

모든이에게 건강을

전국민건강을 위한 재정

윤석우 역 / 대한의학협회 이사

이 글은 World Health Forum (1991. Vol. 12. No. 2)에 실렸던 Brian Abel-Smith의 "Financing health for all"을 번역한 것이다. Abel-Smith 교수(론돈보건대학원)는 보건경제학의 세계적인 권위자이다. 이 글에서 보건관리의 재정의 여러가지 문제(특히 아시아, 아프리카 각국)를 2회에 걸쳐 알아본다.



세계 전인류를 2000년까지 건강토록 하자는 사업 즉 Health for All(모든이에게 건강을)을 WHO가 1978년에 시작한지 이미 13년이 지났지만 많은 발전도상국은 보건사업의 소요예산 확보에 큰 장애를 가지고 있다. 정부는 보건서비스를 위해서 국민소득의 5%는 써야 한다고 희망하지만 많은 경우에 실현 안되고 있다. 원조를 주는 편에서도 그 액수가 늘어난다든지 보건부문으로 전환한다는 징조는 없다. 따라서 보건당국은 그들 자신이 해결할 수밖에 없다.

즉 소비자 개인이 부담토록 한다든지 지역사회나 사보험(私保險), 강제보험 등에 의존하는 것이다. 이 논문에서는 이러한 재정부담에 관해서 "아시아"와 "아프리카" 각국에서의 경험을 알아보기로 한다.

부족한 재정의 보건서비스

1980년대에 몇 나라는 높은 경제성장을 이루었지만 대부분의 나라들은 그전보다도 성장이 둔했고 특히 소수국가에서는 인구증가율보다도 경제성장률이 낮았다. 과거의 채무(빚)에 대한 대비는 국가수지결손의 심각한 문제를 낳았고 화폐절하가 부득이하게 되어 채무청산의 짐은 가중되었다. 그러므로 어떤 나라는 사회부문의 세입을 단기적으로 유망할 경제계획에 전입하기도 하였다. 이러한 이유로 "보건부문은 실질적으로는 오히려 감소된 예산으로 지탱하고 있는 점이다.

보건분야에서의 이러한 비례감은 특히 불행한 시기에 왔다. 1960년대와 70년대의 우선순위 중에는 보건인력의 증가

“
 정부는 보건서비스를
 위해서 국민소득의
 5%는 써야 한다고
 희망하지만 많은
 경우에 실현 안되고
 있다.
 ”



가 있었다. 또 의과대학과 고가인 병원들의 급속한 증가와 확장을 들 수 있다. 보건인력의 부족은 다소 해결되었지만 새로운 문제는 이러한 경비가 많이 드는 병원을 어떻게 관리 유지하느냐이다.

보건부는 이에 대한 방법으로서-건물 보수를 연기하며 기구와 차량 등을 수리 않거나 교체치 못하며 물품대금지불을 늦추며 의약품이나 석유 등의 보급을 줄이는 것 등이다. 직원의 감원은 되도록 삼가지만 결원이 생기면 보충하지 않는다. 극단에 이르면 나빠지는 것이 점점 누적된다. 차량과 휘발유가 없으니 지방이나 벽지의 직원감독 지도도 없게 된다. 의약품이나 다른 필수품이 없으니 환자 수는 줄게 된다. 직원은 일감이 없게 되니 자기나 가족을 위한 다른일을 하게 된다. 더러는 개업을 하기도 한다.

사용자부담

만일 상황이 위에서 말한대로 악화한

다면 그 단기적 해결방안은 사용자부담이 유일한 것이다. 이 경우 서비스의 효과가 잘 유지되고 필수적인 약품이 적정가에 구입되어 구비되어야 한다. 세계은행이 지적한 대로 사용자가 지불한 돈이 그 지방에서 보유하고 사용된다면 이 제도는 장점이 될 수 있으며 증수는 더 잘 된다.

1. 무엇을 부담해야 하나?

예방적 서비스는 더욱 권장하여야 함으로 이를 사용자에게 부담시키는 것은 바람직하지 못하다. 한편 긴급을 요하지 않은 것들- 예를 들면 응급발치를 제외한 치과치료나 안경제공 등은 부담토록 할 수 있겠다. 치료서비스를 받기 위한 사람들에게 대한 등록비(진찰권대금)도 받을 수 있을 것이며 약품대금도 고려할 수 있다.

그러나 약품대금 증수에는 여러가지 주의가 필요하다. 전체적으로 말해서 무엇을 어떻게 부담토록 하느냐는 지역사

회나 기관운영체가 결정할 것이다. 이들의 대표가 지역사회와 충분히 협의하여야 한다.

사용자 부담제가 되면 보건서비스의 수요(需要)가 감소된다. 그중 문제되는 것은 영세민층의 수요가 가장 많이 감소된다.

부담이 많을 수록 수요는 줄고 때로는 직원의 작업량도 훨씬 줄게 된다. 이로 인해서 서비스의 질적향상을 도모할 수도 있다. 그런 경우 부유층(부담할 수 있는)의 정부보건서비스 이용도가 높아진다. 반대로 영세민층의 이용도는 줄게 된다.

3. 영세민에 대한 면제

어떠한 부담제도에서든지 가장 어려운 점은 영세민에 대한 면제문제일 것이다. 부유한 사람이 자기치료서비스의 전액을 부담하고 또 영세민보호를 위한 비용의 차액도 지불한다는 것은 이론상 가능하겠지만 실제로는 불가능하거나 극히 곤란하다.

최소한 3개국(코스타리카, 한국, 태국)에서는 증명서나 카드를 영세민에게 발급해서 무료진료를 받게하고 있다. 그러나 이것으로 모든 영세민을 확인하지는 못하고 있다. “코스타리카”의 제도는 건강보험에 가입되지 않은 소수의 그룹에게만 적용된다. 태국에서 조사한 바에 의하면 인구의 14-20%가 카드보유자인데 그중 60%만이 영세민이고 17%는 실제로는 부유층이었다. 문제가 있기는 하지만 이러한 제도는 위의 3개국처럼 가

족이 안정되어 있는 곳에서는 관리하기 쉽다.

4. 영세민에게 지장이 없는 부담

그러나 영세민층에게는 효과를 미치지 않도록 하는 특수한 방법도 몇가지 있다. 그 하나는 작업중에 일어나는 사고치료의 모든비용을 사용자에게 부담토록 하는 것이다. 이것은 산업재해를 위한 강제적 보험제도하에서 사용자가 부담할 수 있다. 두번째로는 도로사고의 경우 치료비를 차 소유주가 부담하는 것이다. 이것은 보험으로 처리할 수 있다. 세번째로는 환자가 일차진료를 보건소나 지소, 진료소에서 무료나 염가로 받을 수 있음에도 불구하고 병원치료를 직접 원하는 경우이다.

지역사회의 재정부담

정부의 보건서비스를 부담토록 하는 것은 그 지역사회로 하여금 어떤 형태의 사전지불방식을 조직하는 기회를 주는 것이며 이런 방식은 무료서비스로 되게 한다. 이런 방법은 생산자나 자기 생산품을 조합에 수납할 때 회비형식으로 사전지불된다. 이 방법은 중국에서 협동농장이 해체되기 전에 성공적으로 운영되었으며 다른 여러곳에서 개별적으로 여러가지 형태로 운영되고 있다.

이러한 방법이 얼마나 오래 계속될 것인지 의문이며 한편 많은 경우 몇 사람의 핵심적 지도인물에 달려 있기도 하다. 지역사회의 사전재정부담방식을 전국적으로 발전시켜서 운영하고 있는 나라는 그 예를 보기힘들다. (다음호에 계속)