

노인보건의료 관리모형

이 선 자 (서울대 보건대학원)

목 차

- I. 서론
- II. 노인복지사업 현황과 개선점
- III. 노인보건의료사업 전달체계 현황과 개선점
- IV. 노인보건의료 관리모형(안)
- V. 결론
- 참고문헌

I. 서 론

우리나라에 적합한 노인보건의료사업 관리모형 개발을 위해 우선 검토하고자 하는 것은 우리나라가 당면하고 있는 시대적 정치적 상황하에서 정부의 정책방향을 살펴보는 것이라 하겠다.

우리는 지금 급변하는 사회에 살고 있다. 앞에서 21세기를 전망하면서 고령화 사회에 대처하여 노인 복지제도와 노인보건의료제도에 대한 대책을 준비해야 할 시점에 있다. 우리나라는 과거 30년 동안 경제적으로 급속한 성장기를 거치면서 사회적 발전 속도도 고도로 빠른 나라에 속한다. 그리하여 현재 국민소득 7,000\$ 시대에 살고 있으나 국민들의 의

식구조는 생활수준을 10,000\$이상 넘는 풍요로운 생활을 구가하는 과소비 현상이 있는가 하면 상대적으로 빈곤감과 박탈감을 느끼는 소외계층이 서로 함께 살아가야 하는 후기산업사회의 진입과정에 있다고 할 수 있다. 1960년대의 농경사회에서 산업화 과정을 거치면서 사회적으로 두드러진 변화는 산업의 공업화에 따른 공단조성과 이에 수반되는 도시화의 촉진이며 이로 인하여 가족형태는 대가족 제도에서 핵가족의 형태로 변모하였고, 노부모를 모시는 가치관은 가족 중 자녀의 책임이라는 가치에서 사회 내지 국가가 노인문제에 대한 책임을 져야한다는 상황으로 변화하기에 이르렀다.

앞으로 후기 산업사회는 첨단과학기술의 발달로 정보화사회가 될 것이며, 또한 국제화가 가속되어 지구촌의 공동체 개념(globalization)으로 변모하여 국제 경쟁력이 더욱 필요한 시기에 접어들게 될 것이다. 우리나라는 지금 국제적으로 시장개방을 하

* 본 논문은 1994. 2. 22, 23 양일간 한국보건사회 연구원에서 개최된 "노인의료관리모델개발을 위한 워크샵"에서 발표된 연세임.

여야 할 시점에 놓여 있는 것이다. 이러한 시기에 1993년을 기점으로 문민정부의 출범을 보게 되었으며 새정부에서는 변화와 개혁을 통한 신한국 창조를 주장하고 있다.

이에 따라 국민보건 향상을 미래지향적 복지정책 개발과 보건의료제도의 개선은 국민들의 기대속에 새정부의 관계가 되고 있다. 국민들의 의료보장에 대한 욕구는 다양하면서도 그 기대수준은 높으며 형식적인 제도에서 실질적으로 이용가능하고 만족할만한 서비스를 요구하고 있다 하겠다.

신임 보건사회부장관은 '94년 신년사에서 다음과 같이 국민들에게 천명하였다.

즉 정부는 신한국 창조를 위하여 깨끗한 정부, 튼튼한 경제, 건강한 사회를 구현하기 위하여 그동안 공직자 재산공개와 금융실명제 실시 등의 변화와 개혁을 추진하여 왔으며 국제적 추세에 따라 대외적으로는 시장개방의 여파로 국민생활에 커다란 변화가 예측되고 있다. 특히 UR대책으로 놓여온 문제에 대한 근본적 정책개발이 강구될 시점에 있으며 대내적으로는 경제활성화라는 큰 명제가 놓여 있다고 지적하고 있다. 보사행정의 시책방향은 미래지향적 복지정책 개발로 양질의 보건의료서비스를 제공하여 국민생활의 편리함을 피부로 느낄 수 있도록 개선하는데 그 목표를 둘 것이라고 하였다. 특히 저소득층의 국민과 노인, 장애인 등의 사회취약계층의 기본생활이 보장될 수 있도록 하는 복지시책을 내실화시키어 노령화 시대에 대비할 계획임을 밝히고 있다.

정치적으로 현정부의 개혁과제는 자유민주주의 제도확립이라고 할 수 있다.

즉, 의회민주주의, 법치주의의 정립이고 중앙집권화되어 있는 권위주의적 권력을 지방으로 분산시키는 지방자치제의 확립을 성사시키는 것이다. 또한 남북간의 분단상황하에서 정치 이데올로기의 대립상황이 지속되고 있기 때문에 이러한 상황을 벗어나도록 하여 민족통일의 과제를 달성할 수 있는 통일준비에 대비한 기반조성도 하나의 과제가 되고 있다. 경제는 성장기조를 지속시키되 정경유착, 소유구조 및 경제구조의 합리화로 자유민주주의적 시민경제의 확립을 위한 기본원리 구축이 기본 정책

방향이라고 할 수 있다. 변화와 개혁을 위해서는 각종 제도의 불합리성을 시정하는 제도의 개혁이 필요하다. 제도의 개선은 각종 규제의 점검으로 불합리한 것을 과감히 개선시키고 이것을 운영하는 방법을 경영관리기법을 使用하는 관리모형으로 전환시키어 효능과 효율을 제고시키고 생산성을 높이는 방향으로 개선되어야 할 것이다. 새로운 제도개발 과정은 새로 개발된 제도가 어떠한 조건을 만족시키는 내용이어야 하는 평가기준을 먼저 정해 놓고 그 기준에 맞는 제도로 내용을 구성해 가는 절차를 밟는 것도 하나의 접근방법이 될 수 있을 것이다. 최근 미국의 보건의료전달체계 개혁을 현정부가 추진하려고 선거당시 정책으로 표방하였을 때 이러한 생각에 대해 한 잡지의 편집자가 제시한¹⁾ 내용을 보면 다음과 같다.

1. 제도가 복잡하지 않고 간명하며, 내부적 모순이 없고, 누구나 쉽게 이해할 수 있어야 하며,
2. 모든 국민이 의학적으로 필요하면 부담능력에 관계없이 의료를 이용할 수 있어야 하며,
3. 예방에서부터 장기요양까지 모든 종류의 의료를 제공해야 하고,
4. 불필요한 비용의 증가를 억제할 수 있어야 한다.
5. 비용은 특정계층에게 지나친 부담을 주지 말고 능력에 따라서 공평하게 골고루 분담해야 하며,
6. 의료인(의료제공자)과 소비자인 환자가 모두 만족할 수 있어야 한다고 제시하고 있다.

이상의 6가지 조건에 맞는 제도도 완벽한 것은 못 될 것이다. 다만 선행조건으로 참고하여 최대한 반영한다는 제한성을 가질 뿐이다.

보사행정은 국민의 생명과 건강을 책임지고 일상 생활과 밀접한 연관이 있는 사안을 다루는 것으로서 사회복지분야와 보건의료분야로 대별된다. 보건사회부 내에서 보건업무와 복지업무는 연결이나 통합조정이 잘 되어지고 있지 않은 상태이다. 앞으로 지방자치제가 활성화되면 이러한 문제가 해결될 것

1) 한달선, 「3당의 보건정책」 심포지움, 한국보건행정학회 주최, 1992. 12. 24. (New England Journal of Medicine, '92. 9. 10)

으로 전망된다.

노인복지사업은 노인복지과에서 업무관장을 하고 있으나 노인보전은 주무부서가 뚜렷하지 않은 상태이다. 우선 노인복지업무에 대한 것을 살펴보면 다음과 같다.

II. 노인복지사업 현황과 개선점

현재 우리나라의 노인에 대한 사회보장정책은 「선가정보호, 후사회보장」이라는 원칙에 준하여 시행되어 왔다. 전통적으로 우리나라는 「효」사상이 국민정서에 깊숙히 뿌리내리고 있어서 노인 즉 노부모에 대한 부양책임은 가족에서 해결하여 오고 있는 장점을 살린 것이다. 그러나 평균수명의 연장으로 75세 이상 고령노인의 증가는 가족에게 부양문제 뿐만 아니라 장기적 간호에 대한 부담을 가중시키게 되었다. 우리나라 인구의 평균수명 변화추이를 보면 1960년 55.3세에서 1990년 71.3세가 되었고, 2000년에는 74.3세로 연장될 전망이다. 노인 인구의 수는 1990년 60세 이상이 전체인구의 7.7%인 3,300천명이고, 65세 이상은 5.0%인 2,144천명이던 것이 2000년에는 60세 이상은 10.7%인 4,984천명, 65세 이상이 6.8%인 3,168천명이 될 전망이다. 노인인구 중 남녀 노인간의 평균수명에 차이가 있어 여자노인의 수명이 '90년 기준 73.6세로 남자노인의 67.1세 보다 6.5세가 높다²⁾.

핵가족화 경향은 가구당 가족수가 1990년 3.8명으로 나타남으로써 부부중심 가족에 평균자녀수가 2명 미만으로 되고 있음을 보여주고 있다. 2000년에는 평균가구원수가 3.2명으로 전망되고 있어서 가족이 노부모의 수발을 드는 간호능력이 없어짐을 보여주고 있다. 특히 젊은 여성의 경제활동 참여가 증가되어 1990년 46.5%로 더욱 더 이 문제는 심각한 상태임을 시사하고 있다³⁾. 한편, 60세 이상 노인가구의 비율은 14.1%나 되고 있으며 이 중 노인단독 가구 비율이 22.9%로 보고되고 있다. 노인단독

가구의 증가는 사회적 서비스가 이들 노인에게 필요하다는 것을 시사하고 있다 하겠다.

우리나라의 노인요양서비스는 1961년에 제정된 생활보호법에 의하여 경제적으로 빈곤하고 무의무탁한 노인들을 대상으로 거택보호와 양로, 요양시설의 시설보호 차원에서 실시하여 왔다. 그후 1981년에 노인복지법이 제정되었고 1985년 개정을 거쳐 1993년 개정된 노인복지법에서는 재가노인복지사업을 추가하고 유료요양사업의 창구를 열어 놓아 민간참여를 유도하고 있다. 이제까지 노인보전의 개념은 시설보호 노인의 경우에 있어서 별도로 관리되어지지 않았기 때문에 일단 의료문제가 발생하면 일반병의원을 의료보호 차원에서 이용하도록 하는데 국한되어 실시되어 왔다. 그리고 일반 재가노인들의 보건의료문제는 현행 보건의료전달체계에서 해결되어 왔기 때문에 노인을 위한 특별한 고려가 없이 시행되었다. 이제까지 노인문제는 보건사회부가정복지심의관실 산하 노인복지과에서 시설중심 노인복지사업위주로 시행되어 오고 있다.

복지국가에서는 모든 국민에게 사회보장의 혜택을 주어 인간다운 삶을 보장해야 한다. 사회보장이 지향하는 궁극적 목표는 사회정의 실현이며 도덕적 윤리적으로 그 제도의 정당성이 인정되어야 할 것이다. 우리나라의 헌법 제10조에 보면 모든 국민은 인간으로서의 존엄과 가치를 가지며 행복을 추구할 권리가 있다고 규정하고 있다. 제11조에서는 모든 국민을 사회적, 문화적 생활의 모든 영역에 있어서 차별을 받지 아니한다고 했으며, 제34조에서는 모든 국민은 인간다운 생활을 할 권리를 가지며 국가는 사회보장, 사회복지 증진에 노력할 의무를 가진다고 규정하고 있다. 그러나 우리나라 노인 중 65세 이상에서 1.5%만이 연금혜택을 받고 있는 실정이다. 1989년 제147회 정기국회에서 노령수당지급제도가 법제화되어 70세 이상 노인 중 경제적으로 빈곤한 18만명에게 월 15,000원의 수당이 지급되고 있다. 한달에 버스표 12장씩 공급하는 경로우대증 제도는 1994년부터 지방으로 이관하게 되었다. 우리나라에는 현재 60세 이상 노인이 350만명으로 추

2) 최성재, "노인복지의 사회적 서비스 정책", 「2000년대를 향한 노인복지정책」, 한국보건사회연구원, 1992, p82.

3) 경제기획원, 인구 및 주택센서스, 1991.

산되고 있다. 이들에게 국가예산 중 노인복지분야를 위해서 지출되는 예산은 0.25%에 불과하다. 이것은 일본 3.7%, 서구사회 12.0-15.0%에 비하면 요원한 실정인 것이다. 현재 우리나라의 GNP를 7,000\$로 볼때 최소한 1.5%는 되어야 하는데도 0.25%에 머물고 있다는 것은 정책우선순위에서 노인복지사업이 뒤지고 있음을 시사하고 있다⁴⁾. 이와 같이 복지재원의 부족이 심각한 상태에 있다. 우리나라의 복지문제는 크게 두가지로 분류할 수 있는데 그 하나는 앞에서 접점한 자원부족의 문제이고 또 하나는 사회복지전달체계의 문제이다. 전자가 돈의 문제라면 후자는 인력관리의 제도운영의 문제라고 할 수 있다.⁵⁾

사회복지서비스는 산업화에 따라 도시화, 핵가족화로 인하여 지역사회내의 공동체적 지지망의 붕괴와 가족의 지지망의 결여로서 발생하게 되는 개인의 사회생활 부적응 문제를 해결해 주어 정상적인 사회인으로 복귀시키는데 그 목적이 있다. 물질적인 빈곤문제 해결만큼 중요하고 그 목적이 인간중심적인 신념을 갖고 서비스 제공자와 수혜자 간에 인간관계가 중요한 문제로 지적되고 있다. 사회복지서비스 전달체계는 공공사회복지서비스 전달체계와 민간주도형서비스 전달체계로 구성되어 있다. 노인복지서비스는 아동 및 청소년 복지, 장애인복지, 모자복지, 여성복지, 교정복지 등과 같이 주무부처가 보건사회부와 내무부로 되어있다. 현행 사회복지서비스는 보건사회부에서 공적부조와 생활보호와 의료보호 및 사회복지서비스에 대한 사업계획과 지침을 수립하고 예산을 편성하여 내무부의 지방조직인 시·도(보건사회국과 가정복지국)→시·군·구(사회과)→읍·면·동(사회담당, 사회복지 전문요원, 가정복지 담당)을 통하여 복지대상자에게 전달된다. 기타 사회복지 행정기관으로서 부녀상담소, 아동복지 상담소, 여성기관 등이 있다. 담당업무 인력은 읍·면·동의 경우 일반행정직 공

무원과 전문인력으로 저소득층 밀집지역의 읍·면·동사무소에서 생활보호업무를 담당하고 있는 사회복지 전문요원 2,481명과 부녀복지 상담원 372명, 아동복지 지도원 379명 등이 있다('93년 10월 현재기준).

사회복지서비스 전달체계의 문제점과 개선점은 다음과 같이 요약될 수 있다.

보건사회부 중심의 수직적 행정체계는 지방정부 혹은 지역사회서비스, 행정서비스 체계로 수평적으로 확대되어야 할 것이다.

상의하달식에서 탈피하여 지방자치제의 실정에 맞는 사업이 되도록 하기 위해 시·도에 이러한 기획업무를 담당할 사회복지청(가칭)과 같은 행정기구가 필요하다.

그리고 각종 명칭의 상담소를 통합하여 업무를 재조정하는 사회복지사무소가 일선 행정기관인 읍·면·동에 필요하다. 현재 노인상담소는 없기 때문에 이 문제는 사회복지사무소 내에 노인복지담당 전문요원 배치로 해결될 수 있는 방법이 있을 수 있다. 1992년 12월 8일 개정 공포된 사회복지사업법 제11조에 의해 설치근거는 확립된 상태라고 할 수 있다. 그 다음 문제점은 기능이 유명무실한 상태인 각종위원회를 통폐합하여 재조정하면서 주민의 대표 혹은 소비자대표를 참여시키어 주민의 욕구를 수용하여 정책에 반영시키면서 아울러 주민 참여를 유도시키는 안이 검토되어야 할 것이다.

민간서비스 전달체계는 우리나라의 경우 대도시의 비영리 목적의 사회복지법인, 종교단체, 등록법정단체가 운영하는 사회복지시설이다. 이들 시설에는 아동, 노인, 장애인, 모자가족, 부랑인, 정신요양 대상자, 결핵요양 대상자, 나환자 등을 위한 시설이 있다. 이들 수용시설에 대해 정부에서는 생계비, 의료보호, 시설관리, 운영비, 종사자 인건비, 기타 시설의 신축, 증개축의 비용과 학비, 직업훈련비 등의 최저생계비를 지원하고 있다. 그러나 이러한 정부지원은 부족하여 재정상태가 빈약한 실정으로 동시에 자율적 운영능력이 저하된 문제점을 갖고 있어서 일반 국민들로부터 이해부족과 지역주민의 재원이나 참여가 낮은 상태에 있다. 또한 관리운영면에서는 서비스 내용의 전문성이 결여된 경우

4) 백창현, 「광주시 주회 노인 지도자 교육」치사, 노인생활 97호, 1993년 11-12월호 p9.

5) 조홍식, 「사회복지서비스 전달체계의 점검과 개선방안」, 환경과 사회 제2호, 1994. 2. 1 발행, 한국환경사회정책연구소 p. 27

가 많아 시설수용자들은 자긍심이 결여된 경우가 많다. 한국사회복지협의회가 보건사회부의 지시감독을 자연히 받고 있어서 자율성있는 민간단체의 기능을 하지 못하고 있다고 하겠다. 공공서비스 전달체계와의 업무상 횡적 관계의 유지가 제대로 잘 되고 있지 못한 점도 지적할 수 있겠다.

노후의 생활보장을 위한 방법은 자식들에게 의존하는 가족부양방법으로 선가정, 후사회 보장방법이 여기에 해당된다고 할 수 있다. 그다음 국가가 책임을 지는 방법으로 연금제도이다. 또 다른 방법은 개인 스스로 노후를 설계하여 사적 보험이나 재산을 저축하였다가 생활을 영위하는 방법이 있다. 개인 스스로 노후를 준비할 여유가 없었던 현재의 70세 이상 노인들은 대부분 가족부양에 의존할 수 밖에 없으나 전후세대인 현재의 50대 이상 세대가 노년기로 접어드는 다음 세대는 경제적인 생활여유가 자력으로 가능한 세대로서 이들의 노후생활은 장년기에 이미 중산층 이상의 생활수준을 경험한 세대로서 노후까지 이러한 생활이 연장되기를 바라는 세대가 될 것이다. 이들은 노년기로 안락하고 편안하며 건강하게 장수를 누리기를 희망하며 성공적인 노인(Successful Aging)이 되어 소위 노인의 四苦인 빈곤, 질병, 고독, 무위로 부터 벗어나 문화생활과 정보유지, 그리고 사회활동에 적극 참여하고자 하는 욕구를 충족시키고자 한다.

이러한 수요에 대하여 실버산업(Silver Industry)이 등장할 전망이다⁶⁾. 노인산업이란 호칭에서 시사하는 바와 같이 민간기업이 참여하여 노인주거시설을 생활공동체적으로 촌락화하고 여기에 종합 레저시설과 장기요양시설을 포함시키는데 유료로 운영함으로써 수익자 부담에 따른 수요공급의 시장원리와 서비스의 질을 유지시키어야 경쟁에 이길 수 있는 경영원리가 적용되어 이용자와 제공자 간의 상호이해가 절충되고 그 결과에 대해서도 상호 만족해야하는 변화가 나타나고 있다. 이것은 양로시

설의 민간 참여기회 확대에 기인한 것으로 중산층 이상의 수요에 부응한 복지형태라고 할 수 있다. 여기서 장기요양시설은 기존의 노인요양시설과는 다른 형태로서 외국의 간병요양시설(Nursing Home)이 될 것이다. 노인복지와 노인보건의료사업이 상호보완적으로 필요한 것이며 접목되는 형태인 것이다.

노인이용시설에는 노인복지시설과 노인요양시설로 구별된다. 노인복지시설에는 양로시설과 요양시설로 구별되고 이용에 따라 무료, 일부 유료(실비), 경비전액 유료로 구별된다. 이중 유료형태가 '94년 7월 이후 민간참여에 의하여 개발될 예정인 것이다.

노인여가시설로는 경로당, 노인교실, 노인휴양소가 있는데 대부분의 재가노인들이 주간에 소일하는 곳이다. 이들 노인이용시설에서 노인건강관리사업은 전무한 상태이다. 이론적으로는 노인이 있는 곳에는 보건사업이 함께 있어야만 바람직한 것이다. 앞으로 미래지향적 노인복지사업이 되기 위해서는 단순한 의식주 해결의 생활보장 뿐만 아니라 여기에 보건의료사업과 문화생활을 할 수 있는 프로그램이 함께 연계되어져야 할 것이다.

Ⅲ. 노인보건의료사업 전달체계 현황과 개선점

의술은 인술이고, 간호는 봉사(services)라는 개념이 있다. 의료란 원래 환자개인을 대상으로 의사와의 양자관계에서 인술로서 서비스를 제공하고 치료비를 상호지불하는 방식으로 출발하였다(Model I). 이것은 보건의료전달체계의 기본모델인 것이다. 이 모델은 의료제공자인 의사와 수혜자인 환자간에 상호 신뢰를 바탕으로 출발하기 때문에 개인수준에서 해결되었다.

그후에 등장한 모형(Model II)이 의료제공자와 수혜자 사이에 제3자가 치료비를 관리하는 형태로 의료보험제도가 도입된 이후의 모형이 된다. 의료보험의 개입은 의료비의 양등 때문에 지불능력이 있는 자와 없는 자간에 의료이용기회가 균등하지 못한 것을 해결하고, 국민의 건강권을 국가가 보장

6) 이가옥, "노인복지정책 개발을 위한 연구", 한국보건사회연구원, 1993, p80.

7) 사회복지신문, "노년기 어떻게 맞이할 것인가?", 기획연재 1-4, 제164, 165, 166, 167호(1994년 1월14일 - 1994년 2월14일자)

하기 위해서 제도적으로 장치된 형태인 것이다. 여기에서 다시 발전된 모형(Model III)은 의료공급자의 형태가 개업의사 형태에서 종합병원 형태로 발전함으로써 의료팀이 구성되어 여기에 의사, 약국의 약사, 의료검사를 의한 의료기사, 연구소, 장기요양기관인 Nursing Home 등이 포함되게 되었다. 의료가 전문화과정을 거치게 되면서 다시 여기에 의료용품공급산업(Health Care Suppliers)이 관여하게 된 것이다. 즉 제약회사, 의료기계상사, 의료용품, 기구 판매회사가 배후에서 병의원과 연관을 맺게 된 것을 의료산업(Health Care Industry)으로 발전하게 되었다.

의료가 이와 같이 산업의 형태로 변화하게 됨에 따라 국가가 국민보건문제를 해결하기 위하여 공공투자를 하게 되었으며, 이를 기점으로 의료공급체계는 공공부문과 민간부문으로 구별되어지게 되었다(Model IV). 이 모형에서는 공공부문에서는 다시 보건업무를 담당하는 보건소(Health Sector)사업과 국립병원, 시립병원, 군병원 형태로 국가가 보건사업과 치료사업에 투자하는 형태로 발전하게 되었다. 물론 민간부문에서도 개인종합병원은 물론이고 집단개업의원(Group Practice), 민간설립 의학연구소, 제약회사, 자선기관 설립병원, 너싱홈(Nursing Home) 등이 출현하게 되었다. 제 IV모형이 현재의 보건의료 전달체계이며, 이것은 국민의 다양한 건강요구에 따라 변화된 것이다.

보건의료사업이 양적으로 팽창하면서 정부의 투자는 시설투자 뿐만 아니라 의료비 재정에 대해서도 책임을 져야 되었기 때문에 경영원리에 입각한 합리적 운영의 필요성이 대두되었다.

보건의료전달체계란 건강소비자인 국민이 건강문제를 해결하기 위하여 보건 의료서비스를 이용하거나 수혜받기 위해서 보건의료기관을 방문하여 건강문제가 해결되어 종결될 때까지 의료서비스의 전달 과정에 대한 제도적 장치를 의미한다.

의료제공자는 의료서비스를 제공하기 위한 시설인 장소나 건물로서 보건소나 병원, 요양소 등이 있어야 하고, 이 곳에서 일할 전문의료인이 있어야 하고, 또한 의료장비, 의약품, 의료공급품 등이 준비되어야 하며, 환자의 치료와 상담에 필요한 지식과

기술을 최고수준으로 유지시키기 위한 노력으로 교육과 연구가 계속되어야 한다. 그리고 소비자가 의료 서비스를 이용하는 과정에서 효율적 관리가 되도록 하는 관리기술이 필요한 것이다.

의료전달체계의 구성요소로는 ① 의료자원의 생산으로 인력자원, 시설 등 물적 자원, 지적, 기술적 자원이 있어야 하고, ② 의료서비스를 전달하는 업무분장을 위한 기구와 조직이 형성되어야 한다. ③ 의료비의 재원조달과 분배가 적절히 충당되어야 할 수 있어야 하고, ④ 효율적인 운영이 될 수 있는 관리방법이 필요하게 된다.

Model I에서는 재정적 적자개념은 큰 문제가 되지 않았다. 그러나 현재의 의료산업에서는 첫째요 소인 의료자원의 생산에 있어서 가장 중요한 인력인 의사, 간호사, 치과 의사, 한의사, 조산사, 약사, 의료기사 등의 수요와 공급에 대하여 과부족 현상이 있다고 의료전문단체와 소비자 단체간에 의견이 상충되고 있다. 의사인 경우 가정의가 부족하고 전문의가 많으며, 그 분포상태가 도시에 80%정도 집중되어 있고, 농촌에는 의사가 부족한 상태에 있다.

현재 노인병전문의 제도는 개발되지 않은 상태이며, 보건소에 배치된 의사인력은 1차진료의 기능을 담당하고 있다. 특히 보건지소에 배치하는 의사인력은 군복무기간동안 근무하는 방법으로 충원되고 있어서 지속적 업무추진이 어렵고, 근무의욕이 결여되어 있다는 지적을 받고 있어서 문제점으로 지적되고 있다. 정부는 앞으로 보건소에 의료장비 뿐만 아니라 검사기능을 강화시키고 의사인력을 보강하여 진료기능을 강화할 예정이다.

둘째 요소인 조직에 대해 살펴보면 중앙행정부에 보사부와 보훈처, 그리고 서울시 등 지방자치단체에서 국립의료원, 보훈병원, 지방공사의료원 등을 운영하고 있다. 보사부는 병원 뿐만 아니라 전국에 260개의 군보건소와 1,398개의 보건지소, 2,038개소의 보건진료소가 있으나, 이들 하부조직이 내부부 소속으로 직접적인 행정연결이 되어지지 못하고 있다.

따라서 현재의 조직형태로서는 예방보건업무인 건강증진, 건강보호, 건강교육, 건강상담, 예방접

중 등의 보건활동은 보건소에서 전담하고 있으며, 급성질환이나 만성질환의 진료와 치료는 병원에서 하고 있으며, 만성질환의 장기요양기관이 부족한 상태로 재가치료에 대한 지원대책이 부족한 상태이다. 그리하여 보건사업이 1차보건의료사업과 2, 3차 사업간에 연계성이 결여되어 있으며, 포괄적 보건의료서비스 전달체계가 확립되어 있지 못한 상태이다. 즉, 1차기관에서 2차기관으로 환자의뢰나 후송체계가 되어있지 않은 상태인 것이다. 양질의 보건의료사업으로 의료보장이 잘 되어지기 위해서는 다양한 보건의료 욕구에 부응하는 의료전달체계가 확립되어야 하나 아직은 미흡한 상태인 것이다.

셋째 구성요소인 재원조달 방법에 있어서 전국민의 의료보험제도가 정착되어가고 있다고 할 수 있으나, 아직도 개선점은 많다고 할 수 있다. 재정자립도가 낮은 보험조합이 아직도 남아 있으며, 고액의료비에 대한 재정안정문제가 숙제로 되어 있고, 의료수가 문제는 일반개업의와 병원들로 구성된 의료공급자와 의료보험자의 의견이 상충되는 현안문제로 남아 있어서 의료공급자와 수혜자가 상호 만족해야 한다는 원칙에 위배되고 있다. 소비자 입장에서도 불만은 있다. 외래진료 본인부담률이 53%라는 사실에 대하여 과중하다고 생각하고 있으며, 종합병원의 환자집중현상과 병상부족현상, 진료대기시간이 길으나 아직은 진료예약제가 정착되지 못한 점, 그리고 종합병원의 환자 60%가 특진 환자로 일반보험수가의 5~6배의 진료비를 소비자가 부담해야 하는 문제가 지적되고 있다. 그리고 종합병원 진료에서 필수적인 특수검사는 보험이 해당되지 않는 비급여 항목으로 역시 소비자의 부담을 가중시키고 있다. 이러한 병의원 이용상의 불편과 불만은 노인환자인 경우는 진료비 부담이 더욱 과중하게 될 것이다. 일반병원의 노인진료건수는 계속 증가하고 있으며, 1991년 노인의료비는 전체의료비의 9.0%를 점유하고 있다(보사부 노인복지 추진현황 및 정책방향, 1993)

보건의료비의 재원조달방식에 있어서 국민이 낸 조세로 재원조달을 하는 국가의 대표적인 예가 영국이다. 우리나라의 경우는 의료보호제도가 공적부

조 형태로서 조세에서 재원이 조달되고 있다. 미국은 노령의료보험 형태로 65세이상 이 되면 Medicare 혜택을 받게 된다. 우리나라는 노령의료보험 형태는 아니고 일반의료보험제도에 의하여 수행되고 있다. 즉, 지역의료보험, 직장의료보험, 공무원 및 사립학교 교직원의료보험과 직종연금, 국민연금 등의 연금보험 및 산재보험이 있다. 사보험, 민간보험으로서 생명보험회사의 상품인 암보험, 질병보험 등이 있다. 그리고 기부금, 가족 및 개인부담금으로 의료비가 조달되고 있다. 즉, 의료보험에서는 병원입원의 경우에만 혜택이 되고 각종 예방적 건강관리나 검진, 재가치료, 재활비용은 해당이 안되고 있어서 노인들의 경우 개인부담은 문제가 되고 있는 실정이다. 가정간호서비스의 의료보험 적용이 안되고 있는 실정이다.

넷째 요소인 관리문제는 기획과 운영, 규제 및 입법을 통해서 적재적소에 의료인력이 배치되고, 시설배치 등을 하여 자원의 분배가 균형을 유지하여 자원의 낭비없이 또한 지역간 불균형이 없이, 계층간 불이익이 없도록 하기 위한 관리기법이라고 할 수 있다. 이제 보건의료사업에서도 단순히 질병의 치료 뿐만 아니라 건강의 유지증진을 위한 사업에서부터 장기요양 및 호스피스까지의 서비스가 되도록 하여야 소비자가 만족하는 양질의 서비스 조건을 충족시키게 될 것이다.

보건의료관리체계는 현재 규제적인 통치행정으로 운영하고 있어서 불친절과 함께 동기부여나 소비자의 편의를 고려하지 않고 있는 것이 많다는 지적이다. 진료대기시간이 2~3시간에 진료시간은 2~3분이라던가 응급환자 진료거부, 오진에 의한 의료사고, 과잉진료, 급행료, 약값폭리, 특진강요, 영안실 횡포 등 세칭 의료부조리가 의료계 전반에 깊고 넓게 퍼져 있다는 소비자 피해의식이 불식될 수 있게 개선되어야 할 것이다. 즉 소비자피해 규제제도가 확립되고, 의료분쟁조정법을 조속히 추진시켜 의료사고에 대한 불만을 해소시켜야 할 것이다. 최근 몇년간 병원노조의 노동운동이 확산되어 병원관리자는 노동분쟁의 조정업자가 심각하였다. 이것은 의료공급자의 직업만족과 관련된 문제라고 할 수 있겠으나 요즈음은 환자들이 제기하는 의료분쟁

소송의 증가로 고심하게 되었다. 이것은 소비자의 알 권리와 서비스에 대한 불만의 표출로 인한 것으로 의료서비스의 질적 보장(quality assurance)이 제도화 되어져서 최소한의 서비스 기준인 업무표준화 작업이 정착되어져야 함을 시사한다고 하겠다.

우리나라의 보건의료제도는 8.15해방이후 미군정하에서 미국식 모형에 준하여 정비되었다. 그 후 1962년 보건소법의 제정과 함께 전국에 189개소의 보건소의 설치로 보건소망이 구축되었으며, 보건지소, 보건진료소가 추가로 개선되어 보건의료망은 농어촌 지역까지 확충하게 되었다.

미국은 산업화 경제체계에 자유기업형의 보건의료제도가 합치된 형태로 자유방임적인 특징을 갖는다. 이러한 제도는 의료기술의 발전에 획기적 성과를 거두었으나 의료비 양등과 의료소외계층이 과생되어 지금 개혁 작업을 하고있는 것이다.

미국의 의료소외계층은 전국민의 14~16%로 약 3,700만명 정도로 사보험에 가입할만한 경제능력은 안되고 공적부조대상자도 아닌 영세민들이라고 한다.

한편 영국과 같이 국가가 주도적으로 국민건강관리를 맡아서 수행하는(National Health Services System) 경우에는 의료비의 절감방안과 서비스 전달체제의 효율운영으로 의료의 질이 균형을 유지할 수 있으나, 개별적인 의료요구의 충족에는 미흡하게 된다. 영국은 입원환자의 장기 병상점유율을 해소하기 위한 방법으로 입원일수를 3~4주로 제한하고 있으며, 조기퇴원환자에 대하여 낮병원(Day Hospital)제도와 정신질환자들에게 중간병원(Half Way House)제도 등을 개발하였다. 이것은 노인환자들의 장기입원으로 인한 병상 부족과 고액진료비 문제를 해소하기 위한 방법이다. 이러한 제도운영 과정에서 민간이 운영하는 장기요양기관인 미국식 장기간병요양원(Nursing Home)제도를 최근에 개설토록 하여 자유방임형과 절충을 하고 있다.

IV. 노인보건의료 관리모형(안)

노인복지문제가 초기에는 무의탁노인의 시설보호

와 의료보호사업에서 시작하여 점차 전체노인을 대상으로 하는 소득보장을 하기 위한 연금제도로 확대되어가고 사회복지서비스의 내용도 다양화되어 가는 것과 같이 노인보건문제도 이제 포괄적이고 지속적이며 전체노인이 대상이 되어야 한다. 포괄적 보건의료사업이라는 뜻은 예방에서부터 종말간호인 호스피스까지가 연결되는 사업으로 1차, 2차, 3차 보건의료사업이 상호 연계되고 언제나 이용가능한 보건의료제도가 되는 것을 의미한다.

노인보건에서 특기할 사항은 노인의 건강문제는 만성퇴행성질환으로 장기적 요양이 필요한 것이기 때문에 치료가 목적이기보다는 상태의 악화를 예방하는 2차예방, 3차예방에 치중한 지속적 건강관리를 제공해야 한다는 것이다. 또한 신체적 질환인 단순한 질병관리 뿐만 아니라 정신적·심리적으로 편안한 상태에서 고독이나 소외감, 세대간 갈등 등을 해소시키는 생활재적응의 예방적 정신보건사업이 동시에 이루어지고, 사회적 역할상실로 인한 쓸모없는 이탈상태를 유지시키기 위하여 사회생활 연결망 구축으로 사회참여기회 확대와 문화단절, 정보단절을 예방하는 내용이 포함된 인간중심의 생활관리 성격이 강화되어야 한다. 따라서 단순히 입원치료문제가 의료보험 혜택으로 해결되었다고 하여서 노인보건사업이 잘되고 있다고 평가할 수 없는 것이다.

노인보건의료사업에서는 다음과 같은 내용이 사업계획에서 고려되어져야 할 것이다.

1. 건강한 노인들은 건강의 유지 증진을 위한 건강 증진프로그램을 계획하여야 한다. 여기에는 일반건강교육과 특정내용에 대한 중점적 건강교육이 포함된다.
2. 건강상담제도도 일반건강상담과 특정내용에 대한 중점적인 개인건강상담이 포함되어져야 한다.
3. 기본건강검진을 주기적(매 2년마다)으로 실시하고 건강수첩제도를 실시하여 본인의 검진기록을 보관하고 활용하면서 자가건강관리(self care)에 활용하도록 한다. 정기검진제도는 질병의 조기발견에 중요한 것이며, 수시검진제도도 병행시킬 수 있어야 한다.

4. 특수검사를 위한 검진제도가 병행되어야 한다.
그리하여 성인병에 흔한 각종 질환에 대한 특수
질환관리제도가 확립되어야 한다. 예로 고혈
압 관리제도, 암검사 및 등록제도(위암, 자궁
암, 폐암, 대장암, 유방암검사 등 포함), 실명
예방을 위한 안보건사업
5. 종합검진제도와 함께 검진에 응하도록 하는 것
만큼 중요한 것은 검사결과에 따른 생활습관개
선 지도사업이 있어야 한다. 검사결과에 따른
사후관리사업이다.
6. 기능회복훈련으로 신체의 장애정도에 따라 치료
목적 혹은 예방목적으로 지도되어야 한다. 실금
환자의 방광기능조절운동, 마비환자의 보행훈
련, 기본동작훈련, 식사조절훈련, 着衣(옷입

- 기), 일상생활적응훈련 등 포함
 7. 재가 및 외상환자의 방문간호사업, 퇴원환자의
계속적인 관리사업
 8. 치매, 정신질환자, 뇌졸중, 당뇨병 등 특수질환
의 중점적 관리사업으로 특수질환을 위한 병원,
노인병원 설립
 9. 노인의 장수를 위한 재가지도를 위한 가정간호
사업
-고부갈등상담, 노인간호 가족교육, 위기관리방
법 등 포함
- 이와 같은 내용이 전개될 수 있기 위해서는 현재
의 보건소 사업에 명시되어 있는 노인보건사업을
전담할 부서가 신설되고, 여기에 필요한 인력배치
가 되어야 할 것이다. 즉 보건소 사업이 현재보다

표 1 노인보건사업 관리모형

노 인

건강관리수준	사업내용	의료기관 일반사업과 통합관리
예방관리사업	건강교육, 예방사업	보건소, 지소, 진료소, 일반개업의, 학교보건
1차진료 및 보건사업	조기발견사업, 정기검진사업	병원외래, 정신요양소, 산업장의무실, 각급학교 양호실
2차진료 및 보건사업 (급성질환관리 및 입원치료)	응급치료 중환자 입원치료, 특수진찰	종합병원 응급실, 입원치료
3차보건의료 및 특수치료사업	정신병원, 노인병원, 만성질환 특수진료병원 (결핵병원, 중풍센터 등)	
회복기환자관리사업	퇴원후 중간시설, 수술환자 회복기관리, 재활간호, 가정간호	재활원, 가정간호사업소 주간보호소(Day care) 낮병원(Day hospital) 장기간병요양원(Nursing home) 보건소, 지소, 진료소
장기요양관리사업	양로시설, 요양시설 노인관리 만성질환자 재가관리 개인특수문제관리 정서장애, 언어장애 시력장애	보건소, 지소, 진료소

더욱 건강증진 및 예방보건사업이 강화되고 퇴원한 회복기 환자와 재가노인을 위한 보건관리사업의 강화를 위해 가정간호사업이 재검토되어 내실있게 개편되어야 할 것이다. 또한 보건지소의 의사도 공중보건의 배치제도를 재검토하여 상근 취업의사로 대체할 수 있도록 하고 간호인력도 전문교육을 재교육을 실시하여 노인보건사업을 전개할 수 있도록 재편해야 할 것이다.

보건진료소의 기능은 보건소사업과 연관시키어 1차진료업무에 중점을 두고 있는 기능을 예방보건사업과 재가노인 및 외상환자 방문간호사업으로 전환시키는 방안이 검토되어야 할 것이다. 또한 장기요양간병시설과 요양시설 및 노인여가시설에서도 노인보건사업이 포함되어져야 할 것이다.

노인보건의료사업 전달모형을 도식화 하면 표1과 같이 제시할 수 있다.

이 모형에서 새로운 사항은 이제까지 예방보건사업의 범주에서 취급하던 내용을 세분화하였고 입원치료의 2차진료와 3차특수치료를 구분하였으며, 노인병원을 3차특수병원에 신설 포함시켰다.

단계별 사업은 상호 연계되어짐을 원칙으로 의뢰제도가 있다.

또한 노인보건에서 가장 심각한 장기요양에 대한 문제점을 해결하기 위해서 낮병원, 장기간병요양원(Nursing Home), 재활원, 가정간호사업소 등을 제안하였다.

새로운 사업을 위한 의료기관의 신설이나 의료인력 개발은 차후 장기적인 계획에 의하여 연구 검토되어야 할 것이다. 이러한 제안은 선진국에서 경험한 제도를 무조건 모방하기보다는 우리나라 실정에 맞게 수정 보완하여 운영하는 지혜가 필요할 것이다.

V. 결 론

우리나라에 적용가능할 수 있는 노인보건사업 관리모형을 도출하기 위해서 정책방향과 현행 노인복지사업 및 노인보건사업의 문제점을 점검하고 개선점을 반영하여 새로운 모형안을 제시하였다. 앞으

로 미비점을 보완하여 활용가능한 모델로 발전하는데 기여하게 되기를 바란다.

참 고 문 헌

1. 대한노인회, 노인생활, 제97호('93. 11~12호), 제98호('94. 1~2월호)
2. 보건사회부, 보건사회백서, 1991, 1992, 1993.
3. 사회복지신문사, 사회복지신문 제164호, 165호, 제166호, 167호, 1994. 1. 14~2. 14
4. 한달선, 한국보건행정학회, 1992년도 후기학술대회 개최사, 3당의 보건정책, 한국보건행정학회, 1992. 11. 24.
5. 원석조, 사회보험 운영체계의 재검토, 전계서
6. 이가옥, 노인복지정책개발을 위한 연구, 한국보건사회연구원, 1993
7. 의료보험연합회, 의료보장, 제68호, 1994. 1월호, 보사부장관 신년사
8. 조홍식, 사회복지서비스 전달체계의 개선방안, 환경과 사회 제2호
9. 조홍준, 보건정책 전달체계의 현황과 개선점, 전계서
10. 차홍봉, 노인장기요양보호사업의 정책방향, '92추계학술발표회, 한국노년학회, 1992. 11. 21
11. 투리 로젠펠드(Tuly Rosenfeld), 노년층의 의학적 보호와 지원체계, 노인복지시설 개발 국제학술세미나, 한국노인문제연구소, 1991. 10. 4.
12. 한국환경사회정책연구소, 1994. 2.
13. 老人保健法, 日本, 東京
14. 山下, 章, 老人保健, 醫學書院, 東京, 1976
15. 板山賢治, 社會福祉の 動向, 1992, 全國社會福祉協議會, 東京, 日本, 平成4年 11月
16. 厚生統計協會, 國民衛生の 動向-原生の 指標, 35(9), 日本, 東京, 昭化 63年
17. Bowman, Nursing Management and Education - A conceptual approach to change, Croom Helm, Australia, 1986.
18. Hanson, Management Systems for Nursing

- Service, Staffing An Aspen, 1983. New York, U. S. A., 1984
19. Levey, Loomba, Health Care Admin- 20. Stanhope, Haneaster, Community Health
istration, 2nd ed. J.B. Hippincott, Co., Nursing, Mosby, 1984

= Abstract =

A Model for the Elderly Health Care Management

Rhee, Seonja (School of Public Health, SNU)

The article reviewed the elderly health care management problems in policy development issue of the nation. Policy of Korean government on elderly health care has still not yet developed. The main stream of policy which is effective on elderly welfare policy is "Elderly care are responsible by their families". Now only those aged whose family members are not able to take care of their parents are receive custodial care at the non-profit nursing homes.

This article examined the main stream policy in pro and cons aspects in relation to social changes such as: demographic changes, family structure changes, attitude changes, health care delivery system, and political settlement view points in connection with medical insurance program.

Finally, a model for the elderly health care management was proposed which will provide chronic care services at the community level, such as nursing homes, day care centers, day hospitals, respite care units, and special care institute for dementia.