

청년층 의료이용 양상: 1인 가구 청년과 동거 가구 청년 간 비교를 중심으로

임 유 나
(서울대학교)

조 윤 민
(서울대학교)

이 태 진*
(서울대학교)

본 연구는 1인 가구 청년과 동거 가구 청년의 의료이용 양상을 비교하여 가구 유형에 따른 청년층의 의료이용 관련 특징을 살펴보고자 하였다. 분석을 위해 한국의료패널 데이터를 활용하였으며 20~39세 이하 미혼자 2,342명을 연구 대상으로 정의하였다. 가구 유형 이외에 의료이용에 영향을 미칠 수 있는 요인들을 효과적으로 통제하기 위하여 성향점수매칭을 수행하였고, 투파트 모델(Two-Part Model)을 이용하여 의료이용 여부와 의료이용량을 추정하였다. 분석 결과, 청년층 의료이용에서 1인 가구 청년의 의료이용 오즈가 동거 가구 청년보다 낮게 나타났다(오즈비: 0.77). 경제적 이유 및 방문시간 제한으로 인한 미충족 의료이용 경험에 관한 분석에서는 1인 가구 청년이 동거 가구 청년보다 미충족 의료이용을 경험할 오즈가 약 1.8배 높은 것으로 나타났다. 경제활동 상태별 하위군 분석 결과 경제활동 중 1인 가구를 기준으로 학업 중 1인 가구 청년이 의료를 이용할 오즈가 더 낮았고, 취업/진학 준비 중인 1인 가구 청년의 경우에도 의료를 이용할 오즈가 더 낮게 나타났다. 연구 결과로 도출된 1인 가구 청년과 동거 가구 청년 간 의료이용 양상의 차이는 가구 유형이 의료이용과 미충족 의료 경험에 영향을 미칠 수 있는 요인임을 시사한다. 본 연구는 그동안 보건학적 관심 대상에서 비교적 논의가 부족했던 청년층의 의료이용에 대해 실증적으로 분석하였다는 것에 의의가 있다.

주요 용어: 청년, 1인 가구, 가구 유형, 의료이용, 의료비 지출

본 논문은 제10회 한국의료패널학술대회에서 발표한 내용을 수정·보완한 것이다.

* 교신저자: 이태진, 서울대학교(tjlee@snu.ac.kr)

■ 투고일: 2019. 4. 27. ■ 수정일: 2019. 8. 6. ■ 게재확정일: 2019. 8. 9.

I. 서론

지난 몇 년간에 걸쳐 우리나라의 가족 구성원은 많은 변화를 겪어왔다. 특히 주목할 만한 변화는 1인 가구의 가파른 상승세이다. 과거 1인 가구는 크게 주목할 만한 가구 유형이 아니었지만 2000년 이후 1인 가구가 전체 가구에서 차지하는 비중이 점차 늘어나고 있다. 통계청에 따르면 1980년 전국 총 가구 중 1인 가구의 비중은 4.81%에 불과했지만 1990년 8.99%, 2000년 15.54%, 2010년 23.89%까지 증가하였고 최근 통계에 따르면 2015년도 기준 전국 총가구 수의 27.23%가 1인 가구인 것으로 나타났다(통계청, 2015). 이러한 1인 가구 수는 꾸준한 증가 추세를 보일 것으로 예상되고 있는데 2025년에는 전체 가구 구성 중 30% 이상이 1인 가구일 것으로 예측되고 2035년에는 약 35%까지 1인 가구가 증가할 것으로 전망되고 있다(통계청, 2015).

1인 가구 증가가 전체적으로 증가함에 따라 과거 노인층에 집중되었던 1인 가구는 전 세대로 확대되는 추이를 보이고 있다(김종숙 등, 2014). 2015년을 기준으로 연령대에 따라 1인 가구 비율을 구분해보면 20대와 30대가 각각 17.0%, 18.3%로 다른 연령대(40대 16.3%, 50대 16.9%, 60대 12.8%, 70대 이상 17.5%)에 비교해 청년층에서 상대적으로 1인 가구 비중이 높은 것으로 나타났다(통계청, 2015). 이러한 청년 1인 가구의 증가 양상은 결혼 관련 가치관의 변화와 만혼화 경향, 노동시장 경쟁 구조에 기인한 수도권 중심의 취업형 단독가구 형성, 한국의 교육 환경과 관련된 학업 및 진학을 위한 단독가구 형성 등 다양한 사회경제적 요인과 맞물려 나타난 것으로 진단되고 있다(변미리, 2008; 배영 등, 2015). 다양한 사회경제적 측면을 반영한 청년 1인 가구의 형성은 이전과 다른 환경에 따른 재정적·정서적 지지 등 가족 자원의 획득이나 생활 양식의 변화를 의미할 뿐 아니라 개인의 삶에 경제적, 사회적 변화가 일어날 가능성 또한 높음을 의미한다(반정호, 2012).

가구 유형의 변화는 생활 양식을 변화시키고 건강 행태에도 영향을 미칠 가능성이 존재한다(탁영진 등, 2013). 1인 가구 청년은 동거 가구 청년에 비해 불규칙한 생활습관, 식습관 등 건강 행태에 비교적 높은 위험을 지니고 있는 것으로 나타났으며 흡연율, 음주율, 우울 의심률, 자살 생각 등이 높은 것으로 보고되었다(강은나 등, 2016). 또한, 1인 가구 청년의 빈곤율이 동거 가구 청년의 빈곤율보다 더 높게 나타났는데(김태완 등, 2017), 청년층의 경제적 빈곤은 식습관을 포함한 건강습관에 악영향을 미치며 비만,

심혈관계 질환 등의 만성질환을 초래할 가능성이 높은 것으로 나타났다(김혜련, 2013). 1인 가구의 건강 행태에 부정적인 영향을 미치는 또 다른 원인으로는 원 가족으로부터 분리되어 단독가구를 형성한 경우 가족으로부터 받던 직접적인 제재의 부재가 건강 행태에 영향을 미칠 수 있는 요인으로 추측되기도 한다(김아린, 2018). 건강 행태뿐만 아니라 심리적으로도 1인 가구 청년은 취약한 상태에 놓여있는 것으로 보인다. 1인 가구의 생활 실태를 조사한 연구(정경희 등, 2012)에 따르면 1인 가구 청년은 외로움, 경제적 불안감, 안전에 대한 우려 등 생활상 어려움을 동거 가구 청년에 비해 더 많이 경험하는 것으로 나타났다.

이처럼 1인 가구의 생활 환경이 청년층의 건강을 위협할 수 있으며 최근 청년들에게서 질병의 조기 발병 사례가 증가하고 있지만 1인 가구 청년의 의료이용 양상을 고찰한 연구는 부족한 실정이다. 특히 가구 유형별 의료이용에 관한 연구는 주로 건강상태가 취약한 시기인 노인 1인 가구에 집중되어 있었으며(김진구, 2008; 김영선, 2012; 이원식, 2018; 이윤환, 2012; 황연희, 2011) 일반적으로 건강한 집단이라고 인식되는 청년층의 건강에 대한 관심은 상대적으로 적었다. 생애 주기적 관점에서 가장 건강하고 따라서 가장 의료이용이 적을 것으로 예상되는 집단이라 하더라도 최근 청년층의 건강 문제가 꾸준히 제기되고 있다는 점에서 청년층 의료이용 연구에 대해 더 많은 관심을 기울일 필요가 있다. 따라서 본 연구에서는 건강 문제에 있어 취약계층이 될 가능성이 높은 1인 가구 청년을 둘러싼 문제가 무엇인지 판단하고, 그들의 건강 행태와 의료이용에 있어 어떤 어려움이 있는지를 살펴보고자 한다.

본 연구의 목적은 청년들의 의료이용 관련 문제를 파악하고 가구 유형에 따른 의료이용 양상을 분석하는 데 있다. 1인 가구 청년과 동거 가구 청년의 의료이용에 영향을 미치는 요인으로는 개인의 특성뿐 아니라 가구의 특성이 존재할 수 있고, 이는 두 집단 사이에 서로 다르게 나타날 것이며 이로 인해 의료이용의 양상에도 차이가 존재할 수 있을 것이다. 또한 청년층 의료이용 양상을 보다 세부적으로 분석하기 위해 경제활동 상태와 소득분위별 하위그룹을 지정하여 각 그룹별로 가구 유형의 차이가 의료이용에 미치는 영향이 다르게 나타나는지 확인하고자 한다. 이를 통해 본 연구는 가구 유형의 차이로 인해 1인 가구 청년과 동거 가구 청년 간 의료이용 양상이 다르게 나타나는지를 실증적으로 확인해보고자 한다.

II. 이론적 배경

의료이용은 본인의 건강에 대한 개인의 선택에 의해서만 결정되는 것이 아니며, 개인의 특성 및 외부적 요인들이 복합적으로 작용하므로 개인과 개인을 둘러싼 요인을 고려할 필요가 있다(이현경 등, 2014). 1인 가구를 둘러싼 건강 문제, 의료이용 등에 있어 이러한 관점을 개인이 형성하는 집단인 가구에 적용한다면, 개인과 개인이 가구로부터 받는 영향을 모두 고려할 수 있을 것이다. 개인은 가구원과의 지속적인 상호작용을 통해 가구의 특성을 형성하게 되며, 이때 개인의 특성은 개인뿐 아니라 가족 구성원의 특성의 영향을 받게 된다. 즉, 동일한 특성을 가진 개인일지라도 가구원과의 상호작용으로 인해 발생하는 차이가 존재할 수 있다는 것이다(김석선 등, 2016).

이처럼 의료이용에 있어 개인적 요인과 외적 요인 등 다양한 요인을 고려하는 사회생태학적 모형은 의료이용과 관련된 요인을 예측하는 분석의 틀로서 주로 활용되며, 대표적인 모형이 앤더슨의 앤더슨 모델(Andersen Model or Behavioral Model of Health Service Utilization)이다. 앤더슨 모델에 의하면 의료이용을 결정하는 요인으로는 선행 요인(Predisposing factors), 가능 요인(Enabling factors), 필요 요인(Need factors) 등이 있다(Andersen, 1995). 본 연구에서도 앤더슨 모형에 기초하여 1인 가구 청년의 의료이용에 영향을 미치는 요인을 고려하고자 하며 이를 선행 요인(Predisposing factors), 가능 요인(Enabling factors), 필요 요인(Need factors)으로 구분하여 살펴보고자 한다.

가구 유형의 변화로 인해 발생하는 사회적 관계 및 가구 유형의 차이는 개인의 건강행태에 영향을 미치는 중요한 환경적 요인 중 하나이다(Umberson, 1987; Umberson et al., 2010). 지금까지의 연구는 주로 개인의 생활습관이나 개인의 건강행태에 영향을 주는 요인에 관한 연구가 많았다. 그러나 개인을 둘러싼 환경은 개인의 건강을 결정하는데 중요한 요인으로 작용하고(김승연 등, 2013), 가족의 구조적 특징은 건강행태에 영향을 줄 수 있으므로(Pratt, 1971; Denny, 2010) 가구 유형이라는 개인이 직면한 새로운 특성이 건강과 의료이용에 미치는 영향을 살펴볼 필요성이 제기된다.

1인 가구의 증가, 독거 가구 형성의 배경과 관련하여 우리가 주목해야 할 점은 이런 특성을 가진 사람들이 동거 가구보다 자원의 부족, 통제 불가능성 및 불확실성을 지속적으로 겪는 불안정한 삶을 경험하고 있다는 것이다. 1인 가구는 가족과 떨어져 지내며 가족으로부터 얻을 수 있는 경제적, 정서적 자원으로부터 박탈되어 있고 이로 인해 자신

의 삶을 자신 스스로 통제할 수 없다는 생각에 빠지기 쉬우며 미래에 대한 불확실성을 안고 살아간다(문정화 등, 2016). 1인 가구가 꾸준히 증가하고 있는 현시점에서, 1인 가구의 취약성을 파악하고 1인 가구가 의료이용을 경험하는 과정에서 겪는 어려움 등을 확인하는 과정은 급증하는 1인 가구 청년의 건강을 유지하고, 향상시키는 방안을 찾는 데 도움이 될 것이다.

가구 유형에 따른 건강 관련 연구를 살펴보면, 청년층의 경우 가구 및 거주 유형이 건강 행위, 식생활과 영양, 음주와 흡연, 수면 습관 등에 영향을 미치는 요인으로 나타났다(송혜림 등, 2018, 이여봉, 2017; 김승대 등, 2013; 최미경 등, 2000). 한편, 미충족 의료 경험에 영향을 주는 요인으로서 가구 유형에 주목한 연구도 있었다(서남규 등, 2016). 이 연구에서는 의료이용을 결정할 때는 개인의 건강과 경제적 능력뿐만 아니라 시의적절한 정보의 제공과 의사결정에 대한 뒷받침이 필요함을 주장하며 1인 가구는 다른 가구 유형과 달리 가족의 돌봄과 지지를 받기 어렵다는 제한점을 제시하였다. 연구 결과 실제로 2인 부부 가구와 비교하면 1인 가구와 기타 가구 유형에서 미충족 의료 경험 가능성이 컸고, 미충족 의료가 발생하는 요인에 의료비 지불 능력과 가구 유형이 중요한 영향요인으로 작용하였다.

Diaz 등(2013)의 연구에서는 가족의 지원이 의료이용 빈도에 미치는 영향에 대해 살펴보았는데, 정보적 지원, 재정적 지원, 정서적 지원 중 정보적 지원 측면에서는 건강 관련 문제에 관해 가족과 상담하는 빈도, 정서적 지원 측면에서는 개인이 아플 때 가족들이 정서적으로 지원해 주는지가 의료이용의 빈도에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 가족 지지의 상위 개념인 사회적 지지 개념은 건강에 긍정적인 영향을 미치는 것으로 오랜 기간 연구되어 왔다(Taylor et al., 1997). 사회적 지지는 도구적, 정보적, 정서적 지지를 포함하는 개념이며 가족, 친구, 이웃 등으로부터의 도움이나 지원을 의미한다(Collins, 2008). Emmering 등(2018)의 연구에서도 가족과 같은 친밀한 집단에서 사회적 자본을 결속하고 다른 사람들과 사회적 자본을 연결하는 것이 주관적 정신건강, 신체 건강, 건강 행태, 건강관리 및 사망률과 관계가 있음을 보여주었다. Dupertuis 등(2001)의 연구에서는 사회적 지지의 대표적 형태인 가족 지지와 친구 지지의 차이점에 대해서 고찰하였다. 가족이나 친구와의 상호작용에 있어 지지의 신뢰성, 지지의 만족도 측면이 서로 다른 성향을 보였는데 정신적 측면에서는 친구의 지지가, 신체적 필요나 신체적 문제가 발생했을 경우는 가족의 지지가 더 큰 영향을 미쳤다.

Umberson(1987)의 연구에서는 혼인상태나 가정을 꾸리는 일이 사망률에 미치는 영향은 대체로 사회적 통합이나 사회적 지지의 긍정적 효과에서 기인함을 언급하였다. 또한 Umberson은 가족 관계가 건강 행동에 미치는 영향에 대한 기전을 사회적 통제 개념을 활용하여 설명하였으며 사회적 통제에 영향을 받은 개인의 건강 행동이 건강 결과에 미치는 영향에 대한 개념적 틀을 제시하였다. 위 연구에 따르면 사회적 통제에 관한 선행 문헌들은 개인행동의 사회적 통제가 일어나는 두 가지 주요한 방법을 제시하는데, 첫 번째는 전통적인 행동이나 규범의 내면화를 통한 내적 영향을 통한 방법이고(Hirschi, 1969; Nye, 1958; Parsons, 1951), 두 번째는 정해진 틀을 벗어나거나 비정상적으로 정의된 행동에 대한 제재의 형태로 나타나는 외부적 영향을 통한 방법이다(Nye, 1958; Parsons, 1951). Umberson 연구에서는 가족 관계가 건강 행동에 대한 규범의 내부화에 영향을 미치고, 건강 행동에서 벗어난 행동에 대한 비공식적인 제재를 가하며 건강한 행동을 유도함으로써 직간접적으로 건강 행동의 사회적 통제를 제공한다고 주장하였다.

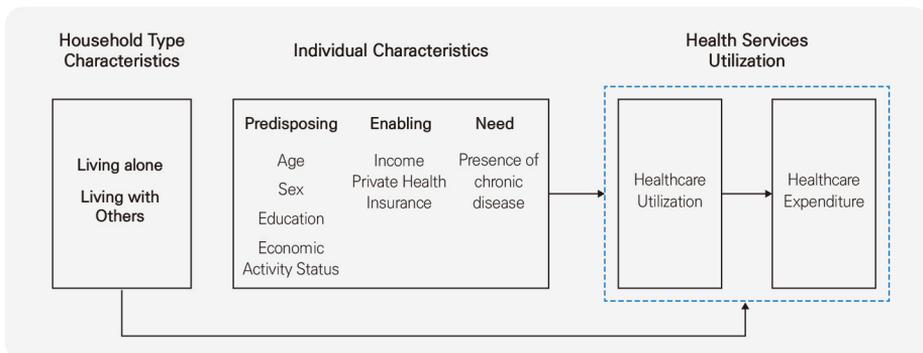
또한 Putnam(2000)의 연구에서는 개인이 가족, 지역사회에 통합되는 정도가 높을수록 질병을 갑작스럽게 경험하거나 사망할 가능성이 낮다는 결과를 제시했으며, 가족과 가까운 관계를 맺고 친구들과의 사회적 관계를 지속하는 등의 소속감을 느낄 수 있는 경험을 할 경우 사회적으로 보호 효과가 발생할 수 있음을 입증하였다. Hendryx 등(2002)의 연구에서는 사회적 지지에 따라 보건의료에 대한 접근성에 차이가 존재하는지를 밝히고자 하였는데, 연구 결과 사회적 지지가 보건의료 서비스 접근성에 미치는 영향력은 유의하게 나타났으며 가족, 친구, 이웃 등의 사회적 지지 수준이 높을수록 보건의료 접근성과 관련된 부정적인 문제들은 낮게 나타나는 결과를 보였다. Rodriguez-Artalejo 등(2006)의 연구에서는 사회적 지지와 재입원에 관한 연구를 수행했다. 이 연구에서는 가족 유형, 가족 관계 상태, 가족과 연락하는 빈도, 집에서 혼자 머무르는 시간 등을 고려하여 사회적 지지를 측정하였고, 결혼했거나, 가족과 함께 거주하거나, 동거인이 있거나, 가족과의 연락 빈도가 높고 집에 혼자 머무르는 시간이 2시간 보다 작을 경우 사회적 지지 수준이 높은 것으로 간주하였다. 연구 결과 사회적 지지의 수준이 낮거나 중간인 경우 사회적 지지가 높은 그룹에 비해 퇴원 후 재입원을 할 가능성이 높게 나타났으며 사회적 지지의 수준이 높을 경우 퇴원 후 재입원을 할 가능성이 낮게 나타났다.

가족 내에서 도움이 필요한 사람은 도움을 제공할 사람이 없는 1인 가구보다 도움을 받을 가능성이 높기 때문에(Dew et al., 1991; Vogel et al., 2007) 가족의 정서적, 정보적, 재정적 지원이 개인이 가지고 있는 사회경제적 특성과 의료이용 사이의 연결 고리로서 제시되기도 하였다(Diaz et al., 2013). 또한 개인이 질병의 증상을 경험하게 되면 전문가의 도움을 구하기 이전에 먼저 가족 등의 사회적 네트워크의 도움을 요청하게 되고(Horwitz, 1977), 가족은 질병을 경험하는 개인에게 정서적, 정보적, 재정적 지원을 제공할 가능성이 높으므로(Seeman, 1996; House et al., 1988) 가족의 지지가 개인의 건강행태 및 의료이용을 결정함에 있어 중요한 역할을 수행하며, 가족 구성원의 지원이 건강에 있어 긍정적인 역할을 할 수 있다는 것은 합리적인 예측이 될 것이다(Diaz et al., 2013).

Lau 등(1990)의 연구에서는 개인이 성인이 된 이후 분가를 할 경우에도 의료이용이나 건강 신념에 대한 가족 내에서의 사회화가 지속적인 영향을 미친다는 결과를 보였으며, 가족 내에서의 사회화 및 태도의 내재화 및 신념은 의료이용 결정 및 건강 관련 의사결정 행동을 형성할 수 있음을 제시하였다(Kawachi et al., 1999).

이처럼 가족 관계는 사회적 지지, 사회적 통제 차원에서 건강행태나 의료이용에 영향을 미치는 요인으로 작용할 수 있다. 가족과 떨어져 사는 1인 가구의 경우 가족으로부터 받을 수 있는 외부적 영향(정해진 틀을 벗어난 불건강 행동에 대한 제재)이 감소할 수 있고 이는 다양한 식습관, 운동에서부터 의료서비스 이용까지 다양한 건강 행동에 영향

그림 1. 연구의 개념적 틀



자료: Andersen(1995). Anderson Model을 연구 목적에 맞게 수정하여 활용함.

을 미칠 수 있다. 이에 본 연구에서는 앤더슨 모델을 기초로 하여 가구 유형(가족과 동거/비동거)이 개인의 의료이용에 미치는 영향을 고려한 연구의 개념적 틀을 설정하였다(그림 1).

III. 연구 방법

1. 연구 대상 및 자료원

본 연구의 연구 대상인 청년층은 20세 이상 39세 이하 미혼자로 조작적 정의하였다. 선행연구 고찰을 통해 기혼자의 가구 형태는 일부 예외적인 경우를 제외하고 대부분 2인 가구 이상인 점과 미혼자와 기혼자의 생활 양식이 다르다는 점(Noh et al., 2017)을 고려하여 연구 대상에서 기혼자를 제외하였다. 청년층을 대상으로 하는 선행연구를 기반으로 본 연구에서는 2016년을 기준으로 20~39세에 해당하는 청년층 2,342명을 분석 대상으로 선정하였다. 1인 가구 청년으로 한국의료패널조사에서 가구원 수가 1인이라고 응답한 개인과 가구 내에 직업준비/취미활동, 직장, 교육/보육, 가출/별거를 사유로 가족과 살고 있지 않은 비동거 가구원을 포함하였다.

자료원은 한국보건사회연구원과 국민건강보험공단이 공동으로 주관하는 한국의료패널 연간데이터를 활용하였다. 한국의료패널은 조사된 가구 및 가구원의 인구 사회학적 특성, 의료이용 및 의료비 지출 내용, 의료보장 형태 및 민간보험 가입 여부 등에 대한 설문문을 포함하고 있어 의료이용행태, 의료비 지출 수준과 원인 등을 분석하기에 적합한 자료이다. 본 연구에서는 2016년에 조사된 가구 및 가구원 통합데이터를 분석에 활용하였다.

2. 분석 방법

본 연구는 1인 가구 청년의 의료이용에서 가구 유형과 청년층의 특징이 어떠한 방식으로 결합하여 나타나고 있는지 그 특성을 파악하고 1인 가구 청년의 의료이용 관련

특징들을 분석하는 데 목적이 있다. 이를 위해 본 연구에서는 단순히 1인 가구 청년의 절대적인 의료이용 수준 변화를 분석하는 것에서 벗어나 동거 가구 청년이라는 통제 집단을 설정하여 동거 가구 청년 대비 1인 가구 청년의 의료이용 수준의 상대적인 변화를 분석하여 1인 가구 청년의 의료이용 특성을 파악하고자 하였다.

따라서 본 연구에서는 1인 가구 여부 이외에 의료이용에 영향을 미칠 수 있는 요인을 효과적으로 통제하기 위하여 성향점수매칭방법(propensity score matching, PSM)을 활용하였다. 성향점수매칭(PSM)은 Rosenbaum과 Rubin(1983)에 의해 제안된 방법으로 실험군과 대조군 선정에서 나타날 수 있는 선택편향을 줄이기 위해 성향점수를 기준으로 대조군을 대응하는 방법이다(김진현 등, 2018). 성향점수(Propensity Score, PS)는 공변량들의 확률값으로 로지스틱 회귀분석을 통해 도출하게 되며(Austin, 2011) 본 분석에서는 성별, 연령, 교육수준, 경제활동 상태, 민간보험 가입 여부, 가구 내 실제 가구원 수를 보정한 가구 소득, 만성질환 개수를 성향점수 추정을 위한 공변량으로 고려하였다. 추정된 성향점수를 바탕으로 실험군(1인 가구 청년)과 대조군(동거 가구 청년)의 1:2 캘리퍼 매칭(Caliper Matching)을 수행하였다. 캘리퍼 매칭은 매칭 대상간 성향점수 차이가 정의한 캘리퍼 범위 안에 포함될 때 매칭을 시행하는 방법으로, 캘리퍼는 추정된 성향점수의 표준오차의 1/5에 해당하는 값으로 정의하였다. 매칭의 정확도를 확인하기 위하여 범주형 변수는 카이제곱 검정, 연속형 변수는 Wilcoxon-Mann-Whitney 검정을 수행하였으며, 이를 통하여 매칭 전후 대상군 간 인구 사회학적 특성이 차이를 보이는지 확인하였다.

성향점수매칭 이후 1인 가구 여부가 청년층의 의료이용에 미치는 영향을 확인하기 위해 의료이용 여부와 의료이용량을 종속변수로 한 다중회귀분석을 시행하였다.

3. 통계 분석

의료이용은 일부 인구에 집중되는 현상으로 인해 다수의 0의 값이 포함되고 오른쪽으로 꼬리가 긴 형태의 분포를 보이는 특징을 가진다. 이로 인해 의료비 지출은 선형관계를 가정하고 분석하게 되면 회귀분석의 기본 가정인 오차항의 정규성, 등분산성이 위배될 가능성이 매우 크다.

의료비 지출의 특성을 보완하기 위해 로그 변환을 시행할 수 있는데, 로그 변환 시

오른쪽으로 꼬리가 긴 형태가 짧아지고 이상치(outlier)의 영향이 줄어든다. 그러나 로그 변환 시 의료이용을 하지 않은 관측값들이 문제가 될 수 있는데 이를 해결하기 위해 모든 관측값에 $\log(\text{의료비지출}+1)$ 을 취하거나 two-part model을 활용하여 분석할 수 있다(Lachenbruch, 2002). 본 연구에서는 의료이용 여부에 대한 의사결정 단계 및 최초 의료이용 여부와 그 후 의료이용량을 결정하는 요인이 다를 것이라는 가정에 따라 1인 가구 여부와 기타 의료이용의 결정요인이 의료이용 여부와 의료이용량에 미치는 영향을 분석하기 위해 투파트 모델(Two-Part Model) 분석을 시행하였다.

본 연구의 분석 모형은 1인 가구 여부가 청년층 의료이용에 미치는 영향을 파악하기 위한 것으로, 의료이용 여부를 추정된 후 의료이용이 한 번이라도 있는 대상을 한정하여 의료이용량을 추정하였다.

1인 가구 여부가 청년층 의료이용에 미치는 영향

$$\log\left(\frac{p(y_i > 0)}{1 - p(y_i > 0)}\right) = \beta_0 + \beta_1 \text{onehh}_i + \beta_2 \text{COVs} + e \dots \mathbf{1^{st} Part}$$

$$y_i | y_i > 0 = \beta_0 + \beta_1 \text{onehh}_i + \beta_2 \text{COVs} + e \dots \mathbf{2^{nd} Part}$$

또한 청년층 의료이용의 양상을 보다 상세하게 살피기 위해 미충족 의료 영향요인을 추가적으로 분석하고자 하였다. 미충족 의료란 일반적으로 '환자가 의료이용을 원하거나 의료 전문가의 기준으로 의료이용이 필요하다고 판단하였지만 환자가 받지 못한 의료서비스를 의미한다(신영진, 2015). 한국의료패널에서는 치과 치료 및 치과 검사를 제외하고 지난 1년간 병·의원 치료 또는 검사를 받아 볼 필요가 있었으나 받지 못한 적이 한 번이라도 있었는지를 통해 미충족 의료 경험 여부를 묻고 있으며, 미충족 의료를 경험한 적이 있는 사람을 대상으로 미충족 의료에 대한 원인을 추가적으로 파악한다. 본 연구에서는 한국의료패널이 조사한 미충족 의료 경험 여부를 종속변수로 하여 로지스틱 회귀분석을 수행하였으며 미충족 의료 발생 원인에 있어 특히 경제적 이유(치료비용 부담)와 방문시간 제한으로 인해 의료이용을 받지 못한 경우를 미충족 의료를 경험한 군으로 설정하였다.

그 밖에도 청년층 의료이용 양상을 세부적으로 분석하기 위하여 경제활동 상태와

소득분위별 하위 그룹을 지정하여 각 그룹별로 1인 가구 여부가 의료이용에 미치는 영향이 다르게 나타나는지 확인하고자 하였다. 청년층은 앞서 언급했듯이 한 집단 내에서도 다양한 특성이 나타나는 집단이다. 이러한 집단 내에서 경제활동 중인 청년과 학업 중, 진학/취업 준비 중인 청년을 구분해서 살펴보는 것은 청년 집단 안에서도 어떠한 집단이 의료이용에 있어 취약한 집단인지, 어떠한 집단이 사회적으로 주목해야 할 필요가 있는 집단인지를 살펴볼 수 있다는 점에서 의미가 있다. 또한 소득수준은 의료이용 접근성에 대한 장벽으로 작용할 수 있으며 이러한 가능성은 건강의 계층 간 격차를 더욱 악화시키는 요인으로 작용할 수 있다. 따라서 본 연구에서는 1인 가구 청년의 특성을 다차원적으로 살펴보기 위해 경제활동 상태와 소득분위별로 교호항을 이용한 분석을 시행하였으며, 각 그룹별로 의료이용에 미치는 영향이 다르게 나타나는지를 살펴보고자 하였다.

본 연구에서 사용한 독립변수와 종속변수 및 그 정의는 <표 1>과 같다. 주요 설명변수의 경우 가구 유형에 따른 의료이용 양상을 확인하고자 하였으므로 1인 가구 여부로 설정하였다. 종속변수는 의료이용 여부와 개인 의료비이며 개인 의료비는 로그로 변환한 변수를 활용하였다. 의료이용 여부는 한 번 이상 의료서비스를 이용할 경우 의료이용을 한 것으로 측정하였으며, 의료이용량은 의료비를 이용하여 추정하였다.

표 1. 변수의 정의

변수	정의	
의료이용 여부 ¹⁾	0 = 개인 의료비가 0인 경우 1 = 개인 의료비가 0보다 큰 경우	
종속변수	개인 의료비(로그 변환)	의료이용이 있는 개인을 대상으로 개인 의료비를 자연로그 변환하여 산출
	미충족 의료이용 경험	0 = 경제적 이유 및 방문시간 제한으로 인한 미충족 의료 경험 없음 1 = 경제적 이유 및 방문시간 제한으로 인한 미충족 의료 경험 있음
주요 설명변수	가구 유형 1인 가구 여부	0 = 동거 가구 1 = 1인 가구
	통제변수 선행 요인 연령	1 = 20-24세 2 = 25-29세 3 = 30-34세 4 = 35-39세

변수	정의	
성별	0 = 남성 1 = 여성	
교육수준	1 = 고등학교 졸업 이하 2 = 대학교 재학 중(재학, 휴학, 수료) 3 = 대학교 졸업 이상	
경제활동 상태	1 = 학업 중 2 = 진학/취업 준비 3 = 경제활동 중	
가구 소득	연간 가구 소득/√가구원수	
가능 요인	가구 소득 5분위	1 = 1분위 2 = 2분위 3 = 3분위 4 = 4분위 5 = 5분위
	민간의료보험 가입 여부	0 = 민간 의료보험 가입하지 않음 1 = 민간 의료보험 가입
필요 요인	만성질환 개수	0 = 만성질환 0개 1 = 만성질환 1개 2 = 만성질환 2개

본 연구의 분석은 한국의료패널 2008-2016 연간데이터(beta version 1.5) 자료 중 2016년도 자료를 활용하였으며 분석을 위한 통계패키지는 SAS software 9.4. 및 STATA 13을 이용하였다.

IV. 연구 결과

1. 연구대상자의 특성 및 매칭결과

1인 가구 청년과 동거 가구 청년의 매칭 전후 인구 사회학적 특성은 <표 2>와 같다.

1) 한국의료패널 설문 조사 항목 중 의료이용 여부에서 방문 목적이 미용/성형/비만인 경우는 분석 대상에서 제외함

매칭 전 대상자는 총 2,342명으로 1인 가구 청년은 486명, 동거 가구 청년은 1,856명이었다. 매칭 후 대상자는 총 1,458명으로 1인 가구 청년이 486명, 동거 가구 청년이 972명이었다.

매칭 전 1인 가구 청년 성별의 비율은 남성이 52.7%, 여성이 47.3%이며, 동거 가구 청년은 남성이 51.2%, 여성이 48.8%이다. 연령은 1인 가구 청년의 경우 20-24세가 50.4%로 다른 연령 구간에 비해 가장 높은 비율을 보였으며, 동거 가구 청년의 경우에도 20-24세가 40.0%로 가장 높은 비율을 보였고 그 다음으로는 25-29세가 31.3%, 30-34세가 17.8%, 35-39세가 10.9%의 비율을 보였다. 교육수준의 경우 1인 가구 청년은 고등학교 졸업 이하 비율이 10.5% 동거 가구 청년은 17.5%로 동거 가구 청년의 고등학교 졸업 이하 학력의 비율이 7%p 더 높았다. 대학 재학 비율은 1인 가구 청년이 56.4%, 동거 가구 청년이 35.8%로 1인 가구 청년의 대학 재학 비율이 20.6%p 더 높았고, 대학 졸업 이상의 경우에는 1인 가구 청년이 33.1%, 동거 가구 청년이 46.7%로 동거 가구 청년의 비율이 13.6%p 더 높았다.

경제활동 여부에서는 학업 중인 1인 가구 청년의 비율이 55.3%, 동거 가구 청년의 비율이 31.7%로 학업 중인 1인 가구 청년의 비율이 23.6%p 더 높았으며, 진학/취업 준비의 경우에는 1인 가구 청년의 비율이 13.4%, 동거 가구 청년의 비율이 18.5%로 동거 가구 청년의 비율이 5.1%p 더 높았다. 경제활동 중인 청년의 비율은 1인 가구 청년이 31.3%, 동거 가구 청년이 49.8%로 동거 가구 청년의 경제활동 비율이 18.5%p 더 높았다.

민간보험 가입 여부에서는 1인 가구 청년이 83.7%로 동거 가구 청년의 78.9%보다 4.8%p 더 높았으며, 만성질환 개수의 경우에는 매칭 전에도 1인 가구 여부에 따라 통계적으로 유의한 차이를 나타내지는 않았다.

연령, 교육수준, 경제활동 여부, 가구 연간 소득분위, 민간보험 가입 여부 변수가 매칭 전 통계적으로 유의한 차이를 보였지만 매칭 후에는 유의한 차이를 보이지 않았다. 즉, 매칭 전에는 1인 가구 여부에 따라 차이를 보였던 변수들이 매칭 후에 크게 차이를 보이지 않은 것을 통해 매칭이 잘 이루어졌음을 알 수 있다.

표 2. 연구 대상의 인구 사회학적 특성 - 매칭결과

변수	매칭 전				p-value	매칭 후				
	1인 가구 N=486명		동거 가구 N=1,856명			1인 가구 N=486명		동거 가구 N=972명		
	n	(%)	n	(%)		n	(%)	n	(%)	
성별										
남자	256	(52.7)	950	(51.2)	0.5586	256	(52.7)	511	(52.6)	0.9860
여자	230	(47.3)	906	(48.8)		230	(47.3)	461	(47.4)	
연령										
20-24세	245	(50.4)	742	(40.0)	<0.0001	245	(50.4)	537	(55.3)	0.1338
25-29세	153	(31.5)	580	(31.3)		153	(31.5)	250	(25.7)	
30-34세	55	(11.3)	331	(17.8)		55	(11.3)	113	(11.6)	
35-39세	33	(6.8)	203	(10.9)		33	(6.8)	72	(7.4)	
교육수준										
고졸 이하	51	(10.5)	324	(17.5)	<0.0001	51	(10.5)	104	(10.7)	0.8817
대학재학 중	274	(56.4)	665	(35.8)		274	(56.4)	558	(57.5)	
대졸 이상	161	(33.1)	867	(46.7)		161	(33.1)	310	(31.8)	
경제활동 여부										
학업 중	269	(55.3)	588	(31.7)	<0.0001	269	(55.3)	561	(57.8)	0.3737
진학/취업 준비	65	(13.4)	343	(18.5)		65	(13.4)	107	(10.9)	
경제활동 중	152	(31.3)	925	(49.8)		152	(31.3)	304	(31.3)	
가구연간 소득수준										
Mean±SD	3,815만 원 ±9666		3,347만 원 ±1817		0.0556	3,815만 원 ±9666		3,231만 원 ±1940		0.7558
Median (1Q, 3Q)	2,980만 원 (2000, 4000)		3,030만 원 (2202, 4112)			2,980만 원 (2000, 4000)		2,920만 원 (2110, 4000)		
1분위	37	(7.6)	57	(3.1)	<0.0001	37	(7.6)	54	(5.5)	0.4884
2분위	63	(12.9)	243	(13.1)		63	(12.9)	126	(13.0)	
3분위	102	(21.0)	408	(22.0)		102	(21.0)	214	(22.0)	
4분위	135	(27.8)	528	(28.4)		135	(27.8)	294	(30.3)	
5분위	149	(30.7)	620	(33.4)		149	(30.7)	284	(29.2)	
민간보험 가입여부										
가입	407	(83.7)	1,464	(78.9)	0.0172	407	(83.7)	809	(82.8)	0.7968
미가입	79	(16.3)	392	(21.1)		79	(16.3)	163	(17.2)	
만성질환 개수										
0개	369	(75.9)	1434	(77.5)	0.5330	369	(75.9)	733	(75.5)	0.9807
1개	94	(19.4)	300	(16.2)		94	(19.4)	193	(19.8)	
2개	23	(4.7)	116	(6.3)		23	(4.7)	46	(4.7)	

주: SD, standard deviation; Q, Quatile

연속형 변수는 Wilcoxon-Mann-Whitney test, 범주형 변수는 카이제곱 검정을 실시하였음.

2. 1인 가구 여부가 의료이용에 미치는 영향

1인 가구 여부가 의료이용에 미치는 영향을 알아보기 위하여 매칭된 자료를 바탕으로 다중회귀분석을 시행하였으며 분석 결과는 <표 3>에 제시하였다.

우선 1인 가구 청년은 동거 가구 청년에 비해 의료서비스를 이용할 오즈가 더 낮은 것으로 나타났으며(오즈비: 0.77) 이는 통계적으로 유의한 결과(95% CI)로 나타났다. 반면 의료이용을 한 대상자를 한정하여 의료비 지출에 미치는 영향을 살펴본 2nd Model에서 1인 가구 여부는 의료비 지출 수준에 통계적으로 유의한 결과를 보이지는 않았다.

선행 요인 중에서는 성별, 연령, 경제활동 여부가 청년층의 의료이용에 영향을 미치는 요인으로 나타났다. 여성의 경우 남성보다 의료이용을 할 오즈가 유의하게 높았고 연령의 경우 20-24세 청년층에 비해 35-39세 청년층의 의료이용 오즈가 유의하게 낮았다(오즈비: 0.60)(p-value=0.062). 경제활동 상태를 살펴보면 경제활동 중인 청년층에 비해 진학/취업 준비 중인 청년의 의료이용 가능성이 더 낮은 것으로 나타났다.

가능 요인 측면에서는 민간보험에 가입한 청년이 민간보험에 가입하지 않은 청년보다 의료이용을 할 오즈가 약 1.6배 더 높았으나(p-value<0.001) 의료비 지출 수준에 미치는 영향은 통계적으로 유의하지 않은 결과를 보였다.

필요 요인 측면에서는 만성질환 개수가 1개인 대상자가 만성질환이 없는 대상자보다 의료이용을 할 오즈가 약 2.7배 높았으며 의료비 지출의 경우 35.6% 더 많은 지출을 하였다. 만성질환 개수가 2개인 대상자의 경우 만성질환이 없는 대상자보다 의료이용을 할 오즈가 약 4.9배 높았으며 의료비 지출의 경우 108.5% 더 많은 지출을 하였다.

경제적 이유 및 방문 시간제한으로 인한 미충족 의료이용 경험에 미치는 영향을 살펴본 분석에서는 1인 가구 청년이 동거 가구 청년에 비해 미충족 의료이용을 경험할 오즈가 약 1.8배 높은 것으로 나타났다. 기타 요인 중에서는 남성에 비해 여성이 미충족 의료를 경험할 가능성이 높았으며, 경제활동 중에 비해 학업 중, 진학/취업 준비 중인 경우 미충족 의료를 경험할 가능성이 낮았다. 연령, 교육수준, 소득, 민간보험 가입 여부, 만성질환 개수는 미충족 의료 경험과 통계적으로 유의한 연관성을 찾을 수 없었다.

표 3. 1인 가구 여부가 의료이용에 미치는 영향

변수(Ref.)	의료이용 여부		ln(의료비 지출)		마충족 의료 경험
	OR (95% CI)	Beta	SE	OR (95% CI)	
1인 가구 여부(동거 가구)					
1인 가구	0.77** (0.61-0.97)	0.009	0.137	1.79* (0.89-3.57)	
성별(남자)					
여자	1.68*** (1.33-2.11)	-0.121	0.131	1.80** (1.03-3.14)	
연령(20-24세)					
25-29세	0.81 (0.59-1.13)	-0.183	0.198	1.19 (0.52-2.75)	
30-34세	0.68 (0.42-1.08)	-0.615**	0.292	0.93 (0.33-2.62)	
35-39세	0.59* (0.34-1.02)	0.350	0.349	1.09 (0.36-3.32)	
교육수준(고졸 이하)					
대학재학 중	1.36 (0.87-2.13)	0.032	0.277	1.20 (0.41-3.51)	
대졸 이상	1.40 (0.93-2.12)	0.521**	0.262	0.95 (0.42-2.15)	
경제활동 여부(경제활동 중)					
학업 중	0.99 (0.68-1.45)	-0.064	0.227	0.36** (0.14-0.92)	
진학/취업 준비	0.55*** (0.38-0.81)	0.274	0.252	0.17** (0.04-0.74)	
ln(가구 연간 소득)					
	0.96 (0.82-1.13)	0.009	0.088	0.87 (0.65-1.17)	
민간보험(미가입)					
가입	1.62*** (1.20-2.17)	-0.134	0.186	0.70 (0.36-1.35)	
만성질환 개수(0개)					
1개	2.76*** (2.05-3.71)	0.356**	0.147	1.13 (0.61-2.10)	
2개	4.92*** (2.58-9.39)	1.085***	0.251	0.99 (0.29-3.36)	
Intercept(Beta)	-	11.383***	0.758	-	
N	1,457		822	1,066	
R-square	-		0.047	-	
Pseudo R-square	0.098		-	0.030	
-2 log likelihood	1846.232		-	457.531	

주: Ref., reference; OR, odds ratio; CI, confidence interval; SE, standard error

* p-value<0.1, **p-value<0.05, ***p-value<0.01

3. 경제활동 상태 및 소득분위에 따른 하위군 분석

기본 분석에서는 1인 가구 청년의 의료이용이 동거 가구 청년의 의료이용보다 낮게 나타나는 결과를 보였다. 이를 더 세부적으로 분석하기 위하여 경제활동 상태와 소득분위별로 교호항을 이용한 분석을 시행하였으며 각 그룹별로 의료이용에 미치는 영향이 다르게 나타나는지를 살펴보고자 하였다.

경제활동 상태의 교호항을 활용한 분석에서는 경제활동 상태를 제외한 성별, 연령, 교육수준, 가구 소득, 민간보험 가입 여부, 만성질환 개수 변수가 통제변수로 포함되었고 표에는 교호작용 결과만을 제시하였다<표 4>.

1인 가구와 경제활동 중인 개인을 기준(reference)으로 한 결과를 살펴보면 학업 중인 1인 가구 청년이 의료를 이용할 오즈가 더 낮았고, 취업/진학 준비 중인 1인 가구 청년의 경우에도 의료를 이용할 오즈가 더 낮은 것으로 나타났다. 이는 1인 가구 중 경제활동을 하는 청년에 비해 학업 중이거나 취업/진학 준비 중일 경우 의료를 이용할 가능성이 더 낮다는 것을 시사한다.

기본 분석과 마찬가지로 경제활동 상태별 교호항을 활용한 분석에서도 1인 가구 여부는 학업 중인 청년의 경우 의료비 지출 수준에 통계적으로 유의한 결과를 보이지 않았다. 하지만 경제활동 중인 청년과 비교해 취업/진학 준비 중인 청년의 경우에는 의료비 지출에서 더 많은 지출을 하는 것으로 나타났다. 즉, 1인 가구에서 취업/진학 중인 청년의 경우 경제활동 중인 1인 가구 청년에 비해 의료이용을 할 오즈는 낮지만 의료비 지출은 더 많이 하는 것을 확인할 수 있었다.

기본 분석에서 1인 가구 청년의 의료이용 오즈가 동거 가구 청년보다 낮게 나타났는데 이러한 결과가 학업 중 및 취업/진학 준비 중인 1인 가구 청년에서 주로 나타나는 현상임을 확인할 수 있었다.

경제활동 상태별 분석과 더불어 청년 1인 가구의 의료이용을 더 세부적으로 살펴보기 위하여 소득분위별로 교호항을 활용한 분석을 시행하였다. 분석에는 연속형 소득변수를 제외한 성별, 연령, 교육수준, 경제활동 여부, 민간보험 가입 여부, 만성질환 개수 변수가 통제변수로 포함되었고 표에는 교호작용 결과만을 제시하였다<표 5>.

표 4. 경제활동 상태별 1인 가구 여부가 의료이용에 미치는 영향

Sub-group	의료이용 여부	ln(의료비 지출)	
	OR (95% CI)	Beta	SE
1인 가구*경제활동 중			
1인 가구*학업 중	0.57** (0.34-0.96)	0.021	0.302
1인 가구*취업/진학 준비	0.21*** (0.09-0.49)	1.008*	0.567
Intercept(Beta)	-	11.428***	0.814
N	1,457	822	
R-square	-	0.052	
Pseudo R-square	0.083	-	
log likelihood	-915.523	-	

주: Ref., reference; OR, odds ratio; CI, confidence interval; SE, standard error
 성별, 연령, 교육수준, 가구 소득, 민간보험 가입 여부, 만성질환 개수가 통제변수로 포함되었으며
 전체 결과는 부록에 제시하였음.

미충족 의료에 대한 하위분석도 시행하였으나 학업 중과 취업/진학 중 청년의 미충족 의료 경험
 응답자 수 문제로 인하여 오즈값 도출 및 모형 적합도의 타당성(validity) 문제가 발생하여 결과를
 제시하지 못함.

* p-value<0.1, **p-value<0.05, ***p-value<0.01

표 5. 소득 분위별 1인 가구 여부가 의료이용에 미치는 영향

Sub-group	의료이용 여부	ln(의료비 지출)	
	OR (95% CI)	Beta	SE
1인 가구*소득분위(1)			
1인 가구*소득분위(2)	0.40 (0.13-1.23)	-0.526	0.658
1인 가구*소득분위(3)	0.46 (0.16-1.33)	0.072	0.600
1인 가구*소득분위(4)	0.44 (0.16-1.22)	0.040	0.580
1인 가구*소득분위(5)	0.36* (0.13-1.01)	-0.191	0.585
Intercept(Beta)	-	11.614***	0.516
N	1,457	822	
R-square	-	0.055	
Pseudo R-square	0.080	-	
log likelihood	-918.190	-	

주: Ref., reference; OR, odds ratio; CI, confidence interval; SE, standard error
 성별, 연령, 교육수준, 경제활동 여부, 민간보험 가입 여부, 만성질환 개수가 통제변수로 포함되었으
 며 전체 결과는 부록에 제시하였음.

* p-value < 0.1, **p-value < 0.05, ***p-value < 0.01

1인 가구와 가구 소득 1분위인 개인을 기준(reference)로 하여 결과를 살펴보면 2분위, 3분위, 4분위에서는 유의한 결과가 도출되지 않았으나 90% 신뢰 수준에서 소득 5분위의 경우 소득 1분위보다 의료를 이용할 오즈가 더 낮은 것으로 나타났다(p -value=0.053). 의료비 지출에 있어서는 기본 분석과 동일하게 소득분위별로 의료비 지출 수준에 통계적으로 유의한 결과가 나타나지 않았다.

V. 고찰 및 결론

본 연구에서는 가구 유형에 따라 1인 가구 청년과 동거 가구 청년 간의 의료이용 여부 및 의료이용량의 차이와 이에 영향을 미치는 요인들을 살펴보았다. 주요 분석 결과를 요약하면 다음과 같다. 1인 가구 청년과 동거 가구 청년 집단의 특성을 통제한 이후에도 의료이용에 있어 가구 유형에 따른 차이가 존재했다. 1인 가구 청년은 동거 가구 청년에 비해 의료서비스를 이용할 오즈가 더 낮은 것으로 나타났으며(오즈비: 0.77), 이는 통계적으로 유의하였다(p -value=0.0268). 하지만 의료이용을 한 번이라도 한 대상자를 한정하여 의료비 지출에 미치는 영향을 분석했을 경우 1인 가구 여부가 의료비 지출 수준에 미치는 영향은 통계적으로 유의한 결과를 보이지 않았다. 경제적 이유 또는 방문 시간제한으로 인한 미충족 의료이용 경험에 미치는 영향을 살펴본 분석에서는 1인 가구 청년이 동거 가구 청년에 비해 미충족 의료이용을 경험할 오즈가 약 1.8배인 것으로 나타났다. 또한 경제활동 상태에 따라 교호작용을 활용한 분석을 했을 경우 경제활동 중인 1인 가구 청년에 비해 학생, 취업/진학 준비 중인 1인 가구 청년의 의료이용이 더 낮게 나타났다. 소득분위별 교호작용을 활용한 분석에서는 소득 1분위에 비해 소득 5분위인 1인 가구 청년이 의료를 이용할 가능성이 더 낮게 나타났다. 이와 같은 1인 가구 청년과 동거 가구 청년 사이의 의료이용의 차이는 가구 유형에 따라 의료이용에 차이가 존재할 수 있음을 시사하고 있다. 본 연구의 목적과 연구 결과를 중심으로 가구 유형에 따른 의료이용의 차이를 고찰해보고자 한다.

1인 가구 여부가 청년층의 의료이용에 미치는 영향을 살펴본 결과, 1인 가구 청년이 동거 가구 청년에 비해 의료이용 오즈비가 더 낮게 나타나 가구 유형에 따른 의료이용에

차이가 존재함을 보여주었다. 앞서 언급했듯이, 개인의 의료이용에는 개인의 특성과 주변 환경이 중요한 요인으로 작용하는데 1인 가구는 가족의 지지를 받기 어려운 환경에 처해 있으며 도구적 지지, 정보적 지지, 정서적 지지의 측면 모두 동거 가구 청년에 비해 취약하다. 1인 가구 형성의 자발성이나 인구학적 특성의 차이와 별개로 혼자 사는 1인 가구의 경우에는 가족 내 돌봄과 지지를 받기 어렵고 갑작스럽게 아프거나 질병을 겪게 될 경우 혼자서 해결하기 어려운 경우 활용할 수 있는 인적 지원체계가 존재하지 않아 이와 같은 현상이 나타날 수 있다(이여봉, 2017). 반면, 경제활동 중인 1인 가구 청년은 학업 중, 취업/진학 준비 중인 1인 가구 청년보다 상대적으로 높은 경제적 자립도를 가지며 이로 인해 가족의 지지가 부족하더라도 의료비 지출이나 자신의 건강 상태에 따른 치료에 대한 선택 가능성이 상대적으로 높아 개인이 스스로 의사결정을 통해 의료이용을 할 가능성이 크다고 추론된다. 그러나 학업 중이거나 취업/진학 준비 중 청년의 경우 가족의 지지 중 특히 재정적 지원이 부족할 경우 의료이용의 의사결정을 스스로 내릴 가능성이 상대적으로 적다고 판단된다. 한편, 본 분석 결과에 따르면 가구 유형별 의료이용에는 차이가 존재했으나 1인 가구 여부가 의료비 지출 수준에 미치는 영향은 통계적으로 유의한 결과를 보이지 않았다. 의료이용은 소비자의 독립적인 결정으로 이루어지는 것이 아니라 의료 공급자에 의해서도 결정될 수 있다(신현웅 등, 2012). 1인 가구가 동거 가구보다 의료이용까지 상대적인 어려움이 있다고 하더라도 일단 의료기관을 방문한 이후에는 의료비 지출 수준의 결정은 대리인으로서 의료인의 판단에 많은 영향을 받을 수 있다. 또한 의료기관을 찾기까지는 개인의 가구 유형 특성이 의료이용에 영향을 미칠 수 있지만 의료기관 방문 후에 결정되는 의료이용량은 환자가 가진 건강상태 또는 질병의 중증도로 결정되는 것이므로(오윤섭 등, 2015) 가구 유형이라는 특성은 의료비 지출 수준에는 직접적인 영향을 미치지 않을 수 있다.

본 연구에서 활용한 앤더슨 모형을 이용해 선행 요인, 가능 요인, 필요 요인을 살펴본 결과는 다음과 같다. 선행 요인(predisposing factors)은 개인이 의료이용을 하기 전부터 지니고 있었던 특성으로 연령, 성별, 가족구조, 혼인상태 등의 인구학적 특성 및 교육수준, 건강 관련 가치관과 태도, 경제적 계층 등의 사회경제적 특성을 포함한다. 선행 요인 측면에서 본 연구 결과에서 성별에 따른 특성은 남성보다 여성일 경우 의료이용의 가능성이 높았다. 경제활동 측면에서는 진학/취업 준비를 하고 있을 경우 경제활동을 하는 청년과 비교하여 의료이용 경험의 오즈비가 통계적으로 유의하게 낮게 나타났다. 진학/

취업 준비 상태의 청년은 진학 경쟁, 노동시장 진입 경쟁 증가와 치열한 경쟁 구도에서의 낙오로 인해 교육이나 고용, 복지 체계 어디에도 속하지 못할 수 있다(박미희, 2017). 이로 인해 이미 노동시장에 참여하여 경제활동 중이거나 학교에 소속되어 학업 중인 청년 1인 가구보다 진학/취업 준비 상태 청년 1인 가구가 더 적은 의료이용을 할 가능성이 존재한다. 가능 요인(enabling factors)은 의료이용을 할 수 있게 하는 수단이나 능력에 관한 요인으로 가족 자원 등을 포함한다. 가족 자원에는 가구 소득 및 재산 등이 포함되며 가능 요인은 선행 요인과 달리 충분히 변화시킬 수 있는 특징이 존재한다. 가능 요인 측면에서 본 연구 결과에서 민간보험에 가입한 청년은 민간보험에 가입하지 않은 경우와 비교하여 의료이용 가능성을(오즈비: 1.62) 유의하게 높였다. 의료이용 측면에서 민간보험 가입 자체가 의료이용을 늘리는 원인이 되기도 하지만 의료이용이 많을 것으로 예상되는 사람이 민간보험에 더 적극적으로 가입하여 나타난 결과일 수도 있다. 마지막으로 필요 요인(need factors)은 개인이 가지는 장애나 질병에 관한 생리학적 및 심리학적 요인으로 인해 의료이용을 하는데 직접적 원인이 되는 요인이다. 필요 요인 측면에서 본 연구 결과에서 만성질환 개수가 1개인 대상자의 경우에는 만성질환이 없는 경우에 비해 의료이용 가능성을(오즈비: 2.76) 유의하게 높였으며, 만성질환 개수가 2개인 대상자의 경우에는 만성질환 미보유자에 비해 의료이용 가능성이 더 높게 나타났다(오즈비: 4.92). 의료비 지출 또한 만성질환이 존재하는 경우 유의하게 증가했다. 최근 생활습관 변화, 사회적 환경 변화 등으로 인해 청년층에서도 만성질환 유병률이 증가 추세를 보여(윤주영, 2015) 향후 만성질환으로 인한 청년층의 의료비 지출이 큰 사회적 부담으로 작용할 수 있음을 시사한다.

청년층의 1인 가구 여부가 미충족 의료 경험 여부에 미친 영향을 살펴보면 경제적 이유 또는 방문 시간제한으로 인한 미충족 의료이용을 경험할 가능성이 1인 가구 청년에서 약 1.8배 높게 나타났다. 특히 청년층 1인 가구는 경제적 특성에 있어 집단 안의 이질성이 크고, 양극화 현상이 뚜렷하여 경제적 이유로 미충족 의료를 겪을 수 있고 근로, 취업, 진학 준비 등을 이유로 아파도 병원에 방문하지 못할 가능성이 높다. 또한 의료이용을 결정할 때 개인의 건강 상태와 경제적 능력과 함께 의료이용에 대한 정보의 제공과 의료이용을 할 것인지에 대한 의사결정을 하는 것도 중요한 요소이다. 의료이용 의사결정 과정에서 1인 가구는 동거 가구와 달리 가족의 지지와 돌봄을 제공받기 어렵고 의료이용 관련 정보를 시의 적절히 제공받기 어려울 수 있다(서남규 등, 2016).

경제활동 상태에 따른 교호항 분석 결과를 보면 진학/취업 준비 상태에 있는 청년 중 1인 가구 청년의 의료이용이 동거 가구 청년보다 현저히 낮았다. 이는 기본 분석의 분석 결과와 같은 방향을 보이는 결과이다. 이는 전반적인 1인 가구 청년의 의료이용이 동거 가구 청년보다 낮게 나타나는 이유가 학생이나 취업/진학 준비 중 1인 가구 청년에서 의료이용이 낮게 나타나기 때문임을 짐작해 볼 수 있다. 저성장 시대에 사회에 진입해야 하는 현대의 청년층이 마주하는 현실을 고려해 볼 때, 취업/진학 준비 중인 1인 가구의 경우 경제활동에 참여하고 있지 않은 상태로서 경제활동 중인 1인 가구에 비해 상대적으로 경제적 제약이 존재하며 취업/진학 준비로 인한 시간적 제약을 이유로 의료이용의 가능성이 낮을 것으로 추론된다. 생애 과정에서 청년층의 건강도 그 자체로 중요한 의미를 가지며, 인적 자본과 1인 가구 성장의 측면에서 청년 1인 가구가 사회에 미칠 파급효과는 크다고 볼 수 있다. 의료 이용 측면에서 1인 가구 청년이 동거 가구 청년보다 취약한 계층일 가능성이 존재하므로 청년 1인 가구에 대한 지원은 의료에 있어 사회 안전망으로서의 역할과 건강행태 개선에 초점을 맞추어 청년층이 사회적으로 직면한 현실을 극복하도록 돕는 역할에 집중해야 할 것이다. 또한 소득분위에 따른 교호항 분석 결과에서는 1인 가구와 가구 소득 1분위인 개인을 기준으로 2분위, 3분위, 4분위에서는 유의한 결과가 나타나지 않았으나 5분위의 1인 가구의 경우 의료 이용 가능성을 더 낮을 것으로 나타났다. 이와 같은 결과가 나타난 배경에 관한 추가적인 연구의 필요성이 제기된다.

1인 가구 형성의 자발성이나 성별 간 격차와는 무관하게 1인 가구의 경우 가족 내의 정서적, 물질적 지원을 구하기 힘들고 갑작스럽게 나타나는 질병 등 자신이 혼자서 해결하기 힘든 상황에서 활용 가능한 인적 체계가 동거 가구에 비해 부족하다(이여봉, 2017). 개인적 차원에서 자기 통제, 정서적 지원 체계 마련, 주변 관계망 형성 등을 유지하는 노력을 기울여야 하겠지만 이러한 문제가 개인의 노력만으로 충분히 해결될 수 있는 것은 아니다. 따라서 앞서 언급한 바와 같이 청년층의 수요와 특성에 맞춘 정책이 마련되어야 할 것이다.

본 연구의 제한점은 다음과 같다. 첫째, 단면 연구로서 연구 대상자의 인구 사회학적 요인 및 가구 유형에 따른 의료이용의 연관성을 파악할 수 있었으나 인과관계를 규명하는 것에는 한계가 있었다. 하지만 본 연구의 주요 설명변수인 1인 가구 여부와 결과변수인 의료이용 간 역인과관계 가능성은 상대적으로 적을 것으로 판단된다. 둘째, 1인 가구

여부와 의료이용 간의 역인과관계 가능성이 상대적으로 낮고, 성향점수매칭을 통해 가구 유형 이외에 의료이용에 영향을 미칠 수 있는 요인들을 통제하고자 하였으나 1인 가구 청년 집단과 동거 가구 청년 집단 간 관측되지 않은 이질성(unobserved heterogeneity)으로 인한 영향은 보정되지 않을 가능성이 존재한다. 셋째, 의료이용에 관한 연구에서 개인의 건강 상태를 통제하는 것이 중요하나 본 연구에서는 만성질환 개수만을 분석에 포함함으로써 건강 상태 통제 측면에서의 한계를 가진다. 건강 수준의 완전한 통제를 할 수 없는 것은 설문 조사로 수집된 자료를 활용하는 연구의 공통적인 한계점이다. 미래의 건강 상태와 연관성이 매우 높은 주관적 건강 상태를 묻는 문항도 비동거 가구원의 경우는 조사되지 않은 경우가 대부분이어서 이를 포함한 분석도 어려웠다. 넷째, 1인 가구 청년의 사적 이전 소득 등의 경제활동 보조 여부에 따른 분류를 통해 1인 가구 청년의 경제적 특성을 고려한 분석을 시행하고자 하였으나 데이터의 한계로 인해 이를 분석에 포함하기 어려웠다. 향후 연구에서는 이러한 데이터의 한계를 보완한 연구의 필요성이 제기된다. 마지막으로, 본 연구의 대상이 되는 1인 가구 청년을 정의하면서 의료패널조사에서 1인 가구로서 표본에 포함된 가구만이 아닌 조사된 가구 중에서 직업준비/취미활동, 직장, 교육/보육, 가출/별거 등으로 인한 비동거 1인 가구가 포함되었다. 이는 친구와 동거를 하거나 친척 집 등에서 거주하는 1인 가구가 아닌 가구가 포함될 가능성이 존재한다. 그러나 이러한 가능성은 1인 가구로 인한 효과를 감소시키는 방향으로 작용할 가능성이 크다고 판단된다. 위와 같은 제한점에도 불구하고 본 연구는 보건학적 관심 대상에서 논의가 부족했던 청년층의 의료이용, 그중에서도 특히 증가하고 있는 1인 가구 청년의 의료이용 양상에 관해 살펴보았다는 점에서 의의가 있다.

본 연구 결과를 통해 우리 사회에서 1인 가구 청년이 의료이용 측면에서 취약한 계층이라는 것을 추측해볼 수 있다. 의료이용을 결정하는 요인에는 개인적 요인뿐만 아니라 사회경제적 요인이 복합적으로 영향을 미친다. 1인 가구는 동거 가구에 비해 가족의 돌봄이나 지지를 받기 어렵고 의료이용에 관련한 의사결정에서 적절한 정보를 제공받기 쉽지 않다. 지금까지 1인 가구 청년에 대한 관심은 주거문제, 정신건강, 식습관 등의 생활습관에 집중되어 있었다. 청년층은 상대적으로 건강한 연령층으로 인식되며 청년층의 의료이용에 대한 관심은 상대적으로 적었던 것이 사실이다. 하지만 본 연구의 결과를 통해 가구 유형에 따라 의료이용이 달라질 수 있고 미충족 의료 경험에도 차이가 있어

청년이라 하더라도 개인이 처한 환경에 따라 의료이용에 관한 경험이 달라질 수 있다는 것을 확인할 수 있었다. 1인 가구 청년은 가족의 통제를 자발적 또는 비자발적으로 벗어나는 경험을 하게 되는데 이러한 경험이 건강에 미치는 영향이 있으리라는 것은 쉽게 예상되지만, 영향의 배경과 경로에 대해서는 아직까지 크게 논의되고 있지 않다. 1인 가구 청년의 높은 증가세를 고려하였을 때 이에 대한 더 많은 관심이 필요하다고 판단된다.

임유나는 서울대학교 보건대학원에서 2019년 8월 석사학위를 받고 현재는 동 대학원에서 박사과정 재학 중이다. 주요 관심분야는 의료서비스 이용, 의료비 지출 보건의료 형평성, 정신 건강 등이다.

(E-mail: youna1017@snu.ac.kr)

조윤민은 서울대학교 보건대학원에서 석사학위를 받고 현재 동 대학원에서 박사과정 재학 중이다. 주요 관심분야는 보건의료재정, 의료서비스 이용, 노인장기요양보험이다.

(E-mail: ycho0319@gmail.com)

이태진은 영국 University of Manchester에서 보건관리학 박사학위를 받고 현재 서울대학교 보건대학원에서 교수로 재직 중이다. 주요 연구분야는 보건의료제도 의약품 및 의료기술의 경제성 평가 보건의료 형평성 등이다.

(E-mail: tjlee@snu.ac.kr)

참고문헌

- 강은나, 이민홍. (2016). 우리나라 세대별 1인 가구 현황과 정책과제. 보건복지포럼, 234, pp.47-56.
- 김석선, 길민지. (2016). 개인과 가족의 성격특성이 가족 구성원의 우울에 미치는 영향: 다층모형분석 적용. 보건사회연구, 36(3), pp.34-52.
- 김승대, 김명관. (2013). 대학생들의 생활습관과 수면의 질과의 관련성. 한국산학기술학회지, 14(6), pp.2795-2801.
- 김아린. (2018). 1인가구 청년의 건강행태, 식습관 및 심리적 건강이 대사증후군에 미치는 영향. 디지털융복합연구, 16(7), pp.493-509.
- 김영선. (2012). 노인의 건강 및 의료이용 형평성에 관한 연구. 보건과 사회과학, 31, pp.55-81.
- 김종숙, 배호중. (2014). 세대별, 성별 1인 가구의 고용과 가구경제 연구. 서울: 한국여성정책연구원.
- 김진구. (2008). 노인의 의료이용과 영향요인 분석. 노인복지연구, 39, pp.273-303.
- 김진현, 임은실, 배현지, 고영. (2018). 성향점수대응법에 의한 의료급여와 건강보험의 의료이용량 차이 분석. 한국사회보장학회, 34(1), pp.55-77.
- 김태완, 최준영. (2017). 청년의 빈곤실태: 청년, 누가 가난한가. 보건복지포럼, 244, pp.6-19.
- 김혜련. (2013). 우리나라 식이섭취와 관련된 만성질환의 변화와 영양정책의 과제. 보건복지포럼, 198, pp.27-37.
- 문정화, 강민아. (2016). 독거노인의 미충족 의료와 영향요인: 취약계층 행동모델 적용. 보건사회연구, 36(2), pp.480-510.
- 박미희. (2017). OECD 국가의 청년 NEET 결정요인 연구. 박사학위논문, 서울대학교.
- 반정호. (2012). 1인 가구의 사회·경제적 특성과 변화. 노동리뷰, 5, pp.55-67.
- 변미리, 신상영, 조권중, 박민진. (2008). 서울의 1인가구 증가와 도시정책 수요연구. 서울: 서울연구원.
- 배영, 박찬웅. (2015). 1인 가구의 인터넷 이용이 사회적 관계와 우울에 미치는 영향.

- 다인 가구와의 비교를 중심으로 조사연구, 16(3), pp.141-171.
- 서남규, 강태욱, 허순임, 이해재, 김동수, 임병목, 등. (2016). 2016년 한국의료패널 심층 분석보고서-보건의료지표를 중심으로 살펴본 한국보건제도-. 원주: 국민건강보험공단, 한국보건사회연구원, pp.1-230.
- 송혜림, 강은주, 김민주. (2018). 청년 1인가구의 생활시간 사용 연구- 성별·취업여부에 따른 식사와 여가 활동을 중심으로. 한국가족자원경영학회지, 22(2), pp.45-63.
- 신영전. (2015). 미충족 의료서비스 현황과 정책과제. 의료정책포럼, 12(4), pp.71-77.
- 신현웅, 윤장호, 이충섭, 임지원, 황상미. (2012). 의료급여 공급자 진료행태 분석 및 개선방안. 세종: 한국보건사회연구원.
- 오윤섭, 윤석준. (2015). 국민의료비 추이와 지속가능한 의료정책 방향 - 의료비의 적정 통제하의 의료의 질 향상 방안-. 서울: 감사연구원, pp.1-57.
- 윤주영. (2015). 만성질환자의 의료이용 현황 - 고혈압, 퇴행성관절염을 중심으로. 청주: 한국보건산업진흥원, pp.1-8.
- 이여봉. (2017). 1인 가구의 현황과 정책과제. 보건복지포럼, 252, pp.64-77.
- 이원식. (2018). 의료서비스 이용에 대한 중단연구. 사회복지정책, 45(2), pp.5-37.
- 이윤환. (2012). 노인의 건강 및 의료이용 실태와 정책과제. 보건복지포럼, 192, pp.40-51.
- 이현경, 김미선, 최승순, 최만규. (2014). 생태체계적 관점에서 본 우리나라 노인의 자살 생각 유발변인. 보건사회연구, 34(3), pp.430-451.
- 정경희, 남상호, 정은지, 이지혜, 이윤경, 김정석, 등. (2012). 가족구조 변화와 정책적 함의: 1인가구 증가현상과 생활실태를 중심으로. 세종: 한국보건사회연구원.
- 최미경, 전예숙, 박민경. (2000). 충남 일부 지역 자취와 자택 거주 대학생의 식습관과 영양 섭취 실태조사. 대한영양사협회학술지, 6(1), pp.9-16.
- 탁영진, 김윤진, 이상엽, 이정규, 정동욱, 이유현, 등. (2013). 가족 유형과 인구 사회학적 요인에 따른 60세 이상 한국의 건강관리: 5기 국민건강영양조사 결과를 바탕으로. 대한노인병학회지, 17, pp.7-17.
- 통계청. (2015). 장래가구추계.
- 통계청. (각년도). 인구주택총조사. http://kostat.go.kr/understand/info/info_lge/1/detail_lang.action?bmode=detail_lang&cd=SL3930에서 2019. 7. 23. 인출.

- 황연희. (2011). 한국의료패널로 본 한국 노인들의 의료이용 및 의료비 지출. *보건복지포럼*, 182, pp.51-59.
- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter?. *Journal of Health and Social Behavior*, 36(3), pp.1-10.
- Austin, P. C. (2011). An Introduction to Propensity Score Methods for Reducing the Effects of Confounding in Observational Studies. *Multivariate Behavioral Research*, 46(3), pp.399-424.
- Collins, S. (2008). Statutory Social Workers: Stress, Job Satisfaction, Coping, social Support and Individual Differences. *British Journal of Social Work*, 38, pp.1173-1193.
- Denney, J. T. (2010). Family and Household Formations and Suicide in the United States. *Journal of Marriage & Family*, 72(1), pp.202-213.
- Dew, M. A., Bromet, E. J., Schulberg, H. C., Parkinson, D. K. (1991). Factors affecting service utilization for depression in a white collar population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 26, pp.230-237.
- Diaz, P., Stahl, J., Louis-McMahon, D., Kim, S., & Kwan, V. (2013). Pathways to Health Services Utilization: Overcoming Economic Barriers through Support Mechanisms. *Advances in Applied Sociology*, 3(4), pp.193-198.
- Dupertuis, L. L., Aldwin, C. M., & BossÉ, R. (2001). Does the Source of Support Matter for Different Health Outcomes?: Findings from the Normative Aging Study. *Journal of Aging and Health*, 13(4), pp.494-510.
- Emmering, S. A., Astroth, K. S., Woith, W. M., Dyck, M. J., & Kim, M. J. (2018). Social capital, health, health behavior, and utilization of healthcare services among older adults: A conceptual framework. *Nursing Forum*, 53(4), pp.1-9.
- Hendryx M. S., Ahern M. M., Lovrich N. P., & McCurdy A. H. (2002). Access to health care and community social capital. *Health Serv Res*, 37, pp.87-103.
- Hirschi, T. (1969). *Causes of Delinquency*. CA: Berkeley, University of California Press.
- Horwitz, A. (1977). Pathways into psychiatric treatment: Some differences between men and women. *Journal of Health and Social Behavior*, 18, pp.169-178.

- House, J., Landis, K., & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 241, pp.540-545.
- Kawachi, I., Kennedy, B. P., & Glass, R. (1999). Social capital and self-rated health: A contextual analysis. *American Journal of Public Health*, 89, pp.1187-1193.
- Lachenbruch, P. A. (2002). Analysis of data with excess zeros. *Statistical Methods in Medical Research*, 11(4), pp.297-302.
- Lau, R., Quadrel, M., & Hartman, K. (1990). Development and change of young adults' preventive health beliefs and behavior: Influence from parents and peers. *Journal of Health and Social Behavior*, 31, pp.240-259.
- Noh, J. W., Kim, K. B., Park, H., & Kwon, Y. D. (2017). Gender Differences in Outpatient Utilization: A Pooled Analysis of Data from the Korea Health Panel. *Journal of Women's Health*, 26(2), pp.178-185
- Nye, F. I. (1958). *Family relationships and Delinquent Behavior*. Oxford, England: John Wiley
- Parsons, T. (1951). *The Social System*. New York: Free Press.
- Pratt, L. (1971). The relationship of socioeconomic status to health. *American journal of public health*. 61(2), pp.281-291.
- Putnam, R. D. (2000). *Bowling alone: the collapse and revival of American community*. New York: Simon & Schuster.
- Rodriguez-Artalejo, F, Guallar-Castillo'n, P., & Herrera, M. (2006). Social network as a predictor of hospital readmission and mortality among older patients with heart failure. *J Card Fail*, 12, pp.621-627.
- Rosenbaum, P. R., & Rubin, D. B. (1983). The central role of the propensity score in observational studies for causal effects, *Biometrika*, 70(1), pp.41-55.
- Seeman, T. E. (1996). Social ties and health. *Annals of Epidemiology*, 6, pp.442-451.
- Taylor, S. E., Repetti, R. L., & Seeman, T. (1997). Health Psychology: What is an unhealthy environment and how does it get under the skin?. *Annual Review of Psychology*, 48(1), pp.411-447.
- Umberson D. (1987). Family status and health behaviors: Social control as a

dimension of social integration. *Journal of Health and Social Behavior*, 28(3), pp.306-319.

Umberson D, Crosnoe R., & Reczek C (2010). Social Relationships and Health Behavior Across the Life Course. *Annual Review of Sociology*, 36, pp.139-157.

Vogel, D. L., Wade, N. G., Wester, S. R., Larson, L., & Hackler, A. H. (2007). Seeking help from a mental health professional: The influence of one's social network. *Journal of Clinical Psychology*, 63, pp.233-245.

부록

부표 1. 경제활동 상태별 1인 가구 여부가 의료이용에 미치는 영향

변수(Ref.)	의료이용 여부		ln(의료비 지출)	
	OR (95% CI)		Beta	SE
1인 가구*경제활동 중				
1인 가구*학업 중	0.57** (0.34-0.96)		0.021	0.302
1인 가구*취업/진학 준비	0.21*** (0.09-0.49)		1.008*	0.567
1인 가구 여부(동거 가구)				
1인 가구	1.28 (0.85-1.95)		-0.072	0.243
경제활동 여부(경제활동 중)				
학업 중	1.21 (0.80-1.83)		-0.098	0.242
진학/취업 준비	0.96 (0.59-1.54)		0.031	0.290
성별(남자)				
여자	1.70*** (1.35-2.14)		-0.120	0.131
연령(20-24세)				
25-29세	0.83 (0.60-1.15)		-0.198	0.198
30-34세	0.71 (0.44-1.14)		-0.649**	0.292
35-39세	0.59* (0.34-1.03)		0.356	0.349
교육수준(고졸 이하)				
대학재학 중	1.41 (0.89-2.22)		0.028	0.277
대졸 이상	1.43* (0.94-2.17)		0.506*	0.262
ln(가구 연간 소득)				
	0.99 (0.83-1.17)		0.025	0.089
민간보험(미가입)				
가입	1.57*** (1.17-2.12)		-0.129	0.187
만성질환(0개)				
1개	2.77*** (2.05-3.73)		0.368**	0.147
2개	5.29*** (2.75-10.2)		1.048***	0.252
Intercept(Beta)	-		11.428***	0.814
N	1,457		822	
R-square	-		0.052	
Pseudo R-square	0.083		-	
log likelihood	-915.523		-	

주: Ref., reference; OR, odds ratio; CI, confidence interval; SE, standard error

* p-value<0.1, **p-value<0.05, ***p-value<0.01

부표 2. 소득분위별 1인 가구 여부가 의료이용에 미치는 영향

변수(Ref.)	의료이용 여부		ln(의료비 지출)	
	OR (95% CI)	Beta	SE	
1인 가구*소득분위(1)				
1인 가구*소득분위(2)	0.40 (0.13-1.23)	-0.526	0.658	
1인 가구*소득분위(3)	0.46 (0.16-1.33)	0.072	0.600	
1인 가구*소득분위(4)	0.44 (0.16-1.22)	0.040	0.580	
1인 가구*소득분위(5)	0.36* (0.13-1.01)	-0.191	0.585	
1인 가구 여부(동거 가구)				
1인 가구	1.78 (0.71-4.47)	0.092	0.525	
소득분위(1)				
소득분위(2)	1.11 (0.55-2.23)	-0.105	0.430	
소득분위(3)	1.36 (0.70-2.62)	0.151	0.403	
소득분위(4)	1.64 (0.86-3.11)	-0.103	0.395	
소득분위(5)	1.36 (0.71-2.59)	-0.064	0.399	
성별(남자)				
여자	1.72*** (1.36-2.16)	-0.148	0.132	
연령(20-24세)				
25-29세	0.82 (0.59-1.13)	-0.188	0.199	
30-34세	0.67* (0.42-1.08)	-0.655**	0.294	
35-39세	0.61* (0.36-1.06)	0.361	0.351	
교육수준(고졸 이하)				
대학재학 중	1.33 (0.85-2.10)	0.066	0.278	
대졸 이상	1.36 (0.89-2.06)	0.563**	0.262	
경제활동 여부(경제활동 중)				
학업 중	1.02 (0.70-1.50)	-0.065	0.228	
진학/취업 준비	0.57*** (0.38-0.84)	0.251	0.253	
민간보험(미가입)				
가입	1.58*** (1.17-2.13)	-0.122	0.188	
만성질환(0개)				
1개	2.79*** (2.07-3.76)	0.340**	0.147	
2개	5.10*** (2.66-9.77)	1.074***	0.252	
Intercept(Beta)	-	11.614***	0.516	
N	1,457		822	
R-square	-		0.055	
Pseudo R-square	0.080		-	
log likelihood	-918.190		-	

주: Ref., reference; OR, odds ratio; CI, confidence interval; SE, standard error
 * p-value<0.1, **p-value<0.05, ***p-value<0.01

Medical Service Use of Young Adults in Korea:

A Comparative Study of Young Adults
Living Alone and Those Living With Others

Lim, You-Na

[Seoul National University]

Cho, Yoon-Min

[Seoul National University]

Lee, Tae-Jin

[Seoul National University]

The purpose of this study is to identify the use of medical services among Korean young adults by the types of household. This study used the 2016 Korean Health Panel data, and 2,342 single young adults aged between 20 and 39 were included. This study employed Propensity Score Matching (PSM) method to control other factors that could affect the medical use except for the household types. Also Two-Part Model was applied to estimate the effect of household types on medical service use. The results showed that the young adults living alone were less likely to use medical services (odds ratio: 0.77). Moreover, the analysis of experiences with unmet needs for health care showed that the young adults living alone were about 1.8 times more likely to experience unmet health needs. The subgroup analysis by economic status indicated that when the young adults living alone were in college, they had a lower chance of using medical service. In the case of those who were preparing for higher education or for employment, the probability of using medical service of those living alone was significantly lower. The results indicated that the difference in the medical service use between the two groups could be influenced by the types of households. The study provided empirical evidence on medical service use of young adults who have been relatively underrepresented in public health studies.

Keywords: Young Adults, Single-Person Households, Types of Household, Health Care Utilization, Health Care Expenditure