

한국 노동시장 불안정성과 미충족 치과의료의 관련성: 고용과 소득 불안정성을 중심으로

차선화¹, 박희정²¹고려대학교 대학원 보건과학과 BK21플러스 인간생명-사회환경 상호작용 융합사업단, ²강원대학교 보건과학대학 치위생학과

The relationship between precarious work and unmet dental care needs in South Korea: focus on job and income insecurity

Xianhua Che¹, Hee-Jung Park²¹BK21PLUS Program in 'Embodiment: Health-Society Interaction', Department of Public Health Sciences, Graduate School, Korea University, Seoul,²Department of Dental Hygiene, College of Health Science, Kangwon National University, Samcheock, Korea**Received:** August 17, 2018**Revised:** September 13, 2018**Accepted:** October 15, 2018

Corresponding Author: Hee-Jung Park
Department of Dental Hygiene, College
of Health Science, Kangwon National
University, 346 Hwangjo-gil, Dogye-eup,
Samcheok 25945, Korea
Tel: +82-33-540-3395
Fax: +82-33-540-3399
E-mail: phealth172@kangwon.ac.kr

Objectives: The aim of this study was to analyze the accessibility of dental care services among individuals with precarious employment in South Korea.

Methods: We used the 9th wave of the Korean Health Panel data (2015) and included 7,736 wage and non-wage earners in our study. We determined precariousness in the labor market as a combination of employment relationship and job income, and categorized individuals based on this into the following four groups: Group A comprising those who report job and income security, Group B comprising those who experience job insecurity alone, Group C comprising those who report a stable job but low income, and Group D comprising those who experience both job and income insecurity. Accessibility to dental care services was determined by experience of unmet dental care needs and unmet dental care needs caused primarily by financial burden. Logistic regression analyses were used to assess the effect of precarious work on access to dental care services.

Results: Individuals with job insecurity (Group B; OR=1.445; 95% CI=1.22-1.70) and both job and income insecurity (Group D; OR=1.899; 95% CI=1.61-2.24) were more likely to have unmet needs than the comparison group. Both groups B and D were also 2.048 (95% CI=1.57-2.66) times and 4.435 (95% CI=3.46-5.68) times more likely, respectively, to have unmet dental care needs caused by financial burden. Education status, health insurance, and health status were all also effective factors influencing unmet dental care needs.

Conclusions: Unstable employment and low income resulted in diminished access to dental care services. Therefore, governments should consider health policy solutions to reduce barriers preventing individuals with employment and income instability from accessing adequate dental care.

Key Words: Dental care services, accessibility to health services, precarious worker, unmet dental care need

서론

1970년대 이후 전 세계적으로 제조업 중심의 산업구조가 서비스업 중심의 산업구조로 전환되면서 불안정 노동시장이 지속적으로 확대되었다. 우리나라 역시 1990년대에 들어서면서 제조업 중심 산업구조에서 서비스업 중심 산업구조로의 급격한 전환을 경험하였다^{1,2)}. 특히 1997년 경제위기 이후 더 많은 사람들이 고용이 불안정하거나, 임금이 낮아지거나, 사회보험에 가입하기 어려운 불안정한 일자리로 내몰렸고³⁾, 2017년 기준 우리나라의 비정규직 근로자는 657만 명, 자영업자는 568만 명, 무급가족종사자는 104만 명으로 추정 되고 있다⁴⁾.

고용상태가 불안정하면 저임금, 비표준적 고용, 열악한 근로환경, 노동자 권리 약화와 같은 문제에 직면 할 수 있으며 건강수준 악화까지 이어질 수 있다^{5,6)}. Lee 등⁵⁾과 Park 등⁶⁾은 낮은 임금, 위험하거나 열악한 작업환경 및 불안으로 인해 스트레스가 유발 될 뿐 아니라 과도한 음주나 흡연 등과 같은 유해한 건강행태 역시 건강에 부정적인 영향을 미칠 수 있다고 하였고, 이에 불안정 노동 집단의 취약한 건강수준 향상을 위한 노력이 필요함을 강조하였다.

최근에는 미충족 의료의 규모와 현황 파악을 통해 노동자들의 건강수준을 결정할 수 있는 의료서비스 접근성 수준을 조사하는 연구가 시도되고 있다⁷⁻⁹⁾. 미충족 의료는 “대상자가 원하거나 의료전문가가 필요하다고 판단한 의료서비스를 대상자가 받지 못하는 것”을 의미하는 개념으로 의료서비스 접근성을 평가하는 중요한 지표이다. Lee 등⁷⁾의 연구에서는 정규직 근로자들이 경제적 이유로 인한 미충족 의료 경험률이 9.2%인 반면 임시직 근로자들의 26.5%와 일용직 근로자들의 45.5%가 미충족 의료를 경험하는 것으로 나타나 고용상태가 불안정 할수록 미충족 의료를 경험할 위험이 더 높다고 하였다. 65세 이상 노인근로자를 대상으로 한 Kang 등⁹⁾의 연구에서도 은퇴한 노인에 비해 임시직으로 근로하는 노인들이 미충족 의료를 경험할 위험이 1.75배 높았고, 일용직으로 근로하는 노인들이 경제적 이유로 인한 미충족 의료가 발생할 위험이 1.9배 더 높았다. 이러한 현상이 나타나는 주요한 이유로는 고용이 불안정한 근로자들을 위한 유급병가, 병가, 실업보험 등 사회적 보호제도가 확립되어 있지 않고 건강상태가 좋지 못함에도 불구하고 실업에 대한 두려움이나 소득상실에 대한 보완책이 없어 의료서비스에 대한 접근성이 낮아지기 때문이다^{5,10)}.

한편, 우리나라의 국민건강보험 치과의료 보장성은 30-35%로 의과영역에 비해 상당히 낮은 편이다¹¹⁾. 치과분야의 낮은 국민건강보험 보장률은 치과 의료접근성을 떨어뜨리는 원인이기도 하며 고용의 불안정성과 상호작용하여 치과 의료이용에 제약을 주는 주요요인으로 일부 연구에서 보고된 바 있다¹²⁻¹⁴⁾. Lee 등¹³⁾은 일용직 근로자와 정규직 근로자 사이에 치과 의료서비스 이용격차가 있다고 보고하였고, Kang 등¹⁴⁾의 연구에서는 정규직 집단에 비해 임시직 근로자와 일용직 근로자에서 미충족 치과치료를 더 많이 경험한다고 제시하였다.

이렇듯, 고용의 불안정성은 충족되지 못하는 치과 의료에 영향

을 미치는 요인임을 확인 할 수 있지만 이들 연구에서는 단순히 직업의 유무나 고용상태만을 분류하고 있어 불안정 노동의 복합적이고 다양한 차원을 반영하여 분석하지 못하고 있다. 최근 Lee 등²⁾은 한국적 맥락에서 불안정 노동의 정의에 대한 재해석이 필요하다고 강조하였으며 구체적으로는 고용의 불안정, 임금 및 소득의 불안정, 그리고 사회적 보호의 불확실성 등에 대한 세 가지 차원으로 정의하여 제안하고 있다.

아직까지 국내에서는 Lee 등²⁾이 제시한 불안정 노동의 세 가지 측면을 고려하여 치과이용의 접근성을 파악한 연구는 보고되고 있지 않은 바 본 연구에서는 불안정 노동자 집단을 세분화하여 불안정 노동이 미충족 치과의료에 미치는 영향을 확인하고자 하였다.

연구대상 및 방법

1. 연구대상

본 연구는 한국보건사회연구원과 국민건강보험공단이 공동으로 주관하는 한국의료패널 2008년-2015년 연간데이터(Version 1.4) 중 2015년 자료를 활용하였다. 2015년 조사 당시 미충족 치과의료 경험 여부를 묻는 문항에 응답한 18세 이상 성인 15,770명 중 경제활동에 참여하고 있는 임금근로자, 자영업자 및 무급가족종사자 7,736명을 최종 연구대상으로 선정하였다.

2. 변수 정의 및 측정방법

2.1 불안정 노동(독립변수)

본 연구의 주요 설명변수는 불안정 노동여부이다. 불안정 노동은 Lee 등²⁾이 정의한 고용의 불안정, 임금 및 소득, 사회적 보호 불확실성에서 고용의 불안정성과 임금 및 소득의 불안정성 두 가지 차원을 활용하였다.

먼저, 고용의 불안정성은 1) 고용계약 형태, 2) 근로시간, 3) 근로관계 등 세 가지를 세부요인 기준으로 측정하였고, 이중 하나라도 불안정하면 고용이 불안정한 집단으로 분류하였다. 한국의료패널에서 고용계약 형태 변수는 종사상 지위, 근무지속가능성 여부를 활용할 수 있는데 본 연구에서는 ① 종사상 지위가 임시직, 일용직, 자활근로인 경우 ② 근무지속가능성 여부에 대해 지속가능하지 않다고 응답한 집단 ③ 근로계약기간이 정해져 있는 집단은 고용이 불안정한 집단으로 정의하였다. 근로시간의 경우 시간제 근로자라고 응답한 집단 그리고 고용관계에서 ① 간접고용과 ② 특수고용이라고 응답한 집단은 고용이 불안정한 집단으로 정의하였다. 비 임금근로자의 경우 종업원 수가 0-4인 자영업자와 이러한 자영업 사업장에서 근무하는 무급가족종사자의 경우 고용 불안정 고용으로 정의하였다.

임금 및 소득에서는 국제노동기구(International Labour Office)의 저임금 기준인 ‘전체 노동자 중위소득의 2/3보다 낮은 임금을 받을 경우’에 임금 및 소득 불안정 집단으로 정의하였고, 비 임금근로자도 이에 준하는 기준을 사용하였다²⁾. 임금 및 소득 불

안정의 기준은 해당년도 중위소득의 2/3인 연소득 1,643만원을 기준으로 개인 임금 혹은 소득이 1,643만원보다 적은 집단을 임금 및 소득이 불안정 집단으로 규정하였다(Table 1).

위에서 설명한 고용과 소득 및 임금의 불안정 기준에 근거하여 본 연구에서는 네 개의 집단을 구성하였다. 고용과 소득 모두 안정적인 집단을 준거집단으로 하였고 고용 불안정하나 소득이 안정적인 집단, 소득이 불안정하나 고용이 안정적인 집단, 고용과 소득 모두 불안정한 집단을 연구 집단으로 설정하였다.

2.2 치과의료 접근성(종속변수)

종속변수인 치과 의료 접근성은 1) 미충족 치과의료 경험 유무와 2) 경제적 이유로 인한 미충족 치과의료 경험 유무로 측정하였다. 먼저 미충족 치과의료 경험 유무는 ‘지난 1년간, 필요한 치과치료나 검사를 받지 못한 적이 한번이라도 있었습니까?’ 라는 질문에 ‘예, 받지 못한 적이 한번이라도 있었다’라고 응답한 집단을 미충족 치과의료 경험이 있는 것으로 간주하고 “1”로 코딩하였고, ‘아니오, 받지 못한 적이 한 번도 없었다’라고 응답한 집단은 미충족 치과의료 경험이 없는 것으로 간주하고 “0”으로 코딩하였다. 다음으로, 경제적 이유로 인한 미충족 치과의료 경험 유무는 ‘지난 1년간, 필요한 치과치료나 치과검사를 받지 못하신 가장 중요한 이유는 다음 중 무엇입니까?’ 라고 질문했을 때 ‘경제적 이유(치료 비용이 너무 많아서)’라고 응답했다면 경제적 이유로 인한 미충족 치과의료 발생으로 간주하여 ‘1’로 코딩하였고, 미충족 치과의료 경험 없다고 응답한 집단을 ‘0’으로 코딩하였다.

2.3 통제변수

Anderson의 건강행태 모형을 활용하여 소인성 요인(predisposing factor), 가능 요인(enabling factor), 필요 요인(need factor)로 구분하여 통제변수를 설정 하였다¹⁴⁾. 소인성 요인으로 성별, 연령, 교육수준, 혼인상태를 사용하였고, 가능성 요인으로 의료보장유형을 사용하였으며, 필요 요인으로 주관적 건강상태를 사용하였다.

3. 분석방법

자료 분석은 Stata 14 (StataCorp LP., Texas, USA)를 활용하

여 다음과 같이 시행하였다. 첫째, 연구 집단의 인구사회학적 특성에 따른 미충족 치과의료 경험과 경제적 이유로 인한 미충족 치과의료 경험의 차이를 검증하기 위해 카이제곱검정(chi-squared test)을 시행하였다. 둘째, 불안정 노동이 미충족 치과의료 경험과 경제적 이유로 인한 미충족 치과의료 경험에 미치는 영향을 확인하기 위해 단계별 다중 로지스틱 회귀분석을 시행하였다. 통계적 판정을 위한 유의수준은 0.05로 설정하였다.

연구 성적

1. 인구사회학적 특성에 따른 미충족 치과의료 경험

연구대상자들의 인구사회학적 특성에 따른 미충족 치과의료 경험의 차이를 보면 고용과 소득이 모두 안정적인 집단에서 미충족 치과의료 경험이 있는 비율은 11.6%이고, 고용이 불안정한 집단은 15.9%, 고용과 소득 모두 불안정한 집단은 19.9%로 나타났다. 여성(16.3%)이 남성(15.2%)보다 미충족 치과医료를 더 많이 경험했고, 65세 이상 노인 집단(22.5%)이 청년집단(10.4%)이나 중장년집단(15.2%)보다 미충족 의료를 더 많이 경험하는 것으로 나타났다. 미충족 치과의료 경험률은 교육수준이 낮아질수록 높아지는데 교육수준이 중학교 졸업 이하인 집단의 미충족 치과의료 경험률은 23.0%로 전문대 이상 학력집단(11.4%)보다 2배 이상 높았다. 또한 사별이나 이혼/별거를 경험한 집단(25.8%)이 기혼집단과 미혼집단보다 미충족 치과医료를 경험할 확률이 더 높았다. 의료보장유형별로 국민건강보험 직장가입자(14.4%)에 비해 국민건강보험 지역가입자(18.2%)와 의료급여 수급자(34.2%)가 미충족 치과医료를 더 많이 경험하는 것으로 나타났다. 건강상태가 나쁘다고 응답한 집단(29.2%)에서 가장 많이 발생했다.

경제적 이유로 인한 미충족 치과의료 경험 역시 고용과 소득이 모두 안정적인 집단(4.0%)에 비해 고용이 불안정한 집단(7.8%)과 고용과 소득이 모두 불안정한 집단(15.5%)에서 훨씬 더 많이 발생하였다. 인구사회학적 특성에 따른 경제적 이유로 인한 미충족 치과의료 역시 취약집단에서 더 많이 발생하였다. 구체적으로 여성 집단(10.2%), 65세 이상 노인 집단(18.9%), 중학교 이하 교육수준을 가진 집단(19.0%), 사별/이혼/별거를 경험한 집단(20.3%), 의료급여 수급자(29.7%), 건강수준이 나쁜 집단(22.4%)에서 경제적

Table 1. Operational definition of precarious employment*

Criteria of precarious employment		Groups	
		Paid Workers	Self-employed
Job insecurity	1) Employment contract	① Temporary workers or daily employee ② Non-fixed-term temporary contract workers ③ Fixed-term contract workers	Self-employed with less than 4 employees and unpaid family workers
	2) Working hours	Part-time worker	
	3) Employment relation	① Indirect Employment, Special ② Employments	
Income insecurity	Income	Annual income less than 16,430,000 (KRW)	

*Four types of precarious employment; 1) Job and income security group; 2) Job insecurity with income security group; 3) Job security with income insecurity group; 4) Job and income insecurity group.

이유로 인한 미충족 치과의료이 상대적으로 높게 나타났다 (Table 2).

2. 불안정 노동이 미충족 치과의료 경험에 미치는 영향

불안정 노동이 미충족 치과의료 경험에 미치는 영향을 확인하기 위해 다중로지스틱 회귀분석을 시행한 결과, 모델 1에서는 고용이 불안정하나 소득인 안정적인 집단(OR=1.445; 95%CI=1.23-1.70)과 고용과 소득이 모두 불안정한 집단(OR=1.899; 95%CI=1.61-2.23)은 고용과 소득이 안정적인 집단보다 미충족 치과의료이 발생할 위험이 더 높았다.

모델 2는 성별, 연령, 교육수준, 혼인상태 등 소인성 요인을 통제하고 불안정 노동이 치과 미충족 의료에 미치는 영향을 확인하였는데, 고용이 불안정한 집단(OR=1.230; 95% CI=1.03-1.46)과 고용과 소득인 모두 불안정한 집단(OR = 1.363 ; 95% CI=1.12-1.65)이 미충족 치과의료이 경험할 위험이 여전히 더 높게 나타났다. 또한, 교육수준과 혼인상태는 미충족 치과의료에 영향을 미치

는 유의미한 변인으로 나타났다.

모델 3은 가능성 요인인 의료보장유형을 추가로 통제한 모델이다. 고용과 소득인 모두 불안정한 집단(OR=1.263; 95% CI=1.03-1.54)은 여전히 고용과 소득이 안정적인 집단보다 미충족 치과의료이 경험할 위험이 더 높았으나, 고용이 불안정한 집단이 미충족 치과의료이 경험할 위험은 통계적으로 유의미하지 않았다. 이 밖에도, 교육수준, 혼인상태 및 의료보장유형은 미충족 치과의료 경험에 유의미한 영향을 미쳤다. 모델 4에서 필요 요인을 통제한 후에는 불안정 노동과 미충족 치과의료 경험 간의 통계적인 유의미한 영향은 나타나지 않았다. 한편, 교육수준, 혼인상태, 의료보장유형, 주관적 건강상태는 미충족 치과의료 발생에 통계적으로 유의미한 영향을 미치는 것을 확인하였다(Table 3).

3. 불안정 노동이 경제적 이유로 인한 미충족 치과의료 경험에 미치는 영향

불안정 노동이 경제적 이유로 인한 미충족 치과의료 경험에 미

Table 2. Unmet dental care needs by subjects characteristics

Group	Unmet dental care needs					Unmet dental care needs caused by financial burden				
	Yes		No		P-value	Yes		No		P-value
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Job and income security group	264	11.6	2,014	88.4	<0.001	83	4.0	2,014	96.0	<0.001
Job insecurity with income security group	442	15.9	2,334	84.1		197	7.8	2,334	92.2	
Job security with income insecurity group	33	10.9	271	89.1		13	4.6	271	95.4	
Job and income insecurity group	474	19.9	1,904	80.1		348	15.5	1,904	84.5	
Sex										
Male	651	15.2	3,628	84.8	0.210	314	8.0	3,628	92.0	0.001
Female	562	16.3	2,895	83.7		327	10.2	2,895	89.8	
Age group										
18-34	116	10.4	1,003	89.6	<0.001	43	4.1	1,003	95.9	<0.001
35-64	814	15.2	4,547	84.8		372	7.6	4,547	92.4	
≥65	283	22.5	973	77.5		226	18.8	973	81.2	
Level of education										
≥College	234	11.4	1,814	88.6	<0.001	65	3.5	1,814	96.5	<0.001
High School	531	14.3	3,178	85.7		249	7.3	3,178	92.7	
Middle School	169	22.1	596	77.9		108	15.3	596	84.4	
≤Middle school	279	23.0	945	77.0		219	19.0	945	81.0	
Marital status										
Married	921	15.6	5,008	84.5	<0.001	470	8.5	5,008	91.4	<0.001
Divorce or widowed	178	25.8	513	74.2		131	20.3	513	79.7	
Not married	114	9.4	1,002	89.8		40	3.8	1,002	96.2	
Health insurance										
Employee insured	795	14.4	4,734	85.6	<0.001	398	7.8	4,734	92.2	<0.001
Self-employed insured	391	18.4	1,737	81.6		221	11.3	1,737	88.7	
Medical Aid	27	34.2	52	65.8		22	29.7	52	70.3	
Self-rated health										
Excellent	389	10.7	3,251	89.3	<0.001	156	4.6	3,251	95.4	<0.001
Good	622	18.3	2,782	81.7		344	11.0	2,782	89.0	
Fair/poor	202	29.2	490	70.8		141	22.4	490	77.6	

P-values by Chi-squared test.

Table 3. Logistic regression results of unmet dental care needs among precarious workers

	Model 1		Model 2		Model 3		Model 4	
	OR	95%CI	OR	95%CI	OR	95%CI	OR	95%CI
Group								
Job and income security group	1.000		1.000		1.000		1.000	
Job insecurity with income security group	1.445	1.23-1.70 [†]	1.230	1.03-1.46*	1.139	0.94-1.37	1.119	0.93-1.35
Job security with income insecurity group	0.929	0.63-1.36	0.860	0.58-1.27	0.843	0.57-1.25	0.842	0.56-1.25
Job and income insecurity group	1.899	1.61-2.23 [†]	1.363	1.12-1.65 [†]	1.263	1.03-1.54*	1.219	1.00-1.49
Sex								
Male			1.000		1.000		1.000	
Female			0.925	0.81-1.05	0.936	0.82-1.07	0.893	0.78-1.02
Age group								
18-34			1.000		1.000		1.000	
35-64			1.108	0.85-1.44	1.093	0.84-1.42	1.022	0.78-1.33
≥65			1.213	0.88-1.68	1.233	0.89-1.70	1.077	0.77-1.49
Level of education								
≥College			1.000		1.000		1.000	
High School			1.187	1.01-1.41*	1.192	1.01-1.41*	1.143	0.96-1.36
Middle School			1.678	1.32-2.13 [†]	1.663	1.31-2.11 [†]	1.447	1.13-1.84 [†]
≤Middle school			1.616	1.28-2.05 [†]	1.615	1.28-2.05 [†]	1.364	1.07-1.73*
Marital status								
Married			1.000		1.000		1.000	
Divorce or widowed			1.556	1.28-1.90 [†]	1.506	1.23-1.84 [†]	1.506	1.23-1.84 [†]
Not married			0.773	0.59-1.00	0.772	0.59-1.00	0.793	0.61-1.03
Health insurance								
Employee insured					1.000		1.000	
Self-employed insured					1.174	1.01-1.36 [†]	1.184	1.02-1.37*
Medical Aid					2.149	1.32-3.49 [†]	2.012	1.23-3.29 [†]
Self-rated health								
Excellent							1.000	
Good							1.698	1.47-1.95 [†]
Fair/poor							2.710	2.20-2.22 [†]

OR:odds ratio, CI:confidence interval.

* $P<0.05$, [†] $P<0.01$, [‡] $P<0.001$.

치는 영향력을 파악한 결과, 모델 1에서 불안정 노동이 경제적 이유로 인한 미충족 치과의료 경험에 미치는 영향을 확인하였다. 고용이 불안정하나 소득이 안정적인 집단(OR=2.048; 95%CI=1.57-2.66)과 고용과 소득이 모두 불안정한 집단(OR=4.435; 95%CI=2.46-5.68)은 고용과 소득이 안정적인 집단보다 경제적 이유로 인한 미충족 치과의료 발생 위험이 더 높았다.

성별, 연령, 교육수준, 혼인상태 등 소인성 요인을 통제한 모델 2에서는 고용이 불안정한 집단(OR=1.423 95% CI=1.08-1.88)과 고용과 소득이 모두 불안정한 집단(OR = 2.236 ; 95% CI=1.68-2.97)은 경제적 이유로 인한 미충족 치과의료 발생 위험이 고용과 소득이 안정적인 집단보다 더 높았다. 통제변수에서는 교육수준과 혼인상태는 경제적 이유로 인한 미충족 치과의료에도 유의미한 예측변인으로 나타났다.

의료보장유형을 추가로 통제한 모델 3에서는 고용과 소득이 모두 불안정한 집단(OR=2.002; 95% CI=1.49-2.68)이 여전히 미충족 치과의료 발생 위험이 더 높았고 교육수준, 혼인상태 및 의료보장유형 역시 경제적 이유로 인한 미충족 치과의료 발생에

유의미한 영향을 미쳤다.

마지막 모델 4는 소인성 요인, 가능성 요인, 필요 요인을 모두 보정하고 불안정 노동이 경제적 이유로 인한 미충족 치과의료에 미치는 영향을 확인하였다. 고용과 소득이 모두 불안정한 집단은 경제적 이유로 인한 미충족 치과의료 발생 위험이 1.905배(95% CI=1.41-2.56) 더 높았다. 교육수준, 혼인상태, 의료보장유형, 주관적 건강상태는 경제적 이유로 인한 미충족 치과 경험에 통계적으로 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다(Table 4).

고 안

불안정 노동자들이 지속적으로 증가하고 있는 현실점에서 불안정 노동자들의 건강수준 향상을 위한 의료접근성 개선이 필요하다는 인식이 확산되고 있지만 아직까지 치과의료 이용 측면에 있어 조사된 연구는 없는 실정이다. 이에 본 연구는 2015년 한국의료패널 자료를 활용하여 불안정 노동자들의 미충족 치과의료 경험과 경제적 이유로 인한 미충족 치과의료 경험을 확인하였다.

Table 4. Logistic regression results of unmet dental care needs caused by financial burden among precarious workers

	Model 1		Model 2		Model 3		Model 4	
	OR	95%CI	OR	95%CI	OR	95%CI	OR	95%CI
Group								
Job and income security group	1.000		1.000		1.000		1.000	
Job insecurity with income security group	2.048	1.57-2.66 [†]	1.423	1.08-1.88*	1.273	0.94-1.71	1.232	0.92-1.66
Job security with income insecurity group	1.164	0.64-2.12	0.914	0.50-1.68	0.886	0.48-1.63	0.883	0.48-1.63
Job and income insecurity group	4.435	3.46-5.68 [†]	2.236	1.68-2.97 [†]	2.002	1.49-2.68 [†]	1.905	1.41-2.56 [†]
Sex								
Male			1.000		1.000		1.000	
Female			0.945	0.78-1.13	0.961	0.80-1.15	0.901	0.75-1.08
Age group								
18-34			1.000		1.000		1.000	
35-64			1.017	0.67-1.54	1.002	0.66-1.52	0.894	0.59-1.35
≥65			1.384	0.87-2.21	1.419	0.89-2.26	1.177	0.73-1.89
Level of education								
≥College			1.000		1.000		1.000	
High School			1.839	1.38-2.44 [†]	1.854	1.39-2.46 [†]	1.756	1.32-2.34 [†]
Middle School			2.859	2.01-4.05 [†]	2.819	1.98-3.99 [†]	2.365	1.66-3.37 [†]
≤Middle school			3.045	2.16-4.28 [†]	3.065	2.18-4.31 [†]	2.485	1.76-3.51 [†]
Marital status								
Married			1.000		1.000		1.000	
Divorce or widowed			1.691	1.34-2.14 [†]	1.612	1.27-2.04 [†]	1.628	1.28-2.07 [†]
Not married			0.629	0.41-0.96*	0.630	0.41-0.96*	0.642	0.41-0.98*
Health insurance								
Employee insured					1.000		1.000	
Self-employed insured					1.258	1.04-1.52*	1.282	1.05-1.55*
Medical Aid					2.656	1.55-4.54 [†]	2.459	1.43-4.24 [†]
Self-rated health								
Excellent							1.000	
Good							2.075	1.69-2.53 [†]
Fair/poor							3.403	2.61-4.44 [†]

OR: odds ratio, CI:confidence interval.

* $P<0.05$, [†] $P<0.01$, [‡] $P<0.001$.

연구결과, 고용과 소득이 모두 안정적인 집단보다 고용이 불안정한 집단과 고용과 소득이 모두 불안정한 집단이 미충족 치과 의료나 경제적 이유로 인한 미충족 치과 의료를 경험할 위험이 더 높은 것을 확인하였다. 즉, 불안정 고용과 낮은 소득은 노동자들의 치과 의료서비스 접근성에 부정적인 영향을 미쳤고, 소득이 안정적이더라도 고용이 불안정하면 노동자들은 충분한 치과 의료서비스를 이용할 수 없었다. 이와 같은 결과는 Lee 등⁷⁾의 연구에서 일용직 근로자들이 정규직 근로자들보다 월 소득이 낮기 때문에 미충족 치과 의료와 경제적 이유로 인한 미충족 치과 의료를 더 많이 경험한다는 결론과 유사하였다. 또한 65세 이상 고령 경제활동인구를 연구한 Kang 등⁹⁾의 연구에서도 본 연구와 비슷한 결과를 제시하였는데, 임시직이나 일용직으로 일하는 노인들이 은퇴한 노인보다 미충족 의료를 더 많이 경험한 것으로 나타났다. 저자는 임시직, 일용직, 영세자영업자 등 고용이 불안정한 노동자들은 고용이 안정적인 정규직 근로자들보다 소득수준도 낮기 때문에 경제적 이유로 인해 치과 의료서비스 이용이 제한받고 있음을 밝혔다. 정부는 해마다 노동자들의 최저임금을 인상하는 등 다양한 경제정책을

시행하고 있지만 고용노동부에서 제시한 통계에 의하면 2017년 우리나라 비정규직 근로자들의 소득은 정규직 근로자 소득의 69%에 불과한 상황이다¹⁵⁾. 이러한 상황은 근로자들의 치과의 접근성 개선에 있어 큰 장벽으로 작용할 것으로 예상되며 정규직과 비정규직 사이의 소득격차를 감소시켜 미충족 치과 의료를 낮출 수 있도록 지속적인 관심과 노력이 필요하다.

많은 선행연구에서도 제시했듯이 국민건강보험의 보장성은 취약집단의 의료서비스 접근성에 중요한 영향을 미친다¹⁶⁾. 최근 몇 년간 정부는 국민건강보험 치과 의료서비스 보장성 강화를 위한 정책/제도를 시행하고 있으나 치과 의료서비스 본인부담금 비율은 여전히 83.5%에 달한다¹⁷⁾. 높은 본인부담 의료비는 상대적으로 소득이 낮은 불안정 노동자들의 치과 의료서비스 이용을 가로막는 장벽으로 작용할 수밖에 없다^{18,19)}. 따라서 불안정 노동자들의 치과 의료 접근성을 높이기 위해 국민건강보험 보장성 강화가 선행되어야 할 것이다. 치과 의료서비스 이용 시 본인부담을 낮춤으로써 소득수준이 낮은 불안정 노동자들이 치과 의료서비스 이용이 가능하도록 하고, 치과 의료비가 경제적 부담으로 이어지는 것

을 방지해야 할 것이다⁹⁾.

한편, 소득은 안정적이거나 고용이 불안정한 노동자들은 의료보장유형과 건강수준을 통제했을 때 통계적 유의미성이 사라졌으나, 미충족 치과의료나 경제적 이유로 인한 미충족 치과医료를 경험할 위험이 높게 나타난 점은 본 연구의 주목한 결과로 생각된다. 이는 소득의 차원을 떠나 고용상태 요인만으로도 미충족 치과医료가 발생할 수 있음을 시사하는 결과로 고용이 불안정 노동자들은 장시간 노동을 하거나 교대제 근무를 해야 하기에 자신의 건강관리에 투자할 수 있는 시간이 부족하기 때문에 나타난 결과로도 해석 가능하다¹⁹⁾. 최근 정부에서 ‘주 52시간 근무제’를 도입하고 7월부터 시행에 옮겼으나 여전히 많은 노동자들이 장시간 근무에 시달리고 있다. 대표적인 사례로 택배기사는 하루 평균 13시간, 버스기사는 하루 평균 18시간, 택시기사는 11.7시간씩 일을 한다²⁰⁻²²⁾. 또한 대리운전기사가나 교대제 근무를 하는 근로자들은 야간에 일을 하고 주간에 휴식을 취한다¹⁰⁾. 이러한 이유로 많은 근로자들은 경제적 어려움이 없더라도 시간적 여유가 없어 치과 의료서비스를 이용하기 어려울 것으로 예상된다. 택배기사 등 일부 업종에서는 매일 할당된 업무량이 있기 때문에 아픈 근로자들이 의료서비스를 이용하기 위해 대체인력을 찾아야 할 뿐만 아니라 본인이 대체인력 비용까지 부담해야 하기에 의료서비스 접근성이 낮아질 수밖에 없다²²⁾. 따라서 시간적 여유가 없는 불안정 노동자들의 치과의료 접근성을 향상하기 위해 근로시간 단축정책을 모든 노동자를 대상으로 확대 적용하고, 정부나 회사에서 여유인력을 확보하여 근로자들이 휴가나 휴일을 보장하는 것이 중요하다고 생각된다.

고용이 불안정한 노동자들은 노동에 대한 통제력이 낮고, 자신들의 권리를 주장하기 어려울 뿐만 아니라 사회적 보호에서도 배제된다¹⁹⁾. 우리나라는 OECD 국가 중 몇 안 되는 상병수당제도를 시행하지 않는 국가로, 노동자들이 업무상 상병 이외에 질병이나 상해로 치료를 받아야 한다면 유급휴가를 사용해야 한다. 정규직 근로자들은 연간 15-25일간 제공되는 유급휴가를 활용하여 의료서비스를 이용할 수 있으나, 일용직, 특수고용자, 영세자영업자 등 다수의 불안정 노동자들은 유급휴가 없거나 있어도 사용하기 어렵다¹⁰⁾. 한국노동연구원의 ‘2016 비정규직 노동통계’에 따르면 비정규직 근로자들이 유급병가를 사용한 비율은 31.4%에 불과했고, 이들 중에서 특수형태 근로자나 일용직 근로자들의 유급휴가 사용률은 2.2%, 0.3%로 유급휴가를 거의 사용하지 못하였다²³⁾. 고용이 불안정한 노동자들은 하루 생업을 포기하고 의료서비스를 이용해야 하는데, ‘하루 벌어서 하루 사는’ 불안정 노동자들은 경제적 손실뿐만 아니라 실업의 위험까지 감수해야 하기에 의료 이용을 미루거나 포기해야만 한다¹⁰⁾. 최근 서울시는 전국 지방자치단체 가운데 처음으로 비정규직 노동자에게 ‘유급병가’를 지원한다고 밝혔는데 서울시 유급병가제도는 노동자들이 아파서 입원하게 되면 해당 기간 근로 소득을 지원해주는 제도이다¹⁰⁾. 이와 같은 제도의 도입은 고용이 불안정한 노동자들의 의료서비스 접근성 향상에 긍정적인 영향을 미칠 것으로 예상된다. 향후 서울시 유급병가제도가 전국적으로 확산되고, 보장범위를 외래진료나 치과진료까지 확대한다면 고용이 불안정한 노동자들의 치과 의료서비스 접근성 향

상에도 효과적일 것이다.

본 연구는 우리나라 불안정 노동자들의 치과 의료서비스 접근성에 관한 실증적인 연구결과를 제시하였다. 기존 연구들에서 고용 혹은 소득의 불안정성 각각의 측면만 고려하여 치과 의료서비스 접근성을 연구했다면 본 연구는 최근 불안정 노동의 복합적인 상호작용을 고려한 정의를 활용하여 보다 다차원적인 속성을 확인했다는 점에서 의의가 있다.

그럼에도 본 연구는 다음과 같은 한계가 존재한다. 먼저 분석자료로 의료패널 2015년 1개년도 자료를 활용하여 불안정 노동과 미충족 치과 의료 사이의 명확한 인과관계를 밝혀낼 수 없었다. 향후 연구에서는 종단자료를 활용하여 노동 불안정성이 미충족 치과 의료에 영향을 미치는 메커니즘을 밝히기 위한 노력이 필요하다. 다음으로, 불안정 노동의 고용과 소득 두 가지 차원만 고려하였기 때문에 불안정 노동 상태를 면밀히 파악하기에는 어려웠다. 후속 연구들은 고용, 소득, 사회적 보호 등 다양한 차원을 고려하여 불안정 노동과 치과 의료서비스 접근성의 관련성을 밝히는 것이 필요할 것이다.

결론

본 연구는 한국의료패널 2015년 자료를 활용하여 우리나라 불안정 노동자의 미충족 치과의료 경험과 경제적 이유로 인한 미충족 치과의료 경험을 분석하였다. 연구결과, 고용이 불안정하고 소득수준이 낮은 노동자(OR=1.899; 95%CI=1.61-2.23)는 고용과 소득이 안정적인 노동자에 비해 미충족 의료를 경험할 위험이 더 높았고 불안정한 고용(OR=1.445; 95%CI=1.23-1.70)만으로도 치과 의료 접근성에 부정적인 영향을 미쳤음을 확인하였다.

불안정 노동자들의 치과 의료서비스 접근성을 향상하기 위해, 최저임금을 인상하는 등 불안정 노동자들의 소득수준을 높여 치과 의료서비스 이용이 가능토록 해야 하고 정부에서 전체 노동자들을 대상으로 하는 상병수당제도를 시행하거나 유급휴가제도를 도입하고 그 혜택범위를 치과치료까지 확장하는 것이 필요하다. 이와 더불어 정부에서 시행하는 노동시간을 단축제도를 전체 근로자로 확대하고 정부나 기업에서 여유인력제도를 마련하여 근로자들 건강관리가 가능한 시간적 여유를 가질 수 있도록 해야 할 것이다.

불안정 노동자들의 치과 의료 접근성 향상을 위해 위에서 제시된 노동시장 및 사회보장 정책의 개선과 더불어 건강보험의 치과 의료 보장성 강화가 필요할 것이다.

References

1. Korea Labor Institute. The age of dualization: The changing face of inequality in deindustrializing societies. Seoul:Korea Labor Institute;2012;3-34.
2. Lee SY, Back SH, Kim Y. Precarious workers in South Korea. 1st ed. Seoul:Humanitas;2017;30-56.
3. Kim YL. The study of new poverty and change of poverty policy in Korea. Korean J Soc Welf 2005;57:41-70.
4. Statistics Korea. Economically Active Population Survey in March

- 2018 [Internet]. [cited 2018 May 14]. Available from: <http://www.index.go.kr>.
5. Lee SY, Kim K. Path to poverty of sick workers and fictional Korean social security. *Korea Soc Policy Rev* 2017;24:113-150.
 6. Park J, Lee N, Yoon S, Choi B, Kim SS. A systematic review of the relationship between non-standard employment and health in South Korea. *Health Soc Welf Rev* 2016;36:119-157.
 7. Lee SY, Kim CW, Kang JH, Seo NK. Unmet healthcare needs depending on employment status. *Health Policy* 2015;119:899-906.
 8. Park S, Kim B, Kim S. Poverty and working status in changes of unmet health care need in old age. *Health Policy* 2016;120:638-645.
 9. Kang JH, Kim CW, Seo NK. Unmet dental care needs according to employment status. *J Korean Acad Oral Health* 2015;39:56-62.
 10. Chung HJ, Sohn MS, Kim JS, Che XH, Jung H, Moon D, et al. The study of Seoul paid sick leave for precarious workers and innovative health care policy. *Seoul:Seoul Health Foundation*;2018:32-188.
 11. Park HJ, Lee JH, Park S, Kim TI. Changes in dental care access upon health care benefit expansion to include scaling. *J Periodontal Implant Sci* 2016;46:405-414.
 12. Shin BM, Bae SM, Yoo SH, Shin SJ. Oral health and occupational status among Korea adults. *J Dent Hyg Sci* 2016;16:225-234.
 13. Lee MY, Chang SJ, Kim CB, Chung WG, Choi EM, Kim NH. Community periodontal treatment needs in South Korea. *Int J Dent Hyg* 2015;13:254-260.
 14. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav* 1995;36:1-10.
 15. Ministry of Employment and Labor. 2017 Survey on Labor Report Employment-specific [Internet]. [cited 2018 Jun 29]. Available from: <http://www.index.go.kr>.
 16. Calvasina P, Muntaner C, Quiñonez C. Factors associated with unmet dental care needs in Canadian immigrants: an analysis of the longitudinal survey of immigrants to Canada. *BMC Oral Health* 2014;14:145.
 17. OECD/OECD Korea Policy Centre. OECD Health at Glance 2013. *Seoul:OECD/OECD Korea Policy Centre*;2014:146-147.
 18. Park S, Kim B, Kim S. Poverty and working status in changes of unmet health care need in old age. *Health Policy* 2016;120:638-645.
 19. Park JS, Rhee KY. The perception of precarious workers about ill-health effect of work. *Korean Association Health Med Sociol* 2014;35:239-262.
 20. Seoul Labor Center. Town bus driver's working condition survey and improvements plans. *Seoul:Seoul Labor Center*;2016:12-36.
 21. Seoul Labor Center. Taxi driver's working condition survey and improvements plans. *Seoul:Seoul Labor Center*;2016:i-iii.
 22. Seoul Labor Center. Delivery man's working condition survey and improvements plans. *Seoul:Seoul Labor Center*;2017:26-80.
 23. Korea Labor Institute. 2016 Labor statistic of non-standard workers. *Seoul:Korea Labor Institute*;2017:46.