

캄보디아 건강보장제도

마을의 실험을 국가 정책으로

박진영
전북대 동남아연구소



전통연
학술총서
04

| 전통연 학술총서 04 |

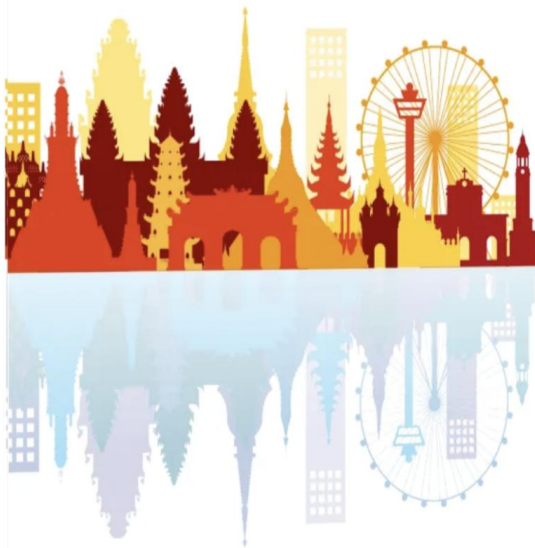
동남아시아, 아래로부터의 건강보장

전재성·박진영·김주영·김희숙·백용훈

동남아시아,
아래로부터의 건강보장

평 196쪽 · 196·50 원

전통연



캄보디아 건강보장 이야기

- 캄보디아의 보편적 건강보장 체계 구축을 위한 여정을 중심으로
- 오늘 할 이야기
 - 제도 도입의 배경
 - 마을의 실험(GRET)
 - 노동자들의 참여(IDEA)

캄보디아 의료보장제도의 출발점

- 빈곤가족지원 프로그램의 일부로 의료공제제도
: 2000년대 초부터 의료평등기금(HEF: Health Equity Fund)

- 2016년: 직장의료보험 제도 도입

-> 2023년: 비공식 노동자에게 확대 적용

- 주요 목표: 2035년까지 의료보장 80% 달성

cf. 2024년 현재 220만명 가입(전체 인구 1,718만 명), 비공식 노동자 등
임의 가입자 23만명

정치적 맥락

- 2013년 총선과 정권의 정치적 위기 -> 복지 정책의 강화
- 노동자 지지 확보 위한 복지 정책
- 의료보험은 복지정책의 핵심 중 하나

의료보험 도입의 어려움

- 구조적 제약
 - 재정 부족
 - 공급 측면 (의료기관)
 - : 의료 인프라와 인력 부족
 - : 의료 서비스 열악
 - 수요 측면 (의료 소비자)
 - : 빈곤
 - : 의료 기관에 대한 불신
 - : 보험에 대한 신뢰 부재,
 - : 비공식 노동자 비중 높음

	의사 수	간호사 수
아태 지역 평균	9명	19명
캄보디아	1.4명	9.5명

내전의 유산

- 크메르 루즈 시기
 - 지식인층의 말살: 의사 530명 중 32명만 생존 (20명 해외로 이주)
 - 약사 120명 중 26명, 치과의사 90명 중 26명, 의대생 728명만 생존
 - 의과대 교수는 전멸
- 의료 체계의 붕괴
 - 무면허 의사, 전통 치유사, 무당, 승려 등이 의료 담당
 - 2015년 전국적으로 8천5백여명의 면허 의료인, 3천9명이 넘는 무자격 의료인 활동
 - 2014년 무면허 의사의 에이즈 감염 사건

의료인프라의 문제

- 양적 문제
 - 의료 인구의 수적 부족
 - 도시 집중: 전체 인구의 1/4 도시 거주, 내과 전문의의 74%가 프놈펜 개업
- 질적 문제
 - 전국 1,100개 보건소 중 43%가 의사, 약품, 의료용품 부족으로 진료 못함 (WHO, 2015년 조사)
 - 농촌 지역 의사 3명 중 1명만 병증 정확히 진단, 제대로 된 약품 처방 가능자는 17%에 불과 (세계은행, 2014년 조사)

공공 의료 서비스에 대한 불신

- 의료의 질에 대한 불신
 - 공공의료기관보다는 민간 의료기관, 국내 의료기관보다는 해외 의료기관을 선호
 - 해외 의료기관을 이용할 능력이 있는 계층은 중산층은 베트남, 상류층은 태국, 최상류층은 싱가포르 이용
- 차별의 문제
 - “(공공)병원에서 (의료보장)카드로 진료 받으면 차별 대우”

마을에서 시작된 실험 - SKY

- 프랑스 국제개발 NGO GRET
 - Groupe de Recherches et d'Echanges Technologiques
 - 1991년 캄보디아에서 빈곤 탈출 프로그램의 일환으로 마이크로 파이낸스 프로그램 AMRET 시작
 - 높은 의료비가 빈곤의 덫으로 작용한다고 판단, 지역기반 의료보험 구축 시도
- 지역 기반 의료보험 SKY (“우리 가족의 건강”, Sokhapheap Krousa Yeung) 프로그램 (1998-2012)

SKY의 운영, 성과와 한계

- ‘건강할 때 보험에 가입해 병을 대비한다’는 새로운 개념 설득
- 의료 서비스 질 개선: 지역 진료소 및 병원과 협약, 보험금 지급 통해 안정적 재정 확보 지원, 의료 시설 개선 및 환자 응대 개선 유도
- 130여명의 직원이 현지 거주, 조합원들 모집 및 소통, 의료기관과 협력, 보험료 수금 등
- 마을별 대표 1인 선정, 매 6개월 마다 운영위원회
- 네 개 지방, 6개 지역 7만 명 조합원, 100여 개 의료기관과 협약
- 조합비 농촌 연평균 4달러, 지방 연평균 9달러
- 가입률 10% -> 재정적 한계로 종료 (2012)
- 지역 사회 기반 의료보험 모델 제시

공장 노동자를 위한 실험 - HIP

- 2007년: 국가사회보장기금(NSSF) 출범
 - 의료보험제도의 실효성에 대한 회의적 시각
 - : 사회보험료 부담에 대한 반감 및 사회 보험제도에 대한 불신
- GRET에게 파일럿 프로그램 운영 의뢰
 - HIP: Health Insurance Project (2009~2012)
 - GRET은 의무가입 요구하였으나 고용주 반대로 무산
 - 월 보험료 1.6달러, 고용주와 노동자 5:5 분담
 - 목표: 의료서비스 질 향상과 가입자 확대
 - 24시간 상담전화 개설
 - 2011년까지 20만명 가입을 목표로 하였으나 2013년까지 7,144명 모집에 그침

아래로부터의 참여- IDEA

- IDEA (Independent Democracy of Informal Economy Associations)
 - 2005년 설립, 1만9천명 조합원
 - 노점상, 삼륜택시 기사, 가사서비스 노동자 등 조직
 - 의료보험 확대 요구
 - 조합원들에게 의료보험에 대한 교육 (혜택, 가입 방법, 이용 방법 등)
 - 정부는 SPIN(Social Protection Innovation for the Informal Sector)를 통해 2022년 삼륜택시 기사와 가사서비스 노동자들에게 의료보험 가입 개방
 - 2023년 비공식노동자에게 전면 허용(사실상 전국민 임의 가입 허용)

아래로부터의 참여- IDEA

- IDEA는 단순한 요구를 넘어서
 - 가입, 납부, 병원 이용법 교육
 - 병원 이용 후기 공유
- 공공의료 기관에 대한 긍정적 경험 확대 및 긍정적 이미지 확산

의료서비스 질에 대한 인식 개선

- 불편 사항 신고 및 개선 위한 Hotline 설치

ex. 직원이나 의사의 불친절 민원

- 민원 사항에 대한 적극적 개입, 제도적 개선 및 불친절 개선

- 각 공공 병원별 서비스 질과 평판에 대한 정보 공유 활발

- 공공 병원의 서비스 질 개선에 대한 압력으로 작용

- 제도적 개선 및 친절도 개선되었는 인식 확산, 이용 만족도 상승

의료서비스 질 향상을 위한 정부의 노력

- H-EQIP(건강형평성 및 질 향상 프로젝트(2017-2022))
 - 정부 주도의 의료서비스 질 향상 지원 프로젝트
 - 세계은행, 한국, 호주, 독일 등 국제 원조를 통한 재원에 기반
 - 재정적 인센티브와 연계된 모니터링 프로그램
 - 인프라, 서비스 질, 환자에 대한 대응 등 모니터링
 - 최초 평가: 27%~45% 에서 최종 평가 80%~86%로 향상
- 의료기관 확대에 자원 투입
 - 2021년 현재 1,229개 보건소, 24개 지방 및 92개 지역 권역별 병원, 9개 국립병원

결론

- 마을의 실험이 국가 정책에 영향을 미친 사례
- 제도의 도입과 안착의 다면적 측면 제시
- 캄보디아의 의료보험제도의 도입과 안착은
 - 캄보디아 정부의 정책적 의지
 - 국제 단체의 혁신적 노력과 경험
 - 국내 기층 단체의 적극적 참여

