

〈특별기고〉

도시와 농촌 간 건강불평등

윤 태 호* · 김 지 현*

I. 서 론

불평등이란 '평등'의 반대말로 '같지 않다'는 점을 전제로 한다. 하지만, 이는 '다르다', '동일하지 않다'는 의미의 '차이'와는 다르다. 차이는 수평적, 수직적 측면을 모두 포괄하는 반면, 불평등은 수직적 차이에만 관련이 있다. 따라서 불평등에는 단순한 차이가 아니라 '좋다', '나쁘다' 등의 평가가 들어 있으며, 그런 속성이 있는 것들이, 그렇게 평가되는 차이들이 불평등이 된다(윤도현, 김성희, 김정훈, 2004).

건강불평등이 우리 사회의 불평등 현상을 설명하는 주요한 개념으로 자리 매김 되고 있다. 특히, 경제위기 이후 건강불평등에 대한 관심이 급증하였으며, 이에 대한 국내 연구도 활성화되고 있다. 건강불평등 연구의 대상은 개인과 지역으로 대별할 수 있는데, 대다수의 연구는 개인적 수준의 사회경제적 지위에 따른 건강 불평등(이선민, 1996; 조홍준, 1997; 송윤미, 1998; 김현주, 1999; 손미아, 2002; 윤태호, 2003; Khang, Lynch, Yoon, & Lee, 2003)에 관한 것이었으나, 지역 수준 또는 도시와 농촌간 건강불평등에 대한 연구들도 없는 것은 아니었다. 지역 단위 조사에서는 주로 사망률을 이용한 연구(정혜경, 1990; 김재용, 성주현 및 신영수 2001; 윤태호, 2003)가 많았으며, 건강행태(이중정, 양진훈 및 황태영, 2005), 삶의 질(오승환과 윤동성, 2005), 구강보건(윤영숙, 2006), 영양섭취(최미경, 김현숙, 이원영, 이효민, 제금련 및 박정덕, 2005) 등에

대한 연구들도 있었다. 하지만, 이들 연구들은 도시와 농촌 간 건강 불평등의 일부분만을 보여주었을 뿐, 전반적인 건강불평등의 현주소를 파악하는 데에는 한계가 있다.

건강 불평등은 사회적, 경제적 불평등으로 인해 사회 구성원들의 삶이 얼마나 영향을 받는 지를 판단할 수 있는 유력한 수단이 될 수 있다. 왜냐하면, 건강은 한 개인 또는 인구집단이 처한 삶의 조건에 우리의 신체와 정신이 반응한 결과이기 때문이다. 특히, 지역간 건강불평등은 지방자치가 강조되는 시점에서 지역 균형발전을 평가하는데 중요한 지표가 될 수 있다. 예컨대, 올해 초 한겨레 신문(2006)의 기획기사에서 지적한 서울 강북구에 사는 사람이 질병·사고로 숨질 가능성이 서초구에 사는 사람보다 30% 높고, 전국에서 사망률이 가장 높은 합천군은 가장 낮은 서초구보다 2배 더 높다는 사실은 단순히 건강상의 차이를 넘어 지역간 불균형 발전을 종합적으로 평가하는 것으로 볼 수 있다. Sen(1999)은 건강과 사회적·경제적 발전 사이에 밀접한 관련성이 있으며, 사회가 그 구성원들의 복지를 증진시키기 위해 힘쓰고 있는지를 알려면 건강(수준)을 조사해보면 된다고 하였다. 지역간 불평등 특히, 도시와 농촌 간 불평등 문제는 우리 사회가 풀어야 할 주요한 숙제 중의 하나이다.

본 연구의 목적은 전국 규모의 자료를 활용하여 우리나라의 도시와 농촌 지역의 건강수준 및 보건의료서비스 이용의 차이를 종합적으로 분석하여, 향후 도시와 농촌 간 건강불평등을 해소하기 위한 정책 방안 수립을 위한 기초적 자료를 제공하기 위함이다.

* 부산대학교 의학전문대학원 예방의학 및 산업의학 교실(교신저자 윤태호 E-mail: yoonth@pusan.ac.kr)

II. 연구 방법

1. 자료원

본 연구에서 활용한 자료는 통계청 홈페이지를 통한 인구센서스 자료, 2004년 사망등록통계 원자료, 그리고 2001년 국민건강조사 원 자료이다. 가장 최근의 국민건강조사는 2005년도에 수행되긴 하였으나, 아직 원자료가 제공되고 있지 않으므로, 가장 최근 조사인 2001년 원자료를 활용하였다.

통계청 사망 자료는 도시와 농촌이 아니라 행정구역으로 구분되어 있어서 시 지역은 도시로 군 지역은 농촌지역으로 분류하였다. 사망률의 산출에서 분모는 주민등록자료를 이용한 2004년 연앙인구수를 적용하였으며, 분자는 사망자수로 하였다. 연령표준화사망률의 계산에서 표준인구는 2004년도 우리나라 전체 연령구간별 인구수를 적용하였고, 연령구간은 0-84세 까지는 5세 간격으로 하였으며, 85세 이상은 동일 연령 군으로 간주하였다.

국민건강조사 원 자료에서는 행정구역이 '동'으로 표시된 지역을 도시로, '읍' 또는 '면'으로 표시된 지역을 농촌으로 정의하였으며, 모든 통계치는 가중치를 적용하여 산출하였다.

2. 분석 방법

도시와 농촌 간 인구구조, 사망률, 주관적 건강수준 및 정신적 건강, 유병률, 사고, 건강행태, 의료이용의 차이를 주요 분석 대상으로 삼았다. 인구구조는 1995년과 2005년 인구센서스 자료를 활용하여 0-14세, 15-64세, 65세 인구분포를 비교하였고, 도시화율과 노인부양비를 산출하여 그 차이를 비교하였다. 사망률은 성별 사망률과 10대 원인별 사망률(암, 뇌혈관질환, 심혈관질환, 자살, 간질환, 당뇨병, 운수사고, 만성하기도질환, 추락사

고, 고혈압성 질환)을 비교 분석하였으며, 인구구조의 차이를 감안하여 조사망률과 연령표준화사망률을 각각 제시하였다. 상병률은 전체 만성질환, 고혈압, 당뇨병, 관절염, B형 간염, 고콜레스테롤혈증을 사고는 사고경험률, 자살생각, 자살시도율을 건강행태는 흡연율, 음주율, 알코올존도, 운동실천율, 건강검진율, 비만율을 포함하였다. 그리고 의료이용에서는 의료기관의 분포, 외래 및 입원 이용율, 의료기관에 대한 접근도(소요 시간 및 교통비), 상용치료원, 건강정보원 등을 포함하였다. 본 연구에 제시된 모든 통계분석은 SAS v 9.1을 이용하였다.

III. 연구 결과

1. 도시와 농촌 간 인구학적 구조

우리나라의 인구구조는 지난 10년간 도시지역으로 계속해서 집중되는 현상을 보이고 있다. 1995년 도시지역의 인구는 78.5%였으며, 2005년에는 81.5%가 도시지역에 분포되어 있다. 경제활동연령층인 15-64세 인구는 감소하는 반면, 부양인구인 0-14세 인구와 65세 노인인구는 뚜렷하게 증가하는 경향을 보이고 있다. 특히, 노인부양비의 농촌지역 증가가 두드러진다. 이는 농촌지역의 경제활동력은 감소하는 반면, 사회적 부양의 책임이 그만큼 증가함을 의미하는 것이다(표 1).

2. 도시와 농촌 지역 간 사망률의 차이

우리나라의 2004년도 인구 10만명당 조사망률은 도시지역의 경우 남성이 495.33, 여성이 401.01이며, 농촌지역의 경우에는 남성이 1,078.05, 여성이 878.34으로, 농촌지역이 도시지역에 비해 남성은 2.18배, 여성은 2.19배 더 높다. 하지만, 연령표준화사망률의 지역 간 차이는 현격하게 감소하여 남자는 1.24배, 여자는 1.07

〈표 1〉 도시와 농촌의 인구 구성 현황

	1995년			2005년		
	계	동지역	읍면지역	계	동지역	읍면지역
전국	44,553 (100.0)	34,992 (100.0)	9,562 (100.0)	47,041 (100.0)	38,338 (100.0)	8,704 (100.0)
0-14세	10,236 (23.0)	8,307 (23.7)	1,929 (20.2)	8,986 (19.1)	7,491 (19.5)	1,495 (17.2)
15-64세	31,678 (71.1)	25,171 (71.9)	6,507 (68.1)	33,690 (71.6)	28,100 (73.3)	5,590 (64.2)
65세이상	2,640 (5.9)	1,515 (4.3)	1,126 (11.8)	4,365 (9.3)	2,747 (7.2)	1,618 (18.6)
노인 부양비	8.3	6.0	17.3	12.9	9.8	28.9
도시화율		78.5			81.5	

* 자료원 : 1995년, 2005년도 인구센서스

배인 것으로 나타났다(표 2).

〈표 2〉 성별, 지역별 조사망률과 연령표준화사망률
(단위: 십만명당)

	조사망률		연령표준화사망률	
	남자	여자	남자	여자
도시	495.3	401.0	540.4	448.7
농촌	1,078.1	878.3	668.6	478.3
농촌/도시	2.18	2.19	1.24	1.07

* 행정구역상 '시'인 지역은 도시로, '군'인 지역은 농촌으로 분류함

주요 10대 사망원인별 조사망률에서는 남자와 여자 모두에서 농촌지역의 사망률이 도시지역에 비해 높았다. 이에 비해 표준화사망률은 도시와 농촌간의 지역 격차가 급감하며, 사망원인별로 서로 다른 양상을 보이고 있다. 뇌혈관질환, 심장질환은 남자와 여자 모두에서 도시지역의 사망률이 더 높았으며, 암, 당뇨병, 추락사고는 여성에서 도시지역의 사망률이 더 높았다. 연령표준화사망률에서도 농촌지역의 사망률이 여전히 높은 주요 사망원인은 자살, 간질환, 운수사고, 만성하기도 질환이며, 특히 운수사고와 자살, 그리고 남성에서의 간질환이 농촌지역에서 특이하게 높았다(표 3).

3. 주관적 건강수준과 정신적 건강

주관적 건강수준의 경우, 자신이 건강하다고 인식하고 있는 대상자의 비율은 농촌지역이 도시지역에 비해 남성과 여성 모두에서 상당히 낮으며, 특히 여성에서 그 차이가 더 큰 것으로 나타났다. 연령을 표준화하면, 그 차이는 줄어들긴 하지만, 여전히 농촌지역 주민들이 도시지역에 비해 남성과 여성 모두에서 더 불건강한 것으로 나타났다. 이에 비해 건강염려도, 우울감, 스트레스 인지도 등 건강의 정신적 차원을 의미하는 지표들에서는 남녀간에 사뭇 다른 양상을 보이고 있다. 이들 세 가지 지표에서 남성의 경우, 건강염려도와 우울감은 두 지역간 차이는 거의 없었고, 스트레스 인식도는 도시지역에서 더 높았음에 비해 여성에서는 농촌지역 거주자들이 도시지역 거주자들보다 모두 높았다(표 4).

4. 건강행태

농촌지역 남성들의 흡연율은 조울과 연령표준화율 모두에서 도시지역에 비해 더 높았으나, 여자는 연령을 표준화했을 때에는 도시지역보다 더 높은 것으로 나타나,

농촌지역 노인들이 도시지역 노인들에 비해 흡연율이 높음을 알 수 있다. 음주율과 중등도음주 초과율은 남녀 모두에서 도시지역이 더 높았으나, 과음과 알콜의존도는 다른 양상을 보였다. 주1회 이상의 과음에서는 농촌지역 여성들이 도시지역에 비해 월등히 높았고, 알콜의존도에서도 남성보다는 여성에서 도농간 차이가 큰 것으로 나타났다.

〈표 3〉 주요 10대 사망원인별 도시와 농촌 간 사망률 차이
(단위: 십만명당)

	조율		연령표준화율	
	남자	여자	남자	여자
암				
도시	151.31	88.84	165.57	97.41
농촌	318.33	160.89	187.21	95.05
농촌/도시	2.10	1.81	1.13	0.98
뇌혈관질환				
도시	60.03	66.01	67.11	74.81
농촌	121.99	140.47	66.35	71.51
농촌/도시	2.03	2.13	0.99	0.96
심장질환				
도시	35.98	31.90	39.39	36.11
농촌	59.71	60.19	36.37	31.61
농촌/도시	1.66	1.89	0.91	0.88
자살				
도시	30.40	14.02	31.54	14.63
농촌	49.60	22.91	41.60	19.15
농촌/도시	1.63	1.63	1.32	1.31
간질환				
도시	27.31	6.38	28.38	6.89
농촌	61.41	13.02	49.78	8.31
농촌/도시	2.25	2.04	1.75	1.21
당뇨병				
도시	21.68	22.08	23.92	24.95
농촌	44.07	44.04	27.06	23.12
농촌/도시	2.03	1.99	1.13	0.93
운수사고				
도시	20.94	7.77	21.60	8.23
농촌	61.17	20.54	50.24	15.27
농촌/도시	2.92	2.64	2.33	1.86
만성하기도질환				
도시	17.57	11.05	20.15	12.63
농촌	54.97	29.88	26.74	14.61
농촌/도시	3.13	2.70	1.33	1.16
추락사고				
도시	8.03	5.07	8.50	5.72
농촌	12.08	7.87	8.62	4.01
농촌/도시	1.50	1.55	1.01	0.70
고혈압성질환				
도시	5.98	12.02	6.74	13.72
농촌	14.77	29.40	7.77	14.63
농촌/도시	2.47	2.42	1.15	1.07

〈표 4〉 주관적 건강수준과 정신적 건강의 지역 간 차이
(단위: %)

	조율		연령표준화율	
	남자	여자	남자	여자
주관적 건강상태				
도시	88.06	81.22	87.45	79.83
농촌	77.29	64.33	81.60	72.83
농촌/도시	0.88	0.79	0.93	0.91
건강염려도				
도시	69.42	73.34	69.60	73.53
농촌	68.29	78.99	67.31	77.47
농촌/도시	0.98	1.08	0.97	1.05
우울감				
도시	52.60	68.58	52.76	68.34
농촌	52.21	71.30	51.64	71.63
농촌/도시	0.99	1.04	0.98	1.05
스트레스 인식도				
도시	34.74	34.19	34.37	34.07
농촌	31.54	38.56	32.76	38.22
농촌/도시	0.91	1.13	0.95	1.12

12세 이상 인구 대상

중등도 및 고강도 운동실천율에서는 농촌지역 주민들이 남녀 모두에서 도시지역에 비해 낮았는데, 이러한 차이는 특히 여성에서 더욱 두드러졌다. 비만율은 남녀간에 다른 양상을 보이는데, 남성에서는 도시지역의 비만율이 더 높은 반면, 여성에서는 농촌지역의 비만율이 더 높았다. 건강검진율에서는 남성의 경우 지역간 별 차이를 보이지 않았고, 여성의 경우 도시지역에서 약간 낮았다(표 5).

5. 주요 만성질환 유병률

주요 만성질환 유병률의 농촌과 도시 간 조율과 표준화율 차이는 서로 다른 양상을 보이고 있다. 조율에서는 B형간염항원보유율과 고콜레스테롤혈증을 제외하고는 모두 농촌지역에서 유병률이 더 높았으나, 연령표준화율에서는 전체 만성질환유병률과 검진 당뇨병률, 의사진단 관절염 유병률에서만 농촌지역의 유병률이 더 높았다. 특히, 여성의 연령표준화 고혈압과 당뇨병의 경우, 의사진단에 의한 유병률은 각각 0.85배, 0.84배로 도시지역이 높는데 비해, 검진에 의한 경우는 1.03배, 1.00배로 농촌지역이 약간 높거나 동일한 결과를 보이고 있다. 이는 이들 두 질환에서 농촌지역의 미충족 의료 크기가 더 크다는 것을 암시하고 있다(표 6).

〈표 5〉 주요 건강행태에서의 성별, 지역별 비교
(단위: %)

	조율		연령표준화율	
	남자	여자	남자	여자
흡연율				
도시	53.09	4.52	52.60	4.75
농촌	58.30	6.26	58.96	4.07
농촌/도시	1.10	1.38	1.12	0.86
음주율				
도시	62.38	27.33	61.93	26.18
농촌	54.90	19.29	57.14	24.28
농촌/도시	0.88	0.71	0.92	0.93
중등도음주초과율				
도시	43.99	16.86	43.78	16.00
농촌	38.08	10.39	38.47	13.90
농촌/도시	0.87	0.62	0.88	0.87
과음: 주1회이상				
도시	4.93	0.28	4.89	0.26
농촌	4.11	0.93	4.51	1.28
농촌/도시	0.83	3.32	0.92	4.92
알콜의존율(현재음주자 중)				
도시	25.55	10.37	25.50	10.34
농촌	26.40	13.33	27.16	14.52
농촌/도시	1.03	1.29	1.07	1.40
중등도운동실천율				
도시	24.09	19.83	24.59	19.93
농촌	18.27	12.34	19.01	13.78
농촌/도시	0.76	0.62	0.77	0.69
고강도운동실천율				
도시	14.95	11.55	15.06	11.55
농촌	11.23	6.81	11.80	7.86
농촌/도시	0.75	0.59	0.78	0.68
비만율(BMI)=25)				
도시	33.35	27.99	33.17	28.77
농촌	28.72	35.34	30.02	34.89
농촌/도시	0.86	1.26	0.91	1.21
건강검진율				
도시	55.20	45.88	55.23	45.94
농촌	55.38	42.73	56.40	43.78
농촌/도시	1.00	0.93	1.02	0.95

12세 이상 인구 대상

현재음주 : 평소에 술을 자주 또는 가끔 마심

중등도음주율 : 1회 음주 시 남자는 소주 5잔 이상, 여자 및 65세 이상 노인은 소주 3잔 이상의 음주

과음 : 만취하도록 마심

6. 사고 및 자살

평생 동안 사고를 경험한 비율은 남성과 여성 모두 농촌지역이 도시지역보다 더 높았으며, 연령을 표준화했을 시에는 약간 감소되긴 하였으나, 남성에서는 여전히 높

<표 6> 만성질환의 도시와 농촌 간 유병률의 차이 (단위: %)

	조율		연령표준화율	
	남자	여자	남자	여자
만성질환 유병률				
도시	41.05	46.71	42.15	48.76
농촌	51.48	61.69	44.97	51.15
농촌/도시	1.25	1.32	1.07	1.05
의사진단 고혈압유병률(30세이상)				
도시	8.52	10.11	9.34	11.58
농촌	11.71	14.07	9.16	9.79
농촌/도시	1.37	1.39	0.98	0.85
검진 고혈압유병률(30세이상)				
도시	31.50	20.43	32.30	22.31
농촌	32.94	28.75	30.72	22.88
농촌/도시	1.05	1.41	0.95	1.03
의사진단 당뇨병유병률(30세이상)				
도시	4.41	4.00	4.79	4.58
농촌	5.76	5.12	4.58	3.85
농촌/도시	1.31	1.28	0.96	0.84
검진 당뇨병유병률(30세이상)*				
도시	7.11	6.35	6.86	6.47
농촌	9.27	7.86	8.60	6.45
농촌/도시	1.30	1.24	1.25	1.00
관절염 의사진단(30세 이상)				
도시	7.35	19.28	7.70	20.96
농촌	13.20	31.92	9.96	24.55
농촌/도시	1.80	1.66	1.29	1.17
B형간염항원보유율				
도시	4.71	4.25	4.66	4.19
농촌	4.58	3.67	4.52	3.84
농촌/도시	0.97	0.86	0.97	0.92
고콜레스테롤혈증**				
도시	9.42	9.40	9.08	9.52
농촌	6.35	10.91	6.00	8.77
농촌/도시	0.67	1.16	0.66	0.92

* 공복혈당치 126mg/dl 이상

** 혈중 콜레스테롤치 240mg/dl 이상

은 경향을 보였다. 이에 비해 지난 1년간 사고 경험율과 지난 2주간 사고 경험률에서는 남성과 여성 모두 농촌지역에서 약간 높은 것으로 나타났으나, 연령표준화율에서는 지역 간 두드러진 차이를 보이지는 않았다.

자살과 관련하여, 자살에 대한 생각은 남성과 여성 모두에서 농촌지역에서 약간 높은 것으로 나타났다. 하지만, 실제 자살시도율은 자살에 대한 생각보다 농촌과 도시 간 차이가 현격히 존재하였으며, 이는 연령표준화를 하면 오히려 증가하였다(표 7).

<표 7> 사고 및 자살의 지역 간 차이 (단위: %)

	조율		연령표준화율	
	남자	여자	남자	여자
평생 사고 경험율				
도시	12.10	6.53	12.36	6.96
농촌	17.28	9.00	15.78	7.49
농촌/도시	1.43	1.38	1.28	1.08
연간 사고 경험율				
도시	1.57	0.95	1.58	1.00
농촌	1.67	1.11	1.63	0.99
농촌/도시	1.06	1.17	1.03	0.99
2주간 사고 경험율				
도시	0.54	0.38	0.53	0.40
농촌	0.62	0.46	0.53	0.44
농촌/도시	1.15	1.21	1.00	1.10
자살에 대한 생각				
도시	14.84	22.82	15.04	23.07
농촌	15.87	26.25	15.49	23.93
농촌/도시	1.07	1.15	1.03	1.04
자살시도율				
도시	0.84	0.75	0.85	0.74
농촌	1.25	1.16	1.52	1.16
농촌/도시	1.49	1.55	1.79	1.57

7. 보건의료서비스 이용

도시와 농촌 간 연령표준화 의료이용률을 살펴보면, 연간 입원율에서 남성의 경우 도시와 농촌 간 차이는 거의 없으며, 여성은 오히려 도시지역에서 약간 높았다. 최근 2주간 외래 이용률에서는 입원과 달리, 남성과 여성 모두에서 농촌지역 거주자들이 외래이용을 더 많이 하였다(표 8).

<표 8> 지역 간 의료이용률의 차이(연령표준화)

	연간 입원율		2주간 외래이용율	
	도시	농촌	도시	농촌
남자	3.39	3.37	16.61	17.41
여자	2.96	2.84	21.59	22.59

의료기관을 이용한 대상자 중에서 연간 평균입원일수는 도시지역이 17.24일임에 비해, 농촌지역은 21.78일로 약 4일 정도 길었다. 이에 비해 지난 2주간 평균외래 방문 횟수에서는 도시지역이 1.9회, 농촌지역이 1.95회로 별 차이를 보이지 않았다. 의료기관까지 걸리는 시간은 농촌지역이 도시지역에 비해 평균 10분 더 긴 것으로 나타났고, 본인부담교통비 역시 농촌지역에서 약 1천원 정도 더 많이 지출하였다. 즉, 농촌지역 주민들이 의료서

비스를 이용하는데 진료비 외의 간접비용이 더 많이 소요된다는 것이다(표 9).

〈표 9〉 지역 간 의료서비스 이용자의 의료이용량, 소요시간, 교통비 부담의 차이(연령표준화)

	소요 시간(분)	평균비용(천원)
의료기관까지 시간		
도시	19.08	1.99
농촌	29.83	2.95

상용치료원에 대하여 도시지역 거주자는 67.17%가 없는데 비해, 농촌지역 거주자는 71.84%가 없는 것으로 응답하였다. 농촌지역은 도시지역에 비해 보건소 등 공공보건기관을 상용치료원으로 하는 경우가 상대적으로 높았으나, 3차 진료기관, (종합)병원, 의원, 한방병의원, 약국을 상용치료원으로 하는 비율은 모두 도시지역보다 낮은 것으로 파악되었다. 즉, 농촌지역은 공공보건기관에 의존하는 비율이 상대적으로 높음을 알 수 있다(표 10).

건강에 대한 정보원에 대하여 도시지역과 농촌지역 모두에서 방송매체를 가장 많이 선택하였고, 없다고 응답한 경우는 도시지역이 9.91%, 농촌지역이 11.55%로 농촌지역이 약간 높았다. 농촌지역 거주자들은 도시지역에 비해 병의원, 보건소에서 정보를 얻는다는 응답이 상대적으로 많았던 반면, 문자매체와 인터넷을 통한 경우는 상대적으로 낮았다.

VI. 논 의

도시와 농촌의 인구구조의 차이를 보정하기 위해서 연령을 표준화하여 비교한 결과에서도 도시와 농촌 간 사망률 및 이환율, 사고 및 자살, 주관적 건강수준과 정신적 건강, 보건의식행태, 의료 이용에서, 연령을 보정하기 전에 비해 그 절대적 크기는 줄었지만, 전반적으로 여전히 차이가 있는 것으로 나타났다. 하지만, 도시와 농

촌 간 건강불평등은 어떠한 보건지표를 사용하는가에 따라 사뭇 다른 양상으로 나타남을 확인할 수 있었다.

사망률의 경우, 조사망률에서는 모두 농촌지역이 도시지역에 비해 2-3배 가량 높았으나, 연령을 표준화한 이후에는 이러한 차이는 상당히 약화되었으며, 뇌혈관질환, 심장질환은 남녀 모두에서 도시지역이 더 높았다. 연령을 표준화한 후에도 도농간 비교적 큰 차이를 보이는 사망원인은 남녀 모두에서 자살, 간질환, 운수사고, 만성하기도 질환으로, 이들 사망원인은 도시보다는 농촌지역의 특수한 환경에 기인하는 바가 크다. 예컨대, 도시지역에 비해 농약에의 위험 노출, 간디스토마나 알콜 중독의 위험, 높은 교통사고율, 응급의료서비스 이용의 낮은 접근성은 인구학적 특성보다는 농촌지역의 환경, 구조적 특성에 기인하는 것으로 볼 수 있다. 특히, 자살과 관련하여 자살 시도율은 남녀 각각 농촌지역이 도시지역에 비해 1.79배, 1.57배로 높은 것으로 나타나, 농촌지역의 자살 문제에 우리 사회가 적극적으로 대처해야 함을 시사하고 있다. 우리나라의 시군구 연령표준화사망률의 격차는 2배 정도인 것으로 알려져 있는데 비해(한겨레신문, 2006), 본 연구에서 그 차이가 상당히 줄어든 것은 소지역 효과에 의한 것으로 판단된다. 즉, 본 연구에서는 시군구 단위가 아니라, 도시와 농촌 지역으로 분류되었기 때문에 시군구의 소단위로 분류하여 측정할 것 보다 그 효과의 크기가 상당부분 희석될 수 있다는 것이다.

건강행태에서는 흡연율은 농촌지역에서 더 높은 경향을 보였고, 음주율은 도시지역에서 더 높았으나, 여성에서의 과음율과 알콜의존율은 오히려 도시지역에서 더 높았다. 이는 농촌지역 주민들이 더 위험한 음주습관을 가지고 있음을 의미하며, 특히 농촌 여성들에서의 지역간 차이가 더 큰 것으로 나타나 이에 대한 대책이 마련되어야 할 것으로 보인다. 중등도 및 고강도 운동실천율은 도시지역이 더 높았고, 비만율은 남성에서는 도시지역이 높았으나, 여성에서는 오히려 농촌지역에서 높았다. 이는

〈표 10〉 지역 간 상용치료원의 현황 (단위: %)

상용치료원	전체	없음	3차 진료기관	종합병원/병원	의원	보건(지)소/ 보건진료소	한방병의원	약국	기타
도시	100.00	67.17	4.68	6.10	18.53	0.56	0.97	1.83	0.16
농촌	100.00	71.84	2.61	4.20	16.47	3.31	0.44	0.90	0.22

〈표 11〉 지역 간 건강정보원 현황 (단위: %)

건강정보원	전체	방송매체	문자매체	가족	학교/직장	병의원	보건소	인터넷	기타	없음
도시	100.00	53.77	12.05	6.75	4.52	7.81	0.44	4.36	0.38	9.91
농촌	100.00	56.41	6.55	6.17	3.75	10.90	1.82	2.42	0.44	11.55

농촌지역, 특히 여성들을 대상으로 하는 운동사업이 강화될 필요가 있음을 시사해 주고 있다. 농촌지역에 적합한 운동사업, 예컨대, 걷기사업 등을 지역사회에서 활성화할 필요가 있다.

유병률은 사망률에 비해 도시와 농촌간 차이가 두드러지지 않지만 차이가 있는 것으로 나타났다. 하지만, 이 역시 연령표준화한 이후에는 그 차이가 상당히 줄어들었다. 특히, 검진을 통한 고콜레스테롤혈증은 농촌지역보다 도시지역에서 더 높았다. 고혈압과 당뇨병의 표준화율에서 의사진단에 의한 유병률은 도시지역이 높은 반면, 검진에 의한 유병률은 농촌지역이 높거나 도시지역과 비슷한 양상을 보였다. 이는 고혈압과 당뇨병에 대한 미충족 의료가 농촌지역이 도시지역에 비해 더 높음을 의미하는 것으로, 농촌지역에 대한 지역사회 고혈압, 당뇨병 사업이 강화될 필요가 있음을 시사해 주고 있다.

사고 및 자살과 관련하여 평생 사고 경험률은 농촌 남성들에서 특히 높았는데, 이는 농촌 남성들의 도시 남성들에 비해 사고 위험에 더 많이 폭로됨을 의미하는 것으로 공장 중심의 안전 뿐 아니라 농어업 종사자에 대한 안전도 중요한 보건사업이 되어야 함을 의미하고 있다. 자살에서는 농촌 여성의 자살 시도율이 도시지역에 비해 1.5배 이상 높은 것으로 나타났다. 이는 농촌 여성들이 정신건강의 차원에서 더 위협적인 환경에 노출되어 있음을 의미하며, 앞서의 농촌 여성의 상대적으로 높은 과음율, 알콜의존도와도 밀접한 관련성이 있을 것으로 판단된다. 이러한 결과는 농촌지역 여성을 대상으로 한 정신적 지지 등 정신보건사업이 매우 중요함을 암시하는 것이기도 하다.

농촌의 취약한 의료기관 분포와 이로 인한 의료서비스의 접근성 감소와 의료서비스 이용에 있어서 간접비용의 증가는 도농간 건강불평등의 차이를 일부 설명할 수 있을 것이다. 의료이용의 불평등과 관련하여 2004년 현재 농촌지역에 소재하고 있는 병원은 전체 병원의 14.1%, 의원은 8.8%에 불과하였으며, 이는 2005년 인구센서스 조사에서 농촌지역 인구의 비율이 18.5%라는 점을 고려하더라도 낮은 수치이다(보건복지부, 2005). 더군다나, 농촌은 도시에 비해 지역이 매우 넓고, 의료서비스를 필요로 하는 인구 역시 높다는 점을 감안한다면, 실제 체감하는 의료기관의 지역적 분포의 불균형적과 의료서비스에 대한 접근성 제한이 더욱 심각함을 짐작해 볼 수 있다. 본 연구에서도 농촌지역 주민들은 도시지역에 비해 의료이용을 많이 하지만, 의료이용의 접근도가 낮은

것으로 나타났으며, 상용치료원 비율에서도 도시지역보다 더 낮은 것으로 파악되었다. 농촌지역이 도시지역보다 주민들의 소득과 교육수준이 낮고, 지방자치단체의 재정자립도가 낮다는 점을 고려할 때, 도시와 농촌 간 건강불평등의 격차를 줄이기 위해서는 의료서비스에 대한 접근성과 간접비용을 줄이기 위한 국가 차원의 정책적 노력은 농촌과 도시지역 간 건강불평등을 줄이는데 매우 의미가 있을 것이다.

이렇듯, 농촌지역과 도시지역의 건강수준 및 의료이용에 차이가 나타나는 것은 구성적 설명(Compositional)과 맥락적(Contextual) 설명이 있다(Macintyre & Ellaway, 2000). 구성적 설명은 지역에 사는 사람들의 구성이 다르기 때문에 건강수준의 차이가 발생한다는 것이다. 빈곤층은 부유층보다 일찍 사망하기 때문에 빈곤층이 많이 사는 지역의 평균수명이 낮다는 설명이다. 이에 비해 맥락적 효과는 지역 자체의 효과이다. 개인적으로 얼마나 빈곤한가와와는 무관하게, 기후가 온후하고, 좋은 서비스와 편의시설이 존재하는 지역에서 살면 더 오래 살 수 있다는 것이다. 건강불평등이 개인적 차이에서 기인하는지, 지역적 차이에서 기인하는지를 규명하기 위한 방법으로 대표적인 것이 다수준분석이다(Jones, 1991). 지금까지의 지역적 건강불평등을 설명하는 주요 연구들은 구성적 효과에 초점을 맞추었지만(Duncan, Jones, Moon, 1993; Reijneveld & Schene, 1998), 구성적 효과만으로는 건강과 건강행태의 변이를 모두 설명할 수 없다는 연구들도 있다(Haan, Kaplan, Camacho, 1987). Macintyre 등(2000)은 부정확한 측정이나 측정되지 않은 개인적 특성 때문에, 혹은 모형을 잘못 선택하거나 잔여 혼란효과 때문에 맥락적 효과가 존재하는 것처럼 보일 수 있지만, 대부분은 이러한 맥락적 효과가 존재하며 단순한 통계적 간접효과는 아니라고 결론을 내리고 있다. Macintyre(1997)는 맥락적 효과와 관련하여 지역적 특성이 건강에 영향을 줄 수 있는 요인으로 지역 내 모든 주민들이 공유하는 물리적 환경의 특성, 가정, 일터, 놀이에서 건강한 환경을 확보할 수 있는 지 여부, 일상의 삶에서 사람들을 지원하는 공공, 민간 서비스, 지역의 사회문화적 특성, 지역에 대한 평판 등 5가지를 제시한 바 있다. 이러한 요인들은 우리나라에서의 지역간 건강불평등 연구를 하는데도 활용 가능할 것이다.

아직까지 우리나라에서 지역간 건강수준의 차이가 구성효과에 의한 것인지 맥락적 효과에 의한 것인지에 대

해 분석한 연구는 흔하지는 않다. 김명희(2002)는 대사증후군을 대상으로 다수준 분석을 한 결과, 개인의 사회경제적 지위를 보정한 상태에서 지역박탈 수준이 유의한 예측인자로 나타나 지역의 맥락적 효과가 존재하며, 그 효과는 구성적 효과에 비해 크지 않았지만 인구규모를 감안할 시에는 국민보건에 미치는 영향이 크다는 점을 강조하였다. 이러한 측면에서 볼 때, 농촌지역의 건강불평등은 단순히 농촌지역이 소득수준이나 교육수준이 낮다는 것만으로는 설명할 수 없으며, 단순히 인구구성의 차이에 의한 것이 아니라 농촌지역의 특성을 고려한 자원배분과 함께 건강에 유해한 농촌지역의 환경 관리 등이 지역간 건강불평등을 줄이기 위한 정책으로 고려될 필요가 있다.

본 연구는 농촌지역과 도시지역의 건강수준 및 의료이용에서의 불평등 현황을 전반적으로 제시하는데 그 목적이 있으므로, 심층적인 분석이 되지 못한 한계점이 있다. 즉, 왜 연령을 표준화한 이후에도 농촌과 도시 간 불평등이 여전히 존재하는가에 대한 해답이 명확히 제시하지 못한 한계점은 있다는 것이다. 향후 지역간 건강불평등이 어떠한 요인들에 의해 나타나는 것인지 보다 심층적인 연구가 필요할 것이다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 도시와 농촌의 건강수준과 건강행태, 그리고 의료이용의 차이를 실증적으로 분석하는데 초점을 맞추었다. 비교적 단순한 분석이고, 예측 가능한 결과이긴 하지만 도시와 농촌간의 건강불평등의 실태를 파악하고, 도농간 건강불평등을 완화하기 위해 농촌지역에서 특히 관심을 가져야 할 건강문제들에 대한 정보를 제공하였다는 점, 그리고 지역간 건강불평등 연구를 위한 기초적 자료를 제공하였다는 점에서 그 의의를 찾을 수 있을 것이다.

지역 간 균형발전의 측면에서 건강불평등 완화는 중요한 정책적 과제이다. 지금까지의 지역 간 균형발전은 지역의 재정자립도의 격차를 줄이는 등 주로 경제적 측면에서 초점을 맞추어 왔었다. 하지만, 지역경제 발전의 궁극적 목적이 지역 주민들의 삶의 질을 높이고, 보다 행복한 삶을 살도록 하는 데에 있다면 경제적 부의 창출에만 너무 얽매이는 것은 바람직하지 못하다. 이는 이미 전 세계적인 여러 경험을 통해 입증된 바 있는 사실이다. 도시와 농촌 간의 건강불평등을 완화시키는 것은 우리

사회가 향후 해결해야 할 중요한 정책적 과제이며, 이를 위해서는 건강불평등의 지역 간 차이를 규명하는 것과 건강불평등을 완화하기 위한 목적으로 수행되는 여러 보건사업들을 평가하는 등 다양한 기초적인 연구들이 보다 활발하게 진행되어야 할 필요가 있을 것이다.

참 고 문 헌

- 김명희 (2002). *사회경제적 요인과 대사증후군의 연관성에 대한 다수준 분석*. 한양대학교 대학원 박사학위논문, 서울.
- 김현주 (1999). *한국인의 사회경제적 상태에 따른 건강 위험요인의 차이*. 서울대학교 보건대학원 석사학위논문, 서울.
- 김재용, 성주현, 신영수 (2001). *우리나라 표준화 사망률과 조기 사망으로 인한 수명손실년수의 지역간-계층간 불평등*. 대한예방의학회 제53차 추계학술대회 연제집(p257).
- 보건복지부. *보건복지통계연보* (2005). 서울. Available at <http://www.mohw.go.kr>
- 송윤미 (1998). *사회경제적 수준과 사망의 연관성 - 한국 남성 759,665명에서의 코호트 연구 - 한국역학회지, 20(2), 219-225.*
- 오승환, 윤동성 (2006). 노인의 삶의 질 특성에 관한 연구-도시, 농촌, 어촌지역을 비교를 중심으로. *노인복지연구, 32, 119-147.*
- 윤도현, 김성희, 김정훈 (2004). 한국의 빈곤과 불평등-한국사회의 민주화와 관련하여. *민주화운동기념사업회, p17.*
- 윤영숙 (2006). 도시농촌 노인의 구강건강과 삶의 질 비교. *치위생과학회지, 6(1), 23-28.*
- 윤태호 (2003). 사회계층분포와 사망률과의 연관성. *보건행정학회지, 13(4), 99-114.*
- 이금이 (1999). *소득불평등과 건강수준에 관한 다단계 분석 연구*. 서울대학교 보건대학원 석사학위논문, 서울.
- 이선민(1996). *소득계층에 따른 건강수준 및 의료이용의 차이에 관한 연구*. 서울대학교 보건대학원 석사학위논문, 서울.
- 조홍준 (1997). *공교 의료보험 피보험자의 사회계층별 사망률 차이에 관한 연구*. 서울대학교 보건대학원 박사학위논문, 서울.

- 손미아 (2002). 사회계급과 건강행위가 유병률에 미치는 영향. *예방의학회지*, 35(1), 57-64.
- 이중정, 양진훈, 황태영 (2005). 도시 영세지역 및 농촌 지역 성인의 생활습관 위험요인 군집현상. *보건교육건강증진학회지*, 22(4), 167-177.
- 정혜정 (1990). *지역사회의 구조적 특성이 사망수준에 미치는 영향에 대한 연구*. 서울대학교 보건대학원 박사학위논문, 서울.
- 최미경, 김현숙, 이원영, 이효민, 제금련, 박정덕 (2005). 농촌, 어촌, 도시 지역별 칼슘, 인, 철, 아연의 섭취상태비교 평가. *한국식품영양과학회지*, 34(5), 659-666.
- 강북구 사망위험 강남구보다 30% 높다. (2006. 1.16). 한겨레신문. 1면 기사
- Duncan, C., Jones, K., & Moon, G. (1993). Do places matters: a multilevel analysis of regional variations in health related behaviour in Britain. *Soc Sci Med*, 27, 725-33.
- Haan, M., Kaplan, G., & Camacho, T. (1987). Poverty and health: prospective evidence from the Alameda county study. *Am J Epidemiol*, 125, 989-98.
- Jones, K. (1991). Specifying and estimating multi-level models for geographical research. *Trans Inst Br Geographers*, 16, 148-59.
- Khang, Y. H., Lynch, J. W., Yoon, S. C., & Lee, S. I. (2003). Trends in socioeconomic health inequalities in Korea: use of mortality and morbidity measures. *J Epidemiol Community heal*, 58, 308-314.
- Macintyre, S. (1997). *What are spatial effects and how can we measure them?*. In Dale A(Ed), *Exploiting national survey data: the role of locality and spatial effects*, Manchester, UK: Faculty of Economic and Social Studies, University of Manchester
- Macintyre, S., & Ellaway, A. (2000). *Ecological approaches: Rediscovering the role of the physical and social environment*. In Berkman LF, Kawachi I(Ed). *Social Epidemiology*, New York: Oxford University Press, 332-348.
- Reijneveld, S., & Schene, A. (1998). Higher prevalence of mental disorder in socioeconomically deprived urban areas in the Netherlands: community or personal disadvantage? *J Epidemiol Community Health*, 52, 2-7.
- Sen, A. (1999). *Development as freedom*. New York: Alfred A. Knopf
- Wilson, M., & Daly, M. (1997). Life expectancy, economic inequality, homicide and reproductive timing in Chicago neighborhoods. *BMJ*, 314, 1271-74.

- Abstract -

Health Inequalities between Rural and Urban Areas in South Korea

Yoon, Tae Ho* · Kim, Ji Hyun*

Purpose: To compare of health inequalities between rural and urban areas in term of health status, health behaviors and medical care utilization by using national-wide data. **Method:** The data came from the 2000 and 2005 census data, 2004 death certification statistics and 2001 national health and nutrition survey. The health indicators used in this study were mortality, perceived health status, health related behaviors, morbidity, accidents and suicides, mental health-related factors, health care accessibility. Korean rural areas have been experiencing a rapid aging process and there are demographic differences between rural and urban populations. Thus, both of crude rates and age-adjusted rates were compared. **Result:** Although the degrees decreased after adjustment for age, health inequalities between areas still existed. The people who lived in rural areas

* Department of Preventive & Occupational Medicine, School of Medicine, Pusan National University

suffer from higher mortality, morbidity and unhealthy behavior compared to people in urban areas. Especially, regional health inequalities for women were significant. Health care accessibility in rural areas was also lower and medical indirect costs for rural residents were higher

than those of urban residents. **Conclusion:** To reduce health inequalities between geographical areas, political efforts to tackle health inequalities in the rural areas are required.

Key words : Rural, Urban, Health inequalities