

노년초기 건강상태가 노후소득수준에 미치는 영향

The Effect of Early Health Status on Income during Old-Age Period

김정근

강남대학교 복지융합대학 실버산업학과

Jeungkun Kim(jkkim@kangnam.ac.kr)

요약

본 연구의 목적은 건강상태를 선행요소로 두고 건강수준의 차이가 노화가 진행되는 과정에서 노후소득수준에 미치는 영향을 분석하는데 있다. 이를 위해 국민연금공단의 국민노후보장패널자료를 사용하여 1차(2005년)부터 6차년(2015년)까지 10년 동안 종단자료에 모두 존재하는 923명을 최종 분석대상으로 선정하였다. 기술통계분석결과 노년초기건강상태의 차이에 따라 노후소득차이가 발생하는 것으로 조사되었다. 즉, 56~60세 노년초기의 건강상태가 양호한 대상자가 건강하지 못한 대상자에 비해 상대적으로 높은 경제적 수준을 10년간 지속하고 있었다. 다중회귀분석결과에서는 성별, 배우자유무, 교육수준의 효과를 통제한 경우 통계적으로 유의한 수준에서 노년초기건강상태가 좋을수록 소득수준이 증가하였다. 또한 노년초기 건강상태가 좋은 고령층은 건강하지 못한 고령층보다 노후소득이 높았으며, 건강상태에 따른 소득차이가 고령화와 함께 지속되고 있었다. 따라서 본 연구에서는 노년초기건강상태의 향상과 노년초기 건강상태가 노후소득에 미치는 부정적 영향을 완화시킬 수 있는 정책적 실천적 방안들을 제시하고 있다.

■ 중심어 : 노후건강 | 노후소득 | 국민노후보장패널 | 종단분석 | 건강불평등 |

Abstract

The purpose of this study is to analyze the effect of early health status on income status as young old adults grow older. Using Korean Retirement & Income Study(KReiS), this study finally included 923 older adults who were fully present from the first wave (2005) to the sixth wave (2015) for 10 years. The results of descriptive analysis show that the difference of income occurs due to the difference of health status at the early old age. In other words, older adults with good health status at the early old age(56 ~ 60 years old) have a relatively higher income level for 10 years compared with older adults with poor healthy status. In multiple regression analysis, the results represent that the better the health condition in early age, the higher the gross individual income, controlling for gender, spouse, and education level. In addition, older adults with good health at early old age stage have higher income level than those with poor health at early old age stage. The difference by health status continues as they are getting old. Therefore, this study suggests several policies and practical alternatives to improve the early health condition and to reduce the negative impact of early health condition on old age income.

■ keyword : Health | Income Security | Korean Retirement & Income Study | Longitudinal Analysis | Health Inequality |

I. 서론

우리나라의 고령화속도는 예상보다 빠르게 진행되고 있다. 전체인구에서 차지하는 65세 이상 고령층의 인구가 2019년 14%에 이를 것으로 예상하였으나, 1년이나 빠른 2018년에 달성하게 되었기 때문이다[1]. 하지만, 급속한 고령화와 더불어 고령층의 경제적 수준은 다른 OECD국가들에 비해 상대적으로 저조할 뿐만 아니라 최근까지 노인빈곤율 1위라는 불명예를 유지하고 있는 실정이다. OECD 통계에 의하면 우리나라 65세 이상 고령층의 상대적 빈곤율은 45.7%로 OECD평균 12.5%의 약 3.7배 높으며[2], 연령별로 보면 66~75세 상대적 빈곤율은 42.7%, 76세 이상의 빈곤율은 60.2%를 기록하고 있다[3].

노후빈곤을 해결하고 노후소득을 보장하기 위해 산업화를 먼저 경험한 서구의 국가들은 노후에 일을 하지 못함으로써 발생하는 경제적 결핍에 대비한 안정적 '노후소득보장제도'를 오래전부터 구축해 왔다. 독일은 1889년 사회보험방식의 노령연금제도를 세계 최초로 도입하였고 덴마크와 영국은 각각 1891년, 1908년에 도입하였다[4]. 이에 비해 우리나라는 1988년 전 국민대상 공적연금인 국민연금을 시행하였고, 2008년 1월부터는 기초노령연금제도를, 2014년 7월부터는 이를 기초연금으로 변경하여 노후소득보장을 위한 제도의 틀을 만들었다. 하지만, 우리나라 고령층의 노후소득은 공적연금보다는 개인의 근로소득에 의존하는 경향이 매우 높은 상황이며, 결국 개인의 근로소득은 개인의 건강상태에 의해 영향을 받을 수밖에 없는 상황이다. 실제적으로 우리나라 고령층의 소득 중 근로소득이 차지하는 비중은 50.8%로 OECD국가 평균의 23.6%에 비해 2배 이상 높은 수준이며[2], 우리나라 고령층이 일을 하는 이유도 생계유지를 마련하기 위함이 가장 높은 73%를 차지하고 있다[5].

이런 이유로 우리나라는 근로와 관련이 높은 노년초기 건강상태가 노후소득에 미치는 영향이 다른 국가들에 비해 상대적으로 높다고 볼 수 있다. 또한 노년초기의 건강상태의 악화는 단순히 경제활동 참여저하로 인한 근로소득을 감소시킬 뿐만 아니라 추가적 의료비 지출로 소득감소에도 영향을 줄 수 있다. 실제로 빈곤가

구의 25.6%는 가처분소득의 40%이상을 의료비로 지출하는 '과부담 의료비'를 경험하고 있는 것으로 나타났다[6][7]. 건강이 좋지 않은 경우 의료비 과부담으로 인한 고령층의 소득감소가 발생할 수 있을 것으로 예상된다.

따라서 본 연구는 노년초기건강상태가 노화가 진행되는 과정에서 노후소득수준에 미치는 영향을 분석하고자 한다. 기존의 국내 및 해외 연구들에서는 소득의 차이가 건강수준에 영향을 미치고 있다는 것에 대한 실증자료들을 보여주고 있다[8][9]. 소득이 낮은 사람들은 열악한 영양섭취와 주거환경, 그리고 의료서비스의 낮은 접근성으로 인해 건강을 위협받을 수밖에 없는 상황에 직면하게 되기 때문이며[10] 소득수준의 차이는 건강불평등(health inequality)을 발생시키는 요인으로 작용할 수 있다[11]. 하지만, 본 연구에서는 건강상태를 선행요소로 두고 건강수준의 차이가 노화가 진행되는 과정에서 소득에 미치는 영향에 중점을 두고자 한다. 인구 고령화시대에 열악한 노후건강상태로 인해 발생하는 노후 경제적 수준의 변화에 대한 사회정책적 관심이 필요한 시기이기도 하다. 특히 고령층은 일반적으로 만성질환과 각종 질환 등으로 인해 젊은 층보다 건강상태가 좋지 않고, 이들의 건강상태는 생애기간동안 누적된 결과물로 다른 연령집단보다 집단내 건강격차가 심하게 발생할 수 있다는 특징이 있어 고령층의 건강상태가 노후소득에 미치는 영향에 대한 연구가 필요한 상황이다[12]. 이를 위해 본 연구는 국민연금공단에서 조사한 10년간 (2005~2015)의 국민노후보장패널 조사자료를 활용하여 노년초기의 신체건강상태의 차이가 노화진행에 따라 소득에 미치는 영향을 분석하고자 한다.

II. 문헌연구

1. 객관적 건강상태와 주관적 건강상태

건강상태는 연령에 상관없이 삶의 질에 영향을 미치는 필수적인 요소이다. 건강상태를 측정하는 방법은 크게 객관적 건강상태와 주관적 건강상태로 구분될 수 있다. 객관적 건강상태는 의사가 진단한 과거 및 현재 질병, 또는 병원에서 측정된 임상결과를 포함하여 개인의

건강상태에 대한 직접적인 증거를 통한 건강상태를 의미한다[13]. 객관적 건강상태는 특정 대상자의 건강 상태, 생활 습관, 생활 스트레스 및 작업 스트레스와 같은 객관적인 건강상태와 밀접하게 관련되어 있으며, 특정 질병이나 질환의 이름으로 나타난다[14].

주관적 건강상태는 개인의 주관적 평가에 의한 측정 방법으로 앞에서 언급한 객관적 지표인 의학적 진단 여부와는 달리 개인이 느끼는 신체적, 정신적 상태를 바탕으로 개인의 건강상태를 측정한다[15][16]. 주관적 건강상태는 응답자가 직접 진술한 주관적 건강상태이기 때문에 최근에는 사망률을 측정하는 중요한 예측지표로 활용되고 있으며, 병원에서 기록된 의무기록보다 사망률을 더 잘 예측할 수 있다는 실증적 연구결과도 존재하고 있다[17]. 특히 노인관련 연구에서는 노인 스스로 평가하는 주관적 건강이 신체적 건강뿐만 아니라 정서적, 심리적 상태와 사회적 역할까지도 반영하고 있어 고령층의 건강에 대한 전반적 만족도 및 삶의 질을 측정하기 위해 널리 사용되고 있다[18][19]. 따라서 주관적 건강상태는 의사의 진단으로 파악할 수 없는 당사자의 잠재적인 상태까지도 반영할 수 있다는 장점이 있다.

객관적 건강상태와 주관적 건강상태는 서로 보완적이지만 때로는 고령층의 경우 상충적일 때도 있다. 일부 연구에서는 고령층은 자신의 건강상태를 실제상태보다 더 긍정적으로 인식하는 경향을 보이고 있지만[20], 다른 연구에서는 자신과 동일한 건강상태에 있는 사람들보다 고령층은 스스로의 건강상태를 부정적으로 보는 경향도 보이고 있다[21].

하지만, 주관적 건강상태는 인구집단의 건강상태와 사망을 측정하는 도구로 널리 사용되고 있으며, 소득과 교육수준 등 사회경제적 요인들과 영향을 주고 받는 역할을 하고 있어 본 연구의 고령층의 초기건강상태 측정 변수로 사용하고자 한다[18].

2. 노후소득수준과 소득구성요소

우리나라의 노인빈곤율은 OECD 국가 중 여전히 가장 높은 수준을 기록하면서 다른 연령층에 비해 고령층의 소득수준은 낮은 상황이다. 우리나라 65세 이상 고령층의 소득은 전체 국민소득의 68.8%수준으로

OECD국가 평균인 87.6%보다 낮은 수준을 보이고 있다[2]. OECD국가들에서는 아동연령층의 빈곤율이 전체인구에서 가장 높은 비중을 차지하고 있어 아동이 빈곤정책의 중요한 '표적 집단'인 것과는 다르게 우리나라는 아동층보다 고령층의 빈곤율이 높아 노후소득수준 보장이 중요한 빈곤정책으로 인식되고 있다. 한국의 18세 이하 아동빈곤율은 OECD평균인 12.6%보다 낮은 10.3% 수준을 보이고 있지만, 65세 이상 고령층의 빈곤율은 45.1%로 OECD평균 17.1%보다 28%포인트 높아 OECD국가 중 최고치를 기록하고 있다[22].

고령층의 소득을 구성요소별로 살펴보면 가장 높은 비중을 차지하고 있는 것은 공적이전소득(소득비례연금, 자산조사형 급여 등)으로 OECD 평균은 58% 수준이다[2]. 각 국가별로 보면 고령층 소득 중 공적이전소득에 가장 많이 의존하는 국가는 헝가리로 89%, 가장 적게 의존하는 국가는 멕시코로 7.7%, 한국의 경우는 30.2% 수준이다[2]. 1988년 국민연금제도가 시작한 이후 30년밖에 되지 못해 적절한 규모의 공적연금급여가 이루어지지 않기 때문이며, 우리나라 국민연금가입자 중 최소가입기간(10년)을 충족하지 못하거나, 소득이 없어 가입조차 하지 못하는 '사각지대'가 존재하기 때문이다. 전업주부와 같이 소득이 없어 공적연금에 가입하지 못하는 '제도외부' 사각지대와 실업·사업 중단 등으로 국민연금에 가입했지만 납부예외·장기체납자로 분류되는 사람들은 '제도내부' 사각지대가 존재한다[23]. 국민연금공단 자료에 의하면 2018년 3월 기준 국민연금 가입대상자(18~60세 미만) 3,099만 명 가운데 적용 제외자는 958만 명(29.4%)이며, 가입자 2,141만 명 중 납부예외자(368만 명)·장기체납자(102만 명) 비중은 전체의 15.2%로 '사각지대'에 해당대상자가 전체 가입대상자의 44.6%를 차지하고 있는 실정이다[24].

우리나라의 경우 노인들의 소득에서 근로가 차지하는 비중은 56.8%로 OECD평균 23.6%보다 무려 33.2%p 높은 수준을 보였다[2]. 우리나라 고령층 소득 수준은 근로이외에도 자녀 등 가족의 이전소득에 의해 크게 의존하는 것으로 알려졌으나, 최근에는 생활패턴의 변화와 개인주의 성향 확대로 사적이전의 역할은 약화되어 근로소득의 영향이 과거보다 증가하고 있는 상황이다[25]. 따라서 본 연구는 고령층의 소득 측정을 위

해 소득을 구성요소별로 분해하여 노년초기건강상태가 시간경과에 따라 각 소득구성요소들에 미치는 영향을 분석하고자 한다.

3. 노년초기건강상태와 노후소득수준

일반적 건강과 소득에 관한 연구는 소득을 선행요소로 두어 건강에 영향을 미치는 요소로 하는 연구가 지배적이다. 소득수준의 높은 경우에는 건강을 관리·유지·증진시키기 위한 자원을 소유하고 접근할 수 있는 가능성을 증대시키지만, 소득수준이 낮은 경우에는 건강에 대한 자원부족과 과도한 흡연, 음주 및 운동 부족 등으로 건강을 해치게 되는 경우가 존재한다[26][27].

하지만, 앞에서 언급한 것처럼 사회경제적 수준이 건강수준을 결정하는 요인으로 작용할 수 있으나[11][15], 노후의 건강수준은 반대로 노후소득을 결정하는 요인으로 작용할 수 있다. 특히 은퇴를 앞두고 있는 중·고령층의 경우 건강수준은 지속적인 경제활동여부를 결정하는 중요한 요소로 작용할 수 있어 근로소득을 포함한 노후소득에 영향을 줄 수 있다[28]. 한국과 같이 공적연금제도가 성숙하지 못한 환경에서는 건강상의 문제로 비자발적인 은퇴를 하게 되는 경우 급격한 근로소득 감소와 노후소득감소를 경험할 수 있다[29]. 심지어 공적연금제도의 성숙도가 높은 미국의 경우에도 질병과 같은 건강문제는 노후소득을 감소시키는 요인으로 작용하고 있다. 51~61세의 7,055명 근로자를 대상으로 한 연구에서 당뇨병과 같은 만성질환을 가지고 있는 근로자는 질환이 없는 건강한 근로자에 비해 근로시간 감소 또는 근로중단 등이 발생하여 노후소득감소를 경험하는 것으로 조사되었다[30]. 노인의 경제활동과 소득, 건강과 관련된 자료인 Health Retirement Study(HRS)를 활용한 연구들에서도 노년초기 건강상태가 은퇴 및 소득에 미치는 영향을 보여주고 있다[30][31].

하지만, 기존 연구의 한계점은 아래와 같다. 첫째, 국내에는 노화가 진행되면서 장기적으로 중·고령층의 초기 건강상태가 노후소득에 미치는 영향에 대한 연구는 부족한 것이 현실이다. 둘째, 대부분의 기존 연구들이 소득의 차이를 선행요소로 두고 건강에 미치는 영향을 분석하고 있으며, 특히 고령층 집단을 대상으로 건강상태를 선행요소로 분석한 연구는 찾아보기 어렵다

[8][15]. 따라서 본 연구는 기존 연구의 한계점을 극복하기 위해 10년(2005-2015)간의 국민노후보장패널조사를 활용하여 노년초기의 건강상태가 노화가 진행되는 과정에서 어떻게 그리고 얼마나 노후소득에 영향을 미치고 있는가를 살펴보고자 한다.

III. 연구방법

1. 분석자료 및 분석대상

본 연구에서 사용한 자료는 국민연금연구원에서 실시하고 있는 국민노후보장패널조사로 통계법에 의해 승인(승인번호 제322001호)된 국가통계자료이다. 2005년 1차 조사를 시작으로 2017년 7차 조사까지 진행되었으며, 2019년 1월 기준 공개된 통계자료는 2015년 6차 조사까지이다. 국민노후보장패널의 조사대상자는 2005년 기준 전국의 만 50세 이상 가구원이 있는 가구와 해당 가구의 50세 이상인 자 및 그 배우자를 조사대상으로 하고 있다.

본 연구에서는 2005년 1차 조사에 응답한 5,109가구에 속하는 8,567명 중 56~60세에 해당되는 초기고령층 1,417명만을 우선적으로 선정한 후 1차(2005년)부터 6차년(2015년)까지 10년 동안 종단자료에 모두 존재하는 923명을 최종 분석대상으로 선정하였다. 이들의 1차(2005년)조사 당시 응답한 신체적 건강상태를 기준선(baseline)으로 설정하였고 초기건강상태가 시간경과에 따라 소득에 미치는 영향을 각 조사시점별로 살펴보고자 한다. 국민노후보장패널조사의 소득관련자료는 조사 기준 전년(2004년)을 기준으로 질문하였기 때문에 소득기준년도에 조기노령연금신청이 가능한 연령(55세~59세)으로 대상자를 한정하기 위함이다. 2004년 기준 55~59세에 해당되는 대상자는 1949~1945년생으로 조기노령연금을 신청할 수는 있으나, 60세까지는 완전노령연금수급은 신청할 수 없는 집단으로 '노년초기'라고 정의할 수 있는 집단이다. 이들은 국민노후보장패널 3차(2009년)조사 시기에 60~64세에 도달하여 모두 완전노령연금이 수급 가능한 대상이 되었으며, 가장 최근 자료인 6차(2015년)시기에는 66~70세가 되어 기초연금 대상자가 되었다. 본 연구는 1차 조사

(2005년)부터 6차 조사(2015)의 개인단위와 가구단위 자료를 병합(merge)하여 노년초기의 신체적 건강상태가 시간경과에 따른 노후취업자비중 변화, 가구소득 및 가구소득 구성요소별로 미치는 영향을 분석하였다.

2. 측정변수

본 연구에서 분석하고자 하는 주요변수는 1차 조사(2005)시기 56~60세에 해당되는 노년초기 대상자들의 주관적 건강상태로 기준선(baseline)으로 사용하였다. 주관적 건강상태는 “귀하의 신체적 건강상태는 현재 어떻다고 생각하십니까?”에 대한 주관적 응답으로 ‘매우 좋지 않다’, ‘좋지 않은 편이다’는 ‘좋지 않음’으로, ‘좋은 편이다’, ‘매우 좋다’는 ‘좋음’으로, 중간 단계인 ‘보통이다’로 3개의 범주로 구성되었다. 국민노후보장패널조사에서 실시한 주관적인 건강상태는 대상자의 미래사망을 예측할 수 있는 치명적 건강상태를 예측할 수 있다는 장점이 있어 기존 연구들에서도 사용되고 있는 측정변수이다[32].

소득수준은 조사시점을 기준으로 전년 가구단위 총소득은 임금소득, 공적이전소득(공적연금, 국민기초생활보장급여, 그 외 사회보장급여 등), 금융소득, 부동산소득 및 기타소득 등을 포함하고 있다. 총소득은 근로소득, 금융소득, 부동산 소득, 사적이전소득, 공적이전소득, 기타소득의 합으로 구성되어 있으며, 공적이전소득은 정기성 현금지원금(공적연금, 보호급여금, 고용보험, 산재보험, 기초생활보장급여, 장애수당 및 장애인연금, 노인교통비, 기초노령연금(2008년1월~2014년 6월), 기초연금(2014년 7월~), 노인장기요양보험 특별연금 급여 등)을 포함하고 있다[33]. 공적이전소득은 공적연금소득, 국민기초생활보장급여소득, 그 외 사회보장급여소득으로 세분화될 수 있으나 종단데이터가 세분화된 정보를 가지고 있지 않아 총합을 사용하였다. 사적이전소득은 가구단위에서 부모, 자녀 또는 형제·자매, 이혼한 배우자, 사회 및 종교단체로 받은 이전소득금액을 모두 포함하고 있다.

본 연구에서는 총소득 및 기타소득들은 가구단위이기 때문에 개인단위로 사용하기 위해 가구소득을 가구원 수의 제공근으로 나누어 균등화 개인소득을 계산하는 경제협력개발기구(OECD)제공근 지수방법을 사용

하였다[34]. OECD제공근지수방법을 통한 균등화된 개인소득은 고령층이 포함되어 있는 가구 ‘규모의 경제’를 보정하였으며, 가구소득을 각 가구원의 소득으로 전환하기 위해 사용되었다. 국내 통계청에서도 가구소득을 OECD제공근지수 방법을 사용해 전환한 ‘균등화 개인소득’ 기준으로 소득분배지표를 작성하고 있다[1]. 또한 종단자료로 인한 불가수준을 반영하기 위해 본 연구에서 사용된 모든 소득 자료는 2018년을 기준으로 (2018=100) 조정되었다. 그 외 인구학적 변수로 성별, 연령, 교육수준, 배우자유무, 경제활동참여유무 등을 포함하였다.

3. 분석방법

본 연구는 3가지 분석방법을 사용하였다. 첫째 국민노후소득보장패널 1차(2005)~6차(2015) 조사시기별 주요변수의 변화추이를 보기 위해 기술통계분석(descriptive analysis)을 우선적으로 사용하였다. 1차 조사 당시 56~60세에 해당된 대상자들이 10년간 고령화를 경험하면서 건강상태 및 가구 소득원별 변화가 어떻게 진행되고 있는가를 알 수 있다. 두 번째는 1차 조사(2005년) 당시 건강상태를 기준선(baseline)으로 설정하여 노년초기건강상태에 따른 각 조사시기별 균등화 개인소득원별 변화를 분석하였다. 이때 기준선으로 사용하는 노년초기건강상태는 보통을 제외한 ‘좋지 않음’과 ‘좋음’만을 활용된 t-검증방법을 사용하여 신체적 건강상태 차이에 따른 소득원별 차이를 분석하였다. 마지막으로 가구규모를 반영한 로그화(logarithm)된 균등화 개인총소득(Y)을 종속변수로 두고, 노년초기건강상태(X_{2005})를 독립변수로 사용하여 노년초기 건강상태가 각 시기별 가구소득에 미치는 영향을 아래와 같은 다중회귀분석을 통해 분석하였다. 이를 위해 각 조사시기별 다중회귀분석에서 성별, 배우자유무, 교육수준을 통제변수로 사용하였다.

$$\log(Y_t) = \beta_t X_{2005} + \sum_{i=1}^3 \gamma_{it} Z_{it} \quad (1)$$

Y=가구소득, X_{2005} 는 노년초기건강상태(2005년)
 X_2 =통제변수로 성별, 배우자 유무, 교육수준으로 구성
 $t=2005, 2007, 2009, 2011, 2013, 2015$

IV. 분석결과

1. 기술통계

본 연구에서는 국민노후보장패널 1차 조사(2005년) 당시 56~60세에 해당되는 초기고령층 중 6차 조사(2015년)까지 모두 응답한 923명만을 포함하였다. 이들의 1차조사시 평균연령은 58.0 세였고, 10년 후 2015년 6차 조사에서는 66세~70세가 되었으며 평균 연령은 68.0세였다. 남성비중은 42%, 여성비중은 58%로 여성이 16%p 높은 수준을 보였다. 배우자가 있다고 응답한 비중은 2005년 85.3%에서 2015년 77.8%로 감소하였고, '일하고 있다'고 응답한 비중은 60.4%에서 42.43%로 감소하였다.

표 1. 기술통계분석결과

		(단위:%, 세, 백만 원)					
구분		2005	2007	2009	2011	2013	2015
성별	남성	42.0	42.0	42.0	42.0	42.0	42.0
	여성	58.0	58.0	58.0	58.0	58.0	58.0
평균연령(세)		58.0	60.0	62.0	64.0	66.0	68.0
교육 수준	무학	9.1	9.1	8.9	8.5	8.3	8.1
	초졸	42.4	42.4	42.2	42.4	42.4	42.4
	중졸	22.6	22.6	22.8	22.6	22.5	22.8
	고졸	18.6	18.6	19.0	19.4	19.5	19.5
	대졸 이상	7.3	7.3	7.2	7.2	7.3	7.3
주관적 건강 상태 ¹⁾	좋지 않음	42.7	43.3	40.2	30.9	31.3	32.4
	보통이다	25.3	26.9	27.4	35.0	33.1	36.5
	좋음	32.0	29.8	32.5	34.1	35.6	31.2
유배우자 비율		85.3	84.3	83.2	81.5	79.1	77.8
취업자 비율		60.4	57.8	54.9	48.9	44.9	42.3
균등화 개인총소득 ²⁾		27.1	27.9	20.9	18.2	18.3	18.7
균등화 개인근로소득 ²⁾		21.4	20.9	12.8	10.9	10.6	10.4
N(명)		923	923	923	923	923	923

주:1) 주관적 건강상태: '좋지 않음'은 '매우 좋지 않다', '좋지 않은 편이다'를 포함하고, ' 좋음'은 '좋은 편이다', '매우 좋다'를 포함.

2) 균등화 개인총소득과 균등화 개인근로소득은 가구단위 총소득과 근로소득을 OECD제곱근지수방법을 통해 균등화된 수치이며, 본 연구에서는 연도간 비교를 위해 물가수준(2018=100)을 반영하였음

본 연구에서 관심을 가지고 있는 변수인 주관적 신체 건강상태는 나이가 증가하면서 '좋지 않음'의 비중은 2005년 42.7%에서 32.4%로 감소하였다. ' 좋음'의 비중은 2005년 32.0%에서 2013년 35.6%로 소폭 증가하였다가 2015년 31.2%로 다소 감소하였지만 10년간 변동폭은 크지 않았다. 취업자 비율은 연령이 증가하면

서 감소하는 경향을 보였는데 2005년 60.4%에서 2011년 48.9%, 2015년 42.3%로 감소하였다. 균등화 개인총소득은 2005년 이후 감소하였는데 평균 연령이 60세를 초과하는 3차 조사(2009년)시기에 2,700만 원대에서 2,000만 원대로 감소하였고, 평균연령이 64세가 되는 4차 조사(2011년)부터는 1800만 원대로 감소하였다. 균등화 개인총소득이 2015년 다소 증가한 것은 2014년 7월부터 기초노령연금이 기초연금으로 변경되면서 하위 70%에 해당되는 65세 이상고령층에게 기존 최대 99,100원(단독가구)에서 최대 20만원(단독가구)으로 지급액이 확대되었기 때문으로 추측된다. 균등화 개인근로소득은 취업자 비율이 감소하면서 2005년 2,135만원에서 2015년 1,043만원으로 절반이상 감소하였다.

2. 노년초기건강상태와 균등화 개인소득원별 변화

[표 2]는 2005년 기준 1949~1945년생의 노년초기 신체적 건강상태('좋지 않음'과 ' 좋음')를 기준선으로 10년간 균등화 개인소득원들의 변화를 보여주고 있다. 2005년부터 2015년까지 10년 간 노년초기 신체적 건강상태가 '좋지 않음'에 해당되는 대상자의 총소득(균등화 개인총소득)은 ' 좋음'에 해당되는 대상자의 총소득에 비해 꾸준히 낮은 수준을 유지하였다. 구체적으로 이를 살펴보면 2005년 기준 노년초기건강상태가 '좋지 않음' 해당자의 총소득은 노년초기건강상태가 ' 좋음'에 해당되는 대상자에 비해 2005년 당시(56~60세) 29.4% 감소하였고, 6년 후 2011년(62~66세)에는 35.5%, 10년 후 2015년(66~70세)에는 28.9% 감소율을 보였다 ($p < 0.001$). 즉, 노년초기건강상태에 따른 두 집단 간 총소득격차는 대상자의 나이가 들어감에 따라 증가하다가 2015년 감소하는 경향을 보였는데 이는 2014년 기초연금액의 확대지급(매월 최대 9만9천원에서 20만원으로)이 영향을 미친 것으로 보인다.

근로소득의 경우 2005년부터 2015년간 노년초기 신체적 건강상태에 관계없이 급속하게 감소하고 있음을 통해 확인할 수 있다. 노년초기 신체적 건강상태가 '좋지 않음'에 해당된 대상자의 연평균 균등화 개인근로소득은 2005년 1,641만원에서 2015년 839만원으로 감소하였고, ' 좋음'의 경우에도 연평균 균등화 개인근로소득

득은 2005년 2,743만원에서 2015년 1,291만원으로 절반 이상으로 감소하였다. 하지만, 2009년까지는 건강상태가 ' 좋음' 집단과 ' 좋지 않음' 집단 간의 근로소득 격차는 증가하였다가 이 후 감소하는 추세를 보이고 있다. 노년초기 신체적 건강상태에 따른 근로소득은 2005년 기준 건강상태가 ' 좋지 않음'이 ' 좋음'에 비해 감소율이 40.2%(2005년)에서 42.6%(2009년)으로 상승하였다($p < 0.001$). 하지만, 그 이후 2015년(66~70세)에는 노년초기 건강상태에 따른 근로소득 감소율은 35%로 낮아졌다($p < 0.001$).

이외에도 금융소득, 부동산소득이 노년초기 건강상태 차이(' 좋음'과 ' 좋지 않음')에 따라 감소율이 상대적으로 높게, 공적이전소득은 상대적으로 낮게 나타났다. 이는 연령이 증가하면서 국민연금과 기초연금과 같은 공적이전소득의 확대에 기인한다. 특히 대상자의 완전노령 연금수급이 가능한 2009년을 전후로 공적이전소득이 증가하기 시작하였다. 또한 대상자들이 기초노령연금 또는 기초연금(2014년 7월부터) 수급대상자가 될 수 있는 65세에 도달한 2013년부터 공적이전소득이 다소 증가하였다.

3. 다중회귀분석결과

다중회귀분석을 통한 노년초기건강상태가 노후소득에 미치는 영향을 분석하기 위해, 본 장에서는 총소득을 종속변수로 사용하고자 한다. 총소득은 앞에서 언급한 것처럼 근로소득, 금융소득, 부동산 소득, 사적이전소득, 공적이전소득, 기타소득을 모두 포함하고 있기 때문에 고령층의 실질적 경제적 수준을 나타내는 지표로 사용할 수 있다. [표 3]은 2005년 기준 노년초기 건강상태가 각 연도별 총소득에 미치는 영향을 회귀분석을 통해 분석할 결과들이다. 각 연도별 회귀분석에서 성별, 배우자유무, 교육수준을 통제하기 위해 독립변수로 포함하였으나, 본 결과표에는 포함하지 않았다. 대신 2005년 기준 노년초기건강상태만을 각 연도별 회귀분석에 독립변수로 표시하였다. 노년초기 건강상태는 1차 조사(2005년)시 56-64세였던 대상자가 응답한 신체건강상태를 의미하는 것으로, ' 좋지 않음'은 ' 매우 좋지 않음'과 ' 좋지 않은 편이다'를, ' 좋음'은 ' 좋은 편이다'와 ' 매우 좋다'를 포함한다. 참조집단(reference group)은

노년초기 건강상태를 '보통이다'라고 응답한 경우이다.

다중회귀분석결과에 의하면 노년초기 건강상태가 ' 좋지 않음'에 해당되는 대상자는 참조집단인 '보통이다'에 해당되는 대상자에 비해 낮은 가구총소득을, ' 좋음'에 해당되는 대상자는 참조집단보다 높은 가구총소득을 보였다. 즉 노년초기 건강상태가 좋은 집단이 좋지 않은 집단보다 노후를 경험하면서 노후소득이 높게 나타났다. 이를 구체적으로 보면, 2013년(5차 조사) 성별, 배우자유무, 교육수준을 통제한 경우 노년초기 건강상태가 ' 좋지 않음'에 해당되는 집단은 참조집단에 비해 $\exp(-0.14707)=0.863$ 에 따라 13.7% 더 낮은 총소득을 갖게 되었다($p=0.0058$). 반대로 ' 좋음'에 해당되는 집단은 참조집단에 비해 $\exp(0.15224)=1.164$ 에 따라 16.4% 더 높은 총소득을 갖게 되는 것으로 조사되었다($p=0.0036$).

특히 2005년(1차)과 2015년(6차)을 비교하면 노년초기건강상태가 ' 좋지 않음'에 해당되는 고령층의 경우 '보통이다'에 해당되는 고령층에 비해 총소득에 미치는 부정적(-) 영향이 다소 증가하였고, ' 좋음'에 해당되는 고령층은 시간경과에 따라 총소득에 미치는 긍정적(+) 영향이 감소하는 경향을 보여주었다. 이는 고령화로 인해 노년초기건강상태가 ' 좋지 않음'에 해당되는 집단에서 노후소득에 미치는 영향이 상대적으로 더 크게 작용하고 있음을 알 수 있다.

V. 논의 및 결론

본 연구결과에 의하면 통계적으로 유의한 수준에서 노년초기 건강상태가 좋은 고령층들은 건강상태가 좋지 않은 고령층에 비해 노후가 진행되면서 취업자 비중, 총소득, 근로소득, 공적이전소득 등에서 더 높은 수준을 꾸준히 유지하는 것으로 분석되었다. 특히 성별, 배우자유무, 교육수준의 효과를 통제한 후 실시한 회귀분석에서도 노년초기 건강상태가 10년(2005~2015)간 총소득수준에 영향을 미치고 있는 것으로 나타났다. 즉 2005년 당시 노년초기 건강상태가 ' 좋은 고령층'은 ' 좋지 않은 고령층'에 비해 상대적으로 더 높은 노후소득 수준을 보였고, 시간이 경과함에 따라 노년초기 좋지

표 2. 노년초기건강상태기준에 의한 균등화 개인소득원별 변화

나이 (연도)	노년초기건강상태 (2005년 기준)	총소득	근로소득	공적이전 소득	금융소득	부동산 소득	기타소득
56-60 (2005)	(a) 좋지 않음	23,111	16,411	1,257	285	1,280	2,626
	(b) 좋음	32,743	27,430	1,453	513	881	1,808
	차이(%):(b-a)/b	29.4	40.2***	13.5	44.5*	-45.2	-45.2
58-62 (2007)	(a) 좋지 않음	21,378	16,065	1,736	616	1,267	1,390
	(b) 좋음	33,214	26,539	2,671	645	1,590	2,835
	차이(%):(b-a)/b	35.6***	39.5***	35.0**	4.5	20.3	51.0
60-64 (2009)	(a) 좋지 않음	17,230	9,797	2,582	511	1,366	1,080
	(b) 좋음	25,720	17,073	3,940	807	2,726	1,211
	차이(%):(b-a)/b	33.0***	42.6***	34.5**	36.7*	49.9*	10.8
62-66 (2011)	(a) 좋지 않음	14,698	8,593	2,900	302	1,155	311
	(b) 좋음	22,780	13,842	4,104	515	2,997	323
	차이(%):(b-a)/b	35.5***	37.9***	29.3**	41.4	61.5**	3.7
64-68 (2013)	(a) 좋지 않음	14,521	8,563	3,223	277	723	270
	(b) 좋음	23,279	13,605	5,243	447	2,249	856
	차이(%):(b-a)/b	37.6***	37.1***	38.5***	38.0*	67.9*	68.5**
66-70 (2015)	(a) 좋지 않음	15,755	8,392	4,047	213	1,020	930
	(b) 좋음	22,144	12,907	5,498	360	1,569	1,081
	차이(%):(b-a)/b	28.9***	35.0***	26.4**	40.7*	35.0	14.0

주: 1) 건강상태: '좋지 않음'은 '매우 좋지 않다', '좋지 않은 편이다', '좋은 편이다', '매우 좋다'를 의미함
 2) 모든 가구단위 연간소득은 천원단위로 OECD 가구균등화과정(가구소득을 가구원 수의 제곱근으로 나눔)을 사용하였고 연도별 소득수준비교를 위해 소비자물가수준 2018년(2018=100)을 기준하였음[34].
 3) ***p<0.001, **p<0.01, *p<0.05, +p<0.1

표 3. 회귀분석결과: 노년초기 건강상태가 총소득에 미치는 영향

	Coefficient	S.E.	t-value	p
2005년(Wave1), 56-60세				
노년초기 건강상태(2005년 기준)				
좋지 않음('매우 좋지 않다', '좋지 않은 편이다')	-0.13976	0.07728	-1.81	0.0709
좋음('좋은 편이다', '매우 좋다')	0.18809	0.08135	2.31	0.021
Adjusted R2	0.1342			
2007년(Wave2), 58-62세				
노년초기 건강상태(2005년 기준)				
좋지 않음('매우 좋지 않다', '좋지 않은 편이다')	-0.16284	0.07128	-2.28	0.0226
좋음('좋은 편이다', '매우 좋다')	0.18226	0.07534	2.42	0.0158
Adjusted R2	0.1401			
2009년(Wave3), 60-64세				
노년초기 건강상태(2005년 기준)				
좋지 않음('매우 좋지 않다', '좋지 않은 편이다')	-0.20627	0.06171	-3.34	0.0009
좋음('좋은 편이다', '매우 좋다')	0.0968	0.06449	1.5	0.1338
Adjusted R2	0.1845			
2011년(Wave4), 62-66세				
노년초기 건강상태(2005년 기준)				
좋지 않음('매우 좋지 않다', '좋지 않은 편이다')	-0.08388	0.06537	-1.28	0.1998
좋음('좋은 편이다', '매우 좋다')	0.28708	0.06405	4.48	<.0001
Adjusted R2	0.1626			
2013년(Wave5), 64-68세				
노년초기 건강상태(2005년 기준)				
좋지 않음('매우 좋지 않다', '좋지 않은 편이다')	-0.14707	0.05321	-2.76	0.0058
좋음('좋은 편이다', '매우 좋다')	0.15224	0.05212	2.92	0.0036
Adjusted R2	0.1568			
2015년(Wave6), 64-70세				
노년초기 건강상태(2005년 기준)				
좋지 않음('매우 좋지 않다', '좋지 않은 편이다')	-0.17299	0.05472	-3.16	0.0016
좋음('좋은 편이다', '매우 좋다')	0.00308	0.05554	0.06	0.9557
Adjusted R2	0.1232			

주: 1) 각 연도별 회귀분석에서 성별, 배우자유무, 교육수준, 경제활동참여 효과를 통제하기 위해 독립변수로 포함하였으나, 본 결과표에는 포함하지 않음
 2) 노년초기 건강상태는 1차 조사(2005년)시 56-64세였던 대상자가 응답한 신체건강상태를 의미함. '좋지 않음'은 '매우 좋지 않음'과 '좋지 않은 편이다'를, '좋은 편이다'와 '매우 좋다'를 포함. 참조(Reference)집단은 '보통이다.'라고 응답한 경우임.

않은 건강상태가 노후소득에 미치는 부정적(-) 영향은 증가하였다. 이는 50대 후반 증증질환 및 질병으로 건강상태가 나쁜 경우 노후의 경제적 어려움을 증가시킬 수 있다는 국내외 연구결과와 동일하다[7][35].

본 연구결과를 바탕으로 노후건강과 노후소득간의 관계를 논의하고 사회 정책 및 실천적 방안들을 제시하고자 한다. 첫째, 노후소득보장제도가 성숙하지 못한 우리나라 상황에서 노년초기 건강상태는 노후소득안정화에 중요한 역할하고 있다. 우리나라의 전 국민 대상 국민연금제도는 1988년 실시되어 미성숙한 단계이며, 소득대체율(39%)도 OECD평균(53%)보다 낮은 상황에서 노후소득은 노년초기 건강상태에 의해 크게 영향을 받고 있음을 알 수 있다[36]. 노년초기 건강상태는 단순히 노동소득 뿐만 아니라 건강보험가입자에게는 의료비 지출비와도 높은 연관이 있기 때문이다. 전체 임금근로자 중에서 임금 중위값의 2/3 미만을 받는 저임금 임금근로자의 2017년 기준 건강보험가입률은 64.5%에 불과한 실정이다[37]. 따라서 우선적으로 노년초기 건강상태가 좋지 않을 때 의료이용이 보장되어 노년 초기건강을 좋은 상태로 유지할 수 있는 고령초기 비급여 부담을 줄일 수 있는 방안이 추진될 필요가 있다. 또한 건강상태가 상대적으로 낮을 수 있는 저임금근로자들을 위한 건강보험지원 정책들도 고려되어야 할 것이다. 또한 노년초기 건강상태를 향상시키기 위해 공공보건 측면에서 중장년기의 건강관리방안 강화할 필요가 있다. 특히 국내의 경우 중장년시기에 대사증후군과 같은 성인병과 암발생률이 급격히 증가하고, 이로 인해 노년기 건강에 악영향을 주기 때문에 중장년기 건강관리를 위한 방안마련도 시급한 상황이다[38].

둘째, 노년초기 좋지 않은 건강상태 때문에 일을 하다가 중도에 건강상의 어려움을 경험하는 중고령층을 위한 정책적 관심이 필요하다. 가장 먼저 해당될 수 있는 집단은 중도장애를 경험하는 중장년층이다. 이들을 위해 국민연금의 장애연금부문을 보완하여 건강문제로 발생하는 노후소득격차 완화대책이 요구된다. 현재 국민연금의 장애연금급여액은 장애이후 높아진 필요생활비의 약 35%만을 충족하고 있는 것으로 나타나 장애 후 발생하는 급격한 경제적 어려움을 해소하는데 도움을 주고 있지 않고 있다[39]. 또한 노년초기 건강차이로

발생하는 노후소득격차를 감소시킬 수 있는 적극적 노동시장개입도 요구된다. 이를 위해서는 먼저 현재 소득보장에만 치중하고 있는 장애연금에 장애연금수급자의 근로복귀를 유도하는 재활서비스를 제공하는 방안도 필요하다[40]. 예를 들면 미국의 사회보장연금의 장애 연금은 수급자를 위해 “취업 티켓”(Ticket to Work) 프로그램을 무료로 제공하여 직업 훈련 및 기타 취업 서비스 지원하고 있다. 우리나라도 장애연금 수급자가 자신의 건강상태에 따라 취업 카운슬링, 직업 재활, 취업 알선, 직업배치 및 교육 등 다양한 직업안정화 서비스를 제공받게 하는 것이 필요하다.

셋째, 건강상의 문제로 평생소득이 상대적으로 낮은 계층들을 위한 다양한 연금제도의 도입이 필요하다. 특히 우리나라는 65세 이상 고령층의 소득불평등 지수(Gini)가 0.397로 전체인구의 소득불평등 지수(Gini) 0.31보다 높게 나타나 노후소득불평등을 완화시키기 위한 방안들을 강구해야 하는 상황이다[3]. 이를 위해서는 현재 국민연금의 소득구간별 수익률(2.89배~1.4배)의 누진적 범위를 저소득층의 경우 좀 더 확대할 필요가 있다[41]. 하지만, 국민연금 부담률을 올리지 않고, 수익률확대를 통해 수급액만을 상승시키는 경우 국민연금 재정부담을 증가시킬 수 있다. 따라서 독일 리스터연금과 같이 취약계층(건강상태가 좋지 않은 저소득층)의 노후준비를 위해 정부가 보조금과 세제지원으로 구성된 사적연금제도를 도입할 수 있다. 또한 우리나라는 국민연금의 미성숙과 다수의 사각지대로 국민연금의 소득재분배효과에 한계가 있으므로 기초연금의 적정수준의 급여제공을 통해 소득불평등문제를 해결할 수 있을 것이다.

본 연구는 2005년부터 2015년간의 국민노후소득보장패널을 활용하여 노후초기 건강상태가 노후소득에 미치는 장기적 영향을 분석하고 있으나, 두 가지 제한점을 가지고 있다. 첫째, 본 연구의 대상자는 2005년 56~60세에서 2015년 기준 64~70세로 후기노년기(74세 이후)의 소득변화까지는 추적하는데 한계가 있다. 이는 국민노후보장패널자료가 더 오래 축적된 후에 이루어질 것으로 기대된다. 둘째, 본 연구는 초기건강상태가 노후소득수준에 미치는 영향을 분석하는데 증점을 두어 통제변수(성별, 배우자유무, 교육수준)를 제외하

다른 독립변수들은 고려하지 않은 단순한 모형을 사용하였다. 후속연구에서 초기건강상태 이외의 다양한 독립변수들을 사용하고 새로운 분석방법을 활용하여 노후소득불평등 결정요소들을 확장시킬 수 있을 것이다.

참고 문헌

- [1] www.kosis.kr, 2019.7.5
- [2] OECD, *Pension at a glance*, OECD, 2017.
- [3] OECD, *Preventing ageing unequally*, OECD, 2017.
- [4] 이용하, 권문일, 홍백의, 김원섭, *공적연금의 이해2*, 국민연금연구원, 2014.
- [5] 정경희 외, *2017년도 노인실태조사*, 한국보건사회연구원, 2017
- [6] 송은철, 신영진, “과부담 의료비지출이 빈곤화 및 빈곤 지속에 미치는 영향.” *예방의학회지*, 제43권, 제5호, pp.423-435, 2010.
- [7] 김정근, “배우자 사별과 중고령층의 소득수준,” *한국노년학*, 제34권, 제3호, pp.49-664, 2014.
- [8] 강영호, “우리나라의 사회경제적 건강 불평등,” *한국사회학회 사회학대회 논문집*, pp.147-155, 2005.
- [9] R. G. Wilkinson and K. E. Pickett, “Income Inequality and Population Health: a Review and Explanation of the Evidence,” *Social science & medicine*, Vol.62, No.7, pp.1768-1784, 2006.
- [10] N. Hart, *The sociology of health and medicine*, Causeway Press, 1985.
- [11] J. Macinko, L. Shi, B. Starfield, and J. Wulu Jr, “Income inequality and health: a critical review of the literature,” *Medical Care Research and Review*, Vol.60, No.4, pp.407-452, 2003.
- [12] R. Miech and M. Shanahan, “Socioeconomic Status and Depression over the Life Course,” *J. of health and social behavior*, Vol.41, No.2, pp.162-176, 2000.
- [13] S. Wu, R. Wang, Y. Zhao, X. Ma, M. Wu, X. Yan, and J. He, “The Relationship between Self-Rated Health and Objective Health Status: a Population-Based Study,” *BMC public health*, Vol.13, No.1, p.320, 2013.
- [14] L. Araújo, D. Laetitia, O. Ribeiro, and C. Paul, “Looking at Objective and Subjective Health in Centenarians: Always in Agreement?,” *Innovation in Aging*, Vol.2, p.691, 2018.
- [15] 김진현, 원서진, “노후 빈곤이 주관적 건강상태에 미치는 영향: 건강행태와 사회적 지지의 매개된 조절효과 분석,” *한국노년학*, 제31권, 제3호, pp.461-476, 2011.
- [16] M. Pinquart, “Correlates of subjective health in older adults: a meta-analysis,” *Psychology and aging*, Vol.16, No.3, pp.414-426, 2001.
- [17] J. Mossey and E. Shapiro, “Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly,” *American J. of Public Health*, Vol.72, No.8, pp.800-808, 1982.
- [18] L. George and L. Bearon, *Quality of life in older persons*, Human Science Press, 1980.
- [19] M. Testa and D. Simonson, “Assessment of quality-of-life outcomes,” *New England J. of Medicine*, Vol.334, No.13, pp.835-840, 1996.
- [20] W. Cockerham, K. Sharp, and J. Wilcox, “Aging and perceived health status,” *J. of Gerontology*, Vol.38, No.3, pp.349-355, 1983.
- [21] K. Ferraro, “Self-ratings of health among the old and the old-old,” *J. of Health and Social Behavior*, Vol.21, No.4, pp.377-383, 1980.
- [22] OECD, *OECD Income Distribution Questionnaires*, OECD, 2012.
- [23] 김용하, “공적연금 재정안정화를 위한 정책과제와 개선방안,” *예산정책연구*, 제4권, 제2호, pp.1-30, 2015.
- [24] 국민연금공단, *2018국민연금 공표통계*, 국민연금관리공단 (www.nps.or.kr), 2018.
- [25] 박창제, “중·고령자의 경제적 노후준비와 결정요인,” *한국사회복지학*, 제60권, 제3호, pp.275-297, 2008.
- [26] R. Andersen, “Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?,” *J. of health and social behavior*, pp.1-10, 1995.
- [27] 허재현, 조영태, “서울시 노인의 사회경제적 수준별 활동제한 및 건강행태,” *한국노년학*, 제28권, 제1호,

pp.87-104, 2008.

[28] M. Karpansalo, P. Manninen, J. Kauhanen, T. Lakka, and J. Salonen, "Perceived Health as a Predictor of Early Retirement," *Scandinavian J. of Work, Environment & Health*, Vol.30, No.4, pp.287-292, 2004.

[29] J. Kim and S. Kang, "Work longer, better satisfaction? Financial and psychological satisfaction among Korean baby-boomers and older workers," *International Social Work*, Vol.61, No.6, pp.809-825, 2018.

[30] K. Tunceli, C. Bradley, D. Nerenz, L. Williams, M. Pladevall, and J. Lafata, "The impact of diabetes on employment and work productivity," *Diabetes care*, Vol.28, No.11, pp.2662-2667, 2005

[31] Y. Zhan, M. Wang, S. Liu, and K. Shultz, "Bridge employment and retirees' health: A longitudinal investigation," *J. of occupational health psychology*, Vol.14, No.4, pp.374, 2009.

[32] E. Idler and Y. Benyamini, "Self-Rated Health and Mortality: A Review of Twenty-Seven Community Studies," *J. of Health and Social Behavior*, Vol.38, No.1, pp.21-37, 1997.

[33] 국민연금공단, *국민노후보장패널 유저가이드(Ver.6.1)*, 국민연금공단, 2016.

[34] OECD, *Growing Unequal? Income Distribution and Poverty in OECD Countries*, OECD, 2008.

[35] K. McGarry and R. Schoeni, "Social Security, economic growth, and the rise in elderly widows independent in the twentieth Century," *Demography*, Vol.37, Vol.2, pp.221-236, 2000.

[36] OECD, *Pensions outlook*. OECD, 2018.

[37] 김복순, "저임금근로자 특성과 변화," *한국노동연구원 월간노동리뷰*, 제160호, pp.83-85, 2018.

[38] 심재란, 손연정, "지역사회 거주 중장년층의 건강정보 지향관련 요인," *Korean J. of Health Promotion*, 제17권, 제1호, pp.38-46, 2017.

[39] 강성호, 홍성우, *장애연금 급여수준의 적정성 분석*, 국민연금연구원, 2009.

[40] 이용하, 국민연금 장애연금의 현황과 쟁점. 보건복지포럼, 제2010권, 제6호, pp.30-39, 2010.

[41] <http://news.nps.or.kr/newshome>, 2019.7.3.

저 자 소 개

김 정 근(Jeungkun Kim)

정회원



- 2003년 5월 : Washington University in St. Louis(사회복지학 석사)
- 2008년 8월 : University Wisconsin-Madison(사회복지학 박사)
- 2015년 ~ 현재 : 강남대학교 실버

산업학과 조교수

〈관심분야〉 : 노후소득, 노인복지정책분석, 연구방법론, 실버산업(고령친화산업)