강수준이 향상되었거나 악화되었거나 혹은 동일한 수준을 유지하고 있는가를 확인할 수 있게 한다(WHO, 2013; 김동진 외, 2014, p. 26 재인용).

WHO에서는 건강불평등에 대한 모니터 절차를 다음 그림과 같이 5단계의 절차가 순환되는 형태로 표현하였다. (1) 건강 관련 지표의 확인, (2) 지표를 생산할 수 있는 데이터의 획득, (3) 획득한 데이터 분석, (4) 결과 보고, (5) 개선 정책 실행의 순서로 나누고 있다(WHO, 2013; 김동진 외, 2014, p. 26 재인용).

〔그림 2-3-1〕 건강 관련 분야 모니터링 순환 구조



자료: 김동진 외. (2014). p. 27 재인용.

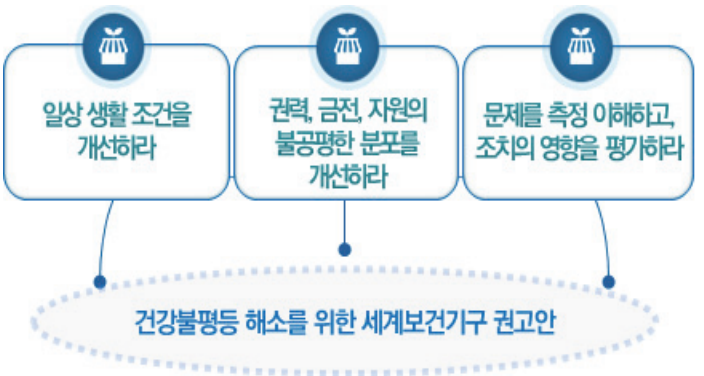
제2절 건강불평등 모니터링 지표

건강불평등 지표 선정을 위해 김동진 외(2014, pp. 36-39)가 개발한 지표를 바탕으로, 전문가 자문 회의와 연구진 회의 등을 거쳐 건강불평등 지표를 마련하였다. 이 과정에서 건강불평등 지표의 선정 원칙으로 건강불평등 지표로서의 측정 용이성, 건강에 대한 기여도가 높은 지표로서의 중요성, 정책적 활용 가능성, 비교 가능성 등을 주요 원칙으로 정하였다(김동진 외, 2014, p. 35).

지난 2년차 연구에서는 주로 건강행태, 의료이용, 건강 결과 중심으로 건강불평등 지표를 산출하였으나, 이번 연구에서는 WHO CSDH(2008)에서 개발한 건강불평등 발생 기전 모형([그림 1-1-4] 참조)에 나타나 있는 요인 중 건강의 사회적 결정 요인과 관련 깊은 사회구조적 요인 지표를 중심으로 선정하였다.

한 국가 내에서는 물론 국가들 간 사회적 결정 요인에 따른 건강수준의 차이는 일관되고 뚜렷해 보인다. 건강 현상과 문제는 물론이고 그것의 해결 가능성은 정치·경제·사회의 변화와 촘촘하게 결합되어 있다(김창엽, 2015, p. 225). 이런 맥락에서 사회구조적 요인에 대한 모니터링 필요성은 강조될 수 있다. WHO CSDH(2008, p. 26)에서도 건강불평등을 해소하기 위한 권고안으로 '일상생활 조건 개선', '권력, 금전, 자원의 불공평한 분포 개선' 등을 강조한 바 있다.

〔그림 2-3-2〕 건강불평등 해소를 위한 세계보건기구 권고안



자료: WHO CSDH. (2008). p. 26. 재구성.

연도별 건강불평등 모니터링 지표는 〈표 2-3-1〉과 같다. 이 지표들 중 재생산 및 아동건강 관련 지표는 2019년에 산출할 예정으로 올해 산출 대상에서 제외하였다. 기존 연구에는 없었던 지방 소멸, 고독성물질 취급 사업장 수 및 위험 인구 규모, 지역박탈수준별 건강행태 지표 등을 추가하였다.

〈표 2-3-1〉 연도별 건강불평등 모니터링 지표(2017, 2018년)

대분류	영역	중분류	2017년	2018년	변경 내역
사회 구조적 요인	인구	출생	합계출산율	합계출산율	-
		지역	-	지방 소멸	추가
		인구 집단별 비율	노인인구 비율	노인인구 비율	-
			저소득 한부모 가족 비율	저소득 한부모 가족 비율	-
			등록 장애인 비율	등록 장애인 비율	-
			외국인 주민 비율	외국인 주민 비율	-
	교육	교육 수준	대학졸업자 인구 비율	대학졸업자 인구 비율	-
			중·고등학교 학업 중단율	중·고등학교 학업 중단율	-
		교육비 지출	공교육비 지출액	공교육비 지출액	-
			사교육비 월평균 지출액	사교육비 월평균 지출액	-

대분류	영역	중분류	2017년	2018년	변경 내역
	고용	고용 및 실업	고용률	고용률	-
			실업률	실업률	-
			비정규직 근로자 비율	비정규직 근로자 비율	-
			저임금 노동자 비율	저임금 노동자 비율	-
		직업	전문가 및 관리자 비율	전문가 및 관리자 비율	-
			피고용인 없는 자영자 비율	피고용인 없는 자영자 비율	-
	개인 및 가구 단위 결핍	소득	노인의 근로소득 의존율	노인의 근로소득 의존율	-
			가처분소득	가처분소득	-
			가구 균등화 소득	가구 균등화 소득	-
		빈곤	여성가구주 가구 상대적 빈곤율	여성가구주 가구 상대적 빈곤율	-
			아동 상대적 빈곤율	아동 상대적 빈곤율	-
			노인 상대적 빈곤율	노인 상대적 빈곤율	-
			중위소득 가구 빈곤율	중위소득 가구 빈곤율	-
	지역 단위 결핍	지방재정	재정자주도	재정자주도	-
		지역박탈	지역박탈지수	지역박탈지수	-
중재 요인	사회통합 및 사회자본	사회통합 및 사회자본	사회에 대한 신뢰	사회에 대한 신뢰	-
			투표율	투표율	-
			단체활동 참여율	단체활동 참여율	-
	생활 환경	여가 및 복지환경	영유아 아동 천명당 국공립 어린이집 비율	영유아 아동 천명당 국공립 어린이집 비율	-
		물리적 환경	유해환경 근로 비율	유해환경 근로 비율	-
			인구 만명당 폐수배출시설 비율	인구 만명당 폐수배출시설 비율	-
			-	고독성물질 취급사업장 수 및 위험 인구 규모	추가
	생활 습관	흡연	현재 흡연율	현재 흡연율	-
			청소년 흡연율	청소년 흡연율	-
			직장 내 간접 흡연율	직장 내 간접 흡연율	-
		음주	고위험(문제) 음주율	고위험(문제) 음주율	-
			청소년 음주율	청소년 음주율	-
		신체활동	근력운동 실천율	근력운동 실천율	-
		체중	성인 비만율(BMI)	성인 비만율(BMI)	-
			청소년 비만율(BMI)	청소년 비만율(BMI)	-
			저체중률	저체중률	-
		영양	식품 미보장률	식품 미보장률	-

대분류	영역	중분류	2017년	2018년	변경 내역
중재 요인		나쁜 생활습관	나쁜 생활습관	나쁜 생활습관	-
		지역박탈 수준별 건강행태	-	지역박탈수준별 건강행태	추가
		정신건강	우울감 경험률	우울감 경험률	-
			자살 시도 경험률	자살 시도 경험률	-
		재생산 및 아동건강	단태아 저체중 출생률	단태아 저체중 출생률	-
			성관계 경험 청소년 항상 피임 실천율	성관계 경험 청소년 항상 피임 실천율	-
			영유아 국가 필수 예방접종 완전 접종률	영유아 국가 필수 예방접종 완전 접종률	-
			6개월 완전 모유 수유율	6개월 완전 모유 수유율	-
			인구 10만 명당 산부인과 전문의 수	인구 10만 명당 산부인과 전문의 수	-
			남편 자녀양육 참여도	남편 자녀양육 참여도	-
			제왕절개 분만율	제왕절개 분만율	-
		안전의식	운전 시 안전벨트 착용률	운전 시 안전벨트 착용률	-
	보건 의료 서비스	예방 서비스	국가 5대암 검진율: 위암	국가 5대암 검진율: 위암	-
			국가 5대암 검진율: 간암	국가 5대암 검진율: 간암	-
			국가 5대암 검진율: 대장암	국가 5대암 검진율: 대장암	-
			국가 5대암 검진율: 자궁경부암	국가 5대암 검진율: 자궁경부암	-
			국가 5대암 검진율: 유방암	국가 5대암 검진율: 유방암	-
			노인 인플루엔자 예방접종률	노인 인플루엔자 예방접종률	-
		의료이용	필요 의료서비스 미치료율	필요 의료서비스 미치료율	수정
		의료이용: 자원/접근성	상급종합병원 의료이용	상급종합병원 의료이용	-
		의료이용: 질	외래진료 민감질환 의료이용	외래진료 민감질환 의료이용	-
			고혈압 진료 지속성	고혈압 진료 지속성	-
		의료이용: 이용	암 의료이용	암 의료이용	-
			고혈압 의료이용	고혈압 의료이용	-
			당뇨 의료이용	당뇨 의료이용	-
			일반건강검진 수진자 수	일반건강검진 수진자 수	-
		의료이용: 재정	총의료비	총의료비	-
			암으로 인한 총의료비	암으로 인한 총의료비	-

대분류	영역	중분류	2017년	2018년	변경 내역
			전체 사망자 사망 전 1년간 의료비	전체 사망자 사망 전 1년간 의료비	-
			고혈압으로 인한 총의료비	고혈압으로 인한 총의료비	-
			당뇨로 인한 총의료비	당뇨로 인한 총의료비	-
		보건의료 자원	인구 10만 명당 병상수	인구 10만 명당 병상수	-
			인구 10만 명당 의사수	인구 10만 명당 의사수	-
			인구 10만 명당 간호사수	인구 10만명당 간호사수	-
			응급의학과 전문의 일인당 주민수	응급의학과 전문의 일인당 주민 수	-
		보건의료 재정	일반회계 중 보건의료 예산 비율	자치단체 예산 중 보건의료 예산 비율	지표명 변경
			일반회계 중 복지 예산 비율	자치단체 예산 중 사회복지 예산 비율	지표명 변경
			보건소 예산 현황	보건소 예산 현황	-
건강 결과	수명	기대여명, 건강수명	출생 시 기대여명	출생 시 기대여명	-
			건강수명	건강수명	-
	주관적 건강	주관적 건강수준	자기평가 건강수준	자기평가 건강수준	-
			건강 관련 삶의 질(EQ-5D)	건강 관련 삶의 질(EQ-5D)	-
	불평등 인식	주관적 건강 불평등	주관적 건강불평등 인식	주관적 건강불평등 인식	-
	객관적 건강	활동 제한	활동 제한(ADL, IADL)	활동 제한(ADL, IADL)	-
		만성질환 유병	고혈압 유병률	고혈압 유병률	-
			관절염 유병률	관절염 유병률	-
			당뇨병 유병률	당뇨병 유병률	-
			허혈성심질환 유병률	허혈성심질환 유병률	-
			이상지질혈증 유병률	이상지질혈증 유병률	-
		감염성 질환 유병	폐결핵 유병률	폐결핵 유병률	-
			B형 간염 유병률	B형 간염 유병률	-
건강 결과		재생산 및 아동건강	모성사망비	모성사망비	-
			영아사망률	영아사망률	-
			5세 미만 아동사망률	5세 미만 아동사망률	-
			학대 아동 발견율	학대 아동 발견율	-
		손상 및 사고	최근 1년간 손상 경험률	최근 1년간 손상 경험률	-
			3대 응급환자 사망률	3대 응급환자 사망률	-
		총사망	총사망률	총사망률	-

대분류	영역	중분류	2017년	2018년	변경 내역
	사망		회피 가능 사망률	회피 가능 사망률	-
			예방 가능 사망률	예방 가능 사망률	-
			치료 가능 사망률	치료 가능 사망률	-
		질병으로 인한 사망	5대 사인별 사망률: 뇌혈관질환	5대 사인별 사망률: 뇌혈관질환	-
			5대 사인별 사망률: 심장질환	5대 사인별 사망률: 심장질환	-
			5대 사인별 사망률: 당뇨병	5대 사인별 사망률: 당뇨병	-
			5대 사인별 사망률: 폐렴	5대 사인별 사망률: 폐렴	-
			5대 사인별 사망률: 암	5대 사인별 사망률: 암	-
			5대 암으로 인한 사망률: 폐암	5대 암으로 인한 사망률: 폐암	-
			5대 암으로 인한 사망률: 위암	5대 암으로 인한 사망률: 위암	-
			5대 암으로 인한 사망률: 간암	5대 암으로 인한 사망률: 간암	-
			5대 암으로 인한 사망률: 대장암	5대 암으로 인한 사망률: 대장암	-
			5대 암으로 인한 사망률: 유방암	5대 암으로 인한 사망률: 유방암	-
		외인으로 인한 사망	성인 외인 사망률	성인 외인 사망률	-
			아동 외인 사망률	아동 외인 사망률	-
			산재 사망률	산재 사망률	-
			성인 운수사고 사망률	성인 운수사고 사망률	-
			아동 운수사고 사망률	아동 운수사고 사망률	-
			자살 사망률	자살 사망률	-

주: 지표 정의는 [부록 1] 참조.
자료: 연구진이 작성함.

제3절 건강불평등 지표별 자료원

건강불평등 지표로서 반드시 갖추어야 할 요건 중 하나는 산출 가능성이다. 특히 건강불평등 모니터링을 위한 지표로서 산출이 불가능하다면 지표의 중요도가 높다 하더라도 실용성이 떨어져 정책적인 의미가 약해지기 마련이다(김동진 외, 2014, p. 44). 각 지표 산출에 활용된 자료원은 〈표 2-3-2〉와 같다.

이 연구에서 선정된 건강불평등 지표는 총 119개이다. 그중 37개

(30.6%)를 이번 연구에서 산출 완료하였다. 사회구조적 요인 영역에서는 총 25개 지표를 마련하였는데, 이 중 23개(92.0%)의 지표를 산출하였다. 중재 요인 영역에서는 총 55개 지표를 마련하였는데, 이 중 13개(23.6%)의 지표를 산출하였다. 건강 결과 영역에서는 총 39개 지표를 마련하였는데, 이 중 1개(2.6%)의 지표를 산출하였다. 이 연구에서 산출을 완료하지 못한 나머지 지표들은 매년 나누어 주기적으로 산출할 예정이다.

〈표 2-3-2〉 2018년 건강불평등 지표

대분류	영역 (지표 개수)	중분류 (지표 개수)	순번	지표명	2017	2018	자료원
사회 구조적 요인 (25)	인구(6)	출생(1)		합계 출산율	×	×	
		지역(1)	1-1	지방 소멸		○	한국고용정보원, 한국의 지방 소멸 2018
		인구 집단별 인구비율 (4)	1-2	노인인구 비율	×	○	행정안전부, 주민등록인구 현황
			1-3	저소득 한부모 가족 비율	×	○	여성가족부, 한부모 가족 지원 사업 안내
			1-4	등록 장애인 비율	×	○	보건복지부, 장애인 현황
			1-5	외국인 주민 비율	×	○	행정안전부, 지방자치단체 외국인 주민 현황
	교육(4)	교육수준 (2)	1-6	대학 졸업자 인구 비율	×	○	통계청, 인구총조사
			1-7	중·고등학교 학업 중단율	×	○	교육부·한국교육개발원 교육통계연도
		교육비 지출(2)		공교육비 지출액	×	×	미산출(자료 부족)
			1-8	사교육비 월평균 지출액	×	○	통계청·교육부, 초·중·고 사교육비 조사
	고용(6)	고용 및 실업(4)	1-9	고용률	×	○	통계청, 경제활동인구조사
			1-10	실업률	×	○	
			1-11	비정규직 근로자 비율	×	○	
			1-12	저임금 노동자 비율	×	○	고용노동부

대분류	영역 (지표 개수)	중분류 (지표 개수)	순번	지표명	2017	2018	자료원
							고용형태별 근로실태 조사
		직업(2)	1-13	전문가 및 관리자 비율	×	○	통계청 경제활동인구조사
			1-14	피고용인 없는 자영자 비율	×	○	통계청 경제활동인구조사
	개인 및 가구 단위 결핍(7)	소득(3)	1-15	노인의 근로소득 의존율	×	○	보건복지부, 노인실태조사
			1-16	가처분소득	×	○	한국보건사회연구원. 빈곤통계연보
			1-17	가구 균등화 소득	×	○	통계청, 가계동향조사
		빈곤(4)	1-18	여성가구주 가구 상대적 빈곤율	×	○	한국보건사회연구원. 빈곤통계연보
			1-19	아동 상대적 빈곤율	×	○	
			1-20	노인 상대적 빈곤율	×	○	
			1-21	중위소득 가구 빈곤율	×	○	
	지역 단위 결핍(2)	지방재정(1)	1-22	재정자주도	×	○	행정안전부. 지방자치단체 통합재정 개요
		지역박탈(1)	1-23	지역박탈지수	×	○	제3부 참조
중재 요인 (55)	사회통합 및 사회자본(3)	사회통합 및 사회자본(3)	2-1	사회에 대한 신뢰	×	○	한국종합사회조사
			2-2	투표율	×	○	중앙선거관리위원회, 투표율
			2-3	단체활동 참여율	×	○	통계청, 인구총조사
	생활 환경 (4)	여가 및 복지환경(1)		영유아 아동 천 명당 국공립 어린이집 비율	×	×	
		물리적 환경(3)		유해 환경 근로 비율	×	×	전구 배출 및 이동량 조사 결과 보고서
				인구 만 명당 폐수배출시설 비율	×	×	
			2-4	고독성물질 취급 사업장 수 및 위험 인구 규모		○	
	생활 습관 (22)	흡연(3)		현재 흡연율	○	×	국민건강영양조사
				청소년 흡연율	○	×	청소년 건강행태 온라인 조사

대분류	영역 (지표 개수)	중분류 (지표 개수)	순번	지표명	2017	2018	자료원
				직장 내 간접 흡연율	○	×	국민건강영양조사
		음주(2)		고위험(문제) 음주율	○	×	국민건강영양조사
				청소년 음주율	○	×	청소년 건강행태 온라인조사
		신체활동(1)		근력운동 실천율	○	×	국민건강영양조사
		체중(3)		성인 비만율(BMI)	○	×	국민건강영양조사
				청소년 비만율(BMI)	○	×	청소년 건강행태 온라인조사
				저체중률	○	×	국민건강영양조사
		영양(1)		식품 미보장률	○	×	
		나쁜 생활습관(1)		나쁜 생활습관	○	×	
		지역박탈수준별 건강행태(1)	2-5	지역박탈수준별 건강행태		○	
		정신건강 (2)		우울감 경험률	○	×	
				자살 시도 경험률	○	×	
		재생산 및 아동건강 (7)		단태아 저체중 출생률	×	×	
				성관계 경험 청소년 항상 피임 실천율	×	×	
				영유아 국가 필수 예방접종 완전 접종률	×	×	
				6개월 완전 모유 수유율	×	×	
				인구 10만 명당 산부인과 전문의 수	×	×	
				남편 자녀양육 참여도	×	×	
				제왕절개 분만율	×	×	
		안전의식(1)	2-6	운전 시 안전벨트 착용률	×	○	질병관리본부, 국민건강영양조사, 지역사회건강조사
	보건의료서비스 (26)	예방서비스 (6)		국가 5대암 검진율: 위암	○	×	질병관리본부
				국가 5대암 검진율: 간암	○	×	
				국가 5대암 검진율: 대장암	○	×	
				국가 5대암 검진율: 자궁경부암	○	×	
				국가 5대암 검진율: 유방암	○	×	

대분류	영역 (지표 개수)	중분류 (지표 개수)	순번	지표명	2017	2018	자료원
				노인 인플루엔자 예방접종률	○	×	
		의료이용(1)		필요 의료서비스 미치료율	○	○	제4부 참조
		의료이용: 자원/ 접근성(1)		상급종합병원 의료이용	○	×	국민건강보험공단 맞춤형 연구 DB
		의료이용: 질(2)		외래진료 민감 질환 의료이용	○	×	
				고혈압 진료 지속성	○	×	
		의료이용: 이용(4)		암 의료이용	○	×	
				고혈압 의료이용	○	×	
				당뇨 의료이용	○	×	
				일반건강검진 수진자 수	○	×	
		의료이용: 재정(5)		총의료비	○	×	
				암으로 인한 총의료비	○	×	
				전체 사망자 사망 전 1년간 의료비	○	×	
				고혈압으로 인한 총의료비	○	×	
				당뇨로 인한 총의료비	○	×	
		보건의료 자원(4)	2-7	인구 10만 명당 병상수	×	○	국민보건 의료실태조사
			2-8	인구 10만 명당 의사수	×	○	
			2-9	인구 10만 명당 간호사수	×	○	
			2-10	응급의학과 전문의 일인당 주민수	×	○	보건복지부·국립중앙의료원, 응급의료 통계연보
		보건의료 재정(3)	2-11	자치단체 예산 중 보건의료 예산 비율	×	○	한국보건사회연구원, 2017년 자치단체 사회보장사업 조사 및 사회보장 예산 실태 분석
			2-12	자치단체 예산 중 사회복지 예산 비율	×	○	
				보건소예산현황	×	×	
건강 결과 (39)	수명(2)	기대여명, 건강수명(2)	3-1	출생 시 기대여명	×	×	통계청, 사망등록 자료, 인구센서스 자료, 주민등록 자료
			3-2	건강수명	×	×	
	주관적 건강(2)	주관적 건강수준(2)		자기평가 건강수준	○	×	국민건강영양조사
			3-3	건강 관련 삶의 질	×	○	

대분류	영역 (지표 개수)	중분류 (지표 개수)	순번	지표명	2017	2018	자료원
				(EQ-5D)			
	불평등 인식(1)	주관적 건강 불평등(1)		주관적 건강불평등 인식	○	×	설문조사
	객관적 건강 (14)	활동 제한(1)		활동 제한(ADL, IADL)	○	×	노인실태조사
		만성질환 유병(5)		고혈압 유병률	○	×	국민건강영양조사
				관절염 유병률	○	×	국민건강영양조사
				당뇨병 유병률	○	×	국민건강영양조사
				허혈성심질환 유병률	○	×	국민건강영양조사
				이상지질혈증 유병률	○	×	국민건강영양조사
		감염성 질환 유병(2)		폐결핵 유병률	×	×	
				B형 간염 유병률	×	×	
		재생산 및 아동건강(4)		모성 사망비	×	×	
				영아 사망률	×	×	
				5세 미만 아동 사망률	×	×	
				학대 아동 발견율	×	×	
		손상 및 사고(2)		최근 1년간 손상 경험률	○	×	국민건강영양조사
				3대 응급환자 사망률	×	×	
	사망 (20)	총사망 (4)		총사망률	○	×	사망 원인 통계
				회피 가능 사망률	○	×	
				예방 가능 사망률	○	×	
				치료 가능 사망률	○	×	
		질병으로 인한 사망 (10)		5대 사인별 사망률: 뇌혈관질환	○	×	
				5대 사인별 사망률: 심장질환	○	×	
				5대 사인별 사망률: 당뇨병	○	×	
				5대 사인별 사망률: 폐렴	○	×	
				5대 사인별 사망률: 암	○	×	
				5대 암으로 인한 사망률: 폐암	○	×	
				5대 암으로 인한 사망률: 위암	○	×	
				5대 암으로 인한 사망률: 간암	○	×	
				5대 암으로 인한 사망률: 대장암	○	×	

대분류	영역 (지표 개수)	중분류 (지표 개수)	순번	지표명	2017	2018	자료원
				5대 암으로 인한 사망률: 유방암	○	×	
		외인으로 인한 사망(6)		성인 외인 사망률	○	×	
				아동 외인 사망률	○	×	
				산재 사망률	×	×	미산출(자료 부족)
				성인 운수사고 사망률	×	×	미산출
				아동 운수사고 사망률	×	×	미산출
				자살 사망률	○	×	사망 원인 통계

주: 지표 정의는 [부록 1] 참조.
자료: 연구진이 작성함.

제4절 지표 생산 방법

1. 지표 정의

이 연구에서 산출하는 지표 정의를 [부록 1]에 제시하였고, 지표 계산식과 지표 산출에 사용된 자료원을 명시하였다.

2. 지표 산출 기준

지표 산출 결과는 조율, 표준화율, 상대격차, 절대격차로 구분하여 제시하였으며, 지표값에 대한 의미와 해석이 보다 용이하도록 노력하였다. 지표 산출 시 활용한 기준은 다음과 같다.

※ 분석 대상: 성별, 지역별, 소득수준별, 교육수준별, 직업계층별
① 지역
- 시·도별(국민건강영양조사는 '기' 단위로 지표를 산출하므로 세종특별자치시 신설 이전 기준으로 작성함)

② 소득수준

- 국민건강영양조사: 4분위(상, 중상, 중하, 하)

③ 교육수준: 30~64세, 65세 이상으로 구분하여 분석
- 30~64세: 초등학교 졸업 이하, 고등학교 졸업 이하, 대학교 졸업 이상
- 65세 이상: 초등학교 졸업 이하, 중학교 졸업 이하, 고등학교 졸업 이상

④ 직업계층: 육체직, 서비스판매직, 사무직(대상 연령: 30~64세)
- 군인, 학생, 주부 제외
- 사무직은 관리자, 전문가 및 관련 종사자, 사무종사자
- 서비스 및 판매직은 서비스 종사자, 판매 종사자
- 육체직은 농림어업 숙련 종사자, 기능원 및 관련 기능 종사자, 장치 기계 조작 및 조립 종사자, 단순노무 종사자

※ 산출값 제시: 조율, 표준화율, 상대격차, 절대격차

① 표준화율: 2005년 추계인구를 사용

② 상대격차와 절대격차는 지역별로는 전국 평균, 소득수준별로는 가장 높은 소득수준(상), 교육수준별로는 가장 높은 교육수준, 직업계층별로는 사무직을 기준으로 분석함.

3. 표준화

인구구성의 차이에서 오는 지표값의 차이를 보정하기 위해 이 연구에서는 표준화율을 별도로 제시하였으며, 표준인구[8]는 2005년 추계인구를 사용하였다.

8) 국가통계포털 홈페이지[국내통계〉주제별통계〉인구·가구〉장래인구추계〉전국 (http://kosis.kr/statisticsList/statisticsListIndex.do?menuId=M_01_01&vwcd=MT_ZTITLE&parmTabId=M_01_01)] 자료를 활용하였음.

제 4 장 연구 결과

제1절 사회구조적 요인
제2절 중재 요인
제3절 건강 결과

4 연구 결과

제1절 사회구조적 요인

1.1. 지방 소멸(사회구조적 요인 〉 인구 〉 지역)

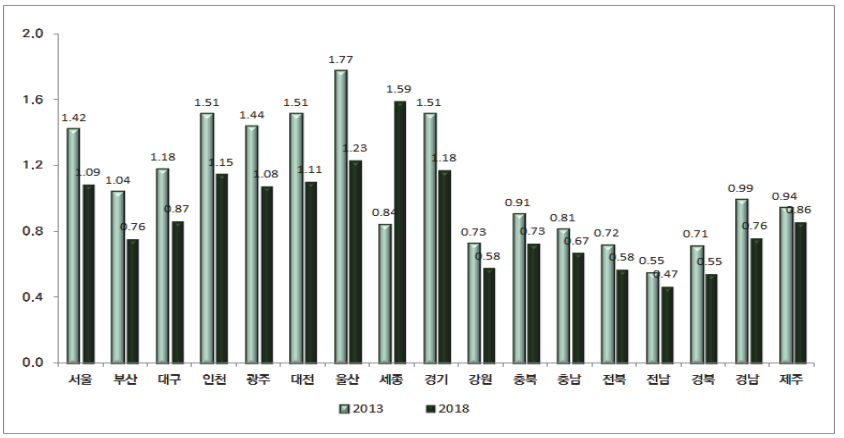
가. 지역별 추이

2018년의 소멸위험지수를 살펴보면 세종특별자치시의 소멸위험지수는 1.59로 소멸 위험이 가장 낮았으며, 전라남도의 소멸위험지수는 0.47로 소멸 위험이 가장 높았다.[9)]

2013년과 2018년의 소멸위험지수를 비교해 보면 세종특별자치시는 2013년 0.84에서 2018년 1.59로 소멸위험지수 증가폭이 가장 높았으며, 울산광역시는 2013년 1.77에서 2018년 1.23으로 소멸위험지수 감소폭이 가장 컸다.

9) 소멸위험지수는 고령인구(65세 이상) 대비 20~39세 여성 인구의 비중으로 계산됨. 이 지수가 1.5 이상이면 소멸 위험 매우 낮음, 1.0~1.5 미만이면 소멸 위험 보통, 0.5~1.0 미만이면 주의 단계, 0.5 미만이면 소멸위험지역으로 분류됨(이상호, 2018. p. 5).

〔그림 2-4-1〕 지역별 소멸위험지수(시·도별, 2013년, 2018년)



자료: 한국고용정보원. (2018). 한국의 지방 소멸 2018: 2013~2018년까지의 추이와 비수도권 인구이동을 중심으로 내용을 재정리한 결과임.

〈표 2-4-1〉 연도별 소멸위험지수(시·도별, 2013~2018년)

구분	2013년	2014년	2015년	2016년	2017년	2018년
전국	1.16	1.09	1.04	1.00	0.95	0.91
서울	1.42	1.33	1.26	1.20	1.14	1.09
부산	1.04	0.97	0.91	0.86	0.81	0.76
대구	1.18	1.09	1.02	0.98	0.92	0.87
인천	1.51	1.43	1.35	1.30	1.22	1.15
광주	1.44	1.34	1.27	1.20	1.13	1.08
대전	1.51	1.42	1.32	1.25	1.18	1.11
울산	1.77	1.65	1.54	1.45	1.34	1.23
세종	0.84	0.93	1.31	1.48	1.55	1.59
경기	1.51	1.43	1.35	1.30	1.23	1.18
강원	0.73	0.69	0.66	0.64	0.61	0.58
충북	0.91	0.86	0.83	0.81	0.76	0.73
충남	0.81	0.78	0.74	0.72	0.70	0.67
전북	0.72	0.68	0.65	0.63	0.60	0.58
전남	0.55	0.53	0.51	0.50	0.48	0.47
경북	0.71	0.67	0.64	0.62	0.58	0.55
경남	0.99	0.94	0.89	0.85	0.81	0.76
제주	0.94	0.92	0.90	0.89	0.87	0.86

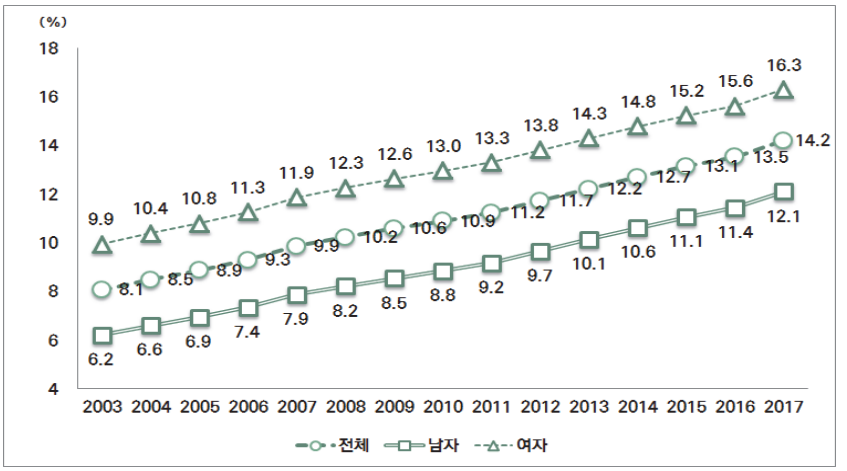
주: 수치 간 차이를 명확히 나타내기 위하여 소수점 둘째 자리까지 표기함.
자료: 한국고용정보원. (2018). 한국의 지방 소멸 2018: 2013~2018년까지의 추이와 비수도권 인구이동을 중심으로 내용을 재정리한 결과임.

1.2. 노인인구 비율(사회구조적 요인 〉 인구 〉 인구집단별 인구 비율)

가. 연도별 추이

2003년부터 남녀 노인인구 비율이 꾸준히 증가하는 것으로 나타났다. 2017년 노인인구 비율은 14.2%로 2003년에 비해 6.1%포인트 증가하였다. 성별로는 여자의 노인인구 비율이 16.3%, 남자의 노인인구 비율이 12.1%로 여자가 남자보다 더 높았다.

〔그림 2-4-2〕 연도별 노인인구 비율(65세 이상, 2003~2017년)

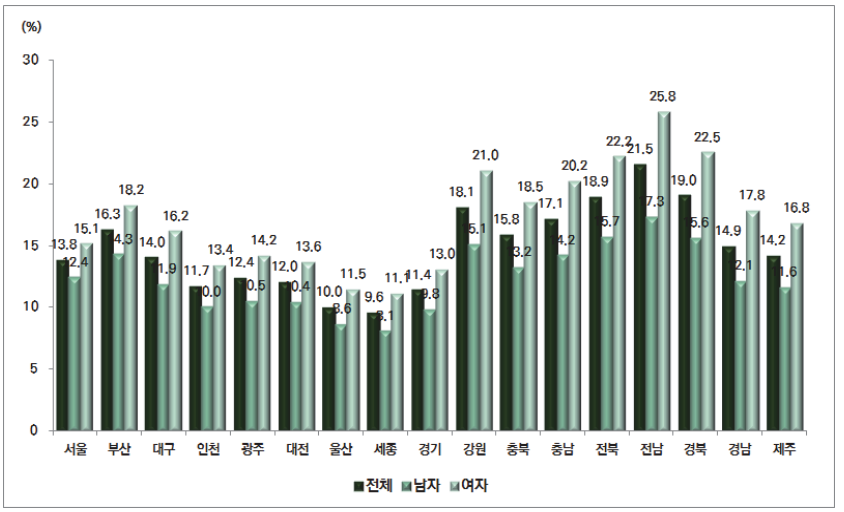


자료: 행정안전부. (2003-2017). 주민등록인구현황을 활용하여 분석한 결과임.

나. 지역별 추이

노인인구 비율이 가장 높은 지역은 전라남도(21.5%), 가장 낮은 지역은 세종특별자치시(9.6%)로 두 지역 간 격차는 12%포인트였다. 남자와 여자 모두 전라남도 지역에서 노인인구 비율이 가장 높았으며, 남자의 노인인구 비율은 17.3%, 여자의 노인인구 비율은 25.8%로 나타났다.

〔그림 2-4-3〕 지역별 노인인구 비율(시·도별, 65세 이상, 2017년)



자료: 행정안전부. (2017). 주민등록인구현황을 활용하여 분석한 결과임.

〈표 2-4-2〉 노인인구 비율(성별, 시·도별, 65세 이상, 2017년)

전체	전체			남자			여자		
	조율(%)	상대격차	절대격차	조율(%)	상대격차	절대격차	조율(%)	상대격차	절대격차
전국	14.2	1.00	0.00	12.1	1.00	0.00	16.3	1.00	0.00
서울	13.8	0.97	-0.41	12.4	1.02	0.30	15.1	0.93	-1.17
부산	16.3	1.15	2.09	14.3	1.18	2.19	18.2	1.12	1.93
대구	14.0	0.99	-0.17	11.9	0.98	-0.23	16.2	0.99	-0.14
인천	11.7	0.82	-2.51	10.0	0.83	-2.08	13.4	0.82	-2.92
광주	12.4	0.87	-1.85	10.5	0.87	-1.59	14.2	0.87	-2.14
대전	12.0	0.85	-2.18	10.4	0.86	-1.69	13.6	0.84	-2.66
울산	10.0	0.70	-4.20	8.6	0.71	-3.46	11.5	0.70	-4.84
경기	9.6	0.67	-4.62	8.1	0.67	-4.03	11.1	0.68	-5.21
강원	11.4	0.80	-2.81	9.8	0.81	-2.31	13.0	0.80	-3.28
충북	18.1	1.27	3.85	15.1	1.25	3.01	21.0	1.29	4.75
충남	15.8	1.11	1.63	13.2	1.09	1.09	18.5	1.14	2.22
전북	17.1	1.21	2.94	14.2	1.17	2.10	20.2	1.24	3.89
전남	18.9	1.33	4.73	15.7	1.29	3.55	22.2	1.36	5.89
경북	21.5	1.52	7.33	17.3	1.43	5.17	25.8	1.58	9.50
경남	19.0	1.34	4.84	15.6	1.29	3.48	22.5	1.38	6.24
제주	14.9	1.05	0.72	12.1	1.00	-0.01	17.8	1.09	1.49

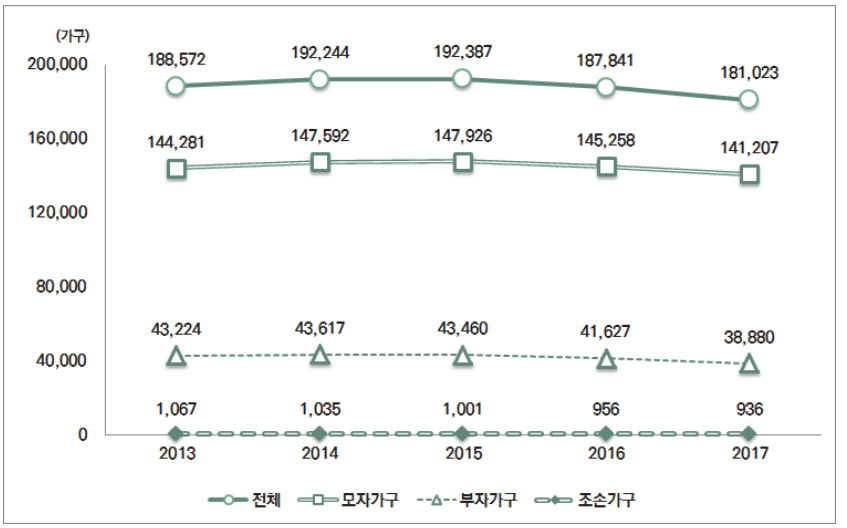
주: 상대격차와 절대격차 신뢰 구간은 수치 간 차이를 명확히 나타내기 위하여 소수점 둘째 자리까지 표기함.
자료: 행정안전부. (2017). 주민등록인구현황을 활용하여 분석한 결과임.

1.3. 저소득 한부모 가구(사회구조적 요인 〉 인구 〉 인구집단별 인구 비율)

가. 연도별 추이

2013년부터 2015년까지 저소득 한부모 가구수가 증가하였으나, 이후 감소하는 추세를 보이고 있다. 저소득 한부모 가구 구성원을 살펴보면 모자가구, 부자가구, 조손가구 순으로 비중이 높았는데, 특히 모자가구의 비중이 월등히 높았다. 2017년 저소득 한부모 가구수는 18만 1023가구로, 이 중 모자가구는 14만 1207가구로 전체 저소득 한부모 가구의 약 78%를 차지하였다.

〔그림 2-4-4〕 연도별 저소득 한부모 가구수(2013~2017년)



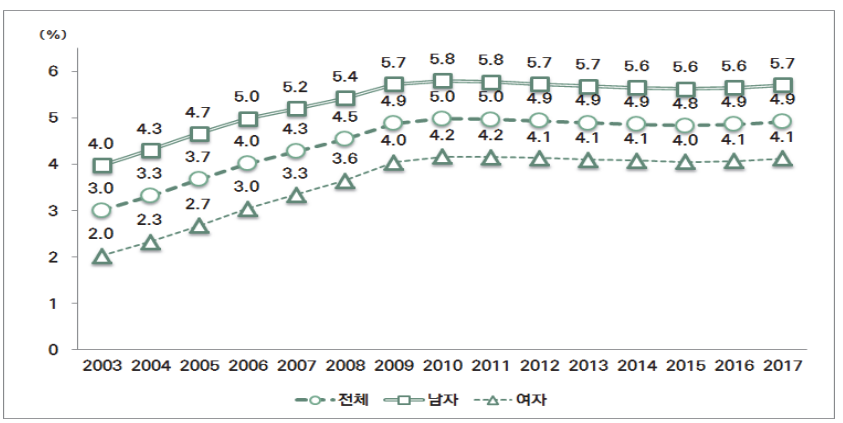
자료: 여성가족부. (2018). 2018년 한부모가족지원사업 안내. p. 22.

1.4. 등록 장애인 비율(사회구조적 요인 〉 인구 〉 인구집단별 인구 비율)

가. 연도별 추이

2003년부터 2009년까지 등록 장애인 비율이 다소 증가하다 이후 유지되거나 약간 낮아지고 있다. 2017년 등록 장애인 비율은 4.9%로 2003년에 비해 1.9%포인트 증가하였다. 성별로는 남자의 등록 장애인 비율이 5.7%, 여자의 등록 장애인 비율이 4.1%로 남자가 여자보다 다소 높았다.

〔그림 2-4-5〕 연도별 등록 장애인 비율(2003~2017년)

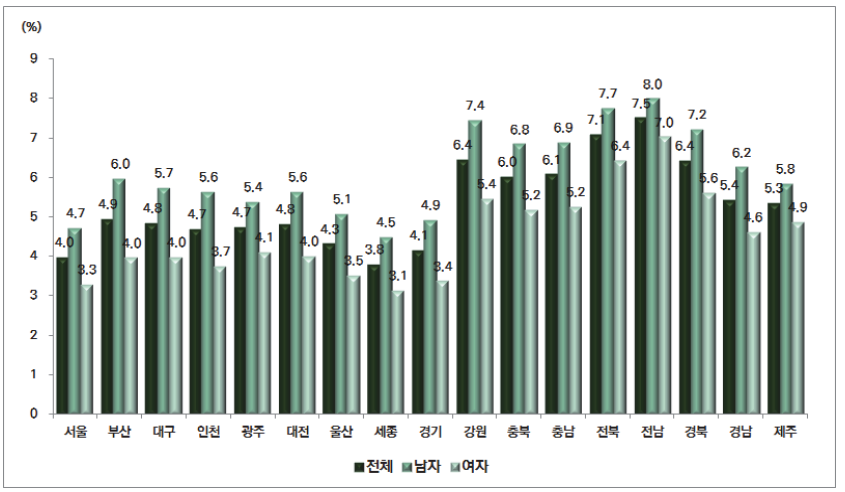


자료: 보건복지부. (2003-2017). 장애인현황, 행정안전부. (2003-2017). 주민등록인구현황을 활용하여 분석한 결과임.

나. 지역별 추이

등록 장애인 비율이 가장 높은 지역은 전라남도(7.5%), 가장 낮은 지역은 세종특별자치시(3.8%)로 두 지역 간 격차는 3.7%포인트였다. 남자와 여자 모두 전라남도 지역에서 등록 장애인 비율이 가장 높았다. 남자의 등록 장애인 비율은 8%, 여자의 등록 장애인 비율은 7%로 나타났다.

〔그림 2-4-6〕 지역별 등록 장애인 비율(시·도별, 2017년)



자료: 보건복지부. (2017). 장애인현황, 행정안전부. (2017). 주민등록인구현황을 활용하여 분석한 결과임.

〈표 2-4-3〉 등록 장애인 비율(성별, 시·도별, 2017년)

전체	전체			남자			여자		
	조율(%)	상대격차	절대격차	조율(%)	상대격차	절대격차	조율(%)	상대격차	절대격차
전국	4.9	1.00	0.00	5.7	1.00	0.00	4.1	1.00	0.00
서울	4.0	0.81	-0.94	4.7	0.82	-1.00	3.3	0.79	-0.86
부산	4.9	1.00	0.02	6.0	1.04	0.24	4.0	0.96	-0.17
대구	4.8	0.98	-0.08	5.7	1.00	0.02	4.0	0.96	-0.16
인천	4.7	0.95	-0.23	5.6	0.99	-0.07	3.7	0.91	-0.39
광주	4.7	0.96	-0.19	5.4	0.94	-0.34	4.1	0.99	-0.03
대전	4.8	0.98	-0.11	5.6	0.98	-0.09	4.0	0.97	-0.13
울산	4.3	0.88	-0.61	5.1	0.89	-0.64	3.5	0.85	-0.62
경기	3.8	0.77	-1.12	4.5	0.78	-1.24	3.1	0.76	-1.01
강원	4.1	0.84	-0.77	4.9	0.86	-0.80	3.4	0.82	-0.76
충북	6.4	1.31	1.53	7.4	1.30	1.73	5.4	1.32	1.32
충남	6.0	1.22	1.09	6.8	1.20	1.13	5.2	1.25	1.04
전북	6.1	1.23	1.15	6.9	1.20	1.17	5.2	1.27	1.11
전남	7.1	1.44	2.16	7.7	1.36	2.04	6.4	1.56	2.29
경북	7.5	1.52	2.58	8.0	1.40	2.27	7.0	1.70	2.88
경남	6.4	1.30	1.49	7.2	1.26	1.50	5.6	1.36	1.47
제주	5.4	1.10	0.51	6.2	1.09	0.54	4.6	1.11	0.47

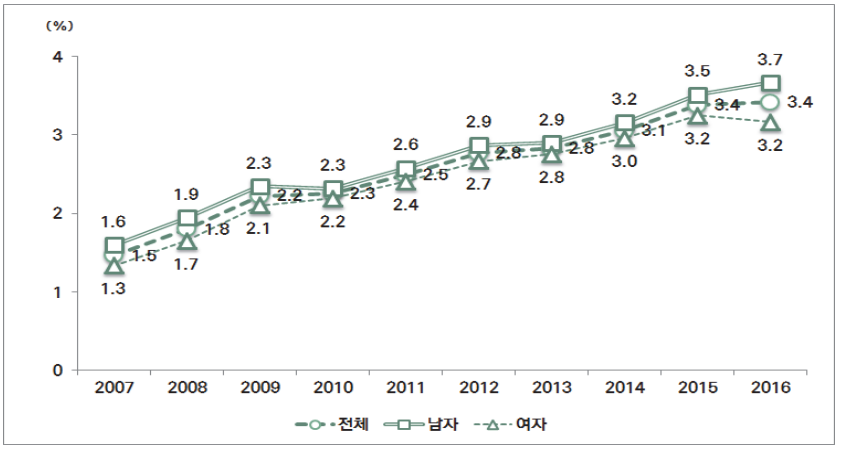
주: 상대격차와 절대격차 신뢰 구간은 수치 간 차이를 명확히 나타내기 위하여 소수점 둘째 자리까지 표기함.
자료: 보건복지부. (2017). 장애인현황, 행정안전부. (2017). 주민등록인구현황을 활용하여 분석한 결과임.

1.5. 외국인 주민 비율(사회구조적 요인 〉 인구 〉 인구집단별 인구 비율)

가. 연도별 추이

2007년부터 외국인 주민 비율은 증가하는 추세다. 2016년 외국인 주민 비율은 3.4%로 2007년에 비해 1.9%포인트 증가하였다. 성별로는 남자 3.7%, 여자 3.2%로 남자가 다소 높았다.

〔그림 2-4-7〕 연도별 외국인 주민 비율(2007~2016년)

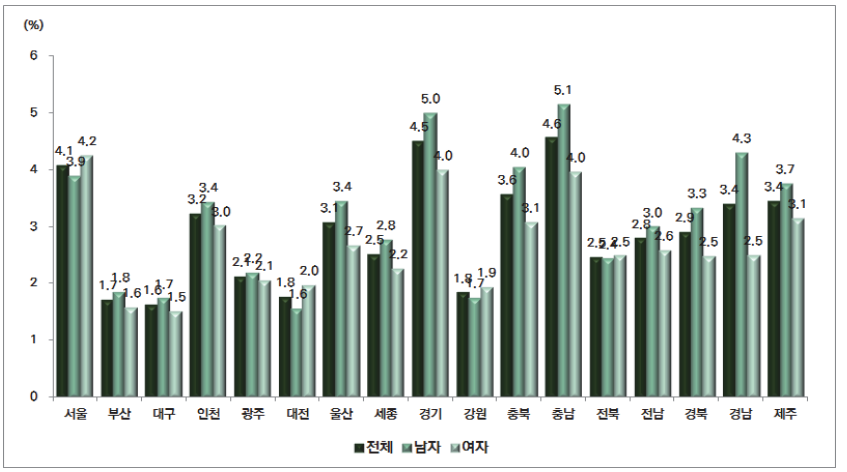


자료: 행정안전부. (2007-2016). 지방자치단체외국인주민현황, 행정안전부. (2007-2016). 주민등록인구현황을 활용하여 분석한 결과임.

나. 지역별 추이

외국인 주민수 비율이 가장 높은 지역은 충청남도(4.6%), 가장 낮은 지역은 대구광역시(1.6%)로 두 지역 간 격차는 3.0%포인트였다. 남자는 충청남도(5.1%)에서, 여자는 서울특별시(4.2%)에서 외국인 주민수 비율이 가장 높았다.

〔그림 2-4-8〕 지역별 외국인 주민 비율(시·도별, 2016년)



자료: 행정안전부. (2016). 지방자치단체외국인주민현황, 행정안전부. (2016). 주민등록인구현황을 활용하여 분석한 결과임.

〈표 2-4-4〉 외국인 주민 비율(성별, 시·도별, 2016년)

전체	전체			남자			여자		
	조율(%)	상대격차	절대격차	조율(%)	상대격차	절대격차	조율(%)	상대격차	절대격차
전국	3.4	1.00	0.00	3.7	1.00	0.00	3.2	1.00	0.00
서울	4.1	1.19	0.66	3.9	1.06	0.22	4.2	1.34	1.09
부산	1.7	0.50	-1.70	1.8	0.50	-1.82	1.6	0.50	-1.58
대구	1.6	0.47	-1.79	1.7	0.47	-1.93	1.5	0.48	-1.66
인천	3.2	0.94	-0.20	3.4	0.93	-0.24	3.0	0.95	-0.15
광주	2.1	0.62	-1.29	2.2	0.60	-1.48	2.1	0.65	-1.11
대전	1.8	0.52	-1.65	1.6	0.43	-2.10	2.0	0.62	-1.20
울산	3.1	0.90	-0.35	3.4	0.94	-0.23	2.7	0.84	-0.50
경기	2.5	0.73	-0.91	2.8	0.75	-0.91	2.2	0.71	-0.91
강원	4.5	1.32	1.08	5.0	1.36	1.33	4.0	1.26	0.82
충북	1.8	0.54	-1.58	1.7	0.48	-1.92	1.9	0.61	-1.24
충남	3.6	1.04	0.15	4.0	1.10	0.37	3.1	0.97	-0.09
전북	4.6	1.34	1.14	5.1	1.40	1.48	4.0	1.25	0.79
전남	2.5	0.72	-0.96	2.4	0.66	-1.23	2.5	0.79	-0.68
경북	2.8	0.82	-0.63	3.0	0.82	-0.67	2.6	0.82	-0.58
경남	2.9	0.85	-0.51	3.3	0.91	-0.34	2.5	0.78	-0.69
제주	3.4	1.00	-0.02	4.3	1.17	0.62	2.5	0.79	-0.67

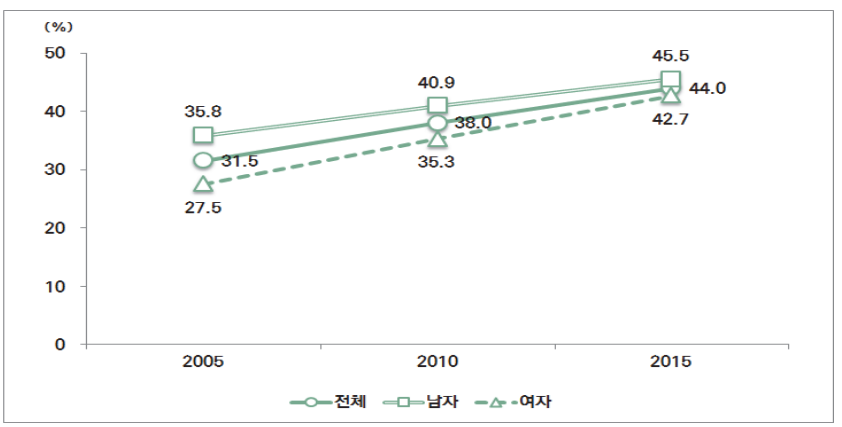
주: 상대격차와 절대격차 신뢰 구간은 수치 간 차이를 명확히 나타내기 위하여 소수점 둘째 자리까지 표기함.
자료: 행정안전부. (2016). 지방자치단체외국인주민현황, 행정안전부. (2016). 주민등록인구현황을 활용하여 분석한 결과임.

1.6. 대학졸업자 인구 비율(사회구조적 요인 〉 교육 〉 교육수준)

가. 연도별 추이

대학 졸업자 인구 비율은 점차 증가하는 추세를 보이고 있다. 2015년 대학 졸업자 인구 비율은 44%로 2005년에 비해 12.5%포인트 증가하였다. 성별로는 남자의 대학 졸업자 인구 비율이 45.5%, 여자의 대학 졸업자 인구 비율이 42.7%로 여자보다 남자의 대학 졸업자 인구 비율이 더 높았다. 2005년과 2015년의 대학 졸업자 인구 비율 증가 폭은 남자보다 여자가 더 높게 나타났다.

[그림 2-4-9] 연도별 대학 졸업자 인구 비율(20세 이상, 2005~2015년)



자료: 통계청. (2005, 2010, 2015). 인구총조사 자료를 활용하여 분석한 결과임.

〈표 2-4-5〉 연도별 대학 졸업자 인구 비율(성별, 연도별)

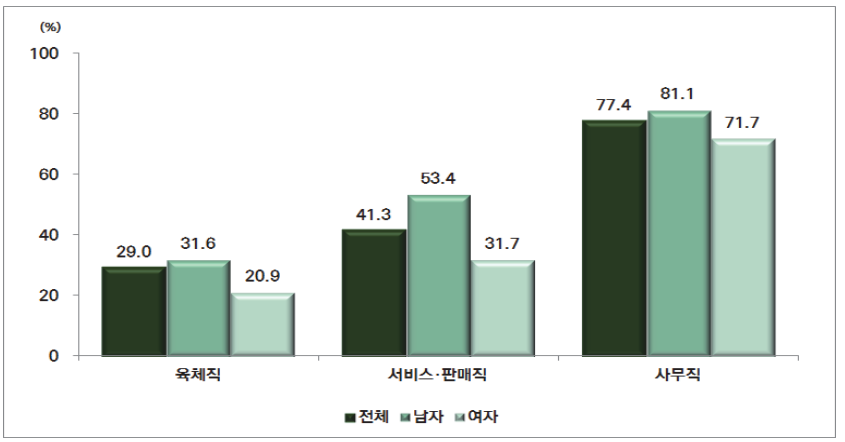
구분	전체		남자		여자	
	조율(%)	표준화율(%)	조율(%)	표준화율(%)	조율(%)	표준화율(%)
2005	30.6	31.5	35.3	35.8	26.3	27.5
2010	34.9	38.0	39.1	40.9	31.0	35.3
2015	39.5	44.0	43.2	45.5	35.9	42.7

자료: 통계청. (2005, 2010, 2015). 인구총조사 자료를 활용하여 분석한 결과임.

나. 인구집단별 격차

2015년 대학 졸업자 인구 비율의 직업별 격차를 살펴보면 사무직에서 대학 졸업자 인구 비율이 77.4%로 가장 높았으며, 서비스·판매직(41.3%), 육체직(29%) 순으로 나타났다. 특히 서비스·판매직에서 남자의 대학졸업자 인구 비율은 53.4%, 여자의 대학 졸업자 인구 비율은 31.7%로 다른 직업보다 성별 간 격차가 큰 것으로 나타났다.

[그림 2-4-10] 직업별·성별 대학 졸업자 인구 비율(30~64세, 2015년)



자료: 통계청. (2015). 인구총조사 자료를 활용하여 분석한 결과임.

〈표 2-4-6〉 대학 졸업자 인구 비율(성별, 직업별, 30~64세, 2015년)

구분		조율 (%)	표준화율 (%)	상대격차(배) (95% 신뢰 구간)	절대격차(%포인트) (95% 신뢰 구간)
직업별 (전체)	육체직	22.8	29.0	0.4 (0.24 - 0.60)	-48.35(-64.96- -31.73)
	서비스 · 판매직	37.3	41.3	0.5 (0.36 - 0.85)	-36.05(-54.52- -17.57)
	사무직	78.1	77.4	1.00	0.00
직업별 (남자)	육체직	26.6	31.6	0.4 (0.26 - 0.59)	-49.43(-65.45- -33.40)
	서비스 · 판매직	52.8	53.4	0.7 (0.50 - 1.00)	-27.68(-43.91- -11.46)
	사무직	81.1	81.1	1.00	0.00

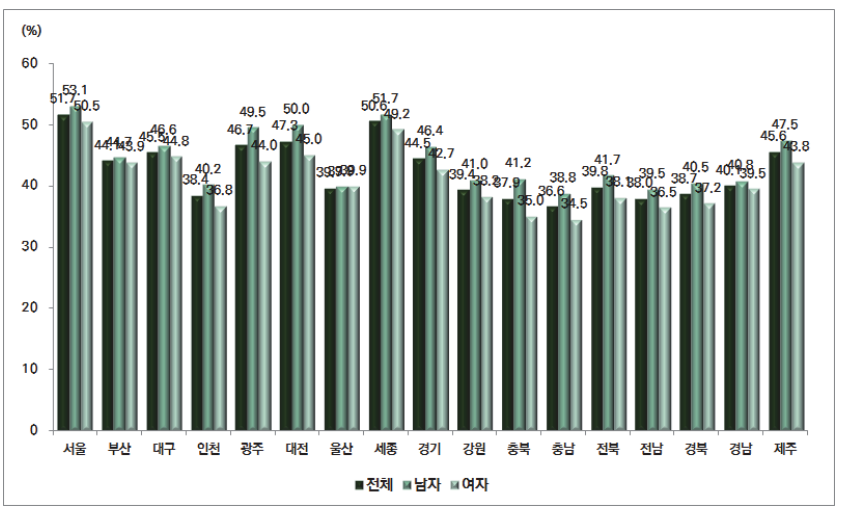
구분		조율 (%)	표준화율 (%)	상대격차(배) (95% 신뢰 구간)	절대격차(%포인트) (95% 신뢰 구간)
직업별 (여자)	육체직	12.3	20.9	0.3 (0.16 - 0.54)	-50.78(-68.25- -33.31)
	서비스 · 판매직	24.9	31.7	0.4 (0.27 - 0.82)	-39.97(-59.54- -20.41)
	사무직	74.0	71.7	1.00	0.00

주: 상대격차와 절대격차 신뢰 구간은 수치 간 차이를 명확히 나타내기 위하여 소수점 둘째 자리까지 표기함.
자료: 통계청. (2015). 인구총조사 자료를 활용하여 분석한 결과임.

다. 지역별 격차

대학 졸업자 인구 비율이 가장 높은 지역은 서울특별시(51.7%), 가장 낮은 지역은 충청남도(36.6%)로 두 지역 간 격차는 15.1%포인트였다. 남자와 여자 모두 서울특별시에서 대학 졸업자 인구 비율이 가장 높았으며, 남자의 대학 졸업자 인구 비율은 53.1%, 여자의 대학 졸업자 인구 비율은 50.5%로 나타났다.

[그림 2-4-11] 지역별 대학 졸업자 인구 비율(시·도별, 2015년)



자료: 통계청. (2015). 인구총조사 자료를 활용하여 분석한 결과임.

〈표 2-4-7〉 대학 졸업자 인구 비율(전체, 시·도별, 20세 이상, 2015년)

구분	2013-2015년(전체)			
	조율 (%)	표준화율 (%)	상대격차 (95% 신뢰 구간)	절대격차 (95% 신뢰 구간)
전국	39.5	44.0	1.00	0.00
서울	48.3	51.7	1.17 (0.80 - 1.72)	7.68 (-10.45 - 25.80)
부산	37.7	44.1	1.00 (0.67 - 1.50)	0.13 (-17.54 - 17.81)
대구	40.3	45.5	1.03 (0.69 - 1.54)	1.46 (-16.43 - 19.35)
인천	35.3	38.4	0.87 (0.59 - 1.30)	-5.56 (-22.04 - 10.93)
광주	43.8	46.7	1.06 (0.72 - 1.56)	2.70 (-14.91 - 20.30)
대전	44.2	47.3	1.08 (0.73 - 1.59)	3.32 (-14.57 - 21.21)
울산	36.4	39.7	0.90 (0.60 - 1.36)	-4.34 (-21.52 - 12.83)
세종	49.7	50.6	1.15 (0.77 - 1.72)	6.61 (-12.39 - 25.61)
경기	41.9	44.5	1.01 (0.69 - 1.49)	0.46 (-16.64 - 17.55)
강원	31.6	39.4	0.89 (0.60 - 1.35)	-4.63 (-21.59 - 12.33)
충북	32.3	37.9	0.86 (0.58 - 1.29)	-6.07 (-22.58 - 10.43)
충남	30.6	36.6	0.83 (0.55 - 1.25)	-7.36 (-23.74 - 9.02)
전북	32.7	39.8	0.90 (0.61 - 1.35)	-4.20 (-20.95 - 12.55)
전남	28.0	38.0	0.86 (0.57 - 1.30)	-6.03 (-22.91 - 10.85)
경북	30.6	38.7	0.88 (0.58 - 1.33)	-5.29 (-22.20 - 11.63)
경남	34.1	40.1	0.91 (0.60 - 1.37)	-3.92 (-21.09 - 13.24)
제주	40.2	45.6	1.04 (0.69 - 1.55)	1.60 (-16.32 - 19.51)

주: 상대격차와 절대격차 신뢰 구간은 수치 간 차이를 명확히 나타내기 위하여 소수점 둘째 자리까지 표기함.
자료: 통계청. (2015). 인구총조사를 활용하여 분석한 결과임.

〈표 2-4-8〉 대학 졸업자 인구 비율(남자, 시·도별, 20세 이상, 2015년)

구분	2013~2015년(남자)			
	조율 (%)	표준화율 (%)	상대격차 (95% 신뢰 구간)	절대격차 (95% 신뢰 구간)
전국	43.2	45.5	1.00	0.00
서울	51.7	53.1	1.17 (0.82 - 1.65)	7.58 (-9.47 - 24.63)
부산	40.7	44.7	0.98 (0.68 - 1.42)	-0.87 (-17.56 - 15.82)
대구	43.9	46.6	1.02 (0.71 - 1.48)	1.09 (-15.84 - 18.02)
인천	38.7	40.2	0.88 (0.61 - 1.27)	-5.32 (-20.99 - 10.36)
광주	48.3	49.5	1.09 (0.77 - 1.55)	4.02 (-12.71 - 20.75)
대전	48.7	50.0	1.10 (0.77 - 1.56)	4.43 (-12.51 - 21.36)
울산	38.5	39.9	0.88 (0.60 - 1.28)	-5.64 (-21.68 - 10.41)
세종	52.6	51.7	1.14 (0.78 - 1.65)	6.18 (-12.21 - 24.57)
경기	45.6	46.4	1.02 (0.72 - 1.45)	0.86 (-15.35 - 17.08)
강원	36.0	41.0	0.90 (0.62 - 1.31)	-4.56 (-20.67 - 11.55)
충북	37.5	41.2	0.90 (0.62 - 1.31)	-4.37 (-20.42 - 11.67)
충남	35.0	38.8	0.85 (0.59 - 1.24)	-6.72 (-22.47 - 9.03)
전북	37.3	41.7	0.92 (0.63 - 1.33)	-3.80 (-19.92 - 12.33)
전남	32.8	39.5	0.87 (0.59 - 1.27)	-6.02 (-22.19 - 10.16)
경북	35.1	40.5	0.89 (0.61 - 1.30)	-5.03 (-21.22 - 11.16)
경남	37.8	40.8	0.90 (0.62 - 1.31)	-4.70 (-20.93 - 11.54)
제주	44.8	47.5	1.04 (0.72 - 1.50)	1.92 (-15.05 - 18.90)

주: 상대격차와 절대격차 신뢰 구간은 수치 간 차이를 명확히 나타내기 위하여 소수점 둘째 자리까지 표기함.
자료: 통계청. (2015). 인구총조사를 활용하여 분석한 결과임.

〈표 2-4-9〉 대학 졸업자 인구 비율(여자, 시·도별, 20세 이상, 2015년)

구분	2013~2015년(여자)			
	조율 (%)	표준화율 (%)	상대격차 (95% 신뢰 구간)	절대격차 (95% 신뢰 구간)
전국	35.9	42.7	1.00	0.00
서울	45.2	50.5	1.18 (0.78 - 1.80)	7.77 (-11.74 - 27.28)
부산	34.9	43.9	1.03 (0.66 - 1.60)	1.21 (-17.88 - 20.31)
대구	37.0	44.8	1.05 (0.68 - 1.63)	2.12 (-17.12 - 21.36)
인천	32.0	36.8	0.86 (0.55 - 1.34)	-5.91 (-23.58 - 11.76)
광주	39.6	44.0	1.03 (0.67 - 1.59)	1.32 (-17.50 - 20.15)
대전	39.9	45.0	1.05 (0.68 - 1.63)	2.35 (-16.86 - 21.55)
울산	34.4	39.9	0.94 (0.59 - 1.48)	-2.76 (-21.62 - 16.10)
세종	46.9	49.2	1.15 (0.75 - 1.78)	6.51 (-13.57 - 26.60)
경기	38.3	42.7	1.00 (0.65 - 1.54)	-0.02 (-18.35 - 18.31)
강원	27.5	38.2	0.90 (0.57 - 1.41)	-4.46 (-22.71 - 13.78)
충북	27.3	35.0	0.82 (0.52 - 1.28)	-7.71 (-25.02 - 9.60)
충남	26.4	34.5	0.81 (0.52 - 1.27)	-8.18 (-25.48 - 9.12)
전북	28.3	38.1	0.89 (0.58 - 1.39)	-4.55 (-22.32 - 13.22)
전남	23.6	36.5	0.85 (0.54 - 1.35)	-6.22 (-24.14 - 11.70)
경북	26.3	37.2	0.87 (0.55 - 1.37)	-5.52 (-23.52 - 12.49)
경남	30.7	39.5	0.93 (0.59 - 1.46)	-3.15 (-21.70 - 15.40)
제주	35.8	43.8	1.03 (0.66 - 1.60)	1.15 (-17.95 - 20.26)

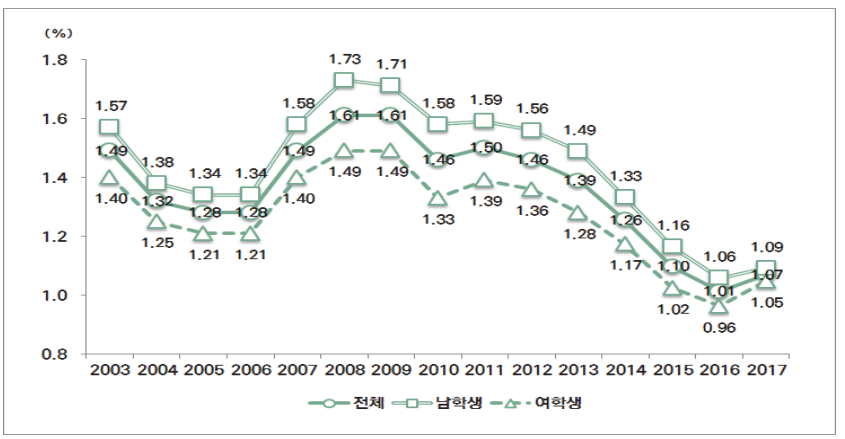
주: 상대격차와 절대격차 신뢰 구간은 수치 간 차이를 명확히 나타내기 위하여 소수점 둘째 자리까지 표기함.
자료: 통계청. (2015). 인구총조사를 활용하여 분석한 결과임.

1.7. 중·고등학교 학업 중단율(사회구조적 요인 〉 교육 〉 교육수준)

가. 연도별 추이

연도별 중·고등학교 학업 중단율은 소폭으로 증감을 반복하다 2011년 이후 감소 추세를 보이고 있다. 2017년 중·고등학교 학업 중단율은 1.07%로 2003년에 비해 0.42%포인트 감소하였다. 성별로는 남학생의 중·고등학교 학업 중단율이 1.09%, 여학생의 중·고등학교 학업 중단율이 1.05%로 성별에 따른 차이는 크지 않았다.

〔그림 2-4-12〕 연도별 중·고등학교 학업 중단율(2003~2017년)



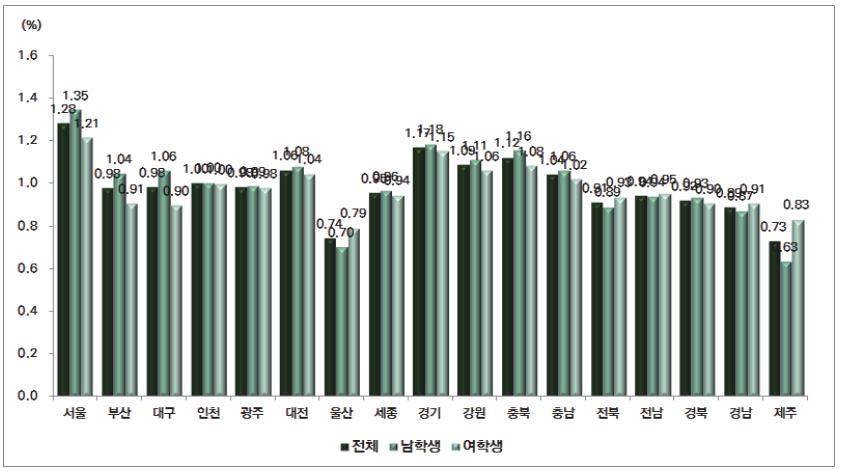
자료: 교육부·한국교육개발원. (2003-2017). 교육통계연보를 활용하여 분석한 결과임.

나. 지역별 격차

중·고등학교 학업 중단율이 가장 높은 지역은 서울특별시(1.28%), 가장 낮은 지역은 제주도(0.73%)로 두 지역 간 격차는 0.55%포인트였다. 남학생과 여학생 모두 서울특별시에서 중·고등학교 학업 중단율이 가장

높았으며, 남학생의 중·고등학교 학업 중단율은 1.35%, 여학생의 중·고등학교 학업 중단율은 1.21%였다.

[그림 2-4-13] 지역별 중·고등학교 학업 중단율(시·도별, 2017년)



자료: 교육부·한국교육개발원. (2017). 교육통계연보를 활용하여 분석한 결과임.

〈표 2-4-10〉 중·고등학교 학업 중단율(성별, 시·도별, 2017년)

전체	전체			남자			여자		
	조율(%)	상대격차	절대격차	조율(%)	상대격차	절대격차	조율(%)	상대격차	절대격차
전국	1.07	1.00	0.00	1.09	1.00	0.00	1.05	1.00	0.00
서울	1.28	1.20	0.21	1.35	1.23	0.25	1.21	1.16	0.17
부산	0.98	0.91	-0.09	1.04	0.96	-0.05	0.91	0.87	-0.14
대구	0.98	0.92	-0.09	1.06	0.97	-0.03	0.90	0.86	-0.15
인천	1.00	0.93	-0.07	1.00	0.92	-0.09	1.00	0.95	-0.05
광주	0.98	0.92	-0.09	0.99	0.90	-0.10	0.98	0.93	-0.07
대전	1.06	0.99	-0.01	1.08	0.99	-0.01	1.04	1.00	0.00
울산	0.74	0.69	-0.33	0.70	0.64	-0.39	0.79	0.75	-0.26
경기	0.95	0.89	-0.12	0.96	0.88	-0.13	0.94	0.90	-0.10
강원	1.17	1.09	0.10	1.18	1.08	0.09	1.15	1.10	0.10
충북	1.09	1.01	0.02	1.11	1.02	0.02	1.06	1.01	0.01
충남	1.12	1.05	0.05	1.16	1.06	0.06	1.08	1.03	0.03
전북	1.04	0.97	-0.03	1.06	0.97	-0.03	1.02	0.97	-0.03
전남	0.91	0.85	-0.16	0.89	0.82	-0.20	0.93	0.89	-0.11
경북	0.94	0.88	-0.13	0.94	0.86	-0.16	0.95	0.91	-0.10

전체	전체			남자			여자		
	조율(%)	상대격차	절대격차	조율(%)	상대격차	절대격차	조율(%)	상대격차	절대격차
경남	0.92	0.86	-0.15	0.93	0.85	-0.16	0.90	0.86	-0.14
제주	0.89	0.83	-0.18	0.87	0.80	-0.22	0.91	0.86	-0.14

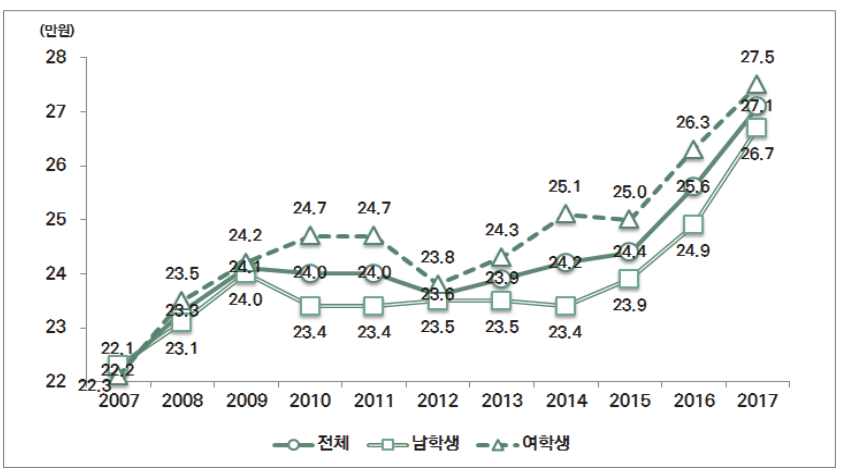
주: 상대격차와 절대격차 신뢰 구간은 수치 간 차이를 명확히 나타내기 위하여 소수점 둘째 자리까지 표기함.
자료: 교육부·한국교육개발원. (2017). 교육통계연보를 활용하여 분석한 결과임.

1.8. 사교육비 월평균 지출액(사회구조적 요인 〉 교육 〉 교육비 지출)

가. 연도별 추이

사교육비 월평균 지출액은 증감을 반복하다 2012년 이후 꾸준히 증가하는 추세를 보이고 있다. 2017년 사교육비 월평균 지출액은 27만 1000원으로 2007년에 비해 4만 9000원 증가하였다. 성별로는 남학생의 사교육비 월평균 지출액이 26만 7000원, 여학생의 사교육비 월평균 지출액이 27만 5000원으로 여학생이 조금 더 높았다.

[그림 2-4-14] 연도별 사교육비 월평균 지출액(2007~2017년)



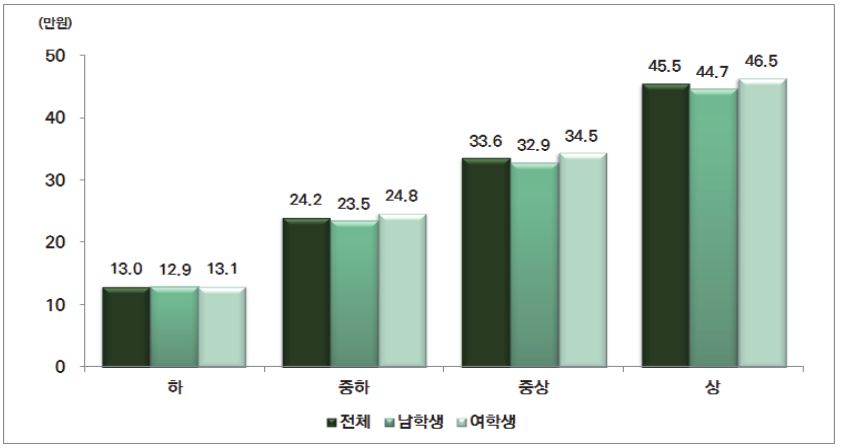
자료: 통계청·교육부. (2007-2017). 초·중·고 사교육비조사를 활용하여 분석한 결과임.

나. 인구집단별 격차

소득수준이 높을수록 사교육비 월평균 지출액이 많았다. 소득수준이 가장 높은 집단은 소득수준이 가장 낮은 집단보다 약 3.5배 더 많았으며, 성별에 따른 차이는 크지 않았다.

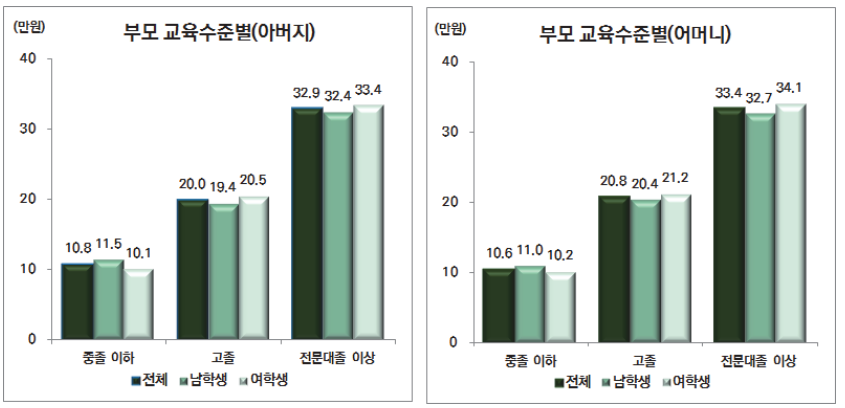
부모 교육수준별로는 부모의 교육수준이 높을수록 사교육비 월평균 지출액이 많았다.

〔그림 2-4-15〕 소득수준별·성별 사교육비 월평균 지출액(2017년)



자료: 통계청·교육부. (2017). 초·중·고 사교육비조사를 활용하여 분석한 결과임.

〔그림 2-4-16〕 부모 교육수준별·성별 사교육비 월평균 지출액(2017년)



자료: 통계청·교육부. (2017). 초·중·고 사교육비조사를 활용하여 분석한 결과임.

〈표 2-4-11〉 사교육비 월평균 지출액(성별, 사회경제적 위치 변수별, 2017년)

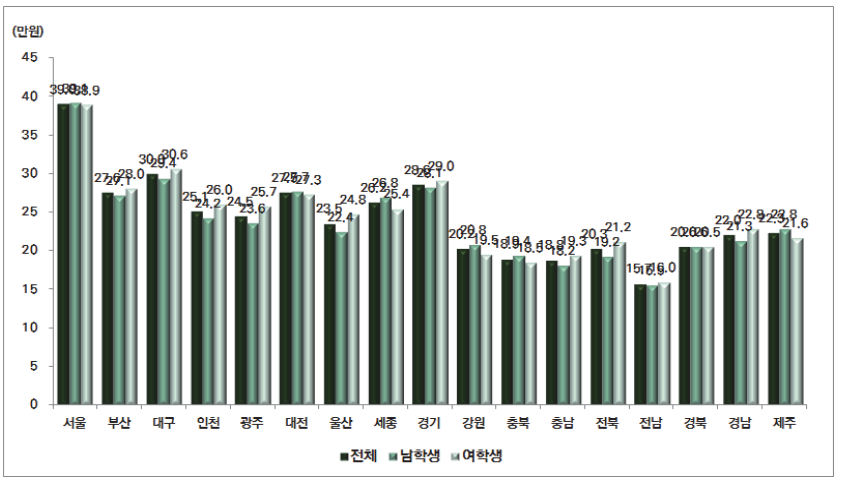
구분		전체			남학생			여학생		
		월평균 사교육비 (만 원)	상대격차 (배)	절대격차 (만 원)	월평균 사교육비 (만 원)	상대격차 (배)	절대격차 (만 원)	월평균 사교육비 (만 원)	상대격차 (배)	절대격차 (만 원)
소득 수준별	하	13.0	0.29	-32.55	12.9	0.29	-31.79	13.1	0.28	-33.36
	중하	24.2	0.53	-21.38	23.5	0.53	-21.18	24.8	0.53	-21.63
	중상	33.6	0.74	-11.90	32.9	0.74	-11.82	34.5	0.74	-12.00
	상	45.5	1.00	0.00	44.7	1.00	0.00	46.5	1.00	0.00
교육 수준별	(부의 교육수준)									
	중졸 이하	10.8	0.33	-22.14	11.5	0.35	-20.95	10.1	0.30	-23.33
	고졸	20.0	0.61	-12.93	19.4	0.60	-12.97	20.5	0.61	-12.92
	대졸 이상	32.9	1.00	0.00	32.4	1.00	0.00	33.4	1.00	0.00
	(모의 교육수준)									
	중졸 이하	10.6	0.32	-22.80	11.0	0.34	-21.69	10.2	0.30	-23.91
	고졸	20.8	0.62	-12.53	20.4	0.62	-12.27	21.2	0.62	-12.85
	대졸 이상	33.4	1.00	0.00	32.7	1.00	0.00	34.1	1.00	0.00

주: 상대격차와 절대격차 신뢰 구간은 수치 간 차이를 명확히 나타내기 위하여 소수점 둘째 자리까지 표기함.
자료: 통계청·교육부. (2017). 초·중·고 사교육비조사를 활용하여 분석한 결과임.

다. 지역별 격차

사교육비 월평균 지출액이 가장 높은 지역은 서울특별시(39만 원), 가장 낮은 지역은 전라남도(15만 7000원)로 두 지역 간 격차는 23만 3000원이었다. 남학생과 여학생 모두 서울특별시에서 사교육비 월평균 지출액이 가장 높았다. 남자의 사교육비 월평균 지출액은 39만 1000원, 여학생의 사교육비 월평균 지출액은 38만 9000원으로 나타났다.

[그림 2-4-17] 지역별 사교육비 월평균 지출액(시·도별, 2017년)



자료: 통계청·교육부. (2017). 초·중·고 사교육비조사를 활용하여 분석한 결과임.

〈표 2-4-12〉 사교육비 월평균 지출액(성별, 시·도별, 2017년)

전체	전체			남학생			여학생		
	월평균 사교육비 (만 원)	상대격차 (배)	절대격차 (만 원)	월평균 사교육비 (만 원)	상대격차 (배)	절대격차 (만 원)	월평균 사교육비 (만 원)	상대격차 (배)	절대격차 (만 원)
전국	27.1	1.00	0.00	26.7	0.00	1.00	27.5	1.00	0.00
서울	39.0	1.44	11.89	39.1	1.44	12.00	38.9	1.43	11.78
부산	27.6	1.02	0.47	27.1	1.00	0.04	28.0	1.03	0.91

전체	전체			남학생			여학생		
	월평균 사교육비 (만 원)	상대격차 (배)	절대격차 (만 원)	월평균 사교육비 (만 원)	상대격차 (배)	절대격차 (만 원)	월평균 사교육비 (만 원)	상대격차 (배)	절대격차 (만 원)
대구	30.0	1.11	2.85	29.4	1.08	2.27	30.6	1.13	3.52
인천	25.1	0.92	-2.04	24.2	0.89	-2.87	26.0	0.96	-1.12
광주	24.5	0.90	-2.59	23.6	0.87	-3.54	25.7	0.95	-1.41
대전	27.5	1.02	0.42	27.7	1.02	0.59	27.3	1.01	0.23
울산	23.5	0.87	-3.58	22.4	0.83	-4.69	24.8	0.91	-2.34
세종	26.2	0.97	-0.90	26.8	0.99	-0.26	25.4	0.94	-1.67
경기	28.6	1.05	1.48	28.1	1.04	1.05	29.0	1.07	1.92
강원	20.2	0.75	-6.86	20.8	0.77	-6.28	19.5	0.72	-7.60
충북	18.9	0.70	-8.17	19.4	0.71	-7.75	18.5	0.68	-8.63
충남	18.8	0.69	-8.31	18.2	0.67	-8.95	19.3	0.71	-7.78
전북	20.3	0.75	-6.84	19.2	0.71	-7.87	21.2	0.78	-5.89
전남	15.7	0.58	-11.36	15.5	0.57	-11.59	16.0	0.59	-11.12
경북	20.6	0.76	-6.55	20.6	0.76	-6.52	20.5	0.76	-6.56
경남	22.0	0.81	-5.08	21.3	0.79	-5.79	22.8	0.84	-4.27
제주	22.3	0.82	-4.82	22.8	0.84	-4.32	21.6	0.80	-5.45

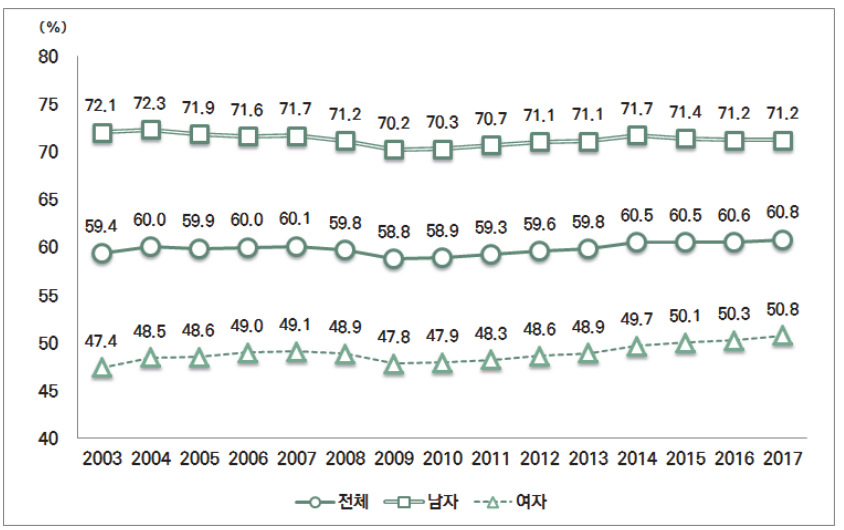
주: 상대격차와 절대격차 신뢰 구간은 수치 간 차이를 명확히 나타내기 위하여 소수점 둘째 자리까지 표기함.
자료: 통계청·교육부. (2017). 초·중·고 사교육비조사를 활용하여 분석한 결과임.

1.9. 고용률(사회구조적 요인 〉 고용 〉 고용 및 실업)

가. 연도별 추이

15세 이상 고용률의 경우 연도별로 고용률은 크게 변화하지 않았다. 2017년 고용률은 60.8%로 2003년에 비해 1.4%포인트 증가하였다. 성별로는 남자의 고용률은 71.2%, 여자의 고용률은 50.8%로 남자의 고용률이 더 높았다.

[그림 2-4-18] 연도별 고용률(15세 이상, 2003~2017년)

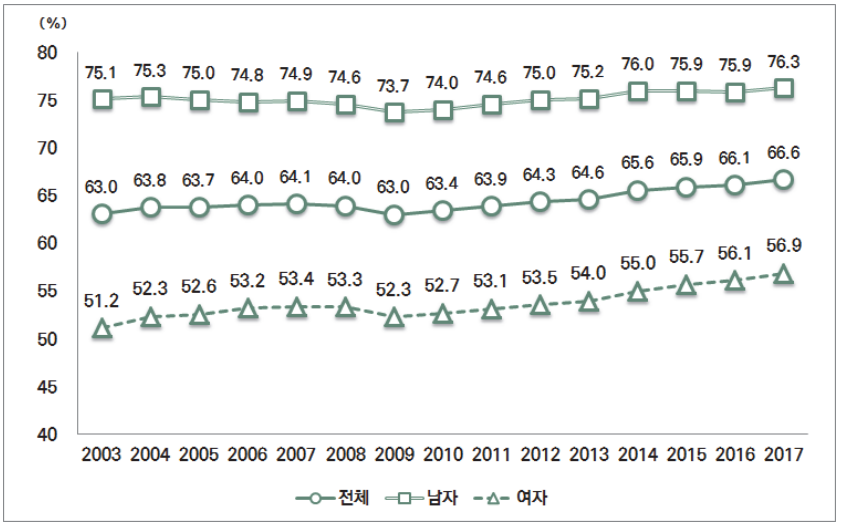


주: 연도별 고용률은 조율로 제시함.
자료: 통계청. (2003-2017). 경제활동인구조사를 활용하여 분석한 결과임.

15~64세 고용률은 2017년 66.6%로 2003년에 비해 3.6%포인트 증가하였다. 성별로 살펴보면 남자의 고용률은 큰 변화를 보이지 않았으나 여자는 연도별로 다소 증가하는 경향을 보였다. 2017년 여자의 고용률은

56.9%로 2003년에 비해 5.7%포인트 증가하였다.

[그림 2-4-19] 연도별 고용률(15~64세, 2003~2017년)

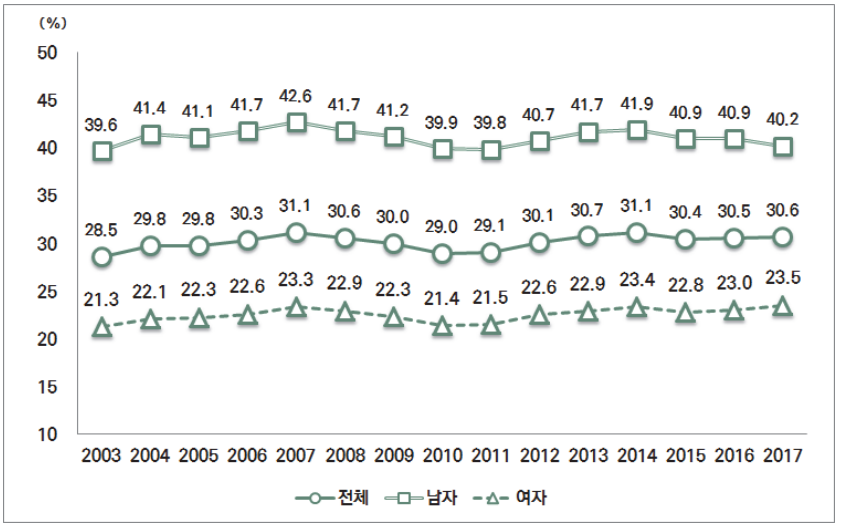


주: 연도별 고용률은 조율로 제시함.
자료: 통계청. (2003-2017). 경제활동인구조사를 활용하여 분석한 결과임.

65세 이상 고용률은 2017년 30.6%로 2003년에 비해 2.1%포인트 증가하였다. 성별로 살펴보면 남자의 고용률은 2017년 40.2%로 2003년보다 0.5%포인트 증가하였고, 여자의 고용률은 2017년 23.5%로 2003년보다 2.2%포인트 증가하였다.

연령대별로 2017년 고용률을 살펴보면 15세 이상에서는 60.8%, 30~64세 연령대에서는 66.6%, 65세 이상 연령대에서는 30.6%로 65세 이상 연령대에서는 고용률이 절반 이하로 떨어졌다.

〔그림 2-4-20〕 연도별 고용률(65세 이상, 2003~2017년)



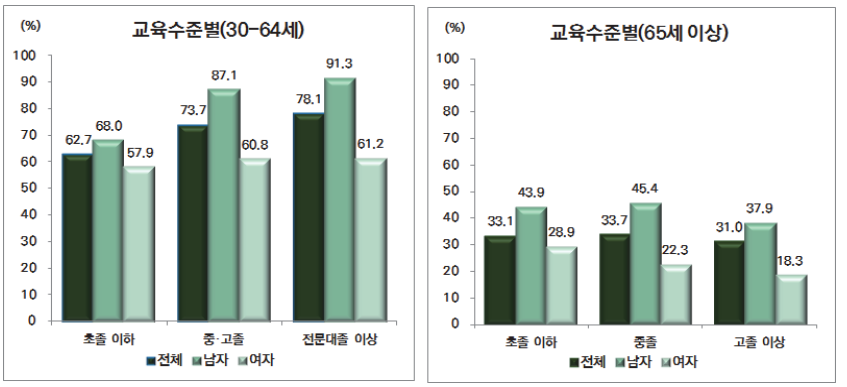
주: 연도별 고용률은 조율로 제시함.
자료: 통계청. (2003-2017). 경제활동인구조사를 활용하여 분석한 결과임.

나. 인구집단별 격차

2017년 고용률의 교육수준별 격차를 살펴보면 30~64세 인구집단의 경우 전문대 졸업 이상의 고용률은 78.1%로 초등학교 졸업 이하의 고용률 62.7%보다 15.4%포인트 높았다. 남자의 경우 전문대 졸업 이상과 초등학교 졸업 이하의 인구집단에서 고용률은 23.3%포인트의 차이를 보였다. 여자의 경우 동일한 인구집단에서 고용률은 3.3%포인트 차이를 보여 여자는 교육수준에 따른 고용률의 차이가 크지 않았다.

65세 이상 연령대에서 교육수준별 고용률은 큰 차이를 보이지 않지만, 성별로 구분해 보면 여자의 고용률은 교육수준이 높아질수록 낮아지는 경향을 보이고 있다.

〔그림 2-4-21〕 교육수준별·성별 고용률(30세 이상, 2017년)



자료: 통계청. (2017). 경제활동인구조사를 활용하여 분석한 결과임.

〈표 2-4-13〉 고용률(성별, 교육수준별, 30세 이상, 2017년)

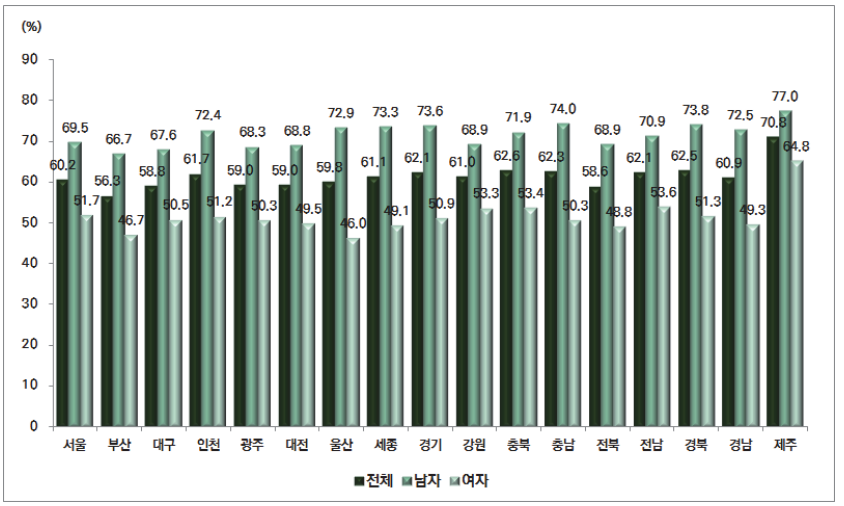
구분		조율 (%)	표준화율 (%)	상대격차(배) (95% 신뢰 구간)	절대격차(%포인트) (95% 신뢰 구간)
2017년(전체)					
교육 수준별	(30~64세)				
	초졸 이하	62.5	62.7	0.8 (0.73 - 0.90)	-15.36(-22.42 - -8.30)
	중·고졸	73.2	73.7	0.9 (0.84 - 1.07)	-4.33(-12.75 - 4.09)
	전문대졸 이상	78.1	78.1	1.00	0.00
	(65세 이상)				
	초졸 이하	28.7	33.1	1.1 (0.29 - 3.88)	2.12 (-39.20 - 43.43)
	중졸	34.8	33.7	1.1 (0.30 - 3.91)	2.67 (-38.60 - 43.94)
	고졸 이상	31.6	31.0	1.00	0.00
2017년(남자)					
교육 수준별	(30~64세)				
	초졸 이하	73.8	68.0	0.7 (0.66 - 0.85)	-23.34(-33.47 - -13.20)
	중·고졸	86.1	87.1	1.0 (0.85 - 1.08)	-4.22(-15.03 - 6.58)
	전문대졸 이상	91.4	91.3	1.00	0.00
	(65세 이상)				
	초졸 이하	40.1	43.9	1.2 (0.33 - 4.01)	5.99 (-44.22 - 56.20)
	중졸	45.9	45.4	1.2 (0.33 - 4.37)	7.50 (-46.07 - 61.06)
	고졸 이상	37.7	37.9	1.00	0.00
2017년(여자)					
교육 수준별	(30~64세)				
	초졸 이하	56.1	57.9	0.9 (0.82 - 1.09)	-3.27(-11.89 - 5.34)
	중·고졸	61.6	60.8	1.0 (0.87 - 1.13)	-0.33(-8.22 - 7.57)
	전문대졸 이상	61.5	61.2	1.00	0.00
	(65세 이상)				
	초졸 이하	24.5	28.9	1.6 (0.41 - 6.15)	10.66(-21.44 - 42.76)
	중졸	23.9	22.3	1.2 (0.31 - 4.83)	4.05 (-23.79 - 31.89)
	고졸 이상	19.6	18.3	1.00	0.00

주: 상대격차와 절대격차 신뢰 구간은 수치 간 차이를 명확히 나타내기 위하여 소수점 둘째 자리까지 표기함.
자료: 통계청. (2017). 경제활동인구조사를 활용하여 분석한 결과임.

다. 지역별 격차

고용률이 가장 높은 지역은 제주도(70.8%), 가장 낮은 지역은 부산광역시(56.3%)로 두 지역 간 격차는 14.5%포인트였다. 남자와 여자 모두 제주도에서 고용률이 가장 높았다. 남자의 고용률은 77%, 여자의 고용률은 64.8%로 나타났다.

〔그림 2-4-22〕 지역별 고용률(시·도별, 15세 이상, 2017년)



주: 시·도별 고용률은 조율로 제시함.
자료: 통계청. (2017). 경제활동인구조사를 활용하여 분석한 결과임.

〈표 2-4-14〉 고용률(성별, 시·도별, 15세 이상, 2017년)

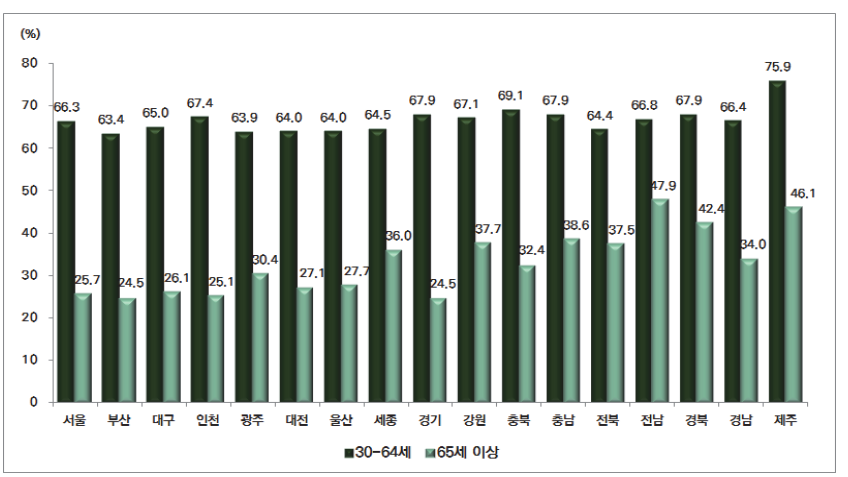
구분	전체			남자			여자		
	조율(%)	상대격차(배)	절대격차(%포인트)	조율(%)	상대격차(배)	절대격차(%포인트)	조율(%)	상대격차(배)	절대격차(%포인트)
전국	60.8	1.00	0.00	71.2	1.00	0.00	50.8	1.00	0.00
서울	60.2	0.99	-0.63	69.5	0.98	-1.70	51.7	1.02	0.88
부산	56.3	0.93	-4.52	66.7	0.94	-4.55	46.7	0.92	-4.11
대구	58.8	0.97	-2.06	67.6	0.95	-3.62	50.5	0.99	-0.33
인천	61.7	1.01	0.86	72.4	1.02	1.13	51.2	1.01	0.44
광주	59.0	0.97	-1.79	68.3	0.96	-2.94	50.3	0.99	-0.49

구분	전체			남자			여자		
	조율(%)	상대격차(배)	절대격차(%포인트)	조율(%)	상대격차(배)	절대격차(%포인트)	조율(%)	상대격차(배)	절대격차(%포인트)
대전	59.0	0.97	-1.88	68.8	0.97	-2.48	49.5	0.97	-1.33
울산	59.8	0.98	-1.00	72.9	1.02	1.71	46.0	0.91	-4.77
세종	61.1	1.00	0.30	73.3	1.03	2.10	49.1	0.97	-1.74
경기	62.1	1.02	1.29	73.6	1.03	2.33	50.9	1.00	0.07
강원	61.0	1.00	0.17	68.9	0.97	-2.31	53.3	1.05	2.46
충북	62.6	1.03	1.74	71.9	1.01	0.63	53.4	1.05	2.62
충남	62.3	1.02	1.43	74.0	1.04	2.79	50.3	0.99	-0.52
전북	58.6	0.96	-2.21	68.9	0.97	-2.32	48.8	0.96	-2.04
전남	62.1	1.02	1.27	70.9	1.00	-0.35	53.6	1.05	2.79
경북	62.5	1.03	1.64	73.8	1.04	2.57	51.3	1.01	0.53
경남	60.9	1.00	0.05	72.5	1.02	1.25	49.3	0.97	-1.50
제주	70.8	1.16	10.00	77.0	1.08	5.77	64.8	1.28	14.00

주: 상대격차와 절대격차 신뢰구간은 수치 간 차이를 명확히 나타내기 위하여 소수점 둘째 자리까지 표기함.
시·도별 고용률은 조율로 제시함.
자료: 통계청. (2017). 경제활동인구조사를 활용하여 분석한 결과임.

30~64세 연령대의 고용률은 제주도(75.9%)에서 가장 높았고, 충청북도(69.1%), 경상북도(67.9%), 경기도(67.9%) 순이었다. 65세 이상 연령대의 고용률은 전라남도(47.9%)에서 가장 높았고, 제주도(46.1%), 경상북도(42.4%), 충청남도(38.6%) 순이었다.

[그림 2-4-23] 연령별 고용률(시·도별, 2017년)



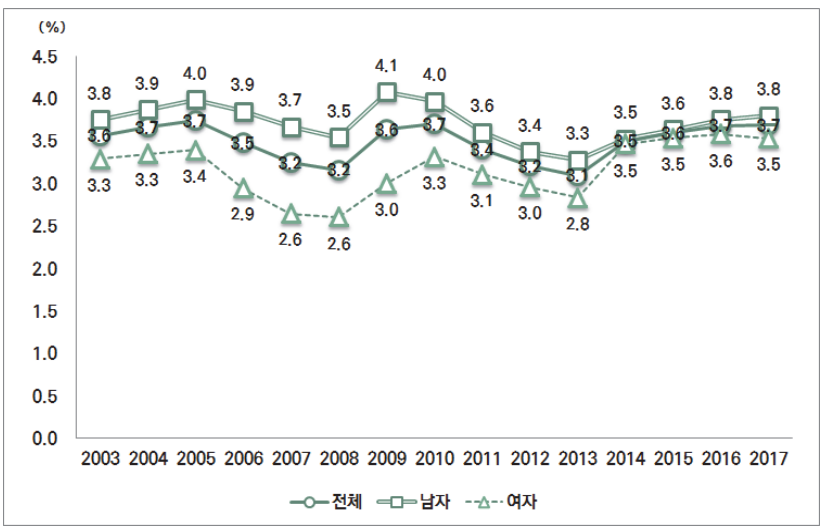
주: 시·도별 고용률은 조율로 제시함.
자료: 통계청. (2017). 경제활동인구조사를 활용하여 분석한 결과임.

1.10. 실업률(사회구조적 요인 〉 고용 〉 고용 및 실업)

가. 연도별 추이

실업률은 증감을 반복하고 있는데, 2017년 실업률은 3.7%로 2003년보다 0.1%포인트 증가하였다. 성별에 따른 연도별 실업률 격차는 점차 감소하고 있다. 2017년 남자의 실업률은 3.8%, 여자의 실업률은 3.5%로 남자의 실업률이 0.3%포인트 더 높았다.

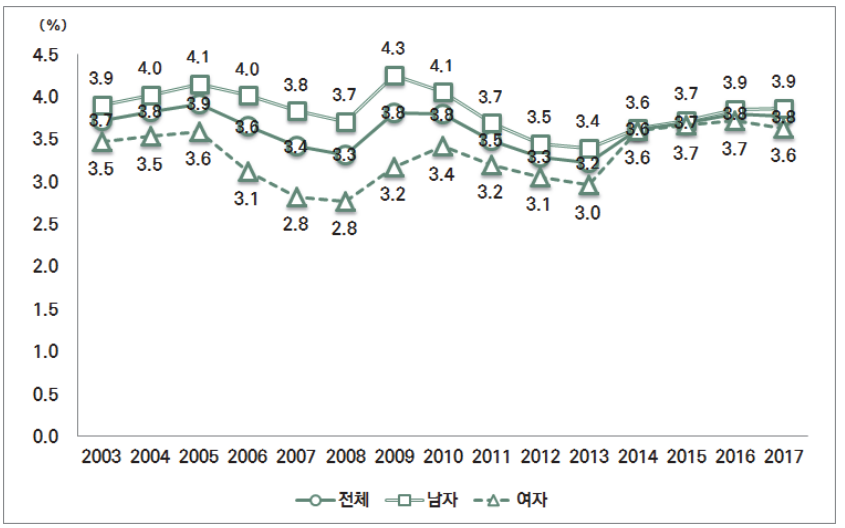
[그림 2-4-24] 연도별 실업률(15세 이상, 2003~2017년)



주: 연도별 실업률은 조율로 제시함.
자료: 통계청. (2003-2017). 경제활동인구조사를 활용하여 분석한 결과임.

15~64세 연령대의 실업률은 3.8%로, 15세 이상 실업률의 추이와 큰 차이를 보이지 않았다.

〔그림 2-4-25〕 연도별 실업률(15~64세, 2003~2017년)

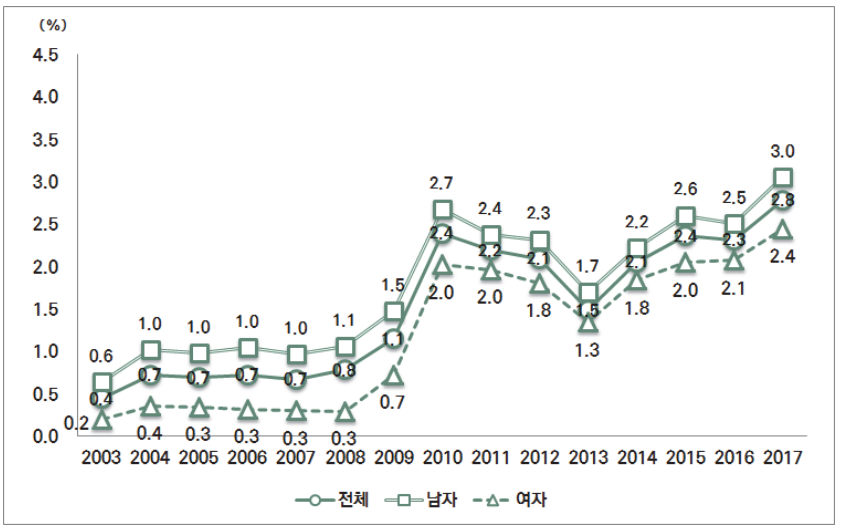


주: 연도별 실업률은 조율로 제시함.
자료: 통계청. (2003-2017). 경제활동인구조사를 활용하여 분석한 결과임.

65세 이상 연령대의 실업률은 2000년대 초반에는 1%대를 보였으나 이후 조금씩 증가하고 있다. 2017년 실업률은 2.8%로, 2003년보다 2.4%포인트 증가하였다. 여성보다 남성의 실업률이 더 높았다. 2017년 남성의 실업률은 3.0%로 여성의 실업률 2.4%보다 0.6%포인트 높았다.

연령대별로 실업률을 살펴보면 15세 이상 연령대와 65세 이상 연령대의 실업률 격차가 점차 감소하고 있다.

〔그림 2-4-26〕 연도별 실업률(65세 이상, 2003~2017년)



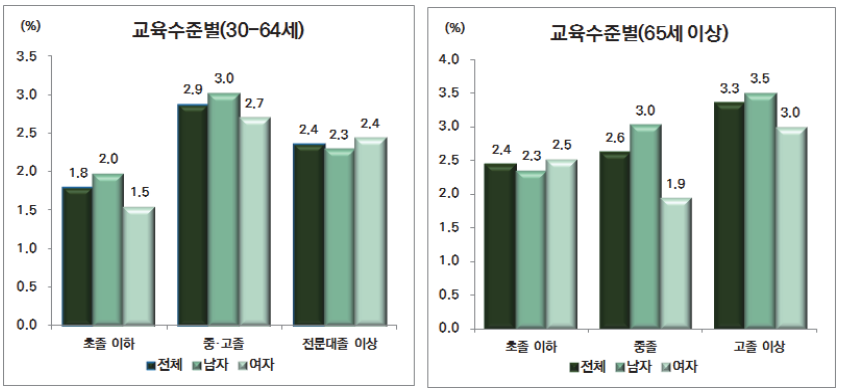
주: 연도별 실업률은 조율로 제시함.
자료: 통계청. (2003-2017). 경제활동인구조사를 활용하여 분석한 결과임.

나. 인구집단별 격차

30~64세 연령대에서는 초등학교 졸업 이하 그룹에서 실업률이 가장 낮았다(1.8%). 다음으로 전문대졸 이상(2.4%), 중·고등학교 졸업 이하(2.9%) 순으로 나타났다. 성별에 따른 교육수준별 실업률은 큰 차이를 보이지 않았다.

65세 이상 연령대에서는 초등학교 졸업 이하 그룹에서 실업률이 가장 낮았다(2.4%). 다음으로 중학교 졸업 이하(2.6%), 고등학교 졸업 이하(3.3%) 순으로 나타났다. 특히 여자의 경우 중학교 졸업 이하 그룹에서는 1.9%로 가장 낮은 실업률을 보였다.

〔그림 2-4-27〕 교육수준별·성별 실업률(30세 이상, 2017년)



자료: 통계청. (2017). 경제활동인구조사를 활용하여 분석한 결과임.

〈표 2-4-15〉 실업률(성별, 교육수준별, 30세 이상, 2017년)

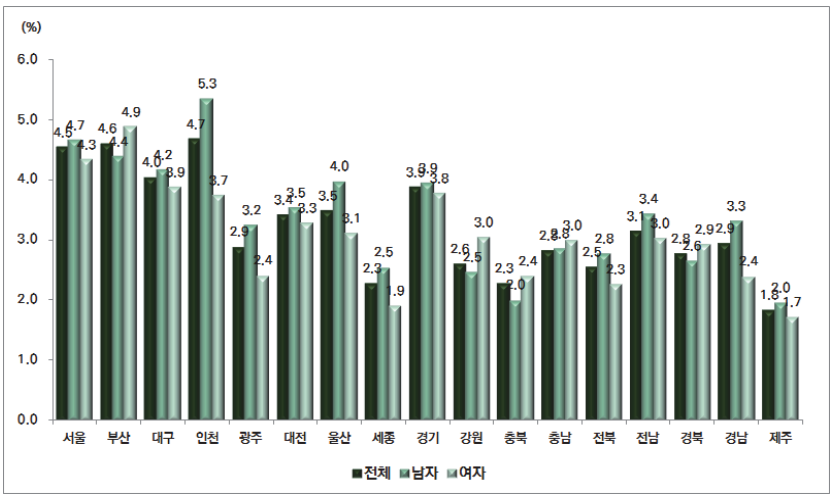
구분		조율 (%)	표준화율 (%)	상대격차(배) (95% 신뢰 구간)	절대격차(%포인트) (95% 신뢰 구간)
2017년(전체)					
교육 수준별	(30~64세)				
	초졸 이하	2.5	1.8	0.8 (0.49 - 1.16)	-0.56(-1.43 - 0.31)
	중·고졸	2.6	2.9	1.2 (0.88 - 1.64)	0.52 (-0.32 - 1.35)
	전문대졸 이상	2.4	2.4	1.00	0.00
	(65세 이상)				
	초졸 이하	2.4	2.4	0.7 (0.37 - 1.43)	-0.91(-2.93 - 1.10)
	중졸	2.8	2.6	0.8 (0.33 - 1.84)	-0.73(-3.20 - 1.74)
	고졸 이상	3.4	3.3	1.00	0.00
2017년(남자)					
교육 수준별	(30~64세)				
	초졸 이하	3.3	2.0	0.9 (0.46 - 1.56)	-0.32(-1.58 - 0.93)
	중·고졸	2.9	3.0	1.3 (0.96 - 1.72)	0.73 (-0.08 - 1.53)
	전문대졸 이상	2.3	2.3	1.00	0.00
	(65세 이상)				
	초졸 이하	2.3	2.3	0.7 (0.28 - 1.60)	-1.15(-3.67 - 1.38)
	중졸	3.3	3.0	0.9 (0.32 - 2.32)	-0.47(-3.61 - 2.67)
	고졸 이상	3.6	3.5	1.00	0.00
2017년(여자)					
교육 수준별	(30~64세)				
	초졸 이하	2.0	1.5	0.6 (0.47 - 0.83)	-0.89(-1.56 - -0.23)
	중·고졸	2.3	2.7	1.1 (0.77 - 1.57)	0.26 (-0.68 - 1.20)
	전문대졸 이상	2.6	2.4	1.00	0.00
	(65세 이상)				
	초졸 이하	2.5	2.5	0.8 (0.59 - 1.20)	-0.47(-1.38 - 0.43)
	중졸	1.9	1.9	0.6 (0.44 - 0.95)	-1.05(-1.83 - -0.27)
	고졸 이상	2.6	3.0	1.00	0.00

주: 상대격차와 절대격차 신뢰 구간은 수치 간 차이를 명확히 나타내기 위하여 소수점 둘째 자리까지 표기함.
자료: 통계청. (2017). 경제활동인구조사를 활용하여 분석한 결과임.

다. 지역별 격차

실업률이 가장 높은 지역은 인천광역시(4.7%), 가장 낮은 지역은 제주도(1.8%)로, 두 지역 간 격차는 2.9%포인트였다. 남자의 실업률은 인천광역시(5.3%)에서 가장 높았고, 여자의 실업률은 부산광역시(4.9%)에서 가장 높았다.

[그림 2-4-28] 지역별 실업률(시·도별, 15세 이상, 2017년)



주: 시·도별 실업률은 조율로 제시함.
자료: 통계청. (2017). 경제활동인구조사를 활용하여 분석한 결과임.

〈표 2-4-16〉 실업률(성별, 시·도별, 15세 이상, 2017년)

구분	전체			남자			여자		
	조율(%)	상대격차(배)	절대격차(%포인트)	조율(%)	상대격차(배)	절대격차(%p)	조율(%)	상대격차(배)	절대격차(%포인트)
전국	3.7	1.00	0.00	3.8	1.00	0.00	3.5	1.00	0.00
서울	4.5	1.23	0.84	4.7	1.22	0.85	4.3	1.22	0.79
부산	4.6	1.24	0.90	4.4	1.15	0.58	4.9	1.38	1.33
대구	4.0	1.09	0.34	4.2	1.10	0.36	3.9	1.09	0.33
인천	4.7	1.27	0.98	5.3	1.40	1.54	3.7	1.06	0.20
광주	2.9	0.78	-0.81	3.2	0.85	-0.56	2.4	0.68	-1.14
대전	3.4	0.93	-0.27	3.5	0.93	-0.28	3.3	0.92	-0.27
울산	3.5	0.94	-0.22	4.0	1.04	0.16	3.1	0.88	-0.44
세종	2.3	0.62	-1.41	2.5	0.67	-1.27	1.9	0.53	-1.65
경기	3.9	1.05	0.18	3.9	1.04	0.14	3.8	1.07	0.24
강원	2.6	0.70	-1.10	2.5	0.65	-1.34	3.0	0.86	-0.50
충북	2.3	0.62	-1.41	2.0	0.52	-1.81	2.4	0.68	-1.15
충남	2.8	0.76	-0.88	2.8	0.75	-0.96	3.0	0.84	-0.55
전북	2.5	0.69	-1.14	2.8	0.73	-1.04	2.3	0.64	-1.28
전남	3.1	0.85	-0.55	3.4	0.90	-0.38	3.0	0.85	-0.52
경북	2.8	0.75	-0.93	2.6	0.69	-1.16	2.9	0.83	-0.62
경남	2.9	0.79	-0.76	3.3	0.87	-0.50	2.4	0.67	-1.16
제주	1.8	0.50	-1.85	2.0	0.51	-1.85	1.7	0.48	-1.83

주: 상대격차와 절대격차 신뢰 구간은 수치 간 차이를 명확히 나타내기 위하여 소수점 둘째 자리까지 표기함.
시·도별 실업률은 조율로 제시함.

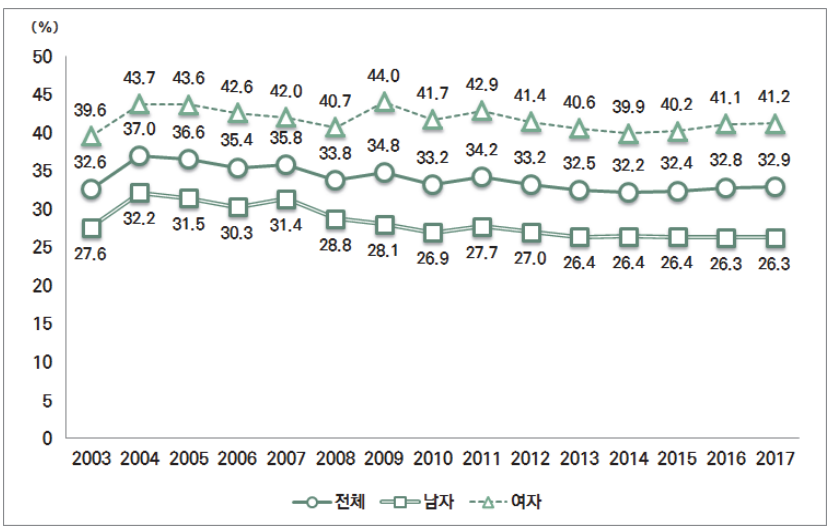
자료: 통계청. (2017). 경제활동인구조사를 활용하여 분석한 결과임.

1.11. 비정규직 근로자 비율(사회구조적 요인 〉 고용 〉 고용 및 실업)

가. 연도별 추이

비정규직 근로자 비율은 증감을 반복하고 있으며, 2017년 비정규직 근로자 비율은 32.9%로 2003년보다 0.3%포인트 증가하였다. 여자의 비정규직 근로자 비율은 41.2%, 남자의 비정규직 근로자 비율은 26.3%로 남자보다 여자가 더 높았다.

〔그림 2-4-29〕 연도별 비정규직 근로자 비율(2003~2017년)



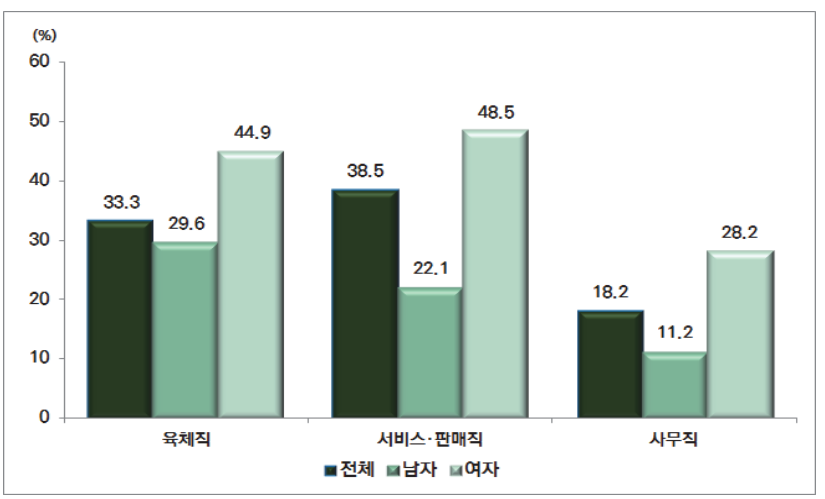
자료: 통계청. (2003-2017). 경제활동인구조사 근로자형태별부가조사를 활용하여 분석한 결과임.

나. 인구집단별 격차

직업에 따른 비정규직 근로자 비율은 서비스·판매직에서 가장 높았다(38.5%). 다음은 육체직(33.3%), 사무직(18.2%) 순으로 나타났다. 남자의 비정규직 근로자 비율은 육체직(29.6%), 서비스·판매직(22.1%), 사무직(11.2%) 순으로 높게 나타났으나, 여자의 비정규직 근로자 비율은 서비스·판매직(48.5%), 육체직(44.9%), 사무직(28.2%) 순으로 높게 나타났다.

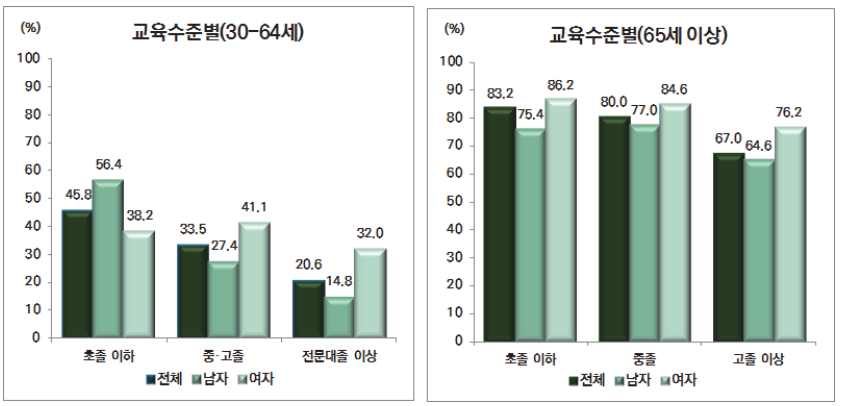
30~64세 연령대보다 65세 이상 연령대에서 교육수준별 비정규직 근로자 비율이 약 2배 높게 나타났다. 30~64세 연령대에서는 교육수준이 높아질수록 비정규직 근로자 비율이 낮아졌으며, 65세 이상 연령대에서는 30~64세 연령대만큼 교육수준별 격차가 두드러지지 않았다.

〔그림 2-4-30〕 직업별·성별 비정규직 근로자 비율(30세 이상, 2017년)



자료: 통계청. (2017). 경제활동인구조사 근로자형태별부가조사를 활용하여 분석한 결과임.

〔그림 2-4-31〕 교육수준별·성별 비정규직 근로자 비율(30세 이상, 2017년)



자료: 통계청. (2017). 경제활동인구조사 근로자형태별부가조사를 활용하여 분석한 결과임.

〈표 2-4-17〉 비정규직 근로자 비율(성별, 사회경제적 위치 변수별, 30세 이상, 2017년)

구분		조율 (%)	표준화율 (%)	상대격차(배) (95% 신뢰 구간)	절대격차(%포인트) (95% 신뢰 구간)
2017년(전체)					
교육 수준별	(30~64세)				
	초졸 이하	53.8	45.8	2.2 (1.92 - 2.73)	25.19(18.57 - 31.80)
	중·고졸	36.7	33.5	1.6 (1.45 - 1.95)	12.86(9.10 - 16.63)
	전문대졸 이상	20.2	20.6	1.00	0.00
	(65세 이상)				
	초졸 이하	82.9	83.2	1.2 (0.74 - 2.09)	16.23(-23.29- 55.76)
	중졸	77.4	80.0	1.2 (0.71 - 2.01)	12.98(-25.51- 51.47)
	고졸 이상	64.8	67.0	1.00	0.00
직업별 (30~64세)	육체직	37.5	33.3	1.8 (1.55 - 2.28)	15.14(9.76 - 20.52)
	서비스 · 판매직	40.4	38.5	2.1 (1.92 - 2.52)	20.36(16.73 - 24.00)
	사무직	18.1	18.2	1.00	0.00
2017년(남자)					
교육 수준별	(30~64세)				
	초졸 이하	52.1	56.4	3.8 (2.86 - 5.32)	41.66(25.82 - 57.49)
	중·고졸	30.0	27.4	1.9 (1.58 - 2.32)	12.66(8.69 - 16.63)
	전문대졸 이상	14.4	14.8	1.00	0.00
	(65세 이상)				
	초졸 이하	75.3	75.4	1.2 (0.74 - 1.86)	10.84(-21.18- 42.87)
	중졸	75.7	77.0	1.2 (0.69 - 2.06)	12.44(-27.04- 51.93)
	고졸 이상	62.6	64.6	1.00	0.00
직업별 (30~64세)	육체직	32.8	29.6	2.6 (2.16 - 3.41)	18.35(12.80 - 23.91)
	서비스 · 판매직	21.7	22.1	2.0 (1.81 - 2.35)	10.84(9.79 - 11.88)
	사무직	11.2	11.2	1.00	0.00

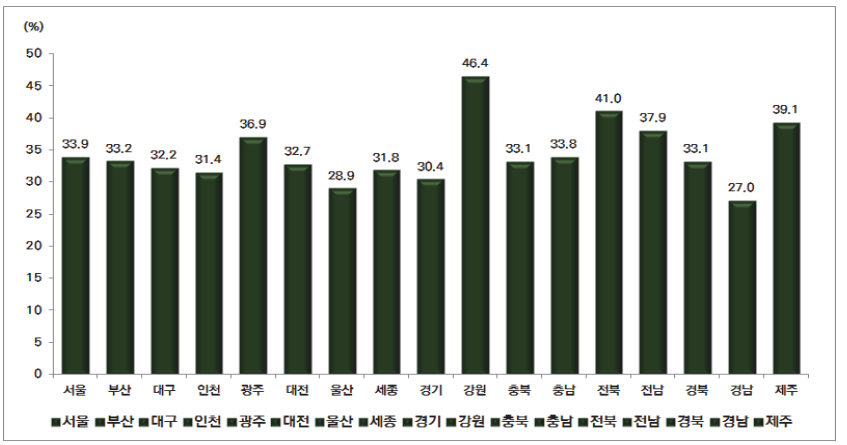
구분		조율 (%)	표준화율 (%)	상대격차(배) (95% 신뢰 구간)	절대격차(%포인트) (95% 신뢰 구간)
2017년(여자)					
교육 수준별	(30~64세)				
	초졸 이하	55.0	38.2	1.2 (0.96 - 1.51)	6.18 (-2.00 - 14.35)
	중·고졸	44.3	41.1	1.3 (1.18 - 1.46)	9.13 (6.07 - 12.19)
	전문대졸 이상	30.6	32.0	1.00	0.00
	(65세 이상)				
	초졸 이하	85.9	86.2	1.1 (0.67 - 1.90)	10.02(-32.84- 52.88)
	중졸	79.9	84.6	1.1 (0.71 - 1.75)	8.43 (-27.85- 44.72)
	고졸 이상	72.1	76.2	1.00	0.00
직업별 (30~64세)	육체직	48.5	44.9	1.6 (1.51 - 1.79)	16.77(14.77 - 18.76)
	서비스 · 판매직	50.6	48.5	1.7 (1.64 - 1.92)	20.31(18.87 - 21.75)
	사무직	27.4	28.2	1.00	0.00

주: 상대격차와 절대격차 신뢰 구간은 수치 간 차이를 명확히 나타내기 위하여 소수점 둘째 자리까지 표기함.
자료: 통계청. (2017). 경제활동인구조사 근로자형태별부가조사를 활용하여 분석한 결과임.

다. 지역별 격차

비정규직 근로자 비율이 가장 높은 지역은 강원도(46.4%), 가장 낮은 지역은 경상남도(27%)로 두 지역 간 격차는 19.4%포인트였다.

〔그림 2-4-32〕 지역별 비정규직 근로자 비율(시·도별, 2017년)



주: 시·도별 비정규직 근로자 비율은 조율로 제시함.
자료: 통계청. (2017). 경제활동인구조사 근로자형태별부가조사를 활용하여 분석한 결과임.

〈표 2-4-18〉 비정규직 근로자 비율(시·도별, 2017년)

구분	전체		
	조율(%)	상대격차(배)	절대격차(%포인트)
전국	32.9	1.00	0.00
서울	33.9	1.03	1.00
부산	33.2	1.01	0.30
대구	32.2	0.98	-0.70
인천	31.4	0.96	-1.45
광주	36.9	1.12	4.05
대전	32.7	0.99	-0.21
울산	28.9	0.88	-3.94
세종	31.8	0.97	-1.10
경기	30.4	0.92	-2.53
강원	46.4	1.41	13.55
충북	33.1	1.01	0.18
충남	33.8	1.03	0.91
전북	41.0	1.25	8.09
전남	37.9	1.15	5.06
경북	33.1	1.01	0.20
경남	27.0	0.82	-5.86
제주	39.1	1.19	6.27

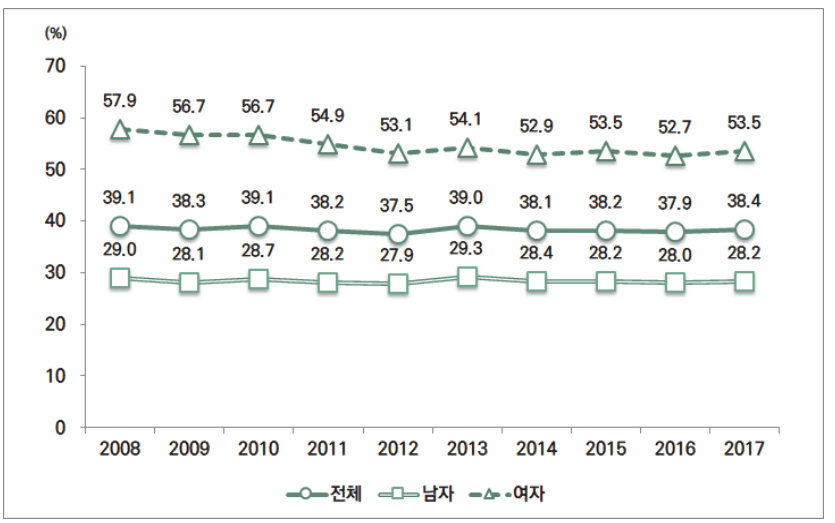
주: 상대격차와 절대격차 신뢰 구간은 수치 간 차이를 명확히 나타내기 위하여 소수점 둘째 자리까지 표기함.
시·도별 비정규직 근로자 비율은 조율로 제시함.
자료: 통계청. (2017). 경제활동인구조사 근로자형태별부가조사를 활용하여 분석한 결과임.

1.12. 저임금 노동자 비율(사회구조적 요인 〉 고용 〉 고용 및 실업)

가. 연도별 추이

저임금 노동자 비율은 감소 추세를 보이고 있다. 2017년 저임금 노동자 비율은 38.4%로 2008년보다 0.7%포인트 감소했다. 남자보다 여자가 저임금 노동자 비율이 더 높았다. 2017년 여자의 저임금 노동자 비율은 53.5%, 남자의 저임금 노동자 비율은 28.2%로 나타났다.

〔그림 2-4-33〕 연도별 저임금 노동자 비율(2008~2017년)



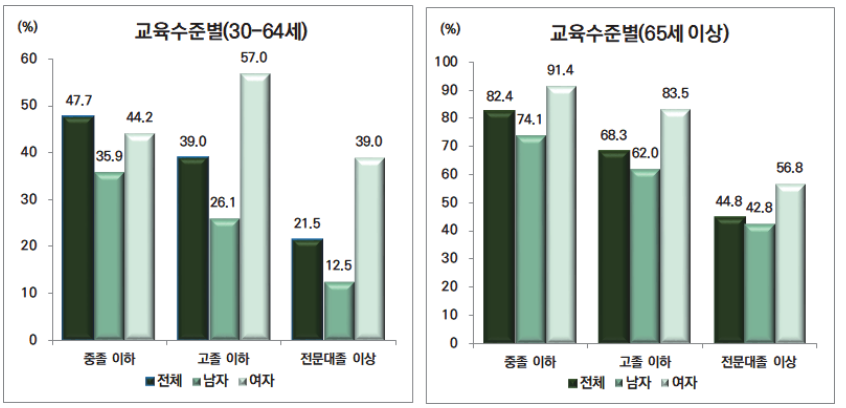
자료: 고용노동부. (2008-2017). 고용형태별근로실태조사를 활용하여 분석한 결과임.

나. 인구집단별 격차

교육수준별 저임금 노동자 비율은 교육수준에 따라 차이를 보이고 있다. 30~64세 성인에서 가장 낮은 교육 집단과 가장 높은 교육집단의 저임금 노동자 비율은 2배 이상 차이를 보였다. 65세 이상 연령 집단에서도 교육수준에 따른 저임금 노동자 비율의 차이를 보이고 있다. 중졸 이하 학력집단의 저임금 노동자 비율은 82.4%, 전문대졸 이상 학력집단의 저임금 노동자 비율은 44.8%로 나타났다.

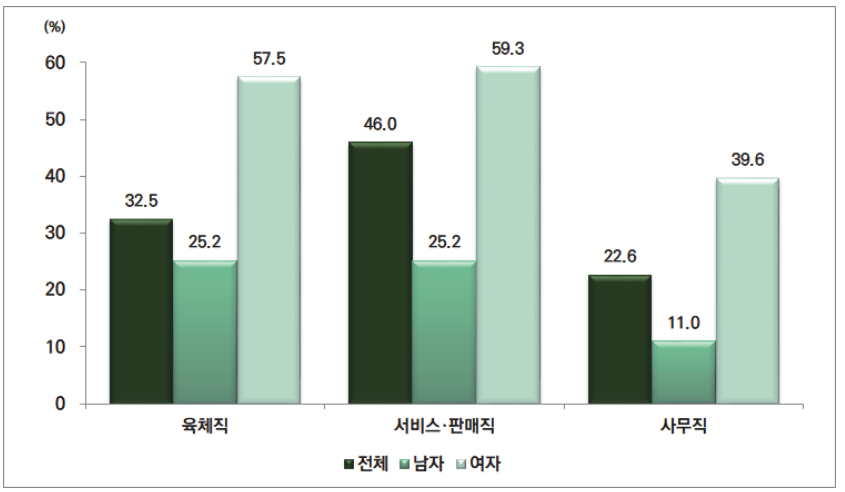
직업별 저임금 노동자 비율은 서비스·판매직(46.0%), 육체직(32.5%), 사무직(22.6%) 순으로 높게 나타났다.

[그림 2-4-34] 교육수준별·성별 저임금 노동자 비율(2017년)



자료: 고용노동부. (2017). 고용형태별근로실태조사를 활용하여 분석한 결과임.

〔그림 2-4-35〕 직업별·성별 저임금 노동자 비율(2017년)



자료: 고용노동부. (2017). 고용 형태별 근로실태조사를 활용하여 분석한 결과임.

〈표 2-4-19〉 저임금 노동자 비율(전체, 사회경제적 위치 변수별, 2017년)

구분		2017년(전체) 조율 (%)	표준화율 (%)	상대격차(배) (95% 신뢰 구간)	절대격차(%포인트) (95% 신뢰 구간)
교육 수준별	(30~64세)				
	초졸 이하	55.9	47.7	2.22 (2.01 - 2.45)	26.21 (22.55 - 27.70)
	중·고졸	41.1	39.0	1.81 (1.66 - 1.98)	17.49 (14.91 - 20.06)
	전문대졸 이상	20.9	21.5	1.00	0.00
	(65세 이상)				
	초졸 이하	80.4	82.4	1.84 (1.04 - 3.25)	37.58 (-0.30 - 75.46)
	중졸	66.7	68.3	1.53 (0.85 - 2.72)	23.53 (-10.16 - 57.21)
	고졸 이상	43.8	44.8	1.00	0.00
직업별 (30-64세)	육체직	35.6	32.5	1.44 (1.22 - 1.68)	9.86 (4.95 - 14.78)
	서비스·판매직	48.4	46.0	2.03 (1.79 - 2.38)	23.33 (18.09 - 28.57)
	사무직	22.3	22.6	1.00	0.00

주: 상대격차와 절대격차 신뢰 구간은 수치 간 차이를 명확히 나타내기 위하여 소수점 둘째 자리까지 표기함.
자료: 고용노동부. (2017). 고용형태별근로실태조사를 활용하여 분석한 결과임.

〈표 2-4-20〉 저임금 노동자 비율(남자, 사회경제적 위치 변수별, 2017년)

구분		2017년(남자)			
		조율 (%)	표준화율 (%)	상대격차(배) (95% 신뢰 구간)	절대격차(%포인트) (95% 신뢰 구간)
교육 수준별	(30~64세)				
	초졸 이하	38.3	35.9	3.05 (2.65 - 3.52)	23.37 (21.51 - 25.14)
	중·고졸	27.4	26.1	2.19 (1.87 - 2.55)	13.53 (11.09 - 15.98)
	전문대졸 이상	12.0	12.5	1.00	0.00
	(65세 이상)				
	초졸 이하	70.9	74.1	1.73 (1.05 - 2.85)	31.28 (1.76 - 60.80)
	중졸	59.6	62.0	1.45 (0.86 - 2.45)	19.19 (-8.98 - 47.37)
	고졸 이상	41.3	42.8	1.00	0.00
직업별 (30~64세)	육체직	27.1	25.2	2.28 (1.87 - 2.80)	14.17 (10.25 - 18.08)
	서비스·판매직	24.8	25.2	2.28 (1.96 - 2.79)	14.16 (12.07 - 16.25)
	사무직	10.8	11.0	1.00	0.00

주: 상대격차와 절대격차 신뢰 구간은 수치 간 차이를 명확히 나타내기 위하여 소수점 둘째 자리까지 표기함.
자료: 고용노동부. (2017). 고용형태별근로실태조사를 활용하여 분석한 결과임.

〈표 2-4-21〉 저임금 노동자 비율(여자, 사회경제적 위치 변수별, 2017년)

구분		2017년(여자)			
		조율 (%)	표준화율 (%)	상대격차(배) (95% 신뢰 구간)	절대격차(%포인트) (95% 신뢰 구간)
교육 수준별	(30~64세)				
	초졸 이하	71.9	44.2	1.13 (0.64 - 2.02)	5.22 (-20.14 - 9.24)
	중·고졸	59.0	57.0	1.46 (1.32 - 1.62)	17.98 (13.85 - 22.10)
	전문대졸 이상	37.1	39.0	1.00	0.00
	(65세 이상)				
	초졸 이하	90.7	91.4	1.61 (0.78 - 3.30)	34.55 (-17.65 - 86.76)
	중졸	83.3	83.5	1.47 (0.71 - 3.05)	26.63 (-23.84 - 77.09)
	고졸 이상	58.3	56.8	1.00	0.00
직업별 (30~64세)	육체직	61.1	57.5	1.45 (1.31 - 1.61)	17.87 (13.52 - 22.23)
	서비스·판매직	62.2	59.3	1.50 (1.35 - 1.66)	19.64 (15.29 - 23.99)
	사무직	38.2	39.6	1.00	0.00

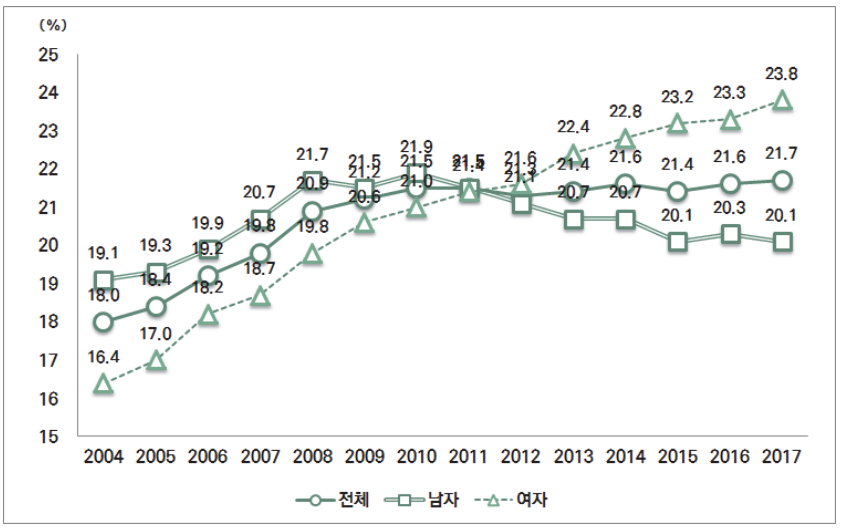
주: 상대격차와 절대격차 신뢰 구간은 수치 간 차이를 명확히 나타내기 위하여 소수점 둘째 자리까지 표기함.
자료: 고용노동부. (2017). 고용형태별근로실태조사를 활용하여 분석한 결과임.

1.13. 전문가 및 관리자 비율(사회구조적 요인 〉 고용 〉 직업)

가. 연도별 추이

전문가 및 관리자 비율은 2010년까지 매년 증가 추세를 보이다가 2010년 이후 큰 변동 없이 21.5% 전후로 유지되고 있으며, 2017년에는 21.7%로 나타났다. 남자의 전문가 및 관리자 비율은 2010년 이후 감소하여 2017년에 20.1%로 2004년보다 1.0%포인트 증가하였다. 여자의 전문가 및 관리자 비율은 매년 증가하여 2017년에 23.8%로 2004년에 비해 7.4%포인트 증가하였다.

[그림 2-4-36] 연도별 전문가 및 관리자 비율(2004~2017년)

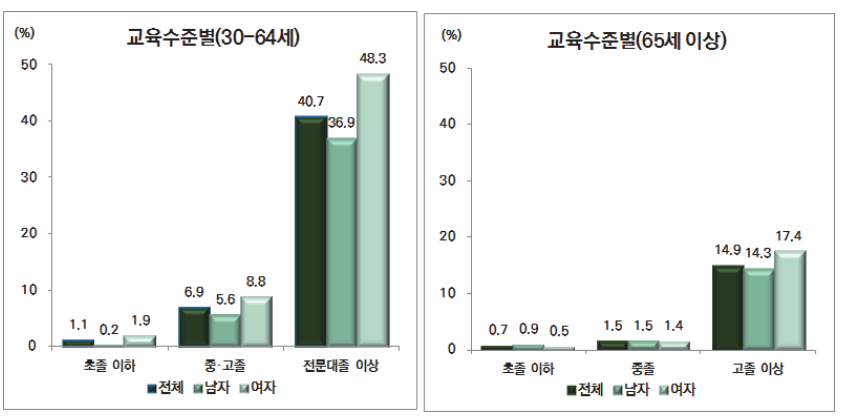


주: 연도별 전문가 및 관리자 비율은 조율로 제시함.
자료: 통계청. (2004-2017). 경제활동인구조사를 활용하여 분석한 결과임.

나. 인구집단별 격차

전문가 및 관리자 비율은 교육수준에 따라 현저한 격차를 보였다. 특히 30~64세 성인에서 가장 낮은 학력집단과 가장 높은 학력집단의 전문가 및 관리자 비율 격차는 39.6%포인트로 매우 컸다. 65세 이상 연령집단에서는 14.2%포인트로 나타났다. 30~64세 남자의 경우 초졸 이하 학력집단의 전문가 및 관리자 비율은 0.2%, 중·고졸 학력집단의 전문가 및 관리자 비율은 5.6%였으나 전문대졸 이상 학력집단의 전문가 및 관리자 비율은 36.9%에 달했다. 30~64세 여자의 경우 초졸 이하 학력집단의 전문가 및 관리자 비율은 1.9%, 중·고졸 학력집단의 전문가 및 관리자 비율은 8.8%였으나, 전문대졸 이상 학력집단의 전문가 및 관리자 비율은 48.3%에 달했다.

[그림 2-4-37] 교육수준별·성별 전문가 및 관리자 비율(2017년)



자료: 통계청. (2017). 경제활동인구조사를 활용하여 분석한 결과임.

〈표 2-4-22〉 전문가 및 관리자 비율(성별, 교육수준별, 2017년)

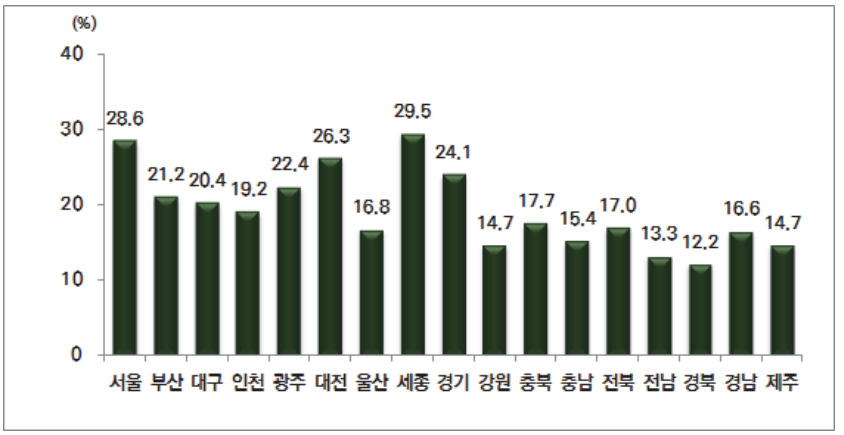
구분		조율 (%)	표준화율 (%)	상대격차(배) (95% 신뢰 구간)	절대격차(%포인트) (95% 신뢰 구간)
2017년(전체)					
교육 수준별	(30~64세)				
	초졸 이하	0.4	1.1	0.03 (0.01 - 0.08)	-39.58 (-42.17 - -36.99)
	중·고졸	6.0	6.9	0.17 (0.13 - 0.25)	-33.78 (-36.74 - -30.82)
	전문대졸 이상	40.7	40.7	1.00	0.00
	(65세 이상)				
	초졸 이하	0.7	0.7	0.04 (0.03 - 0.06)	-14.23 (-18.40 - -10.05)
	중졸	1.7	1.5	0.10 (0.04 - 0.28)	-13.36 (-17.79 - -8.93)
	고졸 이상	14.0	14.9	1.00	0.00
2017년(남자)					
교육 수준별	(30~64세)				
	초졸 이하	0.5	0.2	0.00 (0.00 - 0.01)	-36.71 (-38.86 - -34.55)
	중·고졸	5.2	5.6	0.15 (0.12 - 0.21)	-31.22 (-33.64 - -28.80)
	전문대졸 이상	36.8	36.9	1.00	0.00
	(65세 이상)				
	초졸 이하	0.9	0.9	0.07 (0.05 - 0.09)	-13.38 (-17.31 - -9.46)
	중졸	1.7	1.5	0.11 (0.04 - 0.26)	-12.78 (-16.92 - -8.64)
	고졸 이상	13.5	14.3	1.00	0.00
2017년(여자)					
교육 수준별	(30~64세)				
	초졸 이하	0.3	1.9	0.04 (0.01 - 0.12)	-46.32 (-49.25 - -43.39)
	중·고졸	7.0	8.8	0.18 (0.13 - 0.30)	-39.46 (-43.15 - -35.76)
	전문대졸 이상	47.7	48.3		
	(65세 이상)				
	초졸 이하	0.5	0.5	0.03 (0.02 - 0.04)	-16.89 (-21.24 - -12.54)
	중졸	1.9	1.4	0.08 (0.02 - 0.33)	-15.98 (-20.74 - -11.22)
	고졸 이상	15.9	17.4	1.00	0.00

주: 상대격차와 절대격차 신뢰 구간은 수치 간 차이를 명확히 나타내기 위하여 소수점 둘째 자리까지 표기함.
자료: 통계청. (2017), 경제활동인구조사를 활용하여 분석한 결과임.

다. 지역별 격차

2017년의 전문가 및 관리자 비율은 세종특별자치시가 29.5%로 가장 높았고, 서울특별시가 28.6%로 그 뒤를 이었다. 전문가 및 관리자 비율이 가장 낮은 곳은 경상북도로 12.2%로 나타났다.

[그림 2-4-38] 지역별 전문가 및 관리자 비율(시·도별, 2017년)



주: 시·도별 전문가 및 관리자 비율은 조율로 제시함.
자료: 통계청. (2017). 경제활동인구조사를 활용하여 분석한 결과임.

〈표 2-4-23〉 전문가 및 관리자 비율(시·도별, 2017년)

구분	2017년(전체)		
	조율(%)	상대격차(배)	절대격차(%포인트)
전국	21.5	1.00	0.00
서울	28.6	1.33	7.16
부산	21.2	0.99	-0.29
대구	20.4	0.95	-1.05
인천	19.2	0.89	-2.30
광주	22.4	1.05	0.97
대전	26.3	1.23	4.83
울산	16.8	0.78	-4.69
세종	29.5	1.37	7.98
경기	24.1	1.12	2.65
강원	14.7	0.68	-6.79
충북	17.7	0.82	-3.82
충남	15.4	0.71	-6.12
전북	17.0	0.79	-4.43
전남	13.3	0.62	-8.20
경북	12.2	0.57	-9.31
경남	16.6	0.77	-4.88
제주	14.7	0.68	-6.77

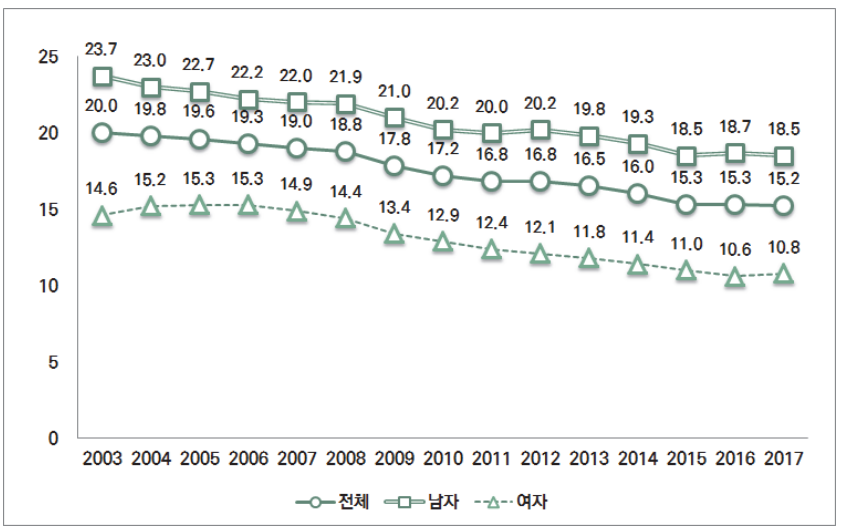
주: 상대격차와 절대격차 신뢰 구간은 수치 간 차이를 명확히 나타내기 위하여 소수점 둘째 자리까지 표기함.
시·도별 전문가 및 관리자 비율은 조율로 제시함.
자료: 통계청. (2017). 경제활동인구조사를 활용하여 분석한 결과임.

1.14. 피고용인 없는 자영자 비율(사회구조적 요인 〉 고용 〉 직업)

가. 연도별 추이

15세 이상 전체 취업자 중 피고용인 없는 자영자의 비율은 남녀 모두 해마다 감소하는 것으로 나타났다. 전체 피고용인 없는 자영자의 비율 또한 2003년 20.0%에서 점차 감소하여 2017년에는 15.2%로 가장 낮았다. 2017년 남자의 피고용인 없는 자영자의 비율은 18.5%로 여자의 피고용인 없는 자영자의 비율인 10.8%에 비해 7.7%포인트 높았다.

〔그림 2-4-39〕 연도별 피고용인 없는 자영자 비율(2003~2017년)



주: 연도별 피고용인 없는 자영자 비율은 조율로 제시함.
자료: 통계청. (2003-2017). 경제활동인구조사를 활용하여 분석한 결과임.

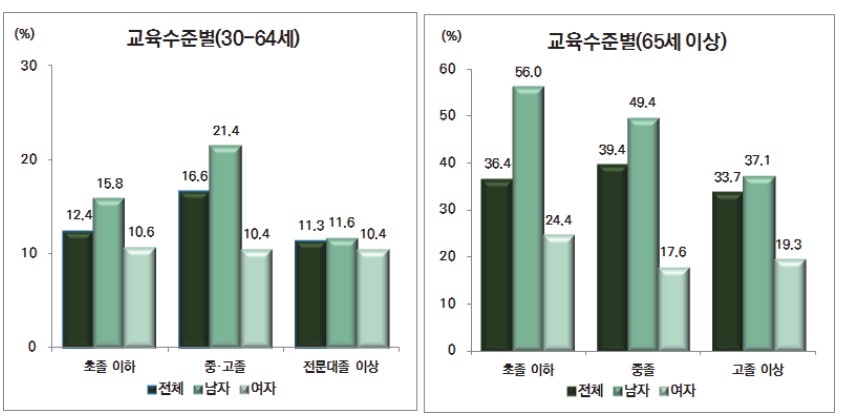
나. 인구집단별 격차

교육수준별로 30~64세 남자의 경우 중·고졸 학력집단의 피고용인 없는 자영업자 비율이 21.4%로, 초졸 이하 학력집단의 비율인 15.8%보다 높았다. 65세 이상 남자의 경우 초졸 이하 학력집단의 피고용인 없는 자영업자 비율은 56.0%, 고졸 이상 학력집단의 비율은 37.1%로 나타나 초졸 이하 학력집단의 비율과 18.9%포인트의 격차를 보였다.

30~64세 여자의 경우 교육수준에 따른 자영업자의 비율 격차가 거의 없었다. 65세 이상 여자의 경우 초졸 이하 학력집단의 피고용인 없는 자영업자 비율이 24.4%로 가장 높았고, 중·고졸 학력집단의 자영업자 비율이 17.6%로 가장 낮았다.

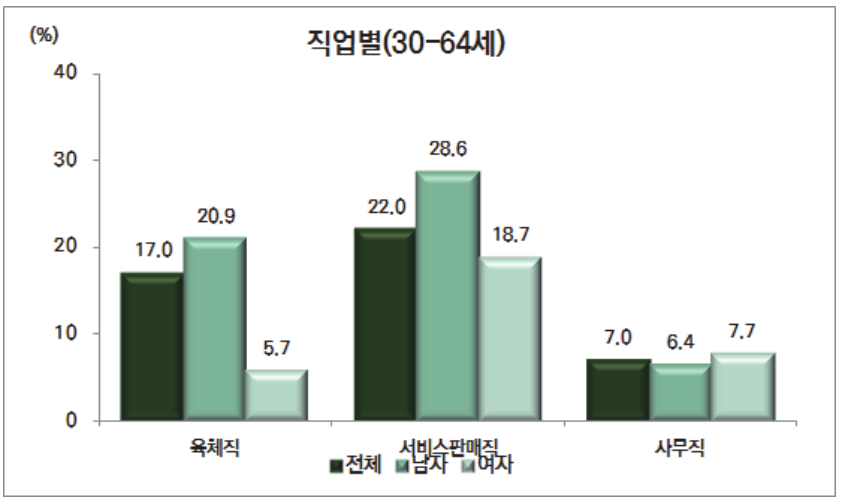
직업별 30~64세 전체의 피고용인 없는 자영자의 비율은 서비스·판매직에서 22.0%로 가장 높았다. 남자의 경우 서비스·판매직의 피고용인 없는 자영자 비율이 28.6%로 사무직보다 절대적으로는 22.2%포인트 더 높았으며, 상대적으로는 4.5배 더 높게 나타났다.

[그림 2-4-40] 교육수준별·성별 피고용인 없는 자영자 비율(2017년)



자료: 통계청. (2017). 경제활동인구조사를 활용하여 분석한 결과임.

〔그림 2-4-41〕 직업별·성별 피고용인 없는 자영자 비율(30~64세, 2017년)



자료: 통계청. (2017). 경제활동인구조사를 활용하여 분석한 결과임.

〈표 2-4-24〉 피고용인 없는 자영자 비율(전체, 사회경제적 위치 변수별, 2017년)

구분		2017년(전체) 조율 (%)	표준화율 (%)	상대격차(배) (95% 신뢰 구간)		절대격차(%포인트) (95% 신뢰 구간)	
교육 수준별 (30~64세)	초졸 이하	21.8	12.4	1.10	(0.73 - 1.69)	1.11	(-3.83 - 6.05)
	중·고졸	19.3	16.6	1.47	(1.13 - 1.98)	5.26	(1.58 - 8.94)
	전문대졸 이상	10.9	11.3	1.00		0.00	
교육 수준별 (65세 이상)	초졸 이하	36.6	36.4	1.08	(0.65 - 1.79)	2.61	(-15.01 - 20.24)
	중졸	37.1	39.4	1.17	(0.71 - 1.91)	5.63	(-11.94 - 23.21)
	고졸 이상	33.1	33.7	1.00		0.00	
직업별 (30-64세)	육체직	19.7	17.0	2.44	(1.90 - 3.28)	10.02	(6.70 - 13.33)
	서비스·판매직	23.7	22.0	3.16	(2.59 - 4.09)	15.05	(12.36 - 17.75)
	사무직	6.8	7.0	1.00		0.00	

주: 상대격차와 절대격차 신뢰 구간은 수치 간 차이를 명확히 나타내기 위하여 소수점 둘째 자리까지 표기함.
자료: 통계청. (2017). 경제활동인구조사를 활용하여 분석한 결과임.

〈표 2-4-25〉 피고용인 없는 자영자 비율(남자, 사회경제적 위치 변수별, 2017년)

구분		2017년(남자) 조율 (%)	표준화율 (%)	상대격차(배) (95% 신뢰 구간)	절대격차(%포인트) (95% 신뢰 구간)
교육 수준별	(30~64세)				
	초졸 이하	32.6	15.8	1.36 (0.74 - 2.58)	4.21 (-5.14 - 13.57)
	중·고졸	25.0	21.4	1.84 (1.37 - 2.63)	9.79 (4.60 - 14.99)
	전문대졸 이상	11.3	11.6	1.00	0.00
	(65세 이상)				
	초졸 이하	56.2	56.0	1.51 (0.85 - 2.68)	18.83 (-7.94 - 45.60)
	중졸	47.6	49.4	1.33 (0.78 - 2.28)	12.27 (-10.25 - 34.79)
	고졸 이상	36.7	37.1	1.00	0.00
직업별 (30~64세)	육체직	24.2	20.9	3.29 (2.44 - 4.68)	14.56 (9.82 - 19.31)
	서비스·판매직	30.0	28.6	4.50 (3.22 - 6.60)	22.26 (14.56 - 29.97)
	사무직	6.3	6.4	1.00	0.00

주: 상대격차와 절대격차 신뢰 구간은 수치 간 차이를 명확히 나타내기 위하여 소수점 둘째 자리까지 표기함.
자료: 통계청. (2017). 경제활동인구조사를 활용하여 분석한 결과임.

〈표 2-4-26〉 피고용인 없는 자영자 비율(여자, 사회경제적 위치 변수별, 2017년)

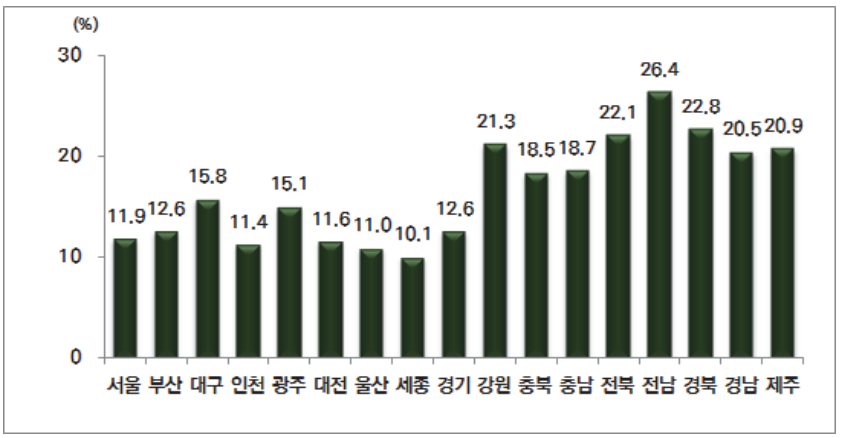
구분		2017년(여자) 조율 (%)	표준화율 (%)	상대격차(배) (95% 신뢰 구간)	절대격차(%포인트) (95% 신뢰 구간)
교육 수준별	(30~64세)				
	초졸 이하	13.7	10.6	1.01 (0.84 - 1.23)	0.13 (-1.86 - 2.13)
	중·고졸	12.1	10.4	1.00 (0.81 - 1.24)	0.02 (-2.22 - 2.26)
	전문대졸 이상	10.0	10.4	1.00	0.00
	(65세 이상)				
	초졸 이하	24.5	24.4	1.27 (0.70 - 2.28)	5.11 (-6.65 - 16.88)
	중졸	17.2	17.6	0.91 (0.46 - 1.81)	-1.68 (-14.51 - 11.16)
	고졸 이상	19.9	19.3	1.00	0.00
직업별 (30~64세)	육체직	7.6	5.7	0.74 (0.53 - 1.02)	-2.03 (-4.04 - -0.02)
	서비스·판매직	19.5	18.7	2.43 (2.10 - 2.80)	11.04 (9.85 - 12.22)
	사무직	7.4	7.7	1.00	0.00

주: 상대격차와 절대격차 신뢰 구간은 수치 간 차이를 명확히 나타내기 위하여 소수점 둘째 자리까지 표기함.
자료: 통계청. (2017). 경제활동인구조사를 활용하여 분석한 결과임.

다. 지역별 격차

2017년 피고용인 없는 자영자의 비율은 전국 15.2%로 나타났다. 지역별로는 전라남도가 26.4%로 가장 높았고, 세종특별자치시가 10.1%로 가장 낮았다.

〔그림 2-4-42〕 지역별 피고용인 없는 자영자 비율(시·도별, 2017년)



주: 시·도별 피고용인 없는 자영자 비율은 조율로 제시함.
자료: 통계청. (2017). 경제활동인구조사를 활용하여 분석한 결과임.

〈표 2-4-27〉 피고용인 없는 자영자 비율(시·도별, 2017년)

구분	2017년(전체)		
	조율(%)	상대격차(배)	절대격차(%포인트)
전국	15.2	1.00	0.00
서울	11.9	0.78	-3.37
부산	12.6	0.83	0.76
대구	15.8	1.04	3.18
인천	11.4	0.74	-4.47
광주	15.1	0.99	3.70
대전	11.6	0.76	-3.40
울산	11.0	0.72	-0.69
세종	10.1	0.66	-0.88
경기	12.6	0.83	2.56
강원	21.3	1.40	8.63
충북	18.5	1.21	-2.80
충남	18.7	1.23	0.22
전북	22.1	1.45	3.47
전남	26.4	1.73	4.29
경북	22.8	1.50	-3.63
경남	20.5	1.34	-2.32
제주	20.9	1.37	0.37

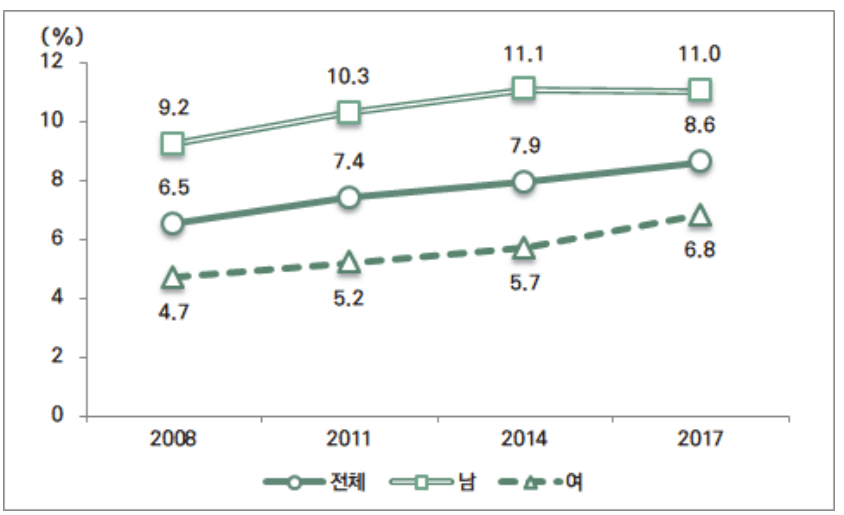
주: 상대격차와 절대격차 신뢰 구간은 수치 간 차이를 명확히 나타내기 위하여 소수점 둘째 자리까지 표기함.
시·도별 피고용인 없는 자영자 비율은 조율로 제시함.
자료: 통계청. (2017). 경제활동인구조사를 활용하여 분석한 결과임.

1.15. 노인의 근로소득 의존율(사회구조적 요인 〉 개인 및 가구 단위 결핍 〉 소득)

가. 연도별 추이

노인의 근로소득 의존율은 2008년부터 증가하고 있다. 2017년 노인의 근로소득 의존율은 8.6%로, 남성 11.0%, 여성 6.8%이다. 남성과 여성의 근로소득 의존율은 4~5%포인트 내외의 차이를 보였다.

〔그림 2-4-43〕 연도별 노인의 근로소득 의존율(2008~2017년)



주: 연도별 노인의 근로소득 의존율은 조율로 제시함.
자료: 보건복지부. (2008; 2011; 2014; 2017). 노인실태조사를 활용하여 분석한 결과임.

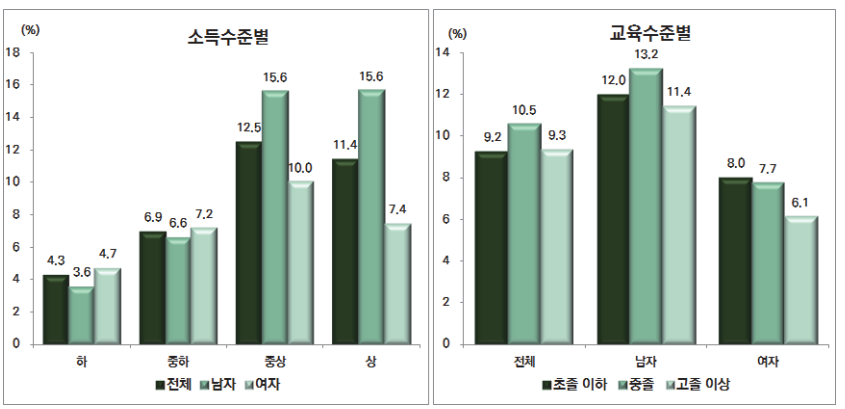
나. 인구집단별 격차

소득수준별 노인의 근로소득 의존율은 남성 노인의 경우 소득수준에

따른 근로소득 의존율의 격차가 크게 나타났으나, 여성의 경우 그 격차가 남성에 비해 크지 않았다. 남성 노인은 소득수준이 '하'인 집단에서는 3.6%, '중하'인 집단에서는 6.6%로 낮았으나, '중상'인 집단에서는 15.6%, '상'인 집단에서는 15.6%로 높았다. 여성 노인은 소득수준이 '하'인 집단에서는 4.7%, '중하'인 집단에서는 7.2%, '중상'인 집단에서는 10.0%, '상'인 집단에서는 7.4%로 나타났다.

교육수준별 노인의 근로소득 의존율은 남성 노인의 경우 중졸 학력집단에서 13.2%로 가장 높게 나타났으며, 여성 노인의 경우 초졸 이하 학력집단에서 8.0%로 가장 높게 나타났다.

[그림 2-4-44] 노인의 근로소득 의존율(성별, 소득수준별, 교육수준별, 2017년)



자료: 보건복지부. (2008; 2011; 2014; 2017). 노인실태조사를 활용하여 분석한 결과임.

〈표 2-4-28〉 노인의 근로소득 의존율(전체, 사회경제적 위치 변수별, 2017년)

구분		2017년(전체)				
		조율 (%)	표준화율 (%)	상대격차(배) (95% 신뢰 구간)		절대격차(%포인트) (95% 신뢰 구간)
소득 수준별	하	3.8	4.3	0.37	(0.10 - 1.44)	-7.15 (-20.33 - 6.03)
	중하	6.0	6.9	0.61	(0.14 - 2.65)	-4.48 (-18.88 - 9.92)
	중상	12.0	12.5	1.09	(0.24 - 5.08)	1.07 (-17.22 - 19.36)
	상	11.7	11.4	1.00		0.00

구분		2017년(전체)			
		조율 (%)	표준화율 (%)	상대격차(배) (95% 신뢰 구간)	절대격차(%포인트) (95% 신뢰 구간)
교육 수준별	(65세 이상)				
	초졸 이하	7.7	9.2	0.99 (0.22 - 4.43)	-0.10(-14.00 - 13.81)
	중졸	10.8	10.5	1.13 (0.26 - 4.87)	1.21 (-13.26 - 15.69)
	고졸 이상	9.2	9.3	1.00	0.00

주: 상대격차와 절대격차 신뢰 구간은 수치 간 차이를 명확히 나타내기 위하여 소수점 둘째 자리까지 표기함.
자료: 보건복지부. (2008; 2011; 2014; 2017). 노인실태조사를 활용하여 분석한 결과임.

〈표 2-4-29〉 노인의 근로소득 의존율(남자, 사회경제적 위치 변수별, 2017년)

구분		2017년(남자)			
		조율 (%)	표준화율 (%)	상대격차(배) (95% 신뢰 구간)	절대격차(%포인트) (95% 신뢰 구간)
소득 수준별	하	3.4	3.6	0.23 (0.06 - 0.80)	-12.07 (-29.37 -5.23)
	중하	5.5	6.6	0.42 (0.10 - 1.81)	-9.05 (-27.34 -9.24)
	중상	15.2	15.6	1.00 (0.22 - 4.44)	-0.03 (-23.34 -23.28)
	상	16.3	15.6	1.00	0.00
교육 수준별	(65세 이상)				
	초졸 이하	10.4	12.0	1.05 (0.23 - 4.81)	0.55 (-17.25 -18.34)
	중졸	12.9	13.2	1.16 (0.26 - 5.22)	1.80 (-16.67 -20.28)
	고졸 이상	10.7	11.4	1.00	0.00

주: 상대격차와 절대격차 신뢰 구간은 수치 간 차이를 명확히 나타내기 위하여 소수점 둘째 자리까지 표기함.
자료: 보건복지부. (2008; 2011; 2014; 2017). 노인실태조사를 활용하여 분석한 결과임.

〈표 2-4-30〉 노인의 근로소득 의존율(여자, 사회경제적 위치 변수별, 2017년)

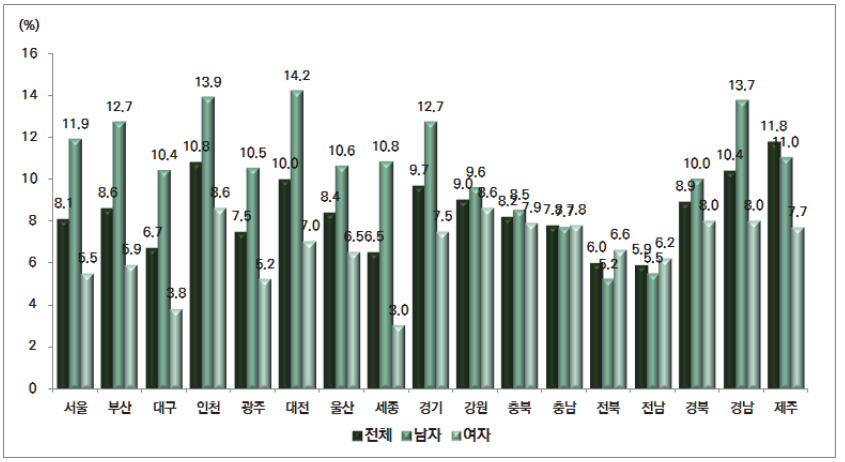
구분		2017년(여자)			
		조율 (%)	표준화율 (%)	상대격차(배) (95% 신뢰 구간)	절대격차(%포인트) (95% 신뢰 구간)
소득 수준별	하	4.1	4.7	0.63 (0.15 - 2.55)	-2.75(-12.05 -6.55)
	중하	6.3	7.2	0.96 (0.22 - 4.26)	-0.28(-11.15 -10.60)
	중상	9.5	10.0	1.34 (0.28 - 6.51)	2.56 (-11.21 -16.33)
	상	7.5	7.4	1.00	0.00
교육 수준별	(65세 이상)				
	초졸 이하	6.6	8.0	1.31 (0.30 - 5.62)	1.88 (-8.50 -12.26)
	중졸	8.5	7.7	1.27 (0.30 - 5.34)	1.63 (-8.39 -11.65)
	고졸 이상	6.5	6.1	1.00	0.00

주: 상대격차와 절대격차 신뢰 구간은 수치 간 차이를 명확히 나타내기 위하여 소수점 둘째 자리까지 표기함.
자료: 보건복지부. (2008; 2011; 2014; 2017). 노인실태조사를 활용하여 분석한 결과임.

다. 지역별 격차

노인의 근로소득 의존율은 제주도에서 11.8%로 가장 높았다. 전라남도가 5.9%로 가장 낮아 두 지역 간 격차는 5.9%포인트였다. 남성 노인의 근로소득 의존율은 대전광역시에서 14.2%로 가장 높았고, 전라북도에서 5.2%로 가장 낮았다. 여성 노인의 근로소득 의존율은 인천광역시와 강원도에서 8.6%로 가장 높았고, 세종특별자치시에서 3.0%로 가장 낮았다.

〔그림 2-4-45〕 지역별 노인의 근로소득 의존율(시·도별, 2017년)



주: 시·도별 노인의 근로소득 의존율은 조율로 제시함.
자료: 보건복지부. (2008; 2011; 2014; 2017). 노인실태조사를 활용하여 분석한 결과임.

〈표 2-4-31〉 노인의 근로소득 의존율(전체, 시·도별, 2017년)

전체	2017년(전체)			
	조율 (%)	표준화율 (%)	상대격차 (95% 신뢰 구간)	절대격차 (95% 신뢰 구간)
전국	8.6	9.5	1.00	0.00
서울	8.1	9.0	0.95 (0.22 - 4.17)	-0.49 (-14.20 - 13.22)
부산	8.6	9.0	0.95 (0.22 - 4.06)	-0.48 (-13.96 - 14.19)
대구	6.7	7.4	0.78 (0.15 - 4.01)	-2.08 (-15.73 - 11.57)
인천	10.8	11.8	1.24 (0.26 - 5.80)	2.27 (-14.37 - 19.89)
광주	7.5	7.9	0.83 (0.21 - 3.38)	-1.59 (-13.98 - 10.81)
대전	10.0	10.8	1.14 (0.26 - 5.02)	1.30 (-13.80 - 16.41)
울산	8.4	8.9	0.93 (0.20 - 4.46)	-0.62 (-14.93 - 13.70)
세종	6.5	6.5	0.68 (0.18 - 2.60)	-3.03 (-14.37 - 8.31)
경기	9.7	10.7	1.12 (0.25 - 5.04)	1.15 (-14.02 - 16.33)
강원	9.0	10.3	1.09 (0.26 - 4.61)	0.84 (-13.45 - 15.14)
충북	8.2	9.4	0.99 (0.23 - 4.17)	-0.10 (-13.71 - 14.69)
충남	7.8	9.0	0.94 (0.23 - 3.95)	-0.55 (-13.80 - 12.71)
전북	6.0	7.1	0.75 (0.16 - 3.55)	-2.42 (-15.33 - 10.48)
전남	5.9	7.0	0.73 (0.15 - 3.50)	-2.54 (-15.38 - 10.29)
경북	8.9	9.6	1.01 (0.23 - 4.34)	0.08 (-13.85 - 14.01)
경남	10.4	11.0	1.16 (0.28 - 4.85)	1.48 (-13.17 - 16.13)
제주	11.8	11.0	1.38 (0.35 - 5.43)	3.57 (-11.69 - 18.83)

주: 상대격차와 절대격차 신뢰 구간은 수치 간 차이를 명확히 나타내기 위하여 소수점 둘째 자리까지 표기함.
자료: 보건복지부. (2008; 2011; 2014; 2017). 노인실태조사를 활용하여 분석한 결과임.

〈표 2-4-32〉 노인의 근로소득 의존율(남자, 시·도별, 2017년)

전체	2017년(남자)			
	조율 (%)	표준화율 (%)	상대격차 (95% 신뢰 구간)	절대격차 (95% 신뢰 구간)
전국	11.0	12.0	1.00	0.00
서울	11.9	13.3	1.10 (0.24 - 5.16)	1.25 (-18.34 - 20.84)
부산	12.7	13.8	1.14 (0.26 - 4.96)	1.74 (-17.14 - 20.62)
대구	10.4	10.7	0.89 (0.18 - 4.41)	-1.29 (-19.40 - 16.81)
인천	13.9	14.8	1.23 (0.27 - 5.69)	2.80 (-17.92 - 23.52)
광주	10.5	10.7	0.89 (0.24 - 3.25)	-1.33 (-16.37 - 13.71)
대전	14.2	15.5	1.29 (0.28 - 6.04)	3.48 (-18.10 - 25.06)
울산	10.6	11.1	0.92 (0.17 - 4.97)	-0.96 (-20.30 - 18.38)
세종	10.8	10.7	0.89 (0.23 - 3.50)	-1.29 (-17.06 - 14.47)
경기	12.7	14.0	1.16 (0.25 - 5.34)	1.95 (-17.97 - 21.88)
강원	9.6	10.7	0.89 (0.21 - 3.83)	-1.34 (-18.01 - 15.34)
충북	8.5	9.3	0.77 (0.18 - 3.35)	-2.74 (-18.62 - 13.14)
충남	7.7	8.3	0.69 (0.18 - 2.63)	-3.74 (-18.21 - 10.73)
전북	5.2	6.0	0.50 (0.11 - 2.30)	-6.01 (-20.40 - 8.38)
전남	5.5	6.7	0.56 (0.11 - 2.74)	-5.33 (-20.40 - 9.74)
경북	10.0	10.4	0.87 (0.21 - 3.64)	-1.60 (-17.88 - 14.68)
경남	13.7	14.1	1.17 (0.27 - 5.03)	2.02 (-16.98 - 21.02)
제주	11.0	11.9	0.99 (0.23 - 4.36)	-0.08 (-17.83 - 17.66)

주: 상대격차와 절대격차 신뢰 구간은 수치 간 차이를 명확히 나타내기 위하여 소수점 둘째 자리까지 표기함.
자료: 보건복지부. (2008; 2011; 2014; 2017). 노인실태조사를 활용하여 분석한 결과임.

〈표 2-4-33〉 노인의 근로소득 의존율(여자, 시·도별, 2017년)

전체	2017년(여자)			
	조율 (%)	표준화율 (%)	상대격차 (95% 신뢰 구간)	절대격차 (95% 신뢰 구간)
전국	6.8	7.6	1.00	0.00
서울	5.5	6.0	0.80 (0.20 - 3.18)	-1.54 (-11.13 - 8.04)
부산	5.9	6.0	0.79 (0.16 - 3.45)	-1.56 (-11.57 - 8.46)
대구	3.8	4.5	0.59 (0.11 - 3.18)	-3.08 (-12.88 - 6.73)
인천	8.6	9.4	1.25 (0.26 - 5.90)	1.88 (-11.59 - 15.35)
광주	5.2	5.8	0.77 (0.17 - 3.53)	-1.75 (-11.93 - 8.43)
대전	7.0	7.4	0.98 (0.24 - 3.95)	-0.17 (-10.62 - 10.29)
울산	6.5	6.9	0.91 (0.22 - 3.67)	-0.72 (-10.86 - 12.23)
세종	3.0	2.9	0.39 (0.11 - 1.40)	-4.63 (-12.74 - 3.48)
경기	7.5	8.2	1.08 (0.25 - 4.69)	0.59 (-10.98 - 12.16)
강원	8.6	10.0	1.33 (0.32 - 5.49)	2.48 (-10.07 - 15.02)
충북	7.9	9.5	1.25 (0.30 - 5.14)	1.89 (-10.14 - 13.93)
충남	7.8	9.6	1.27 (0.29 - 5.65)	2.07 (-10.92 - 15.05)
전북	6.6	7.9	1.04 (0.22 - 5.01)	0.29 (-11.89 - 12.47)
전남	6.2	7.1	0.94 (0.20 - 4.38)	-0.44 (-11.71 - 10.83)
경북	8.0	8.9	1.18 (0.27 - 5.11)	1.33 (-10.83 - 13.48)
경남	8.0	8.9	1.18 (0.27 - 5.11)	1.33 (-10.83 - 13.48)
제주	7.7	8.3	1.09 (0.27 - 4.35)	0.69 (-10.21 - 11.59)

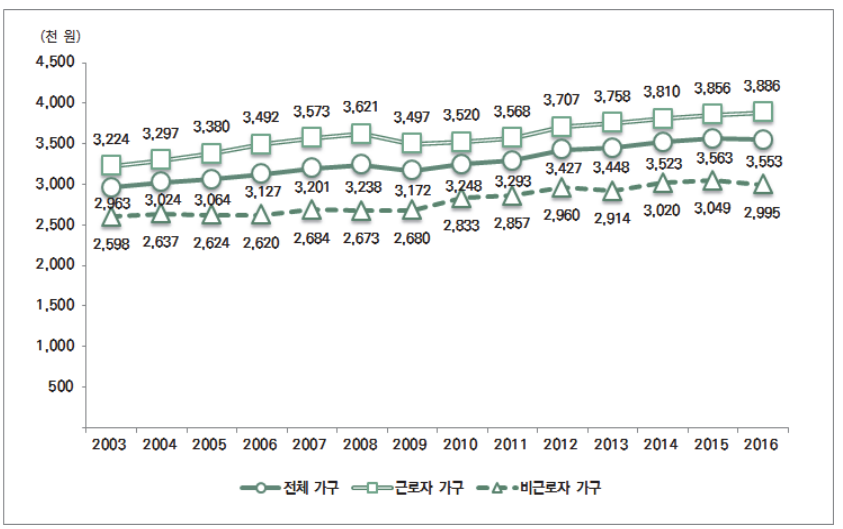
주: 상대격차와 절대격차 신뢰 구간은 수치 간 차이를 명확히 나타내기 위하여 소수점 둘째 자리까지 표기함.
자료: 보건복지부. (2008; 2011; 2014; 2017). 노인실태조사를 활용하여 분석한 결과임.

1.16. 가처분소득(사회구조적 요인 〉 개인 및 가구 단위 결핍 〉 소득)

가. 연도별 추이

가처분소득은 근로자 가구와 비근로자 가구 모두에서 전반적으로 증가하는 추세로 전체 가구의 가처분소득은 2003년 296만 3152원에서 2016년 355만 3061원으로 증가하였다. 2016년도 근로자 가구와 비근로자 가구의 가처분소득의 차이는 89만 1738원이었다.

〔그림 2-4-46〕 연도별 가처분소득(실질)(2003~2016년)



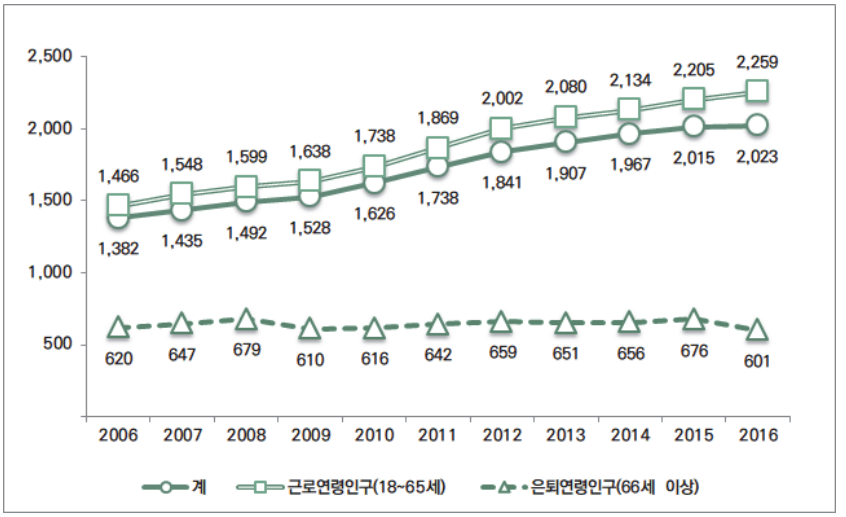
자료: 통계청. (2003-2016). 가계동향조사를 활용하여 분석한 결과임.

1.17. 가구 균등화 소득(사회구조적 요인 〉 개인 및 가구 단위 결핍 〉 소득)

가. 연도별 추이

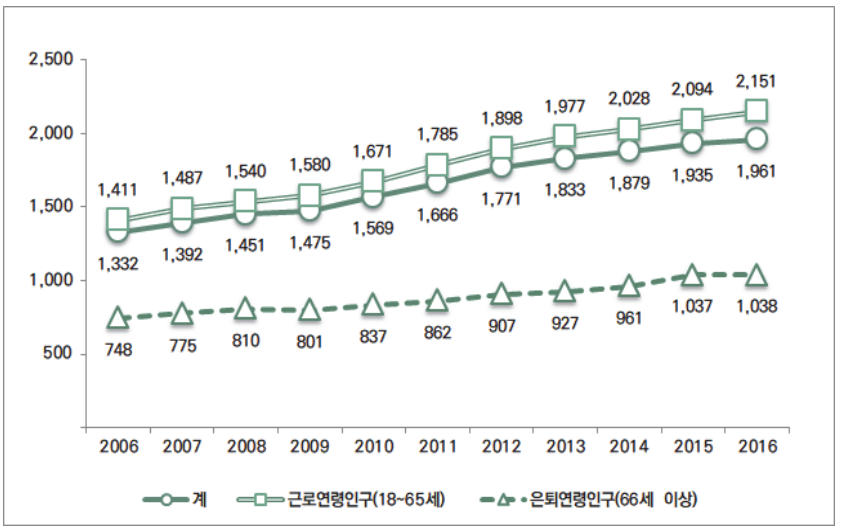
가구 균등화 중위소득은 시장소득과 가처분소득 기준 모두 증가하는 추세다. 시장소득 기준으로 전체 가구 균등화 중위소득은 2006년 138만 1962원에서 2016년 202만 3477원으로 증가하였으며, 가처분소득 기준으로 전체 가구 균등화 중위소득은 2006년 133만 2295원에서 2016년 196만 531원으로 증가하였다. 2016년 근로연령인구(18~65세), 은퇴연령인구(65세 이상)의 가구 균등화 중위소득의 차이는 시장소득 기준으로 165만 8386원, 가처분소득 기준으로 111만 3179원이었다.

[그림 2-4-47] 연도별 가구 균등화 중위소득(시장소득 기준, 2006~2016년)



자료: 통계청. (2006-2016). 가계동향조사를 활용하여 분석한 결과임.

〔그림 2-4-48〕 연도별 가구 균등화 중위소득(가처분소득 기준, 2006~2016년)



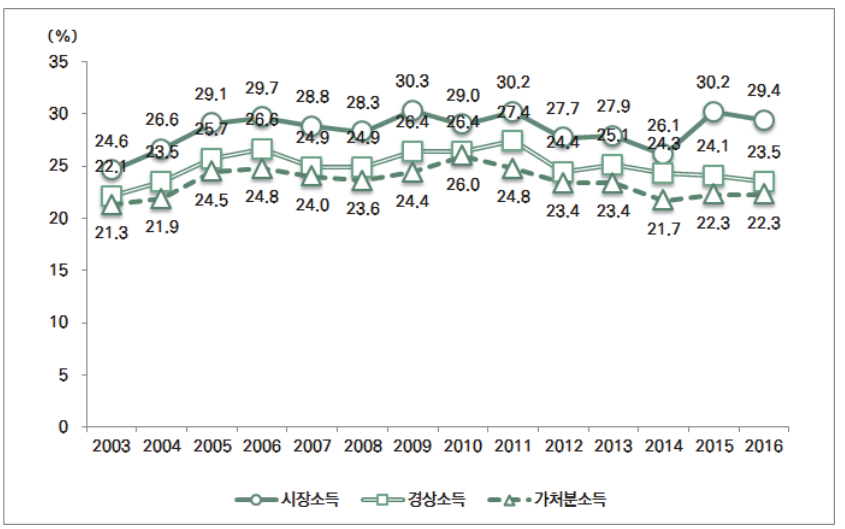
자료: 통계청. (2006-2016). 가계동향조사를 활용하여 분석한 결과임.

1.18. 여성 가구주 가구 상대적 빈곤율(사회구조적 요인 〉 개인 및 가구 단위 결핍 〉 빈곤)

가. 연도별 추이

여성 가구주 가구 상대적 빈곤율(중위 50% 기준)을 살펴보면 2016년에 시장소득 기준 29.4%, 경상소득 기준 23.5%, 가처분소득 기준 22.3%로 나타났다.

[그림 2-4-49] 연도별 여성 가구주 가구 상대적 빈곤율(2003~2016년)



주: 중위소득 50% 기준(전 가구 기준, 1인 가구 제외, 농어가 가구 제외)을 그래프로 제시함.
자료: 통계청. (2003-2016). 가계동향조사 원자료; 여유진, 전지현. (2017). 2017년 빈곤통계연보. 한국보건사회연구원. p. 83 재인용.

〈표 2-4-34〉 여성 가구주 가구 상대적 빈곤율(소득, 전국, 연도별)

구분	소득								
	시장소득			경상소득			가처분소득		
	중위 40%	중위 50%	중위 60%	중위 40%	중위 50%	중위 60%	중위 40%	중위 50%	중위 60%
1인 가구 제외									
2003	16.5	24.6	34.8	14.0	22.1	33.3	12.8	21.3	31.6
2004	17.8	26.6	36.1	14.3	23.5	34.2	13.6	21.9	32.4
2005	19.7	29.1	37.0	15.4	25.7	35.1	14.7	24.5	34.0
2006	21.1	29.7	37.5	17.8	26.6	35.4	16.4	24.8	33.6
2007	20.4	28.8	38.9	15.6	24.9	35.9	14.8	24.0	34.0
2008	20.6	28.3	36.9	15.2	24.9	34.9	14.7	23.6	33.1
2009	22.3	30.3	38.7	15.7	26.4	35.8	14.7	24.4	35.1
2010	21.7	29.0	38.1	15.9	26.4	36.4	15.0	26.0	34.9
2011	23.3	30.2	37.4	17.8	27.4	36.7	17.0	24.8	34.6
2012	20.3	27.7	35.8	15.6	24.4	33.8	15.2	23.4	32.7
2013	19.9	27.9	37.4	15.9	25.1	33.7	14.6	23.4	32.3
2014	18.7	26.1	34.8	14.2	24.3	31.6	12.8	21.7	30.3
2015	21.4	30.2	36.3	16.6	24.1	31.1	15.5	22.3	30.3
2016	20.5	29.4	37.5	16.2	23.5	32.5	13.9	22.3	30.3
1인 가구 포함									
2006	25.5	34.1	41.7	21.0	30.2	39.0	19.8	28.7	37.4
2007	25.2	33.4	42.2	20.4	30.1	40.2	18.8	28.5	38.0
2008	26.5	33.8	42.3	20.9	30.4	40.0	19.9	28.7	38.0
2009	29.5	36.7	44.4	22.9	32.6	41.3	21.2	30.8	40.3
2010	29.1	35.8	44.1	22.6	32.6	41.6	21.8	31.7	40.1
2011	30.2	37.0	44.1	23.8	33.3	42.3	22.9	31.3	40.2
2012	28.2	35.8	42.7	23.3	32.4	40.4	22.2	31.1	38.9
2013	30.1	37.2	45.3	24.9	33.5	41.6	23.1	31.6	39.4
2014	30.6	36.8	44.3	24.2	33.2	41.2	22.4	31.1	39.8
2015	32.5	39.6	45.9	25.3	33.5	40.9	23.8	31.3	39.3
2016	31.6	39.2	45.8	25.2	33.4	41.3	23.0	31.7	39.3

주: 농어가 제외.

자료: 통계청. (2003-2016). 가계동향조사 원자료; 여유진, 전지현. (2017). 2017년 빈곤통계연보. 한국보건사회연구원. p. 83 재인용.

〈표 2-4-35〉 여성 가구주 가구 상대적 빈곤율(지출, 전국, 연도별)

구분	지출					
	소비지출			가계지출		
	중위 40%	중위 50%	중위 60%	중위 40%	중위 50%	중위 60%
1인 가구 제외						
2003	3.9	9.1	19.2	5.6	12.1	21.3
2004	3.9	9.9	19.6	5.8	13.8	23.8
2005	6.0	11.8	20.8	7.5	14.9	24.9
2006	6.7	13.9	23.9	8.6	16.3	29.2
2007	6.0	13.6	24.4	8.7	18.1	28.2
2008	5.3	12.7	23.0	7.8	17.2	28.9
2009	7.1	13.6	23.2	8.5	17.3	29.5
2010	6.3	13.6	23.3	8.4	18.2	28.2
2011	6.3	14.8	24.2	9.3	18.0	30.3
2012	5.4	12.0	22.1	7.9	15.4	25.4
2013	5.8	14.0	20.6	8.2	15.6	25.4
2014	6.6	14.7	23.4	9.2	17.1	27.3
2015	8.0	15.5	23.0	11.0	18.5	28.1
2016	5.8	13.6	21.9	9.8	17.5	27.1
1인 가구 포함						
2006	10.0	18.3	28.1	12.4	20.5	32.7
2007	9.8	17.7	28.9	12.4	21.8	32.4
2008	9.6	18.4	28.5	12.5	22.1	33.1
2009	12.4	20.0	30.1	14.0	23.6	34.1
2010	12.1	20.4	30.3	13.8	23.6	33.3
2011	11.1	20.5	30.1	13.9	23.3	34.0
2012	10.8	18.9	28.4	13.2	21.8	32.1
2013	12.6	21.4	28.8	15.0	23.6	33.1
2014	13.2	22.7	31.8	16.2	26.0	35.8
2015	14.1	23.2	31.9	17.1	26.1	35.1
2016	12.0	21.0	29.8	14.8	24.7	33.3

주: 농어가 제외.

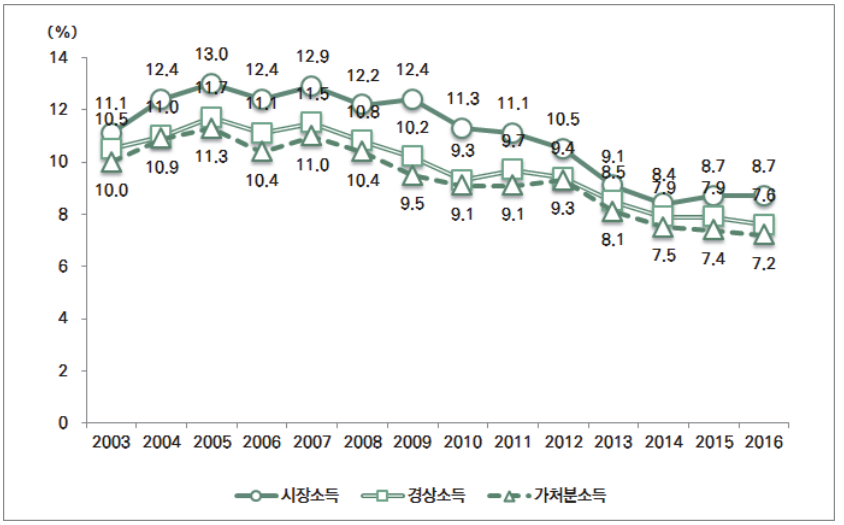
자료: 통계청. (2003-2016). 가계동향조사 원자료; 여유진, 전지현. (2017). 2017년 빈곤통계연보. 한국보건사회연구원. p. 83 재인용.

1.19. 아동 상대적 빈곤율(사회구조적 요인 〉 개인 및 가구 단위 결핍 〉 빈곤)

가. 연도별 추이

아동의 상대적 빈곤율은 2007년 시장소득 기준 12.9%, 경상소득 기준 11.5%, 가처분소득 기준 11.0%였다. 그 이후 전반적으로 감소하는 양상을 보이다가 2015년부터 시장소득 기준 8.7%로 소폭 증가하였다.

[그림 2-4-50] 연도별 아동 상대적 빈곤율(2003~2016년)



주: 중위소득 50% 기준(전 가구 기준, 1인 가구 제외, 농어가 가구 제외)을 그래프로 제시함.
자료: 통계청. (2003-2016). 가계동향조사 원자료; 여유진, 전지현. (2017). 2017년 빈곤통계연보. 한국보건사회연구원. p. 92 재인용.

〈표 2-4-36〉 아동 상대적 빈곤율(소득, 전국, 연도별)

구분	소득								
	시장소득			경상소득			가처분소득		
	중위 40%	중위 50%	중위 60%	중위 40%	중위 50%	중위 60%	중위 40%	중위 50%	중위 60%
1인 가구 제외									
2003	6.4	11.1	17.1	5.6	10.5	17.0	5.5	10.0	16.4
2004	7.1	12.4	18.7	6.0	11.0	18.4	5.8	10.9	18.0
2005	7.7	13.0	18.8	5.9	11.7	18.3	5.6	11.3	17.7
2006	7.7	12.4	19.3	6.1	11.1	18.5	5.9	10.4	18.0
2007	8.3	12.9	19.7	6.4	11.5	18.4	6.1	11.0	17.8
2008	7.8	12.2	17.5	5.6	10.8	16.3	5.4	10.4	16.2
2009	7.4	12.4	18.0	4.8	10.2	16.8	4.8	9.5	16.2
2010	7.4	11.3	16.7	5.2	9.3	15.5	5.1	9.1	14.8
2011	7.1	11.1	17.0	5.1	9.7	15.8	5.1	9.1	15.3
2012	6.7	10.5	17.1	5.1	9.4	16.0	5.2	9.3	15.5
2013	5.3	9.1	15.1	4.4	8.5	14.9	4.2	8.1	14.4
2014	4.7	8.4	14.1	3.8	7.9	14.4	3.6	7.5	13.7
2015	5.2	8.7	15.0	4.3	7.9	13.8	4.0	7.4	13.1
2016	5.1	8.7	14.6	4.3	7.6	13.9	3.6	7.2	13.2
1인 가구 포함									
2006	7.6	12.1	18.4	5.9	10.5	17.6	5.6	10.1	17.0
2007	8.0	12.3	18.6	6.2	11.1	17.8	5.7	10.7	16.9
2008	7.5	11.6	16.8	5.4	10.3	15.7	5.1	9.9	15.5
2009	7.3	11.7	17.1	4.7	9.2	15.9	4.5	8.9	15.6
2010	7.2	10.8	15.4	5.0	8.9	14.4	4.9	8.5	14.0
2011	6.8	10.6	16.1	4.6	9.2	14.7	4.7	8.9	14.4
2012	6.1	9.5	15.0	4.7	9.0	14.9	4.9	8.6	14.4
2013	5.1	8.4	14.3	4.2	7.8	13.4	4.0	7.5	13.4
2014	4.5	7.7	13.2	3.5	7.0	12.6	3.3	7.0	12.6
2015	5.1	8.1	13.7	4.0	7.2	12.5	3.8	6.9	12.1
2016	4.8	7.6	13.0	3.8	6.9	12.7	3.5	6.7	11.9

주: 농어가 제외.

자료: 통계청. (2003-2016). 가계동향조사 원자료; 여유진, 전지현. (2017). 2017년 빈곤통계연보. 한국보건사회연구원. p. 92 재인용.

〈표 2-4-37〉 아동 상대적 빈곤율(지출, 전국, 연도별)

구분	지출					
	소비지출			가계지출		
	중위 40%	중위 50%	중위 60%	중위 40%	중위 50%	중위 60%
1인 가구 제외						
2003	1.3	3.6	8.2	1.9	4.9	10.2
2004	1.1	3.8	9.4	1.9	5.4	12.7
2005	1.2	4.1	9.5	1.8	5.7	12.7
2006	1.4	4.4	9.5	2.5	6.0	12.8
2007	1.8	4.7	9.6	2.8	6.8	12.7
2008	1.2	3.8	8.3	2.3	5.9	11.7
2009	1.4	4.0	8.1	2.0	5.3	10.9
2010	1.0	3.3	7.0	1.9	5.0	9.9
2011	1.0	3.2	7.8	2.1	5.0	10.3
2012	1.0	2.7	6.7	1.6	4.5	9.6
2013	1.0	2.6	7.3	1.3	4.2	9.4
2014	1.3	3.8	7.6	2.1	4.4	9.1
2015	1.1	3.3	8.4	1.7	4.8	9.4
2016	0.8	3.1	8.0	1.7	4.9	9.8
1인 가구 포함						
2006	1.4	4.0	8.7	2.3	5.5	11.8
2007	1.6	4.4	9.1	2.5	6.3	11.9
2008	1.2	3.5	7.6	2.1	5.5	10.7
2009	1.3	3.5	7.3	1.7	5.0	10.0
2010	0.9	2.9	6.7	1.6	4.4	9.3
2011	0.9	3.1	7.1	1.9	4.5	9.6
2012	1.0	2.4	6.3	1.6	4.1	9.0
2013	0.9	2.4	6.6	1.2	3.7	8.6
2014	1.2	3.4	6.5	1.9	4.2	8.5
2015	0.9	2.9	7.4	1.6	4.3	8.2
2016	0.8	2.4	7.0	1.3	3.9	8.3

주: 농어가 제외.

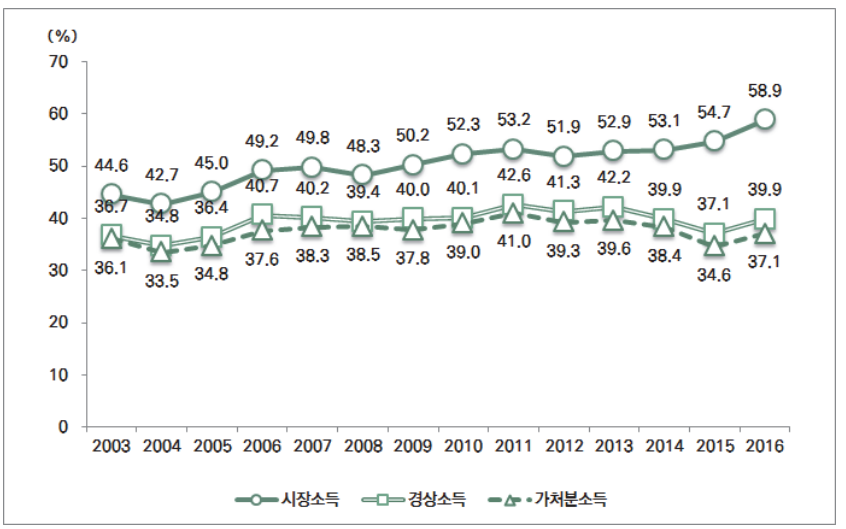
자료: 통계청. (2003-2016). 가계동향조사 원자료; 여유진, 전지현. (2017). 2017년 빈곤통계연보. 한국보건사회연구원. p. 92 재인용.

1.20. 노인 상대적 빈곤율(사회구조적 요인 〉 개인 및 가구 단위 결핍 〉 빈곤)

가. 연도별 추이

시장소득 기준 노인 상대적 빈곤율은 2004년 이후 꾸준히 증가하여 2016년에 58.9%로 2004년 대비 16.2%포인트 증가하였다. 경상소득 및 가처분소득 기준 노인 상대적 빈곤율은 2004년 이후 증가하는 추세를 보이다가 2015년에는 다소 감소하였으나, 2016년에 다시 39.9%, 37.1%로 전년도 대비 각각 2.8%포인트, 2.5%포인트 증가하였다.

〔그림 2-4-51〕 연도별 노인 상대적 빈곤율(2003~2016년)



주: 중위소득 50% 기준(전 가구 기준, 1인 가구 제외, 농어가 가구 제외)을 그래프로 제시함.
자료: 통계청. (2003-2016). 가계동향조사 원자료; 여유진, 전지현. (2017). 2017년 빈곤통계연보. 한국보건사회연구원. p. 101 재인용.

〈표 2-4-38〉 노인 상대적 빈곤율(소득, 전국, 연도별)

구분	소득								
	시장소득			경상소득			가처분소득		
	중위 40%	중위 50%	중위 60%	중위 40%	중위 50%	중위 60%	중위 40%	중위 50%	중위 60%
1인 가구 제외									
2003	35.3	44.6	51.9	28.1	36.7	46.5	27.2	36.1	45.8
2004	33.5	42.7	51.8	25.8	34.8	44.3	24.3	33.5	43.1
2005	34.8	45.0	52.5	26.3	36.4	45.3	24.9	34.8	44.1
2006	40.0	49.2	56.4	29.7	40.7	48.8	28.0	37.6	47.2
2007	40.3	49.8	58.0	30.2	40.2	48.9	28.3	38.3	47.1
2008	39.1	48.3	55.4	29.9	39.4	46.7	28.8	38.5	46.1
2009	43.1	50.2	57.7	30.0	40.0	49.3	28.7	37.8	47.3
2010	42.5	52.3	59.1	29.8	40.1	49.2	29.1	39.0	48.1
2011	45.4	53.2	60.6	33.0	42.6	52.1	31.4	41.0	50.7
2012	43.4	51.9	59.5	32.1	41.3	49.5	30.8	39.3	48.9
2013	45.7	52.9	60.9	32.7	42.2	51.2	31.1	39.6	49.8
2014	45.6	53.1	60.6	30.6	39.9	49.2	28.2	38.4	47.0
2015	45.8	54.7	62.8	26.6	37.1	45.9	24.5	34.6	44.1
2016	50.3	58.9	66.1	30.4	39.9	49.3	28.3	37.1	46.9
1인 가구 포함									
2006	45.3	54.5	62.1	35.0	46.1	54.5	33.1	43.8	52.9
2007	46.2	55.3	63.0	35.9	47.0	55.4	33.8	44.6	53.3
2008	45.8	54.6	62.3	36.5	46.5	54.1	34.7	44.8	52.9
2009	50.8	58.2	65.0	37.9	48.5	57.1	37.1	46.4	55.4
2010	51.0	59.1	65.6	37.6	47.8	56.9	36.9	47.1	55.1
2011	53.5	60.9	67.3	40.5	49.9	59.2	38.3	48.8	57.7
2012	52.3	60.0	66.5	41.2	50.6	58.1	39.3	48.2	56.4
2013	54.0	60.6	67.5	41.3	50.6	58.4	39.1	47.5	56.9
2014	55.0	62.1	68.1	39.6	49.5	57.5	37.2	47.2	56.0
2015	56.2	63.3	70.3	36.9	47.6	56.1	34.7	44.7	53.9
2016	58.3	65.7	71.8	38.9	49.4	57.7	36.3	46.7	55.3

주: 농어가 제외.

자료: 통계청. (2003-2016). 가계동향조사 원자료; 여유진, 전지현. (2017). 2017년 빈곤통계연보. 한국보건사회연구원. p. 101 재인용.

〈표 2-4-39〉 노인 상대적 빈곤율(지출, 전국, 연도별)

구분	지출					
	소비지출			가계지출		
	중위 40%	중위 50%	중위 60%	중위 40%	중위 50%	중위 60%
1인 가구 제외						
2003	11.5	21.4	32.1	14.4	24.2	34.1
2004	12.8	22.6	32.5	15.3	24.7	34.3
2005	14.5	24.9	34.5	17.3	27.1	37.6
2006	17.4	26.6	37.3	18.9	29.3	40.9
2007	17.4	27.5	39.1	19.9	30.3	42.9
2008	15.2	25.7	37.4	18.5	29.9	41.6
2009	16.9	30.0	41.2	20.2	33.4	44.6
2010	15.9	30.6	42.5	18.7	33.4	44.9
2011	19.5	33.9	45.7	22.7	35.3	47.2
2012	17.7	29.4	42.1	20.9	31.9	43.5
2013	17.1	30.9	42.7	21.0	33.0	45.4
2014	20.0	33.8	46.1	23.3	36.5	49.4
2015	18.2	31.3	43.8	21.5	34.9	46.4
2016	19.3	33.4	45.6	24.0	37.3	48.8
1인 가구 포함						
2006	21.4	32.9	43.6	24.7	35.7	47.1
2007	22.2	33.0	45.2	25.0	36.4	48.6
2008	21.1	33.4	45.4	25.0	37.3	48.1
2009	24.3	37.9	48.7	27.8	40.7	51.1
2010	23.2	36.7	48.6	25.8	39.8	50.9
2011	23.7	39.1	51.2	27.4	40.7	52.5
2012	22.7	35.8	47.7	26.4	38.5	50.2
2013	23.9	37.4	49.6	27.7	40.0	52.1
2014	26.0	40.0	52.5	29.2	43.3	55.1
2015	24.1	38.5	51.2	27.9	42.7	53.5
2016	24.3	39.5	51.7	28.9	43.2	54.3

주: 농어가 제외.

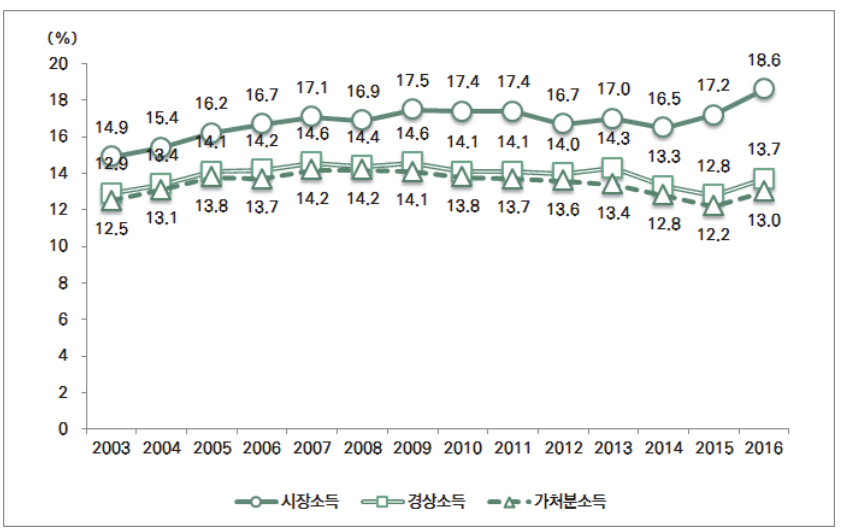
자료: 통계청. (2003-2016). 가계동향조사 원자료; 여유진, 전지현. (2017). 2017년 빈곤통계연보. 한국보건사회연구원. p. 101 재인용.

1.21. 중위소득 가구 빈곤율(사회구조적 요인 〉 개인 및 가구 단위 결핍 〉 빈곤)

가. 연도별 추이

중위소득 가구 빈곤율은 2003년 시장소득 기준 14.9%, 경상소득 기준 12.9%, 가처분소득 기준 12.5%이던 것이 다소 증가하여 2016년 시장소득 기준 18.6%, 경상소득 기준 13.7%, 가처분소득 기준 13.0%로 나타났다.

[그림 2-4-52] 연도별 중위소득 가구 빈곤율(2003~2016년)



주: 중위소득 50% 기준(전 가구 기준, 1인 가구 제외, 농어가 가구 제외)을 그래프로 제시함.
자료: 통계청. (2003-2016). 가계동향조사 원자료; 여유진, 전지현. (2017). 2017년 빈곤통계연보. 한국보건사회연구원. p. 56 재인용.

〈표 2-4-40〉 중위소득 가구 빈곤율(소득, 전국, 연도별)

구분	소득								
	시장소득			경상소득			가처분소득		
	중위 40%	중위 50%	중위 60%	중위 40%	중위 50%	중위 60%	중위 40%	중위 50%	중위 60%
1인 가구 제외									
2003	10.1	14.9	20.7	8.3	12.9	19.4	8.0	12.5	19.1
2004	10.5	15.4	21.2	8.4	13.4	19.8	8.2	13.1	19.2
2005	11.1	16.2	21.7	8.6	14.1	20.0	8.6	13.8	19.6
2006	11.9	16.7	22.4	9.1	14.2	20.5	8.9	13.7	20.0
2007	12.5	17.1	22.9	9.5	14.6	20.8	9.0	14.2	20.1
2008	12.3	16.9	22.0	9.3	14.4	19.9	9.0	14.2	19.6
2009	13.1	17.5	23.5	9.3	14.6	20.9	9.0	14.1	20.4
2010	13.0	17.4	22.4	9.1	14.1	20.1	8.9	13.8	19.6
2011	12.9	17.4	22.9	9.2	14.1	20.1	9.0	13.7	19.5
2012	12.4	16.7	22.3	9.3	14.0	20.1	9.1	13.6	19.6
2013	12.9	17.0	22.7	9.4	14.3	20.2	9.1	13.4	19.6
2014	12.7	16.5	21.8	8.6	13.3	19.0	8.2	12.8	18.4
2015	13.4	17.2	22.8	8.2	12.8	18.0	7.9	12.2	17.6
2016	14.2	18.6	23.9	9.1	13.7	19.5	8.5	13.0	18.5
1인 가구 포함									
2006	15.0	19.9	25.0	11.9	16.9	22.9	11.4	16.3	22.3
2007	15.7	20.3	26.1	12.3	17.8	23.6	12.0	17.2	23.1
2008	16.4	21.2	26.4	12.7	18.2	23.9	12.3	17.8	23.5
2009	17.5	22.0	27.1	13.7	18.9	24.6	13.3	18.4	24.1
2010	18.4	22.7	27.5	14.0	18.9	24.4	13.7	18.3	24.2
2011	18.0	22.5	27.1	13.8	18.8	24.4	13.7	18.3	23.9
2012	17.8	22.2	26.9	14.0	18.9	23.9	13.7	18.5	23.5
2013	18.8	22.6	27.4	14.6	18.9	24.2	14.3	18.5	23.8
2014	19.3	23.1	27.4	14.4	18.9	24.4	13.7	18.2	23.8
2015	20.0	23.7	28.0	14.0	18.8	24.0	13.2	18.1	23.5
2016	21.4	25.1	29.5	14.7	20.0	25.0	14.4	19.3	24.3

주: 농어가 제외.

자료: 통계청. (2003-2016). 가계동향조사 원자료; 여유진, 전지현. (2017). 2017년 빈곤통계연보. 한국보건사회연구원. p. 56 재인용.

〈표 2-4-41〉 중위소득 가구 빈곤율(지출, 전국, 연도별)

구분	지출					
	소비지출			가계지출		
	중위 40%	중위 50%	중위 60%	중위 40%	중위 50%	중위 60%
1인 가구 제외						
2003	2.5	5.6	11.2	3.2	6.8	12.4
2004	2.8	6.1	11.6	3.6	7.4	13.8
2005	3.3	7.1	12.6	4.2	8.3	14.4
2006	3.7	7.6	13.6	4.6	8.8	15.6
2007	4.1	7.9	14.1	4.9	9.4	16.2
2008	3.5	7.5	13.4	4.6	9.1	15.6
2009	4.1	8.8	14.7	4.9	10.3	16.7
2010	3.7	8.0	14.2	4.6	9.6	15.9
2011	4.0	8.5	13.9	5.0	9.4	15.3
2012	3.9	7.7	13.4	4.8	8.8	15.1
2013	3.8	8.0	13.5	4.9	9.3	15.4
2014	4.4	8.8	14.4	5.5	10.1	16.2
2015	4.2	8.4	14.8	5.3	9.9	15.9
2016	4.4	8.8	15.0	5.5	10.5	16.6
1인 가구 포함						
2006	5.9	10.6	16.3	7.2	11.8	18.5
2007	6.0	10.6	17.1	7.4	12.0	18.9
2008	5.8	10.9	16.9	7.0	12.2	18.5
2009	7.2	12.1	18.5	8.1	14.0	19.6
2010	6.9	12.1	18.5	7.7	13.2	19.9
2011	6.6	11.7	17.7	7.5	12.8	18.6
2012	6.5	11.3	16.9	7.7	12.7	18.8
2013	7.1	11.6	17.5	8.0	13.4	19.4
2014	7.2	12.7	18.9	8.6	14.4	20.5
2015	7.3	12.4	18.8	9.0	14.8	20.4
2016	7.0	12.4	18.6	8.3	14.5	20.7

주: 농어가 제외.

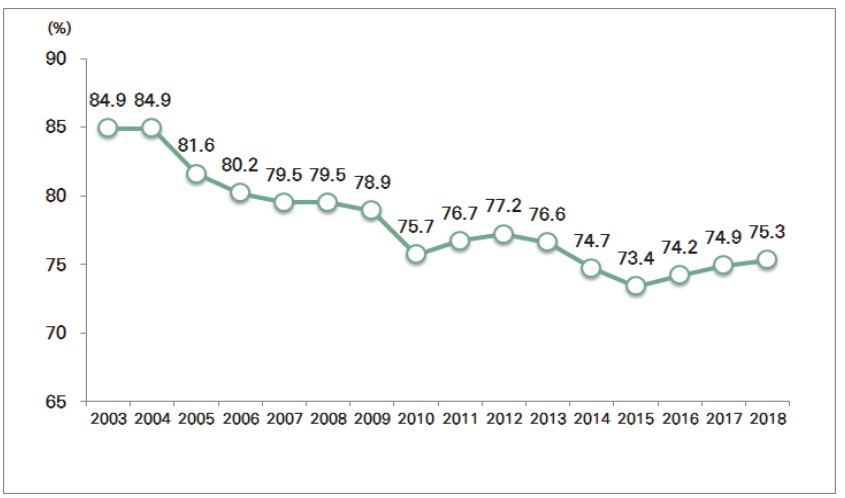
자료: 통계청. (2003-2016). 가계동향조사 원자료; 여유진, 전지현. (2017). 2017년 빈곤통계연보. 한국보건사회연구원. p. 56 재인용.

1.22. 재정자주도(사회구조적 요인 〉 지역 단위 결핍 〉 지방재정)

가. 연도별 추이

2018년도 전국 평균 재정자주도는 75.3%로 전년 대비 상승하였으나, 2008년(79.5%)보다는 4.2%포인트 하락하였다.

〔그림 2-4-53〕 연도별 재정자주도(2003~2018년)

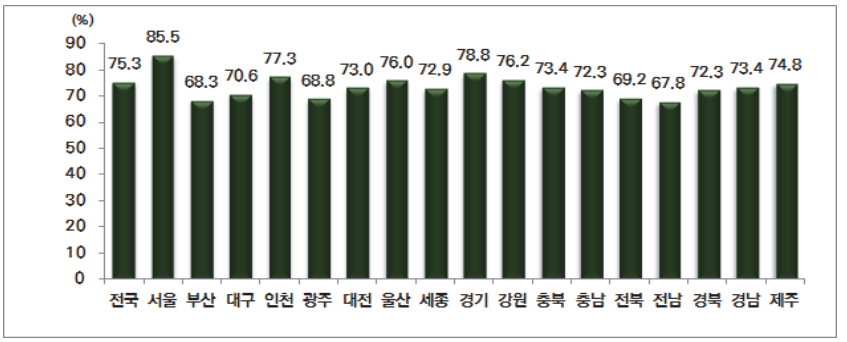


자료: 행정안전부. (2003-2018). 지방자치단체 통합재정 개요, 원자료; KOSIS(통계청 지역통계총괄과), 2018. 9. 19. 인출.

나. 지역별 격차

재정자주도는 서울특별시(85.5%), 경기도(78.8%), 인천광역시(77.3%) 순으로 높았고, 전라남도(67.8%), 부산광역시(68.3%), 광주광역시(68.8%) 순으로 상대적으로 낮았다.

〔그림 2-4-54〕 지역별 재정자주도(시·도별, 2018년)



자료: 행정안전부. (2018). 지방자치단체 통합재정 개요, 원자료; KOSIS(통계청 지역통계총괄과), 2018. 9. 19. 인출.

〈표 2-4-42〉 재정자주도(시·도별, 2018년)

구분	2013년		
	재정자주도(%)	상대격차(배)	절대격차(%포인트)
전국	75.3	1.00	0.00
서울	85.5	1.14	10.20
부산	68.3	0.91	-7.00
대구	70.6	0.94	-4.70
인천	77.3	1.03	2.00
광주	68.8	0.91	-6.50
대전	73.0	0.97	-2.30
울산	76.0	1.01	0.70
세종	72.9	0.97	-2.40
경기	78.8	1.05	3.50
강원	76.2	1.01	0.90
충북	73.4	0.97	-1.90
충남	72.3	0.96	-3.00
전북	69.2	0.92	-6.10
전남	67.8	0.90	-7.50
경북	72.3	0.96	-3.00
경남	73.4	0.97	-1.90
제주	74.8	0.99	-0.50

주: 상대격차와 절대격차 신뢰 구간은 수치 간 차이를 명확히 나타내기 위하여 소수점 둘째 자리까지 표기함.
자료: 행정안전부. (2018). 지방자치단체 통합재정 개요, 원자료; KOSIS(통계청 지역통계총괄과), 2018. 9. 19. 인출.

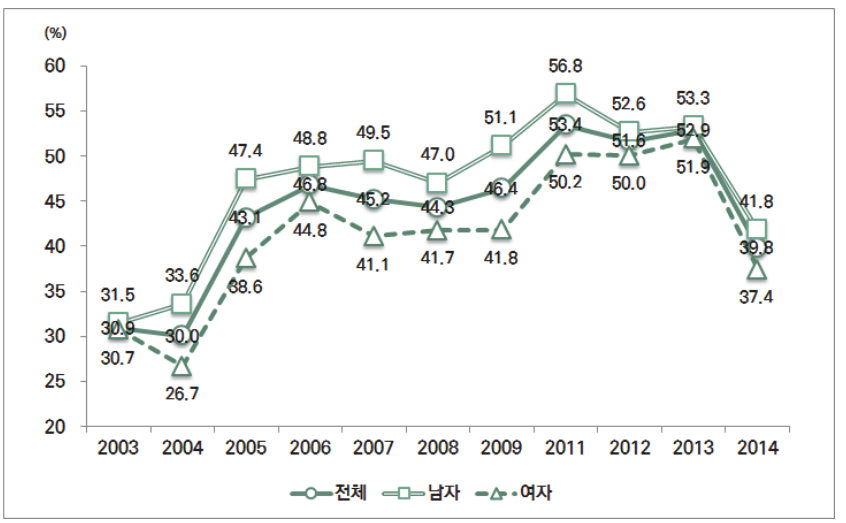
제2절 중재 요인

2.1. 사회에 대한 신뢰(중재 요인 〉 사회통합 및 사회자본 〉 사회통합 및 사회자본)

가. 연도별 추이

사회에 대한 신뢰는 증감을 반복하고 있다. 2014년 사회에 대한 신뢰는 39.7%로 2003년에 비해 8.9%포인트 증가하였다. 성별로는 여자의 사회에 대한 신뢰는 37.4%, 남자의 사회에 대한 신뢰는 41.8%로 여자보다 남자가 더 높게 나타났다.

[그림 2-4-55] 연도별 사회에 대한 신뢰(19세 이상, 2003~2014년)



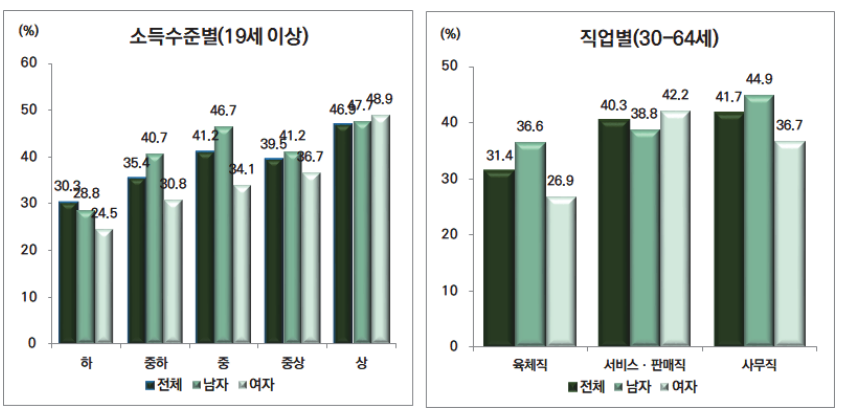
주: 1) 2010년, 2016년은 사회에 대한 신뢰 문항을 조사하지 않음.
2) 2015년은 한국종합사회조사를 실시하지 않음.
자료: 성균관대학교 동아시아학술원 서베이리서치센터. (2003-2014). 한국종합사회조사를 활용하여 분석한 결과임.

나. 인구집단별 추이

사회에 대한 신뢰는 소득수준이 가장 높은 집단에서 46.9%로 가장 높았고, 성별에 따른 소득수준별 격차는 소득수준이 낮은 집단과 높은 집단에서 가장 작았다. 30~64세 성인은 교육수준이 낮은 집단에서 사회에 대한 신뢰가 가장 낮았으며, 65세 이상 노인은 교육수준별 사회에 대한 신뢰 격차가 크지 않았다.

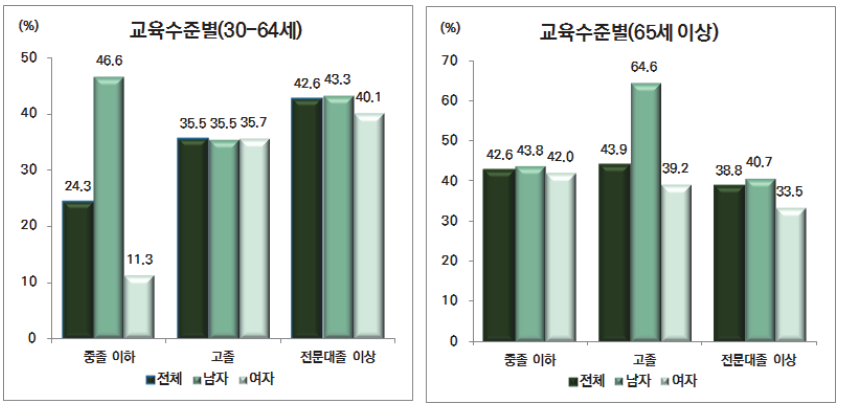
직업별로는 사무직(41.7%), 서비스·판매직(40.3%), 육체직(31.4%) 순으로 사회에 대한 신뢰가 높게 나타났다.

〔그림 2-4-56〕 소득수준별·직업별·성별 사회에 대한 신뢰(19세 이상, 2014년)



자료: 성균관대학교 동아시아학술원 서베이리서치센터. (2014). 한국종합사회조사를 활용하여 분석한 결과임.

〔그림 2-4-57〕 교육수준별·성별 사회에 대한 신뢰(30세 이상, 2014년)



자료: 성균관대학교 동아시아학술원 서베이리서치센터. (2014). 한국종합사회조사를 활용하여 분석한 결과임.

〈표 2-4-43〉 사회에 대한 신뢰(전체, 사회경제적 위치 변수별, 19세 이상, 2014년)

구분		2014년(전체) 조율 (%)	표준화율 (%)	상대격차(배) (95% 신뢰 구간)	절대격차(%포인트) (95% 신뢰 구간)
소득 수준별 (19세 이상)	하	38.9	30.3	0.77 (0.66 - 0.90)	-9.13 (-15.49 - -2.77)
	중하	35.4	35.4	0.90 (0.75 - 1.10)	-4.05 (-12.19 - 4.10)
	중	41.2	41.2	1.04 (0.89 - 1.22)	1.71 (-5.33 - 8.75)
	중상	38.8	39.5	1.00 (0.82 - 1.22)	0.00 (-8.46 - 8.46)
	상	47.3	46.9	1.00	0.00
교육 수준별	(30~64세)				
	초졸 이하	37.8	24.3	0.57 (0.32 - 1.01)	-18.29 (-32.22 - -16.51)
	중·고졸	38.1	35.5	0.83 (0.77 - 0.91)	-7.10 (-10.28 - -3.92)
	전문대졸 이상	42.1	42.6	1.00	0.00
	(65세 이상)				
	초졸 이하	45.4	42.6	1.10 (0.75 - 1.61)	3.85 (-11.18 - 18.87)
	중졸	42.8	43.9	1.13 (0.74 - 1.75)	5.18 (-12.45 - 22.80)
	고졸 이상	38.9	38.8	1.00	0.00
직업별 (30~64세)	육체직	34.3	31.4	0.75 (0.67 - 0.85)	-10.35 (-14.21 - -6.50)
	서비스 · 판매직	41.3	40.3	0.97 (0.93 - 1.09)	-1.44 (-3.03 - 0.15)
	사무직	41.9	41.7	1.00	0.00

주: 상대격차와 절대격차 신뢰 구간은 수치 간 차이를 명확히 나타내기 위하여 소수점 둘째 자리까지 표기함.
자료: 성균관대학교 동아시아학술원 서베이리서치센터. (2014). 한국종합사회조사를 활용하여 분석한 결과임.

〈표 2-4-44〉 사회에 대한 신뢰(남자, 사회경제적 위치 변수별, 19세 이상, 2014년)

구분		2014년(남자) 조율 (%)	표준화율 (%)	상대격차(배) (95% 신뢰 구간)	절대격차(%포인트) (95% 신뢰 구간)
소득 수준별 (19세 이상)	하	37.9	28.8	0.70 (0.54 - 0.90)	-12.41(-21.57- -3.26)
	중하	40.2	40.7	0.99 (0.78 - 1.30)	-0.52(-12.24- 11.20)
	중	46.9	46.7	1.13 (0.95 - 1.36)	5.48 (-3.07 - 14.03)
	중상	38.6	41.2	1.00 (0.81 - 1.23)	0.00 (-9.17 - 9.17)
	상	48.8	47.7	1.00	0.00
교육 수준별	(30~64세)				
	초졸 이하	41.9	46.6	0.97 (0.46 - 2.03)	3.34 (-31.22- 7.71)
	중·고졸	41.4	35.5	0.96 (0.77 - 1.19)	-7.81(-15.90- 0.28)
	전문대졸 이상	44.0	43.3	1.00	0.00
	(65세 이상)				
	초졸 이하	45.0	43.8	1.07 (0.66 - 1.74)	3.04 (-17.28- 23.35)
	중졸	52.2	64.6	1.59 (1.08 - 2.33)	23.85(8.14 - 39.55)
	고졸 이상	41.2	40.7	1.00	0.00
직업별 (30-64세)	육체직	39.1	36.6	0.81 (0.64 - 1.03)	-8.31(-17.25- 0.63)
	서비스 · 판매직	41.2	38.8	0.87 (0.74 - 1.10)	-6.05(-12.22- 0.11)
	사무직	46.3	44.9	1.00	0.00

주: 상대격차와 절대격차 신뢰 구간은 수치 간 차이를 명확히 나타내기 위하여 소수점 둘째 자리까지 표기함.
자료: 성균관대학교 동아시아학술원 서베이리서치센터. (2014). 한국종합사회조사를 활용하여 분석한 결과임.

〈표 2-4-45〉 사회에 대한 신뢰(여자, 사회경제적 위치 변수별, 19세 이상, 2014년)

구분		2014년(여자) 조율 (%)	표준화율 (%)	상대격차(배) (95% 신뢰 구간)	절대격차(%포인트) (95% 신뢰 구간)
소득 수준별 (19세 이상)	하	39.7	24.5	0.67 (0.54 - 0.83)	-12.16(-18.86- -5.46)
	중하	30.3	30.8	0.84 (0.72 - 1.00)	-5.85(-12.26- 0.57)
	중	34.5	34.1	0.93 (0.80 - 1.07)	-2.61(-8.52 - 3.30)
	중상	38.9	36.7	1.00 (0.77 - 1.30)	0.00 (-10.01- 10.01)
	상	45.8	48.9	1.00	0.00
교육 수준별	(30~64세)				
	초졸 이하	35.9	11.3	0.28 (0.09 - 0.87)	-28.86(-42.14- -25.21)
	중·고졸	35.5	35.7	0.89 (0.79 - 1.00)	-4.44(-9.09 - 0.21)
	전문대졸 이상	39.8	40.1	1.00	0.00
	(65세 이상)				
	초졸 이하	45.6	42.0	1.26 (0.93 - 1.70)	8.57 (-1.94 - 19.08)
	중졸	39.0	39.2	1.17 (0.80 - 1.71)	5.70 (-7.93 - 19.34)
	고졸 이상	32.2	33.5	1.00	0.00
직업별 (30-64세)	육체직	27.1	26.9	0.73 (0.55 - 0.97)	-9.86(-18.51- -1.21)
	서비스 · 판매직	41.4	42.2	1.15 (0.94 - 1.52)	5.48 (-2.36 - 13.32)
	사무직	37.2	36.7	1.00	0.00

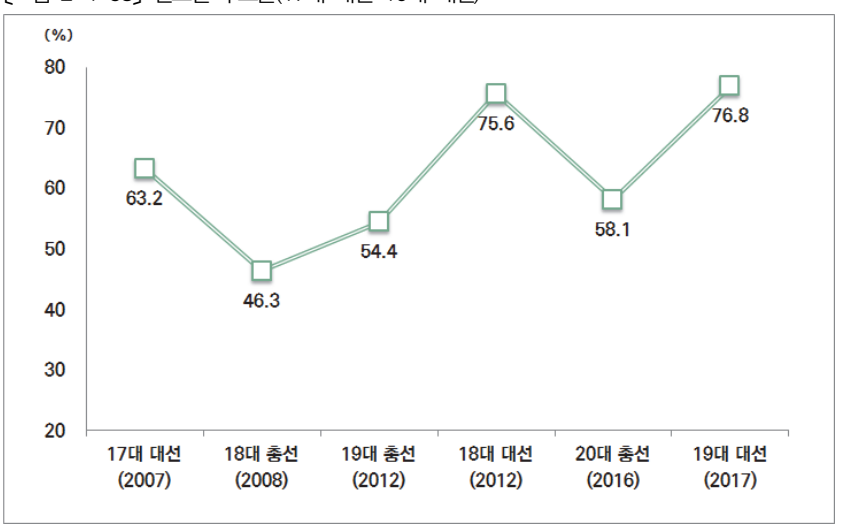
주: 상대격차와 절대격차 신뢰 구간은 수치 간 차이를 명확히 나타내기 위하여 소수점 둘째 자리까지 표기함.
자료: 성균관대학교 동아시아학술원 서베이리서치센터. (2014). 한국종합사회조사를 활용하여 분석한 결과임.

2.2. 투표율(중재 요인 〉 사회통합 및 사회자본 〉 사회통합 및 사회자본)

가. 연도별 추이

2007년부터 2017년까지 실시된 역대 대선과 총선 투표율을 비교해 보면 19대 대선 투표율은 76.8%로, 18대 대선 투표율인 75.6%보다 1.2%포인트 증가했다. 20대 총선 투표율은 58.1%로 19대 총선 투표율인 54.4%보다 3.7%포인트 증가했다. 성별에 따른 투표율 차이는 크지 않았다.

[그림 2-4-58] 연도별 투표율(17대 대선~19대 대선)



자료: 1) 중앙선거관리위원회. (2007). 제17대 대통령선거총람.
2) 중앙선거관리위원회. (2008). 제18대 국회의원선거총람.
3) 중앙선거관리위원회. (2012). 제19대 국회의원선거총람.
4) 중앙선거관리위원회. (2012). 제18대 대통령선거총람.
5) 중앙선거관리위원회. (2016). 제20대 국회의원선거총람.
6) 중앙선거관리위원회. (2017). 제19대 대통령선거총람.

〈표 2-4-46〉 투표율(전국, 성별, 연도별)

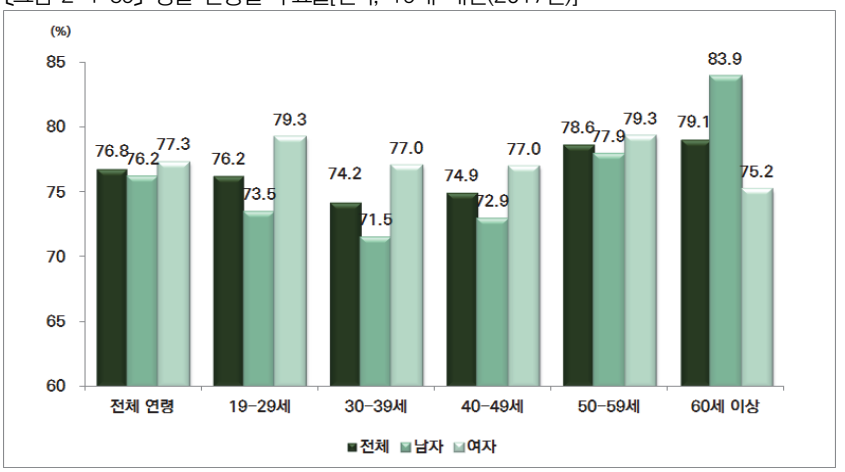
구분		선거인수(명)	투표자수(명)	조율(%)
전체	17대 대선(2007)	3,874,520	2,447,812	63.2
	18대 총선(2008)	3,901,220	1,808,019	46.3
	19대 총선(2012)	4,132,112	2,247,890	54.4
	18대 대선(2012)	4,163,800	3,149,666	75.6
	20대 총선(2016)	4,365,307	2,534,951	58.1
	19대 대선(2017)	4,364,417	3,351,619	76.8
남자	17대 대선(2007)	1,908,216	1,207,745	63.3
	18대 총선(2008)	1,919,490	929,523	48.4
	19대 총선(2012)	2,040,358	1,136,300	55.7
	18대 대선(2012)	2,053,413	1,536,549	74.8
	20대 총선(2016)	2,159,899	1,269,565	58.8
	19대 대선(2017)	2,165,431	1,650,975	76.2
여자	17대 대선(2007)	1,966,304	1,240,067	63.1
	18대 총선(2008)	1,981,730	878,496	44.3
	19대 총선(2012)	2,091,754	1,111,590	53.1
	18대 대선(2012)	2,110,387	1,613,117	76.4
	20대 총선(2016)	2,205,408	1,265,386	57.4
	19대 대선(2017)	2,198,986	1,700,644	77.3

자료: 1) 중앙선거관리위원회. (2007). 제17대 대통령선거총람.
2) 중앙선거관리위원회. (2008). 제18대 국회의원선거총람.
3) 중앙선거관리위원회. (2012). 제19대 국회의원선거총람.
4) 중앙선거관리위원회. (2012). 제18대 대통령선거총람.
5) 중앙선거관리위원회. (2016). 제20대 국회의원선거총람.
6) 중앙선거관리위원회. (2017). 제19대 대통령선거총람.

나. 인구집단별 격차

19대 대선 투표율을 연령별로 살펴보면 60세 이상 연령대에서 79.1%로 가장 높았으며, 30~39세 연령대에서 74.2%로 가장 낮았고, 그 격차는 4.9%포인트였다. 남자의 투표율은 60세 이상에서 83.9%로 가장 높았으며, 여자의 투표율은 19~29세와 50~59세 연령대에서 79.3%로 가장 높았다.

[그림 2-4-59] 성별·연령별 투표율[전국, 19대 대선(2017년)]



자료: 중앙선거관리위원회. (2017). 제19대 대통령선거총람.

〈표 2-4-47〉 투표율[전국, 성별, 연령별, 19대 대선(2017년)]

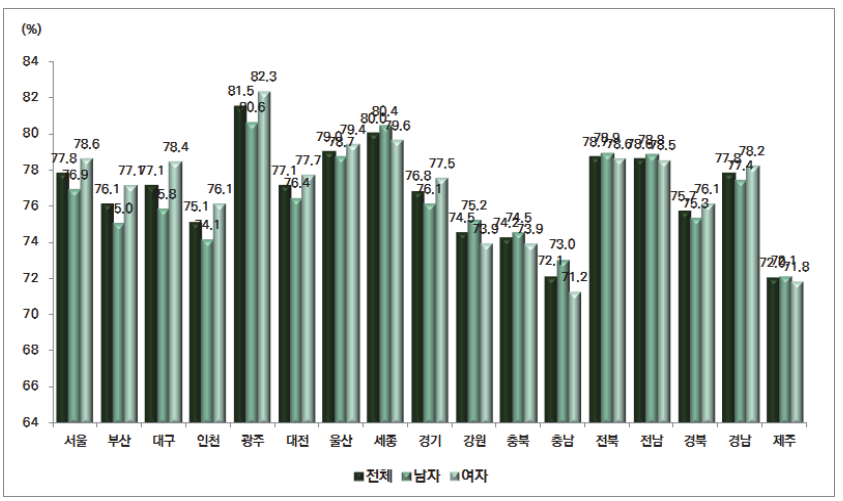
구분		선거인수(명)	투표자수(명)	조율(%)
전체	전체 연령	4,364,417	3,351,619	76.8
	19~29세	763,489	581,860	76.2
	30~39세	757,621	562,265	74.2
	40~49세	890,794	667,449	74.9
	50~59세	871,419	685,164	78.6
	60세 이상	1,081,094	854,881	79.1
남자	전체 연령	2,165,431	1,650,975	76.2
	19~29세	402,240	295,565	73.5
	30~39세	389,087	278,374	71.5
	40~49세	453,025	330,432	72.9
	50~59세	440,894	343,623	77.9
	60세 이상	480,185	402,981	83.9
여자	전체 연령	2,198,986	1,700,644	77.3
	19~29세	361,249	286,295	79.3
	30~39세	368,534	283,891	77.0
	40~49세	437,769	337,017	77.0
	50`59세	430,525	341,541	79.3
	60세 이상	600,909	451,900	75.2

자료: 중앙선거관리위원회. (2017). 제19대 대통령선거총람.

다. 지역별 격차

2017년 실시된 19대 대선의 투표율이 가장 높은 지역은 광주광역시(81.5%)이고, 가장 낮은 지역은 제주도(72.0%)로, 두 지역 간 격차는 9.5% 포인트였다. 남자와 여자 모두 광주광역시에서 가장 높은 투표율을 보였으며, 남자의 투표율은 80.6%, 여자의 투표율은 82.3%로 나타났다.

〔그림 2-4-60〕 지역별 투표율[19세 이상, 19대 대선(2017년)]



자료: 중앙선거관리위원회. (2017). 제19대 대통령선거총람.

〈표 2-4-48〉 투표율[전체, 시·도별, 19세 이상, 19대 대선(2017년)]

구분	19대 대선(2017년)(전체)				
	선거인수(명)	투표자수(명)	조율(%)	상대격차(배)	절대격차(%포인트)
전국	4,364,417	3,351,619	76.8	1.00	0.00
서울	829,424	645,229	77.8	1.01	1.00
부산	298,243	226,985	76.1	0.99	-0.70
대구	208,711	160,897	77.1	1.00	0.30
인천	246,643	185,166	75.1	0.98	-1.70
광주	127,758	104,061	81.5	1.06	4.70
대전	123,052	94,826	77.1	1.00	0.30
울산	98,592	77,931	79.0	1.03	2.20
세종	14,683	11,748	80.0	1.04	3.20
경기	1,045,890	803,232	76.8	1.00	0.00
강원	139,193	103,719	74.5	0.97	-2.30
충북	141,944	105,335	74.2	0.97	-2.60
충남	187,072	134,910	72.1	0.94	-4.70
전북	156,878	123,496	78.7	1.02	1.90
전남	158,403	124,546	78.6	1.02	1.80
경북	242,474	183,443	75.7	0.99	-1.10
경남	300,138	233,483	77.8	1.01	1.00
제주	45,319	32,612	72.0	0.94	-4.80

주: 상대격차와 절대격차 신뢰 구간은 수치 간 차이를 명확히 나타내기 위하여 소수점 둘째 자리까지 표기함.
자료: 중앙선거관리위원회. (2017). 제19대 대통령선거총람.

〈표 2-4-49〉 투표율[남자, 시·도별, 19세 이상, 19대 대선(2017년)]

구분	19대 대선(2017년)(남자)				
	선거인수(명)	투표자수(명)	조율(%)	상대격차(배)	절대격차(%포인트)
전국	2,165,431	1,650,975	76.2	1.00	0.00
서울	404,433	311,199	76.9	1.01	0.70
부산	145,164	108,912	75.0	0.98	-1.90
대구	102,952	78,003	75.8	0.99	0.80
인천	123,114	91,172	74.1	0.97	-1.70
광주	62,811	50,617	80.6	1.06	6.50
대전	61,350	46,893	76.4	1.00	-4.20
울산	50,227	39,532	78.7	1.03	2.30
세종	7,402	5,951	80.4	1.06	1.70
경기	522,983	397,888	76.1	1.00	-4.30
강원	70,153	52,726	75.2	0.99	-0.90
충북	71,059	52,968	74.5	0.98	-0.70
충남	94,708	69,134	73.0	0.96	-1.50
전북	77,273	60,950	78.9	1.04	5.90
전남	78,102	61,539	78.8	1.03	-0.10
경북	121,978	91,804	75.3	0.99	-3.50
경남	148,931	115,250	77.4	1.02	2.10
제주	22,791	16,437	72.1	0.95	-5.30

주: 상대격차와 절대격차 신뢰 구간은 수치 간 차이를 명확히 나타내기 위하여 소수점 둘째 자리까지 표기함.
자료: 중앙선거관리위원회. (2017). 제19대 대통령선거총람.

〈표 2-4-50〉 투표율[여자, 시·도별, 19세 이상, 19대 대선(2017년)]

구분	19대 대선(2017년)(여자)				
	선거인수(명)	투표자수(명)	조율(%)	상대격차(배)	절대격차(%포인트)
전국	2,198,986	1,700,644	77.3	1.00	0.00
서울	424,991	334,030	78.6	1.02	1.30
부산	153,079	118,073	77.1	1.00	-1.50
대구	105,759	82,894	78.4	1.01	1.30
인천	123,529	93,994	76.1	0.98	-2.30
광주	64,947	53,444	82.3	1.06	6.20
대전	61,702	47,933	77.7	1.01	-4.60
울산	48,365	38,399	79.4	1.03	1.70
세종	7,281	5,797	79.6	1.03	0.20
경기	522,907	405,344	77.5	1.00	-2.10
강원	69,040	50,993	73.9	0.96	-3.60
충북	70,885	52,367	73.9	0.96	0.00
충남	92,364	65,776	71.2	0.92	-2.70
전북	79,605	62,546	78.6	1.02	7.40
전남	80,301	63,007	78.5	1.02	-0.10
경북	120,496	91,639	76.1	0.98	-2.40
경남	151,207	118,233	78.2	1.01	2.10
제주	22,528	16,175	71.8	0.93	-6.40

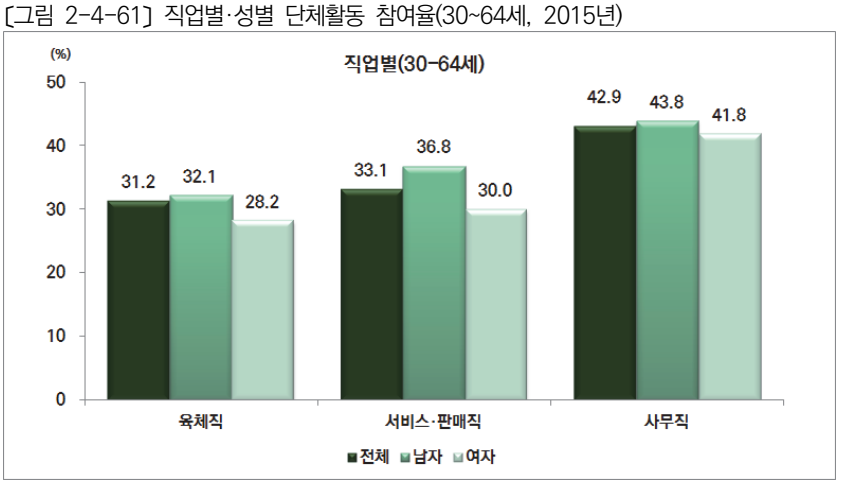
주: 상대격차와 절대격차 신뢰 구간은 수치 간 차이를 명확히 나타내기 위하여 소수점 둘째 자리까지 표기함.
자료: 중앙선거관리위원회. (2017). 제19대 대통령선거총람.

2.3. 단체활동 참여율(중재 요인 〉 사회통합 및 사회자본 〉 사회통합 및 사회자본)

가. 인구집단별 격차

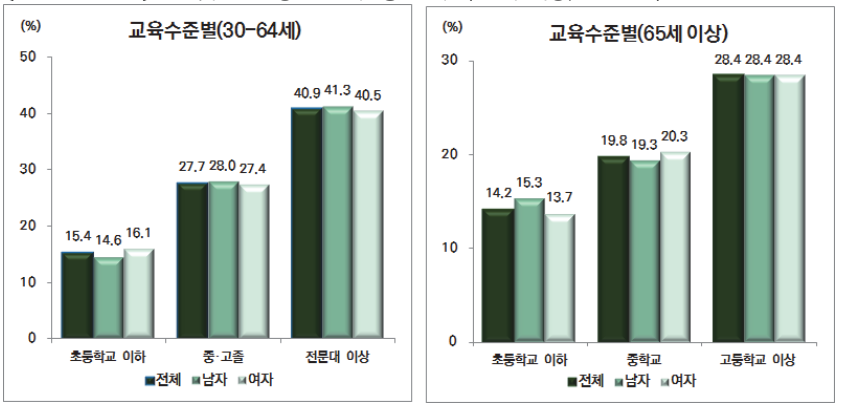
직업별로는 사무직의 단체활동 참여율이 가장 높았으며(42.9%), 서비스·판매직(33.1%), 육체직(31.2%) 순으로 단체활동 참여율이 높았다. 교육수준별로는 30~64세 인구집단에서는 교육수준이 가장 높은 집단(전문대 재학 이상)에서 단체활동 참여율이 40.9%로 가장 높았다. 65세 이상 인구집단에서도 교육수준이 가장 높은 집단(고등학교 재학 이상)에서 단체활동 참여율이 28.4%로 가장 높았으나, 30~64세 인구집단에 비해서는 낮은 수준에 머무르고 있다.

〔그림 2-4-61〕 직업별·성별 단체활동 참여율(30~64세, 2015년)



자료: 통계청. (2015). 인구총조사를 활용하여 분석한 결과임.

〔그림 2-4-62〕 교육수준별·성별 단체활동 참여율(30세 이상, 2015년)



자료: 통계청. (2015). 인구총조사를 활용하여 분석한 결과임.

〈표 2-4-51〉 단체활동 참여율(전체, 사회경제적 위치 변수별, 30세 이상, 2015년)

구분		2013~2015년(전체)			
		조율 (%)	표준화율 (%)	상대격차(배) (95% 신뢰 구간)	절대격차(%포인트) (95% 신뢰 구간)
교육 수준별	(30~64세)				
	초졸 이하	24.4	15.4	0.38 (0.27 - 0.52)	-25.46 (-31.93- -18.99)
	중·고졸	30.8	27.7	0.68 (0.57 - 0.79)	-13.18 (-18.86- -7.50)
	전문대졸 이상	39.5	40.9	1.00	0.00
	(65세 이상)				
	초졸 이하	10.1	14.2	0.50 (0.08 - 3.19)	-14.28 (-55.31- 26.75)
	중졸	21.4	19.8	0.70 (0.11 - 4.35)	-8.65 (-53.32- 36.02)
	고졸 이상	30.6	28.4	1.00	0.00
직업별 (30-64세)	육체직	32.9	31.2	0.73 (0.65 - 0.82)	-11.67 (-16.40- -6.95)
	서비스 · 판매직	34.2	33.1	0.77 (0.68 - 0.87)	-9.81 (-14.82- -4.80)
	사무직	42.0	42.9	1.00	0.00

주: 상대격차와 절대격차 신뢰 구간은 수치 간 차이를 명확히 나타내기 위하여 소수점 둘째 자리까지 표기함.
자료: 통계청. (2015). 인구총조사를 활용하여 분석한 결과임.

〈표 2-4-52〉 단체활동 참여율(남자, 사회경제적 위치 변수별, 30세 이상, 2015년)

구분		2013~2015년(남자)			
		조율 (%)	표준화율 (%)	상대격차(배) (95% 신뢰 구간)	절대격차(%포인트) (95% 신뢰 구간)
교육 수준별	(30~64세)				
	초졸 이하	23.8	14.6	0.35 (0.25 - 0.49)	-26.69 (-32.69- -20.68)
	중·고졸	30.9	28.0	0.68 (0.58 - 0.77)	-13.29 (-18.29- -8.30)
	전문대졸 이상	40.6	41.3	1.00	0.00
	(65세 이상)				
	초졸 이하	12.4	15.3	0.54 (0.09 - 3.38)	-13.13 (-54.54- 28.29)
	중졸	20.5	19.3	0.68 (0.11 - 4.21)	-9.12 (-53.18- 34.93)
	고졸 이상	30.0	28.4	1.00	0.00
직업별 (30~64세)	육체직	33.6	32.1	0.73 (0.66 - 0.82)	-11.68 (-15.97- -7.40)
	서비스 · 판매직	37.1	36.8	0.84 (0.74 - 0.95)	-7.03 (-11.92- -2.14)
	사무직	43.8	43.8	1.00	0.00

주: 상대격차와 절대격차 신뢰 구간은 수치 간 차이를 명확히 나타내기 위하여 소수점 둘째 자리까지 표기함.
자료: 통계청. (2015). 인구총조사를 활용하여 분석한 결과임.

〈표 2-4-53〉 단체활동 참여율(여자, 사회경제적 위치 변수별, 30세 이상, 2015년)

구분		2013~2015년(여자)			
		조율 (%)	표준화율 (%)	상대격차(배) (95% 신뢰 구간)	절대격차(%포인트) (95% 신뢰 구간)
교육 수준별	(30~64세)				
	초졸 이하	24.7	16.1	0.40 (0.29 - 0.54)	-24.40 (-31.41- -17.40)
	중·고졸	30.7	27.4	0.68 (0.56 - 0.80)	-13.04 (-19.46- -6.63)
	전문대졸 이상	38.0	40.5	1.00	0.00
	(65세 이상)				
	초졸 이하	9.3	13.7	0.48 (0.07 - 3.13)	-14.74 (-55.97- 26.49)
	중졸	22.2	20.3	0.71 (0.11 - 4.52)	-8.17 (-53.66- 37.33)
	고졸 이상	31.8	28.4	1.00	0.00
직업별 (30~64세)	육체직	31.0	28.2	0.68 (0.59 - 0.78)	-13.52 (-18.82- -8.22)
	서비스 · 판매직	31.9	30.0	0.72 (0.62 - 0.83)	-11.75 (-17.23- -6.26)
	사무직	39.5	41.8	1.00	0.00

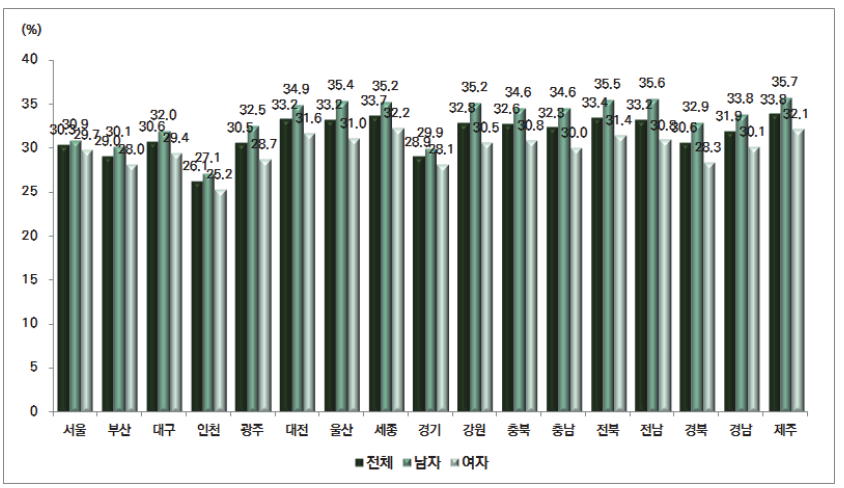
주: 상대격차와 절대격차 신뢰 구간은 수치 간 차이를 명확히 나타내기 위하여 소수점 둘째 자리까지 표기함.
자료: 통계청. (2015). 인구총조사를 활용하여 분석한 결과임.

나. 지역별 격차

2015년 단체활동 참여율은 전국 평균 30.4%이며, 남자는 31.8%, 여자는 29.1%로 성별 간 격차가 크지 않았다.

2015년 단체활동 참여율이 가장 높은 지역은 제주도(33.8%)이고, 가장 낮은 지역은 인천광역시(26.1%)로, 두 지역 간 격차는 7.7%포인트였다. 남자의 단체활동 참여율은 제주도가 35.7%로 가장 높았고, 여자의 단체활동 참여율은 세종특별자치시가 32.2%로 가장 높았다.

〔그림 2-4-63〕 지역별 단체활동 참여율(20세 이상, 2015년)



자료: 통계청. (2015). 인구총조사를 활용하여 분석한 결과임.

〈표 2-4-54〉 단체활동 참여율(전체, 시·도별, 20세 이상, 2015년)

구분	2013~2015년(전체)			
	조율 (%)	표준화율 (%)	상대격차 (95% 신뢰 구간)	절대격차 (95% 신뢰 구간)
전국	31.1	30.4	1.00	0.00
서울	30.9	30.3	1.00 (0.81 - 1.23)	-0.09 (-6.36 - 6.17)
부산	29.8	29.0	0.96 (0.77 - 1.19)	-1.33 (-7.86 - 5.19)
대구	31.6	30.6	1.01 (0.81 - 1.26)	0.25 (-6.49 - 7.00)
인천	26.9	26.1	0.86 (0.69 - 1.07)	-4.24 (-10.40 - 1.92)
광주	31.0	30.5	1.00 (0.81 - 1.25)	0.15 (-6.59 - 6.89)
대전	33.7	33.2	1.09 (0.88 - 1.36)	2.85 (-4.14 - 9.83)
울산	34.5	33.2	1.09 (0.87 - 1.38)	2.82 (-4.61 - 10.26)
세종	34.0	33.7	1.11 (0.89 - 1.39)	3.30 (-3.91 - 10.50)
경기	29.9	28.9	0.95 (0.77 - 1.18)	-1.41 (-7.74 - 4.91)
강원	33.2	32.8	1.08 (0.86 - 1.36)	2.46 (-4.75 - 9.67)
충북	33.0	32.6	1.08 (0.86 - 1.35)	2.28 (-4.88 - 9.44)
충남	32.5	32.3	1.06 (0.85 - 1.33)	1.90 (-5.08 - 8.88)
전북	33.3	33.4	1.10 (0.88 - 1.38)	3.01 (-4.24 - 10.26)
전남	32.4	33.2	1.09 (0.86 - 1.39)	2.84 (-4.75 - 10.43)
경북	30.7	30.6	1.01 (0.80 - 1.27)	0.23 (-6.80 - 7.26)
경남	32.6	31.9	1.05 (0.84 - 1.32)	1.52 (-5.62 - 8.66)
제주	34.6	33.8	1.11 (0.88 - 1.40)	3.44 (-4.07 - 10.94)

주: 상대격차와 절대격차 신뢰 구간은 수치 간 차이를 명확히 나타내기 위하여 소수점 둘째 자리까지 표기함.
자료: 통계청. (2015). 인구총조사를 활용하여 분석한 결과임.

〈표 2-4-55〉 단체활동 참여율(남자, 시·도별, 20세 이상, 2015년)

구분	2013~2015년(남자)			
	조율 (%)	표준화율 (%)	상대격차 (95% 신뢰 구간)	절대격차 (95% 신뢰 구간)
전국	32.9	31.8	1.00	0.00
서울	31.8	30.9	0.97 (0.80 - 1.18)	-0.85 (-6.92 - 5.22)
부산	31.1	30.1	0.95 (0.77 - 1.16)	-1.66 (-8.04 - 4.72)
대구	33.1	32.0	1.01 (0.82 - 1.24)	0.17 (-6.52 - 6.86)
인천	28.1	27.1	0.85 (0.70 - 1.05)	-4.67 (-10.69 - 1.34)
광주	33.4	32.5	1.02 (0.83 - 1.26)	0.73 (-5.96 - 7.43)
대전	35.5	34.9	1.10 (0.89 - 1.35)	3.10 (-3.82 - 10.02)
울산	36.9	35.4	1.11 (0.89 - 1.39)	3.56 (-3.92 - 11.04)
세종	35.9	35.2	1.11 (0.90 - 1.37)	3.43 (-3.64 - 10.51)
경기	31.1	29.9	0.94 (0.77 - 1.15)	-1.85 (-7.99 - 4.29)
강원	36.2	35.2	1.11 (0.89 - 1.37)	3.37 (-3.84 - 10.59)
충북	35.7	34.6	1.09 (0.88 - 1.35)	2.80 (-4.26 - 9.87)
충남	35.6	34.6	1.09 (0.88 - 1.34)	2.78 (-4.12 - 9.67)
전북	36.4	35.5	1.12 (0.90 - 1.38)	3.71 (-3.48 - 10.91)
전남	36.4	35.6	1.12 (0.90 - 1.40)	3.86 (-3.64 - 11.36)
경북	34.0	32.9	1.04 (0.84 - 1.28)	1.15 (-5.79 - 8.10)
경남	35.3	33.8	1.06 (0.86 - 1.32)	2.04 (-4.94 - 9.01)
제주	37.3	35.7	1.12 (0.91 - 1.40)	3.94 (-3.40 - 11.29)

주: 상대격차와 절대격차 신뢰 구간은 수치 간 차이를 명확히 나타내기 위하여 소수점 둘째 자리까지 표기함.
자료: 통계청. (2015). 인구총조사를 활용하여 분석한 결과임.

〈표 2-4-56〉 단체활동 참여율(여자, 시·도별, 20세 이상, 2015년)

구분	2013~2015년(여자)			
	조율 (%)	표준화율 (%)	상대격차 (95% 신뢰 구간)	절대격차 (95% 신뢰 구간)
전국	29.3	29.1	1.00	0.00
서울	30.2	29.7	1.02 (0.82 - 1.27)	0.63 (-5.75 - 7.00)
부산	28.5	28.0	0.96 (0.77 - 1.21)	-1.02 (-7.60 - 5.56)
대구	30.1	29.4	1.01 (0.80 - 1.27)	0.33 (-6.38 - 7.04)
인천	25.8	25.2	0.87 (0.69 - 1.09)	-3.84 (-10.05 - 2.38)
광주	28.9	28.7	0.99 (0.78 - 1.24)	-0.39 (-7.07 - 6.29)
대전	31.9	31.6	1.09 (0.87 - 1.37)	2.58 (-4.38 - 9.54)
울산	32.1	31.0	1.07 (0.84 - 1.36)	1.94 (-5.35 - 9.23)
세종	32.0	32.2	1.11 (0.88 - 1.40)	3.17 (-4.06 - 10.40)
경기	28.7	28.1	0.97 (0.77 - 1.21)	-1.00 (-7.41 - 5.42)
강원	30.3	30.5	1.05 (0.83 - 1.33)	1.49 (-5.59 - 8.57)
충북	30.5	30.8	1.06 (0.84 - 1.34)	1.72 (-5.40 - 8.85)
충남	29.4	30.0	1.03 (0.82 - 1.30)	0.92 (-6.00 - 7.85)
전북	30.3	31.4	1.08 (0.85 - 1.37)	2.31 (-4.86 - 9.48)
전남	28.6	30.8	1.06 (0.83 - 1.36)	1.78 (-5.74 - 9.31)
경북	27.6	28.3	0.98 (0.76 - 1.24)	-0.72 (-7.69 - 6.25)
경남	30.1	30.1	1.03 (0.81 - 1.32)	1.01 (-6.15 - 8.18)
제주	32.1	32.1	1.10 (0.86 - 1.41)	3.00 (-4.53 - 10.53)

주: 상대격차와 절대격차 신뢰 구간은 수치 간 차이를 명확히 나타내기 위하여 소수점 둘째 자리까지 표기함.
자료: 통계청. (2015). 인구총조사를 활용하여 분석한 결과임.

2.4. 고독성물질 취급 사업장 수 및 위험 인구 규모(중재 요인 〉 물리적 환경 〉 고독성물질 취급 사업장 수 및 위험 인구 규모)

가. 지역별 격차

발암물질 등 고독성물질 취급 사업장 수가 가장 많은 광역자치단체는 경기도(348개)였고, 경북(140개), 울산(113개), 경남(110개), 인천(98개), 충북(95개), 충남(93개) 순으로 나타났다.

위험물질 취급 사업장 반경 1㎞를 기준으로 위험 지역 내에 거주하는 위험 인구가 가장 많은 지역은 인천과 경기도로 약 130만 명이었다. 그다음은 부산, 대구, 경남의 순으로 나타났다.

〈표 2-4-57〉 지역별 고독성물질 취급 사업장 수 및 위험 인구 규모

(단위: 개소, 명)

광역 시·도	사업장 수	사업장 반경 1㎞ 이내 학교수		사업장 반경 1㎞ 이내 주민수	
		유치원 및 초등학교	중고등학교, 대학교 등	중복제거 전	중복제거 후[2)]
전국	1,314	1,495	496	5,891,358	3,245,359
서울	1	12	1	42,571	56,662
부산	64	134	36	618,557	266,089
대구	61	115	47	585,744	275,643
인천	98	257	108	1,277,415	607,528
광주	20	39	8	89,922	73,939
대전	13	21	7	83,322	37,103
울산	113	27	10	173,221	92,735
세종	6	2	1	4,437	-[2)]
경기	348	304	109	1,262,753	928,474
강원	13	11	6	34,117	25,339
충북	95	101	25	336,828	132,062
충남	93	69	17	181,381	145,376

광역 시·도	사업장 수	사업장 반경 1㎞ 이내 학교수		사업장 반경 1㎞ 이내 주민수	
		유치원 및 초등학교	중고등학교, 대학교 등	중복제거 전	중복제거 후[2)]
전북	75	58	21	243,177	99,274
전남	63	10	6	40,249	31,311
경북	140	164	45	344,938	176,111
경남	110	171	49	572,334	297,321
제주	1	0	0	392	392

주: 1) 원자료에 값이 나타나 있지 않음.
2) 사업장이 근접하여 영향 범위 내의 인구가 중복되는 것을 고려하여 중복제거 방식으로 위험 인구를 다시 산정한 결과임.
자료: 더불어민주당 강병원 의원실, (사)일과 건강, 노동환경건강연구소. 2016. 2016년 국정감사자료집 발암물질 전국지도, 전국 배출 및 이동량 조사 결과 보고서. p. 11.

사업장이 근접하여 영향 범위 내의 인구가 중복되는 것을 고려하여 중복제거 방식으로 위험 인구를 다시 산정한 결과 경기도가 92만여 명으로 가장 많았다. 다음으로 인천 60만여 명, 경남 29만여 명, 대구 27만여 명, 부산 26만여 명 순으로 많았다.

2.5. 지역박탈수준별 건강행태(중재 요인 〉 생활습관 〉 지역박탈수준별 건강행태)

지역박탈지수 분위별로 현재 흡연율, 고위험 음주율, 근력운동 실천율, 비만율, 우울감 경험률의 격차를 분석하였다. 그 결과 불건강행태 비율은 지역박탈수준이 높은 지역에서 높았고, 반대로 건강행태 실천율은 지역박탈수준이 낮은 지역에서 높았다.

〈표 2-4-58〉 지역박탈지수 분위별 건강행태

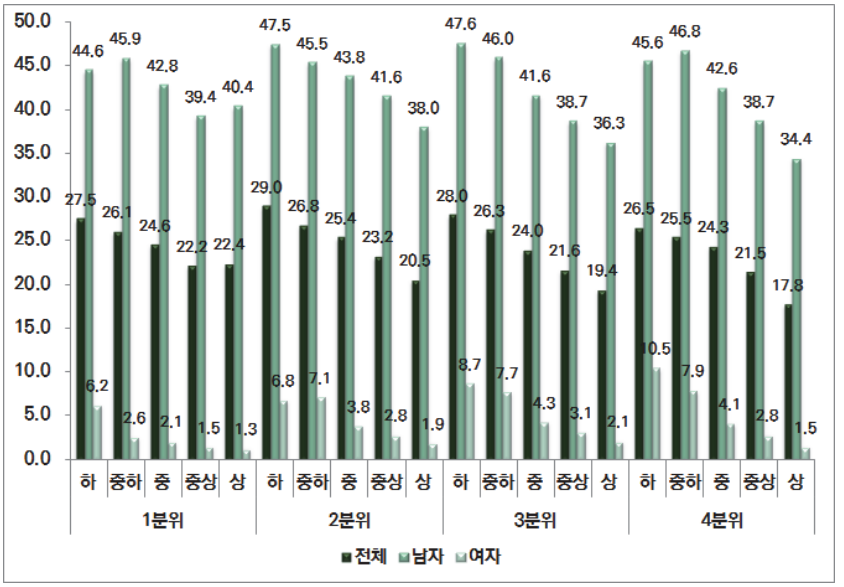
건강행태	지역박탈지수 분위	전체		남자		여자	
		명	표준화율 (%)	명	표준화율 (%)	명	표준화율 (%)
현재 흡연율	1분위	525,154	24.2	494,386	42.8	30,768	2.3
	2분위	1,458,674	23.5	1,343,374	41.8	115,301	3.7
	3분위	2,843,099	22.1	2,600,994	39.9	242,105	3.8
	4분위	3,859,163	20.8	3,561,563	38.4	297,600	3.3
고위험 음주율	1분위	320,041	20.3	279,002	29.1	41,039	7.4
	2분위	1,002,620	20.2	835,785	29.5	166,834	8.2
	3분위	1,988,207	18.9	1,633,605	27.9	354,602	7.7
	4분위	2,677,774	17.4	2,177,804	25.8	499,969	7.2
근력 운동 실천율	1분위	383,725	18.5	282,429	25.4	101,296	10.5
	2분위	1,382,273	22.3	971,318	30.2	410,955	13.7
	3분위	3,128,247	23.9	2,163,496	32.9	964,751	14.7
	4분위	4,458,891	24.1	3,001,962	32.7	1,456,929	15.6
비만율	1분위	628,066	26.9	382,814	32.7	245,252	19.4
	2분위	1,752,953	26.9	1,099,284	34.2	653,668	18.4
	3분위	3,460,109	25.9	2,212,223	33.7	1,247,886	17.4
	4분위	4,681,890	24.9	3,089,112	33.4	1,592,778	16.2
우울감 경험률	1분위	153,987	5.3	53,459	3.9	100,528	6.9
	2분위	459,123	6.6	171,553	5.1	287,571	8.2
	3분위	945,789	6.9	338,217	5.0	607,572	8.8
	4분위	1,179,588	6.2	414,687	4.4	764,901	8.0

자료: 보건복지부·질병관리본부. (2013-2015). 국민건강영양조사를 활용하여 분석한 결과임.
자료: 김동진. 2018, p. 29 재인용.

가. 현재 흡연율

현재 흡연율은 지역박탈분위별, 소득수준별로 경사면 형태로 격차가 나타났다. 지역박탈 정도가 높을수록 현재 흡연율이 높았고, 같은 지역박탈분위 내에서는 소득수준이 낮을수록 현재 흡연율이 높았다. 특히 소득수준이 '상'인 사람들 가운데서도 지역박탈이 높은 지역과 낮은 지역 간에 현재 흡연율 격차가 나타났다(김동진, 2018, p. 30).

[그림 2-4-64] 지역박탈분위별·소득수준별·성별 현재 흡연율(19세 이상, 2013~2015년)

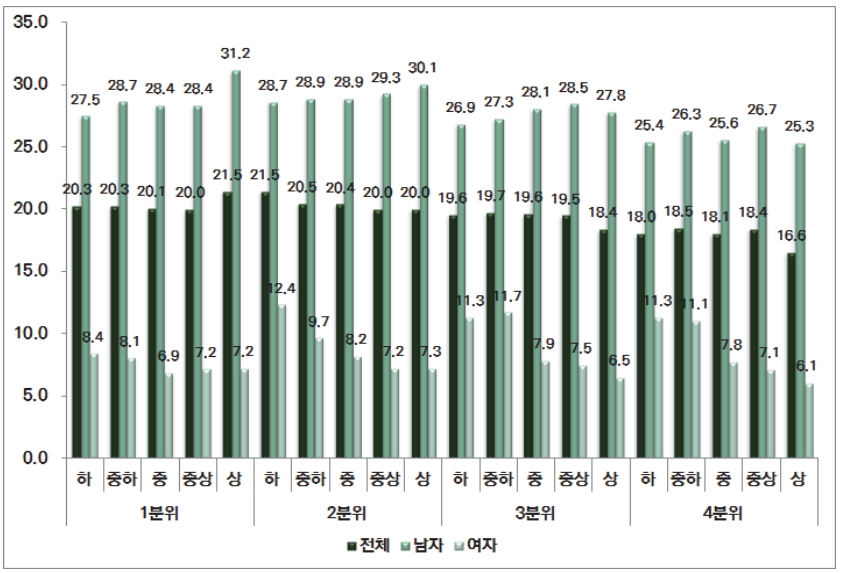


주: 지역박탈수준은 4개 집단(1~4분위), 소득수준은 5개 집단(하, 중하, 중, 중상, 상)으로 구분하였음.
자료: 김동진. 2018, p. 29 재인용.

나. 고위험 음주율

고위험 음주율은 성별에 따라 다른 경향이 나타났다. 남성은 지역박탈 정도가 높은 1분위와 2분위에서 소득수준이 높을수록 고위험 음주율도 높아지는 경향을 보였다. 여성은 모든 지역박탈지수 분위에서 소득이 낮을수록 높게 나타났다(김동진, 2018, p. 31).

[그림 2-4-65] 지역박탈분위별·소득수준별·성별 고위험 음주율(19세 이상, 2013~2015년)

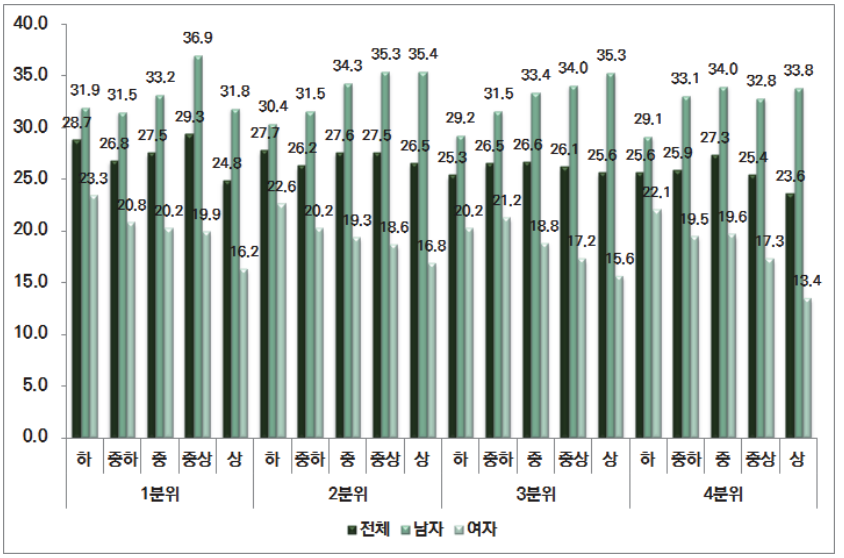


주: 지역박탈수준은 4개 집단(1~4분위), 소득수준은 5개 집단(하, 중하, 중, 중상, 상)으로 구분하였음.
자료: 김동진. 2018, p. 30 재인용.

다. 비만율

남성의 비만율은 지역박탈 정도에 관계없이 소득수준이 높은 집단에서 높은 것으로 나타났다. 여성 비만율은 지역박탈 정도에 따라 소득 수준별 차이가 있었다(김동진, 2018, p. 32).

〔그림 2-4-66〕 지역박탈분위별·소득수준별·성별 비만율(19세 이상, 2013~2015년)

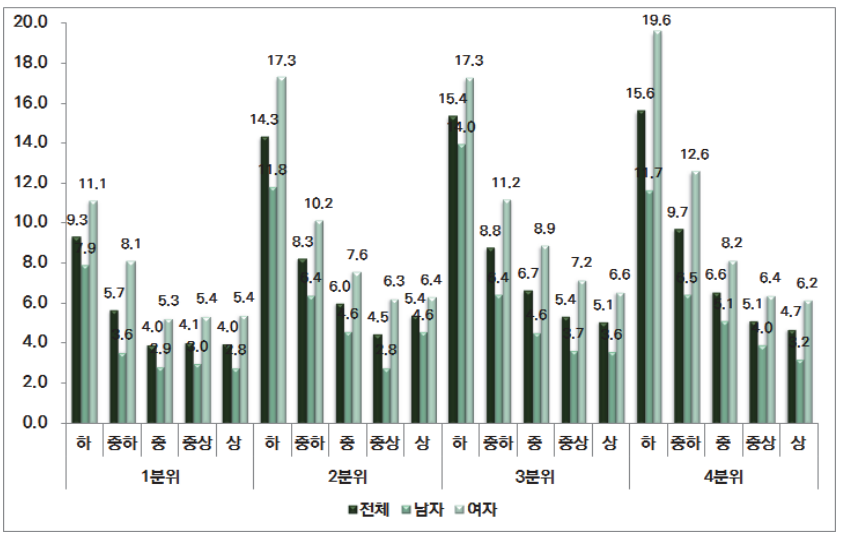


주: 지역박탈수준은 4개 집단(1~4분위), 소득수준은 5개 집단(하, 중하, 중, 중상, 상)으로 구분하였음.
자료: 김동진, 2018, p. 32 재인용.

라. 우울감 경험률

여성의 우울감 경험률은 소득수준에 따른 격차가 지역박탈 분위에 따라 달리 나타났다. 지역박탈 정도가 낮아질수록 소득수준이 낮은 여성의 우울감 경험률이 더 높게 나타났다(김동진, 2018, p. 33). 지역박탈이 낮은 지역에서 소득수준 간 격차는 더 컸다.

〔그림 2-4-67〕 지역박탈분위별·소득수준별·성별 우울감 경험률(19세 이상, 2013~2015년)

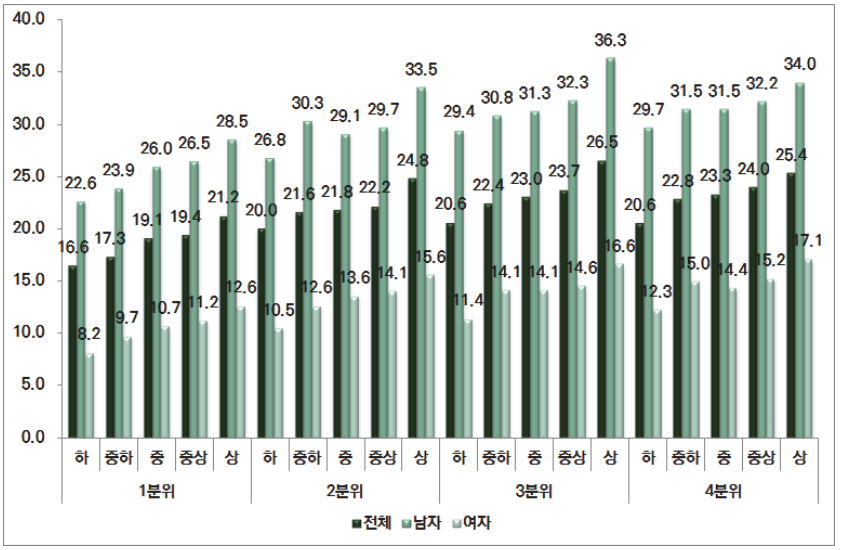


주: 지역박탈수준은 4개 집단(1~4분위), 소득수준은 5개 집단(하, 중하, 중, 중상, 상)으로 구분하였음.
자료: 김동진, 2018, p. 33 재인용.

마. 근력운동 실천율

근력운동 실천율은 지역박탈 정도가 낮을수록 높았고, 같은 박탈지수 분위 내에서는 소득이 높을수록 높았다. 특히 근력운동 실천율은 지역박탈지수 분위별로, 그리고 소득 분위별로 경사면 형태의 불평등이 뚜렷하게 나타나고 있었다(김동진, 2018, p. 31).

〔그림 2-4-68〕 지역박탈분위별·소득수준별·성별 근력운동 실천율(19세 이상, 2013~2015년)



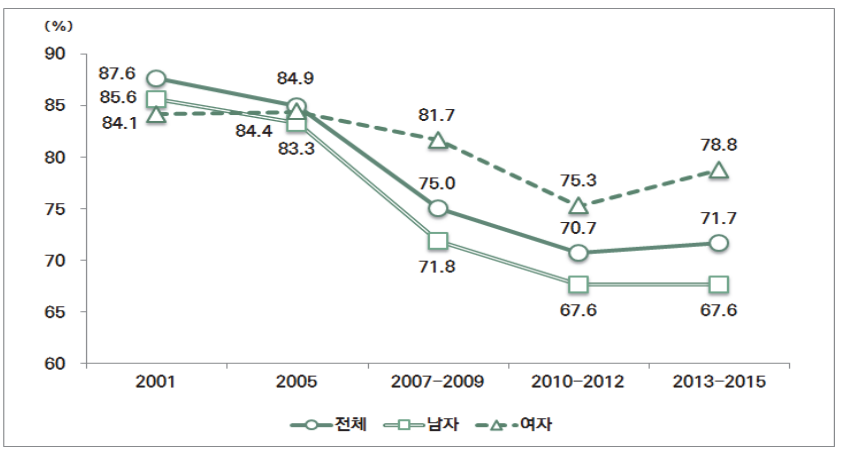
주: 지역박탈수준은 4개 집단(1~4분위), 소득수준은 5개 집단(하, 중하, 중, 중상, 상)으로 구분하였음.
자료: 김동진, 2018, p. 31 재인용.

2.6. 운전 시 안전벨트 착용률(중재 요인 〉 생활습관 〉 안전의식)

가. 연도별 추이

2013~2015년 기간의 운전 시 안전벨트 착용률은 71.7%로 2001년의 87.6%보다 감소했다. 연도별로 감소하는 추세를 보이고 있다. 2013~2015년의 운전 시 안전벨트 착용률은 남자 67.6%, 여자 78.8%로 나타났다.

〔그림 2-4-69〕 연도별 운전 시 안전벨트 착용률 추이(30세 이상, 2001~2015년)



자료: 보건복지부·질병관리본부. (2001-2015). 국민건강영양조사를 활용하여 분석한 결과임.

〈표 2-4-59〉 운전 시 안전벨트 착용률(전국, 성별, 30세 이상, 연도별)

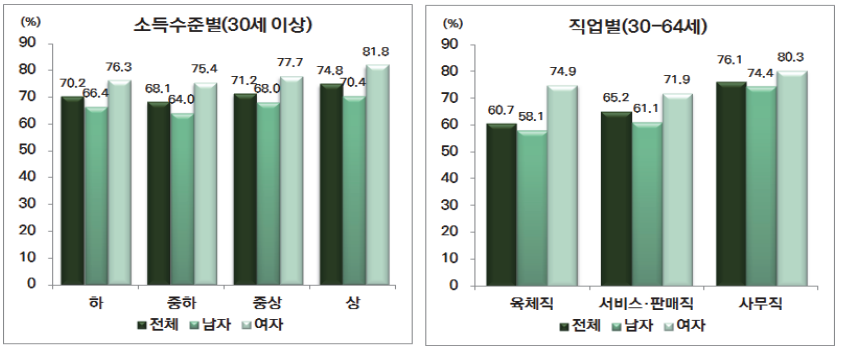
구분(연도)	전체		남자		여자	
	조율(%)	표준화율(%)	조율(%)	표준화율(%)	조율(%)	표준화율(%)
2001	85.2	87.6	83.0	85.6	91.3	84.1
2005	84.2	84.9	82.2	83.3	89.3	84.4
2007~2009	73.4	75.0	70.1	71.8	80.8	81.7
2010~2012	70.1	70.7	66.8	67.6	76.4	75.3
2013~2015	71.3	71.7	67.2	67.6	78.6	78.8

자료: 보건복지부·질병관리본부. (2001-2015). 국민건강영양조사를 활용하여 분석한 결과임.

나. 인구집단별 격차

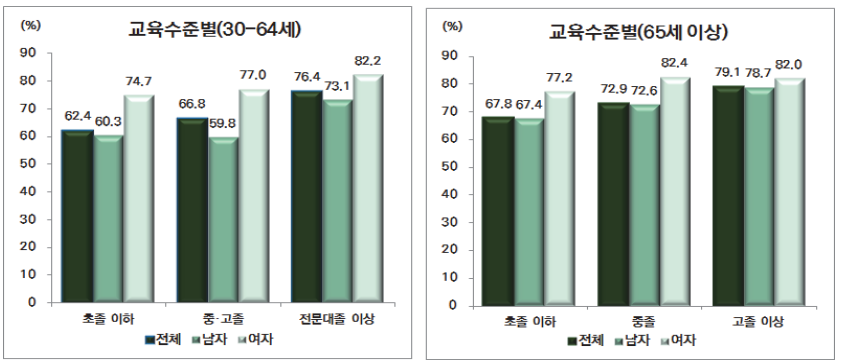
운전 시 안전벨트 착용률은 소득수준이 높을수록 높았으며, 직업별로는 사무직에서 가장 높았다. 30~64세 성인의 경우 교육수준이 가장 높은 집단의 운전 시 안전벨트 착용률이 76.4%로 가장 높았다. 65세 이상 노인의 경우도 마찬가지로 교육수준이 가장 높은 집단에서 79.1%로 가장 높았다.

[그림 2-4-70] 소득수준별·직업별·성별 운전 시 안전벨트 착용률(30세 이상, 2013~2015년)



자료: 보건복지부·질병관리본부. (2001-2015). 국민건강영양조사를 활용하여 분석한 결과임.

[그림 2-4-71] 교육수준별·성별 운전 시 안전벨트 착용률(30세 이상, 2013~2015년)



자료: 보건복지부·질병관리본부. (2001-2015). 국민건강영양조사를 활용하여 분석한 결과임.

〈표 2-4-60〉 운전 시 안전벨트 착용률(전체, 사회경제적 위치 변수별, 30세 이상, 2013~2015년)

구분		2013~2015년(전체)				
		조율(%)	표준화율(%)	상대격차(배) (95% 신뢰 구간)		절대격차(%포인트) (95% 신뢰 구간)
소득 수준별	하	70.6	70.2	0.94	(0.73 - 1.21)	-4.66(-23.18- 13.87)
	중하	67.9	68.1	0.91	(0.71 - 1.17)	-6.69(-24.49- 11.10)
	중상	70.1	71.2	0.95	(0.74 - 1.22)	-3.57(-21.64- 14.49)
	상	74.4	74.8	1.00		0.00
교육 수준별	(30~64세)					
	초졸 이하	66.3	62.4	0.82	(0.74 - 0.92)	-14.04(-20.68- -7.41)
	중·고졸	66.7	66.8	0.87	(0.81 - 0.96)	-9.64(-14.71- -4.58)
	전문대졸 이상	75.7	76.4	1.00		0.00
	(65세 이상)					
	초졸 이하	66.3	67.8	0.86	(0.47 - 1.55)	-11.28(-55.79- 33.22)
	중졸	74.0	72.9	0.92	(0.45 - 1.89)	-6.17(-60.43- 48.08)
	고졸 이상	79.0	79.1	1.00		0.00
직업별 (30~64세)	육체직	60.7	60.7	0.80	(0.73 - 0.87)	-15.39(-21.14- -9.64)
	서비스 · 판매직	65.9	65.2	0.86	(0.81 - 0.91)	-10.84(-15.31- -6.36)
	사무직	76.0	76.1	1.00		0.00

주: 상대격차와 절대격차 신뢰 구간은 수치 간 차이를 명확히 나타내기 위하여 소수점 둘째 자리까지 표기함.
자료: 보건복지부·질병관리본부. (2001-2015). 국민건강영양조사를 활용하여 분석한 결과임.

〈표 2-4-61〉 운전 시 안전벨트 착용률(남자, 사회경제적 위치별 수별, 30세 이상, 2013~2015년)

구분		2013~2015년(남자)				
		조율(%)	표준화율(%)	상대격차(배) (95% 신뢰 구간)		절대격차(%포인트) (95% 신뢰 구간)
소득 수준별	하	68.1	66.4	0.94	(0.74 - 1.21)	-4.01(-20.94- 12.93)
	중하	64.2	64.0	0.91	(0.72 - 1.15)	-6.31(-22.37- 9.74)
	중상	66.7	68.0	0.97	(0.76 - 1.23)	-2.38(-19.04- 14.28)
	상	69.3	70.4	1.00		0.00
교육 수준별	(30~64세)					
	초졸 이하	64.4	60.3	0.82	(0.77 - 0.90)	-12.83(-17.25- -8.40)
	중·고졸	59.6	59.8	0.82	(0.76 - 0.90)	-13.31(-18.15- -8.47)
	전문대졸 이상	72.6	73.1	1.00		0.00
	(65세 이상)					
	초졸 이하	66.0	67.4	0.86	(0.47 - 1.55)	-11.35(-55.75- 33.05)
	중졸	73.6	72.6	0.92	(0.44 - 1.92)	-6.14(-61.17- 48.88)
	고졸 이상	78.6	78.7	1.00		0.00
직업별 (30~64세)	육체직	58.2	58.1	0.78	(0.72 - 0.85)	-16.34(-21.89- -10.80)
	서비스 · 판매직	61.3	61.1	0.82	(0.77 - 0.88)	-13.28(-18.16- -8.40)
	사무직	74.4	74.4	1.00		0.00

주: 상대격차와 절대격차 신뢰 구간은 수치 간 차이를 명확히 나타내기 위하여 소수점 둘째 자리까지 표기함.
자료: 보건복지부·질병관리본부. (2001-2015). 국민건강영양조사를 활용하여 분석한 결과임.

〈표 2-4-62〉 운전 시 안전벨트 착용률(여자, 사회경제적 위치 변수별, 30세 이상, 2013~2015년)

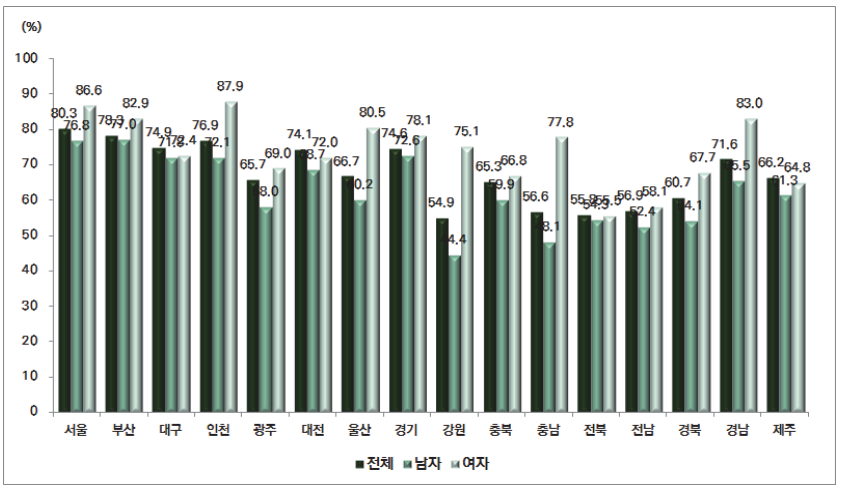
구분		2013~2015년(여자)				
		조율 (%)	표준화율 (%)	상대격차(배) (95% 신뢰 구간)		절대격차(%포인트) (95% 신뢰 구간)
소득 수준별	하	77.2	76.3	0.93	(0.72 - 1.21)	-5.52(-26.28- 15.24)
	중하	75.7	75.4	0.92	(0.71 - 1.19)	-6.42(-26.76- 13.91)
	중상	76.2	77.7	0.95	(0.74 - 1.21)	-4.11(-23.70- 15.48)
	상	81.9	81.8	1.00		0.00
교육 수준별	(30~64세)					
	초졸 이하	70.8	74.7	0.91	(0.70 - 1.18)	-7.45(-26.63- 11.73)
	중·고졸	77.5	77.0	0.94	(0.89 - 1.01)	-5.15(-9.56 - -0.73)
	전문대졸 이상	80.9	82.2	1.00		0.00
	(65세 이상)					
	초졸 이하	68.3	77.2	0.94	(0.58 - 1.54)	-4.76(-44.44- 34.92)
	중졸	76.0	82.4	1.00	(0.59 - 1.70)	0.39 (-42.62- 43.39)
	고졸 이상	81.0	82.0	1.00		0.00
직업별 (30-64세)	육체직	74.4	74.9	0.93	(0.85 - 1.02)	-5.34(-12.43- 1.74)
	서비스 · 판매직	71.9	71.9	0.90	(0.84 - 0.96)	-8.39(-13.50- -3.28)
	사무직	79.7	80.3	1.00		0.00

주: 상대격차와 절대격차 신뢰 구간은 수치 간 차이를 명확히 나타내기 위하여 소수점 둘째 자리까지 표기함.
자료: 보건복지부·질병관리본부. (2001-2015). 국민건강영양조사를 활용하여 분석한 결과임.

다. 지역별 격차

운전 시 안전벨트 착용률은 서울특별시(80.3%)에서 가장 높았고, 강원도(54.9%)에서 가장 낮았다. 남자는 부산광역시(77.0%)에서 가장 높았으며, 여자는 인천광역시(87.9%)에서 가장 높았다.

〔그림 2-4-72〕 지역별 운전 시 안전벨트 착용률(시·도별, 30세 이상, 2013~2015년)



자료: 보건복지부·질병관리본부. (2001-2015). 국민건강영양조사를 활용하여 분석한 결과임.

〈표 2-4-63〉 운전 시 안전벨트 착용률(전체, 시·도별, 30세 이상, 2013~2015년)

전체	2013~2015년(전체)			
	조율 (%)	표준화율 (%)	상대격차 (95% 신뢰 구간)	절대격차 (95% 신뢰 구간)
전국	71.3	71.7	1.00	0.00
서울	79.9	80.3	1.12 (0.86 - 1.45)	8.65 (-11.23 - 28.53)
부산	77.8	78.3	1.09 (0.86 - 1.39)	6.64 (-11.09 - 24.36)
대구	74.6	74.9	1.04 (0.82 - 1.34)	3.21 (-14.79 - 21.21)
인천	76.1	76.9	1.07 (0.83 - 1.38)	5.21 (-13.77 - 24.18)
광주	65.3	65.7	0.92 (0.72 - 1.16)	-5.96 (-22.45 - 10.54)
대전	73.6	74.1	1.03 (0.83 - 1.29)	2.48 (-13.52 - 18.49)
울산	64.3	66.7	0.93 (0.74 - 1.17)	-4.92 (-21.08 - 11.24)
경기	73.8	74.6	1.04 (0.81 - 1.34)	2.94 (-15.68 - 21.55)
강원	55.7	54.9	0.77 (0.60 - 0.98)	-16.75 (-32.39 - -1.12)
충북	65.3	65.3	0.91 (0.70 - 1.19)	-6.38 (-24.71 - 11.95)
충남	56.2	56.6	0.79 (0.62 - 1.00)	-15.04 (-30.57 - 0.49)
전북	56.3	55.8	0.78 (0.59 - 1.03)	-15.87 (-33.36 - 1.62)
전남	55.5	56.9	0.79 (0.61 - 1.03)	-14.73 (-31.33 - 1.86)
경북	60.8	60.7	0.85 (0.66 - 1.08)	-10.90 (-27.22 - 5.41)
경남	72.6	71.6	1.00 (0.78 - 1.28)	-0.10 (-17.64 - 17.44)
제주	60.0	66.2	0.92 (0.73 - 1.18)	-5.46 (-22.21 - 11.29)

주: 상대격차와 절대격차 신뢰 구간은 수치 간 차이를 명확히 나타내기 위하여 소수점 둘째 자리까지 표기함.
자료: 보건복지부·질병관리본부. (2001-2015). 국민건강영양조사를 활용하여 분석한 결과임.

〈표 2-4-64〉 운전 시 안전벨트 착용률(남자, 시·도별, 30세 이상, 2013~2015년)

전체	2013~2015년(남자)			
	조율 (%)	표준화율 (%)	상대격차 (95% 신뢰 구간)	절대격차 (95% 신뢰 구간)
전국	67.2	67.6	1.00	0.00
서울	76.1	76.8	1.14 (0.88 - 1.47)	9.14 (-9.48 - 27.75)
부산	76.4	77.0	1.14 (0.90 - 1.45)	9.41 (-7.83 - 26.66)
대구	72.0	71.8	1.06 (0.84 - 1.34)	4.22 (-12.06 - 20.50)
인천	71.7	72.1	1.07 (0.84 - 1.36)	4.45 (-12.48 - 21.38)
광주	58.4	58.0	0.86 (0.69 - 1.07)	-9.64 (-23.81 - 4.54)
대전	68.7	68.7	1.02 (0.83 - 1.24)	1.05 (-12.68 - 14.78)
울산	56.9	60.2	0.89 (0.70 - 1.14)	-7.47 (-23.11 - 8.17)
경기	71.9	72.6	1.07 (0.84 - 1.38)	4.95 (-12.60 - 22.49)
강원	45.4	44.4	0.66 (0.53 - 0.81)	-23.18 (-36.07 --10.28)
충북	60.2	59.9	0.89 (0.69 - 1.14)	-7.68 (-23.58 - 8.22)
충남	47.8	48.1	0.71 (0.57 - 0.89)	-19.50 (-32.84 - -6.17)
전북	53.2	54.3	0.80 (0.61 - 1.07)	-13.29 (-30.13 - 3.54)
전남	51.8	52.4	0.77 (0.60 - 1.01)	-15.25 (-30.76 - 0.26)
경북	55.6	54.1	0.80 (0.64 - 1.01)	-13.52 (-27.69 - 0.64)
경남	66.7	65.5	0.97 (0.77 - 1.22)	-2.17 (-17.34 - 13.00)
제주	54.0	61.3	0.91 (0.71 - 1.16)	-6.29 (-22.18 - 9.61

주: 상대격차와 절대격차 신뢰 구간은 수치 간 차이를 명확히 나타내기 위하여 소수점 둘째 자리까지 표기함.
자료: 보건복지부·질병관리본부. (2001-2015). 국민건강영양조사를 활용하여 분석한 결과임.

〈표 2-4-65〉 운전 시 안전벨트 착용률(여자, 시·도별, 30세 이상, 2013~2015년)

전체	2013~2015년(여자)			
	조율 (%)	표준화율 (%)	상대격차 (95% 신뢰 구간)	절대격차 (95% 신뢰 구간)
전국	78.6	78.8	1.00	0.00
서울	86.6	86.6	1.10 (0.85 - 1.42)	7.83 (-13.70 - 29.35)
부산	80.8	82.9	1.05 (0.84 - 1.32)	4.15 (-13.82 - 22.13)
대구	79.2	72.4	0.92 (0.67 - 1.27)	-6.31 (-30.19 - 17.58)
인천	85.3	87.9	1.12 (0.86 - 1.44)	9.16 (-12.20 - 30.52)
광주	77.0	69.0	0.88 (0.63 - 1.22)	-9.75 (-33.54 - 14.04)
대전	79.8	72.0	0.91 (0.67 - 1.24)	-6.74 (-29.67 - 16.19)
울산	77.3	80.5	1.02 (0.83 - 1.26)	1.72 (-15.19 - 18.63)
경기	77.1	78.1	0.99 (0.77 - 1.28)	-0.67 (-20.54 - 19.20)
강원	77.1	75.1	0.95 (0.73 - 1.24)	-3.67 (-24.04 - 16.71)
충북	75.6	66.8	0.85 (0.59 - 1.21)	-11.95 (-36.98 - 13.07)
충남	74.4	77.8	0.99 (0.79 - 1.23)	-0.98 (-18.40 - 16.44)
전북	61.9	55.5	0.70 (0.51 - 0.97)	-23.26 (-43.39 - -3.14)
전남	63.0	58.1	0.74 (0.52 - 1.05)	-20.68 (-43.22 - 1.85)
경북	70.4	67.7	0.86 (0.65 - 1.14)	-11.05 (-31.29 - 9.19)
경남	82.9	83.0	1.05 (0.82 - 1.35)	4.25 (-15.57 - 24.06)
제주	69.1	64.8	0.82 (0.60 - 1.13)	-13.90 (-35.69 - 7.88)

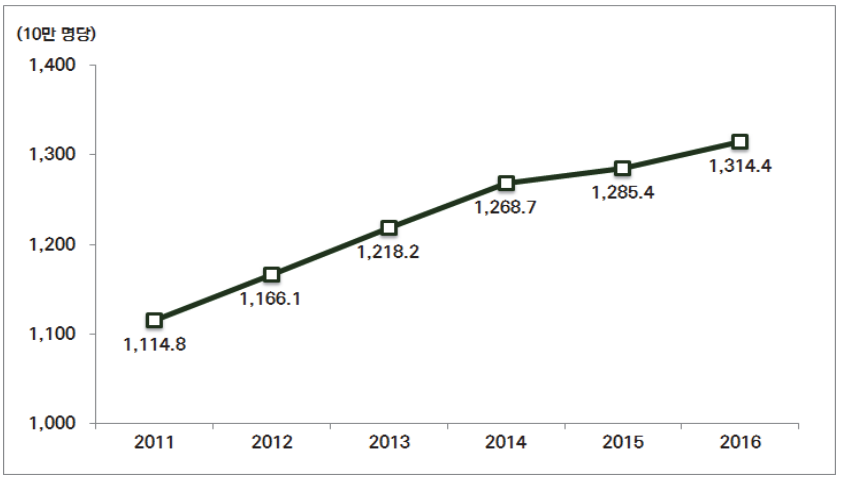
주: 상대격차와 절대격차 신뢰 구간은 수치 간 차이를 명확히 나타내기 위하여 소수점 둘째 자리까지 표기함.
자료: 보건복지부·질병관리본부. (2001-2015). 국민건강영양조사를 활용하여 분석한 결과임.

2.7. 인구 10만 명당 병상수(중재 요인 〉 보건의료서비스 〉 보건의료자원)

가. 연도별 추이

인구 10만 명당 병상수는 2011년 1114.8병상에서 2016년 1314.4병상으로 인구 10만 명당 199.6병상 증가하였다.

〔그림 2-4-73〕 연도별 인구 10만 명당 병상수 추이(전국, 2011~2016년)

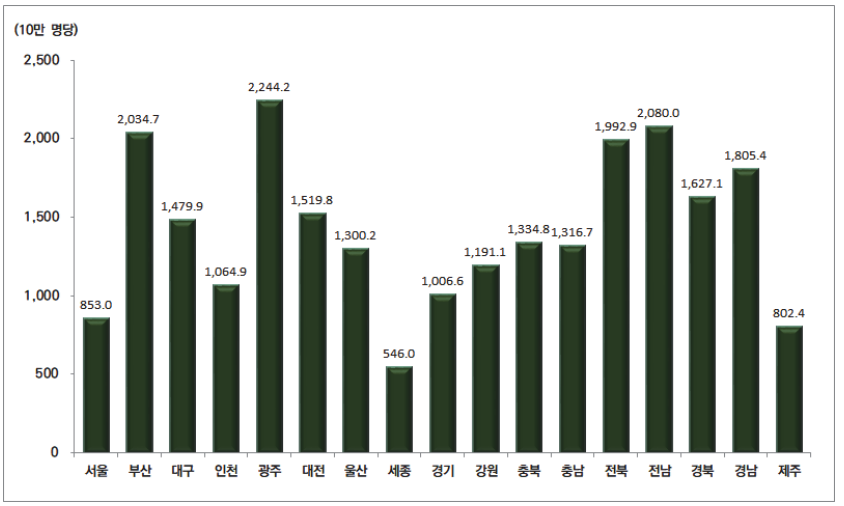


자료: 보건복지부. (2016). 국민보건의료실태조사, 통계청(2011-2016). 주민등록 연앙인구를 활용하여 분석한 결과임.

나. 지역별 격차

2016년 인구 10만 명당 병상수가 가장 많은 지역은 광주광역시(인구 10만 명당 2244.2병상)이며, 가장 적은 지역은 세종특별자치시(인구 10만 명당 546병상)로 나타났다.

〔그림 2-4-74〕 지역별 인구 10만 명당 병상수(시·도별, 2016년)



자료: 보건복지부. (2016). 국민보건의료실태조사, 통계청(2016), 주민등록 연앙인구를 활용하여 분석한 결과임.

〈표 2-4-66〉 인구 10만 명당 병상수(시·도별, 2016년)

전체	2016년		
	10만 명당 병상수	상대격차(배)	절대격차(병상수)
전국	1,314.4	1.0	0.0
서울	853.0	0.6	-530.7
부산	2,034.7	1.5	651.0
대구	1,479.9	1.1	96.2
인천	1,064.9	0.8	-318.9
광주	2,244.2	1.6	860.5
대전	1,519.8	1.1	136.1
울산	1,300.2	0.9	-83.6
세종	546.0	0.4	-837.7
경기	1,006.6	0.7	-377.1
강원	1,191.1	0.9	-192.7
충북	1,334.8	1.0	-48.9
충남	1,316.7	1.0	-67.0
전북	1,992.9	1.4	609.1
전남	2,080.0	1.5	696.3
경북	1,627.1	1.2	243.4
경남	1,805.4	1.3	421.7
제주	802.4	0.6	-581.4

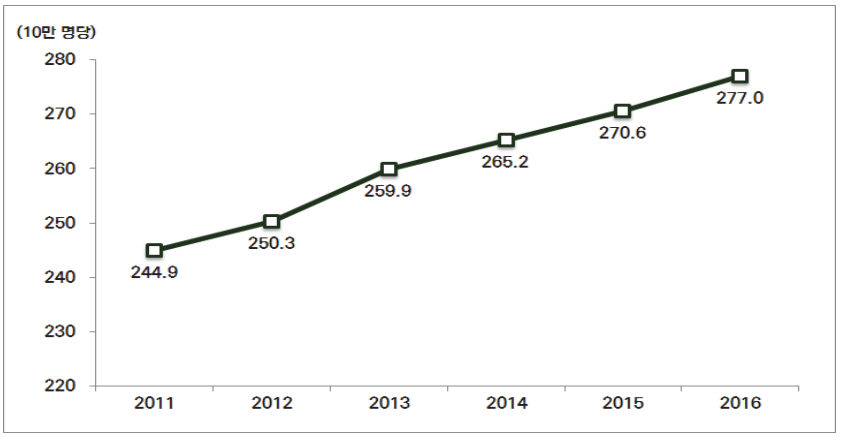
자료: 보건복지부. (2016). 국민보건의료실태조사, 통계청(2016), 주민등록 연앙인구를 활용하여 분석한 결과임.

2.8. 인구 10만 명당 의사수(중재 요인 〉 보건의료서비스 〉 보건의료자원)

가. 연도별 추이

인구 10만 명당 의사수는 2011년 244.9명에서 2016년 277명으로 32.1명 증가하였다. 이는 2011년보다 11.6%포인트가 증가한 수치이다.

〔그림 2-4-75〕 연도별 인구 10만 명당 의사수 추이(전국, 2011~2016년)

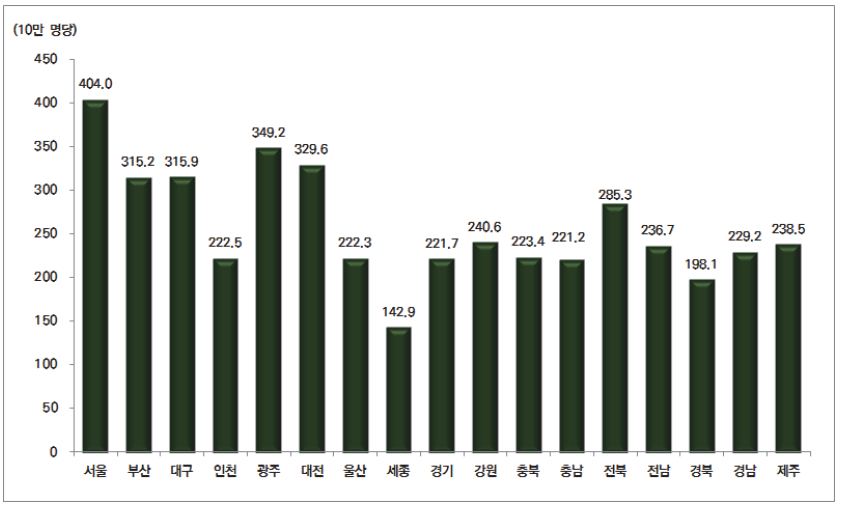


자료: 보건복지부. (2016). 국민보건의료실태조사, 통계청(2011-2016), 주민등록 연앙인구를 활용하여 분석한 결과임.

나. 지역별 격차

2016년 인구 10만 명당 의사수가 가장 많은 지역은 서울특별시(인구 10만 명당 404명)이며, 가장 적은 지역은 세종특별자치시(인구 10만 명당 142.9명)로 나타났다.

〔그림 2-4-76〕 지역별 인구 10만 명당 의사수(시·도별, 2016년)



자료: 보건복지부. (2016). 국민보건의료실태조사, 통계청(2016), 주민등록 연앙인구를 활용하여 분석한 결과임.

〈표 2-4-67〉 인구 10만 명당 의사수(시·도별, 2016년)

전체	2016년		
	10만 명당 의사수	상대격차(배)	절대격차(명)
전국	277.0	1.0	0.0
서울	404.0	1.5	127.0
부산	315.2	1.1	38.2
대구	315.9	1.1	38.9
인천	222.5	0.8	-54.5
광주	349.2	1.3	72.2
대전	329.6	1.2	52.6
울산	222.3	0.8	-54.7
세종	142.9	0.5	-134.1
경기	221.7	0.8	-55.4
강원	240.6	0.9	-36.5
충북	223.4	0.8	-53.7
충남	221.2	0.8	-55.9
전북	285.3	1.0	8.3
전남	236.7	0.9	-40.3
경북	198.1	0.7	-79.0
경남	229.2	0.8	-47.8
제주	238.5	0.9	-38.5

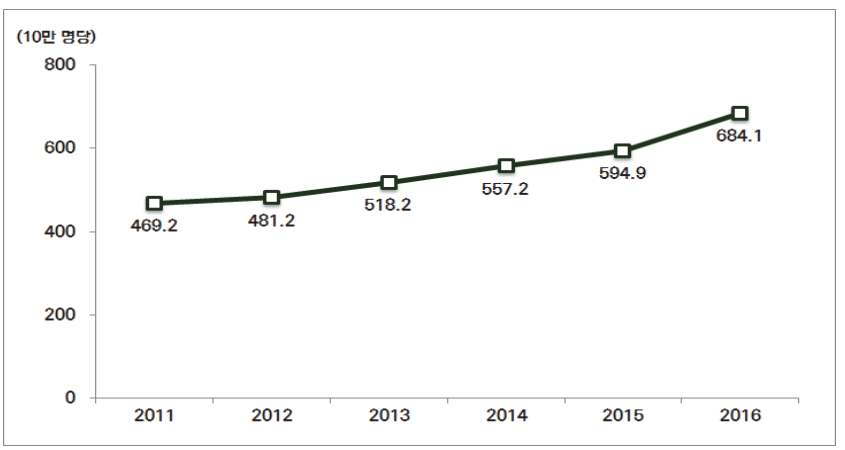
자료: 보건복지부. (2016). 국민보건의료실태조사, 통계청(2016), 주민등록 연앙인구를 활용하여 분석한 결과임.

2.9. 인구 10만 명당 간호인력수(중재 요인 〉 보건의료서비스 〉 보건의료자원)

가. 연도별 추이

인구 10만 명당 간호인력수는 2006년 469.2명에서 2016년 684.1명으로 214.9명 증가하였다. 이는 2011년보다 31.4%포인트 증가한 수치이다.

〔그림 2-4-77〕 연도별 인구 10만 명당 간호인력수 추이(전국, 2011~2016년)

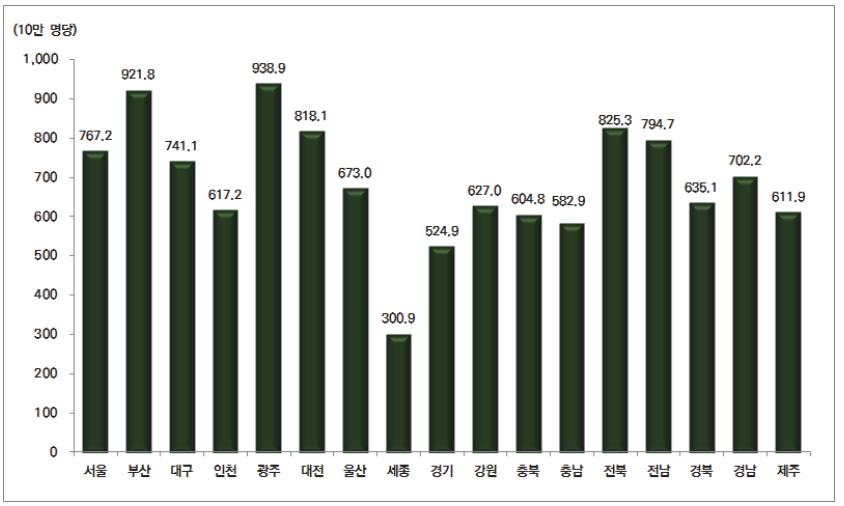


자료: 보건복지부. (2016). 국민보건의료실태조사, 통계청(2011-2016), 주민등록 연앙인구를 활용하여 분석한 결과임.

나. 지역별 격차

2016년 인구 10만 명당 간호인력수가 가장 많은 지역은 광주광역시(938.9명)이며, 가장 적은 지역은 세종특별자치시(300.9명)로 나타났다.

〔그림 2-4-78〕 지역별 인구 10만 명당 간호인력수(시·도별, 2016년)



자료: 보건복지부. (2016). 국민보건의료실태조사, 통계청(2016), 주민등록 연앙인구를 활용하여 분석한 결과임.

〈표 2-4-68〉 인구 10만 명당 간호인력수(시·도별, 2016년)

전체	2016년		
	10만 명당 간호인력수	상대격차(배)	절대격차(명)
전국	684.1	1.0	0.0
서울	767.2	1.1	83.0
부산	921.8	1.3	237.7
대구	741.1	1.1	56.9
인천	617.2	0.9	-67.0
광주	938.9	1.4	254.8
대전	818.1	1.2	134.0
울산	673.0	1.0	-11.2
세종	300.9	0.4	-383.2
경기	524.9	0.8	-159.2
강원	627.0	0.9	-57.2
충북	604.8	0.9	-79.3
충남	582.9	0.9	-101.2
전북	825.3	1.2	141.2
전남	794.7	1.2	110.5
경북	635.1	0.9	-49.0
경남	702.2	1.0	18.1
제주	611.9	0.9	-72.2

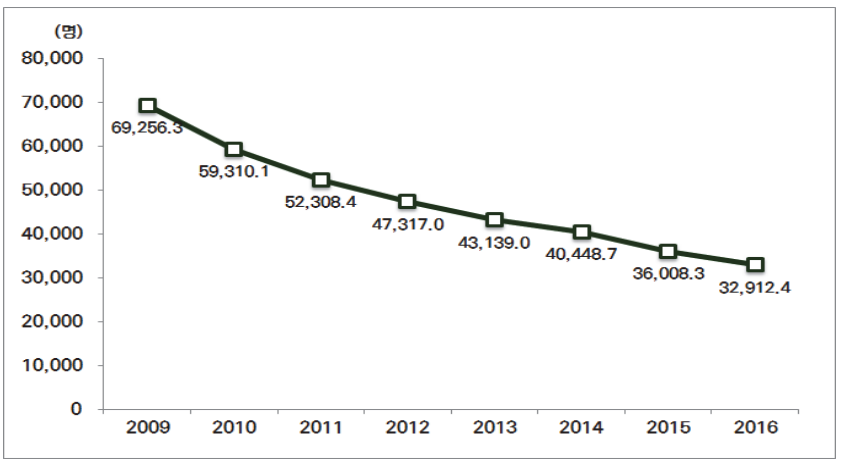
자료: 보건복지부. (2016). 국민보건의료실태조사, 통계청(2016), 주민등록 연앙인구를 활용하여 분석한 결과임.

2.10. 응급의학과 전문의 일인당 인구수(중재 요인 〉 보건의료서비스 〉 보건의료자원)

가. 연도별 추이

응급의학과 전문의 일인당 인구수는 2009년 6만 9256.3명에서 2016년 3만 2912.4명으로 점차 개선되고 있는 추세를 보이고 있다.

〔그림 2-4-79〕 연도별 응급의학과 전문의 일인당 인구수 추이(전국, 2009~2016년)

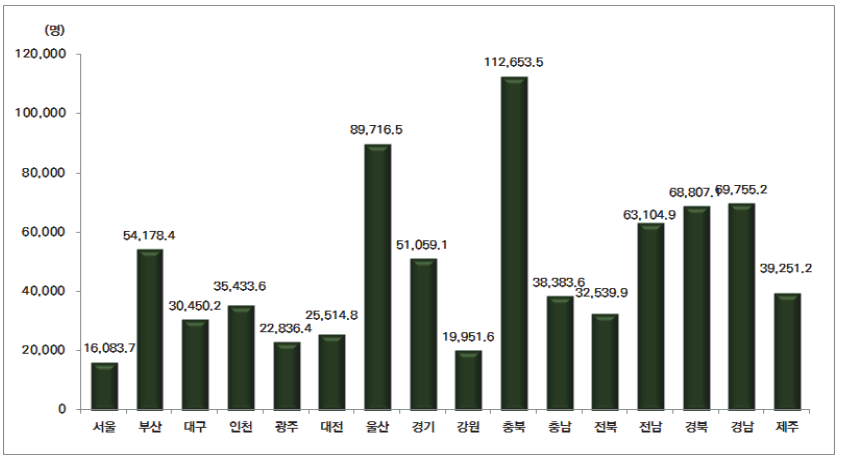


자료: 보건복지부·국립중앙의료원. (2009-2016). 응급의료 통계연보, 통계청(2009~2016), 주민등록 연앙인구를 활용하여 분석한 결과임.

나. 지역별 격차

응급의학과 전문의 일인당 인구수가 가장 많은 지역은 충청북도이고, 다음으로 울산광역시, 경상남도, 경상북도, 전라남도 순이었다. 응급의학과 전문의 일인당 인구수가 가장 적은 지역은 서울특별시, 강원도, 광주광역시, 대전광역시이다.

〔그림 2-4-80〕 지역별 응급의학과 전문의 일인당 인구수(시·도별, 2016년)



주: 세종특별자치시는 응급의학과 전문의가 0명으로 그림에서 제외함.
자료: 보건복지부·국립중앙의료원. (2016). 응급의료 통계연보, 통계청(2016), 주민등록 연앙인구를 활용하여 분석한 결과임.

〈표 2-4-69〉 응급의학과 전문의 일인당 인구수(시·도별, 2016년)

전체	2016년		
	응급의학과 전문의 일인당 인구수	상대격차(배)	절대격차(명)
전국	32,912.4	1.0	0.0
서울	16,083.7	0.5	-16,828.7
부산	54,178.4	1.6	21,266.0
대구	30,450.2	0.9	-2,462.2
인천	35,433.6	1.1	2,521.2
광주	22,836.4	0.7	-10,076.0
대전	25,514.8	0.8	-7,397.6
울산	89,716.5	2.7	56,804.1
경기	51,059.1	1.6	18,146.7
강원	19,951.6	0.6	-12,960.8
충북	112,653.5	3.4	79,741.1
충남	38,383.6	1.2	5,471.2
전북	32,539.9	1.0	-372.5
전남	63,104.9	1.9	30,192.5
경북	68,807.1	2.1	35,894.7
경남	69,755.2	2.1	36,842.8
제주	39,251.2	1.2	6,338.8

주: 세종특별자치시는 응급의학과 전문의가 0명으로 표에서 제외함.
자료: 보건복지부·국립중앙의료원. (2016). 응급의료 통계연보, 통계청(2016), 주민등록 연앙인구를 활용하여 분석한 결과임.

2.11. 자치단체 예산 중 보건의료 예산 비율(중재 요인 〉 보건의료재정 〉 자치단체 예산 중 보건의료예산 비율)

가. 지역별 격차

행정안전부 '지방자치단체 통합재정 개요'를 정홍원 외(2017)가 분석한 결과에 따르면 광역자치단체 본청의 보건 분야(090) 예산 비율이 가장 높은 지역은 2016년은 대구, 충남이었고, 2017년은 대구, 세종, 충남이었다. 반대로 광역자치단체의 시·도 본청 중 보건 분야 예산 비율이 가장 낮은 지역은 2016년과 2017년 모두 인천이었다(정홍원 외, 2017, p. 142).

〈표 2-4-70〉 광역자치단체 보건의료 예산 비율

(단위: 백만 원, %)

시도	2016년			2017년		
	광역자치단체 예산	보건 분야 예산	비율	광역자치단체 예산	보건 분야 예산	비율
서울본청	27,503,758	385,120	1.4	29,801,117	414,387	1.4
부산본청	10,127,528	125,943	1.2	10,091,139	133,536	1.3
대구본청	6,887,400	173,939	2.5	7,085,800	176,707	2.5
인천본청	8,190,259	38,593	0.5	8,316,642	34,618	0.4
광주본청	4,060,480	60,045	1.5	4,039,754	67,112	1.7
대전본청	3,854,686	51,915	1.3	3,710,181	55,273	1.5
울산본청	3,234,398	29,541	0.9	3,247,105	40,224	1.2
세종본청	1,117,266	16,560	1.5	1,242,038	30,469	2.5
경기본청	18,961,509	255,177	1.3	19,670,270	304,346	1.5
강원본청	5,001,139	63,563	1.3	4,712,407	76,260	1.6
충북본청	4,042,522	60,445	1.5	3,868,482	66,768	1.7
충남본청	5,628,034	115,284	2.0	5,172,467	110,129	2.1
전북본청	5,264,362	67,915	1.3	5,158,525	77,994	1.5
전남본청	6,435,165	117,509	1.8	6,373,509	81,852	1.3
경북본청	7,970,593	114,280	1.4	7,437,866	103,446	1.4
경남본청	7,296,339	106,255	1.5	6,957,854	108,295	1.6
제주본청	4,102,810	58,832	1.4	4,449,308	54,040	1.2

자료: 정홍원, 박종서, 김동진, 강지원, 김진희, 윤자은. (2017). 2017년 자치단체 사회보장사업 조사 및 사회보장예산 실태 분석. 한국보건사회연구원. p. 142.

시·군·구 기초자치단체의 보건 분야(090) 예산 비율을 시·도별로 구분하여 분석하였으며, 기초자치단체가 없는 세종과 제주는 분석에서 제외하였다. 분석 결과 2016년은 대전, 대구, 인천·광주, 서울 순으로 높았고, 2017년은 대구, 대전, 인천 순으로 높았다. 기초자치단체 총예산 중 보건 분야 예산 비율이 낮은 지역은 2016년 강원, 전북, 경북, 경남 등 이었고, 2017년은 경남, 전북, 경북 등이었다(정홍원 외, 2017, p. 143).

〈표 2-4-71〉 기초자치단체 보건의료 예산 비율

(단위: 백만 원, %)

시도	2016년			2017년		
	기초자치단체 예산	보건 분야 예산	비율	기초자치단체 예산	보건 분야 예산	비율
서울	11,706,983	309,499	2.6	12,519,169	340,019	2.7
부산	4,569,441	108,781	2.4	4,730,732	114,128	2.4
대구	3,254,736	93,678	2.9	3,429,630	119,421	3.5
인천	3,961,544	105,197	2.7	4,242,901	121,605	2.9
광주	1,856,849	50,539	2.7	1,861,881	48,353	2.6
대전	1,781,357	57,039	3.2	1,950,359	64,051	3.3
울산	1,816,893	41,269	2.3	2,252,502	51,778	2.3
경기	28,163,063	507,067	1.8	30,879,503	596,041	1.9
강원	7,438,206	108,564	1.5	7,673,725	136,502	1.8
충북	5,765,653	110,115	1.9	6,162,503	114,845	1.9
충남	8,225,229	158,690	1.9	8,539,066	163,835	1.9
전북	7,835,528	124,816	1.6	8,291,080	135,400	1.6
전남	9,592,915	166,823	1.7	10,001,451	168,616	1.7
경북	12,766,673	206,008	1.6	13,521,943	216,871	1.6
경남	11,601,588	181,704	1.6	12,041,523	174,166	1.4

자료: 정홍원, 박종서, 김동진, 강지원, 김진희, 윤자은. (2017). 2017년 자치단체 사회보장사업 조사 및 사회보장예산 실태 분석. 한국보건사회연구원. p. 143.

2.12. 자치단체 예산 중 사회복지 예산 비율(중재 요인 〉 보건의료재정 〉 자치단체 예산 중 사회복지 예산 비율)

가. 지역별 격차

행정안전부 '지방자치단체 통합재정 개요'를 정홍원 외(2017)가 분석한 결과에 따르면 2016년 기준 광역자치단체 본청의 사회복지(080) 예산의 비율이 가장 높은 지역은 전북(36.9%)과 광주(35.5%)였다. 2017년 기준 사회복지 예산 비율은 전북(40.5%)과 경남(39.4%), 광주(38.6%)에서 높게 나타났다(정홍원 외, 2017, p. 138).

〈표 2-4-72〉 광역자치단체 사회복지 예산 비율

(단위: 백만 원, %)

시도	2016년			2017년		
	광역자치단체 예산	사회복지 예산	비율	광역자치단체 예산	사회복지 예산	비율
서울본청	27,503,758	8,518,395	31.0	29,801,117	9,497,053	31.9
부산본청	10,127,528	3,350,296	33.1	10,091,139	3,434,646	34.0
대구본청	6,887,400	2,173,560	31.6	7,085,800	2,410,221	34.0
인천본청	8,190,259	2,220,875	27.1	8,316,642	2,410,699	29.0
광주본청	4,060,480	1,440,854	35.5	4,039,754	1,558,059	38.6
대전본청	3,854,686	1,215,800	31.5	3,710,181	1,319,391	35.6
울산본청	3,234,398	747,511	23.1	3,247,105	824,049	25.4
세종본청	1,117,266	197,677	17.7	1,242,038	257,820	20.8
경기본청	18,961,509	5,856,975	30.9	19,670,270	7,139,459	36.3
강원본청	5,001,139	1,328,987	26.6	4,712,407	1,457,086	30.9
충북본청	4,042,522	1,295,008	32.0	3,868,482	1,424,297	36.8
충남본청	5,628,034	1,527,164	27.1	5,172,467	1,713,869	33.1
전북본청	5,264,362	1,942,946	36.9	5,158,525	2,087,807	40.5
전남본청	6,435,165	1,978,010	30.7	6,373,509	2,177,196	34.2
경북본청	7,970,593	2,454,974	30.8	7,437,866	2,600,679	35.0
경남본청	7,296,339	2,531,904	34.7	6,957,854	2,743,296	39.4
제주본청	4,102,810	781,754	19.1	4,449,308	902,045	20.3

자료: 정홍원, 박종서, 김동진, 강지원, 김진희, 윤자은. (2017). 2017년 자치단체 사회보장사업 조사 및 사회보장예산 실태 분석. 한국보건사회연구원. p. 138.

시·군·구 기초자치단체의 사회복지 분야(080) 예산을 시·도별로 구분하여 분석하였으며, 기초자치단체가 없는 세종과 제주는 분석에서 제외하였다. 그 결과 2016년에는 광주(65.1%), 대전(59.6%), 대구(57.7%)에서 높게 나타났고, 2017년에는 광주(62.6%), 대전(54.6%), 부산(54.0%), 대구(53.8%)에서 높게 나타났다. 2016년에 비해 2017년에는 인천, 대전, 울산, 경기, 충북을 제외한 전 지역에서 전년 대비 사회복지 분야 예산이 감소한 것으로 나타났다(정홍원 외, 2017, p. 143).

〈표 2-4-73〉 기초자치단체 사회복지 예산 비율

(단위: 백만 원, %)

시도	2016년			2017년		
	기초자치단체 예산	사회복지 예산	비율	기초자치단체 예산	사회복지 예산	비율
서울	11,706,984	6,029,298	51.5	12,519,169	5,901,191	47.1
부산	4,569,441	2,595,214	56.8	4,730,732	2,556,391	54.0
대구	3,254,736	1,877,097	57.7	3,429,630	1,846,686	53.8
인천	3,961,544	1,978,271	49.9	4,242,901	1,998,537	47.1
광주	1,856,849	1,209,141	65.1	1,861,881	1,166,144	62.6
대전	1,781,357	1,062,295	59.6	1,950,359	1,064,399	54.6
울산	1,816,893	711,713	39.2	2,252,502	725,375	32.2
경기	28,163,063	7,964,119	28.3	30,879,503	8,117,758	26.3
강원	7,438,206	1,722,462	23.2	7,673,725	1,699,989	22.2
충북	5,765,653	1,505,248	26.1	6,162,503	1,522,170	24.7
충남	8,225,229	2,036,786	24.8	8,539,066	1,974,562	23.1
전북	7,835,528	2,148,698	27.4	8,291,080	2,086,740	25.2
전남	9,592,915	2,383,534	24.8	10,001,451	2,287,746	22.9
경북	12,766,673	2,918,247	22.9	13,521,943	2,783,114	20.6
경남	11,601,588	3,021,869	26.0	12,041,523	2,926,062	24.3

자료: 정홍원, 박종서, 김동진, 강지원, 김진희, 윤자은. (2017). 2017년 자치단체 사회보장사업 조사 및 사회보장예산 실태 분석. 한국보건사회연구원. p. 139.

제3절 건강 결과

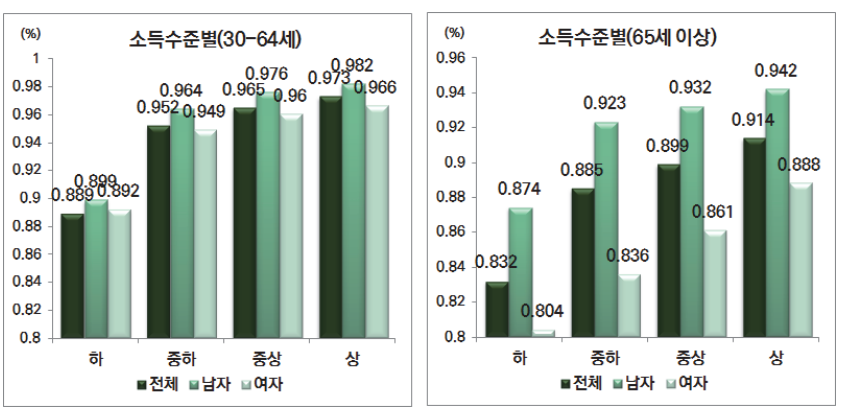
3.1. 건강 관련 삶의 질(EQ-5D)(건강 결과 〉 주관적 건강 〉 주관적 건강수준)

가. 인구집단별 격차

건강 관련 삶의 질(EQ-5D[10])은 소득수준이 높아질수록 높게 나타났고, 65세 이상 노인보다 30~64세 성인에게서 높았다.

교육수준이 높을수록 연령과 상관없이 건강 관련 삶의 질(EQ-5D)이 높게 나타났다. 65세 이상 노인에서는 교육수준별 성별 격차가 뚜렷하게 나타났다.

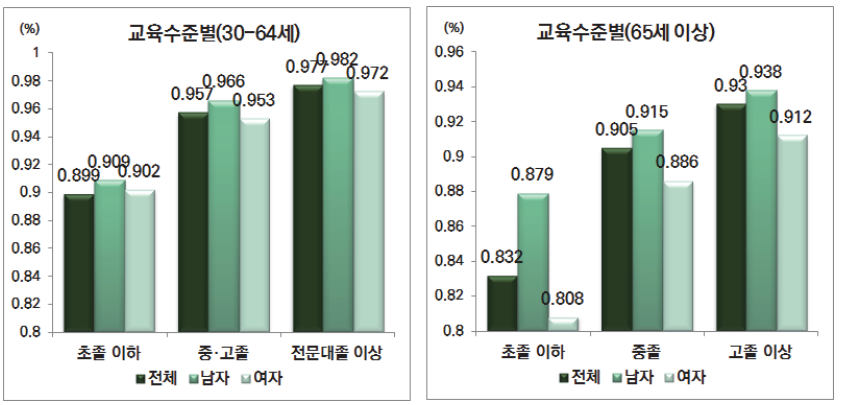
〔그림 2-4-81〕 소득수준별 건강 관련 삶의 질(EQ-5D)(2013~2015년)



자료: 보건복지부·질병관리본부. (2013-2015). 국민건강영양조사를 활용하여 분석한 결과임.

10) EQ-5D는 운동능력(Morbidity), 자기관리(Self-care), 일상활동(Usual activity), 통증/불편감(Pain/Disability), 그리고 불안/우울(Anxiety/Depression)의 5가지 항목에 대해 3개 수준(어려움 없음, 약간 어려움, 어려움 많음)으로 나누어 현재의 건강 상태를 범주화할 수 있음.

〔그림 2-4-82〕 교육수준별 건강 관련 삶의 질(EQ-5D)(2013~2015년)



자료: 보건복지부·질병관리본부. (2013-2015). 국민건강영양조사를 활용하여 분석한 결과임.

EQ-5D는 성별로 여성보다 남성의 수준이 높고, 연령이 높아질수록 낮아지는 것이 일반적이다. 2016년 국민건강통계자료에도 19세 이상 여자의 EQ-5D 평균은 0.952, 19세 이상 남자의 EQ-5D 평균은 0.968로 남자가 더 높다. 그리고 측정 항목의 특성상 연령이 높아질수록 EQ-5D 점수가 낮아지는 특징이 있다.

〈표 2-4-74〉 건강 관련 삶의 질(EQ-5D)(2016년)

성별	연령별	자료수(명)	평균	표준오차
전체	19세 이상	5,816	0.953	0.002
	19~29세	670	0.977	0.003
	30~39세	1,037	0.973	0.002
	40~49세	1,082	0.975	0.002
	50~59세	1,051	0.954	0.004
	60~69세	974	0.932	0.004
	70세 이상	1,002	0.855	0.007
	19세 이상(표준화)	5,816	0.959	0.001
여자	19세 이상	3,326	0.941	0.003
	19~29세	380	0.972	0.003
	30~39세	600	0.971	0.003
	40~49세	602	0.968	0.004
	50~59세			

성별	연령별	자료수(명)	평균	표준오차
	60~69세	625	0.953	0.005
	70세 이상	546	0.914	0.006
		573	0.827	0.009
	19세 이상(표준화)	3,326	0.952	0.002
남자	19세 이상	2,490	0.965	0.002
	19~29세	290	0.982	0.004
	30~39세	437	0.976	0.003
	40~49세	480	0.982	0.003
	50~59세	426	0.955	0.006
	60~69세	428	0.951	0.005
	70세 이상	429	0.898	0.009
	19세 이상(표준화)	2,490	0.968	0.002

주: 표준화에 사용된 표준인구는 2005년 추계인구.
자료: 보건복지부·질병관리본부. (2013-2015). 국민건강영양조사를 활용하여 분석한 결과임.

연령과 사회경제적 수준에 따라 건강 관련 삶의 질 수준 변화를 살펴보기 위해 노인을 대상으로 연령 그룹별 EQ-5D를 측정하였다. 60세 이상 노인을 대상으로 소득을 4분위로 나누어 소득수준별, 연령별로 EQ-5D를 산출하였을 때, 소득수준이 가장 낮은 집단 60~69세 노인의 EQ-5D 점수는 소득수준이 가장 높은 집단의 80세 이상 노인보다 낮은 것으로 나타났다.

60세 이상 노인의 교육수준을 초졸 이하, 중졸, 고졸 이상의 3그룹으로 나누어 교육수준별, 연령별로 EQ-5D를 산출하였을 때, 고졸 이상인 80세 이상 노인이 초졸 이하인 60~69세 노인보다 건강 관련 삶의 질이 더 높게 나타났다.

〈표 2-4-75〉 성별 소득수준별 연령별 건강 관련 삶의 질(EQ-5D)(60세 이상, 2013~2015년)

성	소득	연령	EQ-5D			평균연령
			평균	표준오차	Pr 〉 |t|	
전체	하	60~69세	0.857	0.007	〈.0001	65.2
		70~79세	0.838	0.006		74.4
		80세 이상	0.774	0.013		80.0
	중하	60~69세	0.917	0.004	〈.0001	64.5
		70~79세	0.872	0.008		73.8
		80세 이상	0.823	0.020		80.0
	중상	60~69세	0.932	0.005	〈.0001	63.8
		70~79세	0.883	0.010		73.7
		80세 이상	0.868	0.023		80.0
	상	60~69세	0.951	0.005	〈.0001	63.5
		70~79세	0.906	0.012		73.5
		80세 이상	0.844	0.035		80.0
남자	하	60~69세	0.892	0.010	〈.0001	65.0
		70`79세	0.884	0.008		74.7
		80세 이상	0.813	0.018		80.0
	중하	60~69세	0.937	0.005	〈.0001	64.4
		70~79세	0.911	0.011		73.9
		80세 이상	0.914	0.023		80.0
	중상	60~69세	0.953	0.005	〈.0001	63.8
		70~79세	0.928	0.011		73.8
		80세 이상	0.875	0.031		80.0
	상	60~69세	0.965	0.004	〈.0001	63.2
		70~79세	0.934	0.012		73.8
		80세 이상	0.955	0.021		80.0
여자	하	60~69세	0.841	0.008	〈.0001	65.1
		70~79세	0.807	0.008		74.6
		80세 이상	0.756	0.018		80.0
	중하	60~69세	0.896	0.006	〈.0001	64.2
		70~79세	0.820	0.013		74.2
		80세 이상	0.744	0.030		80.0
	중상	60~69세	0.910	0.007	〈.0001	63.5
		70~79세	0.848	0.015		74.0
		80세 이상	0.847	0.028		80.0
	상	60~69세	0.938	0.007	〈.0001	63.2
		70~79세	0.882	0.019		73.4
		80세 이상	0.806	0.044		80.0

자료: 보건복지부·질병관리본부. (2013-2015), 국민건강영양조사를 활용하여 분석한 결과임.

〈표 2-4-76〉 성별 교육수준별 연령별 건강 관련 삶의 질(EQ-5D)(60세 이상, 2013~2015년)

성	교육수준	연령	EQ-5D			평균연령
			평균	표준오차	Pr 〉 |t|	
전체	초졸 이하	60~69세	0.875	0.005	〈.0001	64.8
		70~79세	0.829	0.005		74.2
		80세 이상	0.777	0.012		80.0
	중졸	60~69세	0.926	0.005	〈.0001	64.2
		70~79세	0.899	0.009		73.6
		80세 이상	0.844	0.035		80.0
	고졸 이상	60~69세	0.949	0.003	〈.0001	63.9
		70~79세	0.929	0.006		73.9
		80세 이상	0.884	0.016		80.0
남자	초졸 이하	60~69세	0.906	0.007	〈.0001	64.6
		70~79세	0.879	0.009		74.2
		80세 이상	0.812	0.020		80.0
	중졸	60~69세	0.941	0.006	〈.0001	64.3
		70~79세	0.914	0.012		74.1
		80세 이상	0.828	0.047		80.0
	고졸 이상	60~69세	0.959	0.004	〈.0001	63.8
		70~79세	0.936	0.006		74.1
		80세 이상	0.909	0.015		80.0
여자	초졸 이하	60~69세	0.862	0.006	〈.0001	64.7
		70~79세	0.804	0.007		74.5
		80세 이상	0.765	0.015		80.0
	중졸	60~69세	0.914	0.008	〈.0001	63.8
		70~79세	0.882	0.012		73.5
		80세 이상	0.805	0.068		80.0
	고졸 이상	60~69세	0.934	0.006	〈.0001	63.2
		70~79세	0.913	0.012		73.4
		80세 이상	0.818	0.039		80.0

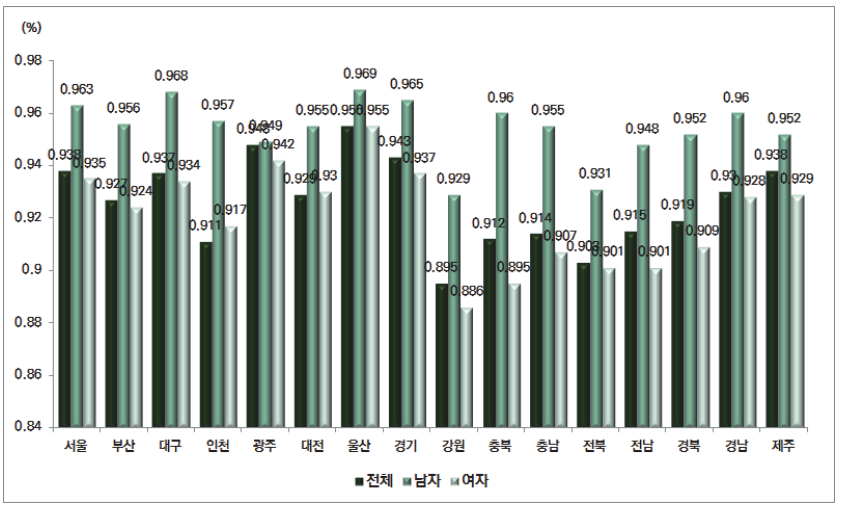
자료: 보건복지부·질병관리본부. (2013-2015), 국민건강영양조사를 활용하여 분석한 결과임.

이와 같이 EQ-5D는 연령이 높아질수록 낮아지는 것이 일반적임에도 소득수준이나 교육수준별로 연령별 EQ-5D 점수는 차이가 있는 것으로 나타났다. 일부 사회경제적 집단에서는 20년 가까운 연령 격차에도 건강 관련 삶의 질 수준에는 큰 차이가 없거나 오히려 일반적인 현상과 반대로 나타나는 경우도 있었다.

나. 지역별 격차

건강 관련 삶의 질(EQ-5D)이 가장 높은 지역은 울산광역시(0.956), 가장 낮은 지역은 강원도(0.895)이며, 두 지역 간 격차는 0.060포인트였다. 남성과 여성 모두 울산광역시에서 건강 관련 삶의 질(EQ-5D)이 가장 높았다.

〔그림 2-4-83〕 지역별 건강 관련 삶의 질(EQ-5D)(시·도별, 30세 이상, 2013~2015년)



자료: 보건복지부·질병관리본부. (2013-2015). 국민건강영양조사를 활용하여 분석한 결과임.

제 3 부

지역박탈지수 개발 및 산출

제1장 서론
제2장 이론적 검토
제3장 연구 방법
제4장 연구 결과

제 1 장 서론

제1절 연구 배경과 필요성
제2절 연구 목적

1 서론

제1절 연구 배경과 필요성

지역박탈지수는 지역 간 건강불평등 현황을 분석하고 모니터링하기 위한 지표로 널리 쓰여 왔다. 손미아(2002), 정백근(2006) 외의 국내 초기 박탈지수 연구는 타운센드지수, 카스테어스지수를 큰 변형 없이 시범 적용해 사용한 것으로(임준, 김슬기, 권다혜, 2014, p. 60) 지수의 학술적 탐구에 치중하였다. 이후의 연구들은 1) 기존 지표에 기초하되 2) 인구주택총조사를 기반으로 지역(시·군·구)의 사회경제적 수준을 설명할 수 있는 항목을 파악하고, 3) 요인 분석을 통해 연계성이 높은 항목을 중심으로 박탈지수를 구성하는 경향을 보였다. 또한 이전의 박탈보다 포괄적인 개념을 담아 보려는 시도도 이어졌다. 신호성, 이수형, 추장민(2009)은 사회적 배제 개념을 활용해 소득, 노동, 주거, 사회적 관계에서의 배제를 포함하는 통합결핍지수를 개발하였다. 신영전 외(2009)는 지역사회 등 넓은 범위에서의 박탈을 설명하는 데 초점을 두었다. 김동진 외(2013)는 경제적 박탈과 사회적 박탈로 박탈의 영역을 구분한 점이 특징적이다. 이와 같이 산출된 박탈지수는 그 자체로 지역의 박탈 현황을 파악하고 지역 간 박탈 정도를 비교하는 데 활용되거나, 박탈수준과 사망, 상병의 상관성을 분석하는 데 활용되었다.

그러나 지금까지의 박탈지수는 자료의 가용성을 가장 우선적으로 고려한 것으로, 한국 맥락에서 또는 현재의 사회·문화적 관점에서 타당한 구성을 갖추고 있는지는 고민되지 않았다. 근거로 삼은 해외(영국, 호주, 뉴

질랜드, 캐나다) 박탈지수는 자원 배분 등 정책적 목적을 띠고 개발된 데 반해 국내에서는 개별 연구 수준으로만 그치고 정책적 활용으로는 이어지지 못하고 있다. 학계 내에서도 통일되거나 표준화된 박탈지수 산출 방식이 정립되지 않아 학술적·정책적으로 한국형 박탈지수 개발에 대한 요구가 높다.

제2절 연구 목적

이 연구의 목적은 국내외 박탈지수의 산출 방법과 활용 경과를 검토하고 국내 상황에 타당한 지역박탈지수를 개발하여 해당 박탈지수의 학술적·정책적 활용 방안을 제고하는 것이다.

제 2 장 이론적 검토

제1절 국내 박탈지수 개발과 활용
제2절 국외 박탈지수 개발과 활용

2 이론적 검토

제1절 국내 박탈지수 개발과 활용

1. 박탈지수 개발 연구 흐름

박탈은 물질적 욕구, 자원의 결핍 등 기존의 빈곤 개념을 넘어서 사회적 참여와 능력 등 비화폐 자원에 대한 고려 필요성이 높아짐에 따라 다차원적인 결핍을 반영하는 개념으로 등장하게 되었다. 박탈 개념을 발전시킨 대표적 학자인 타운센드는 '의복', '영양', '주택', '주거시설', '환경' 등 물리적 표준에 도달하지 못하거나(이상 물리적 박탈), '교육', '고용', '직업', '여가생활', '사회활동' 등에 참여하지 못하는 상태(이상 사회적 박탈)를 박탈로 정의하였다(허종호·조영태·권순만, 2010, p. 4).

국내 초기 박탈지수 연구는 타운센드지수, 카스테어스지수를 큰 변형 없이 시범 적용해 사용한 것으로(임준 외, 2014, p. 60), 지수의 학술적 탐구에 치중한 경향을 보였다.

〈표 3-2-1〉 전통적 박탈지수: 타운센드지수, 카스테어스지수

타운센드지수	카스테어스지수
- 실업률	- 남성 실업률
- 과잉밀집도 비율	- 과잉밀집도 비율
- 승용차 미소유율	- 승용차 미소유율
- 주택 미소유율	- 가구주의 하위 사회계급 비율

주: 두 지수 모두 4개 영역으로 구분되고, 이 중 3개 영역이 동일(실업, 과잉밀집도, 승용차 미소유)해 지표 간 유사성이 높은 것이 특징임.
자료: 임준 외. (2014). p. 59.

이후 신영전 외(2009), Choi 외(2011), 김동진 외(2013)의 연구에서는 인구주택총조사에서 지역의 사회경제적 수준을 반영하는 구성 요소를 먼저 추출한 다음 요인 분석을 거쳐 박탈지수에 포함될 최종 구성 요소를 선정하는 방식으로 변화하였다(임준 외, 2014, p. 60). 지수 산출과 관련한 방법론적 실험을 꾀하면서 이전과 비교해 지역의 박탈 현황을 보다 더 설명할 수 있는 요소를 지수에 포함시키고자 노력하는 경향을 보였다. 그러나 다수의 연구에서 동일 자료원(인구주택총조사)을 사용하였고, 유사 연구로부터 지역의 사회경제적 수준에 대한 이론적 근거를 따르고 있어 지역박탈지수를 구성하는 변수가 상당수 중첩되어 있다. 구체적으로는 실업, 사회계급, 거주 형태 및 거주지 환경(여건), 교육수준, 가구 형태, 결혼 상태, 자동차 소유 여부 등이다. 개별 연구별 지역박탈지수의 구성 변수를 정리하면 다음과 같다.

〈표 3-2-2〉 국내 박탈지수의 구성 변수

구분	손미아 (2002)	정백근 (2006)	신호성 외 (2009)	신영전 외 (2009)	Choi 외 (2011)	김동진 외 (2013)
남성 실업	○	○	○		○	
낮은 사회계급	○	○	○	○	○	○
주거 밀집 (과잉밀집도)	○	○				
무주택 소유 (주택 미소유)	○	○			○	
낙후된 주거 환경			○	○	○	○
거주시설 부재 (거주시설 부족)	○					
낮은 교육수준				○	○	○
기초생활수급			○			
자동차 미소유 (또는 승용차)				○	○	○

구분	손미아 (2002)	정백근 (2006)	신호성 외 (2009)	신영전 외 (2009)	Choi 외 (2011)	김동진 외 (2013)
이혼 또는 사별					○	○
1인 가구				○	○	○
한부모 가정			○			
여성 가구주				○	○	○
노인 인구				○	○	○
아파트 비거주 (주택 거주)				○	○	○
구성 변수 개수	5	4	5	8	11	9
자료원	1995년 인구주택 총조사	1995년, 2000년 인구주택 총조사 (2% 표본)	2005년 인구주택 총조사 (10% 표본, 전수조사), 시·군·구 기초생활 수급자 자료	2005년 인구주택 총조사 (2% 표본)	2005년 인구주택 총조사 (10% 표본)	2010년 인구주택 총조사 (10% 표본)

자료: 임준 외. (2014). p. 60 표 Ⅲ-8 수정.

박탈지수의 산출을 위해서는 구성 변수와 더불어 산출 방법을 결정해야 한다. 박탈지수를 구성하는 변수 혹은 영역의 가중치를 어떻게 둘 것인가의 문제인데, 가장 간편한 방법으로는 모든 구성 변수의 값을 단순 합산하는 것이 있으나, 이는 각 변수가 대표하는 내용의 상대적 중요성을 반영하지 못한다는 한계가 있다. 이에 대한 대안으로 해당 변수가 필수적이라고 응답한 사람의 비율로 가중치를 두는 방법, 요인 분석을 통해 가중치를 부여하는 방법 등이 있다(허종호 외, 2010, p. 8).

또한 단일 지수로 계산하기에 앞서 구성 변수 값에 대한 통계적 변환(표준화) 방식을 선택해야 한다. 변환 방식으로는 z변환, 기하변환 등이 있다. 다수의 선행연구에서 z변환 방식을 사용하였다.

〈표 3-2-3〉 구성 변수 값의 변환 방식

구분	내용	
z변환	산출 방법	① 지역 단위에서 사회적·경제적 위치를 반영할 것으로 추정되는 박탈지수 구성 지표를 정하고, (인구센서스 등) 자료를 이용해 산출함. ② 산출된 각각의 박탈지수 구성 지표에 대해 표준 정규 분포 여부를 확인하고, 정규 분포를 하지 않는 경우에는 정규 분포를 하도록 통계적 변환을 함. ③ z-score로 표준화한 후 점수화함.
기하변환	산출식	$X = -2.3\log[1 - R \times (1 - \exp(-\frac{100}{23}))]$ *R: 해당 변수의 순위를 총분석단위 수(N)로 나눈 값의 음수.

자료: 김동진 외. (2013); 신호성 외. (2009).

〈표 3-2-4〉 국내 지역박탈지수 연구에서 사용한 변환 방식

구분	손미아 (2002)	김명희 (2002)	정백근 (2006)	신호성 외 (2009)	신영전 외 (2009)	Choi 외 (2011)	김동진 외 (2013)
산출 방식	z변환	z변환	z변환	기하변환	z변환	z변환	z변환

박탈지수는 시·도에서 읍·면·동 단위까지 산출되었으며, 이때의 분석 단위는 필요에 의한 것이기보다는 자료원의 가용 수준에 따라 달라지는 경향을 보였다. 그러나 분석 단위가 작을수록 분석에 포함된 개체수가 적어 결과의 신뢰성에 문제가 있을 수 있고, 단위가 큰 경우 지역적 차이를 반영하지 못하는 문제가 발생할 수 있으므로(신호성 외, 2009, p. 399) 분석 단위와 관련해서는 자료의 가용성과 더불어 분석 단위에 따른 장단점을 고려해야 한다.

마지막으로 박탈지수 연구의 최종 결과는 지수 값을 지역별로 산출해 어떤 지역의 박탈지수가 높고 낮은지를 비교할 수 있게 하거나, 나아가 박탈지수와 건강 결과 간 상관성을 분석하는 형태로 제시되었다. 선행연구에서 주로 본 건강 결과는 연령 표준화 사망비, 연령 표준화 사망률, 조

기사망지수 등 사망 관련 지표였다. 연구 결과 대부분 지역박탈수준과 사망률이 통계적으로 유의한 상관성을 보였다(손미아, 2002; 정백근, 2006; 신호성 외, 2009; Choi 외, 2011).[11]

〈표 3-2-5〉 박탈지수 개발 선행연구들의 주요 결과

구분	지역단위	주요 결과
손미아 (2002)	- 시·군·구	- 물질적 박탈지표 개발(타운센드지수 및 카스테어스지수 활용) - 물질적 결핍과 사망률 간 관련성 분석 • 물질적 결핍이 심한 집단이 덜한 집단에 비해 남성은 2.44배, 여성은 1.94배 높은 사망률
정백근 (2006)	- 시·군·구	- 물질적 결핍 수준 측정(타운센드지수 활용) - 물질적 결핍 수준과 표준화 사망비 간 관련성 분석 • 물질적 결핍 수준에 따른 사망불평등 정도와 변화 양상 파악
신호성 외 (2009)	- 읍·면·동	- 통합결핍지수 개발(사회적 배제 개념 활용) - 통합결핍지수와 타운센드지수 및 카스테어스지수 간 비교 - 통합결핍지수와 표준화 사망비 간 관련성 분석
신영전 외 (2009)	- 시·도 - 시·군·구	- 한국형 사회박탈지표 개발(인구주택총조사에서 박탈지표 후보군 추출) - 광역 시·도별 사회박탈지표 분포 제시 - 시·군·구별 사회박탈지표와 연령 표준화 사망률, 조기사망지수 간 관련성 분석
Choi 외 (2011)	- town level (읍·면·동)	- 지역박탈지수 개발(인구주택총조사에서 박탈지수 후보군 추출) - 지역박탈지수와 표준화 사망비 간 관련성 분석
김동진 외 (2013)	- 시·군·구	- 한국형 지역박탈지수(KorDep_2010) 개발(인구주택총조사에서 박탈지수 후보군 추출) - 지역박탈지수 분포 제시

11) 경우에 따라서는 지역박탈지수와 사망률 간 상관성이 통계적으로 유의하지 않기도 하였는데, Choi 외(2011) 등의 연구에서 '암으로 인한 사망률'의 경우 지역박탈지수가 높아질수록 사망률이 높아지는 경향을 보였으나, 통계적으로 유의하지는 않았음.

2. 박탈지수 활용 연구 현황

박탈지수는 지역적 특성을 반영하는 지표로서 박탈지수와 건강 간 관련성 연구는 보건 분야뿐만 아니라 환경 분야로도 외연이 확장되고 있다. 이에 이 연구에서는 박탈지수 개발과 관련한 초기 연구 이후 이루어진 박탈지수 연구 사례를 파악하고자 국내 연구 검색 포털(구글 스칼라, RISS, KISS, NDSL, 프리즘)에서 (지역)박탈, 결핍을 검색어로 연구를 검색, 지수 산출 방법과 지수와 다른 변수 간 상관성 분석 여부 등을 살펴보았다.

국내 연구들에서 박탈지수를 활용하는 형태는 첫째, 기존에 개발된 박탈지수를 그대로 적용하는 것, 둘째, 구성 변수는 그대로 하되 자료원을 최신의 것으로 업데이트하는 것, 셋째, 필요에 의해 기존의 구성 변수를 수정·보완하는 것으로 유형화할 수 있다. 이중 기존에 개발된 박탈지수를 그대로 적용한 첫 번째 유형이 선행연구의 다수를 차지하였다.

또한 지역박탈지수와 건강 간 관련성을 볼 때 가장 많이 선택한 건강변수는 사망(표준화 사망률, 표준화 사망비 등)이었으며, 주관적 건강수준, 의료이용(외래 및 입원, 검진, 치과서비스 등), 건강불평등 인식을 본 연구도 일부 있었다. 사망뿐만 아니라 각종 유병률, 상해, 정신건강 문제 및 장·단기 정신건강 서비스 이용, 주관적 건강 등 다양한 건강 결과와 박탈 간 관계를 본 국외 연구들에 비해서는(허종호 외, 2010, pp. 8-9) 다소 협소하다.

〈표 3-2-6〉 박탈지수 활용 연구 현황

구분	주요 내용	활용 연구	지역박탈과의 연관성
신상도 외 (2009)	- 연구명: 심뇌혈관질환 등록감시사업 심층조사를 통한 보건지표 개발 - 연구 목적: 급성 심근경색, 뇌졸중	손미아(2002) *개발 이후	- 급성 심정지 발생 - 응급 시 병원 도착시간과 심폐소

구분	주요 내용	활용 연구	지역박탈과의 연관성
	및 심정지 등 심뇌혈관질환에 영향을 미치는 역학지표·사회경제적 요인 분석 - 박탈지수 산출(적용): • 손미아(2002) 물질박탈지수 산출 방식 활용 • 자료원: 2005년 인구주택총조사(인구센서스) - 연구 결과: • 급성 심정지 발생이 환자 거주 지역의 물질 박탈 정도에 비례하고, 생존율은 반비례하게 나타남. • 물질 박탈 정도가 심할수록 신고에서 병원 도착까지의 시간이 지연되고, 병원 내 심폐소생술 시행률이 낮은 결과를 보임.	자료원으로 업데이트	생술 시행률(사회경제적 요인 변수로서 박탈지수 활용)
심정하 외 (2009)	- 연구명: 강원도의 뇌혈관질환 사망과 지역사회 건강 지표와 관련성 - 연구 목적: 강원도의 뇌혈관질환 사망과 지역사회 건강지표 간 관계 분석 - 박탈지수 산출(적용): • 손미아(2002) 물질박탈지수 산출 방식 활용 • 자료원: 2000년 인구주택총조사(인구센서스) - 연구 결과: • 지역의 물질적 결핍 지수와 남녀 표준화 사망률 간 상관관계가 나타나지 않음.	손미아(2002) *개발 이후 자료원으로 업데이트	- 표준화 사망률
배현주 외 (2010)	- 연구명: 기후변화 및 대기오염에 의한 건강 영향의 시공간적 분포 연구 - 연구 목적: 환경성 질환의 시간적·공간적·인구구성별 분포 파악(사회경제적 수준별 유병률 분석) - 박탈지수 산출(적용): • 타운센드지수, 1) 남성실업, 2) 과잉밀집 가구 주민, 3) 자동차 비소유 주민, 4) 주택 비소유 주민 • 카스테어스지수, 1) 비숙련 가장을 둔 주민, 2) 남성 실업, 3) 과잉밀집 가구 주민, 4) 자동차 비소유 주민 • 신호성 외(2009)의 CDI 활용 - 연구 결과:	신호성 외 (2009) *타운센드지수, 카스테어스지수, CDI를 동시에 활용·비교	- 천식· 아토피피부염·만성폐쇄성폐질환·허혈성심질환 의료이용

구분	주요 내용	활용 연구	지역박탈과의 연관성
	• 시·도 사회경제적 수준(3개 지역박탈지수)별 천식·아토피피부염·만성폐쇄성폐질환·허혈성심질환 등의 입원·외래 유병률 분석(질환에 따라, 의료이용 유형에 따라 사회경제적 수준에 따른 의료이용 경향이 상이함)		
조비룡 외 (2010)	- 연구명: 지역사회 네트워크 기반 건강검진 결과 활용 증대 사업 모델 구축 - 연구 목적: 개인 수준 및 지역 수준에서 수검 행태에 영향을 미치는 요인 분석 - 박탈지수 산출(적용): • 신호성 외(2009)의 CDI 활용 - 연구 결과: 40~64세에서는 지역박탈지수가 높아질수록 수검률이 증가하고, 65세 이상에서는 지역박탈지수가 높아질수록 수검률이 감소함(최종 모형에서는 CDI 제외).	신호성 외 (2009)	- 건강검진 수검률
강영호 외 (2012)	- 연구명: 서울시 건강 격차 해소를 위한 보건 정책 방안 - 박탈지수 산출(적용): • Choi et al.(2011)의 박탈지수 산출방식 활용 • 1) 승용차 미소유 가구, 2) 15세 이상 이혼 또는 사별, 3) 25~64세 고등학교 졸업 이하, 4) 15~64세 가구주 기준 하위 사회계층 • 자료원: 2005년 인구주택총조사(인구센서스) 10% 표본 자료 - 연구 결과: 박탈지수와 표준화 사망비 간 양의 상관성이 나타남(사망 원인별로는 심장질환·뇌혈관질환·외인사와 표준화 사망비 간 양의 상관성이 나타남).	Choi 외 (2011) *Choi 외 (2011)의 하위변수 중 동별 표준화 사망비와 가장 상관성이 높은 변수 활용	- 표준화 사망비 - 서울 지역 건강불평등 사업 (공공보건의료지원단)
심정하 외 (2012)	- 연구명: 교육수준과 지역결핍지수에 따른 뇌혈관질환 사망률 차이 - 연구 목적: 개인의 사회경제적 지표(교육수준 등) 및 지역의 사회경제적 지표(물질적 결핍지수)와 뇌혈관질환에 따른 사망 위험 간 관계 분석	손미아(2002) *거주시설의 부족(거주시설 부재) 대신 열악한	- 뇌혈관질환 표준화 사망비 (*상관관계가 나타나지 않음)

구분	주요 내용	활용 연구	지역박탈과의 연관성
	- 박탈지수 산출(적용): • 손미아(2002) 물질박탈지수 산출 방식 활용 • 1) 과잉밀집도, 2) 남성 실업률, 3) 낮은 사회계급 가장의 비율, 4) 무가옥 사람들의 비율, 5) 열악한 거주시설에 사는 사람의 비율 • 자료원: 2000년 인구주택총조사(인구센서스) - 연구 결과: • 시·군·구 물질적 결핍 지수와 뇌혈관질환 표준화 사망비 간 통계적으로 유의한 상관관계가 나타나지 않음.	거주시설에 사는 사람의 비율 추가	
배현주 외 (2013)	- 연구명: 환경보건 감시 체계를 활용한 지역 특성별 환경정책 수립 연구 - 연구 목적: 환경정보·건강정보·인구지역특성정보 등을 이용한 환경보건 감시 체계 계획 수립 - 박탈지수 산출(적용): • (지역의 사회경제적 지위로서) 신호성 외(2009)의 CDI 활용 - 연구 결과: • 미세먼지(PM10) 농도 분포와 천식 입원 클러스터 지역 간 상관성 분석 (지역박탈지수가 사회경제적 위치 변수로 포함)	신호성 외 (2009)	-미세먼지(PM10) 농도와 천식 입원 상관성 분석의 보정 변수
홍지민 외 (2013)	- 연구명: 시·군·구 지역의 결핍 수준과 기대여명의 변화, 2002~2011 - 연구 목적: 박탈지수를 이용해 지역의 결핍 정도와 건강 격차를 확인 - 박탈지수 산출(적용): • 신호성 외(2009)의 CDI 산출 방식 활용 • 1) (실업) 남성 실업 비율, 2) (빈곤) 기초생활수급 대상자, 3) (주거) 최저 주거기준 미달 가구, 4) (노동) 낮은 사회계급, 5) (교육) 학업 중퇴 자율 • 자료원: 2005년 인구주택총조사(인구센서스), 시·군·구 기초생활수급자 자료	신호성 외 (2009) *통합결핍지수(CDI)를 활용하되 실업, 빈곤, 주거, 노동, 교육 등 5가지 영역으로 재구성	- 기대여명

구분	주요 내용	활용 연구	지역박탈과의 연관성
	- 연구 결과: • 통합결핍지수와 기대여명 간 음의 상관성이 나타남.		
김동진 외 (2014)	- 연구명: 한국의 건강불평등 지표와 정책 과제-한국의 건강불평등 보고서 - 연구 목적: 전 국민의 건강불평등 현황 파악 및 건강불평등 해소 정책 수립을 위한 근거 생산 - 박탈지수 산출(적용) • 김동진 외(2013)의 한국형 지역박탈지수(KorDep_2010) 활용 - 연구 결과: 지역박탈지수 지역별 분포 제시	김동진 외 (2013)	- 전국 시·군·구별 박탈지수 제시
임준 외 (2014)	- 연구명: 인천광역시 지역 간 건강불평등 현황(인천광역시 공공보건의료지원단) - 연구 목적: 인천광역시 군·구 단위의 건강불평등 현황 파악 - 박탈지수 산출(적용): • 김동진 외(2013)의 한국형 지역박탈지수(KorDep_2010) 활용 • 자료원: 2010년 인구주택총조사(인구센서스) 10% 표본 자료 - 연구 결과: 지역박탈지수 군·구별 분포 제시	김동진 외 (2013)	- 인천 지역 건강불평등 사업(공공보건의료지원단) - 인천 군·구별 박탈지수 제시
안은숙 외 (2015)	- 연구명: 치과 의료 이용의 수평적 형평성 분석 - 연구 목적: 의료이용 시 자원의 사용량을 보정한 치과 의료이용 횟수와 개인 수준 및 지역 수준의 결정 요인을 함께 고려해 치과 의료이용의 필요에 따른 예측값(need-expected use) 추정 - 박탈지수 산출(적용): • 신호성 외(2009)의 CDI 활용 - 연구 결과: 지역사회 결핍 지수가 높은 그룹이 낮은 그룹에 비해 치과 의료이용을 덜함.	신호성 외 (2009)	- 치과 의료이용
윤태호 외 (2015)	- 연구명: 지역 박탈수준과 중고령층의 활동제한의 연관성 - 연구목적: 시·군·구 단위 지역박탈지수와 활동제한율 간 연관성 파악	Choi 등 (2011) *모집단	- 중고령층 활동 제한율

구분	주요 내용	활용 연구	지역박탈과의 연관성
	- 박탈지수 산출(적용): • Choi et al(2011)의 박탈지수 산출 방식 활용 • 1) 1인 가구, 2) 자가주택 없는 가구, 3) 자동차 없는 가구, 4) 비아파트 거주 가구(이상 물질적 박탈), 5) 여성가구주, 6) 고졸 미만 학력, 7) 이혼·사별, 8) 가구주 기준 하위 사회계급, 9) 남성 실업 • 자료원: 2005년 인구주택총조사(인구센서스) 10% 표본자료 - 연구결과: • 지역 박탈수준이 높아짐에 따라 활동제한율(조율, 표준화율)이 높아지는 경향성이 뚜렷하게 나타남.	연령층이 50세 이상이므로 65세 이상 노인인구비율 제외, 열악한 주거환경은 0%에 해당하는 지역이 많아 제외	
이기영 외 (2015)	- 연구명: 배기 중 디젤 배출 물질의 인체노출 및 건강영향 감시 방안 마련(II) - 연구 목적: 디젤 배출 물질 노출에 의한 건강영향 평가 모형 마련 - 박탈지수 산출(적용): • 지역의 사회경제적 지위로서 신영전 외(2009)의 지역박탈지수 활용 • 자료원: 2005년 인구주택총조사 2% 표본 자료 - 연구 결과 • $PM_{2.5}$ 노출과 표준화 사망비 연관성 분석 모형으로 흡연과 지역박탈지수가 포함된 모형이 가장 적합한 것으로 나타남(남성에 한함).	신영전 외 (2009)	- $PM_{2.5}$ 노출과 표준화 사망비 연관성 분석의 보정변수
정슬기 외 (2015)	- 연구명: 음주의 사회경제적 빈곤·불평등 영향 요인 규명 및 취약계층 음주 문제 개선과 회복을 위한 실천적·정책적 전략 개발 - 연구 목적: 거시적 관점에서 저소득층의 음주 문제를 접근할 수 있는 체계 마련 - 박탈지수 산출(적용): • Choi 외(2011)의 박탈지수 산출방식 활용 • 1) 열악한 주거 환경 가구 비율, 2) 이혼·사혼 비율, 3) 남성 기준 실업	Choi 외 (2011) *낮은 사회계급, 무주택 소유, 1인 가구, 여성 가구주, 노인인구, 아파트 비거주 등 미포함	- 고위험 음주율

구분	주요 내용	활용 연구	지역박탈과의 연관성
	률, 4) 가구 자동차 소유율, 5) 고졸 미만 교육수준 비율 - 연구 결과 • 사회적 박탈 정도가 고위험 음주율에 영향을 미쳤으나(사회적 박탈 정도가 높을수록(부정적) 고위험 음주율이 증가함), 일관된 양상은 아님.		
김동진 외 (2016)	- 연구명: 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발 - 연구 목적: 건강불평등 완화를 위한 전략 모색 일환으로 건강불평등에 대한 국민의 경험과 인식 파악 - 박탈지수 산출(적용): • 김동진 외(2013)의 한국형 지역박탈지수(KorDep_2010) 활용 - 연구 결과: 지역박탈지수가 낮을수록 건강불평등 인식이 높음.	김동진 외 (2013)	- 건강불평등 인식
박은주 외 (2016)	- 연구명: 한국 사회의 지역박탈과 사회적 자본이 주관적 건강수준에 미치는 영향 - 연구 목적: 주관적 건강수준과 지역박탈지수 및 사회적 자본 간 관련성 파악 - 박탈지수 산출(적용): • 김동진 외(2013)의 한국형 지역박탈지수(KorDep_2010) 활용 - 연구 결과: 개인 특성을 보정한 후에도 지역박탈지수와 주관적 건강수준 간 상관성이 나타남.	김동진 외(2013)	- 주관적 건강수준
황인경 외 (2016)	- 연구명: 지역 밀착형 공공보건사업 수행을 위한 소지역 건강지표(부산광역시 공공보건의료지원단) - 연구 목적: 건강행태·사회경제적 수준을 고려한 지역별 건강 문제 파악 - 박탈지수 산출(적용): • Choi 외(2011)의 박탈지수 활용 - 연구 결과: 부산시 구·군별 박탈지수와 하위지표 분율 제시	Choi 외 (2011)	- 부산 지역 건강불평등 사업(공공보건의료지원단) - 부산 읍·면·동별 박탈지수 제시
김동진 외	- 연구명: 국민의 건강수준 제고를 위	김동진 외	- 총사망률

구분	주요 내용	활용 연구	지역박탈과의 연관성
(2017)	한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발 - 연구 목적: 건강불평등 통계와 지표 생산을 통해 우리나라 건강불평등 현황 및 추이 모니터 - 박탈지수 산출(적용): • 김동진 외(2013)의 한국형 지역박탈지수(KorDep_2010) 활용 - 연구 결과: 지역박탈지수가 높을수록 총사망률·회피 가능 사망률·예방 가능 사망률·치료 가능 사망률이 높음.	(2013)	- 회피 가능 사망률(치료 가능 사망률, 예방 가능 사망률)

주: 각 연구에서 사용하고 있는 변수 설명을 그대로 가져왔으며, 연구 목적은 지역박탈지수와 관련된 내용을 중심으로 기술함.

3.박탈 유사 개념 및 사회적 지표에 대한 이해

박탈을 이해하기 위해서는 빈곤 개념에 대한 이해가 선행되어야 한다. 빈곤은 절대적 빈곤, 상대적 빈곤, 주관적 빈곤으로 구분될 수 있다. 라운트리(1901)와 부스(1988)가 구체화한 절대적 빈곤은 기본적 욕구, 생존에 필요한 생활수준, 최소한의 소득수준에 미치지 못한 상태를 빈곤으로 보았다. 절대적 빈곤은 개념에 대한 이해가 쉽다는 장점이 있는 반면 절대적이라고 한 기준도 국가나 시대에 따라 상대적이라는 점, 상대적 판단이 이른바 절대적 기준 설정 시 개입될 수 있다는 한계를 가진다. 상대적 빈곤은 사회 구성원 간 비교에 기초해 빈곤을 규정한 것으로, 생활수준의 전반적인 변화를 고려하기에 적절한 개념이나 저소득층의 생활수준 향상, 정책적 효과를 반영하지 못한다는 한계가 있다. 주관적 빈곤은 개인 스스로 생존에 필요한 기준을 설정하고 빈곤을 규명하는 것이다. 이를 통해 사회 구성원이 느끼는 빈곤 수준을 직접적으로 파악할 수 있으나, 객관성을 확보하기 어렵다는 단점이 있다(허종호 외, 2010, pp. 3-4 재인용).

이후 물질적 욕구, 자원의 결핍 등 기존의 빈곤 개념을 넘어서 사회적 참여와 능력 등 비화폐 자원에 대한 고려 필요성이 높아짐에 따라 다차원적인 결핍을 반영하는 박탈 개념이 등장하였다(허종호 외, 2010, p. 4). 상대적 박탈에 관심을 둔 타운센드는 박탈을 개인 또는 집단이 향유하는 자원이 사회 평균에 현저히 미치지 못하는 상태로 보았으며,[12] 박탈된 사람들은 일상적인 삶의 기회에서 배제된다고 설명하였다(강신욱 외 2005, p. 59).

한편 소득뿐만 아니라 다차원적 요인을 고려한 결핍 개념으로는 박탈 외에 사회적 배제가 있다. 버그만(1995)은 박탈과 사회적 배제 간 차이를 두고 전자는 빈곤을 정태적 결과로 본 개념이며, 후자는 빈곤을 동태적 결과로 본 개념이라 정리한 바 있다.[13] 하지만 사회적 배제가 동태적 과정에 관심을 둔 한편 정태적 결과 또한 포괄하고 있어 이러한 구분은 적절하지 않다는 비판이 있다. 이 대신 다차원성의 정도로 사회적 배제와 박탈을 구분하는 것이 적절한데, 사회적 배제가 사회·문화 영역에서의 기회 박탈을 포함한다는 측면에서 박탈보다 광의의 개념으로 보아야 한다는 주장이 있다(강신욱 외, 2005, p. 60 재인용). 그러나 타운센드가 정의한 박탈에서도 사회활동 및 사회관계에 참여하지 못하는 상태를 포함하고 있으므로 박탈과 사회적 배제 간 면밀한 구분은 어려울 수 있다.

이 연구에서는 박탈과 유사한 개념인 빈곤, 빈곤화, 사회적 배제 연구에서 각 개념을 정의하기 위해 어떠한 변수를 활용하고 있는지를 살펴보

12) 타운센드는 의복, 영양, 주택, 주거시설, 환경 등 물리적 표준에 도달하지 못하거나(이상 물리적 박탈), 교육, 고용, 직업, 여가생활, 사회활동 등에 참여하지 못하는 상태(이상 사회적 박탈)를 박탈로 정의하였다(허종호 외, 2010, p. 4).

13) 〈표〉 박탈과 관련 개념 간 관계

구분	정태적 결과	동태적 과정
소득 요인	빈곤(poverty)	빈곤화(impoverishment)
다차원 요인	박탈(deprivation)	사회적 배제(social exclusion)

자료: 강신욱, 2005, p. 60, 표 3-1 발췌.

았다. 과거에서부터 개별 연구에 따라 개념 측정을 위해 활용한 변수가 상이하고, 일부는 불명확한 측면을 포함하고 있는 점(박경순, 2015, p. 235)을 인정해 개념 측정의 모범안을 찾기보다는 최근 연구들의 개념 측정 사례를 확인하는 데 초점을 두었다.

이를 위해 국내 연구 검색 포털(구글 스칼라, RISS)에서 빈곤, 빈곤화, 사회적 배제를 검색어로 연구를 검색, 2010년 이후의 연구 중 최근의 것을 중심으로 관련 내용을 정리하였다.

〈표 3-2-7〉 빈곤, 빈곤화, 사회적 배제 연구 현황

구분		주요 내용	비고
빈곤	남상호 (2016)	- 연구명: 우리나라 빈곤에 대한 다차원적 분석: 소득과 자산의 결합 분포를 중심으로 - 연구 목적: 국내 선행연구의 빈곤 측정 내용 고찰 및 Alkire-Foster의 다차원 빈곤지수 분석 - 빈곤의 측정(1. 다차원적 빈곤 관련 기존 연구 고찰): • 서병수(2007): Sen의 capability approach • 최균 외(2011): Alkire-Foster의 다차원 빈곤지수 • 김경혜(2011): Alkire-Foster의 다차원 빈곤지수 • 남상호(2012): 1인당 경상소득, 균등화된 가계지출, 1인당 순자산, 균등화된 주거 면적, 주관적 건강 상태 • 서병수·권종희(2013): 소득, 자산, 교육, 건강, 주거, 근로 능력, 사회보장 측면에서의 다차원적 빈곤 • 김혜자 외(2014): **소득, 고용, 주거, 건강, 가족** 측면에서의 다차원적 빈곤 • 황남희(2016): **소득, 자산, 주거, 건강, 고용, 사회참여, 사회관계망** 측면에서의 빈곤 - 빈곤의 측정(2. 본 연구에서의 빈곤 측정): Alkire-Foster의 다차원 빈곤지수 활용 • 자료원: 가계금융복지조사 - 연구 결과: • 1인 가구, 여성 가구주 및 노인 가구에서 차원 조정 빈곤이 현저하게 나타남. • Alkire-Foster 지수 분해 결과 구성 변수 중 순자산이 다차원 빈곤에 가장 강력한 영향을 미치는 것으로 나타남.	-
	김명일 (2017)	- 연구명: 노년기 빈곤 궤적과 우울 궤적의 관계 연구 - 연구 목적: 노년기 빈곤과 우울의 종단적 변화 궤적을	-

구분		주요 내용	비고
		확인하고, 빈곤과 우울 간 연관성 파악 - 빈곤의 측정 • 균등화된 경상소득 가구 구분을 통해 중위소득 60% 미만인 경우 빈곤 가구로 정의함.	
빈곤화	이왕원 외 (2016)	- 연구명: 한국 저소득층 가구의 빈곤화 과정에 관한 연구 - 연구 목적: 저소득층 가구에서 발생하는 빈곤의 재생산 동학을 실증적으로 규명(경제박탈-가구우울-가정불화 간 관계를 불평등 담론에 기초해 모형화하고, 모형의 적합도를 비교) - 빈곤화의 측정: • **경제박탈:** 이하 세부 측정 문항 중 하나라도 해당 시 경제박탈로 고려 * 돈이 없어서 본인이나 가족의 끼니를 거른 적이 있다. * 돈이 없어서 공과금(사회보험료와 전기세, 전화세, 수도세 등)을 기한 내 납부하지 못한 적이 있다. * 돈이 없어서 전기세, 전화세, 수도세 중 하나 이상을 내지 못해 전기, 전화, 수도 등이 끊긴 적이 있다. * 돈이 없어서 추운 겨울에 난방을 하지 못한 적이 있다. * 돈이 없어서 본인이나 가족이 병원에 갈 수 없었던 적이 있다. * 가구원 중에서 신용불량자가 된 적이 있는 사람이 있다. • 자료원: 한국복지패널 3차(2007)~9차(2013) - 연구 결과: • 경제박탈-가구우울-가정불화 모형 검증 결과로서 본 연구에서는 구체적인 내용 생략	-
사회적 배제	박경순 (2015)	- 연구명: 사회적 배제가 농촌 노인의 건강에 미치는 영향 및 사회적 지지의 조절 효과 - 연구 목적: 농촌 노인의 사회적 배제 특성과 실태를 파악하고, 사회적 배제가 건강에 미치는 영향력을 확인함. - 사회적 배제의 측정: • **경제적 배제, 교육 배제, 근로 배제, 의료 배제, 건강 배제, 사회활동 참여의 배제, 관계적 배제**로 사회적 배제 측정(7개 차원) * 경제적 배제: 중위소득 50% 이하의 개인 총소득을 가지고 있는 경우 * 교육 배제: 학교에 다닌 경험이 없는 경우 * 근로 배제: 경제활동(농사일을 포함해 자기 사업을 하거나 가족이나 친척의 일을 도와주는 활동 포함)에 참여하지 않는 경우	국내 선행연구 활용 (심창학, 2004의 정의)

구분		주요 내용	비고
		* 의료 배제: 최근 1년 동안 본인이 병·의원에 가고 싶을 때 가지 못한 적이 있는 경우 * 건강 배제: 주관적 건강 상태에 대해 나쁘거나 매우 나쁘다고 응답한 경우 * 사회활동 참여의 배제: 노인회 행사, 이웃 돕기 활동(자원봉사), 종교단체 활동, 친목·사교단체 활동, 취미활동 등의 활동 중 하나도 참여하지 않는 경우 * 관계적 배제: 현재 친구가 없다고 응답한 경우 • 자료원: 한국인의 사회적 삶, 건강과 노화에 대한 조사(Korean Social Life, Health and Aging Projects) 1차 연도 자료 - 연구 결과: • 남성보다는 여성이, 연령이 높을수록, 배우자가 있는 사람에 비해 배우자가 없는 사람이, 사회적 배제가 더 높은 것으로 나타남.	
	김현숙 (2015)	- 연구명: 가구주의 사회적 배제 수준이 청소년의 진로 성숙도에 미치는 영향 - 연구 목적: 가구주의 사회적 배제 수준이 청소년의 진로 성숙도에 미치는 경로 파악 - 사회적 배제의 측정: • **소득, 주거, 고용, 사회적 참여, 교육, 건강 배제**로 사회적 배제 측정(6개 차원) • 자료원: 한국복지패널(7차 연도) - 연구 결과: • 청소년과 함께 동거하고 있는 가구주의 사회적 배제 수준은 교육 차원, 주거 차원, 소득 차원, 사회참여 차원, 건강 차원 순으로 높게 나타남.	국내외 선행 연구 활용 (앳키슨 외, 2002; 윤성호, 2012의 정의)
	이정화 외 (2016)	- 연구명: 노인 단독 가구 노인의 사회적 배제, 우울 및 자살생각: 성 차이를 중심으로 - 연구 목적: 노인들의 사회적 배제 실태를 조사하고, 다차원적 측면에서의 배제가 노인의 우울, 자살생각에 어떠한 영향을 미치는지 분석 - 사회적 배제의 측정 • **경제적 배제, 주거 배제, 건강 배제, 교육 배제, 사회적 참여 배제, 관계적 배제**로 사회적 배제를 측정(6개 차원) * 경제적 배제: 자신의 경제 상태에 불만족하는 경우 * 주거 배제: 자가를 제외한 전세, 월세인 경우 * 건강 배제: 주관적 건강 상태가 불만족 또는 매우 불만족인 경우 * 교육 배제: 학교 교육을 받은 적이 없는 경우 * 관계적 배제: 주변에 친한 사람, 이웃, 친척 등이 단 한 명도 없는 경우 * 사회적 참여 배제: 종교, 친목, 여가활동, 동창 모임,	국내 선행연구 활용 (Kang 외, 2005; Kim, 2007; Kang, 2009; Lee, 2009에서 공통적으로 언급된 영역 활용)

구분		주요 내용	비고
		자원봉사 활동, 정당단체 활동 중 1개도 참여하는 모임(활동)이 없는 경우 • 자료원: G시 거주 노인 540명(자체 조사) - 연구 결과 • 남성의 경우 건강 배제를 겪는 노인이 그렇지 않은 노인에 비해 우울 수준이 더 높았으며, 여성은 경제적인 배제를 겪는 노인과 건강 배제를 겪는 노인의 우울 수준이 더 높게 나타남. • 남성의 경우 경제적 배제, 사회적 참여 배제, 관계적 배제를 겪는 노인이 그렇지 않은 노인에 비해 자살생각을 더 많이 했으며, 여성의 경우 경제적 배제, 건강 배제, 사회적 참여 배제, 관계적 배제를 겪는 노인이 그렇지 않은 노인보다 자살생각을 더 많이 하는 것으로 나타남.	

주: 최근 연구들의 개념 측정 사례를 목적으로 한 것으로, 검색된 전체 연구를 정리하지 않았음.

4. 시사점

국내 지역박탈지수 개발 및 적용 연구, 박탈의 유사 개념인 빈곤·빈곤화·사회적 배제에 대한 연구의 고찰 결과를 바탕으로 이번 한국형 지역박탈지수 산출 방향성을 제안하였다.

가. 포괄적인 박탈 개념 고려

2002년부터 본격화된 국내 지역박탈지수 연구는 최초 타운센드 및 카스테어스지수를 기반으로 박탈 영역과 세부 지표를 구성했던 틀에서 크게 벗어나지 않고 있다. 기존 이론을 근거로 새로운 개념을 도출하는 것은 보편적이고 바람직한 연구 방식이다. 하지만 과거의 이론과 현재의 결과물 간 시점 차이가 큰 경우 이론이 형성된 이후의 환경적 변화를 반영하지 못한다는 한계가 있다. 또한 이른바 정답으로 여겼던 기존의 이론이 여전히 충분하고, 타당한지에 대한 검토도 이루어질 필요가 있다. 따라서

박탈과 관련한 국내외 선행연구, 박탈 유사 개념에 대한 선행연구 및 실제 적용 사례, 정책 현장에서의 요구 등을 포괄적으로 고려해 새로운 지역박탈지수를 개발해야 할 필요가 있다.

나. 자료 지향적 지수 산출 탈피

기존 연구에서 지역박탈지수 구성 영역과 세부 지표를 선정하는 방식은 이론적 근거를 우선적으로 따랐으나, 결과적으로는 자료의 가용성에 크게 의존하는 형태였다. 그 예로 전통적 박탈 영역인 교육, 소득, 주거 등의 항목을 포함하면서 5년 단위, 시·군·구 수준으로 자료가 산출되는 인구주택총조사가 국내 지역박탈지수 연구 대부분에서 쓰이고 있다. 지수(지표) 선정 원칙으로서 안정적인 산출 가능성을 고려하는 것은 필요하지만, 이것이 중요성, 타당성 등 지표 선정 시 고려할 수 있는 다른 원칙을 능가하는 최상의 원칙이 되어서는 안 될 것이다. 또한 분석의 용이성을 이유로 한 개 자료원만을 사용하는 것은 지역박탈 개념을 포괄적으로 설명하는 데 제약이 될 수 있다. 따라서 인구·사회·경제·보건·복지 등 박탈을 설명하는 데 필요한 다분야 자료원을 한데 모아 필요한 지표와 구성요소를 다시 정리하는 시도가 이루어져야 한다.

다. 현재·현안을 반영한 지수 산출

기존의 지역박탈지수는 종합지수의 형태로, 지역 간 박탈수준을 비교하는 것이 주를 이루었다. 그러나 '지역'박탈지수의 활용도를 높이기 위해서는 지역, 정책 현장에서 요구하는 내용과 형태로 산출 방식이 전환될 필요가 있다.

영역과 세부 지표의 다차원적 구성을 통해 다양한 사회 쟁점을 반영하는 동시에 최근의 정책적 요구에 따라 개발된 자료원, 최신의 자료원 등 현재를 드러내는 자료들을 활용해야 한다. 이를 통해 단순한 지역 간 비교뿐만 아니라 지역 간 박탈 격차가 심각한 영역, 지역 내 박탈 문제가 심각한 영역 등 지역의 박탈수준을 다각도로 설명할 수 있는 지수를 산출해야 한다.

제2절 국외 박탈지수 개발과 활용

1. 해외 박탈지수 개발의 맥락

가. 영국

영국은 1950년대 2차 세계대전 이후 경제적 성장과 생활수준의 향상을 이뤄내는 과정에서 전쟁 시 파괴당한 도심이나 거주 지역에 대한 개발 필요성이 높아졌다(Norman, 2016, p. 193). 그러나 당시 전쟁으로 인한 피해가 지역에 따라 차이가 있었고, 이러한 환경으로 인하여 불평등과 박탈에 대한 인식이 영국 사회 전반에 확산되었다(Norman, 2016, p. 193; Rydin, 1993, 재인용). 한편 인구가 성장하면서 많은 인구가 도시로 몰려들고, 그 결과 도시 내부의 일부 지역에 주거지가 밀집되었다. 그러나 급격한 변화에 대한 대응에 실패하면서 주거 환경의 질이 열악해지는 등 도시 내부에서 다양한 문제가 발생하였다(Cullingworth & Nadin, 2006).

이에 따라 지역의 재개발 프로그램을 확대하고 지역의 교육수준을 높이는 등 정부의 개입이 이루어지는 한편, 이러한 활동의 효율성 및 효과

성을 모니터링해야 하는 필요가 늘어났다. 이는 전체 지역 당국 수준에서 세부 지역에 이르기까지의 박탈과 웰빙을 측정하는 지표에 대한 요구로 이어졌다. 예를 들어 1950~1960년대에 걸쳐 센서스에 다양한 문항들이 추가되었다. 그러나 1991년 센서스에 이르기까지 영국의 센서스 데이터에는 가구 소득을 묻는 직접적인 문항이 존재 하지 않았다(Norman, 2016, p. 194). 따라서 초기의 박탈에 대한 측정은 직접적인 방법을 통해 이루어지지 못하였으며, 서로 다른 변수들의 조합과 배열을 통해서 간접적으로 측정되는 형식을 취하였다.

이러한 정책적·실천적 필요와 더불어 1966년 소규모 지역에 대한 센서스 자료가 공개되면서 지역 기반의 박탈지수에 대한 논의가 시작되었다. 센서스 데이터의 발달과 더불어 이 시기 지리학에서 발생한 '양적 혁명'을 통해 데이터 처리 능력이 향상되면서 박탈지수가 본격적으로 산출되었다(Robinson, 1998).

영국에서 산출된 최초의 박탈지수는 홀트만(1975)의 박탈지수이다(Holtermann, 1975). 홀트만은 1971년 센서스를 바탕으로 주거 상황, 비고용, 직업적 사회 계층 등을 활용하여 지역적 박탈을 측정하고자 하였다. 홀트만의 박탈지수는 종합 지표 접근을 거부하는 대신 일련의 지표들에 대해 1%, 5%, 15%와 같이 컷오프 지점을 정한 상태에서 박탈의 지역적 분포를 살펴보았다. 홀트만의 박탈지수는 센서스 데이터를 이용하여 지역적 수준에서의 박탈을 측정한 최초 시도라는 점에서 의의가 있다. 그러나 이 시기 박탈지수는 실용적인 측면에서 산출되었기에 이론적인 기반이 취약하였다(Townsend, 1987 p. 140).

타운센드(1979)는 박탈을 빈곤(Poverty)와 구분함으로써 박탈 연구에 대한 이론적 기반을 제공하였다(Townsend, 1979, p. 140). 타운센드는 빈곤이란 박탈에서 탈출할 수 있는 자원이 부족한 상태를 의미하며, 박탈

을 '개인, 가족, 공동체가 속해 있는 지역사회, 또는 그보다 넓은 사회나 국가 단위에서 관측 및 검증 가능한 불이익(Disadvantage)'으로 더 넓게 정의하였다. 또한 타운센드는 박탈을 물질적 박탈과 사회적 박탈로 구분하였다. 그에 따르면 물질적 박탈은 음식, 의복, 주거, 거주시설과 연료, 환경, 교육, 직업과 사회적 조건 등에서 부족함(Lack)이 있는 상태이며, 사회적 박탈이란 가족이나 다른 일상적인 관계에 포함·비포함되는 데 영향을 미치는 유용한 수단과 조건으로 정의된다(Townsend, 1987, p. 136).

타운센드는 자신의 이론에 기반 하여 잉글랜드와 웨일스 지방의 1987년 센서스 자료로 박탈지수를 산출하였다(Townsend, Phillimore & Beattie, 1988). 스코틀랜드에서는 카스테어스와 모리스가 박탈지수의 산출을 시도하는 등(Carstairs & Morris, 1990), 박탈지수에 관한 연구가 활발하게 이루어졌다. 그러나 이들 지표는 박탈을 구성하고 있는 각 지표 사이에 별도의 가중치가 부여되지 않았다는 한계가 있었다. 고든(2003)은 박탈을 간접적인 방식으로 측정할 경우 정확성을 위해 두 가지 요건을 충족해야 함을 지적하였다. 첫 번째로, 박탈지수의 구성 요소는 각 영역에 따라 가중치를 부여받아야 하며, 두 번째는 박탈지수의 구성 요소들은 서로 합해질 수 있어야 한다는 것이다. 즉 1개 영역에서 박탈을 경험하는 사람보다는 2개 영역에서 박탈을 경험하는 사람이 더 높은 박탈지수로 표현되어야 한다는 것이다(Gordon, 2003, p. 196).

지금까지 박탈지수의 산출이 주로 개인 연구자를 통해 이루어졌다면 1990년대 들어서는 정부 주도로 박탈지수가 산출되기 시작하였다. 영국 정부는 1991년과 1998년에 걸쳐 지역박탈지수(Index of Local deprivation, ILD)를 산출하였다. 이 지표는 3가지 지역적 스케일에 따라 서로 다른 구성을 가진 박탈지수를 산출했다는 특징이 있다(Department of

Environment, 1994; Department of Environment &Transport and the Regions, 1998).

2000년에 들어서 영국 환경·교통·지역부는(Department of the Environment, Transport and the Regions, DETR)는 옥스퍼드대학과 함께 지역박탈에 대한 논의를 다면적박탈지수(Indices of Multiple Deprivation, IMD)에 대한 논의로 확장하였다. 최초로 산출된 영국의 종합박탈지수는 2000년 소득, 고용, 건강과 장애, 주거, 교육·기술·훈련 박탈, 서비스의 지리적 접근성에 대한 박탈 등 6가지 영역으로 구성되어 있었다. 이후 다면적박탈지수는 2004년 소득, 고용, 건강과 장애, 교육·기술·훈련, 주택과 서비스의 장애, 거주 환경 박탈, 범죄의 7가지 항목으로 조정되었다(Neighborhood Renewal Unit, 2004, pp. 1-2). 이후 2015년 박탈지수에 이르기까지 7개의 지표가 유지되고 있다. 다면적박탈지수는 영국의 공식적 박탈 측정 지표로 자리 잡았다.

영국 정부는 2010년 박탈지수를 생산한 이후, 박탈지수의 영역 설정과 각 세부 지표의 적절성, 통계적 방법론에 대한 평가 등을 위하여 박탈 지수의 실제 사용자와 정부의 통계 방법론 위원회 등에 설문을 진행하였다(Department for Communities and Local Government, 2014, pp. 7-9). 그 과정에서 새롭게 2개의 지표가 제안되었으며, 기존 지표에 대한 수정과 삭제가 필요하다는 제안이 이루어졌다. 이후 2015년 3월 정부는 이러한 제안에 대하여 정부 전문가 및 지역 내 다부문 전문가 100명에게 설문을 진행하였다(Department for Communities and Local Government, 2015, pp. 4-6). 이 결과를 바탕으로 연구자들이 제안한 새 지표를 받아들이고, 일부 지표의 기준을 변화시키는 등의 변화가 이루어졌다.

나. 캐나다

캐나다에서는 도시·농촌 간, 사회경제적 지위 간 건강불평등에 대한 모니터링 요구가 있었다. 1970년 후반부터 Canada Health Survey, National Population Health Survey(NPHS), Canadian Community Health Survey와 같은 사회 조사 자료들이 이를 위해 활용되었다. 그러나 지방정부가 생산하는 행정부 데이터의 경우에는 사망률, 의료이용, 입원 허가와 일차 의료이용과 같은 정보가 없을 뿐 아니라 개인의 사회경제적 요인에 대한 정보가 부족한 상황이었다(Pampalon, Hamel, Gamache & Raymond, 2009. pp. 178-179).

이를 보완하기 위하여 연구자들은 일반적으로 지리적 대리지표(proxies)를 이용하기 시작하였으나, 건강 지표로 사망률 등 일부 제한된 지표에 치중하고, 불평등 지표로도 지역의 경제적 수준만을 고려하는 등 굉장히 제한된 범위에서 연구가 이루어진다는 한계가 있었다(Pampalon, Hamel, Gamache & Raymond, 2009, pp. 178-179). 이와 같은 한계를 극복하기 위하여 경제적 수준 이외에 건강에 미치는 다양한 요인들을 함께 고려하기 위한 지표로서 박탈지수에 대한 논의가 시작되었다. 캐나다의 박탈지수 개발 목적은 인구집단의 '필요'에 따른 자원 배분을 가능하게 하는 것에 목표를 두었다(Pampalon & Raymond, 2000, pp. 104-105).

캐나다에서는 박탈지수의 산출이 주에 따라 순차적으로 이루어졌으며, 각 지역에 따라서 다양한 방법을 취하였다. 그러나 연합체를 바탕으로 박탈지수를 산출했다는 공통점이 있다. 예를 들어 퀘벡주에서는 2007년 지역 보건 행정가와 학계 전문가, 정책 결정자들이 모여 있는 Canadian Population health initiative(CPHI)와 18개 도시의 최고 의료 책임자

들이 모인 연합체인 Canadian Institute for Health information and Urban Public Health Network(UPHN)가 힘을 합하여 박탈지수를 생산하고 도시에서의 사회경제적 지위에 따른 건강형평성 문제를 다루었다(Canadian Population Health Initiative, 2008, p. 7).

이후 2009년 CPHI는 85개의 정부 관계자, 비정부조직, 학계 전문가들과 함께 박탈지수와 관련된 세미나를 열고 INSPQ Deprivation Index의 개발 배경과 연구 및 정책 활용도에 대한 연구 워크숍을 개최하는 등 박탈지수가 정부 및 학계에서 널리 받아들여질 수 있도록 활동하였다(Canadian Population Health Initiative & Canadian Institute for Health Information, 2009, p. 1). INSPQ Deprivation Index는 타운센드의 박탈 개념에 근거하여 물질적 박탈과 사회적 박탈을 구분하였다. 물질적 박탈은 평균 소득, 고등학교 졸업장이 없는 사람의 비율, 직장을 가진 사람의 비율의 3가지 지표로 구성되었다. 사회적 박탈은 혼자 사는 사람의 비율, 편부·편모 가정의 비율, 별거·이혼 상태에 있는 사람의 비율 등 총 6가지 영역으로 정의되었다(Gamache, Hamel & Pampalon, 2017, p. 1). 그 결과 퀘백주는 1991년부터 2011년에 이르기까지 Canadian Census of Population 자료를 이용하여 물질과 사회적 박탈지수(material and social deprivation index, MSDI)를 매 5년마다 산출하고 있다(Gamache, Hamel & Pampalon, 2017, p. 1).

온타리오주에서는 지역사회 기반 박탈 측정(Community- Based Poverty measure)을 표방하였으며 가정 수준에서의 박탈을 측정하고자 하였다(Matern, Mendelson& Oliphant, 2009, p. 7). 이 연구는 정부와 반빈곤을 옹호하는 지역사회 기반 사업 연합체, 대학들의 연합을 통해 이루어졌다. 그들은 양적 조사와 질적 조사 결과를 결합하여 박탈지수를 산출하려 했다는 점에서 장점을 가진다. 박탈에 대한 1차 설문, 포커스 그

룹 인터뷰, 온타리오 주민들을 바탕으로 한 2차 설문조사를 바탕으로 최종 박탈지수를 산출하였다(Matern, Mendelson& Oliphant, 2009, pp. 6-8).

그들은 먼저 소비재, 경제적 보장, 식사와 건강에 대한 필요, 옷과 미용에 대한 필요, 사회적 포함, 주거 등 6가지 영역에 대해서 지역사회 주민들을 대상으로 대규모 설문조사를 진행하였다. 이 데이터를 바탕으로 초기 29개의 박탈지수 문항을 구성하였다. 다음으로 실제 빈곤을 경험했거나, 장애를 가진 사람, 다양한 민족들을 고려하여 49명의 지역 주민을 대상으로 산출 지표에 대한 포커스 그룹 인터뷰를 진행하였다. 이 인터뷰는 박탈지수 안에 어떤 지표가 포함되어야 하는가에 대한 합의 정도와 어떤 지표가 활발한 논의를 이끌어 내는가에 초점을 맞추었다. 인터뷰 결과 박탈지수를 구성하는 영역은 6개로 유지되었으나, 그 세부 지표의 경우 삭제, 수정, 추가 등을 거쳐 총 25개의 항목이 산출되었다. 마지막으로 25개 지표에 대해 일반 주민들을 대상으로 최종 설문을 진행하여 최종적으로 10개의 박탈지수 구성 항목을 추출하였다(Matern, Mendelson & Oliphant, 2009, pp. 8-24).

다. 뉴질랜드

뉴질랜드에서는 1985년 라인켄이 1981년 센서스 데이터를 이용하여 건강과 박탈의 형평지수(the Health and Equity index of deprivation)를 산출하면서 박탈지수 연구가 시작되었다. 이 연구의 목표는 '예방적 보건의료서비스에 대한 특별한 필요를 가진 주민'을 찾는 것이었다. 평균 인구 2000명의 지역 단위인 CAU를 기반으로 박탈과 관련된 총 17개의 인구·사회·경제학적 요소를 특정하였다(Reinken, McLeod &

Murphy, 1985, pp. 41-43).

건강과 박탈의 형평지수가 개발된 이후 조금 더 동질적인 집단을 대상으로 필요 기반(need-based)의 자원 배분을 보조하는 도구의 필요성이 제기되었다. 이러한 요구를 충족시키기 위한 일종의 정책적 도구로서 1997년 뉴질랜드 박탈지수(New Zealand Indexes of Deprivation, NZDep)가 개발되었다. 뉴질랜드 박탈지수는 CAU보다 더 작은 지역 단위를 기반으로 산출되었다(Salmond & Crampton, 2012, pp. 57-58).

현재까지 NZDep91, NZDep96, NZDep2001, NZDep2006, NZDep2013에 걸쳐 5번의 지역박탈지수가 산출되었다. NZDep91은 소득, 교통, 거주 공간, 집의 소유, 고용, 자격 (Qualifications), 지지의 7가지 영역으로 구성되었으며, NZDep96부터는 커뮤니케이션 영역이 추가되어 총 8개의 영역으로 구성되었다(Salmond, C. E., Crampton, P. R., & Sutton, F., 1998, pp. 4-5). NZDeP 2013을 기준으로 한 각 지표별 구체적인 정의는 다음의 표와 같다

〈표 3-2-8〉 NZDep 2013의 박탈지수 구성 지표와 정의

박탈 영역	조작적 정의
커뮤니케이션	65세 미만인 인구 중 집에서 인터넷 접속이 불가능한 사람
소득(1)	18~64세 인구 중 평균적인 미만의 소득을 가진 사람
소득(2)*	소득 상한선 이하의 가구에 거주하는 사람
고용	18~64세 인구 중 비고용 상태인 사람
자격 여부	18~64세 인구 중 어떠한 자격증도 가지고 있지 않은 사람
주택 소유	자신의 집에 거주하지 않는 사람
지지	65세 미만 인구 중 편부·편모 가정에 거주하는 사람
거주 공간*	침실 거주 비율 상한선 이하의 가구에 거주하는 사람
교통	차에 대한 접근성이 없는 사람

자료: Atkinson, J., Salmond, C., & Crampton, P. (2014). NZDep2013 index of deprivation.

한편 지역박탈을 측정하는 NZDep 지표와는 별도로 기존의 계층·사회경제적 지위(Socio-Economic Status)를 측정하는 방식에 대한 대안적

접근으로 개인의 사회경제적 발탈 정도를 측정하는 NZiDep(New Zealand individual deprivation index)지수가 2006년에 개발되었다. 기존의 사회경제적 지위는 자원의 생산 측면을 강조하였다. 따라서 교육, 수입, 직업 등에 따라 자원의 가용성과 경제적 빈곤이 주 논의 대상이 되었던 반면, 박탈 논의에서는 자원의 소비적 측면에서 삶의 기준과 사회적 경험을 더욱 중시한다는 차이점이 있다(Salmond, Crampton, King & Waldegrave, 2006, pp. 1474-1476).

NZiDep은 NZDep과 별도의 지표로 구성되었다. NZiDep에는 식료품에 대한 보조 여부, 식품보장 여부, 한 달에 한 번 이상 노동을 위한 외출 여부, 소득수준, 지역사회 내 지원 여부 등이 포함되어 있다(Salmond, Crampton, King & Waldegrave, 2006, p. 1481).

[그림 3-2-1] 사회경제적 지위를 측정하는 두 접근법

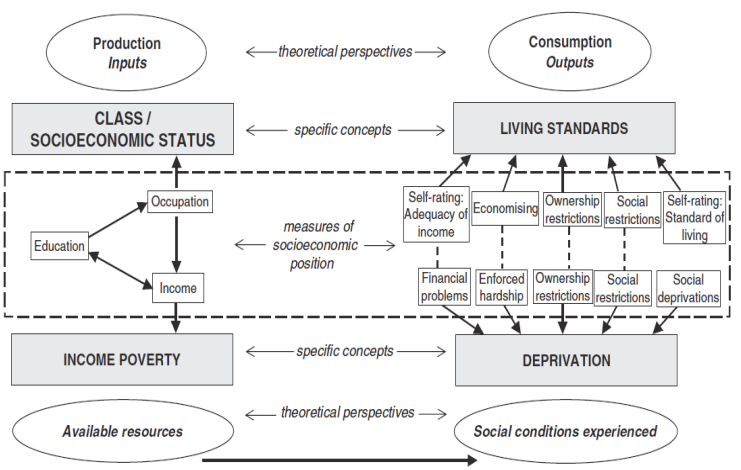


Fig. 1. Some approaches to measuring socioeconomic position.

자료: Salmond, C., Crampton, P., King, P., & Waldegrave, C. (2006). NZiDep: a New Zealand index of socioeconomic deprivation for individuals. Social science & medicine. 62(6). p. 1476.

라. 미국

미국에서는 아직 지역박탈지수의 생산과 활용이 활발하지는 않다. 그러나 건강의 사회적 요인의 중요성에 대한 인식 증가와 더불어 정책 전문가들에게 정책의 근거가 될 수 있는 근거 자료로서 박탈지수 산출 필요성이 제시되고 있다. 예를 들어 Robert Graham Center에서는 영국과 뉴질랜드의 박탈지수와 유사한 미국의 사회박탈지수를 산출하고자 시도하였다. 미국 질병통제예방센터(Center for Disease Control and Prevention)에서는 사회취약성지수(Social Vulnerability Index)를 생산하기도 하였다(Phillips, Liaw, Crampton, Exeter, Bazemore, Vickery, & Carrozza, 2016, p. 1996).

특히 미국에서는 보건의료 이용과 관련하여 지역의 특성에 맞는 전략 수립 근거 자료로서 박탈지수의 활용 가능성이 모색되고 있다. 웨스트폴(2013)에 따르면 건강수준이 나빠서 보건의료 이용이 잦은 클러스터(Hot spot)에서는 환자 개인에게 적용되는 의료의 질을 향상시키는 전략이 유효하고, 자원의 부족으로 보건의료의 미충족이 발생하는 지역(Cold spot)에서는 일차의료와 연계된 집단 수준의 전략이 적용되는 등 지역 특성에 따라 서로 다른 보건의료 전략이 시행될 필요가 있다고 주장하였다(Westfall, 2013, pp. 239-240).

2. 해외 박탈지수의 정책적 활용

가. 자원 배분의 근거

지역박탈지수는 국가 또는 지역 정부 수준에서 자원 배분의 근거를 산

출하는 데 주로 쓰인다. 대표적으로 뉴질랜드 정부에서는 일차의료 병원 및 커뮤니티 케어, 노인보건, 정신보건 서비스 등에 대하여 각 지역의 보건위원회(District Health Board)에 예산을 배분하는 공식인 인구 기반 건강 재원 공식(Population-Based health Funding Formula, PBHF)에 박탈지수를 일종의 가중치 요소로 활용하고 있다. PBHF는 2개의 핵심 모델과 3개의 조정 모델로 이루어져 있다. 핵심 모델은 각 보건위원회가 담당하는 지역 내의 총인구수와 인구구조를 통해 결정된다. 조정 모델은 미충족 의료를 겪는 인구의 비율, 시골 지역에 사는 인구의 비율, 적격한 해외 방문자와 난민에 대한 조정을 포함한다. 이러한 조정자가 박탈지수와 밀접한 관련이 있다. 이를 통하여 각 지역의 건강 필요를 대변하고 평가하는 것이 PBHF의 주요 목적이다(Ministry of Health, 2016, pp. 1-3).

영국 정부의 경우 박탈지수를 통해 국가 내 박탈 지역을 살펴보고, 공공재생기금(Public Regeneration and Renewal Fund), 일하는지역기금(Working Neighborhood Fund) 등 지역 문제 개입을 위한 기금 배분 시 박탈지수를 활용하였다(Department for Communities and Local Government, 2010, p. 7). 지역 정부는 지역박탈을 해소하기 위하여 주택, 일자리, 교육과 같은 여러 영역을 개선하는데 이 기금을 활용하고 있다. 캐나다의 퀘백주에서도 건강 및 사회 서비스에 대한 자원 배분이 지역 단위로 이루어지고 있다. 박탈지수는 어려움을 가진 청소년, 일반적인 건강 및 사회 서비스, 단기 입원 등의 서비스 프로그램에 대한 필요를 평가하는 데 주요 지표로 활용되고 있다(Pampalon, Hamel, Gamache, Philibert, Raymond & Simpson, 2012, pp. 518-519).

나. 지역 재생 정책 계획 수립

영국 지역사회지방정부부(Department for Communities and Local Government, DCLG)는 지역 내 박탈의 유형을 구분하여 그에 맞는 정책적 접근 계획을 수립하였다. 먼저 박탈의 유형을 구분하기 위하여 센서스 데이터를 통해 거주자들이 1년 전에 어디에 살았는지를 근거로 인구 이동과 지역의 속성을 연계하여 박탈 지역을 4개의 유형으로 구분하였다(University of Manchester, 2014, p. 2).

지역 유형 가운데 전이 지역(Transit areas)은 유입되는 인구는 덜 박탈된 지역에서 오고, 나가는 인구는 덜 박탈된 지역으로 이동하는 유형이다. 젠트리파이어(Gentrifier area)는 유입되는 인구는 덜 박탈된 지역에서 오고, 나가는 인구는 비슷하게 박탈된 지역으로 이동하는 유형을 의미한다. 다음으로 확대 지역(Escalator areas)은 유입되는 인구는 비슷하거나 더 박탈된 지역에서 오고, 나가는 인구는 덜 박탈된 지역으로 이동하는 유형이다. 고립 지역(Isolate areas)은 유입되는 인구도 박탈된 지역으로 오고, 나가는 인구도 비슷하게 박탈된 지역으로 가는 유형을 의미한다. 이처럼 인구 이동과 박탈을 결합하여 박탈을 유형화함으로써 유형에 따라 적절히 차별화된 지역 재생 정책 필요성이 제시되었다(University of Manchester, 2014, p. 2).

또한 'Transforming Places, Changing Lives: A Framework for Regeneration' 보고서는 박탈 지역이 모두 동일한 성격을 가진 것은 아니며, 지역 경제 내에서 서로 다른 역할을 할 수 있음을 강조하였다. 이에 따라 전체 지역을 바라보는 것뿐만 아니라 지역 안과 밖으로 사람들이 움직이는 것을 함께 보고자 하는 분석 틀이 형성되었다. 이러한 분석 틀은 '모든 지역을 변화시키기보다는 그것이 가장 필요하고, 가장 효과를 일으

킬 수 있는 정확한 지점'에 자원을 투자하는 것으로 중앙정부의 자원 분배 방향을 변화시켰다(Communities and Local Government, 2008, pp. 16-17).

다. 건강불평등 모니터링 및 개입

뉴질랜드 정부는 뉴질랜드 박탈지수를 활용하여 소규모 지역별 이환율, 사망률, 기대여명(Life expectancy), 보건의료 이용 정도를 모니터링하고 있는데, 박탈의 정도에 따라 기대여명에 최대 7.5년의 차이가 있는 것으로 나타났다. 뉴질랜드 박탈지수는 인구집단의 특성에 따른 박탈 정도의 차이를 평가하는 데에도 활용될 수 있다. 예를 들어 뉴질랜드에 거주하고 있는 마오리족의 경우 박탈이 심한 인구집단의 비율이 다른 인구집단에 비해서 높다. 분포 역시 박탈이 심한 쪽으로 편중되어 있는 상태였다(Ministry of Health, 2002, pp. 4-6).

뉴질랜드의 지역 정부에서는 박탈지수를 활용하여 지역의 도박장 및 패스트푸드점에 대한 규제 옹호의 근거로 활용한 바 있다(Ministry of Health, 2015, p. 32). 그 예로 박탈된 지역의 알코올 판매점 밀도 규제의 근거로 사용되는 등 박탈된 지역의 건강불평등을 모니터링하고 해당 지역의 건강불평등을 개선하기 위한 정책적 개입의 근거로 박탈지수가 활용되고 있다(Palmerstron North Local council, 2017, p. 28).

3. 한국형 박탈지수 산출 시 고려 사항

가. 지역박탈지수의 지리적 범위

지역박탈지수의 경우 지리적 범위를 어떻게 규정하는가에 따라 각기 다른 지표가 산출되는 측면이 있다. 지역박탈지수는 자원 배분의 근거, 지역사회 옹호(Advocacy), 건강불평등 모니터링의 정책적 목적을 가지고 있으며, 이를 위해서는 최대한 동질적인 집단을 선정해야 할 필요가 있다. 대부분의 경우 가용한 최소 지역 단위를 대상으로 박탈지수를 산출하였다. 이 때문에 다면적 박탈지수 개발 초기에는 박탈지수가 넓은 지리적 범위를 대상으로 정책을 시행할 때에도 과연 유용한 지표인가에 대한 의문이 제기되었다. 현재는 이를 보완하기 위해 거대 도시나 국가 수준에서의 박탈지수를 함께 제공하는 방식을 취하고 있다(Communities and Local Government, 2015, pp. 8-9).

나. 박탈 영역의 선정과 중첩

박탈의 영역(Dimensions of deprivation)을 어떻게 구성할 것인가는 이론적으로, 그리고 실제 지수 산출을 위해서도 중요한 질문이다. 예를 들어 타운센드는 다면적 박탈은 저소득으로 인한 결과만을 포함하는 것이므로 저소득 그 자체가 박탈지수의 구성 요소가 될 수 없으며, 대신 사회적 필수품의 부재를 박탈지수에 포함해야 한다고 주장하였다(Townsend, 1987, p. 131). 그러나 영국의 다면적 박탈지수 2004의 경우 작은 지역 단위에서 사회적 필수품의 부족을 측정할 수 있는 지표 부재와 필수품의 부재가 구매 능력과는 별개로 '구매 선택'과 관련되었다는

점을 고려하여 저소득 자체를 물질적 박탈의 주요 지표로 선정하였다(Communities and Local Government, 2008, pp. 10-12). 이와 같이 박탈지수의 영역 선정은 이론적인 부분과 실제 가용한 데이터의 상태가 밀접한 연관성을 갖는다.

또한 다면적 박탈지수 구성 시 중요한 고려사항 중 하나는 한 영역에 대한 박탈의 효과가 다른 영역으로 인해 사라질 수 있는가를 고려하는 것이다. 고든(2003)은 이러한 취소 효과(cancellation effect)가 나타나는 것을 제한하기 위하여 다중박탈지수를 산출할 때에는 가중 누적 모델(weighted cumulative model)에 기반해야 한다고 주장하였다. 또한 고든(2003)은 박탈지수에 포함된 몇몇 지표의 경우 한 가지 영역을 넘을 수 있으며, 특히 다양한 분야를 하나로 합쳐서 지표를 구성할 때에는 이와 같은 이중 영역의 문제가 발생할 수 있음을 지적하였다(Gordon, 2003, pp. 196-197).

다. 주관적 박탈지수와 객관적 박탈지수

타운센드는 경제적 박탈과 사회적 박탈 외에 주관적 박탈과 객관적 박탈을 구분하였다. 객관적 박탈이 사회적으로 처한 조건을 의미한다면, 주관적 박탈은 자신이 가진 조건에 대한 태도나 신념들을 의미한다. 객관적 박탈은 집합적, 사회적으로 살펴볼 수 있는 반면, 주관적 박탈은 개인이 실제적으로 평가할 수 있다. 이러한 관점에서 주관적 박탈은 주로 개인 수준의 박탈을, 객관적 박탈은 집합 수준의 박탈을 살펴보는 지표로 연구되었다(Townsend, 1987, p. 138).

초기 타운센드는 박탈의 객관적 측면에 주목하였다. 따라서 삶의 표준적 조건을 설정하고 박탈의 역치값(Threshold)을 알고자 하였다. 그러나

과연 박탈이 가치와 무관하게 판단될 수 있는 것인지, 개인이 가진 조건과 개인의 선호를 분리할 수 있는지, 실제 박탈의 역치값이라는 것이 존재하는지에 대해서는 의문이 제기되었다(Eroğlu, 2007, pp. 493-494).

이를 극복하기 위해서 일부 연구들은 주관적 박탈지수와 객관적 박탈지수 간의 관계를 살펴보거나, 두 수준의 박탈지수 통합을 시도하였다. 예를 들어 기욤 외(2016)의 연구에서는 개인적 수준에서 상대적 박탈을 측정하고, 집합적 박탈지수와의 상관성을 비교하였다(Guillaume, Pornet, Dejardin, Launay, Lillini, Vercelli & de Pina, 2016, pp. 494-496). 에로글루(2007)의 연구에서는 평균적인 삶의 조건이란 무엇인가에 답하기 위하여 요인가중치박탈지수(Factor Weighted Index of Deprivation) 방법을 사용하였다(Eroğlu, 2007, p. 498). 최종적으로 에로글루(2007)의 박탈지수에는 금전 상황, 소비 상황, 직업 상황의 3가지 영역이 포함되었다. 객관적 지표와 주관적 지표의 통합을 시도하였다는 점에서 의미가 있다(Eroğlu, 2007, p. 500).

4. 시사점

해외 박탈지수의 시작점이 된 영국의 사례에서도 볼 수 있듯이 박탈지수는 지역 간의 사회경제적 불평등을 모니터링하는 한편, 정책적 개입을 위한 근거로 역할하였다. 또한 박탈이란 기존의 사회경제적 지위와는 명확히 구분되는 개념으로서 자원의 소비와 그를 통한 사회적 경험과 삶의 기준을 측정하는 지표이다.

이처럼 개념적으로는 박탈지수가 무엇인지에 대한 합의가 이루어져 있으나 실제 박탈지수의 구성은 각 국가의 시대적·사회적 상황에 따라서 상이하다. 특히 박탈지수의 경우 지역에서의 자원 배분의 근거, 지역사회

옹호, 건강불평등 모니터링 등 정책적 목표가 뚜렷한 만큼 박탈지수를 산출하는 최소의 지역 단위를 무엇으로 정할 것인가, 어떤 영역을 포함할 것인가와 같은 문제들이 박탈지수의 타당성을 확보하기 위해 해결해야 할 핵심 과제이다.

초기 박탈지수의 경우 하나의 종합지표 형태로 표현되었으나, 최근에는 종합적 박탈지수와 함께 영역별로 박탈지수를 산출하는 '다면적 박탈지수'의 개발이 활성화되고 있다. 다면적 박탈지수는 지역박탈에 영향을 미치는 영역을 세분화함으로써 정책적 개입 지점을 더욱 명확히 보여 준다. 또한 초기 박탈지수가 연구자를 중심으로 산출되었다면 최근에는 중앙·지방 정부 차원에서 박탈지수를 산출하려는 시도가 증가하고 있다. 캐나다의 사례에서도 알 수 있듯 지역 주민의 참여도 활성화되고 있다. 이와 같은 학계·정부·지역사회의 연계 거버넌스는 박탈지수가 실제 정책적·지역적 개입으로 이어지는 데 영향을 미친다.

제 3 장 연구 방법

제1절 한국형 지역박탈지수(KorDep_2018) 개발 절차
제2절 한국형 지역박탈지수(KorDep_2018) 분석 및 산출

3 연구 방법

제1절 한국형 지역박탈지수(KorDep_2018) 개발 절차

이 연구에서는 한국형 지역박탈지수(KorDep_2018)를 개발하기 위해 국내외 문헌 검토와 전문가 자문회의를 실시하였다.

이후 1차적으로 선행 박탈지수 지표 및 박탈 관련 개념을 포함하는 유관 지표를 데이터베이스화 하고, 2차적으로 한국형 지역박탈지수에 포함할 지표를 선별하는 작업을 진행하였다.

〔그림 3-3-1〕 한국형 지역박탈지수 개발 절차



1. 국내외 문헌 고찰

국내 문헌의 경우 박탈지수 개발 선행연구의 흐름과 활용 현황을 살펴보고, 박탈 유사 개념과 사회적 지표에 대해 고찰하였다. 국외 문헌에서는 영국, 캐나다, 뉴질랜드, 미국에서의 박탈지수 개발과 활용 사례를 살펴보고, 한국형 박탈지수 산출 근거와 주요 고려 사항을 정리하였다.

특히 국외 사례 중에서는 다면적 박탈지수 연구를 선제적으로 수행한 영국의 경험을 구체적으로 살펴보았다. 영국에서는 2000년 소득, 고용, 건강과 장애, 주거, 교육·기술·훈련, 서비스와 지리적 접근성 등 6개 영역

으로 구성된 종합박탈지수를 개발한 후, 2004년 소득, 고용, 건강과 장애, 교육·기술·훈련, 주택과 서비스, 거주 환경, 범죄 등 7개 영역으로 지수를 수정·보완하였다(Neighborhood Renewal Unit, 2004, pp. 1-2). 이와 같은 구성은 2015년에 이르기까지 유지되고 있으며, 다면적 박탈지수는 영국 내 공식적 박탈 측정 지표로 활용되고 있다.

2. 전문가 자문회의

전문가 자문회의는 문헌 고찰 과정에서 도출된 지역박탈지수 산출 관련 핵심 쟁점 사항에 대한 의견 수렴을 목표로 하였다. 첫째, 박탈지수 명칭의 적절성과 정의에 대해서 살펴보았다. 둘째, 박탈지수의 지역적 최소 단위와 지표 구성 영역에 대해서 살펴보았다. 셋째, 박탈지수의 정책적 활용을 위한 방안에 대해 검토하였다.

가. 목적

다면적 박탈지수를 구성할 경우 하위 영역의 설정과 각 영역에 포함되는 세부 지표에 따라 박탈지수의 수치가 변화할 수 있으며, 이는 박탈지수의 타당도에도 영향을 미친다. 이 연구에서는 전문가 자문회의를 통하여 전문가들이 박탈에 대해 가지고 있는 인식과 박탈지수의 영역 및 세부 지표에 대한 의견을 청취하였다. 이후 자문회의 결과와 기존의 문헌 고찰 결과를 종합하여 한국형 지역박탈지수(KorDep_2018)의 구성 타당도를 향상시키고자 하였다.

자문단은 선행 박탈지수 연구들에서 주요 영역으로 지정되었던 보건의료와 사회복지뿐만 아니라 지역 격차, 지역 문제 등 실제 박탈지수 활용

과 밀접한 연관을 가진 분야를 포괄적으로 고려해 선정하였다.

나. 주요 결과

□ '박탈지수'의 정의

자문단은 박탈지수의 정의에 따라 박탈지수의 하위 구성이 달라질 수 있음을 지적하였다. 기존의 박탈지수가 주로 개인이 처한 인구사회학적 변수를 중심으로 구성되었다면, 새로운 박탈지수는 박탈에 영향을 미치는 맥락적 요인이 포함되어야 한다고 강조하였다.

맥락적 요소를 박탈지수에 포함할 경우 각 개인을 조사한 자료와 함께 지역이 가진 자원 또는 자원에 대한 접근성을 중심으로 지표가 구성될 것이다. 1인 가구 비율이나 이혼율과 같은 인구사회학적 요소 역시 이러한 현상을 증가시키는 영향 요인으로 박탈지수에 포함될 수 있다. 그러나 박탈지수 안에 지나치게 많은 요소가 포함될 경우 개념적 정체성이 모호해질 수 있음을 주의해야 한다.

□ 박탈지수의 산출 단위

자문단은 박탈지수의 산출 단위에 대해서 가능한 한 최소한의 지리적 단위를 사용할 것을 권고하였다. 우리나라에서 한 도시 내에서도 반도시 또는 반농촌 지역이 혼재하고 있다는 점을 고려했을 때 지역 단위를 작게 잡지 않을 경우 박탈지수의 타당도에 문제가 생길 수 있다.

현재 많은 조사 자료들의 최소 단위로 '시·군·구'가 쓰이고 있으나, '격자지표'의 활용 가능성도 고려해 봐야 한다는 의견이 제시되었다. 격자치표는 시·군·구보다 더 작은 단위로 지표를 산출할 수 있다는 장점이 있으나, 도시에서는 인구밀집도가 너무 높게 잡히는 반면 농촌에서는 인구밀집도가 너무 낮게 잡혀 편이(Bias)가 발생할 위험이 있으므로 사용에 주

의가 필요하다.

한편 '시·군·구'와 같은 행정적 단위에 기초해 박탈지수를 산출할 경우 해당 지역의 박탈 정도를 제대로 담아낼 수 있을지에 대한 의문의 제기되기도 하였으나, 실제 박탈지수를 정책적으로 활용하는 것을 목표로 할 때 행정구역 단위로 지표를 산출하는 것이 활용도가 높겠다는 의견이 다수였다. 또한 데이터의 가용성에 따라 계획된 산출 단위와 실제 산출 단위가 달라질 수 있다는 점도 언급되었다.

□ 박탈지수의 구성과 표현

자문단은 기존 지역박탈지수(KorDep_2010)에 포함된 일부 지표 중 노인 구성비, 1인 가구 비율, 이혼과 사별같이 연령에 영향을 크게 받는 인구학적 변수의 경우 이를 그대로 사용하면 지수에 편이가 발생할 수 있으므로 연령 보정이 필요하다고 지적하였다. 또한 외국과 같이 박탈된 지역에 취약계층이 밀집하여 거주하는 것과는 달리 국내 농촌에서는 인구가 분산되어 거주하는 경향이 있는 점 등을 고려했을 때 외국의 박탈지수 산출 방식을 한국에 그대로 적용하기에는 무리가 있음을 지적하였다.

그리고 기존 지역박탈지수(KorDep_2010)가 사회적 박탈과 경제적 박탈의 두 영역을 중심으로 구성되었다면, 이후 지표에서는 환경과 건강, 의료 인프라와 안전 같은 영역이 포함될 필요가 있다고 언급하였다. 또한 이러한 지표들을 모두 종합하여 종합 지표를 산출하는 한편 영역별로도 하위 지표를 산출하는 것이 박탈지수의 활용도를 높이는 데 기여할 수 있다는 의견을 밝혔다.

3. 한국형 지역박탈지수(Kor_Dep 2018)의 방향성

국내외 문헌 고찰 및 전문가 자문회의 결과를 바탕으로 새롭게 구성하

는 한국형 지역박탈지수(Kor_Dep 2018)에서는 개인의 사회경제적 상황뿐만 아니라 맥락적 요소를 함께 고려하기로 결정하였다. 즉 인구 구성에 영향을 미치는 사회적 요인과 지역 인프라, 의료· 환경·안전 등의 개념을 종합적으로 고려해 다면적 박탈지수를 구성하기로 결정하였다. 맥락적 요소에 대한 이해는 영국의 다면적 박탈지수에서 다루고 있는 영역 구성을 중심으로 하였으며, 다수의 전문가 자문 및 연구진 회의를 거쳐 영역을 다듬어 나갔다.

또한 지역의 전체적인 박탈수준을 진단하는 한편, 지역 내에서의 영역별·유형별 박탈수준 파악을 가능하게 하기 위하여 종합적 박탈지수와 영역별 박탈지수를 별도로 생산하기로 하였다.

이와 더불어 필요 지표의 누락을 최소화하기 위하여 기존에 산출된 지표 및 유관 지표들을 데이터베이스화하고 이 연구에서 개념화한 지역박탈에 부합하는 지표들을 취사선택해 나가는 하향식(Top-Down)으로 지표를 구성해 나갔다.

4. 한국형 지역박탈지수(Kor_Dep 2018)의 세부 지표 선정

지역박탈과 관련성을 가진 자료원은 분야를 총망라하여 최초 수집 대상에 포함하였다. 자료원에 따라서 이 연구의 관심 지표에 대해 구체적인 수치(분율)를 발표하고 있어 직접 활용이 가능한 경우도 있었고, 추가 분석(1·2차 자료원)이 필요한 경우도 다수 있었다. 1차적으로 총 811개의 지표를 도출하였다.

다음으로 지표별 정의, 최소 지역 단위, 측정 주기를 목록화하였으며, 연구진 4인이 선행 연구 고찰 결과 및 전문가 자문회의 결과를 바탕으로 1) 포함 지표, 2) 제외 지표 3) 포함 여부가 불분명한 지표를 각자 선별하

였다. 이후 다수의 의견을 기준으로 지표 풀(pool)을 구성해 나갔다(제외 지표 삭제). 연구자 간 의견이 대립할 경우 4) 견해가 다른 지표로 별도 구분하였다.

2차적으로 선정된 248개 지표 가운데 3) 포함 여부가 불분명했던 지표, 4) 연구자들 간 견해가 달랐던 지표에 대해서 포함 여부를 결정하는 스크리닝 작업을 진행하였다. 이후 ① 영국 다면적 박탈지수의 7개 영역(소득, 고용, 교육·기술·직업훈련, 건강 및 장애, 범죄, 주택 및 서비스, 주거 환경)을 기준으로 범주화하고, ② 자료의 생산 주기, 지표 생산 단위 등 자료의 가용성을 중심으로 지역박탈지수에 포함할 세부 지표를 선정하였다. 여러 자료에서 반복적으로 언급된 유사 지표의 경우 자료의 생산 주기가 짧고, 지표의 생산 단위가 더 작은 지표를 대표적으로 선정하였다.

제2절 한국형 지역박탈지수(KorDep_2018) 분석 및 산출

한국형 지역박탈지수의 영역별 세부 지표 구성(1차)은 다음과 같다. 세부 지표별 산출 가능한 지역 단위는 상이하나(시·도 단위, 시·군·구 단위) 개념적 중요성 및 필요성을 우선적으로 고려해 구성하였다.

〈표 3-3-1〉 한국형 지역박탈지수 세부 지표 목록(1차)

영역	지표명	지표 정의(설명)
경제 (소득/ 소비) (7개)	소비액	시·도별 소비액(통계청 지역소득통계 '최종소비지출' 활용)
	임금	시·도별 임금(정액급여+초과급여+특별급여 합산 금액, 5인 이상 사업체 기준)(고용노동부 사업체노동력조사 활용)
	1인당 GRDP	통계청의 시·군·구 GRDP(지역내총생산) 활용
	빈곤율	균등화 중위소득의 일정 비율(중위소득 50%)을 상대적 빈곤선으로 설정한 후 균등화 소득이 빈곤선 미만인 인구의 비율로 정의
	지니계수(or 빈곤율)	지니계수: 소득의 불평등을 나타내는 소득 분배 지표 상대적 빈곤율 : 중위 가처분소득 50% 미만 인구 비율
	소득만족도(19세	19세 이상 인구 중 소득이 있고, 소득에 만족하는 사람의

영역	지표명	지표 정의(설명)
	이상)	비율
	소비생활 만족도(19세 이상)	19세 이상 인구 중 의식주, 여가 및 취미생활 등을 포함한 현재의 전반적인 소비생활에 대하여 만족하는 사람의 비율
고용 (11개)	취업자수	시·도별 취업자수(구직 기간 4주 기준)(통계청 경제활동인구조사 활용)
	청년실업률	시·도별 청년실업률(구직 기간 4주 기준, 만 15~29세) (통계청 경제활동인구조사 활용)
	경제활동인구 비율	해당 지역의 15~64세 인구수
	경제활동 참가율	통계청 e-지방지표상의 경제활동 참가율 자료 활용
	실업률	(실업자/경제활동인구) × 100
	취업률	만 15세 이상 인구 중 취업자가 차지하는 비율
	근로 연령층 기초보장수급자 감소율	지자체의 적극적·다각적 지원을 통해 최저 생활이 보장되고 탈수급이 가능하도록 촉진하기 위하여 근로 가능한 주민의 기초보장수급 탈피 수준을 파악
	생산 가능 인구 중 대졸자 비율	15~64세 인구 중 대졸자의 비율
	비정규직 비율	전체 임금근로자 중 비정규직 임금근로자 (한시적 근로, 시간제 근로, 비전형 근로 등의 비율)
	고용의 안정성(19세 이상)	취업자 중 평소 직장(직업)을 잃을 수 있거나 바꾸어야 한다는 등 직업에 대한 불안함을 느끼고 있는 사람
	여성 경제활동 비율	15세 이상 여성 인구 중 경제활동을 하고 있는 인구 비율
교육, 기술, 직업 훈련 (6개)	공공형 어린이집 설치율	관내 공공형 어린이집 설치율
	국공립 어린이집 이용 아동 비율	만 6세 미만 관내 어린이집 전체 이용 아동수 대비 국공립어린이집 이용 아동수
	기초학력 미달 학생 비율	학업성취도 평가 참여 학생 중 기초학력 미달로 판명된 학생의 비율
	고등학생 학업중단율	고등학교(일반고, 특목고, 특성화고, 자율고) 학생수 대비 학업중단 학생의 비율
	유아 천 명당 보육시설, 유치원 수, 유치원 원아수	통계청 e-지방지표상 유아 천 명당 보육시설 수, 유치원 수, 유치원 원아수 자료 활용
	낮은 교육수준(고졸 미만 교육수준 비율)	30~64세 인구 중 고졸 미만 학력 인구 비율
건강 및 장애 (24개)	사망 원인별 연령 표준화 사망률	시·도별 사망 원인별 연령 표준화 사망률(통계청 사망원인통계 활용)
	영아사망률	(1세 미만 사망 영아수/1년간 총 출생아 수) × 1,000(통계청, 「인구동향조사」 활용)

영역	지표명	지표 정의(설명)
	자살사망률	(자살에 의한 사망자수/주민등록 연앙인구) × 100,000(통계청, 「2014년 사망원인통계」 활용)
	기대수명	동시 출생한 집단이 연령별로 현재의 사망률을 경험한다는 가정하에 앞으로 생존할 것으로 기대되는 연 수가 해당 연령의 기대수명이 됨(통계청, 「생명표」 활용)
	유소년 전염병 예방주사	(국가 필수 예방접종별 접종자/국가 필수 예방접종 대상자수) × 100(질병관리본부, 「전국 예방접종률조사」 활용)
	주관적 건강수준 인지율	본인의 건강 상태가 '매우 좋음' 혹는 '좋음'이라고 답한 사람의 비율
	만성질환자(고혈압, 당뇨유병) 비율	지역의 고혈압 약물 치료율 및 당뇨병 치료율의 평균치
	주관적 사회의 질	지역사회 전반의 만족도와 사회적 자본의 확대를 안정화하기 위한 평가
	기대수명 격차	연령 0세의 사람이 앞으로 생존할 것으로 기대되는 평균 생존 연수의 지역 간 차이
	주관적 건강 만족도	사람들이 스스로 인지하는 자신들의 건강 상태에 대한 만족도
	흡연	현재 흡연율
	음주	현재 음주율
	비만율(자가 보고)	체질량지수(㎏/㎡)가 25 이상인 사람의 분율
	중등도 이상 신체활동 실천율	최근 1주일 동안 격렬한 신체활동을 1일 20분 이상 주 3일 이상 또는 중등도 신체활동을 1일 30분 이상 주 5일 이상 실천한 사람의 분율
	걷기 실천율	최근 1주일 동안 1일 30분 이상 걷기를 주 5일 이상 실천한 사람의 분율
	건강생활 실천율	금연, 절주, 걷기를 모두 실천하는 사람의 분율
	스트레스 인지율	평소 일상생활 중 스트레스를 "대단히 많이" 또는 "많이" 느끼는 사람의 분율
	우울감 경험률	최근 1년 동안 연속적으로 2주 이상 일상생활에 지장이 있을 정도의 우울감(슬픔이나 절망감 등)을 경험한 사람의 분율
	구강검진 수검률	최근 1년 동안 치료 목적이 아닌 순수 검진 목적으로 구강검진을 받은 적이 있는 사람의 분율
	양호한 주관적 건강수준 인지율	주관적 건강수준을 "매우 좋음" 또는 "좋음"이라고 응답한 사람의 분율
	삶의 질 지수(EQ-5D index)	건강 관련 삶의 질의 5가지 차원(운동능력, 자기관리, 일상활동, 통증/불편, 불안/우울)의 기술 체계를 종합한 지표
	당뇨병 진단 경험률(30세 이상)	의사에게 당뇨병을 진단받은 30세 이상 사람의 분율

영역	지표명	지표 정의(설명)
	이상지질혈증(고지혈증 포함) 진단 경험률(30세 이상)	의사에게 이상지질혈증(고지혈증 포함)을 진단받은 30세 이상 사람의 분율
	관절염 진단 경험률(50세 이상)	의사에게 관절염(골관절염 또는 류마티스성 관절염)을 진단받은 50세 이상 사람의 분율
범죄 (4개)	천 명당 범죄 발생 건수	시·도별 천 명당 범죄 발생 건수(경찰청 범죄통계, 행정안전부 주민등록인구 활용)
	행정리별 방범용 CCTV 설치율	(방범용 CCTV 설치 행정리 수 / 총 행정리 수) × 100(지자체 조사 방범용 CCTV 설치 현황 활용)
	단위 면적당 CCTV 설치 수	자치단체에 설치된 단위 면적(10㎢)당 CCTV 수
	야간보행 안전도	밤에 집 근처에는 혼자 걷기가 두려운 곳이 있다고 응답한 사람의 비율
주택 및 서비스 (35개)	상수도 보급률	시·도별 상수도 보급률(국가상수도정보시스템 상수도통계 활용)
	하수도 보급률	시·도별 하수도 보급률(환경부 하수도통계 활용)
	인구 1만 명당 병상수	지역별 인구 1만 명당 병상수
	인구 1만 명당 의사수	지역별 인구 1만 명당 의사수
	응급의료기관	시·도별 응급의료기관(전체, 중앙응급의료센터, 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터, 지역응급의료기관) 개수(보건복지부 통계연보 활용)
	도서관	시·도별 도서관수(문화체육관광부 전국도서관통계 활용)
	인구 십만 명당 문화기반시설	시·도별 인구 십만 명당 문화기반시설 수(문화체육관광부 전국문화기반시설 총람, 행정안전부 주민등록인구 활용)
	체육시설	시·도별 체육시설 수(운동장, 공공체육시설, 골프장, 스키장 포함)(한국토지주택공사 도시계획현황 활용)
	인구 1만 명당 사회복지시설 수	(사회복지시설 수/행정구역 인구) × 10,000
	사회보험 가입률	임금근로자 중 사회보험(국민연금, 건강보험, 고용보험) 가입자의 비율
	공공임대주택 재고율	(공공임대주택 건설 건수/총 주택 건수) × 100
	1차 진료 현황	(일반 병의원, 한방병의원, 산부인과, 치과, 물리치료 등 1차 진료 가능한 시·군 수 / 총 시·군 수) × 100(전국 사업체 조사(읍·면 단위 제공), 건강보험심사평가원 주소 데이터 활용)
	현장 도착 시간 30분 이내 건수 비율	(현장 도착 시간 30분 이내 건수 / 총건수) × 100(국민안전처 각 건별 주소(행정리) 및 도착 소요 시간 자료(혹은 평균 소요 시간) 활용)
	면 지역 주민등록인구 중	(시·군별 면 지역 광역 및 지방 상수도 급수 인구 / 시·군별 면 지역 주민등록인구) × 100(환경부 상수도현황 활용)

영역	지표명	지표 정의(설명)
	급수 인구 비율	
	도보 15분 내 정류장 버스 3회 이상 운행 마을 비율	(도보 15분 내 정류장에서 하루 버스 운행 3회 이상인 행정리 수 / 총 행정리 수) × 100(통계청: 농림어업총조사지역조사 활용)
	시·군별 광대역통합망 구축률	(광대역통합망 행정리 수 / 총 행정리 수) × 100(미래창조과학부 광대역통합망 가입자 현황 활용)
	도시 인구 대비 도시 지역 공원 녹지 면적	도시계획 현황 내, 생활권 공원 면적과 녹지 면적의 합을 활용 도시계획 현황 내 도시 지역 인구 활용
	전체 가구수 대비 임대주택 비율	주민등록인구 기준 지자체 총 가구수(가구) 중 영구임대, 국민임대 등 총 임대주택 수(호)
	대중교통 수송분담률	한국교통연구원 DB센터의 대중교통 수송분담률을 활용
	등록 장애인 천 명당 장애인 복지 종사자 수	관내 등록 장애인 천 명당 장애인 복지 종사자의 수
	인구 천 명당 경찰관수	경찰관수(지자체 통계연보상의 경찰관수 활용)
	인구 천명당 소방관수	소방관수(지자체 통계연보상의 소방관수 활용)
	노인(60세 이상)천 명당 노인 여가복지시설 수	통계청 e-지방지표상의 노인(60세 이상) 천 명당 노인 여가복지시설 수
	등록 자동차수 대비 공영주차장 주차 면수	공영주차장 주차 면수: 지자체가 직접 또는 위탁하여 운영하는 노상 주차장과 노외 주차장의 면수(지자체 자료) 자동차수: 국토교통통계누리 자동차등록현황 통계
	아동 양육 가정의 양육 부담 경감 정도 체감 수준	지역사회 내에서 제공되는 각종 아동 돌봄 서비스를 통해 만 12세 미만 아동 양육 가정의 양육 부담 경감 정도에 대한 주관적 체감도
	(치과진료 포함) 필요 의료서비스 미치료율	최근 1년 동안 필요한 의료서비스를 받지 못한 사람의 비율
	지역 응급 의료기관 수	지역별 응급의료기관 수
	가임기 여성 1만 명당 산부인과 분만실 수	지역 내 가임기 여성 1만 명당 산부인과의 분만실 수
	접근성 문제로 인한 필요 의료서비스 미치료율	최근 1년 동안 접근성을 이유로 필요한 의료서비스를 받지 못한 사람의 비율
	환자 거주지 기준	환자가 이용한 입·내원 일수 중에서 거주지 의료기관에

영역	지표명	지표 정의(설명)
	의료이용률	입·내원한 일수의 비율
	주택보급률	일반 가구수에 대한 주택수의 백분율
	주민 1인당 도시공원 조성 면적	조성된 도시공원의 면적을 주민 1인당 인구로 나눈 값
	도시 지역 인구 1만 명당 도시공원 수	도시인구(1만 명) 대비 지역에 위치한 도시공원의 수
	안전서비스	공공기관 CCTV 설치 대수
	공공질서 수준 및 교통안전시설 만족도	공공질서를 지키는 정도와 교통안전시설에 대한 만족도
주거 환경 (14개)	읍부 도시가스 미보급 가구수 중 소형 LPG 저장탱크 공급 가구 비율	{소형LPG저장탱크 공급 마을 가구수/(읍·면 지역 총가구수 - 읍·면 지역 도시가스 보급 가구)} × 100(산업통상자원부(한국LPG산업협회) 자료 활용)
	총가구 중 최저 주거 기준 이상 가구 비율	총가구 중 시·군별 최저 주거 기준 이상 가구 비율
	읍부 도시가스 보급률	(읍 내 도시가스 보급 가구수 / 읍 전체 가구수) × 100(산업통상자원부(도시가스협회): 도시가스 보급 가구 현황 활용)
	주거 급여의 수선유지급여 수급 가구수	주거 급여의 수선유지급여(취약계층 주택개량사업) 지원 가구수
	최저 주거 기준 미달 가구 비율	최소 주거 면적과 필수 설비 기준에 미달하는 가구의 비율
	아파트 거주가 아닌 가구 비율	주거 형태가 아파트가 아닌 가구의 비율
	주거 만족도	현재 살고 있는 주택에 만족하는 인구의 비율
	주거 급여 지원 가구 비율	주거 급여를 지원받는 가구의 수의 비율
	에너지 바우처 지원 가구수	에너지 바우처를 지원받는 가구의 수
	주거비 과부담 가구 비율	월소득 대비 임대료 비율이 25%를 넘는 가구의 비율
	에너지 빈곤층 비율	에너지 지출 비중이 소득 3분위 이하 저소득층의 소득 대비 광열비(연료비) 비중을 초과하는 가구의 비율
	자가 점유율	일반 가구 중에서 자신이 소유한 주택에 거주하는 가구의 비율
	월소득 대비 월 임대료 비율	지역 중위가구의 월소득 대비 중위가구의 월 임대료
	주거비 부담률	가구의 월소득 대비 주거비가 차지하는 비율
기타 (사회	노령화지수	시·도별 노령화지수(통계청 추계인구 활용)
	1인 가구 비율	시·도별 1인 가구 비율(통계청 인구총조사, 주민등록인구

영역	지표명	지표 정의(설명)
적 박탈 포함) (32개 지표)		활용)
	여성 가구주 가구	여성이 가구주인 가구 비율
	자동차 등록 대수	시·도별 자동차 등록 대수(국토교통통계누리 자동차등록현황보고 활용)
	이혼율	15세 이상 인구 중 이혼한 인구 비율
	이혼사별 비율	15세 이상 인구 중 이혼 또는 사별한 인구 비율
	독거노인 비율	해당 행정구역 인구 중 독거 중인 65세 이상 인구 비율
	노인인구 비율	해당 행정구역 인구 중 65세 이상 인구 비율
	인구 증가율	{(금년 인구-전년 인구)/전년 인구} × 100(통계청, 「장래인구추계」 활용)
	고령인구 비율	(65세 이상 인구/총인구) × 100(통계청, 「장래인구추계」 활용)
	도움이 필요한 노인 중 (재가)노인복지서 비스 수혜자 비율	{(노인장기요양보험 급여자 수 + 노인돌봄종합서비스 이용자 수 + 재가노인지원서비스 이용자 수) / (도움이 필요한 노인 수)} × 100(국민건강보험공단 노인장기요양보험통계(재가노인지원서비스 이용 현황 포함), 지자체 행정조사 노인돌봄종합(노인장기요양보험 등급 외 A, B) 서비스 수혜자 현황 활용)
	교통사고	시·도별 교통사고 발생 건수, 사망자 수, 부상자 수(도로교통공단 교통사고통계보고서 활용)
	자동차 천 대당 교통사고 발생 건수	통계청 e-지방지표의 천 대당 교통사고 발생 건수 활용
	'나홀로 아동' 비율	초등학교 1~3학년 재학 연령 아동 인구수 대비 방과 후 나홀로 아동의 비율
	독거노인 보호율	관내 독거노인 중 독거노인보호사업 이용자의 비율
	노인 자립적 생활환경 만족률	지역의 자립적 생활환경에 대하여 만족하는 장애인 및 보호자 가족의 비율
	아동 안전사고 사망률	단위 인구(1만 명)당 안전사고로 사망하는 아동 인구의 수
	과부담 의료비 지출 가구 비율	가구의 의료비 지출이 가구 소비지출의 10%를 넘는 가구의 비율
	영유아 필수예방 접종률	만 3세 인구 중 국가 예방접종 대상 백신의 접종률
	일반 건강검진 수검률(1차)	국가건강검진 대상 인원 중 수검 인원의 비율
	의료서비스 만족도	지역 내 의료서비스 이용자 중 제공받은 서비스에 대하여 "매우 만족" 또는 "약간 만족"하는 자의 비율
	건강보험(생계형) 체납자 비율	지역가입자 중 월 보험료 3만 원 이하 부과인 체납자 비율
	국민기초생활보장 수급자 비율	국민기초생활보장제도의 수급자가 전체 시·군·구 주민 중 차지하는 비율로, 공적 사회안전망의 보호를 받는 최빈층의 규모를 표현
	차상위계층	지역의 빈곤 실태를 파악할 수 있는 지표로, 차상위 대상의

영역	지표명	지표 정의(설명)
	수급자 비율	사회보장제도 수급자 비율을 파악(현재 산출 가능한, 빈곤 상태를 추정할 대리 지표의 성격)
	기초연금 수급률	공적 사회안전망의 보호를 받아 기초 소득 보장이 이루어지는 시·군·구 노인인구층의 실태를 기본적인 지역 여건으로 파악
	전반적인 생활여건	우리 사회의 전반적인 생활여건, 보건의료서비스, 사회보장제도를 3년 전과 비교
	계층의식(19세 이상)	소득, 직업, 교육, 재산 등을 고려한 사회경제적 지위에 대한 의식
	계층이동(19세 이상)	우리 사회에서 일생 동안 노력을 한다면 본인 세대에서 개인의 사회경제적 지위가 높아질 가능성이 「높다」고 생각하는 사람의 비율
	환경 문제에 대한 인식	환경 문제(황사, 미세먼지 기후변화 등)에 대해 불안감을 느끼는 정도
	대기오염도	미세먼지(PM10) 연평균 대기오염도
	환경소음도	지역별 환경소음도
	투표율	(총투표자수/선거인수) × 100

주: 지수 산출을 위한 자료 확보 이전 단계로서 내용적으로 산출이 필요한 지표를 모두 종합한 것임.

지표값은 자료원(균형발전통계, 지역사회통합지수, 지속가능발전지표, 농어촌서비스기준이행실태, 도시지속가능성 및 생활인프라 수준, 사회통합지수, 지역사회보장지표, 지역사회건강조사, 인구주택총조사 등)별 발표 수치를 참고하였다. 연령 표준화가 필요한 경우를 대비해 가용한 경우 지표의 분모 및 분자 값은 따로 취합하였다. 그러나 실제 분석을 위해 데이터를 취합하는 과정에서 기존 정보와는 달리 산출 가능한 지역 단위가 축소되었거나, 데이터를 공개하지 않는 경우가 있어 계획대로 지역박탈지수를 산출하는 데 어려움이 있었다.

위의 과정을 거쳐 확보된 후보군 지표들에 대해서는 정규성 검정을 하였으며, 정규 분포하지 않는 경우에는 로그 변환을 실시해 정규 분포하도록 조정하였다. 또한 후보군 내에서 지표 의미가 중첩되는 경우가 다수 있었는데, 이때는 요인 분석을 통해 높은 요인 적재값을 보인 지표를 분석 대상 지표로 확정하였다.

그리고 1) 해석 방향이 불분명한 지표(경제 영역: 소비액), 2) 음의 값

을 보이는 지표(주택 및 서비스 영역: 주택보급률, 하수도보급률, 교육·기술·직업훈련 영역: 고등학생 학업중단율, 기타 영역: 인구증가율), 3) 분율 또는 비율이 아니어서 해석의 방향을 전환(1 - 원 지표값)할 수 없는 지표(경제 영역: 임금, 1인당 GRDP, 건강 및 장애 영역: 기대수명, 삶의 질 지수, 주택 및 서비스 영역: 인구 1만 명당 병상수, 인구 1만 명당 의사수, 응급의료기관, 인구 천 명당 경찰관수, 인구 천 명당 소방관수, 도시 인구 대비 도시 지역 공원녹지 면적, 주민 1인당 도시공원 조성 면적 등)는 분석 대상 지표에서 삭제하였다. 마지막으로 해석의 방향이 반대이나, 분율 또는 비율로 산출되어서 지표값 변환이 가능한 지표는 최종 분석 대상 지표에 포함하였다.

이처럼 데이터 확보 및 분석이 가능한 범위로 세부 지표를 재구성하고, 의미가 중첩되는 지표를 제거하였으며, 가장 통일된 산출 단위인 시·도 단위로 최종 결과를 제시하였다.

〈표 3-3-2〉 한국형 지역박탈지수 세부 지표 목록(2차, 최종)

1차			2차		
영역	지표명		영역	지표명	비고
경제 (소득/ 소비) (7개)	소비액	⟹	경제 (소득/ 소비) (2개)		
	임금				
	1인당 GRDP				
	빈곤율				
	지니계수(or 빈곤율)				
	소득만족도(19세 이상)			소득불만족도(19세 이상)	100 - 원지표값
	소비생활 만족도(19세 이상)			소비생활 불만족도(19세 이상)	100 - 원지표값
고용 (11개)	취업자수	⟹	고용 (6개)		
	청년실업률				
	경제활동인구 비율				
	경제활동 참가율			경제활동 미참가율	100 - 원지표값
	실업률			실업률	
	취업률			미고용률	100 -

1차			2차		
영역	지표명		영역	지표명	비고
					원지표값
	근로 연령층 기초보장수급자 감소율				
	생산 가능 인구 중 대졸자 비율			생산 가능 인구 중 대졸자 미만 비율	100 − 원지표값
	비정규직 비율			비정규직 비율	
	고용의 안정성(19세 이상)				
	여성 경제활동 비율			여성 비경제활동 비율	100 − 원지표값
교육, 기술, 직업 훈련 (6개)	공공형 어린이집 설치율				
	국공립 어린이집 이용 아동 비율				
	기초학력 미달 학생 비율		교육, 기술, 직업 훈련 (2개)	기초학력 미달 학생 비율	
	고등학생 학업중단율	⟹			
	유아 천명 당 보육시설, 유치원 수, 유치원 원아수				
	낮은 교육수준(고졸 미만 교육수준 비율)			낮은 교육수준(고졸 미만 교육수준 비율)	
건강 및 장애 (24개)	사망 원인별 연령 표준화 사망률		건강 및 장애 (9개)	전체 연령 표준화 사망률, 신생물로 인한 연령 표준화 사망률, 순환기계 질환으로 인한 연령 표준화 사망률, 호흡기계 질환으로 인한 연령 표준화 사망률, 소화기계 질환으로 인한 연령 표준화 사망률	
	영아사망률			영아사망률	
	자살사망률			자살사망률	
	기대수명				
	유소년 전염병 예방주사				
	주관적 건강수준 인지율			주관적 건강수준 나쁨 인지율	100 − 원지표값
	만성질환자(고혈압, 당뇨유병) 비율				

1차	
영역	지표명
	주관적 사회의 질
	기대수명 격차
	주관적 건강 만족도
	흡연
	음주
	비만율(자가 보고)
	중등도 이상 신체활동 실천율
	걷기 실천율
	건강생활 실천율
	스트레스 인지율
	우울감 경험률
	구강검진 수검률
	양호한 주관적 건강수준 인지율
	삶의 질 지수(EQ-5D index)
	당뇨병 진단 경험률(30세 이상)
	이상지질혈증(고지혈증 포함) 진단 경험률(30세 이상)
	관절염 진단 경험률(50세 이상)
범죄 (4개)	천 명당 범죄 발생 건수
	행정리별 방범용 CCTV 설치율
	단위 면적당 CCTV 설치 수
	야간보행 안전도
주택 및 서비스 (36개)	상수도 보급률
	하수도 보급률
	인구 1만 명당 병상수
	인구 1만 명당 의사수
	응급의료기관
	도서관
	인구 십만 명당 문화기반시설
	체육시설
	인구 1만 명당 사회복지시설 수

⟹

2차		
영역	지표명	비고
	우울감 경험률	
범죄 (1개)	천 명당 범죄 발생 건수	
주택 및 서비스 (5개)*		

⟹

1차	
영역	지표명
	사회보험 가입률
	공공임대주택 재고율
	1차 진료 현황
	현장 도착 시간 30분 이내 건수 비율
	면 지역 주민등록인구 중 급수 인구 비율
	도보 15분 내 정류장 버스 3회 이상 운행 마을 비율
	시·군별 광대역통합망 구축률
	전체 가구수 대비 임대주택 비율
	대중교통 수송분담률
	등록 장애인 천 명당 장애인 복지 종사자 수
	인구 천 명당 경찰관수
	인구 천명당 소방관수
	노인(60세 이상) 천 명당 노인 여가복지 시설 수
	등록 자동차수 대비 공영주차장 주차 면수
	아동 양육 가정의 양육 부담 경감 정도 체감 수준
	(치과진료 포함) 필요 의료서비스 미치료율
	지역 응급의료기관 수
	가임기 여성 1만 명당 산부인과 분만실 수
	접근성 문제로 인한 필요 의료서비스 미치료율
	환자 거주지 기준 의료이용률
	주택보급률
	주민 1인당 도시공원 조성 면적
	도시 지역 인구 1만

2차		
영역	지표명	비고
	사회보험 미가입률(국민연금, 건강보험, 고용보험)	100 − 원지표값
	전체 가구수 대비 임대주택 비율	
	(치과진료 포함) 필요 의료서비스 미치료율	

1차	
영역	지표명
	명당 도시공원 수
	안전 서비스
	공공질서 수준 및 교통안전시설 만족도
기타 (사회적 박탈 포함) (32개 지표)	노령화지수
	1인 가구 비율
	여성 가구주 가구 비율
	자동차 등록 대수
	이혼율
	이혼사별 비율
	독거노인 비율
	노인인구 비율
	인구 증가율
	고령인구 비율
	도움이 필요한 노인 중 (재가)노인복지서비스 수혜자 비율
	교통사고
	자동차 천 대당 교통사고 발생 건수
	'나홀로 아동' 비율
	독거노인 보호율
	노인 자립적 생활환경 만족률
	아동 안전사고 사망률
	과부담 의료비 지출 가구 비율
	영유아 필수 예방접종률
	일반 건강검진 수검률(1차)
	의료서비스 만족도
	건강보험(생계형) 체납자 비율
	국민기초생활보장 수급자 비율
	차상위계층 수급자

⟹

2차		
영역	지표명	비고
기타 (사회적박탈 포함) (9개 지표)		
	1인 가구 비율	
	여성 가구주 가구 비율	
		이혼사별 비율 선택
	이혼사별 비율	
	독거노인 비율	
		독거노인 비율 선택
	자동차 천 대당 교통사고 발생 건수	
	아동 안전사고 사망률	
	영유아 필수 예방 미접종률	100 − 원지표값, 주택 및 서비스로 영역 이동
	국민기초생활보장 수급자 비율	

1차	
영역	지표명
	비율
	기초연금 수급률
	전반적인 생활 여건
	계층의식(19세 이상)
	계층이동(19세 이상)
	환경 문제에 대한 인식
	대기오염도
	환경소음도
	투표율

2차		
영역	지표명	비고
	미투표율	100 − 원지표값

주: 사회보험 유형별(국민건강보험, 고용보험, 연금보험) 미가입률을 개별 지표로 인정함.
본문 및 비고란에 별도의 설명이 없는 지표는 1) 해석 방향이 불분명한 지표, 2) 음의 값을 보이는 지표, 3) 분율 또는 비율이 아니어서 해석의 방향을 전환(1 - 원 지표값)할 수 없는 지표 등임.

제 4 장 연구 결과

제1절 한국형 지역박탈지수(KorDep_2010) 업데이트
제2절 한국형 지역박탈지수(KorDep_2018) 개발 및
시범적 측정

4 연구 결과

제1절 한국형 지역박탈지수(KorDep_2010) 업데이트

1. 한국형 지역박탈지수(KorDep_2010) 업데이트 결과

가. 영역별 지역박탈지수 비교

김동진 외(2013)의 연구에서 개발한 지역박탈지수(KorDep_2010)를 활용해 2010년과 2015년의 지역박탈 현황을 비교하였다. 분석 결과 사회계급, 교육수준 및 자동차 소유 측면에서의 박탈수준은 2010년에 비해 2015년에 완화된 것으로 나타났으나, 주거 환경, 이혼 또는 사별, 1인 가구, 여성 가구주, 노인 인구, 아파트 거주 측면에서의 박탈수준은 더욱 악화된 것으로 분석되었다.

〈표 3-4-1〉 영역별 지역박탈지수 비교(2010년, 2015년)

구분	한국형 지역박탈지수(KorDep_2010)				한국형 지역박탈지수(KorDep_2015)			
	평균	표준편차	최솟값	최댓값	평균	표준편차	최솟값	최댓값
사회계급	0.3790	0.1394	0.0820	0.7148	0.1874	0.1397	0.0317	0.5661
주거 환경	0.1693	0.1811	0.0017	0.865	0.1791	0.1941	0.0048	0.7998
교육수준	0.2783	0.1256	0.0364	0.5892	0.2208	0.1117	0.0248	0.4465
자동차 소유	0.3948	0.1065	0.1315	0.6660	0.3884	0.1027	0.1083	0.6839
이혼·사별	0.1421	0.0430	0.0624	0.2490	0.1553	0.0492	0.0580	0.2837
1인 가구	0.2643	0.0587	0.1093	0.4010	0.3094	0.0608	0.1559	0.4630

구분	한국형 지역박탈지수(KorDep_2010)				한국형 지역박탈지수(KorDep_2015)			
	평균	표준편차	최솟값	최댓값	평균	표준편차	최솟값	최댓값
여성 가구주	0.2690	0.0417	0.1457	0.3703	0.2883	0.0423	0.1641	0.3935
노인 인구	0.1692	0.0942	0.0402	0.3975	0.2126	0.1123	0.0484	0.4805
아파트 거주	0.6227	0.2058	0.1040	1.0000	0.6473	0.2109	0.1558	1.0000
자료원	2010년 인구주택 총조사(표본 자료)				2015년 인구주택 총조사(표본 자료)			

주: ① 사회계급=15세~64세 인구 중 가구주 최상위 사회계층이 V계층 이하 가구의 모든 가구원수/15~64세 인구수
② 주거 환경=현대식(입식)·단독 부엌이 아니거나, 수세식·단독 화장실이 아니거나, 단독목욕시설이 아니거나, 독립 상수도가 없거나, 연탄아궁이 또는 재래식 아궁이로 난방하는 경우(위 조건 중 하나라도 만족하는 가구수)/총 가구수
③ 교육수준=30~64세 인구 중 고졸 미만 인구수/30~64세 인구수
④ 자동차 소유=자동차를 소유하지 못한 가구수/총 가구수
⑤ 이혼·사별=15세 이상 인구 중 이혼 또는 사별한 인구수/15세 이상 인구수
⑥ 1인 가구=1인 가구수/총 가구수
⑦ 여성 가구주=여성이 가구주인 가구수/총 가구수
⑧ 노인 인구=65세 이상 노인 수/총 인구수
⑨ 아파트 거주=주거형태가 아파트가 아닌 가구수/총 가구수

나. 종합지역박탈지수 비교

다음으로 영역별 세부 구성 요소를 모두 합산한 종합지역박탈지수를 산출하였다. 영역별 지역박탈지수 비교 시 다수의 영역에서 2010년에 비해 2015년에 악화된 양상이 파악되었으나, 영역별 지수를 표준화한 후 합산한 결과 지역박탈 평균 및 양극화 수준은 2010년과 유사하게 나타났다. 단, 종합지역박탈지수의 경우 단일 수치로만 박탈수준을 설명하고 있으므로 영역별 지역박탈지수를 함께 살펴보는 것이 중요하다.

〈표 3-4-2〉 종합지역박탈지수 비교(2010년, 2015년)

구분	한국형 지역박탈지수(KorDep_2010)				한국형 지역박탈지수(KorDep_2015)			
	평균	표준편차	최솟값	최댓값	평균	표준편차	최솟값	최댓값
종합지역박탈지수	0.00	7.74	-20.78	15.87	0.00	7.60	-20.33	15.15

주: 종합지역박탈지수란 구성 요소(세부 지표)의 z-표준화 점수를 모두 합산한 수치임.

제2절 한국형 지역박탈지수(KorDep_2018) 개발 및 시범적 측정

1. 영역별 지역박탈지수

가. 경제·소득·소비 영역

경제·소득·소비 영역의 지역박탈지수는 소득불만족도와 소비생활불만족도로 구성되었으며, 해당 구성 요소의 표준화 점수를 합산해 산출하였다. 박탈지수가 높을수록 박탈수준이 높은 것으로 해석할 수 있으며, 이는 나머지 영역에도 공통적으로 적용된다.

경제·소득·소비 영역 측면에서의 박탈수준은 부산 지역이 2.606으로 가장 높았으며, 세종 지역이 -5.071로 가장 낮았다. 지수의 구성 요소가 정성적 측면의 만족도 내용을 담고 있어 객관적인 경제·소득 경향과는 다소 차이가 있을 수 있다.

〈표 3-4-3〉 지역별 경제·소득·소비 영역 박탈지수 분포

구분		박탈지수
경제·소득·소비 영역	서울	-1.973
	부산	2.606
	대구	0.491
	인천	1.832
	광주	1.262
	대전	-0.962
	울산	2.031
	세종	-5.071
	경기	0.074
	강원	-1.380
	충북	-0.409
	충남	-1.074
	전북	2.445

구분		박탈지수
	전남	0.225
	경북	1.059
	경남	-0.038
	제주	-1.117

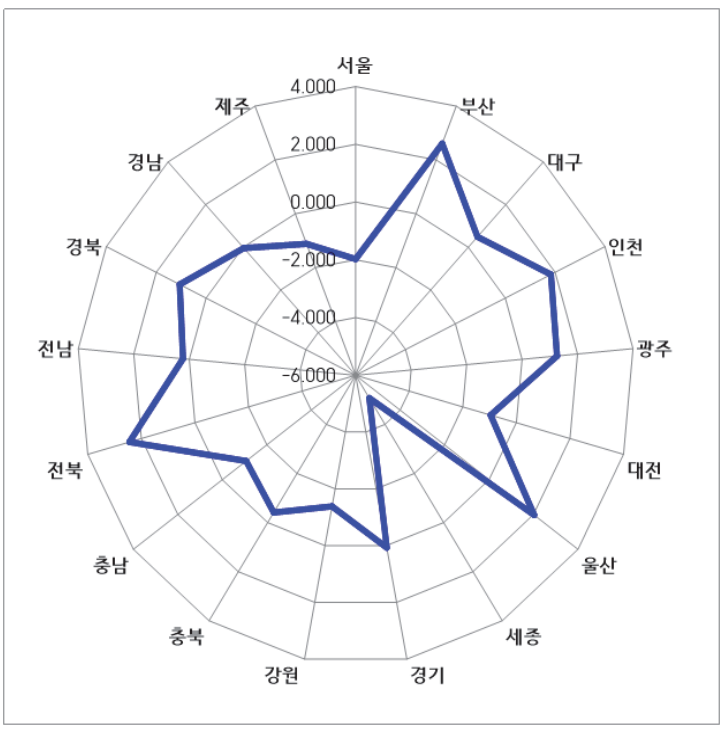
자료: 통계청. (2015). 사회조사 자료를 활용해 연구진이 분석함.

〈표 3-4-4〉 경제·소득·소비 영역 박탈지수 현황

평균	표준편차	최솟값	최댓값
0.000	1.908	-5.071	2.606

자료: 통계청. (2015). 사회조사 자료를 활용해 연구진이 분석함.

[그림 3-4-1] 지역별 경제·소득·소비 영역 박탈지수



자료: 통계청. (2015). 사회조사 자료를 활용해 연구진이 분석함.

나. 고용 영역

고용 영역의 지역박탈지수는 경제활동 미참가율, 실업률, 미고용률, 생산 가능 인구 중 대졸자 미만 비율, 비정규직 비율, 여성 비경제활동 비율로 구성되었다.

고용 영역 측면에서의 박탈수준은 부산 지역이 3.118로 가장 높았으며, 강원, 인천이 뒤를 이었다. 제주 지역은 -7.950로 가장 낮았으며, 경남, 충북, 서울 순으로 박탈수준이 낮았다.

〈표 3-4-5〉 지역별 고용 영역 박탈지수 분포

구분		박탈지수
고용 영역	서울	-0.648
	부산	3.118
	대구	0.624
	인천	2.844
	광주	0.732
	대전	0.303
	울산	-0.175
	세종	1.076
	경기	-0.568
	강원	2.989
	충북	-0.981
	충남	0.210
	전북	0.995
	전남	-0.337
	경북	-0.512
	경남	-1.719
	제주	-7.950

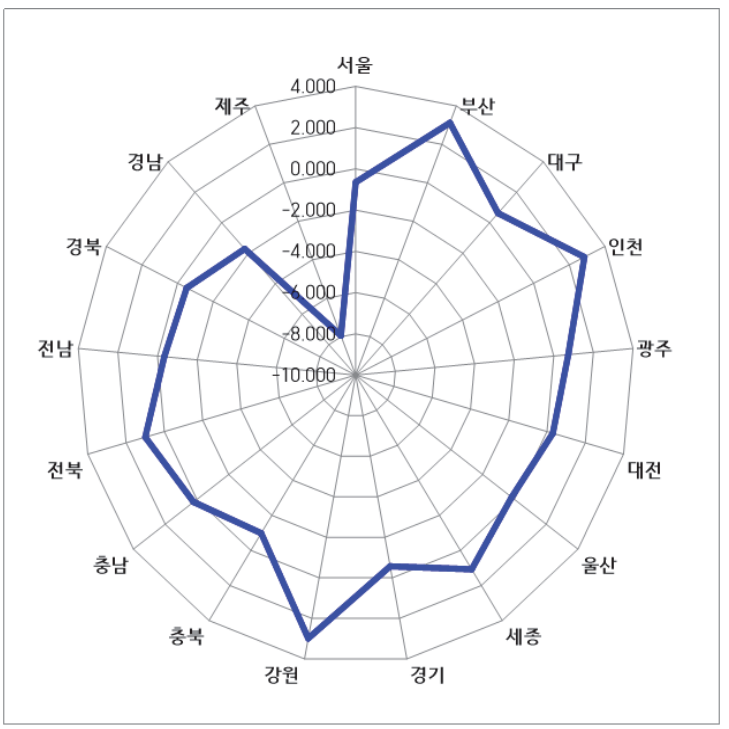
자료: 통계청. (2015). 인구총조사; 통계청. (2015). 경제활동인구조사 자료를 활용해 연구진이 분석함.

〈표 3-4-6〉 고용 영역 박탈지수 현황

평균	표준편차	최솟값	최댓값
0.000	2.478	-7.950	3.118

자료: 통계청. (2015). 인구총조사; 통계청. (2015). 경제활동인구조사 자료를 활용해 연구진이 분석함.

〔그림 3-4-2〕 지역별 고용 영역 박탈지수



자료: 통계청. (2015). 인구총조사; 통계청. (2015). 경제활동인구조사 자료를 활용해 연구진이 분석함.

다. 교육·기술·직업훈련 영역

교육·기술·직업훈련 영역의 지역박탈지수는 기초학력 미달 학생 비율, 낮은 교육수준(고등학교 졸업 미만 교육수준 비율)으로 구성되었다.

교육·기술·직업훈련 영역 측면에서의 박탈수준은 전남 지역이 2.580으로 가장 높았으며, 강원, 전북이 뒤를 이었다. 울산 지역은 -2.456으로 가장 낮았으며, 대전, 대구, 인천 순으로 박탈수준이 낮았다.

〈표 3-4-7〉 지역별 교육·기술·직업훈련 영역 박탈지수 분포

구분		박탈지수
교육·기술·직업훈련 영역	서울	0.451
	부산	-0.804
	대구	-1.447
	인천	-1.116
	광주	-0.435
	대전	-1.629
	울산	-2.456
	세종	-0.742
	경기	-0.353
	강원	2.242
	충북	-0.575
	충남	0.941
	전북	2.000
	전남	2.580
	경북	0.625
	경남	0.558
	제주	-0.244

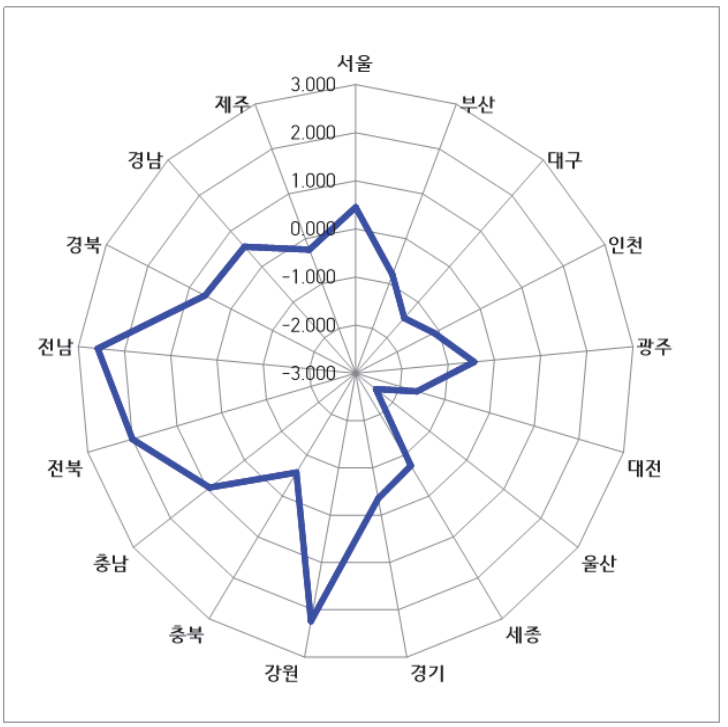
자료: 교육부·한국교육과정평가원. (2015). 기초학력 미달 비율; 통계청. (2015). 인구총조사 자료를 활용해 연구진이 분석함.

〈표 3-4-8〉 교육·기술·직업훈련 영역 박탈지수 현황

평균	표준편차	최솟값	최댓값
-0.024	1.401	-2.456	2.580

자료: 교육부·한국교육과정평가원. (2015). 기초학력 미달 비율; 통계청. (2015). 인구총조사 자료를 활용해 연구진이 분석함.

〔그림 3-4-3〕 지역별 교육·기술·직업훈련 영역 박탈지수



자료: 교육부·한국교육과정평가원. (2015). 기초학력 미달 비율; 통계청. (2015). 인구총조사 자료를 활용해 연구진이 분석함.

라. 건강 및 장애 영역

건강 및 장애 영역 지역박탈지수는 연령 표준화 사망률(전체, 신생물, 순환기계 질환, 호흡기계 질환, 소화기계 질환), 영아사망률, 자살사망률, 주관적 나쁜 건강수준 인지율, 우울감 경험률로 구성되었다.

건강 및 장애 영역 측면에서의 박탈수준은 충북 지역이 4.994로 가장 높았으며, 경남, 부산이 뒤를 이었다. 서울 지역은 -10.198로 가장 낮았으며, 경기, 대전 순으로 박탈수준이 낮았다.

〈표 3-4-9〉 지역별 건강 및 장애 영역 박탈지수 분포

구분		박탈지수
건강 및 장애 영역	서울	-10.198
	부산	4.392
	대구	2.628
	인천	-0.530
	광주	-1.614
	대전	-4.602
	울산	1.455
	세종	2.967
	경기	-6.849
	강원	4.163
	충북	4.994
	충남	0.833
	전북	-3.954
	전남	1.395
	경북	4.099
	경남	4.926
	제주	-4.107

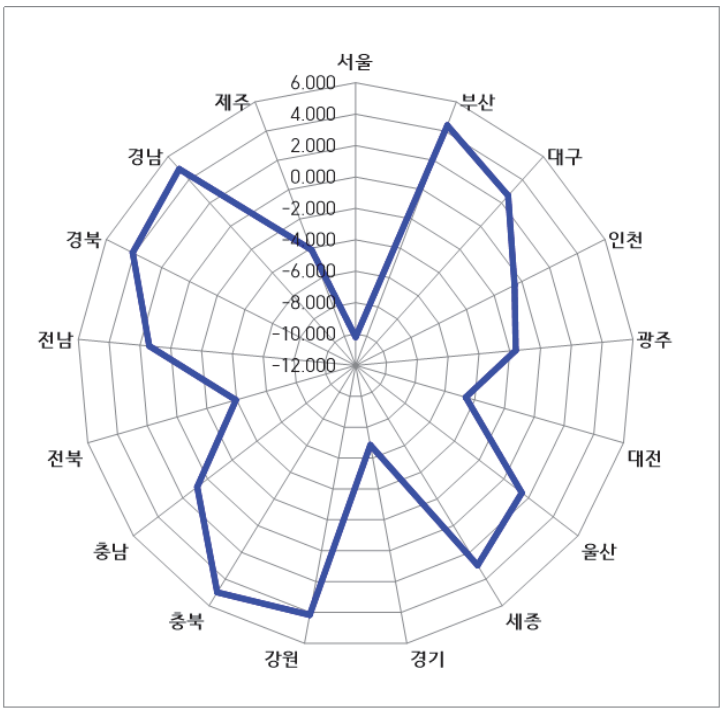
자료: 통계청. (2015). 사망원인통계; 통계청. (2015). e-지방지표; 질병관리본부. (2015). 지역사회 건강조사 자료를 활용해 연구진이 분석함.

〈표 3-4-10〉 건강 및 장애 영역 박탈지수 현황

평균	표준편차	최솟값	최댓값
0.000	4.545	-10.198	4.994

자료: 통계청. (2015). 사망원인통계; 통계청. (2015). e-지방지표; 질병관리본부. (2015). 지역사회 건강조사 자료를 활용해 연구진이 분석함.

〔그림 3-4-4〕 지역별 건강 및 장애 영역 박탈지수



자료: 통계청. (2015). 사망원인통계; 통계청. (2015). e-지방지표; 질병관리본부. (2015). 지역사회 건강조사 자료를 활용해 연구진이 분석함.

마. 범죄 영역

범죄 영역 지역박탈지수는 천 명당 범죄 발생 건수로 구성되었다.

범죄 영역 측면에서의 박탈수준은 제주 지역이 2.955로 가장 높았으며, 광주, 부산이 뒤를 이었다. 전북 지역은 -1.271로 가장 낮았으며, 충남, 대전 순으로 박탈수준이 낮았다.

〈표 3-4-11〉 지역별 범죄 영역 박탈지수 분포

구분		박탈지수
범죄 영역	서울	-0.170
	부산	0.696
	대구	0.659
	인천	-0.468
	광주	0.988
	대전	-0.802
	울산	0.315
	세종	—
	경기	-0.425
	강원	0.056
	충북	-0.534
	충남	-0.939
	전북	-1.271
	전남	-0.318
	경북	-0.512
	경남	-0.233
	제주	2.955

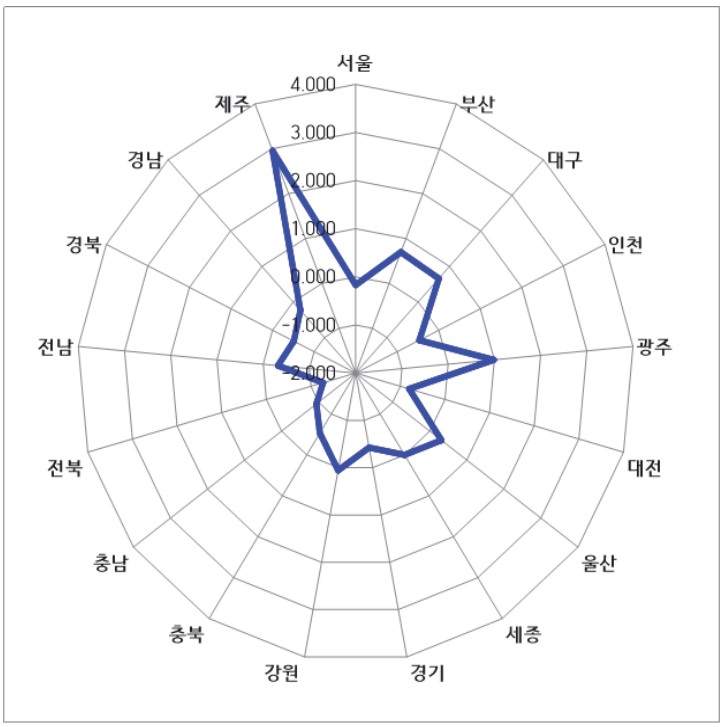
자료: 통계청. (2015). 경찰청 범죄통계; 통계청. (2015). 주민등록인구 자료를 활용해 연구진이 분석함.

〈표 3-4-12〉 범죄 영역 박탈지수 현황

평균	표준편차	최솟값	최댓값
0.000	1.000	-1.271	2.955

자료: 통계청. (2015). 경찰청 범죄통계; 통계청. (2015). 주민등록인구 자료를 활용해 연구진이 분석함.

〔그림 3-4-5〕 지역별 범죄 영역 박탈지수



자료: 통계청. (2015). 경찰청 범죄통계; 통계청. (2015). 주민등록인구 자료를 활용해 연구진이 분석함.

바. 주택 및 서비스 영역

주택 및 서비스 영역 지역박탈지수는 사회보험 미가입률(국민연금 미가입률, 건강보험 미가입률, 고용보험 미가입률), 전체 가구수 대비 임대주택 비율, 필요 의료서비스 미치료율, 영유아 필수예방 미접종률 등으로 구성되었다.

주택 및 서비스 영역 측면에서의 박탈수준은 세종 지역이 14.648로 가장 높았고, 울산 지역은 -9.795로 가장 낮았다.

〈표 3-4-13〉 지역별 주택 및 서비스 영역 박탈지수 분포

구분		박탈지수
주택 및 서비스 영역	서울	2.446
	부산	0.592
	대구	-0.012
	인천	-0.747
	광주	1.816
	대전	-1.961
	울산	-9.795
	세종	14.648
	경기	-0.835
	강원	-1.635
	충북	-1.834
	충남	-1.455
	전북	0.457
	전남	2.556
	경북	-2.212
	경남	-4.423
	제주	2.850

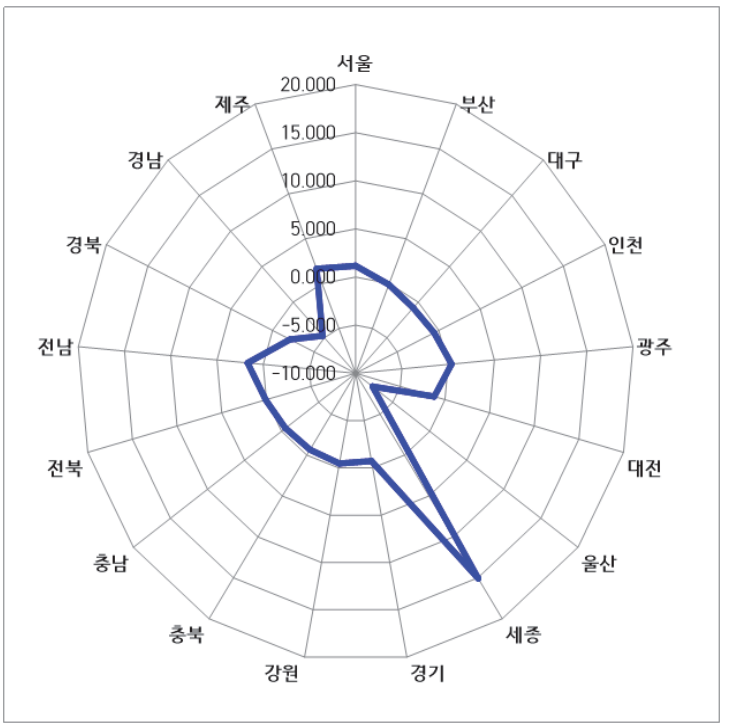
자료: 통계청. (2015). 지역별고용조사; 통계청. (2017). e-지방지표; 질병관리본부. (2015). 지역사회건강조사 자료를 활용해 연구진이 분석함.

〈표 3-4-14〉 주택 및 서비스 영역 박탈지수 현황

평균	표준편차	최솟값	최댓값
0.027	4.826	-9.795	14.648

자료: 통계청. (2015). 지역별고용조사; 통계청. (2017). e-지방지표; 질병관리본부. (2015). 지역사회건강조사 자료를 활용해 연구진이 분석함.

〔그림 3-4-6〕 지역별 주택 및 서비스 영역 박탈지수



자료: 통계청. (2015). 지역별고용조사; 통계청. (2017). e-지방지표; 질병관리본부. (2015). 지역사회건강조사 자료를 활용해 연구진이 분석함.

사. 기타 영역

기타 영역은 1인 가구 비율, 여성 가구주 가구 비율, 이혼·사별 비율, 독거노인 비율, 자동차 천 대당 교통사고 발생 건수, 아동 안전사고 사망률, 국민기초생활보장수급자 비율, 미투표율 등 별도의 영역으로 분류하기 어려우나 산출 필요성이 높은 세부 지표로 구성하였다.

기타 영역 측면에서의 박탈수준은 전남 지역이 6.085로 가장 높았고, 울산 지역은 -9.120으로 가장 낮았다.

〈표 3-4-15〉 지역별 기타 영역 박탈지수 분포

구분		박탈지수
기타 영역	서울	-2.308
	부산	2.467
	대구	2.651
	인천	-6.550
	광주	2.737
	대전	-2.437
	울산	-9.120
	세종	-8.655
	경기	-7.650
	강원	5.548
	충북	2.884
	충남	1.519
	전북	5.186
	전남	6.085
	경북	5.190
	경남	1.502
	제주	-0.481

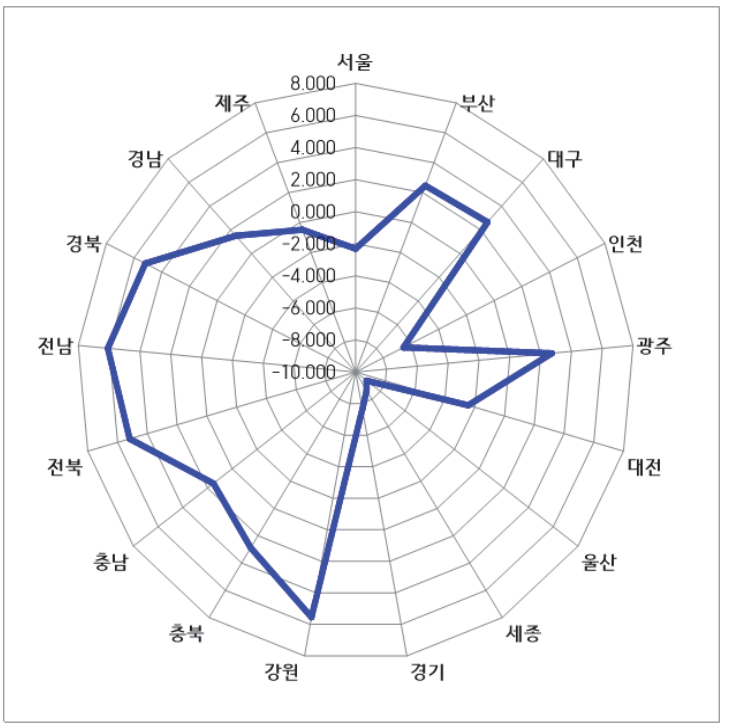
자료: 통계청. (2015). 인구총조사; 통계청. (2015). e-지방지표; 질병관리본부. (2015). 지역사회건강조사; 중앙선거관리위원회. (2016). 투표율 자료를 활용해 연구진이 분석함.

〈표 3-4-16〉 기타 영역 박탈지수 현황

평균	표준편차	최솟값	최댓값
-0.084	5.160	-9.120	6.085

자료: 통계청. (2015). 인구총조사; 통계청. (2015). e-지방지표; 질병관리본부. (2015). 지역사회건강조사; 중앙선거관리위원회. (2016). 투표율 자료를 활용해 연구진이 분석함.

〔그림 3-4-7〕 지역별 기타 영역 박탈지수



자료: 통계청. (2015). 인구총조사; 통계청. (2015). e-지방지표; 질병관리본부. (2015). 지역사회건강조사; 중앙선거관리위원회. (2016). 투표율 자료를 활용해 연구진이 분석함.

2. 종합지역박탈지수

영역별로 살펴본 경제·소득·소비 박탈지수, 고용 박탈지수, 교육·기술·직업훈련 박탈지수, 건강 및 장애 박탈지수, 범죄 박탈지수, 주택 및 서비스 박탈지수, 기타 박탈지수를 합산한 종합지역박탈지수는 다음과 같다.

박탈수준은 부산 지역이 가장 심각했으며, 전남, 강원 순으로 지역박탈수준이 높은 것으로 확인되었다. 울산 지역의 박탈수준이 가장 낮았으며, 경기, 서울 순으로 지역박탈수준이 낮은 것으로 나타났다.

〈표 3-4-17〉 종합지역박탈지수 분포

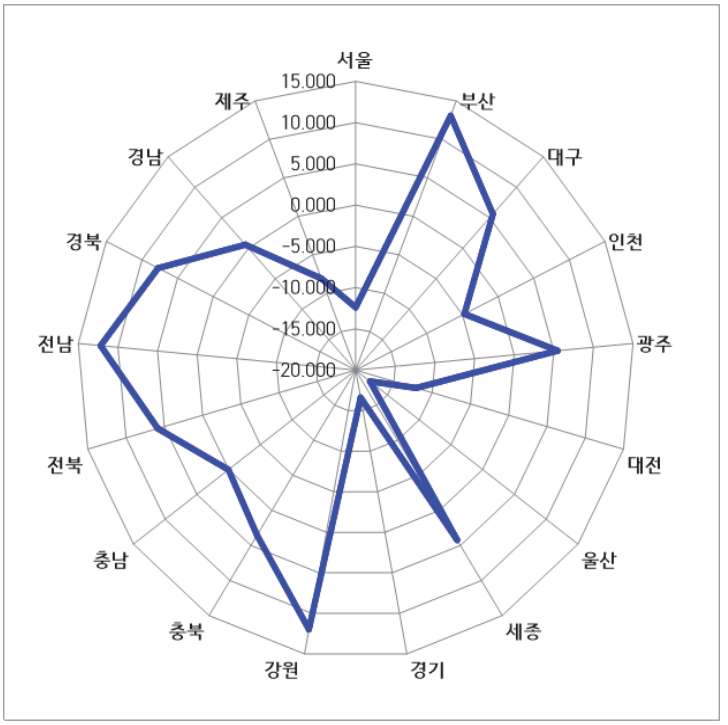
구분		박탈지수
종합지역박탈	서울	-12.399
	부산	13.066
	대구	5.594
	인천	-4.736
	광주	5.486
	대전	-12.088
	울산	-17.744
	세종	4.224
	경기	-16.605
	강원	11.982
	충북	3.544
	충남	0.035
	전북	5.858
	전남	12.187
	경북	7.737
	경남	0.574
	제주	-8.094

주: 경제·소득·소비 영역, 고용 영역, 교육·기술·직업훈련 영역, 건강 및 장애 영역, 범죄 영역, 주택 및 서비스 영역, 기타 영역 박탈지수를 합산해 산출하였음.

〈표 3-4-18〉 종합지역박탈지수 현황

평균	표준편차	최솟값	최댓값
-0.081	10.185	-17.744	13.066

〔그림 3-4-8〕 종합지역박탈지수



주: 경제·소득·소비 영역, 고용 영역, 교육·기술·직업훈련 영역, 건강 및 장애 영역, 범죄 영역, 주택 및 서비스 영역, 기타 영역 박탈지수를 합산해 산출하였음.

제 4 부 의료이용의 불평등 모니터링

제1장 서론
제2장 이론적 검토
제3장 연구 방법
제4장 연구 결과

제 1 장 서론

제1절 연구 배경과 필요성
제2절 연구 목적

1 서론

제1절 연구 배경과 필요성

미충족 의료 지표는 접근성, 보장성, 불평등과 같은 의료체계의 성과나, 보건의료와 사회정책을 평가하는 데 사용되기도 하며, 경제 위기와 긴축과 같은 사회적 변화의 영향을 보는 지표로도 쓰이는 등 의료이용에 관한 연구와 정책에 자주 활용된다.

다른 의료이용 지표로는 의료이용량이나 의료비가 있다. 건강보험 자료를 이용한 실제 이용 지표의 경우 전문가가 판단한 필요에 대해 실현된 이용 정도를 알 수 있다는 장점이 있지만, 의료필요가 있어도 의료를 이용하지 못하는 경우나 이용했더라도 충분하거나 적절하지 못했던 경우까지는 알 수 없다는 단점이 있다.

의료이용과 의료비의 형평성을 비교하는 것으로 소득수준에 따라 이용하는 의료의 질이 불평등함을 설명하기도 하지만, 이는 여러 단계의 추측을 거친 결과라는 점에서 한계가 있다.

이 연구에서 주목하는 미충족 의료 지표는 지금까지 다른 의료이용 지표에 비하면 주관적 성격을 지닌다는 점에서 다소 과소평가되어 왔다. 미충족 의료의 개념에 따르면 의료를 이용하지 못한 것을 포함해 가장 직접적으로 실제 필요가 충족되고 있는지를 알 수 있다는 점에서 장점이 있다. 당사자에게 직접 묻는 방식이기 때문에 질문 내용에 따라 어떤 종류의 미충족이 있고, 왜 그렇게 되었는지도 확인할 수 있다. 특히 불평등의 경우 현실에 존재하는 괴로움이라는 차원에서 당사자의 인식과 경험을

평가하는 미충족 의료 지표가 더욱 적합한 측면도 있다.

전통적으로 의료 분야는 지식 권력과 제도적 특성에 따라 전문가의 영역이라는 인식이 컸고, 지표나 연구에서도 이와 같은 관점이 반영되어 있다. 그러나 최근에는 미국의학연구소가 제시한 환자 중심 의료 또는 WHO가 제안한 사람 중심의 보건의료와 같은 개념이 더욱 중요해지고 있다. 사회적으로도 이에 대한 이해와 요구가 커지고 있다(IOM, 2001; WHO, 2007).

따라서 필요와 이용에 대한 당사자의 인식과 경험을 묻는 것은 이와 같은 차원에서 규범적인 당위성을 갖는다. 당사자에게 이유를 확인하는 것은 인과성의 측면에서 통계적 분석보다 더 직접적이다. 어떠한 경로와 단계를 거치고 어떠한 맥락과 조건에서 미충족 의료가 일어나는지를 파악하는 것은 미충족 의료에 대한 정책적 개입 지점을 발견하고 계획할 수 있게 도와줄 것이다.

연구진은 지난 2년에 걸친 연구를 통해 의료이용과 미충족 의료에 대한 일반인의 경험을 질적 연구를 통해 분석하고, 그를 기반으로 기존의 지표를 보완하기 위한 새로운 미충족 의료 지표를 개발하였다(김동진 외, 2016; 김동진 외, 2017).

기존의 지표는 프록시로 활용하는 데 중점을 두다 보니 그 개념이 지니는 충분한 의미를 다 담지 못하는 한계가 있었다. 2년차 연구에서 개발한 미충족 의료 측정도구는 의료를 찾고 선택하는 과정부터 이용한 결과에 이르는 의료이용의 단계에 따라 미충족 의료의 경험 여부와 이유를 측정할 수 있다. 이때 미충족 의료의 유형은 이용 여부가 아니라 필요를 충족하기 어려웠던 경험부터 측정하되 이용 지연, 미이용, 이용 포기, 과소 이용, 추가 이용과 같이 연속적인 특성을 지닌 미충족 의료 경험을 측정할 수 있도록 설계되었다. 또한 어떤 의료필요 상황이었는지를 함께 질문함

으로써 의료필요에 따라 달라질 수 있는 경험과 인식을 보완하고자 하였다. 의료필요 상황은 역시 이용자의 관점을 반영하여 '증상이 불안하여 확인해 보고 싶어서'와 같이 인터뷰 중에 나타난 의료이용 상황들을 포함하여 구성하였다.

미충족 경험의 이유는 기존 지표에서의 선택지가 개인적 요인에 집중되었던 것과 비교할 때 공급자 요인이나 제도적 요인을 포함한 더 전체적인 현상이 드러날 수 있도록 구성하였다. 마지막으로 사회적 연결망(인맥), 의료이용의 주요 정보원, 복합 요인으로서의 시간적 여유, 의사소통 역량과 문제 제기 역량, 의료기관의 실질적 가용성과 같은 의료이용 대응 자원을 포함하여 미충족 의료 발생의 중간 경로 요인을 측정하였다.

이와 같은 정량적 방법을 통해 기존 지표를 보완하고자 하였다. 일부는 가능했지만, 어떤 부분은 여전히 측정하기 어려웠다. 첫째, 미충족 의료 경험의 형태에서 의료이용을 단 한 번의 경험이 아니라 에피소드 전반에 걸친 평가를 한다든지 장기적 '상태'로서의 의료필요 미충족을 평가하지는 못했다. 둘째, 스스로 생각하는 의료필요의 크기나 중요도를 보정하기가 어려웠다. 같은 상황이라도 개인이 인지하는 방식이 다르고, 이는 같은 경험을 미충족으로 판단할 것인지 아닌지에 관련된다. 특히 인지 방식이 특정 사회경제적 특성에 따라 경향을 가지는 것이라면 미충족 결과에 비뚤림이 생길 수 있다. 셋째, 개인이 스스로의 경험에 대해 회상하고 평가하여 응답하는 문항이므로 의료필요의 인지 단계에서 있었던 미충족은 측정이 불가하다. 넷째, 의료필요가 미충족되는 경로에 대해 선택지를 보완했지만, 여전히 가장 큰 이유 한 가지만을 선택하도록 설계하다 보니 여러 조건과 상황이 각기 다른 중요도와 순서를 가지고 복합적으로 발생하는 기제에 대해서 충분히 파악하기 어려웠다.

이상의 한계에 대해서는 문항을 더욱 구체화하고 수를 늘리면 파악이

더 가능한 부분도 있을 것이다. 그러나 문항을 제한 없이 늘리는 것은 현실적 차원과 신뢰도 차원에서 적절하지 않다. 또한 기제와 경로에 대한 파악은 문항을 늘려서 될 수 있는 것이 아니라 정성적으로 측정할 때 비로소 충분히 이해할 수 있는 부분이기도 하다. 필요 인지 단계에서의 미충족은 정량적 측정에서도 쉽지는 않으나, 과거의 경험을 현재에 와서 미충족으로 평가하는 식으로 인지 단계의 미충족이 발견되는 경우도 있었다.

정량적 측정의 가장 큰 한계는 단지 구성의 문제만 있는 것이 아니다. 설문지가 구성된 후에는 해당 설문지에 포함된 내용 이상의 것을 측정할 수 있다는 점이다. 정량적 측정을 포함한 정기적인 정성적 측정은 시대와 사회에 따라 변화하는 의료필요와 미충족을 포착할 수 있게 해 주고 복잡한 기제를 파악하는 데에도 도움이 될 것이다. 정량적 측정이 일반화의 장점이 있는 반면 한계가 명확하기 때문에 정성적 방법을 통해 도구를 계속해서 개선해 나가고 새로운 현상을 발견해 나가는 작업이 함께 이루어져야 한다. 그래야 현실에 존재하는 미충족을 측정하고자 하는 목표를 제대로 달성할 수 있을 것이다.

이 연구는 방식으로서는 정성적 접근을 선택하였으며, 내용적으로는 지역 내의 미충족 의료에 초점을 맞춤으로써 궁극적으로 지역 간 의료이용 불평등의 다양한 측면을 드러내는 것을 목표로 하였다. 지난 2년간의 정성적 자료 수집과 분석 과정에서 의료이용의 사회적 결정 요인을 파악할 수 있었는데, 그중에서 두드러진 것이 지역(거주지) 요인이었다. 인터뷰뿐 아니라 정량적 조사 결과 분석에서도 지역은 의료이용 불평등의 핵심 축으로 나타났다. 이에 이 연구는 정성적 측정을 통해 양적으로 명명되기 어려운 미충족 현상과 그 심층 기제 파악에 무게를 둠으로써 지역 간 의료불평등 양상을 파악하는 데 활용할 수 있는 도구를 개발하고 시범

적으로 적용해 보고자 하였다.

지역 간 의료이용 불평등 현상의 온전한 모습을 파악하기 위해서는 지역의 미충족 의료에 대한 정량적 측정 방법의 개선뿐 아니라 정성적 측정 방법까지 포함하여 종합적으로 파악하는 것이 필요하다. 연구를 통해 정책 계획에 정보를 제공하고 실질적인 변화를 위한 근거를 제시하려면 문제가 되는 사회현상이 발생하는 기제와 심층 구조에 대한 이해가 풍부해야 한다. 그러나 지금까지는 정량적 측정 방법 외에는 시도가 적어 자료가 거의 축적되어 있지 않았다. 이 연구를 통해 정성적 측정 도구를 개발하고 활용 가능성을 보임으로써 사회현상을 다양한 방법으로 측정하고, 그 결과를 종합적으로 활용하고 적용할 수 있는 사례를 정립할 수 있을 것이다.

제2절 연구 목적

이 연구의 목표는 지역 간 의료이용 불평등의 현실을 제대로 측정하기 위해 정성적 미충족 의료 측정도구를 개발하고 활용 가능성을 모색하는 것이다. 기존의 정량적 측정뿐 아니라 정성적 측정을 더해 종합적으로 현실을 파악함으로써 의료이용에 관한 정책 계획과 평가로 이어질 수 있는 방안을 마련하고자 한다. 세부 목표는 다음과 같다.

○ 지역 의료불평등 현황을 설명할 수 있는 미충족 의료 지표의 정성적 측정과 평가 방안을 마련한다.

○ 개발한 정성적 미충족 의료 측정도구를 시범 지역에 적용하여 도구의 활용 가능성을 확인한다.

제 2 장 이론적 검토

제1절 지역 의료불평등 관련 기존 현황 평가의 한계
제2절 정량적·정성적 방법을 종합한 모니터링 국내외 사례

2 이론적 검토

제1절 지역 의료불평등 관련 기존 현황 평가의 한계

2년차 연구에서는 의료불평등 모니터링의 개선 방안을 마련하기 위해 미충족 의료 측정을 위한 정량적 지표를 개발하였다. 이 과정에서 질적 연구를 기반으로 개발한 양적 측정 방법조차도 한계가 있음이 드러났다. 예를 들어 인식하고는 있지만 표출하기 쉽지 않은 것이나 의사·환자 관계의 모호한 경계 속에서 발생하는 실질적인 미충족 문제의 경우는 설문 도구로 측정하기 어려웠다. 이에 이 연구에서는 정성적 평가 도구를 개발하여 이를 보완하고자 한다.

1. 지역 의료불평등과 미충족 의료

가. 국내 지역 의료불평등의 현황

이용재 외(2005)는 도농 간 보건의료자원을 비교한 연구에서 도시적 특성을 가질수록 더 많은 자원이 분포되어 있고, 이는 실제적 의료필요와는 반대임을 보여 주었다(이용재 외, 2005, pp. 49-78). 또한 지역 간 건강보험 이용의 형평성을 지역 주민의 의료필요 차이를 반영하여 분석하였다. 분석 결과 급여액과 외래 이용, 입원 이용 집중지수 모두 르그랑(Le Grand)지수가 더 커진 양(+)의 값으로, 도시 주민에 유리한 이용이 이루어지는 것으로 나타났다. 즉 의료필요를 반영할 경우 농어촌 주민에게 더

욱 불평등하다는 뜻이다(이용재, 2008, pp. 5-38).

한편 주관적인 불평등의 인식 역시 중요한데, 김준우 외(2014, pp. 149-159)는 암 치료 경험이 있는 환자 본인이나, 그 주변인들을 대상으로 하여 이들이 '능력과 경험이 상대적으로 떨어지는 의료진'과 '서울에 미치지 못하는 의료 시설 장비'가 지역 간 격차의 주요 요인으로 생각하고 있음을 보여 주었다. 이 연구는 새로운 이론적 개념을 정의하고 의료서비스의 지역 간 격차 해소 필요성을 언급하였다.

나. 지역에서의 보건의료 불평등 평가를 위한 시도

지역 간 의료불평등은 보편적인 국가적 관심사이다. 특히 호주, 캐나다, 미국과 같은 주요 선진국에서는 보건의료 취약 지역을 선정하고 관련 사업, 프로그램을 운영하고 있다. 한국에서도 분만 취약지나, 응급의료 취약지와 같은 의료 취약 지역의 선정과 지역 보건 취약 지표의 개발을 통하여 지역 간 의료 격차를 해소하기 위한 노력을 해 왔다. 그 예로 보건복지부에서는 분만 의료 취약지 기준을 선정하였다. 한국건강증진개발원에서는 지역 보건 취약 지표에 대한 적합성 검토를 통해 지표를 재설정한 뒤 핵심 지표 11개와 보조 지표 5개, 총 16개 지표를 가지고 크게 지역 낙후성 영역과 보건의료 취약성 영역으로 구성하였다. 여기에는 보건의료 필요(65세 이상 인구 비율, 기초생활수급자 비율, 중증장애인등록자 비율), 보건의료자원(인구 만 명당 일차진료 의사수), 건강수준(표준화 사망률)이 포함된다(한국건강증진개발원, 2014, pp. 4, 6, 11, 14-15).

2. 선행연구들의 한계

검토한 선행연구들의 핵심적인 한계는 대다수가 정량적 측정법에 의한 평가에 머무르고 있다는 점이다. 정량적 측정법의 한계는 다음과 같다.

첫째, 의료의 미충족이 다차원적이고 복합적인 개념이나, 이러한 미충족 의료의 다차원성을 반영하기에는 현재까지의 정량적 평가 방식이 여러 면에서 한계가 따른다. 앞서 언급하였듯 미충족 의료는 더 이상 의료기관의 미이용률을 일컫는 단순한 개념이 아니다. 최근의 국외 연구의 동향을 살펴보면 미충족 의료의 개념을 확장하고 세분화하려는 시도들이 이어져 왔다. 알린 외(Allin, Grignon, & Le Grand, 2010, pp. 465-472)에 따르면 미충족 의료를 다음의 다섯 가지 유형인 ① 인지되지 않은 미충족 필요, ② 주관적이면서 스스로 선택한 미충족 필요, ③ 주관적이면서 스스로 선택하지 않은 미충족 필요, ④ 주관적이면서 의료 전문가 시각에도 부합하는 미충족 필요, ⑤ 주관적 미충족 기대로 분류하였다.

문제는 기존의 설문조사를 통한 방식으로는 상기한 유형들을 구별할 수가 없다는 것이다. 양적으로 측정하면 단편적 인식 이상의 것이 탐지되기 어렵다. ①번과 ④번은 그와 같은 방식으로 드러나기 어려울 것이다. ④번의 경우 조사 대상자를 확장하여 비교하는 전략을 취할 수도 있겠으나, 정량적 평가보다는 정성적 평가를 이용하는 것이 위와 같은 유형 사이의 미묘한 차이를 가려 낼 가능성을 높일 수 있을 것이다.

둘째, 정량적 평가는 빠르게 변화하는 보건의료를 둘러싼 사회경제적 맥락을 드러내기에 적지 않은 제약이 존재한다. 미충족 의료는 의료이용에 대해 가지고 있는 기대치와 실제 경험의 인식, 그리고 그 인식에서 본인의 규범적 기준을 거쳐 충족 여부를 판단하는 경로에 따라 결정된다(김

동진 외, 2017, p. 471). 여기서 기대치와 본인의 판단 기준은 모두 사회문화적 기반하에서 형성된다. 이는 개인의 주관적인 경험일지라도 특정 사회와 시대에 따라, 그리고 개인이 처한 사회경제적 조건에 따라서 그 의미와 대상이 유동적으로 변화될 수 있다는 뜻이기도 하다(김동진 외, 2017, p. 403). 이러한 것은 정량적 평가가 어려운 부분이므로 정성적 평가를 통해 질적인 변화를 감지할 수 있어야 한다.

3. 정성적 평가 도구 개발의 필요성

가. 정성적 평가의 장점

정성적 측정도구는 정량적 자료 해석의 중요한 단서가 될 수 있다. 나아가 정성적 측정도구로 획득된 자료가 향후 정량적 측정도구를 개량시키는 단초가 될 수도 있다. 이러한 보조적 역할 외에도 미충족 의료의 본질에 대한 고유의 정보를 제공할 수도 있다. 이에 따라 미충족 의료에 대한 평가 방식에 정성적 방법을 도입하려는 시도가 꾸준히 이루어지고 있다(Drennan et al., 2007; Samuels-Kalow et al., 2016). 이는 질적 측정 방식이 양적 측정 방식으로는 쉽지 않은 개념의 확장과 심층적 구조를 파악할 수 있다는 가능성을 보여준다. 사회현상을 제대로 파악하고 개선을 이끌어 내기 위한 측정이 되려면 양적, 질적 방식을 조화시키는 혼합적, 또는 통합적 지표 개발이 필요하다.

미충족 의료 개념의 범위는 분화와 확장이 일어나는 추세인데, 이 과정에서 정성적 분석이 큰 역할을 할 수 있다. 우선 미충족 의료 개념의 확장은 의료의 범위에 예방적 서비스, 건강 관련 돌봄을 포함시키기도 하고 이용하지 못함과 이용 지연을 구분하여 측정하기도 하며 의사의 진료와 약

품 구매를 구분하는 등 다각적으로 이루어졌다(Henning-Smith, McAlpine, Shippee, & Priebe, 2013; Horner-Johnson & Dobbertin, 2014). 연구진의 2년차 연구에서도 미충족의 분모가 되는 의료필요를 신체적, 정신·심리적, 비의료적 필요로 분리하고, 각각의 의료이용 단계에서 인식된 미충족 필요 역시 구분한 바 있다. 이 결과는 정성적 분석 방법에 의한 자료 분석을 통해 도출될 수 있었다(김동진, 2017, pp. 464-468).

나. 정성적 평가 연구의 현황

아직까지는 대다수의 연구들이 정성적 방법의 분석을 통하여 정량적 평가 도구를 보완하는데 그친다. 독자적으로 기능하는 정성적 평가 도구 개발은 적은 편이다. 특히나 국내에서는 미충족 의료를 다룬 기존의 질적 연구가 적었고, 자료 수집 역시 체계화된 정성적 지표 도출 단계까지 진행할 만큼 충분하지는 않다(김동진 외, 2017, p. 410). 즉 '정성적 분석을 시행하는 것'과 '정성적 평가 도구를 개발하는 것'은 엄연히 구분되는 작업이다. '개발한 도구를 적용하는 것'은 또 다른 작업이라 할 수 있다. 현재까지 국내 보건의료 영역에서 위의 세 가지 정성적 평가 과정은 모두 낯선 작업이며, 그나마 정성적 분석이 시도되고 있는 실정이다. 이에 비해 교육학이나 행정학 등 다른 영역에서는 종종 정성적 평가 도구 개발을 시도해 왔다(나경은, 서유진, 2010; 임령, 2013; 정지영, 2017; 표윤희, 2014).

이 연구의 세부 목표는 지역 간 건강불평등의 관점에서 미충족 의료를 정성적으로 평가하는 도구를 개발하여 특정 지역을 대상으로 모니터링 작업에 실제 적용을 하는 것이다. 다음으로 정성적 방법을 적용했거나 정

량적 방법과 함께 사용한 모니터링의 국내외 사례를 검토하였다.

제2절 정량적·정성적 방법을 종합한 모니터링 국내외 사례

아직까지는 보건의료 영역에서 정성적 평가 도구를 개발한 사례가 적은 편이며 이를 모니터링에 적용한 예는 더욱 드물다. 상황이 이렇다 보니 안정적으로 사용 가능한 도구 형태가 정립되지 않았다. 특히 국내에서는 일회성의 정성적 분석을 시도하는 실정이다.

'모니터링'이란 정책과 프로그램의 영향력을 평가하기 위해 '시간에 따른 변화를 반복적으로 관찰하는 지속적인 순환 과정'(WHO, 2017, p. 3; 김동진, 2017, p. 52 재인용)이다. 이 순환 과정은 일반적으로 ① 적절한 지표의 확인, ② 지표 구성의 근거가 되는 자료 획득, ③ 자료 분석, ④ 결과 보고, ⑤ 관련 정책과 프로그램, 활동을 향상하기 위한 변화 도입 등의 단계로 구성된다(WHO, 2013, pp. 1-2). 모니터링에서 정량적인 지표에 의해 정량적 방식으로 자료를 획득하고, 이를 분석하며, 정량적으로 나타낼 수 있는 결과만을 보고한 후 변화 도입의 전략을 수립하는 것은 한계가 있을 수밖에 없다. 실질적인 필요에 의해 지역 보건 사업이나 국제 개발 사업에서는 측정 내지는 혼합적 방법(mixed method)이 자주 사용되는 것을 볼 수 있다(김동진 외, 2017, p. 404).

미국 국제개발처(US Agency for International Development, 이하 USAID)는 모니터링의 지표로 이해 당사자의 시각에 따른 차이가 있는지 방식(stakeholder feedback), 사업 결과에 영향을 미치는 생성 과정과 인과 경로 파악(process monitoring of impacts), 그리고 넓은 의미에서의 '변화의 영역'에서 관련 당사자들의 이야기 수집(most significant change) 등 다양한 정성적 측정법을 활용할 수 있다고 권고한

다. 결과물 측정(outcome harvesting) 역시 정성적 자료 수집을 포함한다(USAID, 2016, pp. 6, 16).

국제보건기구에서도 'Health 2020' 정책의 지표로 세 가지의 정성적 지표를 제안한 바 있다. 이는 각각 건강불평등을 줄이기 위한 국가적·준국가적 정책, 표적 설정 과정의 확립, 그리고 Health 2020에 맞춘 국가적 보건 정책과 도입 계획, 설명 기전 등이다(WHO, 2014, p.1). 위스뉴스키 등은 건강 시스템 강화 프로그램에 대한 모니터링과 평가를 경직되게 하는 요인들이 무엇인지를 평가하기 위해 면담과 정성적 분석을 시행한 바 있다. 이를 통해 유용한 지표의 부재 등을 비롯한 여러 요인이 규명될 수 있었다(Wisniewski, Yeager, Diana, & Hotchkiss, 2016). 하지만 여전히 상당수의 연구들은 보건의료체계나 그 결과를 모니터하는 것이 아니라 관련 인력의 태도나 만성질환 관련 프로그램에 대한 인식, 근골격계 질환 예방 문화 등 다소 지엽적이고 기술적인 범위에 국한하여 모니터하고 있다(Chantler et al., 2016; Hafetz & Miller, 2010; Tappin, Bentley, & Ashby, 2015).

국내에서도 '공공의료기관의 계획과 평가', '보건소 통합건강증진사업의 평가'에서 정성적 평가를 시행 중이다(김동진, 2017, p. 418). 여기서 주의해야 할 점은 '정성적 평가'라든가 '정성적(질적) 지표'라는 표현을 명시적으로 하지 않은 실질적 지표와 도구들도 존재한다는 사실이다. 예를 들어 최근 국내 패널 데이터 구축 역시 질적인 평가 자료를 수집하여 양적인 측정 결과를 보완하고 있다. 이를테면 김미곤(2013)은 한국 복지패널 중 100개의 빈곤 가구로 정성적 자료 패널을 구축하여 취약계층의 삶에 대해 혼합 분석을 시도한 바 있다.

이와 같이 선행연구들을 고찰한 바에 의하면 국내외에서 정성적 평가 도구 개발의 필요성이 점차 부각되고 있다. 그 이유는 정량적 측정 방법

의 한계와 정성적 평가 방법의 독자적 혹은 보완적인 가치 때문이다. 보건의료 영역에서도 모니터링 작업에 정성적 평가와 혼합적 지표를 사용하려는 시도가 이루어지고 있지만, 아직까지는 고정된 형식이 확립되지 않았다. 최근 우리나라에서도 평가 지표를 개발하는 데 정성적 분석을 시행하는 경우가 늘어나고 있지만, 아직까지 정성적 평가 도구를 개발하여 적용하는 시도는 드물다.

따라서 이 연구에서는 다음과 같은 점들을 보완하고자 한다.

먼저 평가 문항의 형식을 다양화하고자 한다. 선행연구들에서 대부분의 정성적 평가 문항들은 척도형으로 변환한 것을 사용하였으나, 이 역시 정성적 방식을 통해 알아내려는 미묘한 맥락들을 놓칠 위험이 존재한다. 사실상 양적 평가라는 비판도 들을 가능성이 있다. 따라서 이 연구에서는 범주형 방식과 자유롭게 구술할 수 있는 질문을 주고 조사자가 이를 면밀히 기록하는 방식도 섞어서 사용하고자 한다.

이용자 중심의 시각이라는 점을 다시 한번 강조하고자 한다. 의료불평등 및 미충족 의료를 다룬 초기 연구에서는 '이용·상병비' 등 의료 전문가의 시각에 부합하는 의료필요 가운데 충족되지 못한 부분을 미충족으로 간주하는 경향이 있었으나(유승흠 외, 1987; 최재규, 1995; Baker et al., 2000; 김동진 외, 2017, p. 400 재인용), 당사자가 판단하고 인식한 주관적 의료필요에서 충족되지 않은 것을 미충족 의료로 측정하는 방식이 점차 확대되고 있다(Ayanian et al., 2000, p. 2063, Cunningham & Hadley, 2007). 의료가 건강의 수단을 넘어 개인의 삶에서 바람직하다고 여겨지는 것을 추구하기 위한 수단(Sen, 2002, pp. 660-661)의 의미를 지닐 때 의료 전문가적 관점이 아닌 당사자의 관점에서, 또는 사회적 관점에서 '적절한 의료이용', '의료필요의 미충족'을 달리 정의하게 되기 때문이다(김동진 외, 2016, p. 324). 연구진은 당사자의 기대와 필요

가 정당하지 않을 수 있다는 점도 인정하나, 그 기준은 시대별, 사회별로 사회 구성원들이 진행하는 합의에 따른 것으로 정의하는 시각을 유지하고자 한다.

다음으로 당사자의 응답과 조사자의 메모를 바탕으로 분석할 수 있는 지침도 함께 제공할 것이다. 정성적 평가 방식은 조사자 훈련이 다소 필요한 측면이 있다. 그리고 정량적 방식에선 부족한, 상황에 따른 유연성이 장점인 동시에 단점이기도 하다는 점을 고려해야 한다. 따라서 당초 목적에 부합하는 응답을 이끌어 내는 것과 다양한 맥락과 상황을 민감하게 드러내는 것 사이의 중심을 잡기 위한 지침 역시 필요하다.

마지막으로, 실제로 시험 적용을 해 본 뒤 수정 및 보강하는 과정을 갖고자 한다. 적지 않은 선행연구들이 지표 요인들만을 추출했거나, 시험 적용 과정에서 미흡한 점이 있었다. 예를 들어 웡 외(Wong et al., 2014)는 1차 보건의료 기관을 건강형평성의 관점에서 평가하고 모니터링하기 위한 지표를 개발하고자 하였다. 그들은 환자와 의료진을 면담하여 분석한 결과를 델파이 과정을 거쳐서 최종적으로 17개의 질적 지표 요인들을 추출하였다. 국내에서도 이현아(2014)가 노인 자살 예방 서비스 성과 측정을 위한 정성적 지표 요인을 추출한 바 있다. 그러나 이들 모두 후속 연구를 통해 정성적 평가 도구를 개발하여 현실에 적용하는 데까지는 이르지 못하였다. 그 외에도 이 연구의 주제와는 거리가 있으나 브리지 외(Bridges et al., 2007, pp. 80-91)가 감염병의 출현과 확산의 위험을 모니터하기 위한 정성적 평가 도구를 개발한 바 있다. 하지만 이들 역시 정성적 평가 도구를 현실에 적용하지 못하였다.

제 3 장 연구 방법

제1절 지역 간 미충족 의료 불평등 측정을 위한 정성적 도구 개발
제2절 지역 미충족 의료 정성적 측정도구의 시범적 활용

3 연구 방법

제1절 지역 간 미충족 의료불평등 측정을 위한 정성적 도구 개발

1. 정성적 분석

연구는 크게 '정성적 측정도구 개발 단계'와 '정성적 측정도구를 이용한 시범 측정 단계'로 나눌 수 있다. 전자는 자료 수집, 연구 대상자 면접, 프레임워크 분석 순으로 진행하였고, 후자는 표본조사와 평가로 진행하였다.

가. 기존 인터뷰 자료 분석

2016년과 2017년 연구에서 수집한 의료이용과 미충족 의료에 대한 인터뷰 자료를 지역에 초점을 맞추어 다시 분석했다. 지역(거주지)이 의료필요의 미충족에 미치는 영향을 중심으로 지역 간 미충족 의료 불평등의 구성 요소와 기제를 정리하였다. 분석 방법은 기존 방식과 동일하게 프레임워크 분석 방법을 활용하였다.

나. 추가 인터뷰

미충족 의료 측정도구의 개발을 위해 연구 대상 지역의 일반인(지역의 의료기관 이용자)을 대상으로 한 개인 심층 면담을 중심으로 자료를 수집

하였다. 그리고 자료의 타당성 확보를 위한 삼각측정(triangulation) 중 Denzin(1970)이 제안한 방법인 자료 통합을 위해 해당 지역 보건의료 종사자를 대상으로 개인 심층 면담을 실시, 자료를 추출하였다.

면담 대상자의 경우 '정성적 측정도구 개발 단계'에서는 해당 지역 연고자들을 통하여 자발적 참여자들을 소개받은 후 지역, 성별, 연령, 사회경제적 수준을 고려하여 자료의 포화(saturation)가 일어날 때까지 의도적인 표집을 하였다. 면담 대상자들 중 지역의 의료기관 이용자들은 보건의료 종사자가 아닌 이들을 의미하였다. 이 연구에서 보건의료 종사자라 함은 ① 해당 행정구역 내에 소재한 공공·민간 의료기관에서 근무하는 의료인 및 종사자, ② 지역 보건의료와 연관된 공공기관의 담당 부서 근무자 ③ 그 외 지역 보건의료 사업 및 프로그램에 관여하고 있는 실무자로 정의하였다.

지역의 보건의료 종사자는 연구진의 연결망을 통하여 일차적으로 소개받았다. 면담 대상자들의 개인별 특성은 〈표 4-3-1〉과 같다. 대상자의 연령은 경제활동 여부를 고려하여 65세 이상과 그 미만으로 구분하였다. 또한 소득수준과 학력, 사회경제적 수준에 대한 대상자의 자가 평가를 종합하여 사회경제적 수준을 구분하였다. 각각의 면담 대상군 선정 및 제외기준은 아래와 같다.

1) 지역 의료기관 이용자

□ 선정 기준

○ 연구 대상 지역에 3년 이상 거주한 현재 거주민으로서

○ 아픈 곳이 현재 있거나 병원을 다녀 본 경험을 이야기해 줄 수 있는 사람(아팠던 경험이나 병의원에 다닌 이야기에 대해 할 말이

없거나 하고 싶지 않은 경우 제외함).

□ 제외 기준

○ 지적장애, 인지장애 등으로 면담에 지장이 될 수 있는 수준의 인지기능 저하가 있는 경우

○ 신체적 불편감이나 급성 신체질환, 중증질환으로 면담을 수행하기 어려운 경우

○ 기타 면담에 지장을 줄 만한 상태나 조건에 처해 있거나, 면담으로 인해 해로운 결과를 얻을 수 있는 경우

○ 과거 또는 현재 지역 내외의 보건의료서비스 제공과 연관된 업무에 종사한 바 있거나, 하고 있는 경우

2) 지역 보건의료 종사자

□ 선정 기준

○ 연구 대상 지역에서 1년 이상 지역 주민들을 대상으로 보건의료서비스를 제공하는 업무의 민간·공공 부문 종사자로서

○ 미충족 의료에 관하여 이용자로서 지역 주민들에 대한 간접 경험과 제공자로서 자신의 직접 경험을 이야기해 줄 수 있는 사람

□ 제외 기준

○ 업무상 지역 주민들과의 접촉이 없는 경우

○ 지역 상황에 대하여 관심과 정보가 부족하다고 판단되는 경우

○ 면담에 지장을 줄 만한 상태나 조건에 처해 있거나, 면담으로 인해 해로운 결과를 얻을 수 있는 경우

2. 면담 질문 및 면담 진행

‘정성적 평가 도구 개발 단계’에서 자료 수집을 위한 질문은 의료이용 경험과 미충족 경험을 골자로 하여 의료기관 이용자용과 보건의료 종사자용으로 나누어 구성하였다. 질문 내용은 2차 연구에서 설문지 제작을 위해 쓰였던 면담 질문을 연구진이 비판적으로 고찰하여 논의 후 수정하였다. 핵심 질문과 보조 질문을 통하여 대상자의 정서와 심상, 인지가 복합적으로 섞여 있는 뜨거운 인지(hot cognition)를 끌어내고, 대상자가 의료이용에서 추구하는 가치와 사회적 규범을 드러내는 데 역점을 두었다.

인터뷰는 2018년 7월 13일부터 8월 9일 사이에 진행되었다. 세 명의 면담자가 각각 단독으로 면담을 진행하거나, 주진행과 보조진행을 맡아 하였다. 면담 후 면담에 대한 인상을 나누는 시간(debriefing)을 갖고 메모를 남겼다.

〈표 4-3-1〉 추가 인터뷰 대상의 특성

주민	성별/연령	지역/인구수	사회경제적 수준
주민 A	남/고연령	A시/11만 명	중
주민 B	여/저연령		중
주민 C	남/저연령	B군/3만 3000명	중
주민 D	여/저연령		중
주민 E	남/고연령		중
주민 F	남/고연령		하
주민 G	여/저연령		중
주민 H	남/고연령	C시/11만 명	하
주민 I	여/저연령		중
주민 J	남/저연령	D군/10만 명	중
주민 k	여/저연령		중
주민 L	남/고연령	E군/1만 7000명	하
주민 M	여/고연령		중
주민 N	여/고연령		하
종사자	**성별**	**지역**	**종사 기관**
종사자 A	남	S시	보건소
종사자 B	남	D군	민간 의료기관
종사자 C	여	E군	보건진료소

자료: 연구진이 작성함.

3. 자료의 분석

면담 내용은 외부에 녹취 전사를 맡겼으며, 참여한 연구원 3명이 녹취록을 검수하고 일부는 직접 전사하였다. 분석의 전체 틀은 1, 2년차 연구들에서와 같이 프레임워크 분석을 사용하였다. 이는 연구의 연속성을 고려하여 2년차 연구에서 추출된 코드와 범주를 검토하고 수정하여 활용할 필요가 있기 때문이다. 따라서 기존의 틀을 분석에 활용하면서도 개방 코딩을 통해 적극적으로 확장할 수 있는 프레임워크 분석 방법을 적용하였다(Ward, 2013).

프레임워크 분석은 1980년대 사회 정책 연구자들이 개발하였으며, 최근 보건의료 영역에서 정성적 자료를 분석하는 데 각광을 받고 있는 연구방법이다(Smith & Firth, 2011).

이는 전적으로 귀납적인 방식인 근거이론(grounded theory)과 다르며, 주제 분석(thematic analysis)과는 기초적 단계에서 유사해 보이나 분명한 차이가 존재한다. 가장 큰 차이는 프레임워크 분석이 초반에는 연역적 접근에 따라 기존 이론이나 틀로부터 분석 틀을 활용하는 것과 귀납적인 접근을 통해 온전히 수집한 자료로부터 코드를 분석해 내는 것을 함께 활용한다는 것이다. 주제 분석은 이론을 외현적으로 도출하지 않고 현상을 기술하는데, 프레임워크 분석은 일관적인 설명이 도출될 때까지 각 분석 단계들을 앞뒤로 오가며 자료들을 연결하고 주제들을 다듬어 나감으로써 개념적 프레임워크를 수립한다. 리치(Ritchie & 이병숙, 2003; 2017) 등은 이를 크게 세 단계로 구분하였는데, 첫 번째는 자료를 처리하는 단계이다. 자료에 익숙해진 후 의미 있는 내용을 연구 참가자의 언어를 살려 옮기는 현장 코딩(in-vivo coding)과 이를 연구자의 언어로 압축한 예비적 관념(premilinary thought)을 거쳐 기초적 범주와 주제를 끌어내어 코딩 모형화(coding matrix)를 한다. 두 번째는 기술적 설명의 단계이다. 기초적 주제와 범주들을 다듬으면서 코딩된 자료들을 요약하고 합성하며, 주제들 간의 관계를 '큰 그림'이 나올 때까지 밝힘으로써 좀 더 추상적인 개념을 수립한다. 끝으로 설명적 주장(explanatory accounts)의 단계에서는 개념과 주제들 간의 연결과 패턴을 발전시키며 원 자료와 분석적 단계들을 검토한다.

전사된 녹취록은 연구자 두 명이 각각 의미 있는 구절을 찾아내어 추출한 현장(in-vivo) 코드를 예비적 생각(preliminary thoughts)으로 압축한 뒤 이를 기초적 범주(initial category)로 엮었다. 각각 엮어 낸 기초

적 범주는 연구원들의 비교와 논의를 통하여 하위범주(subcategory)와 범주(category)로 합의하여 정리하고, 범주를 관통하는 상위 테마를 묶어 내는 방식으로 진행하였다. 연구진의 논의 과정에서 2차 연구에서의 코드와 범주를 적극 참조하였으며, 이를 수정하고 확장하였다.

범주를 관통하는 테마는 크게 두 갈래로 구분할 수 있었다. 하나는 개별적인 미충족 경험을 중심으로 한 정서적, 인지적, 행동적 반응을 큰 축으로 하며, 2년차 연구에서와 같이 의료이용 전 단계-의료이용 과정-의료이용 후의 단계 흐름을 따르고 있는 테마이다. 또 다른 하나는 개인을 둘러싼 사회적 조건과 맥락을 연결 지어 지역 수준에서의 장기적 미충족 상태를 설명하고 있는 테마이다. 이들 양 갈래의 테마는 정성적 측정도구의 구성에 중요한 단서가 되었다.

4. 정성적 측정도구의 개발

보건의료 영역에서 정성적 측정도구는 참고할 만한 기존 연구가 거의 없다. 따라서 보건의료 영역 외의 교육학이나 행정학과 같은 보건의료 외 영역과 국제노동기구에서 수행한 연구 등을 참조하였다(나경은·서유진, 2010; 임령, 2013; 정지영, 2017; 표윤희, 2014; Kucera, 2007; Wong, 2014; 이현아, 2014).

또한 기존의 임상심리 검사의 구성 역시 참조하였다. 그 이유는 임상심리 검사의 특성상 심리적 속성은 인간의 행동을 이해하고 예측하기 위해 만들어 낸 구성 개념(construct)이고, 여기서 정성적 평가가 차지하는 비중이 크기 때문이다(김재환, 2014, p. 291). 특히 이 중 자기보고형 성격검사 및 투사적 검사는 주관적인 현상과 경험, 판단을 다루고 있기 때문에 참조할 가치가 있다고 보았다. 더구나 구성된 개념과 개인의 특정 행

동을 맥락적으로 달리 해석하는 방식, 검사 도구를 통해 면담 시의 상호작용과 면담자의 행동 관찰, 그리고 대상자가 보고하는 평가 자료를 총괄하는 방식도 참조할 수 있었다.

지역 내의 의료 미충족에 대한 평가 역시 다면적 속성과 복합적인 특성을 지닌 대상을 기술해야 하는 점에서 인간의 심리 현상과 공통점을 갖는다고 볼 수 있다. 이로써 이 연구에서는 대상자의 직접적 구술, 대상자·면담자 간 상호작용에 의해 작성된 평가 자료, 보건의료서비스 종사자들의 시각, 그리고 과거 정량적 자료를 통해 얻은 객관적 지표들을 통합하는 절차를 마련할 수 있었다.

제2절 지역 미충족 의료 정성적 측정도구의 시범적 활용

1. 자료 수집

시범적 측정은 도시와 지방의 차이를 보기 위해 광역시 단위 한 곳과 군 단위 한 곳을 선정하고, 개발된 평가 도구를 적용하여 자료를 수집하였다. 평가 도구에 의하면 측정 단위는 개인 면담이다. 표본수는 시범 측정의 경우 연구 기간과 여건의 제약으로 기준을 완전히 따르지 못하고 다소 적은 수의 표본에 대해서만 측정을 한 한계가 있다. 지역별로 일반인 6명과 보건의료 종사자 4~5명을 면담하였다.

시범 측정 대상 지역의 일반인 모집 과정에 대해서는 객관성을 더 높일 수 있을 것으로 기대하여 관련 기관에 위탁하여 진행하였다. 시범 측정 대상 지역의 보건의료 종사자는 연구진의 연결망을 통하여 일차적으로 소개받은 후 필요 시 눈덩이 표집을 통해 추가로 소개받았다. 선정과 제외 기준은 추가 면담 방식과 동일했다. 측정 대상자의 일반적 특성은 〈표 4-3-2〉와 같다.

〈표 4-3-2〉 시범적 측정 대상의 특성

주민	성별/연령	지역/인구수	사회경제적 수준
주민 A	여/저연령	F시/300만 명 이상	하
주민 B	여/저연령		중
주민 C	여/고연령		하
주민 D	남/저연령		중
주민 E	남/고연령		중
주민 F	남/고연령		중
주민 G	여/고연령	G군/4만 5000명	중
주민 H	여/고연령		중
주민 I	여/고연령		중
주민 J	남/고연령		하
주민 K	남/고연령		중
주민 L	남/저연령		중
종사자	**성별**	**지역**	**종사 기관**
종사자 A	여	F시	보건소
종사자 B	남		보건지소
종사자 C	여		공공병원
종사자 D	남		공공병원
종사자 E	남	G군	보건소
종사자 F	남		보건지소
종사자 G	여		보건진료소
종사자 H	남		민간 병원
종사자 I	남		민간 병원

자료: 연구진이 작성함.

2. 분석 방법

시범적으로 측정한 자료에 대해서는 개발한 미충족 의료의 정성적 측정도구에서 제시한 지침에 따라 평가표를 작성하고, 지역 종합 분석표로 정리하는 방식으로 진행하였다.

가. 면담

면담은 약 40분 정도 소요되었다. 인터뷰 대상자 대부분은 별다른 문제없이 주어진 질문에 답변하였으나, 경우에 따라 면담자의 부연 설명과 단서 제공, 답변 독려가 필요한 때도 일부 있었으며, 대상자의 선호에 따라 질문지의 순서대로 구술하지 않는 경우도 있었다. 특히 개방형 질문의 경우 어느 정도 면담자의 기술이 필요한 측면이 있었다. 이에 따라 총 면담 시간, 충분한 자료의 수집, 자료의 포화 정도가 영향을 받는 것으로 나타났다.

한편 범주형 및 이분형 질문의 경우 상대적으로 면담자들이 이해하고 답변하기가 수월하였다. 이들로부터 혼동하기 쉬운 용어나, 오해의 여지가 있는 구문은 피드백을 받아 따로 정리해 두었다가 평가 도구 수정에 참고하였다.

나. 평가 도구 작성

평가 도구에 내재된 평가 지침서의 내용을 숙지하여 이용자 및 종사자 개개인에 대한 평가 기록지를 수기로 작성하였다. 기존 평가 기록지의 일부 문항 중 면담 내용을 충분히 반영하지 못한다는 판단이 드는 경우 메모해 두었다가 연구진 논의를 거쳐 평가 도구 수정에 반영하였다.

지역 보건의료 이용자용 평가 기록지 12부와 보건의료 종사자용 평가 기록지 9부를 작성한 후 각 질문지의 개인별 답변, 그리고 녹취록을 바탕으로 연구진 논의를 통해 평가 점검표(체크리스트)를 작성하였다. 평가 점검표 작성은 개별 경험들이 모여 '지역의 상황'으로 전환되는 중요한 연결 고리라 할 수 있다. 평가 점검표는 주제어가 포화되는 것을 눈으로

확인해야 하나, 수기로는 이 같은 작성이 용이하지 않은 점이 제기되었다. 점검표를 검토하는 과정에서 일차적으로 같은 맥락에서 유사한 의미의 주제어는 가능한 한 통일하는 작업을 거쳤다. 대상자들의 답변을 새로 범주화하여 점검표란에 번호를 기입하는 방식도 도입하였다. 지나치게 세분된 범주는 통일하였다.

끝으로, 개인별 평가 기록지, 지역별 평가 점검표, 그리고 객관적인 통계 자료 등을 참조하여 지역별 종합 보고서를 작성하였다. 종합 보고서는 한 명의 연구원이 일차적으로 작성한 것을 논의를 거쳐 수정·보완하였고, 내용을 비교하는 논의 과정이 더해졌다.

다. 평가 도구의 수정

마지막으로 시범 측정에 사용되었던 평가 도구를 조사원들의 피드백을 바탕으로 하여 수정·보완하였다. 시범 측정 과정에서 진행상 어려움이 많지 않았기 때문에 큰 흐름에서의 변화는 없었다. 좀 더 이해하기 쉽거나 정중하게 들릴 수 있는 형태로 단어나 어구, 문장을 수정한 것이 대부분이었다.

제 4 장 연구 결과

제1절 지역 간 미충족 의료 불평등 측정을 위한 정성적 도구 개발
제2절 지역 미충족 의료 정성적 측정도구의 시범적 활용 결과

4 연구 결과

제1절 지역 간 미충족 의료 불평등 측정을 위한 정성적 도구 개발

1. 질적 평가 자료 분석 결과

가. 범주의 설정

녹취록의 의미 있는 인용구들이 범주화되는 과정의 예시는 아래와 같다. 기초적 범주를 다시 이름붙이고 관련된 범주끼리 묶는 과정은 연구진 논의를 통하여 진행되었으며, 이 같은 과정을 거쳐 107개의 하위 범주들과 30개의 (상위) 범주들이 설정되었다.

〈표 4-4-1〉 기초 범주의 도출 과정 예시

의미 있는 인용구	현장 코드(in-vivo code)	예비적 관념(preliminary thought)	기초적 범주 (initial category)
"대번에 원장한테 갈라캤다가, 그거 보고 또 뭐라 할까 봐. 뭐라고 안 글캤나. 좀 눈깔 시렵더마는 내가 죽을 판인데 어쩔 수가 없다. (생략) 내 집이 가까워. 차가 있어. 거기 아니면 어지간한 것은 ** 가면 보호자 올라카제. 이런 보호자를 우에 데꼬 오노."	병원장에게 따지고 싶었으나, 선택의 여지가 없어서 그냥 참을 수밖에 없었음.	부당한 일을 겪었으나, 요구를 못하고 넘김.	미충족에 대한 이용자의 반응(심리적·행동적)

자료: 연구진이 작성함.

나. 테마의 구성

앞서 설정된 하위 범주와 상위 범주를 관통하는 주제를 찾기 위해 범주들을 연관시켰다. 이 연구에서는 총 12개의 테마(주제)를 확인하였으며, 테마들 간의 유기성을 고려하여 이야기를 만들었다. 결과적으로 두 갈래 주제의 흐름을 확인하였다.

다. 미충족 의료

1) 신뢰하고 싶으나 신뢰할 수 없음 – 신뢰할 수 없으나 신뢰해야 함.

2년차 연구에서 연령대가 높고, 사회경제적 수준이 낮은 경우에는 '그래도 믿어야 한다'는 인식이 자주 등장하나, 연령대가 낮고 사회경제적 수준이 높은 경우 불신의 폭이 더 넓어진다는 결과가 있었다. 또한 연구 대상자들은 본인이 인식한 불신을 의료의 상업적 행태와 연관 지었다(김동진 외, 2017, p. 479).

이 연구에서도 규범적으로는 '의사의 말을 믿고 따라야 한다'고 하면서도, 특히 지역의 의료서비스 질을 신뢰하지 못함이 드러났다. 불신의 이유는 그 무엇이라도 -처방에 대한 불만, 의료인의 연령, 소속 기관의 소유형태(민간·공공), 하드웨어, 가능한 술기의 범위- 될 수 있다. 의료서비스의 질적 수준에 만족하지 못하는 이유는 공통적으로 '지방이어서' 혹은 '시골이어서'로 귀인하고 있다.

> "전문성이 떨어진다 느끼는 거 있어. 이렇게 이야기하다 보면은, 떨어진다는 그 이야기가 뭐냐면, 약 조절할 때 그걸 많이 느끼거든요. 약을 이것저것 몽땅 한 주먹 줘요. 그것은 모른다는 이야기잖아. 이거에 대해서 어떤 처방-먹고 나서 보면 된다는 이야기. 위로-상급병원으로 갈수록 약 알이 적어지잖아요. 근데 동네 의원은 약이 많아요. (네) 이것저것 다 준다는."(주민 D, 여/저연령, B군)

"(나이 든 의사는 마음에 안 들어요?) 어째 아무래도 신뢰가 덜 가서. 병원 시설 같은 것도 그렇고. **, 처음에는 ** 비뇨기과 가 봤는데 병원 시설이 우중충, 의사는 나이 먹은 분인 데다가 우리보다는 젊습니다만, 그냥 시설, 건물부터 우중충-"(주민 F, 남/고연령, B군)

"의료원은 선생님들 자체가 젊어요. 아무래도 하고 얼마 안 된 사람들이. 의료원이 이런 개인 의사가 아니잖아요. 그렇기 때문에 그런 면들이 많아서 신뢰성은 조금 부족하긴 하죠. 아무래도 젊은 분들보다도 조금 어느 정도 경험이 있는 분들이 솔직하게 말해서 낫잖아요."(주민 I, 여/저연령, C시)

의료의 상업적 행태와 연관 짓는 것은 2년차 연구의 결과와 유사하다.

"그런데 **에서 24시간 안에 꿰매면 된다는 생각은 있어 가지고 연락을 해요. 성형외과에. 연락을 하면 성형외과에서 안 해 줘요. 제가 텔레비전에서 봤는데 손가락이 뭐 아예 잘려 가지고 봉합을 하면 24시간을 다 돌린다고 하더라고요. 10시간이 넘게 걸리는데, 뭐 쌍꺼풀 수술을 한 번 하면 딱 하면, 몇십 분 안에 돈이 더 돼 버리니깐 차라리 그런 걸 더 많이 한다고 하더라고요. 아 그래서 그런가 보다 생각은 하고 있긴 하지만 그런 게 불편하긴 하죠."(주민 G, 여/저연령, B군)

그 때문에 후술할 '인맥을 통한 문제 해결'이나, '처음부터 대도시를 비롯한 타 지역의 의료기관을 이용'하는 전략을 구사하기도 한다. 그렇다고 지역 의료기관이 담당해야 할 역할에 대한 요구가 없는 것은 아니다.

"전 단계를 모른다 이 말이에요. (아) 그리고 또 병원을 자주 이용하는 사람들도 알 거예요. 뭐 간하고 췌장은, 아파서 많이 진행돼야 안다 하고. 그러니까 진행되기 전 단계를 지금 모르잖아요. 전 단계를 알 수 있었으면 더 잘 안 되겠나. 큰 병이 안 되지 않겠는가 그 생각이 제일 나요."
(주민 A, 남/고연령, A시)

"그렇죠. 최소한 O대 병원만큼은 안 될망정 큰 병원은 하나야 있어야 하지 않나 생각했죠. (큰 병원이라면 과목이 많다, 아니면 시설이 더 크다?) 의료진이 좋은 부분을 이야기하는 거죠. 시설은 형편은 별로 없어도 의료진이 좋아서 좋은 의술을 가지고 있어야 하잖아. (어떤 것들이 가능했으면 좋겠어요?) 글쎄요. 어떤 것이 가능하다고 보면…. 대개 보면 조금 큰 병. (예를 들어?) 큰 병…. (암?) 암이라든가 무슨 뭐 그 외의 큰 병 같은 거 있는 사람들이 고칠 수 있는 그런 병원이 있으면 좋죠."
(주민 H, 남/고연령, C시)

2) 선택하고 싶지만 선택할 수 없음

2년차 연구에서 의료기관이 많은 지역에서는 의료기관 선택에 많은 노력을 쏟아야 하나, 그렇지 못한 지역에서는 신뢰가 떨어지거나 불만 사항이 있더라도 어쩔 수 없이 가야만 하는 현실이 드러났다(김동진 외, 2017, p. 480). 이러한 결과는 이번 연구에서도 똑같이 드러났는데, 이는 자연스럽게 억울해도 화를 낼 수 없는 3)의 주제로 연결된다.

3) 화가 나고 억울하지만 화낼 수 없음[14)]

> "인근에서 갈 수 있는 종합병원이 거기밖에 없어요. 여기에서 거기 아니면 대구를 가야 하는데. 대구는 좀-서울 같으면 상당히 대구가-한 시간 두 시간을 쉽게 생각할 수 있는 시간인데. 여기 **에서는 아마 한 시간을 넘어서 움직인다고 하면 느낌상 거리상 확 멀게 느껴지거든요. 서울처럼, 거기도 뭐 예약 시스템이-예약을 안 하고 가면 당일날 진료를 받기가 힘들고 마냥 기다릴 수도 없고, 그러다 보니까 ** 병원을 그래도 아침에 가면 당일 진료가 가능하니까 **을 가는 거죠."
> (주민 B, 여/저연령, A시)
>
> "대번에 원장한테 갈라 캤다가, 그거 보고 또 뭐라 할까 봐. 뭐라고 안 글캤나. 좀 눈깔시렵더마는 내가 죽을 판인데 어쩔 수가 없다. (당장 선택할 데가 없네요. 멀리 갈 수도 없고.) 응. 내 집이 가까워? 차가 있어? 거기 아니면 어지간한 것은 ** 가면 보호자 올라카제. 이런 보호자를 우에 데꼬 오노."
> (주민 N, 여/고연령, E군)

2년차 연구에서 '표출되지 않는 미충족'으로, 지역을 떠나 보편적인 문제로 기술되었다면, 이 연구에서는 대도시가 아닌 농촌 지역이나 소도시에서 '화를 낼 수 없는 이유'가 일부 드러났다고 할 수 있다. 이는 전술하였듯 우선 선택지의 문제이다(김동진 외, 2017, p. 481). 특히나 노인들과 같은 교통 약자의 경우 권리 주장을 더 하기 힘든 측면이 있다. 더군다나 '좁은 지역사회'이기 때문에 소란을 일으키지 않고 지내야 한다는 암

14) 2차 연도 연구(김동진 외, 2017, p. 480)에서 등장한 테마의 반복으로 같은 표현을 사용함.

묵적인 룰이 있기도 하다.

> "성격상 되게 별난 친구 같았으면 가서 따지죠. 저는 그냥 보호자랑 와 서울 병원하고 정말 차이가 많이 난다, 흉본다고 그래야 되죠? 그냥 흉보는 정도. 정말 차이가 난다. 왜냐면 큰 병원에 있다가 내려왔기 때문에 그쪽과 여기가 어쩔 수 없이 비교를 하게 되잖아요? 그래서 뭐 비교를 할라 보니까 흉보는 정도고. 가서 따지기는 쫌-있어야 하니까 (있어야 하니까) 굳이 이렇게 또 따져 가지고 뭐."(주민 B, 여/저연령. A시)
>
> "대상자1: 다른 분들은 기다리고 계시고 그중에 몇 분은 또 항의를 하시더라고요.
> 진행자: 기다리는 분들은 왜 기다리셨을 까요 그냥?
> 대상자1: 그분들은 제가 볼 때는 연세 드신 분, 제 입장에서 대체적으로 봤을 때 연세 드신 분들이 많았어요. 그런데 부모님을 모시고 오신 분들은 항의를 하더라고요. 젊으신 분들은 불이익을 당했다고 생각해서 항의하는데.
> 대상자2: 그 권리를 주장할 수 있는데.
> 대상자1: 네네, 노인분들은.
> 대상자2: 노인분들은 자기 권리 주장을 못 해."
> (주민 J, K, 남, 여/저연령, D군)
>
> "그게…. 다른 사람한테 소리 내고 싶은 것도. 성격. 그렇지 않으니깐, 제 성격대로 저는 한 거예요. 그런데 여기 분들은 대체로 시골일수록 그런 게 많이 참는…. 크게 (넘어가는) 뭐 하면 뭐하냐 응, 좋은 게 좋은 거지 하고서 아니면 다음에 여기 안 오면 되지 다른 병원 가면 되지 그렇게 할 필요가 뭐 있냐 그런 경우도 있는 것 같아요. 도시 같은 경우는 아무것도 못 믿고 의사 TV에도 그런 거 나오잖아요. 기분 나쁘면 의사한테도 막 뭐라고 하고 도시로 갈수록 그런 것 같다는 생각이…. 그런데 시골일수록, 또 여기는 동네잖아요."
> (주민 I, 여/저연령, C시)

한편 후술할 '시범 측정 결과'에서 원칙적으로는 다루어야 하나, 위와 연관된 흥미로운 지점이 있어 미리 밝힌다. 이 연구에서 개발한 평가 도구의 이용자용 평가 기록지에는 대상자의 미충족에 대한 심리적 반응(인지, 정서, 태도, 행동)을 평가자가 체크하는 문항이 있다. 자기 보고적 평가가 아님에도 우리의 직관과는 다르게 시골 지역인 G군에서는 대체로 '타협적인' 태도를 보였으며, F시에서는 미충족에 대해 '체념'하거나 '인내'하는 모습을 보였다.

그러나 이는 상기한 사례들과 배치되는 답변이라고만은 볼 수 없다. 왜냐하면 체념이나 인내는 불만을 의식해야 일어날 수 있는 반응이기 때문이다. 기대치가 낮고 선택지가 적은 상황에서라면 의식되는 불만의 수준

이 낮아져야만 하는 심리적 기제가 필요할 것이다. 이는 향후 양적, 질적 연구로 뒷받침되어야 하겠지만, 일종의 '불만을 느끼는 것에서의 불평등' 역시 존재할 가능성은 충분히 있다.

4) 차별-공정하게 대접받지 못하는 느낌

> "병원에 가 가지고 배는 고프지 점심 때는 아마 뒤에 있지 다들 다 접수하고 점심을 다 가서 딱 세 명이 남더라고. 내까지 세 명 노인 남았는데, 생각해 보니까 속상한 거야. 그래 가지고 내가 야단 냈어요. 간호원들 보라고. 미리 온 사람부터 해 줘야 될 거 아니냐. 왜 또 붙여 가지고 자꾸 **는 거 채 가지고. 그런 사람은 놔두고 다른 사람은 밥 먹으러 다 가고 밥 먹고 오지 말라고 부르고 사람 굶겨 잡으려고 그러나. 왜 이따위로 하냐고 야단을 했어."(주민 M, 여/고연령, E군)

상기한 사례에서와 같이 연령대나 계층, 그리고 의료인과의 관계에 따라 공정하게 대접받지 못한다는 느낌은 2년차 연구에서도 보고되었다(김동진 외, 2017, p. 482). 그런데 차별을 받는 느낌이란 맨 처음 논하였던 주제인 '불신'과 떼려야 뗄 수 없는 것이다. 차별의 결과가 불신일 수도 있고, 불신이 상당한 수준에 이르면 차별의 느낌으로 이어질 수 있기 때문이다.

그래서 불신과 차별에 대한 해결책으로 지역을 불문하고 '인맥을 통한 문제 해결'을 선호하는데, 이 역시 사적 네트워크의 한계(후술)에 직면한다.

> "저도 처음에 병실이 없어 가지고 손자가 처음에 2인실에 들어가서 며칠 있다가 자리가 비어 가지고 6인실로 내려갔어요. (아 거기서도요?) 네. 자리 없다고 그래 가지고. 얘기하니깐. 근데 뭐 젊은 의사가 백은 어디 있겠어요? (일동 웃음) (그래도 한결 마음이 좀 든든?) 예. 내 마음이 편해. 손자 근처 가니까. 안 그러면 못 들으면 쟤한테 물어봐도 되고. 심하면 지가 또 어떤 방법이라도 조처를 할 것이고. 내과여서 내하고는 많이 만나질 못했어요." (주민 L, 남/고연령, E군)
>
> "(그러면 주변에서 뭐 물어보는 사람, 알아봐 달라는 사람 정말 많을 것 같은데.) 근데 알려 주면, 지가 짜증을 내고 '힘이 없어요' 그래. (웃음) 근데 주변 사람들은, 동네 어른들은 뭐라고 하냐면 청소 아줌마라도 붙잡고 사정을 하면 방이라도 좋은 데 들어간다고 말여. 그렇

게 말을 해. 그러면 우리는 황당해. 우리도 못 하고 있는데"
(주민 E, 남/고연령, B군)

5) 여성의 의료이용

2년차 연구에서 여성의 의료필요 중 산부인과의 부족은 의료이용 접근성에서도 거의 유일하게 수용성(acceptability) 차원의 문제가 남아 있는 영역이라 하였다(김동진 외, 2017, p. 482). 이는 이 연구에서도 아래와 같이 명백하게 확인되었다. 더 나아가 이 연구에서 연구진은 의료인의 성별 역시 미충족 의료를 구성하는 요인일 것이라 예측하고 대상자들에게 질문하였으나, 이는 확인하지 못하였다.

그럼에도 지역에서 간호사를 제외한 여성 의료인이 상대적으로 적기 때문에 인지하지 못한 미충족 영역일 가능성은 여전히 있어 추후 확인이 필요하다.

"저 같은 경우에는 강원도에 살 때 강원도에 산부인과가 없었어요. 그래 가지고 서울 시댁 쪽에 가면 그때 제가 한 번씩 가는 거예요. 근데 일정한 병원을 정해 놓을 수 없었던 게 어느 쪽으로 시누이 쪽으로 시집 쪽으로 분포가 되어 있으니까 가게 되면 이 병원 갔다가 저 병원 갔다가 하면서 진료를 받았거든요. 큰애 때는 근데 이제 애기 낳을 때도 병원을 정해야 하잖아요, 산부인과가 없으니까. 시골에서 낳을 만한 데가 없으니까. 그래서 서울 시누이가 추천해 준 병원에 갔었는데, 아주 조그마한 개인병원이었어요. 김포 쪽이었는데, 거기도 열악했던 것 같아요. (중략) 네네. 여기에 산부인과가 많지 않았어요. 그리고 산부인과가 그때 점점 줄어드는 상황이었어요. 많지도 않았었고. 그래 가지고 서울 가서 낳게 되었죠. 셋째는 의료원에서 낳았어요. 네 번째 자궁 적출 수술할 때도 의료원에서 했고요."
(주민 K, 여/저연령, D군)

"(**에는 여자 선생님들이 많나요?) 의사 선생님? (네.) 제가 알기로는 없어요. 제가 다니는 병원에는 없었어요. 다 남자 원장님들뿐이었어요. (그런 게 불편할 땐 없었나 궁금하네요.) 여자 선생님은…. 산부인과 빼고는 그다지 불편한 건 없었어요."
(주민 G, 여/저연령, B군)

라. 본 연구에서 새로 확인된 범주

추가 면담에서 추출한 코드와 범주를 통해서도 2년차 연구에서 발견한 주요 내용들을 대부분 확인할 수 있었다. 그러나 이번 연구를 통해 2년차 연구에서 등장하지 않았던 내용, 2년차 연구에서는 의미가 분명하지 않았으나 이 연구에서 의미가 확인된 내용이 있었다. 비록 일부 내용은 평가 도구 개발 과정에 반영되지 못하였으나, 향후 연구의 유의미한 실마리일 수 있어 이에 대해 서술하고자 한다.

1) 가족 지원과 사적 네트워크의 한계

사적 네트워크는 이전 연구에서도 드러났듯이 미충족에 대한 유용한 대응 수단이다. 의료의 미충족을 경험한 주민들은 인맥을 동원하여 타 지역의 의료기관을 이용하려 하거나, 이웃들의 도움으로 의료기관에 접근하기도 한다. 하지만 사적 네트워크는 분명한 한계도 갖고 있는데, 그 이유는 아래와 같다.

우선 농촌 지역의 고령층은 도시 지역의 가족들과 살고 싶어 하지 않는데, 독거 생활 그 나름대로의 장점이 있다고 여기기 때문이다. 하지만 이 때문에 급작스러운 의료 필요가 생겼을 경우 도움을 요청한다고 하더라도 가족과 친지가 적시에 지원할 수 없는 상황들이 종종 생긴다.

> "옛날 같아서는 합쳐서 산다고 하지만, 각기 살다가 들어가면 뭐 그리, 내 같았어도, 뭐 죽겠어도 장사를 하고 말지 안 할 수도 없고 관심 *고 할라고 하니 따로 사는 게 편해. (중략) 여기서 완전히 살다가 죽을래야지, 나이 90에. 어디로 가. 아들이 오라고 해도 안 가."(주민 M, 여/고연령, E군)

> "** 가면 막 보호자 안 뎃고 왔다고 야단나 가지고. (진행자: 야단을 해요?) 어떤 원장은 그냥 치료를 해 주고 또 어떤 원장은 해가 다 져 가는데 아들 오라고 핸드폰 가져 가드만 뭐라고 시켰는 둥 깜깜해 가지고 아들이 7시나 되어서 오데. 아들 집에 가면 조심스러워."(주민 N, 여/고연령, E군)

그리하여 이웃 주민들이 도시 지역과는 달리 지원자 역할을 수행하기도 하지만, 농촌 지역은 시기에 따라 이웃을 돌볼 여력이 없는 경우가 다반사이다. 때때로 지역 내의 위계라든가 그에 따른 규범 때문에 도움을 드러내 놓고 청하기 어려울 때도 존재한다.

> "(차를) 부탁 한 번 해 보니, 부탁하면 안 간다니, 갈 일이 없다 카네. (진행자: 갈 일이 있어야 가는구나.) 뭐 할 일이 있다카네. 농사일 하느라고 안 가잖아."
> (주민 N, 여/고연령, E군)
>
> "이웃 사람. 네 어디 아프냐 하는 사람도 없어. 옛날하고는 시간 뭐 **** A, 자식도 어머니 잡고 어마이도 자식 잡고 그러는데 사람 사는 세월이 아니에. 1년 지나면 뭐 한 낮도 뭐 버틸 수가 없고."(주민 L, 남/고연령, E군)
>
> "먼저 얘기 안 하고, 내 체면상 어이 그래 얘기를 하니까 뭐해. (진행자: 이웃분들한테요? 이웃분들도 어쩔 때는 창고에다가 뭐 어째고 어래면 자네 해 줄란가 그러면 어우 무얼 해 줄게요 그래요."(주민 M, 여/고연령, E군)

2) 지역 내 유의한 하위(소수) 집단에 대한 고려

비록 도시에 비하면 동질적인 인구집단 구성이라고 하나, 최근 들어 귀촌·귀농자들의 유입이나 다문화 가정의 증가, 결혼 이민자들의 네트워크 생성으로 인하여 주류 집단과 뚜렷이 구분되는 지역 내 유의한 하위 집단이 존재하는 경우가 생기고 있다. 그러나 경우에 따라 문화적, 종교적, 정치적인 차이로 뚜렷한 가치관의 차이를 보이기 때문에 의료 행태 및 의료 미충족 영역이 달라질 수도 있다는 점을 유념해야 한다.

> "굉장히 안 맞죠. 이주민들은 대게는 녹색당원이거나 뭐 지금은 노동당원들, 다 그렇죠. 정치 성향이. 이 사람들은 자유한국당이고. 민주당도 있긴 하지만 민주당에 있는 사람들은 이제 OO학교 졸업한 사람들. 그런 사람들은 진보적인 의식이 있고, 그렇지 않은 사람들은 대부분 자유한국당이고. 그러니까 뭐 사는 게 힘들죠 뭐."
> (주민 K, 여/저연령, D군)
>
> "저희 지역에는 실뜸을 자원봉사로 해 주시는 분들이 있는데, 그런 게 좀 합법화되어 가지고…. 그게 민중들한테는 값싸고, 후유증이 없고, 예방 차원에서도 도움이 되고. 그래서 한의사들 말고 그런 자발적으로 만든 결사체로서 의료생업처럼 협동조합에서 침뜸을 놓

> 고, 또 봉침도 놓고 이렇게 돌보는 민간요법을 할 수 있는 합동조합. 의료생협에 통합해도 좋고, 의료생협이 지역에 곳곳에 있으면 좋고."
> (주민 J, 남/저연령, D군)

3) 스스로 찾아가야 하는 서비스의 부담

한편 의료서비스가 민간에 과도하게 맡겨져 있기 때문에 의료기관의 선택에서부터 의료기관 간의 연계에 이르기까지 의료기관 이용자와 보호자가 직접 서비스를 찾아 부담을 지고 이용해야 하는 경우가 다반사이다. 특히 급성질환의 경우 의료기관의 선택과 전원 결정 과정 자체가 당사자와 가족들에게 커다란 심적 부담일 수 있다. 더구나 가용한 정보가 적고, 주변에 자원이 빈약한 시골 지역일수록 이와 같은 부담은 더욱 크게 다가온다.

이 중에서도 병원 간 유기적 전원 체계의 부재로 인하여 주로 가족들이 전원할 병원이나 이송수단을 알아보고, 추가적 비용을 지불하는 등 직접 서비스를 찾아 이용해야 하는 불편은 결코 작지 않다. 이 역시도 우리 연구진은 의료의 미충족으로 간주될 수 있다고 본다.

> "그래서 제 동생하고 엄마가 그 부분에 대해서 되게 화가 나서 '아니, 앰뷸런스가 두 대, 세 대 서 있는데, 그 앰뷸런스 타고 빨리 후송을 시켜 줘야 되는데, 그 사설 차를 기다려가, 그것도 사설 차가 그렇게 많지 않다'고 하더라고요? 그것도 아는 사람? (진행자: 지역에 따라 좀 다르죠.) 네네, 그것도 지인을 통해 막 수배를 해야 하는 상황? (진행자: 아, 지인을 통해서 알아보셨어요?) 네, **에 있는 개인병원에 아는 사무장, 아는 분이 있어요. 아까 그 친구. 그 친구를 통해서 막 연결을 해서. 그래서 사설 구조차를 타고 제가 병원에 갔다 하더라고. 그게 이제 가장 짜증이 나고."(주민 B, 여/저연령, A시)

4) 포괄적 서비스에 대한 욕구

적지 않은 연구 대상자들이 이른바 '큰 병원', 종합병원을 선호하고 있다. 이들의 가치체계 내에서 세분화된 전문성이 곧 효과성을 의미하여 의료기관 선택의 기준 면에서도 우위를 점하고 있음은 어렵지 않게 짐작할

수 있다. 그러나 동시에 지나친 전문화에 불만을 갖고 포괄적인 진료서비스를 원하는 목소리들도 등장하고 있다. 심지어 역설적으로 종합병원 선호의 기저에도 포괄성에 대한 욕구가 있음이 암시되어 있다(주민 F).

1차 의료기관들도 고도의 전문화된 서비스를 제공하기 때문에 1차의료다운 포괄적 서비스를 제공하지 못하는 경향이 있다. 그나마 종합병원에서는 한 건물 내에서 여러 분과를 한 번에 진료할 수 있기 때문이다. 그러나 이 부분은 좀 더 많은 연구로 뒷받침되어야 한다.

> "몰라. 거기는 선생님 스타일인지 몰라도 그 선생님은 환자가 가면 진짜 이거를 많이 하시는 거야. (진행자: 아, 말씀을 많이 하세요.) 한 가지 감기 때문에 가면 그분이 또 비염 전공인데, 비염 가지고만 이야기하는 거야. 감기 때문에 갔는데."
> (주민 I, 여/저연령, C시)
>
> "제일 난감했던 병이 쓰쓰가무시가 있을 때, 감기는 분명히 아닌 것 같애. 감기는 분명히 아닌데, 이상하게 안 나아. 그래 갖고 평소에 다니던 이비인후과를 갔어요. 이건 어디 과를 가야 하는지 물어보는데, 딱히 결정을 못 내리더라고. 자주 다니던 이비인후과를 가 갖고."(주민 C, 남/저연령, B군)
>
> "그 전에는 의논할 상대가 없었는데, 지금은 모든 걸 다 의논하죠. 가령 저 같은 경우는 저 자신의 건강도 문제지만, 저는 별로 상관할 일이 별로 없어요. 관절이나 이런 게 농사일 하다 보니까 아프니까 가는 건데, 노인들을 모시고 있으니까 노인들이 수시로 병원에 들락거려. 감기, 폐렴, 뭐 온갖 게 다 있거든요. 그런 일만 있으면 모시고 가는 거지 일단. 모시고 가서 상담하고 거기서 치료가 되는 건 치료하고, 안 되는 거는 다른 데 모시라고 하면 모시고. 그러니까 주치의가 있다는 생각이 들어요."(주민 J, 남/저연령, D군)
>
> "대체적으로 전문적인 의사 선생들이 서울 쪽 큰 병원에 많이 있잖아요. 그리고 또 혹시 그럴 때는 전문 병원에서 죽을 때도 여러 가지가 한 군데 다 있으니까 살 수도 있고 뭐…."(주민 F, 남/고연령, B군)

5) 웰다잉에 대한 욕구

점점 지역에 노인인구가 늘어나면서 의료기관 이용의 목적도 다양해지고 있다. 그중 하나가 편안하게, 누군가에게 부담을 지우지 않으면서 익숙한 사람들과 가까이 지내는 가운데 임종을 맞는 것이다. 아직 선행연구에서 두드러지게 등장한 적이 없는 주제이고, 의료 공급자들도 여기에 주

목하고 있지 못하고 있으나, 향후 중요한 정책적 의제로 등장할 수 있는 의료적 필요임을 염두에 둘 필요가 있다.

> "나는 생각할 거 없어. 이제는 뭐 내 밥 먹을 거 생각하면서 병원에 가 있어야 해. 안 죽고. 근데 이래 살다가 갑작스럽게 죽어야 하는데, 그게 죽을 일이 큰 문제다."
> (주민 M, 여/고연령, E군)
>
> "마을에 요양병원이 만들어져서 의료생협하고 같이 나란히 있어요. 내가 이제 더 이상 활동을 못 해서 요양병원에 들어가는데, 우리 동네 요양병원에서 같이 평생 살던 친구들하고 같이 지내면서 죽어 가야 되지 않나, 잘 죽게 도와주는 게 복지이지 않나 생각이 들어요."(주민 J, 남/저연령, E군)

6) 익명성에 대한 욕구

지역사회는 서비스 이용자와 제공자를 가리지 않고, 여러 대상자들의 녹취록에 등장하듯 '좁고 소문이 빠른 곳'이다. 이에 따라 일부 지역 주민들의 경우 익명성을 보장받지 못할 것이 두려워 일부러 타 지역의 의료기관을 방문하기도 한다.

특히 산부인과나 비뇨기과, 정신과와 같이 사생활과 밀접한 연관이 있는 진료 과목의 경우 그러한 점이 더 두드러질 수 있다. 향후 여기에 연령대나 성별의 차이가 존재하는지, 익명성에 대한 욕구가 지역 주민들 사이에서 높다면 정책적 함의는 어떻게 가져가야 하는지에 대한 연구와 논의가 필요할 것이다.

> "같이 운동하는 선생님인데 (진행자: 지역분? 의사, 간호사?) 의사 선생님. 그래서 그 선생님이 굳이 내가 이렇게 막 구구절절 설명해 가면서 제가 그래야 되잖아요. 이래저리 아파서 이래저리 병력이 있는데-그게 불안해서 밤에 응급실에 왔다 이렇게 얘기-물론 가면 더 신경 쓰고 친절은 하겠지만, 내 상황을 다 설명은 하겠지만, 그게 싫어서 OO를 갔지요. (진행자: 그러니까 한마디로 지역사회가 좁아서) 그렇죠."
> (주민 B, 여/저연령, A시)
>
> "제가 다녔던 산부인과가 여기서부터 한 시간이에요, 거리로. 근데 또 바꾸기가 뭐해서 그냥 거기를 다녔거든요. 셋째는 거기서 낳았어요. 근데 OO외과가 여기에 있어서 좀 민망한 게, 민망하잖아요. 근데 아, 지역사회라, 좁고 하니까. 차라리 그게 좀 나을 수도 있을 것 같아요. 산부인과는."(주민 G, 여/저연령, B군)

2. 정성적 평가 도구의 개발 결과

가. 미충족 의료의 정성적 평가 도구 구성

개발한 미충족 의료의 정성적 평가 도구는 〈표 4-4-2〉와 같이 구성되었다.[15]

〈표 4-4-2〉 미충족 의료 정성적 평가 도구의 구성

구성 영역	미충족 의료의 정성적 평가 도구	미충족 의료의 정성적 평가 도구를 위한 지침서
제1부-지역 의료기관 이용자 개인의 미충족 평가	면담 질문지	- 평가목표 - 질문의 내용과 유의 사항 - 개인별 평가 기록지 • 내용과 구성 • 작성 시 유의 사항 • 작성 예시
	개인별 평가 기록지	
제2부-지역 보건의료 종사자 개인을 통해서 본 지역 미충족 평가	면담 질문지	- 평가 목표 - 질문의 내용과 유의사항 - 개인별 평가 기록지 • 내용과 구성 • 작성 시 유의 사항 • 작성 예시
	개인별 평가 기록지	
제3부-지역 단위의 미충족 의료 평가 점검표	의료기관 이용자용 평가 점검표	- 목적 - 점검표 양식 - 작성 방법과 유의 사항 - 작성 예시
	보건의료 종사자용 평가 점검표	
제4부-지역 단위의 미충족 의료 특성	지역 단위의 종합 보고서	- 평가 목표 • 내용과 구성 • 작성 시 유의 사항 • 작성 예시

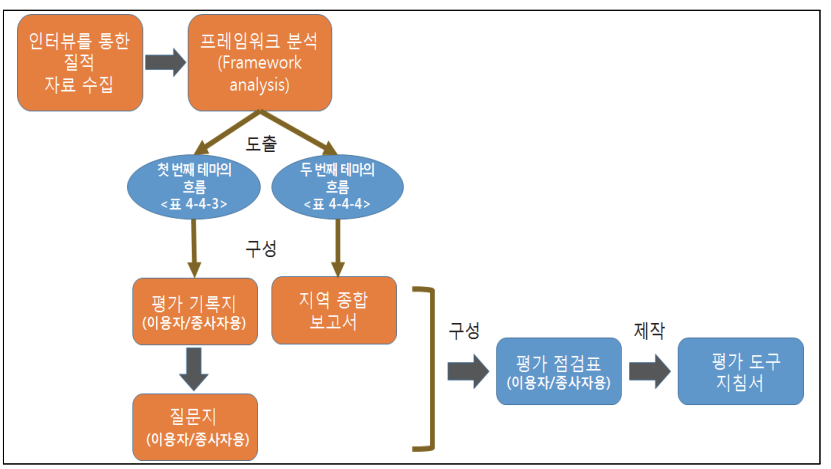
자료: 연구진이 작성함.

15) 전체 평가 도구는 〈부록〉으로 수록하였고, 본문에는 평가 도구의 구성과 활용 방법을 요약하여 서술하였음.

나. 발견된 범주 및 테마를 통한 평가 도구 제작

평가 도구 제작 과정을 단순화하면 [그림 4-4-1]과 같다.

〔그림 4-4-1〕 지역 미충족 의료 평가 도구 제작 과정



자료: 연구진이 작성함.

확인된 두 갈래의 테마는 각각 〈표 4-4-3〉과 〈표 4-4-4〉와 같다. 우선 첫 번째 테마를 바탕으로 하여 지역 의료기관 이용자 개인용 평가 기록지(부록 4-1 참조)를 제작하였다. 첫 번째 테마는 의료이용의 단계별로 개개인이 경험하는 미충족인데, 이를 구성하는 하위 범주와 범주를 바탕으로 하여 평가 기록지의 항목을 결정하였다(표 4-4-3 참조). 평가 기록지의 목적은 대상자의 구술을 바탕으로 얻은 자료를 조사자가 정리하여 기록하도록 하는 것이다. 평가 기록지가 개인의 경험을 체계적으로 설명할 수 있도록 실재론적 리뷰(realist review)의 개념틀을 변형하여 적용하였다.

이 개념틀은 개인이 경험한 사건을 의료의 미충족으로 설정하고, 개인

이 처한 사회적 맥락에서 다층적 기제에 따라 최종적 결과를 구조적으로 설명할 수 있도록 하였다. 그리고 평가 기록지 작성을 위한 정보를 충분히 얻어 낼 수 있도록 질문지를 구성하였다.

〈표 4-4-3〉 첫 번째 테마와 이를 구성하는 범주

subcategories	Category	Theme 1
보건의료체계, 지역 의료 지원 프로그램, 취약집단 지원 프로그램	의료이용과 연관된 제도적/정책적 배경	의료이용의 배경과 조건(사회적)
지역의 인구학적 구성, 지역 내 유의한 하위 집단, 지역의 교통 인프라, 의료 외의 지역 인프라, 타 지역과의 접근성	의료이용과 연관된 지역적(사회환경) 특성	
의료자원-지역의 의료기관 분포, 의료자원- 의료인력	지역 의료자원의 특성	
주변의 권유·만류, 사회적 신분에 대한 사회 규범, 인구집단별 의료 행태	사회적 네트워크 전반의 통념	
증상의 속성, 질병에 대한 두려움, 자신의 전반적 건강 상태 평가	증상 혹은 위험성 자각	의료기관 이용 결정 전 과정
의료이용에 대한 긍정적 경험	의료이용 욕구 인지	
의료이용이 도움 될 거라는 기대		
질병의 예방, 질병의 치료, 의료기관 이용에 대한 믿음	이용자의 건강 관련 믿음	의료기관 이용 과정 전반의 영향 요인
정보의 원천, 평가 내용(평판)	의료기관 이용에 관한 정보 습득	
치료의 효과, 반응성과 질, 하드웨어적 측면, 의료인력의 수준 접근성(절대적·실질적), 통합성(포괄성), 기타	의료기관에 대한 판단 기준(지향하는 가치)	
절대적 접근성, 실질적 접근성 방문서비스의 접근성, 가용한 의료자원, 직접적 의료서비스, 의료 외 병원서비스, 하드웨어적 측면, 병원 외 시스템적 측면, 인식하지 못하는 영역, 웰다잉적 측면	미충족 발생 영역	의료기관 이용에서의 미충족 경험
의료기관 내 요인, 지역사회적 기반-교통 인프라, 의료자원의 불균등한 분포, 공공종합병	당사자가 생각하는 구조적인 미충족 원인	

subcategories	Category	Theme 1
원의 부재, 제도 및 정책적 요인-의료 보장, 표적 집단 설정, 공무원 조직 요인		
의료필요 문제의 악화, 서비스 이용의 지연, 타 지역의 의료기관 이용, 추가적 비용 발생, 당사자의 정신적 부담, 가족에게 부담 전가(지역 내 거주 / 지역 외 거주), 지역 의료기관에 대한 부정적 인식 강화	미충족의 결과	
인맥을 통한 문제 해결과 그 한계, 처음부터 대도시나 서울의 병의원을 이용함, 건강검진을 좀 더 신경 써서 함, 비주류적·대안적 접근을 시도함	미충족에 대한 대응(자구책)	미충족 의료에 대한 이용자의 반응
정서적, 인지적, 행동적 반응	미충족에 대한 심리적 반응	
빈도 높은 질환 진료 제공, 서비스 개선, 접근성 향상, 기관 연계 지역 방문진료	공급자 측의 지역 의료 미충족에 대한 대응	미충족 영역에 대한 공급자의 반응
권리 vs 혜택, 대상자, 지원 요구에 대한 태도 등	보건복지에 대한 당사자의 신념과 태도	면담 대상자가 원하는 개선 방안
희망 없음, 낙관	지역 의료에 대한 당사자의 전망	
국가적(제도적) 차원, 지역적 차원	면담 대상자의 요구 사항	

자료: 연구진이 작성함.

〈표 4-4-4〉 두 번째 테마와 이를 구성하는 범주

Subcategories	Category	Theme 2
지역 의료자원의 강점, 지역 의료자원의 약점	지역 의료자원의 강·약점	의료이용의 배경과 조건 (사회적)
인구학적·사회경제적 특성, 개인이 따르는 사회적 규범	의료이용과 관련된 개인의 사회적 조건	의료이용의 배경과 조건 (개인적)
물질적(재정적) 자원, 사적 지지체계(와 그 한계), 시간 운용에 대한 통제력, 이동능력	의료이용과 연관된 개인의 가용한 자원	
인지적 측면, 개인의 내적 규범과 준거, 의료이용에서 선호하는 가치, 개인의 기질과 성향, 개인	의료이용과 연관된 개인의 사회심리적 특성	

Subcategories	Category	Theme 2
의 사회적 선호		
개인적 요인, 사회적 요인	기여 요인	의료이용에 기여·방해하는 요인
개인적 요인, 사회적 요인	방해 요인	
지역 의료기관에 대한 긍정적 인식	지역 의료기관에 대한 긍정적 인식	지역 의료기관의 선택 여부에 영향을 미치는 요인들
지역 의료기관에 대한 불만(확인됨), 지역 의료기관에 대한 불신(확인되지 않음)	지역 의료기관에 대한 부정적 인식	
대안적 선택의 가능성	대안적 선택지의 존재 여부	
대안적 선택지의 장점, 대안적 선택지의 단점	대안적 선택지의 장·단점	
기여 요인, 완화 요인	현 사례에서의 미충족의 기여·완화 요인	의료기관에서의 미충족 관련 요인
연령별, 문화적 배경	지역 내 의료이용 취약 집단의 미충족(특수성)	

자료: 연구진이 작성함.

질문의 방식은 완전 개방형 질문을 기본으로 하여([그림 4-4-2] 참조) 2차 연구 및 이번 연구에서 빈번하게 등장하는 주제어를 바탕으로 한 범주형 질문([그림 4-4-3] 참조), 그리고 특정 주제에 대한 전반적 인상에 대해 묻는 척도형 질문([그림 4-4-4] 참조)을 혼합하여 사용하였다. 이때 범주형 질문은 2017년에 개발한 정량적 측정도구를 일부 적용하였다. 하지만 한 가지만 선택하는 것이 아니라 경험한 모든 경우를 선택하도록 함으로써 경험이 누락되지 않도록 하였다.

〔그림 4-4-2〕 완전 개방형 질문의 예

가. 대상자가 인식한 지역사회의 현실

예>

"지역에 대해 알려 주시겠습니까?"

"이 지역의 사정에 대해 알고 싶습니다."

〔그림 4-4-3〕 범주형 질문의 예

1) 일반적으로 어떤 점들을 기준으로 병원을 선택하는가요?(다중 답변 가능)

① 다니기 쉬움(거리, 교통편)

② 의료진들의 친절과 태도

③ 이용하기 편리함(예: 예약, 대기시간, 야간진료…)

④ 의사의 실력(의미 파악 요함: 학벌/병원규모/치료효과/전문화됨/기타_____)

⑤ 훌륭한 시설과 장비

⑥ 여러 문제(과)를 동시에 볼 수 있음

⑦ 소재지(서울, 광역시, 인근 도시, 읍, 면)

⑧ 병의원의 규모

⑨ 기타_____

다음으로 프레임워크 분석 결과로 도출된 두 번째 테마는 지역 수준의 장기적 미충족의 상태인데(〈표 4-4-4〉 참조), 이를 구성하는 범주와 하위 범주를 바탕으로 하여 지역 단위의 종합 보고서를 구성하는 항목을 결정하였다. 종합 보고서는 지역의 의료기관 이용자들과 보건의료 종사자들의 시각, 객관적 지표인 통계 자료나 양적 연구 결과를 통합하여 작성하도록 하였다([그림 4-4-5] 참조).

〔그림 4-4-4〕 척도형 질문의 예

4) 최근 3년 동안 병원에 가야겠다고 생각이 들었을 때 얼마나 손쉽게 병원에 찾아갈 수 있었습니까?(어디를 가야 할지 생각해서 선택하고, 이동하고, 찾아가는 것 포함하여) 100점 만점 기준으로 점수로 표현해 주십시오. (/100)
5) 같은 기간 병원에서 받았던 검사나 치료는 얼마나 만족스러우셨습니까? 역시 100점 만점을 기준으로 점수로 표현해 주십시오. (/100)

자료: 연구진이 작성함.

〔그림 4-4-5〕 종합 보고서 양식

A. 종합 보고서 양식

<table>
<tr><td colspan="2">조사 연도:</td><td>지역명:</td><td>조사자:</td></tr>
<tr><td colspan="4">1. 지역의 사회적 환경</td></tr>
<tr><td colspan="2">인구구조적 특성</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">사회기반시설의 특징
(의료 영역 제외)</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">기타 고려해야 할 사회적 배경과 조건</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="4">2. 지역 의료자원의 특성</td></tr>
<tr><td colspan="2">전반적 강점</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">전반적 약점</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="4">3. 의료이용 관련 요인</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">의료이용에 관한 기여 요인</td><td>개인적 수준 or 요인</td><td>사회적 요인</td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">의료이용에 관한 방해 요인</td><td>개인적 요인</td><td>사회적 요인</td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4">4. 지역의 미충족 의료 양상</td></tr>
<tr><td rowspan="2">미충족 양상</td><td>미충족 발생 영역</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

	미충족 원인	이용자 관점	관련 종사자 관점
	미충족 결과/영향		
	전반적 의료의 미충족 정도	매우 높음(0) 높은 편(25) 보통(50) 낮은 편(75) 매우 낮음(100)	
		추가 설명	
이용자가 인지하지 못하는(잠재적) 미충족			
조사 대상자들의 관점 불일치 지점			
5. 미충족에 대한 대응 양상			
이용자의 미충족 대응		공급자의 미충족 대응	
6. 정책적 평가와 제언			
지역의 보편적 서비스 강화			
지역 내 취약 집단을 위한 제도 및 프로그램			
7. 참고 자료			

한편 제1부 '지역 의료기관 이용자 개인의 미충족 평가'의 구성과 상응하도록 제2부 '지역 보건의료 종사자 개인을 통해서 본 지역 미충족 평가'의 지역 보건의료 종사자 개인용 평가 기록지(〈부록 4-1〉 참조)를 제작하였다.

그런데 보건의료 종사자의 경험은 지역 주민의 의료 미충족에 대한 '간

접경험'과 보건의료서비스 제공자로서의 '직접경험'으로 나눌 수 있다. 전자는 면담 대상자가 지역 거주자이건 그렇지 않건 간접 경험과 관찰을 제공함으로써 지역 주민 대상 면담에서 갖는 표집의 한계를 보완하고 타당성을 확인하게끔 해 준다. 이에 비해 후자를 통해서는 또 다른 보건의료의 주체인 서비스 제공자의 입장에도 귀를 기울여 보는 동시에 당사자들이 인식하지 못하는 미충족 필요의 가능성을 탐색하는 단서가 될 수 있다. 또한 문제의 원인을 제공자 개인에게로 돌리는 우를 예방하기 위한 장치이기도 하다. 따라서 이를 반영하여 질문지를 구성하였다.

다음으로 지역 구성원들이 경험하는 레퍼토리의 경향을 한눈에 파악하고 자료의 포화 여부를 판단하기 위하여 평가 점검표(체크리스트)를 각각 이용자용과 종사자용으로 나누어 제작하였다. 이를 바탕으로 개인 수준에서 모인 자료들이 지역 수준의 분석을 위한 자료로 전환될 수 있다. [그림 4-4-6]은 개인의 평가 결과들을 통해 평가 점검표를 작성한 예시이다.

본 연구진이 개발한 지역 미충족 의료의 정성적 평가 도구는 이전 사례에서는 보기 드문 형태이므로 일선의 대다수 연구자는 작성 방식을 까다롭다고 느낄 수 있다. 따라서 각 파트의 평가지와 보고서를 작성하는 데 유의 사항과 예시 답안을 제시하는 지침서가 필요하다. 이에 연구진은 기초적인 교육을 통해 지침서를 숙지하면 충분히 평가 도구를 사용할 수 있도록 지침서를 구성하였다([그림 4-4-7] 참조).

이상의 평가 도구 항목 및 지침서의 전 항목은 〈부록 4-1, 4-2〉를 참조하도록 한다.

〔그림 4-4-6〕 평가 점검표(체크리스트) 작성의 예

표 2 지역 보건의료 종사자

범주	하위 범주	조사 대상자1	조사 대상자2	조사 대상자3	조사 대상자4	조사 대상자5	불포화 주제어
1)대상자의 직종과 근무기관	직종/직위	의사/보건소장	간호사/보건진료소장	의사/병원장	간호사/병동수간호사		
	민간(1,2,3차)/공공(1,2,3차)/ 비의료기관	공공	공공	민간(2차)	공공(2차)		
2) 지역의료이용의 배경과 조건	의료이용과 연관된 제도적 정책적 배경(국가적 수준)	공공의료 강화					
	지자체나 정부의 지역 대상 프로그램(내용/평가)	응급의료 취약지역 개선사업/ 효과의문			취약계층 지원 사업/ 효과적		
	지역의 전반적 특성(지리,인구, 역사)	초고령화, 대도시와 접근성	인근 도시 인구 유출	인근 대도시 종속	과수 농사 주로 함		
3) 지역의 의료자원 특성	의료자원의 분포	일부 전문과목 없음	치과, 안과, 물리치료 취주	폐업하는 의원등	공공의료원		
	의료인력 특성	간호사 부족	의사=외지인	간호사 부족	의사의 짧은 근속연수		
4) 지역의료이용자의 특성	지역 내 하위 집단	귀농인 커뮤니티	다문화가정 증가	다문화가정 증가	귀농인 커뮤니티		
	전반적/각각 분위기	토박이와 갈등	이주 여성 커뮤니티 형성 중	이주 여성 융화 잘 되는 편	화합하지 못하는		
	집단별 의료기관 선호-의료기관 종별	노년층-①	노년층-①③ 청장년층-②		노년층-①②		
5) 대상자가 직간접 경험한, 의료 미충족	미충족 발생 영역	②일부 필수의료의 미비	①교통불편 ②일부 진료과목 선택지 없음	②일부 진료과목의 선택지 없음	②⑤의료원 설비 노후		
	미충족 경험의 결과와 영향	②④ 인근 광역시로	①로드타임 늘침	④인근 광역시로	②④ 인근 광역시로		
	대상자가 생각하는 미충족의 원인	포괄적/차의료 부재	포괄적/차의료 부재	인구 감소와 중심지의 쇠락	민간 부문 비대		
	대상자가 생각하는 우선순위	②일부 필수의료의 미비	①교통불편	②일부 필수의료의 미비	②일부 필수의료의 미비		
6) 지역 미충족 의료에 대한 개선	현재의 개인적, 조직적, 기관적 노력	순환버스	가정방문		인력 확보 노력		
	제도적,정책적 지원에 대한 요구	주치의제도	합리적 역할 분담	수가 인상	공공의료원 지원		

〔그림 4-4-7〕 평가 도구 지침서(가이드)

I. 지역 거주민 개인의 미충족 평가

A. 질문지

1. 개인의 일반적 특성

가, 면담 질문

> 예> "먼저 간략히 00님에 대한 정보를 듣고자 합니다."
> 또는 "00님에 대해서 잠시 소개를 해 주시겠어요?

나, 유의 사항

(1) 먼저 인터뷰 대상자가 자유롭게 얘기하도록 한 후, 아래의 (2)항목의 빠진 부분들을 질문하여 기록하도록 한다.

(2) 질문을 통해 반드시 확인할 점들
1) 인구사회학적 특성 - 연령, 성별, 직업, 학력, 주관적 사회경제적 위치, 혼인 여부, 동거 가족
2) 거주지, 거주 기간, 이주 경로
3) 특기 사항 - 종교, 문화적 배경(예〉결혼 이민자), 귀농인 등

(3) 거주력 청취의 중요성
1) 예를 들어 같은 군 지역이라도 읍내와 가깝고 멂에 따라, 인근 대도시와의 접근성에 따라 미충족의 양상이 달라질 수 있기 때문이다.
2) 거주 기간과 이주 경로- 이전에 살았던 곳에서의 의료이용 경험을 비교해 볼 수도 있고, 지역 내의 유의한 하위 집단의 존재와 집단 간의 역동을 가늠해 볼 수 있는 단서가 된다.

제2절 지역 미충족 의료 정성적 측정도구의 시범적 활용 결과

1. 측정 지역별 결과

가. F시의 측정 결과

1) 해당 지역 종합 보고서

이번 연구에서 개발한 평가 도구로 측정된 F시의 지역 미충족 의료 상황은 〈표 4-4-5〉와 같다. F시의 평가 점검표는 〈부록 4-3〉을 참조하도록 한다.

〈표 4-4-5〉 F시의 해당 지역 종합 보고서

조사 연도: 2018	지역명: F시	조사자: OOO
1. 지역의 사회적 환경		
인구구조적 특성	주요 대도시 중 하나이나, 유입 인구보다 유출 인구가 더 많으며, 사망률이 출생률보다 더 높아 인구가 감소하고 있고, 고령화가 진행되고 있음. 특히 이러한 경향은 구도심이자 소규모 공장들이 모여 있는 지역인 서부로 갈수록 두드러지며 정치적으로도 보수 성향이 강해짐. 특히 서북부는 저소득층이나 다문화가정 비율이 높음. 반면 동부 지역은 비교적 소득수준이 높음.	
사회기반시설의 특징(의료 영역 제외)	보육시설은 확충, 개선의 노력이 활발함. 대중교통망이 잘 갖춰진 편에 속함. 교육이나 여가 관련 시설, 상하수도시설 모두 양호함.	
기타 고려해야 할 사회적 배경과 조건	산업 구조에서 제조업이 총산출액의 30%로 가장 큰 부분을 차지하며, 운수업과 도소매업이 그 뒤를 잇고 있음.	
2. 지역 의료자원의 특성		

전반적 강점	전반적으로 의료기관의 종류가 다양하며 기능이 분화되어 있고, 지역 주민들의 접근성이 좋음. 비록 구나 동별로 필수 진료 과목이 없는 경우도 있으나, 이는 행정구역상 구분일 뿐 대중교통망이 잘 갖춰져 있기 때문에 근거리에서 의료서비스를 받을 수 있음. 상급종합병원이 5군데 존재함. 지역 공공의료원이 에이즈나 메르스와 같은 감염병 유소견자나 취약계층을 위한 진료와 지원 프로그램을 제공함. 일요일 진료가 가능한 2차 병원도 있음. 1차 의료기관은 양적으로는 충분해 보임. 보건소는 구별로 와상 노인이나 장애인들을 위한 방문진료, 아동보건센터, 외국인 무료 진료소 등 각 지역 사정에 맞는 취약계층을 위한 프로그램을 운영하고 있음.
전반적 약점	공공에 비해 민간 부문이 대다수를 차지하고 있음. 지역 공공의료원의 인지도가 낮아 '의료원'이라고 하면 모 대학병원을 먼저 떠올리는 주민들도 있음. 한편 대학병원이 여러 군데 있음에도 그중 거점 국립대 병원에서조차 위험도 높은 수술을 꺼리는 경향이 있다고 함. 또한 전염성 질환과 응급 혹은 중증질환이 공존한 환자의 케어가 어려운 실정임(음압병실+간병문제). 보건소의 경우 3차 진료를 위해 소견서를 발급받기 위해 방문하는 이용자들이 있고, 민원의 상당수는 의료 사고 주장과 의료기관의 불친절에 대한 불만 토로임.

3. 의료이용 관련 요인

	개인적 수준 or 요인	사회적 요인
의료이용에 관한 기여 요인	대도시이므로 인터넷 사용 등 정보 접근성이 높은 인구 비중이 크고, 상대적으로 건강 문해력이 높은 고학력 청장년층도 많음.	수적으로나 종별로나 상대적으로 의료기관의 수가 많은 편임. 교통망의 발달로 접근성이 양호함. 또한 각 지자체나 보건소가 운영하는 각종 취약계층을 위한 지원 프로그램이 있음.
	개인적 요인	사회적 요인
의료이용에 관한 방해 요인	결혼 이민자와 그 자녀, 외국인들의 경우 언어 장벽에 의해 의사소통 수준이 낮음. 미등록 외국인 근로자의 경우 경제적 장벽이 추가됨. 독거 빈민층 특히 노인이나 노숙인들 중 정보 접근성이 낮은 경우가 있음.	청장년층에서 장기간 노동과 업무로딩으로 인하여 의료기관 방문이 어려운 경우 있음. 일부 독거 빈민층은 커뮤니티에 속해 있지 않고 고립된 경우 공공기관이라 할지라도 의료기관 이용 독려나 보건의료적 개입에 한계가 있음.

4. 지역의 미충족 의료 양상

<table>
<tr><td rowspan="4">미충족 양상</td><td>미충족 발생 영역</td><td colspan="2">상대적으로 의료이용 결정이나 의료기관 선택 단계에서는 미충족 발생이 적음. 그러나 의료이용 단계에서 의료인이 설명을 잘 안 해 준다거나 건성으로 진료하는 것 같다거나, 노인 환자를 무시하는 것 같다는 등 대기 시간에 비해 짧고 낮은 서비스에 불만족한 사례가 일반적임. 또한 환자 친화적이지 않은 진료 절차와 병원 체계에 대한 불만도 자주 등장함. 그 외 건강보험 적용 범위나 필수적으로 보이는 수술적 처치를 할 수 있는 의사가 없었다는 보고도 있음.</td></tr>
<tr><td>미충족 원인</td><td>이용자 관점
일각에서는 돈이 안 되거나 고령의 환자를 의사들이 무시한다고 생각하기도 함. 또 의료인들의 직업적 소명 의식 부재나 도덕적 해이가 원인이라는 생각이 있음. 의사, 간호사에 대한 처우가 부족할 것이라고 추측하기도 함.</td><td>관련 종사자 관점
의료전달체계의 미흡, 주치의 제도의 부재, 이용자의 지나친 선택권 보장을 꼽는 경향 있음. 또 일부 빈민층은 커뮤니티에 속해 있지 않기 때문에 정보 접근성이 낮은데, 당사자가 원치 않는 개입이 곤란한 현실 때문이라고 함.</td></tr>
<tr><td>미충족 결과/영향</td><td colspan="2">계층에 따라 다름. 건강보험 가입자들은 주로 의료기관을 변경하는데, 경제적·직업적인 이유로 선택의 여지가 없어 같은 기관을 이용하는 경우도 있음. 일각에서는 서울의 상급종합병원을 이용하며 추가적인 비용을 들이기도 함. '작은 병원'에 대한 불신으로 애초에 상급종합병원을 선호하는 경향도 있음. 반면 취약계층의 경우 선택의 폭이 좁고, 공공의료기관을 상대적으로 더 이용하는 경향이 있음.</td></tr>
<tr><td>전반적 의료의 미충족 정도</td><td colspan="2"> 
매우 높음(0) 높은 편(25) 보통(50) 낮은 편(75) 매우 낮음(100)
추가 설명: 미충족 정도와 관련된 3개 영역-의료기관 찾기/선택/도달, 의료이용 중 의료이용 결과의 필요 충족도-중 의료이용 중 필요 충족 점수가 가장 낮은 경향을 보였음.</td></tr>
<tr><td colspan="2">이용자가 인지하지 못하는(잠재적) 미충족</td><td colspan="2">게이트 키퍼로서의 1차 의료서비스에 대한 욕구가 전면에 드러나지 않음. 선택지와 관련 정보가 넘쳐나는 상황에서 이를 정리하여 걸러줄 만한 지침 역할을 하는 의료기관이 드묾.</td></tr>
</table>

조사 대상자들의 관점 불일치 지점	이용자들은 미충족의 원인을 의료인 개인의 속성으로 귀인하나, 종사자들은 의료체계와 이용자들의 잘못된 행태로 귀인하는 경향이 있었음. 또한 공공의료기관에 대하여 이용자 측에서는 인지도가 낮거나 서비스의 질에 대한 평판이 좋지 않았으나, 종사자 측에서는 자신이 속한 기관은 취약계층을 위한 안전망이며, 대부분의 지표가 양호했다고 판단함.

5. 미충족에 대한 대응 양상

이용자의 미충족 대응	공급자의 미충족 대응
인맥을 통해서 '아는 의사'를 소개받으려 하거나 처음부터 상급종합병원을 이용하려고 하기도 함. 일각에서는 건강관리에 좀 더 전념하기도 함. 미충족을 시정하려는 노력이 없는 것은 아니나 개별적 항의로 그침.	취약계층의 접근성을 높이기 위한 방문진료, 무료 진료소 운영, 사례 관리제나 긴급 의료지원 연계, 지하철역까지 셔틀버스 운행, 각국의 언어로 번역된 모자보건 교육 자료 비치 등. 지역 대학병원과의 협력을 통해 의료서비스의 질을 높이고 연계성을 강호하려고 함.

6. 정책적 평가와 제언

지역의 보편적 서비스 강화	우선 전반적으로 의료서비스의 반응성과 질에 대한 불만족이 어느 정도 있음을 인정하고, 이를 시정하기 위해 짧은 대기 시간과 충분한 대기 시간에 인센티브를 줄 방법에 대해 고민해 봐야 함. 의료기관이 양적으로 많기 때문에 너무 많은 정보와 선택지로 인한 혼란이 있음. 궁극적으로 주치의제의 필요성에 대해 홍보할 필요가 있음.
지역 내 취약 집단을 위한 제도 및 프로그램	건강불평등의 시작이 생애 초기(어린 시절)부터이므로 다문화가정이나 극빈층, 조손가정을 대상으로, 예방접종이나 발달 지연 아동 스크리닝, 건강한 생활습관 교육 등의 서비스를 제공하는 아동보건센터의 기능 확대 및 모델 확산이 필요하다고 보임. 또한 알코올 의존이 동반된 의료급여수급자의 경우 자발적인 단주 의지를 보일 때 이를 적극적으로 강화해 줄 수 있는 프로그램이 필요함. 그 외에 보건소 내에 통역 담당자 배치, 빈민층 독거인을 위한 방문상담 서비스 등을 고려할 수 있음.

7. 참고 자료

위키피디아 부산광역시 검색 결과. https://ko.wikipedia.org/wiki/%EB%B6%80%EC%82%B0%EA%B4%91%EC%97%AD%EC%8B%9C
국가통계포털 홈페이지. http://kosis.kr/index/index.do
한국노인인력개발원 홈페이지. https://www.kordi.or.kr/

2) 결과 요약

F시는 주요 광역시 중 하나이나, 인구의 완만한 감소와 고령화가 진행 중이다. 도시의 서부 지역과 동부 지역은 인구 구성 및 소득수준에서 차이를 보이고 있다. 노숙인이나 독거 빈민, 독거노인과 저소득 다문화 가정, 미등록 이주 노동자 등 취약계층 인구가 존재한다. 산업 구조에서 제조업과 운수업의 비중이 높다.

대도시이기 때문에 의료기관과 의료인력을 비롯한 의료자원은 양적으로는 풍부한 편이며 접근성도 우수하다. 그러나 민간부문에 비해 공공 부문이 차지하는 비중이 낮고, 지역에서의 인지도도 낮다. 일부 필수 의료서비스의 제공에 한계가 있다.

한편 지역 주민들이 인식하는 미충족의 영역은 주로 직접적 의료서비스에서의 미충족이 주를 이루는데, 이 중에서도 의료인이 직접 제공하는 서비스의 반응성과 질에 집중되어 있다. 그 외에도 환자 친화적이지 않은 병원 체계에 대한 불만도 자주 보고되고 있다.

취약계층의 경우 상대적으로 선택의 폭이 좁고, 공공의료기관을 더 이용하는 경향이 있기도 하다. 각 공공의료기관을 중심으로 취약계층을 위한 의료이용 접근성을 높이기 위한 여러 지원 프로그램이 제공되고 있다.

나. G군의 측정 결과

1) 해당 지역 종합 보고서

이번 연구에서 개발한 평가 도구로 측정된 G군의 지역 미충족 의료 상황은 〈표 4-4-6〉과 같다. G군의 평가 점검표는 〈부록 4-3〉을 참조하도록 한다.

〈표 4-4-6〉 G군의 해당 지역 종합 보고서

조사 연도: 2018년	지역명: G군	조사자: OOO

1. 지역의 사회적 환경

인구구조적 특성	약 4만 명의 인구가 현재 감소 추세임. 고령화가 진행되고 있어 전 인구의 37%가 노인층에 해당됨. 출산율이 지속적으로 감소하고 있으며, 육지에서 먼 일개 면 지역에서는 지난해 출생아가 1명이었음. 주로 농어업에 종사하고 비교적 연령대가 높은 토박이 집단과 결혼 이민자와 다문화가정, 그리고 어업에 종사하는 800명가량의 외국 국적 근로자 등으로 구성됨. 그 외에 숙박업이나 요식업에 종사하는 귀촌 인구가 있으나, 토박이 주민들과의 접촉은 매우 적음.
사회기반시설의 특징 (의료 영역 제외)	육지와 연결하는 다리가 또 개통되었는데, 육지와 멀어질수록 대중교통 등의 인프라가 부족해짐. 청장년층에서는 물건을 구매하기 위해서도 외지로 나가는 인구들이 많음. 운동시설은 비교적 되어 있는 편이라는 평임. 노인대학이 10곳 있음.
기타 고려해야 할 사회적 배경과 조건	연륙교로 육지와 이어진 섬으로, 육지와 멀어질수록 의료자원도 줄어드는 경향이 있고, 좀 더 동질적인 집단화(농업, 토박이, 고령층)되는 모습임.

2. 지역 의료자원의 특성

전반적 강점	읍내에 민간 준종합병원이 2차의 역할을 유일하게 하고 있는데, 지역의 공공 역할 요구에 대해 정부 지원을 얻어 소아과 진료를 여는 등 비교적 협조적임. 개인의원의 경우 지역 내 이용자들에 대해 친근한 관계를 갖고 짧은 대화할 수 있는 경우가 적지 않아서 노인층에서 선호하기도 함. 보건진료소가 일부 지역에서는 유일한 의료기관인데, 야간 응급진료의 게이트 키퍼 역할을 하기도 함.
전반적 약점	타 지역에 비해 인식하고 있는 미충족의 비율이 높음. 전반적으로 의료자원이 부족함. 우선 공공의료원이 없으며, 일부 전문과목(산부인과, 일반외과)이 군내에 존재하지 않음. 그나마 약국이나 개인의원 등의 자원이 불균등하게 분포하고 있음. 더구나 유일한 민간 준종합병원은 지역 내의 신뢰(특히 효과성과 질 측면에서)를 받지 못하고 있음. 또한 의료인력 역시 부족한데, 이는 의사·간호사 모두 마찬가지임. 이들의 급여는 타 지역에 비해 높은 편인데도 불구하고 이것이 의료인 유인책이 되지 못하고 있음. 또 공중보건의들 중 지역에 남아 개원하고자 하는 욕구가 더러 있으나 수익이 나지 않을 것으로 예상하여 포기하기도 함.

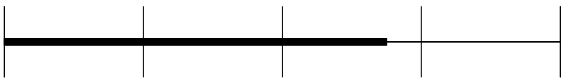
3. 의료이용 관련 요인

의료이용에 관한	개인적 수준 or 요인	사회적 요인

기여 요인	자가용 승용차의 보급으로 노령층이라도 운전할 수 있는 경우가 드물지 않음. 연륙교를 통해 인근 도시의 의료기관을 이용하기가 쉬움. 지역 내 1차 의료기관 종사자들이 친근함. 상대적으로 긴 시간 할애함.	마을회관, 부녀회 등을 중심으로 사회적 네트워크가 발달하여 독거인이라고 할지라도 서로의 안부를 챙기는 편임. 이웃 주민이 보호자 역할을 하는 경우도 종종 있음.
의료이용에 관한 방해 요인	개인적 요인	사회적 요인
	고령층이 많이 건강 문해율이 낮고 무자격 치료사의 금침 등 민간요법에 의지하는 경우도 적지 않음. 경제적 부담에 대한 걱정으로 의료기관 이용에 대한 두려움을 보고하기도 함.	전반적으로 의료자원이 부족하며, 그나마 불균등하게 분포되어 있고, 대중교통이 불편하여 접근성도 일부 지역에서는 떨어짐.

4. 지역의 미충족 의료 양상

미충족 양상	미충족 발생 영역	첫째로, 가용한 자원 자체의 부족을 들 수 있는데, 우선 약국이나 개인의원 등이 전무한 행정구역도 있으며 읍내 준종합병원에서도 일반 외과 등 필수 전문과가 존재하지 않음. 또한 거동이 불편하거나 운전기술이 좋지 않은 경우 실질적 접근성에서 발생하는 미충족을 겪고 있음. 끝으로 의료기관의 시설이나 장비와 같은 하드웨어 측면의 불만족도 제기되고 있음.	
	미충족 원인	이용자 관점	관련 종사자 관점
		자가용 승용차의 보급으로 노령층이라도 운전할 수 있는 경우가 드물지 않게 있음. 연륙교를 통하여 인근 도시의 의료기관을 이용하기가 쉬움. 지역 내 1차 의료기관 종사자들이 친근함. 상대적으로 긴 시간 할애함.	궁극적으로 지역 발전을 위한 공단 등 산업 유치가 되지 않아 인구가 감소해서라고 생각함. 또 규제만 하고 지원을 충분히 해 주지 않는 보건 당국의 책임이 크다고 인식하고 있음. 의료전달체계의 붕괴도 중요한 원인으로 꼽음.
	미충족 결과/영향	애초의 의료필요 문제가 악화되는 경우가 있음. 급성심근경색인 줄 모르고 의료기관 이용을 하지 않다가 급사하거나 뇌졸중의 골든타임을 놓치기도 함. 또 이송 체계상 처치를 받을 병원에 늦게 도착하는 등 서비스의 이용의 지연이 일어나곤 함. 타 지역 의료기관 이용은 매우 흔함. 이 과정에서 추가적 비용(교통비	

		등)이 발생하며, 이용 당사자가 고령층인 경우 외지에 거주하는 가족들에게까지 정신적, 경제적 부담이 생기기도 함.	
	전반적 의료의 미충족 정도		
		추가 설명	미충족 정도와 관련된 3개 영역-의료기관 찾기/선택/도달, 의료이용 중 의료이용 결과의 필요 충족도-중 의료이용 중 필요 충족 점수가 가장 낮은 경향을 보였음.
이용자가 인지하지 못하는(잠재적) 미충족		포괄적인 1차의료 서비스를 제공하는 기관이 없음.	
조사 대상자들의 관점 불일치 지점		우선, 종사자들 일각에서는 인근 도시와의 접근성이 매우 좋으며, 더 이상의 경제적인 장벽은 없다고 보는 시각이 있음. 보건진료소의 역할에 대한 주민들의 오해도 존재하고, 보건소에도 의학적으로 필요하지 않는 처치를 요구하는 경우가 있는데, 일부 종사자들은 주민들의 공공기관의 한계를 넘어선 기대 수준 때문에 빚어지는 미충족 문제도 존재한다고 생각함. 한편 119 권역 외 운행과 관련된 조례에서는 종사자들은 상대적으로 문제가 없다고 보는 편이나, 이용자들은 중증 환자의 경우인데도 원하는 기관으로 바로 가지 못하는 점을 불만스러워하기도 함. 이용자들의 시각에서는 지역 의료기관이 너무 노인층의 필요에 국한되어 있고, 치료의 효과성이 떨어지며, 의료인이 설명을 잘 안 해 주고 상대적으로 설비가 낡았다는 불만이 있음. 또한 수익을 위해 일부러 전원을 보내 주지 않는다는 등의 불신도 더러 갖기도 함. 이용자들 일각에서는 경제적 두려움 때문에 의료기관 이용을 망설인다는 보고도 함. 역설적으로 종사자들은 구조와 제도에서 원인을 찾는 동시에 이용자들의 미충족 정도를 낮게 평가함. 반면 이용자들은 실력 있는 의사가 시골에 오지 않는 것이 미충족의 원인이라고 보는 데 그치는 경향이 있음. 또한 향후 지역 사정이 나아지지 않을 것이라고 보는 경향이 두드러짐.	

5. 미충족에 대한 대응 양상

이용자의 미충족 대응	공급자의 미충족 대응
금침 요법 등 민간요법에 의지하는 고령층이 존재함. 지역 내의 의료기관을 이용하지 않고, 인근 도시의 병의원을 바로 이용하는 행태를 선호하는 경향이 있음.	먼저 공공 부문에서는 보건진료소 종사자의 역량을 키우기 위한 노력을 하고 있으며, 보건소에서도 주민 대상 방문진료를 시행하고 있음. 치매 안심센터를 세워 새로운 수요에

	반응하고 있으며, 소아과, 응급의학과 등에 인건비 지원을 하고 있음. 노인 전문 병원에 간병비 일부를 지원하기도 함. 한편 민간 부문에서는 마을회관을 방문하여 건강검진을 홍보하고 안내하며, 반응성과 질을 높이기 위한 조직 차원에서의 노력을 하고 있음. 접근성 향상을 위해 셔틀 버스 운행도 시도했으나 택시 기사들의 반발로 무산됨.
6. 정책적 평가와 제언	
지역의 보편적 서비스 강화	공보의를 배치할 때 의료 취약 지역에 우선권을 주어야 함.
지역 내 취약 집단을 위한 제도 및 프로그램	먼저 보건의료 종사자 및 지역 주민들 사이에서 '웰다잉'에 대한 논의도 필요함. 또한 노인인구 증가에 대비하여 재가복지서비스의 확대, 요양원이나 요양병원을 면 단위별로 설립할 것을 고려해야 함.
7. 참고 자료	
위키피디아 남해군 검색 결과. https://ko.wikipedia.org/wiki/%EB%82%A8%ED%95%B4%EA%B5%B0 국가통계포털 홈페이지. http://kosis.kr/index/index.do 한국노인인력개발원 홈페이지. https://www.kordi.or.kr/	

2) 결과 요약

G군은 연륙교로 육지와 연결된 섬으로, 인구 감소와 고령화가 진행 중이다. 지역 주민은 농어업에 종사하고 연령대가 높은 토박이 집단과 다문화 가정, 이주 노동자, 관광산업에 종사하는 귀촌인들로 구성되어 있다. 육지와 먼 지역일수록 의료자원과 교통 인프라의 부족이 두드러진다.

도시 지역에 비해 전반적으로 의료자원이 부족하고, 그나마 불균등하게 분포되어 있다. 일부 면 지역에는 개인의원과 약국이 전무하여 보건진료소가 유일한 1차 의료기관이기도 하다. 읍내 소재한 민간 준종합병원이 2차 의료기관 역할을 유일하게 하고 있다. 따라서 타 지역에 비해 인식하고 있는 미충족의 비율이 높다. 미충족의 발생 영역은 접근성, 가용한

자원, 하드웨어 측면, 의료서비스 등 다양하게 보고되고 있다. 미충족의 결과 역시 애초의 의료필요 문제의 악화, 서비스 이용의 지연, 외지에 거주하는 가족들에게로 부담 전가 등 다양하다.

G군의 공공의료기관에서도 서비스의 질을 높이고 접근성을 향상하기 위한 여러 프로그램을 운영하고 있다.

2. 측정 지역 간 비교

각 지역의 종합 보고서 결과를 비교하기에 앞서 주지해야 할 점이 있다. 두 개의 종합 보고서는 정성적 측정의 결과이기 때문에 정량적 측정의 결과를 비교하는 것과는 그 목적과 차원이 다르다는 것이다. 즉 '미충족 의료의 수준(정도)'을 비교하여 '얼마나' 불평등한지를 드러내는 것이 아니라 '지역 내 미충족 의료의 양상'을 비교하여 '어떻게' 불평등하다고 경험하는지를 보여 주는 것이다. 이는 선행연구들을 통해 이미 '의료이용의 불평등'이 있다고 밝혀졌다는 점을 전제하고 있다.

가. 차이점

1) 미충족의 영역과 그 결과

F시와 G군의 측정 결과 가장 두드러진 차이는 미충족의 발생 영역이다. 거대 도시인 F시 이용자들이 보고하는 미충족 의료는 주로 직접적 의료서비스 영역에 집중되어 있으며, 의료기관에의 접근성 문제는 보고하지 않았다. 물론 보건의료 종사자들의 구술에 따르면 일부 취약계층은 경제적 장벽으로 인하여 거리가 멀더라도 공공의료기관을 이용하는 경우가 있다고 하였다.

지역의 공공의료기관에서 제공할 수 없는 서비스 역시 존재하므로 선택지가 좁은 경우 가용한 서비스에 제한이 따르게 된다. 이에 반해 면담 대상인 이용자들에게서는 미충족의 결과로, 의료필요의 악화는 보고되지 않았다. 서비스의 지연이나 중단도 두드러지게 보고되지 않았다.

요컨대 F시에서 미충족 양상은 계층과 소득 수준에 따라 달라질 가능성이 높았다. 의료이용의 낮은 접근성으로 인한 문제는 상대적으로 두드러지지 않았다.

G군 이용자들이 보고하는 미충족 의료는 접근성과 가용한 자원의 부족함을 비롯해 발생 영역이 다양하였다. 미충족의 결과 역시 타 지역의 의료기관 이용을 포함하여 상대적으로 다양하였다. 또한 F시와 다르게 의료기관 이용의 결정과 선택에 지역사회에서의 평판이 중요함을 알 수 있었다. 요컨대 G군에서는 미충족 양상이 주거지(읍내, 육지와의 거리나 교통망)에 따라 달라졌다. 상대적으로 의료이용의 접근성과 가용한 자원의 부족 문제를 겪고 있음을 알 수 있었다.

2) 미충족에 대한 대응

F시와 G군 간 측정 결과 중 미충족에 대한 대응에서도 차이가 존재한다. 먼저 대안적 선택에 대한 고려에서도 차이를 발견할 수 있었다. 두 지역 모두 응답자들이 '대안적 선택지가 있다'라고 인식하고 있었다. F시의 대상자들에게 '대안적 선택지'는 이른바 서울의 '빅 5'를 의미하거나 대체로 지역 내의 다른 의료기관들이다. 반면 G군의 대상자들의 '대안적 선택지' 중 최빈도 답변은 '타 지역의 개인의원'이었다. G군 이용자들의 경우 1, 2차 진료의 단계에서부터 타 지역의 기관 이용을 고려하였다.

다음으로 미충족에 대한 자구책에서의 차이도 발견된다. F시에서 보고된, 의료의 미충족을 경험하지 않기 위한 특징적인 전략은 '지인을 통한

문제 해결'과 '대안요법 모색'(민간, 대체요법 등)이다. 반면 G군에서 보고된 두드러진 전략은 '대도시를 비롯한 타 지역 의료기관을 바로 이용하는 것'이다.

끝으로 개개인의 심리적인 반응에서도 두 지역의 차이가 발견된다. 비록 양측 모두 '타협적인 태도'를 구사한다고 보고하나, F시의 대상자들은 그 외에 '수용하거나 감내한다'고 밝히고 있었으며, G군의 대상자들은 오히려 적극적으로 시정 요구를 한다는 답변이 있었다. 이는 우리의 직관에 반하는 결과로, 향후 충분한 표본수를 이용한 양적 연구를 통해 밝혀져야 할 부분이다.

3) 지역 의료기관에 대한 불만과 불신

F시와 G군 모두 서울과 도시에 비해 현재 거주 지역의 의료진 실력과 병원의 장비 및 시설이 상대적으로 낮다고 보고하고 있다. 그러나 진료의 질이나 불편한 병원 이용 절차 등 불만과 불신의 내용이 상대적으로 다양했던 F시에 비해 G군 응답자들 중에는 효과성과 하드웨어에 관한 답변수가 압도적으로 많았다.

나. 공통점

1) 인식된 장기적 미충족의 정도와 양상

이용자용 질문지에서의 장기적 미충족 상태와 관련된 3개 영역[16]-의료 찾기/선택/도달, 의료이용 중 의료이용 결과-의 필요 충족도에 대한

16) 2차 연도 연구(김동진 외, 2017, p. 478)에서 도출한 개념을 사용하였음.

자기 보고적 평가를 100점 만점의 척도로 나타내도록 하는 문항의 평균 점수를 비교하였다.

F시의 영역별 평균 점수는 73.3, 68.3, 80점이며, 총점 평균은 73.9점이었다. G군은 각각 74, 66, 78점이고, 총점 평균은 72.6점이었다. 흥미롭게도 두 지역의 총점 평균은 두드러진 차이를 보이지 않았다. 세 영역 중에서 의료이용 중 필요 충족도가 가장 낮은 패턴도 유사하였다.

그러나 이러한 양상이 유의한 통계적 차이 없이 의미 있는 유사성을 의미하는지는 향후 충분한 표본수를 바탕으로 한 양적 연구로 탐색되어야 할 것이다. F시와 G군에서 지역의 의료이용 상황에 대해 가지고 있는 기대가 다르기 때문에, 상황이 다름에도 비슷한 미충족 상태를 보고하는 것일 가능성도 있다.

2) '더 큰' 병원, '더 큰 소재지' 병원의 선호

이는 G군과 같은 군 지역뿐만 아니라, F시와 같이 300만 명이 넘는 인구의 광역시에서도 마찬가지로 보고된다. 이와 같은 경향은 지난 2년차 연구에서도 동일하게 확인된 바 있다.

> "여기 종합병원 가도 아무것도 안 되더라고. 안 되어 가지고 부산에 갔거든요. (중략) 마누라가 부산으로 전화를 했지. 그러니까 왜 이제 전화를 해서 보내느냐고, 빨리 안 보내고. (중략) 자기들도 아무리 여기서 신경외과 의사지만, 전문의라도 모르는 게 있거든요."
> (주민 K, 남/고연령, G군)

> "OO병원 갔는데 그렇게 잘하진 못하는, 찌르기도…. 피도 잘 못 뽑고 아프고. [간수치가] 내려가지 않고 올라가니까 신뢰가 안 가서 큰 병원을 신뢰하게 되더라고요. (중략) (주변 사람들의 반응은) 큰 병원에 가야 한다(웃음). 잘 갔다."
> (주민 A, 여/ 저연령, F시)
>
> "왜 우리 그런 얘기 하잖아요. 서울 의사들은 잘하고, 실력도 좋고. (중략) 그러면 다 서울로 가라 그러죠. (아 그래요?) 경제적 능력이 되면 가서, 거기 가서 검사도 하고 치료도 하고…."(주민 B, 여/저연령, F시)

3) 이용자와 종사자의 시각 차이

이번 연구에서 가장 흥미로운 발견 중 하나는 지역을 불문하고 존재하는 이용자와 종사자의 시각 차이이다. 시범 측정 결과뿐만 아니라 평가도구의 제작을 위한 질적 면담에서도 동일하게 발견된다.

> "시골이다 보니까 서비스 마인드가 부족한 것일 수도 있고, 안 그러면 다 이것 때문에 그러는 건가, 그러니까 환자를 이렇게 받으려고만 하니까 입원하고 있는 환자들은 빼버리려는 것 같아요. 퇴원시키고 또 다른 환자 받고…."
> (주민 G, 여/저연령, B군)
>
> "이 지역은 그 이제 치료 대상이 주로 노인층이고, 그분들한테는 크게 설명 같은 게 필요하지 않고, 그냥 친절하게 잘해 주고, 뭐 어머니처럼 이렇게 해 주면 좋아하시고. (중략) 젊은 사람들은 그게 아니니까, 아파서 가는 거니까 정확한 치료를 목적으로 가는데, 여기서는 치료가 안 되니까."
> (주민 L, 남/저연령, G군)
>
> "왜 [실력 있는] 의료진이 서울에 다 집중해 있는지…. 불편하죠. 솔직히 말하면. 그래 대우를 해 줬으면 좋겠는데, **에서도. 대우를 안 해 주나 보죠? 내 알 수가 없네."
> (주민 D, 남/저연령, F시)

이용자들은 대체로 문제의 원인을 의료인의 태도나 실력, 혹은 지역 인구 구성의 특성으로 설명한다. 우수한 의료인 유치를 위해 투자를 해야만 미충족 상태에서 벗어날 수 있을 것이라고 보는 경향이 있다. 반면 종사자들은 주로 원인을 잘못된 제도에서 찾는 동시에 이용자의 잘못된 행태를 지적하는 경향이 있다. 일부 종사자들은 '더 이상 낮은 접근성으로 인한 미충족 의료의 문제가 거의 없다'고 주장하기도 한다.

> "이쪽은 (자동차로) OO에 15분 내로 나가거든요. 거기 병원이 널려 있습니다. (중략) 제가 볼 때에는 방치돼서 의료 사각지대 때문에 병이, 손길이 끊겨서 병이 악화됐다 이런 건 없어요. 자기들이 알아서 로컬도 가고 준종합병원도 갑니다. 그런 건 아주 잘합니다."
> (종사자 G, 여/공공, G군)
>
> "의료전달체계가 안 되어 있는 거, 1차, 2차, 3차 없이 그냥 시장에 내맡겨 버린 거. 근데 지금 제일 문제는 비급여 장벽 없애고, 2인실 인정해 주고 이러면서 더 상급병원으로 쏠리는 현상 그게 더 우려잖아요. (중략) 수요자 측면에 제한이 분명히 있어야 되는데, 지금 같은 상황에서 그게 과연 정부에서 할 수 있을 것인가. 뭐 고양이 목에 방울을 다는 것이

지. (중략) [건강] 행태가 나쁜 사람, 건강검진 안 받는 사람, 이런 부분에 대해서는 뭔가 차등이 있어야 되는 거….”
(종사자 A, 여/공공, F시)

“시스템이 엉터리가 되어 가지고 (중략) 간 김에 무조건 대학병원 가는 사람들 많아요. 괜히 딴 데 가면 이상한 거 주고. 대학병원 가면 양심적으로 하는 것 같더라 하면서. 그 선생님은 암환자를 봐야 되는데, (중략) [지역 이용자들이] 메디컬 인포메이션이 굉장히 늦어요. 그런 게 의료전달체계가 잘못됐다고 다 얘기하시면서 그러면서도, 보수 정권이든, 진보 정권이든 고거는 뜨거운 감자가 돼 버렸으니까.”
(종사자 I, 남/민간, G군)

제 5 부 결론 및 정책 제언

제1장 주요 연구 결과 요약 및 함의
제2장 정책 제언

제 1 장 주요 연구 결과 요약 및 함의

제1절 건강불평등 지표 모니터링
제2절 지역박탈지수 개발 및 산출
제3절 의료이용의 불평등 모니터링

1 주요 연구 결과 요약 및 함의

제1절 건강불평등 지표 모니터링

김동진 외(2014, pp. 35-39)는 WHO CSDH(2008)를 참고하여 사회구조적 요인, 중재 요인, 건강 결과 세 가지 영역으로 나누어 총 88개의 건강불평등 지표 풀(pool)을 구성한 바 있다. 이번 연구에서는 김동진 외(2014)에서 개발한 건강불평등 지표를 보완하여 2014년도 88개이던 지표 풀을 119개 지표까지 확대하였다.

2017년 수행된 2년차 연구에서는 중재 요인과 건강 결과 중심으로 지표를 산출한 바 있다. 이번 연구에서는 건강의 사회적 결정 요인에 해당하는 사회구조적 요인 지표 중심으로 지표를 산출하였다. 사회구조적 요인 지표는 건강불평등에 영향을 미치는 요인 중 원인(distal risk factors)이자 건강불평등을 발생시키는 상위(upstream) 요인들이며, 원인의 원인(the causes of the causes)에 해당한다.

이번 연구에서 119개 지표 중 37개(30.6%) 지표를 산출하였는데, 사회구조적 요인 영역에서는 총 25개 중 23개(92.0%) 지표를 산출하였다. 중재 요인 영역에서는 총 55개 지표 중 13개(23.6%) 지표를 산출하였다. 건강 결과 영역에서는 총 39개 지표 중 1개(2.6%) 지표를 산출하였다. 이번 연구에서 산출 완료하지 못한 나머지 지표들은 매년 나누어 주기적으로 산출할 예정이다.

1. 사회구조적 요인

사회구조적 요인에서는 인구, 교육, 고용, 개인 및 가구 단위 결핍, 지역 단위 결핍 지표를 산출하였다.

가. 인구

노인인구 비율은 점차 증가하는 추세를 보이고 있었다. 남자보다 여자 노인인구의 비율이 더 높았다. 지역 간 격차도 크게 나타나 지역 간 노인인구 비율의 불평등이 관측되었다.

2013년부터 2015년까지 저소득 한부모 가구수가 증가하고 있으며, 이후에는 감소하는 추세를 보이고 있다. 저소득 한부모 가구수 구성원을 살펴보면 모자가구, 부자가구, 조손가구 순으로 비중이 높았다. 특히 모자가구의 비중이 월등히 높았다.

외국인 주민 비율은 2007년부터 증가하는 추세이며, 2016년 외국인 주민 비율은 3.4%로 2007년보다 1.9%포인트 증가하였다. 성별로는 남자 3.7%, 여자 3.2%로 남자가 다소 높았다.

대학 졸업자 인구 비율은 점차 증가하는 추세를 보이고 있다. 서비스·판매직에서 남자의 대학 졸업자 인구 비율은 53.4%, 여자의 대학 졸업자 인구 비율은 31.7%로 다른 직업보다 성별 간 격차가 큰 것으로 나타났다.

연도별 중·고등학교 학업 중단율은 소폭으로 증감을 반복하다 2011년 이후 감소 추세를 보이고 있다. 사교육비 월평균 지출액은 증감을 반복하다 2012년 이후 꾸준히 증가하는 추세를 보이고 있다.

나. 고용

고용률과 실업률은 15세 이상, 15~64세, 65세 이상으로 구분해 지표를 산출하였다. 고용률은 연도별 격차가 크지 않았는데, 여자보다 남자의 고용률이 더 높은 것으로 나타났다. 특히 65세 이상 연령대에서 남자의 고용률은 여자보다 약 2배 높았다. 실업률은 연령대별로 큰 차이가 없는 것으로 나타났다.

비정규직 근로자 비율은 증감을 반복하는 추세를 보이고 있다. 남성보다 여성의 비정규직 근로자 비율이 더 높았다. 교육수준별, 연령대별로 살펴보면 비정규직 근로자 비율의 격차가 큰 것을 확인할 수 있는데, 65세 이상 연령대에서의 비정규직 근로자 비율은 30~64세 연령대의 비정규직 근로자 비율보다 약 2배 더 높았다.

전문가 및 관리자 비율은 매년 증가 추세를 보이는데, 가장 높은 교육수준에서 전문가 및 관리자 비율이 월등히 높았다. 피고용인 없는 자영자 비율은 점차 감소하는 추세를 보이고 있다. 남성은 교육수준별 격차가 크게 나타났으나, 여성은 교육수준별 격차가 두드러지지 않았다.

다. 소득

노인의 근로소득 의존율은 2008년부터 증가하고 있다. 소득수준별 노인의 근로소득 의존율은 남성 노인의 경우 소득수준에 따른 근로소득 의존율의 격차가 크게 나타났으나, 여성의 경우 그 격차가 남성보다 크지 않았다.

가처분소득은 2003년 점차 상승하다 2008년 다소 감소, 이후 다시 증가하는 추세를 보이고 있다.

가구 균등화 중위소득은 시장소득과 가처분소득 기준 모두 증가하는 추세로, 시장소득 기준으로 전체 가구 균등화 중위소득은 2006년 138만 1962원에서 2016년 202만 3477원으로 증가하였다.

라. 빈곤

여성 가구주 가구의 상대적 빈곤율(중위 50% 기준)은 2016년 시장소득을 기준으로 했을 때 29.4%, 경상소득을 기준으로 했을 때 23.5%, 가처분소득을 기준으로 했을 때 22.3%로 나타났다.

아동의 상대적 빈곤율은 2007년 시장소득 기준 12.9%, 경상소득 기준 11.5%, 가처분소득 기준 11.0%이었다. 그 이후 전반적으로 감소하는 양상을 보이다가 2015년부터 시장소득 기준 8.7%로 소폭 증가한 것으로 나타났다.

시장소득 기준 노인의 상대적 빈곤율은 2004년 이후 꾸준히 증가하는 추세를 보이고 있다. 경상소득 및 가처분소득 기준 노인의 상대적 빈곤율은 2004년 이후 증가하는 추세를 보이다가 2015년에는 소폭 감소하였으나 2016년에 다시 증가하였다.

중위소득 가구 빈곤율은 2003년 시장소득 기준 14.9%, 경상소득 기준 12.9%, 가처분소득 기준 12.5%이던 것이 다소 증가하여 2016년 시장소득 기준 18.6%, 경상소득 기준 13.7%, 가처분소득 기준 13.0%로 나타났다.

2. 중재 요인

가. 사회통합 및 사회자본

사회에 대한 신뢰는 증감을 반복하고 있다. 2014년 기준 사회에 대한 신뢰는 39.7%로 2003년보다 8.9%포인트 증가하였다. 성별로는 여성의 사회에 대한 신뢰는 37.4%, 남성의 사회에 대한 신뢰는 41.8%로 여성보다 남성이 더 높게 나타났다.

2007년부터 2017년까지 실시된 역대 대선과 총선 투표율을 살펴보면 19대 대선 투표율은 18대 대선 투표율보다 소폭 증가했고, 20대 총선 투표율도 19대 총선 투표율보다 증가했다. 대체로 연령대가 증가할수록 높은 투표율을 보였다. 특히 60세 이상 남성에게서 가장 높은 투표율을 보였다.

단체활동 참여율을 직업별로 살펴보면 사무직에서 가장 높았는데, 교육수준이 높을수록 높은 것으로 나타났다.

나. 생활환경

발암물질 등 고독성물질 취급 사업장 수가 가장 많은 광역자치단체는 경기도(348개)였다. 경북(140개), 울산(113개), 경남(110개), 인천(98개), 충북(95개), 충남(93개)의 순으로 나타났다.

위험물질 취급 사업장 반경 1㎞를 기준으로 위험 지역 내에 거주하는 위험 인구가 가장 많은 지역은 인천과 경기도가 약 130만 명으로 가장 많았다. 다음은 부산, 대구, 경남의 순으로 나타났다.

다. 생활습관

지역박탈수준이 높을수록 불건강행태 비율이 높았고, 반대로 건강행태는 지역박탈수준이 낮을수록 높았다. 현재 흡연율과 비만율은 지역박탈수준이 높을수록 높았고, 근력운동 실천율은 지역박탈수준이 낮을수록 높았다. 고위험 음주율은 지역박탈 분위별로 차이가 나타났는데, 남성의 경우 지역박탈수준별 고위험 음주율이 유의미한 결과를 보인 반면, 여성은 지역박탈 분위에 따른 고위험 음주율의 격차가 뚜렷하게 나타나지 않았다.

라. 안전의식

운전 시 안전벨트 착용률은 연도별로 감소하는 추세를 보이고 있다. 소득수준과 교육수준별로는 뚜렷한 차이를 보이지 않았으나, 직업별로는 차이를 보였다. 육체직에서의 운전 시 안전벨트 착용률이 가장 낮았다. 서비스·판매직, 사무직 순으로 높게 나타났다.

마. 보건의료자원

인구 10만 명당 병상수, 의사수, 간호인력수는 매년 증가하는 추세를 보이고 있는 반면, 응급의학과 전문의 일인당 인구수는 매년 감소하는 경향을 보였다. 특히 응급의학과 전문의 일인당 인구수는 지역별 격차가 크게 나타나 지역 간 보건의료자원 불평등이 확인되었다.

바. 보건의료재원

자치단체예산 중 보건의료 예산 비율을 살펴보면 광역자치단체 본청의 보건 분야 예산 비율이 가장 높은 지역은 대구, 세종, 충남이었다. 가장 낮은 지역은 인천으로 나타났다. 자치단체 예산 중 사회복지 예산 비율을 살펴보면 전북과 경남, 광주 지역에서 예산 비율이 가장 높았다.

3. 건강 결과

가. 주관적 건강

건강 관련 삶의 질(EQ-5D)은 소득수준이 높아질수록 높게 나타났다. 특히 65세 이상 노인보다 30~64세 성인에게서 더 높았다. 건강 관련 삶의 질(EQ-5D)은 연령이 높아질수록 낮아지는 것이 일반적임에도 소득수준이나 교육수준별로 연령별 EQ-5D 점수는 차이가 있는 것으로 나타났다. 일부 사회경제적 집단에서는 20년 가까운 연령 격차에도 건강 관련 삶의 질 수준에는 큰 차이가 없거나 오히려 일반적인 현상과 반대로 나타나는 경우도 있었다.

제2절 지역박탈지수 개발 및 산출

지금까지의 박탈지수는 한국 맥락에서, 현재의 사회·문화적 관점에서 타당한 구성을 갖추고 있는지에 대한 고민보다는 자료의 가용성을 최우선적으로 고려해 산출되었다. 해외(영국, 호주, 뉴질랜드, 캐나다) 박탈지수는 자원 배분 등 정책적 목적을 띠고 개발된 데 반해 국내에서는 표준화되지 않은 개별 연구 수준으로만 그칠 뿐 정책적 활용으로는 이어지지 못해 학술적·정책적으로 한국형 박탈지수 개발에 대한 요구가 높은 실정이다. 이에 따라 이 연구에서는 국내외 박탈지수의 산출 방법과 활용 경과를 검토하고, 국내 상황에 타당한 지역박탈지수를 개발하여 해당 박탈지수의 학술적·정책적 활용 방안을 제고하고자 하였다.

한국형 지역박탈지수(KorDep_2018)를 개발하기 위해 국내외 문헌 검토와 전문가 자문회의를 실시하였다. 이후 1차로 선행 박탈지수 지표 및 박탈 관련 개념을 포함하는 유관 지표를 데이터베이스화하고, 2차로 한국형 지역박탈지수에 포함할 지표를 선별하는 작업을 진행하였다. 이 과정에서 산출 필요성이 높음에도 불구하고 자료원의 가용성 문제로 산출되지 못한 지표가 다수 있었다. 이에 대한 구체적인 내용은 정책 제언에서 '안정적이고 구체적인 (지역 단위) 통계 산출 필요성'으로 밝힐 예정이다.

선별된 지표는 영국의 다면적박탈지수(IMD)를 참고해 경제·소득·소비, 고용, 교육·기술·직업훈련, 건강 및 장애, 범죄, 주택 및 서비스 영역 등 총 6개 영역으로 분류하였다. 위 영역에 포함되지 못하는 세부 지표는 기타 영역으로 구성해 지역박탈지수를 산출하였다.

1. 영역별 지역박탈지수

가. 경제·소득·소비 영역

경제·소득·소비 영역의 지역박탈지수는 소득불만족도와 소비생활불만족도로 구성되었다.

경제·소득·소비 영역 측면에서의 박탈수준은 부산 지역이 2.606으로 가장 높았으며, 세종 지역이 -5.071로 가장 낮았다. 지수의 구성 요소가 정성적 측면의 만족도 내용을 담고 있어 객관적인 경제·소득 경향과는 다소 차이가 있을 수 있다.

나. 고용 영역

고용 영역의 지역박탈지수는 경제활동미참가율, 실업률, 미고용률, 생산 가능 인구 중 대졸자 미만 비율, 비정규직 비율, 여성 비경제활동 비율로 구성되었다.

고용 영역 측면에서의 박탈수준은 부산 지역이 3.118로 가장 높게 나타났으며, 강원, 인천이 뒤를 이었다. 반면 제주 지역은 -7.950으로 가장 낮았으며, 경남, 충북, 서울 순으로 박탈수준이 낮았다.

다. 교육·기술·직업훈련 영역

교육·기술·직업훈련 영역의 지역박탈지수는 기초학력 미달 학생 비율, 낮은 교육수준(고등학교 졸업 미만 교육수준 비율)으로 구성되었다.

교육·기술·직업훈련 영역 측면에서의 박탈수준은 전남 지역이 2.580

으로 가장 높게 나타났으며, 강원, 전북이 뒤를 이었다. 울산 지역은 -2.456으로 가장 낮았으며, 대전, 대구, 인천 순으로 박탈수준이 낮았다.

라. 건강 및 장애 영역

건강 및 장애 영역 지역박탈지수는 연령 표준화 사망률(전체, 신생물, 순환기계 질환, 호흡기계 질환, 소화기계 질환), 영아사망률, 자살사망률, 주관적 나쁜 건강수준 인지율, 우울감 경험률로 구성되었다.

건강 및 장애 영역 측면에서의 박탈수준은 충북 지역이 4.994로 가장 높게 나타났으며, 경남, 부산이 뒤를 이었다. 서울 지역은 -10.198로 가장 낮았으며, 경기, 대전 순으로 박탈수준이 낮았다.

마. 범죄 영역

범죄 영역 지역박탈지수는 천 명당 범죄 발생 건수로 구성되었다.

범죄 영역 측면에서의 박탈수준은 제주 지역이 2.955로 가장 높게 나타났으며, 광주, 부산이 뒤를 이었다. 전북 지역은 -1.271로 가장 낮았으며, 충남, 대전 순으로 박탈수준이 낮았다.

바. 주택 및 서비스 영역

주택 및 서비스 영역 지역박탈지수는 사회보험 미가입률(국민연금 미가입률, 건강보험 미가입률, 고용보험 미가입률), 전체 가구수 대비 임대주택 비율, 필요의료서비스 미치료율, 영유아 필수예방 미접종률 등으로 구성되었다.

주택 및 서비스 영역 측면에서의 박탈수준은 세종 지역이 14.648로 가장 높았고, 울산 지역이 -9.795로 가장 낮았다.

사. 기타 영역

기타 영역은 1인 가구 비율, 여성 가구주 가구 비율, 이혼·사별 비율, 독거노인 비율, 자동차 천 대당 교통사고 발생 건수, 아동 안전사고 사망률, 국민기초생활보장수급자 비율, 미투표율 등 별도의 영역으로 분류하기 어려우나 산출 필요성이 높은 세부 지표로 구성하였다.

기타 영역 측면에서의 박탈수준은 전남 지역이 6.085로 가장 높았고, 울산 지역이 -9.120으로 가장 낮았다.

2. 종합박탈지수

영역별로 살펴본 경제·소득·소비 박탈지수, 고용 박탈지수, 교육·기술·직업훈련 박탈지수, 건강 및 장애 박탈지수, 범죄 박탈지수, 주택 및 서비스 박탈지수, 기타 박탈지수를 합산한 종합지역박탈지수는 다음과 같다.

〈표 5-1-1〉 종합지역박탈지수 분포

구분		박탈지수
종합지역박탈	서울	-12.399
	부산	13.066
	대구	5.594
	인천	-4.736
	광주	5.486
	대전	-12.088
	울산	-17.744
	세종	4.224

구분		박탈지수
	경기	-16.605
	강원	11.982
	충북	3.544
	충남	0.035
	전북	5.858
	전남	12.187
	경북	7.737
	경남	0.574
	제주	-8.094

주: 경제·소득·소비 영역, 고용 영역, 교육·기술·직업훈련 영역, 건강 및 장애 영역, 범죄 영역, 주택 및 서비스 영역, 기타 영역 박탈지수를 합산해 산출하였음.

지역박탈수준은 부산 지역이 가장 심각했고, 전남, 강원 순으로 박탈수준이 높은 것으로 확인되었다. 반면 울산 지역의 지역박탈수준이 가장 낮았으며, 경기, 서울 순으로 박탈수준이 낮게 나타났다.

제3절 의료이용의 불평등 모니터링

1. 지역 간 미충족 의료의 불평등 측정을 위한 정성적 도구 개발

이 연구는 2017년에 수행한 미충족 의료의 정량적 측정도구 개발의 연장선상에서 수행되었다. 기존의 미충족 의료 측정에서 정의하는 미충족 의료 개념을 보다 확장하여, 미충족 의료가 단지 경험 여부로 발생하는 것이 아니라 필요 인식과 이용 결과에 이르기까지 연속적인 과정 안에서 다양한 차원으로 발생할 수 있다고 보았다. 미충족 의료의 발생 이유와 기제에 대해서도 개인적 요인 위주의 측정이 아니라 보건의료제도하에 개인과 사회적 조건이 상호작용하는 과정이 측정되어야 한다는 점을 인식하고 이를 포괄하였다.

이 연구에서 수행한 질적 분석 결과 총 12개의 테마가 도출되었다. 이를 개인이 경험하는 미충족과 지역 수준의 장기적 미충족 상태의 두 가지로 구분하였다. 이 두 분류를 기초로 하여 전자의 영역으로는 이용자 개인의 미충족 평가 기록지와 면담 질문지를 개발하였고, 후자의 영역으로는 지역 단위의 미충족 의료 특성을 종합한 보고서 틀을 개발하였다. 이용자뿐 아니라 지역의 보건의료 종사자를 통해 본 지역의 미충족 평가는 개인별로 수집한 지역의 자료와 지역 단위의 미충족 사이를 연결하면서 개인의 미충족 경험을 삼각검증(triangulation)하기 위한 도구로 포함하였다. 마지막으로 측정 결과가 포화되었는지, 타당하게 수행되었는지와 같은 질적 검증을 하기 위해 코딩북을 이용하여 이용자 측정 결과와 보건의료 종사자 측정 결과를 점검할 수 있는 평가 점검표(체크리스트)를 만들었다. 개인과 지역 보건의료 종사자 질문지는 측정하고자 하는 대상에 따라 완전 개방형 질문을 포함하여 범주형 질문과 척도형 질문, 그리고

이분형 질문을 혼합하여 사용하였다. 정성적 측정도구는 그리 익숙하지 않은 도구이므로 약간의 교육이 필요할 것이다. 이를 위해 질문 지침과 평가 기록지, 평가 점검표 사례를 수록하였다.[17]

도구를 개발하는 데 반영하지는 못하였지만 질적 분석에서 추가로 발견된 테마로는 '가족 지원과 사적 네트워크의 한계', '지역 내 유의한 하위 집단에 대한 고려', '스스로 찾아가야 하는 서비스의 부담', '포괄적 서비스에 대한 욕구', '웰다잉에 대한 욕구', '익명성에 대한 욕구'가 있었다. 이와 같이 현재까지 개발한 측정도구의 점검표 프레임에 포함된 항목 외에도 개방형 질문으로부터 추가 코드가 나올 수 있다.

한편 정성적 측정도구가 가진 장점을 기반으로 이미 개발한 정량적 측정도구가 지닌 한계를 보완할 수 있었다. 첫째, 정량적 측정도구에서는 의료필요를 상태가 아닌 에피소드의 일부인 단면 경험만을 측정할 수 있었지만, 정성적 측정도구에서는 에피소드 전반을 파악할 수 있고 장기적인 미충족 상태를 질문함으로써 경험과 인지를 더욱 포괄적으로 평가할 수 있었다. 또한 직접 질문하는 내용뿐 아니라 지역별 평가에서 지역 주민의 의료이용과 관련한 여러 자원과 사회적 조건들을 함께 평가함으로써 신뢰도를 높일 수 있었다.

둘째, 정량적으로는 도저히 측정하기 어려운 의료필요의 인지 단계에서 미충족을 일부 포착할 수 있었다. 정성적 측정이라고 해서 단계를 반드시 파악할 수 있는 것은 아니지만, 면담 중 언급된 내용을 통해 과거의 일을 새롭게 인지한 상태를 포착할 수 있다. 단 인지되지 못한 의료필요와 미충족의 의미인지는 정성적 방법으로도 측정이 불가하다.

셋째, 정량적 측정도구에서 미충족 의료의 이유를 파악할 때 선택지를 확장한 개념으로 구성하는 것은 가능했지만, 발생 경로와 기제를 입체적

17) 전체 도구는 〈부록 4-1〉과 〈부록 4-2〉 참고.

으로 파악하지 못하고 가장 큰 이유 한 가지를 선택하는 방식으로 제한되었다. 정성적 측정의 가장 큰 장점이 바로 이 과정에 대한 정보를 상세히 얻을 수 있다는 것이다. 이를 통해 여러 조건과 상황이 얽혀 발생하는 미충족 의료의 기제에 대해 평가하고 비교할 수 있다. 또한 정량적 측정도구는 선택지가 정해져있다는 태생적 한계가 존재하는 반면 정성적 측정도구는 개방적으로 추가적인 코드를 발굴할 수도 있다.

2. 정성적 미충족 의료 측정도구의 시범적 측정

가. 측정 결과 요약

이 연구에서는 주요 광역시 중 하나인 F시와 인구 4만여 명의 군 지역인 G군을 대상으로 정성적 평가 도구를 이용하여 미충족 의료를 시범적으로 측정하였다.

측정 결과 F시의 지역 주민들이 인식하는 미충족의 영역은 주로 진료의 질과 이용자 중심성이 부족한 절차 및 체계 등 직접적 의료서비스의 질적 측면으로 집중되어 있었다. 접근성 영역에서의 미충족 인식은 보고하지 않았다. 또한 의료이용 행태와 미충족 양상은 계층과 소득수준의 영향을 받는 측면이 있었다.

이에 반해 G군의 지역 주민들이 인식하는 미충족의 영역은 비단 직접적 의료서비스의 질뿐만 아니라, 접근성과 가용한 자원, 하드웨어 등 다양한 측면에 걸쳐져 있었다. F시와는 다르게 주거지의 위치와 자동차 운전 여부가 의료기관 접근성에 영향을 주는 면이 있다. 이 같은 결과는 2년차 연구의 결과와는 다소간 차이가 있었다. 김동진 외(2017, p. 462)는 광역시 거주민을 대상으로 한 조사에서 교육수준과 경제활동 여부, 그리

고 직업 형태에 따른 미충족 경험률의 차이는 통계적으로 유의하지 않았다고 보고하였다. 그러나 이 연구에서는 낮은 소득수준 구간을 월소득 300만 원 이하로 구분하였기 때문에 극빈층이나 차상위계층을 대변한 것으로 보기 어려울 수 있다.

상기한 차이점에도 불구하고 몇 가지 유사점 역시 눈에 띈다. 우선 장기적 미충족 상태와 관련된 3개 영역-의료기관에 대한 접근성, 서비스의 만족도, 기대에 비한 효과-에 대한 자기 보고적 평가 점수의 평균과 이중 서비스에 대한 만족도가 가장 낮은 패턴에서 유사점이 관찰되었다. 물론 이는 향후 면밀한 설계의 양적 연구로 확인되어야 할 내용이나, 다음과 같은 가설도 세워볼 수 있다.

먼저 의료서비스에 대한 만족도는 애초의 기대 수준에 반비례하는데, 두 지역의 의료서비스에 대한 기대 수준이 다르다는 것이다(McKee, 2012, p. 177). 즉 군 단위 지역의 낮은 기대 수준 때문에 서비스의 만족도뿐만 아니라 전반적인 미충족 인식 정도가 겉보기에 유사해 보일 수 있다.

다음으로 지역을 막론하고 이용자가 느끼는 의사 진료를 비롯한 직접적 의료서비스의 질적 수준이 비슷한데, 상당수의 이용자들이 이에 유사한 종류의 만족과 불만을 갖고 있을 가능성이다. 2010년에 진행된 조사에서 전국의 병의원 이용자들은 대다수가 '약간 만족'과 '보통'으로 만족도를 나타내었다. 이러한 패턴은 행정구역에 상관없이 유사하였다(통계청, 2010). 이번 연구에서도 '더 큰' 병원, '더 큰 소재지'의 병원에 대한 선호가 단지 군 지역뿐만 아니라 대도시에서도 발견된다는 점을 확인하였다. 이 역시 지난 2년차 연구에서도 동일하게 확인된 바 있다(김동진 외, 2017, p. 475).

덧붙여 이용자와 종사자의 '근본적 원인'에 대한 시각 차이가 발견되었

는데, 양측 지역에서 그 차이의 양상이 유사하다는 점이 흥미롭다. 원래 이 연구에서 보건의료 종사자들을 조사 대상으로 삼은 이유 중 하나는 자료의 타당성을 확인하기 위해서였는데, 실제로는 양측의 인식 차이를 확인하는 결과를 낳았다. 이용자의 경우 문제에 대한 귀인을 의료인의 자질로 돌리는 경향이 있고, 종사자들은 흔히 '제도적인 결함'을 거론하는 경향이 있다. 또 미충족의 정도에 대해서도 종사자들 일각에서는 더 낮게 평가하고 있다.

이를 본격적으로 다룬 선행연구는 적다. 이는 부분적으로는 미충족 의료에 관한 기존 연구가 전문가가 의료가 필요한 상태라 인정하는 의료필요를 다루는 것이 좀 더 전통적인 흐름이었기 때문일 것이다. 다만 양측 시각 차이의 일부에만 해당하는, 실제적 의료필요의 미충족과 인식된 개인의 미충족 필요 간의 차이는 여러 연구에서 보고되고 있다(Cunningham & Hadley, 2007; Howe Hasanali, 2015). 그럼에도 이 연구에서 발견된 내용은 보건의료 종사자들이 진지하게 고려해야할 사항을 암시하고 있다. 그런 면에서 보건의료 종사자들을 대상으로 한 조사를 병행하여 이용자들의 시각과 대비하는 작업도 의미가 있다고 본다.

현재까지 대다수의 보건의료 종사자들에게 '미충족 의료'란 고전적 의미에 머물러 있다. 이러한 시각에서 보면 현재 의료이용의 미충족 문제는 시행되고 있는 여러 정책들과 함께 해소되는 중일 것이다. 그러나 여전히 이용자들은 의료이용에서 많은 불편감을 느끼고 있고, 여기에 더 큰 불만을 호소한다. 이들의 입장에서 원하는 만큼의 질적 수준이 된다고 믿어지는 의료기관은 여전히 접근하기가 어렵고, 이용자들이 바라고 있는 일차의료의 모델은 현실에서 보기 드물다. 비록 '좋다는 평'을 사회적 네트워크 및 온라인상의 정보원으로부터 확인하였더라도 해당 의료기관이 제 기능을 하고 있는지 신뢰하기가 어렵다. 더구나 의료기관의 선택부터 전

원에 이르기까지 이용자들은 적절한 가이드를 받을 수도 없다. 적절한 서비스를 직접 찾아나서 스스로 정보를 선별하여 결정을 내리고 비용도 추가로 부담해야 한다.

여기서 두 가지의 중요한 함의를 도출할 수 있다. 첫 번째는 이제 미충족 의료에 대한 전통적 개념에서 탈피해야 할 필요성에 관한 것이다. 기존의 미충족 의료의 개념은 급성기 혹은 중증질환 중심의, 물리적 접근성을 기준으로 한 것이었고, 전문가들의 시각인 필요(need)의 관점에서 만들어졌다면(Baker & Baker, 2002), 앞으로는 만성 혹은 경증 질환에 대한 케어 및 의료이용에 관한 물질적·심리적 장애물에 대한 고려, 그리고 이용자들의 시각인 요구(demand)의 입장을 포함할 필요가 있다는 것을 뜻한다.

두 번째는 상기한 문제들의 상당 부분이 일차의료의 강화에 의하여 보완될 수 있는 가능성이다. 이용자들이 신뢰하고 있는 주치의를 적시에 만날 수 있어서 상급 기관 선택이나 연계, 의료적 결정, 평상시의 건강행태에 대한 지원을 받을 수 있다면 현재의 지역 의료기관에 대한 불만과 불신이 줄어들 것이고, 그 결과 지역 간의 상대적인 박탈감도 완화할 수 있을 것이다. 앞서 언급하였듯이 이미 이번 연구 결과 포괄성에 대한 이용자들의 욕구도 드러나고 있는데, 어차피 전문화되어 사실상 일차의료의 기능을 다 하지 못하는 상당수 의원급 기관들에 비해 역설적으로 종합병원이 그 욕구를 일부 충족시켜 주는 측면도 있어 이것이 종합병원 선호의 이유일 가능성이 있다. 아울러 포괄적인 일차의료의 강화는 특히 의료 취약지일수록 이송 체계의 정비만큼이나 중요할 수 있다. 비록 반론도 있지만(Edwards, Peterson, Chan, Anderson, & Helfand, 2017), 개별 질환이 아닌 이용자 개인을 중심으로 한 포괄적이고 사려 깊은 일차의료를 통하여 질병을 보다 잘 관리할 수 있다면 갑작스러운 악화로 인한 응

급상황 역시 줄어들 수 있다는 보고들이 존재한다(Raftery, 2000; Tiffany, Batts-Turner, Yeh, & Bone, 2005). 켈러만(Kellermann, 1994, p. 1953)은 단순한 일차의료 강화가 비응급 진료를 위한 응급실 내원을 줄이지 못하며, 거꾸로 응급실에서 일차 의료기관으로의 연계 역시 필요하다고 하였다. 실제 양 기관의 연계 프로그램이 응급실 내원 및 입원을 유의하게 줄였다고 한다(Capp et al., 2017).

나. 향후 논의가 필요한 기술적 측면

이 연구에서 개발한 지역 미충족 의료의 평가 도구는 여러 기술적 제한점도 갖고 있다. 그중 하나가 개별 면담을 기반으로 하여 지역 수준에서의 미충족 의료에 대한 평가를 끌어낸다는 점이다. 물론 초점 집단 연구에서 집단 구성원들 사이의 이질성이나 권력 관계로 인해 불신이 존재하는 경우 대상자가 자기 생각을 표현하지 못할 가능성도 있다. 또한 동질적인 집단이라 하더라도 일부 참여자들이 발언을 독점함으로써 풍부한 자료 수집에 방해가 되는 경우도 있다(Vaughn, 1996, pp. 145-153).

그러나 개별 면담에는 더 많은 비용과 시간이 소요된다는 점도 무시할 수 없는 부분이라 숙련된 조사자가 초점 집단 연구를 시도하고자 할 수 있다. 향후 추가 연구를 통해 초점 집단을 대상으로 한 조사가 가능한 도구가 개발되어야 할 것이다.

다음으로 논의가 필요한 부분은 광역시 수준의 대도시에서 '지역'의 범위를 어떻게 잡느냐이다. 이 연구에서는 광역시 전역을 '지역'의 범위로 잡았으나, 이것의 정당성에 대해서는 다소 의문이 존재한다. 물론 주민들의 실제 생활권은 '동'이나 '구' 단위가 아닌 '시' 단위이고, 교통망 등 인프라도 그에 맞춰 갖춰져 있기도 하다. 그러나 광역시에서 '구' 단위를

‘지역’으로 설정할 때 좀 더 세밀한 분석을 할 수 있고, 자료의 포화가 상대적으로 용이할 수 있다는 장점이 있다. 더구나 이 연구에서 F시의 자료 중 포화가 안 되는 부분이 눈에 띄고, 대상자들의 지역 인식의 범위가 여러 수준을 오가는 것을 발견할 수 있었다.

한편 개발된 평가 도구는 미충족 의료의 모니터링을 위한 것이고, 모니터링은 1회적 평가 작업이 아닌 반복적인 측정 과정이다. 그렇다면 측정 주기를 설정해야 하는데, 이는 본래 근거를 가지고 정한다기보다는 누가 어디에 사용할 것인가에 따라 현실적인 용도와 실현 가능성을 고려하여 정해야 할 것이다.

제 2 장 정책 제언

제1절 건강불평등 지표 모니터링
제2절 지역박탈지수 개발 및 산출
제3절 의료이용의 불평등 모니터링

2 정책 제언

제1절 건강불평등 지표 모니터링

1980년 영국의 블랙리포트 이후 유럽 국가들을 중심으로 건강불평등에 대한 통계 생산과 모니터링에 대한 필요성을 인식하게 되었다. 그 결과 영국을 비롯한 유럽 국가들은 대부분 국가 단위에서 건강불평등에 대한 격차를 모니터하고 있다.

WHO는 '모든 인류에게 건강을(health for all)'을 정책 목표로 제시하면서 모든 국가들이 건강불평등을 제거하기 위해 노력해 줄 것을 요구하고 있다. 이는 건강불평등은 모든 사회가 문제 해결을 위해 협력하지 않으면 좀처럼 해결하기 힘든 문제이기 때문이다.

특히 2005년 WHO CSDH가 활동을 시작한 이래 건강불평등과 관련하여 좀 더 체계적이고 국제적으로 조율된 움직임이 가속화되고 있다. 건강불평등 모니터링은 중요한 정책 도구로서 국가의 책무성을 강화하는 기전으로 점차 활용 범위를 넓혀 가고 있다. 특히 건강의 사회적 결정 요인에 대한 모니터링은 건강불평등의 원인이 되는 사회불평등에 대한 부문 간 행동과 책무성을 촉진하는 정책 도구로 자리 잡아 가고 있다(김동진 외, 2017, p. 575).

이러한 국제적 흐름에 비추어 본다면 우리나라가 건강불평등 모니터링 체계를 확립하고 있지 않은 점은 매우 아쉬운 부분이다. 그나마 존재하는 건강불평등 모니터링은 학계의 자발적 움직임이거나, 서울을 비롯한 지방정부 차원의 노력, 혹은 국민건강증진종합계획이나 국민건강영양조사,

지역사회건강조사에서 사회경제적 위치에 따른 분리 통계를 꾸준히 제시하는 것에 그치고 있다. 특히 이번 연구에서 소개한 건강의 사회적 결정 요인에 대한 모니터링은 전혀 이루어지지 않고 있다. 지니계수나 빈곤율, 불안정 노동자 비율 같은 사회통계들을 주기적으로 통계청이 생산하고 있지만, 건강 결정 요인 관점은커녕 사회불평등의 프레임하에서 일관된 지표 체계를 갖추지 못하고 있다(김동진 외, 2017, p. 575).

이번 연구에서 중점을 둔 사회구조적 요인을 비롯한 건강의 사회적 결정 요인은 최근 주목받고 있는 유엔의 지속가능발전목표(Sustainable Development Goals)와도 많은 관련성이 있다.

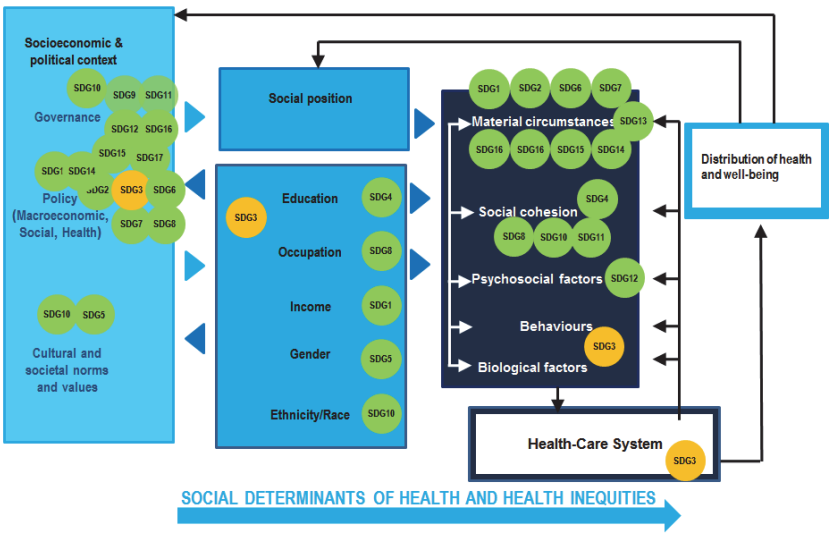
[그림 5-2-1] 지속가능발전목표(Sustainable Development Goals)



자료: 지속가능발전포털. ncsd.go.kr/sub02/20.do. 20에서 2018. 12. 19. 인출

지속가능발전목표 자체가 모든 사람에 대한 형평성을 기본 원칙으로 내세우고 있다는 점 외에도 지속가능발전목표에 포함된 17가지 목표들은 대부분 건강 결정 요인들과 직간접적으로 연결되어 있다. 이 때문에 지속가능발전목표를 달성하려는 노력은 건강형평성 제고를 위한 기회의 창이 될 수도 있다.

〔그림 5-2-2〕 건강의 사회적 결정 요인과 지속가능발전목표(Sustainable Development Goals)



자료: Vivians Lin. (2018). Governance for health equity through Health in All Policies: implementation failure and how to prevent it. at the WHO-led workshop on governance on equity. Seoul. Korea.

이러한 기회를 활용하여 건강불평등 혹은 건강의 사회적 결정 요인을 전면에 내세우지 않더라도 사회불평등에 초점을 두고 건강불평등에 연계시킬 수 있어야 한다(김동진 외, 2017, p. 575).

아울러 차제에 건강불평등과 관련한 국가 단위의 공식적인 모니터링 체계를 수립할 필요가 있다. 현재 통계청이나 질병관리본부에서 생산한 건강 관련 통계 중 일부 인구집단 혹은 지역 간 격차를 나타내는 통계가 있었으나, 이는 단순 통계 숫자에 그칠 뿐 의미에 대한 해석이나 해결을 전제로 한 문제의식이 수반된 것은 아니다. 국민건강증진종합계획에서도 '건강형평성'을 총괄 목표 중 하나로 설정하고, 이에 대한 성과를 측정하기 위한 활동을 하고 있다. 그러나 목표 자체가 포괄적이지 못하고 목표 달성을 위한 별도의 정책이나 사업이 제시되지 못했다는 한계가 있다.

지난 2008년부터 한국건강형평성학회에서 건강불평등 통계집을 발간하였으나, 이 또한 오래 지속되지는 못하였다. 2013년부터 한국보건사회연구원에서 건강불평등의 현황과 추이에 대한 모니터링 활동을 지속하는 것이 현재 우리나라 건강불평등 모니터링 활동의 거의 전부이다.

많은 유럽 국가들이 그랬던 것처럼 건강불평등에 대응하기 위한 첫 번째 절차는 건강불평등 현황에 대한 정확한 문제의식을 갖는 것이다. 어느 집단에서 어떤 건강 문제에 대해서 가장 불평등이 많이 발생하고 있는가에 대한 파악이 뒷받침되지 않으면 정책적 노력을 투입한다 하더라도 문제가 해결되지 않기 때문이다.

국민건강증진종합계획에서는 '건강형평성 제고'를 정책 목표로 제시하고 있다. 우리나라의 건강불평등 문제를 해소하기 위해서는 가장 먼저 국가 단위에서의 건강불평등에 대한 공식적이고 지속적인 모니터링 체계를 갖출 필요가 있다. 아울러 지역 단위에서도 건강불평등 해소를 위한 노력과 관심이 필요하다. 지난 2017년 개정된 지역보건법 시행령에 "각급 지자체에서 지역보건의료계획을 수립할 때는 취약계층의 건강관리 및 지역주민의 건강 상태 격차 해소를 위한 추진계획"[18]을 포함할 것을 명시하고 있다. 그렇기 때문에 지역 단위에서도 건강불평등에 대한 구체적인 현황 파악과 추이에 대한 모니터링 활동은 반드시 필요하다.

18) 지역보건법 시행령 제4조(지역보건의료계획의 세부 내용) 제6항.

제2절 지역박탈지수 개발 및 산출

이 연구는 국내에서 수행된 기존 박탈지수 연구가 최근의 사회·문화적 맥락을 고려하지 못하고 개별 연구에 따라 표준화되지 못한 한계에 착안, 지역박탈지수의 학술적·정책적 활용 가능성을 제고하고자 수행되었다.

첫째, 포괄적인 박탈 개념을 고려하였다. 2002년부터 본격화된 국내 지역박탈지수 연구는 최초 타운센드 및 카스테어스지수를 기반으로 박탈 영역과 세부 지표를 구성했던 틀에서 크게 벗어나지 않았다. 기존 이론을 근거로 새로운 개념을 도출하는 것은 보편적이고 바람직한 연구 방식이나, 과거의 이론과 현상 간 시점 차이가 큰 경우 이론이 형성된 이후의 환경적 변화를 반영하지 못한다는 한계가 있다. 따라서 박탈과 관련한 국내외 선행연구, 박탈 유사 개념에 대한 선행연구 및 실제 적용 사례, 정책 현장에서의 요구 등을 포괄적으로 고려해 새로운 지역박탈지수를 개발해야 할 필요가 있다.

둘째, 자료 지향적 지수 산출을 탈피하고자 하였다. 기존 연구에서 지역박탈지수 구성 영역과 세부 지표를 선정하는 방식은 이론적 근거를 우선적으로 따랐으나, 결과적으로는 자료의 가용성에 크게 의존하는 형태였다. 그 예로 전통적 박탈 영역인 교육, 소득, 주거 등의 항목을 포함하면서 5년 단위, 시·군·구 수준으로 자료가 산출되는 인구주택총조사가 국내 지역박탈지수 연구 대부분에서 쓰이고 있다. 지수(지표) 선정 원칙으로 안정적인 산출 가능성을 고려하는 것은 필요하지만, 이것이 중요성, 타당성 등 지표 선정 시 고려할 수 있는 다른 원칙을 능가하는 최상의 원칙이 되어서는 안 될 것이다. 또한 분석의 용이성을 이유로 한 개 자료원만을 사용하는 것은 지역박탈 개념을 포괄적으로 설명하는 데 제약이 될 수 있다. 따라서 인구·사회·경제·보건·복지 등 박탈을 설명하는 데 필요

한 다분야 자료원을 한데 모아 필요한 지표와 구성 요소를 다시 정리하였다. 이 과정에서 지표 구성에 대한 내용 타당성을 검증하고자 관련 분야 전문가에게 자문을 하였으며, 선행 박탈 지표 및 박탈 관련 유관 지표를 포괄적으로 고려하였다.

그러나 지수 산출을 위해 원시 자료를 확보하는 과정에서 심각한 가용성 문제에 부딪혔는데, 실제로는 공개되지 않거나 공개된 자료의 지역적 범위가 넓어 주요 지표를 시·군·구 단위로 일관되게 제시하기가 어려웠다. 경제·소득·소비 영역의 빈곤율, 지니계수, 고용 영역의 청년실업률, 고용 안정성 등 세부 지표는 산출 필요성이 높음에도 불구하고 자료 가용성의 문제로 포함하지 못하였다. 또한 통계적으로 음의 값을 보이거나, 해석 방향 전환이 불가능한(분율 또는 비율이 아닌 경우) 후보군 지표가 최종 지표에서 대거 탈락하였다. 이에 이 연구에서는 산출하지 못하였으나, 향후 지역박탈 현황 파악을 위하여 고려해야 할 지표로서 일부 지표를 제안한다.

〈표 5-2-1〉 향후 지역박탈 현황 파악 시 고려되어야 할 개념(지표)

영역	지표명	비고
경제/소득/소비	임금	해석 방향 전환 불가능 → 대체 가능 지표 모색 또는 통계적 방법론 강구
	1인당 GRDP	
	빈곤율	자료원의 한계 → 대체 가능 지표 모색
	지니계수	
고용	청년실업률	자료원의 한계 → 대체 가능 지표 모색
	고용 안정성	
	근로 연령층 기초보장수급자 감소율	
범죄	방법용 CCTV 설치율	자료원의 한계 → 대체 가능 지표 모색
	야간보행 안전도	
기타	환경문제에 대한 인식	자료원의 한계 → 대체 가능 지표 모색
	대기오염도	
	환경소음도	

자료: 연구진이 작성함.

셋째, 현실적 요구를 반영하고자 하였다. 기존의 지역박탈지수는 종합지수의 형태로, 지역 간 박탈수준을 비교하는 것이 주를 이루었다. 그러나 '지역'박탈지수의 활용도를 높이기 위해서는 지역, 정책 현장에서 요구하는 내용과 형태로 산출 방식을 전환할 필요가 있다.

이를 위해 영역 및 세부 지표의 다차원적 구성을 통해 다양한 사회 쟁점을 반영하였다. 최근의 정책적 요구에 따라 개발된 자료원, 최신의 자료원 등 현재를 드러내는 자료들도 고려하였다. 단순한 지역 간 비교뿐만 아니라 지역 간 박탈 격차가 심각한 영역, 지역 내 박탈 문제가 심각한 영역 등 지역의 박탈수준을 다각도로 설명할 수 있는 지수를 산출하고자 하였다. 예컨대 영역별 발탈지수의 최솟값과 최댓값을 바탕으로 지역 간 박탈 격차가 심각한 영역을 파악할 수 있는데, 이 연구에서는 주택 및 서비스 영역, 기타 영역, 건강 및 장애 영역 순으로 지역 간 박탈수준 격차가 큰 것으로 확인되었다. 또한 종합지역박탈지수와 영역별 박탈지수를 함께 제시해 지역의 종합적인 박탈수준에 어떠한 영역이 주로 기여하고 있는지를 파악할 수 있도록 하였다. 종합박탈지수가 가장 높게 나타난 부산 지역의 경우 교육·기술·직업훈련 영역을 제외한 전체 영역에서 평균보다 높은 박탈수준을 보이고 있었다. 건강 및 장애 영역에서 4.392, 고용 영역에서 3.118, 경제·소득·소비 영역에서 2.606 등 높은 박탈수준을 보였다. 이와 같은 해석은 다른 영역 및 지역에 대해서도 동일하게 적용해 볼 수 있다.

연구 결과를 바탕으로 한 정책적 시사점을 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 개별 지역의 박탈수준뿐 아니라 박탈의 양극화에 대한 정책적 개입이 필요하다. 2010년과 2015년의 박탈 정도를 비교한 결과 지역 간 박탈의 최대 격차가 크게 개선되지 않은 것으로 나타났다. 따라서 박탈이

심한 지역에 대해서는 가중치를 두어 문제를 해결하기 위한 추가적인 경제적·조직적 자원을 지원할 필요가 있다.

둘째, 지역별로 박탈의 영역에 맞춰 세분화된 개입 전략을 개발할 필요가 있다. 지역박탈을 해소하기 위해서는 종합적 박탈 정도뿐 아니라 어떤 영역에서 박탈이 가장 심각한지를 함께 고려하여야 한다. 박탈의 정도가 더 심한 영역에 대하여 정책적 개입의 우선순위를 두는 한편 지역 내 인구구조, 지역이 중점적으로 담당하고 있는 역할 등을 고려하여 정책 개입 시 가장 효과성이 크다고 판단되는 영역을 선정하여 자원을 투입하여야 한다.

셋째, 향후에는 지역 박탈을 개선하기 위한 참여적 거버넌스의 구축을 고려해야 한다. 지역 주민이 인식하는 박탈의 정도는 객관적인 지표와는 다를 수 있다. 이러한 정성적 측면 역시 정책 개입 시 중요하게 고려해야 할 부분이다. 또한 계획된 정책이나 프로그램이 효과적으로 실행되기 위해서는 지역 주민들의 참여가 필수적이다. 주기적인 지역박탈 모니터링과 함께 지역 주민들의 요구가 정책으로 이어질 수 있는 의사결정 구조를 구축할 필요가 있다.

마지막으로 지적할 부분은 아무리 이론적으로 타당한 박탈지수가 개발되더라도 이것이 실제 정책에서 활용되지 않는다면 사회적 효용은 크지 않다는 점이다. 박탈지수가 정책적으로 활용되기 위해서는 개별 연구 과제 차원이 아니라 국가 표준 기구, 예컨대 통계청 같은 통계 생산 기관 혹은 한국보건사회연구원 같은 국가 연구기관에서 표준화된 방식으로 지표를 지속 생산하고, 중앙과 지방정부 차원에서는 근거에 기반한 예산 배분 정책이 자리 잡아야 할 것이다. 앞서 살펴본 해외 사례들은 박탈지수가 연구를 넘어서 실질적인 정책 수단으로 활용되고 있음을 잘 보여 준다. 이러한 근거 기반 정책과 자원 분배야말로 건강불평등을 해소하는 접근

법이자 공정한 정책 실행의 토대라 할 수 있다.

제3절 의료이용의 불평등 모니터링

이 연구에서는 지역 간 의료이용의 불평등을 모니터링하기 위한 도구로서 정성적 미충족 의료 측정도구를 개발하고 이를 시범적으로 적용하여 활용 가능성을 시험해 보았다. 또한 이렇게 측정된 지역 간 미충족 의료 불평등을 근거로 이와 관련한 몇 가지 의료 접근성 정책을 발견하고 불평등 완화의 관점에서 정책을 평가해 보았다. 의료불평등 모니터링 개선 방안을 연구하는 3년 동안 연구진은 이용자 중심의 관점을 지속적으로 주장하고 이를 연구에 반영하였다.

정성적 측정은 주관적인 측정 방법인 미충족 의료의 정량적 측정도구를 개선하고도 여전히 현실의 미충족 경험을 드러내지 못하는 부분을 보완해 준다. 이 연구는 단순히 질적 연구로 미충족 의료를 분석하는 것이 아니라 일정한 틀을 만들어 약간의 훈련을 받은 사람이라면 누구나 유사한 수준에서 미충족을 평가할 수 있는 도구를 만들었다는 점에서 큰 의의가 있다. 이 도구는 정량적 미충족 의료 측정도구와 마찬가지로 지속적으로 모니터함으로써 지역 간 미충족 의료 현황과 기제를 파악하고 변화를 감지할 수 있도록 만들어졌다. 따라서 이번 연구에서 수행한 것과 같은 시범적 측정이 더욱 체계를 갖추어 여러 지역에서 주기적으로 이루어질 필요가 있다.

이 도구는 특히 지역 간 미충족 의료의 불평등을 평가하기 위한 목적에서 만들어졌으므로 지역사회 건강조사와 같이 시·군·구별 지역 현황을 파악하고 지역에 맞는 정책을 계획하기 위한 조사의 맥락과 부합한다. 이미 주기적으로 시행되는 전국 단위의 조사에 정성적 조사를 일부분 함께

측정하는 것은 따로 체계를 만드는 것보다 현실적인 방안이다. 시기에 따라 변화하는 미충족 의료의 종류와 양상을 보기 위해 지역별로 돌아가며 시행하고, 전체적으로는 수년 사이에 반복 측정함으로써 모니터링이 가능하도록 체계를 만들어 볼 수도 있을 것이다.

지역사회 건강조사에서 이미 미충족 의료 문항을 포함하고 있으나, 측정 결과를 보면 비슷한 인프라와 상황에 놓인 군 단위의 미충족이 3%대에서 30%에 이르는 큰 차이를 나타내 신뢰성에 의문이 제기되는 상황이다. 이는 현실의 미충족 의료를 기존의 문항이 충분히 반영하지 못하고 있다는 의미일 수 있어 이 연구에서 개발한 정량적 측정도구와 정성적 측정도구를 지역 조사에 적용해 볼 것을 제안할 근거가 된다. 또한 정성적 측정 결과에서 다빈도로 나타나는 개념은 추후 정량적 측정도구에 반영하여 도구를 개선하는 데 사용할 수도 있을 것이다. 향후 의료 접근성에 관한 정책을 시행하고자 할 때 지역 간 불평등을 고려하여 기존의 평가지표를 비판적으로 고찰하고, 지표의 내용뿐 아니라 방법적 차원에서도 정량과 정성을 종합한 접근이 필요할 것이다.

정성적 측정 방법은 이미 여러 정책과 프로그램 평가에 사용되고 있지만, 주관적 방법이라는 점에서 하향 평가되는 경향이 있다. 하지만 정성적 측정 방법은 정량적 측정 방법을 개선한다기보다는 전혀 다른 종류의 정보를 제공해 주는 접근 방법이다. 따라서 정량적 방법과 정성적 방법을 함께 사용하여 미충족 의료를 측정할 때 현실에서 일어나는 경험과 심층에 놓인 기제를 더욱 잘 이해해 나갈 수 있으며, 이를 통해 더 실효성 있는 정책 평가와 개입 방안을 마련할 수 있을 것이다.

마지막으로 이번 연구 결과를 바탕으로 미충족 의료에 관한 정성적 평가 지침을 제안하고자 한다.

1) 이 지침은 누구에게 도움이 될 수 있는가?

- 지역 보건의료와 관련된 공공 부문 종사자로서
  - ✓ 의료기관 이용에서의 불평등 해소에 관한 활동에 관여되어 있거나,
  - ✓ 특히 취약계층을 위한 지원 프로그램의 개발 과정에 참여하거나,
  - ✓ 중장기적 관점에서 지역 주민의 요구를 파악하고자 하거나,
  - ✓ 의료이용에서의 불평등을 겪고 있을 가능성이 있는 집단이나 개인을 대상으로 한 서비스를 제공하는 경우
- 해당 지역의 민간 의료 부문 종사자로서
  - ✓ 의료기관의 지속가능한 운영을 위해 이용자의 필요와 요구에 민감해지고자 하거나,
  - ✓ 실질적으로 지역사회에서 공공에 준하는 역할을 기대받고 있고, 이에 부응하려 하거나,
  - ✓ 지역사회 봉사를 위한 활동을 고려하는 경우

2) 정성적 평가가 필요하다는 신호는 무엇인가?

- 해당 기관이 지역으로부터 피드백을 받는 경로를 통하여 소수의 의견이더라도 특정 요구나 불만이 꾸준히 발견될 때
- 유의미한 수의 지역 의료이용자들이 같은 단어나 표현에 대해 보건의료 종사자나 의료 전문가들과는 다른 의미로 사용하는 것이 파악되었을 때
- 양적인 평가를 통하여 지역 의료에 대한 무시하기 힘든 불만과 불신, 오해의 분위기가 감지되었을 때
- 지역 의료에 대한 프로젝트나 프로그램, 제도의 결과(outcome)가 양적 방법의 모니터링에 의해서는 설명되지 않거나 예측되지 않는 부분이 있을 때
- 의욕적으로 시행된 프로그램과 정책이 표적 집단에 의하여 호응을 얻지 못하고 있다고 판단될 때

3) 다양한 상황에서 본 연구에서 개발된 측정도구는 어떻게 활용될 수 있을 것인가?

■ 평가 도구 전체의 사용

- ✓ 지역 최초로 시행된 정성적 평가 시
  - □ 본 연구에서의 도구 외에 다른 보조, 보완적 방법을 함께 사용할 수 있음.
- ✓ 일정 기간(3년 권장)마다 정기적으로 전반적인 미충족 의료의 상태를 모니터링 시

■ 평가 도구 일부의 사용

- ✓ 평가 목적이 뚜렷한 경우 간편하게 약식으로 시행하기 위해,
  - □ 정기적 모니터링 사이에 일부 항목(예-미충족의 발생 영역, 결과, 대응)을 더 짧은 간격으로 모니터링하기 위해
  - □ 전체 평가에서 의미가 불분명한 결과(예-다의적인 주제어, 불포화 주제어가 많음)가 있을 시 후속 작업을 위해
- ✓ 일부 영역의 양적 자료화(주로 이분형 혹은 척도형)을 시도하거나, 체계적인 사례수집(예〉 '사건-맥락-기제-결과'에 따른 정리와 평가 점검표 이용을 병행)을 위해
- ✓ 양적 평가 방식과 혼합적 사용을 위해(예〉 양적 측정 결과나 설문지의 답변에 대한 심층적 해석을 할 수 있도록 정성적 항목을 선별)

4) 지역 주민들을 대상으로 정성적 평가를 시행할 때의 주의 사항은 무엇인가?

■ 대상자의 생활에 해로운 영향을 미치지 않도록 해야 함.

- ✓ 질적 연구에서의 일반적인 윤리적 원칙을 철저히 지키는 가운데, 투명한 절차로 진행될 수 있어야 함.
- ✓ 개인과 개인이 속한 조직의 익명성 보호에 유의해야 하며, 특히 반구조화 면담 혹은 심층 면담에 의해 주민들 간의 관계에 변화를 불러올 만한 언행을 삼가야 함.
- ✓ 평가 과정이나 결과가 대상자가 속한 기관이나 조직에 미치는 영향을 최소화할 수 있도록 고려해야 함.
- ✓ 만일 대상자가 취약계층을 비롯하여 사회적 차별이나 낙인이 가해지는 집단에 속해 있다면, 평가 과정이나 결과가 소속 집단에 대한 편견을 강화시키는 방식이어서는 안 됨.

■ 정성적 평가의 목적과 의의에 대해 충분히 대상자들과 소통할 수 있도록 해야 하는데, 그 이유는
  - ✓ 정성적 평가는 특히 대상자의 적극적인 협조가 필요한 데다 얻어 낸 협조를 향후 대안적인 정책의 성공적인 도입과 시행에까지 이어지도록 할 필요가 있어서이고,
  - ✓ 특히 개방형 질문의 비율이 적지 않은 특성상 효율적이고 체계적인 평가를 위해서 초점이 잘 맞추어진 절제된 형식의 면담이 이루어질 수 있도록 해야 하기 때문이고,
  - ✓ 평가 과정을 통해 보건의료서비스 제공자와 이용자 간의 상호 이해 증진과 관계의 공고화에 도움이 되도록 하기 위함임.

5) 언제 전문가의 도움이 필요한가?

■ 본 연구에서 개발한 평가 도구 사용에 관한 교육과 해설, 혹은 의견 개진을 통한 개량이 필요한 경우

■ 본 연구에서 개발한 평가 도구 사용 후, 쉽게 해석하기 어려운 결과가 있거나, 범주형 질문의 답변에 '기타' 항목이 많거나 개방형 질문의 답변에서 불포화 주제어가 다수 발견되는 경우

■ 시간이나 비용 등의 제약을 비롯한 기관 내 상황 때문에 본 평가 도구 외의 방법을 모색해야 할 경우

■ 정성적 평가 결과를 바탕으로 하여 후속적인 양적 평가가 이어지도록 하고자 하는 경우

■ 다른 지역에서의 정성적 평가 결과와 비교를 원하는 경우

참고문헌

〈국내외 참고문헌〉

강신욱, 김안나, 박능후, 김은희, 유진영. (2005). **사회적 배제의 지표개발 및 적용방안 연구.** 서울: 한국보건사회연구원.

강영호 등. (2012). **서울시 건강 격차 해소를 위한 보건 정책 방안 연구 보고서.** 서울시·울산: 울산대학교 산학협력단.

김미곤. (2013). **한국복지패널 연계 질적 연구(3차)- 취약계층의 삶을 중심으로.** 서울: 한국보건사회연구원.

김동진. (2012). 농어촌 주민의 일반· 응급의료이용 현황 및 시사점. **보건· 복지 Issue&Focus, 159,** 1-8.

김동진. (2018). 지역박탈에 따른 사회계층 간 건강행태의 격차 현황과 과제. **보건복지포럼. 통권 제260호.** 세종: 한국보건사회연구원.

김동진, 이소영, 채희란, 이정아, 기명, 김명희 등. (2013). **한국의 건강불평등 지표와 정책과제.** 서울: 한국보건사회연구원.

김동진, 기명, 김명희, 김유미, 윤태호, 장숙랑 등. (2014). **한국의 건강불평등 지표와 정책과제.** 세종: 한국보건사회연구원.

김동진, 채수미, 최지희, 김창엽, 김명희, 박유경 등. (2016). **국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업개발.** 세종: 한국보건사회연구원.

김동진, 채수미, 최지희, 이정아, 김창엽, 박유경 등. (2017). **국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업개발-통계로 본 건강불평등.** 세종: 한국보건사회연구원.

김동현, 김건엽, 김춘배, 류소연, 박순우, 이근찬 등. (2013). **지역사회건강수준 순위평가를 위한 전략개발과 적용에 관한 연구.** 강원: 한림대학교 산학협력단·서울: 한국건강증진개발원.

김명일. (2017). 노년기 빈곤궤적과 우울궤적의 관계 연구. **Journal of the Korean Gerontological Society, 37**(3), 617-635.

김재환. (2014). **임상심리검사의 이해 = Clinical guide to psychological**

assessment / 김재환 [외]공저 (2판. ed.). 서울: 학지사

김준우, 안영진. (2014). 수도권과 비수도권 간 체감 의료서비스 격차 -암 치료 경험을 통한 실증적 연구. [Empirical Study on the Disparity between Capital Region and Non-Capital Region in terms of Quality in Cancer Treatment]. **국토지리학회지, 48**(1), 149-159.

김창엽. (2015). **건강불평등의 현상과 의미. 불평등 한국, 복지국가를 꿈꾸다** (pp. 223-236). 서울: 후마니타스.

김창엽, 김명희, 이태진, 손정인. (2015). **한국의 건강 불평등.** 서울: 서울대학교 출판문화원.

김현숙. (2015). 가구주의 사회적 배제 수준이 청소년의 진로성숙도에 미치는 영향. **학교사회복지, 31,** 281-309.

나경은, 서유진. (2010). 질적지표에 의거한 학습장애 학생을 위한 수학중재연구 분석. [Analysis on Intervention Studies in Mathematics for Students with Learning Disabilities based on Quality Indicators]. **학습장애연구, 7**(2), 145-173.

남상호. (2016). 우리나라 빈곤에 대한 다차원적 분석: 소득과 자산의 결합분포를 중심으로. **2016년 2월 경제학공동학술대회 한국재정학회.**

동그라미재단. (2016). **한국사회 기회 불평등 조사 보고서.** 동그라미재단. (2016). **한국사회 기회 불평등 조사 보고서.** http://www.thecircle.or.kr/fairshake/%EA%B8%B0%ED%9A%8C%EB%B6%88%ED%8F%89%EB%93%B12016_%ED%95%9C%EA%B5%AD%EC%82%AC%ED%9A%8C-%EA%B8%B0%ED%9A%8C%EB%B6%88%ED%8F%89%EB%93%B1-%EC%A1%B0%EC%82%AC_%ED%95%9C%EA%B5%AD%EB%A6%AC%EC%84%9C%EC%B9%98/ttp://www.thecircle.or.kr/fairshake/%EA%B8%B0%ED%9A%8C%EB%B6%88%ED%8F%89%EB%93%B12016_%ED%95%9C%EA%B5%AD%EC%82%AC%ED%9A%8C-%EA%B8%B0%ED%9A%8C%EB%B6%88%ED%8F%89%EB%93%B1-%EC%A1%B0%EC%82%AC_%ED%95%9C%EA%

B5%AD%EB%A6%AC%EC%84%9C%EC%B9%98/에서 2018.6.2. 인출

문옥륜, 장동민. (1996). 의료서비스에 대한 접근성의 형평 분석. **보건행정학회지, 6**(1), 110-143.

박경돈. (2012). 지방의료원의 성과와 환경요인. **한국행정연구, 21**(1), 189-217.

박경순. (2015). 사회적 배제가 농촌노인의 건강에 미치는 영향 및 사회적 지지의 조절효과. **사회복지정책, 42**(4), 231-253.

박은주, 연미연, 김철웅. (2016). 한국사회의 지역박탈과 사회적 자본이 주관적 건강수준에 미치는 영향. **한국산학기술학회논문지, 17**(10), 382-395.

배현주, 신용승, 공성용, 이영수, 최민지, 하종식, 김소희, 이정현, 김태훈, 이옥희. (2010). **기후변화 및 대기오염에 의한 건강영향의 시공간적 분포 연구.** 서울: 국립환경과학원·한국환경정책·평가연구원.

배현주, 박정규, 서양원, 임유라, 임종한. (2013). **환경보건 감시체계를 활용한 지역특성별 환경정책수립 연구.** 서울: 한국환경정책·평가연구원.

서미경, 김혜련, 서동우, 선우덕, 신윤정, 최은진 등. (2005). **새국민건강증진종합계획수립.** 서울: 보건복지부·한국보건사회연구원.

손미아. (2002). 직업, 교육수준 그리고 물질적 결핍이 사망률에 미치는 영향. **예방의학회지, 35**(1), 76-82.

신광영. (2015). **중산층 위기. 불평등 한국 복지국가를 꿈꾸다**(pp. 55-68). 서울: 후마니타스.

신상도 등. (2009). **심뇌혈관질환 등록감시사업 심층조사를 통한 보건지표 개발.** 서울: 질병관리본부·서울: 서울대학교병원.

신열. (2005). 지방공사 의료원의 성과분석: 공공성과 수익성의 조화. **정책분석평가학회보, 15,** 177-211.

신영전, 윤태호, 김명희, 조흥준, 김미경, 유원섭, 김기랑, 김유미 등. (2009). **건강불평등 완화를 위한 건강증진 전략 및 사업개발에 관한 연구.** 서울: 건강증진사업지원단·서울: 한양대학교 산학협력단.

신형철, 강지영, 박웅섭, & 김상아. (2009). 농촌지역 여성의 건강수준과 의료이

용에 대한 연구. **농촌의학 지역보건학회지, 34**(1), 67-75.

신호성, 이수형, 추장민. (2009). 표준화사망비와 지역결핍지수의 상관관계: 지역사회 통합결핍지수 개발. **예방의학회지, 42**(6), 392-402.

심정하, 손미아. (2009). 강원도의 뇌혈관질환 사망과 지역사회 건강 지표와 관련성. **農村醫學·地域保健學會誌, 34**(1), 1-12.

심정하, 안동춘, 손미아. (2012). 교육수준과 지역결핍지수에 따른 뇌혈관질환 사망률 차이. **보건행정학회지, 22**(2), 163-182.

안은숙, 김민영, 신호성. (2015). 치과의료 이용의 수평적 형평성 분석. **Journal of Korean Academy of Oral Health, 39**(1), 9-16.

오영호. (2013). 우리나라 공공보건의료의 문제점과 정책방향. **보건복지포럼 200**, 62-82.

원광희. (2014). 교통복지 측면에서의 농촌형 교통모델 발굴 사업 추진. **충북 FOCUS, 85,** 1-22.

유승흠, 조우현, Yu, S.-H., & Jo, U. H. (1987). 전국민의료보험 실시에 따른 의료이용 수준과 양상의 변화. **대한병원협회지, 16**(10), 28-32.

유혜영. (2016). **지역의 의료자원 분포와 미충족 의료의 현황 및 영향 관계** (석사학위논문, 서울대학교 보건대학원. 서울). http://s-space.snu.ac.kr/bitstream/10371/128416/1/000000136876.pdf에서 인출

윤태호, 김수영, 윤미숙, 문경주. (2015). 지역 박탈수준과 중고령층의 활동제한의 연관성. **보건교육건강증진학회지, 32**(2), 27-37.

이기영, 김성렬, 고동희, 김보경, 윤동민, 임연희, 임유라 등. (2015). **대기 중 디젤 배출물질의 인체노출 및 건강영향 감시방안 마련(Ⅱ).** 서울: 국립환경과학원·서울: 서울대학교.

이상호. (2018). 한국의 지방소멸 2018. **고용동향브리프 7월호.** 충북: 한국고용정보원.

이성우. (2004). 정책분석의 패러다임과 연구방법에 대한 메타적 접근. **정책분석평가학회보, 14,** 1-22.

이연경. (2016). 국민건강증진종합계획 2020(HP2020) 평가를 통한 HP030의 나아갈 방향. **국민건강증진포럼 제1권 1호.** 서울: 한국건강증진개발원.

이왕원, 최율, 김문조. (2016). 한국 저소득층 가구의 빈곤화 과정에 관한 연구-자기회귀교차지연(ARCL)모형을 통한 다중박탈 양상의 종단적 분석. **가족과 문화, 28**(1), 162-206.

이용재. (2005). 지역특성이 보건의료자원 분포의 불평등에 미치는 영향. **비판사회정책, 21,** 49-78.

이용재. (2008). 지역간 건강보험이용의 형평성 분석. **한국사회정책, 15**(1), 5-38.

이윤식. (2006). 우리나라 정부의 정책평가방법에 관한 개선방안 연구. **정책분석평가학회보, 16,** 1-32.

이정우, 이창곤, 신광영, 김윤태, 고세훈, 이태수 등. (2015). **불평등 한국 복지국가를 꿈꾸다.** 서울: 후마니타스.

이정화, 오영은. (2016). 노인단독가구 노인의 사회적 배제, 우울 및 자살생각: 성 차이를 중심으로. **한국지역사회생활과학회지, 27**(4), 831-850.

이현아. (2014). **노인자살 예방서비스 성과에 관한 사례연구** (박사학위논문, 강남대학교 사회복지전문대학원. 용인). http://www.riss.kr/link?id=T13791468에서 인출.

임령. (2013). **質的 量的指標에 의한 議政活動 評價.** (박사학위논문, 전주대학교 일반대학원. 전주).

임준, 김슬기, 권다혜. (2014). **인천광역시 지역 간 건강불평등 현황.** 인천: 인천광역시 공공보건의료지원단.

정백근. (2006). 우리나라에서의 지역의 물질적 결핍수준과 15-64세 인구 표준화사망비의 관계. **예방의학회지, 39**(1), 46-52.

정슬기, 김용석, 송진희, 이수비, 이수영. (2015). **음주의 사회경제적 빈곤·불평등 영향 요인 규명 및 취약계층 음주문제개선과 회복을 위한 실천적·정책적 전략 개발.** 세종: 보건복지부·서울: 중앙대학교 산학협력단.

정지영. (2017). **유아 교사의 발달장애유아에 대한 긍정적 행동지원 적용 실태**

(석사학위논문, 부산대학교 대학원. 부산).
http://www.riss.kr/link?id=T14587450에서 인출

정진주, 김동식, 김명희, 김승섭, 김창오, 김태연 등. (2016). **국민건강증진종합계획 건강형평성 대표지표 개발 및 건강격차 해소 전략연구.** 서울: 한국건강형평성학회·세종: 보건복지부.

정최경희. (2016). 한국의 건강형평성 현황과 과제, **대한예방의학회 심포지움**.

조비룡, 박상민, 이철민, 손기영, 신동욱, 황승식 등. (2010). **지역사회 네트워크 기반 건강검진결과 활용·증대 사업모델 구축.** 충북: 질병관리본부·서울: 서울대학교 산학협력단.

최장집. (2015). **청년취업과 청년들의 대응. 불평등 한국 복지국가를 꿈꾸다**(pp. 163-178). 서울: 후마니타스.

최재규. (1995). 의료요구와 충족에 관한 조사연구. [A Study on Medical Need and Unmet Need in Chullabukdo]. **論文集, 29**(1), 655-671.

최희영, 류소연, Hee - Young, C., & So - Yeon, R. (2017). 우리나라 노인들의 미충족 의료 유형별 관련요인. **보건의료산업학회지, 11**(2), 65-79.

표윤희. (2014). 장애학생에 대한 교사와 치료사 간 협력적 팀 접근 중재의 질적 평가 지표에 따른 연구 동향 분석. [Review of Research Trends based Qualitative Evaluation Index on Collaborative Team Approach Intervention between teacher and therapist]. **지체·중복·건강장애연구, 57**(2), 293-320.

한국건강증진개발원. (2014). **우리 나라, 보건의료 취약 지역 어디일까?** In (Vol. 4). 서울: 한국건강증진개발원.

황인경, 고영규, 김정희, 윤태호, 김창훈. (2016). **지역밀착형 공공보건사업 수행을 위한 소지역 건강지표.** 부산: 부산광역시 공공보건의료지원단.

황정임, 최윤지. (2013). 농촌 독거노인 가구의 생활 실태 분석. **한국지역사회생활과학회 학술대회**, 119.
http://www.dbpia.co.kr/Journal/ArticleDetail/NODE02393562에서 인출

허종호, 조영태, 권순만 (2010). 사회경제적 박탈이 건강에 미치는 영향. **한국사회학, 44**(2), 93-120.

홍지민, 이수형, 신호성. (2013). 시군구 지역의 결핍수준과 기대여명의 변화, 2002-2011. **보건과 사회과학, 33,** 273-298.

Allin, S., Grignon, M., & Le Grand, J. (2010). Subjective unmet need and utilization of health care services in Canada: what are the equity implications? *Soc Sci Med, 70*(3), 465-472. doi:10.1016/j.socscimed.2009.10.027

Arcury, T. A., Preisser, J. S., Gesler, W. M., & Powers, J. M. (2005). Access to transportation and health care utilization in a rural region. *The Journal of Rural Health, 21*(1), 31-38. doi:10.1111/j.1748-0361.2005.tb00059.x

Atkinson, J., Salmond, C., & Crampton, P. (2014). *NZDep2013 index of deprivation.* Dunedin: University of Otago.

Ayanian, J., Weissman, J., Schneider, E., Ginsburg, J., & Zaslavsky, A. (2000). Unmet health needs of uninsured adults in the United States. *JAMA, 284*(16), 2061-2069.

Baker DW., Shapiro MF., Schur CL. (2000). Health insurance and access to care for symptomatic conditions. *Arch Inter Med, 160,* 1269-1274.

Baker, S. P., & Baker, T. D. (2002). Another unmet public health need. *Science (New York, N.Y.), 296*(5571), 1237. doi:10.1126/science.296.5571.1237a

Berghman, J. (1995). *Social Exclusion in Europe: Policy Context and Analytical Framework.* In Room, Graham (ed.) Beyond the Threshold. Bristol: Policy Press.

Bridges, V. E., Akkina, J., Grannis, J., Johnson, C., Johnson, R., &

Tuszynski, C. (2007). A qualitative assessment tool for the potential of infectious disease emergence and spread. *Prev Vet Med, 81*(1-3), 80-91. doi:10.1016/j.prevetmed.2007.04.008

Booth, C. (1988). Life and Labour of the People in London. E-document.

Canadian Population Health Initiative. (2008). Reducing gaps in health: A focus on socio-economic status in urban Canada. Ottawa, Ont.: CIHI

Canadian Population Health Initiative & Canadian Institute for Health Information. (2009). *The INSPQ Deprivation Index for Health in Canada: Applications For Research, Policy and Practice.* Ottawa, Ont.: CIHI

Capp, R., Misky, G., Lindrooth, R., Honigman, B., Logan, H., Hardy, R., Wiler, J. (2017). Coordination Program Reduced Acute Care Use And Increased Primary Care Visits Among Frequent Emergency Care Users. *Health Affairs, 36*(10), 1705-1711. doi:10.1377/hlthaff.2017.0612

Carstairs, V., & Morris, R. (1990). Deprivation and health in Scotland. *Health bulletin, 48*(4), 162-175.

Chantler, T., Paton, C., Velardo, C., Triantafyllidis, A., Shah, S. A.,Stoppani, E., Rahimi, K. (2016). Creating connections - the development of a mobile-health monitoring system for heart failure: Qualitative findings from a usability cohort study. *Digit Health, 2*, 2055207616671461. doi:10.1177/2055207616671461

Choi MH., Cheong KS., Cho BM., Hwang IK., Kim CH., Kim MH., Hwang SS., Lim JH., Yoon TH. (2011). Deprivation and Mortality at the Town Level in Busan, Korea: An Ecological Study. *Journal of Preventive Medicine and Public Health, 44*(6), 242-248.

Communities and Local Government. (2008). *Transforming places;*

changing lives: A framework for regeneration. London: Communities and Local Government.

Cullingworth, J. B., & Nadin, V. (2006). T*own and Country Planning in the UK*. London: Routledge.

Cunningham, J. P., & Hadley, J. J. (2007). Differences Between Symptom-Specific and General Survey Questions of Unmet Need in Measuring Insurance and Racial/Ethnic Disparities in Access to Care. *Medical Care, 45*(9), 842-850. doi:10.1097/MLR.0b013e318053678f

Curtis. S.(2004). *Health and Inequality: Geographical Perspectives*. SAGE Publications.

Daniels. N.(2008). *Just Health: Meeting Health Needs Fairly*. New York: Cambridge University Press.

Denzin, N. K. (1970). Sociological methods : a sourcebook / [by] Norman K. Denzin. Chicago, Ill.: Chicago, Ill. : Aldine Pub. Co.

Department for Communities and Local Government. (2010). *Working Neighborhoods Fund Project Study*. London: Department of Communities and Local Government.

Department for Communities and Local Government. (2014). *Updating the English Indices of Deprivation: Report for Consultation*. London: Department of Communities and Local Government.

Department for Communities and Local Government. (2015). *Updating the English Indices of Deprivation: Government Response to Consultation*. London: Department of Communities and Local Government.

Department of the Environment. (1994). *Index of Local Conditions: An Analysis Based on 1991 Census Data*. London: Department of the Environment.

Department of Environment &Transport and the Regions. (1998). *Updating and Revising the Index of Local Deprivation*. London: The Stationery Office.

Donaldson, C., & Gerard, K. (1993). Economics of Health Care Financing: The Visible Hand. Springer. doi:10.1007/978-1-349-22512-5

Drennan, V., Walters, K., Lenihan, P., Cohen, S., Myerson, S., & Iliffe, S. (2007). Priorities in identifying unmet need in older people attending general practice: a nominal group technique study. *Family Practice, 24*(5), 454-460. doi:10.1093/fampra/cmm034

Edwards, S., Peterson, K., Chan, B., Anderson, J., & Helfand, M. (2017). Effectiveness of Intensive Primary Care Interventions: A Systematic Review. *Journal of General Internal Medicine, 32*(12), 1377-1386. doi:10.1007/s11606-017-4174-z

Eroğlu, S. (2007). D*eveloping an index of deprivation which integrates objective and subjective dimensions: extending the work of Townsend, Mack and Lansley, and Halleröd. Social indicators research, 80*(3), 493-510.

Evans. R. G. & Stoddart. G. L.(1990). P*roducing health, consuming health care. Soc Sci Med, 31*(12), 1347-1363.

Frost, L. J. (2013). 의료 접근성 : 가난한 나라에는 왜 의료 혜택이 전해지지 못할까 / 로라 J. 프로스트, 마이클 R. 라이히 지음 (서울대학교 이종욱글로벌의학센터 옮김). 서울: 후마니타스. doi:10.978.896437/1947

Gamache, P.,Hamel, D., & Pampalon, R. (2017). *The material and social deprivation index : a summary*. Gouvernement du Québec: INSPQ.

Gordon, D. (2003). *Area-based deprivation measures: a UK perspective*. In : Kawachi, I., & Berkman, L. F. eds. (2003).

Neighborhoods and health. Oxford University Press.

Guillaume, E., Pornet, C., Dejardin, O., Launay, L., Lillini, R., Vercelli, M., & de Pina, M. F. (2016). *Development of a cross-cultural deprivation index in five European countries*. *J Epidemiol Community Health, 70*(5), 493-499.

Hafetz, J., & Miller, V. A. (2010). Child and parent perceptions of monitoring in chronic illness management: a qualitative study. *Child Care Health Dev, 36*(5), 655-662. doi:10.1111/j.1365-2214.2010.01102.x

Henning-Smith, C., McAlpine, D., Shippee, T., & Priebe, M. (2013). Delayed and Unmet Need for Medical Care Among Publicly Insured Adults With Disabilities. *Medical care, 51*(11), 1015. doi:10.1097/MLR.0b013e3182a95d65

Holtermann, S. (1975). *Areas of urban deprivation in Great Britain: an analysis of 1971 census data*. *Social Trends. 6,* 33-47.

Horner-Johnson, W., & Dobbertin, K. (2014). Usual source of care and unmet health care needs: interaction of disability with race and ethnicity. *Medical care, 52*(10 Suppl 3), S40. doi:10.1097/MLR.0000000000000193

Howe Hasanali, S. (2015). Immigrant-Native Disparities in Perceived and Actual Met/Unmet Need for Medical Care. *Journal of Immigrant and Minority Health, 17*(5), 1337-1346. doi:10.1007/s10903-014-0092-x

IOM. (2001). *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century.* Washington, DC. Retrieved from http://www.wpro.who.int/health_services/people_at_the_centre_of_care/documents/ENG-PCIPolicyFramework.pdf

Kellermann, A. L. (1994). Nonurgent emergency department visits:

meeting an unmet need. (Editorial). JAMA, *The Journal of the American Medical Association, 271*(24), 1953. doi:10.1001/jama.1994.03510480077038

Kucera, D., & SpringerLink. (2007). *Qualitative Indicators of Labour Standards* [electronic resource] : Comparative Methods and Applications / edited by David Kucera. In. Dordrecht: Dordrecht : International Labour Organization.

Laditka, J. N., Laditka, S. B., & Probst, J. C. (2009). Health care access in rural areas: evidence that hospitalization for ambulatory care-sensitive conditions in the United States may increase with the level of rurality. *Health & place, 15*(3), 761-770. doi:10.1016/j.healthplace.2008.12.007

Le Grand, J. (1982). *The Strategy of Equality.* London: George Allen & Unwin, 25-53.

Macintyre, S.(1997). The black report and beyond what are the issues? *Soc Sci & Med, 44*(6). 723-745.

Marmot, M.(2001). Editorial: Inequality in health. *New Engl J Med, 345,* 134-136. doi: 10.1056/NEJM200107123450210

Matern, R., Mendelson, M., & Oliphant, O. (2009). Developing a Deprivation index : The Research Process. Toronto: Daily Bread Food Bank and Ottawa: the Caledon Institute of Social Policy.

McKee, M. (2012). *Health systems, health, wealth and societal well-being* [electronic resource] : assessing the case for investing in health systems / edited by Josep Figueras and Martin McKee. In M. McKee & J. Figueras (Eds.), (p. 177). Berkshire, England: Berkshire, England : McGraw-Hill : Open University Press.

Ministry of Health. (2002). *Reducing Inequalities in Health.*

Wellington: Ministry of Health.

Ministry of Health. (2015). *Background Information on evidence and options for interventions to address childhood obesity in New Zealand*. Wellington: Ministry of Health.

Ministry of Health. (2016). *Population-based Funding Formula Review – 2015 Technical Report*. Wellington: Ministry of Health.

Neighborhood Renewal Unit. (2004). The English indices of deprivation 2004 (revised). UK: Office of the Deputy Prime Minister.

Norman, P. D. (2016). *The changing geography of deprivation in Britain, 1971 to 2011 and Beyond*. In: Champion, T and Falkingham, J. eds. *Population Change in the United Kingdo*m. Rowman & Littlefield.

Oliver A., Mossialos E. (2004). Equity of access to health care: outlining the foundations for action. *Journal of Epidemiology & Community Health, 58,* 655-658. doi/10.1136/jech.2003.017731

Palmerstron Noth Local council. (2017). *Local Alcohol Policy Research Report : Information in support of the development of the Palmerston North City Council Local Alcohol Policy.* Palmerstron Noth Local council

Pampalon, R., Hamel, D., Gamache, P., & Raymond, G. (2009). A deprivation index for health planning in Canada. *Chronic Dis Can, 29*(4), 178-191.

Pampalon, R., Hamel, D., Gamache, P., Philibert, M. D., Raymond, G., & Simpson, A. (2012). *An area-based material and social deprivation index for public health in Québec and Canada. Canadian Journal of Public Health/Revue Canadienne de Sante'e Publique,* S17-S22.

Pampalon, R., & Raymond, G. (2000). A deprivation index for health and welfare planning in Quebec. *Chronic Dis Can, 21*(3), 104-113.

Pearce, N.(1996). Traditional epidemiology, modern epidemiology and public health. *Am J Public Health. 86,* 678-683.

Raftery, J. (2000). Nurse telephone consultation for out-of-hours primary care can save money through reduced ER admissions, surgery attendance and GP home visits. *Evidence-based Healthcare, 4*(3), 61-61. doi:10.1054/ebhc.2000.0331

Reinken, J., McLeod, W,J., & Murphy T,I,D. (1985). *Health and equity.* Wellington: Department of Health.

Ritchie, J., & 이병숙. (2017). 질적연구의 이론과 실제 / Jane Ritchie [외] 공저 이병숙 [외] 공역. 서울: 정담미디어 : 학지사.

Robinson, G. M. (1998). *Methods and techniques in human geography*. John Wiley & Sons.

Rose, G.(1992). *The Strategy of Preventive Medicine: The Individual and The Population*. In: Marmot. M. Elliot. P. eds. *Coronary Heart Disease Epidemiology: From Aetiology to Public Health*. Oxford University Press.

Rydin, Y. (1993). *The British planning system: An introduction*. Basingstoke : The Macmillan Press.

Salmond, C. E., & Crampton, P. (2012). *Development of New Zealand's deprivation index (NZDep) and its uptake as a national policy tool. Canadian Journal of Public Health/Revue Canadienne de Sante'e Publique,* S7-S11.

Salmond, C., Crampton, P., King, P., & Waldegrave, C. (2006). NZiDep: a New Zealand index of socioeconomic deprivation for individuals. *Social science & medicine. 62*(6). 1474-1485.

Salmond, C. E., Crampton, P. R., & Sutton, F. (1998). *NZDep96: Index of Deprivation Instruction Book*. Wellington: Health Services Research Centre.

Samuels-Kalow, M., Rhodes, K., Uspal, J., Smith, A., Hardy, E., & Mollen, C. (2016). Unmet Needs at the Time of Emergency Department Discharge. *Academic Emergency Medicine, 23*(3), 279. doi:10.1111/acem.12877

Santana, P. (2017). *Promoting population health and equity in Europe: from evidence to policy.* Imprensa da Universidade de Coimbra/Coimbra University Press. doi: https://doi.org/10.14195/978-989-26-1500-4

Sen, A. (2002). Why health equity? *Health Economics, 11*(8), 659-666. doi:10.1002/hec.762

Smith, J., & Firth, J. (2011). Qualitative data analysis: the framework approach.(issues in research)(Report). *Nurse Researcher, 18*(2), 52. doi:10.7748/nr2011.01.18.2.52.c8284

Phillips, R. L., Liaw, W., Crampton, P., Exeter, D. J., Bazemore, A., Vickery, K. D., & Carrozza, M. (2016). How other countries use deprivation indices—and why the United States desperately needs one. *Health Affairs. 35*(11), 1991-1998.

Tappin, D. C., Bentley, T. A., & Ashby, L. E. (2015). An implementation evaluation of a qualitative culture assessment tool. *Appl Ergon, 47,* 84-92. doi:10.1016/j.apergo.2014.08.012

Tiffany, G., Batts-Turner, M., Yeh, H.-C., & Bone, L. (2005). A Randomized Controlled Trial of Primary Care and Community-Based Interventions To Reduce Emergency Room (ER) Visits and Hospitalizations. *Diabetes*, 54, A28.

Townsend, P. (1979). *Poverty in the United Kingdom: a survey of*

household resources and standards of living. Berkely and Los Angeles: University of California Press.

Townsend, P. (1987). Deprivation. *Journal of social policy. 16*(2), 125-146.

Townsend, P., Phillimore, P., & Beattie, A. (1988). H*ealth and deprivation: inequality and the North*. London: Routledge.

University of Manchester. (2014). *Deprivation Indices and Urban Regeneration Policy*. Manchester: University of Manchester.

US Agency for International Development (USAID). (2016). Complexity-Aware Monitoring. Policy, Planning and learning; Author. Washington D.C.: USAID.

Vaughn, S. (1996). *Focus group interviews in education and psychology* [electronic resource] / Sharon Vaughn, Jeanne Shay Schumm, Jane Sinagub. In J. S. Schumm & J. Sinagub (Eds.). Thousand Oaks, Calif. doi: http://dx.doi.org/10.4135/9781452243641

Wagstaff, A., Van Doorslaer, E., & Paci, P. (1991). On the measurement of horizontal inequity in the delivery of health care. *Journal of health economics, 10*(2), 169-205. doi:10.1016/0167-6296(91)90003-6

Ward, D. J., Furber, C., Tierney, S., & Swallow, V. (2013). Using Framework Analysis in nursing research: a worked example. *Journal of advanced nursing, 69*(11), 2423. doi:10.1111/jan.12127

Westfall, J. M. (2013). C*old-spotting: linking primary care and public health to create communities of solution. The Journal of the American Board of Family Medicine. 26*(3), 239-240.

Whitehead, M. (1998). Diffusion of ideas on social inequalities in health: a European perspective. *Milbank Q, 76*(3), 469-492.

WHO. (1948). *Constitution of the World Health Organization. Basic documents*. Geneva, Switzerland: WHO.

WHO. (1984). *Health promotion: a discussion document*. Geneva, Switzerland: WHO.

WHO. (2007). People-centred health care: a policy framework. Geneva, Switzerland: WHO.

WHO. (2013). Handbook on health inequality monitoring : with a special focus on low- and middle-income countries / World Health Organization. Geneva, Switzerland: WHO.

WHO. (2014). Qualitative indicators for monitoring Health 2020 policy targets. Geneva, Switzerland: WHO.

WHO Commission on Social Determinants of Health(2008). *Closing the gap in a generation*. Geneva, Switzerland: WHO.

Wisniewski, J. M., Yeager, V. A., Diana, M. L., & Hotchkiss, D. R. (2016). Exploring the barriers to rigorous monitoring and evaluation of health systems strengthening activities: qualitative evidence from international development partners. *Int J Health Plann Manage, 31*(4), e302-e311. doi:10.1002/hpm.2339

Wong, S. T., Browne, A. J., Varcoe, C., Lavoie, J., Fridkin, A., Smye, V., Tu, D. (2014). Development of health equity indicators in primary health care organizations using a modified Delphi. *PLoS One, 9*(12), e114563. doi:10.1371/journal.pone.0114563

〈자료원〉

교육부·한국교육개발원. (2003-2017). 교육통계연보. http://cesi.kedi.re.kr/index에서 2018. 2. 3. 인출

교육부·한국교육과정평가원. (2015). 기초학력 미달 학생비율 자료. http://cesi.kedi.re.kr/index에서 2018. 2. 3. 인출

더불어민주당 강병원의원실, (사) 일과 건강, 노동환경건강연구소. (2016). 2016년 국정감사자료집 발암물질 전국지도, 전국 배출 및 이동량 조사 결과 보고서.

보건복지부. (2003-2017). 장애인현황. http://kosis.kr/search/search.do에서 2018. 2. 3. 인출

보건복지부. (2008). 노인실태조사. https://data.kihasa.re.kr/micro/subject_list.jsp?grp_seq=113에서 2018. 2. 3. 인출

보건복지부. (2011). 노인실태조사. https://data.kihasa.re.kr/micro/subject_list.jsp?grp_seq=113에서 2018. 2. 3. 인출

보건복지부. (2011-2016). 국민보건의료실태조사. https://data.kihasa.re.kr/micro/subject_list.jsp?grp_seq=113에서 2018. 2. 3. 인출

보건복지부. (2014). 노인실태조사. https://data.kihasa.re.kr/micro/subject_list.jsp?grp_seq=113에서 2018. 2. 3. 인출

보건복지부. (2017). 노인실태조사. https://data.kihasa.re.kr/micro/subject_list.jsp?grp_seq=113에서 2018. 2. 3. 인출

보건복지부·국립중앙의료원. (2009-2016). 응급의료 통계연보. http://www.e-gen.or.kr/nemc/statistics_annual_report.do에서 2018. 2. 3. 인출

보건복지부·질병관리본부. (2001-2015). 국민건강영양조사. https://chs.cdc.go.kr/chs/index.do에서 2018. 2. 3. 인출

성균관대학교 동아시아학술원 서베이리서치센터. (2003-2014). 한국종합사회조사. http://kgss.skku.edu/?page_id=39에서 2018. 2. 3. 인출

여성가족부. (2018). 2018년 한부모가족지원사업 안내.

http://www.mogef.go.kr/mp/pcd/mp_pcd_s001.do?mid=plc503에서 2018. 7. 30. 인출

여유진, 전지현. (2017). **2017년 빈곤통계연보.** 세종: 한국보건사회연구원.

정홍원, 박종서, 김동진, 강지원, 김진희, 윤자은. (2017). **2017년 자치단체 사회보장사업 조사 및 사회보장예산 실태 분석.** 세종: 한국보건사회연구원.

중앙선거관리위원회. (2007). 제17대 대통령선거총람. https://www.nec.go.kr/portal/bbs/list/B0000215.do?viewType=P&menuNo=200186에서 2018. 6. 30. 인출

중앙선거관리위원회. (2008). 제18대 국회의원선거총람. https://www.nec.go.kr/portal/bbs/list/B0000215.do?viewType=P&menuNo=200186에서 2018. 6. 30. 인출

중앙선거관리위원회. (2012). 제18대 대통령선거총람. https://www.nec.go.kr/portal/bbs/list/B0000215.do?viewType=P&menuNo=200186에서 2018. 6. 30. 인출

중앙선거관리위원회. (2012). 제19대 국회의원선거총람. https://www.nec.go.kr/portal/bbs/list/B0000215.do?viewType=P&menuNo=200186에서 2018. 6. 30. 인출

중앙선거관리위원회. (2016). 투표율 자료. https://www.nec.go.kr/portal/bbs/list/B0000215.do?viewType=P&menuNo=200186에서 2018. 6. 30. 인출

중앙선거관리위원회. (2016). 제20대 국회의원선거총람. https://www.nec.go.kr/portal/bbs/list/B0000215.do?viewType=P&menuNo=200186에서 2018. 6. 30. 인출

중앙선거관리위원회. (2017). 제19대 대통령선거총람. https://www.nec.go.kr/portal/bbs/list/B0000215.do?viewType=P&menuNo=200186에서 2018. 6. 30. 인출

질병관리본부. (2015). 지역사회건강조사. https://chs.cdc.go.kr/chs/index.do에서 2018. 2. 3. 인출

통계청. (2003-2016). 가계동향조사. http://kosis.kr/search/search.do에서 2018. 2. 3. 인출

통계청. (2003-2017). 경제활동인구조사 근로자형태별부가조사. http://kosis.kr/search/search.do에서 2018. 2. 3. 인출

통계청. (2003-2017). 경제활동인구조사. http://kosis.kr/search/search.do에서 2018. 2. 3. 인출

통계청. (2005, 2010, 2015). 인구총조사. http://kosis.kr/search/search.do에서 2018. 2. 3. 인출

통계청. (2009-2016). 주민등록연앙인구. http://kosis.kr/search/search.do에서 2018. 2. 3. 인출

통계청. (2010). 인구주택총조사 표본조사. 내부자료.

통계청. (2015). 인구주택총조사 표본조사. 내부자료.

통계청. (2015). 경제활동인구조사. http://kosis.kr/search/search.do에서 2018. 2. 3. 인출

통계청. (2015). 경찰청 범죄통계. http://kosis.kr/search/search.do에서 2018. 2. 3. 인출

통계청. (2015). 사회조사. http://kosis.kr/search/search.do에서 2018. 2. 3. 인출

통계청. (2015). 사망원인통계. http://kosis.kr/search/search.do에서 2018. 2. 3. 인출

통계청. (2015). 주민등록인구. http://kosis.kr/search/search.do에서 2018. 2. 3. 인출

통계청. (2015). 지역별고용조사. http://kosis.kr/search/search.do에서 2018. 2. 3. 인출

통계청. (2015). e-지방지표. http://kosis.kr/search/search.do에서 2018. 2. 3. 인출

통계청·교육부. (2003-2017). 초·중·고 사교육비조사. http://kosis.kr/search/search.do에서 2018. 2. 3. 인출

한국고용정보원. (2018). 한국의 지방소멸 2018: 2013~2018년까지의 추이와 비수도권 인구이동을 중심으로. 고용동향브리프.

행정안전부. (2003-2017). 주민등록인구현황. http://kosis.kr/search/search.do에서 2018. 2. 3. 인출

행정안전부. (2007-2016). 지방자치단체외국인주민현황. http://kosis.kr/search/search.do에서 2018. 2. 3. 인출

행정안전부.(2003-2018). 지방자치단체 통합재정 개요. https://www.mois.go.kr/frt/bbs/type001/commonSelectBoardArticle.do?bbsId=BBSMSTR_000000000012&nttId=63543에서 2018. 5. 30. 인출

고용노동부. (2008-2017). 고용형태별근로실태조사. http://laborstat.moel.go.kr/newOut/renewal/menu05/menu05_a_view.jsp?ICD=1159&PAGE=1&view=main에서 2018. 5. 30. 인출

〈법령, 신문기사, 행정문서, 웹문서, 내부자료 등〉

국가통계포털 홈페이지. http://kosis.kr/index/index.do에서 2018. 2. 18. 인출

국가통계포털 홈페이지(국내통계〉주제별통계〉인구·가구〉장래인구추계〉전국). http://kosis.kr/statisticsList/statisticsListIndex.do?menuId=M_01_01&vwcd=MT_ZTITLE&parmTabId=M_01_01에서 2018. 2. 18. 인출

건강증진개발원 홈페이지. 농어촌 일차보건의료인력 정책지원. http://www.khealth.or.kr/board;jsessionid=AlajmZMAox8C0QrETbL5T3ViaePC1bg9bUsaj7PeQ4ToaMUSURgBBbHVNMdzgLn2.khealth-was_servlet_khealth2018?menuId=MENU00846&siteId=null에서 2018. 4. 20. 인출

농림축산식품부(2017.12. 14) '18년 농촌형 교통모델사업(100월 택시 등) 82개 전 군 지역으로 확대. 대한민국정책브리핑.

http://www.korea.kr/policy/pressReleaseView.do?newsId=156243479에서 2018. 4. 20. 인출

농민신문(2017. 12. 21). 내년부터 전국 확대 운행되는 '100원 택시', 원조는 어디?
https://m.post.naver.com/viewer/postView.nhn?volumeNo=11443667&memberNo=36080930에서 2018. 4. 20. 인출

대한의사협회. 환자가족 대리처방 안내문. (연도미상).

법제처 홈페이지. 의료법 제 17조. (2018).

법제처 홈페이지. 공공의료에 관한법률 제3조,4조,5조. (2018).

법제처 홈페이지. 지역보건법 시행령 제4조(지역보건의료계획의 세부 내용) 제6항. (2018).

보건복지부. 지방의료원표준운영지침. (연도미상).

보건복지부. 지역거점공공병원 운영평가 지침서 (2017).

보건복지부홈페이지. http://www.mohw.go.kr/react/policy/에서 2018. 4. 20. 인출

양영구(2017.11.15.) 제한적 대리처방 허용하지만...약 "오남용 주의해야". Medical Observer
http://www.monews.co.kr/news/articleView.html?idxno=107741에서 2018. 5. 18. 인출

오희숙(2016. 12. 25) 공주의료원 명의 떠나는데...왜?. 파워뉴스.
http://www.pwnews.co.kr/news/articleView.html?idxno=30951에서 2018. 5. 18. 인출

유효상(2016. 10. 11) 충남도 공주의료원, 신축 이전 진료 시작. 중앙일보.
https://news.joins.com/article/20708645에서 2018. 5. 18. 인출

위키피디아 남해군 검색 결과.
https://ko.wikipedia.org/wiki/%EB%82%A8%ED%95%B4%EA%B5%B0에서 2018. 5. 18. 인출

위키피디아 부산광역시 검색 결과.

https://ko.wikipedia.org/wiki/%EB%B6%80%EC%82%B0%EA%B4%91%EC%97%AD%EC%8B%9C에서 2018. 5. 18. 인출

정혁. (2015.12.26.). 2015년 '수저계급론' 유행, 불평등 인식의 결과다. 오마이뉴스. http://www.ohmynews.com/NWS_Web/View/at_pg.aspx?CNTN_CD=A0002170918에서 2018. 2. 15. 인출

지방의료원 연합회 홈페이지. http://www.medios.or.kr/에서 2018. 6. 20. 인출

지속가능발전포털. ncsd.go.kr/sub02/20.do. 20에서 2018. 12. 19. 인출

지역보건법 시행령 제4조(지역보건의료계획의 세부 내용) 제6항. (2018).

한국 농어촌공사 홈페이지. https://www.ekr.or.kr/Kkrpub/cms/index.krc?MENUMST_ID=21469

현두륜. (2016.11.30) 논란의 대리처방 되는 경우와 안되는 경우. 의협신문. http://www.doctorsnews.co.kr/news/articleView.html?idxno=114152에서 2018. 6. 20. 인출

한국노인인력개발원 홈페이지. https://www.kordi.or.kr/에서 2018. 6. 20. 인출

Vivians Lin. (2018). Governance for health equity through Health in All Policies: implementation failure and how to prevent it. at the WHO-led workshop on governance on equity(2018.11.26.). Seoul. Korea.

부 록

부록 1. 지표 정의 및 산출식

〈부표 1-1〉 지방 소멸 지표 정의 및 산출식

구분	내 용
지표 분류	사회구조적 요인 〉 인구 〉 지역
지표 정의	65세 이상 고령 인구수를 20~39세 여성 인구수로 나눈 분율
산출식	1) 산출식: 소멸위험지수=(20~39세 여성 인구수/65세 이상 고령 인구수)
자료원 및 변수	1) 자료원 - 한국고용정보원(2018). 한국의 지방 소멸 2018: 2013~2018년까지의 추이와 비수도권 인구 이동을 중심으로. 고용동향브리프. 2) 주요 변수 - 지역별 격차: 시·도(세종 포함)
산출 주기	매년
비고	소멸위험지수 값이 1.0 이하로 하락하는 경우 그 동동체(국가, 광역, 기초지역)는 인구학적인 쇠퇴 위험 단계에 진입하게 되었음을 의미함. 소멸위험지수 값이 0.5 이하일 경우 극적인 전환의 계기가 마련되지 않는다면 소멸 위험이 크다는 것을 의미함. 출처: 한국고용정보원(2018). 한국의 지방 소멸 2018: 2013~2018년까지의 추이와 비수도권 인구 이동을 중심으로. 고용동향브리프. p. 5

〈부표 1-2〉 노인인구 비율 지표 정의 및 산출식

구분	내 용
지표 분류	사회구조적 요인 〉 인구 〉 인구집단별 인구 비율
지표 정의	전체 인구 중 65세 이상 인구의 분율
산출식	1) 산출식: (65세 이상 인구수/ 총인구수)* 100 2) 단위: % 3) 산출값: 조율
자료원 및 변수	1) 자료원 - 행정안전부. (2003-2017). 주민등록인구현황. 2) 주요 변수 - 지역별 격차: 시·도(세종 포함)
산출 주기	매년

〈부표 1-3〉 저소득 한부모 가구수 지표 정의 및 산출식

구분	내 용
지표 분류	사회구조적 요인 〉 인구 〉 인구집단별 인구 비율
지표 정의	저소득 한부모 가구수(기초생활보장법상 한부모 가구+한부모가족법상 한부모 가구)
산출식	1) 산출식: 저소득 한부모 가구수 2) 단위: 가구
자료원 및 변수	1) 자료원 - 여성가족부. (2018). 2018년 한부모가족지원사업 안내, p. 22 2) 주요 변수 - 연도별 추이: 계, 모자가구, 부자가구, 조손가구
산출 주기	매년
비고	지역별 격차는 자료 부족(미공개)으로 미산출

〈부표 1-4〉 등록 장애인 비율 지표 정의 및 산출식

구분	내 용
지표 분류	사회구조적 요인 〉 인구 〉 인구집단별 인구비율
지표 정의	전체 인구 중 장애인복지법 제2조의 기준에 해당돼 시군구청장에게 등록한 장애인의 분율
산출식	1) 산출식: (등록 장애인 수/전체 인구수)*100 2) 단위: % 3) 산출값: 조율
자료원 및 변수	1) 자료원 - 보건복지부. (2003-2017). 장애인현황. - 행정안전부. (2003-2017). 주민등록인구현황. 2) 주요 변수 - 지역별 격차: 시·도(세종 포함)
산출 주기	매년

〈부표 1-5〉 외국인 주민 비율 지표 정의 및 산출식

구분	내 용
지표 분류	사회구조적 요인 〉 인구 〉 인구집단별 인구 비율
지표 정의	전체 인구 중 대한민국에 거주하는 외국인 주민의 분율
산출식	1) 산출식: (외국인 주민수/총인구수)*100 2) 단위: % 3) 산출값: 조율
자료원 및 변수	1) 자료원 - 행정안전부. (2007-2016). 지방자치단체외국인주민현황. - 행정안전부. (2007-2016). 주민등록인구현황. 2) 주요 변수 - 지역별 격차: 시·도(세종 포함)
산출 주기	매년
비고	외국인 주민은 아래에 해당하는 자로 정의함. 1) 한국 국적을 가지지 않은 자: 기업 투자, 취재 등 체류 자격이 외국인 근로자, 결혼 이민자, 유학생, 외국 국적 동포에 해당하지 않는 자 및 단기 체류 기간 도과 불법체류자 2) 한국 국적을 취득한 자: 국적법 제3조 및 제4조에 따라 한국 국적을 취득한 자 (한국인이 국적 상실 후 회복한 경우 및 북한이탈주민 제외) 3) 외국인 주민 자녀: ‘‘한국 국적을 취득한 자’의 자녀 및 한국인과 결혼한 ‘한국 국적을 가지지 않는 자’의 자녀 - 외국인 주민 자녀(출생)는 외국인 또는 귀화한 자의 자녀로서 국적법 제2조(출생에 의한 국적 취득)에 따라 출생과 동시에 한국 국적을 취득한 자 - 미성년자만 집계 출처: 통계청(kosis) 홈페이지 통계설명자료. 2018. 10. 16. 13:18 접속

〈부표 1-6〉 대학 졸업자 인구 비율 지표 정의 및 산출식

구분	내 용
지표 분류	사회구조적 요인 〉 교육 〉 교육수준
지표 정의	만 20세 이상 성인 인구 중 전문대 이상 대학을 졸업한 인구의 분율
산출식	1) 산출식: (전문대 이상 대학 졸업자 수/20세 이상 인구수)*100 2) 단위: % 3) 산출값: 조율, 표준화율, 상대격차, 절대격차
자료원 및 변수	1) 자료원 - 통계청. (2005, 2010, 2015). 인구총조사. 2) 주요 변수 - 지역별 격차: 시·도(세종 포함) - 인구집단별 격차: 직업
산출 주기	5년

〈부표 1-7〉 중·고등학교 학업 중단율 지표 정의 및 산출식

구분	내 용
지표 분류	사회구조적 요인 〉 교육 〉 교육수준
지표 정의	중·고등학교에 제적하고 있는 전체 학생 중 학업을 중단한 학생의 분율
산출식	1) 산출식: (중·고등학교 학업중단자 수/중·고등학교 제적 학생수)*100 2) 단위: % 3) 산출값: 조율, 표준화율, 상대격차, 절대격차
자료원 및 변수	1) 자료원 - 교육부·한국교육개발원. (2003-2017). 교육통계연보 2) 주요 변수 - 지역별 격차: 시·도(세종 포함)
산출 주기	매년

〈부표 1-8〉 사교육비 월평균 지출액 지표 정의 및 산출식

구분	내 용
지표 분류	사회구조적 요인 〉 교육 〉 교육비 지출
지표 정의	초등학교·중학교·고등학교 학생들이 학교의 정규 교육과정 이외에 사적인 수요와 공급에 의해서 학교 밖에서 받는 보충교육을 위해 개인이 부담하는 비용
산출식	1) 산출식: 초등학교·중학교·고등학교 학생 1인당 사교육비 월평균 지출액 2) 단위: 만 원 3) 산출값: 사교육비 월평균 지출액(만 원), 상대격차, 절대격차
자료원 및 변수	1) 자료원 - 통계청·교육부. (2003-2017). 초·중·고 사교육비조사. 2) 주요 변수 - 지역별 격차: 시·도(세종 포함)
산출 주기	매년

〈부표 1-9〉 고용률 지표 정의 및 산출식

구분	내 용
지표 분류	사회구조적 요인 〉 고용 〉 고용 및 실업
지표 정의	- 15세 이상 인구 중 취업자가 차지하는 분율 - 15~64세 인구 중 취업자가 차지하는 분율 - 65세 이상 인구 중 취업자가 차지하는 분율
산출식	1) 산출식 - (취업자/ 15세 이상 인구수)* 100 - (취업자/ 15~64세 인구수)* 100 - (취업자/ 65세 이상 인구수)* 100 2) 단위: % 3) 산출값: 조율, 표준화율
자료원 및 변수	1) 자료원 - 통계청. (2003-2017). 경제활동인구조사. 2) 주요 변수 - 인구집단별 격차: 교육수준(30~64세, 65세 이상) - 지역별 격차: 시·도(세종 포함)
산출 주기	매년
비고	취업자는 아래에 해당하는 자로 정의함. 1) 15세 이상 인구 중 조사 대상 주간에 수입을 목적으로 1시간 이상 일한 자 2) 15세 이상 인구 중 동일 가구 내 가구원이 운영하는 농장이나 사업체의 수입을 위하여 주당 18시간 이상 일한 무급 가족 종사자 3) 15세 이상 인구 중 직업 또는 사업체를 가지고 있으나 일시적인 병 또는 사고, 연가, 교육, 노사분규 등의 사유로 일하지 못한 일시 휴직자

〈부표 1-10〉 실업률 지표 정의 및 산출식

구분	내 용
지표 분류	사회구조적 요인 〉 고용 〉 고용 및 실업
지표 정의	- 15세 이상 경제활동인구 중 실업자가 차지하는 분율 - 15~64세 경제활동인구 중 실업자가 차지하는 분율 - 65세 이상 경제활동인구 중 실업자가 차지하는 분율
산출식	1) 산출식 - (실업자/ 15세 이상 경제활동인구)* 100 - (실업자/ 15~64세 경제활동인구)* 100 - (실업자/ 65세 이상 경제활동인구)* 100 2) 단위: % 3) 산출값: 조율, 표준화율
자료원 및 변수	1) 자료원 - 통계청. (2003-2017). 경제활동인구조사. 2) 주요 변수 - 인구집단별 격차: 교육수준(30~64세, 65세 이상) - 지역별 격차: 시·도(세종 포함)
산출 주기	매년
비고	실업자는 아래에 해당하는 자로 정의함. 1) 15세 이상 경제활동인구 중 조사 대상 주간에 수입 있는 일을 하지 않았고, 지난 4주간 일자리를 찾아 적극적으로 구직 활동을 하였던 사람으로서 일자리가 주어지면 즉시 취업이 가능한 사람 2) 15세 이상 경제활동인구 중 구직 기간 4주 기준 실업자

〈부표 1-11〉 비정규직 근로자 비율 지표 정의 및 산출식

구분	내 용
지표 분류	사회구조적 요인 〉 고용 〉 고용 및 실업
지표 정의	전체 임금근로자 중 고용 형태가 비정규직인 근로자(한시적 근로자, 시간제 근로자, 비전형 근로자)가 차지하는 분율
산출식	1) 산출식: (비정규직 근로자/임금근로자)* 100 2) 단위: % 3) 산출값: 조율, 표준화율
자료원 및 변수	1) 자료원 - 통계청. (2003-2017). 경제활동인구조사 근로자형태별부가조사. 2) 주요 변수 - 인구집단별 격차: 직업, 교육수준(30~64세, 65세 이상) - 지역별 격차: 시·도(세종 포함)
산출 주기	매년

〈부표 1-12〉 저임금 노동자 비율 지표 정의 및 산출식

구분	내 용
지표 분류	사회구조적 요인 〉 고용 〉 고용 및 실업
지표 정의	전체 임금근로자 중 임금 중위값(medias)의 2/3 이하의 임금을 받는 근로자의 분율
산출식	1) 산출식: (근로 임금이 전체 근로자 임금 중위값의 2/3보다 적게 받는 임금근로자의 수/전체 임금근로자 수)*100 2) 단위: % 3) 산출값: 조율, 표준화율, 상대격차, 절대격차
자료원 및 변수	1) 자료원 - 고용노동부. (2008-2017). 고용형태별근로실태조사 2) 주요 변수 - 인구집단별 격차: 교육수준(30~64세, 65세 이상)
산출 주기	매년
비고	지역별 격차는 자료 부족(미공개)으로 미산출

〈부표 1-13〉 전문가 및 관리자 비율 지표 정의 및 산출식

구분	내 용
지표 분류	사회구조적 요인 〉 고용 〉 직업
지표 정의	만 15세 이상 전체 취업자 중 전문가 혹은 관리자의 직업을 가진 사람의 비율
산출식	1) 산출식: (관리자 혹은 전문가 및 관련 종사자로 일하는 만 15세 이상 근로자 수/만 15세 이상 전체 취업자 수)*100 - 분자: 만 15세 이상 취업자 중 한국표준직업분류상 관리자 혹은 전문가 및 관련 종사자로 일하는 근로자 수 - 분모: 만 15세 이상 경제활동인구 중 취업자 수 2) 단위: % 3) 산출값: 조율, 표준화율, 상대격차, 절대격차
자료원 및 변수	1) 자료원 - 통계청. (2003-2017). 경제활동인구조사. 2) 주요 변수 - 인구집단별 격차: 교육수준(30~64세, 65세 이상) - 지역별 격차: 시·도
산출 주기	매년
비고	- 관리자 범위(통계청 경제활동인구조사 6차 직업분류코드 활용): 공공 및 기업 고위직, 행정 및 경영 지원 관리직, 전문서비스 관리직, 건설·전기 및 생산 관련 관리직, 판매 및 고객서비스 관리직 - 전문가 범위(통계청 경제활동인구조사 6차 직업분류코드 활용): 과학 전문가 및 관련직, 정보통신 전문가 및 기술직, 공학 전문가 및 기술직, 보건·사회복지 및 종교 관련직, 교육 전문가 및 관련직, 법률 및 행정 전문직, 경영·금융 전문가 및 관련직, 문화·예술·스포츠 전문가 및 관련직

〈부표 1-14〉 피고용인 없는 자영자 비율 지표 정의 및 산출식

구분	내 용
지표 분류	사회구조적 요인 〉 고용 〉 직업
지표 정의	만 15세 이상 취업자 중 피고용인 없이 자가 사업체를 운영하는 자영업자의 비율임.
산출식	1) 산출식: (피고용인 없는 자영업자 수/15세 이상 전체 취업자 수)*100 - 분자: 15세 이상 취업자 중 피고용인이 없는 자영업자 수 - 분모: 15세 이상 전체 취업자 수 2) 단위: % 3) 산출값: 조율, 표준화율, 상대격차, 절대격차
자료원 및 변수	1) 자료원 - 통계청. (2003-2017). 경제활동인구조사. 2) 주요 변수 - 인구집단별 격차: 교육수준(30~64세, 65세 이상), 직업(30~64세) - 지역별 격차: 시·도
산출 주기	매년
비고	- 취업자: 15세 이상 인구 중 ① 조사 대상 주간에 수입을 목적으로 1시간 이상 일한 자, ② 동일 가구 내 가구원이 운영하는 농장이나 사업체의 수입을 위하여 주당 18시간 이상 일한 무급 가족 종사자, ③ 직업 또는 사업체를 가지고 있으나 일시적인 병 또는 사고, 연가, 교육, 노사분규 등의 사유로 일하지 못한 일시 휴직자가 해당함. - 고용원이 없는 자영업자: 자기 책임하에 독립적인 형태로 일이 수행되며 유급 종업원 없이 자기 혼자, 또는 무급 가족 종사자와 함께 일을 하는 자 - 고용원이 있는 자영업자: 한 사람 이상의 유급 고용원을 두고 사업을 경영하는 자 - 무급 가족 종사자: 동일 가구 내 가족이 경영하는 사업체, 농장에서 무보수로 일하는 사람을 말하며, 조사 대상 주간에 18시간 이상 일한 사람은 취업자로 분류함.

〈부표 1-15〉 노인의 근로소득 의존율 지표 정의 및 산출식

구분	내 용
지표 정의	만 65세 이상 노인 개인의 총소득 중 근로소득이 차지하는 분율임.
산출식	1) 산출식: (만 65세 이상 개인의 근로소득/만 65세 이상 개인의 총소득)*100 - 분자: 만 65세 이상 개인의 근로소득 - 분모: 만 65세 이상 개인의 총소득 2) 단위: % 3) 산출값: 조율, 표준화율, 상대격차, 절대격차
자료원 및 변수	1)자료원 - 보건복지부. (2008). 노인실태조사. - 보건복지부. (2011). 노인실태조사. - 보건복지부. (2014). 노인실태조사. - 보건복지부. (2017). 노인실태조사. 2)주요 변수 -인구집단별 격차: 소득수준, 교육수준 -지역별 격차: 시·도
산출 주기	3년

〈부표 1-16〉 가처분소득 지표 정의 및 산출식

구분	내 용
지표 분류	사회구조적 요인 〉 개인 및 가구 단위 결핍 〉 소득
지표 정의	소득에서 세금이나 사회보장 부담금, 비영리단체로 이전, 타 가구로부터 이전 등의 비소비지출을 공제하고 남는 소득, 즉 가구에서 이전되는 부분을 제외하고 소비지출할 수 있는 소득임. (출처: e-나라지표 홈페이지. 접속: 2018. 9. 25. 18:01)
산출식	1) 산출식: (시장소득+공적이전소득)-(직접세 및 사회보장세) 2) 단위: 원
자료원 및 변수	1) 자료원 - 통계청. (2003-2016). 가계동향조사. 2) 주요 변수 - 연도별 가처분소득
산출 주기	분기, 매년
비고	- 근로자 가구: 가구주가 정부나 기업(준법인 기업 포함)에 고용되어 정신적 또는 육체적 노동을 제공하고 그 대가로 급여를 받는 가구 - 가구당 월평균 가계수지 (전국, 2인 이상, 실질) - 2012년 기준 소비자 물가지수 개편에 따라 2012년 이후 실질 금액 자료는 새로운 소비자 물가지수를 적용하여 계산

〈부표 1-17〉 가구 균등화 소득 지표 정의 및 산출식

구분	내 용
지표 분류	사회구조적 요인 〉 개인 및 가구 단위 결핍 〉 소득
지표 정의	균등화 소득: 가구원 수가 다른 가구 간의 후생(복지)수준을 비교할 수 있도록 가구소득을 가구원 수의 제곱근으로 나눈 소득
산출식	1) 산출식: $\frac{\text{가구소득}}{\sqrt{\text{가구원수}}}$ 2) 단위: 원
자료원 및 변수	1) 자료원 - 통계청. (2006-2016). 가계동향조사 2) 주요 변수 - 연도별 가구 균등화 중위소득
산출 주기	분기, 매년
비고	-균등화 중위소득: 동일 후생수준 측정을 위해 균등화된 소득을 소득 크기로 정렬한 상태에서 한가운데 소득 -시장소득(세전소득)=근로소득+사업소득+재산소득+사적이전소득 -가처분소득=시장소득+공적이전소득-공적비소비지출

〈부표 1-18〉 여성 가구주 가구 상대적 빈곤율

구분	내 용
지표 분류	사회구조적 요인 〉 개인 및 가구 단위 결핍 〉 빈곤
지표 정의	여성 가구주 가구의 가구원 중 빈곤선 아래에 있는 가구원의 비율(개인 기준)임.
산출식	1) 산출식: (여성 가구주 가구원 중 소득이 빈곤선 아래에 있는 가구원 수/전체 여성 가구주 가구원 수)*100 2) 단위: %
자료원 및 변수	1) 자료원 - 통계청. (2003-2016). 가계동향조사; 여유진, 전지현(2017). 2017년 빈곤통계연보. 한국보건사회연구원. p. 83 재인용 2) 주요 변수 - 연도별 추이
산출 주기	매년

〈부표 1-19〉 아동 상대적 빈곤율 지표 정의 및 산출식

구분	내 용
지표 분류	사회구조적 요인 〉 개인 및 가구 단위 결핍 〉 빈곤
지표 정의	전체 아동 중 빈곤선 아래에 있는 아동의 비율임.
산출식	1) 산출식: (빈곤선 아래에 있는 아동수/전체 아동수)*100 2) 단위: %
자료원 및 변수	1) 자료원 - 통계청. (2003-2016). 가계동향조사; 여유진, 전지현(2017). 2017년 빈곤통계연보. 한국보건사회연구원, p. 92 재인용 2) 주요 변수 - 연도별 추이
산출 주기	매년
비고	- 시장소득은 시장(노동시장, 금융시장, 서비스시장 등)에서 벌어들이는 소득의 합계임. - 경상소득은 시장소득에서 정부에서 지원하고 있는 각종 연금과 정부 지원금을 합한 금액임. - 가처분소득은 경상소득에서 조세 및 사회보장 부담금을 제외한 소득임. (출처: 여유진, 전지현(2017). 2017년 빈곤통계연보. 한국보건사회연구원. pp. 26-27)

〈부표 1-20〉 노인 상대적 빈곤율 지표 정의 및 산출식

구분	내 용
지표 분류	사회구조적 요인 〉 개인 및 가구 단위 결핍 〉 빈곤
지표 정의	전체 노인 중 빈곤선 아래에 있는 노인의 비율(개인 기준)임.
산출식	1) 산출식: (소득이 빈곤선 아래에 있는 노인수/전체 노인수)*100 2) 단위: %
자료원 및 변수	1) 자료원 - 통계청. (2003-2016). 가계동향조사; 여유진, 전지현(2017). 2017년 빈곤통계연보. 한국보건사회연구원. p. 101 재인용 2) 주요 변수 - 연도별 추이
산출 주기	매년

〈부표 1-21〉 중위소득 가구 빈곤율 지표 정의 및 산출식

구분	내 용
지표 분류	사회구조적 요인 〉 개인 및 가구 단위 결핍 〉 빈곤
지표 정의	전체 가구 소득 중 중위 50% 이하 소득계층의 비율임.
산출식	1) 산출식: (중위소득 50% 이하 인구/전체 인구수)*100 2) 단위: %
자료원 및 변수	1) 자료원 - 통계청. (2003-2016). 가계동향조사; 여유진, 전지현(2017). 2017년 빈곤통계연보. 한국보건사회연구원. p. 56 재인용 2) 주요 변수 - 연도별 추이
산출 주기	매년

〈부표 1-22〉 재정자주도 지표 정의 및 산출식

구분	내 용
지표 분류	사회구조적 요인 〉 지역 단위 결핍 〉 지방재정
지표 정의	지방자치단체 전체 예산(세입) 중 지방자치단체가 자주적으로 재량권을 가지고 사용할 수 있는 재원의 분율임. (출처: 통계청 e-나라지표 행정안전부 재정자주도 접속, 2018. 10. 11. 22:31)
산출식	1) 산출식: (자체수입(지방세+세외수입)+자주재원(지방교부세+조정교부금)x100)/ 일반회계 총계 예산 규모 2) 단위: % 3) 기타: - 전국 및 시·도별 평균을 산출하는 경우: 순계 예산 규모로 산출 - 단체별로 산출하는 경우: 총계 예산 규모로 산출
자료원 및 변수	1) 자료원 - 행정안전부. (2003-2018). 지방자치단체 통합재정 개요 - KOSIS(통계청 지역통계총괄과), 2018. 9. 19. 14:17 2) 주요 변수 - 지역별 격차: 시·도
산출 주기	매년
비고	- 자율적으로 사용할 수 있는 지방교부세 등을 지표에 포함시킴으로써 실질적인 자치단체의 재원 활용 능력을 나타냄. - 자치단체의 세입 중 어느 정도를 재량권을 가지고 쓸 수 있는가를 보여 주는 데 활용 가능 - 지방재정조정제도에 의한 재원 재분배 결과를 포함하여 측정 가능

〈부표 1-23〉 사회에 대한 신뢰 지표 정의 및 산출식

구분	내 용
지표 분류	중재 요인 〉 사회통합 및 사회자본 〉 사회통합 및 사회자본
지표 정의	19세 이상 조사 대상자 중 "우리 사회가 어느 정도 믿을 수 있는 사회라고 생각하십니까?"에 6점 이상(10점 만점) 신뢰한다고 응답한 사람의 분율
산출식	1) 산출식: (9세 이상 조사 대상자 중 "우리 사회가 어느 정도 믿을 수 있는 사회라고 생각하십니까?"에 6점 이상(10점 만점) 신뢰한다고 응답한 사람의 수)* 100 2) 단위: % 3) 산출값: 조율, 표준화율, 상대격차, 절대격차
자료원 및 변수	1) 자료원 - 성균관대학교 동아시아학술원 서베이리서치센터. (2003-2014). 한국종합사회조사. 2) 주요 변수 - 인구집단별 격차: 소득수준별(19세 이상), 교육수준별(30~64세, 65세 이상), 직업별(30~64세)
산출 주기	매년
비고	- 시·도 변수는 비공개 변수로 지역별 격차는 산출하지 못함. - 2010, 2016년은 사회에 대한 신뢰 문항을 조사하지 않음. - 2015년은 조사를 하지 않음.

〈부표 1-24〉 투표율 지표 정의 및 산출식

구분	내 용
지표 분류	중재 요인 〉 사회통합 및 사회자본 〉 사회통합 및 사회자본
지표 정의	19세 이상 선거권을 가진 사람(선거인) 중 실제 해당 선거(투표)에 참여한 사람의 분율
산출식	1) 산출식: (실제 해당 선거(투표)에 참여한 사람의 수/ 19세 이상 선거권을 가진 사람(선거인) 수)* 100 2) 단위: % 3) 산출값: 조율, 상대격차, 절대격차
자료원 및 변수	1) 자료원 - 중앙선거관리위원회. (2007). 제17대 대통령선거총람. - 중앙선거관리위원회. (2008). 제18대 국회의원선거총람. - 중앙선거관리위원회. (2012). 제19대 국회의원선거총람. - 중앙선거관리위원회. (2012). 제18대 대통령선거총람. - 중앙선거관리위원회. (2016). 제20대 국회의원선거총람. - 중앙선거관리위원회. (2017). 제19대 대통령선거총람. 2) 주요 변수 - 인구집단별 격차: 연령별(19세 이상) - 지역별 격차: 시·도(세종 포함)
산출 주기	총선 및 대선 시기
비고	선거인: 선거권이 있는 사람으로서 선거인명부 또는 재외선거인명부에 올라 있는 사람

〈부표 1-25〉 단체활동 참여율 지표 정의 및 산출식

구분	내 용
지표 분류	중재 요인 〉 사회통합 및 사회자본 〉 사회통합 및 사회자본
지표 정의	20세 이상 성인 중 지난 1년 동안 1회 이상 직접 참여하여 활동한 사회단체가 있다고 응답한 사람의 분율
산출식	1) 산출식: (20세 이상 성인 중 지난 1년 동안 1회 이상 직접 참여하여 활동한 사회단체가 있다고 응답한 경우 사람의 수/ 20세 이상 성인 대상자 수)* 100 2) 단위: % 3) 산출값: 조율, 표준화율, 상대격차, 절대격차
자료원 및 변수	1) 자료원 - 통계청. (2010). 인구총조사 20% 표본조사. 2) 주요 변수 - 인구집단별 격차: 직업(30~64세), 교육수준(30~64세, 65세 이상) - 지역별 격차: 시·도(세종 포함)
산출 주기	5년마다 산출
비고	- 사회 활동 단체: ① 사회 분야 단체(환경, 봉사, 인권단체 등), ② 경제 분야 단체(노동조합, 직업단체 등), ③ 문화 분야 단체(취미, 스포츠 등), ④ 정치 분야 단체(정당 활동 등), ⑤ 종교 분야 단체, ⑥ 지역 단체(아파트 주민단체 등), ⑦ 친목 단체(동창회, 향우회 등), ⑧ 교육 단체(학부모, 교사 단체 등), ⑨ 기타 - 교육수준: 재학, 수료, 휴학, 중퇴도 해당 교육 정도로 집계(예: 중학교 재학→중학교) - 직업: 기타로 분류된 항목은 제외 - 2010년 인구총조사는 2% 표본조사이고 조사 대상자는 16세 이상으로 연도별 비교가 어려워 2015년 값만 제시

〈부표 1-26〉 고독성물질 취급 사업장 수 및 위험 인구 규모 지표 정의 및 산출식

구분	내 용
지표 분류	중재 요인 〉 물리적 환경 〉 고독성물질 취급 사업장 수 및 위험 인구 규모
지표 정의	고독성물질 취급 사업장 수
산출식	1) 산출식: 고독성물질 취급 사업장 수 2) 단위: 개소, 명 3) 산출값: 고독성물질 취급 사업장 수
자료원 및 변수	1) 자료원 - 더불어민주당 강병원 의원실, (사)일과 건강, 노동환경건강연구소. 2016. 2016년 국정감사자료집 발암물질 전국 지도, 전국 배출 및 이동량 조사 결과 보고서. p. 11. 2) 주요 변수 - 지역별 격차: 시·도(세종 포함)
산출 주기	매년 산출

〈부표 1-27〉 지역박탈수준별 건강행태 지표 정의 및 산출식

구분	내 용
지표 분류	중재 요인 〉 생활습관 〉 지역박탈수준별 건강행태
지표 정의	지역박탈수준별 건강행태(현재 흡연율, 고위험 음주율, 근력운동 실천율, 비만율, 우울감 경험률)
산출식	1) 산출식: 지역박탈수준별 건강행태(현재 흡연율, 고위험 음주율, 근력운동 실천율, 비만율, 우울감 경험률) 2) 단위: % 3) 산출값: 표준화율
자료원 및 변수	1) 자료원 - 보건복지부·질병관리본부. (2013-2015). 국민건강영양조사. 2) 주요 변수 - 지역박탈지수분위별 격차 - 인구집단별 격차: 교육수준별(30~64세, 65세 이상)
산출 주기	매년 산출

〈부표 1-28〉 운전 시 안전벨트 착용률 지표 정의 및 산출식

구분	내 용
지표 분류	중재 요인 〉 생활습관 〉 안전의식
지표 정의	30세 이상 성인 중 자동차 운전 시 안전벨트를 항상 착용하는 사람의 분율
산출식	1) 산출식: (30세 이상 성인 중 자동차 운전 시 안전벨트를 항상 착용하는 사람의 수/ 30세 이상 성인 대상자 수)* 100 2) 단위: % 3) 산출값: 조율, 표준화율, 상대격차, 절대격차
자료원 및 변수	1) 자료원 - 보건복지부·질병관리본부. 2001(2기); 2005(3기); 2007-2009(4기); 2010-2012(5기); 2013-2015(6기)). 국민건강영양조사. 2) 주요 변수 - 인구집단별 격차: 소득수준(30세 이상), 직업(30~64세), 교육수준(30~64세, 65세 이상) - 지역별 격차: 시·도(세종 제외)
산출 주기	매년 산출

〈부표 1-29〉 인구 10만 명당 병상수 지표 정의 및 산출식

구분	내 용
지표 분류	중재 요인 〉 보건의료서비스 〉 보건의료자원
지표 정의	인구 10만 명당 병상수
산출식	1) 산출식: (병상수/인구수)* 100,000 2) 단위: 10만 명당/ 수 3) 산출값: 10만 명당 병상수, 상대격차, 절대격차
자료원 및 변수	1) 자료원 - 보건복지부. (2011-2016). 국민보건의료실태조사. - 통계청. (2009-2016). 주민등록연앙인구. 2) 주요 변수 - 지역별 격차: 시·도
산출 주기	매년 산출
비고	병상은 일반병상, 정신병상, 재활병상, 요양병상, 기타병상을 포함함.

〈부표 1-30〉 인구 10만 명당 의사수 지표 정의 및 산출식

구분	내 용
지표 분류	중재 요인 〉 보건의료서비스 〉 보건의료자원
지표 정의	인구 10만 명당 의사수
산출식	1) 산출식: (의사수/인구수)* 100,000 2) 단위: 10만 명당/ 명 3) 산출값: 10만 명당 의사수, 상대격차, 절대격차
자료원 및 변수	1) 자료원 - 보건복지부. (2011-2016). 국민보건의료실태조사. - 통계청. (2011-2016). 주민등록연앙인구. 2) 주요 변수 - 지역별 격차: 시·도
산출 주기	매년 산출
비고	의사는 의사, 한의사, 치과의사를 포함함.

〈부표 1-31〉 인구 10만 명당 간호인력수 지표 정의 및 산출식

구분	내 용
지표 분류	중재 요인 〉 보건의료서비스 〉 보건의료자원
지표 정의	인구 10만 명당 간호인력수
산출식	1) 산출식: (간호인력수/인구수)* 100,000 2) 단위: 10만 명당/ 명 3) 산출값: 10만 명당 간호인력수, 상대격차, 절대격차
자료원 및 변수	1) 자료원 - 보건복지부. (2011-2016). 국민보건의료실태조사. - 통계청. (2011-2016). 주민등록연앙인구. 2) 주요 변수 - 지역별 격차: 시·도
산출 주기	매년 산출
비고	간호인력은 간호사와 간호조무사를 포함함.

〈부표 1-32〉 응급의학과 전문의 일인당 인구수 지표 정의 및 산출식

구분	내 용
지표 분류	중재 요인 〉 보건의료서비스 〉 보건의료자원
지표 정의	응급의학과 전문의 일인당 인구수
산출식	1) 산출식: (인구수/응급의학과 전문의 수) 2) 단위: 명 3) 산출값: 응급의학과 전문의 일인당 인구수, 상대격차, 절대격차
자료원 및 변수	1) 자료원 - 보건복지부·국립중앙의료원. (2009-2016). 응급의료통계연보. - 통계청. (2009-2016). 주민등록연앙인구. 2) 주요 변수 - 지역별 격차: 시·도
산출 주기	매년 산출

〈부표 1-33〉 자치단체 예산 중 보건의료 예산 비율 지표 정의 및 산출식

구분	내 용
지표 분류	중재 요인 〉 보건의료재정 〉 자치단체 예산 중 보건의료 예산 비율
지표 정의	자치단체 예산 중 보건의료 예산 비율
산출식	1) 산출식: 자치단체 예산 중 보건의료 예산 비율 2) 단위: 백만 원, % 3) 산출값: 조율
자료원 및 변수	1) 자료원 - 정홍원, 박종서, 김동진, 강지원, 김진희, 윤자은. (2017). 2017년 자치단체 사회보장사업 조사 및 사회보장예산 실태 분석. 한국보건사회연구원. p. 142. 2) 주요 변수 - 지역별 격차: 시·도(세종 포함)
산출 주기	매년 산출

〈부표 1-34〉 자치단체 예산 중 사회복지 예산 비율 지표 정의 및 산출식

구분	내 용
지표 분류	중재 요인 〉 보건의료재정 〉 자치단체 예산 중 사회복지 예산 비율
지표 정의	자치단체 예산 중 사회복지 예산 비율
산출식	1) 산출식: 자치단체 예산 중 사회복지 예산 비율 2) 단위: 백만 원, % 3) 산출값: 조율
자료원 및 변수	1) 자료원 - 정홍원, 박종서, 김동진, 강지원, 김진희, 윤자은. (2017). 2017년 자치단체 사회보장사업 조사 및 사회보장예산 실태 분석. 한국보건사회연구원. p. 138. 2) 주요 변수 - 지역별 격차: 시·도(세종 포함)
산출 주기	매년 산출

〈부표 1-35〉 건강 관련 삶의 질(EQ-5D) 지표 정의 및 산출식

구분	내 용
지표 분류	건강 결과 〉 주관적 건강 〉 주관적 건강수준
지표 정의	EQ-5D 항목 중 하나라도 문제가 있다고 응답한 사람의 EQ-5D 점수의 평균
산출식	1) 산출식: 운동능력, 자기관리, 일상생활, 통증/불편, 불안/우울 중 어느 하나라도 문제가 있다고 응답한 사람의 EQ-5D 점수의 평균 2) 단위: 점(1점 만점) 3) 산출값: 표준화율
자료원 및 변수	1) 자료원 - 보건복지부·질병관리본부. (2013-2015). 국민건강영양조사. 2) 주요 변수 - 인구집단별 격차: 소득수준(30세 이상, 65세 이상), 교육수준(30~64세, 65세 이상) - 지역별 격차: 시·도(세종 제외)
산출 주기	매년 산출
비고	- 운동능력: 나는 걷는 데 다소 지장이 있거나, 나는 종일 누워 있어야 한다고 응답 - 자기관리: 나는 혼자 목욕을 하거나 옷일 입는 데 다소 지장이 있거나, 나는 혼자 목욕을 하거나 옷을 입을 수 없다고 응답 - 일상생활: 나는 일상생활을 하는 데 다소 지장이 있거나, 나는 일상생활을 할 수 없다고 응답 - 통증/불편: 나는 다소 통증/불편감이 있거나, 나는 매우 심한 통증/불편감이 있다고 응답 - 불안/우울: 나는 다소 불안하거나 우울하거나, 나는 매우 심하게 불안하거나 우울하다고 응답

부록 2. 정성적 측정도구를 활용한 의료 접근성 정책 평가

의료 접근성 정책은 지금까지 경제적 문제나 물리적인 거리로 인한 미충족을 중심으로 이루어져 왔다. 그러나 오늘날 의료필요와 미충족 의료는 변화하고 있으며, 과거의 틀로 현재의 지역 간 미충족 의료불평등을 평가하기는 충분하지 않다. 이 연구에서는 기존의 미충족 의료 개념이 아니라 이용자 관점을 강조한 새로운 미충족 의료 개념을 정성적으로 측정할 수 있는 도구를 개발하고 시범적으로 측정함으로써 지역 간 의료이용 불평등을 파악하고자 했다.

측정은 정책 모니터링에서 계획을 세우기 위한 방법이자 정책의 성과를 평가하기 위한 방법이기도 하다. 이 부분에서는 의료 접근성 정책을 지역 간 미충족 의료의 불평등 차원에서 평가한다. 이에 정성적 도구 개발과 시범적 측정에서 분석된 일반인의 미충족 의료 경험으로부터 관련된 지역 간 의료 접근성 정책을 도출하고, 기존 정책이 이와 같은 관점에서 어떻게 평가될 수 있는지를 제시하고자 한다.

1. 의료 접근성 정책에서의 정성적 모니터링의 활용

가. 의료 접근성과 지역불평등

의료 접근성의 정의는 동일한 필요에 대한 동일한 치료(equal treatment for equal need), 접근의 평등(equality of access), 건강의 평등(equality of health), 선택의 평등(equity and choice)으로 나눌 수 있다(Wagstaff, 1991, pp. 170-172). 이 정의를 수정 보완한 도널슨과 제라드(1993, pp. 143-147)의 연구에서는 접근성 개념에서 '동일한 요구

에 대한 동일한 의료에의 접근'을 강조하였다. 르그랑(1982; 문옥륜·장동민, 1996, pp. 113-115 재인용)은 의료 접근성이란 동등한 의료필요에 따라 의료필요와 무관한 지불 능력, 거주지 연령 등의 다른 요인의 영향을 받지 않고 의료를 동등하게 이용하는 것이라고 하였다.

건강은 사회 정의 차원에서 누구에게나 보장되어야 한다. 이를 가능하게 하는 의료 접근성의 보장은 형평적이어야 한다. 의료의 불평등은 이미 불리한 환경 가운데 있는 집단이 건강의 측면에서도 더욱 불리하도록 하며 건강할 수 있는 기회마저 감소시킬 수 있다(이용재, 2005, pp. 52-57). 접근성의 여러 측면이 불평등의 문제와 연결되어 있는데, 경제적 접근성의 경우는 사회경제적 지위와 보다 가까운 측면이 있고, 그 외의 접근성 측면들은 지리적 분포와 지역의 문제들에 긴밀하게 연관된다.

한국에서 특히 지역의 지리적 의료 접근성 문제는 아직도 해결되지 않은 영역이다. 이는 의료기관과 의료인력의 분포, 사회적 인프라, 거주 인구의 구성적 특성 등이 혼합된 결과이다. 그로 인해 지역 간 의료불평등이 지속되고 있다.

선행연구를 검토한 결과 지역 간 의료불평등 상황은 다음과 같았다. 농어촌 주민의 경우 의료기관까지 도달하는 소요 시간이 더 길고 응급의료 발생 시 119가 도착하는 시간도 더 오래 걸리는 것으로 나타났다(김동진, 2012, pp. 1-8). 농촌에서 물리적 접근성과 편의성 제한으로 인한 미충족 의료가 더 높음을 보고한 연구도 있다. 성별, 지역별 만성질환 미치료율이 남녀 모두 농촌 지역에서 중소도시나 대도시보다 높고, 여성의 지역 간 미치료율의 차이는 남성보다 크다는 연구도 보고되었다(최희영 외, 2017; 유혜영, 2016, p. 84에서 재인용; 신형철, 강지영, 박웅섭, & 김상아, 2009, p. 71). 해외 연구에서도 미국 노스캐롤라이나 지역에서 지리적, 공간적 행태가 주기적 검진과 만성질환 관리에 상당한 연관성을 보

인 결과가 있다. 미국의 8개 지역을 대상으로 분석한 결과 도시 지역에 비해 농촌 지역의 경우 성인(90%)과 노인에서 외래진료 민감 질환의 입원율(ACSH)이 45% 높게 나타난 연구가 있었다(Arcury, 2005, p. 135; Laditka, & Probst, 2009, p. 762).

의료자원 분포로 인한 불평등으로 지역 주민이 필요로 하는 대부분의 진료 과목이 대도시에 집중되어 외과, 정형외과를 제외한 모든 진료 과목에 대해 농어촌 주민의 접근이 어려워진 것도 확인되었다(이용재, 2005, p. 63).

이 외에도 농촌의 인구구조가 도시와 다른 차이를 가지기 때문에 생기는 지역의 접근성 불평등 문제도 있었다. 농촌 독거노인 가구의 경우 최소 2년마다 건강검진을 받는 비율이 76.7%이고, 나머지는 거의 받지 않거나 3년 이상 주기로 받는 정도여서 2인 이상 가구의 88.5%가 적어도 2년마다 건강검진을 받는 것과 차이를 나타냈다(황정임과 최윤지, 2013, p. 119). 또한 의료기관 이용 시 '교통불편'을 호소한 비율이 독거노인 가구에서 52.0%에 이르고 있었다. 2인 이상 가구에서 나타난 수치 38.9%와 비교해 볼 때 의료서비스 접근성 측면에서도 어려운 조건에 있는 것으로 분석되었다(황정임과 최윤지, 2013, p. 119).

나. 한국의 의료 접근성 정책

1) 의료 접근성 정책의 범위

이 연구의 선행연구에서 연구진은 의료불평등의 사회적 결정 요인 모형에 따라 보건의료체계와 의료필요 충족 과정에 개입하는 정책과 거시적인 정치·경제적, 사회·문화적 맥락에서 개입하는 정책을 나누어 전자

는 의료불평등 감소를 위한 정책, 후자는 의료불평등에 영향을 미치는 사회정책으로 구분하여 살펴본 바 있다(김동진 외, 2016, pp. 421, 437).

〈부표 2-1〉 의료불평등에 영향을 미치는 정책

의료불평등 감소를 위한 정책	
재원조달정책	조세
	건강보험료
	본인부담금
접근성 및 이용	지리적 접근성 정책
	물리적 접근성
질	
재정보호	
치과의료불평등 감소를 위한 정책	실런트 급여화
	스케일링 급여화
	노인 틀니 급여화
의료불평등에 영향을 미치는 사회정책	
경제정책	
무역정책	
노동정책	
빈곤정책	
사회복지정책	
젠더정책	여성 노인정책
교육정책	결혼 이주 여성 대상 교육정책
교통정책	
지역균형정책	

자료: 김동진, 2016, pp. 437-458.

접근성의 의미가 내포하는 바가 다차원적이고 포괄적이기에 정책에서 '접근성 정책' 또한 명확하게 경계를 정하기 어려운 측면을 가지고 있다. 의료불평등 정책과 마찬가지로, 의료 접근성을 중심으로 여러 분산된 정책을 분류한다면 의료 접근성 향상을 위한 정책과 의료 접근성 향상에 영향을 미치는 사회정책으로 나누어 접근성 정책을 살펴볼 수 있다.

가) 의료 접근성 향상을 위한 정책

의료 접근성 향상을 위한 정책은 경제적 접근성을 높이기 위한 정책과

물리적 접근성을 높이기 위한 정책, 가용성과 수용 가능성을 향상시키기 위한 정책으로 구분하여 살펴볼 수 있다. 경제적 접근성을 높이기 위한 정책으로는 보장성 강화 정책이 있다. 국민건강보험이 시행된 이래 보완되어 온 급여 확대 정책이나 재난적 의료비 지원, 4대 중증질환 의료비 지원 정책 등이 포함된다. 물리적인 접근성을 강화하기 위한 정책으로는 의료 취약지 지원, 권역응급의료센터, 분만 취약지 지원 정책 등이 해당된다.

나) 의료 접근성에 영향을 미치는 사회정책

직접적으로 의료 접근성 향상을 정책의 주요 목표나 내용으로 삼지 않는 경우에도 여러 부문의 정책은 의료이용과 의료 접근성에 영향을 미친다. 경제정책, 노동정책, 빈곤정책, 사회복지정책, 젠더정책, 교육정책, 교통정책, 지역균형정책이 의료 접근성에 영향을 미친다(〈부표 2-2〉 참조).

2) 접근성 정책의 분류

다른 측면에서는 누구의 의료 접근성을 높일 것인가 하는 접근의 주체를 중심으로 하는 정책과 무엇에 대한 접근성인가 하는 접근하고자 하는 의료서비스를 중심으로 하는 정책으로 분류할 수도 있다. 이 경우 전자에는 장애인, 노인, 소아, 도서 지역 주민의 의료 접근성을 높이기 위한 정책 등이 있다. 후자에는우 응급의료, 공공의료, 의약품 접근성 정책 등이 있다.

마지막으로 정책을 시행하는 주체를 중심으로 접근성 정책을 분류하여 살펴볼 수 있다. 중앙정부에서 시행하는 정책, 광역자치단체 수준에서 시

행하는 정책, 시·군·구 단위로 시행하는 정책으로 나누어 보는 것이다.

〈부표 2-2〉 의료 접근성에 영향을 미치는 정책

의료접근성 향상을 위한 정책	
경제적 접근성	건강보험
	의료급여
	본인부담금
물리적 접근성	지리적 접근성 정책
	물리적 접근성
가용성	
수용 가능성	
의료 접근성에 영향을 미치는 사회정책	
경제정책	
노동정책	
빈곤정책	
사회복지정책	
젠더정책	여성 노인정책
교육정책	헬스 리터러시
교통정책	
지역균형정책	

2. 정책 평가의 틀

정책 평가 방법은 관점과 방식이 다양하다. 실험적 방법으로부터 비실험적 연구, 계량적 평가부터 비계량적 평가 등 평가의 목적과 대상에 따라 서로 다른 종류의 평가 방법이 적용될 수 있다. 어느 기법이 무조건 좋은 방식일 수는 없다. 그보다는 다양한 관점과 방법을 통해 신중하게 평가하는 것이 더 중요하다(이성우, 2004, p. 18). 무엇보다 더 높은 질의 정책 분석과 정책 제언을 위해서 가장 중요한 단계는 '문제의 정의(problem definition)' 단계이다. 문제를 정의한 다음에야 정책 과정 전

체 틀을 형성하고 무엇이 분석에 적합한 기법인지 정할 수 있다.

정책을 평가하고자 할 때는 먼저 '평가 목적'과 '평가 대상'이 명확하게 규명되어야 한다(이윤식, 2006, p. 7). 이 연구에서 의료불평등 접근성 정책의 평가 목적은 지역 간 미충족 의료의 정성적 모니터링이 의료 접근성 정책에 어떠한 시사점을 줄 수 있을지를 도출하는 것이다. 따라서 정책 결과를 통해 정책 목표 달성을 평가하는 통계적 인과성 분석까지는 이번 연구의 범위를 넘어선다. 그 이전 단계에서 '현재의 의료 접근성 정책은 지역의 미충족 의료를 감소시키고 나아가 지역 간 미충족 의료의 불평등을 완화하려는 목표와 방식으로 계획, 설계되었는가'를 먼저 평가해야 할 것이다.

평가 목적에 따르면 평가 대상으로는 '정책의 목표가 어떻게 설정되어 있는가, 정책을 어떤 근거로 왜 도입하였는가, 나아가 정책의 평가는 어떠한가'에 대한 행정 문서와 그 외 모든 종류의 문헌 검토가 적합할 것이다. 또 다른 평가의 기준으로는 정성적 미충족 의료 측정 자료 분석 결과를 활용한다. 현실의 미충족 의료불평등 경험을 기반으로 정책의 실효성과 적합성을 평가할 것이다. 지역 간 미충족 의료의 불평등과 관련한 정책은 〈부표 2-3〉와 [부도 2-1]에서 정리한 것과 같이 직접 불평등에 관련된 정책과 이를 뒷받침하는 보편적 의료제도로 구분될 수 있다. 지역사회의 인프라가 사회적 조건이 된다. 정책의 한계나 공백이 있는 곳에서 의료필요를 충족하기 위한 개인의 자원이 활용됨으로써 불평등을 심화시키게 된다.

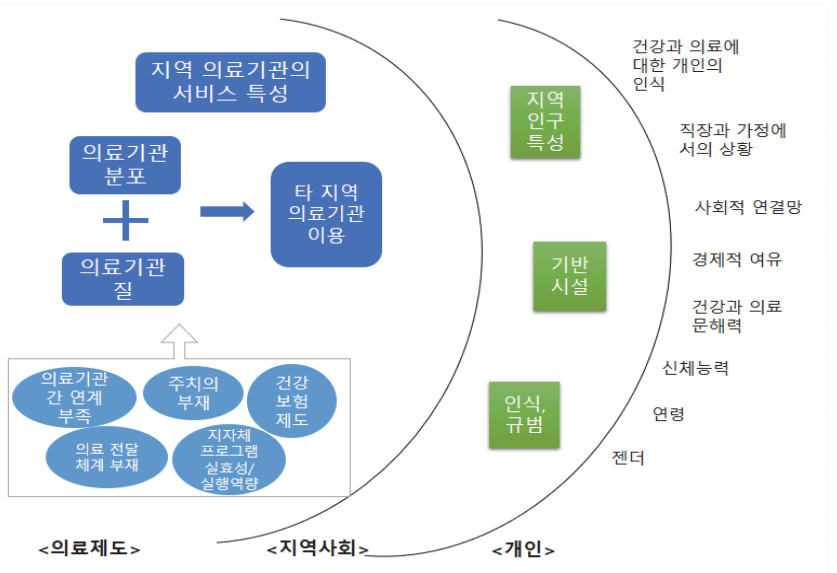
〈부표 2-3〉 지역 미충족 의료의 다층적 기제 분석 프레임

<table>
<tr><th colspan="2">지역 간 미충족 의료불평등을 야기하는 제도적 문제</th><th>개인적 문제</th></tr>
<tr><td>〈지역 의료기관 분포 문제〉
○ 의료기관의 종별 분포
○ 의료기관의 과목 분포

〈지역 의료기관의 질 확보 문제〉
○ 수용성(acceptability)의 차원
○ 의료 결과(outcome)의 차원</td><td>〈분포와 질 문제로 인한 타 지역 의료기관 이용 시 문제〉
○ 이용에 필요한 에너지(시간과 비용 등)가 커짐 → 일상의 여력이 중요해짐
○ 타 지역의 의료이용을 위한 배경 지식과 사회적 연결망이 중요해짐</td><td>○인구사회학적 특성
- 젠더
- 연령
- 노동
○ 기존 인식
○ 자원과 역량
- 사회적 연결망
- 경제적 여유
- 신체능력(e.g 이동)
- 건강과 의료 문해력</td></tr>
<tr><th colspan="2">함께 작동하는 보편적 의료정책 문제와 정책의 공백</th><th>지역사회의 문제</th></tr>
<tr><td colspan="2">○ 의료기관 간 연계의 부족
○ 주치의 부재
○ 의료전달체계 부재
○ 건강보험제도
○ 지자체 프로그램의 실효성/실행역량</td><td>○ 인구 특성
- 고령
- 직업 특성
- 경제적 수준
- 학력 수준
○ 기반 시설 취약
- 교통
- 공공의료
- 정보 확산
○ 인식과 규범
- 일과 건강
- 가족과 건강</td></tr>
</table>

자료: 연구진이 작성함.

[부도 2-1] 지역 간 미충족 의료불평등 기제의 수준



자료: 연구진이 작성함.

접근성 정책의 모니터링은 두 단계를 거쳐 이루어진다. 첫 번째는 지역의 미충족 의료 정성적 모니터링을 통하여 도출된 결과로부터 미충족의 내용과 연결된 접근성 정책을 찾아 연결하는 단계이다.

〈부표 2-4〉 측정 자료로부터 관련된 의료 접근성 정책의 발굴을 위한 틀

미충족 의료 정성적 모니터링 결과		접근성 관련 내용 정리	모니터링을 통해 발견된 문제와 연결되는 접근성 정책
제도	미충족 내용	제도/접근성 문제1:	정책1 정책2
	미충족 내용	제도/접근성 문제2	정책3
지역사회	미충족 내용	지역사회/접근성 문제1	정책4
		지역사회/접근성 문제2	-

미충족 의료 정성적 모니터링 결과		접근성 관련 내용 정리	모니터링을 통해 발견된 문제와 연결되는 접근성 정책
개인	미충족 내용	개인/접근성 문제1	정책5 정책6
		개인/접근성 문제2	정책7
제도/지역사회/개인 범주별 미충족 정리		접근성 관련 내용 취합, 분류	문제와 관련된 정책 확인 없을 경우 없음을 명시

자료: 연구진이 작성함.

위의 〈부표 2-4〉에 제시된 바와 같이 미충족 의료의 다층적 기제에 기반하여 제도적 요인과 지역사회 요인, 개인 요인으로 인한 미충족을 범주별로 나누고 그 내용을 열거한다. 이후 각 요인에 따른 지역 주민의 생생한 접근성 문제를 먼저 파악하는 과정을 거쳐 개별 혹은 범주별 문제와 연결된 접근성 정책을 찾는 과정이다.

두 번째 단계는 각각의 정책을 모니터링하는 단계이다. 하나의 정책에 대하여 여러 자료원의 관련 문헌과 인터뷰·기사 등을 찾아 리뷰하고 정책 과정별로 내용을 분석한다. 다음 〈부표 2-5〉에 제시된 바와 같이 선택한 정책에 대하여 관련된 문헌을 수집하고 고찰을 통해 정책의 시행 주체, 재원, 정책 대상을 분류한 후 정책 과정별로 정책 목표와 정책 내용, 도입 이유와 과정에 대해 불평등 관점에서 평가하고 분석한다. 평가는 정책이 불평등의 완화에 기여하였는가, 계층 간, 지역 간 접근성 향상에 기여하였는가, 예상치 못한 불평등 심화는 없는가, 영향받은 집단은 없는가의 기준으로 이루어진다. 정책 결과에 따른 결과 영향 평가에 대한 내용은 이 보고서의 범위를 넘어서므로 다루지 않는다.

〈부표 2-5〉 의료 접근성 정책의 평가를 위한 틀

정책	자료원	정책 분류	정책 과정별 분석	평가 기준	평가 결과
정책1.	관련 자료: 정부 발간 문서, 관련 부처 홈페이지, 언론 자료, 학술 논문 등	시행 주체, 재원. 정책 대상	정책 목표	1.불평등 완화에 기여하였는가? 2.접근성 향상에 기여하였는가? (계층 간/지역 간) 3.예상치 못한 불평등 심화는 없는가? 4. 영향받은 집단은 없는가? (불평등 영향 평가 참조)	목표 평가
			정책 내용		내용 평가
			도입 이유/과정		이유/과정
	인터뷰/ 관련 기사		정책 결과		결과/영향 평가
				*미충족 의료의 불평등 결과를 다시 활용하여 평가	

자료: 연구진이 작성함.

부록 3. 지역 간 미충족 의료의 정성적 측정 결과 도출된 접근성 정책

지역을 중심으로 한 의료 접근성 불평등 논의는 수용성 문제도 있기는 했지만, 의료자원의 분포에 따라 물리적 거리의 접근성 문제가 주로 제기되었다. 또는 지역 자체의 특성이 아니라 지역의 인구 구성적 특성에 의해 지역 간 발생할 수 있는 접근성의 불평등도 연구되었다. 이렇게 될 때 정책적으로는 살펴본 바와 같이 의료자원 분포를 조정하기 위한 접근이나 지역의 취약 인구에 대한 지원 이상을 내놓기가 어렵다. 그러나 의료자원 분포에 대한 개입은 시설을 보완하는 것보다도 특히 의료서비스의 질을 담보하는 적절한 의료인력의 이동이 워낙 어렵기 때문에 성공하기 어려운 정책 유형에 해당한다. 또한 취약 인구에 대한 지원은 불평등의 관점이 충분히 포함되지 않는 한 지역 간과 지역 내 불평등을 줄일 수 있는지를 담보하기 어렵다. 한편으로는 의료필요와 그에 대한 미충족이 시대와 사회에 따라 유동적이기 때문에 절대적인 접근성 문제는 줄어들고 있는 반면 다른 종류의 실질적인 접근성 문제가 새로 나타나고 있을 가능성도 있다. 하지만 지금의 연구와 정책 프레임으로는 이와 같은 부분은 파악하기 어렵다.

개입과 실천에 제한이 있는 데에는 첫째로 연구의 구체성과 현실 파악 능력에 제한이 있기 때문이다. 무엇 때문에 접근성이 떨어지는지, 절대적 거리로서의 접근성과는 달리 실질적 접근성을 구성하는 요인은 무엇이며, 얼마나 되는지 등과 같은 질문에는 아직 기존의 연구로도 답하기가 어렵다. 둘째로는 의료 접근성이라는 개념 자체가 거리적 접근성과 경제적 접근성으로 제한되어 연구되거나 적용되는 것 때문인 부분이 있다. 보건의료 접근성이 사람들이 필요로 할 때 질 좋은 보건의료 기술의 혜택을 받을 수 있는 것을 의미한다면, 이때 '사람들의 필요'에 대한 기존의 해석

은 건강상의 필요가 있을 때 보건의료를 이용할 수 있는 기회가 주어지는 것을 의미했다(Frost, 2013, p. 27; Oliver.& Mossialos, 2004, p. 656). 이번 연구진은 기존의 전문가 중심 의료필요 관점에 한계가 있음을 지적하고, 의료필요를 인식하는 당사자의 관점에서 의료불평등을 바라보고자 하였다(김동진 외, 2017, p. 576). 이용자 관점에서의 필요가 먼저 규정될 때 미충족을 설명할 수 있음과 마찬가지로 의료 접근성 문제 또한 이용자 중심의 필요와 미충족에 대한 설명에 기초하여 논의될 수 있을 것이다.

지역 간 의료 접근성의 불평등을 측정하고 연구하는 데에 접근성의 개념과 기제에 대한 이용자 관점이 적용될 필요가 있고, 이를 가능하게 하는 것은 정량적 방식보다는 정성적 방식이 더욱 적합하다. 정성적 측정도구는 미충족 의료의 본질에 대한 고유의 정보를 제공함으로써 지역 간 의료 접근성 불평등의 정책 계획과 평가에 큰 도움이 될 수 있다. 또한 기존의 지역 간 의료 접근성 불평등을 측정하기 위해 사용되었던 정량적 지표들을 보조하여 수치 이면에 존재하는 현실을 설명할 수 있도록 돕는 역할을 할 수 있을 것이다.

가. 각 차원에 따른 미충족 관련 접근성 정책

1) 제도적 문제로 인한 미충족 관련 정책

이 연구에서 시행한 질적 자료 분석 결과 제도적 원인으로 발생한 여러 가지 미충족 문제 중 응급의료 이송과 구급차 이용에 관련된 미충족이 반복적으로 언급되었다. 119 호출이나 도착 시간에 대한 문제보다도 119 구급차가 지역의 경계 밖으로 환자 이송을 할 수 없기 때문에 지역 병원에서 해결할 수 있는 문제임에도 지역 병원 응급실을 경유해야 하는 불편

을 호소하는 경우를 여러 건 확인할 수 있었다. 이 과정에서 때로는 상급 종합병원과 반대되는 방향의 지역 의료기관을 이용하는 경우도 발생하기 때문에 시간과 거리 측면에서 손실이 있을 뿐 아니라 중복된 검사비와 의료비를 지출하게 되어 경제적 손실도 발생하고 있었다.

"○○병원이라고 거길 갔는데, 119 차량이 ○○를 벗어나질 못해. 그것 좀 잘못됐어. 다시 그래서 개인, 사설, 사설 응급차. 한 18만 원? 내가 뭐 돈을 썼다고 해서가 아니라, 응급을 다투는 환자를 (놓아 두고) 그것 때문에 시간을 낭비하는 거니까."
(주민 C, 남/저연령, B군)

제도적 문제로 인하여 지역에서 발생하는 미충족 의료 중 두 번째로 언급된 문제는 대리 처방 불가로 인하여 발생하는 문제였다. 거동이 불편한 농촌 독거노인의 경우에는 도보로 수십 분이 걸리는 거리를 약을 타기 위해 왕래하기 어렵기 때문에 이로 인한 불만을 호소하고 있었다. 실제 이 가구들을 보건진료소의 간호사가 방문간호를 목적으로 방문하는 경우에도 제도적 문제로 인하여 장기간 동일 상병으로 지속하고 있는 약을 가져다 줄 수 없다. 환자가 약 복용을 중지하고 있다는 상황을 파악하더라도 직접 약을 타러 가시도록 격려하는 방법밖에는 직접 가져다줄 수 없는 한계를 가지고 있었다.

" 왜냐하면 관절염이 거의 다 있으시고, 연세가 있다 보니까 걷는 게 문제가 있잖아요. 그러니까 저기서 여기까지 오는 것도 힘든데, 저 멀리 있는 사람까지 약 지으러 와야 하는데 차가 없어요. 버스를 타고 와야 하는데, 버스가 하루에 세 대밖에 안 나와요. (중략) 저희가 찾아가서 진료는 못 하기 때문에 찾아가서 방문은 해요. 방문은 되어서 보기는 보지만…. 저는 이 말도 하고 싶어요. 아무리 대리 처방이 안 된다, 그런 거 있잖아요. 복지부에서 하는 거 있잖아요. 그거 솔직히 말해 가지고 개인적으로 5분 걸리는 사람, 대리 처방 당연히 안 되죠. 5분 만에 올 수 있잖아요. 30분, 1시간을 걸어서 오는 사람도 있는데, 그런 사람들 가는 편에 나도 약 좀 갖다 주소…, 그렇다고 우리가 안 간다는 것도 아니고, 우리는 가 가지고 혈압도 재고 해요. 그런데 약을 못 갖다 주잖아요. 그러니까 환자는 죽어라 타러 와야 하는 거예요. 그러니까 거기에 대해서 법이 너무 타이트하고 도시에 맞춰 보니까 지역사회 같은 경우에는 너무 힘들어요. (중략) 이 사람들은 걸어와야 돼요. 차가 있는 분이 몇 분 없고, 연세 있으신 분은 못 와요. 스쿠터 타고 30분 40분 걸리는데, 그 길이 위험한데, 오는 편에 좀 들릴 수 있는 건데, 그런 걸 못하게 해 버리니까 너무하더라고요."
(종사자C, 여/공공, E군)

상기의 문제와 연관된 접근성 정책으로 첫 번째는 민간 이송 구급차와 관련된 접근성 정책을, 두 번째로는 환자 가족 대리 진료(처방)에 대한 정책을 살펴보고자 한다.

2) 지역사회 문제로 인한 미충족

이 연구에서 시행한 질적 자료 분석 결과 몇 가지 지역사회 문제로 인한 미충족을 도출할 수 있었다. 그중 지역의 공공의료원에 대한 불신과 불만에 대한 내용이 반복적으로 언급되었다. 지역 주민, 특히 고령층에서 지역의 교통수단 부족으로 의료기관 이용이 불편하다는 문제를 자주 호소했다. 대중교통 부족의 문제는 그 자체로 계층 간 불평등 양상을 보이게 한다. 자가용을 소유한 비교적 젊은 계층에서는 대중교통의 부족이 의료이용에 큰 영향을 미치지 않고 오히려 지역 경계를 넘어 원하는 의료기관을 방문하는 양상을 보인다. 반면 자가용을 소유하지 못한 노령층의 경우 인근에 거주하는 자녀들의 도움을 받아 의료기관을 방문해야 하는 어려움이 있었고, 이마저 가능하지 않은 취약계층 노인의 경우 어쩔 수 없이 구급차를 불러 병의원을 이용하는 경우도 있었다.

"택시 타고 안 가고 걸어가는데, 한 대여섯 번 쉬어 간다. (중략) 내가 델다 달라 안 하고 내가 차도 못 타고. 거, 병원에 못 걸어가면 119 부른다. 흔들거리나 마나 119 탄다. (중략) 아침도 안 먹고 갔는데 껌껌해 5시에. 정말 고생 많다. 젊은 사람은 괜않더만…. (중략) 안 그러면 자주 가서 주사 맞고 그러면 덜 아플 낀데. 가고 싶어도 못 가고, 비 와도 못 가고, 눈 와도 못 가고, 추워도 못 가고. 저번에 갔는데, 사람이 앉아 있는데, 내가 꽃밭 밑에 울타리 밑에 앉아 있었거든. 허리가 아프니 설 수가 있나. 이놈 차는 앞에만 보잖아. 나를 못 봐. 그런 일이 많아, 많아. 속상해. 그러니 시방은 밥 한술 먹고 ***시 차 타고 올라오면 저 앞에 나가 있다. 운전수는 도로 앞에 그렇게 나오면 치여 죽는다고 난리제. 이래 말 듣고 저래 말 듣고."
(주민 N, 여/고연령, E군)

"운전을 못 하는 경우에는 시골에서는 교통편이 굉장히 불편하다고 봐야 되죠. 일단은 나가야 되고, 차 타러 걸어 나가야 되고. 응급 상황이 됐을 때는 대중교통보다는 119를 이용하겠죠?"(주민 G, 여/저연령, B군)

의료인력의 질 때문에 발생하는 수용 가능성과 관련된 지역의 미충족 문제도 있었다. 주민들은 지역의 인프라가 부족하고, 농촌에서는 의사들이 돈을 벌 수 없기 때문에 실력 있고 유능한 의사들이 내려오지 않는다고 생각하고 있었다.

> "아니 나는 또 운전을 하기 때문에 손님을 싣고 다니잖아요. 그러니까 손님들이 항시 의료원에 불만이 많아요. 이런 것도 못 고치고, 이런 것도 못 고치고, 꼭 큰 병원 보내요."
> "의료원은 도립이기 때문에 조금 떨어지는 것 같아요. 그러니까 좀 나은 의료진 섭외를 못한 것 같아요. 그냥 내가 쉽게 말하는 게 봉급을 좀 적게 주는 사람들을 데리고 오는 것 같아요. 그러니까 질이 좀 떨어지죠. 그런 것 같아요."(주민 H, 남/고연령, C시)

또한 지역의 인구구조로 인한 전문 과목의 부재가 미충족 의료의 한 원인이었다. 노령 인구가 높은 비중을 차지하고 젊은 층의 인구 및 아동의 인구 비율이 낮으므로 소아과 전문의가 없거나, 소아과 산부인과 등 특정 진료 과목의 경우 선택이 가능하지 않다는 미충족이 있었다.

> "아. 여기는 이비인후과도 없고 소아과도 없어요. 다 내과에서 진료를 받아요. 시골이라서 (중략) 산부인과도. 산부인과는 ○○로 병원을 간다고 했을 때 여기서부터 한 시간이에요." (주민 D, 여/저연령, B군)

3) 개인적 문제로 인한 미충족

개인적 문제로 인한 미충족은 정책적으로 접근하기가 쉽지 않다. 그 대상이 넓게 퍼져 있어 각 개인에게 개입하기 어렵기 때문이다. 연령이나 성별과 같이 바뀌기 어려운 개인의 특성이 아니라 개인이 지닌 여러 가지 의료이용에 관한 자원 중 건강과 의료에 관한 문해력 부족으로 인한 미충족 문제가 드러났다. 결혼 이민자들의 경우 언어 장벽에 의한 의사소통의 어려움과 함께 문해력 문제가 나타났고, 노년층의 경우에도 개인적 차원에서 미충족의 원인으로 작용함을 발견할 수 있었다. 지역에 따라 외국인

노동자나 다문화가정 등의 비율이 높은 곳이 있었다. 일부 군 지역은 고령화가 30%를 훨씬 넘을 정도로 심각하게 진행되어 있었다. 비록 개인의 문제이지만 지역의 구성적 특성으로 인해 결국 지역 간 미충족 의료의 불평등으로 나타날 수 있다.

결혼 이민자의 경우 다문화 지원 정책의 일환으로 맞춤형 지원 사업 등이 있으나, 노령 인구의 의료 문해력 향상을 위한 정책에는 한계가 있는 것으로 나타났다. 특히 인지능력 저하가 동반되는 독거노인의 경우 의료기관 방문 시 의료진과의 의사소통에 어려움이 있을 뿐만 아니라 복약 및 자가 관리에 이르기까지 전반적인 미충족을 호소하고 있었다. 그러나 이러한 접근성 문제에 대한 정책이 부족함을 알 수 있었다.

3. 접근성 정책 모니터링의 사례

가. 제도적 문제로 인한 미충족 의료 관련 접근성 정책(1) : 민간 이송 구급차 정책

1) 관련 문헌

민간 이송 구급차와 관련된 문헌으로 구급차 기준 및 응급환자 이송업 관련 규정 개정을 위한 연구 과제 보고서 및 법제처 법령과 보건복지부의 보도자료, 민간 이송 구급차 등 제도 개선 공청회 자료를 수집하고 관련 인터뷰와 기사도 참고하였다.[19]

---

19) 법제처 홈페이지(http://www.law.go.kr)의 구급차의 기준 및 응급환자 이송업의 시설 등 기준에 관한 규칙,
보건복지부. (2012). 구급차의 기준 및 응급환자 이송업 관련 규정 개정을 위한 연구
보건복지부 보도자료 (6월 5일 민간 구급차 신고제 등 개정된 법령 시행)
김은영(2013. 7. 9.) 18년간 민간 구급차 운영에 도와준 것 있나. *청년의사*. retrieved

2) 정책 과정 분석

관련 문헌을 통해 살펴본 민간 이송 구급차 제도에 대한 정책 과정은 다음과 같다.

① 정책 목표: 환자의 안전한 이송
② 정책 내용: 환자 이송 체계에 대한 민간 이송 구급차 개정 법령 시행 (2018. 6. 5.)
③ 정책 도입 이유 및 과정: 노후 민간 구급차의 고장으로 이송 도중 환자 사망. 이용 요금의 현실화가 필요하다는 요구
④ 정책 결과: 정책 목표 및 과정에는 안전한 이송을 위한 대안으로 구급차의 물리적 환경 개선, 응급 구조사 조건 강화 등을 시행하도록 하였음. 이송 처치료가 인상되었고, 건강보험 적용은 시행되지 않음.

3) 평가 기준별 평가 결과

① 불평등 완화에 기여하였는가?

민간 이송 구급차의 제도 개선과 관련해 환자의 안전한 이송에 초점을 맞추어 구급 차량 조건 강화, 응급 구조사 조건 강화 등이 이루어졌다. 이송 처치료가 인상되고, 건강보험 적용은 보류되면서 불평등 완화에 기여할 수 있는 부분은 제도 개선에서 제외되었다.

---

from http://www.docdocdoc.co.kr/news/articleView.html?idxno=136219
신정연(2016. 4. 23.) 의료진, 장비도 없이 이송, 사람 잡는 사설 구급차. *MBC NEWS.* retrieved from imnews.imbc.com/replay/2016/nwdesk/article/3951862_19842.html
박형주(2016. 9. 19.) 환자 이송 한 번에 200만 원 … 억 소리 나는 사설 구급차. *노컷뉴스.* retrieved from www.nocutnews.co.kr/news/4654713

② 접근성 향상에 기여하였는가?

이송료는 인상되었으나, 건강보험 적용은 보류되어 접근성 향상에 기여할 것으로 보기는 어렵다. 또한 이송 비용이 거리에 따라 부담되기 때문에 주로 환자를 이송하게 되는 대도시 수도권에서 먼 지역에 거주하는 경우 높은 비용을 부담해야 하므로 접근성 향상과 불평등 완화에 기여할 것으로 보기는 어렵다.

③ 예상치 못한 불평등 심화나 영향받은 집단은 없는가?

민간 이송 구급차의 요금제가 거리별 요금으로 부과되기 때문에 발생하는 문제가 생길 수 있다. 지역 의료기관이 위중한 질환을 커버할 수 없는 취약 지구일수록 민간 이송 구급차 이용률이 높고, 장거리 이용을 할 수밖에 없어서 비용 부담이 커지는 불평등의 심화를 가져올 수 있다는 점이다.

민간 이송 구급차의 이용료 현실화 방안으로 비용 인상이 재정 지원보다 선행되면서 발생한 문제도 간과할 수 없다. 비용 증가가 더 큰 영향을 미치는 저소득, 경제적 취약계층의 경우 상대적으로 부담이 심화되는 결과를 가져올 수 있다.

민간 구급차 업체를 환자 또는 보호자가 직접 알아봐야 하기 때문에 보호자가 없는 응급환자나 외국인 환자는 이와 같은 대응에 더욱 취약하다. 또한 정보 접근성이 낮거나 리터러시가 떨어지는 경우 직접 업체를 알아보고, 이송 병원을 선택하는 데 어려움을 겪을 수밖에 없다.

"사설 구조차? 따로 있다고 하더라고요. 그걸 굳이 보호자가 불러서, 이제 중환자실 와서 환자를 데리고 그 차를 타고 제가 서울 병원에 갔다고 하더라고요. 제 보호자가. 남편은 그때까지 일 때문에 타 지역에 있었어요. 그때는 못 올라왔던 상태예요. 그래서 제 동생하고 엄마가 그 부분에 대해서 되게 화가 났죠. 아니, 앰뷸런스가 두 대, 세대 서 있는데, 그 앰뷸런스 타고 빨리 후송을 시켜 줘야 되는데, 그 사설 차를 기다려 가, 그것도 사설 차가 그렇게 많지 않다고 하더라고요? 그것도 이제 아는 사람? 그것도 이제 지인을 통해 막 수배를 해야 하는 상황? **에 있는 개인병원에 아는 사무장, 아는 분이 있어요, 아까 그 친구. 그 친구를 통해서 사설 구조차를 타고 제가 병원에 갔다 하더라고. 그게 이제 가장 짜증이 나요."(주민 B, 여/저연령, A시)

민간 이송 구급차와 119 구급차가 연계되지 못하므로 환자는 119 이용으로 먼저 지역 병원을 이용한 후 재이송되어 3차 병원을 이용해야 한다. 인근 병원에서 해결할 수 없는 문제로 판단되더라도 제도적 제한으로 첫 119 이송 시 지역 경계를 벗어날 수 없어 인근 병원 응급실을 방문해야만 한다. 이때 진료비와 검사비가 발생하고 그 후 다시 대도시 3차 병원 응급실 이용을 하므로 검사, 비용, 시간이 중복 부담되어 최종 의료기관 방문까지 오히려 접근성 장벽으로 작용하는 경우가 발생할 수 있다.

"하루 여기 조금 꼬매고 엑스레이 한 번 찍었는데, 18만 원 나와 버려…. 아니 돌의사여. 말하자면 좀 잘못 보는 의사들. 응, 돌팔이, 말하자면 그렇게."
(주민 C, 남/저연령, B군)

나. 제도적 문제로 인한 미충족 의료 관련 접근성 정책(2)
: 대리 처방 예외 규정

1)관련 문헌

환자 가족 대리 진료(처방)와 관련된 문헌으로 의료법 및 보건복지부 보도자료, 대한의사협회의 안내문, 대리 처방과 관련된 기사를 참고하였다.[20]

20) 법제처 홈페이지(http://www.law.go.kr)의 의료법 제17조

2) 정책 과정 분석

관련 문헌을 통해 살펴본 정책 과정은 다음과 같다.

① 정책 목표: 만성질환 거동 불편자의 편의 및 의료 접근성 제고

② 정책 내용: 대리 진료(처방)는 의료법(17조 제1항)에 의거하여 원칙적으로 금지되어 있으나, 보건복지부 행정해석(보험급여과-5011, 2014. 12. 22.)에 의거하여 예외적으로 가족에게 대리 진료(처방) 가능하도록 허용.
의료법 규정에 따라 대면 진료가 원칙이나, 예외적으로 가족에 대하여 동일 상병, 장기간 동일 처방, 환자 거동 불능, 주치의가 안전성 인정하는 경우에만 처방전 대리 수령과 방문당 수가 산정함. 대리 진료(처방)가 가능한 가족은 「민법」상 가족의 범위를 고려하여 '배우자, 직계혈족 및 형제자매, 직계혈족의 배우자, 배우자의 직계혈족 및 배우자의 형제자매'를 가족으로 인정하며, 가족 이외 제3자(간병인 등)가 요청하는 경우 또는 다른 질환 증상이 있는 경우에는 대리 진료(처방) 불가

③ 정책 도입 이유 및 과정: 2006년 복지부 장관과의 민원원탁회의에서 거동이 불편한 만성질환 재진환자의 편의와 의료 접근성 제고를 위해 대리 처방전 수령을 허용하도록 개선하기로 함. 이후 제도 시

대한의사협회, 환자가족 대리 처방 안내문.
현두륜. (2016. 11. 30.) 논란의 대리 처방 되는 경우와 안 되는 경우. *의협신문.* retrieved from http://www.doctorsnews.co.kr/news/articleView.html?idxno=114152
양영구(2017. 11. 15.) 제한적 대리 처방 허용하지만… 약 "오남용 주의해야" *Medical Observer* retrieved from http://www.monews.co.kr/news/articleView.html?idxno=107741

행에서 환자의 거동 불능, 동일 상병 등에 대한 해석이 모호하고 의사가 직접 환자의 상태를 확인하지 않는 한 가족의 말만으로 환자 상태를 알 수 없다는 한계로 인하여 가족 또는 지인, 동료 의사 등을 통해 전화 진료, 대리 처방하는 등 분쟁의 소지가 계속됨. 이에 2018년 9월 대리 처방의 발급 요건을 강화하였음. 강화된 개정안은 환자의 의식이 없거나 환자의 거동이 불편하거나 장기간 동일 처방인 경우 의사 등이 해당 환자 및 의약품에 대한 안전성을 인정하는 경우 환자의 직계존속·비속, 배우자 및 배우자의 직계존속, 형제자매 또는 노인의료복지시설에 근무하는 자 등이 대리 처방을 받을 수 있도록 하면서 이를 위반할 경우 의사와 보호자의 처벌 규정을 강화함.

3) 평가 기준별 평가 결과

① 불평등 완화에 기여하였는가?

예외적 대리 처방 규정이 명확하지 않고 환자의 거동 불능을 확인하기 어렵다는 등의 이유로 정책 목표에 맞는 경우에만 대리 처방을 적용하는 규정을 지키지 못한 반면 영유아 보호자나 거동 가능 환자의 가족이 편의상 이유로 예외 규정을 활용하는 경우가 발생하였다. 불평등 완화에 기여한 효과를 기대하기 어려울 것으로 판단된다.

② 접근성 향상에 기여하였는가?

환자의 가족 혹은 노인의료복지시설 근무자에 의해 필요한 처방을 받는 측면에서 일부 접근성 향상에 기여하였을 것이나, 배우자 또는 직계혈족 및 정책에서 규정하는 '가족'과 함께 거주하지 않는 경우나 시설에 입

소하고 있지 않는 경우에는 접근성 장벽이 큼에도 정책의 혜택을 받을 수 없다는 점에서 접근성 향상에 도움이 되지 못하였다. 그뿐만 아니라 논란이 된 잘못된 대리 처방이 시행된 경우가 많고, 약물의 오남용에 이용된 사례는 적절한 의료의 제공이라는 접근성의 의미로 볼 때 접근성에 위배되는 사례로 이용된 것을 알 수 있다.

③예상치 못하게 불평등이 심화되거나 영향을 받은 집단은 없는가?

정책 도입 목표 및 대상과 달리 권력, 지인을 이용한 대리 처방에 악용된 사례가 있다. 시설에 입소하지 못한 가족이 없는 거동 불편 농촌 독거노인의 경우 대리 처방을 받을 수 없다는 한계가 나타났다. 이는 정보의 접근성과도 연관되는데, 의료필요를 가지고 있으나 직접 병원에 내원할 수 없는 환자들의 접근성을 높이겠다는 목적은 정책의 실행 단계에서 실질적 정책 대상이 정보에 접근할 수 없고, 정책의 수혜자가 되지 못하는 반면 사회경제적 수준이 높은 계층은 쉽게 정보를 접하고 제도를 변형 활용하여 경제적 이익을 비롯한 편익을 제공받았다는 점에서 불평등을 심화시켰을 가능성이 있다.

"왜냐하면 우리도 가서 보고, 솔직히 말하면 죽을 수도 있잖아요. 그런데 그게 법으로 안 되니까, 못하게 되어 있으니까 안 하게 되는 거예요. 환자분들은 고스란히 그걸 다 떠안는 거예요. 그러니까 나는 너무 웃긴 게 그 법이 일부 맞아요. 그게 이론적으로 맞아요. 지가 와서 약을 타 가야 되죠. 근데 자기네들이, 부모가 한 30분 걸어와가 약을 타야 한다고 생각해 보세요."(종사자C, 여/공공, E군)

다. 지역사회 문제로 인한 미충족 의료 관련 접근성 정책 (1) : 지방의료원 정책

1) 관련 문헌

지방의료원 정책과 관련된 문헌으로 보건복지부 지방의료원 표준 운영 지침, 공공의료에 관한 법률, 지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률, 지방의료원 연합회 홈페이지, 지방의료원 관련 논문, 지방의료원 관련 기사를 참고하였다.[21]

2) 정책 과정 분석

관련 문헌을 통해 살펴본 지방의료원에 대한 정책 과정은 다음과 같다.

① 정책 목표: 지방의료원의 목표는 공공보건의료의 제공과 효율적인 운영을 통해 지역 주민의 건강 증진과 지역 보건의료 발전에 이바지함을 목적으로 함(보건복지부, 2016). 적정 비용에 질 높은 의료를 제공하고 수익성이 낮아도 꼭 필요한 의료를 제공하며 투명하고 효율적으로 운영되는 병원을 세부 목적으로 함.

---

21) 보건복지부의 지방의료원 표준 운영 지침,
보건복지부. (2017). 지역 거점 공공병원 운영평가 지침서
신열. (2005). 지방공사 의료원의 성과 분석: 공공성과 수익성의 조화. *정책분석평가학회보*, 15, 177-211.
박경돈. (2012). 지방의료원의 성과와 환경요인. *한국행정연구*, 21(1), 189-217.
공공의료에 관한 법률 제3조, 4조, 5조 (http://www.law.go.kr/)
건강증진개발원의 농어촌 일차 보건의료 인력 정책지원(http://www.khealth.or.kr/)
보건복지부 홈페이지 (http://www.mohw.go.kr/react/policy/)
지방의료원 연합회 홈페이지 (http://www.medios.or.kr/),
오희숙(2016. 12. 25.) 공주의료원 명의 떠나는데… 왜?. *파워뉴스*. retrieved from http://www.pwnews.co.kr/news/articleView.html?idxno=30951
유효상(2016. 10. 11.). 충남도 공주의료원, 신축 이전 진료 시작. *중앙일보*. retrieved from https://news.joins.com/article/20708645

② 정책 내용: 지방의료원은 지역 주민의 보편적 의료 보장과 건강 보호를 위한 양질의 공공보건의료서비스 제공을 위한 것으로 지역 여건에 맞는 공익적 기능의 강화와 공공보건 의료 계획을 수립하고 시행하는 것을 기본 방향으로 함. 지방의료원의 공공보건의료서비스 제공 기능은 지역 주민의 건강 보호를 위한 필수 보건의료서비스 제공과 보건의료 보장이 취약한 계층에 대한 보건의료서비스 제공을 내용으로 함. 현재 지방의료원 의료인력 지원 사업으로 인력 수급이 곤란한 지방의료원에 대학병원 등이 우수 의료인력을 지원할 경우 1인당 최대 국비 1억 5000만 원 지원하는 사업도 시행하고 있음. 지방의료원의 경영실적, 인력 현황, 운영평가 결과 등 운영 정보가 지방의료원 설립 및 운영에 관한 법률에 의거하여 2015년 7월부터 공개되고 있음.

③ 정책 도입 이유 및 과정: 1910년 자혜병원에서 시작하여 1925년 시·도립병원, 1982년 7월 지방공사(공기업)를 거쳐 2005년 9월 안전행정부에서 보건복지부로 이관된 후 13개 시·도 34개 지방의료원이 소재하고 있음. 지자체 조례로 설립 운영되며, 서울·광역시에 4개, 시 지역 25개, 군 지역 5개임. 종합병원 29개와 병원급 5개로 되어 있음.

3) 평가 기준별 평가 결과

① 불평등 완화에 기여하였는가?

지방의료원은 공공성과 수익성의 조화라는 상충되는 목표를 추구하고 있으나 실질적으로 경영성과를 강조하고 경영수지 개선을 위한 여러 사업을 시도하고 있다. 따라서 공공기관의 역할 수행을 하지 못하고 공공성의 취약을 가져왔다는 평가가 있다(오영호, 2013, p. 68).

② 접근성 향상에 기여하였는가?

접근 가능한 의료기관이 없고, 가용한 전문 진료과가 없는 경우 지역의료원이 대안의 역할을 해 주어 물리적 접근성 및 가용성을 향상시키는 측면이 있다. 일부 공공병원에서는 민간 병원을 이용할 수 없는 노숙인의 진료 및 입원이 가능하여 특정 대상에 대한 접근성 장벽을 완화하는 기능을 하고 있었다. 그러나 전체 공공의료기관이 아닌 일부 병원에서만 가능하다는 것은 한계로 나타났다. 다른 한계로는 지역의료원이 지역 주민의 신뢰를 얻지 못하여 수용 가능성은 여전히 부족한 것으로 나타났다. 이는 실질적인 접근성 개선에 실패한 것으로 볼 수도 있다.

"현재는 노숙 케이스 같은 경우 3차 병원에서 안 받아 주니까 그렇게 해서 가는 경우가 많고요. 3차 병원에서 못 받는 이유를 살펴보면 간병 시스템이 없고…. 돈이 문제가 아니에요. 보호자가 없는 환자를 거부하잖아요. 우리는 보호자가 없는 환자를 받아요. 다 받고, 1인 가구 혼자 서명하고 수술실 들어가요. 다른 의료기관은 노숙 없어요. 어디서나? 어디 천안 이런 덴 외국인만 있어요. 외국인 소외 계층만 보고 노숙 없대. 생각엔 당연히 노숙 있을 줄 알았지."
(종사자C, 여/공공, F시)

"여기 보건소에서 정확히는 모르겠는데, 그 이동 진료차 있죠? 아무튼 산부인과 진료. 이동 진료차 있죠. 여기 면 단위 아니고 군에 있는 의료원 있죠."
(주민 K, 여/저연령, D군)

③ 예상치 못하게 불평등이 심화되거나 영향을 받은 집단은 없는가?

사회경제적 수준이 높은 주민의 경우 지역의료원을 이용하지 않고 인근 대도시로 이동하여 의료이용을 하는 경우가 많았다. 지역의료원은 사회경제적 수준이 낮거나 장거리 이동이 어려운 계층이 주로 이용하게 되어 지역의료원의 질이 확보되지 않으면 오히려 취약계층이 낮은 수준의 의료를 이용하게 되어 불평등을 심화시킬 가능성을 가지고 있다.

"택시 타거나 하면 없는 사람들이 가는 병원이라 생각하시는 것 같고요. 이전해서 여기 왔는데, 2000년도쯤인가 이전했대요. 겨울쯤 이사했는데 그때 ○○○에 있을 땐 아주 취약했다더라고요. 간호사들 이야기 들어 보면 친한 친구들은 거긴 실습도 안 가는 곳이었다고. 너는 왜 그런 병원에 옮기려 하냐고 그런 이야길 했었어요. 그땐 시설도 낙후되고 안 좋고…."(종사자C, 여/공공, F시)

라. 지역사회 문제로 인한 미충족 의료 관련 접근성 정책 (2) : 농촌형 교통 모델 사업

1) 관련 문헌

농림축산식품부 보도자료, 교통복지 측면에서의 농촌형 교통모델 발굴 사업 추진, 농림축산식품부 홈페이지, 한국농어촌공사 홈페이지 및 관련 기사 등을 참고하였다.[22]

2) 정책 과정 분석

관련 문헌을 통해 살펴본 농촌형 교통 모델 사업에 대한 정책 과정은 다음과 같다.

① 정책 목표: 농촌 교통 사각지대 해소를 통한 주민 행복 실현

22) 한국 농어촌공사 홈페이지 (https://www.ekr.or.kr/Kkrpub/cms/index.krc?MENUMST_ID=21469)
원광희 (2014). 교통복지 측면에서의 농촌형 교통 모델 발굴 사업 추진. *충북 FOCUS*, (85), 1-22.
농림축산식품부(2017. 12. 14.) '18년 농촌형 교통모델사업(100월 택시 등) 82개 전 군 지역으로 확대. *대한민국정책브리핑*. Retrieved frorm http://www.korea.kr/policy/pressReleaseView.do?newsId=156243479
내년부터 전국 확대 운행되는 '100원 택시', 원조는 어디?(2017. 12. 21.). *농민신문*. retrieved from https://m.post.naver.com/viewer/postView.nhn?volumeNo=11443667&memberNo=36080930

② 정책 내용: 농림축산식품부의 농촌형 교통 모델 발굴 사업으로 버스, 철도 등 대중교통 이용과 자가용 운전이 어려운 농촌 마을 고령 영세 주민들에게 택시와 소형 버스를 활용한 대체 교통수단을 제공하는 사업임. 교통 모델 운행 방식은 기존의 택시형 이외에 버스 유형을 다양화하여 셔틀·콜·혼합의 형태로 지자체가 사업 대상 지역의 교통 환경 여건과 주민 수요 등을 종합적으로 고려하여 운행 방식을 선택할 수 있도록 하고 있음.

③ 정책 도입 이유 및 과정: 농어촌 지역은 넓은 면적에 적은 인구가 분산 거주하고 있어 각 배후 마을과 공공서비스 거점(읍·면) 간 연계 수단이 필수임. 그러나 교통수단이 부족하고 자가용 운행이 어려운 고령, 영세 주민 비율이 높고 의료·문화·복지 등 공공서비스 이용에 애로가 있어 도입하게 됨. 2012년 아산시 시범 사업 운영, 2013년 서천군 희망택시 도입, 2014년부터 농식품부가 시작하여 매년 10~20여개 지자체 한정 사업으로 지원하다가 2018년부터 82개 군 전체로 사업을 확대하게 되었음.

3) 평가 결과

① 불평등 완화에 기여하였는가?

대중교통 및 교통수단은 수도권 및 대도시와 농촌 지역의 불평등을 야기하는 주된 원인 중 하나로 교통의 불편을 감소시키고 농촌 지역 취약계층의 이동성을 증가시키는 것은 불평등을 완화하는 데 기여할 것으로 생각된다. 아직 이 정책이 시범적으로 시행된 지 오랜 시간이 지나지 않았고, 대상지와 예산이 확대되는 상황이므로 이후 평가가 필요할 것으로 보인다.

② 접근성 향상에 기여하였는가?

농촌형 교통 모델 사업은 보건의료 분야에서 접근성 향상을 위해 실시된 정책이기보다 농촌 교통 사각지대 주민의 복지를 위해 시행된 정책으로 의료 접근성 향상에 영향을 미치는 사회정책이다. 사업의 목적과 대상을 교통 취약지의 취약층으로 하여 불평등 완화와 접근성 향상에 기여하는 바가 있을 것으로 예상된다. 하지만 사업 기간과 대상자 수가 한정되어 이번 연구의 면담 대상자 중 이용 경험이 있는 경우는 없었다. 여전히 대중교통의 부족과 교통수단 불편으로 인한 미충족이 지속되는 상황을 고려할 때 정책의 홍보와 확산이 필요하다.

마. 개인의 문제로 인한 미충족 의료와 관련 접근성 정책 : 정책의 공백

개인의 문제로 인한 미충족 의료에서 건강과 의료에 대한 문해력 부족 문제를 발견할 수 있었다. 그러나 인지능력이 저하된 노인의 의료 문해력 향상을 개선하기 위한 접근성 정책은 부족하였다. 최근 인터넷 및 통신 기술의 발달로 모바일 기기와 컴퓨터 사용 능력이 있는 계층에는 다양한 정보와 혜택이 제공되고 있다. 반면 모바일 및 인터넷 접근이 어려운 계층의 경우 상대적으로 더 소외되는 결과를 가져오는 역효과가 있다. 이를 고려할 때 이들을 위한 정보 제공과 문해력 향상, 혹은 전반적으로 도움을 제공할 수 있는 방안을 모색하는 것이 필요하다. 이 연구에서 시범적으로 평가한 제도로 인한 미충족, 지역사회의 문제에 따른 미충족과 관련된 접근성 정책의 경우에도 정책의 직접적 목표 대상이 되는 당사자가 제때 정보에 접근하고 정책의 혜택을 받기보다 정책의 존재 자체를 인지하지 못하여 혜택을 받지 못하는 경우들이 나타난다. 문해력 부족과 정보

접근성에 대해 효과적인 정책의 도출이 필요한 것으로 생각된다.

4. 소결

지역 간 미충족 의료의 정성적 측정 결과를 통해 이와 관련한 의료 접근성 정책을 일부 검토하고, 불평등 완화의 관점에서 평가하는 작업을 수행했다. 평가 틀에 의해 제도적 문제, 지역사회의 문제, 개인의 문제로 인한 미충족과 관련 정책을 먼저 살펴본 뒤 각 정책에 대해 검토했다.

제도적 문제로는 응급의료 이송과 구급차 이용에 관한 미충족 경험을 살펴봤다. 이송 중 환자의 사망과 같은 문제가 불거지면서 환자의 안전한 이송에 초점을 맞추어 민간 이송 구급차의 제도를 개선하려는 시도가 있었지만, 이용을 위한 비용이나 문해력과 같은 자원의 차이가 나는 집단에 따라 불평등이 심화될 수 있는 것으로 평가되었다. 또한 비용 면에서 오히려 지방에서 서울로 가는 경우 기존보다 더 많은 이송 비용이 들게 되었다는 점에서 지역 간 불평등을 심화할 가능성이 있는 것으로 나타났다.

지역사회 문제로 인한 접근성 정책으로는 지방의료원 정책과 농촌형 교통 모델 사업을 검토했다. 지방의료원은 지역 주민의 보편적 의료 보장과 건강 보호를 목적으로 시행하였지만, 실질적으로는 지역 주민의 신뢰를 얻지 못하여 접근성 향상에 한계가 있다는 점을 지적하였다. 또한 의료기관의 질이 담보되지 않는 한 개인 자원이 풍부한 사람은 더 큰 도시에서 의료이용을 할 수 있고, 그렇지 않은 사람은 질이 떨어지는 지역의 의료원을 이용하게 됨으로써 다시 불평등을 심화할 가능성도 있었다. 농촌형 교통 모델 사업은 불평등 완화와 접근성 향상에 기여하는 바가 있을 것으로 예상된다. 하지만 아직 보편적으로 시행되는 상태가 아니어서 여전히 교통불편으로 인한 미충족을 해결하는 데에는 부족한 것으로 보였다.

개인의 문제로 인한 미충족의 경우 지방에 인지능력과 정보 검색 능력이 저하된 고령의 노인층이 많다는 점에서 노인의 의료 문해력을 높이기 위한 접근성 정책이 필요하지만, 이러한 정책이 부재함을 확인하였다. 의료이용을 위한 주 정보원과 의사소통 능력은 미충족 의료 경험에 핵심적인 영향 요인이므로 정보를 제공하기 위한 정책이 도리어 불평등을 강화하지 않을 수 있도록 섬세하게 계획할 필요가 있다.

부록 4-1. 지역 미충족 의료 평가 도구 양식

I. 지역 거주민 개인의 미충족 의료 평가

날짜: 지역: 평가자: 평가 대상자:

A. 질문지

1. 개인의 일반적 특성

예> "먼저 간략히 00님에 대한 정보를 듣고자 합니다."
또는 "00님에 대해서 잠시 소개를 해주시겠어요?

2. 의료 이용에 영향을 미치는 신념 체계의 파악

가, 대상자가 인식한 지역 사회의 현실

예> "지역에 대해 알려 주시겠습니까?"
"이 지역의 사정을 알고 싶습니다."

나, 대상자의 의료 이용 관련 믿음

1) 본인의 건강 상태는 어떻다고 생각됩니까?

2) 주로 어떤 때, 어떤 목적으로 병원을 가시게 되는지요?

3) 병원에 가기 전 보통 어떤 조치를 취하시는지요?(예> 자가요법, 타인의 도움)

4) 본인이나 가족이 다닐 병원들은 어떤 방법으로 알아보시는지요?

5) 일반적으로 어떤 점들을 기준으로 병원을 선택하는가요?(다중 답변 가능)
① 다니기 쉬움(거리, 교통편)
② 의료진들의 친절과 태도
③ 이용하기 편리함 (예-예약, 대기시간, 야간진료...)
④ 의사의 실력 (의미 파악 요함: 학벌/병원규모/치료효과/전문화됨/기타____)
⑤ 훌륭한 시설과 장비
⑥ 여러 문제(과)를 동시에 볼 수 있음
⑦ 소재지 (서울, 광역시, 인근 도시, 읍, 면)
⑧ 병의원의 규모
⑨ 기타_____

6) 평소 의사를 신뢰하고 지시대로 따르는 편인가요?

나, **2차 범주**

"마찬가지로, 아래의 질문에도 '예/아니오' 로 답해주십시오."

1) 최근 3년 동안 다음의 경우가 각각 있었습니까?
① 무슨 전공과목을 찾아가는 것이 맞는지 모르겠어서 고민했다. (예/ 아니오)
② 병의원 중에서 어떤 곳을 선택해야 좋을지 몰라서 고민했다. (예 /아니오)
③ 근처에 따히 갈 수 있는 병원이 없었다.(예/ 아니오)
④ 혼자서 병원에 가기가 어려웠다. (예/ 아니오)
⑤ 갈 수 있는 시간대에 병의원이 운영하지 않았다.(예/ 아니오)
⑥ 예약이 너무 오래 걸렸다.(예/ 아니오)
⑦ 의료비가 너무 많이 나올 것 같아서 걱정이 됐다.(예/ 아니오)
⑧ 그 외에, 의료기관을 이용하기 전, 결정하는 과정에서 불편감이나 부담이 있었다. (예/ 아니오)

2) 또한 다음의 경우가 각각 있었습니까?
① 의사나 간호사, 직원이 무책임하거나, 불친절하거나, 존중해주지 않고, 배려가 없게 행동하는 등 태도가 마음에 들지 않았다. (예/ 아니오)
② 검사나 치료에 대해 충분히 설명을 듣지 못했다. (예/ 아니오)
③ 시설이나 진료 환경이 제대로 갖추어지지 않았다. (예/ 아니오)
④ 검사, 치료를 받는 절차나 과정이 너무 복잡하고 어려웠다. (예/ 아니오)
⑤ 의료비가 예상보다 많이 나왔다. (예/ 아니오)
⑥ 기다린 시간에 비해 충분한 시간 동안 진료받지 못했다. (짧거나 불충분했다.) (예/ 아니오)
⑦ 그 외, 의료기관을 실제 이용하는 과정에서 들었던 다른 종류의 불편감이나 부담이 있었다. (예/ 아니오)

3) 그리고 다음의 경우가 각각 있3었습니까?
① 검사 결과나 치료 효과가 기대에 미치지 못했다.(원인을 파악하지 못했거나, 증상이 여전히 남아 있거나) (예/ 아니오)
② 예방법이나 사후 관리에 대해 궁금했는데 충분히 설명을 듣지 못했다. (예/ 아니오)
③ 불안하고 궁금한 것이 여전히 해결되지 못했다.(예/ 아니오)
④ 의료진과 경험에서 불쾌한 기분이 남았다.(예/ 아니오)
⑤ 불필요한 검사나 치료를 받은 것 같았다.(예/ 아니오)
⑥ 의료비 지출로 가계에 부담이 됐다.(예/ 아니오)
⑦ 그 외, 의료기관 이용 후 불편한 마음이 들었던 사건이 있었다. (예/ 아니오)

3. 의료 기관 이용의 전반적 경험 듣기

예> "환자나 보호자로 병원에 가셨던 경험에 대해 자유롭게 말씀해 주세요. 최근 3년 안의 일이라면 어떤 경험이든 상관없습니다. 진료나 검사 목적 아무거나 괜찮습니다."

4. 구체적으로 묻고 분류하기

가, 1차 범주

"말씀 잘 들었습니다. 잠시 후 더욱 구체적인 경험을 들으려 하는데, 그 전에 효율적인 면담을 위해 먼저 아래의 질문에 '예/아니오' 로만 답해주시기 바랍니다."

1) 최근 3년 동안, 병원에 가려고 생각하셨을 때, 병의원을 알아보고 선택하고 찾아가는 과정에서 고민스러웠던 적이 있으셨습니까? (예/ 아니오)
   ① 고민해서 필요했던 때보다 더 늦게 가게 되었습니까? (예/ 아니오)
   ② 고민하다 결국 가지 못하게 되었습니까? (예/ 아니오)
   ③ 그 결과 더 증상이 심해졌습니까? (예/ 아니오)

2) 같은 기간, 병의원에 찾아가서 실제 이용(검사, 상담, 치료 등)하는 과정에서 불만족했던 적이 있으셨습니까? (예/ 아니오)
   ① 그래서 하려던 검사나 치료를 더 적게(일부만) 받았습니까? (예/ 아니오)
   ② 그래서 하려던 검사나 치료를 포기(중단)했습니까? (예/ 아니오)
   ③ 그 결과 어떤 신체적 불편함(애초의 증상 제외)을 겪었습니까? (예/ 아니오)
   ④ 그 결과 어떤 정서적 불편함(애초의 증상 제외)을 겪었습니까? (예/ 아니오)

3) 그동안 병의원에서 치료나 상담까지 다 했는데도 여전히 만족스럽지 않은 것이 남았던 적도 있으십니까? (예/ 아니오)
   ① 그래서 다른 병의원을 방문하셨습니까? (예/ 아니오)
   ② 그렇지 않았다면 모종의 대응을 하셨습니까? (예/ 아니오)

4) 최근 3년 동안 병원에 가야겠다고 생각이 들었을 때 얼마나 손쉽게 병원에 찾아갈 수 있었습니까? (어디를 가야할지 생각해서 선택하고, 이동하고, 찾아가는 것 포함하여) 100점 만점을 기준으로 점수로 표현해 주십시오. (/100)

5) 같은 기간, 병원에서 받았던 검사나 치료는 얼마나 만족스러우셨습니까? 역시 100점 만점을 기준으로 점수로 표현해 주십시오. (/100)

6) 그동안 병원을 다녀서 기대에 비한 효과는 어떠했습니까? 역시 100점 만점을 기준으로 점수로 표현해 주십시오. (/100)

5. **해당 범주에 대한 개방형 질문**

"질문 앞에서 질문했던 내용들 중 '예'라고 대답하신 것들에 관해 여쭙겠습니다. 각각에 관해 구체적으로 어떤 사건을 경험하셨는지요?"

사건이 발생한 상황과 조건이 드러날 수 있도록 아래의 보조 질문들도 활용한다.

(1) 당시 어떤 생각이 들으셨는지요? 또 왜 그런 생각이 들었다고 보시나요?

(2) 어떤 상황 때문에 OO님이 그렇게 선택(행동, 반응)할 수밖에 없었을까요?

(3) 그 사건의 최종적인 결과는 무엇이었는지요? 과연 어떤 과정을 통해(어쩌다) 그렇게 되었을지요?

(4) 그 뒤로 어떤 감정을 느끼셨는지요? 그리고 어떻게 대처하셨는지요?

(5) 그 일을 보고 들은 다른 사람들의 반응은 어땠습니까?

6. **향후 개선을 바라는 점들**

(1) 앞으로 이 지역에서 의료 기관을 이용할 때의 사정은 어떻게 될까요? 그리고 이는 본인에게 어떤 영향을 줄까요? 본인의 전망을 알려주십시오.

(2) 앞으로 개선이 되어야 할 점이 있다면 자유롭게 말씀해 주십시오.

B. 평가 기록지

1. 평가 항목

가, 평가 대상자가 처한 배경과 조건

(1) 의료 이용과 관련된 개인의 사회적 조건

1) 대상자의 인구사회학적 배경

① 연령/ 성별 _____

② 학력/ 직업/ (주관적)경제적 상황_____

③ 가족관계 (동거가족)_____(비동거가족)_____

④ 거주기간_____

⑤ 거주/이동 경로_____

2) 대상자의 시각에 비친 지역 사회의 상황 (간략히 서술)

3) 대상자가 속한 하위집단과 사회적 규범의 특징 (간략히 서술)

4) 의료이용과 연관된 개인의 가용한 자원

① 물질적(재정적) 자원 (상/중/하)

② 지지체계- 가족_____, 한계_____

③ 지지체계- 이웃(사회)_____, 한계_____

④ 직업, 연령에 따른 시간 운용에 대한 통제력 (상/중/하)

⑤ 이동능력- 거동, 운전기술 등을 종합 (상/중/하)

⑥ 의료이용 관련 정보에 대한 전반적 접근성- 교육수준, 인지기능, 건강 문해력, 사용하는 매체 등을 종합하여 (상/중/하)

⑦ 의료이용 관련 정보원천_____

나, 평가 대상자의 의료기관 이용에 관한 내적 요인

(1) 건강관련 신념- 질병과 위험 인식, 질병의 예방, 질병의 치료 등에 대한 특징적 면을 짧게 서술하기

(2) 의료 기관에 대한 가치판단 기준 (중요하게 여기는 가치에 표시, 다중응답)

효과성/ 접근성 /반응성과 질 /하드웨어 /포괄성 /소재지 /규모 /기타_____

(3) 지역 의료기관에 대한 인식 (의료기관 종별)
1) 긍정적 인식

2) 부정적 인식
① 불신:

② 불만:

다, 평가 대상자의 미충족 경험
(1) 미충족의 발생 영역- 해당하는 곳에 O표 후, 간략히 내용적기(2-3단어)
1) 접근성 (절대적/실질적)_____
2) 지역 내 가용한 의료자원_____
3) 직접적 의료 서비스 영역_____
4) 의료 외 병원 서비스 영역_____
5) 하드웨어적 측면_____
6) 제도/정책적 측면_____
7) 기타_____

(2) 미충족의 부정적 결과 - 해당하는 곳에 O표 후, 간략히 내용 적기
1) 의료 필요 문제의 악화_____
2) 서비스 이용의 지연(여러 기관/시간적)이나 중단_____
3) 당사자의 신체적, 정신적 부담 _____
4) 타 지역의 의료기관 이용_____
5) 추가적 비용 발생 (의료비/의료비 외) _____/_____
6) 가족에의 부담 전가 (경제적/시간적/심리적)_____
7) 기타_____

(3) 대상자가 생각하는 미충족의 구조적 원인- 1문장 이내 서술

(4) 미충족 의료에 대한 이용자의 반응
1) 미충족에 대한 대응 (해당 목록표시, 없으면 기입)
① 인맥을 통한 문제해결_____
② 처음부터 대도시를 비롯한 타지역의 병의원 이용함_____
③ 건강검진 및 건강관리에 투자_____
④ 비주류적 방략 모색- 민간요법, 대체의학, 한방 서비스, 대안적 의료기관 참여 (예>의료 생협)_____
⑤ 기타 _____

2) 미충족에 대한 이용자의 태도
① 적극적 시정 노력
② 타협적이고 현실적 방안 모색
③ 체념하고 수용하려 함
④ 불만이 있으나 감내함.
⑤ 정서적, 인지적, 행동적으로 무반응
⑥ 그 외 _____

(5) 미충족 경험의 특징적인 사례 정리
1) 사건(Event):

2) 맥락(Context):

3) 기제(Mechanism):

4) 결과(Outcome):

(6) 평가 대상자가 원하는 개선 방안
1) 제도/정책적 측면

2) 지역적 측면

3) 공급자/이용자 측면

Ⅱ. 지역 보건의료 종사자의 지역 미충족 의료 평가

날짜: 지역: 평가자: 평가 대상자:

A. 질문지

1. 개인의 일반적 특성

예> "먼저 간략히 00님에 대한 정보를 듣고자 합니다."
"00님에 대해서 잠시 소개를 해주시겠어요?

2. 의료 이용에 관한 지역적 특성

가, 대상자가 인식한 지역 사회의 의료이용 관련 환경

1) 이 지역 전반의 사정에 대해 간략하게 설명해주시기 바랍니다.

2) 전반적인 의료기관과 의료 인력의 현황에 대해 말씀해주십시오.
① 각 의료 기관들은 어떤 역할들을 하고 있습니까?
② 각 의료 기관들과, 의료 인력은 양적/질적으로 충분하다고 보십니까?

3) 현재 지역에서 진행 중인 프로그램이나 지원방안은 무엇입니까? 또 그 유용성에 대해서는 어떻게 보시는지요?

나, 지역 주민들의 의료이용 관련 행태

1) 지역 주민들의 평소 건강관리나 질병의 예방 습관은 어떤지요?

2) 의료 기관 방문 외에(혹은 방문 전에) 어떤 방식으로 대처하는지요?

3) 지역의 연령별, 집단별로 기관별 이용 행태는 어떻습니까? (소아청소년도 유의미한 경우에는 구술하도록 독려한다.)
① 지역 상급종합병원
② 지역 의료원
③ 민간 준종합-종합병원
④ 개인 의원
⑤ 보건소
⑥ 기타

3. **지역의 미충족 의료**

(1) 이 지역에서 주민들이 의료이용을 하면서 불만을 표현하는 것이 있다면 어떤 것들이 있습니까? 0표를 해주십시오. (복수 응답 가능)

① 상급 종합병원의 부재
② 지역 공공의료기관의 기능 미흡
③ 지역 내 일부 전문 진료과목의 부재
④ 포괄적 1차 의료의 부재
⑤ 원하는 의료기관까지의 절대적/실질적 접근성
⑥ 직접적 의료서비스의 문제- 예> 효과성, 의료인의 태도 등
⑦ 의료 외의 서비스 - 예> 행정관련, 전원체계 등
⑧ 병원 외의 의료관련 시스템- 예> 이송 체계(119)
⑨ 기타_____

(2) 여기엔 지역 내의 집단 간 차이가 존재하는지오?

(3) 이러한 지역주민들의 불만은 어떤 근본적 원인 때문일까요?

(4) 방금 답하신 주민들의 불만 중 어떤 문제가 우선순위를 가져야 할까요?

4. 지역 주민들의 의료 미충족에 관한 간접적 경험

"방금 전 '예' 라고 답하신 주제들 중에서, 본인이 단순히 목격했거나, 들은 내용에 대해서만 말씀해주십시오. 각각 구체적으로 어떤 사건을 보고 들으셨는지요?"

사건이 발생한 상황과 조건이 드러날 수 있도록 아래의 보조 질문들도 활용한다.

(1) 당시 어떤 생각이 들으셨는지요? 또 왜 그런 생각이 들었다고 보시나요?

(2) 어떤 상황 때문에 그 분(사건 속의 주인공-지역 주민)이 그렇게 선택(행동, 반응)할 수밖에 없었을까요?

(3) 그 사건의 최종적인 결과는 무엇이었는지요? 과연 어떤 과정을 통해 그렇게 되었는지요?

(4) 본인은 그 사건을 목격하고(듣고) 어떤 감정을 느끼셨는지요? 또한, 같은 일에 종사하는 동료들이라면 어떻게 느꼈을까요?

(5) 만일 본인이 그 사건을 직접 겪은 당사자였다면 어떻게 반응했을까요?

5. 보건의료 종사자로서의 본인의 경험

"이제는 본인이 현재의 일에 종사하며 직접 경험한, 지역 의료현실과 관련되어 힘들거나 난처했던 사건에 대해 듣고자 합니다."

아래의 보조 질문들을 활용한다.

(1) (진료) 현장에서 본인이 충분한 의료 서비스를 제공하지 못한다고 생각된 적이 있었다면 어떤 일로 그러하였습니까?

(2) 그때 본인의 생각과 감정, 그리고 대응은 어떠했습니까?

(3) 그러한 일이 발생한 원인은 무엇이라고 보십니까?

(4) 본인이 아닌 다른 의료인이나 다른 의료기관에서도 경험하는 문제일까요? 만일 그렇다면 그들은 어떻게 느낄까요?

끝으로 다음 추가 질문이 도움이 될 수 있다.

"현재 개인으로서, 조직의 일원으로서 하고 계신 노력이 있다면, 무엇인가요?"

6. 향후 개선의 지점들

가, 면담 질문

(1) 앞으로 이 지역의 의료 기관 이용 사정은 어떻게 될까요? 또한, 이는 본인에게 어떤 영향을 줄까요? 본인의 전망을 알려주십시오.

(2) 앞으로 개선이 되어야 할 점이 있다면 여러 측면에서 말씀해 주십시오.

B. 평가 기록지

1. 평가 항목

가, 개인 정보

(1) 성별/연령 (　　/　　)

(2) 거주지_____

(3) 대상 지역에서의 근무(거주) 기간_____(년)

(4) 학력_____직종_____

(5) 근무처

1) 의료기관(1, 2, 3차) / 비의료기관

2) 민간/ 공공

3) 해당 기관에서의 근무기간_____(년)

나, 의료 이용과 연관된 지역적(사회환경적)특성

(1) 지역의 전반적인 정치/사회/경제적 상황

(2) 인근 지역(특히 대도시)과의 접근성

(3) 의료 외의 지역 인프라(특정적인 면)

(4) 지역 내 유의한 하위 집단- 존재 및 차이, 집단 간 관계

다, 지역 의료자원의 특성

(1) 의료기관

(2) 의료인력

라, 지역 거주 의료 이용자들의 건강관리 및 의료이용 행태 (요약)

(1) 연령대별

1) 특징적인 건강 행태

① 고령층

② 청장년층

③ 소아청소년

2) 특징적인 의료기관 선호 경향

① 고령층

② 청장년층

③ 소아청소년 (유의미한 경우)

(2) 지역 내부의 하위 집단별 (지리적 차이, 가족관계의 차이, 문화적 차이, 거주 기간의 차이 등에서 두드러지는 측면이 존재 시 서술) 특이점

마, 지역 거주 의료 이용자들이 경험하는 미충족 필요 (지역 보건의료 종사자의 직간접적 경험에 따른)

(1) 미충족의 발생 영역- 해당하는 곳에 O표 후, 간략히 내용적고(2-3단어) 가장 중요하다고 생각하는 영역 1군데에 V표시를 함.

① 접근성 (절대적/심질적)_____

② 지역 내 가용한 의료자원_____

③ 직접적 의료 서비스 영역_____

④ 의료 외 병원 서비스 영역_____

⑤ 하드웨어적 측면_____

⑥ 제도/정책적 측면_____

⑦ 기타_____

(2) 미충족의 부정적 결과 - 해당하는 곳에 O표 후, 간략히 내용 적기

① 의료 필요 문제의 악화_____

② 서비스 이용의 지연(여러 기관/시간적)_____

③ 신체적, 정신적 괴로움 _____

④ 타 지역의 의료기관 이용_____

⑤ 추가적 비용 발생 (의료비/의료비 외) _____/_____

⑥ 가족에의 부담 전가 (경제적/시간적/심리적)_____

⑦ 기타_____

(3) 대상자가 생각하는 미충족의 구조적 원인 (간략히 1-2문장으로 서술)

바, 미충족 경험의 특징적인 사례 정리

(1) 사건(Event):

(2) 맥락(Context):

(3) 기제(Mechanism):

(4) 결과(Outcome):

사, 현재 시행 중인 지역사회 대상의 해결 전략
(1) 제도적/정책적 노력
1) 내용:

2) 평가:

(2) 종사자 개인/조직/기관에서의 노력
1) 노력 - 해당하는 곳에 O표 후 간략히 내용 적기
① 직접적 의료서비스 개선_____
② 의료 외 병원 서비스 개선_____
③ 중증질환 케어 대책 _____
④ 이용자의 접근성 향상 노력_____
⑤ 제도적 개선의 노력_____
⑥ 기타_____

2) 어려움을 느끼는 지점-

아, 대상자가 생각하는 개선방안
(1) 제도적/정책적 측면,

(2) 지역 사회적 측면,

(3) 제공자/이용자 측면에서

III. 지역 단위의 미충족의료 평가 점검표

날짜: 지역: 평가자1: 평가자2:

표 1 지역 의료기관 이용 거주민

범주	하위범주		조사대상자1	조사대상자2	조사대상자3	조사대상자4	조사대상자5	조사대상자6	조사대상자7	조사대상자8	불포화 주제어
1) 개인의 사회적 배경 (의료이용연관)	대상자 특성	성별/연령									
		학력/직업									
	대상자가 바라보는 지역의 사회환경적 특성										
	지역 사회의 인프라(교통망 포함)										
	지역 사회 내에서 개인이 처한 특수성(지위)										
	사회적네트워크와 연관된 (통념/규범/가치)										

2) 의료이용과 관련된 의학적 개입	경제적(재정적)	상/중/하	상/중/하	상/중/하	상/중/하	상/중/하	상/중/하	상/중/하	상/중/하	
	가족 지지체계									
	사회적 지지체계									
	시간 (예: 응급실 대기 시간, 수술 날짜 잡기 등)	상/중/하	상/중/하	상/중/하	상/중/하	상/중/하	상/중/하	상/중/하	상/중/하	
	장애 (거동불편자 등)	상/중/하	상/중/하	상/중/하	상/중/하	상/중/하	상/중/하	상/중/하	상/중/하	
	기타 신체/정신적 질환									
	중복에 대한 염려	상/중/하	상/중/하	상/중/하	상/중/하	상/중/하	상/중/하	상/중/하	상/중/하	
	정보의 활천									
	가용한 한계									
3) 의료이용 관련 의학적 체계	의료 이용 시 주관 인지									
	건강관련 (예: 처료이용)									
	의료기관에 대한 기준(지침)									
4) 의료제도 관련 요인	지정기관에 대한 공적 인식									
	지정기관에 대한 불만									
	지정기관에 대한 불신									
5) 대상자 선별	존재 여부									
	장/단점									

6) 미충족이 발생한 경험 (미충족 발생내용)	미충족 발생 영역									
	미충족의 경험과의 영향									
	미충족에 대한 대응(자구책)									
	대상자가 생각하는 미충족의 원인									
7) 이용자가 원하는 개선방향	전망과 예측									
	이용자의 요구									

● 색칠된 칸- 지침서 내의 세부주제 일람 항목에서 번호를 골라, 대신 번호를 기입할 수 있음.

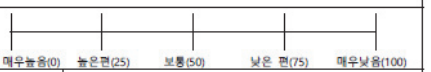
표 2 지역 보건의료 종사자

범주	하위범주	조사 대상자1	조사 대상자2	조사 대상자3	조사 대상자4	조사 대상자5	조사 대상자6	불포화주제어
1)대상자의 직종과 근무기관	직종/직위							
	민간(1,2,3차)/공공(1,2,3차)/ 비의료기관							
2) 지역 의료이용의 배경과 조건	지역의 전반적 특성(지리,인구,역사)							
	지자체나 정부의 지역 대상 프로그램(내용/평가)							
	의료이용과 연관된 제도적 정책적 배경(국가적 수준)							
3) 지역의 의료자원 특성	의료자원의 분포							
	의료인력 특성							
4) 지역의료이용자의특성	지역내 하위집단							
	전반적/각각 분위기							
	집단별 의료기관 선호양상							
5) 대상자가 직/간접 경험한 의료 미충족	주된 미충족 발생 영역							
	미충족 경험의 결과와 영향							
	대상자가 생각하는 미충족의 원인							
6) 지역 미충족 의료에 대한 개선	현재의 개인적, 조직적, 기관적 노력							
	제도적,정책적지원에대한요구							

Ⅳ. 지역 단위의 미충족의료 특성 보고(종합)

A. 종합 보고서 양식

<table>
<tr><td colspan="2">조사년도:</td><td>지역명:</td><td>조사자:</td></tr>
<tr><td colspan="4">1. 지역의 사회적 환경</td></tr>
<tr><td colspan="2">인구 구조적 특성</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">사회 기반시설의 특징
(의료 영역 제외)</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">기타 고려해야 할 사회적
배경과 조건</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="4">2. 지역 의료자원의 특성</td></tr>
<tr><td colspan="2">전반적 강점</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">전반적 약점</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="4">3. 의료 이용 관련 요인</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">의료이용에 관한 기여요인</td><td>개인적 수준 or 요인</td><td>사회적 요인</td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">의료이용에 관한 방해 요인</td><td>개인적 요인</td><td>사회적 요인</td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4">4. 지역의 미충족 의료 양상</td></tr>
<tr><td rowspan="3">미충족
양상</td><td>미충족
발생영역</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">미충족 원인</td><td>이용자 관점</td><td>관련 종사자 관점</td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td>미충족
결과/영향</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

	전반적 의료의 미충족 정도	
		추가 설명
이용자가 인지하지 못하는(잠재적)미충족		
조사대상자들의 관점 불일치 지점		
5. 미충족에 대한 대응 양상		
이용자의 미충족 대응		공급자의 미충족 대응
6. 정책적 평가와 제언		
지역의 보편적 서비스 강화		
지역 내 취약집단을 위한 제도 및 프로그램		
7. 참고자료		

부록 4-2. 지역 미충족 의료 평가 도구 지침서

지역 미충족 의료 평가를 위한 지침

<구성>

I. 지역 거주민 개인의 미충족 평가

1. 평가 목표 – 개인이 경험하는 지역 미충족 의료 유형과 기제 파악
2. 질문의 내용과 유의사항
3. 개인별 평가 기록지
   (1) 내용과 구성
   (2) 작성 시 유의 사항
   (3) 예시

II. 지역 보건의료 제공자의 지역 미충족 평가

1. 평가 목표 –개인별 평가 결과의 삼각측정(triangulation)과 지역 전반 상황 파악
2. 질문의 내용과 유의사항
3. 개인별 평가 기록지
   (1) 내용과 구성
   (2) 작성 시 유의 사항
   (3) 예시

III. 지역 단위의 미충족의료 평가 점검표

1. 목적- I과 II 평가 기록지 각각의 포화(saturation) 여부와 새로운 내용 파악
2. 점검표 양식
3. 작성 방법과 유의사항
4. 예시

IV. 지역 단위의 미충족 의료 특성 보고(종합)

1. 평가 목표 – 지역 전반과 인구 집단별 미충족 의료 이용의 양상을 지역적 특성과 연결지음으로써, 정책적 방향을 제시하는 데 기여
2. 내용과 구성
3. 작성 시 유의 사항
4. 예시

I. 지역 거주민 개인의 미충족 평가

A. 질문지

1. 개인의 일반적 특성

가, 면담 질문

예> "먼저 간략히 00님에 대한 정보를 듣고자 합니다." 또는 "00님에 대해서 잠시 소개를 해주시겠어요?

나, 유의사항

(1) 먼저 인터뷰 대상자가 자유롭게 얘기하도록 한 후, 아래의 (2)항목의 빠진 부분들을 질문하여 기록하도록 한다.

(2) 질문을 통해 반드시 확인할 점들
1) 인구사회학적 특성- 연령, 성별, 직업, 학력, 주관적 사회경제적 위치, 혼인여부, 동거가족
2) 거주지, 거주기간, 이주 경로
3) 특기 사항- 종교, 문화적 배경(예>결혼 이민자), 귀농인 등

(3) 거주력 청취의 중요성
1) 예를 들어 같은 군 지역이라도 읍내와 가깝고 멂에 따라, 인근 대도시와의 접근성에 따라 미충족의 양상이 달라질 수 있기 때문이다.
2) 거주기간과 이주 경로- 이전에 살았던 곳에서의 의료이용 경험을 비교해볼 수도 있고, 지역 내의 유의한 하위집단의 존재와, 집단 간의 역동을 가늠해볼 수 있는 단서가 된다.

2. 의료 이용에 영향을 미치는 신념 체계의 파악

가, 대상자가 인식한 지역 사회의 현실

(1) 면담 질문

예> "지역에 대해 알려 주시겠습니까?" "이 지역의 사정을 알고 싶습니다."

(2) 유의사항

1) 추후 여러 대상자들로부터 얻은 정보들과 기타 객관적인 자료들을 취합할 수 있으면 되므로, 굳이 한 명의 인터뷰 대상자를 통해서 지역의 세부적인 사정들을 하나 하나 파악할 필요는 없다. 자칫 인터뷰 대상자가 '주지화(intellectualization)'하여 답변할 가능성이 커질 수 있기 때문이다.

2) 질문을 통해 가능한 확인할 점들
① 지역의 인구학적 변화(예> 인구 감소, 이민자 증가 등)
② ①로 인한 체감할 수 있는 객관적/주관적 변화
③ 지역 내 인구 구성원들끼리의 역동
④ 인근 지역과의 물리적, 심리적 거리와 관계
⑤ 지역 구성원들이 느끼는 심리적 반응 (ex. 박탈감, 체념, 기대감 등)
⑥ 지역에 관한 전망

나. 대상자의 의료 이용 관련 믿음

(1) 면담 질문

1) 본인의 건강 상태는 어떻다고 생각됩니까?

2) 주로 어떤 때, 어떤 목적으로 병원을 가시게 되는지요?

3) 병원에 가기 전 보통 어떤 조치를 취하시는지요?(예> 자가요법, 타인의 도움)

4) 본인이나 가족이 다닐 병원들은 어떤 방법으로 알아보시는지요?

5) 일반적으로 어떤 점들을 기준으로 병원을 선택하는가요?(다중 답변 가능)
① 다니기 쉬움(거리, 교통편)
② 의료진들의 친절과 태도
③ 이용하기 편리한 시스템 (예-예약, 대기시간, 야간진료...)
④ 의사의 실력 (의미 파악 오함: 학벌/병원규모/치료효과/전문화됨/기타_____)
⑤ 훌륭한 시설과 장비
⑥ 여러 문제(과)를 동시에 볼 수 있음
⑦ 소재지 (서울, 광역시, 인근 도시, 읍, 면)
⑧ 병의원의 규모
⑨ 기타----------

6) 평소 의사를 신뢰하고 지시대로 따르는 편인가요?

(2) 유의사항

1) 질문을 통해 가능한 확인할 점들
① 증상이나 위험성에 관한 자각이 의료이용 욕구로 이어지는 과정에서 어떤 기여요인과 방해요인이 있는지
② 인터뷰 당사자의 건강관련 믿음- 질병의 예방과 치료, 의료기관 이용에 대한 본인의 신념 (예> "병은 조기에 검진하여 완치시켜야 한다." "병원에서 오히려 병을 얻는 경우들도 있다.")
③ 의료 기관 이용에 관한 정보 습득 과정
④ ③에서 드러나는, 혹은 그와 연관되는 의료기관에 대한 판단 기준(의료 이용에서 지향하는 가치) (예> "주변 사람들이 OO 병원이 친절하고 잘 낫게 해준다고 해서 계속 다니게 됐어요.")

2) 5)번의 경우 대상자가 직접 답변을 작성하도록 해도 좋다.

3. 의료 기관 이용의 전반적 경험 듣기

가, 목적 - 구체적 내용보다 전반적 얘기 듣기, 잠시 자유롭게 얘기하도록 한다.

나, 면담 질문

예> "환자나 보호자로 병원에 가셨던 경험에 대해 자유롭게 말씀해 주세요. 최근 3년 안의 일이라면 어떤 경험이든 상관없습니다. 진료나 검사 목적 아무거나 괜찮습니다."

다, 유의사항

(1) 5분 내외로, 면담자가 원하는 방식대로 얘기하도록 한다.

(2) 인터뷰 대상자가 주되게 의료 필요를 느끼는 영역이 어떤 것인지 파악한다.

(3) 인터뷰 대상자가 우선적으로 꼽는 내용이 어떠한지를 듣는다. 어떤 일화를 떠올리는지, 어떤 정서적 반응을 보이는지를 지켜보면서, 당사자가 중요하게 꼽고 있는 가치와 주요 미충족 영역을 추측할 수 있다.

4. 구체적으로 묻고 분류하기

가, 목적- 이 단계에서는 각각의 경험 여부에 대해 체크만 하고, 5번에서 각각 경우의 상황과 이유에 대한 자세한 서술을 듣도록 한다.

나, 1차 범주

다, 2차 본조

(1) 면담 질문

"마찬가지로, 아래의 질문에도 '예/ 아니오'로 답해주십시오."

1) 최근 3년 동안 다음의 경우가 각각 있었습니까?
① 무슨 전공과목을 찾아가는 것이 맞는지 모르겠어서 고민했다. (예/아니오)
② 병의원 중에서 어떤 곳을 선택해야 좋을지 몰라서 고민했다. (예/아니오)
③ 근처에 딱히 갈 수 있는 병원이 없었다.(예/아니오)
④ 혼자서 병원에 가기가 어려웠다. (예/아니오)
⑤ 갈 수 있는 시간대에 병의원이 운영하지 않았다.(예/아니오)
⑥ 예약이 너무 오래 걸렸다.(예/아니오)
⑦ 의료비가 너무 많이 나올 것 같아서 걱정이 됐다.(예/아니오)
⑧ 그 외, 의료기관을 이용하기 전, 결정하는 과정에서 들었던 불편감이나 부담감이 있었다. (예/아니오)

2) 또한 다음의 경우가 각각 있었습니까?
① 의사나 간호사, 직원이 무책임하거나, 불친절하거나, 존중해주지 않고, 배려가 없게 행동하는 등 태도가 마음에 들지 않았다. (예/아니오)
② 검사나 치료에 대해 충분히 설명을 듣지 못했다. (예/아니오)
③ 시설이나 진료 환경이 제대로 갖추어지지 않았다. (예/아니오)
④ 검사, 치료를 받는 절차나 과정이 너무 복잡하고 어려웠다. (예/아니오)
⑤ 의료비가 예상보다 많이 나왔다. (예/아니오)
⑥ 기다린 시간에 비해 충분한 시간 동안 진료받지 못했다. (짧거나 불충분했다.) (예/아니오)
⑦ 그 외, 의료기관을 실제 이용하는 과정에서 들었던 불편감이나 부담감이 있었다. (예/아니오)

3) 그리고 다음의 경우가 각각 있었습니까?
① 검사 결과나 치료 효과가 기대에 미치지 못했다.(원인을 파악하지 못했거나, 증상이 여전히 남아 있거나) (예/아니오)
② 예방법이나 사후 관리에 대해 궁금했는데 충분히 설명을 듣지 못했다. (예/아니오)
③ 불안하고 궁금한 것이 여전히 해결되지 못했다.(예/아니오)
④ 의료진과 경험에서 불쾌한 기분이 남았다.(예/아니오)
⑤ 불필요한 검사나 치료를 받은 것 같았다.(예/아니오)
⑥ 의료비 지출로 가계에 부담이 됐다.(예/아니오)
⑦ 그 외, 의료기관 이용 후 불편한 마음이 들었던 사건이 있었다. (예/아니오)

(2) 유의사항

1) 먼저 '예'라고 답한 것들이 같은 사건에 대한 경험이었는지를 묻는다.

2) 만일 같은 사건에 대한 경험들이 아니었다면, 사건별로 경험들을 분류하여 일단 메모해 놓는다.

3) 시간이 부족하다면 개별 사건들 중 우선순위를 정하여 자세히 묻도록 한다.

5. 해당 범주에 대한 개방형 질문

가, 면담 질문

"질문 앞에서 질문했던 내용들 중 '예'라고 대답하신 것들에 관해 여쭙겠습니다. 각각에 관해 구체적으로 어떤 사건을 경험하셨는지요?"

사건이 발생한 상황과 조건이 드러날 수 있도록 아래의 보조 질문들도 활용한다.

(1) 당시 어떤 생각이 들으셨는지요? 또 왜 그런 생각이 들었다고 보시나요?

(2) 어떤 상황 때문에 OO님이 그렇게 선택(행동, 반응)할 수밖에 없었을까요?

(3) 그 사건의 최종적인 결과는 무엇이었는지요? 과연 어쩌다(어떤 과정을 통해) 그렇게 되었을지요?

(4) 그 뒤로 어떤 감정을 느끼셨는지요? 그리고 어떻게 대처하셨는지요?

(5) 그 일을 보고 들은 다른 사람들의 반응은 어땠습니까?

나, 유의 사항

(1) '사건- 맥락- 기제- 결과'가 잘 드러나도록 질문하고, 답변을 정리하도록 한다.

(2) 인터뷰 대상자와의 라포 형성 정도, 대상자의 연령과 학력 등을 고려하여, 사용하는 용어와 문장의 길이를 적절히 조절해야 한다. 또한 상기한 면담 질문 내용 중 면담의 흐름상 자연스러워 보이는 것을 우선적으로 물어볼 수 있다.

6. 향후 개선을 바라는 점들

가, 면담 질문

(4) 앞으로 이 지역에서 의료 기관을 이용할 때의 사정은 어떻게 될까요? 그리고 이는 본인에게 어떤 영향을 줄까요? 본인의 전망을 알려주십시오.

(5) 앞으로 개선이 되어야 할 점이 있다면 자유롭게 말씀해 주십시오.

나. 유의사항

(1) 시간이 허용하는 한에서, 자유롭게 대상자가 말을 할 수 있도록 배려하며, 자연스럽게 인터뷰를 종료할 수 있도록 한다.

(2) 후술할 평가서와는 다르게, 여기서는 개선할 지점을 구분된 범주의 지정없이 자유롭게 말하도록 하는데, 지역 내 미충족 의료 문제를 어디로 우선적으로 귀인하는지도 중요한 정보가 될 수 있기 때문이다.

(3) 인터뷰가 종료되면, 면담 노트를 작성하도록 하고 연구원들끼리 논의하는 시간을 당일에 갖도록 한다.

B. 평가 기록지

1. 평가 항목

가. 평가 대상자가 처한 배경과 조건

(1) 의료 이용과 관련된 개인의 사회적 조건

1) 대상자의 인구사회학적 배경

① 연령/ 성별 _____

② 학력/ 직업/ (주관적)경제적 상황_____

③ 가족관계 (동거가족)_____(비동거가족)_____

④ 거주기간_____

⑤ 거주/이동 경로_____

2) 대상자의 시각에 비친 지역 사회의 상황 (간략히 서술)

3) 대상자가 속한 하위집단과 사회적 규범의 특징 (간략히 서술)

4) 의료이용과 연관된 개인의 가용한 자원

① 물질적(재정적) 자원 (상/중/하)

② 지지체계- 가족_____, 한계_____

③ 지지체계- 이웃(사회)_____, 한계_____

④ 직업, 연령에 따른 시간 운용에 대한 통제력 (상/중/하)

⑤ 이동능력- 거동, 운전기술 등을 종합 (상/중/하)

⑥ 의료이용 관련 정보에 대한 전반적 접근성- 교육수준, 인지기능, 건강 문해력, 사용하는 매체 등을 종합하여 (상/중/하)

⑦ 의료이용 관련 정보원천_____

나. 평가 대상자의 의료기관 이용에 관한 내적 요인

(1) 건강관련 신념- 질병과 위험 인식, 질병의 예방, 질병의 치료 등에 대한 특징적 면을 짧게 서술하기

(2) 의료 기관에 대한 가치판단 기준 (중요하게 여기는 가치에 표시, 다중응답)

효과성/ 접근성 /반응성과 질 /하드웨어 /포괄성 /소재지 /규모 /기타_____

(3) 지역 의료기관에 대한 인식 (의료기관 종별)
1) 긍정적 인식

2) 부정적 인식
① 불신:

② 불만:

다, 평가 대상자의 미충족 경험
(1) 미충족의 발생 영역- 해당하는 곳에 O표 후, 간략히 내용적기(2-3단어)
1) 접근성 (절대적/실질적)_____
2) 지역 내 가용한 의료자원_____
3) 직접적 의료 서비스 영역_____
4) 의료 외 병원 서비스 영역_____
5) 하드웨어적 측면_____
6) 제도/정책적 측면_____
7) 기타_____

(2) 미충족의 부정적 결과 - 해당하는 곳에 O표 후, 간략히 내용 적기
1) 의료 필요 문제의 악화_____
2) 서비스 이용의 지연(여러 기관/시간적)이나 중단_____
3) 당사자의 신체적, 정신적 부담 _____
4) 타 지역의 의료기관 이용_____
5) 추가적 비용 발생 (의료비/ 의료비 외) _____/_____
6) 가족에의 부담 전가 (경제적/시간적/심리적)_____
7) 기타_____

(3) 대상자가 생각하는 미충족의 구조적 원인- 1문장 이내 서술

(4) 미충족 의료에 대한 이용자의 반응
1) 미충족에 대한 대응 (해당 목록표시, 없으면 기입)
① 인맥을 통한 문제해결_____
② 처음부터 대도시를 비롯한 타지역의 병의원 이용함_____
③ 건강검진 및 건강관리에 투자_____
④ 비주류적 방략 모색- 민간요법, 대체의학, 한방 서비스, 대안적 의료기관 참여 (예>의료 생협)_____
⑤ 기타 _____

2) 미충족에 대한 이용자의 태도
① 적극적 시정 노력
② 타협적이고 현실적 방안 모색
③ 체념하고 수용하려 함
④ 불만이 있으나 감내함.
⑤ 정서적, 인지적, 행동적으로 무반응
⑥ 그 외 _____

(5) 미충족 경험의 특징적인 사례 정리
1) 사건(Event):

2) 맥락(Context):

3) 기제(Mechanism):

4) 결과(Outcome):

(6) 평가 대상자가 원하는 개선 방안
1) 제도/정책적 측면

2) 지역적 측면

3) 공급자/이용자 측면

2. 작성 요령과 유의사항

가. 평가지 가-(1)에서,

(1) '대상자가 속한 하위 집단'이라 함은, 해당 지역 사회에서 종교 및 문화적 배경, 출신 지역 혹은 이주 경로, 세대 등으로 서로 구분되는 소집단을 말한다. 예를 들어, 같은 농촌 지역이라고 하더라도 농업에 종사하는 토착 고령층, 공단으로 출퇴근하는 젊은 세대, 결혼 이민 여성들의 커뮤니티 등이 있을 수 있다.

(2) 대상자가 생각하는 지역 사회의 상황이란, 원칙적으로 대상자 개인이 느끼는 주관적인 현실을 가리킨다. 실제 지표와 비교하는 작업은 현재의 단계에서는 필요하지 않으며, 대상자의 인식을 일단 존중하여 그대로 기술하도록 한다.

(3) '사회적 규범'이라 함은, 상기한 집단에 속하는 개인이, 이에 동의하건 그렇지 않건 따를 것을 요구받는 행동 양식을 의미한다. 예를 들어, 공단에서 일하는 직원이 동료에게 책임을 떠넘기지 않도록 웬만한 신체적/정신적 불편감을 견디는 것, 마을의 최연장자가 누군가에게 도움을 직접적으로 요청하기보다는 기다리는 것 등이 있을 수 있다.

(4) 가용한 자원에서, 지지체계에 관해서는 당사자의 사정에 대해 간략하게 적도록 한다.

나. 평가지 '나'항목에서,

(1) 건강 관련 신념의 종합적 서술의 예(후술)

(2) '지속성'이 해당되지 않는 이유- 상기한 요인들의 결과에 가깝기 때문이며, 대상자가 지속성을 강조하였을 경우는 '의료이용에 관한 믿음으로 범주화'한다.

(3) 1)2)에서 각각 의료기관 종별로 구분하여 서술한다. 예를 들어 모 지역의 의료이용 대상자는 지역 보건소에 대해서는 긍정적 인식을, 민간 종합병원에 대해서는 부정적 인식을 드러낼 수 있다. 가능한 당사자의 말(verbatim)을 살려서 쓰도록 한다.

1) 긍정적 인식의 예 (후술)

2) 부정적 인식에서 '불만'은 실제 경험한 일이거나, 객관적으로 확인할 수 있는 측면에 관한 것이고, '불신'이라 함은 개인의 추측이거나, 객관적 확인이 필요한 입소문에 의한 것으로 구분될 수 있다.

① 불만의 예시- "대기실이 너무 번잡하며, 오래 기다려야 진료를 볼 수 있다."

② 불신의 예시- "의료원에서 인력에 투자를 하지 않기 때문에 실력있고 경험있는 의사들이 모이지 않는 것이다." "다들 미덥지 않다고 해서, 기본적인 검사도 외부 지역 병원으로 나가서 하고 싶다."

다. 평가지 '다' 항목에서

(1) 미충족의 발생 영역

1) 접근성- 절대적 접근성이란, 원하거나 필요로 하는 의료 기관과의 지도상 거리가 멀고 가까움에 따라 달라지는 접근성이다. 반면 상대적 접근성이란, 정보습득 능력이나 이동능력에 따라 달라지는 접근성이다. 예를 들어 읍내의 종합병원까지 승용차로 20분 걸리는 거리라고 해도, 지역의 교통 인프라가 좋지 않다면, 운전기술이 없는 노령층에게는 접근성이 낮다고 볼 수 있다.
2) 지역 내 가용한 의료자원- 만일 면담자가 인식하는 의료의 미충족이 지역 내 가용한 의료자원의 부족이나 부재에서 비롯된 것이라면 이 항목에 표시하고 기록한다. 예를 들어, 지역 내에 특정 전문진료과가 없는 경우가 여기에 해당한다.
3) 직접적 의료 서비스 영역- 실제 의사의 진료 현장에서나 간호사와의 면담 중에서 당사자가 느끼는 미충족이 존재할 때 여기에 표시한다.
4) 의료 외 병원 서비스 영역- 원무나 행정, 기타 병원 내 시스템과 관련지어 미충족 필요가 발생할 시 여기에 표시한다.
5) 하드웨어적 측면- 병원의 시설이나 장비 등과 연관되어 미충족 필요가 발생할 시 여기에 표시한다.
6) 제도/정책적 측면- 예를 들어 병원 간 이송 체계나, 119의 이송범위, 원격의료와 관련된 부분 등, 일개 병원을 넘어선 법령과 조례, 제도나 관행과 연관된 측면에서 미충족 필요가 발생시 여기에 표시한다.

(2) 미충족의 부정적 결과
1) 의료 필요 문제의 악화- 의료 필요의 계기가 되었던 증상이나 질환이 악화되었을 때 여기에 표시하고 그 내용을 기록한다.
2) 서비스 이용의 지연- 거리가 멀어서 많은 시간을 지체했거나, 여러 기관 혹은 여러 지역을 전전했을 경우, 여기에 표시하고 그 내용을 기록한다.
3) 당사자의 신체적/정신적 부담- 긴 거리를 이동하거나 오래 대기하느라 몸이 힘들었거나(증상 그 자체는 제외), 의료 기관 이용에 대한 예기 불안 등의 정서적 고충이 존재할 시, 여기에 표시하고 그 내용을 기록한다.
4) 타지역의 의료기관 이용- 지역 내에서의 의료 미충족의 결과로 다른 지역의 의료 자원을 이용해야만 했을 때, 여기에 표시하고 그 내용을 기록한다.
5) 추가적 비용 발생- 진료비 외에 숙식비나 교통비 등이 추가로 들었을 때, 혹은 여러 기관을 거친 이유로 의료 필요 그 자체보다 비용이 더 발생했을 때, 여기에 표시하고 그 내용을 기록한다.
6) 가족에의 부담 전가- 동거 여부와 관련없이 당사자의 의료 기관 이용 때문에 가족이 생업을 중단해야 하거나 적지 않은 시간과 에너지를 할애해야 하는 경우, 여기에 표시하고 그 내용을 기록한다.

(3) 대상자가 생각하는 미충족의 구조적 원인- 여기서 중요한 점은 사실 여부가 아니다. 어디까지나 '대상자가 생각(혹은 추측)'하는 원인을 적도록 한다.

(4) 미충족 의료에 대한 이용자의 반응

1) '미충족에 대한 이용자의 대응'이란, 지역의 의료 미충족 상태에서 적응하기 위한 개인적 차원에서의 자구책을 의미한다.
① 인맥을 통한 문제해결- 지인이 있는 의료기관을 일부러 찾아가거나, 지인을 통해 대기시간을 단축하는 등의 문제해결 전략을 의미한다.
② 처음부터 대도시를 비롯한 타지역의 병의원을 이용함- 애초에 지역 의료기관을 이용하지 않는 경향을 의미한다.
③ 건강검진 및 건강관리에 투자- 가능한 의료 필요가 생기는 것을 막기 위한 개인 수준에서의 예방적 조치들을 의미한다. 단, 이러한 행동들이 지역 의료기관의 사정과 연관되어 있다는 암시가 있을 때에만 여기에 표시하도록 한다.
④ 비주류적 방략 모색- 항목에서 언급된 예시들이 지역 의료기관의 사정과 연관되어 있다는 근거나 암시가 있을 때에만 여기에 표시하도록 한다.

2) '미충족에 대한 이용자의 태도'란, 면담에서 드러난, 의료의 미충족 상황에 놓인 개인의 심리적(정서/인지/행동) 반응의 전반적인 경향을 의미한다.
① 적극적 시정 노력- 예를 들어 의료 외 병원 서비스에서 미충족을 느낀 개인이 이를 적극적으로 항의하거나, 지역 응급의료 체계에 불만이 있는 대상자가 해당 지역 보건당국에 민원을 넣는 경우가 이에 해당된다.
② 타협적이고 현실적 방안 모색- 좁은 지역 사회라는 점을 감안해 병원 직원을 타이르거나, 접근성-효과성 사이의 균형점을 찾아 의료이용을 하는 것이 이에 해당된다.
③ 체념하고 수용하려 함- 수용과 인내가 다른 점은, 수용의 경우 가급적 지역의 현실을 이해하고 받아들이려는 태도라는 것이다. 대체로 '~하기 때문에 어쩔 수 없는 일이다.'는 식의 반응을 보인다.
④ 불만이 있으나 감내함- 인지적으로나 정서적으로 수긍하기 어려움에도 불구하고, 선택지가 없다는 등의 이유로, 불만을 의식하면서도 의료이용의 행태에는 변화를 주지 않는 경우가 이에 해당된다.
⑤ 무반응 상태라함은, 어떠한 불만이 있는지, 미충족이 있는지에 대해 딱히 자각하지 않기 때문에 겉으로 드러나는 표현이나 행동도 없는 경우이다.

(5) 미충족 경험의 특징적인 사례 기술하기 - 해당 지역의 미충족 특성을 잘 드러낸다고 판단되는 인상적인 사례를 찾아 1-2개 사례만 정리하도록 한다.
1) 사건(Event): 누가, 어디서, 어떤 상황에 놓였는지
2) 맥락(Context): 사건과 관련된 당사자의 개인적 요인과, 개인을 둘러싼 사회적 요인들은 무엇이었는지
3) 기제(Mechanism): 각각의 요인들은 어떻게 작용하여 미충족 경험을 낳았는
4) 결과(Outcome): 미충족 경험의 결과로 당사자의 건강, 의료행태, 심리적 반응에 어떠한 변화가 있었는지

(6) 평가 대상자가 원하는 개선방안- 핵심적인 부분을 가능한 당사자의 말(verbatim)을 그대로 적도록 한다.

3. 작성 예시

가. 평가 대상자가 처한 배경과 조건

(1) 의료 이용과 관련된 개인의 사회적 조건

1) 대상자의 인구사회학적 배경

① 연령/ 성별 _80세 / 여성_

② 학력/ 직업/ (주관적)경제적 상황_글문해독/ 현재 무직/ 하_

③ 가족관계 (동거가족)_____없음_____(비동거가족)___아들, 딸____

④ 거주기간___약 70년___

⑤ 거주/이동 경로_인근 지역에서 성장하여 70년 전 현재 지역으로 결혼과 함께 이주

2) 대상자의 시각에 비친 지역 사회의 상황(간략히 서술)

시골도 옛날 같지 않아서 점점 인심이 각박해지는 것 같다. 젊은이들이 다 떠나고 노인들만 여기에 남았다.

3) 대상자가 속한 하위집단과 사회적 규범의 특징 (간략히 서술)

대상자는 희생적인 어머니상과 젠더 규범을 내면화하고 있음. 따라서 외지에 나가사는 자식에게 폐가 되느니 아프더라도 버티는 것을 미덕으로 삼고 있어, 의료 필요를 느끼더라도 곧바로 의료이용으로 이어지지 않음. 또한 지역의 최고 연장자로서 먼저 타인의 도움을 요청하기보다는 타인이 도와줄 때까지 기다리는 편임.

4) 의료이용과 연관된 개인의 가용한 자원

① 물질적(재정적) 자원 (상/중/하)

② 지지체계- 가족_주로_아들___, 한계___차로 2시간 거리의 지역 거주_____

③ 지지체계- 이웃__이장 등이 종종 병원까지 태워다주거나 아들에게 대신 연락해줌__, 한계___당사자도 직접 부탁을 꺼리고, 농번기에는 당사자를 챙겨줄 여력이 없음____

④ 직업, 연령에 따른 시간 운용에 대한 통제력 ([상]/중/하)

⑤ 이동능력- 거동, 운전기술 등을 종합 (상/중/[하])

⑥ 의료이용 관련 정보에 대한 접근성- 교육수준, 인지기능, 건강 문해력, 사용하는 매체 등을 종합하여 (상/중/[하])

⑦ 의료이용 관련 정보원천___진료소장의 권유, 이웃의 입소문_____

(2) 평가 대상자의 의료기관 이용에 관한 내적 요인

1) 건강관련 신념- 질병과 위험 인식, 질병의 예방, 질병의 치료 등에 대한 특징적 면

질병 예방의 중요성에 대해서 거의 신경쓰지 않는다고 함. 치료는 일상 생활을 영위하는 데 지장이 생길 때에야 보건진료소에 문의하고 있음. 본인은 워낙 고령이기 때문에 질병이 낫는 것이 아니라 신체적 고통을 줄이기 위한 것이 의료이용의 목적이라고 함.

2) 의료 기관에 대한 가치판단 기준 (중요하게 여기는 가치에 표시, 다중응답)

효과성/ 접근성 /반응성과 질 /하드웨어 /포괄성 /소재지 /규모 /기타_____

(3) 지역 의료기관에 대한 인식 (의료기관 종별)

/) 긍정적 인식 "보건진료소나 보건소에서나 간호원들이 살갑게 잘 해줘."

2) 부정적 인식

① 불신: "시골 병원이 하면 얼마나 하겠나. 그냥 아프지만 않게 하는 거지."

② 불만: "왜 00 병원에 가면 항상 보호자를 오라고 해쌓노. 그니까 병원가기 싫다."

나, 평가 대상자의 미충족 경험

(1) 미충족의 발생 영역- 해당하는 곳에 0표 후, 간략히 내용적기(2-3단어)

1) 접근성 (절대적/실질적) 읍내까지 차로 40분/ ___하루 3회 버스_____

2) 지역 내 가용한 의료자원 지역 내 비뇨기과가 없음_____

3) 직접적 의료 서비스 영역_____

4) 의료 외 행정 서비스 영역_____고령자를 배려하지 않는 병원 행정 ___

5) 하드웨어적 측면_____

6) 제도/정책적 측면_____

7) 기타_____

(2) 미충족의 부정적 결과 - 해당하는 곳에 0표 후, 간략히 내용 적기

1) 의료 필요 문제의 악화_____

2) 서비스 이용의 지연(여러 기관/시간적)___한 나절 기다려 처치___

3) 당사자의 신체적, 정신적 부담 ___장시간 //9를 타는데 몸이 몹시 불편___

4) 타 지역의 의료기관 이용_____안동을 거쳐 대구로 감_____

5) 추가적 비용 발생 (의료비/의료비 외) _____/ _____

6) 가족에의 부담 전가 (경제적/시간적/심리적)_____

7) 기타)_____

(3) 대상자가 생각하는 미충족의 구조적 원인- 1문장 이내 서술

시골에 인구가 줄어드니까 장사가 안 되어 병원들이 사라진다고 생각함.

(4) 미충족 의료에 대한 이용자의 반응

1) 미충족에 대한 대응 (해당 목록표시, 없으면 기입)

① 인맥을 통한 문제해결_____

② 처음부터 대도시 지역의 병의원 이용함____ 친척이 있는 대구로 바로 감____
③ 건강검진 및 건강관리에 투자_____
④ 비주류적 방략 모색- 민간요법, 대체의학, 한방 서비스, 대안적 의료기관 참여 (예>의료 생협)_____
⑤ 기타 _____

2) 미충족에 대한 이용자의 태도
① 적극적 시정 노력
② 타협적이고 현실적 방안 모색
③ 체념하고 수용하려 함
④ 불만이 있으나 감내함.
⑤ 정서적, 인지적, 행동적으로 무반응
⑥ 그 외 _____

(5) 미충족 경험의 특징적인 사례 정리

1) 사건(Event): 약 5년 전 대상자가 갑자기 한쪽 팔과 다리에 힘이 빠짐.

2) 맥락(Context): 대상자는 독거 노인이었으며, 신경과가 있는 종합병원은 거주지로부터 차로 약 2시간 거리의 소도시에 위치하고 있었음. 이웃과 연락이 되지 않아 직접 //9에 신고할 수 밖에 없었음.

3) 기제(Mechanism): //9는 규정상 응내 병원을 먼저 들렀지만 뇌당증 촬영 검사 후 뇌졸중인 것을 알았어도, 당직 GP가 할 수 있는 것이 없었음. 결국 보호자와 연락이 되어 인근 소도시의 종합병원에 도착하였으나 이미 상당한 시간이 소요되었음.

4) 결과(Outcome): 골든 타임을 아슬아슬하게 놓쳤으며, 대상자는 이후 후유증이 남게 되어 거동이 불편해지게 되었음.

(6) 평가 대상자가 원하는 개선 방안

1) 제도/정책적 측면 "어디서 어떻게 손을지 의논할 데가 없다."

2) 지역적 측면: "보건소에서 차 좀 보내줬으면 좋겠다."

3) 공급자/이용자 측면: "자기 부모라고 생각했으면 좋겠다."

Ⅱ. 지역 보건의료 종사자의 지역 미충족 평가

A. 질문지

1. 개인의 일반적 특성

가. 면담 질문

예> "먼저 간략히 00님에 대한 정보를 듣고자 합니다."
"00님에 대해서 잠시 소개를 해주시겠어요?

나. 유의사항

(1) 먼저 인터뷰 대상자가 자유롭게 얘기하도록 한 후, 아래의 (2)항목에서 빠진 부분들을 질문하여 기록하도록 한다.

(2) 질문을 통해 반드시 확인할 점들
1) 기본정보- 성별, 연령, 학력, 직종, 근무기관
2) 현재 거주지, 근무 기간, 근무 계기
3) 기타 정치적, 종교적 배경

(3) '지역 보건의료 종사자'란 원칙적으로 다음과 같이 정의한다.
1) 해당 지역 행정 구역 내에 소재한 공공/민간 의료기관에서 근무하는 의료인
2) 지역 보건의료와 연관된 공공 기관의 담당 부서 근무자
3) 그 외, 지역 보건의료 사업 및 프로그램에 관여하고 있는 실무자

2. 의료 이용에 관한 지역적 특성

가. 대상자가 인식한 지역 사회 의료이용 실태

(1) 면담 질문

1) 이 지역 전반의 사정에 대해 간략하게 설명해주시기 바랍니다.

2) 전반적인 의료기관과 의료 인력의 현황에 대해 말씀해주십시오.
① 각 의료 기관들은 어떤 역할들을 하고 있습니까?
② 각 의료 기관들과, 의료 인력은 양적/질적으로 충분하다고 보십니까?

3) 현재 지역에서 진행 중인 프로그램이나 지원방안은 무엇입니까? 또 그 유용성에 대해서는 어떻게 보시는지요?

(2) 유의사항

1) 지역 전반의 사정에 가능한 포함되어야 할 점들
① 지역 인구의 구성과 증감, 전반적 분위기
② 지역 내 구분되는 하위 집단의 존재, 각 집단 간의 역동
③ 인근 지역들과의 관계, 대도시와의 접근성
④ 의료기관 외의 인프라
⑤ 주된 산업, 기타 특색이라고 불릴만한 점들

2) 먼저 전반적인 의료자원의 분포와 현황에 대해 들은 후, 의료기관과 의료인력의 양과 질에 대해 좀 더 자세히 듣도록 한다.

3) 만일 해당 지역에 미충족을 해결하기 위한 지원 프로그램이 존재한다면, 간략하게 그 개요에 대해 들은 후, 그것이 소기의 목적을 달성했는지에 대해 종사자 개인의 평가를 내려보도록 한다.

나. 지역 주민들의 의료이용 관련 행태

(1) 면담 질문

1) 평소 건강관리나 질병의 예방 습관은 어떤지요?

2) 의료 기관 방문 외에(혹은 방문 전에) 어떤 방식으로 대처하는지요?

3) 지역의 연령별, 집단별로 기관별 이용 행태는 어떻습니까? (소아청소년도 유의미한 경우에는 구술하도록 독려한다.)
① 지역 상급종합병원
② 지역 의료원
③ 민간 준종합-종합병원
④ 개인 의원
⑤ 보건소
⑥ 기타

(2) 유의사항

1) 1)번 질문에서 가능한 다음을 포함한 정보를 얻도록 한다.
① 지역의 자연적, 사회적 환경과 연관된 생활 양식과 건강상 위험 요인
② 예방이나 검진 관련한 주민들의 의식과 행태
③ 지역 의료기관의 개입은 어떠하며, 이에 대한 주민들의 반응은 어떤지

2) 2)번 질문에서 가능한 다음을 포함한 정보를 얻도록 한다.
① 증상과 위험 자각에서부터 의료기관 이용 단계에 이르는 과정에서의 특징
② 민간요법, 대체의학, 한방진료, 대안적인 의료기관(예>의료생협) 등에 대한 선호

3) 될 수 있는 한, 대상자가 자유롭게 구술할 수 있도록 배려하되, 면담자는 이를 연령별(노인층 vs 청장년층), 기관별로 층화하여 정리하도록 한다.

4) 끝으로, 세대별이 아닌, 다른 특징으로 구분되는 하위집단(귀농인, 이주민 등)이 존재한다면, 이들의 의료 행태에 대해서도 간략히 물어본다.

5) 지역의 특성에 따라서 일부 의료기관들에 관한 각 집단별 행태는 생략할 수 있다.(예> 상급 종합병원이 없는 지역, 다수의 개인의원들이 경쟁이 치열한 지역 등)

3. 지역의 미충족 의료

가, 면담 질문

(1) 이 지역에서 주민들이 의료이용을 하면서 불만을 표현하는 것이 있다면 어떤 것들이 있습니까? 0표를 해주십시오. (복수 응답 가능)
① 상급 종합병원의 부재
② 지역 공공의료기관의 기능 미흡
③ 지역 내 일부 전문 진료과목의 부재
④ 포괄적 1차 의료의 부재
⑤ 원하는 의료기관까지의 절대적/실질적 접근성
⑥ 직접적 의료서비스의 문제- 예> 효과성, 의료인의 태도 등
⑦ 의료 외의 서비스 - 예> 행정관련, 전원체계 등
⑧ 병원 외의 의료관련 시스템- 이송 체계(119)
⑨ 기타_____

(2) 여기엔 지역 내 집단 간의 차이가 존재하는지요?

(3) 이러한 지역주민들의 불만은 어떤 근본적 원인 때문일까요?

(4) 방금 답하신 주민들의 불만 중 어떤 문제가 우선순위를 가져야 할까요?

가, 유의사항

(1) 주민들의 불만 사항을 묻는 질문에는 우선 '예/아니오'로만 대답하도록 한다. 이후 4번에서 O표로 답변한 항목들을 중심으로 하여 지역 의료 미충족에 대한 간접경험을 들을 수 있다.

(2) (1)번 질문에서 O라고 대답한 항목들이 지역 내 어떤 집단에서 주로 듣는 얘기인지를 묻고 간략히 정리하도록 한다.

(3) (3),(4)번 질문에는 인터뷰 대상자가 자유롭게 본인의 생각을 표현할 수 있도록 배려하되, 너무 길어지지 않도록 적절히 시간을 배분한다.

4. 지역 주민들의 의료 미충족에 관한 간접적 경험

가, 목적

(1) 3-가-(1)번에서 O표했던 경우에 맞는 사례들에 대해 먼저 개략적으로 듣도록 한다.

(2) 그 후, 인터뷰 대상자가 의미있게 생각하는 사례들 중, 본인이 직접 그 과정에 개입하지 않고 단순 목격했거나 들은 내용은 4-나의 질문에 답하도록 하고,

(3) 본인이 문제 해결의 과정에 개입하였던 경험은 5-나의 질문에 답하도록 한다.

나, 면담 질문

"방금 전 '예'라고 답하신 주제들 중에서, 본인이 단순히 목격했거나, 들은 내용에 대해서만 말씀해주십시오. OOO에 관해 구체적으로 어떤 사건을 보고 들으셨는지오?"

사건이 발생한 상황과 조건이 드러날 수 있도록 아래의 보조 질문들도 활용한다.

(1) 당시 어떤 생각이 들으셨는지오? 또 왜 그런 생각이 들었다고 보시나오?

(2) 어떤 상황 때문에 그 분(사건 속의 주인공-지역 주민)이 그렇게 선택(행동, 반응)할 수밖에 없었을까오?

(3) 그 사건의 최종적인 결과는 무엇이었는지오? 과연 어떤 과정을 통해 그렇게 되었는지오?

(4) 본인은 그 사건을 목격하고(듣고) 어떤 감정을 느끼셨는지오? 또한, 같은 일에 종사하는 동료들이라면 어떻게 느꼈을까오?

(5) 만일 본인이 그 사건을 직접 겪은 당사자였다면 어떻게 대응했을까오?

다, 유의 사항

(1) 주의할 점은 4.번에서 묻는 사례들은 단순히 목격하거나 전해들은, 간접경험이라는 사실이다. 인터뷰 대상자가 해당 사례 내에서 적극적인 행위자로 역할을 한 사례를 말한다면, 그것은 아래의 5.번 질문에 대한 답변이다.

(2) '사건-맥락-기제-결과' 가 잘 드러나도록 질문하고, 정리하도록 한다.

5. 보건의료 종사자로서의 본인의 경험

가, 목적

(1) 3-가-(1)번에서 O표 했던 경우에 맞는 사례들에 대해 먼저 개략적으로 듣도록 한다.

(2) 이 중, 본인이 행위자로서, 문제(해결)의 과정에 개입하였던 경험은 현재의 질문에 대한 답변이다.

나, 면담 질문

"이제는 본인이 현재의 일에 종사하면서 지역 의료현실과 관련되어, 힘들거나 난처했던 경험을 듣고자 합니다."

아래의 보조 질문들을 활용한다.

(1) (진료) 현장에서 본인이 충분한 의료 서비스를 제공하지 못한다고 생각된 적이 있었다면 어떤 일로 그러하였습니까?

(2) 그때 본인의 생각과 감정, 그리고 대응은 어떠했습니까?

(3) 그러한 일이 발생한 원인은 무엇이라고 보십니까?

(4) 본인이 아닌 다른 의료인이나 다른 의료기관에서도 경험하는 문제일까요? 만일 그렇다면 그들은 어떻게 느낄까요?

끝으로 다음과 같은 추가 질문이 도움이 될 수 있다.

"현재 개인으로서, 조직의 일원으로서 하고 계신 노력이 있다면, 무엇인가요?"

다, 유의사항

(1) 주의할 점은 5.번에서 묻는 사례들은 해당 사례 내에서 적극적인 행위자로 역할을 한 경우라는 사실이다. 인터뷰 대상자가 단순히 목격하거나 전해들은, 간접경험을 말한다면, 그것은 위의 4.번 질문에 대한 답변이다.

(2) '사건-맥락-기제-결과'가 잘 드러나도록 질문하고, 정리하도록 한다.

6. 향후 개선의 지점들

가, 면담 질문

(1) 앞으로 이 지역의 의료 기관 이용 사정은 어떻게 될까요? 그리고 이는 본인에게 어떤 영향을 줄까요? 본인의 전망을 알려주십시오.

(2) 앞으로 개선이 되어야 할 점이 있다면 여러 측면에서 말씀해 주십시오.

나, 유의 사항

(1) 시간이 허용하는 한에서, 자유롭게 대상자가 말을 할 수 있도록 배려하며, 자연스럽게 인터뷰를 종료할 수 있도록 한다.

(2) 앞으로의 개선점에 대해서는, 떠오르는 대로 먼저 말해보도록 하고 후술할 평가지에서 그 수준별로 나누어 기록하도록 한다. 왜냐하면 응답자가 문제의 원인을 우선적으로 어디에 귀인하는지를 알아낼 수도 있고, 그 역시 좋은 정보일 수 있기 때문이다.

(3) 인터뷰가 종료되면, 면담 노트를 작성하도록 하고 연구원들끼리 논의하는 시간을, 당일에 갖도록 한다.

B. 평가 기록지

1. 평가 항목

가. 개인 정보

(1) 성별/연령 (　　/　　)

(2) 거주지_____

(3) 대상 지역에서의 근무(거주) 기간_____(년)

(4) 학력_____직종_____

(5) 근무처

1) 의료기관(1, 2, 3차) / 비의료기관

2) 민간/ 공공

3) 해당 기관에서의 근무기간_____(년)

나. 의료 이용과 연관된 지역적(사회환경적)특성

(1) 지역의 전반적인 정치/사회/경제적 상황

(2) 인근 지역(특히 대도시)과의 접근성

(3) 의료 외의 지역 인프라(특징적인 면)

(4) 지역 내 유의한 하위 집단- 존재 및 차이, 집단 간 관계

다. 지역 의료자원의 특성

(1) 의료기관

(2) 의료인력

라. 지역 거주 의료 이용자들의 건강관리 및 의료이용 행태 (요약)

(1) 연령대별

1) 특징적인 건강 행태

① 고령층

② 청장년층

③ 소아청소년

2) 특징적인 의료기관 선호 경향

① 고령층

① 청장년층

② 소아청소년 (유의미한 경우)

(2) 내부 하위 집단별 (지리적 차이, 가족관계의 차이, 문화적 차이, 거주 기간의 차이 등에서 두드러지는 측면이 존재 시 서술) 특이점

마, 지역 거주 의료 이용자들이 경험하는 미충족 필요 (지역 보건의료 종사자의 직간접적 경험에 따른)

(1) 미충족의 발생 영역- 해당하는 곳에 O표 후, 간략히 내용적고(2-3단어) 가장 중요하다고 생각하는 영역 1군데에 V표시를 함.

① 접근성 (절대적/심질적)_____
② 지역 내 가용한 의료자원_____
③ 직접적 의료 서비스 영역_____
④ 의료 외 병원 서비스 영역_____
⑤ 하드웨어적 측면_____
⑥ 제도/정책적 측면_____
⑦ 기타_____

(2) 미충족의 부정적 결과 - 해당하는 곳에 O표 후, 간략히 내용 적기

① 의료 필요 문제의 악화_____
② 서비스 이용의 지연(여러 기관/시간적)_____
③ 신체적, 정신적 괴로움 _____
④ 타 지역의 의료기관 이용_____
⑤ 추가적 비용 발생 (의료비/의료비 외) _____/_____
⑥ 가족에의 부담 전가 (경제적/시간적/심리적)_____
⑦ 기타_____

(3) 대상자가 생각하는 미충족의 구조적 원인 (간략히 1-2문장으로 서술)

바, 미충족 경험의 특징적인 사례 정리

(1) 사건(Event):

(2) 맥락(Context):

(3) 기제(Mechanism):

(4) 결과(Outcome):

사, 현재 시행 중인 지역사회 대상의 해결 전략

(1) 제도적/정책적 노력

1) 내용:

2) 평가:

(2) 종사자 개인/조직/기관에서의 노력

1) 노력 – 해당하는 곳에 O표 후 간략히 내용 적기

① 직접적 의료서비스 개선_____

② 의료 외 병원 서비스 개선_____

③ 중증질환 케어 대책_____

④ 이용자의 접근성 향상 노력_____

⑤ 제도적 개선의 노력_____

⑥ 기타_____

2) 어려움을 느끼는 지점-

아, 대상자가 생각하는 개선방안

(1) 제도적/정책적 측면,

(2) 지역 사회적 측면,

(3) 제공자/이용자 측면에서

2. 유의 사항

가. 개인 정보- '근무처' 정보는 구체적인 근무기관의 이름을 쓰지 않는다. 각 항목마다 해당사항에 O표를 치도록 한다.

나. 의료 이용과 연관된 지역적(사회환경적)특성에서,

(1) 지역의 전반적 정치/사회/경제적 상황은 객관적 근거와 반드시 일치할 필요가 없는, 대상자 개인의 주관적인 관점을 의미하며, 이를 충실히 반영해 기술하도록 한다.

(2) 인근 지역, 특히 대도시와의 접근성은 절대적/실질적인 접근성 양자를 뜻한다.

(3) 의료 외의 지역 인프라(특징적인 면)에서 가장 중요한 것은 교통이고, 그 외에 교육이나 생활체육 등의 타 영역에 대해서도 알아볼 수 있다.

(4) 지역 내 하위 집단이란, 종교나 문화적 배경, 직종, 이주 경로 등에서 독자적인 특징을 갖고 있는, 구분되는 집단을 의미한다. 예를 들어, 어떤 지역은 주로 농업에 종사하는 고령층 토박이 집단과 인근 공단으로 출퇴근하는 비교적 젊은층의, 두 개의 큰 집단으로 구성이 되어 있다고 볼 수 있다.

다. 지역 의료자원의 특성에는,

(1) 의료 기관- 공공/민간 비율, 규모와 분포, 전달체계 등을 들 수 있고,

(2) 의료 인력- 직종별 구성, 출신 지역, 숙련도, 지역 인구의 특성에 대한 적합성 등을 들 수 있다.

라. 다-(1)-1),2)항목에서는 건강 행태보다 의료기관 선호 양상에 더 무게를 두고 기술하며, 소아청소년의 경우에 유의한 특성이 없다면 생략할 수 있다.

(1) 연령별 건강 행태와 의료이용 행태의 예시

1) 건강 행태- 예> 노년층에서는 건강식품이나 민간요법에 대한 선호도가 높을 수 있고, 청장년층의 경우 인프라의 부족으로 원하는 만큼 체육활동을 하지 못할 수 있다.

2) 의료기관 선호 경향- 예> 노년층에서는 지역의 공공의료원을 이용하는 비율이 상대적으로 높으며, 보건소나 개인 의원 외에도 한의원에 대한 선호가 보일 수 있다. 또한 같은 개인 의원이라 할지라도 통증 클리닉이나 물리치료실이 구비된 곳에서 노인 환자들이 압도적으로 많을 수 있다.

(2) 연령 혹은 세대의 구분을 제외하고, 뚜렷한 특성을 가진 지역 내 집단이 있다면, 이들의 건강, 의료이용 행태에 대해서도 언급한다. 예를 들어 특정 종교의 커뮤니티가 발달된 지역이라면, 이들이 지역 병원을 선호하는지, 아니면 멀리 떨어진 타지역의 종교 재

단에서 운영하는 병원을 선호하는지 기술할 수 있다.

마. 지역 거주 의료 이용자들이 경험하는 미충족 필요 - 인터뷰 대상자인 지역 보건의료 대상자의 직/간접 경험 여부를 구분하지 않고 작성한다.

(1) 미충족의 발생 영역

1) 접근성- 절대적 접근성이란, 원하거나 필요로 하는 의료 기관과의 지도상 거리가 멀고 가까움에 따라 달라지는 접근성이다. 반면 상대적 접근성이란, 정보습득 능력이나 이동능력에 따라 달라지는 접근성이다. 예를 들어 읍내의 종합병원까지 승용차로 20분 걸리는 거리라고 해도, 지역의 교통 인프라가 좋지 않다면, 운전기술이 없는 노령층에게는 접근성이 낮다고 볼 수 있다.

2) 지역 내 가용한 의료자원- 만일 면담자가 인식하는 의료의 미충족이 지역 내 가용한 의료자원의 부족이나 부재에서 비롯된 것이라면 이 항목에 표시하고 기록한다. 예를 들어, 지역 내에 특정 전문진료과가 없는 경우가 여기에 해당한다.

3) 직접적 의료 서비스 영역- 실제 의사의 진료 현장에서나 간호사와의 면담 중에서 당사자가 느끼는 미충족이 존재할 때 여기에 표시한다.

4) 의료 외 병원 서비스 영역- 원무나 행정, 기타 병원 내 시스템과 관련지어 미충족 필요가 발생할 시 여기에 표시한다.

5) 하드웨어적 측면- 병원의 시설이나 장비 등과 연관되어 미충족 필요가 발생할 시 여기에 표시한다.

6) 제도/정책적 측면- 예를 들어 병원 간 이송 체계나, 119의 이송범위, 원격의료와 관련된 부분 등, 일개 병원을 넘어선 법령과 조례, 제도나 관행과 연관된 측면에서 미충족 필요가 발생시 여기에 표시한다.

(2) 미충족의 부정적 결과

1) 의료 필요 문제의 악화- 의료 필요의 계기가 되었던 증상이나 질환이 악화되었을 때 여기에 표시하고 그 내용을 기록한다.

2) 서비스 이용의 지연- 거리가 멀어서 많은 시간을 지체했거나, 여러 기관 혹은 여러 지역을 전전했을 경우, 여기에 표시하고 그 내용을 기록한다.

3) 당사자의 신체적/정신적 부담- 긴 거리를 이동하거나 오래 대기하느라 몸이 힘들었거나(증상 그 자체는 제외), 의료 기관 이용에 대한 예기 불안 등의 정서적 고충이 존재할 시, 여기에 표시하고 그 내용을 기록한다.

4) 타지역의 의료기관 이용- 지역 내에서의 의료 미충족의 결과로 다른 지역의 의료 자원을 이용해야만 했을 때, 여기에 표시하고 그 내용을 기록한다.

5) 추가적 비용 발생- 진료비 외에 숙식비나 교통비 등이 추가로 들었을 때, 혹은 여러 기관을 거친 이유로 의료 필요 그 자체보다 비용이 더 발생했을 때, 여기에 표시하고 그 내용을 기록한다.

6) 가족에의 부담 전가- 동거 여부와 관련없이 당사자의 의료 기관 이용 때문에 가족이 생업을 중단해야 하거나 적지 않은 시간과 에너지를 할애해야 하는 경우, 여기에 표시하고 그 내용을 기록한다.

(3) 대상자가 생각하는 미충족의 구조적 원인- 여기서 중요한 점은 사실 여부가 아니다. 어디까지나 '대상자가 생각(혹은 추측)'하는 원인을 적도록 한다.

바. 미충족 경험의 특징적인 사례 기술하기 - 해당 지역의 미충족 특성을 잘 드러낸다고 판단되는 인상적인 사례를 찾아(직/간접 구분없이) 1-2개 사례만 정리하도록 한다.
1) 사건(Event): 누가, 어디서, 어떤 상황에 놓였는지
2) 맥락(Context): 사건과 관련된 당사자의 개인적 요인과, 개인을 둘러싼 사회적 요인들은 무엇이었는지
3) 기제 (Mechanism): 각각의 요인들은 어떻게 작용하여 미충족 경험을 낳았는
4) 결과 (Outcome): 미충족 경험의 결과로 당사자의 건강, 의료행태, 심리적 반응에 어떠한 변화가 있었는지

사. 현재 시행 중인 지역사회 대상의 해결 전략- 지역 의료 미충족을 완화, 해결하기 위한 각종 프로그램, 지원제도, 혹은 민간 의료기관에서의 조직 및 기관 차원에서의 노력 등을 포함한다.
(1) 제도적/정책적 노력
1) 국가, 지자체, 지역 공공기관이 주체가 되어 지역사회를 대상으로 한것만을 가리킨다.
2) 여기에는 각종 규칙이나 조례, 지원 프로그램과 장기 사업이 포함된다.
3) 인터뷰 대상자 본인에게서 얻을 수 있는 정보가 없다고 판단되는 경우, 이 항목의 기술은 생략할 수 있다.

(2) 종사자 개인/조직/기관에서의 노력
1) 여기에서는 일개 보건의료 종사자 개인 수준에서의 의식적인 노력, 의료기관의 조직 혹은 기관 차원에서의 노력이 포함되는데,
2) 지역의 의료 미충족 상황에 처한 이용자들을 위한 의식적인 활동이나 관례화된 서비스를 의미하며, 아래 항목의 의미는 다음과 같다.
① 직접적 의료 서비스 개선- 의료인이 면대면으로 의료서비스를 제공하는 과정에서 진료나 간호의 질을 올리기 위한 모든 활동들을 의미한다.
② 의료 외 병원 서비스 개선- 행정적 절차의 간소화, 이용자 중심성 강화, 효율성을 증진하기 위한 모든 노력들을 의미한다.
③ 중증질환 케어 대책- 적지 않은 지역에서 미충족이 보고되는 중증질환 케어를 위한 인력확충, 타기관 연계, 중환자실의 질관리 등이 여기에 포함된다.
④ 이용자의 접근성 향상 노력- 이동 진료소를 운영하거나, 순환 차량을 운행하거나 하는 등의 절대적/실질적 접근성을 향상시키기 위한 노력들이 여기에 포함된다.
⑤ 제도적 개선의 노력- 개인 혹은 조직 차원에서 제도 개선을 위한 건의나 홍보, 언론을 통한 압박 등의 활동들이 여기에 포함된다.
3) 바-(2)-2) 항목의 '어려움을 느끼는 지점'이란 상기한 지역 의료 미충족의 현실을 개선해보고자 개인/조직/기관 차원에서 노력했음에도 불구하고, 이에 뒤따르는 한계나,

이를 펼치는 데 있어서의 장애요인들을 의미한다.

아. 개선방안- 이용자들을 대상으로 할 때와는 달리, 말을 그대로 옮겨적을 필요는 없으나, 인터뷰 대상자의 3개 측면으로의 분류방식을 그대로 따르도록 한다.

3. 작성 예시

가, 개인 정보

(1) 성별/연령 (남 / 43)

(2) 거주지___00읍___

(3) 대상 지역에서의 근무(거주) 기간_____6_(년)

(4) 학력___대졸_____직종___의사_____

(5) 근무처

1) 의료기관(1, 2, 3차) / 비의료기관

2) 민간/ 공공

3) 해당 기관에서의 근무기간_____2___(년)

나, 의료 이용과 연관된 지역적(사회환경적)특성

(1) 지역의 전반적인 정치/사회/경제적 상황

행정도시로서의 기능을 하고 있기 때문에 꾸준히 인구는 증가하고 있음.

(2) 대도시와의 접근성

읍내에서 대전까지 약 45분 가량 소요됨.

(3) 의료 외의 지역 인프라(특징적인 면)

젊은 층을 표적으로 하는 편의, 위락 시설도 등시에 들고 있음.

(4) 지역 내 하위 집단- 존재 및 차이, 집단 간 관계

농촌 지역에서는 주로 고령층인 토박이, 약 20년 전부터의 고학적 귀농인, 최근 수년 간 귀촌한 청년층의 3집단이 공존하고 있음. 반면 읍내에는 상대적으로 고령자 비율이 높은 토박이와, 행정 업무, 상업, 서비스업 등에 종사하는 상대적으로 청장년층 비율이 높은 외지출신의 2집단으로 구분할 수 있음. 전자의 지역에서 집단 간 보이지 않는 갈등이 있다고 함.

다, 지역 의료자원의 특성

(1) 의료기관

중심지에 300병상의 지역 공공의료원, 그리고 150병상의 준종합병원이 있으며, 그 외 군 전체에 17개소의 개인 의원등이 있음. 이중 안과의원이 3곳, 치과의원이 2곳이며 그 외 한의원 2곳, 그리고 읍면별로 보건지소등이 존재함. 00면에 의료생협이 있으며 인근의 XX, XY면 일부 지역에서도 이통함.

(2) 의료인력

의사등은 대개 전안과 대전 등지에서 출퇴근하는 비율이 높으나, 간호사와 간호조무사는 지역 출신등의 비율이 높음. 공공의료원의 경우, 각 진료과목별 의사가 1인인 경우가 대부분이며 업무조당으로

그만두는 간호사들이 드물지 않을 정도의 인력난을 겪고 있음. '50대 후반의 남성' 이 지역 의사들의 전형임.

라, 지역 거주 의료 이용자들의 건강관리 및 의료이용 행태 (요약)

(1) 연령대별

1) 건강 행태

① 고령층

건강식품에 대한 선호도가 높고, 의료기관 방문 전 민간요법에 의지하는 경우가 종종 있음. 그에 비해 균형잡힌 식이나 규칙적인 운동 등을 통해 건강 관리하는 경우는 드문 편임.

② 청장년층

생활 체육 인프라가 잘 갖춰지지 않아서 젊은 층의 요구가 상당한 편임. 대체로 업무 시간이 길어 따로 운동할 시간이 없다고 함.

③ 소아청소년

초은 가정의 비율이 낮지 않으며, 저체중과 비만율 모두 도시에 비해 높음.

2) 특징적인 의료기관 선호 경향

① 고령층 자녀들이 인근 대도시 병원에서 약을 처방받아 부쳐주는 경우도 드물지 않음. 다른 연령층에 비해 지역 의료원의 이용인구가 많은 편임. 지역 의료원에 비한 선호도가 떨어지나, 의료원의 긴 대기시간이 싫어서 민간 종합병원을 선택하는 경우도 있음. 또한 개인의원 중에서는 주로 안과, 치과와 물리치료 가능한 의원이 선호됨. 읍내에서 먼 거리의 경우 아예 읍내를 이용하거나 자녀의 도움으로 인근 도시로 나감. 한의원에 대한 선호가 뚜렷함.

② 청장년층 대체적으로 인근 대도시 종합병원을 선호하며 노년층에 비해 지역 의료원에 대한 선호도가 상대적으로 낮음. 개인 의원의 경우 남성보다는 여성들이 더 이용하는 편임. 일부 여성들은 여의사 진료를 원하여 인근 대도시의 산부인과 의원을 이용하기도 함. 보건소는 노년층에 비해 예방접종 등의 목적이 아니면 이용빈도가 낮음.

③ 소아청소년 (유의미한 경우)- 지역 공공의료원에 유일하게 소청과가 존재하며, 보호자의 경제적 사정이 양호할 경우 애초에 대전으로 가서 진료하는 경우가 잦음.

(2) 내부 하위 집단별 (지리적 차이, 가족관계의 차이, 문화적 차이, 거주 기간의 차이 등에서 두드러지는 측면이 존재 시 서술) 특이점- 높은 지역의 고학력 귀농자 집단의 경우 의료 생협 조합원으로 가입하여 운영에 참여하며 이용하는 경우가 종종 있음. 또 이들은 노년층과 다른 이유로 민간, 대체 요법을 선호하는 경향도 있음.

마, 지역 거주 의료 이용자들이 경험하는 미충족 필요 (지역 보건의료 종사자의 직간접적

경험에 따른)

(1) 미충족의 발생 영역- 해당하는 곳에 O표 후, 간략히 내용적고(2-3단어), 가장 중요하다고 생각하는 영역에 V표를 하기.

① 접근성 (절대적/심절적)_____대중교통 인프라 미비_____

② 지역 내 가용한 의료자원_____

③ 직접적 의료 서비스 영역_____공공의료원의 의료인 태도_____

④ 의료 외 병원 서비스 영역_____대기시간, 혼잡_____

⑤ 하드웨어적 측면_____

⑥ 제도/정책적 측면_____//9가 의료원을 거침_____

⑦ 기타_____

(2) 미충족의 부정적 결과 - 해당하는 곳에 O표 후, 간략히 내용 적기

① 의료 필요 문제의 악화_____

② 서비스 이용의 지연(여러 기관/시간적)_____등급의료/ 일부 전문진료과___

③ 신체적, 정신적 괴로움 _____

④ 타 지역의 의료기관 이용_____주로 청장년층에서_____

⑤ 추가적 비용 발생 (의료비/의료비 외) _____주로 검사비, 교통비_____

⑥ 가족에의 부담 전가 (경제적/시간적/심리적)__노인-자녀등 의존_____

⑦ 기타 _____공공 의료원에 대한 불신 강화_____

(3) 대상자가 생각하는 미충족의 구조적 원인- 1문장 이내 서술

공공의료원이 지역 거주민들의 신뢰를 얻지 못하고 있는데, 이는 경직된 조직 문화와 구태멘한 운영 방식 때문이라고 생각한다고 함.

바, 미충족 경험의 특징적인 사례 정리

(1) 사건(Event): 둘째 아이 출산이 임박한 산모가 산전 진찰부터 대전으로 차를 타고 나가 산부인과 전문병원에서 진료를 보았음. 예정일보다 일찍 출산이 임박하였음.

(2) 맥락(Context): 남편은 따라 귀촌한 기혼 여성으로, 절대적 거리가 더 가까운 인근 지역 병원에 대한 정보가 없었음. 또한 지역 의료원에 대한 지역 주민들의 평판이 좋지 않았던 데다, 나이든 남자 의사의 진료를 받고 싶지 않았음.

(3) 기제(Mechanism): 남편이 아니면 대전에 직접 갈 수 있는 수단이 없었음. 따라서 심한 진통을 겪고 있는 와중에 직장에 있던 남편에게 연락하여 남편과 함께 자가용으로 50분 걸려, 대전의 다니던 산부인과에 재방문하여 출산하였음.

(4) 결과 (Outcome): 남편에게 연락해서 기다리는 과정, 살고 있던 지역에서 출산을 할 산부

인과로 이동하는 과정에서 불안을 비롯한 정서적 부담과, 신체적 고통이 적지 않게 있었음.

사. 현재 시행 중인 지역사회 대상의 해결 전략

(1) 제도적/정책적 노력

/) 내용: 결혼 이민자 여성들을 위한 산부인과 이동진료

2) 평가: 역차별의 우려가 있고, 출산을 도울 수 없음.

(2) 종사자 개인/조직/기관에서의 노력

1) 노력 – 해당하는 곳에 O표 후 간략히 내용 적기

① 직접적 의료서비스 개선 ___ 조기성 향상, 응급률_____

② 의료 외 병원 서비스 개선_____

③ 중증질환 케어 _____

④ 이용자의 접근성 ___하루 2회 순회 차량 운행_____

⑤ 제도 개선의 노력_____

⑥ 기타____예방 및 생활 관리 교육_____

2) 어려움을 느끼는 지점– 노년층의 기관에 대한 정보접근이 어려움. 노년 도착층과 청장년 취농인들과 학합이 잘 되지 않음.

아. 대상자가 생각하는 개선방안

(1) 제도적/정책적 측면,

주민들이 자주적으로 배우고 시행하는 민간요법에 대해 한의사 면허 없이 가능했으면 함.

(2) 지역 사회적 측면,

교통 인프라가 강화되었으면 함. 지역 공공의료원이 신뢰를 얻을 수 있어야 함.

(3) 제공자/이용자 측면에서

/) 지역 공공의료원의 인적 충원과 서비스 질 향상이 필요하고

2) 큰병원이 무조건 좋다는 인식이 바뀌었으면 함.

III. 지역 단위의 미충족의료 평가 점검표

A. 목적

1. 자료의 통합을 위하여- 개인 간, 이용자-종사자 간
2. 포화(saturation)여부를 판단하고, 추가 조사에 대한 계획 수립에 도움
3. 지역 전체의 그림 그리기- 최종적으로 지역과 관련된 객관적 통계와 지표들까지 참조하여 종합보고서 작성을 위함

B. 범주 목록

1. 지역 조사 면담 자료로부터 얻어짐 (Coding matrix & index참조)
2. 포화(saturation)의 정의
   가, 대부분 범주들에 관한 칸들이 기입되어 있고
   나, 한 범주에 등장하는 주제어가 2명 이상의 대상자에게서 나타났을 때
   다, 또 포화된 범주들이 전체의 윤곽을 확인할 수 있을 정도로 충분할 때

C. 기입 방법

1. 각 범주의 빈칸에 1-2단어로 조사자가 알아볼 수 있는 주제어 작성
2. 질문지에 주제어나 하위범주가 나온 경우에는 이와 같은 주제어를 기입
3. 이용자와 공급자 어느 쪽에서도 반복되지 않는 주제어 존재 시 논의 필요

D. 표집 (sampling)

1. 이용자는 15명 이상을, 보건의료 종사자는 10명 이상을 목표로
2. 성별, 연령층, 거주지, 사회경제적 수준을 안배하여 표집하되
3. 포화가 그 이전에 충분히 되었다면 종료할 수 있음.

E. 검검표 양식(후면)

표 1 지역 의료기관 이용 거주민

범주	하위범주	조사대상자1	조사대상자2	조사대상자3	조사대상자4	조사대상자5	조사대상자6	조사대상자7	조사대상자8	불포화 주제어
1) 개인의 사회적 배경 (의료이용관)	대상자 기본 정보 성별/연령									
	대상자 기본 정보 학력/직업									
	대상자가 바라보는 지역의 사회환경적 특성									
	지역사회의 인프라(교통망 포함)									
	지역 사회 내에서 개인이 차한 특수성(시비)									
	사회적네트워크와 연관된 (통념/규범/가치)									

2) 의료이용과 연관된 개인의 가용한자원	경제적(재정적)	상/중/하	상/중/하	상/중/하	상/중/하	상/중/하	상/중/하	상/중/하	상/중/하	
	가족 지지체계									
	사회적 지지체계									
	시간 운용에 대한 융통성	상/중/하	상/중/하	상/중/하	상/중/하	상/중/하	상/중/하	상/중/하	상/중/하	
	이동능력(거동 운전)	상/중/하	상/중/하	상/중/하	상/중/하	상/중/하	상/중/하	상/중/하	상/중/하	
	기타신체/정신적조건									
	정보에 대한 접근	상/중/하	상/중/하	상/중/하	상/중/하	상/중/하	상/중/하	상/중/하	상/중/하	
	정보의 원천									
	가용한 자원의 한계									
3) 의료이용과 연관된개인의신념체계	의료 이용 욕구 인지 시점									
	건강관련 활동 (예방, 치료, 의료이용)									
	의료 기관에 대한 판단기준(지향하는 가치)									
4) 지역의료기관에대한인식	지역 의료기관에 대한 긍정적 인식									
	지역 의료기관에 대한 불만									
	지역 의료기관에 대한 불신									

5) 대안적 선택지	존재여부									
	장/단점									
6) 미충족이 발생한경험(미충족 발생내용)	미충족 발생 영역									
	미충족 경험의 결과와 영향									
	미충족 경험에 대한 대응(자구책)									
	대상자가 생각하는 미충족의 원인									
7) 이용자가 원하는개선방향	전망과 예측									
	이용자의 요구									

● 색칠된 칸~ ()~()쪽의 세부주제 알람 항목에서 번호를 골라, 대신 번호를 기입할 수 있음.

표 2 지역 보건의료 종사자

범주	하위범주	조사 대상자1	조사 대상자2	조사 대상자3	조사 대상자4	조사 대상자5	조사 대상자6	불포화주제어
1)대상자의 직종과 근무기관	직종/직위							
	민간(1,2,3차)/공공(1,2,3차)/ 비의료기관							
2) 지역의료이용의 배경과 조건	지역의 전반적 특성(지리,인구,역사)							
	지자체나 정부의 지역대상 프로그램(내용/평가)							
	의료이용과 연관된 제도적 정책적 배경(국가적 수준)							
3) 지역의 의료자원 특성	의료자원의 분포							
	의료인력 특성 지역내 하위집단							
4) 지역의료이용자의특성	전반적/각각 분위기							
	집단별 의료기관 선호양상							
5) 대상자가 직/간접 경험한 의료 미충족	주된 미충족 발생 영역							
	미충족 경험의 결과와 영향							
	대상자가 생각하는 미충족의 원인							
6) 지역 미충족 의료에 대한 개선	현재의 개인적·조직적 기관적 노력							
	제도적·정책적지원에대한요구							

1. 작성지침

가. 전반적 작성 지침

(1) 포함 여부 판단- 원칙적으로 범주 혹은 세부범주가 아닌 '주제어'의 포함여야 한다.

(2) 색이 칠해진 칸의 항목은 아래 '세부 주제 일람'에서 해당하는 번호를 찾아 기입할 수 있다. (번호 기입의 예시는 후술함)

(3) 불포함 주제어- 충분하다고 예상했던 표본 수에도 불구하고 다른 대상자와 겹치지 않는 이례적인 반응을 의미한다. 표본의 문제, 개인의 특수성, 소수의 의견 등일 수 있다.

나. 지역 의료기관 대상자

(1) 2) 의료이용과 관련된 가용한 자원- 빈 칸에 '상/중/하'라고 표기되어 있는 범주에는 셋 중 하나에 O표만 해도 좋으며, 특기 사항이 있는 경우에만 핵심 단어를 메모한다.

(2) 3) 의료이용과 연관된 개인의 신념체계

1) 의료이용 욕구 인지 - '의료기관을 이용해야겠다'고 인식하는 시점. 즉 어떤 이는 본인이 '두려워하는 병의 증상'이 나타날 경우가 될 수 있고, 어떤 경우에서는 '일상생활이 되지 않을 때'가 될 수 있다.

2) 건강관련 믿음- 특징적인 면만 골라 메모하듯 기록한다.

3) 의료기관에 대한 판단 기준- 후술할 '세부 주제 일람'을 참고한다. 번호를 대신 기입할 수 있다.

(3) 6) 미충족이 발생한 경험- 대상자가 생각하는 미충족의 원인, 7) 이용자가 원하는 개선방안- 평가지와는 달리, 굳이 인터뷰 대상자가 했던 말을 그대로 옮길 필요는 없다.

다. 지역 보건의료 종사자

(1) 2)의료이용의 배경과 조건 (아래 항목의 구분)

1) 지자체나 정부의 지역 대상 프로그램- 해당 지역에 좀 더 초점이 맞춰진 사업이나 프로그램을 의미한다.

2) 의료이용과 연관된 제도적 정책적 배경- 국가적이고 거시적인 배경으로, 의료이용과 간접적인 연관이 있는 타 영역의 정책도 포함된다.

(2) 5) 대상자가 직/간접 경험한, 의료 미충족- 대상자가 생각하는 우선순위- 평가지를 참조하여 미충족 발생 영역에서 가장 중요하다고 생각하는 V표된 영역의 번호를 기입할 수 있다.

2. 세부 주제 일람

가. 표1

(1) 2) 의료이용과 관련된 가용한 자원- 정보의 원천

① 인터넷- 병의원 광고와 홈페이지
② 인터넷- 이용자 평가(지식검색, 동호회, 카페 등에서)
③ 사적 네트워크- 이웃, 친구, 가족, 친척 등의 경험담
④ 직업, 직장, 업무관련 연계
⑤ 의료이용 신념과 관련된 종교적, 정치적 집단
⑥ 기타----------

(2) 3) 의료이용과 관련된 개인의 신념 체계- 의료기관에 대한 판단기준(지향하는 가치)

① 효과성
② 접근성
③ 반응성과 질
④ 하드웨어
⑤ 포괄성
⑥ 소재지
⑦ 규모
⑧ 기타----------

(3) 5) 대안적 선택- 존재여부

1) 대안적인 선택지가 없음
2) 대안적인 선택지가 있음
① 서울의 Big 5
② 대도시의 상급종합병원
③ 대도시의 기타 병의원
④ 타지역의 준종합/종합병원
⑤ 타지역의 개인의원
⑥ 지역 공공의료기관
⑦ 지역의 민간 종합병원
⑧ 지역의 다른 개인의원
⑨ 지역의 보건소/보건지소
⑩ 타지역의 기타 형태의 의료기관----------
⑪ 지역의 기타 형태의 의료기관----------

(4) 6) 미충족이 발생한 영역

1) 미충족 발생 영역 (의료이용 결정단계, 선택단계, 이용과정)- 빈칸에 주제어를 2-3단어로 써주어야 함.

① 접근성 (절대적/실질적)_____
② 지역 내 가용한 의료자원_____
③ 직접적 의료 서비스 영역_____
④ 의료 외 병원 서비스 영역_____
⑤ 하드웨어적 측면_____
⑥ 제도/정책적 측면_____
⑦ 기타_____

2) 미충족 경험의 결과와 영향- 빈칸에 주제어를 2-3단어로 써주어야 함.

① 의료 필요 문제의 악화_____
② 서비스 이용의 지연(여러 기관/시간적)_____
③ 신체적, 정신적 피로움 _____
④ 타 지역의 의료기관 이용_____
⑤ 추가적 비용 발생 (의료비/의료비 외) _____
⑥ 가족에의 부담 전가 (경제적/시간적/심리적)_____
⑦ 기타_____

3) 미충족 경험에 대한 대응(자구책)

① 인맥을 통한 문제해결_____
② 처음부터 대도시를 비롯한 인근 지역의 병의원 이용함_____
③ 건강검진 및 건강관리에 투자_____
④ 비주류적 방략 모색- 민간요법, 대체의학, 한방 서비스, 대안적 의료기관 참여 (예>의료 생협)_____
⑤ 기타 _____

나. 표2

(1) 3) 지역의료 이용자의 특성- 집단별 의료기관 선호

① 지역 상급종합병원
② 지역 공공의료기관
③ 지역 민간 준종합~종합병원
④ 지역 개인 의원
⑤ 지역 보건소
⑥ 지역의 기타 의료기관
⑦ 타지역 상급종합병원
⑧ 타지역 기타 병의원

(2) 4) 대상자가 직/간접 경험한 의료 미충족

1) 미충족 발생 영역 - 반드시 빈칸에 주제어를 2-3단어로 써주어야 함.
① 접근성 (절대적/실질적)_____
② 지역 내 가용한 의료자원_____
③ 직접적 의료 서비스 영역_____
④ 의료 외 병원 서비스 영역_____
⑤ 하드웨어적 측면_____
⑥ 제도/정책적 측면_____
⑦ 기타_____

2) 미충족 경험의 결과와 영향- 반드시 빈칸에 주제어를 2-3단어로 써주어야 함.
① 의료 필요 문제의 악화_____
② 서비스 이용의 지연(여러 기관/시간적)_____
③ 신체적, 정신적 괴로움 _____
④ 타 지역의 의료기관 이용_____
⑤ 추가적 비용 발생 (의료비/의료비 외) _____
⑥ 가족에의 부담 전가 (경제적/시간적/심리적)_____
⑦ 기타_____

3) 대상자가 생각하는 우선 순위
① 접근성 (절대적/실질적)
② 지역 내 가용한 의료자원
③ 직접적 의료 서비스 영역
④ 의료 외 병원 서비스 영역
⑤ 하드웨어적 측면
⑥ 제도/정책적 측면
⑦ 기타

(3) 5) 지역 미충족 의료에 대한 개선- 현재의 개인적/조직적/기관적 노력

① 직접적 의료서비스 개선_____
② 의료 외 병원 서비스 개선_____
③ 중증질환 케어 대책 _____
④ 이용자의 접근성 향상 노력_____
⑤ 제도 개선의 노력_____
⑥ 기타_____

3. 체크리스트 작성 예시

표 1 지역 의료기관 이용 거주민

범주	하위범주	조사대상자1(이용자)	조사대상자2	조사대상자3	조사대상자4	조사대상자5	조사대상자6	조사대상자7	조사대상자8	분포의 우려이
1) 개인의 사회적 배경(희로이 유관지어)	대상자 기본정보 / 성별/ 학업/ 직업	F/58	M/81	M/53	M/70	F/67	F/90	F/36	M/45	
		고등/무부	초등/무직	중등/농업	초등/농업	초등/농업	무학/무직	대등/상업	고등/무수	
	대상자가 비롯은 지역의 사회환경적 특성	인근 대도시 조등	개발이 직장	개발이 직장	인근 대도시 조등	인근에 중고있는	개발이 직장	인근에 중고있는	인근 대도시 조등	없음
	지역사회의 인프라	교통정적, 접근조오림(학식/경등)	교통정적	교통정적	교통정적	교통정적	교통정적	교육문제	접근은 오히 (은등)	교육문제
	지역 사회 내에서 개인이 위한 특주성(지위)	접은 주에 등	토박이	토박이	토박이	토박이	토박이	접은 주에 등	지은자	
	사회적네트워크(동넬/유빌/가치)	계다공협-어머니		농상문	농상문		건경자로서의 규범		사회공동정성	사회공동정성
2) 인프라의 유리 인플레거인 피가용한자	경제적(재정적)	하/중/하	상/중/중	상/중/하	상/중/중	상/중/하	상/중/하	하/중/하	상/중/하	
	가족 지지체계	낙학과 자녀	노무무 가주	무신과 자녀	돈주가정	노무무가주	독거노인	낙학과 자녀	무신과 자녀	
	사회적 지지체계	고인돈과 어진일	이웃 노인돈	이웃 노인	이웃 노인	이웃 노인	이웃 노인돈	고인돈과 어진일	지는/지존처는	
	시간 문제에 대한 융적력	하/중/하	하/중/하	상/중/중	상/중/중	상/중/하	하/중/하	상/중/하	상/중/중	
	이동능력(거동,운임)	하/중/하	상/중/하	하/중/하	상/중/중	상/중/하	상/중/하	하/중/하	하/중/하	
	기타신체/정신적 조건	노인병	심장질환			고혈압/당뇨	치통증			
	정보에 대한 접근	상/중/하	상/중/중	상/중/하	상/중/중	상/중/하	상/중/하	하/중/하	하/중/하	
	정보의 형태	①	③	①	③	③	③	②	⑤	없음
	기동한 자원의 한계	고인돈계약 적지	경험에 지은한 정보	삭적 지지식 갈계-도움은 주는 상실	경험에 지은한 정보	경험에 지은한 정보	삭적 지지식 맞계- 주식 어려움	경험에 지은한 정보	시간식 제약	고인돈에 개약 지지

3) 인프라의 유리 피인넬체계	최로 이용 욕무 인지	소리가 독일 상상에 방해	상상에 방해-청기 질등	청해 건강리으로 정접등 신은 표하는 정도	작고장 이버지하 비주장 지체반응 너무 등당하면	여당가 어등 너무 등당하면	장상 노일 기상에 방해- 너무 이등	청해 건강리으로 정접등 신장에 방해- 너무	신등 표하는 정도	없음
	건강관련 밀음 (예방,치료, 희로이해)	도기에 치료 정비도 대도시 방접이 등등	어당가서 표고질	도기에 치료 대도시 군 방접이 등등	도기에 치료 대도시 군 방접이 등등	도기에 치료 이 정도는 도네에서	영 이프계약 어당가서 표고질	도기에 치료 정비도 대도시 방접이 등등	자주적 광지 방접 이등 최소화	자주적 광지, 방접이 등 최소화
	최로 기관에 대한 문당기대(지장하등 등 정서)	①	③	④⑥⑦	①④	②⑤	⑤⑥	③⑥	⑤	②⑦
4) 의의의료기관에대한인식	지역 의료기관에 대한 긍정적 인식	친근함	친근함	가기 쉬움	친근함	가기 쉬움	친근함	친근함	가기 쉬움	없음
	지역 의료기관에 대한 불안	전문정보제없음	가기 힘듬	타지역으로 모냄	등은 정비없음	타지역으로 모냄	가기 힘듬	등은 시정사회-식명성 문제	타지역으로 모냄	식명성
	지역 의료기관에 대한 불신	실력 떨어짐	대등 모는 등	등 고치는 게 없음	실력 떨어짐	등 고치는 게 없음	실력 떨어짐		무책임-대등 모는 등	없음
5) 시장여성적	존재여부	2)-③	1)	2)- ②	1)	2)-②	1)	2)-③	2)-①	직로성 일
	장/담임	낙학이 대상처야		예약, 대기시간	자녀등은 등처야	짝이 대도시 등법 갓도시	예약, 설차등급	청정하고 상세학시간 걸림	없제든 작는가는	정제든 작는가는
6) 이송측이발생 영역	이송측 발생 영역	① 병원에 귀절등 ③ 무시하는 등장 대도	① 병원에 방문일 ④ 도해 이신리제 작	①병원에서 처절등 ⑤시설 등은 등이 지적장 없음 ⑦서류적장 적사 대도	② 신적 등은 직신장 없음 ④ 존중하고 도해 기다림	① 버스로 갈 수 있는 ③ 생생등 상태주는 적사	① 1/9은 가야 함 ④ 존중하고 도해 기다림	② 여직사가 모는 등장 작도해 없음 ⑦ 이는 사람 대주 법등	⑤ 처등 유명이 여등 ④ 존중하고 도해 기다림	유명이 직로 적식사 작업성
	비송측 경험의 결과의 영향	③ 처절이 지등해 처등남	② 명명하면 처등	②④ 신고 접적시은	③⑥ 당업하고 등간	⑥명예에 유작	② 명명하면 처등	②④ 신고 접적시		없음
	이송측 경험에 대한 태의(자주체)	② 신고되시식 처분명됨	④ 아해도 처명등	②대장명정식 해년 장정장	⑤그냥 참고 지냄	②③대명명적식 해년 경정장	⑤그냥 참고 지냄	②신고되시식 처분명됨	④직로생협 활동	긴명은 등장
	대상자가 생각하은 이송측의 힘힘	지명새적기 등이 스티그마 유하	신경갈도, 트렉이 중이서	신적에 유작장 트이 중이서	신경갈도, 트렉이 중이서	신경갈도, 트렉이 중이서	모르겠다.	신명에 유작장 트이 처이서	노인트이 정기적 처등은 장장	지명새 최적 스티그마
7) 이용자가협의이성향	희망과 예측	상으도 이적 것	상으도 이적 것	상으도 이적 것	상으도 이적 것	상으도 이적 것	상으도 이적 것	상으도 이적 것	처차 다이적 것	처차 다이적 것
	이용자의 요구	적적정보	방문정보	지명에 의한 등장명됨	지명에 의한 등장명됨	지명에 유은 등장명됨	방문정보	규급차 이등 방됨	질등 시등 장명차	

표 2 지역 보건의료 종사자

범주	하위범주	조사 대상자1	조사 대상자2	조사 대상자3	조사 대상자4	조사 대상자5	조사 대상자6	블로최주제어
1)대상자의 모종의 근무기관	직종/직위	직사/보건소장	간호사/보건정호사	직사/병원장	간호사/병동장호사			
	민간(1,2,3차)/공공(1,2,3차)/ 비의료기관	응답	응답	응답(2차)	응답(2차)			
2) 지역 의료 이용의 배경과 조건	의료이용과 영향의 제도적 정책적 배경(국가적 수준)	응답식호 강화						
	지자체나 정부의 지역 대상 프로그램(내용/평가)	응급지호 취약지역 개선사업/ 호과식품			취약계층지원사업 / 호과적			
	지역의 전반적 특성(지리,인무, 역사)	호고령화, 대도시와 청군섬	인근도시인구유출	인근 대도시 유출	과주도사 주호 함			
3) 지역의 의료자원 특성	의료자원의 분포	간호 정문제도별홍	치과간과 간치호 집중	복합의는 직원등	응급식호원			
	의료인력 특성	간호사 부족	직사=의지인	간호사 부족	직사적 젊은 근속년수			
	지역내 하위집단	취농인 커뮤니티	다문화가정 증가	다문화가정 증가	취농인 커뮤니티			
4) 지역의료이용자의특성	전반적/각각 분위기	5백이차 강등	이주여성 커뮤니티 형성 중	이주여성 중학 잦 되는 짓	학생마치 동하는			
	집단별 의료기관 선호-의료기관종별	노년층-①	노년층-①③ 청부년층-②		노년층-①②			
5) 대상자가 직/간접 경험한 의료 미충족	미충족 발생 영역	②기원적수식호적 미비	①고투적적 ②기투적호과목 선택지 없음	②심투정호과목적 선택지 없음	②⑤식호원생비호			
	미충족 경험의 결과와 영향	②④. 인근 원역시은	①은든타일동철	④인근 원역시호	②④. 인근 원역시은			
	대상자가 생각하는 미충족의 원인	호과적 /자식호부재	호과적 /자식호부재	인구감소와 응십지적 하락	의건문비대			
	대상자가생각하는우선순위	②기원적수식호적 미비	①고투적적	②심투적수식호적 미비	②기원적수식호적 미비			
6) 지역 미충족 의료에 대한 개선	현재의 개인적 조직적, 기관적 노력	응찬버스	가정방문		일력적호노력			
	제도적,정책적지원에대한요구	주치의제도	합리적 역할분담	수가인상	응급식호원지원			

Ⅳ. 지역 단위의 미충족의료 특성 보고(종합)

A. 종합 보고서 양식

<table>
<tr><td colspan="2">조사년도:</td><td>지역명:</td><td>조사자:</td></tr>
<tr><td colspan="4">1. 지역의 사회적 환경</td></tr>
<tr><td colspan="2">인구 구조적 특성</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">사회 기반시설의 특징
(의료 영역 제외)</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">기타 고려해야 할 사회적 배경과 조건</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="4">2. 지역 의료자원의 특성</td></tr>
<tr><td colspan="2">전반적 강점</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">전반적 약점</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="4">3. 의료 이용 관련 요인</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">의료이용에 관한 기여요인</td><td>개인적 수준 or 요인</td><td>사회적 요인</td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">의료이용에 관한 방해 요인</td><td>개인적 요인</td><td>사회적 요인</td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4">4. 지역의 미충족 의료 양상</td></tr>
<tr><td rowspan="3">특징적으로 나타나는 미충족</td><td>미충족 발생영역</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td>이용자 관점</td><td>관련 종사자 관점</td></tr>
<tr><td>미충족 원인</td><td></td><td></td></tr>
</table>

	미충족 결과/영향		
	전반적 의료의 미충족 정도	매우낮음(100) 낮은 편(75) 보통(50) 높은 편(25) 매우높음(0)	
		추가 설명	
이용자가 인지하지 못하는(잠재적)미충족			
조사대상자들의 관점 불일치			
5. 미충족에 대한 대응 양상			
이용자의 미충족 대응		공급자의 미충족 대응	
6. 정책적 평가와 제언			
지역의 보편적 서비스 강화			
지역 내 취약집단을 위한 필요			
7. 참고자료			

B. 작성 방법 및 유의사항

1. 종합보고서의 특징

가. 분석의 대상과 관점

(1) 분석의 대상

1) I, II 에서는 분석의 대상이 인터뷰 대상자 개인이었다. 좀 더 정확히는 개인의 '지역 의료 미충족'과 관련된 '인식'이었다.

2) 이에 비해 IV에서는 분석의 대상은 개인이 아닌 '지역'과 '그 구성원'이다. 물론 구성원들의 인식에 대해 고려하기 위해서는 어느 정도 지역을 의인화하는 측면이 없지 않을 수 있다.

(2) 종합 보고서 기술의 관점

1) 구성원들의 지역 의료에 대한 인식을 조사자가 객관적 자료들을 참조하여 종합하여 기술하는 것이기 때문에, 조사자의 시각이 반영되지 않는다고는 볼 수 없다.

2) 그러나 현 평가도구 개발의 핵심적인 목적 중 하나는 이용 당사자의 시각을 존중하여 그 목소리를 들려주는 것이다.

3) 따라서 지역 구성원의 욕구와 필요에 대해, 조사자가 자신의 기준대로 판단하여 그 옳고 그름에 대한 주장을 종합보고서를 통해 하는 것은 철저히 지양되어야 한다.

나. 자료의 통합과 비교

(1) 자료의 통합과정

1) 전술하였듯이 I, II에서의 개인적 수준의 자료들을 통합하기 위한 도구가 III의 체크리스트이다. 이를 참조로 하여 조사자는 인터뷰들을 통해 알아낸 지역 주민들의 경험을 통합할 수 있다.

2) 또한 지역 주민들이 경험하는 미충족 경험을 둘러싼 사회적 배경과 조건을 이해하기 위해서 필요한 것은 비단, 당사자들의 인식 체계 안에서의 현실만은 아니다. 지역에 대한 각종 통계나 양적인 조사 자료들을 반드시 참조해야 한다.

3) 이와 같은 과정들은 반드시 복수의 조사팀원들이 신중한 논의를 거쳐 이어가야 한다.

(2) 자료 간 비교

1) 지역 내 비교

① III의 체크리스트 작업을 통하여 지역 내 이용자들 내의 하위집단별 인식과 경험의 차이를 비교한다.

② 또한 지역 내 의료 이용자들과 보건 의료 종사자들의 체크리스트를 비교하여 양측의 인식과 경험의 차이를 비교한다.

③ 끝으로, 객관적인 통계와 양적 조사 자료들을 지역 구성원들의 주관적인 인식과 경험을 비교한다.

2) 지역 간 비교

① 현 평가도구를 사용하여 얻은 자료의 축적이 진행될수록 종합보고서와, 그 근간이 되는 개인 대상의 세부적 자료들을 바탕으로, 지역 간의 비교도 가능해질 수 있을 것이다.

② 상기한 지역들 간의 공통점과 차이점을 발견할 수 있다면, 지역에 특화된 사업과 프로그램을 개발하는데 중요한 단서가 될 수 있을 것이다.

2. 유의사항

가. 총론

(1) 해야 할 것

1) 가능한 지역의 구성원들의 욕구와 경험이 드러나도록 해야 한다.
2) 필요하다면 이들이 주로 사용하는 단어나 어구, 표현 양식을 그대로 인용할 수 있다.
3) 객관적인 통계자료와 양적 조사 자료들을 참고한다.
4) 개인 간, 이용자-제공자(종사자)간, 지역 간의 비교들을 통해 향후의 연구 과제를 도출한다.

(2) 하지 말아야 할 것

1) 조사자의 판단이나 편견에 기반하여 당사자들의 경험을 '판단'내리지 않아야 한다.
2) 의미가 아주 분명한 경우가 아니라면, 가능한 학술적인 용어는 권장되지 않는다.
3) 일개 조사자가 팀원들과의 논의 없이 독단적으로 종합보고서를 쓰지 않도록 한다.
4) 충분한 표집과 지역 간 비교들을 통해 '이례적인 답변'임이 명백히 드러나기 전까지는, 소수의 목소리를 쉽게 간과해서는 안 된다.

나. 각론

(1) 지역의 사회적 환경

1) 가능한 다음의 내용들을 포함시킨다.
   ① 인구 구조적 특성- 인구의 증감, 연령별 비율, 세대별 가족구성의 특징, 유의한 하위 집단의 존재, 주요 생계수단, 계층의 분화정도 등
   ② 사회 기반시설의 특징- 대중교통 인프라를 비롯하여, 도로의 사정,
   ③ 기타 고려해야 할 사회적 배경과 조건
2) 상기한 내용들은 최대한 객관적인 자료들로 뒷받침되어야 한다.

(2) 지역 의료자원의 특성

1) 가능한 다음의 내용들을 포함시킨다.
   ① 의료기관, 의료 인력에 대한 지역 주민들의 평가
   ② 이용자와 제공자의 시각에서 본 접근성과 서비스의 질, 포괄성, 효율성 등
   ③ 기준에 미달된 객관적 지표
   ④ 미충족에 기여(주로 약점)/완화(주로 강점)하는 요인
2) 약점, 강점 양자 모두에 해당하는 점들은 양 칸에 적을 수 있다.

(3) 의료이용 관련요인
1) 기여/방해 요인에 작동하는 수준별로 다음과 같은 점들을 가능한 포함시켜 서술하도록 한다.
① 개인적 수준 - 집단의 전반적 교육 수준, 신념체계, 내적 규범, 행동양식, 건강행태, 이동능력, 연령과 성별, 널리 공유된 가치관과 행동 양식 등의 이용자 요인
② 사회적 수준 - 지역 인프라의 수준, 의료기관에 대한 접근성, 공공/민간 의료기관의 분포, 사적 네트워크만으로 보완되기 어려운 제도의 사각지대 등의 환경적 요인
2) 개인적 수준과 개인적 요인의 차이- 전자는 사회적 규범이라도 개인적 수준에서 작동하는 이용자 요인을 가리키며, 후자는 이용자 개개인의 개별적인 특성들을 의미한다.

(4) 지역의 미충족 의료 양상
1) 미충족 발생 영역- 이용자와 관련 종사자 양측을 종합하여 빈번하게, 공통적으로 등장하는 영역들을 중심으로 기술한다.
2) 미충족 원인- 주의할 점은, 이는 조사자나 조사팀에서 생각하는 미충족 원인이 아니라는 것이다. 지역 구성원들이 생각하는 미충족의 원인임을 분명히 해야 한다. 각각의 이용자/ 관련 종사자 집단에서 빈번하게, 공통적으로 등장하는 주제를 중심으로 기술한다.
3) 미충족의 결과/영향- 마찬가지로 이용자와 관련 종사자 양측의 경험을 종합하여 공통적으로 등장하는 주제들을 중심으로 기술한다.
4) 전반적 의료의 미충족- I의 질문지를 참조한다. 4-나-(1)-4)번의 지역 거주 이용자들이 100점 만점으로 매긴 ①②③의 개인별 평균 점수의 집단 전체 평균을 내도록 한다. 그리고 해당 칸에 그래프로 표시하고, 필요시 아래 칸에 부연설명을 한다.

(5) 미충족에 대한 대응 양상
1) 이용자의 대응
① 조사자의 시각에서 긍정적/부정적 대응을 나누지 않는다.
② 가능한 전형적인 심리적인 반응(정서-인지-행동)과 미충족 상태를 해결하기 위한 방략 모두를 기술하도록 한다.
2) 제공자의 대응
① 주의해야 할 점은, 국가나 지자체에서 운영하는 프로그램을 의미하지 않는다는 점이다. 개별 개인-조직-기관 수준에서의 노력을 의미한다.
② 전자의 경우는 6번 항목인 정책적 평가와 제언에 기술하도록 한다.

(6) 정책적 평가와 제언
1) 이용자와 관련 종사자의 시각을 종합한다.
2) 지역 전반을 아우르는 정책의 평가와 대안과, 지역 내 특수 집단을 표적으로 한 정책을 구분하여 기술한다.

(7) 참고자료- 참조한 객관적 통계 자료와 양적 조사 자료의 출처를 명시한다.

C. 종합 보고서 작성 예시

<table>
<tr><td>조사년도: 2018</td><td colspan="2">지역명: 충남 OO군</td><td>조사자: 김창엽</td></tr>
<tr><td colspan="4">1. 지역의 사회적 환경</td></tr>
<tr><td colspan="2">인구 구조적 특성</td><td colspan="2">총 인구 3만 명 중 65세 이상 노인 인구가 약 75%를 차지하며, 최근 10년간 인구의 정체가 지속되고 있음. 노인 인구의 대부분은 농업에 종사하고 있는 반면, 청장년층의 생업은 다양하며, 이들 중 상당수는 교육수준, 정치성향, 의료 행태, 출신지에서 노인층과 뚜렷이 구분되는 귀촌자들임. 그 외 800여명의 결혼 이주자 및 이주 노동자들이 거주하고 있음.</td></tr>
<tr><td colspan="2">사회 기반시설의 특징
(의료 영역 제외)</td><td colspan="2">최근 10년 간 소수의 청장년층 인구 유입으로 교육 인프라는 조금씩 개선되고 있으며, 인근 대도시로의 연결도 양호해지고 있음. 그러나 여전히 면지역을 연결하는 대중교통망의 실정은 여전히 좋지 못함.</td></tr>
<tr><td colspan="2">기타 고려해야 할 사회적 배경과 조건</td><td colspan="2">골프선의 해난 사고 이후 지역 서부의 갈장지는 상당 부분 쇠락한 반면, 동부의 공단이 지역 총생산에서 차지하는 비중이 높고 있음.</td></tr>
<tr><td colspan="4">2. 지역 의료자원의 특성</td></tr>
<tr><td colspan="2">전반적 강점</td><td colspan="2">지역의 공공 의료원이 존재하며 민간부문에 존재하지 않는 일부 전문진료과목을 취급하고 있음. 개인의원 및 보건소에서 1차 의료를 담당하는 의료인들의 만족성과 질에 대해서는 양호한 평가를 얻고 있음.</td></tr>
<tr><td colspan="2">전반적 약점</td><td colspan="2">지역의 공공의료원에 대한 지역 주민들의 신뢰가 낮은 편이며, 의료 생협과 가정의학과 의원 1곳을 제외하고는 포괄적인 1차의료를 표방하는 기관이 없음. 또한 보건지소의 위치가 상당수 노인들이 이용하기 곤란하다는 지적들이 있음.</td></tr>
<tr><td colspan="4">3. 의료 이용 관련 요인</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">의료이용에 관한 기여요인</td><td>개인적 수준 or 요인</td><td>사회적 요인</td></tr>
<tr><td>지역 주민들의 건강에 대한 관심도가 높음. 이것과의 강한 네트워크를 기반으로 정보를 공유하거나 교통수단을 제공받음.</td><td>의료생협과 보건지소의 방문 서비스를 통해 의료 이용을 권유받기도 함.
노인들의 필요에 대한 1차 의료기관(민간)의 무응.</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">의료이용에 관한 방해 요인</td><td>개인적 요인</td><td>사회적 요인</td></tr>
<tr><td>노년층- 낮은 자가통 보급률, 자녀등에게 폐를 끼치기 싫어함.
일부 귀농인들- 현대의학에 대한 불신
결혼 이민자들- 언어장벽에 의해 의료기관 이용시 의사소통 수준이 낮음.</td><td>노년층- 지역의 대중교통 인프라의 미흡함으로 읍내의 의료기관이나 면단위의 보건소로의 접근성이 낮음.
청장년층- 공단의 업무로딩과 근무 일정으로 인해 진료 시간을 확보하지 못하는 경우 있음.</td></tr>
<tr><td colspan="4">4. 지역의 미충족 의료 양상</td></tr>
<tr><td>특징적으</td><td>미충족</td><td colspan="2">의료기관 이용자나 보건의료 종사자 양측에서 공통적으로 교통의</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="4">로 나타나는 미충족</td><td>발생영역</td><td colspan="2">불편으로 인한 실질적 접근성의 영역을 우선적으로 꼽음. 그리고 일부 전문진료과목의 경우 의료원에만 유일하게 존재하는 경우가 있어 선택지가 없음. 그 외에도 이동자등은 119 체계상 지역 바깥으로 이동할 수 없고, 지역 의료원을 들러야 하는 것 때문에 추가적인 비용이 들어가는 점을 중요하게 꼽고 있음.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">미충족 원인</td><td>이용자 관점</td><td>관련 종사자 관점</td></tr>
<tr><td>미흡한 교통인프라, 돈벌이가 되지 않아 실력있고 우수한 의사등이 내려오지 않기 때문이라 생각함.</td><td>미흡한 교통인프라, 과중한 업무로딩에 의한 공공의료원 간호사의 인력난</td></tr>
<tr><td>미충족 결과/영향</td><td colspan="2">정장년층에서는 처음부터 자가용으로 1시간 가까이 걸리는 인근 대도시의 의료기관을 이용하는 경우가 드물지 않음. 노년층에서는 의료이용이 지연되어 예후의 증상이나 질환이 악화되는 사례등이 존재함.</td></tr>
<tr><td>전반적 의료의 미충족 정도</td><td colspan="2">매우낮음(100) 낮은편(75) 보통(50) 높은 편(25) 매우높음(0)
추가 설명: 이동자의 3개 영역 평균 점수의 전체 평균은 50점으로, 의료기관과의 접근성 면에서 특히 낮은 점수를 받은 경향.</td></tr>
<tr><td colspan="2">이용자가 인지하지 못하는(잠재적)미충족</td><td colspan="2">지역 내의 어의사가 없이 타지역에서는 산부인과나 소아정소년과 진료에 대한 불만으로 이어지나, 본 조사에서는 이에 대한 언급이 없었음.</td></tr>
<tr><td colspan="2">조사대상자들의 관점 불일치</td><td colspan="2">실제 공공의료원에서는 타지역에 비해 의사등의 급여를 높게 책정하고 있고, 간호사등의 지원등이 낮은 이유는 높은 업무 로딩 때문이라고 하나, 지역 거주민들은 인건비를 충분히 주지 않기 때문에 의료원의 서비스 질이 낮다고 생각함.</td></tr>
<tr><td colspan="4">5. 미충족에 대한 대응 양상</td></tr>
<tr><td colspan="2">이용자의 미충족 대응</td><td colspan="2">공급자의 미충족 대응</td></tr>
<tr><td colspan="2">정신적, 자녀가 거주하는 인근 대도시나 서울의 상급 종합병원을 처음부터 이용
민간/대체 의료 선호
의료생협 조합원으로 가입</td><td colspan="2">보건지소에서 1일 2회 순환차량 제공
출원자 발생시 민간 준종합병원에서 인근 지역의 같은 재단 병원으로 전원</td></tr>
<tr><td colspan="4">6. 정책적 평가와 제언</td></tr>
<tr><td colspan="2">지역의 보편적 서비스 강화</td><td colspan="2">1) 지역 의료원의 서비스 질 개선, 인력확충
2) 의료취약지의 경우 119가 이용자의 의사를 반영하여 지역 외로도 나갈 수 있는 예외규정</td></tr>
</table>

	3) 농촌 지역의 대중교통 인프라의 개선
지역 내 취약집단을 위한 필요	1) 결혼 이주여성을 위한 산부인과 이동 진료차- 역차별이라는 지적이 있음 2) 거동 불편 노인이나 독거 노인을 위한 방문 간호서비스
7. 참고자료	
통계자료, 양적조사 자료 등 *listing*	

부록 4-3. 시범측정 지역 평가 점검표

III. 지역 단위의 미충족의료 평가 점검표

날짜: 2018. 09. 27~ 28 지역: F41 평가자1: 000 평가자2: ###

표 1 지역 의료기관 이용 거주민

범주		하위범주	조사대상자C	조사대상자B	조사대상자E	조사대상자D	조사대상자F	조사대상자A	조사대상자7	조사대상자8	블포화 주제어
1) 개인의 사회적 배경(의료기관 이용 관련)	대상자 기본 정보	성별/연령	F/67	F/51	M/71	M/39	M/66	F/43			
		학력/직업	고등/요양보호사	전문대졸/주부	고등/서당운영	전문대졸/해당업계 매니저	중등/기능공	고등이상/자개			
	대상자가 바라보는 지역의 사회환경적 특징		아파트 거주자 많고, 이웃간 유대감	아파트 거주자 많고, 서로 간 상호	낙후된 지역, 고령화	번화함을 알수나 살기는	원도심 쇠퇴 젊은층 빠져나감 인자리가 적음				
	지역사회의 인프라(교통망 포함)		근방에 특이사항 없음	승규모 공장이	낙후됨	특별한 것 없음					
	지역 사회 내에서 인이 차한 특수성(지위)		다소 한뚜적인 이웃	보통의 주부	귀가 얼굴자, 혈압 높은분사	적절의 중간관리자	무직이나 다름없는 상태	자녀없이 혼자모 인식			
	사회적 네트워크의 (통)규율/가치)		사회단체모임 계획, 자원봉사	배우자와 같모는 가족이 아님	개인보다 지역주민 고려해야	개 노동시간 자산 미는 수 없음	중증질환이 아니면 1/2만큼는 개 이상해 참고해야				/양로는 같이 하고싶음

2) 의료이용과 연관된 개인의 가용한 자원	경제적(재정적)	상/중/하	상/중/하	상/중/하	상/중/하	상/중/하	상/중/하	상/중/하	상/중/하	
	가족 지지체계	돈채 아들 딸거	남편, 3자녀	부인, 친척등	부모(별거)	부인	남편			
	사회적 지지체계	친구등	이웃주부등	친구, 친우등	직장동료, 친구	지인(보험회사)				
	시간 운용에 대한 통제력	상/중/하	상/중/하	상/중/하	상/중/하	상/중/하	상/중/하	상/중/하	상/중/하	
	이동능력(거동,운전)	상/중/하	상/중/하	상/중/하	상/중/하	상/중/하	상/중/하	상/중/하	상/중/하	
	기타신체/정신적조건	허리통증, 걷기힘듦		암수술 2회			유루스			
	정보에 대한 접근	상/중/하	상/중/하	상/중/하	상/중/하	상/중/하	상/중/하	상/중/하	상/중/하	
	정보의 원천	③	③	①②	②	③	②③			
	가용한 자원의 한계	아파트-이웃간 소음		경제적 부담 경청	소개로 가지 않음. 불이익	검증되지 않은 치료법 권유	수요 혼자 병원 이용하게 됨			
3) 의료이용과 연관된 개인의 인식체계	의료 이용 욕구 인지 시점	아프다고 느끼면	통증 지속시		일상이 안 되면	감각기 마비, 기능이 안될 때	통증 참기 힘든 때			
	건강관련 필요(예방, 치료, 의료이용)	아프면 병원 가야 함. 걸기가 도움이 됨.	미리 정보는 스스로 챙겨야 함	공공병원은 자원을 허비하면 안 됨	질료는 감당할 절차도 정책해야	아는 의사가 가장 좋다고 생각	근병원이 가장 좋음			자원을 허비하면 안됨.
	의료 기관에 대한 판단기준(지향하는 가치)	①②③④⑤	①③④⑤⑦평판	②③	①③④	① ⑦아는의사(소개)	①②③			아는 의사(소개)
4) 지역의료기관에 대한 인식	지역 의료기관에 대한 긍정적 인식	근병원 많음 접근 싹싹해짐	접근성이 좋음	접근성 좋음 대체로 친절	접근성 좋음 간호사 수		친절-양호 시설-양호			
	지역 의료기관에 대한 불만	설명을 잘 안 해줌	설명을 잘 안 해줌	긴 대기시간 예약 어려움	필수적 수술 안함. 건성인 진료	2시간 이상 방치(신경 안씀)	질료절차, 체계 복잡			
	지역 의료기관에 대한 불신	도인환자 차별	실력과 장비가 서울보다 못함		돈 안되는 환자에게 건성, 실력있는 전문의가 부족					

5) 대안적 선택지	존재여부	2)-③	①⑪한의원	2)-⑥⑧	2)-①	2)-⑦⑧	2)-⑥⑦			
	장/단점	(친절)책착함	거리 가까움	친절하게 대함	비용높고 반응성 낮음		체계의 복잡함			
6) 미충족이 발생한경험(미충족 발생내용)	미충족 발생 영역	③	③④대기시간⑥접근 가격	①경제적 ③너무 이른 퇴원지시 ④대기시간, 예약어려움 ⑦약이 많음	②필수적 수술 못함 ③건성인 질료	③ER에서 방치	③낮은 효과성 ④ 복잡한 절차 ⑦어딜 가야할지 모름			
	미충족 경험의 결과와 영향	③ ⑦좌절	③ ⑦타병원의 기관이동	②	③짜증,피해의식 ④⑤	③불안, 답답	③답답, 짜증			
	미충족 경험에 대한 대응(자구책)	④뜸기구	④한의원	①대학병원 ⑤독감신은 바로 듣어감.	①형친구	①보험회사 지인	④침술 ⑤병원 돌림			
	대상자가 생각하는 미충족의 원인	원자가 늦어 시간이 없는 의료인	인구 절벽 적절적 소멸리서의 저하	무료 의료이용으로 인한 도덕적 해이	돈안되는 필자 무시 의료인 대우 부족	마침 의사가 부재 중이라				마침 의사가 부재중이라
7) 이용자가 원하는개선방향	전망과 예측	경쟁으로 나아질 듯	인구 감소로 나빠질 듯	별 변화 없을 듯	별 변화 없을 듯	별 변화 없을 듯				
	이용자의 요구	의사들의 친절	건강보험 항목 범위 확대	도덕적 해이 방지	감호사 충원 전문과목 의사 충원		원자 친화적 진료체계			도덕적 해이 방지

● 색칠된 칸- 지침서 내의 세부주제 일람 항목에서 번호를 골라, 대신 번호를 기입할 수 있음.

2)의료이용과 관련된 개인의 가용한자원	경제적(재정적)	상/중/하	상/중/하	상/중/하	상/중/하	상/중/하	상/중/하	상/중/하	상/중/하	
	가족 지지 체계	부인		부인,동생들, 자녀들(외지)	남편과 아들들(외지)	남편과 두 딸	부인, 아들(고향 내)			
	사회적 지지체계	이웃 엄마들	부녀회		동네친구					
	시간 운용에 대한 통제력	상/중/하	상/중/하	상/중/하	상/중/하	상/중/하	상/중/하	상/중/하	상/중/하	
	이동능력(거동,운전)	상/중/하	상/중/하	상/중/하	상/중/하	상/중/하	상/중/하	상/중/하	상/중/하	
	기타신체/정신적조건			신경계통문제, 고혈압	허리통증	원래 다리아픔	뇌경색, 감상선암			
	정보에 대한 접근	상/중/하	상/중/하	상/중/하	상/중/하	상/중/하	상/중/하	상/중/하	상/중/하	
	정보의 원천	③	③④	③	③	②③	③			
	가용한 자원의 한계						무인-우울증			
3)의료이용과 관련된 개인의 인식	의료 이용 욕구 인지 시점	조금이라도 아프면 바로		감각변화	통증자각, 결기 있음	통증심화	감각변화			
	건강관련 믿음 (예방, 치료, 의료이용)	아프면 바로 병원에 가야	경증은 지역 중증은 도시로	약은 가능한 안 먹기 경증은 지역 지역→도시 병원	의사말 따르기 큰지역 병원이 나음	의사 말 따르기 큰지역 병원 나음	경사는 여러군데서 해봐야 큰병원 나음			경사는 여러 군데서 해봐야
	의료 기관에 대한 판단기준(지향하는 가치)	①③	②③	①②④⑤	①②③	①④⑤	①④⑤⑦			⑦
4)지역의료기관에대한인식	지역 의료기관에 대한 긍정적 인식	도인에게 친근	보건지소-원대조제	보건소의 친근함		지원등이 친절				
	지역 의료기관에 대한 불만	도인 친수 설명 안해줌	자체검사 못함	약 안들듬	설명 안해줌 장비가 나쁨	효과가 떨어짐 장비가 나쁨	전원 안시켜줌			전원 안시켜줌
	지역 의료기관에 대한 불신	진단을 못내림	실력이 떨어질 듯함	실력이 떨어질 듯함	효과성 낮음	돈은 의사 못 믿음	돈 때문이라 생각함			돈때문

5) 대안적 선택지	존재여부	⑤	⑤	③⑤	④⑤	①④	①④			
	장/단점	설명 잘함	설비좋고 실력 나쁨	친절하고 실력 나쁨	친절하고 설명 잘 해줌	설비 좋고 실력 나쁨	설비 좋고 실력 나쁨			
6) 미충족이 발생한경 험(미충족 발생내용)	미충족 발생 영역	①병고 ②민부 전문과 없음 ③	②③⑤	③진료의사 신뢰 안감	①정보 접근성이 떨어짐 ③설명 안해줌	②민부 전문과 부재 ⑤낡은 시설	①원하는곳은 거리가 멂			
	미충족의 미정원과와 영향	②시간이 듦 ④인근 도시로	②시간이 듦 ④인근 도시로	④⑥	②③④ ⑤가짓돈이 들어감	②③④	②시간이 듦 ④인근도시로			⑥
	미충족에 대한 대응(자구책)	②	②	②	⑤사후관리 없음	②③	②			⑤사후관리 없음
	대상자가 생각하는 미충족의 원인	지역 인구 구성 때문	지역인구 감소 의사의 급여가 낮아서	시골은 의사가 싫어해서	지역인구 감소	지역 인구 감소				
7) 이용자가 원하는개 선방향	전망과 예측		소멸할 것	변화 없을 듯	변화 없을 듯	변화없을 듯				
	이용자의 요구	의료인 공급에 정부 지원	의료인 공급, 출산지원, 노인복지 확기	의료인 공급	제대로 된 종합병원	전문진료과	이전(양심적) 전원			노인복지 좋아짐 조기 전원

● 색칠된 칸- 지침서 내의 세부주제 일람 항목에서 번호를 골라, 대신 번호를 기입할 수 있음.

표 2 지역 보건의료 종사자

범주	하위범주	조사 대상자1	조사 대상자2	조사 대상자3	조사 대상자4	조사 대상자5	조사 대상자6	불포화주제어
1)대상자의 직종과 근무기관	직종/직위	간호사/소장	의사/공보의	보건소 직원 다수	일반직/ 실장	의사/원장		
	민간(1,2,3차)/공공(1, 2,3차)/ 비의료기관	공공 1차	공공 1차	공공 1차	민간 2차	민간 2차		
2) 지역 의료 이용의 배경과 조건	지역의 전반적 특성(지리,인구,역사)		대부로 감수록 고령	인구감소지역 고령화 심화	인구감소지역	인구감소지역		
	지자체나 정부의 지역 대상 프로그램(내용/평가)	장기요양제도	재가복지 서비스	치매안심센터	필수 과목에 대한 정부지원	소아& EP지원 (실효없고 적자)		
	의료이용과 연관된 제도적 정책적 배경(국가적 수준)	라도란 복지		치매국가책임제				
3) 지역의 의료자원 특성	의료자원의 분포	3-5개 마을마다 보건진료소	고고령 지역에 의원(-)	불균등한 분포	유일한 종합함	유일한 종합함		
	의료인력 특성	미숙현	양적 부족	양적 부족	양적 부족			
4) 지역의료이용자의특성	지역내 하위집단	외지인, 젊은층		외국인, 취약(외지)인	외국인, 외지인			
	전반적/각각 분위기			서로 섞이지 않음	서로 섞이지 않음			
	집단별 의료기관 선호 양상	노년층-보건진료소	노년층-보건지소		주로 노인들 이용. 전반적으로 타지역기관선호	전반적으로 타지역기관 선호 젊은층 바로 외지로 나감		
5) 대상자가 직/간접 경험한 의료 미충족	주된 미충족 발생 영역	부정함	①교통사정②상급 종병, 의원	②전문과목부재, 종병없음	①②③⑥	②전문과목부재		
	미충족 경험의 결과와 영향	④ 삶전포	①MI사망 ②④		①뇌졸중②④	④		
	대상자가 생각하는 미충족의 원인	부정함	종합병원(-) 의료인 유입 못함	인구 구성의 변화와 인구 감소	지역산업기반 취약	의료전달체계 지원 미흡		
6) 지역 미충족 의료에 대한 개선	현재의 개인적, 조직적, 기관적 노력	서비스질향상	방문진료 서비스		서툴운행 교려	공공성인정 호소		
	제도적,정책적지원에대한요구	보건진료소를 control tower로	지역 요양(병)원		공공성 인정->지원	공공성 인정, 전달체계 정비		

간행물회원제 안내

▶ 회원에 대한 특전

- 본 연구원이 발행하는 판매용 보고서는 물론 「보건복지포럼」, 「보건사회연구」도 무료로 받아보실 수 있으며 일반 서점에서 구입할 수 없는 비매용 간행물은 실비로 제공합니다.
- 가입기간 중 회비가 인상되는 경우라도 추가 부담이 없습니다.

▶ 회원종류

- 전체간행물회원 : 120,000원
- 보건분야 간행물회원 : 75,000원
- 사회분야 간행물회원 : 75,000원
- 정기간행물회원 : 35,000원

▶ 가입방법

- 홈페이지(www.kihasa.re.kr) - 발간자료 - 간행물구독안내

▶ 문의처

- (30147) 세종특별자치시 시청대로 370 세종국책연구단지 사회정책동 1~5F
  간행물 담당자 (Tel: 044-287-8157)

KIHASA 도서 판매처

- 한국경제서적(총판) 737-7498
- 교보문고(광화문점) 1544-1900
- 영풍문고(종로점) 399-5600
- 서울문고(종로점) 2198-2307
- Yes24 http://www.yes24.com
- 알라딘 http://www.aladdin.co.kr