

고용형태에 따른 민간의료보험 가입현황 분석: 중·장년층 남성 임금근로자를 대상으로

김 재 원
(서울대학교)

김 정 석*
(동국대학교)

본 연구는 임금근로자의 고용형태와 의료이용의 직접적 자원이 되는 민간의료보험 가입간의 관계를 분석한다. 상용직에 비해 임시직이나 일용직은 소득이 낮고 고용의 안정성도 낮다. 이 두 가지 특성은 민간의료보험 가입에도 영향을 줄 수 있는데, 민간의료보험 가입을 위해서는 특정 시점에서의 적절한 소득수준과 함께 이의 지속적인 확보가 담보되어야 하기 때문이다. 따라서 임시직과 일용직은 민간의료보험가입에 있어 불리한 위치에 서게 된다. 본 연구는 민간의료보험가입에 대한 안정적인 소득확보의 중요성에 주목하여, 고용형태에 따른 고용안정성이 민간의료보험 가입에 영향을 주는지를 확인하고자 했다. 이를 위해 한국의료패널(KHP) 2011년도 자료 중 40세 이상 65세 미만 남성 임금근로자(n=1,427)에 대해 로지스틱 분석을 실시하였다. 분석 결과, 고용형태는 민간의료보험 가입여부와 유의한 관계에 있는 것으로 나타났다. 소득 수준을 통제한 이후에도 임시직이나 일용직 근로자들의 경우 상용직 근로자들에 비해 민간의료보험에 가입하는 확률이 낮았다. 이는 민간의료보험 접근성이 고용의 안정성에 따라 상이하다는 것을 의미하며 이 차이는 결과적으로 의료이용불평등으로 이어질 수 있다. 고용형태에 따른 의료이용의 격차를 완화시키기 위해서는 임시직이나 일용직의 소득을 보완할 뿐 아니라 고용의 안정성을 확보할 수 있는 방안을 고민해야 할 것이다.

주요용어: 고용불안정, 비정규직, 민간의료보험, 남성근로자, 중장년층

이 논문은 2014년도 정부(교육과학기술부)의 재원으로 한국연구재단의 지원을 받아 수행된 연구임 (NRF-2014S1A3A2035458).

* 교신저자: 김정석, 동국대학교(chkim108@dongguk.edu)

■ 투고일: 2015.3.6 ■ 수정일: 2015.6.4 ■ 게재확정일: 2015.6.18

I. 서론

개인의 사회경제적 지위는 소득이나 교육 혹은 고용상태로 대변된다(Australian Bureau of Statistics, 2001) 이 중 고용의 형태는 소득의 수준이나 고용의 안정성 정도를 통해 개인에게 영향을 끼칠 것이다. 본 연구에서는 고용형태의 속성을 종사상 지위와 소득의 2가지 차원으로 구분하였다. 고용상의 지위는 상용직, 임시직, 일용직으로 분류되어¹⁾ 각 단계별로 고용의 안정성 정도가 달라지며, 소득은 연속적인 척도로 측정될 수 있다. 이 중 상용직은 정규직, 임시직·일용직은 비정규직 근로자로 구분될 수 있는데, 한국의 비정규직 근로자는 상당히 불리한 위치에 있다. 2014년 고용노동부의 사업체 노동력 조사결과에 따르면 정규직과 비정규직의 월평균 임금총액 차이는 2배 이상²⁾이고, 평균 근속기간 역시 상당한 격차를 보인다³⁾. 즉, 임금수준과 고용 연속성이라는 측면 모두에서 불이익을 겪고 있다.

이러한 격차는 건강에 부정적인 영향을 주어 의료이용에 대한 필요 수준을 높일 뿐 아니라(이원철·하재혁, 2011; 손신영, 2011; Kim et al., 2010; Kim et al., 2005; 박세홍 외, 2009; Nakao, 2010; Siegrist & Marmot, 2004) 활용 가능한 경제적 자원의 수준에도 영향을 줄 것이다. 개인이 의료 이용시 사용할 수 있는 자원 중 가장 직접적인 자원은 의료보험일 것이다. 한국의 경우 국민건강보험이라는 공적인 체계가 마련되어 있지만, 보장이 충분하지 않아 많은 가구가 민간의료보험에 가입해있다⁴⁾.

개인이 필요에 의해 자발적으로 가입하는 민간의료보험은 의무가입 방식인 공적 사회 보험에 비해 상대적으로 가입 조건이 까다롭고 보험료가 높은 수준이므로 보험의 유지에도 상당한 정도의 재원이 필요하다. 민간의료보험의 혜택을 받기 위해서는 일정 기간 동안 연속적으로 불입해야 하므로 장기간 보험료 납입이 가능한 경우에 보험에 가입하고자 하는 유인이 있을 것이다. 따라서 지속적인 소득을 확보하기 어렵게 하는 불안정한

1) 통계청 경제활동인구조사 본조사에서는 근로자를 상용직(1년이상), 임시직(1월-1년), 일용직(1월미만)으로 구분하고 있음(출처: 고용노동부 홈페이지).
 2) 2014년 10월 기준 정규직의 월평균 임금총액은 330만 7000원이고, 비정규직의 월평균 임금총액은 140만 3000원이다(출처: 고용노동부 사업체 노동력조사, 2014.11).
 3) 비정규직 근로자의 평균 근속기간은 2년 6개월이고 정규직 근로자의 평균 근속기간은 7년 1개월이다. (출처: <http://www.yonhapnews.co.kr/bulletin/2015/01/03/0200000000AKR20150103004600002.HTML?input=1195m>)
 4) 한국의료패널 전체 조사 대상 가운데 77% 이상의 가구와 67% 이상의 가구원이 적어도 하나 이상의 민간의료보험에 가입해있었다(정영호, 2011).

비정규 고용상태는 민간의료보험의 가입에 영향을 줄 것으로 예상된다. 본 연구에서는 고용형태가 의료 이용을 보조하는 민간의료보험 가입여부와 어떤 관계가 있는지를 살펴 보고자 한다.

II. 이론적 배경

1. 사회경제적지위(Socio-Economic Status:SES)와 민간의료보험

많은 선행연구에서 밝혀졌듯이 개인의 사회경제적 지위(SES)는 건강의 불형평(Health Inequality)와 밀접한 관련을 갖는데, 이러한 양상은 저개발국 뿐 아니라 선진국에서도 관찰될 뿐 아니라 현대에 나타난 건강위험요인들에게까지 적용된다(Phelan et al., 2010). Link·Phelan(1995)는 Lieberson(1985)의 ‘근본적 원인(Basic Causes)’ 개념을 발전시켜 ‘근본적 원인에 대한 이론(The Theory of Fundamental Causes)’를 만들었다. 이들의 주장은 건강불형평(Health Inequality)이 나타나는 사회적 차원에서의 근본원인은 1) 다양한 건강결과(Health Outcomes), 2) 위험요소(Risk)들에 대한 노출, 3) 위험을 피할 수 있거나 그로 인한 부정적 건강결과를 최소화할 수 있는 자원(Resources)에 대한 접근에 영향을 주며, 4) 이 근본원인과 건강 사이의 관계가 - 근본원인과 건강을 연결하는 기제는 달라질 수 있으나 시간이 지남에 따라 반복된다는 것이다.

이들의 주장을 건강불형평의 근본적 원인으로서의 사회경제적 지위에 적용해보면, 사회경제적 지위가 낮다는 것은 1) 건강 자체가 좋지 않거나 2) 건강을 해치는 위험요소에 더 많이 노출되거나 3) 위험을 피하거나 그 위험요소의 영향력을 최소화할 수 있는 자원이 부족한 상황에 놓인다는 것을 의미한다. 사회경제적 지위는 소득수준, 교육의 정도, 경제활동여부 등 다양한 척도를 이용해 측정되고 정의될 수 있다. 특히 고용/경제활동은 경제적 자원을 얻을 수 있는 수단이므로 자원의 가용성과 밀접한 관련이 있을 것이다. 과거에는 경제활동여부가 중요한 변수로 작용했으나 최근 다양한 고용형태가 나타나면서 고용의 안정성 수준이 또 다른 변수로 작용할 수 있다(Hurrell, 1988; Quinlan et al., 2001). 고용이 불안정한 집단은 소득이 안정적으로 공급될 가능성이 낮기 때문이다.

따라서 고용이 불안정한 근로자의 경우 고용이 보장되는, 안정성이 높은 근로자에 비해 사회경제적 지위가 낮으므로(윤정향, 2003), 건강상태가 좋지 않을 뿐 아니라(손신영, 2011; 신순철·김문조, 2007 등) 상대적으로 의료를 이용할 수 있는 경제적 자원에 대한 접근성이 낮을 것이다. 한국의 경우, 국민건강보험(공적보장)와 민간의료보험(사적보장)에 적용해 볼 수 있을 것이나, 공적 보장에 대한 낮은 접근성은 이미 선행연구(배화숙, 2005; 윤정향, 2003)에서 확인된 바 있으므로, 본 연구에서는 사적보장인 민간의료보험에 대한 접근성이 고용안정성에 따라 달라지는지를 확인하고자 한다.

2. 민간의료보험 가입 영향요인

고용형태가 민간의료보험 가입에 미치는 영향을 확인하기 위해서는, 민간의료보험 가입에 영향을 주는 다른 변수들을 통제할 필요가 있다. 기존에는 국내외 연구에서 민간 의료보험 가입과 관련된 연구가 많지 않았으나 최근 국내 민간의료보험 시장이 확대되면서 보험가입의 건수나 가입 상태 변동에 대한 연구가 증가하고 있다(전보영 외, 2013).

먼저 외국의 사례를 살펴보자면, 대만, 프랑스, 호주, 영국, 미국(메디케이드)에서는 민간의료보험이 -한국과 유사하게- 보충적/부가적인 역할을 하므로 본 연구에 시사점을 제공할 수 있을 것이다. 이들 국가에서의 민간의료보험 가입 관련 연구를 살펴보면 본 연구의 모형과 같이 가입자 개인의 인구·사회학적 특성과 경제적 특성, 가구의 특성이 영향을 주는 것으로 나타났다.

남성보다 여성의 가입 확률이 높았고(Liu & Chen, 2002; King & Mossialos, 2005; Foubister et al., 2006) 학력수준(Liu & Chen, 2002; Doiron et al., 2008; King & Mossialos, 2005; Foubister et al., 2006)이 민간의료보험 가입에 영향을 주기도 했다. 또 소득 수준이 높을 때(Liu & Chen, 2002; Blanpain, 1997; Emmerson, 2001; Schofield et al., 1997; Lokuge et al., 2005; Doiron et al., 2008 등), 직업이 있는 경우(Liu & Chen, 2002; Buchmueller et al., 2004; Saliba & Ventelou, 2007)에 가입할 확률이 높아졌다. 가구원이 많을수록 민간의료보험 가입 확률이 증가(Schofield et al., 1997)한다는 연구결과도 있었다.

이들 연구 중 상당수(Laing & Buisson, 1999; Buchmueller et al., 2004; Saliba & Ventelou, 2007; Bocognano, 2000; Doiron et al., 2008; King & Mossialos, 2005;

Foubister et al., 2006; Rhine & Chu, 1998)에서는 개인의 경제적 특성과 관련하여 소득 수준 뿐 아니라 고용의 상태나 직종, 직무를 고려하였다. 직종이나 직무에 따라 고용의 안정성이 달라지므로 이들 연구에서 확인된 결과는 고용의 안정성 정도가 민간 의료보험 가입에 주는 영향 정도일 것이다.

국내에서 민간의료보험에 관한 연구는 2000년대 이후에 와서 활발해졌는데, 이는 한국복지패널(KoWePS), 한국의료패널(KHP), 고령화연구 패널조사(KLoSA) 등 민간 의료보험의 가입과 관련한 자료들이 이 시기에 이용 가능해졌기 때문일 것으로 보인다. 이 가운데 2010년 이전의 연구들은 분석의 대상이 제한적이거나(윤태호 외, 2005; 박영희, 2006; 임진화 외, 2007) 통제변수가 부족한(윤희숙, 2008) 등의 한계가 있어 본 연구에서는 2010년 이후의 연구를 중심으로 문헌 고찰을 수행하였다.

국내 연구들에서도 해외 연구들과 거의 동일한 변수들이 유의한 영향성을 보였다. 민간의료보험 가입여부에 대해 분석한 연구들에서는 공통적으로 여성이 남성보다 민간 의료보험 가입 확률이 높았고(유창훈 외, 2010a; 2010b; 김효진·이재희, 2012; 유기봉 외, 2012; 이현복·현경래, 2011; 박성복·정기호, 2011; 유창훈·김정동, 2011) 연령이 낮을수록(유창훈 외, 2010a; 2010b; 김효진·이재희, 2012; 이현복·현경래, 2011; 박성복·정기호, 2011) 민간의료보험 가입 확률이 높았다. 혼인상태(유기봉 외, 2012; 박성복·정기호, 2011), 자녀 수(유창훈 외, 2010a; 2010b; 김효진·이재희, 2012), 거주지역(유기봉 외, 2012; 박성복·정기호, 2011) 등 다른 인구·사회학적 요인들도 민간의료보험가입에 영향을 주었다. 경제적인 요인 중에는 소득이 높을수록(유창훈 외, 2010a; 2010b; 김효진·이재희, 2012; 이현복·현경래, 2011; 김윤진 외, 2013; 박성복·정기호, 2011; 유창훈·김정동, 2011) 민간의료보험 가입 확률이 높았다. 이외에 건강관련 행태인 주관적 건강상태(유창훈 외, 2010a; 2010b; 김효진·이재희, 2012), 만성질환(유기봉 외, 2012; 김윤진 외, 2013; 박성복·정기호, 2011), 의료이용여부(유창훈 외, 2010a; 2010b; 김효진·이재희, 2012; 이현복·현경래, 2011; 유창훈·김정동, 2011)나 빈도(유기봉 외, 2012)등도 유효한 영향요인이었다.

이 가운데 박성복과 정기호(2011), 이현복과 현경래(2011), 권현정(2011)의 연구에서는 고용 관련 변수를 포함하였는데, 경제활동 여부는 민간의료보험 가입에 유의한 영향을 주었다(박성복·정기호, 2011). 고용주는 민간의료보험에 더 많이 가입하며 임시직은 비경제활동인구보다도 복수 가입이 더 적었고(이현복·현경래, 2011) 취업상태의

변화는 민간의료보험의 지속에 유의한 영향을 주었다(권현정, 2011).

고용 안정성과 민간의료보험 가입을 다룬 기존 국내·외 연구의 접근 방법은 몇 가지 한계가 있었다. 첫째, 민간의료보험 가입자의 특성과 가입요인에 관한 국내 연구는 아직 명확한 결론이 도출되었다고 하기 힘들다(이현복·현경래, 2011). 이 때문에 민간의료보험 가입 요인에 대해서는 일정한 이론적 모형에 기반하기가 어려우며, 본 연구에서도 이러한 어려움 때문에 기존 연구들의 결과를 고찰하고 의료이용연구에 자주 사용되는 Andersen(1968)의 모형을 참고로 하여 연구 모형을 구성하였다. 둘째, 직업 상태나 직종, 고용 상태의 영향은 유효한 것으로 관찰되나, 변수 측정의 유효성이나 비교 대상의 동질성 측면에서 제한이 있다. 이용철 외(2010)의 연구에서는 직무특성에 대해서만 분석하였기 때문에 고용안정성이 고려되지 않았고, 유창훈과 김정동(2011), 이현복과 현경래(2011)는 서로 다른 특성을 가지는 자영업종사자, 무직자 및 기타 모든 고용형태를 포괄하여 분석함으로써 고용안정성의 영향을 정확하게 분석하지 못하였다. 자영업 종사자나 무직자는 임금근로자와 비교했을 때, 고용안정성 외 항목에서도 매우 이질적인 성격을 띠기 때문에 이들을 분석에 포함하는 것은 비교의 정확성을 떨어뜨린다.

그러나 유창훈과 김정동(2011)은 정규직과 무직자와의 민간의료보험 가입 확률 차이에 대해, 무직자는 정규직에 비해 미래의 위험보다는 현재 소비에 대한 효용이 더 크다고 해석하여, 지속적인 소득의 여부에 따라 민간의료보험 가입 확률이 달라질 수 있음을 시사했다. 다시 말해 안정적인 고용 상태에 있는지의 여부가 민간의료보험 가입에 영향을 줄 수 있으며, 본고에서는 이 영향관계를 확인하는 것을 목적으로 한다.

본 연구에서는 기존 연구의 한계를 극복하고자 국내·외 선행연구를 고찰하여 이론적 모형을 구축하고 요인들 사이의 관계를 설정하였고, 연구 대상의 연령을 중년층 이상 남성 임금근로자로 제한함으로써 분석 대상의 동질성을 확보하였다.

Ⅲ. 연구방법

1. 자료원 및 분석 대상

본 연구는 한국보건사회연구원과 국민건강보험공단이 공동으로 수행하는 조사인 한국의료패널(Korea Health Panel:KHP)⁵⁾ 2008-2011년 연간데이터(ver.1.0)를 활용하였다. 한국의료패널조사자료는 민간의료보험 가입에 대한 상세한 자료를 얻을 수 있어 본 연구의 목적에 가장 잘 부합하는 자료이다. 실제 분석에는 한국의료패널조사 자료 중 가장 최근 자료인 2011년도 자료를 사용하였고 분석 대상은 1) 40세 이상 65세 미만, 2) 남성, 3) 임금 근로자로 제한하였다. 분석 대상군의 연령을 40대 이상으로 제한한 것은 의료필요가 지속적으로 증가하기 시작하는 연령대가 중년층 이상이기 때문이다. 의료필요가 연령증가와 동일한 방향성을 가지면 의료필요에 대한 통제가 보다 용이하다. 한국사회의 정년을 생각할 때 65세 이상 연령군에서는 임금근로자에 대한 분석이 갖는 의미가 제한적이고, 65세 이상에서는 의료비 부과체계가 상이하므로 의료이용과 민간의료보험의 관계가 다소 상이할 것으로 보여 65세 이상 노인층은 분석대상에서 제외하였다.

성별과 근로유형에 대한 지위에 대한 제한을 둔 것은 기존 문헌의 제한점이었던 연구대상의 비교가능성 문제를 해결하기 위한 것이다. 먼저 성별을 남성으로 제한한 이유는, 여성의 경우 출산이나 육아 등을 이유로 자발적인 불안정 고용 선택이 발생할 가능성이 높으므로 개인의 고용상태가 사회경제적 지위를 대변한다고 보기 어렵기 때문이다. 즉 여성 비정규직 근로자군에는 서로 다른 특성을 가진 개인들이 섞여있을 것이므로 고용불안정의 영향이 명확하게 나타나지 않을 것이다. 또 남성 가장이 주부양자의 역할을 하고, 여성은 보조적인 역할을 하는 경우가 많기 때문에 개인의 고용과 가구의 생활수준이 직결되지 않을 가능성이 높다. Rhine & Chu(1998)의 연구에서도 전일제고용-민간의료보험 가입의 관계가 남성에서 강하게 나타나고 여성에서는 약화되었다.

마찬가지의 이유에서 분석 대상을 임금근로자로 제한하였는데 임금근로자와 자영자, 무급가족종사자 및 비경제활동인구는 서로 이질적인 집단이기 때문에 이들을 한 데

5) 한국의료패널조사(KHP)에 대한 보다 상세한 설명은 이용갑 외(2008) 참고.

모아서 한꺼번에 비교하는 것은 분석의 엄밀성을 저해할 것이다. 예를 들어 자영자는 사업장 규모나 수익에 따라 고용의 안정성이 달라질 것이므로, 임금근로자와 같이 정규직과 비정규직으로 고용안정성의 수준을 구분하기가 어렵다. 또 무급가족종사자는 소득이 없으므로 본 연구에서 확인하고자 하는 소득의 '지속성'의 영향을 확인할 수 없다. 비경제활동인구는 근로 자체를 하지 않으므로 논의의 대상이 되지 않는다.

서두에 밝힌 바와 같이 민간의료보험 가입 상태와 고용형태 사이의 관계를 확인하는 것이 본 연구의 목적이며, 분석의 엄밀성을 위해 연령, 성별, 근로유형을 제한하여 동질적인 비교 집단을 설정하였다. 한국의료패널조사(KHP) 2011년도 자료의 표본 수는 17,035명이었으나 40세 이상 연령군은 6,044명, 이 중 남성은 4,242명, 그리고 이 가운데 임금근로자는 1,636명이었으나 결측치가 있는 일부를 제외한 1,427명을 분석 대상으로 하였다.

2. 분석모형

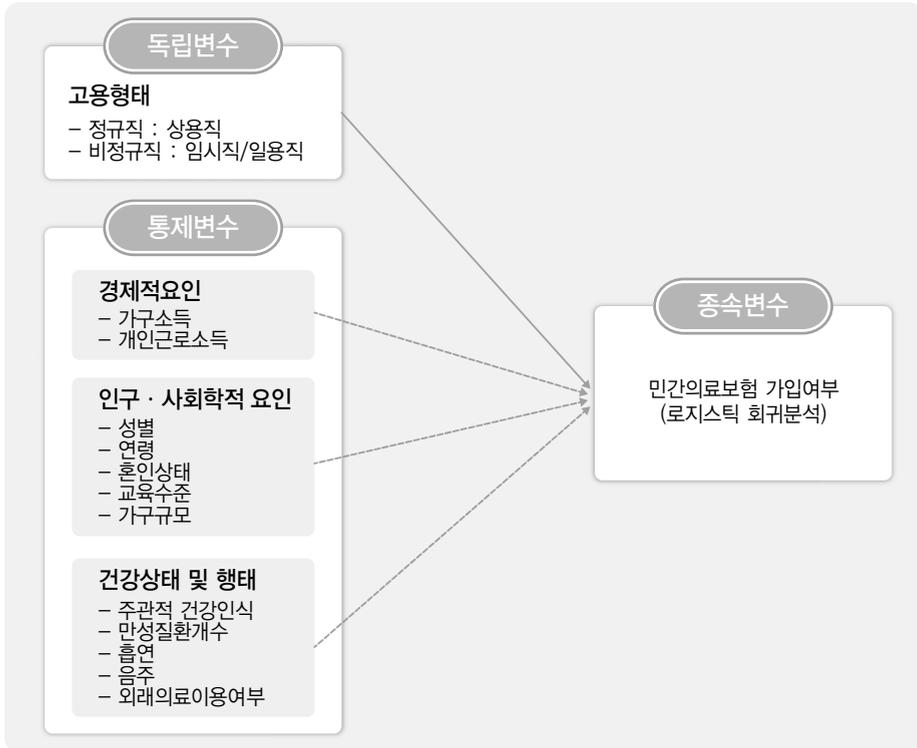
민간의료보험 가입에 대한 고용형태의 영향을 확인하기 위하여, 선행연구들의 결과를 바탕으로 통제변수들을 선정하였다(표 1 참고). 국내외 연구에서 사용빈도가 높은 변수들을 연구모형에 포함하였고 일부 국내 연구에서 유의한 변수로 판명된 인지기능점수, 거주지역, 건강기능식품 섭취, 주기적인 운동 등의 변수는 고려하지 않았다. 인지기능점수와 거주지역 변수는 민간의료보험가입 여부/건수에 미치는 영향의 기전이 명확하지 않다. 그리고 건강기능식품의 섭취나 주기적인 운동 여부 등은 민간의료보험 가입을 개인의 위험회피 성향과 연결하기 때문에 소득 수준과 소득의 안정성 등 자원의 가용성을 중심으로 하는 본 연구의 관점과 맞지 않아 제외하였다.

최종적으로 연구에 사용된 독립변수는 고용형태, 개인근로소득 및 가구소득, 연령, 혼인상태, 교육수준, 가구규모, 만성질환, 주관적 건강, 음주, 흡연, 외래의료이용여부이다. 가구 수준에서의 소득의 영향 뿐 아니라 개인 소득수준의 영향도 통제하기 위해 가구소득과 별도로 개인 근로소득을 모형에 포함하였다. 고용형태는 통계청에서의 분류에 따라 상용직(정규직)/임시직·일용직(비정규직)으로 나누었다⁶⁾. 가구소득과 개인 소득은

6) 한국의료패널자료(KHP)에서는 가구원 조사에서 근로자 유형을 정규직·상용직·임시직·일용직으로

정규분포 가정을 위해 자연로그를 취한 값을 사용하였고 가구원 수를 직접 모형에 포함하였기 때문에 가구소득은 균등화시키지 않고 원래의 금액을 그대로 사용하였다.

그림 1. 고용형태와 민간의료보험 가입상태



한국의료패널조사(KHP)에서는 응답자의 연령을 5세 구간으로 끊어서 조사하고 있어 이 구간을 이용해 연령을 측정하였다. 연령변수는 연령에 따라 증가하는 의료필요를 통제하기 위한 것이므로 5세를 단위로 하는 구간 변수를 사용하더라도 분석에 문제를 발생시키지 않을 것으로 판단하였다. 분석시에는 40세 이상-45세 미만(1), 45세 이상-50세 미만(2), 50세 이상-55세 미만(3), 55세 이상-60세 미만(4), 60세 이상-65세 미만(5)으로 분류하여 연속변수로 사용하였다.

구분하였으나, 고용안정성을 중심으로 분석하기 위해 정규직·상용직 근로자를 합하여 모두 상용직으로 분류하였음.

남성의 경우 혼인여부에 따라 건강효과가 나타나며, 무배우자 상태라 하더라도 중년 이상에서 미혼과 이혼·사별 등은 다른 의미를 가질 것이므로 혼인상태는 미혼/유배우/이혼·사별 등으로 구분하였다. 교육수준은 일반적으로 기본적인 사회경제적 지위의 지표로 사용되므로 변수에 포함하였고 무학~초졸, 중학~고졸, 대입~대학원 이상으로 구분하였다. 가구규모는 가구당 가구원 수를 연속변수로 측정하였고 해당 변수는 중년 이상 남성 임금근로자에게 부양해야 할 대상의 의미를 가진다.

건강상태 및 행태 요인 중 만성질환은 개인이 보유한 만성질환의 개수를 연속변수로 측정하였고, 음주는 평생 마시지 않음(0), 과거에 마심-월2,3회(1), 주 1회 이상(2)로 코딩하여 연속변수로 사용하였다. 흡연 역시 피운적 없음(0), 과거에 피웠음-가끔피움(1), 현재 매일 피움(2)으로 코딩하였고, 주관적 건강수준은 매우 좋음을 1로 매우 나쁨을 5로 코딩하여 연속변수로 사용하였다. 의료이용은 의료에 대한 필요가 실제로 의료이용으로 이어진 것을 통제하기 위한 것으로 외래의료이용여부를 사용하였다.

연구의 종속변수는 민간의료보험 가입 여부를 사용하였고 가입(보유)을 1, 미가입(미보유)을 0으로 코딩하였다. 본 연구에서는 민간의료보험의 수혜가 아니라 투입할 수 있는 재원의 가용성을 중심으로 하기 때문에 정액형·실손형을 구분하지 않고 모든 종류의 민간의료보험을 포괄하였다.

3. 분석방법

조사 대상의 일반적인 특성을 확인하기 위해 사례들의 분포를 확인하였고, 민간 의료보험 가입여부와 고용형태 사이의 관계를 알아보기 위해서는 로지스틱 분석을 실시하였다.

IV. 연구결과

1. 연구 대상의 특성

연구대상자의 사례 분포는 <표 1>과 같다. 전체 응답자 가운데 82.2%가 민간의료 보험에 가입해있다고 응답하였다. 이 수치는 한국보건사회연구원이 2011년 발표한 수치인 67%(가구원 기준)보다 높는데 본 연구는 경제활동인구만을 대상으로 하고 있어 어린이, 청소년 등의 미성년자가 제외되었으므로 당연한 결과라고 할 수 있다.

응답자들의 고용형태는 과반수가 상용직의 위치에 있었고 임시직과 일용직은 상대적으로 적은 비중을 차지했다. 처음 사회생활을 시작하는 청년층에서 인턴 등 불안정한 고용 형태가 빈발하는 것을 볼 때 중년층 이상은 비교적 안정된 고용상태에 있기 때문일 것이다. 연령대는 40대가 절반 정도를 차지했고 연령대가 증가할수록 응답자의 수가 줄어들었다. 평균 연령대는 40대 중·후반과 50대 초·중반의 가운데로, 이를 실제 연령으로 환산하면 50대 초반인 것으로 나타났다. 이는 한국의료패널조사(KHP) 전체 표본에서 고령 응답자의 비율이 낮은 이유도 있지만, 경제활동에 참여하고 있는 사람만을 연구대상으로 삼은 데서 부분적인 이유를 찾아볼 수 있다. 혼인상태는 유배우자 상태에 있다고 응답한 사람이 90%였다. 최근에 들어 혼인 연령이 늦어지고 이혼율이 증가하고 있지만 여전히 중년 이상의 연령군에서는 배우자와 함께 사는 것이 대다수의 경우임을 확인할 수 있었다. 교육수준 변수에서는 중·고등학교 졸업과 대학교 이상의 학력을 가진 응답자의 비율이 비슷한 것으로 나타났는데, 이들의 출생 시점이나 그간의 한국 사회의 발전 양상을 볼 때 이들 세대에서는 대학 교육이 지금과 같이 일반적인 경우는 아닌 것으로 보인다. 가구원 수는 약 3.7명으로 응답자가 가구주의 위치에 있을 때 평균적으로 3명 정도를 부양하게 된다. 소득 변수는 개인근로소득과 가구의 총 소득을 함께 고려하였는데 개인의 근로소득과 가구의 총 소득이 큰 차이를 보이지 않는 것으로 보아, 가구에서 중장년 남성 임금근로자의 임금근로 소득이 주된 수입원인 것으로 간주할 수 있다.

만성질환은 평균적으로 약 1.1개를 보유하고 있었는데, 한국 사회에서 만성질환이 얼마나 만연한가를 확인할 수 있는 수치이다. 음주에 대해서는 평생 한 번도 마시지 않았다는 응답은 6.4% 뿐인데 반해 흡연은 20% 이상이 경험이 없다고 응답했다. 그리고

주1회 이상 술을 마신다고 응답한 사람은 약 60%였고, 평균적으로 월 2-3회 이상 마시는 것으로 분석되어, 중·장년층 남성 임금근로자들이 음주에 상당부분 노출되어 있음을 확인할 수 있었다. 흡연에 대해서도 약 45%가 현재 매일 피운다고 응답하였고, 평균적으로 보았을 때도 가끔 피움(1) 이상으로 나타나 흡연율이 상당히 높음을 확인하였다. 주관적 건강 수준은 ' 좋음'과 '보통'이라고 응답한 사람이 전체의 80% 이상이었으며 평균적으로는 좋음(2)과 보통(3)의 사이에 있는 것으로 보인다. 외래의료서비스를 이용했는지에 대한 질문에는 이용경험이 있다고 답한 사람이 약 80%로 상당히 높은 의료 이용경험율을 보였다.

사례분포를 고용형태별로 나누어보았을 때, 상용직 근로자에 비해 임시직·일용직 근로자의 민간의료보험 보유율이 낮았다. 경제적 요인 중 연간개인근로소득은 상용직 근로자(정규직)와 임시직·일용직(비정규직)간의 차이가 2배 이상이었으며 연간가구총 소득 역시 상당한 정도의 차이를 보였다. 또 임시직·일용직 근로자는 평균적으로 상용직 근로자보다 연령이 3.5-4세⁷⁾ 높고 배우자와 함께 살고 있는 사람의 비율이 낮았으며, 교육수준도 낮은 것으로 나타났다.

7) 연령을 5세 기준으로 코딩하여 연속변수로 사용하였으므로, 표1에서의 0.7-0.8은 각각 3.5-4.0으로 환산될 수 있음.

표 1. 분석대상 사례분포(n=1,427)

구분	변수명	구분	전체	비정규직		
				정규직 상용직 (n=931)	임시직 (n=281)	일용직 (n=215)
종속변수						
	민간의료보험 가입여부	민간의료보험 보유율	82.2%	88.1%	74.4%	67%
독립변수						
경제적 요인 ⁸⁾	개인소득 (연속변수)	연간개인근로소득 (만원)	3510.3 ±2186.4	4318.9 ±2171.8	2240.9 ±1310.3	1668.2 ±860.8
	가구소득 (연속변수)	연간가구총소득 (만원)	4993.4 ±2598.4	5759.1 ±2611.7	3909.2 ±2039.8	3095.0 ±1479.1
인구· 사회학 적요인	연령대 (연속변수)	40-44(1), 45-49(2), 50-54(3), 55-59(4), 60-64(5)	2.5±1.4	2.2±1.2	2.9±1.5	3.0±1.3
	혼인상태	배우자 있음 미혼 이혼·사별 등	90.5% 4.1% 5.4%	93.8% 3.4% 2.8%	86.8% 3.9% 9.3%	80.9% 7.4% 11.6%
교육수준	무학, 초등학교 졸업 이하 중·고등학교 졸업 이하 대학교·대학원	무학, 초등학교 졸업	7.1%	2.7%	12.1%	19.5%
		이하	48.6%	39.7%	59.8%	72.6%
		중·고등학교 졸업 이하	44.3%	57.6%	28.1%	7.9%
	가구규모 (연속변수)	가구당 가구원 수	3.7±1.1	3.9±1.0	3.5±1.2	3.4±1.3
건강상 태 및 행태	만성질환 개수 (연속변수)	개인당 보유 만성질환 개수	1.1±1.5	1.0±1.4	1.4±1.7	1.4±1.8
	음주 (연속변수)	평생 마시지 않음(0), 과거에 마심-월2,3회(1), 주 1회 이상(2)	1.5±0.6	1.5±0.6	1.4±0.7	1.6±0.6
	흡연 (연속변수)	피운적 없음(0), 과거에 피웠음-가끔피움(1), 현재 매일 피움(2)	1.2±0.8	1.2±0.8	1.2±0.8	1.5±0.7
	주관적 건강수준 (연속변수)	매우 좋음(1), 좋음(2), 보통(3), 나쁨(4), 매우 나쁨(5)	2.5±0.8	2.4±0.7	2.5±0.8	2.6±0.8
외래이용	외래의료이용	79.4%	79.4%	78%	81.4%	

2. 고용형태와 민간의료보험 가입과의 관계 분석

고용형태와 민간의료보험 가입상태 사이의 관계를 확인하기 위해서 민간의료보험 가입 여부를 0(미가입·미보유)과 1(가입·보유)으로 하여 로지스틱분석을 실시하였다. 로지스틱 분석의 계수는 방향성만 제시할 뿐, 정량적인 비교가 어려우므로 본고에서는 오즈비를 함께 제시하여 범주들 간의 비교가 가능하도록 하였다. 분석 결과는 <표 2>에 제시된 바와 같다.

고용형태 변수는 임시직, 일용직 모두가 유의미한 것으로 나타났다. 임시직 근로자는 상용직 근로자에 비해 민간의료보험에 가입해 있을 odds가 0.710배 낮았고, 일용직 근로자는 상용직 근로자에 비해 민간의료보험에 가입해 있을 odds가 0.570배 낮았다. 다시 말해 정규직 근로자에 비해 비정규직 근로자는 민간의료보험에 대한 접근성이 낮다. 고용불안정은 소득불안정을 야기하므로 임시직이나 일용직은 보험 약약 가능성이 높고, 따라서 장기간의 보험료 납입보다는 현재 지출에 대한 선호가 높을 것이다.

그 외의 통제변수들 중에는 소득수준, 혼인상태와 연령, 교육수준의 일부, 외래의료이용 경험이 민간의료보험의 가입에 의미있는 영향을 주었다. 소득수준은 가구의 소득과 응답자 개인의 근로소득 두 가지를 모두 고려했는데, 두 변수 모두 민간의료보험 가입 상태에 유의한 영향을 주는 것으로 나타났다. 가구 소득이 1% 증가할 때마다 민간의료보험을 보유하고 있을 odds가 약 1.9배씩 높아졌고, 개인근로소득의 경우 1% 증가 때마다 민간의료보험을 보유하고 있을 odds가 약 1.5배씩 높아졌다. 경제적인 자원 변수인 가구 소득과 개인소득은 모두 유의한 영향을 주는 것으로 나타났지만 가구 소득의 영향이 더 컸다. 이는 민간의료보험 가입이 개인수준의 의사결정이라는 하지만 상당한 재원이 소요 되므로 가구차원에서의 소득이 더 큰 영향을 주는 것으로 해석된다.

배우자가 있는 경우를 준거집단으로 하였을 때, 미혼이나 이혼·사별 등의 상태에 있는 응답자는 민간의료보험에 가입해 있을 odds가 각각 0.207배, 0.217배 낮았다. 이는 남성 건강 분석에서와 같이 '결혼효과(결혼으로 인한 긍정적인 영향)'가 나타나는 것으로 보인다. 연령 효과는 대부분의 문헌에서 관찰된 바와 같이 연령이 증가할수록(5세 구간) 민간의료보험에 가입할 확률이 줄어드는 방향으로 나타났다. 교육 수준 변수는 부분적

8) 일반적으로 소득은 정규분포하지 않으므로 분석에서는 자연로그를 취한 값을 사용하였으나 관측값의 분포를 확인할 때에는 자연로그를 취하지 않은 소득값의 평균을 제시하였음.

으로만 유의했고, 가구원이 1명 증가할 때마다 민간의료보험에 가입해 있을 odds가 0.83 배씩 낮아지는 것으로 나타났다. 즉, 부양부담이 증가할수록 민간의료보험에 가입해 있을 확률이 낮았다. 만성질환 개수나 음주, 흡연, 주관적 건강수준은 모두 영향을 주지 않았고 외래의료이용 경험 여부만이 높은 민간의료보험 가입확률과 관계가 있었다. 외래의료이용을 경험한 사람은 민간의료보험에 가입해 있을 odds가 약 2배 높았다.

민간의료보험 가입 여부를 종속변수로 한 로지스틱 분석 결과, 서두에서 논의한 바와 같이 고용의 안정성 수준이 민간의료보험의 가입 여부에 영향을 주는 것으로 나타났다. 고용형태와 관련된 고용 안정성이 가구 및 개인의 소득수준을 통제한 이후에도 여전히 유의하다는 것은 민간의료보험의 접근성을 논의할 때 지속적인 소득의 확보와 연결되는 고용의 안정성을 고려해야 한다는 것을 의미한다.

표 2. 고용형태와 민간의료보험 가입과의 관계 분석 결과(n=1,427)

구분			회귀계수(b)	표준오차(SE)	오즈비(OR)
경제적 요인	고용형태 (준거집단 상용직)	임시직	-0.342 *	0.200	0.710 *
		일용직	-0.561 **	0.232	0.570 **
		ln(가구소득)	0.634 ***	0.211	1.886 ***
		ln(개인근로소득)	0.375 **	0.161	1.456 **
인구· 사회학적 요인	연령대		-0.237 ***	0.073	0.789 ***
	혼인상태 (준거집단 유배우자)	미혼	-1.573 ***	0.350	0.207 ***
		이혼·사별 등	-1.524 ***	0.281	0.218 ***
	교육수준 (준거집단 무학·초졸이하)	중·고교졸업이하	-0.287	0.286	0.750
		대학·대학원	-0.586 *	0.324	0.557 *
	가구규모	-0.186 **	0.080	0.830 **	
건강상태 및 건강행태 요인	만성질환 개수		-0.030	0.055	0.970
	음주		0.095	0.118	1.100
	흡연		0.100	0.104	1.105
	주관적 건강수준		-0.104	0.100	0.902
	외래의료이용		0.784 ***	0.178	2.191 ***

주: * $p < 0.1$, ** $p < 0.05$, *** $p < 0.01$

V. 토의 및 결론

1. 연구 결과에 대한 고찰

민간의료보험 가입여부에 대한 분석에서는 준거집단인 상용직보다 임시직, 일용직의 민간의료보험 가입 확률이 점차 낮아지는 것으로 나타났는데 임시직의 민간의료보험 가입이 비경제활동인구(주부, 학생 등 포함)보다 더 적은 것으로 나타난 이현복과 현경래(2011)의 연구 결과와 일치한다. 민간의료보험 가입에 혼인상태가 유의한 영향을 주는 것은 기존 문헌에서 찾아볼 수 없는 결과였는데, 이는 본 연구의 분석이 남성을 대상으로 이루어졌기 때문일 것으로 보인다. 기존 문헌들은 여성과 남성을 함께 분석 하였으므로 그 효과가 희석되어 통계적 유의성이 사라졌을 것이다. 연령이 증가할수록 민간의료보험 가입 확률이 낮아지는 것은 임진화 외(2007)에서 해석한 바와 같이 민영의료보험회사의 위험회피성향을 보여준다.

또 민간의료보험 가입 여부 분석에서 교육 수준의 변수는 부분적으로만 유의했는데, 이는 국내 연구 중 박성복과 정기호(2011)의 성인 대상 분석이나 유창훈·김정동(2011)의 가구주 대상 분석 결과와 일치한다. 교육수준 변수가 유의하지 않았던 연구대상의 특성을 고려해볼 때, 경제활동에 참여하는 성인에서는 교육이 개인의 사회경제적 수준을 대표하기 어려움을 내포하는 것으로 보인다. 과거와 같이 높은 교육수준이 반드시 높은 사회경제적 수준을 담보해주지 않으므로, 소득 등 경제활동 부문의 변수가 더 중요할 수 있다.

의료이용경험이 있다는 것은 앞으로도 의료를 이용할 가능성이 더 높으며 따라서 민간의료보험 가입시 보험혜택에 대한 기대가 높아진다. 본 연구에서와 같이 의료이용 경험이 민간의료보험의 가입 확률을 증가시킨다는 것은 김효진과 이재희(2012), 이현복과 현경래(2011), 유창훈과 김정동(2011)의 연구에서도 밝혀진 바 있으며, 보험 수혜에 대해 높아진 기대 수준이 실제 보험 가입 증가에 기여한 것으로 보인다.

2. 연구의 의의 및 한계점

본 연구에서 밝히고자 하는 것은 고용 형태에 따라 달라지는 고용안정성과 민간의료보험 가입(보유)사이의 관계이다. 분석 결과 민간의료보험의 가입 여부는 정규직 근로자와

비정규직 근로자 사이에 통계적으로 유의하게 차이가 있는 것으로 나타났다. 개인 및 근로소득을 통제한 분석에서 고용 형태 변수가 유의했다는 점은 소득 수준의 영향을 배제한 이후에도 여전히 고용의 불안정성이 민간의료보험 가입에 영향을 준다는 것을 의미한다. 이는 불안정한 일자리에 종사하는 근로자일수록 민간의료보험에 덜 가입하게 된다는 주장을 뒷받침하며, 이는 서두에서 논의한 바와 같이 안정적이지 못한 일자리에 종사하는 근로자들은 수입의 안정성이 담보되지 못하기 때문에 장기적으로 상당한 규모의 재원이 소요되는 민간의료보험에 가입하기가 어려운 것으로 보인다.

공적보험의 보장성이 충분하지 않은 한국에서, 민간의료보험 가입은 의료이용 접근성에 중요한 역할을 하며 민간의료보험에 대한 차별적인 접근성은 의료이용에서의 불평등으로 이어질 수 있다. 불안정한 일자리에서 일하는 남성 임금근로자는 사회경제적인 지위가 낮을 가능성이 농후하며, 이에 따른 민간의료보험 가입 차이는 의료이용에서도 장벽으로 기능할 것이다⁹⁾. 따라서 의료이용에 있어서의 형평성, 그리고 더 나아가 건강결과의 형평을 위해서는 사회경제적 지위와 관계없이 의료이용에 소요되는 자원에 대한 접근성을 확보해줄 필요가 있다. 본 연구결과에 따르면 고용형태에 따라 민간의료보험 가입이 달라지므로 이 격차를 줄여줌으로써 필요한 자원을 확보할 수 있도록 해야 한다.

본 연구가 주장하는 결과는 고용의 연속성을 확보해줌으로써 '민간의료보험'에 대한 접근성을 높여주어야 한다는 일차원적인 의미에 그치지 않는다. 사회경제적 지위로 인한 자원의 부족을 대변하는 대리 변수로 실증분석에서 민간의료보험 가입여부를 사용하였을 뿐, 본 연구의 분석이 보여주는 바는 경제적 접근성의 보장을 위해 적절한 소득수준 뿐 아니라 소득 수준의 안정성 역시 중요하다는 점이다. 소득 수준의 영향을 배제한 이후에도 고용의 안정성이 여전히 유의한 영향을 주었으므로, 가용한 자원의 격차를 줄여주는 데는 소득 수준 뿐 아니라, 고용의 연속성을 확보해주는 정책적 대안이 필요하다.

본 연구는 고용안정성과 민간의료보험 가입 상태의 관계를 확인하는 첫 연구라는 점에서 의의가 있다. 다만 실증분석에 2011년도 단면 자료를 사용하였기 때문에 시간적인 인과성¹⁰⁾을 확인하지는 못했다. 한국의료패널조사(KHP)는 의료이용이나 민간의료보험에 대해서는 다른 자료보다 상세한 자료를 제공하나 직업력 등은 조사하고 있지

9) 의료이용을 종속변수로 하여 분석하는 경우, 사회경제적 지위가 낮은 인구집단의 높은 건강필요가 자원의 부족과 반대방향으로 작용하므로, 자원 부족의 효과를 통계적으로 확인하기 어려울 것임.

10) 고용과 근무조건이 사회적인 불평등을 유발하는 일반적인 기전은 Benach, Muntaner C et al.(2009) 등 기존의 연구에서 다루고 있어 본 연구에서는 그에 대한 설명을 포함하지 않음.

않는다. 따라서 직업력에 대한 정보를 제공하거나 조사 연차가 오래된 고령화연구패널(KLoSA)이나 노동패널(KLIPS) 등을 이용하여 추후에 인과관계를 확인할 수 있을 것이다.

본 연구에서는 분석의 정확성을 위해서 연구의 대상을 중·장년층 남성 임금근로자에 한정하였다. 여성의 경우에는 자발적인 비정규 근로자가 많을 것이므로, 분석에 여성을 포함하게 되면 고용 안정성의 효과가 희석될 것이기 때문이다(Rhine & Chu, 1998 참고). 한국에서는 일반적으로 여성이 가계에 보조적인 역할을 하기 때문에, 여성의 민간의료보험 가입에는 본인의 고용 형태나 소득보다는 배우자의 고용형태나 가구소득이 보다 중요할 것이다. 추후에는 이와 같은 가구 수준에서의 변수들을 고려하여, 여성을 대상으로 하는 분석이 수행되어야 할 것이다.

김재원은 서울대학교 보건대학원에서 보건학 석사학위를 받았으며, 현재 서울대학교 보건대학원 박사과정에 재학 중이다. 전공분야는 보건학이며 관심분야는 보건재정, 의료이용과 빈곤화, 불평등, 고용형태와 의료이용/건강 등이다. (E-mail: jwkim2010@snu.ac.kr)

김정석은 미국 University of Michigan에서 사회학 박사학위를 받았으며 현재 동국대학교 사회학과에서 교수로 재직 중이다. 전공분야는 사회학이며 세부전공은 노년사회학, 사회조사론, 사회통계분석 등이다. (E-mail: chkim108@dongguk.edu)

참고문헌

- 권현정(2011). 패널자료를 이용한 경제적 변화가 민간의료보험 가입 이행에 미치는 영향. *사회복지정책*, 38(3), pp.131-158.
- 김윤진, 조덕영, 이유현(2013). 민간의료보험가입자의 사회인구학적 특성 비교. *보건의료 산업학회지*, 7(4), pp.143-151.
- 김재호(2011). 민간보험가입자의 소득계층별 의료수요의 도덕적 해이 추정. *보험학회지*, 89, pp.95-126.
- 김효진, 이재희(2012). 국내 중고령층의 민간의료보험 가입에 대한 영향 요인. *한국콘텐츠학회논문지*, 12(12), pp.683-694.
- 배화숙(2005). 정규직과 비정규직 노동자의 기업복지 차이 연구: 한국노동패널(KLIPS) 6차 자료를 중심으로. *사회복지정책*, 21, pp.217-237.
- 박성복, 정기호(2011). 민간의료보험의 가입 결정요인 및 민간의료보험이 의료이용에 미치는 영향 연구. *보험학회지*, 88, pp.23-49.
- 박세홍, 김창엽, 신영전(2009). 고용상태변화가 정신건강에 미치는 영향: 한국복지패널을 이용한 우울감을 중심으로. *상황과복지*, 27, pp.79-120.
- 박영희(2006). 민간의료보험 가입 요인 및 소비자 만족도 조사연구: 부산지역을 중심으로. *대한보건연구*, 32(2), pp.120-129.
- 백인립, 박현수, 변성수(2012). 민간의료보험의 가입요인과 의료이용행태. *한국콘텐츠학회 논문지*, 12(7), pp.295-305.
- 손신영(2011). 정규직 및 비정규직 근로 형태가 주관적 건강상태에 미치는 영향. *한국산업간호학회지*, 20(3), pp.346-355.
- 신순철, 김문조(2007). 작업과 고용형태가 주관적 건강상태에 미치는 영향. *보건교사회과학*, 22, pp.205-224.
- 오향숙, 김창윤(2014). 실손형 민간의료보험 가입 특성 및 의료이용행태. *보건의료산업학회지*, 8(2), pp.115-125.
- 유기봉, 조우현, 이민지, 권정아, 박은철(2012). 중·고령자의 민간의료보험 가입 여부의 결정요인. *병원경영학회지*, 17(3), pp.23-36.
- 유창훈, 강성욱, 권영대, 오은환(2010a). 누가 민간의료보험에 가입하는가: 가입 건수를 중심으로. *보건경제와 정책연구*, 16(3), pp.1-16.

- 유창훈, 강성욱, 오은환, 권영대(2010b). 중·고령자의 민간의료보험 단수와 복수 가입자 특성 비교. *보건사회연구*, 30(2), pp.446-462.
- 유창훈, 김정동(2011). 민간의료보험의 가입과 해약의 특성 분석. *리스크관리연구*, 22(2), pp.189-222.
- 윤정향(2003). 비정규직 노동자의 사회적 보호 배제의 원인에 관한 시론적 고찰. *사회보장연구*, 19(1), pp.59-83.
- 윤태호, 황인경, 손혜숙, 고광욱, 정백근(2005). 의료보험의 선택에 영향을 미치는 요인: 민간의료보험 활성화에 대한 함의. *보건행정학회지*, 15(4), pp.161-175.
- 윤희숙(2008). 민간의료보험 가입이 의료이용에 미치는 영향. *한국개발연구*, 30(2), pp.99-128.
- 이용갑, 서남규, 태운희, 정영호, 고숙자(2008). *한국의료패널의 이해*. 서울: 국민건강보험공단·한국보건사회연구원.
- 이용재(2009). 국가의료보장체계에서 민간의료보험 의료비의 영향분석. *인문사회과학연구*, 22, pp.153-182.
- 이용철, 임복희, 박영희(2010). 국민건강영양조사 대상자들의 민간의료보험 가입 요인 및 가입여부에 따른 건강행태·의료이용 비교. *한국콘텐츠학회논문지* 10(12), pp.190-204.
- 이원철과 하재혁(2011). 비정규직과 자살생각의 관련성: 제1-4기 국민건강영양조사 토대. *대한직업환경의학학회지*, 23(1), pp.89-97.
- 이현복, 현경래(2011). 민간의료보험 가입자 특성과 가입요인에 관한 연구. *사회보장연구*, 27(1), pp.217-240.
- 이혜재, 이태진, 전보영, 정영일(2009). 일반층과 저소득층의 의료이용에 영향을 미치는 요인. *보건경제와 정책연구*, 15(1), pp.79-106.
- 임진화, 김성경, 이은미, 배신영, 박재현, 최귀선, 함명일, 박은철(2007). 암환자의 민간 의료보험 가입 실태와 관련 요인. *대한예방의학학회지*, 40(2), pp.150-154.
- 전보영, 오주환, 권순만(2013). 민간의료보험 가입 변동이 의료비 지출에 미치는 영향. *사회보장연구*, 29(2), pp.261-188.
- 전용식, 황진태, 변혜원, 정원석, 박선영, 기승도, 이상우, 최원(2013). 2013년 보험소비자 설문조사. 서울: 보험연구원.
- 정영호(2011). 한국의료패널로 본 민간의료보험 가입 실태. *보건복지 Issue & Focus*, 70, pp.1-8.

- 조현익, 권기현, 문상호(2010). 민간의료보험이 의료서비스 이용에 미치는 영향. 정책분석
평가학회보, 20(2), pp.103-128.
- 허순임, 이상이(2007). 실손형 민간의료보험의 도입이 국민건강보험 재정에 미치는 영향.
보건행정학회지, 17(2), pp.1-17.
- Andersen, R. M. (1968). *Behavioral model of families' use of health services*. Chicago,
IL, Center for Health Administration Studies, University of Chicago.
- Australian Bureau of Statistics (2001). Census of Population and Housing:
Socio-Economic Indexes for Areas(AFIFA), *Australia Technical Paper*. Retrieved
25 April 2001.
- Benach J., Muntaner C., Santana V. (2007). *Employment conditions and health inequalities:
final report to the WHO Commissions on Social Determinants of Health(CSDH)*.
Employment Conditions Knowledge Network(EMCONET), World Health
Organization.
- Blanpain, N., Pan Ké Shon, J.-L. (1997). L'assurance complémentaire maladie: une
diffusion encore inégale. *Insee Première*, 523(June) : 이현복, 현경래(2011)에서
재인용.
- Bocognano, A., Couffinal, A., Dumesnil, S., Grignon, M. (2000). *La couverture
complémentaire en France: qui bénéficie de quels remboursements?* (CREDES
Report No. 1317). Paris, Centre de recherche, d'étude et de documentation
en économie de la santé: 이현복, 현경래(2011)에서 재인용.
- Buchmueller, T. C., Couffinal, A. (2004). *Private health insurance in France* : 박성복,
정기호(2011)에서 재인용.
- Connelly, D. P., Park, Y. T., Du, J., Theera-Ampompunt, N., Gordon, B. D., Bershow,
B. A., Gensinger Jr, R. A., Shrift, M., zrouthe, D. T., Speedie, S. M. (2012).
The impact of electronic health records on care of heart failure patients in
the emergency room. *Journal of the American Medical Informatics Association*,
19(3), pp.334-340.
- Deb, P., Manning, W., Norton, E. (2006). Modeling health care costs and counts.
ASHE-Madison Conference.

- Doiron, D., Jones, G., & Savage, E. (2008). Healthy, wealthy and insured? The role of self assessed health in the demand for private health insurance. *Health economics*, 17(3), pp.317-334.
- Emmerson, C., Frayne, C., Goodman, A. (2001). Should private medical insurance be subsidised?. *Health care UK*, pp.49-65, 이현복, 현경래(2011)에서 재인용.
- Hurrell, J.J. (1988). Are You Certain?: Uncertainty, Health, and Safety in Contemporary Work(Editorial). *American Journal of Public Health*, 88, pp.215-231.
- King, D., Mossialos, E. (2005). The determinants of private medical insurance prevalence in England 1997-2000. *Health Services Research*, 40, pp.195-212: 김효진, 이재희(2012)에서 재인용.
- Foubister, T. (2006). *Private medical insurance in the United Kingdom*. World Health Organization.
- Kim, M. H., Jung-Choi, K., Jun, H. J., Kawachi, I. (2010). Socioeconomic inequalities in suicidal ideation, parasuicides, and completed suicides in South Korea. *Social science & medicine*, 70(8), pp.1254-1261.
- Kim, M. H., Kim, C. Y., Park, J. K., Kawachi, I. (2008). Is precarious employment damaging to self-rated health? Results of propensity score matching methods, using longitudinal data in South Korea. *Social Science & Medicine*, 67(12), pp. 1982-1994.
- Laing & Buisson (1999). *Laing's Health Care Market Review 1999-2000*. London: Laing & Buisson Publications, 이현복, 현경래(2011)에서 재인용.
- Lieberson, S. (1985). *Making It Count: The Improvement of Social Research and Therapy*. Berkeley: University of California Press : Phelan et al. (2010)에서 재인용.
- Liu, T. C., Chen, C. S.(2002). An analysis of private health insurance purchasing decisions with national health insurance in Taiwan. *Social science & medicine*, 55(5), pp.755-774.
- Lokuge, B., Denniss, R., Faunce, T. A. (2005). Private health insurance and regional Australia. *Medical journal of Australia*, 182(6), pp.290-293.
- Madden, D. (2008). Sample selection versus two-part models revisited: The case of female smoking and drinking. *Journal of health economics*, 27(2), pp.300-307.

- Nakao, M. (2010). Work-related stress and psychosomatic medicine. *Biopsychosoc Med*, 4(1), p.4.
- Link, B.G., Phelan, Jo.C. (1995). Social Conditions as Fundamental Causes of Health Inequalities. *Journal of Health and Social Behavior*, 35(Extra Issue), pp.80-94.
- Phelan, Jo.C., Link, B.G., Tehranifar, P. (2010). Social Conditions as Fundamental Causes of Health Inequalities: Theory, Evidence, and Policy Implications. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(S), pp.S28-S40.
- Rhine, S. L., Ng, Y. C. (1998). The effect of employment status on private health insurance coverage: 1977 and 1987. *Health economics*, 7(1), pp.63-79.
- Quinlan, M., Mayhew, C., Bohle, P. (2001). The Global Expansion of Precarious Employment, Work Disorganization, and Consequences for Occupational Health: A Review of Recent Research. *International Journal of Health Services*, 31, pp.335-414.
- Saliba, B., Ventelou, B. (2007). Complementary health insurance in France Who pays? Why? Who will suffer from public disengagement?. *Health Policy*, 81(2), pp.166-182: 박성복, 정기호(2011)에서 재인용.
- Schofield, D., Fischer, S.(1997). *Behind the decline: The changing composition of private health insurance in Australia, 1983-95*. NATSEM : 김효진, 이재희(2012)에서 재인용.
- Siegrist, J., Marmot, M.(2004). Health inequalities and the psychosocial environment –two scientific challenges. *Social science & medicine*, 58(8), pp.1463-1473.

Enrollment Situation in Private Health Insurance by Type of Employment: Analysis of Middle Aged Male Employees

Kim, Jaewon

(Seoul National University)

Kim, Cheong-Seok

(Dongguk University-Seoul)

The paper examines the effect of unstable employment on enrollment in private health insurance. The empirical analysis with logistic model used Korea Health Panel version 1.0, which include details about health and healthcare Data is conducted on male employees who are 40-65, who are expected to have high level of need to healthcare utilization and the benefit of private health insurance. Empirical results show that, after controlling for variables having a potential effect on enrollment in private health insurance, unstable employment have a significantly negative impact on enrollment of private health insurance. In short, the more unstable the employment status is, the lower the enrollment probability is. Inequality following employment type is not only from income but also from instability itself.

Keywords: Type of Employment, Precarious Job, Private Health Insurance,
Middle-aged Employees