고용형태별 소득계층과 사회경제적 계층인식에 따른 건강상태

최 령*, 황 병 덕**

본 연구는 고용형태별로 정규직과 비정규직으로 구분하여 객관적 지위가 되는 소득계층과 일상적인 삶에서 생활양식과 나와 남의 처지를 구분하는 사회경제적 계층으로 법주화하여 계층인식이 차이를 분석하고 건강상태와의 관련성, 건강상태 영향 요인을 분석하고자 한다. 한국노동연구원에서 실시한 한국노동패널 자료중 18차 자료를 활용하여 만 20세 이상의 성인 5,158명을 최종 분석대상으로 하였다, 연구결과 정규직과 비정규직 모두 소득계층과 사회경제적 계층인식간 통계적으로 유의한 차이가 있었으며, '중하'만이 계층간 일치하였다. 이는 우리사회의 정규직과 비정규직에 상관없이 실제 소득계층에 비해 상대적으로 낮게 인식하고 있는 것으로 분석되었다. 회귀분석결과 정규직은 사회경제적 계층인식이 낮을수록, 비정규직은 소득계층이 낮을수록, 사회경제적 계층인식이 낮을수록, 특히 비정규직의 경우 건강보험과 연금이 가입되지 않은 경우 건강상태에 나쁜 것으로 분석되었다. 따라서 비정규직 근로자들의 건강보험과 연금보험 가입 장려를 위한 정부, 경영계 그리고 노공계간의 협력과 다양한 교육과 홍보 방안 모색 및 납부금액 및 수혜금액의 적정성이 제고되어야 한다.

Ⅰ. 들어가는 글

"비정규직" 또는 "비정규근로"라는 개념은 "정규직" 또는 "정규근로"의 대향적(對向的) 개념으로서 "정규직" 혹은 "정규근로"에 포섭되지 않는 근로 형태를 포괄한다. 정규직은 일반적으로 사용자에게 직접 고용된 전일제 상용 근로자로서, 특별한 사정이 없는 한 정년까지의 고용이 보장된 고용형태를 의미한다. 비정규직은 사용자의 직접 책임 부담과 해고보호 조항을 적용받지 못하고 그 지위가 불안정한 고용형태를 의미한다(한국노동조합총연맹 등, 2016). 1997년 IMF 경제위기 이후 노동시장의 유연화 정책이 강화되면서 비정규직 고용이 지속적으로 하여 현재 2016년 3월 통계청

---

* 동신대학교 보건복지대학 보건행정학과

** 부산가톨릭대학교 보건과학대학 병원경영학과

경제활동인구조사 결과 기준으로 비정규직 839만 명(임금근로자의 43.6%), 정규직은 1,084만 명(56.4%)이다. 2016년 3월 노동부가 발표한 '고용형태공시제 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(김유선, 2016).

장지연과 양수경(2007)은 비정규직에서 정규직으로 진입한 비율은 3.3%에 불과할 정도로 정규직 노동시장과 비정규직 노동시장은 분절적이라고 하였으며, 고상백 등(2004)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)은 정규직에 비해 비정규직 근로자가 건강에 취약할 가능성이 높다고 하였다.

한편, 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 하는 것이다(최령 등, 2013). Le Grand(1982)는 보건의료서비스는 우량재의 특성을 갖는 것으로 국민 누구나 생존에 필요한 최소한의 의서비스를 누릴 권리를 갖는 것으로 인식되고 있기 때문에 이것을 일반적으로 건강권이라고 한다. 건강권을 보장하기 위해서 정부는 보건의료서비스가 공평하게 분배될 수 있도록 적절한 선택이 필요하고 공공정책을 통하여 모든 국민에게 기본적인 보건의료 서비스의 이용을 최대한 보장할 수 있어야 한다고 하였다.

우리나라는 국민건강보험 실시 이후 다양한 계층 간 의료서비스를 이용할 수 있는 기회의 평등만을 고려한 양적인 차원에서는 어느 정도 형평을 이루었다(이수연, 1997; 권순만, 2003; 이혜훈, 2004; 김태일 등, 2008; 임국환, 이준협, 2010)). 그러나 사회경제적인 수준, 특히 소득수준에 따라 건강수준에 차이가 있다는 사실이 여러 연구를 통해 지적되어왔다(van Doorslaer E, Koolaman X, 2004). 보건의료 부문에서 형평성을 달성하는 것은 현대 국가의 중요한 정책목표가 되었고(문옥륜, 장동민, 1996; Bravenman and Gruskin, 2003), 각 국가에서는 여건에 맞추어 사회구성원 누구를 막론하고 필요할 때 소득에 관계없이 적절한 의료서비스를 이용할 수 있도록 제도적 장치를 마련하여 시행하고 있다(Hurst, 1994). 즉 의료분배의 형평성 기준은 평등과 최소기준을 양축으로 하는 연속선상의 한 점에 위치하고 있는 것으로 평등을 형평성의 목표로 추구하는 정책은 불평등을 제거하는데 중점을 두는 반면 최소기준의 경우 그 누구도 설정된 최소기준 이하로 떨어지지 않도록 보장하는데 초점을 맞추는 것이다(Goodin, Robert E, 1987; Le Grand and Robinson, 1984).

주관적(사회경제적) 계층인식이란 개인 스스로가 자신이 어떠한 계급 또는 계층에 속한다고 느끼는 일종의 귀속의식이다. 추상적 개념론이나 추상적 계급론의 관점이 아니라 사회속의 개인들은 구체적으로 어떻게 나와 남을 구분하는가라는 소박한 의문에서 출발하여, 사회의 변화에 따라 이러한 개인들의 주관적 계층인식은 어떠한 변화를 보이는가에 대하여 관심을 갖게 되었다(이혜경, 1993). 계층인식은 사회적 이동이 활발해지고 생활양식의 평준화가 확대됨에 따라 그 사회의 대다수가 자신을 중간층으로 여기는 즉 중간층으로 평준화된 사회가 될 것이라는 전망도 경험적으로 연구되었고(Cannon, 1980) 다른 한편에서는 물질이 계속 풍요로워져도 주관적 계층인식이란 상대

적 평가이므로 어느 정도는 안정적일 것이라는 견해도 검토되었다(Schreiber, Nygreen, 1970).

소득계층과 사회경제적 계층인식차이에 관한 주요연구를 살펴보면 이혜경(1993)은 1991년 사회조사통계자료를 활용하여 분석한 결과 한국인은 생활수준, 소득 등에 의하여 나와 남을 구분하는 '계층적 시각'을 가지고 있으며, 직업보다는 교육정도에 따라 자신과 남을 구분하고 있는 것으로 나타났다. 그리고 한국 가구주의 주관적 계층인식은 자신과 배우자의 객관적 지위를 함께 고려하여 결정하고 있는 것으로 분석되었다.

조동기(2006)는 한국사회학회가 2006년 8월1일부터 20일간 시행한 '한국중산층 총 조사' 자료를 활용하여 로지스틱 회귀분석모형으로 분석한 결과 객관적 중산층 비율과 주관적 중간계층 귀속 비율간의 괴리 정도가 지역별로 상이하게 나타났다. 중산층 귀속 여부는 주택 소유 변수에 의해 매우 큰 영향을 받는 것으로 나타났으며 주택 소유를 제외하면 소득, 교육, 직업과 같은 객관적 지표보다는 주관적 소득수준과 주관적 재산 정도와 같은 주관적 지표가 보다 큰 영향을 미치는 것으로 나타났다.

최령 등(2013)은 한국의료패널의 원자료 중 2009년 연간통합데이터를 활용하여 분석한 결과 주관적 계층인식 1분위는 소득계층 2분위 30.8%, 주관적 계층인식 2분위와 3분위는 소득계층 2분위 28.8%, 3분위 27.0%, 주관적 계층인식 4분위는 소득계층 3분위 24.7%, 그리고 주관적 계층인식 5분위는 소득계층 5분위 26.7%로 분석되어 소득계층과 주관적 계층인식이 소득계층 3분위를 제외하고 모두 일치하는 것으로 분석되었다.

박지은과 권순만(2015)은 한국복지패널 7차년도(2011년) 자료를 활용하여 분석한 결과 전체 가구주의 34.0%에서 객관적 가구소득계층과 주관적 가구소득계층이 일치하는 것으로 분석되었다. 이에 반해 전체 가구주의 48.6%는 객관적 계층보다 주관적으로 인식하고 있는 계층 수준이 낮은 하향인식형 불일치를 보였으며, 17.4%는 객관적 계층보다 주관적으로 인식하고 있는 계층 수준이 높은 상향인식형 불일치 집단인 것으로 분석되었다.

소득계층에 따른 건강상태에 관한 연구는 다음과 같다.

박실비아(1996)는 서울의 한 직장조합가입자 1,447명을 대상으로 Kakwani 지수, Suits지수, Le Grand계수로 분석한 결과 소득계층별 건강수준에는 차이가 없었으며, 건강수준과 의료이용에 있어서도 소득에 따른 차이가 없는 것으로 분석되었다.

van Doorslaer et al(1997)은 9개 국가(핀란드, 1987년; 서독, 1992년; 동독, 1992년; 네델란드, 1986-1988년; 스페인, 1987년; 스웨덴, 1990년; 스위스, 1982년; 영국, 1985년; 미국, 1987년)를 대상으로 건강수준의 불평등도를 성별과 연령으로 표준화한 집중지수(CI+)로 분석한 결과 미국과 영국의 불평등도가 가장 높았고, 스웨덴이 가장 낮은 것으로 분석되었다.

이용재와 김승연(2006)은 국민건강보험공단의 본인부담 및 요양급여지급 2003년과 국민건강영양조사 2001년자료를 활용하여 집중지수와 Le Grand지수로 분석한 결과 건강상태의 모든 지표가 소득계층이 낮을수록 불리하였으며, 건강보험급여액과 본인부담금 등에서 고소득층에 유리한 불공평이 존재하는 것으로 분석되었다.

엄선희와 문춘걸(2010)은 한국노동패널 자료를 활용하여 우리나라 보건의료의 소득계층과 건강

수준의 형평성을 상대불평등 지수(RII; relative index of inequality)와 집중지수(CI;concentration index)로 분석한 결과 모든 연도에서 소득수준이 낮을수록 건강이 좋지 않았으며, 소득수준이 가장 낮은 하의집단에서 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)는 국민건강영양조사 2009년 제4기 3차 자료를 활용하여 Le Grand지수로 분석한 결과 소득이 낮을수록 건강상태가 좋지 않았으며, 소득계층별 건강상태의 격차는 연령에 의해 크게 영향을 받았다. 특히 저소득층 노인들의 건강상태에 매우 불리한 것으로 분석되었다.

사회경제적 계층인식에 따른 건강상태에 관한 연구는 다음과 같다.

유소이(2006)는 2003년 사회통계조사 원자료를 활용하여 분석한 결과 주관적으로 인지하는 사회계층이 상류층에 속한다고 인지할수록 건강상태가 양호하다고 인지하는 것으로 분석되었다. 건강상태 결정요인으로 의료비 지불, 학력, 성별, 여가활동이 모든 계층에서 공통적으로 유의한 요인이었으며, 소득만족, 연령, 음주 실업 등은 일부 계층에서 유의하게 분석되었다.

최령 등(2013)은 한국의료패널의 원자료 중 2009년 연간통합데이터를 활용하여 분석한 결과 주관적 계층인식이 낮을수록 외래의료비가 증가하는 것으로 분석되었다. 외래의료이용 결정요인으로 연령, 외래 및 입원상병진단이 유의한 요인이었으며, 입원의료이용 결정요인으로 혼인상태, 일자리 유형, 스트레스인지, 입원상병진단이 유의한 요인으로 분석되었다.

이상의 연구에서 살펴보았듯이 국내 연구에서는 대부분은 성인을 대상으로 사회경제적(객관적) 지위인 소득계층의 범주화에만 주로 초점을 맞추어 건강상태 또는 의료이용형평성에 관한 것만 논의 하였다. 이에 본 연구는 정규직과 비정규직의 고용형태로 나누어 객관적 지위가 되는 소득계층의 범주화뿐만 아니라, 일상적인 삶에서 생활양식과 나와 남의 처지를 구분하는 사회경제적 계층인식의 범주화까지 분석하여 고용형태별 건강수준에 영향을 주는 요인을 비교분석함으로써 의료보장정책 및 노동정책 개발에 필요한 기초자료를 제공하는데 있다.

II. 연구방법

1. 연구대상

본 연구는 한국노동연구원에서 실시한 한국노동패널(Korea Labor and Income Panel Study; KLIPS) 자료중 18차 자료를 활용하였다. 한국노동패널은 국내유일의 노동관련 가구패널조사로 도시지역에 거주하는 한국의 5,000가구와 가구원을 대표하는 패널표본 구성원(5,000가구에 거주하는 모든 가구원)을 대상으로 1년에 1회씩 조사를 실시하고 있으며 1998년 1차 조사를 시작으로 2015년 18차까지 완료되었다. 한국노동패널 자료는 가구를 조사 대상으로 한 가구용 자료와 가구에 속한 만15세 이상의 가구원을 조사 대상으로 한 가구용 자료로 구분되며, 가구특성, 경제활동 및 노

동시장이동, 소득활동 및 소비, 교육 및 직업훈련 등 수많은 정보를 담고 있기 때문에 합리적이고 정확한 고용정책의 수립과 실행, 정책적 발전에 기여를 목적으로 한다. 그리고 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 5,158명을 최종 분석대상으로 하였다.

2. 측정변수

가. 고용형태

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

나. 소득계층

소득계층에 따라 건강수준에 차이가 있다는 사실이 여러 연구를 통해 지적되어 왔다(권순원 등, 1993; 문성현, 2004; 김승연, 2006; 김동영, 2012). 이에 본 연구에서는 소득계층 변수를 활용하였으며, 사회경제적 계층인식과 분위를 동일하게 하기 위하여 소득계층을 ‘상상’, ‘상하’, ‘중상’, ‘중하’, ‘하상’, ‘하하’ 총 6분위로 dummy 처리하였다. 소득계층은 “작년 한해 동안 연간 총 근로소득(만원)은 얼마나 되었습니까?”의 문항에 대하여 세전 근로소득을 작성 하도록 되어 있다.

다. 사회경제적 계층인식

건강의 불평등에 있어서 물질적인 측면에 비해 심리적 인과관계는 주관적으로 속한다고 인지하는 사회계층이 개관적인 사회적 지위보다 건강에 더 강력한 결정요인으로 예측된다(Macleod 등, 2005; 유소이, 2006 재인용). 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 되어있다.

라. 건강상태

건강상태는 절대적인 기준에 의해 정의되기 보다는 개인의 지각과 사회문화적 요인의 상호작용

에 의해 형성되는 상대적이며 다차원적인 개념으로 고려된다(이미숙, 2009). 스스로 인식하는 주관적 건강상태는 전반적인 건강수준을 나타내는 정확하고 믿을 만한 건강수준 지표이다(Idlet & Benyamini, 1997). 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 dummy 처리 하였다.

마. 인구사회학적 요인

인구사회학적 변수는 성별은 ‘남자=0’, ‘여자=1’, 연령은 ‘20-29세=0’부터 10년 단위로 ‘60세 이상=4’, 학력은 ‘중학교이하=0’부터 ‘대학원이상=4’으로 구성하였다. 혼인상태는 ‘기혼=0’, ‘미혼=1’, 건강보험가입은 ‘가입=0’, ‘미가입=1’, 연금가입은 ‘가입=0’, ‘미가입=1’, 생활만족도는 ‘만족=0’, ‘보통=1’, ‘불만족=2’, 기업형태는 ‘민간회사·개인사업체=0’, ‘정부투자기관·정부출연기관·공사합동기업=1’, ‘정부기관=2’, ‘기타(법인단체·외국인회사·시민단체 등)=3’, 직종은 ‘전문관리직=0’, ‘사무직=1’, ‘서비스직=2’, ‘농림어업직=3’, ‘생산직=4’로 구성하였다.

3. 분석방법

자료분석은 SPSS 22.0을 이용하여 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 χ2-test를 하였다. 고용형태별 소득계층과 사회경제적 계층인식 영향요인, 고용형태별 소득계층과 사회경제적 계층인식에 따른 건강상태 영향요인을 파악하기 위하여 선형회귀분석을 실시하였다. 모든 검정을 p=0.05에 대해 유의성을 검토하였고, 유의수준은 95%신뢰구간으로 하였다.

Ⅲ. 연구결과

1. 인구사회학적 특성

연구대상자의 인구사회학적 특성은 남자가 59.3%, 연령은 40-49세가 29.1%, 학력은 2.3년대학이 33.8%, 혼인상태는 기혼이 69.5%, 건강보험가입이 74.2%, 연금가입이 70.7%로 가장 많았다. 생활만족도는 만족 56.3%, 직종은 전문관리직이 23.6%, 고용형태는 정규직이 61.8%로 가장 많았다<표 1>.

<표 1> 연구대상자의 인구사회학적 특성

단위: 명(%)

	구 분	명	%
성별	남자	3,061	59.3
	여자	2,097	40.7
연령	20-29세	440	8.5
	30-39세	1,389	26.9
	40-49세	1,500	29.1
	50-59세	1,101	21.3
	60세 이상	728	14.1
학력	중학교이하	347	6.7
	고등학교	418	8.1
	2,3년대학	1,744	33.8
	4년대학	954	18.5
	대학원이상	1,695	32.9
혼인상태	기혼	3,586	69.5
	미혼	1,066	20.7
	기타(별거,이혼,사별)	506	9.8
건강보험가입	가입	3,829	74.2
	미가입	1,329	25.8
연금가입	가입	3,647	70.7
	미가입	1,511	29.3
생활만족도	만족	1,796	56.3
	보통	1,353	42.4
	불만족	41	1.3
기업형태	민간회사, 개인 사업체	4,050	78.5
	정부투자기관, 정부출연기관, 공사합동기업	266	5.2
	정부기관	409	7.9
	기타(법인단체, 외국인회사, 시민단체 등)	433	8.4
직종	전문관리직	1,215	23.6
	사무직	1,033	20.0
	서비스직	843	16.3
	농림어업직	27	0.5
	생산직	2,040	39.6
고용상태	정규직	3,190	61.8
	비정규직	1,968	38.2
	계	5,158	100.0

2. 고용형태별 소득계층과 사회경제적 계층인식 특성

정규직 대상자의 소득계층과 사회경제적 계층인식 간 특성을 분석한 결과 모든 소득계층에서의 사회경제적 계층인식은 ‘중하’가 가장 많았다. 소득계층 ‘상상’은 사회경제적 계층인식 ‘중하’ 50.5%,

‘중상’ 38.1%순, 소득계층 ‘상하’는 사회경제적 계층인식 ‘중하’ 62.4%, ‘중상’ 19.0%순, 소득계층 ‘중상’은 사회경제적 계층인식 ‘중하’ 62.4%,, ‘하상’ 29.2%순, 소득계층 ‘중하’는 사회경제적 계층인식 ‘중하’ 51.2%, ‘하상’ 34.3%순, 소득계층 ‘하상’은 사회경제적 계층인식 ‘중하’ 50.2%, ‘하상’은 34.8%순이었으며, 소득계층 ‘하하’는 사회경제적 계층인식 ‘중하’ 41.1%, ‘하상’ 36.8%순 이었다. 소득계층과 사회경제적 계층인식과는 통계적으로 유의한 차이가 있었다<표 2>.

<표 2> 고용형태별 소득계층과 사회경제적 계층인식 특성(정규직)

단위: 명(%)

구분		소득계층						전체	χ^2	p
		상상	상하	중상	중하	하상	하하			
사회경제적 계층인식	상상	5 (0.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (0.1)	979.149	<.001
	상하	28 (3.8)	8 (0.8)	10 (0.9)	3 (0.4)	3 (0.4)	3 (0.5)	55 (1.1)		
	중상	283 (38.1)	184 (19.0)	112 (10.1)	55 (6.7)	58 (6.8)	47 (7.1)	739 (14.3)		
	중하	375 (50.5)	603 (62.4)	628 (62.4)	423 (51.2)	428 (50.2)	274 (41.1)	2,731 (52.9)		
	하상	51 (6.9)	165 (17.1)	322 (29.2)	283 (34.3)	297 (34.8)	245 (36.8)	1,363 (26.4)		
	하하	0 (0.0)	7 (0.7)	32 (2.9)	62 (7.5)	67 (7.9)	97 (14.6)	265 (5.1)		
	전체	742 (100.0)	967 (100.0)	1,104 (100.0)	826 (100.0)	853 (100.0)	666 (100.0)	5,158 (100.0)		

비정규직 대상자의 소득계층과 사회경제적 계층인식 간 특성을 분석한 결과 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 계층인식과는 통계적으로 유의한 차이가 있었다<표 3>.

<표 3> 고용형태별 소득계층과 사회경제적 계층인식 특성(비정규직)

단위: 명(%)

구분		소득계층						전체	χ^2	p
		상상	상하	중상	중하	하상	하하			
사회경제적 계층인식	상상	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	90.627	<.001
	상하	2 (3.8)	1 (0.7)	2 (0.6)	1 (0.3)	3 (0.6)	0 (0.0)	9 (0.5)		
	중상	11 (20.8)	15 (11.2)	27 (8.5)	24 (6.3)	36 (6.7)	37 (6.7)	150 (7.6)		
	중하	32 (60.4)	75 (56.0)	146 (45.8)	160 (42.3)	243 (45.5)	217 (39.5)	873 (44.4)		
	하상	8 (15.1)	41 (30.6)	125 (39.2)	152 (40.2)	203 (38.0)	211 (38.4)	740 (37.6)		
	하하	0 (0.0)	2 (1.5)	19 (6.0)	41 (10.8)	49 (9.2)	85 (15.5)	196 (10.9)		
	전체	53 (100.0)	134 (100.0)	319 (100.0)	378 (100.0)	534 (100.0)	550 (100.0)	1,968 (100.0)		

3. 고용형태별 인구사회학적 요인에 따른 건강상태 특성

정규직의 인구사회학적 요인에 따른 건강상태를 분석한 결과 학력의 경우 건강상태가 '건강', '보통', '나쁨' 모두 대학원이상이 각각 46.9%, 35.4%, 32.0%로 가장 많았으며, 건강보험가입의 경우 '건강'은 미가입 5.2%, '보통'은 미가입 8.9%, '나쁨'은 미가입 10.0%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 인구사회학적 요인에 따른 건강상태를 분석한 결과 학력의 경우 건강상태가 '건강', '보통'은 2,3년대학(44.3%, 45.4%), '나쁨'은 중학교이하(36.1%)가 가장 많았으며, 건강보험가입의 경우 '건강'은 미가입 54.0%, '보통'은 미가입 57.0%, '나쁨'은 미가입 80.3%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<표 4>.

<표 4> 고용형태별 인구사회학적 요인에 따른 건강상태 특성

단위: %

구 분		정규직					비정규직				
		건강	보통	나쁨	χ^2	p	건강	보통	나쁨	χ^2	p
성별	남자	65.9	65.2	64.0	.201	.904	50.3	49.0	42.2	3.342	.188
	여자	34.1	34.8	36.0			49.7	51.0	57.8		
연령	20-29세	9.4	8.1	2.0	78.861	<.001	11.3	5.1	2.7	153.421	<.001
	30-39세	38.4	29.3	12.0			18.0	9.5	2.0		
	40-49세	32.1	33.4	34.0			27.3	20.9	15.0		
	50-59세	16.5	21.2	36.0			23.6	29.8	27.9		
	60세 이상	3.7	7.9	16.0			19.8	34.8	52.4		
학력	중학교이하	1.1	2.6	8.0	78.972	<.001	7.7	19.4	36.1	186.860	<.001
	고등학교	3.1	5.6	14.0			11.8	16.3	25.2		
	2,3년대학	25.5	33.1	24.0			44.3	45.4	32.7		
	4년대학	23.4	23.3	22.0			15.1	7.2	2.0		
	대학원이상	46.9	35.4	32.0			21.0	11.8	4.1		
혼인상태	기혼	72.9	70.7	76.0	41.386	<.001	65.5	65.8	56.5	71.164	<.001
	미혼	23.1	21.4	6.0			22.8	13.6	10.9		
	기타(별거,이혼,사별)	4.0	7.9	18.0			11.6	20.6	32.7		
건강보험가입	가입	94.8	91.1	90.0	16.220	<.001	46.0	43.0	19.7	35.902	<.001
	미가입	5.2	8.9	10.0			54.0	57.0	80.3		
연금가입	가입	94.0	89.3	82.0	28.763	<.001	40.0	33.5	16.3	33.621	<.001
	미가입	6.0	10.7	18.0			60.0	66.5	83.7		
생활만족도	만족	68.0	27.7	36.0	509.358	<.001	49.0	17.8	17.7	354.329	<.001
	보통	31.4	70.3	48.0			49.5	77.4	57.1		
	불만족	0.7	2.0	16.0			1.5	4.8	25.2		
기업형태	민간회사, 개인 사업체	76.8	84.0	78.0	28.912	<.001	76.8	79.7	76.9	13.115	.041
	정부투자기관, 정부출연기관, 공사합동기업	6.0	4.6	10.0			5.4	3.1	3.4		
	정부기관	10.9	5.4	6.0			5.7	5.1	10.2		
	기타(법인단체 등)	6.3	6.0	6.0			12.1	12.1	9.5		
직종	전문관리직	32.5	25.0	28.0	59.201	<.001	17.7	8.7	2.7	82.338	<.001
	사무직	29.5	23.6	20.0			9.6	6.4	1.4		
	서비스직	10.2	13.0	14.0			25.5	24.2	25.2		
	농림어업직	0.1	0.3	2.0			0.9	0.9	2.7		
	생산직	27.8	38.1	36.0			46.2	59.8	68.0		
소득계층	상상	24.0	15.4	24.0	53.492	<.001	3.8	2.0	0.0	82.677	<.001
	상하	27.3	23.5	18.0			8.7	5.5	2.0		
	중상	23.1	28.5	24.0			19.1	14.7	6.8		
	중하	13.4	15.8	12.0			17.7	21.4	16.3		
	하상	9.1	12.1	12.0			25.8	29.7	21.1		
	하하	3.1	4.7	10.0			25.0	26.8	53.7		
사회경제적 계층인식	상상	0.2	0.0	0.0	131.472	<.001	0.0	0.0	0.0	220.337	<.001
	상하	1.6	1.0	2.0			0.8	0.1	0.0		
	중상	20.4	13.2	22.0			11.0	5.0	1.4		
	중하	59.7	55.5	40.0			53.5	38.0	22.4		
	하상	16.6	27.0	18.0			30.5	44.6	42.9		
	하하	1.4	3.3	18.0			4.2	12.4	33.3		
전체		100.0	100.0	100.0			100.0	100.0	100.0		

4. 고용형태별 건강상태 영향 요인

정규직대상자의 건강상태 영향 요인을 분석한 결과 Model 1은 연령이 높을수록, 혼인상태는 기타(별거,이혼,사별), 생활만족도는 나쁠수록, 직종은 전문관리직 보다 생산직일수록 건강상태가 나쁜 것으로 나타났으며, 연령, 혼인상태, 생활만족도 그리고 직종은 통계적으로 유의한 차이가 있었다. Model 2는 연령이 높을수록, 학력이 낮을수록, 혼인상태는 기타(별거,이혼,사별), 생활만족도는 나쁠수록, 사회경제적 계층인식이 낮을수록 건강상태가 나쁜 것으로 나타났다. 연령, 학력, 혼인상태, 생활만족도 그리고 사회경제적 계층인식은 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), 건강보험이 미가입의 경우, 연금은 가입의 경우, 생활만족도는 나쁠수록, 기업형태는 기타(법인단체, 외국인회사, 시민단체 등) 보다 민간회사 및 개인사업체, 소득계층이 낮을수록, 사회경제적 계층인식이 낮을수록 건강상태가 나쁜 것으로 나타났으며, 성별, 연령, 학력, 혼인상태, 건강보험가입, 연금가입, 생활만족도, 기업형태, 소득계층 그리고 사회경제적 계층인식은 통계적으로 유의한 차이가 있었다<표 5>.

<표 5> 고용형태별 건강상태 영향 요인

요인	정규직				비정규직			
	Model 1		Model 2		Model 1		Model 2	
	β	p	β	p	β	p	β	p
성별	-.029	.192	-.027	.216	-.105	<.001	-.094	.001
연령	.107	<.001	.109	<.001	.122	<.001	.126	<.001
학력	-.035	.100	-.042	.049	-.120	<.001	-.088	.001
혼인상태	.063	<.001	.058	.001	.060	.003	.046	.020
건강보험가입	.011	.711	.006	.844	.143	<.001	.104	.004
연금가입	-.043	.139	-.040	.178	-.134	<.001	-.104	.004
생활만족도	.340	<.001	.328	<.001	.327	<.001	.260	<.001
기업형태	-.016	.360	-.012	.488	-.066	.001	-.078	<.001
직종	.043	.030	.036	.073	.031	.202	.025	.311
소득계층	.030	.139	.019	.348	.176	<.001	.148	<.001
사회경제적 계층인식			.059	.001			.193	<.001
	R^2=.142 F=43.922(<.001)		R^2=.145 F=41.445(<.001)		R^2=.257, F=56.395(<.001)		R^2=.284, F=59.752<.001)	

주: 성별(0:남자, 1:여자), 연령(0:20-29, 1:30-39, 2:40-49, 3:50-59, 4:60세이상), 학력(0:중학교이하, 1:고등학교, 2:2,3년대학, 3:4년대학교, 4: 대학원이상), 혼인상태(0:기혼, 1:미혼, 2:기타(별거,이혼,사별), 건강보험가입여부(0:가입, 1:미가입), 연금가입여부(0:가입, 1:미가입), 생활만족도(0:만족, 1:보통, 2:불만족), 기업형태(0:민간회사, 개인사업체, 1:정부투자기관,정부출연기관,공사합동기업, 2:정부기관, 3:기타(법인단체, 외국인회사, 시민단체 등), 직종(0:전문관리직, 1:사무직, 2:서비스직, 3:농림어업직, 4:생산직), 소득계층(0:상상, 1:상하, 2:중상, 3:중하, 4:하상, 5:하하), 사회경제적 계층인식(0:상상, 1:상하, 2:중상, 3:중하, 4:하상, 5:하하)

Ⅳ. 고찰

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

첫째, 정규직의 소득계층과 사회경제적 계층인식 특성을 분석한 결과 소득계층 '상상'은 계층인식 '중하 50.5%', '중상 38.1%', '하상 6.9%'순 이었다. 소득계층 '상하'는 계층인식 '중하', '중상', '하상'순, 소득계층 '중상'은 계층인식 '중하', '하상', '중상'순 이었다. 소득계층 '중하', '하상', '하하'는 계층인식 '중하', '하상', '하하'순 이었다. 비정규직의 특성을 분석한 결과 소득계층 '상상'은 계층인식 '중하 60.4%', '중상 20.8%', '하상 15.1%'순 이었다. 소득계층 '상하'와 '중상' 계층인식 '중하', '하상', '중상'순 이었으며, 소득계층 '중하', '하상', '하하'는 '중하', '하상', '하하'순 이었다. 정규직 및 비정규직 모두 소득계층과 사회경제적 계층인식간 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 우리사회의 정규직과 비정규직에 상관없이 실제 소득계층에 비해 상대적으로 낮게 인식하고 있는 해석할 수 있다. 특히 소득계층이 높을수록 더욱 두드러지는 것으로 분석되었다. 최령 등(2013)의 연구에 의하면 주관적 계층인식 1분위는 소득계층 2분위, 주관적 계층인식 2분위는 소득계층 2분위, 주관적 계층인식 3분위는 소득계층 3분위, 주관적 계층인식 4분위는 소득계층 3분위, 주관적 계층인식 5분위는 소득계층 5분위로 인식하고 있다고 분석하였다. 본 연구결과와 다소 차이가 있었으며, 소득계층이 높은 경우 두 연구의 차이가 확연하였다.

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 2,3년대학(44.3%), 생활만족도는 보통(49.5%), 직종은 생산직(46.2%), 소득계층은 하상(25.8%), 사회경제적 계층인식은 중하(53.5%)가 가장 많았다. 반면 건강이 '나쁘다'의 경우 건강보험 미가입이 정규직은 10.0%, 비정규직은 80.3% 이었으며, 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 성별을 제외한 모든 변수들이 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 분석되었다.

셋째, 고용형태별 건강상태에 영향을 미치는 요인을 분석한 결과 정규직은 소득계층만을 포함한 Model 1에서는 연령은 높을수록(p<.001), 혼인상태는 기혼보다 미혼, 기타(별거,이혼,사별)인 경우((p<.001), 생활만족도는 만족보다 보통, 불만족인 경우(p<.001), 직종은 전문관리직 보다 사무·서비스·농립어업직·생산직인 경우(p<.001) 건강상태가 나쁜 것으로 분석되었다. 사회경제적 계층인식을 포함한 Model 2에서는 연령이 높을수록(p<.001), 학력이 낮을수록(p<.001), 혼인상태는 기혼보다 미혼, 기타(별거,이혼,사별)인 경우((p<.001), 생활만족도는 만족보다 보통, 불만족인 경우(p<.001),

사회경제적 계층인식이 낮을수록(p<.001) 건강상태가 나쁜 것으로 분석되었다.

비정규직은 소득계층만을 포함한 Model 1에서는 성별은 여자보다 남자가(p<.001), 연령은 높을수록(p<.001), 학력은 낮을수록(p<.001), 혼인상태는 기혼보다 미혼, 기타(별거,이혼,사별)인 경우(p=.003), 건강보험은 미가입인경우(p<.001), 연금은 가입인 경우(p<.001), 생활만족도는 만족보다 보통, 불만족인 경우(p<.001), 기업형태는 기타보다 정부기관, 정부투자기관, 민간회사등인 경우(p<.001), 소득계층은 낮을수록(p<.001) 건강상태가 나쁜 것으로 분석되었다. 사회경제적 계층인식을 포함한 Model 2에서는 여자보다 남자가(p<.001), 연령은 높을수록(p<.001), 학력은 낮을수록(p<.001), 혼인상태는 기혼보다 미혼, 기타(별거,이혼,사별)인 경우(p=.003), 건강보험은 미가입인경우(p<.001), 연금은 가입인 경우(p<.001), 생활만족도는 만족보다 보통, 불만족인 경우(p<.001), 기업형태는 기타보다 정부기관, 정부투자기관, 민간회사등인 경우(p<.001), 소득계층은 낮을수록(p<.001), 사회경제적 계층인식은 낮을수록(p<.001) 건강상태가 나쁜 것으로 분석되었다. 이러한 결과는 소득계층, 학력, 연령, 성별, 소득만족 등이 건강에 유의한 영향요인으로 분석된 유소이(2006)의 연구와 사회계층이 낮을수록, 여성에 비해 남성, 소득수준이 낮을수록, 연령이 증가할수록 건강상태가 낮은 것으로 분석된 김민경(2008)의 연구 그리고 소득계층과 주관적 계층인식(사회경제적 계층인식)이 낮을수록 건강상태가 나쁘며, 외래의료비에 영향을 미친다는 김혜련 등(2006)과 최령 등(2013)의 연구와도 일치하였다. 또한 본 연구에서 비정규직이 정규직 비해 많은 요인들에 의해 건강에 영향을 받고 있다는 것을 알 수 있으며, 특히 건강보험 및 연금보험가입에 따라 확연한 차이가 있는 것으로 분석되었다. 건강보험은 질병이나 부상으로 인해 필요한 기본적 의료를 적정한 수준까지 보장하고 이를 위해 전 국민들이 의무가입 및 부담능력에 따라 보험료를 부과하고 있는 제도이며(국민건강보험공단, 2016), 연금보험은 사회적 위험에 노출되어 소득이 중단되거나 상실될 가능성이 있는 사람들에게 다양한 급여를 제공함으로서 국민의 생활안정과 복지증진을 도모하고자 하는 제도이다(국민연금관리공단, 2016). 이러한 제도는 국민들의 건강유지 및 증진을 위해서 필요한 사회보험임에도 불구하고 김유선(2016)의 비정규직 규모와 실태에 관한 연구에 의하면 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. 비정규직 근로자의 평균임금은 정규직 근로자 평균임금의 절반에 미치지 못한다(한국노동조합총연맹 등 2016). 따라서 비정규직 근로자들이 당연 가입될 수 있도록 다양한 교육과 홍보를 위한 정부, 경영계, 노동계간의 협력 등 다양한 방법을 모색하여야 함은 물론, 국민건강보험 및 연금보험 납부금액 및 수혜금액의 적정성이 제고되어야 한다.

본 연구는 한국노동패널자료를 활용하여 정규직과 비정규직 근로자들의 소득계층은 물론 한국사회에서 스스로 인지하는 사회경제적 계층인식 및 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.

참 고 문 헌

국민건강보험공단. http://www.nhis.or.kr/menu/retriveMenuSet.xx?menuId=B2000

국민연금관리공단. http://www.nps.or.kr/jsppage/info/easy/easy_01_01.jsp

권순원, 이정우, 김매경(1993). 『저소득층의 생활안정과 자립대책. 한국개발연구원』, 1-206.

김대중, 이수형, 신호성, 안수지, 정의신, 송태민 등(2012). 『2012년 한국의료패널을 활용한 의료이용 심층연구』, 한국보건사회연구원, 56(2)179-203.

김민경(2008). 「우리나라 국민의 사회계층분류와 건강상태 관련성 분석」, 연세대학교 보건대학원 석사학위논문, 2008.

김유경, 정현숙, 임성은, 김정숙(2011). 『중산층가족 복지체감도 증진방안 연구』, 한국보건사회연구원.

김유선(2016). 『비정규직 규모와 실태: 통계청, '경제활동인구조사 부가조사'(2016.3) 결과』, 이슈페이퍼 제4호, 한국노동사회연구소, 2016. 6. 17.

김진구(2011). 『소득계층에 따른 의료이용의 격차: 연령집단별 Le Grand 지수 분석을 중심으로, 사회보장연구』, 27(3):91-122.

김혜련, 강영호, 윤강재, 김창석(2006). 『건강수준의 사회계층 간 차이와 정책 방향』, 한국보건사회연구원, 32:119-121.

문성현(2004). 『한국의 보건의료 부담과 수혜의 공평성』, 사회보장연구, 10(1);59-81.

박세홍, 김창엽, 신영전(2009). 『고용상태 변화가 정신건강에 미치는 영향: 한국복지패널을 이용한 우울감을 중심으로』, 상황과 복지, 27:79-115.

박실비아, 신영전, 문옥륜(1996). 『의료보험의 재원조달과 의료이용형평성에 관한 연구』, 보건경제연구, 2(2):20-41.

박지은, 권수만(2015). 『객관적 소득계층과 주관적 소득계층의 불일치와 건강 간의 연관성: 주관적 건강과 우울을 중심으로』, 보건과 사회과학, 38;95-121.

엄선희, 문춘걸(2010). 『소득계층에 따른 보건의료의 형평성: 한국노동패널자료를 중심으로』, 보건경제와 정책연구, 16(1)35-61.

유소이(2006). 『주관적으로 인지하는 사회계층별 건강상태 및 건강관리 행동 분석』. 소비문화연구, 9(2):167-185.

이영문, 김홍모, 이문숙, 이호영(2008). 『한 도시지역 저소득층 주민의 정신건강수준』. 대한신경정신의학회, 24(3)53-75.

이용재, 김승연(2006). 『소득계층별 건강보험 본인부담과 이용의 형평성』, 사회복지정책 24:173-199.

이혜경(1993). 『한국인의 주관적 계층인식』, 사회과학연구, 8:77-96.

장지연, 양수경(2007). 『사회적 배제 시각으로 본 비정규 고용』, 노동정책연구, 7(1):1-22.

조동기(2006). 『중산층의 사회인구학적 특성과 주관적 계층인식』, 한국인구학 29(3):89-109.

최령, 박재용, 황병덕(2013). 『소득계층과 주관적 계층인식에 따른 의료이용: 한국의료패널자료를 중심으로』, 보건과 사회과학, 33:85-107.

한국노동조합총연맹 등(2016). 『비정규직 권리보장 입법과제 어떻게 해결할 것인가?』, 20대 국회 비정규직 입법과제 대토론회, 2016. 8. 29.

Cannon. L.W.(1980). “On the Absolute or Relative Basis of Perception: The Case of Middle Class Identification”, *Social Indicator Research* 8(3): 347-63.

Goodin, Robert E.(1987). “Not only the Poor”, *Allen & Unwin*, 7-8.

Hurst, J.(1994). “The NHS reforms in an international context, Reforming Health Care Systems, Culyer, A. J. Wagstaff, A. E(ed.)”, *dward Elgar*, 26-34.

Idler EL, Benyamini Y.(1997). “Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies”, *Journal of Health and Social Behavior*, 38:21-37.

Le Grand, J. Robinson, R.(1984). "The Economics of Social Problems", *Macmillan Press*, 9-13.

Le Grand, J.(1982). "The Strategy of Equity", *Allen&Unwin*, 23-24.

Schreiber, E.M. and G.T. Nygreen.(1970). “Subjective Social Class in America: 1945-1968”, *Social Forces,* 48:348-55.

van Doorslaer, Eddy, Adam Wagstaff, Han Bleichrodt, Samuel Calonge, Ulf-G, Gertham, Michael Gerfin, Jose Geurta, Lorra Gross, Unto Hakkinen, Robert E. Leu, Owen O'Donnell, Garol Propper, Frank Puffer, Marisol Rodriguez, Qun Sundberg, and Olaf Wnkelhake(1997). “Income-related inequalities in health: Some international comparisons”, *Journal of Health Economics*,16;93-112.

van Doorslaer E, Koolaman X,(2004). “Explaining the differences in income related health inequalities across Eurpean Countries”, *Health Economics,* 13(7);609-628.