

노인보건의료의 현황과 법 제도적 개선방안

Improvement Devices on the Law and Institution and Current Situation of Health and Medical Treatment for the Aged

노재철*, 고준기**

호서대학교*, 김해외국인인력지원센터/동아대학교**

Jae-Chul Noh(noh-jc@hanmail.net)*, Zoon-Ki Ko(kozk@naver.com)**

요약

인구가 고령화되면서 전체 인구의료비 가운데 고령인구에 지출되는 의료비의 비중은 증가하여, 건강보험·의료급여 등의 재정을 압박하는 경향은 갈수록 심화될 전망이다. 노인성 질환으로 인해 의료비용 부담이 증가함으로써 사회적 문제로 발전됨에 따라 노인보건의료의 현황을 분석하고, 현행 관련법제도를 살펴보고 문제점을 도출하고자 하였으며, 외국의 노인보건의료현황과 동향을 토대로 시사점을 도출하여 우리나라에의 법제도적 개선방안을 제시하고자 하였다. 그 결과 현행 노인보건의료보장의 관련법 체계의 문제점, 현행 노인장기요양보험법상의 문제점을 도출하였고, 법적 개선방안으로서는 건강보험의 보장성 강화, 장기요양보험료 재정의 건전성 확보문제, 노인복지와 장기요양보험제도의 연계와 상호보완 기능을 강화, 치료요양에 대한 노인장기요양보험제도와 노인복지법의 중복성 문제, 등급판정체계의 개선, 재가서비스 지원강화 등 노인의 특수성을 반영하여 의료서비스의 질적 수준의 개선이 필요하다고 보고 노인장기요양법제의 개선과제를 제기하는 등 노인의료서비스의 지원확대 방안을 제시하였다. 노인을 대상으로 하는 중증응급의료서비스의 질을 제고하기 위해서는 적정 응급의료자원의 확보뿐만 아니라, 그 효율적 운영체계의 마련도 필요하다. 아울러 급증하고 있는 노인의료비에 대응하기 위해서 「노인의 의료확보에 관한 법률」을 제정할 필요성을 제시하였다.

■ 중심어 : | 고령(화)사회 | 노인 | 보건의료 | 노인건강증진 | 법제도 |

Abstract

As the population is getting older, medical expenses amount of the whole is keep increasing. So, the pressure of the finances, Health Insurance, Medical Care Assistance Act and etc, is getting higher. The share of healthcare-expense is increasing due to elderly illness. And it became a social problem; we analysed present state of senior healthcare in South Korea-looked into current laws and policies, and found problems. We tried to suggest improvements that drew from the current state of foreign country senior healthcare of those problems. For the result, we found the problem in relevant-law system of senior healthcare guarantee. In this study, we proposed the ways to qualitatively upgrade of medical standard that considered on elderly' features: the strengthened guarantee for healthcare, financial secure for long-term convalescence benefit, linking and functional reinforcement for elderly welfare and long-term convalescence insurance, the solution for overlapped laws about convalescence in long-term convalescence insurance and elderly welfare, a betterment of grading, and a home service consolidation. We need to secure right amount of emergency medical service budget, and effective management system for the improved level of senior severely emergency medical service. Furthermore, we suggested that South Korea needs to legislate [The Law for Senior Medical Secure] to respond to rapidly increasing senior healthcare fee

■ keyword : | Aged(aging) Society | The Aged | Health and Medical Treatment | Health Promotion Programs for elderly People | Law and Institution |

1. 서론

사람이 건강하게 산다는 것은 사람으로서 삶의 유지를 위한 기본적 조건이다. 질병에 걸렸을 때 건강회복 수단으로서의 의료 및 이에 관한 의료보장관련법은 사회보장의 중요한 영역이다[1]. 인구가 고령화되면 전체 인구의료비 가운데 고령인구에 지출되는 의료비의 비중은 증가하게 된다[2]. 통계에 따르면 노인인구 비율은 2004년 7.9%에서 2011년 10.5%로 늘었지만 노인 진료비 비율은 22.9%에서 33.3%로 상승했다. 전체 인구의 10.5%를 차지하는 노인이 2011년 건강보험 진료비 46조2379억 원 중 33.3%(15조3893억 원)가 65세 이상 노인 진료비로 지출되고 있는 셈이다[3]. [표 1]을 보면 2030년에 노인인구 23.1%로 초 고령 사회로 넘어서면 노인의료비 비중이 47.9%로 거의 1/2에 가까운 수치를 나타내고 있다. 이는 노인인구가 증가한 데에 따른 것이지만 노인들의 의료서비스 이용량이 꾸준히 늘어난 결과로 보인다. 건강보험·의료급여 등의 재정을 압박하는 경향은 갈수록 심화될 전망이다. 국민건강보험법상의 치료비의 일부 부담률은 연령에 따른 제한이 없기 때문에 상대적으로 질병의 발병률이 높고 장기간의 요양을 해야 하는 특징을 갖는 노인을 부양하는 부양자가 있을 경우는 부양자의 부담이 늘면서 세대 간의 갈등을 초래할 수 있다[4].

표 1. 고령화와 노인의료비의 전망: 2000~2030[33]

구분	2000	2001	2010	2030
노인인구비중(%)	7.2	7.6	10.7	23.1
노인의료비 비중(%)	20.3	22.2	30.1	47.9

주 1) 노인의료비는 전체 국민의료비를 추계하고, 그 중 노인의료비 비중을 추정하여 계산(*노인의료비 비중은 선진 6개국의 노인의 인구비중과 의료비 비중을 참조하여 추정) 단, 2000~2001년은 당시 추세치를 이용
 2) 국민의료비는 의료비의 소득탄력성 1.119를 이용하여 추정. 다만 2000~2001년은 당시 추세치를 이용

이와 같이 노인질환으로 인해 의료비용의 부담이 증가함으로써 사회적 문제로 발전됨에 따라 이 논문에서는 노인보건의료의 현황을 토대로 노인보건의료의 법적대응실태를 파악한다. 현행 노인보건의료보장의 관련법상의 문제점을 알아보고 외국의 법적 대응사례를 통하여 시사점을 도출해 관련법의 개선방안을 제시하

고자 한다. 본 연구에서 활용하는 연구방법은 선행연구 및 문헌연구, 통계분석, 현황분석 등 다양한 방법을 활용하고자 한다. 첫째, 보건의료서비스의 현황과 노인의 건강 및 보건의료실태, 노인성 질환 현황, 보건의료의 특징과 응급의료 인력과 중증 응급환자의 치료에 대한 역량에 관련하여 국내외 연구논문, 보고서, 기존 선행연구 및 실태조사 기존문헌 등 다양한 자료를 수집하여 분석하고자 하였다. 둘째, 외국의 노인보건의료보장을 위한 법적 대응동향에 대해서 정부간행물 및 정책자료, 전문서적 등을 살펴보고 상황을 고찰하기 위해서 관련분야에 대한 광범위한 문헌조사를 하고자 하였다. 셋째, 노인보건의료에 관한한 법제도적인 문제점과 개선방안으로. 문헌조사인 경우 해당부처의 자료나 관련 문헌 그리고 기존 연구 논문자료 등을 활용하였다. 또한 노인의료관련 주요 인권협약에 있어서는 국제연합 등에서 발간한 문헌 등도 참고로 하였다.

II. 고령사회와 노인보건의료의 실태와 특징

1. 보건의료서비스의 현황

1.1 일반 현황

건강보험정책연구원 2012.7.2 발표 자료를 살펴보면 국민의 병원 문턱은 낮아지고 의료기관 방문일수는 증가하였고, 요양기관수도 1980년보다 6배로 증가하였다. 영아 사망률도 감소하여 OECD 국가들 가운데 가장 낮은 수준이고 암 5년 생존율도 증가하였다. 건강보험 적용인구 확대되어 2011년 현재 4,930만 명이 건강보험 적용을 받고 있으며 의료비에 대한 가계부담(전체 국민 의료비 지출 중 본인부담금의 비중)이 지난 30년간 지속적으로 경감해왔다. 다만 OECD 주요국의 가계부담 비율 평균은 17.1%(‘10년)로 한국(32.1%)에 비해 낮은 건강보험의 보장성 강화를 위하여 보험급여를 확대하였다. 우리나라는 적용인구 1인당 연간보험료 및 연간 급여비가 증가하였고 건강검진 수검율도 증가하였으며 GDP 대비 건강보험 진료비 비중은 지속적으로 증가하고 있다. 진료형태별 진료비 현황을 보면 최근 10년간 입원진료비 점유율이 증가추세로 나타나고 있고 진료

비 대비 약제비 비중이 증가하고 있다. 건강보험 총 진료비도 크게 증가하였고 종합병원의 진료비점유율 증가추세를 보이고 있다.

1.2 노인보건의료

2010년 한국인의 평균수명은 80.7세(남자 77.2세, 여자 84.1세)로서 OECD국가의 평균수준을 넘어서고 있다. 1980년 65.9세에서 2010년 80.7세로 30년간 14.8세가 증가하였다.

표 2. 우리나라의 평균수명 변화[34]

	1980	1987	1989	1990	1995	2000	2010
계	65.9세	69.9세	71.0세	71.4세	73.5세	76.0세	80.7세
남자	61.8세	65.8세	66.8세	67.3세	69.6세	72.3세	77.2세
여자	70.0세	74.0세	75.0세	75.5세	77.4세	79.6세	84.1세

※ 주요국 평균수명(10년) : 미국 78.7세, 호주 81.8세, 프랑스 81.3세, 독일 80.5세, OECD평균 79.8세

65세 이상 노인진료비는 급증하였고, 노인인구증가에 비하여 전체진료비중 노인진료비율이 급증하였다.

표 3. 연도별 노인 65세 이상 진료비 현황 (단위: 억 원, %)[33]

구분	2001년	2005년	2008년	2009년	2010년	2011년
노인 진료비	31,627	60,731	107,371	124,236	141,350	153,768
노인 인구비율	6.9	8.3	9.6	9.9	10.2	10.5
노인 진료비 비율	17.7	24.4	30.8	31.6	32.4	33.3

9세 이하는 진료비 점유율이 감소하고, 50대 이후는 증가를 보이고 있는데, 특히, 70세 이상은 큰 폭의 증가추세를 보일 정도로 연령증가에 따라 진료비 지출이 많다.

지난 20년간 질병구조는 순환기계, 근골격계, 암(신생물) 등 만성질환 질병진료비 점유율을 높여지고 있다. 특히 11대 주요 만성질환의 변화로 2012년 대비, 만성질환 진료비가 3.4배 증가하였다. 2011년 악성신생물에 의한 진료비가 3조 9,471억 원으로 가장 많았고, 그 뒤를 이어 고혈압 2조 5,522억 원, 정신 및 행동장애 2조 480억 원, 대뇌혈관 1조 7,578억 원, 당뇨병 1조 4,283억 원

순(順)이었다.

표 4. 연령대별 1인당 연간진료비 추이(단위: 천 원, %)[33]

구분	9세 이하	10대	20대	30대	40대	50대	60대	70세 이상
1990	84	32	59	68	89	120	141	109
1995	158	59	95	115	149	243	306	278
2000	293	107	157	207	266	468	687	751
2005	464	188	248	328	469	800	1,341	1,593
2011	743	312	367	509	676	1,217	2,080	3,272

주) 1990-1995년은 심사실적기준이며, 2000-2011년은 지급기준(2011년은 잠정치임)

표 5. 주요만성질환진료비추이(단위: 억 원)[33]

구분	계	고혈압	정신, 행동장애	호흡기 질환	심장질환	대뇌혈관
2002년	48,036	8,581	5,300	645	4,234	4,271
2011년	163,846	25,522	20,480	952	13,720	17,578
증가지수 (2002=100)	341	297	386	148	324	412

구분	신경계 질환	악성 신생물	갑상선	간의질환	만성 신부전증	당뇨병
2002년	2,493	10,192	787	2,698	3,580	5,256
2011년	11,291	39,471	2,220	6,600	11,729	14,283
증가지수 (2002=100)	453	387	282	245	328	272

주) 수진기준이며, 2011년은 잠정치임

2. 노인의 건강 및 보건의료 실태

2.1 건강상태 및 의료서비스 이용

보건복지부가 「노인복지법」에 근거하여 실시한 노인실태조사 결과[5]에 따르면 노인의 88.5%가 만성질환을 갖고 있다(여성 93.7%, 남성 81.8%). 노인의 68.3%가 2개 이상의 만성질환을 경험하고 있으며, 만성질환 수는 평균 2.5개이다. 노인이 3개월 이상 앓고 있다고 보고한 만성질환 중 고혈압이 54.8%로 가장 높은 유병률을 보이고, 관절염 및 류머티즘 관절염(40.4%), 당뇨병(20.5%), 요통 및 좌골신경통(19.9%), 골다공증(17.4%), 고지혈증(13.9%) 등의 순으로 나타났다.

노인의 21.0%가 지난 1년간 낙상을 경험, 이 중

72.4%가 병원치료를 받았으며, 낙상경험 장소는 실외(도로, 공원 등)가 56.0%로 가장 많다. 현재 노인의 47.4%는 낙상으로 인한 후유증을 경험하고 있고, 노인의 75.7%가 평소 낙상에 대한 두려움을 갖고 있다.

노인의 44.4%가 자신의 평소 건강상태를 부정적으로 인식하고 있으며, 35.0%는 동년배에 비해 현재 건강상태가 좋지 않은 것으로 평가하였다. 노인의 84.0%가 처방약을 현재 3개월 이상 복용하고 있으며 복용하고 있는 처방약의 종류는 평균 2.0개이다. 또한 56.1%가 최근 2주간 병원, 의원, 보건(지)소, 한의원 등의 의료기관을 이용한 경험이 있다. 노인의 86.5%가 본인부담 보건의료비를 지출한 경험이 있고, 월평균 지출액은 7만 4천원이다.

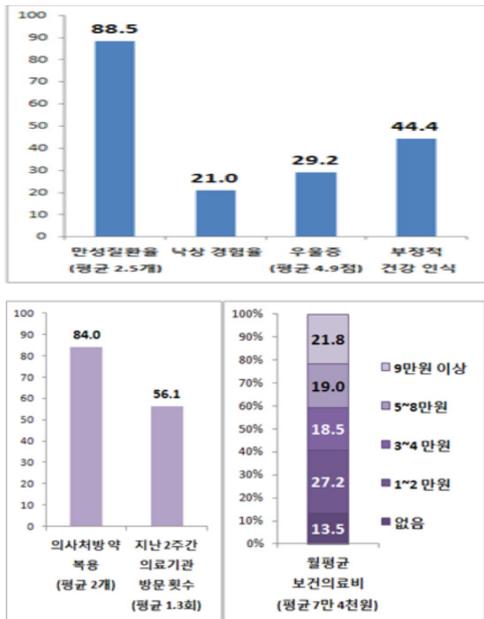


그림 1. 노인의 건강상태 및 의료이용 실태

2.2 건강행태

노인의 건강행태를 보면 흡연율은 12.6%, 연간음주율은 33.8%, 운동실천율은 50.3%이며, 노인의 하루 평균 수면시간은 6.7시간으로 적정수면시간인 6~8시간의 수면을 취하는 경우는 45.2%이다. 지난 2년간 건강검진을 받은 노인은 81.6%이다. 2004년에 비해 흡연율(17.6%)은 감소하였으나 음주율(34.1%)은 큰 변화가

없고, 운동실천율(39.6%)과 건강검진율(52.0%)은 월등히 증가하고 있어 건강에 대한 관심이 높아진 것이다.

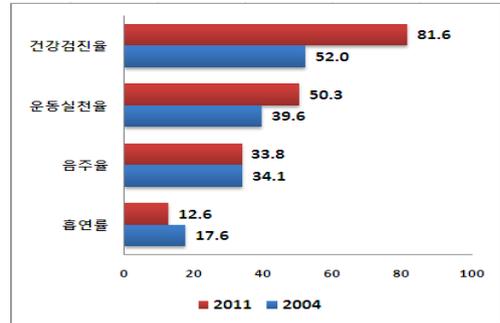


그림 2. 건강행태별 비교(2004.2011)

1주일에 7잔을 초과하는 노인의 과음주자 비율은 13.4%로 읍면지역, 저 연령, 고학력, 유배우자에서 높게 나타났다.

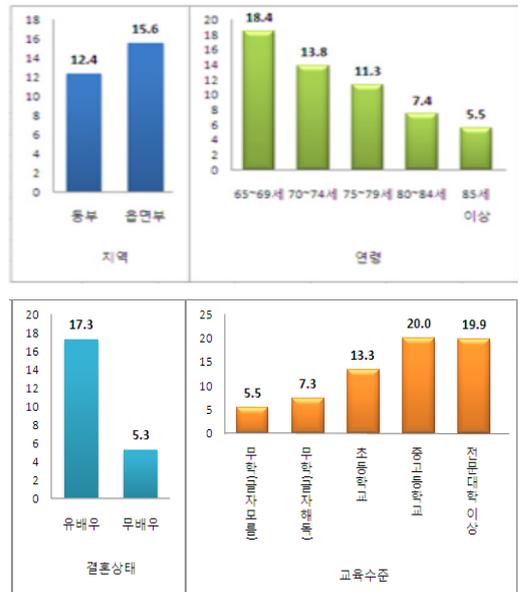


그림 3. 특성별 과음주자 비율

노인의 29.2%가 우울증상(우울증 척도에서 0~15점 중 8점에서 15점에 해당하는 경우 우울증으로 봄)을 보이며, 여성, 고연령, 저소득일수록 우울증상률이 높게 나타났다.

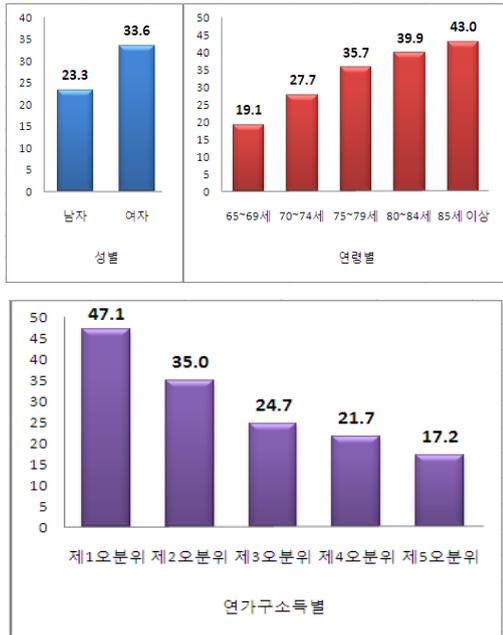


그림 4. 노인의 일반 특성별 우울증상률

2.3 기능상태 및 수발실태

노인의 14.9%는 기능상의 제한(기본적인 일상생활수행능력 7개, 수단적 일상생활수행능력 10개 항목 중 1개 이상 제한)을 경험하고 있고, MMSE-KC(한국형 치매 자가진단테스트)를 활용한 인지기능 저하자를 산출한 결과 응답자의 28.5%가 인지기능 저하자로 나타났고, 고 연령, 무배우자, 읍면지역에서 인지기능 저하자의 비율이 높게 나타났다[6].

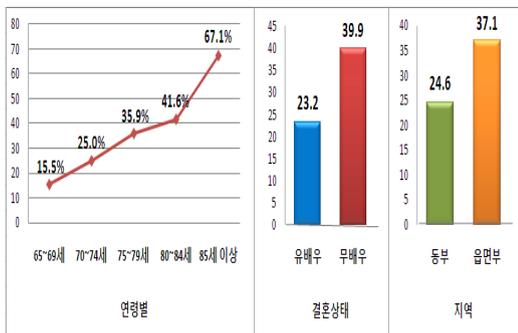
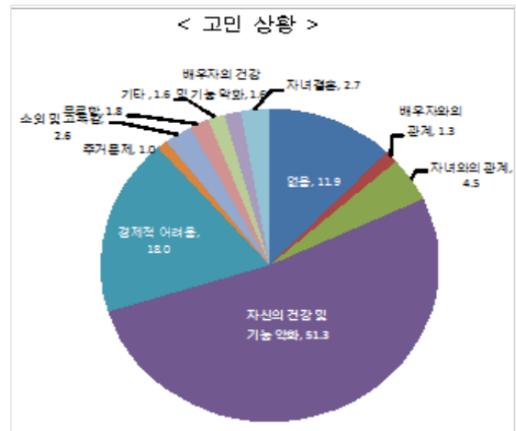


그림 5. 노인의 MMSE-KC

노인의 29.4%가 시력이 나빠며, 20.5%가 청력이 나빠는데 비해 씹기 상태가 좋지 않은 노인이 54.1%에 달하고 있다. 씹기의 경우 특히 보조기를 사용하는 비율이 52.9%임에도 불구하고 기능상태가 불편한 노인의 비율은 높은 것으로 나타났다. BMI지수를 통해 비만도를 살펴보면, 노인의 5.5%는 저체중이며, 41.4%는 정상, 25.1%는 과체중, 25.5%가 경도비만, 2.5%가 중증도 비만이다.

보건복지부가 「노인복지법」에 근거하여 실시한 노인실태조사 결과[5]에 따르면 기능상태의 제한을 경험하고 있는 노인 중 76.3%가 수발을 받고 있다. 수발자로는 가족원이 72.1%로 가장 높으며, 외부서비스 이용이 11.4%, 가족과 외부서비스를 함께 이용하는 경우가 13.1%이다. 수발을 받는 노인 중 외부서비스를 받는 비율이 24.5%로 노인장기요양보험제도가 도입된 이후 상당부분 증가하였다. 노인(65세 이상)의 노인의료복지정책에 대한 인식과 욕구를 보면 노인의 62.8%가 노인장기요양보험제도에 대하여 인지하고 있고 4.2%가 등급을 신청한 경험이 있고, 83.1%는 실제 등급내로 판정을 받았다. 노인돌봄종합서비스와 치매조기검진서비스의 인지도가 높아 각각 41.8%와 41.3%이고, 노인보호전문기관과 치매예방프로그램의 인지도는 22.7%와 22.3%, 치매치료관리비 지원사업의 경우 18.1%의 인지도를 보이고 있다.



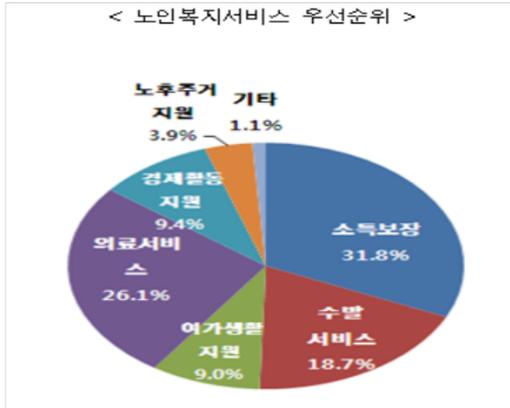


그림 6. 노인의 고민 상황, 중요하게 생각하는 복지서비스

노인의 현재 걱정하거나 고민하는 상황을 살펴보면 자신의 건강 및 기능악화라는 응답이 가장 많아 51.3%이며, 경제적 어려움으로 18.0%, 별다른 걱정이나 고민거리가 없다는 응답은 11.9%이다. 노인이 중요하게 생각하는 노인복지서비스로는 가장 높은 응답률을 보인 것이 소득보장으로 31.8%이며, 의료서비스 26.1%, 수발 서비스 18.7%, 경제활동지원 9.4%, 여가생활지원서비스 9.0%, 노후주거지원 3.9%, 기타 1.1%의 분포를 나타내고 있다.

2.4 노인의 보건의료실태와 욕구에 대한 정부의 대응

노인의 보건의료실태와 욕구에 대응하기 위하여 정부정책을 요약하면 ① 건강 위험 군에 대한 방문건강관리서비스제공, ② 나트륨 저 감화' 등 만성질환 예방·조절을 위한 건강생활실천 캠페인 전개, ③ 경로당, 공원, 학교운동장 등 접근성이 높은 공간에서 '건강 100세 운동교실' 운영 및 노인운동 바우처 사업, ④ 치매 조기검진 및 치료관리지원 등 '노인보건복지종합계획'을 수립, 추진 등이 있다. 노인들이 건강에 대해 중요하게 생각하고 관심이 큰 만큼 무엇보다 예방적 차원의 건강관리 서비스를 강화하는 것은 바람직하다고 평가된다. 아울러 ① 운동, 영양, 여가 등 맞춤형 건강관리 지원을 위한 지역사회 건강관리체계 구축·강화, ② 인지기능 저하자에 대한 치매 조기검진 활성화를 위해 국가건강검진 체계를 개편하고, 치매 고 위험 군에 대한 보건소의 사후관리 강화, 특히 '치매'에 대해서는 조기검진과 치료

비 및 케어서비스 지원 등 집중적인 예방 및 치료관리 정책을 추진하여야 한다[7]. 그리고 '요양시설 및 보호 서비스'에 대한 노인들의 향후 이용욕구가 높은 점을 감안하여 노인장기요양보험 등급 인정자를 확대하고 재가서비스 지원을 강화할 필요가 있다.

3. 노인성질환

고령화에 따른 뇌혈관성질환, 치매 유병률이 급격히 증가함에 따라 국가부담이 증대되고 있다. 노인성질환 진료비 상위 질환으로는 고혈압, 뇌혈관질환, 골관절염, 당뇨, 치매 순이다. 특히, 치매 등 환자의 치료 및 관리 비용 증가로 인해 국가의료재정에 큰 부담으로 작용하고 있다.

표 6. 연령대별 노인 주요 질환[33]

연령대	진료비위 질환
65~74세	고혈압
75~84세	뇌혈관질환
85세 이상	치매

치매환자 증가로 인해 장기요양 수요 급증 예상 65세 이상 노인의 치매환자 수 전망은 약 47만 명('10년) → 75만 명('20년) → 114만 명('30년)으로 증가할 것으로 전망된다. 치매환자로 인한 사회적비용은 연간 3조4천억(한국)이다. 노인성 치매 중 알츠하이머치매(약 70%) 및 혈관성 치매(약 21%)가 전체 치매환자의 약 90%이다[6].

국민건강보험공단은 2005년부터 2010년까지 건강보험 진료비 지급자료를 분석한 결과 '노인성 질환은 더 이상 노인들만의 고통이 아니고, 노인성 질환자 중 40~50대가 20%를 육박하고 있다.

건강보험정책연구원 2012년 연령대별 노인성 질환 의료이용 현황을 보면 2010년의 진료인원과 총 진료비는 연령대가 높아질수록 증가하였는데, 특히 65~74세의 전기노인인구(후기노인:75세 이상) 진료인원과 총 진료비는 각각 34만 명과 7680억 원으로 가장 많았다. 또한, 40~50대의 노인성 질환으로 인한 의료이용도 많았는데, 진료인원과 총 진료비가 각각 22만 3000명과

5128억 원으로 나타나 65~74세의 전기노인인구와 비슷한 의료이용을 보였다. 2005년 대비 진료인원과 총 진료비의 증가 %는 85세 이상에서 가장 크게 증가하였는데 각각 323.6%와 668.3%로 나타났다.

노인성 질환별로 진료인원과 총 진료비를 2010년을 기준으로 살펴보면, '뇌혈관 질환'이 진료인원 843,655명 총 진료비 1조 9,012억으로 가장 많았고, '치매' 진료인원 261,550명과 총 진료비 81,02억 원, '파킨슨 병' 진료인원 82,890명과 총 진료비 21,19억 원, 기타 퇴행성 질환 순서로 나타났다.

노인성 질환의 1인당 총 진료비는 2005년 이후 꾸준히 증가하였는데 '치매'와 '파킨슨병'의 증가가 두드러지게 나타났다. 특히, '치매'의 경우 2005년 이후 가파르게 상승해 오다가 2008년부터는 그 상승세가 완화된 양상을 보였다. '파킨슨병'의 경우에는 1인당 총 진료비 수준은 '치매'보다 낮았으나, 2008년도까지 꾸준한 증가를 보이다 다소 완화되었지만 2009년도 이후에 다시 상승하였다. 2005년 대비 2010년 증가 %가 가장 큰 질환은 '치매'이며, 진료인원과 총 진료비가 각각 312.4%와 620.3% 증가하였다.

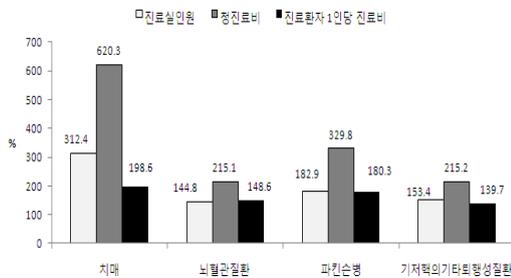


그림 7. 2005년 대비 2010년 노인성 질환별 의료이용 증가 % [33]

노인성 질환을 연령별로 2005년 대비 진료인원과 총 진료비의 증가현황을 살펴보면 전체적으로 65세 이상의 노인에서의 증가가 두드러졌는데 특히, 85세 이상에서 '치매'와 '파킨슨병'의 증가가 가장 컸다. 65세 미만에서는 50대의 증가가 높게 나타났는데, 특히, '치매'의 경우 진료인원과 총 진료비의 2005년 대비 증가 %가 209.9%와 398.8%로 노인성 질환 중 가장 높은 증가를

보였다.

2010년 노인성 질환의 연령별 의료이용을 살펴보면, '뇌혈관 질환'의 진료인원과 총 진료비가 가장 많았는데, 특히, 65~74세 연령대의 진료인원과 총 진료비가 각각 26만8590명과 5억 5000만원으로 가장 많았다. 40~50대의 진료인원과 총 진료비도 많았는데 진료인원은 20만7360명, 총 진료비가 4억 7000만원으로 나타나 65~74세 연령대와 비슷한 의료이용을 나타내었다.

우리나라는 2011년 65세 이상 노인인구 비율이 전체 인구의 10%대를 넘어섰고 2026년에는 20%를 넘어 초고령사회로 진입할 것으로 예상되는 가운데, 노인성 질환으로 인한 의료이용은 앞으로도 계속 증가할 것으로 예측된다. 노인성 질환으로 인한 의료이용을 줄이기 위해서는 노인성 질환의 발생을 예방하고, 이를 조기에 발굴하여 치료·관리함으로써 질병의 진행속도를 지연시키는 것이 중요하다.

노인성 질환의 발생을 예방하기 위해서는 노인성 질환의 위험인자인 고혈압, 당뇨, 고지혈증 등의 대사질환을 가진 환자를 조기 발견하여 관리하는 것이 필요하다. 국민건강보험공단에서는 건강검진 사업을 통해 고혈압, 당뇨, 고지혈증 등의 질환에 대한 위험인자를 가진 대상자를 조기 검진하기 위한 노력을 기울여 왔고, 2004년 5월부터 건강검진결과 유(有)조건자를 대상으로 건강정보 제공과 전화 상담을 통한 건강검진 사후관리를 실시하여 왔으며, 올해부터는 대사증후군 관리 사업으로 확대함으로써 보다 적극적인 예방·관리 사업을 실시하고 있다.

특히 '치매' 질환에 대해서는 66세를 대상으로 인지기능검사를 포함한 생애전환기 건강검진을 실시하여 치매의 조기진단을 위한 노력을 기울이고 있다. 또한 지자체 보건소에서는 60세 이상을 대상으로 치매 조기검진사업을 실시하여 치매 유조건자에 대한 관리를 적극적으로 실시하고 있다. 최근 보건복지부는 2012년 2월 치매관리법 제정·시행으로 범국가적 치매관리의 법적기틀을 마련하였고, 앞으로 보다 체계적이고 효율적인 인프라를 구축하고, 치매 가족의 부담을 경감할 수 있는 실질적인 방안을 모색하겠다고 밝힌바 있다.

4. 노인보건의료의 특징

고령이란 본질적으로 건강이 쇠퇴하는 시기이다. 육체적으로나 정신적으로 매우 취약해지고, 장애의 발생이 높아 다른 사람에게 의존 가능성이 커지는 시기이다. 노인계층의 상병구조도 전염성이나 급성질환 중심에서 비전염성 만성질환 중심으로 변화했다. 만성질환은 완치가 불가능하여 질병을 관리하는데 많은 비용을 소요하게 하여 질병에 대한 부담을 늘리게 한다. 만성질환은 장애를 수반하는 경우가 많다. 장애는 만성질환과 결부되어 만성질환 이환율이 높아지는 만큼 삶의 질을 저하시킨다[8].

한국노인의 건강상태와 요양보호 실태는 평균수명의 연장과 고령노인 인구증가에 따라 육체적, 정신적 장애를 경험하는 노인이 지속적으로 증가하고 있다. 전체 노인 인구 중 대부분이 장기간 치료·요양을 요하는 당뇨·관절염·고혈압 등 만성질환을 가지고 있다. 또한 버스타기, 전화걸기 등 일상생활이 곤란한 중증 장애상태, 모든 일상적 활동이 어려운 노인과 치매 등 정신건강상의 장애를 경험하고 있는 노인 등이 있다.

한국노인의 건강에 대한 문제는 일본, 미국, 독일, 한국, 스웨덴 등 5개국을 대상으로 5년마다 실시하는 「고령자의 생활과 의식에 관한 국제비교조사」(일본 내각부에서 실시하는 조사를 말한다)에서도 그 문제성이 단적으로 나타난다. 건강하다는 비율이 한국의 경우 37.9%로서, 일본 등 3개국 56.6~60.4%에 비해 크게 낮다. 노인들의 고민 중 노후건강에 대한 고민이 56.0%로서 다른 4개국의 38.5~48.9%보다 훨씬 높게 나타났다. 그만큼 우리나라 노인의 건강상태가 저조한 것임을 단적으로 보여준다.

5. 응급의료 인력과 중증응급환자의 치료역량 부족

보건복지부의 2011년도 응급의료기관 평가 결과에 따르면, 권역센터의 6%, 지역 센터의 13%, 지역기관의 53%가 최소한의 법정인력요건조차 충족시키지 못한 채 운영되고 있는 것으로 나타났다. 노인들에게 많은 급성심근경색·뇌혈관 질환 등 중증응급질환의 치료가 가능한 응급의료기관은 환자 과밀화로 인하여 진료에 필요한 전담인력·중환자실·수술실 등이 부족한 실정이

다. 특히, 중증외상환자 치료시설과 인력의 부족이 심각하여 우리나라의 외상환자 예방가능 사망률(Preventable Trauma Death Rate)은 아직도 선진국에 비하여 매우 높은 상황이다. ‘외상환자 예방가능 사망률’이란 외상으로 인한 사망자 중 적절한 시간 내에 적절한 병원으로 이송·치료를 받았다면 살았을 것으로 판단되는 사망자의 비율을 말하며, 2010년 현재 우리나라의 외상환자 예방가능 사망률은 35.2%이고, 미국과·일본은 10~15% 수준이다[9].

응급의료인력 문제는 응급의료기관이 처해 있는 열악한 운영여건에서 기인하고 있는 측면이 크다. 응급의료기관 종류별로 24시간 진료체제 유지에 소요되는 적정 원가를 분석하여 응급의료수가기준에 반영하는 것이 보다 근본적인 해결책이 될 수 있다. 정부는 지난 2011년부터 중증외상센터의 확충을 추진하면서 2012년 5월에는 「응급의료에 관한 법률」의 개정을 통해 중증외상센터에 대한 행정적 재정적 지원근거 등이 마련되었다. 이러한 노력과 더불어 중증응급환자의 치료를 중심으로 현행 응급의료체계의 정비도 필요하다[10].

III. 외국의 노인보건의료보장을 위한 법적 대응 동향

2025년 세계 인구의 12억 명은 60세 이상이며 이중 58%가 아시아 태평양 지역에 거주할 것으로 예상된다. 이 지역 국가의 사회경제적 발전이 이루어지기 전에 급격한 고령화가 이루어질 것으로 전망된다[11]. 일반적으로 만성질환의 시기가 빨라지고 식생활의 변화로 인한 비만이 만연하고 있다.

최근 보건당국은 극빈층을 제외하고는 보건서비스를 유료로 제공한다. 사회 건강보험의 혜택은 공식 노동분야에 속한 근로자와 그 배우자 및 자녀가 받으며 퇴직자는 대상이 아니다. 일반 적용 체제가 아닌 경우 대다수의 노인들이 자금 부족 때문에 공공보건시설에서 무료 서비스를 제공받고 있다[11].

표 7. 보건보호 재정

유형	재원 및 적용 대상	해당국가
일반 적용	사회건강보험 (취약계층은 일반세금)	호주, 일본, 몽골, 한국, 싱가포르
	일반세금	브루나이, 부탄, 쿠웨이트, 말레이시아, 뉴질랜드, 오만, 태국, 우즈베키스탄
부분 적용	사회건강보험 및 일반세금 (사회건강보험의 적용을 받는 모든 피고용인과 자영업자)	터키
	사회건강보험 및 일반세금 (사회건강보험의 적용을 받는 모든 피고용인)	파키스탄, 필리핀, 라오스, 몽골, 베트남
	사회건강보험 및 일반세금 (사회건강보험의 적용을 받는 특정 집단)	중국, 인디아, 인도네시아, 이란, 이라크, 미얀마

자료 : 연구원들에 의한 수집자료

유형별로 나누어 보면 i) 노인 건강 증진을 위해 접근하는 국가(한국, 태국 등), ii) 노인 보건보호를 시도하는 국가(호주, 일본, 한국 등)로 나눌 수 있다.

노인 건강 증진을 위한 접근하는 국가는 노인 건강을 증진하려는 노력으로 만성질환을 예방하고, 건강보험 급여를 개선시켜왔으며, WHO는 2002년 급속한 고령화 진전에 대한 통합적 대응을 위한 프로그램을 시도하고 있다. 통합적 대응은 수요 증가에 따른 만성질환 치료 및 예방에 대한 새로운 접근에 중점을 두고 있다[11].

노인 보건보호를 시도하는 국가로, 호주, 일본, 한국 등 일반 적용 체계를 채택하고 있는 나라에서는 최근 노인을 위한 장기보호 보험체계 개발을 위해 노력 중에 있다. 이는 가족구조의 변화로 인해 가정 외에서 장기 보호의 해결책을 찾기 위한 것이다.

독일의 경우 기존의 사회보험 4대 보험 외에 1995년 개호보험(Pflegeversicherung)이 도입됨으로써 기존의 의료보험(Krankenversicherung)과 사회부조(특히 노인부조와 개호부조)의 취약점을 극복하는 완전한 사회보험 체계 땅을 갖추고 있다. 독일의 개호보험의 경우 재가급여와 시설급여 및 요양서비스 제공자에 대한 급여로 나누어진다[12]. 재가급여가 우선이고 재가보호로 충분한 요양보호를 받을 수 없는 경우에 한하여 단기보호급여를 청구할 수 있으며, 이러한 방법으로도 충분한 요양보호가 이루어질 수 없는 경우에만 시설에 입소시켜 시설보호를 받는 것이 독일 장기요양보험제도의 원

칙이다[13].

일본의 경우 노인의 보건의료복지에 대해서는 노인 복지법 이외에 노인보건법에 의해 40세 이상의 주민을 대상으로 하는 각종의 노인보건사업, 개호보험법에 의한 개호보장 등의 분야에서 법제개선과 정책을 실시하고 있다. 개호보험제도가 도입되기 전 일본의 국민건강보험은 노인의료비의 급격한 증가로 인하여 1982년 노인보건법을 제정하고 또 이것이 개호보험법을 제정하는 계기가 되었다. 그러나 개호보험의 재정도 빠른 고령화로 인하여 개호대상자의 수가 증가함에 따라 재정 위기를 맞고 있다[14]. 일본 보다 늦게 시행한 우리나라 노인장기요양 보호에 대한 사회적 비용증가를 억제하여 요양비용의 재정안정방안을 마련해야 한다는 점을 시사하고 있다. 일본의 개호보험의 경우 재가서비스, 시설서비스로 나눌 수 있다. 재가서비스는 다시 재가서비스, 지역밀착형서비스, 케어 매니지먼트로 나누어진다(개호보험법 제10조). 일본에서도 나타난 바처럼 일본의 개호보험제도는 비교적 순조롭게 진행되어 왔지만 개호서비스 양적 확충과 질적인 문제, 요개호 요지원의 판정문제, 케어 매니저의 자질문제, 저소득층에 대한 대책, 가족 개호자에 대한 현금급여 등이 여전히 문제점으로 나타나고 있다[15]. 개호와 의료와의 관계의 정비 등이 향후 과제라고 할 수 있다[16]. 개호보험법에 의거하는 주택개수비지급제도의 각종 주택용자제도가 고령자의 주거환경정비를 지원하고 있어, 독일과 마찬가지로 개호보험법에 주거 서비스를 주요 장기요양보호 서비스로 간주하고 있는 점은 우리나라에서도 향후 관련법 개선에 반영해야 하는 것으로 시사하는 바가 크다. 일본에는 「고령자의 의료 확보에 관한 법률」이 별도로 제정되어 있다. 이 법은 국민의 고령기에 있어서 적절한 의료의 확보를 위하여 의료비의 적정화를 추진하기 위한 계획의 수립 및 보험자에 의한 건강진단 등의 실시에 관한 조치를 강구하며, 고령자의 의료에 대하여 국민의 공동연대의 이념 등에 의하여 전기고령자에 관련된 보험자간의 비용부담의 조정, 후기고령자의 대한 적절한 의료급부 등을 행하기 위하여 필요한 제도를 마련하여, 국민보건의 향상 및 고령자의 복지증진을 도모하는 것을 목적으로 하는 법이다[17]. 세계 최고수준의

고령화 속도와 보험료부담 계층의 감소 그리고 만성질환 진료비 급증 등 환경요인을 고려할 때, 건강보험 보장성을 더욱 강화하고, 건강보험제도의 지속가능성을 담보하기 위해서는 적절한 의료급부를 도모할 수 있도록 일본의 ‘고령자 의료확보에 관한 법률’이 많은 시사점을 주고 있다.

프랑스의 노인의 재가복지는 두 범주로 나누어 실시되고 있다. 의료서비스 및 간병보호를 목적으로 하는 의료사업정책에 속하는 것과 의료서비스 이외의 일상적인 생활원조서비스를 목적으로 하는 사회사업정책에 속하는 지원급여이다. 의료사업은 의료서비스이기 때문에 의사의 진단에 따라서 서비스가 제공된다. 비용측면에서 보면 사회사업은 원칙적으로 본인부담으로 되어 있다. 다만 사안의 사회적 성격을 고려하여 시장가격보다 저렴하게 가격이 결정되는 경우가 적지 않다. 생계능력이 없는 노인은 자치단체가 제공하는 사회부조와 각종 연금기금에 의한 비용부담이 있게 된다. 이에 비해 의료서비스는 기본적으로 질병보험에 의한 비용부담이 있게 된다[18].

프랑스의 노인의료사업에는 ①재가간병서비스 (services de soins à domicile:SSAD), ② 재택입원 및 간병인체류서비스 등이 있다. 재가간병서비스는 노인의 재택을 촉진하는 것을 목적으로 한다. 재가간병서비스의 주된 목적은 ‘의료·사회조건이 가능한 한 입원을 피하며 입원 후 즉각적인 귀가를 촉진시키고, 수급인의 상태가 점진적으로 악화되는 것을 예방하거나 지체시키며, 의료행위의 영역이나 장기체류시설에 들어가는 것을 피하거나 지체시킨다.’는 데 있다[19]. 이 서비스는 의료적 처방에 따라 실시된다. 이 서비스를 받을 수 있는 사람은 원칙적으로 60세 이상이다. 사회보험 적용자에게 제공되는 재가요양에 소요되는 비용은 질병보험제도에서 부담한다. 질병보험기관이 직접 재가간병서비스 제공기관에 비용을 지불하는 방식(제3자 전부지불:tiers payant intégral 방식)이므로 서비스수급자는 전혀 금전을 부담함이 없이 재가간병서비스를 받을 수 있다. 그렇다고 해서 질병보험기관이 무한정 재가간병비용을 부담하는 것은 아니다[20].

재택입원(hospitalisation à domicile)서비스는 병원이

주체가 되어 병원직원 및 각종 의료 기구를 사용하여 노인에게 간병, 의료서비스를 제공하는 것으로 이들 서비스의 제공 장소가 병원시설이 아닌 고령자의 자택이다. 재택입원시설은 정부의 허가 시에 정해진 지리적 범위 내에서 활동하며 환자의 입원은 허가된 수용능력의 범위 내에서 이루어진다. 1986년 행정지침(circulaire)[21]에 따르면 “병원입원을 피하기 위해 다양한 기관에 의해 설립되는 간병인체류서비스는 피보호인의 자택에서 주간과 야간 동안 항상적 또는 임시적으로 체류하며 의료와 식사, 대소변보기 등 일상생활행위의 수행을 지원하고 상태의 악화에 따라 의사에게 통보하는 것”을 목적으로 한다.

최근 다수의 외국에서는 중요 질병이나 장애에 대하여 복잡적이고 연속적인 서비스 체계(continuum of care) 프로그램을 개발하고, 특히 재가보호 또는 지역사회 서비스를 강화 및 다양화하며 또한 가족 수발자 지원 서비스를 강화하는 등, 보호의 연속체계가 유지될 수 있도록 하는 추세이다. 재가보호 서비스를 다양화하고 서비스 질을 강화하여 지역사회에서 재가보호 서비스를 받도록 하는 것이 비용도 절약하고 노인의 심리적 및 사회적 측면에서도 바람직한 것으로 인정되고 있다. 그렇기 때문에 OECD 국가에서는 가족 수발자의 적극적 참여를 이끌어 내는 여러 가지 서비스를 제공하는 방향을 추구하고 있다[22]. 또한 주거공간의 구조가 노인이 신체적 장애를 가지고 생활할 수 있도록 잘 설계되면 어떤 면에서 주거 공간 자체도 중요한 장기요양보호 서비스가 될 수 있기 때문에 장애인노인의 신체적 독립성을 높여줄 수 있는 주거 서비스로서 보호주택(sheltered housing), 의존주택(assisted living facility), 계속보호 실버타운(CCRC) 등의 제공과 입주 인센티브 등을 제공하는 등 주거 서비스도 주요 장기요양보호 서비스로 고려되고 있다.

인구가 고령화되면서 치매환자는 매년 급증하고 치매환자의 치료 및 관리비용 등 사회적 비용은 크게 늘면서 외국 각국에서도 국가차원에서 치매에 관한 국가 전략을 수립하거나, 효율적인 치매관리를 위한 국가차원의 대책을 세우거나 관련 법제도를 마련하고 있다. 미국은 노인복지법(Older American Act)과 기타의 사

회보장법(Social Security Act)의 적용영역에 치매를 포함하고 있다. 특히 치매의 중요성을 연방정부차원에서 인식하고 치매연구를 증진하기 위하여 1992년 알츠하이머 질병 및 관련연구법(Alzheimer's Disease and Related Dementias Research Act of 1992)을 제정한다. 유럽과 그 구성원들은 2006년 6월 29일 알츠하이머 유럽과 그 구성원들은 파리에서 유럽연합(EU), 세계보건기구(WHO), 유럽이사회(EU회원국 정상회의) 및 국가 정부에게 알츠하이머병과 치매를 정책적 우선순위에 두도록 하는 파리선언을 만장일치로 채택하였다. 일본은 1986년 후생성 내에 치매노인대책본부와 치매노인대책전문위원회를 설치하였다. 1993년 재택개호지원센터와 노인성치매질환센터의 정비촉진, 발병예방과 조기발견, 조기대응의 철저, 치매노인의 상태에 따른 제공서비스 확충, 치매발병기전에 대한 규명 등을 주요내용으로 하는 대책이 제시되면서 본격적인 치매시스템 구축에 돌입하게 되었다. 최근까지도 일본의 치매관리 서비스는 대체로 치매환자만을 위해 특수화되지는 못했으며 대부분 일반 노인이나 장애인을 위한 서비스를 치매환자도 같이 사용할 수 있다[23].

IV. 노인보건의료에 관한 법제도적인 문제점과 개선방안

1. 국제법상 노인의료관련 주요 인권협약

UN 총회의 결의로서 노인을 위한 UN원칙을 채택하고 회원국 정부에 대해 가능한 이 원칙을 국내 프로그램에 포함시킬 것을 권고하고 있다. 이 가운데 노인의 보건과 장기간 보호와 관련하여 '건강과 장기간 보호에서 효율적 비용의 의료비 지출에 관심을 가져야 한다.'는 것을 제시하고 있다. 유엔의 노인 인권관련 활동에는 노인수발 문제 등을 다루기 위한 1982년 오스트리아 비엔나에서 개최된 세계고령화회의(World Assembly on Ageing)의 고령화 관련 비엔나 행동계획(Vienna International Plan of Action on Ageing)의 채택으로 이는 1982년 유엔총회의 승인을 받았다[24].

노인의 경제적·사회적·문화적 국제인권규약(ICESCR)

은 노인의 국제적 지위와 관련해서 가장 많이 관련되는 인권관련 국제규약이다. ICESCR 제6조는 신체적·정신적 건강을 누릴 권리를 규정하고 있다. ICESCR 제10(1)조의 가족보호와 관련하여 비엔나 행동계획 권고 제25항 및 제26항에 따라 당사국은 가족 지원·보호를 강화하여 가족 중 노인이 필요로 하는 바를 도와주기 위하여 모든 노력을 다해야 하고, 국가는 독거노인이나 사회활동을 원하지 않는 노인부부에 대해서도 재정적·물질적 지원으로서 교통수단, 먹을 거리제공, 방문간호, 의사왕진이 이루어지도록 해야 한다고 정하고 있다[25]. ICESCR 제12(1)조에서 당사국은 노인의 건강을 보전하기 위한 건강정책에 관한 지침을 제공하고, 비엔나 행동계획 권고 제1항 내지 제17항에 따른 장기요양 질병의 예방 및 재활 등을 고려해야 한다고 정하고 있다[25]. WHO는 2002년 급속한 노령화 진전에 대한 통합적 대응을 위한 프로그램을 시도하고 있다. 통합적 대응은 수요 증가에 따른 만성질환 치료 및 예방에 대한 새로운 접근에 중점을 두고 있다[11].

2. 노인보건의료 보장의 관련법체계와 문제점

노인보건의료와 관련한 입법정책의 기본이념과 관련한 큰 틀은 헌법 제10조·제34조, 사회보장기본법 제2조 등의 기본정신을 토대로 하고 있으며 전 국민을 대상으로 하는 국민건강보험법, 생활이 곤궁한 자에게 치료와 요양을 제공하는 의료급여법, 노인의 질환을 사전 예방 또는 조기발견하고 질환상태에 따른 적절한 치료·요양으로 심신의 건강을 유지함으로써 노인의 보건복지증진에 기여함을 목적으로 하는 노인복지법[26] 등이 있다.

저출산·고령사회기본법에서는 「국가 및 지방자치단체는 연령단계별 건강상의 특성과 주요 건강위험요인을 고려하여 국민의 건강증진을 위한 시책을 강구하여야 한다(동법 제12조 제1항)고 규정하고 있다. 국가 및 지방자치단체는 노인을 위한 의료·요양 제도 등을 확립·발전시키고 필요한 시설과 인력을 확충하기 위하여 노력하여야 한다(동법 제12조 제2항)」고 규정하고 있다. 이를 토대로 노인장기요양법에서는 「이 법은 고령이나 노인성 질병 등의 사유로 일상생활을 혼자서 수

행하기 어려운 노인등에게 제공하는 신체활동 또는 가사활동 지원 등의 장기요양급여에 관한 사항을 규정하여 노후의 건강증진 및 생활안정을 도모하고 그 가족의 부담을 덜어줌으로써 국민의 삶의 질을 향상하도록 함을 목적으로 한다(동법 제1조)」고 규정하고 있다.

표 8. 노인의료복지 관련법체계

관련법
「노인장기요양보험법」, 「의료급여법」, 「노인복지법」, 「치매관리법」, 「국민건강보험법」, 「사회복지사업법」, 「국민건강증진법」, 「보건의료법」, 「의료법」, 「공공보건의료에 관한 법률」, 「지역보건법」, 「저출산·고령사회기본법」, 「장애인복지법」 등

자료 : 연구자가 재구성한 것임

표 9. 노인의 주요 노인의료복지 관련법체계

주요관련법
「노인장기요양보험법」, 「의료급여법」, 「노인복지법」, 「치매관리법」 등

자료 : 연구자가 재구성한 것임

우리나라는 노인장기요양보험법상 장기요양보호 대상 노인을 위한 급여와 가족요양보호제공자를 위한 급여로 분류된다. 전자는 재가급여와 시설급여로 분류된다. 재가급여(동법 제23조 제1항 제1호)는 가정에서 요양보호사와 간호사 등으로부터 식사 도움, 화장실 도움, 세면, 목욕, 말벗, 외출동행, 간호서비스 등을 받으며 집안청소 등 일상가사 지원서비스도 받을 수 있는 급여를 말한다. 시설급여(동법 제23조 제1항 제2호)는 수급자를 장기요양기관이 운영하는 노인복지법 제34조의 규정에 따른 노인의료복지시설(노인전문병원은 제외)에 장기간 동안 입소시켜 장기간 동안 입소시켜 신체활동 지원 및 기능회복훈련 등을 제공하는 장기요양급여를 말한다. 특별현금급여(동법 제23조 제1항 제3호)로는 가족요양비(제24조), 특례요양비(제25조) 요양병원간병비(제26조) 등 3종을 규정하고 있다.

치매관리법은 치매의 예방, 치매환자의 진료·요양 및 치매퇴치를 위한 연구 등에 관한 정책을 종합적으로 수립·시행함으로써 치매로 인한 개인적 고통과 피해 및 사회적 부담을 줄이고 국민건강증진에 이바지함을 목적으로 하는 법이다(동법 제1조).

의료보장은 두 가지 의미를 가진다. 질병 등의 건강

상태 악화로 인한 진료 및 치료보장과, 노인의 총체적 건강악화로 인하여 수반되는 노인 수발의 의미로서 장기요양보장을 포함한다[27].

사회보장에서 의료보장제도의 중심을 차지하고 있는 개별 법률인 국민건강보험법과 의료급여법은 일반 국민을 대상으로 하는 것이므로 노인을 위한 독자적 의료 보장제도로는 사회복지영역의 노인복지법과, 사회보험 영역의 노인장기요양보험법이 노인 의료보장에 있어서 중요한 의미를 갖는다.

일반적으로 요양서비스는 시설보호와 재가복지서비스를 통해 이루어진다. 이는 일반적인 규범은 사회복지사업법에 규정하고 있다. 노인에 관하여는 노인복지법과 노인장기요양보험법이 특별법으로 존재한다. 치매관리 및 치매환자에 대한 지원에 관하여는 치매관리법이 특별법으로 존재한다.

표 10. 공적의료보장관련법구조

영역	급여내용과 성격 등	관련법	대상
사회보험법	단기적 건강보험급여·질병보험·건강보험 장기적 요양급여·노인장기요양보험	국민건강보험법 노인장기요양보험법	일반 국민 노인
공공부조법	생활곤궁자에 대하여 무각출 무상으로 의료보장	의료급여법	일반 국민
사회복지법	노인의 최저 의료보장실현	노인복지법	노인

자료 : 연구자가 재구성한 것임

노인복지법상 노인의료복지시설 중 요양시설, 노인요양동생활가정과 재가노인복지시설 중 방문요양, 주·야간보호, 단기보호 및 방문목욕에 관한 규정이 노인장기요양보험법상 시설급여 및 재가급여와 동일한 의미와 성격을 가지고 있다. 수급자범위에서 노인복지법이 기존의 서비스대상자 외에 노인장기요양보험법상 수급자를 포함하고 있다. 서비스 내용에서 노인장기요양보험이 신체활동지원을 중심으로 하는 직접적 서비스인 반면 노인복지법상 서비스는 이러한 서비스 외에도 보조적 성격의 신체활동지원과 예방적 사업, 사회안전망구축사업 및 긴급지원 등을 제공하도록 하고 있어 노인장기요양서비스에 대한 보충적 성격을 가지고 있다[28].

2008년 노인장기요양보험법의 시행으로 인하여 노인 복지법의 역할은 더욱 중요해졌다. 이는 기존의 수급자 뿐 아니라 보험이후 발생한 새로운 사각지대에 대한 문제의 해결과 더불어 예방적·보충적 차원에서 노인복지법이 보다 다양하고 광범위한 역할을 수행해야 할 책임이 있다는 것을 의미한다. 노인장기요양보험법과 노인복지법은 다음과 같은 법의 취지나 목적과 성격이 서로 다르다.

표 11. 노인복지법과 노인장기요양보험 상호관계

노인복지법	노인장기요양보험법
예방적·포괄적·공공부조적·보충적성격, 국가 또는 지방자치단체가 재정 총당	사후적·제한적·사회보험적 성격
고령 또는 노인성 질환에 따른 신체기능의 저하로 독립생활이 어려운 노인에 대한 신체활동 지원을 중심으로 제공	고령이나 치매·중풍 등 노인성 질병 등의 사유로 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 노인들에게 장기요양급여를 제공하여 노후의 건강 증진 및 생활안정을 도모하고 가족의 부담을 덜어줌으로써 국민의 삶의 질을 향상
주로 국민기초생활보장수급자 등 특정 저소득층을 대상으로 국가나 지방자치단체가 공적부조방식으로 제공하는 서비스 위주로 운영	소득에 관계없이 심신기능 상태를 고려한 요양필요도에 따라 장기요양인정을 받은 자에게 서비스가 제공되는 보편적인 운영체계

자료 : 연구자가 재구성한 것임

국민건강보험은 질환의 모든 국민을 대상으로 진단, 입원 및 외래치료, 재활 등을 목적으로 주로 병·의원 및 약국에서 제공하는 서비스를 급여대상으로 하는 반면, 노인장기요양보험은 고령이나 노인성질환 등으로 인하여 혼자서 힘으로 일상생활을 영위하기 어려운 대상자에게 요양시설이나 재가기관을 통하여 신체활동 또는 가사지원 등의 서비스를 제공하는 제도이다. 노인복지법상 노인요양은 주로 국민기초생활보장수급자 등 특정 저소득층을 대상으로 국가나 지방자치단체가 공적부조방식으로 제공하는 서비스 위주로 운영되어 왔으나 노인장기요양보험법상의 서비스는 소득에 관계없이 심신기능 상태를 고려한 요양필요도에 따라 장기요양인정을 받은 자에게 서비스가 제공되는 보편적인 운영체계이다.

노인복지법과 노인장기요양보험법의 목적과 성격의 차이로 다음과 같은 문제점이 나타나고 있다. 첫째, 노인장기요양보험법상 수급자는 노인복지법상 수급자에

포함되는 것인지, 만일 포함되지 않는다면 노인장기요양보험법상의 급여외의 서비스에 대해 이를 어떻게 제공할 것인지에 대한 문제가 있다[29]. 노인장기요양보험법 제정은 노인복지서비스의 욕구를 가진 저소득 내지 상위의 소득계층에 대한 진입장벽을 낮춰주는 효과를 가져왔다. 즉, 기초수급권자·차상 위 계층 및 저소득 노인위주의 복지서비스 공급체계를 서비스가 필요한 모든 노인으로 확대되고 서비스의 양적·질적으로 향상되었다. 특히 치매·중풍 등 질환 노인에 대한 의료 대체적 내지 의료 보완적 기능으로서 요양서비스가 제공되는 계기가 되었다. 우리나라 노인장기요양보험법의 제정은 수익자부담원리에 의한 새로운 노인복지서비스의 창설과 확대를 의미한다. 노인복지법의 기능을 축소하여 노인장기요양보험제도권에 포섭하는 것을 의미하는 것은 아니다. 오히려 노인장기요양보험법과의 연계강화, 상호보완성 기능을 강화하여 노인복지서비스가 그 역할을 제대로 작동하고 유지할 수 있도록 해야 한다.

그럼에도 불구하고 노인복지법의 관점에서 보면 시설서비스나 재가서비스 모두 그 수급자 범위에 특별한 변화는 없어 보이며 오히려 예방적 측면에서는 일반수급자나 장기요양등급탈락자 등에 적절히 대응하지 못하고 있다. 즉, 노인장기요양보험법상 수급권자임에도 서비스 이용이 현저하게 곤란한 자, 요양등급이 하락하거나 수급권자로 진입하지 못한 자, 등급 외 A.B.C임에도 적절한 서비스를 받지 못하는 자 및 노인장기요양보험 시행이후 노인복지법상 노인복지서비스 대상에서 제외된 자 등에 대한 보호체계는 고려되고 있지 않다[29]. 장기요양보험탈락자에 대해서는 노인복지법이 노인의 질환에 대한 사전예방 또는 조기발견을 통한 심신의 건강유지뿐 아니라 심신의 건강에 영향을 미칠 수 있도록 노인복지법이 제대로 작동될 수 있어야 한다.

노인장기요양보험제도로 인하여 그동안 실시되었던 공공부조 중심의 노인복지가 포기되어서는 안 되며, 그동안 수행했던 노인복지는 그대로 유지되면서 장기요양보험제도가 함께 연계성을 강화하고, 조화롭게 운영되도록 하는 것이 노인장기요양보험법제 개선 과제가 될 것이다[30].

연구보고에 따르면[31] 장기요양등급 인정자 규모가

2008년 7월 14만7천명에서 2012년 4월 32만5천명(노인 인구의 5.7%)으로 늘었다. 2008년 노인장기요양보험제도가 도입 될 당시는 노인인구 대비 2.9%가 대상자였으나 2012.2. 현재는 노인인구의 5.6%로 급격히 증가했다. 제도 도입 초기에는 1~2등급의 비중이 높았으나, 최근 재가급여에 대한 수요가 증가하고 홍보가 확대돼 2~3등급의 규모가 크게 늘었다. 이것은 그동안 보건복지부는 실제 요양이 필요한데도 서비스를 받지 못하는 노인을 위해 경중 치매·중풍 등으로 보호가 필요한 노인 등에게 장기요양서비스를 확대하여, 장기요양 3등급 기준을 완화, 장기요양 3등급 인정 점수 하한을 55점에서 53점으로 내리는 것을 주된 내용으로 하는 「노인장기요양보험법 시행령」 개정안을 마련하여 2012년 7월 1일부터 시행한 것에 기인한 것으로 파악된다.

표 12. 인정자수 대비 등급별 비율

연도	전체인정자수	1등급	2등급	3등급
2008년	214,480	57,396	63,587	102,241
인정자수 대비비율	100.0	26.8%	29.6%	47.7%
2012년. 2월	32만5천명	4만명	7만2천	21만3천
인정자수 대비비율	100.0	12.3%	22.2%	65.5%

자료 : 국민건강보험공단자료 분석결과

그만큼 기능상태가 최 중증인 노인을 주요 대상으로 두고 설계했던 장기요양보험의 대상이 기능상태 경중인 노인으로 확대되고 있다는 것을 보여준다. 현재 등급체계를 기계적으로 분류하다 보니, 1~3등급에 진입하지 못하면 혜택을 받을 수 없기 때문에 허위진술 등의 문제도 발생하고 있다. 1~3등급에 진입하지 못해도 일정수준의 요양이 필요하다. 대상자의 확대와 함께 등급을 세분화해 차등급여가 이뤄져야 한다. 아울러 등급 인정의 유효기간을 1년으로 제한한 데 대한 개선 필요성도 있다. 대부분 기능상태가 크게 호전되기 어려운 상태로 유지·악화되는데 매년 등급인정을 다시 받아 행정적 낭비와 인정자의 불편을 초래한다.

둘째, 노인장기요양보험수급자는 치료·요양에 대하여 이미 노인장기요양보험을 통해 그 목적을 달성할 수 있음에도 불구하고 다시 노인복지법에 규정하고 있어 양제도의 중복성의 문제가 있다. 그러나 1~3등급자 중

노인장기요양보험 수급자 이외의 수급자에 대해서는 보호체계가 마련되어 있지 않다. 예컨대, 경제적 사정 등으로 인하여 노인장기요양서비스를 이용하지 못하는 경우라면 이에 대해 노인복지법이 개입할 필요가 있음에도 불구하고 아무런 규정도 없다.

3. 노인의료복지 관련법체계상의 문제점

의료보장의 경우 무엇보다 노인의 특수성을 반영한 의료서비스의 질적 수준의 개선이 필요하다. 특히 노인이라는 특수한 계층의 사회복지서비스영역으로 보더라도 노인에 관해서는 다른 사회복지의 영역보다 보건과 복지의 통합화가 강하게 요구된다. 그러나 ①노인의료 보장 관련 노인복지 개별법간의 체계가 정합성을 이루고 있지 못하거나, ②관련법간의 상호보완성 결여나 위계성 등 관계의 모호성으로 인한 급여공백이 생기며, ③관련법들 간의 관계의 중복성 등의 문제점이 발생하게 된다[30]. 우리나라도 일본과 같은 「노인의 의료 확보에 관한 법률」을 제정하여 현행법체계의 미비점을 보완하고 급증하고 있는 노인의료비에 대응해 나가야 한다. 이 법의 제정을 통해 노인에게 적절한 의료 확보를 위한 의료비의 적정화를 추진하기 위한 계획을 수립하도록 하고, 보험자에 의한 건강진단 등의 실시토록 하며, 노인의 의료에 대하여 국민 전체 공동연대의 이념을 토대로 비용부담의 조정 등을 행하도록 할 필요가 있다.

전달체계의 측면에서 보면 선진외국의 사례에서 볼 때 의료 서비스와 사회 서비스의 통합·조정이 필요하다는 점, 시설 입소 전에 노인이 독립적 생활 능력이 어느 정도인가를 정확히 평가하는 것이 필요하다는 점, 장기요양보호 서비스에서 케이스 매니지먼트를 중요시하는 방향으로 나가야 한다는 점, 보호 계획과 서비스 선택에 가족 참여하도록 해야 한다는 점, 비용의 절약과 더불어 서비스의 효과성을 높이기 위하여 서비스의 질을 높여야 한다는 점을 보여주고 있다. 최근 일본 등 일부국가에서는 노인을 위한 장기보호 보험체계 개발을 위해 노력 중에 있음을 확인할 수 있다. 이는 가족구조의 변화로 인해 가정 외에서 장기보호의 해결책을 찾기 위한 것이다. 우리나라도 현행 노인장기요양보험법

상의 한계를 보완할 수 있는 관련법의 개선이 필요하다. 현재 노인장기요양보험제도를 이용하고 있는 노인은 5~6%에 불과하다. 이 제도를 이용하고 있지 않는 나머지 노인을 돌보고 있는 가족돌봄자들을 위한 제도적인 보완도 필요하다. '요양시설 및 보호서비스'에 대한 노인들의 향후 이용욕구가 높은 점을 감안하여 노인장기요양보험 등급인정자를 확대하고 재가서비스 지원을 강화할 필요가 있다.

또한 노인을 대상으로 하는 중증응급의료서비스의 질을 제고하기 위해서는 적정 응급의료자원의 확보뿐만 아니라, 그 효율적 운영체계의 마련도 중요하다. 다만, 현 시점에서는 적정 응급의료자원, 특히 응급의료인력의 확보가 가장 시급하다. 이를 위해 응급의료수가 체계의 개선, 취약자에 대한 국가의 지원 강화, 그리고 이를 바탕으로 한 응급의료기관에 대한 관리·감독의 강화가 필요하다.

V. 결론

첫째, 우리나라는 건강보험 보장성을 더욱 강화하고, 건강보험제도의 지속가능성을 담보하기 위해서는 적절한 의료급부를 도모할 수 있도록 건강보험법 등 관련법 개선이 필요하다.

둘째, 현행 노인장기요양보험법상의 장기요양보험료 재정 건전성 확보문제, 노인복지와 장기요양보험제도의 연계와 상호보완 기능을 강화하고, 치료요양에 대한 노인장기요양보험제도와 노인복지법의 중복성 문제, 등급판정체계의 개선, 재가서비스 지원강화 등 노인의 특수성을 반영하여 의료서비스의 질적 수준의 개선이 필요하다. 특히 외국의 법적대응 동향을 볼 때 대체로 증가되는 장기요양보호 비용을 고려하여 본인부담을 증가시키는 방향으로 가고 있다고 볼 수 있는 점은 우리나라에서도 향후 고려해야 할 점이라고 본다. 서비스 종류 및 수준에서는 보호의 연속체계(continuum of care)를 강화하고 있는 점, 재가보호 서비스에 중점을 두면서, 특히 OECD 선진국에서는 비용을 절약하는 면에서 재가보호 또는 지역사회보호를 지향하는 방향으

로 나가고 있다는 점, 가족 수발자의 적극적 참여를 이끌어 내는 여러 가지 서비스를 제공하는 방향을 추구하고 있다는 점[32], 주거 서비스를 주요 장기요양보호 서비스로 간주하고 있는 점은 우리나라에서도 향후 관련법 개선에 시사하는 바가 크다. 특히 외국의 노인보건의료 비용증가에 대한 법적 대응동향을 볼 때 노인장기요양 보호에 대한 사회적 비용증가를 억제하고 있다는 점을 고려할 때 시행시기가 다소 늦은 우리나라에서도 재정안정방안을 마련해야 한다는 점을 보여주고 있다. 이를 위해 중앙정부와 지방정부의 재정 분담 경향, 장애정도가 높은 대상자 우선의 서비스 지향, 사적보험에 의한 비용보완 지향 등의 방안 마련이 필요함을 보여주고 있다. 급증하고 있는 노인의료비에 대응하기 위해서 「노인의 의료 확보에 관한 법률」을 제정할 필요가 있다.

셋째, 우리나라의 노인의료 전달체계의 측면에서 의료 서비스와 사회 서비스의 연계강화, 시설 입소 전 평가, 보호 계획과 서비스 선택의 가족 참여 등을 강화하여야 한다. 장기요양보험법상의 한계성을 극복하기 위한 등급인정자 범위확대, 재가서비스 지원의 강화 방안을 마련할 필요가 있다. 중증노인의료서비스의 질 강화를 위한 인적·물적 및 행정적 지원이 강화되어야 한다.

넷째, 우리나라는 치매에 대한 법제도적 대응방안으로 노인복지법, 노인장기요양보험법, 치매관리법이 존재한다. 보다 효과적인 치매관리 대책을 위해 관련법과 정책의 추진에 있어서 치매 검진을 65세 이상노인에 대한 국민건강보험의 건강검진 항목에 반드시 포함시키고, 1차 검진에서 이상이 발견되면 진료를 계속 받을 수 있도록 하는 것이 필요하다. 치매의 특성상 치매는 증상이 심해질수록 치료 효과가 적고, 가족들의 부담도 급격히 증가하기 때문에 치매예방사업과 조기 검진을 통해 치매 발병을 예방하거나, 발병 시기를 늦추고, 조기 발견하여 치료를 받도록 하여 사회적 비용을 최소화 하는 것이 필요하다. 그리고 현재와 같은 노인장기요양보험법상의 장기요양급여내용의 획일성으로는 경증 치매 등 요양노인의 욕구를 다양하게 충족시키기 어려운 부분이 있다. 등급판정기준 완화와 서비스 이용대상의 확대가 필요하다. 끝으로 본 연구에서 노인의 보건의료에 대한 법제도적인 측면에서의 연구는 아직 충분한 선

행연구가 이루어지지 않아 연구의 한계성을 가질 수밖에 없어 향후 많은 후속연구가 이어지기를 기대한다.

참고 문헌

- [1] 荒木誠之, *社会保障法讀本*,新版補訂, 東京: 有斐閣, p.25,2000.
- [2] P. Danny, *Changing work patterns and social security*, London:Boston:Kluwer Law International, p.71, 2000.
- [3] 국민건강보험공단과 건강보험심사평가원, 2011년 건강보험 통계연보.
- [4] J. Blau and M. Abramovitz, *The dynamics of social welfare policy*, New York: Oxford University Press, p.250, 2004.
- [5] 한국보건사회연구원, 노인실태조사, 2011.
- [6] 보건복지부, '2008 치매 유병률 조사'자료 참조.
- [7] 최성재, 치매관리법 시행에 바란다, 노년시대신문, 금요컬럼, 2012.5.4.
- [8] 이규식, "고령화시대의 의료보장정책", 「나라경제」, p.37, 2002(9).
- [9] 보건복지부, 2011.10.4. 발표자료.
- [10] 유동하, "현행 응급보건진달체계 시스템의 문제점과 개선방향", 「이슈와 논쟁」 572호, 국회입법조사처, 2012.12.3.
- [11] R. Dr. Aviva, 「A Regional Overview」, UNESCAP 「Gender Society protection Workshop」 Report, 2004(9).
- [12] SGB XI 제28조.
- [13] SGB XI 제3조.
- [14] 박명숙, 남영신, "한국과 일본의 노인복지제도에 관한 비교연구", 유라시아연구, 제7권, 제1호(통권 제16호), p.312, 2010(3).
- [15] 이은령, 노인복지시설과 초등학교의 교류프로그램에 따른 복합화 계획에 관한 연구, 건축계획학 박사학위논문, 홍익대학교 대학원, p.24, 2009(2).
- [16] 박명숙, 남영신, "한국과 일본의 노인복지제도에 관한 비교연구", 유라시아연구, 제7권, 제1호(통권 제16호), p.312, 2010(3).
- [17] 前田 展弘, "高齢社會對策大綱の改定と今後の對策視點"- 急がれる眞の「人生90 年時代」への轉換, ニッセイ基礎研究所. 2012.8.31.
- [18] 박재간, "프랑스의 노인간병보호정책", 노인복지정책연구, 제12권, 한국노인문제연구소, p.147, 1998.
- [19] Circ n° 81-8,1r October 1981.
- [20] 박재간, "프랑스의 노인간병보호정책", 노인복지정책연구, 제12권, 한국노인문제연구소, p.154, 1998.
- [21] Circ n° 86-14, 7 mars 1986.
- [22] OECD, 노인장기요양보호, Paris: OECD, 2005.
- [23] 서울대학교 산학협력단, 치매관리법안 마련을 위한 연구, 2010.
- [24] United Nations, Vienna International Plan of Action on Ageing, New York:United Nations, 1982, GA Res 37/51, (<http://www.un.org/ageing/vienna-intlplanofaction.html>).
- [25] 강병근, 노인과 국제법, 「노인법제연구」-노인복지 패러다임의 전환과 노인의 인간다운 삶을 위한 법제연구, 삼우사, p.280, 2009.
- [26] 노재철, 고준기, "독거노인에 대한 지원정책의 현황과 문제점 및 법제도적 개선방안", 한국콘텐츠학회논문지, 제13권, 제1호, p.648, 2013(1).
- [27] 足立正樹, 各國の介護保障, 京都:法律文化社, pp.86-89, 1998.
- [28] 석재은, "공급자 관점에서 노인장기요양보험제도의 개선방안", 보건복지포럼, 한국보건사회연구원, pp.34-34, 2010.
- [29] 장봉식, "노인장기요양보험 시행 이후 노인복지법의 역할에 관한 소고", 전북대학교 법학연구통권 제32집, p.409, 2011(5).
- [30] 이호용, "우리나라 노인복지법제의 현황과 과제", 법학논총, 제35권, 제2호, 2011.
- [31] 이윤경, "현행 노인장기요양보험등급결정의 현황과 문제점", 한국보건사회연구원, 2012.5.7.

[32] OECD, 노인장기요양보험, Paris: OECD.2005.

[33] 자료 : 건강보험정책연구원 (2012.7.2)

[34] 자료 : OECD Health Data 2012

저 자 소 개

노 재 철(Jae-Chul Noh)

정회원



- 1989년 8월 : 부산대학교 사회학과(문학사)
- 2010년 2월 : 동아대학교 대학원(법학박사)
- 2011년 9월 ~ 현재 : 호서대학교 교양교직학부 교수

<관심분야> : 사회보장법, 노동법, 정 당관계법

고 준 기(Zoon-Ki Ko)

정회원



- 1976년 ~ 1983년 : 군산교육대학/전주대학교 법정대학(법학사)
- 1985년 2월 : 한양대학교 대학원(법학석사)
- 1991년 2월 : 한양대학교대학원(법학박사)

<관심분야> : 경제통상관계법, 사회보장법, 노동법