

고용형태별 소득계층과 사회경제적 계층인식에 따른 건강상태 영향 요인

최 령¹, 황병덕^{2*}

¹동신대학교 보건행정학과, ²부산가톨릭대학교 병원경영학과

Influencing Factors of Health Status of Status according to Income Class and Socioeconomic Class Recognition by Employment Type

Ryoung Choi¹, Byung-Deog Hwang^{2*}

¹Department of Health Administration, Dongshin University

²Department of HMC Catholic University of Pusan

요 약 이 연구의 목적은 고용형태별 소득계층과 사회경제적 계층인식에 따른 건강상태 영향 요인을 알아보고자 하는데 있다. 한국노동연구원에서 실시한 한국노동패널 자료 중 18차 자료를 활용하여 만 20세 이상의 성인 5,158명을 최종 분석대상으로 하였다. 연구결과 정규직과 비정규직 모두 소득계층과 사회경제적 계층인식 간 통계적으로 유의한 차이가 있었으며, '중하'만이 계층 간 일치하였다. 이러한 결과는 우리사회의 정규직과 비정규직에 상관없이 실제 소득계층에 비해 상대적으로 낮게 인식하고 있기 때문으로 분석된다. 회귀분석결과 정규직은 사회경제적 계층인식이 낮을수록, 비정규직은 소득계층이 낮을수록, 사회경제적 계층인식이 낮을수록, 특히 비정규직의 경우 연금이 가입되지 않은 경우 건강상태가 나쁜 것으로 분석되었다. 따라서 비정규직 근로자들의 연금보험 납부금액의 적정성은 물론 소득이 상실되는 시점에 현실을 반영한 적절한 연금액이 지급 될 수 있도록 하여야 한다. 또한 다양한 교육과 홍보를 위한 정부, 경영계, 노동계간의 협력 등 다양한 방법을 모색하여야 한다.

Abstract This study examined the factors influencing the health status according to class and socioeconomic class recognition by the employment type. To take advantage of the 18 original sources of the Korea Labor panel materials carried out in the South Korea Labor Institute, 5,158 adults over 20 years old were included in the final analysis. The research results revealed that the incomes of regular workers and non-regular workers between the hierarchy and socioeconomic hierarchy recognition showed a statistically significant difference between the cage; it was consistent between the hierarchy in only the "heavy" category. Regular workers of society, and regardless of non-regular workers, were analyzed to be relatively low compared to the actual income. Regression analysis showed that regular jobs had higher socioeconomic hierarchy recognition. Non-regular workers had a lower income bracket and lower socioeconomic hierarchy recognition. In particular, in the case of non-regular workers, the pension was not subscribed and they had a poorer state of health. Therefore, the pension insurance payment for non-regular workers needs to compensate for the lost income during non-employment periods. In addition, the government should improve public relations through education, management fields, and cooperation with labor.

Keywords : Health Status, Income Class, Socioeconomic Class, Employment

*Corresponding Author : Byung-Deog Hwang(Catholic University of Pusan)

Tel: +82-51-510-0614 email: suamsam@naver.com

Received November 4, 2016

Accepted February 3, 2017

Revised (1st December 5, 2016, 2nd January 3, 2017)

Published February 28, 2017

1. 서론

“비정규직” 또는 “비정규근로”라는 개념은 “정규직” 또는 “정규근로”의 대향적(對向的) 개념으로서 “정규직” 혹은 “정규근로”에 포함되지 않는 근로 형태로 사용자의 직접 책임 부담과 해고보호 조항을 적용받지 못하고 그 지위가 불안정한 고용형태를 의미한다[1]. 1997년 IMF 경제위기 이후 노동시장의 유연화 정책이 강화되면서 비정규직 고용이 지속적으로 하여 현재 2016년 3월 통계청 경제활동인구조사 결과 기준으로 비정규직 839만 명(임금근로자의 43.6%), 정규직은 1,084만 명(56.4%)이다. 2016년 3월 노동부가 발표한 ‘고용형태 공시제 결과’에서 300인 이상 대기업의 용역·파견·하도급 등 소속 외 근로자(간접고용 근로자)는 93.1만 명으로 집계되었다. 이렇게 보면 2016년 3월 기준 비정규직은 932.1만 명에 이른다[2].

장지연 등(2007)[3]은 비정규직에서 정규직으로 진입한 비율은 3.3%에 불과할 정도로 정규직 노동시장과 비정규직 노동시장은 분절적이라고 하였으며, 고상백 등(2004)[4]은 비정규직 종사자들은 저임금과 사회보험 수혜로부터 배제되고 가족의 빈곤층화를 경험할 가능성이 높고, 정규직에 비해서 실직과 이직을 빈번히 오가며 고용 불안정에 시달리고 있으며, 박세홍 등(2009)[5]은 정규직에 비해 비정규직 근로자가 건강에 취약할 가능성이 높다고 하였다.

모든 국가의 보건의료정책은 특정 개인이나 그룹에 대한 건강증진 아니라 국민 전체의 건강보호와 보건의료서비스에서의 접근이 공평하게 보장되어야 함이 궁극적인 목표이며, 이를 위해서는 국민 개개인의 소득이나 사회지위에 상관없이 의료서비스를 이용할 수 있어야 한다[6]. 이러한 목표실천을 위해 우리나라는 국민건강보험 실시 이후 다양한 계층 간 의료서비스를 이용할 수 있는 기회의 평등만을 고려한 양적인 차원에서는 어느 정도 형평을 이루었다[7-9]. 그러나 사회경제적인 수준, 특히 소득수준에 따라 건강수준에 차이가 있다는 사실이 여러 연구를 통해 지적되어왔다. 이에 각 국가에서는 여건에 맞추어 사회구성원 누구를 막론하고 필요할 때 소득에 관계없이 적절한 의료서비스를 이용할 수 있도록 제도적 장치를 마련하여 시행하고 있다[10].

한편, 주관적(사회경제적) 계층인식이란 개인 스스로가 자신이 어떠한 계급 또는 계층에 속한다고 느끼는 일

종의 귀속의식으로 사회의 위계속에서 자신의 위치를 자리매김하거나, 특정 계층지위에 주관적인 일체감을 귀속시키는 것으로 정의하고 있다[11]. 계층인식은 사회적 이동이 활발해지고 생활양식의 평준화가 확대됨에 따라 그 사회의 대다수가 자신을 중간층으로 여기는 즉 중간층으로 평준화된 사회가 될 것이라는 전망도 경험적으로 연구되었고[12], 다른 한편에서는 물질이 계속 풍요로워져도 주관적 계층인식이란 상대적 평가이므로 어느 정도는 안정적인 것이라는 견해도 검토되었다[13].

소득계층과 사회경제적 계층인식차이에 관한 주요연구를 살펴보면 Adler 등(2000)[14]은 객관적 지위에 비해 주관적 지위가 높을수록 주관적 건강상태가 좋으며, 강하 관련성이 있는 것으로 분석되었다. 조동기(2006)[15]는 한국사회학회에서 시행한 ‘한국중산층 총조사’ 자료를 활용하여 객관적 중산층 비율과 주관적 중간계층 귀속 비율간의 괴리 정도가 지역별로 상이하였으며, 객관적 지표보다는 주관적 소득수준과 주관적 재산 정도와 같은 주관적 지표가 보다 큰 영향을 미치는 것으로 분석되었다. 최령 등(2013)[6]은 한국의료패널 2009년 연간통합데이터를 활용하여 소득계층 3분위를 제외하고 소득계층과 주관적 계층인식이 모두 일치하는 것으로 분석되었다. 박지은 등(2015)[16]은 한국복지패널 7차년도(2011년) 자료를 활용하여 전체 가구주의 34.0%에서 객관적 가구소득계층과 주관적 가구소득계층이 일치한 반면 전체 가구주의 48.6%는 하향인식형 불일치, 17.4%는 상향인식형 불일치 집단인 것으로 분석되었다.

소득계층에 따른 건강상태에 관한 연구를 살펴보면 이용재 등(2006)[17]은 국민건강보험공단의 본인부담 및 요양급여지급 2003년과 국민건강영양조사 2001년 자료를 활용하여 건강상태의 모든 지표가 소득계층이 낮을수록 불리하였으며, 건강보험급여액과 본인부담금 등에서 고소득층에 유리한 불공평이 존재하는 것으로 분석되었다. 엄선희 등(2010)[18]은 한국노동패널 자료를 활용하여 모든 연도에서 소득수준이 낮을수록 건강이 좋지 않았으며, 소득수준이 가장 낮은 하위집단에서 가장 높은 집단으로 이동하면 건강수준이 30% 또는 17%정도 좋아지는 것으로 분석되었다. 또한 다른 나라와 비교 시 우리나라의 소득계층별 건강수준 격차는 외국에 비해 불평등한 정도가 낮은 평가에 속하는 것으로 나타났다. 김진구(2011)[19]는 국민건강영양조사 2009년 제4기 3차 자료를 활용하여 소득이 낮을수록 건강상태가 좋지 않았

으며, 소득계층별 건강상태의 격차는 연령에 의해 크게 영향을 받았다. 특히 저소득층 노인들의 건강상태에 매우 불리한 것으로 분석되었다.

사회경제적 계층인식에 따른 건강상태에 관한 연구를 살펴보면 유소이(2006)[20]는 2003년 사회통계조사 원 자료를 활용하여 주관적으로 인지하는 사회계층이 상류층에 속한다고 인지할수록 건강상태가 양호하다고 인지하였으며, 건강상태 결정요인으로 의료비 지출, 학력, 성별, 여가활동이 모든 계층에서 소득만족, 연령, 음주 실패 등은 일부 계층에서 유의하게 분석되었다. 최령 등(2013)[6]은 한국의료패널 2009년 연간통합데이터를 활용하여 분석한 결과 주관적 계층인식이 낮을수록 외래의료비가 증가하는 것으로 분석되었다. 외래의료비용은 연령, 외래 및 입원상병진단, 입원의료이용은 혼인상태, 일자리유형, 스트레스인지, 입원상병진단이 유의한 요인으로 분석되었다.

이상의 연구에서 살펴본바듯이 국내에서는 대부분은 성인을 대상으로 객관적 지위인 소득계층의 범주화에만 주로 초점을 맞추어 건강상태 또는 의료이용형평성에 관한 것만 연구가 진행되었을 뿐, 사회경제적(주관적) 계층인식에 따른 건강상태에 관한 연구[6][7]는 매우 부족하며, 특히 고용형태별 계층인식에 따른 건강상태에 관한 연구는 전문하다. 고용의 안정성은 개인뿐만 아니라 가정과 노동시장에까지 영향을 줄 수 있다. 따라서 본 연구는 정규직과 비정규직의 고용형태로 나누어 객관적 지위가 되는 소득계층의 범주화뿐만 아니라, 일상적인 삶에서 생활양식과 귀속의식을 구분하는 사회경제적 계층인식의 범주화까지 분석하여 고용형태별 건강수준에 영향을 주는 요인을 비교분석함으로써 의료보장정책 및 노동정책 개발에 필요한 기초자료를 제공하는데 있다.

2. 대상 및 방법

2.1 연구대상

본 연구는 한국노동연구원에서 실시한 한국노동패널(Korea Labor and Income Panel Study; KLIPS) 자료 중 18차 자료를 활용하였다. 한국노동패널은 국내유일의 노동관련 가구패널조사로 도시지역에 거주하는 한국의 5,000가구와 가구원을 대표하는 패널표본 구성원을 대상으로 1년에 1회씩 조사를 실시하고 있으며 1998년

1차 조사를 시작으로 2015년 18차까지 완료되었다. 한국노동패널의 표본추출방법은 1단계에서 조사구를 선정하고 2단계에서 가구를 선정하는 2단계 층화집락계통추출법을 사용하여 면접원이 기록하는 “면접타계식”을 원칙으로 하였다. 전체 조사구 수는 제주도의 263조사구와 군부지역 2,650조사구를 제외한 전국 도시지역(시의 동부 17,353조사구와 시의 읍면부 1,672조사구) 19,025조사구를 표본틀로 삼았다. 2015년 자료는 총 6,634가구, 총14,013명의 가구원으로 구성되어 있다. 본 연구는 20세 이상의 성인들만을 분석대상으로 무응답 결측값을 제외한 총 5,158명(남자 3,061명, 여자 2,097명)을 최종 분석대상으로 하였다.

2.2 측정변수

2.2.1 고용형태

본 연구에서는 고용형태를 정규직과 비정규직으로 구분하였다. “현재 일하시는 일자리에서의 정규직 여부”의 문항에 대하여 ‘정규직’과 ‘비정규직’ 중 선택을 하도록 되어 있다.

2.2.2 소득계층

소득계층에 따라 건강수준에 차이가 있다는 사실이 여러 연구를 통해 지적되어 왔다[17,21-22]. 이에 본 연구에서는 소득계층 변수를 활용하였으며, 사회경제적 계층인식과 분위기를 동일하게 하기 위하여 소득계층을 ‘상상’, ‘상하’, ‘중상’, ‘중하’, ‘하상’, ‘하하’ 총 6분위로 구분하였다. 소득계층은 “작년 한해 동안 연간 총 근로소득(만원)은 얼마나 되었습니까?”의 문항에 대하여 세전 근로소득을 작성 하도록 되어 있다.

2.2.3 사회경제적 계층인식

건강의 불평등에 있어서 물질적인 측면에 비해 심리적 인과관계는 주관적으로 속한다고 인지하는 사회계층이 객관적인 사회적 지위보다 건강에 더 강력한 결정요인으로 예측된다[20]. 이에 본 연구에서는 사회경제적 계층인식 변수를 활용하였으며, ‘상상’, ‘상하’, ‘중상’, ‘중하’, ‘하상’, ‘하하’ 총 6분위로 하였다. 사회경제적 계층인식은 “귀하의 사회경제적 지위(소득, 직업, 교육, 재산 등을 고려)는 어디에 속한다고 생각하십니까?”의 문항에 대하여 ‘상상’, ‘상하’, ‘중상’, ‘중하’, ‘하상’, ‘하하’ 중 선택을 하도록 되어 있다.

2.2.4 건강상태

건강상태는 절대적인 기준에 의해 정의되기 보다는 개인의 지각과 사회문화적 요인의 상호작용에 의해 형성되는 상대적이며 다차원적인 개념으로 고려된다[23]. 스스로 인식하는 주관적 건강상태는 개인의 건강상태에 대한 주관적이 평가 일 뿐 아니라 기능감소와 인구학적 요소 및 객관적 건강을 판단 할 수 있는 예측인자이다[24][25]. 이에 본 연구에서의 건강상태는 “현재의 건강상태는 어떻다고 생각하십니까?”의 문항을 활용하였으며, ‘아주 건강하다’, ‘건강한편이다’, ‘보통이다’, ‘건강하지 않은 편이다’, ‘건강이 아주 안 좋다’ 5분위를 ‘건강’, ‘보통’, ‘나쁨’의 3분위로 구분하였다.

2.2.5 인구사회학적 요인

인구사회학적 변수는 ‘성별’은 남자, 여자로 구분하였고, ‘연령’은 20-29세, 30-39세, 40-49세, 50-59세, 60세 이상으로 구분하였고, ‘학력’은 중학교이하, 고등학교, 2년 및 3년 대학교, 대학교, 대학원 이상으로 구분하였다. ‘혼인상태’는 기혼,미혼으로 구성하였고, ‘연금가입’은 가입, 미가입으로 구분하였고, ‘흡연’과 ‘음주’는 한다, 안한다로 구분하였다. ‘생활만족도’은 만족, 보통, 불만족으로 구분하였고, ‘기업형태’는 민간회사·개인사업체, 정부투자기관 · 정부출연기관 · 공사합동기업, 정부기관, 기타(법인단체·외국인회사·시민단체 등)로 구분하였고, ‘직종’은 전문관리직, 사무직, 서비스직, 농림 · 어업직, 생산직으로 구분하였다.

2.3 자료분석

자료분석은 SPSS 22.0을 이용하였으며, 연구모형은 그림 1과 같다. 연구대상자들의 인구사회학적요인인 성별, 연령, 학력, 혼인상태, 건강보험가입, 연금보험가입, 생활만족도, 흡연여부, 음주여부, 기업형태, 직종, 고용상태 특성을 알아보기 위하여 빈도분석과 기술적 통계를 통한 백분율을 하였다. 고용형태별 소득계층과 사회경제적 계층인식 특성, 고용형태별 인구사회학적 요인에 따른 소득계층과 사회경제적 계층인식 특성, 고용형태별 인구사회학적 요인에 따른 건강상태 특성을 검증하기 위해 χ^2 -test를 하였다. 고용형태별 소득계층과 사회경제적 계층인식 영향요인, 고용형태별 소득계층과 사회경제적 계층인식에 따른 건강상태 영향요인을 파악하기 위하여 선형회귀분석을 실시하였다. 또한 사회경제적 계층인

식에 따른 영향을 좀 더 명확하게 분석하기 위해 Model 1(인구사회학적 특성+소득계층), Model 2(인구사회학적 특성+소득계층+사회경제적 계층인식)을 개발하였다. 모든 검정을 $p=0.05$ 에 대해 유의성을 검토하였고, 유의수준은 95%신뢰구간으로 하였다.

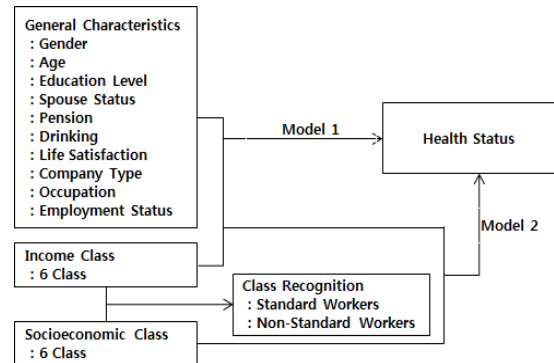


Fig. 1. Study Model

3. 연구결과

3.1 인구사회학적 특성

연구대상자의 인구사회학적 특성은 Table 1과 같다. 남자가 59.3%, 연령은 40-49세가 29.1%, 학력은 2.3년제 대학이 33.8%, 혼인상태는 기혼이 69.5%, 연금가입이 70.7%, 음주는 한다가 68.5%로 가장 많았다. 생활만족도는 만족 56.3%, 직종은 전문관리직이 23.6%, 고용형태는 정규직이 61.8%로 가장 많았다.

Table 1. The general characteristics of research subject

		Unit: N(%)	
	section	N	%
Gender	Male	3,061	59.3
	Female	2,097	40.7
Age	20-29	440	8.5
	30-39	1,389	26.9
	40-49	1,500	29.1
	50-59	1,101	21.3
	≥60세	728	14.1
Education level	≤Middle school	347	6.7
	High school	418	8.1
	2&3 College	1,744	33.8
	University	954	18.5
Spouse Status	≥Graduate school	1,695	32.9
	Married	3,586	69.5
	Single	1,066	20.7
	Others(Separation, Divorce, Bereavement)	506	9.8

Pension	Yes	3,647	70.7
	No	1,511	29.3
Smoking	Yes	3,551	68.8
	No	1,607	31.2
Drinking	Yes	3,533	68.5
	No	1,625	31.5
Life Satisfaction	Usually	2,444	47.4
	Dissatisfaction	2,580	50.0
Company Type	Private Company	134	2.6
	Government Investment Organization	4,050	78.5
	Government Agency	266	5.2
	Others(Corporation, Civic Group et)	409	7.9
Occupation	Profession	433	8.4
	Office work	1,215	23.6
	Service	1,033	20.0
	Agriculture, Fishery production	843	16.3
		27	0.5
		2,040	39.6
Employment Status	Standard Workers	3,190	61.8
	Non-Standard Workers	1,968	38.2
Total		5,158	100.0

3.2 고용형태별 소득계층과 사회경제적 계층 인식 간 특성

정규직 대상자의 소득계층과 사회경제적 계층인식 간 일치성을 분석한 결과는 Table 2와 같다. 소득계층 ‘중하’만이 사회경제적 계층인식과 일치하였다. 또한 모든 소득계층에서의 사회경제적 계층인식은 ‘중하’가 가장 많았다. 소득계층 ‘상상’은 사회경제적 계층인식 ‘중하’

49.8%, ‘중상’ 39.5%순, 소득계층 ‘상하’는 사회경제적 계층인식 ‘중하’ 63.4%, ‘중상’ 20.3%순, 소득계층 ‘중상’은 사회경제적 계층인식 ‘중하’ 61.4%, ‘하상’ 25.1%순, 소득계층 ‘중하’는 사회경제적 계층인식 ‘중하’ 58.7%, ‘하상’ 29.2%순, 소득계층 ‘하상’은 사회경제적 계층인식 ‘중하’ 58.0%, ‘하상’은 29.5%순이었으며, 소득계층 ‘하하’는 사회경제적 계층인식 ‘중하’ 49.1%, ‘하상’ 29.3%순 이었다. 소득계층과 사회경제적 계층인식은 통계적으로 유의한 차이가 있었다.

비정규직 대상자의 소득계층과 사회경제적 계층인식 일치성을 분석한 결과는 Table 3과 같다. 소득계층 ‘중하’만이 사회경제적 계층인식과 일치하였다. 또한 모든 소득계층에서의 사회경제적 계층인식은 ‘중하’가 가장 많았다. 소득계층 ‘상상’은 사회경제적 계층인식 ‘중하’ 60.4%, ‘중상’ 20.8%순, 소득계층 ‘상하’는 사회경제적 계층인식 ‘중하’ 56.0%, ‘하상’ 30.6%순, 소득계층 ‘중상’은 사회경제적 계층인식 ‘중하’ 45.8%, ‘하상’ 39.2%순, 소득계층 ‘중하’는 사회경제적 계층인식 ‘중하’ 42.3%, ‘하상’ 40.2%순, 소득계층 ‘하상’은 사회경제적 계층인식 ‘중하’ 45.5%, ‘하상’은 38.0%순이었으며, 소득계층 ‘하하’는 사회경제적 계층인식 ‘중하’ 39.5%, ‘하상’ 38.4%순 이었다. 소득계층과 사회경제적 계층인식은 통계적으로 유의한 차이가 있었다.

Table 2. Income Class and Socioeconomic Class Recognition(Standard Workers)

Unit: N(%)

section		Income Class						Total	χ^2	p
		Highest-high	High-low	Middle-high	Middle-low	Low-high	Lowest-low			
Socioeconomic Class	Highest-high	5(0.7)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	5(0.2)	543.388	<.001
	High-low	26(3.8)	7(0.8)	8(1.0)	2(0.4)	0(0.0)	3(2.6)	46(1.4)		
	Middle-high	272(39.5)	169(20.3)	85(10.8)	31(6.9)	22(6.9)	10(8.6)	589(18.5)		
	Middle-low	343(49.8)	528(63.4)	482(61.4)	263(58.7)	185(58.0)	57(49.1)	1,858(58.2)		
	Low-high	43(6.2)	124(14.9)	197(25.1)	131(29.2)	94(29.5)	34(29.3)	623(19.5)		
	Lowest-low	0(0.0)	5(0.6)	13(1.7)	21(4.7)	18(5.6)	12(10.3)	69(2.2)		
	Total	689(100.0)	833(100.0)	785(100.0)	448(100.0)	319(100.0)	116(100.0)	3,190(100.0)		

Table 3. Income Class and Socioeconomic Class Recognition(Non-Standard Workers)

Unit: N(%)

section		Income Class						Total	χ^2	p
		Highest-high	High-low	Middle-high	Middle-low	Low-high	Lowest-low			
Socioeconomic Class	Highest-high	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	90.627	<.001
	High-low	2(3.8)	1(0.7)	2(0.6)	1(0.3)	3(0.6)	0(0.0)	9(0.5)		
	Middle-high	11(20.8)	15(11.2)	27(8.5)	24(6.3)	36(6.7)	37(6.7)	150(7.6)		
	Middle-low	32(60.4)	75(56.0)	146(45.8)	160(42.3)	243(45.5)	217(39.5)	873(44.4)		
	Low-high	8(15.1)	41(30.6)	125(39.2)	152(40.2)	203(38.0)	211(38.4)	740(37.6)		
	Lowest-low	0(0.0)	2(1.5)	19(6.0)	41(10.8)	49(9.2)	85(15.5)	196(10.9)		
	Total	53(100.0)	134(100.0)	319(100.0)	378(100.0)	534(100.0)	550(100.0)	1,968(100.0)		

Table 4. Health Status of general characteristics

Unit: %

section		Standard Workers					Non-Standard Workers				
		Healthy	Usually	Bad	χ^2	p	Healthy	Usually	Bad	χ^2	p
Gender	Male	65.9	65.2	64.0	.201	.904	50.3	49.0	42.2	3.342	.188
	Female	34.1	34.8	36.0			49.7	51.0	57.8		
Age	20-29	9.4	8.1	2.0	78.861	<.001	11.3	5.1	2.7	153.421	<.001
	30-39	38.4	29.3	12.0			18.0	9.5	2.0		
	40-49	32.1	33.4	34.0			27.3	20.9	15.0		
	50-59	16.5	21.2	36.0			23.6	29.8	27.9		
	≥60세	3.7	7.9	16.0			19.8	34.8	52.4		
Education level	≤Middle school	1.1	2.6	8.0	78.972	<.001	7.7	19.4	36.1	186.860	<.001
	High school	3.1	5.6	14.0			11.8	16.3	25.2		
	2&3 College	25.5	33.1	24.0			44.3	45.4	32.7		
	University	23.4	23.3	22.0			15.1	7.2	2.0		
	≥Graduate school	46.9	35.4	32.0			21.0	11.8	4.1		
Spouse Status	Married	72.9	70.7	76.0	41.386	<.001	65.5	65.8	56.5	71.164	<.001
	Single	23.1	21.4	6.0			22.8	13.6	10.9		
	Others(Separation,Divorce, Bereavement)	4.0	7.9	18.0			11.6	20.6	32.7		
Pension	Yes	28.8	31.8	22.0	4.000	.135	25.8	26.6	20.4	2.491	.288
	No	71.2	68.2	78.0			74.2	73.4	79.6		
Smoking	Yes	75.9	71.4	56.0	15.751	<.001	62.1	59.6	47.6	11.181	.004
	No	24.1	28.6	44.0			37.9	40.4	52.4		
Drinking	Yes	94.0	89.3	82.0	28.763	<.001	40.0	33.5	16.3	33.621	<.001
	No	6.0	10.7	18.0			60.0	66.5	83.7		
Life Satisfaction	Satisfaction	68.0	27.7	36.0	509.358	<.001	49.0	17.8	17.7	354.329	<.001
	Usually	31.4	70.3	48.0			49.5	77.4	57.1		
	Dissatisfaction	0.7	2.0	16.0			1.5	4.8	25.2		
Company Type	Private Company	76.8	84.0	78.0	28.912	<.001	76.8	79.7	76.9	13.115	.041
	Government,Investment, Organization	6.0	4.6	10.0			5.4	3.1	3.4		
	Government Agency	10.9	5.4	6.0			5.7	5.1	10.2		
	Others(Corporation, Civic Group et)	6.3	6.0	6.0			12.1	12.1	9.5		
Occupation	Profession	32.5	25.0	28.0	59.201	<.001	17.7	8.7	2.7	82.338	<.001
	Office work	29.5	23.6	20.0			9.6	6.4	1.4		
	Service	10.2	13.0	14.0			25.5	24.2	25.2		
	Agriculture, Fishery production	0.1	0.3	2.0			0.9	0.9	2.7		
		27.8	38.1	36.0			46.2	59.8	68.0		
Income Class	Highest-high	24.0	15.4	24.0	53.492	<.001	3.8	2.0	0.0	82.677	<.001
	High-low	27.3	23.5	18.0			8.7	5.5	2.0		
	Middle-high	23.1	28.5	24.0			19.1	14.7	6.8		
	Middle-low	13.4	15.8	12.0			17.7	21.4	16.3		
	Low-high	9.1	12.1	12.0			25.8	29.7	21.1		
	Lowest-low	3.1	4.7	10.0			25.0	26.8	53.7		
		0.2	0.0	0.0			0.0	0.0	0.0		
Socioeconomic Class	Highest-high	0.2	0.0	0.0	131.472	<.001	0.0	0.0	0.0	220.337	<.001
	High-low	1.6	1.0	2.0			0.8	0.1	0.0		
	Middle-high	20.4	13.2	22.0			11.0	5.0	1.4		
	Middle-low	59.7	55.5	40.0			53.5	38.0	22.4		
	Low-high	16.6	27.0	18.0			30.5	44.6	42.9		
	Lowest-low	1.4	3.3	18.0			4.2	12.4	33.3		
Total		100.0	100.0	100.0			100.0	100.0	100.0		

Table 5. Influential Factors on the Health State of Employment Type

section	Standard Workers				Non-Standard Workers			
	Model 1		Model 2		Model 1		Model 2	
	β	p	β	p	β	p	β	p
Gender	-.029	.192	-.027	.216	-.105	<.001	-.094	.001
Age	.107	<.001	.109	<.001	.122	<.001	.126	<.001
Education level	-.035	.100	-.042	.049	-.120	<.001	-.088	.001
Spouse status	.063	<.001	.058	.001	.060	.003	.046	.020
Pension	-.043	.139	-.040	.178	-.134	<.001	-.104	.004
Smoking	.001	.952	.006	.735	-.007	.765	.016	.511
Drinking	.026	.143	.029	.103	.075	<.001	.074	<.001
Life Satisfaction	.340	<.001	.328	<.001	.327	<.001	.260	<.001
Company Type	-.016	.360	-.012	.488	-.066	.001	-.078	<.001
Occupation	.043	.030	.036	.073	.031	.202	.025	.311
Income Class	.030	.139	.019	.348	.176	<.001	.148	<.001
Socioeconomic Class			.059	<.001			.193	<.001
	R ² =.139 F=43.922(<.001)		R ² =.142 F=41.445(<.001)		R ² =.257, F=56.395(<.001)		R ² =.284, F=59.752(<.001)	

Note: Gender(0:Male, 1:Female), Age(0:20-29, 1:30-39, 2:40-49, 3:50-59, 4:≥60), Education level(0:≤Middle school, 1:High school, 2:2,3College, 3:University, 4:≥Graduate school), Spouse state(0:Married, 1:Single, 2:Others(Separation,Divorce,Bereavement), Pension(0:Yes, 1:NO), Smoking(0:Yes, 1:NO), Drinking(0:Yes, 1:NO), Life Satisfaction(0:Satisfaction, 1:Usually, 2:Dissatisfaction), Company Type(0:Private Company, 1:Government, Investment, Organization, 2:Government Agency, 3:Others(Corporation, Civic Group et), Occupation(0:Profession, 1:Office work, 2:Service, 3:Agriculture, Fishery, 4:production), Income Class and Socioeconomic Class(0:Highest-high, 1:High-low, 2:Middle-high, 3:Middle-low, 4:Low-high, 5:Lowest-low)

3.3 고용형태별 건강상태에 따른 인구사회학적 특성

정규직의 건강상태에 따른 인구사회학적 특성을 분석한 결과는 Table 4와 같다. 학력의 경우 건강상태가 ‘건강’, ‘보통’, ‘나쁨’ 모두 대학원이상 이 각각 46.9%, 35.4%, 32.0%로 가장 많았으며, 연금보험가입의 경우 ‘건강’은 미가입 6.0%, ‘보통’은 미가입 10.7%, ‘나쁨’은 미가입 18.0%이었다. 생활만족도의 경우 ‘건강’은 만족(68.0%), ‘보통’과 ‘만족’은 보통(70.3%, 48.0%), 직종의 경우 ‘건강’은 전문 관리직(32.5%), ‘보통’과 ‘나쁨’은 생산직(38.1%, 36.0%)이 가장 많았다. 소득계층의 경우 ‘건강’은 상하(27.3%), ‘보통’과 ‘나쁨’은 중상(28.5%, 24.0%)이 가장 많았으며, 사회경제적 계층인식의 경우 ‘건강’, ‘보통’, ‘나쁨’은 중하(59.7%, 55.5%, 40.0%)로 가장 많았다. 연령, 학력, 혼인상태, 건강보험가입, 연금가입, 음주, 기업형태, 직종, 소득계층 그리고 사회경제적 계층인식은 통계적으로 유의한 차이가 있었다.

비정규직의 건강상태에 따른 인구사회학적 특성을 분석한 결과 학력의 경우 건강상태가 ‘건강’, ‘보통’은 2,3년제 대학(44.3%, 45.4%), ‘나쁨’은 중학교이하(36.1%)가 가장 많았으며, 연금보험가입의 경우 ‘건강’은 미가입

60%, ‘보통’은 미가입 66.5%, ‘나쁨’은 미가입 83.7%이었다. 생활만족도의 경우 ‘건강’, ‘보통’, ‘나쁨’ 모두 보통(49.5%, 77.4%, 57.1%)이 가장 많았으며, 직종의 경우 ‘건강’, ‘보통’, ‘나쁨’ 모두 생산직(46.2%, 59.8%, 68.0%)이 가장 많았다. 소득계층의 경우 ‘건강’과 ‘보통’은 하상(25.8%, 29.7%), ‘나쁨’은 하하(53.7%)가 가장 많았으며, 사회경제적 계층인식의 경우 ‘건강’은 중하(53.5%), ‘보통’과 ‘나쁨’은 하상(44.6%, 42.9%)이 가장 많았다. 연령, 학력, 혼인상태, 건강보험가입, 연금가입, 음주, 기업형태, 직종, 소득계층 그리고 사회경제적 계층인식은 통계적으로 유의한 차이가 있었다.

3.4 고용형태별 건강상태 영향 요인

고용형태별 건강상태 영향 요인을 분석한 결과는 Table 5과 같다.

정규직대상자의 건강상태 영향 요인을 분석한 결과 Model 1은 연령이 높을수록, 혼인상태는 기타(별거,이혼,사별), 생활만족도는 나쁠수록, 직종은 전문 관리직보다 생산직일수록 건강상태가 나쁜 것으로 나타났으며, 통계적으로 유의한 차이가 있었다. Model 2는 연령이 높을수록, 학력이 낮을수록, 혼인상태는 기타(별거,이

혼,사별), 생활만족도는 나쁠수록, 사회경제적 계층인식이 낮을수록 건강상태가 나쁜 것으로 나타났으며, 통계적으로 유의한 차이가 있었다.

비정규직대상자의 건강상태 영향 요인을 분석한 결과 Model 1과 2는 성별은 남성의 경우, 연령이 높을수록, 학력이 낮을수록, 혼인상태는 기타(별거,이혼,사별), 연금은 가입의 경우, 음주를 안하는 경우, 생활만족도는 나쁠수록, 기업형태는 기타(법인단체, 외국인회사, 시민단체 등) 보다 민간회사 및 개인사업체, 소득계층이 낮을수록, 사회경제적 계층인식이 낮을수록 건강상태가 나쁜 것으로 나타났으며, 통계적으로 유의한 차이가 있었다.

4. 고 찰

본 연구는 고용형태별 객관적 지위가 되는 소득계층과 일상적인 삶에서 생활양식과 나와 남의 처지를 구분하는 사회경제적 계층으로 범주화하여 계층인식의 차이 분석과 건강상태와의 관련성, 건강상태 영향 요인을 분석하고자 하였다.

첫째, 정규직의 소득계층과 사회경제적 계층인식 특성을 분석한 결과 정규직 및 비정규직 모두 소득계층과 사회경제적 계층인식 간 통계적으로 유의한 차이($p<.001$)가 있는 것으로 나타났다. 정규직과 비정규직 모두 소득계층과 사회경제적 계층인식이 일치하는 계층은 ‘중하’가 유일하였다. 정규직과 비정규직의 모든 소득계층에서 사회경제적으로 계층인식을 ‘중하’로 하는 것으로 분석되었다. 그리고 정규직의 경우 소득계층 ‘상상’과 ‘상하’는 비정규직에 비해 ‘중상’으로 계층을 인식하는 비율이 높았으며, 소득계층 ‘중상’, ‘중하’, ‘하상’, ‘하하’는 정규직에 비해 비정규직의 사회경제적 계층인식 ‘하상’과 ‘하하’의 비율이 높은 것으로 분석되었다. 이러한 결과는 총 5분위 중 주관적 계층인식 4분위를 제외한 모든 계층인식이 소득계층과 일치한다는 연구결과 [6]와 다소 차이가 있었으나, 객관적 소득1분위와 2분위는 절대다수가 하위층 혹은 중하위층에 속한다고 인식하였으며, 객관적 소득4분위 가구의 60.1%와 소득5분위 가구의 39.0%가 본인의 가구를 하위층 혹은 중하위층, 51.8%는 중간층으로 인식하는 것으로 분석된 선행연구 [16]와 상당부분 일치하였으며, 특히, 소득계층이 높을수록 더욱 두드러지는 것으로 분석되었다. 이러한 결과

는 한국사회에서 임금 근로자들이 객관적인 조건에 비해 상대적으로 주관적인 인식에 의해 계층을 인식하고 있는 것으로 해석할 수 있으며, 특히, 양극화 현상이 정규직에 비해 비정규직에서 더욱 두드러지고 있다.

둘째, 고용형태별 인구사회학적 요인에 따른 건강상태 특성을 분석한 결과 정규직은 ‘건강하다’의 경우 연령은 30-39세(38.4%), 학력은 대학원 이상(46.9%), 생활만족도는 만족(68.0%), 직종은 전문관리직(32.5%), 소득계층은 상하(27.3%), 사회경제적 계층인식은 중하(59.7%)가 가장 많았다. 비정규직은 ‘건강하다’의 경우 연령은 40-49세(27.3%), 학력은 2,3년 대학교(44.3%), 생활만족도는 보통(49.5%), 직종은 생산직(46.2%), 소득계층은 하상(25.8%), 사회경제적 계층인식은 중하(53.5%), 연금미가입이 정규직은 18.0%, 비정규직은 83.7%로 가장 많았다. 또한 소득계층이 정규직은 중상(24.0%), 비정규직은 하하(53.7%)이었으며, 사회경제적 계층인식은 정규직은 중하(40.0%), 비정규직은 하상(42.9%)이 가장 많았다. 정규직과 비정규직에서 성별과 흡연을 제외한 모든 변수들이 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 분석되었다.

셋째, 고용형태별 건강상태에 영향을 미치는 요인을 분석한 결과 정규직의 경우 인구사회학적 특성과 소득계층을 포함한 Model 1은 연령($p<.001$), 혼인상태($p<.001$), 생활만족도($p<.001$), 직종($p<.001$), 사회경제적 계층인식을 포함한 Model 2는 연령($p<.001$), 학력($p<.001$), 혼인상태($p<.001$), 생활만족도($p<.001$), 사회경제적 계층인식($p<.001$)이 영향변수로 분석되었다.

비정규직의 경우 소득계층만을 포함한 Model 1은 성별($p<.001$), 연령($p<.001$), 학력($p<.001$), 혼인상태($p=.003$), 연금($p<.001$), 음주($p<.001$), 생활만족도($p<.001$), 기업형태($p<.001$), 소득계층은($p<.001$), 사회경제적 계층인식을 포함한 Model 2는 성별($p<.001$), 연령($p<.001$), 학력($p<.001$), 혼인상태($p=.003$), 연금($p<.001$), 음주($p<.001$), 생활만족도($p<.001$), 기업형태($p<.001$), 소득계층($p<.001$), 사회경제적 계층인식($p<.001$) 이 영향변수로 분석되었다. 이러한 결과는 소득계층, 학력, 연령, 성별, 소득만족 등이 건강에 유의한 영향요인으로 분석된 연구[20]와 소득계층과 주관적 계층인식(사회경제적 계층인식)이 낮을수록 건강상태가 나빠지며, 외래의료비에 영향을 미친다는 선행연구[6][26]와 일치하였다. 노동시장에서의 고용안정성 문제는 개인의 정신적, 신체적 건강을 담보하는 결

정적 요소로서 건강한 삶에 대한 필수적 조건 중 하나이다[27]. 비정규직이 정규직 비해 많은 요인들에 의해 건강에 영향을 받고 있다는 것을 알 수 있으며, 특히 연금보험가입에 따라 확연한 차이가 있는 것으로 분석되었다. 연금보험은 사회적 위험에 노출되어 소득이 중단되거나 상실될 가능성이 있는 사람들에게 다양한 급여를 제공함으로써 국민의 생활안정과 복지증진을 도모하고자 하는 제도이다[28]. 이러한 제도는 국민들의 건강유지 및 증진을 위해서 필요한 사회보험임에도 불구하고 비정규직 근로자의 사회보험 가입률(32%~40%)은 정규직 근로자의 사회보험 가입률(85%~99%)의 1/3 수준이며, 전체 임금근로자의 월 평균임금은 241만원, 정규직 근로자의 월 평균임금은 311만원, 비정규직근로자의 월 평균임금은 151원으로 조사되었다[2]. 비정규직 근로자의 평균임금은 정규직 근로자 평균임금의 절반에 미치지 못한다[1]. 본 연구에서 연금에 가입되어 있는 경우 건강상태가 나쁘다는 것은 연금납입에 대한 부담과 어려움이 있는 것으로 해석할 수 있다. 따라서 비정규직 근로자들의 연금보험 납부금액의 적정성은 물론 소득이 상실되는 시점에 현실을 반영한 적절한 연금액이 지급 될 수 있도록 하여야 한다. 또한 다양한 교육과 홍보를 위한 정부, 경영계, 노동계간의 협력 등 다양한 방법을 모색하여야 한다.

본 연구는 한국노동패널자료를 활용하여 정규직과 비정규직 근로자들의 소득계층은 물론 한국 사회에서 스스로 인지하는 사회경제적 계층인식에 따른 건강상태 영향 요인에 관한 연구를 시도 및 분석 하였다는데 의의가 있으며, 고용형태에 따른 건강증진을 보장할 수 있는 의료보장정책과 노동정책 개발수립에 도움이 되길 바란다.

본 연구의 제한점으로는 제18차 자료만을 활용함으로써 패널 자료의 특성을 반영하지 못하였으며, 고용형태에 영향을 주는 다양한 변수들을 고려하지 못하였다. 향후 다양한 요인 변수(건강, 생활습관)와 시계열 분석을 이용하여 소득계층과 계층인식의 변화양상을 알아보는 연구도 제언한다.

References

- [1] Federation of Korean Trade Unions, Korean Confederation of Trade Unions, "How to Solve Illegal Worker Rights Legislation?", p. 125, 2016.
- [2] Y. S. Kim, "The size and reality of Non-standard Workers", 189, Korea Labour and Society Institute, 189, pp. 54-94, 2016.
- [3] J. Y. Jang, S. K. Yang, "Irregularity of Employment and Social Exclusion Perspective", Quarterly Journal of Labor Policy, vol. 7, no. 1, pp. 1-22, 2007.
- [4] S. B. Koh, M. A. Son, J. O. Kong, C. G. Lee, S. J. Chang, B. S. Cha, "Job Characteristics and Psychosocial Distress of Atypical Workers", Annals of Occupational and Environmental Medicine, vol. 16, no. 1, pp. 103-113, 2004.
- [5] S. H. Park, C. Y. Kim, Y. J. Shin, "The Effects of Employment Status Changes on Mental Health", Journal of Critical Social Policy, 27, pp. 79-115, 2009.
- [6] R. Choi, J. Y. Park, B. D. Hwang, "Health Care Utilization according to Income class and Subjective Income class : Measurements Based on Korea Health Panel", Health and Social Science, 33, pp. 85-107, 2013.
- [7] S. M. Kwon, B. M. Yang, T. J. Lee, J. W. Oh, S. H. Lee, "Equity in Health Care Utilization in Korea", The Korean Journal of Health Economics and Policy, vol. 9, no. 2, pp. 13-24, 2003.
- [8] T. I. Kim, Y. Y. Choi, K. H. Lee, "Analysis on the differences in medical service usage in terms of income Levels", Korean social security studies, vol. 24, no. 3, pp. 53-75, 2008.
- [9] K. H. Rhim, J. H. Lee, "Income-related inequality in medical care utilization by provider types", The Korean Journal of Health Economics and Policy, vol. 16, no. 2, pp. 39-56, 2010.
- [10] J. Hurst, "The NHS reforms in an international context, Reforming Health Care Systems, Culyer, A. J. Wagstaff, A. E(ed.)", Edward Elgar, pp. 26-34, 1994.
- [11] L. W. Cannon, "On the Absolute or Relative Basis of Perception: The Case of Middle Class Identification", Social Indicator Research, 8, 3, pp. 347-63, 1980. DOI: <https://doi.org/10.1007/BF00292645>
- [12] E. M. Chreiber, G. T. Nygreen, "Subjective Social Class in America: 1945-1968", Social Forces, 48, pp. 348-55, 1970. DOI: <https://doi.org/10.2307/2574653>
- [13] N. E. Alder, E. S. Epel, G. Castellazzo, J. R. Ickovics, "Relationship of subjective and objective social status with psychological and physiological functioning: preliminary data in health white women", Health Psychology, vol. 19, no. 6, pp. 586-592, 2000. DOI: <https://doi.org/10.1037/0278-6133.19.6.586>
- [14] D. G. Jo, "Socio-Demographic Characteristics and Subjective Class Identification of 'Joongsancheung' ", Korea Journal of Population Studies, vol. 29, no. 3, pp. 89-109, 2006.
- [15] J. E. Park, S. M. Kwon, "Relationship of Health and Discrepancy between Objective and Subjective Income Stratum : Self-Rated Health and Depression", Health and Social Science, 39, pp. 95-121, 2015.
- [16] Y. J. Lee, S. Y. Kim, "A Equity in the Co-payment and Utilization of National Health Insurance by Income Class", Korean Association of Social Welfare Policy, 24, pp. 173-199, 2006.

- [18] S. H. Eom, C. G. Moon, "Income-Related Inequalities in health Caare Finance and Self-Assessed health in Korea from 1999 to 2007: Measurements Based on KLIPS Survey Data", The Korean Journal of Health Economics and Policy, 16, 1, pp. 35-61, 2010.
- [19] J. G. Kim, "Equity in the Delivery of Health Care in Korea: Focused On Analysis by Age Groups", Korean social security studies, 27, 3, pp. 91-122, 2011.
- [20] S. Y. You, "A study of health status and health care associated with the subjective social class", Korean Consumption Culture Association, vol. 9, no. 2, pp. 167-185, 2006.
- [21] S. H. Moon, "Equity in the Finance and Delivery of Health Care", Korean social security studies, vol. 10, no. 1, pp. 59-81, 2004.
- [22] R. Choi, B. D. Hwang, "Health Care Utilization of Age Group in the Elderly on the Korean Health Pane", The Korean Journal of Health Service Management, vol. 8, no. 3, pp. 49-61, 2014.
DOI: <https://doi.org/10.12811/kshsm.2014.8.3.049>
- [23] M. S. Lee, "Structures of Health Inequalities of Korean Elderly : Analysis of Korean Longitudinal Study of Ageing", 25, pp. 5-32, 2009.
- [24] M. A. Han, K. S. Kim, M. G. Park, S. Y. Ryu, "Association between levels of physical activity and poor self-rated health in Korean adults", The Third Kora National Health and Nutrition Examination Survey, vol. 123, no. 10, pp. 665-669, 2009.
- [25] H. A. Cho, H. S. Shin, "Dental care utilization patterns by the status, of ADL and IADL in the elderly", Journal of Korean Academy of Oral Helath, vol. 39, no. 2, pp. 102-109, 2015.
DOI: <https://doi.org/10.11149/jkaoh.2015.39.2.102>
- [26] H. R. Kim, Y. H. Kang, K. J. U. Yun, C. S. Kim, "Socioeconomic Health Inequalities and Counter Policies in Korea", Korea Institute for Health and Social Affairs, 32, pp. 119-121, 2006.
- [27] C. S. Shin, M. C. Kim, "The Effect of Occupation and Employment Status upon Perceived Health in South Korea", Health and Social Science, 22, pp. 205-224, 2007.
- [28] http://www.nps.or.kr/jsppage/info/easy/easy_01_01.jsp [cited 2016.11]

최 령(Ryoung Choi)

[정회원]



- 2008년 8월 : 경북대학교 보건대학원 (보건학석사)
- 2013년 8월 : 경북대학교 보건학과 (보건학박사)
- 2014년 3월 ~ 현재 : 동신대학교 보건행정학과 조교수

<관심분야>

보건행정, 병원경영, 보건관리, 건강보험

항 병 덕(Byung-Deog Hwang)

[정회원]



- 2000년 2월 : 경북대학교 보건학과 (보건학박사)
- 2009년 3월 ~ 현재 : 부산가톨릭대학교 병원경영학과 교수

<관심분야>

보건관리, 병원경영, 병원경영분석, 보건정책