

한국 노인의료보장제도의 개선방안에 관한 연구

대전대학교 행정대학원 사회복지전공

조 영 환

국립청주과학대학 물리치료과

김 현 주

국립청주과학대학 물리치료과

박 영 한

A Study on the Programs of the Betterment in Medical Care Guarantee for Korean Seniors

Cho, Young-Hwan, P.T.

Graduate School of Social Welfare,

Kim, Hyun-Joo, M. Ed.

Dept. of Physical Therapy in Chongju National College of Science and Technology

Park, Young-Han, M.S., P.T.

Dept. of Physical Therapy in Chongju National College of Science and Technology

<Abstract>

We are confronted by increase in old people due to the improvement in medical science, public hygiene and socioeconomic status in 20th century. But our medical security system for old people does not meet the need for medical service of old people. Current medical insurance system restricts term and extent in allowance although the characteristics of the disease of the aged people need medical care of long duration and high cost. And in the medicaid system the speciality of the aged people is not recognized and the budget of the government is scanty. In addition many old people in our country are in economic distress due to low income. But the government authority does not give sufficient consideration for old people in law, policy and budget.

To improve social security system for old people it is necessary to increase the budget for the security of old people, to enhance the traditional respect for the aged, to improve medical security system by improving the accessibility to medical service and by expanding the allowance of medical insurance, and to expand the public welfare institutions. And these are roles for all the family, the society and the nation as well as the aged people themselves.

I. 서론

1. 연구의 목적

현대사회는 급격한 산업화·도시화의 길을 걷고 있고 핵가족화의 추세가 급속도로 진행되고 있으며 과학기술의 발달로 인한 평균수명의 연장으로 우리 사회에서 노인인구가 차지하는 비율은 점점 증가하고 있다. 국민소득 수준의 향상으로 영양섭취 상태가 좋아지고 보건위생 수준의 향상, 의료기술의 발달, 그리고 환경위생의 개선 등으로 평균수명이 늘어나 1960년대 초 55.3세였던 평균수명은 1980년대 중반에는 68.0세에 이르렀고 지난 1995년 현재 73.5세로 2000년에는 74.3세가 될 것으로 예상되고 있다(통계청 자료, 1997). 노령인구의 증가속도도 서구의 산업사회나 일본, 자유중국보다는 훨씬 빨라 60세 이상의 노인인구의 경우 1970년의 5.4%에서 1990년의 7.7%로 2000년에는 10.7%로 될 것이고, 65세 이상의 노인인구는 1970년의 3.1%에서 1990년의 5.0%로 2000년에는 6.8%가 될 것으로 예측하고 있다(통계청, 인구주택 총조사, 1990). 따라서 이제는 우리 사회도 점차 고령화 사회로 접어들고 있다. 그러나 지금까지 우리나라는 지속적이고 다각적인 경제·사회개발의 발전을 통하여 경제적·사회적 문화뿐만 아니라 이에 속하는 사회복지적 측면에서도 많은 발전을 가져왔지만 방법이나 내용면에서는 이상적인 상태로 보기는 힘든 실정이다.

1970년대 이후 가족해체(family disorganization) 현상과 더불어 핵가족화, 평균수명의 연장, 고령인구의 양적 증가가 매우 빠른 속도로 진행되고 있다. 따라서 비노동인구로서의 고령인구의 증가는 그로 인한 부양기간의 장기화와 부양부담의 증가라는 문제가 제기되었고 특히 대가족 제도의 붕괴로 인하여 노인들의 유교사상에 입각한 가부장적 존재로서의 지위상실과 수명연장에서 오는 정년후의 생계대책, 가치관의 변화로 야기되는 노소간의 견해차이, 이로 인한 소외감, 좌절감, 고독감, 현대여성의 지위향상으로 인한 고부간의 갈등, 경로효친사상의 퇴조와 핵가족 풍조의 만연현상으로 노인문제는 날로 그 중요성이 더해가고 있고 이러한 문제들은 이미 가족의 책임범위를 넘어 사회적, 정치적, 국가적 문제로 확대되지 않을 수 없게 되었다.

따라서 노인문제를 해결하기 위해서 선진 각국에서는 물론 우리나라에서도 제한된 차원에서나마 제반 노인복

지정책을 수립하여 실시하여 왔다. 그러나 문제의 규모나 심각성에 비하여 이제까지 실시되어 온 노인복지대책은 부분적인 범위에 제한되고 있고, 현재 실시되고 있는 복지대책마저도 그 효과가 미미한 것으로 알려지고 있다.

노인문제 혹은 현재 실시되고 있는 노인복지정책은 소득보장, 의료보장, 사회적 서비스, 여가 및 사회참여, 시설보호, 주거보장으로 나누어 볼 수 있는데, 이 중에서 노인인에 대한 의료보장이 중요하다. 그 이유는 다음과 같다.

첫째, 건강보호를 위한 의료서비스는 노인의 삶의 질과 수명에 가장 직접적으로 영향을 미친다. 건강은 삶의 질에 있어서의 주요한 국면이며 가장 소중한 개인의 자원이자 건강은 개인의 사생활에 있어서 자신을 유지하고 사회적 생활에 있어서 기대되는 역할을 수행하도록 할 뿐만 아니라 사회심리적인 면에서 자기자신에 대한 평가를 긍정적으로 향상시킨다.

둘째, 예측불허의 사고와 빈번한 질병 이에 따른 고액의 의료비 부담은 개인적인 차원에서의 해결이 어렵거나 거의 불가능하다는 점이다. 노인은 다른 연령 집단에 비하여 병에 걸릴 확률이 두 세배 높을 뿐만 아니라 질병 자체가 만성적이고 병발적이어서 장기적인 치료와 요양을 요하고 따라서 다른 연령집단에 비하여 고액의 의료비를 요하는 것이 노인건강의 일반적 특성이다.

셋째, 예측불허이며 고액인 의료부담의 위협을 사적이고 상업적인 보험으로 해결하려는 시도는 경제적 능력이 있는 일부 노인인구에만 가능하다는 것이다.

넷째, 건강유지는 노인 개개인에 있어서의 생활의 만족감을 향상시키고 자기가 속해 있는 사회적 조직망에로의 통합, 특히 가족집단, 친족 및 근린집단, 지역사회 나아가서는 국가사회전체로의 통합을 촉진시킨다.

따라서 본 연구에서는 현재 우리가 안고 있는 노년층의 의료문제에 대한 대책이라는 맥락에서 지금 실시되고 있는 노인의 의료보장정책들의 문제점을 검토하고 이를 기반으로 하여 앞으로 정책적으로 가능한 해결책을 체계적으로 모색해 보는데 그 목적이 있다.

2. 연구의 방법 및 내용

본 연구의 방법은 주로 문헌분석 접근방법으로, 보건복지부 및 기타 연구기관에서 발간한 통계 연보, 간행물 및 내부자료와 노년학, 사회복지학 등의 인접학문의 국내외 문헌 및 논문들을 토대로 한 실증적 자료에 의해 현행 노인의 의료보장정책을 분석하여 그 문제점을 도출하

고 개선방안을 모색하였다.

그리고 일반적인 연령 3구분별 인구구조 분류에서 65세 이상을 노인으로 분류하고 있고, 의료보호법 등 정부의 각종 정책이 노인대상 연령을 65세로 규정하고 있으므로 본 연구에서는 65세 이상을 노인으로 개념 규정하였다.

2장에서는 노년층의 의료보장에 대한 이론적 배경으로 노인의 개념 및 노인의 의료문제로서 노인의 인구학적 특성과 건강상태, 상병구조, 의료이용실태, 의료비 추이에 대해 살펴보고 본 연구의 분석틀을 제시하였고, 3장에서는 노인의 의료문제에 대한 대책인 현재의 우리나라 의료보장 체계의 실태를 의료보험과 의료보호, 노인관련 의료서비스를 중심으로 살펴보고, 4장에서는 이러한 제도에서 나타나고 있는 문제점과 그에 대한 개선방안을 살펴보았으며, 결론에서는 이러한 논의에 대한 요약과 연구의 제한점, 앞으로 연구되어야 할 사항에 대해 밝혔다.

II. 노인의료보장에 관한 이론적 배경

1. 노인의 개념

노인이란 개념은 국가마다 경제, 사회적 여건에 따라 차이가 있고 심리학, 사회학, 생리학 등 각 분야의 학자에 따라 그 견해가 다르므로 일률적으로 정의할 수는 없다.

1951년 미국에서 개최된 제2회 노령학회에서는 주로 의학적인 관점에서 노인의 정의를 규정하고 있다. 노인이란 ① 환경변화에 적절히 적응할 수 있는 자체조직에 있어서 결손을 가진 사람, ② 생활체가 자신을 통합하려는 능력이 감퇴되어 가는 시기에 있는 사람, ③ 생활체의 기관, 조직, 기능 등에 있어서 쇠퇴현상이 일어나는 시기에 있는 사람, ④ 생활체의 적응성이 장신적으로 결손되어 가고 있는 사람, 마지막으로 조직 및 기능저장의 소모로 적응감퇴 현상에 있는 사람이라는 것이다.

한편 브린(Leonard, Z. Breen)은 노인의 정의를 ① 생리적 육체적으로 변화기에 있는 사람, ② 심리적인 면에서 개성의 기능이 감퇴되고 있는 사람, ③ 사회의 변화에 따라 사회적인 관계가 과거에 속해 있는 사람으로 정의하고 있다.

또한 오토폴락(Otto Pollak)은 노화는 변화의 과정인데 이와 같이 변화현상은 시간적인 요소와 상관관계가 있음을 지적하면서 노인의 개념 규정에 있어서 변화·시간이

라는 두 요소의 중요성을 강조하고 있다.

그러나 사회과학 분야에서의 연구에서는 연구의 편의와 명확성을 위해 노인을 조작적으로 정의할 수밖에 없다. 노인에 대한 조작적 정의는 크게 ① 개인의 자각에 의한 노인 ② 사회적 역할 상실에 의한 노인 ③ 역연령에 의한 노인 ④ 기능적 연령에 의한 노인 등으로 구분되어진다. '개인의 자각에 의한 노인'은 개인 스스로 주관적으로 판단하여 노인이라고 생각하는 사람을 노인으로 규정하는 것이고, '사회적 역할상실에 의한 노인'은 주요한 사회적 지위와 역할이 상실된 상태에 있는 사람을 노인으로 정의하며, '역연령에 의한 노인'은 일정한 연령에 도달한 사람을 노인으로 규정하고 있다. '기능적 연령에 의한 노인'은 개인의 특수한 신체적 및 심리적 영역에 있어서의 기능의 정도에 의해서 노인을 규정하는 것이다.

본 연구에서는 노인의 개념을 추상적으로 '생리적 및 신체적 기능의 퇴화와 더불어 심리적인 변화가 일어나서 개인의 자기 유지기능과 사회적 역할기능이 약화되고 있는 사람'으로 정의하고 조작적으로는 본 연구가 현행 제도를 분석한다는 측면에서 '역연령에 의한 노인인 65세 이상의 사람'을 노인으로 개념 규정하였다.

2. 노인의 의료문제

1) 노년층의 건강실태와 상병구조

노년기에 있어서는 노화과정의 결과로 나타나는 기능저하와 질병에 대한 저항력의 약화로 인하여 질병상태에 이를 가능성이 높고, 이에 따라 보건의료서비스의 이용에 대한 욕구가 증가하게 된다. 특히 노인성질환은 만성·퇴행성질환이라는 특성을 지니고 있어 장기간의 치료와 관리를 요구하므로 의료서비스나 의료자원에 대한 요구는 타연령층에 비해 상대적으로 높게 나타난다. 따라서 다음에서는 노인의 건강과 질병상태에 관련된 사항을 살펴보았다.

1993년 통계청이 발표한 자료 표 1.을 보면 우리나라 60세 이상 노령인구의 질병이환율은 전 인구 평균에 비해 상대적으로 훨씬 높고 그것도 1986년의 18.2%에서 1992년에는 26.5%로 크게 증가하고 있다.

표 1. 노인의 질병이환율

연 도	1986	1989	1992
전인구	12.0	16.6	18.5
60세 이상 노인	18.2	25.2	26.5

자료 : 통계청, 한국의 사회지표, 1993

1994년 한국보건사회연구원의 연구 결과(표 2)에 의하면 노인층의 51.7%가 만성질환, 급성질환, 사고 등의 유병상태를 가지고 있는 것으로 나타나고 있다.

표 2. 노인의 유병상태 (단위: %)

	전체	60-64	65-69	70-74	75+
전체	51.7	48.9	49.2	53.5	58.7
지역					
시부	48.7	45.8	44.5	51.1	21.9
군부	55.8	52.9	55.7	57.0	17.7
성별					
남	43.6	37.5	44.9	43.6	56.1
여	57.0	56.9	52.6	60.4	59.7

주: 15일간 유병률
 = (15일간의 환자 수 / 총 조사대상자) * 100
 자료: 이가옥 외, 노인생활실태분석 및 정책과제, 한국보건사회연구원, 1994, p.107.

같은 연구조사의 결과(표 3)를 보면, 유병상태로 지내는 날이 15일 중 평균 6.84일로서 45.6%에 이르고 있으며 물론 연령이 높아질수록 유병일수가 길어지고 있음을 알 수 있다. 15일 중 활동제한일수는 평균 1.96일이고, 와병일수도 평균 1.37일로 나타나고 있어 상당수의 노인들이 신체기능상의 제한으로 거동이 불편하거나 아예 방에 누워지내고 있음을 알 수 있다.

표 3. 노인의 유병일수, 와병일수, 활동제한일수

	전체	60-64	65-69	70-74	75+
유병일수 ¹⁾	6.84	6.37	6.51	7.16	7.80
남	5.67	4.75	5.87	5.93	7.06
여	7.60	7.52	6.98	7.98	8.14
와병일수 ²⁾	1.37	0.88	1.09	1.64	2.34
남	1.18	0.82	0.97	1.32	2.22
여	1.50	0.92	1.18	1.86	2.40
활동제한일수 ³⁾	1.96	1.96	1.83	2.28	1.82
남	1.39	1.09	1.35	1.72	1.73
여	2.33	2.58	2.18	2.66	1.86

주: 1) 유병일수 = (15일간 유병일수 / 총 조사대상자)
 2) 와병일수 = (15일간 와병일수 / 총 조사대상자)
 3) 활동제한일수 = (15일간 활동제한일수 / 총 조사대상자)
 자료: 이가옥 외, 전제서, p.109.

특히, 이 조사결과에 의한 표 4.와 같이 노인층의 만성질환 유병률은 85.9%로 나타나고 있어 그 정도가 심각한

표 4. 노인의 만성질환 유병률 (단위: %)

	전체	60-64	65-69	70-74	75+
전국	85.9	84.0	86.3	84.7	89.7
지역					
시부	83.4	80.3	84.4	82.4	88.6
군부	89.2	89.3	88.9	87.8	90.9
성별					
남	77.1	75.3	78.8	74.4	81.7
여	91.7	90.3	91.9	91.6	93.3

자료: 이가옥 외, 전제서, p.114.

을 알 수 있다.

그중 주요 만성질환의 유병률을 보면 다음과 같다.

- 관절통: 56.6% (일상생활 지장 비율 87.9%)
- 만성요통: 31.2% (일상생활 지장 비율 90.1%)
- 소화기계 만성질환: 19.8% (일상생활 지장 비율 74.5%)
- 고혈압: 19.3% (일상생활 지장 비율 68.1%)
- 호흡기계 만성질환: 10.9% (일상생활 지장 비율 72.9%)
- 백내장: 7.9% (일상생활 지장 비율 78.9%)
- 당뇨병: 6.9% (일상생활 지장 비율 66.2%)
- 뇌졸중: 5.3% (일상생활 지장 비율 94.0%)

이와 같은 노인층의 만성질환은 그 특성상 유병기간이 길어 반수 이상이 3-5년의 기간을 갖고 있으며, 10년 이상의 장기만성질환자도 높은 비율을 차지하고 있어 유병장수의 시대를 실감케하고 있다.

유병장수의 시대에 노인층이 갖고 있는 또다른 건강상의 애로가 신체적 기능제한의 문제이다. 인간의 노화과정에 따라 노인이 되면 시력, 청각 등의 감각기능이 쇠퇴되고 내부장기, 근육, 골격기능 등이 약해져 일상 생활 동작에 지장을 초래하는 것이 일반적 현상이다. 앞에서 예로 든 한국보건사회연구원의 조사결과에 의하면 전체노인의 90.6%가 시력, 청력, 씹기, 걷기 중에서 한가지 이상의 기능이 나쁜 것으로 나타나고 있다.

목욕, 옷 갈아입기, 식사하기, 앉기, 외출하기, 화장실 이용 등의 일상생활동작(ADL) 중 한가지 이상의 동작에 어려움을 느끼는 노인은 26.6%이며, 6가지 동작 모두에 어려움이 있는 노인도 4.2%나 된다. 가벼운 집안일 하기, 일상용품구매, 전화걸기, 버스 및 전철타기 등 사회생활 동작(IADL) 중 한가지 이상의 활동에 지장이 있는 노인은 38.5%이며, 이 네가지 동작 모두에 어려움이 있는 노인은 11.3%인 것으로 나타나고 있다.

표 5. 질병의 치료여부 (단위: %)

구분	60-64	65-69	70-74	75-79	80+	계
치 료	31.9	34.2	36.2	35.6	34.3	34.1
미치료	58.1	65.8	63.8	64.4	65.7	65.9

자료: 재정경제원, 노인생활실태조사, 1993
이규식 외, 노인의료비 절감방안에 관한 연구보고서
보건의료정책연구소, 1993, p.65에서 재구성

2) 노인의 의료이용 실태

(1) 수료율 및 수진율

노인의 경우 타연령층에 비해 상병률이 상당히 높지만, 질병에 대한 적절한 치료를 행하지 못하는 경향이 나타나고 있다. 표 5.와 같이 경제기획원 조사결과에서 약을 복용하거나 치료를 한 노인의 비율이 높 정도밖에 되지 않는 것으로 나타났다. 특히 연령별로는 60세부터 미치료율이 점차 줄어들다 70대 후반부터는 반전되어 점차 증가하는 경향을 보이고 있다. 그리고 노인이 질병을 치료하지 않는 이유는 '나을 가망성이 없어서', '치료비가 많이 들 것 같아서'의 순으로 나타났고, '증상이 별 것 아닌 것 같아서'가 그 다음으로 높은 구성비율을 보였다. 이와 같이 노인의 미치료율이 높다는 사실은 노년기에서의 신체기능의 저하현상에 질병으로 인한 일상생활 능력의 저하가 부가되어 가사활동 등과 같은 일상생활의 불편을 가증시킬 수 있다는 점을 암시하고 있다.

노인의 미치료율이 상대적으로 높긴 하지만 전체 상병률과 만성상병률이 전체 인구에 비해 1.2 - 2.3배 정도 높기 때문에 대상인구 중에서 의료기관을 이용한 비율을 나타내는 수료율은 상대적으로 높게 나타나는 경향이 있다. 아래 표 6.은 이러한 경향을 명확하게 보여주고 있는데, 노인의 수료율이 의료이용형태나 질병의 종류에 관계없이 높게 나타났다. 즉, 입원수료율의 경우는 전체인구의 수료율에 비해 1.7 - 2.1배, 전체 질환의 외래수료율은 1.1 - 1.5, 만성질환 외래수료율은 2.0 - 2.2배 정도 높게 나타나, 만성질환의 외래수료율이 그 격차가 더욱 컸다. 이와 같이 만성질환의 수료율에서 그 격차가 심화되는 이유는 노인성질환이 만성퇴행성질환이라는 특성을 지니고 있기 때문으로 볼 수 있다.

(2) 내원일수 및 진료일수

노인의 의료이용 실태를 나타내는 지표 중 하나인 진료건당 내원일수와 진료일수를 살펴보면 다음과 같다. 노인인구의 내원일수는 타연령층에 비해 상대적으로 높다. 표 7.과 같이 전체인구의 건당 내원일수는 2.15일인

표 6. 수료율 (입원, 외래) (단위: 인구 10만명당, 1일)

연 령	입원(1991)	외래(1993)	
		전체질환	만성질환
전연령	149	1,796	592
60-64세	273	2,439	1,182
65-69세	315	2,616	1,225
70-74세	301	2,486	1,301
75세이상	246	2,038	1,029

자료: 보건복지부, 1991년도 질병상해조사 (환자조사), 1992, pp. 16-17.
1993년도 환자조사, 1994, p.28, pp. 264-269.

표 7. 노인의 진료건당 내원일수 및 진료일수 (단위: 일)

연 령	건당내원일수	건당진료일수
전 체	2.15	5.46
남	2.20	5.51
여	2.10	5.42
60-64		
남	2.41	8.88
여	2.24	8.20
65-69		
남	2.44	9.40
여	2.29	8.56
70-74		
남	2.47	9.56
여	2.34	8.59
75+		
남	2.47	9.43
여	2.35	8.31

자료: 의료보험관리공단, 의료보험통계연보, 1995
의료보험연합회, 의료보험통계연보, 1995

데 비해 65세 이상 노인인구의 건당 내원일수는 2.62일로 약 0.4일 정도 많으며 연령별로는 연령증가와 함께 건당 내원일수도 증가하는 추이를 보이고 있다. 건당 진료일수를 보면, 60세 이상 노인인구의 건당 진료일수가 전체인구에 비해 1.6배 높은 것으로 나타났다. 연령별로는 60-69세까지는 건당 진료일수가 늘어나는 반면 70세 이후부터는 오히려 줄어드는 경향을 보이고 있다. 이와 같이 노인인구의 건당 내원일수 및 진료일수가 상대적으로 길게 나타난 이유는 노인성질환의 특성에 기인한 것으로 볼 수 있으며, 장기간의 내원과 진료로 인하여 노인의 의료비 부담이 가증될 수 있다.

한편 병이 났을 때 노인들이 이용하는 의료기관은 병·의원 17.6%, 약국 23.2%, 한의원 4.9%, 보건소 1.

표 8. 노인 1인당 의료비

(단위 : 원)

연령	직 장 의 료 보 험			공 교 의 료 보 험			지 역 의 료 보 험	
	85	90	93	85	90	93	90	93
전체	47,752	75,336	102,265	52,410	84,095	113,718	67,739	99,038
	100.0	100.0	214.2	100.0	160.5	217.0	248.8	363.7
60+	72,458	138,594	209,897	67,987	136,634	210,444	115,677	192,491
	100.0	191.3	289.3	100.0	201.0	309.5	235.2	391.4
65+	70,957	135,774	211,589	62,613	128,994	203,644	108,584	187,378
	100.0	191.3	298.2	100.0	206.0	325.2	235.8	406.9

자료 : 의료보안협회, 의료보험통계연보, 1985, 1990, 1993
서미경(1995 : 13), <표 5>에서 재인용

주 : 1) 1인당 의료비 = (총의료비 / 의료보험적용인구), 의료비는 급여비와 본인부담액을 합한 총진료비를 기준으로 함
2) 전국민의료보험 실시전의 직종의료보험은 분석대상에서 제외됨

0%의 순이었는데 이 중 어느 한 곳이라도 이용한 노인은 46.7%인 것으로 나타나 아직도 병·의원보다는 약국을 이용하는 비율이 압도적으로 높은 것을 알 수 있다. 이는 아마 의료비의 부담이 주원인으로 생각된다.

의료비 부담과 더불어 현재 노인들의 의료이용을 어렵게 하는 요인으로는 다음과 같은 점들을 지적할 수 있겠다.

① 의료비 이용에 있어서 가장 기본적인 요소인 의료비의 문제로서 노인들은 이미 소득이 중단되거나 급격히 감소된 처지이나 건강의 악화로 의료의 수요는 급격히 증가하여 큰 부담이 되고 있는데 다른 연령층에 비하여 아무런 혜택이 주어지지 않고 있다.

② 노인들은 기동성이 다른 연령층에 비하여 현저하게 낮아서 의료에 접근하는데 어려움을 가지게 될 가능성이 있는데 의료자원이나 인력의 배분은 노인인구가 적은 도시에 편중되어 있고 노인인구의 증가 거주하고 있는 농어촌에는 노인들이 이용할 수 있는 의료시설과 인력이 매우 부족하다.

③ 뿐만 아니라 노인들이 멀리 떨어져 있는 의료시설을 이용할 수 있는 운송체제도 특별히 갖추어진 것이 없다.

④ 앞서 살펴본 바와같이 노인질환은 다른 연령층의 질환과 다른 특성을 가지고 있으나 이를 전문적으로 연구하고 치료하기 위한 독립된 분과로서 노인병을 다루지 않고 있으며, 따라서 노인들을 위한 전문 의료시설이 미비한 상태이다.

⑤ 의료보장을 통하여 병·의원의 개인부담은 완화되고 있으나, 그 밖의 노인건강보호에 필요한 안경, 보청기,

휠체어, 의치 등의 보장구는 제외되어 있다.

⑥ 노인질환이 장기치료를 요하는 만성질환인데 비하여 의료보장에서는 동일 상병에 대한 장기급여를 금하고 있어 노인들에게 불리하다.

3) 노인 의료비 지출 실태

노인인구의 증가, 노인성질환의 특성, 노년기의 의료이용에 대한 욕구증가 등의 요인에 기인하여 노인의료비 문제는 의료보장 뿐만 아니라 노인복지, 사회복지분야의 주요한 과제로 등장하고 있다. 즉, 노인의 경우 의료비에 대한 부담은 증가하는 반면 이를 부담할 수 있는 경제적 능력이 약화되는 경향이 있어 노인의 보건의료서비스에 대한 비용부담과 재원조달은 가족, 의료보험조합 그리고 국가의 공통적 과제로 등장하고 있다.

노인 의료수요의 증가와 더불어 노인인구층의 의료비 지출이 다른 연령층에 비해 많이 나타나고 있는데, 아래의 표 8.을 통해 알 수 있듯이 노인인구 1인당 의료비가 전체 연령보다 빠른 속도로 증가하고 있으며, 연령이 증가할수록 그 증가폭이 크게 나타나고 있다. 직장의료보험의 경우, 65세 이상 노인인구의 의료비 증가비율은 1985년의 100을 기준으로 1993년에는 298.2로 증가하였는데 이는 동기간의 전체인구의 의료비 증가비율 214.2보다 높고, 공·교의료보험의 경우 전체인구와 65세 이상 노인인구의 의료비 증가비율은 각각 217.0과 325.2이다. 지역의료보험은 363.7과 406.9로 나타나고 있다.

노인의료비의 증가 추이도 타 연령층에 비해 빠르다. 노인의료비의 증가 추이를 나타낸 표 9.를 보면, 직장의료보험의 경우 전체인구의 총진료비는 1985 - 1991년 사

표 9. 노인의료비¹⁾의 증가 추이²⁾ (1991년 대비)

(단위: 백만원, %)

연령	1985	1987	1989	1990	1991
직장의료보험					
전체	583,278 (100.0)	739,549 (126.8)	1,069,865 (184.4)	1,217,067 (208.7)	1,287,706 (220.8)
60+	50,889 (100.0)	76,629 (150.6)	135,707 (266.7)	162,888 (320.1)	190,280 (373.9)
65+	27,516 (100.0)	43,637 (158.6)	80,961 (294.2)	97,419 (354.0)	115,693 (420.5)*
70+	12,707 (100.0)	20,912 (164.6)	39,219 (308.6)	48,240 (379.6)	59,159 (465.6)
공·교의료보험					
전체	220,630 (100.0)	253,848 (115.1)	339,435 (153.8)	387,119 (175.5)	404,195 (183.2)
60+	26,740 (100.0)	36,303 (135.8)	60,766 (227.3)	71,185 (266.2)	80,013 (299.2)
65+	16,194 (100.0)	22,328 (137.9)	38,487 (237.7)	45,629 (281.8)	51,685 (319.2)
70+	8,686 (100.0)	12,182 (140.3)	21,339 (245.7)	25,860 (297.7)	29,370 (338.1)
지역의료보험³⁾					
전체	-	-	515,726 (100.0)	1,315,587 (255.1)	1,485,152 (288.0)
60+	-	-	63,177 (100.0)	153,940 (243.7)	190,539 (301.6)
65+	-	-	39,656 (100.0)	96,134 (242.2)	119,519 (301.4)
70+	-	-	20,288 (100.0)	50,476 (248.8)	63,867 (314.8)

주: 1) 의료비는 급여비와 본인의료비를 합한 총진료비를 기준으로 함

2) 비율 = {각 연도별 의료비 / 1985(9)년 의료비} * 100

3) 지역의료보험 1989년부터 실시됨

자료: 의료보험관리공단, 의료보험통계연보, 1985 - 1991
의료보험연합회, 의료보험통계연보, 1985 - 1991

이에 120.8%가 증가한 반면 65세 이상의 노인의료비는 약 220.5% 가량 증가하였고, 공·교의료보험의 경우는 전체인구의 총진료비가 83.2% 증가한 반면에 65세 이상의 노인의료비는 199.2%가 증가하였다

노인의료비가 전체의료비에서 어느 정도 비중을 차지하는지를 표 10.을 통해 살펴보면, 의료보험 적용인구 중에서 65세 이상 노인인구가 차지하는 비율은 대략 4-8% 정도인데, 이들에게 부여된 급여비는 총급여비 중 10-14%나 된다. 65세 이상의 수혜자 비율에 대한 급여비 비율을 보면, 직장의료보험이 2.3배, 공교의료보험은 1.5배,

그리고 지역의료보험은 1.3배로 나타나고 있다.

우리나라 노인인구의 의료비가 타연령층에 비해 대체적으로 높게 나타나고 있지만 일본 노인들의 의료비가 의료보험수혜자 평균에 비해 1.9 - 5.7배에 이르고, 미국의 노인의료비는 장년층에 비해 2.6배, 청소년층에 비해 7.0배(1987)나 된다는 것과 비교해 볼 때 그리 높은 수치는 아니다. 그리고 앞에서도 살펴보았듯이 55 - 64세의 연령층에 비해서 오히려 낮은 수치를 보이고도 있다. 이러한 결과는 다음과 같은 이유에서 생겨난다고 볼 수 있다.

표 10. 의료보험 수혜자 및 급여비 중 노인인구 구성비율 (1993) (단위: %)

연령	직장의료보험		공공의료보험		지역의료보험	
	수혜자	급여비	수혜자	급여비	수혜자	급여비
60+	7.7	17.0	11.5	22.1	7.1	14.3
65+	4.8	10.5	7.9	14.5	4.7	9.1

자료: 의료보험관리공단, 의료보험통계연보, 1993
의료보험조합연합회, 의료보험통계연보, 1993

첫째, 노인들의 경제력이 취약하여 의료요구가 유효수요로 연결되지 못하고 있는 점을 지적할 수 있다. 노인들의 소득확보 수단이 미비하고 자녀들에게 의존하는 노인들로서는 웬만한 질병은 참고 견디는 쪽으로 되어 의료요구가 유효수요화하지 못한다 그 원인이 있다고 볼 수 있다.

둘째, 생활능력이 취약한 노인들로서는 의료보험이나 의료보호의 본인 부담율이 너무 높아 의료보장권속에 있어도 의료수요가 억제된다는 점이다.

3. 노인의 의료보장에 관한 분석틀

위에서 언급했듯이 노인문제 중 건강 및 의료문제에 대한 대책을 노인의 의료보장이라고 하고, 이러한 노인의 의료보장제도로서는 현재 사회보험으로 의료보험(3종류)제도가 있고, 공적부조로는 의료보호제도가 있으며, 기타 노인과 관련된 복지프로그램이 있다. 본 연구에서는 이러한 제도 및 프로그램의 문제점을 파악하고 그

에 대한 개선방안을 마련하는데 있다.

Gibert와 Specht는 사회복지정책을 경제적 시장 밖에서 작용하는 급여-분배의 체제로 보고 사회복지정책 프로그램의 기본적인 요소를 할당, 급여, 전달, 재정으로 설정하고 있다. 이들은 이와 같은 제가지 요소를 선택의 차원이라고 부르고 각 차원에 있어서의 구체적인 선택은 ① 선택적 대안의 범위, ② 선택적 대안을 지지하는 사회적 가치, ③ 선택적 대안에 암시되어 있는 이론(또는 기능)과의 관련 속에서 이루어진다는 것이다. 네가지 선택의 차원에 있어서 할당은 분배의 근거 즉, 급여를 받을 수 있는 자격요건을 의미하고, 급여는 배분될 급여의 형태를 의미하고, 전달은 급여를 전달하는 전략 또는 체계를 의미하며, 재정은 급여를 뒷받침하는 자금의 조달형태를 의미한다. 노인의 의료보장 정책도 일반적인 사회복지정책에 속하므로 이러한 틀에 입각하여 볼 수 있다.

이상의 논의를 종합하여 노인의 의료보장을 분석하기 위한 틀을 표로 나타내면 표 11.과 같다.

III. 노인에 대한 의료보장의 실태

의료보장제도는 의료서비스 비용의 일부 또는 전부의 지출을 보장해 주는 의료비지급보장 프로그램과 의료서비스를 전달하는 서비스 전달체계 프로그램으로 나누어 볼 수 있다. 그 중에서도 노인을 위한 의료보장체계 프로그램으로 나누어 볼 수 있다. 그 중에서도 노인을 위한 의료보장체계는 미국과 같이 노인을 일반국민의 의료보

표 11. 본 연구의 분석틀

범 주	세 도	분 석 기 준
할 당	의료보험	① 전노년층이 의료보장의 대상으로 포괄되는가?
	의료보호	② 최저생활수준 이하의 노년층은 모두 다 의료보호의 대상자가 되고 있는가 혹은 대상자 선정은 공평한가?
	기타서비스	
급 여	의료보험	① 급여 종류는 충분한가?
	의료보호	② 급여 수준은 적정한가?
	기타서비스	
전 달	의료보험	① 보호내용에 대한 접근성이 용이한가?
	의료보호	② 서비스가 통합되어 있는가?
	기타서비스	③ 전달체계 사이에 의사소통이 원활하게 이루어지는가?
재 원	의료보험	① 재원조달 방식은 어떠한가?
	의료보호	
	기타서비스	

표 12. 현행 의료비 지급보상 프로그램

방 법	프로그램	특 징
	의료보험	(1) 가입자격 : 직장피보험자 및 지역피보험자(농어민, 도시자영업자) (2) 수혜자격 : 피보험자 및 부양가족 (3) 급여 : 요양, 분만, 부가급여(장제비) (4) 전달체계 : 의료보험조합 및 의료보험연합회 (5) 재원 : 직장피보험자-피보험자 50%, 국가 50%
사회보험	공무원 사립학교 교직원 의료보험	(1) 가입자격 : 공무원, 군인 및 사립학교 교직원 (2) 수혜자격 : 피보험자 및 부양가족 (3) 급여 : 요양, 분만, 부가급여 (4) 전달체계 : 공무원 및 사립학교 교직원 의료보험관리공단 (5) 재원 : 공무원-피보험자 50%, 정부 50%, 군인-피보험자 38-50%, 정부 50-62% 사립학교 교직원-피보험자 50%, 정부 20%, 학교 30%
공적부조	의료보호	(1) 수혜자격 : 1종 - 거택 및 시설보호대상자, 국가유공자, 인간문화재, 월남귀순자, 성병감염자 2종 - 자활보호대상자 의료부조 - 자활보호유사자 (2) 급여 : 재료, 약재, 수용, 간호, 이송 (3) 재원 : 의료보호기금 (국고 및 지방비) 및 수혜자 부담 1종 - 외래 및 입원전액무료(10만원 이상시 대부가능) 2종 - 의료부조 : 외래 - 44% 입원 - 대도시 (40%) 기타지역 (30%)
사회복지 서비스	노인건강	(1) 수혜자격 : 원칙적으로는 65세이상의 전노인(실제적으로 저소득층 위주) (2) 급여 : 건강진단 1차 및 2차 (3) 전달체계 : 보건복지부 및 지방자치단체 (4) 재원 : 국고

자료 : 민재성 외 3인, 「한국의 노령화 추이와 노인복지대책」, 한국개발연구원, 1993, p.86.

장제에 포함시키면서 특별한 취급을 하는 방법, 우리나라와 같이 노인을 별도로 독립시켜 특별 취급하는 방법 등으로 분류할 수 있다. 이와 같이 나라마다 의료보장 체계를 달리하고 있는 것은 제도발전의 역사적 및 사회적 배경이 다르다는데 기인하며, 이들 제도들은 그 나름대로 장 단점이 있을 수 있다.

우리나라는 의료비 지급보장의 프로그램에 있어서나 의료서비스 전달체계 프로그램에 있어서 노인을 일반국민을 위한 의료보장체계에 포함시켜 일반국민과 동일하게 취급하는 방법을 취하고 있다. 이로 인해 다른 연령 집단에 비하여 상대적으로 의료수요가 큰 노인인구의 급격한 성장에 적절한 대응을 하지 못할 것으로 예상된다. 따라서 우리나라의 의료보장제도는 중대되고 있는 노인 의료의 수요와 노인의료의 특성을 고려해서 제도개선이 지속적으로 이루어져야 할 것이다.

우리나라의 현행 의료보장제도는 사회보장의 세가지 방법인 사회보험, 공적부조 및 사회복지서비스의 방법이 적용되고 있다. 현행의 의료보장제도를 이 세가지 방법으로 분류하여 간략히 제시해 보면 표 12.와 같다.

1. 의료보험제도

1) 의료보험제도의 종류 및 적용대상

우리나라의 의료보험제도는 의료보험법(1976년 개정 실시)에 의해 소득의 종류에 따라 대상자를 분류해서 임금소득으로 살아가는 일반 노동자를 대상으로 한, 그리고 임금소득이 아닌 자영소득으로 살아가는 자영자를 대상으로 한 의료보험제도(이하 '직장의료보험 및 지역의료보험'이라 칭함)와 공무원 및 사립학교 교직원 의료보험법(1977년 실시)에 의한 공무원 및 사립학교 교직원 의료보험제도(이하 '공·교의료보험'이라 칭함)가 있다.

표 13. 의료보장의 적용 현황 (1995, 말) (단위: 만명, %)

	적용인구	구성비
의료보험	직장의료보험	1,675 36.6
	지역의료보험	2,252 49.1
	농 어 촌	391 8.5
	도 시	1,861 40.6
	공·교의료보험	481 10.5
소 계	4,408 96.2	
의료보호	1종	61 1.3
	2종	113 2.5
	소 계	174 3.8
총 계	4,582 100.0	

자료: 보건복지부, 보건사회백서, 1996, p.206 <표 93>에서 재작성

따라서 생활보호대상자 및 의료부조대상자를 제외한 일정한 수입이 있는 모든 국민은 직장·지역의료보험 또는 공·교의료보험에 가입하도록 되어 있기 때문에 우리나라 국민의 96.2%가 의료보험제도에 가입하고 있으며, 나머지 3.8%는 공적부조인 의료보호의 적용을 받고 있다(표 13). 이러한 제도하에서 노인은 대부분의 경우 직장의료보험 피보험자인 자녀의 부양가족의 자격으로 보험혜택을 받거나 또는 지역의료보험조합에 가입하여 자기부담의 보험혜택을 받을 수 있도록 되어 있다.

의료보험 적용인구를 연령별로 살펴보면, 표 14.와 같이 1990년 현재 65세 이상 노인인구는 총 의료보험대상자 중의 약 4%에 해당하고 전체 노인인구 중 약 91%가 의료보험의 적용을 받고 있다. 의료보험별 노인인구를 살펴보면 공교의료보험이 7.5%로 노인의 비중이 타의료보험에 비해 높은 편이고 다음이 지역의료보험(4.5%), 직장의료보험(3.8%) 순이다. 그리고 의료보험에 속하지 않는 기타 노인들은 의료보호의 적용을 받고 있다.

2) 급여의 종류 및 수준

의료보험제도의 급여내용은 대부분 노인의 건강 및 질

표 15. 의료보험 대상자의 진료비 본인 부담

진료비 본인 부담률	
입 원	20%
외래병원	진찰비 + 진료비의 55%
병 원	진찰비 + 진료비의 40%
의 원	총진료비의 30% (총진료비 1만원)
	이하시에는 2,800원 정액

자료: 보건복지부, 보건백서, 1994, p.250 <표 149>에서 재작성

병의 특성을 고려하여 급여종류나 급여수준에 있어서 특별한 차이를 두는 것이 아니라 노인들에게 일반인들과 동일하게 적용된다. 진찰, 약제 또는 치료재료의 지급, 처치, 수술 의료시설에의 수용, 간호 및 이송 등의 의료비에 있어서 본인 부담비율은 표 15.와 같이 적용되고 있다.

3) 전달체계

우리나라의 의료보험제도는 현재 3가지 종류가 있지만 의료보험제도의 운영은 지역별, 직업별로 분리된 수백 개의 의료보험조합별로 독립채산제로 운영되고 있다(이것을 조합주의 방식이라고 한다). 직장의료보험은 사업장 노동자를 대상으로 하여 전국적으로 154개의 의료보험조합이 운영되고 있고 의료보험은 현재 농어촌 및 도시지역의 시, 군, 구를 단위로 하여 운영되고 있는데, 농촌지역에 137개의 조합이 있고, 도시지역에는 129개의 조합이 시, 구별로 만들어져 있다. 공무원 및 사립학교 교직원 의료보험은 전국적으로 단일화된 1개의 조직(의료보험관리공단)에서 모든 것을 관리하고 있다.

단위조합은 보험료를 정하고 보험료를 수거하여 의료보험조합 연합회에 예치한다. 연합회는 의료기관으로부터의 진료비 지불요청을 받고 이를 검토하여 지불한다. 의료보험에 의하여 전달되는 의료서비스는 초진이나 재진의 구별없이 의원, 병원, 종합병원 어디에서나 전달된다.

표 14. 연령별 의료보험 대상 인구

(단위: 천명)

연령	공교의보	직장의보	지역의보	합계
0-24	1,861(41.6)	7,795(47.2)	8,954(47.3)	18,610(46.0)
25-44	1,402(31.4)	5,502(33.3)	6,224(32.9)	13,128(32.0)
45-64	872(19.5)	2,584(15.6)	2,908(15.3)	6,364(15.0)
65+	336(7.5)	630(3.8)	861(4.5)	1,827(4.0)

자료: 한국보건사회연구원, 내부자료

표 16. 1993년도 의료보호대상자 및 종별 책정기준

	대 상 자	수(천명)	소득수준(인/월)	재산수준
1 종	거택보호자, 시설보호자, 거택보호대상자와 유사한 자, 재해구호법에 의한 이재민, 월남귀순자, 성병감염자	383	13만원 이하 대상자 전원	1,300만원 이하
2 종	자활보호대상자	1,320	14만원 이하	1,300만원 이하
의료부조	자활보호대상자와 유사한 자	81	15만원 이하	1,300만원 이하
계		1,784 (전 인구의 4.0%)		

자료 : 보건복지부 (1993)

그리고 의료기관은 1995년 현재 종합병원 266개소, 병원 398개소, 의원 14,343개소가 있고, 특수병원으로서 결핵 4개소, 나 1개소, 정신 37개소가 있으며, 치과병의원 8,304개소, 한방병의원 5,997개소, 부설의원 246개소, 조산소 177개소로 전국에 총 29,773개소가 있고, 약국은 19,606개소가 있다.

4) 재원

의료보험의 재정은 피보험자(가입자)의 보험료(기여금), 사용자의 부담금 및 국가의 보조금으로 충당된다. 국가의 보조금은 의료보험조합 및 의료보험조합 연합회의 운영비 일부와 지역의료보험의 보조금을 지급하는 정도이며 거의 대부분은 피보험자와 사용자의 공동부담 또는 피보험자의 일방적 부담에 의해서 충당된다. 보험종류에 따라 보험료율과 부담금의 비율이 다르다. 직장의료보험의 경우 가입자 월보수의 3-6%(협정률)를 본인과 사용자가 각각 50%씩 부담하고 공무원 및 군인은 법정률을 본인과 국가가 50%씩 분담하며, 사립학교 교직원 의료보험료는 가입자가 50%, 학교재단이 30% 및 재원에서 20%를 각각 분담하고 있다. 그러나 직장의료보험이 월급을 기준으로 보험료가 부과되는데 반해서 지역의료보험은 세대, 가족원 수, 재산, 소득, 자동차 보유여부 등 5가지 기준을 하여 주민을 30등급으로 분류한 후 등급에 따라 차등화된 보험료가 부과된다. 세대와 가족원수에 매겨지는 보험료를 기본보험료라고 하고 재산과 소득에 매겨지는 보험료를 능력비례보험료라고 한다. 이상과 같이 볼 때 노인의료를 위한 특별한 재원마련은 없다고 볼 수 있다.

2. 의료보호제도

1) 적용대상

우리나라의 의료보호제도는 1961년에 도입된 생활보

호법 제5조에 의한 의료보호규정에 의해서 시작되었다. 그러나 이 사업이 본격적으로 실시된 것은 1969년에 개정된 제도에 의해 생활능력이 없거나, 생활능력이 있어도 생활이 곤란한 국민에게 국공립의료기관에서 치료할 수 있도록 무료진료증을 배부하면서 부터이다. 그 후 수차례의 제도개선이 있었으나 현행제도로 정착된 것은 1977년의 강제적 의료보호제도가 실시되면서 의료부담능력이 없는 모든 계층에게 의료혜택을 주기 위하여 대상자를 확충하면서 부터이며, 의료보호제도가 생활보호법에서 분리되어 의료보호법에 근거하여 독립적으로 운용되기 시작한 것도 이때부터이다.

의료보호제도는 생활보호대상자(거택 및 시설보호자), 이와 유사한 보호대상자 및 특수계층자를 대상으로 하며, 소득과 재산가액이 정부에서 정하는 수준 이하인 자를 3등급하여(표 16), 1종대상자는 의료비 전액 무료, 2종은 외래 무료, 입원 20-40% 본인 부담 그리고 의료부조 대상자는 외래 44% 본인 부담(의료보험과 동일), 입원시에는 30-40%를 본인이 부담하는 식으로 운영되고 있다.

1993년 조사에 의하면 전체 의료보호대상자 178만 4천명 중 65세 이상 전체 노인인구 중 이 제도의 혜택을 받고 있는 노인 비율은 14.0% 정도로 추정된다. 특히 의료보호제도의 핵심인 1종 대상자 중 33% 이상을 65세 이상 노인인구가 차지하고 있는 것을 볼 때, 이 제도가 노인 의료보장면에서 담당하는 역할이 크다는 것을 알 수 있다(표 17).

2) 급여의 종류 및 수준

의료보호에 있어서 급여로 주어지는 것은 의료보험과 마찬가지로 의료적 서비스이다. 급여의 종류는 요양(진료)급여 하나로 그 내용은 의료보험의 요양급여에 해당하는 것과 같다. 즉 진찰, 수술, 치료, 약제급여, 입원, 간

표 17. 의료보호대상자 현황 (1993)

(단위: 각, %)

	1 종	2 종	의료부조	계
전체 의료대상자 (A)	382,465	1,319,746	81,334	1,783,545
65세 이상 노인 의료대상자 (B)	127,195	189,399	4,392	328,306
B/65세 이상 노인인구 전체	33.3	14.4	5.4	18.4
	5.4	8.0	0.2	14.0

자료: 보건복지부 (1993)

표 18. 의료보호진료비 부담방법

구 분	의 래	입 원	비 고
1 종	전액무료(기금부담)	전액 무료(기금부담)	보호진료범위 및
2 종	1차 진료기관 외래진료시 진료당 1,500 본인 부담	본인일부부담 : 20% (10만원 초과시 대불 가능)	수준은 의료보험과 동일

자료: 보건복지부, "보건사회백서", 1996

호 및 이송 등의 서비스이다. 급여는 실제로 서비스로 제공되지만 그러한 서비스 비용의 일부(보험료)가 의료보호(국고)에서 지불되는 것이므로 의료보험에서의 보험료 정도를 급여수준으로 볼 수 있다.

의료보호에서도 의료보험과 마찬가지로 진료비의 본인부담이 있는데, 표 18.과 같이 진료비의 부담은 1종보호대상자와 2종보호대상자에 차이를 두고 있다. 1종보호대상자는 외래, 입원진료 구분없이 전액을 정부에서 부담한다. 2종보호대상자는 1차 진료기관 외래진료의 경우에는 진료당 1,500원을 본인이 부담하고, 나머지는 정부가 부담하며 입원진료비의 경우에는 정부와 본인이 80%와 20%씩 각각 부담하되, 생계유지가 곤란한 생활보호대상자인 점을 고려하여 본인부담분이 10만원 이상인 경우 10만원 초과분은 정부에서 대불하여 준 후 무이자로 1년에서 3년에 걸쳐 분할상환하도록 함으로써 국가에 대

한 의타심 배제 및 자활의지를 고취시키고 있다.

3) 전달체계

(1) 진료전달체계

의료보호의 진료전달체계는 전국을 57개 진료지구로 구분하고 있다. 각 진료지구에는 1, 2차 진료기관이 지정되어 있고 3차 진료는 지구의 구분없이 전국적으로 12개의 국·공립병원이 지정되어 있어 의료보호대상자는 3단계의 진료전달체계에 의해 진료를 받게 되어 있다. 1차 진료기관은 보건소, 보건지소, 보건진료원 등 보건기관과 의원급의 병원이고, 2차 진료기관은 국·공립병원, 민간병원 등이다. 이러한 의료보호 지정 진료기관은 1988년도에 총 8,826에 불과하던 것이 1996년 3월 현재에는 총 10,557개소가 있다. 한편 진료전달체계를 그림으로 나타내면 그림 1.과 같다.

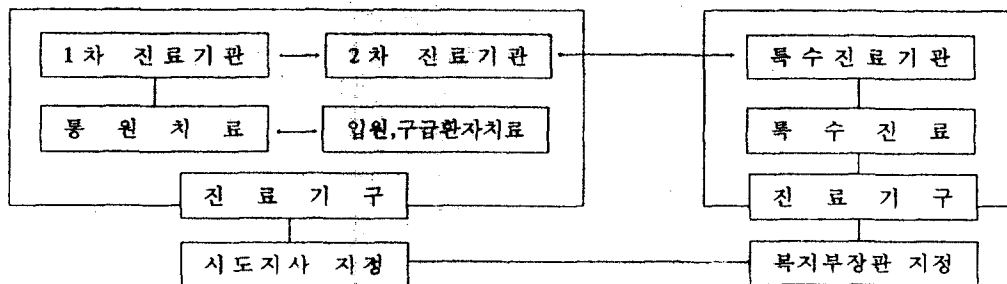


그림 1. 의료보호의 전달체계

(2) 진료비 청구, 심사, 지급체계

진료비의 청구, 심사, 지급은 외래와 입원을 구분하여 별도 관리하고 있다. 외래진료비는 의료보호 지정 진료기관이 관할 시, 군, 구에 청구하면 시도 단위로 구성된 의료보호심의위원회 심의를 거쳐 진료비를 지급받게 되며, 이 때 진료기관이 지정, 개설한 은행계좌로 지급된다.

입원진료비는 종전에는 외래의 경우처럼 관할 시, 군, 구에 청구하면 시, 군, 구는 이를 취합하여 의료보험조합연합회에 심사를 의뢰, 의료보험조합연합회 회의의 심사결과에 의거 시, 군, 구가 진료기관에 진료비를 지급해 왔었다. 그 결과 심사기간이 장기화 됨에 따라 의료기관이 불이익을 받았으나 현재는 이러한 문제점을 해소하기 위해 진료기관이 의료보험조합연합회에 직접 진료비를 청구하고, 심사 결과를 연합회가 시, 군, 구에 통보하여 시, 군, 구가 그 결과에 의거 진료비를 지급하는 방식을 취하고 있다.

4) 재원 부담

의료보호의 재정은 국고와 지방비에 의하여 상당부분 부담되고 의료보호 수혜자 자 지불하는 일부의 본인 부담금으로 일부분 부담된다.

3. 노인 대상 의료서비스

노인에 대한 의료보장 서비스는 의료보험과 의료보호에 의해 이루어져야 하는데 이는 사실상 매우 어려운 일이다. 따라서 기본적인 의료서비스는 이 두가지 제도에 의하여 보장 받아야 하겠지만 항상 관찰과 예방을 필요로 하는 노인에 대한 서비스가 필요하다.

우리나라에서는 노인을 대상으로 하는 기타 의료서비스로는 1991년 현재 65세 이상의 저소득층 노인을 대상으로 하는 무료건강진단과 기동불능 노인에 대한 가정보호로 인해 야기되는 부양자의 경제적, 정신적 부담을 경감시키고 전문적인 의료서비스를 제공하기 위하여 설비요양시설 7개소를 설치운영하고 있으며, 노인의 장기진료로 인한 의료비 부담을 경감시키고 부족한 병상문제를 해소하기 위하여 가정간호제도 시범사업을 실시하고 있고 가정 및 지역사회내에서의 노인부양기능을 증진시키기 위해 가정봉사원제도를 1987년부터 시범사업으로 실시하고 있다.

1) 노인건강진단제도

무료건강진단제도는 노인들의 질병을 사전에 예방하여 건강증진을 도모하고자 1983년부터 저소득층 노인,

의료보호대상자 108,186명과 비의료보험대상 노인 78,557명 등 총 186,743명의 노인을 대상으로 처음 실시되었다. 적용대상은 시군구관내에 거주하는 65세 이상 노인으로서 건강진단 희망자(전년도 진단 노인은 제외)로 저소득층 노인을 우선으로 하고 기타 시군구청장이 진단이 필요하다고 인정하는 자를 대상으로 하고 있다. 무료건강진단제도로 진단을 받은 노인은 표 19와 같이 1983년 65세 노년층의 11.6%에서 점차 감소하여 1988년까지 전체 노인의 9.9%에 이르고 있고 1995년 현재에는 현저히 감소하였다.

건강진단방법은 1차 진단과 2차 진단으로 구분하여 실시되는데, 1차 진단 과목으로는 기본진찰, 체능검사, 혈

표 19. 무료건강진단제도의 현황

연도	실시인원 (명)	질환노인/ 실시인원(%)	실시인원/65세 이상 인구(%)
1983	186,743	39.8	11.6
1984	198,836	41.3	11.9
1985	198,896	29.9	11.4
1986	201,627	28.8	11.3
1987	191,336	27.2	10.4
1988	188,720	27.7	9.9
1995	91,516	27.7	9.9

자료 : 보건복지부, 보건사회백서, 1986-1995
재정경제원, 한국의 사회지표, 1989, p.70

액검사, 뇨검사, 방사선 간접촬영 등이 있고, 1차 검진에서 유병상태가 확인되면, 2차 진단과목으로는 흉부질환, 순환기질환, 간장질환, 당뇨질환, 신질환, 빈혈증 등이 있다.

1991년의 경우 진단수가는 1차는 1인당 5,000원이고 2차는 1인당 4,300원으로 책정되어 있다. 한편 무료건강진단을 받은 노인 중 유병상태가 확인된 비율은 표 19와 같이 1983년 39.8%에서 1988년 27.7%로 줄어드는 추세에 있다.

진단실시기관은 시, 군, 구청장이고 검진기관은 국, 공립병원 및 보건소 또는 보건사회부령이 정하는 건강진단기관(병원급 이상의 의료기관, 의료업무를 행하는 비영리법인)이다.

2) 기타 의료서비스 프로그램

노인의료보장제도로써 이미 살펴 본 의료보험, 의료보호, 노인건강진단제도 이외에도 아래와 같은 프로그램들이 있다. 첫째, 노인요양시설 서비스이다. 노인요양시설

서비스는 건강하지 못한 노인으로서 무의무탁하거나 가족이 있어도 장기적으로 건강보호할 수 없기 때문에 전문적 간호보호의 서비스를 제공하는 장소에 장기간 입원시켜 보호하는 서비스를 말한다.

따라서 노인요양시설 서비스의 의료적 서비스라고 할 수 있다. 현재 우리나라에는 노인복지법에 노인요양시설로서 무의무탁한 노인을 위한 요양시설, 입소자로부터 저렴한 비용을 받는 실비요양시설, 그리고 입소자가 시설에서의 서비스 일체의 비용을 받는 유료노인요양원의 3종류가 있는데, 1993년 1월 현재 무료시설은 28개소, 실비시설은 14개소, 유료시설은 1개가 있다(표 20).

둘째, 가정간호 서비스를 들 수 있다. 가정간호 서비스는 현재 국가의 제도적 서비스로 제공되고 있지 못하고

표 20. 노인요양시설 현황(1993년 1월) (단위: 천명)

종 류	시 설 수	수 용 인 원
무료시설	28	1,802
실비시설	14	318
유료시설	1	20
계	43	2,140

자료: 보건복지부, 노인복지사업지침, 1993

민간차원에서 한 기관이 실시하고 있을 뿐이다. 정부에서는 1994년부터 가정간호사제도를 4개의 대학병원을 선정하여 시범적으로 실시하고 있다. 민간차원에서는 이미 1974년부터 연세대학교 원주 의과대학병원인 원주기독병원에서 처음 실시하여 오늘에 이르고 있다. 가정간호 서비스는 보건간호요원이 환자의 가정을 방문하여 가족원의 건강요구도 파악, 신체적 간호교육, 간단한 진료 서비스, 간호가족의 심리적 문제 상담 등의 서비스를 제공하는 것을 말한다. 원주기독병원에서는 1974년부터 1988년까지 가정간호 서비스를 9,000명에게 실시한 것으로 보고되는 정도이다.

셋째, 가정봉사원 서비스가 제공되고 있다. 가정봉사원 서비스는 일상생활을 영위하는 데 애로를 겪고 있는 노인들의 가정을 방문하여 말벗, 거동부축, 동행보호, 청소, 취사, 세탁, 잔심부름 등의 일상생활 전반에 걸친 다양한 서비스를 제공해 주는 것을 말하는데, 건강하지 못한 노인을 간호보호하는 서비스의 일종으로 많이 이용된다. 가정봉사원 서비스는 1900년을 전후하여 유럽의 여러 나라와 미국에서 도입되었으며, 2차 대전 이후 선진국에서 가장 보편적인 사회적 서비스제도로 발전하고 있

다. 이 제도를 도입하고 있는 대부분의 나라에서는 국가에서 가정봉사원에게 급여를 지급하는 유급제를 채택하고 있다.

우리나라에서는 1987년에 처음으로 한국노인복지회에서 자원봉사자를 이용한 가정봉사원제도를 개발하였는데 1991년까지 전국적으로 4개의 민간기관에서 약 500명의 자원봉사 가정봉사원이 활동하였다. 1992년부터 정부에서 지역사회복지관, 노인종합복지관 및 노인복지기관에 자원봉사 가정봉사원 서비스를 지원하기 시작하였는데, 1992년 현재 전국적으로 보면 167개의 지역사회복지관 및 노인복지기관에서 약 1,000명의 가정봉사원이 활동하고 있다. 그러나 정부는 현재까지 유급가정봉사원을 채용할 계획은 없고 자원봉사자를 이용한 가정봉사원 서비스 제공을 계속 추진할 계획을 하고 있다.

IV. 노인의료보장의 문제점과 개선방안

정부에 의해서 제공되는 의료보장서비스가 노인계층의 이익을 배려하고 있지 않은 점은 공통적인 노인문제를 제기하게 되는 하나의 중요한 원인이 된다. 이러한 의료보장서비스에서의 문제점은 크게 적용대상과 급여의 종류 및 수준, 서비스 전달체계 및 재원조달이라는 측면에서 파악할 수 있다.

1. 의료보험제도

1) 적용대상

1988년 지역의료보험이 실시되게 됨에 따라 우리나라 전국민이 의료보험 혹은 의료보호대상자가 될 수 있게 되어 비적용대상자의 보호 필요성에 대한 언급은 이제 의미가 없게 되었다. 단지, 저소득층의 노인이 의료보험 적용대상이 되어야 할지 의료보호의 적용대상이 되어야 할지에 대한 논의의 여지만 남게 되었다. 이러한 문제는 의료보호에서 다루어 놓았다.

2) 급여의 형태, 종류 및 수준

현재의 의료보험 및 의료보호의 급여는 노인건강의 특성을 전혀 고려하고 있지 않다는 것이 문제이다. 노인은 비노인층에 비하여 유병율(상병률)이 2-3배 높고(2장 2절 참조), 질병이 만성적이고 병발적이어서 의료비용이 높은 경우가 많다. 그러므로 이러한 특성을 고려하여 60세 이상 노인의 진료비에서 자기부담율을 일반보다 낮

표 21. 지역별 의료기관 분포

(단위: %, 개소)

지역	전체	종합병원	병원	부설의원	의원	치과	한의원	조산소
시부	27,108	242	354	236	12,989	7,633	5,493	161
군부	2,665	24	86	10	1,354	671	504	16
개소	29,773	266	440	246	14,343	8,304	5,997	177

주: 결핵병원, 나병원, 정신병원은 제외
 자료: 보건복지부, "보건사회백서", 1996, p.437에서 재작성

게 책정할 필요가 있다. 그리고 노인의 경우 질병이라고 할 수 없지만 특히 청각 및 시각의 약화로 보청기 또는 안경을 착용해야 할 경우가 많은데 이에 대한 비용의 일부 또는 전부가 의료보험에서 급여될 수 있어야 할 것이다. 그리고 의료보험의 급여가 너무 요양급여에 치우쳐 있어서 노인들에게 중요한 건강진단 등의 예방급여가 실시되지 못하고 있다. 현재 예방급여는 공보의보에서 2년에 한번씩 실시되고 있으며, 직장, 지역의보에서는 전혀 예방급여가 실시되지 못하고 있는데 이것은 형평성이라는 차원에서 해결되어야 할 것이다.

3) 전달체계

첫째, 지역별·조합별로 분산되어 운영되고 있는 현행 제도는 직장조합에서 은퇴한 노인들 중 부양의무자가 없는 노인들은 지역의료보험조합에 편입되게 됨으로써 의료기관을 자주 이용할 수밖에 없는 노인인구 때문에 지역의보의 재정이 불안정해지고 보험재정을 안정적으로 유지하기 위하여 이것이 다시 높은 보험료로 전가되거나 아니면 노인의 병원이용이나 급여를 제약하는 방향으로 전가되게 된다. 이것은 일본의 경험에서도 발견된다. 따라서 조합간에 재정이전이 전혀 이루어지지 않는 현행 의보에서는 노인인구의 의료기관 이용이 상당히 제약받게 될 가능성이 높다.

이런 노인인구의 의료비 가중을 막기 위하여 현재 두가지 방안이 제시되고 있다. 이 중 하나가 직장조합을 중심으로 의료보험재정기금을 만들어 노인의료비가 많이 소요되는 지역에 노인의료비를 선별적으로 지원하자는 재정이전 방안이 있다. 다른 하나는 분산된 의보조합을 대상자 관리와 재정의 측면에서 완전히 하나의 기구로 통합하면 전국적인 수준에서 젊은 층과 노인층의 소득 이전이 가능해짐으로서 지역의보조합의 재정문제를 해결할 수 있고 따라서 일부 계층, 일부 지역에 과중하게 부담되는

노인의료비 문제 그리고 여기서 파생되는 노인들의 의료 이용제약을 근본적으로 해결할 수 있다는 방안이다.

둘째, 농어촌지역 주민들의 의료시설에의 접근이 어려운 점이 문제이다. 우리나라의 의료기관은 국가나 지방자치단체가 운영하는 국립, 도립병원, 보건소 등 공공의료기관과 대학교, 개인 등이 운영하는 민간의료기관으로 구분되어 있다. 그런데 공공의료기관은 우리나라 전체 의료기관의 20%밖에 되지 않고 나머지 약 80%의 의료기관이 민간에서 경영하는 의료기관으로 민간의료기관이 지나치게 많다, 또한 지역적으로 볼 때에도 표 21과 같이 의료기관의 88%가 도시지역에 몰려 있고 농어촌지역에는 12%밖에 되지 않아 농어촌지역의 의료문제 해결에 어려움이 많은데, 이것도 민간부분의 의료기관이 압도적으로 많기 때문이다. 왜냐하면 의사들이 경제적 수준이 높고 문화적으로 우월한 도시지역으로만 몰리기 때문이다. 보건소, 보건지소, 보건진료소 등이 농어촌에 설립되어 있으나 1차 진료기관으로서의 구실밖에 할 수 없으므로 농어촌지역에 많은 일반의료시설이 설립되어야 할 것이다. 특히 노인들의 경우는 질병이 빈번하여 의료시설 이용율이 높으므로 의료시설을 가까이서 쉽게 이용할 수 있게 되어야 할 것이다.

셋째, 현행 의료전달체계에 있어서 병원 및 종합병원 선호경향으로 의료비의 낭비, 의료공급 능력이 저하되고 있는 것이 문제이다. 고가의 의료장비사용 및 일반의료비의 상승으로 인한 의료비 상승은 결국은 의료보험료의 상승을 가져올 것이다. 의원급 시설에서 충분히 해결할 수 있는 질병의 환자가 중환자 대상으로 하는 병원으로 집중하여 의료진료의 효과능률을 저하시키고 의료비의 낭비를 초래하고 있다. 따라서 앞으로는 본인부담율의 차등을 지금보다 더욱 크게 하는 방법으로도 의료진료의 효율성을 기하여 노인들에게 더 큰 부담이 되지 않게 하여야 할 것이다.

4) 재원충당

의료보험의 재정은 가입자의 보험료, 사용자의 부담금 및 국가의 보조금으로 충당된다. 그런데 앞서서도 살펴 보았듯이 가입자가 병원 이용시 부담하는 비용 혹은 비용이 너무 높게 되어 있어 노인들의 의료이용을 제약하고 있다는 것이 문제이다. 특히 이것은 저소득층 노인에게 상당한 부담을 주고 있다. 따라서 의료보험의 전 재정을 충당하는 방법이 있어서 본인 부담금의 비율을 낮추는 방향으로 나아가야 할 것이고, 노인에게만이라도 노인보건법 등의 제정과 같은 본인 일부 부담금을 경감시키는 방법을 생각해 볼 필요가 있다.

또한 지역의료보험자들에 대한 보험료 부과상의 문제가 많이 야기되고 있다. 이는 합리적인 보험료 산정방식이 개발되지 못했기 때문에 합리적인 산정방식의 개발이 시급하다고 할 수 있다.

2. 의료보호제도

1) 적용대상

의료보호에 있어서 대상자 선정과 관련된 문제점을 선정기준의 불합리성을 지적할 수 있다. 의료보호대상자 가운데는 생활보호대상자가 포함되어 있어 생활보호제도에서 나타나는 대상선정기준의 비합리성 문제가 그대로 의료보호제도에서도 동일하게 나타나고 있다. 대상자 선정방법에 있어서의 비과학성 문제는 사회복지 전문요원들의 역할이 활발해지면서 점차 해소되어 가고 있으나, 선정과정의 전제가 되는 선정기준의 비합리성 문제는 그대로 남아 있어 실제 의료보호의 필요가 있는 저소득층이 배제될 가능성이 크다. 실제로 1990-1993년의 의료보호대상자의 변화추이를 살펴보면 총 의료보호대상자수가 393만명에서 236만 6천명으로 감소한 것으로 나타나는데, 이러한 의료보호대상자의 급격한 감소는 비현실적인 대상자 선정기준을 현실성 있게 상황조정하지 못한 채 선정과정의 전문적 엄격성만 보강한 결과 실제 의료보호필요자가 배제되면서 나타나는 문제라 할 수 있다. 따라서 이 문제의 해결방안은 전반적인 과학적 조사와 함께 현실적인 선정기준의 설정이 우선되어야 하며, 그럼으로써 저소득층 노인들을 비롯하여 의료보호제도의 보호를 필요로 하는 사람들이 배제되지 않도록 해야 할 것이다.

또한 1990년에 의료보호에서 의료보험으로, 의료보험에서 의료보호로 1년내에는 이동할 수 없도록 하는 조치

가 있었다. 1년내에 이동을 금지하게 된 것은 지역의료보험의 실시로 의료부조자의 경우 본인 부담율이 지역의료보험에 비해 높기 때문에 입원환자나 만성질환자가 있는 가구의 경우 지역의료보험에 가입하려고 하고, 지역의료보험의 가입자라 하더라도 학생이 있고(의료부조가구는 수업료 면제의 지원을 받기 때문) 몸이 아픈 가구원이 없는 가구는 의료부조자가 되려고 하는데서 기인한 것이고, 더 큰 이유 하나는 지역의료보험 재정난으로 인한 것이다. 이러한 현상이 나타나지 않게 하기 위해서는 장기적으로 보았을 때 최저생계비 이하의 전가구를 의료보호대상자로 선정하고 또한 이들 가구에겐 본인 부담제를 없애는 방향으로 나아가야지 완전히 해소될 수 있을 것이다. 단기적으로는 1, 2종은 현행 방식을 유지하고 본인 부담이 과중한 의료부조제도는 폐지하여 지역의료보험 조합에 통합시키되 본인 부담율을 인하조정(의료보험의 본인부담을 이하)하여 대상자의 진료부담에 있어서 1종은 현행대로 외래, 입원 전액무료, 2종은 외래의 경우만 약간의 본인 부담율을 부담하는 형태로 개선되는 것이 바람직할 것이다. 그리고 궁극적으로는 1, 2, 3종 의료보호를 국가에서 의료보험에 편입시켜 진료지역 제한이나 병원제한을 없게 하되 보험료를 국가에서 의료보험조합에 부담해 주거나 지원하는 방안도 검토할 만한 것이다.

자활보호 및 의료보호부조자들이 의료보호에서 의료보험으로 이동하려고 하는 것은 결국 본인 부담의 문제로 본인 부담을 의료보험 수준으로 인하하면 이러한 문제는 없어질 것이고 또한 소득증가의 사유로 생활보호대상자에서 탈락시켜야 될 가구를 그 가구가 의료보험으로 전환할 수 없어서 생기는 문제도 없어질 것이다. 지역의료보험의 재정난이 심각한 것은 의료보험의 문제이지 그러한 보험의 문제를 가지고 요보호계층인 저소득층인 저소득 노인들에게 피해가 돌아가게 해서는 안될 것이다.

2) 보호내용

우리나라의 의료보장체계가 노인의료에 대한 특별한 고려없이 일반인과 똑같은 보장내용을 가짐으로써 빚어지는 문제들을 갖고 있다. 그 대표적인 것으로 급여범위의 문제와 그에 따른 본인부담수준의 문제를 들 수 있다. 특히 이와 같은 급여범위의 제약과 그에 따라 높아지는 본인부담비율의 문제는 의료보호대상자인 저소득층 노인의 경우 그들의 건강상태나 소득수준의 특성으로 인해 의료보장혜택을 받는데 더욱 커다란 장애로 작용한다.

먼저 의료보호의 급여범위의 문제를 의료보험과 비교

해 보면 한방보호 및 약국보호가 이루어지지 않고 있다. 의료보호대상자는 노인인구나 만성질환을 가진 인구비율이 높아서 한방에 대한 욕구가 높으며 대도시의 저소득층일수록 약국이용률이 높은 것으로 나타나고 있어 의료보호대상자에게도 한방보호 및 약국보호가 이루어질 수 있도록 보호의 확대가 필요하다. 또한 노인의 경우 노화에 따른 시력 약화, 청력 손실, 치아 손실 등의 장애발생이 비노인층에 비하여 두드러지게 나타나게 되는데 이러한 신체기능상의 문제를 보완할 수 있는 장비나 장치에 대한 급여가 현재로서는 급여범위에서 제외되어 있다. 선진국에서도 의료장비의 부담 때문에 이러한 보철 보조장치에 대한 급여정도를 감소하거나 제외시켜 가고 있는 추세이긴 하지만 노인의 경우 특별히 고려되어야 할 필요가 있다. 따라서 이러한 노인의 건강특성과 의료보호대상자의 낮은 소득수준을 감안하여 의료보호대상 노인에게만이라도 보조장치들을 급여범위에 포함시킬 수 있도록 해야 할 것이다.

다음으로 의료보호에서의 본인 부담문제를 살펴보면, 의료보험의 본인부담률이 20%인데 비해 대도시에 거주하는 2종 대상자 및 의료부조대상자는 이보다 많은 30-40%의 높은 비율을 본인이 부담하도록 되어 있었다. 이러한 비합리적인 본인부담률의 책정이 그 동안 많이 지적됨으로써 의료보호의 본인부담률이 1992년부터는 의료보험의 본인부담률까지 낮추어 적용되고 있지만, 공적 부조사업인 의료보호제도에서 본인부담원칙을 적용시킨다는 점은 여전히 문제로 남아 있다.

특히 최근 진료의 선행조건으로 요구되는 고가의 검사료 등이 비보호항목이라는 점을 감안할 때 실제 본인부담률은 훨씬 높다고 할 수 있다. 따라서 앞으로 검사료가 보호항목에 포함되도록 함으로써 본인부담비율이 의료남용을 방지하면서 의료에의 접근을 막는 장애물로서 작용하지 않도록 개선되어야 할 것이다.

3) 전달체계

우리나라의 의료공급체계는 자유시장공급방식에 의존하고 있어 의료자원의 지역적 편중현상을 낳고 있다. 즉 우리나라의 전체 의료기관 중 88%가 도시지역에 위치하고 있고 12%만이 농어촌지역에 위치하고 있는데 반하여 농어촌에 거주하는 노인의 수는 전체노인의 절반이 넘고 있어 수급의 불균형을 보이고 있다. 더욱이 의료보호제도의 지정의료기관제도는 대도시일 경우 동일 진료범위가 넓으나 지방일수록 동일진료범위로 지정된 영역이 한

정적이어서 의료기관 선택의 폭이 좁을 뿐만 아니라 접근에도 시간이 걸리는 등 불합리한 점을 갖고 있다. 따라서 농어촌 노인들이 신체적으로 건강한 삶을 유지하게 하기 위해서는 의료시설의 편중현상을 변경시킬 수 있는 정책대안이 요구된다. 그리고 의료보호 지정기관의 폐지와 의료보호대상자, 특히 노인들이 보험환자에 비해 차별대우를 받지 않을 수 있도록 체계를 정비하는 것이 필요한데 그 방법으로는 진료체계를 의료보험과 같게 하는 것이 최선의 방안이 될 수 있을 것이다.

3. 노인대상 의료서비스

젊은 연령층에 비하여 의료수요가 높다고는 하지만 그렇다고 건강하지 못한 노인들 누구나가 마음대로 의료를 이용한다고 보기는 어렵다. 이러한 경향은 전국민 의료보험이 실시되어 본인 부담이 상당부분 줄어든 후에도 나타나고 있다. 따라서 노인질환의 특성을 감안하여 노인들에게 필요한 양질의 의료서비스를 최적의 수준으로 값싸게 제공하기 위하여 의료비의 경감과 노인들을 위한 합리적이고 효율적인 의료의 전달체계와 전달방안이 모색되어야 할 것이다. 그러나 우리나라는 아직 노인을 위한 보건 의료정책이 전혀 마련되어 있지 않다고 해도 지나친 말이 아니다. 현재 노인들의 보건의료대책으로 정부가 하고 있는 사업이라면 노인들을 위한 건강진단사업과 건강이 악화된 노인들을 보호하기 위한 노인요양원을 증설하려는 정도에 그치고 있다. 따라서 노인들의 의료문제를 해결하기 위해서는 다음과 같은 방안이 마련되어야 할 것이다.

1) 노인 무료건강진단제도

현재 실시되고 있는 노인건강진단 프로그램의 실효를 살펴보면, 제도구성과 제도운영상의 많은 문제점이 발견된다.

첫째, 현행 노인건강진단 프로그램은 그 제도의 목적상 전 노인계층 대상의 보편적인 프로그램임에도 불구하고 그 규정이 강행규정이 아니라 임의규정으로 되어 있어서 소득층 중심의 일부 노인들에게 한정 실시되고 있다. 노령기의 건강은 저소득층만의 문제는 아니며, 노인건강진단이 예방프로그램의 성격을 띠므로 장기적으로 비효과적임을 감안할 때, 전 노인층으로의 실질적인 대상확대를 위하여 노인건강진단 프로그램을 의무규정으로 전환시키는 것이 요구된다. 참고로 일본에서는 노인 질병에 대비한다는 측면에서 이와 유사한 노인건강진단

프로그램을 45세 이상의 사람들을 대상으로 실시하고 있다.

둘째, 이 프로그램은 질병을 사전에 예방하고 조기발견하여 보다 손쉽게 치료할 수 있도록 돕는 것을 목적으로 함에도 불구하고 조사 및 진단면에서 형식적이며 검진결과와 통보조차 제대로 되지 않고 있는 실정이다. 또한 질병의 발견 후에도 치료조치가 미흡하여 제도 본래의 역할을 다하지 못하고 있다. 그러나 노인건강진단 프로그램은 노인건강유지를 위한 의료보장측면에서 매우 중요한 프로그램이므로 그 중요성을 재인식하고 보다 정착된 프로그램 운영을 위한 노력이 수행되어야 할 것이다.

2) 노인전문 의료기관의 설치

우리나라의 의료전달체계는 자유개업주의에 입각하여 의료의 수요가 많은 도시지역에 밀집하여 있으며, 전문의 중심의 고가의 의료공급체계를 갖추고 있다. 그러나 노인질환의 경우 이런 기술집약적 진료보다는 기초적이고 간호중심의 의료로 필요로 한다. 따라서 이러한 기초적이고 간호서비스를 중심으로 하는 의료시설을 마련하여 의료비를 절감하면서 노인들의 의료요구에 부응할 수 있도록 해야 한다. 우리나라의 경우 노인인구의 증가속도가 급격하며, 만성질환 관리에 적절한 보건의료체계를 갖추지 못하고 있는 점으로 미루어 볼 때 앞으로 다가올 노인의료수요의 증가에 적절하게 대처하는데 있어 많은 어려움을 겪을 것으로 예상된다. 따라서 노인 의료수요 특히 노인의료비에 대한 부담을 경감시키고, 노인성질환의 특성과 부족한 병상문제를 해소하기 위해서는 노인만을 전문적으로 진료하는 노인전문의료기관의 필요성이 점증하고 있다.

현재 이러한 의료기관은 서울대학병원이 경기도 분당에 개원한 노인전문병원이 있으며, 보라매병원이 영등포구에 개원한 노인전문병원이 있으며, 향후 중구 신당동에 '서울 실버타워' 내 의료시설, 대전시 대덕구에 노인치매요양원 및 노인병원 등이 들어설 예정이다. 보건복지부도 노인치매전문병원의 설립 등을 적극적으로 추진하고 있으며, 서울특별시도 노인인구의 증가에 따른 노인성 질환자의 전문적 치료와 진료를 위해 1997년초 용역에 착수 1999년까지 각각 200병상 규모로 서부요양병원, 북부요양병원, 남부요양병원 등 노인전문요양병원 3곳을 건립할 예정이다. 이외에 일부 의료기관도 노인병원 설립의 타당성을 검토하고 있는 것으로 알려지고 있다. 이

는 매우 바람직한 현상이며, 또한 전국적으로 확대하여 노인들의 의료요구에 부응해야 할 것이다.

3) 지역사회 보호제도의 도입

의료의 개보협화로 노인층의 의료수요가 늘고 있으며, 노인질환은 회복이나 치료효과도 더디면서 장기간 고가의 의료로 필요로 하며 꾸준한 치료와 보호가 필요하다. 따라서 선진 여러나라에서는 노인들이 의료시설을 독점하는 것을 방지하면서 치료와 보호의 효과를 높이기 위하여 노인을 가정에서 두고 지역사회에서 보호하기 위한 노력을 경주하고 있다. 따라서 우리나라에서도 다음과 같은 지역사회보호를 통하여 노인을 위한 여러 가지의 료서비스를 제공할 수 있을 것이다.

(1) 노인 보건교육

지역사회의 노인을 중심으로 일정한 장소에 노인들을 모으거나 노인의 가정을 방문하여 노인 스스로 자신의 건강을 평소에도 지킬 수 있도록 영양, 운동, 휴양, 체중관리 등 건강생활 전반에 관한 내용을 교육하며 노인의 가족을 대상으로 노인의 건강관리와 보호방법에 대한 교육을 실시하는 프로그램을 마련할 필요가 있다. 이러한 교육은 지역사회의 의사와 간호사, 건강상담원 등이 할 수 있을 것이다.

(2) 가정봉사원제도의 확대

현재 시범사업으로 실시되고 있는 가정봉사원제도를 확대하여 건강이 나빠 일상생활에 지장이 있는 노인을 정기적으로 방문하여 청소나 음식장만, 장보기, 빨래, 집수리 등의 가사를 도와주며 생활상의 문제에 대하여 상담도 하고 정서적 위안을 주며, 방문을 통해 노인의 건강상태를 확인하여 조기에 건강의 악화를 발견하고 치료할 수 있도록 하여야 할 필요가 있다. 구체적인 서비스 내용은 환자식사 시중, 팔다리 주무르기, 목욕, 옷갈아 입히기, 이동목욕차 운영 및 서비스 제공, 보건기구의 대여 또는 지급, 기타 의료원조를 수행할 수 있을 것이다.

(3) 가정 노인 간호 보호제 도입

노인이 가정에서 간호를 받을 수 있게끔 하여 노인의 가족을 도와 노인을 간호하여 주고 노인에게 필요한 투약, 물리치료, 목욕, 식사, 일상생활 등에 대하여 상담과 지도를 하며, 가족에게 노인의 간호와 보호방법을 가르치는 제도를 도입할 필요가 있다.

지역사회에 살고 있는 재가 노인을 위해서 가정을 중심으로 서비스가 제공되는 가정간호(Home Care)체계는 첫째, 자기가 살고 있는 가정이라는 안락한 생활환경에

서 서비스가 제공됨에 따라 노인의 특수성을 감안할 때 건강유지 및 관리상 바람직할 것이며, 둘째, 시설치료의 감소를 통해서 사회적 비용을 감소시킨다는 의료경제의 효율화의 의미에서도 그 중요성이 크게 인식되고 있다. 가정간호는 포괄적인 건강관리의 한 일면으로 가정에서 개인과 가족에게 제공되는 보건서비스라 말할 수 있으며 그 목적은 건강의 유지, 증진 및 회복이 되겠으며, 특별히 독립적 기능을 최대한으로 하고 종말기 관리를 포함하여 질병에 따른 기능장애를 최소화하는데 있다.

4) 노인 요양시설의 확대

우리나라는 현재 시설에 의해서 수용받아야 할 노인의 수가 급속도로 증가하고 있고, 시설에 대한 그들의 욕구 또한 다양화되고 있음에도 불구하고 생활보호대상이며 무의무탁한 노인 중 극히 일부만을 수용하고 있는 극소수의 시설이 있을 뿐이다. 그리고 그 시설에 있어서도 50년전에 건축한 노후양로원이 전체의 30%를 차지할 정도로 열악하며, 종사자의 전문성이 부족하여 단순한 보호수용상태에 머물러 있다고 할 수 있다.

따라서 지역사회보호제도와 병행하여 시설보호가 제 기능을 담당하기 위해서는 첫째, 기존의 시설이외에 수용노인의 건강 및 경제상태에 맞게 여러 종류의 시설을 추가로 시설하되(예: 실비요양시설), 특히 요양시설은 환자의 특성에 따라 유형별로 분리 수용해야 할 것이고, 소득계층별로 그 욕구에 맞는 다양한 시설의 건립이 필요하다.

둘째, 현재의 까다로운 입소조건을 완화해 시설입소의 필요성이 있다고 판단되는 노인을 가급적 많이 수용해야 할 것이다. 장기적으로는 저소득층과 중산층의 노인도 시설이용의 욕구가 늘어날 것이므로 시설의 확대와 더불어 실비 및 유료화에 대한 대책을 강구하여야 할 것이다.

셋째, 보호수준은 매년 8-10% 상승하고 있으나 운영자 자체부담(10-20%)이 영세성에 비해 너무 높으므로 이를 10%이하로 내리고 보조금을 증액하여 운영의 현실화 속도도모하여야 할 것이다.

넷째, 시설종사자의 근로조건을 개선함으로써 전문성을 제고하는 것이 시급하다. 따라서 정부에서는 인건비 등 필요 운영비를 지원하여 이용자의 비용부담 완화로 저소득층 노인의 복지수준을 향상하고 실비노인복지시설제도의 정착을 가져올 수 있도록 다양한 제도보완을 하여야 할 것이다.

5) 기 타

재활·의료장비 비용감면제도의 도입이 필요하다. 노인들의 재활이나 일상생활에 필요한 안경, 보청기, 의치, 휠체어 같은 장비의 구입에 드는 비용을 보조하거나 싼 값에 공급하여 노인들이 보다 건강하고 활발한 사회생활을 할 수 있도록 하여 줄 필요가 있다.

V. 결 론

우리나라는 1960년대 이후 산업화와 도시화 현상의 가속화로 인한 핵가족화의 변모, 노인의 역할 상실, 인구의 고령화와 평균수명의 연장, 핵가족화로 인한 노인부양의식의 변화 및 경제적 빈곤 등으로 노인문제가 사회문제로 대두되고 있다.

오랜 세월동안 우리사회의 전통적 문화와 경로효친의 사회적 규범 속에서 우리의 노인들은 권위를 유지하며 가정이나 사회에서 절대적인 역할을 하여왔다. 그러나 현대의학의 발달과 경제성장에 힘입어 평균수명이 연장되고 노령인구가 증가되고 있는 반면 핵가족화로 인한 가치관의 변화와 이로 인한 경로효친사상의 변질 등으로 노인들은 가정과 사회에서 지위와 역할이 저하되는 동시에 빈곤, 질병, 고독 등의 노인문제가 집중되어 가고 있다.

특히 노인에게 있어서 의료문제는 무엇보다도 우선적으로 해결되어야 할 과제이다. 이는 개개인의 문제일 뿐만 아니라 국가전체 사회, 경제적 환경에 영향을 미치는 문제로서 이에 대한 사회적 대응책이 필요하며 이러한 대응책은 어느나라에서나 보여지고 있다.

우리나라의 경우 경제성장 및 의료기술의 발달은 인구의 노령화 현상을 가져왔고 가구구조의 변화(핵가족화, 소가족화)를 불러 일으켰다. 이러한 배경하에서 노인문제가 발생하고 특히 노인의 의료문제가 대두되었는데 본 연구에서는 이러한 노인의 의료문제에 대한 사회적인 대책인 노인의 의료보장에 대한 문제점을 파악하고 개선안을 마련함으로써 노년층에 대한 적절한 의료보장에 이바지함을 그 목적으로 하였다. 따라서 현행 제도인 의료보험제도와 의료보호제도를 Gilbert & Specht의 사회복지정책의 분석범주인 할당, 급여, 전달, 재정 등 4가지 차원으로 구분하여 분석하였고 우리나라의 노인의료복지서비스의 확대와 도입의 필요성에 대해 살펴보았다. 그 결과는 다음과 같다.

먼저 의료보험에 있어서, 적용대상에 있어서 현재 전

국민의료보험의 실시로 의료보험이나 의료보호대상자가 되지 못하여 나타나는 문제는 사라졌다. 그러나 제도의 운영상 노년층에 대한 특별한 급여가 없는 실정이다.

현재의 급여는 노인건강의 특성을 전혀 고려하고 있지 못하다. 노인은 비노년층에 비해 유병률이 높고, 질병이 만성적이고 병발적이어서 의료비용이 높은 경우가 많다. 따라서 노인의 진료비에서 본인부담률을 일반보다 낮게 책정할 필요가 있다. 그리고 의료보험의 급여가 너무 요양 급여에 치우쳐 있고 노인들에게 중요한 건강진단 등의 예방급여가 실시되지 못하고 있는데 이의 개선이 필요하다.

전달체계에 관하여서는 현재 방식은 조합간에 재정 이전이 이루어지지 않고 있고, 일부지역에 과중하게 부담되는 노인의료비 문제가 나타나고 있고 이에 따라서 노인들의 의료이용 제약이 나타나고 있는데 이를 완화시킬 수 있는 해결 방안을 적극 강구할 필요가 있다. 그리고 현재 놓여진 지역 거주 노인들의 의료시설에의 접근이 어려운 점이 문제이므로 놓여진 지역에 많은 일반의료시설이 설립되어야 할 것이다. 특히 노인들의 경우는 질병이 빈번하여 의료시설 이용률이 높으므로 의료시설을 가까이서 쉽게 이용할 수 있게 하여야 될 것이다.

의료보험의 재정은 가입자의 보험료, 사용자의 부담금 및 국가의 보조금으로 충당된다. 그런데 전체 재정 중 차지하고 있는 본인부담금 혹은 비율이 너무 높게 되어 있어 특히 저소득층 노인들의 의료이용을 제약하고 있다는 것이 문제이다. 따라서 의료보험의 재정을 충당하는 방법에 있어서 본인 부담금의 비율을 낮추는 방향으로 나아가야 할 것이고, 노인만이라도 본인 부담금을 경감시키는 방법을 생각해 볼 필요가 있다. 또한 많은 저소득층 노인이 적용되어 있는 지역의료보험자들에 대한 보험료 부과상의 문제는 합리적인 보험료 산정방식의 개발이 시급하다고 할 수 있다.

의료보호제도는 저소득층 노인의 의료보장이라는 측면에서 다음과 같이 개선되어야 할 것이다. 우선 적용대상과 관련하여 전국민의 10%가량으로 추정되는 최저생계비 이하의 계층을 의료보호대상자로 책정함으로써 그러한 가구에 속하게 되는 저소득 노인들에 대한 본인부담을 낮추고 양질의 의료에 대한 접근과 자유로운 의료이용을 할 수 있는 실질적인 의료보장이 이루어지도록 하여야 할 것이다.

급여와 관련하여서는 최저생계비 이하의 계층이 대상자인 의료보호사업에 있어서 그 본인 부담율이 의료보험 대상자의 본인 부담율보다 낮게 되어 있는 것이 가장 큰

문제점이라 할 수 있다. 따라서 이러한 문제를 개선하기 위해서는 단기적으로는 본인부담율을 인하조정(의료보험의 본인 부담율 이하)하여 대상자의 진료비부담에 있어서 1종은 현행대로 외래, 입원 전액무료, 2, 3종은 외래의 경우만 약간의 본인 부담율을 부담하는 형태로 개선되는 것이 바람직할 것이다. 그리고 궁극적으로는 1, 2, 3종 의료보호를 의료보험에 편입시켜 진료지역제한이나 병원제한을 없게 하되 보험료 및 본인 부담금을 국가에서 의료보험조합에 부담해 주거나 지원하는 방안도 검토해 보아야 할 것이다.

의료보호의 전달체계상의 문제는 지정기관이 제한되어 있다는 것과 병원에서의 차별대우로 인하여 대상자들이 자유로운 의료이용을 할 수 없다는 것으로 대별할 수 있는데 이의 해결책은 지정기관의 폐지와 진료체계를 의료보험과 같게 하는 안이 최선의 방안이 될 수 있다.

현재 우리나라에서 실시하고 있는 노인을 대상으로 하는 의료서비스는 거의 없는 실정으로 노인건강진단과 건강이 악화된 노인들을 보호하기 위한 노인요양원을 증설하려는 정도에 그치고 있는 실정이다. 따라서 현재 실시되고 있는 노인무료건강진단제도는 그 수혜범위를 확대하고, 치료대책을 보완하여 질병을 예방 및 조기발견한다는 본래의 목적에 충실한 제도로 변화시켜야 할 것이다. 또한 단기입원 또는 외래진료를 전문으로 하는 노인전문병원 설치를 강구하는 한편 병원과 노인 요양실의 중간형 시설인 전문진료요양시설을 확충하여 진료와 보호를 동시에 이룰 수 있는 시설이 절실히 요구된다고 하겠다. 그 외에도 가정봉사원제도, 가정 노인간호제 등과 같은 지역사회보호제도의 도입과 함께 보건소 내에 주간 노인보호소나 건강상담소 등을 설치하고, 노인진료실 및 방문간호서비스 제공 등의 실시 여건을 조성하여 보건소의 노인보건의료 기능을 강화하는 것도 실질적이고도 효과적인 의료서비스를 제공하는 기회가 될 것이다.

우리나라에서는 노인의 건강과 복지를 위한 특별법이나 10개년 계획은 고사하고 노인을 위한 보건의료정책이 전무하다고 해도 과언이 아니다. 그러나 우리나라의 노인인구비율은 1991년 현재 4.8%에 이르고 있고, 2000년에 가서는 6.4%로 예상되는 등 고령자 사회로 나아가고 있다. 따라서 정부의 적극적인 의지와 정책만이 노년층의 의료문제를 해결할 수 있는 방안일 것이므로 앞으로의 노인복지정책은 소극적이거나 수동적인 방법에서 벗어나 노인은 남이 아닌 바로 우리들 미래의 모습이라는 인식하에 이루어져야 할 것이며, 그 중에서도 노인의 특

성상 의료와 케어의 문제를 최우선으로 해결하기 위해 가칭 "노인보건법"과 같은 특별법의 제정과 함께 학문·복지·정책차원에서 종합적으로 노인문제를 다룰 수 있는 노인전문의료복지연구소의 필요성을 제언하는 바이다.

본 연구가 노년층의 의료보장을 분석함에 있어서 여러 제도를 살펴보아야 하는 관제로 세부적인 프로그램의 분석이나 대안의 제시에 있어서 구체적일 수 없었다. 이는 앞으로의 연구과제로서 남는다고 할 수 있을 것이다.

참 고 문 헌

1. 김상규, "노인복지의 체계적 연구", 경북대출판사, 1989
2. 김성순, "고령화사회와 복지정책", 홍익재, 1990
3. 김영모, "한국노인복지정책연구", 한국복지정책연구소 출판부, 1990
4. 김영모, "전국민의료보험제도의 통합일원화 방안", 1990
5. 김행범, "정부예산의 효율성 검증에 관한 연구", 인제대학교 인제논총 제9권 제2호, 685-729, 1993
6. 남은우, 류황건, "일본의 노인보건의료복지시설의 현황과 과제", 대학병원협회지, 제22권 11호, 1993
7. 노인철 외, "의료시장개방에 따른 의료서비스 경쟁력 강화 방안", 한국보건사회연구원, 1996
8. 류황건, "노인입원환자의 특성과 노인의료서비스 이용 의사에 관한 연구", 고신대학교 보건과학연구소 논문집, 1992
9. 문옥륜, "의료보험재정안정기금의 조성 및 운영에 관한 연구", 서울대보건대학원, 1989
10. 민재성 외, "한국의 노령화 추이와 노인복지대책", 한국개발연구원, 1993
11. 민재성 외, "한국의 경제사회개발 5개년 계획 : 사회보장부문계획(안)", 1991
12. 보건복지부, "노인복지사업지침", 각년도
13. 보건복지부, "보건사회 통계연보", 각년도
14. 보건복지부, "보건사회백서", 각년도
15. 서미경, "노인보건의료의 현황과 개선방안", 한국보건사회연구소, 8-18, 1995
16. 손명세, "한국의료보험 정책결정과정의 연결망 분석", 연세대학박사학위논문, 1989
17. 손준규, "유럽의 노인복지와 21세기를 향한 복지서비스", 한국사회보장학회, 1989
18. 이가옥 외, "노인생활실태분석 및 정책과제", 한국보건사회연구원, 1994
19. 이가옥 외, "아시아지역의 노인복지정책 및 노인생활실태 비교", 한국보건사회연구원, 1994
20. 이규식 외, "노인의료비 절감방안에 관한 연구보고서", 보건의료정책연구소, 1989
21. 이규식 외, "노인복지와 노인의료비 절감방안", 사회보장연구, 제5권, 한국사회보장학회, 1989
22. 이윤숙, "노인의료보장의 장·단기대책", 노인문제논문, 논설집, 1990
23. 의료보험관리공단, "의료보험통계연보", 각년도
24. 의료보험조합회, "의료보험통계연보", 각년도
25. 장인협, 최성재, "노인복지학", 서울대학교 출판부, 1987
26. 정복란 외, "생활보호제도의 개선방안에 관한 연구", 1990
27. 조유황, "한국노인의 보건의료수요 및 의료자원의 현황과 장래 예측에 관한 연구", 공중위생보고연구, 제36권 제1호, 1987
28. 재정경제원, "한국의 사회지표", 각년도
29. 재정경제원, "한국통계연감", 각년도
30. 차홍봉, "노인건강관리 정책의 현황과 과제", 노인복지정책개발 대토론회, 1996
31. 통계청, "인구주택총조사", 각년도
32. 한국가정복지정책연구소, "한국가정복지정책과 노인문제", 제1회 학술세미나 자료집, 1991
33. 한달선, "인구의 고령화와 보건의료부문의 대응", "노인복지정책의 방향 설정을 위한 연구", 한국인구보건연구원, 1989