



저작자표시-비영리-동일조건변경허락 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.
- 이차적 저작물을 작성할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



동일조건변경허락. 귀하가 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공했을 경우에는, 이 저작물과 동일한 이용허락조건하에서만 배포할 수 있습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

보건학 석사 학위논문

분야별 공공사회복지지출이
기대여명에 미치는 영향
: OECD 국가를 중심으로

The influence of functional public social
expenditure on life expectancy
: Evidence from OECD countries

2014 년 08 월

서울대학교 대학원

보건학과 보건정책관리학 전공

구 서 정

분야별 공공사회복지지출이
기대여명에 미치는 영향
: OECD 국가를 중심으로

지도교수 권 순 만

이 논문을 보건학 석사 학위논문으로 제출함
2014 년 04 월

서울대학교 대학원
보건학과 보건정책관리학 전공
구 서 정

구서정의 석사 학위논문을 인준함
2014 년 07 월

위 원 장 조 병 희 (인)

부위원장 김 창 엽 (인)

위 원 권 순 만 (인)

국문초록

개별 국가가 정하는 분야별 정책 자원 규모는 인구집단의 건강수준에 차이를 유발할 수 있다. 최근에 공공보건의료지출 및 노인지출 급증과 관련된 문제제기가 많은 반면에, 다른 영역의 복지지출은 천천히 증가하고 있다. 전반적으로 총공공사회복지지출이 증가하는 추세이지만, 국가는 한정된 자원을 가지고 복지를 제공해야 하기 때문에 고령화로 인해 우선순위가 높아진 보건의료와 노인복지지출이 급격하게 증가하고 있다. 하지만 이러한 방향성이 옳은 것인지에 대한 재검토가 필요하다. 90년대 이후 새로운 사회적 위험(예를 들어 노동유연화로 인한 직업불안정성, 가족해체로 인한 한부모 가정의 증가, 주거불안정성 등)에 노출된 사람들에게 대한 새로운 복지정책이 건강에 더 큰 영향을 미칠 가능성이 높기 때문이다.

그러므로 본 연구는 분야별 공공복지지출이 국가수준의 기대여명에 미치는 영향을 파악하고자 시행되었다. 연구대상은 OECD 34개국으로 하고, 주요 자료원은 OECD database를 이용하였다.

분석결과에 따라 GDP 대비 총공공사회복지지출이 기대여명에 미치는 영향을 살펴보면, 전체 기대여명에 회귀계수 0.07로 양의 방향으로 영향을 미친 것을 확인할 수 있다. 남성 기대여명의 회귀계수와 여성 기대여명 회귀계수 모두 0.07로 동일하였다. 그러므로 GDP 대비 총공공사회복지지출은 여성 기대여명과 남성 기대여명에 동일한 수준으로 영향을 미친다고 볼 수 있다.

다음으로 GDP 대비 분야별 공공사회복지지출이 기대여명에 미치는 영향을 살펴보면 전체 기대여명의 경우, 주거정책 지출의 회귀계수가 0.34로 가장 컸다. 다음으로 가족(0.17), 노인(0.08) 순이었다. 남성 기대여명의 경우 가족정책 지출만이 통계적으로 유의했다. 여성 기대여명

의 회귀계수의 크기는 주거(0.42), 가족(0.19), 노인(0.15) 순이었다. 반면에 실업정책 회귀계수의 경우 남성에서는 유의하지 않았는데, 여성에서는 음수가 나왔다. 이에 실업정책에 있어서 해석에 주의가 필요한데, 실업으로 인한 건강 악화가 남성에게서는 실업정책으로 해소되었으나 여성에게서는 해소되지 못한 것으로 보는 것이 타당하다.

정리하면, 국가의 전체 복지지출이 증가하면 전체·남성·여성 기대여명 모두가 증가한다. 분야별로 살펴보면, 노인, 가족, 주거정책 지출은 전체 기대여명에 긍정적인 영향을 미친다. 주로 새로운 사회적 위험에 대응하기 위한 복지정책이 국민 건강수준을 높이는 데 더 큰 기여를 하고 있다. 남성의 경우 가족정책이 건강에 긍정적인 효과를 미친다는 것을 확인할 수 있었으며, 실업으로 인한 건강악화 효과가 실업정책으로 인해 사라진다는 점도 확인할 수 있었다. 여성은 노인, 가족, 주거정책 지출의 경우 긍정적인 효과를 확인할 수 있었다.

사회정책은 상당히 강력하고 비용효과적인 보건정책이다. 연구결과에 따르면 개별정책의 자원을 증가시킬 지라도 건강에 유의한 영향을 주는 정책도 있고, 그렇지 못한 정책도 있었으나 새로운 사회적 위험을 분산시켜주는 정책은 주로 건강에 긍정적인 영향을 미쳤다. 그러므로 해당 영역 즉, 노인(연금)정책, 주거정책, 가족정책 등에 국가적 차원에서 자원 투입을 늘려야 하며, 이에 대한 지속적인 연구가 필요하다. 제한된 자원으로 국민의 건강수준을 효율적으로 증가시키는 방법을 모색할 필요가 있다. 특히, 주거정책이 건강에 미치는 영향에 대한 관심이 필요하며, 본 연구가 해당 분야 정책 설계에 기초자료로써 활용될 수 있기를 기대한다.

주요어 : 분야별 공공복지지출, 기대여명, OECD, 복지정책, 국민건강
학 번 : 2012-21859

목 차

1. 서론	1
2. 문헌고찰	2
가. 사회정책이 국민건강에 미치는 영향	2
나. 신사회적 위험(New Social risk)	8
다. 경제적·정치적 요인이 국민건강에 미치는 영향	11
라. 문헌고찰의 결론 및 시사점	14
3. 연구 목적 및 가설	17
가. 연구 목적	17
나. 연구 가설	17
4. 연구 방법	18
가. 분석대상	18
나. 연구 모형	18
다. 변수의 정의 및 자료원	21
1) 기대여명	21
2) GDP 대비 분야별 공공사회복지지출(%)	21
3) 경제적 요인: 1인당 GDP	24
4) 정치적 요인	25
5) 인구사회학적 요인	25
라. 분석 방법	28

5. 연구 결과	30
가. 연구대상의 일반적 특성	30
나. 연도별 국가별 기대여명 추이	32
다. 국가별 GDP 대비 공공사회복지지출(%)	37
라. 분석결과	41
1) GDP 대비 총공공사회복지지출(%)	41
2) GDP 대비 분야별 공공사회복지지출(%)	44
6. 고찰	47
가. 연구방법 및 자료원에 관한 고찰	47
나. 분석결과에 관한 고찰	49
7. 결론: 정책적 함의	53
참고문헌	59
부록	63
Abstract	64

표 목 차

표 1. 문헌 요약	7
표 2. 연구모형 (1)	19
표 3. 연구모형 (2)	20
표 4. 변수의 정의 및 자료원 요약	27
표 5. 연구대상의 일반적 특성	31
표 6. 국가별 남성 기대여명 시계열 추이	35
표 7. 국가별 여성 기대여명 시계열 추이	36
표 8. 국가별 GDP 대비 분야별 공공복지지출(%): 2009년 기준	38
표 9. GDP 대비 총공공사회복지지출(%)이 국민 기대여명에 미치는 영향	42
표 10. GDP 대비 분야별 공공사회복지지출이 국민 기대여명에 미치는 영향	45

그림 목 차

그림 1. 국가별 (1995-2009) 기대여명 평균	33
그림 2. 연도별 기대여명 평균	34
그림 3. 국가별 GDP 대비 총공공사회복지지출(%): 2009년 기준	39
그림 4. GDP 대비 분야별 공공사회복지지출(%): 2009년 기준	40

1. 서론

1980년대 이후 OECD 국가에서 보건의료와 연금 지출이 급격하게 증가했다. 2008년 기준으로 OECD 국가에서 노인관련지출(33.62%)과 보건의료지출(29.5%)은 전체 공공사회복지지출의 약 2/3를 차지하며, 인구고령화 때문에 이러한 추세는 지속될 것으로 보인다. 하지만 의료서비스가 인구모집단의 건강수준(population-based health outcome)에 미치는 영향이 과대평가 되었다는 연구결과들이 많다(McKeown(1979), Preston(1975), Fogel(2004)). 치료적 또는 예방적 보건의료가 국민건강의 주요한 결정요인이 아니라면, 보건의료부문 개혁에 있어서 보건의료 서비스 제공과 재정체계에만 집중했던 것에서 탈피해야 한다.

하지만 치료적 또는 예방적 보건의료 외에, 건강에 영향을 미치는 사회적 맥락(social context)에 대한 관심은 적은 편이다. 그러므로 보건의료 개혁에 있어서 사회정책 영역 지출에 대한 관심도 적다. 보건의료서비스를 완벽하게 제공한다고 하더라도, 질병을 일으킬 만한 삶의 조건(living conditions)가 만연한 사회에서 인구모집단의 건강수준이 최상으로 유지되지 않는 것이다(Steven, 2009). 그러므로 잠재적으로 건강에 중요한 영향을 미치는 공공사회정책에 대한 관심이 필요하다. 제한된 자원을 가지고 인구 모집단의 건강수준을 효율적으로 올리기 위한 방안을 찾기 위해서, 비보건(Non-health) 정책영역이 건강에 미치는 영향에 대한 연구는 중요하다. 즉, 새로운 사회적 위협에 대비할 수 있도록 도와주는 정책이 건강에 미치는 영향을, 실증자료를 통해서 확인하고 비교하는 연구가 필요하다.

2. 문헌고찰

가. 사회정책이 국민건강에 미치는 영향

일반적으로 건강의 사회적 결정요인은 개인이 자신의 삶의 조건(the conditions of life)을 직접 통제하고 총괄할 수 있도록 도와주는 자원으로 구성된다(Fritzell and Lundberg, 2007). 그 중에서도 경제적 자원은 쉽게 다른 자원으로 바꾸어 쓸 수 있다는 점에서 특히 중요한 건강결정요인으로 지목된다. 경제적 자원은 가족과 시장(market)에서 발생하지만, 국가의 사회정책을 통해 직·간접적으로 재분배된다. 이러한 관점에서 서로 다른 복지정책을 가진 국가는 개인, 그 중에서도 특히 중·저소득층에게 이용가능한 자원의 수준을 결정한다(Lundberg et al., 2008). 사회정책을 통해 국가는 국민들에게 이용가능한 자원을 배분함으로써, 국민의 건강수준을 결정하는 데 중요한 역할을 하게 되는 것이다(Bartley(2003), WHO(2008)).

개별국가의 복지정책이 건강에 영향을 미칠 것이라는 명제는 학계에서 어느 정도 정설로 인정받고 있지만, 넓은 사회적 맥락(social context)이 개인의 선택에 영향을 미치는 경로를 분명하게 파악하기 어렵기 때문에 그것이 건강에 미치는 영향은 종종 과소평가되거나 간과된다(Bird and Rieker, 2008). 또한, 개별국가가 취하는 사회정책의 종류와 해당 국가가 사용하는 정책 메커니즘(e.g. 해당 복지정책의 재정투입을 공공 %, 민간 %로 결정할지)은 국가마다 매우 다양하다. 그러므로 개별국가의 정책과 그것의 효과를 측정하고 비교·평가하는 일은 어렵다.

그래서 복지정책이 건강에 미치는 영향을 분석한 문헌들은 주로, 복지국가 유형 분류에 따라서 국민건강에 어떻게 달라지는가에 관한 연구에 초점을 맞추고 있다.

노르딕 국가(덴마크, 핀란드, 아이슬란드, 노르웨이, 스웨덴 등)는 사회민주적 복지국가로 분류된다. 이들 국가의 전형적인 특징은 보편적 사회보장 프로그램을 가지며, 사회정책의 분명한 목표로서 기회와 결과의 평등을 동시에 강조한다는 점이다. 또한, 이 국가들은 광범위한 소득 이전정책과 공적 서비스 제공체계를 가지고 있으며, 고용률이 높고, 이 프로그램을 실행하기 위해서 많은 세금을 거둔다. 반면에 시장 중심 정책을 선택한 국가들은 복지 책임을 주로 가난 구제로 제한하고 있다(Esping-andersen, 1990, 2013). 이러한 정책적 기조의 차이는 두 가지 분류의 국가 사이에 차이를 가져온다. 보편적 사회보장정책은 가진 국가(대표적으로, 노르딕 국가)는 잔여적 복지 정책(대표적으로, 미국과 영국)을 가진 국가 보다 빈곤율이 더 낮다(Fritzell, 2001). 특히 노르딕 국가는 아동, 한부모 가정, 노인 등과 같은 취약 계층에서 낮은 수준의 빈곤율을 보인다(Ferrarini(2006), Korpi and Palme(1998)).

또한, 사회민주적 복지국가(Social Democratic Welfare State) 국민의 건강수준이 자유주의 복지사회(the Liberal Welfare regime) 국민의 건강수준보다 높다고 알려져 있다. 이러한 연구에서는 주로 사회민주적 복지국가들이 국가 전체 예산에서 복지지출이 차지하는 비중이 높다는 점이 사회적 안전망으로 작용하기 때문에 건강에 영향을 미친다고 경로를 설명하고 있다.

하지만, 어떤 단일한 분류체계도 정책레짐 유형의 복잡성을 완전히 설명하지는 못한다(Bird and Rieker, 2008). 하나의 분류체계만으로는 개별 국가가 실행하는 다양한 범위의 정책을 일관되게 설명하기 어렵기 때문이다. 예를 들어, 영국과 미국은 일반적으로 시장(market) 중심의 복지제도를 가지고 있다고 알려져 있다. 하지만 보건의료 측면에서 영국은 보편적 의료보장체계(NHS)를 가지고 있으나, 미국은 시장 중심의 보건의료체계를 가지고 있다. 그러므로 복지국가 유형 분류 자체가 실체로서 국민의 건강에 서로 다른 영향을 미친다고 해석하는 것보다는 국민의 영

역별 복지에 지출하는 복지비중이 높은 국가일수록 국가가 해당 복지에 대한 높은 책무성을 가진다고 볼 수 있으며, 이로 인해 국민전체의 건강 수준이 높아진다고 해석하는 것이 보다 바람직하다.

GDP 대비 공공사회복지지출을 독립변수로 사용하고 있는 대부분의 문헌에서, 사회 전체의 복지수준이 국민에게 사회적 안전망으로 작용하여 국민의 건강증진에 긍정적인 영향을 미친다고 설명하고 있다. Bradley et al.(2011)의 연구에서, GDP 대비 공공사회지출은 기대여명에 양의 방향, 영아사망률과 잠재수명손실연수에는 음의 방향으로 영향을 미쳤다. 또한 이 연구에서는 총보건의료비지출 대비 공공사회지출이 증가할수록 기대여명이 증가한다는 연구결과도 제시하여, 현 상황에서 보건의료비지출만을 늘리는 것은 국민의 건강수준을 증진하는 데 크게 기여하지 못한다는 점을 강조하였다.

Nelson and Fritzell(2014)의 연구는 OECD 18개국을 대상으로 각국의 최저소득보장 정도와 사망 수준의 관계를 분석하였다. 결과적으로, 건강 수준에 영향을 준다고 알려져 있는 1인당 GDP, 흡연과 음주, 공공의료 지출비중, 빈곤율 등을 통제하여도, 최저소득보장 수준이 높을수록 국민 전체 사망률은 낮고, 평균 수명은 길었다. 위 논문은 이에 대하여 최저소득 보장 수준이 높을수록 저소득층의 영양섭취행태가 개선되거나 더 나은 주거환경에서 살 가능성이 높다는 점에서 국민들이 건강에 더 많은 투자를 하게 된다고 설명한다. 그러므로 최저소득보장 수준을 높이는 것이 인구 모집단 건강수준을 높이는 데 기여한다.

한편 사회복지정책이 건강에 미치는 영향을 분석하기에 앞서, 대부분의 정책이 불평등한 자원의 분포와 영향력에 영향을 끼치도록 고안되어 있기 때문에, 경제적 자원에 있어서 성별 차이를 살펴볼 필요가 있다.¹⁾

1) 정책이 하위 집단(subgroup)에 미치는 영향을 다룬 분석은 거의 없으며, 특히 주류 학자들의 분석은 젠더 관점을 등한시하고 있다(Bird and Rieker, 2008).

대부분의 고소득국가에서, 남성과 여성의 경제적 자원의 불평등은 생애 주기에 걸친 노동참여율과 강한 관련이 있다. 역사적으로 남성은 높은 소득을 가지고, 여성은 자녀와 부모를 양육·보호할 책임이 있었다. 비록 여성의 노동참여율이 증가하고 있지만, 여전히 여성은 양육자의 역할을 하기 위해 노동시간을 줄이는 경향을 보인다.

남성과 여성의 경제적 차이가 줄어들고 있기는 하지만, 근로연령층에서 경제적 자원의 차이는 노인이 된 이후에 증폭된다. 예를 들어, 미국에서 여성은 남성보다 오래 살고 자신보다 나이가 더 많은 사람과 결혼하기 때문에, 여성은 만성 질환을 가진 배우자의 의료비용으로 인해 직접적으로 금전적 손실을 입거나, 배우자를 보살피는 데 상당한 심리적/신체적 문제를 겪게 된다(Bird and Rieker, 2008).

여성은 기대수명이 길지만, 임금으로 결정되는 사회보장연금 평균은 남성보다 적다. 이러한 사실은 여성이 남성보다 더 오랫동안 연금에 의존하는 생활을 하게 되기 때문에, 남성보다 경제적으로 낮은 수준에 오랜 기간 노출된다는 것을 의미한다. 그러므로 생애주기와 건강요구도를 생각했을 때, 여성과 남성에게 동일하게 적용되는 사회정책이라고 할지라도 그 결과는 다르게 나타날 수 있다.

일반적으로 노동참여와 연계가 적은 보편적 의료보장체계와 연금제도를 가지고 있는 국가들은 해당 정책이 남녀의 건강차이에 미치는 영향이 적을 수 있다. 하지만 여전히 이들 국가에서 정책결정자들은 젠더 중립적인 사회 안전망과 보장제도를 결정하는 데 어려움을 겪고 있다. 대부분의 산업화된 국가와 복지국가는 인구 고령화로 인한 비용상승의 영향력을 통제하고, 사회보장제도의 형평성을 강조하기 위한 방법을 찾고 있다. 예를 들어, 사회주의 레짐을 가진 동유럽국가에서 사회복지혜택의 관대성은 오히려 여성을 더 가난하게 하는 효과를 가진다. 여성이 출산 이후에 제공받는 급여로 인해 다시 노동시장으로 복귀하지 않을 경제적

인센티브가 강하기 때문이다(Bird and Reiker, 2008). 또한, 북유럽 국가 연방의 가족정책(e.g. 보편적 자녀 돌봄 시설과 관대한 유급 모성 휴가 등)은 영국이나 스위스보다 여성이 더 높은 전시간 근무의 일자리(full-time job)에 있도록 한다(Babies, 2005). 더욱이, 가족친화적 정책은 여성과 남성의 직업, 가족 기대감, 선택 그리고 행동에 영향을 미친다. 이것은 직업과 전문성과 관련된 젠더 분배에 영향을 끼친다.

저자	연구대상	주요독립변수	종속변수	특징 및 한계점
Bradley et al. 2011	OECD 30개국(1995-2005)	- GDP대비공공사회지출(0.08**)	-기대수명 -영아사망률 -잠재손실년수	- 총보건의료비지출 대비 공공사회복지 지출이 증가할수록 기대여명이 높아짐 - 통제변수로 GDP만을 사용했다는 방법론적 한계가 있음 - 남녀기대여명을 분리하지 않았음
Kangas 2010	OECD 17개국(1900-2000)	- GDP대비공공사회지출 (5.527**)	-성별기대수명	- 기대여명이 급격하게 증가하는 시기의 자료를 이용했음(47.6→78.9) - 통제변수로 GDP와 1,2차세계대전의 영향만을 사용했음 - 남녀기대여명을 분리하지 않았음
Navarro et al. 2006	OECD 가입국(1972-1996)	- 공공보건의료지출 - Healthcare population coverage	-영아사망률 -기대수명	- 상관관계를 밝히는 연구임 - 정치적/인구사회학적요인을 통제하였음 - Healthcare population coverage는 어떤 모델에서도 통계적으로 유의한 결과가 나타나지 않았음
Lundberg et al. 2008	18개 고소득 국가	- 일가족양립정책(유급 휴가, 육아지원등) 관대성 - 가족지원정책(한부모 가정 지원 등)관대성 - 연금정책유형분류	-영아사망률 -노인초과사망률	- 양부가 모두 일하는 경우에 지원하는 일가족양립정책이 영아사망률 감소에 큰 영향을 미침 - 가장 포괄적인 연금을 제공하는 encompassing model 국가에서 노인 초과사망률이 가장 적음

표 1. 문헌 요약

나. 신사회적 위험(New Social risk)

이차대전 이후 1970년대 까지 유럽의 복지국가는 안정적인 제조업 산업을 기반으로 하여 지속적으로 높은 수준의 경제성장을 유지하였으며, 많은 사회구성원들이 높은 수준의 임금수준으로 고용되어 있었다. 당시 복지국가는 은퇴, 실업, 질병, 장애 등 소득의 부재 및 중단을 유발할 수 있는 경우와 자녀수당 등 임금과 필요(needs)의 불일치가 발생하는 경우에 대응하기 위한 혜택을 제공하였다. 전통적으로 복지국가에서 의료 및 교육 관련 정책은 사회적으로 바람직한 것으로 인식되었으나, 보살핌(care)의 경우, 가족 내에서 해결하는 것을 당연하게 여겨졌으며 가족에 대한 정부의 개입은 제한적으로만 이루어졌다(Taylor-Goodby, 2004).

1980년대 이후 사회구조의 변화는 사회적 위험의 양상에도 변화를 가져왔다. 산업사회에서 전통적인 사회적 위험이 질병, 재해, 노령, 실업 등 노동능력 상실이었다면, 새로운 사회적 위험은 노동시장에서의 취약성(vulnerability)과 노동가능성(employ-ability)의 약화, 그리고 가족의 보살핌 책임으로 인한 고용접근성 제한 등과 관련된 것이다. 하지만 전통적인 사회적 위험의 경우 전후 국가의 복지정책으로 일정정도 사회보장(social security)을 제공하여 해결할 수 있었으나, 새로운 사회적 위험은 현재의 복지정책으로는 사회적 안전망을 제공하기 어려운 상황이다(김영란, 2006).

새로운 사회적 위험은 크게 두 가지 영역으로 나눌 수 있다. 첫째, 노동시장에서 생산인구의 감소 추세와 노동의 유연화로 인한 위험이며, 두 번째 영역은 전통적 가족 형태가 무너지면서 나타나는 다양한 사회적 위험이다(남은영, 2009). 1980년대 이후, 장기실업과 비정규직 노동자가 크게 증가하는 노동시장구조의 변화로 인해 빈부격차가 심화되었다. 가족구조의 변화의 경우, 현대사회에서는 친족과 지역사회의 중요성이 줄어들고, 이혼과 재혼 등으로 핵가족 뿐만 아니라 한부모가족, 독신가구 등

가족 형태가 매우 다양해지고 있으며, 이로 인해 여성의 노동시장 참여율이 증가하고 있다.

전통적 가족은 주로, 남성이 생계유지자이며, 여성들은 남성에게 경제적으로 의존하는 형태였다. 이러한 가부장적인 가족형태 하에서 여성은 주로 자녀와 노인을 돌보는 책임을 담당하고, 가사노동을 하였기 때문에 경제활동에 참여할 기회가 제한되었으며, 노동시장에 참여한다고 하더라도 주변적 역할만을 담당하였다. 따라서 기존의 복지국가 프로그램 역시 결혼상태가 안정적이며 남성이 부양자의 역할을 하고, 여성은 가사노동을 전담하는 전통적 가족모형을 전제로 설계된 것이다.

그러나 이혼률이 높아지고, 출산률이 낮아진 상황에서 기존의 복지 프로그램은 안정적이지 못하다. 이혼과 가족 해체로 인한 한부모 가정의 증가는 아동 빈곤도 증가시킨다. 여성의 경제활동 참가율이 증가하고 있으나, 자녀 보육 문제가 해결되지 않으면 여성들은 노동시장에 참여할 기회를 제한당한다. 그러므로 노동시장에서 불리한 위치에 있는 여성은 사회보험이 제공하는 위험분산 혜택을 제공받지 못하게 된다. 또한, 인구 고령화로 노인인구가 급격하게 증가하면서 가족 차원의 것으로 취급되던 보살핌(care)은 새로운 사회적 위험으로 부상했다. 가족구조의 변화와 여성의 경제활동 증가로 노인 보살핌(care)과 자녀 보육 문제가 더 이상 가족차원에서 해결되지 않는 사회적 위험의 범주로 인식되게 되었다(김영란, 2006).

이러한 사회적 위험을 분산시키기 위해서, 개별국가는 사회복지 정책을 운영한다. 과거 복지 정책이 의료, 노인 연금 등에 집중하였다면 90년대 이후에 주로 노동시장과 가족, 주택 문제를 해결하기 위한 정책을 확대하고 있다. 다양한 분야의 정책들은 국민의 삶의 기회를 변화시키고 (Bartley, 2003), 형평적으로 사회경제적 자원을 배분²⁾하고 사회적 위험

2) 건강과 사회경제적 자원 간에 확실한 상관관계가 있다는 것은 사회역학에서 잘 확립되어 있다(Bartley et al.(1997), Acheson(1998), Whitehead et al.(1992))

을 분산시킴으로써 건강에 영향을 미친다. 의료영역과 연금 복지지출 등 기존의 복지국가 프로그램은 결혼상태가 안정적이며 남성이 부양자의 역할을 하고, 여성은 가사노동을 전담하는 전통적 가족모델을 전제로 설계된 것이므로, 인구의 대다수가 새로운 사회적 위험에 노출된 현재 상황에서 인구 모집단의 건강에 적은 영향을 미칠 것이다. 반대로 노동구조와 가족형태의 변화 등 새로운 사회적 위험에 대응하기 위한 최근의 복지정책들 주로 노동시장 프로그램, 가족, 주거 정책 등은 인구모집단의 건강에 큰 영향을 미칠 것이다.

다. 경제적·정치적 요인이 국민건강에 미치는 영향

Samuel H. Preston(1975)는 인구모집단 기대여명의 급증 원인을 3가지로 보았다. 첫째는 깨끗한 물 공급과 개선된 위생 시설과 같은 사회 기반 시설(infrastructure)의 발전 및 영양실조의 감소, 둘째는 항생제의 발견으로 감염성 질환을 의학적으로 개입할 수 있게 되었다는 점이며, 마지막으로 지식(knowledge)와 생활 방식(lifestyle)의 개선이다. 고소득 국가를 대상으로 한 최근 연구는 주로 3번째 ‘지식과 생활방식의 개선’ 요인에 관심이 있다. 한편, 같은 관점에서 Angus S. Deaton(2004)는 정치적/경제적/교육적 조건의 개선으로 인하여 발생한 지식의 세계화가 건강 개선에 긍정적인 역할을 했다고 보았다.

이러한 관점에서 먼저, 국가의 경제적 수준이 인구 모집단 건강수준에 미치는 영향을 생각할 수 있다. 보건학에서 인구모집단 건강수준의 국가간 차이의 원인은 중대한 토론거리 중 하나이며, 많은 문헌들은 주로 구조적 경제요인에 집중하고 있다. 해당 논의를 정리하면, 국가의 경제수준이 높아질수록 사회적 인프라가 증가하고, 생활방식이 개선되어 국민들의 건강수준이 증가한다. 또한, 국가의 경제수준이 높아진다는 것은 국민건강에 투자할 자원이 증가하고, 국민들의 사회적 위험에 대응하기 위한 예방책을 마련하는 데 필요한 비용을 정부가 부담할 수 있는 능력도 증가한다는 것을 의미한다. 그러므로 대부분의 문헌에서 형평성을 반영할 수 있다고 알려진 1인당 GDP를 대리지표로 활용하고 있다.

다음으로 정치적 요인을 살펴보면, 민주주의와 정치적 자유가 모집단 건강수준에 미치는 영향은 유명한 병리학자인 Virchow R(1848/1985)에 의해 19세기 중반에 최초로 언급되었다. Safaei(2012)는 정치적 환경과 제도는 인권 존중/정치적 자유/시민참여 등의 관점에서 직접적으로 인간의 삶의 조건에 영향을 미칠 수 있으므로, 국민건강수준에 차이를 발생시킨다고 설명한다.

또한 민주주의와 전제 군주국을 분류하여, 민주주의가 전제 군주국에 비해 건강수준이 높다고 설명하는 문헌도 있다. 먼저, Daron and James(2005)는 정치적 직무를 누가 수행하는지에 집중한다. 이들은 전제 군주국을 부자의 독재정치체제로 이해하고, 민주주의는 저소득층 또는 중산계급의 독재정치체제로 본다. 이러한 관점에서, 전제 군주국에서 보다 민주주의 하에서 국민건강(population health)이 정치적 우선권을 가질 것이고, 이로 인해 국민 건강수준이 증진된다.

두 번째로 ‘책임 구조(accountability structures)’가 건강수준에 차이를 발생시킨다. 민주주의는 규제 개입에서 광범위한 시민의 책무성을 요구하지만, 전제 군주정은 군대와 같은 소수의 집단만이 책임성을 가진다. 더욱이, 전제 군주정은 정치적 결사와 반대 의견 표현을 진압하고, 공공 정책 토론에 관한 언론의 의견 표명도 저지한다. 그러므로 정치 지도자는 정책이 실패하면 그 자리에서 물러나야 하기 때문에, 민주주의 하에서 보건 문제에 더 많은 정치적 관심이 발생한다. 반면에 군주정에서는 그 책임 연결고리가 약하기 때문에 보건 문제가 중요한 정치적 아젠다로 등장하기 어렵다.

세 번째 정치적 선택의 과정이 건강수준에 차이를 발생시킨다. 민주주의는 유능하고 정직한 지도자를 선택하도록 하는 강력한 메커니즘을 가지고 있다. 이러한 메커니즘을 통해 능력 있고 부패하지 않은 정치지도자가 선출되어 보건문제에 개입한다면, 민주주의는 전제군주정보다 더 나은 건강 결과(health outcomes)를 보일 것이다(Besley and Kudamatsu, 2006).

위의 내용은 민주주의가 군주정치에 비해서 더 나은 국민건강수준을 나타내는 과정에 대한 설명이다. 하지만 민주주의가 반드시 건강에 더 나은 결과를 가져오는 것은 아니라는 주장을 하고 있는 문헌도 있으며, 민주주의와 군주정치의 건강결과를 비교하는 것만으로는 현재의 고소득

국가의 민주주의 차이가 건강수준에 차이를 가져온다는 설명을 하기에는 부족하다.

하지만 위의 생각에서 범위를 넓혀 생각해보면, 수준 높은 민주주의가 더 나은 건강수준을 가져올 것이라는 설명이 가능하다. 민주주의의 수준은 매우 다양하며, 민주주의를 분류하고자 하는 시도가 많다. 이러한 시도가 있다는 것은 학계에서도 여전히 어떤 민주주의가 위에서 말한 메커니즘이 더욱 잘 작동하는지에 대한 고민이 존재한다는 것을 의미한다. 민주주의 경험이 오래되고 공고한 국가에서 민주주의의 긍정적 메커니즘이 더 잘 작동할 것이다.

정리하면, 사망률과 상병률은 사람들이 실제로 살고 일하는 사회·경제적 조건에 따라 근본적으로 달라진다. 하지만 보건분야에서 이러한 사회·경제적 조건의 뼈대를 구성하는 정치적 구조에 대한 관심은 비교적 적은 편이다(Safaei, 2012).

라. 문헌고찰의 결론 및 시사점

GDP 대비 공공사회복지지출이 건강에 미치는 영향은 사회 전체의 복지수준이 국민에게 사회적 안전망으로 작용하여 국민의 건강증진에 긍정적인 영향을 미치는 것으로 해석할 수 있다. 이것은 GDP 대비 공공사회복지지출을 늘리는 것이 국민 건강수준을 증가시키는 데 기여하고 있으므로, 정책적으로 복지지출을 늘려야한다는 주장의 근거가 된다. 하지만 이것은 복지정책에 있어서 어떤 항목에 우선순위를 두고 지출을 늘려야 하는지에 대한 대답을 제공하지는 못한다. 공공사회복지지출의 하위 영역은 다양하며, 해당 정책은 국민건강수준에 서로 다른 영향을 미칠 것이다.

분야별 정책자원의 규모는 국가마다 상이하다. 개별 국가가 정하는 분야별 정책 자원 규모는 인구집단의 건강수준에 차이를 유발할 수 있다. 최근에 공공보건의료지출과 노인지출 급증과 관련된 문제제기가 많다. 반면 다른 영역의 복지지출은 천천히 증가하고 있다. 전반적으로 총공공사회복지지출이 증가하는 추세이지만, 한정된 자원을 가지고 복지를 제공해야 하기 때문에 고령화로 인해 우선순위가 높아진 보건의료와 노인복지지출이 급격하게 증가하고 있는 것이다. 하지만 이러한 방향성이 옳은 것인지에 대한 재검토가 필요하다. 대부분의 고소득국가에서 국민 전체에게 공공의료보험을 적용하거나, 소액의 비용만을 지불하고 의료서비스를 이용할 수 있도록 하고 있다. 상당히 오랜 기간에 걸쳐 보건의료지출을 증가시켜왔기 때문에 이것이 건강에 미치는 한계효용이 어느 정도 한계에 이르렀다고 볼 수 있기 때문이다.

위의 영역별 문헌 고찰 결과에서도 살펴볼 수 있듯이, 분야별 정책이 건강에 미치는 영향에 대한 연구는 많지만, 각 영역에 해당하는 정책 규모가 건강에 미치는 영향에 대한 연구는 적은 편이다. 특히 GDP 대비 총공공사회복지지출(%)가 국민수준의 건강에 미치는 영향을 연구한 결

과는 많으나, 영역별 지출이 국민수준의 건강에 미치는 영향을 연구한 결과는 살펴보기 어렵다. 또한, 영역별 지출이 국민수준의 미치는 영향을 연구한 결과가 있다고 하더라도, 연구자가 가족관련 분야에 종사하고 있는 경우 주요 독립변수에 가족지출 관련 변수만을 포함하고 있으며, 보건학자인 경우 주요 독립변수에 의료지출 관련 변수만을 포함하고 있어, 다른 정책의 효과를 통제하지 않은 분석 결과만을 확인할 수 있을 뿐이다. 즉, 현재 개별 비보건(Non-health) 정책이 건강에 미치는 영향에 관한 연구는 있으나, 하나의 분석을 통해서 각 개별 정책의 영향력을 비교해보고자 한 연구는 없다.

사회정책은 국민건강에 영향을 미친다(Solar and Irwin, 2007). 그러므로 사회정책은 상당히 강력하고 비용효과적인 보건정책일 수 있다. 그러나 의료와 연금 복지지출 등 기존의 복지정책은 결혼상태가 안정적이며 남성이 부양자의 역할을 하고, 여성은 가사노동을 전담하는 전통적 가족모델을 전제로 설계된 것이므로, 인구의 대다수가 새로운 사회적 위협에 노출된 현재 상황에서 인구 모집단의 건강에 적은 영향을 미칠 것이다. 반대로 노동구조와 가족형태의 변화 등 새로운 사회적 위협에 대응하기 위한 최근의 복지정책들 주로 노동시장 프로그램, 가족, 주거 정책 등은 인구모집단의 건강에 큰 영향을 미칠 것이다.

뿐만 아니라 선행 연구들은 몇 가지 제한점을 가지고 있는데 첫 번째로, 기존의 보건학 연구에서 GDP 대비 총공공복지지출(%)을 독립변수로 하고 국민건강수준을 나타내는 여러 지표들을 종속변수로 하는 연구가 많았다. 하지만 이것은 구체적으로 어떻게 정책으로 반영되어야 하는지에 대한 실마리를 제공해주지는 못한다. 공공복지지출을 증가하면 국민건강수준이 증가될 것이라는 주장만이 가능할 뿐, 어떤 분야의 공공복지지출을 우선적으로 늘려야 하는가에 대한 대답은 하지 못하게 되므로 영역별 특이성을 가지는 복지정책에 반영되기에는 부족한 연구결과이다.

둘째, 과거 연구는 기대수명이 폭발적으로 증가하는 시기의 자료를 이용한 경우가 많다. 그러므로 1990년대 이전 자료를 가지고 분석한 연구들은 보건의료에 자원을 투입하는 것의 효과가 과장되어 있을 수 있다. 최근 자료를 이용하여 공공보건의료 투입 자원의 증가가 건강에 미치는 영향을 재확인하는 것이 필요하다. 최근 자료를 이용하는 것이 현 시점에서 정책방향성을 설정하는 데 있어서 타당성이 높은 활용지표가 될 것이다.

셋째, 기존의 사회복지지출 관련 연구들은 1990년 이전 자료를 이용하였으므로 자료의 신뢰성에 문제가 있을 수 있다. OECD는 사회정책을 분석하기 위해서 1990년 대에 사회복지지출 데이터베이스를 구축하기 시작하였으므로(OECD, 1996), 이전 자료들은 추론에 근거한 자료이다. 그러므로 1995년 이후의 자료의 신뢰성이 높다.

넷째, 국가의 사회복지수준이 국민건강수준의 차이를 설명하는 데 있어서 중요하다고 제시하였지만 이에 대한 실질적 근거 자료는 부족한 실정이다. 기존의 연구에서는 국가의 사회복지정책이 사회적 안전망으로 작용하여 건강에 긍정적인 영향을 주는 것으로 해석하고 있다. 하지만 이를 분명히 해줄 경로에 대한 연구는 없으며, 이러한 연구는 실제 정책에 적용하기에도 다소 부적합한 시사점을 줄 뿐이다.

다섯째, 매크로 데이터를 활용하는 연구이기 때문에 가용한 변수가 많지 않다. 관심을 가지는 종속변수에 영향을 미치는 독립변수는 하나가 아니기 때문에 통계분석에서는 통제변수를 활용한다. 하지만 여러 국가를 대상으로 하는 연구에서는 같은 기준으로 산출된 통계자료를 구하는 것이 쉽지 않아서 실제 분석에서 통제변수를 많이 사용하지 못했기 때문에 추정된 회귀계수가 일치추정량이 아닐 수 있다.

3. 연구 목적 및 가설

가. 연구 목적

- (1) 고소득국가에서 공공사회복지지출이 국민건강수준에 미치는 영향을 파악한다
- (2) 고소득국가에서 특정 사회복지정책(e.g. 노인, 의료, 가족, 적극적노동시장프로그램, 실업, 주거정책 등)지출이 국민건강수준에 미치는 영향을 파악하고자 한다.
- (3) 고소득국가에서 성별에 따라 특정 정책에 관한 공공사회복지지출이 국민건강수준에 미치는 영향의 정도와 방향성이 다른지를 확인하고자 한다.

나. 연구 가설

- (1) 고소득국가에서 공공사회복지지출이 증가할수록 국민건강수준은 증가할 것이다.
- (2) 고소득국가에서 가족/적극적노동시장프로그램/주거정책 지출이 국민건강수준에 미치는 영향이 노인 및 공공보건의료지출이 국민건강수준에 미치는 영향보다 클 것이다.
- (3) 고소득국가에서 성별에 따라 분야별 공공사회복지지출은 건강에 다른 영향을 미칠 것이다.

4. 연구 방법

가. 분석대상

분석대상은 OECD 34개 국가로 하여, 1995년부터 2009년 자료를 활용하였다. OECD 국가를 분석대상으로 한 이유는, OECD 국가에서 사회복지지출 수준은 상당히 높은 것으로 알려져 있으나 이것을 계속해서 늘리는 것이 국민의 건강수준에 지속적으로 긍정적인 요인을 미치는지 확인하기 위해서이다. 또한, 복지지출이 기대여명에 미치는 영향을 살펴보기 위해서 사회경제적 이질성이 적은 국가들을 선정하는 것이 방법론적으로도 중요하다.

나. 연구 모형

본 연구에서 밝히고자 하는 바는 총공공사회복지지출과 분야별 사회복지지출이 국민 기대여명에 미치는 영향이므로, 2가지 연구모형을 설정하였다. 먼저 연구모형 (1)은 GDP 대비 총공공사회복지지출을 관심독립변수로 하고, 경제적/정치적/사회인구학적 요인을 보정하였다(표 2. 참고). 경제적 요인으로는 다른 참고문헌들에서 사용한 비중이 높은 1인당 GDP 만을 사용하였다. 정치적 요인으로는 민주화 정도와 정치안정성을 고려하였다. 다음으로 인구사회학적 요인으로 0-19세 인구비중, 65세 이상 인구비중, 실업률, 고용률, 기대교육연한, 1인당 연간 알코올 섭취량을 포함하였다. 성별 분석에 있어서는 65세 이상 인구비중, 실업률, 고용률, 기대교육연한의 경우 성별 자료를 활용하였다. 또한, 연도더미³⁾를 통해서 경기변동 등과 같은 국가 특성 외적인 요인도 통제하였다. 연

3) 2008년과 2009년은 같은 연도더미를 사용하였다. 경제/경영학의 관련 문헌에서 2008년과 2009년에 같은 연도더미를 쓰고 있는 것을 확인하였으므로, 본 연구에서 연도더미를 사용한 목적에 맞게 이와 같은 방법을 사용하였다. 그러므로 2008-2009년의 연도더미명은 '국제금융위기'이다.

도더미는 전 국가에게 영향을 미쳤지만 그 효과를 모르는 변수를 통제할 수 있도록 해주며, 복지지출 말고는 다른 국제적 사건의 영향이 없다는 가정을 버릴 수 있도록 해준다.

다음으로 연구모형 (2)에서는 GDP 대비 총 6개의 분야별 공공사회복지지출(노인, 의료, 가족, 실업, 적극적 노동시장 프로그램, 주거 등)을 주요 관심독립변수로 하여, 이것이 기대여명에 미치는 영향을 각각 확인하고자 하였다(표 3. 참조). 연구모형 (2)에서도 연구모형 (1)과 같은 요인을 통제하였다. 이렇게 되면 다른 정책의 효과가 보정된 상태에서 각 정책의 효과를 확인할 수 있다.

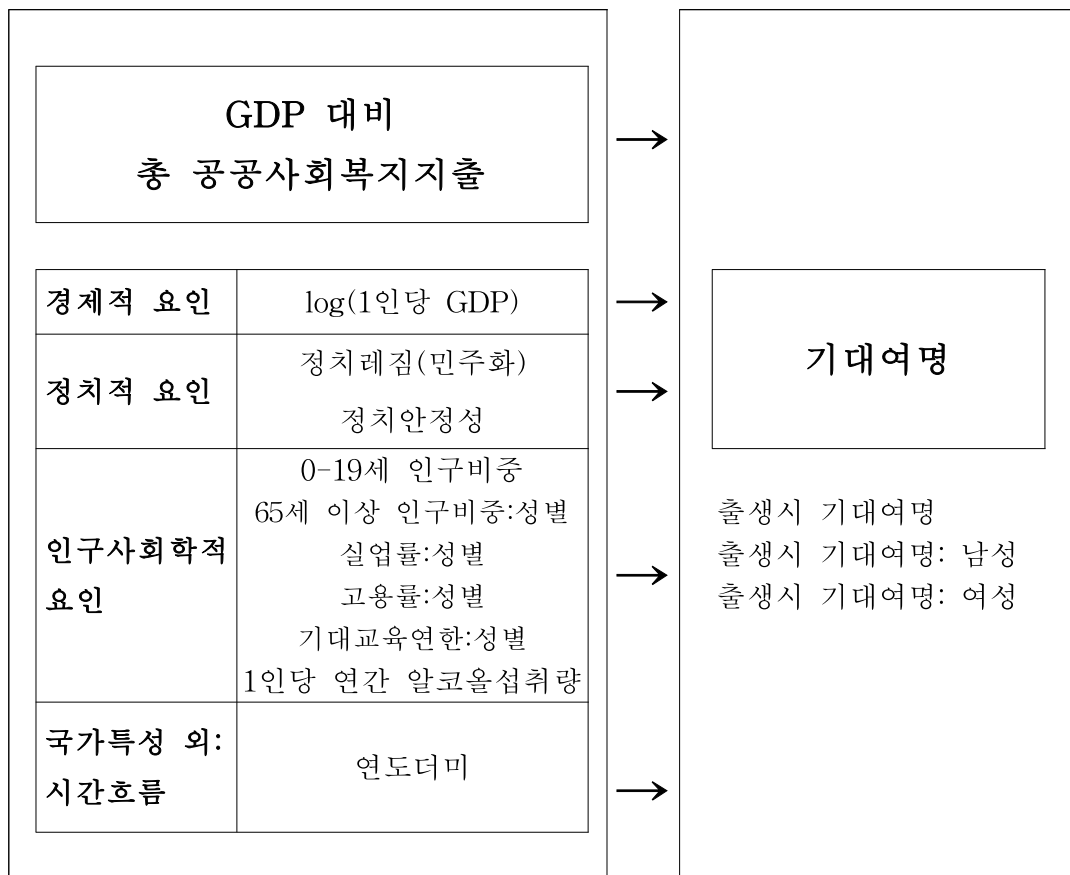


표 2. 연구모형 (1)

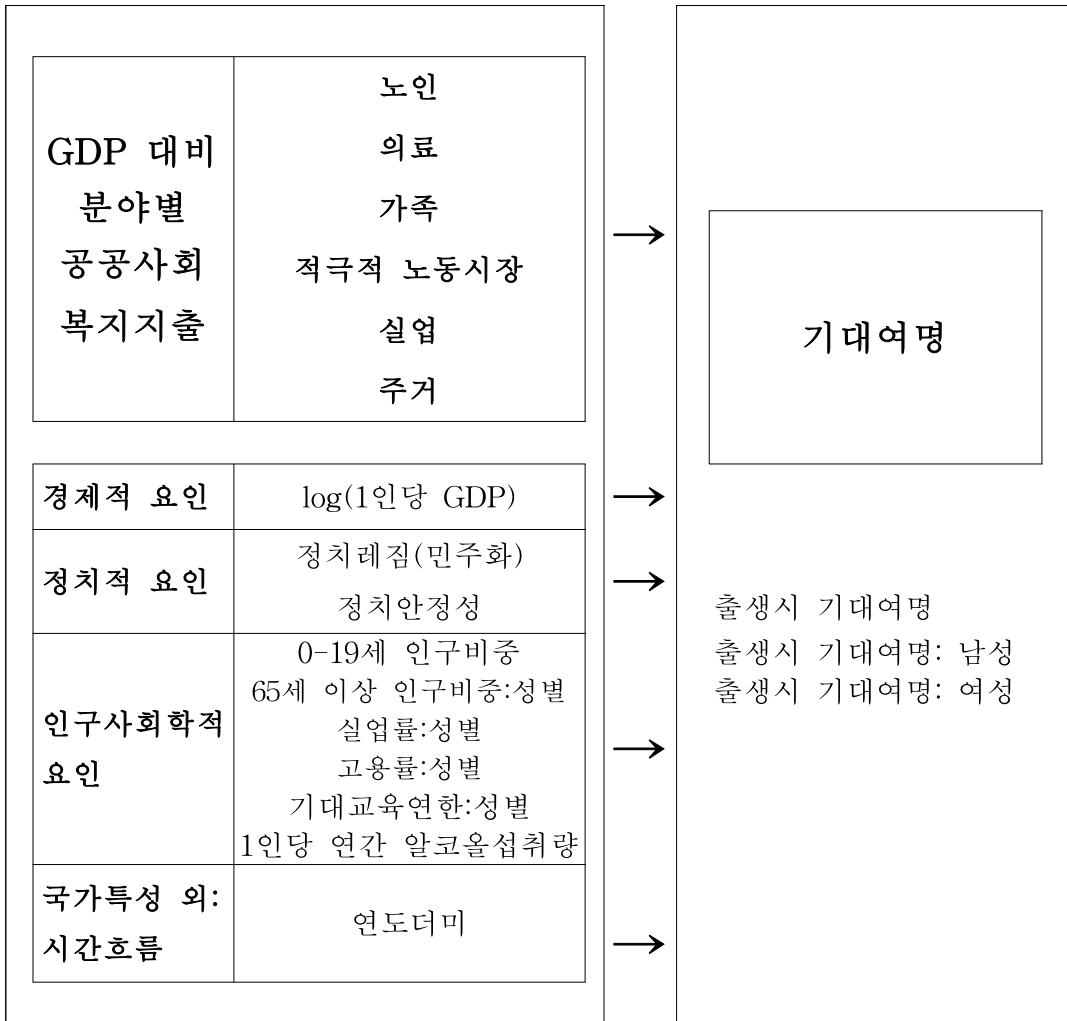


표 3. 연구모형 (2)

다. 변수의 정의 및 자료원

1) 기대여명

기대여명은 어느 연령에 도달한 사람이 그 이후 몇 년 동안이나 생존할 수 있는가를 계산한 평균생존년수를 말한다. 이는 사망과 밀접한 관계가 있으며 잔여평균수명을 예측한 지표이다. 기대여명은 인구 분포의 영향을 받지 않아 서로 다른 연령 구조를 가진 인구 집단 간의 비교에 알맞다(United Nations, 1988). 기대수명(0세의 기대여명)은 당해 년에 출생한 사람이 살 것으로 기대되는 평균 연수로 평가된다(Bradely et al., 2011). 기대수명은 국민의 건강수준을 나타내는 대표적인 대리 지표 중 하나이다. 본 연구에서는 OECD Health Database에서 제공하는 기대여명 자료를 활용하였다.

2) GDP 대비 분야별 공공사회복지지출(%)

OECD가 정의한 사회지출(Social expenditure)이란, 가구나 개인이 그들의 복지에 악영향을 미치는 상황에 처했을 때 공적/민간 기관에서 서비스(benefits)를 제공하는 것과 재정적 기여(financial contributions)를 말한다. 여기서 말하는 서비스와 재정적 기여는 특정 상품이나 서비스에 지불하는 직접비나 개인적으로 계약을 맺는 것은 포함하지 않으며, 정부의 복지제도에 의한 지출비용을 말한다(Adema et al., 2011).

OECD는 Social Expenditure Database(SDCX)에서 GDP 대비 총공공사회복지지출(%)과 GDP 대비 분야별 공공사회복지지출(%)을 제시하고 있다. SOCX에서 제시한 복지영역은 총 9개로 노인, 유가족, 비능력관련, 의료, 가족, 적극적 노동시장 프로그램, 실업, 주택, 기타 등이다. 유가족과 비능력 관련 항목의 복지지출은 그 대상자가 많지 않아 국민 전체의 사회적 안전망으로 작용하고 있다고 보기 어려우므로 연구대상에서 제외

하였다. 또한, 기타 부문에 있는 사회적 지원 및 서비스 등은 그 규모가 작고, 주로 저개발국가에서 많이 제공하는 서비스이기 때문에 연구대상에서 제외하고, 총 6개의 항목(노인, 의료, 가족, 적극적 노동시장 프로그램, 실업, 주택)을 대상으로 연구를 진행하였다.

OECD는 지출행위자 측면에서 공공지출(Public social expenditure), 의무민간지출(Mandatory Private social expenditure) 그리고 자발적 민간지출(Voluntary private social expenditure) 등 3가지 항목으로 사회지출을 구분하고 있다. 공공지출은 정부에 의해 조절되는 사회보험료, 사회지원금 등을 포함하여 의무민간지출은 민간부문에서 법률로 강제되어 있는 의무적 지출(예를 들어, 국민연금, 산재보험 등)을 말한다. 반면 자발적 민간지출은 NGO 기부금, 개별 회사에서 제공하는 복지혜택/보육 지원 등 법제화 되어있지 않은 다양한 민간부문의 사회적 지출을 의미한다. 본 연구에서 연구하고자 하는 바는 개별 복지영역에 대한 정부의 책무성(State's commitment)가 국민건강수준에 미치는 영향이므로 전체 공공지출에서 자발적 민간지출은 제외하고 공공/민간-의무 영역에서 지출하는 비용만을 추출하여 연구에 활용하였다.

연구결과 해석의 명료성을 위해서 각 영역별 지출의 세부항목에 대해서 살펴볼 필요가 있다.

먼저 노인 정책지출은 연금/조기은퇴 연금/노인 기타 현금지원 등의 현금지원과 거주 도움/기타 서비스 등의 서비스 지원으로 형태가 구분된다. 하지만 자료원을 살펴본 결과 노인 정책지출의 대부분이 연금이었으므로, 소득 지원의 성격이 강한 것을 알 수 있었다. 연금정책은 구 사회적 위험(Old Social Risks)을 분산시키는 정책 중 하나이다. 하지만 여성의 경우에 과거에는 노동시장에 거의 참여하지 않아서 배우자의 연금에 의존했다면, 90년대 이후 여성의 경제활동참가율이 증가하여 본인이 연금수혜자가 되는 경우가 있으므로 젠더적 관점에서 보면 여성에게 있

어서 연금정책은 새로운 사회적 위험(New Social Risks)를 분산시키는 정책이라고 볼 수 있다.

다음으로 보건의료 정책 지출의 경우 의료서비스 지원과 관련된 비용만을 그 내용으로 하고 있었다. 이것은 국민건강보험을 가지고 있는 국가의 경우 보험자(보험공단 혹은 국가)가 부담하는 비용이며, NHS 형태로 건강보장을 하는 국가의 경우 국가가 부담하는 의료비용을 의미한다. 이것은 현금을 직접적으로 제공하는 것이 아니라, 건강문제가 발생한 이후에 병원 등의 의료기관에 보상하는 비용이므로 서비스적 성격이 강하다. 또, 보건의료 지출은 구 사회적 위험(Old Social Risks)를 분산시키기 위한 정책에 해당한다.

가족정책의 경우 현금 지원(가족 수당, 출산·육아 유급휴가, 가족 기타 현금지원)과 서비스 지원(출산·육아지원, 가족 기타 서비스) 두 가지 영역이 있다. 하지만 가족 수당과 출산·육아 유급휴가 항목의 비율이 상당히 높기 때문에, 가족정책의 성격을 규정하는 데 있어서 현금 지원적 성격이 강하다고 볼 수 있다. 또, 가족정책의 경우 신 사회적 위험(New Social Risks)를 분산시키기 위한 정책으로 볼 수 있다. 기존에 가정 내에서 육아 책임을 주로 여성이 담당하였다면, 여성의 경제활동참가율이 증가하고 출산률이 감소하면서 이것이 사회의 책임으로 인식되기 시작하였다. 그러므로 이를 반영하는 정책들이 최근에 증가하고, 시대의 흐름에 맞게 발전하고 있다.

적극적 노동시장과 실업 정책 지출은 그 목적에 있어서 다소 비슷한 것처럼 보이나 그 성격에 있어 차이가 있으므로 영역이 분리되어 있다. 적극적 노동시장 프로그램의 경우, 그 항목이 공공고용알선 및 관리/직업훈련/일자리 나누기/고용 인센티브/고용지원 및 재활/직접 고용창출/창업 인센티브 등으로 구성되어 있어 현금지원과 서비스지원의 성격을 모두 가지고 있으나, 현금을 직접 제공해주는 것이 목적이기 보다는 노동

시장으로 회귀할 수 있도록 지원해주는 성격이 강하므로 서비스적 성격이 강하다고 볼 수 있다. 반면에 실업 정책의 경우 실업에 처한 사람에게 현금을 직접 제공하여서 실업 상황에서 물질적 어려움에 직면하지 않도록 도와주는 정책이므로, 현금지원의 성격이 강하다. 또, 실업의 경우 남성에게 있어서는 구 사회적 위험(Old Social Risks)이지만, 여성에게 실업은 신 사회적 위험(New Social Risks)이다. 적극적 노동시장 정책의 경우 경제활동 참가율과 관련 있으므로, 신 사회적 위험(New Social Risks)을 분산시키기 위한 정책으로 볼 수 있다.

마지막으로 주거정책 지출의 경우 주택보조/주택 기타 서비스 항목으로 구성되어 있다. OECD는 개인이 주택을 자가소유할 수 있도록 지원하는 정책을 주거정책으로 보고 있다. 예를 들어, 월세로 거주하는 국민에게 월세의 일부를 국가에서 제공하는 정책지출이 포함된다. 그러므로 주거정책 지출의 경우 소득보전의 성격보다는 서비스적 성격의 지출로 보는 것이 타당하다. 또한, 주거정책 지출은 신 사회적 위험(New Social Risks)을 분산시키기 위한 정책이다. 최근, 주거 환경에 대한 연구가 많이 진행되면서, 주거불안정성이 건강에 미치는 악영향에 대한 문헌들이 많이 등장했다. 기존에 주거환경이 개인이 결정하는 것으로 인식되었으나, 소득불평등과 함께 주거불평등에 대한 연구도 많이 진행되면서, 복지국가들은 새로운 사회적 위험에 대응하기 위한 주거정책 지출을 늘리고 있는 추세이다.

3) 경제적 요인: 1인당 GDP

1인당 GDP는 한 국가의 영토 내에 거주하는 경제주체(외국인 포함)가 창출한 부가가치의 합을 인구 숫자로 나눈 값이다. 단위는 US 달러로 현재 가격과 PPP로 환산한 값이다. 실제 분석에서는 log 값을 활용하였는데, 이는 자료의 쏠림현상(skewedness)를 보정하기 위함이다. 국별 1인당 GDP를 제공하는 기관은 많으나 연구 자료의 통일성을 위해서

OECD Economic, Environmental and Social Statistics 자료를 활용하였다.

4) 정치적 요인

정치적 요인으로는 민주화를 점수화한 ‘정치레짐’ 지표와 현재 정치체제가 완성된 이후 몇 년의 시간이 지났는지를 측정한 ‘정치제도 안정성’ 지표를 사용하였다. ‘정치레짐’ 지표는 10점 만점으로 측정한 지표이며, 해당 국가의 민주주의 수준을 점수화한 자료이다. 자료원은 Marshall&Jagers가 웹사이트에 공개하는 자료인 Polity IV Project로 하였다.

5) 인구사회학적 요인

인구사회학적 요인으로 ‘0-19세 이상 인구비중’, ‘65세 이상 인구비중’, ‘실업률’, ‘고용률’, ‘기대교육연한’, ‘15세 이상 1인당 알코올섭취량’을 사용하였다.

‘0-19세 이상 인구비중’의 경우 전체 인구 중에서 0-19세 인구가 차지하는 비중을 의미한다. ‘65세 이상 인구비중’은 전체 인구 중에서 65세 이상 인구가 차지하는 비중을 의미한다. 성별 65세 이상 인구비중의 경우, ‘65세 이상 인구비중: 남성’은 전체 남성 인구 중에서 65세 이상 남성이 차지하는 비중을 의미하며, ‘65세 이상 인구비중: 여성’은 전체 여성 인구 중에서 65세 이상 여성이 차지하는 비중을 의미한다.

‘실업률’은 일할 능력과 취업할 의사가 있는 사람 가운데 일자리가 없는 사람이 차지하는 비율을 의미한다. 측정은 실업자 수를 만 15세 이상 경제활동인구수로 나누는 방법을 사용한다. 성별 분석에서는 성별 실업률 자료를 활용하였다. ‘고용률’은 15세 이상 생산가능인구 중 취업자가

차지하는 비율로 한 국가의 실질적인 고용 창출 능력을 나타낸다. 예를 들어, 고용률이 90%라고 하면 100명 중 90명이 취업자라는 것을 의미한다. 실업률의 경우 비경제활동인구 숫자를 포함하기 때문에 구직 의사가 없거나 반복실업이 이루어진 경우에 대한 과소 추정의 문제가 발생할 수 있으나 고용률의 이러한 문제점을 해결한다.

‘기대교육연한’은 0세 인구가 국가에서 제공하는 초·중등교육을 받을 평균 년수를 의미한다. ‘15세 이상 1인당 연간 알코올 섭취량’은 15세 이상 인구가 연간 섭취하는 평균 알코올량을 L 단위로 나타낸 값이다.

각 ‘0-19세 인구비중’, ‘65세 이상 인구비중’, ‘실업률’, ‘고용률’ 그리고 ‘15세 이상 1인당 연간 알코올 섭취량’ 자료는 OECD 자료를 활용하였으나 ‘기대교육연한’은 OECD에서 제공하는 자료에 부족한 점이 있어 UNESCO 자료를 활용하였다.

구분	변수명	단위	자료원
종속	기대여명	년(years)	OECD Health Data
공공 사회 지출	GDP 대비 공공사회복지지출	%	OECD Social Expenditure Database
	GDP 대비 노인정책지출	%	OECD Social Expenditure Database
	GDP 대비 공공의료지출	%	OECD Social Expenditure Database
	GDP 대비 가족정책지출	%	OECD Social Expenditure Database
	GDP 대비 노동시장프로그램정책지출	%	OECD Social Expenditure Database
	GDP 대비 실업정책지출	%	OECD Social Expenditure Database
	GDP 대비 주거정책지출	%	OECD Social Expenditure Database
경제적 요인	1인당 GDP	US \$, current prices, current PPPs	OECD Economic, Environmental and Social Statistics
정치적 요인	정치레짐(민주화)	점	Polity IV Project(Marshall and Jagers)
	정치(제도적) 안정성(durable)	년	Polity IV Project(Marshall and Jagers)
사회적 요인	1-19세 인구비중	%	OECD Population Database
	65세 이상 인구비중	%	OECD Population Database
	실업률	%	OECD Labour Force Statistics Database
	고용률	%	OECD Labour Force Statistics Database
	기대 교육연한	년(years)	UNESCO Statistics for Education
	15세 이상 1인당 연간 알코올 섭취량	리터(L)	OECD Health Data

표 4. 변수의 정의 및 자료원 요약

라. 분석 방법

본 연구에서는 분야별 공공사회복지지출의 증가가 기대여명의 증진에 미치는 영향을 확인하고자 하였다.

먼저, 각 변수에 대해 빈도 또는 평균을 분석하여 연구 대상의 일반적인 특성을 살펴보았다. 다음으로 기대여명의 연도별/국가별 시계열 추이 그리고 분석에서 사용한 가장 최근(2009) 자료인 분야별 공공사회복지지출 분포를 제시하였다.

주요 분석으로는 자료가 시계열적 단면자료(Time-Series Cross-Sectional data:TSCS data)이므로 패널분석방법 중 고정효과모형(Fixed Effect Model)과 확률효과모형(Random Effect Model)를 고려하였다. 패널분석은 패널데이터가 가지고 있는 정보를 가장 효과적으로 이용하는 분석기법으로, 계량경제학에서 이상적인 분석방법으로 간주된다(최충익, 2008). 패널분석을 사용하면 관찰되지 않은 개체의 특성을 반영할 수 있으며, 시간더미변수를 방정식에 포함시켜 관측되지 않은 시계열 효과도 통제할 수 있다.

고정효과모형과 확률효과모형을 선택하는 데 있어서 고려할 점은 시간불변의 개별특성효과가 독립변수들과 관련이 되어 있는가를 살펴보는 것이다. 고정효과모형은 관찰되지 않는 시간불변의 특정 변수가 지역마다 잠재되어 있다고 가정한다. 반면에 확률효과모형은 관찰되지 않는 변수가 시간에 따라 변한다고 가정한다. 본 연구의 대상이 OECD 국가임을 고려하였을 때, 측정할 수 없는 변수인 사회문화적 요인들은 비교적 시간불변의 특정 변수일 것으로 예상되므로 고정효과 모형을 적용하는 것이 적합하다.

또한, 고정효과모형과 확률효과모형을 선택하는 데 있어서 ‘하우즈만

검정(Hausman test)'를 수행하여 확률효과모형 사용의 기각여부를 확인하였다. 6개의 분석에서 모두 확률효과 모형의 추정량은 일치추정량이 아니며, 고정효과 모형을 선택하는 것이 보다 적절하다는 결론이 나왔다. 하우스만 검정에서 귀무가설이 맞다는 것은 확률효과 모형이 더 효율적이라는 것을 의미하며, 귀무가설이 틀리다면 고정효과 모형을 선택하는 것이 적절하다는 것을 의미한다. GDP 대비 총공공사회복지지출(%)이 전체 기대여명에 미치는 영향의 경우, $p=0.05$ 수준에서 통계적으로 유의하였으며, 나머지 5개의 결과는 모두 $p=0.01$ 수준에서 통계적으로 유의하였다.

하우스만 검정을 통하여 확률효과모형의 사용을 기각할 수 없다고 하더라도 확률효과모형에 의해 산출된 계수 값은 일치추정량을 제공하지 못한다는 단점이 있다. 또한, 일반적으로 시간불변의 특정 요소가 독립변수들과 관련되어 있는지에 대한 확실한 정보가 없는 경우에 고정효과 모델을 선호하는 경향이 있다. 그러므로 본 연구에서는 고정효과모형을 적용하여 분석하였다.

분석에 쓰인 통계 패키지는 Stata 12이다.

5. 연구 결과

가. 연구대상의 일반적 특성

OECD 34개국 1995-2009년 기대여명의 단순 평균은 77.67세였다. 남성과 여성을 구분하여 살펴보면 남성 기대여명이 74.61, 여성 기대여명은 80.70으로 여성이 남성보다 6.09세 많았다. 이는 여성의 기대여명이 남성의 기대여명보다 높다는 많은 선행연구들의 결과와도 일치하는 결과였다.

주요 독립변수인 GDP 대비 총공공사회복지지출(%)의 평균은 20.31이었다. 분야별로 살펴보면, 노인 6.81, 의료 5.64, 가족 1.96, 적극적 노동시장 프로그램 0.55, 실업 0.98, 주거 0.34로 노인, 의료가 상당히 높은 수준인 것을 알 수 있다. 반면에 적극적 노동시장 프로그램, 실업 그리고 주거에 해당하는 공공사회복지지출은 1%가 안 되는 낮은 수준이었다.

1인당 GDP는 log로 치환한 값의 평균이 4.37이었다. 정치레짐(민주화)평균은 9.59점, 정치안정성의 평균은 53.41년이었다. 한편, 0-19세 인구비중 평균은 0.26이었다. 65세 이상 인구비중 평균은 0.14였고, 남성 65세 이상 인구비중은 0.12, 여성 65세 이상 인구비중은 0.16으로 여성이 다소 높았다. 다음으로 고용률 평균은 65.33%이고, 남성 고용률은 73.92%, 여성 고용률은 56.87%였다. 실업률의 경우 전체 평균은 7.31%였으며, 남성 실업률은 6.85%, 여성 실업률은 8.00%로 여성이 다소 높았다. 기대교육연한 평균은 12.69년이었으며, 남성 기대교육연한은 12.69년, 여성의 경우 12.71년으로 여성이 다소 높았다. 마지막으로 15세 이상 1인당 연간 알코올 섭취량 평균은 9.63L였다.

구분	변수	평균	표준편차	최소값	최대값
종속변수 :기대여명	전체	77.67	2.86	67.8	83
	남성 기대여명	74.61	3.36	61.4	80
	여성 기대여명	80.70	2.52	71.3	86.4
독립변수 :GDP대비 공공사회 복지지출	전체	20.31	6.16	0	32.4
	노인	6.83	2.81	0.5	14.2
	의료	5.64	1.42	1.551	9
	가족	1.96	1.04	0	4.1
	노동시장	0.55	0.47	0	2.4
	실업	0.98	0.84	0	4.4
	주거	0.34	0.36	0	1.8
통제변수 :경제적요인	log(1인당 GDP)	4.37	0.21	3.8	4.93
통제변수 :정치적요인	정치레짐(민주화)	9.59	0.87	4	10
	정치안정성	53.41	46.31	0	200
통제변수 :인구사회학적 요인	0-19세 인구비중	0.26	0.06	0.18	0.47
	65세 이상 인구비중	0.14	0.03	0.05	0.23
	65세 이상 인구비중: 남성	0.12	0.03	0.04	0.2
	65세 이상 인구비중: 여성	0.16	0.04	0.05	0.25
	고용률	65.33	8.18	44.12	85.74
	고용률: 남성	73.92	6.49	56.67	89.48
	고용률: 여성	56.87	11.76	22.32	81.67
	실업률	7.31	3.61	1.81	22.83
	실업률: 남성	6.85	3.38	1.37	19.81
	실업률: 여성	8.00	4.43	1.64	31.01
	기대교육연한	12.69	1.22	8.6	16.6
	기대교육연한: 남성	12.69	1.14	9.5	16.7
	기대교육연한: 여성	12.71	1.34	7.6	17.2
	1인당 연간 알코올섭취량	9.63	3.22	0	17.9

표 5. 연구대상의 일반적 특성

나. 연도별 국가별 기대여명 추이

그림 1에 국가별 1995-2009년 기대여명 평균을 제시하였다. 모든 국가에서 여성 기대여명 평균이 남성 기대여명 평균보다 높은 것을 확인할 수 있다. 이러한 결과는 여성의 기대여명이 남성의 기대여명보다 높다는 일반적인 선행연구 결과와 일치한다.

그림 2에 연도별 기대여명 평균을 제시하였다. 모든 연도에서 여성의 기대여명 평균이 남성의 기대여명 평균보다 높았다. 여성 기대여명 평균과 남성 기대여명 평균 모두 시간이 흐름에 따라 증가하는 추세를 보였다. 이는 선행연구의 결과와 일치한다.

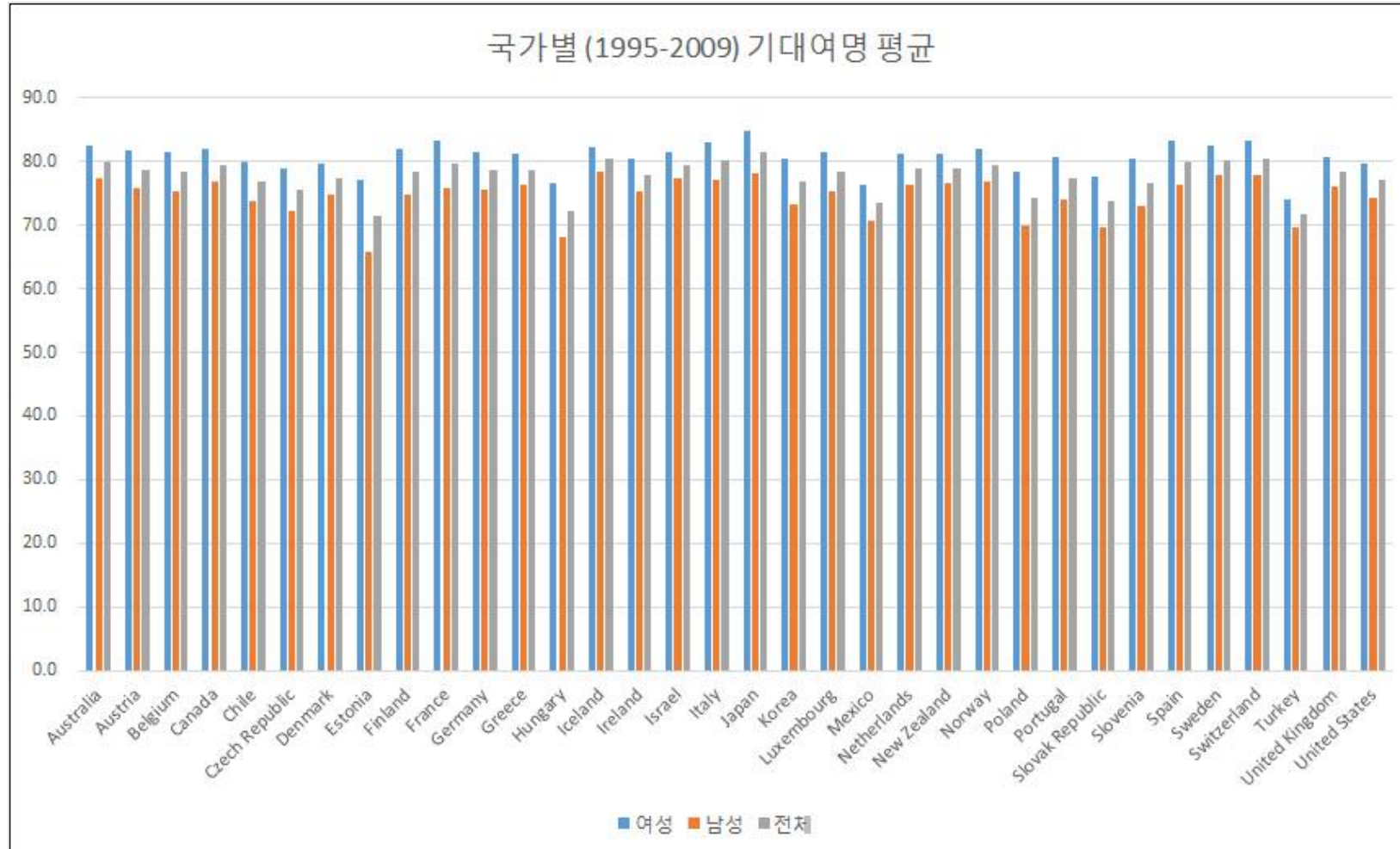


그림 1. 국가별 (1995-2009) 기대여명 평균

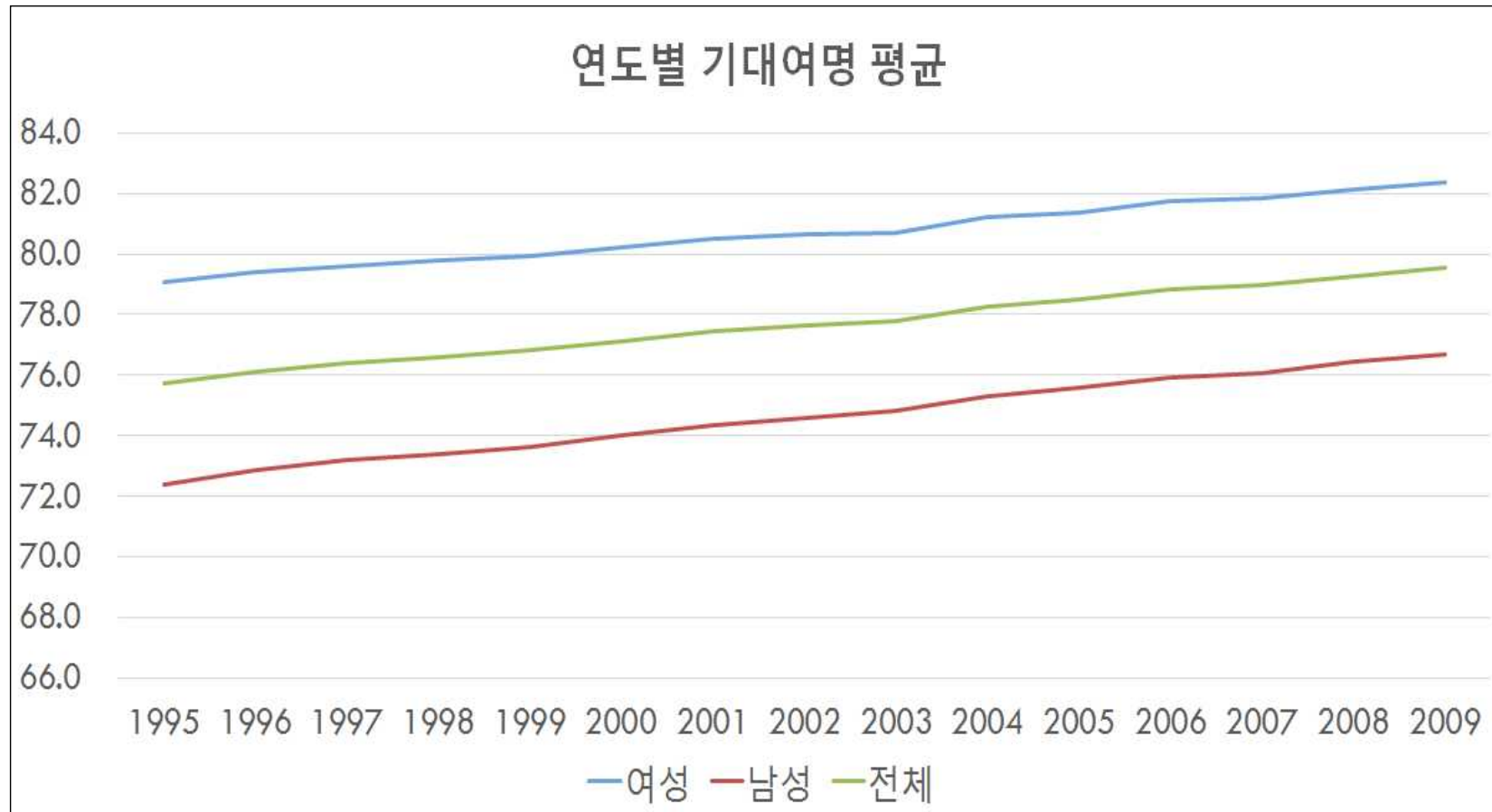


그림 2. 연도별 기대여명 평균

국가명	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009
호주	75.0	75.6	76.2	77.0	77.8	78.5	79.0	79.3
오스트리아	73.4	74.1	74.9	75.6	75.9	76.6	77.4	77.6
벨기에	73.5	74.2	74.4	74.9	75.3	76.2	77.1	77.3
캐나다	75.0	75.4	76.0	76.6	77.2	77.7	78.3	78.7
칠레	71.5	72.4	72.9	73.6	74.3	74.9	75.0	75.8
체코	69.7	70.5	71.5	72.1	72.0	72.9	73.8	74.2
덴마크	72.7	73.6	74.2	74.7	75.0	76.0	76.2	76.9
에스토니아	61.4	64.2	64.7	64.8	66.1	67.3	67.2	69.8
핀란드	72.9	73.5	73.8	74.6	75.1	75.6	76.0	76.6
프랑스	73.8	74.5	75.0	75.5	75.7	76.7	77.6	78.0
독일	73.3	74.1	74.8	75.6	75.8	76.7	77.4	77.8
그리스	75.0	75.4	75.5	75.9	76.5	76.8	77.1	77.8
헝가리	65.4	66.7	66.7	68.2	68.4	68.7	69.4	70.3
아이슬란드	76.0	76.3	77.4	78.3	79.5	79.6	79.6	79.8
아일랜드	72.8	73.4	73.4	74.5	75.8	77.2	77.3	77.7
이스라엘	75.5	76.0	76.6	77.3	77.6	78.2	78.7	79.6
이탈리아	75.0	75.8	76.4	77.1	77.1	78.0	78.7	79.4
일본	76.4	77.2	77.1	78.1	78.4	78.6	79.2	79.6
한국	69.6	70.6	71.7	72.8	73.9	75.1	76.1	77.0
룩셈부르크	73.0	74.0	74.4	75.1	74.8	76.7	76.7	78.1
멕시코	69.2	69.8	70.3	70.7	71.0	71.3	71.5	71.1
네덜란드	74.6	75.2	75.3	75.8	76.3	77.2	78.1	78.7
뉴질랜드	74.1	74.8	75.5	76.3	77.0	77.7	78.2	78.8
노르웨이	74.8	75.5	75.6	76.2	77.1	77.8	78.3	78.7
폴란드	67.7	68.5	68.8	70.0	70.5	70.8	71.0	71.5
포르투갈	71.7	72.2	72.6	73.5	74.2	74.9	75.9	76.5
슬로바키아	68.4	68.9	69.0	69.5	69.8	70.2	70.6	71.4
슬로베니아	70.8	71.1	71.8	72.3	72.5	73.9	74.6	75.9
스페인	74.4	75.2	75.3	76.4	76.4	77.1	77.9	78.7
스웨덴	76.2	76.8	77.1	77.6	78.0	78.5	79.0	79.4
스위스	75.4	76.3	76.8	77.5	78.0	78.7	79.5	79.9
터키	67.2	68.0	68.6	69.4	70.2	71.0	71.4	71.7
영국	74.0	74.6	75.0	75.8	76.2	77.1	77.6	78.3
미국	72.5	73.6	73.9	74.2	74.5	74.9	75.4	76.0

표 6. 국가별 남성 기대여명 시계열 추이

국가명	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009
호주	80.8	81.3	81.8	82.4	82.8	83.3	83.7	83.9
오스트리아	80.1	80.7	81.0	81.7	81.5	82.2	83.1	83.2
벨기에	80.4	80.7	81.0	81.2	81.1	81.9	82.6	82.8
캐나다	81.0	81.2	81.5	81.9	82.2	82.5	83.0	83.3
칠레	78.2	79.1	79.1	80.0	80.5	80.9	80.7	81.9
체코	76.8	77.6	78.3	78.6	78.6	79.2	80.2	80.5
덴마크	77.9	78.6	79.0	79.3	79.8	80.5	80.6	81.1
에스토니아	74.3	75.9	76.0	76.4	77.1	78.1	78.8	80.2
핀란드	80.4	80.7	81.2	81.7	81.9	82.5	83.1	83.5
프랑스	81.9	82.3	82.7	83.0	82.7	83.8	84.8	85.0
독일	79.9	80.5	81.0	81.4	81.3	82.0	82.7	82.8
그리스	80.1	80.4	80.5	81.0	81.2	81.6	81.8	82.7
헝가리	74.8	75.5	75.6	76.7	76.7	77.2	77.8	78.4
아이슬란드	80.1	81.6	81.4	83.2	82.5	83.5	83.4	83.8
아일랜드	78.3	78.7	78.9	79.9	80.8	81.6	82.1	82.7
이스라엘	79.5	80.1	80.4	81.2	81.8	82.2	82.4	83.3
이탈리아	81.5	82.0	82.6	83.1	82.8	83.6	84.2	84.6
일본	82.9	83.8	84.0	84.9	85.3	85.5	86.0	86.4
한국	77.4	78.1	79.2	80.0	80.8	81.9	82.7	83.8
룩셈부르크	80.6	80.0	81.4	80.7	80.8	82.3	82.2	83.3
멕시코	75.3	75.7	76.0	76.3	76.5	76.7	76.9	76.9
네덜란드	80.5	80.7	80.5	80.8	81.0	81.7	82.5	82.9
뉴질랜드	79.5	80.0	80.5	81.1	81.5	82.0	82.2	82.7
노르웨이	80.9	81.1	81.2	81.6	82.1	82.7	82.9	83.2
폴란드	76.4	77.0	77.5	78.4	78.8	79.3	79.8	80.1
포르투갈	79.0	79.3	79.7	80.5	80.6	81.3	82.2	82.6
슬로바키아	76.5	76.9	77.4	77.7	77.7	78.1	78.4	79.1
슬로베니아	78.5	79.1	79.5	80.4	80.3	80.9	82.0	82.7
스페인	81.8	82.3	82.4	83.3	83.1	83.7	84.4	84.9
스웨덴	81.7	82.0	82.0	82.2	82.5	82.9	83.1	83.5
스위스	81.9	82.2	82.7	83.2	83.2	84.0	84.4	84.6
터키	71.3	72.2	72.7	73.5	74.4	75.2	75.9	76.5
영국	79.3	79.7	79.9	80.5	80.5	81.3	81.8	82.5
미국	78.9	79.4	79.4	79.4	79.6	79.9	80.4	80.9

표 7. 국가별 여성 기대여명 시계열 추이

다. 국가별 GDP 대비 공공사회복지지출(%)

표 8에 2009년 국가별 GDP 대비 공공사회복지지출(%) 수치를 제시하였다. 같은 자료를 그림 3에 GDP 대비 총공공사회복지지출(%)가 높은 순서대로 나열하여 제시하였다. 2009년 기준으로 프랑스의 GDP 대비 총공공사회복지지출(%)가 32.4%로 가장 높았으며 그 다음으로 사회민주주의 복지국가로 알려진 덴마크(30.4%), 스웨덴(30.2%) 순이었다. 반면에 멕시코가 8.2%로 가장 낮았으며, 그 다음 낮은 국가는 한국으로 10.5%였다. 그림 1로 보았을 때, 국가 간 GDP 대비 총공공사회복지지출(%) 변이가 큰 것을 확인할 수 있었다.

다음으로 그림 4에서는 복지지출분야별로 나누어 살펴보았다. 대부분의 국가가 노인·보건의료 지출이 가장 높다는 것을 확인할 수 있다.

국가명	총지출	노인	의료	가족	실업	노동시장	주거
호주	18.2	5.3	6.2	2.8	0.5	0.3	0.3
오스트리아	30.0	12.0	7.3	2.9	1.1	0.8	0.1
벨기에	29.7	8.1	8.1	2.8	3.7	1.4	0.2
캐나다	19.2	4.1	8.0	1.1	1.0	0.3	0.4
칠레	12.8	3.9	3.7	1.5	0.1	0.2	1.0
체코	21.3	8.2	6.7	1.8	1.0	0.2	0.1
덴마크	30.4	8.2	7.7	3.9	2.3	1.6	0.7
에스토니아	20.0	7.9	5.2	2.6	1.1	0.2	0.0
핀란드	29.4	10.2	6.8	3.3	2.0	0.9	0.5
프랑스	32.4	12.3	9.0	3.2	1.5	1.0	0.8
독일	29.0	9.1	8.6	2.1	1.7	1.0	0.6
그리스	23.9	10.9	6.5	1.4	0.7	0.2	0.5
헝가리	23.9	9.1	5.1	3.6	0.9	0.5	0.6
아이슬란드	19.9	2.2	6.2	4.0	1.7	0.0	1.0
아일랜드	23.6	4.5	7.1	4.1	2.6	0.9	0.3
이스라엘	16.0	4.4	4.1	2.2	0.4	0.2	0.0
이탈리아	29.4	14.2	7.4	1.6	0.8	0.4	0.0
일본	23.0	11.0	7.2	1.0	0.4	0.4	0.2
한국	10.5	2.7	4.1	0.9	0.4	0.6	..
룩셈부르크	24.4	5.8	6.6	4.0	1.2	0.5	0.3
멕시코	8.2	1.4	3.1	1.1	..	0.0	1.3
네덜란드	23.8	5.8	7.9	1.7	1.4	1.2	0.4
뉴질랜드	21.2	4.5	8.3	3.5	0.5	0.3	0.9
노르웨이	24.8	7.1	6.2	3.2	0.4	0.5	0.2
폴란드	21.5	9.8	5.2	1.1	0.3	0.6	0.1
포르투갈	25.8	10.6	7.2	1.5	1.2	0.8	0.0
슬로바키아	18.8	6.5	6.0	2.0	0.7	0.2	0.0
슬로베니아	22.6	9.2	6.8	1.3	0.5	0.3	0.0
스페인	26.0	7.7	7.0	1.5	3.5	0.9	0.2
스웨덴	30.2	10.2	7.3	3.7	0.7	1.1	0.5
스위스
터키	12.8	5.8	5.4	0.0	0.1	0.0	..
영국	25.0	7.3	8.1	3.8	0.7	0.3	1.5
미국	19.5	6.1	8.5	0.7	0.9	0.2	..
OECD 평균	22.7	7.6	6.6	2.3	1.1	0.5	0.7

표 8. 국가별 GDP 대비 분야별 공공복지지출(%): OECD 2009년 기준(영문명 순)

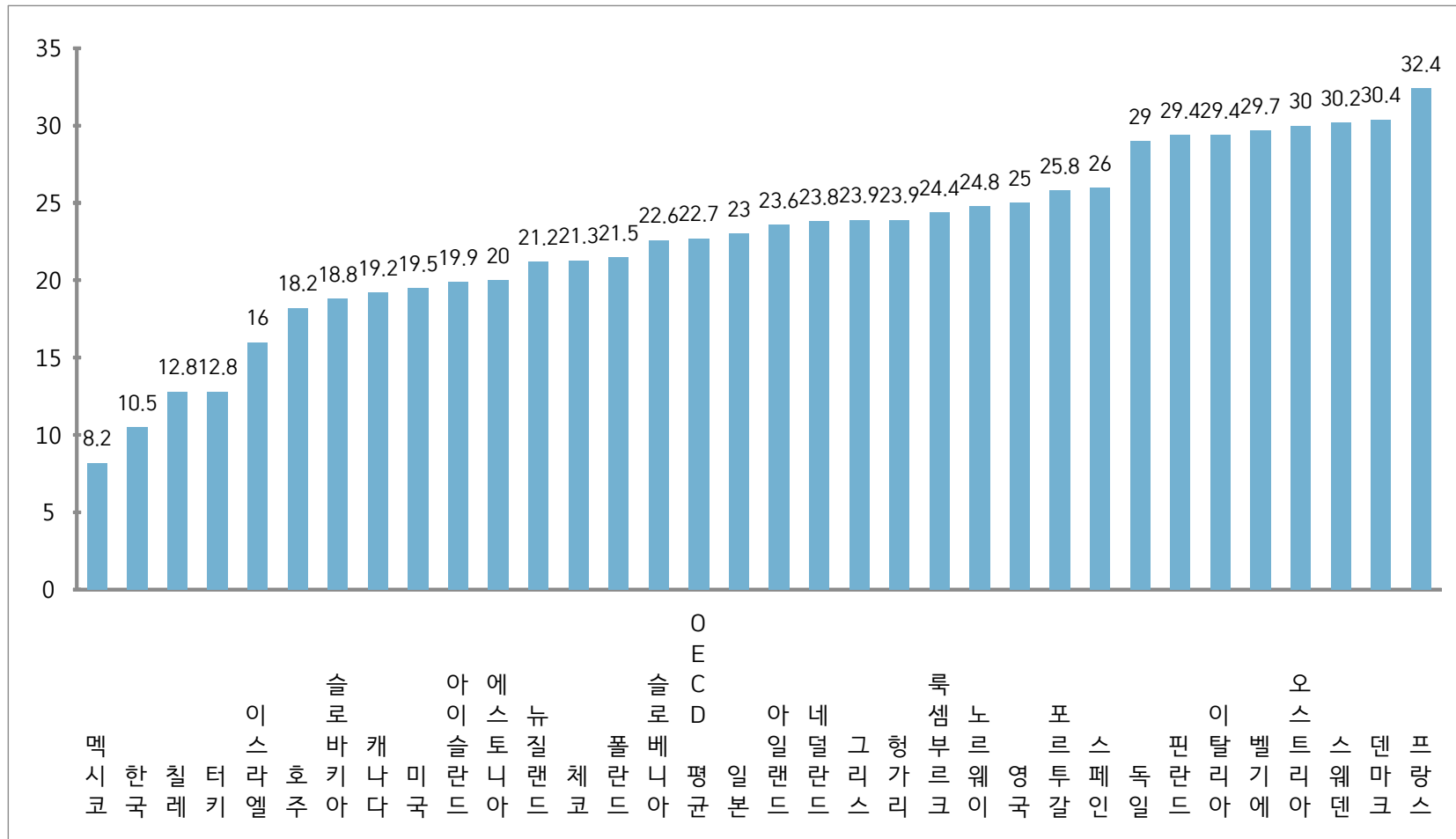


그림 3. 국가별 GDP 대비 총공공사회복지지출(%): OECD 2009년 기준

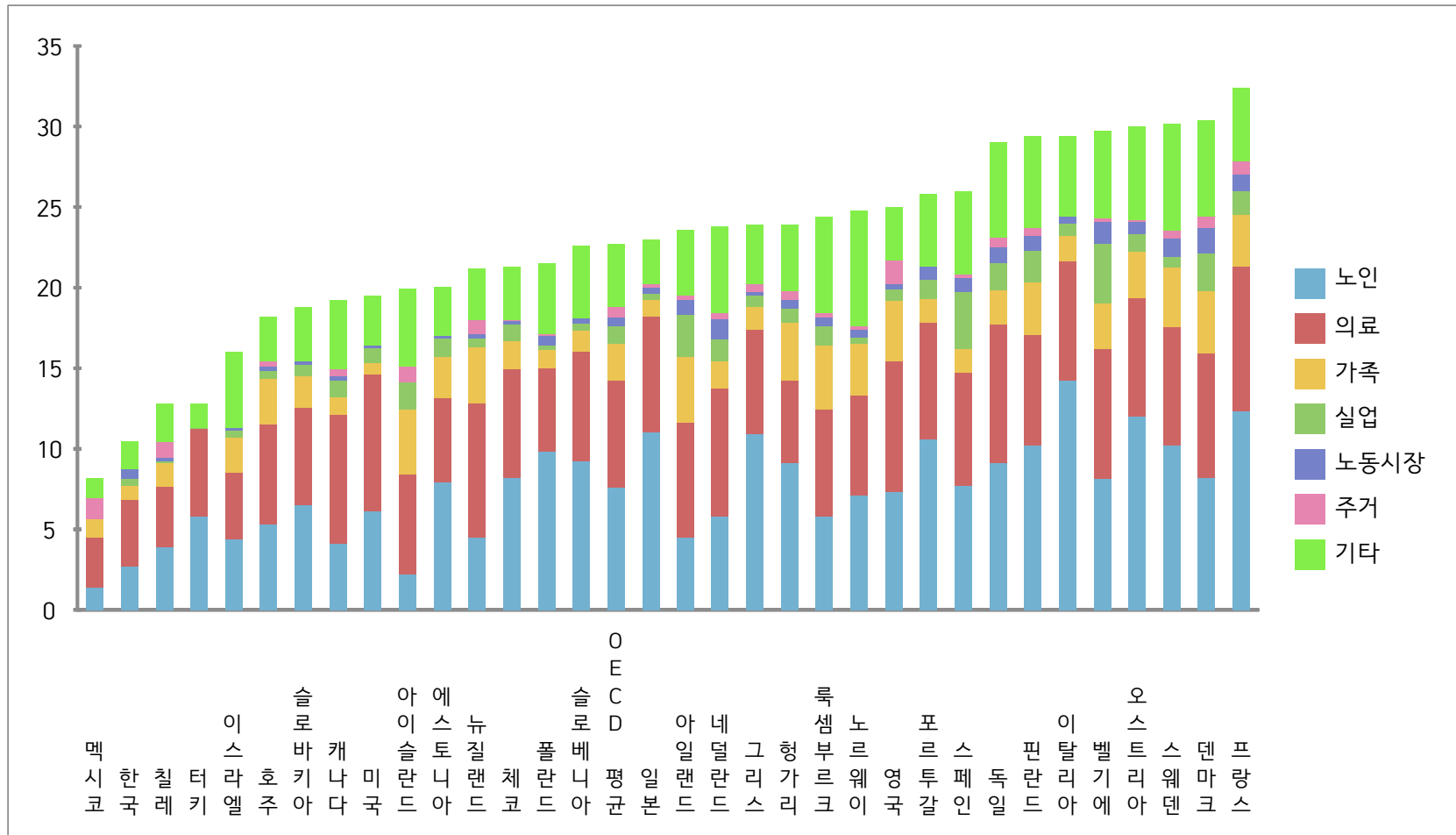


그림 4. GDP 대비 분야별 공공사회복지지출(%): OECD 2009년 기준(자세한 수치는 표 8. 참고)

라. 분석결과

1) GDP 대비 총공공사회복지지출(%)

전체 기대여명을 종속변수로 하여, 고정효과모형을 적용한 결과, GDP 대비 총공공사회복지지출(%)이 높을수록 전체 기대여명이 높은 것으로 나타났으며, 그 영향이 $p=0.001$ 수준에서 통계적으로 유의하였다(표 9. 참조). 이러한 방향성은 선행연구결과와 일치했다. 또한, 통계적으로 유의한 연도더미가 없는 것으로 보아, 시간적 흐름이 기대여명의 변화를 설명하는 데 있어서 중요하지 않다고 볼 수 있다.

남성 기대여명을 종속변수로 하고, GDP 대비 총공공사회복지지출(%)을 주요 독립변수로 하여 고정효과 모형을 적용한 결과는 표 9 중간 열에 제시하였다. 선행연구 결과와 마찬가지로 GDP 대비 총공공사회복지지출은 기대여명에 양의 방향으로 영향을 미쳤으며, 회귀계수는 0.07이며, $p=0.001$ 수준에서 통계적으로 유의하였다. 연도더미는 모두 통계적으로 유의하지 않았으므로, 시간적 흐름이 기대여명의 변화를 설명하는 데 있어서 중요하지 않음을 확인할 수 있다.

여성 기대여명을 종속변수로 하고, GDP 대비 총공공사회복지지출(%)를 주요 독립변수로 하여, 고정효과 모형을 적용한 결과는 표 9의 마지막 열에 제시하였다. 남성의 결과와 마찬가지로, GDP 대비 총공공사회복지지출의 회귀계수는 0.07이고, $P=0.001$ 수준에서 유의하였다. GDP 대비 총공공사회복지지출은 여성 기대여명에 양의 방향으로 영향을 미친 것을 확인할 수 있다. 또한, 연도더미도 모두 통계적으로 유의하지 않았기 때문에 시간적 흐름이 기대여명의 변화를 설명하는 데 있어서 중요하지 않음을 확인할 수 있다.

전체 기대여명 within R ² :0.9310 between R ² :0.3150 overall R ² :0.3299					남성기대여명 within R ² :0.9328 between R ² :0.3764 overall R ² :0.4329			여성기대여명 within R ² :0.9124 between R ² :0.2579 overall R ² :0.2743		
변수 구분	변수명	회귀계수	SE	P값	회귀계수	SE	P값	회귀계수	SE	P값
독립변수	GDP 대비 공공사회복지지출	0.07***	0.02	0.000	0.07***	0.02	0.000	0.07***	0.02	0.000
통제변수 :경제적 요인	log(1인당 GDP)	2.80**	0.99	0.005	3.93***	1.18	0.001	1.86*	0.96	0.054
통제변수 :정치적 요인	정치레짐(민주화)	-0.18***	0.04	0.000	-0.21***	0.05	0.000	-0.16*	0.04	0.000
	정치안정성	0.10	0.08	0.221	0.08	0.09	0.374	0.08	0.08	0.285
통제변수 :인구사회학적 요인	0-19세 인구비중	-8.59***	2.59	0.001	-2.94	2.91	0.311	-13.04**	2.80	0.000
	65세 이상 인구비중	4.61	3.27	0.160	6.85*	3.89	0.079	6.22	3.02	0.041
	실업률	0.04**	0.02	0.009	0.05**	0.02	0.033	0.02	0.01	0.086
	고용률	0.03**	0.01	0.026	0.04	0.02	0.111	0.01	0.01	0.194
	기대교육연한	-0.04	0.03	0.283	-0.06	0.05	0.176	-0.01	0.03	0.753
	1인당 연간 알코올 섭취량	-0.02	0.03	0.571	-0.04	0.03	0.275	-0.00	0.03	0.976

국가특성 외 : 연도더미	1996	0.11	0.12	0.353	0.14	0.14	0.306	0.08	0.12	0.471
	1997	0.20	0.18	0.283	0.33	0.21	0.119	0.11	0.18	0.553
	1998	0.28	0.26	0.272	0.43	0.29	0.144	0.22	0.25	0.391
	1999	0.27	0.33	0.422	0.45	0.38	0.237	0.16	0.33	0.618
	2000	0.43	0.42	0.308	0.71	0.47	0.136	0.29	0.41	0.473
	2001	0.52	0.50	0.298	0.88	0.57	0.122	0.35	0.48	0.470
	2002	0.46	0.58	0.424	0.84	0.65	0.200	0.28	0.56	0.613
	2003	0.39	0.66	0.556	0.88	0.74	0.236	0.12	0.64	0.849
	2004	0.70	0.74	0.342	1.20	0.84	0.153	0.50	0.72	0.489
	2005	0.69	0.82	0.399	1.27	0.93	0.173	0.43	0.80	0.588
	2006	0.85	0.90	0.347	1.40	1.03	0.173	0.66	0.88	0.451
	2007	0.82	0.99	0.405	1.58	1.12	0.211	0.62	0.96	0.516
	국제금융위기	0.93	1.10	0.396	2.61	1.25	0.207	0.70	1.07	0.511
	상수항	59.63***	5.94	0.000	50.66***	6.95	0.000	69.33***	5.93	0.000
가설검정	F(32,364)	Prob>F		F(32, 357)	Prob>F		F(32,357)	Prob>F		
all u_i=0	226.87	0		186.45	0		196.80	0.000		

표 9. GDP 대비 총공공사회복지지출(%)이 국민 기대여명에 미치는 영향

2) GDP 대비 분야별 공공사회복지지출(%)

전체 기대여명을 종속변수로 하고 GDP 대비 6개의 분야별 공공사회복지지출을 주요 독립변수로 하여 분석한 결과는 표 10의 첫째 열에 제시하였다. 노인(0.08), 가족(0.17), 주거(0.34) 정책 지출의 회귀계수가 양수이고 통계적으로 유의하였다.

남성 기대여명을 독립변수로 하고, GDP 대비 6개의 분야별 공공사회복지지출을 주요 독립변수로 하여 고정효과모형을 적용한 결과는 표 10의 가운데 열에 제시하였다. 의료, 적극적 노동시장, 주거정책 지출은 회귀계수가 양수로 나왔으나 통계적으로 유의하지 않았다. 유일하게 가족정책 지출이 회귀계수가 0.21이고, $p=0.05$ 수준에서 통계적으로 유의하였다. 연도더미 중 1996년을 제외하고 모두 통계적으로 유의했으므로 전반적으로 이 모델에서, 시간적 흐름이 기대여명의 변화를 설명하는 데 있어서 중요함을 확인할 수 있다.

여성 기대여명을 종속변수로 하고, GDP 대비 6개의 분야별 공공사회복지지출을 주요 독립변수로 하여 고정효과 모형을 적용한 결과는 표 10의 마지막 열에 제시하였다. 주거 정책 지출의 회귀계수가 0.42로 가장 컸으며, $p=0.05$ 수준에서 통계적으로 유의하였다. 그 다음으로 가족정책의 회귀계수가 0.19, 노인정책 지출의 회귀계수가 0.15 순이었다. 반면에 실업정책 지출의 회귀계수는 -0.12 였으며, $p=0.05$ 수준에서 통계적으로 유의하였다. 분석 결과에 따르면, 주거/가족/노인정책 지출이 증가하면 여성의 기대여명은 증가하지만, 실업정책이 증가하면 여성의 기대여명은 감소한다. 의료와 적극적 노동시장 정책의 회귀계수는 양수였으나 통계적으로 유의하지 않았다. 연도더미 중 1999, 2002, 2003년을 제외하고 모두 통계적으로 유의했으므로 전반적으로 이 모델에서, 시간적 흐름이 기대여명의 변화를 설명하는 데 있어서 중요함을 확인할 수 있다.

		전체 within R ² :0.9591 between R ² :0.3172 overall R ² :0.3426			남성1 within R ² : 0.9577 between R ² : 0.3797 overall R ² : 0.4010			여성 within R ² :0.9418 between R ² :0.2137 overall R ² :0.3391		
변수 구분	변수명	회귀계수	SE	P값	회귀계수	SE	P값	회귀계수	SE	P값
독립변수	노인	0.08**	0.03	0.009	-0.01	0.03	0.784	0.15***	0.03	0.000
: GDP 대비 분야별 공공사회복지지출	의료	0.02	0.04	0.576	0.03	0.05	0.521	0.04	0.04	0.373
	가족	0.17**	0.07	0.015	0.21**	0.08	0.010	0.19**	0.07	0.008
	적극적 노동시장	0.18	0.09	0.204	0.14	0.11	0.190	0.08	0.10	0.396
	실업	-0.09	0.06	0.128	-0.04	0.07	0.578	-0.12**	0.06	0.040
	주거	0.34**	0.17	0.048	0.31	0.20	0.123	0.42**	0.18	0.018
	통제변수	log(1인당 GDP)	-0.00	0.81	0.996	0.78	1.00	0.435	-0.22	0.82
통제변수 : 정치적 요인	정치레짐(민주화)	-0.15***	0.04	0.001	-0.22***	0.05	0.000	-0.09**	0.04	0.043
	정치안정성	0.10	0.08	0.186	0.12	0.09	0.164	0.04	0.08	0.651
통제변수 :인구사회학적 요인	0-19세 인구비중	-5.59**	2.18	0.011	1.61	2.64	0.543	-11.43***	2.47	0.000
	65세 이상 인구비중	-11.65***	3.17	0.000	-8.09**	3.93	0.041	-9.67***	3.08	0.002
	실업률	0.05***	0.01	0.001	0.07***	0.02	0.001	0.01	0.01	0.341
	고용률	0.04**	0.01	0.005	0.05**	0.02	0.023	0.01	0.01	0.177
	기대교육연한	0.05*	0.03	0.058	0.03	0.04	0.402	0.06**	0.02	0.009
	1인당 연간 알코올섭취량	-0.03	0.02	0.146	-0.05**	0.03	0.050	-0.02	0.02	0.365

국가특성 외
: 연도더미

1996	0.16	0.11	0.135	0.18	0.13	0.148	0.18*	0.11	0.098
1997	0.35**	0.17	0.045	0.45**	0.20	0.027	0.33*	0.18	0.068
1998	0.41*	0.24	0.094	0.50*	0.29	0.080	0.43*	0.25	0.089
1999	0.44	0.32	0.170	0.56	0.37	0.132	0.45	0.33	0.171
2000	0.71*	0.40	0.076	0.88*	0.46	0.059	0.69*	0.41	0.091
2001	0.89*	0.47	0.059	1.12**	0.55	0.043	0.86*	0.49	0.077
2002	0.92*	0.54	0.092	1.16*	0.63	0.070	0.90	0.56	0.111
2003	0.87	0.62	0.159	1.20*	0.72	0.098	0.81	0.64	0.207
2004	1.33*	0.70	0.056	1.60**	0.81	0.045	1.36*	0.72	0.058
2005	1.40*	0.77	0.071	1.74*	0.90	0.055	1.40*	0.80	0.080
2006	1.70**	0.85	0.048	1.98**	0.99	0.047	0.79**	0.88	0.043
2007	1.75*	0.93	0.061	2.04*	1.09	0.061	1.85*	0.96	0.055
국제금융위기	1.92*	1.04	0.064	2.27*	1.21	0.062	2.00*	1.07	0.062
상수항	71.87***	5.17	0.000	61.83***	6.19	0.000	81.26***	5.40	0.000
가설검정	F(28, 314)	Prob>F		F(28, 308)	Prob>F		F(28, 308)	Prob>F	
all u_i=0	159.20	0.000		121.92	0.000		145.56	0.000	

표 10. GDP 대비 분야별 공공사회복지지출(%)이 국민 기대여명에 미치는 영향

6. 고찰

가. 연구방법 및 자료원에 관한 고찰

본 연구는 OECD 패널 자료를 사용하여 GDP 대비 공공사회복지지출이 건강에 미치는 영향을 고정효과모형으로 분석하였다. 이 때 연구 방법 및 자료원의 특성으로 인해 발생한 연구의 제한점은 다음과 같다.

최근 문헌들에서 경제적 불평등 수준이 국민건강수준에 미치는 영향에 대해서 확인한 바 있으나, 지니계수 등 형평성 관련 지표가 패널자료로 이용가능하지 않았기 때문에 통제변수로 활용할 수 없었다는 자료원 상의 문제점이 있었다. 향후 사회정책이 국민건강에 영향을 미치는 경로를 분석하는 데 있어서 형평성 관련 지표를 활용할 필요가 있다.

또한, OECD가 제시한 보건에 영향을 미치는 비의료부문결정요인 중 식품소비, 담배소비, 체중 및 체형, 신체활동 등은 자료가 없는 경우가 많아 통제변수로 활용할 수 없었다. 개별국가의 공공사회복지지출의 역사와 정치적 이데올로기와 같은 변수도 통제할 수 없었다.

정치적 요인은 Marshall&Jaggers가 웹사이트에 공개하는 자료인 Polity IV Project를 사용하였는데, 그 중 민주화를 점수화한 '정치레짐' 지표의 경우 대부분의 국가에서 10점 만점을 받았기 때문에 회귀계수가 음수로 나오는 경우가 있었다. 그러므로 해당 지표는 세계 국가 전체를 연구대상으로 할 때 더욱 의미가 있는 지표라 볼 수 있다.

마지막으로 자료의 누락으로 분석대상에서 제외된 국가가 있다. 아이슬란드의 경우 정치적 요인 관련 지표가 누락되어 연구모형 1, 2의 분석대상에서 모두 제외되었다. 또한 한국, 미국, 멕시코는 주거정책 지출 자료가 없기 때문에 연구모형 2의 분석대상에서 제외되었다. 자료원을 살

폐본 결과, 한국/멕시코는 공공보건의료지출 비중이 상당히 낮은 수준이었다. 본 연구의 분석결과 공공보건의료 지출의 증가는 기대여명의 증가에 긍정적인 영향을 끼치지 못한 것으로 나타났으나, 추후 한국/멕시코 자료가 보완되어도 같은 연구결과가 나오는지 확인할 필요가 있다.

나. 분석결과에 관한 고찰

먼저, GDP 대비 총공공사회복지지출이 기대여명에 미치는 영향을 살펴보면, 전체·남성·여성 기대여명의 회귀계수가 각각 0.07로 양의 방향으로 영향을 미친 것을 확인할 수 있다. 1995-2005년 자료를 활용한 Bradley et al.(2011)의 연구에서는 회귀계수가 0.08였으므로, 본 연구에서 나온 회귀계수는 이에 비해 다소 낮은 수치였다. 이것은 자료원의 범위가 2009년으로 늘어나면서 기대여명이 적게 증가하였기 때문일 수 있다. 또는 Bradley et al(2011)의 연구에서는 1인당 GDP 만을 통제변수로 사용하였으므로 정치 및 인구사회학적 변수들을 추가하여 분석하였기 때문에 회귀계수에 차이가 발생한 것일 수도 있다.

GDP 대비 총공공사회복지지출이 기대여명에 미치는 영향을 살펴 본, 세 가지 분석에서 연도더미는 모두 유의하지 않은 것으로 나타나 경기변동 등과 같은 국가 외적 특성은 기대여명의 증가에 영향을 미치지 못하는 것을 볼 수 있다. 특히 2007년 금융위기 이후 국가 수준의 기대여명이 감소하거나 증가가 더딜 것으로 예상하였으나, 본 모델에서 이러한 효과는 발견하지 못했다.

또한, 6개의 복지지출의 회귀계수를 비교해볼 수 있다. 전체기대여명의 경우 $p=0.05$ 수준에서 주거, 가족, 노인 순으로 회귀계수가 높았다. 이것은 GDP 대비 주거정책 지출을 늘리는 것이 국민건강수준을 증진하는 데 가장 큰 효과를 가져온다고 볼 수 있다. 주거정책 지출은 가장 변수 내 변이가 적은 지출이었으나, 회귀계수가 가장 높게 나왔다는 것은 OECD 국가 내에서 주거 불안정 수준이 여전히 높다고 생각해볼 수 있다. 의식주 문제를 해결하는 것은 인간에게 있어서 가장 기본적인 것이다. 주거정책 지출 비중이 높은 일부 국가들은 주로 주택보조(주거 수당 또는 임대료 보조) 등을 통해서 개인이 주택을 자가소유 할 수 있도록 도와주는 정책을 사용하고 있다. 이러한 영향이 가지는 함의는 한국적

맥락에서 생각했을 때에도 의미가 있다.

또한, 주거, 가족, 노인 정책 지출이 국민기대여명으로 대표되는 국민 건강수준에 유의미한 영향을 끼친다는 것은 새로운 사회적 위험에 대응하고자 하는 정책이 국민건강수준에 더 큰 영향을 미친다는 것을 의미한다. 앞서 언급했듯이 의료/실업정책 지출은 구 사회적 위험에 대응하고자 하는 정책이며 이미 그 대상자가 많고, 혜택(benefit) 수준도 높다. 반면에 주거, 가족 정책 그리고 특히 여성에게 있어서 연금정책은 새로운 사회적 위험에 대응하기 위한 정책이며, 이것을 증가시키는 것은 국민건강수준에 더 큰 영향을 미친다.

반면, 선행연구에서 살펴볼 수 있었던 GDP 대비 공공보건의료지출에 대해서는 기대여명에 유의미한 영향을 확인하지 못했다는 점도 의미가 있다. 본 연구자가 기존 연구와 같은 모형을 사용하여 분석을 실시한 결과, GDP 대비 공공보건의료지출은 기대여명에 양의 방향으로 통계적으로 유의한 회귀계수를 확인할 수 있었다. 하지만 5개의 사회복지지출(노인, 가족, 실업, 노동시장, 주거)을 통제하고 난 후에는 공공보건의료지출은 기대여명을 증가시키는 데 기여하지 못한다고 볼 수 있다. 이것은 OECD 국가들은 보편적 의료보장(Universal Health Coverage)를 달성하였고, 대부분의 국민들이 저렴한 가격에 의료서비스를 이용할 수 있기 때문에 보건의료서비스 지출을 늘리는 것이 더 이상 인구집단수준의 건강 수준을 증가시키는 데 기여하지 못하는 것으로 해석할 수 있다. 또한, 상당히 오랜 기간에 걸쳐 공공보건의료지출 수준을 증가시켜왔기 때문에 이것이 건강에 미치는 한계효용이 어느 정도 한계에 이르렀다고 볼 수 있다.

본 연구에서 적극적 노동시장 프로그램 정책과 실업정책을 분리하여 독립변수로 사용한 것은 두 정책의 성격에 차이가 있기 때문이었다. 실업정책은 주로 소득보전의 성격을 가지며, 적극적 노동시장 프로그램은

주로 다시 노동시장으로 복귀할 수 있도록 지원해주는 서비스적 성격을 보인다. 분석결과 적극적 노동시장 프로그램의 회귀계수가 양수이기는 하였지만, 통계적으로 유의하지 않았다. 이것은 적극적 노동시장 프로그램의 표준편차의 크기가 작기 때문인 것으로 생각된다⁴⁾. 실업정책 지출의 경우, 일반적으로 실업정책에서 여성은 지원 대상자 조건에 미달하는 경우가 많아 실제 수혜자는 남성이 많다고 알려져 있다. 그러므로 실업정책의 효과는 여성보다 남성에게서 높게 나타날 것으로 예상하였다. 본 연구에서 남성과 여성의 실업정책 회귀계수와 p값을 살펴보았을 때, 남성은 통계적으로 유의하지 않았으며, 여성은 통계적으로 유의했으나 음수였다. 이것은 실업이 건강에 미치는 부정적인 영향을 남성의 경우에는 상쇄받았으나, 여성의 경우에는 해결받지 못했다는 것을 의미한다.

GDP 대비 분야별 공공사회복지지출이 기대여명에 미치는 영향을 살펴보면 남녀 기대여명에 정책 효과가 상이하게 나타난다는 점을 확인할 수 있다. 남성은 가족정책 지출만이 유일하게 기대여명에 긍정적인 영향을 주었으며, 여성은 노인, 가족, 주거 정책 지출 3가지 항목에서 양의 방향으로 회귀계수가 유의하였다. 이것은 남성보다 여성에서 정책이 건강에 미치는 영향이 두드러지게 나타나고 있다는 점을 시사한다. 본 연구에서는 공공사회복지지출이 국민건강에 미치는 영향만을 파악하였으므로 복지가 여성에게 효과성이 높다고 말할 수는 없으나, 복지정책은 주로 여성의 건강에 긍정적인 영향을 미치고 있었다.

본 분석이 사회정책의 효과성을 입증하고자 하는 것이 아니라는 점을 기억해야 한다. 본 연구는 사회정책이 사회 전체에 긍정적인 영향을 주는지 파악하고자 한 것이 아니라, 국민건강에 영향을 미치는 영향을 보고자 한 바, 연구결과 해석에 주의해야 한다. 즉, 사회정책이 건강에 미치는 영향이 여성에게서 크게 나타나고 있다고 좁게 보는 것이 적절하다. 하지만 대부분의 OECD 국가에서 사회복지정책 개혁에 있어서 젠더

4) 6개의 복지지출 중에서 주거정책지출 다음으로 표준편차가 작았다.

적 관점을 집어넣고, 사회적으로 불리한(advantaged) 위치에 있는 여성에게 수혜가 가도록 개혁하였는데 이것이 여성의 건강에 더 큰 효과를 내도록 한 것일 수도 있다. 앞서 언급하였듯이, 이러한 결과의 원인을 이해하기 위해서는 후속 연구를 통해 사회정책이 건강에 미치는 영향에 대한 경로를 밝힐 필요가 있다.

본 연구에서 OECD국가만을 분석대상으로 하고 있으므로, 저소득국가에서는 다른 양상이 나타날 수 있다. 예를 들어, 저소득국가에서 GDP 대비 공공의료지출을 증가하는 것이 기대여명의 증가에 양의 방향으로 영향을 미친다고 알려져 있다. 또한, 세계 117개 국가를 대상으로 기대여명 결정요인을 분석한 연구결과, 1인당 보건의료비지출은 기대여명에 긍정적인 영향을 미친다고 하였다. 하지만 본 연구에서는 공공보건의료지출량이 상대적으로 높은 수준인 국가들만을 대상으로 하였으므로, 이러한 연구결과가 타당할 수 있다.

마지막으로, 좀 더 정교한 분석을 통해 사회보장정책이 건강에 미치는 영향의 경로를 밝히는 연구가 필요하다. 본 연구에서는 거시적인 관점에서 공공사회복지지출이 국민 기대여명에 미치는 영향이 직접적인 것으로 가정하여 분석하였다. 그러므로 본 연구는 국가 단위(population-based) 건강수준(health outcomes)에 초점을 맞추고 있으므로, 연구 결과를 해석할 때 주의해야 한다. 하지만 사회보장정책이 기대여명에 미치는 영향은 누적적 효과(cumulative effect)를 가지며, 여러 가지 경로를 통하여 개인 수준의 건강에 영향을 미칠 수 있으며, 이것은 다른 분석방법을 통해 확인할 수 있다. 예를 들어, 사회보장 정책 중에 적극적 노동시장 정책은 개인의 소득에 직접적인 영향을 미칠 뿐만 아니라, 삶의 환경과 심리학적인 요인에 영향을 줌으로써 개인 수준의 건강에 영향을 미칠 수 있다. 향후 사회조사 자료를 활용하여, 경로를 확인할 필요가 있다.

7. 결론: 정책적 함의

본 연구는 국가 수준의 공공사회복지지출과 기대여명 사이에 어떤 관계가 있는지를 파악하는 것을 목적으로 하였다. 이를 위해 먼저 기존 연구를 참고하여, 최근(1995-2009년) 자료를 가지고 GDP 대비 총공공사회복지지출(%)이 기대여명에 미치는 영향을 확인하였다. 이것이 의미하는 바는 GDP 대비 공공사회복지지출의 총량을 늘리면 국민 건강수준을 대표하는 기대여명이 증가한다는 것이므로, 사회복지지출을 늘려야 한다는 것을 내포한다. ‘GDP 대비 분야별 공공사회지출’은 각 영역에 대한 정부의 책무(State’s commitment)에 대한 광범위한 지표(Adema, 2011)이므로 복지에 대한 정부의 책무성이 증가하면 국민 건강 수준이 증가한다.

하지만 연구결과에 따르면 개별정책의 자원을 증가시킬 지라도 건강에 유의한 영향을 주는 정책도 있고, 그렇지 못한 정책도 있었다. 그러므로 제한된 자원으로 국민의 건강수준을 효율적으로 증가시키는 방법을 모색할 필요가 있다. 특히, 주거정책이 건강에 미치는 영향에 대한 관심이 필요하다. 주거정책의 경우 국민의 기대여명을 증진하는 데 긍정적인 영향을 미친다는 연구결과로 보아 자원할당을 더 늘릴 필요가 있다. 이 중에서도 특히 여성의 기대여명을 증진하는 데 크게 기여하는 것으로 보인다.

또한, 한국에서 GDP 대비 공공보건의료지출을 OECD 평균 수준으로 늘려야 한다는 논의가 진행되고 있는데, 이것에 대한 재고가 필요하다. 5개의 사회복지지출(노인, 가족, 실업, 노동시장, 주거)을 통제하고 난 후에는 공공보건의료지출은 기대여명을 증가시키는 데 기여하지 못했다. 물론 분석에서 공공보건의료지출 수준이 낮은 한국/멕시코가 제외되었기 때문에 이를 바로 적용하기 어려운 측면이 있다. 하지만 OECD 국가들은 보편적 의료보장(Universal Health Coverage)를 달성하였고, 대부분

의 국민들이 저렴한 가격에 의료서비스를 이용할 수 있기 때문에 보건의료서비스 지출을 늘리는 것이 더 이상 인구집단수준의 건강 수준을 증가시키는 데 기여하지 못하는 것으로 해석할 수 있다. 그러므로 한국에서 무비판적으로 OECD의 평균 수준의 공공보건의료지출 수준을 달성하고자 하는 방향으로 목표를 설정해서는 안 된다. 보유한 자원을 가지고 인구모집단 건강수준을 증진시키기 위해서 효율적으로 사용하기 위해서 그 방향성에 대한 재고해야 한다.

본 연구는 복지정책 전반에 대한 거시적 대안과 정책적 방향을 모색하는 데 기초자료로 활용할 수 있다. 한국 정부의 공공사회복지지출 규모는 OECD 국가 중 멕시코 다음으로 낮은 수준이다. 사회정책이 건강에 미치는 영향을 생각한다면 이러한 기초에 변화를 모색해야 한다. 그 중에서도 특히 신 사회적 위험(New Social Risks)에 대응하기 위한 주거/가족/연금 지출에 투입 자원을 늘릴 필요가 있다.

또한, 비보건(Non-health) 분야의 의사결정 과정에 건강에 대한 고려가 필요하다. 정책결정자들의 행동 또는 그들이 만든 정책이 국민의 건강에 영향을 미친다는 사실을 인지시키고, 해당 정책에 정당성을 부여할 수 있다. 또한, 이것은 다양한 이해관계자(정책 분야별 대표들)이 함께 정책을 고민해야 한다는 사실을 의미하기도 한다.

한국의 경우, 젠더관점에서 복지 패러다임을 재구성하려는 노력을 시도하고 있으나 그 대상이 주로 저출산정책, 일가정양립정책, 돌봄정책에 한정되어 있다(홍승아 외, 2013)는 점을 개선할 필요가 있다. OECD 국가들은 최근의 복지개혁에서 사회정책을 보다 “고용친화적”으로 추구하는 경향성과도 일치한다. 즉 이전의 사회정책이 남성부양자모델에 기반하여 실업을 보호하고 노후안정을 보장하는 것을 중심으로 추진되었다면, 새로운 사회정책은 특히 가족정책은 일가정양립을 용이하게 하고, 주로 여성의 노동참여를 지원하는 방향으로 추진되고 있다(Fleckenstein

& Lee, 2012). 하지만 이러한 점만을 강조하는 정책적 기초를 계속 유지한다면 여성에게만 더 많은 혜택이 가고, 사회정책은 남녀 기대여명의 차이를 줄이는 데 기여하지 못할 것이므로 그 방향성에 대한 재고가 필요하다.

참고문헌

Acemoglu D, Johnson S: **Disease and development: the effect of life expectancy on economic growth.** In.: National Bureau of Economic Research; 2006.

Acheson SD: **Independent inquiry into inequalities in health: report.** Stationery Office; 1998.

Adema W, Fron P, Ladaique M: **Is the European welfare state really more expensive.** *Indicators on social spending, 1980-2012; and a manual to the OECD Social Expenditure Database (SOCX)* 2011.

Babies O: **Bosses. Reconciling Work and Family Life.** Vol. 4. In.: Paris: OECD; 2005.

Bambra C: **Health status and the worlds of welfare.** *Social Policy and Society* 2006, 5(1):53.

Bartley M: **Health inequality and societal institutions.** *Social Theory & Health* 2003, 1(2):108-129.

Bartley M, Blane D, Montgomery S: **Health and the life course: why safety nets matter.** *BMJ: British Medical Journal* 1997, 314(7088):1194.

Besley T, Kudamatsu M: **Health and democracy.** *The American economic review* 2006:313-318.

Bradley EH, Elkins BR, Herrin J, Elbel B: **Health and social services expenditures: associations with health outcomes.** *BMJ quality & safety* 2011, **20**(10):826–831.

Brennenstuhl S, Quesnel-Vallée A, McDonough P: **Welfare regimes, population health and health inequalities: a research synthesis.** *Journal of epidemiology and community health* 2012, **66**(5):397–409.

Coburn D: **A brief response.** *Social Science & Medicine* 2000, **51**(7):1009–1010.

Cohen R: **The positive impacts of affordable housing on health: a research summary.** *Center for Housing Policy and Enterprise Community Partners* 2007.

Deaton A: **Health in an Age of Globalization.** In.: National Bureau of Economic Research; 2004.

Esping-Andersen G: **The three worlds of welfare capitalism.** In.: Princeton University Press (Princeton, NJ); 1990.

Esping-Andersen G: **The three worlds of welfare capitalism:** John Wiley & Sons; 2013.

Ferrarini T: **Families, states and labour markets: Institutions, causes and consequences of family policy in post-war welfare states:** Edward Elgar Publishing; 2006.

Ferrie JE, Shipley MJ, Marmot MG, Stansfeld S, Smith GD: **The health effects of major organisational change and job insecurity.** *Social science & medicine* 1998, **46**(2):243-254.

Fogel RW: **The escape from hunger and premature death, 1700-2100: Europe, America, and the Third World,** vol. 38: Cambridge University Press; 2004.

Fritzell J: **Still Different?: Income Distribution in the Nordic Countries in a European Comparison:** Luxembourg Income Study; 2000.

Fritzell J, Lundberg O: **Health inequalities and welfare resources: continuity and change in Sweden:** The Policy Press; 2007.

Grundy E, Sloggett A: **Health inequalities in the older population: the role of personal capital, social resources and socio-economic circumstances.** *Social science & medicine* 2003, **56**(5):935-947.

Heymann J, Earle A, McNeill K: **The impact of labor policies on the health of young children in the context of economic globalization.** *Annual review of public health* 2013, **34**:355-372.

House JS, Schoeni RF, Kaplan GA, Pollack H: **The health effects of social and economic policy: the promise and challenge for research and policy.** *Making Americans healthier: Social and economic policy as health policy* 2008:3-26.

Kangas O: **One hundred years of money, welfare and death: mortality, economic growth and the development of the welfare state in 17 OECD countries 1900 - 2000.** *International Journal of Social Welfare* 2010, 19(s1):S42-S59.

Kangas O, Palme J: **Does social policy matter? Poverty cycles in OECD countries.** *International Journal of Health Services* 2000, 30(2):335-352.

Kim TK, Lane SR: **Government Health Expenditure and Public Health Outcomes: A Comparative Study among 17 Countries and Implications for US Health Care Reform.** 2013, 3(9):8-13.

Korpi W, Palme J: **The paradox of redistribution and strategies of equality: Welfare state institutions, inequality, and poverty in the Western countries.** *American sociological review* 1998:661-687.

Lubell J, Crain R, Cohen R: **Framing the issues—the positive impacts of affordable housing on health.** *Center for Housing Policy* 2007, 34.

Lundberg O, Yngwe MÅ, Stjärne MK, Elstad JI, Ferrarini T, Kangas O, Norström T, Palme J, Fritzell J: **The role of welfare state principles and generosity in social policy programmes for public health: an international comparative study.** *The Lancet* 2008, 372(9650):1633-1640.

McKeown T: **The role of medicine. Dream, mirage or nemesis?:** Basil Blackwell Publisher Ltd., Alfred Street, Oxford OX1 4MB; 1979.

Nelson K, Fritzell J: **Welfare states and population health: The role of minimum income benefits for mortality.** *Social Science & Medicine* 2014, 112:63–71.

OECD: **Social Expenditure Statistics of OECD Member Countries – provisional version.** In: *Labour Market and Social Policy Occasional Papers.* OECD Paris; ; 1996.

Preston SH: **The changing relation between mortality and level of economic development.** *Population studies* 1975, 29(2):231–248.

Preston SH: **Mortality trends.** *Annual Review of Sociology* 1977:163–178.

Safaei J: **Democracy, human rights and women's health.** *Mens sana monographs* 2012, 10(1):134.

Siddiqi A, Hertzman C: **Towards an epidemiological understanding of the effects of long-term institutional changes on population health: a case study of Canada versus the USA.** *Social science & medicine* 2007, 64(3):589–603.

Siegrist J, Marmot M: **Social inequalities in health: new evidence and policy implications:** Oxford University Press; 2006.

Skinner C, Ochshorn S: **Paid family leave: Strengthening families and our future.** In. Edited by National Center for Children in Poverty: Mailman School of Public Health Columbia University; 2012.

Solar O, Irwin A: **A conceptual framework for action on the social determinants of health.** 2007.

Steven H Woolf: **Social policy as health policy.** *JAMA* 2009, **301**(11):1166–1169.

Taylor–Gooby P: **New risks, new welfare: the transformation of the European welfare state:** Oxford University Press; 2004.

United Nations. Department of International E, Social Affairs. Population D: **Sex differentials in life expectancy and mortality in developed countries: an analysis by age groups and causes of death from recent and historical data.** *Population bulletin of the United Nations* 1988, **25**:65–107.

Virchow RLK, Rather LJ: **Collected essays on public health and epidemiology,** vol. 1: Science History Publications, USA; 1985.

Whitehead M, Townsend P, Davidsen N: **Inequalities in Health: The Black Report: the Health Divide:** Penguin; 1992.

World Health Organization: **Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health: Commission on Social Determinants of Health Final Report**: World Health Organization, Commission on Social Determinants of Health; 2008.

김영란: 새로운 사회적 위험과 여성빈곤 그리고 탈빈곤정책. 한국사회학 2006, 40(2):189-226.

남은영: 한국의 새로운 사회적 위험 (New Social Risk). 한국사회학회 사회학대회 논문집 2009:957-976.

김창엽: 건강과 복지: 권리와 사회정의의 관점에서. 경제논집 2011, 3(50):231-262.

신영전, Berkman LF, Lynch J, Kaplan G, Krieger N, 이치로 가, Theorel T, Kasl SV, Jones BA, Berkman LF *et al*: **사회 역학**. 서울: 한울아카데미; 2003.

정순돌, 김유휘, 최혜지: 사회경제적 자원과 건강의 관계. 보건사회연구 2013, 33(2):63-90.

최충익: 패널모형: 시계열 분석과 횡단면 분석을 한번에. 국토 (구 국토정보), (구 국토정보다이제스트) 2008:120-127.

부 록. OECD 공공/의무민간 사회지출 주요 항목⁵⁾

분야	지출 형태	프로그램
노인	현금 지원	노인 연금
		노인 조기은퇴 연금
		노인 기타 현금지원
노인	서비스 지원	노인 거주 도움
		노인 기타 서비스
의료	서비스 지원	의료서비스 지원
가족	현금 지원	가족 수당
		출산·육아 유급휴가
		가족 기타 현금지원
가족	서비스 지원	출산·육아지원
		가족 기타 서비스
적극적 노동시장	통합	공공고용알선 및 관리
		직업훈련
		일자리 나누기
		고용 인센티브
		고용지원 및 재활
		직접 고용창출
		창업 인센티브
실업	현금 지원	실업수당/퇴직금
		구조조정 등의 조기퇴직
주거	서비스 지원	주택보조
		주택 기타 서비스

5) OECD 사회지출은 총 9개 분야 38개 프로그램 항목으로 구성되어 있으나, 본 연구에서 사용된 6개의 항목에 대한 내용만 제시하였음. 영문명은 P&C 정책개발원의 OECD 리포트의 해석을 따랐음. 자발적민간지출은 이와 다른 기준으로 정책요소를 분리함.

Abstract

The influence of functional public social expenditure on life expectancy : Evidence from OECD countries

SEA JUANG, GU

Department of Health Policy and Management
The Graduate School of Public Health
Seoul National University

Functional public social expenditure of each countries makes population based health difference. Lately, Some scholars institute the sudden increase problems of public health and old-age pension expenditure. But other polices expenditure increase slowly. Generally the total social expenditure increases in many countries. Because old-age population increase and resources are limited, public health and old-age pension expenditure is increasing rapidly. But we should re-examine the direction. After the nineties, the new welfare policy for people exposed to the new social risks such as job security, family problems and housing security will exert a stronger influence over population-based health than the olde welfare policy.

The purpose of this research is to find out the impact of functional public social expenditure on gendered life expectancy. This concept would work macroscopically, and the unit of analysis

is 34 OECD countries.

The dependent variables are total life expectancy of nation and gendered life expectancy. And, the key explanatory variable, functional public social expenditure in percentage of GDP is related with social spending and social security level of nations.

In order to identify the relation between these variables, Fixed effect Model were applied. Consequently, it is shown that total public social expenditure in percentage of GDP has a positive relation to three of life expectancy. Also, Old-age/Family/Housing domain among the functional public social expenditure in percentage of GDP has a positive relation to total life expectancy. It means that policies to disperse new social risks have a important role in population-based health development.

The welfare policy is strong and cost-effective health policy. According to my research, some policies expenditure influence population-based health but others not. But policies to disperse the new social risks mostly exert a positive influence over population-based health. Therefore we should increase old-age pension, housing, family policy expenditure on national level and study this field persistingly. And we should be interested in the housing policy influence on the population-based health especially.

keywords : Functional Public Social Expenditure, Life Expectancy, OECD, Welfare Policy, Population Health

Student Number: 2012-21859