

동남아시아의 건강보장

서보경 편



동남아시아의 건강보장

동남아시아의 건강보장

서보경 편

이 학술총서는 2019년 대한민국 교육부와 한국연구재단의 지원을 받아 발행되었음
(NRF-2019S1A5C2A01080989).

이 책은 전북대학교 동남아연구소에서 발간하는 두 번째 학술총서로 한국연구재단 인문사회연구소지원사업인 “사람중심의 신남방정책 추진을 위한 노동·보건·복지 연구”의 일환으로 발간되었습니다. 지난 3년간 연구팀에서는 그간 보건학과 행정학 분야에서 주로 다루어져 온 주제인 보편적 건강보장을 지역학의 관점에서 새롭게 읽어내고자 하였습니다. 이 책에 참여한 저자들은 모두 전통적인 의미의 보건의료 연구자는 아니지만, 지역에 대한 장기간의 연구 경험을 바탕으로 보편적 건강보장의 현황과 함의를 입체적으로 드러내고자 하였습니다. 기획 단계에서는 현장 연구를 통해 변화하는 지역의 경험을 생생하게 포착하려고 하였으나, 코로나19 대유행 상황이 장기화됨에 따라 결국 실행에 옮기지 못한 점이 큰 아쉬움으로 남습니다.

책의 기획과 발간 과정을 이끌어 주신 전제성 전북대 동남아연구소장님께 큰 감사를 드립니다. 이 책에는 함께 참여하지 못하였지만, 연구단의 일원이신 전북대 간호학과의 양영란 선생님께서는 동남아시아의 주요 보건 지표를 한데 모으는 작업에 큰 도움을 주셨습니다. 공공보건의료연구소의 김명희 선생님께서는 책의 기획 단계에서 전체 방향을 정하는데 큰 도움을 주셨습니다. 모든 연구진들이 여러 차례의 집필 회의와 토론에 함께 해주셔서 더욱 공부가 깊어질 수 있었습니다. 전체 일정을 조정하고 원고 수합을 도와주신 전북대 동남아연구소의 김주영 박사님과 책의 편집과 디자인에 큰 기여를 해주신 김현경 연구원께 특히 깊은 감사의 마음을 전합니다.

2022년 7월 20일

서보경

목차

머리말 5

제1장 모두를 위한 보건의료를 횡단적으로 생각하기 _ 서보경 11

제2장 인도네시아의 보편적 건강보장 체계의 형성 _ 전제성·김형준 35

제3장 베트남 공공-민간 혼합 공급 체계의 특징과 의료 불평등 _ 백용훈 77

제4장 태국의 공공병원 체계와 지역 중심 의료인 교육 _ 서보경 107

제5장 미얀마의 보건의료 위기와 보편적 건강보장을 위한 과제 _ 김희숙 133

제6장 싱가포르 건강보장 체계의 특징과 외국인 노동자의 의료접근성 _ 김주영 181

제7장 장기화된 로힝자 난민 위기와 재난 의료 _ 김정현 221

부록. 동남아시아와 한국의 주요 건강 지표 263

찾아보기 266

필진소개 270

표 목차

<표 2-1> 인도네시아 27개 주별 대중보건센터 관할 평균 인구	41
<표 2-2> 인도네시아의 사회보장 개혁과 관리공단 통합	62
<표 3-1> 베트남 건강보험 등록률과 주요 정책(1989~2025)	82
<표 3-2> 베트남 정부의 보건 분야 지출 추이	91
<표 3-3> 베트남의 본인부담금(OOPS) 관련 지표	92
<표 5-1> 미얀마의 보건의료시설 및 증감률 현황(1960~1988)	141
<표 5-2> 미얀마 보건비 지출 추이(2000~2019)	148
<표 5-3> 미얀마 보건지출과 국방지출 비교(1988, 1995, 1999)	156
<표 5-4> 미얀마 남동부 지역 소수종족보건기구(EHOs) 소속 단체 활동 개요	161
<표 6-1> 싱가포르의 보건의료비 지출 변화	184
<표 6-2> 싱가포르의 병실 현황	187
<표 6-3> 싱가포르 외국인 노동자 수의 변화	190
<표 7-1> 로힝자 난민의 건강권에 영향을 미치는 요인들	227
<표 7-2> 동남아 내 강제이주 피해를 받은 인구의 구성 상세표(2017~2021)	229
<표 7-3> 국가들의 난민보호 제도와 건강권 보장 현황 요약	252

그림 목차

<그림 2-1> 인도네시아의 대중보건센터(1969-1990)	40
<그림 2-2> 인도네시아 2010년 의료보장 편입 인구(%)	51
<그림 5-1> 미얀마의 의료 실태를 풍자하는 현지 일간지의 시사만평	146
<그림 5-2> 미얀마 양곤 교외 농촌 마을에서 주민들이 방문의사의 진료를 받는 모습	147
<그림 5-3> 미얀마 「국가보건계획(2017-2021)」의 보건의료서비스 전달 전략 개념도	165
<그림 7-1> 동남아 지역 내 로힝자 난민의 강제 이주 경로	225

제1장

모두를 위한 보건의료를
횡단적으로 생각하기

서보경

제1장 모두를 위한 보건의료를 횡단적으로 생각하기

서보경

유토피아적 이상은 인권의 기반이다. 더 높은 기준을 설정해야 한다고 주장함으로써 우리는 세계의 막대한 부를 재분배해야 한다는 점 역시 주장해야 한다. ... 우리가 자원이 제한된 세계에 살고 있다는 주장은 실상 인간의 역사를 통틀어 보았을 때 우리가 그 어느 때보다 자원이 풍부한 시대에 살고 있다는 사실을 말하지 않는다. 다른 권리만큼이나 건강에 대한 권리 역시 진지하게 받아 들여져야 할 때이다. ... 점점 더 가혹해지고 있는 “새로운 세계 질서”에서 가장 고통을 겪는 사람들의 편에 서야 한다.

폴 파머(Paul Farmer 2004: 245-246)¹

2012년 유엔총회에서는 보편적 건강보장(universal health coverage)의 중요성을 명시한 결의안이 회원국들의 유래 없는 광범위한 지지 속에 채택되었다. 이 결의안은 보건 관련 최우선 과제로 보편적 건강보장을 제시하고, 이를 성취하기 위한 적극적인 노력이 전 세계의 모든 나라들에서 취해져야 한다

1 싱어 외(2022: 95)에서 재인용.

고 명시하였다는 점에서 중요한 역사적 의미를 지닌다. 이후 보편적 건강보장은 유엔의 지속가능한 발전 목표(sustainable development goals)로 채택되었고, 2030년까지 모든 회원국들이 이를 달성하게 하겠다는 야심찬 계획이 세워진 바 있다. 각 나라마다 경제 규모와 의료 수준이 크게 다른데, 전세계의 모든 나라에서 건강을 보장한다니, 과연 이게 현실적으로 달성 가능한 목표일까? 미국처럼 부유한 나라에서도 비싼 의료비를 감당하지 못해 파산에 이르는 사람들이 허다한데, 일인당 국민총소득이 1,700달러가 안되는 미얀마에서 모든 사람의 건강을 보장하라는 요구는 과연 가당키나 한 것일까? 날로 심화되는 불평등의 전지구적 구조 속에서 건강을 어느 국가와 지역에서나 실현 가능한 보편적 권리로 만든다는 것은 과연 어떤 변화를 필요로 하는 것일까?

보편적 건강보장이라는 제도는 이 모든 질문들과 긴밀히 연결되어 있지만 완벽한 해답을 제공해주지는 않는다. 여기서 ‘건강보장’은 건강은 모두에게 소중한 것이니 잘 지켜야 한다는 일반적인 의미가 아니라 의료비 지출로 인해 더욱 가난해지는 경제적 위험을 겪지 않으면서도 양질의 치료, 재활, 예방, 건강 증진 서비스를 이용할 수 있도록 하는 사회 정책과 제도를 통칭한다(WHO 2010). 이러한 제도가 ‘보편적(universal)’이어야 한다는 것은 보건의료가 비용을 지불할 수 있는 경우에만 주어지는 게 아니라, 필요한 모두에게 이용 가능해야 한다는 지향을 뜻한다. 공적 의료보험이나 공공부조와 같은 제도를 통해 최대한 많은 사람들이 필수적인 보건의료 서비스를 이용할 수 있도록 안전망을 만들어야 한다는 것이다. 한국의 국민건강보험과 같은 제도가 바로 이러한 보편적 건강보장의 한 예라고 할 수 있다. 2020년을 기준으로 여전히 전세계 인구의 절반만이 보편적 건강보장을 담보하는 보건의료체계에 속해있다(WHO 2021).

매우 좁은 의미에서 보편적 건강보장을 바라본다면, 어떻게 필요한 재원을 확보하고 배분할 것인지에 대한 문제, 즉 재정과 행정의 차원을 우선하게 된다. 의료비의 어느 정도를 개인이 부담하고, 어느 정도를 보험금으로 납입하게 할지, 아니면 일반 세금을 활용할지, 국가 보조금을 어느 정도로 어떻게 지급할지 등의 문제가 건강보장에서 가장 주된 질문으로 여겨질 수 있다. 그

러나 보편적 건강보장이라는 제도를 실현하는 과정은 단순히 의료보험 운용에 대한 기술적 차원에 한정되지 않는다. 여기에는 보다 근본적인 지향이 포함되어 있다. 보편적 건강보장의 이념은 건강이 한 개인이 타고난 운명이나 노력에 따른 것이 아니라 국가와 사회 전체가 함께 만들어가는 공유된 가치로 여겨져야 한다는 유토피아적 이상에서부터 출발하기 때문이다.

에티오피아의 보건부 장관을 역임하고 2017년 세계보건기구의 사무총장이 된 테드로스 게브레예수스는 보편적 건강보장의 성취는 재정이 아니라 윤리의 문제라고 단언한다(Ghebreyesus 2017). 아프리카 대륙의 보건행정가가 최초로 세계보건기구 사무총장으로 선출되었을 때, 그의 첫 일성은 의료보험이 없어서 병원 문턱을 넘지 못하는 사람들이 있는 사회를 그대로 둘 것인지, 가난한 나라의 가난한 사람들에게 질병의 고통이 더욱 가중되고 있는 현실을 어쩔 수 없는 것으로 받아들이 것인지에 대한 도덕적 질문에서부터 보편적 건강보장을 생각해야 한다는 것이었다. 더불어 빈곤과 불평등을 당연한 것으로 받아들이지 않고 질병에 따른 경제적 부담을 국가와 공동체가 분담하려고 할 때, 국민 소득이 매우 낮은 국가들에서도 건강보장에 확실한 진전이 생겨났다는 점을 강조한 바 있다.

건강은 개별적 특성에 따른 것이 아니라 인간과 환경, 사회가 어떻게 서로 만나느냐에 의해 결정되며, 사회 구성원의 질병과 건강 상태는 곧 사회적 상태의 반영에 다름 아니다. 한 사회의 전반적인 건강 수준은 노동 생산성 및 경제 성장과 직접적인 연관 관계 속에 있으며, 교육 수준이나 빈곤과 같은 사회 불평등의 정도에 따라 결정된다. 더 나아가 누구를 위해 어떤 보건의료 체계를 갖출 것인가의 문제는 건강의 쓸모에 대한 도구적 판단에 따른 것만이 아니라 고통 받는 타자에게 어떻게 응답할 것인가에 대한 윤리적 질문을 포함하고 있다. 보편적 건강보장은 인간다운 삶은 어떠해야 하는지, 모든 구성원이 인간다운 삶을 살 수 있는 사회를 왜, 어떻게 만들어야 하는가를 구체적으로 상상하고 실현하는 과정을 필연적으로 수반하며, 윤리적 당위와 경제적 현실을 동시에 다루어야 한다는 점에서 가장 격렬한 정치의 장이다.

이 책은 보편적 건강보장이라는 제도와 가치를 중심에 두고, 동남아시아의 보건의료 현실에 어떤 변화가 생겨왔는지를 추적한다. 오늘날 동남아시아는 동티모르, 라오스, 말레이시아, 미얀마, 베트남, 브루나이, 싱가포르, 인도네시아, 캄보디아, 태국, 필리핀 11개국을 지칭한다. 세계의 훌륭한 보건의료제도에 대해 알아야 한다고 할 때, 한국 사회에서 동남아시아의 국가들은 그다지 유의미한 참조점으로 여겨지지 않는다. 싱가포르와 같은 고소득국가에서 어떻게 바이오산업을 주도하는지 정도에 관심이 기울여져 왔지, 태국, 인도네시아, 베트남과 같은 국가들이 어떻게 경제 성장의 부침(浮沈)에도 불구하고 건강보장 제도를 확장시키기 위해 노력해왔는지는 거의 알려지지 않았다. 더불어 동티모르, 라오스, 미얀마, 캄보디아와 같은 저소득국가들이 해외 의료봉사를 위한 여러 기착지 중의 하나로 활용되면서, 실제 해당 지역의 만성적인 보건위기 상태가 어디서 오는지에 관해서는 외려 큰 관심을 두지 않게 되었다.

모든 보건의료제도는 해당 사회의 역사적, 경제적, 문화적 산물이며, 보편적 건강보장의 필요와 방식 역시 한 사회의 고유한 역동 속에서 결정된다. 따라서 최고의 보건의료제도나 완벽한 보건의료제도는 세계 어디에도 존재하지 않는다(브릿넬 2016). 오히려 우리는 신자유주의 하에서 복지 ‘선진국’의 보건의료체계들이 어떻게 축소되고 있는지를 목도하고 있으며(Navarro 2020), 코로나19 대유행과 같은 전지구적 보건 위기 속에서 더 나은 체계‘들’을 만들어야 할 필요성을 그 어느 때보다 더 크게 느끼고 있다. 특히 기후 위기의 ‘현재’ 속에서 동남아시아의 대부분의 국가들을 포함하는 글로벌 남반구는 더욱 큰 생태 위기와 보건 위기를 동시에 겪을 수밖에 없는 상황이다. 따라서 산업화와 복지 국가로의 발전이라는 기존의 단선적, 수직적 인식론에서 벗어나서 건강보장을 위한 다양한 실험들을 폭넓게 탐색해야 할 필요가 그 어느 때보다 커졌다고 할 수 있다.

동남아시아는 지리적, 언어적, 문화적 다양성이 특징적인 지역으로 국경의 유동성을 기반으로 한 상호 교류의 긴 역사를 가지고 있다. 특히 이 지역은 국가 간 및 국가 내 경제 격차 역시 매우 크다는 점에서 보편적 건강보장이라

는 제도가 각기 다른 토양에서 어떻게 성장하고 혹은 퇴보하였는지를 비교하는데 최적의 실험실을 제공한다. 이 책에서는 보편적 건강보장 ‘제도’의 성립에서 흥미로운 행보를 보여준 5개국의 경험을 살펴보는 동시에 각 국의 차이를 횡단하며 보편적 건강보장이라는 ‘가치’를 실현하기 위해서는 어떤 변화가 필요한지를 함께 모색하고자 한다. 상품으로서의 의료와 권리로서의 의료, 국민-국가 개념과 보편적 인권 개념, 구조적 폭력과 사회적 연대, 시민과 비시민의 간극과 이를 횡단하는 다양한 실천들을 제시하면서, 보건의료제도와 건강권에 대한 지역학적 이해를 넓히는 동시에 제도 그 자체가 아닌 제도를 만들고 제도 속에서 살아가는 ‘사람’의 관점을 중심에 두기 위해서는 어떤 변화와 노력이 필요한지를 논의한다.

1. 건강보장을 향한 여러 갈림길

사회보장제도의 일환으로 건강보장의 역사는 흔히 유럽식 복지 국가의 발전에서부터 논의된다. 1883년 독일에서는 유럽 최초로 국가질병보험법이 통과되는데, 비스마르크 질병보험이라고도 불리는 이 법은 노동자들이 질병으로 인해 일하지 못할 경우 임금을 보전해주기 위한 목적으로 시작되었다. 유럽 대륙에서 건강 관련 보험이 제도화되기 시작할 때, 주요 목표는 질병으로 인한 소득 상실을 주요 위협으로 보고 이를 대비하는 것이었다(김창엽 2009: 45-48). 그러나 영국에서는 노동자와 고용주의 공동 기여를 통해 운영되는 질병보험에 대한 여러 불만이 제기되었으며, 이후 노동자의 임금을 보전하는 수준을 넘어서서 의료를 모든 사람의 권리로 여겨야 한다는 이론들이 등장하기 시작하였다. 1942년의 베버리지 보고서 발표 이후 진행된 사회보장 제도의 전반적인 개혁은 국영의료제도인 국민보건서비스(National Health Service, NHS)의 형성으로 이어진다. 1948년부터 시행된 국민보건서비스는 “모든 시민은 지불능력에 관계없이 포괄적인 의료서비스를 받을 권리가 있다”고 규정하며,

의료를 기본권으로 간주하고 의료서비스 제공을 국가의 주요 의무로 규정하게 된다(이규식 2018).

유럽과 여러 산업화된 국가들에서 사회보장제도가 각기 다른 방식으로 발전하는 양상은 식민주의의 역사적 맥락을 경유한 자본주의 경제 체제의 변화와 산업화의 심화 속에서 만들어진 고유한 경로를 반영한다. 여기서 무엇보다 주목해야 할 점은 어떤 방식으로 재원을 마련하고, 어떻게 보장할지를 두고 다양한 분화가 나타났다는 사실이다. 영국이 중앙정부의 예산으로 일원화된 의료보장 체계를 만든 것에 비해 스웨덴과 같은 북유럽 국가들은 지방정부의 일반 재정을 중심으로 운영하는 지방공영의료제도를 택하였다. 이와는 반대로 미국은 사회 보장의 여러 영역을 정비하면서도 전 국민을 포괄하는 의료보장이 아닌 노인과 장애인, 저소득층 등 특정 인구를 대상으로 하는 사회부조 제도를 장기간 고수하였고, 2010년에는 오바마 케어 도입을 통해 의료보험 가입률을 크게 높이고자 하였지만 여전히 완전한 보편적 의료보장을 달성하지 못하고 있다. 한국은 1977년 500인 이상 사업장을 대상으로 시행된 의료보험을 도입한 이후 12년 만인 1989년에 전 국민을 대상으로 하는 의료보장 제도를 도입하였다는 점에서 전세계적으로 유래가 없이 짧은 시간에 보편적 건강보장을 달성한 나라라고 할 수 있다. 한국의 건강보장제도는 소득에 따라 개인이 보험료를 각기 다르게 부담하되, 혜택은 필요에 따라 동등하게 받는다는 원칙을 적용하고는 있지만, 동시에 건강보험이 지급하지 않는 ‘비급여 본인부담금’이 존재한다는 점에서 개인의 지불 능력에 따라 의료 접근성에서 큰 차이가 생겨난다(조홍준 2013).

이러한 제도의 다양성은 보편적 건강보장에 도달하는 방식이 하나가 아니며, 어떤 방식이 더 좋고 나쁜지를 단순 비교할 수 없다는 점을 잘 보여 준다. 동남아시아 각국은 건강보장의 도입에서 각기 다른 역사적 경로를 거치게 되는데, 이때 일차보건의료에 관한 세계보건기구의 1978년 알마아타 선언(Alma Ata Declaration)이 지역 내 국가들의 국가개발계획과 그에 따른 보건의료체계 전반의 재구성에 중요한 영향을 끼쳤다. 시기적으로는 국가마다 편차가 있기

는 하지만, 동남아시아에서 역시 사회보장은 근대 국가로의 형식성을 갖추기 위한 중요한 요소로 자리 잡았다. 건강보험 재정을 마련하는 방식에 따라 동남아시아 주요 국가들의 건강보장 제도를 구별해보면, 크게 다음의 넷으로 나누어볼 수 있다.

첫째, 조세를 기초로 한 건강보장 체계를 도입한 대표적인 국가로는 태국을 들 수 있다. 태국은 2002년 기존의 공무원 보험 및 고용에 기반한 의료보험에 가입할 수 없었던 인구 전체를 포괄하는 의료 보험 제도를 전격적으로 도입한다. 소득에 관계없이 누구나 이용 가능한 공공의료 체계를 확립한 태국의 방식은 기존에 의료 혜택을 충분히 받지 못한 빈곤층의 의료 접근성을 높이는데 크게 기여하였다는 점에서 성공 사례로 평가받는다(Seo 2020; Somkotra and Lagrada 2008). 둘째, 사회의료보험(social health insurance)을 중심으로 건강보장을 확대한 국가로는 베트남을 들 수 있다. 사회의료보험은 조세를 기초로 하는 경우와는 달리 임금노동자의 기여가 매우 중요한 역할을 한다. 베트남은 2006년부터 의료보험의 보장을 확대하고 국가 예산으로 보험료 지원을 늘리는 정책을 도입하면서 의료 보험 가입자가 크게 증가하였으며, 동시에 빈곤층을 위한 조세 기반의 의료 보험 제도를 동시에 운영하는 전략을 취하고 있다(Axelson et al. 2009). 셋째, 싱가포르의 경우 의료저축계좌라고 부르는 독특한 방식으로 건강보장 재원의 일부를 만들어왔다. 한 사람 혹은 한 가족이 일생 동안 겪을 수 있는 여러 질병과 사고 위험에 대비하도록 개인 소유의 계좌에 매월 일정액을 적립하게 하는 제도를 운용한다. 싱가포르의 이러한 독특한 방식은 지불 능력이 없는 빈곤층을 대상으로 별도의 정부 보조금을 지급하기는 하지만, 시장주의적 관점을 고수하면서 개인의 책임성과 자조를 강조하는 특징을 드러낸다(김창엽 2009: 192-197). 넷째, 적절한 보장 체계를 마련하지 못한 상황에서 개인 부담금이 주를 이루고 보건의료서비스 전반을 해외 원조에 크게 의존해야 하는 경우를 들 수 있다. 이 책에서는 미얀마가 그 대표적인 예이다. 미얀마는 지역사회기반의료보험(communitiy-based health insurance)과 유사한 제도를 일부 도입하기는 하였으나, 르완다처럼 비교적 성공을 거둔

경우(Dao and Nichter 2015)와는 달리 의료 접근성을 유의미하게 높이지는 못 한 바 있다.

이러한 제도적 차이는 개별 국가들이 거처온 역사적 격동, 식민지 지배의 영향과 해외 자본 주도의 산업화(싱가포르), 사회주의 체제의 역사적 경험과 개혁개방을 통한 시장경제로의 이행(베트남), 신자유주의 세계화에 따른 경제 위기와 선거 민주주의의 심화(태국) 혹은 권위주의 체제의 지속에 따른 민주주의의 심각한 퇴보(미얀마)의 과정과 긴밀히 연결되어 있다. 이 책에서 저자들은 각 국의 건강보장체제의 제도적 특징을 드러내는 동시에 제도의 성립과 변화에 영향을 미친 주요한 정치, 사회, 문화적 요인들을 함께 분석하고자 하였다. 보편적 건강보장 실현을 위해 필요한 여타의 기술적 요소들, 재원 조달이나 급여 제도, 진료비 지불제도 등의 차이를 비교하는 것만으로는 이러한 제도적 변화를 야기한 사회적 힘의 작동을 파악할 수 없다. 즉, 보편적 건강보장의 확장 여부는 단순히 기술 관료적인 관점으로 분석될 수 없으며, 국가와 시장의 역할이 어떻게 조정되고 있는지, 여기서 사회적 연대와 개인의 책임의 책임은 어떻게 각기 다르게 정의되고 있는지에 관한 역사적이고 사회적인 분석을 요구한다. 일례로 2장에서 전제성·김형준은 인도네시아의 보편적 건강보장 도입에서 노동조합과 지방정부가 어떤 기여를 하였는지를 역사적으로 조명한다. 입법 과정에서 일어난 주요 논쟁과 갈등을 살피면서 건강보장이 인도네시아 사회에 반드시 필요한 제도로 이해되어 수용되는 과정을 파악하는 이러한 작업은 경제 성장이 일정 수준에 도달해야 사회보장 및 건강보장 강화가 가능하다는 단선적 산업화론을 벗어나서 실질적 전환의 계기를 마련하는 사회적 힘에 주목하게 한다.

II. 상품으로서 의료와 권리로써 의료

사회보장의 일환으로 보건의료를 포섭하는 방식은 다양할 수 있으나, 이

때 나타나는 중요한 공통적 동학은 건강보장의 방식과 범위에 따라 한 사회에서 ‘보건의료’라는 재화의 속성이 크게 달라지게 된다는 점이다. 즉, 동일한 의료 기술을 적용하는 치료라고 하더라도 건강보장 제도 하에서 실행되느냐 그렇지 않느냐에 그 생산과 배분에서 매우 다른 성격을 띠게 된다. 의료는 여타의 다른 가치 있는 상품과 같이 일반적인 재화로 여겨질 수 있으며, 시장의 수요 공급 원칙에 따라 그 가격이 결정되고 자유롭게 거래될 수 있다. 그러나 건강보장의 제도화는 의료의 상품화와 시장화에 중요한 변화를 야기한다(서보경 2008). 비용을 지불할 능력에 관계없이 모두에게 접근 가능한 보건의료서비스를 확충하기 위해서는 수요에 따른 경쟁이 아닌 필요에 따른 배분을 가능하게 하는 운용 원리가 도입되어야 하며, 이는 의료가 상품이 아닌 공공재로 생산, 배분된다는 것을 뜻한다. 보건의료서비스는 의약품에서부터 전문적인 임상 기술, 이를 제공하는 의료 기관에 이르기까지 엄청나게 다양한 종류의 재화와 시설, 전문적 지식의 적용을 총칭하며, 이 모두가 소비의 비경쟁성과 비배재성이라는 공공재에 대한 경제학적 정의에 바로 부합하지는 않을 수 있다. 그러나 의료를 권리로 보장하게 되면 수요가 아닌 필요에 따른 공급이 원칙이 되어야하며, 따라서 의료는 규범적 차원에서 공공재 혹은 준공공재의 성격을 부여받게 된다(이규식 2018).

의료의 시장화와 공공재화는 상호 경쟁 관계 속에 있으며, 어느 쪽이 더 우세하게 되는가는 한 사회의 인구학적, 역학적 상황 및 의료 기술의 발전 정도와 여타의 사회 경제적 요인에 따라 역동적으로 변화한다고 할 수 있다. 보편적 건강보장이라는 제도가 생긴다고, 의료 시장 자체가 완전히 사라지거나 모든 의료서비스가 공공재가 되는 것은 아니다. 건강보험의 가입률은 크게 늘어났다고 하더라도, 실제 제도가 제공하는 서비스가 충분치 않거나 제한적일 경우, 민간 의료 시장은 더욱 커질 수 있다. 여기서 주의할 점은 보편적 건강보장을 목표로 내세운다고 하더라도, 그 결과가 반드시 권리로서 보건의료의 확대로 이어지지 않을 수 있다는 것이다. 1980년대 이후 가속화된 신자유주의 세계화는 아프리카, 아시아, 라틴 아메리카의 여러 지역에서 구조 조정이라는

미명 아래 시장 중심의 의료 개혁을 단행하게 만들었으며, 국가의 보건의료 관련 재정 지출을 외려 줄이고 개인 부담을 늘리는 방식으로 작동하기도 하였다. 표면적으로는 보편적 건강보장을 내세우면서 공공 영역을 줄이고, 민간 영역을 확장시키는 역전이 나타날 수 있으며, 특히 비용-효과성과 같은 경제 적 지표들을 중심으로 개혁이 단행될 때 결과적으로는 보건 격차를 더욱 심화시키는 역효과를 낳은 바 있다(Gwatkin 2011; Janes 2006, 2008).

따라서 보편적 건강보장의 성패를 평가하는 과정에서 공공 영역과 민간 영역에서 어떤 변화가 나타나는지, 권리로서 의료와 상품으로서 의료ja 어떻게 경합하고 충돌하고 있는지를 주의 깊게 살펴볼 필요가 있다. 특히 의약품의 생산과 공급을 다국적 제약회사가 주도하고, 보건의료 기술의 첨단화가 더욱 가속화되는 상황 속에서 보건의료의 시장화는 이미 강력한 흐름을 형성하고 있다고 할 수 있다. 민간 협력 파트너십에 대한 강조는 동남아시아의 여러 국가들에서 나타나는데, 특히 베트남(3장)처럼 민간 영역의 확대 및 공공 의료기관의 수익 추구 허용이 전체 보건의료체계 전반의 확대를 주도하는 경우에 주목할 필요가 있다. 서비스 제공자의 다변화는 환자가 선택할 수 있는 기회를 넓히기도 하였지만, 국가가 관리하는 공공 기관과 민간 의료기관 중 어디를 더 신뢰하고 이용할지를 두고 새로운 인식과 갈등이 생겨나게 하였다. 일차 의료기관이나 거주지에서 가까운 의료기관을 활용하기 보다는 더 많은 본인 부담금을 내더라도 대도시의 상급종합병원을 이용하고자 욕구가 더욱 커지면서, 지불 능력에 따라 접근성 측면에서 불평등이 더욱 심해지는 양상이 나타나고 있는 것이다.

태국(4장)의 경우 공공병원 체계를 중심으로 보편적 건강보장을 확보하되, 역으로 영리 추구를 목적으로 하는 민간 의료 시장 역시 허용하는 방식으로 두 영역을 구별하고 있다. 이러한 투 트랙(two-track) 접근 방식은 한편으로는 태국 사회의 심각한 경제적 불평등을 반영하는 동시에 공공 영역에서는 확실한 정부 주도성을 가질 수 있다는 이점을 동시에 보여준다. 또한 태국의 사례는 권리로서 보건의료를 확보하기 위해서는 바로 이를 생산하고 공급하는 역

할을 맡은 사람들에게 어떤 책임과 권리를 부여할지 역시 매우 중요하다는 점을 잘 보여준다. 보건의료의 공공성과 질을 확보하기 위해서는 무엇보다 이를 실현할 수 있는 역량 있는 보건의료인을 배출해야 하며, 더 나아가 민간 의료 영역과의 경쟁 속에서 이들이 공공 영역에서 지속적으로 일할 수 있는 환경을 조성해야 한다. 태국의 경험은 보편적 건강보장이 단순히 재정 안정성을 통해서만 지속 가능하지 않으며, 의학 교육에서부터 고유의 철학과 지향을 발전시켜야 한다는 점을 매우 흥미롭게 보여준다.

권리로서 의료와 상품으로서 의료의 혼재하는 상황은 보편적 건강보장의 가치가 단순히 의료보험의 혜택이 확대된다고 달성되지는 않는다는 점을 다시금 환기시킨다. 보건의료라는 체계는 이와 연결되어 있는 여러 행위자들과의 연결 속에서 그 나름의 고유한 사회적 삶(social life)을 이룬다고 해도 과언이 아니다(Dao and Nichter 2015). 보편적 건강보장의 실질적 실현이 권리로서 의료의 확대와 성장을 요청한다고 할 때, 이는 의료 제공자와 정책 집행에 관련된 행정가들, 그리고 의료 이용자들이 권리의 요소를 어떻게 상상하고 실현하고자 하는지에 따라서 구체화된다고 할 수 있다. 보건 행정가들이 자신의 역할을 어떻게 규정하는지, 의사와 간호사를 비롯한 여타의 의료인들이 자신이 일상적으로 하는 일에 어떤 성격과 의미를 부여하는지에 따라 의료라는 가치 있는 재화의 사회적 삶과 이동 경로가 달라질 수 있기 때문이다. 역으로 의료 이용자들의 시민적 권한이 아니라 지출 능력에 따라 의료 접근성이 달라질 때, 혹은 의료 이용자들이 소비주의적 합리성만을 추구할 때, 권리로서 의료의 영역은 축소될 수밖에 없다.

III. 보편 인권과 시민/비시민의 간극

의료를 기본권으로 간주하는 국제 규범의 확립은 보편적 건강보장의 도덕적, 국제법적 기초를 제공해왔다. 1946년에 쓰여진 세계보건기구 헌장은 “도

달 가능한 최고 수준의 건강을 향유하는 것은 인종, 종교, 정치적 신념, 경제적 사회적 여건에 따른 차별 없이 모든 사람이 누려야 할 기본권”이라고 정의한다. 1948년의 세계인권선언 역시 “모든 사람은 음식, 옷, 집, 의료, 필수적 사회 서비스 등을 포함하여 자신과 가족의 건강과 안녕에 적합한 생활수준을 누릴 권리를” 가진다고 언급하면서 건강권을 명시하고 있으며, 경제적·사회적 및 문화적 권리에 관한 국제규약에서도 건강권 보호를 위한 핵심 조항을 포함하여 건강권 실현을 국가의 의무로 요청하고 있다. 한편 동남아시아에서 지속적으로 발생하고 있는 심각한 보건 위기가 많은 경우 부패하고 억압적인 국가로부터 비롯한다는 사실은 국제 규범과 주권 국가의 작동 사이의 깊은 간극을 보여준다. 국가에 의해 보편적 인권 개념을 박탈당한 존재들이 지속적으로 발생한다는 사실에 더욱 주목해야 하는 이유가 여기에 있다.

보편적 건강보장이라고 이름 붙여진 각종 사회 보험 및 보건 프로그램의 성립 과정은 미셸 푸코가 생명권력(biopower)라고 명명한 근대적 권력의 실현 양상과 긴밀히 연결된다(Foucault 2009). 푸코는 근대적 통치 권력은 인구군의 가치와 효용을 산출하고 관리하는 것을 주요 목적으로 하며, 이를 가능하게 하는 통계적, 기술적, 의학적 장치들의 도입을 통해 권력이 작동한다고 역설한 바 있다. 근대적 생명 권력은 더 이상 죽음을 강제하고 생명을 빼앗는 부정적 형식으로 작동하지 않으며, 생명을 조절하고 증진하는 생산적 형태로 작동한다. 인구 단위를 중심으로 출산율과 사망률, 각종 질병 발생률을 측정하고 산출하는 방식, 보편적 건강보장이라는 목표 아래 의학이 담당하는 영역이 질병에 대한 치료를 넘어 건강관리 전반으로 확장되는 양상은 인구 집단과 개인의 생산성을 조절하고 최적화할 수 있는 것으로 바라보는 새로운 합리성에 기초하고 있다.

통치성의 관점에서 사회 보장과 건강권 개념의 규범화를 살펴볼 때, 무엇보다 흥미로운 점은 자유주의 통치의 주요 도구들이 세계 각지로 뻗어나가면서 어떤 각기 다른 결과들을 만들어 내고 있는가에 대한 것이다. 사회 보장과 관련된 여러 제도의 분화 혹은 부재는 생명 정치의 다양한 발현을 읽어내는 데

에 가장 주요한 영역이라고 할 수 있다. 싱가포르, 태국, 베트남, 인도네시아와 같은 국가들에서 사회 보장이 구체화되고 규범화되는 양상은 한편으로는 생명 정치적 통치성이 세련화되고 보편화되는 경향을 입증하지만, 지역 내에서 장기간 지속되어 온 국가 폭력, 강제 실향민 및 난민 발생의 양상은 생산적 형태의 생명권력으로는 설명할 수 없는 죽음정치(necropolitics)의 지속을 동시에 보여주고 있기도 하다(Agamben 1998; Mbembé 2003). 예를 들어 미얀마(5장)에서 장기화된 무력 분쟁과 군부 독재 하에 자행된 정치적 폭력은 무수히 많은 인명피해를 야기해 왔으며, 빈곤과 시민적 권리의 박탈은 죽음을 강제하는 주권 권력의 부정성을 끊임없이 증거하고 있다. 그러나 이와 동시에 미얀마에서 진행된 장기간의 국제 원조 및 국제 개발 프로그램은 국제기구와 같은 초국가적 행위자들이 발휘하는 새로운 종류의 통치성에 주목하게 한다. 인도주의의 기치 아래 주요 감염성질환 예방을 위한 백신 접종이나 모자 건강과 같은 보건의 특정 영역들에 대한 국제기구의 개입은 장기화되고 체계화되지만, 보건의료체계 전반에서는 국가의 무능력과 방기가 지속되는 생명 정치와 죽음 정치의 병치가 지속되고 있는 것이다(Redfield 2013).

국제인권 담론에서 건강권은 모든 ‘인간’의 권리로서 선언되지만, 이를 이행할 의무 주체가 국가일 때, ‘인간’의 권리는 ‘국민’의 권리로 축소된다. 이주 노동자와 난민의 건강권에 대한 논의는 제도로써 보편적 건강보장을 논의할 때 흔히 삭제되는데, 이는 전통적인 국민-국가의 테두리 안에서 사회 보장 개념을 한정하여 왔기 때문이다. 그러나 자본주의 체계 하에서 이주 노동은 글로벌 남반구에 강제된 삶의 양식이라고 할 수 있으며, 이들의 건강권을 어떻게 보편적 건강보장의 체계 내부로 포섭할 것인가는 매우 중요한 질문이다. 이주 노동자의 건강권은 이주의 조건으로 노동할 수 있는 건강한 상태를 요구하고, 노동 과정 중에 생기는 재해 및 사고에 한정해서 치료 및 보상을 받는 수준으로 제한되어 왔다. 즉, 만성질환 치료 및 예방, 건강 증진에 관련된 여타의 의료 및 보건 영역에는 접근할 수 있는 기회조차 주어지지 않는 것이다. 그러나 코로나19 대유행이 입증하듯이 바이러스와 같은 병원체는 국적이나 체류 허

가의 종류를 따지지 않고 ‘모든’ 사람에게 영향을 미치며, 이에 대응하기 위한 보건의료정책은 반드시 ‘모든’ 사람을 포괄해야 한다. 따라서 기존의 건강보장 체계가 국민을 주요 단위로 재정과 배분을 책정하고 있을 때, 여기에 포함될 수 없어 더욱 취약한 이주민, 난민, 비시민 체류자들의 건강을 보장하기 위한 제도를 어떻게 새롭게 정비할 것인가는 매우 중요한 과제이다. 싱가포르(6장)와 같이 이주 노동에 산업 전반이 크게 의지하고 있는 동시에 높은 의료 수준을 갖추고 있는 국가에서 어떤 제도적 변화가 만들어지고 있는지에 주목해야 할 이유가 여기에 있다.

동남아시아 지역에서 국가 폭력과 내전, 정치적 탄압은 무수히 많은 인명의 손실과 건강상의 위협을 야기한 바 있으며, 보편적 건강보장을 가로막는 가장 큰 장애물로 자리 잡고 있다. 1970년대에서 1990년대 중반까지 일어난 대규모 난민 및 강제 실향민의 발생 이후에도 여전히 많은 사람들이 정치적 공동체의 속할 권리를 박탈당하고 생존을 위협받고 있다. 2013년부터 본격화되기 시작한 로힝자 난민 사태는 2017년 미얀마 군대의 조직적인 공격으로 인해 극심해졌으며, 수천 명의 사람들이 탈출을 감행하게 만들었다. 2017년 기준 동남아시아에는 무려 3백만 명이 넘는 사람들이 강제 실향민, 난민 신청자, 난민, 무국적자의 상태에 놓여 있는 것으로 추산된다(Stange et al. 2019). 이들은 정치적 박해와 극심한 빈곤, 폭력에 노출되어 있으며, 기본적인 보건 의료에 역시 접근할 수 없다. 대규모 강제이주와 공동체 파괴, 종족 학살은 또한 여성과 어린이를 성폭력을 비롯하여 더욱더 가혹한 폭력에 노출시킨다. 이러한 인도주의적 위기 상황에 개입하기 위한 재난 의료의 영역은 보편적 건강보장이 기반하고 있는 주권 권력이 어떤 예외 상태(Agamben 1998)를 지속시키고 있는지를 냉철하게 바라볼 것을 요구한다. 여기서 인도주의적 개입은 인간의 권리와 시민의 정치적 권리를 분리시키고, 난민과 같이 쫓겨난 존재들에게 “권리들을 가질 권리”(Arendt 1973)를 박탈당한 채 그저 목숨만 부지할 수 있는 상태를 장기 지속시킨다는 점에서 문제의 해결 방안이 아니라 문제의 일부라고 할 수 있다(Fassin 2011). 로힝자 난민들이 경험하고 있는 정치적 폭력과 비참

은 모든 사람의 건강을 보장해야 한다는 목표가 단순히 질병과 재해로부터 인간 신체를 보호하는 차원에 결코 한정될 수 없으며, 정치적 권리의 보장과 필연적으로 연결되어 있다는 점을 명확히 보여준다(7장).

IV. 동남아시아의 보편적 건강보장: 장별 구성

보편적 건강보장은 사회보장의 한 형식이지만 동시에 자본주의 경제 체제의 핵심적 모순과 민주주의의 위기가 첨예하게 드러나는 영역이라고 할 수 있다. 기존의 보편적 건강보장에 대한 논의들이 제도적 다양성을 운영 방식의 기술적 측면에서 조명하였다면, 이 책의 저자들은 정치학, 사회학, 인류학, 역사학 분야에서 훈련된 눈으로 제도의 실체를 구성하는 다층적 동학에 집중하고자 하였다.

2장에서 전제성·김형준은 인도네시아에서 보건의료 영역에 대한 투자가 장기간 정체되어 있었던 상황에서 전 국민을 대상으로 하는 건강보험의 시행이 전격적으로 단행되는 역사적 변곡점이 어떻게 만들어졌는지를 추적한다. 1997년의 경제 위기 전후로 인도네시아의 보건 정책에 생겨난 주요한 변화들을 살펴보면, 국가의 시혜적 정책이자 경제 발전의 도구로 여겨졌던 보건의료가 국민의 권리로 확장되는 전환의 기제들을 규명한다. 민주화의 전반적인 심화와 함께 몇몇 지방 정부가 실행한 지역기반 보험 및 사회부조 정책들은 인도네시아 전 지역에서 의료 보장이 확대되는 데에 중요한 근거가 되었다. 또한 보건 개혁을 주요 의제로 제시하고 보편적 건강보장의 법적 근거를 마련하는 과정에서 노동조합 중심의 시민사회운동이 핵심적인 역할을 해냈다는 점을 조명하면서, 노동조합이 공식부문 노동자들의 직접적인 이해관계를 대변하는 것을 넘어 ‘모든 사람의 미래’를 위한 투쟁을 전개하는 양상을 상세히 드러낸다. 인도네시아의 ‘숨겨진’ 사회보장 발전사를 새롭게 발굴하는 이와 같은 작업은 유럽식 복지가 사회보장을 상상하는 유일한 모델이 될 수 없으

며, 고용 불안정이라는 불리한 조건에서도 복지 제도의 도입에서 일련의 성취를 보인 국가들의 경험을 더욱 적극적으로 의미화하고 이론화해야 할 필요가 있다는 점을 잘 보여준다.

3장에서 백용훈은 베트남의 보건의료 개혁 과정을 시기별로 살펴보면서, 건강보험의 확대와 의료 자원의 확보를 위해 도입된 정책들의 면면을 분석한다. 특히 이 과정에서 공공부문과 민간부문의 역할이 재조정되는 양상에 주목하면서, 민간 영역의 확대가 끼치는 이중적 영향에 주목한다. 공공부문에서 활용 가능한 재정 및 인적 자원이 제한적인 상황에서 더 높은 수준의 의료에 대한 수요는 더욱 커질 때, 민간부문의 확장은 의료 접근성을 높이는 데에는 주요한 기여를 한다. 그러나 의료비 증가에 따라 환자들이 지불해야 하는 본인 부담금 역시 크게 증가하는 양상은 빈곤층은 물론 중산층의 가계 지출에도 매우 큰 부담으로 작용하게 된다. 또한 민간부문의 발전에도 불구하고, 중증 진료를 담당하는 상급 병원은 도시에 집중되어 있는 상황에서 지역 간 격차를 완화하고, 전문 의료 인력을 효율적으로 활용하는 데에는 여전히 큰 어려움이 따르고 있다. 베트남의 혼합 체계는 민간부분의 공급이 확대된다고 하더라도 개인의 의료비 부담을 줄이기 위한 경제적 보호가 충분하지 않을 때, 의료 불평등은 더욱 심화될 수밖에 없다는 중요한 문제를 드러낸다.

태국의 보편적 건강 보장은 공공병원을 중심으로 의료 체계를 구성하였다는 점에서 베트남과 흥미로운 대조를 이룬다. 4장에서 서보경은 빈곤층의 의료비 부담을 줄이고 건강 불평등의 완화에 크게 기여했다고 평가받는 태국의 보편적보장보험의 성립 역사를 요약적으로 제시하고, 공공병원 중심의 의료 체계가 자리 잡을 수 있었던 사회, 문화적 배경에 집중한다. 태국은 영리 추구를 허용하는 민간병원과 국가 산하의 공공병원의 영역을 양분하여 왔다. 이러한 영역 분리는 태국의 심각한 소득 불평등을 반영하지만, 동시에 공공병원만의 고유한 역할과 가치를 발전시켜 왔다는 점에서 주목할 만하다. 태국은 특히 지역 간 의료 불균형을 해소하고, 훈련된 전문 인력의 유출을 막기 위해 공공병원을 적극 활용하여 왔으며, 지역 중심 의료를 실현하기 위한 의학 교육

체계 역시 발전시켜 왔다. 서보정은 의료에 공공성을 부여하고 지속하기 위해 서는 이를 제공하는 각각의 기관에 공공성을 중심에 둔 고유의 역사와 문화를 만들어져야 하며, 의료인 교육과 훈련에서부터 형평성과 사회적 책임에 대한 강조가 이루어져야 한다고 주장한다.

인도네시아, 베트남, 태국이 보편적 건강보장을 위한 제도 마련에서 나름의 성취를 보여주는 대표적인 국가들이라고 할 때, 미얀마는 보건 위기가 만성화된 국가라고 할 수 있다. 5장에서 김희숙은 미얀마의 심각한 빈곤과 불평등, 의료 자원 부족이 국가 권력의 부정의한 탈취 및 남용과 긴밀히 연결되어 있다는 점을 날카롭게 파고들면서, 미얀마 근현대사의 주요 대목들과 보건의료 체계의 변화를 조응시킨다. 특히 군부가 소수의 의료 자원을 통제하고, 실질적 혜택을 제공하기 보다는 개인에게 더 큰 부담을 지우는 방식으로 보건의료 제도를 운영하는 양상에 주목한다. 정부에 대한 신뢰를 가질 수 없는 사회에서 지역사회 비용분담과 같은 제도는 표면적으로는 빈곤층의 의료비 경감을 목표로 내세우지만 실질적으로는 정부의 방기를 더욱 노골화하는 결과를 낳았다. 또한 장기간 지속된 군부의 소수종족 탄압 하에 최소한의 보건의료라도 제공하기 위해 만들어진 여러 종족별, 지역별 보건의료기구들이 개혁개방 상황에서 외려 위축되고, 이들의 역할을 대체할 포괄적인 의료체계는 만들어지지 않는 답보 상태가 이어지고 있다. 김희숙은 미얀마의 보건 위기는 부정의한 정치 사회 구조에서 파생한 것이며, 민주주의로의 체제 전환 없이 건강보장을 기대할 수 없다는 중요한 사실을 다시 한 번 확인시켜준다.

6장에서 김주영은 싱가포르 보건의료체계의 특징을 개괄하고, 외국인 노동자를 대상으로 하는 보건 의료 정책의 변화를 살펴본다. 싱가포르는 기술적으로는 매우 발달된 의료체계를 갖추고 있는 동시에, 사회보장의 전 영역에서 개인의 책임과 자조를 강조한다는 점에서 시장주의적 특성을 강하게 보이는 사회이기도 하다. 외국인 노동자의 경우에도 싱가포르는 정부의 직접적인 개입을 최소한으로 하고, 고용자의 책임을 강조하는 방식을 오랜 기간 유지해 온 바 있다. 김주영은 싱가포르가 코로나19 대유행 과정에서 이주 노동자의

감염을 증대한 사회 문제로 경험하면서, 이전과는 달리 보다 직접적으로 이주 노동자의 거주 및 건강 상태에 관여해야 할 필요를 발견하게 되었다고 강조한다. 외국인 노동자에게 취업 조건으로 의료보험 의무 가입을 강조하면서도, 이들이 실제 어떤 혜택을 받고 있는지에 관해서는 방치해 온 그간의 방식은 건강보장의 형식적 요건만을 갖추고 있을 뿐 실질적 실현에는 크게 기여하지 못한 바 있다. 따라서 외국인 노동자들을 대상으로 하는 새로 도입된 일차 진료 프로그램이 향후 어떤 변화를 일으킬지 보다 주목할 필요가 있다.

로힝자 난민 사태는 동남아시아에서 현재 진행 중인 가장 심각한 보건 위기이다. 7장에서 김정현은 로힝자 난민의 강제 이주 경로를 따라 어떤 심각한 인권 유린이 일어나고 있는지를 추적한다. 미얀마에서의 박해를 시작으로 방글라데시, 태국, 말레이시아로 피난해 임시거주지에 정착하게 된 로힝자 난민들은 장기간에 걸쳐 심각한 폭력에 노출되어 왔다. 강제 낙태, 강제 불임, 테러, 정치적 강간과 같은 젠더화된 폭력은 여성을 더욱 취약한 상황에 몰아넣고 있으며, 당장의 생존은 물론 향후 여러 세대에 걸쳐 장기적인 악영향을 끼칠 것으로 예상된다. 김정현은 로힝자 난민의 주요 기착지가 된 국가들에서 이들에게 부여하는 법적 지위가 각기 다를 때, 그에 따라 제공되는 의료지원 프로그램에는 어떤 차이가 생겨날 수밖에 없는지를 상세히 살핀다. 또한 국민-국가를 기본으로 하는 보건의료체계에서 난민의 배제가 정당화되는 상황에서 인도주의 가치를 강조하는 국제기구 및 단체들의 대응 역시 제한적일 수밖에 없는 상황을 비판적으로 검토한다.

*

중저소득 국가들의 보편적 건강보장 달성은 지난 30년 간 국제보건 분야에서 가장 중요한 의제였으며, 앞으로도 그러할 것이다. 코로나19 대유행 이후 더욱 긴요해진 글로벌 감염병 대응 체계의 마련을 위해서도 무엇보다 보편적 건강보장이 시급히 이루어져야 한다는 논의가 다시금 강조되고 있다(Tediosi

et al. 2020). 무엇보다 더욱 빨라지고 있는 기후 변화의 시간 속에서 글로벌 보건 위기는 더 이상 피할 수 없는 예정된 미래에 가깝다. 전 지구적 기후 위기는 이전에는 경험하지 못한 방식으로 인류의 생태 환경을 심각하게 변화시키고 있으며 질병 발생에 역시 중대한 영향을 미치고 있다(Romanello et al. 2021). 기후 위기는 곧 보건 위기이다. 말라리아, 뎅기열, 지카와 같은 ‘열대성’ 질병들의 지리적 범위가 크게 확대되고 있으며, 신종 감염병의 대유행을 우리는 이미 경험하였다. 가뭄과 홍수, 쓰나미와 같은 자연 재해의 위험은 더욱 커지고 있으며, 유례없이 길어지고 더워지는 여름은 식량 생산에 중대한 영향을 끼치는 것은 물론 온열 질환과 호흡기 질환의 발생 빈도를 크게 높이고 있다.

생태 환경의 저하는 결국 더 많은 질병 발생과 건강 손실로 이어질 수밖에 없다. 동남아시아와 한국을 비롯한 전 세계의 모든 사람들이 이에 심각한 영향을 받게 될 것이다. 향후 보편적 건강보장의 발전과 확대를 위한 논의는 생태 위기와 보건 위기의 상호 작용에 어떻게 대응할 것인가로 집중되어야 한다. 한국은 보편적 건강보장을 먼저 달성한 국가로서 그간 동남아시아와 아프리카의 국가들에 기술적 자문과 개발 원조를 제공하는 역할을 자임하여 왔다. 이 책에서 제시한 동남아시아의 보편적 건강보장의 과거와 현재는 우리 앞에 놓인 어려운 문제를 함께 풀어나가기 위해서는 어디서부터 시작해야할지를 파악하는데 길잡이가 되어 줄 것이다. 더 큰 위기 앞에서 더욱 근본적이고 급진적인 변화가 요구되고 있다. 보편적 건강보장은 생태적으로 지속 가능한 사회를 만들기 위한 필수적인 조건이자 안전망이다. 선진과 후진을 나누는 위계적 구분에 기초한 원조 관계가 아닌 차이를 존중하고 서로 배우며 이전에 없던 연결점을 찾는 횡단의 협력을 통해 평등하게 건강한 세계를 만들어 갈 가능성을 찾아나가야 한다.

참고문헌

- 김창엽. 2009. 『건강보장의 이론』. 서울: 한울.
- 서보경. 2008. “건강할 권리와 치료의 정치.” 『한국문화인류학』 41(2): 115–153.
- 싱어, 메릴, 한스 베어, 데이비드 롱, 알렉스 파블로츠키, 문우중, 김희경, 오은정 역.
2022. 『의료인류학: 불평등한 아픔을 넘어 더 나은 세상으로』. 서울: 메디컬
에듀케이션.
- 이규식. 2018. “건강보험의 이념과 의료정책.” 『보건행정학회지』 28(3): 202–209.
- 조홍준. 2013. “보건의료에서의 형평성: 우리나라의 현황.” *Journal of the Korean Medical Association* 56(3): 184–194.
- 브릿넬, 마크. 이로운 역. 2016. 『완벽한 보건의료제도를 찾아서』. 서울: 청년의사.
- Arendt, Hannah. 1973[1951]. *The Origins of Totalitarianism*. New York: Harcourt
Brace Jovanovich.
- Agamben, Giorgio. 1998. *Homo Sacer: Sovereign Power and Bare Life*. Stanford,
Calif: Stanford University Press.
- Axelson, H., S. Bales, P. Duc Minh, B. Ekman, and U.G. Gerdtham. 2009. “Health
Financing for the Poor Produces Promising Short-term Effects on
Utilization and Out-of-pocket Expenditure: Evidence from Vietnam.”
International Journal for Equity in Health 8.
- Dao, Amy and Mark Nichter. 2015. “The Social Life of Health Insurance in Low-
to Middle-income Countries: An Anthropological Research Agenda.”
Medical Anthropology Quarterly 30(1): 122–143.
- Farmer, Paul. 2003. *Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New
War on the Poor*. Berkeley: University of California Press.
- Fassin, Didier. 2012. *Humanitarian Reason: A Moral History of the Present Times*.
Berkeley: University of Press.
- Foucault, Michel. 2009. *Security, Territory, Population: Lectures at the Collège De*

- France, 1977–1978. M. Senellart, F. Ewald, and A. Fontana eds. New York: Picador/Palgrave Macmillan.
- Ghebreyesus, Tedros. 2017. “All Roads Lead to Universal Health Coverage.” *Lancet Global Health* 5(9): e839–e840.
- Gwatkin, Davidson. 2011. “Universal Health Coverage: Friend or Foe of Health Equity?” *The Lancet* 377: 2160–2161.
- James, Craig. 2006. “Poor Medicine for Poor People? Assessing the Impact of Neoliberal Reform on Health Care Equity in a Post-socialist Context.” *Global Public Health* 1: 5–30.
- _____. 2008. “An Ethnographic Evaluation of Post-Alma Ata Health System Reforms in Mongolia: Lessons for Addressing Health Inequities in Poor Communities.” R. A Hahn and M. Inhorn eds. *Anthropology in Public Health: Bridging Differences in Culture and Society*. Oxford: Oxford University Press. pp. 652–680.
- Mbembé, Achille. 2003. “Necropolitics.” *Public Culture* 15(1): 11–40.
- Navarro, Vincente. 2020. “The Consequences of Neoliberalism in the Current Pandemic.” *International Journal of Health Services* 50(3): 271–275.
- Redfield, Peter. 2013. *Life in Crisis: The Ethical Journey of Doctors without Borders*. Berkeley: University of California Press.
- Romanello, Marina et al. 2021. “The 2021 Report of the Lancet Countdown on Health and Climate Change: Code Red for a Healthy Future.” *Lancet* 398(10311): 1619–1662.
- Seo, Bo Kyeong. 2020. *Eliciting Care: Health and Power in Northern Thailand*. Wisconsin: The University of Wisconsin Press.
- Somkotra, Tewarit and Leizel P Lagrada. 2008. “Payments for Health Care and its Effect on Catastrophe and Impoverishment: Experience from the Transition to Universal Coverage in Thailand.” *Social Science of Medicine*

67(12): 2027–2035.

Stange, Gunnar et al. 2019. “Forced Migration in Southeast Asia.” *Austrian Journal of South–East Asian Studies* 12(2): 249–265.

Tediosi, Fabrizio et al. 2020. “Build Back Stronger Universal Health Coverage Systems after the COVID–19 Pandemic.” *BMJ Global Health* 5: e004020.

WHO. 2010. *The World Health Report: Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage*. Geneva: WHO.

_____. 2021. *Tracking Universal Health Coverage*. Geneva: WHO.

제2장

인도네시아의 보편적 건강보장 체계의 형성

전제성 · 김형준

제2장 인도네시아의 보편적 건강보장 체계의 형성

전제성·김형준

1. 서론

세계 최대 군도 국가, 세계 4위 인구, 세계 3대 민주주의 체제, 세계 최대 이슬람신도 등으로 유명한 인도네시아가 “세계 최대의 단일 보험자 건강보장 제도”를 시행하는 국가라는 새로운 명성을 추가하게 되었다. 글로벌 보건 전문가 마크 브릿넬(Mark Britnell)은 “엄청난 수의 인구, 넓게 흩어져 있는 국토, 극심한 빈곤, 심각한 질병 부담을 감안하면 보편적 의료보장제도 완성에는 여러 해가 걸릴 것”이지만, “이러한 계획을 세운 인도네시아의 포부에 감탄이 절로 나온다”고 평가한 후 “인도네시아가 이 개혁의 길을 계속 걸어간다면 다른 저소득 국가에게도 희망이 될 것”이라는 기대를 표했다(브릿넬 2016: 111 & 118).

17,744개의 섬으로 구성되고 2억 7천만이 넘는 사람들이 살고 있는 인도네시아에서 국민건강보험(JKN: Jaminan Kesehatan Nasional)이 2014년 1월 1일에 정식 출범하고 정부가 대상별로 쪼개서 운영하던 여러 기존 보험들을 하나로 통합하는 보건개혁이 추진되었다. 인구의 45%가 포괄되지 못하던 상태

* 이 장은 『동남아시아연구』 32권 2호에 게재된 논문을 수정 보완한 것이다.

에서 출범한 국민건강보험이 8년간 1억 이상의 신규 회원을 확보하여 2022년 2월까지 전체 국민의 약 86%인 2억 3680만 명을 회원으로 포괄하는 성과를 달성하였고(BPJS Kesehatan 2022/03/23), 2024년까지는 국민의 98%를 커버하겠다는 계획도 발표하였다(Tempo 2022/02/03). 이러한 보건개혁을 추진한 결과, 각종 국민건강지표들도 개선되었다. 이를테면, 천 명당 5세 미만 아동사망률이 2013년 84명에서 2020년 23명으로 줄어들었다(World Health Statistics 2015, 2022).

인도네시아 보건개혁의 여정은 세계적인 이목을 끌고 있으나 우리나라에 충분히 소개되지 않았다. 지금까지 인도네시아 건강보장제도를 직접적으로 다룬 연구는 세 편뿐이다. 인도네시아의 복지전문 정치학자 디나 위스누(Dinna Wisnu, 최근에 Dinna Prapto Raharja로 개명)가 사회보장 개혁과 공단 설립을 둘러싼 논쟁을 분석하는 선구적인 논문(디나 2011)이 우리 연구에 유익한 시각과 정보를 제공하지만, 설계 과정 중심이고 지방적 공헌이 빠져있으며 새로운 보건체계 완성 이전에 발표된 것이어서 더 보강될 필요가 있다. 인도네시아 보건정책 전문연구자 머우티아 로스파딜라(Meuthia Rosfadhila)가 현행 제도 도입 이전의 보건의료 상황을 병원과 제약 부문까지 포괄하여 개관한 정책연구(홍석표 외 2013: 제2장)와 출범 직전의 국민건강보험제도를 소개하며 우리나라 사례에 비추어 개선 과제를 제시하는 한국 보건 전문가의 정책연구(김태현 2014)는 인도네시아의 보건 체계의 변화에 대한 이해를 돕지만, 논의의 초점이 제도적이고 의료적인 차원에 맞추어 짐으로써, 보다 넓은 정치사회적 맥락에서 건강보장제도의 도입 배경과 과정을 조망하고 있지 않다.

보편적 건강보장을 향한 인도네시아의 여정은 중앙정부의 의지와 국회의 법률 제정을 중심으로 흔히 설명되곤 했다(Nafsiah Mboi 2015; Shihab Zaelani 2012). 보편적 건강보장의 초석을 놓은 2004년 국가사회보장법 제정에 메가와티(Megawati) 대통령과 국회의 의지가 강력하게 작용했지만, 이 법안의 제정 이후 실질적인 진전이 조만간 가능하리라 기대하는 사람은 많지 않았다(Arifianto 2006; Jung 2016; Pisani et al. 2017). 따라서 2014년에 시작된 보편

적 건강보장제도의 시행을 이해하기 위해서는 국가사회보장법 제정을 전후하여 중요한 사회적 이슈로 여겨지지 않던 보편적 건강권의 문제가 2010년대 이후 중요한 정책 아젠다로 부상한 배경을 검토해야 한다. 이 글에서 우리는 인도네시아의 건강보장제도가 오늘과 같은 성과와 형태를 가져올 수 있었던 동인으로서 지방정부의 선제적인 의료정책 시행과 사회운동의 적극적 개입 과정을 조명하고자 한다.

2001년 이후 강화된 지방분권 상황에서 일부 지방정부는 공공의료기관 무상 이용, 지역 건강보험 체계 구축과 같이 보편적 건강보장 요소를 내재한 지역적 수준의 의료정책을 펼쳤다. 이들의 선제적인 행보는 미디어의 주목을 받으며 보편적 건강보장 문제의 공론화에 일조했을 뿐 아니라, 이 정책이 현재적 조건 하에서도 실현가능한 것임을 확인해줄 수 있었다. 보편적 건강보장과 직접적으로 연관되지 않는 듯 보이는 지방정부의 의료정책은 지방분권 강화와 선거민주주의의 지방적 확산이라는 정치적 변화를 통해서 가능했던 행보였다(Fossati 2017). 호주의 인도네시아연구 정치학자 에드워드 아스피날(Edward Aspinall 2014)도 민주화 이후의 선거경쟁이 정치엘리트들로 하여금 보건개혁에 관심을 더 기울이게 만들었다는 주장을 펼친 바 있다. 이런 주장에서 더 나아가 본 연구는 민주화뿐만 아니라 지방분권의 심화라는 상황변화를 인도네시아 보건 개혁 과정의 특성 중에 하나로 강조하고 지방정부의 실험들이 발휘한 긍정적 효과를 부연 설명하고자 한다.

이 장에서 주목하는 보편적 건강보장의 공론화와 실행을 추동한 두 번째 요인은 노동조합과 시민사회단체의 활동으로서, 이들은 2010년부터 대규모 집회와 소송 및 로비를 통해 건강권 문제를 정치 이슈화하고 입법과 시행을 압박했다. 사회운동의 보건개혁 촉진 효과에 관한 주목할 만한 선행 연구들이 존재한다. 대표적으로 노동운동 연구자이자 활동가인 수리야 쥘드라(Surya Tjandra 2014a, 2014b)가 사회적 압력 형성 과정에 주도적으로 참여한 경험에 기초하여 노동운동의 성과를 강조하는 논지를 전개했고, 미국의 인도네시아 연구 정치학자 정은숙(Eunsook Jung 2016)은 노동계급을 뛰어넘는 광범한 연

합의 형성을 보건 개혁의 핵심 동인으로 분석하는 논문을 발표한 바 있다. 본 연구는 이런 연구들을 참조하고 활용하되 노동계급의 강력한 동원이 가능했던 이유와 사회보장제도에 관한 노동운동 내부 논쟁까지 살피고자 한다.

이 장의 II절에서는 1997년 외환위기 이전까지의 보건의료 상황이, III절에서는 정치경제적 위기가 보편적 건강권의 제도화에 미친 영향이 논의될 것이다. IV절과 V절에서는 지방정부의 독자적 의료 정책 단행, 보편적 건강권을 요구하는 시민사회운동의 행보가 분석될 것이다. VI절의 결론에서는 복지 후 발국 연구와 인도네시아 민주주의 연구에 관한 이 연구의 학술적 함의도 따져 볼 것이다. 이러한 논의를 통하여 인도네시아의 보편적 건강보장체계 형성을 보건의료의 기술적 측면을 넘어서는 더 넓은 사회정치적 동학의 측면에서 검토함으로써 개발도상국 건강보장 관련 연구의 진전을 위한 비교문화적·비교정치적 자료를 제공하는데 기여하고자 한다.

II. 수하르토 치하의 특권과 시혜로서 건강정책

1997년 외환위기 이후의 인도네시아 사회보장을 설명하면서 국제노동기구(ILO) 보고서는 공적 사회보장 체계가 발달하지 않았지만 가족과 마을 공동체 수준의 사회안전망(social safety net)이 구축되었다고 지적했다. 보고서에는 이런 대조적 양상을 서로 연결지어 설명하려는 경향이 나타났다. 공동체의 사회안전망이 발달함으로써 공적 사회보장 체계의 발전이 늦추어졌다는 것이다(ILO 1999: 368). 이러한 설명이 적절한지는 불명확하다. 공동체 수준의 사회안전망이 현실에서 어떻게 작동하고 있는지를 보고서에서 밝히지 않았고, 이런 시각이 보통 정부의 책임 방기를 정당화하는 레토릭으로 활용되어 왔기 때문이다. 그럼에도 ILO 보고서는 1990년대 후반 인도네시아 사회보장의 특징, 즉, 사회보장이 기본적으로 개인의 문제로 치부되고 있음을 적절하게 지적했다.

수카르노(Sukarno) 정부와 수하르토(Suharto) 정부에서 사회보장은 주요 정

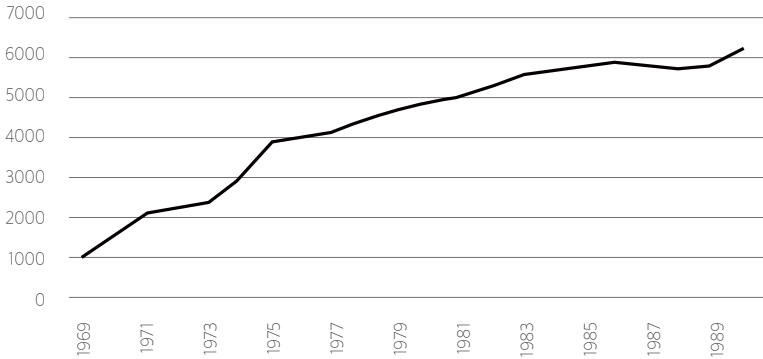
책 아젠다로 설정되지 않았다. 빈곤층 비율이 전체 인구의 절반을 넘는 상황에서 정부의 관심이 절대빈곤 해결에 놓여 있었기 때문이다. 여기에 더해 국민을 통치의 대상으로 바라보는 정권의 시각 역시 고려되어야 한다. 일반 국민, 특히 빈곤층에게 주어지는 복지 혜택은 정권이 제공하는 시혜로 여겨졌고, 이를 제도화할 필요성은 부각되지 않았다.

일반인을 대상으로 한 제도는 구축되지 않았지만, 독재정권의 파트너라 여겨진 집단에 대한 사회보장제도는 점차적으로 구비되었다. 수하르토 집권 초기인 1968년에 공무원을 대상으로 한 의료보험(Askes: Asuransi Kesehatan)이 도입되었고, 1970년대에 퇴직 연금으로 확장되었다. 보험 수혜 집단 역시 경찰과 군인으로 확대되었다(Rokx et al. 2009: 29). 공무원에 대한 특권적 혜택이었기에 이들에 대한 사회보장은 일반 국민을 대상으로 한 사회보장 체계 구축의 전단계로 이해되지 않았다.

사회보장 정책에 개입된 정치적 논리의 중요성은 1990년대 초 다시 한 번 확인되었다. 장기 집권을 위해 주요 사회집단에 대한 포섭책을 펼치던 수하르토는 노동자를 대상으로 한 공공보험인 근로자사회보장(Jamsostek: Jaminan Sosial Tenaga Kerja) 제도를 만들었다. 산업재해, 연금, 사망, 의료 보장을 수혜자 부담 원칙을 기반으로 제공하려는 제도였으나 노동자의 보험료를 기업이 대신 부담하도록 하였다. 제도의 적용 대상이 공식부문(formal sector)의 노동자로 제한됨으로써 특혜로서의 사회보장이라는 인식은 유지되었다(Murphy 2019: 260-261).

일반 국민들의 보건의료 상태 개선을 위해 정부의 역량이 집중된 사업은 건강보험 같은 사회보장제도가 아니라 일차의료(primary health care)를 담당할 대중보건센터(Puskesmas: Pusat Kesehatan Masyarakat)의 설립이었다. 경제개발5개년계획(Repelita: Rencana Pembangunan Lima Tahun)의 일환으로 1969년 시작된 이 사업은 제4차 계획 기간인 1980년대 후반까지 대중보건센터 설립, 센터 시설 구비와 운영 체계 확립에 집중했다. 1969년부터 1990년까지 대중보건센터는 〈그림 2-1〉과 같이 증가하였다.

〈그림 2-1〉 인도네시아의 대중보건센터(1969-1990)



출처: Profil Kesehatan Indonesia; Statistik Indonesia.

대중보건센터는 인도네시아의 행정구역(주-시도-구군-동면-리) 중에서 구군에 해당하는 *끄짜마판*(kecamatan)을 중심으로 설립되었다. 1969년 제1차 경제개발계획 시작과 함께 천여 개가 설치된 대중보건센터는 꾸준히 증가하여 1977년 4천개를 넘어섰고, 1990년 6천여 개에 이르렀다. 1970년대 중반 이후 완만한 증가세를 보이는 이유는 *끄짜마판* 대다수에 센터가 설립되었기 때문이다. 이와 달리 1978년에 설립이 시작된 대중보건센터 지소는 1980년대 급격한 증가세를 기록했다. 기존에 설치되어 있던 소규모 보건지소(balai pengobatan)를 대중보건센터 지소로 전환하면서 시작된 사업 수행 결과 지소의 수는 1978년 6,632개에서 1990년 15,944개로 증가했다(Statistik Indonesia).

1975년 대중보건센터의 수(3,675개)가 *끄짜마판*의 수(3,197개)를 넘어섰다. *끄짜마판*별 인구 격차로 인해 지역간 불균형이 나타나서, 예를 들어 1980년 이리안자야(Irian Jaya: 현재의 파푸아[Papua]) 주에는 7,964명당 1개소가 설립된 반면, 자카르타특별주의 경우 55,393명당 1개소가 건립되었다. 〈표 2-1〉은 1980년과 1990년 27개 주를 대상으로 하여 대중보건센터가 관할하는 평균 인구를 정리한 자료이다.

〈표 2-1〉 인도네시아 27개 주별 대중보건센터 관할 평균 인구

	1980년	1990년
1만 명 미만	1	1
1만~2만 명	10	10
2만~3만 명	6	11
3만~4만 명	8	4
4만~5만 명	1	1
5만 명 이상	1	0

출처: Profil Kesehatan Indonesia; Statistik Indonesia.

1980년과 비교하여 1990년 대중보건센터가 관할하는 평균 인구는 감소해서, 센터당 관할 인구수가 평균 2만~3만 명 사이에 위치한 주는 6개에서 11개로 증가했다. 이처럼 3만 명당 하나의 대중보건센터라는 기준에 현실이 더욱 근접해졌음은 수하르토 정권이 기획한 일차의료체계 구축이 소기의 성과를 거두었음을 시사했다(Pisani et al, 2017: 269).

전국민을 대상으로 하여 대중보건센터 네트워크가 구축되었지만, 이를 보편적 의료보장과 직접 연결시키기에는 한계가 있다. 무엇보다 의료체계 구축을 통치자가 저소득층에게 베푸는 시혜로 간주하는 경향이 강했기 때문이다. 이는 센터 건립과 운영이 정부의 공식 회계에 더해 대통령지시사업(Inpres)이라 불리는 특별 예산으로 충당되었음을 통해서 확인될 수 있다(Instruksi Presiden 1974). 대통령의 지시에 따른 특별 예산으로 운영되는 대중보건센터는 빈곤층을 위해 대통령이 제공한 특별한 혜택으로 이해되었다.

보건 의료 서비스의 시혜적 성격은 경제개발계획에 제시된 대중보건센터 건립 이유를 통해서도 알 수 있다. 지역보건센터 건립은 “도움(bantuan)”이라 규정되었고, 도시와 농촌의 저소득 주민을 위한 의료 서비스 제공이 주요 목표였다(Instruksi Presiden 1974). 수하르토 정부의 보건 의료 정책이 경제발전을 위한 수단으로 이해되었다는 점 역시 센터 확충을 보편적 의료보장과 직접 연결하기 어렵게 만든다. “일반대중의 보건 의료 상태 개선은 이들의 생산성을

높이기 위한 노력의 일환”(Sahar et al. 2019: 63)이라는 언급에서 드러나는 것처럼, 대중보건센터는 보편적 건강권과 같은 인식에 기반을 두지 않았다.

수하르토 통치기를 거치며, 인도네시아의 전반적인 보건의료 상황이 개선되었다. 예를 들어 세계은행 자료에 따르면 1,000명당 영아사망률(infant mortality rate)은 1970년 113.5명에서 1980년 85.2명으로, 1990년 61.8명으로 감소했고, 기대수명은 1970년 52.6세, 1980년 58세, 1990년 62.3세로 증가했다.¹ 이러한 변화는 1970-80년대를 거치며 인도네시아가 경험한 급속한 경제성장의 결과임과 동시에 대중보건센터 확충 정책의 성과였다.

일차의료기관 확충은 보편적 건강권을 충족하기 위한 노력이 아니라 대통령이 제공한 시혜적 정책으로, 경제발전을 뒷받침하기 위한 정책으로 이해되었다. 이런 인식이 지속됨으로써, 보건의료정책 확대가 보편적 의료보장과 같은 담론 확산을 결과하지 않았다. 여전히 건강은 개인이 책임져야 하는 문제였고, 의료보장은 공무원이나 공식부문 노동자의 특권으로 여겨졌다. 의료보장을 얻기 위해서는 이러한 특권적 지위 획득이 선행되어야 한다고 인식되었다.

III. 경제 위기와 보편적 건강권의 제도화

외환위기 직전인 1996년 전국에 7,177개의 대중보건센터가 설립됨으로써 대다수 국민이 일차의료서비스에 접근할 인프라가 구축되었다(Statistik Indonesia 1997: 116). 정부 보조금으로 운영되었기에 센터 이용 비용은 높지 않았다. 예를 들어 1996년 동부자바 모조꺼르토(Mojokerto) 지역의 평균 통원 진료비는 386루피아(약 300그램의 쌀, 당시 약 83센트)이었다. 이는 같은 지역의 개인병원 통원 진료비 7,800루피아, 의료보조원 통원 진료비 2,139루피아와

1 <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.IMRT.IN?locations=ID> & <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN?locations=ID> (검색일: 2022.01.17.)

비교할 때 훨씬 낮은 수준이었다(Budiarto 1996: 37).

비용 상의 강점에도 불구하고, 대중보건센터는 일반인이 선호하는 의료기관으로서의 위상을 확보하지 못했다. 보통 한 명의 일반의와 간호사 및 보조 의료인력으로 구성된 의료진이 전문적 서비스를 제공하는 것이 쉽지 않았다.² 또한, 센터가 출산, 모자보건, 예방접종, 산아제한 등과 같은 정부의 역점 보건 의료 사업을 전담했기에 일반인 대상 진료는 제한적일 수밖에 없었다. 1996-97년 중부자바 즈빠라(Jepara)에서 수행된 연구에 따르면(Suryawati et al. 1998) 의료 서비스 이용 경험에 있는 연구대상자의 38.5%가 약국에서 약을 구매했고, 32.7%가 개인병원을, 13.9%가 의료보조원을, 그리고 11.5%만이 대중보건센터를 이용했다. 이는 치료를 목적으로 하는 환자에게 있어 대중보건센터가 즉각적으로 떠오르는 의료기관으로 자리 잡지 못했음을, 노또아뜨모조(Notoatmodjo)와 나잉골란(Nainggolan)의 주장처럼(1988: 45) “대중보건센터에 대한 대중의 관심이 많지 않은” 1980년대의 상태가 이후에도 지속되었음을 시사한다.

일반인이 본격적인 의료 서비스 제공 기관으로 인식한 곳은 개인병원이나 종합병원이었다. 1996년 인도네시아에 설립된 종합병원 1,074개 중 중앙정부나 지방정부가 운영하는 곳은 340개였고, 나머지는 민간병원이었다(Statistik Indonesia 1997). 앞의 모조꺼르뜨 사례에서처럼 개인병원 진료비용이 대중보건센터의 수십 배에 달할 정도로 높았고, 입원 시 그 격차가 더욱 확대되었기에, 병원에서의 진료는 의료보험이 없는 일반인에게 있어 쉽게 고려될 선택지가 아

2 대중보건센터에 배치된 일반의는 1992년 센터 당 평균 1.1명에서 2000년 센터 당 1.3명으로 증가했다(Profil Kesehatan Indonesia 1993; Departemen Kesehatan 2001: 8). 인력 관련 자료가 공개된 2000년 센터의 인력 배치 상황을 보면, 7,237곳의 대중보건센터에 9,156명의 일반의(평균 1.3명)와 4,805명의 치과의(평균 0.7명)가 등록되어 있었다. 간호사는 11,521명(평균 1.6명), 간호보조사는 30,306명(평균 4.2명), 치과 간호사는 6,067명(평균 0.8명)이었으며, 조산사 및 조산 관련 간호사는 22,967명(평균 3.2명)이었다. 여기에 더해 보건, 영양 관련 문제를 전담하는 인력이 10,649명(평균 1.5명) 배치되었다(Departemen Kesehatan 2001: 8-9).

니었다. 이러한 상황에서 1997년 인도네시아는 경제위기를 경험하게 되었다.

경제위기는 일반인의 삶에 심각한 타격을 가했다. 높은 인플레이션, 마이너스 경제성장률, 정리해고와 높은 실업률, 생필품 가격 급등이 계속되면서 1996년 11.3퍼센트(2천 2백만 명)이던 빈곤 집단을 1998년 24.9퍼센트(4천 9백만 명)로 증가시켰다(BPS 1998). 경제위기는 정치변동을 수반해서, 수하르토 장기집권체제가 와해되고 민주화를 향한 욕구가 분출되었다. 정치경제적 변화는 삶의 제 영역에 깊은 흔적을 남겼는데, 보건 의료 분야 역시 예외가 아니었다. 이를 요약적으로 드러내는 사례는 개정 헌법에 담긴 사회보장 및 보건 의료 관련 조항이다. 아래는 2002년 개정 헌법과 그 이전 헌법에 제시된 내용이다.³

[구 헌법]

(34조) 국가는 빈민과 고아를 보호한다.

[신 헌법]

(28H 1항) 모든 국민은 ... 의료 서비스를 받을 권리가 있다.

(34조 2항) 국가는 전 국민을 위한 사회보장제도를 발전시키고, 약하고 힘없는 국민이 인간의 존엄에 부합하게 힘을 갖도록 해야 한다.

(34조 3항) 국가는 적절한 의료 서비스 시설과 공공 서비스 시설을 제공할 책무를 지닌다.

헌법 개정 이전 사회보장 관련 조항은 빈민과 고아와 관련된 것뿐이었으며, 그 내용 역시 구체적이지 않았다. 정치경제적 위기 하에서 진행된 개정 과정을 거치며, 헌법에 사회보장제도가 첨가되었을 뿐만 아니라 그 내용 역시 혁

3 개정 이전과 이후 헌법은 헌법재판소 홈페이지에서 확인할 수 있다.

<https://www.mkri.id/index.php?page=web.PeraturanPIH&id=1&menu=6&status=1>
(검색일: 2022.02.15.)

신적이었다. 헌법은 의료 서비스를 받을 권리를 국민에게, 그 서비스를 제공할 책무를 국가에 부여했다. 건강권 개념이 수용되고 의료보장제를 발전시켜야 할 의무가 국가에 부가됨으로써, 보편적 의료보장 개념이 헌법에 명확하게 삽입되었다고 평가할 수 있다.

사회보장 일반, 특히 의료보장이 헌법에 반영된 이유는 경제적 위기, 정치적 민주화라는 상황에서 찾을 수 있다. 경제위기 이전까지 고도성장을 통해 점차 개선되던 경제 상황이 극단적으로 악화함에 따라, 경제적 약자를 도와야 한다는 주장이 공감될 수 있는 사회 분위기가 형성되었다. 또한, 경제위기를 겪은 다른 국가와 비교할 때, 인도네시아의 회복세가 더딘 이유 중 하나로 사회보장제도의 부재를 지적하는 담론이 확산되었다(Sumodiningrat 1999: 4). 이로 인해 국민의 기본권 중 하나로 보건의료를 포함한 사회보장을 헌법에 추가하려는 시도는 커다란 반대 없이 수용될 수 있었다.

경제위기 이후 처음으로 시도된 빈곤층 대상 복지정책 역시 사회보장의 헌법 삽입을 뒷받침했다. 정부는 급격하게 증가하는 빈곤층을 대상으로 사회안전망(jaring pengaman sosial) 프로그램을 1998년에 시작했다. 미곡가 안정, 교육비 지원, 의료비 지원, 공공근로 기회 제공, 소규모 사업 지원 등으로 구성된 프로그램은 미곡가를 제외하고 그 수혜 대상을 정부가 선정한 빈곤층으로 제한했다. 의료부문의 경우 건강카드(kartu sehat)를 발급받은 빈곤층은 대중 보건센터에서 무료로 진료 받을 수 있었고, 센터 소견서를 얻을 경우 병원 진료비 역시 보조받을 수 있었다(Trisnantoro 2005: 271-272).

빈곤층을 대상으로 한 의료비 지원은 2000년대 이후 지속적으로 확대되었는데, 여기에는 유류비 보조금 관련 논쟁이 중요한 역할을 했다. 정부가 보조금을 통해 국제 가격보다 낮은 수준으로 유류가를 책정하던 정책이 경제위기 상황에서 비판에 직면했다. 보편적 복지의 성격을 띤 유류비 보조금이 중상층에게 더 많은 혜택을 제공한다는 비판이 비등하자, 정부는 보조금을 줄이는 대신 그 차액을 빈곤층 복지로 전환했다. 2000년에 시작된 유류비 보조금 축소에 따른 빈곤층 지원은 매년 예산을 늘려가며 지속되었고, 2005년 유류비

보조금이 철폐되자 빈곤층 지원 액수가 100조 루피아를 넘어섰다.

경제위기에 따른 빈곤층 증가, 사회보장 조항의 헌법 삽입, 빈곤층에 대한 보조금 지원 등이 합쳐져 2004년 국가사회보장법(UU Jaminan Sosial Nasional) 제정을 가능하게 할 환경을 형성했다. 국가사회보장법 입법에는 민주화 이후 집권한 메가와티 대통령의 역할 역시 중요했다. 그녀는 초안을 작성할 위원회를 2001년 구성했으며, 대통령 임기 마지막 날 법안에 최종 서명했다. 메가와티의 정치적 지지 기반이 도시와 농촌의 빈민과 노동자였기에 그녀가 사회보장 문제에 관해 관심을 보였다고 평가된다(Jung 2016: 482). 2004년 10월 29일 메가와티는 국가사회보장법의 서명식에 입법과정에서 수고한 많은 이들을 초대하였는데, 법률초안작성위원회의 일원이었던 하스블라 타브라니(Hasbullah Thabrany) 교수는 당시 서명식이 마치 퇴임하는 대통령이 국민을 위한 마지막 선물로 법률을 선사하는 자리처럼 보였다고 회고했다(Pisani et al. 2017: 271).

하지만, 입법 추진을 통해 사회적 약자에 대한 관심을 표명했음에도 메가와티가 재선에 성공하지 못했다는 사실은 사회보장에 대한 낮은 기대와 관심, 공감대를 드러냈다. 대선 과정에서 사회보장 문제가 정치적 이슈로 부상하지 못함으로써 이 법안은 사회적 합의 없이 탑다운 방식으로 발안된 여러 법안 중 하나로 비추어졌다. 기업인, 보험업자들, 심지어 거대 노동조합연맹들까지 이 법안에 호의적이지 않았음은(Arifianto 2006: 64-68) 전국민 사회보장이라는 계획이 과도하게 야심차고 재정적으로 지속가능하지 못한 정책으로서, 국가의 의무를 원론적으로 표현하고 있을 뿐이라는 주장을 가능하게 했다. 이러한 평가를 뒷받침하는 또 다른 근거는 법안의 내용이 구체적이지 않으며 실행 계획이 체계적으로 제시되고 있지 않다는 점이다. 이러한 한계에도 불구하고, 헌법에 명기된 사회보장권을 구체화하고, 기존의 정책보다 혁신적인 내용을 담고 있다는 점을 부정할 수는 없다.

국가사회보장법 19조는 전 국민을 대상으로 의료보장제도를 시행하며, 그것이 사회보험 및 형평성(ekuitas) 원칙에 따라 운영되어야 함을 지적한다.⁴

20~21조에서 보험 대상자의 요건, 22조에서 의료보장 서비스의 종류와 대상, 23~26조에서 의료 서비스 지불 방식에 대한 규정이 적시된 후, 27조에서는 보험료와 관련된 내용이 아래와 같이 제시된다.

1. 임금 수령 가입자의 건강보험료는 비율에 따라 임금의 일정 한도 내에서 정하며, 노동자와 고용주가 단계적으로 공동 부담한다.
2. 임금 미수령 가입자의 건강보험료는 정액으로 정하며, 정기적으로 재조정한다.
3. (정부의) 보조금 수령 가입자의 건강보험료는 정액으로 정하며, 정기적으로 재조정한다.

법은 의료보장 대상을 세 집단으로 나눈다. 임금 수령자와 정부의 보조금을 받는 저소득층은 형식상 이미 건강보장을 받는 집단이기에, 새로 추가된 집단 모두는 임금 미수령 가입자에 속하게 된다. 이러한 분류를 통해 전국민이 의료보장 대상에 포함될 수 있었지만, 새로운 집단이 누구이며 이들에게 어떻게 보험료를 부과해야 할지의 문제는 법에 명기되어 있지 않다. 이로 인해 이 법이 선언적 성격을 띤 것일 뿐 구체적 실행 가능성을 내포하고 있지 않다는 비판이 제기될 수 있었다.

더구나 이 법은 의료를 포함한 사회보장제도의 실행을 5년 내에 설립되어야 할 사회보장관리공단(BPJS: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial)에 미루었다. 공단 설립과 함께 구체적 실행 방식을 모색할 것이라는 식이었다. 5년이라는 시한이 설정되었지만 이 규정에 맞추어 공단 설립이 이루어지리라고 예상하는 사람은 많지 않았다. 법의 시행이 유예되는 경우가 많은 인도네시아의 일반적 상황에 더해 보편적 복지에 대한 공감대가 정치권과 일반인 사이에 확산되지 않았기 때문이다. 게다가 빈곤층을 위한 보조금 제도가 계속되었기 때

4 2004년 국가사회보장법 원문은 아래 인터넷 사이트에서 찾을 수 있다.
<https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/40787> (검색일: 2022.01.05.)

문에 법안 실행의 시급성이 부각될 여지도 많지 않았다. 이러한 예상에 부합하게 공단의 설립 시한인 2009년까지 수실로 밤방 유도요노(Susilo Bambang Yudhoyono) 정부는 그와 관련된 구체적인 행보를 취하지 않았다(Jung 2016: 485-487).

공단 설립의 불투명성은 2010년대에 접어들어 급변했다. 공단 설립을 가능케 하는 사회보장관리공단법(UU BPJS)이 2011년에 제정되었고, 보편적 건강보장을 2014년에 시작하도록 못 박았으며 실제로 2014년 1월 1일에 건강사회 보장공단(BPJS Kesehatan)이 출범하였다. 이러한 변화의 이유를 밝히기는 쉽지 않지만, 그 과정에 중요한 영향을 미친 두 요인을 지적할 수 있다. 하나는 지방 분권의 작동에 따라 일부 지방정부가 실행한 독자적인 의료 정책이다. 2004년 국가사회보장법에 큰 관심을 보이지 않던 중앙정부와 달리 일부 지방정부에서는 법의 취지에 부합하는 의료 관련 정책을 시도했고, 이는 보편적 건강권에 대한 인식을 확산시키며 전국민 의료보장이 실현가능한 정책일 수 있다는 공감대를 넓혔다(Pisani et al. 2017: 271). 두 번째 요인은 보편적 건강권을 요구하는 노동조합과 시민사회단체의 집합적 행동이다. 2010년부터 보편적 복지를 요구하는 집단행동이 본격적으로 전개되었고, 이는 정부의 행보를 변화시킬 압력으로 작용했다. 아래 절에서는 이 두 요인이 보편적 건강보장 실현에 어떤 긍정적인 영향을 미쳤는가를 차례로 검토할 것이다.

IV. 지방분권과 지방정부의 독자적 의료정책

국가사회보장법이 제정된 이듬해, 동부자바 주의회 의원을 비롯한 4명의 청원인이 헌법재판소에 위헌소청을 제기했다.⁵ 이들은 헌법 제5조의 “지방정

5 헌법재판소 위헌소청 자료는 헌법재판소 판결문(Mahkamah Konstitusi 2005)에 기초하여 작성되었음.

부는 최대한 광범위하게 자치권을 행사한다”는 규정, 헌법 제13조 1항 a의 “주 정부의 권한이 되는 의무 정책에는 … 보건의료 분야의 관리가 포함된다”라는 규정, 헌법 제22조의 “지방자치를 행함에 있어 지방정부는 의료 서비스 시설을 제공할 의무가 있다”라는 조항을 근거로 국가사회보장법이 지방정부의 헌법적 권한을 침해한다는 주장을 제기했다. 중앙정부 정책에 대한 지방정부의 공식적 반발은 수하르트 정권 하에서는 생각해볼 수 없는 모습으로서, 1999년 지방자치법이 제정된 후 짧은 기간 동안 지방분권에 대한 인식이 강화되었음을 시사했다. 또한, 보건의료정책이 지방정부의 권한에 속하며, 지역적 특성에 기반을 둔 보건의료정책이 필요하다는 공감대가 일정 정도 형성되었음을 드러냈다.

현재는 지방정부가 사회보장정책을 펼 수 있음을 지적함으로써 의료보장이 중앙정부의 배타적 권한이 아님을 인정하면서도 위헌소청을 기각했다. 전국민을 대상으로 한 보건의료정책을 펼칠 권한을 중앙정부가 가지고 있다는 점, 그리고 중앙정부의 정책을 통해서만 지역간 격차 발생을 억제할 수 있다는 점 등이 현재 결정의 주요 근거로 활용되었다. 현재 논의 과정에서 논쟁점으로 부상하지는 않았지만, 소청인 측에서 제시한 논거 중 하나는 보편적 건강보장의 성격을 띤 지방정부의 정책이 이미 시행되고 있다는 점이였다. 국가사회보장법이 발효될 경우, 지방정부의 기존 노력이 불법화됨으로써 큰 피해가 발생할 수 있음을 이들은 강조했다. 소청 심사 과정에서 참고인으로 참석한 켄브라나 도 설립 의료보험공단 소속원 이 마데(I Made)는 자신의 입장을 아래와 같이 개진했다(Mahkamah Konstitusi 2005: 226).

[발리] 켄브라나(Jembrana) 도에서는 100%의 주민, 즉 241,057명이 이미 [지방정부가 시행한] 의료보장에 편입되어서, 빈곤 여부와 관계없이 대중보건센터, 개인병원(일반의, 치과의), 조산원, 약국을 비용 없이 이용하고 있습니다. 사회보장법이 적용된다면 지역의 보건의료정책이 후퇴하게 됩니다. 동시에, 빈곤층을 대상으로 한 의료보장 서비스를 [중앙 정부가 지정한] 공단으로 이관할 경우, 이들

은 대증보건센터만을 무료로 이용할 수 있게 됩니다. 다른 주민에게 지방정부의 무상의료 서비스가 계속 제공된다면, 의료보장에 있어 역차별과 충돌이 발생하게 됩니다.

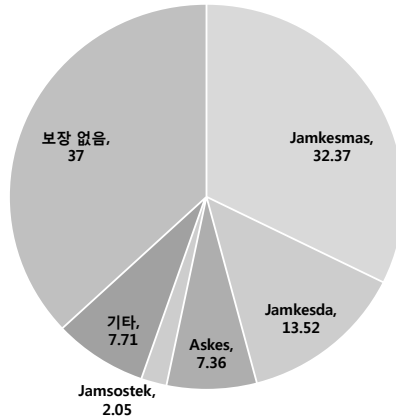
참고인은 켄브라나 도민 전체를 포괄하는 의료보장 체계가 이미 구축되었고 그 보장 범위가 중앙정부의 빈곤층 대상 의료보장보다 넓음을 지적한 후, 빈곤층이 중앙정부의 의료보장에 편입되고 중산층 이상에게는 지방정부의 의료보장이 적용된다면, 빈곤층보다 중산층에게 더 많은 공적 의료 혜택이 제공되는 결과가 초래될 것이라 예상했다. 참고인은 빈곤층에 대한 이러한 역차별적 상황이 지역의 자율적 의료보장 체계를 후퇴시킬 수 있다고 역설했다.

현재 논의 과정에서는 켄브라나 도뿐만 아니라, 족자까르파 주, 고론팔로 주, 뿌르바링가 도, 빠띠 도의 사례가 거론되었다. 세부 내용에서는 차이가 있지만, 이들 지역에서는 전체 주민 혹은 차상위층을 대상으로 한 의료보장제가 시행되고 있었으며, 일부 지역에서는 의료보장을 전담할 지역 건강보장공단이 설립되기도 했다. 이는 2004년 법에 포함된 보편적 사회보장 개념이 일부 지역에서 이미 현실화되어 작동하고 있음을 의미했다.

위헌 신청을 기각했지만, 현재는 지방정부의 보건의료 서비스 제공 정책이 반헌법적 성격을 띠고 있지 않다고 지적했다. 현재의 이러한 판단은 그 취지와 달리 중앙정부에 의해 재정 부담 완화책의 일환으로 활용되었다. 2005년 이후 중앙정부 정책의 핵심은 빈곤층을 대상으로 한 무상의료 확대에 놓여 있었는데, 이 과정에서 정부 추산 빈곤층이 실제 빈곤층 모두를 포함하지 못하는 문제가 발생했다(Pisani et al 2017: 72). 이에 중앙정부는 예산으로 지원할 빈곤층 규모를 초과하는 집단을 대상으로 한 의료비 지원을 지방정부가 맡도록 강제했다. 즉, 부족한 예산을 지방정부에 떠넘김으로써, 지방정부 역시 의료보장 정책에 참여하도록 한 것이다. <그림 2-2>는 지방정부의 의료비 지원이 본격화된 2010년 의료보장에 편입된 인구 상황을 보여주는 자료이다.

2010년 전체 인구의 55.3%가 정부 관할 의료보장제도에 편입되었다. 이

〈그림 2-2〉 인도네시아 2010년 의료보장 편입 인구(%)



법례: Jamkesmas = 중앙정부 의료보장비 지급 대상, Jamkesda = 지방정부 의료보장비 지급 대상, Askes = 공무원 및 군경 의료보험 지급대상, Jamsostek = 공직부문 노동자 의료보험 지급대상, 기타: 민간보험과 기업별 보험 가입자.

출처: Profil Kesehatan(2012)

중 중앙정부와 지방정부의 의료보장비 지급 대상이 각기 32.37%, 13.52%로 가장 큰 비중을 차지했으며, 공무원과 노동자를 대상으로 한 의료보험 가입자 비중은 9.41%였다. 이는 지방정부가 중앙정부와 마찬가지로 의료보장 정책의 주요 플레이어로서 대두했음을, 나아가 지방정부의 독자적인 의료보장 정책에 대해 중앙정부가 반대할 근거가 약화되었음을 시사했다. 중앙정부의 재정 부담 요구를 수용하면서 지방정부는 지역의 상황에 부합하는 보건정책을 수행할 여건을 확고히 했다.⁶

지방정부의 독자적인 보건의료정책은 빈곤층을 넘어서는 주민을 대상으로

6 중앙정부의 정책과 무관하거나 심지어 불일치하는 지역의 조례 제정이 2000년대 빈번하게 이루어졌다는 사실은 지방정부의 독자적 의료정책 수행을 뒷받침했다. 이를 전형적으로 보여줄 사례는 중앙정부의 정책 방향에 부합하지 않는 샤리아(syariah)에 기반한 조례 제정으로서 2000년대 중반까지 최소 52개 자치단체에서 샤리아에 기반을 둔 78개의 조례를 제정했다(Bush 2008: 176). 이러한 상황 전개는 중앙정부의 정책과 차별되는 조례 제정을 가능한 것으로 인식하는 환경조성에 일조함으로써 지방정부에 의한 독자적인 의료보장정책 수립을 가능하게 했다.

진행되었다. 이러한 시도가 지속됨에 따라 빈곤층만을 대상으로 한 의료보장이 한시적이며, 모두를 대상으로 한 의료보장이 요구된다는 인식이 확산될 수 있었고, 이는 보편적 건강보장의 전면적 추구를 뒷받침하는 동력으로 작용했다.

보편적 건강보장에 대한 지역의 공감대 확산을 보여주는 사례는 족자까르파주 꼴론 프로고(Kulon Progo) 도이다. 2007년 도에서 제정한 대중보건센터 본인부담금 관련 조례는 아래와 같은 내용을 포함했다(Kuplon Progo 2007: 7-8).

(2조 1항: 보건의료 서비스 비용 관련 원칙) 지방정부와 지역사회는 ... 대중보건센터 보건의료 서비스 비용을 부담할 책임이 있다.

(2조 2항) 지방정부는 대중보건센터를 이용하는 주민 모두에게 의료비 지원을 제공할 의무가 있다.

대중보건센터는 정부 보조금으로 운영되었지만, 이용자에게 진료비 일부를 부담하도록 했다. 지방자치 확대에 따라 보건의료가 지방정부의 정책 대상으로 자리 잡자 대중보건센터의 본인부담금과 지방 공공병원의 의료수가를 지역 조례로 정하는 것이 일상화되었다. 이런 상황에서 꼴론 프로고 도는 센터 본인부담금 전액을 지방재정에서 부담하기로 결정했다.

조례에는 보편적 건강보장이라는 개념이 제한적으로 내포되어 있다. 2조 1항에서 보건의료 비용의 부담 주체로 지방정부와 지역사회를 언급한 후 2항에서는 지방정부의 의료비 지원을 의무로 규정하고 있기 때문이다. 이러한 인식은 추후 재정 상황에 맞추어 공공병원, 나아가 개인병원의 진료비를 보조할 의무가 지방정부에 있음을 일정 부분 전제한다고 해석될 수 있다.

상당수의 지방정부가 대중보건센터 본인부담금 면제 정책을 펼쳤다면, 일부는 보다 급진적인 정책을 시도했다. 이러한 사례들은 의료 관련 담론에서 중요하게 다루어지며, 보편적 건강권에 대한 인식 확대에 일조했다. 모범 사례로 거론된 대표적인 지역은 현재 소송 과정에서 언급된 뿌르바링가(Purbalingga)였다.

뿌르바링가는 중부자바 주에 있는 인구 백만 명 남짓의 도이다.⁷ 도 정부의 의료복지 정책은 2001/02회계연도에 시작했는데, 그 목표는 의료보험 방식에 기반을 둔 보편적 건강보장이었다. 도민을 크게 빈곤층, 차상위층, 중상위층 세 부류로 구분한 후 빈곤층 의료보험료의 전액, 차상위층 보험료의 50%를 지방정부에서 보조했다. 2002년 중상위층 보험료는 가구당 연간 3만 루피아, 차상위층은 1만 5천 루피아로 정해졌는데, 당시 최저임금 전국 평균이 월 362,700루피아였기 때문에, 10kg 쌀값에 상응하는 연간 3만 루피아의 보험료는 높은 수준이 아니었다. 낮은 보험료율로 인해, 2002년 도 설립 의료공단이 지불한 의료비 총액 22억 루피아 중 30% 정도인 6억 5천만 루피아만을 일반인 보험료로 충당할 수 있었고, 나머지 12억 루피아는 지방정부 예산으로, 2억 9천만 루피아는 중앙정부 보조금으로 지불했다. 이에 도정부에서는 보험료 인상을 통해 의료보험 수지의 균형을 맞추고자 했고, 사업 시행 2년차인 2003년에는 3만 루피아에서 5만 루피아로 중상층 보험료를 인상했다.

보편적 건강보장 정책을 통해 도민들은 대중보건센터, 공공 및 개인병원 서비스를 본인부담금 없이 이용할 수 있었다. 과도한 의료 행위를 방지하기 위해 차상위층과 중상위층 병원 이용에 제한이 가해져서, 입원은 10일 이내로 제한되었고 검사 및 엑스레이 비용에 상한선을 두고 그 이상을 본인 부담으로 돌렸다.

인구의 50%를 차지하는 빈곤층이 의료시설 전체 방문객에서 차지하는 비중이 20%에 불과했기에 의료보장 제도의 과실을 더욱 많이 누린 집단은 차상위층과 중상위층이었다. 의료보장 운용 과정에서 지방정부의 보조금 일부가 경제적으로 부유한 층을 위해 사용되었음은 제도의 한계로 지적되었지만, 이에 대한 정책적 대응이 이루어지지는 않았다.

뿌르바링가의 정책은 의료보험 형식에 기반하여 보편적 건강보장을 시행하려는 지방정부의 혁신적 노력의 결과였고, 민주화가 촉발한 지방분권은 이러

7 중부자바 뿌르바링가도 의료정책은 Arifianto et al.(2005)에 기초하여 작성되었다.

한 시도를 뒷받침한 핵심 요소였다. 2005년 현재소청 과정에서 언급될 정도로 이 사례는 인도네시아 보건 담론의 중요한 요소로 편입되었다.

뿌르바링가와와는 다른 방식으로 보편적 건강보장을 시행하려는 시도가 발리 켄트라나 도에서 행해졌다.⁸ 이 지역에서는 무상의료 형식이 채택되어서, 지방정부가 모든 도민에게 의료기관 이용 보조금을 지급하는 정책을 시행했다. 지방정부의 보조금을 받기 위한 최소한의 요건은 의료카드를 유료로 만드는 것이었다. 가입 독려를 위해 지방정부에서는 미등록 환자의 진료비를 인상하는 전략을 펼쳐서, 첫째 전체 도민의 40%에 불과하던 수혜자는 이듬해 90%로 증가했다. 이용객 증가는 지방 재정에 커다란 부담을 주어서, 2003년 33억 루피아였던 지방정부 지출액은 2004년 67억 루피아, 2005년 80억 루피아로 상승했다. 이로 인해, 켄트라나 도정부는 뿌르바링가와 같은 의료보험 도입을 모색했고, 전액 본인 부담 그룹, 일부 본인 부담 그룹, 전액 정부 지원 그룹으로 나누어 이를 시행했다.

뿌르바링가와 켄트라나의 시도는 미디어를 통해 확대 재생산되며 다른 지역의 의료정책 수립에 영향을 미쳤다(Pisani et al. 2017: 271). 가장 가시적인 것은 물론 빠르고처럼 대중보건센터 본인부담금을 무료화하는 방식이었다. 2000년대 후반에 접어들면, 본인부담금을 무료화한 지역을 쉽게 찾을 수 있었으며, 심지어 중부자바 주 수코하르조(Sukoharjo)도에서는 도민뿐 아니라 대중보건센터 방문자 모두, 즉 인도네시아 국민 모두를 대상으로 본인부담금을 면제해주는 정책을 시행하기도 했다. 또한, 일부 지역에서는 공공병원과 개인병원의 본인부담금 일부를 경제적 수준에 따라 차등 지원하는 정책을 펼쳤다(Dwicaksono & Nurman 2009: 61–66).

지방정부의 독자적 보건의료정책은 전국민을 대상으로 한 보편적 건강보장이 이상이 아닌 현실에서 구체화될 수 있는 정책임을 예시함으로써 2004년

8 발리 켄트라나도 의료정책은 세계은행 보고서(World Bank 2006: 129–148)에 기초하여 작성되었다.

국가사회보장법 시행을 압박하는 환경 형성에 일조했다. 이는 지역의 창의적이고 자발적인 노력을 가능하게 하는 지방분권이 보편적 건강보장 시행에 미친 긍정적인 효과(Fossati 2017: 189-190), 그리고 민주화로의 전환이 사회보장에 미칠 수 있는 긍정적 영향력을 확인해 주었다.

V. 노동조합과 사회운동의 보건개혁 연대활동

수하르토가 통치하던 시대의 인도네시아 사회운동은 건강권에 관해 큰 관심을 기울이거나 두드러진 활동을 전개하지 못했다. 당시 인권 옹호 단체들은 시민, 정치, 토지, 환경, 노동 관련 권리 이슈에 집중하였다(Rosser 2017: 18). 노동운동단체들과 노동자들도 임금, 해고, 단결권 문제를 중심으로 활동하였다. 1998년 수하르토 대통령의 하야로부터 본격적으로 전개된 민주주의 이행기 때도 사회보장 이슈가 사회운동의 중심 의제로 대두되지 못했다. 이런 맥락에서 2010년 3월에 이루어진 사회보장행동위원회(Komite Aksi Jaminan Sosial, 이하 KAJIS)의 결성은 사회운동이 보건개혁을 포함한 사회보장 추진에 주체로 나서려는 의지를 드러낸 전환적 사건이었다.

4년간 56차례 수정을 거쳐서 메가와티 대통령 임기만료 직전에 제정된 2004년 국가사회보장법에 따르면 법제정 5년 이내 사회보장관리공단(BPJS)이 설립되어야 했지만, 정부와 국회는 의무를 방기하고 있는 것처럼 보였다. 이러한 교착상태의 문제를 알리려는 전문가들과 활동가들의 ‘사회화(sosialisasi)’ 노력이 있었고(Dinna 2013: 133-136), 문제의식을 공유하게 된 인도네시아금속업종근로자조합연맹(Federasi Serikat Pekerja Metal Indonesia, 이하 FSPMI)이 2010년 3월 6일부터 8일까지 3일간 자카르타에서 토론회를 개최하였다. 노동조합 지도자들은 사회보장개혁을 지지하는 모든 단체들을 불러 모아 하나의 “행동위원회”를 조직할 것, 그 집단지도체계인 “의장단(Presidium)”에 노동조합의 총연맹 및 연맹 위원장들이 적극 참여하여 지원할

것에 합의하였다(Tjandra 2014a: 22-23, 2014b: 48). 그 결실이 KAJJS의 결성이었다.

그러므로 KAJJS는 노동조합 중심이라는 특징을 지닌다. 창설 회합을 마련한 조직이 FSPMI였으며 그 위원장 사이드 이크발(Said Iqbal)을 비롯하여 8개 전국노조연맹(FSP-KEP-KSPSI, FSP-PP-KSPSI, FSP-TSK-SPSI-Reformasi, FSP-PPMI-KSPI, FSPMI, KSBSI, OPSI, SPN) 위원장들과 노동조합권센터(TURC: Trade Union Rights Center) 대표 수리야 잔드라(Surya Tjandra)가 초대 의장단으로서 KAJJS를 이끌었다(Tjandra 2014b: 49).

그렇지만 출범 당시부터 광범한 연대의 형성도 추구하였다. 시민사회단체 활동가, 변호사, 학생, 기자, 전문가 등이 초기부터 동참했고, 이주노동자, 가정부, 어민, 농민 단체 등도 가세하면서 2011년에는 67개 조직의 네트워크로 성장한다. 전문가와 젊은 연구자들의 모임인 인도네시아사회보장연구소(Institut Jaminan Sosial Indonesia)도 참여하였다(디나 2011: 109-110). ‘마담 웰페어(Madam Welfare)’라는 애칭으로 불리는 리꺼 디아 빼탈로까(Rieke Diah Pitaloka)처럼 민주투쟁당(PDIP) 소속 일부 의원들도 KAJJS와 함께 행동하였다(KAJJS 공동의장 Surya Tjandra 인터뷰 2011/07/01). 사회운동 연구자들이 중시하는 정책옹호연합(advocacy coalition)이 형성된 것이다(Jung 2016: 488-89).

KAJJS는 캠페인, 시위, 소송, 국회 참관, 로비, 국회의원들과 연대 등 다각적 활동을 전개하여 보건개혁과 사회보장 추진을 위한 여론 형성과 입법 촉진에 크게 기여하였다. KAJJS의 다채로운 운동방식은 비정부단체(NGOs) 대표로 공동의장 역할을 했던 수리야 잔드라가 상세하게 기술한 바 있다(Tjandra 2014a, 2014b). 결성 한 달 뒤인 2010년 4월 5일 국회 개원 시기에 맞춰 자카르타에서 시위를 전개하였고, 4월 내내 여러 지방에서 연이어 시위를 조직하였다. 당시 국회 회기는 사회보장관리공단법안 심의의 계속 여부를 결정하는 시한에 걸려있었다. 연이은 시위는 5월 1일 국제노동절(May Day)에 분수령을 이루게 되었다. 이 날 주최 측 추산 약 15만의 노동자와 시민이 집회에 참여하였고 자카르타 시위대는 국가사회보장법의 실행과 사회보장관리공단법의 제

정을 요구하며 호텔인도네시아에서 대통령궁까지 행진하였다.

국회는 사회보장관리공단법을 국회발안으로 계속 심의할 것을 결정하였다. 법안 심의의 속행뿐만 아니라 국회발안으로 진행한다는 것도 사회적 압력의 성과였다. KAJS는 기존의 보험사들을 존치하는 상태에서 새로운 공단을 설립하려는 정부발안보다 기존 보험사를 통폐합하여 공단을 설립하자는 국회발안을 더 선호했기 때문이다. 2010년 6월부터 국회 특별위원회 심의가 재개되자 KAJS 회원들이 회의장 관람석에 앉아 특위 의원들의 발언을 모니터링하고 국회의원들에게 핸드폰 문자를 보내기 시작했다. 때로는 한 의원에게 수백 건의 문자가 전국 각지에서 발송되었는데, 이러한 ‘집단 문자 행동’은 페이스북(Facebook) 덕분에 효과적으로 조직될 수 있었다. KAJS는 페이스북 홈페이지를 활동보고, 정보공유, 의사소통의 통로로 삼았는데, 전국의 회원들에게 순발력 있는 집단행동을 요청하는 동원 수단으로도 유효하였다는 것이다 (Tjandra 2014b: 50-51; Tjandra 인터뷰 2011/07/01).

KAJS는 행정부와 입법부에 대한 압력에 그치지 않고 시민소송을 통하여 법정 투쟁에 돌입하였다. 2010년 6월 10일에 헌법이 보장한 국민의 사회보장권 실현을 방임한 혐의로 유도요노 대통령, 부디오노(Boediono) 부통령, 국회의장 및 8명의 장관을 120인 시민의 이름으로 중부자카르타법원에 제소한 것이다. 법정은 빈번히 열렸고 열릴 때마다 언론의 주목을 받았다. 1년이 흐른 뒤에 2011년 7월 13일 법원은 대통령을 비롯한 피고들이 국가사회보장법 이행 임무를 방기한 혐의가 인정되며, 사회보장관리공단법의 조속한 제정을 통해 사회보장을 실현해야 한다고 판결하였다. 시민소송에서 승소함으로써 KAJS는 요구의 법적 정당성을 확보하고 성원들의 자신감도 확보할 수 있었다(디나 2011: 110-111; Tjandra 2014b: 49-50, 61의 주 19).

그러나 유도요노 정부는 법원의 결정에 불복하여 상소하고 국가사회보장법의 개정까지 요구하면서 소극적인 태도를 유지했다. 특히 4대 국영보험사 통폐합 안에 계속 불만을 표하고 있었다. 당시 국회의 회기는 2011년 10월 28일에 만료될 예정이었고, 법안이 그 때까지 통과되지 않으면 법의 제정 책임

은 2014년 선거를 거쳐 구성되는 국회와 새 정부에게 떠넘겨지는 상황이었다. KAJJS는 5만여 노동자들을 동원하여 국회와 인근 증권거래소까지 점거할 계획을 세우고 선발대 수 천 명을 국회 앞에 보내 밤샘 시위를 벌였는데, 다행히 회기 마지막 날에 사회보장관리공단법이 국회와 정부의 극적인 합의로 통과되게 되었다(Tjandra 2014b: 51-52).

정부와 여당이 법안 통과를 더 이상 거부하기 어려웠던 이유는 무엇보다 국회에서 수적으로 밀렸기 때문이다. 메가와티의 정당이자 대표 야당인 민주투쟁당(PDIP)이 법안 통과에 가장 적극적이었고 대인도네시아당(Gerindra)과 하누라당(Hanura)도 초반부터 동참했는데, 막판에는 집권연합 참여 정당인 골까르당(Golkar)과 복지정의당(PKS)까지 합류하면서 법안을 지지하는 의원들이 국회에서 다수가 되었던 것이다(노동운동 전문연구 사회복지학자 Fransiscus S. Joyoadisumarta 이메일 인터뷰 2021/08/27, 2022/05/03; DetikNews 2011/10/28).⁹ 심지어 거부 당론을 거스르고 지지 의사를 밝히는 의원들도 나타났다. 이를테면 대통령의 정당인 민주당(PD)과 같은 입장을 견지한 민족각성당(PKB)의 한 의원은 당론과 달리 자신은 사회보장관리공단법을 지지한다는 의사를 공개적으로 밝히기도 했다(JariUngu 2011/10/28).

더구나 법안에 대한 국회 심의 과정에서 질충이 충분히 이루어져서 남은 쟁점은 사회보장관리공단들의 출범 시기에 관한 것뿐이었다. 법안 통과 지지 의

9 인도네시아에서 집권연합에 참여하는 모든 정당들이 입법과정에서 대통령 및 여당과 같은 입장을 늘 견지하는 것으로 보아서는 안 된다. 특히 골까르당과 복지정의당은 당시 집권연합 내에서 징계 요구가 제기될 정도로 독자행보를 취하곤 했다(Kompas 2011/03/06). 골까르당은 대통령과 거리를 두면서 사안별로 독자적인 입장을 취했는데, 이러한 행보는 두 번째로 많은 의석을 보유한 큰 정당이라는 이점을 활용하여 대통령과의 거래 관계를 자당에게 더 유리하게 끌고 가려는 전략에 따른 것으로 추정된다. 복지정의당은 집권연합에서 탈퇴할 수 있다는 신호를 자주 보내곤 했는데, 선거때부터 대통령을 지지했으나 부통령 자리도 중요한 장관 자리도 배정받지 못했다는 불만을 품고 있다고 알려져 있었다. 게다가 복지정의당은 선거 때마다 각지의 노동조합 간부들에게 입후보를 권하는 친노조 정당이고 당명에 복지가 포함된 정당인지라 사회보장관리공단법의 제정을 가로막는 역할을 계속 하긴 어려웠을 것이다(Fransiscus S. Joyoadisumarta 인터뷰 2022/05/03).

원들은 2014년에, 정부와 같은 편 의원들은 2016년에 출범해야 한다는 것이었는데(DetikNews 2011/10/28; JariUngu 2011/10/28) 이런 차이는 조정 가능한 것이었다. 합의는 부통령 부디오노가 주최한 회합에서 이루어진 것으로 알려졌다. 건강사회보장공단(BPJS Kesehatan, 또는 BPJS I)은 2014년 1월 1일에 출범하고 근로사회보장공단(BPJS Ketenagakerjaan 또는 BPJS II)은 2015년 1월 1일에 출범한다는 것이었다.

이렇게 제정된 사회보장관리공단법에 근거하여 2년 2개월 뒤에 건강사회보장공단이 실제로 출범하고 국민건강보험(JKN: Jaminan Kesehatan Nasional) 제도가 가동된다. 따라서 사회보장관리공단법의 제정은 인도네시아 전국민을 대상으로 삼는 보편적 건강보장의 출발을 위한 기념비적 이정표였으며, 노동조합 중심의 시민사회운동이 법적 제도적 교착상태를 돌파하고 사회보장의 전진을 성취한 역사적 사건이라 평가할 수 있겠다. 그런데 역사가 만들어지는 실질적 과정을 더 현실적으로 이해하기 위해 두 가지 추가적인 질문을 풀어볼 필요가 있다.

첫 번째는 노동조합 중심의 사회적 압력이 단일한 요구를 형성하고 완전히 관철시키는 과정이었는가 라는 의문이다. 인도네시아 노동조합의 심대한 분열 상태나 거대 노총 위원장들의 타산적 경향을 감안할 때 보건개혁에 대한 통합된 입장이 도출되기는 어려웠으리라 짐작할 수 있다.

근로자사회보장사(PT. Jamsostek, 잠소스텍)의 수혜를 받아오던 양대 노총들은 기존 체계의 고수를 바라는 국영보험사 경영진들처럼 개혁에 반대하는 입장을 취했다. 보험사들의 통폐합을 수반하는 보건개혁 방안은 경영자들의 자리보전을 위협할 뿐만 아니라 재정상태의 투명한 공개를 전제로 삼는 것이어서 기존 보험사들의 경영진들뿐만 아니라 그곳의 노조들도 반발하였다. 수하르토 시대부터 존재했던 인도네시아전국근로조합총연맹(KSPSI)은 잠소스텍으로부터 노조 중앙과 지부의 사무실을 무상으로 제공받고 있었고, 위원장 슈꾸르 사르토(Syukur Sarto)는 보건 개혁을 요구하는 압력이 강해질 당시에 잠소스텍의 노동자대표위원 자리를 차지하고 있었다. 인도네시아전국노동조합총

연맹(KSBSI)의 전 위원장 렉손 실라반(Reskon Silaban)도 잠소스펙의 노동자 대표위원으로서 상당한 봉급을 받던 상황이었다. 결국 이 두 노총은 사회보장 개혁에 반대하며 KAJIS로부터 탈퇴한다(Fransiscus S. Joyoadisumarta 인터뷰 2019/09/06).

다른 한편에서 독립노동조합연합(GSBI: Gabungan Serikat Buruh Independen)처럼 규모가 작지만 급진적인 노조들은 사회보장은 국가의 책임이라며 전면 무상의료를 요구하고, 보험료 징수에 기반한 사회보험 방식의 건강보험을 거부하는 입장을 시종일관 유지하였다. 무상의료는 노동운동가들마저 비현실적인 방안이라고 비판했지만(노동변호사 Endang Rokhani 인터뷰 2016/07/22), 빈곤층을 위한 무상의료제도가 경제위기 이후에 만들어졌고 유도요노 정부에서 더 확대 시행되었으며 앞 절에서 살펴보았듯이 일부 지방정부도 무상의료를 실험하고 있었기 때문에 급진적 군소 노조들의 요구를 완전히 무모한 것으로 치부할 수는 없다.

이런 상황에서 KAJIS는 국영보험사들의 통폐합을 통한 새로운 공단의 설립과 보험료 징수를 통한 사회보험 방식의 개혁을 지지하는 ‘제3의 입장’을 취했다고 볼 수 있다. KAJIS 입장의 가장 강력한 지지 노조는 KAJIS의 창설을 주도했던 사이드 이크발의 금속노련 FSPMI를 비롯한 인도네시아근로조합총연맹(KSPI) 산하 연맹들이었다. KSPI는 사회보장 개혁안을 설계한 전문가들이나 수리야 찰드라 같은 노동운동가들에게 영향을 받기도 했지만, 노동조합 간의 경쟁이라는 차원도 고려했을 것이다. KSPI는 KSPSI와 KSBSI와 함께 3대 노총 가운데 하나에 속했지만 다른 두 노총과 달리 잠소스펙의 물질적 지원이나 위원직 배당을 받지 못했다. 새로운 공단 설립을 위한 투쟁은 경쟁 노총들의 자원을 약화시키고 ‘제3노총’으로서 선명성과 주도성을 강화하고 위원장의 명망성도 높일 수 있는 좋은 기회로 보였을 것이다.

실제로 보건개혁이 성사된 뒤에 KSPI 노총 간부들은 건강보험을 관장하는 새로운 건강사회보장공단의 감독위원회(Dewan Pengawas) 노동자대표위원에 임명되었다.¹⁰ 그리고 사이드 이크발 위원장은 획득한 유명세를 활용하여

2014년 대통령 선거 때 프라보워 수비안토(Prabowo Subianto) 후보를 공개적으로 지지하면서 정치활동을 본격적으로 병행하기 시작했고 2021년에는 노동당(Partai Buruh)을 부활시키면서 당수 자리에 올랐다.

그런데 보건 개혁 투쟁 과정을 근접 관찰한 노동운동가 겸 보건복지연구자 프란시스코스 조요아디수마르타(Fransiscus S. Joyoadisumarta) 박사는 개혁의 결과가 KAJIS 측의 일방적 승리는 아니고 “급진파”와 “현상유지파”의 요구도 어느 정도 반영되었다는 점에서 “타협적”이었다는 새로운 해석을 제시하였다. 우선, 보험료를 국가가 대신 납부해주는 방식으로 빈곤계층에 대한 무상의료 제공이 유지된 점은 급진파의 부분적 승리라고 해석할 수 있다는 것이다. 이어서 사회보장관리공단법이 공단을 하나가 아니라 두 개로 나눠 설립하도록 하고 기존 보험사들의 통폐합은 유예하면서 모호하게 처리했다는 점은 현상유지파의 입장이 반영된 결과로 볼 수 있다는 것이다(이메일 인터뷰 2021/08/21).¹¹

사회보장 개혁을 앞두고 보수파, 급진파, 중도파(개혁파)의 입장차이가 존재했고 경쟁적으로 로비가 이루어졌으나 어느 쪽도 완전한 패자가 되지 않는 결과가 도출되었다는 해석은 지연되던 개혁이 심한 반발 없이 추진되는 과정에 대한 좀 더 현실적인 설명일 것이다. 이런 타협적 귀결은 노동조합연맹들의 협의의 결과가 아니라 상이한 입장을 절충적으로 반영하는 국회 입법과정의 산물이었다.

10 건강사회보장공단의 감독위원회는 정부, 기업, 노동자 대표 각 2명과 민간전문인 1인 포함 7명의 위원으로 구성된다. 2016-2021년 노동자대표위원 2인은 모두 사이드 이크발의 KSPI 총연맹 산하 FSPMI 연맹 간부들로 임명되었다(BPJS Kesehatan 2016/02/23).

11 프란시스코스 조요아디수마르타 박사 인터뷰는 2019년 9월 6일에 대면으로, 2021년 8월 20일과 27일 그리고 2022년 5월 3일에 이메일로, 2022년 4월 8일에 화상으로 수행되었다. 연속 인터뷰의 주요 내용은 대담 형식으로 정리되어 2022년 5월 1일에 전동연 이슈페이퍼 19호로 발간되었다(프란시스코스 조요아디수마르타·전제성 2022). 민주화 이후 노동조합 분립의 전개양상, 사회보장개혁을 둘러싼 노동조합운동 내부의 논쟁, 그리고 타협적 입법에 대한 그의 주장들은 담은 이슈페이퍼는 전북대 동남아연구소 홈페이지에서 내려 받아 볼 수 있다. 그런데 그가 “중도파”라 부른 세력은 ‘개혁파’로 바뀌 불려야 복지 진전을 추동한 세력에게 더 걸맞을 것 같다.

국회에서 이루어진 절충들에 속하는 두 개의 공단 설립은 제도적인 측면에서 중요하므로 약간의 부연설명이 필요하다. 기존의 건강보험은 공무원과 군인을 위한 건강보험사(PT. Askes)와 공식부문 노동자를 위한 근로자사회보장보험사(PT. Jamsostek)로 나뉘어 있었고, 연금은 공무원연금보험사(PT. Taspen), 국군사회보험사(PT. Asabri), 근로자사회보장보험사로 나뉘어 총 4개의 보험사가 분절적으로 병립 운영되고 있었다. 보건 개혁에 대한 가장 열정적인 지지 세력은 보험의 분절성을 극복하고 관리 비용을 절약하기 위한 방안으로 기존의 네 개 국영보험사를 통폐합시켜 하나의 사회보장관리공단을 만들자는 애초 법안(즉, 국회발안)을 지지했었다(디나 2011: 95-97).

그러나 최종안은 사회보장관리공단이 하나가 아니라 두 개로 나뉘지고, 건강보험을 관장하는 제1사회보장공단(BPJS I)은 아스케스사의 변환으로서 설립되고, 연금과 재해 관련 보험을 담당하는 제2사회보장공단(BPJS II)은 잠소스텍사의 변환으로서 설립된다는 것이었다(디나 2011: 112-116). 이렇게 변신하여 출범하는 두 기관이 다른 보험사들의 프로그램들을 2029년까지 넘겨받도록 하였다(UU BPJS 65조 1항과 2항). 이런 안은 상당한 기간의 이행기를 두면서 아스케스사와 잠소스텍사에게 과도적 임무를 부여하고 재정 상황의 투명한 공개도 전제하지 않아서 현상유지파들도 수용가능한 조정안이었을 것이다.

〈표 2-2〉 인도네시아의 사회보장 개혁과 관리공단 통합

시기	대상	건강보험	연금 등
개혁 이전	공무원	Askes	Taspen
	군인 경찰	Askes	Asabri
	공식부문노동자	Jamsostek	Jamsostek
개혁 이후	보편적*	BPJS I	BPJS II

출처: Pisani et al, 2017 Table 2를 변형 보강함.

* BPJS I은 ‘모든 국민’을 대상으로, BPJS II는 ‘모든 노동자’를 대상으로 한다는 점에서 ‘보편적’.

두 번째 의문은 “각자의 협소한 이해관계를 너머”(Jung 2016: 478) 노동조

합들이 보편적 건강보장을 위한 광범한 연대를 형성하고 투쟁한 동기에 관한 것이다. 잠소스펙을 통하여 이미 사회보장을 제공받던 공식부문의 노동자들이 사회보장에 포괄되지 않던 국민들을 위해 투쟁을 전개하는 이른바 ‘역사적 행위자’ 역할을 수행했다고 볼 수 있다. 그런데 인도네시아 노동조합들이 조합원들의 직접적 이해관계에 충실한 운동을 전개하는 실리추구노조주의(business unionism)가 주류였기 때문에 보건 개혁 투쟁의 중심에 섰던 활동들은 특이하고 새로운 현상으로 여겨질 수 있다. 그런데 여기서 ‘자신들을 위한 투쟁’과 ‘모두를 위한 투쟁’을 연결 짓는 맥락적인 가설을 상정해 볼 수도 있을 것이다.

잠소스펙은 포괄 범위가 제한적이고 가입 의무가 강력하지 않아 한계가 뚜렷한 사회보장제도였다. 약 1억 명의 노동자 중에 3천만 정도가 공식부문 노동자였고 이들 가운데 9백만 명 정도만이 잠소스펙에 가입되어 있었다. 가입했더라도 강제가 약하여 보험료 납부 의무를 이행하지 않는 고용주들도 있었다. 잠소스펙은 자금 전용과 부패 스캔들이 끊이지 않아 보험료 납부자의 손해를 끼쳐가며 정치인이나 관료들에게 뒷돈을 대는 국영기업으로 악명이 높았다(디나 2011: 98-99). 이렇게 부실한 보험조차 노동자의 가족은 대상에서 제외되었다. 노동자 개인만 보장하는 잠소스펙이 포괄하지 못하는 가족들을 위해서는 보편적인 건강보장제도가 필요했던 것이다. 즉, 보건 개혁 투쟁은 ‘가족을 위한 투쟁’이었다. 여기에 ‘미래를 위한 투쟁’이라 부를 수 있는 동인이 추가될 수 있다. 인도네시아처럼 고용이 불안정한 구조에서 공식부문의 노동자들은 언제든 기존 보험의 보장에서 배제되는 실업자나 비공식부문 노동자로 전락할 가능성이 있기 때문이다. 따라서 더 포괄적이고 건실하며 독립적인 공단 형식을 통해 건강보험의 새로운 체계를 형성하는 것은 모두를 위한 투쟁이면서 공식부문 노동자들의 가족과 미래를 위한 투쟁이기도 했던 것이다.

사회보장관리공단 입법과 출범은 보건개혁만이 아니라 노동 관련 사회보장 개혁의 패키지였다는 점에 주목할 필요가 있다. 사회보장관리공단법의 제정은 2014년 건강사회보장공단(BPJS I)의 출범뿐만 아니라 2015년 인력사회보

장공단(BPJS II) 출범의 기반이 되었다. 인력사회보장공단은 노동자들에게 산업재해보장(Jaminan Kecelakaan Kerja), 사망보장(Jaminan Kematian), 노후보장(Jaminan Hari Tua), 실직보장(Jaminan Kehilangan Pekerjaan), 연금보장(Jaminan Pensiun) 프로그램을 관장하도록 설정되었다. 따라서 노동자들의 투쟁은 모든 국민들을 위한 보편적 건강보장뿐만 아니라 모든 노동자들을 위한 포괄적 사회보장의 증진을 위한 것이었고 그런 만큼 계급 동원의 강력한 동기가 작동할 수 있었으리라 짐작할 수 있다. 이런 점들을 종합해 볼 때, 인도네시아 노동조합의 주류가 실리추구형 노동조합주의를 벗어나 “사회적” 노동조합주의로 “진화”한 것(Tjandra 2014a: 39)이라기보다는 실리추구와 사회적 지향성을 함께 갖추게 되었다고 보는 게 더 적절한 해석일 수 있겠다.

노동운동이 보편적 건강보장의 출범에 깊이 개입하고 사회적 압력을 형성했다는 사실은 단순한 과거지사가 아니라 보편적 건강보장의 발전에 있어서도 노동운동의 개입과 작용이 계속되리라는 미래전망을 가능케 한다. 사회보장관리공단법이 제정되자 KAJJS는 사회보장관리공단감시단체(BPJS Watch: 대표는 노동운동가 띵불 시레가르[Timboel Siregar])로 조직을 전환하고 공단의 움직임을 모니터링하며 건강보험의 개선도 제안하는 기능을 수행하기 시작했다(디나 2011: 115). KAJJS의 출범과 집단행동을 주도했던 인도네시아근로조합총연맹(KSPI)도 건강보험감시단(Jamkeswatch)을 창설하고 1,000명의 활동가를 배치했다(Dinna et al 2021). 이런 건강보험 감시단체들의 활발한 활동은 인도네시아에서 노동운동이 보편적 건강보장의 실질적 추진과 개선을 위한 사회적 압력으로 계속 기능할 가능성을 보여주고 있다.

VI. 결론

세계 최대 단일 보험제도를 통한 인도네시아의 보편적 건강보장은 전문직인 엘리트 주도로 기획되었으나 지방정부의 선제적 실험과 사회운동의 광범

한 연대의 압력을 받아 도입될 수 있었다. 심각한 경제위기의 와중에 전개된 1998년의 민주화는 특권과 시혜가 아니라 전국민건강보험을 포함하는 새로운 사회보장제도의 필요성을 엘리트들에게 각인시켰다. 그런 하향식 기획의 결실이 2004년 국가사회보장법의 제정이었다. 그러나 구체적인 제도의 출범을 가능케 하는 사회보장관리공단법의 제정은 2011년에야 이루어진다. 지금까지 살펴보았듯이 두 가지 상향식 요인이 작동하였다. 지방정부들의 선제적 보건 정책들은 보편적 건강보장이 당시 여건에서 실현 가능하다는 사실을 증명하였다. 입법과정의 교착상태는 노동운동 중심의 사회적 연대활동을 통해 압박함으로써 돌파하였다. 이러한 인도네시아 사례는 보편적 건강보장 같은 복지 개혁이 민주화의 자동적 결과가 아니라는 사실을 알려주었다. 인도네시아에서 민주주의가 시민들에게 실질적이고 보편적인 이득을 주는 제도적 결실을 수반하기 위해서는 지방적 실험과 사회적 압력의 형성이 필요했던 것이다.

오랫동안 복지 발전 관련 연구의 모델은 유럽의 복지 선진국들이었다. 이런 나라들의 복지 발전의 조건으로 노동의 높은 조직률, 노동조합의 중앙집중성, 노동포섭적 생산체제, 강성한 좌파 정당, 비례대표 선거제도 등이 열거되곤 했다. 따라서 이런 조건을 갖추지 못할 경우 복지 정책의 도입이 어려울 것이라는 전망을 유발한다. 문제는 조건이 불비한 상태에서 복지 후발국들이 복지 제도를 도입하고 확장하고 있다는 것이다. 이런 진전을 이해하려면 구조와 맥락보다 행위자 간의 역동적인 정치적 상호작용을 들여다봐야 한다. 행위자의 동원과 연대(동맹)의 형성에 주목하는 “행위 중심 접근법(action-centered approach)”은 한국을 포함한 후발 복지국가의 발전을 역동적으로 파악하고 이해할 수 있게 해주는 주요한 방법인 것이다(김영순 2021: 7-9, 17-22, 25-33).

물론 복지 발전을 위한 주요 행위자들과 행위의 작동은 나라마다 다르다. 이를테면 한국에서 민주화 이후 10년 이상의 투쟁을 거쳐 2000년에야 성사된 건강보험 통합은 노동조합이 소극적인 상황에서 농민운동과 시민사회단체들의 연대 행동이 주도한 산물이었다고(신영전 2010), 2002년에 전국적으로 적용된 태국의 전국민 의료보험은 경제위기 이후 보건 개혁 주창자들이 기획한

국민발안을 적극적으로 수용한 탁신 총리와 타이락타이당의 전략적 주도성이 돋보였던 개혁이었다(서지원 2009: 25-27). 인도네시아의 국민건강보험 출현은 태국의 경우보다 강력한 사회적 압력의 형성을 더 필요로 했다는 점에서 한국 사례와 유사하지만, 한국의 경우보다 지방적 선제성과 노동조합의 연대성이 더 두드러진 경우라는 차별성도 지닌다. 이런 비교적 차이에도 불구하고 불비한 여건을 돌파하여 복지 발전을 추동한 행위자들의 역동적 상호작용이 중요했다는 점은 공통적이었다.

복지의 진전에 대한 인도네시아 노동운동의 기여는 유럽의 경우처럼 노동운동의 권력자원이 크지 않은 상황에서 이루어진 것이라는 점에서 더욱 흥미롭다. 인도네시아의 경우는 노동조합 간의 경쟁이나 고용 불안정 같은 노동의 취약한 권력자원 상황이 오히려 조직노동의 적극적 계급 동원과 광범한 연대의 행동 동기를 부여하는 역설의 사례라고까지 말할 수 있겠다. 지방정부들의 보건정책 이니셔티브가 전국민 대상의 건강보장을 도입하는데 순기능 했다는 점도 인도네시아 복지 발전의 특수한 양상이었다고 말할 수 있을 것이다.

보건개혁 사례는 인도네시아 정치를 관찰할 때 연구자들이 유념해야 할 점들도 아울러 알려준다. 인도네시아의 지방분권은 행정의 효율성을 약화시키는 복잡하고 거추장스러운 정책이거나 민주화의 부정적 산물처럼 여겨지기도 했다. 이를테면 저명한 인도네시아 역사학자 시라이시 다카시(2011: 7장)는 민주화 시기에 중앙정부의 행정력부터 강화(권력 집중)하지 않고 국제기구의 조언에 따라 지방자치(권력 분산)부터 단행함으로써 국가를 바로 세울 기회를 놓치게 되었다고 비판했다. 그런데 보건개혁의 사례로 보자면 자율적인 지방정부의 선제적 보건정책들이 중앙정부의 전국적 보건개혁을 촉진하였다는 점에서 지방분권의 심화는 민주주의 심화의 긍정적 동인으로 평가받을 수 있다.

오늘날 과두제(oligarchy)라는 용어는 인도네시아 민주화의 한계를 드러내는 키워드로 빈번하게 사용되고 있다(Hadiz and Robison 2014; Winters 2014). 과두제 시각의 옹호자들은 인도네시아 민주주의가 소수의 거부들과 결탁한 정치권력자들에게 포획되어 있다고 본다. 과두제 시각은 인도네시아에서 자

본주의 국가의 작동방식을 근본적으로 비판하는 정치경제론으로서 가치를 지니지만, 보편적 건강보장의 과정은 과두제 시각이 일면적일 수 있다는 사실도 드러난다. 보편적 건강보장의 출범은 노동계급의 이익과 시민사회의 요구가 반영된 결과였고 이런 과정에서 기득권을 고수하려는 입장이나 이익은 제한을 받았다. 중앙정치에서 지방정치에 이르기까지 선거민주주의가 정치엘리트로 하여금 유권자의 표를 의식하게 만들고 행정과 입법의 과정을 더 개방하도록 압박했다. 노동조합과 시민사회는 이런 상황을 활용하여 다양한 집단행동을 통해 선호를 형성하고 효과적으로 투입하는 능력을 강화하였다. 과두제의 시각을 배타적으로 고수한다면, 다수의 이해관계자가 참여하고 숙의(musyawarah)하는 정치과정의 중요성을 간과하여 균형 감각을 잃을 수도 있다.

물론 인도네시아에서 추진되고 있는 보편적 건강보장의 현실이 충분히 만족스럽다고 진단할 수는 없을 것이다. 아래로부터의 압력이 국민건강보험이 출범하는데 필요했듯이 전진하는데도 계속 필요할 것이다. 세계보건기구(WHO)의 지원을 받은 인도네시아 조사자문기관 시너지폴리시스(Synergy Policies)가 90여 명을 면담하여 조사해 발견한 국민건강보험 서비스 현장의 문제는 환자가 자신의 회원등급을 인지하지 못하는 문제, 무상의료지원 등급 회원이 병원에서 종종 거부당하는 문제, 진료 등록 시 데이터 처리의 어려움, 병원 작성 양식의 통일성 결여, 지방의 의료 병상 부족, 중증환자에게 더 높은 의료 장벽, 회비 미납 환자들의 의료시설 이용 난점, 환자들의 의료적 필요 표명 상의 애로, 의료보장 서비스 내용 및 절차에 관한 환자들의 인지 부족 문제 등 실로 다양했다(Dinna et al 2021).

최근에 개최된 인도네시아 보건 관련 화상세미나에 참여한 전문연구자들은 보편적 건강보장의 주요 목표 중에 산모와 영아 사망률, HIV/AIDS 유병률, 말라리아 퇴치, 1차 의료기관 약품의 질 등은 목표치를 달성했으나 결핵 유병률, 흡연인구비율, 기초 예방 접종, 의료인력 수, 침상 수, 상급 병원 보유도 시 수 등은 목표치를 달성하지 못했다면서, 스스로 설정한 목표를 달성하고 고질적인 지리적 계층적 불균형 문제까지 시정하려면 무엇보다도 국내총생산

(GDP)의 3%로서 태국의 절반 수준인 정부 보건 지출의 증액이 가장 절실하다고 입을 모았다(IS4 Webinar 2022/05/04).

그러나 이런 논의가 사회적으로 주목받고 진지한 논의가 지속될 수 있는 기반은 보편적 건강보장의 실현이 정부의 핵심 목표로 설정되었을 뿐만 아니라 입법에서 적용에 이르기까지 아래부터의 압력과 감시가 가해지고 있기 때문이다. 민주화 이후의 경쟁적 선거, 지방 분권, 결사의 자유가 그 배경이 되었다. 오늘날 민주주의가 세계 도처에서 의구심의 대상이 되고 있지만, 인도네시아에서 보편적 건강보장의 진전은 민주주의가 보통 사람들에게 실질적인 의미를 가질 수 있다는 사실을 증명한다.

참고문헌

- 김영순. 2021. 『한국의 복지국가는 어떻게 만들어졌나? 민주화 이후 복지정치와 복지 정책』. 서울: 학고재.
- 김태현. 2014. “인도네시아 보편적 건강보장(UHC) 달성을 위한 건강보험제도 발전방향.” 『2013 경제발전경험 공유사업: 인도네시아』. 기획재정부 보고서. 제7장.
- 김현경 외. 2020. “인도네시아의 사회보장제도.” 『아시아 사회보장제도 비교연구: 동남아시아 및 서아시아 주요국 사회보장체계』. 한국보건사회연구원 연구보고서. 제2장.
- 디나 위스누, 이은영 역. 2011. “인도네시아 복지 개혁의 정치: 새로운 시스템을 위한 투쟁과 논쟁.” 『아시아저널』 4: 94-120.
- 로서, 앤드류·마리크 반 디어맨, 최종호 역. 2016. “약탈적 생산주의를 넘어: 신질서 체제 이후 인도네시아의 복지자본주의 정치경제.” 『아시아리뷰』 5(2): 157-182.
- 브릿넬, 마크, 이로운 역. 2016. “인도네시아: 세계 최대 단일 보험자.” 『완벽한 보건의료제도를 찾아서』. 서울: 청년의사. 제8장.
- 서지원. 2009. “태국 탁신 정부의 빈곤 정책과 그 정치적 동학에 관한 연구.” 서울대학교 정치학과 석사학위논문.
- 시라이시 다카시, 류교열·이수열·구지영 역. 2011. 『바다의 제국』. 서울: 선인.
- 신영전. 2010. “건강보험 통합 쟁취사.” 『월간 복지동향』 141(7월호): 4-8.
- 프란시스쿠스 조요아디수마르타·전제성. 2022. “인도네시아 노동운동과 복지의 정치: 현지의 노동 전문 연구자 인터뷰.” 전동연 이슈페이퍼 19호(5월 1일).
- 홍석표 외. 2013. “인도네시아의 건강보장 체계.” 『아시아 국가의 사회정책 비교연구: 건강보장』. 한국보건사회연구원. 제2장.
- Arifianto, Alex. 2006. “The New Indonesian Social Security Law: A Blessing or Curse for Indonesians?” *ASEAN Economic Bulletin* 23(1): 57-74.
- Arifianto, Alex. et al. 2005. *Making Services Work for the Poor in Indonesia: A*

Report on Health Financing Mechanisms in Kabupaten Purbalingga, Central Java. Jakarta: SMERU Research Institute.

- Agustina, Rina, Teguh Dartanto, Ratna Sitompul, Kun A. Susiloretni, Suparmi, Endang L. Achadi, Akmal Taher, Fadila Wirawan, Saleha Sungkar, Pratiwi Sudarmono, Anuraj H. Shankar, Hasbullah Thabrany. 2019. "Universal Health Coverage in Indonesia: Concept, Progress, and Challenges." *The Lancet* 393: 75–102.
- Aspinall, Edward. 2014. "Health Care and Democratization in Indonesia." *Democratization* 21(5): 803–823.
- BPJS Kesehatan. 2016. "Jajaran Dewan Pengawas dan Direksi BPJS Kesehatan Periode 2016–2021." February 23. <https://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/index.php/post/read/2016/381/Jajaran-Dewan-Pengawas-dan-Direksi-BPJS-Kesehatan-Periode-2016-2021> (검색일: 2022.05.04.)
- BPJS Kesehatan. 2022. "Tindak Lanjuti Inpres 1/2022, BPJS Kesehatan – Kementerian ATR/BPN Perkuat Kolaborasi." March 23. <https://www.bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/post/read /2022/2235/Tindak-Lanjuti-Inpres-12022-BPJS-Kesehatan-Kementerian-ATRBPJN-Perkuat-Kolaborasi> (검색일: 2022.06.04.)
- BPS. 1998. *Indikator Kesejahteraan Rakyat*. Jakarta: BPS.
- Budiarto, Wasis. 1996. "Analisis Permintaan Pelayanan Kesehatan Puskesmas di Kabupaten Mojokerto." *Buletin Penelitian Kesehatan* 24(1): 35–44.
- Bush, Robin. 2008. "Regional Sharia Regulations in Indonesia: Anomaly or Symptom?" Greg Fealy and Sally White. eds. *Expressing Islam: Religious Life and Politics in Indonesia*. Singapore: ISEAS. pp. 267–286.
- Departemen Kesehatan. 2001. *Profil Kesehatan Masyarakat Edisi Tahun 2001*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- DetikNews. 2011. "Golkar dan PKS Kembali Beda Soal BPJS, PD Serahkan ke

- SBY.” October 28. <https://news.detik.com/berita/d-1755118/golkar-dan-pks-kembali-beda-soal-bpjs-pd-serahkan-ke-sby>. (검색일: 2022.05.03.)
- Dinna Prapto Raharja, Retna Hanani, and Fransiscus S. Joyoadisumarta. 2021. “The Role of Navigators in Accessing JKN Services.” Synergy Policies Brief No. 2(June).
- Dinna Wisnu. 2013. *Politik Sistem Jaminan Sosial*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Dwicaksono, Adenantera and Ari Nurman. 2009. “Menuju Jaminan Akses Kesehatan Universal di Indonesia: Perbandingan Model dan Kelembagaan Sistem Jaminan Kesehatan di Daerah.” *Jurnal Analisis Sosial* 14(2): 53–75.
- Fossati, Diego. 2017. “From Periphery to Centre: Local Government and the Emergence of Universal Healthcare in Indonesia.” *Contemporary Southeast Asia* 39(1): 178–203.
- GSBI(Gabungan Serikat Buruh Independen). 2011. “May Day Release 2011.” May 1. Jakarta.
- Hadiz, Vedi R., and Richard Robison. 2014. “The Political Economy of Oligarchy and the Reorganization of Power in Indonesia.” Michele Ford and Thomas B. Pepinsky eds. *Beyond Oligarchy: Wealth, Power, and Contemporary Indonesian Politics*. Ithaca: Cornell Southeast Asia Program.
- Herawati, Robert Franzone and Adrian Chrisnahutama. 2020. *Universal Health Coverage: Tracking Indonesia's Progress*. Jakarta: PRAKARSA.
- ILO. 1999. *Indonesia: Strategies for Employment–Led Recovery and Reconstruction*. Jakarta: ILO Area Office.
- IS4 Webinar. 2022. “Covid–19 and Health Care in Indonesia: A Painful Lesson for a Better Future.” May 4. <https://youtu.be/a667pXbz92c> (검색일:

2022.05.11.)

- JariUngu. 2011. “Paripurna RUU BPJS Deadlock, Fraksi Lakukan Lobi.” October 28. https://jariungu.com/berita_list.php?id_Berita=26025 (검색일: 2022.05.03.)
- Jung, Eunsook. 2016. “Campaigning for All Indonesians: The Politics of Healthcare in Indonesia.” *Contemporary Southeast Asia* 38(3): 476–494.
- Kompas. 2011. “PAN: Harus Ada “Punishment”!” March 6. <https://nasional.kompas.com/read/2011/03/06/16442299/~Nasional>. (검색일: 2022.05.11.)
- Kulon Progo. 2007. “Peraturan Daerah Kabupaten Kulon Progo Nomor 22 Tahun 2007 tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan pada Unit Pelaksana Teknis Dinas Pusat Kesehatan Masyarakat.” Kabupaten Kulon Progo.
- Mahkamah Konstitusi. 2005. “Putusan Perkara Nomor 007/ PUU–III/2005.” Jakarta: Mahkamah Konstitusi, Republik Indonesia.
- Murphy, J. 2019. “The Historical Development of Indonesian Social Security.” *Asian Journal of Social Science* 47(2): 255–279.
- Nafsiah Mboi. 2015. “Indonesia: On the Way to Universal Health Care.” *Health Systems & Reform* 1(2): 91–97.
- Pisani, Elizabeth, Maarten Olivier Kok and Kharisma Nugroho. 2017. “Indonesia’s Road to Universal Health Coverage: A Political Journey.” *Health Policy and Planning* 32: 267–276.
- Notoatmodjo, Soekidjo and Riris Nainggolan. 1988. “Pendapat Masyarakat terhadap Pelayanan Pusat Kesehatan Masyarakat.” *Buletin Penelitian Kesehatan* 16(1): 39–48.
- Rokx, Claudia. et al. 2009. *Health Financing in Indonesia: A Reform Road Map*. Washington D.C.: The World Bank.
- Rosser, Andrew. 2017. *Litigating the Right to Health: Courts, Politics, and Justice in Indonesia*. Honolulu, Hawai’i: East–West Center.

- Sahar, Junaiti. et al. eds. 2019. *Keperawatan Kesehatan Komunitas dan Keluarga*. Singapore: Elsevier Singapore pte Ltd.
- Shihab, Ahmad Nizar. 2012. “Hadirnya Negara di Tengah Rakyatnya Pasca Lahirnya Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.” *Jurnal Legislasi Indonesia* 9(2): 175–190.
- Sumodiningrat, Gunawan. 1999. “Jaring Pengaman Sosial dan Pemberdayaan Masyarakat.” *Jurnal Ekonomi dan Bisnis Indonesia* 14(3): 1–25.
- Suryawati, Chriswardani. et al. 1998 “Kemampuan dan Kemauan Membayar Pelayanan Kesehatan pada Keluarga Nelayan di Kabupaten Jepara.” Laporan Hasil Penelitian. Semarang: Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Diponegoro.
- Tempo. 2022. “2022, Jumlah Peserta BPJS Kesehatan Ditargetkan Naik jadi 244,9 Juta Jiwa.” February 3. <https://bisnis.tempo.co/read/1557017/2022-jumlah-peserta-bpjs-kesehatan-ditargetkan-naik-jadi-2449-juta-jiwa/full&view=ok> (검색일: 2022,06,04.)
- Tjandra, Surya. 2014a. “Sistem Jaminan Sosial Nasional: Langkah Besar Gerakan Buruh Meraih Kesejahteraan dan Keadilan Sosial.” Jafar Suryomenggolo ed. *Kebangkitan Gerakan Buruh: Refleksi Era Reformasi*. Serpong: Majin Kiri.
- _____. 2014b. “The Indonesian Trade Union Movement: A Clash of Paradigms.” Jafar Suryomenggolo ed. *Worker Activism after Reformasi 1998*. Hong Kong: AMRC(Asia Monitor Resource Centre).
- Trisnantoro, Laksono. 2005. *Aspek Strategis Manajemen Rumah Sakit: Antara Misi Sosial dan Tekanan Pasar*. Yogyakarta: Andi.
- Winters, Jeffrey A. 2014. “Oligarchy and Democracy in Indonesia.” Michele Ford and Thomas B. Pepinsky eds. *Beyond Oligarchy: Wealth, Power, and Contemporary Indonesian Politics*. Ithaca: Cornell Southeast Asia

Program.

World Bank. 2006. *Inovasi Pelayanan Pro–miskin: Sembilan Studi Kasus di Indonesia*. Jakarta: Poverty Reduction and Economic Management Unit, World Bank.

Zaelani. 2012. “Komitmen Pemerintah Dalam Penyelenggaraan Jaminan Sosial Nasional.” *Jurnal Legislasi Indonesia* 9(2): 191–206.

[자료]

Profil Kesehatan Indonesia. 각년호.

Statistik Indonesia. 각년호.

World Health Statistics 2015, 2022.

제3장

베트남 공공-민간 혼합 공급 체계의 특징과 의료 불평등

백용훈

제3장 베트남 공공-민간 혼합 공급 체계의 특징과 의료 불평등

백용훈

1. 서론

고소득국가든 저소득국가든 발전 수준에 관계없이 모든 국가들은 불평등에 관심을 기울일 수 밖에 없다. 불평등이라는 현상은 분포를 의미하며 개인보다 집단을 대상으로 다룬다. 의료 불평등은 사회적으로 개인이 통제할 수 없는 상황에 의해 결정되기 때문에 구조적인 문제에 해당하며 근본적인 원인 역시 개인적 배경보다는 사회적 요인에 관심을 둔다. 의료 혹은 더 넓은 수준에서 건강에 관한 불평등은 인종, 성, 빈부격차 등과 같은 광범위한 문제와 연결된다. 대표적인 사회적 결정요인은 소득, 사회 보장, 교육, 직업, 인종, 주거, 식량 안보, 유아 발달, 사회적 포용, 의료 서비스 접근 등을 포함한다. 예를 들면, 소득 수준의 경우 빈곤이라는 사회적 결정 요인이 의료 접근을 낮추어 결과적으로 건강 불평등을 초래하게 된다는 것이다. 따라서 접근성을 높일 경우 빈곤의 문제는 근본적으로 해결하지 못하더라도 건강 불평등을 완화시

* 이 장의 Ⅱ절과 Ⅲ절의 내용은 각각 “보편적 건강보장을 향한 노정: 베트남 보건 의료 부문의 역사·문화적 맥락을 중심으로”(『동남아시아연구』 28권 1호)와 “베트남 보건 의료의 개혁: 이슈와 과제”(『국제사회보장리뷰』 겨울호 15)의 내용을 수정 보완한 것이다.

는 데 일정한 영향을 줄 수 있다(김창엽 2013: 215). 의료 접근성은 빈곤층, 소외된 지역, 그리고 도시로부터 멀리 떨어진 지역에 거주하는 사람들이 이용할 의료서비스 제공의 유형을 결정하는 핵심 요소에 해당하며 보편적 건강보장(universal health coverage)의 설계에도 큰 영향을 미친다.

특히 본 연구에서 주요 사례로 짚어볼 지리적 위치에 따른 의료 접근성은 건강 불평등 문제의 중요한 결정 요인이 된다. 베트남에서 도시와 농촌의 지리적 차이는 의료 시설과 수준에 따른 건강 격차를 유발하는 주요 이유 중 하나다. 지리적 위치에 의한 보건의료 자원의 부족에 따라 의료 이용의 접근성에 대한 한계가 발생하고 있는 것이다. 자격을 갖춘 의사와 간호사 등 유능한 의료종사자는 주로 도시 지역에서 근무하는 것을 선호한다. 농촌에 거주하는 의료서비스 이용자들은 자격이 부족한 의사로부터 상대적으로 낮은 치료를 받을 가능성이 크다. 그리고 일반적으로 영리를 목적으로 하는 민간 의료시설은 주로 대도시에 집중되어 있다. 반면 농촌 지역에서는 공공 혹은 비영리 시설이 일차보건의료를 중심으로 서비스를 제공한다.

베트남은 1986년 도이머이(đổi mới) 개혁개방 이후 사회주의 지향적인 시장경제체제로의 전환을 이행 중이며 이에 따라 공공과 민간 영역의 의료서비스가 혼합된 체계가 작동되고 있는 국가 중 하나다. 베트남에서 비국가 부문의 민간의료서비스는 1989년에 공식적으로 인정됐고 농촌 인구에게 일차의료 및 의약품 판매 서비스를 제공하며 공공 부문과 경쟁해왔다. 이 글의 목적은 혼합된 보건의료 체계를 구축하고 있는 베트남을 사례로 보편적 건강보장 가운데 특히 의료 접근성을 위한 제도적 여건들이 보완되어 온 노정과 그 의미를 추적하고 그 과정에서 나타난 의료 불평등의 양상을 파악하기 위한 것이다.

이 장의 Ⅱ절에서는 베트남 보건의료 개혁의 과정의 특징, 특히 시기별 베트남의 보건 정책 의제 설정과 주요 법제의 발전 과정을 정리하고 그 특징을 파악한다. Ⅲ절에서는 공공과 민간의 혼합적 구성 하에 베트남이 당면한 현실적 양상을 짚어보고 성과와 문제점을 진단해본다. Ⅳ절에서는 Ⅲ절에서 드러난 한계를 극복하기 위하여 실시한 두 정책, 의사의 이중 진료와 원격진료 사

례를 소개한다. V 절의 결론에서는 의료 접근성의 관점에서 공공부문이 해결하지 못하는 부분을 민간부문이 대체했을 때 발생할 수 있는 의료 불평등 현상을 검토하고 그 함의를 제시한다.

II. 보편적 건강보장을 향한 베트남의 보건의료 개혁 과정

보건 분야에 대한 방향을 결정하는 것은 각국 정부의 정치적 비전, 특히 정부의 리더십과 의지가 크게 작용한다. 그리고 자원 분배의 우선순위를 결정하기 위한 정치적 합의가 무엇보다도 중요하다(마크 브릿넬 2016: 327). 그동안 베트남의 보건의료 개혁 과정에서 드러난 특징은 깊이보다는 넓이다. 기본적인 서비스 패키지 보장과 재정적 보호보다는 건강보험의 대상 범위를 확대하는데 보다 중점을 두었다(Bui T.T. Ha et al. 2014). 베트남 인구는 2021년 기준 약 9,800만 명이다. 전체 인구 가운데 생산 가능 인구(15-64세)가 약 70%를 차지하고 있지만 65세 이상 인구 역시 6.91%로 많은 비중을 차지하며 고령화 사회로의 진입을 앞두고 있다(CIA World Factbook 2022). 베트남 국가 지도부는 인구 증가 및 변화의 양상을 주목하며 사회보장과 건강 관련 정책에 집중하고 있다.

베트남의 건강보험 프로그램은 1992년 시행령(299/1992/HĐBT)에 의해 전국적으로 실행되었다. 이에 따라 공무원, 국영기업에 종사하는 근로자, 10인 이상의 비국영기업에 종사하는 근로자, 그리고 기초생활보장 수급자(고령층)가 그 대상에 포함되었다. 건강보험을 포함한 정책 개발의 경우 베트남공산당 중앙선전위원회(Commission of Central Propaganda)가 강력한 리더십과 관리 권한을 가지고 있었다.

1980년대 후반에는 보건의료 부문에 대한 열악한 재정이 큰 문제점으로 제기되었다. 당시 중앙선전위원회에서 보건부로 파견된 책임자인 쩌각롱(Tran Khac Long) 박사는 비스마르크 모델(Bismarck Model)을 검토하였고 소득이나

사회적 지위에 관계없이 모든 사람이 기본적인 의료서비스에 접근할 수 있도록 건강자금조달시스템(health financing system)을 조직했다(Carrin 2002). 이 모델을 기초로 1989년 말부터 1991년 6월까지 하이퐁시(Hai Phong City), 꽝찌성(Quang Tri Province), 빈푸성(Binh Phu Province)에서 의료보험이 시범적으로 실시되었다.¹ 주요 대상 집단은 주로 어린이와 노령층이었다. 이 프로그램을 통해 빈곤층에 해당하는 사람들이 장비와 의약품 구매에 대한 보험료(premium)를 쌀이나 사탕수수과 같은 상품으로 지불함으로써 비용을 분담할 수 있다는 것을 보여주었다.

이러한 시범 프로젝트에서의 학습을 통해 얻은 교훈은 보건부가 주도한 1991년 건강보험에 관한 첫 번째 조례 초안을 개발하는 데 활용되었다. 하지만 이 초안은 재정적 타당성에 대한 문제로 국회의 승인을 받지 못했다. 결국 국회의 승인을 받을 필요가 없는 총리(Prime Minister) 시행령으로 수정되었고 1992년에 승인(299/1992)되었다. 시행령 승인 직후 설립된 건강보험사무소는 정책을 시행하는 데 핵심적인 역할을 수행했다. 시행령의 주요 내용은 건강보험 정책을 적용하기 위하여 대상을 공무원과 연금 수급자에게 의무화한 것이다. 서비스 패키지에는 외래 및 입원 서비스가 모두 포함되었다.

시행 초기에는 20개 성(province) 지방, 특히 빈곤 지역과 연금 수급자가 많은 지역에서 적자가 발생했다. 약품에 대한 높은 지출과 환자들의 장기간 입원이 보고되었다. 이러한 문제는 이후 서비스 요금에 관한 시행령(14/1995)과 한도 요금에 관한 시행령(17/1997)이 통과되었을 때 보건부에 의해 부분적으로 해결되었다. 1998년 시행령(58/1998/ND-CP)의 경우 건강보험의 대상 범위는 국회와 인민위원회 의원, 사회복지 대상자, 경찰과 군인의 부양가족 등이 포함되었는데, 보장이 확대되는 데에는 경제성장이 중요한 역할을 했다.

시장경제를 발전시키고 공공부문에 사용되는 자원을 늘리기 위하여 베트남

1 “Thực trạng xã hội hóa bảo hiểm y tế ở Việt Nam[베트남 의료보험의 사회화 현황].” (검색일: 2022.04.02.)

공산당과 정부는 사회동원, 분권화, 그리고 자율성에 대한 다양한 정책을 시행했다. 이러한 정책을 통해 공중보건 부문은 더 나은 장비와 기반 시설을 제공하고 의료시스템의 서비스 가용성을 높이는 데 필요한 자원을 늘릴 수 있었다. 2000년부터 2010년까지는 빈곤 감축을 위한 베트남 정부의 약속 역시 보편적 건강보험에 핵심적인 역할을 했다. 정부는 건강보험의 서비스패키지를 점차 확대했다. 약물, 검사, 진단 영상, 수술 등에 대해 건강보험이 보장하는 패키지에는 제한이 없었다.

2005년에 베트남 공산당중앙위원회는 2010년까지 인민의 건강보호 개선에 관한 당의 정책 목표를 설정했다(46/2005/NĐ-CP). 건강보험의 역할은 의료형평성을 보장하는 중요한 도구이자 의료서비스 제공을 위한 중요한 재정 자원으로 인식되었고, 보건부는 정책 과정에서 중요한 역할을 했다. 베트남건강보험사무소와 베트남 건강보험의 분리에 따라 2005년에 설립된 건강보험 부서는 정책/법률 개발을 담당했다. 관련부처, 정부기관, 지방보건부서, 그리고 국제개발 파트너(주로 세계은행, WHO, 그리고 UNICEF)를 포함하여 여러 주체가 이러한 정책 개발에 참여했다. 2005년 시행령(63/2005/NĐ-CP)에는 1개월 이상 비국영기업에 종사하는 근로자, 협동조합, 참전군인(war veterans), 빈곤층 등으로 보다 확대되었다(Lê Thị Hoài Thu 2008: 6-8).

이후 2008년 11월 14일에 건강보험법(25/2008/QH12)이 국회에서 통과되었다. 이 법은 국가 사회건강보험 프로그램(National Social Health Insurance Program)의 성격을 띠며 모든 유형의 기업 근로자(2009년), 학생(2010년), 농업 종사자(2012년), 그리고 근로자 및 조합원의 부양가족(2014년)이 그 대상으로 포함되었다. 하지만, 소수종족을 포함하여 소외 계층의 건강보험 가입률은 현저히 낮았다.

이후 베트남 정부는 보편적 건강보장을 달성하기 위한 로드맵의 일환으로 의료서비스의 질적 개선과 지속가능한 발전을 목표로 삼았고 이를 토대로 빈곤층을 건강보험 적용 대상에 포함시키는 문제에 대하여 주목했다. 그 결과 베트남 건강보험법은 2015년 1월 1일부터 전 국민이 의무적으로 가입하도록

개정(46/2014/QH13)되었다. 2015년 1월 1일부터 발효된 건강보험법(46/2014/QH13)은 기존 2008년 공포된 건강보험법(25/2008/QH12) 52개 조항 가운데 28개 조항을 수정 및 보충한 것이다. 주요 내용은 다음과 같다.

첫째, 기존에는 의무 가입과 자발적 가입으로 구분되었던 건강보험 가입 대상을 전국민에게 확대하기 위하여 “가구 단위의 의무 가입” 제도로 수정하였다. 둘째, “가구 단위”의 의무 가입제를 도입하였다. 이에 따라 법 규정상 모든 가구 단위의 구성원들은 건강보험료를 납부해야 한다. 셋째, 보건의료 비용 통제, 서비스 질 보장, 의료 정책 우선순위에 대한 대응 등 기본적인 급여 보장이 가능한 서비스 패키지(BHSP: Basic Health Services Package) 구축이다. 넷째, 1차 의료기관 등록 제도이다. 다섯째, 전국 지역별 인민위원회와 지도자들이 전국민 의료보험의 중요성을 인식하고 책임을 다하는 것이다. 여섯째, 지역 실정에 맞는 세부 추진 방안을 마련하는 것이다.

이상의 내용 가운데 인구 집단에 대한 보장성 확대와 관련하여 주목할 점은 가구(Hộ gia đình)라는 용어가 법 문서에 새롭게 등장한 것이다. 개정법 제 2조 7항의 내용을 살펴보면, “건강보험 가입 가구는 호적 혹은 임시 거주 기록증에 이름이 있는 모든 사람을 포함한다(Hộ gia đình tham gia bảo hiểm y tế bao gồm toàn bộ người có tên trong sổ hộ khẩu hoặc sổ tạm trú)”라고 명시하고 있다(백용훈 2018).

〈표 3-1〉 베트남 건강보험 등록률과 주요 정책(1989-2025)

	시기	등록률	주요 정치경제적 사건	건강보험 관련 주요 정책
국민건강보험법	1989	—	국민건강보호법(Law on People health protection)	의료 시설이 부분 사용자 수수료 징수를 허용하는 결정문 45
	1990	—	정부가 건강보험 관련 파일럿 프로젝트(pilot project) 허용	8개 지방(provinces)에서 건강보험 시범 운영
	1992	4%	헌법이 건강 형평성 달성에서 건강보험의 중요한 역할 강조	건강보험에 관한 시행 299/1992, 베트남 건강보험 사무소(VHI) 설립
베트남건강보험사무소(VHI) 설립	1993	—	민간 의료 행위(private medical practice)에 허용	—

	시기	등록률	주요 정치경제적 사건	건강보험 관련 주요 정책
베트남건강 보험사무소 (VHI) 설립	1994	—	—	취학 아동을 위한 자발적 건강 보험 정책, 외래 환자에 대한 행위별수가제 및 입원환자에 1일 요금에 대한 정책, 유공자 특별지원 방침 사용자 요금에 대한 정책(입원 치료 면제 포함)
	1995	—	—	
	1996	—	의료 사회화(socialization in healthcare)에 대한 당 정책	—
	1998	23%	—	건강보험에 관한 시행령 (58/1998/ND-CP)
	1999	—	—	건강보험 지불에 대한 정책
	2001	—	—	퇴직자 본인부담금 폐지 방침
	2002	—	건강보험 기관을 VSS로 병합 병원 자율성에 관한 시행령 10/2002 빈곤층을 위한 의료 기금(HCFP) 에 대한 결정(139/2002/QĐ-TTg)	
	2005	46%	새로운 상황에서 인민의 건 강 보호 개선에 관한 당 정책 (46/2005/NQ)	건강보험에 관한 시행령 (63/2005/ND-CP) 보건부 건강보험 부서 설립
	2006	—	병원 자율성에 관한 시행령 (43/2006)	
낮은 보장 범위, 높은 이용자부담금 (OOPs)	2008	—	국화: 사람들의 건강 관리의 질을 향상시키기 위한 사회 정책의 시 행을 가속화하기 위한 정책	유사빈곤층에 대한 건강보험료의 50% 이상을 허용하는 정책 건강 보험에 관한 법률 공포
	2009	60%	—	건강보험에 관한 법률 시행을 안 내하는 시행령(62/2009/ND-CP)
	2012	66%	새로운 상황에서 건강보험을 홍 보하기 위한 당 정책(38/CT-TW) 빈곤층을 위한 건강관리에 관한 결정(14/2012) 개정 2012-2020 기간 건강보험 작업 을 위한 공산당 지도력 강화에 관 한 당 정책(21-NQ/TW)	—

	시기	등록률	주요 정치경제적 사건	건강보험 관련 주요 정책
보편적 건강 보험을 향한 로드맵	2013	—	2012–2015 및 2020 보편적 건강 보험 로드맵에 대한 결정 (538/QĐ–TTg)	2013–2020 병원 과밀화 감소 계획 (92/QĐ–TTg), 2013–2020 위성 병원 프로젝트(774/QĐ– BYT),
	2014	70%	—	환자 소개(추천, referral)에 관한 규정(14/TT–BYT)
	2015	72%	—	—
	2016	—	건강보험 적용 대상 조정 (1167/QĐ–BYT)	—
	2021	91%	—	—
	2025	95%	—	—

출처: 백용훈(2018), Takashima et al.(2017), Bao Dien tu Chinh Phu(2020)을 토대로 저자 작성.

III. 베트남 보건의료 부문의 사회화 과정과 특징

1. 공공-민간 혼합 공급 체계

1978년 세계보건기구의 일차보건의료에 관한 알마아타(Alma Ata) 선언은 개발도상국에서 건강보장이 확대되는 데 큰 영향을 미쳤다. 이 선언 후 많은 나라는 기초 보건의료에 대한 접근성은 물론이고 보편적 보장과 형평성 등을 지향하게 되었다(김창엽 2018: 76). 하지만 2007년 시작된 글로벌 경기 침체로 인해 대부분의 국가에서 의료비 지출에 대한 각국 정부의 예산에 큰 영향을 미쳤고, 대부분의 개발도상국은 일차보건의료에 필요한 재정, 인력, 시설 등을 보급하고 확충하는 데 어려움을 겪었다. 이는 곧 공공과 민간 영역을 각각 지지하고 강조하는 양측의 논의를 촉발시켰다.

특히 학계와 정책 입안자들은 저소득과 중간소득 국가에서 민간부문의 역할에 주목했고 관련한 열띤 논쟁이 이루어졌다(Hanson et al, 2008). 이 논의는

전반적으로 공공의료의 이용 가능성을 높여야 한다는 입장과 공공의료서비스를 이용할 수 없는 환경에 처한 사람들에게 민간 의료시설이 치료를 제공해야 한다는 것을 강조하는 입장으로 구분된다. 민간부문의 역할 확대를 찬성하는 사람들은 시장의 힘이 의료서비스의 효율성과 대응성을 향상시킨다고 주장한다. 반대로 공공부문을 강하게 옹호하는 사람들은 민간부문의 불평등과 예방적 의료서비스 공급의 한계를 지적한다.

베트남은 일당제로 공산당이 국가를 통치하는 사회주의 국가이다. 1986년 도이머이 이전에는 베트남 정부가 치료를 포함한 모든 의료서비스 활동을 제공하고 자금을 지원했다. 다른 동유럽과 중앙아시아에 위치한 대부분의 국가들과 마찬가지로 베트남은 1980년대 후반 소련의 붕괴 이후 경제 위기를 겪었고, 그 결과 해외로부터의 원조가 중단되었다. 이는 곧 무상의료에 타격을 가해 정부가 모든 의료 활동에 자금을 조달할 수 있는 역량에 제약이 가해졌다. 1990년대 초 건강부문은 악화되었고 모든 공공서비스에 대한 자금 조달의 수준 역시 감소할 수밖에 없었다.

베트남 정부는 1989년 이후 공립 병원의 자율성 증진, 사회건강보험 도입, 면허와 치료 품질 규제 강화 등 일련의 적극적인 개혁을 실시했다. 보건부(Bộ Y Tế)의 법제처(Vụ Pháp chế)에서는 많은 법률의 개발을 지휘했다. 대표적인 예가 1989년 국민건강보험법(Luật Bảo vệ sức khỏe nhân dân, 21-LCT/HĐNN)이다. 이 법은 베트남 최초의 보건법이며 보건 분야에서 법에 의한 국가 관리 사고의 발전을 위한 토대가 되었다. 이 법의 제3조에서는 국가의 책임을, 제4조에서는 국가 기관, 생산 및 경영 시설 등의 책임을, 그리고 제5조에서는 사회조직의 책임을 명시하고 있다.

제3조 국가의 책임에 따르면, 국가는 인민의 건강을 돌보고 보호하며 증진한다. 보건부는 질병 예방 및 관리 시스템의 품질과 개발, 건강 진단 및 치료, 의약품 및 의료 장비의 생산과 유통, 의료 및 제약 전문 지식에 대한 전문성에 관한 규정을 실현하는 일을 검사한다. 각 인민의회는 예산의 적절한 비율을 인민의 건강을 보호하는 데 지출해야 한다.² 제4조 국가 기관과 국가 및 민간

사업 시설은 능력에 따라 돈과 능력을 기부하여 사람들의 건강을 돌보기 위한 책임이 있다는 점을 명시하고 있다. 제5조 사회조직의 책임에 따르면, 베트남 조국전선, 노동총연맹, 여성연합 등이 인민의 건강보호 사업에 적극적으로 참여하고 베트남 적십자사 역시 사람들에게 상식적인 의료 지식을 전파하고 사람들을 동원하여 건강을 유지하기 위한 조치를 실시할 것을 강조하고 있다.

이 법을 토대로 이후 다른 법률의 개발이 이어졌다. 2005년 약학법, 2006년 HIV/AIDS 예방 및 통제에 관한 법률, 2006년 인체 장기 및 조직의 기증·채취·이식과 시신 기증에 관한 법률, 2007년 감염병 예방 및 관리에 관한 법률, 2008년 건강보험법, 2009년 건강검진 및 치료에 관한 법률, 2010년 식품안전법, 2012년 담배의 유해 영향 방지 및 통제에 관한 법률, 그리고 2014년 건강보험법 개정 등 의료 분야와 관련하여 발생하는 사회적 관계를 규제하기 위해 법률 시스템을 획득했다.

정부는 보건의료 개혁과 함께 사회화 정책을 실시했다. 사회화 정책이란 “이용 가능한 사회의 모든 자원”을 동원하여 국가와 사회가 비용과 책임을 분담하도록 하는 이니셔티브를 의미한다(Le et al, 2020: 4). 1989년부터 보건의료부문에 대한 보조금을 줄이고 민간부문이 서비스이용료 등을 이용하여 자원을 재량적으로 동원할 수 있도록 제도를 개혁했다. 주요 사회화 정책은 대표적으로 다음 4개의 정책 문서를 통해 확인할 수 있다. 서비스 이용에 대한 사용자 부담금 제도 도입과 민간의료 공급의 합법화(45-HDBT, 1989년), 사회건강보험제도 도입(299-HDBT, 1992년), 공공병원의 재정자율성 증대(10/2002/NĐ-CP, 2002년), 그리고 민간의료부문과 의약품 시장 법제화(11/2007/TTLT-BYT-BTC-BCT, 2007년)에 관한 문서다. 즉, 의료부문을 국가가 전적으로 담당하지 않고 민간 영역에 이양한다는 것이다.

1989년 서비스 이용에 대한 사용자 부담금 제도 도입과 민간의료 공급의

2 베트남법률도서관 인터넷사이트. “Luật của Quốc Hội số 21-LCT/HĐNN8 ngày 30/06/1989 về Bảo Vệ Sức Khỏe Nhân Dân[인민의 건강 보호에 관한 1989년 6월 30일 21-LCT/HĐNN8 국회법].” (검색일: 2022.04.09.)

합법화(45-HDBT)에 관한 결정문은 다음과 같은 내용을 포함한다. 국가 의료 시스템의 건강진단 및 치료시설은 환자의 서비스 조건을 개선하기 위해 병원비의 일부를 징수할 수 있다. 병원비에는 건강 검진, 병상, 간호, 의약품, 혈액, 검사, 엑스레이 필름 및 기타 서비스(입원 및 외래 진료)가 포함된다. 서비스 이용 요금에 대한 징수, 면제, 감면 대상은 혁명에 공로가 있는 사람, 참전군인, 선열, 장애인, 정신질환, 노환, 소수종족, 보조금 대상자, 퇴직 및 업무 능력을 상실한 공무원, 만 18세 미만의 부모, 5세 미만 어린이 등이다.

1992년에는 사회건강보험제도 도입에 관한 시행령(299-HDBT)이 발표되었다. 건강보험은 개인, 집단, 그리고 사회 공동체의 기여를 동원하고 건강 진단과 치료의 질을 향상시키기 위하여 국가가 조직하고 관리한다고 명시하였다. 이후 2002년 1월 16일에 정부는 수익이 있는 사업 단위에 적용되는 재정제도를 규정하는 시행령을 발표했고, 2006년 4월 25일 정부는 2002년 시행령을 대체하는 시행령(43/2006/ND-CP)을 발표했다. 이는 의료를 포함한 여러 부문의 관리 및 조직 개혁을 시장 경제에 적합한 정책으로 전환한 것이다. 기존 2002년 시행령은 수익이 있는 의료시설에만 재정적 자율성을 부여했지만 2006년 시행령은 공공부문에까지 완전한 자율성을 부여했다(베트남보건전략정책연구원 2007).

정부는 2005년 교육, 의료, 문화 및 스포츠 활동 등 주요 공공서비스의 사회화(socialization)를 더욱 촉진시키기 위한 정부 결의안(05/2005/NQ-CP, 2005년 4월 18일)을 발표했다. 이 결의안에는 대부분의 공립병원은 보조금 없이 자치 메커니즘에 따라 공공서비스를 제공하는 동시에 민간병원의 발전을 포함하여 민간 수준의 건강진단 및 치료시설을 발전시키는 계획이 담겼다. 국가는 건강에 관한 정책과 법률을 정립하고 집행하는 데 중추적 역할을 수행한다는 점을 보여주기 위해 예산을 확보하려고 했지만 충분하지 않았고 결국 국가는 사회 자원, 특히 투자를 동원하기 위한 사회화 작업을 추진했다. 이 정책은 의료진, 의료 집단, 그리고 국가의 이익을 조화시키기 위한 물질적 이익과 경제적 수단에 기반을 두고 있다. 공공의료시설에 대한 재정적 자율 메커니즘

을 구축, 환자 서비스의 질과 태도 개선, 민간의료의 발전, 보편적 건강보험의 점진적 구현을 이행하기 위한 것이다.

병원 재정자율성 시행이 의료서비스 공급과 이용에 미치는 영향에 관한 베트남 보건전략정책연구원의 평가에 따르면, 이 사회화 정책은 병원의 자율경영체제로의 이행에 따라 서비스의 질과 가격을 포함하여 국민의 의료서비스 접근능력에 영향을 미치고 있다. 재정적 자율성은 곧 일부 공립병원이 환자를 계속 유치하려는 과정에서 장비 배치의 과밀 등 많은 문제를 야기했다. 한편, 사회화는 건강검진과 치료 분야에 집중되고 있지만 영리를 이유로 예방 분야에서는 거의 추진되지 않고 있다. 공립병원에서 환자 서비스 태도 문제, 의료 윤리 문제 등은 민간 부문보다 더 많이 발생한다(베트남 보건부 2014).

2. 성과, 부작용, 해결책

병원 재정의 자율성은 다음과 같은 결과로 나타났다(MOH 2011). 첫째, 정부 예산, 건강보험 지불 및 사용자 비용을 포함한 총 병원 수익의 상당한 성장이 이루어졌다. 2005년과 2008년 사이에 병원 수익은 중앙(central)병원에서 3배, 성급(provincial) 병원에서 2.9배, 현급(district) 병원에서 2.5배로 증가했다. 대부분의 성장은 사회건강보험 지불에서 비롯되었다. 둘째, 병원, 특히 의료 장비에 대한 자본 투자가 증가했다. 2005년부터 2008년 사이에 의료 서비스 범위는 중앙병원에서 17%, 성급 병원에서 14%, 현급 병원에서 16% 증가했고, 같은 기간 병원 진료 및 입원 건수는 약 1.4배, 약 1.3배 증가했다. 셋째, 공공 병원 의료진의 수입이 증가했다. 병원 직원 1인당 평균 추가 소득은 대부분의 병원에서 월 급여보다 높았다. 중앙병원 1.3배, 성급 1.4배, 현급은 절반 수준으로 다양했다.

하지만 동시에 예상치 못한 결과가 확인되었다. 우선, 의료 시설에서 발생하는 수입을 첨단 장비와 편의 제공을 위한 투자에 활용함으로써 풀뿌리 수준의 의료 시설, 특히 예방적 의료서비스를 위한 질적 향상보다는 수익을 창출

하는 데에만 몰두했다. 이러한 조치는 결국 치료 분야와 시장성이 높은 전문 분야에만 실제로 효과적이었다. 즉, 재정적 자율성과 사회화 메커니즘은 사회경제적으로 취약한 지역과 대도시 간의 의료 불평등을 오히려 심화시켰다(MOH 2016).

다음으로, 의약품, 검사 및 의료서비스가 부적절하게 사용되고 있고 일반적인 의약품 대신 혁신적인 브랜드 사용, 약물 남용, 항생제 과잉 공급, 의료 시설 전반에 걸쳐 불필요한 건강 지출이 발생하고 있다. 행위별 수가제는 여전히 널리 사용되는 반면 의료서비스 및 의약품 수량 및 가격 관리를 위한 효율적인 메커니즘이 아직 없기 때문에 의료비용의 불가피한 증가로 이어졌다.

끝으로, 현재 베트남의 시스템에서 확인된 문제는 하급 병원의 우회, 중앙 및 성급 수준의 병원 과부하, 총 의료비 증가, 지속적으로 높은 수준의 본인 부담금이다. 건강보험료와 사용자 수수료는 공립 병원의 주요 재원이었고 중앙 및 성급 수준의 병원이 더 좋은 수익을 내는 것으로 나타났다. 명목상 상당한 자율성에도 불구하고 병원은 대부분의 인적 자원 및 투자 결정에 대해 지방(local) 혹은 중앙 정부 관료의 승인이 필요하다. 결과적으로 지방병원들은 자금난과 인력 유치의 어려움을 겪고 있고 이러한 양상은 결국 서비스의 질 저하에 따라 하위 수준의 병원을 우회하고 중앙 및 성급 병원으로 환자들이 몰리는 과부하 현상으로 나타났다. 정리하면, 병원 재정의 자율성 등 일련의 개혁 과정을 통해 도시에 위치한 병원은 그 이점을 충분히 누릴 수 있었지만 하위 수준의 지방 의료시설은 상대적으로 불리한 상황에 처했다.

이러한 부작용으로 인한 베트남 보건의료체계의 주요 문제는 다음과 같다. 첫째, 중앙 및 성급 병원의 입원환자 과부하와 병상 부족이다. 건강보험법에 따라, 의료서비스를 이용하고자 하는 환자들은 행정적으로 설정된 지리적 경계나 시설의 기술 수준과 관련된 제한 없이 모든 의료 시설에서 의료서비스를 받을 수 있다. 이러한 정책은 거주지 인근 지역 병원의 활용도가 낮아지고 하급 의료기관을 우회하고 상급, 특히 중앙병원에서 진찰과 치료를 받는 것을 선호하면서 대도시에 위치한 중앙병원이 과밀화되는 결과를 낳았다.

2007년 기준 중앙병원의 병상 점유율은 132%에서 200% 사이였는데, 이중 50% 이상은 더 낮은 수준에서 치료 가능한 환자들이었다. 2012년 기준 공공 병원의 병상 점유율은 2012년 100.5%에서 99.4%로 감소했지만 중앙 수준의 비율은 112.5%로 높은 수준이었다. 국립 소아과병원, 호찌민시 중앙병원, 찌러이(Cho Loi) 병원, 호찌민시 소아과 1, 2 병원, 중앙산부인과병원 등 주요 위탁 병원의 점유율은 120%가 넘는 반면 지방(district) 병원의 병상 점유율은 60% 수준에 불과하다(MOH 2016).

이러한 원인은 크게 다음과 같다. 첫째, 하급 병원이 서비스를 제공할 수 있는 역량이 부족하기 때문이다. 지방(district)의 병원은 전체 의료서비스 항목 중 일부만 제공할 수 있는 것으로 나타났다. 둘째, 재정 메커니즘과 지불 방법의 경우 하급 병원이 더 나은 품질의 서비스를 제공하도록 지원하거나 장려하지 않았다. 하급 병원은 상급 병원과 비교하여 더 저렴한 가격을 제공하면서도 동일한 서비스를 제공해야 하는 압력에 직면했고, 의료 재정의 자율화 이후 저렴한 가격의 경쟁은 서비스 품질에 부정적인 영향을 미쳤다.

둘째, 보건 인력의 불평등한 분포와 인력 공급의 어려움이다. 보건 인력과 관련하여 확인된 주요 문제는 의료 종사자의 불균등한 분포와 산악지역과 접근이 어려운 지역으로의 보건 인력 공급이 어렵다는 것이다. 병원의 인적자원 관리, 특히 공립병원의 보건 직원 및 보건 관리자의 채용과 관련된 두 가지 법률이 있는데, 노동법과 공무원 및 피고용인에 관한 법률(the Labor Law and the Law on Public Officers and Employees)이 그것이다. 노동법은 의료 직원을 고용하고 계약하는 병원 관리자의 권리를 규율하는 반면 공무원 및 직원에 관한 법률은 국가 조직에서 의료 직원 및 의료 관리자의 채용 및 승진을 규제한다.

보건 전문가의 역량과 관련된 기타 규정은 전문 진료 면허 조건에 관한 보건부의 시행령(Circular 41/2011/TT-BYT)과 보건시설의 보건 전문가에게 필요한 지속적인 서비스 교육을 지정하는 시행령(Circular 22/2013/TT-BYT)이다. 또 다른 정책으로는 하위 수준의 의료 시설에 대한 역량을 지원하고 강화하

기 위하여 마련한 의료전문가 순환 메커니즘에 관한 보건부의 결정(Decision 1816/2008/QĐ-BYT)이 있다. 이 정책 문서에 따르면 상위 병원의 의사는 기술 이전, 교육을 제공하거나 하위 병원에서 이전에 없었던 할당된 서비스를 제공 하기 위하여 하위 병원에서 최소 3-6개월 동안 순환을 해야 한다는 것이다.

끝으로, 총 의료비 증가와 지속적으로 높은 수준의 환자 본인 부담금이다. 건강에 대한 총 지출 증가와 지속적으로 높은 본인 부담 지출 역시 개인에게 부담이 되고 있다. 총 의료 지출은 1998-2008년 기간 동안 평균 9.8%의 비율로 증가했고, 이는 평균 GDP 성장률인 7.2%보다 높았다. 아래 <표 3-2>의 자료에 따르면 건강에 할당된 정부 예산의 비율은 꾸준히 증가하고 있다. 하지만, 사회건강보험에 대한 지출 증가에도 불구하고 <표 3-3>의 본인 부담금의 비율은 상당히 높은 수준이다. 즉, 아래 <표 3-2>와 <표 3-3>은 보편적 건강보장을 위하여 GDP 중 의료비 지출과 정부 지출 중 의료비 지출이 모두 증가했지만 동시에 개인의 의료비 지출 부담 역시 크다는 점을 확인시켜 준다.

이러한 상황은 의료비 지출이 각 가구에 심각한 부담이 될 수 있고 동시에 의료보장성이 약한 베트남의 현실을 보여주는 지표로 이해할 수 있다. 그리고 이러한 지출 증가의 주요 동인은 바로 의료비의 증가 때문이다. 이러한 상황은 인구의 대다수인 저소득층에게는 더욱 부담이 될 수밖에 없다. 2010년 자료에 따르면, 빈곤층을 위한 건강보험에 가입한 사람들의 30%가 여전히 재난적 의료비 지출에 직면해 있는 것으로 추정됐다(MOH 2016).

<표 3-2> 베트남 정부의 보건 분야 지출 추이

(단위: %)

	2000	2005	2010	2015	2016	2017	2018	2019
GDP 중	3.82	4.01	4.70	4.57	4.52	4.71	5.03	5.25
정부 지출 중	7.49	7.15	7.85	7.90	9.64	10.09	10.22	10.07

자료: WHO, “Data,” (검색일: 2022, 04, 09.)

〈표 3-3〉 베트남의 본인부담금(OOPS) 관련 지표

(단위: \$, %)

	2000	2005	2010	2015	2016	2017	2018	2019
PPP*	35.84	56.23	94.07	150.0	165.8	191.2	220.2	240.1
US\$**	7.04	13.06	29.43	51.25	55.30	63.21	72.73	77.62
OOPS/CHE(%)***	37.19	37.27	37.42	43.48	44.57	45.09	44.58	42.95

*: Out-of-pocket Spending(OOPS) per capita in PPP Int\$(1인당 본인부담금, PPP)

** : Out-of-pocket Spending(OOPS) per capita in US\$(1인당 본인부담금, US\$)

***: Out-of-pocket Spending as percentage of Current Health Expenditure(CHE)(%)
(의료비 지출[CHE] 중 본인부담금 비율)

자료: WHO, “Data,” (검색일: 2022, 04, 09.)

이러한 문제를 해결하기 위하여 베트남 보건부는 ‘하급 병의원 지도활동(Chi đạo tuyến)’이라는 큰 틀 하에서 다양한 프로그램을 이행 중이다. 보건부 문서에 따르면, 이 활동은 상급 의료시설이 하급 병의원에 대해 교육, 기술이전, 상담, 그리고 인적자원 등을 지원하는 것을 의미한다. 즉, 이 활동의 주요 목표는 일차의료가 지역사회에 원활하게 제공될 수 있도록 상급의 공공 의료시설이 보다 낮은 수준에 있는 병의원을 지원하는 것이다(Bo Y Te and JICA 2014). 이 활동의 규정은 1997년에 보다 명확해졌고 이후 각 병원에서 실시해야 할 주요 과제가 되었다.

1998년 보건부장관은 베트남 북부의 중앙병원에 해당하는 바익마이(Bach Mai) 병원을 시범 병원으로 지정했고(Ohara and Ikari 2002), 보다 상세한 규정이 개발되었다. 하급 병의원 지도활동은 2010년 보건부 결정(4026/QĐ-BYT)에 따라 6개 부문으로 구성되어 있고(Bo Y Te and JICA 2014), 중앙병원(Level 1)에는 하급 병의원 지도활동을 위한 교육센터가 있다. 2013년에 베트남 총리는 2020년까지 상급 병원의 과밀화를 줄이기 위한 목표를 세웠는데, 당시 120%를 초과했던 하노이와 호치민시 중앙병원의 입원률 목표치를 100% 이하로 만드는 것이 목표였다(92/QĐ-TTg). 또한 환자의 대기시간을 줄이기 위하여 의사가 매일 진찰할 수 있는 환자 수를 제한했다. 그리고 병상 수를 늘리기

위하여 가정 방문 의사(family doctors) 제도 도입 등의 사업이 진행되었다.

상급 병원의 과밀화를 제어하기 위한 가장 대표적인 사업 중 하나는 위성 병원 프로젝트(774/QD-BYT, 2013-2020)다. 이 프로젝트의 목적은 기술이전 등을 통해 지방병원의 진단 및 치료기술과 역량을 높이기 위한 것이다. 1단계 (2013-2015년)에서는 5개 전문 분야, 즉 종양학, 외상학, 심장학, 산부인과, 소아과가 우선적으로 지정되었다. 이 시기에는 보건부, 호찌민시 보건국에 소속된 14개 주요 병원의 위성병원으로 48개 성급 병원에 대한 투자를 우선적으로 진행했다. 2단계(2016-2020년)에서는 내분비학, 신경학, 혈액학, 그리고 감염병 등의 분야가 추가되었다.

2014년에는 환자 소개(referral), 즉 의료기관 간 환자 소개 및 정보 관리에 관한 규정이 발표되었다(14/TT-BYT). 이 규정은 하급 의료시설의 자원(시설, 장비, 진단 및 치료)이 부족한 문제를 극복하는 동시에 상급 병원으로 환자가 집중되고 과밀화되는 것을 통제하기 위한 방안이다(Kanchanachitra et al, 2011).

IV. 의료접근성 증진 사례: 의사의 이중 진료와 원격진료

1. 의사의 이중 진료

저소득국가의 경우 정부가 보건의료공급자로서 혹은 재정지원자로서 어느 정도까지 책임을 져야 할 것인가에 대한 논쟁이 진행되고 있다. 보편적 건강보장을 구축하고 달성해나가기 위해서는 공공부문과 민간부문 간의 협력이 필요하다(마크 브렛널 2016: 329). 저소득국가와 중간소득국가의 정부는 민간 부문의 참여를 장려하여 공공의료 시스템을 보완하고자 한다(Cheng et al, 2013). 많은 국가에서 보건서비스 제공의 공공-민간 혼합은 의료 종사자가 공공과 민간의 관행을 결합할 수 있는 기회를 창출했다(Russo et al, 2014). 의사의 이중 진료는 노동 시장과 의료시스템에 영향을 미치고 보편적 건강보장을

달성하기 위한 노력에도 영향을 미칠 수 있는 것으로 이해된다. 보건서비스에 대한 접근, 형평성, 그리고 공중보건 의료시스템에서 환자가 받는 치료의 질에 직접적인 영향을 미치기 때문이다(McPake et al, 2016).

베트남에서도 공공보건 관련 의제 가운데 공공과 민간 시설에서 의사의 이중 진료 문제가 큰 이슈 중 하나였다. 의사의 공공-민간 관행은 크게 세 가지가 존재한다. 가장 인기 있는 유형은 공공병원 밖, 즉 의사 자신이 소유하거나 투자하지 않은 민간부문이 소유한 의료 시설의 개인 진료이다. 두 번째로 인기 있는 유형은 의사가 소유하거나 투자한 의료기관에서 개인 소득을 올리는 경우가 있다. 끝으로 공공병원 내부에서 의사들이 개인 진료를 보는 경우도 있지만 외부 시설에서의 관행에 비해서는 적은 편이다. 이러한 공공-민간 시설에서 행해지고 있는 의사들의 이중 진료는 의사의 소득뿐만 아니라 의료서비스 제공과 건강관리 시스템의 구조에 영향을 준다(Russo et al, 2014).

보편적 건강보장을 달성하기 위하여 베트남 정부는 공공병원을 개혁하고 민간 부문의 발전을 장려하는 정책에 주목한다. 베트남 병원의 87%가 공공 부문 소유이지만(MOH 2016), 이들 중 많은 병원들이 공공 및 민간 의료서비스를 모두 제공한다. 공공병원에서의 공공 및 민간 서비스는 외형상 유사하지만 일정한 차이가 있는데 주요 차이점은 해당 서비스를 제공하는 데 사용되는 시설과 장치의 소유권이다. 정부가 공공병원용 장비를 구매하고 의사들에게 월 급여를 지급하기 때문에 공중 보건서비스의 가격은 소모품과 시설 및 장비 비용만으로 구성된다.

반면 민간 의료서비스의 가격은 장비 감가상각비와 인건비를 포함하기 때문에 공공 서비스보다 가격이 높아질 수밖에 없다. 의사가 민간서비스를 제공할 경우에는 제공된 서비스 양에 따라 추가 수입을 받게 되고, 공공병원에서 제공되는 민간의료서비스의 수익은 자율 기금에 추가되어 자본 재투자 및 병원 직원 인센티브에 사용된다. 국민건강보험은 의료서비스에 대한 공적 가격을 보장하기 때문에 환자는 개인서비스를 이용할 때 더 높은 공공부담금을 지불하게 된다(Do et al, 2014).

뿐만 아니라 정부는 완전한 민간 의료시설(fully private health facilities)의 발전을 더욱 장려한다. 전국에는 약 30,000개의 민간 진료소(private clinics)와 169개의 민간병원이 있는데 이들은 공공병원에 비해 규모가 작고 다양한 서비스를 제공한다. 이들은 외래환자 서비스의 60%를 수행하고 주로 영상 및 랩 서비스에 중점을 두며 가장 복잡한 수술의 90% 이상은 공공병원, 특히 국립 병원과 전문화된 지방 성급(provincial) 병원에서 수행된다. 민간 시설은 새로 지어진 건물에 있는 경향이 있으며 현대적인 장비, 짧은 대기 시간, 보다 고객 친화적인 직원의 특징이 있다(MOH 2016).

의사의 이중 진료는 공공부문 환자를 위한 의료서비스의 질과 접근에 긍정적인 영향을 미칠 수 있다. 의사의 이중 진료로 인해 저위험 환자는 민간 의료시설에서, 고위험 환자만 공공 의료시설에서 치료하는 상황이 마련될 경우 (Barros and Olivella 2005), 공공 의료시설로 환자들이 몰려드는 혼잡을 줄일 수 있고 이에 따라 공공 의료시설에서의 치료를 필요로 하는 환자들은 더 나은 접근과 양질의 치료를 제공받을 수 있다(Delfgaauw 2007). 의사의 이중 진료는 또한 보건의료를 위한 자원 문제와 공공의료시스템의 자금 조달 문제와도 관련이 있다(McPake et al, 2016). 공공 의료시설의 의사가 민간 진료소에서 추가 시간을 근무할 수 있도록 허용할 경우 의사 노동력이 제한된 수준에서 의사 근무 시간의 총 공급과 생산성을 증대할 수 있으며 저소득 및 중간소득 국가들의 증가하는 의사 부족 문제를 완화시킬 수 있다. 또한 민간 의료시설에서 추가 소득은 공공 의료시설에서의 상대적으로 낮은 소득을 보충해주기 때문에 공공부문에서 더 경험 많은 의사를 유치하는 데 도움이 될 수 있다 (Ashmore and Gilson 2015).

하지만 이중 진료에 따른 부작용 역시 존재한다. 공공 병원을 이용하는 환자의 대기 시간은 민간 병원보다 긴 경우가 많다(Morga and Xavier 2001; Shmueli and Savage 2014). 이러한 문제는 이중 관행을 실천하는 의사가 공공 부문보다 시간당 소득이 더 높은 민간 시설의 시간과 자원을 전용하기 때문에 발생할 수 있다(Johannessen and Hagen 2014). 또한 이중 진료를 하는 의사

는 공공 의료시설을 찾는 환자들이 민간 의료시설에서 치료를 받도록 권장하기 위하여 의도적으로 공공시설에서 질적으로 낮은 진료를 제공하기도 한다(Hipgrave and Hort 2014). 이러한 점을 고려해 볼 때 의사의 이중 진료로 인하여 공공부문이 오히려 악화되는 현상을 만들 수 있다. 다시 말하면, 의사의 이중진료 제도가 접근성 자체는 높일 수 있는 반면에 공공부문의 약화로 이어지는 부작용이 존재할 수 있는 것이다.

2. 원격진료

2020년 6월 3일 총리는 2025년까지 국가 디지털 혁신 프로그램 및 2030 비전을 승인(749/QĐ-TTg)했고, 이에 근거하여 보건부 장관은 2020-2025년 기간 동안 “원격 의료 검사 및 치료” 프로젝트를 승인하는 결정문(2628/QĐ-BYT)을 발표했다. 이 결정문의 기본적인 목표는 모든 의료 시설은 지속적으로 전문적인 지원을 받고, 모든 시민은 상시 의료 지원을 받는다는 것이다.

이 프로젝트의 실행은 코로나19 감염병의 복잡한 과정에서 다음과 같은 긍정적인 성과를 보여주었다. 첫째, 사회적 거리두기 조치를 시행하여 감염병을 예방 및 통제하는 과정에서 건강진단 및 치료를 위하여 각 의료시설에 사람들이 집중되는 문제를 줄였다. 둘째, 농촌과 고산지역 등 빈곤층의 의료 서비스에 대한 접근성을 증가시키고, 건강검진과 치료비에 대한 비용을 절감시켜주었다. 끝으로, 지역병원과 보다 우수한 진료 및 치료 서비스를 제공하는 중앙병원 간 네트워크를 개발하는데 기여했다. 이 프로젝트를 통해 보건부는 하노이와 호찌민시에 위치한 보건부 소속 상급 병원에 네트워크를 구축하도록 지시했다. 그리고 보건부는 비엠텔(Viettel) 군통신 그룹과 협력하여 기반 시설을 업그레이드하고 활동의 연결 및 배치 요구사항을 충족하기 위해 병원에 정보 기술 장비를 설치하는 데 투자했다.

시행 1년 후 상급 병원 가운데 78%에 해당하는 32개의 병원들이 원격 건강진단 및 치료 시스템을 개설했다. 비엠텔 네트워크와 줌(Zoom) 소프트웨어를

이용하여 1,500개 하급 병원이 연결되었다. 베트남-독일 친선 병원은 원격 상담, 진료 그리고 수술을 실시했고, 바익마이(Bach Mai) 병원은 351개의 하급 병원과 연결하여 상담에 참여하였으며, 호찌민시 중앙이비인후과병원 등은 매주 목요일에 정기적으로 하급 병원들과 상담을 가진 것으로 나타났다.

이 프로젝트는 대도시뿐만 아니라 지방에서도 이행되었다. 중남부에 위치한 빈딘(Binh Dinh) 지방에서는 코로나19 관련 검사 및 치료를 위한 원격진료 지원플랫폼(Telehealth)이 촉진되었다. 이 플랫폼을 기반으로 건강검진과 치료를 전개하기 위하여 성(province) 내 종합병원, 전문병원, 보건소에 화상회의 관련 장비를 갖추었고, 특히 지방 종합병원은 상급 병원과 상담을 진행했다. 이를 통해 지방에 위치해 있어도 우수한 의사에게 접근할 수 있고 성급 종합병원이 보건소와 기타 병원과 같은 하급 병원들과 협의할 수 있는 기반을 마련하였다. 하급 의료기관은 상급 의료시설의 전문가들과의 상담을 통해 부족한 의료 기술을 보완할 수 있고, 환자 역시 위급한 상황에서 비용을 줄이고 시간을 절약할 수 있다(Dang Bo Tinh Binh Dinh 2022). 즉, 의료서비스에 대한 접근성과 이용 가능성이 크게 향상되었다. 보건부는 어려움과 문제를 해결하고 건강검진 및 치료에 관한 법률과 건강보험법을 개정하기 위한 방안을 검토 중이다(DCSVN 2021).

원격진료는 민감한 영역이다. 앞서 언급했듯이 중증 환자의 경우 이동에 드는 시간과 비용 절감, 환자 소개(referral)와 대기시간 등의 장벽 제거 등을 통해 의료 접근성을 높일 수 있는 장점이 있다. 그리고 지리적으로 제한된 위치에 거주하는 그리고 사회경제적으로 취약한 계층은 원격의료를 통해 일정한 혜택을 받을 수 있다. 하지만 현실에서 원격진료를 이용할 조건, 하드웨어와 인터넷 접근성이 갖추어지지 않은 상황에서 기존의 대면진료를 대체할 경우 사회경제적으로 취약한 그리고 주변화된 계층의 의료 접근성은 더욱 악화될 수 있다. 또한 원격진료는 지방보다는 중앙 혹은 성급 수준의 의료 시설에 대한 집중화를 더 강화시키는 부작용 역시 발생할 수 있다. 고급인력이 없는 상황을 개선하는 데 기여하지 않을 수 있고 이 때문에 지방의 의료 수준은 질적

으로 더 저하될 가능성도 있다. 이와 같은 문제들이 발생할 수 있으므로 형평성의 관점에서 볼 때 환자의 원격의료 이용 장벽들을 최소화시키는 방향으로 설계되어야 의료 접근성의 불평등을 방지할 수 있다(이주연 2021; Chang et al. 2021).

V. 결론

베트남의 보건의료 부문은 1989년을 기점으로 이전에는 완전한 공공서비스 체계에서 이후부터는 공공과 민간 영역이 혼합된 공급체제로의 전환을 이행 중이다. 베트남의 1인당 GDP는 1990년 130달러에서 2021년 약 3,000달러로 증가했다. 경제 성장은 인구의 생활수준과 건강 상태를 개선하는 데 기여했고 동시에 건강관리에 대한 정부의 투자 증가를 촉진시켰다. 그 결과 지난 20년 동안 베트남은 역내 유사한 경제 수준의 국가들에 비해 아동 사망률 감소 등을 포함하여 다양한 새천년개발목표(MDGs: Millenium Development Goals)에서 우수한 성과를 기록했다(Hoang and Nguyen 2017). 하지만, 빠르게 증가하는 의료 부문에 대한 요구와 함께 제한된 공공 지출, 건강 인력, 그리고 서비스 수준의 문제에 직면해 있다. 베트남 정부는 의료서비스 패키지 확대와 재정적 보호보다는 건강보험 대상 범위 확대에 더 중점을 두고 있다.

결과적으로 볼 때 베트남의 공공-민간 혼합체계는 의료비 지출 증가와 의료 접근성 문제를 더욱 악화시켰다. 공급자가 재정 및 관리 부문에 대한 광범위한 자율성을 가지게 함으로써 서비스 이용자들로부터 수익을 얻을 수 있는 기회를 확대시켰다. 이에 따라 개혁 이후 의료비에 대한 가구 부담이 급격히 증가했고 지역사회에 있는 의료시설 이용은 감소했다. 공공병원은 재정적 문제를 해결하기 위하여 수익의 잠재성이 높은 분야로 투자하는 데 집중했다. 이로써 한편으로는 다양하고 질 좋은 병상 시설과 의료서비스를 제공하지만 다른 한편으로는 일반적인 서비스보다 높은 수수료를 이용자에게 부과하면서

수익을 극대화했다(Le et al. 2020). 즉, 환자 본인부담금 제도와 공공병원의 재정자율성 증대 제도로 인하여 개인의 의료비 지출이 증가한 것이다.

베트남은 인구통계학적, 사회적 변화를 고려할 때 전염성 질병과 비전염성 만성질환의 이중 부담을 동시에 해결해나가야 하는 상황에 처해 있다. 베트남 정부는 제한된 의료 인력 및 부족한 의료 접근성을 보완하기 위하여 상급 수준과 하급 수준 간 의료 인력 공유와 원격진료 제도를 도입하였다. 지리적 위치, 직업적 조건, 경제적 능력 등에 상관없이 의료를 이용할 수 있도록 하는 의료 접근성을 보장하기 위해서 보건의료체계 가운데 특히 공공 의료기관의 적극적인 역할이 강조된다(문다슬·정혜주 2018: 331). 베트남에서 의료 접근성 증진을 위한 방안, 즉 의사의 이중 진료는 공공부문의 약화를, 그리고 원격 의료는 중앙 혹은 성급 병원의 집중화와 형평성 저하로 이어지는 양날의 검이 될 수 있다.

참고문헌

- 김창엽. 2013. “건강불평등 완화를 위한 의사의 역할.” *J Korean Med Assoc* 56(3): 213–219.
- 문다슬·정혜주. 2018. “보건의료 공공성을 넘어 건강공공성으로: 건강안보와 사회적 대화를 중심으로.” 『보건행정학회지』 28(4): 329–338.
- 백용훈. 2018. “보편적 건강보장을 향한 노정: 베트남 보건의료 부문의 역사·문화적 맥락을 중심으로.” 『동남아시아연구』 28(1): 173–218.
- 베트남보건전략정책연구원. 2007. “Giới thiệu về hoạt động nghiên cứu đánh giá tự chủ bệnh viện[병원 자율성 평가 연구 활동 소개].” <https://translate.google.com/?sl=vi&tl=ko&text=Gì%BB%9Bi%20thì%BB%87u%20v%BB%81%20ho%BA%A1t%20%C4%91%BB%99ng%20ngghi%C3%AA%20c%BB%A9u%20%C4%91%C3%A1nh%20gi%C3%A1t%BB%B1%20ch%BB%A7%20b%BB%87nh%20vi%BB%87n,&op=translate> (검색일: 2022.04.09.)
- 베트남 보건부. 2014. “Phương thức quản lý nhà nước trong lĩnh vực y tế[보건 분야에서 국가 관리 방식].” https://moh.gov.vn/che-do-chinh-sach-linh-vuc-y-te/-/asset_publisher/5uVUQOCXQDjt/content/phuong-thuc-quan-ly-nha-nuoc-trong-linh-vuc-y-te?inheritRedirect=false (검색일: 2022.04.09.)
- 브릿넬, 마크. 이로운 역. 2016. 『완벽한 보건의료제도를 찾아서』. 서울: 청년의사.
- 이주연. 2021. “원격의료가 건강격차를 확대시킨다.” 시민건강연구소. <http://health.re.kr/?p=8429>(검색일: 2022.06.12.)
- Ashmore J and Gilson L. 2015. “Conceptualizing the Impacts of Dual Practice on the Retention of Public Sector Specialists: Evidence from South Africa.” *Human Resources for Health* 13: 3.

- Bao Dien tu Chinh Phu. 2020. “6 tháng đầu năm, gần 89% dân số tham gia BHYT[상반기 6개월, 전체 인구의 89%가 건강보험에 참가].” June 23. <https://baochinhphu.vn/6-thang-dau-nam-gan-89-dan-so-tham-gia-bhyt-102274443.htm> (검색일: 2022.04.06.)
- Barros PP and Olivella P. 2005. “Waiting Lists and Patient Selection.” *Journal of Economics and Management Strategy* 14: 623–646.
- Bo Y Te and JICA. 2014. Tài Liệu Đào Tạo Tăng Cường Năng Lực Thực Hiện Công Tác Chỉ Đạo Tuyển và Chuyển Tuyển Khám Bệnh, Chữa Bệnh[진단 및 치료 전달 및 하급 병의원 지도활동 업무 역량을 증대시키기 위한 교육 자료]. <https://kcb.vn/wp-content/uploads/2015/06/g2.-T%C3%A0i-li%E1%BB%87u-%C4%91%C3%A0o-t%E1%BA%A1o-T%C4%83ng-c%C6%B0%E1%BB%9Dng-n%C4%83ng-l%E1%BB%B1c-ch%E1%BB%89-%C4%91%E1%BA%A1o-tuy%E1%BA%BFn.pdf>. (검색일: 2020.12.04.)
- Bui T. T. Ha, Scott Frizen, Le M. Thi, Doan T. T. Duong and Duong M. Duc. 2014. “Policy Processes Underpinning Universal Health Insurance in Vietnam.” *Global Health Action* 7: 24928. <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v7.24928>
- Chang, Ji E., Alden Yuanhong Lai, Avnigupta, Ann M. Nguyen, Carolyn A. Berry, and Donna R. Shelley. 2021. “Rapid Transition to Telehealth and the Digital Divide: Implications for Primary Care Access and Equity in a Post-COVID Era.” *Review of The Milbank Quarterly* 99(2): 340–368. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12509>.
- Cheng TC, Joyce CM, and Scott A. 2013. “An Empirical Analysis of Public and Private Medical Practice in Australia.” *Health Policy* 111: 43–51.
- CIA World Factbook. 2022. “Explore All Countries: Vietnam.” <https://www.cia.gov/the-world-factbook/countries/vietnam/#people-and-society> (검색일: 2022.06.12.)
- Delfgaauw J. 2007. “Dedicated Doctors: Public and Private Provision of Health

- Care with Altruistic Physicians.” Tinbergen Institute Discussion Paper No. 2007–010/1. <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.958693>.
- DCSVN(Dang Cong San Viet Nam). 2021. “Khám, chữa bệnh từ xa: hướng đi đúng đắn trong bối cảnh dịch bệnh COVID-19[원격진료 및 치료: 코로나19 감염병 속에 올바른 방향].” <https://dangcongsan.vn/bao-hiem-xa-hoi-bao-hiem-y-te-vi-an-sinh-xa-hoi/kham-chua-benh-tu-xa-huong-di-dung-dan-trong-boi-canhdich-benh-covid-19-599234.html> (검색일: 2022.04.10.)
- Dang Bo Tinh Binh Dinh. 2022. “Tạo thuận lợi cho người dân tiếp cận dịch vụ y tế[saramdeul-i yeryoseobiseu-e jeogin-hagi sepgye hada].” February 8. <https://binhdinh.dcs.vn/phong-chong-dich-covid-19/-/view-content/120791/tao-thuan-loi-cho-nguoi-dan-tiep-can-dich-vu-y-te> (검색일: 2022.04.06.)
- Do N, Oh J, and Lee JS. 2014. “Moving toward Universal Coverage of Health Insurance in Vietnam: Barriers, Facilitating Factors, and Lessons from Korea.” *Journal of Korean Medical Science* 29: 919–925.
- Hanson K, Gilson L, Goodman C, et al. 2008. “Is Private Health Care the Answer to the Health Problems of the World’s Poor?” *PLoS Med* 5: e233.
- Hipgrave DB and Hort K. 2014. “Dual Practice by Doctors Working in South and East Asia: A Review of Its Origins, Scope and Impact, and the Options for Regulation.” *Health Policy and Planning* 29: 703–716.
- Hoang Van Minh and Nguyen Viet Hung. 2017. “Health and Social Determinants of Health in Vietnam: Local Evidence and International Implications.” *International Journal Public Health* 62: S1–S2.
- Johannessen KA and Hagen TP. 2014. “Physicians’ Engagement in Dual Practices and the Effects on Labor Supply in Public Hospitals: Results from a Register-based Study.” *BMC Health Services Research* 14: 299.

- Kanchanachitra C, Lindelow M, Johnston T, Hanvoravongchai P, Lorenzo FM, Huong NL, Wilopo SA, and dela Rosa JF. 2011. “Human Resources for Health in Southeast Asia: Shortages, Distributional Challenges, and International Trade in Health Services.” *Lancet* 377(9767): 769–781.
- Le, Sang Minh, Ramesh Govindarah, and Caryn Bredenkamp. 2020. *Public–Private Partnerships for Health in Vietnam: Issue and Options*. World Bank Group.
- Lê Thị Hoài Thu. 2008. “Xây Dựng Luật Bảo Hiểm Y Tế ở Việt Nam [베트남 건강보험법 제정].” *Nhà nước và pháp luật* 5: 6–13.
- McPake B, Russo G, Hipgrave D et al. 2016. “Implications of Dual Practice for Universal Health Coverage.” *Bulletin of the World Health Organization* 94: 142–146.
- MOH. 2016. “Joint Annual Health Review 2015: Strengthening Primary Health Care at the Grassroots toward Universal Health Coverage.” *Joint Annual Health Review*. Hanoi: Medical Publishing House. http://jahr.org.vn/downloads/JAHR2015/JAHR2015_full_EN.pdf.
- Morga A and Xavier A. 2001. Hospital Specialists’ Private Practice and Its Impact on the Number of NHS Patients Treated and on the Delay for Elective Surgery. Discussion Papers 01/01. York: Department of Economics, York University. <https://ideas.repec.org/p/yor/yorken/01–01.html>.
- Ohara H. and Ikari K. 2002. “Introduction of the Community Health Direction in Tertiary Medical Institutions: A Trial in the Bach Mai Hospital Project for Functional Enhancement in Vietnam.” *Technology and Development* 16: 32–38.
- Russo G, McPake B, Fronteira I et al. 2014. “Negotiating Markets for Health: An Exploration of Physicians’ Engagement in Dual Practice in Three African Capital Cities.” *Health Policy and Planning* 29: 774–783.

Shmueli A and Savage E. 2014. “Private and Public Patients in Public Hospitals in Australia.” *Health Policy* 115: 189–195.

Takashima, Kyoko, Koji Wada, Ton Thanh Tra, and Derek R. Smith. 2017. “A Review of Vietnam’s Healthcare Reform through the Direction of Healthcare Activities(DOHA).” *Environ Health Prev Med* 22(1). doi: 10.1186/s12199-017-0682-z.

[자료]

베트남법률도서관 인터넷사이트. “Luật của Quốc Hội số 21-LCT/HĐNN8 ngày 30/06/1989 về Bảo Vệ Sức Khỏe Nhân Dân[인민의 건강 보호에 관한 1989년 6월 30일 21-LCT/HĐNN8 국회법].” <https://thuvienphapluat.vn/van-ban/The-thao-Y-te/Luat-Bao-ve-suc-khoe-nhan-dan-1989-21-LCT-HDNN8-37690.aspx#:~:text=Lu%E1%BA%ADt%20n%C3%A0y%20quy%20%C4%91%E1%BB%8Bnh%20vi%E1%BB%87c%20b%E1%BA%A3o%20v%E1%BB%87%20s%E1%BB%A9c%20kho%E1%BA%BB%20nh%C3%A2n%20d%C3%A2n.&text=%C4%90i%E1%BB%81u%201.,v%E1%BB%81%20chuy%C3%AA%20m%C3%B4n%20y%20t%E1%BA%BF> (검색일: 2022.04.09.)

WHO. “Data.” [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/current-health-expenditure-\(che\)-as-percentage-of-gross-domestic-product-\(gdp\)-\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/current-health-expenditure-(che)-as-percentage-of-gross-domestic-product-(gdp)-(-)) (검색일: 2022.04.09.)

제4장

태국의 공공병원 체계와 지역 중심 의료인 교육

서보경

제4장 태국의 공공병원 체계와 지역 중심 의료인 교육

서보경

1. 공공병원은 위기 상황에만 필요한 것일까?

코로나19 대유행을 거치면서 한국에서 의료 공공성에 관해 많은 논의들이 생겨났다. 확산 초기부터 최고조에 이르기까지 병상 부족과 의료 붕괴에 대한 걱정이 끊이질 않았는데, 이 과정을 거치면서 한국 사회는 공공병원의 중요성을 다시금 발견하였다. 대유행 초기 민간 병원들이 코로나19 환자들의 진료에 나서지 않는 상황에서 공공 의료기관이 이를 주로 맡게 되었고, 이후에는 아예 전담병원으로 지정되기까지 하였다. 이러한 양상은 공공과 민간의 역할 분담처럼 보이기도 하지만 실상은 그간 한국 사회가 필수적인 의료 자원을 어떻게 배분하고 있는지에 관해서 매우 중요한 문제를 드러낸다. 한국에서 보건의료서비스는 주로 민간병원을 통해 공급되어 왔으며, 전체 보건 의료 기관에서 공공기관의 비율은 5.4% 밖에 되지 않는다. 이들 기관의 병상 수 역시 전체의 10.3% 밖에 되지 않는다(보건복지부 2018). 신종감염병이 대유행하는 재난 상황에서 환자 치료의 가장 중요한 역할을 소수의 공공병원들이 얼마 되지 않는 병상을 가지고 감당해야 했던 것이다(시민건강연구소 2020).

어느 병원에서 누가 코로나19 환자들을 치료하고 돌보아야 하는지를 두고 정부 부처와 의료계 사이의 첨예한 갈등과 협상이 이어졌지만, 이 과정이 뜻하는 바가 무엇인지를 한국 사회가 과연 충분히 인지하였는지에 대해서 의구심이 든다. 정부는 2020년 12월부터 여러 차례 추가로 민간병원에 병상 동원 행정명령을 내려야 했고, 그럼에도 불구하고 병상 부족 문제는 쉽게 해결되지 않았다. 서울의 주요 공공병원들은 넘쳐나는 코로나19 환자들을 감당하기 위해 그 이외의 일반 진료를 포기해야 하는 상황에 놓이게 되었고, 이로 인해 기존에 공공병원에 의지해온 환자들은 갈 곳이 없게 되었다(한겨레 2021/10/20). 이에 따라 민간병원에서 잘 받아주지 않는 환자들, 의료보호 수급권자, 노숙인, 외국인 노동자, HIV 감염인과 같은 의료 취약 계층은 줄곧 이용하던 병원을 잃을 수밖에 없었다. 재난 상황에서 가장 자원이 부족한 사람들에게서 꼭 필요한 공간을 빼앗아 버린 것이다.

이러한 문제가 다시 반복되지 않도록 하기 위해서는 어떻게 해야 할까? 의료 공공성을 더욱 강화해야 한다는 주장이 매번 강조되지만 여기서 ‘공공성’이 뜻하는 바가 무엇인지가 뚜렷하게 잘 다가오지 않기도 하다. 한국은 이미 국민건강보험 제도를 통해 보편적 건강보장을 달성하였는데, 의료의 공공성이 약하다는 게 도대체 무슨 의미인걸까? 이 글에서 나는 의료 공공성의 의미와 내용을 보다 풍부히 이해하기 위해서는 단순히 공공병원을 더 많이 짓는 것 이상의 사회적 상상력이 필요하다는 점을 논의하고자 한다. 태국은 공공병원을 중심으로 보편적 건강보장 제도를 수립하고 이를 지속시켜 왔다는 점에서 의료 공공성을 공급자의 속성을 통해 이해하는데 매우 흥미로운 사례를 제공해준다. 이 장에서는 태국에서 보편적 의료보장제도가 수립된 역사를 간략하게 제시하고, 공공병원 중심의 의료 체계를 성립하는 과정에서 특히 인력 배분의 문제가 중요하다는 점을 다시금 짚어보고자 한다. 공공병원 중심의 의료 체계를 오랜 기간 지속적으로 유지하기 위해서 가장 중요한 원동력은 바로 거기서 일하는 사람들, 의사, 간호사, 약사를 비롯한 다양한 직종의 보건의료인으로부터 나온다고 할 수 있다. 이 장에서는 심각한 도농 격차 속에서 지방의

공공병원에 충분한 의료인을 확보하기 위해 태국에서 어떤 시도를 하였는지 살펴보고, 인력 배분의 형평성이 의료에 공공성을 부여하고 지속시키는데 왜 중요한지를 논의한다.

II. 태국의 보편적 건강보장 제도

태국은 2002년 1인당 국민총소득이 채 2,000달러(USD)에 미치지 못하는 경제 상황에서 전 국민을 포괄하는 의료보험 체계를 전국으로 확대한 바 있다. 1980년 처음 공무원의료보험제도가 생기는 것을 시작으로 1990년에는 민간기업 노동자를 대상으로 하는 사회보장보험이 생겼지만, 여전히 전체 인구의 30%에 달하는 약 1,800만 명에 달하는 사람들이 의료보험의 혜택을 받지 못하고 있는 상황이었다. 이를 해결하기 위해 취업 여부나 소득과 관계없이 앞서의 두 보험에 가입할 수 없는 여타의 모든 사람이 혜택을 받을 수 있는 공적 보험 체계를 새로 만든 것이다. 1997년에 시작된 외환 위기로 경제 성장에 큰 타격을 입은 시점이었지만, 이에 따른 빈부 격차 역시 더욱 심해지는 상황에서 최소한의 사회 안전망을 구축하고, 불평등을 줄이기 위해서는 무엇보다 의료 보험의 확대가 중요한 상황이었다(Seo 2020; Viroj Tangcharoensathien et al., 2018). 이전에도 빈곤층을 위한 의료 서비스 제도가 일부 존재하기는 하였지만, 보편적 의료보장제도는 모든 국민의 건강을 보장하기 위한 국가의 의무를 명확히 하였다는 점에서 매우 중요한 의미를 지닌다.

태국의 보편적보장보험(Universal Health Coverage Scheme)은 한국처럼 가입자가 매달 소득에 따라 일정 금액의 보험료를 내는 방식이 아니라 일반 세수를 통해 운영된다. 태국의 보편적보장보험은 도입 초기만 해도 지출 비용이 통제 불능으로 늘어날 것이라는 우려를 안고 있었지만, 이후 의료 제공 기관에 대한 인두제(capitation) 지불액을 점진적으로 증가시키면서도 적절한 비용 통제를 통해 안정적으로 운영이 가능하다는 점을 입증한 바 있다. 보편적

보장보험 운용을 위한 재정 지출은 2016년 약 4조원 규모에서 2022년 약 7조 4천억 원 규모로 늘어났으며, 이 과정에서 보장 범위 역시 확대되었다(Viroj Tangcharoensathien et al, 2018; Bangkok Post 2021/01/27).

보편적보장보험은 주요 만성질환 치료는 물론 기본적인 암치료나 심장 수술과 같은 중증 질환 치료, 정신과 치료에 이르기까지 광범위한 의료 서비스를 본인부담금의 걱정 없이 이용할 수 있게 해준다. 하지만 이런 혜택을 받기 위해서는 자신이 사는 지역의 공공병원을 이용해야 하며, 응급 상황일 경우에만 민간병원을 이용할 수 있다. 즉, 환자 본인이 치료받고 싶은 의료기관을 자유롭게 선택할 수 없으며, 등록된 주거지 근처의 일차의료기관에서 먼저 진료를 받고 중증인 경우 진료 의뢰를 통해 상급 의료기관을 이용할 수 있다.¹ 의약품 역시 정부가 미리 지정한 의약품 리스트를 통해서 우선 공급된다. 보장 범위가 광범위하기는 하지만 모든 치료를 환자가 원하는 대로 다 받을 수 있는 것은 아니며, 상급 의료기관에서 진단과 치료를 받기 위해서는 진료 의뢰의 절차를 반드시 거쳐야 한다.

이러한 제도의 도입을 통해 일어난 가장 중요한 변화는 의료비 지출에서 본인 부담을 크게 줄어들었으며, 특히 빈곤층의 의료 접근성을 크게 높였다는 것이다. 보편적보장보험은 도입 초기부터 재난적 의료비 지출을 막는 것을 최우선 목표로 설정한 바 있는데, 의료비가 부담 때문에 다른 영역의 소비를 크게 줄여야 하거나 저축을 할 수 없는 상황, 파산하게 되는 상황을 예방하는 것을 주요 목표로 설정한 것이다. 태국의 보편적보장보험은 전체 소득의 10% 이상을 의료비로 써야 하는 가구 수의 발생을 도입 이전보다 37.4%나 줄인 것으로 추정된다(Viroj Tangcharoensathien et al, 2020). 경제적 측면뿐만 아니라 전반적인 보건 상황에서도 긍정적인 변화가 이어졌다. 특히 지역 간 의료 격차를 줄이는데 큰 진전이 생겼다. 보편적보장보험 도입 이전까지만 해도 도시

1 태국의 보편적보장보험은 인두제를 기본으로 고비용 질환의 치료 보장을 위해 환자 구성 지불제(case-mixed payment system)와 입원 환자의 경우 진단군 포괄수가제(DRGs) 적용하는 진료보수 지불제도를 적용하고 있다.

와 농촌 사이의 영아 사망률에 큰 격차가 존재하였는데, 도입 이후 의료 이용률 증가에 기초한 회귀 분석에 따르면 2014년에 이르면 더 이상 영아 사망률에 있어서 지역적 격차가 존재하지 않는 것으로 나타난 바 있다(Gruber et al, 2014).

태국이 중소득 국가임에도 불구하고, 이와 같이 포괄적인 공적 보험 체계를 형성할 수 있었던 가장 중요한 토대는 보편적보장보험 도입 이전부터 공공병원 중심의 의료 체계를 구축해 왔기 때문이다. 태국은 1990년까지 시군 단위에 최소 한 개의 보건부 산하 공공병원이 운영될 수 있도록 하고, 2000년까지 모든 면 단위에 최소 한 개 이상의 보건소(health center)가 운영될 수 있도록 하는 정책을 추진해왔다. 이 체계에 따라 인구 3만에서 5만의 시군 단위의 경우 30 병상에서 150 병상의 공공병원이 최소 한 개 이상 운영되도록 해왔으며, 보건소의 경우 주로 간호사 중심으로 운영되던 시군 단위 공공병원과 긴밀히 연계되도록 해왔다. 태국의 의료전달체계의 상당 부분은 따라서 보건부(Ministry of Public Health)의 관리 하에 있는 공공병원 체계를 통해 지탱되고 있다고 할 수 있다. 2014년 기준으로 전체 병상의 81%가 공공 영역에 속해 있고, 단 19%만이 민간병원에 의해 운영된다(Viroj Tangcharoensathien et al, 2018: 1216).

태국은 보편적보장보험을 도입하면서 동시에 영리 활동이 허용되는 민간 의료 시장을 외국인에게 개방하고, 외국인 환자의 유치를 위한 투자를 허용한 바 있다. 이러한 의료 영역의 이분화는 한편으로는 태국의 심각한 빈부격차를 그대로 반영한다고 할 수 있다. 빈곤층이 경제적 부담 없이 이용할 수 있는 공공 의료의 영역을 확충하는 동시에 부유한 사람들과 외국인을 위한 의료 시장 역시 동시에 열어둔 것이다. 민간 병원은 전체 의료 서비스의 제공을 놓고 보면 사실 매우 제한된 역할을 하고 있다. 2015년 기준으로 보면 전체 외래 이용의 14%, 입원의 경우에는 11.3%만이 민간 영역이 담당하고 있기 때문이다(Viroj Tangcharoensathien et al, 2018: 1209). 그러나 민간 의료 시장은 의료 인력 수급에서 심각한 불균형을 발생시키고, 계층 간 격차를 심화시킨다는 점에

서 매우 중요한 변수로 작동한다. 공공병원에서 훈련된 의료 인력이 결국 더 많은 임금을 지불하는 민간병원으로 옮겨 가거나 양쪽에서 겸직을 하는 경향이 지속되고 있으며, 이는 다시 민간병원이 몰려있는 도시에 의료 인력이 쏠리게해서 도농간 격차를 심화시킨다. 또한 민간병원을 이용하는 것이 일종의 계층적 상징으로 작동하면서, 실제 공공병원이 전체 의료 서비스의 제공에서 거의 대부분을 차지하고 있음에도 불구하고 민간 병원의 의료 서비스는 고급이고 공공병원은 저급이라고 치부하는 현상이 더욱 심해지게 된다.

Ⅲ. 공공병원 중심의 의료 체계는 어떻게 가능할까?

한국과 태국은 매우 다른 원리에 기초하여 의료보험제도를 구성하였다. 한국은 재원은 공공이 조달하되 공급은 민간 의료 기관이 주로 맡고, 이를 통해 민간 제공자 간의 경쟁을 허용하는 방식을 택하고 있다. 이러한 방식은 환자에게 의료 기관 이용에서 폭넓은 선택을 보장하지만, 역으로 수익성이 낮은 필수 의료 서비스에는 큰 공백이 생길 수밖에 없다. 태국은 공공 영역과 완전히 시장화된 영역을 양분하였고, 공공병원 중심의 의료 체계에서는 한국의 시장형 의료에서 당연시되는 환자의 자유로운 선택이나 의료 제공자 간의 경쟁을 기대하기 어렵다. 보장성을 확대하기 위해 애쓰고 있기는 하지만 국가로부터의 재정 지원에 전적으로 의존하고 있는 공공병원에서 제공할 수 있는 처치의 종류에는 여러 제한이 있을 수밖에 없다. 최첨단 의료 기기를 활용한 진단이나 바이오 의약품과 같은 신약 도입에 대한 사람들의 기대와 욕구가 더욱 커지고 있는 상황에서 어떻게 비용과 질 사이의 균형을 맞출 것인가 역시 중대한 문제가 될 수밖에 없다. 보편적보장보험 도입이 벌써 20년이 다 되어가는 상황에서 더이상 누구나 돈 걱정 없이 이용 가능한 의료 기관이 있어야 한다는 수준에 머무를 수 없게 되었다. 더 나은 의료 서비스에 대한 욕구가 한층 커지고 있기 때문이다.

한국과 태국이 각기 다른 방식으로 의료보험 제도를 운영하는 이유는 한편으로는 매우 당연하다. 두 나라의 경제 규모가 크게 다르고 임금 수준과 소비 지출의 규모에서 역시 큰 차이가 존재한다. 한국의 구매력평가(PPP: Purchasing Power Parity) 기준 1인당 국내총생산은 2021년 기준 41,400 달러(USD)이고, 태국은 18,100 달러에 그친다.² 무엇보다 태국에서 의료 보험을 구성한 방식은 한국과 매우 다른 운용 원리에 기반하고 있으며, 따라서 두 제도는 일면 비교 불가능하게 보이기도 한다. 그러나 태국의 공공병원 중심의 의료 체계는 한국에서 공공병원이 어떻게 지속가능할 수 있는가에 대해 매우 중요한 시사점을 던져준다. 한국에서 공공 의료기관의 중요성에 대한 강조는 감염병 대유행과 같은 중요한 보건 위기 때마다 강조되지만, 위기의 시간이 지나고 나면 잊혀지기 일쑤이다. 지방정부가 운영하는 여러 지역 의료원들이 손실만 내고 수익을 내지 못한다는 이유로 골칫덩어리로 여겨진 바 있으며, 코로나19 전담병원 역할을 한 여러 공공병원들 역시 대유행 종식 이후 어떻게 운영할 것인지를 두고 큰 걱정을 하지 않을 수 없는 상황이다. 즉, 공공병원들은 어떤 역할을 해야 하고, 또 할 수 있는가에 대한 사회적 이해와 공감대는 크게 부족한 상황에서 국가가 위기 상황에서 가용 가능한 자원의 측면에서만 접근하고 있는 것이다.

태국에서의 장기간의 현장 연구를 통해 나는 의료 영역에서 공공성은 정치화되고 역사화되는 것이며, 병원이 수행해야 하는 공적 역할이란 단순히 법적 규정이나 행정 명령과 같은 방식만으로 형성되지 않는다는 것을 알 수 있었다. 보험 제도의 특성, 의료인들의 인력 구성과 일상적 노동 과정, 의료인-환자와의 관계, 병원과 병원이 위치한 지역과의 관계 등 여러 요소들이 ‘공공성’이라고 부를 수 있는 특정한 가치 체계를 역동적으로 형성하기 때문이다(Seo 2020). 즉, 공공병원만의 문화가 생겨나야 하는 것이다. 자본주의 사회에서 시

2 <https://tradingeconomics.com/thailand/gdp-per-capita-ppp#:~:text=GDP%20per%20capita%20PPP%20in%20Thailand%20is%20expected%20to%20reach,according%20to%20our%20econometric%20models>.

장 관계에 기초한 거래의 규칙이 아니라 그것과는 구별되는 다른 규칙이 작동하는 영역을 만들어내고 유지하고 발전시키기 위해서는 복잡한 문화적 실천이 필요하다(Gregory 2014[1982]). 한국의 모든 병원들이 결국은 국민건강보험 체계에 속해 있으니 민간 병원도 공공병원과 다를 바 없다는 주장이 문제적인 이유가 여기에 있다. 소비자가 물건을 고르듯, 환자가 병원을 고를 수 있는 상황에서 공공병원의 역할이 무엇이 되어야 하는지는 그 누구도 잘 모르는 상황에 가깝기 때문이다. 의료가 소비의 논리, 즉 나 혼자만의 좋고 싫음이 아니라 여럿의 사람들이 함께 누리는 권리의 공통성에 기반하고 있다는 점에서부터 출발하여 공공병원만이 고유한 운영 원리와 문화를 키워내야 한다. 소유 주체만 국가로 남겨두는 방식은 의료의 공공성을 구체화하는 데 실패할 수밖에 없다. 공공병원이 공공병원만의 고유한 역할과 가치를 제시하지 못하는 한, 민간병원과 동일한 기준에서 평가받고 경쟁할 것이 기대될 수밖에 없으며, 결국 위기 상황이 아니고서는 공공병원의 존재 이유를 찾기 어렵게 된다.

따라서 공공병원 중심으로 의료 체계를 구성해 온 태국의 역사적 경험은 한국에 바로 적용할 수는 없다고 하더라도 어떤 환경과 조건 속에서 시장주의적 선택과 경쟁이 아닌 분배 정의와 상호 의존에 기초한 의료를 상상할 수 있을지를 구체적으로 상상하는데 큰 도움을 준다. 이는 태국의 보편적보장보험이 이러한 가치를 이미 완성하였기 때문이 아니라 이를 실현하고자 하는 과정에서 나름의 성공과 실패를 경험해왔기 때문이다. 태국에서 공공병원 중심의 의료 체계를 만드는 데 중요한 역할을 한 의료 인력 배분에 관한 정책 변화를 소개하고, 성공과 실패의 결을 함께 살펴보고자 한다.

1. 지방 의무 근무제의 도입과 의료 공공성

병원은 다양한 전문가들의 협업을 기반으로 운영되며, 어떤 방식으로 전문 인력을 키우고 일하게 할 것인가는 병원 운영에서 매우 중요한 문제이다. 따라서 공공병원이 유지되려면, 공공병원에서 일할 의료인이 있어야 한다. 태국

은 근대적인 의료 교육의 시작에서부터 모든 의대 졸업생들에게 필수적으로 정부가 운영하는 의료 기관에서 일하도록 한 긴 역사를 가지고 있다. 1896년 처음 근대적인 병원인 시리랏 병원이 만들어지고, 4년 뒤 처음 근대적 의학 교육을 제공하는 의대가 생긴다. 바로 이때부터 등록금을 국가가 보조해 주되 졸업생은 우선적으로 정부 기관에서 먼저 일하도록 하였다(Viroj Wiwanitkit 2011). 근대적 간호 교육 역시 이후 유사한 형태의 의무를 부여하는 것으로 시작되었다. 이후 의학 교육을 제공하는 기관이 크게 늘어나는데, 태국 정부는 1968년부터 공립 의대의 등록금을 높게 유지하는 동시에, 지방에서 3년간 의무 근무를 할 경우 등록금을 면제하는 정책을 공식화한다. 이전의 의무 근무 제도가 수도권과 비수도권 구분 없이 국가가 운영하는 공공 기관에서 의무 근무를 강제 하였다면, 이때 도입된 제도는 비수도권 농어촌 지역의 의료 기관에서 필수적으로 근무하도록 하고 있으며, 특히 벽지에서 근무할 경우 임금을 더 높게 책정하는 방식을 취하고 있다. 이후 이 제도를 확대하여, 1972년부터는 사립 의대를 포함한 모든 의대 졸업생, 간호대 졸업생, 치대, 약대 졸업생들 역시 3년 간 지방에서 의무 근무를 하도록 하였다(Viroj Tangcharoensathien et al, 2018: 1209). 의대 졸업생들이 의무 근무를 하지 않고자 할 경우 약 1,500만원에 달하는 벌금을 내야 한다(Achara Nithiapinyasakul et al, 2016: 414).

또한 지방에서 장기간 거주하며 일하는 의료인을 양성하기 위해서 태국의 보건부는 1994년부터 의사가 부족한 특정 지역 출신일 경우 의대 입학시 우선 선발하고 졸업까지 장학금을 지급하되, 졸업 후 출신 지역에서 최소 12년간 의무 근무하도록 하는 제도를 도입하였다. 이때 의무 근무를 이행하지 않을 경우 약 7,200만원 정도의 벌금을 내야 한다. 이러한 특별 입학 제도는 3년의 의무 근무보다 훨씬 더 긴 의무 근무 기간을 설정하고 있지만, 일반 입학 제도를 통해 졸업한 의사들보다 의무 근무 기간을 채우는 비중이 더 높다는 점에서 긍정적인 평가를 받은 바 있다. 2013년 기준 전체 의대생의 30%가 이러한 특별 입학 제도를 통해 입학하며, 이들은 입학 시 성적은 일반 입학자들보다

약간 낮지만 졸업 시점에서는 성취도에서 유의미한 차이를 보이지 않는다고 한다(Achara Nithiapinyasakul et al, 2016: 414; Viroj Tangcharoensathien et al, 2018: 1209). 2003년에서 2014년까지 의대 졸업생의 양상을 살펴보면, 지역 특별 선발이 아닌 일반 입학의 경우 졸업 후 3년간의 의무 근무를 개시하지 않는 비율은 약 30% 정도 되며, 일반 입학 전체 졸업생의 약 30%가 정도가 최소 10년 간 공공병원에서 근무하는 것으로 나타났다(Win Techakehakij and Rajin Arora 2017). 지방 특별 입학생의 경우는 의무 근무 기간 이후에도 장기 근무하는 비율이 일반 입학생보다 더 높은 것으로 나타났다(Win Techakehakij and Rajin Arora 2017).

이러한 의무 근무 제도의 도입은 크게 두 방향의 인력 유출에 대응하기 위해 만들어졌다. 먼저, 국내에서 새롭게 훈련된 의료 인력이 더 높은 임금을 받을 수 있는 해외로 유출되는 것을 막아야 했다. 1960년대 미국에서 의사 수요가 급격하게 늘어나면서, 태국을 비롯한 중저소득 국가의 많은 의사들이 미국으로 이민을 감행하게 되는데, 태국의 경우 1965년 당시 절반에 가까운 의대 졸업생들이 미국으로 이주하는 양상이 나타나기도 하였다(Suwit Wibulpolprasert and Paichit Pengpaibon 2003a: 3). 당시의 의무 근무제도는 국내에서 훈련된 소수의 필수적인 전문 인력이 바로 해외로 나가지 못하게 막는 것을 우선적 목표로 두었다. 다음으로, 지역 격차에 따른 인력 배분의 불균형에 대응할 필요가 생겨났다. 80년대 태국의 경제 성장이 급속도로 진행되면서, 97년 외환 위기가 일어나기 전까지 영리를 목적으로 하는 민간 병원이 대도시 중심으로 급속하게 늘어나게 된다. 이는 곧 공공 영역에서 일할 의사 부족으로 이어지게 되는데, 97년 외환위기 직전 상황을 보면 전국의 21개에 달하는 시군 단위 공공병원이 전일제 의사 없이 운영되어야 하는 지경에 이른다(Suwit Wibulpolprasert and Paichit Pengpaibon 2003a: 5). 의대 입학에서 지역 출신을 우선 선발하는 제도를 마련한 것은 이러한 도시 민간 영역으로의 인력 유출에 대응하기 위한 방식이었다고 할 수 있다.

결국 모든 군 단위 소재지에 최소한 한 개 이상의 공공병원을 유지하기 위

해서는 의료 인력의 양성과 배분에서 국가의 강력한 개입이 반드시 필요할 수밖에 없다. 3년 의무 근무 제도는 모든 의료인이 필수적으로 방콕이 아닌 비수도권의 공공 의료 기관에서 일하는 경험을 갖게 한다는 점에서는 매우 긍정적이지만, 충분히 훈련되지 않은 의료 인력이 3년의 의무 기간만을 채우고 다시 민간 병원으로 떠나는 경향을 원천적으로 막을 수는 없었다. 기본적으로 의대 졸업 후 벌금을 내면 의무 근무를 하지 않아도 되기 때문에 이를 물가 상승에 맞추어 더욱 높여야 한다는 의견이 있어왔지만, 벌금 자체는 현재까지 크게 조정되지 않았다. 결국 경제적 능력이 있는 졸업생의 경우, 의무 근무를 쉽게 피해갈 수 있다. 지역민의 입장에서는 숙련된 의사가 아닌 갓 졸업하여 아직 경험이 부족한 의사들에게 진료를 받아야 한다는 점에서 큰 불만을 가질 수밖에 없고, 의사 역시 충분한 수련 기간이나 전문의 교육을 받기 전에 진료 현장에 투입된다는 점에서 큰 불안을 느낄 수밖에 없기도 하였다.

이에 대응하기 위해 의사들이 의무 근무 기간이 끝나자마자 바로 공공병원을 떠나지 않고, 특히 농촌 지역에서 오래 근무할 수 있도록 하는 환경을 조성하기 위한 여러 노력이 이어졌다. 공공병원에서 일하는 의사들에게 별도의 주거 혜택을 주기도 하고, 벽지에서 일할 경우 추가 인센티브를 주는 제도 역시 유지하고 있다. 또 겸직을 원천적으로 막을 수는 없기 때문에, 공공병원에서 일하면서 민간병원에서 추가로 일하지 않을 경우 추가 인센티브를 주는 제도 역시 운영하고 있다(Suwit Wibulpolprasert and Paichit Pengpaibon 2003a). 경제적 문제를 넘어 지방에 근무하는 의사들이 가진 가장 큰 불만 중의 하나는 충분한 임상 교육을 받을 수 없다는 점이었기 때문에, 이를 해결하기 위해 공공병원에서 근무하는 의사들이 전문의 교육을 받을 수 있도록 보건부가 임상 교육을 제공하는 병원을 지정하고, 여기서 전문의 수련이 이뤄질 수 있도록 지원하는 제도 역시 운용하고 있다(Viroj Tangcharoensathien et al, 2018: 1209). 이와 더불어 전문의 과정을 밟기 위해서는 최소 1년은 농촌 지역에서 의무 근무를 하도록 하는 추가 규정을 신설하기도 한다(Viroj Wiwanitkit 2011: 5).

태국은 간호사 중심의 일차의료 체계를 오랫동안 유지해왔으며, 간호 인

력 양성에도 국가가 많은 역할을 한 바 있다. 전국 총 40개의 간호 대학 및 보건 대학이 국가로부터 재정적 지원을 받고 있으며, 이에 따라 이들이 향후 근무하게 될 농촌 지역 및 지역 병원의 상황에 맞춘 교육이 주로 이뤄진다 (Suwit Wibulpolprasert and Paichit Pengpaibon 2003a: 7). 2017년 자료에 따르면 전체 간호사 졸업생의 70%가 보건부에서 직접 운영하는 간호 대학 혹은 공립 대학에서 졸업하며, 2년간의 의무 근무를 하도록 되어 있다(Viroj Tangcharoensathien et al. 2018: 1210).

한국에서 공공 의대 건립을 두고 의대생을 포함하여 현직 의사들이 격렬하게 반대하였던 경험을 상기해보면, 태국의 제도는 의사들의 직업 자율성에 큰 제한을 가하고 있다고 할 수 있다. 2019년 기준 인구 천 명당 의사 수를 비교하면 한국은 2.3명이고 태국은 아직 0.9명밖에 되지 않기 때문에, 한국의 의료 환경에 비하면 태국의 상황은 여전히 미흡하다. 그러나 시군 단위의 모든 행정 구역에 최소 한 개 이상의 공공병원이 운영되는 체계를 만들고 이를 유지하기 위해서는, 의료 인력의 양성과 배분에서 직접적인 형태의 정책적 개입이 필요하다는 점을 보다 눈여겨 볼 필요가 있다. 의료인력의 수급과 배분에서 체계적인 개입이 없을 경우 더 나은 생활환경과 더 높은 임금을 주는 대도시로의 인력 집중은 일어날 수밖에 없으며, 이는 결국 도시에 거주하지 않는 지역민들의 건강권을 심각하게 침해할 수밖에 없기 때문이다. 2019년에 발표된 논문에 따르면 이러한 지속적인 노력에 따라 태국은 의사 수에서 있어서 지역적 격차가 크게 줄어들었으며, 시군 단위 공공병원의 경우 경제적으로 열악한 지역에 약간 더 많은 의사들이 배치되는 효과를 발휘했다(Woranan Witthayapipopsakul et al. 2019). 3차 병원의 경우 대도시에 집중되어 있기 때문에 이 경우 여전히 대도시 집중이 유지되고 있지만, 과거 심각했던 지방의 의사 부족은 상당 부분 해소된 것이다.

2. 지역 중심 의료를 위한 교육 개혁과 전문가 단체의 역할

이러한 역사적 경험은 의료 공공성이 단순히 공공병원을 더 짓는 것으로 성취되지 않으며 예비 의료인의 선발과 교육, 이후 지역 배정에 있어서까지 여러 개입과 조정을 필요로 한다는 점을 잘 보여준다. 태국은 1979년 비수도권 지역 의무 근무 제도를 운영함과 동시에 대대적인 의학 교육 개혁 역시 감행하였다. 즉, 모든 졸업생들이 시군 단위의 병원에 투입될 경우 바로 실무를 할 수 있도록 의학 교육 전반을 재조정하기로 한 것이다(Suwit Wibulpolprasert and Paichit Pengpaibon 2003a: 10). 이를 위해 1) 임상 능력 향상 2) 일차의료 중심 교육 3) 보건인력을 훈련시킬 수 있는 능력의 함양 4) 병원 경영 능력을 모두 갖추 수 있도록 의학 교육의 커리큘럼을 조정하였으며, 모든 의대생들이 재학 중 최소 3개월에서 6개월은 공공병원에서 실습하도록 하였다. 또 내과 학이나 외과학, 산부인과학을 반드시 배우는 것처럼 지역사회의학(communitary medicine)을 모든 의대의 주요 분과로 자리 잡게 하였다. 한국의 의대 교육이 이후 전문의 교육을 밟기 위한 준비 단계로 여겨지는 것과 다르게 태국은 의대 졸업 후 바로 시군 단위의 공공병원 현장에서 일할 수 있도록 수월성을 갖추는 것을 목표로 삼았다. 그리고 이때 의사의 역할은 정형외과 전문의나 피부과 전문의가 되는 것처럼 특정 분야의 전문가가 되는 것이 아니라, 일반의로서 다양한 임상 문제를 다루면서 일차의료 중심의 의료 기관을 운영하고 이에 필요한 보건 인력을 직접 훈련할 수 있는 복합적 역할을 수행할 것이 기대된다. 한국에서 일반의가 전문의의 능력을 갖추지 못한 일종의 미달 상태의 의료인으로 여겨지는 것과는 다르게 태국에서 일반의(general practitioner)는 지역중심의료를 수행하는 중요한 역할을 담당하고 있는 것이다. 즉, 지역중심 의료 역시 고유의 훈련과 수련이 필요한 분야로 여겨지며, 이를 중심에 둔 의학 교육을 만들어 왔다. 이를 위해 태국은 지방 공공병원에서 5년 이상 일반 의로 근무한 경우, 이후 다시 시험을 거쳐 예방 의학, 일반 의학, 가정 의학 분야의 전문의가 될 수 있는 제도를 운영하고 있다(Suwit Wibulpolprasert and

Paichit Pengpaibon 2003a: 10).

과연 어떤 의사가 훌륭한 의사인 것일까? 한국에서 명의는 흔히 새로운 종류의 수술을 도입하거나, 자신의 전문 분야에서 가장 최신의 지견을 가진 사람이다. 높은 기술적 수월성을 가진 의사를 훌륭한 의사로 평가하는 것이다. 그러나 한편으로 한국 의료의 최대 문제는 과도한 전문화라고 해도 과언이 아닐 것이다. 모든 의사들이 특정 분야의 전문의가 되기를 기대되는 상황에서 폭넓은 임상 진료를 할 수 있고 필요한 경우 진료 의뢰를 적절하게 수행하고, 건강 증진과 예방에 중요한 기여를 할 수 있는 일차의료 의사는 그 가치를 인정받기 어렵다. 한국의 과도하게 전문화된 의료는 만성질환 관리는 물론 질병 예방 영역에서 이미 큰 실패를 보인 바 있다. 한국에서 의료 공공성 강화를 위해서는 주치의 제도를 도입해야 한다는 논의가 새로 생겨나고 있는데, 태국의 경험은 이러한 일차의료 중심의 전환을 가능하게 하기 위해서는 의학 교육에서부터 어떤 의사를 길러낼 것인가의 문제가 종합적으로 고려되어야 한다는 점을 잘 보여준다.

태국의 의료 체계에서 가장 큰 강점으로 꼽히는 공공병원과 보건소의 긴밀한 연계, 또 마을 단위의 보건요원(health volunteer) 제도는 이처럼 지역사회 기반 의료를 오랜 시간 발전시켜온 결과라고 할 수 있다. 이는 공공병원의 의사가 지역사회에서 건강과 질병에 영향을 미치는 요소들, 즉 건강의 사회적 결정요인을 폭넓게 이해하고, 이에 적절하게 대응할 수 있는 능력을 갖추 것을 요구한다. 환자 개별을 보는 임상 능력도 중요하지만, 지역사회 보건에 관련된 여러 활동들을 이끌고 이에 필요한 인력을 훈련시킬 수 있는 능력 역시 의사가 갖추어야 할 중요한 능력으로 요구되어 온 것이다. 이는 한편으로는 의료 인력이 충분치 않은 상황, 의사가 충분치 못한 상황에서 어쩔 수 없이 강요된 역할이라고 볼 수도 있을 것이다. 그러나 지역사회 기반 의료는 의사가 단순히 진료실에서 개별 환자를 보는 한정적인 역할에 머무르지 않고, 지역에서 병원의 역할을 폭넓게 고민하게 만든다는 점에서 공적 실천으로서 의료의 성격을 필연적으로 강화한다.

한 나라의 모든 의대생들이 반드시 3년은 수도권이 아닌 지방의 공공병원에서 일하도록 권장하는 제도는 모든 의대생들이 언젠가 개업의가 될 거라고 생각하고 졸업하는 나라와는 매우 다른 역사적 경로를 만들어왔다. 태국의 보편적보장보험이 만들어지는 데 가장 중요한 역할을 한 전문가 그룹이 지방의 사회(Rural Doctors Society)였던 이유가 바로 여기에 있다. 모든 의대 졸업생들이 의무 근무를 한 것은 아니지만 이 의무 근무를 거친 의사들은 오랜 시간 매우 강력한 경험적 공통성을 나누게 된다. 지방의사회는 의무 근무 기간 이후에도 지방의 공공병원에 남아 일하는 의사들이 주축으로 형성된 단체로 1978년 처음 결성된 이후로 매우 활발한 활동을 벌였다(Suwit Wibulpolprasert and Paichit Pengpaibon 2003a: 13; Viroj Tangcharoensathien et al. 2018: 1214). 이들은 지방의 열악한 의료 현실을 개선하기 위해 다양한 정책 제안을 하였으며, 필수 의약품 제도 도입 등과 같은 주요한 변화를 이끌어냈으며, 참여 민주주의에 기반한 정치 개혁을 요구하는 데에도 큰 역할을 해왔다. 특히 보편적보장보험의 필요성을 일찍부터 주장하며 이후 보험 개혁을 단행하는 데 핵심적인 역할을 담당하였다. 매해 지방의 공공병원에서 일하는 의사들 중에서 ‘올해의 의사’를 선정해서, 이들이 어떤 성취를 이뤄냈는지도 공유한다. 또한 지방의사회에서 활동한 여러 의사들은 태국전 의사협회에서 여러 차례 회장으로 선출되면서 의사 사회 전반에서 중요한 영향력을 행사한 바 있으며, 보건부의 주요 공직에도 다수 진출하였다. 즉, 지방의 공공병원에서 일한 경험을 기반으로 의학 교육과 국가 수준의 보건의료 정책에 활발하게 개입해온 것이다 (Suwit Wibulpolprasert et al. 2003b; Harris 2017).

지방의사회와 같은 조직이 중요한 정치적 역할을 해온 태국의 경험은 의료 공공성이 공공성을 실현하고자 하는 의료인들의 조직적인 실천을 필요로 한다는 점을 분명히 보여준다. 한국의 보건 위기에서 의사들의 역할이 강조될 때, 정책 결정이나 여론 형성에서 주목받는 의사들은 대부분이 수도권의 대형병원에서 일하는 전문의들이다. 지방 의료원에서 일하는 의사들, 농촌의 보건소에서 일하는 의사들에게는 이러한 사회적 역할이 거의 기대되지 않는다. 그

러나 태국에서는 가장 지역사회와 가깝게 있어 온 의사들, 공공병원이 아니면 갈 곳이 없는 환자들을 매일 책임져야 하는 의사들, 바로 그 의사들의 경험과 필요에 근거하여 정책적 요구를 제안할 수 있는 전문가 단체가 오랜 시간 영향력을 발휘해온 것이다.

3. 공공병원의 에토스와 의료 공공성

보편적보장보험이라는 제도의 성립과 보편적 건강보장(universal health coverage)이 실질적으로 성취되었다는 것은 같은 의미가 아니다. 보험 제도가 있다고 하더라도 보험으로 이용 가능한 병원이 없으면, 혹은 병원이 있더라도 거기서 일하는 사람이 없으면 결국 권리로써 건강권을 실현하기 어렵기 때문이다. 한국의 민간 공급 중심 체계는 고도의 전문성을 갖춘 의료 인력이 대형 병원에 쏠린 경향을 오랜 시간 유지해왔다. 모든 의료 자원이 수도권 및 대도시에 쏠린 상황에서 도시와 지방의 격차를 일정 부분 어쩔 수 없는 것으로 받아들여 온 것이다. 한국의 수도권과 비수도권, 도시와 농어촌 사이에는 의료 접근성에서는 물론 사망률, 건강 수명, 인구 10만 명당 치료 가능 사망자 수에서 큰 격차가 놓여져 있으며, 일차의료 영역은 커다란 공백으로 남겨져왔다(브릿넬 2016[2015]: 62; 백세중 외 2021). 한국의 수준 높은 의료는 사실 한국에 살고 있는 모든 사람에게 접근 가능하지 않다. 서울에 살거나 언제든 서울에 가서 진료 받을 수 있는 특정 계층의 사람들에게만 이용 가능하다. 전 국민을 포괄하는 의료 보험이 있기는 하지만 전 국민이 동일한 권리를 누리지는 못하고 있는 것이다. 분배 정의의 측면에서 이는 심각한 문제이지만, 이러한 불평등을 교정하기 위한 체계적인 개입은 거의 이뤄지지 못하였다. 이는 한편으로는 정책적 실패이지만, 다른 한편으로는 계층 불평등, 지역 간 불평등, 그리고 이에 따른 의료 불평등을 당연히 있을 수밖에 없는 것으로 여기게 한 시장주의적 관점이 충분히 도전받지 않았다는 것을 의미하기도 한다.

태국에서 역시 불평등은 심각한 문제이다. 태국은 한편으로는 완전히 시장

화된 민간 영역을 풀어두고, 한편으로는 공공병원 중심의 지역의료 체계를 만들어 왔다. 이는 태국 사회를 관통하는 심대한 경제적 불평등에 대한 근본적인 개입 없이 노동 생산성을 위해 필수적인 의료 접근성을 유지하고자 하는 전략적 선택이라고도 평가할 수 있을 것이다. 따라서 여기에 역시 심각한 문제들이 도사리고 있다. 태국에서는 보편적보장보험에 만족하지 못하는 중산층을 겨냥한 민간 보험 사업이 크게 성장하고 있으며, 이는 다시 민간병원 이용 횟수를 늘리고 높은 수익이 유지되는데 기여한다.³ 그리고 민간 영역의 성장은 다시 공공 영역에서 일하는 의료인의 유출과 공공 의료의 질 하락으로 연결된다. 또한 현재 셋으로 나뉜 공공 보험 체계 내의 불평등을 지적하는 목소리도 크다. 공무원보험, 정규직 노동자를 위한 사회보장보험, 보편적보장보험으로 나누어진 상황에서 공무원을 대상으로 하는 보험에 더 큰 혜택을 주는 것에 대한 불만도 커지고 있으며, 공공병원이 과부하 상태인 상황에서 보편적보장보험이 제공하는 의료의 질이 떨어질 수 밖에 없다는 비판 역시 더욱 거세지고 있다.

한국과 태국이 향후 이러한 문제들을 해결해나가는 데에 서로의 성과와 실패가 각기 다른 길을 보여줄 것이다. 이때 태국의 공공병원 중심 체계는 의료 공공성이 감염병 대유행과 같은 예외적 상황을 대비하는 가용 자원 확보의 측면으로 개입해서는 절대 실현되기 어렵다는 점을 분명히 보여준다. 태국의 경험에서 무엇보다 주목해야 할 점은 태국의 공공병원들은 한국의 병원들이 상상하기 어려운 지속성을 제도 자체에서 이미 상정하고 있다는 것이다. 한국에서 민간 병원은 언제든 생겨나고 없어질 수 있고, 심지어 지방 정부가 지은 공공의료원도 손실이 크다는 이유로 폐쇄되기도 한다. 그러나 태국에서는 행정구역이 없어지지 않는 한 병원 역시 없어지지 않는다는 확고한 기반을 유지해 왔다.

3 코로나19 대유행 상황에서 민간 보험에 큰 관심이 쏠린 경험 역시 주목할 만 하다(Bangkok Post 2020/03/23).

시군 단위에 최소 한 개의 공공병원이 긴 시간 운영되어 온 역사는 병원과 지역민과의 관계에도 큰 영향을 끼친다. 예를 들어 내가 장기간의 참여 관찰 연구를 수행한 치앙마이의 한 공공병원은 지난 30년간 10병상짜리 마을 병원에서 170개 병상의 종합 병원으로 성장하였는데, 이 병원의 역사는 지역 사람들의 삶과 분리해서 상상할 수 없다(Seo 2020). 해마다 지역 축제가 열릴 때면, 병원에 기부금을 모으는 행사가 함께 열린다. 병상 수를 두 배로 늘리는 대대적인 개축을 앞두고는 공사 기금 마련에 도움을 주기 위한 대규모 축제가 하루 종일 열리기도 하였다. 지역의 기업이나 사업체는 물론 보통의 많은 사람들이 이 기금 마련 행사에 함께 했다. 이와 같은 자발적 기부가 이어질 수 있었던 이유는 지역 병원이 더 좋아지기를 바라는 사람들이 그만큼 많았기 때문이다. 이제 농촌 지역에서도 중산층 이상은 민간 보험을 따로 가입하는 사람들이 늘고 있기는 하지만 병이 길어질수록, 또 심각할수록 결국 기댈 곳은 공공병원이라는 사실을 지역민들이 오랜 경험으로 알고 있기 때문이다. 민간 보험을 이용해 외래 진료나 짧은 입원 치료 시 긴 대기 시간 없이 간편하게 민간 병원을 이용할 수 있지만, 민간 보험의 보장성이 크지 않은 상황에서 심각한 질환일수록 결국에는 공공병원의 진료 의뢰를 통해야 하는 경우가 더 많다. 민간 보험을 사거나 민간 병원의 높은 치료비를 감당할 수 없는 사람들에게 지역의 공공병원은 항상 만족스럽지는 않다고 하더라도 늘 한 자리에서 버팀목이 되어주었다. 우체국이나 소방서, 주민센터가 없어지지 않고 있는 것처럼 공공병원도 늘 거기 있는 것이다. 병원에서 일하는 의사와 간호사, 치과 의사, 약사, 응급구조원, 간호조무사 등 모든 직원이 이 끊어지지 않는 역사에 함께 존재한다. 잠깐 일하고 떠나는 사람들도 있지만, 지역 주민이자 지역 의료인으로 한 곳에서 오래 일하는 사람들이 병원에서 중심적인 역할을 하게 된다. 지역의 이름을 건 공공병원은 거기서 살고 있는 사람들이 일하고, 거기서 살고 있는 사람들이 이용하는 곳으로서 고유의 책임성을 쌓아가고 있는 것이다.

한국에도 물론 긴 역사를 가진 지방 의료원들이 있지만, 이러한 공공병원

만의 에토스, 고유한 역사와 문화를 만들어 가기가 쉽지 않다. 많은 경우 공공병원이라고 하더라도 민간에 위탁 운영하는 방식이 주로 활용되어 왔다. 민간 위탁은 운영 주체가 언제든지 바뀔 수 있고, 따라서 위탁을 맡은 민간 주체가 수익이 아닌 공공성 확충에 적극적인 역할을 할 것을 기대하기 어렵다. 태국은 공공병원 운영에서 의사와 간호사, 행정 업무를 맡은 주요 인력이 보건부 소속 공무원으로 직급을 가지도록 하였으며, 이들은 개별 병원에서 일하는 의료인인 동시에 공무원으로 더 큰 행정 체계 내에 소속되어 일하게 된다.⁴ 이러한 행정적 권한 부여는 제대로 견제되지 못할 경우 운영 상에 여러 문제를 야기할 수도 있지만 역으로 공공병원 의사들이 장기간 근무할 경우 임상 의사에 머무르지 않고 병원 운영 및 지역보건 의료체계의 상급 관리직이라는 경력 변화 및 진급을 예비할 수 있게 해준다. 또 지방의사회와 같은 민간 조직은 지역의 공공병원에서 일하는 것이 단순히 의사 개인의 직업적 선택이나 공무원의 역할 수행을 넘어 더 큰 사회적 기여를 할 수 있는 책임성을 가지도록 윤리적, 정치적 목표를 제시하는 역할을 해주었다.

IV. 의료 공공성을 사람 중심으로 생각하기

삶과 죽음의 중요한 순간마다 병원이라는 공간을 거치치 않을 방도가 없다. 그렇다면 그 병원은 어떤 병원이어야 할까? 돈 많은 누군가에게 좋은 병원이 곧 모두에게 좋은 병원은 아니다. 보편적 건강보장은 모든 사람이 인간다운 삶과 죽음을 누릴 수 있는 사회적 안전망이 모두에게 보편적으로 주어져야 한다는 이상(ideal)을 기반으로 한다. 그러나 이러한 평등의 가치를 실현하기 위해 어떤 제도와 기관을 만들 것인가는 의료가 고부가가치 사업으로 재편

4 공공병원에서 일하는 모든 직원이 공무원으로 근무하는 것은 아니다. 특히 간호사의 경우 과거에 비해 공무원 직급을 받을 기회가 크게 줄어들면서 이에 대한 불만 역시 크게 커지고 있는 상황이다.

되고, 병원이 하나의 사업체로, 의료인은 사업자로 역할하는 것이 당연하게 여겨지는 사회에서 제대로 질문되기 어렵다. 한국에서 의대 정원과 공공 의대 신설을 두고 “의사가 공공재냐”라고 되물으며 예비 의료인과 현직 의료인이 격렬한 반대를 한 바 있다. 태국의 의학 교육은 입학생에게 장학금의 혜택을 주는 대신 졸업 후 공공병원에서 일정 기간은 반드시 일하는 의무를 짊어질 것을 서약하게 하면서 시작한다. 물론 모든 의사가 이 서약을 지키는 것은 아니며, 서약을 지키지 않는다고 의사를 하지 못하게 하는 것도 아니다. 공공병원에서 일하면서 퇴근 후에는 민간병원에서 일하는 경우도 있고, 의무 근무 기간이 끝나자마자 민간병원으로 이직하는 경우 역시 빈번하다. 그럼에도 불구하고 이 서약이 가지는 중요한 의미는 의사가 단순히 고도의 전문지식을 가진 역량 있는 개인일 뿐만 아니라 공적 역할을 수행해야 하는 의무를 지닌 존재라는 점을 의학 교육의 첫 시작점부터 환기시킨다는 것이다. 의사가 없으면 병원도 없다. 공공병원에서 일할 의사를 제대로 길러내야 공공병원이 제 역할을 할 수 있다.

태국은 의학 교육이 단순히 개인의 교육 투자로 고유의 자격을 획득하는 과정이 아니라 사회의 엄청난 비용 많은 공적 자원이 투입되는 긴 과정이라는 점을 분명히 강조하고, 이를 통해 양성된 인력이 지역적으로 공평하게 배분되도록 오랜 기간 애써왔다. 물론 태국에서 이러한 개입과 조정의 과정 역시 더 많은 수익을 제공하는 민간 영역과의 심각한 긴장 속에서 일어났다. 그러나 여기서 핵심은 지역의 공공병원에서 일할 수 있는 의료인을 길러내는 일이 보편적 건강보장을 실현하기 위해 필수적으로 고려되어야 하는 요소라는 점이다. 의사를 어떻게 교육시켜서 어떻게 일하게 할 것인가가 사회 정의와 평등의 문제와 깊이 결부되어 있는 이유가 여기에 있다. 이는 단순히 필수 인력이라는 이유로 의료인의 자유로운 직업 선택을 제한하고, 더 많은 의무를 부여해야 한다는 의미가 아니다. 민간병원에서 일하든 공공병원에서 일하든 타인의 생명과 건강에 개입하는 일은 필연적으로 개인의 사적 이익을 넘어서는 사회적 가치와 의미를 발생시킨다. 이 개인의 손익을 넘어서는 공적 의미와 가치를 병원

운영의 가장 중요한 운영 원리가 되도록 하는 것, 의료인들이 매일의 노동에서 이를 실현할 수 있는 제도적 기반을 만드는 것, 의료 공공성은 바로 이러한 사회적 책임성의 의미망 속에서만이 그 구체성을 확보해 나갈 수 있다.

참고문헌

- 보건복지부. 2018. 『필수의료의 지역 격차 없는 포용국가 실현을 위한 공공보건의료 발전 종합대책』. 보건복지부.
- 브릿넬, 마크. 이로운 역. 2016. 『완벽한 보건의료제도를 찾아서』. 서울: 청년의사.
- 백세종 외. 2021. “치료 가능한 사망으로 측정한 우리나라 지역 간 건강수준의 격차.” 『보건행정학회지』 31(1): 100–113.
- 한겨레. 2021. “공공병원 차지한 코로나, 밀려난 취약계층.” 10월 20일. <https://www.hani.co.kr/arti/society/health/1015829.html> (검색일: 2022.04.01.)
- 시민건강연구소. 2020. 『인권중심 코로나19 시민백서』. 시민건강연구소.
- Achara Nithiapinyasakul et al. 2016. “Impact of a 20-year Collaborative Approach to Increasing the Production of Rural Doctors in Thailand.” *International Journal of Medical Education* 7: 414–416.
- Bangkok Post. 2020. “Insurance Policies Go Viral.” March 23. <https://www.bangkokpost.com/business/1884445/insurance-policies-go-viral> (검색일: 2022.04.01.)
- _____. 2021. “B205bn Health Budget Agreed.” January 27. <https://www.bangkokpost.com/thailand/general/2057643/b205bn-health-budget-agreed> (검색일: 2022.04.01.)
- Harris, Joseph. 2017. “Thailand: Chasing the Dream of Free Medical Care for the Sick.” *Achieving Access: Professional Movements and the Politics of Health Universalism*. University Press Scholarship. pp. 35–62.
- Gregory, Chris. 2014[1982]. *Gift and Commodities*. London: HAU Books.
- Gruber, Jonathan et al. 2014. “The Great Equalizer: Health Care Access and Infant Mortality in Thailand.” *American Economic Journal: Applied Economics* 6(1): 91–107.
- Seo, Bo Kyeong. 2020. *Eliciting Care: Health and Power in Northern Thailand*.

University of Wisconsin Press.

- Suwit Wibulpolprasert and Paichit Pengpaibon. 2003. "Integrated Strategies to Tackle the Inequitable Distribution of Doctors in Thailand: Four Decades of Experience." *Human Resource for Health* 1(12). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC317381/>
- Suwit Wibulpolprasert et al. 2003. *Twenty-five Years of Rural Doctor Movement in Thailand*. Bangkok: Sangsur Printing.
- Viroj Tangcharoensathien et al. 2018. "Health Systems Development in Thailand: A Solid Platform for Successful Implementation of Universal Health Coverage." *Lancet* 391(10126): 1205–1223.
- _____. 2020. "Financial Risk Protection of Thailand's Universal Health Coverage: Results from Series of National Household Surveys between 1996 and 2015." *International Journal of Equity in Health* 19(163): 1–12.
- Viroj Wiwanitkit. 2011. "Mandatory Rural Service for Health Care Workers in Thailand." *Rural Remote Health* 11(1): 1583.
- Win Techakehakij and Rajin Arora. 2017. "Rural Retention of New Medical Graduates from the Collaborative Project to Increase Production of Rural Doctors(CPIRD): A 12-Year Retrospective Study." *Health Policy Plan* 32(6): 809–815.
- Woranan Witthayapipopsakul et al. 2019. "Equity of Health Workforce Distribution in Thailand: An Implication of Concentration Index." *Risk Management and Healthcare Policy* 12: 13–22.

제5장

미얀마의 보건의료 위기와
보편적 건강보장을 위한 과제

김희숙

제5장 미얀마의 보건의료 위기와 보편적 건강보장을 위한 과제

김희숙

1. 건강과 정치: 미얀마의 보건의료 위기를 바라보는 틀

따라서 의사들이 첫 번째로 해결해야 할 과제는 다분히 정치적인 것이다. 질병을 치료하기 위해서는 무엇보다도 부패한 정부와 싸워야 한다. 인간이 질병으로부터 벗어나기 위해서는 무엇보다도 정치적으로 자유로워져야 한다.

(미셸 푸코, 『임상의학의 탄생』 중에서)

인용한 푸코의 글은 18세기 말엽, 의학에 요구되었던 정치적 의식이란 어떤 것이었는지를 말해준다. 당시 사치와 식도락에 탐닉하며 이기심을 마음껏 충족하던 프랑스의 부유층 사이에서는 이전까지는 알려지지 않았던 히스테리와 우울증, 신경과민과 같은 질병이 유행처럼 번졌다. 반면 가난한 자들은 무거운 세금에 눌러 궁핍과 기근, 불결한 환경에서 살아가며 병이 들었을 때도 제대로 된 치료 한 번 받지 못한 채 죽어 나갔다. 그러니 대혁명의 불길이 치솟

* 이 장은 『세계지역연구논총』 제40집 2호에 게재된 “미얀마의 보건의료 현실과 ‘국가-사회’ 관계의 동학: 시민불복종운동의 함의로부터”를 수정 보완한 것이다.

기 전 프랑스에서 건강 문제의 근본적인 원인을 꼽자면 의료서비스의 양과 질이었다기보다는 지배층의 압제와 그에 따른 대다수 민중의 빈곤이었다. 이러한 현실은 혁명의 의식을 싹틔웠고, 그 의식은 곧 신체에 자리 잡은 질병의 증상을 파악하여 분류하는 데 열중하던 의학에 대해서도 질병 자체가 아닌, 모든 사람이 평등하게 건강한 삶을 영위할 권리를 부정하는 그릇된 정치를 고치는 일에 나서라고 촉구하기에 이르렀다. 하지만 변혁의 파고가 가라앉고 새로운 질서가 자리를 잡아감에 따라 이러한 요구는 다른 형태의 기획으로 전환되었다. 푸코는 이 시기를 거치며 의학이 새로운 임무, 즉 국가 정책에 부응하여 사람들의 생활 속에서 건강과 덕목, 그리고 행복의 지표를 관리하는 책임자의 역할을 맡게 되었다고 통찰한다. 다시 말해 개별자와 국가 사이에 서서 개인의 행복과 국가가 요구하는 질서를 조화시키기 위해, 가령 군대에서는 어느 정도로 훈련을 시켜야 하고 자식은 몇 명을 낳아야 하며, 노동시장의 규모는 얼마나 되어야 하는지 등을 결정하는 일에 관여하게 되었다는 것이다(푸코 1993[1965]: 60-79).

오늘날의 우리는 그러한 형태의 의학이 사회 안에 확고히 자리 잡은, 즉 국가가 인구의 건강상태를 통계화하고 이를 정책으로 구현하여 ‘국민 건강’이라는 이름으로 관리하는 세계에서 살아간다. 세상을 바꾸는 일과 사회 전체를 의학화하려는 시도는 이렇게 절충된 듯 보인다. 그런데, 의학이 사회 속에서 국민의 건강을 돌보는 역할을 맡게 되고, 이를 위해 필요한 제도를 구축하고 자원을 할당하는 일이 국가의 책무가 된 세계는 국가의 통치성이 일방적으로 작동하는 곳만은 아니다. 그 반대편에서 국민이 기본적인 인권으로서 건강한 삶에 대한 권리를 주장하고 이를 보장할 책무를 국가에 요구하는 곳이기도 하다. 세계인권선언이나 자유권 및 사회권에 관한 국제규약 등이 이러한 권리의 불가침성과 국가의 보호 의무를 명문화하여 건강권의 법적 토대를 제공해준다(정민수 외 2014). 의료가 완전히 시장에 내어줄 수 없는 공공성의 영역에 자리하는 것은 국가와 의료 제공자, 그리고 의료의 대상이 되는 국민 모두 암묵적이건 명시적이건 이러한 권리에 대한 의식을 공유하기

때문일 것이다.

그런데 미얀마의 대다수 국민은 오랜 세월 그러한 권리를 누리지 못한 채 살아왔다. 무력으로 국민 위에 군림하는 군사정부 아래 살아가며 그것을 권리로 요구할 엄두조차 내지 못했다. 하지만 개혁개방 이후 10년간 이 나라의 국민이 맛보았던 자유는 권리에 대한 정치적 의식을 일깨웠다. 2021년 2월 1일 군부가 감행한 쿠데타에 맞서 일 년 넘게 계속되고 있는 시민불복종운동(Civil Disobedience Movement)은 건강한 삶에 대한 권리가 보장받을 수 있기 위해서는 우선 정치적으로 자유로워져야 한다는 이 나라 국민의 의식과 의지를 보여 준다.

미얀마에서 쿠데타가 발발하자 가장 먼저 조직적인 저항에 나섰던 이들은 공공병원의 의료진이었다. 군사정부에 복무하기를 거부하며 의료진이 전개한 시민불복종운동은 곧 각 부처 공무원들과 국영기업의 노동자들에게로, 이어 전국적인 저항운동으로 번져나갔다. 의사와 간호사 등 의료 종사자들이 그 시작을 이끌었던 것은 이 나라에서 벌어진 사태의 심각성을 전 세계가 공감케 하기에 더할 나위 없이 적절했다. 코로나19 팬데믹의 위기가 일 년 넘게 계속되고 있었고, 미얀마는 특히 심각한 상황이었기 때문이다. 시민불복종운동에 참여한 의료진은 “50년 동안의 군정은 우리의 보건의료체계를 발전시키는데 실패했고, 대신 빈곤과 불평등, 부적절한 의료서비스가 만연하게 했다. 우리는 다시 또 그러한 상황으로 되돌아갈 순 없다”며 군부의 복귀 명령을 거절했다. 미얀마의 의료진이 눈앞의 코로나19 위기보다도 이 나라의 의료 현실에 더 근본적인 문제라고 본 것은 국민에게 적절한 수준의 의료서비스를 제공하는 데 실패한 국가다. 그리고 그러한 실패의 주범은 주권자인 국민의 복지보다는 자기 집단의 영속과 안영을 유지하는 데만 전념해온 군부였다고 이들은 지목한다(Frontier Myanmar 2021/03/09).

이들의 말대로 미얀마의 보건의료체계는 오랜 군정을 거치면서 거의 붕괴지경에 이르렀고, 그 결과 오늘날까지도 인구 상당수가 예방 가능한 질병으로 목숨을 잃어간다. 하물며 쿠데타 이후의 상황은 가늠조차 어렵다. 의료진의

시민불복종운동 참여보다는¹, 이들을 포함하여 수많은 시민을 무차별적으로 공격하고 체포, 살해하는 쿠데타 세력에게 더 큰 책임이 있음은 명백하다. 쿠데타 발발 이후 일 년 동안 총 415회의 의료시설과 인력, 물자에 대한 공격이 이루어졌고, 132명의 의료진이 체포되었으며 30명이 살해당했다는 보고는 더욱 섬뜩하다(PHR 2022). 전 세계에서 최하위 수준인 이 나라의 보건의료 기반 가운데서도 의료 인력이 가장 취약한 요소였음을 고려하면 이러한 공격이 현재의 보건의료체계에 가한 타격은 말할 것도 없고, 가까운 미래에 회복되리라는 전망조차 어려워 보인다.

쿠데타가 촉발한 미얀마의 정치적 위기와 그에 따라 심화한 보건 위기는 이 나라에서의 건강권과 보편적 건강보장에 관한 논의가, 대개는 권리와 의무로 연결된 호혜적 관계를 자명한 것으로 전제하는 국가와 국민의 관계에 대한 물음으로부터 출발해야 할 필요성을 제기한다. 비단 2021년 발발한 쿠데타 때 문만이 아니라 독립 이래 계속되고 있는 양자 관계의 균열이 국민의 건강권을 침해하고 보편적 건강보장을 향한 여정을 가로막는 근본적인 제약으로 작용해왔다고 보기 때문이다. 이러한 문제의식을 바탕으로 본 연구는 미얀마 보건 의료정책의 한계를 짚어보고, ‘국가-사회’ 관계 차원에서 보건의료가가 갖는 사회정치적 의미에 대해 고찰하고자 한다. 이를 위해 먼저 독립 이후 현재까지 이 나라 보건의료정책의 역사와 주요 특징, 그 효과를 검토할 것이다. 이어 미얀마에서 오랜 갈등의 역사로 점철되었던 ‘국가-사회’ 관계의 두 층위, 곧 ‘국가 안의 국가’로 군림해온 군부와 시민사회의 관계, 그리고 버마족 중심의 국가와 소수종족 간의 관계에서 보건의료가가 어떤 점에서 정치적 경합의 장이 되어왔는지를 설명할 것이다. 이를 통해 2021년 쿠데타 이후 전개된 의료진의

1 다수의 의료 종사자들이 시민불복종운동에 참여함에 따라 공공병원을 비롯한 의료기관 상당수가 운영되지 못하게 된 것은 사실이지만, 군의 공격을 피해 숨어 지내면서도 이들은 이동진료를 통해 군경의 공격으로 부상을 입은 시위 참가자들과 코로나19 환자들을 치료하고 있다. 이를 이용하여 군경이 코로나19 환자를 가장하여 연락을 받고 방문한 의료진을 체포하는 일도 발생하고 있어 이들의 안전은 물론 시민의 건강권까지 크게 침해당하는 실정이다(PHR 2022).

시민불복종운동이 던진 화두, 즉 미얀마와 같이 정치적으로 불안정한 사회에서 국민의 안전과 건강에 관한 정책이 왜 국가와 사회의 관계를 바로 세우려는 노력에서부터 출발해야 하는지에 대해 답하고자 한다.

II. 미얀마 보건의료정책의 간추린 역사와 특징, 한계

미얀마의 현행 보건의료체계가 가진 특징을 설명하는 문헌 자료들에서는 그 역사적 배경을 보통 넷이나 다섯 시기—영국 식민통치 시기, 독립 이후의 회민주주의 체제 시기(1948–1962), 사회주의 체제 시기(1962–1988), 쿠데타를 통해 출범한 신군부의 SLORC/SPDC 시기(1988–2010), 2011년 개혁개방 이후—로 구분하곤 한다. 각 시기를 구분하는 기준이 되는 것은 정치변동과 체제 변화로(WHO 2014), 통치체제가 보건의료정책의 방향과 틀을 결정짓는 주된 조건이었다는 전제가 이러한 시기 구분에서 드러난다. 그렇지만 각 시기 보건의료정책의 변화가 이 나라 국민이 경험하는 차원에서의 실질적인 차이를 반영한 것인지는 의문이다. 독립 직후 우 누 정부 시기와 네윈의 사회주의 체제 시기에서 명확히 드러나는 보건의료정책상의 차이는 거의 없다. 마찬가지로 개혁개방 이후 보건 부문에 대한 정부 투자가 상당히 증가하고 제도 개선도 일부 이루어지긴 했지만 그러한 변화가 SLORC/SPDC 시기부터 누적된 문제에 대한 근본적인 개혁조치였다고 보기도 어렵다. 이와 달리 체제 전환보다는 완전한 군정 체제로의 이행으로서의 성격이 짙은 1988년 이후와 이전의 보건의료정책과 그 결과에서는 주목할 만한 차이가 확인된다. 어떻게 시기 구분을 하건 미얀마의 전반적인 보건의료 수준에서는 큰 변화가 없었지만, 국민의 건강 문제를 대하는 국가의 태도 변화가 대다수 인구의 건강과 삶에 미친 영향은 심대했고 오늘날까지도 그 부작용은 남아있다. 여기서는 그러한 태도 변화의 기점이 된 1988년 전후의 보건의료정책이 가진 특징과 한계를 짚어보고자 한다.

1. 독립 후부터 1988년까지: 사회주의적 이상과 실천의 괴리

독립 직후 버마가 착수한 근대적 국가 건설의 여정을 현지에서 직접 지켜보았던 영국의 역사학자 휴 텅커는 “버마의 사회 계획에서 확인되는 주된 실패는 기본적인 사회서비스 기반이 확고히 마련되기 전에 온갖 사치품과 액세서리를 그 구조물에 도입”하는 데 있다고 진단한 바 있다. 가령 학생들은 교과서와 필기도구조차 없는 마당에 정교한 시청각교육 장비를 수입한다든지, 굶주리는 고아들이 양곤의 거리를 배회하는 현실에 대한 대책은 내놓지 못하면서 사회복지 기술에 관한 학술회의와 세미나를 개최하는 등의 행태가 그러한 경향을 보여주는 예로 거론되었다(Tinker 1961). 그가 보았던 대로 당시 버마의 정치인과 관료들은 가용한 자원과 실천능력보다는 열망이 더 앞서는 편이었다. 사회주의에 심취해 있던 이들은 모든 국민이 평등하게 행복을 누리는 복지국가를 건설하겠다는 목표를 세웠고, 이를 실현하기 위한 법과 제도, 정책을 마련해갔다. 1952년에 발표된 ‘삐도파 계획(Pyidawtha Plan)’은 그러한 이상을 담았던, 신생 독립국 버마의 첫 사회 발전 계획이었다.

‘행복하고 번영하는 나라’라는 미얀마어 뜻 그대로 삐도파 계획은 신생 독립국 버마의 경제발전과 복지국가 건설의 구상을 담은 포괄적 경제·사회발전계획으로서, 1960년을 1차 목표 시한으로 하는 8개년 계획으로 수립되었다. 국민건강프로그램(National Health Programme)도 이 계획에 포함되었는데, 전 국민 의료보장, 산모와 신생아 및 유아 사망률 감소, 풍토병과 유행병 박멸 등이 목표로 제시되었다. 이를 위한 세부 계획으로는 전 국민 대상 보건교육 실시, 모자보건센터 건립, 학교보건 서비스 추진, 1960년까지 18,318개의 병상을 갖춘 401개의 병원 건립(380개는 정부가 운영, 나머지는 민간이 운영), 120개의 농촌보건소 건립, 양곤에 9층짜리 현대식 의료센터 건립, 보건의료인력 양성, 제약공장 건립 등이 제시되었다(Government of the Union of Burma 1954: 141–147).

전 국민 의료보장이라는 원대한 목표에 비추어 보면 이 8개년 계획은 소박

해 보일 수도 있다. 하지만 당시 버마가 처해 있던 현실에서 보자면 이러한 계획조차도 매우 버거운 것이었다. 독립 직후 버마의 보건의료체계는 사실상 붕괴하다시피 한 상태였는데, 무엇보다도 의료 인력 부족이 가장 심각한 문제였다. 식민통치 전까지 버마에서 성행했던 아유르베다 전통에 기초한 민간의료는 영국 식민정부에 의해 억압되어 점차 근대의학으로 대체되었고, 의사들은 대부분 외국인이었다. 하지만 세계대전과 일본의 강제점령을 겪고, 이후 독립을 맞으면서 외국인 의사—대부분 인도 출신—와 의료 종사자들이 대거 버마를 탈출했다(Tinker 1961: 214). 의사 충원을 위해 7년인 의과대학 교육 기간을 5년으로 줄이려던 정부와 이에 맞선 전문의들의 옥신각신 끝에 최종 6년으로 절충되는 일까지 있었을 정도로 독립 직후 버마는 의료 인력 부족에 시달렸다. 짧은 기간 안에 의사를 공급할 수 없었던 정부는 인도와 파키스탄으로부터 3년에서 5년 계약제로 300명의 의사를 채용하는 한편, 건강보조사 훈련기관을 설립하여 2년간의 교육과정을 마친 이들을 농촌 지역으로 파견하는 등의 임시방편까지 도입하는 형편이었다. 전체 인구의 절반가량이 말라리아로 고통받고, 이와 함께 정부가 4대 주적으로 삼아 퇴치 캠페인을 벌였던 결핵과 성병, 나병 등이 창궐하는 등 독립 이후 버마의 보건의료 상황은 심각했다(Tinker 1961: 214–216). 하지만 때로 계획에서 구상되었던 국민건강프로그램의 목표는 끝내 달성되지 못했고, 이 나라 국민을 괴롭혔던 말라리아나 결핵 등과 같은 질병의 퇴치나 모자보건 등의 목표는 오늘날까지도 여전히 과제로 남아있다.

1962년 쿠데타로 정권을 장악한 네윈(Ne Win)의 군사정부는 “정의에 기초한 사회주의 경제 제도”를 수립한다는 목표 아래 대대적인 보건개혁에 착수했다. 그 첫 번째 조치는 의료시설의 국유화였다. 1963년에 먼저 공공병원 중 유료로 운영되던 민간병동이 폐지되었고, 1966년에는 모든 민간병원이 국유화되었다. “사람이 사람을 착취하고 부당한 이익 추구가 만연하는 유해한 경제 제도가 존재하는 한 모든 사람은 사회악으로부터 해방되지 못한다”(BSPF 1963)는 사회주의적 신념에 기초한 네윈 정부의 첫 보건개혁은 이렇게 영리 병

원을 국유화하는 조치로부터 시작되었다.

사회 발전에 역점을 두었던 만큼 버마사회주의계획당(Burma Socialist Programme Party, 이하 BSPP)의 보건정책도 평등과 사회정의를 실현하는 데 중점을 두어, 특히 농촌과 도시 간의 보건 격차를 해소하는 데 주력하였다. 이를 위해 인구 대다수가 살아가는 농촌 지역에 보건의료서비스를 효율적으로 전달할 수 있는 행정체계를 구축하는 일이 가장 먼저 이루어졌다. 1965년에 이루어진 보건행정체계 개편 결과 중앙에서부터 도/주(Division[현재는 Region]/State), 타운십(township)으로 이어지는 수직적 계통체계가 구축되었고, 전국의 300여 개 타운십을 보건의료체계의 기본단위로 삼아 타운십의료행정관(township medical officer)을 파견하였다. 하위 행정단위에는 농촌보건소(rural health centre)와 의무실(dispensary)을 설치했고, 인구가 많고 전략적으로 중요한 지역에는 거점병원(station hospital)을 두었다(WHO 2014: 33-35).

1978년부터 정부는 같은 해 알마아타 선언(Alma Ata Declaration)에서 채택된 ‘만인의 건강’(Health for All)을 기치로 내건 4개년 계획의 인민건강계획(People’s Health Plans)을 수립하기 시작했다. 모든 사람이 기본적인 권리로써 건강을 누릴 수 있게 보장하는 핵심 방법으로 알마아타 선언에서 중요하게 강조된 것은 일차의료였다. BSPP 정부도 이를 신속하게 수용하여 지역사회 보건체계 강화에 나섰다. 하지만 독립 이래 이 나라 보건의료의 고질적인 문제였던 의료 인력 부족이 여전히 발목을 잡았다. 이 문제를 타개하기 위해 정부가 도입한 것이 보건자원봉사자 제도로, 지역사회보건원(communitiy health workers)과 보조조산사(auxiliary midwives)를 지역에서 충원하는 방식이었다(Nwe Nwe Oo 2019).

BSPP 정부의 보건의료정책은 상술한 바와 같이 행정체계의 최소단위에게까지 보건의료서비스를 확대하기 위한 보건행정체계 개편과 일차의료를 강화하는 것이었다고 요약할 수 있다. 하지만 정책의 실질적인 효과는 크지 않았다. 1960년부터 1988년 사이 의료 인프라의 증감비율을 표시한 <표 5-1>을 통해 그 허실을 가늠할 수 있다.

〈표 5-1〉 미얀마의 보건의료시설 및 인력 증감률(1960-1988)

	1959/60	1987/88	증감률(% , 1960-1988)
의사 수	1,221	11,076	807
간호사 수	1,054	8,238	608
조산사 수	1,487	8,187	451
병원 및 의무실 수	332	763	130
병상 수	9,644	25,759	107
농촌보건소 수	409	1,337	227
모자보건소 수	345	348	0.8

자료: Walinsky 1962; Ministry of Planning and Finance(MPF) 1987; Mya Maung 1998: 238에서 재인용

1958년 우 누(U Nu)를 하야시키고 네윈의 과도정부가 들어서서 일이 발생하지 않았더라면, 그래서 때때로 계획이 예정대로 추진되었더라면 어찌 되었을지 알 수 없지만, 1959/60년의 상황을 보면 국민보건프로그램에서 제시한 목표는 대부분 달성되지 않았다. 이에 비하면 BSPP 정부 아래서 보건의료 인프라는 상당한 발전을 이룬 것처럼 보인다. 하지만 26년 동안의 성과치고는 미미한 실적이다. 의사와 간호사, 조산사 수는 눈에 띄게 증가했지만, 의료시설 확충 실적은 부진했다. 특히 일차의료의 거점이라 할 지역사회 수준에서의 인프라 개선이 거의 이루어지지 않은 점이 눈에 띈다. 미얀마에는 총 330개의 타운십이 있고, 한 타운십의 인구가 10만에서 30만 명에 이른다. 총 1,337개에 불과한 농촌보건소는 대다수 인구에게 적절한 의료서비스를 제공하기에는 턱없이 부족한 수다. 무엇보다 산모와 신생아, 아동의 건강관리에 중요한 모자보건소가 30년 동안 단 3곳 늘어나는 데 그친 점은 일차의료의 중요성에 대한 정부의 이해와 의지의 진정성을 의심케 할 정도다.

통계 수치가 가리고 있는 더 중요한 문제는 도농 격차다. 당시 의료 인력이나 시설은 대부분 대도시에 집중되어 있었다. 하지만 농촌보건소 현황이 말해주듯이 인구 대다수가 살아가는 농촌 지역에까지 보건의료서비스를 전달할

수 있는 기반은 거의 보장되지 않았다(Myra Maung 1998: 238-239). 이러한 문제의 근본적인 원인은 보건 부문에 대한 정부 투자가 매우 적고, 그나마도 병원 진료에 초점이 맞춰졌던 데 있다. 실제로 1978년의 상황을 보면, 정부 보건지출은 국내총생산(GDP)의 0.2%대에 불과했고, 인민보건계획이 시작된 첫 4년 동안 정부 보건재정의 30%만이 기초보건과 공중보건 활동에 투입되었다. 나머지는 병원에 투입되었는데, 그마저도 대부분 인건비로 충당되었다(WHO 2014: 33-35).

일찌감치 일차의료의 중요성을 인식하여 지역사회 수준으로까지 보건행정 체계를 확대해간 점은 BSPP 정부의 성취였다고 평가할 만하다. 하지만 이러한 행정상의 확장이 대중 건강에 필수적인 의료서비스를 제공하는 데 실질적으로 기여했다고 보기는 어렵다. 텅커가 관찰했던 1950년대와 마찬가지로 사회주의 버마의 보건의료정책 역시 실질적으로 기능하는 서비스 기반을 구축했다기보다는 다분히 형식적인 접근이었다고 평가할 수 있다. 경제난을 타개하기 위해 적극적으로 원조와 외자를 유치하려던 시점에서 국제사회가 채택한 ‘만인의 건강’ 슬로건을 재빨리 가져와 일차医료를 강화하려는 모습을 보여주긴 했지만, 대부분의 시도는 시늉에 그쳤다. 원칙상으로는 국가 내의 모든 의료자원을 국유화한 국가가 전 국민에게 무료로 의료를 제공해야 했지만, 보건의료 인프라 자체가 취약한 상태였기에 대다수 인구는 제대로 된 서비스를 누릴 수 없었다. 이러한 문제의 해결책을 1988년의 민주화운동을 억누르고 출범한 군사정부는 시장으로부터 찾았다. 하지만 이후 이 나라가 직면하게 된 의료 현실은 통제되지 않는, 좀 더 정확히는 정치권력을 쥔 자들의 이권을 보장하는 방향으로 정렬된 시장이 얼마나 심각하게 공공의료를 침식하고 국민의 삶을 위협할 수 있는지를 알려주는 교훈으로 삼을 만하다.

2. 1988년 이후: 공공의료의 후퇴, 민간의료시장의 확장

사회주의 버마의 경제발전 전략은 미곡 수출로부터 발생하는 잉여금을

공업 생산에 투입하는 수입대체형 산업화로 요약된다. 외세의 영향력을 철저히 배제하고 자립경제를 구축하겠다는 목표와는 달리 이 나라의 경제구조가 이미 세계시장에 깊숙이 편입되어 있었을 뿐 아니라 시장 변동에도 극히 취약했음을 의미한다. 정부가 농민들에게서 시장보다 낮은 가격으로 쌀을 사들이는 강제적 쌀 공출제도의 폐해로 수출용 쌀 보유량이 급감한 데다 국제 쌀값마저 급락하자 버마 경제는 크게 휘청거렸다. 이미 1970년대 중반에 네윈 자신이 버마식 사회주의의 원칙에 대한 현실적 수정이 필요하다는 의견을 제시하여 원조와 외자 유치를 통해 돌파하려는 시도가 이루어지기도 했지만, 그와 같은 미봉책으로는 온갖 모순이 촌촌히 엮여 작동 불능상태에 이른 경제를 되살릴 수 없었다. 주요 생필품을 독점적으로 공급해오던 국영 상점과 협동조합은 심각한 물자 부족에 허덕였고, 부패한 공무원들이 빼돌린 물건으로 더욱 번창하는 암시장이 공식시장과 공존하는 가운데 서민들은 폭등하는 물가로 인해 극심한 생활고에 시달렸다(아시아아프리카라틴아메리카연구원 1989).

심각한 사회경제적 곤궁을 배경으로 일어난 1988년의 민주화운동은 강력한 민족주의로 무장한 군사정부와 사회주의의 결합이 낳은 총체적인 모순에 대한 변혁의 요구였다. 하지만 이를 잔혹하게 짓밟고 집권한 신군부는 국민의 민주화운동을 폭동으로 규정하여 이를 수습하는 역할을 맡는다는 의미를 표방하며 법질서회복평의회(SLORC)라는 이름의 새로운 군사정부를 출범시켰다. 이상과 현실의 괴리에 고뇌하는 척이라도 했던 BSPP 정부와 달리 더는 사회주의적 이상에 천착하지 않는 신군부는 국민의 건강과 복지에 대한 책임을 전적으로 국가가 할 일로 여기기보다는 사회로 떠넘겼다. 이를 단적으로 보여주는 것이 1993년부터 도입된 ‘지역사회비용분담제’(Community Cost Sharing Scheme, 이하 지역사회분담제)다.

보건의료 기반 자체는 매우 열악했어도 사회주의 체제 시기까지 의료는 무료였다. 물론 환자들이 필요한 의료용품과 약을 시장에서 사가야 했다는 점에서 완전히 무료였다고 보기는 어렵다. 국영 미얀마제약회사(Burma

Pharmaceutical Industry)²에서 의약품을 생산하고는 있었지만, 원자재와 공장 가동에 필요한 연료 부족으로 공급은 늘 달려 의료용품과 의약품 대부분을 수입에 의존하는 실정이었다(Myra Maung 1998: 249-250). 이에 따른 재정부담을 완화할 목적으로 도입된 것이 지역사회분담제로, 공공병원에서 제공하는 모든 의료서비스에 사용요금을 부과한 제도다. 간단히 말해 사용자 요금제인데, ‘지역사회분담’이라는 용어를 사용함으로써 그저 이용료를 부과하는 것이 아니라 빈곤층에게 무료의료를 제공하기 위해서라는 명분을 챙길 수 있었다(Phyo Maung Thaw 2010).

미얀마뿐 아니라 다른 저개발 국가들에서도 도입된 바 있는 지역사회분담제는 본래 지역사회 구성원 모두가 기금 마련, 자원 이용 등에 관한 의사결정에 참여하는, 일종의 아래로부터의 복지 접근법이라 할 수 있다. 이와 달리 미얀마 정부가 도입한 지역사회분담제는 지역사회의 참여와는 거리가 먼, 이전까지 국가가 제공하던 의료서비스에 대한 사용료를 지역사회가 부담하도록 하여 정부의 재정부담을 완화하는 데 주목적이 있었다. 이를 위해 공공병원의 서비스 비용을 환자들에게 청구하기 시작했는데, 환자들로부터 받은 진료비의 50%는 국고로, 25%는 병원에서 의약품과 의료장비 등을 마련하기 위한 비용으로 병원에 비축되고, 나머지 25%는 병원 운영비로 사용되었다. 하지만 국고로 비축된 사용료는 공공병원의 부족한 재정을 메워주기보다는 대체하는 편에 가까워서 제도 시행에 따른 재정 보정 효과는 거의 없었다(Phyo Maung Thaw 2010: 3).

미얀마의 공공병원이 처해 있던 당시 현실을 고려하면 지역사회분담제는 “처음부터 실패할 운명”이었다. 1970년대 중반 이후 형성되기 시작한 민간의

2 원래 Burma Pharmaceutical Industry였으나 1989년에 버마가 미얀마로 국호를 변경하면서 미얀마제약산업(Myanmar Pharmaceutical Industry)으로 이름이 바뀌었다. 미얀마 산업부 산하의 국영기업이며, 2018년에 Myanmar Foodstuff Industry와 합병되면서 Myanmar Pharmaceutical Industry Enterprise가 되었다(<https://web.archive.org/web/20190102073846/http://industry.gov.mm/en/information/43>).

료 부문의 존재 자체가 실패의 원인이라 할 수 있었다. 지불 능력이 있는 사람들은 재정 부족으로 인해 장비며 시설이 심하게 노후화되었을 뿐 아니라 의약품도 부족한 공공병원 대신 더 나은 서비스를 제공하는 민간의료시설을 찾았고, 이것이 다시 공공병원의 쇠락을 가속화하는 결과로 이어졌기 때문이다(Myung Maung 1998: 250). 1990년대 말에 이미 전체 의료 이용 인구의 60%가 민간시설을 찾았고, 공공병원은 주로 돈을 낼 형편이 안 되는 가난한 사람들이 이용했다(Oehlers 2004: 19). 그러니 지역사회분담제를 통해 축적한 기금으로 공공병원의 재정 안정을 도모하고 저소득층의 의료비를 지원한다는 발상은 애초부터 실현되기 어려웠다.

지역사회분담제는 공공병원의 재정부담 완화와 저소득층의 의료비 부담 경감이라는 두 가지 목적 모두에서의 실패보다 더 크고 오래가는 후유증을 남겼다. 공공의료의 약화가 그것이다. 대중이 쉽게 이용할 수 있을 만큼 그 수가 충분하지도 않고 정부 투자 부족으로 인해 가까스로 운영되는 공공병원의 의료서비스 질은 계속해서 저하되었다. 진료 상담 비용은 받지 않는 대신 사용료가 발생하는 외부 서비스—가령 X선 촬영이나 각종 검사—로 환자를 보내 수익을 챙기는 행태도 기승을 부렸다(Skidmore 2008: 194). 이 시절 미얀마에서 활동했던 한 국제기구 의료 종사자가 당시 공공병원의 현실을 가리켜 “돈이 없다면 공공병원은 무덤으로 가는 다음 단계”라고 말했을 정도다(Smith 1996). 이러한 현상은 오늘날까지도 근절되지 않아, 가령 필자가 2018년 양곤의 전통의학병원에서 만났던 한 환자는 “병원에 가면 무조건 검사부터 받으라고 한다. 검사를 다 받기 전에는 의사를 만날 수도 없는데, 검사비는 너무 많이 나오고 정작 낫지도 않았다”며 이 병원을 찾게 된 경위를 말해주기도 했다. 값비싼 약을 처방하여 약값을 챙기는 행태도 만연하여 <그림 5-1>과 같이 이를 비판하는 글이나 풍자 만평이 현지 일간지에 실리기도 한다.

과중한 업무에 비해 매우 낮은 급여를 받는 의료진들이 부족한 생계비를 메우기 위해 민간병원에서 부업을 찾거나 개인적으로 돈벌이에 나섰던 것도 공공병원의 위기를 심화하는 주된 요인으로 작용했다. UNICEF의 1993년 보



〈그림 5-1〉 미얀마의 의료 실태를 풍자하는 현지 일간지의 시사만평: 진료비는 봉사하는 마음으로 한 것이니 받지않겠지만 약값은 외국에서 수입한 거라 30만꺃*을 줘야 한다는 의사의 말에 환자가 깜짝 놀라는 모습을 담았다(* 2014년 환율 기준 30만원 수준).



출처: 필자가 2014년에 양곤의 거리에서 우연히 보게 된 일간지의 만평을 카메라로 찍은 것으로, 촬영 당시 일간지명은 확인하지 못함. 만평작가의 이름은 Ko Ko Aung.

고에 따르면, 당시 미얀마에는 약 13,392명의 의사가 있었는데, 이 중 37%만이 공공 부문에 종사하는 것으로 나타났다. 그리고 이들 중 80%가 민간진료소나 정부 합작 민간병원의 일까지 겸하여 부족한 수입을 보충하고 있었다(Smith 1996). 이러한 관행은 현재까지도 계속되고 있으며, 필자 역시 2014년에 미얀마의 한 마을에서 현지연구를 수행하던 중 주민들이 한 집에 모여 방문 의사에게 진료를 받는 광경을 지켜본 일이 있다. 주민들이 양곤에 있는 한 공공병원의 의사라고 알려진 이 의사는 청진기로 환자를 진찰한 후 손수 재배한 약초로 제조했다는 약품을 환부에 찍어 바르는 치료를 하고 있었다. 그는 약물을 찍어 바르며 주문 같은 말도 읊조렸는데, 주민들은 그것이 ‘파야 사카(hpay a saka)’, 즉 부처님 말씀이라고 말해주었다. 불경을 읊조리며 약품을 찍어 바른 후, 흡사 몸 안에 있는 나쁜 기운을 모아 창밖으로 내던지는 듯한 동작을 취하는 그의 행동을 지켜보며 당시 필자는 현대의학의 외관을 취한 주술 치료를 보고 있다는 인상을 받았다(〈그림 5-2〉 참고).

이 의사가 이러한 치료법으로 주민들에게서 얼마를 받았는지는 확인하지 못했지만, 그의 핵심고객, 즉 주민들이 모여 있던 집의 주인은 상당한 금액을

〈그림 5-2〉 미얀마 양곤 교외 농촌 마을에서 주민들이 방문의사의 진료를 받는 모습



출처: 2014년에 필자 직접 촬영

진료비로 냈다고 들었다. 혈액세포 이상증세로 고통받고 있던 그는 이 의사로부터 앞서 묘사한 치료와 함께 주사를 맞았다고 했다. 그가 의사에게 낸 진료비에는 10개들이 한 세트의 태국산 주사제 값도 포함되었는데, 당시 환율로 원화 25만 원 정도에 달하는 금액이었다. 미얀마 농촌 마을 주민의 경제 형편에 비추어 보면 매우 값비싼 약이었기 때문에 필자는 주사제의 사진을 찍어 의사인 한국의 지인에게 약의 정체를 확인해 보았는데, 환자가 앓고 있던 병의 치료와는 무관해 보이는 남성호르몬 대체 스테로이드 제제였다.³ 약을 산 주민이 주사를 맞고 나면 한동안은 병증도 완화되고 기운도 나지만, 약 기운이 떨어질 즈음이면 다시 원상태로 돌아가기 때문에 자꾸만 약에 의존할 수밖에 없다고 말했던 내막이다. 미얀마에는 필자가 목격했던 것처럼 개인적으로 마을을 돌며 진료행위를 하는 의사들이 적지 않다. 의료시설에 접근하기 어려운 농촌 마을의 현실에 비추어 보면 마을을 직접 방문하여 아픈 사람을 돌보는 의사들이 반가울 수도 있다. 하지만 돈벌이가 되는 값비싼 약을 주사하며 돌아다니는 ‘주사의사’나 자격 없는 가짜 의사들도 적지 않아 피해 사례가 속출한다(Ne Lynn Zaw and Pepper 2016; Smith 1996).

대도시에 몰려 있는 공공병원은 농촌 지역에 거주하는 주민들에게는 너무

3 이 주사제가 환자가 앓고 있던 질병과 무관해 보인다는 의견은 의사인 필자의 지인이 제공한 소견에 근거한 것임을 밝힌다.

멀어 이용하기도 어렵거니와 서비스 질에 대한 신뢰도 또한 낮아 사람들은 주로 가까이 있는 민간의료시설을 이용하곤 한다. 투자 부족으로 인해 충족되지 않는 보건의료 수요를 메우기 위해 민간 부문에 의지하는 형편이다 보니 정부도 공공병원 의사들이 민간의료시설에서 일하는 것을 허용한다. 하지만 2007년에 「민간의료서비스에 관한 법률」(Law Relating to Private Health Care Services)이 제정되기 전까지는 민간 부문에 대한 정부의 관리·통제 기제가 없었다. 따라서 서비스의 내용이나 질, 가격에 대한 관리가 제대로 이루어지지 않아 그 부담은 고스란히 개인과 그 가족이 떠안아야 했다. <표 5-2>에서 볼 수 있듯이 미얀마 국내총생산에서 보건 분야에 대한 총지출은 2014년(1.06%)과 2015년(1.20%)에 간신히 넘긴 것을 제외하고는 현재까지도 1%를 넘지 못하고 있다. SLORC/SPDC 하에서는 이보다 훨씬 더 낮은 0.2%대에 불과했다. 전체 보건지출에서 정부 지출이 차지하는 비율이 2014년(24.18%)과 2015년(21.99%)을 제외하면 모두 10%대에 머물렀다는 사실에서 그 심각성이 한층 두드러진다. 그만큼 개개인의 의료비 부담이 컸음을 의미하는데, 실제 그 비율은 전체 보건지출의 80%가 넘는 높은 수준이었다. 개혁개방 이후 가파르기로 70%대로 떨어지긴 했지만, 재난적 수준의 의료비 지출로 인해 빈곤에 빠지지 않도록 하는 기준으로 WHO가 권장하는 30% 이하로 줄이기는 거의 불가능해 보인다. 지역사회분담제는 이처럼 저소득층에 대한 면제 효과는 극히 미미했던 반면, 공공병원의 쇠락으로 민간의료시장에 의존하게 된 개인이 거의 전적으로 의료비를 부담할 수밖에 없게 만드는 심각한 부작용을 낳았다.

〈표 5-2〉 미얀마 보건비 지출 추이(2000-2019)

	2000	2003	2007	2011	2015	2019
GDP 대비 총보건지출(%)	1.99	2.38	2.02	1.92	5.47	4.67
GDP 대비 정부 총보건지출(%)	0.26	0.24	0.20	0.23	1.20	0.73
총보건지출 대비 정부 보건지출(%)	13.15	10.20	11.94	11.95	21.99	15.75
총보건지출 대비 개인 자부담(%)	85.65	83.16	82.16	77.27	70.45	75.95

자료: World Bank(<https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS?locations=MM>)

국가가 전 국민에게 의료보장을 하는 가장 좋은 방법은 모두에게 무상의료를 제공하는 것일 테지만, 이를 실현한 예는 쿠바와 같은 극소수에 불과하다. 국가가 모든 의료서비스의 공급 주체가 될 수 없다면 민간 부문을 공공의료체계에 편입시켜 적정 수준의 비용을 국가가 부담하는 의료보장제도를 운영하는 것이 그 대안적 방법이 될 수 있다. 하지만 미얀마에는 현재까지도 국민건강보험이 마련되어 있지 않다. 대신 1954년에 제정된 사회보장법(Social Security Act)에 근거하여 시행하고 있는 사회보장제도(Social Security Scheme)를 통해 가입자에게 의료혜택을 제공해오고 있다.

사회보장법이 제정되고 난 후 1956년부터 시행되기 시작한 미얀마 사회보장제도의 관리·운영 주체는 정부와 고용주, 노동자를 대표하는 17인의 위원으로 구성된 사회보장위원회(SSB: Social Security Board)이다. ILO의 자문을 얻어 제정된, 기본적으로 노동자 복지를 위해 만들어진 제도로서 ‘국유화+산업화+복지국가’로 요약되는 버마 사회주의 정책 노선에서 중시된 산업노동자들이 우선 적용 대상이다(Tin Maung Maung Than 2007: 50). 고용주와 노동자가 급여의 일정 비율을 적립하는 기여형 사회보험으로, 노동자는 월 급여의 2%를, 고용주는 3%를 부담한다. 질병, 출산, 사망 시 혜택을 받을 수 있는 일반보험과 산업재해 및 직업병과 관련한 산업재해보험으로 구분되어 있으며, 보장 내용은 크게 의료혜택—원인과 관계없이 병에 걸렸을 때나 임신·출산 시, 산업재해 시 무료 진료 제공—과 현금급여—질병급여, 출산급여, 임원급여, 장례보조금 및 산업재해급여—로 이루어져 있다(ILO 2020).

사회보장법의 적용 범위와 혜택은 개혁개방 이후 이행기 경제의 노동시장 변화와 사회적 요구를 반영하여 2012년에 법이 개정되면서 좀 더 확대되었다. 가족수당, 노령연금, 장애연금, 유족연금, 실업보험, 주거급여가 추가되었고, 기존 법에서 보장하던 질병, 출산, 산업재해에 대한 보장 수준도 높였다(김희숙 2020: 129). 개정 사회보장법에서 가장 중요한 진전은 보장 대상의 범위를 기존의 10인 이상 고용 사업장에서 5인 이상으로 확대하고, 이전까지 배제되었던 가입자의 가족까지 포괄하였으며, 비공식 부문 노동자와 학생도 자발적

으로 가입할 수 있도록 한 점이다(Chaw-Yin Myint et al, 2019: 2). 전체 인구의 76%가량이 농촌 지역에 거주하고 있고 대부분 농업이나 임시직 비공식 부문에 종사하고 있는 미얀마의 인구 특성을 고려하면 중요한 진전이라 할 수 있다(Dutta 2015).

그런데, 독립 이래 미얀마가 채택한 각종 법과 제도, 정책은 거의 국제 표준에 가까운 내용과 형식을 갖추고 있었다. 언제나 문제는 그것의 실행 여부였다. 사회보장제도의 실제 이행 수준도 마찬가지다. 제도 자체의 운용 역사는 오래되었지만, 2020년까지 34,000개의 사업장, 145만 명의 노동자만이 가입해 있는 상태다. 임의 가입자 4천 명을 포함한 것으로, 모두 합쳐도 전체 인구의 2.5%에 불과하다. 법 개정에도 불구하고 실제로는 공식 부문에만, 그리고 미얀마 전체 330개 중 116개 타운십에서만 한정적으로 시행되고 있는 탓이다(ILO 2020). 2019년 기준 미얀마 전체 인구 가운데 비공식 부문 고용 비율이 79.9%에 이르고(UNCDC 2021), 인구의 2/3 이상이 농촌 지역에 거주하고 있는 현실에 비추어 보면 사회보장제도가 국민 복지에 기여하는 바는 여전히 미미하다.

그럼에도 불구하고 사회보장제도의 확대가 국민의 건강 보호에 매우 중요하고, 나아가 인구 상당수가 제대로 된 의료서비스에 접근하지 못하는 근본적인 원인, 즉 빈곤 문제를 완화하는 데 더없이 중요하다는 사실은 사회보험에 가입하여 의료혜택을 받는 사람과 그렇지 않은 사람의 의료비 부담 차이에서 분명해진다. 2015년 사회보험 가입자와 가입하지 않은 일반인 각각 320명을 대상으로 의료비 지출 패턴을 조사한 한 연구에 따르면, 두 집단 모두에서 응답자 상당수—사회보험 가입자 90%, 일반인 98.1%—가 의료서비스 이용 시 자부담으로 의료비를 지출하는 것으로 확인되었다. 하지만 의료비 총액에서는 큰 차이를 보여 보험 가입자와 비교하여 일반인이 8배 이상 높은 금액을 지출하는 것으로 나타났다. 또한 의료비 마련을 위해 빌린 돈의 총액도 보험 가입자에 비해 일반인이 5배가량 많은 것으로 나타났다(Chaw-Yin Myint et al, 2019).

사회보험 가입자 중에서도 자부담 비율이 높게 나타나는 주된 이유는 사회 보장위원회에서 운영하는 의료시설 이용에 관한 불만족과 관련된다. 사회보장위원회에서는 자체적으로 의료시설을 운영하고 있고, 이에 더하여 일부 민간의료시설과도 계약을 체결하여 가입자에게 의료를 제공하고 있다. 사회보장위원회 산하 시설에서는 무료로, 계약을 체결한 민간시설을 이용한 경우에는 서비스의 종류에 따라 차등은 있으나 자비로 지출한 금액의 일정 비율을 환급한다. 2020년 기준 사회보장위원회가 직접 운영하는 의료시설로는 3개의 근로자병원과 96개의 클리닉, 58개의 영리클리닉(enterprise clinic)이 있으며 전국에 이동진료소도 운영하고 있다(ILO 2020). 하지만 145만 명에게 의료서비스를 제공하기에는 결코 충분한 수가 아니다. 사회보험 가입자들이 민간시설을 이용하는 주된 이유도, 서비스 질의 문제도 있긴 하지만, 거주지에서 너무 멀고 대기시간이 길다는 점이 중요하게 거론되었는데, 모두 시설 자체가 부족하여 발생하는 문제다. 그렇기는 하지만 전술했듯이 사회보험 가입자가 개인적으로 지출하는 의료비가 그렇지 않은 경우보다 훨씬 적고, 따라서 의료비 지출로 인해 빈곤으로 떨어질 확률도 적다는 연구결과는 주목할 필요가 있다. 민간 보험시장이 아직 충분히 형성되어 있지 않은 데다 인구 대다수가 비공식 부문에 종사하고 있고 월수입도 많지 않은 현실을 고려하면 보편적 의료보장을 위한 국가 차원의 노력이 그만큼 크게 요구된다는 사실을 시사하는 것이다.

2011년 이후 개혁개방정책이 본격화되면서 정부의 보건지출은 이전에 비해 크게 늘었고, 전체 보건지출 중 개인 지출이 차지하는 비중도 70%대로 조금 줄었다. 개혁개방 이후 연 7~8%대의 높은 경제성장률을 기록함에 따라 총액 자체는 조금 증가하긴 했지만, GDP의 1%를 겨우 넘는 정부 보건지출은 경제성장에 맞추어 높아진 사회적 요구를 충족시키기에는 여전히 크게 부족하다. 정권 교체가 이루어지고 새 정부가 출범한 2016년, 아웅산수찌가 이끄는 NLD 정부는 새로운 국가보건계획(National Health Plan 2017-2021)을 발표하여 단계적으로 일차의료의 범위를 확대, 2030년까지 보편적 건강보장을 달성하겠다고 약속했다(MoHS 2016). 하지만 1962년 이후 미얀마에 최초로 등장한

이 첫 번째 민간정부가 헤쳐나가야 할 난관은 다면적이었다. 2017년의 로힝자 사태로 인한 위기와 2020년의 코로나19 팬데믹, 그리고 국가보건계획의 첫 단계 목표 완수 기한이었던 2021년 군부가 일으킨 쿠데타에 이르는 일련의 사건들이 이를 말해준다. 보편적 건강보장을 향한 모든 여정은 중단되었고, 현재 미얀마는 3Cs, 즉 코로나19(COVID-19)와 쿠데타(coup), 내전(conflict) 사태까지 중첩된 신데믹(syndemic)의 위기에 직면해 있다(TNI 2021).

III. 의료의 정치화와 ‘국가-사회’ 관계의 역동

정부 투자 부족으로 인해 미얀마의 공공의료 부문은 지속적인 약체화를 면치 못했고, 이를 대체하여 크게 확장된 민간의료의 문턱은 너무 높아 의료서비스 이용의 사회경제적 격차를 더욱 크게 벌렸다. 동남아시아 국가들 가운데 가장 먼저 일차의료 접근법을 채택한 국가였음에도 불구하고 가뜰이나 부족한 재원을 지역사회 기반 의료시설과 인력보다는 도시의 병원과 의사, 간호사를 충원하는 데 쏟아부은 결과 도농 격차 또한 여전히 심각하다(WHO 2015: 4). 그런데, 미얀마 보건의료체계의 전반적인 약화와 의료 격차의 원인을 허약한 정부 재정 탓으로만 돌려서는 이러한 결과를 초래한 정책 결정의 정치성을 간과하게 될 우려가 있다. 군정 시기 동안 전적으로, 그리고 개혁개방이 이루어진 이후로도 부분적으로 이 나라의 군부가 보건의료에 대한 통제권을 쥐고 있었으며, 그 결과 의료가 이들의 정치 개입을 정당화하는 자원으로 이용되었을 뿐 아니라 의료 불평등을 더욱 심화하는 병폐를 낳았다는 사실에 주목할 필요가 있다. 이러한 현상은 두 층위에서 두드러졌다. 군부로 대표되는 국가와 그에 대립하는 위치에 선 시민사회와의 관계가 그 하나요, 그들 모두를 포괄하는 버마족 중심의 국가와 수십 년 동안 차별과 배제의 대상이었던 소수종족과의 관계 층위가 다른 하나였다. 여기서는 이 두 층위에서 보건의료라는 영역이 어떤 점에서 ‘국가-사회’ 관계의 균열을 보여주는 지점이면서 동시에

정치적 경합의 장이 되었는지를 살펴보기로 한다.

1. 군부의 의료자원 통제와 사회의 대응

빼도파 계획이나 BSPP 정부의 보건정책이 구현하고자 했던 복지국가 모델의 문화적 토대는 이 나라의 정치 엘리트들과 대중 모두에게 사회주의 이념보다 더 친숙했던 불교였다. 즉 대중의 물질적 만족과 번영을 보장함으로써 불법(佛法, 미얀마어로는 dhamma)에 따라 도덕과 종교가 융성하는 국가를 건설하는 것을 정치적 목표로 삼았던 아쇼카왕의 통치를 구현하는 것이 이들이 그렸던 복지국가의 이상이었다(Steinberg 1981: 83; Tambiah 1973: 17).

국가와 개인의 관계가 사회 계약에 따라 권리와 의무로 연결된 호혜적 관계가 아니라 담마라자(Dhammaraja), 즉 불법에 따라 통치하는 왕과 그 신민 간의 관계가 될 때 복지는 국가의 의무가 아닌 통치자의 시혜가 되고 만다. 근대적 법과 제도, 정책으로 구현될 때조차도 독립 이래 미얀마 국가가 그 국민에게 전달하는 복지서비스는 그러한 성격을 띠어왔다. 통치자가 베푸는 시혜적 성격의 복지 개념은 사회주의를 공식적으로 포기한 1988년 이후로도 유지되었다. 국가가 제공하는 서비스가 곧잘 정치 자원으로 활용되곤 하는 것은 이전 정부에서도 마찬가지였을 것이고, 그것이 꼭 미얀마에서만 현상도 아닐 것이다. 그런데, 미얀마의 군사정부가 그것을 더욱 적극적으로 활용하게 된 것은 광범위한 정치적 반대를 확인하게 된 1988년 이후부터였다.

SLORC/SPDC 시기에 보건의료서비스가 국가 정치 차원에서 관리되고 통제되어야 할 자원으로 인식되었다는 점은 이후 보건정책 결정의 중추가 된 국가보건위원회(National Health Committee)의 구성에서부터 드러난다. 국가보건정책의 방향과 내용을 결정하는 최고의결기구로서 국가보건위원회는 보건의료정책 시행의 담당부처이자 서비스 공급 주체이기도 한 보건부뿐 아니라 제 부처의 고위관료들이 참여하는 부처 간 협의체로 출범하였다(WHO 2014). 이에 따라 위원장도 보건부 장관이 아닌 SLORC/SPDC의 제1서기를 겸하는

수상이 맡았다. 국가보건위원회의 이러한 편제는 보건의료 관련 정책 결정과 서비스 공급이 보건부를 통해서만 이루어지는 것이 아니라 여러 부처들이 협의해야 할 사안이 되었음을 의미한다. 이는 이 시기에 이루어진 한 가지 중요한 변화와 연관된 것으로서, 이전부터 사회보장제도를 운용해왔던 노동부 외에 국방·철도·광산·산업부가 독자적으로 그 직원들에게 의료서비스를 제공할 수 있게 된 데 따른 것이었다(Skidmore 2008: 194). 일견 여러 부문에서 그 직원들에게 의료혜택을 제공하게 되었고, 그에 따라 업무를 조정하기 위한 부처 간 협의체로서 국가보건위원회가 구성되었던 것처럼 보이지만, 실상은 많지도 않은 보건 예산이 여러 부처로 쪼개져 배분되었음을 의미한다. 그만큼 국민보건프로그램을 추진하는 보건부 예산은 더욱 축소되었을 것임이 자명하다.

앞서 살펴보았듯이 쇠락해가는 공공 부문을 민간 부문이 대체해가고, 그에 따라 국민의 건강관리가 거의 전적으로 환자 본인과 그 가족, 또는 친지 등에게로 전가되었던 것이 이 시기에 이루어진 보건개혁의 결과였다. 이런 점에서 미얀마의 보건의료체계를 공공 부문과 민간 부문으로 구분하여 양자가 각각 발전해온 모습이나 각축해온 양상을 살펴보는 것은 별 의미가 없다. 그보다는 공공 부문에서 제공해오던 의료가 어떠한 형태로 민간 부문에 이관되었고, 그 민간 부문을 움직이는 힘이 주로 어디에서 나왔는지를 들여다보는 편이 오늘날까지 미얀마 보건의료체계에 누적된 문제점들을 이해하는 데 더 도움이 될 것이다. 그 실상을 이해하는 데 도움이 될 만한 사례가 1990년대 중반에 설립되었던 가유나(Gayunah) 재단에 관한 일화다.

가유나 재단은 SLORC의 일원이자 통상부 장관이었던 툰지(Tun Kyi) 중장이 설립한 의료재단으로, 미얀마어로 ‘친절’, ‘호의’라는 뜻을 가진 재단 이름처럼 저소득층과 빈민들에게 저가에 의료서비스를 공급한다는 취지를 내세웠다. 장관 자신이 종신 후원자임을 자처한 이 재단은 통상부 장관으로서 그가 행사할 수 있었던 막강한 힘을 의식한 부유한 상인과 기업인들의 기부로 금세 수십억 달러의 기금을 가진 재단으로 성장했다. 이를 밑천으로 가유나 재단은

양곤과 만달레이 등 주요 도시에 수많은 진료소들을 설립해갔다. 사회적 명망과 정치적 연줄을 제공한다는 빌미로 거의 봉사료에 가까운 낮은 급여로 민간 의사는 물론 군의관까지 고용할 수 있었을 뿐 아니라 기업들의 후원을 받아 의료용품 또한 풍족하게 공급할 수 있었던 이 재단의 진료소들은 곧 큰 인기를 끌어 사람들로 북새통을 이루었다고 한다. 훗날 군 내부의 세력 다툼 속에서 뜯지가 숙청되면서 가유나 재단도 해체되었지만, 그가 그 가능성을 확실히 보여준 의료시장의 전망을 군 장성들은 놓치지 않았다. 그렇게 정부의 자금 지원까지 받아가며 군 장성들이 운영하는 민간의료시설들이 늘어섬에 따라 공공병원은 물론 국가적 차원의 포괄적이고 체계적인 보건의료정책이나 프로그램이 제대로 실행되기는 더욱 어려워졌다(Myung Maung 1998: 251-253).

의료자원에 대한 군의 통제와 독점은 정부 예산으로 운용되나 사실상 군부가 사유화한 군 의료시설의 존재에서 더욱 뚜렷이 확인된다. 미얀마의 주요 도시와 군 주둔지 곳곳에 설립된 국군병원은 최첨단 장비와 시설, 물품, 그리고 의료 인력까지 충분히 갖춘 이 나라 최고의 의료기관으로 손꼽힌다. 일반 국민이 이용하는 공공병원이 상시적인 물자 부족과 인력 부족에 시달렸던 것과 달리 국군병원은 늘 물자가 풍족했고 젊은 군의관들도 충분히 공급받았다(Smith 1996). <표 5-3>에서 볼 수 있는 바와 같이 정부 총지출에서 국방지출이 차지하는 비율은 언제나 보건지출보다 압도적으로 높았고, 보건정책협의체인 국가보건위원회를 통해 보건 예산 또한 배정받을 수 있었다(Oehlers 2004: 17-18). 얼마 되지 않는 보건 예산 중 상당액이 군부가 배타적으로 전유하는 이 나라 최고의 군 의료시설에 투입되었을 것이니 그 나머지 예산으로 운영해야 했던 국가보건의료체계의 실상이 어떠했을지는 가히 짐작할 만하다.

그런데 정부 예산의 상당 부분을 배정받아 군이 보유했던 의료자원이 군인과 그 가족들에 대한 복지뿐만 아니라 이용되었던 것은 아니다. 양질의 의료서비스를 제공하는 데 대한 대가로 군은 일반 대중의 충성과 복종도 확보할 수 있었다. 1988년의 민주화운동을 통해 광범위한 반대 정서를 확인한 군은 그와 같은 기

〈표 5-3〉 미얀마 보건지출과 국방지출 비교(1988, 1995, 1999)

연도	GDP 대비(%)		정부 총지출 대비(%)	
	보건지출	국방지출	보건지출	국방지출
1988	0.62	2.31	4.97	18.67
1995	0.38	3.94	3.56	36.70
1999	0.19	2.06	2.70	29.34

자료: Oehlers 2004: 17-18 내용 취합

도를 일상적으로 감시하고 분쇄할 수 있도록 사람들 사이에 침투하여 자신들의 눈과 귀, 입이 되어줄 대중조직들을 만들어갔다. 가장 유명한 것이 연방단 결발전협회(USDA: Union Solidarity and Development Association)로, 자발적으로 결성된 민간단체처럼 보이지만 그 실체는 군부로부터 자금을 지원받아 정부 활동을 선전하는 반관 단체였다. 군은 협회원들에게 특권적인 의료서비스를 제공하였으며, 이러한 후원에 힘입어 USDA는 전국에 지부를 갖추고 수백만 명의 회원을 거느린 거대 대중조직으로 성장했다(Oehlers 2004: 23-24). 공공병원의 쇠락 속에서 돈이 없으면 제대로 된 진료조차 받을 수 없었던 이 나라 국민에게 의료가 얼마나 유용한 정치적 도구로 활용될 수 있었는지를 보여주는 일면이다.

정치적 반대의 목소리를 철저히 억압했던 것과 다른 한편으로 지역사회분담제 도입에서 엿볼 수 있듯이 국가가 제공할 수 없는 복지서비스에 대한 책임을 사회에 전가했던 것이 1988년 이후 군사정부의 사회정책이 가진 특징이었다(Smith 1996). 역설적이게도 이러한 전환은 1990년대 초반부터 미얀마 사회 곳곳에서 각종 사회서비스를 제공하는 수많은 ‘빠라히따(*parahita*)’, 즉 자선 활동 단체들이 결성될 수 있는 장을 마련해주었다. 정치 행동에 대한 엄격한 감시와 탄압 속에서 사람들이 모일 수 있도록 숨통을 틔워주었던 것은 종교, 특히 역사적으로 이 나라의 통치자들 역시 지배를 정당화하기 위해 그 휘광을 빌었던 불교였다. 빠라히타는 이 종교가 제공해주는 보호막 아래 번창했

다. 유명한 승려들이 나서 모금을 통해 학교와 병원 등을 지어 사람들에게 서비스를 제공하자 빠라히따는 곧 현세에서 공덕을 쌓는 도덕적 실천으로 여겨져 하나의 사회 현상으로 자리를 잡았다(McCarthy 2018: 172-174). 종교 기반 단체가 아니라도 지역사회 발전이나 곤경에 처한 사람들을 돕기 위한 모금운동이나 단체 활동이 미얀마 사회 곳곳에서 펼쳐지는 것을 어렵지 않게 볼 수 있는데, 2008년의 사이클론 나르기스 사태 당시 수많은 시민사회단체가 자발적으로 결성되어 인도적 지원에 나섰던 예가 대표적이다(Grimm et al. 2021).

빠라히따의 실천으로 나타난 시민사회의 자조 노력은 정부가 도입한 지역사회분담제에 대한 대중의 무관심과는 사뭇 대비를 이룬다. 필시 지역사회분담제 역시 시민사회의 이러한 자발적 기여를 기대한 것일 수 있지만, 공공병원을 이용하는 대다수 국민은 이 제도의 취지를 빠라히따와 연결하여 이해하지 않았다(Phyo Maung Thaw 2010). 정부에 대한 신뢰, 즉 정부 소관인 공공병원의 운영을 돕는 행위가 곧 지역사회의 이익으로 돌아온다는 확신이 존재하지 않는 한 시민들로서는 기꺼이 참여할 동기를 갖기 어려웠을 것이다. 오히려 지역사회분담제는 이전까지 무상이었던 의료서비스에 돈을 내도록 한 것이었다는 점에서 강압과 착취로 인식되었을 법하다. 이와 달리 빠라히따는 설령 때로 유력자의 회사에 기댄 것이라 해도 강요에 의한 것이 아닌, 옳은 일을 했다는 자부심 외에 대가를 바라지 않는 자발적이고 이타적인 행위라는 도덕적 가치를 부여받는다(McCarthy 2018: 177). 무력으로 주권자인 국민 위에 군림하는 국가에 대항하여 국민이 가질 수 있는 유일한 무기는 바로 그러한 도덕적 가치와 이를 공유하는 사람들 간의 연대의식일 것이다. 이런 점에서 빠라히따는, 비록 정부의 권장으로 활성화된 것이었다 하더라도 자신들을 지지하는 이들에게만 선택적으로 의료서비스를 제공하고 일반 대중에게는 선의를 강요하며 이전까지 무상이었던 의료서비스에 대해 비용을 청구하는 착취적인 정부에 대항하는 풀뿌리운동의 한 형태라고 볼 수 있다.

2010년 총선을 앞두고 USDA는 정당으로 등록하여 연방단결발전당(Union Solidarity and Development Party, 이하 USDP)으로 거듭났다. 하지만 USDP

는 2015년과 2020년 총선 모두에서 아웅산수찌의 민주주의민족동맹(National League for Democracy, 이하 NLD)에 대패했다. 이러한 결과는 군부가 제공하는 혜택을 취하여 그들의 편에 선 것처럼 보였던 이들조차도 군사정권의 지속을 바라지는 않았음을 말해준다. 하지만 앞서 살펴본 개인 의료비 지출 실태가 말해주듯이 보건의료 분야에 대한 군부의 통제와 전유가 이 나라 국민의 건강에 미친 영향은 NLD가 거둔 정치적 성과와 무관하게 장기적인 폐해로 남았다. 빠라히파와 같은 시민사회 차원의 지원은 사실상 부재하는 국가의 역할을 일정 정도 대신하는 효과는 있지만, 혜택의 범위나 서비스의 양과 질 모두에서 극히 제한적일 수밖에 없다. 2016년 출범한 NLD 정부는 여러 형태의 보건의료서비스 공급자를 국가보건의료체계에 편입시켜 서비스 전달을 다원화한 보건계획을 수립하였다. 빠라히파로 설립된 비영리의료기관들도 그 중 하나로 공식적인 역할을 부여받았다(MoHS 2016). 이처럼 국가 보건의료 관련 정책 결정 과정에 시민사회의 목소리가 반영될 수 있는 공간이 마련된 것은 분명 환영할 만한 일이다. 하지만 어떤 정부와의 협력인지에 따라 그 주체들이 참여에 부여하는 의미와 가치는 크게 다를 것이다. 2021년 군사 쿠데타에 맞서 공공병원 의료진에서부터 민간 부문으로까지 번진 이 나라 의료 종사자들의 시민불복종운동은 바로 이러한 문제에 대한 답이라 할 수 있을 것이다.

2. 종족정치의 그늘: 양립하는 보건의료체계와 ‘수렴’의 과제

‘국가-사회’ 관계의 또 다른 지평으로서 의료와 정치가 얼마나 긴밀히 연결되어 있는지를 보여주는 또 하나의 영역이 중앙정부/군부와 소수종족 간의 관계다. 독립 이래 70여 년간 계속되고 있는 미얀마의 종족 갈등은 아마도 식민 통치가 이 나라에 남긴 가장 깊은 상흔일 것이다. 1962년 쿠데타를 통해 정권을 잡은 이래 미얀마 군부는 자치를 요구하는 소수종족의 요구를 연방의 분열을 획책하는 기도로 규정하여 종족 말살에 가까운 잔혹하고도 체계적인 군사 작전으로 진압해왔다. 독립 직후 당시 수도였던 양곤까지 밀고 들어가 중앙정

부를 위협했던 까렌족을 필두로 20여 개가 넘는 종족무장단체(EAOs: ethnic armed organizations)가 결성되어 미얀마군에 맞섬에 따라 사정은 더욱 복잡해졌다. 흡사 버마족의 영토를 보호하는 완충지대처럼 국경을 따라 펼쳐져 있는 일곱 개 주(States)의 소수종족들은 분쟁의 고통 속에서 하루하루를 살아간다. 특히 미얀마군이 1968년부터 전개한 빠레이빠(*Pya Lay Pya*, four cuts) 작전으로 소수종족들은 치명적인 타격을 입었다. 이 작전은 미얀마군이 ‘반군’으로 지칭하는 종족무장단체를 괴멸시키기 위한 목적으로 추진했던 군사작전으로, 이들의 존립 기반인 네 가지—식량, 자금, 정보, 신병모집—를 철저히 차단한다는 목적으로 추진되었다. 미얀마군이 이를 수행한 방법은 초토화, 즉 주민 전체를 강제로 군이 지정한 장소로 이주시키고 마을을 폐허로 만드는 것이었다. 그 결과 3천여 개의 마을이 파괴되고 수십만 명의 주민들이 실향민이 되어 군이 지정한 정착지에 모여 비참한 삶을 살아가는 처지가 되었다(Stover et al, 2007: 20; TNI 2018: 89).⁴

주류 종족집단인 버마족 거주지역 중심의 불균등한 사회·경제발전 전략에 밀려 이 나라 인구의 1/3을 차지하는 소수종족들은 경제활동의 기회는 물론 의료를 비롯한 기본적인 사회서비스도 누리지 못해왔다. 대부분 험준한 산악 지대에 자리하고 있는 까닭에 도로를 비롯한 기반시설이 제대로 갖추어져 있지 않아 서비스 전달 자체가 매우 어렵다는 점도 주된 장애요인으로 작용했다. 불균형적인 개발이 이들이 살아가는 지역 태반을 오지로 남아있게 하고, 이러한 상황이 다시 각종 사회서비스의 전달을 어렵게 만드는 악순환이 계속되는 것이다. 미얀마군과 종족무장단체 간의 무력 충돌로 인해 어려움은 더욱 가중되었으며, 그 결과 발생한 수십만 실향민의 처지는 훨씬 심각하다. 중앙정부의 서비스 전달이 거의 이루어지지 않는 가운데 이들 지역에 필수 의료서비스를 제공해온 것은 종족 자치 보건기구들(community-based ethnic

4 미얀마군의 무자비한 군사작전과 그것이 동반한 다양한 형태의 폭력과 인권 침해의 실상에 관해서는 2017년 로힝자 사태 이후 유엔인권위원회 미얀마진상조사단에 의해 실시된 실태 조사 보고서 참고(UNHCR 2018).

health organizations, 이하 EHOs로 통칭)이다.

일곱 개 소수종족주에서의 보건의료서비스 전달과 관련하여 주목할 만한 활동을 보여주고 있는 지역은 이 나라에서 가장 오래된 분쟁지역이자 태국과 국경을 접하고 있어 초국적 시민사회 활동이 활발히 전개되어온 미얀마 남동부 지역 일대다. 독립 전인 1947년에 결성된 이래 중앙정부에 맞서 지속적으로 분리독립운동을 전개해왔던 까렌민족연합(KNU: Karen National Union) 산하의 보건부서로 1956년에 창설된 까렌보건복지부(Karen Department of Health and Welfare)가 그 선구였으며, 이후 다른 종족집단들도 관할권 내 지역주민들에게 의료서비스를 제공하기 위해 자체적으로 보건기구를 운영하고 있다. 종족 거버넌스 기구 산하 보건조직과 별도로 비정부기구로서 소수종족 거주지역의 광범위한 영역에 의료서비스를 제공하고 있는 보건단체로는 1988년 민주화운동에 참여했다가 태국으로 망명한 까렌족 의사 신시아 마웅(Cynthia Maung)이 매솿에 설립한 매타오클리닉(Maetao Clinic)과 버마의료인협회(Burma Medical Association), 배낭의료팀(Backpack Health Worker Team)이 있다. 이들 단체의 간략한 역사와 활동 내용은 <표 5-4>와 같다(Davis and Jolliffe 2016; Low et al. 2014; Si Thura and Schroeder 2018; TNI 2021).

EHOs는 중앙정부의 서비스가 미치지 않는 지역의 주민들과 실향민들(IDPs: internally displaced persons)에게는 거의 유일한 보건의료 제공자였다. 보건의료서비스 전달의 편차, 특히 도농 간 및 종족 간 격차가 중첩된 소수종족주 가운데 EHOs의 핵심 활동 지역 중 하나인 까야주(Kayah State)가 의료인프라 부족에도 불구하고 상대적으로 높은 보편적 건강보장(Universal Health Coverage) 달성도를 기록하고 있는 중요한 배경으로 EHOs의 활동이 거론되기도 한다(Nikoloski et al. 2021: 13). 주목할 점은 이들이 단지 의료서비스를 제공하는 역할만 하는 게 아니라 지역주민을 보건인력으로 양성하는 데도 주력하고 있다는 점이다. 이는 국제기구나 INGOs의 지원에 거의 전적으로 의존하는 터라 의사와 간호사 등의 의료 인력을 충원하기 어렵다는 재정상의 한계 때문이기도 하지만 미얀마군과 EAOs의 교전으로 인해 주민들의 이동이 잦은 현실을

〈표 5-4〉 미얀마 남동부 지역 소수종족보건기구(EHOs) 소속 단체 활동 개요

까렌보건복지부 (KDHW)	1956년 까렌민족연합(KNU)의 보건부서로 창설, 남동부 전역의 까렌 영토에 살아가는 모든 주민들을 대상으로 일차의료 제공. 1990년대 이래 정부군의 대대적인 압박 속에서 BPHWYT, MTC, BMA 및 다른 구호단체들과 함께 이동진료소 모델을 발전시킴. 주로 미얀마 남동부 분쟁 피해 지역 주민 지원 활동을 전개해온 태국 소재 INGOs로부터 지원을 받음. 오늘날 KDHW는 700여 명의 의료진이 일하는 61개 진료소를 통해 19만여 명의 지역민들에게 보건의료서비스를 제공.
까레니아동보건위원회 (KnMHC)	까레니주에서 20개의 이동진료팀을 통해 보건의료서비스 제공. 치료 및 예방 진료, 모자보건, 보건훈련 및 보건정보프로그램 등을 제공.
몬민족보건위원회 (MNHC)	1992년 창설된 비영리보건기구로, 태국-미얀마 국경, 몬주 오지 및 까잉주, 따난다이주 등에서 활동. 태국-미얀마 국경 지역에서 살아가는 실향민(IDPs)에게 일차의료 제공 및 몬주 오지에서 33개의 진료소 운영. 연간 6만여 명의 IDPs 및 2만여 명의 지역민들에게 의료서비스 제공.
산주발전재단 (SSDF)	2012년 산주보건위원회, 산교육위원회, 산구호발전위원회를 통합하여 설립. 긴급구호지원, 치료, 교육, 지역사회개발프로그램 등을 제공. EHOs, CSOs, INGOs 및 후원자들과 함께 산주 내 태국-미얀마 국경을 따라 설치된 5개의 IDPs 캠프에서 진료소 운영.
배낭의료팀 (BPHWT)	1998년, Cynthia Maung 및 다른 소수종족 출신 의료인들에 의해 창설되었으며, 남동부 분쟁지역의 IDPs에게 의료서비스 제공. 이동진료팀 개념은 마을주민들을 훈련시켜 자기 지역주민들에게 보건의료서비스를 제공하는 것을 의미. 마을 이주 시 의료진들도 함께 이동하여 IDPs 캠프나 재정착지에서 의료활동 전개. 전통조산사를 포함한 1,352여 명의 의료진으로 구성되어 있으며, 남동부 32개 타운십에 걸쳐 100여 개의 이동진료팀이 213,341명을 대상으로 의료서비스 제공.
버마의료인협회 (BMA)	1991년 전문의료인 집단으로 결성됨. 비영리기구로서 소수종족지역에 보건의료서비스 제공을 위한 역량강화 및 정책개발 주도. 166명의 출신 및 아동 보건 관련 의료 종사자들과 131명의 지역사회의료종사자, 549명의 전통조산사가 39개의 BMA 지원 진료소에서 의료서비스 제공.
메타오콜리닉 (MTC)	1989년 설립된 지역사회조직으로서, 미얀마 국경에 접한 태국 매스에서 미얀마 이주민들에게 의료서비스 제공. 창설 초기에는 기초보건서비스 제공에 주력했으나 이후 포괄적인 의료서비스 제공 및 훈련시설로 발전. 지역주민들의 다양한 요구를 충족시키기 위해 교육, 여성역량강화, 아동 보호와 같은 프로그램도 함께 운영.

출처: Si Thura · Tim Schroeder 2018: 92-93 내용 번역·정리.

고려한 전략이기도 하다. 의료 인력이 지역사회 속에서 일상적으로 접촉하며 주민들의 건강상태를 확인하고 관리하는 일차의료 접근법으로서, 국가의 역할을 사회에 떠넘기는 것에 불과했던 중앙정부의 지역사회 동원 방식과는 대비를 이룬다.

그런데, 까렌보건복지부(KDHW)를 제외한 나머지 EHOs가 1989년 이후 결성되었다는 사실은 이 시기 중앙정부 차원에서 이루어진 일련의 변화에 비추어 보았을 때 사뭇 역설적이다. 1989년, 범부처 보건정책 협의체로서 국가보건위원회가 출범하게 된 배경에는 이 해부터 시작된 소수종족무장단체와의 정전협정이 자리한다. 같은 해 중국공산당의 지원을 받아오던 버마공산당(Communist Party of Burma)이 내부 갈등으로 해체되고 네 개의 무장단체로 분열되어 세력이 약해지자 군부는 전격적으로 중국-미얀마 국경지대의 종족 무장단체를 상대로 정전협정을 체결하기 시작했다. 이후 정부는 1989년부터 국경지대개발프로그램(Border Areas Development Programme)이라는 이름으로 협정을 체결한 무장단체 관할 지역에 도로와 교량을 건설하고 병원과 학교 등을 건립하는 등의 개발프로그램에 착수했다(James 2005: 149; Myat Thein and Khin Maung Nyo 1999: 397; Smith 1996). 국경지대 개발은 1992년에 정부부처로 국경부(Ministry of Progress of the Border Areas and National Races)가 신설되면서 더욱 적극적으로 추진되었다.

미얀마 보건의료정책의 오랜 과제였던 농촌 지역과 소수종족 거주지역의 보건의료서비스 격차를 해소한다는 내용을 담은 1993년의 국가보건정책(National Health Policy)은 이러한 상황을 반영한 것이었다(MoHS 2012; WHO 2014: 162). 이런 점에서 정전협정 이후 이루어진 국가의 개입은 수십 년에 걸친 반목과 불신을 해소하고 이들 지역에 발전과 평화를 가져다주리라는 전망을 제시해주는 것이기도 했다. 하지만 실상은 달랐다. SLORC 정부는 국경지대 개발이 이루어진 첫 15년 동안 5억 5천만 달러를 투자했다고 주장했지만(Smith 2006), 이러한 주장의 사실 여부는 차치하고, 대부분의 투자가 인프라 구축에 이루어졌을 뿐 지역주민들의 삶을 개선하는 데는 별 도움이 되지 않

았다. 협정 체결 지역 곳곳에 농촌보건소가 지어졌지만, 의료진은 물론 의약품조차 제대로 갖추어지지 않은 곳이 태반이었다(Biesty et al. 2021). 협정을 체결한 종족집단 모두를 동등하게 대우한 것도 아니었다. 세력이 강한 집단과 그렇지 않은 집단에 대한 보상은 차등적이었으며, 또한 협상의 파트너가 된 지도부 인사들에게는 상당한 경제적 보상이 주어졌지만, 일반 주민들에게는 그러한 혜택이 돌아가지 않았다(Buchanan 2016). 정전협정과 그 보상으로 약속된 개발은 이처럼 종족집단 내부는 물론 집단들 간의 관계를 분열시켜 무력화하는 효과가 있었다.

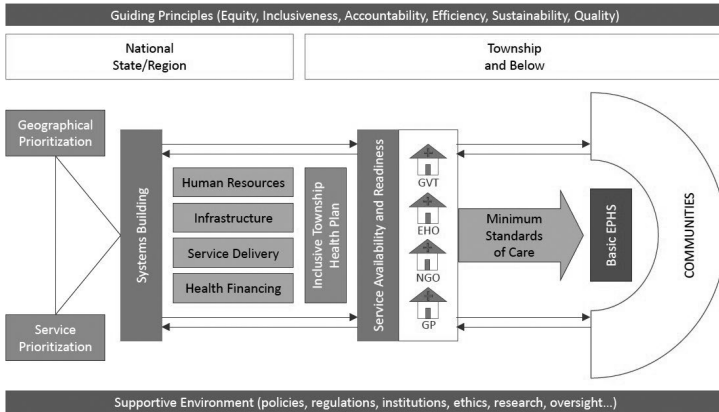
정전협정과 함께 추진된 국경지대 개발프로그램의 이 같은 실상은 개발프로젝트의 탈정치화 효과와 그것이 의도치 않게 발생시키는 더 큰 정치적 효과, 즉 국가 통치기구의 팽창이 개발이라는 과정을 통해 이루어졌음을 보여준 퍼거슨의 레소토 연구사례를 상기시킨다(Ferguson 1990). 한 가지 뚜렷한 차이가 있다면, 의도치 않은 효과임이 강조되었던 레소토 사례와 달리 미얀마에서의 국경지대 개발프로그램은 군부의 정치적, 경제적 의도가 노골적으로 작용했다는 점일 것이다. 1988년부터 1996년 사이 미얀마군의 병력이 두 배로 증강되고 새로운 군 주둔지 건설을 위한 토지의 강제수용이 전국에서 이루어졌으며, 농업 플랜테이션과 광물자원 추출 산업 등과 같은 수익성 좋은 군사기업들이 설립되었던 것이 이를 방증한다. 특히 중국과 태국 접경지역의 경우 군 지휘관들이 엄청난 부와 권력을 축적할 수 있는 장소로 부상했다(Callahan 2007: 43-44). 이처럼 국경지대 개발프로그램이 막대한 금전적 이익을 보장해주는, 이른바 ‘정전자본주의(ceasefire capitalism)’라는 기이한 경제체제를 형성해감에 따라 소수종족주의 상황은 한층 불안정해졌다. 군부와 그 거래 상대가 된 EAOs 지도부, 그리고 대개는 마약 거래와 같은 불법적인 초국적 경제활동의 이해관계가 복잡하게 얽힌 가운데 협정은 종종 파기되었고, 전보다 더 심각한 무력 충돌이 이어졌다(McCarthy 2019; Woods 2011). 정전협정이 체결되고 있던 기간 동안 중앙정부가 추진한 일련의 개발프로그램에도 불구하고 자체적으로 소수종족 거주지역에 보건의료서비스를 제공하는 EHOs가 설립된

데는 이처럼 복잡한 사정이 자리한다.

2011년 개혁개방과 함께 새롭게 열린 정치적 대화의 공간은 이전까지 평행선을 달리던 두 개의 보건의료체계—중앙정부와 EHOs가 각각의 서비스 공급자인—가 수립될 수 있는 발판을 제공해주었다. 주로 떼인세인 정부가 보인 정치개혁 의지에 군사정부 시기 미얀마에서 철수했던 국제원조단체들이 돌아와 다양한 보건의료프로그램들을 재개함에 따라 나타난 변화였다. 외부로부터의 모든 지원이 중앙정부를 통해 이루어져야 한다는 정부 방침에 따라 보건체육부(Ministry of Health and Sports, 이하 보건부)가 프로그램 관리 주체로 나서긴 했지만, 소수종족 지역에 대한 지리적 접근성의 한계를 보완할 방안으로 EHOs와의 공조가 이루어지기 시작한 것이다. 이러한 협력관계는 그동안 소외되어왔던 소수종족 거주지역의 보건의료 상황을 크게 개선할 수 있으리라 기대되었다. 떼인세인 정부 출범 이후 정전협정이 재개됨에 따라 분위기는 더욱 무르익었고, 총선을 앞두고 2015년에 NLD가 태국 매솟에서 EHOs와 만나면서 양측 간 보건협력에 관한 논의는 더욱 구체화되었다. NLD가 총선 공약으로 발표한 「Program of Health Reforms: A Roadmap Towards Universal Health Convergence in Myanmar(2016–2030)」은 이러한 과정을 거쳐 산출된 결과물이었다. 이듬해 NLD 정부가 출범한 후 발표한 「국가보건계획(2017–2021)」은 이를 더욱 발전시킨 것으로서, 국가보건의료정책에서 EHOs를 핵심 서비스 공급자로 공식적으로 인정한 첫 시도라는 점에서 중요한 의의가 있다(〈그림 5-3〉 참고).

하지만 중앙정부와 EHOs의 보건협력 과정에는 보건의료서비스의 효율적 전달이라는 기술적 차원의 문제로만 환원될 수는 없는 매우 복잡하고도 민감한 정치적 문제가 자리한다. 이는 양측 간 보건협력의 성격을 규정하는 개념인 ‘수렴(convergence)’이라는 용어에 대한 해석 차이에서부터 분명히 드러난다. 중앙정부의 입장에서 수렴은 ‘통합’, 즉 보건부가 주도하는 보건정책과 프로그램에 EHOs를 서비스 공급자 중 하나로 편입시킨다는 의미가 크다. 이와 달리 EHOs 측에서 해석하는 수렴은 두 보건의료체계가 협력할 수 있는 영역

〈그림 5-3〉 미얀마 「국가보건계획(2017-2021)」의 보건의료서비스 전달 전략 개념도



과 독자적으로 활동할 수 있는 영역을 구분하여 역할을 분담하면서 공조하는 것을 의미한다(Si Tura and Shroeder 2018: 95). 중앙정부의 보건의료체계 아래 편입되는 방식이 아닌 분권화된 접근방식으로, 이러한 접근에서는 각 주체의 정치적 자율성이 중시된다. 이 때문에 EHOs 측에서 강조하는 가장 중요한 수렴의 조건은 중앙정부와 미얀마군, 그리고 소수종족집단 간 ‘정치적 수렴(political convergence)’의 진전 여부다. 중앙정부의 권한을 지방정부에 위임하는 수준의 탈집중화(deconcentration)가 아니라 권한과 책임을 지역 통치기구에 이양하는 완전한 분권화(decentralization), 궁극에는 연방제(Federal Union)의 실현을 향해 나아가는 정치적 수렴이 이루어질 때라야 중앙정부의 호의에 기대지 않고 소수종족 지역의 실정에 맞는 보건의료정책을 구현해나갈 수 있다는 것이 이들의 주장이다.⁵

보건의료체계의 수렴 방식에 관한 EHOs의 이러한 입장은 1989년 이후 진행되었던 정전협정이 소수종족 지역에 평화와 번영이 아니라 군사정부의 통치력이 더욱 확장되고 지역이 보유한 경제 자원을 침탈해가는 결과로 이어졌

5 상세한 내용은 〈Back Pack Health Worker Team〉의 온라인 사이트 내 ‘Health Convergence’ 항목 참고(http://backpackteam.org/?page_id=137).

던 역사적 기억에 천착해서만은 아니다. 개혁개방 이후 급증한 국제원조로 다양한 보건의료프로그램이 추진되는 과정에서 이루어진 최근의 보건협력 경험에 기초한 것이기도 하다. Décobert(2021)의 연구에서 소개된, UNICEF의 지원으로 까야주(Kayah State)와 까잉주(Kayin State)에서 추진되었던 백신접종 프로그램 사례는 두 보건의료체계의 수렴을 위해 가장 먼저 해결해야 할 난관이 보건의료서비스 자체가 아닌 정치적 문제라는 점을 분명히 보여준다. 각각 실패사례와 성공사례로 평가되는 두 지역에서의 백신접종프로그램 추진과정에서 보여준 가장 큰 차이는 보건부와 EHOs 간의 위계와 이에 대한 지역주민들의 인식이었다.

2014년에 추진되었던 까야주에서의 백신접종프로그램에서 EHOs는 협력 파트너라기보다는 보건부 직원의 안내자이자 수행원에 가까웠다. EHOs 보건종사자의 의료 역량에 대한 보건부의 불신에 따른 것이기도 하지만 정부가 프로그램 수행의 주도권을 갖는 불균등한 권력 관계가 관철된 결과이기도 하다. 근본적으로는 군부가 제정한, 연방의 통합에 최고의 가치를 부여하는 2008년 헌법상의 제약과 관련된 것으로서, 연방정부가 모든 정책 결정과 집행의 주체가 됨에 따라 발생하는 문제다. 그 결과 외부 지원으로 이루어지는 모든 종류의 개발프로그램이 중앙정부를 경유하여 시행될 수밖에 없는 구조가 만들어졌고, 이러한 프로그램 추진체계는 EHOs의 독자적인 활동을 제약하는 주된 요인으로 작용한다.

국제사회의 포괄적 제재가 이루어지던 시기에는 국제기구나 INGOs의 지원이 군사정부를 우회하여 미얀마 국내의 시민사회단체에 직접 전달될 수 있었고, 이것이 곧 EHOs가 활동할 수 있었던 배경이기도 했다. 하지만 개혁개방과 함께 중앙정부가 외부 지원의 단일 창구가 됨에 따라 EHOs가 존립할 수 있는 기반은 취약해졌다. 수십 년 동안 EHOs는 소수종족주에서 거의 유일한 의료서비스 공급자로서 독자적으로 프로그램을 운영해왔지만, 개혁개방 이후의 보건협력에서는 보건부가 주도하는 프로그램의 수행자로 그 지위가 떨어지게 된 것이다. EHOs 인력이 지역 지리에 밝지 않은 보건부 인력을 마을

로 안내하고 그들의 수행원 역할을 하는 형태로 진행된 이 프로그램은 지역주민들의 반발을 사 결국 실패로 끝나고 말았다. 2016년 이후 까잉주에서 추진된 백신접종프로그램은 이러한 시행착오로부터 개선할 점을 찾아 접근방식을 달리했는데, 두 보건의료체계의 장점을 살린 역할 분담이 주효했다. 즉 보건부가 EHOs 인력에게 백신접종 관련 교육과 훈련을 제공한 후 이들이 직접 프로그램을 주도하도록 한 것이다. 오랫동안 지역에 필수의료서비스를 제공해온 EHOs를 지역주민들은 신뢰했고, 프로그램은 성공을 거두었다(Décobert 2021).

소수종족주 대부분의 지역은 수십 년간 계속된 분쟁으로 불신이 누적되어 있고, 종족집단별로 독자적인 거버넌스 체계가 구축되어 지역주민과 EAOs, 그리고 EHOs/CBHOs가 특수한 방식으로 상호작용하는 사회·정치적 공간을 형성하고 있다. 두 사례는 아무리 소외지역의 보건복지를 개선한다는 바람직한 목표를 가진 프로그램이라도 지역 경험의 특수성과 민감성을 고려하지 않을 경우 실패할 수 있다는 교훈을 준다. 그런데, 이 사례가 제공해주는 또 다른 시사점은 지역 경험에 대한 이해 못지않게 실질적인 개선 방안을 찾고자 하는 의지와 그것을 지원하는 환경이 중요하다는 점이다. 까잉주 백신접종프로그램은 NLD 정부가 출범한 후 추진된 사업이었다. EHOs를 국가보건정책의 파트너로 공식적으로 인정하고, 종족무장단체와 연계되었다는 이유로 이들을 불법 단체로 규정해온 법적 장벽을 제거함으로써 실무적 수준에서의 협력이 이루어질 수 있는 정치 환경이 조성되었던 것이다. “보건의료 자체는 정치적일 수 없지만, 보건의료체계의 수렴은 정치적인 문제다”⁶라는 EHOs의 주장은 바로 이러한 경험에 근거한 것이다.

「국가보건계획(2017-2021)」은 중앙정부의 보건부처와 EHOs가 협력할 수 있는 공간을 만들어냈다. 하지만 두 보건의료체계가 수렴을 향해 나아가는 여정에는 많은 난관이 자리한다. 보건의료 분야에서의 협력이 신뢰 회복과 평화 정착을 위한 첫걸음이 되어 정치적 수렴의 길을 열어줄 수 있다는 기대도 있

6 http://backpackteam.org/?page_id=137

지만(Kun Tang and Yingxi Zhao 2017), 그러기 위해서는 먼저 오랜 불신을 불식시킬 수 있을 만한 진정성이 요구된다. 까야주 백신접종프로그램의 성과는 그 가능성을 보여주는 것이었음이 분명하지만, 이러한 예는 소수에 지나지 않는다. NLD 정부 출범 이후 다수의 정부 의료시설이 소수종족주에 들어서긴 했지만, 군정 때나 마찬가지로 의료 인력과 물자가 공급되지 않아 제대로 운영되지 않는 곳들이 많다. EHOs 진료소 지척에 보건부 관할 시설을 새로 짓는 등과 같은 일도 벌어진다. 이런 이유로 지역민들은 정부가 의료서비스를 제공하기 위해서가 아니라 단지 “그 지역을 차지하기 위해” 그러한 시설들을 짓는 것은 아닌지를 의심한다(Bietsty et al, 2021: 7).

이러한 불신은 포괄적 건강정보시스템 구축을 위한 협력도 어렵게 만든다. 지역주민들의 건강 실태를 파악하기 위한 조사가 자칫 지역의 위치와 내부 사정을 노출하여 군부의 군사작전에 이용될 수 있다는 우려의 목소리가 높은 까닭이다(Bietsty et al, 2021: 7). 수십 년 동안의 경험이 이러한 우려의 근거로 자리하고 있는 만큼 보건의료와 정치를 분리하여 수렴을 향해 나아가기란 현실적으로 어려워 보인다. 그리고 2021년 발발한 군사 쿠데타는 그러한 현실 인식이 매우 정확한 것이었음을 입증해주었다. 정치적 안정이 이 나라가 직면해온 보건 위기를 해결하기 위한 첫 번째 조건이라는 사실은 비단 소수종족뿐 아니라 이 나라 국민 대다수에게도 유효한 것임이 지금 현재 미얀마가 경험하는 위기를 통해 입증되고 있다.

IV. 보편적 건강보장과 “약한 국가, 강한 사회”의 딜레마

모든 국민이 행복하고 번영하는 새로운 국가를 건설하겠다는 의지를 담았던 빠도파 계획이나, 사회주의 이념을 바탕으로 국가가 주도하여 국민 모두에게 무상의료를 제공한다는 계획을 담은 인민보건계획 모두 보편적 건강보장을 목표로 삼았다. 1978년 알마아타 선언에서 채택된 ‘만인의 건강’ 슬로건

이나 일차의료 접근법도 재빨리 수용하여 지역사회 보건의료체계를 구축하려는 노력도 보여주었다. 하지만 이러한 시도들은, 텅커가 지적했듯이, 기본적인 사회서비스 기반이 확고히 마련되기 전에 온갖 화려한 장식을 덧붙이는 데 불과했다. 이상과 목표는 높았지만 ‘버마식 사회주의’ 경제체제의 실패가 초래한 경제난은 교육이나 보건과 같은 미래를 위한 투자를 가로막았다. 기실 ‘만인의 건강’ 슬로건이나 일차의료 접근법을 채택했던 이유도 국제사회의 원조와 투자를 유치하기 위한 목적이 더 컸다. 일차의료 강화를 위한 행정체계는 구축되었지만, 보건 인프라에 대한 투자는 이 접근법과는 반대로 도시에 집중된 병원 진료를 강화하는 방향으로 이루어졌다는 사실로부터 그것이 형식적인 접근에 불과했음이 확인된다. 평등과 사회정의라는 기치 아래 노동 격차를 해소하는 데 주력한다는 사회주의 정부의 보건정책 목표는 이처럼 이상만 추구했을 뿐 실천으로 이어지지 않은 채 실패로 끝났다.

1988년의 민주화운동을 무력으로 진압하고 쿠데타와 함께 등장한 신군부 정권 아래서 미얀마의 보건의료는 오히려 퇴행의 길을 걸었다. 정부 지출 중 국방비 지출 비율은 그 어느 때보다 큰 폭으로 증가했던 반면 보건지출은 더 감소했고, 이는 곧 공공의료의 약화로 이어졌다. 이러한 문제에 대한 군사정부의 해결 노력은 지역사회비용분담제도 도입과 민간의료 부문 활성화라는 두 차원으로 구현되었다. 하지만 두 방법 모두 공공의료의 위기를 한층 심화하는 결과를 초래했다. 지역사회비용분담제도는 지역사회의 참여로 공공병원 재정을 확충하고 빈곤층에게 무상의료를 제공한다는 취지와는 달리 공공병원에 투입할 정부 예산 일부를 환자들에게 부담케 하는 것에 가까웠다. 그 결과 공공병원 의료서비스의 질은 더욱 떨어졌고, 과중한 업무에 비해 박봉에 시달리던 의료 인력이 민간 부문으로 빠져나가는 현상까지 부추겼다. 공공병원의 쇠락에 반비례하여 민간 부문은 급속히 팽창했지만, 결과적으로 오늘날까지도 미얀마 보건의료의 가장 심각한 과제로 남아있는 재난적 수준의 개인 의료비 지출 문제를 양산했다. 일찍이 1954년에 사회보장법이 제정되어 사회보장제도가 운용되어왔지만, 최근까지도 가입자 수는 전체 국민의 2.5%에 불과하

다. 그나마도 공식 부문 종사자와 대도시 지역에 한정적으로 적용되고 있고, 의료혜택을 제공하는 시설 수 자체가 적어 가입자들조차 자비로 민간의료시설을 이용하는 비율이 높다.

보편적 건강보장 목표 달성을 위해 미얀마가 풀어야 할 문제로는 ① 보건 의료 분야에 대한 정부의 투자 부족, ② 보건의료인력 부족, ③ 보건의료 인프라의 지역적 편중, ④ 2, 3차 의료시설에 대한 투자 집중, ⑤ 사회건강보험의 제한적 시행 등이 꼽힌다(Nikoloski et al. 2021). 열거한 모든 문제의 근본적인 원인은 첫 번째, 즉 보건의료 분야에 대한 정부의 투자 부족에 있었다. 그런데 그 원인을 오롯이 재정 부족 문제에서만 찾으려 하면 국가 정책이 지닌 한계를 성찰하고 개선 방안을 찾기가 어렵게 된다. 경제발전이 저절로 보건의료 분야에서의 성취로 이어지는 것은 아니고, 또한 보건의료에서의 성취가 곧장 공공의료의 강화나 건강보장의 확대로 구현되는 것도 아니라는 사실은 코로나19 팬데믹이 초래한 각국의 보건 위기 상황을 통해서도 확인되는 바다. 미얀마의 실패는 재정 부족보다는 그것의 할당, 즉 어디에 우선순위를 두어 정책 결정이 이루어졌는지의 문제와 더 깊이 연관된 것이었다. 외부에 적이 없음에도 불구하고 미얀마에서 군사정권 시기는 물론 최근까지도 국방비 지출이 항상 보건지출보다 압도적으로 높았다는 사실은 그 우선순위가 군대를 유지·강화하는 데 있었음을 말해준다. 국가의 통합을 저해하는 ‘내부의 적’을 분쇄한다는 명분에 보건이나 교육 등 사회 발전을 위한 투자는 언제나 뒷전으로 밀려났다. 그 결과 보건의료 인프라나 건강권 보장 및 형평성 증진에 핵심이라 할 일차의료와 사회건강보험의 확대는 수사로만 남았다.

모든 사람이 어떠한 이유로도 침해당해서는 안 될 기본 권리로서 건강권을 누릴 자격이 있으며, 이를 보장할 책임이 국가에 있다는 기본 원칙 자체는 미얀마 헌법은 물론 국가보건계획에서도 거듭 강조되어왔던 사실이다. 언제나 문제는 그 책무가 이행되지 않았다는 데 있다. 근본적인 제약은 오랫동안 이 나라에서 군부가 국민의 권리를 유보할 수 있는 명분으로 강조해왔던 더 상위의 목표, 즉 연방의 분열 방지라는 정치적 목표였다. 이에 따라 군사정부에 반

대하여 민주주의를 외치는 시민들이나 자치를 요구하는 소수종족집단의 시민적·정치적 권리는 언제라도 유보되거나 박탈될 수 있는 것이었다. 전 국민을 대상으로 하는 국가보건체계는 붕괴 위기에 이르렀는데도 군부가 독점적으로 전유하는 의료자원은 군에 충성을 서약하는 이들에게만 한정적으로 배분되거나 시민사회나 소수종족의 정치적 결집을 분열시키는 탈정치화 기제로 활용되었다. 오늘날까지도 심각한 미얀마의 보건의료 위기는, 따라서 군부라는 특권적 집단과 군대가 ‘국가 안의 국가’로 군림하며 국가정치의 성격을 규정하는 현실, 즉 정치 위기로부터 초래된 문제라고 말할 수 있을 것이다.

한정된 재화였기에 의료는 정치 자원으로서의 활용 가치가 높았지만, 일반 대중에게 국가가 제공할 수 없는 부분을 사회 스스로 충족하도록 열어둔 틈새가 시민사회를 강화하는 결과로 이어졌다는 사실은 사뭇 역설적이다. 빠라히따 단체들과 종족보건기구의 활약에서 그러한 역설이 감지된다. USDA나 미얀마모자복지협회와 같이 군의 직접적인 지원과 통제 아래 활동하던 단체들도 있었지만, 국가가 제 기능을 하지 못하는 영역에서 제한적으로 허용되었던 결사의 자유가 2015년과 2020년의 총선 결과로 나타난 정치적 에너지를 집적시키는 힘이 되었으리라는 추정은 가능할 것이다. 2008년 나르기스 사태 이후 더욱 폭발적으로 증가한 시민사회 활동은 이전까지 미얀마 사회를 분석하는 틀이었던 “강한 체제, 약한 국가(strong regime, weak state)”(Pedersen et al. 2000)를 넘어 “약한 국가, 강한 사회(weak state, strong societies)”의 전형적인 면모를 보여주는 것으로서 이 나라 시민사회의 역동성에 주목하는 연구들을 등장시키는 배경이 되고 있기도 하다(예를 들어 Griffiths 2018; Kipgen 2022; McCarthy 2018 등).

현재 미얀마에서는 공공병원 보건의료 종사자의 최소 1/3가량이 여전히 시민불복종운동에 참여하며 군정을 피해 시민들의 건강을 돌보고 있고, 양곤에 서만도 200여 개의 빠라히따 단체들이 결성되어 시민들에게 의료서비스를 제공하고 있다고 한다(Phyu Phyu Thin Zaw 2022). 이처럼 스스로를 살리기 위해 자구책을 마련하고, 기회가 있을 때마다 새로운 국가를 건설하기 위해 힘

을 결집하곤 했던 것이 오랜 세월 군부가 장악한 국가와 대립하는 위치에 있었던 미얀마의 사회였다. 그러니 이 ‘강한 사회들’이 역사 속에서 보여준 강한 생명력과 회복력을 믿어 폴뿌리운동 형태의 다양한 사회발전 프로그램을 추진해야 한다는 주장도 일리가 있다. 하지만 이 나라의 시민사회와 소수종족 집단이 하나의 목소리를 가진 통일체가 아니라는 사실도 잊어서는 안 될 것이다. 미얀마 군부의 노련함은 국가의 힘을 압도할 수 있는 수준으로 사회의 힘이 응집되는 것을 효과적으로 막아내었던 데서 확인된다. 1988년의 민주화운동을 통해 거센 저항을 확인한 후에는 병력을 더욱 증강하고 헌법까지 새로 제정하여 이중으로 방비하는 신중함도 보였다. 이들이 영국 식민통치자들로부터 배운 분리통치(divide-and-rule)의 전략으로 미얀마 사회는 하나가 아닌 수많은 사회들로 분열되어 서로를 적으로 삼기도 한다. 군부가 정전협정에 응한 보상으로 제한적이거나 자치권을 허용한 영토 안에서 크고 작은 소수종족 집단이 주도권을 차지하기 위해 서로 싸운다. 2021년의 쿠데타 이후 몇 개의 소수종족집단이 저항운동 세력과 힘을 합쳐 연합전선을 형성하며 군부와 대치하는 틈을 타 어느 쪽의 편에도 서지 않은 종족무장단체들이 그러한 싸움을 전개하고 있다. 뽀저티(Phyusawhti) 같은 집단이 군부가 내보내는 흑색선전을 전파하며 시민불복종운동에 참여하는 시민들을 공격하고 있기도 하다. 마바따(Ma Ba Tha: Patriotic Association of Myanmar)와 같은 극우불교도 단체가 로힝자를 비롯한 무슬림 집단에 대한 혐오 정서를 부추기며 폭력 행위에 앞장섰던 것도 미얀마 사회 내부를 복잡하게 가로지르는 다층적인 균열의 한 양상일 뿐이다. 그러니, 이 강한 사회들의 힘이 다른 집단의 목소리를 압도하여 종종 사회통합에 위기를 초래하기도 한다는 사실을 잊어서는 안 될 것이다.

미얀마에서 보건의료가 서로 대립하는 세력이 주도권을 다투는 정치적 경쟁의 장이 될 수밖에 없었던 근본적인 원인은 그것의 절대적인 결핍에 있었다. 그것이 군부에 의해 제공되는 것이었건 사회의 자조에 의한 것이었건 대다수 인구가 경험하는 결핍은 해소되지 못했다. 또한 사회의 자발적 발의에 의한 활동이었다 하더라도 그러한 행위에 내재하는 시혜적 성격으로 인해 수

혜자들이 감수하지 않을 수 없었을 굴욕감은 인간으로서 마땅히 누려야 할 권리에 대한 의식을 침식한다. 2011년 이후 미얀마 사회가 맞본 자유는 이러한 시민사회 활동이 권리에 기반한 사회운동으로까지 성장할 토양을 제공해주었지만, 쿠데타로 인해 그 여정은 중단되고 말았다. 그러나 쿠데타가 발발하지 않았더라도 그것이 다다랐어야 할 종착지는 바로 국가, 그 영토 안에 살아가는 모든 이들의 삶을 보장하는 국가여야 했다. 미얀마의 공공병원 의료진으로부터 시작된 시민불복종운동은 국민의 건강권 역시 그러한 국가의 존재를 요구한다는 사실을 명징하게 보여주는 것이었다. 일 년 넘게 계속되고 있는 미얀마의 시민불복종운동은 군정 시기 동안 왜곡되었던 국가와 사회의 관계를 재정립하려는 시도로서, 국제인권규약이 명시하는 바의 “모든 사람이 도달 가능한 최고 수준의 신체적·정신적 건강을 향유할 권리”의 실현이 시민적·정치적 권리를 보장하는 데서부터 출발해야 한다는 기본 원칙을 환기시켜준다.

참고문헌

- 김희숙. 2020. “미얀마의 체제 전환과 사회보장체계 변화.” 고혜진·김현진·김현경·김희숙·민기채·Nguyen Thi Phuong Thao·백용훈, 『아시아 체제 전환국 사회보장체계 연구: 베트남, 미얀마, 캄보디아를 중심으로』 제4장(pp. 103-157). 세종: 한국보건사회연구원.
- 정민수·김지연·김수인. 2005. “건강권의 법적 토대와 그 실현에 대한 국제인권법적 고찰.” 『한국의료법학회지』 22(2): 205-231.
- 푸꼬, 미셸. 홍성민 역. 1993[1963]. 『임상의학의 탄생』. 서울: 인간사랑.
- Biesty, Colette Pang, Aung Ja Brang and Barry Munslow. 2021. “Conflict Affected, Parallel Health Systems: Challenges to Collaboration between Ethnic and Government Health System in Kayin State, Myanmar.” *Conflict and Health* 15: 60. <https://doi.org/10.1186/s13031-021-00396-z>
- BSPP. 1963. *The System of Correation of Man and His Environment*. The Burma Socialist Programme Party, The Union of Burma.
- Buchanan, John. 2016. *Militias in Myanmar*. Yangon: The Asia Foundation.
- Callahan, Mary. 2007. “Of Kyay-Zu and Kyet-Su: the Military in 2006.” Monique Skidmore and Trevor Wilson eds. *Myanmar: the State, Community and the Environment*. Canberra: ANU E Press and Asia Pacific Press. <https://press-files.anu.edu.au/downloads/press/p33841/pdf/book.pdf>
- Davis, B. and Jolliffe, K. 2016. “Achieving Health Equity in Contested Areas of Southeast Myanmar.” The Asia Foundation. <https://asiafoundation.org/publication/achieving-health-equity-contested-areas-southeast-myanmar/>
- Décobert, Anne. 2021. “Partnerships for Universal Health Coverage in Myanmar: Power and Politics within ‘Immunisation Encounters’ in Kayah State and Kaying State.” *The Journal of Development Studies* 57(8): 1267-1281.

- Dutta, P. V. 2015. *Risks and Vulnerabilities along the Life Cycle: Roe for Social Protection in Myanmar*. World Bank.
- Ferguson, James. 1990. *The Anti-Politics Machine*, New York: Cambridge University Press.
- Frontier Myanmar. 2021. "Striking Health Staff Boycott COVID-19 Jobs As the CDM Grows." March 9. <https://www.frontiermyanmar.net/en/striking-health-staff-boycott-covid-19-jobs-as-the-cdm-grows/>
- Government of the Union of Burma. 1954. *Pyidautba: The New Burma*. A Report from the Government to the People of the Union of Burma on Our Long-Term Programme for Economic and Social Development. Rangoon: Economic and Social Board.
- ILO(International Labour Organization). 2020. "Social Security Board Reforms Enhance and Extend Health Protection in Myanmar." February 13. [https://www.ilo.org/yangon/press/WCMS_736183/lang-en/index.htm#:~:text=Myanmar's%20Social%20Security%20Board%20\(SSB,Universal%20Health%20Coverage%20by%202030.](https://www.ilo.org/yangon/press/WCMS_736183/lang-en/index.htm#:~:text=Myanmar's%20Social%20Security%20Board%20(SSB,Universal%20Health%20Coverage%20by%202030.)
- _____. 2021. *Extending Social Health Protection: Accelerating Progress towards Universal Health Coverage in Asia and the Pacific*.
- James, Helen. 2005. *Governance and Civil Society in Myanmar: Education, Health, and Environment*. London and New York: Routledge Curzon.
- Low, Sharon, Kyaw Thura Tun, Naw Pue Pue Mhote, Saw Nay Htoo, Cynthia Maung, Saw Win Kyaw, Saw Eh Kalu Shwe Oo and Nicola Suyin Pocock. 2014. "Human Resources for Health: Task Shifting to Promote Basic Health Service Delivery among Internally Displaced People in Ethnic Health Program Service Areas in Eastern Burma/Myanmar." *Global Health Action* 7: 24937. <http://doi.org/10.3402/gha.v7.24937>
- McCarthy, Gerard. 2019. *Military Capitalism in Myanmar: Examining the Origins,*

- Continuities and Evolution of 'Kbaki Capital'.* ISEAS Yusof Ishak Institute.
- Mya Maung. 1998. *The Burma Road to Capitalism: Economic Growth versus Democracy*. London: Praeger.
- Ministry of Health, The Republic of the Union of Myanmar. 2014. *Health in Myanmar 2014*.
- Ministry of Health and Sports, The Republic of the Union of Myanmar. 2016. *Myanmar National Health Plan(2017–2021)*.
- _____. 2020. *National Health Accounts Myanmar(2016–2018)*.
- Ne Lynn Zaw and Molie Pepper. 2016. “Poverty and Health in Contemporary Burma.” *IJBS* 2016(1): 169–186.
- Nikoloski, Zlatko, Alistair McGuire, Elias Mossialos. 2021. “Evaluation of Progress toward Universal Health Coverage in Myanmar: A National and Subnational Analysis.” *PLoS Med* 18(10): e1003811. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003811>
- Nwe Nwe Oo. 2019. “Myanmar Healthcare System and Universal Health Coverage.” 『国際医療福祉大学学会誌』 24(1): 77–87.
- Oelhers, Alfred. 2004. “Governance, Public Health and the Millennium Development Goals: Some Lessons from Burma.” *International Journal of Development* 3(2): 7–29.
- Pedersen, Morten B., Emily Rudland, and Ronald. J. May eds. 2000. *Burma–Myanmar: Strong Regime, Weak State*. Crawford House Publishing.
- PHR(Physicians for Human Rights). 2022. “‘Our Health Workers Are Working in Fear’: After Myanmar’s Military Coup, One Year of Targeted Violence against Health Care.” Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health and Center for Public Health and Human Rights. https://phr.org/wp-content/uploads/2022/01/PHR_Report_Our-Health-Workers-Are-

Working-in-Fear_One-year-anniversary-of-the-Myanmar-Coup_ January-2022-Reduced.pdf

- Phyu Phyu Thin Zaw. 2022. “‘A Deadly Syndemic’: How the Coup and the Pandemic Collapsed Myanmar’s Health System.” Stanford Asia-Pacific Research Center Webinar: “A Deadly Syndemic in Myanmar: The Coup, the Pandemic, and Challenges for Medical Humanitarian Response and Public Health System Recovery.” May 12.
- Si Tura and Tim Shroeder. 2018. “Health Service Delivery and Peacebuilding in Southeast Myanmar.” Justine Chambers, Gerard McCarthy, Nicholas Farrelly, and Chit Win eds. *Myanmar Transformed? People, Places and Politics*. Singapore: ISEAS Publishing.
- Skidmore, Monique. 2008. “Contemporary Medical Pluralism in Burma.” Monique Skidmore and Trevor Wilson eds. *Dictatorship, Disorder and Decline in Myanmar*. Canberra: ANU E Press.
- Smith, Martin. 1996. *Fatal Silence? Freedom of Expression and the Right to Health in Burma*. Article 19. <https://www.refworld.org/pdfid/475418330.pdf>
- _____. 2006. “Ethnic Participation and National Reconciliation in Myanmar: Challenges in a Transitional Landscape.” Trevor Wilson ed. *Myanmar’s Long Road to National Reconciliation*. Singapore: ISEAS Publications.
- Steinberg, D. I. 1981. *Burma’s Road toward Development: Growth and Ideology under Military Rule*. Boulder, Colorado: Westview Press.
- Stover, Eric and Patrick Vinck. 2008. “Cyclone Nargis and the Politics of Relief and Reconstruction Aid in Burma(Myanmar).” *JAMA* 300(6): 729-731.
- Tambiah, S. J. 1973. “Buddhism and This-Worldly Activity.” *Modern Asian Studies* 7(1): -20.
- Tin Maung Maung Than. 2009. “Myanmar in 2008: Weathering the Storm.” *Southeast Asian Affairs*(2009): 195-228.

- Tinker, Hugh. 1961. *The Union of Burma: A Study of The First Years of Independence*. London: Oxford University Press.
- TNI. 2021. *No One Left Behind? Covid-19 and the Struggle for Peace and Justice in Myanmar*. November 25. Transnational Institute.
- WHO. 2014. "The Republic of the Union of Myanmar Health System Review." WHO Regional Office for the Western Pacific. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/208211>
- _____. 2015. "What Are the Challenges Facing Myanmar in Progressing towards Universal Health Coverage?" WHO Regional Office for the Western Pacific. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/258916>.
- Woods, Kevin. 2011. "Ceasefire Capitalism: Military-Private Partnerships, Resource Concessions and Military-State Building in the Burma-China Borderlands." *The Journal of Peasant Studies* 8(4): 747-770. DOI: 10.1080/03066150.2011.607699

제6장

싱가포르 건강보장 체계의
특징과 외국인 노동자의
의료접근성

김주영

제6장 싱가포르 건강보장 체계의 특징과 외국인 노동자의 의료접근성

김주영

코로나19 팬데믹은 각 국가가 처한 모순과 문제를 여실히 드러냈고 싱가포르도 예외는 아니었다. 싱가포르는 코로나19 초기대응에 성공한 국가 중 하나로 꼽힐 정도로 감염 확산세를 잘 관리하는 모습을 보였지만, 2020년 4월 저숙련 외국인 노동자가 집단으로 거주하는 기숙사에서 코로나19 확진자가 속출하면서 감염병 대응체계에서 배제된 이들의 문제가 대두되었다. 정부는 지역사회와 외국인 노동자 기숙사를 철저히 분리하고 이들을 격리하면서도 일상생활에 필요한 기초적인 지원을 아끼지 않는 방식으로 대응했다(김종호 2020; 김희숙·양영란 2020).

외국인 노동자는 이미 코로나19 이전부터 싱가포르인들에 비해 감염병에 더욱 취약한 상황에 놓여 있었다(Sadarangani et al. 2017). 그렇지만 이에 대한 정책적인 개입은 이루어지지 않았다. 코로나19가 만들어낸 외국인 노동자에 대한 예외적인 정부 정책 차원의 의료개입은 그동안 싱가포르에서 고용주의 책임이었던 외국인 노동자의 건강보장 문제를 사회적으로 고민하게 하는 계기가 되었다. 기숙사를 중심으로 드러난 외국인 노동자의 열악한 노동과 거주

* 이 장은 『동남아시아연구』 32권 2호에 게재한 논문을 수정 보완한 것이다.

환경을 비판하면서 이들을 싱가포르인과 동등하게 대해야 한다는 인식을 공유하는 사람들도 등장했다(Satveer 2020: 12-13).

평균 기대수명이 83.2세로 OECD 국가들과 비교해도 매우 높고, 유아사망률도 1.7%로 아주 낮게 유지되고 있는 지표가 보여주듯, 싱가포르의 건강보장 체계는 우수하게 작동하고 있다.¹ 이러한 시스템에서 외국인 노동자가 감염병에 매우 취약했다는 점은 이들의 건강문제와 의료보장의 중요성이 정책적인 차원에서 다루어지지 않았다는 것을 시사한다. 이 연구의 주요 대상인 저숙련 외국인 노동자가 국민 중심으로 고안된 국가의 의료보험 보장대상으로 고려되지 않는 것은 싱가포르만의 독특한 특성은 아니다.² 모든 사람들이 재정적 어려움 없이 의료서비스에 접근할 수 있어야 한다는 보편적 건강보장(universal health coverage)의 이상(理想)은 여전히 국민국가의 구성원이 아닌 외국인 노동자들에게는 문턱이 높고 싱가포르의 경우도 예외는 아니다. 특히, 싱가포르는 외국인 노동자 의료보장에 대한 정부의 직접적 개입을 줄여나가고 고용주의 책임을 강화하는 방식을 오랫동안 고수해왔다.

이 장은 싱가포르 건강보장 체계의 특징을 살펴보고, 시민권자와 영주권자와는 차등적인 의료서비스를 제공받는 외국인 노동자의 의료접근성 문제를 드러낸다. 외국인 노동자의 제한된 의료접근성은 시민과 비시민 사이의 차별적인 의료보장제도와 관계가 있다. 따라서 이 장의 도입부에서는 싱가포르에서 국민 대상의 의료보험제도가 운영되는 원리와 기본 골자를 살펴보고자 한다. 다음으로, 외국인 노동자 현황과 이들이 경험하는 건강문제, 시민권자와 영주권자와 분리된 의료보험의 특징을 보여준다. 마지막으로, 코로나19 이후 대두된 외국인 노동자 건강문제에 대한 관심과 정부의 대응으로

1 평균 기대수명은 WHO 웹사이트(<https://www.who.int/>)의 Data 자료를, 유아사망률은 보건부 웹사이트(<https://www.moh.gov.sg/>)의 Resource & Statistics-Population and Vital Statistics를 참고하였다.

2 이 연구에서 외국인 노동자는 취업허가(work permit) 비자를 받은 저숙련 외국인 노동자로 한정한다. 따라서 이 연구에서 외국인 노동자로 명명할 경우 모두 저숙련 외국인 노동자라는 점을 밝힌다.

서 일차의료를 확대하는 새로운 제도의 도입, 이 과정에서 나타난 시민사회의 협력이 의미하는 바를 분석한다.

1. 싱가포르 건강보장 체계의 특징

1. 정부-개인의 공유된 책임으로서 건강보장

싱가포르는 1959년 자치정부를 구성한 이래로 1963년 말레이시아 연방 편입으로 식민시기 이후의 도약을 모색하고자 했으나, 1965년 8월 분리 독립하면서 국가 시스템 전반을 재정비해야 하는 상황에 직면했다. 싱가포르에게 이러한 국면은 중대한 도전이었다. 국가 생존이라는 화두 앞에서 건강보장 체계를 정비하고 국민의 의료접근성을 높이는 방안은 안보, 일자리 창출, 주택, 교육에 비해서 우선순위로 다루어지기 어려웠다(Haseltine 2013: 3).

1963년 제정되고 2016년 개정된 싱가포르 헌법은 건강권에 관한 어떠한 조문도 명시하지 않는다. 싱가포르는 인권의 다양한 측면을 포괄적으로 규정한 경제·사회·문화적 권리에 관한 국제규약(ICESCR: International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)도 비준하지 않았지만, 나름의 목적과 방식으로 국민의 건강보장을 추진해왔다(Brack 2019: 29). 국제보건기구(World Health Organization)가 인권으로서 건강권을 강조하는 것과 달리 싱가포르에서 건강은 개인이 책임을 지고 지켜야하는 것이라는 인식이 강하다. 싱가포르 정부가 건강보장을 위한 제도적 장치를 마련해온 데는 국민의 건강문제를 국가의 전반적인 발전계획과 관련된 사안으로 바라보는 관점이 영향을 미쳤다(Brack 2019: 31).

국가 발전을 위해서 국민들은 근면성실하게 노동에 참여해야 했다. 강한 성취욕과 성공에 대한 열망도 수반되어야 했다. 국민 개개인의 노력이 필요한 상황에서 싱가포르 정부는 영국식 사회복지 모델과는 다른 방향으로 나

아갔다. 초대 총리 리관유(李光耀)는 영국처럼 국가가 모든 국민을 위해 복지를 제공하는 것은 노동에 대한 동기부여를 저해한다고 판단하며 국민 스스로가 신체적, 정신적 건강의 모든 측면에서 책임감을 가져야 한다고 강조했다(Haseltine 2013: 6). 초대 총리의 이와 같은 지향은 국가보건계획(National Health Plan)에도 잘 드러나 있다.

싱가포르 정부는 1983년 국가보건계획을 발표하면서 1984년에 메디세이브 계정(Medisave Account)을 중앙적립기금(Central Provident Fund) 안에 신설할 것을 밝혔다(Ministry of Health 1983). 건강보장 체계의 기본적인 틀을 제시하고 국민의 의료비 지출을 관리하려는 정부 차원의 개입이 본격화된 것이다. 중앙적립기금은 고용주와 노동자가 월급의 일정 비율을 강제 적립해 노동자의 은퇴 이후 자금을 준비하는 사회보장제도이다. 국가보건계획은 이와 마찬가지로 노동자가 연령에 따라서 월급의 일정비율을 메디세이브 계정에 적립하도록 강제함으로써 개인의 자산을 중심으로 치료비를 확보할 수 있도록 하였다.

〈표 6-1〉 싱가포르의 보건의료비 지출 변화

	2000	2005	2010	2016	2017	2018
국내총생산(GDP) 대비(%)	3.3	3.0	3.2	4.4	4.4	4.5
정부 총 지출 대비(%)	7.4	7.9	10.9	13.4	15.3	15.3

출처: WHO Global Health Expenditure database(2021, 06.)

메디세이브 계정 신설을 주요 골자로 발표한 국가보건계획은 싱가포르에서 개인의 의료비는 개인이 책임져야 한다는 원칙을 강조한 바 있다. 동시에, 단계적으로 보험과 보조금을 도입하면서 개인의 의료비 부담이 어려운 부분에 정책적으로 개입하고 있다. 싱가포르에서 국내총생산 대비 보건의료비 지출은 꾸준히 3~4%로 낮게 유지되고 있지만, 정부 총 지출 대비 보건의료비 지출은 지속적으로 조금씩 증가했다. 정부는 1990년 메디실드(MediShield)

를 도입해 메디세이프에서 보장하지 않는 만성 중증질환을 보장하는 건강 보험을 신설하였고, 2015년에는 의무가입을 원칙으로 하는 메디실드라이프(MediShield Life)로 개편해 본인부담금 비율을 줄이고, 청구 가능한 한도액을 인상하였으며, 무제한 청구와 종신보장을 가능케 했다(알렉스 허 외 2017: 61). 개인의 소득을 중심으로 의료비를 저축해야하는 메디세이프만으로 비용부담을 감당하기 어려울 경우에 대비한 보완적 조치였다. 의료비를 지불하기 어려운 저소득층을 위한 제도도 신설하였다. 1993년에는 메디세이프와 메디실드로 의료비 지출이 어려운 사람들에게 자산조사 이후 보조금을 지급하는 메디펀드(Medifund)를 도입하는 등 보장 인구와 범위를 확대하고 최소한의 안전장치를 마련하기 위한 노력이 이어졌다. 인구 고령화에 대비하기 위한 조치도 마련되었다. 2002년에는 노년층과 장기요양서비스를 필요로 하는 인구층을 위한 보험인 엘더실드(ElderShield)를 도입하고, 인구 고령화에 따라 이를 2020년 케어실드라이프(CareShield Life)로 개편해 보장기한을 늘리고 보험료를 지원하는 등 보장을 확대했다(백상숙 2018: 85).

입원과 수술, 고가의 외래진료를 주로 보장하는 메디세이프, 메디실드라이프, 메디펀드 이외에도 지역사회보건지원계획(Community Health Assist Scheme)으로 일차의료를 지원받을 수도 있도록 했다. 국민들은 가계수입 기준에 따라 다른 비율의 보조금을 받을 수 있다. 집권 정당인 인민행동당(PAP: People's Action Party)이 낮은 득표를 했던 2011년 총선에서 고령화에 따른 돌봄 문제가 제기되면서(Haseltine 2013: 2-3), 정부는 2012년 보건 의료 2020 마스터플랜(Healthcare 2020 Master Plan)을 통해 지역사회보건 지원계획으로 지원 가능한 연령을 65세에서 40세로 낮추고 가계수입 기준도 높였다. 입원과 수술 이외에도 일차의료로 보장범위를 확대하고 보장 연령을 낮추어 보장대상을 늘린 정부의 정책은 싱가포르의 건강보장 체계가 더 많은 인구에게 더 폭넓은 보장을 제공하는 방향으로 나아간다는 점에서 의미가 있다.

개인 책임의 원칙을 강조하고 보완적으로 정부 보조금을 지불하는 싱가포

르의 건강보장 체계는 오랫동안 효율적으로 작동해왔으며 국민들의 만족도 역시 높다. 2021년에 이루어진 국민 자부심과 정체성에 관한 연구에서 건강보장 체계는 자부심의 원천 중 1위로 꼽혔다(Institute of Policy Studies 2021: 23). 싱가포르에서는 대체적으로 건강보장 체계가 잘 설계되어 있다는 인식이 강하며 국민들이 싱가포르인으로서 자부심을 느끼는 중요한 요인이 되고 있는 것이다.

그렇지만 한계도 있다. 소득의 일정비율을 적립하는 메디세이브는 소득재분배 효과가 없다. 고소득층에 비해 저소득층이 충분한 의료비 마련이 어려울 수 있지만, 적립금액의 차이는 개인의 경제적 상황의 차이로 받아들여진다. 메디실드라이프 이전의 메디실드는 수익 추구 방식으로 운영되어 76~85세 고령층 중 35%가 혜택을 받지 못했으며, 연령대에 따라 자체 기금을 조성하는 방식으로 고령층에게 불리하게 작동한다는 문제가 있었다(알렉스 허 외 2017: 56-57). 메디실드라이프로의 개편이 이러한 문제를 일정부분 해소하고자 보장을 확대하였지만, 보험료 인상, 변화가 없는 일정금액 전액 본인부담 등이 여전히 부담스러운 부분이 있어 의무가입에 대한 반대 목소리가 나오기도 했다(알렉스 허 외 2017: 65-66).

2. 공공-민간 혼합 의료전달체계: 시장논리와 효율성의 강조

싱가포르의 의료전달체계는 공공과 민간이 혼합되어 있다. 이러한 시스템이 자리 잡은 배경에는 건강보장 체계에서 시장의 논리를 전략적으로 도입한 정부의 정책이 있다. 싱가포르 정부는 1980년대 중반부터 공공병원의 효율성을 증진하기 위한 방안을 모색해왔다. 이 시기에 보건부가 소유하고 경영해왔던 공공병원의 비효율성 문제가 대두되면서 1985년부터 대대적인 공공병원 구조조정이 이루어졌다. 당시의 구조조정은 공공병원을 독립행정법인화 하고 기업회계체계를 도입하면서 정부가 주주로 남아 영향력을 행사하는 형태로, 엄밀한 의미에서 민영화는 아니었지만 공공병원이 자체적인 인사와 보수체계

를 구축할 수 있는 자율성을 획득했다(이세정 2007: 256-257). 공공병원이 민간기업 형식으로 운영되더라도 여전히 정부 소유이고, 정부로부터 지원금도 받기 때문에 보건부의 영향력을 무시할 수 없다. 정부는 관리자로서 철저한 재무관리와 공공병원으로서의 책무성을 강조하고 있다.

1993년 발표한 백서에서 정부는 의료자원은 한계가 있으므로 효율적으로 사용해야 한다고 강조하면서 시장의 논리가 그 효율성을 담보하는 데 있어 중요하다고 언급하기도 했다(Ministry of Health 1993: 3). 시장경쟁이 의료기관의 효율적인 운영, 서비스의 질 확보, 소비자가 지불하는 돈에 부합하는 의료 서비스 제공을 가능케 한다는 것이다. 이 과정에서 정부는 의료서비스 과잉공급을 막고 지나친 소비를 줄이기 위해서 정책적으로 개입한다. 이러한 배경에서 싱가포르에서는 영리를 허용하는 민간병원과 민간기업 방식으로 운영되지만 정부 보조금을 지원받는 공공병원이 공존하고 있다. 환자들은 공공병원이 최소한의 안전망을 제공하고 민간병원이 지불 여력이 있는 사람들에게 또 다른 선택지를 제공하는 체계에서 자신의 경제적 여건에 따라 어느 곳에서 치료를 받을지 결정한다.

〈표 6-2〉 싱가포르의 병실 현황

	구분	2006	2010	2015	2020
급성병원 (종합병원 및 전문센터)	공공	6,256	6,871	8,128	9,610
	비영리	303	283	316	285
	영리	1,628	1,095	1,400	1,666
정신병원	공공	2,064	2,010	1,950	1,950
	비영리	0	0	0	0
	영리	49	0	0	0

출처: Department of Statistics Singapore(2021.06.14.)

싱가포르 병실 현황 자료를 통해 알 수 있듯이 종합병원은 공공병원의 비중이 민간병원에 비해 훨씬 높다. 공공병원에서 치료받을 경우 등급이 높은 특

정 병상을 제외한 나머지 병상에 대해서 정부 보조금을 받을 수 있다. 민간병원에서도 보조금을 받을 수 있지만 금액이 적다. “합리적인 의료소비”와 “상식화된 차등서비스”는 싱가포르에서 전달되는 의료서비스의 차이를 설명하는 수사로 등장하며, 국민들은 보다 나은 의료서비스 이용을 위해서는 비용을 더 지불해야하는 것을 당연하게 여긴다(김득일 2005: 108-109). “비싼 차나 싸구려 차나 운전을 해서 목적지에 가는 데는 아무 차이가 없는 것과 마찬가지”(이상훈 2010)라는 현지 의사의 말은 환자의 경제상황에 따른 의료서비스 선택을 자연스럽게 받아들이는 싱가포르의 현실을 보여준다. 정부나 전문가들은 공공병원과 민간병원 사이의 차이를 소비자의 선택으로 인식하며, 메디세이프를 통해 의료비를 지불해야하는 환자들이 오히려 보수적으로 의료서비스를 선택하기 때문에 도덕적 해이가 발생하지 않는다고 본다(이병문 2009: 90). 효율성의 명목 하에 공평한 의료서비스 이용을 저해한다는 비판이 있지만, 싱가포르인들이 건강보장 체계를 문제시 삼은 적은 거의 없다(Lim 2004: 84).

일차의료기관에서도 공공클리닉과 민간클리닉이 공존한다. 종합병원과 달리 일차의료기관은 민간클리닉이 더 많다. 2021년 12월 기준으로 민간클리닉은 1,800개인 반면, 폴리클리닉(polyclinic)은 23개로 그 수에 현격한 차이가 있다.³ 폴리클리닉은 공공 일차의료기관으로 민간클리닉에 비해 저렴한 비용으로 의료서비스를 제공한다. 민간클리닉의 접근성이 더욱 높기 때문에 일차의료는 본인부담이 많은 편이고, 입원과 수술이 필요한 종합병원에서의 치료는 공공병원을 선택한다면 정부 보조금을 받을 수 있는 체계이다.

시장논리와 효율성을 중시하는 정부의 정책적 지향은 소비자가 경제적 여건에 따라 차등적으로 누릴 수 있는 의료서비스를 자연스럽게 받아들이는 분위기를 조성하는 데 일조했다. 이러한 상황에서 외국인 노동자의 건강문제가 중요한 이슈가 되기는 어려워 보인다. 그동안 외국인 노동자의 건강에 대

3 보건부 홈페이지(<https://www.moh.gov.sg/>) Singapore's Healthcare System > Healthcare Services and Facilities > Primary Healthcare Services 게시물 참고 (검색일: 2022.04.10.)

한 문제의식과 정책적 대응의 노력은 오히려 더욱 줄어들었다. 외국인 노동자도 받을 수 있었던 공공병원 보조금은 보건의로 분야의 비용 통제를 위해 2008년부터 고용주가 의무적으로 의료보험을 구입하는 방식으로 대체되었다(Haseltine 2013: 74-75). 의료비 지출에 대한 개인의 책임을 우선하는 원칙을 유지하고 도덕적 해이를 방지하려는 정부의 입장을 보면, 잠시 머물다 가는 외국인 노동자를 위한 보조금 폐지는 정책적 우선순위를 판단한 결과이다. 외국인 노동자는 건강보장 체계에서 정책적으로 고려할 대상이 아닌 것이다.

II. 외국인 노동자 현황과 건강문제

1. ‘사람’보다는 ‘노동력’으로서 외국인 노동자

싱가포르 인구는 2021년 기준으로 540만 명이다. 이 중에서 시민권자와 영주권자는 390만 명이고 비거주민은 120만 명으로 전체 인구의 약 22%를 차지한다. 이 연구에서 살펴보고자 하는 저숙련 외국인 노동자가 취득하는 비자인 취업허가(work permit) 소지자는 비거주민의 약 70%를 차지하고 있다. 취업허가 비자는 건축, 해양·조선업, 가공(construction, marine and shipyard, process) 분야의 남성 노동자와 여성이 주를 이루는 가사노동자가 주로 받는다. 비거주민은 2015년부터 130-140만 명 규모로 유지되다가 2021년에 코로나19의 영향으로 줄어들었다. 코로나19 이후 자국민 고용 장려를 위한 정책으로 고숙련과 숙련 외국인 노동자에게 발급되는 비자의 기준을 강화한 것이 하나의 요인이다(김희숙·양영란 2021: 131). 전문직 고숙련 외국인 취업비자인 EP(Employment Pass)와 숙련 외국인 취업비자인 S 패스(S Pass)의 감소가 눈에 띄며, 저숙련·저임금의 외국인 노동자가 받는 비자인 취업허가도 모두 줄어들었다.

〈표 6-3〉 싱가포르 외국인 노동자 수의 변화

비자 유형	2017년 12월	2019년 12월	2021년 12월
Employment Pass	187,700	193,700	161,700
S Pass	184,400	>200,000	161,800
Work Permit	965,200	999,000	849,700

출처: 싱가포르 인력부(Ministry of Manpower)

정부는 저숙련 외국인 노동자가 싱가포르에 장기체류하지 않도록 다양한 제약을 가해왔다. 취업허가는 2년 단위로 신청 가능하며 이후에는 갱신해야 한다. 취업허가 비자는 EP와 S패스와 달리 가족 동반 입국과 영주권 신청 자격이 부여되지 않는다. 싱가포르인과의 결혼은 인력부의 승인을 받아야 하며, 가사노동자가 임신하면 해고나 추방이 될 수 있다. 싱가포르에서 필수적인 노동력을 제공하는 이들이지만 다양한 문화적 배경을 가진 집단이 모여 사는 싱가포르에서 조화를 이루어야 하는 대상으로 여겨지지 않으며, 사회통합은 비영리단체 차원에서만 장려되었다(배유일·주유민 2021: 248-250). 필요에 따라 저숙련 노동자들을 수용하지만 장기적으로 이들에 대한 의존을 줄이려는 기조로 인해 통합의 대상으로 바라볼 수 없었던 것이다.

싱가포르가 1980년대 경제침체에 따라 저숙련 외국인 노동자의 낮은 임금을 성장의 필수조건으로 간주하고 본격적으로 외국인 노동자를 받아들인 이래로 그 수는 점점 증가하는 추세였다. 경제성장과 이에 수반되는 노동력의 수요 증가로 인해 가정에서 돌봄노동을 수행하던 여성들도 경제활동에 참여해야만 했다. 이 과정에서 외국인 노동자의 가사노동 참여가 불가피했다. 정부가 1978년 가사노동자 도입 계획(Foreign Maid Scheme)을 발표하면서 여성의 경제활동 참여가 29.3%로 증가했고, 1988년까지는 45.2%로 대폭 상승했다(Dodgson et al, 2016: 4-5). 그럼에도 정부는 외국인 노동자에 대한 현실적인 수요를 반영하면서도 업종별 고용상한선과 고용부담금 도입으로 무제한적인 외국인 노동자의 유입을 막고자 했다.

외국인 노동자 임금의 30%를 중앙적립기금에 납입해야했던 초기의 정책은 1982년 비말레이계 노동자에 대한 분담금으로, 1987년에는 모든 노동자 당 월 분담금으로 전환되었다(Dodsgson et al, 2016: 5). 정부는 외국인 노동자에 대한 사회보장을 고용주에게 전가하면서 이들을 사회보장을 받을 권리가 있는 사람이 아니라 고용한 사람이 책임지는 노동력으로 인식하는 사회적 분위기를 조성해왔다. 코로나19가 지역사회의 방역체계에서 배제되었던 기숙사에 거주하는 외국인 노동자의 문제를 드러냈을 때도 주류미디어는 이들이 마땅히 받아야 하는 의료보장이나 건강불평등 문제에 주목하지 않았다. 오히려 외국인 노동자를 공중보건을 위협하는 타자로 재현하고, 통제하고 감시해야 하는 대상으로 위치시키며, 자애로운 정부의 돌봄과 이에 감사하는 외국인 노동자의 모습을 보여주었다(Satveer 2020: 7-10). 이마저도 코로나19 집단감염이 발생한 기숙사에 거주하는 남성 외국인 노동자에 대한 논의로 한정되어 있다.

국민들이 외국인 노동자에게 느끼는 불안감과 위기의식은 다양하다. 2013년 정부는 4,000명을 대상으로 다가올 2030년에 기대하는 바가 무엇인지를 알아보기 위해 ‘싱가포르 대화(Our Singapore Conversation)’라는 조사를 진행했다. 당시 조사에서는 외국인 유입이 보다 줄었으면 좋겠다는 의견이 제기되었고 특히 저소득층이 이를 지지했다(Government of Singapore 2013). 일자리를 둘러싼 경쟁 심화를 우려한 것이다. 비슷한 시기에 이루어진 국제노동기구(ILO)의 연구에 따르면 80% 이상이 외국인 노동자를 시민과 동등하게 대우해야 한다고 답변하면서도, 70% 이상이 현재의 보호 수준이 충분하다는 응답을 하기도 했다(Dodgson et al, 2016: 13). ILO의 2019년 조사에서는 외국인 노동자와 시민이 동일한 임금과 혜택을 받아서는 안된다는 응답이 60%를 차지했다(ILO 2019: 28-29). 52%의 응답자가 외국인 노동자가 범죄를 일으킬 수 있다는 염려를 표했고, 53%가 싱가포르의 문화에 위협이 될 거라고도 답했다(ILO 2020: 3). 외국인 노동자에 대한 타자화와 낙인이 싱가포르 사회 전반에 드리워져 있는 상황에서 의료보장제도가 가르는 시민-비시민의 경계는 이들의 건강불평등을 더욱 강화할 수밖에 없다.

2. 외국인 노동자의 건강문제

싱가포르에서 일하는 외국인 노동자의 국적은 다양하다. 건축·해양·조선업 등의 분야에서 취업허가 비자를 받는 남성 외국인 노동자의 경우 중국, 방글라데시, 인도, 말레이시아인 등으로 구성되어 있다. 돌봄노동에 종사하는 여성 가사노동자는 인도네시아, 필리핀, 미얀마 등으로부터 온다. 이들의 임금은 출신 국가에 따라 달라지는 경향이 있다. 건설현장에서 태국과 방글라데시 노동자 사이에 임금 차이가 있고, 가사노동자의 국적을 기준으로도 임금이 달라진다(Transient Workers Count Too 2011/11/16, 2022/04/25).

외국인 노동자의 국적에 따라서 건강문제에 대응하는 방식도 다르게 나타날 수 있다. 예를 들어, 중국인 노동자는 방글라데시와 인도 등의 다른 국적을 가진 노동자에 비해서 임금을 많이 받고 연간 임금 상승률도 높게 나타난다(Transient Workers Count Too 2016: 26–29). 이들은 다른 국적의 노동자와 비교했을 때 자본을 조금이라도 더 가질 수 있다는 점에서 건강문제에 대한 대응이 다를 수 있다. 여기에서는 외국인 노동자 내부의 차이까지 세부적으로 다룰 수는 없기에, 이런 측면이 있을 수 있다는 것 정도를 언급하고자 한다. 이들이 경험하는 건강문제 역시 국적과 종사하는 업무의 종류에 따라 차이가 발생할 수 있지만, 이 글에서는 외국인 노동자를 통틀어 건강문제를 살펴본다.

코로나19 이전에도 외국인 노동자의 건강문제는 존재해왔다. 특히 건설현장과 같은 부상의 위험이 높은 작업공간에서 일하는 외국인 노동자의 경우 사망에 이를 수 있는 심각한 사고를 당하기도 한다. 2014년에 사망사고가 발생한 19개의 노동현장 중 12개가 건설현장이었다(Chok 2014: 1). 산업재해에 관한 2019–2021년의 통계도 모든 산업현장 중에서 건설현장의 높은 치명적 부상 건수를 보여주며, 제조업 다음으로 중대한 부상과 경미한 부상이 많은 것으로 나타난다(Ministry of Manpower 2021). 건축업 종사를 위해 취업허가를 받는 외국인 노동자가 많다는 점에서 이들이 건설현장에서 치명적이거나 사

소한 부상을 입을 가능성도 높다고 할 수 있다. 2017년을 기준으로 산업재해보상을 신청한 적이 있는 157명의 외국인 노동자 중에서 가장 많은 65%는 건설업에 종사했다(Fillinger et al, 2017: 22). 이러한 산업재해 문제는 오래전부터 있었다. 1998년 12월부터 1999년 5월 사이에 일을 하다 부상을 당해 응급실을 찾는 외국인 노동자가 1,936명인데 반해 현지인 노동자는 1,244명으로 차이가 발생했고, 외국인 노동자가 더 오래 입원해야 하는 부상을 입었다(Carangan 2004).

건설업에 종사하는 중국인 노동자들은 작업장의 안전에 영향을 미치는 요인 중 하나로 장시간 노동과 부족한 휴일을 꼽았다(Chok 2014: 12). 산업재해 경험이 있는 한 노동자는 하루에 13시간 일하고 24시간 교대업무를 담당하기도 했다. 24시간 동안 휴식시간이 2시간 30분 정도밖에 주어지지 않았다. 높은 업무 강도로 인한 피로감은 외국인 노동자의 산업재해뿐만 아니라 질병의 원인이 될 수 있다. 부상과 사망의 위험 이외에도 만성질환이나 감염병에 노출되기도 한다. 코로나19 감염 확산의 과정에서 사람들이 밀집되어있는 기숙사 거주 외국인 노동자가 더욱 취약한 상황에 처하기도 했다. 또한, 코로나19는 외국인 노동자가 미처 발견하지 못했던 질환을 발견하게 하는 계기가 되기도 했다.

2020년 4월부터 6월까지 코로나19에 확진되어 병원에 입원한 외국인 노동자를 대상으로 진행한 사전 유병률 연구는 이들 중 8.8%가 당뇨병 이전단계이며, 7.9%가 이미 당뇨병을 가지고 있다고 밝혔다(Tee et al, 2020). 이들은 모두 이전에 이러한 질환을 진단받은 적이 없었다. 기저질환이 있을 경우 코로나19 확진 시 더욱 위험할 수 있다. 뿐만 아니라, 꾸준한 관리를 받으면서 치료해야 하는 만성질환은 외국인 노동자에게 의료비 부담을 준다. 이 때문에 중국인 노동자의 경우에는 본국에 돌아가서 만성질환 치료를 받는 방법을 선택하기도 한다(Tam et al, 2017: 6). 외국인 노동자 건강과 관련된 다양한 활동을 펼치고 있는 NGO인 HealthServe에 따르면, 단체에서 제공하는 진료 서비스를 이용하는 외국인 노동자 중 50%가 만성질환으로 고통 받고 있다

(HealthServe 2021/11/15).

감기, 설사, 위장문제 외에도 싱가포르의 고온다습한 환경에 서식하는 벌레에 물려서 아프기도 하며, 위생적이지 않은 생활환경으로 인해 피부병이나 알레르기가 종종 발생한다(Hsu et al, 2009: 14-15). 정신건강 문제도 빼놓을 수 없다. 가족과 떨어져 머나먼 타국에서 생활해야 하는 가사노동자들은 고립감과 함께 강한 스트레스를 받아 삶의 질이 떨어진다고(Anjara et al, 2017). 싱가포르에 오기 위해 진 빚이 스트레스의 주요 요인이 되기도 한다(Hsu et al, 2009: 14). 최근에는 코로나19로 인한 격리와 제한이 우울증과 스트레스에 영향을 미치는 것으로 나타났다(Saw et al, 2021).

외국인 노동자는 직업적인 요인에 따른 산업재해, 만성질환이나 감염병, 정신건강의 문제를 경험하고 있다. 이러한 문제들에는 위험한 노동환경과 위생적이지 못한 거주환경, 외국인 노동자 정책이 제공하지 못하는 적절한 보호가 유의미한 영향을 미친다. 이들의 건강문제는 구조적 요인이 미치는 영향이 매우 크기 때문에, 안전한 노동 및 거주환경을 만들고 의료보험 확대를 위한 제도적 장치를 구축하는 것이 중요하다. 보편적 건강보장이 외국인 노동자까지도 포함해야하지만, 코로나19 이전에 정부가 보여준 무관심은 싱가포르에서 그 가능성을 가늠하기 어렵게 한다.

모두가 재정적 어려움 없이 의료서비스에 접근할 수 있어야 한다는 보편적 건강보장은 정책 대상, 보장 서비스의 종류와 급여 범위, 개인의 재정적 부담 정도의 세 가지 차원으로 개념화할 수 있다(강민아 2016: 21). 정책 대상의 경우 가능한 ‘모든 사람들’을 포함하는 보편성을 강조하고 있다. 여기에 보장 서비스의 종류와 급여 범위를 확대하고, 개인의 재정적 부담을 낮추는 것이 보편적 건강보장의 중요한 차원으로 꼽힌다. 그렇지만 ‘모든 사람들’을 지칭하는 보편성이 의료보장의 기본원리로 작동하는 과정에서는 장벽이 발생한다. 특히, 이 장에서 다루는 외국인 노동자의 의료보장은 보편성의 범주를 규정하는 특정 국가의 관점과 사회적 합의에 따라 좌우되고는 한다. 이들이 받는 의료서비스의 종류와 급여의 정도도 국민으로 규정된 집단과는 차이를 보이는 경

우가 많다.

앞서 언급한 세 가지 차원 중 국가가 처한 상황에 따라서 우선순위가 달라질 수 있다(강민아 2016: 22). 그 상황은 국가가 의료보장제도를 발전시켜온 역사와 그것이 결정된 정치적 맥락, 의료보장에 대한 사회문화적 합의에 따라서 국가별로 큰 차이를 보일 수 있다. 어떤 인구집단, 어떤 분야의 의료보장을 먼저 강화하고 미래과제로 남길지는 정책적 우선순위를 고려한 결과물이다. 싱가포르에서는 그 우선순위에 외국인 노동자가 배제되어있다. 코로나19 위기 상황에서 “외국인 노동자가 싱가포르에 기여하는 바가 막대하기 때문에, 그들이 안전하게 가족에게 돌아갈 수 있게 하는 것은 우리의 책임이다”(Mahmud 2020/12/14)라는 인력부 관계자의 발언이 보여주듯, 외국인 노동자는 권리로서 건강권보다는 싱가포르에 기여한 바에 따라 보호받고 있다. 경제적 기여자로서 외국인 노동자에 대한 싱가포르의 책임이 코로나19가 만들어낸 예외적인 상황에서 집중적으로 발현된 것이다.

Ⅲ. 외국인 노동자 의료보험의 특징

1. 3M과 외국인 노동자 의료보험의 분리

외국인 노동자가 싱가포르의 보편적 건강보장에서 배제되었다는 점을 지적하는 연구는(Rajaraman et al, 2020) 시민권자와 영주권자를 대상으로 하는 건강보장 체계와는 별도로 다루어지는 외국인 노동자 의료보장의 현실을 비판한다. 이 과정에서 싱가포르의 보편적 건강보장은 의료저축 계좌인 메디세이브(Medisave), 국가건강보험인 메디실드라이프(Medishield Life), 보조금을 지급하는 메디펀드(Medifund)의 ‘3M’으로 달성 가능한 것으로 설명되며, 이러한 시스템이 외국인 노동자를 포괄하지 않는다는 비판이 이루어진다. 싱가포르에서 어느 정도 달성된 것으로 여겨지는 보편적 건강보장은 여전히 시민권자

와 영주권자의 몫으로 남아있다. 따라서 이러한 비판은 외국인 노동자 건강보장의 필요성을 일깨운다는 점에서 주목할 필요가 있다.

보편적 건강보장은 누구나 필수적인 의료서비스에 재정적인 어려움 없이 접근할 수 있도록 해야 한다는 원칙에 기반한 개념이다. 여기에서 ‘재정적인 어려움 없이’의 의미는 모든 사람들에게 무료로 의료서비스가 제공되어야 한다는 것은 아니다. 세계의 여러 국가는 저마다의 특수한 맥락에 따라 의료보장제도를 발전시켜왔다. 따라서 보편적 건강보장을 달성하는 방법도 국가의 가용한 자원을 바탕으로 현실적으로 설계되어야 한다는 점이 이미 공유되고 있다. 이 때문에, 싱가포르의 건강보장 체계가 구축되어 온 배경을 살펴보면 3M에의 포함이 외국인 노동자의 의료보장에 있어서 현실적으로 가능한 방법 인지는 의문이 든다.

싱가포르 건강보장 체계의 특징에서 살펴보았듯이 3M은 서로 유기적으로 보장성을 보완하는 싱가포르의 의료보장제도이다. 월급의 일정 비율을 강제 적립해서 미래의 의료비에 대응하도록 하는 메디세이브는 가장 중요한 재원이 되고, 중증질환 치료에 대비하는 메디실드라이프는 메디세이브의 보완적인 역할을 담당한다. 메디펀드는 메디세이브와 메디실드라이프로도 의료비를 충당하기 어려운 사람들이 자산조사를 통해 보조금을 받을 수 있도록 한다. 전술한 바와 같이 싱가포르는 본인부담금의 지출, 보험을 통한 보장, 보조금 지불로 공동책임의 원칙을 중요시해왔다. 1980년대 정부의 보건개혁 이래 이 틀은 사회적으로 필요한 노인 돌봄 요구를 반영하여 보험을 추가하는 등의 보완적인 조치를 취하면서 오랜 시간 큰 변화 없이 이어졌다.

이러한 원칙에 의거한 3M에 외국인 노동자를 포함한다면 월급의 8-10.5%를 납입해야 하는 메디세이브, 별도의 보험료를 지불하는 메디실드라이프를 유지하는 데 어려움을 겪을 수 있다. 남성 외국인 노동자의 월급은 첫 직장 일 경우 전체 평균을 보면 2001-2005년의 월급이 S\$1,024로 가장 높았고, 2006년 이후에는 지속적으로 감소해 2014-2016년에는 S\$726으로 떨어졌다 (Transient Workers Count Too 2016: 26). 여성 가사노동자의 월급은 남성 외국

인 노동자에 비해 더 낮다. 2013년에는 월평균 S\$220-350이었으며, 2021년에는 월평균 S\$516으로 나타났다.⁴ 2021년 기준으로 시민권자와 영주권자의 월 중위소득은 S\$4,680로, 외국인 노동자의 평균 월급과 비교했을 때 차이가 크다.⁵

외국인 노동자가 3M이라는 상호 유기적인 의료보장제도에 포함되는 것보다는 다른 방식으로 정부가 보조금을 지급하는 것이 저소득층인 이들에게 적합할 수 있다. 2008년 이전에 공공병원에서 외국인에게 지급했던 보조금과 같은 지원이 필요한 것이다. 낯선 환경에서 경제적, 사회적 자본이 현저히 부족한 외국인 노동자들이 근로계약으로 갑을 관계를 맺고 있는 고용주에게만 의료보장을 의존하도록 하는 것은 문제가 있다. 외국인 노동자는 의료보험을 인지하지 못하는 경우도 있으며, 고용주가 의료보험 정보를 외국인 노동자에게 제대로 고지하지 않는 경우가 많다. 2016년에 이루어진 조사에 의하면 61.5%가 의료보험의 존재는 알고 있지만 보장금액에 대해서 제대로 인지하지 못하고 있었고, 72.4%는 보험에 대한 정보를 회사로부터 받은 적이 없거나 받고도 무엇인지 알지 못했으며, 67.7%는 자신의 모국어로 된 자료를 받아보지 못했다(Ang et al. 2017).

시민권자와 영주권자도 회사를 통해 의료보험을 제공받는다. 그렇지만 외국인 노동자가 고용주 의무가입 의료보험으로 보장을 받는 것과 차이가 있다. 메디셀드라이프라는 국가보험이 있고, 메디펀드라는 보완적인 정부 보조금이 있는 상황에서 추가적으로 회사를 통해 의료보험을 제공받는 시민권자나 영주권자와 외국인 노동자를 비교할 수 없다. 정부가 고용주에게 의무가입을 권고하는 것 외에 외국인 노동자의 건강문제에 개입하지 않는 것은 문제이다.

4 2013년 자료는 최서리 외(2013: 33)에서 참고하였으며, 2021년 자료는 “Cost of Hiring a Domestic Helper in Singapore(2021)”(<https://www.income.com.sg/blog/helper-costs>) 게시글을 참고하였다. (검색일: 2022.03.18.)

5 중위소득 정보는 인력부 통계자료를 참고하였다(<https://stats.mom.gov.sg/Pages/Income-Summary-Table.aspx>). (검색일: 2022.05.14.)

이들은 싱가포르에서 고용주를 제외하면 그 어떤 안전망도 가지지 못하기 때문이다.

2. 공적 개입의 축소와 사적 책임의 강화

외국인 노동자를 관리하는 인력부는 2008년부터 고용주가 보험의 최소 보장금액(연간 입원 및 당일 수술 S\$15,000[약 1,350만원])을 지켜 가입하도록 하였다. 인력부는 제도 도입 초기에는 S\$5,000이었던 최소 보장금액을 2010년에 S\$15,000로 인상하기도 하였다. 그렇지만 의료보험을 공급하는 과정에서 고용주의 영향이 크기 때문에 기존에 제공되었던 공공병원의 보조금 폐지는 외국인 노동자의 의료선택을 저해했을 가능성이 높다. 또한, 의료보험은 입원과 수술에 한해 보장하기 때문에 꾸준한 관리가 필요한 만성질환의 문제에 외국인 노동자가 대응하기 어렵다는 제약도 있다.

정책적인 개입이 있을 경우에는 그나마 의료접근성이 향상될 수 있다. 예를 들어, 싱가포르 공공병원에서 응급실 치료는 비자 종류와 무관하게 모두가 보조금을 받을 수 있다(Haseltine 2013: 84). 이 때문에 공공병원 응급실은 정부 보조금과 고용주 제공 의료보험 없이는 기초 의료서비스에 접근하기 어려운 외국인 노동자들에게 대안이 되기도 한다(Chan et al. 2021: 319). 응급실을 방문하는 외국인 노동자의 증상은 대개 심각하지 않은 경우가 많았는데, 이들이 기본적인 일차의료 접근성이 낮기 때문에 보조금을 받을 수 있는 응급실을 방문하게 되는 것이다.

공공병원 보조금을 없애기 이전부터 정부는 외국인 노동자에 대한 사회 서비스를 점점 축소하고 있었다. 고용주와 노동자가 함께 임금의 일정 비율을 납입해서 주택 구입이나 은퇴 시 자금으로 활용할 수 있게 하는 사회보장 제도인 중앙적립기금으로부터의 배제가 그것이다. 이러한 상황에서 고용주는 외국인 노동자의 의료보장에 있어 중요한 주체가 되었다. 외국인 노동자가 보험의 보장을 받으려면 고용주를 통해 병원으로부터 지급보증서(Letter of

Guarantee)를 받아야 하는데 보험비를 부담스러워하는 고용주일 경우 호의적이지 않을 수 있다. 뿐만 아니라 노동과 관련된 부상인 경우 산업재해보상법(Work Injury Compensation Act)에 따라 고용주가 최대 S\$45,000 한도로 의료비를 보상해야 하는데, 이를 피하기 위해 고용주는 외국인 노동자가 민간병원에서 진료 받도록 유도하기도 한다. 고용주가 민간병원과 협의해 산업재해와 외국인 노동자의 건강 이상을 인력부에 보고하지 않을 수도 있기 때문이다(Rajaraman et al. 2020: 369; Tam et al. 2017: 5). 자유롭게 선택할 수 있는 의료선택이 외국인 노동자들의 병원방문을 제한하면서 심각한 상황이 아니라면 자가 치료를 선택하기도 한다(Tam et al. 2017: 5).

여성 가사노동자의 경우 남성 외국인 노동자가 받을 수 있는 산업재해보상법의 보호를 받지 못하는 문제도 있다. 노동시간을 특정하기 어려운 특수한 돌봄노동의 환경이 여성 가사노동자를 법적으로 규정하는 데 제약을 가했고, 집안에서 발생한 가사노동자의 부상을 산업재해로 보기 어렵게 만든 것으로 보인다. 여성이 대부분인 가사노동자는 남성 외국인 노동자와 구분되는 대우를 받아왔다. 가사노동자는 남성 외국인 노동자와 달리 고용법(Employment Act)이 아니라 외국인고용법(Employment of Foreign Manpower Act)에 포함되면서 1990년 뒤늦게야 휴가, 휴일 근무 수당, 거주공간과 양질의 음식 제공, 의료보험 가입 등을 법적으로 보호받을 수 있게 되었다. 가사노동자의 고용주는 의료보험 이외에도 최소 S\$60,000를 보장하는 개인상해보험(personal accident insurance)을 가입해야 하는데, 산업재해보상을 일정 부분 대체하는 보장체계로 추정된다.

인력부는 의무 의료보험, 산업재해보상, 개인상해보상의 세 가지 방식으로 외국인 노동자에게 의료보험을 제공하도록 규정한다. 정부는 법과 제도를 규제하는 조정자로서 역할하는 데 그치며, 실질적인 보장은 고용주에 의해 이루어진다. 특별한 계기가 없었다면 이 정도 수준의 보장에 변화가 발생할 가능성은 낮았을 것이다. 공적 개입을 축소하고 고용주의 책임을 강조한 정부의 기조는 코로나19라는 예상치 못한 감염병의 위기 속에서 정책적인 개입의 필

요성을 검토하는 것으로 조금씩 방향을 달리하였다. 여전히 외국인 노동자에 대한 고용주의 책임 원칙은 고수하면서, 이로 인해 발생할 수 있는 고용주의 불만을 달래기 위한 조치도 함께 제안하였다.

2022년 3월 4일 인력부는 고용주 보호를 위한 의료보험 보완 계획을 발표하고 2022년 말부터 시행할 것이라고 공표했다(Ministry of Manpower 2022/03/04). 연간 보장 가능한 S\$15,000 이상의 금액을 넘어서는 경우 고용주와 보험사가 공동으로 지불할 수 있도록 하였으며, 보험사가 직접 병원에 비용을 지불할 수 있도록 하여 고용주의 현금 흐름을 방해하지 않는 등의 보완적인 조치가 취해질 예정이다. 고용주를 적극적인 책임의 주체로 규정한 정부가 외국인 노동자 의료보험 상품을 운용하는 보험사에게도 이전과는 다른 협력을 추가적으로 수행하도록 요구한 것이다.

IV. 일차의료에 대한 제한적인 보장성 확대의 의미

1. 코로나19: 외국인 노동자 건강문제의 대두

2020년 4월부터 외국인 노동자가 집단으로 거주하는 기숙사에서 대규모로 코로나19 확진자가 발생하자 정부는 이에 총력을 기울여 대응했다. 이들은 2020년 8월 13일 기준으로 코로나19 확진자의 90%를 차지할 정도로 거주민에 비해 압도적으로 많은 수가 감염되었고, 이는 비슷한 시기의 다른 동남아 국가와 비교해도 높은 비율이었다(ILO 2021: 7). 예를 들어, 싱가포르와 함께 동남아에서 외국인 노동자를 많이 받아들이는 국가 중 하나인 말레이시아는 코로나19 확진자의 30%가 외국인 노동자였다. 싱가포르의 외국인 노동자 기숙사에서 감염은 1미터의 거리두기도 지켜지기 어려운 밀집된 기숙사 환경과 손을 씻을 비누조차 제대로 구비 되지 않은 위생환경으로 인해 빠르게 확산되었다(ILO 2021: 8).

외국인 노동자는 코로나19 감염에 취약한 인구집단으로 분류되었고, 정부는 기숙사뿐만 아니라 기숙사 밖 커뮤니티에 거주하고 있는 외국인 노동자를 위한 의료지원에도 힘썼다(World Health Organization 2021: 32). 모든 기숙사에 의사와 간호사가 팀으로 파견되었고, 기숙사에 거주하지 않는 외국인 노동자를 위한 의료시설이 세워졌으며, 전국에 있는 민간클리닉과 폴리클리닉에서 치료받을 수도 있었다. 2020년 4월에는 봉쇄조치인 서킷브레이커 기간 동안 외국인 노동자와 기숙사 운영 지원을 위한 부처 간 테스크포스(Inter-Agency Taskforce to Support Foreign Workers and Dormitory Operators During Circuit Breaker Period)가 구성되었다(Ministry of Manpower 2020/04/07). 외국인 노동자의 보건이슈와 관련해 인력부 이외에 보건부, 국가환경청, 군대, 경찰, 외국인 노동자 센터 등이 각자의 경계를 넘어서 전방위적으로 협력한 것은 유례없는 일이었다. 테스크포스는 코로나19 의심증상이 있을 경우 기숙사에서 바로 조치를 취할 수 있도록 했고, 외국인 노동자 자원봉사자들이 투입되어 24시간 전화 의료상담 서비스인 Care Line을 통해 외국인 노동자들의 정신건강 돌봄을 지원하였다(ILO 2021: 23).

2020년 8월부터는 외국인 노동자를 위해 세 곳의 의료시설에서 저녁 9시 30분까지 무료 야간 진료를 시작하였다(Goh 2020/10/09). 2021년 6월 28일 인력부는 6개로 나누어진 지리적 구역에 의료시설을 배치하고 기숙사 안팎에 거주하는 외국인 노동자들이 이용할 수 있도록 하는 계획을 발표했다(Yufeng et al. 2021/06/30). 각 구역은 4만 여 명을 대상으로 의료서비스를 제공하며, 이에 따라 20만 명 이상의 외국인 노동자가 새로운 계획을 통해 의료혜택을 받을 것으로 예상되었다. 인력부는 “우리는 현재 더 영구적인 차원의 의료지원계획으로 전환할 준비가 되었다고 생각한다”(Yufeng 2021/06/30)고 언급해, 코로나19 이후의 관련 조치들이 새로운 계획의 밑거름이 되었다는 점을 암시했다.

코로나19에 대응하기 위한 여러 의료지원이 새로운 계획을 도입하는 배경이 되었다는 점에서는 의미가 있다. 하지만 외국인 노동자에 대한 지나친 격

리조치와 코로나19 확산이 감소세로 전환된 이후에도 이어진 불필요한 격리는 정부의 미흡한 인권보호에 대한 인식을 드러낸다는 비판을 받아왔다(Barry 2022/01/28). 싱가포르 정부가 제공한 다양한 의료지원도 지역사회로의 코로나19 감염 확산을 방지하기 위한 대응에 초점이 맞추어져 있었다. 기숙사라는 제한된 공간에 외국인 노동자를 수용하고, 필요시 허가를 받아 외출할 수 있도록 하는 조치가 이들의 인권을 고려했다고 보기 어렵다. 외국인 노동자에 대한 억압적 통제를 바탕으로 하는 감염병 대응은 여전히 제한된 외국인 노동자의 의료접근성 문제를 더욱 드러냈다.

2. 일차의료계획(Primary Care Plan)의 보장과 한계⁶

일차의료계획은 2022년 4월 1일부터 본격적으로 시작되었다. 인력부는 6개의 지리적 구역을 담당하는 4개의 운영기관(민간 3개, NGO 1개) 지정을 완료했고, 제공할 의료서비스의 세부적인 항목과 비용을 결정했다. 대상은 취업허가와 S 패스 비자 소지자로 기숙사에 거주하거나 건축·해양·조선업 등의 분야에 종사하는 외국인 노동자이다. 시스템의 기본 골자는 고용주가 일차의료계획에 가입하는 형식으로 기존의 의료보험과 크게 다르지는 않다. 다만, 외국인 노동자를 위한 의료인프라 연계가 함께 이루어졌다는 차이가 있다. 고용주는 2022년 4월 1일 이후로 해당 비자를 통해 외국인 노동자를 채용하는 경우 비자를 발급받기 전에 의무적으로 일차의료계획에 가입해야 한다. 4개의 운영기관은 고용주에게 일차의료계획에 대한 세부적인 정보를 제공하고 클리닉을 관리한다. 고용주가 부담해야 하는 외국인 노동자 1명당 연간비용은 지리적 구역과 운영기관에 따라 다르지만 S\$108-138(약 10-12만 원) 사이로 형

6 여기에서 정리한 일차의료계획의 기본 내용은 인력부 웹사이트에 게시되어 있는 정보를 바탕으로 하였다. 해당 페이지에는 일차의료계획의 개요, 지정 의료기관, 세부적인 보장 사항, 비용 등 모든 내용이 고지되어 있다(<https://www.mom.gov.sg/primary-healthcare-system/primary-care-plan>). (검색일: 2022.05.07.)

성되어 있다.

인력부가 고시한 의료서비스는 노동허가 신규 신청이나 갱신 시에 제공하는 기본적인 의료검진(흉부 엑스레이, 혈액검사 등), 급성·만성을 모두 포함하는 대면 및 비대면(24시간 통화) 진료, 표준 제조와 치료, 필요시 정신건강 상담, 구급차 운행, 통화 진료 시 제조 약 배송, 정기적인 연간 기초 건강검진(혈압, 체질량지수, 키, 몸무게, 당뇨, 고혈압, 콜레스테롤)을 포함한다. 해당 지리적 구역에 거주하는 외국인 노동자는 자동적으로 시스템에 등록된다. 치료비 일부를 외국인 노동자도 함께 지불함으로써 싱가포르에서 중요하게 생각하는 건강에 대한 개인의 책임을 상기시키기도 한다. 이에 따라 외국인 노동자는 대면 진료에는 S\$5, 비대면 진료에는 S\$2의 비용을 부담하면 의료서비스에 접근할 수 있게 되었다. 이는 외국인 노동자의 의료비 부담을 대폭 줄인 제도로 볼 수 있다.

입원과 당일 수술을 제외한 외래진료를 보장하는 새로운 계획은 고용주가 제공하는 의료보험을 제한적으로 이용해야했던 외국인 노동자에게 다른 선택지가 생겼다는 점에서 의미가 있다. 문제는 기숙사에 거주하지 않거나 지정된 산업분야에 종사하지 않는 경우 고용주가 의무적으로 가입할 필요가 없다는 것이다. 인력부는 이들에 대한 일차의료계획을 선택으로 남겨두면서도 고용주가 미래에 예상치 못한 의료비 지출을 피할 수 있다며 가입을 독려하고 있다. 하지만 가사노동자는 아예 대상에서 제외되었다. 일차의료계획은 외국인 노동자 스스로 부담해야 하는 병원비 수준을 낮추었지만 주로 남성 노동자를 대상으로 함으로써 혜택이 일부에게만 돌아가는 것이다. 일차의료계획에 해당되지 않을 경우 전화 진료 서비스를 이용하거나 인력부가 제공하는 의료센터를 방문해 정해진 요금을 내고 진료를 받을 수 있도록 별도의 조치를 취하기는 했다. 그렇지만 일차의료계획과 비교했을 때 비용이 더 높아 부담스럽다. 예를 들어, 진료비는 S\$9-20사이로 형성되어 있고, 약값은 급성, 단순한 만성질환, 복잡한 만성질환에 따라서 S\$8-55사이로 지불해야 한다.

일차의료가 가능한 지정 의료기관 현황을 보면, 분야별 전문의가 상주

하는 스타메드전문의센터(StarMed Specialist Centre)와 사타의료빌딩(SATA CommHealth Building)을 제외한 나머지 4개소는 기숙사 인근의 레크레이션 센터가 임시로 지정되어 있다. 그런데 의료기관이 아닌 레크레이션 센터에서 제공하는 의료서비스의 질과 특정 질병에 대한 치료의 지속성에 의문이 생긴다. 싱가포르인들도 방문하는 의료기관인 스타메드전문의센터와 사타의료빌딩을 제외하면 나머지는 외국인 노동자를 위해서만 준비된 별도의 의료인프라로 보인다. 코로나19 이후 새롭게 발표된 일차의료계획이 외국인 노동자 전반의 건강을 염려한 것이기보다는, 감염병의 지역사회 확산에 대한 반응으로서 도입되었다는 점을 알 수 있다. 계획이 발표된 이후 한 관계자는 “의료센터의 가장 큰 이점은 급성 호흡기 증상이 있는 사람을 초기에 격리할 수 있어서 이들이 커뮤니티로 들어갈 필요가 없다는 점이다”라고 언급해(Yufeng et al. 2021/06/30), 계획의 목적을 가늠할 수 있게 한다.

이 배경을 이해하면 가사노동자가 배제된 것도 의아한 부분만은 아니다. 가사노동자는 기숙사에 거주하는 외국인 노동자의 코로나19 집단감염 상황에서 두드러지지 않았다. 이들이 경험한 코로나19의 문제도 기숙사 거주 외국인 노동자와는 차이가 있다. 고용주와 함께 거주해야 하는 이들은 정부의 강력한 사회적 거리 두기에 따라 사적인 공간인 집에서 오랜 시간을 보내야 했다. 가늠할 수 없는 노동시간과 불명확한 휴식시간을 특징으로 하는 가사노동에 코로나19의 영향이 중첩되면서 가사노동자들은 집안에서 더욱 통제된 노동환경에 처하게 되었다(Antona 2022). 고용주는 집에서 가사노동자의 일을 감시할 수 있었고, 가사노동자는 코로나19 때문에 일주일에 한 번의 휴가도 받기 어려워졌다. 코로나19가 가사노동자의 노동과 삶에 부정적인 영향을 미쳤지만, 싱가포르인들의 거주 지역에 함께 머무르면서 외국인 노동자 기숙사의 집단감염과는 거리를 둘 수 있었다. 동시에 이런 이유로 새로운 일차의료계획에 포함되지도 못한 것으로 보인다.

코로나19를 계기로 외국인 노동자들도 싱가포르인과 동등하게 대우할 것을 강조했던 싱가포르에서 내놓은 이번 조치를 보면 이들이 생각하는 동등함

에 의문이 생긴다. 싱가포르인들이 보조금 혜택을 받는 폴리클리닉과 공공병원에 대해 외국인 노동자들의 접근성을 높이기 위한 조치를 취했다면 어땠을까. 외국인 노동자가 고용주의 영향력에서 벗어나 자유롭게 병원을 선택하고 치료를 받는 일은 불가능한 것일까. 이렇게 될 경우, 외국인 노동자들이 기존의 의료 인프라와 서비스를 싱가포르인과 동등하게 누릴 수 있는 최소한의 제도적 환경이 조성될 수 있을 것이다.

고용주가 외국인 노동자의 의료보험을 의무적으로 가입하도록 한 2008년의 조치 이전에는 이들도 공공병원이나 폴리클리닉에서 보조금을 받을 수 있었다. 당시 비용 문제로 폐지된 보조금은 코로나19 이후에 재도입되지 못했다. 2009년 아세안 차원에서 이주노동자 보호와 권리향상을 위한 국가적 수준의 협의가 이루어졌을 때, 시민사회단체와 노동조합의 대표자들은 정부가 외국인 노동자의 외래진료에 대한 보조금 제도를 재도입해야 한다고 권고한 바 있다(Task Force on ASEAN Migrant Workers 2009). 하지만 이러한 권고에도 변화는 없었다. 감염병을 경험하고서야 정부는 일차의료계획을 통해 이전처럼 고용주의 참여를 이끌어내면서 의료보장의 재정 부담을 덜어내는 방향을 선택했다. 정부차원에서만 이러한 방향성이 공유되는 것은 아니다. 2021년에 이루어진 국민 인식도 조사를 보면 정부가 이주민에게 너무 많은 비용을 들이고 있다는 응답이 21%, 어느 정도는 그렇다는 응답이 32.4%로 절반에 가까운 응답자가 이주민에 대한 정부의 과도한 지출을 비판했다(Institute of Policy Studies 2021: 102). 외국인 노동자를 위한 공적 자금 투입에 비판적인 싱가포르에서 고용주가 외국인 노동자 건강보장의 주요 책임자로 합의되고 있는 것이다.

전술한 한계에도 불구하고 외국인 노동자의 일차의료를 보장하는 제도의 신설이 무의미하다고 비판할 수만은 없다. 그동안 입원과 당일 수술에 대한 보장을 제외하면 외국인 노동자의 일차의료는 공백으로 남겨져 있었다. 만성 질환이나 일상의 질환으로 고통 받는 외국인 노동자가 병을 더욱 키울 수밖에 없는 상황이 조금은 달라질 가능성이 생긴 것이다. 일차의료계획은 외국인 노

동자의 건강에 잠재적인 위험요소를 발견하고 관리하는 동시에, 미래에도 발생할 수 있는 감염병의 확산을 조기에 통제하기 위해 이들을 위한 별도의 보장체계와 의료인프라를 구성했다.

외국인 노동자 의료보험의 개선을 보여줌과 동시에 실질적인 보장의 한계도 드러낸 일차의료계획이 어떻게 유의미한 의료서비스를 전달할 수 있을지 조금은 더 지켜봐야 할 일이다. 일차의료계획이 도입되었다고 해서 의료접근성이 향상되었다고 판단하기엔 아직 상황이 유보적이다. 고용주의 보험료 부담이 늘어났다는 점에서 제도에 대한 내부적 저항이 발생할 가능성도 있다. 인력부는 일차의료계획 가입이 고용주가 예상하지 못한 거액의 의료비 지불을 줄일 수 있는 대안이라고 설명했다. 일차의료의 중요성을 생각하면 합리적인 설명이지만, 고용주 입장에서는 외국인 노동자 고용에 필요한 비용이 추가된 것이다. 인력부가 고용주의 부담 경감을 위해 보험사의 의료비 지불 비중을 높이겠다고 했지만, 당장 보험료를 더 지불해야하는 고용주는 제도에 비판적일 수 있다.

V. 시민사회 참여와 그 한계⁷

싱가포르에서 NGO는 고용주가 제공하는 의료보험에 대한 접근성을 높이고, 별도의 추가적인 조치를 취함으로써 외국인 노동자 의료보장의 공백을 메워왔다(Chan et al. 2020). 이들의 이러한 활동은 코로나19를 경험하면서 더욱 두드러졌다. 2006년 기독교 이념을 바탕으로 설립된 HealthServe는 외국인 노동자의 건강문제에 오랫동안 관심을 기울여왔다. 2006년에 작은 클리닉 하나로 활동을 시작했던 HealthServe는 의료분야의 NGO로 성장할 정도로 다

7 HealthServe의 기본 정보는 <https://www.healthserve.org.sg/>에서, Transient Workers Count Too와 관련된 내용은 <https://twc2.org.sg/>에서 참고하였다.

양한 활동을 이어갔다. 정기적으로 클리닉을 운영해 일반진료와 치과진료를 저렴한 비용으로 외국인 노동자에게 제공해왔다. 이 외에도 직업치료, 물리치료, 만성질환 관리, 피부과 및 재활상담, 산업재해나 업무와 관련된 법적 이슈들에 대해 상담도 제공한다. 2019년부터는 정신건강 프로그램도 운영하고 있다.

코로나19 당시 HealthServe의 활동은 오랜 시간 동안 축적해온 외국인 노동자와 자원봉사자 네트워크로 가능했다. 이러한 기존의 네트워크가 없었던 정부는 갑작스럽게 조우한 감염병의 확산 속에서 NGO를 적극적으로 참여시켰다. 2020년 4월 발족한 테스크포스(Inter-Agency Taskforce to Support Foreign Workers and Dormitory Operators During Circuit Breaker Period)에 참여한 HealthServe는 기숙사에 분리 격리된 외국인 노동자들의 정신건강 지원에서 중요한 역할을 했다(Chan et al, 2020). 정부 관계자와 NGO로 구성된 정신건강 프로젝트팀(Project Dawn) 운영에 참여하여 외국인 노동자를 동료의 정신건강 상담자로 교육하기도 했다(Min 2022/02/16).

또 다른 NGO인 Transient Workers Count Too(이하 TWC2)는 2003년 가사노동자 캠페인으로 본격적인 활동을 시작했다. 의료서비스 제공에 중점을 두는 HealthServe와 달리 TWC2는 옹호, 연구, 사회복지, 여가활동 등 다양한 지원을 종합적으로 펼쳐왔다. 이 중에서 돌봄기금프로그램(Care Fund Programmes)은 고용주가 외국인 노동자에게 법적으로 규정되어 있는 지원을 제공하지 않는다는 현실적인 문제의식에서 출발했다. 이 중에서 의료 돌봄은 고용주가 책임을 회피하려는 분야 중 하나로 나타난다. 프로그램에서 가장 많은 비중을 차지하는 것도 바로 의료문제에 관한 지원이다. 특히 고용주가 제공하는 의료보험 보장금액을 넘어가는 치료가 필요할 경우 TWC2가 인도적 차원에서 개입한다. 수요일마다 산업재해 시 보상을 받기 위해 필요한 법적이고 행정적인 절차를 알려주는 시간을 가지기도 한다.

TWC2는 외국인 노동자에 대한 직접적인 지원 외에도 정부의 관련 정책에 대해서 비판적인 의견을 피력해왔다. 2021년 6월 일차의료계획이 발표되었을

당시 TWC2는 이를 환영하면서도 비판의 목소리를 높였다(Transient Workers Count Too 2021/07/16). 6개의 지리적 구역에 배치된 의료시설의 물리적 위치가 기숙사 거주 외국인 노동자들의 접근성이 떨어지는 곳이며, 고용주의 간섭으로 치료를 받지 못하게 되는 상황에 대한 조치가 없다고 비판했다. 또한, 정기적으로 시간을 내서 병원을 방문해야 하는 만성질환자의 경우 고용주가 이들을 건강문제가 없는 다른 외국인 노동자로 손쉽게 대체할 것이라고도 지적했다. 외국인 노동자와 의사소통이 원활한 같은 국가 출신의 의료진을 선별해 우선 배치할 것이라는 계획에 대해서도 그러한 인력이 거의 없다는 점을 언급했다. 제도의 도입이 실질적인 의료보장과 의료접근성 향상을 담보하기 어렵다는 것이다.

싱가포르에서 NGO는 외국인 노동자에 대한 의료공백을 메우고 의료접근성을 높일 수 있는 중요한 주체이다. 하지만 정부와 NGO는 외국인 노동자 건강보장 문제에 있어 협력관계를 구축하지 못했다. 코로나19로 그 가능성이 드러나긴 했지만, TWC2는 대부분의 대응방안이 정부가 위에서 아래로(top-down) 지시사항을 전달하고 필요한 자원을 결집한 일방적인 방식으로 협력이 이루어졌다고 비판했다(Transient Workers Count Too 2020: 10). NGO, 고용주협회, 기숙사 운영자협회 등 모든 관계집단이 함께 논의하고 필요한 조치를 취하지 못했다는 것이다. 싱가포르의 코로나19 대응은 정부 주도의 하향식으로 이루어졌으며, 시민사회는 그 과정에서 필요한 자원으로서 기능했다(Wong et al. 2021: 11-13). 2021년 인력부가 코로나19 당시 외국인 노동자의 건강문제에 대응하는 과정에서 중요한 역할을 수행한 HealthServe에게 ‘소중한 파트너 상(Valued Partner Award)’을 수여한 것도 정부가 NGO를 동등한 협력자로 바라보지 않는다는 점을 보여준다.

이러한 상황은 싱가포르 시민사회의 현실적인 제약과도 맞물려있다. 자치 정부 수립 이래로 지금까지 집권하고 있는 인민행동당은 시민사회와 노동조합을 포섭해 비정치화하면서 비판의 목소리가 나올 여지를 만들지 않으려 했다(국민호 2013; 김두진 1993). 이에 따라 싱가포르에서 외국인 노동자 NGO는

정부가 주도하는 정책의 장에서 중요한 역할을 수행할 여지가 없었다(Piper 2006: 365). 이러한 현실적인 제약에도 불구하고, 정부가 고용주 책임의 의료 보험을 제도화하고 공적인 개입을 최소한으로 유지하려는 싱가포르에서 NGO는 다양한 지원활동을 통해 외국인 노동자의 낮은 의료접근성을 보완하고 향상하는 데 일조해왔다. 코로나19를 기점으로 외국인 노동자 건강문제에서 NGO의 역할이 부각되고, 정부와 수평적인 관계를 형성하지는 못했지만 공동으로 대응할 수 있었던 것도 그간의 활동의 결과이다.

시민사회가 여러 제약으로 활발히 외국인 노동자 옹호활동을 펼치지 못하는 싱가포르의 특수한 정치적 상황에서 NGO가 얼마나 영향력을 가질지 가늠하기 어렵다. HealthServe는 인력부로부터 받은 상을 웹사이트에 자랑스럽게 게시했고, TWC2가 비판한 일차의료계획의 문제점은 시정되지 않았다. 외국인 노동자를 일시적으로 머무르는 노동력으로 바라보는 싱가포르의 정책 기조가 달라지지 않고, 시민사회와 정부의 관계에 변화가 발생하지 않는다면 NGO의 힘은 미약할 수밖에 없다. 코로나19가 정부가 이전에는 귀 기울이지 않았던 시민사회의 피드백을 청취하고 반영하는 예외적인 장을 열었다는(Poh 2020/04/12) 점에서 새로운 협력의 출발점이 되길 바라지만 코로나19가 마무리되면 그 예외적인 장이 얼마나 지속될 지 장담할 수 없다.

VI. 마무리

싱가포르에서 외국인 노동자 의료보험은 시민권자나 영주권자를 위한 건강 보장 체계와는 다른 궤도를 그리며 이루어져 왔다. 싱가포르의 건강보장 체계는 개인 책임의 원칙을 바탕으로 의료비를 소득에서 일정 비율 적립하게 하는 의료저축계좌를 기본 골자로 한다. 이 외에 정부가 의무적으로 가입해야 하는 의료보험과 보조금을 통해 개인의 의료비 부담을 줄이고자 한다. 인구 고령화에 따른 보험을 추가적으로 도입하고 일차의료에 대한 보조금을 확대해 개

인 책임을 중시하되 필요한 부분에 정부가 정책적으로 개입하는 것이다. 의료 전달체계는 보조금을 받는 공공병원과 높은 의료비를 부담해야하는 민간병원으로 이원화되어 있어 환자는 자신의 경제적 상황에 따라 접근 가능한 병원을 선택하게 된다. 효율성을 중시하는 정부가 민간기업 운영방식을 공공병원 운영에 적용하는 구조조정을 진행하기도 했다.

외국인 노동자는 건강보장 체계에 포함되지 않으며 보조금의 대상도 아니다. 이전에는 받았던 공공병원 보조금이 2008년을 기점으로 고용주가 가입하는 민간의료보험으로 대체되면서 외국인 노동자가 기댈 곳은 고용주와 의료 공백을 메워주는 NGO밖에 없다. 하지만 고용주가 의료보험을 가입하고도 외국인 노동자에게 제대로 정보를 공지하지 않거나, 공지하더라도 외국인 노동자가 인지하지 못하는 경우가 종종 발생한다. 또한 외국인 노동자는 쉽게 교체할 수 있는 노동력으로 인식되면서 치료를 하면서까지 고용을 지속하기 보다는 새로운 인력으로 다시 채용하려는 경향도 강하다. 외국인 노동자들은 아플 때마다 계약 해지와 본국으로의 귀환을 걱정해야하는 처지이다. NGO가 저렴한 비용으로 진료소를 운영하거나 의료보험의 보장범위를 넘는 비용에 대해서 인도적인 차원에서 개입하는 등 활동을 이어가고 있지만, 정부의 영향력이 강한 싱가포르에서 그 힘은 미약한 상황이다. 정부의 정책이 변하지 않는다면 싱가포르에서 외국인 노동자의 의료보장은 요원한 일이다.

코로나19는 강제적으로 정부 정책이 달라질 수 있는 계기를 제공했다. 코로나19를 기점으로 정부는 고용주뿐만 아니라 보험사까지 외국인 노동자 건강 문제에 대한 공동의 책임을 가진 주체로 호명하면서 의료보험을 새로운 방식으로 확장하는 경향을 보인다. 그렇지만 일차의료계획은 외국인 노동자의 의료접근성에 관한 문제의식에서 촉발되기 보다는, 코로나19의 지역사회 감염 확산 방지에 초점이 맞추어져 있다. 또한 외국인 노동자의 급성질병이나 사고 시 갑작스럽게 의료비를 지출해야 하는 고용주의 부담 경감을 주요 목적으로 한다는 점에서 이들의 의료접근성 문제가 크게 개선되기를 기대하기는 어려울 듯하다. 저렴한 비용으로 일차의료를 제공한다는 점에 있어서 이전에 외국

인 노동자가 가지지 못했던 선택지가 생겼다는 의의가 있지만, 고용주의 영향력이 여전히 막대하기 때문에 제도가 제대로 작동하기 어려울 가능성이 높다. 외국인 노동자의 의료접근성 문제를 해소하기 위해 노력해왔던 NGO가 코로나19를 기점으로 정부와 협력 대상으로 부상한 것 같지만, 정부와 시민사회의 위계적인 관계로 인해 수평적인 협력의 주체가 되지 못한 것도 한계이다.

최근에 이루어진 외국인 노동자를 위한 일차의료계획의 도입은 코로나19가 촉발한 예상치 못한 반작용에 가깝다. 그 실질적인 보장성과 접근성이 조금이나마 개선되기는 했지만, 의료인프라의 질, 기숙사에서 자유로운 외출이 불가능한 현실, 기숙사에 거주하지 않거나 지정된 산업 분야에 종사하지 않는 외국인 노동자와 돌봄 영역에 종사하는 가사노동자가 기본적인 보장의 대상으로 포함되지 못하는 것은 개선된 제도의 한계를 보여준다. 입원이나 당일 수술을 지원하는 의료보험도 고용주와 보험사가 보장금액 이상의 의료비를 공동으로 부담하게 하는 등의 조치를 취하여 보장성을 높였지만, 정부가 이를 제대로 관리 감독하지 않는다면 명문화된 규정에 그칠 수 있다. 일차의료계획의 도입으로 외국인 노동자의 의료접근성에 어떠한 변화가 발생할지 시간을 두고 주목할 필요가 있다.

참고문헌

- 강민아. 2016. “보편적 건강보장의 이론적 원칙과 현실적 실천방안.” 『HIRA 정책동향』 10(1): 16-26.
- 국민호. 2013. “싱가포르와 홍콩 복지국가 비교 연구.” 『현상과 인식』 37(1/2): 125-154.
- 김두진. 1993. “싱가포르의 발전의 정치경제-국가, 다국적 기업, 그리고 노동.” 『아세아연구』 36(2): 45-82.
- 김종호. 2020. “싱가포르 코로나19 대응: 감염의 재확산과 이주노동자 문제.” 『웹진 서강동연』.
- 김희숙·양영란. 2020. “싱가포르의 이원적 코로나19 방역 전략과 그 함의.” 『동아연구』 39(2): 45-81.
- 김희숙·양영란. 2021. “싱가포르의 코로나19 대응: 이원적 방역 전략의 빛과 그림자.” 『코로나19에 맞서는 동남아시아: 국가별 초기대응과 초국적 협력에 관한 연구』. 전북대학교 동남아연구소.
- 배유일·주유민. 2021. “싱가포르의 이주노동자와 코로나-19 대응: 이주노동자 정책변화와 중대 전환점을 중심으로.” 『현대정치연구』 14(3): 239-274.
- 백상숙. 2018. “싱가포르 노인 보건의료체계의 최근 동향.” 『국가사회보장리뷰』 겨울호 7: 83-93.
- 알렉스 허·제이슨 잉. 2017. “홍콩과 싱가포르의 보건의료 재정 개혁: 두 도시 이야기.” 『국가사회보장리뷰』 가을호 2: 49-68.
- 최서리·마루하 아시스·김경미. 2013. 『가사분야 외국인 고용의 쟁점: 해외사례 연구』. 이민정책연구원.
- Ang, Jia Wei. Colin Chia. Calvin J Koh. Brandon W B Chua. Shyamala Narayanaswamy. Limin Wijaya. Lai Gwen Chan. Wei Leong Goh. Shawn Vasoo. 2017. “Healthcare-seeking Behavior, Barriers and Mental Health of Non-domestic Migrant Workers in Singapore.” *BMJ Global Health* 2(2):

1-13.

- Anjara, S. G. Nellums L. B. Bonetto C. Bortel T. Van. 2017. "Stress, Health and Quality of Life of Female Migrant Domestic Workers in Singapore: A Cross-sectional Study." *BMC Women's Health* 17(98): 1-13.
- Antona, Laura. 2022. "12. The New Normal, or the Same Old? The Experience of Domestic Workers in Singapore." Hyun Bang Shin, Murray Mckenzie, and Do Young Oh eds. *Covid-19 in Southeast Asia*. London: LSE Press. pp. 141-149.
- Barry, Alana. 2022. "Vaccinations and Migrant Worker Lockdowns: COVID-19 and Human Rights in Singapore." *OpenGlobalRights*. January 28. <https://www.openglobalrights.org/vaccinations-and-migrant-worker-lockdowns-covid-and-human-rights-in-singapore/> (검색일: 2022.05.14.)
- Brack, Taylor. 2019. "The Greatest Wealth: Health as a Human Rights in China, Singapore, South Korea, and the United States." *Asian-Pacific Law&Policy Journal* 20(2): 1-37.
- Carangan, M. KY Tham. E Seow. 2004. "Work-related Injury Sustained by Foreign Workers in Singapore." *Annals of the Academy of Medicine* 33(2): 209-213.
- Chan, Joanna SE. Dennis WJ Chia. Ying Hao. Sherman WQ Lian. Mui Teng Chu. Marcus EH Ong. 2021. "Health-seeking Behaviour of Foreign Workers in Singapore: Insights from Emergency Department Visits." *Annals of the Academy Medicine Singapore* 50(4): 315-324.
- Chan, Lai Gwen and Benjamin Kuan. 2020. "Mental Health and Holistic Care of Migrant Workers in Singapore During the COVID-19 Pandemic." *Journal of Global Health* 10(2): 1-5.
- Chok, Stephanie. 2014. *Risky Business: Death & Injury on Singapore's*

Construction Sites. HealthServe.

Dodgson, Jennifer and Hawyee Auyong. 2016. “Foreign Domestic Workers in Singapore: Social and Historical Perspective.” Lee Kuan Yew School of Public Policy.

Fillinger, Tamera. Nicholas Harrigan. Stephanie Chok. Amirah Amirrudin. Patricia Meyer. 2017. “Labour Protection for the Vulnerable: An Evaluation of the Salary and Injury Claims System for Migrant Workers in Singapore.” *Research Collection School of Social Sciences*. Paper 2217.

Goh. Timothy. 2020. “3 New Free Night Clinics Open to Serve After-hours Health Needs of Migrant Workers.” October 9. <https://www.straitstimes.com/singapore/health/3-new-free-night-clinics-open-to-serve-after-hours-health-needs-of-migrant-workers> (검색일: 2022.05.06.)

Government of Singapore. 2013. *Our Singapore Conversation Survey—Final Report*.

Haseltine, William A. 2013. *Affordable Excellence: The Singapore Healthcare Story*. Singapore: Ridge Books.

HealthServe. 2021. “HealthServe Partners Republic Polytechnic Students to Support Migrant Workers’ Growing Medical Needs.” November 15. <https://www.healthserve.org.sg/healthserve-partners-republic-polytechnic-students-to-support-migrant-workers-growing-medical-needs/> (검색일: 2022.05.05.)

Hsu, Peter and Dastidar, Ranajit. 2009. *Trading off Health for Wealth: Assessing the Health and Vulnerability of Low Wage Foreign Workers to HIV/STD Infection in Singapore*. HealthServe.

ILO(International Labour Organization). 2019. *Public Attitudes towards Migrant Workers in Japan, Malaysia, Singapore, and Thailand*.

_____. 2020. *Public Attitudes towards Migrant Workers in Singapore*.

- _____. 2021. *Supporting Migrant Workers during the Pandemic for a Cohesive and Responsive ASEAN Community*.
- Institute of Policy Studies. 2021. *Making Identity Count in Singapore: Understanding Singaporean's National Pride and Identity*. IPS Working Papers No. 41.
- Lim, Meng-Kim. 2004. "Shifting the Burden of Health Care Finance: A Case Study of Public-private Partnership in Singapore." *Health Policy* 69: 83-92.
- Mahmud, Aqil Haziq. 2020. "COVID-19: Migrant Workers in Some Dorms to Have Access to Community Once a Month under Pilot Next Year." *CNA*. December 14. <https://www.channelnewsasia.com/singapore/covid-19-migrant-workers-dorms-community-next-year-phase-3-478381> (검색일: 2022.05.14.)
- Min, Chew Hui. 2022. "Meet Hansan, A Migrant Worker Helping Others Like Him Navigate Life in Singapore." *CNA*. February 16. <https://www.channelnewsasia.com/singapore/migrant-worker-mental-health-dormitory-peer-support-leader-healthserve-2499241> (검색일: 2022.05.17.)
- Ministry of Health. 1983. *National Health Plan*.
- _____. 1993. *Affordable Health Care*.
- Ministry of Manpower. 2020. "Inter-Agency Taskforce to Support Foreign Workers and Dormitory Operators During Circuit Breaker Period." April 7. <https://www.mom.gov.sg/newsroom/press-releases/2020/0407-inter-agency-taskforce-to-support-fws-and-dormitory-operators-during-circuit-breaker-period> (검색일: 2022.05.06.)
- _____. 2021. *Workplace Safety and Health Report 2021*.
- _____. 2022. "Enhanced Medical Insurance Coverage To Better Protect Employers." March 4. <https://www.mom.gov.sg/newsroom/press->

- releases/2022/0304-enhanced-medical-insurance-for-work-permit-and-s-pass-holders (검색일: 2022.05.08.)
- Piper, Nicola. 2006. "Migrant Worker Activism in Singapore and Malaysia: Freedom of Association and the Role of the State." *Asian and Pacific Migration Journal* 15(3): 359-380.
- Poh, Yong Han. 2020. "Singapore's Migrant Worker Debate: Advocacy Amid a Pandemic." *The Diplomat*. April 12. <https://thediplomat.com/2020/04/singapores-migrant-worker-debate-advocacy-amid-a-pandemic/> (검색일: 2022.05.09.)
- Rajaraman, Natarajan. Teem-Wing Yip. Benjamin Yi Hern Kuan. Jeremy Fung Yen Lim. 2020. "Exclusion of Migrant Workers from National UHC Systems-Perspectives from Healthserve, a Non-profit Organisation in Singapore." *Asian Bioethics Review* 12: 363-374.
- Sadarangani, P Sapna. Poh Lian Lim. Shawn Vasoo. 2017. "Infectious Diseases and Migrant Worker Health in Singapore: A Receiving Country's Perspective." *Journal of Travel Medicine* 24(4): 1-9.
- Satveer, Kaur-Gill. 2020. "The COVID-19 Pandemic and Outbreak Inequality: Mainstream Reporting of Singapore's Migrant Workers in the Margins." *Frontiers in Communication* 5(65): 1-19.
- Saw, Yong Ern Edina YQ Tan. P Buvanawari. Kinjal Doshi. Jean CJ Liu. 2021. "Mental Health of International Migrant Workers Amidst Large-scale Dormitory Outbreaks of COVID-19: A Population Survey in Singapore." *Journal of Migration and Health* 4: 1-7.
- Tam, Wai Jia. Wei Leong Goh. Jeffery Chua and Helena Legido-Quigley. 2017. "健康是本钱 - Health is My Capital: A Qualitative Study of Access to Healthcare by Chinese Migrants in Singapore." *International Journal for Equity in Health* 16: 1-12.

- Task Force on ASEAN Migrant Workers. 2009. *National Statement: Singapore National Consultation on the ASEAN Declaration on the Protection and Promotion of the Rights of Migrant Workers*. April 16–17. Peninsula Excelsior Hotel.
- Tee, Louis Y. Jeriel L Tan. Theik Di Oo. Jaime Chien. Seow Yen Tan. Shafi Humaria. Raymond Kok Choon Fong. Troy H Puar. Wann Jia Loh. Anindita Santosa. Joan Khoo. Barbara Helen Rosario. 2020. “COVID–19 and Undiagnosed Pre–diabetes or Diabetes Mellitus Among International Migrant Workers in Singapore.” *Frontiers in Public Health* 8: 1–9.
- Transient Workers Count Too(TWC2). 2011. “Fact sheet: Foreign Domestic Workers in Singapore(Basic Statistics)” November 16. <https://twc2.org.sg/2011/11/16/fact-sheet-foreign-domestic-workers-in-singapore-basic-statistics/> (검색일: 2022.05.04.)
- _____. 2016. *Work History Survey*.
- _____. 2020. *Response to Joint Questionnaire of Special Procedures*. UNOHCHR.
- _____. 2021. “Nine Medical Centres for Migrant Workers to be Set Up.” July 16. <https://twc2.org.sg/2021/07/16/nine-medical-centres-for-migrant-workers-to-be-set-up/> (검색일: 2022.05.07.)
- _____. 2022. “Segmentation by Nationality in Singapore’s Construction Industry: A Comparison of Thais and Bangladeshis.” April 25. <https://twc2.org.sg/2022/04/25/segmentation-by-nationality-in-singapores-construction-industry-a-comparison-of-thais-and-bangladeshis/> (검색일: 2022.05.04.)
- Yufeng, Kok. 2021. “New Medical Centres for Migrant Workers Will Provide Medical, Mental Well–being Support: Tan See Leng.” *The Straits Times*. June 30. <https://www.straitstimes.com/singapore/health/new-medical-centres-for-migrant-workers-will-provide-medical-mental-well->

being (검색일: 2022.05.06.)

Yufeng, Kok and Gene, Ng Keng. 2021. “New Healthcare System to be set up for Migrant Workers in S’pore: 6 Medical Centres Planned.” *The Straits Times*. June 30. <https://www.straitstimes.com/singapore/health/new-healthcare-system-to-be-set-up-for-migrant-workers-in-spore-6-medical-centres> (검색일: 2022.05.06.)

Wong, Wilson and Alfred M. Wu. 2021. “State or Civil Society: What Matters in Fighting COVID-19? A Comparative Analysis of Hong Kong and Singapore.” *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*.

World Health Organization. 2021. *COVID-19 Health System Response Monitor: Singapore*.

제7장

장기화된 로힝자 난민 위기와 재난 의료

김정현

제7장 장기화된 로힝자 난민 위기와 재난 의료

김정현

1. 서론

로힝자 사람들에 대한 미얀마 정부의 탄압은 1962년 쿠데타로 정권을 잡은 네윈(Ne Win)장군이 라카인(Rakhine)주의 인구조사를 앞두고 ‘드래곤 킹’이라고 불리는 나가민(Nagamin) 작전을 수행하며 본격화되었다. 미얀마 군부는 로힝자 사람들의 주민증을 뺏고 강제퇴거를 시행했으며, 1982년에는 시민권법(Burma Citizenship Law)에 이들을 공식적으로 ‘비국적자(non-national)’ 또는 ‘외국인 거주자(foreign residents)’로 명시했다(Refugees International 2009: 36). 다른 종교와 문화, 민족성을 이유로 시민권을 박탈당한 이래 국가의 지속적인 폭력과 조직적인 차별 정책의 대상이 된 로힝자 사람들은 결국 수년에 걸쳐 이웃 국가인 방글라데시로의 피난길에 올랐으며, 이렇게 유입된 인구수는 2017년 8월 27일 미얀마 군부의 ‘청소 작전(clearance operation)’이라고 불린 대규모 공격을 기점으로 74만 5천명으로 급증하게 되었다(UN 2019). 미얀마 군부의 공격으로 로힝자 사람들은 무자비

* 이 장은 『동남아시아연구』 32권 2호에 게재한 논문을 수정 보완한 것이다.

하게 살해 되었고, 여성들은 집단 강간을 당했으며, 이들이 거주하던 마을은 전체가 불에 타고 약탈되었다. 이에 대해 유엔특별보고관은 미얀마 군부의 로힝자 탄압이 ‘집단학살’에 준하는 수준에 도달했다고 공식 발표하기에 이르렀다(UN 2019).

1951년 난민의 지위에 관한 협약에 따르면, 난민(refugee)이란 “인종, 종교, 국적, 특정사회집단의 구성원 신분 또는 정치적 의견을 이유로 박해를 받을 우려가 있다는 합리적인 근거가 있는 공포로 인하여, 자신의 국적국 밖에 있는 자로서, 국적국의 보호를 받을 수 없거나, 또는 그러한 공포로 인하여 국적국의 보호를 받는 것을 원하지 아니하는 자”를 의미한다(UN 1951). 비호신청자(asylum seeker)란 난민과 같은 상황에 처해있으면서도, 잠재적 난민 수용국에 난민보호신청을 했으나 아직 수락이 되지 않는 사람을 말한다. 예를 들어, 미얀마를 떠나 이웃 동남아국가에 도착하여 유엔난민기구에 난민보호 신청서를 제출하고 심사결과를 기다리는 로힝자의 경우 국제법상 비호신청자로, 심사결과 난민으로 인정받은 경우 UNHCR의 위임난민으로 분류된다. 또한 난민과 비호신청자들은 무국적자로 간주 될 수도 있는데, 1954년 무국적자 지위에 관한 협약에 따르면 무국적자란 “어떠한 국가로부터도 자국민으로 인정되지 않는 개인”을 지칭한다(UN 1954).

로힝자 사람들은 자국민 미얀마에서 민족적 정체성을 이유로 미얀마의 국민으로 인정받지 못해 시민권을 뺏기고, 자신의 땅과 거주지에서 강제 퇴거를 당해 난민이 되었다. 다시 말해, 로힝자인을 무국적자라고 지칭하는 방식은 이들을 박해하는 미얀마 정부의 공식 입장이다. 그러므로 이 글에서는 로힝자인을 무국적자로 분류하는 것을 지양하고, 로힝자인 이난민 수용국에 주재한 유엔난민기구에서 아직 공식적으로 난민지위를 획득하지 못했다고 하더라도, 이들을 사실상 난민(*prima facie refugees*)으로 간주하고자 한다. 그러므로 이 글에서 로힝자 사람들의 건강할 권리를 향상시켜야 한다는 주장은, 유엔협약에서 보장하는 난민의 의료권 및 사회보장의 의미와 일치함을 밝힌다.

로힝자 난민들의 건강권에 대한 역사는 이들이 처한 복잡하고, 장기화된, 박해와 강제 이주의 역사와 맞닿아 있다. 이들은 본국인 미얀마에서 지속적인 국가 폭력과 차별 정책의 대상이 되면서 첫 번째 의료 문제를 경험하고, 이를 피해 이웃 국가들로 피난해 임시 난민캠프에 정착하거나 경유국을 거치면서 두 번째 의료 문제를 경험하게 된다. 로힝자 난민들이 피난길에서 맞닥뜨린 의료 문제는 2015년 태국-말레이시아 국경 근처 정글에서 인신매매의 희생자가 된 난민들의 무덤이 대량 발견되고(Head 2015), 677명의 로힝자 난민과 방글라데시 이민자들을 태운 보트가 바다에 표류된 지 두 달 만에 인도네시아 아체(Aceh) 지역의 한 어부에 의해서 구조되면서 국제사회의 관심을 받게 되었다(Lamb 2015). 국제이주기구(IOM)에 따르면 당해 연도 방글라데시에서 동남아 이웃 국가들로 향하는 보트에 승선한 난민만 약 8천명에 달했으며, 이들은 태국, 말레이시아, 인도네시아 중 어느 국가들의 입국 허락도 받지 못한 채 해상에 버려졌다. 안다만해(Andaman Sea)에서 장기간 표류하다 구조된 난민 보트 사태의 생존자들은 극심한 탈진 및 영양실조, 열악한 위생 상태로 인한 호흡기와 피부 질환을 호소했다(BBC 2015). 위의 사건으로 국제사회로부터 난민 보호에 관한 비난과 압박을 받던 말레이시아와 인도네시아는 결국 약 2천 9백 명의 로힝자 난민과 방글라데시 이주민이 승선한 보트 3척을 받아들이기로 결정하고, 이들이 제3의 국가로 재정착하거나 미얀마로 송환되기 전까지 1년간 자국에 임시 정착하는 것을 허락하게 되었다(국제앰네스티 2016). 그러나 로힝자 난민 사태의 장기화를 고려할 때, 1년이란 시간은 난민 문제의 영구적인 해결방안(durable solutions for refugees) 중에 하나인 자국송환이나 제3국가로의 재정착을 마무리 짓기에 매우 짧은 시간이 아닐 수 없다. 결국 제한된 시간 동안 제대로 된 법률적 지위를 부여받지 못한 로힝자인들은 수용국에서 불법체류자 신세로 전락할 수밖에 없었고, 이로 인해 임의구금, 강제송환 및 추방의 대상이 된 사람들은 세 번째 의료 문제에 직면하게 된다. 지난 4월 20일 로힝자 사람들이 수감되어 있던 말레이시아의 임시구금센터에서 한 로힝자가 적절한 의료 치료를 받지 못해 사망한 후 일어난 폭동과 탈출 사건은, 로

형자 사람들이 난민 수용국에서 경험하고 있는 의료 문제를 극명히 드러낸다(Reuters 2022). 현재 수용국에서 불법체류자의 신분으로 지내다가 체포되어 구금시설에 무기한으로 구류되어 있는 로힝자 난민들은 공공의료 서비스에 접근이 제한된다. 지역 사회에 스며들어 숨어 지내고 있는 경우라 하더라도, 로힝자 사람들의 불완전한 지위는 이들로 하여금 건강에 문제가 생기더라도 체포의 두려움으로 병원을 찾지 못하게 만든다. 그리고 이는 로힝자 난민들이 강제 이주 과정 내내 끊임없이 신체 및 정신적인 건강 문제의 악순환에 빠지게 만드는 원인이 되고 있다.

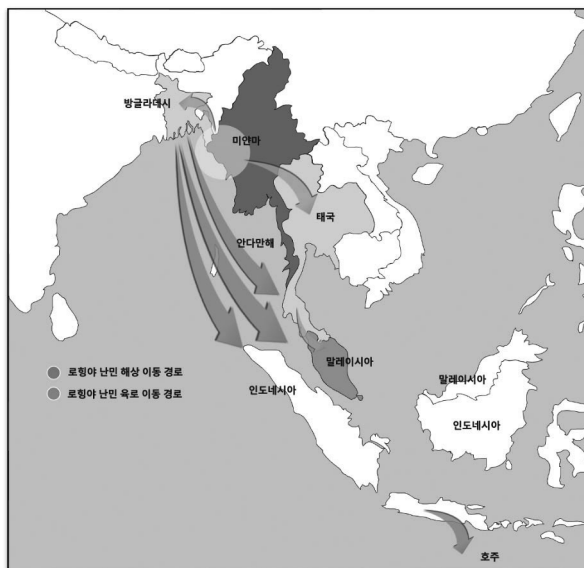
세계인권선언문은 모든 사람이 적절한 의료 서비스와 사회보장을 누릴 권리가 있으며¹, 1951년 난민의 지위에 관한 협약(이하 난민협약)은 국가들이 자국민들이 누리는 동일한 수준의 공공구제와 사회보장을 난민들에게도 제공해야 할 의무를 가진다고 천명했다.² 그러나 필리핀, 캄보디아, 동티모르를 제외한 모든 동남아 국가들은 난민들의 기본적인 인권인 건강권을 보장하는 이 국제법에 서명하지 않았을 뿐만 아니라, 지역 기구인 아세안을 통해 지역적 해결 방법을 모색하거나, 또는 이들을 보완할 국내법과 제도를 마련하지도 않았다. 이렇게 동남아시아 내 난민보호제도가 부재한 가운데 심각한 인권침해 상황에서 생존이 위협받는 인도적 위기에 놓인 로힝자 난민들은 현재 기본권도 보장받고 있지 못한 상황이기 때문에 이들의 건강권 실태 파악 및 문제 해결은 논의하기도 매우 어려운 상황이다(Legido-Qulgle et al, 2020: 4).

그러나 여기서 주의할 점은 여러 동남아 국가들에게서 발견된 난민보호 제도화의 실패가 동남아 국가들의 난민보호에 대한 무관심과 난민의 건강권 보장의 완전한 부재를 의미하는 것은 아니라는 것이다(최원근 2021; Hoffstaedter 2017). 실제로 동남아시아에는 인도적 위기로 인해 발생한 다양한 집단의 난민들이 난민협약 비당사국에 대거 수용되어 있으며, 국가들의 난민보호 법률

1 세계인권선언문 제25조 1항

2 1951년 난민의 지위에 관한 협약 제23조; 제24조 1항

〈그림 7-1〉 동남아 지역 내 로HING자 난민의 강제 이주 경로



출처: 저자

및 정책의 제도화 거부로 인해 발생한 난민의 건강권 보호의 빈틈은 국제기구, 비정부기구, 난민 자급자족 네트워크들이 제도화를 넘어선 다른 방식으로 채워나가고 있다. 이들은 난민이 되는 순간 의료공공성을 박탈당하는 난민들의 건강할 권리가 보편적 인권 개념의 차원에서 보장받을 수 있도록 노력을 기울여 나가고 있는 것이다.

그렇다면, 동남아 지역에서 난민들의 건강할 권리는 어떠한 조건에서 향상될까? 위의 질문에 답하기 위해, 본 연구는 동남아 각 지역에서 로HING자 난민들에게 실제로 의료 서비스를 제공한 경험이 있는 비정부기구 및 유엔난민기구의 보고서를 과정추적 방법을 사용하여 분석하고 현장 경험이 있는 활동가들을 인터뷰함으로써, 동남아 국가들에게서 다르게 나타난 로HING자 난민의 건강권 보장 현황에 대해 분석해 보고자 한다. 본 연구의 목표는 로HING자 난민 사태가 악화되면서 시기적으로, 국가마다, 다르게 대두된 난민들의 의료 문제들

을 정리하고, 이에 대한 대응으로 제공된 국가 및 국제기구, 비정부기구들의 의료지원 프로그램을 비교, 분석하는 것이다. 본 연구는 로힝자 사례를 통해 국가의 차별 정책이 어떻게 한 집단의 장기적인 건강 문제로 이어지는지 살펴봄으로써, 동남아 내의 초국가적 의료 이슈와 난민의 건강보장을 위한 접근 방법에 대해 모색해 보고자 한다.

II. 국가의 보호를 받지 못한 난민들의 권리에 영향을 미치는 요소들

난민과 인권문제를 연구하는 학자들은 민족(Kunz 1981; Song 2020) 또는 종교적 친화성, 난민 발생국과 수용국의 양자관계(Lam 2013), 난민보호를 위한 국제사회의 지원 및 압박(Kim 2021), 풀뿌리 운동과 같은 시민단체의 활동(Keck and Sikkink 1998; Clark 2001)등이 난민 수용국의 난민 정책을 결정하는 중요한 요인들이라고 주장한다. 이들의 주장은 다음과 같이 요약될 수 있는데, 첫째, 유입되는 난민들의 민족성 또는 종교가 난민 수용국의 것과 비슷할수록, 난민 수용국은 난민을 수용하고 보호할 가능성이 높아진다. 둘째, 난민 발생국과 수용국의 협력수준이 낮고 정치적으로 대립하는 적대적인 관계를 유지하고 있을수록, 난민 수용국은 해당 난민 보호를 강화한다. 셋째, 난민 수용국에 대한 국제사회의 경제적 지원과 외교적 압박이 증가할수록(외부로부터의 압력), 또는 국내의 시민단체나 인권 활동가들의 압박이 증가할수록(내부로부터의 압력), 난민 수용국의 비용 및 편익 분석에 변화를 일으켜 난민 수용국은 유입되는 난민 보호를 더욱 강화한다. 이러한 선행연구의 이론적 틀을 로힝자 난민 이슈에 적용해 보면, 특히 종교, 국제기구 및 시민단체와 같은 요인들이 난민 수용국에서 로힝자 난민 정책의 방향을 결정하는 주요 요인으로 보인다.

실제로 로힝자 이슈 해결에 있어 종교는 난민 수용국의 난민정책 결정과정에서 중요한 역할을 하고 있는 것으로 나타난다. 로힝자 난민들과 같은 종교

〈표 7-1〉 로힝자 난민의 건강권에 영향을 미치는 요인들

	방글라데시	태국	말레이시아
민족성	뱅갈족	타이족	말레이족
종교	이슬람	불교	이슬람
양자관계 (난민발생국-수용국)	전략적 협력 (경제)	전략적 협력 (국경지역 안보)	협력
국제기구와의 협조	협조	비협조	협조
시민단체와의 관계	협조 (검열 강화 추세)	제한적 협조 (아동, 인신매매 피해자 중심)	난민 커뮤니티 조직과 협력 강화

인 이슬람을 국교로 하고 있는 방글라데시와 말레이시아에서는 정부와 유엔난민기구가 이슬람법을 활용하여 난민 보호를 위한 대중들의 공감과 지지를 이끌어내는 전략을 취하고 있다(Hoffstaedter 2017). 뿐만 아니라 이슬람 가치를 활용하여 로힝자 난민, 특히 종교 지도자들도 난민 수용국 내 행정당국의 힘에 저항하는 등, 보호를 제공하는 주체들과 힘의 균형을 맞춰나가고 난민 조직의 역량 강화를 이루어 나가고 있다(Mim 2020).

그러나 이러한 긍정적 역할에도 불구하고, 종교가 실제로 난민 수용국에서 난민 보호를 위한 법적 제도화나 공식적인 정책으로 이어지지 않는다는 점은 여전히 의문으로 남는다. 방글라데시나 말레이시아에서도 난민 보호는 같은 종교를 공유하고 있는 국가가 아닌, 국제기구인 유엔난민기구나 국제인권단체의 활동에 거의 전적으로 의존하고 있기 때문이다. 아마도 두 국가에서 종교는 국가의 난민정책 기조에 직접적인 영향을 미치는 요인으로서 작동하기 보다, 두 국가에 들어와 난민들에게 보호를 제공하고자 하는 국제기구 및 국제인권단체와의 관계를 설정하는 데 더 큰 역할을 하는 것으로 보인다. 예를 들어 태국 정부는 다른 종교 및 난민 발생국인 미얀마와의 가까운 양자관계로 인해, 미얀마 출신의 사람들이 유엔난민기구에 의해 난민으로 인정받은 경우라 하더라도 이를 인정하지 않고 있다.

반면, 방글라데시와 말레이시아 정부는 난민들에게 직접 보호를 제공하는 것에는 부담을 느껴 공식적인 정책 변화를 꺼려하지만, 종교적인 이유로 국제 기구나 비정부기구가 국가 대신 보호를 제공하는 것은 일부 환영하고 허락하고 있다. 이 두 국가는 로힝자를 대상으로 한 유엔난민기구의 독자 난민심사를 허용하고 있으며, 로힝자 사람들이 난민으로 인정된 경우, 공공의료시설에 제한적으로나마 접근을 허락하고 있다. 물론 방글라데시 내에 있는 로힝자 난민들의 경우 모두 캠프에 수용되어 있어, 이들의 건강권 보장이 캠프 내에 있는 국제기구 및 국제인권단체의 의료서비스에 전적으로 달려있다는 근본적인 한계가 있다. 그러나 로힝자 난민들이 합법적인 지위를 가지고 지역사회에 수용될 수 있는 기회가 조금이나마 열려있는 말레이시아에서는 난민들이 자체 네트워크를 통하여 동족에게 보다 나은 의료 서비스를 받을 수 있는 기회를 제공할 수 있도록 돕고 있다.

그러므로 본 연구는 기존의 난민과 인권 이론들이 난민 수용국에서 난민의 권리 변화에 영향을 미치는 요인으로 제안하고 있는 변수들을 동남아 지역 내 로힝자 난민 사태에 적용해 봄으로써, 위의 요인들이 서로 어떻게 연결되고 얽혀 결합 효과를 이끌어 내는지 자세히 살펴보고자 한다. 동남아 내의 다양한 종교 및 문화, 복잡한 정치 과정은 어느 한 변수에 중점을 두어 지역 내 난민 문제를 설명하기 어렵게 만든다. 바로 이러한 도전적인 과제 때문에 로힝자 난민 사태가 쉬이 해결되지 못하고 장기적인 상황으로 지속되고 있을런지도 모른다. 따라서 본 연구는 로힝자 난민들의 건강권에 주목하여 이들이 강제 이주 과정 중에 미얀마, 방글라데시, 태국, 말레이시아에서 겪는 다양한 건강권 문제들과 정부 및 국제사회의 대응을 종합적으로 분석해 봄으로써, 난민의 권리 변화에 영향을 미치는 다양한 변수들이 서로 결합되어 어떠한 상승효과로 이어지는지 또는 비상호적인 관계로 결부되는지 살펴보고자 한다.

Ⅲ. 동남아 국가들의 로힝자 처우 및 건강권 보장 실태

로힝자 난민들은 출신국인 미얀마로부터 강제 이주를 당해 피난길에 오르
고, 방글라데시, 태국, 말레이시아와 같은 난민 경유국 및 목적국들을 여행하
면서 인신매매의 피해자가 되거나, 공권력에 의해 체포 및 구금을 겪으면서
다양한 의료 문제에 노출된다. 짐머만(Zimmerman et al, 2011)은 난민들의 강
제 이주 과정을 출발 전(pre-departure), 여행(travel), 유입 차단(interception),
목적지(destination), 송환(return)과 같은 5단계로 분류하고, 각 과정에서 전세
계 난민들이 직면한 의료 문제를 정리한 바 있다.

〈표 7-2〉 동남아 내 강제이주 피해를 받은 인구의 구성 상세표(2017~2021)

난민 수용국	연도	UNHCR 인정난민	비호신청자	실향민	무국적자	기타 우려 인구
미얀마	2017	0 (-)	0 (-)	353,108 (353,108)	621,514 (-)	0 (-)
	2018	0 (-)	0 (-)	370,306 (370,306)	620,939 (-)	0 (-)
	2019	0 (-)	0 (-)	312,018 (312,018)	600,000 (-)	0 (-)
	2020	0 (-)	0 (-)	370,320 (370,320)	600,000 (-)	0 (-)
	2021	0 (-)	0 (-)	569,591 (569,591)	600,000 (-)	0 (-)
방글 라데시	2017	932,209 (932,204)	115(-)	0 (-)	932,204 (-)	0 (-)
	2018	906,640 (906,635)	39 (-)	0 (-)	906,635 (-)	0 (-)
	2019	854,779 (854,764)	34 (-)	0 (-)	854,704 (-)	0 (-)
	2020	866,534 (866,518)	18 (-)	0 (-)	866,457 (-)	472,000 (-)
	2021	889,775 (889,764)	27 (-)	0 (-)	889,704 (-)	472,000 (-)
태국	2017	104,605 (99,982)	2,046 (254)	0 (-)	486,440 (-)	109 (109)
	2017	102,234 (97,603)	934 (-)	0 (-)	478,843 (-)	98 (98)
	2017	97,556 (93,335)	855 (13)	0 (-)	475,009 (-)	119 (119)
	2017	96,179 (91,805)	852 (-)	0 (-)	480,696 (-)	146 (146)
	2017	96,175 (91,685)	756 (-)	0 (-)	554,103 (-)	132 (132)

말레이시아	2017	103,837 (98,041)	47,509 (33,656)	0 (-)	10,068 (-)	80,000 (-)
	2017	121,305 (114,227)	41,801 (26,448)	0 (-)	9,631 (-)	80,000 (-)
	2017	129,107 (119,230)	50,730 (34,592)	0 (-)	108,332 (-)	55,000 (-)
	2017	129,909 (119,579)	49,822 (34,459)	0 (-)	111,298 (-)	0(-)
	2017	131,101 (120,126)	52,012 (36,581)	0 (-)	112,003 (-)	0(-)

출처: UNHCR, "Population Statistics Database." (검색일: 2022.03.31.)

* 용어정리: 'Refugees under UNHCR's mandate'은 UNHCR 인정난민으로; 'asylum-seekers'는 비호신청자로; IDPs of concern to UNHCR은 실향민으로; stateless persons는 무국적자로; others of concern은 기타 우려 인구로 표현하였음.

** 각 열은 난민 수용국 내에서 강제 이주의 피해를 받은 특정 인구의 총 인구수를 나타내고 있으며, 괄호에는 해당 인구 중에 미얀마 출신의 인구의 수를 나타낸 것임.

본 연구는 이렇게 국제 수준에서 논의된 난민의 강제 이주 단계를 로힝자 난민의 사례에 적용하여, 이들이 동남아 지역에서 이동 경로 중에 직면한 의료 문제들을 분석하고, 이에 대한 대응으로 각국에서 나타난 난민의 건강권 보장을 위한 노력을 비교해 보고자 한다. 위의 연구목표 달성을 위하여, 본 연구는 사례 분석에 방글라데시와 동남아 3개국의 로힝자 난민 의료문제 현황과 정부의 대응정책을 포함했다. 구체적으로, 미얀마를 난민 출신국 및 강제 이주 전 단계로; 방글라데시를 임시 및 장기 난민 목적지로; 태국과 말레이시아를 여행, 유입 차단, 난민 목적지 국가로 분류하여 분석에 사용했다.

1. 미얀마: 학살과 추방

로힝자 사람들은 미얀마의 오랜 내전과 소수민족 차별 정책의 희생자로 장기간 폭력과 성폭력에 노출되어 열악한 영양 상태 및 신체적, 정신적인 트라우마를 가지고 있는 등, 이미 자국을 떠나 난민이 되기 이전부터 다양한 건강 문제를 겪고 있었다(Legido-Qulgley et al, 2020:7). 2022년을 기준으로 거주지에서 강제 추방당한 이후 실향민(Internally Displaced Persons)의 지위를 가지고 국제기구가 설립한 캠프에서 거주하고 있는 미얀마 내 실향민의 수는

569,591명으로(UNHCR 2022), 이의 대다수를 차지하는 로힝자 사람들은 특히 미얀마 내에서 시민권 부정으로 인해 파생되는 특수한 의료 문제를 직면하고 있다. 로힝자들은 정부의 차별 정책으로 인해 교육 수준이 낮아 건강 지식이 부족하고, 정부가 제공하는 기초의료서비스의 혜택을 받은 경험도 거의 없다. 또한 정부의 권위에 순응하는 경향을 보이는 등 낮은 수준의 자치기구 조직능력을 가지고 있는 점도 발견이 되는데, 이 때문에 로힝자들은 의료 문제가 발생하더라도 공공의료시설을 찾는 대신 열악한 수준의 전통적 마을 의료 서비스에 의존하는 경향이 있다고 보고되었다(MSF 2004: 74). “미얀마 시민들의 건강권 보장도 잘 안 되고 있는데, 로힝자의 건강 문제 대응이야 어떻겠는가?”라는 국경없는의사회 지역사무소 직원의 탄식처럼, 보건과 의료는 미얀마 정부가 국제기구의 조언을 잘 받아들이고 협력하는 몇 안 되는 이슈 중의 하나이지만, 로힝자들을 상대로 한 의료 지원 문제는 미얀마에서는 전혀 다른 이야기이다(MSF 2001: 65). 실로 미얀마와 방글라데시 난민캠프가 위치한 콕스 바자르(Cox’s Bazar) 지역에서 로힝자 난민들에게 의료 서비스를 제공한 경험이 있는 비정부기구 및 국제기구의 문서들을 종합적으로 분석해 봤을 때, 미얀마 정부의 차별 정책과 연관된 로힝자 사람들의 의료 문제는 기초 건강권 거부와 이동권 제한으로부터 시작하여 “느리지만 꾸준히 집단학살에 준하는 수준(a slow genocide)”으로 발전해 온 것으로 보인다(MSF 2003: 72).

1) 차별정책 과정에서 발생한 의료문제

로힝자 사람들의 증언에 따르면 이들은 미얀마 정부로부터 시민권을 박탈당한 이래 공공의료시설에 대한 의료 접근권을 전면적으로 거부당해 왔다(ADI 2021: 31). 미얀마 군정은 로힝자 탄압 전략의 일환으로 방화를 일삼았는데 한번은 로힝자의 집을 불태우는 과정에서 3살 난 아동이 화상을 입게 되었지만, 라카인 주의 불교도가 대다수인 버마인 의료진들은 이 여아의 치료를 거부한 것으로 밝혀졌다. 또한 의료진들은 “[미얀마 의료서비스는 로힝자] 너

희를 위한 것이 아니다. 비록 너희가 돈을 지불한다 하더라도, 이는 미얀마 시민을 위한 것이다”라며, 로HING자 말라리아 환자를 병원에서 네 번이나 거절했다는 증언도 있었다(ADI 2021: 31).

미얀마 정부는 로HING자들이 거주지를 떠나 다른 마을로 이동 시 정부로부터 발급된 공식 여행 허가증을 소지하도록 했으며, 오후 8시 이후에는 통금 정책을 발효하여 로HING자의 이동을 전면 금지하기도 했다. 이러한 이동권 제한과 과도한 과세 정책은 로HING자들에게 의료 문제가 발생했을 때, 적시에 필요한 의료시설에 접근하는 것을 거의 불가능에 가깝게 만들었다. 예를 들어 로HING자가 병원을 방문하기 위해 공식 여행 허가증을 발급 받으려면 마을 촌장의 추천서를 발급받는데 200짖(kyat), 지방정부에 이를 제출하는데 25짖, 병원으로 가는 여정에서 만나는 무수히 많은 체크포인트에서 군인과 공무원들이 부르는 대로 통행비를 내야만 했다. 아픈 환자와 동행한 가족 인원수대로 추가 비용이 붙는 것은 기본일 뿐만 아니라, 정부의 허락 없는 외박은 구금과 벌금의 대상이 되었다. 국경없는의사회가 로HING자 중에 병원을 방문했던 231명의 생존자들을 대상으로 한 인터뷰 결과에 따르면, 5일 이내 병원 치료를 받았던 로HING자들은 평균 25,000짖(약 미화 14달러 수준), 대략 21일치의 수입에 달하는 비용을 소비했으며, 약 16%에 달하는 환자들은 최대 50,000짖까지 소비한 것으로 드러났다(MSF 2008: 97). 정부로부터 대가 없는 심한 강제 육체노동을 자주 요구받았던 로HING자들은 만성적인 건강 문제들을 가지고 있었는데, 이들은 정부의 과도한 과세 및 강제기부, 토지몰수 정책 등으로 인해 수입의 원천마저 잃게 되어 병원에서도 치료도 받지 못한 채 집에서 사망하는 사례가 자주 보고되었다(ADI 2021: 32).

비슷한 시기 유럽에서 불거진 시리아 난민 사태와 비교하여 좀처럼 국제사회의 관심을 받지 못하던 동남아 로HING자 난민 사태는, 미얀마 군경의 무차별적인 포화, 칼, 지뢰, 폭탄을 사용한 신체 훼손으로 상해를 입은 로HING자들이 국제기구가 운영하는 진료소에서 치료를 받는 사례가 자주 보고되며 그 탄압 규모가 드러나기 시작했다. 각종 진료소에서 미얀마 군경이 상공에서 헬리콥

터로 폭탄을 무차별적으로 투하하여 많은 로힝자 사람들을 살해하고, 이들이 귀머거리가 될 때까지 신체적 폭력을 가하거나 전기 충격기로 고문을 했다는 증언이 쏟아진 것이다(ADI 2021: 50-51). 이러한 폭력에 있어 여성과 아동이 더욱 취약한 계층이 되는 것은 자명한 일이었다. 미얀마 군경은 적게는 5세의 아동부터, 미성년자, 청소년, 여성들을 대상으로 한 강간과 성폭력을 전쟁의 무기로 사용했다. 여성들을 자신들의 캠프로 유괴한 후 집단 성폭행을 저질렀으며, 여성의 얼굴과 신체에 지울 수 없는 깊은 이빨 자국을 남기는 등 낙인을 찍기도 하고, 강간 후 살해하기도 했다. 특히 이들은 로힝자 여성을 강간할 때, 가족과 마을 사람들이 이를 보도록 강요함으로써 수치심을 주는 등 로힝자 그룹 전체의 신체와 정신을 파괴하려는 전략을 사용했다(ADI 2021: 53-55).

뿐만 아니라 미얀마 정부는 결혼과 출산을 제한하는 인구통제 정책을 추진하며 로힝자 사람들의 신체 자율권을 박탈하고, 보다 조직적인 방법으로 로힝자 민족을 말살하고자 했다. 로힝자 사람들이 결혼을 하기 위해서는 정부로부터 공식 허가증을 발급 받아야 했으며, 아이를 한 명만 낳겠다는 서약서에도 서명을 해야 했다. 결혼 공식 허가증은 예를 들어 마웅도 지역(Maungdaw)에 서만 50,000쪽에 달하는 등 매우 비쌌으며, 결혼 후 출산 시에는 추가로 비용을 내고 아동 출생 등록을 해야 했다. 만약 로힝자 여성이 미혼 상태 또는 불법으로 결혼한 상태에서 임신을 할 경우에는 큰 벌금이 부과되거나 구금과 체포의 대상이 되었다. 이 때문에 임신한 로힝자 여성들은 정부의 처벌을 피하고자 불법 낙태까지 손을 뻗게 되었다. 국경없는의사회의 마웅도 지역사무소의 의료진에 따르면, 진료소를 방문한 5세 이하의 자녀를 둔 로힝자 여성의 31%가 유산과 낙태의 경험이 있으며, 자가 낙태로 인한 출혈과 패혈증 등으로 진료소를 찾는 로힝자 여성들이 정기적으로 출현하는 것으로 드러났다. 그러나 이러한 수치는 대폭 축소된 것으로, 대다수의 로힝자 여성들은 체포와 구금에 대한 두려움으로 합병증이 생기지 않는 이상 진료소를 찾기 보다는 집에서 의료 문제를 스스로 해결하는 것으로 알려져 있다(MSF 2008: 97).

집단살해죄의 방지와 처벌에 관한 협약 제2조에 따르면 집단살해(genocide)

란, 한 집단의 “전체 또는 일부를 파괴할 의도”를 가지고 “집단의 구성원을 살해”하거나, “중대한 육체적 또는 정신적 위해”를 가하고, “집단 내 출생을 방지하기 위하여 의도된 조치를 부과”하는 행위 모두를 포함한다(UN 1948). 위의 정의를 기반으로 하여 미얀마 내의 로힝자 사람들의 건강권 문제를 분석해 봤을 때, 의료권 박탈로부터 시작하여 전방위적 폭력 범죄로 확장된 미얀마 정부의 로힝자 민족 말살 행위는 집단살해의 정의를 충족시키는 것으로 보인다. 2014년도 유엔인권이사회회의 특별 보고관 토마스 오제아 퀸타나(Tomas Ojea Quintana) 또한 미얀마의 인권 상황 보고서를 통해 라카인 주의 무슬림 인구인 로힝자 인구를 대상으로 한 “광범위하고 조직적인 인권 침해의 양상은 국제형사재판소의 로마 규정에 따라 정의된 반인도적 범죄”에 해당하며, 특히 “건강권 박탈”과 같은 영속적인 차별 정책은 “로힝자 인구를 의도적으로 겨냥”하고 있다고 밝힌 바 있다(HRC 2014: 13-14). 실로 미얀마 정부가 로힝자 사람들을 대상으로 저지른 다양한 형태의 억압과 폭력의 결과로 로힝자 사람들은 건강권이 위협당하는 심각한 상황에 놓였으며, 이러한 차별 정책으로 인해 결국 자국을 떠나 국제사회를 떠도는 난민이 되었다.

2. 방글라데시: 감금과 침묵

로힝자 사람들의 방글라데시로의 탈출은 하루 이틀의 문제가 아니다. 로힝자 사람들의 방글라데시로의 대규모 이동은 1962년 미얀마에서 군사 쿠데타로 정권을 잡은 네윈(Ne Win) 장군의 부대가 라카인주의 인구조사를 앞두고 ‘드래곤 킹(Nagamin)’이라고 불린 작전을 통해 로힝자들의 주민증을 뺏고 강제추방을 하며 시작되었다. 당시 20만 명의 로힝자들이 미얀마를 탈출하여 방글라데시 내 콕스 바자르 지역에 정착했는데, 이후로도 지속된 강제추방 정책으로 방글라데시 내 난민캠프에 정착하는 로힝자 수는 꾸준히 늘어, 2017년 집단학살이 발생했을 때는 그 수가 93만 명에 달했다(UNHCR 2022). 미얀마 라카인주 북쪽에 위치한 방글라데시 콕스 바자르 지역은 로힝자 사람들이

미얀마 정부의 강제추방 작전의 피해자가 될 때마다 가장 먼저 피난처를 찾은 곳이다.

1) 초기 난민캠프의 환경과 의료 문제

로힝자 사람들이 방글라데시 내 난민캠프에서 직면한 다양한 의료 문제와 생활환경에 대한 정보들은 국제기구의 보고서를 통해 우리에게 잘 알려져 있다. 그 중에서도 1992년부터 콕스 바자르 지역에 진료소를 설치하고 로힝자 난민들에게 다양한 의료 서비스를 제공해 온 국경없는의사회의 난민캠프 보고서는 주목할 만하다. 특히 2002년도 보고서에 따르면, 난민캠프 설립초기에 방글라데시에 유입된 로힝자 사람들은 유엔난민기구가 운영하는 캠프에 모두 수용되지 못해 캠프 주변의 임시 난민촌(makeshift camp) 또는 현지 지역 사회로 흩어져 머물게 되는데, 이들은 종종 방글라데시 정부와 지역 사회 주민들에 의해 강제 퇴거를 당했다. 추방당한 로힝자 사람들은 이동 중에 테크나프(Teknaf)라는 마을의 개인소유 땅에 임시정착촌을 꾸려 함께 살기도 하고, 또는 이동 중에 나프(Naf River) 강둑에 강제 정착되어 진흙 위에 살기도 했다(MSF 2002: 82). 국경없는의사회는 테크나프 지역에 의료팀을 파견하여 로힝자들을 대상으로 긴급 건강검진을 실시했는데, 유엔난민기구에 등록된 캠프 밖에 정착한 로힝자 사람들에게서 방글라데시 정착 후 짧은 기간 내 높은 사망률과 심각한 영양실조를 발견했다. 이의 해결을 위해 국경없는의사회는 외래환자 진료소를 개설하여 로힝자 난민뿐만 아니라 방글라데시 지역 사람 모두를 대상으로 기본 의료 무료서비스를 제공하고 식이치료센터를 운영했다(MSF 2002: 82-84).

국경없는의사회의 2007년도 보고서에도 탈(Tal)-지역의 임시 난민촌에 정착한 로힝자 사람들 중 약 40.4%가 추위와 습기, 위생과 과밀집의 문제로 호흡기 질환을 앓고 있으며, 방글라데시 현지 지역 사회 대비 평균 2배 이상 많은 수의 사람들이 설사와 기생충과 관련한 질병을 가지고 있는 것으로 보고되었다(MSF 2007: 85). 임시 난민촌은 큰 도로에 인접해 있어서 아동 교통사고

만 월 평균 6.3건 발생하는 등, 주거 환경으로는 부적절한 위치에 있는 점도 의료 문제를 발생시키는 주요 원인으로 지목되었다. 아무래도 유엔난민기구가 설립한 캠프가 아니다 보니 유엔으로부터 지원도 부재 해, 음식 같은 기본적인 것들도 제공되지 못했다. 현지 지역 사회의 모스크에서 고기와 밥 등을 가끔 나눠줄 뿐, 이들에게 치료적 식량과 의료서비스를 제공하는 기구는 국경 없는의사회가 유일했다. 또한 좁은 땅에 기존에 정착해 살고 있던 난민과 새로 유입된 많은 난민들이 대거 몰려있다 보니, 난민들이 스스로 경작물을 기르거나 동물을 사육 하면서 식량에 대한 독립성을 얻고 자급자족 하는 것은 불가능한 상태였다. 뿐만 아니라 오랜 착취와 폭력의 피해 경험으로 인해 로HING자 난민들은 의존성이 매우 높은 상태였으며, 정서적 탈진으로 자신과 가족에 대한 돌봄 의지가 매우 낮게 나타났다. 특히 착취로부터 가장 취약한 계층으로 분류되는 여성이 가장인 로HING자 난민 가족들에게서(전체의 31%) 불안, 우울, 두려움, 무기력을 겪는 환자의 비율이 높게 보고되었다(MSF 2007: 85).

2) 난민 수용국의 강제추방과 국제인권단체들의 침묵정책

방글라데시 로HING자 난민캠프 상황은 국제인권단체들의 노력에 의해 2007년 무렵부터 국제사회에 알려지게 됐는데, 특히 국경없는의사회가 국제대표단을 통해 이러한 난민의 건강권 현황을 뉴욕 유엔 본부에서 전달했을 때, 한국, 일본, 싱가포르 대표들이 매우 놀랐다는 기록이 남아있다(MSF 2007: 87). 당시만 해도 난민 수용국인 방글라데시의 입장을 난처하게 할 만한 기록과 정보들을 국제사회에 발표하지 않는 것이 국제인권단체들의 일반적인 기조였기 때문이다. 국경없는의사회 또한 로HING자 사람들의 건강권 문제가 정치적 사안으로 확대되어 자신들의 사무실이 방글라데시로부터 추방을 당하면, 난민들에게 꼭 필요한 의료 서비스를 전달할 수 없게 될 경우를 우려하여 오랜 시간 동안 ‘침묵 정책(silent policy)’을 추구하고, 이러한 정책의 방향이 과연 올바른가에 대한 고민들은 내부 문서에 고스란히 남겨져 있다(MSF 2004: 73-78). 그도 그럴 것이 방글라데시는 로HING자 사람들에게 피난처를 제공한 관대한 국가

이지만 사태의 장기화로 난민 인구가 대거 유입되면서부터는, 미등록 로HING자들을 대상으로 식량 원조를 금지하고 이들을 임의로 체포하거나 폭력으로 탄압하는 등, 로HING자 사람들을 내쫓고 추방하려는 노력을 지속했다(MSF 2009: 105, 2010: 109-110, 112). 이러한 가운데, 방글라데시 내무부(Ministry of Home Affairs)는 국제인권단체들에게 로HING자 난민캠프 상황에 대한 정보를 국제사회에 발설 시, 캠프 내 모든 인도적 지원 활동을 중단하겠다는 협박을 하기도 했다(MSF 1994: 41).

국제인권단체 헬렌켈러(Helen Keller)의 로HING자 난민 인터뷰 결과에 따르면, 방글라데시 정부의 추방정책으로 인해 난민들은 종종 의료 서비스나 급식소의 접근이 제한되었고, 캠프 내 시장이 문을 다 닫았음에도 불구하고 현지 지역 사회에서 음식을 사거나 거래하는 행위가 금지되었다. 강제추방정책이 진행되는 동안 약 20-40%에 달하는 로HING자 난민들은 심각한 영양실조를 겪은 것으로 나타났으며, 특히 단백질 섭취 부족으로 인한 콰시오커(Kwashiorkor) 병의 발병률이 높게 나타났다(MSF 1992: 30-31). 난민캠프의 경비를 맡은 경찰들에 의한 난민 대상 폭행이 일상화 되어가는 가운데, 폭행의 가해자에 대한 사법 처리의 부재는 정부의 폭력을 가속화하는 원인으로 지목되었다. 이로 인해 국제기구가 운영하는 의료 진료소에는 방글라데시 정부의 폭력으로 인해 자살충동을 고백하는 난민의 수가 급증했다는 사례가 보고되었다(MSF 2009: 104).

로HING자 난민 사태가 확대되고 장기화되면서, 자국의 폭력을 피해 방글라데시로 피난을 온 로HING자 난민들이 난민 수용국에 의한 폭력의 2차 희생자가 되었다. 그리고 이러한 과정에서 미얀마와 방글라데시 양국에서 로HING자 난민에게 인도적 지원을 지속해 오던 국제인권단체들의 입장 변화는 주목할 만하다. 국경없는의사회 내부 문서에 따르면, 1994년 프로그램 매니저는 로HING자 난민 사태에 대해 국제사회에 떠도는 사실과 루머를 구분할 필요가 있다며, 아직 로HING자 사람들을 대상으로 한 “노골적 대량학살, 광범위한 살인, [공권력과 난민들의] 공개충돌”은 없다고 기록했다. 그러나 그는 이 상황이 “괜찮은

상황인 것은 절대 아니다”라고 지적하고, 실제로 돌아가는 상황을 자세히 알려면 더 많은 시간과 조사가 필요하다며, 로힝자 사람들에게 의료 서비스 지원을 위한 정보 부족을 호소했다(MSF 1994: 41, 45). 2001년에 다다르자, 국경 없는의사회 내부에서 조심스럽게 로힝자 사태의 심각성을 분석하는 의견들이 포착되기 시작했다. 이들은 “비록 인종청소(ethnic cleansing)라는 주장은 피해야 하지만, 거의 모든 현존하는 증거들이 [미얀마 또는 방글라데시 내에서 로힝자 사람들을 대상으로 한] 체계적인 퇴거(systematic expulsion)를 가리키고 있음을 인지해야 한다”라며, 로힝자는 무국적자가 아니라 사실상 미얀마 시민(de facto citizens of Myanmar)이라는 점에 입각하여 유엔난민기구와 함께 지원활동을 조율해야 한다고 적고 있다(MSF 2001: 64). 그리고 마침 내, 2년 후의 내부분서에는 로힝자 사태를 집단학살(genocide)로 묘사하는 표현이 등장하기 시작했다(MSF 2003: 72).

그렇다면 로힝자 난민 사태를 대하는 국제인권단체들의 입장 변화를 가져온 요인은 무엇이었을까? 주요 인권 사안에 대한 국제인권단체들의 입장 변화를 직접적으로 야기하는 요인, 예를 들면 절차적이고 공식적인 규약(protocol)이 단체 내부에 따로 존재하지는 않는 것으로 보인다. 국제인권단체들은 독재 국가나 인권 탄압의 가해국으로 지목된 나라에서도 지원 활동을 지속하고 파견된 활동가들의 안전을 확보해야하기 때문에, 원칙적으로는 정치적 중립성을 최우선으로 한다. 그러나 이러한 대외적 정치 중립성이, 단체 내부 활동가들 사이의 온전한 의견 일치를 의미하는 것은 아니다. 예를 들어, 방글라데시 난민캠프에서 활동하던 국경없는의사회의 프랑스와 네덜란드 지부는 로힝자 사태와 관련하여 난민들의 실태를 조사한 보고서를 공개하느냐, 또는 내부에서 관련자들끼리만 공유하느냐 하는 문제로 예측되는 파장에 대한 토론을 열렬히 나누기도 했다(MSF 2004: 73-78). 때문에 국제인권단체들이 대외적으로 취하고 있는 정치적 중립성이라는 가치는 고정된 것이라기보다 “유동적인 개념”으로 이해되어야 한다. 단체가 어떠한 입장을 취해야 하는가, 어느 선까지 개입해야 하는가에 대한 끊임없는 고민과 토론을 내부 활동가들이 이어나가

며 조금씩 발전, 변화하는 개념인 것이다. 다시 말하면, 주요 인권 사안에 대한 국제인권단체들의 입장 변화를 야기하는 중요한 요인 중에 하나는, 단체 내부에서 문제의 심각성을 얼마나 많은 활동가들이 공유했는가, 정책 변화가 필요하다는 공감대가 언제 형성되었는가 하는 의견 확산이다.

로힝자 난민 사태를 대하는 국제인권단체들의 이러한 입장 변화가 중요한 이유는, 방글라데시와 같이 난민들의 현황에 대한 정보를 통제하고자 하는 수용국에서는, 초국가적 옹호 네트워크(transnational advocacy networks)들이 문제의 심각성을 인지하고 현지의 정보를 국제사회와 공유할수록 난민들의 권리가 향상되기 때문이다(Keck and Sikkink 1998). 초국가적 옹호 네트워크들은 정보 정치(information politics)의 중심에 서면서 난민 사태에 대한 국제사회의 관심을 환기시키고 적극적으로 자원을 동원하면서, 난민의 인권 문제 향상을 위한 국제사회의 개입을 가능하게 만든다. 이러한 과정은 특히 난민의 건강권 뿐만 아니라 자국민의 건강권 보장 문제에도 어려움을 겪고 있는 동남아와 같은 지역에서, 정치적 지원과 압박을 외부로부터 도출해 냄으로써 국가들의 정책 변화를 이끌어 내는 데 효과적일 것으로 사료된다.

3) 로힝자 난민들의 정신건강권 보장을 위한 시민사회의 노력

2017년 미얀마 정부의 폭발적인 폭력으로 대규모의 로힝자 난민들이 방글라데시로 유입되면서, 방글라데시 정부는 ‘로힝자 난민 위기 공동 대응 계획(Rohingya Refugee Crisis Joint Response Plan)’을 세우고 로힝자 난민 사태 해결을 위한 국제사회의 인도적 지원 활동 계획을 수립 및 조율하기 시작했다. 높아진 국제사회의 관심에 따라 로힝자 난민 보호 시스템이 보완되기 시작했고, 그 예로 미얀마와 방글라데시의 국경을 넘는 로힝자 사람들에게 국경없는 의사회와 적십자사와 같은 단체들이 체크포인트 진료소에서 기본적인 건강검진을 필수로 제공했다. 정신적 의료문제에 대한 치료의 중요성도 대두되면서 난민캠프 내에 많은 카운슬링 프로그램들이 생겨났지만, 집단학살 경험을 가진 사람들을 치료해 본 경험이 있는 전문 의료진의 부재는 큰 장애물로 인식

되었다. 이러한 문제 인식을 바탕으로 한국 사단법인 아디(ADI: Asian Dignity Initiative)는 로HING자 사람들을 가장 잘 이해하고 공감할 수 있는 사람들은 바로 로HING자 난민 자신들이라고 판단, 심리사회적 회복역량강화 사업의 일환으로 난민캠프 내 풀뿌리 인권단체인 로HING자 여성복지회(로스, RWWS)와 함께 여성힐링센터를 운영하고 있다(아디 2022). 여기서 주목할 점은 본 사업이 로HING자 난민 여성들을 심리치료 전문가로 양성함으로써 이들이 산티카나(평화 의집)라고 불리는 단체에 직접 고용되어 활약하도록 돕고 있다는 점이다. 로HING자 여성 활동가들은 산티카나에서 자조모임을 열거나 여성 권익 위원회를 운영하면서, 여성 리더십을 키우고 젠더 기반 폭력에 대응하는 등, 캠프 내 남성 리더들과 함께 긍정적인 변화를 만들어가고 있다(아디 2022).

로HING자 난민캠프에서 여성의 건강권 및 인권 향상을 위해 노력하고 있는 활동가들은 로HING자 난민 여성의 건강권이 젠더 권력과 연결되어 있음을 이해하는 것이 중요하다고 강조한다(필자 인터뷰 2022/04/05). 로HING자 난민 여성 치료 및 교육을 위해서는 캠프 내 남성 지도자 및 남편 등을 과정에 포함하는 이중 파트너십이 매우 중요한데, 이는 이슬람 문화권 내에서 통용되는 여성의 젠더 역할에 대한 남편과 가족들의 고정관념이 무슬림 로HING자 여성들의 외부활동을 크게 제약하기 때문이다. 다시 말하면, 여성의 몸은 남성의 소유물임으로, 여성의 건강권 보장을 위한 치유와 교육을 위해서는 이슬람 지도자 이맘과 캠프 내 관리자인 이장에게 동의를 받아야하는 것이다. 이를 위해 아디에서는 난민캠프 내 남성 지도자들뿐만 아니라, 남편과 아동들을 포함한 가족 단위로 심리 치료의 범위를 확장하고, 여성 권익 위원회를 운영함으로써 여성의 사회적 지위와 건강권의 동시 향상을 추구했다. 이러한 노력의 결과로, 초기에 심리치료를 위해 모인 로HING자 여성들은 현재 활동영역을 교육과 경제자립을 위한 창업 프로그램으로 스스로 확대해 나가고 있는 것으로 알려졌다(필자 인터뷰 2022/04/05).

코로나19로 인해 방글라데시의 로HING자 난민캠프 정책은 모든 것을 통제하는 방향으로 변화되어가고 있다. 2020년을 기준으로 난민캠프 경계에는 철

조망이 둘러져 난민의 이동권은 더욱 제한되었으며, 국제인권단체 활동가들의 난민캠프 입국을 위한 비자 발급은 더욱 어려워졌다. 비정부기구들의 난민 캠프 내 사업 승인의 단계와 기간 또한 확대 및 연장되면서, 방글라데시 정부는 캠프 안으로 들어가는 사람들과 나올 수 있는 사람들에 대한 완전한 통제를 희망하는 것으로 보인다. 캠프라는 제한된 영역 안에서 난민들이 표류하게 된 것이다. 코로나19로 인한 마을 봉쇄(lock-down) 및 자가 격리로 야기된 급증한 가정폭력 뉴스가 연일 보도되는 가운데(UN Women 2021), 활동가들은 전염병 문제로 야기된 로HING자 난민캠프의 봉쇄 정책이 장기적인 관점에서 로HING자 난민 공동체를 파괴하는 수순을 밟게 되지 않을까 염려하고 있다(필자 인터뷰 2022/04/05). 전대미문의 전염병 코로나19로 인해 삶이 더 어려워진 로HING자 난민들은 결국 살기 위해 다른 나라로 이동하기 시작했고, 그즈음 동남아 안 다만 해협 근처에서 난민 보트 위기 문제가 다시 대두되기 시작했다.

3. 태국: 강제추방과 구금

2021년 12월 말을 기준으로 태국 내의 미얀마 난민은 91,408명으로 주로 카렌족과 버마족으로 구성되어 있으며, 이들은 태국과 미얀마 국경 근처에 설립된 9개의 난민캠프에 거주 중이다. 태국 내 난민캠프에 살고 있는 사람들은 캠프 밖으로의 이동과 공공의료시설에 접근이 불가능해, 비정부기구와 유엔난민기구가 제공하는 인도적 지원에 삶을 의지하고 있는 실태다. 한편 태국 정부에 등록된 무국적자는 무려 553,969명에 달하는데, 이들은 약 40여 개국의 소수민족 또는 원주민 출신으로 어떤 국가의 신분증도 가지지 못한 것으로 알려졌다(UNHCR 2021). 태국 내 로HING자는 대부분 미얀마에서 도망친 후 태국에서 십여 년 이상 거주하고 있는 사람들이 대부분이며, 이들은 카렌, 버마족과는 달리 태국 영토 내 곳곳에 분산되어 거주하고 있는 것으로 알려져 있다(Sullivan 2016: 11). 여기서 주목할 점은 여러 가지 보고서에 발견된 태국 내 무국적자와 관련한 묘사가 로HING자 사람들과 매우 흡사하지만, 어떤 문서에서도

로HING자인에 대한 표현은 한 단어도 찾아볼 수 없었다는 점이다. 그렇다면, 태국에서 로HING자 사람들은 어떻게 분류되며, 법률적 신분은 이들의 건강권에 어떤 영향을 미칠까?

태국의 로HING자 난민정책 결정요인에는 여러 가지 원인이 있을 수 있는데, 그 중 하나는 태국과 미얀마 정부의 가까운 양자관계인 것으로 사료된다. 태국은 미얀마를 난민을 발생시킬 수 없는 안전한 국가(Designated Country of Origin)로 분류하고, 로HING자 사람들의 난민 신청을 불허할 뿐만 아니라, 유엔 난민기구로 하여금 이들을 비호 신청자로 등록하는 것도 막고 있다(Cochrane 2015). 그리고 이러한 신분의 불안정성으로 인해 로HING자 난민들의 건강권이 위협한 상태에 놓이게 된 것은 당연지사다. 예를 들어, 태국에는 미얀마와 방글라데시 난민캠프에 체류 중인 로HING자 사람들이 태국을 경유하여 말레이시아나 인도네시아를 목적으로 이동한다는 사실을 알고, 조직적으로 운영되는 인신매매 집단, 밀수자들이 존재한다. 이들은 난민들의 절실함을 이용하여 말레이시아와 같은 난민 목적국으로의 이동을 약속하면서, 로HING자들에게 거액을 받고 방글라데시 난민캠프 주변에서 보트를 띄운다. 증언에 따르면, 난민 보트는 항상 과밀화되어있고 음식과 물이 항상 부족하며, 난민들은 보트 여행 내내 신체 및 언어폭력의 대상이 되었다고 한다. 말레이시아로 향하는 보트 여행 중, 다른 밀수자에 의해 태국의 정글로 납치가 되었다고 주장하는 사례도 보고되었다. 이들은 미얀마나 방글라데시에 있는 가족들이 몸값을 지불하기 전까지 태국 정글에 위치한 인신매매 캠프에서 고문을 당하거나, 강제노동을 위한 노예로 판매가 되기도 했다. 위의 결과로 로HING자 사람들 중에 밀수자들에게 착수금을 전달하기 위해 큰 빚더미에 앉은 사례가 허다하다고 알려졌다.

이와 같이 인신매매로 인한 2차 피해를 받은 로HING자 사람들은 좁은 난민 보트와 동물 우리와 같은 인신매매 캠프에 장기간 노출되어 나병, 결핵과 같은 호흡기와 피부질환을 겪고 있었고, 동료들의 잦은 사망과 폭력 피해로 인해 밀수자들에게 대해 강한 적대심과 불안 및 두려움을 표현하는 등 정신적 외상을

호소했다(Wake and Cheung 2016: 6). 한 조사에 따르면 이러한 피난길 중에 사망하는 로힝자의 비율은 다른 지역 난민들에 비해 1.1~1.2% 가량 더 높고, 지중해를 건너는 난민들에 비해서는 3배 더 높은 것으로 알려졌다(Legido-Qulgley et al, 2020: 9). 그 중에 태국 내 로힝자의 건강권과 관련해서 가장 염려되는 사안들은 무엇보다도 구금시설 내의 의료권과 인신매매 과정에서 발생하는 의료 문제들이다.

1) 구금 및 구치시설 내 의료 문제와 국제기구의 대응

태국은 1951년 난민협약과 1967년 난민의정서의 당사국이 아닐 뿐만 아니라 난민 보호를 위한 국내법도 부재한 실정으로, 아무리 유엔난민기구에 의해 난민이나 비호신청자로 등록되어 있는 보호대상의 인구라 하더라도 태국 정부는 이와 같은 지위를 공식적으로 인정하고 있지 않다(UNHCR 2021). 게다가 안전한 국가로 분류된 미얀마 출신의 로힝자들은 태국에 도착하는 순간 불법 이민자로 간주되어 체포와 구금의 대상이 된다. 이러한 정책 기조는 현재까지 이어져, 태국 정부는 2020년 5월에서 6월 사이에 16명의 아동을 포함하여 총 35명의 로힝자들을 태국과 미얀마 국경 마을인 탁 주(Tak Province)의 매솿(Mae Sot)마을에서 체포하여 이민자 구금 센터에 구금한 사례가 있다. 태국 정부는 이들이 미얀마에서 피난 온 로힝자인이라는 것을 부인하고 있으며(Fortify Rights 2020), 이렇게 태국 전역 이민자 구금 센터에 구금되어있는 로힝자 사람들은 2020년을 기준으로 약 200명에 달하는 것으로 알려졌다(HRW 2020). 태국은 2002년 세금으로 운영되는 공적의료보험 체계를 도입한 이래, 자국민과 노동허가증을 가지고 있는 외국인들이 의료보험을 통해 공공의료시설에 접근이 가능하도록 만들었지만, 로힝자 사람들과 같이 불법이민자로 분류되어 구금 된 경우에는 이러한 공공의료시설에 접근이 제한된다(Legido-Qulgley et al, 2020: 6).

태국의 이민자 구금 시설의 상태는 대부분 과밀화 되고 열악한 상황에 놓인 것으로 알려졌다(US Department of State 2015: 4). 그러나 다행히, 태국 내 구

금된 난민의 건강권 보장의 빈틈은 국제이주기구와 유엔난민기구가 이들에게 약간의 의료 서비스를 제공하면서 메우고 있다. 국제이주기구는 의료진들을 구치시설에 파견하여 구금된 로힝자 사람들을 대상으로 정기적인 의료서비스를 제공하고 있으며, 여기에는 심리사회서비스의 기회도 포함되어 있다. 특히, 심리치료의 일환으로 유엔난민기구는 구금된 로힝자 사람들이 미얀마나 방글라데시에 남겨진 친척들과 전화통화를 할 수 있도록 돕는데, 이것은 트라우마에 시달리는 난민들에게 제공되는 가장 효과적인 심리사회 서비스의 형태로 평가되고 있다(Sullivan 2016: 12).

태국 정부 또한 구금되어 있는 난민아동 권리보장을 위한 노력의 일환으로, 구금시설에 구류되어 있는 난민아동들을 사회개발과 인간안보부(Ministry of Social Development and Human Security)에서 운영하는 일반 보호소로 옮겼다. 비록 보호시설에서도 아동들의 이동의 자유는 제한되지만, 구금 아동을 대상으로 더 넓은 자유공간 제공 및 방문자들의 방문 횟수를 확대하고, 시민 단체들의 의료서비스를 확장했다는 점에서 좋은 평가를 받고 있다. 한편 이러한 정부와 국제기구들의 노력에도 불구하고 태국 내 구금시설에 통역가 부족과 같은 문제점은, 로힝자 사람들에게 보장된 기초 의료 서비스들이 실질적으로 이행되는 데 높은 장벽이 되는 것으로 지적되었다(Sullivan 2016: 11).

2) 인신매매의 피해자가 된 난민들에 대한 보호

미국무부의 연간 인신매매 보고서에 따르면 태국은 인신매매 평가 2등급의 인신매매 감시국(US Secretary of State 2021: 67)으로, 앞서 논의한 바와 같이 태국 인신매매의 피해자의 대부분은 로힝자인 것으로 알려져 있다. 그리고 이와 같이 로힝자 사람들의 취약한 상황을 이용하여 인도적 위기를 야기하는 인신매매 범죄에는 태국의 정치인, 경찰, 고위 육군 장교들이 연관되어 있는 것으로 밝혀져 큰 논란이 되었다(Head 2015). 이 때문에 태국 방콕 주재 시민단체들은 태국 내 인신매매 이슈와 관련하여 심각한 수준의 부패, 증인에 대한 협박, 증언 강요에 대해서 지속적으로 문제를 제기해 왔다.

시민단체들의 노력으로 태국 정부는 마침내 행정 결의안 11/ B.E.2559을 통해 태국 법무부가 인정하는 인신매매 생존자들에게, 연장이 가능한 최소 1년 이상의 태국 거주권과 노동허가증을 발급하고 이동의 자유와 노동의 기회를 보장하게 되었다(Fortify Rights 2016). 또한 인신매매 방지법을 통하여 태국에 도착한 로HING자들이 인신매매의 피해자로 판단될 경우, 태국 정부가 이들의 기본권을 보장하도록 하는 법률 제도를 마련했다. 예를 들어, 태국 정부는 인신매매의 피해자로 판단되는 사람을 최대 24시간 이상 임의대로 구금할 수 없고, 구금이 꼭 필요하다고 판단되는 경우에도 최대 7일 이상 구금을 할 수 없도록 규정해 놓았다(Royal Thai Government 2008). 이들은 구금시설이 아닌 일반 보호소에 수용되도록 했으며, 태국 정부가 제공하는 의료 서비스에 접근이 가능하도록 했다(Royal Thai Government 2008).

그러나 태국 정부의 로HING자 난민 정책 및 건강권 보장 문제는 지나치게 인신매매 이슈에 초점이 맞춰져 있는 것으로 보인다. 난민보호규범의 제도화는 거부하지만 인신매매 피해자 구제 제도화에는 적극적인 정부의 태도로 이루어 보아, 태국에서 난민보호의 사안은 더 이상 한정된 자원의 문제가 아니라, 정치적 의지의 문제로 판단된다.

4. 말레이시아: 난민 자금자족 네트워크와 난민의 건강권

2022년 1월 말 기준으로 유엔난민기구 말레이시아 지부에 등록된 난민과 비호신청자는 약 181,510명으로, 이 중 155,610명이 미얀마 출신, 그 가운데 103,560명은 로HING자 인구다. 이는 말레이시아에 거주중인 난민의 과반수를 로HING자 사람들이 구성하고 있다는 것을 의미한다(UNHCR-Asia Pacific 2022). 그러나 이 숫자는 구금시설에 구류되어있거나, 구금된 상태로 비호신청을 한 후 유엔난민기구의 공식 난민인정결과를 기다리고 있는 로HING자들은 제외한 수치이다. 로HING자 커뮤니티 지도자는 말레이시아 내에 등록되지 않은 로HING자 인구가 약 35,000명 이상 더 존재할 것으로 예상하고 있다(USCRIF 2020).

말레이시아는 태국과 마찬가지로 1951년 난민협약과 1967년 난민의정서의 비당사국이자 난민보호를 위한 국내 난민법도 부재하다. 뿐만 아니라, 말레이시아의 1957년 연방헌법 20조 (2)(c)항은 임시체류허가권을 가지고 말레이시아에 체류하는 자를 말레이시아의 거주자로 간주하지 않으며(Malaysia 1957), 말레이시아의 이민법 1959-1963은 공항이나 출입국사무소와 같이 승인되지 않은 장소를 통해 말레이시아로 입국하거나(5조), 합법적인 입국 허가서를 소지하지 않은 사람(6조), 말레이시아에서 지내는 동안 경제적으로 자립이 가능하다는 서류(8조 (3)(a)항)나 건강 진단서를 제출하기를 거부한 사람(8조 (3)(c)항), 정신건강과 관련된 문제를 겪고 있거나 전염병 앓고 있는 사람(8조 (3)(b)항)을 말레이시아에 합법적으로 거주할 권리가 부재한 불법 이민자로 규정하고 있다(32조)(Malaysia 1959). 그러나 로힝자 사람들은 미얀마에서 시민권을 박탈당해 제대로 된 신분증을 가지고 있지 못하고 자국의 폭력을 피해 급히 피난을 떠나는 경우가 많기 때문에, 말레이시아가 요구하는 각종 문서들을 소지하고 있을 확률이 희박하다. 그러므로 말레이시아에 비호신청을 위해서 입국하는 로힝자들은 다수 불법 이민자로 분류가 되어, 언어 및 신체적 폭력과 임금 착취, 자의적 해고, 성희롱, 급습과 같은 폭력 및 정부에 의한 체포와 구금의 위협에 노출되어 있다.

위와 같이 난민 보호를 위한 제도의 부재로 인해 말레이시아에는 난민캠프가 없으며, 이러한 결과로 로힝자 인구를 포함하여 말레이시아에 거주하는 난민들의 도시 거주 집중 현상은 더욱 심각해지고 있는 것으로 알려져 있다. 예를 들어, 약 59%의 난민들이 말레이시아의 수도인 쿠알라룸푸르나 주변 도시 클랑 벨리, 페낭, 조호르, 말라카와 같은 도시에 거주 중이며, 이 비율은 점차 증가하고 있는 것으로 알려졌다. 또한, 말레이시아에 거주 중인 도심 난민들은 대부분 난민 장기화 사태에 놓여있는데, 한 인터뷰 결과에 따르면 로힝자 인구의 4분의 1이 말레이시아에 20년 이상 거주 중이었으며, 가장 길게는 31년 이상을 거주 중인 이도 있었다(Wake and Cheung 2016: 2).

이러한 상황에서, 말레이시아에 거주 중인 로힝자 난민들의 건강권 보장 문

제는 대부분 유엔난민기구의 손에 달려있다. 유엔난민기구에 의해 난민으로 인정되어 발급받은 신분증 소지 여부가 로힝자 사람들의 공공의료시설 접근성 여부를 판가름하기 때문이다. 유엔난민기구가 발급한 신분증을 가지고 있다는 것은 곧 로힝자 난민이 말레이시아에서 한시적으로나마 합법적으로 거주할 수 있는 지위를 부여받았다는 뜻이며, 자의적 구금 및 체포의 상황에서 저항할 수단을 가지고, 일할 권리와 함께 보험이나 정부의 의료비 지원금과 같은 제도의 수혜자가 될 수 있다는 의미이다. 그러므로 유엔난민기구의 신분증은 말레이시아 내에서 로힝자들에게 “가장 중요한 형태의 보호 도구”로 손꼽힌다(Sullivan 2016: 8).

1) 난민을 위한 말레이시아의 특별 의료정책

말레이시아는 놀랍게도 난민을 위한 특별 의료 정책들이 존재한다. 첫째, 유엔난민기구에 의해 난민으로 인정받은 공식 신분증을 소지한 로힝자들은(비호신청자는 제외), 정부가 운영하는 공공의료기관에서 외국인 의료비의 절반인 50%의 의료비를 할인 받는다(UNHCR- Malaysia 2022). 둘째, 말레이시아에는 난민들을 위한 의료보험 서비스가 존재한다. 유엔난민기구는 말레이시아 정부 및 민간 기업과 협력하여 난민의료보험(REMEDI: Refugee Medical Insurance)을 제공하고 있다. 난민의료보험을 가지면 난민들은 개인 당 40에서 2천 4백 달러, 가족 당 50에서 2천 9백 달러까지, 의사 문진을 포함하여 최대 30일까지의 입원비, 구급차 사용비, 수술 또는 마취비에 대한 의료 지원을 받을 수 있다. 이러한 제도 덕분에 말레이시아에서 난민으로 인정받은 인구의 일차의료 서비스 접근성은 무려 92.2%에 달하는 것으로 나타났다(UNHCR 2021).

그러나 이러한 건강권 보장제도도 외국인의 의료비가 100퍼센트 상승함에 따라, 난민의 공공의료시설 접근이 매우 어려워졌다(Malay Mail 2017). 난민 의료보험도 오직 유엔난민기구에서 발급한 신분증을 가진 난민에게만 적용되며, 아주 적은 수의 난민만이 이 제도에 대해 인지하고 있어 실제로 난민의료

보험에 등록한 난민의 수는 2021년을 기준으로 총 23,113명, 등록률은 12.2% 수준으로 매우 낮은 것으로 나타났다(UNHCR 2021). 또한 임신이나 출산과 관련된 의료비의 경우 치료비가 미화 1,500달러부터 6,000달러까지 달하는 등, 높은 의료비로 인해 로힝자 산모들의 의료 서비스 접근성이 떨어지는 것은 말레이시아 내 난민들에게 있어 가장 큰 의료 문제로 인식되고 있다(Sullivan 2016: 7). 이와 같은 문제의식을 반영하듯, 난민들은 의료 서비스 접근 장애요인으로 높은 의료비(50%), 병원의 진료거부(33.3%), 교통문제(16.7%)를 지적한 바 있다(UNHCR 2021). 물론 유엔난민기구 말레이시아 지부는 심각한 의료 문제를 겪고 있는 로힝자의 난민지위심사절차를 우선시 해 주거나, 이미 등록된 난민들에게는 의료보험 등록비와 진료비를 대신 내주는 방법 등을 통해 난민의료지원을 지속해 나가고 있다. 이러한 노력의 결과로, 2017년 6월을 기준으로 총 1,077명의 로힝자 난민들이 유엔난민기구에 의료지원을 요청했으며, 이 중 50여건의 사례가 우선사례로 선별되어 선지원을 받은 것으로 나타났다(UNHCR 2021).

그러나 말레이시아에서 난민을 위한 의료 정책의 이행에 있어 가장 문제가 되는 것은 이러한 제도들이 유엔난민기구에 의해 난민으로 인정된 사람들에게만 적용되며, 이렇게 난민으로 인정받기 위해 비호신청을 하는 것 자체도 난민들에게 쉬운 과제는 아니라는 점이다. 난민의 신분증 발급은 말레이시아의 수도 쿠알라룸푸르 유엔난민기구 사무실에서만 가능하기 때문에 도시 외곽지역에 거주 중인 난민에게는 긴 여행거리와 높은 여행비가 하나의 걸림돌이 되고 있다. 그리고 방문에 성공했다고 하더라도 응급상황이 아닌 경우에는 유엔난민기구가 전화로 곧 연락하겠다는 약속을 하고 난민을 돌려보내게 되는데, 이렇게 주선된 의료 검진은 대체로 1년 이상 대기 기간이 발생한다는 문제가 있다. 그리고 대부분의 난민들은 불안정한 노동과 수입으로 전화번호를 유지하지 못해 유엔난민기구로부터 연락을 받지 못하는 경우가 허다하다(Sullivan 2016: 10). 사실 말레이시아 법에 따르면 공공병원은 응급 의료 상황이 발생 시, 모든 사람에게 의료 서비스를 제공해야 할 의무를 가진다(Sullivan

2016: 7). 그러나 실제로는 말레이시아 정부가 유엔난민기구가 발급한 신분증이 없는 로힝자 사람들에게 의료 지원을 전혀 하고 있지 않으며, 혹여 이들이 공공병원을 찾았을 때에는 소속 의사나 관계자가 이민청에 고발하도록 하는 행정명령을 발효함으로써, 로힝자 난민들을 적극적으로 체포하고 구금하도록 하고 있다(CEDAW 2018).

2) 구금 및 구치시설 내 의료 문제와 국제기구의 대응

유엔난민기구 말레이시아 지부는 이민자 구금시설에서 응급 의료상황에 처한 로힝자들을 돕기 위해, 2015년 9월 파트너 추천 시스템(Partner Referral System)을 도입했다. 새로운 시스템의 도입으로, 구류된 난민에게 응급 의료 상황이 발생하면 해당 난민과 유엔난민기구의 직원이 가장 먼저 연락을 할 수 있는 시스템이 구축되었다. 유엔난민기구에 의해 긴급상황이 아니라고 판단이 되는 경우에는 난민들에게 대안적으로 의료 서비스를 제공하는 시민단체의 정보가 주어지며, 임신 또는 출산과 같이 응급상황으로 분류되는 경우에는 UNHCR-NGO 네트워크와 같은 공식적인 경로를 통한 특별 의료지원이 제공된다(Sullivan 2016: 10).

유엔난민기구의 실태 보고서에 따르면, 긴급으로 건강권 보호 및 의료 서비스 개입이 필요한 난민들을 파악하고 지원하기 위해 현재 말레이시아 내에는 23개의 난민 커뮤니티가 존재하며, 파트너 추천 시스템이 시행된 첫 해에는 764건의 사례를 통해 1,501명의 난민들이 의료 지원 대상으로 유엔난민기구에 추천되었다. 그리고 이 중에 650건(전체의 87%)은 유엔난민기구에 의해 긴급 개입 사례로 승인되어 처리되었다. 한때는 유엔난민기구가 말레이시아 내 로힝자들을 도와주는 의료관련 시민단체 목록을 공개적으로 밝히지 않아, 난민들의 의료 접근성을 낮춘다는 비판을 받았었다. 그러나 시민단체들의 노력으로 유엔난민기구 말레이시아 지부는 대안적 의료 서비스를 지원하는 시민단체 목록을 공식적으로 공개하여 정보의 투명성을 높인바 있다. 현재는 시민단체들에 의해 운영되는 총 14개의 진료소의 주소, 전화번호, 이메일 주소 및

운영 시간과 진료 과목을 유엔난민기구 홈페이지에 공개해 놓음으로서, 이들은 말레이시아 정부가 채우지 못하는 의료권 보장의 빈틈을 채워주고 있다는 평을 받고 있다(UNHCR-Malaysia 2022).

3) 로HING자 난민 자급자족 네트워크의 역할

그러나 여전히 유엔난민기구가 제공하는 의료 혜택에서 배제된 로HING자 사람들은 대부분 로HING자 부족 네트워크 또는 커뮤니티 기반 조직(community based-organizations)에 의지하는 것으로 나타났다. 한 연구에 따르면, 말레이시아에 거주 중인 모든 로HING자들은 다른 로HING자들로부터 도움을 받은 경험이 있는데(Zaman 2012: 137), 이는 로HING자 사람들이 미얀마에서 비슷한 이유로 자국에서 피난 후 말레이시아까지 오는 도중에 겪은 공통의 경험을 바탕으로 비슷한 인류애와 책임감들을 느끼고 공유하고 있기 때문인 것으로 보인다(Sullivan 2016: 20). 말레이시아 내에 이러한 커뮤니티 기반 조직은 총 15개가 존재하는 것으로 알려져 있고(Sullivan 2016: 13), 이들은 회원들의 정기 납부금, 말레이시아인들의 기부금, 유엔난민기구로부터 받은 지원금을 기반으로 로HING자 난민들에게 의료료를 포함한 다양한 서비스를 제공하고 있다. 예를 들어, 지방정부에 위치한 공공병원들이 종종 등록되지 않은 비호신청자들을 입원시켜주거나 치료를 해주는 경우가 있는데, 여기에는 로HING자 커뮤니티 조직 또는 무슬림 종교 지도자들의 영향력이 지대하다. 로HING자 커뮤니티 지도자들은 말레이시아 현지 지역 병원들과 오랜 시간 동안 좋은 관계를 발전시켜옴으로써, 로HING자 사람들에게 의료 문제 발생 시 난민 환자가 해당 지역의 로HING자 마을기관에 등록되어 있다는 신원 보장 추천서를 써준다. 또한 로HING자 난민을 위한 개인 후원자를 찾아 병원에 신용 보증을 서는 것을 도와주는 등, 병원 스태프들과의 협상을 통해 난민들의 입원 수속을 지원한다. 난민들이 병원에서 퇴원하여 회복할 때에도 커뮤니티 조직들은 보호소를 직접 운영함으로써 아픈 사람들을 도와주기도 한다. 공식적인 난민 지원이 부족하고 이민정책이 난민들에게 가혹할수록, 사회적 네트워크는 난민들의 생존과 성공을 결정하는

중요한 요인으로 알려져 있다(Palmgren 2013). 말레이시아에서도 시민단체와 난민 커뮤니티 같은 비공식적인 정책 행위자들이 중요한 사회적 자원이 되어, 등록되지 못한 난민들도 공공의료시설에 접근 가능하도록 지역 병원들과 협상하면서 난민 보호의 틈을 메우고 있다.

IV. 결론: 장기화된 난민위기 속 국제사회 공동대응의 부재

본 연구는 로힝자 난민 사태가 악화되면서 방글라데시와 동남아 3개국(미얀마, 태국, 말레이시아)에서 대두된 난민들의 의료 문제들을 정리하고, 이에 대한 대응으로 제공된 국가 및 국제기구, 비정부기구, 난민 자급자족 네트워크들의 의료지원 프로그램을 비교 및 분석했다. 동남아 지역에 위치한 로힝자 난민 발생국, 경유국, 목적국들은 모두 국제난민법의 비준을 거부하고 있어, 로힝자 사람들은 해당 국가들에서 공식적인 난민으로 인정받지 못한 채 유엔 난민기구의 인도적 지원에 삶을 의지하고 있다. 특히 태국과 말레이시아에서는 이민 인구 통제정책으로 인해 로힝자 사람들이 불법 이민자로 간주되고 있는 실정이다. 이러한 동남아 지역 내 난민보호제도화의 실패로 로힝자 사람들은 어느 국가에도 소속되지 못한 채, 강제이주 과정 동안 인신매매의 피해자가 되거나 공권력에 의해 체포 및 구금의 대상자가 되어 다양한 의료 문제에 노출되고 있다. 그리고 이렇게 심각한 인권침해 상황에서 생존을 위협받고 있는 로힝자 사람들의 보편적 인권으로서의 건강권 보장 문제는, 어느 한 국가에 소속될 수 없는 사람들의 인권보호에 대한 의무 이행 주체를 누구로 할 수 있을 것인가에 대한 근본적인 질문을 던진다.

그러나 본 연구의 결과는 지역 내 공동의 난민보호제도의 부재가 동남아 국가들의 난민보호에 대한 무관심과 난민의 건강권 보장의 완전한 부재를 의미하지는 않는다는 점을 시사하고 있다. 국가들의 난민보호 법률 및 정책의 제도화 거부로 인해 발생한 난민의 건강권 보호의 빈틈은 제한적이거나 국제

〈표 7-3〉 국가들의 난민보호 제도와 건강권 보장 현황 요약

	난민보호 제도와 로HING자의 신분	로HING자 관련 주요 의료 사안	난민 건강권 현황
미얀마	• 1951 난민협약, 1967 난민의 정서 비당사국 • 국내 난민법 부재 • 로HING자인을 시민으로 미인정	• 영양실조 • 장기간 신체적·정신적 폭력 노출 • 집단학살로 인한 피해	• 국가의 차별정책이 소수민족의 장기적 건강문제 야기
방글라데시	• 1951 난민협약, 1967 난민의 정서 비당사국 • 국내 난민법 부재 • 로HING자를 난민 캠프에 수용	• 열악한 난민캠프 조건 • 난민사태 장기화에 따른 정신적 건강 문제 • 강제추방정책	• 난민캠프 내 국제인권단체들이 각종 의료서비스 제공
태국	• 1951 난민협약, 1967 난민의 정서 비당사국 • 국내 난민법 부재 • UNHCR의 인정난민 및 비호 신청자 미인정 • 로HING자는 불법이민자로 간주	• 구금 정책 • 인신매매 피해	• 불법이민자의 경우 구금과 체포의 대상이 되고, 공공 의료시스템에 접근이 제한됨 • 반인신매매법(2008)과 행정 결의안 no. 11/B.E. 2559을 통해 인신매매 피해자들에게 의료권 보장
말레이시아	• 1951 난민협약, 1967 난민의 정서 비당사국 • 국내 난민법 부재 • 1957 연방헌법과 이민법 1959-63에 의해 로HING자는 불법이민자로 간주	• 구금 정책 • UNHCR 난민 인정의 어려움 • 높은 의료비	• 불법이민자의 경우 구금과 체포의 대상이 되고, 공공 의료시스템에 접근이 제한됨 • UNHCR의 인정난민은 외국인 의료비의 50% 할인 혜택 및 난민의료보험(REMED)에 등록 가능

기구, 비정부기구, 난민 자급자족 네트워크들이 제도화를 넘어선 다른 방식으로 채워나가고 있다. 물론 난민들의 건강권 보장 문제를 난민 스스로 해결하도록 하는 시스템은 올바른 것도 아니고 권장될 만한 사안도 아니다. 난민이 되는 순간 의료공공성을 박탈당한 난민들이 국제사회 또는 지역차원의 공동 대응도 부재한 가운데 국민으로 인정받지도 못하는 타국에서 스스로를 구하는 방식으로 인도적 긴급 위기 상황에 대처한다는 것은 상상조차 어려운 일이다. 그러므로 장기화된 로HING자 사태 속에 난민 위기 극복을 위한 동남아 국가들의 종합적인 대응 부재는, 정치 및 사회구조적인 이유로 난민이 된 로HING자 사람들이 같은 이유로 끝이 없는 인도적 위기 상황의 굴레에서 벗어나지 못하

게 만들고 있다.

그리고 본 사안은 우리로 하여금 난민보호제도화의 문제를 다시 상기시킨다. 물론 동남아 지역에서 난민들의 건강권 향상을 위한 난민보호제도화는 단기간에 실현 가능한 목표가 아니다. 이점에서 말레이시아 정부가 국제난민법 비준이나 국내난민법의 새로운 제정 없이 국제기구와의 협조를 통해 로힝자 난민의 건강권을 향상에 기여한 점에 대해 주목할 필요가 있다. 기존 연구가 제시하듯 동남아 지역 내에서 종교는 난민의 건강권 향상에 있어서 단일 효과를 크게 가져오지는 못했다. 그러나 말레이시아 사례에서 관찰할 수 있었던 것처럼 종교라는 변수가 수용국 내에서 국제기구의 적극적인 활동을 위한 기회의 문을 열고, 국제기구와 난민 네트워크의 역량이 서로 결합하여 난민의 건강권 향상을 위해 이끌어 낸 상승효과는 제한적이거나 긍정적이었다고 평가할 수 있다. 난민 수용국 내에서 국제기구의 적극적인 역할은 현지사회에서 난민 커뮤니티 조직이 자립성을 확보하는데 기여함으로써, 장기적으로는 말레이시아 내 난민들의 의료서비스 접근권 향상이라는 효과로 연결된 것이다. 그러므로 본 사례연구의 결과는 난민보호의 제도화가 미비한 동남아 지역 내에서 난민들의 건강권 보장이 결국 국제기구의 지원을 받고 자립한 난민 커뮤니티 조직의 역량에 달려있다고 시사한다. 안정된 난민 커뮤니티가 지역 사회에 존재하는 난민 수용국일수록 새로 도착한 난민들에게 자원을 공유해 줄 수 있는 잠재성을 가질 확률이 높아, 지역 내 수용되어 있는 난민 전체의 의료 서비스 접근성을 높이기 때문이다. 우리는 흔히 난민들을 수용국 또는 국제사회의 지원에 의지하는 사회의 부담으로 생각한다. 그러나 본 연구 결과는 난민들이 자립적인 주체가 될 수 있다는 점을 시사한다. 그리고 이는 앞으로 동남아 지역에서 난민 수용국과 국제기구가 난민 정책을 수립할 때, 어떠한 부분에 더욱 초점을 맞춰야 하는지 교훈을 줄 것으로 기대된다.

참고문헌

- 국제앰네스티. 2016. “말레이시아: ‘보트 난민 위기’ 후 1년, 여전히 열악한 생존자 처우.”
- 아디. 2022. “로힝자 여성 스토리북: 돌아봄, 돌봄, 봄.”
- 최원근. 2021. “아시아의 난민보호와 시민사회의 대응.” 『국제정치논총』 61(1): 7-39.
- ADI(Asian Dignity Initiative). 2021. “Consolidated Rohingya Genocide Report: They did it because we are Muslim.”
- BBC. 2015. “SE Asia Migrants ‘Killed in Fight for Food’ on Boat.” May 17. <https://www.bbc.com/news/world-asia-32772333> (검색일: 2022.02.21.)
- CEDAW. 2018. “Concluding Observations on the Combined Third to Fifth Periodic Reports of Malaysia.” CEDAW/C/MYS/CO/ 3-5. United Nations. March 14. <https://digitallibrary.un.org/record/1627641> (검색일: 2022.02.23.)
- Clark, Ann Marie. 2001. *Diplomacy of Conscience: Amnesty International and Changing Human Rights Norms*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Cochrane, Joe. 2015. “In Reversal, Myanmar Agrees to Attend Meeting on Migrant Crisis.” *The New York Times*. May 21. <https://www.nytimes.com/2015/05/22/world/asia/myanmar-rohingya-migrant-crisis-malaysia-thailand-indonesia.html> (검색일: 2022.02.23.)
- Fortify Rights. 2016. “Thailand: Implement Cabinet Resolution to Protect Survivors of Human Trafficking.” April 19. <https://www.fortifyrights.org/tha-inv-2016-04-19/> (검색일: 2022.03.02.)
- Fortify Rights. 2020. “Thailand: Protect Rohingya Refugees from Forced Return, Indefinite Detention.” June 5. <https://www.fortifyrights.org/tha-inv-2020-06-05/> (검색일: 2022.03.02.)
- Head, Jonathan. 2015. “Sold for Ransom: on the Trail of Thailand’s Human

- Traffickers.” *BBC*. May 22. <https://www.bbc.com/news/world-asia-32835811> (검색일: 2022.03.03.)
- Health UNHCR. 2018. “Diabetes Awareness and Care: Rohingya Language.” October 29. <https://www.youtube.com/watch?v=h10m27muUwU> (검색일: 2022.02.24.)
- Hoffstaedter, Gerhard. 2017. “Refugees, Islam, and the State: The Role of Religion in Providing Sanctuary in Malaysia.” *Journal of Immigrant & Refugee Studies* 15(3): 287–304.
- HRC(Human Rights Council). 2014. “Report of the Special Rapporteur on the Situation of Human Rights in Myanmar, Tomas Ojea Quintana.” A/HRC/25/64. United Nations. <https://www.ohchr.org/en/documents/country-reports/ahrc4656-report-special-rapporteur-situation-human-rights-myanmar-thomas> (검색일: 2022.01.14.)
- Human Rights Watch. 2020. “Thailand: Let UN Refugee Agency Screen Rohingya: End Inhumane Indefinite Detention of Asylum Seekers.” May 21. <https://www.hrw.org/news/2020/05/21/thailand-let-un-refugee-agency-screen-rohingya> (검색일: 2022.01.18.)
- Jonathan Head. 2015. “Sold for Ransom: On the Trail of Thailand’s Human Traffickers.” *BBC*. May 22. <https://www.bbc.co.uk/news/world-asia-32835811> (검색일: 2022.02.07.)
- Keck, Margaret E., and Sikkink, Kathryn. 1998. *Activists Beyond Borders, Advocacy Networks in International Politics*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Kim, Jeonghyeon. 2021. “The Role of International Intervention in Managing Refugee Crises: Lessons from Vietnamese and North Korea Refugee Cases in China.” *The Pacific Review*. Published online.
- Kunz, E.F. 1981. “Exile and Resettlement: Refugee Theory.” *International*

- Migration Review* 15(1/2): 42–51.
- Lam, J. 2013. “China’s Refugee Policy in Comparison.” E-International Relations. August 25. <https://www.e-ir.info/2013/08/25/chinas-refugee-policy-in-comparison/> (검색일: 2022.03.12.)
- Lamb, Kate. 2015. “‘They Hit us, with Hammers, by Knife’: Rohingya Migrants Tell of Horror at Sea.” *The Guardian*. May 17. <https://www.theguardian.com/world/2015/may/17/they-hit-us-with-hammers-by-knife-rohingya-migrants-tell-of-horror-at-sea> (검색일: 2022.03.12.)
- Legido-Qulgley, Helena., Flona Leh Hoon Chuah, and Natasha Howard. 2020. “Southeast Asian Health System Challenges and Responses to the ‘Andaman Sea Refugee Crisis’: A Qualitative Study of Health-sector Perspectives from Indonesia, Malaysia, and Thailand.” *PLOS Medicine* 17(11): 1–22.
- Malay Mail. 2017. “Health Ministry Hikes up Hospital Fees for Foreigners up to 230pc.” April 8. <https://www.malaymail.com/news/malaysia/2017/04/08/health-ministry-hikes-up-hospital-fees-for-foreigners-up-to-230pc/1351929> (검색일: 2022.03.18.)
- MSF(Médecins Sans Frontières). 2020. *MSF and The Rohingya 1992–2014*. Binet, Laurence ed. Geneva: MSF.
- _____. 2022. “Values.” <https://www.doctorswithoutborders.ca/content/values#:~:text=At%20the%20core%20of%20Doctors,These%20are%20the%20MSF%20principles> (검색일: 2022.05.06.)
- Min, Nusrat Jahan. 2020. “Religion at the Margins: Resistance to Secular Humanitarianism at the Rohingya Refugee Camps in Bangladesh.” *Religions* 11(8): 423.
- Palmgren, Pei A. 2013. “Irregular Networks: Bangkok Refugees in the City and Region.” *Journal of Refugee Studies* 27(1): 21–41.

- Reuters. 2022. "Six Rohingya Dead, Hundreds Flee after Riot at Malaysian Detention Camp." April 20. <https://www.reuters.com/world/asia-pacific/six-rohingya-dead-hundreds-flee-after-riot-malaysian-detention-camp-2022-04-20/> (검색일: 2022.02.09.)
- Royal Thai Government. 2008. "The Anti-Trafficking in Persons Act B.E 2551."
- Song, L. 2020. *Chinese Refugee Law and Policy*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Southwick, Katherine, J. D. & M. Lynch. 2009. *National Rights for All: A Progress Report and Global Survey on Statelessness*. Refugees International.
- Statista. 2022. "Health Expenditure as a Share of Gross Domestic Product in Myanmar 2010 to 2019." <https://www.statista.com/statistics/780526/health-expenditure-share-of-gdp-myanmar/> (검색일: 2022.04.06.)
- Sullivan, Daniel. 2016. "Still Adrift: Failure to Protect Rohingya in Malaysia and Thailand." *Refugees International Field Report*. November 16. <https://www.refugeesinternational.org/reports/2016/rohingya> (검색일: 2022.03.11.)
- The Government of Malaysia. 1957. "Federal Constitution."
- _____. 1959. "Immigration Act, 1959-1963."
- UNHCR. 2021. "Fact Sheet: Thailand." December 31. <https://www.scribd.com/document/447500521/UNHCR-Thailand-Fact-Sheet-2019-December> (검색일: 2021.10.28.)
- UNHCR. 2021. "Public Health in Malaysia." <https://www.unhcr.org/public-health-in-malaysia.html> (검색일: 2021.10.28.)
- UNHCR-Asia Pacific. 2022. "Figures at a Glance in Malaysia." <https://www.unhcr.org/figures-at-a-glance-in-malaysia.html> (검색일: 2022.01.25.)
- UNHCR-Malaysia. 2022. "Health Services." <https://refugeemalaysia.org/support/health-services/> (검색일: 2022.01.25.)

- UNHCR Population Statistics Database. 2022. “Refugee Data Finder.” <https://www.unhcr.org/refugee-statistics/download/?url=z81qNV> (검색일: 2022.03.31.)
- UN Strategic Executive Group. 2018. “JPR for Rohingya Humanitarian Crisis: March–December 2018.” March 16. <https://reliefweb.int/report/bangladesh/jrp-rohingya-humanitarian-crisis-march-december-2018-0> (검색일: 2022.02.18.)
- US Department of State(Bureau of Democracy, Human Rights and Labor). 2015. “Thailand 2015 Human Rights Report.” *Country Reports on Human Rights Practices for 2015*.
- US Commission on International Religious Freedom(USCIRF). 2020. “Fact sheet: Rohingya Refugees.” <https://www.uscifr.gov/sites/default/files/2020%20Legislation%20Factsheet%20-%20Rohingya%20Refugee%5B5481%5D.pdf> (검색일: 2022.01.15.)
- US Secretary of State. 2021. “2021 Trafficking in Persons Report.” July 1. <https://www.state.gov/reports/2021-trafficking-in-persons-report/> (검색일: 2022.03.21.)
- UN(United Nations). 1948. “Convention on the Prevention and Punishment of the Crime of Genocide.” https://www.un.org/en/genocideprevention/documents/atrocity-crimes/Doc.1_Convention%20on%20the%20Prevention%20and%20Punishment%20of%20the%20Crime%20of%20Genocide.pdf (검색일: 2022.01.25.)
- _____. 2019. “UN Independent International Fact– Finding Mission on Myanmar Calls on UN Member States to Remain Vigilant in the Face of the Continued Threat of Genocide.” October 23. <https://www.ohchr.org/en/press-releases/2019/10/un-independent-international-fact-finding-mission-myanmar-calls-un-member> (검색일: 2022.01.25.)

- UN Women. 2021. "COVID-19 and Violence against Women: What the Data Tells Us." November 24. <https://www.unwomen.org/en/news-stories/feature-story/2021/11/covid-19-and-violence-against-women-what-the-data-tells-us> (검색일: 2022.02.03.)
- Wake, Caitlin and Tania Cheung. 2016. "Livelihood Strategies of Rohingya Refugees in Malaysia: We Want to Live in Dignity." Overseas Development Institute.
- World Bank. 2022. "Net ODA Received per Capita(Current US\$): Myanmar" <https://data.worldbank.org/indicator/DT.ODA.ODAT.PC.ZS?locations=MM> (검색일: 2022.04.06.)
- Zimmerman, Cathy., Kiss, Ligia. and Hossain, Mazed. 2011. "Migration and Health: A Framework for 21st Century Policy-Making." *PLOS Medicine* 8(5): 1-7.

부록

동남아시아와 한국의
주요 건강 지표*

부록. 동남아시아와 한국의 주요 건강 지표

1. 건강 지표

	전체 인구수 (천명)	기대수명 (나이)	건강수명 (나이)	신모 사망률 (출생아 10만 명당)	숙련된 보건 인력이 참여한 출산비용 (%)	5세 미만 아동 사망률 (천 명당)	신생아 사망률 (천 명당)	신규 HIV 감염자수 (백만 명당) 천 명당)	결핵 발생률 (10만 명당)	말리리아 발병률 (천 명당)	자살률 (10만 명당)	청소년 출산률 (15-19세 여성 천 명당)	청소년 출산률 (10-14세 여성 천 명당)	실내 공기 오염 및 대기오염 으로 인한 사망률 (10만 명당)	안전하지 않은 물, 하수처리, 부족한 위생시설로 인한 사망률 (10만 명당)	연령 표준화된 만 15세 이상 인간 사망률 (%)	디프테리 아, 파상풍, 백일해 (DTP3) 만 1세 미만 예방 접종률 (%)	5세 미만 발육부진 아동 비율 (%)
년도	2020	2019	2019	2017	2012-2021	2020	2020	2020	2020	2020	2019	2012-2020	2012-2020	2016	2019	2020	2020	2020
국가																		
브루나이	437	74.3	65.6	31	100	12	6	-	83	-	27	9.9	-	13.3	0.1	16.2	99	127
캄보디아	16,719	70.1	61.5	160	89	26	13	0.07	274	5.8	4.8	30	0.1	149.8	6.5	21.1	92	29.9
인도네시아	273,524	71.3	62.8	177	95	23	12	0.1	301	2.9	2.4	36	0.3	112.4	7.1	37.6	77	31.8
라오스	7,276	68.5	60.5	165	64	44	22	0.13	149	1.5	5.4	83.4	2.6	188.5	11.3	31.8	79	30.2
말레이시아	32,366	74.7	65.7	29	100	9	5	0.19	92	0	5.7	8.6	0.1	47.4	0.4	22.5	98	20.9
미얀마	54,410	69.1	60.9	250	60	44	22	-	308	2.5	2.9	21.3	0.1	156.4	12.6	44.1	84	25.2
필리핀	109,381	70.4	62	121	84	26	13	0.15	539	0.7	2.1	35.6	0.5	185.2	4.2	22.9	71	28.7
싱가포르	5,850	83.2	73.6	8	100	2	1	0.01	46	-	11.2	21	0	25.9	0.1	16.5	-	2.8
태국	69,800	77.7	68.3	37	99	9	5	0.1	150	0.2	8.8	31.7	0	61.5	3.5	22.1	97	12.3
동티모르	1,318	69.6	60.9	142	57	42	19	0.1	508	0.1	3.7	41.9	0.4	139.8	9.9	39.2	86	48.8
베트남	97,339	73.7	65.3	43	96	21	10	0.06	176	0.1	7.5	29	0	64.5	1.6	24.8	94	22.3
한국	51,289	83.3	73.1	11	100	3	1	-	49	0.1	28.6	0.9	0	20.5	1.8	20.8	-	2.2

출처: WHO, World Health Statistics 2022; Monitoring Health for the SDGs, Sustainable Development Goals.

2. 보건의료 인프라 지표

	의사 수 (인구 1만 명당)	간호 및 조산사 수 (인구 1만 명당)	치과의사 수 (인구 1만 명당)	약사 수 (인구 1만 명당)	13개의 국제보건규정(IIC) 핵심 역량 점수 평균
년도 국가	2012-2020	2012-2020	2012-2020	2012-2020	2021
브루나이	16.1	59	2.5	1.7	-
캄보디아	1.9	10.1	0.9	0.3	57
인도네시아	6.2	39.5	1.2	0.9	64
리오스	3.5	11.9	0.8	2.3	38
말레이시아	22.9	34.8	3.1	0.8	85
미얀마	7.4	10.8	0.7	0.8	57
필리핀	7.7	54.4	2.6	3.3	62
싱가포르	24.6	62.4	4.1	5.1	94
태국	9.5	31.5	2.7	6.3	88
동티모르	7.6	17.5	0.1	2.1	60
베트남	8.3	14.5	-	3.4	64
한국	24.8	81.8	5.2	7.6	95

출처: WHO, World Health Statistics 2022: Monitoring Health for the SDGs, Sustainable Development Goals.

3. 보건재정 및 의료비 지출 지표

년도 국가	전체 가계 지출 혹은 소득 대비 의료비 지출 10% 이상인 인구 (%)	전체 가계 지출 혹은 소득 대비 의료비 지출 25% 이상인 인구 (%)	정부 총지출(GGE) 대비 국내 보건지출 비율(GGHE-D) (%)	GDP 대비 의료비지출 (%)*	1인 의료비 지출 중 정부 지출 비율(%)*	1인 의료비 지출 중 가계지출(OOPS) 비율 (%)*
	2012-2020	2016	2019	2019	2019	2019
브루나이	-	-	68	216	94.3	5.7
캄보디아	17.9	4.9	7	6.99	24.3	64.6
인도네시아	4.5	0.9	8.7	2.9	48.9	34.8
라오스	-	-	4.7	2.6	36.9	41.8
말레이시아	1.5	0.1	8.5	3.83	52.2	34.6
미얀마	12.7	3.5	3.6	4.68	15.8	76
필리핀	6.3	1.4	7.6	4.08	40.6	48.6
싱가포르	9	1.5	14.5	4.08	50.2	30.2
태국	1.9	0.3	13.9	3.79	71.7	8.7
동티모르	2.6	0.6	4.8	7.16	55.9	8.2
베트남	8.5	1.7	10.1	5.25	43.8	43
한국	12	2.9	14.3	8.16	59.5	30.2

출처: WHO. World Health Statistics 2022: Monitoring Health for the SDGs, Sustainable Development Goals.

* 출처: WHO Global Health Expenditure Database. https://apps.who.int/nha/database/country_profile/Index/en (검색일: 2022.06.08.)

찾아보기

국문

ㄱ

가사노동자 189~190, 192, 194, 196, 199,
203~204, 207, 211

가슈나(Gayunah) 154

감염병 28~29, 86, 93, 96, 102, 107, 113, 123,
181~182, 193~194, 199 202, 204~207, 271

개인 책임 185, 209

건강 11~30, 33, 35~39, 42, 45, 47~50, 52~55,
59~69, 77~89, 91, 93, 94, 96~98, 100, 101,
103~104, 108~109, 114, 118, 120, 122,
125~126, 128, 131, 133~143, 149~152, 154,
158, 160, 162, 168~171, 174, 179, 181~186,
188~189, 191~197, 199~201, 203~210, 212,
222~232, 234~236, 239, 240, 242~247, 249,
251~253, 261, 263

건강권 15, 22~23, 37~38, 42, 45, 48, 52, 55,
118, 122, 134, 136, 170, 174, 183, 195,
223~225, 227~231, 234, 236, 239~240,
242~247, 249, 251~253

건강보험 16~17, 19, 25~26, 35~37, 39, 47,
59~60, 62~67, 69, 79~89, 91, 94, 97~98,
101, 103, 114, 149, 170, 185, 195

건강보험법 81~82, 86, 89, 97, 103

건강불평등 100, 191

건강사회보장공단 48, 59~60, 63

경제개발계획 40~41

경제발전 41~42, 69, 138, 142, 159, 170

경제성장 42, 44, 80, 151, 190

경제위기 44~45, 46, 60, 65

고용주 15, 47, 63, 149, 181~182, 184, 189,
191, 197~200, 202~211

골카르당(Golkar) 58

공공병원 20, 26, 52, 54, 86, 94, 98~99, 105,
107~114, 116~126, 128, 135~136, 139,
144~148, 155~158, 169, 171, 172, 186~189,
197~198, 205, 210, 248~250

공공병원 구조조정 186

공공성 21, 27, 100, 107~109, 113~114,
119~123, 125, 127, 134, 225, 252

공공재 19, 126

공무원연금보험사 62

과밀화 84, 89, 92~93, 242~243

국가보건계획 151~152, 164, 170, 184

국가보건위원회(National Health Committee)
153

국가사회보장법 36~37, 46~49, 54~57, 65

국군사회보험사 62

국민건강프로그램 138~139

국회 36, 55~58, 61~62, 80~81, 83, 86, 104

근로사회보장공단 59

근로자사회보장 39, 59, 62

기대수명 42, 182, 263

기숙사 181~182, 191, 193, 200~204, 207~208, 211

쿨론 뵤로그(Kulon Progo) 52

ㄴ

나르기스 157, 171

난민 6~7, 23~24, 28, 219, 221~232, 234~254,
270

노동절 56

노동조합 18, 25, 37, 46, 48, 55~56, 58~60, 61,
63~67, 205, 208

ㄷ

대중보건센터 39~43, 45, 49~50, 52~54

도농 격차 108, 141, 152, 169

도이머이(đôi mới) 78

□

말레이시아 14, 28, 183, 192, 200, 223,
227~230, 242, 245~251, 253~254, 264~265
매타오클리닉(Maetao Clinic) 160
메가와티(Megawati) 36
메디세이브(Medisave) 195
메디셴드(MediShield) 184
메디셴드라이프(MediShield Life) 185
메디펀드(Medifund) 185, 195
모조꺼르또(Mojokerto) 42
무상의료 50, 54, 60~61, 67, 85, 149, 168~169
미얀마 12, 14, 17~18, 23~24, 27~28, 131, 133,
135~141, 143~172, 174, 192, 221~223,
227~235, 237~239, 241~246, 250~252,
263~265
민간클리닉 188, 201
민주주의 18, 25, 27, 35, 37~38, 55, 65~68,
121, 158, 171, 270
민주투쟁당 56, 58
민주화 25, 37, 44~46, 53~54, 61, 65~66,
68~69, 142~143, 155, 160, 169, 172

ㅂ

방글라데시 28, 192, 221, 223, 227~231,
234~242, 244, 251
베트남 14, 17~18, 20, 23, 26~27, 75, 77~82,
84~89, 91~92, 94, 97~100, 103~104, 174,
263~265
베트남공산당 79~80
보건개혁 35~37, 55~56, 59~60, 63, 66, 139,
154, 196
보건전략정책연구원 87~88, 100
보건정책 36, 51, 65~66, 140, 153, 155, 162,

165, 167, 169

보조금 12, 17, 42, 45~47, 52~54, 86~87, 149,
184~185, 187~189, 195~198, 205, 209~210
보편적 건강보장 11~16, 18~25, 27~29, 36~38,
48~49, 52~55, 59, 63, 64~65, 67~69, 77~79,
81, 91, 93~94, 100, 108~109, 122, 125~126,
131, 133, 136, 151~152, 160, 168, 170, 182,
194~196, 212
보편적보장보험 109~110, 112, 123
보험료 16~17, 39, 47, 53, 60~61, 63, 80,
82~83, 109, 185~186, 196, 206
복지 14~15, 26, 36, 38~39, 45, 47~48, 53,
58, 61, 65~66, 69, 80, 107, 128, 135, 138,
143~144, 149~150, 153, 155~156, 160~162,
167, 171, 184, 207, 212, 240
복지국가 65, 69, 138, 149, 153, 212
복지 발전 65~66
복지정의당(PKS) 58
본인부담금 16, 52~54, 83, 91~92, 99, 110, 185,
196
분권화 81, 165
비엠텔(Viettel) 96
비전염성 만성질환 99
빈곤 13, 17, 23~24, 26~27, 35, 39, 41, 44~47,
49~53, 60~61, 69, 77~78, 80~81, 83, 91, 96,
109~111, 134~135, 144, 148, 150~151, 169,
271
빠라히따(parahita) 156
뿌르바링가(Purbalingga) 52

ㅅ

사이드 이크발(Said Iqbal) 56
사적 책임 198
사회건강보험제도 86~87
사회권 134

사회보장 15~18, 25~27, 36~39, 44~50, 55~65,
69, 77, 79, 109, 123, 149~151, 154, 169,
174, 184, 191, 198, 212~222, 224
사회보장관리공단 47~48, 55~59, 61~65
사회보장관리공단법 48, 56~59, 61, 63~65
사회보장행동위원회 55
사회안전망 38, 45
사회운동 25, 37~38, 55~56, 59, 64
사회화 55, 80, 83~84, 86~89
산업재해보상법 199
산업재해보장 63
생명권력 22~23
수렴 158, 164~166, 168
수리아 쥘안드라(Surya Tjandra) 56
수카르노(Sukarno) 38
수하르토(Suharto) 38
시민불복종운동(Civil Disobedience
Movement) 135
시민사회 25, 37~38, 48, 56, 59, 65, 67, 136,
152, 157~158, 160, 166, 171~172, 183,
205~206, 208~209, 211, 239, 254
시민소송 57
시행령 79~83, 87, 90
신데믹(syndemic) 152
신시아 마웅(Cynthia Maung) 160
실업률 44
싱가포르 6~7, 14, 17~18, 23~24, 27, 179,
181~192, 194~196, 198, 200, 202~206,
208~210, 212, 236, 263~265

○

아동사망률 36
알마아타 선언(Alma Ata Declaration) 16, 140
엘리트 37, 64~65, 67
연금 39, 62, 64, 80, 149

연방제 165
영아사망률 42
외국인 노동자 27~28, 108, 179, 181~183,
188~211
외환위기 38, 42, 116
원격진료 78, 93, 96~97, 99, 102
원격진료지원플랫폼 97
위성병원 93
의료보장 16, 35, 41~42, 45~51, 53, 67, 91,
108~109, 138, 149, 151, 182, 191, 194~198,
205~206, 208, 210
의료보장제도 16, 35, 46, 50, 108~109, 149,
182, 191, 195~197
의료보험 12~13, 16~17, 21, 28, 39, 43, 49,
51, 53~54, 65, 80, 82, 109, 112~113, 182,
189, 194~195, 197~200, 202~203, 205~207,
209~211, 243, 247~248, 252
의료저축계좌 17, 209
의료접근성 6, 93, 179, 181~183, 198, 202, 206,
208~211
의료정책 24, 37, 42, 48~49, 51, 53~54, 136~137,
140, 142, 153, 155, 162, 164, 165, 247
이중 진료 79, 93~96, 99
인도네시아 14, 18, 23, 25, 27, 33, 35~38,
40~45, 47, 51, 54~60, 62~69, 192, 223, 242,
263~265
인도주의 23~24, 28
인력부(Ministry of Manpower) 190
인민건강계획 140
인신매매 223, 227, 229, 242~245, 251, 252
인플레이션 44
일차의료 39, 41~42, 78, 92, 110, 117, 119~120,
122, 140~142, 151~152, 161~162, 169~170,
183, 185, 188, 198, 200, 202~207, 209~211,
247

ㅈ

자유권 134
재난적 의료비 91, 110
재정자율성 86, 88, 99
접근성 16~18, 20~21, 26, 77~79, 84, 93,
96~99, 110, 122, 123, 164, 179, 181~183,
188, 198, 202, 205~206, 208~211, 247~249,
253
정전자본주의 163
정전협정 162~164, 165, 172
젬브라나(Jembrana) 49
조례 51~52, 80
중족보건기구(EHOs) 7, 161
주사의사 147
죽음정치 23
중앙선전위원회 79
중앙적립기금 184, 191, 198
즈빠라(Jepara) 43
지도활동 92, 101
지방분권 37, 48, 49, 53, 55, 66
지방의사회 121, 125
지방자치 49, 52, 66
지방정부 16, 18, 37~38, 43, 48~53, 54, 60,
64~66, 113, 165, 232, 250
지역사회보건지원계획 185
지역사회 비용분담 27
지역사회의학 119
진료비 18, 42~43, 45, 52, 54, 144, 146~147,
203, 248
질병보험 15
집단살해 233~234
집단행동 48, 57, 64, 67

코로나 19 5, 14, 23, 28, 96, 97, 102, 107~108,

ㅋ

113, 123, 135~136, 152, 170, 181~182, 189,
191~195, 199~202, 204~212, 240~241,
쿠테타 135~136, 139, 152, 158, 168~169, 172,
221, 234

ㅌ

태국 6, 14, 17~18, 20, 21, 23, 26~28, 65~66,
68~69, 105, 108~126, 147, 160~161,
163~164, 192, 223, 227~230, 241~246,
251~252, 263~265
통치성 22~23

ㅍ

페이스북 57
폴리클리닉(Polyclinic) 188, 201, 205
프라보워 수비안토(Prabowo Subianto) 61

ㅎ

한국 12, 14, 16, 29~30, 36, 65~66, 69,
107~109, 112~114, 118~124, 126, 147, 174,
236, 240, 263~265
헌법 44~46, 48~50, 57, 82, 166, 170, 172, 183,
246, 252
헌법재판소 44, 48
혼합 6, 26, 75, 77~78, 84, 93, 98, 186

영문

3M 195~197
HealthServe 193~194, 206~209, 214
NGO 56, 160~161, 166, 193, 202, 206~211,
249
TWC2(Transient Workers Count Too) 207~209,
216

필진소개

김정현

네브라스카 주립대에서(University of Nebraska—Lincoln) 국가들의 국제난민보호규범 이행에 관한 논문으로, 인권학(Human Rights and Humanitarian Affairs) 전문의 정치학 박사학위를 받았다. 오타와 대학의 인권교육및연구센터(Human Rights Research and Education Centre, University of Ottawa)에서 박사 후 방문연구원 과정을 거쳐, 현재 전북대 동남아연구소의 전임연구원으로 재직 중이다. 최근 연구 성과로 “난민네트워크의 세력화가 난민의 건강권에 미치는 영향: 로힝자 난민 사례를 중심으로”, “요르단의 난민 정치학: 인권정책으로 살아남는 법”, “The Role of International Intervention in Managing Refugee Crises: Lessons from Vietnamese and North Korean Refugee Cases in China”가 있다.

김주영

전북대학교 고고문화인류학과 대학원에서 홍콩의 사회적 경제 운동 연구로 인류학 박사학위를 받았다. 현재 전북대학교 동남아연구소 전임연구원으로 재직하면서 싱가포르로 연구지역을 확장하고 있다. 주요 연구 관심 분야는 사회운동, 시민사회, 이주노동이다. 최근 연구 성과로는 “#MilkTeaAlliance: 온라인 반권위주의 동맹의 함의와 국제연대의 가능성”, “한국 시민사회단체의 이주노동자 지원활동의 현황과 특징”, “홍콩식 사회주택(社會房屋)의 정치학: ‘책임감 있는 시민’과 ‘의존-자립의 공동체’ 만들기” 등이 있다.

김형준

호주국립대학에서 인도네시아 자바 농촌의 사회종교적 변화에 관한 논문으로 인류학 박사학위를 받았으며, 현재 강원대 문화인류학과 교수로 재직 중이다. 최근 연구 성과로 『이슬람과 민주주의: 인도네시아 이슬람 단체 무함마디아의 민주적 전통』, 『인류학자들, 동남아를 말하다: 호혜성, 공공성, 공동체의 인류학』(공저), 『히잡은 패션이다: 인도네시아 무슬림여성의 미적 인식과 실천』 등이 있다.

김희숙

전북대학교 고고문화인류학과 대학원에서 미얀마 새마을운동 ODA 사업에 관한 연구로 인류학 박사 학위를 받았고, 현재 전북대학교 동남아연구소 전임연구원으로 재직 중이다. 『코로나19에 맞서는 동남아시아』, 『아시아 체제 전환국 사회보장체계 연구』, 『동남아 문화 돋보기』, 『총체적 단위로서의 동남아시아의 인식과 구성』, 『미얀마·라오스·캄보디아: 새로운 한인 사회의 형성과 확장 가능성』 등의 저서를 공저로 출간하였고, 논문으로는 “국제개발프로젝트를 둘러싼 미얀마 농촌마을의 정치과정”, “미얀마 2019: 로힝자 위기 이후 국제관계의 변화와 총선을 향한 정치과정”, “위기와 기회: 미얀마의 코로나19 대응 특징과 정치적 함의”, “싱가포르의 이원적 코로나19 방역 전략과 그 함의” 등이 있다.

백용훈

연세대에서 베트남 북부와 남부 농촌 마을의 보건소와 비공식 복지 비교에 관한 논문으로 사회학 박사학위를 받았으며, 서강대학교 동아연구소를 거쳐 현재 단국대학교 아시아중동학부 베트남학전공 조교수로 재직 중이다. 최근 연구 성과로 “베트남 2021: 새 임기 지도부 출범과 코로나19 4차 유행이 남긴 과제”, “코로나19 대응에 왜 베트남은 성공하고 필리핀은 실패했는가: 규율 메커니즘의 비교분석”, “베트남의 코로나19 대응: 감염병 위기관리체계를 중심으로” 등이 있다.

서보경

몸의 경험을 중심으로 삶과 정치 사이의 관계를 탐구하고자 하는 인류학자이다. 보건 의료, 빈곤, 이주 노동, 젠더와 섹슈얼리티, 교환 및 가치 이론에 관심을 가지고 있으며, 태국과 한국에서 현장 연구를 해왔다. 2013년에는 비판적 의료인류학 분야에서 두각을 나타낸 연구에 주어지는 Rudolf Virchow Award(Graduate Category)를 수상한 바 있으며, 2020년에는 “Populist Becoming: The Red Shirt Movement and Political Affiliation in Thailand”라는 논문으로 미국문화인류학회의 Cultural Horizons Prize를 받았다. 논문으로는 “Patient Waiting: Care as a Gift and Debt in the Thai Healthcare System”, “Caring for Premature Life and Death”, “‘역량강화’라는 사회과학의 비전” 등이 있으며, 지은 책으로는 *Eliciting Care: Health and Power in Northern Thailand*, 『마스크가 답하지 못한 질문들』(공저), 『아프면 보이는 것들』(공저)이 있다. 현재 연세대 문화인류학과 부교수로 재직 중이다.

전제성

서울대에서 민주화 시기 인도네시아 노동운동에 관한 논문으로 정치학 박사학위를 받았으며, 서강대 동아연구소와 한국동남아연구소를 거쳐 현재 전북대 정치외교학과 교수로 재직 중이고, 전북대 동남아연구소 소장과 동아시아·다문화융합연계전공 주임교수를 겸하고 있다. 최근 연구 성과로 『한국의 동남아시아연구: 역사, 현황 및 분석』, 『동남아시아 농업분야 개발협력사업 성공요인 분석』, 『인도네시아 노동체제와 한국기업의 적응에 관한 연구』, 『한국 시민사회의 동남아시아연대운동』, 『코로나 19에 맞서는 동남아시아: 국가별 초기 대응과 초국적 협력에 관한 연구』 등을 함께 저술한 바 있다.

동남아시아의 건강보장

엮은이 서보경

지은이 김정현, 김주영, 김형준, 김희숙, 백용훈, 서보경, 전제성

펴낸이 김동원

펴낸곳 전북대학교출판문화원

초판 1쇄 인쇄 2022. 7. 22.

초판 1쇄 발행 2022. 7. 27.

전북대학교 출판문화원 전라북도 전주시 완산구 어진길 32 (풍남동2가)

전화 (063) 219-5319~5322

FAX (063) 219-5323

출판등록 2012년 8월 20일 제465-2012-000021호

전북대학교 동남아연구소 전라북도 전주시 덕진구 백제대로 567 제2후생관(건지원 1-10) 203호

전화 (063) 219-5600~1

FAX (063) 219-5602

홈페이지 <http://jiseas.jbnu.ac.kr>

전북대학교 동남아연구소는 이 책의 PDF 관본을 연구소 홈페이지를 통해 무료로 배포합니다.

비매품

ISBN 979-11-6372-161-1 (93330)

전동연 학술총서 02

동남아시아의 건강보장

제1장 모두를 위한 의료를 횡단적으로 생각하기 / 서보경

제2장 인도네시아의 보편적 건강보장 체계의 형성 / 전제성 · 김형준

제3장 베트남 공공-민간 혼합 공급 체계의 특징과 의료 불평등 / 백용훈

제4장 태국의 보편적 건강보장 체계를 통해서 본 의료 공공성의 핵심적 구성 요소들 / 서보경

제5장 미얀마의 보건의료 위기와 보편적 건강보장을 위한 과제 / 김희숙

제6장 싱가포르 건강보장 체계의 특징과 외국인 노동자의 의료 접근성 / 김주영

제7장 장기화된 로힝자 난민 위기와 재난 의료 / 김정현

부록 동남아시아와 한국의 주요 건강 지표



전북대학교 동남아연구소
JEONBUK NATIONAL UNIVERSITY INSTITUTE FOR SOUTHEAST ASIAN STUDIES



93330

9 791163 721611
ISBN 979-11-6372-161-1