

# 단일만성질환과 복합만성질환 의료급여수급자의 사례관리요구도 비교

안양희<sup>1</sup> · 서연옥<sup>2</sup> · 함옥경<sup>3</sup> · 김희경<sup>3</sup>

연세대학교 원주의과대학 간호학과<sup>1</sup>, 순천향대학교 간호학과<sup>2</sup>, 인하대학교 간호학과<sup>3</sup>

## Comparing the Needs of Case Management between Medical Aid Beneficiaries with Simple and Multiple Chronic Diseases

Ahn, Yang Heui<sup>1</sup> · Suh, Yeonok<sup>2</sup> · Ham, Ok Kyung<sup>3</sup> · Kim, Hee Kyung<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Department of Nursing, Institute of Lifestyle Medicine, Yonsei University Wonju College of Medicine, Wonju

<sup>2</sup>Department of Nursing, Soonchunhyang University, Cheonan

<sup>3</sup>Department of Nursing, Inha University, Incheon, Korea

**Purpose:** The purpose of this study was to compare the needs of case management between Medical aid beneficiaries with simple and multiple chronic diseases (SCD vs MCD). **Methods:** The study employed secondary analysis method using a cross-sectional data from 2009 case management service enrollees. Data on 35,862 beneficiaries who have chronic disease(s) were used in the description of chronic disease characteristics, and data on 20,392 beneficiaries, excluding those who have depression and/or disabilities, were used to compare the group differences. **Results:** Mean age was 68.8±11.63 years, and 73.3% were females. MCD group showed an older age, had more women than SCD group. Self-care ability and appropriateness of health care utilization were significantly different between the groups, but there was no difference in health-related quality of life. In subscales, there were significant differences in general health status, depression, symptom management, healthy lifestyle, hygiene and vaccination, and appropriateness of health utilization. **Conclusion:** Different characteristics between patients with simple and multiple chronic diseases indicate that different case management approaches are required for these groups. The study results could be used as a basis for the development of case management model tailored to the characteristics and needs of medical-aid beneficiaries.

**Key Words:** Medical-aid, Case management, Chronic disease

## 서론

### 1. 연구의 필요성

2011년도 전국 의료급여수급자는 약 161만명으로 2008년

도의 약 184만명에 비하여 12.6% 감소하였으나, 2001년 이후 지난 10년간 의료급여 연평균 급여비 증가율은 약 11.4%로 꾸준히 증가하고 있어 의료급여 예산의 증가로 인한 국가복지 사업 운영에 위협이 되고 있는 실정이다(Park, 2013).

이러한 의료급여 비용의 증가 원인은 정부에서의 적용 대상

**주요어:** 의료급여수급, 사례관리, 만성질환

**Corresponding author:** Suh, Yeonok

Department of Nursing, Soonchunhyang University, 31 Soonchunhyang 6-gil, Dongnam-gu, Cheonan 330-090, Korea.  
Tel: +82-41-570-2497, Fax: +82-41-570-2498, E-mail: yeonok@sch.ac.kr

- 본 연구는 보건복지인력개발원 연구비 지원에 의하여 이루어졌음.

- The study was supported by a grant from the 2011 Korea Human Resource Development Institute for Health and Welfare Research Fund, Korea Ministry of Health & Welfare.

Received: Aug 10, 2015 / Revised: Oct 27, 2015 / Accepted: Nov 5, 2015

자 및 급여범위의 확대 등의 제도적 요인이나 의료공급자의 과잉서비스 등에 기인한 바도 있지만, 한편으로는 의료급여수급자의 특성에 기인한다고 볼 수 있다(Kim, Lee & Yoo, 2009). 의료급여제도는 생활이 어려운 저소득층의 의료복지를 위한 의료보호법으로 시작되어 의료급여수급권자는 국민 기초생활보장 수급자와 행려 환자, 국가유공자, 이주민 등의 타법적용자로 구분된다(Health Insurance Review & Assessment Service, 2015). 실제로 의료급여수혜를 받고 있는 수급자는 60세 이상 노인의 비중이 28%로 고령자가 많으며(National Health Insurance Corporation, 2011), 특히 장기의료이용 의료급여수급자의 58.1%가 65세 이상의 노인으로 나타났다. 이것은 인구고령화로 인한 만성질환 유병율의 증가, 만성질환으로 인한 신체적 건강상태가 좋지 않은 것과 밀접한 연관이 있음을 시사한다(Kim et al., 2007; Lee & Sohn, 2012). 또한 의료급여수급자는 독신이거나 동거가족이 적고, 가족과 친구들 이외의 사회적 지지망이 취약하여(Rhee, 2006) 입원기간이 장기화됨으로써 의료비용의 증가를 유발하고(Kim et al., 2007; Shin, Choi, Shin, Hwang, & Yun, 2005), 저소득층일수록 유병기간이 길고 합병증 발생률이 상대적으로 높은 만성질환과 희귀난치성 질환 등 중증 복합질환자의 비율이 2.6배 높은 반면, 이들의 건강관리 능력은 저하되어 있다(Min, 2015; Shin et al., 2005).

이러한 의료급여수급자의 취약성과 의료급여제정의 개선을 위해 국민건강보험공단과 보건복지가족부에 의한 의료급여사례관리 사업이 2002년부터 도입되었고, 의료급여수급자의 사례관리 요구를 사정하여 질병상태에 따른 합리적 의료이용을 유도하고 있다. 의료급여사례관리 사업 이후 의료급여수급자의 건강의 취약성이 개선되어 진료비가 크게 감소하는 등 일부 효과를 거두어왔지만(Ahn, 2010; National Health Insurance Corporation, 2011), 의료서비스에 대한 저소득층의 욕구가 여전히 충족되지 않고 있으며(Cho, Kim, Song, & Yim, 2012; Kim, 2008), 의료이용에 대한 만족도도 낮은 것으로 확인되고 있다. 또한 의료급여사례관리 후 질병 중증도에 따른 의료이용의 변화를 살펴본 Lim (2010)의 연구에서는 복합만성질환의 정도를 보건복지가족부(현 보건복지부)에서 명시한 11개 만성고시질환인 정신 및 행동장애(간질 포함), 신경계질환, 고혈압성질환, 간 질환, 당뇨병, 호흡기결핵, 기타 만성폐쇄성폐질환, 대뇌혈관질환, 두개내손상, 갑상선 장애, 심장질환(Ministry for Health, Welfare, & Family Affairs, 2008) 중 2개 이하와 3개 이상으로 분류하였다. 연구결과 2개 이상 보유한 자로서 질병중증도가 비교적 낮은 의료급여수급

자에게는 사례관리의 효과가 나타났으나, 11개 만성고시질환을 3개 이상 보유한 자로서 질병중증도가 높은 의료급여수급권자에 대한 효과는 나타나지 않아서 복합만성질환자에 대한 새로운 접근이 요구됨을 알 수 있다.

의료급여수급자는 노인이 많은 비율을 차지하고 있어서 대부분 완치가 어려운 만성퇴행성 질환을 가지고 있고, 지속적이며 장기간의 관리가 필요하다(Joung, Kwon, & Ahn, 2007; Lee & Sohn, 2012; Nam & Shim, 2011). 또한 노인성 질환은 단일증상으로 나타나기 보다는 여러 가지 질환이 동시에 발생하는 경향이 있어 치료와 관리가 복잡하여 다양한 관리방안이 필요하다(Lee & Sohn, 2012; Nam & Shim, 2011). 특히, 우리나라 노인 중 만성질환이 2개 이상인 복합유병율은 68.3%이고, 3개 이상의 만성질환을 가지고 있는 경우는 30%로서(Joung et al., 2007), Lim (2010)의 연구에서는 65세 이하 연령층에서 복합만성질환이 2~3개 이상인 경우가 약 30%를 차지하였으며, 3개 이상인 대상자가 56.4%로 나타나 연령층에 관계없이 복합만성질환을 가진 의료급여수급자의 관리가 필요함을 시사하고 있다. 또한, 농촌 지역의 의료급여수급자들이 건강 삶의 질과 자가 건강관리 능력에 대한 사례관리 요구도가 높았는데 이는 고령화가 심화될수록 노인의 만성질환 유병상태가 높고 지지체계가 취약하여 건강정보의 접근성이 부족하기 때문이라고 보았다(Cho et al., 2012). 복합만성질환은 신체기능의 제한이나 장애, 심리적 문제, 의료비 증가로 인한 경제적 부담, 그리고 여러 처방약으로 인한 약물오남용 등 다양한 건강관리를 요구하고 있어 관리에 어려움이 있으나(Joung et al., 2007), 보다 총체적인 접근 방식으로 대상자 개인의 삶 전체 속에서 건강 문제를 다룸으로써 삶의 질 향상과 의료비 감소에 도움이 될 수 있다(Park & Kim, 2008).

그러나 우리나라는 아직까지 복합만성질환자의 통합적인 관리를 위한 특성파악이나 관리지침이 개발되지 않은 실정으로 효과적인 관리가 이루어지지 않고 있는 실정이다. 미국의 경우 최근 복합만성질환자를 대상으로 통합적이며 지속적인 건강관리를 하기 위해 가이드드 케어(Guided care)를 개발했는데, 가이드드 케어의 적용으로 대상자의 만성질환 관리의 질을 향상시켰으며(Boult et al., 2008; Boyd et al., 2008), 입원비용이 감소되어 의료비가 감소하는 경향을 나타내는 것으로 연구결과를 보고하였다(Sylvia et al., 2008). 또한 영국에서도 국가 보건사회 장기요양서비스 모형에 의하여 만성질환관리를 대상자에 따라 자가관리, 질병특이관리, 복합상병관리가 단계적으로 실시되고 있으며, 복합만성질환자관리는

간호 전문인력에 의한 사례관리가 실시되고 있다(Sargent, Pickard, Sheaff, & Boaden, 2007).

이 연구에서는 만성질환 의료급여수급자 중에서 만성질환을 1개 보유한 단일질환군과 2개 이상 보유한 복합질환군 간에 인구사회학적 특성과 의료급여사례관리 요구도의 차이를 비교 분석하는 것에 목적을 두고 의료급여수급자들의 특성을 파악하고자 하였다.

## 연구 방법

### 1. 연구설계

본 연구는 단일만성질환군과 복합만성질환군 사례관리요구도를 비교하기 위한 단면조사연구로 2009년도 의료급여사례관리 등록 자료를 이용한 이차자료분석연구이다.

### 2. 연구대상

본 연구의 대상은 전국 232개 보장기관의 2009년 1~4분기 의료급여사례관리 종결자(178,567명) 중에서 고위험군 47,298명이었다. 고위험군 중에서 만성질환의 질병코드와

질병명이 일치되고 무응답이나 불분명하게 기입된 자료를 제외한 35,862명을 대상으로 1단계에서는 고혈압, 당뇨병, 관절염 등의 만성질환을 중심으로 만성질환을 1개 보유한 단일질환군과 만성질환을 2개 이상 보유한 복합질환군으로 분류하였다. 2단계에서는 각 군별 장애와 우울이 복합적으로 포함되어 있는 자를 분류하였다. 즉 단일만성질환군에서는 단일만성질환 보유자 11,574명, 단일만성질환과 우울을 복합적으로 보유한 자 971명, 단일만성질환과 장애를 복합적으로 보유한 자 7,844명, 단일만성질환과 우울, 장애를 모두 복합적으로 보유한 자 665명으로 분류되었다. 반면에 복합만성질환군에서는 복합만성질환 보유자 8,818명, 복합만성질환과 우울을 복합적으로 보유한 자 429명, 복합만성질환과 장애를 복합적으로 보유한 자 5,303명, 그리고 복합만성질환과 우울, 장애를 모두 복합적으로 보유한 자 258명으로 분류되었다.

이 연구에서는 단일만성질환자와 복합만성질환자의 특성을 비교분석하기 위한 것으로 단일만성질환보유자 11,574명과 복합만성질환보유자 8,818명을 분석대상으로 하였으며, 우울·장애를 혼합적으로 가지고 있는 경우에 이로 인하여 만성질환 자체의 특성을 잘 나타낼 수 없을 것으로 판단되어 만성질환과 우울·장애를 혼합적으로 가지고 있는 대상자는 분석에서 제외하였다(Figure 1).

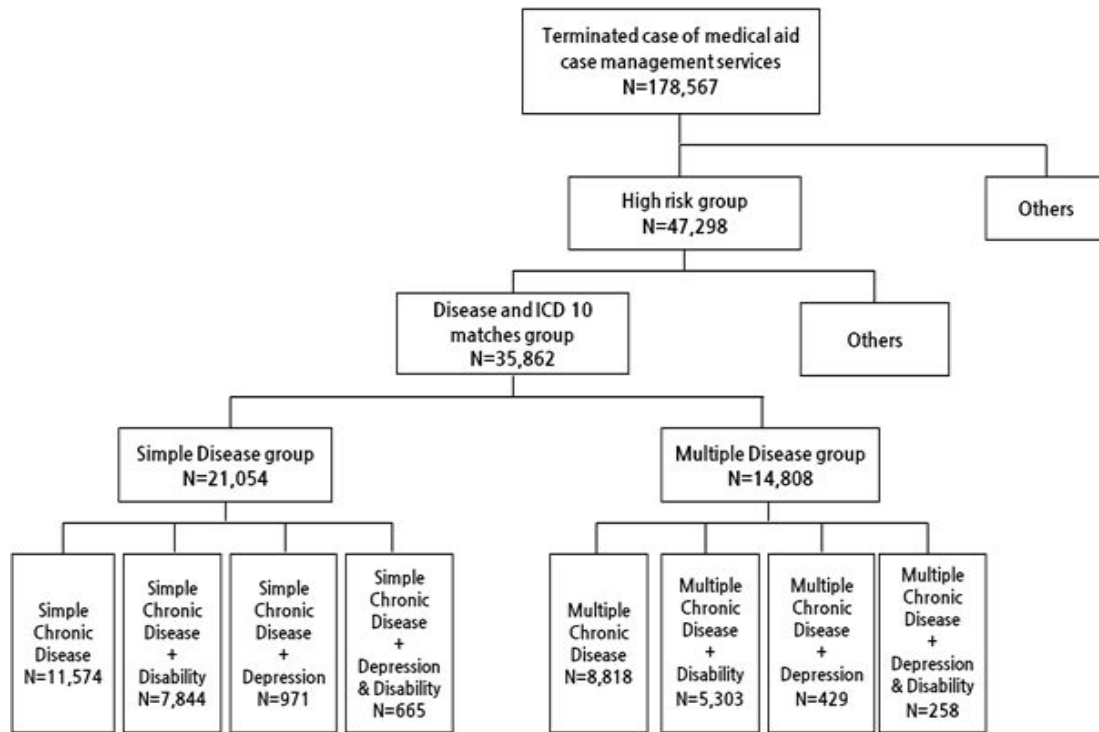


Figure 1. Sampling procedure.

### 3. 연구도구/변수

#### 1) 의료급여사례관리요구도

의료급여사례관리 요구도는 의료급여사례관리 사업지원단에서 사례관리 후 그 성과를 측정하기 위해 개발한 의료급여 사례관리 요구측정도구(Kim et al., 2008)이며, 총 19문항의 건강 삶의 질(8문항), 자가관리능력(6문항), 합리적 의료이용(5문항)의 3개 하부영역으로 구성되어 있다. 모든 문항의 점수를 합산하여 총점을 산출하며, 최저 17점에서 최고 100점까지 분포하고 점수가 높을수록 의료급여사례관리 요구가 낮은 것으로 평가한다. 이 도구는 Ahn 등(2012)의 연구에서 신뢰도가 입증된 것으로 Cronbach's  $\alpha$ 는 .82였으며, 본 연구에서의 신뢰도 Cronbach's  $\alpha$ 는 .86이다.

##### (1) 건강 삶의 질

건강 삶의 질 영역은 지각된 건강상태, 일상수행능력, 건강관심도, 주거환경, 통증, 우울, 지지체계(사회적 고립도, 자원연계)로 구성되어 있다. 지각된 건강상태, 일상수행능력, 건강관심도, 주거환경은 최저 1점에서 최고 5점까지, 통증과 우울은 최저 5점에서 최고 1점의 범위를 가지며 점수가 높을수록 건강 삶의 질이 좋은 것을 의미한다. 6문항의 신뢰도 Cronbach's  $\alpha$ 는 .67이다. 주거환경과 지지체계(사회적 고립도, 자원연계) 문항은 각각 5개의 하위문항으로 구성되어 있고 각 하위문항별로 예, 아니오의 이분형 반응척도의 점수 합으로 산출하였다. 0~5점의 점수 범위를 지니며, 점수가 높을수록 주거환경과 지지체계가 좋은 것을 의미한다. 2개문항의 신뢰도 Cronbach's  $\alpha$ 는 .62이다.

##### (2) 자가관리능력

자가관리능력 영역은 자신의 질병상태, 건강관심도, 신체증상관리, 약물복용 이행, 생활습관관리, 위생 및 예방에 대한 실천행위에 대한 총 6개의 문항이 포함되어 있다. 각 문항은 최저 1점에서 최고 5점까지의 척도이며, 점수가 높을수록 자가관리 능력이 좋음을 의미한다. 개발당시의 신뢰도 Cronbach's  $\alpha$ 는 .79, 본 연구에서의 신뢰도 Cronbach's  $\alpha$ 는 .85이다

##### (3) 합리적 의료이용

합리적 의료이용 영역은 의료쇼핑, 이용기관 전문수준, 이용기관 수, 중복처방 정도, 전반적 의료이용의 적정성의 5개 문항 중 전반적 의료이용의 적정성을 제외한 나머지 문항은 5점 Likert 척도로 되어 있다. '매우 심하다' 1점에서부터 '전혀

문제가 없다' 5점까지이며, 4개 문항에 대한 본연구의 신뢰도 Cronbach's  $\alpha$ 는 .83이며, 개발당시의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha$ 는 .84였다. 전반적 의료이용의 적정성은 '1=매우 부적절'에서 '10=매우 적절'의 10점 Likert 척도로 되어 있으며, 신뢰도 분석을 위하여 전반적 의료이용의 적정성 문항의 척도를 10점에서 5점으로 환산하여 분석하였다. 점수 환산 시, 1~2점은 1점, 3~4점은 2점, 5~6점은 3점, 7~8점은 4점, 9~10점은 5점으로 환산되었다. 각 점수가 높을수록 합리적 의료이용을 잘하고 있음을 의미한다.

#### 2) 일반적 특성

연령, 성, 교육수준, 결혼상태, 의료보장유형, 가족형태, 질병력을 포함하였다.

### 4. 자료수집

본 연구에서 활용한 자료는 보건복지부·의료급여사례관리 사업지원단의 2009년 의료급여사례관리 등록 자료이다. 자료수집은 의료급여사례관리 사업지원단에 협조를 의뢰하여 이루어졌으며, 개인 확인이 불가능한 고유 식별코드로 입력된 자료를 제공받았다. 수집된 자료는 자료합성, 자료점검 과정을 거쳤으며 구체적 내용은 다음과 같다.

#### 1) 자료합성

전국 232개 보장기관의 2009년 1~4분기 의료급여사례관리 종결자의 기초조사서(일반적 특성) 및 사례관리요구사정 자료를 하나의 엑셀자료로 합성한 후 고위험군을 선별하였다.

#### 2) 자료점검

전국 232개 보장기관의 고위험군 기초조사서 및 사례관리 요구 사정자료에 대한 점검은 일차적으로 질병명과 질병 코드(ICD 10) 기입의 일치성을 확인하였다. 즉 기초조사서에서 질병명과 질병 코드가 동일하지 않거나 질병명과 질병 코드가 불분명한 경우, 그리고 질병명은 없고 코드 번호만 적혀 있는 경우도 구체적 질병을 확인할 수 없어 제외하였다. 또한 기초조사서나 사례관리요구 사정자료에서 응답이 불분명하거나 누락된 경우도 분석에서 제외하였다.

### 5. 자료분석

수집된 자료는 SPSS/WIN 20.0 프로그램을 이용하여 다음

과 같이 분석하였다.

- 단일 및 복합만성질환군별 일반적 특성의 차이를 비교하기 위하여  $\chi^2$  test를 실시하였다.
- 단일 및 복합만성질환군별 사례관리요구의 하위영역별 차이를 비교하기 위하여 t-test를 실시하였다.

## 연구결과

### 1. 단일만성질환군과 복합만성질환자군의 일반적 특성비교

질병군 분류에 따른 일반적 특성의 차이를 비교한 결과, 연령, 성별, 학력에서 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 평균연령은 단일만성질환군이 68.5±12.02세로 복합만성질환군의 평균연령 69.3±11.08세보다 유의하게 낮았다( $\chi^2=-5.03, p<.001$ ). 65세 이상 노인의 분포는 단일만성질환군 70.7%에 비해 복합만성질환군이 72.9%로 유의하게 많았다( $\chi^2=12.56, p<.001$ ). 성별분포는 단일만성질환군과 복합만성질환군 모두 남성에 비해 여성의 비율이 높았고( $\chi^2=21.74, p<.001$ ), 초등졸 이하의 학력은 복합만성질환군 78.7%, 단일만성질환군 76.3%였다( $\chi^2=13.91, p<.001$ ). 결혼상태, 의료보장유형, 주거형태에서는 복합만성질환군과 단일만성질환군의 유의한 차이를 보이지 않았다(Table 1).

**Table 1.** General Characteristics of Medical Aid Beneficiaries

| Characteristics    | Categories            | Total<br>(N=20,392) | Simple<br>(n=11,574) | Multiple<br>(n=8,818) | $\chi^2$ or t | p      |
|--------------------|-----------------------|---------------------|----------------------|-----------------------|---------------|--------|
|                    |                       | n (%) or M±SD       | n (%) or M±SD        | n (%) or M±SD         |               |        |
| Age (year)         |                       | 68.8±11.63          | 68.5±12.02           | 69.3±11.08            | -5.03         | < .001 |
|                    | ≤ 64                  |                     | 3,384 (29.3)         | 2,383 (28.3)          | 12.56         | < .001 |
|                    | ≥ 65                  |                     | 8,161 (70.7)         | 6,426 (72.9)          |               |        |
| Gender**           | Male                  | 5,390 (26.4)        | 3,143 (27.2)         | 2,247 (25.5)          | 21.74         | < .001 |
|                    | Female                | 14,941 (73.3)       | 8,382 (72.4)         | 6,559 (74.4)          |               |        |
| Education**        | Elementary school     | 13,597 (77.3)       | 7,536 (76.3)         | 6,061 (78.7)          | 13.91         | < .001 |
|                    | Middle · High school  | 3,661 (20.8)        | 2,150 (21.8)         | 1,511 (19.6)          |               |        |
|                    | ≥ College             | 325 (1.8)           | 192 (1.9)            | 133 (1.7)             |               |        |
| Marital status     | Married               | 4,757 (23.3)        | 2,735 (23.6)         | 2,022 (22.9)          | 1.66          | .436   |
|                    | Unmarried             | 813 (3.9)           | 467 (4.0)            | 346 (3.9)             |               |        |
|                    | Widowed/divorced/etc. | 6,559 (32.2)        | 8,372 (72.3)         | 6,450 (73.1)          |               |        |
| Medical-aid type   | Others †              | 5,800 (28.4)        | 3,338 (28.8)         | 2,462 (27.9)          | 2.08          | .150   |
|                    | Type 1 medical-aid    | 14,592 (71.6)       | 8,236 (71.2)         | 6,356 (72.1)          |               |        |
| Residential type ‡ | Own                   | 5,322 (28.2)        | 2,993 (28.1)         | 2,329 (28.3)          | 0.18          | .916   |
|                    | Rental                | 7,320 (38.8)        | 4,142 (39.0)         | 3,178 (38.7)          |               |        |
|                    | Lease                 | 6,211 (32.9)        | 3,498 (32.9)         | 2,713 (33.0)          |               |        |

† Others include type 2 medical-aid, those for persons of national merit, refugees, servicemen, and victims of natural disasters; ‡ Excluded no answer.

### 2. 단일만성질환군과 복합만성질환군의 사례관리요구 비교

#### 1) 질환군별 건강 삶의 질 비교

건강 삶의 질의 전체 평균에서는 복합만성질환군이 18.18±2.71로 단일만성질환군 18.10±2.78보다 높았으나 집단 간의 차이가 통계적으로 유의하지 않았다( $t=-1.77, p=.078$ ).

개별항목별 평균을 비교한 결과, 지각된 건강상태( $t=-2.84, p=.005$ ), 우울( $t=-2.41, p=.016$ )이 그룹에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있었고, 그 이외에는 그룹 간 차이가 유의하지 않았다(Table 2).

#### 2) 질환군별 자가관리능력 비교

자가관리능력 영역의 전체 평균에서는 복합만성질환군이 17.25±3.10로 단일만성질환군 17.15±3.16에 비해 유의한 차이를 보였다( $t=-2.19, p=.029$ ). 자가관리능력 하위영역에서는 신체증상관리( $t=-2.03, p=.043$ ), 생활습관 관리( $t=-2.41, p=.016$ ), 위생 및 예방 실천행위( $t=-3.38, p=.001$ )이 그룹 간 차이에서 통계적으로 유의한 것으로 나타났다(Table 2).

#### 3) 질환군별 합리적 의료이용 비교

합리적 의료이용 영역의 전체 평균에서는 복합만성질환군이 16.04±3.64, 단일만성질환군 15.92±3.61에 비해 유의하

게 차이가 있는 것으로 나타났다( $t=-2.14, p=.032$ ). 하위영역에서는 의료이용의 적정성만이 유의한 차이를 보였으며( $t=-2.39, p=.017$ ), 의료쇼핑, 이용기관전문수준, 이용기관 수, 중복처방 정도는 두 그룹 간에 유의하지 않은 것으로 나타났다(Table 2).

## 논 의

의료급여서비스를 제공받고 있는 의료급여수급자들 중에서 의료이용을 장기적으로 하는 자들은 대부분 고혈압, 당뇨, 관절염, 만성하기도 질환 등 만성질환을 가진 고위험군으로 만성질환의 유무는 의료비를 증가시키는 요인이 된다(Kim et al., 2007). 이러한 만성퇴행성 질환은 신체적 고통뿐만 아니라 사회적 기능 수행과 정신건강상의 문제를 유발하여 다양하고 복합적인 복지 서비스를 요구하게 되므로(Shin et al., 2005) 이들에 대한 관리는 매우 중요하다고 볼 수 있다.

이 연구에서 질병군 분류에 따른 일반적 특성을 살펴보면, 전체 대상자의 평균연령은 68.8세였으며, 단일만성질환군은 68.5세, 복합만성질환군은 69.3세로 두 그룹 모두 평균연령이 65세 이상의 노인인 것으로 나타났다. 이는 이미 많은 선행연구

(Lim, 2010; Rhee, 2006)에서 밝혀진대로 의료급여수급자가 고령집단으로 65세 이상의 노인인구가 50% 이상으로 보고하고 있으며 본 연구대상자들 중 65세 이상인구가 두 그룹 모두 70% 이상으로 나타나 고령노인이 더 많은 것을 알 수 있다. 또한 복합만성질환군의 평균 연령이 더 높게 나타난 것은 고혈압, 당뇨, 관절질환 중 2개 이상을 보유한 집단으로 이 질환들이 대표적인 만성 퇴행성질환이라는 노년기 질환의 특성을 반영한 것으로 보인다. 이는 두 가지 이상의 만성질환을 앓고 있는 노인이 70% 이상이며 2개 이상의 만성질환을 가지고 있는 비율이 연령에 따라 증가하는 것으로 나타난 Korea Institute for Health and Social Affairs (2005)의 조사결과와도 일치한다. 특히 본 연구에서 복합만성질환군은 단일만성질환군에 비해 평균연령은 더 높고 학력수준은 더 낮은 것으로 나타났으며, 결혼형태에서도 사별, 이혼의 비율이 더 높은 것으로 나타나 선행연구에서 의료이용수급자의 특성으로 여성, 고령, 결혼상태 등으로 보고한 것과 일치되는 결과(Cho et al., 2012; Lim, 2010)를 보였다.

이 연구에서 복합만성질환군은 이상의 취약한 여러 특성에도 불구하고 단일만성질환군에 비하여 자가관리 능력과 합리적 의료이용 정도가 높았다. 이는 복합만성질환이 있는 대상

**Table 2.** Differences in Case Management Needs between Patients with Simple and Multiple Chronic Diseases

| Variables                                  | Simple (n=11,574) | Multiple (n=8,818) | t     | p    |
|--|-------------------|--------------------|-------|------|
|  | M±SD              | M±SD               |       |      |
| HQOL                                       | 18.10±2.78        | 18.18±2.71         | -1.77 | .078 |
| General health status                      | 2.42±0.59         | 2.45±0.59          | -2.84 | .005 |
| Activity of daily living                   | 3.33±0.76         | 3.34±0.73          | -0.59 | .557 |
| Pain                                       | 2.74±0.71         | 2.76±0.70          | -1.38 | .166 |
| Depression                                 | 2.77±0.64         | 2.80±0.64          | -2.41 | .016 |
| Health concerns                            | 3.15±0.66         | 3.16±0.63          | -1.63 | .102 |
| Residential environment                    | 3.55±1.58         | 3.55±1.56          | -0.02 | .983 |
| Social isolation                           | 2.60±1.56         | 2.66±1.55          | -1.91 | .057 |
| Supply of resources                        | 2.98±0.59         | 3.00±0.60          | -1.84 | .066 |
| SCA  | 17.15±3.16        | 17.25±3.10         | -2.19 | .029 |
| Recognition of own disease                 | 2.80±0.69         | 2.81±0.68          | -0.52 | .600 |
| Understanding of medical aid policy        | 2.42±0.76         | 2.42±0.75          | -0.32 | .752 |
| Symptom management                         | 2.86±0.68         | 2.88±0.67          | -2.03 | .043 |
| Medication                                 | 3.26±0.84         | 3.27±0.83          | -0.94 | .348 |
| Healthy lifestyle                          | 2.87±0.68         | 2.90±0.68          | -2.41 | .016 |
| Hygiene and vaccination                    | 2.95±0.66         | 2.98±0.66          | -3.38 | .001 |
| AHCU                                       | 15.92±3.61        | 16.04±3.64         | -2.14 | .032 |
| Appropriateness of health utilization      | 4.72±1.54         | 4.77±1.55          | -2.39 | .017 |
| Medical shopping                           | 2.68±0.79         | 2.70±0.81          | -1.61 | .107 |
| Level of specialty of medical institutions | 2.96±0.69         | 2.97±0.70          | -1.27 | .206 |
| Number of medical institutions             | 2.75±0.83         | 2.77±0.83          | -1.55 | .120 |
| Duplication of prescriptions               | 2.79±0.77         | 2.80±0.78          | -0.38 | .704 |

HQOL=Health-related quality of life; SCA=Self-care ability; AHCU=Appropriateness of health care utilization.

자들이 여러 가지 질환을 가지고 있어 자가관리 능력도 있지만 합리적 의료이용에 포함된 의료소평이나 이용기관수, 중복 처방 정도가 낮아서 단일질환군에 비해 사례관리요구도가 낮은 것으로 해석된다. Lim (2010)의 연구에서 의료급여수급자의 경우 고시질환 2개 이하인 사례관리군은 외래내원일수, 투약일수, 약제비가 유의하게 더 감소하였다는 결과를 보였으며, 3개 이상의 질환을 가진 군은 비사례관리군과 차이가 없는 것으로 나타나 복합질환이 많은 경우 사례관리의 효율성이 감소되는 것이라고 볼 수 있다.

의료급여수급자는 장애와 희귀난치성질환 등 중증, 복합성 질환을 가진 비율이 높으며(Rhee, 2006), 65세 이상의 만성질환자가 평균 4.1개의 만성질환을 가지고 있고, 70.9%가 3개 이상의 복합만성질환을 가지고 있다(Jung, 2013). 예를 들면, Kim (2012)의 연구에서는 만성질환을 2개 이상 보유한 대상자가 65.9%로 단일질환의 2배였으며, Lee와 Kim (2004)의 연구에서도 한 사람당 평균 2.3개의 질환을 가지고 있었다. 이런 복합만성질환은 단일만성질환군에 비해 외래이용 의료비 지출도 환자당 연간 1.6배 더 많이 지출하는 것으로 나타났으며(Jung, 2013), 미국에서도 1인당 메디케어 지출비용은 만성질환을 보유한 갯수가 증가함에 따라 증가하였는데, 만성질환을 4개 이상 보유한 사람은 없는 사람에 비하여 약 66배의 의료비가 지출된 것으로 보고되어(Wolff, Starfield, & Anderson, 2002), 점차 고령화되는 복합만성질환자의 건강관리 방안을 개발하고 의료이용을 감소시키기 위한 적합한 모형이 필요하다.

자가관리능력에서는 복합만성질환자가 자신의 신체증상관리와 생활습관관리, 위생 및 예방 실천행위 정도가 더 높았는데, 이는 직접적인 비교를 하기는 어렵지만 고령일수록, 만성질환이 많고 통증의 정도가 높을수록 일상생활능력의 수준이 낮아진다고 보고한 연구결과(Baik, 2011)와는 차이가 있다. 그러나 Ahn, Kim와 Ko (2010)의 연구에서는 사례관리를 통해서 자신의 건강에 대한 관심을 가지게 할 수 있고 건강에 대한 관심도가 높아지게 되면 스스로 자가관리를 할 수 있는 동기가 된다고 하여 본 연구대상자와 같이 사례관리를 받은 경우 만성질환이 많은 대상자들에게 더 많은 동기요인이 작용하여 자가관리능력이 향상된 것이라고 볼 수 있다.

건강 삶의 질은 두 군 간의 차이가 없었으나 하위영역에서 복합만성질환군이 지각된 건강상태가 더 높고 우울은 낮은 것으로 나타났다. 이는 연구변수와 방법은 다르지만 Ahn 등 (2010)이 고위험 의료급여수급권자를 대상으로 한 연구에서 사례관리 전후 건강상태와 우울의 차이는 없다고 한 것과는

다른 결과이다. 복합질환을 가지고 있는 대상자들은 자신의 건강상태를 나쁘다고 인식하게 할 가능성이 크고, 2개 이상의 만성질환을 앓고 있는 경우 여러 가지 약을 처방받을 수밖에 없으며, 대상자들은 복합약물처방에 따른 부작용, 처방의 지속성과 관련한 문제를 경험할 수 있다(Jung, 2013). 본 연구 대상자들의 경우에도 두 군간의 차이는 있었으나 두 군 모두 건강상태 평균평점이 각각 2.42, 2.45점으로 나쁜 편에 속하여 Jung (2013)의 연구와 유사한 결과를 보였다. 그러나 의료급여사례관리를 통하여 전반적 의료이용의 적정성이나 약물 중복 처방수준이 향상되고 우울이 감소되는 것을 볼 때(Ahn et al., 2010) 질환별 또는 질환의 중등도별 등 여러가지 분류에 따라 의료급여수급자의 특성을 장기적으로 분석하여 사례관리 요구도를 효율적으로 파악할 필요가 있다.

의료급여수급자는 저소득층으로써 단순히 소득수준만 낮은 것이 아니라, 고령화, 낮은 교육 수준, 불량한 주거환경, 지지체계의 부족, 장애 등 취약한 인구사회학적 특성을 가지고 있으며, 주관적으로 인지하는 건강상태가 불량하여 의료비가 증가할 수밖에 없다(Kim, 2012). 또한 의료급여수급자의 질병 특성으로 나타난 만성질환은 지속적인 치료와 관리가 필요한 것은 물론이고 고액의 의료비용을 발생시켜 만성적 빈곤을 유발하고 빈곤의 악순환을 가속화시키는 요인이다(Ahn, 2010; Kim et al., 2007; Rhee, 2006). 본 연구에서 나타난 바와 같이 만성질환이라는 공통적인 질병 특성과 더불어 복합만성질환을 가진 그룹, 우울과 장애를 가진 그룹 등 구체적인 다양한 질병의 특성을 나타내고 있으므로 이러한 의료급여수급자의 특성에 따른 중재지침을 마련하는 것이 필요하다. 특히, 만성질환자 중에서도 복합만성질환자들의 비율이 증가하고 있으며, 이는 노령화 현상과 맞물려 의료비 지출 증가 등의 문제를 유발하고 하나의 만성질환은 또 다른 만성질환의 원인이 되기도 하므로 복합만성질환에 대한 구체적인 중재지침이 요구된다. 복합만성질환자에 대한 관리는 우리나라뿐만 아니라 선진국에서도 이미 관심을 기울이고 있으며, 이에 대해 조정관리(coordination of care)라는 해결책을 제시하고 있다(Wolff et al., 2002).

미국의 경우 최근 65세 이상의 메디케어 대상자의 건강과 질병 관리를 대항해 주는 '케어모어(care more)'가 만성질환자들을 대상으로 통합 돌봄관리를 시행하여 노인성 만성질환자의 입원율을 27% 감소시키는 등 중증 환자의 효율적인 관리 및 의료비 절감 시스템의 새로운 모델을 구축했다고 보고하고 있다(Kim, 2013).

우리나라에서도 단일질병 중심의 관리가 아닌 복합만성질

환에 대한 새로운 임상적 접근과 노령화 현상에 대처하기 위해 노인들의 인지, 정서적 기능 감퇴, 사회경제적 수준을 고려한 다차원적 접근이 요구된다(Jung, 2013). 이러한 차원에서 볼 때, 이 연구결과는 만성질환군에 따른 실제적 사례관리 중재지침을 마련하기 위한 기초자료로 활용할 수 있다는 점에서 의의가 있다고 본다. 반면에 이 연구에서 질병의 종류와 개수를 고려하였으나 질병의 중증도를 고려하지 못한 것은 제한점이라 할 것이다. 이상의 연구결과를 바탕으로 다음과 같이 제언한다.

의료급여수급자에게 맞춤형 사례관리 중재가 이루어지기 위하여 수급자 연령대별 세분화하여 그 특성을 파악하는 연구가 선행되어야 하고, 질병의 중증도를 포함한 복합만성질환자 의료급여사례관리 모형을 개발하고 그 효과를 평가하는 연구를 제언한다. 그리고 연구를 기반으로 하여 근거기반의 간호실무가 이루어지도록 복합만성질환자를 위한 통합적 사례관리 지침 개발과 더불어 복합만성질환자를 위한 통합적 접근 체계 정책을 제언한다.

## 결론

이 연구는 의료급여사례관리 고위험군 사례관리종결자 중 단일·복합 만성질환별 사례관리요구 차이를 분석하여 질환군별 맞춤형 의료급여사례관리 중재 프로그램 개발의 기초자료로 활용하고자 하였다. 이 연구에서 단일만성질환군과 복합만성질환군의 차이를 보인 것은 자가관리능력과 합리적 의료이용이었다. 건강 삶의 질 하위영역별에서는 지각된 건강상태와 우울, 자가관리능력의 하위영역에서는 신체증상관리, 생활습관관리, 위생 및 예방 실천행위, 합리적 의료이용이 하위영역에서는 전반적 의료이용의 적절성이 유의한 차이를 보였다. 특히 복합만성질환자인 경우 65세 이상 노인과 여성의 비율이 높아 복합만성질환자의 증가에 따른 의료비 지출 증가가 예측되는 반면에 통합적 접근에 의한 사례관리가 절실히 필요로 됨을 알 수 있다. 따라서 의료비용을 감소시키고 대상자들에게 보다 효율적인 사례관리를 제공할 수 있는 복합만성질환자를 위한 실제적 접근전략이나 방법이 모색되어야 할 것이다.

## REFERENCES

- Ahn, Y. H. (2010). Effects of medical aid case management program and its policy directions. *Korean Journal of Care Management*, 5, 67-84.
- Ahn, Y. H., Kim, E. S., & Ko, I. S. (2010). The effects of tele-care case management services for medical aid beneficiaries. *Journal of Korean Academy Community Health Nursing*, 21(3), 351-361.
- Ahn, Y. H., Kim, E. S., Ham, O. K., Kim, S. H., Kim, S. O., & Song, M. K. (2012). Validation of a needs assessment tool for case management in Korean medical aid beneficiaries. *Journal of Korean Academy Nursing*, 42(4), 549-558. <http://dx.doi.org/10.4040/jkan.2012.42.4.549>
- Baik, O. M. (2011). Factors associated with functional health outcomes in community-dwelling older adults-applying Andersen's revised model-. *Journal of Community Welfare*, 38, 1-27.
- Boult, C., Reider, L., Frey, K., Leff, B., Boyd, C. M., Wolff, J. L., et al. (2008). Early effects of "Guided Care" on the quality of health care for multimorbid older persons: A cluster-randomized controlled trial. *Journal of Gerontology* 63(3), 321-327.
- Boyd, C. M., Shadmi, E., Conwell, L. J., Griswold, M., Leff, B., Brager, R., et al. (2008). A pilot test of the effect of guided care on the quality of primary care experiences for multimorbid older adults. *Journal of General Internal Medicine*, 23(5), 536-542. <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-008-0529-9>
- Cho, J. H., Kim, S. O., Song, M. K., & Yim, E. S. (2012). A study on the effectiveness of case management in elderly medical aid beneficiaries by geographic location. *Journal of Korean Public Health Nursing*, 26(2), 289-302. <http://dx.doi.org/10.5932/JKPHN.2012.26.2.289>
- Health Insurance Review & Assessment Service. (2015). Health care system. Retrieved October 20, 2015, from <http://www.ilt.columbia.edu/publications/papers/newwinel.html>
- Joung, E. O., Kwon, S. B., & Ahn, O. H. (2007). Coping with experiences in multiple chronic diseases in the rural elderly. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*, 18(1), 32-41.
- Jung, Y. H. (2013). Analysis of multiple chronic diseases among the older persons: Focused on users of out patients department. *Health & Welfare Issue & Focus*, 26(196), 1-8.
- Kim, C. J. (2013, June). Care more. Retrieved September 15, 2015 from [http://news.chosun.com/site/data/html\\_dir/2013/06/01/2013060100380.html](http://news.chosun.com/site/data/html_dir/2013/06/01/2013060100380.html)
- Kim, E. S., Lee, J. Y., & Yoo, W. S. (2009). *Direction for case management services to promote appropriate use of health care by medical aid beneficiaries*. Seoul: Ministry of Health & Welfare.
- Kim, E. S., Nam, J. J., Kim, M. Y., Ko, I. S., Lee, D. M., Kim, G. S., et al. (2007). *The current situation of medical aid utilization and improvement direction in long-term utilizers*. Seoul: Korea Ministry of Health & Welfare & Nursing Policy Re-



- search Institute.
- Kim, J. G. (2008). Factors affecting the choice of medical care use by the poor. *Korean Journal of Social Welfare Studies*, 37, 5-33.
- Kim, S. A. (2012). *The effect of case management intervention by medical aid case management-Centered on medical aid recipients with chronic disease*. Unpublished master's thesis, Hanyang University, Seoul.
- Korea Institute for Health and Social Affairs. (2015, 5). The development of health care system for older Koreans. Retrieved October 15, 2015, from [https://www.kihasa.re.kr/html/jsp/publication/research/vi ew.jsp?bid=10&ano=179&key=ryear&query=&ryear\\_value=2005&content\\_type=1&queryString=cnllYXJfdmFsdWU9MjAwNSZrZXk9cnllYXlmcnllYXI9MjAwNSZxdWVyeT0mcGFnZT0yJmRpdmlzaW9uPeyXsOq1rOuztOqzoOyEnA==](https://www.kihasa.re.kr/html/jsp/publication/research/vi ew.jsp?bid=10&ano=179&key=ryear&query=&ryear_value=2005&content_type=1&queryString=cnllYXJfdmFsdWU9MjAwNSZrZXk9cnllYXlmcnllYXI9MjAwNSZxdWVyeT0mcGFnZT0yJmRpdmlzaW9uPeyXsOq1rOuztOqzoOyEnA==)
- Lee, I. S., & Kim, S. W. (2004). The factors influencing behavior of care of Medicaid recipients. *Yonsei Social Welfare Review*, 11, 66-99.
- Lee, M. J., & Sohn, H. S. (2012). Self-rated health of the chronic disease patients with depression in aged over 65. *Journal of Agricultural Medicine and Community Health*, 37(4), 246-257.
- Lim, S. J. (2010). Change in healthcare utilization by disease severity after case management for Medicaid. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*, 21(3), 321-332.
- Min, H. S. (2015). *Comparison of health care utilization between in high risk group case management of medicare and designated doctor system group in medical aid beneficiaries*. Unpublished master's thesis, Hanyang University, Seoul.
- Ministry for Health, Welfare, & Family Affairs. (2008). Guideline of medicaid management. Retrieved October 8, 2015, from [http://www.mohw.go.kr/front\\_new/jb/sjb030301vw.jsp](http://www.mohw.go.kr/front_new/jb/sjb030301vw.jsp)
- Nam, S. K., & Shim, O. S. (2011). A study on the influence factors on quality of life of elderly with chronic disease. *Journal of Welfare for the Aged*, 53, 239-259.
- National Health Insurance Corporation. (2011). The statistics of the Korean Medicaid 2010. Retrieved September 10, 2015 from [http://www.nhis.or.kr/menu/boardRetriveMenuSet\\_xx?menuId=F3323](http://www.nhis.or.kr/menu/boardRetriveMenuSet_xx?menuId=F3323)
- Park, E. J. (2013). *A study on the factors influencing the medical care use of Medicaid beneficiaries*. Unpublished master's thesis, University of Seoul, Seoul.
- Park, E. J., & Kim, C. M. (2008). Case management process identified from experience of nurse case managers. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 38(6), 789-801. <http://dx.doi.org/10.4040/jkan.2008.38.6.789>
- Rhee, W. H. (2006). *Developing a case management strategies program for Korean medical aid clients*. Unpublished doctoral dissertation, Hanyang University, Seoul.
- Sargent, P., Pickard, S., Sheaff, R., & Boaden, R. (2007). Patient and carer perceptions of case management for long-term conditions. *Health & Social Care in the Community*, 15(6), 511-519. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2524.2007.00708.x>
- Shin, Y. S., Choi, B. H., Shin, H. Y., Hwang, D. K., & Yun, S. J. (2005). *A policy report for the current situation of medical aid expenditure and improvement direction*. Seoul: Korea Institute for Health and Social Affairs.
- Sylvia, M. L., Griswold, M., Dunbar, L., Boyd, C. M., Park, M., & Boulton, C. (2008). Guided care: Cost and utilization outcomes in a pilot study. *Disease Management*, 11(1), 29-36. <http://dx.doi.org/10.1089/dis.2008.111723>
- Wolff, J. L., Starfield, B., & Anderson, G. (2002). Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Archives of Internal Medicine*, 162, 2269-2276.