

사회복지학석사(사회복지행정 및 정책) 학위논문

# 우리나라 노인보건 · 의료정책의 문제점과 개선방안

사회복지학과

손 화 연

지도교수 김 태 진

2006년 6월

대구대학교 사회복지대학원

# 우리나라 노인보건 · 의료정책의 문제점과 개선방안

이 논문을 사회복지학석사(사회복지행정 및 정책) 학위논문으로 제출함.

사 회 복 지 학 과

손 화 연

지도교수 김 태 진

손화연의 사회복지학석사(사회복지행정 및 정책) 학위논문을 인준함.

2006년 6월

심사위원장\_\_\_\_\_ (인)

심사위원\_\_\_\_\_ (인)

심사위원\_\_\_\_\_ (인)

대구대학교 사회복지대학원

# 목 차

I. 서 론 .....	1
1. 문제제기 .....	1
2. 연구의 의의 및 목적 .....	3
3. 연구의 범위 및 방법 .....	4
II. 노인보건·의료정책의 의의 .....	6
1. 고령화시대의 노인복지정책 .....	6
2. 노인 보건·의료정책의 의의 .....	11
3. 우리나라 노인 보건·의료정책의 체계 .....	13
4. 연구 분석 틀 .....	15
III. 노인 보건·의료정책의 현황 .....	16
1. 노인생활실태 .....	16
2. 건강보험 .....	23
3. 의료급여 .....	29
4. 노인건강지원 사업 .....	35
5. 노인요양시설 서비스 .....	40
IV. 노인 보건·의료정책의 문제점과 개선방안 .....	45
1. 치료서비스 측면 .....	45
2. 노인건강지원사업적 측면 .....	50
3. 노인요양시설서비스 측면 .....	52
V. 결 론 .....	57
참고문헌 .....	59
Abstract .....	62

## 표 목 차

표 1. 주요국의 인구 고령화 추세 .....	10
표 2. 세계 인구의 평균수명 증가추이 .....	10
표 3. 한국인의 평균수명 증가추이 .....	11
표 4. 성별 만성질환 유병률 .....	13
표 5. 한국 노인의 가구형태 변화추이 .....	16
표 6. 고령인구의 경제활동인구 추이 .....	17
표 7. 노인의 소득수준 분포 .....	18
표 8. 노인의 2주간 유병률 .....	19
표 9. 노인의 2주간 다빈도 질병 및 구성비 .....	20
표 10. 65세 이상 노인의 기능장애 정도 .....	21
표 11. 한국 노인의 건강관리방법 .....	21
표 12. 한국 노인의 자녀별거 노인가구의 주택시설 .....	22
표 13. 건강보험관리통합단계 .....	24
표 14. 직장가입자의 보험료 산정 및 보험료율 .....	25
표 15. 지역가입자의 보험료 부과요소와 부과체계 .....	26
표 16. 급여종류 및 수급권자 .....	29
표 17. 의료급여 중별대상자 종류 및 기준 .....	31
표 18. 의료급여 수급자 중별 법정 본인부담금 현황(외래) .....	32
표 19. 의료급여 수급자 중별 법정 본인부담금 현황(입원) .....	33
표 20. 의료급여 수가 기준 .....	34
표 21. 건강진단인원 및 예산액 .....	35
표 22. 노인요양시설 현황 .....	40
표 23. 노인전문요양시설 현황 .....	42
표 24. 노인치매병원 설치현황 .....	44

## 그 림 목 차

그림 1. 연구분석 틀 .....	15
--------------------	----

## 요 약

현대의술의 발달로 노인의 수명이 연장되고 가족의 구성이 점차 핵가족화 되어 가면서 노인들의 인원이 점차 늘어감에 따라 노인문제가 동서를 막론하고 심각하게 대두되고 있다. 이와 같은 현실을 감안할 때 우리나라 노인 보건·의료정책에 관한 여러 가지 프로그램들이 시행되고 있기는 하지만 선진국에 비해 미흡한 실정이라 할 수 있다.

따라서 본 연구는 현재 시행되고 있는 노인 건강증진 사업의 현황을 면밀히 분석함으로써 질적 측면에서의 제도적 문제점과 양적인 면에서의 보건·의료서비스의 공급부족의 문제를 파악하고자 시도해 보았다. 이와 같은 양적·질적 문제점의 도출은 각종 데이터 분석과 산업화와 고령사회를 먼저 경험한 선진국의 보건·의료정책의 경험적 이론에 바탕을 둔 질적 연구방법에 의한 것임을 밝혀둔다.

또한 노인 보건·의료정책의 현황분석을 위한 항목 설정은 노인생활실태, 치료서비스, 노인건강지원 사업, 노인요양시설 서비스의 네 가지 항목으로 한정하였으며, 연구 결과물인 우리나라 노인 보건·의료정책의 개선방안을 제시하면 다음과 같다.

첫째, 노인의 건강한 삶을 제공하기 위한 국가적·사회적 차원의 대처가 필요하다라는 인식제고 방안이 마련되어야 할 것이다.

둘째, 국민건강보험이 향후 지향해야 할 방향은 의료안전망으로서의 충실한 역할을 수행하기 위해서는 필수진료에 대한 접근성을 높여야하며, 제도적 측면에서의 구조개편과 내용적 측면에서의 형평성 제고를 위한 목표관리제의 도입이 필요하다.

셋째, 의료급여제도에 있어서는 재정지출의 효율성과 의료보호 정책수립 및 관리감독 그리고 행정체계의 확대와 정비가 선행되어야 한다는 것이다.

넷째, 노인건강지원 사업은 건강검진사업의 확대와 재가보건의료서비스의 활성화 및 보건·의료서비스 전달체계의 통합모형 구축이 필요하다.

다섯째, 노인요양시설 서비스에 있어서는 요양시설의 의료기능 강화와 노인 전문병원 및 요양시설 건립의 확대가 있어야 될 것이며, 치매노인에 대한 적극적인 대처가 필요한 것으로 사료된다.

끝으로 본 연구는 정태적 연구와 한정된 자료 분석에 의한 객관성의 결여로 인한 연구 결과물의 타당성에 대한 반론이 제기될 수도 있으며, 노인 건강증

진 프로그램에 대한 포괄적 접근에 의한 보편적인 방향제시 라는 한계점을 노정하면서 향후 항목별 깊이 있는 연구가 이어질 것을 기대한다.

# I. 서 론

## 1. 문제제기

노인 보건·의료정책은 1982년 제38차 유엔총회에서 노인에 관한 사업을 범세계적으로 추진하기로 채택한 이후 정해진 정책이다. 앞으로 21세기를 전망하면서 노인문제는 이제 선진국만의 문제가 아닌 세계적 관심사이고, 2025년에는 전세계적으로 1억2천만명의 노인인구 고령화 사회가 예측되고 있어서 이에 대한 대책 수립이 중요하다는 것을 시사하는 의미가 있다.

산업사회 이전의 농경사회에서 사람은 가족의 울타리 안에서 농사를 지으면서 자급자족하면서 생활할 수 있었다. 마을 단위에서 상부상조하는 체계는 공동생활을 영위할 수 있었으며 무의무탁한 자에 대해서는 의·식·주·의료 및 장제서비스가 마을 공동의 노력으로 수행되고 있었다. 또한 산업화 이전의 전통적 가족은 경제공동체의 성격을 강하게 띠고 있었다. 산업화 이후 공업화, 도시화과정을 거치게 되었으며, 이로 인하여 기존의 가족에서 근로능력이 있는 젊은이는 농촌에서 도시의 공단으로 취업하여 이탈하고, 도시에서는 이른바 핵가족 구조가 일반화되었으며, 농촌에서는 젊은이의 유출로 인하여 노인들만 남게 되어 농촌인의 노령화가 시작되었다. 도시지역의 핵가족화는 자녀가족의 경우로서, 가족기능에 필요한 가사활동을 위한 인력부족현상이 나타나게 되었고, 부모가족은 농촌에서 전통적인 가족부양을 자녀로부터 받지 못하게 되는 노인 단독세대 및 독거노인으로 남는 분리현상이 나타나게 되었다.

노인세대를 중심으로 보면 규범적으로는 여전히 부양관계가 유지되지만 소득근로자인 자녀와 노인세대가 별도 주거생활을 하고 있으며, 정서적으로 멀어지면서 부양관계에 있어서 규범과 현실간의 괴리가 발생하게 되었다. 즉, 부양의무가 현실화되지 않게 되었으며, 상호의존성이 약해지고, 가족구성원의 개체성이 강하게 되었다. 이러한 사회변화와 가족부양기능의 변화는 불완전 가족의 증가를 초래하여, 편부모 가정, 소년소녀가정, 노인단독세대의 증가와 이혼의 증가로 사회문제화되었으며, 여기에 여권신장으로 여성의 사회참여가 증가하고 취업도 확대되어 가족의 기능구조에서 환자나 장애인 또는 만성요양을 해야 하는 노인들의 간병 및 보호기능이 취약하게 되었다.

사회에서 필연적으로 발생하는 직업성 상해, 직업성 질환, 각종 사고로 인한 장애인, 실업자, 노령자 등에 대해서 가족이 문제를 해결하는 기능이 없어짐으

로 인하여, 이러한 문제는 사회나 국가가 대책을 수립해야 하는 당위성이 제기되어, 1883년 독일에서 질병보험법이 제정되고, 1935년 미국에서는 사회보장법(Social Security Law), 1942년 영국에서는 사회보험제도(Social Insurance System)가 비버리지 보고서에 의해 구빈법(Poor Relief System)이 제정되면서 출발하였다.

한편 우리나라는 1977년 의료보험을 처음 실시한 지 12년 만에 전국민의료보험을 확대 실시하여 의료보장시대를 정착시키게 되었다. 의료보험제도의 정착은 의료서비스에 대한 접근성을 높여 국민의 건강수준 향상에 기여하였다고 볼 수 있을 것이다. 그러나 보건·의료 환경은 국민의 보건·의료에 대한 욕구와 의식의 변화, 질병유형의 변화와 함께 의료수요의 급증, 의료개념의 변화 및 탈병원화 등으로 인하여 급격한 변화 양상을 보여주고 있다.

최근의 보건·의료 환경의 변화추세를 살펴보면 첫째, 질병유형이 퇴행성 만성질환으로 전환되고 있는 한편 신체적, 정신적 장애인이 급증하고 있어 당사자 자신은 물론 주위사람들에까지 오랜 시간에 걸쳐 심적, 경제적으로 적지 않은 고충을 안겨주고 있으며, 둘째, 의료의 개념과 패러다임이 종래의 단순한 질병치료로부터 건강을 증진해 나간다는 한층 적극적 개념으로 바뀌는 한편 환자를 볼 때에도 그 사람의 질병과 동시에 생활 전반을 함께 고려하는 전인적 개념으로 바뀌고 있고, 셋째, 의료의 공간이 병원에만 머무르지 않고 탈병원화하여 지역사회 내 보호 개념으로 변화되고 있는 것으로 요약할 수 있을 것이다. 그럼에도 불구하고 우리나라의 보건·의료는 아직까지 종전의 상태에서 크게 벗어나지 못한 채 다음과 같은 문제점을 안고 있다고 하겠다.

첫째, 노인의료비의 급격한 증가로 인한 국가의 재정위기가 초래될 가능성이 있다. 노인 의료비 증가는 노인인구의 증가, 노인들의 상병구조 변화와 장기요양에 대한 욕구 증가, 의료이용 증가, 건강보험 수가체계의 변화와 인상, 고비용 치료기기의 도입 등으로 인하여 건강보험에 대한 국고지원금이 늘어나고 있다. 둘째, 노인의 건강보호시설 접근성에 있어서의 차별문제다. 현재 보건의료기관의 대부분이 도시지역에 집중되어 있으므로 농어촌지역 노인들의 경우 보건의료기관에의 접근도가 낮아 적절한 치료와 간호를 받지 못하고 있다. 셋째, 노인복지법에 근거하여 실시되는 노인건강지원사업의 실효성에 관한 문제다. 건강진단의 경우 그 횟수가 2년에 한번 꼴로 국한되어 있으며, 검진항목 또한 제한하고 있어 노인들의 질병예방과 병의 조기발견에 실질적인 서비스를 제공하지 못하고 있는 실정이다. 넷째, 치매, 중증질환을 앓고 있는 노인을 부양하는 가족에 대한 지원서비스가 취약하다. 노인 건강보장은 노인환자



에만 국한되어서는 안 되며, 노인환자 부양으로 인하여 어려움을 겪는 부양가족에 대한 서비스가 병행될 필요가 있으나, 현재 건강보장체계에서는 이러한 서비스 체계를 갖추지 못하고 있다. 본 연구의 문제의식은 이러한 점에서 출발하였다.

## 2. 연구의 의의 및 목적

우리나라는 1960년대 이후 급속한 산업화 과정을 밟아오면서 질보다는 양, 형평 또는 분배보다는 성장에 초점을 맞추어 왔기 때문에 복지에 관한 관심에 비해 이에 대한 괄목할만한 발전이 이루어질 수 없었다. 더더욱 발전은 고사하고 복지성장도 제대로 한다는 것은 생각할 수도 없었기에 그 동안 여러 가지 사회복지시책이 펼쳐져 왔음에도 불구하고 우리나라의 복지정책의 전개는 단편적이고 최소지향적이었다는 지적을 면할 길이 없다. 따라서 보다 실용적인 노인 보건·의료정책을 전개하기 위해서는 현재 우리나라에서 실시되고 있는 노인 보건·의료정책 내용에 대해 살펴 볼 필요가 있다.

현재 우리나라 65세 이상의 노인의 상당수가 장기간 치료, 요양을 요하는 당뇨, 관절통, 고혈압 등 만성 퇴행성질환을 앓고 있고, 기타 노인성 질환이 증가하고 있으나 이들을 효율적으로 치료, 요양할 시설과 프로그램이 매우 부족하고 이로 인해 노인 부양가정에 경제적으로 큰 부담을 주고 있다. 따라서 이제는 노인에게 대해 경로호친규범에 의한 윤리적 접근만으로 부족하며 새로운 인식의 전환을 바탕으로 제도적·조직적 차원에서 노인건강문제를 해결해 나가야 할 것이다. 노인건강문제를 더 이상 노인 자신과 가족차원의 문제로 볼 것이 아니라 보다 적극적인 국가, 사회적 차원의 대책을 마련하여 노인건강문제를 해결해야 할 때라고 보여진다.

따라서 본 연구는 우리나라 노인 보건·의료정책의 실태와 문제점을 규명하여 앞으로 추진할 정책 방향을 모색하는 데에 연구의 목적이 있다. 이와 같은 연구목적을 달성하기 위한 구체적인 연구내용은 다음과 같다.

첫째, 노인 생활실태에서는 ①거주형태, ②경제상태, ③건강상태, ④주택상황을 파악하였다.

둘째, 치료서비스에서의 건강보험과 의료급여의 분석 대상으로 건강보험은 ①보험료, ②급여범위, ③본인부담의 내용을 중심으로 살펴보았으며,

의료급여의 주된 내용으로는 ①수급자 ②급여액에 한정하였다.

셋째, 예방적 차원의 노인건강지원 사업에 있어서는 ①노인건강진단, ②재가 보건의료서비스, ③보건·의료서비스 전달체계 등을 살펴보았다.

넷째, 노인장기요양보장제도로는 ①무료 노인의료 요양시설, ②실비 노인의료 요양시설, ③유료 노인의료 요양시설, ④노인 치매병원 등의 현황을 파악하였다.

### 3. 연구의 범위 및 방법

본 연구는 사회보장정책 중 노인 보건·의료정책을 중심으로 기존의 문헌조사에 의한 방법을 통해 노인 보건·의료정책에 대한 문제점과 대안을 제시하였다. 대상문헌은 노인복지와 노인의료보장에 관한 국내 외 단행본과 연구논문, 학위 논문, 한국보건사회연구원이 발행하는 간행물, 각 보건관련 연구기관의 현황자료와 통계자료, 기존의 논문 및 최근에 발행된 단행본 그리고 인터넷을 통하여 우리나라 정부와 각 기관들의 홈페이지 등에 접속하여 수집된 노인 보건·의료정책에 관한 각종 자료들의 분석과 현재 시행되고 있는 노인 건강보장제도의 실태를 파악하고자 한다.

본 논문의 흐름은 먼저 노인복지정책에 대한 이론적·제도적 고찰을 통하여 연구의 타당성과 필요성을 강조하고, 두 번째로 현행 우리나라의 노인 건강보장체계의 실태를 분석하여 문제점을 도출하고 산업화와 고령사회를 먼저 경험한 선진국의 선례를 참고하여 우리나라 노인 보건·의료정책의 방향을 모색해보고자 한다. 건강보장정책을 “국민이 질병, 부상, 분만, 사망 등의 요인으로 인한 생활상의 불안을 예방하거나, 이미 발생한 질병을 치료하여 신체 및 정신적으로 건강한 생활을 유지할 수 있도록 국가가 개입하여 보장해 주는 제도”라고 정의하고 있다(이인재, 외, 1999). 일반적으로 노인들의 건강상의 문제를 예방 또는 해결하기 위한 사회적 노력은 의료보장이라는 용어로 불리어 왔다. 하지만 의료보장이라는 용어를 사용할 경우 노인들의 질병, 부상 등에 대한 치료와 의료적 처치로 그 의미가 제한될 수 있으므로 질병의 치료뿐만 아니라 건강 증진과 관리, 요양이나 케어 서비스 등의 보다 폭넓은 의미를 지닌 건강보장(health care)이라는 용어를 사용하는 것이 더욱 적합할 것이라고 보기도 했다(권중돈, 2004).

현행 우리나라 건강보장체계를 건강보험, 의료급여, 노인건강서비스, 그리고

노인요양보장체도로 구성되어 있다고 파악하고 있고, 박차상(2005)은 의료보험, 건강진단제도, 재가보건의료서비스, 노인치료 및 요양시설서비스, 치매노인 대책으로 구분하고 있다. 한편 한국노년학회(2001)는 건강진단서비스, 방문간호서비스, 치료서비스로 규정하고 있어 본 연구에서 분석하고자 하는 노인 보건·의료정책의 내용을 권중돈과 한국노년학회가 제시한 내용을 묶어서 치료서비스, 노인건강지원 사업, 노인요양시설서비스의 범주로 한정하여 파악하는 것이 타당할 것이라 사료된다. 그리고 현행 제도를 분석하기에 앞서 현재 우리나라 노인들의 생활실태를 파악하는 것도 바람직한 대안을 제시하기 위하여 대단히 중요하다고 여겨 분석대상에 노인생활실태 파악을 추가하였다.

노인보건·의료정책 연구에 대한 선행연구를 살펴보면, 김현기(1987)는 한국 노인 의료보장에 관한 연구에서 문제점으로 ①의료적용체계 ②재원조달 ③급여체계의 문제점을 제시하고, 개선방안으로 ①의료 적용대상 범위의 확대 ②재원 조달을 위해 국고보조 비율을 높이고 보험자 비율을 난추는 방안 ③노인 전문 진료센터 설립 방안 ④가족 진료체계와 예방 진료 강화를 제시하고 있다. 조정숙(1996)은 노인 의료보장체도의 개선방안에서 문제점으로 ①의료비 조달상의 문제점 ②의료 서비스 제공 체계상의 문제점을 제시하고, 개선방안으로 ①본인 부담율 경감 ②의료비 조달방법 개선 ③건강 증진 사업실시 ④서비스 제공 체계 개선을 제시하고 있다. 한편 김신옥(2004)은 노인의료보장정책의 문제점과 개선방안에서 ①법적·제도적 측면에서의 노인복지법, 건강보험, 의료급여제도의 문제점 ②조직적·경제적 측면에서의 노인복지행정조직의 미비, 노인의료서비스 전문인력부족, 장기요양시설과 요양병원의 부족 등을 들고, 개선방안으로 ①노인요양보험제도의 도입 ②공공보건의료기관의 기능 확충 ③보건소제도의 개선 및 예산지원 확대를 제시하고 있다.

이상과 같이 선행 연구에서는 노인들의 건강상의 문제를 노인들의 질병, 부상 등에 대한 치료와 의료적 처치로 제한하고 있으며, 연구방법 또한 법적·제도적·조직적 측면에서의 포괄적 접근방법을 사용하고 있다. 따라서 본 연구에서는 현행 노인건강보장체계의 내용을 중심으로 다루었다.

## II. 노인보건·의료정책의 의의

### 1. 고령화시대의 노인복지정책

#### 1) 노인복지의 개념

노년기(old age)를 몇 세부터로 정할 것인가에 대한 문제는 오래 전부터 논의되어 왔지만 아직도 명확하게 규정된 바는 없다. 현재 우리나라의 노인복지법에서는 원칙적으로 건강진단이나 양로시설에서의 수용대상자를 65세 이상으로 규정하고 있다. 그러나 이것은 연령을 명시함으로써 국가의 위임사무를 전국적으로 가급적이면 균일하게 실시하려는 데 그 목적이 있는 것으로 보인다.

이에 노년기에 대한 정의에 앞서 먼저 노인의 특징을 살펴보는 것이 논의의 진행에 도움이 될 것이다. 먼저 노인의 인간으로서의 특징은 무엇보다도 노화현상을 들 수 있을 것이다. 그것은 육체적인 퇴화현상과 성격적인 면에서 볼 수 있는 특징이다. 그러나 노화현상은 인간으로서 피할 수 없는 필연성을 가지고 있으나 노화현상의 발생시기가 모든 노인에게 똑같은 것은 아니며, 개인, 사회 및 시대에 따라 차이가 있다. 일반적으로 노년학자들은 노인을 정의하는데 늙음 자체, 역연령, 사회적 역할 그리고 늙음에 대한 자각의 관점을 준거로 삼고 있다(최순남, 2000). 따라서 굳이 정의를 내린다면 노인이란 심신의 노화현상이 현저하고 또 사회적으로도 노인으로 인정할 수 있는 사람들을 말한다고 할 수 있다(최신덕, 1983).

노인복지란 노인이 인간다운 생활을 영위하면서 자기가 속한 가족과 사회에 적응하고 통합할 수 있도록 자원과 서비스의 제공과 관련된 공적 및 사적 차원에서의 조직적인 사회적 활동으로 사회복지 실천의 한 분야로 정의할 수 있다(장인협, 1998). 사회복지가 인간복지를 추구하는 사회적 노력이라고 할 때, 노인복지란 여러 가지 사회문제들 중 특히 노인에게 발생하는 문제를 해결하기 위한 사회적 노력이라고 정의할 수 있다. 이러한 내용을 구체적으로 정의해 보면, 노인복지란 모든 노인의 경제적 안정, 직업, 주택, 가족생활, 의료위생, 교육, 문화, 오락 등 사회적 생활상의 기본적 욕구충족을 사회적으로 보장하는 일반적인 대책으로서, 노인을 위한 사회적 대책(social program for older people), 또는 노인을 위한 사회적 정책(social policy for the aged)이라고 정의할 수 있다(고정자, 2001).

좁은 의미의 노인복지는 노령으로 인한 퇴직과 실업, 빈곤과 질병, 배우자나 가족과의 사별, 애정상실 등으로 인해 발생한 생활상의 어려움이나 외로움 등으로 인해 삶의 의욕과 보람을 상실한 노인에게 공공부조 등을 통해 개별적으로 보호하고 원조하는 사회적 서비스로 정의할 수 있다. 이에 반해 넓은 의미의 노인복지는 노령에 의하여 발생하는 모든 노인의 경제적 안정, 의료보장과 주택, 직업 교육, 문화 등 사회생활의 기본적 욕구 충족을 위한 사회적 정책으로 정의할 수 있다.

한편 오까무라시게오(1997)는 노인복지 대책의 개념을 노인의 일상생활상과 관련한 일반적 대책인 노령연금, 의료서비스, 직업, 주택 등을 노인복지 대책으로 보는 광의의 개념과, 일반적 대책으로 해결할 수 없는 특수한 조건에 있는 노인을 위한 서비스를 협의의 개념 두 가지로 분류하여 접근방법의 선택에 따라 대책이 달라질 수 있음을 지적하였다(최순남, 2000).

한편 노인정책이라 함은 모든 노인이 헌법과 법률이 정한 범위 내에서 인간다운 생활을 영위하며 건강하고 문화적인 삶을 사는 것을 말하며, 사회적 조직망 속에서 심리적 소외감을 느끼지 않고 사는 것으로 정의할 수 있다. 그러나 노인복지는 노인에게만 한정된 정책이라고는 할 수 없다. 이는 노인문제가 그 노인이 소속하고 있는 가족문제이면서 동시에 사회문제로서의 속성을 지니기 때문이다. 이러한 노인문제는 사회 전체의 문제로 파악하는 것이 적절하며, 더욱이 비노인 세대가 사회문제로서의 노인문제를 해결해야만 하는 실천적 과제라는 점에서 문제의 심각성이 있다(岡村重夫, 1979).

이러한 노인문제가 사회문제로 부각되고 있는 것은 의학기술의 발달과 영양·위생상태의 개선으로 인간의 평균수명이 연장되고 노인인구의 증가가 가속화된 것에서 기인한다. 2001년 우리나라의 평균수명은 76.5세였다. 남자가 72.8세, 여자가 80세로 여자의 평균수명은 처음으로 80세를 넘어섰다. 10년 전인 1991년에 비해 남자는 5.1년, 여자는 4.1년이 더 늘어났다. 2001년의 인구통계학적 기준에 따르면, 45세 남자는 앞으로 30.3년, 여자는 36.6년을 더 살 수 있다는 것이다. 의학기술의 발전과 생활수준의 향상을 고려하면 수명은 더욱 연장될 것이다. 그러나 여기서 주목해야 할 점은 사회의 전체 인구에 대한 노인인구의 상대적 증가가 문제의 본질이 아니라, 노인인구에 맞추어 노인들에게 필요한 사회시설과 대책을 마련해 주지 못하는 데에 문제가 있다는 것이다(Neugarten, 1967).

이러한 측면에서 노인복지의 자원과 서비스의 제공은 물론 이용 가능한 인적·물적 자원을 연결시켜 주거나, 더 나아가 개인의 욕구 충족에 필요한 충분

한 서비스의 제공을 의미하는 것이며, 노인복지와 관련된 활동은 공적 차원뿐만 아니라 사적 차원(민간적 차원)의 활동을 포함하여 실천적인 계획에 의해 조직적으로 이루어지는 활동이어야 한다.

## 2) 노인복지정책의 특성

노인은 다양한 욕구를 가지고 있으며, 이러한 욕구는 욕구 해소체계에 의해 충족될 수 있다. 욕구 해소체계로는 노인 자신을 비롯하여 노인의 욕구충족을 지원하는 가족과 지역사회, 직장, 사회복지제도 등이 있다. 한편 노인복지정책 또한 이러한 욕구 해소체계 중의 하나로 볼 수 있다. 그러나 노인복지정책은 노인 부양의 전반적 체계 내에서 각 구성요소간의 통합과 조정의 역할을 가장 능동적으로 수행하고 있으며, 노인의 욕구충족에 있어서도 가장 주도적인 책임을 맡고 있다는 점에서 특별한 의미를 부여하여 분리될 수 있다.

이러한 노인의 욕구 중 욕구 해소체계에 의해 충족되지 못한 욕구를 미충족 욕구로 규정할 수 있다. 노인의 미충족욕구는 노인복지수요와 직접적인 관련성을 갖게 되며, 어떠한 미충족욕구가 현실적인 노인복지정책의 대상이 될 수 있는가의 결정기준은 각 사회마다 차이가 있다. 따라서 시대적 또는 사회적 여건을 고려하여 노인의 미충족욕구에 대한 사회적 최저기준이 설정되어야 하며, 미충족욕구의 해결방안에 대한 접근이 필요하다. 그러나 노인이 아닌 다른 인구집단의 욕구와 비교하여 정당성을 찾을 수 있는 범위 내에서 노인인구의 욕구를 충족해야 한다는 사회적 형평과 국가가 국민에게 최저한의 생활을 보장해야 한다는 복지국가의 이념에 기초한다면, 욕구충족의 기준은 사회적 최저기준으로 설정되는 것이 타당할 것이다. 이러한 사회적 최저기준의 개념과 내용에 대해서는 명확하게 규정된 바는 없지만, 대체로 발전 수준과 제반 여건에 맞는 범위 내에서 국민의 절대적·상대적 의미에서의 최소한의 필요한 욕구를 충족시켜야 한다는 의미로 이해하는 것이 바람직할 것이다. 현실적인 측면에서 사회적 최저기준은 최저생계비 보장이라는 의미로 해석되는 것이 통례이다.

이렇게 보았을 때 노인복지정책의 우선적 대상이 되는 것은 첫째로 사회적 최저기준을 중심으로 그 이하의 욕구충족에 대한 것을 들 수 있으며, 둘째로는 최저기준 이하에 포함되지 않는 것이라고 하더라도 노인문제의 예방적 차원 또는 전체 노인인구의 보편적·적극적 복지증진에 큰 효과가 있는 욕구가 포함될 수 있을 것이다. 노인복지정책의 우선적 대상이 되는 욕구는 기초적

육구로 정의될 수 있으며, 노인의 기초적 육구충족은 우선적으로 국가가 책임져야 할 것이다. 그러나 노인육구, 육구해소 주체, 육구충족 기준 등의 구성요소들은 각각의 내부적인 요인 및 각 구성요소간의 작용과 관련하여 변화해 가는 일련의 전체적·역동적인 성격을 갖고 있으며, 미충족육구 또한 부단히 변화해 가는 것이다. 이러한 의미에서 노인복지정책 또한 현재 노인의 기초적 육구충족 뿐만아니라 노인육구의 계속적인 변화에 대처해 나가야 하며, 나아가 노인의 육구 변화를 예측하여 예방적·선도적 기능을 수행할 수 있어야 할 것이다.

### 3) 노인복지정책의 수요

세계보건기구(WHO)는 고령화를 조용하게, 거의 눈에 띄지 않게 진행되지만 점차 속도가 붙어 앞으로 25년이 지나면 그 윤곽이 분명해질 사회혁명으로 정의했다(박동석, 2003). 고령화가 ‘혁명’에 비견될 만큼 중요한 문제라는 것이다. 세계보건기구는 고령화 파동이 가족, 일상생활, 고용정책, 의료보험, 연금제도, 재정, 산업 등 경제와 사회 전 분야에 영향을 미칠 것이란 보고서를 제시하였다. 더욱이 UN은 세계인구 고령화 1950~2050 보고서에서 오는 2050년이 되면 60세 이상 노인인구가 14세 아동인구를 추월하는 인구의 대역전현상이 발생할 것이란 전망과 함께 전 세계국가들을 대상으로 비상경계령을 발동했다.

OECD 주요국의 인구고령화 추세를 보면 <표 1>과 같다. 우리나라는 65세 이상 고령인구가 2000년을 기점으로 총인구의 7%를 상회하여 고령화 사회에 진입하였고, 2018년에는 14%를 넘어 고령사회에 진입될 것으로 전망되고, 고령인구 비율이 7%에서 14%에 도달하는데 걸리는 기간이 18년이며, 14%에서 20%는 8년에 불과하여 선진국이 경험한 고령화 속도에 비해 빠른 속도로 진행될 예정이다.

한편 프랑스나 스웨덴 같은 서방국가들에서는 산업발달과 더불어 노인인구가 서서히 증가하면서 인구의 고령화 기간이 비교적 길었기 때문에 노인문제의 해결을 위한 사회보장정책과 재원을 비교적 오랜 기간 동안 점진적이고 종합적인 방법으로 준비할 수 있었다. 그러나 우리나라의 경우에는 20세기 후반에 들어와 산업발전이 시작되고, 노인 문제에 대한 사회적인 대책 없이 짧은 기간에 노인인구가 급증하여 노인문제에 대한 대책이 전무했다는 점에서 문제의 심각성이 더해지고 있다.



표 1. 주요국의 인구 고령화 추세

구분 국가별	도달년도			증가소요연수		2002년 65세이상 인구구성비(%)
	7%	14%	20%	7%→14%	14%→20%	
프랑스	1864	1979	2019	115	40	16.3
노르웨이	1885	1977	2021	92	44	14.9
스웨덴	1887	1972	2011	85	39	17.2
호주	1939	2012	2030	73	18	12.7
미국	1942	2014	2030	72	16	12.3
캐나다	1945	2010	2024	65	14	12.7
이탈리아	1927	1988	2008	61	20	18.6
영국	1929	1976	2020	47	44	15.9
독일	1932	1972	2010	40	38	17.3
일본	1970	1994	2006	24	12	18.4
한국	2000	2018	2026	18	8	7.9

자료: OECD, 「OECD Health Data」, 2004.

노인인구의 절대수와 비율이 높아지는 이유는 신생아의 출산율이 줄어들고 노인의 수명이 길어지기 때문이다. UN 보고서에 의하면 1950~1955년 동안 세계인구의 평균수명은 <표 2>에서 보는 바와 같이 46.4세였으나, 50년 후 2000~2005년에는 65.4세로 19년이 연장되었다. 1950~1955년에 선진국의 평균수명은 66세이고, 후진국의 평균수명은 41세로 25년의 차이를 보였으나, 1985~1990년에는 선진국이 74세, 후진국이 61세로 13년의 차이로 보였다. 즉, 선진국과 후진국의 평균수명의 차이는 지난 40년 동안 12년이 단축된 셈이다.

표 2. 세계 인구의 평균수명 증가추이

구분 연도	평균수명(년수)계	남자	여자
1950~1955	46.4	45.1	47.8
1965~1970	54.0	54.6	57.4
1975~1980	59.7	58.1	61.3
1985~1990	63.3	61.3	65.2
1990~1995	64.7	62.7	66.7
1995~2000	64.6	62.5	66.9
2000~2005	65.4	63.3	67.6

자료: 통계청(2006). 2006년 생명표



1995-1990년 사이에 평균수명이 가장 긴 나라는 일본(78.3세)이었고, 다음으로는 아이슬란드(77.8세)였다. 한편 우리나라 사람들의 평균수명은 <표 3>에서 보는 바와 같이 1960년대부터 지난 40년 동안 22.5세 증가하였으며, 2005년 현재 남자 74.4세, 여자 81.2세로 평균 77.7세에 이르고 있으며, 2020년부터는 평균수명이 80세에 이를 것으로 예측되고 있다.

표 3. 한국인의 평균수명 증가추이

연도 성별	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2020	2030	2050
전체	52.4	62.3	66.2	71.7	75.9	78.8	80.7	81.5	83.0
남	51.1	59.0	62.3	67.7	72.1	75.5	77.5	78.4	80.0
여	53.7	66.1	70.5	75.9	79.5	82.2	84.1	84.8	86.2

자료: 통계청(2003). 2001년 생명표

이와 같은 평균수명의 연장이 인간이 오래 살기를 바라는 소원은 성취하였을지언정 노후생활에 필요한 소득, 보건, 의료, 주택, 여가활동 등의 제반 문제들을 야기함으로써 양날의 검과 같다고 하겠다.

## 2. 노인 보건·의료정책의 의의

### 1) 노인 보건·의료정책의 개념

의료보장이란 인간을 질병에 대한 위협으로부터 구제하고 건강한 생명을 유지하게 하기 위한 사회보장정책을 말하며, 노인 보건·의료보장은 국가가 노인에게 대하여 빈부 차별 없이 질병에 대한 위협으로부터 구제하고, 건강한 생명을 유지하기 위해 필요한 때 필요한 의료를 받을 수 있도록 실시하는 정책을 말한다(대구대학교사회복지연구소, 2000). 의료보장은 국민의 생존권을 보장한다는 사회복지정책의 근본이념에 기초한 것으로서, 사회계층간의 소득분배와 사회공동체의 의식 형성, 건전한 국민 활동력의 보존과 향상, 탈빈곤과 질병추방으로 사회 안녕과 균형발전에 이바지하려는 것으로, 그 구성은 크게 의료보험과 의료보호 그리고 기타 의료서비스로 분류할 수 있다. 우리나라 노인에게 대한 의료보험은 생활능력이 있는 사람을 대상으로 한 사회보험 형태의 의료

보험과 국민기초생활보장수급자를 위한 공공부조 형태의 의료급여와 건강진단체도로 분류해 볼 수 있다.

의료급여와 의료보험에 있어서는 노인에게만 적용되는 의료시혜제도가 따로 있는 것은 아니고, 다만 국민기초생활보장법, 의료급여법, 노인복지법 그리고 국민건강보험 등 관계법에서 정한 바에 따라 의료시혜를 받고 있는 실정이다. 단지 의료보호대상자 중에 노인이 많이 해당되어 무의탁 하거나 생활이 어려운 노인들이 상대적으로 혜택을 많이 보고 있기 때문에 이에 대한 다양한 프로그램이 필요한 실정이다.

## 2) 노인 보건·의료정책의 필요성

현재 우리나라의 노인 보건·의료정책은 노인복지법에 의거한 65세 이상 노인에 대한 건강검진제도가 전부이며, 이는 고령화 사회에서 급증하고 있는 노인들의 의료수요를 고려해 볼 때 매우 미흡한 실정에 있다. 더욱이 우리나라에서는 노인의료에 대한 의료전달체계에 있어서도 일반인과 거의 동일하게 적용되는 등 노인에 대한 차별성 있는 정책이나 프로그램이 거의 없는 실정이다.

실제로 노인정책의 실시 목적은 여러 가지가 있을 수 있으나 크게 세 가지로 제시할 수 있다. 먼저, 노인은 국민의 한 사람으로서 국가의 경제적·사회적 여건에 맞는 인간다운 생활을 유지할 수 있도록 최소한의 경제적 보장을 받아야 하며, 두 번째로는 노인이 가정과 사회에서 소외와 고립감을 느끼지 않고 사회체제 속에 연계되어 삶의 주류로서 살아가고 있다는 느낌을 갖도록 해야 할 것이다. 그리고 마지막으로 노인이 최대한 건강을 유지할 수 있도록 하며, 노령기의 고유하고 특수한 노인의 욕구를 충족시키는데 목표를 두어야 할 것이다. 노인 보건·의료보장 정책은 이러한 노인문제를 해결하는 노인복지정책의 한 유형으로서 노인이 질병에 대한 위협으로부터 구제받고 건강한 생명을 유지하게 하기 위해 필요한 의료실시하는 정책으로 볼 수 있다.

이러한 노인 보건·의료정책의 중요성 내지는 필요성은 다음의 네 가지 측면에서 기인한다고 볼 수 있다. 먼저 노인 보건·의료정책은 노인의 건강보호를 위해서 꼭 필요한 서비스며, 노인의 삶의 질과 수명에 가장 직접적으로 영향을 주는 요인이며, 국가가 국민의 건강보호를 책임져야 하는 당위성에 입각한 것이다. 이것은 국민의 생존권 보장과 직결되는 가장 중요한 국가의 의무인 동시에 개인의 권리로서 보장되어야 한다는 측면인 것이다.

두 번째로 인간이 살아가면서 예측할 수 없는 사고나 빈번한 질병 또는 이에 따르는 고액의 의료비 부담을 개인적인 차원에서 해결하기란 거의 불가능하다는 측면이다. 노인은 <표 4>에 나타난 바와 같이 다른 연령집단에 비해 유병률이 2~3배 높을 뿐만 아니라 질병 자체가 만성적이고 고질적이어서 장기적인 치료와 요양을 요하고 있다.

표 4. 성별 만성질환 유병률

(단위: %)

구분	65~69세	70~74세	75세 이상	전체
남자	75.8	79.4	72.0	77.4
여자	92.0	92.0	92.5	92.2

자료: 한국노년학회편, 『노년학의 이해』, 2001, p. 141. 재인용.

세 번째로는 예측할 수 없는 질병에 대한 의료비 부담을 사적이고 상업적인 보험에만 의존하는 것이 경제적인 능력이 없는 노인인구에게는 불가능하다는 측면이다. 실제로 노인연령층에게 의료서비스의 필요성은 다른 집단에 비해 훨씬 많이 요청되고 있으며, 고액의 진료비가 요구되는 일부 노인인구의 보험가입은 다른 일반 보험가입자들에게 보험료를 상승시키는 악순환의 고리가 될 수 있다. 그러므로 위험부담을 보다 많은 인구에게 분산시키거나 분담시킨다는 의미에서 노인 보건·의료정책에 대한 국가의 개입은 필히 요청된다고 하겠다.

마지막으로 건강유지는 노인 개개인에게 있어서 생활의 만족감을 향상시켜주고 자기가 속해 있는 사회적인 조직망으로의 통합 즉, 가족집단, 친족 및 근린집단, 지역사회, 나아가서는 국가사회 전체에로의 통합을 촉진시켜줄 수 있다. 그러므로 건강유지와 향상을 위한 노인보건·의료서비스의 보장은 노인을 사회·심리적인 측면에서 가족과 사회 속으로 통합시켜주는 주요한 요인이라 할 수 있다(권육상, 2000).

### 3. 우리나라 노인보건·의료정책의 체계

현행 우리나라 노인보건·의료정책의 체계는 크게 두 가지 방법에 의해서 이루어지고 있다. 그 하나는 사후적·치료적 성격이 강한 **의료보장체계**로서 건강보험과 의료급여제도가 있으며, 다른 하나는 사전적·예방적 차원의 **노인건강**

## 지원사업과 노인요양보장제도이다.

먼저 의료보장제도로써 건강보험과 의료급여제도의 내용을 살펴보면, 건강보험은 1977년에 공무원사립학교 의료보험, 직장의료보험이 실시되고 1981년 지역의료보험이 실시됨으로써 전국민 의료보험시대가 개막되었으며, 2001년 7월 이러한 세 가지 의료보험을 통합하여 국민건강보험제도로 전환하게 되어 오늘에 이르고 있다. 노인들의 건강보험 이용현황을 보면, 1인당 의료비는 1백 24만원 정도로서 64세 이하 일반 의료비에 비해 3.3배 정도 높은 편이고, 수진율도 연간 25.84회로서 2.1배, 건당 진료일수는 9.03회로 1.8배, 건강진료비는 4만 8천원 정도로 1.6배 정도 높은 것으로 나타났으며, 모든 건강보험의 노인의료비 관련 주요 지표들이 지속적으로 증가하는 것으로 나타났다(건강보험심사평가원, 2004).

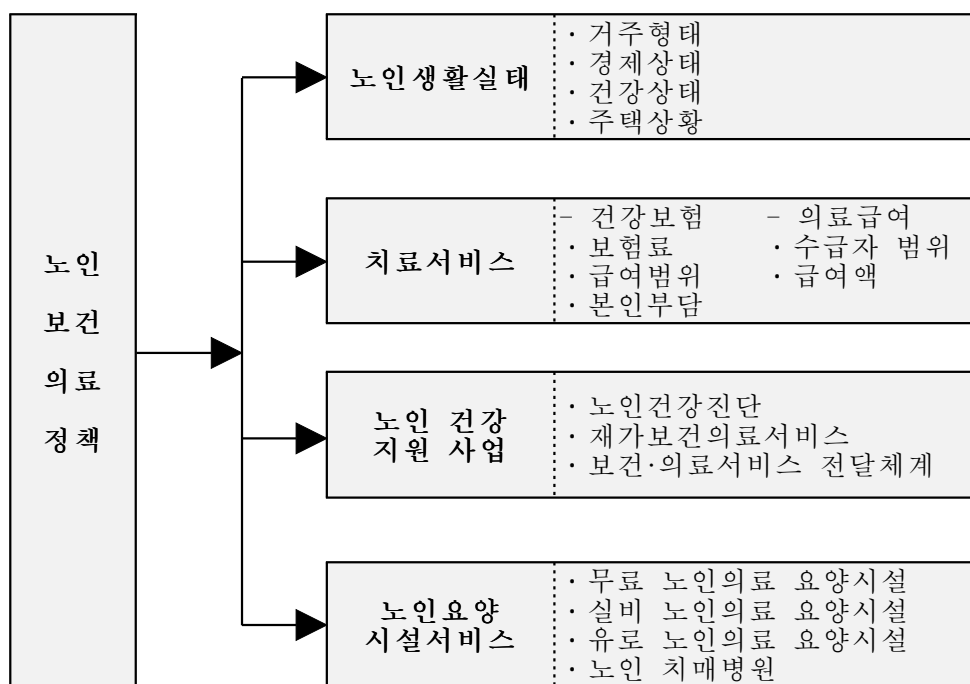
한편 생활유지능력이 없거나 생활이 어려운 저소득 국민에 대하여 국가 및 지방자치단체 재정으로 의료문제해결을 보장하는 의료급여제도는 1979년 의료보호제도로 시작하여 2001년 10월 의료급여제도로 변경되었다. 이러한 급여제도의 이용실태를 살펴보면, 1997~2002년까지 의료급여진료비는 연평균 30.2% 증가하였으며, 2003년에는 국비 1조 7,600억 원과 지방비 5,400억 원 등 총 2조 3천억 원의 예산을 의료급여진료비로 지출하였다(보건복지부, 2003).

두 번째로 노인건강지원사업과 노인요양보장제도를 살펴보면, 노인건강지원사업으로 현재 우리나라는 노인복지법에 의거하여 노인건강진단, 안검진 및 개안수술, 치매상담센터 운영, 경로식당 및 저소득 결식노인 무료급식사업이 있으며, 의료법에 근거하여서는 공립치매요양병원의 설치·운영이 있다(보건복지부, 2004).

한편 의존상태에 있는 노인 또는 생활상의 장애를 지닌 노인에게 6개월 이상 장기간에 걸쳐서 일상생활 수행능력을 도와주기 위하여 제공되는 보건, 의료, 요양, 복지 등 모든 형태의 보호서비스를 제공하는 것을 목적으로 하는 노인요양보장제도는 2008년부터 실시 예정이다. 이러한 노인요양보장제도는 장기요양보호를 필요로 하는 노인인구의 증가, 핵가족화, 여성의 사회참가 증가, 보호기간의 장기화 등으로 가족에 의한 요양보호가 한계에 이른 점, 중산·서민층 노인이 이용할 수 있는 시설이 절대적으로 부족하고 유료시설 이용시 비용부담이 과중된다는 점 등에 근거하여 오래전부터 그 필요성이 제기되어 왔다(공적노인요양보장추진기획단, 2004).

#### 4. 연구분석 틀

21세기 보건·의료 문제의 주요 과제는 저출산으로 인한 장·노년층의 증가와 건강수준의 향상으로 인한 평균 수명의 연장으로 초래될 수 있는 만성 질환의 관리라 할 수 있다. 따라서 노인인구 증가에 따른 노인 보건·의료문제를 해결하기 위한 국가적·사회적 차원에서의 대책 마련은 무엇보다도 시급하다고 할 수 있다. 그러나 노인 보건·의료정책의 추진과정에서 무엇보다도 주안점을 두어야 할 것은 노인 건강관리를 위한 재원의 마련이나 서비스 제공시설, 인력 등의 측면을 고려한 장기적인 관점에서 대책 마련이 이루어져야 한다는 점이다. 노인 보건·의료정책 실태분석 대상으로는 ①노인생활실태, ② 치료서비스, ③노인건강지원 사업, ④노인요양시설 서비스 등을 다룰 것이다. 이렇게 분석대상을 한정하는 것은 서론에서 밝혔듯이 권중돈과 한국노년학회가 제시한 내용을 토대로 선정한 것이다. 본 연구의 분석틀을 도식화해보면 <그림 1>과 같다.



<그림 1> 연구분석 틀

### Ⅲ. 노인 보건·의료정책의 현황

#### 1. 노인 생활실태

본 절에서는 우리나라 노인생활실태 부문에서 거주형태와 경제상태 및 건강상태 그리고 주택상황을 다루었고, 치료서비스 부문에서의 건강보험제도는 보험료, 급여범위, 본인부담내역을 다루었고, 의료급여제도에서는 수급자의 범위와 급여액을 살펴보았다. 그리고 노인요양시설 서비스 부문에서는 노인요양시설, 실비 노인요양시설, 유료 노인요양시설, 치매노인 요양시설을 다루었다.

##### 1) 거주형태

우리나라 노인들은 전통적으로 가족과 지역사회 내에서 부양을 받으며 사회적으로 소외되지 않는 노후를 보냈으나, 현대 산업사회에서는 전통적인 효 사상의 퇴색과 여성들의 사회 진출 등 급속한 사회문화적 환경의 변화로 인하여 매우 급격한 사회경제적 지위하락을 경험하고 있다. 우리나라 노인의 가구형태 변화추이는 <표 5>와 같다.

표 5. 한국 노인의 가구형태 변화추이

(단위: %)

구 분	1994	1998	2004
자녀동거가구	55.9	53.2	43.5
노인부부가구	22.8	21.6	26.8
노인독신가구	16.2	20.1	24.6
기 타	5.1	5.1	5.4

자료: 한국보건사회연구원·보건복지부, 2005.

우선 노인의 가구 특성을 보면, <표 5>에 나타난 바와 같이 독거노인 또는 노인부부가구가 증가하고 있다. 1994년에서 2004년의 변화를 보면 노인부부가구는 22.8%에서 26.6%로, 노인독신가구는 16.2%에서 24.6%로 증가한 반면, 자녀동거가구는 55.9%에서 43.5%로 감소하였다. 이는 더 이상 노년기의 자녀와의 동거가 당연한 것으로 받아들여질 수 없음을 의미하는 것이며, 노인 단독가구에 대한 사회적 관심과 서비스의 개발이 필요함을 의미한다고 볼 수 있

다.

## 2) 경제상태

현대산업사회에서 노령기에 나타나는 가장 큰 변화중의 하나는 경제적 사정의 악화일 것이다. 오늘날 노인의 지위가 악화되고 이에 따른 여러 측면의 노인문제가 발생하게 되는 가장 큰 직접적인 원인은 노인의 경제적 힘이 약해졌기 때문이다. 한국산업인력공단의 고용동향분석 중에 고령인구의 경제활동인구 추이를 살펴보면 <표 6>과 같다.

우리나라 60~69세의 경제활동인구는 전체인구에 비해 경제활동참가율이 감소하는 것을 확인할 수 있다. 2004년 60~69세의 경제활동참가율은 37.5%로 2002년 39.2%에 비해 1.7%p 감소하였다. 이것은 우리나라가 아직도 경기침체에서 벗어나지 못하고 있으며 노인 경제활동참여자가 대폭 노동시장에서 이탈하여 전반적으로 감소하고 있기 때문이라고 분석된다.

표 6. 고령인구의 경제활동인구 추이

(단위: 천명, %)

구 분	1999	2000	2001	2002	2003	2004
전 체	20,894 (58.70)	21,494 (59.7)	22,674 (61.7)	22,989 (62.0)	23,119 (61.7)	23,534 (62.2)
60~69세	1,612 (32.8)	1,740 (33.9)	2,171 (39.2)	2,264 (39.2)	2,223 (37.1)	2,321 (37.1)

주: ()는 경제활동 참가율

자료: 한국산업인력공단, 「고용동향분석」, 2004, p.20.

한편 노인의 소득 실태는 노인의 기초생활수급자 비율에서 대략적으로 파악이 가능하다. 노인의 소득수준분포는 <표 7>과 같다. 2001년 말 현재 전체 국민의 3.2%가 국민기초생활보장 수급자인데 비해 노인은 10.4%가 기초생활수급자로 빈곤층 비율이 높다. 2004년도 전국노인생활실태 및 복지욕구 조사에 따르면 조사대상의 65.3%가 40만원 미만의 소득으로 생활하고 있으며 연령이 증가할수록 그 비율은 증가하고 여성이 남성에 비해서 경제적으로 더 열악한 것으로 나타났다.

표 7. 노인의 소득수준 분포

(단위: %, 명, 만원)

특성		20만원 미만	20~40	40~60	60~80	80~100	100만원 이상	계(명)	평균소득(만원)
전체		33.3	32.0	12.1	6.8	3.6	12.3	100.0 (3,029)	48.6
성	남자	19.3	23.9	13.3	10.0	6.9	26.6	100.0 (1,171)	78.3
	여자	42.1	37.1	11.3	4.7	1.5	3.3	100.0 (1,858)	29.9
연령	65~69세	28.6	25.1	12.6	8.9	5.8	19.1	100.0 (1,215)	64.1
	70~74세	31.2	37.0	11.9	7.2	2.4	10.3	100.0 (901)	43.2
	75세 이상	41.7	36.2	11.6	3.5	1.8	5.2	100.0 (911)	33.7

자료: 한국보건사회연구원·보건복지부, 2005.

과거의 가족 중심의 부양구조가 무너지면서 노인의 경제적 자립 욕구가 증대하였다. 노인의 취업률은 30.8%로 이 중 경제적 이유로 취업하는 경우가 69.9%에 달했다. 65세 이상 초고령 취업자는 145만 명으로 2003년도 130만3천명에 비해서는 두 배 가까이 증가했다(보건복지부, 2004). 일자리를 구하려는 노인들이 늘어나면서 실버취업자도 급증세이다. 2005년 5월말 현재 60세 이상 실업자는 4만1천명으로 지난해 같은 달보다 47.7% 늘면서 연령대별 최고 증가율을 기록했다. 이것은 현재 청년실업에 가려 고령실업이 사회적 관심을 끌지 못하고 있지만 앞으로 심각한 사회적 문제로 부상할 수 있는 만큼, 이에 적절하게 대응하기 위한 창업 및 재취업 교육프로그램 활성화 등의 대책 마련이 필요함을 의미하고 있다.

### 3) 건강상태

평균 수명의 연장은 과거에 비해 건강한 노인이 많아졌다는 것을 뜻할 수도 있겠으나, 60~70대의 노인 계층이 비교적 건강하다면 80대 이후의 노인 계층은 대부분 건강상태가 좋지 못한 것이 특징이다.

후기 노인계층은 신체적, 정신적으로 허약하므로 질병에 걸리기 쉽고, 사고를 당할 위험성이 크며, 특히 치매환자가 증가하고 있다. 따라서 노인의 만성질환



이나 부상 사고 등으로 일상생활을 자립적으로 하지 못해 가족이나 타인의 간병수발을 받아야만 하는 장애·치매노인을 사회적으로 보호하는 체계를 마련하는 것이 또 하나의 노인 복지정책의 방향이라고 할 수 있겠다. 노인의 유병률은 <표 8>과 같다.

표 8. 노인의 2주간 유병률

(단위%)

연령	급만성 질병 유병률				남	여
	소계	만성	급성	급만성		
60-64세	75.75	66.09	1.74	7.71	67.23	82.53
65-69세	70.46	70.47	1.38	7.61	72.12	85.45
70-74세	84.64	75.71	1.06	7.87	76.98	89.20
75세 이상	81.56	74.14	1.07	6.35	81.29	81.69

자료: 한국보건사회연구원, 「2002, 전국노인생활실태 및 복지욕구조사」, 2002.

한국보건사회연구원이 조사한 “2002년 전국 노인생활 실태 및 복지욕구 조사” 결과에 의하면 65세 노인인구의 약 79%가 한 가지 이상의 만성질환을 가지고 있는 것으로 나타났다. 연령별로 보면 65~69세 노인의 경우 70.46%, 70~74세 노인의 경우 84.64%, 75세 이상의 노인의 경우 81.56%가 만성질환을 가지고 있어 연령이 증가할수록 만성질환 유병률이 증가하고 있는 것으로 나타났다.

한편 노인의 2주간 다빈도질병 및 구성비는 <표 9>과 같다. 다빈도 질병 및 구성비를 살펴보면, 연령별로는 고혈압, 당뇨의 경우 75세 이상 노인인구에서는 유병률이 감소하는 반면 사고·중독 및 그 휴유증이 높은 순위를 차지하고 있다. 여성의 경우 관절염, 요통 및 좌골통 등 만성적인 통증을 유발하는 질병의 유병률이 높다.

2004년도 전국 노인생활실태 및 복지욕구 조사에 따르면 만성질환을 앓고 있는 노인 중에서 만성질환으로 인하여 힘든 점이 있다는 노인이 50.8%이며, 그 어려움으로는 일상생활수행의 제한이 43.3%로 가장 많으며, 그 다음 치료비로 인한 경제적 어려움이 22.4%, 사회활동의 제한 17.0%, 외로움·소외감, 자존감 상실 등 15.8% 간호와 수발에 따른 어려움 0.9% 등이었다(보건복지부, 2004).

표 9. 노인의 2주간 다빈도 질병 및 구성비

(단위: %)

순 위	65~69세		70~74세		75세 이상	
	남	여	남	여	남	여
1	고혈압 (13.8)	관절염 (20.5)	고혈압 (16.5)	관절염 (19.1)	사고·중독 ·후유증 (19.3)	관절염 (18.4)
2	관절염 (9.1)	고혈압 (13.4)	관절염 (11.3)	고혈압 (12.5)	관절염 (11.6)	고혈압 (11.7)
3	당뇨 (7.4)	요통, 좌골통 (9.0)	요통, 좌골통 (7.2)	요통, 좌골통 (8.8)	고혈압 (7.7)	요통, 좌골통 (10.6)
4	요통, 좌골통 (6.6)	급성상 기도감염 (5.1)	당뇨 (6.5)	당뇨 (5.4)	뇌졸중 (5.2)	사고·중독 ·후유증 (7.2)
5	위염, 소화성궤양 (6.6)	당뇨 (5.0)	위염, 소화성궤양 (4.5)	위염, 소화성궤양 (5.0)	요통, 좌골통 (4.9)	당뇨(3.9)
계	43.4	53.0	45.9	50.8	48.7	51.9

자료: 보건복지부·한국보건사회연구원, 2002.

65세 이상 노인의 기능장애정도는 <표 10>과 같다. 한국보건사회연구원이 조사한 “2001년도 전국 노인장기요양보호서비스 욕구조사 및 정책방안, 정책 보고서”결과에 의하면 노인장기요양보호서비스 욕구조사 부문에서는 전체 노인인구의 57.5%는 독립생활이 가능하여 근로능력이 있는 것으로 파악되었다. 반면, 일상생활에 제한으로 인해 독립생활이 불가능한 노인도 증가하고 있다. 그리고 65세 이상 노인의 31.9%가 일상생활을 위한 동작수행, 즉 옷 갈아입기, 목욕하기, 몸단장하기 등 가정에서 독립적으로 살아가는데 필요한 기본적인 기술(ADL : Activities of Daily Living)에 있어서 한 가지 이상 지장을 갖고 있는 것으로 나타났으며, 3.5%는 일상생활을 위한 동작수행을 전혀 할 수 없는 노인인 것으로 나타났다.

2002년도의 조사에 의하면 장기요양보호서비스대상 노인, 다시 말해 식사준비하기, 집안일 청소하기, 금전관리하기, 세탁하기 등 지역사회에서 독립적으로 살아가는데 필요한 기술에 해당하는 IADL(Instrumenter Activities of Daily Living)기능에만 제한이 있는 허약 노인까지 포함하면 전체 약 788,000명으로 추정하고 있으며, 이 중에서 ADL 기능에 제한정도가 심하여 재가에서

의 보호가 어려워 장기생활 시설에서 보호할 필요가 있는 노인이 약 74,000명으로 추정하고 있다.

표 10. 65세 이상 노인의 기능장애 정도 (단위: %)

독립생활이 가능한 노인	독립생활이 불가능한 노인				
	계	IADL만 제한노인	ADL 제한노인		
57.5	42.5	30.8	소계	ADL 일부제한	ADL 모두제한
			11.8	10.5	1.3

1) N=5,058

2) ADL : Activities of Daily Living

3) IADL : Instrumenter Activities of Daily Living

자료: 한국보건사회연구원, 「2001년도 전국 노인장기요양보호서비스 욕구조사 및 정책 방안」, 2001. 12.

한편 우리나라 노인들의 건강관리방법은 <표 11>과 같다. 노년기에 있어 건강유지는 개인의 복리상태와 직접 연관되므로 노인 개개인은 일상생활 중에 건강 추구행위를 하게 되며 그 방법도 다양하지만, 신체적 기력의 쇠퇴로 나타나는 활동의 둔화현상으로 인해 건강관리를 포함한 건강 추구행위 자체에 있어서도 제한을 받기도 한다. 노인들의 건강관리 실태를 보면, 2002년 현재의 건강상태를 유지 또는 증진시키기 위해서 운동(22.6%), 식사조절(10.9%) 및

표 11. 한국 노인의 건강관리방법 (단위: %)

연도	연령	계	운동	기타	식사조절	담배·술절제	보약·영양제복용	아무것도하지않음
1986	60~64	100.0	6.9	8.4	5.2	13.1	0.8	65.6
	65↑	100.0	5.1	9.4	4.1	15.3	0.5	65.6
1989	60↑	100.0	4.6	5.1	3.3	12.3	1.4	73.3
1992	60↑	100.0	8.6	9.2	2.6	15.1	2.6	61.8
2002	65↑	100.0	22.6	15.3	10.9	2.6	7.6	41.0

자료: 통계청, 2003. (사회통계조사 보건부문).

담배, 술 절제(2.6%) 등 건강관리를 하는 노인이 59%로 지난 80~90년대에 비

하여 대다수의 노인들은 건강관리를 위해 노력하고 있음을 볼 수 있다.

#### 4) 주택상황

우리나라 노인들의 자녀별거 노인가구의 주택시설은 <표 12>와 같다.

우리나라 노인의 자가 소유율은 80% 이상으로 상당히 높게 나타나고 있으나, 주택편익시설의 내용이나 생활용품 구비율의 질적 측면을 살펴보면, 전체 인구의 주택상황과 비교하여 매우 열악한 것으로 나타나고 있다. 2002년 현재 60세 이상 노인독신가구 및 노인부부 가구의 주택에는 재래식 화장실이 80.9%, 재래식 부엌이 76.9%를 차지하고 있다.

노년기에는 사회활동의 축소와 일상생활능력의 저하로 인하여 가정에서 보내는 시간이 증가하게 되는 점을 감안할 때, 노인의 특성에 적합한 주택개발에 대한 정책적 배려는 매우 중요하다. 그러나 우리나라에서는 아직 노인주택이 하나도 없으며, 주택수리 및 개조를 위한 융자금 제도조차 시행되고 있지 못하다.

표 12. 한국 노인의 자녀별거 노인가구의 주택시설 (단위: %)

지 역	부 엽 시 설			화 장 실			목 욕 탕		
	재래식	입식	없음	재래식	수세식	없음	온수	비온수	없음
전 국	76.9	22.4	0.7	80.9	18.6	0.6	12.8	5.6	81.6
시 부	53.4	43.8	1.8	56.0	43.1	0.9	28.1	9.1	62.8
군 부	90.9	9.0	0.1	96.3	3.3	0.4	3.3	3.4	93.3

자료: 통계청, 2003. (사회통계조사 보건부문).

#### 5) 노인생활실태에 대한 시사점

우리나라 노인들은 독립적인 생활영위보다는 가족이나 친척들에게 의존적인 생활을 하고 있는 것으로 파악되었다. 노인의 생활실태를 살펴보면, 먼저 거주 형태에 있어서 자녀별거가구가 전체 노인가구의 2004년 기준 56.5%이고, 이중 독신노인가구가 24.6%나 된다. 연세대학교 사회복지연구소(2003)의 조사에 의하면 배우자가 사망했을 경우에는 독신가구로 생활하겠다는 계획을 가진 노인들이 44.0%로 나타났다. 이처럼 우리나라 노인들은 시설입소보다는 자신이 태어나고 성장하여 오랫동안 생활해온 지역과 주택에서 생활하려는 성향이 강

하다. 이 같은 특성에 근거하여 노년기 생활상의 장애를 제거함과 동시에 노인이 주택에서 자립된 생활을 영위하기 위해서는 노인의 개별적인 욕구에 맞는 주택건설과 기존 주택의 개조, 그들의 개별적인 욕구를 충족시키는 재가복지와 방문간호, 요양원 서비스 등 제반 사회적 지원이 노년기의 인간다운 생활을 영위하기 위한 불가결한 과제로 떠오른다.

둘째, 노인경제생활의 실태를 보면, 노인개인소득이 40만원 미만인 경우가 65.3%에 달하며, 성별로는 남성이 78만3천원, 여성이 29만9천원으로 남녀간에 48만6천원의 차이가 났다. 가구형태별로는 노인부부가 61만5천원, 노인독신가구의 월평균소득은 42만원으로 나타나고 있다. 이와 같이 노인의 경제적 빈곤 문제를 해결하기 위한 우리나라 소득보장제도는 연금제도, 국민기초생활보장제도, 노령연금제도, 퇴직금제도, 경로우대제도 등의 직간접적인 제도가 있으나, 장기적인 관점에서의 노령인구의 증가에 의한 재정고갈이 예상된다.

셋째, 건강상태로는 65세 이상 노인의 유병률이 79%로 노인들의 대다수가 질병을 안고 있음을 알 수 있다. 2004년의 경우 우리나라 65세 이상 노인 중 한 가지 이상 만성질환을 앓고 있는 노인은 70%이상으로 나타났다. 만성질환으로 인한 어려움으로 일상생활 수행의 제한이 43.3%, 치료비로 인한 경제적 어려움 22.4%, 사회활동의 제한 17.0%, 외로움·소외감·자존감 상실 등 15.8%로 나타났으며, 주관적 건강상태 또한 나쁘다는 인식이 더 높게 나타났다. 이러한 노인들의 건강상태를 개선하기 위한 현재 실시되고 있는 노인 건강보장제도의 문제점을 지적하면, ①노인의료비의 급격한 증가로 인한 국가의 재정위기 초래, ②노인의 건강보호시설 접근성에 있어서의 차별문제, ③노인건강지원사업의 실효성 문제 등을 들 수 있다.

## 2. 건강보험

건강보험은 질병, 부상이라는 불확실한 위험의 발생과 분만, 사망 등으로 인해 개별가계가 일시에 과다한 의료비를 지출함에 따라 겪게 되는 어려움을 덜어 주기 위해 국가가 법으로 정하여 실시하는 사회보장제도로서 보험가입자 전원에게 소득과 재산에 따라 부과되는 보험료를 각출하여 보험급여를 하여줌으로써 국민의 경제적 부담을 덜어주고 보건을 유지·향상 시켜주는 의료보장제도이다. 이러한 국민건강보험은 1963년 의료보험법을 모태로 하고 있다. 1963년 11월 사회보장에 관한 법률, 동년 12월 6일 의료보험법을 제정하였으

나 임의적용방식으로 사회여건에도 맞지 않아 유명무실하였다. 1970년 근로자, 공무원, 군인 등을 적용대상으로 하는 강제보험인 의료보험법을 제정하였으나 의료보험 강제적용의 문제점 등 제반 여건상의 어려움으로 그 시행령조차 마련하지 못하였다.

1977년 7월 1일부터 500인 이상 사업장근로자와 공업단지근로자 강제적용(486개 조합설립)하였고, 1979년 강제임의적용의 병행과 당면 적용의 범위를 단계적으로 확대할 수 있도록 하는 내용으로 전문 개정되었다. 공·교 의료보험을 제정하여 1979년 1월부터 공무원 및 교직원 의료보험이 실시되었고, 동년 7월에 300인 이상 사업장근로자까지 적용범위가 확대(29개 지구공동조합설립)되었다. 직장의료보험은 이후 1981년 1월에 100인 이상 사업장근로자, 1988년 1월에 농어촌지역 의료보험실시 및 1989년 7월 도시지역까지 전 국민으로 의료보험적용을 확대하였으며, 약국의료보험은 1989년 10월 1일부터 적용되었다.

1997년 12월 국민의료보험법이 제정되고 1998년 10월1일 동법에 의한 국민의료보험관리공단이 출범함에 따라 그 동안 다수 보험자방식(조합주의방식)의 의료보험제도를 통합주의 방식의 의료보험제도로 변경하였다(공·교 공단과 227개 지역조합 통합). 1998년 2월 노·사·정위원회에서 의료보험통합 합의하여 142개 직장조합까지를 포함한 완전 통합하였다. 1998년 12월 23일 국민의료보험법이 국회통과를 하여 2000년 7월 지역, 직장의료보험이 완전 통합된 국민의료보험법이 시행되었다.

표 13. 건강보험관리통합단계

종류	종류	1998.10.1이전	1998.10.1	2000.7.1
조직	지역	지역의보조합(227개)	국민의료보험관리공단 (1개)	국민건강보험공단 (1개)
	공교	공교의보공단(1개)		
	직장	직장의보조합(140개)	직장의보조합(140개)	

1999년 2월 8일 국민건강보험법 공포되었고, 1999년 12월에는 『국민의료보험법』 개정하였다. 2000년 7월 1일에는 국민건강보험공단 설립이 설립되어 국민의료보험관리공단과 139개 직장조합이 통합되었다. 이를 간략히 정리하면 <표 13>과 같다.

이렇게 발달된 건강보험제도의 여러 내용 중 여기서는 보험료, 급여범위, 본

인부담의 측면만을 살펴 보고자한다. 왜냐하면 국민건강보험제도의 목적, 기능, 특성 등은 전체 국민의 건강한 삶과 관련성이 크며, 사회적 형평성 달성을 위한 포괄적 내용을 담고 있기에 노인들의 건강한 삶과 직접적이 관련성이 큰 항목만을 살펴보고자 한다.

## 1) 보험료

국민건강보험의 재정부담을 위한 재정 조달구조는 원칙적으로 가입자가 부담하도록 하고 있다. 근로자의 경우는 근로소득에 대하여 일정한 비율의 보험료를 근로자와 사용자가 공동으로 부담하여, 지역가입자의 경우는 소득과 재산 그리고 자동차 등을 고려해서 가입자에게 부담하도록 하고 있으며 지역가입자에 대하여는 원칙적으로 보험료의 50%를 국고에서 보조하도록 하고 있다.

따라서 우리나라 의료보험 재정조달은 가입자, 사용자, 국가라는 3자 부담원칙이라 할 수 있으며, 이와 함께 보험료 부과대상이 되는 소득과 특히 재산, 자동차 등이 별도로 마련되어 있는 것은 독특한 형태라 할 수 있다.

표 14. 직장가입자의 보험료 산정 및 보험료율(2006년 1월 현재)

보험료 산정	보험료 = 표준보수월액 × 보험료율
보험료율 및 부담	보험료율 (80/1000 범위 안에서 결정)
	-2006년 1월부터 보험료율은 4.48%
	(국외근로자로서 국내에 피부양자가 있는 경우 보험료율 2.24%)
	보험료의 부담
	- 근로자 : 가입자 50%, 사용자 50%
	- 공무원 : 가입자 50%, 국가 50%
	- 사립학교교직원 : 가입자 50%, 사용자 30%, 국가 20%

국민건강보험은 가입자가 부담하는 보험료로 운영되며, 가입이 강제적이라는 점에서 강제보험제도의 실효성을 확보하기 위해 피보험자에게는 보험료 납부의 의무가 주어져며, 보험자에게는 보험료 징수의 강제성이 부여된다. 다만, 가입자의 자격이 매월 2일 이후에 변동된 경우에는 그 변동된 날이 속하는 달의 보험료는 변동되기 전의 자격을 기준으로 징수한다.

직장가입자의 보험료 산정 및 보험료율은 <표 14>와 같다.

보험료 부과체계를 직장가입자와 지역가입자를 구분해서 살펴보면 먼저 직장가입자의 보험료는 표준보수월액에 보험료율을 곱하여 얻은 금액이다. 2006년 1월부터 직장가입자의 보험료율은 4.48%이며, 보험의 부담은 근로자인 경우에는 가입자와 사용자가 각각 50%씩 부담하며 공무원인 경우 가입자와 국가가 각각 50%, 사립학교교직원의 경우는 가입자 50% 사용자 30%, 국가 20%를 각각 부담하고 있다.

그리고 2001년 12월 국민건강보험법시행령 개정으로 표준보수월액의 등급구간은 1-100등급까지 설정하였으며, 1등급은 보수월액이 30만원미만인 경우 표

표 15. 지역가입자의 보험료 부과요소와 부과체계

부과요소		소득, 재산(전월세,자동차포함), 세대원의 성·연령
부과 체계	연소득500만원 이하 세대	-부과요소별 점수 [생활수준(재산·자동차 등) 및 경제활동참가율(성·연령)+재산(전월세포함)+자동차] 를 합산한 부과표준소득(적용점수)×131.40원(적용점수당 금액) -소득에 부과하는 점수 제외
	연소득500만원 초과 세대	-부과요소별 점수 [소득+재산(전월세포함)+자동차] 를 합산한부과표준소득(적용점수)×131.40원(적용점수당 금액) -생활수준 및 경제활동참가율 부과 점수 제외

주 : 1) 등록 장애인 및 국가유공자는 성·연령에 관계없이 생활수준 및 경제활동참가율 구간점수중 1구간 적용  
2) 소득의 범위는 종합소득(근로소득제외)은 연간소득금액의 100%적용 (연금소득 20%), 농지소득은 연간소득금액의 20%적용  
3) 부과표준소득(점수)은 100등급으로 구분하고 있다. 1등급은 부과표준소득(점수)이40이하이고 적용점수는 35이며, 최고 100등급은 부과표준소득(점수)이 10,701이상이고 적용점수는 11,000이다.

준보수월액이 28만원이며, 100등급은 보수월액이 49,800,000원 이상인 경우는 표준보수월액을 5,080만원으로 상한금액을 조정하여 2002년 1월 1일부터 적용되었다.

두 번째로 지역가입자의 경우는 2001년말 까지 기존의 국민의료보험법 규정에 의해 부과하던 지역보험료는 소득, 재산 및 자동차와 성, 연령 등 부과요소별 등급보험료를 합산하여 부과하였던 것을 2002년 1월부터 국민건강보험법에 따라 지역 가입자의 보험료는 세대단위로 산정하되, 지역가입자가 속한 세대



의 월별 보험료액은 가입자의 소득, 재산(전월세, 자동차포함), 생활수준 및 경제활동참가율 등을 참작하여 부담능력을 점수로 표시한 부과표준소득(점수)에 의해 보험료를 부과한다. 즉, 부과요소별 점수를 합산한 후 부과표준소득(점수)에 적용 점수당 금액을 곱하여 보험료를 산정한다. 지역가입자의 보험료 부과체계에서 생활수준 및 경제활동참가율에 부과하는 점수는 지역가입자의 성, 연령, 재산 및 장애정동 등을 참작하여 산정하며, 소득등급, 재산등급에 따라 부과한 점수를 합산하여 보험료를 산정하고 있다. 또한 소득금액 연 500만원을 기준으로 부과요소를 달리 적용하고 있다.

지역가입자의 보험료 부과요소와 부과체계는 <표 15>와 같다.

## 2) 급여범위

건강보험에 있어 보험급여의 원인이 되는 것을 일반적으로 보험사고라 하며, 이 보험사고에 대하여 급여하는 것을 보험급여라 한다. 즉 건강보험의 급여란 건강보험의 적용을 받는 가입자 및 피부양자의 질병·부상에 대한예방·진단·치료·재활과 출산·사망 및 건강증진에 대하여 법령이 정하는 바에 의하여 각종형태로 실시하는 의료서비스를 말한다.

첫째, 현물급여에는 요양급여와 건강검진이 있는데 먼저 요양급여는 가입자 및 피부양자의 질병·부상에 대한 예방·진단·치료·재활과 출산에 대하여 요양기관으로부터 치료, 예방·재활, 입원, 간호, 이송 등에 대하여 직접 의료서비스를 제공받는 것을 말한다. 요양급여의 방법, 절차, 범위, 상한 등에 대하여는 보건복지부령이 정하는 요양급여의 기준에 관한 규칙에 의하도록 되어 있으며, 요양급여의 기준을 정함에 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환, 기타 보건복지부령에 정하는 사항은 요양급여의 대상에서 제외할 수 있다(법 제39조). 요양비의 지급기간은 1999년의 경우, 연간 300일로 제한하고 그 이상일 경우 보험자가 부담하는 연간 요양급여비용이 150만원까지 제한하였으나, 2000부터는 이를 철폐하여 연중급여를 받도록 확대하였다.

건강검진은 가입자 및 피부양자에 대한 질병의 조기발견과 그에 따른 요양급여를 하기 위하여 2년마다 1회 이상 건강검진을 실시한다. 건강검진 대상은 직장가입자 및 40세 이상 피부양자, 세대주인 지역가입자, 지역가입자 중 40세 이상인 세대원이며, 건강검진, 검사항목·방법·범위 및 그에 소요되는 비용 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부장관이 정한다.

둘째, 현금급여는 크게 요양비, 임의급여 그리고 장애인 보장구에 대한 보험

급여로 나눌 수 있는데 임의급여는 장제비와 본인부담액보상금으로 다시 나뉜다. 간단히 살펴보자면 아래와 같다.

### (1) 요양비

요양비란 가입자 또는 피부양자가 요양기관과 유사한 기능을 수행하는 기관에서 요양을 받은 경우 지급되는 급여를 말한다. 국민건강보험법 제44조(요양비)에 의하면 공단은 가입자 또는 피부양자가 보건복지부령이 정하는 긴급, 기타 부득이한 사유로 인하여 요양기관과 유사한 기능을 수행하는 기관으로써 보건복지부령이 정하는 기관에서 질병·부상·출산 등에 대하여 요양을 받거나 요양기관 외의 장소에서 출산을 한 때에는 그 요양급여에 상당하는 금액을 보건복지부령이 정하는 바에 의하여 그 가입자 또는 피부양자에게 요양비로 지급한다고 규정하고 있다.

### (2) 임의급여

요양급여 외에도 장제비와 본인부담액보상금이 주어지는데, 이것을 임의급여라 한다. 장제비란 가입자 또는 피부양자가 사망한 경우에 그 장제를 행한 자에게 지급되며 그 지급액은 25만원으로 한다. 본인부담액보상금은 위에서 알아본 요양급여의 본인부담액이 매 30일간에 120만원을 초과한 경우에 지급하되, 그 지급액은 초과한 금액의 100분의 50으로 한다. 본인부담액 보상금(법 제45조, 제25조)은 가입자 및 피부양자가 일정기간 동안 요양기관에서 요양급여를 받고 납부한 본인일부부담금이 일정금액을 초과한 경우 보험자가 그 초과금액의 일부를 보상해줌으로써 가계의 재정부담을 경감시켜주기 위한 제도이다.

### (3) 장애인 보장구에 대한 보험급여

장애인복지법에 의한 등록 장애인이 필수보장구를 구입한 경우에는 그 요양급여에 상당하는 금액을 지불해 주는 것이 여기에 해당한다. 국민건강보험법 제46조 장애인에 대한 특례에서는 공단은 장애인복지법에 의하여 등록된 장애인인 가입자 및 피부양자에게는 보장구에 대하여 보험급여를 실시할 수 있다. 라고 규정하고 있다. 급여종류 및 수급권자의 내용을 정리하면 <표 16>과 같다.

표 16. 급여종류 및 수급권자

급여종류		수급권자	비고
현 물 급 여	요양급여(질병, 부상, 출산)	가입자 및 피부양자	법정급여, 요양급여 상한일수는 연간 365일로 함.
	건강검진	가입자 및 피부양자	법정급여
현 금 급 여	요양비	가입자 및 피부양자	법정급여
	장제비	사망 시 그 장제를 행하는 자	임의급여
	본인부담액보상금	가입자 및 피부양자	임의급여
	장애인보장구급여비	장애인복지법에 등록한 장애인	법정급여

### 3) 본인부담금

본인부담금 환급금 (법 제38조 2항, 령 제23조)은 요양기관에서 건강보험가입자 및 피부양자에게 요양급여를 실시하고 청구한 요양급여비를 건강보험심사평가원에서 심사한 결과, 이미 납부한 환자본인 일부부담금이 과다 납부된 것으로 확인된 경우, 요양기관에 지급할 진료비에서 과다하게 납부된 금액을 공제하여 이를 수진자나 가입자에게 반환하는 제도를 말합니다.

## 3. 의료급여

우리나라에서 의료보호가 처음으로 법으로 나타난 것은 1961년 생활보호법인데 생활보호법 제5조에 의하면 보호의 종류는 생계보호, 의료보호, 해산보호, 장제보호 4가지로서 여기에서 최초로 의료보호의 법 규정이 나타났다. 그러나 정부는 재정사정 등을 이유로 하여 생활보호사업의 시행을 유보하였으며 그 후 생계보호만 부분적으로 시행하다가 1969년 11월 생활보호법 시행령이 제정되면서 생활보호대상자에게 국공립의료기관 무료 진료증을 발부하는 무료의료구호사업을 실시하였으나 매우 미비한 수준이었다.

그 후 1976년 제4차 경제개발 5개년 계획이 수립되면서 의료보험정책을 비롯한 각종 사회개발정책을 병행하는 쪽으로 궤도를 수정하게 되었다. 특히 이 시기에는 의료문제가 빈발하였는데 입원보증금이나 치료비문제, 저소득계층 환자들에 대한

입원거절 사건 등으로 위독한 환자가 치료를 제대로 못 받는 불상사가 자주 일어났다. 이러한 상황을 감안하여 정부에서는 영세민에 대한 의료보장책을 강구하게 되어 1976년 12월 의료보험법이 제정되었다.

그리고 의료보험제도가 1977년 7월 실시되기에 앞서 1977년 1월 보건사회부령으로 의료보호에 관한 규칙을 제정하여 생활보호법과 분리된 의료보호사업을 실시하였다. 이렇게 볼 때 의료보호법이 제정된 것은 1977년 12월 31일이었고, 시행령은 1978년 5월 23일 제정되었지만 실질적으로는 의료보험보다 먼저 의료보호가 실시된 것이다. 그리고 1979년 1월 1일부터 의료보호에 관한 규칙이 폐지되고 의료보호법에 의한 의료보호사업이 본격적으로 실시되었다.

이와 같이 우리나라의 의료보호제도는 초기에는 생활보호법상의 보호 종류의 하나로 포함되어 있었으나 정부재정의 어려움으로 실시되지 못하다가 1977년 의료보험제도의 도입에 앞서 시행되어 1977년 12월 생활보호법과는 별개의 독립적인 법체계를 갖추게 되면서 본격적으로 실시되었다. 따라서 의료보호에 관한 내용이 생활보호법 속에 포함되어 있는 일본 등과는 달리 우리나라의 경우 의료보호사업은 생활보호보다는 의료보험과 연관이 많이 되었다.

의료보호제도는 법제정 이후 관련법령 개정과, 보호내용의 범위와 수준을 정하여 정부가 고시하는 의료보호의 기준 변경을 통하여 거의 매년 점진적으로 향상되어 왔는데, 1979년부터 1989년까지는 적용대상자의 확대와 본인부담률 인하에 역점을 두었으며, 1990년 이후에는 의료보장체계의 사회보험인 의료보험과 차별되지 않도록 보호의 내용을 확대함과 동시에 재정안정화 방안도 함께 제시되었다.

## 1) 수급권자

의료급여 종별대상자 종류 및 기준은 <표 17>과 같다.

의료급여수급자는 <표 17>에서와 같이 1종과 2종의 2종류가 있는데, 국민기초생활보장법에 의한 수급자는 의료급여 1종 및 2종 수급권자로 구분된다. 그 중 1종 수급권자는 다음과 같다.

- ① 국민기초생활보장법에 의한 수급자 중 근로능력이 없는 자
- ② 이재민
- ③ 의상자 및 의사자
- ④ 국가유공자
- ⑤ 중요무형문화재 보유자
- ⑥ 북한이탈주민

⑦ 광주민주화운동관련자

⑧ 행려환자 등 법령에 의한 요건을 가진 자 등

표 17. 의료급여 종별대상자 종류 및 기준

구분	유형	선정기준	단위	세부기준
1 종	기초 생활 수급 자	일반수급자	근로능력 무	※ 근로능력 없는 자 - 18세 미만, 61세 이상 - 중증장애인(1-2급) - 질병, 부상 또는 그 후유증으로 2월 이상의 치료 또는 요양을 필요로 하는 자(치료기간이 명시된 진단서) - 임신부(출산 전 3개월) - 공익근무 요원 등 법률상 의무를 이행중인 자(군복무 확인서) - 기타 근로가 곤란하다고 복지부장관이 인정하는 자(3-4급 장애인) - 미취학자녀 또는 질병·부상 또는 장애 등으로 거동이 곤란한 가구원이나 치매 등으로 특히 보호가 필요한 가구원을 양육·간병 또는 보호하는 수급자(1인에 한해 근로무능력자로 인정)
		시설수급자	근로능력 무	
		의료급여특례수급자	51개 질환	
		2종세대 → 1종세대 전환	51개 질환	
	행려환자		일정한거소 무 부양의무자 무	
	기타 수급 자	국가유공자, 독립유공자, 중요무형문화재	국가보훈처 기준 소득 9등급 이하	
		광주민주유공자, 북한이탈주민	2003년부터 국가보훈처 소득 9등급 적용 예정	
		이재민, 의사상자	의사자의 유족 의상자 본인	
2 종	기초 생활 수급 자	일반수급자	근로능력 유	※ 근로능력 있는 자 - 18세 이상 60세 이하 ※ 51개 희귀난치성 질환 목록(보호65730-89) (상병코드 일치여부 확인)
		의료급여특례수급자	51개 질환외 질환	

자료: 보건복지부, 2005.

그리고 2종 수급권자는 국민기초생활보장법에 의한 수급자 중 근로능력이 있는 수급자(18세 이상 61세 미만)로 구분하여 매년 책정하여 의료급여를 제공한다. 한편, 의료급여수급권자 중 국가유공자는 국가보훈처장의 요청에 의해, 중요무형문화재는 문화재청장의 요청에 의해 시장·군수·구청장이 소득 등을 조사하여 보건복지부장관이 정한 기준에 적합한 자에 대하여 1종 수급권자로 매년 책정한다. 그

리고 이러한 의료급여 대상자별 책정기준은 <표 17>에서 보는 바와 같다.

## 2) 급여의 범위

의료급여의 급여 범위는 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙의 해당규정을 준용하게 되어 있으므로 부상, 질병, 출산시 진찰·검사, 약제·치료재료의 지급, 처치·수술과 그 밖의 치료, 예방·재활, 입원, 간호 등이 의료급여에서 지급되는 급여이다. 여기에 덧붙여 의료급여에서는 의료급여 수급자의 불필요한 입원, 주거 목적의 장기입원 등의 방지와 장기요양기관의 부족 해소를 위해 ‘가정간호’를 급여로 인정하고 있다.

표 18. 의료급여 수급자 종별 법정 본인부담금 현황(외래)

(단위 : 원)

구분	기관		1종	2종
1차 기관	의원		없음	1,000
	보건 의료원		없음	1,000
	보건기관		없음	없음
	약국	의료기관,보건의료원	없음	500
		처방조제	없음	900
		직접조제	없음	없음
2차 기관	병원		없음	급여비의 20%
	종합병원		없음	급여비의 20%
3차 기관	대학병원		없음	급여비의 20%

의료급여 급여범위에서 그 동안 문제시 되어왔던 연간 급여일수 제한은 한 때 폐지되었다가 2001년 12월에 다시 연간 의료급여일수를 365일로 제한하고 특정 질병의 경우만 30일 연장이 가능하며 추가적인 연장이 필요할 경우는 시군구 의료급여심의위원회의 승인을 받도록 개정되었다. 이에 따라 만성질환자의 경우에는 진료에 어려움을 겪고 있다.

한편, 의료급여 급여범위에서 가장 논란이 되는 부분은 법정 본인부담금 문제이다. 현재 의료급여 수급자의 본인부담은 <표 18, 19>에서 보는 것처럼 1종 수급자의 경우 입원, 외래시 본인 부담금이 전혀 없는 완전 무상의료가 제공되고 있다. 그러나 2종 대상자의 경우는 외래의 경우 의원급 1,000원, 약국은 500원의 본인부담금이 설정되어 있으며 입원의 경우는 1차, 2차, 3차 모두 진료비의 20%를 부담하

고, 외래는 2차, 3차기관을 이용할 경우도 진료비의 20%를 부담하도록 되어 있다.

표 19. 의료급여 수급자 종별 법정 본인부담금 현황(입원)

구분	1종	2종
1차·2차·3차	없음 식대 1식 640원(정신질환자 제외)	급여비의 20%

의료급여 2종 수급자의 외래, 입원 본인부담금 20% 유지 문제는 의료급여에서 매우 중요한 쟁점이다. 1989년 이전에는 의료급여수가는 의료보험수가와 별도로 고시하여 의료보험수가의 70%~90% 정도에 불과했으며 이 때문에 의료기관에서 의료보호 환자를 차별하는 문제가 제기되었으나 1990년 이후에는 의료보험수가와 의료급여수를 일치시켜 적어도 수가차이에 기인하는 의료급여 문제는 없어졌다. 그러나 의료급여의 수가는 행위별수가제를 일률적으로 적용하는 건강보험과는 달리 일반질환의 경우는 행위별 수가제를 적용하고, 정신질환은 일당 진료비 정액제를 적용하는 이원화된 수가체제를 갖고 있다. 이에 따라 2000년의 경우 총 의료급여 진료비 1조 4천억원 중 행위별수가제의 비중이 81.1%, 일당 진료비 정액제가 19.0% 차지하는 것으로 나타나고 있다.

행위별수가제는 건강보험요양급여행위 및 그 상대가치점수에 근거한 수가에 의료급여기관 종별 가산율을 적용하여 산정되는 구조인데 의료기관 종별 가산율은 의원급 11%, 병원급 15%, 종합병원 18%, 제3차 의료급여기관이 22%의 가산율이 적용되고 있음을 <표 20>에서 알 수 있다. 그리고 정신질환에 적용되는 진료비 정액제는 외래의 경우 내원 1일당 16,220원, 입원의 경우는 국공립과 사립병원 여부, 그리고 입원 일수에 따라 7,230원에서 24,260원의 정액제가 적용되고 있으며, 낮병동의 경우도 국공립과 사립병원 여부에 따라 4,110원에서 13,560원의 수가가 적용된다.

한편, 의료급여 대상자들이 주로 혜택을 받는 질병을 건강보험 이용자와 비교해 보면, 의료급여 입원환자의 경우 정신분열증이 가장 많았고 그 외 알콜사용에 의한 정신 및 행동장애, 알콜성 간질환, 간질, 특정 인적장애 등 5개의 정신질환이 주류를 이루고 있으며 나머지는 만성퇴행성 질환인 것으로 나타났다. 또한 외래환자를 보면 본태성 고혈압이 가장 많고 이외에도 위염 및 십이지장염, 무릎 관절증, 위궤양, 기타 관절염, 인슐린-비의존성 등 만성퇴행성 질환이 많은 비중을 보이고 있다. 이에 비해, 건강보험 이용자는 매우 다른 양상을 보였는데, 입원환자의 경우

단일 자연분만과 제왕절개에 의한 단일분만이, 외래이용은 급성 기관지염과 급성 상기도감염이 가장 많은 비중을 차지하였다.

표 20. 의료급여 수가 기준(2002)

구 분		수 가 기 준
외 래	일반	- 건강보험진료수가 기준에 의함 (다만, 의료기관종별 가산율은 3차진료기관 22%, 종합병원 18%, 병원 15%, 의원 11% 적용)
	정신	- 내원 및 투약1일당 각각 2,280원 산정
입 원	일반	- 건강보험진료수가 기준에 의함 (다만, 의료기관종별 가산율은 3차 진료기관 22%, 종합병원 18%, 병원 15%, 의원 11% 적용) · 식대 9,660원, 영안실 안치료 3,750원 별도 인정
	정신	- 국·공립병원 7,230원 - 지방공사 및 사립정신요양병원 21,130원 - 민간위탁공립정신병원 24,690원 - 사립진료기관 25,990원

자료: 보건복지부(2002), 보건복지백서

이를 통해 파악되는 의료급여 대상자의 질병구조상 주요 특징을 정리하면 첫째, 입원과 외래를 불문하고 만성퇴행성 질환이 주류를 이루고 있으며 둘째, 입원의료의 경우 정신질환이 압도적인 비중을 차지하고 셋째, 의료급여 대상자의 다빈도 상병양상과 진료실적이 건강보험 이용자와 차이가 많다는 점이다. 또한 인구학적측면에서 노인인구의 비중이 높고, 의료이용 역시 이러한 특성을 반영하고 있는 것으로 분석된다.

따라서, 이러한 제반 실정을 감안할 질 의료급여 대상자에 대한 효과적인 건강보호가 이루어지려면 급여내용 및 서비스 전달프로그램이 대상자의 특성과 요구(need)에 맞추어 개발되고 제공되는 것이 바람직하다. 특히 병원보다는 장기요양시설이나 요양원, 중간시설을 비롯하여 가정간호서비스가 효과적일 것으로 보여 진다.



## 4. 노인건강지원사업

### 1) 노인건강진단

노인건강진단 대상자는 법 제27조 국가 또는 지방자치단체는 대통령령이 정하는 바에 의하여 65세 이상의 자에 대하여 건강진단과 보건교육을 실시할 수 있다. 보건복지부 2004년 건강검진 사업계획에 따르면, 시·군·구 관할구역에 거주하는 65세 이상 국민기초생활보장대상 노인 중 노인건강진단희망자에 국한하고 있다(2003년 진단자 중 건강자는 제외).

표 21. 건강진단인원 및 예산액

(단위: 명, 원)

진단인원			진단수가		예산액(천원)		
계	1차	2차	1차	2차	계	국비	지방비
36,000	32,700	3,300	18,850	21,390	749,187	524,431	224,756

자료: 보건복지부, 2004.

노인복지법에 의한 건강진단 대상자는 65세 이상의 자이나, 실제 적용에서는 그 대상을 65세 이상의 국민기초생활보장 수급노인에 한정하며, 1년에 3만 6천명(1차 32,700명 / 2차 3,300명)으로 인원을 제한하고 있다. 또한 전년도 진단자 중 건강자는 그 해에 대상자에 포함될 수 없기 때문에 수혜대상이 매우 제한되어 있다고 볼 수 있다. 수급기준이 까다로운 국민기초생활보장의 수급 노인에는 해당되지 않지만 생활이 어려운 많은 노인들이 있으며 일반 건강진단이 많은 비용을 요구하는 것을 고려해 볼 때 정기적인 건강진단으로 인해 질병을 조기발견하고 사전 예방할 수 있는 여건이 부족하다고 보여 진다.

실시방법은 시행령 제20조 법 제27조제1항의 규정에 의한 건강진단은 보건복지부장관, 시, 도지사 또는 시장, 군수, 구청장(이하 "복지실시기관"이라 한다)이 2년에 1회 이상 국, 공립병원, 보건소 또는 보건복지부령이 정하는 건강진단기관에서 대상자의 건강상태에 따라 1차 및 2차로 구분하여 실시한다. 2년에 1회 이상이라는 건강검진의 부정기적인 실시는 조기발견과 사전예방의 어려움을 가중시킬 수 있다. 신체부분별로 요구되는 검진의 주기를 반영하지 않은 획일적인 실시는 개인의 욕구를 적절히 반영하지 못하는 형식적인 것이 될 수 있으며, 대상자의 범위를 더욱 제한할 수 있다.

1차 건강진단을 받은 자 중에서 질병이 의심될 때에 한해 2차 검진을 하게

된다. 노인들은 다양하고 복합적인 질병을 가지고 있으며 질병들은 만성적인 것을 고려할 때 1차, 2차에서 받게 되는 건강검진의 범위가 매우 협소하다고 할 수 있다.

## 2) 재가보건의료 서비스

재가보건의료서비스는 방문보건사업과 가정간호사업 등이 있다. 첫째, 방문보건사업은 공공보건기관의 인력이 지역주민의 가정 또는 시설에 방문하여 건강상의 문제를 가지고 있는 사람을 대상으로 질병예방, 질병관리, 건강증진 등의 보건의료 활동을 통하여 적합한 보건의료서비스를 제공하거나, 적절한 기관에 의뢰하거나 연계활동을 전개하여 지역주민에게 포괄적인 건강관리서비스를 제공하는 사업이다(보건복지부, 2004). 이것은 1995년 개정된 지역보건법(제9조)에 근거하여 1997년부터 노인 및 퇴행성질환자 등 건강관리가 필요한 저소득 취약계층 환자를 위해 보건의료서비스를 제공하기 시작한 방문간호사업에서 비롯된 것이다.

방문보건사업은 전국의 246개 보건소와 보건지소 및 보건진료소의 보건인력을 활용하여 주로 국민기초생활보장수급자 및 차상위계층의 가족을 대상으로 하며, 노인 인구가 집중되어 있으나 건강관리자가 없는 시설을 대상으로 서비스를 제공하기도 한다. 이것은 뇌졸중·고혈압·당뇨·암·관절염·치매·정신질환 등 만성퇴행성질환을 가지고 있는 가족과 시설이용자를 대상으로 건강문제를 관리하고 재활과 영양 서비스를 제공하며, 호스피스를 제공하거나 보건교육을 실시하기도 한다.

방문보건사업의 대상이 주로 만성퇴행성 환자이기 때문에 환자의 상태 및 처방을 위해서는 의사의 참여가 필수적이지만, 사업인력이 주로 간호사이기 때문에 이것은 단순한 보건관리와 영양서비스 이외에는 질병관리를 위한 전문적인 서비스를 제공하기 어렵다. 또한 이것은 사업에 투입하기 위한 전문간호 인력이 부족하여 대상자들에게 필요한 서비스를 적시에 제공하기 위한 여건이 조성되어 있지 못하다(황나미, 2002). 방문보건사업은 지역사회 노인들의 건강증진은 물론 시설입소를 방지하거나 지연시키는 데에도 기여하고 있다. 그러나 이것은 보건의료 전문인력 및 자원봉사자가 부족하고 사회복지서비스와의 연계가 부족하여 만성퇴행성 환자들에게 건강관리이외에는 다양하고 적절한 서비스가 제대로 제공되지 못하고 있다.

둘째, 가정간호사업은 의료기관에 소속되어 있는 가정간호사가 의사의 처방 하에 환자의 가정을 방문하여 치료 및 처치를 제공하는 재가환자를 위한 의료서비스 체계이다. 이것은 1994년부터 실시한 두 차례의 시범사업을 바탕으로 개정된 의료법

(제30조)을 근거로 하여 2001년부터 국민의료비를 절감하면서 조기퇴원환자나 노인 및 만성질환자 등 지속적인 질병관리가 필요한 환자의 효율적인 관리를 위해서 의료기관을 중심으로 도입한 사업이다(보건복지부 편, 2001). 이에 따라 의료기관들이 가정전문간호사 자격증을 소지한 간호사를 채용하여 가정간호사업을 실시하기 시작하였다.

가정간호사업은 2001년부터 실시하기 시작하여 2001년 12월 말에 85개소, 2002년에 96개소, 2003년에 112개소, 2004년에 130개소의 의료기관에서 실시하였으며, 그동안 꾸준히 증가하는 추세를 보이고 있다. 가정간호사업의 대상은 의료기관에서 입원진료를 받은 후 조기에 퇴원한 환자나 과거 입원경력이 있고 재입원이 요구되는 환자 중에서 진료담당 의사 또는 한의사가 가정에서 계속적인 진료와 관리가 필요하다고 인정하는 자이다. 가정간호를 이용한 환자의 60.3%가 65세 이상으로 노인이 과반수이상을 차지하고 있으며, 대상자의 질환은 고혈압 등 뇌혈관질환, 암, 마비 등 신경계질환, 신장 및 요로기계질환이 대부분을 차지하고 있다(황나미, 2002).

가정간호사업은 가정에서 환자를 돌볼 수 있는 보호자가 없는 경우에는 서비스를 제공하지 않도록 되어 있으나, 혼자 생활하는 노인들에게 서비스를 제공하기도 하며, 요양서비스는 물론 임종을 앞둔 환자에 대한 호스피스도 제공하고 있다. 이것은 이용환자의 대부분이 노인임을 감안하여 사업초기에 대상에서 제외되었던 의료급여대상자에게도 서비스를 제공하고 있다.

가정간호사업은 지역사회 노인의 건강보호에 기여함은 물론 병원입원을 감소시켜 노인의료비의 절감에도 크게 기여하고 있다. 그러나 사업초기에 책정된 기본방문료(19,000원), 개별의료행위에 대한 수가 및 교통비(5,830원)가 그대로 현재에도 적용되고 있으며, 보험적용회수를 월 8회로 제한하여 사업수행 의료기관이 적자운영을 하고 있다. 또한 의료급여대상자의 경우 가정간호에 대한 본인부담금이 입원이나 외래진료에 비하여 많아 가정간호를 이용하는데 어려움이 있으며, 의료기관의 수에 비하여 사업에 참여하고 있는 기관의 수가 현저하게 적은 실정이다.

셋째, 허약한 후기 고령노인의 증가와 더불어 치매나 뇌졸중으로 인한 와상노인이 증가하면서 고령자를 위한 보건의료용품의 활용이 더욱 필요하게 되었다. 고령자 보건의료용품은 크게 의료용품, 생활보조용품, 건강보조용품, 인지개선용품 등으로 구분할 수 있다. 의료용품으로는 전자혈압계, 혈당측정기, 체온계, 자기치료기, 저주파치료기, 광선치료기, 무바늘 인슐린주사기, 욕창치료 의약품, 보청기 등이 있다(전채근, 2003). 생활보조용품으로는 식사용 에이프런, U자형 목욕의자, 성인용 팬티기저귀, 지저귀 카

바, 손잡이 변기, 이동식 변기, 소변기, 욕창방지용 에어매트, 욕창예방쿠션, 방수시트, 휠체어, 바퀴보행기, 보행보조기, 치매팔찌, 케어스텝, 미끄럼방지제 등이 있다.

건강보조용품으로는 안마기, 구강청소기, 자석침구류, 자석벨트, 얼음주머니, 온습찜질팩, 전기찜질팩, 상하지 운동기 등이 있다. 인지개선용품으로는 시각에 의한 메모리판, 형태분류 보드판, 미로게임, 레이스하기, 코끼리 연결하기, 촉감인지보드판, 회상용비디오 등이 있다(보건복지부, 2005).

고령자 보건의료용품사업은 와상노인의 증가로 인하여 보건의료용품의 수요가 증가하면서 의료용품이나 건강보조용품을 판매하는 곳에서 이루어지고 있으며, 보건소 치매상담센터에서 치매노인을 대상으로 이러한 용품들을 대여하거나 제공해주는 사업을 전개하고 있다. 그러나 이것은 현재 고령자 보건의료산업의 한 분야로서 독립적인 위치를 차지하지는 못하고 있다.

### 3) 노인 보건·의료서비스의 전달체계

지역사회에서 효율적인 노인복지서비스 전달체계를 구축하는 것은 노인에게 적합한 보건·의료서비스를 제공하기 위한 기초 틀을 구성하는 것이다. 통합적 보건·의료서비스를 받는 노인은 사례관리자를 중심으로 서비스를 조정, 연계시키는 것이 중요해지고 있으며, 따라서 서비스 사정, 서비스 계획 작성, 서비스 계획의 모니터링이라는 기능을 지닌 사례관리지원시스템의 구축이 필요하다. 이와 관련된 최근의 연구결과로는 사회복지 서비스 공급네트워크에 관한 연구(염창현, 2001), 노인복지서비스의 효율적 공급을 위한 정부와 NPO의 협조관계에 관한 연구(이현숙, 2000), 노인복지서비스의 이용과 연계에 관한 연구(이무승, 2002), 복지·보건서비스 통합운영에 관한 연구(장 선, 2001), 노인 의료서비스 전달체계 확립에 관한 연구(유인숙, 2003) 등이 있다. 이러한 사례관리에 필요한 지원서비스를 공동으로 관리할 수 있는 통합지원기구가 구성된다면 지역 내 서비스의 이용실태를 파악하고 사례관리자간 연계, 사례관리자와 서비스 제공자간 조정이 원활하게 이루어질 수 있을 것으로 판단된다.

사회복지서비스가 능률적이고 효과적으로 전달할 때, 정부는 복지서비스전달의 기능을 합리적으로 수행한 것으로 평가받을 수 있다. 따라서 복지서비스를 전달할 수 있는 조직체계를 잘 갖추는 것이 재정을 확보하고 프로그램을 개발하는 것 못지않게 중요하다고 할 수 있다. 서비스전달주체와 분배의 관점에서 복지서비스전달체계를 정의해 보면, 클라이언트(client)를 둘러싼 일체의 공적·사적 복지기관의 서비스 전달망(Friedlander & Apte, 1980) 또는 지역사회

회에서 사회복지 편익을 소비자와 분배자간에, 그리고 분배자들 사이에 조직적으로 분배하는 체계(Gilbert & Specht, 1986)라고 볼 수 있다. 즉, 사회복지 전달체계란 국가가 제공하는 사회복지서비스를 수혜자에게 가장 효율적으로 전달될 수 있는 조직구조라고 (박은미 외, 2001)할 수 있다. 따라서 노인 보건·의료서비스 전달체계는 사회복지서비스 전달체계의 일부분으로서 사회복지 전달체계의 의미와 같은 맥락에서 이해하면 될 것이다.

우리나라 노인복지전달체계를 개략적으로 살펴보면, 공공전달체계와 민간전달체계로 나누어 볼 수 있다. 먼저 공공전달체계를 살펴보면 클라이언트의 기본적인 욕구충족 과정에서 그들이 개별적으로 해결할 수 없거나 해결하기 어려운 보건·의료서비스의 경우, 국가의 개입이 요구됨으로써 국가의 책임 하에 서비스를 제공해야 하므로 공적전달체계는 여전히 서비스전달체계상 중추적인 역할을 수행하고 있다. 현행 노인복지정책은 일반적으로 보건복지부의 가정복지심의관실 소속의 노인복지정책과와 노인보건과를 중심으로 광역자치단체, 그리고 기초자치단체와 읍, 면, 동으로 이루어진 전달체계에 의해서 운용되고 있다.

공공전달체계는 상의 하달식의 수직적인 체계를 이루고 있으며 국, 과의 명칭은 자치단체의 특성에 따라 조금씩 다르지만 광역자치단체인 시·도에서는 보건·복지국 또는 사회복지여성국에서 담당하고 있으며, 기초자치단체 시·군·구에서는 생활복지국, 시민국, 자치행정국 등에 사회복지과와 가정복지과를 두고 노인복지업무를 수행하고 있다. 특히 시·군·구에서는 보건소를 설치하여 노인보건 향상 및 증진을 도모하고 있다. 그리고 읍·면·동에서는 사회복지전담공무원과 사회담당직원을 배치하여 노인들에게 직접적인 서비스를 전달하고 있다.

다음으로 민간전달체계를 살펴보면 노인복지법에 의거한 노인주거복지시설, 노인의료복지시설, 노인여가복지시설, 재가노인복지시설과 사회복지사업법에 의거한 종합사회복지관, 행정자치부에서 기초자치단체에 민간위탁한 자원봉사센터, 그리고 한국사회복지협의회에서 시·도 협의회에 부설기구로의 운용을 요청한 자원봉사정보안내센터 등이 민간노인복지전달체계를 다양하게 구성하여 노인복지서비스를 전달하고 있다.

## 5. 노인요양시설 서비스

### 1) 노인요양시설

노인요양시설은 노인성질환 등으로 장기간 요양을 필요로 하는 노인을 입소시켜 급식, 요양 및 일상생활에 필요한 편의를 제공하는 시설로서, 입소비용의 부담여부와 수준에 따라 노인요양시설, 실비노인요양시설 및 유료노인요양시설로 구분한다. 노인요양시설은 65세 이상의 국민기초생활보장 수급대상노인 또는 부양의무자로부터 적절한 부양을 받지 못하는 저소득 노인을 대상으로 무료 또는 저렴한 요금으로 각종 서비스를 제공하는 시설이다. 실비노인요양시설은 65세 이상으로 본인 및 그 배우자와 생계를 같이 하는 부양의무자의 총소득액이 도시근로자 가구당 월평균소득액 이하인 자에게 저렴한 요금으로 각종 서비스를 제공하는 시설이다. 유료노인요양시설은 60세 이상으로서 중산층 이상의 노인을 대상으로 각종 서비스에 소요되는 일체의 비용을 입소자로부터 수납하여 운영하는 시설이다.

표 22. 노인요양시설 현황

(단위 : 개소, 명)

연도별	합 계		무료시설		실비시설		유료시설	
	시설수	입소 정원	시설수	입소 정원	시설수	입소 정원	시설수	입소 정원
2002	120	8,890	99	7,557	14	959	7	374
2003	151	10,340	113	8,572	19	1,085	19	683
2004	214	12,679	131	9,384	42	2,310	41	985

자료 : 보건복지부, 『노인복지시설현황』, 2003-2005.

노인요양시설은 <표 22>에서 보는 바와 같이 2004년 12월 말 현재 총 214개소가 있으며, 그 중에는 무료시설 131개소, 실비시설 42개소, 유료시설 41개소가 있다. 입소정원은 총 12,679명이며, 현재 10,018명이 입소하고 있어서 입소비율은 79.0% 수준이다(보건복지부, 2005). 최근 실비시설과 유료시설이 급증하고 있으며, 무료시설도 점차 증가하고 있어서 노인요양시설은 급격히 증가하는 추세를 보이고 있다.

노인요양시설의 규모는 41인 이상 100인 이하를 입소정원으로 하는 시설이 많은 부분을 차지하고 있으며, 무료시설에 비하여 실비시설과 유료시설의 입

소비율이 낮은 것으로 나타나고 있다. 인력현황을 보면, 사회복지사, 간호사 및 생활지도사는 시설에 배치되어 있으나, 무료시설과 실비시설 중에서 물리치료사(작업치료사)가 배치되어 있지 않은 시설이 상당수 있는 것으로 나타나고 있다. 서비스 제공내용을 보면, 건강진단, 예방접종 및 신체적 수발은 대부분의 시설에서 잘 이루어지고 있지만, 물리치료, 작업치료, 언어치료 등의 재활치료는 제대로 이루어지지 못하고 있다.

재정현황을 보면, 무료시설은 국고보조금이 운영비의 대부분을 차지하고 있지만, 실비시설과 유료시설은 입소자부담금의 비중이 큰 반면 후원금과 자체 수익금의 의존도가 극히 낮은 것으로 나타나고 있다(한국보건산업진흥원, 2003). 한편 실비시설의 경우 무료시설보다도 서비스의 질, 시설, 조직운영, 지역사회관계 등을 포함한 전반적인 시설의 수준이 더욱 낮은 것으로 나타나고 있다(변재관, 2001).

## 2) 노인전문요양시설

노인전문요양시설은 치매·중풍 등 중증의 만성질환 노인을 입소시켜 급식·요양 기타 일상생활에 필요한 편의를 제공하는 시설로서, 입소비용의 부담여부와 수준에 따라 노인전문요양시설, 실비노인전문요양시설 및 유료노인전문요양시설로 구분한다. 이러한 노인전문요양시설의 구분은 입소대상자가 치매나 중풍 등 중증의 질환을 가진 노인인 것을 제외하고는 노인요양시설의 기준과 동일하다.

노인전문요양시설은 <표 23>에서 보는 바와 같이 2004년 12월 말 현재 총 143개소가 있으며, 그 중에는 무료시설 108개소, 실비시설 1개소, 유료시설 34개소가 있다. 입소정원은 총 10,203명이며, 현재 8,052명이 입소하고 있어서 입소비용은 78.9% 수준이다(보건복지부, 2005). 최근 무료시설과 유료시설이 급증하고 있으며, 실비시설도 점차 설립되고 있어서 노인전문요양시설은 급격히 증가하는 추세를 보이고 있다.

노인전문요양시설의 규모는 51인 이상 100인 이하를 입소정원으로 하는 시설이 많은 부분을 차지하고 있으며, 무료시설과 실비시설에 비하여 유료시설의 입소비용이 낮은 것으로 나타나고 있다. 서비스 제공내용을 보면, 건강진단, 예방접종, 신체적 수발 및 물리치료는 대부분의 시설에서 잘 이루어지고 있지만, 유료시설에서 작업치료, 언어치료 등의 다양한 재활치료가 제대로 이루어지지 못하고 있다. 한편 재정현황을 보면, 무료시설은 국고보조금이 운영



비의 대부분을 차지하고 있지만, 유료시설은 입소자부담금이 세입의 대부분을 차지하고 있는 반면 후원금과 자체 수익금이 거의 없는 것으로 나타나고 있다 (한국보건산업진흥원, 2003).

표 23. 노인전문요양시설 현황

(단위 : 개소, 명)

연도별	합 계		무료시설		실비시설		유료시설	
	시설수	입소 정원	시설수	입소 정원	시설수	입소 정원	시설수	입소 정원
2002	51	4,418	48	4,281	-	-	3	137
2003	81	6,512	68	5,641	-	-	13	871
2004	143	10,203	108	8,539	1	100	34	1,564

자료 : 보건복지부, 『노인복지시설현황』, 2003-2005.

### 3) 노인전문병원

노인전문병원은 노인을 대상으로 의료를 행하는 시설로서 노인성질환으로 치료와 요양을 필요로 하는 자와 임종을 앞둔 환자를 대상으로 의료서비스를 제공하고 있다. 이것은 노인의료복지시설의 유형에 포함되어 있으나, 복지시설 이라기보다는 의료기관의 범주에 속한다고 할 수 있다. 즉 이것은 의료법(제 32조)의 요양병원에 관한 규정을 준용하도록 하고 있으며, 의료기관을 개설할 수 있는 자에 한하여 설치할 수 있도록 하고 있다.

노인전문병원은 1995년 유료노인시설 건립을 위한 용자사업의 일환으로 설립되기 시작하였다. 이것은 2004년 12월 말 현재 22개소가 운영되고 있으며, 입소정원은 총 3,119명이지만 현재 2,587명이 입소하고 있어서 입소비율은 82.9% 수준인 것으로 나타나고 있다(보건복지부, 2005). 노인전문병원은 2001년에 14개소가 설치되었던 것이 2004년에 22개소로서 점차 증가하는 추세를 보이고 있다.

노인전문병원은 노인들이 전반적인 의료서비스를 받을 수 있는 전문병원으로서 건강검진에서부터 급성질환의 치료뿐만 아니라 재활훈련 및 요양서비스 까지 제공하는 시설이다. 그러나 이것은 현재 노인성 질환을 전문적으로 치료함은 물론 다양한 의료 및 재활서비스를 제공하는 전문병원이라기보다는 오히려 장기요양을 필요로 하는 노인환자를 대상으로 요양과 급식 등의 서비스를 제공하는 시설이 되고 있다. 많은 노인전문병원은 이용환자의 치료와 재활에



필요한 의료장비와 인력을 제대로 갖추고 있음에도 불구하고 이들을 효과적으로 활용하지 못하고 있다(장현숙 외, 2001). 또한 병원을 이용하는 환자들이 노인성질환의 상태에 따라 필요한 서비스를 연속적으로 받을 수 있게 하는 서비스제공기관들 사이의 협력체계가 부족하다.

#### 4) 노인치매병원

치매노인현황과 노인치매병원 배치현황을 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 보건복지부에 따르면, 2004년 65세 이상 노인의 8.3%인 34만6000여명이 치매를 앓고 있는 것으로 추산된다. 1990년 17만명, 2000년 28만명에 비해 급격히 증가하는 추세다. 복지부는 치매 노인이 2010년에는 노인 인구의 8.6%인 45만6000명, 2020년에는 9%인 57만1000여명에 이를 것으로 예상하고 있다. 하지만 체감 치매 노인 문제는 이보다 더할 것이란 지적이 많다. 한국치매가족협회 관계자에 따르면 "집안에 경·중증의 치매 환자가 있어도 이를 숨기려는 가족들의 심리 등을 감안할 때 실제 치매와 관련된 가정은 10가구당 한 가구이고, 2020년이면 5가구당 한 가구가 될 것으로 본다."며 "치매 환자에게 드는 경제적 비용은 둘째 치고 그 가족 중 적어도 한 사람이 전담 간병하면서 사회생활을 포기하는 등의 사회적 비용이 엄청난데 이를 환자 가족에게만 맡겨두는 정부의 안이한 상황 인식은 분명 문제가 있다."고 지적했다. 치매의 유병률은 다소 차이가 있지만, 일반적으로 65세 이상에서는 약 5~10%이고, 80세 이상에서는 약 30~40%에 이른다고 보고되고 있듯이 연령이 증가할수록 치매의 유병률이 높아짐을 알 수 있다.

우리나라에서 최초로 실시된 대표적인 치매 역학조사(박종한 등, 1994)에 의하면, 치매노인 중에서는 남자노인보다는 여자노인의 치매 유병률이 높고, 혈관성 치매환자가 상대적으로 많았으며 그 중에서 타인의 보호를 필요로 하는 중등도 이상의 치매를 앓고 있는 노인의 비율은 35.3%~46.2%로 나타났다. 그리고 치매노인의 대다수는 기억력장애, 지남력장애, 배회, 주야진도 등의 특징적 증상을 가지고 있으며, 경증 치매노인들은 비교적 독립적 일상생활이 가능하나 중증의 노인들은 거의 모든 일상생활 영역에서 타인의 도움을 필요로 하며 특히 수단적 일상생활 동작능력에 대한 타인 의존도가 높은 것으로 나타났다.

둘째, 노인치매병원(공립치매요양병원)은 치매노인에 대한 전문적인 치료 및 요양서비스를 제공하여 치매질환의 악화를 방지하고 치매노인 가족의 부양부담을 경

감시하기 위한 목적으로 설치하는 시설이다. 이것은 의료법(제3조 제5항)에 의한 요양병원으로서 국고의 지원을 받아 설치하고 있다. 노인치매병원은 <표 24>에서 보는 바와 같이 2004년 12월 말 현재 21개소가 설치되어 있으며, 시·도립이 20개소이고 군립이 1개소로서 병상수는 총 2,669개로 나타나고 있다. 이것은 1999년에 3개소가 개원하면서부터 설치되기 시작하였으며, 2001년 12월 말 현재 7개소이었던 것이 2002년에 10개소, 2003년에 14개소, 2004년에 21개소로서 점차 증가하고 있는 추세를 보이고 있다.

표 24. 노인치매병원 설치현황

(단위 : 개소)

연도별	합 계	설치구분		병상수
		시·도립	군립	
2001	7	7	-	882
2002	10	10	-	1,302
2003	14	14	-	2,107
2004	21	20	1	2,669

자료 : 보건복지부, 『공립치매요양병원 현황』, 2002-2004.

보건복지부, 『노인보건복지사업 안내』, 2005. p.67.

노인치매병원은 설립·운영자는 시·도지사 또는 시·군·구청장이며, 의료법인 등 민간업자에게 위탁운영하게 할 수 있도록 되어 있다. 이것은 현재 치매노인에게 전문적인 치료 및 요양서비스를 제공하여 치매질환의 악화를 방지하기보다는 단순히 장기요양보호가 필요한 치매노인에게 요양과 급식을 중심으로 서비스를 제공하는 경우가 많다. 또한 병상가동률이 낮고 장기입원환자의 급여지원을 3개월로 제한하고 있어서 재정적으로 어려움을 겪고 있으며, 환자의 유형도 외래환자는 거의 없고 대부분 입원환자로 구성되어 있어서 노인치매병원 본래의 기능을 제대로 수행하지 못하고 있다(이재선, 2003).

노인치매병원은 공립이지만 이용부담이 크기 때문에 이용에 어려움이 많으며, 시설이 지역적으로 편중되어 있고 치매노인에 비하여 시설이 현저하게 부족한 실정이다.

## IV. 노인 보건·의료정책의 문제점과 개선방안

### 1. 치료서비스 측면

#### 1) 치료서비스의 문제점

##### (1) 건강보험

국민건강보험은 재정통합이 있기까지 끊임없는 논쟁 속에서 추진이 제대로 되지 않은 과제들이 많은데, 여기서는 건강보험의 통합이 당초에 지향했던 목적들에 비추어 남겨진 과제들을 정리해 보고자 한다.

첫째, 통합이 보험료부담의 가입자간 형평성을 확보하는 것이었다. 그동안 보험료의 형평성이 제고된 점은 다수가 동의하고 있는 것 같다. 지역조합의 재정통합은 1998년10월에 이루어져 전국적인 단일부과체계가 적용됨으로써 지역가입자간의 형평성 시비는 많이 사라졌다. 그리고 적자조합과 흑자조합의 구분이 없어지고 지역보험 전체의 흑자와 적자문제만 남게 되었다. 직장조합의 재정통합은 2000년7월에 이루어져 부과기준이 통일됨으로써 직장가입자간의 보험료부담의 '형평성' 시비도 사라졌다. 그리고 직장보험과 공교보험의 재정통합이 2001년1월부터 이루어져 봉급(임금)생활자들의 보험료부담의 형평성도 확보되었다.

그러나 직장과 지역간 재정통합은 법적으로 이루어졌으며 보험료부과기준은 이원화를 유지함으로써 직장과 지역 집단간 보험료부담의 형평문제는 남아 있고 향후 상당한 갈등의 소지를 안고 있다. 또한 직장과 지역간 자격변동에 따른 보험료부담의 차이 발생은 여전히 현안문제로 남아있다.

둘째, 통합 이전에 쌓여 있던 적립금들을 통합하여 보험급여범위를 확대함으로써 보장성을 강화하는 것이었다. 통합추진 이후 2000년 7월에 보험급여일수를 365일로 확대하고 사전진찰이나 장애인보장구 등 일부 서비스의 확대가 이루어졌고, 고액 진료비의 본인부담보상금제가 직장과 지역 구분 없이 공평하게 적용되는 등 부분적인 개선이 이루어졌다.

그러나 의료보험통합이 추진되는 과정에서 조합내에서의 재정수지를 맞추려는 유인이 약화되면서 통합전 3조 8천억 원에 달하던 적립금이 소진되기 시작하였고, 의약분업 시행에 따른 진료비의 급증으로 적립금은 완전 소진되어 차

입하는 형편에 이르렀다. 이에 따라 의료보험통합과 더불어 보장성을 강화하려던 계획은 한계에 부딪치게 되었고, 건강보험재정의 정상화가 오히려 가장 급박한 현안과제로 부상하였다. 보장성 문제와 관련하여 보험료체납으로 인한 의료혜택의 사각지대는 여전히 해결하여야 할 과제로 남아있다. 이는 통합추진과 더불어 발생한 경제위기, 이로 인한 빈부격차의 확대가 보험료체납계층을 낳은 원인을 제공하였다. 빈곤층을 위한 의료보호제도를 확충하여 부분적으로는 공공부조제도에서 흡수하였지만 여전히 건강보험제도내에 남아있는 저소득층의 의료혜택 소외문제는 남아있다.

셋째, 전국적인 통합관리로 규모의 경제를 발휘하여 관리운영비를 절감하고 전국적인 자격 관리가 가능하여 관리 효율을 높일 수 있는 것이었다. 건강보험공단의 관리 인력은 1998년10월(통합)이전15,653명에서 2003년2월10,454명으로 5199명의 인력이 감소하는 성과를 얻었다. 또한 관리운영비의 지출에서 차지하는 비중은 1997년8.8%에서 2002년4.2%로 감소하였다. 그리고 전국적인 통합 전산망에 의하여 전국 어디서나 의료보험증 발급과 보험료 납부 상황 확인이 가능하고 조합변경에 따른 번거로운 신고절차를 없앴으로 편의성이 증대되었다.

그러나 건강보험공단의 인력구조의 고령화 경향은 승진의 압력을 가중시키고 현장서비스에 투입되는 인력이 줄어들므로써 조직의 활성화에 걸림돌이 되고 있다. 또한 갈수록 전문화되고 급속히 변화하는 사회 환경에 대처하는 데에는 인력규모의 절감보다는 인력의 전문성이나 생산성이 떨어지는 문제를 더 걱정해야 할 것이다. 그리고 직장과 지역으로 나누어진 노동조합간의 갈등도 통합공단의 관리 효율을 제고하는 데에 저해요인으로 작용하고 있다.

넷째, 통합의 장점으로 단일보험자로서 구매독점력을 발휘하여 진료비의 효과적인 통제에 유리하다는 점이였다. 과거에는 조합단위로 보험재정을 절감하기 위한 노력과 더불어 보험료를 자율적으로 결정하였으나, 통합하에서는 단일보험자로서의 협상력을 발휘하여 보험수가를 통제하거나 사후관리에 노력하여야 한다. 보험수가는 일차적으로 공단과 의료계 대표간의 계약에 의하고, 계약이 결렬될 경우에 가입자-의료계-정부가 참여하는 건강보험정책심의위원회에서 의결하므로 과거에 비해 절차의 민주성과 투명성은 개선되었다. 그러나 보험수가에 대한 통제는 협상을 통해 어느 정도 가능하지만 진료량을 통제할 정도의 구매독점자로서의 기능을 하기 위한 시스템은 취약하다.

## (2) 의료급여

의료급여제도의 문제점을 정리하면 다음과 같다.

첫째, 의료급여의 급여범위의 적절성과 관련된 문제는 급여일수의 제한 문제를 포함한 급여범위 문제와 비급여부문을 포함한 실질 본인부담금의 문제이다. 의료급여의 진료일수는 시행규칙이 개정되어 급여일수는 365일로 줄어들고 특수질병인 경우만 30일이 연장이 가능하며 그 이상의 연장은 승인을 받아야 한다. 그러나 급여일수를 원칙적으로 365일로 제한하는 경우 여러 가지 질병을 갖고 있어 여러 진료기관을 방문할 수밖에 없는 노인질환의 경우 상당한 불이익을 감수해야 하는 문제가 발생할 수 있다. 그러나 무제한적인 급여일수에서 과생되는 부작용도 적지 않다.

의료보호 실태조사결과 및 실사강화계획 (보건복지부, 2001)에 따르면 급여일수 제한 폐지로 외래 환자의 경우 도덕적 해이 현상이 발생하는 사례가 존재하고 있음을 확인할 수 있는데, 의료급여 수급자 중 365일 초과 진료자가 91,259명이었고 (전체의 6%), 연간 진료일수가 1,000일을 초과하는 경우도 1,222명에 달하였다.

둘째, 급여일수 제한보다 더 심각한 논란을 불러일으키는 경우가 2종 수급자에 대한 본인부담금 문제이다. 본인부담금의 존치 혹은 더 나아가 1종 수급자에게도 법정 본인부담금을 부과해야 한다고 주장하는 시각에서는 1종 수급자의 경우 법정 본인부담금이 없고, 식대도 급여에 포함되어 있어 의료남용을 불러일으키는 도덕적 해이 현상이 나타난다고 보고 있다. 실제로 사회복지전담공무원들도 의료보호 환자의 불필요한 의료 이용의 가장 큰 이유로 의료급여가 ‘무료’라는 점을 들고 있다.

그러나 기초생활보장수급자들에게는 본인부담금이 경제적으로 부담이 될 것이다. 이와 관련된 조사결과를 보면, 일반수급자의 경우 35%정도가 본인부담금이 부담스럽다고 하였고 차상위계층 역시 본인부담금이 경제적으로 부담스럽게 작용한다는 의견이 더 높은 비율을 보이고 있다. 그래서 시민단체들은 법정 본인부담금의 존재가 빈곤층을 대상으로 하는 공공부조로서의 의료급여제도의 취지에 어긋나며 법정 본인부담금으로 빈곤층의 의료이용이 제약을 받고 있다는 주장을 제기하고 있다. 이들은 본인 부담금을 법정 본인부담금으로만 한정시켜 보아서는 안 되며, 비급여 본인부담금까지 포함하면 상당히 부담스러울 수밖에 없다고 주장한다.

즉, 법정 본인부담금만을 보면 2종 수급자에게 부과되는 법정본인부담금만 부과되지만, 비급여 본인부담금을 포함하게 되면 1종 수급자도 본인부담금을 부과 받는 것이나 마찬가지이고, 2종 수급자의 경우는 본인부담금이 더 커지게 된다는 것이다. 따라서 입원의 경우 실제 본인 부담율을 따지게 되면 법정 본인부담금이 없어

1종 수급자에게서 의료급여 남용 현상이 발생한다는 주장은 설득력이 없으며 오히려 저소득층의 의료이용에 장벽으로 작용한다고 볼 수 있다.

셋째, 의료공급자의 문제로 의료급여 수가구조를 들 수 있다. 의료급여는 진료비의 80%가 행위별수가제로 지출되는 구조를 지니고 있는데, 여기에서 의료공급자의 과잉진료에 따라 진료비가 필요이상으로 증가하게 될 가능성이 있다는 것이다. 실제로 보건복지부(보건복지부, 2001)가 밝힌 의료공급자의 도덕적 해이와 관련된 사례를 보면, “조혈모세포(골수)이식 환자에게 간·신장 이식한 사례, 폐쇄성 골절로 물리치료만을 위해 1,288일간 계속입원 유도한 사례, 그리고 버스를 동원한 환자 유치 행위” 등이 제시되고 있다.

## 2) 치료서비스의 개선방안

### (1) 건강보험

국민건강보험이 향후 지향해야 할 방향은 의료안전망으로서의 충실한 역할을 수행함으로써 국민의 신뢰를 받는 제도로 정착하는 것이다. 이를 위해서는 필수진료에 대한 접근성을 확보하여야 하며, 중증고액질환의 비용부담으로부터 충분히 보호받아야 한다. 그리고 국민 누구나 부담능력의 한계 때문에 의료보장에서 배제되어서는 안 될 것이다. 그러나 이러한 이상적인 비전을 실현하는 데에는 현실에 뿌리를 두지 않으면 안 된다. 따라서 건강보험이 향후 달성하여야 할 목표 중에 몇 가지를 열거하면 다음과 같다.

첫째, 재정의 건실한 운영과 형평성 확보이다. 건강보험의 재정건실성을 제도적으로 확보할 수 있는 재정관리 시스템을 구축하고, 재정부담의 형평성 확보를 통하여 사회적 연대와 국민적 신뢰를 구축하여야 한다. 이를 위해서는 재정부담이 가능한 범위의 진료비목표를 설정하는 ‘목표관리제’를 도입할 필요가 있다. 목표관리제는 부담을 감내할 수 있을 정도의 진료비총액을 설정하고 실제 발생 진료비가 목표치를 초과 하지 않도록 수가수준을 자동적으로 조정하고 아울러 목표치에 근접 하도록 정부가 보험급여기준이나 수가기준 등을 면밀하게 조정함으로써 보험재정을 관리해 나가는 것이다.

둘째, 보장성 강화와 보험급여구조의 개편이다. 건강보험의 보장성을 강화하기 위해서는 현 재정여건으로 볼 때에 단계적인 접근이 필요하다. 그리고 보장성에 대한 정의를 명확히 하여야 하며, 우리나라의 의료현실을 고려하여 보험급여의 구조를 재편할 필요도 있다. 보장성 강화는 크게 3단계로 접근할 수

있다. 1단계에서는 무엇보다도 재정균형의 회복이 절실하기 때문에 가능한 재원범위 내에서 중증 고액질환에 대한 보장성을 강화하는 대신 경증소액질환에 대해서는 다소 환자 본인부담을 상향조정 하여야 할 것이다. 2단계는 재정균형이 회복되는 시점에서 필수진료에 대한 급여를 확대하는 것이다. 임의비급여나 한시적 비급여(MRI, 초음파 등) 등을 우선 정리하고, 비급여행위들을 단계적으로 편입하여야 한다. 이러한 기초적인 작업을 토대로 3단계에서 필수진료에 대한 의료안정망을 확보하여야 한다. 이러한 공적인 필수진료의 범위를 벗어나는 부분은 민간보험의 보충적인 역할을 지원하여야 할 것이다.

셋째, 지불보상제도와 심사평가의 개선이다. 현재의 지불보상제도는 행위별수가제를 근간으로 하고 있고, 8개 질 환군에 대한 포괄수가제(DRG)가 의료기관의 선택에 따라 적용되고 있다. 행위별수가제는 환자의 질환상태에 따라 의사가 적절한 서비스를 자율적으로 제공할 수 있는 장점이 있는 반면에 진료비에 대한 통제기능이 취약하여 건강보험의 지급능력을 초과하여 증가하는 단점이 있다. 지불보상제도는 진료비를 적절히 통제할 수 있으면서 적절한 진료가 행해질 수 있는 유인이 동시에 갖추어지는 것이 바람직하다. 그런 점에서 단일 지불제도를 채택하기 보다는 진료영역별로 적합한 지불제도를 적용하는 것이 바람직하다 할 것이다.

넷째, 관리시스템 개편과 보험자기능의 재정립이다. 관리효율 제고를 위한 시스템 개편 조직뿐 아니라 재정의 통합체제가 출범함에 따라 통합관리 시스템의 재정비가 필요하다. 또한 보험자기능의 재정립으로는 보험자로서 건강보험공단의 역할을 보험료징수만 하는 부정적인 모습에서 건강서비스 관리자라는 긍정적인 모습으로 전환해나가야 한다. 그리고 질병발생 후에 비용을 보장하는 사후적 · 소극적 기능에서 질병 발생 이전에 건강관리와 건강증진 서비스를 지원하는 사전적 · 적극적인 기능을 강화해 나가야 한다.

## (2) 의료급여

우리나라 의료급여 수혜자의 대부분은 시장경제에 적응하여 적절한 삶을 영위하기 어려운 사람들로 구성되어 있다. 따라서 중장기적으로 진료비의 낭비 요인 제거를 통해 동일한 예산으로 대상자를 확대하고, 본인부담금을 완화하여 의료이용의 장벽을 없애 나가는 방향이 기본적으로 타당하나 앞에서 보았듯이 의료급여의 재정상태가 워낙 악화되어 있어 현실적인 어려움이 제기되고 있다. 따라서 우선적으로 의료급여정책의 기본 방향을 두 가지로 생각하면 다음과 같다.



첫째, 의료보호 재정지출의 효율성을 매우 강도 높게 점검하는 것이다. 즉 일부 의료공급자와 의료급여 수혜자의 도덕적 해이로 인해 나타나는 의료급여 예산의 누수부분에 대한 집중적인 점검과 관리가 필요하다. 따라서 대상자 확대 및 2종 수급자의 본인부담금 완화 문제는 우선적으로 의료급여 예산 집행의 효율성 점검을 바탕으로 하여 세부적인 정책대안을 마련하는 것이 타당할 것이다.

둘째, 의료보호 정책수립 및 관리감독 그리고 행정체계의 확대와 정비가 선행되어야 한다는 것이다. 그 동안 의료급여정책은 정책 수립, 집행, 평가하는 전 과정이 너무나도 취약한 상태에 있었으며 이러한 행정구조로는 급증하는 진료비를 적절한 수준에서 관리하기 위한 실효성 있는 정책을 구상하고 집행하기 어렵다. 따라서 새로운 정책을 수립, 집행하기 위한 보건복지부, 심평원, 건강보험공단, 지자체 등 의료보호 관리감독 및 행정체계의 대대적인 혁신과 재편이 필요하다. 특히 행정인프라가 대대적으로 확충·정비되지 않으면 대다수의 개선방안은 시행할 수 없거나 혹은 제도 개선의 효과가 나타나지 않을 것이다.

## 2. 노인건강지원사업적 측면

### 1) 노인건강지원사업의 문제점

노인건강지원사업의 문제점은 다음과 같다.

첫째, 우리나라의 노인건강을 위한 노인건강진단제도는 주로 저소득층의 일부 노인을 대상으로 부분적으로 실시되고 있어 선진국과 비교도 안 될 정도로 미약한 실정이며, 구빈적이고 선별적이다. 노인건강을 위한 보건사업은 노인복지법에 근거한 노인건강 진단제도 외에 각 시 구 군 행정단위에 있는 보건소를 중심으로 노인보건사업이 전개되고 있는데 보건소법이 1995.12월에 지역보건법으로 개정되어 미약하여 노인건강상담이나 정기검진, 보건교육 프로그램 등은 전무한 실정으로 노인의 질병예방 및 건강유지를 위한 보건서비스가 이루어지지 않고 있어 보건서비스를 절실히 필요로 하는 노인들이 실질 혜택을 받고 있지 못하고 있는 실정이다.

둘째, 재가보건의료 서비스는 일부 민간병원을 중심으로 시범적으로만 실시되고 있어 건강치 못한 재가노인들을 폭넓게 수용하지 못하고 있으며, 치매가정과 시설, 병 의원과 연계체제가 부족하여 노인들의 질병 증상에 따른 후송조치와 응급의료체계가 마련되어 있지 않다. 그리고 가정봉사원 파견사업은 전



문성을 가진 참여인력이 부족하고, 생활편의 가정봉사원과 건강관리 가정봉사원이 구분되어 있지 않아 가정봉사원이 체계적으로 운영되고 있지 않고 있으며, 건강관리 교육에 대한 전문성이 결여되어 노인의 질병상태에 따른 충분한 서비스가 제공되지 못하고 있다. 또한 재가보호프로그램도 다양하게 제공되지 못하고 있고, 일시적 노인보호기능을 수행할 노인주간 및 단기보호시설은 시설수가 절대부족하다.

셋째, 보건·의료서비스전달체계에 있어서 현재 우리나라는 의료기관간의 전달체계도 제대로 구축되어 있지 못할 뿐더러, 보건·의료서비스와 복지서비스가 분리 운영됨으로써 노인들은 필요한 서비스를 제때 공급받지 못하거나 서비스가 중복됨으로써 효율적으로 자원을 활용하고 있지 못하고 노인 욕구충족 및 건강유지증진에 기여하지 못하고 있는 것으로 평가되고 있다.(서미경, 2003; 이윤환, 2000)

## 2) 노인건강지원사업의 개선방안

첫째, 노인 건강진단의 대상자에 대한 문제점은 그 대상자가 조건부 수급자라는 것이다. 노인복지법에는 대상자에 관하여 대통령령으로 규정해 놓았지만 시행령에는 대상자에 대한 언급이 없고 단지 보건복지부 사업계획안에 대상자가 규정되어 있을 뿐이다. 제도가 실제적인 효력을 발휘하기 위해서는 대상자를 법이 규정하고 있어야 한다. 또한 노인인구가 증가하고 생활이 곤란한 노인, 다양한 질병을 가진 노인들이 증가하는 것을 보완하기 위해서는 좀 더 관대한 대상자 선정이 필요한 것으로 생각된다. 또한 실시방법으로 2년에 1회 이상의 규정은 노인질환의 현실성을 반영하지 못한다. 지역주민들의 구체적인 욕구를 위한 살아있는 법으로서 작용하기 위해서는 다음과 같은 사항을 시행령에 신설해야 한다. 시행령 10-3조(건강진단 실시) 법 제27조제1항의 규정에 의한 건강진단은 보건복지부장관, 시, 도지사 또는 시장, 군수, 구청장(이하 "복지실시기관"이라 한다)이 매년 국, 공립병원, 보건소 또는 보건복지부령이 정하는 건강진단기관에서 대상자에게 실시한다.

둘째, 재가보건의료서비스 활성화를 위해서는 ①가정간호체계의 확립, ②가정봉사원제도 강화, ③복지와 보건의료서비스의 조화, ④주간보호 및 단기보호시설의 확충, ⑤보건소기능의 강화 등을 들 수 있을 것이다.

셋째, 노인 보건·의료서비스 전달체계에 있어서 노인보건의료의 연속성을 확

립하기 위한 지역사회 일차보건의료기관과 급성의료기관이 연계될 수 있도록 하는 것이 필요하다. 다시 말해 예방·검진중심의 사업과 치료·회복중심의 사업, 질병관리·유지중심의 사업이 연속선상에서 흐를 수 있도록 하는 것이다. 이를 위한 대책으로는 회복기병상의 확보, 지역사회 고령자주치의 및 지역사회간호사, 지역사회 재활치료사의 확보와 같은 노인보건의료 공급체계의 개선이 필요하고, 노인보건의료 서비스전달체계의 개선으로 건강검진, 재택원격의료, 재활/요양서비스 등 공공성이 강한 노인보건의료사업도 민간의료기관으로 하여금 수행하도록 하고 이를 정부가 지원해주는 방안을 검토하여야 한다.

### 3. 노인요양시설서비스 측면

#### 1) 노인요양시설서비스의 문제점

노인요양시설 서비스의 문제점은 다음과 같다.

첫째, 노인요양시설이 입소노인들에게 주로 요양, 급식 및 생활에 필요한 편의를 제공하고 있지만 그들 중에서 최중증, 중증 및 치매 입소자 비율이 전체의 57.5%를 차지하고 있으므로(장현숙 외, 2003), 그들에게 재활과 요양에 필요한 다양한 서비스를 제공해야 한다. 그와 더불어 입소노인의 신체적·정신적·정서적 특성을 고려한 시설설비기준을 마련하여 안전하고 쾌적한 시설이 될 수 있도록 해야 한다(오영희·김종민, 2001).

노인요양시설의 입소율을 보면, 2004년 12월 말 현재 무료시설이 83.9%인 반면 실비시설이 64.8%, 유료시설이 65.0%로서 비교적 낮은 것으로 나타나고 있다(보건복지부, 2005). 그러므로 실비시설과 유료시설의 시설, 인력 및 프로그램을 확충하고 개선하여 입소율을 높이고 운영을 활성화시킬 수 있도록 해야 할 것이다. 노인요양시설의 재정현황을 보면, 무료시설은 국고보조금에, 유료시설은 입소자부담금에 대부분 의존하고 있으므로(한국보건산업진흥원, 2003), 재정책보방안을 강구하여 국고보조금과 입소자부담금의 의존도를 낮추고 수준 높은 서비스를 제공할 수 있도록 해야 한다.

노인요양시설은 허약하고 장애를 가진 후기 고령노인의 증가와 그들에 대한 가족부양부담의 가중 등으로 그 수요가 점차적으로 증가할 것으로 전망된다. 시설에서 요양보호가 필요한 최중증과 중증 노인이 2010년에 269천명, 2015에 320천명으로 추정되고 있어서(공적노인요양보장제도 실행위원회, 2005), 현재

의 입소노인에 비하여 훨씬 많기 때문에 노인요양시설의 수요는 대폭적으로 증가할 것으로 보인다.

전체 노인인구에 대비한 노인복지시설 입소비율은 2004년 현재 0.07%로서 일본, 독일, 프랑스 등의 주요 선진국 시설보호 노인비율인 5-6%에 비해 매우 적은 편이며(보건복지부, 2004), 앞으로 전체노인에 대한 시설입소비율을 2.0%로 추정하고 있어서 노인요양시설이 더욱 확충될 전망이다. 특히 이것은 2007년에 실시할 예정인 노인요양보험에 대비하여 2011년까지 무료시설 133개소, 실비시설 262개소, 유료시설 208개소(노인전문요양시설 포함)로 확충할 계획이어서 실비시설과 유료시설의 수요가 더욱 증가할 것으로 예상된다. 일본의 경우를 보더라도 2001년 현재 개호노인보건시설이 2,779개소로서, 운영주체가 의료법인인 시설이 72.9%로 가장 많고, 사회복지법인 15.8%, 지방자치단체 4.5%, 사단·재단법인 3.0% 순으로 나타나고 있다(공적노인요양보장기획단, 2004). 따라서 실비시설과 유료시설은 앞으로 다양한 법인들이 운영에 참여하여 지속적으로 확대될 것이며, 노인성질환 등으로 장기요양보호가 필요한 노인들에게 요양과 생활편의를 제공하는 중요한 시설이 될 전망이다.

둘째, 노인전문요양시설은 노인요양시설에 비하여 요양과 재활서비스가 비교적 잘 이루어지고 있지만, 최중증, 중증 및 치매 입소자 비율이 전체의 74.6%를 차지하고 있는 것이 비하면(장현숙 외, 2003), 다양한 재활서비스가 제대로 이루어지지 못하고 있다. 그러므로 그들에게 전문적인 재활과 요양서비스를 제공해야 한다. 노인전문요양시설의 입소율을 보면, 2004년 12월 말 현재 무료시설이 82.3%인 반면 유료시설이 59.1%로서 상당히 낮은 것으로 나타나고 있어서(보건복지부, 2005), 유료시설의 입소율을 높이기 위한 다각적인 노력이 필요하다. 노인전문요양시설도 노인요양시설과 마찬가지로 무료시설은 국고보조금에, 유료시설은 입소자부담금에 대부분 의존하고 있으므로(한국보건산업진흥원, 2003), 재정확보방안을 강구하여 국고보조금과 입소자부담금의 의존도를 낮추어 운영의 활성화를 기할 수 있도록 해야 한다.

노인전문요양시설은 치매, 중풍 등 장기요양이 필요한 노인성질환자의 급속한 증가로 인하여 그 수요가 크게 증가할 것으로 전망된다. 이것은 2002년에 51개소이었던 것이 2004년에 143개소가 되어 최근 2년 동안 3배의 증가율을 보이고 있으며, 유료시설의 경우에는 3개소이었던 것이 34개소가 되어 증가율이 더욱 큰 것으로 나타나고 있다(보건복지부, 2005). 특히 2007년에 실시할 예정인 노인요양보험에 대비하여 2011년까지 무료시설 194개소, 실비시설 238개소, 유료시설 208개소(노인요양시설 포함)로 확충할 계획이어서(공적노인요

양보장제도 실행위원회, 2005), 실비시설과 유료시설의 수요가 더욱 증가할 것으로 예상된다.

일본의 경우를 보더라도 2001년 현재 개호요양형의료시설이 3,792개소로서, 운영주체가 의료법인인 시설이 71.9%로 가장 많고, 지방자치단체 4.6%, 사단·재단법인 2.7% 순으로 나타나고 있다(공적노인요양보장기획단, 2004). 따라서 노인전문요양시설 중에서도 실비시설과 유료시설은 앞으로 다양한 주체가 참여하여 대폭적으로 확대될 전망이며, 노인성질환 등으로 장기요양보호가 필요한 노인들에게 전문적인 요양과 생활편의를 제공하는 시설로서 중요한 역할을 수행하게 될 것이다.

셋째, 노인전문병원은 노인의료복지시설에 포함되어 있으나, 사회복지시설이라기보다는 오히려 의료기관에 속하는 일종의 요양병원의 형태로 운영되고 있으며, 노인성질환에 대한 전문적인 치료와 재활을 제대로 제공하지 못하고 있다. 그러므로 노인전문병원은 단순한 요양과 급식을 제공하는 시설에서 벗어나 노인성질환자에 대한 포괄적이고 전문적인 보건의료와 사회복지서비스를 제공하는 시설로 전환되어야 한다(선우덕, 2002). 즉 이것은 노인성질환자에 대한 급성치료, 병의 회복을 위한 재활, 단기간의 요양보호, 가정간호, 임종을 앞둔 환자에 대한 호스피스, 환자가족에 대한 상담과 자원연결 등의 다양한 서비스를 제공해야 한다.

노인전문병원은 노인성질환자에 대한 장기입원보다는 치료 후의 질환의 정도에 따라 적절한 시설에서 보호받을 수 있게 함으로써 병상의 회전율을 높여 병원 운영의 효율성을 기할 수 있도록 해야 한다. 또한 이것은 노인전문요양시설, 노인치매병원, 종합병원, 보건소, 주간보호시설 등과 같은 다른 서비스제공기관들과의 협력체계를 구축하여 병원을 이용하는 노인들이 필요에 따라 적절한 서비스를 연속적으로 제공받을 수 있도록 해야 한다.

노인전문병원은 노인성질환을 가진 후기 고령노인의 지속적인 증가로 인하여 그 수요가 점차적으로 증가할 것으로 전망된다. 한국보건사회연구원의 조사에 따르면, 75세 이상 노인의 87.8%가 한 가지 이상의 만성질환을 가지고 있으며, 그 중에서 많은 질환들은 장기간의 치료와 재활이 필요한 것으로 나타나고 있다(정경희 외, 1998). 이러한 현상은 노인전문병원이 현재보다 더욱 확충해야 하는 요인으로 작용하고 있다.

노인전문병원은 2004년 12월 말 현재 입소율이 82.9%로서 유료노인요양시설 65.0% 및 유료노인전문요양시설 59.1%에 비하여 높게 나타나고 있어서(보건복지부, 2005), 다른 유료노인의료복지시설에 비하여 민간이 운영하기에 적

절한 시설이 될 것으로 예상된다. 특히 이것은 2007년부터 실시하게 될 노인 요양보험으로 공공부문에서 제공하기 어려운 노인성질환자에 대한 전문적인 치료와 재활서비스를 민간부문에서 충족해야 할 필요성 때문에 더욱 증가하게 될 것으로 전망된다.

넷째, 치매·중풍 관련 요양시설은 전국적으로 223곳(수용인원 1만6598명)에 불과하다. 이는 전체 치매 환자의 5% 정도만 수용할 수 있는 것이며, 전국적으로 8만3000여명으로 추산되는 중증 치매 노인도 20% 정도만 수용할 수 있다. 현재 치매환자가 이용할 수 있는 요양시설로는 치매전문요양시설, 노인요양시설, 정신요양시설, 노인양로시설, 치매전문병원 등이 있으며, 병원과 요양원의 중간단계인 치매전문요양시설은 치매환자의 기능회복을 위한 물리치료와 작업치료를 병행하고 있다. 치매전문 요양시설은 일부 지역에 건립되어 소수의 치매노인이 이용하고 있는데, 이러한 시설이 전국적으로 분포되어 있지 않을 뿐만 아니라 까다로운 제약으로 이용하는데 많은 어려움이 있으며, 또한 치매전문시설이 수요에 비해 매우 부족하기 때문에 대부분 치매노인들이 가정에 방치되어 있거나 혹은 기타 시설에서 혼합 수용되고 있음을 짐작할 수 있다.

## 2) 노인요양시설서비스의 개선방안

첫째, 요양시설의 의료기능 강화이다. ① 질병 또는 기능장애가 있는 무의무탁한 노인을 위하여 운영되고 있는 무료 노인요양시설과 저소득층 노인을 위한 실비노인요양시설을 각 시·도별로 확대 증설한다. ② 노인환자의 퇴원 후 요양을 원조하기 위해서는 시설을 다양화하고 충분한 의료시설이 갖추어 있도록 정부 예산 지원이 확충되어야 한다. 운영에 필요한 조치비의 지원까지 정부의 재정지원이 확대되어야 한다. 따라서 병후 회복기에 있는 노인과 중풍, 치매 등 장기간의 간병기능이 필요한 노인 등을 위한 요양시설의 의료기능을 강화하여 노인들이 불필요한 병원입원을 줄이는 방안이 검토되어야 한다. ③ 요양시설에 노인전문의를 두어 입소노인에 대한 일상생활동작에 따른 판정 후 재택간호나 재가보건의료서비스와 연계토록 한다.

둘째, 노인전문병원 및 요양시설 건립이다. ① 노인성질환 그리고 병후 회복기에 있는 노인과 중풍, 치매 등 장기간의 간병기능이 필요한 병약한 노인을 위한 노인전문병원을 건립한다. ② 일반병원에 비하여 전문 인력 및 시설기준이 완화되어야 하며 시설, 장비, 인력이 일반병원보다는 완화된 병원으로 간

호와 간병의 기능이 강화된 병원으로, 단기간 치료가 필요한 만성퇴행성질환 노인에게 필요한 서비스 및 간병서비스를 제공한다. 또한 노인성질환을 진단하여 필요한 치료 또는 요양시설 서비스 안내 및 이송의 역할을 하는 노인전문 의료체계를 구축한다. ③ 무엇보다 노인의 치료 및 간호를 전담할 노인전문 의, 노인병 전문 간호사, 물리치료사, 건강관리가정봉사원, 보건교육사, 보건복지사 제도를 마련하여 노인보건의료서비스 주요 인력을 확보하며 이에 보건 의료 서비스를 담당할 의료인력 스스로가 노인의료사업 수행에 있어서 충분한 지식뿐만 아니라 노인심리 상담 등 노인에 대한 전반적인 이해를 돕는 교육을 필요하여야 하며, 노인전문인력 양성에 따른 자격기준 및 교육방법 등에 대한 정부의 제도관리가 필요하다.

셋째, **치매노인 대책**으로는 먼저 시설내의 치매노인에 대한 질 높은 서비스 제공이다. 그러기 위해서는 ① 노인전문요양시설 생활보조원의 인력을 확충 지원하고 근무여건을 개선하고, ② 노인전문요양시설 관리운영비를 현실화하여 확충 지원한다. ③ 입소자의 요양 및 재활에 필요한 다양하고 질 높은 서비스 프로그램의 개발·적용이 필요하다. ④ 노인전문요양시설의 전문 인력 확보가 필요하다. ⑤ 전문요양시설의 시설이나 종사자들에 대한 사회의 인식이 긍정적이고 우호적으로 전환되어야 한다.

그리고 치매 전문 인력의 양성이다. 치매노인을 위한 질적인 의료, 복지서비스의 제공은 전문적인 교육과 훈련을 받은 전문요원의 확보에 있다. 특히 치매노인서비스에 필요한 간호, 재활, 간병을 담당할 인력의 확보 및 관리체계의 정비가 시급하다. 현재 단순한 가사지원이나 수발을 제공하고 있는 무료 가정봉사원 외에도 치매노인의 의료와 간호의 보조원 역할을 할 수 있는 유급봉사원제도를 확충하여 간병인력을 증원하여야 한다. 치매전문인력의 양성을 위해 기존의 간호·보건·건강관리·사회복지·가정에 관련된 대학의 학과들이 치매노인에 대한 서비스교육을 강화하고, 아울러 노인보건·복지에 관한 전문적인 교육·훈련을 받는 전문대학 과정이 설치될 수 있도록 유도·지원책이 마련되어야 할 것이다. 이외에도 치매노인의 보건교육, 상담, 개별관리를 담당할 보건교육사와 노인보건복지사 제도의 도입도 필요하다.



## V. 결 론

우리나라는 산업사회가 되면서 가족이 핵가족화 되고 여성의 사회진출이 증가되면서 자녀들이 노인 부모를 부양할 여건을 감소 시켰다. 이것은 노인단독 세대수를 증가시키고 노인이 과거와 같이 자녀들과 함께 살면서 유교적 전통 하에서 가족과 사회에 기여하고 지도하여 존경과 평안을 누리며 어른의 모습으로 살아갈 수 없는 상황으로 만들었다.

최근 우리나라 노인단독가구수는 2004년 기준으로 전체 노인가구의 56.5%를 차지하고 있어 이들에 대한 사회경제적 지위하락이 심각한 사회문제로 대두되고 있다. 특히 65세 이상의 노인의 대다수가 장기간 치료, 요양을 요하는 만성퇴행성 질환을 앓고 있어 일상생활에 지장을 받고 있음에도 불구하고 치료비가 없어 치료를 받지 못하고 있는 형편이다. 노인의 보건·의료문제는 노인을 질병으로부터 치료하고 건강한 삶을 살도록 하는 개인적인 삶의 질의 문제일 뿐만 아니라 국가, 사회 전체에 큰 영향을 미치는 문제로서 국가, 사회적 대책이 필요한 것이다.

본 연구에서는 노인의 보건·의료문제에 사회적 대책인 우리나라의 노인 보건·의료정책의 실태와 문제점을 파악하고, 노인보건·의료정책의 개선방안을 제시함을 그 목적으로 하였다. 연구방법은 기존의 문헌조사와 현행 노인 보건·의료정책의 실태를 분석하였으며, 노인보건·의료정책의 범주를 치료서비스의 차원에서 건강보험과 의료급여, 예방적 차원에서 노인건강지원사업과 노인요양시설 서비스를 중심으로 한정하였다. 이에 대한 연구 결과물은 다음과 같다.

첫째, 노령화사회가 진전됨에 따라 연령구조가 노령화 될수록 만성퇴행성질환이 증가하고 있는 반면 보건의료체계는 병·의원의 치료 중심이어서 질병구조와 의료체계가 맞지 않다고 볼 수 있다. 따라서 의료공급자의 사고와 인식 변화의 노력과 함께 질병예방과 건강증진 등의 의료서비스를 제공할 수 있도록 해야 한다. 이를 위해서는 의료서비스의 개발이나 보건의료교육의 강화, 의료서비스체계의 변혁 등이 따라야 하며, 이는 정부가 주도하여 기존의 건강인프라를 대폭 보강하고 예방에 중점을 둔 체계적인 국민건강보장대책을 추진하여야 한다. 또한 보건의료서비스의 기능 분화 관점에서 의료시설의 기능분화를 1차 의료서비스, 2차 의료서비스, 3차 의료서비스로 구분하여 체계적으로 수립해야 한다. 다시 말해 노인의 1차 보건의료서비스를 강화하기 위해서는 건

강증진사업의 실시, 건강검진사업의 양적·질적 확충, 평생건강관리 프로그램 도입 등을 실시하고, 2차 의료서비스를 강화하기 위한 방법으로 의원, 병원, 종합병원간의 차별화를 엄격히 해야 한다. 그리고 3차 예방서비스를 강화하기 위해서는 장기돌봄(long-time care)체계를 구축해야 한다.

둘째, 현재 우리나라에서는 의료비를 본인, 보험, 정부가 부담하는데 노인의료에서는 어떻게 분담해야 공평하면서도 필요한 재원을 확보하는 방안이 될 것인지가 문제로 제기된다. 지역보건서비스는 공공재적 성격에 비추어 정부의 예산을 주된 재원으로 시행하는데 별 이견이 없을 것이고, 일반 의료비는 다른 인구계층에서와 재원이 같아도 무방할 것이다. 그러나 요양서비스는 일반 의료와 성격이 다르므로 민간자본에게는 매력이 없을 것으로 생각된다. 따라서 정부재정의 역할이 의료전반에 관해서 보다는 노인요양서비스 분야에 비중을 두어야 하겠고, 민간자본이 유입될 수 있는 여건을 조성하는 조치가 있어야 한다. 또한 현행 국민건강보험제도의 운영적 측면에서 싱가포르에서 실시하고 있는 의무적 적립제도인 메디세이브(Medisave)의 도입도 검토해 볼 만 할 것이다.

셋째, 의료 서비스 전달체계에 있어서 지방 거버넌스 구축이다. 노인 의료서비스의 공급주체는 다양화되고 서비스의 수혜자의 욕구도 점차 복잡 다양해지고 있다. 이에 더 이상 정부만이 대상자의 복합적 욕구충족을 위해 서비스 생산자원을 내부화하기에는 상당한 비용부담이 동반되기 때문에 의료 서비스 공급에 있어 다양한 독립주체간 거래방식이 요구되고 있다. 따라서 지방정부, 시민, 의료 기관, 노인 관련 단체, 사회복지기관, 국민건강보험공단 등이 노인 건강문제를 해결하는 지방 거버넌스의 구축이 필요하다.

넷째, 국민건강보험공단의 역할에 관한 것이다. 1978년 직장의료보험을 시작으로 2002년 전국민 의료보험시대를 맞이하기 까지 국민건강보험관리공단은 보험료의 부과와 징수, 급여, 자격관리 등의 관리업무에만 치중하여 왔다. 이제 국민건강보험관리공단에서 국민건강보험공단으로 그 명칭을 바꾼 만큼 노인들의 건강관리문제에 적극적인 역할을 수행해야 할 것으로 생각된다. 2002년부터 시행하고 있는 합리적 의료이용에 관한 지원 사업이나, 2003년부터 실시하고 있는 사례관리 업무에 중점을 두어 우리나라 노인들의 약물 오남용 문제나 남수진의 발생을 근절하는데 적극적인 역할을 해야 할 것이다.



## 참고문헌

- 강혜규(1997). 보건복지사무소 시범사업 2차년도 실태조사. 보건복지포럼. 1997년5월호. 원주시. 원주비전 21. 2000.
- 건강보험심사평가원(2004). 2003년 건강보험 심사통계표.
- 고경석(1996). 건강한 삶: 의료복지 측면의 삶의 질. 한국행정연구. 1996년5월호.
- 고정자(2001). **노인복지학 개론**. 서울: 형설출판사.
- 공적노인요양보장추진기획단(2004). 공적노인요양보장체계 최종보고서.
- 권육상(2000). **최신노인복지론**. 서울: 유평출판사.
- 권중돈(2004). **노인복지론**. 서울: 학지사
- 김경희(1998). 노인복지정책의 비교연구; 아시아 국가들을 중심으로. 인하대학교 대학원 박사학위 논문.
- 김미숙(2002). 보건·복지서비스의 통합 운영방안에 관한 연구. 원광대 대학원 논문집.
- 김신옥(2005). 노인의료보장정책의 문제점과 개선방안. 성균관대행정대학원. 석사학위논문.
- 김수진(2002). 노인복지정책의 비교 연구: 한국과 일본을 중심으로. 건국대대학원. 석사학위논문.
- 김영순(1998). **복지국가의 위기와 재편**. 서울: 서울대학교출판부.
- 김지영(2001). 노인보건의료와 사회복지서비스의 연계방안에 관한 연구. 경희대 행정대학원석사학위 논문.
- 김태성·성경륜(1997). **복지국가론**. 서울: 나남출판사.
- 김태진(2003). **사회보장론**. 경북: 대구대출판부.
- 박차상 외(2005). **한국노인복지론**. 서울: 학지사.
- 박태룡(2005). **사회복지행정론**. 대구: 홍익출판사.
- 박태영(2004). **지역사회복지론**. 경기: 현학사.
- 보건복지부(2003-2005). 노인복지시설현황.
- \_\_\_\_\_ (2001). 보건복지백서.
- \_\_\_\_\_ (2004). 보건복지백서.
- \_\_\_\_\_ (2004). 방문보건사업운영지침.
- \_\_\_\_\_ (2005). 보건복지백서.

- 변재관(2004). 고령사회에 대응하는 노인보건복지정책의 현황과 과제. 제2회 광주광역시노인복지시설 합동세미나 자료집.
- \_\_\_\_\_(2001). 노인요양시설 평가결과 및 정책방안. 보건복지포럼. 제56호. 보건사회연구원.
- 서미경 외(2003). 보건의료서비스 공급체계 개선방안. 한국보건사회연구원.
- 선우덕(2003). 일본개호보호제도의 내용과 향후대책. 한국재가노인복지협회.
- 선우덕(2002). 노인의료복지시설의 현황과 개선방향. 대한병원협회지. 제32권 2호. 대한병원협회.
- \_\_\_\_\_(2002). 노인전문병원의 개선방안. 보건복지포럼. 제69호. 보건사회연구원.
- 염창현(2001). 사회복지서비스 공급네트워크에 관한 연구. 연세대학교 대학원 박사학위 논문.
- 오영희 외(2004). 경로당 운영실태 및 기능재정립 방안. 보건복지포럼 8월호 통권 제94호.
- 오형수(2002). 국민건강보험공단의 역할과 재정의 안정화에 관한 연구. 원광대행정대학원. 석사학위논문.
- 유인숙(2003). 노인의료서비스 전달체계 확립에 관한 연구. 서강대공공정책대학원. 석사학위논문.
- 이무승(2003). 노인복지서비스의 이용과 연계에 관한 연구: 지역사회복지기관을 중심으로 상지대대학원. 박사학위논문.
- 이윤환 외(2000). 21세기 노인보건의료의 과제; 공공과 민간의 역할. 보건행정학회 전기학술대회연제집.
- 이인제 외(1999). **사회보장론**. 서울: 나남출판사.
- 이재선(2003). 치매노인환자 요양실태와 개선방안. 정책자료.
- 이정완(2000). 한국 노인의료보장정책에 관한 연구. 단국대학교 석사학위 논문.
- 이현숙(2000). 노인복지서비스의 효율적 공급을 위한 정부와 NPO의 협조관계에 관한 연구. 동국대학교 대학원 박사학위 논문.
- 임현재(2000). 노인복지 관점에서 조명한 의료보장정책에 관한 연구. 연세대행정대학원. 석사학위논문.
- 장 선(2001). 복지·보건서비스 통합운영에 관한 연구. 원광대학교 행정대학원 석사학위 논문.
- 장인협(1998). **노인복지학**. 서울: 서울대학교 출판부.
- 장현숙외(2003). 노인의료복지 시설기준에 관한 연구. 한국보건산업진흥원.

정경희 외(2001). **장기요양보호대상 노인의 수발실태 및 복지욕구**. 한국보건사회연구원.

정신보건법(2000.1.12 일부개정). 동 시행령.

조경숙(1996). 노인 의료보장제도의 개선방안. 연세대학교 석사학위 논문.

최순남(2000). 노년기 교육의 이론과 실제; 고령화 사회와 노인교육의 실천방안, 한국노인문제연구소. 노인복지정책연구총서. 통권 제18호.

최신타 외(1983). **노인과 사회**. 서울: 고시연구소.

최항순(2000). **복지행정론**. 서울: 신원문화사.

통계청(2003). 사회통계조사 보건부문.

\_\_\_\_\_ (2003). 고령자 통계.

\_\_\_\_\_ (2005). 장래인구 특별추계 결과.

평창군(2000. 9). 지역보건의료계획.

\_\_\_\_\_ (2003). 지역사회중심 재활보건사업 보고서(2001-2002).

한국노년학회(2001). **노년학의 이해**. 서울: 대영문화사.

황나미(2002). 재가노인관리를 위한 가정방문간호사업의 현황과 정책방안. 보건복지포럼. 제71호.

황진수(2003). **현대복지행정론**. 서울: 대영문화사.

大橋謙策 외 편저. 박태영 외 편역(2003). **지역복지계획의 이론과 실천**. 경기: 현학사

岡村重夫저. 송정부역(2003). **사회복지학원론**. 현학사.

<http://www.mohw.go.kr>(보건복지부. 2005년도 노인복지시설현황)

<http://www.mohw.go.kr>(보건복지부. 200년말 의료기관 및 병상수)

<http://www.nhic.or.kr>(국민건강보험공단 보도자료)

# Problems and Reform Measures for Health and Medical Policy for Old Age in South Korea

Son, Hewa-Yeun

Department of Social Welfare  
Graduate School of Social Welfare, Daegu University  
Gyungbuk, Korea

Supervised by Prof. Kim, Tae-Jin

(Abstract)

Today, the average span of a man's life has been lengthened owing to development of modern medical science, and nuclear family has been more and more generalized. After all, with the growth of population of old age and their solitude, old age's problems have become serious social issues in almost all countries. Facing with this reality, even though various programs concerning health and medical policies for old age are being carried out in Korea, there are many shortcomings compared with developed countries.

Therefore, in this study, by analyzing the present condition of health care programs currently put in practice, it has been tried to have a thorough grasp of problems of systems as qualitative analysis and problems of shortage of health and medical services supply as quantitative analysis. It should be cleared that such pointing out of qualitative and quantitative problems have been based on diversified data analysis and substantial theories established through practices of health and medical policies in developed countries, by qualitative approach.

The present condition of health and medical policies has been analyzed based on 4 major categories; living conditions of old age, medical service, support project for health of old age, and sanatorium service for old age. As result of study, reform measures for health and medical policies are as follows.

The first, measures to uplift understanding about necessity of national and social

plans to guarantee healthy life of old age should be prepared.

The second, as hereafter direction of National Health Insurance, accessibility to essential medical examination should be raised to form solid medical security net. Management by objectives needs to be introduced to reorganize structure of system and to strengthen equity in practice.

The third, to reform medical allowance system, uplift of efficiency of budget expenditure; policy formulation, management and control of medical care; and enlargement and improvement of administrative systems should be preceded.

The fourth, support project for health of old age needs enlargement of medical examination program, activation of visit for health and medical service, and building of integrated model of health and medical service supply system.

The fifth, to improve sanatorium service for old age, intensification of medical service of sanatorium establishment and enlargement of hospital for old age and sanatorium and positive measure for old age with senile dementia are needed.

Finally, some objections could be raised against validity of this study, because this study was carried out by analysis of limited materials and by static approach. Thus, lack of objectivity could be noted from some point of view. Although it has limit that general direction was proposed by comprehensive approach about health care programs for old age, it is expected that more profound studies in each categories could be continued.