

* 이글에 관한 일체의 서신왕래는 [우] 500-757 광주직할시 북구 용봉동 300번지 전남대학교 가정관리학과 金慶信 교수 앞으로 하시
기 바랍니다.

韓國老年學研究

Korean Journal of Research in Gerontology

1994, Vol. 3, 77-98

21世紀 老人醫療保障을 위한 小考

Health policies and services toward the 21st century in Korea

강 병 우 · 심 문 숙

인생은 생리적이고 사회문화적인 흐름에 따라서 질서있는 일련의 변화를 겪는 유아에서 노인에 이르기까지의 변화 과정이다. 인간은 신체, 정신, 사회적인 변화 과정을 겪으면서도 안정된 상태를 원하지만, 노년기에 이르면 신체를 구성하고 있는 세포들의 노화로 인한 신체기능의 저하는 불가피하다. 구체적인 예로, 골근육의 위축으로 신장이 줄어들고 등이 굽어지며, 피하지방의 감소로 전신이 마르고 체중도 줄어들며 주름도 많아진다. 신경계에서는 자극에 대한 반응이 느려지고 스트레스와 외상을 받기 쉽다. 내장도 면역력이 저하되면서 감염도 받기 쉬워지며, 소화기관의 기능저하로 영양의 섭취상황이 악화되며, 감염과 합병증의 유발이 쉬워진다.

또한 면역력의 저하로 잠재성 질병이 출현되거나 질병 발생시 상태의 악화가 급격하여 사망에 이르는 경우도 있다. 청력과 시력도 저하는 물론, 고혈압, 당뇨병, 심장이나 폐질환 등의 만성적인 질환에 합병증을 지닌 노인들이 많아진다. 불가피하게 맞이하는 신체 기능의 노화로 인한 운동이나 감각능력도 저하는 노인에게 가정이나 사회에서 개인이 차지하는 위치는 물론 신념이나 가치관도 서서히 변화시킨다. 이러한 변화를 겪는 생의 마지막 단계에서도 건강보호

와 유지에 관한 사전준비와 대책이 마련된다면 누구나 보다 행복한 노년기를 맞이할 것이다. 그러므로 만성적이고, 원인이 불명확하거나 재발되기 쉬우며, 저항력도 낮고, 장기간 치료를 요하는 경우가 많은 노년기의 질병의 특성을 고려한 보건의료 전달체계가 적절하게 확립되어야 한다. 이에 본고에서는 노인을 위한 효과적인 보건정책 수립 방안을 제시하고자 정치, 경제, 사회, 문화 등의 여러 환경적 요인들을 상호 연계시키는 學際的(interdisciplinary)인 면에서 전개하였다.

한국의 노인보건실태 및 보건욕구

1. 인구학적 특성

노인문제가 사회적인 관심의 대상이 되는 것은 무엇보다도 노인인구의 절대수와 전체인구에 대한 비율의 증가이다. <표 1>처럼 우리나라의 60세 이상 노인인구는 1970년 전체인구의 5.4%에서 1994년 8.7%(3,863,000명)로 증가하였다. 이러한 증가추세는 2000년 이후까지 가속화되어 2000년 10.7%(4,984천명), 2020년 19.5% (9,861천명)에 이를 것으로 추산된다. 또한 65세 이상 노인인구의 비율이 7%에서 14%로 증가되는 기간은 22년 정도로 추정되는데, 이는 이미 고령사회로 들어선 선진국의 증가 속도 (예, 프랑스 125년, 미국 65년, 영국 60년, 일본 25년)에 비하여 매우 빠를 것이다. 이처럼 우리나라의 노인인구비가 급속하게 증가하는 주요인은 1960년 이후 단기간에 이룩한 출생률의 감소와 평균수명의 연장때문이다.

출생률은 1960년대부터 가족계획사업이 도입된 후 인구 1,000명당 40에서 1990년 16으로 60%정도 감소되었다. 또한 의학의 발달 및 생활개선으로 인한 사망률의 저하로 인하여 1960년의 평균수명은 55.3세에서 1990년에는 71.3세에 이르렀고, 2000년에는 74.3세로 연장될 전망이다 (<표 2>). 이처럼 노인인구의 증가는 노인문제를 주요한 사회문제로 인식시키고, 노인인구비율의 증가는 노인부양비 증가

를 초래하여 결국 노인인구에 대한 사회적 부담을 가중시킬 것이다.

<표 1> 한국노인인구의 주요 지표

년도	1970	1980	1990	1994	2000	2010	2020
A. 60세 이상	5.4	6.1	7.7	8.7	10.7	13.7	19.5
65세 이상	3.1	3.8	5.0	5.5	6.8	9.4	12.5
70세 이상	1.9	2.2	2.9	3.3	3.9	5.9	7.8
B. 60세 이상	10.3	10.1	11.6	12.9	15.6	20.5	30.2
65세 이상	5.7	6.1	7.2	7.8	9.4	13.1	18.4
70세 이상	3.4	3.5	4.1	4.5	5.2	7.9	10.3
C. 60세 이상	12.9	17.9	29.8	36.5	50.3	17.8	121.8
65세 이상	7.2	11.2	19.4	23.2	31.9	49.1	82.9
70세 이상	4.6	6.5	11.2	13.8	18.9	30.8	48.9

[A.: 노인인구비 = {60(65, 70)세 이상 인구/전체인구} x 100

B.: 노인부양지수 = {60(65, 70)세 이상 인구/
15-59(15-64, 15-69)세 인구} x 100

C.: 노령화지수 = {60(65, 70)세 이상 인구/0-14세 인구} x 100]

자료: 이가옥 등 (1994), 통계청 (1991)

<표 2> 한국평균수명의 변화 추이 (단위: 세)

년도	1960	1970	1980	1990	1995	2000	2010	2020
전체	55.3	63.2	65.8	71.3	72.9	74.3	76.1	77.0
남	53.0	59.8	62.7	67.4	69.5	71.3	73.8	74.9
여	57.8	66.7	69.1	75.4	76.6	77.4	78.6	79.1

자료: 보건사회부 (1993), 통계청 (1991)

2. 노인생활실태 및 보건욕구

노인복지정책은 1990년대부터 관련 단체들의 활동이나 각종 선거에서의 쟁점화 등으로 진전되어 노령수당제도의 도입, 노인수용시설이나 경로당의 증설, 경로우대제도의 예산확대 등의 제도적 개선을 이루고 있다. 그러나 사회보장제도의 내용에서 투자율의 전망이 매우 높을 수 있는 노인의료정책은 현재 노인들의 욕구에 비하여 제도의 효율성이 보이지 않는 실정이다. 1991년도 '보건백서'에 의하면 현재 노인의 건강유지 및 증진을 위해 실시되는 예방적 조치는 무료건강진단제도 이외에는 거의 없으며, 무료건강진단제도 역시 치료대책의 미흡 등 수많은 문제점을 내포하고 있다.

구체적으로 노인의 만성퇴행성질환의 치료를 전담할 수 있는 노인진료 및 요양기능의 미비로 인하여 만성질환의 치료와 관리에 적합한 보건의료체계가 미비한 실정이며, 의료보험 본인부담율이 타연령층과 동일하게 설정되어 있어서 65세 이상 노인의 의료보호 수혜 범위가 그 인구학적 특성에 비하여 매우 제한되어 의료비에 대한 부담이 가중되고 있다. 또한 가정내 수발 인력의 부족 현상 및 노인수발과 간호에 대한 가족 부양의 부담이 가중되고 있지만, 이러한 가족 기능을 보완, 대체시킬 수 있는 관련 제도는 아직 정착하지 못하고 있는 실정이다 (보건사회부, 1991).

(1) 보건 의료정책

노인들의 질병은 만성퇴행성이므로 입원기간이 길고 1인당 보험급여비 지출이 높다. 1992년 현재 의료보험 보험자 종별 적용 인구 중 65세 이상의 노인 인구가 차지하는 비율은 직장의료보험 5.0%, 공무원 및 사립학교 교직원의료보험 8.0%, 농어촌지역의료보험 8.1%, 도시지역의료보험 3.6%로 농어촌지역 의료보험의 노인인구

비율이 타의료보험에 비하여 훨씬 높다. 이는 농어촌지역의료보험의 재정에 구조적 취약점으로 의료기관 이용시 본인부담금이 너무 높고, 보험급여에서도 급여기간이나 범위에서 제한이 많아 노인의료이용에 장애가 되고 있다.

저소득층 노인인구를 위한 보건의료대책인 의료보호는 질병의 조기발견 및 조기치료를 목적으로 노인 건강수준의 향상을 도모하는 것인데, 노인복지법 9조에 의거할 경우 1994년에는 15만명을 대상(65세 이상 노인의 6.1%)으로 10억 여원의 예산액이 소요될 예정이다. 노인건강진단은 구청장이나 시장, 군수가 관할구역안에 거주하는 65세이상인 자에 대하여 희망자중 저소득계층을 우선으로 1차 및 2차 진단으로 구분하여 실시한다. 2차진단은 1차진단결과 유소견자에 한하여 질환별로 진찰의 3개 과목까지 실시한다. 그러나 이 제도는 제한된 수혜대상 및 진단과목, 부정기적 실시일정 등의 문제점과 1차진단에서 유병상태가 확인되었다도 사후관리가 미흡하다는 지적을 받고 있다.

(2) 건강상태

노인의 건강을 정의하는 것은 어렵지만, 보통 건강지표는 건강에 대한 지각 정도와 병리적 상태 및 신체기능의 저하로 인한 기능 및 능력 장애라는 점으로 평가될 수 있다. 국민건강 및 보건의식 행태조사에 의하면, 60세 이상 노인중 평소건강상태가 "건강하지 않다"고 응답한 비율이 도시지역에서 42.2%, 군지역에서 49.9%로 과반수 정도 였다 (<표 3>). 도시와 농촌지역간에는 차이를 보여 건강하지 못하다고 인지하는 노인비율이 농촌지역에서 도시지역보다 높게 나타났다.

노년기에는 신체 및 정신 기능의 저하로 타연령층에 비하여 질병에 걸릴 확률이 높으며, 유병구조도 다르게 나타난다. 노화의 특수성 때문에 노인인구의 유병률은 67.6%로 전체인구의 유병률인 40.4%보

다도 상당히 높다 (<표 4>).

<표 3> 연령 및 지역에 따른 “건강하지 않다”는 반응(%)

연령	도시지역		군지역	
	1992	1989	1992	1989
0-4	4.6	4.6	3.4	5.8
5-9	2.6	4.4	4.1	5.4
10-19	3.1	3.1	5.7	4.3
20-29	6.3	6.0	10.3	7.4
30-39	9.4	10.2	15.5	14.3
40-49	16.3	17.0	26.1	25.4
50-59	30.7	26.1	46.1	36.0
60+	42.2	29.5	46.9	39.2

자료: 송건용 등 (1993)

노인의 사인별 원인은 17대 원인 분류에서는 1980년 현재 순환기계 질환으로 인한 사망이 전체 사망이 42.7%, 악성신생물이 11.9%로서 이들이 전체 사망자의 과반수 이상을 차지하고 있다. 이처럼 뇌졸중과 심장질환과 같은 순환기계질환 및 악성신생물 등에 의한 만성질환이 더욱 증가하는 것은 고령화 노인의 증가와 흡연, 음주, 고지방, 고염식이 등 생활양식의 변화에 기인한 것으로 사료된다. 이러한 만성퇴행성질환과 같은 노인의 상병구조는 장기간의 치료를 요하므로 노인의 의료이용률이 증가하고, 따라서 노인의 의료비 부담이 증가하고 있다.

<표 4> 우리나라 인구 1,000명당 15일간 유병률

	전체인구	60세+	65세+	70세+
전체질환	403.8	676.0	693.3	683.3
감염성 및 기생충성 질환	9.4	8.7	8.3	4.2
신생물	2.0	4.6	5.3	6.3
내분비 영양대사 질환과 면역장애	7.8	21.6	20.1	13.6
혈액 및 조혈기 질환	2.6	3.8	4.7	5.2
정신장애	7.0	5.7	5.9	5.2
신경계 및 감각기 질환	25.7	56.2	66.9	65.8
순환기계 질환	22.8	74.4	72.2	63.7
호흡기계 질환	124.6	97.6	99.5	104.5
소화기계 질환	66.8	81.7	75.8	64.8
비뇨생식기계 질환	9.9	8.7	7.1	4.2
피부 및 피하조직 질환	15.1	11.4	10.7	10.4
근골격계 및 결합조직 질환	69.7	222.6	228.5	226.8
중상 징후 및 불명확한 병태	17.4	44.1	55.1	75.2
손상 및 중독	23.1	34.9	33.2	33.4

[상기의 자료는 송건용 등 (1993)의 자료를 재분석한 것이며, 유병률은 [(15일간의 급성 및 만성유병/조사대상자) x 100]이고, 상병분류에서는 노인과 무관한 ‘임신 분만 및 산욕합병증’, ‘선천이상’, ‘주산기에 관련된 일정한 병태’는 제외시킴]

최근 노인의료비 문제는 중요한 사회복지과제로 대두하고 있다. 의료보험통계연보에 의하면 한국노인 1인당 의료비 증가추이는 1991년 직장의료보험의 경우, 60세 이상 노인인구의 1인당 연간 평균 의료비는 152,110원으로 전체인구 1인당 의료비 79,285원의 1.9배였으며, 공,교의료보험과 지역의료보험의 경우에는 각각 1.7배, 1.8배로 나타났다 (<표 5>). 또한 1991년 60세 이상 노인인구의 급여비가 전

체 의료보험 급여비에서 차지하는 비율은 직장의료보험 13.6%, 공, 교의료보험 20.9%, 지역의료보험 13.5%로 집계되고 있다.

<표 5> 한국 노인 1인당 의료비의 증가 추이 (단위: 원)

년도	1985	1987	1989	1990	1991
직장의료보험					
전연령	47,752	49,398	64,796	75,336	79,285
60세 이상	72,458	85,533	124,797	138,594	152,110
65세 이상	70,957	87,377	128,442	135,774	149,503
70세 이상	73,921	92,242	129,324	123,992	136,286
공,교의료보험					
전연령	52,410	58,167	75,921	84,095	87,567
60세 이상	67,987	80,239	122,449	136,634	150,272
65세 이상	62,613	73,981	114,464	128,994	142,463
70세 이상	55,467	65,566	102,299	116,928	127,858
지역의료보험					
전연령	-	-	27,229	67,739	74,474
60세 이상	-	-	49,178	115,677	135,130
65세 이상	-	-	46,052	108,584	128,427
70세 이상	-	-	38,902	94,100	112,827

[1인당 의료비는 '총의료비/총인구수'이며, 의료비는 급여비와 본인부담액을 합한 것임]

자료: 의료보험연합회 (1985-1991)

(3) 보건의료

한국노인들은 여러가지 생활고중에서 질병과 빈곤에 의한 비중이

가장 높다. <표 6>에 의하면, 약 83.1%의 저소득층 노인들이 경제적 상황이나 건강의 악화로 인한 문제가 가장 고통스럽다고 호소하고 있다. 치료비 지출은 노인의 생활비에 큰 부담이며, 노인들의 만성질환율이 높다는 점에서 건강이 노인의 가장 큰 문제로 인식되고 있는 것 같다. 또한 노인들이 가장 선호하는 복지사업으로 노인의 건강과 관련된 제도임을 알 수 있는데, 특히 무료건강진단제도나 노인병원의 설립에 대한 선호도가 매우 높았다 (박순일, 1994).

<표 6> 지역에 따른 노인들의 생활고 호소내용 및 선호하는 복지사업 (단위: %)

	농어촌	중소도시	대도시	전체
(1) 생활고				
경제적 상황 악화	36.5	37.7	37.3	36.9
건강악화로 인한 치료비	27.8	31.9	30.4	28.9
건강악화로 인한 간호	17.3	18.3	16.3	17.3
부양자없는 양로원 수용	3.3	1.9	5.2	3.2
쓸쓸하고 외로움	10.4	7.6	9.3	9.7
기타	4.7	2.6	1.5	4.0
(2) 선호복지사업				
경로우대제	16.0	19.1	14.0	16.4
노인공동작업장	11.7	11.8	6.6	11.1
노인능력은행	0.9	0.7	0.3	0.6
무료건강진단제도	32.1	30.5	36.0	32.0
간병인제도	3.1	5.9	1.8	3.5
가정봉사원제도	2.0	1.6	1.5	1.9
노인병원	24.2	19.3	28.0	23.7
노인정	5.6	6.4	3.7	5.6
양로 및 요양원	4.4	4.7	8.1	5.0

자료: 박 순일 (1994)

(4) 치료비 최저 요구액

전체인구에서 60세 이상이 차지하는 비율이 7.4%였을 당시 저소득계층에서의 비율은 13.3%였다. 노인이 살고 있는 가구중의 78.9%가 노인단독가구이며, 또한 노인가구의 약 55.5%가 자녀와 별거하고 있는데, 그 비율은 대도시보다 농어촌에서 더 높다. 자녀와 별거하고 있는 노인가구의 79.8%가 생활비의 부족을 느끼고 있으며, 대도시로 갈수록 그리고 소득이 낮은 계층일수록 부족하다고 느끼는 비율이 높다. 생활비 부족은 특히 소득수준, 거주지역, 의료비 등과 중요한 관계를 지니는데, 특히 소득수준과 의료비는 통계적으로 의미 있는 부적상관을 보였다. 즉 노인들에게서는 소득이 높을수록 생활비의 부족감이 커져 소비욕구가 증가하고 있다 (박순일, 1994).

노인들은 만성병이나 심한 질병에 대한 거액의 치료비를 지불하는데 어려움이 있을 뿐 아니라 매월 일정 비용을 보건의료비로 지출하고 있다. 1989년 7월부터 시작된 전국민의료보험제도로 노인들도 예전보다 경제적 부담이 감소된 상태에서 의료접근도가 증가하고 있다. 그러나 전국민의료보험에도 불구하고 노인의료비는 국민의료비 상승과 노인-비노인간의 부담차의 형평성차원의 과제를 내포하고 있다. 국민의료비차원에서는 매년 의료비가 10-15%정도 상승하는데, 고령인구의 증가, 전국민의료보험으로 인한 잠재수요의 현실화로 의료수요의 양적 및 질적 증가, 만성퇴행성의 노인성질환 등으로 GNP에 대한 의료비부담이 상승하고 있다 (손명세 등, 1993).

예를 들면, 고액 진료자의 60.1%가 연간 180일 이상의 장기 진료자이며, 장기진료자의 61.1%가 암, 당뇨병 등 7개 만성퇴행성질환자였고, 환자의 대부분은 노인이었다 (문옥륜, 1993). 또한 70세 이상 노인의 사망원인에서도 뇌혈관질환이 1위이며, 암이 2위를 차지하는 것으로 나타나 사망전에 많은 의료비를 사용하고 있다 (손명세 등, 1993). 그런 연유로 장차 의료비 경감을 위한 예방적이고 종합적인

노력과 의료전달체계의 정비와 의료서비스의 질적 향상 등이 절실히 요구된다. 또한 한국노인들은 사회문화적 특성상 경제력이 취약한데도 의료비의 약 32%를 본인이 조달하는 것으로 조사되었다. 노인환자의 본인부담율이 31.6%로 일본의 3.3%에 비하면 무려 10배 정도 높은 비율이어서 노인의료이용의 큰 장애가 되고 있다 (방숙·조유향, 1993).

(5) 의료기관 및 인력공급의 부족

노인들의 질병치료의 기회부족은 그들의 생계비 수준에서 치료비가 차지하는 비중이 결코 낮지 않다는 점과 관계있다. 모든 재화와 용역의 가격을 수요와 공급의 원리로 적용시키면, 일시적으로 독과점 성격의 병원 경영이 고가를 지속시킬 수 있으나 공급이 충분히 늘어난 경쟁상태에서 치료서비스 생산비를 크게 초과한 이윤은 존속되기 어렵다. 이런 의미에서 병원 시설 및 의료 인력의 공급부족, 지역과 계층간의 불균등 배분에 따른 지역적 공급부족 등의 문제를 지적할 수 있다.

치료서비스의 부족은 양적 및 질적인 면에서 모두 다루어져야 하는데, 양적인 문제가 보다 심각하게 받아들여진다. 곧 의료기관의 수 및 분포는 의료이용상태에 직접적으로 영향을 미치는 주요 요인이다. 1985년 전체 의료기관의 85.9%가 도시지역에 집중되어 있었는데, 1992년도에는 89.8%로 증가하였다. 특히 종합병원과 치과병원은 1992년 각각 90.3%, 90.9%가 도시에 집중되었는데, 이러한 의료기관의 불균형 분포는 의료기관 접근 소요기간에도 영향을 미친다. 1986년 도시의 경우 15분 미만인 경우가 55%를 차지할 정도로 접근이 용이한 반면, 군지역은 43%가 60분 이상 소요되는 곳에 위치하여 농어촌 거주 노인들이 의료기관을 이용하는데 큰 불편이 따르고 있다 (<표 7>). 이런 면에서 의료자원의 효율적 활용을 도모하고 지역 및 의료기관간의 적정 균형적인 발전의 유도가 시급하다.

<표 7> 한국 의료기관 접근 소요시간 (단위: %)

연도	지역	15분미만	15-29분	30-44분	45-59분	60분이상	계
1977	전국	29.9	20.0	17.9	6.2	26.0	100
	도시	39.9	25.1	20.6	6.2	8.2	100
	농촌	19.4	14.6	15.0	6.4	44.5	100
1981	전국	69.4	25.3	4.3	0.7	0.3	100
	도시	76.9	20.2	2.9	.0	.0	100
	농촌	41.5	44.2	9.5	3.4	1.4	100
1986	전국	43.5	21.7	10.7	3.9	20.2	100
	도시	55.0	22.9	12.3	3.4	6.4	100
	농촌	24.4	19.6	8.2	4.8	43.0	100

자료: 통계청 (1992)

한국 노인보건정책의 대안

1. 노인복지 전달체계

노인복지 전달체계는 노인복지 서비스를 수혜자에게 효과적으로 전달하기 위해 조직된 시스템이다. 최근 노인복지 전달체계의 새로운 확립이 필요하다는 주장이 대두하는데, 이는 수혜자에게 좀 더 전문적인 서비스를 제공하고 복지제도 운영의 효율성을 높이려는 의미이다. 노인복지 전달체계를 노인보건을 중심으로 사회보험방식의 의료보험과 공적부조인 의료보호, 그리고 기타 공공보건서비스로 나누어 보았다.

(1) 의료보험

의료보험은 사회보험의 일종으로 국가가 법으로 보험가입을 의무화시켜 기여금을 부과하거나 보험료를 각출하고 급여를 실시하는 제도이다. 우리나라의 경우 1963년 12월에 의료보험법이 제정되었으나 전국민 의료보험 시대는 1989년 7월 1일부터 시작되었다. 그리고 보험제도의 구조적 특성으로 인한 여러 문제점이 남아 있어 만성질환과 높은 유병률에 시달리고 있는 노인들에게 부합되는 의료보험제도의 활용이 절실하다. 따라서 노인 의료보장이라는 측면에서 현행 의료보험제도의 문제점과 개선점을 지적하고자 한다.

첫째, 현행 피보험자 자격이 취업상태와 연결되어 있기 때문에 직장이나 공무원 및 사립학교 교직원의료보험의 피보험자가 그 자격을 상실할 경우 지역의료 보험에 편입되어야 한다. 이러한 제도는 지역 의료보험조합의 노인인구 구성비율을 증가시켜 지역조합의 노인의료비 부담을 과중하게 하는 요인이며, 이는 현행 조합분리식 보험조직의 구조적 취약점이다. 따라서 조합간의 재정이전이 전혀 이루어지지 않는 현행 의료보험제도하에서는 질병에 걸려도 충분한 치료서비스를 받지 못할 수 있으며, 질병이환률은 높고 또한 대부분 장기치료와 이에 따른 많은 의료비를 부담해야 하는 노인들에게는 어느 수준에서 보건문제를 다루어야 할지 어려운 상황이다.

적어도 노인보건문제는 질병치료기회의 최저수준을 보장해야 한다. 그렇다면 최적 또는 적정의료의 개념을 최소 또는 최저치료의 개념으로 바꾸어 문제를 분석할 수 있다. 노인인구를 지역의료보험에 편입시키지 않고 해당직장 및 공,교의료보험에서 계속 관리하는 방법이 있지만, 우리나라 기업의 경우 재정상태의 불안정으로 퇴직근로자의 의료보험을 끝까지 책임지지 못한 실정이다. 일본의 경우 이러한 문제 때문에 1973년 노인의료비 지급제도를 실시하고 노인보건법 시행 (1983년), 퇴직자 의료보험 신설 (1984년) 등의 수차례에 걸친 제도의 보완작업을 통하여, 노인의료비를 각 의료보험에서 공평하게 분담하도록 가입자 안분률을 인상하는 동시에 의료보험조합

간의 불균형을 해소하고 있다. 그러나 아직 우리의 경우 이에 대한 배려가 없는 형편이어서 그 구조적 취약성의 극복이 시급하다. 노인을 위한 의료보험 프로그램이 기존의 프로그램에 추가되거나 별도의 사회보험으로 발전시켜야 할 것이다.

둘째, 의료기관 이용시 본인부담금이 너무 높고, 보험급여 내용에서는 아직도 비급여 서비스가 많아 노인 의료이용에 제약이 된다. 특히, 대부분 만성질환인 노인성 질환에서 큰 문제이며, 더욱이 저소득층 노인에게는 상당한 부담이 된다. 본인 일부부담제는 보험의료의 남용을 막고 보험재정을 보호하기 위하여 비용의 일부를 본인이 부담하는 제도이다. 노년기 질병의 특성이 만성적이고 재발이 쉽고 장기적 치료를 요하므로, 또한 노동시장에서의 경쟁력 상실, 정년퇴직 등의 인위적인 사회제도 등으로 인한 소득 상실로 야기된 빈곤문제를 전제로 하고 있기 때문에, 건강치 못하거나 경제적 부담능력이 약한 노인피보험자는 보험료를 내지 못하여 보험제도에서 단기간 탈락되는 경우가 많으며 장기간 재가입하지 못하는 경우도 많다.

실제 우리나라 노인들은 경제적 빈곤상태의 노인이 많은데도 의료비의 약 32%를 본인이 조달해야 하고, 70세 이상 노인 1인당 본인부담율은 일본의 약 10배 정도이다. 따라서 노인의료보험의 본인부담금을 전액 면제해주거나 고액치료비에 대해서는 의료보호처럼 의료비 용자제도를 적용하거나 의료비를 경감해 주는 제도가 강구되어야 한다. 지금 추세로는 2천년까지 70세 이상 노인이 차지하는 비율은 불과 3%정도일 것이므로 노인들을 전액 무료로 치료해 주더라도 전체 의료비의 5%정도면 충분할 것이다 (정무제2장관실 정책자료, 1989). 그렇게 되면 노인들은 질병에 걸리더라도 의료비 걱정없이 적정수준의 의료서비스를 받게 될 것이다.

셋째, 요양 급여기간의 제한으로 노인인구의 사회 인구학적 특성상 크게 불리하다. 사회보험으로서 의료보험은 인구집단의 적용에 있어서 보편적 보호의 원칙을 고수하게 된다. 이같은 원칙을 살리기 위한 보험급여의 수준을 사회최저 (social minimum) 혹은 국가최저

(national minimum)라고 한다. 보험급여 수준과 범위는 국민소득과 함수 관계가 있어 그 결정을 정부나 보험자가 임의로 할 수 있는 성격의 것이 아니라 총체적인 사회, 경제적 조건에 비추어 결정되어야 한다. 현행의료보험제도는 연간 요양급여기간을 180일로 제한하고 (65세 이상은 210일임), 94년 8월부터는 요양급여기간이 180일을 초과했을 경우에도 보험자가 부담하는 급여비용이 65세 미만의 피보험자의 경우 65만원, 65세 이상의 피보험자의 경우 80만원에 미달될 경우에는 (중전 55만원) 그 상한금액에 달할 때까지 요양기간을 연장하여 연간 요양급여기간의 연장효과를 도모하고 있다. 그러나 만성질환으로 장기 요양을 요하는 경우나 노인의료의 경우에는 보험혜택을 적절히 받을 수가 없어 이에 대한 제도 보완이 시급하다.

(2) 의료보호

1977년 실시된 의료보험제도는 사회 보장제도의 일환으로 생활무능력자 및 저소득층에게 국가재정으로 의료서비스를 제공하는 사회부조 형태의 일종이다. 이는 국민보건 향상과 사회복지증진에 기여함을 목적으로 그 대상자를 1종, 2종으로 구분하여 적용하는데, 의료보호 1종 해당자는 진료비 전액이 정부기금에서 지원되고 있다. 2종 대상자는 외래는 무료, 입원은 부담액이 10만원을 초과한 금액에 대해서는 무이자로 1-3년 분할 상환토록 국가가 대신 지불하고 있다. 단, 외래의 경우 본인 부담금이 10만원을 초과하기 어려우므로 의료보호 대불제도는 실질적으로 입원치료의 경우에만 적용된다고 볼 수 있다. 의료보호 대상자 책정은 생활보호 대상자에 의해 결정되며 자산기준은 매년 보사부장관이 결정한다. 현재까지 전국적으로 의료비 지원에 대한 욕구가 가장 큰 것으로 나타나고 있다.

많은 의료부조가구(95.1%) 및 기타 저소득층가구(81.1%)가 의료보호를 받고 싶어하고, 24.8%의 저소득층가구가 지난 1년간 의사의 치료를 꼭 받아야 되는데도 받지 못했거나 중단했으며, 저소득층 인구

중 노인인구 비율이 높아 24.1%가 만성병 환자인 점으로 보아 저소득층의 의료비 부담이 매우 큼을 알 수 있다. 그러나 의료부조자들에게는 의료비 대불제도가 적용되지 않고 있으며, 의료보호 2종대상자들에게는 이 제도의 홍보가 부족하여 이를 이용하지 못한 2종 가구들이 적지 않다. 또한 저소득층의 높은 질병이환율로 보아 의료대불제도에 대한 수요는 매우 클 것으로 보여 정부의 직접지원 이외에 금융기관의 대출을 활용하는 신제도의 개발이 필요하다.

대불금 제도가 도움이 되는 제도이지만, 대불금 회수율이 매우 낮아 이에 대해 적절한 관리방안이 마련되면 제도의 확대에 큰 도움이 될 것으로 보인다 [보사부에 의하면 전국 평균회수율은 약 35%이며, 서울시 도봉구의 경우 1989년 2종 보호자 진료비 지급액의 16.3%가 대불금으로 처리되고 있지만, 회수율은 18% (1990년 11%)에 불과하였음]. 또한 의료보험과 의료보호의 진료체계가 상이하고 의료인의 불친절 등에 대한 지적은 끊임없이 이루어지고 있다.

(3) 기타 보건의료서비스

노인은 소득이 낮고 더구나 질환을 지닌 경우 장기치료를 요하여 비용이 많이 든다. 그러므로 노인의 건강상태를 평상시에 체크하여 사전에 이환을 막는 것이 중요하며, 특히 노인에게 대한 건강진단은 고령일수록 필수적이다. 우리나라에서도 노인 이환률이 매우 높으므로 현재의 상황에서 노인에게 대한 질병예방과 조기 발견은 의료비 절감의 측면에서 매우 중요하다. 일본의 경우 이 건강진단은 제도상 65세 이상의 노인은 모두 받을 수 있다. 진단은 일반진단과 정밀검사로 구별되며, 일반진단은 검진, 혈압측정, 기타 6개항목의 검사로써 무료로 실시된다.

우리나라에서는 노인건강진단 사업은 1983년도부터 노인복지법 제 8조에 근거해서 실시하고 있다. 65세 이상 노인중 저소득계층을 우선으로 1, 2차에 걸쳐 병환상태에 대한 기본 검사 및 정밀검사를 전

국 국,공립 병원과 보건소에서 실시하도록 하였다. 1989년에는 진단 받을 노인의 편의를 위하여 국공립병원 및 보건소로 한정되었던 건강진단기관을 시장, 군수가 지정하는 의료기관까지 확대했으며, 오지와 벽지에 거주하는 노인을 위하여 이동 진료시스템을 활용하도록 했지만, 외국의 사례에 비추어 볼 때 거의 형식에 불과한 형편이다. 1992년 건강진단을 받은 노인은 전체노인의 10%밖에 되지 않으며, 그것도 검진에서 질병을 발견했다라도 후속조치가 미비한 편이어서 노인건강진단사업의 실효성에 의문을 품지 않을 수 없다. 따라서 건강진단사업에서 질병이 확인된 노인들이 검진·치료를 받을 수 있도록 특별한 전달체계가 강구되어야 할 것이며, 건강교육과 상담 등 적극적인 참여를 조장할 수 있는 제도적인 뒷받침이 따라야 한다.

2. 노인전문병원

노인병을 전문으로 치료하는 병원으로는 종합병원내에 노인병 전문과목을 진료과목으로 설치하는 경우와 노인병만을 치료하는 전문병원으로 분류할 수 있다. 양로병원이 수용기능과 치료기능을 함께 갖춘 치료시설이라면 노인전문병원은 치료기능이 주가 된다. 따라서 수용이나 통원 치료가 가능하다. 노인 인구의 증가와 노인병 환자의 증가 그리고 노인치료의 특수성을 감안하여 노인전문병원의 필요성은 앞으로도 크게 증가하리라 본다.

가까운 일본에는 노인만을 대상으로 하는 병원이 전국에 664개소가 있으며, 이는 일반병원 총수의 7.1% 그리고 노인병원 병상수는 전국 병원의 5.3%에 해당된다 (이가옥 등, 1994). 우리나라에서는 특히, 전국민의료보험의 실시로 종합병원의 병상을 얻기란 쉬운 일이 아니다. 이러한 상태에서 더구나 입원기간이 긴 노인들이 병상을 많이 차지하여 일반환자의 병상을 가중시킬 수도 있다. 그러므로 노인들은 별도로 노인병원에서 집중진료하고, 기타 노인요양원이나 양로병원에서 장기치료 할 수 있는 치료체계가 갖추어져야 할 것이다.

3. 예방·치료·재활전담인력의 양성배치

전술했듯이 우리나라 60세 이상 노인들의 유병률이 매우 높으며, 치매출현률과 외상노인의 출현율, 노인의 자살률과 정신장애도 증가 추세이다. 그러나 보건의료인력과 시설은 절대 부족하며, 특히 노인의 예방, 치료, 재활의 특수성을 살린 능력있는 보건기관 및 의료기관의 전문인력의 양성과 훈련이 이루어지지 않는 실정이다. 고로 노인의료 및 복지시설의 증가와 보건의료인력의 증원이 시급하다.

실제 보건기관에 배치된 공중보건의를 방문하는 환자의 44%가 노인임에도 불구하고 의과대학과 병원에서 특별한 훈련의 실시가 없는 현실에서는 우선 치료에 종사중인 공중보건의(2,538명) 및 개업의에 대한 노인보건에 관한 보수교육이 필요하다 (방숙, 1990). 또한 포괄적 진료(comprehensive care)를 위한 노인보건전문요원의 팀의 구성, 기초 및 재활서비스를 제공할 의사, 간호사, 물리치료사 등의 양성 및 재교육의 기회가 있어야 할 것이며, 조사, 연구 치료, 사후지도 프로그램을 통하여 환자의 입원에서부터 퇴원후까지 다양한 서비스의 제공자, 중재자로서 사회복지요원의 양성, 배치가 절실하다.

4. 노인보건의료의 법제화

점차 다변화하는 노인들의 요구에 적절하게 대응하기 위해서는 보건·복지·의료 등 각 시책의 조정을 도모하고, 이들 서비스가 종합적으로 가능하도록 시스템을 구축해야 한다. 현재 일본의 노인들은 피용자 보험과 국민건강보험 및 이를 기초로 한 공동사업인 노인보건법에 의한 의료혜택을 받고 있다. 즉 직업의 종류에 따라 정부관장보험, 조합관장보험 및 그 외의 피용자보험에 가입하고, 퇴직후에는 피용자보험의 피보험자 또는 지역주민을 대상으로 하는 市·町·村의 국민건강보험에 가입하고 있다. 또한 피용자보험과 국민건강보

험에 가입해 있는 70세 이상의 모든 노인과 시·정·촌의 의해 노인보건법 시행령에 정해진 장해를 인정받은 65-69세 노인은 노인보건법에 의한 의료혜택을 받고 있다 (이가옥 등, 1994).

우리의 경우 현재 노인과 직접 관련된 법률은 1981년 제정된 노인복지법이 있지만 원래의 취지와는 달리 노인보건의료제도의 발전을 위한 내용은 미미하며, 생활보호노인을 위한 건강진단 사업만을 규정한 현행 노인복지법으로 고령화 사회에 대응하기 위한 노인보건사업과 제도가 되기 어렵다 (최성재, 1991). 곧 노인보건의료에 관한 종합적인 법제화는 시급을 요한데, 법제화의 필수적인 내용으로 우선 의식의 전환을 들 수 있다. 노인보건문제에 관한 종래의 “선 가정보호 후 사회보장”의 개념에서 벗어나 “사회책임하의 가정지도”라는 노인보건문제에 관한 국가의 책임이 확실히 규정되어야 한다.

또한 보건의료 시설 및 인력의 부족, 분포의 지역적 불균형 등 현행 의료전달체계의 문제점을 직시하고 동일한 접근도를 유지하여 적정 의료서비스를 받을 수 있는 방안을 모색해야 한다. 아울러 노화와 노인성질환을 고려한 예방대책으로 보건교육과 건강진단사업의 법제화와 의료비의 적정수준을 의료보험, 의료보호 및 정부의 보건 의료 사업비의 검토를 통한 재정조달방법을 제도화하여 본인일부 부담금의 감소를 피하여 경제력이 취약한 노인들에게 최적의 의료보장을 제공하는 것이다.

5. 노인복지행정기구의 개편과 노인복지연구소 설립방안

(1) 행정기구의 개선 방안

노인복지정책의 기본방향 및 노인복지증진을 위한 각종제도의 개선에 관한 사항을 주기적으로 현재 국무총리 자문기관으로 노인복지대책위원회를 두고 있으나 그 업무내용이 너무 포괄적이므로 기능수행에 어려움이 있고, 국무총리가 위원장이고 각부장관 11명이 위

원, 그 외의 13명은 대부분 비전문위원이어서 정책방향설정이 비현실적, 비효율적일 여지가 있다. 그러므로 그 기능의 전문화와 효과적인 운영을 위해 그 구성에 있어 노인복지 실무 종사자나 사회복지 및 각 인접분야의 전문가를 참여시키는 방향으로 전환해야 한다.

또 각 직할시, 도단위에 노인복지위원회를 설치·운영하여 지방단위의 노인복지사업에 대한 심의·자문기능을 담당하게 하여 지방자치시대에 대비시키다. 행정조직상 보건사회국에 노인보건과를, 시·군·구 단위에는 노인보건계를 신설하고 각 행정 단위별로 노인복지사무소를 설치해야 할 것이다. 노인보건을 담당하는 일선기관의 신설도 요망되나 현실적으로 노인보건과, 노인보건계, 노인복지사무소에서 보건소, 보건지소, 보건진료소 등의 공공의료기관과 공조체계를 중심으로 한 지역사회 노인보건사업이 요망된다.

2. 노인 문제 연구소의 설립

노인문제에 관한 연구는 본질적으로 학제적 성격을 띠는데, 일본에는 노인종합연구소, 미국에는 국립노화연구소가 있어 장기적이고 전문적이며 종합적인 노인복지 연구를 하고 있다. 그간 학자들의 연구활동은 활발하고 전문성을 지녔지만 한정된 자원으로 인하여 특히 실태파악을 위한 활동은 소규모 표본조사 내지 사례연구의 영역을 벗어나지 못하고 있다. 더우기 각 분야에서 얻어진 실태와 이론은 하나의 통합된 체계속에 수렴한다는 것은 개별적 차원에서는 거의 불가능하며, 이러한 의미에서도 노인문제에 대한 실태, 이론, 문제점, 대책 등의 전영역을 집중적으로 연구분석, 입안하는 종합적인 연구기관의 설립이 현실 문제에 대한 실천계획에 선행되어야 할 것이다. 고로 노인문제의 실상을 보다 과학적이고 체계적으로 파악, 분석하고 문제점을 분명히 도출하여 이에 대한 합리적, 효과적인 장·단기 정책을 수립해서 관련부처에 연결해 줄 수 있는 제도적 장치를 마련하고자 국립노인복지연구소를 설치해야 할 것을 촉구한다.

결 론

우리나라는 유교 문화권에 속한 전통적 농경사회였기에 노인문제가 미미했다. 그러나 최근 사회구조가 산업화·도시화·핵가족화에 따라 노인들에 대한 가족부양기능이 약화되었고, 이로 인해 노인문제는 심각한 사회문제로 대두되기에 이르렀다. 일반적으로 노인문제라 함은 三苦 또는 四苦를 말한다. 三苦라 함은 貧困, 疾病, 孤獨을 의미하고, 四苦의 경우 役割喪失이 추가된다.

여러 조사에 의하면, 노인들에게는 만성퇴행성 질환이 많고, 입원기간도 길며, 의료비도 과중하여, 실제로 노인들이 가장 걱정하는 생활문제는 건강악화이며, 따라서 가장 선호하는 복지사업도 건강관련 제도에 대한 욕구였다. 그러나 현재의 노인복지 내용은 약하여 제도의 효율성을 이루지 못하는 실정이며, 최근 노인의료비 문제는 중요한 사회복지과제의 하나로 대두하였다. 따라서 본고에서는 현시점에서 노인보건문제를 살펴보고 이러한 문제점을 해결하고 21세기의 노인을 위한 보건의료대책의 발전 방향의 강구를 제시하고자 했다.

노인보건의료정책의 대책방안으로 노인보건의료의 법제화 및 시설 확충, 노인의료비 부담 경감, 노인보건의료 전담인력의 양성 배치 등이 우선과제이다. 효과적인 노인복지정책을 위한 방향은 국가·사회의 깊은 연대의식에서 노인정책을 수립·집행하고 제도적 장치와 행정조직의 합리적 개선으로 추구되어야 한다. 우리는 이 문제를 너무 조급하게 혹은 이상만을 앞세워 다루지 말고 사회가 관심을 기울이기 시작한 지금 보다 현실을 직시하고 우리에게 맞는 제도적 장치나 보호할 수 있는 여건을 장기적, 거시적 안목에서 수립해야 한다.

참 고 문 헌

문옥륜 (1993) 의료보호사업의 대상과 특성별 급여개발에 관한 연

- 구. 제45차 대한예방의학회 춘계학술대회 연제집. pp. 151-152.
- 박순일 (1994) 한국의 빈곤현실과 사회보장. 서울: 일신사.
- 방 숙 (1990) 대한의학회/WHO주최 의학교육 심포지움 참가기. 대한공중보건학협의회지, 4, 86-92.
- 방숙 · 조유향 (1993) 노인보건의료대책의 발전방향. 한국노년학, 13 (2), 30-47.
- 보건사회부 (1991) 보건사회백서.
- 보건사회부 (1993) 노인복지사업지침.
- 손명세 · 유승흠 · 박은철 · 김춘배 (1993) 사망전 의료이용 및 의료비 분석. 제45차 대한예방의학회 춘계학술대회 연제집. pp. 155-154.
- 손건용 등 (1993) 1992년도 국민건강 및 보건의식행태조사. 서울: 한국보건사회연구원.
- 의료보험연합회 (1985-1991) 의료보험통계연보.
- 이가옥 · 김기옥 · 오미영 · 서미경 (1994) 아시아 지역의 노인복지정책 및 노인생활실태비교. 서울: 한국보건사회연구원.
- 정무제2장관실 (1989) 노인문제종합수립을 위한 분야별 연구 (정책자료 89-1).
- 최성재 (1991) 노인복지. 한국사회복지총람 (16장). 서울: 한국사회복지협의회.
- 통계청 (1991) 장래인구추계 (1990-2021년).
- 통계청 (1992) 한국의 사회지표.

* 이 논문에 관한 일체의 서신왕래는 [우] 506-701 광주직할시 광산구 신창동 683-3번지 광주보건전문대학 물리치료과 姜秉宇 교수 또는 간호과 沈文淑 교수 앞으로 하시기 바랍니다.

장년 및 노년층의 숫자범위과제에 대한 교육수준의 효과

하 현 욱 · 윤 가 현

본 연구에서는 단기기억의 용량 또는 주의집중의 능력에 대한 연령차를 살피기 위하여 장년집단과 노년집단에게 숫자범위(digit span)과제를 실시하였다. 거꾸로 따라서 외우는 과제에서는 두 집단간에 차이가 없었으나, 바로 따라서 외우는 과제에서는 장년집단의 수행결과가 훨씬 좋았다. 그러나 실험대상자들의 교육수준을 공변인으로 통제시켜 측정치를 재분석했을 때에는 바로 따라서 외우는 과제에서도 두 연령집단의 차이가 나타나지 않았다. 주의집중의 능력은 연령의 증가에 따라서 단순히 쇠퇴하는 것이 아니라 교육수준과 같은 변인들에 의해서 결정된다는 점을 논의하였다.

기억의 종류를 단기기억(short-term memory)과 장기기억(long-term memory)으로 나누는 구조에서는 장기기억에 비하여 단기기억의 용량은 제한되어 있다고 본다. 단기기억 또는 작동기억(working memory)의 용량은 흔히 기억범위(memory span)라고 알려져 있는데, 이는 Ebbinghaus(1885)의 고전적인 연구와 Miller(1956)의 연구