

# 고위험군 의료급여 수급권자에 대한 의료급여 사례관리 효과

안영진<sup>1</sup>, 최윤경<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>서울특별시 영등포구청, <sup>2</sup>한국방송통신대학교 간호학과

## The Effect of Case Management Services for High-risk Medicaid Beneficiaries

Young Jin Ahn<sup>1</sup>, Yun-Kyoung Choi<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>Yeongdeungpo-gu Office, Seoul Metropolitan Government

<sup>2</sup>Department of Nursing, Korea National Open University

**요약** 본 연구의 목적은 의료급여관리사가 수행한 의료급여 사례관리가 고위험군 의료급여 수급권자의 건강관리 및 전반적 의료이용에 미치는 영향을 파악하기 위함이다. 2012년 10월 1일부터 2013년 3월 31일까지 Y구에서 의료급여 사례관리를 제공받은 대상자 중 113명의 조사 자료를 연구대상으로 하였다. 의료급여 사례관리 제공 전과 제공 후 자신의 질병상태 이해, 의료급여제도 이해, 약물복용과 생활습관관리에서 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 또한 전반적 의료이용의 적정성, 이용기관수, 사회적 고립도 및 건강상태도 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 실급여일수, 외래내원일수와 기관부담금도 통계적으로 유의한 차이를 보여 고위험군 의료급여 사례관리 대상자의 전반적 의료이용에 긍정적인 효과를 나타냈다. 향후 의료급여 사례관리 사업의 다양화, 사후관리 및 모니터링 프로그램의 강화가 필요하다.

**Abstract** The purpose of this study is to investigate the effect of Medicaid case management (CM) performed by Medicaid case managers on health management and to examine the overall health care utilization with high risk Medicaid beneficiaries. The subjects involved in this research were 113 Medicaid beneficiaries who were recipients CM in Y-gu between October 1st, 2012 and March 31th, 2013. The results show that there were significant differences in 'recognition of own disease', 'understanding of Medicaid policy', 'medication' and 'healthy lifestyle'. Also there were significant differences in 'appropriateness of health utilization', 'number of medical institutions', 'level of social isolation' and 'general health status'. In addition, significant differences were found in Medicaid days, outpatient days, medication days and Medicaid costs. It was found that the Medicaid CM had a positive effect on health care utilization. The study suggests the need of strengthening and diversifying Medicaid CM as well as supporting the management and monitoring after the termination of Medicaid CM.

**Keywords** : Medicaid, Case Management, Medicaid Case Manager, Medical Use

### 1. 서론

#### 1.1 연구의 필요성

의료급여는 생활유지능력이 없거나 생활이 어려운 저소득 국민의 의료문제를 국가가 보장하는 공공부조로 건강보험과 함께 국민의료보장의 중요한 수단이 되는 사회

보장제도이다. 이는 생활유지능력이 없거나 생활이 어려운 국민들에게 발생하는 의료문제 즉, 개인의 질병, 부상, 출산 등에 대해 의료서비스를 제공하는 것을 말한다 [1]. 의료급여제도가 지향하는 목적은 일차적으로 생활유지능력이 없는 저소득 취약계층을 대상으로 질병 발생에 따른 비용부담의 위험으로부터 보호하고, 이차적으로

본 논문은 제1저자 안영진의 석사학위논문 일부를 발췌, 수정한 논문임.

\*Corresponding Author : Yun-Kyoung Choi (Korea National Open University)

Tel: +82-2-3668-4745 email: [ykchoi2012@knou.ac.kr](mailto:ykchoi2012@knou.ac.kr)

Received January 26, 2015

Revised (1st July 14, 2015, 2nd July 23, 2015)

Accepted August 6, 2015

Published August 31, 2015

질병치료와 재활, 예방 및 건강관리를 통하여 건강수준을 향상시킴으로써 삶의 질을 지속적으로 제고하는데 있다[2].

의료급여제도는 빈곤층 의료보장을 통한 삶의 질을 유지하는데 큰 역할을 담당하고 있으며, 국가는 빈곤층의 보건의료 향상을 위해 대상자 확대와 의료급여 범위를 지속적으로 확대해 왔다[3]. 이처럼 의료급여 대상자의 의료요구에 따른 지원범위와 의료급여 비용은 증가하는데 의료급여 수급권자의 복합적인 보건복지의 요구를 충족시키는 서비스 제공은 미흡하다는 인식에 의해 의료급여 수급권자 삶의 질을 높이고 증가하는 의료급여 진료비를 통제하는 것을 목적으로 1960년대 후반 선진국에서 이미 시행하고 있는 사례관리가 의료급여제도에 도입되었다[4].

우리나라 의료급여 사례관리 사업은 2003년 5월 32개 시·군·구에 의료급여관리사를 배치한 것을 시작으로 2006년 전국 234개 시·군·구에 각 1명씩 배치되었고, 2010년에 의료급여관리사 570명을 시도로 확대배치하였다. 또한 2012년부터는 의료급여법 시행규칙개정을 통하여 의료급여관리사의 자격 및 업무 등 법적근거를 마련하였다[5].

일반적으로 사례관리는 학문적 배경이나 목표에 따라 정의가 조금씩 다르지만 효과적인 서비스 제공과 서비스의 질적 향상을 위하여 대상자의 요구에 부합하는 자원을 조정하는 것을 기반으로 하고 있다[6-8]. 미국사례관리협회(American Case Management Association)는 ‘사례관리란 질과 비용, 효과성을 증진시키기 위하여 의사소통과 사용가능한 자원을 동원하여 개인의 건강요구를 충족시키는 서비스를 위해 사정, 계획, 촉진, 옹호하는 협력적 과정이다’라고 정의하였다[9]. 의료급여 사례관리 또한 서비스의 질을 향상시키고 비용을 절감시키기 위한 과정이다.

그러므로 의료급여 사례관리 측면에서 일차예방활동은 의료급여 수급권자 중 의료이용의 요구가 높거나 앞으로 의료서비스 요구의 가능성이 높은 대상자들에게 위험요인을 차단하거나 스스로 대응할 수 있는 능력을 강화시키는 것이다. 또한 일차예방활동은 대상자가 보유하고 있는 만성질환 및 증상을 관리함으로써 합병증을 예방하는 것이다. 마지막으로 삼차예방활동은 기타자원들의 조정과 지속적인 모니터링을 통하여 과도한 의료이용을 합리적 의료이용으로 유도하는 것이다[10].

의료급여 사례관리는 대상자 등록에서부터 사정, 목표설정, 서비스 계획 수립 및 실시, 서비스제공 상황에 대한 모니터링과 추적, 재사정, 종결의 체계적인 과정을 거치면서 대상자의 고유한 문제나 요구를 파악하고 개별화된 맞춤형 사례관리 계획을 세울 수 있는 능력이 필수적이므로[11], 의료급여 사례관리를 수행하는 의료급여관리사의 전문화된 지식과 숙련된 기술이 강조된다.

의료급여 사례관리와 관련된 선행연구들을 살펴보면, 사례관리 효과평가에 대한 연구가 많았으며 의료급여 사례관리 효과 평가는 대부분 의료비용절감에 초점이 맞추어진 연구가 대부분이다[4,12-14]. 또한 2003년 의료급여 사례관리가 시작되면서부터 사업이 정착하기까지 대상자 선정과 관리방법이 다양하게 시도되었으며, 의료급여 사례관리 지침 개발과 관련된 연구[15-17]를 통해 대상자 선정과 관리방법 등이 정립되었다. 그러나 지침 개발 후 의료급여 사례관리 실무현장에서 사용되고 있는 의료급여 사례관리 지침 수행에 대한 성과를 규명한 연구는 찾아보기 힘들다[18]. 이에 Kim[18]은 임상간호지식을 갖춘 의료급여관리사가 제공한 의료급여 사례관리 중재의 효과를 분석하였으나, 1개 구 지역의 60세 이상 1종 의료급여 수급권자를 중심으로 이루어져 전반적인 사례관리 중재의 효과를 파악하는 데에는 한계가 있다고 제한점으로 언급하였다.

따라서 본 연구는 지역적 제한은 있지만 의료급여 수급권자 중 질병대비 의료기관 방문이 많아 과다의료이용 성향이 높은 고위험군 의료급여 사례관리 대상자를 연구 대상으로 선정하여, 의료급여관리사가 수행한 의료급여 사례관리가 건강관리 및 전반적 의료이용 형태에 어떤 효과를 나타내었는지 알아보고자 실시하였다.

## 1.2 연구의 목적

본 연구는 고위험군 의료급여 수급권자들에게 제공되는 의료급여 사례관리 효과를 이차자료를 활용하여 분석하고자 하였으며, 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 고위험군 의료급여 수급권자의 일반적 특성 및 질병관련 특성을 파악한다.
- 고위험군 의료급여 수급권자의 의료급여 사례관리 전후 건강관리 변화를 비교한다.
- 고위험군 의료급여 수급권자의 의료급여 사례관리 전후 전반적 의료이용 변화를 비교한다.

## 2. 연구 방법

### 2.1 연구 설계

본 연구는 의료급여관리사가 수행하고 있는 의료급여 사례관리를 통해 고위험군 의료급여 수급권자의 건강관리 및 전반적 의료이용이 어떻게 변화되었는지 알아보기 위한 서술적 조사연구이다.

### 2.2 연구 대상

본 연구의 연구대상인 고위험군 의료급여 수급권자는 건강보험심사평가원에서 과다의료이용자로 통보된 대상 중에서 의료급여 사례관리사업 고위험군 선정 방법에 의거 선정하였고, 2012년 10월 1일부터 2013년 3월 31일까지 Y구에서 의료급여 사례관리를 제공 받은 대상자 126명이 해당된다. 이중 전출, 사망, 자격상실, 연락 두절된 13명의 대상자를 제외한 113명이 연구 대상자로 적용되었다.

### 2.3 연구 도구

#### 2.3.1 건강관리 측정도구

본 연구에서 사용된 건강관리 측정도구는 의료급여 사례관리 측정도구로써 Kim 등[16]이 보건복지부의 지원으로 개발한 ‘의료급여 사례관리 성과 측정도구’이다. 이는 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원의 전문가와 현장실무자의 협의과정을 거쳐 개발되었다[11]. 현재 의료급여수급권자 요구사항 지표 매뉴얼에 의거하여 의료급여 사례관리 대상자 요구 성과지표(사전·사후 평가용)를 산출하고 있으며, 대상자 면담과 의료급여관리사의 임상적 판단을 종합하여 지표값이 산출된다. 본 연구에서는 의료급여사례관리 전산시스템인 사회복지통합관리망에 입력된 자료를 추출하여 활용하였다. 본 성과지표에는 자가건강관리 능력(6개 항목), 합리적 의료이용(5개 항목), 지지체계 구축(2개 항목), 건강관련 삶의 질(6개 항목) 등 총 19개의 항목으로 구성되어 있다. 측정 방법은 자가건강관리능력(30점), 합리적 의료이용(30점), 지지체계 구축(10점), 건강관련 삶의 질(30점) 등 총합의 점수가 100점 만점으로 점수가 높을수록 의료급여 사례관리 제공의 효과가 긍정적임을 의미한다.

#### 1) 자가건강관리능력

‘자가건강관리능력’ 영역은 자신의 질병상태 이해, 의

료급여 제도 이해, 신체증상 관리/상태조절, 약물복용, 생활습관관리(금연, 절주, 운동, 식이), 위생 및 예방(위생, 청결, 건강검진, 예방접종) 관련 총 6개 항목으로 구성되었고, 대상자에게 관련 면담을 시행 후 해당 내용의 지식정도나 상태에 관하여 의료급여관리사가 5점 척도로 측정하며 전체 6~30점의 범위를 갖는다. 점수가 높을수록 자가 건강관리능력이 높음을 의미한다.

#### 2) 합리적 의료이용

‘합리적 의료이용’ 영역은 전반적 의료이용의 적정성, 의료쇼핑, 이용기관 전문수준, 이용기관 수, 중복처방 정도의 5개 항목으로 구성되어 있다. 전반적 의료이용의 적정성 1문항은 10점 척도(1점은 매우 부적절, 5점 보통, 10점은 매우 적절), 의료쇼핑, 이용기관 전문수준, 이용기관 수와 중복처방정도의 4개 항목은 5점 척도로 구성되었고, 전체 5~30점의 범위를 갖는다. 점수가 높을수록 합리적으로 의료이용을 하는 것을 의미한다.

#### 3) 지지체계 구축

‘지지체계 구축’은 사회적 고립도와 자원연계 2항목으로 구성되어 있으며, 사회적 고립도는 5개의 하위 항목(무슨 일이 일어났을 때 도와줄 사람이 있다, 문제가 생겼을 때 의논할 사람이 있다, 금전적인 문제에 대해 도와줄 사람이 있다, 밖에 나가 함께 어울릴 수 있는 사람이 있다, 아플 때 돌봐줄 사람이 있다)에 대하여 대상자의 현재 상태를 점검하고, 체크된 항목 개수를 점수로 산정한다. 자원연계는 요구에 대해 필요한 자원연계 정도를 의료급여관리사가 판단한 점수로 5점 척도(매우 부족, 약간 부족, 보통, 양호, 매우 양호)로 구성된다. 총 1~10점의 범위를 갖으며 점수가 높을수록 지지체계가 잘 되어 있음을 의미한다.

#### 4) 건강관련 삶의 질

‘건강관련 삶의 질’ 영역은 건강상태, 일상수행능력, 통증, 우울, 건강관심도와 주거환경 총 6개 항목으로 구성되었고, 주거환경을 제외한 5개 항목은 5점 척도이다. 주거환경은 채광·환기, 냉난방, 부엌상태, 안전상태, 화장실/목욕시설의 5개 하위 항목에 대하여 의료급여관리사가 우수(1점), 불량(0점)의 이분척도로 판단한 후 이를 합산하여 점수를 산정하며, 5개 하위 항목이 모두 불량인 경우는 0점, 1개 항목만 우수하고 나머지 4개 항목이

불량인 경우는 1점, 모든 항목이 우수한 경우는 5점으로 산정하므로 5점 척도와 동일한 점수범위를 갖는다. 건강 관련 삶의 질의 전체 점수범위는 5~30점이며, 점수가 높을수록 건강관련 삶의 질이 높음을 의미한다.

본 연구에서 총 19개 항목의 Cronbach's alpha는 .580으로 수용가능한 수준인 .6에 근사하였다. 그러나 건강 관련 삶의 질 영역의 Cronbach's alpha는 .607로 신뢰성이 있다고 할 수 있으나, 나머지 자가건강관리능력은 .460, 합리적 의료이용은 .318, 지지체계 구축은 -.011로 Cronbach's alpha값이 낮게 나타났다. 이에 본 연구에서는 개별 항목의 결과를 중심으로 연구결과를 검토하였다.

**2.3.2 전반적 의료이용**

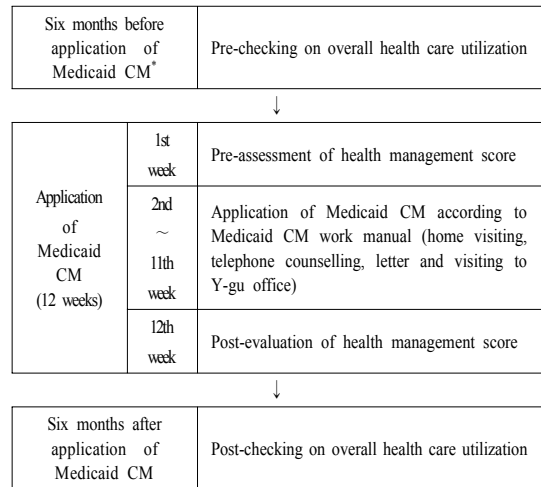
본 연구에서 전반적 의료이용은 의료급여종합정보지원시스템의 진료내역을 근거로 실급여일수, 입원일수, 외래내원일수, 투약일수, 기관부담금을 측정할 값을 의미한다. 실급여일수는 병원을 총 방문한 일수 중에서 처방전을 받기 위해 방문한 진료건수를 제외한 의료급여일수이다. 외래내원일수는 진료를 위해 병의원을 방문한 건수를 의미하며, 투약일수는 외래 내원 시 받은 1건의 처방전에 있는 약물 가운데 가장 긴 복용일수에 해당되는 값을 의미하며 입원일수는 입원환자의 입원한 일수를 의미한다. 기관부담금은 의료급여가 적용되는 외래진료비, 약제비, 입원진료비를 합한 값이다.

**2.4 자료 수집**

첫째, 건강관리 자료(자가건강관리능력, 합리적 의료이용, 지지체계 구축, 건강관련 삶의 질)의 자료 수집은 본 연구자를 포함한 Y구 지역의 5년 경력 이상의 의료급여관리사 2인에 의해 이루어졌다. 2012년 10월 1일부터 2013년 3월 31일까지 Y구의 고위험군 의료급여 수급권자에게 개별적으로 의료급여 사례관리 중재를 적용하였다. 의료급여 관리사가 고위험군 의료급여 수급권자가정을 방문하여 조사의 필요성과 목적을 충분히 설명한 후에 이에 동의한 대상자에게 면대면 질문과 의료급여관리사의 임상적 판단을 종합하여 건강관리자료를 수집하였다.

의료급여 사례관리 수행 내용은 의료급여 사례관리 업무 매뉴얼[1]에 의거하여 본 연구자를 포함한 2명의 의료급여관리사가 의료급여 사례관리 제공 수행 절차에 따라 시행하였다. 의료급여 사례관리 제공은 대상자별로

각각 12주 즉, 3개월 동안 제공되었다. 대상자별로 의료급여 사례관리 첫 주에는 건강관리 사전접수를 체크하였다. 2주차에서 11주차 동안에는 방문, 전화, 서신 등의 사례관리 중재를 수행하였으며, 마지막 12주차에는 의료급여 사례관리의 효과를 파악하기 위하여 건강관리 사후접수를 재조사하였다(Fig. 1).



\*CM: case management

Fig. 1. Process of data collection

둘째, 전반적 의료이용(실급여일수, 입원일수, 외래내원일수, 투약일수, 기관부담금)의 자료수집은 본 연구자가 의료급여 사례관리 제공 전 6개월과 사례관리 제공 후 6개월의 자료를 의료급여정보지원시스템에서 대상자별로 각각 조회하여 구득하였다.

**2.5 윤리적 고려**

본 연구는 자료 활용을 위하여 연구 대상자에게 연구의 필요성 및 목적을 설명하여 서면동의서를 받은 후, 의료급여 사례관리 요구측정도구 및 의료이용은 사회복지통합관리망에 입력하여 점수화된 이차자료와 종합정보지원시스템을 통해 조회된 내역을 활용하였고, 해당 자료 활용을 위해 보장기관의 승인을 득하였다. 또한 공공기관 개인정보보호법에 의거 대상자의 자료 활용은 연구 목적 이외에는 사용하지 않을 것임과 성명, 주민등록번호, 전화번호, 주소 등의 자료는 사용하지 않을 것임을 서명하였다.

### 2.6 자료 분석

수집된 자료는 SPSSWIN version 19.0 프로그램을 사용하여 분석하였으며, 고위험군 의료급여 사례관리 대상자의 일반적 특성 및 질병 특성은 빈도, 평균, 백분율을 산출하였다. 의료급여 사례관리 제공 전과 제공 후 건강관리 변화와 의료급여 사례관리 제공 6개월 전과 6개월 후의 전반적 의료이용 변화는 대응 t 검정(paired t-test)으로 분석하였다. 통계적 유의수준은 .05에서 양측 검정을 실시하였다.

## 3. 연구결과

### 3.1 대상자의 일반적 특성

대상자 113명 중 여자가 93명(82.3%)으로 남자 20명(17.7%)보다 많았다. 평균연령은 68.96세이며 71세부터 80세 연령 군에 해당하는 대상자가 47명(41.6%)으로 가장 많았다. 학력은 초등학교 졸업이 51명(45.1%)으로 가장 많았고, 무학 26명(23.0%), 중졸 21명(18.6%)의 순이었다. 결혼형태는 이혼이 52명(46.0%)으로 가장 많았고, 기혼은 29명(25.7%)이었다. 직업이 없는 경우가 103명(91.2%)이었으며, 의료급여 1종 대상자는 105명(92.9%)이었다. 장애가 있는 대상자도 44명(38.9%)이었다. 가구형태는 독거세대가 74명(65.5%)으로 가장 많았고, 주거형태는 보증부월세가 40명(35.4%)으로 가장 많았다. 선택병의원을 지정한 대상자가 76명(67.3%)으로 비지정한 경우(37명, 32.7%)보다 많았다(Table 1).

### 3.2 대상자의 질병관련 특성

대상자의 질환관련 특성으로 현재 보유하고 있는 고시질환 종류와 보유 개수를 파악하였으며 그 결과는 Table 2와 같다. 대상자 113명 중 고혈압성질환자가 67명(39.9%)으로 가장 많았고, 당뇨병 42명(25.0%), 정신 및 행동장애가 22명(13.1%), 심장질환 15명(8.9%), 대뇌혈관질환 11명(6.5%), 신경계질환 6명(3.6%), 갑상선장애 및 간질환이 각각 2명(1.2%)이었고, 기타 만성폐쇄성 폐질환 1명(0.6%)의 순이었으며 호흡기 결핵과 두개내손상은 없었다. 동반질환의 개수는 1개 질환이 대상자가 66명(58.4%)으로 가장 많았고, 2개 질환이 39명(34.5%)이었고 3개 질환을 동반한 경우도 8명(7.1%)이었다.

Table 1. General characteristics of study participants (N=113)

Variables	Categories	n	%
Gender	Male	20	17.7
	Female	93	82.3
Age (years)	< 61	20	17.7
	61 ~ 70	36	31.9
	71 ~ 80	47	41.6
	> 80	10	8.8
Education	Uneducated	26	23.0
	Elementary	51	45.1
	Middle school	21	18.6
Marital status	High school	15	13.3
	Unmarried	5	4.4
	Married	29	25.7
	Divorced	52	46.0
Job	Widowed	27	23.9
	No	103	91.2
Beneficiary type	Yes	10	8.8
	Type 1	105	92.9
Disability	Type 2	8	7.1
	Yes	44	38.9
Living with	No	69	61.1
	Living alone	74	65.5
	Living with spouse	21	18.6
	Living with parents	3	2.7
	Living with single children	12	10.6
Residential types	Living with offspring	3	2.7
	Jeonse	36	31.9
	Monthly rent with deposit	40	35.4
	Monthly rent without deposit	17	15.0
Use of designated doctor system	Free rental	14	12.4
	Yes	76	67.3
	No	37	32.7
	Permanent rental housing	6	5.3

Table 2. Disease related characteristics of study participants (N=113)

Variables	n	%
Hypertensive disease	67	39.9
Diabetes	42	25.0
Mental and behavioral disorders	22	13.1
Heart disease	15	8.9
Eleven Cerebrovascular disease	11	6.5
Notified Nervous system disease	6	3.6
disease Thyroid disease	2	1.2
Liver disease	2	1.2
Other chronic obstructive pulmonary disease	1	0.6
Respiratory tuberculosis	0	0.0
Intracranial injury	0	0.0
No. of 1	66	58.4
11 2	39	34.5
notified ≥ 3	8	7.1
diseases	M±SD	1.48±0.62

\*Multiple response

**3.3 의료급여 사례관리 전후 건강관리의 변화**

대상자들의 의료급여 사례관리 제공 전후 건강관리 차이를 비교한 결과는 Table 3과 같다.

첫째, 자가건강관리능력에서 유의한 향상을 보인 항목은 자신의 질병상태 이해, 의료급여제도 이해, 약물복용, 생활습관관리 항목으로 나타났다. 이에 반해 신체증상 관리, 위생 및 예방 항목에서는 유의한 차이가 없었다. 자신의 질병상태 이해는 의료급여 사례관리 제공 전 2.73점(±0.50)에 비해 제공 후 3.02점(±0.19)으로 0.29점 유의한 향상을 보였으며( $t=-5.87, p<.001$ ), 의료급여제도 이해도 제공 전 2.22점(±0.49)에서 제공 후 2.98점(±0.13)으로 0.76점 향상되었다( $t=-16.02, p<.001$ ). 약물복용도 제공 전 2.97점(±0.37)에 비해 3.19(±0.64)점으로 0.22점 향상되었다( $t=-4.16, p<.001$ ). 생활습관관리도 역시 제공 전 2.83점(±0.52), 제공 후 2.88점(±0.38)으로 상승하였고 유의한 차이가 있었다( $t=-2.28, p<.025$ ). 위생 및 예방 항목은 제공 전후 동일한 점수로 나타났고, 신체증상 관리는 제공 전 3.03점(±0.34)에서 3.04(0.31)점으로 0.01점 증가하였으나 유의한 차이는 없었다.

둘째, 합리적 의료이용 영역은 전반적 의료이용의 적정성과 이용기관 수는 유의한 차이가 있었으나, 의료쇼핑, 이용기관 전문수준과 중복처방정도 항목은 유의한 차이가 없었다. 전반적 의료이용의 적정성은 의료급여 사례관리 제공 전 4.08점(±0.43)에서 제공 후 4.34점(±0.58)으로 0.26점 향상되었고 유의한 차이가 있었다( $t=-5.71, p<.001$ ). 이용기관 수도 의료급여 사례관리 제공 전 2.65점(±0.52)에서 3.11점(±0.41)으로 0.46점 향상되었고 유의한 차이가 있었다( $t=-9.44, p<.001$ ). 이에 반해 의료쇼핑은 2.80점(±0.47)에서 2.78점(±0.48)으로 0.02점 낮아졌으나 유의한 차이는 없었다. 또한 이용기관 전문수준과 중복처방정도는 의료급여 사례관리 제공 전후 점수가 동일하였다.

셋째 지지체계 구축 영역은 사회적 고립도 항목에서는 의료급여 사례관리 제공 전 1.27점(±1.23)에서 2.08점(±1.22)으로 0.81점 향상되었고 통계적으로 유의한 차이가 있었으나( $t=-9.81, p<.001$ ), 자원연계 항목에서는 유의한 차이가 없었다.

넷째 건강관련 삶의 질 영역에서는 유의한 차이를 보

**Table 3.** Differences in health management before and after Medicaid case management (N=113)

Variables	Categories	Medicaid case management				Difference (A-B)	t	p
		Before (B)		After (A)				
		M	SD	M	SD			
Self-care ability	Recognition of own disease	2.73	0.50	3.02	0.19	0.29	- 5.87	<.001
	Understanding of Medicaid policy	2.22	0.49	2.98	0.13	0.76	-16.02	<.001
	Symptom management	3.03	0.34	3.04	0.31	0.01	- 1.00	.319
	Medication	2.97	0.37	3.19	0.64	0.22	- 4.16	<.001
	Healthy lifestyle	2.83	0.52	2.88	0.38	0.05	- 2.28	.025
	Hygiene and vaccination	2.96	0.33	2.96	0.33	0.00	0.00	1.000
Appropriateness of health care utilization	Appropriateness of health utilization	4.08	0.43	4.34	0.58	0.26	- 5.71	<.001
	Medical shopping	2.80	0.47	2.78	0.48	-0.02	0.81	.417
	Level of specialty of medical institutions	3.08	0.27	3.08	0.27	0.00	0.00	1.000
	Number of medical institutions	2.65	0.52	3.11	0.41	0.46	- 9.44	<.001
	Duplication of prescription	2.85	0.47	2.85	0.47	0.00	0.00	1.000
Establishment of support system	Level of social isolation	1.27	1.23	2.08	1.22	0.81	- 9.81	<.001
	Resource networking	2.98	0.19	3.01	0.16	0.03	- 1.35	.181
Health-related quality of life	General health status	2.54	0.60	2.85	0.43	0.31	- 4.73	<.001
	Activity of daily living	2.94	0.41	2.91	0.39	-0.03	0.58	.566
	Pain	2.98	0.38	2.98	0.40	0.00	0.00	1.000
	Depression	2.93	0.44	2.96	0.42	0.03	- 0.73	.468
	Health concerns	3.04	0.60	3.04	0.60	0.00	0.00	1.000
	Residential environment	1.39	0.90	1.42	0.91	0.03	- 1.75	.083

인 항목은 건강상태였으며 이는 의료급여 사례관리 제공 전 2.54점(±0.60)에서 2.85점(±0.43)으로 0.31점 향상하였으며 통계적으로 유의한 차이가 있었다( $t=-4.73, p<.001$ ). 이에 반해 통증과 건강관심도는 점수가 같았으며 일상생활수행능력, 우울, 주거환경항목에서는 유의한 차이가 없었다. 건강관련 삶의 질 영역의 소계는 15.81점(±2.01)에서 16.16점(±1.69)으로 0.35점 향상하였으며 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다( $t=2.32, p<.022$ )

### 3.4 의료급여 사례관리 전후 전반적 의료이용의 변화

대상자의 전반적 의료이용과 관련된 의료급여 사례관리 제공 전과 제공 후 변화는 Table 4와 같다. 의료급여 사례관리 제공 전후 실급여일수와 외래내원 일수 및 기관부담금은 유의한 차이가 있었고, 입원일수와 투약일수는 유의한 차이가 없었다.

실급여일수는 의료급여 사례관리 6개월 전 평균 1115.24일(±378.67)에서 의료급여 사례관리 6개월 후 평균 1055.71일(±448.78)로 제공 전 보다 제공 후 59.53일 감소하였으며, 통계적으로 유의한 차이가 있었다( $t=2.11, p=.037$ ). 외래내원일수는 의료급여 사례관리 6개월 전 102.25일(±75.47), 6개월 후 92.13(±77.37)일로 사례관리 제공 전 보다 제공 후 10.12일 감소하였으며 통계적으로 유의한 차이가 있었다( $t=2.27, p=.025$ ). 기관부담금도 의료급여 사례관리 6개월 전 7,580,807.96원(±5,779,596.38)에서 6개월 후 6,234,703.63원(±5,140,201.82)으로 의료급여 사례관리 제공 전 보다 제공 후 1,346,104원 감소하였고 통계적으로 유의한 차이가 있었다( $t=3.60, p<.001$ ).

입원일수는 의료급여 사례관리 6개월 전 17.04일

(±46.44)에서 6개월 후 12.14일(±43.73)로 의료급여 사례관리 제공 후 4.9일 감소하였으나, 유의한 차이가 없었고 투약일수도 의료급여 사례관리 6개월 전 1140.11일(±403.29)에서 6개월 후 1083.73일(±495.14)로 의료급여 사례관리 제공 후 1083.73일 감소하였으나 유의한 차이는 없었다.

## 4. 논의

본 연구는 의료급여 사례관리가 고위험군 의료급여 수급권자 건강관리 및 전반적 의료이용에 미치는 영향을 파악하기 위해 시도되었으며, 연구 결과를 토대로 다음과 같이 논의하고자 한다.

연구 대상자의 일반적 특성을 살펴보면, 연구대상자 113명 중 여성이 82.3%, 61세 이상이 82.3%로 대부분 고령의 여성노인이었다. 학력은 초등학교 이하가 68.1%였고, 배우자가 있는 대상자가 25.7%보다 배우자가 없는 대상자가 74.2%로 많았다. 직업이 없는 경우가 91.1%였고, 의료급여 1종이 91.1%로 대다수를 차지하였고, 장애가 있는 경우는 38.9%이었다. 또한 혼자 사는 대상자가 64.5%였고, 주거가 불안정한 경우가 62.8%로 과반수 이상이었다. 이는 의료급여 수급권자들은 국민기초생활보장법에 의해 보호받은 계층으로 의료급여 수급권자로 책정될 때부터 질병이 있거나 경제적으로 어려운 생활 곤란 대상자가 대부분이며, 고령의 독거노인세대이거나, 질병 이환율이 높은 사회취약계층이라고 한 선행연구[4,14,15,18]와 유사한 결과이다.

연구 대상자들의 의료기관 이용 및 질환현황을 보면 67.3%가 선택병의원을 지정하여 병의원을 이용하는 대상자였으며, 고시질환현황은 고혈압성질환이 39.9%로

Table 4. Differences in overall health care utilization before and after Medicaid case management (N=113)

Variables	Medicaid case management		Difference (A-B)	t	p
	Before (B)	After (A)			
	M±SD	M±SD			
Medicaid days	1115.24±378.67	1055.71±448.78	-59.53	2.11	.037
Inpatient days	17.04± 46.44	12.14± 43.73	- 4.90	1.52	.131
Outpatient days	102.25± 75.47	92.13± 77.37	-10.12	2.27	.025
Medication days	1140.11±403.25	1083.73±495.14	-56.38	1.92	.057
Medicaid costs (share of institutions) (Korean won)	7,580,807.96 ±5,779,596.38	6,234,703.63 ±5,140,201.82	-1,346,104.34	3.60	<.001

가장 높았고, 당뇨병이 25.0%, 정신 및 행동장애 13.1% 순이었다. 동반된 고시질환 보유개수는 평균 1.48개이며 1개 질환이 58.4%였고, 2개 질환 34.5%였으며, 3개 이상 질환이 있는 경우도 7.1%였다. 고혈압성질환과 당뇨병이 64.9%로 고시질환의 과반수이상으로 나타났는데 이는 Kim[18]과 Lim[19]의 연구와 유사한 질병 분포를 보인다. 선택병의원은 의료급여 일수가 많은 대상자가 하나 또는 두 개의 병의원을 지정해서 이용하도록 하는 의료급여제도로서 의료이용량이 많은 대상자에게 적용되는 제도이다. 따라서 67.3%의 대상자가 선택병의원을 지정했다는 것은 연구 대상자가 대부분 의료이용량이 많다는 것을 의미한다. Lee[14]는 의료급여 사례관리 대상자는 복합중증질환자가 많아 일반 의료급여 수급권자들보다 상대적으로 치료기간이 길고, 의료기관 의존도가 높으며, 질환의 유무를 떠나 정기적인 이용과 정신적인 안정을 위해 의료이용을 하는 경향이 있다고 하였다. 본 연구 대상자 역시 의료급여 수급권자의 일반적 특성과 여러 가지 제반 사항을 살펴볼 때 본인의 건강과 질병에 민감하고 염려가 많은 군으로 일반 수급권자에 비해 의료이용량이 많은 특성을 나타내었다. 이는 의료급여 사례관리 고위험군 대상자들이 일반 의료급여 수급권자들보다 의료요구가 많은 과다이용자 중에서 선정되기 때문이며, 복합질환을 갖고 있고 사회적지지 기반이 미약해 건강 수준 및 자가건강관리능력이 저하된 상태라고 볼 수 있다. 따라서 이들 대상자들에게 지속적인 상담과 보건 및 복지 관련 정보제공을 통해 스스로 자가건강관리능력을 향상할 수 있도록 지지체계나 도움을 주는 의료급여 사례관리는 이들에게 꼭 필요한 서비스라고 할 수 있다.

의료급여 사례관리 제공 전과 제공 후에 따른 고위험군 의료급여 수급권자의 건강관리에 대한 효과는 첫째, 자가건강관리능력 중 자신의 질병상태 이해, 의료급여제도 이해, 약물복용, 생활습관관리의 4가지 항목에서 유의한 차이가 있었다. 둘째, 합리적 의료이용에서는 전반적 의료이용의 적정성과 중복처방정도에서 유의한 차이가 있었다. 셋째, 지지체계 구축은 사회적 고립도 항목에서 유의한 차이를 보였다. 마지막으로 건강관련 삶의 질 영역은 건강상태 항목에서 유의한 차이를 보였고 6개 항목을 합산한 점수도 유의한 차이를 보였다. 이는 Ahn 등[10]의 고위험군에서 건강관련 삶의 질과 자가건강관리능력, 합리적 의료이용 측면에서 효과가 있다고 한 결과

와 유사한 결과이며, Kim과 Lee[20], Kim[18]의 논문과 일치하는 것으로 동 선행연구 결과에 의하면 의료급여 사례관리 대상자의 건강관리 능력, 합리적 의료이용, 지지체계 구축, 건강관련 삶의 질 영역 모두에서 의료급여 사례관리 제공 전 보다 제공 후 통계적으로 유의하게 상승되고 있는 것으로 나타났다. 다만 본 연구에서는 건강관련 삶의 질 영역을 제외한 3개 영역의 경우 Cronbach's alpha 값이 낮게 나와 영역별 점수를 선행연구와 비교하기는 어렵다.

건강관리 영역별 세부항목의 차이를 살펴보면, 첫째, 자가건강관리능력 영역은 자신의 질병상태 이해, 의료급여제도 이해, 약물복용 및 생활습관관리 항목에서 유의하게 향상되었으나, 신체증상 관리와 위생 및 예방 항목은 유의한 차이가 없었다. 질병상태 이해, 의료급여제도 이해, 생활습관관리 항목의 유의한 차이가 있는 것은 Kim[18]과 Ahn 등[10]의 연구와는 유사한 결과이다. 의료급여 사례관리 대상자는 학력수준이 낮기 때문에 의료급여 제도에 대한 정보나 올바른 의료이용에 대한 사전 지식이 대체로 부족하지만, 의료급여 사례관리를 통해 의료급여 제도 및 자신의 질병상태, 약물 복용 등에 대한 이해와 지식수준이 향상되면서 생활습관도 변화가 생겼을 것으로 판단된다. 본 연구에서 신체증상 관리와 위생 및 예방은 유의한 차이가 없었는데 이는 Kim[18]의 연구와는 상반된 결과이다. 이는 본 연구대상자가 지역사회 접근성이 좋은 편이며, 의료급여 수급권자 대상의 예방접종사업 등 기존 보건소 사업의 수혜를 받고 있는 경우가 많아 의료급여 사례관리 제공 전후 별다른 변화가 없었던 것으로 사료된다.

둘째, 합리적 의료이용 영역은 전반적 의료이용의 적정성과 이용기관 수 항목은 유의하게 향상되었으나, 의료쇼핑, 이용기관전문수준, 중복처방정도는 유의한 차이가 없었다. 이는 합리적 의료이용 영역 전반에 모두 유의한 차이가 있는 것으로 나타난 선행연구[10,16]와는 다른 결과이다. 본 연구에서는 합리적 의료이용 영역 중 의료쇼핑은 미미한 차이를 보였고, 의료기관 전문수준과 중복처방 항목에서 의료급여 사례관리 제공전과 제공 후의 차이가 없었다. 이는 선택병의원제도를 통해 대상자들이 지정된 병의원을 이용하기 때문에 의료쇼핑과 중복처방 대상이 없었던 것이라고 생각된다. Ahn 등[10]은 의료급여수급권자의 의료기관 이용은 모든 측면에서 일반인들 보다 높기 때문에 합리적 의료이용으로의 변화는



의료급여 사례관리의 핵심이라고 하였다. 따라서 의료쇼핑이나 중복처방을 방지하는 등 의료이용 수준을 적정화 하는데 효과적인 것으로 알려진 중재를 발굴하여 의료급여 사례관리 중재에 추가하는 방안도 고려할 필요가 있다.

셋째, 지지체계 구축 영역에서는 사회적 고립도는 유의하게 향상되었으나 자원연계 항목은 유의한 차이가 없었다. 하지만 Kim[18]의 연구에서는 사회적 고립도와 자원연계가 모두 상승하였다. 사회적 고립도는 의료급여 사례관리를 통해 의료급여관리사가 의논 대상으로 사회적 지지체계의 역할을 해 주고 지역사회 자원을 연계하는 과정을 통해 상승한 것이며, 자원연계는 기존 지역사회 서비스 수혜를 받고 있는 대상자들이 많아서 별다른 변화를 보이지 않았던 것으로 사료된다.

넷째, 건강관련 삶의 질 영역은 건강상태 항목이 유의하게 향상되었으나, 일상수행능력, 통증, 우울, 건강관심도, 주거환경 항목은 유의한 차이가 없었다. Ahn 등[10]의 연구에서는 건강관심도는 유의한 차이가 있었으나, 건강상태, 일상수행능력, 통증, 우울, 주거환경에서는 유의한 차이가 없었으며, Kim[18]의 연구에서는 모든 항목에서 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 3개월간의 의료급여 사례관리 기간 동안 일상생활 수행능력과 통증, 우울 등 건강관련 삶의 질은 의료급여 사례관리를 통해 개선할 수 있는 데는 한계가 있다고 하겠다. 하지만 Ahn 등[10]은 건강관심도를 높이고 주거환경을 개선하는 과정을 통해 건강상태도 호전되는 효과가 있다고 하였고, Hong[21]은 의료급여 수급자가 건강에 대한 올바른 인식과 의료급여 제도에 대한 바른 이해를 통해 건강관심도를 높여 스스로 합리적인 의료이용을 할 수 있도록 돕고, 적절한 자가 관리를 통해 건강을 증진시키게 된다면 삶의 질도 향상되고, 의료급여 재정 절감에도 효과적인 역할을 할 수 있다고 하였다. 따라서 의료급여 사례관리 프로그램이 의료급여 수급자의 건강관련 삶의 질 향상 효과를 극대화하기 위한 방안 마련이 요구된다.

전반적 의료이용 영역에서는 의료급여 사례관리 제공 전후 실급여일수와 외래내원일수 및 기관부담금은 유의한 차이를 보였고, 입원일수와 투약일수는 유의한 차이가 없었다. Lee 등[22]의 연구에서는 일반사례관리군과 텔레케어관리군 모두 입원일수가 감소하였고, Sylvia 등[23]의 연구에서도 주로 입원이용의 감소를 통해 의료비가 감소한다고 했지만 의료급여 사례관리자가 입원보다 외

래환자에게 더 효과가 있으며[4,12], 입원일수는 유의한 차이가 없는 것으로 보고한 연구[18,19]도 있었다. 이는 연구 대상자인 고위험군 의료급여 수급권자들이 외래를 많이 이용하는 대상자 중에서 선정되었기 때문인 것으로 생각된다. 입원일수와 투약일수를 제외한 실급여일수와 외래내원일수 및 기관부담금은 유의한 차이를 보였는데 이는 의료급여관리사가 수행한 의료급여 사례관리를 통해 의료급여 대상자들의 의료기관 방문 횟수가 줄어들었다는 것을 의미하며, 기관부담금의 감소로 의료급여 재정 안정화에도 기여한다는 의미로 해석할 수 있다. Lee 등[22]은 의료급여 사례관리자가 외래내원일수와 기관부담금 감소하는 등 의료이용 변화에 효과가 있다고 제시하였고, Kim과 Lee[20]도 평균 진료비 등 의료급여 비용 절감에 효과가 있다고 하였다. 또한 Lim[19]은 의료급여 사례관리자가 수급권자의 외래내원일수, 외래진료비, 투약일수 약제비를 감소시키며, 질병 중증도가 낮은 의료급여 수급권자의 외래이용에 효과가 있다고 하였다. 또한 Kim[18]의 연구에서도 대상자의 의료이용 형태에 있어서 의료급여 일수, 진료일수, 외래내원일수, 투약일수, 기관부담금 모두 유의하게 줄어든 것으로 나타났다. 다만 이러한 의료급여 사례관리를 통해 비용을 감소시키는 효과를 극대화하기 위해서는 의료서비스 공급자의 협력체계 방안 마련이 필요하며[24], 의료기관 수가제도 개선 등의 인센티브도 고려되어야 한다.

이상 기존 선행연구는 물론 본 연구 결과를 근거로 볼 때 의료급여 사례관리는 의료급여 대상자의 의료이용에 유익한 효과를 미치는 제도라고 할 수 있다.

본 연구의 제한점은 다음과 같다.

첫째, Y구 지역에 거주하는 의료급여 수급권자 중 의료욕구가 높은 고위험군을 연구 대상으로 국한하였기 때문에 연구결과를 전체 의료급여 대상자로 일반화하기는 어려우며, DRG질환군 등 특정 질환군으로 범위를 세분화하여 비교하지 못한 점도 제한점이다.

둘째, 의료급여 사례관리 효과 분석에 있어 대조군이 없었으며 대상자 선정에 있어 모집단을 고려한 표본추출을 못한 부분이다.

셋째, 의료급여 사례관리 업무 지침에 의거하여 대상자의 요구에 따라 개인 간 편차가 있는 사례관리 중재를 제공하였고, 이에 기반을 둔 이차자료를 활용하여 효과를 규명하였기 때문에 표준화된 서비스 제공에 따른 효과를 파악하지 못한 것이 제한점이다.

넷째, 의료급여 사례관리의 효과 중 건강관리 측정도구의 신뢰도가 낮아서 항목별로 검토한 점이다.

향후 이러한 제한점을 보완하여 의료급여 사례관리 효과 분석에 대한 후속연구가 시행된다면 의료급여 사례관리 사업 발전을 위한 의미 있는 자료가 도출될 것으로 사료된다.

## 5. 결론

의료급여제도는 사회취약계층인 의료급여 수급권자들의 사회안전망이자 의료안전망이며, 건강상 위해 요인에 노출된 의료급여 수급권자들의 건강관리와 일상생활 및 삶의 질에 밀접한 영향을 준다. 하지만 본인 부담이 거의 없는 관계로 일부 대상자의 도덕적 해이와 행위별 수가제인 의료시스템에서 과잉진료 또는 과다이용도 문제점으로 지적되고 있다. 이러한 문제 해결을 위해 의료급여 수급권자 건강 문제를 지지해 주면서 한정된 국가 재정 유출을 최소화하기 위해 의료급여 사례관리 사업이 도입되었으며 여러 선행 연구를 통해서 의료급여 사례관리 사업의 효과성이 입증되었다.

본 연구에서는 의료급여 사례관리 효과 분석을 위해 고위험군 의료급여 사례관리 대상자의 의료급여 사례관리 제공 전·후 건강관리 및 전반적 의료이용의 변화를 파악하였다. 그 결과 자신의 질병상태 이해, 의료급여제도 이해, 약물복용과 생활습관관리에서 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 또한 전반적 의료이용의 적정성과 이용기관수, 사회적 고립도 및 건강상태에서 유의한 차이가 있는 것으로 나타났으며, 실급여일수, 외래내원일수, 기관부담금등 전반적 의료이용 변화에서 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 이는 의료급여관리사가 수행하는 의료급여 사례관리가 고위험군 의료급여 수급권자의 건강관리 및 전반적 의료이용 변화에 효과적이고 긍정적인 영향을 미친다고 할 수 있다.

이상의 결과를 바탕으로 다음과 같이 제언을 하고자 한다.

첫째, 의료급여 서비스 이용이 많은 의료급여 사례관리 고위험군 대상자들의 사례관리 종결 이후 추적 관리를 할 수 있는 체계적인 프로그램 구축이 필요하다. 의료급여 사례관리는 12주간의 서비스 제공 후 종결대상자에 대한 지속적인 관리 프로그램이 없으며 현재 의료급

여관리사들이 관리하는 대상자 수를 감안할 때 종결대상자까지 관리할 여건이 안 되는 열악한 실정이다. 효과적 인 사례관리를 위해서는 현재 관리 대상자는 물론 종결 대상자에 대한 모니터링도 필요하며, 적정관리 가능한 의료급여 사례관리 인원수를 고려한 사후관리가 필요하다.

둘째, 치료중심적인 현 의료시스템 내에서 의료급여 수급권자 스스로 건강관리를 도모하여 예방적 관리를 할 수 있도록 표준화된 의료급여 사례관리 프로그램이 필요하다. 현재 우리나라 의료시스템은 행위별 수가제로 대상자가 스스로 필요에 의해 병의원을 이용할 수 있는 시스템이다. 병의원 또한 예방보다는 증상 발현 시 치료를 중심으로 진료를 하는 경향을 보이고 있다. 의료급여 사례관리는 증상 발현 시 치료보다는 증상 발현이 되기 전에 먼저 예방하고 스스로 질환관리를 할 수 있도록 돕는 예방적 제도이며 이를 지지할 수 있는 의료급여 사례관리 사업의 보완과 개선도 이루어져야 한다.

셋째 의료급여 사례관리의 수행 주체인 의료급여관리사의 전문적인 지식과 업무경험 향상을 위한 교육과 업무환경 구축이 필요하다. 의료급여 사례관리 대상자는 의료일수가 많은 과다이용자를 중심으로 선정하여 관리하고 있기 때문에 질환이 많고 의료요구가 많은 대상자들이며, 의료이용 또한 수급권자 개인의 필요에 의한 의료이용인지, 의학적, 사회적 수용 가능성에서도 타당한 의료이용인지에 대한 판단이 중요하다. 이에 올바른 의료이용에 대한 서비스 제공여부 및 의료이용의 적정성에 대한 판단에는 의료급여관리사의 임상적 판단과 업무경험이 절대적인 역할을 하기 때문에, 의료급여관리사의 전문성 향상 및 안정적인 업무환경 조성이 요구된다.

넷째, 의료급여 사례관리 요구측정도구의 검토 및 보완이 필요하다. 의료급여 사례관리 요구측정도구는 직접 면담을 통한 의료급여관리사의 임상적 판단을 매우 중요시 하는 도구로써 측정자인 의료급여관리사의 사정 능력이 중요하게 작용한다. 하지만 측정자인 의료급여관리사의 사정능력에 변이가 발생하면 부정적인 영향을 줄 수 있다. 사례관리 요구측정도구는 의료급여 사례관리 효과 분석을 위해 중요한 성과지표이므로 추후 반복연구를 통하여 신뢰도와 타당도 검증이 필요하며, 효과의 정교한 측정을 위하여 지표 정의의 명확화, 개선 등 정기적인 검토와 보완이 필요하다.

## References

- [1] Ministry of Health & Welfare, 2013 *Guideline of medicaid management*, Ministry of Health & Welfare. 2013.
- [2] Y. S. Shin, "Direction to go for medical aid", *Health and Welfare Policy Forum*, 167, pp, 28-38, 2010.
- [3] J. M. Choi, J. J. Oh, "The effects of the designated doctor system on the health of medical aid beneficiaries", *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*, 23(4), pp.438-445, 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.12799/jkachn.2012.23.4.438>
- [4] Y. S. Shin, H. W. Shin, D. K. Hwang, *Case management and it's the effectiveness in Korean Medicaid I*, Korea Institute for Health and Social Affairs, 2007.
- [5] Center for Medicaid in Korea. History of medicaid management [Internet]. Seoul: Center for Medicaid, c2013 [cited 2013 Jan 03], Available From: <https://www.macmc.or.kr/page.do?pgmid=macm020503>. (accessed January 03, 2013)
- [6] S. J. Lim, *Effects of case management for medicaid on healthcare utilization*, Unpublished doctoral thesis, Seoul National University, 2010.
- [7] Rossi, PA. *Case management in health care (2nd ed.)*, Saunders. 2003.
- [8] Frankel AJ, Gelman S. *Case Management: An Introduction to Concepts and Skills*, Lyceum Books, 2012.
- [9] American Case Management Association. Definition of case management [Internet]. Arkansas (AR): American Case Management Association. c2013[cited 2013 Jan 03], Available from: <http://www.acmaweb.org/section.asp?sid=4&mn=mn1&sn=sn1&wpg=nh>. (accessed January 03, 2013)
- [10] Y. H. Ahn, E. S. Kim, I. S. Ko, "The effects of tele-care case management services for medical aid beneficiaries", *Journal of Korean Academy Community Health Nursing*, 21(3), pp.351~361, 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.12799/jkachn.2010.21.3.351>
- [11] Y. H. Ahn, "Effects of medicaid case management program and its policy directions", *Korean Journal of Care Management*, 5, pp.67-84, 2010.
- [12] Y. S. Shin, H. W. Shin, D. K. Hwan, I. C. Rho, *Monitoring for medicaid financial efficiency*, Korea Institute for Health and Social Affairs, 2006.
- [13] Y. S. Shin, H. W. Shin, D. K. Hwang, *Case management and it's the effectiveness in Korean Medicaid II*, Korea Institute for Health and Social Affairs, 2008.
- [14] W. H. Lee, "Developing a case management strategies program for Korean medical aid clients", Unpublished doctoral thesis, Hanyang University, 2006.
- [15] E. S. Kim, I. S. Ko, G. S. Kim, M. Y. Kim, J. J. Nam, S. M. Shin, I. S. Yang, S. H. Lee, D. M. Lee, J. S. Choi, "A study for improving the over users of the out-patient of the hospital in korea medicaid". Ministry of Health, Welfare, and Family & Yonsei University College of Nursing, Institute of Nursing Policy, 2007.
- [16] E. S. Kim, Y. H. Ahn, I. S. Ko, K. O. Lee, J. S. Ko, *Planning and development of guide for medical aid case management services*. Ministry of Health, Welfare, and Family & Yonsei University College of Nursing, Institute of Nursing Policy, 2008.
- [17] Y. A. Shin, H. C. Shin, H. W. Shin, E. J. Park, S. W. Hong, S. M. Shin. *Health services use and health status of medicaid beneficiaries according to medicaid policy change*. Ministry of health, welfare and family affaires, Korea human resource development institute for health and welfare, & Institute of case management for medicaid, 2008.
- [18] S. A. Kim, *Effect of case management intervention by medical aid case manager: centered on medical aid recipients with chronic disease*, Unpublished master's thesis, Hanyang University, 2012.
- [19] S. J. Lim, "Change in healthcare utilization by disease severity after case management for Medicaid". *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*, 21(3), pp.321-332, 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.12799/jkachn.2010.21.3.321>
- [20] J. S. Kim, K. J. Lee, "Effectiveness analysis on medicaid case management and its implications", *Health and Welfare Policy Forum*, 191, pp.50-59.
- [21] S. W. Hong, "Factors influencing health-related quality of life in Korean medicaid beneficiaries", *Journal of Korean Academy of Nursing*, 39(4), pp.480~489, 2009. DOI: <http://dx.doi.org/10.4040/jkan.2009.39.4.480>
- [22] H. J. Lee, J. J. Oh, J. M. Choi, "Comparison of case management between tele care regions and general care regions in Korean medicaid", *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*, 16(4), pp.381-388, 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.11111%2Fjkana.2010.16.4.381>
- [23] M. L. Sylvia, M. Griswold, L. Dunbar, C. M. Boyd, M. Park, C. Boulton. "Guided care: Cost and utilization outcomes in a pilot study". *Disease Management*. 11(1). pp.29~36, 2008.

- [24] S. J. Lim. "The effects of case management for Medicaid healthcare utilization by the Medicaid system", Journal of Korean Academy of Community Health Nursing, 21(4), pp.375-385, 2010.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.1089/dis.2008.111723>

**안 영 진**(Young Jin Ahn)

[정회원]



- 2014년 2월 : 한국방송통신대학교 대학원 간호학과 (간호학석사)
- 1996년 1월 ~ 2000년 8월 : 한양대학교 의료원 간호사
- 2005년 4월 ~ 현재 : 영등포구청 의료급여관리사

<관심분야>

지역사회간호, 의료급여, 의료급여사례관리

**최 윤 경**(Yun-Kyoung Choi)

[정회원]



- 2002년 2월 : 서울대학교 간호대학교 대학원 (간호학석사)
- 2010년 8월 : 서울대학교 간호대학교 대학원 (간호학박사)
- 1995년 4월 ~ 2005년 5월 : 서울대학교병원 간호사, QA전담
- 2005년 5월 ~ 2010년 9월 : 한국보건산업진흥원 책임연구원
- 2010년 10월 ~ 2011년 8월 : 건강보험심사평가원 부연구위원
- 2011년 9월 ~ 현재 : 한국방송통신대학교 간호학과 조교수

<관심분야>

간호성과, 의료질관리