

고용형태별 및 성별에 따른 미충족 의료경험의 차이

우 세 린

(고려대학교)

김 귀 현

(경인여자대학교)

손 민 성

(고려사이버대학교)

최 만 규*

(고려대학교)

우리나라는 불안정고용의 확산과 긴 노동시간 등 노동환경의 취약성으로 인해 근로자가 의학적 치료가 필요함에도 불구하고 의료이용을 할 수 없는 문제가 발생한다. 특히 여성 근로자의 노동시장 양극화와 불평등은 더욱 심화되고 있다. 이에 본 연구는 한국의 노동시장 특성을 반영하여 근로자의 고용형태 및 성별에 따른 미충족 의료경험 여부 차이를 분석하고자 하였다. 분석자료는 2015, 2016년도 국민건강영양조사를 이용하였으며, 만 19세 이상 근로자 총 6,174명을 대상으로 하였다. 근로자의 고용형태가 미충족 의료경험에 미치는 영향을 확인하기 위해 로지스틱 회귀분석을 실시하였으며, 성별에 따른 차이를 비교하기 위해 계층화분석을 수행하였다. 분석결과, 남성은 정규직에 비해 비정규직(OR = 1.519, CI = 1.052-2.194)과 자영업자·무급가족종사자(OR = 1.499, CI = 1.015-2.214)에서 미충족 의료경험이 증가한 반면, 여성은 정규직에 비해 비정규직(OR = 0.653, CI=0.477-0.893)이 미충족 의료경험이 낮았다. 이러한 결과를 통해 고용형태와 성별에 따른 양극화가 의료이용의 불평등을 야기할 수 있음을 보여주었다. 따라서 성별에 따라 달라지는 고용형태별 미충족 의료 경험을 개선할 수 있는 정책적 기반을 마련하고, 근로자들의 의료 접근성을 높일 수 있는 방안을 강구하여야 할 것이다.

주요 용어: 미충족 의료경험, 고용형태, 성별, 불평등

* 교신저자: 최만규, 고려대학교(mkchoi@korea.ac.kr)

■ 투고일: 2019. 10. 16. ■ 수정일: 2020. 1. 20. ■ 게재확정일: 2020. 2. 3.

I. 서론

1. 연구의 배경 및 필요성

우리나라는 1989년 전국민을 포괄하는 의료보험제도를 도입을 시작으로 2013년에는 4대 중증질환에 대해 보장성을 강화하였고, 최근에는 비급여를 급여화하는 방안도 모색되고 있다. 국가에서는 국민들이 의료서비스를 이용할 때 경제적 부담을 완화시켜 주는 제도를 시행하였음에도 불구하고, 선진국들에 비해 미충족 의료의 경험률이 여전히 높은 실정이다(Lee, Yeon, Kim, & Yoon, 2016; 이현옥, 2018). 2016년 국민건강영양조사에 따르면, 우리나라는 미충족 의료를 한번이라도 경험한 적이 있다고 응답한 사람이 약 8.8%(장지은, 윤효정, 박은철, 장성인, 2018)로, 유럽 연합 28개국의 2016년 미충족 의료경험의 평균 비율인 2.5%와 비교하면 약 3.5배 높은 수치이다(OECD & EU, 2018). 최근 선행연구에 따르면 미충족 의료경험의 뚜렷한 특징 중의 하나는 고용형태에 따라 미충족 의료경험의 차이가 심하다는 것이다(Ayanian, Weissman, Schneider, Ginsburg, & Zaslavsky, 2000; Ha, Jung-Choi, & Kim, 2019; Lee, Kim, Kang, & Seo, 2015).

Ha, Jung-Choi, Kim(2019)는 정규직 근로자들이 미충족 의료를 경험할 가능성이 13.3%인 반면 비정규직 근로자의 미충족 의료 경험률은 20.7%로 비정규직 근로자들이 정규직 근로자들에 비해 미충족 의료를 많이 경험한다고 하였다. Lee, Kim, Kang, Seo(2015)의 연구에서는 경제적인 이유로 미충족 의료를 경험할 위험이 정규직은 9.2%이고, 임시직 근로자들은 26.5%, 일용직 근로자들은 45.5%로 고용형태가 불안정해질 수록 미충족 의료 경험률이 높아진다고 하였다. 즉, 정규직에 비해 비정규직과 자영업자의 경우 미충족 의료를 경험할 가능성이 높았다.

국내에서 이와 같은 연구가 주로 이용된 이유는 한국에서 특히 고용형태에 따른 미충족 경험이 심하기 때문이다. 국내 노동시장에서 비정규직 근로자들과 자영업자는 OECD 국가들과 비교할 때 훨씬 더 많은 비율을 차지하고 있다. 2018년 OECD 통계 결과에 따르면, 한국의 비정규직의 규모는 21.2%로 OECD 평균인 11.7%에 비해 약 2배 정도 높게 보고되고 있다(OECD, 2019_a). 국내 비정규직 규모는 1997년 IMF 이후 노동시장의 유연화 정책으로 꾸준히 증가하는 추세이다. 비정규직 근로자는 정규직 근

로자와 동일강도, 동일노동임에도 불구하고 임금격차가 크다. 또한, 자영업자는 1990년대 초반부터 탈공업화로 인해 증가하기 시작하였으며(신동주, 최배근, 2018), 2018년 OECD에서는 국내 자영업자의 규모가 25.1%로 유럽연합(EU)의 평균인 15.3%로 보다 약 10%포인트 높았다(OECD, 2019b). 국내 자영업자들 대부분은 영세 자영업자로 저소득과 고용 불안정에 영향을 받는다(방하남, 남재욱, 2016). 비정규직 근로자들과 자영업자는 근로기준법상 유급휴가의 혜택을 받지 못하여 아파도 참고 일을 해야 하는 상황이 발생하게 된다. 비정규직 근로자와 자영업자들은 사회적 안전망에서 벗어난 노동시장의 취약계층이기 때문에 경제적 이유로 미충족 의료를 경험할 가능성이 높다. 따라서, 이러한 격차는 더욱 심해질 우려가 있다.

정규직이 비정규직에 비해 미충족 의료경험이 낮기는 하지만 우리나라는 정규직의 미충족 의료 역시 높다고 보고되고 있다(Ha, Jung-Choi, & Kim, 2019; Lee, Kim, Kang, & Seo, 2015; 최재우, 2018). Lee, Kim, Kang, Seo(2015)의 연구에 따르면 정규직의 22.18%가 미충족 의료를 경험한다고 보고하였으며, 시간적 여유가 없다는 이유로 미충족 의료를 경험하는 것으로 나타났다. Ha, Jung-Choi, Kim(2019)의 연구에서 정규직의 미충족 의료경험률은 13.3%로 나타났으며, 시간적 여유가 없어 미충족 의료를 경험하는 것으로 우리나라의 장시간 근로가 근로자들의 의료이용에 제약을 만든다고 하였다. 최재우(2018)의 연구에서도 미충족 의료가 발생한 정규직의 65.4%는 시간 부족의 이유로 미충족 의료를 경험했으며, 비정규직과 자영업자보다 시간적 제약의 이유로 미충족 의료를 경험할 가능성이 높다고 하였다. 그 이유로는 우리나라의 장시간 근로 문화에서 찾을 수 있다. 우리나라의 근로시간은 OECD 국가들 중에서 매우 높다고 알려져 있다. 2018년 기준 우리나라의 연평균 근로시간은 1993시간으로 OECD 국가들의 평균 근로시간인 1734시간보다 약1.15배 높은 수치이다(OECD, 2019c). 장시간 노동을 제공하는 국내 근로자들은 고용형태별로 근로시간의 차이를 보인다고 보고되고 있다. 2018년 통계청 자료에 따르면 월평균 근로시간이 정규직은 169.7시간, 비정규직은 116.3시간으로 정규직의 근로시간이 비정규직에 비해 매우 높다고 하였다(통계청, 2018a). 이러한 장시간 노동은 의료이용에 제약을 가해 미충족 의료가 발생 할 수 있다(석홍덕 외, 2016).

여기에 더해 국내 노동시장의 고용형태에서는 성별에 따른 차이도 크다고 할 수 있다. 2018년 경제활동인구조사 근로형태별 부가조사 결과에 따르면, 비정규직 근로자의 성

별 비중은 여자가 55.6%로 44.4%인 남자보다 11.2% 높다고 보고되고 있다. 비정규직 근로자의 수는 2017년과 비교했을 때 남성의 경우 293만 6천명으로 1만명 감소하였고, 여성은 367만 8천명으로 오히려 4만 7천명이 증가했다고 보고하였다(통계청, 2018b). 이러한 고용형태는 소득에도 영향을 미쳐 2017년 기준 남성 대비 여성의 임금은 34.6%로 OECD 주요 회원국 중 남녀 임금격차가 가장 큰 수치이다(OECD, 2017). 고용에 있어 차별을 해소하기 위해 ‘남녀고용평등법’이 제정되었음에도 고용, 승진과 같은 형태의 성 차별은 아직도 존재하는 실정이다(조순경, 2007).

성별이 미충족 의료에 미치는 요인으로 국내외 문헌 모두에서 밝혀진 바 있다(Bryant, Leaver, & Dunn, 2009; Lee, Kim, Kang, & Seo, 2015; Marshall, 2011; 문정화, 강민아, 2016). Socías, Koehoorn, Shoveller(2016)의 연구에서는 성별은 미충족 의료에 독립적인 연관이 있음을 밝혀냈다. 즉, 여성은 주로 가사 노동을 담당하고 있으며, 불안정한 고용형태를 가지고 있기 때문에 업무 유연성이 낮고, 저소득층에 해당하여 의료서비스 이용이 어려울 것이라고 하였다. Bryant, Leaver, Dunn(2009)의 연구에서는 일반적으로 여성은 남성보다 소득이 낮고, 비슷한 직업을 가진 정규직 여성과 남성을 비교해 보았을 때, 여성은 남성 임금의 71%밖에 미치지 않기 때문에 경제적인 이유로 미충족 의료 발생할 수 있다고 하였다. 여기에 더해, 여성은 가정 내에서 가족을 돌보는 경우가 많기 때문에 Full-time으로 일하는 여성의 경우 자신의 건강을 챙길 시간이 부족하여 미충족 의료를 경험할 가능성이 높다고 말했다. Ha, Jung-Choi, Kim(2019)의 연구에서는 남성의 경우 정규직 근로자의 미충족 경험 확률은 10%, 비정규직 근로자의 미충족 경험률은 18.1%라 하였고, 여성의 경우 정규직 근로자의 미충족 경험 위험은 19.5%, 비정규직 근로자의 미충족 경험률은 23.3%로 여성 근로자의 미충족 의료 경험이 남성보다 더 높다고 하였다.

그동안 미충족 의료와 관련한 연구들은 많이 진행되어 왔지만, 근로자의 미충족 의료 경험에 대한 연구는 아직 많이 부족한 실정이며, 특히, 여성 근로자들의 고용형태에 따른 미충족 의료경험을 다룬 연구는 찾아보기 어렵다. 이러한 점을 고려하여 이 연구는 고용형태에 따른 미충족 의료경험 정도를 파악하여 고용형태별 적합한 해소방안을 모색함과 동시에 성별에 따른 고용형태별 미충족 의료경험의 차이가 어느 정도인지 파악하고자 한다.

2. 연구목적

본 연구는 고용형태에 따라 미충족 의료 경험에 차이가 있는지 파악하고, 추가적으로 성별에 따라 차이가 있는지 파악하고자 한다. 이를 통해 우리나라에 만연해 있는 고용형태별 불평등이 일으키는 건강의 문제에 대한 사회적 인식을 재고하고 문제해결을 위한 시사점을 제공하고자 한다. 또한, 고용형태와 미충족 의료경험 여부의 관계에서 성별에 따른 차이가 있는지 알아보고 효과적인 해소방안을 모색하기 위한 기초자료를 제공하고자 하는 것을 목적으로 한다.

II. 선행연구

미충족 의료란 일반적으로 의료적 필요가 있음에도 불구하고 어떠한 이유로 의료이용을 통해 충족시키지 못한 상태를 의미한다(허순임, 이해재, 2016). 이러한 미충족 의료는 의료적 필요를 판단하는 주체에 따라 환자의 입장인 ‘인지된 필요(perceived needs)’와 의료전문가의 기준인 ‘평가된 필요(evaluated needs)’로 나누어진다(Aday & Andersen, 1974). 기존의 연구에서는 미충족 의료의 주관성을 한계점으로 지적하였지만, 최근 박유경(2019)의 연구에서는 환자 중심의 의료, 이용자 관점에서 미충족 의료의 주관성을 확인 하는 것이 중요하다고 말하였다. 환자 중심의 의료는 의료진과 환자의 관계를 강조한 개념이다. 또한, 환자를 인격적으로 대하고 환자의 욕구와 선호를 고려하여 스스로 치료과정에 참여하는 것이다. 이런 관점에서 보았을 때, 미충족 의료의 주관성은 의료의 질적 향상을 위해서 반드시 파악해야 할 부분으로 해석할 수 있다(박유경, 2019). 반면, 의료전문가의 판단인 객관적 미충족 의료는 의료이용자가 과대, 과소 측정을 할 수 있는 점을 보완하고는 있지만 대표성을 가지는 자료를 획득하기 어렵다. 또한, 객관적 미충족 의료는 이를 의료이용자와 전문가의 필요 의료량이 같다는 전제를 바탕으로 하는데, 실제 의료이용자와 전문가가 판단하는 필요한 의료에는 차이가 존재할 수 있다(문정화, 강민아, 2016). 이러한 이유로 대다수의 연구들이 환자의 주관적인 판단에 기반하여 미충족 의료를 측정하고 있다.

미충족 의료에 대한 국내의 기존 연구는 주로 특정 대상군과 특정 질병, 연령, 소득, 거주지역과 같은 기준에 따라 분석대상을 한정하여 수행되었다. 김정희, 김영숙, 김명순(1999)은 보건소를 이용한 노인들의 미충족 의료를 파악했으며, 연령, 성별, 경제활동상태, 활동제한, 건강상태에 따라 유의한 차이가 있음을 제시하였다. 문정희와 강민아(2016)는 독거노인의 미충족 의료와 관련된 요인에 대해 노인실태조사 자료를 통해 연구한 결과 성별, 연령, 취업, 교육수준, 독거기간, 가구소득, 의료기관까지 소요시간, 자녀관계 만족도, 가까운 지인 수, 만성질환 개수, 기능제한 유무, 우울증 유무, 영양 상태 주의 영양상태 고위험이 영향요인으로 확인되었다. 김수희와 이정열(2013)은 다문화가정의 결혼 이주 여성에 대한 미충족 의료 요인을 분석하였다. 분석결과 연령이 낮아질수록, 교육수준이 높아질수록, 무직인 대상자보다 경제활동을 하는 대상자일 경우 미충족 의료가 높은 것으로 나타났다. 또한, 출신국에 따라 미충족 의료에 영향요인은 상이한 것으로 확인되었다. 신자은(2013)과 전보영(2014)은 장애인을 대상으로 미충족 의료를 확인하였으며 공통적으로 배우자 유무가 유의하게 나타났다. 이는 의료서비스를 이용하기 위해 인적자원의 중요성을 보여주는 결과로 해석하였다. 두 연구의 차이점으로는 건강보험 재가 장애인의 미충족 의료를 확인한 신자은(2013)의 연구에서는 교육수준과 소득이 미충족 의료에 영향을 미치지 않는 것으로 나타났으나 전보영(2014)의 연구의 연구에서는 교육수준과 소득 유의한 것으로 나타났다. 이에 신자은(2013)은 연구의 분석표본이 건강보험 가입자로 한정되어 경제적 제약으로 인한 미충족 의료가 해소된 것이라고 해석하였다. 만성질환자를 대상으로 의료패널을 이용하여 미충족 의료 현황을 파악한 임지혜(2013)의 연구에서는 성별, 연령, 보험유형, 세대구성, 경제활동, 소득, 만성질환 수, CCI 지수, 주관적 건강상태가 유의한 변수로 나타났다. 고혈압 환자를 대상으로 미충족 의료의 요인을 살펴본 오희영, 길은하(2017)의 연구에서는 성별, 가구 소득, 주관적 건강상태, 우울감, 시력문제가 미충족 의료에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 근로자의 고용상태에 따라 미충족 의료에 미치는 영향을 살펴본 최재우(2018)의 연구에서는 고용상태, 교육수준, 독거여부, 결혼상태, 의료보장형태, 장애유무가 통계적으로 유의하게 영향을 미치지 못한 것으로 나타났다. 하지만 고용상태에 따른 미충족 의료경험의 이유에 미치는 영향을 분석한 결과 경제적 이유로 인한 미충족 의료경험은 정규직에 비해 실업자가 2.74배, 비정규직이 2.14배, 자영업자가 4.8배 높게 나타났으며, 시간적 이유로 인한 미충족 의료경험은 정규직에 비해 실업자가 0.32배, 비정규직이

0.74배 유의한 것으로 확인되었다. 비정규직의 미충족 의료경험에 미치는 요인을 살펴본 하랑경(2015)의 연구에서는 주간이외 근무, 육체직 종사인 경우 미충족 의료를 경험할 가능성이 낮았고, 서비스판매직 종사, 주당 평균 노동시간이 40시간 초과인 경우 미충족 의료를 경험할 가능성이 높은 것으로 나타났다.

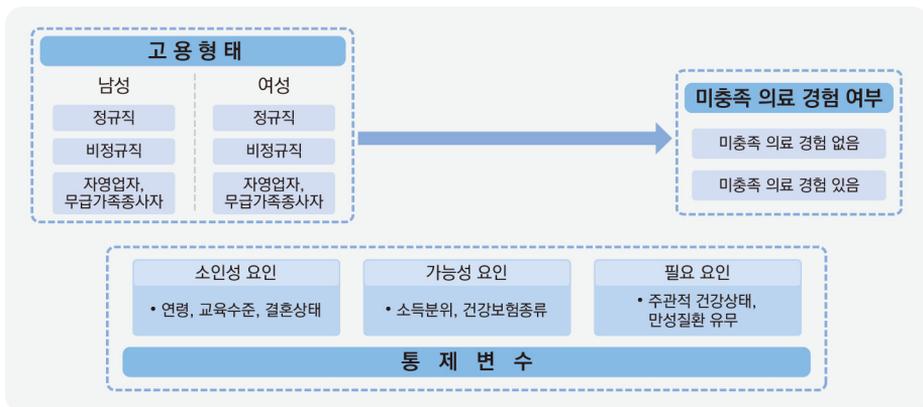
이상의 기존 연구들을 종합해보면, 고용형태별 미충족 의료경험 관계에서 성별의 차이를 같이 살펴본 연구는 이루어지지 않았다. 이에 본 연구는 성별에 따른 고용형태별 미충족 의료경험에 미치는 영향을 파악함으로써 새로운 지식을 더하고자 한다.

III. 연구방법

1. 연구모형

본 연구의 연구모형은 아래 [그림 1]과 같다.

그림 1. 연구모형



2. 연구자료 및 연구대상

본 연구는 질병관리본부에서 주관하는 국민건강영양조사 제 6기 3차년도 자료(2015)와 7기 1차년도 자료(2016)를 사용하였다. 연구대상은 경제활동을 하고 있는 만 19세 이상의 근로자로 하였다. 이들 중 미충족 의료 경험 여부, 교육수준, 결혼상태, 소득분위, 의료보험 유무, 주관적 건강상태, 만성질환 유무 항목에 모두 응답한 6,174명을 최종 연구대상자로 선정하였다.

3. 변수의 측정

가. 종속변수

본 연구의 종속변수는 미충족 의료경험 여부이다. 미충족 의료란, 의료이용을 해야 할 필요와 욕구가 있지만 충족되지 못하는 것을 의미하며, 어떠한 이유로든 미충족 의료를 경험한 상황을 일컫어 미충족 의료경험이라고 한다(신혜리, 임예직, 한기명, 2014). 본 연구에서는 미충족 의료경험의 여부를 파악하는 것을 중점으로 국민건강영양조사에서 제공하는 자료 중 “최근 1년 동안 본인이 병의원(치과 제외) 진료(검사 또는 치료)가 필요하였으나 받지 못한 적이 있습니까?”라는 문항을 이용하였으며, 이에 (1) “예”라고 답한 경우를 미충족 의료를 경험한 것으로, (2) “아니오”라고 답한 경우를 미충족 의료를 경험하지 않은 것으로 정의하였다.

나. 독립변수

고용형태는 선행연구들을 참고하여 정규직, 비정규직, 비임금근로자로 구분하였다. 선행연구에 따르면 정규직은 ‘근로계약기간의 정함이 없이 전일제로 일을 하며 사용자와 직접적 고용 계약을 맺고 노동을 제공하는 자’로 정의하며, 비정규직 노동자는 정규직과 반대되는 개념으로 아날 ‘非’를 붙여 정규 근로에서 벗어나 다른 근로형태를 가진 노동자로 정의하고 있다(박진욱, 한윤정, 김승섭, 2007; 장지연, 2001). 본 연구에서 정규직은 종사상 지위가 임금근로자 중 상용직이며, 근로시간은 전일제로 근무하며, 정

규직 여부를 묻는 질문에 정규직이라고 답한 노동자를 말하며, 비정규직은 이 중 하나라도 해당되지 않는 임금근로자로 정의하였다. 비임금근로자는 자영업자와 무급가족종사자로 정의하였다(통계청, 2019).

다. 통제변수

본 연구에서 통제변수는 앤더슨 의료서비스 이용 예측 모형을 이용하였다(Andersen, 1968). 이 모형을 기반으로 소인성 요인, 가능성 요인, 필요 요인으로 총 3가지로 구분하였다.

1) 소인성 요인

소인성 요인으로는 인구학적 요인인 연령과 교육수준, 결혼상태를 포함하고 있다. 연령은 개방형 질문으로 만 나이를 조사한 항목을 사용하였으며, 10살 단위로 계층화하여 분석하였다. 교육수준은 초등학교 졸업 이하, 중학교 졸업, 고등학교 졸업, 대학교 졸업 이상으로 구분하였고, 혼인상태는 미혼, 배우자와 동거(혼인), 배우자와 별거 또는 이혼, 사별로 구분하였다.

2) 가능성 요인

본 연구에서 가능성 요인은 소득 분위와 건강보험종류를 포함시켰다. 소득 분위는 월평균 가구균등화소득에 따라 성연령별 4개 군으로 나누기 위해 4분위수를 일부 조정한 값¹⁾으로 하, 중하, 중상, 상으로 나누어진다. 건강보험의 종류는 국민건강보험 지역가입자와 직장가입자, 의료급여로 구분하였다.

3) 필요요인

본 연구에서 필요요인으로는 주관적 건강상태, 만성질환의 유무를 포함하였다. 주관

1) 월평균 가구균등화소득 = 월가구소득 / $\sqrt{\text{가구원수}}$ 으로 계산하며, 이를 4개 그룹으로 나누어 한 그룹당 25%의 비율로 맞추기 위해 중간에 있는 값을 올리거나 내린 값.

적 건강상태는 “평소의 000님의 건강은 어떻다고 생각하십니까?”라는 문항으로 5점 척도 범주화 되어 매우 좋음, 좋음, 보통, 나쁨, 매우 나쁨으로 구분된다. 만성질환의 유무는 정신건강 질환을 포함한 36가지의 질환 중 한가지라고 해당하는 경우를 유, 해당하지 않는 경우를 무라고 구분하였다.

표 1. 변수의 정의

변수명	변수 내용
독립 변수	고용형태
	1. 정규직
	2. 비정규직
	3. 비임금근로(자영업자, 무급가족종사자)
종속 변수	미충족 의료경험 여부
	1. 아니오
	2. 예
통제 변수	연령
	1. 19-29
	2. 30-39
	3. 40-49
	4. 50-59
	5. 60-69
	6. 70세 이상
	교육수준
	1. 초졸이하
	2. 중졸
	3. 고졸
	4. 대졸이상
	결혼상태
	1. 미혼
	2. 유배우자(동거)
	3. 유배우자(별거, 이혼)
	4. 사별
	소득분위(가구)
	1. 하
	2. 중하
	3. 중상
	4. 상
	건강보험종류
	1. 국민건강보험(지역)
	2. 국민건강보험(직장)
	3. 의료급여
	주관적 건강상태
	1. 매우 좋음
	2. 좋음
	3. 보통
	4. 나쁨
	5. 매우 나쁨
	만성질환 유무
	1. 없음
	2. 있음

4. 분석방법

본 연구에서는 IBM SPSS Statistics 23.0 프로그램을 사용하여 자료를 분석하였으며, 통계학적 유의수준은 95%로 설정하였다. 구체적인 분석방법은 아래와 같다. 첫째, 근로자들의 인구사회학적 특성을 알아보기 위해 빈도분석과 기술통계를 시행하였고, 각각의 특성에 따른 미충족 의료경험 여부의 차이를 확인하기 위해 chi-square test를 실시하였다. 둘째, 고용형태가 미충족 의료경험 여부에 미치는 영향을 확인하기 위하여 로지스틱 회귀분석을 실시하였다. 셋째, 성별에 따라 근로자 집단을 계층화하여 고용형태와 미충족 의료경험 여부의 관계에서 성별에 따른 차이가 있는지 확인하고자 하였다.

IV. 연구결과

1. 대상자의 인구사회학적 특성

연구대상자들의 인구사회학적 특성은 <표 2>와 같다. 20세 이상의 근로자는 총 6,174명으로 남성(51.9%)과 여성(48.1%)의 비율은 비슷하였다. 고용형태는 비정규직이 38.5%(2375명)로 가장 많았으며, 정규직이 29.5%(1823명), 자영업, 무급가족종사자가 32.0%(1976명) 순이었다. 연령대는 50대가 23.8%(1469명)로 가장 많았으며, 40대가 23.6%(1455명), 30대가 18.2%(1126명), 60대가 15.5%(960명), 20대가 11.1%(687명), 70대 이상이 7.7%(477명) 순으로 나타났다. 교육수준은 대졸 이상이 40.2%(2482명)로 가장 많았고, 결혼상태는 현재 결혼 중 동거하는 사람이 73.8%(4555명)로 가장 많았다. 가구소득 수준은 34.2%(2114명)가 '상', 30.7%(1895명)가 '중상', 23.9%(1477명)가 '중하', 11.1%(688명)가 '하'라고 응답하였다. 건강보험 유형으로는 직장 가입자가 68.4%(4224명)로 가장 많았고, 만성질환은 정신건강을 포함한 36가지의 질병 중 모두 없는 사람은 52.2%(3225명), 1가지 이상의 질환을 가지고 있는 사람이 47.8%(2949명)으로 비슷하였다. 대상자들이 자신의 건강상태에 대해서 '보통'으로 평가한 사람이 52.7%(3225명)으로 가장 많았으며, 좋은 편이라고 느끼는

사람은 32.0%(1971명), 나쁜 편이라고 느끼는 사람은 15.3%(948명)였다.

표 2. 인구사회학적 특성

		(N=6,174)	
변수		N	%
성별	남성	3,202	51.9
	여성	2,972	48.1
고용형태	정규직	1,823	29.5
	비정규직	2,375	38.5
	자영업, 무급가족종사자	1,976	32.0
연령	20-29	687	11.1
	30-39	1,126	18.2
	40-49	1,455	23.6
	50-59	1,469	23.8
	60-69	960	15.6
	70이상	477	7.7
	교육수준	초졸 이하	997
중졸		653	10.6
고졸		2,042	33.1
대졸 이상		2,482	40.2
결혼상태	미혼	1,009	16.3
	동거	4,555	73.8
	별거, 이혼	303	4.9
	사별	307	5.0
가구소득	하	688	11.1
	중하	1,477	23.9
	중상	1,895	30.7
	상	2,114	34.2
건강보험종류	지역	1,857	30.1
	직장	4,224	68.4
	의료급여	93	1.5
만성질환	없음	3,225	52.2
	있음	2,949	47.8
주관적건강상태	매우 좋음	312	5.1
	좋음	1,659	26.9
	보통	3,255	52.7
	나쁨	824	13.3
	매우 나쁨	124	2.0

2. 고용형태가 미충족 의료경험 여부에 미치는 영향

고용형태가 미충족 의료에 영향을 미치는 요인을 분석하기에 앞서, 미충족 의료경험에 미치는 영향 요인으로 고려된 변수들 간의 다중공선성을 점검하기 위하여 상관계수의 절댓값을 확인한 결과, 모두 0.6 미만으로 확인되었고, VIF(Variation Inflation Factor)평가 결과 각 변수들의 VIF 값이 모두 3미만으로 확인되어 다중공선성에 문제는 없는 것으로 확인되었다.

미충족 의료경험 여부에 영향을 줄 수 있는 성별, 연령, 교육수준, 결혼상태, 소득, 건강보험 종류, 만성질환 유무, 주관적 건강상태를 통제된 상태에서 고용형태가 미충족 의료경험 여부에 미치는 영향을 분석하기 위해 이분형 로지스틱 회귀분석을 실시하였으며, 그 결과는 <표 3>과 같다.

고용형태가 미충족 의료경험 여부에 미치는 영향을 분석한 결과 통계적으로 유의하지 않았다. 성별의 경우 남성보다 여성이 미충족 의료를 경험할 확률이 높았고, 통계적으로 매우 유의하였다(OR=1.452, CI=1.217-1.732). 연령으로는 20대에 비해 40대(OR=0.602, CI=0.409-0.884), 50대(OR=0.521, CI=0.344-0.788), 60대(OR=0.419, CI=0.261-0.671), 70대 이상(OR=0.557, CI=0.327-0.949)이 미충족 의료를 경험할 가능성이 통계적으로 유의하게 낮았다. 교육수준은 초등학교 졸업 이하인 근로자에 비해 고졸(OR=0.665, CI=0.491-0.900)과 대학교 졸업 이상(OR=0.557, CI=0.398-0.780)의 대상자가 미충족 의료를 경험할 확률이 낮았고 통계적으로 유의하였다. 주관적으로 인식하고 있는 건강상태에서는 매우 좋다고 생각하고 있는 대상자에 비해 보통(OR=2.572, CI=1.453-4.553) 또는 나쁨(OR=5.105, CI=2.831-9.204), 매우 나쁨(OR=7.709, CI=3.857-15.405)으로 인식하는 경우 미충족 의료를 경험할 가능성이 유의하게 높은 것으로 나타났다.

표 3. 고용형태가 미충족 의료경험에 미치는 영향

변수		전체		
		Exp(β) (OR)	95%	C.I
고용형태	정규직			
	비정규직	.918	0.725 - 1.163	
	자영업, 무급가족종사자	1.058	0.810 - 1.382	
성별	남성			
	여성	1.452***	1.217 - 1.732	
연령	20-29			
	30-39	0.940	0.660 - 1.338	
	40-49	0.602*	0.409 - 0.884	
	50-59	0.521**	0.344 - 0.788	
	60-69	0.419***	0.261 - 0.671	
	70 이상	0.557*	0.327 - 0.949	
교육수준	초졸 이하			
	중졸	0.839	0.609 - 1.155	
	고졸	0.665*	0.491 - 0.900	
	대졸 이상	0.557**	0.398 - 0.780	
결혼상태	미혼			
	동거	0.872	0.639 - 1.192	
	별거, 이혼	1.163	0.739 - 1.833	
	사별	1.039	0.644 - 1.678	
가구소득	하			
	중하	0.863	0.644 - 1.155	
	중상	1.069	0.792 - 1.442	
	상	0.770	0.559 - 1.060	
건강보험종류	지역			
	직장	0.963	0.787 - 1.179	
	의료급여	1.300	0.745 - 2.266	
만성질환	없음			
	있음	1.097	0.912 - 1.319	
주관적 건강상태	매우 좋음			
	좋음	1.614	0.893 - 2.916	
	보통	2.572**	1.453 - 4.553	
	나쁨	5.105***	2.831 - 9.204	
	매우 나쁨	7.709***	3.857 - 15.405	

*p<.05, **p<.01, ***p<.001, OR : Odds Ratio, 95% C.I : 95% Confidence Interval

3. 고용형태와 성별이 미충족 의료경험 여부에 미치는 영향

고용형태가 미충족 의료경험 여부에 미치는 영향을 성별로 계층화하여 분석해 본 결과는 <표 4>와 같다.

남성의 경우, 정규직에 비해 비정규직일 경우(OR=1.519, CI=1.052-2.194), 자영업자, 무급가족종사자일 경우(OR=1.499, CI=1.015-2.214) 미충족 의료를 경험할 확률이 높았다. 연령대로 보았을 때 20대에 비해 60대는 유의하게 미충족 의료를 경험할 확률이 높았다(OR=0.462, CI=0.228-0.937). 주관적 건강상태를 매우 좋다고 답변한 대상자에 비해 보통(OR=2.700, CI=1.196-6.238) 또는 나쁨(OR=5.209, CI=2.183-12.433), 매우 나쁨(OR=5.357, CI=1.656-17.334)이라고 생각한 대상자가 미충족 의료를 경험할 확률이 높았으며 통계적으로 유의하였다.

여성의 경우, 정규직에 비해 비정규직일 경우 미충족 의료를 경험할 확률이 낮았다(OR = 0.653, CI = 0.477-0.893). 연령으로는 20대에 비해 40대(OR=0.447, CI = 0.261-0.767), 50대(OR = 0.469, CI = 0.267-0.826), 60대(OR = 0.381, CI = 0.199-0.731) 모두 미충족 의료를 경험할 확률이 낮았으며 통계적으로 유의하였다. 교육수준은 초졸 이하에 비해 대졸 이상일 때 유의하게 미충족 의료를 경험할 가능성이 낮았다(OR=0.543, CI=0.341-0.864). 가구소득을 ‘하라고 답한 대상자에 비해 ‘상인 대상자가 미충족 의료를 경험할 확률이 낮은 것으로 나타났다(OR=0.520, CI=0.343-0.789). 주관적 건강상태는 ‘매우 좋음’으로 인지하고 있는 대상자에 비해 보통(OR=2.407, CI=1.098-5.277) 또는 나쁨(OR=5.089, CI=2.270-11.410), 매우 나쁨(OR=8.686, CI=3.499-21.561)이라고 인지한 대상자가 미충족 의료를 경험할 가능성이 통계적으로 유의하게 높았다.

표 4. 고용형태가 미충족 의료경험에 미치는 영향

변수	남성		여성		
	Exp(β) (OR)	95% C.I	Exp(β) (OR)	95% C.I	
고용형태	정규직				
	비정규직	1.519*	1.052 - 2.194	.653**	0.477 - 0.893
	자영업, 무급가족종사자	1.499*	1.015 - 2.214	.787	0.543 - 1.140
연령	20-29				
	30-39	1.327	0.767 - 2.296	.740	0.455 - 1.204
	40-49	.903	0.504 - 1.618	.447**	0.261 - 0.767
	50-59	.605	0.320 - 1.145	.469**	0.267 - 0.826
	60-69	.462*	0.228 - 0.937	.381**	0.199 - 0.731
	70이상	.749	0.342 - 1.642	.495	0.236 - 1.040
교육수준	초졸 이하				
	중졸	.857	0.504 - 1.456	.863	0.571 - 1.304
	고졸	.724	0.448 - 1.172	.686	0.457 - 1.029
	대졸 이상	.610	0.363 - 1.024	.543*	0.341 - 0.864
결혼상태	미혼				
	동거	.960	0.621 - 1.485	.921	0.583 - 1.457
	별거, 이혼	1.799	0.914 - 3.542	.964	0.514 - 1.807
	사별	1.092	0.231 - 5.167	.963	0.526 - 1.763
가구소득	하				
	중하	1.175	0.707 - 1.954	.761	0.527 - 1.098
	중상	1.542	0.919 - 2.587	.895	0.612 - 1.307
	상	1.438	0.840 - 2.461	.520**	0.343 - 0.789
건강보험 종류	지역				
	직장	1.066	0.775 - 1.467	.912	0.700 - 1.188
	의료급여	1.388	0.473 - 3.925	1.223	0.624 - 2.396
만성질환	없음				
	있음	.981	0.744 - 1.294	1.169	0.909 - 1.503
주관적 건강상태	매우 좋음				
	좋음	1.443	0.604 - 3.444	1.706	0.758 - 3.838
	보통	2.700*	1.169 - 6.238	2.407*	1.098 - 5.277
	나쁨	5.209***	2.183 - 12.433	5.089***	2.270 - 11.410
	매우 나쁨	5.357**	1.656 - 17.334	8.686***	3.499 - 21.561

* p < .05, ** p < .01, *** p < .001, OR : Odds Ratio, 95% C.I : Confidence interval

V. 고찰 및 결론

본 연구는 국민건강영양조사를 활용하여 고용형태별 미충족 의료경험 여부를 파악하고, 고용형태가 미충족 의료경험 여부에 미치는 영향을 성별로 계층화하여 분석하였다. 미충족 의료와 관련된 연구들이 활발히 진행되고 있지만 한국 노동시장의 특성을 반영한 연구는 부족한 실정이다. 이에 본 연구에서는 고용형태를 세분화하여 임금근로자 뿐만 아니라 비임금 근로자인 자영업자와 무급가족종사자도 포함하였다. 이에 본 연구에서는 대상자는 60세 이상의 고령층도 포함하여 분석하였다. 또한, 기존의 연구에서는 수행하지 않았던 성별 계층화 분석을 통해 근로자의 고용형태가 미충족 의료경험 여부에 미치는 영향을 성별에 따른 차이가 존재하는지 명확하게 알아보고자 하였다. 따라서 분석결과와 함께 미충족의료 경험을 해소시킬 수 있는 방안을 모색하고자 하였다.

본 연구에서 가장 주목할 만한 점은 여성은 남성과 달리 비정규직과 자영업자무급가족종사자에 비해 정규직일 경우 미충족 의료를 경험할 확률이 높게 나타난 것이다. 이는 여성의 경우에는 고용안정성이 높고, 소득이 높은 정규직임에도 의료이용에 제약을 받게 만드는 요소가 존재한다는 것을 의미한다. 추가적으로 미충족 의료를 경험한 정규직 여성의 결혼상태를 분석해보았을 때, 다수가 기혼상태로 나타났으며 연령으로는 30대가 가장 많았다. 미충족 의료경험이 있는 정규직 기혼 여성의 미충족 사유로는 '시간이 없어서가 가장 많은 것으로 나타났다. 본 연구의 정규직 여성은 근로시간이 전일제인 경우로 정의하였기 때문에 비정규직, 자영업자, 무급가족종사자에 비해 자신의 건강을 돌보는 시간과 자원이 더욱 부족할 것으로 짐작할 수 있다. 김희연, 강민아(2018)의 연구에서는 미충족 의료경험에 영향을 미치는 결정요인으로 가용성과 수용성 유형이 남성에게 비해 여성에서 더 높게 나타나 여성이 경제활동과 육아, 가사노동을 병행하여 의료이용을 할 시간이 부족할 것이라고 해석한 것과 같은 맥락이다. 또한, 심한 가사노동은 성인의 미충족 의료경험을 높일 수 있다는 Allen과 Mor(1997)의 연구도 이를 뒷받침할 수 있다. Socias, Koehoorn, Shoveller(2016)의 연구에서도 대부분의 나라에서 보편적인 성역할과 가부장적 문화로 인해 가족의 간병, 돌봄 노동을 여성이 부담하기 때문에 의료이용을 하는데 어려움을 겪을 수 있다고 밝혔다. 손영미, 박정열, 전은선(2015)은 20대에 근로활동에 참여한 여성들은 가정이 생김과 동시에 경제활동을 그만두거나 비교적 시간이 자유로운 비정규직으로 전환하여 가정과 일을 병행하는 경향이 높다고 하였다.

여성은 가정 내 1차적인 돌봄 역할을 맡고 있어 정규직으로 일하는 여성은 다른 근로형태보다 시간적 여유가 부족하여 미충족 의료경험이 더욱 심화될 수 있다고 밝힌 Bryant, Leaver, Dunn(2009)의 연구와 같은 맥락이다.

본 연구결과를 바탕으로 정책적 함의를 모색하면 다음과 같다. 첫째, 근로환경을 개선해야 한다. 남성의 경우 비정규직과 자영업자, 무급가족종사자는 정규직에 비해 미충족 의료경험이 높았다. 비정규직 고용은 열악한 근무환경과 근무조건, 낮은 임금, 직장 내 차별과 같은 문제를 수반한다. 이러한 비정규직의 상황은 경제적인 이유로 인한 의료이용의 제약을 없애기 위해 열악한 임금상황을 개선하고, '동일노동 동일임금'을 시행할 수 있는 제도적 개선이 필요함을 시사한다. 또한, 비정규직과 자영업자의 경우 유급휴가와 같은 제도가 부족하여 소득상실 걱정으로 미충족 의료경험이 증가할 수 있는데 이에 대한 정책적 제도가 필요할 것으로 보인다(한국노동연구원, 2014). 또한, 서울시에서는 2019년부터 유급휴가가 없어 소득상실로 인해 치료를 포기하는 가능성이 있는 저소득 근로자와 자영업자를 대상으로 '서울형 유급 병가'를 시행하였다. 이러한 제도는 지역에 국한되지 않고 모든 근로자가 체감할 수 있도록 중앙정부의 정책적 개입이 필요할 것으로 생각된다. 마지막으로 한국의 장시간근로 관행을 없애는 것이 중요하다. 이는 정규직 또한 해당되며, 높은 근로시간은 근로자들이 병원을 이용할 수 있는 시간을 제약함과 동시에 건강에도 직접적인 영향을 미칠 수 있다(Ha, Jung-Choi, & Kim, 2019; 신한열 & 정완교, 2019).

둘째, 성별에 따른 고용형태별 불평등 해소 및 인식변화가 필요하다. 본 연구의 결과를 보면 여성과 남성은 미충족 의료경험 정도에서 서로 다른 방향성을 보여주고 있다. 한국의 가부장적 이데올로기로 인해 여성들은 근로와 무관하게 임신과 출산, 양육, 가사노동을 담당해야 한다는 부담을 느끼게 된다. 특히 정규직 여성의 경우 일과 가정의 양립으로 병원에 갈 시간이 더욱 부족하다. 이를 해소하기 위해서는 다양한 육아지원 서비스 정책의 확대가 필요할 것으로 판단된다. OECD 국가들 중 '일-가정 양립 정책' 수준이 최상위 수준인 스웨덴의 경우는 국가의 가족 돌봄 서비스 지원이 잘 구축되어 있다(최성은, 2016). 따라서 현재 우리나라에서 직장 내 보육시설 설치는 의무화되어 있지만 상시근로자 500인 이상, 상시 여성 근로자 300명 이상인 사업장으로 한정되어 있다는 문제가 있다. 현 정책의 기준 완화를 통해 보장범위를 넓힐 필요가 있다. 또한, 성별에 따라 나누어진 기준은 오히려 돌봄노동에 대한 의무가 여성에게 있다는 인식을

줄 수 있으므로 수정과 보완이 필요하다고 생각한다. 이러한 정책적 지원과 더불어 근본적인 해결책도 생각할 필요가 있다. 현대사회는 남성이 생계를 부양했던 과거와는 다르게 맞벌이 부부가 늘어나며 양육과 가사에 있어 평등한 사회로 나아가고 있다. 하지만 ‘일-가정 양립제도’가 현재 시행되고 있음에도 불구하고 여성의 경우 직간접적 불이익이 발생하거나 동료나 상사의 눈치, 대체인력 부족의 문제로 이용률이 저조한 실정이다(정미주, 임상호, 2016). 김연진, 김수영(2015)은 남성의 경우에도 전통적 남성 성역할과 직장 내 구성원들 간 눈치로 인해 육아휴직을 사용하지 못한다고 하였다. 이러한 문제점을 근본적으로 해결하기 위해서는 가정과 직장에서 이분법적 젠더 역할이 아닌 남녀의 평등한 역할분담이 필요하며, ‘일-가정 양립제도’를 이용할 때 눈치를 주는 분위기가 아닌 격려할 수 있는 사회의 분위기를 만들 필요가 있다. 즉, 성역할에 대한 우리 사회의 인식이 개선되어야 하고 나아가 문화 개혁이 필요하다고 생각한다.

본 연구는 고용형태별, 성별 미충족 의료 경험의 차이를 살펴본 연구로 근로환경 개선과 성별에 따른 고용형태별 불평등 해소 및 인식변화를 통해 미충족 의료경험을 개선할 수 있을 것으로 기대한다. 미충족 의료경험의 차이는 생존 및 건강 향상의 필수 수단인 의료이용에서 제약을 받게 만들고, 미충족 의료경험이 발생할 경우 개인적 측면에서는 건강상태가 악화될 수 있으며 사회적 측면에서는 장기적으로 의료비 지출이 과다하게 발생할 수 있을 것이다. 이러한 점에서 본 연구는 향후 고용형태별, 성별 의료이용에 관한 불평등 해소에 관한 효과적인 방안을 모색하기 위한 기초자료로 활용할 수 있을 것이다.

본 연구는 다음의 몇 가지 한계점을 지니고 있다. 첫째, 본 연구는 개인이 인식한 주관적인 응답을 바탕으로 미충족 의료경험에 대해 설문하였기 때문에 과소 또는 과대 측정의 우려가 있다. 둘째, 본 연구의 자료는 국민건강영양조사를 활용한 단면연구라는 점에서 고용형태별, 성별 미충족 의료경험 사이의 명확한 인과관계를 밝히는데 한계가 있다. 후속연구에서는 종단적 자료를 활용하여 고용형태별, 성별 미충족 의료경험에 미치는 메커니즘을 밝히기 위한 노력이 필요하다. 셋째, 자료의 한계로 인해 성별에 따른 일자리 질적 차이가 미충족 의료경험의 차이로 발생할 가능성에 대해 고려하지 못했다. 넷째, 의료이용의 영향을 미칠 수 있는 많은 요인들 중 본 연구에서는 일부분만 포함시키고 있어 향후 연구에서는 다양한 요인들을 포함시켜 살펴 볼 필요가 있다. 다섯째, 고용상태에 관한 연구의 공통된 문제라 할 수 있는 내생성을 자료의 한계로 인해 충분히

통제하지 못했다는 한계가 존재한다.

그럼에도 불구하고 본 연구결과를 통해 알 수 있듯 여성근로자의 경우 비정규직과 자영업자무급가족종사자에 비해 정규직 근로자가 미충족 의료를 경험할 확률이 높은 것으로 나타난 점은 중요한 의미를 가진다. 특히, 정규직 여성들의 의료이용 접근성을 제고할 수 있고, 다양한 방안이 심도있게 논의됨은 물론 그 결과들이 정책 및 입법에 반영되길 기대한다. 하지만 아직 이와 관련된 선행연구가 부족하기 때문에 후속 연구를 통해 성별에 따라 달라지는 고용형태별 미충족 의료 경험을 개선할 수 있는 기반을 마련한다면 근로자들의 의료 접근성을 높이는 데 기여할 수 있을 것이다.

우세린은 고려대학교에서 보건학 석사과정(보건정책관리학 전공)에 재학 중이다. 주요 관심분야는 보건의료시스템, 의료서비스 질, 건강증진 등이다.

(E-mail: dntpfls@naver.com)

손민성은 고려대학교에서 석·박사학위를 받았으며 현재 고려사이버대학교에서 보건행정학과 교수로 재직 중이다. 주요 관심분야는 보건의료경영, 보건의료시스템, 노인보건, 의료서비스질 등이다.

(E-mail: minsinge@korea.ac.kr)

김귀현은 서울대학교 보건대학원에서 석사 및 박사 수료하였고 원광대학교 의과대학에서 의학박사를 받았다. 현재 경인여자대학교 보건의료과 교수로 재직 중이다. 주요 관심분야는 보건의료정보, 보건분류, 건강정보서비스 등이다.

(E-mail: adela@kiwu.ac.kr)

최만규는 서울대학교 보건대학원에서 보건학 석·박사학위를 받았으며, 현재 고려대학교 보건정책관리학 교수로 재직 중이다. 주요 관심분야는 보건의료조직 및 인력관리, 보건의료전략경영 등이다.

(E-mail: mkchoi@korea.ac.kr)

참고문헌

- 김수희, 이정열. (2013). 결혼 이후 여성의 미충족 의료에 미치는 영향 요인 분석. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 43(6), pp.770-780.
- 김연진, 김수영. (2015). 남성의 육아휴직 경험에 대한 연구: 이분법적 젠더 역할에 대한 인식 변화 가능성을 중심으로. *사회복지연구*, 46(4), pp.285-319.
- 김정희, 김영숙, 김명순. (1999). 보건소 이용 노인의 미충족 의료요구. *노인간호학회지*, 1(2), pp.172-180.
- 김희연, 강민아. (2018). 대도시 미충족의료와 지역 맥락효과에 관한 다수준 분석: 서울시를 중심으로. *보건경제와 정책연구*, 24(1), pp.111-141.
- 문정화, 강민아. (2016). 독거노인의 미충족 의료와 영향요인. *보건사회연구*, 36(2), pp.480-510.
- 박유경. (2019). 미충족의료 개념의 재정의와 측정. 박사학위논문, 서울대학교.
- 박진욱, 한윤정, 김승섭. (2007). 고용형태의 변화에 따른 건강불평등. *예방의학회지*, 40(5), pp.388-396.
- 방하남, 남재욱. (2016). 고용보험의 사각지대와 정책과제에 관한 연구: 실업급여를 중심으로. *사회복지정책*, 43(1), pp.51-79.
- 석홍덕, 김지현, 김영광, 이완형, 윤진하, 원종욱 등. (2016). 장시간 근로와 필요의료 미충족의 관련성을 통해 살펴본 작업장 내의 건강 비형평성. *대한직업환경의학회, 대한직업환경의학회 학술대회 논문집*, 서울: 대한직업환경의학회. pp.478-478.
- 손영미, 박정열, 전은선. (2015). 한국, 일본, 영국 기혼여성근로자의 일과 가족 양립 관련 가치관에 대한 비교연구. *한국심리학회지: 문화 및 사회문제*, 21(2), pp.253-277.
- 신동주, 최배근. (2018). 우리나라 영세자영업자 증가의 원인: 탈공업화와 영세자영업자의 관계를 중심으로. *산업경제연구*, 31(5), 1831-1856.
- 신자은. (2013). 건강보험 가입 재가 장애인의 미충족 의료 경험에 영향을 미치는 요인. *보건사회연구*, 33(2), pp.525-577.
- 신한열, 정완교. (2019). 노동 시간의 단축이 건강 행태와 의료 이용에 미치는 영향. *보건경제와 정책연구*, 25(1), pp.53-75.

- 신혜리, 임예직, 한기명. (2014). 과부담 의료비 지출이 미충족 의료경험에 미치는 영향. *지역사회연구*, 22(3), pp.25-48.
- 오희영, 길은하. (2017). 한국인 고혈압 환자의 의료접근성 및 미충족 의료실태와 위험요인 분석. *성인간호학회지*, 29(1), pp.22-31.
- 이현옥. (2018). 4 대 중증질환 보장성 정책이 환자의 의료이용과 재난적 의료비에 미친 영향: 성향점수매칭과 이중차이분석을 활용하여. *한국사회복지학*, 70(1), pp. 89-116.
- 임지혜. (2013). 한국의료패널 자료를 이용한 만성질환자의 미충족 의료 현황 분석. *보건과 사회과학*, 34, pp.237-256.
- 장지연. (2001). 비정규직 노동의 실태와 쟁점-성별 차이를 중심으로. *경제와사회*, 51, pp.68-96.
- 장지은, 윤효정, 박은철, 장성인. (2018). 2016 미충족의료율과 추이. *보건행정학회지*, 28(1), pp.91-94.
- 전보영. (2014). 장애인의 의료이용과 미충족의료 경험에 영향을 미치는 요인. 서울대학교 대학원.
- 정미주, 임상호. (2016). 여성 근로자의 일·가정양립지원제도 인식과 활용에 관한 연구. *산업진흥연구*, 1(2), pp.41-47.
- 조순경. (2007). 여성직종의 외주화와 간접차별. *한국여성학*, 23(2), pp.143-176.
- 최성은. (2016). 스웨덴 여성 일·가정양립 경로의 역사적 형성과정에 관한 연구. *스칸디나비아 연구*, 17, pp.139-190.
- 최재우. (2018). 근로자의 고용상태가 미충족 의료에 미치는 영향. *보건의료산업학회지*, 12(4), pp.31-41.
- 통계청. (2018a). KOSIS 국가통계포털 Korean Statistical Information Services, http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=118&tblId=DT_118N_LCE0001&conn_path=I2에서 2019. 9. 1. 인출.
- 통계청. (2018b). 2018년 8월 경제활동인구조사 근로형태별 부가조사 결과. 보도자료
- 통계청. (2019). 경제활동인구조사. <https://meta.narastat.kr/metasvc/svc/SvcMetaDownPreview.do>에서 2019. 9. 1. 인출.
- 한국노동연구원. (2014). 기업복지 측면의 유급휴가 제공현황. 세종: 동 기관.

- 허순임, 이해재. (2016). 미충족 의료 경험과 보건의료체계에 대한 인식. *보건경제와 정책 연구*, 22(1), pp.59-89.
- Aday, L. A., & Andersen, R. (1974). A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res.*, 9(3), pp.208-220.
- Allen, S. M., & Mor, V. (1997). The prevalence and consequences of unmet need: Contrasts between older and younger adults with disability. *Medical care*, pp.1132-1148.
- Andersen, R. (1968). A behavioral model of families' use of health services: *Chicago: Center for Health Administration Studies, 5720 S. Woodlawn Avenue, University of Chicago, Illinois 60637, U.S.A.*
- Ayanian, J. Z., Weissman, J. S., Schneider, E. C., Ginsburg, J. A., & Zaslavsky, A. M. (2000). Unmet Health Needs of Uninsured Adults in the United States. *JAMA*, 284(16), pp.2061-2069. doi:10.1001/jama.284.16.2061
- Bryant, T., Leaver, C., & Dunn, J. (2009). Unmet healthcare need, gender, and health inequalities in Canada. *Health Policy*, 91(1), pp.24-32. doi:10.1016/j.healthpol.2008.11.002
- Ha, R., Jung-Choi, K., & Kim, C.-Y. (2019). Employment Status and Self-Reported Unmet Healthcare Needs among South Korean Employees. *International journal of environmental research public health*, 16(1), 9.
- Lee, S. E., Yeon, M., Kim, C.-W., & Yoon, T.-H. (2016). The association among individual and contextual factors and unmet healthcare needs in South Korea: a multilevel study using national data. *Journal of Preventive Medicine Public Health*, 49(5), 308.
- Lee, S. Y., Kim, C. W., Kang, J. H., & Seo, N. K. (2015). Unmet healthcare needs depending on employment status. *Health Policy*, 119(7), pp.899-906. doi:10.1016/j.healthpol.2014.09.007
- Marshall, E. G. (2011). Do Young Adults Have Unmet Healthcare Needs? *Journal of Adolescent Health*, 49(5), pp.490-497. doi:https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2011.03.005

- OECD. (2017). *Gender wage gap (indicator)*. Paris: Author. doi: 10.1787/7cee77aa-en
- OECD. (2019a). *Temporary employment (indicator)*. Paris: Author. doi: 10.1787/75589b8a-en
- OECD. (2019b). *Self-employment rate (indicator)*. Paris: Author. doi: 10.1787/fb58715e-en
- OECD. (2019c). *Hours worked (indicator)*. Paris: Author. doi: 10.1787/47be1c78-en
- OECD., & EU. (2018). *Health at a Glance: Europe 2018*. Paris: Author.
- Socias, M. E., Koehoorn, M., & Shoveller, J. (2016). Gender inequalities in access to health care among adults living in British Columbia, Canada. *Women's Health Issues, 26*(1), pp.74-79.

Differences in Unmet Healthcare Needs by Employment Status and Gender

Woo, Selin

(Korea University)

Sohn, Minsung

(The Cyber University of Korea)

Kim, Gwi Hyun

(Kyung-in Women's University)

Choi, Mankyu

(Korea University)

In the Korean labor market, due to the proliferation of precarious employment and long working hours, there is a problem where workers do not have access to use medical care despite their need for medical treatment due to economic burden or lack of personal time. In particular, polarization and inequality of the labor market by gender is getting worse. This study aims to analyze the difference in unmet healthcare needs according to workers' employment status and gender by reflecting the characteristics of the labor market in Korea. We used the Korea National Health and Nutrition Examination Surveys from 2015 and 2016 and targeted 6,174 workers aged 19 years or older. A logistic regression analysis was conducted to determine the effect of workers' employment status on unmet healthcare needs, and a stratified analysis was performed to compare gender differences. As a result, men were found to have more unmet healthcare needs in non-regular workers (OR = 1.519, CI = 1.052-2.194) and self-employed and unpaid family workers (OR = 1.499, CI = 1.015-2.214) than in regular workers, while women had fewer unmet healthcare needs in non-regular workers (OR = 0.653, CI = 0.477-0.893) than in regular workers. These results indicate that polarization by employment status and gender can lead to inequality in medical utilization. Therefore, it is necessary to establish a policy basis to improve unmet healthcare needs by employment status that varies according to gender and to devise a plan to increase workers' access to medical care utilization.

Keywords: Unmet Healthcare Needs, Employment Status, Gender, Inequality