

한국의료패널 자료를 활용한 복합만성질환자 유형과 의료비 분석¹⁾

An Analysis for the Multimorbidity Patterns and Healthcare Cost Using the Korea Health Panel Survey

서제희 | 한국보건사회연구원 부연구위원

인구 고령화와 만성질환 증가로 동시에 2개 이상의 만성질환에 이환된 복합만성질환은 예외적인 현상이 아니라 보편적인 현상이 되었다. 복합만성질환은 관리가 잘되지 않으면 질병이 악화되어 개인의 삶의 질을 떨어뜨리고 의료비 지출도 증가시켜 결과적으로 한국 사회의 전반적인 의료비 부담을 높일 수 있다. 이러한 중요성이 있는 복합만성질환의 유형과 의료비 지출 양상을 살펴보기 위해 2기 한국의료패널 2019년 자료를 분석하였다. 그 결과 65세 이상 노인의 복합만성질환 유병률이 높았으며, 만성질환 보유 개수가 많을수록 본인부담 의료비 지출이 높게 나타나 복합만성질환에 대한 정책적 개입이 필요함을 알 수 있었다. 노인은 헬스리터러시가 낮고 관절 질환으로 거동이 불편한 경우가 많아 여러 만성질환 관리를 위해 여러 진료과를 방문하는 것이 쉽지 않으므로 이용자 중심의 통합적인 관리 체계를 마련할 필요가 있다. 그리고 잠재적인 노인 복합만성질환자라고 볼 수 있는 청장년층 만성질환자에 대한 조기 개입으로 복합만성질환 관리 역량을 높일 수 있는 정책이 필요하다.

1. 들어가며

인구 고령화와 그에 따른 만성질환 증가로 동시에 2개 이상의 만성질환에 이환된 경우는 더 이상 예외적인 현상이 아니다(김창훈, 황인경, 유

원섭, 2014, p. 219). 이에 대해 경제협력개발기구(OECD)는 OECD 국가들이 향후 수십 년 동안 당면할 매우 중대한 도전 과제 중 하나로 복합 만성질환 문제를 제시하였다(OECD, 2011, p. 226.).

1) 이 글은 2021년에 발간 예정인 『2019년 한국의료패널 기초분석보고서(II)』(박은자 외)의 내용을 기초로 작성되었다.

복합만성질환(multimorbidity)이란 만성질환 종류에 관계 없이 2개 이상의 만성질환에 동시에 이환된 경우로 정의할 수 있다. 복합만성질환의 유병률은 40세 연령군부터 70세 연령군까지 급격히 증가한 후 안정기에 도달하는 S형 곡선으로, 인구 고령화에 비례하여 복합만성질환 유병률 또한 증가하는 양상을 보인다. 국외 연구 결과 복합만성질환 유병률은 일반 인구에서 23.2%, 65세 이상 85세 미만 인구에서 64.9%, 85세 이상에서 81.5%로, 고령일수록 복합만성질환이 증가하였다(Barnett et al., 2012, p. 38). 국내 연구 결과에서도 45세 이상 성인 인구 35.6%, 65세 이상 인구 66.7%가 복합만성질환자로 비슷한 양상을 보였다(김창훈 외, 2014, p. 224).

복합만성질환은 이환된 질환 수가 늘어날수록 예방 가능한 합병증으로 인한 입원 가능성 및 응급실 방문 가능성이 증가한다. 또한 복합만성질환은 상충되는 의학적 권고 가능성을 높일 뿐만 아니라 여러 만성질환에 대한 약물 복용, 즉 다약제 복용(polypharmacy)으로 인한 약물 부작용의 발생 우려를 높인다. 이러한 이유로 복합만성질환은 가계의 의료비 부담 또한 증가시킬 수밖에 없으며, 이는 결과적으로 한국 사회의 의료비 부담에 영향을 미친다.

이렇게 복합만성질환은 개인 측면 그리고 전체 사회 측면에서 중요한 영역인데도 그동안 국내에서는 연구가 많이 이루어지지 못해 정책적

논의 또한 활발하지 않다. 따라서 이 글에서는 한국 의료패널 자료를 활용하여 복합만성질환자의 유형별 유병 현황과 의료비 지출을 분석하고 이에 대한 정책적 함의를 논의하고자 한다.

2. 분석 내용과 방법

가. 분석 자료, 대상 및 내용

분석 자료는 제2기 한국의료패널 2019년 연간 데이터이고, 2019년 패널 가구에 속한 가구원 중 19세 이상 성인이면서 만성질환 이환 영역 조사에 응답한 가구원 1만 2,396명을 분석 대상으로 하였다.²⁾

분석한 내용은 복합만성질환 유형에 따른 유병 현황, 복합만성질환 유형별 의료비 지출 현황, 다빈도 복합만성질환 유형과 의료비 지출 현황이다. 복합만성질환자 유형과 의료비를 분석하기 위해 먼저, 만성질환 보유 개수와 만성질환 유병률을 분석하였다. 그리고 만성질환 보유 개수별 유병률과 복합만성질환 유병률을 분석하였고, 다빈도 복합만성질환자 유형을 2개 조합과 3개 조합으로 구분하여 분석하였다. 복합만성질환의 의료비 부담을 확인하기 위해 만성질환 보유 개수별 연간 본인부담 의료비 평균과 다빈도 복합만성질환자의 본인부담 의료비를 분석하였다.

2) 2기 한국의료패널 2019년 연간 데이터는 2022년 상반기에 공식 배포될 예정이다.

나. 분석 방법

복합만성질환에 대한 기존 연구나 보고서를 살펴보면, 복합만성질환에 대한 정의는 “2개 이상의 만성질환으로 이환된 경우”로 대체로 일치하여 이 글에서도 그 정의를 따라 분석하였다.

그러나 여기서 주의 깊게 살펴보아야 할 부분

은 각 연구 또는 보고서의 분석에 포함된 만성질환의 정의 또는 종류가 완벽히 일치하지는 않으므로 복합만성질환을 정의하는 데는 만성질환의 종류 또는 분류가 중요하다는 것이다. 따라서 이 연구에서도 복합만성질환을 분석하기 위해 분석에 포함할 만성질환 또는 만성질환군을 선정하였다.

표 1. 분석에 포함한 19개 질환: 국민건강영양조사 조사 질환 및 OASH 선정 만성질환과 비교

구분	분석에 포함한 질환	국민건강영양조사	OASH
만성질환 종류	• 고혈압	• 고혈압	• 고혈압
	• 당뇨병	• 당뇨병	• 당뇨병
	• 고지혈증	• 이상지질혈증(고지혈증)	• 고지혈증
	• 관상동맥질환	• 심근경색증, 협심증	• 관상동맥질환
	• 뇌졸중	• 뇌졸중	• 뇌졸중
	• 만성간염	• B형, C형 간염	• 간염
	• 천식	• 천식	• 천식
	• 만성폐쇄성폐질환		• 만성폐쇄성폐질환
	• 만성신부전증	• 신부전	• 만성신장질환
	• 암	• 암	• 암
	• 우울증	• 우울증	• 우울증
	• 치매		• 치매
	• 골다공증	• 골다공증	• 골다공증
	• 퇴행성 관절염	• 골관절염	• 관절염
	• 류마티스 관절염	• 류마티스성 관절염	
	• 추간판 장애		
	• 기타 척추질환		
	• 간경화증	• 간경변증	
	• 갑상선 기능장애	• 갑상성질환	
	• 폐결핵 • 아토피, 알레르기 피부염 • 부비동염, 중이염 • 백내장, 녹내장, 황반변성 • 당뇨병망막병증 • 통풍	• HIV 감염 • 정신분열증 • 물질남용 장애 • 부정맥 • 만성신부전 • 자폐 스펙트럼	

자료: 1) 박은자 외. (2021. 발간 예정). 2019년 한국의료패널 기초분석보고서(II). 한국보건사회연구원. 제3장 제4절.3)

2) 국민건강영양조사. 제8기 1차년도. (2019). 성인 건강설문 면접조사표.

3) Goodman, R. A., Posner, S. F., Huang, E. S., Parekh, A. K., and Koh, H. K. (2013). Defining and measuring chronic conditions: imperatives for research, policy, program, and practice. *Prev Chronic Dis*, 10, p.10.

3) 2021년 12월 현재 미발간 보고서여서 정확한 쪽수 대신 장·절로 표기하였다.

복합만성질환 분석에 포함할 만성질환 또는 만성질환군 선정에 대해 표준화된 정의와 표준 질환 목록의 필요성에 대응하고자 미국 보건부(OASH: Office of the Assistant Secretary of Health)가 복합만성질환 실무팀의 숙의 과정을 통해 선정한 20개 만성질환군(OASH list)과 국민건강영양조사에 포함되어 있는 만성질환 조사 항목을 고려하였다(표 1). 이러한 과정을 거쳐 최종적으로 2019년 한국의료패널 데이터 중 ‘만성질환 이환’ 영역의 자료로 <표 1>과 같이 19개 주요 만성질환(군)으로 분석 데이터를 구성하여 분석하였다.

본인부담 의료비는 2019년 한 해 동안 의료서비스 이용으로 의료기관에 지출한 의료비와 약국에서 처방약을 구입한 비용을 합한 것으로 정의하여 산출하였다. 의료서비스는 응급, 입원, 외래 서비스를 모두 포함하며, 건강검진서비스 이용으로 지출한 본인부담 비용도 본인부담 의료비에 포함하여 분석하였다.

3. 분석 결과

가. 만성질환 보유 개수와 보유 개수별 유병 현황

2019년 한국의료패널 자료 분석 결과, 만성질환 보유 개수는 성인이 평균 0.7개, 만 65세 이상 노인은 평균 2.0개로 노인의 만성질환 보유 개수가 더 많았다. 65세 이상 노인의 성별에 따른 만성질환 보유 개수 평균은 남성 1.6개, 여성 2.4개로 여성이 더 많은 만성질환을 갖고 있었다.

한국의료패널의 성인 가구원을 대상으로 주요 만성질환 19개에 대한 유병률을 분석한 결과, 유병률은 34.8%였다. 만 65세 이상 노인은 82.2%로 대부분의 노인이 19개 만성질환(군) 중 하나 이상의 만성질환에 이환되어 있었다. 만 65세 이상 여성의 유병률은 87.2%로 남성 75.6%보다 높았다.

표 2. 주요 만성질환 보유 개수 현황

(단위: 개)

구분	전체 (n=12,396)		만 65세 미만 (n=7,622)		만 65세 이상 (n=4,774)		
	평균	S.E	평균	S.E	평균	S.E	
전체	0.7	0.01	0.4	0.01	2.0	0.02	
성별	남성	0.6	0.01	0.4	0.01	1.6	0.03
	여성	0.8	0.02	0.4	0.01	2.4	0.03

주: 가구원 샘플 횡단가중치를 적용한 수치임.

남성 5,649명, 여성 6,747명.

자료: 박은자 외. (2021. 발간예정). 2019년 한국의료패널 기초분석보고서(II). 한국보건사회연구원. 제3장 제4절.

표 3. 주요 만성질환 유병률 현황

(단위: 명, %)

구분		전체 (n=12,396)		만 65세 미만 (n=7,622)		만 65세 이상 (n=4,774)	
		명	%	명	%	명	%
전체		6,322	34.8	2,355	23.5	3,967	82.2
성별	남성	2,679	31.6	1,027	22.7	1,652	75.6
	여성	3,643	38.0	1,328	24.3	2,315	87.2

주: 유병률은 가구원 샘플 횡단가중치를 적용한 수치임.

자료: 박은자 외. (발간 예정). 2019년 한국의료패널 기초분석보고서(II). 한국보건사회연구원. 제3장 제4절.

주요 만성질환 보유 개수별 유병률은 만성질환을 보유하지 않은 성인이 65.2%, 1개 보유자가 16.0%, 2개 보유자가 9.6%, 3개 이상 보유자가 9.3%로 만성질환을 보유하지 않은 성인의 유병률이 가장 높았다. 그러나 만 65세 이상 노인에서는 만성질환을 보유하지 않은 경우가 17.8%, 1개 보유자가 22.3%, 2개 보유자가 25.1%, 3개

이상 보유자가 34.9%로 3개 이상을 보유한 경우가 가장 높게 나타났다.

2개 이상의 만성질환에 이환된 복합만성질환 유병률은 만 65세 이상 노인에서 60%로 노인의 복합만성질환 유병률이 높은 수준으로 나타났다. 여성 노인은 복합만성질환 유병률이 69.9%로 남성 노인 46.9%보다 높았다.

표 4. 주요 만성질환 보유 개수별 유병률 현황

(단위: 명, %)

연령	구분	전체		남자		여자	
		명	%	명	%	명	%
전체	0개	6,074	65.2	2,970	68.4	3,104	62.0
	1개	2,424	16.0	1,243	16.6	1,181	15.4
	2개	1,851	9.6	819	9.0	1,032	10.2
	3개 이상	2,047	9.3	617	6.0	1,430	12.5
65세 미만	0개	5,267	76.5	2,487	77.3	2,780	75.7
	1개	1,363	14.5	628	14.2	735	14.8
	2개	620	5.9	255	5.7	365	6.0
	3개 이상	372	3.1	144	2.9	228	3.5
65세 이상	0개	807	17.8	483	24.4	324	12.8
	1개	1,061	22.3	615	28.7	446	17.4
	2개	1,231	25.1	564	25.3	667	25.0
	3개 이상	1,675	34.9	473	21.6	1,202	44.9

주: 유병률은 가구원 샘플 횡단가중치를 적용한 수치임.

자료: 박은자 외. (2021. 발간 예정). 2019년 한국의료패널 기초분석보고서(II). 한국보건사회연구원. 제3장 제4절.

주요 만성질환을 1개라도 보유하고 있는 이환자 중 복합만성질환자 이환자의 비율을 분석한 결과, 54.1%가 복합만성질환자였다. 즉 만성질환자 중 절반 이상이 복합만성질환자였으며, 만 65세 이상 노인은 80.1%로 만성질환자 중 대부분이 복합만성질환자인 것으로 나타났다.

나. 만성질환 개수와 본인부담 의료비

주요 만성질환 보유 개수에 따른 연간 평균 본인부담 의료비를 분석한 결과, 만성질환 보유 개수가 많아질수록 본인부담 의료비가 높게 나타났다. 그리고 만성질환을 보유 개수가 같을 때, 65세 미만보다 만 65세 이상의 본인부담 의료비가

표 5. 만성질환 1개 이상 보유자 중 복합만성질환자 분율 현황

(단위: 명, %)

구분	성인 전체 (n=6,322)		만 65세 미만 (n=2,355)		만 65세 이상 (n=3,967)		
	명	%	명	%	명	%	
전체	3,898	54.1	992	38.3	2,906	72.9	
성별	남자	1,436	47.5	399	37.8	1,037	62.0
	여자	2,462	59.5	593	38.9	1,869	80.1

주: 유병률은 가구원 샘플 횡단가중치를 적용한 수치임.

자료: 박은자 외. (2021. 발간예정). 2019년 한국의료패널 기초분석보고서(II). 한국보건사회연구원. 제3장 제4절.

표 6. 주요 만성질환 보유 개수에 따른 연간 본인부담 의료비: 평균

(단위: 천 원)

구분		성인 전체		남자		여자	
		의료비	SE	의료비	SE	의료비	SE
전체	0개	461.5	11.9	431.0	18.6	486.1	15.3
	1개	727.6	22.6	665.8	29.2	791.3	34.6
	2개	804.1	23.0	807.5	36.4	801.5	29.5
	3개 이상	997.2	26.6	1,013.5	54.0	990.1	30.1
65세 미만	0개	451.7	12.7	400.8	19.7	488.9	16.5
	1개	716.6	30.7	609.9	39.4	803.1	45.2
	2개	834.7	47.7	791.0	76.2	865.5	61.0
	3개 이상	956.5	61.9	885.8	103.1	1,001.4	77.3
65세 이상	0개	518.4	33.0	556.0	49.2	463.5	37.9
	1개	741.4	33.4	720.0	43.0	771.6	53.2
	2개	788.8	25.0	814.9	40.2	766.9	31.2
	3개 이상	1,006.1	29.5	1,052.2	62.9	988.0	32.7

주: 본인부담 의료비 평균은 가구원 샘플 횡단가중치를 적용한 수치임.

자료: 박은자 외. (2021. 발간 예정). 2019년 한국의료패널 기초분석보고서(II). 한국보건사회연구원. 제3장 제4절.

높게 나타났다. 성별에 따른 본인부담 의료비 차이는 뚜렷한 경향을 보이지 않았다.

다. 다빈도 복합만성질환자 유형

주요 만성질환 2개 조합으로 다빈도 복합만성질환 유형을 분석한 결과, 고혈압-고지혈증 조합이 15.2% 분율로 가장 많았다. 특히 65세 미만에서 높게 나타났다. 만 65세 이상에서는 고혈압-고지혈증 조합과 고혈압-당뇨병 조합이 각각 12.5%, 12.3%로 비슷한 분율이었다. 만 65세 이상 노인에서 세 번째로 많이 나타난 조합은 고혈압-퇴행성 관절염이고 11.9%로 상위 2개 조합과 큰 차이가 없었다.

3개 조합으로 다빈도 복합만성질환 유형을 분석한 결과, 고혈압-당뇨병-고지혈증은 12.4% 분율로 가장 많은 부분을 차지하였다. 특히 65세 미만에서 21.6%로 높게 나타났다. 만 65세 이상 노인에서 가장 많은 3개 조합 복합만성질환 유형은 고혈압-당뇨병-고지혈증으로 9.7%를 차지하였고, 두 번째로 많은 3개 조합 복합만성질환 유형은 고혈압-추간판 장애-퇴행성 관절염으로 8.9%를 차지하였다.

다빈도 복합만성질환 유형별 연간 본인부담 의료비 평균을 분석한 결과, 2개 조합에서 고혈압-추간판 장애 유형이 2개 조합 복합만성질환자에서 차지하는 분율의 크기는 다섯 번째로 작았으나 연간 본인부담 의료비 평균은 77만 6,800원

표 7. 다빈도 복합만성질환 유형(2개 질환, 3개 질환 조합) 현황

(단위: %)

구분	전체	만 65세 미만	만 65세 이상
2개 질환 조합 분율			
고혈압-고지혈증	15.2	20.7	12.5
고혈압-당뇨병	13.4	15.7	12.3
고혈압-퇴행성 관절염	10.0	7.1	11.9
퇴행성 관절염-추간판 장애	6.9	6.1	6.8
고혈압-추간판 장애	5.9	4.4	6.7
기타 2개 질환 조합 소계	48.6	46.1	49.8
3개 질환 조합 분율			
고혈압-당뇨병-고지혈증	12.4	21.6	9.7
고혈압-추간판 장애-퇴행성 관절염	7.7	6.0	8.9
고혈압-당뇨병-퇴행성 관절염	6.2	4.8	6.4
고혈압-퇴행성 관절염-고지혈증	6.0	4.0	6.2
고혈압-추간판 장애-고지혈증	3.9	3.6	3.9
기타 3개 질환 조합 소계	63.9	60.0	64.9

주: 다빈도 복합만성질환 조합의 분율은 기구원 샘플 횡단가중치를 적용하지 않았음.

자료: 한국보건사회연구원. (2021). 한국의료패널 2019년 연간 데이터 베타 버전을 이용해 분석한 결과임. 2019년 연간데이터는 2022년 상반기에 공개될 예정임.

표 8. 다빈도 복합만성질환 유형별 연간 본인부담 의료비: 평균

(단위: 천 원)

구분	성인		만 65세 미만		만 65세 이상	
	의료비	S.E	의료비	S.E	의료비	S.E
2개 질환 조합						
고혈압-고지혈증	763.5	71.3	877.6	141.5	668.3	55.8
고혈압-당뇨병	716.9	50.2	658.6	61.0	753.7	72.2
고혈압-퇴행성 관절염	711.6	50.1	876.5	144.1	684.2	53.6
퇴행성 관절염-추간판 장애	771.4	83.5	820.9	129.8	720.7	102.6
고혈압-추간판 장애	776.8	92.1	524.6	87.2	857.7	117.3
3개 질환 조합						
고혈압-당뇨병-고지혈증	927.2	109.0	859.2	159.7	970.0	147.1
고혈압-추간판 장애-퇴행성 관절염	771.0	95.6	1,121.3	228.8	811.5	105.7
고혈압-당뇨병-퇴행성 관절염	1,019.5	126.9	846.0	172.7	872.6	129.9
고혈압-퇴행성 관절염-고지혈증	867.7	110.3	1,305.8	253.2	992.6	149.3
고혈압-추간판 장애-고지혈증	1,183.1	229.3	428.3	77.5	1,175.3	255.1

주: 다빈도 복합만성질환 조합의 연간 평균 본인부담 의료비는 가구원 샘플 횡단가중치를 적용하지 않았음.
 자료: 한국보건사회연구원. (2021). 한국의료패널 2019년 연간 데이터 베타 버전을 이용해 분석한 결과임.

으로 가장 많이 지출하는 것으로 나타났다. 그러나 연령별로 살펴보면 만 65세 이상에서는 고혈압-추간판 장애의 연간 본인부담 의료비 지출이 가장 높게 나타났으나, 반대로 65세 미만에서는 의료비 지출 비용이 가장 낮았다.

3개 조합에서도 고혈압-추간판 장애-고지혈증 유형의 연간 본인부담 의료비 평균이 118만 3,100원으로 가장 높게 나타났다. 만 65세 이상에서도 117만 5,300원으로 같은 양상을 보였으나, 65세 미만에서는 42만 8,300원으로 지출 비용이 가장 낮은 것으로 나타났다.

4. 나가며: 결과 고찰과 정책적 함의

2019년 한국의료패널 데이터로 복합만성질환에 대해 분석한 결과, 19개 주요 만성질환 유형

률은 34.8%였으며, 만 65세 이상 노인의 경우에는 82.2%로 나타났다. 만 65세 이상 노인의 주요 만성질환 보유 개수는 평균 2.0개이고 여성 노인은 평균 2.4개로 대부분의 노인이 복합만성질환자임이 분석 결과 나타났다. 복합만성질환의 다빈도 유형을 2개 조합, 3개 조합으로 분석한 결과, 2개 조합 유형에서는 고혈압-고지혈증, 고혈압-당뇨병, 고혈압-퇴행성 관절염, 퇴행성 관절염-추간판 장애, 고혈압-추간판 장애 순으로 높은 분율을 차지하였다. 3개 조합에서는 고혈압-당뇨병-고지혈증, 고혈압-추간판 장애-퇴행성 관절염, 고혈압-당뇨병-퇴행성 관절염, 고혈압-퇴행성 관절염-고지혈증, 고혈압-추간판 장애-고지혈증 순으로 높은 분율을 차지하였다. 복합만성질환자의 의료비 부담을 연간 본인부담 의료

비로 분석한 결과, 만성질환 보유 개수가 많을수록 의료비가 높게 나타났으며, 같은 개수의 만성질환을 보유하고 있더라도 노인은 더 많은 본인 부담 의료비를 지출하였다.

분석 결과를 바탕으로 향후 정책적으로 고려가 필요한 부분을 논의해 보자면 우선, 보건의료체계와 보건의료정책이 단일 질환 중심의 만성질환 관리 프레임에서 벗어나 복합만성질환 관리에 초점을 맞춘 프레임으로 변화되어야 한다는 점이다. 즉, 질병 중심이 아닌 이용자 중심의 접근이 필요하다. 그러나 현재의 질병 정책은 사람 중심의 통합적 접근이 아니라 심뇌혈관질환 정책, 고혈압·당뇨병 정책, 암 정책, 치매 정책 등과 같이 단일 질환 중심의 정책이고 의료전달체계 또한 그러한 정책에 맞춰져 있다. 이러한 단일 질환 중심의 정책과 의료전달체계는 질병 관리의 효율성을 떨어뜨릴 수 있다. 영국의 경우 복합만성질환자들의 전문의 상담률이 높아 진료의 연속성이 낮은 것으로 나타났다(김창훈 외, 2014, p. 225). 또한 개별 질환에 대한 진료 지침은 복합만성질환 상황을 고려하지 않고 만든 것이기 때문에 복합만성질환자가 개별 질환 지침들을 모두 따를 경우 복용 약물 증가와 이로 인한 부작용으로 건강상 위해를 가져올 수도 있다(Campbell-Scherer, 2010, p. 165). 이러한 현재 정책과 보건의료 체계의 제한점을 극복해야 복합만성질환의 건강 수준 향상과 의료비 부담 완화를 기대

할 수 있을 것이다. 즉, 복합만성질환자가 가지고 있는 다양한 문제와 필요를 여러 기관 또는 여러 절차를 거치지 않고 최소한의 기관 방문과 진료 및 상담 절차로 해결할 수 있는 구조로 변화되어야 복합만성질환에서 미충족 의료가 발생할 가능성과 의료비 지출 부담을 낮출 수 있을 것이다.

노인 복합만성질환자에 대한 정책적 접근 시에 고려해야 할 사항은 노인의 경우 3개 이상 만성질환 보유 비율이 높고, 다빈도 복합만성질환 유형에서 퇴행성 관절염, 추간판 장애 등 관절 질환이 많은 부분을 차지하고 있다는 점이다. 즉, 헬스리터러시가 낮은 노인이 여러 질환을 관리하기 위해 여러 진료과를 방문해야 하는 상황과, 관절 질환을 앓고 있어 거동의 어려움을 겪는 상황에서 여러 진료과 진료를 받아야 하는 상황을 고려해야 한다는 것이다.⁴⁾ 이러한 상황을 마주하게 되는 노인 복합만성질환자는 미충족 의료가 발생할 가능성이 큰데, 미충족 의료가 지속적으로 발생하면 질병 악화와 합병증 발생으로 의료비 부담이 높아지므로 결과적으로 사회경제적 부담으로 이어질 수 있다. 따라서 노인 복합만성질환에 대해서는 더욱 통합적으로 관리받을 수 있는 정책과 시스템이 필요하다.

마지막으로, 개인 수준의 정책적 접근에서 필요한 부분은 복합만성질환 관리 역량 강화이다. 이를 위해서는 청장년 만성질환 관리 역량 강화에서부터 개입을 시작하는 것이 중요하다. 복합

4) 헬스리터러시(Health literacy)는 논의 초기에는 의료 환경에서 글을 읽고, 숫자를 이해하는 협의의 문해 능력으로 한정되었으나 점차 읽기, 건강정보 이해 및 활용, 환자-의료인 의사 소통 등을 포함한 개념으로 확대되었음.

만성질환 유병률이 높은 노인을 대상으로 하는 역량 강화 정책도 중요하겠지만, 청장년층 만성질환자와 복합만성질환자에 대한 개입도 필요하다. 청장년층 만성질환자는 잠재적인 노인 복합만성질환자이고, 청장년층 복합만성질환자는 입원 또는 보건의료서비스 이용이 증가한다고 알려져 있기 때문이다(박세영 외, 2021, p. 26). 청장년층의 만성질환 관리 역량을 강화하기 위해서는 경제활동에 참여하는 경우가 많은 청장년층이 일과 후 또는 일과 중에 역량 강화를 할 수 있도록 하는 정책이 필요하다. 그러나 현재 이에 대한 관심이 부족하며, 이는 보건복지부 정책만으로는 한계가 있다. 즉, 보건소와 의료기관 방문에 제한적일 수밖에 없는 청장년층에 대해서는 사업장 기반 정책 개입이 동시에 이루어질 수 있도록 부문의 협력이 필요하다.

한국 사회에서 개별 만성질환에 대한 연구는 활발히 이루어지고 있으나, 복합만성질환을 대상으로 한 연구는 아직까지 활성화되지 않았다. 그러나 서두에서 언급하였듯이 복합만성질환은 예방 가능한 사망, 높은 의료비 지출과 관련성이 커 정책적인 측면에서 중요한 영역이다. 특히 복합만성질환은 노인인구에서 유병률이 높고 그 영향력이 크기 때문에 인구 고령화가 급속히 진행되는 현재 시점에 더욱 중요하게 다루어져야 한다.

앞서 고찰에서 언급한 복합만성질환의 정책적 함의들이 정책 수립 현장에서 우선순위로 논의되기 위해서는 복합만성질환을 분석하는 연구가 활발히 이루어져 지속적으로 복합만성질환 양

상을 모니터링하고 정책 개입의 근거를 마련하는 것이 필요하다. 그러나 국내에서 시행되고 있는 주요 보건의료 부문 조사인 국민건강영양조사, 지역사회건강조사, 한국의료패널의 조사의 만성질환 종류가 상이하여 복합만성질환 연구 결과를 비교하기 어려운 상황이다. 따라서 한국 사회의 복합만성질환 양상을 설명하기 위해서는 미국 보건부(OASH)에서 전문가의 논의와 합의를 통해 표준화된 주요 만성질환 목록을 선정한 것처럼 한국 사회에 적합한 표준화된 목록을 선정하는 일이 무엇보다 우선되어야 할 것이다. ■

참고문헌

- 김창훈, 황인경, 유원섭. (2014). 복합만성질환자의 혼한 유형과 의료비에 미치는 영향. 보건행정학회지, 24(3). 219-227.
- 박세영, 이연숙, 양윤준, 윤영숙, 이준형, 허연, ... 문정원. (2021). 40-64세 중년 성인에서 복합만성질환에 따른 입원 위험: 2013-2015년 국민건강영양조사 자료. Korean J Fam Pract, 11(1). 22-28.
- 박은자. (2021. 발간 예정). 한국의료패널 2019년 기초분석보고서. 한국보건사회연구원.
- Barnett, K., Mercer, S. W., Norbury, M., Watt, G., Wyke, S., Guthrie, B. (2012). Etiology of multimorbidity and implications for healthcare, research and medical education: Cross-sectional study. *Lancet*, 380(9836). 37-43.

- Campbell-Scherer, D. (2010).
Multimorbidity: a challenge for
evidence-based medicine. *Evid
Based Med* 15(6), 165-166.
- Goodman, R. A., Posner, S. F., Huang, E.
S., Parekh, A. K., and Koh, H. K.
(2013). Defining and measuring
chronic conditions: imperatives for
research, policy, program, and
practice. *Prev Chronic Dis*, 10, E66.
- OECD. (2011). Health reform: meeting the
challenge of ageing and multiple
morbidityes. p.226

An Analysis for the Multimorbidity Patterns and Healthcare Cost Using the Korea Health Panel Survey

Seo, Jaehee

(Korea Institute for Health and Social Affairs)

As the population ages and the incidence of chronic diseases increases, cases with two or more chronic conditions are increasingly becoming common. Unless they are well managed, multimorbidity cases can exacerbate, lower the quality of life of the affected, and increase medical expenditure. To examine the types of multimorbidity and the patterns of medical expenditure, this study analyzed data from the 2nd New Korea Health Panel Study in 2019. The prevalence of multimorbidity was high in the elderly over 65, and the larger the number of their chronic comorbidities, the higher their medical expenses. Our analysis points to the need for policy interventions in multimorbidity. The elderly have low health literacy and they often have difficulty moving around due to joint diseases. As it is difficult for them to visit multiple departments to manage various chronic diseases, it is necessary to establish a patient-centered integrated care system. Furthermore, a policy to increase the competency to manage multimorbidity is needed by early intervention for young adults and middle-aged patients with chronic diseases, who are the potential elderly patients with multimorbidity.