

베이비부머의 건강과 근로, 의료비 부담의 관계*

장 숙 랑**

I. 서 론

베이비부머의 건강에 대해서는 상반된 이야기가 존재한다. 고혈압, 당뇨 같은 만성질환을 많이 앓고 있고, 유방암, 대장암 등의 특정 질환에 대해서는 이전 세대에 비해 이환율이 월등히 높아져 건강에 적신호를 보인다는 보고가 있는 반면, 이전 세대에 비해 대체적으로 양호한 건강상태를 보인다는 주장도 있다. 전자의 경우는 일반적으로 나이 들수록 신체적 건강상태가 나빠지고 각종 질환의 발생이 증가하기 때문에 나타날 수 있는 현상이다. 생애주기상 중년층에 해당하는 베이비붐 세대는 여러 건강 문제가 나타나는 시기이기 때문이다. 후자의 경우는 이 세대의 건강 안전망이 현격히 좋아졌고, 건강의식이나 건강실천 행위 측면에서 이전 세대에 비해 양호하다는 입장이다. 따라서 이면이 공존하고 있는 베이비부머의 건강상태는 한마디로 말하기 어렵다. 그만큼 현 상태와 관련 요인, 그리고 건강관리 대책에 대한 깊이 있는 파악과 상세한 분석이 요구된다. 사실 현재 베이비부머로 묶이는 1955년생부터 1963년생이 과연 건강측면에서 서로 동질성을 얼마나 가지는지에 관한 것도 여전히 의문으로 남아 있다. 그만큼 건강상태와 건강에 영향을 미치는 다양한 요인들이 급격하게 변화하는 세대임에 틀림없다. 베이비부머의 건강상태를 명확하게 파악하기 위해서는 다양한 건강상태를 다양한 관점을 가지고 들여다보는 것이 우선 필요하다. 현재의 건강상태가 중년이라는 연령효과인지, 생애축적적인 건강위해 요인들에 의한 코호트 효과인지, 특정 시기에 겪게 되는 여러 물리적 사회적 환경에 의한 효과인지에 관한 연구가 선행되어야 한다. 보통 코호트 효과는 연령 특이적, 시기 특이적

* 본고에는 한국연구재단 연구과제(2011) 및 한국노동연구원 연구보고서(2010)의 일부 내용을 발췌한 부분이 포함되어 있다.

** 중앙대학교 간호학과 교수(sjang@cau.ac.kr).

인 효과의 축적적인 영향으로 본다. 베이비부머들이 생애과정 동안 경험한 다양한 건강 관련 요소들과 영향에 관한 고찰을 통해 코호트 특이적인 건강상태를 정리하는 작업이 필요하다.

노동은 일반적으로 경제적 안정, 사회경제적 지위와 심리적 안녕(well-being)을 주는 원천이 되지만, 다른 한편으로는 직무 스트레스 및 유해한 작업 환경으로 인해 정신적, 신체적 질병이환과 사망의 원인이 되기도 한다(Leino-Arjas & Liira et al., 1999; Jang et al., 2009). 또한 노동 자체가 건강에 미치는 영향뿐 아니라, 노동시장의 변화로 인한 실직, 조기 퇴직, 비정규직 노동 등 고용 불안정의 증가는 또 다른 형태의 노동이 건강에 미치는 영향 요인이 되며 이와 관련한 많은 선행연구들이 이루어졌다. 노동자의 건강문제는 직업 이동과 노동시장 이탈의 중요한 원인이 된다. 실직, 은퇴, 고용형태가 건강에 미치는 영향에 대한 연구들이 이루어져 왔고, 동시에 건강이 실직, 취업 등 노동에 미치는 영향에 대한 연구도 함께 진행되어 왔다. 현재까지 국내 선행연구들은 건강문제를 주관적 건강 상태에 국한해서 다루었다는 한계를 갖는다. 또한 건강문제가 호발하는 베이비부머 중년층에서는 건강문제가 경제활동 참여에 미치는 영향이 청년층에 비해 증가할 것으로 예상되며, 고령화 시대의 노동정책 마련을 위한 기초자료의 요구가 증가되고 있어 베이비부머의 경제활동 참여 및 이탈의 영향요인에 대한 건강측면의 상세한 연구가 필요하다.

베이비부머의 건강문제로 인한 고용상태의 변화는 의료비의 가계부담을 가중하는 요소가 된다. 의료비 지출은 국내외 모두에서 중고령자를 대상으로 상당히 많은 연구가 보고되었다. 국내 연구들은 주로 「도시가계조사」를 이용한 의료비 지출의 결정요인 분석이 주를 이루었고, 일부 고령자 가구의 의료비 지출에 대한 연구가 보고되었다. 선행연구들은 주로 주관적 건강상태를 건강 결과로 다루었고, 만성질환 등 객관적 지표를 다룬 김미혜(2002)의 연구는 외환위기 이후 가구소득의 변화 및 2000년 의약분업 이후 의료비 지출의 변화 특성을 반영하지 못한 한계를 가진다. 베이비부머 세대 중년층은 현재 점차 퇴직 확률이 늘어나는 전환의 시기에 노출되어 있다. 노후생활에 대한 준비가 부족하고 은퇴 이후의 근로에 대한 계획과 안전망이 뚜렷하지 못한 경우가 많다. 동시에 여러 건강문제가 발생하는 시기이기도 하여 건강문제 발생으로 인한 조기은퇴의 가능성도 점차 증가하고 이로 인한 의료비 증가가 가계에 부담을 주기도 한다. 의료비 지출이 많아지는 시기와 근로소득이 줄어드는 시기가 맞물려 있기 때문에 실지로 의료비 부담으로 인한 빈곤화의 가능성도 증가할 수 있을 것이다.

이 연구는 청년기부터 현재까지의 노동생애과정이 베이비부머의 건강문제에 어떻게 영향을 미치는지, 중년기에 발생한 건강문제는 다시 경제활동 참여 제한으로 어떻게 이어지는지의 순환 인과관계를 보고자 하는 의도를 가지고 시작하였다. 베이비부머의 건강문제는 경제활동 참여 제한 및 의료비 지출을 매개로 하여 가계에 부담을 주고, 이는 다

시 건강문제를 양산하는 악순환이 반복될 수 있다. 노동이 건강에 미치는 영향은 단순히 실직, 비정규직 근로 등의 노동 형태나 직종의 변화에 국한하지 않기 때문에 이들이 복합적으로 얽혀 있는 노동생애 특성을 포괄하여 분석하는 작업이 필요하다.

II. 분석자료 및 방법

이 연구의 모든 분석은 공통적으로 한국노동연구원의 “중고령자 패널조사(Korean Longitudinal Study of Ageing: KLoSA)”의 2006, 2008년 2개년 조사자료를 병합하여 활용하였다. 2008년 만성질환 유병률은 2006년 1차조사의 만성질환 유병자에 2차년 만성질환 신규발생자를 추가하여 산출하였다. 총 분석대상자는 2차년 조사자 8,688명 중 직업력 변수 결측(1,662명)을 제외한 7,026명이다. 베이비부머는 현재 1955년생부터 1963년생을 의미하지만, 이 연구에서는 2008년 당시 46세부터 64세까지의 중고령자를 위주로 분석하였다. 한국 베이비붐 세대의 건강상태와 주요 외국 동일 출생코호트 간의 건강을 비교해 보기 위해 고령화패널(KLoSA)과 유사 자료인 미국의 Health and Retirement Study (HRS), 영국의 English Longitudinal Study of Ageing (ELSA), 유럽의 Survey on Health and Retirement in Europe (SHARE)을 활용하여 주관적 건강, 우울증상, 장애율을 비교 분석해 보았다. 노동생애 특성은 2007년 고령화패널 직업력 조사를 이용하여 시계열 분석하여, 상시 임금 근로군, 점포 자영업군, 농·축·임·어업군, 동시에 다양한 일을 한 군, 실직 및 경제활동 중단군을 포함한 13개의 그룹으로 구분되었다(장지연 외, 2009) (표 1 참조). 시계열분석 결과, 초기 노동시장 진입에서부터 현재까지 상시 임금근로자로 일한 경험이 있는 경우는 약 24%, 주로 상시 임금근로만으로 구성되는 사람은 이들 중 절반이며, 그 외에는 후반에 자영업이나 기타 근로상태로 전환하였다. 자영업을 주로 해온 사람은 약 9%, 일용근로나 점포가 없는 자영, 동시에 여러 가지 일을 하는 등 불안정한 근로를 하는 기간으로 살아온 사람이 12% 이상이다. 주로 농업종사자로 보냈거나 농업에서 다른 근로상태로 전환한 경우는 15.7%이며, 중간에 다양한 형태로 근로를 중단한 적이 있는 사람이 29% 정도이다. 건강결과 변수로는 Charlston's index를 토대로 구성한 다중질환지표(Comorbidity index level)를 재구성하여 고혈압, 당뇨, 암, 폐질환, 간질환, 심장질환, 뇌혈관 질환과 관절염의 8개 질환의 다중질환지표를 이용하였다. 건강문제가 노동시장 이동에 미치는 영향을 파악하기 위하여 만성질환 유병수, 만성질환 발생, 각 만성질환 중별 발생, 손상 및 장애발생에 따른 종사상 지위하락 및 경제활동 중단율을 산출하였다. 성, 연령, 교육수준, 거주지역의 분포 차이로 인한 결과의 비뚤림을 보정한 후 건강문제가 노동시

장 이동에 미치는 영향을 살펴보기 위하여 건강문제에 따른 종사상 지위하락과 경제활동 중단의 승산비(odds ratio)를 다중 로지스틱 회귀분석을 이용하여 산출하였다. 종사상 지위변화는 노동부의 종사상 지위 분류기준을 이용하여 상용직, 임시직, 일용직, 자영업·고용주, 무급가족종사자, 미취업의 6단계로 위계화하였고, 1차년(2006년)과 2차년(2008년) 종사상 지위의 변화가 상위에서 하위로 이동한 경우를 종사상 지위하락으로 정의하였다. 의료비 지출은 2008년 2차 조사의 연간 본인부담 의료비 지출액과 가구 총소득 대비 의료비 지출을 이용하였다. KLoSA 2차 자료의 의료비 지출은 2006년 1차 조사 이후 2008년 조사 시점 이전에 발생한 모든 의료비 지출 항목을 의료기관 이용 횟수만큼 반복하여 기입하는 방식으로 조사되었다. 따라서 본 분석에서는 2차 조사의 본인부담 의료비 지출 총액의 1/2을 연간 의료비 지출로 정의하였다. 가구소득 대비 의료비 지출은 의료비 지출액을 균등화 가구소득액으로 나누어 산출하였다.

〈표 1〉 시계열 분석을 통한 50세 이상 직업력 조사자의 직업력 구분

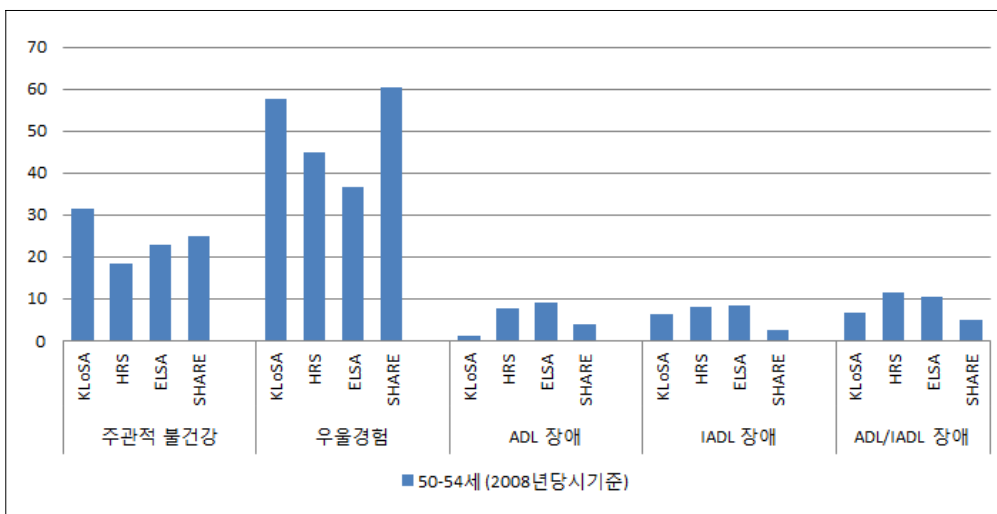
1. 주로 상시임금근로자로 일함
2. 상시임금근로자에서 다른 일함
(동시에 다양한 일/일용임금근로자/점포가 없는 자영업자)
3. 상시임금근로자에서 점포가 있는 자영업자로 일함
4. 주로 점포가 있는 자영업자로 일함
5. 주로 동시에 다양한 일
(일용임금근로자/점포가 없는 자영업자로 일함)
6. 동시에 다양한 일
(일용임금근로자/점포가 없는 자영업자에서 상시임금근로자나 점포가 있는 자영업자로 일함)
7. 주로 농·축·임·어업 종사자로 일함
8. 농·축·임·어업 종사자에서 동시에 다양한 일
(일용임금근로자/점포가 없는 자영업자로 일함)
9. 젊었을 때 일하고 쉬다가 일함
(상시임금근로자나 점포가 있는 자영업자)
10. 중간에 쉬다가 점포가 있는 자영업자로 일함
11. 중간에 쉬다가 동시에 다양한 일
(일용임금근로자/점포가 없는 자영업자로 일함)
12. 젊었을 때 잠시 일함
13. 한 번도 일을 한 적이 없는 경우

Ⅲ. 분석 결과

1. 베이비붐 세대의 건강상태

베이비부머들의 주관적 건강상태와 우울증상, 신체장애 정도에 대해 미국, 영국, 유럽 국가들의 동일 연령대와 비교해본 결과, 주관적 건강상태가 ‘나쁘다’ 혹은 ‘매우 나쁘다’ 라고 응답한 비율이 한국 베이비부머에서 가장 높게 나타났다. 중고령자패널조사(Korean Longitudinal Study of Ageing : KLoSA)에서 나타난 수치는 31.5%였고, 미국의 Health and Retirement Study (HRS)에서 나타나는 동일연령대의 주관적 불건강은 18.5%, English Longitudinal Study of Ageing (ELSA)에서 나타는 영국인 동일연령대 중년집단은 22.9%, 유럽의 Survey of Health and Retirement in Europe (SHARE)에서는 25.1%를 보였다. 주관적 건강이 가장 낮은 것에서 이미 예측할 수 있듯이, 우울증상경험률도 KLoSA의 베이비부머에서 높게 나타나, 절반 이상(57.6%)이 우울증상을 경험하였다고 응답하였다. SHARE의 동일연령대에서 60.5%가 우울증상을 경험하였다고 응답한 것과 비슷한 수치이며, ELSA나 HRS에서는 40% 전후로 상대적으로 낮은 우울증상경험률을 보였다. 옷입기, 식사

〔그림 1〕 1955~1959년생 남녀의 건강상태 국제비교



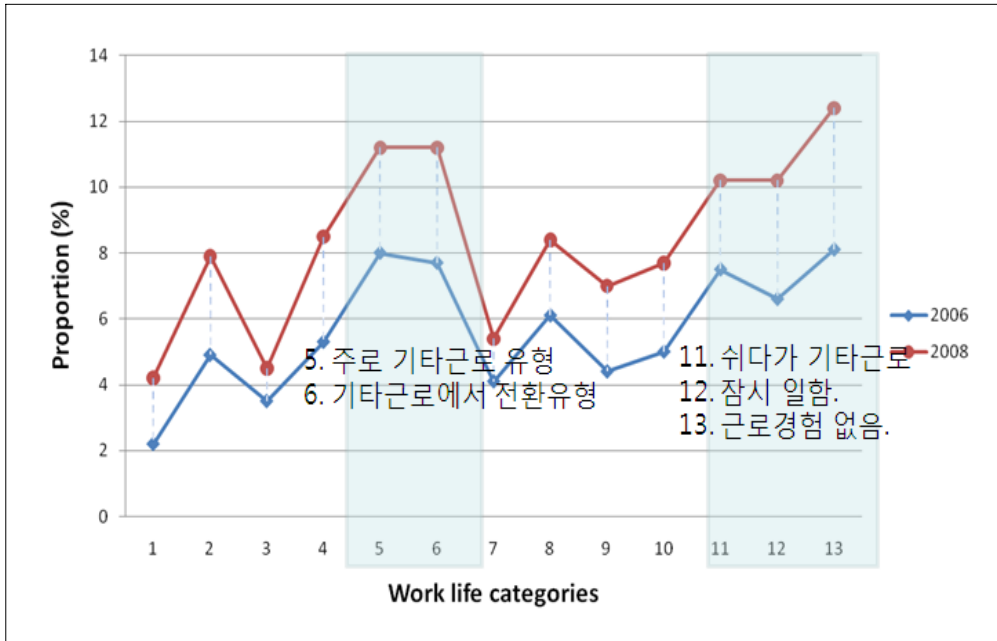
주 : 1) ADL=activity daily living, IADL=Instrumental activity of daily living
 2) 중고령자패널조사(Korean Longitudinal Study of Ageing: KLoSA, 2008), 미국의 Health and Retirement Study(HRS, 2008), 영국의 English Longitudinal Study of Ageing (ELSA, 2008), 유럽의 Survey of Health and Retirement in Europe (SHARE, 2008)에서의 조사 당시 1955~1959년생 건강상태 비교임.

하기, 화장실 이용하기 등의 기능에 장애가 있는지 여부를 보는 일상생활장애율(Activity daily living disability)은 다른 국가의 조사들과 비슷하거나 낮은 것으로 비추어 볼 때, 한국 베이비부머의 낮은 주관적 건강수준은 높은 우울증상 경험에 일부 기인한 것으로 보인다(그림 1 참조). 비록 국가별 비교가능한 연령대인 1955년생부터 1959년생까지의 인구 집단만 비교하였지만, 전체 베이비부머로 확장한다 하더라도 이와 비슷한 양상을 보일 것으로 예측된다.

2. 생애과정 측면에서의 노동과 건강

만성질환을 하나 이상 앓고 있는 유병자 중에서 3개 이상의 다중질환을 보유한 건강 취약군의 특성을 연령별로 살펴보면, 46~59세의 중년층에서는 자영업자(직업력군 4,5)와 농·축·임·어업에 종사하다가 다양한 직업을 동시에 가졌던 군(직업력군 8)의 다중질환 유병률이 높은 것으로 조사되었고, 상시 임금근로자에서 가장 낮은 다중질환 유병률을 보였다. 베이비부머의 노동생애에서 상시임금근로를 했을 경우 강한 건강보호 효과가 있는 것으로 보인다. 성별로 따로 분석해 보았을 때, 남성의 경우 기타 근로 유형이 포함

[그림 2] 노동생애유형에 따른 세 가지 이상의 중복질환 유병률 현황(46~59세 남녀, 2006, 2008)



주: 1) 노동생애유형은 <표 1>에서와 같음.
 2) 중복질환 유병률은 인구 100명당 세 가지 이상의 만성질환을 가진 자의 비율을 의미함.
 자료: 한국노동연구원, 『중고령자패널조사』, 2006, 2008.

되는 모든 근로생애 유형에서, 그리고 농업 근로가 지속된 경우에서 중년기 건강에 부정적 영향을 감지할 수 있었다. 이는 연령, 소득수준, 교육수준 등의 혼란변수를 보정한 결과로 노동생애 자체의 순효과로 가름해 볼 수 있는 결과이므로 베이비부머의 생애과정에서 겪은 근로환경과 근로조건, 직업에 따른 건강 관리 여건과 보장 정도에 따라 중년기 건강상태가 달라질 수 있음을 입증하는 결과이다.

상시 임금근로자로 근무하거나 상시 임금근로에서 점포 자영업자로 전업한 군은 만성질환을 앓고 있는 유병률이 낮은 반면, 동시에 다양한 직업에 종사하거나 중간에 일을 쉬거나 경제활동을 하지 않은 군은 만성질환 유병률이 높게 나타났다. 이는 상시 임금

〈표 2〉 46세~59세 중년인구집단의 중복질환, 주관적 불건강, 우울증상경험에 대한 노동생애 유형별 차이(기준집단 : 상시임금근로자, 승산비 및 95% 신뢰구간)

	남 성			여 성		
	중복질환	주관적 불건강	우울증상 경험	중복질환	주관적 불건강	우울증상 경험
유형1	기준집단	기준집단	기준집단	기준집단	기준집단	기준집단
유형2	1.80 (1.26, 2.57)*	1.38 (0.90, 1.99)	1.43 (1.06, 1.91)*	1.60 (0.76, 3.36)	1.92 (0.90, 4.10)	1.75 (0.95, 3.22)
유형3	1.24 (0.81, 1.90)	1.48 (1.00, 2.18)*	1.90 (1.32, 2.72)*	1.47 (0.74, 2.91)	2.56 (1.29, 5.08)*	1.78 (1.02, 3.11)*
유형4	0.99 (0.70, 1.41)	1.12 (0.81, 1.55)	1.39 (1.05, 1.84)*	1.06 (0.52, 2.13)	1.46 (0.72, 2.94)	1.75 (0.99, 3.09)
유형5	1.36 (0.96, 1.94)	1.40 (0.97, 2.02)	1.23 (0.92, 1.65)	1.36 (0.55, 3.34)	2.12 (0.90, 4.99)	1.81 (0.87, 3.76)
유형6	1.06 (0.67, 1.67)	1.02 (0.65, 1.61)	0.89 (0.63, 1.26)	2.87 (0.96, 8.56)	1.92 (0.63, 5.83)	1.71 (0.67, 4.39)
유형7	1.26 (0.65, 2.45)	1.08 (0.56, 2.08)	1.01 (0.60, 1.72)	1.65 (0.81, 3.38)	2.52 (1.24, 5.13)*	1.67 (0.93, 2.99)
유형8	1.68 (1.01, 2.78)*	1.71 (1.04, 2.81)*	1.62 (1.03, 2.53)*	1.60 (0.71, 3.64)	1.93 (0.85, 4.41)	2.08 (0.99, 4.37)*
유형9	1.82 (1.07, 3.10)*	1.80 (1.06, 3.03)*	1.44 (0.92, 2.23)	1.24 (0.60, 2.55)	1.78 (0.87, 3.66)	1.46 (0.82, 2.59)
유형10	2.48 (1.05, 5.86)**	3.02 (1.23, 7.40)**	4.35 (1.89, 10.01)**	1.60 (0.75, 3.43)	1.72 (0.82, 3.62)	1.07 (0.58, 1.97)
유형11	1.47 (0.60, 3.64)	1.04 (0.40, 2.66)	1.17 (0.52, 2.60)	1.98 (0.98, 4.01)	2.76 (1.37, 5.57)*	2.33 (1.32, 4.12)
유형12	2.07 (0.88, 4.87)	1.29 (0.55, 3.01)	3.16 (1.28, 7.84)**	1.56 (0.79, 3.07)	2.03 (1.03, 4.00)*	1.22 (0.71, 2.10)
유형13				1.59 (0.78, 3.23)	1.81 (0.89, 3.68)	1.22 (0.68, 2.18)

주: 1) 근로생애 유형은 <표 1>과 동일.

2) 연령, 결혼상태, 교육수준, 가구균등화 소득수준 및 현재 근로여부 보정함.

3) *p<0.05, **p<0.01

근로자에게 주어졌던 의료보장의 혜택, 안정적인 소득에서 얻을 수 있는 높은 사회경제적 지위가 건강에 긍정적인 영향을 미친 것으로 해석될 수 있다. 반면, 동시에 다양한 직업에 종사하거나 경제활동을 중단했던 군은 안정적 소득원의 부재, 낮은 사회경제적 지위, 실직과 구직 과정의 스트레스 노출 등 다양한 건강 위험 요인의 노출로 인해 만성질환 이환율이 높아졌을 수 있다. 특이한 점은 남성과 고학력층에서 보였던 상시 임금근로자의 건강상 혜택이 여성, 저학력층에서는 보이지 않았다는 점이다. 여성과 저학력층의 상시 임금근로자에게 주어졌던 의료 및 소득보장 혜택이 남성, 고학력층보다 상대적으로 낮았기 때문에 여성과 저학력층에서는 상시 임금근로자와 다른 직업군의 건강수준의 차이가 뚜렷이 나타나지 않았을 것으로 추정된다(표 2 참조).

3. 건강문제로 인한 종사상 지위하락과 경제활동 중단

만성질환 유병 및 발생 상태에 따른 2년 후 종사상 지위하락과 경제활동 중단율을 살펴본 결과, 1개의 만성질환 유병자 중 12%에서 직업 종사상 지위의 하락이 있었고, 7%는 경제활동을 포기한 것으로 나타났으며, 만성질환 수가 증가하여도 종사상 지위하락과 경제활동 중단율은 더 증가하지 않았다. 또한 2006년에 기존 만성질환 유병자의 15%, 2006년에 없다가 2008년에 신규 발병한 사람의 12%에서 2008년 종사상 지위하락이 있었고, 경제활동을 중단한 비율은 유병자의 9%, 신규발병자의 7%로 분석되었다. 만성질환 진단 후 2년 이내의 짧은 시간 동안 약 10%가량이 종사상 지위가 하락하거나 경제활동을 중단한 것은 만성질환 유병이 노동시장 이동에 미치는 영향이 상당히 크다는 것을 보여준다(표 3 참조).

〈표 3〉 중년인구집단의 만성질환 유병 및 발생에 따른 종사상 지위하락과 경제활동 중단율(N=3,077)

	종사상 지위하락		경제활동 중단		전 체
	아니오 (N=2,773)	예 (N=304)	아니오 (N=2,906)	예 (N=171)	
'06 만성질환 수					
0	1,903 (91.1)	187 (9.0)	1,989 (95.2)	101 (4.8)	2,090 (67.9)
1	632 (88.0)	86 (12.0)	667 (92.9)	51 (7.1)	718 (23.3)
2	184 (88.5)	24 (11.5)	194 (93.3)	14 (6.7)	208 (6.8)
3+	54 (88.5)	7 (11.5)	56 (91.8)	5 (8.2)	61 (2.0)
'06~'08 만성질환 발생					
비유병자	1,754 (91.6)	161 (8.4)	1,829 (95.5)	86 (4.5)	1,915 (62.2)
유병자	149 (85.1)	26 (14.9)	160 (91.4)	15 (8.6)	175 (5.7)
신규발병자	870 (88.2)	117 (11.9)	917 (92.9)	70 (7.1)	987 (32.1)

자료: [그림 2]와 동일.

손상 및 장애가 노동시장 이동에 미치는 영향력을 비교해 보았을 때, 최근 2년간 교통사고 신규발생자의 33%가 종사상 지위하락을 경험하였고, 23%는 경제활동을 그만둔 것으로 조사되었고, 신규 등록 장애인의 10%와 5%가 종사상 지위하락과 경제활동 중단을 경험하였다(표 4 참조).

〈표 4〉 중년인구집단의 손상 및 장애발생에 따른 종사상 지위하락과 경제활동 중단을

'06~'08 건강변화	종사상 지위하락		경제활동 중단		전 체
	동일 /상향조정 (N=2,773)	예 (N=304)	아니오 (N=2,906)	예 (N=171)	
교통사고					
없음	2,449 (90.5)	257 (9.5)	2,569 (94.9)	137 (5.1)	2,706 (87.9)
있음	297 (89.7)	34 (10.3)	306 (92.5)	25 (7.6)	331 (10.8)
신규발생	27 (67.5)	13 (32.5)	31 (77.5)	9 (22.5)	40 (1.3)
장애진단					
없음	2,646 (90.1)	292 (9.9)	2,776 (94.5)	162 (5.5)	2,938 (95.5)
기존 등록자	109 (91.6)	10 (8.4)	111 (93.3)	8 (6.7)	119 (3.9)
신규 등록자	18 (90.0)	2 (10.0)	19 (95.0)	1 (5.0)	20 (0.7)

자료 : [그림 2]와 동일.

다중 로지스틱 회귀분석을 통해 노동시장 이동의 승산비(odds ratio)를 산출한 결과, 중년층은 만성질환의 기존 유병자와 신규 발병자가 비유병자의 1.5배, 주관적 건강상태가 좋다가 나빠진 군이 계속 좋다고 응답한 군의 2.2배, 그리고 교통사고 신규 발생자가 교통사고 무경험자의 5배가량 종사상 지위가 하락할 확률이 높았다. 노년층은 만성질환 기존 유병자가 비유병자의 약 5.8배, 교통사고 신규 발생자가 교통사고 무경험자의 약 6.5배 종사상 지위가 하락할 확률이 높았고, 주관적 건강상태별 차이는 보이지 않았다. 경제활동 중단율의 차이를 살펴보았을 때, 연령대별로는 2년간 경제활동 중단율에 차이는 없었으나 건강상태에 따른 차이는 크게 발견되었다. 즉, 중년층은 만성질환의 기존 유병자와 신규 발병자가 비유병자의 1.7배와 1.6배, 주관적 건강상태가 좋다가 나빠진 군과 계속 나쁘다고 응답한 군이 계속 좋다고 응답한 군의 3.2배와 2.2배, 그리고 교통사고 경험자와 신규 발생자가 교통사고 무경험자의 1.7배와 5배 경제활동 중단할 확률이 높았다. 노년층에선 교통사고 신규발생자가 교통사고 무경험자보다 경제활동 중단율이 8배 높았고, 만성질환 유병과 주관적 건강상태는 경제활동 중단에 유의한 영향을 미치지 않았다(표 5 및 표 6 참조).

〈표 5〉 연령별 건강문제에 따른 종사상 지위하락의 승산비

	45~64세			65세 이상		
	승산비	95% 신뢰구간		승산비	95% 신뢰구간	
		최대	최소		최대	최소
만성질환						
비유병자(기준집단)						
기존유병자	1.48	0.89	2.47	5.83	1.97	17.29
신규발병자	1.45	1.09	1.94	1.24	0.65	2.38
주관적 건강						
계속 좋음(기준집단)						
나쁘다 좋아짐	0.77	0.44	1.34	0.56	0.21	1.48
좋다가 나빠짐	2.22	1.43	3.45	0.66	0.24	1.82
계속 나쁨	1.55	0.91	2.64	0.85	0.39	1.84
교통사고						
없음(기준집단)						
있음	1.23	0.81	1.87	1.43	0.82	2.49
신규발생	5.33	2.50	11.34	6.54	2.38	18.00
'06 장애진단						
없음(기준집단)						
있음	0.71	0.31	1.66	1.46	0.48	4.48

주: 로지스틱 회귀분석은 각 변수별로 따로 시행하였고, 성별, 교육수준, 거주지역 보정함.

〈표 6〉 연령별 건강문제에 따른 경제활동 중단 승산비

	45~64세			65세 이상		
	승산비	95% 신뢰구간		승산비	95% 신뢰구간	
		최대	최소		최대	최소
만성질환						
비유병자(기준집단)						
기존유병자	1.71	0.90	3.24	3.23	0.78	13.31
신규발병자	1.59	1.10	2.29	1.27	0.56	2.88
주관적 건강						
계속 좋음(기준집단)						
나쁘다 좋아짐	0.77	0.37	1.64	0.30	0.07	1.38
좋다가 나빠짐	3.23	1.94	5.36	0.43	0.10	1.90
계속 나쁨	2.16	1.16	4.00	0.83	0.32	2.18
교통사고						
없음(기준집단)						
있음	1.63	1.00	2.66	1.18	0.39	3.60
신규발생	5.47	2.28	13.10	7.59	1.29	44.79
'06 장애진단						
없음(기준집단)						
있음	1.29	0.55	3.03	1.18	0.26	5.32

주: 로지스틱 회귀분석은 각 변수별로 따로 시행하였고, 성별, 교육수준, 거주지역 보정함.

4. 건강문제, 경제활동 중단, 그리고 의료비 지출

가구소득 대비 의료비 지출을 연령별로 구분하여 살펴보면, 중년층은 소득의 17%, 노년층은 소득의 34%를 의료비로 지출하여 노년층의 소득대비 의료비 지출비율이 높았다. 중년층 만성질환 유병자와 신규발병자는 소득의 12%와 19%를, 노년층 만성질환 유병자와 신규발병자는 소득의 23%와 45%를 의료비로 지출하였다. 중년층과 노년층 모두 2개 이상 다중질환 유병자의 가구소득 대비 의료비 지출이 증가되었다. 주관적 건강상태에 따른 가구소득 중 의료비 비중을 연령별로 구분하여 살펴보면, 중년층과 노년층 모두 주관적 건강이 계속 나쁜 군의 가구소득 대비 의료비 지출이 가장 높았다. 손상 및 장애 발생에 따른 가구소득 대비 의료비 지출 평균을 연령별로 구분하여 살펴보면, 중년층 등록 장애인의 가구소득 대비 의료비 지출 평균이 두드러지게 높았다.

성, 교육수준, 거주지역, 가구소득의 차이로 인한 영향을 보정하기 위하여 다중회귀분석을 시행한 결과, 중년층과 노년층 모두 만성질환 유병, 주관적 건강이 나쁠 경우 가구소득 대비 의료비 지출이 유의하게 증가한 것으로 분석되었다(표 7 참조). 그리고 중년층이 만성질환을 앓고 있거나 주관적 건강인식이 나쁠 경우 노년층보다 가구소득 대비 의료비 지출 비중이 더 크게 증가하는 것으로 나타났다.

〈표 7〉 연령별 건강문제가 의료비 지출에 미치는 영향에 대한 회귀분석

	45~64세			65세 이상		
	β	SE	p-value	β	SE	p-value
만성질환 수	0.665	0.042	<.0001	0.392	0.043	<.0001
주관적 건강						
계속 좋음						
나쁘다 좋아짐	0.511	0.107	<.0001	0.322	0.125	0.010
좋다가 나빠짐	1.352	0.105	<.0001	0.707	0.126	<.0001
계속 나쁨	1.363	0.111	<.0001	0.871	0.108	<.0001
교통사고						
없음						
있음	0.119	0.101	0.241	0.171	0.134	0.201
신규발생	0.844	0.261	0.001	0.557	0.534	0.298
장애진단						
없음						
기존 등록자	-0.038	0.143	0.790	0.097	0.150	0.518
신규 등록자	0.930	0.311	0.003	0.361	0.327	0.270
N	3,848			2,497		
R ²	0.236	0.156		0.156		

주: 성별, 연령, 교육수준, 거주지역, 균등화가구소득 보정함.
 자료: [그림 2]와 동일.

연간 의료비 지출액은 중년층의 경우 평균 43만 원, 노년층은 평균 40만 원의 의료비를 지출하여 중년층의 의료비 지출액이 더 많았다. 중년층 만성질환 유병자와 신규발병자는 연간 평균 61만 원과 56만 원, 노년층은 만성질환 유병자와 신규발병자는 연간 평균 41만 원과 45만 원을 의료비로 지출하는 것으로 조사되었다. 만성질환 이환 수가 증가할수록 의료비 지출액이 증가하였으나, 중년층의 의료비 지출액 증가폭이 더 커서 3개 이상 다중 질환 유병 시 중년층은 연간 83만 원, 노년층은 68만 원을 의료비로 지출하고 있었다.

IV. 결 론

개인의 취업, 이직, 은퇴과정은 다양한 요인으로 결정된다. 이렇게 선택된 근로생애에 따라 베이비부머들의 현재 건강수준이 결정될 수 있다는 것이 이번 분석에서 나타난 결과 중 하나이다. 근로생애와 더불어 건강생애에 대한 측정이 고려되지 않아 장년기 이전의 건강문제로 인한 근로생애유형이 결정되었을 역인과관계를 배제할 수는 없다. 그러나 근무조건, 작업장 유해환경, 직무 스트레스 관련 누적된 건강위해로 인해 베이비붐 세대의 건강에 영향을 미칠 수 있다는 해석이 가능함을 입증하였으며, 근로생애에 따라 예방적 보건의료 서비스도 다르게 접근해야 함을 보여주었다.

우리나라는 1963년 12월 의료보험법이 제정(법률 제1623호)된 후 1977년 7월부터 강제 적용 의료보험급여를 개시했다. 1977년 당시에는 2006년에 45세 성인이 16세 청소년, 55세 성인이 26세 청년이었다. 그러나 1977년 당시에 시작된 의료보험급여는 500인 이상 사업장 근로자 당연적용과 공무원 및 사립학교 교직원 의료보험법에 의한 공교의료보험(법률 제3081호)을 위주로 하였다. 따라서 공무원, 교직원이나 500인 이상 사업장에 근무하는 상시근로자 만이 의료보험 혜택을 받았다고 볼 수 있다. 현재 55세 이상 중고령자들은 1970년대 후반에 20대 후반부터 30~40대 근로자로서, 성인병이라 일컫는 만성질환 이환에 취약한 시기였다고 볼 수 있다. 소규모 사업장인 5인 이상 사업장 근로자가 의료보험이 실시된 시기는 여기서 10년이나 지난 1988년이다. 그 전까지 소규모 사업장 근로자들은 직장의료보험 혜택을 받지 못했다. 1982년에 지역주민 의료보험 시범사업 이후 1989년에 도시 지역 의료보험이 전면 실시되면서 자영업자, 농축어업 종사자들의 공적 의료보험이 실시되었다. 1989년 이전까지는 자영업자나 농축어업 종사자들은 의료보험에 의한 보건의료접근성이 제한적이었지만 그 이후는 현격하게 좋아진 것이 사실이다. 1989년은 2006년에 45세인 중년이 28세, 55세 중년은 38세였다. 이들은 보다 저렴한 비용으로 질병이나 상해를 치료할 수 있는 계기가 마련되었을 때 성인기를 거치고 있었다.

지속적인 의료보험제도의 확대와 의료기술 자체의 향상, 그리고 1995년에 제정된 건강증진법 등에 의해서도 베이비붐 세대의 성인기 전반은 건강증진에 대한 인식이 크게 늘어났을 것으로 보인다(선우덕, 2011; 박수잔·조성일·장숙량, 2011).

베이비붐 세대는 1990년대 말에 외환위기, 구조조정, 바로 이전 세대의 조기 명예퇴직으로 인한 업무 과중을 경험하였으며, 이제 점차 퇴직에 근접해 가고 있다. 이들은 이전 세대에서의와는 다른 과중한 근로, 무거운 직무 스트레스, 자녀 양육과 교육에 대한 부담을 가진 세대일 뿐만 아니라 서구화된 식습관과 운동부족으로 질환 및 건강문제 유형에 변화를 가져온 세대이다. 이들이 활기찬 노년을 맞이하도록 하기 위해서는 중고령자 취업과 근로 장려를 위한 정책이 건강정책의 일환으로 발전되고 모색되어야 한다. 다양한 직업 상태와 연관된 누적된 삶의 요소와 사회환경을 인식하고, 중고령 근로자가 자신의 건강수준에 맞는 근로를 선택할 수 있을 뿐만 아니라, 건강관리가 충분히 가능하고 우울하지 않은 근로환경을 만들도록 하는 것이 베이비붐 세대를 위한 건강정책의 우선순위에 놓여 있어야 한다. 중년기에 고혈압이나 당뇨와 같은 만성질환 등 건강문제 발생으로부터 출발하여, 조기은퇴 또는 종사상 지위의 하락, 의료비 과부담, 빈곤화, 그로 인해 다시 건강문제의 가중을 초래하는 건강-빈곤의 악순환이 이루어지지 않도록 예방하는 것이 베이비붐 세대의 건강을 지키기 위한 가장 중요한 과제 중 하나이다. **KLI**

<참고문헌>

- 김미혜·김소희(2002), 「만성질환 노인의 의료비부담 관련요인에 관한 연구」, 『한국사회복지학』 48(3), pp.150~178.
- 박경숙(2001), 「한국노동패널 특집 : 중장년기 종사상 지위와 은퇴 과정의 다양성」, 『노동경제논집』 24(1), pp.177~205.
- 박수잔·조성일·장숙량(2011), “Health Conditions Sensitive to Retirement and Job Loss Among Korean Middle-Aged and Older Adults,” 『예방의학회지』 43(3), pp.188~195.
- 선우덕(2011), 「베이비붐 세대의 건강실태 및 장기요양 이용의식」, 『보건복지포럼』 (4), 한국보건사회연구원.
- 손수인·김창엽·신영전(2010), 「저소득층의 과부담의료비 발생에 영향을 미치는 요인」, 『보건사회연구』 30(1), pp.92~110.
- 양정선(2007), 「노인가계의 의료비 지출과 부담에 관한 연구」, 『한국가정관리학회지』 25(1), pp.1~13.
- 신현구·부가청·이혜정·장숙량(2010), 『중고령자의 빈곤실태와 사회안전망』, 한국노동연구원.

- 장지연 · 신동균 · 신경아 · 이혜정(2009), 『중·고령자 근로생애사 연구』, 한국노동연구원.
 정경희 · 손창균 · 박보미(2010), 『신노년층의 특징과 정책과제』, 한국보건사회연구원.
 정경희 외(2011), 『베이비붐세대 은퇴 및 고령화에 따른 정책수립 방향 연구』, 보건복지부/한국보건사회연구원 정책보고서.
 지은정(2003), 『의료비 지출이 종사상 지위 및 소득변화에 미치는 요인연구』, 『한국사회복지학』 56(3), pp.5~35.

Berkman, L. and I. Kawachi(2000), *Socialepidemiology*, Oxford University Press.

Jang, SN, SI Cho, JY Chang, KC Boo, HG Shin, HJ Lee, L. F. Berkman(2009), “Employment status and depressive symptoms among Korean older adults: Results from baseline survey of Korean Longitudinal Study of Ageing,” *Journal of Gerontology: Social Science* 64(5), pp.677~683.

Leino-Arjas, P., J. Liira, et al.(1999), “Predictors and consequences of unemployment among construction workers: Prospective cohort study,” *British Medical Journal* 319(7210), pp.600~605.

Schuring, M., L. Burdorf, et al.(2007), “The effects of ill health on entering and maintaining paid employment: Evidence in European countries,” *Journal of Epidemiology and Community Health* 61(7), pp.597~604.

