

# 노인 의료보장제도의 개선 방안

제주한라대학 물리치료과

황 현 숙

## The Medical Insurance Program for the Elderly Person's

Hwang, Hyun-Sook R.P.T., M.P.H, M.A.

*Department of Physical Therapy, Che-ju Halla College*

### - ABSTRACT -

After providing the purpose, scope and methods of present study in the first chapter, the second chapter discusses a theoretical overview on the social implication of medical expenditure and the medical insurance program for the aged population.

In conclusion, to realize the reduction of aged population's medical expenditures, some possible plans are conceivable. Firstly, the payment level of medical insurance should be upgraded and the insurance coverage in oriental medicine treatment and the drug-store protection program need to be implemented. Secondly, the medical facilities and man-power have be expanded for the sake of reducing the social and geographical distances the aged population has to overcome to receive the medical benefits. Thirdly, the expansions of medical services for the home-stay aged are all the more required. Finally, a wide range of programs needs to be augmented to promote health for the aged population.

---

**Key Word** : Medical insurance, Elderly Person's

# I. 서론

## 1. 연구의 목적

노인이 되어 나타나는 3고 빈곤, 질병, 소외는 노인문제의 심각성을 일컫고 있다. 노인이 되어도 젊었을 때처럼 건강할 수 있다면 노인들이 겪고 있는 여러 가지 제반적인 문제들이 나타나지 않겠지만 노화로 인한 건강악화로 인하여 노인들은 여러 가지 문제에 부딪히게 된다. 현재 우리나라의 노인 의료보장제도도 대표적인 의료보험과 의료보호제도를 들 수 있다. 의료보험은 사회보험으로서 일정책의 보험료를 부과하면 급여자격이 부여되는데 반하여, 의료보호는 국가 책임의 공공부조로서 자격요건의 최저기준에 따라 본인의 신청이나 행정청의 직권조사를 통하여 의료보호의 수급권이 부여된다. 그러나 우리나라의 의료보험의 경우 의료서비스 이용시 의료보험의 혜택을 받는다고는 하지만 비급여 항목이 많고, 상당히 많은 본인 부담금을 지출해야하며, 총 진료비 중 보험 비급여액이 차지하는 비율이 높다. 의료보호제도도 역시 의료에 대한 접근성을 개인의 권리로서 보장하기보다는 국민 계층에 대한 최소한의 의료서비스 기회를 제공하는데 그치고 있다. 이러한 두 제도는 노인에게 보다 많은 의료비 지출을 요구하고 있음을 알 수 있다. 그러나 노인의 소득은 젊은 계층에 비해 적은 반면 의료이용량은 2배정도 높아 노인에게 의료비 부담은 심각한 노인문제로 제기되고 있다. 따라서 본 연구는 고령인구의 증가로 평균수명의 연장과 함께 병약한 노인인구가 증가할 것이므로 노인의 특성에 맞는 적절한 의료보장제도가 마련되어야 함에 목적이 있다.

## 2. 연구의 방법

본 연구방법은 우리나라 인구구조의 변화, 노령인구의 증가, 산업화, 핵가족화에 따른 사회여건의 변화에 따라 여러 가지 노인문제가 제기되고 그 중 중요하게 대두되고 있는 노인 의료비에 관하여 고찰하기 위하여 우리나라에서 전국민 의료보험이 시행된 1989년부터 1999년 최근까지 약 11년 간의 보건복지부, 한국보건사회연구원, 공. 교의료보험관리공단, 의료보험연합회, 대한병원협회 및 기타 연구기관 등에서 조사, 연구 간행된 통계연보, 간행물 및

내부자료와 사회복지학, 노인학 등의 관련 문헌을 바탕으로 실증적 자료에 의하여 우리나라 노인들의 질병유형, 의료이용실태 및 의료보장내용 등을 분석하여 현 상황의 문제점을 파악하고 개선방안을 모색하고자 한다.

# II. 노인의료비의 이론적 고찰

## 1. 노인인구의 변화추세 및 사회적 특성

### 1) 노인인구의 증가 추세

우리나라는 지난 30년간 유아사망률의 저하, 생활수준의 향상, 보건위생의 개선, 의료기술의 발전으로 평균수명이 크게 연장되고 이에 따라 노인인구도 급속도로 증가하고 있다. 65세 이상 노인인구가 전체인구 중에 차지하는 비율은 1960년의 3.3%에서 1995년에는 5.9%로 증가하였고 2000년이면 7.1%가 될 것으로 예측된다. 2000년부터 우리 사회는 노인인구가 전체인구 중에 차지하는 비율이 7-14%가 되는 고령화사회(aging society)가 될 것이며, 이 때부터는 노인인구의 성장률이 더욱 두드러져 2022년이면 65세 이상의 노인인구가 전체인구의 14%에 이르는 고령사회(aged society)가 될 것으로 예상된다.(최성재, 1999).

노인인구의 증가 속도가 생산연령인구의 증가 속도 보다 빠르게 진행되고 있어 생산연령인구의 노인부양부담도 증가하고 있다. 이러한 노인인구의 현재 구성비율은 약 6.6%로 일본이나 서구 선진국의 10-15%대에 이르는 것과 비교하면 아직은 낮은 수준이기는 하나 우리나라도 인구 전환에 따른 연령구조의 변화속도가 매우 빨라 급속한 노인인구 구성비의 증대 현상이 예상된다.

## 2. 노인의 의료이용과 의료비

### 1) 노인의 의료이용 현황

노인인구의 증가는 노인의 의료이용량의 증가를 가져오고 의료비용의 급격한 상승을 가져오게 된다. 노인은 다른 연령층에 비하여 상병률이 매우 높기 때문에 의료비를 이용하는 정도도 훨씬 높은 것이 사실이다. 65세 이상 노인 2백9십만8천명(전체인구의 6.3%), 87%가 고혈압 당뇨병 등 만성퇴행성질환이다(병원신보, 1998.8.24). 65세 이상 노인의 진료건수가 전체인구의 진료건수에서 차지하는 비율이

직장의료보험의 경우 1990년 4.8%에서 1993년 6.5%, 1996년 8.5%로 지속적인 증가하고 있다. 동기간동안 공·교의료보험은 1990년 7.4%에서 1993년 9.0%, 1996년 11.5%로 지역의료보험은 1990년 4.9%에서 1993년 5.8%, 1996년 7.4%로 증가되었다.

노인의 각 진료건당 진료일수도 전체인구에 비하여 길게 나타나고 있다. 즉 전체인구의 건강진료수가 직장의료보험의 경우 1996년 5.56일인데 비하여 65세 이상 노인은 9.62일이며, 공·교의료보험은 5.88일과 9.57일, 지역의료보험은 5.53일과 9.26일이다(의료보험연합회, 1997).

65세 이상 노인인구의 의료비가 전체 의료보험에서 차지하는 비율로 직장의료보험의 경우 1993년 10.5%에서 1996년 13.6%로 급격히 증가되었다. 공·교의료보험도 같은 기간 14.5%에서 18.4%로 증가되었고 지역의료보험은 1993년 9.1%에서 1996년 9.41%로 증가되었다.

노인 1인당 일당의료비는 전체 연령층보다 빠른 속도로 증가하고 있으며, 연령이 증가할수록 그 증가폭이 크게 나타나고 있다. 1985년에서 1993년 사이에 직장의료보험에서 65세 이상 노인인구의 의료비 증가율은 298.2%로 전체인구의 의료비 증가율인 214.2%보다 무려 84%가 높다. 공·교의료보험의 경우는 217.0%와 325.2%, 지역의료보험은 363.7%와 406.9%이다.(병원신보, 1998.8.24)

## 2) 노인 의료비

우리나라 노인들은 그들이 안고 있는 의료요구에 비하여 실제로 병원을 이용하는 비율은 예상외로 적다. 의료요구가 있음에도 불구하고 병원을 이용하지 않는 이유는 치료비를 부담할 능력이 없기 때문이고 또 하나는 만성퇴행성질환을 가진 노인들이 병원에 가 보았자 나올 것 같지 않다는 생각을 가지고 있기 때문이다.(조혜정, 1998).

특히 우리나라에서 돈이 없어서 병원을 이용하지 못한다는 노인이 30.0%를 상회한 것으로 알려져 있다(병원신보창간 심포지움, 1996). 우리나라는 노인에 대한 별도의 의료보장이 시행되고 있지 않은 상황에서 다른 연령층에 비하여 의료비가 높다. 노인의 의료비가 높은 원인은 다음에 기록한 '노인의 특성'에 있다.(福井 順, 1997) 노인은 병에 걸리기 쉽다. 병에 걸리면 만성화되기 쉽다. 병을 가지고 있는 비율이 높다. 신체의 각 부분이 동시에 병이 걸리기 쉽다. (혈압이 높다 → 내과, 이가 아프다 → 치과, 소변보기 힘들다 → 비뇨기과 ... 등) 따라서 각과의 진료

소와 병원에서 진료 받는 비율이 높다. 증병에 걸리기 쉽다. (재택치료가 힘들어 입원이 필요한 경우가 많다.) 연령적으로 한계가 있어 사망률이 높다. 따라서 1인당 의료비가 높아지기 쉽다.

### (1) 만성질환으로 인한 의료비 부담

1998년도 전국 노인생활실태 및 복지욕구도 조사에 의하면 노인들에게 가장 유병률이 높은 질환은 관절염인 것으로 나타났다. 관절염이 있는 노인 중 84.4%가 일상생활에 지장을 받고 있으며 이러한 만성질환별 유병 기간은 긴 것으로 나타난다. 이것은 곧 노인에게 의료비 부담을 주게 되는 것이다.

첫째로 지역·연령별 만성질환으로 인하여 노인이 겪고 있는 가장 어려운 점은 진료비나 약값이 많이 들어 경제적으로 어렵다고 36.3%가 지적하고 있다.

두 번째로 교통문제로 어려움을 겪고 있는 노인은 8.6%로 이것은 읍·면지역에 거주하고 있는 노인의 경우 교통 자체가 불편할 수 있고, 또한 연령이 많아질수록 이동성이 떨어져 교통문제가 어려움이 되는 것으로 사료된다. 한편, 의료기관에 갈 때 도와 줄 사람이 없어 어렵다는 노인이 4.8%, 간호와 수발해 줄 사람이 없어 어려움을 겪고 있는 노인이 4.1%로 연령이 증가할수록 간호와 수발인력의 필요성이 증대하는 것으로 해석된다.(정경희 외, 1998.)

### (2) 고액진료비

노인 의료비의 증가는 노인에 대한 의료서비스가 고가의 의료기술 및 약제를 요구하는 질적인 요인보다는 노인인구의 증가와 의료보험 적용범위의 전면 확대에 대한 양적인 요인이 더 크게 작용한 것으로 나타나고 있다(서미향, 1995). 성별로 구분하여 연령별 고액진료건 발생을 보면 60대까지는 전체적으로 남자의 고액질환이 여자보다 훨씬 많음을 알 수 있으나, 70세 이상 연령층에서 여자 고액진료비가 많은 이유는 피보험대상자(18만명)가 남자(10만명)보다 많기 때문이다. 또 외래 고액진료를 성별로 구분하여 연령별 고액진료건 발생을 분석하면 특이한 양상을 취하고 있는데, 20대 이전 연령계층에서는 남자가 여자보다 고액진료가 발생이 많은 것으로 나타났으나 50대 이후 연령층에서는 여자가 남자보다 고액진료건이 훨씬 많은 것으로 분석되었다.

## Ⅲ. 노인 의료시설의 현황

노인요양시설은 노인복지법에 의해 설립·운영되고 있는 <표 1>과 같이 노인일반요양시설, 노인전문요양시설 및 노인전문병원이 주축을 이루고 있다.

<표 1> 노인 유료복지시설의 유형<1998> (단위: 개소)

대상 노인 기준	설립목적	시설수	
노인일반 요양시설	무료 생활보호대상 노인 실비 저소득 65세이상 노인 유료 일반소득 노인	노인성질환으로 인한 요양을 중심	60 13 4
노인전문 요양시설	무료 생활보호대상 노인 유료 일반소득 노인	치매, 중풍 등 중증 노인성 질환으로 인한 요양을 중심	12 -
노인전문병원 <sup>2)</sup>	모든 노인환자	노인성질환의 치료 및 요양	7

주: 1) 도시근로자 1인당 월평균소득(572,403) 미만에 해당하는 노인임

2) 1997년 노인복지법 규정에 의해 노인병원으로 허가 받은 시설에 한함. 이 외에 유사한 기능을 하고 있는 시설로는 종합병원부설의 노인병센터 형태가 2개소 있음.

자료: 보건복지부, 『1999년도 노인복지 국고보조사업 안내』, 1999

1998년말 현재 전국에 노인일반요양시설은 77개소(이 중 무료시설이 60개소), 노인전문요양시설은 무료시설만 전국에 12개소, 노인전문병원은 7개가 있다(보건복지부, 1999).

현재 운영되고 있는 요양시설을 중심으로 살펴볼 때, 문제점으로 지적되고 있는 현상으로는 무료요양시설의 입소 노인 중에 58.5%가 의료서비스를 필요로 한다거나, 무료요양시설의 입소노인 중에서 8%가 건강한 노인이라는 점이다(선우 덕, 1999). 이와 같은 현상은 시설 운영의 효율성을 떨어뜨릴 수 있다.

노인양로시설과 노인요양시설에는 건강한 노인, 건강한 자 않은 노인이 혼합 수용되어 있고, 노인의 질병의 종류 및 상태가 다양하여 체계적인 서비스 제공에 어려움이 있다. 그러므로 양로원의 수 및 규모를 현재보다 축소시켜서 양로원에는 건강한 노인만을 수용하고, 질병이 있거나, 거동이 불편한 노인은 요양시설에 수용해서 보다 효율적이고 전문화된 의료서비스를 제공받아야 한다.

#### IV. 재가 노인 의료 서비스의 현황

### 1. 재가노인 의료서비스의 현황 및 문제점

재가노인서비스 프로그램은 지역사회에 거주하는 노인의 서비스 욕구와 인구학적 특성 및 지역보호체계(community support system)에 따라 다양하게 개발되고 있다. 현재 고령노인을 위한 국내 재가노인서비스는 노인복지법(제20조), 사회복지법(제2조), 의료법(제56조) 등의 법적 근거에 의하여 실시되고 있다.

#### 1) 방문의료 서비스

방문의료 서비스는 현행 노인복지법상 재가노인복지 사업으로 규정되어 있지 않으나 재가노인복지 서비스에 있어서 핵심적이라 할 수 있다. 방문간호 서비스는 노인의 가정을 의사나 간호사가 방문하여 질병을 진료하거나 간호 서비스를 제공하는 것을 말한다. 방문의료 서비스의 유형은 네 가지로 분류 될 수 있다.

##### (1) 보건소의 방문간호서비스

가정에 있는 환자를 위한 방문의료서비스는 오래 전부터 보건소의 보건간호사가 가정방문을 통하여 환자의 간호 및 관리, 가족의 교육과 상담을 제공하고 왔다. 1995년 현재 서울시를 비롯한 32개 지역의 보건소에서는 지역보건계 또는 방문보건계를 설치하고 방문간호사업을 설치하고 있다.

##### (2) 간호협회의 가정간호서비스

대한간호협회 서울시 지부에서는 1993년부터 고려대학교 구로병원, 도봉구 보건소, 한국보훈병원 등과 연계하여 주로 조기퇴원환자 및 만성병환자를 대상으로 전문교육을 받은 가정간호사를 활용하여 유료가정간호서비스를 제공하기 시작하였다. 1995년 현재 가정간호사 방문 1건당 2만 5000원의 비용을 환자가 전액 부담하고 있다. 그러나 간호협회는 무료가정간호서비스도 제공하는데 서비스를 받는 대상은 보건소를 비롯하여 시립병원, 사회복지관 등에서 의뢰받은 환자들이다.

##### (3) 병원 중심의 방문간호서비스

주요 대상자는 병원에서 수술 후 조기퇴원환자, 중증질환자, 만성질환자, 장기입원이 어려워 가정에서 치료를 받고 싶어하는 환자, 또는 주치의나 담당의사가 의뢰한 환자 등이다. 병원 중심의 가정간호서비스는 유료사업으로 실시되고 있다.

##### (4) 지역사회 방문의료서비스

지역사회 중심의 방문의료서비스는 주로 지역사회복지관, 노인종합복지관 등을 통하여 제공된다. 노인을 위한 방문의료서비스는 각 복지관의 재가노인서비스의 중요한 사업으로 실시되고 있다. 현재 서울시에서 지원하고 있는 남부노인종합복지관이나 북부노인종합복지관에서는 의료인력(축탁의사, 간호사, 물리치료사 등)을 고용하여 주로 저소득층 노인을 대상으로 방문의료서비스를 제공하고 있다.

2) 건강관련 재가노인복지서비스

<표 2>에서 보듯이, 재가복지서비스는 3대 서비스라 할 수 있는 가정봉사원 파견 서비스, 주간보호서비스, 단기보호서비스를 주축으로 하고 있는데 주요 서비스 내용이 식사시중, 목욕, 병원안내, 여가생활서비스 등으로 보건의료서비스를 직접 제공한다고 보다는 건강수준을 유지 시켜 주기 위한 목적으로 제공되고 있다고 볼 수 있다.

<표 2> 건강관련 재가복지서비스의 내용 (1998년)

서비스 내용	보호기간 및 대상	시설수 (개소)
가정봉사원 서비스	재가에서 주당 2회 (생활보호대상노인 중심)	52
주간보호 서비스	낮동안 (저소득 노인 중심)	31
단기보호 서비스	2-3일 또는 10-15일 (생활보호대상노인 중심)	15

자료: 보건복지부, [1999년도 노인복지 국고보조사업 안내], 1999.

그런데 가정봉사원서비스를 제공받는 노인의 약 1/5은 중증질환 노인이라는 점, 주간보호서비스를 제공하는 조사대상 27개 시설 중 16개소와 단기보호서비스를 제공하는 조사대상 11개 시설 중 8개소가 치매노인을 보호하고 있다는 점을 감안한다면(선우 덕, 1999), 우리나라의 재가노인복지서비스 대상은 치매 등 중증질환 노인이 많은 비중을 차지하고 있어 보건의료적 욕구는 높다고 할 수 있으나, 이들 재가복지시설에서 제공하는 보건의료적 서비스는 상당히 미흡한 것으로 판단된다. 앞으로 의료보험 급여확대가 이루어지게 되어 이들 노인이 제도권 안으로 들어오는 경우에는 건강관련 노인의료비용의 문제가 크게 대두하리라 보여지므로 이에 대한 대책 마련이 필요하다.

(1) 가정봉사원 파견 서비스

가정봉사원 파견 서비스는 '신체적, 정신적 장애로 일상생활을 영위해 나가기 곤란한 노인이 있는 가정에 가정봉사원을 파견하여 노인의 일상생활에 필요한 각종의 편의를 제공하여 지역사회안에서 건전하고 안정된 노후생활을 영위하도록 하는 사업'(노인복지법 제 20조 2의 정의)을 말한다. 정부가 지원하는 가정봉사원 파견 서비스는 자원봉사자에 의하여 제공되고 있으며 서비스의 대상은 원칙적으로 60세 이상이며, 생활보호대상자나 저소득층 노인이 정부지원을 받는 사회복지단체로부터 서비스를 받는 경우는 65세 이상이어야 한다.

한국노인복지회 및 사회복지관의 조사결과에 의하면, 노인들이 가정봉사원으로 부터 받고 있는 서비스로는 '말뱃' 등 정서적 지지가 가장 높게 나타나고 있고, 다음으로 는 취사, 세탁, 청소 등의 가사원조 서비스로 나타나고 있는 점으로 미루어보아, 우리나라의 가정봉사원 서비스는 대체로 우애방문(friendly visiting)의 성격을 강하게 띠고 있는 것을 알 수 있다.(이가옥 외, 1994) 그러나 1989년 한국노인복지회에서 노인 및 가정봉사원을 대상으로 하여 가장 필요한 서비스를 질문한 조사결과 노인 및 가정봉사원 모두 가장 원하는 서비스를 '건강관련 서비스의 확대'로 응답하고 있다. 이러한 조사결과는 가정봉사원 서비스가 일상생활을 영위하는 데 어려움이 있는 노인들에게 보다 구체적인 수발, 건강유지 방법 등에 도움을 줄 수 있는 서비스 중심으로 제공될 필요가 있다는 것을 보여주고 있다.

(2) 주간보호 서비스

허약한 노인이 낮시간 동안 주간보호(탁노소)에 통원 또는 방문하여 이용하는 서비스를 말한다. 1992년부터 서울에 3개소(한구노인복지회, 은천노인복지재단, 천사양로원)를 시범적으로 운영하여 오다가 1994년에 부산에 2개소(남광사회복지재단, 애광원), 경기도에 1개소(신양원)를 신설하여 6개소가 되었고 1998년 현재는 31개소가 운영되고 있다. 구체적인 서비스 내용은 생활지도 및 일상동작 훈련 등 심신의 기능회복을 위한 서비스 급식 및 목욕 서비스 취미, 오락, 운동 등 여가생활 서비스 장애인 가족에 대한 교육이다.

(3) 단기보호 서비스

장애노인을 모시고 있는 보호자가 휴가, 질병, 해외출장, 출산 등 부득이한 이유로 일시적으로(며칠에서 몇 주일 정도) 모시지 못할 경우 노인을 단기보호소에 입소시켜

보호하는 것이다. 1992년부터 대구(성산노인양로원), 인천(영락요양의 집), 광주(벨엘타운), 충북(성암안식원), 전북(성예요양원), 전남(선화간병요양원)의 실비양로·요양시설 6개소를 중심으로 시범적으로 운영하여 왔으며, 1998년 현재 15개소의 단기보호사업소가 운영되고 있으며 서비스의 주요 내용은 급식, 물리치료 기타 일상생활에 필요한 편의를 제공하고 있다.

노인의 대부분은 질병을 앓고 있어 의료서비스를 필요로 하고 있다. 그러나 재가사업소인 단기보호사업소와 주간보호사업소는 노인에게 보호기능(수발)만을 제공하게 되어 있어(노인복지법 제20조의 2), 노인들에게 필요한 치료 및 간호, 재활서비스를 적절히 제공하지 못하고 있는 실정이다. 따라서 노인들에게 필요한 치료 및 간호, 재활서비스의 제공이 시급한 시점에서 장기적으로는 노인들의 질병의 정도 및 종류에 따른 다양한 주간 및 단기보호소를 설치하여야 하고, 우선적으로는 가정방문간호사를 노인 주간보호소와 단기보호소에 파견하여 적절한 의료서비스를 제공하여야 한다( 김수춘 외, 1995).

## V. 노인 의료보장제도의 개선 방안

### 1. 의료보험 급여 수준의 향상

노인의 진료비는 고액이 되는 경우가 많으므로 자기부담액도 상대적으로 고액이 된다. 노인 의료비의 절약이라는 목적을 달성하는 데에는 현재와 같은 고액의 자기 부담이 어느 면에서 효과적일지 모르지만, 고액 의료비 부담은 노인의 의료서비스 이용 기회를 감소시켜 노령기의 신체적 건강 유지라는 목표를 달성하지 못하게 된다. 그러므로 현행의 의료보험제도는 노인의 경제적 특성을 고려하고 노인질환의 특성을 고려하여 상당히 높은 자기 부담률을 현재의 수준보다 낮추는 것이 바람직하다. 특히, 비급여 항목 중 노인들에게 많이 적용되는 부분은 보청기, 의수족 등의 재활용품 및 안경 등의 장구, 치료용이 아닌 보철 등의 치과서비스, 진찰, 입원 침 등과 일부 약제를 제외한 한방서비스, 간병서비스 등으로 이러한 부분에 대한 보험급여의 확대가 이루어져야 하겠다(김수춘 외, 1995).

#### 1) 노인 보조기 보험급여

노인 의료비는 비노인층에 비하여 2배 정도에 이르고 있기 때문에 노인 개인이나 가족에게 큰 부담이 되고 있다. 따라서 의료보험과 의료보호에서 지급되는 노인 의료비의 비율을 높이고 자부담률을 낮추는 것이 바람직하며, 신체적 기능 퇴화로 인하여 노인이 되면 필수적으로 필요한 안경, 보청기, 틀니 등이 현재 의료보험과 의료보호 지급항목에서 제외되고 있는데 70세 이상 노인에게 단계적으로 몇 년에 한 번씩 의료보험과 의료보호 비용에서 지급할 수 있어야 한다.

#### 2) 한방 의료보험의 급여범위 확대

한방의료기관을 이용하는 환자의 주요 상병이 중풍, 요통, 관절통 등으로 노인의 만성질환 특성을 갖고 있고, 노인들이 선호하는 요양기관이 한방의료기관임을 볼 때 한방 의료보험의 급여범위 확대에 노인의 의료비를 절약할 수 있으리라 본다.

한방급여의 범위가 진찰, 침, 구·부항 및 엑스선제 중심의 투약으로 매우 제한적이므로 침약 중 치료제에 대하여 보험적용이 필요하다. 그러나 침약의 급여화는 한약재의 표준규격화의 정착, 한약의 안전성 확보(독성, 중금성 및 농약 잔류량 등) 등과 같은 기본적인 여건이 갖추어진 후 중장기적으로 추진되어야 한다.

#### 3) 한방보호제도 및 약국보호제도의 도입

의료보호 급여는 의료보험에 비해서 더 열악하여 요양급여와 분만급여 등의 현물급여만 제공하고 있어 요양급여 범위가 대단히 제한적이다. 생활수준이 낮은 집단의 유병률이 높음에도 불구하고 병·의원 이용률이 낮다. 이것은 현행 의료보장제도가 저소득층의 의료이용의 경제적 장애를 적절하게 제거하지 못하고 있음을 제시하고 있다. 의료보호대상자는 노인인구나 만성질환을 가진 인구비율이 높아져 한방에 대한 욕구가 높으며, 대도시의 저소득층일수록 약국 이용률이 높은 것으로 나타나고 있어 의료보호대상자에게도 한방 및 약국보호가 이루어질 수 있도록 보호범위를 확대할 필요성이 있다.

#### 4) 간병비용의 조달대책

전체 의료비에서 의료보험으로 부담하는 비율은 50% 미만으로, 반 이상의 의료비를 환자와 그 가족이 부담하고 있는 실정이다. 이는 의료보험에 적용되지 않는 비급여부

분이 많은 것이 그 원인으로 의료보험 급여범위의 확대가 필요함을 나타내고 있다. 특히 비급여항목중 노인들에게 많이 적용되는 간병서비스를 의료보험 급여항목에 포함시키는 방안이 필요하다 하겠다.

65세 이상 노인의 간병비를 의료보험에 포함시킬 경우 간병비는 최소 1년에 약 2백18억이 소요되며, 현행 의료보험에서 보험자부담비율인 80%를 적용하면 보험자 부담액은 1년에 약 1백75억(17,504,606,400원)으로 입원노인 1인당 절감되는 비용은 최대 28,800원이다. 그러나 막대한 간병비를 현행의 의료보험에서 부담하는데는 한계가 있으므로 단기적으로는 생활보호대상자에 대한 간병비만을 국고 및 지방비에서 보조해 주고, 장기적으로는 간호조무사 및 자원봉사원의 활성화를 통해 간병업무를 분담하게 하는 등 이를 의료보험 급여항목에 포함시키는 연구가 필요하다 하겠다.

## 2. 노인 의료시설의 확대

노인이 의료서비스를 받는데 있어 접근성의 저하와 의료시설의 부족으로 인하여 농어촌 지역의 노인들은 상대적으로 도시지역 노인에 비해 의료서비스를 적절하게 제공 받지 못하고 있고, 또 현재의 의료보험제도에서는 요양시설에의 보호에 대해서는 비용을 지급해 주고 있지 않기 때문에 질병을 있는 노인을 간호, 보호하는데 노인 개인이나 가족의 부담이 커지고 있다. 요양시설에서의 보호비용을 일반의료보험에서 장기간 계속적으로 지급하게 되면 그 비용의 부담이 커져 의료보험 기금의 안정성에 문제가 발생할 것이므로 지급기간을 1년 정도로 정해 지급해 주는 것도 바람직하다.

### 1) 농어촌 지역의 의료시설 및 의료인력 확대

보건의료인력과 시설이 주로 도시와 경인지역에 집중되어 있다. 재정적, 지리적, 사회문화적인 이유로 인하여 노인들에게 필요한 보건의료서비스를 제공받는데 장애를 받아서는 안된다. 개인은 필요한 시간과 장소에서 의료를 이용할 수 있어야 한다. 이것은 형평성(Equity)과도 연관된다. 농어촌 지역에 거주한다는 이유로 의료시설과 의료인력의 부족으로 인하여 적절한 때에 의료서비스를 받지 못한다면 노인의 질병을 키울 수 있는 것이다. 그러므로 농어촌 지역에 의료시설과 의료인력을 정부가 적극적으로

개입하여 확대하는 방향을 모색해야 한다.

### 2) 사적 및 장기요양보험 제도의 도입

노인 양로시설과 노인 요양시설에는 건강한 노인, 건강하지 않은 노인이 혼합 수용되어 있고, 노인의 질병의 종류 및 상태가 다양하여 체계적인 서비스의 제공이 어렵다. 그러므로 효율적인 의료서비스를 제공하기 위해서는 노인의 질환 상태에 따른 전문화된 요양시설을 설치하여 요양시설에서의 보호비용은 사적 및 장기요양보험을 도입하여 1년 이상의 요양시설에서의 보호비용에 대한 노인이나 가족의 부담을 덜어 주어야 한다.

### 3) 중간시설 도입

노령화에 따른 의료비, 특히 국민의료비 증가를 억제하려는 의도이다. 평균적으로 보면 병원입원비에 비해서 중간시설에서의 수용자 1개월당 비용은 매우 싸다. 일본의 경우 병원에 비해 55-75% 수준이며, 미국의 경우 16% 수준에 불과하다. 즉 병원보다는 비용이 적게 드는 입소형의 중간시설에 들어가도록 재가양호, 재가간호를 지원하는 중간시설을 만들어서 재가요양, 간호를 많이 제공하도록 하는 것이 필요하다.

이러한 노인복지 실천방법이 바로 '지역사회 주민은, 지역사회내에서, 지역사회에 의하여 보호한다'는 지역사회보호(community care) 및 지역주민참여의 구체화 작업이라고 할 수 있을 것이다. 뿐만 아니라, 서비스를 필요로 하는 노인이 가정에서 가장 가깝고 익숙한 장소에서 서비스를 받을 수 있게 함으로써 시간적, 경제적 부담을 경감할 수 있다는 장점을 최대한 살릴 수 있는 것이다(장병원, 1995).

## 3. 재가노인 의료서비스 증대

장기간에 걸친 관리를 필요로 하는 만성병 중심의 현대 질병은 입원 치료 보다 방문의료를 통한 정기적인 재가보건의료서비스의 공급이 바람직하다.

노인환자들은 기술 집약적 의료를 이용하더라도 완치가 어렵고, 간호를 포함한 기초진료를 장기간 요하는 경우가 많으며, 중국에는 사망에 이르는 길도 많을 것이다. 이러한 노인환자들에게는 기술 집약적 진료를 중심으로 하여 운영되는 현재의 병원이 적합하지 못한 경우가 많다. 어떠

한 의학적 조치로도 회복시킬 수 없는 상태에 이른 중말기 환자나 장기간의 간호와 요양을 요하는 노인환자가 현재의 병원을 이용하는 것은 사회적으로 볼 때는 병원시설의 비효율적 활용이 되는 셈이고, 개인적으로는 부적절한 의료를 받으면서 고가의 비용을 지불하는 결과를 낳게 된다. 따라서 자기가 살고 있는 가정이라는 안락한 생활환경 속에서 서비스를 받음으로써 노인들의 건강유지 및 기여하고, 병원과 같은 시설을 통한 요양 수요를 감소시킴으로써 사회적 비용은 경감시키는 것이다(박영희, 1996).

그러나 핵가족화와 여성취업의 증가로 가족들에 의한 노인의 간호가 매우 어렵게 되었다. 따라서 만성질환 노인에게 적절한 의료서비스를 제공하기 위하여 방문 의료서비스와 건강 관련 재가노인복지 서비스는 좀더 구체적이고 다양한 방법으로 활용되어야 할 것이다.

### 1) 방문 의료서비스 확대

노인복지법상 재가노인복지 서비스의 종류는 세 가지로 제한되어 있고, 어떤 의미에서 가장 중요한 서비스인 건강보호 서비스 즉 방문의료 서비스가 제외되어 있는 것이 문제이다. 노인의 욕구 정도와 수준 그리고 정부의 재정 능력에 따라 서비스의 종류도 제한될 수 밖에 없는 현실성을 인정하더라도 선지국의 경우처럼 주로 많이 제공되고 있는 방문 의료서비스는 우리나라에서도 재가노인복지 서비스의 주요 사항으로 편입되어야 할 것으로 사료된다.

현재 우리나라의 방문 의료서비스는 의료법에 의해 네 가지 형태로 제공되고 있다. 보건소에서 제공되는 방문간호사업, 간호협회에서 제공되는 가정간호사업, 병원중심의 가정간호사업, 그리고 지역복지관에서 제공하는 지역사회 의료서비스이다.

현재 정부지원으로 제공하는 서비스의 대상은 생활보호대상 노인과 저소득층 노인을 위주로 하고 있다. 정부에서는 저소득계층 이외의 노인에게 대한 정부지원 서비스는 거의 고려하지 않고 있고 중산층 이상의 노인은 유료로 시장경제체제 속에서 구입하도록 하고 있다. 그러나 현재까지 서비스의 질이 높고 서비스에 걸맞은 비용을 지불할 수 있는 유료서비스는 전혀 제공되지 못하고 있어 실제로는 서비스 대상이 저소득층만으로 제한되어 있는 것이나 다름없다. 그러므로 보다 나은 방문의료 서비스를 보급하기 위해서 재가노인복지 서비스에 방문의료 서비스를 포함시키고, 의료 서비스를 받는 대상도 필요 하는 노인 전

체가 질 높은 서비스를 받을 수 있도록 그 대상도 노인계층 전체로 보편화시키는 것이 필요하다 하겠다. 또 이러한 서비스의 비용도 의료보험에서 부담할 수 있는 방안이 마련되어야 한다.

### 2) 가정봉사원의 전문화

우리나라 가정봉사원 파견서비스는 우애방문(friendly visiting)의 성격을 강하게 띠고 있고, 노인 및 가정봉사원을 대상으로 하여 가장 필요한 서비스를 질문한 조사결과 노인 및 가정봉사원 모두 가장 원하는 서비스를 '건강관련 서비스의 확대'로 응답하고 있음을 감안 할 때 노인들에게는 보다 구체적인 수발, 건강유지 방법 등에 도움을 줄 수 있는 서비스 중심으로 제공될 필요가 있다는 것을 보여주고 있다.

재가노인복지 서비스와 관련한 전문인력으로 일반사회복지사, 간호사, 물리치료사, 작업치료사, 등도 필요하지만 노인에게 구체적으로 도움을 주는 일선요원으로는 오히려 준전문가 수준의 인력이 많이 필요할 것으로 본다. 현재의 가정봉사원을 노인환자를 돌보는 간병인 또는 노인의 가족을 대신하여 일반 가사를 돌보는 파출부와 분명히 구분하여 간단한 간호업무와 수발업무를 보다 전문적이고 효율적으로 할 수 있는 (일본에서는 이를 간호사로 부르고 있음) 가정봉사원 양성이 필요하다 하겠다.

### 3) 주간 및 단기보호사업소의 의료서비스 확대

노인의 대부분이 절망을 앓고 있고 대부분 노인들이 의료서비스를 필요로 하고 있다. 그러나 재가사업소인 단기보호사업소와 주간보호사업소는 노인에게 보호기능(수발)만을 제공하게 되어 있어 노인들에게 필요한 치료 및 간호 서비스를 적절하게 제공하지 못하고 있는 실정이다. 따라서 주간 및 단기보호소에 노인들의 질병의 정도 및 종류에 따른 의료서비스를 제공해야 한다.

또 유병장수하는 노인, 치매노인과 거동불능의 노인들에 대한 재가보호와 주간보호의 수요가 커지고 있으므로 체계적인 지식과 훈련을 받은 인력이 필요할 것이다.

## 4. 노인건강증진사업 확충

### 1) 건강검진사업 대상의 확대

만성질환의 조기발견으로 현재대 및 차세대 노인의 건



강을 유지하고자 하는 건강검진의 목적을 달성하기 위해서는 무료건강검진의 대상을 65세 이상 저소득층 노인에서 40세 이상의 생활보호대상자로 확대·수정해야 한다. 확대된 대상에 대한 건강검진은 현행대로 보건복지부 노인복지과에서 해당지역의 시장·군수·구청장에게 의뢰하여 실시한다. 비용은 국고·지방비·국민건강증진기금에서 조달하고, 의료보호 대상자인 생활보호대상자에 대해서는 의료보호 재원에서 무료건강검진사업을 실시하도록 한다.

현재는 40세 이상의 의료보험 피보험자와 피부양자에 대하여만 직장 및 해당 지역의료보험조합에서 격년 단위로 무료 성인병 검진을 실시하고 있으므로 40세 이상자 중 직장·공교·지역의료보험 가입자가 아닌 자, 즉 생활보호 대상자에 대한 무료건강검진사업이 필요하다.

## 2) 건강검진사업 항목의 확대

공교·직장·지역 의료보험조합 및 보건복지부에서 각각 다르게 실시하고 있는, 65세 이상 저소득자를 대상으로 하는 건강검진의 항목을 일원화하여 기본 건강검진 항목을 지정하여야 한다. 기본 건강검진 항목으로는, 실질적인 만성 퇴행성 질환 관리를 위하여 현재 실시되고 있는 자궁암 검사 외에도 우리나라에서 유병률 및 사망률이 높은 위암·폐암·대장암·유방암에 대한 검사항목을 추가 지정하여야 한다. 그러나 의료보험조합에서 재정이 확보될 때까지 단기적으로는 선택 건강진단 항목으로 지정하여 실비로 암 관련 건강진단을 받도록 유도한다.

의료보험조합과 보건복지부에서 저소득 노인을 대상으로 하는 건강검진사업은 1차 검사와 질환이 의심되는 자에 대한 2차 정밀검진으로 나누어지며, 결과는 정상·요주의·치료요양 대상자로 구분하고 있다. 그러나 이 프로그램이 질병을 사전에 예방하고 조기발견하여 보다 손쉽게 치료하는 것을 목적으로 함에도 불구하고, 검사 및 진단 면에서 형식적이고 검진결과의 통보조차도 제대로 되지 않은 실정이며, 질병의 발견 후에도 치료조치 또한 미흡하여 제도의 본래의 역할을 다하지 못하고 있다. 따라서 노인의 건강유지를 위한 의료보장 측면에서 매우 중요한 프로그램이므로 그 중요성을 재인식하고 보다 정착된 프로그램으로 운영되어야 한다.

## VI. 결 론

건강은 개인의 신체적 독립을 유지시키고 일상생활을 영위하게 하며 개인의 목표를 달성하는데 있어서 필수적인 요건이 된다.

노인 의료비의 증가 요인은 인구의 노령화, 핵가족화와 부양의식의 저하에 따른 가정보호기능의 저하와 질병구조의 변화에 의해 장기요양을 요하는 질환이 증가하면서 노인의 의료비는 상승하게 됨을 알 수 있었다. 따라서 본 연구는 이러한 노인 의료비의 절감을 위해 현재 우리나라 노인 의료보장제도의 문제점을 살펴보고 노인의 특성을 의료보장에 반영하여 개선함으로써 보다 적은 비용으로 많은 의료적 서비스를 받아 노후의 건강한 생활을 유지하기 위하는데 목적이 있다.

21세기의 보건의료문제의 주요과제는 평균수명의 연장으로 만성퇴행성질환의 관리와 고령화 사회에 따른 노인의 보건의료충족이 될 것이다. 노인의 질환에 적합하게 대응할 수 있는 노인 의료보장제도의 문제점을 개선하면, 노인 의료비의 절감을 실현할 수 있으리라 본다. 따라서 노인 의료비 절감을 위한 노인 의료보장제도의 개선방안을 다음과 같이 제시하고자 한다.

첫째, 노인 의료비 절감을 위해 노인의료보장에서 가장 시급히 고려되어야 할 개선대책으로는 의료비 부담 시 본인 부담금을 경감시켜주어야 한다. 현재의 의료보험 급여는 노인건강의 특성을 전혀 고려하지 않았다. 노인은 다른 연령층에 비하여 유병률이 2-3배 정도이고, 질병이 만성적이고 병발적이어서 의료비용이 높은 경우가 많다. 그러므로 이러한 특성을 고려하여 65세 이상 노인의 진료비에서 자기 부담율을 일반보다는 낮게 책정할 필요가 있다.

둘째, 의료보험의 급여수준의 향상을 도모 해야한다. 현재 의료보험에 적용되지 않은 비급여항목 중 의치, 안경, 보청기 등은 70세 이상 노인에게 대해 단계적으로 의료보험 적용대상에 포함시키고, 질병의 진단, 치료와 직접 관련된 초음파 검사나 MRI등은 65세 이상의 노인에게 우선적으로 의료보험 혜택이 주어져야 한다. 또 노인 간병비 조달 대책으로 간병비를 장기적으로는 의료보험에 포함시키고, 단기적으로는 생활보호대상자에 대한 간병비의 보조가 있어야 한다.

셋째, 한방 및 약국의 보험급여 확대를 해야 한다. 노인의 한방의료육구와 저소득층일수록 약국 이용의 용이성을 인정하여 급여범위를 확대해야 한다. 특히 의료보호 대상자의 경우 한방 및 약국의 의료보호 보험급여 확대는 필

수적이라 본다.

넷째, 의료서비스의 접근성을 강화하여 농어촌 지역 노인들의 의료시설에의 접근을 용이하게 해야한다. 의료시설과 의사의 수가 절대부족이며 이외에 보건소, 보건지소, 보건진료소 등이 설립되어 있으나 1차 진료기관의로서의 기능밖에 할 수 없다. 노인들의 경우는 질병이 빈번하여 의료시설 이용률이 높으므로 의료시설을 가까이서 쉽게 이용할 수 있게 되어야 할 것이다. 또 요양시설에서의 보호비용을 위해 사적 및 장기요양보험제도를 도입하고, 국민의료비 역제를 위해 중간시설의 도입이 요청된다.

다섯째, 재가노인 의료서비스를 위하여 방문의료서비스가 보다 많은 노인 대상에게 폭 넓게 이루어져야 하고, 특히 재가노인을 위한 의료복지서비스의 제공은 전문적이고 교육과 훈련을 받은 전문요원의 확보를 통해 노인의료 서비스에 필요한 간호, 재활, 간병을 담당할 인력 확보 및 관리체계가 필요하며, 방문의료서비스의 비용도 의료보험에서 부담할 수 있는 방안을 마련해야 한다. 또 현재 단순한 가사지원이나 수발을 제공하고 있는 가정봉사원 외에도 의료와 간호의 보조원 역할을 할 수 있는 가정봉사원 제도를 확립하여야 할 것이다.

여섯째, 직접적인 노인 의료비의 경감조치 보다 장기적인 조치로서는 노인을 대상으로 하는 건강관리의 강화가 필요하다.

지금까지 향후 노인의료비 절감을 위한 몇 가지 노인의료보장의 개선방안을 제시하였다. 우리가 복지국가를 추구한다면 사회적 취약계층에 국가, 사회의 관심이 주어져야 한다. 그러나 복지국가와 삶의 질을 지향하는 우리의 노인복지예산과 사회구성원의 인식은 선진국에 비해 낮은 수준이다. 복지정책의 근간이 되어야 할 예산확보와 국민수준의 향상이 제대로 되지 않은 상태에서는 모든 것이 구호에 불과하기 때문이다.

따라서 고령화사회를 맞이하여 노인인구의 의료비 절감을 위해서는 정부, 지역사회, 가족 등이 상호 적절한 역할 분담을 모색하는 등 공동체적인 노력이 요구된다. 노인 의료비 문제는 선진국의 경험이 시사하는 바와 같이 정부의 힘만으로는 해결하기 어려우므로 민간의료보험의 도입을 검토해 역할을 분담 할 수 있도록 지속적인 제도개발이 필요할 것으로 사료되는 바이다.

### 참 고 문 헌

김수춘 . 老人福祉의 現況과 政策課題. 서울, 한국보건사회연구원;56, 1995.

박영희. 在家老人醫療서비스의 利用實態와 活性化 方案. 대구대학교 사회개발대학원 석사학위논문; 39, 1996.

병원신보. 한국노인의료비 문제와 분석.; 1998, 8월 24일.

병원신보창간 10주년기념 심포지움. 선진화를 향한 노인 의료정책. 80, 1996.

福井 順. 高齢者の特性と醫療費 負擔. 日本病院會 雜誌. Vol.44; 10,1997.

서미향. 노인보건의료의 현황과 개선방안. 서울, 한국보건사회연구원;14, 1995.

선우 덕.노인의료비 적정화를 위한 정책방안. 월간 보건복지포럼, 통권 제 32호;67, 1999.

의료보험연합회. 의료보험통계연보; 1997.

장병원. 人口高齡化에 따른 老人保健醫療 體系에 관한 연구. 서울대학교 보건대학원석사학위논문, ;70, 1995.

정경희. 1998년도 전국 노인생활실태 및 복지욕구조사. 서울, 한국보건사회연구원; 200, 1998.

조해정. 우리나라 노인의료 중간시설의 확보방안에 관한 연구. 경희대학교 행정대학원 석사학위논문; 22, 1998.

최성재. 노인 장기 요양보호에 대한 사회복지정책 방향. 박광준. 고령화 사회와 노인복지. 서울, 새종출판사;67, 1999.