



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

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

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

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

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

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

[Disclaimer](#)

보건학석사학위논문

비정규직 노동자의 미충족의료  
경험에 영향을 미치는 요인

2015년 2월

서울대학교 보건대학원  
보건학과 보건정책관리학 전공  
하 랑 경

# 비정규직 노동자의 미충족의료 경험에 영향을 미치는 요인

지도교수 김 창 엽

이 논문을 보건학석사학위논문으로 제출함

2014년 10월

서울대학교 보건대학원  
보건학과 보건정책관리학 전공  
하 랑 경

하랑경의 석사학위논문을 인준함

2014년 12월

위 원 장 \_\_\_\_\_ 김 홍 수 (인)

부위원장 \_\_\_\_\_ 이 태 진 (인)

위 원 \_\_\_\_\_ 김 창 엽 (인)

## 국 문 초 록

비정규직 노동자의 낮은 사회경제적 지위와 열악한 노동환경이 건강에 악영향을 미칠 수 있다는 연구는 많이 있지만, 비정규직의 미충족의료에 관한 연구는 거의 존재하지 않는다. 비정규직 노동자는 그 고용형태와 관련 되는 노동 특성인 낮은 임금과 긴 노동시간, 높은 노동강도로 인해 의료적 필요 발생 시에도 의료를 이용할 수 없을 가능성이 크고 이는 건강에도 영향을 미칠 수 있다. 따라서 비정규직 노동자의 미충족의료에 어떤 요인들에 의해 영향을 받는지를 밝혀낼 필요성이 존재하고, 노동환경 개선 및 보건학적 개입을 통해 비정규직 노동자들의 의료 접근성을 향상시킬 필요가 있다. 본 연구에서는 비정규직 노동자의 미충족의료에 영향을 미치는 요인을 인구학적·사회경제적 특성, 건강행태 관련 특성, 노동 관련 특성으로 분류하여 비정규직 노동자의 미충족의료 경험현황을 파악하고, 미충족의료 경험여부 및 경험이유를 알아보려고 하였다.

본 연구는 자료원으로 제 5기 국민건강영양조사 중 2012년 자료를 이용하였다. 분석대상자는 20세 이상의 비정규직 노동자 총 1019명이었다. 미충족의료 경험 여부와 미충족의료 경험 이유를 종속변수로 하고, 독립변수로 인구학적·사회 경제적 특성, 건강행태 관련 특성, 노동 관련 특성을 사용하여 이항 로지스틱 회귀분석과 다항 로지스틱 회귀분석을 실시하였다.

분석결과, 비정규직 노동자의 미충족의료 경험에 영향을 미치는 요인으로 인구학적·사회경제적 특성, 건강행태 관련 특성, 노동 관련 특성들이 모두 관련성이 있었다. 인구학적·사회경제적 특성을 살펴보면, 여자인 경우, 배우자가 없는 경우, 교육수준이 낮은 경우, 가구소득이 적은 경우, 의료급여 대상자인 경우, 민간의료보험에 가입하지 않은 경우 미충족의료를 경험할 가능성이 높았으며, 지역건강보험에 가입한 경우, 연령이 높을수록 미충족의료를 경험할 가능성이 낮은 것으로 나타났다. 건강행태 관련 특성은 주관적 건강상태가 나쁠수록, 활동제한이 있는 경우 미충족의료를 경험할 확률이 높았지만, 만성질환이 있는 경우에는 미충족의료

를 경험할 가능성이 낮았다. 이 중 인구학적·사회경제적 특성, 건강행태 관련 특성이 모두 유의하게 나타난 이유는 본 연구가 선행 연구들을 통해 미충족의료에 영향을 미치는 요인으로 작용한 변수들을 이용하였기 때문으로 보인다. 노동 관련 특성은 주간이외에 근무하는 경우, 육체직에 종사하는 경우 미충족의료를 경험할 가능성이 낮은 반면 서비스·판매직에 종사하는 경우, 주당 평균 노동시간이 40시간을 초과하는 경우 미충족의료를 경험할 가능성이 높았다.

비정규직 노동자들의 미충족의료 경험기전을 자세히 살펴보기 위해 미충족의료 경험 이유를 경제적 제한, 시간적 제한으로 유형화하였다. 인구학적·사회경제적 특성, 건강행태 관련 특성, 노동 관련 특성들이 경제적·시간적 이유로 인한 미충족의료 경험에 영향을 미쳤다. 그 중 노동 관련 특성과 관련된 결과들을 살펴보면 주간에 근무하는 경우, 육체직, 서비스·판매직에 종사하는 경우, 주당 평균 노동시간이 40시간 이하인 경우에는 경제적인 이유로 미충족의료를 경험할 가능성이 높았다. 그리고 주간에 근무하는 경우, 전문·사무직에 종사하는 경우, 주당 평균 노동시간이 40시간을 초과하는 경우에는 시간적인 이유로 미충족의료를 경험할 가능성이 높았다.

본 연구는 비정규직 노동자들에게서 노동 관련 특성이 미충족의료에 영향을 미칠 수 있다는 점과 구체적인 미충족의료 경험 이유에 따른 비정규직의 의료서비스 이용 장애요인을 실증적으로 확인했다는 데 의의가 있다. 특히 비정규직 노동자의 미충족의료 경험에 경제적인 제한뿐만 아니라 시간적 제한 또한 깊은 관련성이 있음을 밝혀냈다. 향후 본 연구는 비정규직 노동자들의 의료이용 접근성을 향상시키기 위한 정책적 개입의 기초자료로 활용될 수 있을 것이다.

**주요어:** 비정규직 노동자, 미충족의료, 의료이용 접근성, 의료이용 장애

**학번:** 2013-21851

# 목 차

<b>I. 서론</b> .....	<b>1</b>
1. 연구의 배경 및 필요성 .....	1
2. 연구의 목적 .....	4
<b>II. 이론적 고찰</b> .....	<b>5</b>
1. 미충족의료 .....	5
1) 미충족의료의 개념 및 발생요인 .....	5
2) 미충족의료의 평가방법 .....	7
3) 미충족의료의 선행연구 .....	8
2. 비정규직 노동자 .....	11
1) 비정규직의 정의 .....	11
2) 비정규직 고용형태와 불평등 .....	12
3. 비정규직 노동자의 건강 및 의료이용 장애 .....	14
1) 비정규직 노동자의 건강 .....	14
2) 비정규직 노동자의 의료이용 접근성과 미충족의료 .....	17
<b>III. 연구방법</b> .....	<b>20</b>
1. 연구모형 .....	20
2. 자료원 및 연구대상 .....	21
3. 변수설명 .....	21
1) 종속변수 .....	21
2) 독립변수 .....	22
4. 분석방법 .....	26
<b>IV. 연구결과</b> .....	<b>28</b>
1. 정규직과 비정규직의 특성 비교 .....	28
1) 정규직과 비정규직의 특성 비교 .....	28
2) 정규직과 비정규직의 건강행태 및 건강상태 비교 .....	32
2. 비정규직 노동자의 미충족의료 경험 여부 비교 .....	34

3. 비정규직 노동자의 미충족의료 경험 여부에 영향을 미치는 요인	38
1) 상관관계 분석	38
2) 비정규직 노동자의 미충족의료 경험여부에 영향을 미치는 요인	40
4. 비정규직 노동자의 미충족의료 경험 이유에 영향을 미치는 요인	43
1) 비정규직 노동자의 미충족의료 경험 이유 비율	43
2) 비정규직 노동자의 미충족의료 경험이유에 영향을 미치는 요인	43
<b>V. 고찰</b>	<b>48</b>
1. 연구 결과에 대한 고찰	48
2. 연구의 함의 및 한계	54
<b>VI. 요약 및 결론</b>	<b>57</b>
<b>참고문헌</b>	<b>59</b>
<b>Abstract</b>	<b>71</b>

## 표 목차

표 1. 종속변수 및 측정방법 .....	22
표 2. 독립변수 및 측정방법 .....	25
표 3. 정규직과 비정규직의 특성 비교 .....	30
표 4. 정규직과 비정규직의 건강행태 및 건강상태 비교 .....	33
표 5. 비정규직 노동자의 미충족의료 경험 여부 비교 .....	36
표 6. 주요변수들의 상관관계 .....	39
표 7. 비정규직 노동자의 미충족의료 경험 여부에 영향을 미치는 요인	42
표 8. 미충족의료 경험 이유에 따른 분포 .....	43
표 9. 비정규직 노동자의 미충족의료 경험 이유에 영향을 미치는 요인	46

## 그림 목차

그림 1. 연구모형 .....	20
------------------	----



# I. 서론

## 1. 연구의 배경 및 필요성

1997년 외환위기 이후 간접 고용을 핵심으로 하는 근로자파견법이나 정리해고제가 도입되면서, 인원 감축과 구조 조정을 할 수 있는 비정규직 노동자의 비율이 증가하여 비정규직 노동자는 2014년 현재 823만 명, 전체 임금노동자의 44.7%에 달하고 있다(김유선, 2014). 장귀연(2009)은 비정규직이 정규직과 대비되는 새로운 계급으로 급부상하였으며 비정규직이라는 일자리 양상은 양적인 문제뿐만 아니라 질적인 문제로도 대두되고 있다고 보았다. 여기서 양적인 문제란 비정규직 노동자의 증가를 의미한다면 질적인 문제는 경제성장과 신자유주의 시대의 도래로 인한 고용 패러다임의 전환을 말한다.

신자유주의의 경제 정책 패러다임은 경제에 대해 최소한의 국가 개입과 규제, 최대한의 시장 경쟁과 이윤 추구를 목표로 하며 이는 노동시장의 유연화를 가속화시키게 되었다. 뿐만 아니라 세계화된 경제는 기업들에게 국내를 넘어서 경쟁하도록 하며 언제 어떻게 경제 상황이 바뀔지 모르는 불확실성을 가중시켰다. 불확실한 미래와 극심한 경쟁은 기업들로 하여금 정규직 일자리보다 비정규직 고용의 필요성을 증가시켰다(장귀연, 2009). 그 이유는 경영상 필요를 명목으로 하여 또는 경제 사정 변화 등을 이유로 비정규직 고용이 노동인원을 줄일 수 있는 기회를 제공하기 때문이다. 예를 들면 고용 계약 기간이 정해져 있는 기간제 비정규직이거나 간접고용 또는 특수 고용의 경우 계약 기간이 만료될 때마다 계약을 해지하거나 갱신할 기회를 기업에게 부여하며 이는 인원 조정을 할 기회를 제공하는 역할을 한다.

신자유주의 체제 하에서는 기업이 상품을 생산하는 데 있어 투입비용을 최대한 절감하려고 하기 때문에 이러한 과정에서 비정규직 노동자들이 피해를 입게 된다. 일례로 기업은 비정규직 노동자들에게 건강 보험, 산

업 재해 보험 등과 같은 각종 보험과 퇴직금 보장을 꺼려한다(장귀연, 2006). 또한 대부분의 비정규직 일자리는 고용 계약 기간이 정해져 있으며 시간제, 간접 고용, 특수 고용 형태의 비정규직이라 해도 기간제인 유형에도 속하는 경우가 많다. 비정규직 노동자들이 재계약을 하는 경우는 완전 새로운 계약에 해당하여 근속 수당을 받지 못한다. 그리고 2014년 3월 기준 주당 노동시간은 정규직 42.9시간, 비정규직은 40.2시간으로 노동시간은 거의 비슷하지만, 월 평균 임금은 정규직은 289만원, 비정규직은 143만원으로 정규직 대비 비정규직의 임금 격차는 약 50%로 나타나 비정규직의 노동은 정규직에 비해 정당한 대가를 받지 못한다는 것을 알 수 있다(김유선, 2014; 장귀연, 2009).

그리고 비정규직 고용 형태의 문제점 중 하나로 언급되는 것이 고용 불안이다. 고용 불안정성은 고용 상태의 지속 가능성에 대해 불확실성을 느끼는 것을 말하는데 실직에 대한 두려움과 재취업의 어려움까지도 포함하는 개념이다(남재량 외, 2005). 고용 불안정성은 정규직에 비해 비정규직 노동자들이 더 많이 느끼게 된다(LaMontagne et al., 2012; Artazcoz et al., 2005). 특히 비정규직 중에서도 기간제 비정규직은 기간제 및 단시간근로자 보호 등에 관한 법률 제 4조 제 1항에 따라 2년을 초과하지 않는 범위에서 일을 할 수 있으며 2년을 초과하여 근무하는 경우 정규직으로 전환된다. 이러한 규정으로 기간제 비정규직은 정규직 전환을 위해 노동과정에서 자발적으로 노동강도를 강화한다. 하지만 고용 계약 기간의 갱신 여부는 전적으로 사용자에게 달려 있기 때문에 비정규직 노동자들은 낮은 임금을 감수하게 된다. 고용불안은 노동과정의 업무 부담을 높이는 반면, 자신의 노동과정의 통제력은 낮춘다. 또한 단순히 실직에 대한 두려움을 높이는 것뿐만 아니라 삶 자체가 불안해지며 이를 통해 건강에도 영향을 미친다(손미아, 2005; 공유옥정, 2002). 앞서 언급했듯이 비정규직 노동자들은 고용 형태의 특성상 정규직 노동자들에 비해 저임금, 낮은 고용 지위, 높은 작업강도 등을 감수하며, 노동자들을 위한 혜택과 사회보장제도들에서도 배제되는 양상을 보인다(박진욱 외, 2007; 신순철 외, 2007).

비정규직 노동자들의 불리한 사회적 위치는 건강을 좌우하는 핵심적인 요인으로 작용할 가능성이 크다. 실제 비정규직 노동자의 건강을 다룬 연구들을 살펴보면 정규직에 비해 만성질환, 급성질환, 사회심리적 건강, 자가 평가 건강 수준 등 다양한 건강지표에서 건강수준이 낮은 것으로 나타났다(손미아, 2008; 김일호 외, 2006; 김혜련 외, 2005; 손미아, 2005). 또한 비정규직의 경우 상시적인 고용불안정성과 낮은 임금 등으로 인해 직무 만족도가 낮고, 업무과중이나 역할 갈등, 업무 자율성 결여 등의 직무스트레스로 인해 정규직에 비해 더욱 심각하게 육체적·정신적 건강을 위협받는다(Burchell, 1999; Thoits, 1986).

의료이용에 있어서도 정규직/상용직에 비해 임시직/일용직인 경우 미충족의료 경험 비율이 더 높았으며 미충족의료 경험 이유를 살펴보면 임시직/일용직 임금노동자의 경우 정규직/상용직 임금노동자에 비해 ‘경제적 이유’로, 일용직 임금노동자의 경우 ‘시간적 이유’로 미충족의료 경험이 높은 것으로 나타났다. 이는 종사자 지위가 작업에서의 심리적 요구, 의사결정지위, 사회적 지지 등에 영향을 미치며, 결국 이러한 요인들은 건강상태 및 의료이용에 영향을 준다는 것을 의미한다(이상이 외, 2013; 서남규, 2011).

이렇듯 정규직에 비해 상대적으로 사회경제적 지위가 낮고, 열악한 노동환경에 처해 있는 비정규직 노동자들이 의료적 필요가 존재함에도 의료서비스를 이용하지 못하는 경우가 생긴다면, 노동환경 개선 및 보건학적 측면에서 개입의 필요성이 존재한다. 그러나 선행연구들에서 비정규직 노동자의 건강수준을 다룬 연구는 많았지만, 비정규직을 대상으로 한 미충족의료에 영향을 미치는 요인을 다룬 연구는 거의 없었다. 노동자의 미충족의료에 관련된 선행연구들은 주로 여성 육체노동자를 중심으로 연구가 이루어졌으며(김상아 외, 2010; 박종영 외, 2005), 사회경제적 특성을 고려하지 못한 한계점이 있었다. 특히 비정규직 노동자와 관련되는 특성인 노동 강도, 노동 시간 등을 고려한 미충족의료 관련 연구는 없어, 본 연구에서는 비정규직 노동자의 노동 관련 특성을 고려하여 미충족의료를 분석해보고자 한다.

## 2. 연구의 목적

본 연구는 20세 이상의 비정규직 노동자의 미충족의료 경험에 영향을 미칠 수 있는 요인을 인구학적·사회 경제적 특성, 건강행태 관련 특성, 노동 관련 특성으로 분류하여 어떤 요인이 영향을 미치는지를 알아보고자 한다. 구체적인 연구 목적은 다음과 같다.

첫째, 비정규직 노동자의 미충족의료 경험 현황을 파악한다.

둘째, 비정규직 노동자의 미충족의료 경험 여부에 영향을 미치는 요인을 분석한다.

셋째, 비정규직 노동자의 미충족의료 경험 이유에 영향을 미치는 요인을 분석한다.

## II. 이론적 고찰

### 1. 미충족의료

#### 1) 미충족의료의 개념 및 발생요인

미충족의료의 개념은 다양하게 존재한다. 건강상의 문제로 필요하다고 판단한 의료서비스와 실제 이용한 의료서비스의 차이로 정의되기도 하고 (Carr et al., 1976), 의료적 필요에 따른 의료이용, 접근성 차원에서 대상자의 요구 또는 의료전문가의 기준으로 필요하다고 판단하여 적절히 서비스를 이용했으면 예방, 경감 또는 제거될 수 있는 질병이나 불능상태를 의미하기도 한다(Donabedian, 1973). 이러한 의료적 필요에 따른 접근성을 저해하는 요소로 의료비용, 먼 거리, 보건의료 시스템에 대한 부정적인 태도, 사회·인구학적 요인들이 있다(Carr-Hill et al., 1996; Christensen et al., 1995; Andersen et al., 1968).

미충족의료는 보건의료 접근성과 관련이 깊은데, 의료서비스의 접근성은 의료공급 시스템뿐만 아니라 개인이 의료를 추구하는 행위도 포함한다(Aday et al., 1981; Aday et al., 1974; Donabedian, 1973). 보통 의료서비스 접근성을 의료이용 횟수와 의료 이용량과 같은 사건 중심의 지표로 평가하지만 이는 개인이 의료에 접근하려고 할 때의 어려움 등은 제대로 반영하지 못하는 단점이 있다. 의료서비스 접근성의 과정을 더 잘 이해하기 위해서는 개인의 경험을 잘 반영한 정보가 필요하며 이는 미충족의료로 구체화 될 수 있다(Carr et al., 1976).

Allin et al.(2010)은 미충족의료 발생 유형을 다섯 가지로 분류하였다. 유형 1은 인식하지 못한 미충족의료로서 개인이 자신에게 필요한 의료서비스를 인식하지 못하는 경우로 이는 임상적 검사를 통해 증상을 발견할 수 있다. 유형 2는 주관적이며 개인의 선택에 의한 것으로 의료서비스의 필요는 인식하지만, 낮은 교육수준, 문화적인 이유로 의료서

비스를 이용하지 않는 경우이다. 유형 3은 주관적이지만, 개인이 선택할 수 없는 미충족의료로서 경제적인 접근성, 교통이 불편한 경우 등이다. 유형 4는 주관적이고 임상적으로도 타당성이 입증된 미충족의료로서, 개인이 의료서비스의 필요를 인식하고 이용하지만, 의료전문가가 판단하기에 적절한 수준이 아닌 경우이다. 유형 5는 주관적으로 기대하는 수준으로 적절한 의료서비스를 이용하지 못하는 것으로, 개인이 느끼기에 최상의 치료를 받지 못한다고 인식하는 경우이다. 이 중에서 유형 1은 임상적 검사가 요구되어 설문지 형식의 미충족의료를 묻는 문항에 포함되지 못하며, 유형 4와 유형 5도 설문문항에서 의료이용 유무나 이용량을 측정해왔기 때문에 미충족의료를 제대로 반영하기 힘들다(Allin et al., 2010; 전보영, 2014 재인용). 또한 여러 가지 이유로 미충족의료가 발생할 수 있지만, 기존 연구들에서는 미충족의료의 경험 여부만을 묻는 경우가 대부분이었다(전보영, 2014).

미충족의료가 왜 발생하는지를 자세히 알아보기 위해서는 경험여부 뿐만 아니라 그 이유에 대해서도 알 필요가 있다. 큰 틀에서 보면 의료이용 장애와 미충족의료는 유사한 개념이기 때문에 의료이용 장애에 관한 연구를 참고해보면 그 요인으로 의료서비스의 지불능력 제한, 물리적 접근성 제한, 수용성 제한, 이용가능성 제한으로 분류한 연구가 있으며(Aday et al., 1984; Petechers et al., 1988), 이 4가지 요소 외에 가능한 의료서비스 및 의료서비스 절차에 대한 지식과 필요에 대한 인식을 포함하여 분류한 연구도 있다(Yeatts et al., 1992).

또한 주관적 미충족의료를 발생시키는 이유를 이용가능성(availability), 수용성(acceptability), 접근성(accessibility)으로 분류하기도 한다(Sibley, 2009; Nelson et al., 2006; Chen et al., 2002). 이용가능성(availability)은 의료서비스를 제공하기 위한 적절한 시설, 의료제공자, 서비스 제공 방식 등이 지역적으로 균형 있게 분포되어 있는 것과 개인의 의료서비스를 이용할 수 있는 시간, 예를 들면 근무시간의 유연성 등 개인적 요소도 포함한다. 수용성(acceptability)은 개인이 의료서비스를 받아들이는 정도가 문화적·사회적 요인 등에 의해 결정되는 것을 말한다. 수용성 제한의 경

우 이용가능성과 경제적·물리적 접근성이 해결된다 하더라도 개인의 입장에서 가질 수 있는 문제로 건강 및 의료기관에 대한 정보, 전문의료인과 진료에 대한 인식, 질병에 대한 인식 등과 관련된 것으로(차수진, 2012; 허순임 외, 2009) 환자가 스스로 건강문제를 무시하거나, 어디를 가야할지 모르거나, 의사에 대한 반감이나 두려움 등이 포함된다. 접근성(accessibility)은 물리적·경제적 접근성으로 분류될 수 있는데 물리적인 접근성은 이동 시간, 거리와 같은 의료서비스 이용에 있어 교통 편의의 정도를 말하며 경제적 접근성은 적절한 의료서비스를 이용할 자원을 쓸 능력을 의미하여 지불능력이라고 불리기도 한다(허순임 외, 2009; Chen et al., 2002; Levesque et al., 2013).

미충족의료 발생 이유는 국가별로 차이를 보이는데 미국과 캐나다의 미충족의료를 비교한 연구결과에 따르면 캐나다 성인의 경우 긴 대기 시간 때문에(32.7%) 미충족의료를 경험한 것으로 나타났지만, 미국의 경우 비용문제(53.0%)로 미충족의료를 경험하였다. 이러한 미충족의료 발생이유의 차이는 두 국가의 보건의료시스템 차이에서 나타난 것으로 볼 수 있다(Lasser et al., 2006). 국내 연구들에서 미충족의료를 경험하는 주된 이유로는 시간적, 경제적 이유가 있었다(정영호, 2012; 송경신, 2011; 허순임 외, 2009).

## 2) 미충족의료의 평가방법

미충족의료를 평가함에 있어서는 의료적 필요를 무엇으로 보는가가 중요한데 의료적 필요에 대한 판단주체는 크게 둘로 나뉜다. 대상자가 인지한 필요와 전문의료인이 판단하는 임상적 증상에 따른 의료적 필요가 그것이다(Aday et al., 1975; Carr et al., 1976; Diwan et al., 1995).

전자는 의료적 필요에 따른 의료서비스 이용여부를 개인의 주관적 평가에 의존한다. 이러한 접근법은 미충족의료를 설문지로 확인할 수 있고 개인이 자신의 건강상태를 더 잘 알기 때문에 의료적 필요를 측정하기에 좀 더 용이하다(Ideler et al., 1997). 또한 개인에게 동일한 의료서비스를

제공하더라도 충족여부는 다를 수 있기 때문에 의료적 필요를 객관적으로만 평가할 수 없으며 개인이 느끼는 주관적 판단 역시 중요하다. 이는 의료적 필요 충족의 상태가 단순히 의료서비스를 받음과 받지 않음으로 나누어지기 어렵기 때문이다(허순임 외, 2009). 하지만 개인이 경험을 인지하고 회상하는 과정에서 편향이 생길 가능성이 있으며(Newacheck et al., 2000) 질병에 대한 증상 차이, 의료적 치료의 중요성에 대한 태도가 개인마다 다를 수 있어 개인이 느끼는 주관적 미충족의료는 과소 또는 과대 측정될 가능성이 있다(이진용, 2006).

주관적 한계를 보완하는 방법으로 개인이 적절히 받지 못한 의료서비스를 임상적 방법으로 평가하기도 한다(Carr et al., 1976). 하지만 이 평가 방법은 임상적 지침에 근거한 치료와 질병에 한정하므로 의료적 치료가 필요하다고 인식한 모든 질병을 포함하지 못하여 대표성을 가지는 자료를 획득하기 어렵다(허순임 외, 2011). 또한 의료인은 치료를 하기 위해 환자가 호소하는 증상과 과거력에 의존하므로 환자의 의료적 필요에 대한 정보가 불완전하다(Balsa et al., 2001). 그리고 사회 경제적 지위가 낮은 사람들은 자신의 증상에 대한 의사를 표현하는 능력이 낮아 효과적인 서비스를 덜 받을 수 있다(Allin et al., 2010).

### 3) 미충족의료의 선행연구

국외 선행 연구에는 아동집단(Newacheck et al., 2000), 성인(Pappa et al., 2013; McColl et al., 2010; Shi et al., 2005), 노령 인구(Alonso et al., 1997; Herr et al., 2013) 등 연령층에 따른 연구가 있으며, 도시와 농촌에 거주하는 집단(Clark et al., 1998) 인종(Horner-Johnson et al., 2014) 노동자 집단(Caban-Martinez et al., 2007) 등을 대상으로 한 연구들도 있다.

미충족의료 관련 요인들을 살펴보면 성별, 결혼상태, 주관적 건강상태, 지역사회 참여, 사회적 지지, 생활 방식(Bryant et al., 2009), 소득수준, 보험보장 유무(Shi et al., 2005), 대기시간(Samaritan et al., 2002), 환자와



의사간의 신뢰(Moldboard et al., 2005) 등이 있었다.

Åhs et al.(2006)은 실업자와 장애 연금을 받거나 장기간 병가 중에 있는 노동자의 주관적 미충족의료를 분석한 결과, 취업자에 비해 실업자, 장기간 병가 중이거나 장애 연금을 받는 노동자가 미충족의료를 경험할 가능성이 높았다. 고용 상태는 의료서비스 이용의 접근성에 영향을 미칠 수 있는데, 그 이유는 실업자는 취업자에 비해 정신적인 문제로 인한 의료적 필요가 더 클 수 있기 때문이다. 또한 건강이 나쁘거나 만성질환을 보유한 실업자들은 다시 직장으로 돌아가거나 취업하는데 어려움이 있기 때문에(Pohjola, 2001; Mathers et al., 1998; Jin et al., 1995) 보건의료서비스 체계는 재취업을 위해 정신건강에 초점을 둔 중재를 개발할 필요가 있다.

Caban-Martinez et al.(2007)은 경제적 이유로 인한 미충족치과의료 경험 여부를 18세 이상 노동자를 대상으로 한 연구이며, 여성은 건설노동자 및 요식업 종사자, 남성은 의료서비스 및 요식업 종사자의 경우 미충족치과의료 경험비율이 높았으며, 구강건강을 향상시키기 위해서 치과 치료를 받는데 어려움이 있는 노동자그룹에게 정책적 개입의 필요성을 시사하고 있다.

국내 선행 연구는 대부분 개인이 인식한 미충족의료를 설문조사 방식으로 평가하고 있는 실정이다(허순임 외, 2009). 성인을 연구대상자로 하여 미충족의료 경험에 영향을 미치는 요인을 인구학적·사회경제적 특성과 건강행태 관련 특성으로 분류한 연구들에서 인구학적·사회 경제적 특성으로는 성별, 연령, 교육수준, 의료보장 형태, 민간보험 가입여부(송경신, 2011), 경제활동상태(허순임 외, 2009), 소득수준(송경신, 2011; 양진영, 2010; 허순임 외, 2009; 김수정, 2008)이, 건강행태 관련 특성은 주관적 건강상태(송경신, 2011; 양진영, 2010; 허순임 외, 2009; 김수정, 2008), 만성질환 수(허순임 외, 2009), 활동제한여부(송경신, 2011)가 미충족의료에 영향을 주는 요인으로 밝혀졌다. 이 중 소득수준과 주관적 건강상태가 주된 영향 요인이었으며, 특히 송경신(2011)의 연구에서는 의료서비스의 유형을 구분하여 미충족의료 경험을 비교하였다. 입원 서비스에서

소득수준에 따른 미충족의료를 경험할 가능성이 큰 것으로 나타났다.

신영전 외(2009)와 양진영(2010)의 연구는 단면적 미충족의료 관련요인을 살펴본 선행 연구들과 달리 단면적인 분석뿐만 아니라 미충족의료 경험의 동태적 현황과 관련요인도 분석하였다는데 의의가 있지만, 미충족의료 경험을 “경제적 이유”로 한정하고 있어 다양한 미충족의료 경험 이유를 반영하지 못하였다.

특정 질병을 가진 집단을 대상으로 한 연구로 김한해(2005)의 연구와 허순임 외(2011)의 연구 등이 있으며, 특정 집단을 대상으로 한 연구로 장애인 집단(전보영, 2014), 한부모 여성가장 집단(강나영, 2013) 여성결혼 이민자 집단(차수진, 2012) 저소득층(김수정 외, 2011) 등이 있었다.

경제활동상태 및 노동 관련 특성에 따른 미충족의료 경험 가능성을 자세히 살펴보면 만 19세 이상 성인을 대상으로 한 연구에서 고용주, 자영업자/무급가족종사자, 실업자, 비경제활동자보다 임금노동자가 미충족의료를 경험할 가능성이 높은 것으로 나타났다(허순임, 2009). 박종영 외(2005)의 연구는 우리나라 일부 지역의 40세 이하 여성 근로자를 대상으로 미충족의료 관련 요인을 분석하였다. 미혼은 시간적 접근성이 낮은 경우(교대근무를 하는 경우, 가사노동이 3시간 이상으로 하는 경우)와 자각적 접근성이 낮은 경우(지난 1달간 음주경험이 있는 경우) 미충족의료를 경험할 가능성이 높은 반면, 기혼의 경우 경제적 접근성과 자각적 접근성이 낮은 경우 미충족의료를 경험할 가능성이 높았다. 그리고 김진구(2008)는 전문 행정직이나 사무직 종사자가 경제적인 이유로 미충족의료 경험 가능성이 낮은 반면, 기능 노무직 종사자는 높은 것으로 나타나 노동형태에 따라 미충족의료 경험 가능성의 차이가 있음을 보여주었다. 또한 전보영(2014)은 장애인을 대상으로 미충족의료 경험에 영향을 미치는 요인을 살펴보았는데 실업이나 비경제활동을 하는 장애인들에 비해 임시직·일용직 노동을 하는 경우 미충족의료 경험할 가능성이 높았다. 이러한 이유를 살펴보면 대부분의 장애인 고용 형태는 비정규직이며 노동형태는 단순노무직으로 일하는 경우가 많기 때문이며 심지어 장애정도가 심한 경우에는 일할 기회조차 얻기 어렵기 때문이다(김용탁, 2011). 신체

적·정신적 장애가 있는 사람들에게 경제활동 참여는 제한적이며 이는 경제적 어려움으로 작용한다. 결국 경제활동 제약은 의료서비스 이용의 접근성을 떨어트릴 수 있음을 보여주었다.

## 2. 비정규직 노동자

### 1) 비정규직의 정의

비정규직의 개념에 대해서는 통일된 기준이 존재하지 않으며, 비정규직 고용에 대한 정의는 어떤 관점에서 접근하느냐에 따라 정의가 달라질 수 있다. OECD의 경우 임시직 노동자(temporary worker)를 비정규직 노동자로 파악하며, 임시직 노동자에 유기계약노동자(worker with fixed contract), 파견 노동자, 계절 노동자, 호출 노동자 등을 포함하고 있다. ILO의 경우 고용 안정이 부족한 근로관계를 비정규직이라고 정의하며, 임시직과 기한부 노동 계약을 포괄하고 있다.

국내 선행연구들에서는 ‘근로계약기간의 정함이 없어 전일제로 일을 하며 사용자와 직접적 고용계약을 맺고 노동을 제공하는 자’를 정규직으로 정의하고, 이러한 정규 근로에서 벗어나면 비정규직 노동자로 정의하는 방식을 취하고 있다(박진욱 외, 2007; 이인재, 2004; 장지연, 2001). 장귀연(2009)은 ‘비정규직’은 ‘정규직’이라는 단어에 ‘아닐 비(非)’자를 붙여 정규직이 아니라는 뜻이며, 정규직이라는 단어도 오히려 비정규직 문제가 떠오르면서 그것과 비교하기 위해 쓰이기 시작한 것으로 정규직을 가지고 비정규직을 정의하기도 어렵다고 하였다.

또한 비정규직은 일자리의 문제이며, 일자리의 조건에 따라서 정규직과 비정규직이 나뉘며, 계약직, 임시직, 시간제, 간접 고용, 특수 고용 등이 비정규직에 해당한다. 이러한 비정규직 고용 형태를 구체적으로 살펴보면 다음과 같다(장귀연, 2009; 남재량 외, 2008).

첫째, 고용 계약 기간의 정함이 있는 형태로 일용직, 임시직, 계약직이

이에 속한다. 일용직은 근로계약기간이 1개월 미만인 노동자이거나 매일 고용되어 일당제 급여를 받고 일하거나, 일정한 장소 없이 돌아다니면서 일한 대가를 받는 고용 형태를 말한다. 임시직은 근로계약기간이 1개월 이상 1년 미만인 노동자이거나 근로계약기간이 없더라도 1년 이내에 일이 끝날 것이라고 생각하는 고용 형태를 말한다.

둘째, 시간제 고용형태는 파트타임, 아르바이트로 일하거나 같은 업무에 종사하는 사람들보다 적은 시간동안 일하는 경우 또는 임금이 시간 단위로 지급되는 경우를 말한다.

셋째, 간접고용 형태로 파견, 도급, 용역, 사내 하청 등이 이에 해당하며 이는 고용관계와 사용관계가 일치하지 않는 경우를 말한다. 이러한 고용 형태가 문제시 되는 이유는 고용주와 사용주가 같으면 노동자를 고용한 회사가 일을 시킨 만큼 임금을 주며 일을 시키는 과정에서 발생하는 문제들도 책임을 지지만, 고용주와 사용주가 다르면 책임 소재가 불명확해져서 노동자가 부당한 대우를 받을 가능성이 커지기 때문이다.

넷째, 특수 고용 형태로 화물 트럭 기사, 방문 설치·AS 기사, 골프장 캐디, 학습지 교사 등이 이에 속한다. 특수 고용은 개인이 사업자 대 사업자로 기업과 계약을 체결하지만 실질적으로 다른 일을 할 여지가 없이 기업의 지시와 감독을 받는 개인 사업자인 경우 기업과 사용 관계에 있다고 보아 특수 고용 비정규직으로 간주한다.

## 2) 비정규직 고용형태와 불평등

노동을 한다는 것은 개인의 삶의 주요한 부분을 차지하며 이는 소득, 지출, 사회 활동 등과도 연관된다(박세홍 외, 2009). 고용 형태가 “비정규직”이라는 것만으로 삶의 많은 부분에서 불평등을 경험한다.

첫째, 동일노동 동일임금 원칙이 명시적으로 규정되어 있지 않은 우리나라에서는 고용 형태에 따라 임금 격차가 발생하며 이러한 점은 기업의 비용 절감 방식으로 이용되고 있다. 정규직과 비정규직의 임금 격차는 소득 불평등뿐만 아니라 사회계층화 문제도 발생시킨다. 왜냐하면 언제

실업자가 될지 모르는 비정규직의 경우 금융이나 부동산에 투자할 경제적 여유가 없으며 적은 노동 소득으로 다른 자본 소득을 만들어 내기 어렵기 때문이다(장귀연, 2006). 비정규직 고용은 기업의 이익에만 도움을 줄 뿐 노동자들이 노동을 하고 있음에도 불구하고 계속 빈곤층에 놓일 가능성이 크다. 이렇게 상위와 하위로 극명하게 나누어지는 소득 분포는 결국 계층 구조의 양극화를 만들어 낸다(은수미, 2009).

둘째, 저임금노동 빈곤층인 비정규직 노동자들의 증가는 사회보장 측면에서도 문제를 발생시킨다. 사회보험제도는 기본적으로 공식 부문의 정규직 노동자를 전제로 마련되었기 때문에(주은선, 2002; Purdy, 1988) 취업과 실업의 경계를 오가는 비정규직 노동자들을 보호하기에 어렵다(김진구, 2002). 2014년 3월 기준으로 직장에서 사회보험(국민연금·건강보험·고용보험) 가입률은 정규직은 84-99%인데 반해, 비정규직은 33-39%에 불과하며 정규직은 퇴직금, 상여금, 시간외 수당, 유급 휴가를 71-99% 보장 받지만, 비정규직은 18-33%만 보장받고 있는 실정이다(김유선, 2014).

셋째, 근로계약 만료라는 방식으로 해고가 가능한 사용자와 실업 상태에 놓일 가능성이 큰 비정규직 노동자사이의 권력 불균형 관계에서 비정규직 노동자가 의지할 수 있는 법적인 보호가 거의 부재하다(장귀연, 2009; Benach et al., 2007). 일례로 고용 계약 기간이 정해져 있음을 이유로 사용자는 합법적인 해고가 가능하며 법적으로도 보호 받지 못하고 있다. 근로기준법 제 35조에 따르면 일용근로자로서 3개월을 계속 근무하지 아니한 자, 2개월 이내의 기간을 정하여 사용된 자, 월급근로자로서 6개월이 되지 못한 자, 계절적 업무에 6개월 이내의 기간을 정하여 사용된 자, 수습 사용 중인 근로자의 경우는 해고 예고의 적용에서 제외되어 있다. 이는 오히려 법적으로 사용자와 비정규직 노동자들 사이의 권력 불균형을 강화시킨다.

넷째, 노동조건은 노동자들의 경제적 지위, 사회심리적 상태, 건강관련 행태, 직무상의 유해요인 노출 등에 영향을 준다(김일호 외, 2005). 선행 연구결과에 따르면 낮은 직업적 계급을 가진 사람일수록 신체적 피로,

낮은 업무 통제력, 소음과 대기오염, 단조로운 직업, 교대근무, 빠른 작업 속도 등을 포함한 위험한 노동조건을 경험할 가능성이 높아진다(Evans et al., 2002; Vahtera et al., 1999; Schrijvers et al., 1998). 여기서 낮은 직업적 계급이란 소위 육체직 노동을 의미하며 비정규직 노동자의 종사 비율이 정규직에 비해 높은 직종이다(김유선, 2014). 또한 비정규직은 노동과정에서의 일정과 성격에 관여할 수 있는 가능성이 떨어지며(Bisker, 2006; Bohle et al., 2004; Rodriguez, 2002), 정규직 노동자보다 작업과정에서 더 많은 지시를 받거나 통제 정도가 더 낮으며 사업장에서 여러 가지 위험한 물질을 다루는 등 일하는 노동 환경이 위험하고 열악하다(Benach et al., 2000; Nätti et al., 2009). 이러한 노동조건과 노동환경은 비정규직 노동자의 건강에도 악영향을 미친다(손미아, 2003).

### 3. 비정규직 노동자의 건강 및 의료이용 장애

#### 1) 비정규직 노동자의 건강

비정규직 노동자의 건강에 대한 연구는 다양하게 이루어졌다. 거시적인 관점에서 비정규직의 건강에 영향을 미치는 가장 큰 요인은 신자유주의와 세계화에 따른 노동의 유연성이다. 노동의 유연성은 고용 형태의 변화를 가져와 비정규직 노동자의 증가를 초래했다. 비정규직의 증가는 고용 불안과 소득의 불평등을 동반한다. 특히 장기간 고용 불안은 실업 경험보다 더 위험한 건강 악화 요인으로 나타나며 낮은 업무 자율성 또는 직무 만족도, 직업에 대한 불안감은 주관적 건강상태, 스트레스, 우울과 같은 정신적 건강에 부정적인 영향을 줄 뿐만 아니라 관상동맥 질환의 위험성 증가와 같은 신체적 건강에도 해로운 영향을 미친다(Kim et al., 2012; Ferrie et al., 2002; Marmot, 1999). 이를 좀 더 자세히 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 비정규직의 주관적 건강에 관한 연구를 보면 정규직 노동자에

비해 비정규직 노동자의 주관적 건강수준이 낮은 것으로 나타났다(손신영, 2011; 박진옥 외, 2007; 신순철 외, 2007; Kim et al., 2008; Kim et al., 2008; Virtanen et al., 2002; Martens et al., 1999). 고용형태와 소득 수준에 따른 주관적 건강 수준의 차이를 본 연구(우혜경 외, 2009)에서 육체노동을 하거나 고용형태가 불안정한 노동자가 소득까지 낮은 경우 주관적 건강상태가 더 나쁜 것으로 나타났다. 그리고 정규직과 비정규직의 고용형태와 성별에 따른 주관적 건강 수준의 차이를 본 연구결과에 따르면(김일호 외, 2005) 여자 육체노동자의 경우 정규직에 비하여 비정규직 노동자가 더 주관적 건강 수준이 낮았지만, 남자 육체노동자의 경우에는 이와 반대되는 결과를 보였다. 이는 남녀 간의 직업과 노동 강도의 차이가 건강에 영향을 미칠 수 있음을 보여주었다.

둘째, 비정규직의 정신건강 또는 심리적인 건강에 관한 연구를 살펴보면 고용 계약의 유형에 따른 우울, 감정소모, 직무 만족도를 본 연구(Kompier et al., 2009)에서 임시직 종사자들이 상용직 종사자들에 비해 직무 만족도는 낮지만, 우울감은 더 많았다. 경제활동상태를 정규직, 비정규직, 자영업자 등으로 분류하여 우울증상과의 연관성을 본 연구에서 비자발적으로 시간제 노동을 하는 사람들은 우울증상의 빈도가 높았지만 자발적인 시간제의 경우 그렇지 않은 것으로 나타났다(Santin et al., 2009). 또한 교대 근무와 주말에만 근무하는 비정형 노동자들의 경우 피로와 스트레스 정신건강이 나쁜 것으로 나타나 노동 시간대도 중요한 요소로 작용할 수 있음을 보여주었다(Jamal, 2004). Artazcoz et al.(2005)에서는 육체직, 비육체직에 종사하는 근로계약 기간의 정함이 없는 임시직의 경우는 정신건강이 나쁜 것으로 나타났지만, 근로계약조차 없이 육체직에 종사하는 노동자들은 직무 만족도와 정신건강이 좋은 것으로 나타나 근로계약의 여부와 노동형태에 따라 정신건강과 심리사회적인 결과가 다른 양상을 보였다.

다른 연구들(Conway et al., 2002; Paoli et al., 2001; Sverke et al., 2000)에서는 기간제, 시간제 노동자들에서 더 좋은 심리적 안녕과 건강에 대한 불만도 더 적음을 보였으며, 전일제 노동자보다 시간제 노동자

가 더 높은 직무만족도를 느끼는 것으로 나타났다.

셋째, 비정규직의 신체건강에 관한 연구에서 먼저 비정규직 노동자의 사망 위험도에 관한 외국 문헌을 살펴보면, 정규직에 비해 비정규직의 사망률이 높았으며 비정규직에서 정규직으로의 전환이 사망 위험도를 낮추는 것으로 나타났다(Kivimäki, 2003). 국내 선행 연구에서도 상용노동자에 비해 임시 및 일용노동자의 사망위험비가 약 3배 정도 높아 비슷한 결과를 보였다(김혜련 외, 2005; 손미아, 2008 재인용). 이러한 연구들에서 알 수 있듯이 고용형태별 사망위험의 차이가 크다는 것을 알 수 있다. 고용형태와 신체건강 연구결과에 따르면(Benavides et al., 2000) 비정규직 노동자는 정규직 노동자에 비해 피로, 요통, 근육통과 같은 신체적 건강이 더 나쁜 것으로 나타났다. Kim et al.(2008)의 연구결과에 따르면 비정규직 노동자들은 사회 경제적 지위와 건강 행태를 보정한 후에도 만성질환 보유할 가능성이 높았으며 이러한 양상은 성별에 따라 다르게 나타났다. 남성의 경우 비정규직 노동과 근골격계, 간 질환이 유의한 관련이 있었지만 여성의 경우 비정규직 노동과 정신 건강이 유의한 관련성을 보였다.

추가적으로 비정규직 노동자들의 직업적 부상에 관한 연구들을 살펴보면 임시직 노동자들은 산업재해를 겪을 가능성이 높으며, 미숙한 작업 도구 이용이 주된 원인으로 나타났다(Nola et al., 2002). 직업적 부상을 입은 노동자들을 대상으로 한 연구에서는(Kirschenbaum et al., 2000) 고용 형태와 직업적 부상간의 강력한 연관성을 보였으며 특히 하청 비정규직 노동자들은 반복적으로 직업적 부상을 입을 가능성이 높았다. 안전 규정에 주의를 기울이지 않거나 속도만 중시하는 관행이 직업적 부상을 일으키는 주요 요인이었다. 하지만 다른 연구들에서는 노동조건을 보정한 경우 비정규직 노동자들은 정규직 노동자들 보다 직업 관련 질병과 사고가 일어날 가능성이 낮아지거나(Amuedo-Dorantes, 2002) 성별, 연령, 직업, 고용 기간을 보정한 경우 직업적 부상과 고용 형태간의 통계적으로 유의하지 않았다(Benavides et al., 2006). 이는 정규직에 비해 근로 계약 기간이 짧은 비정규직 노동자들이 건강 위험에 노출이 적은 것으로



설명할 수 있다.

## 2) 비정규직 노동자의 의료이용 접근성과 미충족의료

국민의 건강 보호를 위한 사회적 기본권의 하나로 헌법 제36조 제1항에서는 “모든 국민은 보건에 관하여 국가의 보호를 받는다.”라고 명시적으로 규정하고 있다. 국민의 건강을 보장하기 위한 일환으로 보건의료의 접근성에 대한 형평성을 들 수 있으며, 보건의료의 접근성은 건강상 필요가 있을 때 보건의료를 이용할 수 있는 기회를 말한다(Oliver et al., 2006). 보건의료에 접근할 권리는 건강이라는 기능을 성취할 자유와 능력을 보장하는 것으로 기본적 권리에 해당한다(Sen, 1999). 이러한 보건의료의 접근성은 지불 능력에 따른 것이 아니라 필요를 근거로 보장하는 것이 건강을 개선하는 중요한 수단이 될 수 있다(Reinhardt et al., 2000).

우리나라의 경우 1989년 전국민건강보험 실시로 보건의료에 대한 접근성을 향상시켰다. 그러나 2011년 기준으로 우리나라 국민의료비 중 가계 부문에서의 지출은 35.2%로 OECD 평균인 19.6%에 비해 약 1.8배 높은 수준이다(보건사회연구원, 2013). 또한 비급여 서비스 및 본인 부담금 등의 경제적 부담은 특히 사회경제적 지위가 낮은 계층에게 필수적으로 필요한 의료이용의 접근성을 저하 시킬 수 있으며 결국 사회계층간의 건강 격차를 발생시키는 기전으로 작용할 것이다(김동진, 2012).

사회계층별 의료서비스의 접근성에 대한 연구결과에 따르면 의료이용 횟수 측면에서는 낮은 사회경제적 지위를 가진 집단이 의료이용을 많이 하였으나 의료서비스 질 측면에서는 사회계층이 높을수록 고급의료를 이용하는 것으로 나타났다(장동민 외, 1996). 저소득층의 의료비 부담은 지속적으로 증가하였으며 의료비 과부담 가구는 대부분 저소득층에서 발생하였다(허순임, 2009). 또한 사회경제적 지위가 낮은 비정규직의 의료이용 관련 연구결과에 따르면 정규직 노동자에 비해 의료이용 건수는 두 배정도 높지만, 건당 의료비는 절반 정도로 나타나 정규직 노동자가 대형병원에서 고가 진료를 받는 경우가 더 많다고 추측해볼 수 있다(서남

규, 2011).

이처럼 사회경제적 지위가 낮은 계층은 의료이용 접근성에 어려움이 있지만, 건강 상태가 좋지 못하여 의료적 필요가 더 클 수 있다. 그러므로 의료이용 접근성을 파악하기 위해서는 이용도뿐만 아니라 필요에 따른 적절한 서비스를 받고 있는지 또한 평가해 볼 필요성이 존재한다(김진영 외, 2012). 즉 “의료적 필요”는 의료 이용을 파악하는데 있어 핵심적인 부분이며 이는 미충족의료와 관련이 깊다.

비정규직 노동자의 미충족의료를 발생시키는 요인으로는 사회 경제적 요인과 노동 관련 요인으로 나누어 볼 수 있다. 이러한 두 요소는 서로 분리되어 있다기보다는 중첩적으로 작용한다. 사회 경제적 지위가 낮은 집단일수록 더 많은 미충족의료가 발생 할 수 있는데(Carr et al., 1976), 비정규직 노동자의 경우 정규직에 비해 낮은 교육수준이 보건의료서비스의 지식과 건강관리 능력, 의료서비스 접근성을 떨어트려 이는 결국 건강에 악영향을 미친다(Khang, 2005; Kim, 2005).

근로계약을 반복적으로 갱신함으로써 계약 만료시에 고용주에 의해 임의적으로 해고될 상시적 위험성이 있는 비정규직 노동자의 경우 열악한 노동조건을 감수하고 장시간 노동시간, 저임금구조, 노동강도 강화, 불평등한 고용조건 속에서 일해야 하며, 노동과정에서도 통제력이 낮다. 기업의 비용 절감 방식 중 하나인 정규직 노동자의 감축은 기존의 정규직 노동자의 수보다 적은 인원으로 비정규직을 충원하여 인원 감축 전과 같은 일을 해내기 위해서 노동 강도를 강화시키며, 비정규직 노동자는 저임금을 만회하기 위해서 장시간 노동을 한다(손미아, 2005; 정이환, 2003; Benach et al., 2000). 이러한 장시간 근무로 인해 의료기관 이용 시간이 부족하고, 낮은 임금으로 의료비용을 부담하기 어려워 의료이용에 장애가 발생한다(김상아 외, 2010). 또한 자유롭지 못한 작업장 구조와 엄격한 작업 통제방식의 노동환경으로 인해 업무 자율성이 낮아져 의료적 필요 발생 시에도 의료서비스 이용이 어렵다. 이러한 열악한 노동환경으로 인해 아프면 병원에 가는 것이 아니라 일할 수 없을 정도로 아플 때 의료서비스를 이용하게 되며, 이는 중병을 예방할 수 있는 가능성을 저해

시키며 질병이 악화 될 때까지 치료의 기회를 가지지 못하게 된다(이김태영, 2000).

### Ⅲ. 연구 방법

#### 1. 연구 모형

국내·외 선행연구들에서 미충족의료에 미치는 영향을 설명한 이론적 틀은 아직까지 존재하지 않으며, 미충족의료에 영향을 미치는 요인을 파악하는 연구에서는 개인의 인구학적·사회 경제적 특성 및 건강행태 관련 특성을 포함하는 경우가 대부분이었다(허순임 외, 2009; 신영진 외, 2009; Newacheck et al., 2000; Alnosó et al., 1997). 본 연구에서는 주된 관심인 비정규직 노동자의 노동 관련 특성과 더불어 미충족의료에 영향을 미치는 것으로 밝혀진 인구학적·사회 경제적 특성 및 건강행태 관련 특성을 추가하여 그림 1과 같이 연구모형을 구성하였다. 그리고 비정규직 노동자가 미충족医료를 경험한 이유를 경제적 제한(경제적인 이유로), 시간적 제한(갈 수 있는 시간에 병의원이 열지 않아서)으로 분류하여 분석하였다.

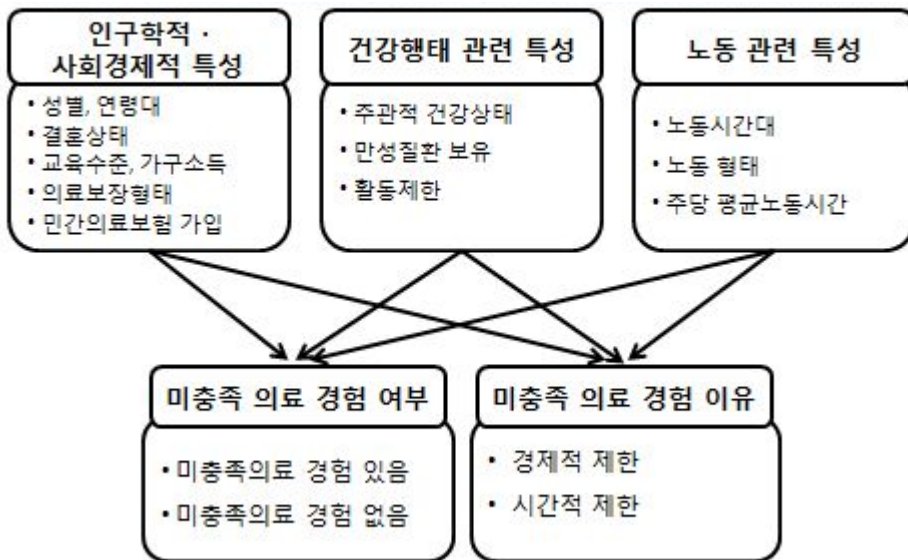


그림 1. 연구 모형

## 2. 자료원 및 연구대상

본 연구는 비정규직 노동자의 미충족의료 관련 요인을 분석하기 위해 국민건강영양조사 제 5기 자료 중 2012년도 자료를 활용하였다. 국민건강영양조사는 국민의 건강 및 영양상태에 관한 국가 대표통계를 생산하는 조사로 건강수준, 건강관련 의식 및 형태, 식품 및 영양섭취 실태에 대한 국가 및 시·도 단위의 대표성과 신뢰성이 있는 통계 산출을 근간으로 한다. 구축된 통계 자료는 국민건강증진종합계획의 목표 설정 및 평가, 건강증진 프로그램 개발 등 보건정책 수립 및 평가에 필요한 기초자료로 활용되고 있다. 조사 내용은 건강설문조사, 영양조사, 검진조사로 구성되어 있으며 본 연구에서는 인구사회학적 자료 및 질병이환, 경제활동, 의료이용 관련 등의 정보가 있는 건강설문조사를 이용하였다.

2012년 대상 가구 수 및 대상 가구원 수는 각각 3,800가구, 8058명이었다. 본 연구에서는 20세 이상의 비정규직 노동자로 연구대상을 한정하였으며 선행 연구들의 정의 방식을 차용하여 비정규직 노동자를 정규직의 잔여적 개념으로 정의하였다(박진욱 외, 2007; 이인재, 2004; 장지연, 2001). 즉 임금근로자 중 종사자 지위를 상용직이라고 응답하고 근로계약기간의 정함이 없이 전일제로 일을 하며 사용자와 직접적 고용계약을 맺고 노동을 제공하는 자를 정규직으로 보고 이를 제외한 자를 비정규직 노동자로 보아 총 1,019명을 연구대상자로 선정하였다.

## 3. 변수설명

### 1) 종속변수

종속변수인 미충족의료 경험은 표 1과 같이 미충족의료 경험 여부와 미충족의료 경험 이유로 구분하였다. 미충족의료 경험이란 “최근 1년 동안 본인이 병의원(치과 제외)에 가고 싶을 때, 가지 못한 적이 있습니

까?” 라는 문항에 “예”라고 응답한 경우를 말한다. 미충족의료 경험 이유는 경제적 제한과 시간적 제한으로 유형화 하였다. 경제적 제한은 경제적인 이유로 병의원에 가지 못한 경우를 말하며, 시간적 제한은 내가 갈 수 있는 시간에 병의원 등이 문을 열지 않아서 의료서비스를 이용하지 못한 경우를 의미한다.

표 1. 종속변수 및 측정방법

종속변수	측정방법
미충족의료 경험여부	0=미충족의료 경험 없음(준거집단) 1=최근 1년 동안 본인이 병의원(치과 제외)에 가고 싶을 때, 가지 못한 경우
미충족의료 경험 이유 유형화	0=미충족의료 경험 없음(준거집단) 1=경제적 제한 경제적인 이유로 2=시간적 제한 내가 갈 수 있는 시간에 병의원 등이 문을 열지 않아서

## 2) 독립변수

본 연구에서는 선행연구들을 참고하여, 인구학적·사회 경제적 특성과 건강행태 관련 특성을 독립변수로 선정하고, 노동 관련 특성을 포함했다.

### (1) 인구학적·사회 경제적 변수

인구학적·사회경제적 특성에는 성별, 연령대, 결혼상태, 교육수준, 가구소득, 의료보장형태, 민간의료보험 가입 여부를 선정하였다. 인구학적 변수 중 배우자 유무는 적절한 의료서비스를 받지 못할 가능성과 관련성이

존재하여 독립변수에 배우자 있는 경우와 배우자 없는 경우(별거, 사별, 이혼, 미혼)로 나누어 포함시켰다. 사회경제적 변수 중 소득과 교육수준은 의료서비스의 접근성의 차이를 가져올 수 있으며, 의료서비스의 정보 획득 측면에서 미충족의료에 영향을 미치는 중요한 변수이다(양진영, 2010). 교육수준은 ‘고등학교 졸업이상, 중학교 졸업이하’로 범주화하였으며, 가구소득은 OECD가 가구원 1인당 소득을 비교할 때 사용하는 지표로 가구원 수가 다른 가구의 소득을 비교하기 위한 균등화 소득을 4분위로 구분한 변수를 이용하였다. 본 연구의 연구대상인 비정규직의 경우 정규직에 비해 직장건강보험의 보장 수준이 절반정도에 불과하여 직장건강보험의 보장여부 또한 변수로 구성하는 것이 바람직하다고 보았다. 하지만 직장건강보험의 부양자를 구분할 수 있는 변수가 없어 선행연구들과 마찬가지로 의료보장형태를 직장건강보험, 지역건강보험, 의료급여로 나누어 변수를 구성하였다. 민간보험 가입 여부는 하나 이상의 민간보험 가입한 경우와 하나도 가입되어 있지 않은 경우로 나누었다.

## (2) 건강행태 관련 변수

건강행태 관련 특성은 주관적 건강상태, 만성질환, 활동제한 여부를 변수로 선정하였는데, 주관적 건강상태는 개인의 의료서비스 필요 정도를 알아 볼 수 있는 변수로서 미충족의료와 많은 관련성이 있는 것으로 선행연구에서 밝혀졌다(송경신, 2011; 양진영, 2010; 허순임 외, 2009; 김수정, 2008; Byyant et al., 2009). 주관적 건강상태는 5점 척도로 매우 좋음(1점)부터 매우 나쁨(5점)으로 구성되어있으며, 보통, 좋음, 매우 좋음은 ‘좋음’으로 나쁨과 매우 나쁨은 ‘나쁨’으로 독립변수를 구성하였다. 만성질환의 경우 고혈압을 비롯한 이상지혈증, 뇌졸중, 심근경색증, 협심증, 고혈압, 각 종 암 등을 포함하여 하나라도 현재 유병 상태에 있는 경우 ‘만성질환 있음’으로 분류하여 만성질환 있음/만성질환 없음의 이분형 변수로 구성하였다. 활동제한은 “현재 건강상의 문제나 신체 혹은 정신적 장애로 일상생활 및 사회활동에 제한을 받고 계십니까?”라는 문항에

“예”라고 응답한 경우를 활동제한이 있는 경우로 “아니요”라고 응답한 경우를 활동제한이 없는 경우로 분류하였다.

### (3) 노동 관련 변수

“비정규직 노동자”라는 특성이 미충족의료에 미치는 영향요인을 파악하기 위해서 독립변수에 노동 관련 특성을 반영하였다. 비정규직의 경우 고용계약기간이 끝날 때 마다 주기적으로 실직을 하게 된다. 이는 고용의 불안함을 의미하며, 이러한 상시적 고용불안과 저임금구조는 비정규직 노동자들에게 정규직에 비해 높은 작업강도, 열악한 노동조건, 장시간 노동시간을 강요한다(손미아, 2005). 또한 업무의 자율성이 정규직에 비해 떨어지며, 시간적 제약으로 인해 의료이용 장애가 발생할 수 있고, 육체직, 비육체직 종사자들 사이에서는 작업 통제 정도의 차이로 의료서비스 접근성 차이가 발생할 수 있으므로(강나영, 2013; 김수정, 2008; 이수연, 1997) 이러한 특성을 반영하기 위해 노동시간대, 노동형태, 주당평균 노동시간을 노동 관련 변수에 포함하였다. 노동시간대는 “주로 주간(오전 6시~저녁 6시 사이)에 일하십니까? 혹은 다른 시간대에 일하십니까?”라는 문항을 이용하여 ‘주로 주간에 근무하는 경우’, 저녁근무/밤근무, 주야간 규칙적 교대근무/24시간 교대근무/불규칙 교대근무는 ‘주간 이외 근무를 하는 경우’로 분류하였다. 노동형태는 한국 표준 직업분류의 대분류를 참고하여 관리직, 전문가 및 관련 종사자, 사무종사자는 ‘전문·사무직’으로 서비스 종사자, 판매직 종사자는 ‘서비스·판매직’으로 농림어업 숙련 종사자, 기능원 및 관련기능종사자, 장치·기계조작 및 조립 종사자, 단순노무종사자는 ‘육체직’으로 분류하였다. 주당 평균 노동시간은 “직장에서 주당 평균 근로시간은 주당 40시간을 초과하지 못한다.”는 근로기준법 제50조에 따라 40시간 이하와 40시간 초과로 범주화하였다. 분석에 사용한 독립변수를 다음과 같이 표 2에 정리하였다.



표 2. 독립변수 및 측정방법

독립변수	측정방법	준거집단 (Reference)	
인구학적· 사회경제적 특성	성별	0=남자 1=여자 남자	
	연령대	0=20세-39세 1=40세-64세 2=65세 이상 20세-39세	
	결혼상태	0=배우자 있음 1=배우자 없음 (별거/사별/이혼/ 미혼) 배우자 있음	
	교육수준	0=고등학교 졸업 이상 1=중학교 졸업 이하 고등학교 졸업 이상	
	가구소득	0=소득 4분위 1=소득 3분위 2=소득 2분위 3=소득 1분위 소득 4분위	
	의료보장형태	0=직장건강보험 1=지역건강보험 2=의료급여 직장건강보험	
	민간의료보험 가 입 여부	0=민간보험 가입 1=민간보험 미가 입 민간보험가입	
	주관적 건강상태	0=좋음 1=나쁨 좋음	
	건강행태 관련특성	만성질환	0=만성질환 없음 1=만성질환 있음 만성질환 없음
		활동제한	0=활동제한 없음 1=활동제한 있음 활동제한 없음

노동 관련 특성	노동시간대	0=주간 근무 1=주간 이외 근무	주간 근무
	노동형태	0=전문·사무직 1=서비스·판매직 2=육체직	전문·사무직
	주당 평균 노동 시간	0=40시간 이하 1=40시간 초과	40시간 이하

#### 4. 분석방법

본 연구에서는 2012년 국민건강영양조사 자료를 활용하여 다음 세 단계로 자료 분석을 하였다. 첫째, 정규직과 비정규직간의 독립변수 및 건강 수준에 따른 연관성을 알아보기 위해 카이제곱 검정을 실시하였다. 또한 인구학적·사회경제적 특성, 건강행태 관련 특성, 노동 관련 특성과 비정규직 노동자의 미충족의료 경험 여부와의 연관성을 분석하기 위해서도 카이제곱 검정을 적용하였다.

둘째, 상관계수를 이용한 주요 변수 간의 상관관계 분석을 위해 두 개의 범주로 이루어진 명목형 변수인 경우 파이 계수(phi coefficient)를, 세 개 이상의 범주로 이루어진 명목형 변수인 경우 크래머의 V(Cramer's V)를 이용하였다.

셋째, 비정규직 노동자의 미충족의료 경험에 영향을 미치는 요인을 알아보기 위해 종속변수가 미충족의료 경험 여부일 때는 이항 로지스틱 회귀분석(binary logistic regression)을, 종속변수가 미충족의료 경험 이유일 때는 다항 로지스틱 회귀분석(multinomial logistic regression)을 실시하였다. 모든 분석에 표적 인구를 대표할 수 있도록 2012년 건강설문조사 가중치를 부여하였다. 자세한 분석방법은 다음과 같다.

미충족의료 경험 여부가 종속변수일 때는 로지스틱 회귀분석을 실시하

여 비정규직 노동자 내에서 미충족의료 경험확률에 영향을 미치는 요인을 파악하였다.

$$\log\left[\frac{\Pr(Y=1)}{\Pr(Y=0)}\right] = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \epsilon$$

Y=0: 미충족의료 경험 없음(reference)

Y=1: 미충족의료 경험 있음

$X_1$ : 인구학적·사회경제적 특성,  $X_2$ : 건강행태 관련 특성,  $X_3$ : 노동 관련 특성  $\epsilon$ : 오차항

미충족의료 경험이유는 두 가지(경제적 제한, 시간적 제한)로 분류하여 다항로지스틱 회귀분석을 실시하였다. 이를 통해 미충족의료 경험이 없는 경우에 비해 두 가지 이유로 인해 미충족의료를 경험할 확률에 미치는 영향 요인을 알아보았다(전보영, 2014).

$$\log\left[\frac{\Pr(Y=1)}{\Pr(Y=0)}\right] = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \epsilon$$

$$\log\left[\frac{\Pr(Y=2)}{\Pr(Y=0)}\right] = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \epsilon$$

Y=0: 미충족의료 경험 없음(reference)

Y=1: 경제적 제한으로 인한 미충족의료 경험 있음

Y=2: 시간적 제한으로 인한 미충족의료 경험 있음

$X_1$ : 인구학적·사회경제적 특성,  $X_2$ : 건강행태 관련 특성,  $X_3$ : 노동 관련 특성  $\epsilon$ : 오차항

위의 분석들은 통계 패키지 SAS 9.3을 이용하였다.

## IV. 연구 결과

### 1. 정규직과 비정규직의 특성 비교

#### 1) 정규직과 비정규직의 특성 비교

정규직과 비정규직의 일반적 특성을 비교하여 표 3에 제시했다. 먼저 인구학적·사회경제적 변수들을 살펴보면 정규직 노동자의 경우 여성비율이 34.39%로 비정규직 노동자의 여성비율인 50.79%보다 통계적으로 유의하게 낮은 것으로 나타났다. 연령은 정규직 노동자의 경우 30-39세 비율이 31.97%로 가장 높았으며, 65세 이상이 1.08%로 가장 낮았고, 비정규직 노동자의 경우 20-29세가 24.51%로 가장 높았으며, 60세-64세가 7.24%로 가장 낮게 나타나 연령은 통계적으로 유의한 차이가 나타났다. 결혼 상태는 배우자 있는 비율이 정규직 노동자가 70.04%로 비정규직 노동자의 배우자 있는 비율인 57.62% 보다 더 높았으며 이는 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 교육수준은 정규직 노동자의 경우 대학교 졸업이상은 53.74%, 고등학교 졸업은 38.92%, 중학교 졸업이하는 7.34%인 반면, 비정규직 노동자의 경우 대학교 졸업이상이 30.94%, 고등학교 졸업이 44.07%, 중학교 졸업이하가 24.99%로 정규직과 비정규직간의 교육수준은 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 가구소득의 경우 정규직 노동자는 소득 4분위 비율이 37.29%로 가장 높은 반면, 비정규직 노동자는 34.56%로 소득 3분위 비율이 가장 높았으며 통계적으로 유의한 차이가 나타났다. 의료보장형태는 직장건강보험 가입비율이 정규직 노동자의 경우 84.90%로 비정규직 노동자의 가입 비율인 69.81%보다 통계적으로 유의하게 높았다. 민간보험 가입 비율은 정규직 노동자에서 91.08%, 비정규직 노동자에서 77.33%로 나타나 비정규직 노동자의 민간보험 가입비율이 통계적으로 유의하게 낮았다.

건강행태 관련 변수들 중 주관적 건강상태는 정규직 노동자의 경우 좋

음 34.78%, 보통 55.31%, 나쁨 9.91%였으며, 비정규직 노동자의 경우 좋음 34.28%, 보통 51.69% 나쁨 14.02%로 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 만성질환 보유 여부는 정규직 노동자의 경우 만성질환이 있는 비율이 16.01%인 반면, 비정규직의 경우 만성질환이 있는 비율은 25.42%로 비정규직이 통계적으로 유의하게 높았다. 활동제한 여부의 경우도 비정규직 노동자의 활동제한 비율이 6.43%로 정규직 노동자의 활동제한 비율인 3%보다 통계적으로 유의하게 높았다.

노동 관련 변수들을 분석한 결과, 노동시간대는 정규직 노동자의 경우 주간 근무 84.15%, 저녁/밤/교대 근무는 15.85%였으며, 비정규직 노동자의 경우 주간 근무 76.62%, 저녁/밤/교대 근무는 23.38%로 주간 근무 경우 정규직 노동자의 비율이 높은 반면, 저녁/밤/교대 근무의 경우 비정규직 노동자의 비율이 높았으며 이는 통계적으로도 유의한 차이를 보였다. 노동형태는 정규직 노동자의 경우 전문·사무직 비율이 57.01%, 서비스·판매직 비율이 12.49%, 육체직 비율이 30.49%인 반면, 비정규직 노동자의 경우 전문·사무직 비율이 33.46%, 서비스·판매직 비율이 23.12%, 육체직 비율이 43.42%로 나타나 전문·사무직은 정규직에서 높은 반면, 서비스·판매직 및 육체직은 비정규직에서 더 높았으며 이는 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 이는 정규직과 비정규직간의 직종의 차이가 있음을 보여준다. 주당 평균 노동시간의 경우 정규직 노동자는 40시간 이하로 근무하는 비율이 36.57%, 40시간 초과로 근무하는 비율이 63.43%인 반면, 비정규직 노동자는 40시간 이하로 근무하는 비율이 60.42% 40시간 초과로 근무하는 비율이 39.58%로 정규직과 비정규직간에 주당 평균 노동시간에 있어 통계적으로 유의한 차이가 있었다.

마지막으로 정규직 노동자와 비정규직 노동자간의 미충족의료 경험 여부에 차이가 있는지를 분석한 결과, 정규직 노동자의 경우 미충족의료 경험이 있는 비율이 13.31%인 반면, 비정규직 노동자의 경우 21.29%로 비정규직 노동자에서 미충족의료를 경험할 비율이 더 높았으며, 이는 통계적으로도 유의한 차이인 것으로 나타났다.

표 3. 정규직과 비정규직의 특성 비교

변수		정규직 노동자 (n=954)		비정규직 노동자 (n=1019)		χ <sup>2</sup>	
		n (명)	wt %	n (명)	wt %		
인구학적· 사회경제 적 특성	성별	남자	582	65.61	405	49.21	412501***
		여자	372	34.39	614	50.79	
	연령대	20-29세	109	16.19	158	24.51	1077979***
		30-39세	298	31.97	192	21.86	
		40-49세	280	30.18	193	20.45	
		50-59세	199	17.69	186	16.30	
		60-64세	42	2.89	108	7.24	
		65세 이상	26	1.08	182	9.63	
	결혼상태	배우자 있음	718	70.04	679	57.62	251017***
		배우자 없음	236	29.96	339	42.38	
	교육수준	대학교졸업이상	539	53.74	296	30.94	1213123***
		고등학교졸업	336	38.92	386	44.07	
		중학교졸업이하	79	7.34	337	24.99	
	가구소득	소득 1분위	34	4.49	146	11.33	584040***
소득 2분위		190	22.53	312	31.26		
소득 3분위		325	35.69	310	34.56		
소득 4분위		398	37.29	241	22.84		
의료보장형태	직장건강보험	825	84.90	723	69.81	488752***	
	지역건강보험	120	14.52	266	28.58		
	의료급여	6	0.58	19	1.60		

	민간의료보험	민간보험 가입	860	91.08	769	77.33	528894***
		민간보험 미가입	79	8.92	239	22.67	
건강행태관련특성	주관적 건강상태	좋음	355	34.78	329	34.28	62584***
		보통	512	55.31	532	51.69	
		나쁨	87	9.91	157	14.02	
	만성질환	만성질환 없음	778	83.99	690	74.58	203194***
		만성질환 있음	176	16.01	329	25.42	
	활동 제한	활동제한 없음	924	97.00	952	93.57	98807***
활동제한 있음		30	3.00	67	6.43		
노동관련특성	노동시간대	주간 근무	803	84.15	778	76.62	134002***
		주간 이외 근무 (저녁/밤/교대 근무)	147	15.85	229	23.38	
		전문·사무직	587	57.01	324	33.46	
	노동형태	서비스·판매직	115	12.49	209	23.12	864016***
		육체직	250	30.49	484	43.42	
	주당 평균노동시간	40시간 이하	379	36.57	657	60.42	851654***
40시간 초과		573	63.43	360	39.58		
미충족의료 경험	미충족의료 경험있음	120	13.31	187	21.29	167833***	
	미충족의료 경험없음	834	86.69	832	78.71		

wt %: 2012년 건강 설문조사 가중치 부여하였음.

$\chi^2$ : 소수점 첫째자리에서 반올림한 값.

\*\*\*p<0.001, \*\*p<0.01, \*p<0.05

## 2) 정규직과 비정규직의 건강행태 및 건강상태 비교

정규직 노동자와 비정규직 노동자의 건강수준을 비교하면 표 4와 같다. 건강행태는 흡연, 음주, 신체활동, 건강검진 모두 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 이를 살펴보면 흡연을 하는 정규직 비율은 58.98%로 비정규직의 흡연 비율인 60.47% 보다 낮았으며 이는 통계적으로 유의한 차이로 나타났다. 신체활동의 경우는 1주일 동안 격렬한 신체활동을 한다고 응답한 정규직의 비율이 41.96%로, 비정규직의 신체활동 비율인 37%보다 높았으며 이는 통계적으로 유의하였다. 건강검진의 경우에도 정규직에서 최근 2년 동안 건강검진을 받은 비율이 71.71%로 비정규직의 수진 비율인 57.21% 보다 높았으며 이는 통계적으로도 유의미한 차이였다.

건강상태의 경우 현재 앓고 있는 만성질환 중 높은 비율을 차지한 4개 질환인 고혈압, 이상지혈증, 골관절염, 당뇨병에 대해 분석하였다. 고혈압을 앓고 있는 정규직의 비율은 8.13%로 비정규직의 고혈압 보유 비율인 11.56%보다 통계적으로 유의하게 높았다. 이상지혈증의 경우도 비정규직의 보유 비율이 4.56%로 정규직의 보유 비율인 2.58%보다 높았으며, 통계적으로 유의하였다. 골관절염을 앓고 있는 비율은 정규직 1.61%, 비정규직 5.34%로 나타나 비정규직의 골관절염 보유 비율이 통계적으로 유의하게 높았다. 마지막으로 당뇨병을 앓고 있는 비율도 정규직 2.46%, 비정규직 3.43%로 비정규직에서 당뇨병 보유 비율이 통계적으로 유의하게 높았다. 종합해보면, 건강수준이 정규직에 비해 비정규직이 더 좋지 않음을 확인할 수 있었다.



표 4. 정규직과 비정규직의 건강행태 및 건강상태 비교

변수	정규직		비정규직		X <sup>2</sup>		
	n (명)	wt %	n (명)	wt %			
흡연	흡연 함	276	58.98	208	60.47	1723***	
	흡연 안함	237	41.02	177	39.53		
음주	음주 함	779	88.51	796	88.68	97***	
	음주 안함	116	11.49	130	11.32		
건강 행태	신체 활동	신체활동 함	392	41.96	335	37.00	38578***
		신체활동 안함	561	58.04	682	63.00	
	건강 검진	건강검진 받음	708	71.71	646	57.21	
	건강검진 받지 않음	246	28.29	373	42.79		
고혈 압	고혈 압	고혈압 있음	84	8.13	169	11.56	49838***
		고혈압 없음	870	91.87	850	88.44	
	이상 지혈 증	이상지혈 증 있음	28	2.58	67	4.56	
	이상지혈 증 없음	926	97.42	952	95.44		
건강 상태	골관 절염	골관절염 있음	22	1.61	77	5.34	158276***
		골관절염 없음	932	98.39	942	94.66	
	당뇨 병	당뇨병 있음	30	2.46	58	3.43	
	당뇨병 있음	924	97.54	961	96.57		

wt %: 2012년 건강 설문조사 가중치 부여하였음.

X<sup>2</sup>: 소수점 첫째자리에서 반올림한 값.

\*\*\*p<0.001, \*\*p<0.01, \*p<0.05

## 2. 비정규직 노동자의 미충족의료 경험 여부 비교

인구학적·사회경제적 특성 중 미충족의료 경험이 있는 비정규직의 성별의 비율은 남자 42.77% 여자 57.23%였으며 미충족의료 경험이 없는 비정규직의 성별 비율은 남자 50.95% 여자 49.05%로, 성별의 경우 미충족의료 경험여부에 따라 유의한 차이가 있었다. 연령은 미충족의료 경험이 있는 비정규직에서 20-39세는 52.19%, 40-64세는 41.73%, 65세 이상에서는 6.07%였으며, 미충족의료 경험이 없는 비정규직에서 20-39세는 44.80%, 40-64세는 44.61%, 65세 이상에서는 10.59%로 나타나 연령의 경우 미충족의료 경험여부에 따라 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 결혼상태의 경우에도 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 교육수준의 경우 미충족의료 경험한 비정규직에서 대학교 졸업 이상 32.58%, 고등학교 졸업 43.92% 중학교 졸업 이하 23.50%, 미충족의료 경험 없는 비정규직은 대학교 졸업 이상 30.50%, 고등학교 졸업 44.11%, 중학교 졸업 이하 25.39%로 교육수준의 경우 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 가구소득의 경우 미충족의료 경험한 비정규직에서 소득 1분위는 9.80%, 소득 2분위는 36.07%, 소득 3분위는 37.12%, 소득 4분위는 17%였으며, 미충족의료 경험 없는 비정규직에서 소득 1분위는 11.75%, 소득 2분위는 29.95%, 소득 3분위는 33.86%, 소득 4분위는 24.44%로 통계적으로 유의한 차이가 나타났다. 의료보장형태는 미충족의료 경험 여부에 따라 통계적으로 유의한 차이를 보였으며, 민간의료보험의 경우에도 미충족의료 경험한 비정규직에서 민간의료보험 가입 비율이 73.53%였으며 미충족의료 경험 없는 비정규직의 가입 비율은 78.35%로 통계적으로 차이를 보였다.

건강행태 관련 특성을 살펴보면, 주관적 건강상태의 경우 미충족의료 경험한 비정규직에서 좋음 80.10%, 나쁨 19.90%였으며, 미충족의료 경험이 없는 비정규직에서 좋음 87.57%, 나쁨 12.43%로 나타나 주관적 건강상태의 경우 미충족의료 경험 여부에 따라 통계적으로 유의한 차이가 나타났다. 만성질환 보유 여부와 활동제한 여부도 미충족의료 경험 여부에

따라 통계적으로 유의한 차이를 보였다.

노동 관련 특성을 분석한 결과 노동시간대의 경우 미충족의료 경험이 있는 비정규직이 주간에 근무하는 비율은 78.71%, 저녁/밤/교대근무 비율은 21.29%였으며 미충족의료 경험이 없는 비정규직은 주간에 근무하는 비율이 76.06%, 주간 이외에 근무하는 비율이 23.94%로 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 노동형태는 미충족의료를 경험한 비정규직에서 전문·사무직 종사자 비율이 33.92%, 서비스·판매직 종사자 비율이 28.76%, 육체직 종사자 비율이 37.32%였으며 미충족의료 경험 없는 비정규직에서 전문·사무직 종사자 비율이 33.33%, 서비스·판매직 종사자 비율이 21.59%, 육체직 종사자 비율이 45.07%로 나타났으며 이는 통계적으로 유의한 차이로 나타났다. 주당 평균 노동시간의 경우 미충족의료를 경험한 비정규직에서 40시간 이하로 근무하는 비율은 51.31%, 40시간을 초과하여 근무하는 비율은 48.69%였으며 미충족의료 경험 없는 비정규직은 40시간 이하로 근무하는 비율이 62.88%, 40시간을 초과하여 근무하는 비율이 37.12%로 나타났으며 이는 통계적으로 유의한 차이를 보였다.

표 5. 비정규직 노동자의 미충족의료 경험 여부 비교

변수	미충족의료 경험있음 (n=187)		미충족의료 경험없음 (n=832)		X <sup>2</sup>	
	n (명)	wt %	n (명)	wt %		
	성별	남자	59	42.77		346
	여자	128	57.23	486	49.05	
연령대	20세-39세	81	52.19	269	44.80	42531***
	40세-64세	81	41.73	406	44.61	
	65세 이상	25	6.07	157	10.59	
결혼상태	배우자 있음	105	50.60	574	59.52	39683***
	배우자 없음	82	49.40	257	40.48	
교육수준	대학교 졸업 이상	56	32.58	240	30.50	3440***
	고등학교 졸업	66	43.92	320	44.11	
	중학교 졸업 이하	65	23.50	272	25.39	
가구소득	소득 1분위	31	9.80	115	11.75	51597***
	소득 2분위	64	36.07	248	29.95	
	소득 3분위	57	37.12	253	33.86	
	소득 4분위	34	17.00	207	24.44	
의료보장형태	직장건강보험	137	69.28	586	69.96	8093***
	지역건강보험	43	28.31	223	28.66	
	의료급여	6	2.41	13	1.38	
민간의료보험	민간보험 가입	136	73.53	633	78.35	15936***
	민간보험 미가입	49	26.47	190	21.65	

건강행태 관련특성	주관적	좋음	137	80.10	724	87.57	56389***	
	건강상태	나쁨	50	19.90	107	12.43		
	만성질환	만성질환 없음	126	76.13	564	74.15	2509***	
		만성질환 있음	61	23.87	268	25.85		
	활동제한	활동제한 없음	168	92.75	784	93.79	2185***	
		활동제한 있음	19	7.25	48	6.21		
노동 관련 특성	노동시간대	주간근무	142	78.71	636	76.06	4640***	
		주간 이외 근무 (저녁/밤/교대 근무)	41	21.29	188	23.94		
		노동형태	전문·사무직	64	33.92	262		33.33
	주당 평균 노동 시간	40시간 이하	서비스·판매직	43	28.76	166	21.59	44136***
			육체직	82	37.32	402	45.07	
	40시간 초과	106	51.31	551	62.88	68265***		
81		48.69	281	37.12				

wt %: 2012년 건강 설문조사 가중치 부여하였음.

$\chi^2$ : 소수점 첫째자리에서 반올림한 값.

\*\*\*p<0.001, \*\*p<0.01, \*p<0.05

### 3. 비정규직 노동자의 미충족의료 경험 여부에 영향을 미치는 요인

#### 1) 상관관계 분석

로지스틱 회귀분석을 실시하기 이전에 독립변수들 간의 다중공선성을 확인하기 위해 상관관계 분석을 실시하였다. 분석 결과 독립변수들 간의 상관관계 중 높게 나타난 것이 결혼상태와 연령대(0.549), 교육수준과 연령대(0.561), 만성질환과 연령대(0.412), 노동형태와 교육수준(0.405)이었다. 일반적으로 독립변수들 간의 상관관계 계수가 0.8미만이면 다중공선성의 문제는 우려할 만한 수준이 아니므로(Pedhazur, 1997) 본 연구에서는 상관관계 분석에 포함되었던 모든 변수를 회귀분석 모형에 넣어 분석하였다.

표 6. 주요변수들의 상관관계

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1 성별	1												
2 연령대	0.102	1											
3 결혼상태	-0.040	0.549	1										
4 교육수준	0.112	0.561	-0.252	1									
5 가구소득	0.126	0.255	0.055	0.292	1								
6 의료보장 형태	0.066	0.035	0.157	0.074	0.256	1							
7 민간의료 보험가입	-0.041	0.234	0.018	0.222	0.283	0.149	1						
8 주 관 적 건강상태	0.105	0.083	-0.005	0.104	0.141	0.161	0.039	1					
9 만성질환	0.025	0.412	-0.227	0.331	0.125	0.057	0.102	0.178	1				
10 활동제한	0.034	0.115	-0.045	0.096	0.142	0.182	0.053	0.211	0.183	1			
11 노동시간 대	-0.015	0.1183	0.097	-0.016	0.064	0.008	0.008	0.032	0.047	-0.044	1		
12 노동형태	0.232	0.309	0.196	0.405	0.192	0.123	0.117	0.047	0.233	0.038	0.189	1	
13 주당평균 노동시간	-0.302	0.049	-0.008	-0.039	0.120	0.076	-0.081	-0.044	-0.007	0.004	0.097	0.112	1

## 2) 비정규직 노동자의 미충족의료 경험 여부에 영향을 미치는 요인

비정규직 노동자의 미충족의료 경험 여부는 인구학적·사회 경제적 특성과 건강행태 관련 특성, 노동 관련 특성과 모두 관련성이 있었다. 먼저 미충족의료 경험에 영향을 미치는 인구학적·사회 경제적 특성을 살펴보면, 여자인 경우(OR=1.558, 95%CI=1.551-1.564), 배우자가 없는 경우(OR=1.258, 95%CI=1.252-1.263), 교육수준이 중학교 졸업이하인 경우(OR=1.219, 95%CI=1.212-1.226), 가구소득이 낮을수록 미충족의료를 경험할 확률이 증가하는 것으로 나타났다. 연령대의 경우 20세-39세 비정규직 노동자에 비해 40세-64세(OR=0.726, 95%CI=0.722-0.730), 65세 이상 비정규직 노동자(OR=0.469, 95%CI=0.465-0.474)가 미충족의료를 경험할 가능성이 낮았다. 의료보장형태의 경우 직장건강보험에 가입한 경우에 비해 지역건강보험에 가입한 경우(OR=0.848, 95%CI=0.844-0.852) 미충족의료를 경험할 가능성이 낮은 반면, 의료급여인 경우(OR=1.179, 95%CI=1.162-1.196)에는 미충족의료를 경험할 가능성이 높았다. 민간의료보험의 경우에는 가입한 경우가 가입하지 않은 경우(OR=1.546, 95%CI=1.539-1.553)보다 미충족의료를 경험할 가능성이 높았다.

건강행태 관련 특성 중에는 주관적 건강상태가 나쁜 경우(OR=1.835, 95%CI=1.826-1.844)와 활동제한이 있는 경우(OR=1.072, 95%CI=1.064-1.080) 미충족의료를 경험할 확률이 높았다. 하지만 만성질환의 경우 만성질환이 있는 경우(OR=0.947, 95%CI=0.942-0.952)에 미충족의료를 경험할 가능성이 낮았다.

노동 관련 특성을 분석한 결과, 노동시간대는 주간에 근무하는 경우에 비해 주간 이외에 근무하는 경우(OR=0.720, 95%CI=0.716-0.723)에 미충족의료를 경험할 가능성이 낮았다. 노동형태의 경우에는 전문·사무직 종사자에 비해 서비스·판매직 종사자들의 경우(OR=1.303, 95%CI=1.296-1.310) 미충족의료를 경험할 가능성이 높았지만, 육체직에 종사하는 경우(OR=0.864, 95%CI=0.859-0.868)에는 미충족의료를 경험할 가능성이 낮았다.



주당 평균 노동시간은 40시간 이하로 근무하는 경우에 비해 40시간 초과하여 근무하는 경우(OR=1.994, 95%CI=1.986-2.003)에 미충족의료를 경험할 확률이 높았다.

표 7. 비정규직 노동자의 미충족의료 경험 여부에 영향을 미치는 요인

변수		Odds Ratio(95% CI)
인구학적 · 사회경 제적 특 성	성별 (ref:남자)	여자 1.558(1.551-1.564)***
	연령대 (ref:20-39세)	40세-64세 0.726(0.722-0.730)***
		65세 이상 0.469(0.465-0.474)***
	결혼상태 (ref:배우자 있음)	배우자 없음 1.258(1.252-1.263)***
	교육수준(ref:고등 학교졸업이상)	중학교 1.219(1.212-1.226)***
		졸업이하
	가구 소득 (ref:소득 4분위)	소득 3분위 1.756(1.746-1.765)***
		소득 2분위 1.705(1.695-1.714)***
		소득 1분위 1.278(1.267-1.289)***
	의료보장형태(ref: 직장건강보험)	지역건강보험 0.848(0.844-0.852)***
		의료급여 1.179(1.162-1.196)***
	민간의료보험 가입(ref:가입함)	가입 안함 1.546(1.539-1.553)***
	건강행태 관련특성	주관적 건강상태 (ref: 좋음)
만성질환(ref:만성 질환 없음)		만성질환 0.947(0.942-0.952)***
		있음
활동제한(ref:활동 제한 없음)		활동제한 1.072(1.064-1.080)***
노동관련 특성	노동시간대 (ref:주간)	주간이외근무 0.720(0.716-0.723)***
	노동형태 (ref:전문·사무직)	서비스·판매 1.303(1.296-1.310)***
		직 육체직 0.864(0.859-0.868)***
	주당평균노동시간 (ref:40시간이하)	40시간 초과 1.994(1.986-2.003)***
모형의 적합도		Wald $X^2=346625.434$ *** -2logL=6736535.6

회귀분석 시 2012년 건강 설문조사 가중치 부여하였음.

\*\*\*p<0.001, \*\*p<0.01, \*p<0.05

## 4. 비정규직 노동자의 미충족의료 경험 이유에 영향을 미치는 요인

### 1) 비정규직 노동자의 미충족의료 경험 이유 비율

설문 문항의 미충족의료 경험 이유를 살펴보면 응답자가 갈 수 있는 시간에 병의원 등이 문을 열지 않아서 의료를 이용하지 못하는 비율이 41.35%로 가장 높았으며, 그 다음으로 증상이 가벼워서(27.98%), 경제적인 이유(17.75%)순으로 나타났다.

표 8. 미충족의료 경험 이유에 따른 분포

미충족의료 경험 이유	n	wt %
경제적인 이유	36	17.75
병의원 등에 예약하기가 힘들어서	2	2.19
교통편이 불편해서	5	2.63
내가 갈 수 있는 시간에 병의원 등이 문을 열지 않아서	71	41.35
병의원에서 오래 기다리기 싫어서	7	3.64
증상이 가벼워서	57	27.98
기타 이유	9	4.46
합계	187	100.0

wt %: 2012년 건강 설문조사 가중치 부여하였음.

### 2) 비정규직 노동자의 미충족의료 경험 이유에 영향을 미치는 요인

다항로지스틱 회귀분석을 통해 미충족의료 경험 이유를 경제적 제한, 시간적 제한으로 나누어 각각의 이유에 영향을 미치는 요인을 분석하여 표 10으로 제시하였다. 비정규직 노동자가 미충족의료를 경험하는 이유에 대해 인구학적·사회 경제적 특성별로 살펴보면 남성에 비해 여성이

미충족의료를 경험할 가능성이 높은 이유로 경제적 제한(OR=3.124, 95% CI=3.090-3.158)나 시간적 제한(OR=1.580, 95%CI=1.571-1.590)이 모두 영향을 미치는 것으로 나타났다. 연령대의 경우 20-39세인 비정규직 노동자에 비해 40세-64세의 비정규직 노동자의 경우 경제적인 이유(OR=0.936, 95%CI=0.924-0.948)로 미충족의료를 경험할 가능성이 낮은 반면 시간적인 이유(OR=1.027, 95%CI=1.018-1.036)로 미충족의료를 경험할 가능성은 높은 것으로 나타났다. 그리고 65세 이상의 비정규직의 경우에는 20-39세인 비정규직 노동자에 비해 경제적(OR=0.827, 95%CI=0.811-0.843), 시간적인 이유(OR=0.145, 95%CI=0.141-0.148)로 미충족의료를 경험할 확률이 낮았다. 배우자가 없는 비정규직 노동자는 배우자가 있는 비정규직 노동자에 비해 경제적인 이유(OR=0.329, 95%CI=0.325-0.333)로 미충족의료를 경험할 가능성은 낮은 반면, 시간적 제한을 이유(OR=2.361, 95%CI=2.343-2.379)로 미충족의료를 경험할 확률은 높았다. 교육수준이 낮은 비정규직 노동자는 교육수준이 높은 비정규직 노동자에 비해 경제적인 이유로(OR=2.318, 95%CI=2.293-2.343) 미충족의료를 경험할 가능성이 높은 반면에 시간적 제한을 이유(OR=0.758, 95%CI=0.750-0.766)로 미충족의료를 경험할 확률은 낮았다. 비정규직 노동자의 가구소득이 적은 경우 미충족의료를 경험할 확률이 높은 이유로 경제적인 이유와 시간적인 이유가 모두 유의한 관련이 있는 것으로 나타났다. 의료보장형태는 직장건강보험에 가입한 비정규직에 비해 지역건강보험에 가입한 비정규직이 경제적 제한(OR=0.764, 95%CI=0.756-0.772), 시간적 제한을 이유(OR=0.401, 95%CI=0.397-0.404)로 미충족의료를 경험할 가능성이 낮았다. 반면에 의료급여 대상자인 비정규직은 경제적인 이유(OR=7.458, 95%CI=7.306-7.612)로 미충족의료를 경험할 가능성은 높은 반면, 시간적인 이유(OR=0.181, 95%CI=0.175-0.187)로 미충족의료를 경험할 가능성은 낮았다. 민간의료보험에 가입하지 않은 비정규직은 민간의료보험에 가입한 비정규직 노동자에 비해 경제적인 문제(OR=2.338, 95%CI=2.316-2.360)와 시간적 문제(OR=1.781, 95%CI=1.769-1.793)로 미충족의료를 경험할 가능성이 모두 높았다.

건강행태와 관련해서는 주관적 건강상태를 나쁘다고 인식한 비정규직 노동자 일수록 경제적 제한(OR=2.205, 95%CI=2.182-2.228)과 시간적 제한(OR=2.699, 95%CI=2.679-2.719)을 이유로 미충족의료를 경험할 가능성이 높은 것으로 나타났다. 반면 만성질환을 보유한 비정규직 노동자의 경우 만성질환이 없는 비정규직 노동자에 비해 경제적인 이유(OR=0.745, 95%CI=0.737-0.753)와 시간적인 이유(OR=0.990, 95%CI=0.982-0.998)로 미충족의료를 경험할 확률은 낮았다. 또한 활동제한이 있는 비정규직 노동자는 경제적인 문제(OR=1.231, 95%CI=1.214-1.248)로 미충족의료를 경험할 가능성은 높았지만, 시간적 제한을 이유(OR=0.459, 95%CI=0.452-0.467)로 미충족의료를 경험할 가능성은 낮았다.

노동시간과 노동형태를 나타내는 노동 관련 변수들에서는 주간 이외에 근무하는 비정규직 노동자가 주간에 근무하는 노동자에 비해 경제적인 이유(OR=0.486, 95%CI=0.480-0.492)와 시간적인 이유(OR=0.878, 95%CI=0.872-0.884)로 미충족의료를 경험할 가능성은 낮은 것으로 나타났다. 노동형태의 경우 서비스·판매직에 종사하는 비정규직 노동자가 전문·사무직에 종사하는 비정규직에 비해 경제적인 제한(OR=1.968, 95%CI=1.940-1.996)으로 미충족의료를 경험할 확률은 높았지만, 시간적인 제한(OR=0.846, 95%CI=0.839-0.852)으로 미충족의료를 경험할 확률은 낮았다. 또한 육체직에 종사하는 비정규직 노동자도 전문·사무직에 종사하는 비정규직 노동자에 비해 경제적인 이유(OR=1.244, 95%CI=1.226-1.262)로 미충족의료를 경험할 가능성은 높았지만, 시간적인 제한(OR=0.578, 95%CI=0.574-0.583)으로 미충족의료를 경험할 가능성은 낮았다. 주당 평균 노동시간이 40시간을 초과하는 비정규직 노동자는 40시간 이하로 근무하는 비정규직 노동자에 비해 경제적인 이유(OR=0.818, 95%CI=0.809-0.826)로 미충족의료를 경험할 가능성은 낮았지만, 시간적인 이유(OR=3.757, 95%CI=3.734-3.780)로 미충족의료를 경험할 가능성은 높은 것으로 나타났다.

표 9. 비정규직 노동자의 미충족의료 경험 이유에 영향을 미치는 요인

변수		Odds Ratio(95% CI)		
		경제적 제한	시간적 제한	
인구학적· 사회경제적 특성	성별 (ref:남자)	여자	3.124(3.090-3.158) <sup>***</sup>	1.580(1.571-1.590) <sup>***</sup>
	연령대 (ref:20-39세)	40세-64세	0.936(0.924-0.948) <sup>***</sup>	1.027(1.018-1.036) <sup>***</sup>
		65세 이상	0.827(0.811-0.843) <sup>***</sup>	0.145(0.141-0.148) <sup>***</sup>
	결혼상태 (ref:배우자있음)	배우자 없음	0.329(0.325-0.333) <sup>***</sup>	2.361(2.343-2.379) <sup>***</sup>
	교육수준 (ref:고등학교 졸업이상)	중학교	2.318(2.293-2.343) <sup>***</sup>	0.758(0.750-0.766) <sup>***</sup>
		졸업이하		
	가구 소득 (ref:소득 4분위)	소득 3분위	16.670(16.228-17.123) <sup>***</sup>	1.682(1.669-1.695) <sup>***</sup>
		소득 2분위	10.876(10.585-11.174) <sup>***</sup>	1.859(1.844-1.875) <sup>***</sup>
		소득 1분위	8.632(8.384-8.888) <sup>***</sup>	1.489(1.467-1.511) <sup>***</sup>
	의료보장형태 (ref:직장건강보 험)	지역건강보험	0.764(0.756-0.772) <sup>***</sup>	0.401(0.397-0.404) <sup>***</sup>
		의료급여	7.458(7.306-7.612) <sup>***</sup>	0.181(0.175-0.187) <sup>***</sup>
	민간의료보험 가입(ref:가입합)	가입 안함	2.338(2.316-2.360) <sup>***</sup>	1.781(1.769-1.793) <sup>***</sup>
	건강 행태 (ref:좋은)	주관적건강상태 나쁨	2.205(2.182-2.228) <sup>***</sup>	2.699(2.679-2.719) <sup>***</sup>

관련 특성	만성질환 (ref:만성질환 없음)	만성질환 있음	0.745(0.737-0.753) <sup>***</sup>	0.990(0.982-0.998) <sup>*</sup>
	활동제한 (ref:활동제한 없음)	활동제한 있음	1.231(1.214-1.248) <sup>***</sup>	0.459(0.452-0.467) <sup>***</sup>
노동 관련 특성	노동시간대 (ref:주간)	주간 이외 근무	0.486(0.480-0.492) <sup>***</sup>	0.878(0.872-0.884) <sup>***</sup>
	노동형태 (ref:전문·사무 직)	서비스·판매직 육체직	1.968(1.940-1.996) <sup>***</sup>	0.846(0.839-0.852) <sup>***</sup>
	주당 평균 노동 시간 (ref:40시간이하)	40시간 초과	0.818(0.809-0.826) <sup>***</sup>	3.757(3.734-3.780) <sup>***</sup>
	모형의 적합도		Wald $X^2=744065.369$ <sup>***</sup> -2logL=5006637.3	

회귀분석 시 2012년 건강 설문조사 가중치 부여하였음.

\*\*p<0.001, \*p<0.01, \*p<0.05

## V. 고찰

### 1. 연구 결과에 대한 고찰

본 연구는 국민건강영양조사 제5기(2012년)자료를 이용하여 비정규직 노동자의 미충족의료 실태를 파악하고 이에 미치는 영향요인을 알아보고자 하였다. 이를 살펴보기에 앞서 비정규직의 사회경제적 지위와 노동조건을 알아보기 위해 20세 이상의 정규직과 비정규직간의 인구학적·사회경제적 특성, 건강행태 관련 특성, 노동 관련 특성을 비교하고 추가적으로 건강 수준을 비교·분석하였다.

정규직과 비정규직의 비율은 각각 51.44%, 48.56%로 나타났으며 정규직과 비정규직을 비교 분석한 결과 정규직 노동자는 남성의 비율이 높았고, 60세 이상 비율은 약 4%에 불과하였다. 그리고 소득 4분위의 비율이 약 37%정도였으며, 교육수준의 경우 대학교 졸업이상인 비율이 높았다. 반면에 비정규직 노동자는 여성의 비율이 높았고, 연령은 60세 이상 비율이 약 17% 정도를 차지하였으며, 소득 4분위의 비율이 약 22%정도이며, 교육수준은 고등학교 졸업의 비율이 가장 높은 것으로 나타나 정규직 노동자와 다른 결과를 보였다. 이는 선행연구들에서 여성이고, 연령이 높고, 교육수준이 낮으며, 가구 소득이 낮은 경우 비정규직으로 노동을 하는 빈도가 높다고 보고하고 있는 것과 유사한 결과이다(김일호 외, 2005; Kim et al., 2008). 직장건강보험 가입 비율과 민간의료 보험 가입 비율은 정규직에 비해 비정규직노동자가 더 낮은 것으로 나타나 기존 연구 결과와도 일치하였다(김유선, 2014; 김진구, 2002). 민간보험 가입의 경우는 소득과 깊은 연관성이 있는데(윤태호, 2005; 임진화 외, 2007) 고용이 불안정한 비정규직 노동자는 보험료를 감당하기 어렵기 때문에 민간보험에 가입하는 비율이 낮은 것으로 보인다.

건강행태 관련 특성과 추가적으로 분석한 건강수준을 비교해보면, 비정규직 노동자는 정규직 노동자에 비해 주관적 건강상태를 나쁘게 인식



하는 비율이 더 높았으며, 만성질환(고혈압, 이상지혈증, 골관절염, 당뇨병) 보유 비율도 높은 것으로 나타나 기존 연구 결과와도 일치하였다(김일호 외, 2005; Kim et al., 2008; Kim et al., 2008). 흡연과 음주 같은 건강 위해적 행동 수행 비율은 비정규직 노동자가 정규직 노동자보다 높은 반면 건강 수준을 향상시킬 수 있는 건강검진 수진비율이나 신체활동을 하는 비율은 낮은 것으로 나타났다. 이는 비정규직 노동자가 건강문제에 덜 민감하게 반응하는 것으로 볼 수 있다.

비정규직 노동자의 경우 정규직 노동자에 비해 주간 근무를 하는 비율은 낮은 반면, 주간 이외의 근무를 하는 비율은 높아 노동환경이 더 열악한 것을 짐작할 수 있다. 하지만 주당 40시간 이하로 노동을 하는 비율은 정규직에 비해 더 높았다. 이는 정규직에 비해 비정규직 노동자가 장시간노동을 하는 것으로 나타난 선행연구와는 일치하지 않는다(Metcalf et al., 2003; Van der Hulst, 2003). 하지만 본 연구에서 주 12시간을 초과하여 노동을 할 수 없는 단시간 노동자 비율이 정규직 노동자(0.26%)보다 비정규직 노동자(8.52%)에서 더 높은 것으로 나타나 40시간 이하로 노동을 하는 임금노동자들 중에서도 단시간 노동자의 비율은 비정규직에서 여전히 높다는 것을 알 수 있다. 노동형태의 경우 육체직에 종사하는 비율이 비정규직에서 높은 것으로 나타나 선행 연구와 일치하였다. 단순 반복적인 작업이 많은 육체노동은 비정규직 노동자에게 건강상의 문제를 발생시킬 수 있다(O'Campo et al., 2004; Matthews et al., 1997).

종합해보면, 비정규직 노동자의 경우 고령 노동자의 비율이 높고, 낮은 교육수준의 비율이 높으며, 주관적 건강 상태를 나쁘게 인식하는 비율과 만성질환의 보유율도 높은 것으로 나타났다. 노동형태의 경우에는 육체직에 종사하는 비율이 높았으며, 저녁/밤/교대 근무를 하는 비율도 높게 나타났다. 열악한 사회경제적 수준이 비정규직이라는 고용 형태로 나타날 수 있음을 보여주며 “비정규직”이라는 고용 형태가 그 자체로 열악한 노동 환경에 노출된다는 것을 알 수 있었다(김일호 외, 2005).

그리고 20세 이상 비정규직 노동자를 대상으로 미충족의료 경험 현황

을 살펴보고, 미충족의료 경험 및 이유에 영향을 미치는 요인을 파악하였다. 분석결과 인구학적·사회 경제적 특성, 건강행태 관련 특성, 노동 관련 특성들이 모두 관련성이 있는 것으로 나타났다. 이 중 인구학적·사회 경제적 특성과 건강행태 관련 특성은 선행 연구들에서 미충족의료 경험에 영향을 미치는 요인으로 작용한 변수들을 이용했기 때문으로 보인다.

본 연구에서 비정규직 노동자의 미충족의료율은 21.29%로 정규직의 미충족의료율인 13.31%보다 통계적으로 유의미하게 높았다. 또한 기존 선행 연구에서 밝혀진 성인을 대상으로 한 미충족의료 경험 비율인 17.5%(김진구, 2008), 17.1%(김수정, 2008)에 비해 높은 수준이었다. 미충족의료 경험 이유를 경제적 제한과 시간적 제한으로 나누어 보았을 때 41.35%는 시간적 제한으로 가장 높았고, 17.75%는 경제적인 이유로 병의원을 이용하지 못하였다. 이는 우리나라 전체 성인을 대상으로 미충족의료율 원인을 분석한 연구에서(김수정, 2008) 경제적인 이유로 인해 미충족의료가 발생한 비율은 51.4%, 직장을 비울 수 없어서 미충족의료가 발생한 비율은 32%로 나타난 것과는 다른 결과였다.

미충족의료 경험 여부에 영향을 미치는 요인 중 인구학적·사회 경제적 특성과 건강행태 관련 특성을 살펴보면 여자인 경우, 배우자가 없는 경우, 교육수준과 가구소득이 낮은 경우, 의료급여 대상자인 경우, 민간보험에 가입하지 않은 경우, 주관적 건강상태가 나쁠수록, 활동제한이 있는 경우 미충족의료를 경험할 가능성이 높았지만 연령대가 높아질수록, 지역건강보험에 가입한 경우, 만성질환이 있는 경우 미충족의료를 경험할 가능성이 낮았다. 이는 성인을 대상으로 미충족의료 관련요인을 분석한 연구들과 비슷한 결과를 보였다(이주은 외, 2014; 송경신, 2011; 허순임 외, 2009; 김진구, 2008). 노동 관련 특성은 주간 이외에 근무하는 비정규직 노동자가 미충족의료를 경험할 가능성이 낮았으며 노동형태의 경우 전문·사무직에 종사하는 비정규직에 비해 서비스·판매직 종사자가 미충족의료를 경험할 가능성은 높은 반면 육체직 종사자의 미충족의료 경험 확률은 낮은 것으로 나타났다. 그리고 주당 평균 40시간을 초과하여 노

동을 하는 비정규직 노동자가 40시간 이하로 노동을 하는 비정규직에 비해 미충족의료를 경험할 가능성이 높았다. 이는 비정규직 노동자들의 의료이용 장애 요인을 파악할 때 노동 관련 변수도 고려해야 함을 시사한다.

노동 관련 특성과 미충족의료 경험과의 관련성을 살펴보면 육체노동, 야간 및 교대근무와 같은 강도 높은 노동을 하는 비정규직 노동자의 경우 그렇지 않은 비정규직에 비해 상대적으로 건강상태가 좋아 의료적 필요가 낮기 때문에 미충족의료를 경험할 가능성 또한 낮다는 것으로 해석해 볼 수 있다. 즉 육체직에 종사할수록, 야간 및 교대근무를 하는 비정규직 노동자일수록 미충족의료가 낮은 역인과의 가능성이 존재한다.

미충족의료 경험기전을 자세히 살펴보기 위해 미충족의료 경험 이유를 경제적 제한과 시간적 제한으로 유형화하였다. 인구학적·사회 경제적 특성 중 성별의 경우 여성 비정규직 노동자가 남성 비정규직 노동자에 비해 경제적인 문제로 미충족의료를 경험하는 이유는 임금격차 때문으로 보인다. 우리나라의 여성 차별적인 사회구조와 노동 유연성 강화 정책, 기업의 정리해고 등은 남성 노동자에 비해 여성 노동자에 불리하게 작용하였다(박재규, 2004). 이러한 여성 차별은 임금격차로도 나타나는데 비정규직 노동자의 임금차별을 분석한 연구에서(신승배, 2009) 여성 비정규직과 남성 비정규직 사이에서 임금격차는 생산성에 의한 것보다 성별의 차이로 인해 크게 나타났다. 그리고 시간적 제한을 이유로도 여성 비정규직 노동자가 남성 비정규직 노동자에 비해 미충족의료를 경험할 가능성이 높은 것으로 나타났다. 그 이유를 살펴보면 비정규직 노동자가 느끼는 고용불안은 여성 차별적인 사회구조와 맞물려 비정규직 여성 노동자가 일자리를 비우는 것을 어렵게 만든다. 이와 더불어 비정규직 여성이 기혼일 경우 경제활동과 함께 가사노동도 해야 하기 때문에 병의원의 이용 가능한 시간을 맞추기가 더 어려울 것이다(강나영, 2012).

소득 수준이 낮은 비정규직 노동자는 경제적인 문제, 시간적인 이유로 미충족의료를 경험할 가능성이 높았다. 정규직과의 임금격차가 약 50%가 나는 비정규직 노동자들은 저임금구조에서 장시간 노동을 통해 생계

를 위한 소득을 보전할 수밖에 없다(김유선, 2014; 손미아, 2005; 정이환, 2003; Benach et al., 2000). 이러한 소득수준이 낮은 비정규직 노동자는 저임금·장시간 노동으로 경제적 및 시간적 제한을 이유로 미충족의료를 경험할 가능성이 높음을 알 수 있었다.

의료보장형태의 경우 직장건강보험에 가입한 비정규직에 비해 지역건강보험에 가입한 비정규직이 미충족의료를 경험할 가능성이 낮은 반면, 의료급여 대상자인 비정규직은 미충족의료를 경험할 가능성이 높았다. 이러한 결과는 직장건강보험 가입자에 비해 지역건강보험 가입자와 의료급여 대상자가 미충족의료를 경험할 가능성이 높다는 연구결과와 일치하지 않았다(송경신, 2011; 김수정, 2008).

미충족의료 경험 기전을 살펴보면 직장건강보험에 가입한 비정규직에 비해 지역건강보험에 가입한 비정규직의 경우 경제적 제한, 시간적 제한을 이유로 미충족의료를 경험할 가능성이 낮았다. 그리고 의료급여 대상자인 비정규직의 경우에는 경제적인 이유로 미충족의료를 경험할 가능성이 높은 반면 시간적인 이유로 미충족의료를 경험할 가능성은 낮은 것으로 나타났다. 이에 대해서는 비정규직 노동자에게서 의료보장형태와 미충족의료 경험의 관련성이 갖는 의미가 무엇인지 심도 있는 고찰이 필요할 것으로 보인다.

민간보험에 가입하지 않은 비정규직 노동자는 경제적, 시간적 제한을 이유로 미충족의료를 경험할 가능성이 높은 것으로 나타났다. 민간보험의 가입은 의료이용의 경제적 부담을 완화시키는 요소로 작용할 수 있으며(이주은 외, 2014), 의료적 필요에 대한 보완적 수단으로 민간보험이 작용하는 것으로 볼 수 있다.

주관적 건강수준이 낮은 비정규직 노동자는 경제적인 이유, 시간적인 이유로 미충족의료를 경험할 가능성이 높았다. 이러한 주관적 건강상태가 좋지 않을 때 미충족의료를 경험할 가능성이 높은 것은 의료적 필요가 높은 사람의 의료이용이 제대로 이루어지지 않음을 의미한다(전보영, 2014; 송경신, 2011; 신영전 외, 2009).

만성질환을 보유한 비정규직 노동자가 만성질환을 보유하지 않은 비정

규직 노동자에 비해 미충족의료를 경험할 가능성이 낮은 것으로 나타났는데 그 이유를 살펴보면 경제적인 이유와 시간적인 이유로 인해 미충족의료를 경험할 가능성이 낮았다. 이는 만성질환이 있는 경우 경제적인 이유로 미충족의료를 경험할 가능성이 높다는 연구결과(허순임 외, 2009; 김진구, 2008)와는 일치하지 않았다.

또한 활동제한이 있는 비정규직 노동자가 활동제한이 없는 비정규직 노동자에 비해 미충족의료를 경험할 확률은 높았는데, 경제적 이유로 인한 미충족의료를 경험할 가능성은 높은 반면 시간적 제한으로 인해 미충족의료를 경험할 가능성은 낮은 것으로 나타났다. 비정규직 노동자의 만성질환 보유·활동제한 여부와 미충족의료 경험에 관한 결과는 본 연구만으로 설명이 쉽지 않으며 향후 추가적인 연구가 필요할 것으로 보인다.

주간에 근무하는 비정규직에 비해 주간 이외에 근무하는 비정규직 노동자가 미충족의료를 경험할 가능성이 낮은 것으로 나타났는데, 야간에 근무하는 것이 건강에는 더 나쁠 수 있지만(Jamal, 2004) 의료적 필요에 따른 의료이용은 더 용이한 것으로 볼 수 있다. 그 이유를 살펴보면 경제적인 문제, 시간적 제한을 이유로 한 미충족의료를 경험할 가능성은 낮은 것으로 나타났다. 주간 이외에 근무를 하는 경우 매일 주간에 근무해야 하는 비정규직 노동자에 비해 진료가능시간에 의료서비스를 이용하는 것이 용이하여 시간적 제한을 이유로 한 미충족의료를 경험할 가능성은 낮은 것으로 보인다.

노동형태의 경우 육체직, 서비스·판매직에 종사하는 비정규직 노동자의 경우 전문·사무직에 종사하는 비정규직 노동자들에 비해 경제적 제한을 이유로 미충족의료를 경험할 가능성은 높았지만, 시간적 제한을 이유로 미충족의료를 경험할 가능성이 낮았다. 전문·사무직 종사자의 경우는 다른 직종에 비해 보수를 많이 받는다. 사무직의 경우 성과급 실시율도 23.1%로 관리직(19.9%), 서비스직(19.0%)등 다른 직종에 비해 높다(한국고용정보원, 2013). 본 연구에서도 소득 4분위의 비율이 육체 비정규직(28.24%) 서비스·판매 비정규직(23.29%)이 전문·사무직에 종사하는 비정규직(48.47%)에 비해 낮았다. 서비스·판매, 육체 비정규직의 경제적

어려움이 미충족의료 경험에 영향을 미친 것으로 보인다. 하지만 이는 전체 임금노동자가 아닌 비정규직 내에서의 노동형태를 나눈 것이며 비정규직이 종사하는 전문·사무직, 서비스·판매직, 육체직의 노동환경이 얼마나 차이가 나는지 등을 비롯하여 비정규직의 노동형태가 미충족의료 경험에 영향을 주는 의미가 무엇인지 추가적인 고찰이 필요할 것이다.

주당 평균 노동시간이 40시간을 초과하여 노동을 하는 비정규직 노동자의 경우 40시간 이하로 노동을 하는 비정규직 노동자에 비해 경제적 제한으로 미충족의료를 발생할 가능성은 낮지만, 시간적 제한을 이유로 미충족의료를 발생할 가능성은 높았다. 비정규직 노동자의 경우 정규직에 비해 임금수준이 낮으며 이를 보전하기 위해 장시간 노동을 감수한다(손미아, 2005). 이러한 “노동시간”은 의료서비스를 이용하는데 있어서 중요한 요소일 것이다. 40시간을 초과하여 노동을 하는 경우 근로기준법 제 56조에 근거하여 통상 임금의 50%를 가산하기 때문에 40시간 이하로 노동을 하는 비정규직 노동자에 비해 임금수준이 높을 수 있으며 이는 의료서비스 이용에 있어 용이하게 작용할 수도 있다. 하지만 기준 근로시간보다 초과하여 노동을 하지만 정당한 대가를 받지 못하는 경우가 많다(김종진, 2014; 윤정향, 2003) 따라서 초과 근로 수당이 경제적인 이유로 인한 미충족의료를 경험할 가능성을 낮추는 역할을 수행한다고 단정할 수 없다. 한편 40시간 이하로 노동을 하는 비정규직에 비해 장시간 노동을 하기 때문에 병의원에 오래 머물 수 없을 것이며 이는 시간적 제한으로 나타난 것으로 보인다.

## 2. 연구의 함의 및 한계

본 연구는 미충족의료 현황을 파악하고 관련 요인들의 연관성을 알 수 있었으며 국가 단위의 비정규직 노동자의 미충족의료 경험 여부 및 경험 이유를 분석한 연구라는 점에서 의의가 있다. 그리고 비정규직 노동자와 관련되는 특성인 긴 노동시간, 노동형태 등이 미충족의료에 영향을 미친다는 점과 구체적인 미충족의료 경험 이유에 따른 비정규직의 의료서비

스 이용 장애요인을 실증적으로 확인하였다는데도 함의가 존재한다. 특히 기존 연구들에서는 미충족의료 경험과 관련하여 경제적인 이유로 인한 의료서비스 이용을 하지 못하는 것에 초점을 두어 연구가 이루어졌다면(양진영, 2010; 신영전 외, 2009; 김진구, 2008) 본 연구는 비정규직 노동자의 미충족의료 경험에 경제적인 측면 이외에도 시간적 측면 또한 깊은 관련성이 있음을 밝혀냈다.

그리고 본 연구의 결과를 바탕으로 다음과 같은 정책적 제언을 할 수 있을 것으로 보인다. 먼저 시간적 제한으로 인한 의료이용의 어려움을 개선하기 위해 현재 상시 노동자 50인 이상 사업장에서만 의무적으로 보건관리자를 선임하도록 규정되어 있는 것을 50인 미만 사업장으로도 확대 적용하는 등 의료 접근성을 향상시킬 수 있는 다양한 방법을 강구해 볼 필요가 있어 보인다. 또한 비정규직 노동자들이 경제적 제한으로 인해 미충족의료를 경험할 가능성이 있다는 본 연구의 결과는 이들이 저임금구조에서 적절한 시기에 의료서비스를 이용하지 못하고 있는 현실을 반영하는 결과라고 볼 수 있으므로 비정규직의 열악한 임금상황을 개선시키기 위한 정책적 개입이 필요할 것이다.

향후 본 연구는 비정규직 노동자들의 의료이용 접근성을 향상시키기 위한 정책적 개입의 기초자료로 활용될 수 있을 것이다.

본 연구의 제한점은 다음과 같다. 첫째, “최근 1년 동안 병의원에 가고 싶을 때 가지 못한 적이 있습니까?”라는 문항으로 미충족의료 경험을 파악하였는데 이는 개인이 인식한 주관적 미충족의료를 묻는 것이기에 응답자에 따라 미충족의료가 과소 또는 과대 측정되었을 수 있다.

둘째, 의료를 이용하지 못하는 이유는 여러 가지 일 수 있는데 본 연구에서는 미충족의료의 이유를 물어보는 문항에서 복수응답을 허용하지 않았다.

그리고 본 연구에서는 미충족의료 경험 이유를 경제적인 제한과 시간적 제한으로 유형화하였으며 미충족의료를 설명하는 이용가능성(availability), 수용성(acceptability), 접근성(accessibility)에 따라 연구를 수행하지 못하였다. 수용성 제한으로 인한 미충족의료 경험 이유를 분석

에 포함시키지 못한 이유는 국민건강영양조사 설문지에 수용성에 해당할 만한 이유로 ‘증상이 가벼워서’라는 문항 하나만 존재하였기 때문이다. 또한 물리적 접근성 제한을 이유로 한 미충족의료 경험도 분석에서 제외 한 이유는 지역과 관련된 변수를 고려하지 못하였기 때문이다. 물리적 접근성의 경우 이동 시간과 이동 거리 등과 관련된 것으로 비정규직 노동자가 사는 ‘지역’이 중요한 요소일 것이다. 그리고 이용가능성 제한으로 의료서비스를 이용하지 못한 경우도 본 연구에서 제외하였는데 이용가능성 제한에 해당하는 ‘병의원 등에서 오래 기다리기 싫어서’라는 이유는 여러 가지로 해석될 여지가 있었기 때문이다. 실제 병의원 대기시간이 긴 것을 의미 할 수도 있지만 개인의 주관적 성향 문제일 수도 있다.

셋째, 비정규직 노동자들의 미충족의료에 미치는 영향요인과 관련하여 비정규직 노동자들이 속해 있는 사업장 규모 또한 중요한 요소일 수 있는데 본 연구는 이를 설명변수로 반영하지 못하였다. 비정규직 노동자는 30인 미만의 영세사업체에 근무하는 비율이 70%를 웃돌 정도로 높는데 (통계청, 2011) 산업 안전보건법 시행령 제16조에 따르면, 상시 노동자 50인 미만인 경우에는 보건관리자를 두지 않아도 되기에 사업장 내에서 보건의료서비스를 이용하기 어려울 가능성이 클 것이다.

넷째, 본 연구는 비정규직에 한정된 연구로 정규직과의 비교를 통해 미충족의료를 경험할 가능성이 있는지를 제시하지 못하였다. 하지만 본 연구가 비정규직만을 대상으로 한 이유는 비정규직 고용형태를 단순히 변수로 취급하지 않고 비정규직이 가지는 특성에 따라 구체적으로 미충족의료에 미치는 영향요인을 파악해보고자 하였기 때문이다.

다섯째, 본 연구는 단면연구의 한계로 미충족의료 동태적 변화를 분석할 수 없었다. 후속 연구에서는 시간의 흐름에 따른 비정규직 노동자의 미충족의료의 추이, 변화를 살펴볼 수 있는 종단연구가 이루어져야 할 것이다.



## VI. 요약 및 결론

비정규직 노동자는 그 고용형태와 관련되는 노동특성인 낮은 임금과 긴 노동시간, 높은 노동 강도로 인해 의료적 필요 발생 시에도 의료를 이용할 수 없을 가능성이 크고 이는 건강에도 영향을 미칠 수 있다. 따라서 미충족의료가 어떤 요인들의 영향을 받는지 밝혀낼 필요성이 존재하여 본 연구에서는 제 5기 국민건강영양조사(2012년) 자료를 이용하여 비정규직 노동자의 미충족의료 경험현황 파악과 미충족의료 경험 여부 및 경험 이유를 알아보고자 하였다.

연구결과 비정규직 노동자는 정규직 노동자에 비해 사회경제적 지위가 낮으며, 만성질환 보유(고혈압, 이상지혈증, 골관절염, 당뇨병), 주관적 건강상태 등의 건강지표도 좋지 않았으며, 더 많은 미충족의료를 경험하는 것으로 나타났다. 이는 좋지 않은 건강상태로 인해 의료적 필요가 더 많음에도 불구하고 의료서비스 이용이 제대로 이루어지지 못함을 의미한다고 미루어 짐작해 볼 수 있다. 비정규직 노동자의 미충족의료 경험률은 21.29%로 정규직의 미충족의료율인 13.31%보다 유의하게 높았다. 미충족의료 경험 여부 및 경험 이유에 영향을 미치는 요인을 살펴보면 인구학적·사회 경제적 특성, 건강행태 관련 특성 외에 노동 관련 특성이 의료적 필요에 따른 의료 이용을 하지 못하는 것에 영향을 미치는 것을 확인하였다. 인구학적·사회 경제적 특성, 건강행태 관련 특성은 본 연구가 선행 문헌에서 미충족의료에 영향을 미치는 요인으로 확인되었던 변수들을 이용하였기 때문인 것으로 보이며 노동 관련 특성이 비정규직 노동자의 미충족의료에 영향을 미칠 수 있음을 밝혀낸 것에 의의가 있다.

다른 변수들을 보정한 후에도 주당 평균 노동시간은 미충족의료 경험 여부에 영향을 미칠 가능성이 높은 변수로 나타났으며 미충족의료 경험 이유와 관련하여 경제적인 문제에만 초점을 둔 기존 연구들과는 달리 시간적인 문제도 미충족의료 경험에 중요한 요인으로 작용할 수 있음을 밝혀냈다. 노동 관련 특성이 미충족의료 경험과 어떤 기전을 통해 관련이 있는지를 살펴보면 주당 평균 노동시간이 40시간을 초과하는 비정규직

노동자는 40시간 이하로 노동을 하는 비정규직에 비해 경제적인 문제로 미충족의료를 경험할 가능성은 낮았지만, 시간적인 이유로 미충족의료를 경험할 확률은 높은 것으로 나타났다. 주간 이외에 근무하는 경우에 경제적, 시간적 제한을 이유로 미충족의료를 경험할 가능성이 낮았다. 그리고 노동형태가 육체적, 서비스·판매직에 종사하는 비정규직 노동자는 전문·사무직에 종사하는 비정규직 노동자에 비해 경제적인 이유로 미충족의료를 경험할 확률은 높았지만, 시간적 제한을 이유로 미충족의료를 경험할 가능성은 낮은 것으로 나타났다.

“비정규직”이라는 고용형태가 장시간 노동, 낮은 소득수준 등에 영향을 줄 뿐만 아니라 의료이용 장애요인이 될 수 있음을 밝혀냈다. 비정규직 노동자의 의료이용에 대한 접근성을 향상시키기 위해서 고용 조건, 노동 환경, 보건의료와의 연계된 정책이 필요할 것이다.

## 참고문헌

- 강나영 (2013). 한부모여성가장의 의료이용에 미치는 영향요인. 석사학위 논문 서울대학교 보건대학원.
- 고상백, 손미아, 공정옥, 이철갑, 장세진, 차봉석 (2004). 비정규직 근로자들의 직업적 특성과 사회심리적 스트레스. 대한직업환경의학회지 16(1):103-113.
- 공유옥정 (2002). 고용불안정이 어떻게 노동자의 건강을 해치는가? 노동 보건.
- 김동진 (2012). 의료패널자료를 활용한 외래 의료이용 및 의료비 지출의 형평성분석 보건복지포럼.
- 김상아, 송인한, 왕정희, 김윤경, 박웅섭 (2010). 노동형태에 따른 근로자의 만성질환 유병, 건강행태 및 의료이용 수준. 농촌의학·지역보건 35(3):239-248.
- 김수정 (2008). 우리나라 성인의 미충족 의료 현황. 석사학위논문 서울대학교 대학원.
- 김수정, 허순임 (2011). 우리나라 가구 의료비부담과 미충족 의료 현황: 의료보장 형태와 경제적 수준을 중심으로. 보건경제와 정책연구 17(1):47-70.
- 김용탁 (2011). 장애인 취업자의 취업경로 분석. 장애와 고용 21(3):5-26.
- 김유선 (2014). 비정규직 규모와 실태. 한국노동사회연구소.
- 김일호 (2006). Impact of Nonstandard work on health in Korea. 석사학위논문 서울대학교 대학원.
- 김일호, 백도명, 조성일 (2005). 비정규직 근로자가 건강에 미치는 영향. 예방의학회지 38(3):337-344.
- 김종진 (2014). 사회적으로 확산되는 서비스산업 간접고용 비정규직 실태와 개선과제. 한국노동사회연구소.
- 김진구 (2002). 비정규직근로자와 사회보장. 비판사회정책 (12):79-108.
- 김진구 (2008). 저소득층의 의료 이용과 욕구 미충족에 영향을 미치는

- 요인. 사회복지연구 37:5-33.
- 김진영, 임인숙, 한신원 (2012). 고용형태와 성별에 따른 주관적 건강에서의 격차. 한국인구학 35(1):181-209.
- 김태기, 이상일 (1994). 근로조건 제도 개선방안 연구. 한국노동연구원.
- 김한해 (2005). 성인 남성의 전립선비대증 미충족의료 연구. 서울대학교 보건대학원.
- 김혜련, 강영호, 윤강재, 김창석 (2005). 건강수준의 사회계층간 차이와 정책방향. 한국보건사회연구원.
- 남재량, 류근관, 최효미 (2005). 고용 불안 계층 의 실태 및 고용 정책 과제. 한국 노동 연구원.
- 남재량, 성재민, 이상호, 최효미, 신선옥, 배기준 (2008). 한국노동패널 1~9차년도 조사자료 User's Guide/Code Book 한국노동연구원.
- 노대명 (2013). 근로빈곤층 실태진단과 향후 정책과제 -고용·복지 연계 정책 중심으로- 한국보건사회연구원 (198).
- 박세홍, 김창엽, 신영전 (2009). 고용상태 변화가 정신건강에 미치는 영향. 비판사회정책 (27):79-120.
- 박재규 (2004). 비정규직 여성노동자의 삶의 질 변화 연구. 제5회 한국노동패널 학술대회 논문집.
- 박종영, 김종배, 한성현 (2005). 우리나라 일부지역 여성근로자의 보건의료 요구 및 이용 실태와 관련 요인 분석. Korean Public Health Research 31(1):12-26.
- 박진욱, 한윤정, 김승섭 (2007). 고용형태의 변화에 따른 건강불평등. 예방의학회지 40(5):388-396.
- 서남규 (2011). 한국의료패널로 본 경제활동 상태 및 소득계층에 따른 의료이용. 보건복지포럼 15-23.
- 손미아 (2003). 비정규직 노동자의 건강권 보장방안 마련을 위한 실태조사. 국가인권위원회.
- 손미아 (2005). 노동과 건강불평등, 그 근원은 어디인가? JPrev Med Public Health 38(3):241-251.

- 손미아 (2008). 비정규직 근로자 건강관리 실태조사. 한국산업안전보건연구원.
- 손신영 (2011). 정규직 및 비정규직 근로 형태가 주관적 건강상태에 미치는 영향. 한국직업건강간호학회지 20(3):346-355.
- 송경신 (2011). 미충족의료에 미치는 관련요인분석. 석사학위논문 고려대학교 대학원.
- 신순철, 김문조 (2007). 직업과 고용형태가 주관적 건강상태에 미치는 영향. 보건과 사회과학 22:205-224.
- 신승배 (2009). 한국 노동시장에서 비정규직 노동자의 임금차별 영향분석. 한국사회 10(2):93-123.
- 신영전, 손정인 (2009). 미충족의료의 현황과 관련요인. 보건사회연구 29(1):111-142.
- 양진영 (2010). 미충족의료의 동태적변화추세와 관련영향요인. 박사학위논문, 고려대학교 대학원.
- 우혜경, 문옥륜, 박종혁 (2009). 임금근로자의 고용형태와 소득수준에 따른 건강차이. 보건행정학회지 19(2):85-110.
- 윤정향 (2003). 비정규직 노동자의 사회적 보호 배제의 원인에 관한 시론적 고찰. 사회보장연구 19(1):59-83.
- 윤태호, 황인경, 손혜숙, 고광욱, 정백근 (2005). 민간의료보험의 선택에 영향을 미치는 요인. 보건행정학회지 15(4):161-175.
- 윤수미 (2009). IMF 위기. 책세상.
- 이김태영 (2002). 공공연맹 조사사업의 배경 및 개요. 노동보건.
- 이상이, 김철웅, 강정희 (2013). 경제활동상태와 종사자지위에 따른 의료이용과 미충족의료경험. 사회정책연합공동학술대회.
- 이수연 (1997). 의료서비스 이용 및 치료비 부담률의 비형평 원인에 관한 연구. 사회복지연구 10:415-447.
- 이진용, 장명화, 김가연, 윤수미, 이자호, 정주 외 (2006). 장애인의 의료기관 접근성 조사. 보건행정학회지 16(3):19-36.
- 이주은, 김태현 (2014). 민간의료보험과 미충족 의료와의 관계. 한국보건

- 정보통계학회지 39(1):91-104.
- 이현복, 현경래 (2011). 민간의료보험 가입자 특성과 가입요인에 관한 연구. 사회보장연구 27(1):217-240.
- 장귀연 (2006). 권리를 상실한 비정규직. 책세상.
- 장귀연 (2009). 비정규직. 책세상.
- 장동민, 문옥륜 (1996). 의료서비스에 대한 접근성의 형평 분석. 보건행정학회지 6(1).
- 장지연 (2001). 특집-비정규직 노동의 실태와 쟁점-성별 차이를 중심으로. 경제와 사회. 51:68-96.
- 전보영 (2014). 장애인의 의료이용과 미충족의료 경험에 영향을 미치는 요인. 박사학위논문 서울대학교 보건대학원.
- 정영호 (2012). 한국의료패널로 본 활동제한과 미충족 의료. 보건복지포럼 120:1-8.
- 정이환 (2003). 비정규노동: 비정규노동의 개념정의 및 규모추정에 대한 하나의 접근. 산업노동연구 9(1):71-106.
- 주은선 (2002). 불안정노동에 대한 대책-사회보험방식에 대한 회의. 사회복지와 노동 (5).
- 차수진 (2012). 여성결혼이민자의 미충족 의료에 영향을 미치는 요인. 서울대학교 보건대학원.
- 한국고용정보원 (2013). 2013 노동패널 기초분석보고서.
- 한국보건사회연구원 (2013). OECD healthdata 2013 보건복지부.
- 허성주 (2010). 소득계층별 미충족 의료에 영향을 미치는 요인. 서울대학교 보건대학원.
- 허순임 (2009). 소득 계층별 의료비 부담의 추이. 보건복지포럼 48-62.
- 허순임, 김미곤, 이수형, 김수정 (2009). 미충족 의료수준과 정책방안에 대한 연구. 한국보건사회연구원.
- 허순임, 이수형 (2011). 우리나라 고혈압 환자와 당뇨병 환자의 미충족 의료 수준과 관련 요인. 보건행정학회지 21(1):1-22.
- Aday, L. A., Andersen, R. (1974). A framework for the study of

- access to medical care. *Health services research* 9(3):208.
- Aday, L. A., Andersen, R. (1975). Development of indices of access to medical care. Health Administration Press.
- Aday, L., Fleming, G. V., Andersen, R. (1984). access to medical care in the U.S.: Who has it and who doesn't. Chicago, IL:Pluribus.
- Åhs, A. M. H., Westerling, R. (2006). Health care utilization among persons who are unemployed or outside the labour force. *Health Policy* 78(2):178–193.
- Allin, S., Grignon, M., Le Grand, J. (2010). Subjective unmet need and utilization of health care services in Canada: What are the equity implications? *Social Science & Medicine* 70(3):465–472.
- Alonso, J., Orfila, F., Ruigomez, A., Ferrer, M., Antó, J. M. (1997). “Unmet health care needs and mortality among Spanish elderly. *American journal of public health* 87(3):365–370.
- Amuedo–Dorantes, C. (2002). Work safety in the context of temporary employment: the Spanish experience. *Industrial and Labor Relations Review* 262–285.
- Andersen, R. (1968). A behavioral model of families' use of health services. Chicago: Center for Health Administration Studies.
- Artazcoz, L., Benach, J., Borrell, C., Cortès, I. (2005). Social inequalities in the impact of flexible employment on different domains of psychosocial health. *Journal of Epidemiology and Community Health* 59(9):761–767.
- Balsa, A. I., McGuire, T. G. (2001). Statistical discrimination in health care. *Journal of health economics* 20(6):881–907.
- Benach, J., Benavides, F. G., Platt, S., Diez–Roux, A., Muntaner, C. (2000). The health-damaging potential of new types of flexible employment: a challenge for public health researchers. *American Journal of Public Health* 90(8):1316.

- Benach, J., Muntaner, C., Santana, V., Chairs, F. (2007). Employment conditions and health inequalities. Final report to the WHO Commission on Social Determinants of Health (CSDH) Employment Conditions Knowledge Network (EMCONET).
- Benavides, F. G., Benach, J., Diez-Roux, A. V., Roman, C. (2000). How do types of employment relate to health indicators? Findings from the Second European Survey on Working Conditions. *Journal of Epidemiology and Community Health* 54(7):494-501.
- Benavides, F. G., Benach, J., Muntaner, C., Delclos, G. L., Catot, N., Amable, M. (2006). Associations between temporary employment and occupational injury: what are the mechanisms?. *Occupational and environmental medicine* 63(6):416-421.
- Bohle, P., Quinlan, M., Kennedy, D., Williamson, A. (2004). Working hours, work-life conflict and health in precarious and "permanent" employment. *Revista de Saúde Pública* 38:19-25.
- Bryant, T., Leaver, C., Dunn, J. (2009). Unmet healthcare need, gender, and health inequalities in Canada. *Health policy* 91(1):24-32.
- Burchell, Brendan J. (1999). The unequal distribution of job insecurity. *International Review of Applied Economics* 13(3):437-458.
- Caban-Martinez, A. J., Lee, D. J., Fleming, L. E., Arheart, K. L., LeBlanc, W. G., Chung-Bridges, K. et al. (2007). Dental care access and unmet dental care needs among US workers: the National Health Interview Survey, 1997 to 2003. *Journal of the American Dental Association* 138(2):227-230.
- Carr, Willine., Wolfe, Samuel. (1976). Unmet needs as sociomedical indicators. *International Journal of Health Services* 6(3):417-430.
- Carr-Hill, R. A., Rice, N., Roland, M. (1996). Socioeconomic determinants of rates of consultation in general practice based on



- fourth national morbidity survey of general practices. *Bmj* 312(7037):1008-1012.
- Chen, J., Hou, F. (2001). Unmet needs for health care. *Health reports* 13(2):23-34.
- Christensen, B. (1995). Payment and attendance at general practice preventive health examinations. *Family medicine* 27(8):531-534.
- Clark, D., Dellasega, C. (1998). Unmet health care needs. Comparison of rural and urban senior center attendees. *Journal of gerontological nursing* 24(12):24-33.
- Conway, N., Briner, R. B. (2002). Full-time versus part-time employees: Understanding the links between work status, the psychological contract, and attitudes. *Journal of Vocational Behavior* 61(2):279-301.
- Diwan, S., Moriarty, D. (1995). A conceptual framework for identifying unmet health care needs of community dwelling elderly. *Journal of Applied Gerontology* 14(1):47-63.
- Donabedian, A. (1973). *Aspects of medical care administration*. Harvard University Press.
- Evans, G. W., Kantrowitz, E. (2002). Socioeconomic status and health: the potential role of environmental risk exposure. *Annual review of public health* 23(1):303-331.
- Ferrie, J. E., Shipley, M. J., Stansfeld, S. A., Marmot, M. G. (2002). Effects of chronic job insecurity and change in job security on self reported health, minor psychiatric morbidity, physiological measures, and health related behaviours in British civil servants: the Whitehall II study. *Journal of epidemiology and community health* 56(6):450-454.
- Herr, M., Arvieu, J. J., Aegerter, P., Robine, J. M., Ankri, J. (2013). Unmet health care needs of older people: prevalence and predictors

- in a French cross-sectional survey. *The European Journal of Public Health*.
- Horner-Johnson, W., Dobbertin, K. (2014). Usual Source of Care and Unmet Health Care Needs: Interaction of Disability With Race and Ethnicity. *Medical care* 52:S40-S50.
- Idler, E. L., Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of health and social behavior* 38:21-37.
- Jamal, M. (2004). Burnout, stress and health of employees on non standard work schedules: a study of Canadian workers. *Stress and Health* 20(3):113-119.
- Jin, R. L., Shah, C. P., Svoboda, T. J. (1995). The impact of unemployment on health: a review of the evidence. *Canadian Medical Association journal* 153(5):529.
- Khang YH (2005). Life course Approaches to Socioeconomic Health Inequalities. *J Prev Med Public Health* 38(3):267-275.
- Kim HR (2005). The Relationship of Socioeconomic Position and Health Behaviours with Morbidity in Seoul. *Health and Social welfare review* 25(2):33-35.
- Kim, I. H., Muntaner, C., Khang, Y. H., Paek, D., & Cho, S. I. (2006). The relationship between nonstandard working and mental health in a representative sample of the South Korean population. *Social science & medicine* 63(3):566-574.
- Kim, I. H., Khang, Y. H., Muntaner, C., Chun, H., Cho, S. I. (2008). Gender, precarious work, and chronic diseases in South Korea. *American journal of industrial medicine* 51(10):748-757.
- Kim, I. H., Muntaner, C., Vahid Shahidi, F., Vives, A., Vanroelen, C., Benach, J. (2012). Welfare states, flexible employment, and health: a critical review. *Health policy* 104(2):99-127.

- 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 and Medicine* 67(12):1982-1994.
- Kirschenbaum, A., Oigenblick, L., Goldberg, A. I. (2000). Well being, work
- Kivimäki, M., Vahtera, J., Virtanen, M., Elovainio, M., Pentti, J., Ferrie, J. E. (2003). Temporary employment and risk of overall and cause-specific mortality. *American Journal of Epidemiology* 158(7):663-668.
- Kompier, M., Ybema, J. F., Janssen, J., Taris, T. (2009). Employment contracts: cross-sectional and longitudinal relations with quality of working life, health and well-being. *Journal of occupational health* 51(3):193-203.
- LaMontagne, A. D., Smith, P. M., Louie, A. M., Quinlan, M., Ostry, A. S., Shoveller, J. (2012). Psychosocial and other working conditions: Variation by employment arrangement in a sample of working Australians. *American journal of industrial medicine* 55(2):93-106.
- Lasser, K. E., Himmelstein, D. U., Woolhandler, S. (2006). Access to care, health status, and health disparities in the United States and Canada: results of a cross-national population-based survey.
- Levesque, J. F., Harris, M. F., Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health* 12(1):18.
- Marnot MG. (1999). Job insecurity in a broader social and health context; Labor market changes and job security: A challenge for social welfare and health promotion. *WHO* 81:1-9.
- Mathers, C. D., Schofield, D. J. (1998). The health consequences of

- unemployment: the evidence. *The Medical Journal of Australia* 168(4):178-182.
- Martens, M. F. J., Nijhuis, F. J. N., Van Boxtel, M. P. J., Knottnerus, J. A. (1999). Flexible work schedules and mental and physical health. A study of a working population with non-traditional working hours. *Journal of Organizational Behavior* 20(1):35-46.
- Matthews, S., Hertzman, C., Ostry, A., Power, C. (1998). Gender, work roles and psychosocial work characteristics as determinants of health. *Social science and medicine* 46(11):1417-1424.
- McColl, M. A., Jarzynowska, A., Shortt, S. E. D. (2010). Unmet health care needs of people with disabilities: population level evidence. *Disability and Society* 25(2):205-218.
- Metcalfe, C., Davey Smith, G., Sterne, J. A., Heslop, P., Macleod, J., Hart, C. (2003). Frequent job change and associated health. *Social Science and Medicine* 56(1):1-15.
- Nätti, J., Kinnunen, U., Mäkikangas, A., Mauno, S. (2009). Type of employment relationship and mortality: prospective study among Finnish employees in 1984 - 2000. *The European Journal of Public Health* 19(2):150-156.
- Nelson, C. H., Park, J. (2006). The nature and correlates of unmet health care needs in Ontario, Canada. *Social Science and Medicine* 62(9):2291-2300.
- Newacheck, Paul W., Hughes, Dana C., Hung, Yun-Yi., Wong, Sabrina., Stoddard, Jeffrey J. (2000). The unmet health needs of America's children. *Pediatrics* 105(Supplement3):989-997.
- Nola, A., Cattaneo, G., Maiocchi, A., Gariboldi, C., Rocchi, R., Cavallaro, S. et al. (2000). Occupational accidents in temporary work. *La Medicina del lavoro* 92(4):281-285.
- O'Campo, P., Eaton, W. W., Muntaner, C. (2004). Labor market

- experience, work organization, gender inequalities and health status: results from a prospective analysis of US employed women. *Social Science and Medicine* 58(3):585-594.
- Oliver, A., Mossialos, E. (2004). Equity of access to health care: outlining the foundations for action. *Journal of Epidemiology and Community Health* 58(8):655-658.
- Paoli, P., MERLIÉ, D. (2001). Third European survey on working conditions 2000 Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- Pappa, E., Kontodimopoulos, N., Papadopoulos, A., Tountas, Y., Niakas, D. (2013). Investigating unmet health needs in primary health care services in a representative sample of the Greek population. *International journal of environmental research and public health* 10(5):2017-2027.
- Pedhazur, E. (1997). *Multiple Regression in Behavioral Research: Explanation and Prediction*. Orlando FL: Harcourt Brace.
- Petchers, M. K., Milligan, S. E. (1988). Access to health care in a black urban elderly population. *The Gerontologist* 28(2):213-217.
- Pohjola, A. (2001). Health problems and long term unemployment. *Social work in health care* 34(1-2):101-112.
- Purdy, D. (1988). *Social power and the labour market: a radical approach to labour economics*. Macmillan Education.
- Rodriguez, E. (2002). Marginal employment and health in Britain and Germany: does unstable employment predict health?. *Social science and medicine* 55(6):963-979.
- Sanmartin, C., Houle, C., Tremblay, S., Berthelot, J. M. (2002). Changes in unmet health care needs. *Health reports* 13(3):15-21.
- Santin, G., Cohidon, C., Goldberg, M., Imbernon, E. (2009). Depressive symptoms and atypical jobs in France, from the 2003 Decennial

- health survey. *American journal of industrial medicine* 52(10):799-810.
- Schrijvers, C. T., van de Mheen, H. D., Stronks, K., Mackenbach, J. P. (1998). Socioeconomic inequalities in health in the working population: the contribution of working conditions. *International Journal of Epidemiology* 27(6):1011-1018.
- Sen, A. (1999). *Development as freedom*. Oxford University Press.
- Shi, L., Stevens, G. D. (2005). Vulnerability and unmet health care needs. *Journal of General Internal Medicine* 20(2):148-154.
- Sibley, L. M., Glazier, R. H. (2009). Reasons for self-reported unmet healthcare needs in Canada: a population-based provincial comparison. *Healthcare Policy* 5(1):87.
- Sverke, M., Gallagher, D. G., Hellgren, J. (2000). Alternative work arrangements: Job stress, well-being, and work attitudes among employees with different employment contracts. *Health effects of the new labour market* 145-67.
- Thoits, Peggy A. (1986). Social support as coping assistance. *Journal of consulting and clinical psychology* 54(4):416.
- Vahtera, J., Virtanen, P., Kivimäki, M., Pentti, J. (1999). Workplace as an origin of health inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health* 53(7):399-407.
- Van der Hulst, M. (2003). Long workhours and health. *Scandinavian journal of work, environment and health* 171-188.
- Virtanen, P., Vahtera, J., Kivimäki, M., Pentti, J., Ferrie, J. (2002). Employment security and health. *Journal of Epidemiology and Community Health* 56(8):569-574.
- Yeatts, D. E., Crow, T., Folts, E. (1992). Service use among low-income minority elderly: Strategies for overcoming barriers. *The Gerontologist* 32(1):24-32.

## Abstract

# Factors Affecting Unmet Health Care Needs of Precarious Workers

Ha Rangkyoung

Department of Health Policy and Management

The Graduate School of Public Health

Seoul National University

Many studies have shown that low socioeconomic status and poor working conditions adversely affect the health of precarious workers. However, there are few studies on unmet health care needs. Precarious workers are more likely to not be able to use the necessary medical health care services due to the characteristics of their status such as low wage, long working hours, and high labor intensity which can also affect their health status. Therefore, it is essential to determine the factors affecting the unmet health care needs of precarious workers.

In the present study, the factors affecting unmet health care needs of precarious workers were classified into demographic and socioeconomic characteristics, health behavior-related characteristics,

and labor-related characteristics to analyze whether such factors affected the perceived unmet health care needs and its reasons.

As for data, 1,019 precarious workers over twenty were selected. The secondary data were collected from National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES) conducted in 2012. Binary logistic regression was conducted to examine factors that affected precarious workers' unmet health care needs, and multinomial logistic regression was conducted to figure out the factors affecting the reasons of unmet health care needs. The independent variables were demographic and socioeconomic characteristics, health behavior-related characteristics, and labor-related characteristics.

Regarding the factors affecting unmet health care needs of precarious workers, demographic and socioeconomic characteristics, health behavior-related characteristics, and labor-related characteristics were all significantly associated with unmet health care needs. Concerning demographic and socioeconomic characteristics, the possibility to experience unmet health care needs increased, when precarious workers were female, less than 40 years old, less educated, had no spouse, had low income and received medical aid. Regarding health behavior-related characteristics, precarious workers who responded to their health status to be low, who did not have chronic diseases, and who had physical and mental activity restrictions were more likely to experience unmet health care needs. As of labor-related characteristics, precarious workers who were on the day shift, who were employed as service or sales workers, and who were working more than 40 hours were more likely to experience unmet health care needs.

To closely examine why precarious workers experienced unmet health care needs, the reasons for unmet health care needs were classified as economy and time. All of the demographic and socioeconomic characteristics, health behavior-related characteristics,



and labor-related characteristics affected the unmet health care needs originated from the economic and time reasons. Concerning labor-related characteristics, precarious workers who were on the day shift, who were employed as manual workers, service or sales workers and who were working less than 40 hours were more likely to experience unmet health care needs owing to the economic reason. On the other hand, precarious workers who were on the day shift, who were employed as professionals or office workers and who were working more than 40 hours were more likely to experience unmet health care needs due to the time reason.

The findings of the present research are significant since it demonstrates that labor-related characteristics of precarious workers affect perceived unmet health care needs. In particular, the time reason as well as the economic reason was significantly associated with unmet health care needs of precarious workers. This study could be used as a basis for policy intervention in the respective field to improve the accessibility of health care utilization for precarious workers.

**Keywords:** precarious worker, unmet health care needs, access to health care utilization, barriers to health care utilization

*Student Number:* 2013-21851