

우리나라 노인인구 증가와 중소병원의 역할



글·류정걸
(주)메디프랜드 이사

1. 변질된 사회

요즘 우리나라는 새삼 노인문제에 사회적 관심을 갖게 한다. 얼마전 서울시내의 한 아파트에서 90세 노인이 치매에 걸린 아내를 돌보기가 힘겨워 살해하고 본인도 자살한 사건이 발생했다. 효의 문화를 근간으로 하는 대가족주의에서 개인주의의 핵가족시대로 접어들면서 노령의 부모 부양의식이 퇴색한 시대의 한 단면이다. 그러나 이는 효의 문화 퇴색보다는 사회구조의 변화에 따른 노인보장제도의 부재에서 발생한 비극이라 할 수 있다. 특히 우리나라는 연금제도가 미비한 상태에서 노인들은 특별한 수입이나 재산이 없고 자식에게 의지하기도 어려운 실정에서 노인들의 생활은 매우 어렵다. 한마디로 선진국과 같이 노인 의료보장이 제대로 갖추어지지 않은 우리나라에서 돈 없는 노인이 오래 사는 것은 어찌 보면 당연한 처사인지 모른다는 서글픈 생각

이 든다. 만약 일본처럼 노인요양보험제도(일본은 '개호보험제'라고 한다)가 있어 사회가 그의 아내를 요양 시설에서 돌보도록 했다면 분명 그 같은 비극은 일어나지 않았을 것이다.

2. 노인인구 증가와 노인환자 증가

우리나라는 급속한 고령화 사회로 변함에 따라 노인인구를 대상으로 하는 복잡하고 다양한 문제들이 나타나고 있다. 2004년 현재 우리나라 65세 이상 노인인구는 전체 인구의 약 8.7%로 417만여명이다. 이는 이미 지난 2000년 총인구 중에 65세 이상의 인구가 차지하는 비율이 7%를 넘어 이른바 '고령화 사회'로 진입했으며 2019년이면 14%를 넘는 '고령 사회', 2026년에는 20%를 넘는 '초고령 사회'에 진입할 것으로 예측되고 있다.

이와 같이 인구의 노령화는 노인환자의 증가를 의

미하는데 이러한 노인환자를 치료하기 위한 제도적 보장이 없는 것이 커다란 문제로 되고 있다.

노인인구의 증가에 따른 치매, 중풍 등 요양보호가 필요한 노인의 증가현황은 아래와 같다. <표 1>에 의하면 2003년 현재 65세이상 노인의 14.8%, 약 59만명이 요양대상 인구이며, 2010년 79만명, 2020년에는 114만명으로 요양대상 노인의 증가가 예상되고 있다. 또한 그에 따른 요양비용도 기하급수적으로 증가하고 있는 것이 현실이다.

로 구성되어 있다. 또한 의료혜택도 고작 국민건강보험 하나에 노인의료료를 맡기고 있고 선진적 개념인 노인요양보험은 이제 검토단계에 있다. 국민건강보험 가입자에게 보험료를 올리는 것만으로는 급상승 추세인 노인의료비의 증가를 막는데 한계가 있고 이마저도 치매와 같이 장기요양을 필요로 하는 소위 노인간호(간병료)의 부분은 보험이 사실상 적용되지도 않는다.

<표1> 65세이상 요양보호 대상자 증가전망

(단위 : 명)

	시 설			재 가				
	최중증	중 증	합 계	최중증	중 증	경 증	경증(치매)	합 계
2003	22,573	55,265	77,837	22,504	102,797	197,656	195,672	518,629
2007	26,781	65,566	92,347	27,171	124,113	238,642	236,242	626,171
2010	27,388	71,950	101,338	30,062	137,322	264,040	261,389	692,812
2020	41,480	101,554	143,033	43,472	198,575	381,817	377,983	1,001,847

자료 : 한국보건사회연구원(2001년) 추정

3. 노인 의료비의 문제

노인 의료비 문제는 노인정책을 많이 시행하고 있는 선진각국에서도 어려운 문제로 인식되고 있다. 이는 쇠약해진 노인의 체질이 질병에 걸릴 경우 장기간 입원해야 하므로 이에 따른 의료비문제가 중요한 사회적 과제로 대두되고 있다. 또한 노인인구는 초고속으로 증가하는데 반하여 이러한 노인을 전문적으로 관리할 관련법규나 치료할 의료기관은 준비가 되어있지 않은 상태에서 노인들은 불안한 하루하루를 보내고 있는 실정이다.

우리나라의 의료기관은 대부분 급성질환 치료위주

최근 건강보험의 급여비 지급형태를 보면 보험급여중 노인의료비의 비중이 날로 증가하여, 2003년도 전체인구 중 노인인구의 비율이 8.7%인데 비하여 노인의료비 구성비는 21.3%로 국민의료비 증가의 가장 중요한 원인으로 작용하고 있다. 이와 같이 노인의료비가 상승하는 이유로는 치매, 중풍, 뇌졸중, 만성퇴행성질환 및 합병증 등 장기간 치료를 요하는 상병구조로 구성되어 있기 때문이다. 이렇게 노인 질환은 발병율이 높은데다 복합질환이 발생하기 쉽고, 대부분 만성질환이기 때문에 장기간 입원해야 하며, 때로는 평생 진료받아야 하는 경우도 있

으므로 의료비는 당연히 증가할 수밖에 없다.

더구나 거동이 불편한 노인들은 입원진료시 자신들을 돌봐주는 간병인의 간병비를 본인이 지불해야 하는 부담이 크게 작용하여 의료기관에서의 서비스를 포기하게 되는 원인이 되고 있다. 따라서 급성질환의 급여형태와는 다른 즉, 간병비 및 식대 등이 포함된 보험급여형태의 노인을 위한 의료보장제도의 제정이 시급한 시기이다.

4. 제도적 보완사항

우리나라 정부도 노인인구의 심각성을 인식하고 해당부서에서 2004년 2월 '고령화 및 미래사회위원회'를 발족하고 2007년 노인요양보험법을 제정하려고 준비중인 것으로 알려졌다. 특히 정부에서는 요양병원 건립을 권장하면서 많은 지원을 하고 있다. 또한 요양환자들에 대한 입원료 보장 차원에서 장기입원환자의 입원료 체감제를 기존의 건강보험기준과 다르게 적용하도록 변경하였다.

그러나 노인들이 편안한 마음으로 요양기관을 이용할 수 있게, 그리고 요양기관이 안정적으로 노인들을 진료할 수 있게 하는 제도적 보완장치가 필요하다. 특히 앞서서도 언급한 바와 같이 노인들은 수입이 일정하지 않으므로 본인부담을 최소화해 주어야 한다. 이렇게 해야 노인들이 요양기관을 계속 이용할 수 있고, 요양기관은 병상가동율이 높아야 병원운영을 계속할 수 있기 때문이다.

이런 관점에서 우선 해결해야 할 과제는 식대와 간병비의 보험급여 문제이다. 건강보험과 보험재원은 틀리지만 현행 의료보장제도에서 운영되고 있는 의료급여와 산재보험의 경우에는 식대를 보험급여로

하고 있다. 또한 간병비도 산재보험에서는 질병상태에 따라 인정해주고 있다. 이와 같이 노인요양보험을 건강보험과 달리 운영할 경우 식대와 간병비를 보험급여에 포함시키는 것은 문제가 없을 것이다.

그 다음은 요양기관이 안정적으로 노인환자를 수용할 수 있는 제도적 지원이 필요하다. 여기서의 제도적 지원은 초기시설투자의 재정적 지원도 중요하지만, 그 보다는 환자요양시 입원료의 적정수준 결정이 더 중요한 사항이다.

실례로서 현행 요양병원의 1일 입원료 수가는 19,160원이다. 요양병원의 경우 입원체감제는 많이 완화되어 없다고 가정할 경우 요양병원의 실질적 수익으로 계상되는 1일 입원료중 의학관리료는 7,664원이고, 간호관리료는 4,790원에 불과하다.

급성질환 의료기관의 진료비는 검사료, 처치수술료, 방사선진단료 및 입원료로 구성되어 있어서 수입원이 나누져 있으나 노인요양병원의 진료수입은 대부분 입원료뿐이다. 따라서 입원비중 의사와 간호사부문의 수입을 구분하여 검토하면 아래와 같다.

◆ 의사의 진료수입 부문

- 의료법상 요양병원에서 의사 1인당 1일 담당해야 하는 입원환자수는 40명
- 입원환자가 많아서 의사 1인이 매일 40명의 입원환자를 진료할 경우
- 의사진료부문에 대한 월평균 수익은 9,196,800원이다.

* 계산근거 ; 의학관리료 7,664원 × 40명 × 30일 = 9,196,800원

◆ 간호사의 간호관리료 수입부분

- 의사가 관리하는 입원환자수를 6등급 수준에서 관리할 경우

- 간호사당 간호관리료의 월평균 수익은 1,277,333원이다.

* 계산근거 ; 간호관리료 4,790원 × 40명 × 30일 ÷ 4.5명 = 1,277,333원

이와 같이 입원료를 계산할 경우 병원수입으로 순수한 인건비에 제대로 충당될 수 있을지 의문이다. 다시 말하면 정상적인 요양병원수익으로 정상적인 병원운영이 가능하겠는가 하는 점이다. 만약 그렇지 못하다면 나타나는 결과는 두 가지뿐이다. 즉 하나는 적자운영 결과 문을 닫는 것이고, 다른 하나는 병원이 살아남기 위한 비합리적인 비급여분야를 개발하는 것이다. 후자의 경우는 현행 건강보험제도에서 매우 친숙하게 경험하고 있는 좋지 않은 관행이다. 따라서 요양병원이 정상적으로 운영할 수 있는 적정 수가수준을 결정해 주어야 한다.

5. 중소병원의 역할

2004년 대한병원협회에 등록된 노인전문병원으로 운영되고 있는 병원은 49개 의료기관의 6,146병상수로 파악되고 있다. 이들 노인전문병원은 유료 노인복지시설 용자기금의 지원으로 설립된 노인전문병원, 시·도립 치매전문요양병원, 그리고 일반병원에서 노인병원으로 전환한 경우 등 여러 형태로 설립되어 운영되고 있다. 여기에는 일반 중소병원이 부분적으로 노인병동을 운영하는 병상수는 포함되지 않았다. 시도별 요양병원현황은 <표2>와 같다.

이러한 요양병원의 병상수로는 증가하는 요양대상 환자들을 수용하기 어려운 문제가 있다. 따라서 현재 시행되고 있는 병원의 일부 병동을 요양병동으로 활용하는 방안을 더욱 확대해야 할 것이다. 이 경우 종합병원은 요양병동 활용대상에서 제외시켜야 한다. 우리나라는 종합병원을 선호하는 환자의 진료관행에서 종합병원이 요양병동을 운영할 경우 많은 환자들이 종합병원의 요양병동으로 집중될 가능성이 있기 때문이다. 이 기회에 중소병원들은 내

<표2> 시도별 요양병원 개설현황

지역	병원종	병상수	지역	병원수	병상수	지역	병원수	병상수
서울	2	316	부산	2	142	대구	4	456
인천	1	102	광주	2	348	대전	1	98
울산	2	102	경기	10	1,594	강원	2	152
충북	3	713	충남	2	304	전북	4	263
전남	2	135	경북	3	380	경남	9	1,041
						계	49	6,146

부 분위기를 쇠신하고 진료의 차별화와 동시에 부분적 요양병동 등 틈새시장을 최대한 개발하여 병원경영개선의 계기로 삼아야 할 것이다.

6. 결론

노인은 신체적으로 건강과 병의 한계가 분명하지 않은 특징이 있다. 즉, 노인의 경우에는 하나의 특정된 질병이 아닌 복합적인 여러 질병을 지니는 경우가 많으며 이러한 현상은 나이의 많음에 따라 심해지는 것이다. 이와 같이 노년기에는 항상 병과 함께 한다는 사항에 유의해야 하며 이에 따라 노인은 항상 의료와 함께할 수 있는 생활환경을 조성해 주는 것이 무엇보다 중요한 일이다. 이와 같이 노인의 건강을 사회적으로 보장하기 위하여 관련제도를 정비하고 제정하여 짧게는 우리 자신의 안정된 미래 생활을 위하고, 또한 미래의 후손을 위하여 노인요양보장제도가 조속히 시행되도록 힘을 모아야 할 것이다. **KHA**