

경제활동상태 및 종사자 지위에 따른 외래의료이용의 차이와 관련 요인

강정희¹, 이상아², 김철웅³, 이승은⁴

¹경주대학교 간호학과, ²제주대학교 의학전문대학원 의료관리학교실

³충남대학교 의학전문대학원 예방의학교실 및 의학연구소, ⁴서울대학교 보건대학원

(Received November 28, 2013; Revised December 5, 2013; Accepted December 12, 2013)

Abstract

The Relationship Between Employment Status and the Use of Outpatient Medical Services

Jeong-Hee Kang¹, Sang-Yi Lee², Chul-Woung Kim³, Seung-Eun Lee⁴

¹Department of Nursing Science, Gyeongju University

²Department of Health Policy and Management, School of Medicine, Jeju National University

³Department of Preventive Medicine, School of Medicine, Chungnam National University, Research Institute for Medical Sciences

⁴School of Public Health, Seoul National University

Objectives: This study investigated the difference in the use of medical services depending on the employment status of workers, including regular workers, irregular workers, self-employed workers and the unemployed, and analyzed the relationship between employment status and the use of outpatient medical services.

Methods: Data of 11,903 economically active people aged 20–24 among the 21,235 people registered in the 2009 Korea Health Panel were collected and analyzed through logistic regression analysis in order to explore the relationship between employment status and the use of outpatient medical services.

Results: 6 out of 10 people in the sample group (economically active population aged 20–64) used outpatient medical services. Part-time workers were less likely to use outpatient medical services than regular workers (OR=0.81). However, economically inactive people, such as house workers (OR=1.40), the early retired (OR=1.72) and the sick or injured (OR=3.07), were more likely to use outpatient medical services than regular workers.

Conclusions: While part-time workers among irregular workers were less likely to use outpatient medical services than regular workers, the sick or injured, the early retired and house workers who belong to the economically inactive population were more likely to use outpatient medical services than regular workers. (J Med Life Sci 2013;10(2):153–158)

Key Words : economic activity, employment status, use of outpatient medical services

서론

우리나라의 의료비 지출은 주요 선진국과 비교하여 매우 빠른 속도로 증가하고 있다. 1980년대 후반부터 의료비 지출 증가율은 연평균 9% 수준으로 OECD 평균인 4.5%의 두 배에 달했다. 건강보험제도는 의료서비스 이용에 대한 비용부담을 감소시킴으로써 소득능력에 관계없이 모든 국민들에게 의료서비스에 대한 균등한 접근성을 제공하기 위한 것이다.

그러나 의료서비스 이용은 사회경제적, 인구학적 또는 지역적 조건에 따라 차이가 발생하기 쉽다. 의료서비스 이용에 영향을 주는 변수로는 성별, 연령, 지역, 건강보험제도, 민간의료보험, 비만 등이 있다^{1,2}. 특히, 경제적 조건인 소득은 의료서비스 접근성에 격차를 발생시킬 수 있는 요인 중 하나이다.

기존의 연구를 고찰해보면, 여성은 남성보다 질병에 대한 노출이 더 많고 평균수명이 길기 때문에 의료서비스 이용이 더 많았다^{3,4}. 그리고 연령이 증가할수록 의료서비스 이용이 많았는데, 노인이 되면 고혈압, 당뇨, 관절염, 급성 상기도 감염 등과 같은 다양한 신체적 질병이 증가하기 때문이다^{1,5,6}. 의료자원의 불균등한 분포로 인해 지역에 따른 의료서비스 이용에도 차이가 있었다^{7,8}. 그리고 비만도 의료서비스 이용에 영향을 주었는데, 체질량 지수

Correspondence to : Sang-Yi Lee

Address: 690-756, Jeju National University, Ara 1-dong, Jeju-si, Jeju-do, South Korea

E-mail : health21@jeju.ac.kr

Funding resource: This research was supported by the 2013 scientific promotion program funded by Jeju National University.

(BMI)가 25 이상인 비만군의 의로서비스 이용이 더 높았다¹¹. 민간의료보험 가입자가 미가입자에 비해 외래의료서비스 이용이 더 많았지만^{12,13}, 건강보험제도의 보장성이 확대된 이후 외래의료서비스 이용이 낮아졌다¹⁴. 그리고 소득이 낮을수록 의료이용 수준이 낮았다¹⁵.

최근 일자리 및 고용형태의 중요성에 대해 사회적 인식이 높아지고 있기 때문에 의로서비스 이용의 형평성 정도를 파악하는데 중요한 지표로서 경제활동상태 및 종사자의 지위 등과 같은 사회경제적 지표에도 주목할 필요가 있다¹⁶.

우리나라의 고용형태를 살펴보면, 2013년 비정규직이 32.6%이며¹⁷, 2012년 실업률은 3.2%이었다¹⁸. 또한, 비정규직의 월급여액은 2012년 1,313,000원으로 정규직의 52.5%에 해당된다¹⁹. 이처럼 비정규직 근로자는 저임금으로 인해 의로서비스 이용에 제한을 받을 가능성이 높을 것으로 예상된다.

국내에서는 종사자 지위에 따른 건강상태, 즉 비정규직 근로자의 건강관리실태조사와 사업장의 작업환경과 건강관리체계 개선을 위한 연구만이 수행되었으며^{20,21}, 실업가구의 의료기관 이용충단에 영향을 미치는 요인에 관한 분석 연구도 수행되었다²². 하지만, 경제활동상태 및 종사자 지위에 따른 외래의료이용의 차이와 관련성을 본 논문은 아직까지 없었다.

따라서 본 연구는 비정규직 노동자, 자영업자와 실업자 등 경제활동상태와 종사자 지위에 따른 외래의료이용의 차이를 비교하였다. 그리고 외래의료이용과 경제활동상태 및 종사자 지위의 관련성을 분석하였다.

연구방법

1. 연구자료 및 대상

연구자료는 국민건강보험공단과 한국보건사회연구원이 공동으로 조사한 한국의료패널 2009년도 베타버전 1.1.1 데이터이다. 연구대상은 총가구원 21,236명 중 20-64세 경제활동연령층 11,903명이다.

2. 연구변수

2009 한국의료패널 설문지는 국가승인(협의)통계(제 33110호)를 받았다.

이 연구의 결과변수인 외래의료이용여부는 “병의원의 외래에 몇 번이나 다녀오셨습니까?”로 측정하였다. 그리고 설명변수는 가구원의 성별, 연령, 교육수준, 가구 총소득(가구원 수 보정), 고용형태, 건강관련 삶의 질(EuroQol-5 Dimension, 이하 EQ-5D), 스트레스 인지(경제적 어려움), 스트레스 인지(가족갈등), 우울감, 상용치료원 유무, 민간의료보험형태이다.

연령은 주민등록상 생년월일로 조사하였으며, 5세 단위로 자료를 입력하였다. 교육수준은 초등학교 졸업 이하, 중학교 졸업, 고등학교 졸업, 대학교 이상 졸업으로 구분하였다. 가구원 소득은 연간총가구소득을 총가구원 수로 보정하였다.

$$\text{가구원 소득} = \frac{\text{연간총가구소득}}{\sqrt{\text{총가구원수}}}$$

고용형태는 임금근로자, 비임금근로자와 비경제활동자로 구분된다. 임금근로자는 타인 또는 회사에 고용되어 보수(돈)을 받고 일하는 사람을 말하며, 정규직과 상용직, 임시직, 일용직으로 분류된다. 비임금근로자는 내 사업(개인사업, 프리랜서, 가게/식당 등의 주인, 집장, 농림수산업, 행사 및 노점상 등)을 하는 고용주 및 자영업자와 일주일 평균 약 18시간(하루에 3-4시간) 이상 가족 및 친척의 일을 돈을 받지 않고 돕는 무급가족종사자로 구분된다. 비경제활동자는 경제활동을 하지 않은 사람을 말하는데, 비경제활동의 이유를 기준으로 실업, 학업, 집안일, 은퇴, 질병과 손상으로 구분된다.

EQ-5D는 건강과 관련된 삶의 질을 측정하는 도구로서 ‘운동능력(mobility)’, ‘자기관리(self-care)’, ‘일상활동(usual activities)’, ‘통증/불편(pain/discomfort)’, ‘불안/우울(anxiety/depression)’의 5개 항목으로 구성되어 있으며, 각 항목은 3점 척도(어려움 없음, 약간 어려움, 어려움 많음)로 측정하였다. 이 연구에서 사용된 EQ-5D Index점수는 ‘삶의 질 조사도구의 질 가중치 추정 연구보고서’의 가중치를 적용하여 점수를 산출하였다.

경제적 어려움으로 인한 스트레스 인지는 “경제적 어려움으로 어느 정도 스트레스를 받으셨습니까?”, 가족갈등으로 인한 스트레스 인지는 “가족갈등으로 어느 정도 스트레스를 받으셨습니까?”에 대해 5점 척도(아주 많이 받음, 많이 받음, 어느 정도 받음, 약간 받음, 전혀 받지 않음)로 측정하였다.

우울감은 “최근 1년 동안 2주 이상 연속으로 일상생활에 지장이 있을 정도로 많이 슬펐거나 불행하다고 느낀 적이 있습니까?”에 대해 ‘예’, ‘아니오’로 측정하였다.

상용치료원은 “귀하가 아플 때나, 검사 또는 치료 상담을 하고자 할 때 주로 방문하는 의료기관이 있습니까?”에 대해 ‘예’, ‘아니오’로 측정하였다.

민간의료보험은 보험가입 형태에 따라 미가입자 ‘0’, 정액형 ‘1’, 실손형 ‘2’로 구분하였다.

3. 자료수집방법

2009년 한국의료패널자료의 조사기간은 2009년 4월부터 11월까지이다. 한국의료패널자료의 조사방법은 조사원이 직접 방문하여 질문하고 응답을 기록하는 대면면접방식(face-to-face interview)이다. 이때 응답자가 쉽게 기억할 수 있도록 가구원들의 외래의료이용 및 의료비에 관한 건강가계부를 작성하게 하였다.

4. 자료분석방법

우선 20-64세 경제활동연령층을 대상으로 ‘외래의료이용여부’의 설명변수별 분포를 기술하였다. 그리고 ‘외래의료이용여부’의 관련 설명변수를 찾기 위해 단변량 분석과 다변량 로지스틱 회귀분석을 실시하였다. 다변량 로지스틱 회귀분석에서는 연령만 보정한 모델, 고용형태 및 민간의료보험을 포함한 모든 설명변수를 보정한 모델로 구분하였다.

연구결과

1. 20-64세 경제활동연령층의 외래의료이용여부 분포: 단
변량분석

20-64세 경제활동연령층 11,903명 중 지난 1년간 병의원 외
래를 한번 이상 방문한 적이 있다고 응답한 사람의 비율인 외래

의료이용률은 63.1%이었다.

경제활동상태에 따른 외래의료이용의 경우, 조기은퇴로 인한
비경제활동자의 외래의료이용률이 88.73%로 가장 높았고, 이어
서 질병과 손상이 87.44%이었다. 하지만, 학업으로 인한 비경제
활동자의 외래의료이용률은 38.34%로 가장 낮았고, 실업자는
48.55%이었다($p < .000$) (Table 1).

Table 1. Distribution of Healthcare utilisation: economically active population of 20-64 years (N=11,903)

	No		Yes		Total		p
	n	%, Mean	n	%, Mean	n	%	
Age(yr)							.000
20-39	2,643	50.34	2,607	49.66	5,250	44.11	
40-64	1,751	26.32	4,902	73.68	6,653	55.89	
Gender							.000
Men	2,782	47.51	3,073	52.49	5,855	49.19	
Women	1,612	26.65	4,436	73.35	6,048	50.81	
Income of household member(ten million)	4,394	2.13	7,509	2.17	11,903		.154
Level of education							.000
Graduate more	196	16.11	1,021	83.89	1,217	10.22	
High school	235	19.67	960	80.33	1,195	10.04	
Middle school	1,48	35.02	2,754	64.98	4,238	35.60	
Less than primary school	2,479	47.19	2,774	52.81	5,253	44.13	
Employment status							.000
Economically active							
Wage earner							
Regular worker	1,360	43.02	1,801	56.98	3,161	26.57	
Temporarily worker	525	37.42	878	62.58	1,403	11.79	
Part-time worker	294	38.13	477	61.87	771	6.48	
Non-wage earner							
Employ/Self-employ	683	35.24	1,255	64.76	1,938	16.29	
Unpaid family worker	106	19.38	441	80.62	547	4.60	
Not economically active							
Unemployed	267	51.45	252	48.55	519	4.36	
Student	505	61.66	314	38.34	819	6.89	
House worker	397	19.74	1,614	80.26	2,011	16.91	
Early retired	24	11.27	189	88.73	213	1.79	
Sickness and Injured	28	12.56	195	87.44	223	1.87	
Other	201	69.31	89	30.69	290	2.44	
EQ-5D	3,662	63.44	7,301	67.45	10,963		.000
Stress due to economic difficulty							.204
No	616	29.93	1,442	70.07	2,058	20.74	
Yes	2,469	31.39	5,397	68.61	7,866	79.26	
Stress due to family conflict							.612
No	1,581	30.88	3,538	69.12	5,119	51.74	
Yes	1,497	31.36	3,277	68.64	4,774	48.26	
Depression perception							.000
No	2,833	31.83	6,068	68.17	8,901	89.69	
Yes	252	24.63	771	75.37	1,023	10.31	
Regular clinic							.000
No	2,690	41.13	3,850	58.87	6,540	65.89	
Yes	396	11.70	2,989	88.30	3,385	34.11	
Private health insurance							.000
No private health insurance	512	42.95	680	57.05	1,192	10.05	
Fixed benefic type	3,526	36.39	6,163	63.61	9,689	81.65	
Indemnity type	336	34.11	649	65.89	985	8.30	

Variables of employment, EQ-5D, stress due to economic difficulty, stress due to family conflict, depression perception, regular clinic and private health insurance had 8, 940, 1,979, 2,010, 1,979, 1,978 and 37 missing cases respectively.

2. 20-64세 경제활동연령층의 외래의료이용률과 관련요인: 로지스틱 회귀분석

설명변수별로 외래의료이용률을 비교해보면, 연령이 증가할수록 외래의료이용 가능성이 더 많았고(OR=1.20, CI=1.17-1.24), 남자보다 여자의 외래의료이용 가능성이 더 많았다(OR=1.99, CI=1.77-2.23).

사회경제적 지위의 경우, 소득이 증가할수록 외래의료이용 가능성이 더 많았고(OR=1.06, CI=1.02-1.10), 대학교 졸업자에 비해 중학교 졸업자(OR=1.54, CI=1.25-1.89)와 초등학교 졸업자 이하(OR=1.54, CI=1.22-1.94)의 외래의료이용 가능성이 더 많았다.

고용형태는 정규직(상용직) 임금근로자에 비해 일용직의 외래

의료이용 가능성이 더 낮았다(OR=0.81, CI=0.66-1.00). 하지만, 집안일(OR=1.40, CI=1.18-1.66)과 조기은퇴(OR=1.72, CI=1.04-2.83), 질병과 손상(OR=3.07, CI=1.67-5.66)으로 인한 비경제활동자의 외래의료이용 가능성은 정규직보다 더 높았다.

건강상태의 경우, EQ-5D 점수가 높을수록 외래의료이용 가능성은 더 낮았다(OR=0.99, CI=0.98-0.99). 그러나 상용치료원이 있는 사람은 없는 사람보다 외래의료이용 가능성이 더 높았다(OR=4.10, CI=3.64-4.63).

민간의료보험의 경우, 민간의료보험에 가입한 사람이 비가입자에 비해 외래의료이용 가능성이 높았다. 미가입자에 비해 실손형 가입자(OR=2.12, CI=1.69-2.67)와 정액형 가입자의 (OR=1.67, CI=1.41-1.97) 외래의료이용 가능성이 높았다(Table 2).

Table 2. Difference of Healthcare utilisation according to employment status

	Adjusted for age		Adjusted for all variables	
	ORs	95% CI	ORs	95% CI
Age			1.20**	1.17-1.24
Gender				
Men(Ref.)				
Women	2.76**	2.54-2.99	1.99**	1.77-2.23
Income of household member(ten million)	1.05**	1.02-1.08	1.06**	1.02-1.10
Level of education				
Graduate more				
High school	1.77**	1.47-2.13	1.06	.95-1.19
Middle school	1.68**	1.42-1.98	1.54**	1.25-1.89
Less than primary school	1.17**	1.07-1.28	1.54**	1.22-1.94
Employment status				
Economically active				
Wage earner				
Regular worker(Ref.)				
Temporally worker	1.22**	1.07-1.40	1.06	.90-1.25
Part-time worker	.91	.77-1.08	.81*	.66-1.00
Non-wage earner				
Employ/Self-employ	.95	.84-1.07	.94	.81-1.09
Unpaid family worker	2.06**	1.64-2.60	1.17	.89-1.54
Not economically active				
Unemployed	.77**	.63-.93	.82	.65-1.04
Student	1.02	.86-1.21	1.09	.87-1.37
House worker	2.70**	2.37-3.09	1.40**	1.18-1.66
Early retired	2.06**	1.33-3.21	1.72*	1.04-2.83
Sickness and Injured	3.41**	2.26-5.15	3.07**	1.67-5.66
Other	.57**	.43-.75	.84	.52-1.37
EQ-5D	1.01**	1.00-1.01	.99**	.98-.99
Stress due to economic difficulty				
No(Ref.)				
Yes	1.09	.98-1.21	.90	.80-1.03
Stress due to family conflict				
No(Ref.)				
Yes	1.05	.96-1.14	.98	.89-1.08
Depression perception				
No(Ref.)				
Yes	1.46**	1.25-1.70	.99	.84-1.18
Regular clinic				
No(Ref.)				
Yes	4.50**	4.00-5.07	4.10**	3.64-4.63
Private health insurance				
No private health insurance(Ref.)				
Fixed benefic type	1.67**	1.47-1.91	1.67**	1.41-1.97
Indemnity type	2.04**	1.69-2.45	2.12**	1.69-2.67

* < .05, ** < .01

Variables of stress due to economic difficulty, private health insurance had 31 and 20 missing cases respectively.

고찰

20-64세 경제활동연령층의 외래의료이용률은 63.1%이었다. 그리고 외래의료이용 가능성에 영향을 주는 요인은 성별, 연령, 소득, 교육수준, 건강수준, 고용형태, 상용치료원 유무, 민간의료보험 가입 유무이었다.

고용형태 중 일용직 근로자는 정규직 근로자보다 외래의료이용 가능성이 더 낮았다. 그리고, 비경제활동자 중 '질병과 손상', '조기은퇴', '집안일'은 외래의료이용 가능성에 유의한 변수이었으며, 정규직 근로자보다 외래의료이용률이 다소 높았다. 하지만, '실업'은 외래의료이용 가능성에 유의한 변수는 아니었다. 이런 결과는 스웨덴의 연구에서도 비슷한 양상을 보였는데, '질병과 손상'이 외래의료이용을 높이는 유의한 변수이었지만, '실업'은 외래의료이용 가능성을 높이는 변수가 아니었다²⁷. Seok 연구에 의하면(2011), 은퇴는 주관적 건강상태에 악영향을 주는 것으로 나타났는데, 주관적 건강상태가 좋지 못하면 의료서비스이용을 높일 수 있기 때문이다²⁸.

상용치료원이 있는 사람은 없는 사람에 비해 외래의료이용 가능성이 4.1배 높은 것으로 나타났다. Ettner 연구에 의하면(1996, 1999), 상용치료원이 있을 경우 의료이용을 증가시키며, 상용치료원이 있는 중장년층은 상용치료원이 없는 계층보다 예방서비스를 3배 이상 이용하는 것으로 나타났다²⁹. 심혈관질환자의 경우 상용치료원이 있으면 외래 및 예방서비스를 위한 방문이 많은 것으로 나타났으며, 이는 곧 상용치료원이 불필요한 입원 및 응급방문을 줄이는 역할을 할 수 있을 것이라는 결론을 제시하였다³⁰. Kim 등 연구에 의하면(2012), 상용치료원에 대한 개념을 명확히 하고 있지는 못하지만, 상용치료원이 있는 고혈압 및 당뇨병 환자의 경우에 상용치료원이 없는 환자보다 외래의료이용이 더 높았다³¹.

민간의료보험 가입자는 미가입자에 비해 외래를 방문할 가능성은 더 높았고, 가입자 중에서도 실제로 발생한 의료비를 보상해주는 실손형 보험가입자가 정책형 보험가입자보다 외래를 방문할 가능성이 더 높았다. 기존연구에서도 민간의료보험의 가입이 외래의료이용을 다소 높였다²⁸. 우리나라의 의료비본인부담률은 37.3%로 OECD평균 19.0%보다 훨씬 높다³². 그래서 가구당 민간의료보험 가입 개수가 3.6개나 된다³³. 이로 인해 실제로 발생한 의료비를 보상해주는 실손형 가입자의 의료서비스 이용이 많았을 것이라고 판단된다.

이 연구의 한계점은 필요한 의료의 크기를 측정하지 못하였다는 점이다. 그래서 필요한 의료의 크기가 동등하다는 가정 하에서 외래의료이용의 차이와 관련성을 살펴보았다. 따라서 필요한 의료의 크기에 차이가 있다면, 일용직 및 질병과 손상, 집안일, 조기은퇴의 비경제활동자의 외래의료이용에는 더 큰 차이가 발생할 것으로 판단된다. 향후 필요한 의료의 크기를 측정할 후 외래의료이용의 차이가 어느 정도 발생하는지에 대한 추가연구가 필요할 것으로 판단된다.

결론

20-64세 경제활동연령층 10명 중 6명이 외래의료서비스를 이용하고 있었으며, 비정규직 근로자 중 일용직 근로자는 정규직 근로자에 비해 외래의료이용 가능성이 낮은 반면, 비경제활동자 중 질병과 손상, 조기은퇴, 집안일은 정규직 근로자에 비해 외래의료서비스를 이용한 가능성이 더 높았다.

참고문헌

- 1) Kim DJ. In-Depth analysis of medical utilization in Korea using Korean Health Panel Survey(KHPS)., Korea Institute for Health and Social Affairs/National Health Insurance Corporation, research report:2012-56-2
- 2) Kim JG. Comparison of the Equity Medical Care Utilization by Sex, Age Group, and Region. Korean Journal of Social Welfare Studies 2012;43(2):319-44
- 3) Choi SY & Cho YT. Sex Differentials in the Utilization of Medical Services by Marital Status. Korean demography 2006;29(2):146-66
- 4) Lee YJ. A Equity in Health Care Utilization by Health Status. Korea Social Policy Review 2010;17(1):267-90
- 5) Kang HW & Cho YT. Socioeconomic Status, Social Integration, and Health Inequalities of Elderly Koreans. Korean Sociological Association 2007;41(4):164-201
- 6) Rueda & Artazcoz. Gender Inequality in Health among Elderly People in a Combined Framework of Socioeconomic Position, Family Characteristics and Social Support. Aging and Society 2009;29: 625-47
- 7) Kim JG. Equity in the delivery of Health Care in Korea: Focused On Analysis by Age Groups. The Korean Social Security Association 2011;27(3):1-28
- 8) Kim TI, Choi YY, & Lee KH. Analysis on the differences in medical service usage in terms of income levels. The Korean Social Security Association 2008;24(3):53-75
- 9) Kang AG. An Analysis of the Equity in Health Service Utilization with the Regional Distribution of Health Care Resources., The Korean Social Security Association 2007;23(2):189-219
- 10) Kim JG. Regional Differences in the Equity of Health Care Utilization in Korea. The Korean Social Security Association 2012;28(2):153-80
- 11) Yoon NH & Kwon SM. Impact of Obesity on Health Care Utilization and Expenditure. The Korean Journal of Health Economics and Policy 2013;19(2):61-80
- 12) Lee YC, Im BH, & Park YH. The Determinants and Comparison of Health Behavior and Health Service by Private Medical Insurance on National Health-Nutrition

- Survey. Digital Contents Society 2010;10(12)
- 13) Park SB & Jeong KH. The determinants of Private Health Insurance and Its Effects on Medical Utilization in Korea. Korean Insurance Journal 2011;88:23-49
 - 14) Bae JY. Impacts of Health Insurance Coverage Expansion on Health Care Utilization and Health Status. Korean Journal of Social Welfare Studies 2010;41(2):35-65
 - 15) Lee SY & Hong SC. Equity in Health Care Utilization by Income Class of Jeju Residents Who are Beneficiaries of National Health Insurance Program for Employees in South Korea. Health and Social Science 2003;14:147-68
 - 16) Suh NG. pattern of health expenditures and utilizations by social economic status. Korea Health and Welfare Forum 2011;12
 - 17) Statistics Korea, 2013
 - 18) Statistics Korea, economically active population added survey 2012
 - 19) Ministry of Employment and Labor, Survey Report on Labor Conditions by Employment Type 2012
 - 20) Son MA, Jang IG, Kim JC, Choi SC, Lee YC, & Jung HJ et al. Health Management Survey of the Non-regular Employees. Korea Industrial Complex Corporation/ Occupational Safety and Health Research Institute Research Paper 2008
 - 21) Cho MW, Park JS, Kang SB, Yang SH, Lee GH, Kwok HG et al. Safety Health and Management of Non-Regular Employees. Korea Industrial Complex Corporation/ Occupational Safety and Health Research Institute Research Paper 2006-83-781
 - 22) Kim YK. A Study on the Factors Influencing the Discontinued Utilization of Medical Institutions by Unemployed People' s Households. Korea Institute for Health and Social Affairs 2010;22(1):67-100
 - 23) Annika Maria Helén °Ahs, Ragnar Westerling, Health care utilization among persons who are unemployed or outside the labour force. health policy, 2006;78:178-93
 - 24) Seok SH. The Effect of Retirement on Health, Quarterly. Journal of Labor Policy 2011;11(1)81-102
 - 25) Ettner SL. The relationship between continuity of care and the health behaviors of patients: Does having a usual physician make a differences. Medical care 1999;37(6):547-54
 - 26) Ettner SL. The timing of preventive services of women and children: The effect of having a usual source of care. American Journal of public health 1996;86(12):1748-55
 - 27) Donahue K, Fryer E, Phillips R, & Green L. The Importance of Usual Source of Care in Patients with Cardiovascular-Related Conditions. Abstr Acad Health Serv Res Health Policy Meet 2001:18
 - 28) You CH, Kang SW, Kwon YD, & Oh EH. The Effect of supplementary private health insurance on healthcare utilization and expenditures: indemnity vs fixed-benefit. The Korean Social Security Association 2011;27(1):277-92.
 - 29) Woo SH. Social Cohesion in a Social Quality Perspective: Health, Housing and Education. Korea Health and Welfare Forum 2009;150:65-77
 - 30) Health Welfare Issue & Focus. Korea Institute for Health and Social Affairs, 2011:70