

근로자의 고용상태가 미충족 의료에 미치는 영향

최재우[‡]

연세대학교 약학대학 보건경제사회약학연구실

The Effect of Employment Status on the Unmet Needs of Medical Utilization in Workers

Jae-Woo Choi[‡]

Department of Health Economics & Social Pharmacy, College of Pharmacy, Yonsei University

<Abstract>

Objectives: This study was designed to evaluate whether employment status is associated with the experience of unmet care needs. **Methods:** This study utilized the Korea Health Panel data from 2012 to 2016. A total of 4,083 workers were selected as baseline subjects in 2012 and were followed for four years. This study used the GLIMMIX procedure under the marginal model while adjusting for covariates. **Results:** A total of 12.4% of 4,083 people said they had failed at least once to have a treatment or checkup despite the needs. Those more likely to experience unmet care needs were women and people of lower income level, with worse health conditions and chronic disease. Precarious workers, the self-employed, and the unemployed were more likely to experience unmet care needs caused by economic burden than permanent workers (Odds Ratio: 2.14, 2.07, 2.74, respectively). **Conclusions:** This disparity means that precarious workers and the unemployed are more likely to face barriers in obtaining needed health services. Given their insecure employment status, meeting their needs for health care is an important consideration.

Key words: Employment Status, Unmet Care Needs, Longitudinal Study

[‡] Corresponding author : Jae-Woo Choi(jwchoi2695@hanmail.net), Department of Health Economics & Social Pharmacy, College of Pharmacy, Yonsei University

• Received : Aug 2, 2018

• Revised : Oct 23, 2018

• Accepted : Dec 17, 2018

I. 서론

우리나라 건강보험제도는 1977년 도입된 이후 12년 만에 전 국민 건강보험을 달성하였다[1]. 그러나 국민건강보험에 가입한 국민의 총 의료비에 대한 본인부담률은 여전히 높은 수준이다. 2017년 기준으로 우리나라 총 의료비 중 공적 비율은 58.2%로서 35개국 OECD 평균 73.1%에 한참 못 미칠뿐더러 OECD 가입 회원국 중 3번째로 낮은 수준이다[2]. 또한 우리나라 자체만 보더라도 건강보험 보장률은 2013년 58.9%에서 2017년 58.2%로 오히려 감소하였다. 이는 지속적인 보장성 강화정책에도 불구하고 비급여와 같은 본인부담률이 더 크게 증가한데 기인한 것으로 볼 수 있다.

OECD 가입국과 비교했을 때 우리나라의 상대적으로 높은 건강보험 본인부담률은 의료이용 시 미충족 필요를 야기할 수 있다[3]. 미충족 의료는 의료서비스 접근도를 측정하는 지표 중 하나로서 미충족 의료는 의료서비스 이용이 필요하다고 판단되는 경우와 실제 이용한 의료서비스 간의 차이로 정의되며[4] 미충족 의료로 인해 치료시기를 놓치는 경우 의료이용자의 정신적 또는 신체적인 건강상태가 악화될 수 있다[5].

지금까지 수행된 연구에서 우리나라 미충족 의료와 관련된 요인은 주로 만성질환 유병 또는 주관적 건강상태와 같은 건강상태, 소득 또는 교육수준과 같은 사회경제적 요인이었다[6][7][8]. 즉 낮은 소득 또는 교육수준인 사람이 더 높은 상태의 사람들보다 미충족 의료를 경험할 확률이 높았다. 또한 경제활동 참여자가 미참여자에 비해 미충족 의료를 경험할 확률이 높았다[9]. 그러나 근로자의 고용상태가 미충족 의료에 미치는 영향에 대한 연구는 부족한 실정이다.

우리나라 고용률은 2017년 기준 66.6%이며 그 중 임금근로자 비중은 74.6%이다. 임금근로자 중에서 임시직 또는 일용직에 종사하는 근로자 비율이

32.9%를 차지하고 있다[10][11]. 임시직 또는 일용직의 임금은 정규직의 임금보다 낮은 수준이며 그들의 고용상태 또한 매우 불안정하다. 또한 이들의 근무환경은 정규직종의 근로자들보다 열악한 경우가 많으며 예방을 위한 건강관리를 하기 어렵고 업무 시 사고의 위험 또한 높다. 정규직 근로자보다 상대적으로 높은 의료수요가 존재할 가능성이 있지만, 낮은 경제적 수준으로 인해 미충족 의료를 경험할 수 있다. 근로자 중 25.4%를 차지하는 자영업자들 또한 낮은 임금으로 오랜 시간 동안 일하는, 즉 근로빈곤에 처할 확률이 높을 것으로 예상된다. 이들 간의 소득 격차는 정규직과 비교했을 때 상대적으로 심각한 수준이므로 이러한 여건과 상황으로 인해 경제적 부담으로 인한 미충족 의료를 경험할 확률이 더 높을 것으로 보인다. 반면에 정규직의 경우 실업자나 비정규직보다 상대적으로 긴 근로시간으로 인해 필요한 의료이용을 하기 어려워 시의적절한 진료를 받지 못하는 경우가 발생할 수 있다. 따라서 이 연구에서는 근로자의 고용상태에 따라 미충족 의료에 미치는 영향을 먼저 살펴보고자 한다. 또한 미충족 의료 발생하는 이유 중 가장 빈번하게 발생하는 주요 이유인 경제적 부담과 시간적 이유 등으로 구분하여 세부적인 분석을 수행하고자 한다.

II. 연구방법

1. 연구모형

이 연구는 미충족 의료에 영향을 미치는 요인을 분석하기 위해서 앤더슨 사회행태학적 모형을 사용하였다. 이 모형은 미충족 의료에 영향을 미치는 요인을 분석하는 모형으로 널리 사용되고 있다[12][13][14]. 앤더슨 모형에서는 의료서비스 이용과 관련된 개인의 행위를 결정하는 요인들로 크게 소인성 요인, 가능성 요인, 필요도 요인으로 범주화

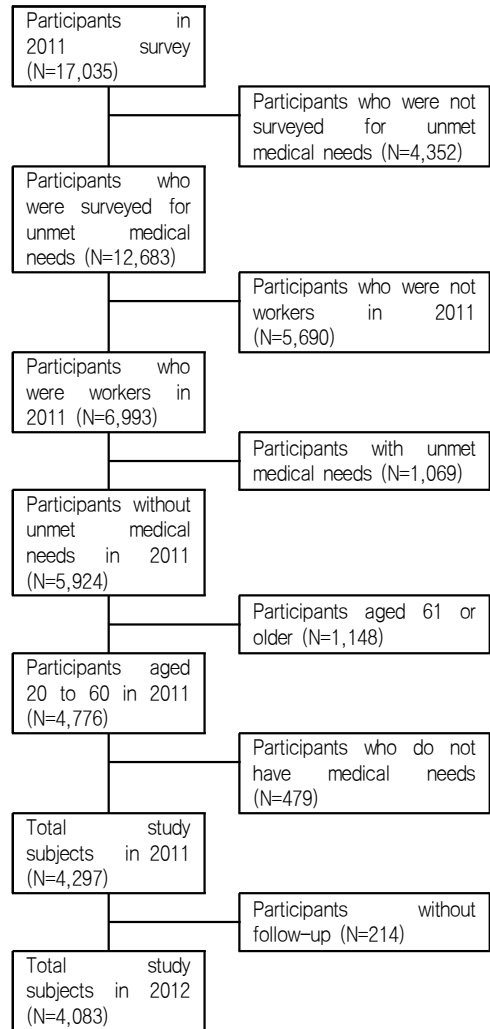
하여 이들이 의료이용과 갖는 관련성을 회귀분석을 통해 분석한다. 소인성 요인은 의료이용에 대한 욕구 발생 이전부터 개인의 의지와 상관없이 이미 지니고 있는 특성들로 인구사회학적 변수(성별, 연령, 혼인 상태), 사회구조적 변수(교육수준, 직업), 건강에 대한 신념과 태도로 구성된다[15]. 가능 요인은 의료이용을 가능하게 하는 개인 및 지역사회 자원을 말하는 것으로써 주로 소득과 가구원 수, 의료보장형태, 민간의료보험 가입 여부와 같은 변수들이 포함되며, 그중에서 소득은 미충족 의료와 관련해서 대부분 유의한 영향을 미쳤다 [16][17][18]. 필요 요인은 개인의 장애나 질병의 수준과 관련된 질병 요인으로 의료서비스를 이용하는 데 직접적인 원인이 되는 요인들이다[19]. 주로 주관적인 건강 상태, 만성질환 유무, 장애 여부와 같은 변수들이 포함된다.

이 연구에서 소인성 요인으로 연령, 성별, 교육 수준, 결혼상태, 독거여부, 고용상태가, 가능 요인에서는 소득수준, 건강보험형태, 그리고 필요 요인에서는 주관적 건강상태, 장애 여부, 만성질환 보유 여부가 포함되었다.

2. 연구자료 및 대상

이 연구는 한국의료패널 2012~2016년 자료를 활용하였다. 적합한 연구대상자를 추출하기 위하여 먼저 2011년 표본 수 17,035명 중 미충족 의료에 대한 조사를 하지 않은 4,352명을 제외한 12,683명을 추출하였다. 이 중 근로자가 아닌 표본 수 5,690명을 제외하여 6,993명을 추출하였으며 미충족 의료를 경험하지 않은 5,924명을 선정하였다. 또한 추출 대상 중 근로자로 한정하기 위해 2011년 당시 61세 이상 인구(2016년 65세 이상이 되는 인구)는 삭제하여 4,776명을 대상으로 하였고 의료서비스를 이용하지 않은 자를 제외하여 4,297명을 추출하였다. 2012년과 연결하였을 때 누락된 인구

214명을 제외하여 2012년 최종 4,083명을 대상으로 분석하였다<Figure 1>.



<Figure 1> Flow diagram for selection of study subjects

3. 변수 정의

1) 종속변수

종속변수는 미충족 의료로 의료서비스에 대한 주관적 판단으로 측정된 인지된 필요 개념으로 의

료서비스의 대상자가 인식하기에 충족되지 않은 의료를 분석하였다. 대상자가 의료욕구를 가짐에도 불구하고 여러 가지 사정으로 의료서비스를 이용하지 못할 때를 미충족 의료로 판단하고 “지난 1년간 병의원 진료 또는 검사를 받아 볼 필요가 있었으나 받지 못한 적이 한 번이라도 있었습니까?”라는 질문에 “예”라고 응답한 경우로 정의하였다.

특정 사유로 인해 필요한 의료서비스를 받지 못한 경우 그 요인을 알아보기 위해 “본인이 가고 싶을 때 병의원을 가지 못한 적이 있었다면 어떠한 이유로 가지 못했습니까?”라는 질문에 “경제적 이유로”, “방문 시간이 없어서”, “의료기관이 멀어서”, “거동불편 및 건강상 이유로 방문 어려움”, “아이를 돌볼 사람이 없어서”, “증세가 경미해서”, “어디로 가야할지 몰라서”, “빠른 시일 내에 예약되지 않아서”, “주치의가 없어서”로 응답할 수 있도록 구성되었다. 이 중 응답 빈도수가 가장 높은 사유인 ‘경제적 부담’과 ‘시간 부족’에 대한 추가 분석을 수행하였으며 나머지 각 사유에 대한 응답수는 분석을 수행하기에 매우 적어 나머지 사유를 모두 포함하여 ‘기타’로 정의하였다.

2) 독립변수

이 연구의 독립변수는 고용상태이며 ‘정규직’, ‘비정규직(임시직 또는 일용직)’, ‘자영업자’, 그리고 ‘실업자’로서 네 가지로 분류된다. 한국의료패널에서는 정규직을 다음 4가지 조건이 모두 충족될 경우로 정의한다. (i) 고용주에 의해 직접 고용된 경우(하청 또는 파견 근로자 또는 종업원이 없는 자영업 근로자가 아닌 경우), (ii) 정규직일 경우(파트타임 근로자가 아닌 경우), (iii) 고용계약에 고정기간이 없는 경우(임시 근로자가 아닌 경우), (iv) 현재 일자리를 유지할 확률이 높을 경우(상대적으로 직업 불안정성이 낮고 일용직이 아닌 경우). 정규직을 제외한 상태에서 고용주가 고용한 임금 근로자는 비정규직으로 분류하였다. 자영업자는 규모

에 관계없이 자신의 사업을 관리하거나 자신의 책임 하에 전문적인 일을 수행한 근로자로 정의하였다. 실업자는 2011년 기준으로 근로자였지만 2012년도에 실업상태가 된 사람으로 정의하였다.

3) 통제변수

성별은 남성과 여성으로 하였고 연령은 20세부터 10세 단위로 분류하여 20~29세, 30~39세, 40~49세, 50세 이상으로 하였다. 교육수준은 초등학교 졸업 이하, 중학교 또는 고등학교 졸업, 대학 졸업 이상으로 구분하였으며 독거여부는 독거 또는 비독거로 분류하였다. 결혼상태는 기혼, 미혼, 사별 또는 별거로 분류하였으며 소득수준은 저소득(Q1)부터 고소득(Q5)까지 5분위로 구분하였다. 건강보험형태는 국민건강보험가입자, 의료급여수급권자로 구분하였으며 주관적 건강상태는 좋음, 보통, 나쁨으로 분류하였다. 장애여부는 장애 또는 비장애로 구분하였으며 만성질환 보유 유무로는 예 또는 아니오로 구분하였다.

4. 통계분석방법

미충족 의료 경험에 대한 빈도분석은 소인성 요인, 가능성 요인, 필요 요인에 대해 Chi-square test를 통해 분석하였다. 미충족 의료에 미치는 요인을 확인하기 위해, 그리고 특히 종사상 지위와 미충족 의료 경험과의 연관성을 관찰하기 위해 이 연구에서는 GLIMMIX procedure를 활용하였다. 해당 프로시저는 대상자가 시간이 지남에 따라 반복적으로 측정된 자료 분석에서 종속변수가 이분형일 경우 주로 사용된다. 오즈비(odds ratio)는 해당 프로시저를 통해 얻게 된 회귀 계수로 계산되었으며 95% 신뢰 구간으로 표시하였다. 이 모든 분석은 SAS 9.4 통계 패키지를 활용하였다.

III. 연구결과

<Table 1>은 근로자 추적기간 중 첫 시작시점(2012년)에서의 일반적 특성을 보여주고 있다.

전체 4,083명 중 12.4%가 필요가 있음에도 불구하고 진료 또는 검사를 받지 못한 경험이 있다고 응답했다. 남성(11.3%)보다 여성(14.1%)에게서 미충족 의료 경험률이 높았고 20대(13.1%)를 제외하면 연령이 증가할수록 미충족 의료 경험률이 높았다. 교육수준이 낮을수록(초졸: 23.3%, 중졸 또는 고졸: 13.5%, 대졸 이상: 10.0%) 미충족 의료 경험을 더 많이 하였고 독거 가구(18.2%)가 비독거 가구(12.2%)에 비해 미충족 의료 경험을 더 많이 하였다. 결혼상태에서는 미혼(16.3%)이 기혼(12.6%)이나 별거 또는 사별(10.6%)보다 높았으며 소득수준의 경우 소득수준이 가장 낮은 대상(23.8%)이 미충족 의료를 경험률이 더 높았다. 건강보험 가입자(12.3%)에 비해 의료급여 수급권자(22.4%)인 경우 높았으며 주관적 건강상태가 나쁠수록(26.0%), 장애를 보유하고 있는 경우일수록(16.8%) 만성질환을 보유하고 있을수록(13.9%) 미충족 의료를 경험을 더 많이 하였다. 마지막으로 고용상태를 살펴보면 때 자영업자(14.5%), 비정규직(13.1%), 실업자(12.6%), 정규직(10.7%) 순으로 미충족 의료를 경험을 더 적게 하였다.

<Table 2>는 미충족 의료에 있어서 미충족 의료에 대한 이유를 구분하여 관심변수인 고용상태와 비교하였다. 먼저 경제적인 부담으로 인해 미충족 의료를 경험한 자 중 정규직은 10.4%, 비정규직은 29.2%, 자영업자는 22.1%, 실업자는 41.2% 순이었다. 두 번째로 시간 부족으로 인해 미충족 의료를 경험한 자 중 정규직은 65.4%, 비정규직은 40.9%, 자영업자는 47.8%, 그리고 실업자는 17.6% 순이었다. 마지막으로 기타 사유로 미충족 의료를 경험한 비율은 정규직 24.2%, 비정규직 29.9%, 자영업자 30.1%, 실업자 41.2%이었다.

<Table 3>은 근로자 중 미충족 의료와 관련된 요인을 분석하여 제시하였다. 유의한 결과들을 살펴보면, 여성이 남성에 비해 1.24배, 30대가 20대에 비해 0.76배, 소득수준이 가장 높은 집단에 비해 가장 낮은 집단이 1.62배, 건강상태가 좋다고 응답한 집단에 비해 나쁘다고 응답한 집단이 4.17배, 만성질환을 보유하지 않고 있다고 응답한 집단에 비해 보유하고 있다고 응답한 집단이 1.14배 높게 미충족 의료를 경험할 확률이 높았다. 교육수준, 독거여부, 결혼상태, 의료보장형태, 장애여부, 고용상태와는 통계적으로 유의하게 영향을 미치지 못했다.

<Table 4>는 고용상태에 따른 미충족 의료 경험의 이유에 미치는 영향에 대해 분석하여 제시하였다. 경제적 부담으로 인한 미충족 의료 경험에서는 고용상태가 정규직에 비해 실업자가 2.74배, 비정규직이 2.14배, 자영업자가 4.8배 높았다. 시간부족으로 인한 미충족 의료 경험에서는 정규직에 비해 실업자가 0.32배, 비정규직이 0.74배 유의한 결과를 보여주었고 자영업자는 통계적으로 유의한 차이가 없었다. 기타로 인한 미충족 의료 경험에서는 정규직에 비해 실업자가 1.79배, 자영업자가 1.41배 경험할 확률이 높았고 비정규직에게서는 통계적으로 유의한 차이가 없었다.

<Table 1> General characteristics at first follow-up (2012) of workers						Unit: N, %
Variables	Total	Unmet medical needs				p-value
		Yes		No		
Total	4,083	506	12.4	3,577	87.6	
Sex						0.007
Men	2,460	277	11.3	2,183	88.7	
Women	1,623	229	14.1	1,394	85.9	
Age						0.032
20-29	298	39	13.1	259	86.9	
30-39	916	89	9.7	827	90.3	
40-49	1,494	188	12.6	1,306	87.4	
50≤	1,375	190	13.9	1,185	86.1	
Education						<.001
Below elementary school	235	55	23.3	180	76.7	
Middle or high school	1,923	259	13.5	1,664	86.5	
Above college	1,925	192	10.0	1,733	90.0	
Living alone						0.031
Yes	136	25	18.2	111	81.8	
No	3,947	481	12.2	3466	87.8	
Marital status						0.057
Married	3,082	387	12.6	2,695	87.4	
Single	226	37	16.3	189	83.7	
Divorced or separated	775	82	10.6	693	89.4	
Income						<.001
Q1 (Lowest)	126	30	23.8	96	76.2	
Q2	616	79	12.8	537	87.2	
Q3	968	137	14.2	831	85.8	
Q4	1,128	127	11.3	1,001	88.7	
Q5 (Highest)	1,242	131	10.6	1,111	89.4	
Medical security						0.020
Health insurance	4,025	493	12.3	3,532	87.7	
Medical-aid	58	13	22.4	45	77.6	
Self-rated health						<.001
Good	1,941	158	8.1	1,783	91.9	
Normal	1,530	246	16.1	1,284	83.9	
Bad	281	73	26.0	208	74.0	
Disability						0.151
Yes	113	19	16.8	94	83.2	
No	3,970	488	12.3	3482	87.7	
Chronic disease						0.005
Yes	1,969	274	13.9	1695	86.1	
No	2,114	233	11.0	1881	89.0	
Employment status						0.029
Permanent	1,701	182	10.7	1519	89.3	
Precarious	1,178	154	13.1	1024	86.9	
Self-employed	935	136	14.5	799	85.5	
Unemployed	269	34	12.6	235	87.4	

<Table 2> Self-reported reasons for unmet medical care needs according to employment status Unit: N, %

Variable	Reason for unmet need						
	Total	Economic burden		No time to spare		Other ^b	
Total	506	108	21.3	253	50.0	145	28.7
Permanent	182	19	10.4	119	65.4	44	24.2
Precarious	154	45	29.2	63	40.9	46	29.9
Self-employed	136	30	22.1	65	47.8	41	30.1
Unemployed ^a	34	14	41.2	6	17.6	14	41.2

a Unemployed group: unemployed, student, house worker, early retirement, sick and injured, other.

b Other: trivial symptoms, great distance from the health care facility, reduced mobility (visiting is difficult for physical reasons), no one to baby sit, lack of information as to where to go, no timely appointment, absence of a primary care physician, etc.

<Table 3> Factors associated with unmet medical needs in workers

Variables	Unmet medical needs						
	Unadjusted OR		CI		Adjusted OR ^a		CI
Sex							
Men	1.00				1.00		
Women	1.24	1.13	1.37		1.20	1.08	1.34
Age							
20-29	1.00				1.00		
30-39	0.80	0.65	0.99		0.76	0.60	0.96
40-49	1.04	0.85	1.28		0.88	0.68	1.13
50≤	1.18	0.97	1.44		0.86	0.66	1.13
Education							
Above college	1.00				1.00		
Middle or high school	1.36	1.23	1.50		1.12	0.99	1.25
Below elementary school	2.08	1.73	2.52		1.24	0.99	1.57
Living alone							
No	1.00				1.00		
Yes	1.48	0.99	2.23		0.92	0.61	1.40
Marital status							
Married	1.00				1.00		
Single	1.53	1.27	1.86		1.11	0.90	1.37
Divorced or separated	0.80	0.71	0.90		1.01	0.85	1.20
Income							
Q5 (Highest)	1.00				1.00		
Q4	1.02	0.89	1.16		0.98	0.85	1.13
Q3	1.34	1.18	1.52		1.26	1.09	1.46
Q2	1.51	1.30	1.74		1.33	1.13	1.57
Q1 (Lowest)	2.18	1.73	2.75		1.62	1.24	2.11
Medical security							
Health insurance	1.00				1.00		
Medical-aid	1.69	1.18	2.42		0.92	0.61	1.40
Self-rated health							
Good	1.00				1.00		
Normal	1.99	1.79	2.22		1.97	1.77	2.19
Bad	4.52	3.86	5.29		4.17	3.54	4.92
Disability							
No	1.00				1.00		

Variables	Unmet medical needs						
	Unadjusted OR		CI		Adjusted ORa		CI
Chronic disease	Yes	1.31	1.01	1.71	1.04	0.78	1.40
	No	1.00			1.00		
Employment status	Yes	1.20	1.09	1.32	1.14	1.02	1.27
	Permanent	1.00			1.00		
	Precarious	1.12	0.97	1.31	0.91	0.77	1.07
	Self-employed	1.43	1.22	1.69	1.10	0.92	1.32
	Unemployed	1.57	1.32	1.87	1.00	0.82	1.22

Note. OR, odds ratio; CI, confidence interval.

a Adjusted for age, sex, education, marital status, living alone, income, medical security, disability, chronic disease, self-rated health

<Table 4> Factors associated with reason for unmet medical needs according to employment status

Variables		Reason for unmet need								
		Economic burden		No time to spare		Otherb				
		ORa	95% CI	ORa	95% CI	ORa	95% CI			
Employment status	Permanent	1.00		1.00		1.00				
	Precarious	2.14	1.51	3.03	0.74	0.60	0.91	1.15	0.93	1.43
	Self-employed	2.07	1.44	2.97	0.99	0.83	1.17	1.41	1.14	1.73
	Unemployed	2.74	1.83	4.09	0.32	0.23	0.45	1.79	1.39	2.31

Note. OR, odds ratio; CI, confidence interval.

a Adjusted for age, sex, education, marital status, living alone, income, medical security, disability, chronic disease, self-rated health

b Other: trivial symptoms, great distance from the health care facility, reduced mobility (visiting is difficult for physical reasons), no one to babysit, lack of information as to where to go, no timely appointment, absence of a primary care physician, etc.

IV. 고찰

이 연구는 우리나라 근로자를 대상으로 고용상태가 미충족 의료 경험에 미치는 영향을 확인하기 위해 수행되었다. 연구 결과 전체 4,083명 중 12.4%가 필요가 있음에도 불구하고 진료 또는 검사를 받지 못한 경험이 있다고 응답했다. 또한 미충족 의료 경험에 미치는 영향을 살펴보면 여성이 남성에 비해 1.24배, 소득수준이 가장 높은 집단에 비해 가장 낮은 집단이 1.62배, 건강상태가 좋다고 응답한 집단에 비해 나쁘다고 응답한 집단이 4.17배, 만성질환을 보유하지 않고 있다고 응답한 집단에 비해 보유하고 있다고 응답한 집단이 1.14배 높게 미충족 의료를 경험할 확률이 높았다. 또한 미

충족 의료의 이유별로 살펴보면 경제적 부담인 경우 정규직에 비해 실업자가 2.74배, 자영업자가 2.07배, 그리고 비정규직이 2.14배 높았으며 시간 부족의 이유로는 정규직에 비해 실업자가 0.32배, 비정규직이 0.74배 유의한 결과를 보여주었다.

먼저 우리나라 근로자의 미충족 의료 경험률은 12.4%로서 전체 인구의 미충족 의료 경험률인 16.3%보다 낮은 것을 볼 때 비 근로자에 비해 의료접근성이 높은 것을 의미한다[5]. 그러나 연령별로 살펴보았을 때 유럽 연합 28개 국가의 미치료를 남자 5.9%, 여자 6.7%와 비교해보면 여전히 우리나라에는 미충족 의료에 대한 문제가 해결되어야 할 과제로 볼 수 있다[20].

미충족 의료에 영향을 미치는 요인으로 성별에

서는 여성이 남성보다 미충족 의료 경험률이 더 높았다. 이는 일반적으로 남성보다 여성에서 미충족 의료를 경험했다고 보고하는 선행연구와 일치하는 결과이다[17]. 소득수준이 낮을수록 미충족 의료 경험 확률이 높은 것 또한 선행연구와 일치하는 결과인데 이는 개인의 경제적 수준이 낮아질수록 점진적으로 확률이 높아지는 결과를 볼 때 의료의 접근성에 미충족 의료와의 연관성이 매우 높은 것임을 방증하는 결과이기도 하다[21]. 또한 주관적 건강상태가 나쁠수록, 만성질환을 보유할수록 그에 대한 의료의 필요도는 높을 것이기 때문에 높은 수요에서 충족되지 않는 경험이 높다는 것은 여전히 의료이용의 접근성에 대한 장벽이 존재한다는 근거가 된다.

고용상태가 미충족 의료 경험에 미치는 영향에 대해서는 유의한 결과를 보여주지 못했지만 미충족 의료 경험의 사유별로 분석하였을 때는 통계적으로 유의한 결과를 보여주었다. 먼저 경제적 부담으로 인한 미충족 의료 경험에서는 종사상 지위가 정규직에 비해 실업자가 2.74배, 자영업자가 2.07배, 그리고 비정규직이 2.14배 높았다. 이러한 현상은 임시직이나 일용직과 같은 비정규직이 정규직에 비해 낮은 임금에 기인하는 것으로 판단되며 2016년 기준 임금총액은 정규직 3,363,756원, 비정규직 1,561,427원으로서 정규직 대비 비정규직 임금이 46.4% 수준인 것을 볼 수 있다. 다만 정규직 대비 비정규직의 임금총액 비율이 '14년 44.9%, '15년 46.0%, '16년 46.4%로 격차가 줄어들고 있는 것은 긍정적이라 할 수 있으나 비정규직의 임금총액 절대수준은 최저생계비(4인 기준) 1,273,516원과 비슷한 수준으로 여전히 경제적 부담으로 인한 의료이용 접근성이 낮다고 할 수 있다. 게다가 정규직으로 취업하지 못한 사람들은 불안정한 지위를 얻기보다는 자신의 사업을 시작하는 경우가 증가하고 있다. 그 결과 우리나라 유급 근로자는 59%인 반면 자영업자가 66.6%로서 더 많은 비중을 차

지하고 있고 이는 다른 국가에 비해 2배 이상 높은 수준이다[22][23]. 많은 자영업자들은 근로빈곤에 노출되어 있고 저소득층인 경우도 허다하다. 또한 이들 간의 소득 격차는 임금근로자와 비교했을 때 상대적으로 심각한 수준이므로 이러한 여건과 상황으로 인해 정규직보다 경제적 부담으로 인한 미충족 의료를 경험할 확률이 더 높은 것으로 보인다. 실업자의 경우 임금으로 인한 소득이 발생하지 않음으로 정규직보다 더 높은 경제적 부담으로 인한 미충족 의료를 경험할 확률이 높은 것으로 보인다.

다른 이유로 인해 충족되지 않은 미충족 의료 경험의 유의수준은 다른 방향을 보여주고 있다. 예를 들면 비정규직과 실업자는 정규직보다 시간이 부족하여 미충족 의료 필요를 경험할 확률이 낮다. 이 현상은 비정규직 근로자에 비해 정규직 근로자의 근무시간이 상대적으로 긴 것에 기인한다. 실제로 평균 총 실근로시간(초과 근로시간 포함)은 정규직인 경우 177.7시간이었으나 비정규직의 경우 128.3시간으로 월별로 약 49.4시간의 차이가 발생하는 것을 확인할 수 있다. 이러한 상대적으로 긴 근무시간으로 인해 비정규직 혹은 실업자에 비해 정규직에게서 시간 부족으로 인한 미충족 의료 경험 확률이 높은 것으로 볼 수 있다.

이 연구는 종단자료를 활용하여 우리나라 근로자를 대상으로 고용상태가 미충족 의료 경험에 미치는 영향을 분석한 첫 연구이다. 비록 이 연구와 유사한 선행연구들이 존재하지만 대부분 단면연구로 수행되었기 때문에 고용상태와 미충족 의료 경험 발생 간의 역 인과관계를 반영하지 못한 한계점이 존재한다. 이 연구에서는 시작 시점에 미충족 의료를 경험하지 않은 대상으로 분석하였기 때문에 역 인과관계를 고려한 연구라고 할 수 있으며 종단설계는 동일한 연구대상을 반복적으로 관찰함으로써 샘플 그룹의 여러 속성의 안정성과 연속성을 평가할 수 있다는 장점이 있다.

그러나 몇 가지 이 연구의 제한점도 존재한다. 첫째, 이 연구는 주관적인 응답을 바탕으로 미충족 의료에 대한 대상자의 경험을 확인하였기 때문에 객관적인 측정 값이라 보기 어렵다. 그럼에도 불구하고 주관적 및 객관적인 방법을 이용한 일부 연구들에서는 꽤 일치하는 결과들을 보여주는 경향이 있다. 두 번째, 이 연구에서는 의료 이용 시 질병의 중증도를 고려하지 못한 한계가 있다. 암과 같은 질환의 중증도는 의료의 접근성에 영향을 미칠 수 있음에도 불구하고 이 연구 모형에는 변수로 포함되지 못했다.

V. 결론

이 연구는 5년간 종단자료를 이용하여 우리나라 근로자의 고용상태가 미충족 의료 경험에 미치는 영향에 대해 분석하였다. 연구 결과, 비정규직과 자영업자, 실업자가 정규직에 비해 경제적 부담으로 인한 미충족 의료를 경험할 확률이 높았다. 이러한 격차는 그들이 필요한 의료서비스를 얻는데 있어 장벽에 직면할 확률이 매우 높다는 것을 의미한다. 불안정한 고용상태를 고려해 볼 때, 그들의 보건의료 필요를 충족시키는 것은 우리나라 보건의료정책의 중요한 과제로 사료된다.

REFERENCES

1. J.W. Choi, J.W. Jeong, J.H. Kim, J.R. Kim, E.C. Park(2015), The Equity of National Health Insurance Contribution in South Korea, *Health and Social Welfare Review*, Vol.35(3);199-221.
2. OECD(2017), *Health at a glance 2017: OECD indicators*, Organization for Economic Cooperation and Development.
3. S.J. Kim, S.I. Huh(2011), Financial burden of health care expenditures and unmet needs by socioeconomic status, *The Korean Journal of Health Economics and Policy*, Vol.24(2);83-106.
4. W. Carr, S. Wolfe(1976), Unmet needs as sociomedical indicators, *Int J Health Serv*, Vol.6(3);417-430.
5. H.J. Yoon, S.I. Jang(2017), Unmet health care needs status and trend of Korea in 2015, *Health Policy and Management*, Vol.27(1);80-83.
6. Y. Jang, H. Yoon, N.S. Park, D.A. Chiriboga, M.T. Kim(2014), Dental care utilization and unmet dental needs in older Korean Americans, *Journal of aging and health*, Vol.26(6);1047-1059.
7. A. Singhal, A. Chattopadhyay, A.I. Garcia, A.B. Adams, D. Cheong(2014), Disparities in unmet dental need and dental care received by pregnant women in Maryland, *Maternal and child health journal*, Vol.18(7);1658-1666.
8. L.J. Heaton, L.A. Mancl, D. Grembowski, J.M. Armfield, P. Milgrom(2013), Unmet dental need in community-dwelling adults with mental illness: results from the 2007 Medical Expenditure Panel Survey, *Journal of the American Dental Association*, Vol.144(3);e16-23.
9. H.Y. Song, J.W. Choi, E.C. Park(2015), The Effect of Economic Participatory Change on Unmet Needs of Health Care among Korean Adults, *Health Policy and Management*, Vol.25(1);11-21.
10. M.H. Kim, C.Y. Kim, J.K. Park, I. Kawachi(2008), Is precarious employment damaging to self-rated health? Results of propensity score matching methods, using longitudinal data in South Korea, *Social science & medicine*, Vol.67(12);1982-1994.
11. S.Y. Lee, C.W. Kim, J.H. Kang, N.K. Seo(2015), Unmet healthcare needs depending on employment status, *Health policy*, Vol.119(7);899-906.
12. P.W. Newacheck, D.C. Hughes, Y.Y. Hung, S.

- Wong, J.J. Stoddard(2000), The unmet health needs of America's children, *Pediatrics*, Vol.105(4 Pt 2);989-997.
13. E. Feinberg, K. Swartz, A. Zaslavsky, J. Gardner, D.K. Walker(2002), Family income and the impact of a children's health insurance program on reported need for health services and unmet health need, *Pediatrics*, Vol.109(2);E29.
14. M. Cavalieri(2013), Geographical variation of unmet medical needs in Italy: a multivariate logistic regression analysis, *Int J Health Geogr*, Vol.12;12-27.
15. S.J. Huh(2010), Factors influencing unmet needs for health care by income groups, Seoul National University.
16. J.G. Kim(2007), Study on determinants of medical care utilization behavior of the poor, *Korean J Soc Welf Stud*, Vol.34;29-53.
17. G.S. Song(2011), Factors associated with unmet needs for health care, Korea University.
18. J.Y. Yang(2010), The longitudinal trend and association factors of unmet medical need, Korea University.
19. T.M. Song(2013), An Anderson model approach to the mediation effect of stress-vulnerability factors on the use of outpatient care by the elderly, *Health Soc Welf Rev*, Vol.33(1);547-576.
20. OECD(2012), *Health at a glance 2012*. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development.
21. S.I. Sohn, Y.J. Shin, C.Y. Kim(2010), Factors influencing household catastrophic health expenditure of the poor, *Health Soc Welf Rev*, Vol.30(1);92-110.
22. M.S. Kim, J.B. Park, K.B. Min, K.J. Lee, K. Kwon(2014), Presenteeism among self-employed workers: Korean working conditions survey, *Annals of occupational and environmental medicine*, Vol.26(32);1-7.
23. Y.J. Kim, S.J. Choi, B.D. Hwang(2018), Factors associated with unmet health care needs according to households, *The Korean Journal of Health Service Management*, Vol.12(2);39-49.