

타일랜드 공공의료제도의 특성과 변화: 탁신정부의 전국민의료보장제도 성립 전후 비교

송 경 아*

I. 머리말

이 논문은 근대의료제도의 구성원리에 비추어 타일랜드 공공의료제도의 기본적 성격을 추출하고, 탁신정부 시기 시행된 전국민의료보장제도(UCS, Universal Health Coverage Scheme)를 전후하여 의료보장제도의 구조가 어떻게 변화했는지를 추적하려 한다. 탁신 치나왓(Thaksin Shinawatra, 이하 탁신)이 1998년 창당한 타이락타이당(TRT, Thai Rak Thai Party)은 1997년 개정 헌법 이후 첫 선거인 2001년 하원선거에서 “30바트로 모든 병을 고친다(*samsipbaht raksatukrok*, 30 baht cures all diseases)”는 슬로건의 의료제도 개혁 공약을 제시한다. 압도적인 선거승리를 통해 구성된 탁신정부는 곧바로 국가주도의 의료보장계획안을 선포하고 이를 6개 주에 시범 실시한다. 이어 2002년 11월 국민의료보장법(National Health Security Act, B.E. 2545)이 공포되면서 타일랜드의 모든 시민은 연령, 장애여부, 소득수준 및 거주지역에 관계없이 국가주도의 포괄적

* 서울대학교 한국정치연구소 연구원. 본 원고는 2011년 11월 12일 한국동남아학회 추계학술대회의 발표문 “타일랜드 공공의료제도에 관한 연구”의 내용 중 일부를 수정, 보강하여 작성한 것이다. 심사위원들의 코멘트를 반영하여 논문을 수정하였으며 익명의 심사위원에게 진심으로 감사드린다.

의료보장을 누리게 된다. 즉, 타일랜드에서는 모든 시민이 필요에 따라 의료서비스에 접근할 수 있는 보편적 의료보장(universal coverage)의 상태를 달성하게 된 것이다.

국가주도의 포괄적 의료보장제도는 동남아시아는 물론 전세계적으로 드물게 발견되는 사례이다. 특히 일반조세를 바탕으로 하는 국가중심적 의료보장제도의 구축은 국가의 강한 재정적 헌신을 요구할 뿐만 아니라 사회 내 거의 모든 인구집단의 물질적 이해와 연관된다는 면에서 고도로 정치적이고 논쟁적인 이슈이다. 의료제도는 해당국의 특정한 정치적 맥락 속에서 형성되고, 일단 정착된 의료제도의 기본적 골격은 상당한 수준의 지속성과 영향력을 지닌다. 정치권은 제도의 변화를 유도하는 조건으로 작용할 수 있으나, 반대로 장기간 존재해온 기존제도의 특성이 제도변화에 관한 정치적 선택을 제약하거나 유도하는 요인이 되기도 한다. 서유럽이나 미국의 복지제도가 새로운 정치적 이상을 지닌 정치인의 등장이나 경제위기와 같은 외부적 충격에도 불구하고 특정방향으로 쉽게 변화하지 않았다는 것은 주지의 사실이다. 이러한 경험적 사실은 제도 자체의 내구적 속성에 대한 이해가 필요하며, 제도변화의 폭과 정도는 기존제도의 기본적 특성을 반영한다는 점을 알려준다.

본 논문은 타일랜드 공공의료제도를 공급과 소비부문으로 나누어 그 작동원리와 성격을 밝히고 탁신정부의 의료개혁이 기존 의료제도의 속성을 어느 수준까지 변화시켰는지를 살펴보겠다. 이처럼 “제도” 자체의 내부적 속성에 주목하는 서술방식은 일국의 의료제도와 복지정책의 기본구조와 변화에 대한 유의미한 정보를 제공할 수 있다고 본다. 본 논문의 구성은 다음과 같다. 2장 근대의료제도와 국가부분에서는 근대의료제도의 설계원리를 공급과 소비라는 두 차원으로 나누어 살펴보고, 국가가 공히 이 두 영역에 개입할 유인이 존재함을 밝힌다. 이는 타일랜드가 저소득국가의 재정적 제약에도 불구하고

하고 양질의 의료공급체계를 구축하고 의료혜택을 점진적으로 확대하기 위해 노력했던 배경에 대한 이해를 제공할 것이다. 3장에서는 개혁 이전 의료제도의 기본적 작동원리를 추출한 후, 타일랜드에서는 공급과 소비 두 차원에서 국가의 적극적 개입이 반영된 국가중심적 의료제도가 형성되었다는 사실을 경험자료를 통해 입증한다. 4장에서는 탁신정부의 의료개혁이 공급과 소비의 두 차원에서 기존 의료제도를 어떻게 변화시켰는지를 살펴본다. 마지막 결론부에서는 탁신정부의 의료개혁에 대한 학계의 일반적 견해를 비판적으로 소개하고 후속연구 과제를 제시하며 글을 정리한다.

본 연구는 타일랜드 공공의료제도의 성격과 그 변화의 내용에 대한 서술적 정보를 제공할 것으로 기대된다. 아시아는 복지확충의 면에서 통상적으로 잔여적 범주에 놓여 있었다는 점을 상기할 때 타일랜드의 의료제도개혁은 이 지역의 복지정치 연구에 있어 중요한 정책사례를 제공할 것이다. 또한 이 글에서 제공되는 정보는 중저소득 국가에서 국가주도의 포괄적 의료보장제도가 성립할 수 있는 조건을 밝히기 위한 연구에 활용될 수 있을 것이다.

II. 근대의료제도와 국가

의료분야는 경제적으로는 경제성장을 위해 필요한 양질의 노동력의 유지 및 재생산의 기반이 되고, 정치적으로는 인민의 후생과 직접적으로 관련됨으로써 정치적 정당성(political legitimacy)을 구축하기 위한 수단이 될 수 있다. 의료는 지니는 정치적 가치로 인해 국가는 의료재화의 거래에 개입할 유인을 갖게 된다. 국가가 의료분야에 개입하게 되면 의료재화는 더 이상 환자와 의사라는 두 행위자 사이의 자발적 거래가 아니라 국가를 매개로 한 사회적 재화가 되

며, 다양한 집단의 반발과 찬성이 경합하는 정치의 장에서 교환된다. 이론적으로 볼 때, 의료분야에 국가가 개입함으로써 국가, 의료인력, 환자 사이에서 제도설계를 둘러싼 정치적 갈등이 시작될 수 있다. 예컨대, “의료인력과 의료시설은 누가, 어떻게, 얼마나 공급할 것인가?” “의료서비스의 가격은 어떻게 책정할 것인가?” “의료소비의 대가는 개인이 지불할 것인가 아니면 제 3자로 하여금 지불하도록 할 것인가?” “제 3자는 누가 될 것인가?”와 같은 다양한 정치적 이슈가 출현할 수 있고 세 행위자 간 권력게임이 발생한다.

먼저, 의료제도를 공급차원에서 설계할 때에는 의료인력과 의료시설을 누가 공급하고 이를 어떻게 관리할 것인가의 문제가 부각된다. 의료서비스의 공급에 있어서 시장독점을 향유하는 의료전문가 집단에게 자율적으로 의료공급을 맡길 것인가, 아니면 국가가 이들 전문가집단의 직업적 자율성을 규율하고 통제할 것인가가 이에 관련된 문제이다. 국가가 의료전문인력이 활동하는 시장의 자율성을 어느 정도까지 규제할 것인가는 국가와 의료인력 사이의 대립을 야기한다. 국가는 의료인력을 공무원 신분으로 만들어 이들 전문노동력을 직접 규제하고 의료수가를 통제함으로써 전문가집단의 저항유인을 원천적으로 제어할 수 있는 의료시스템을 선호할 수 있다. 한편, 의료서비스 공급자들은 정부에 소속되어 월급에만 의존하는 신분을 선호하지 않는다. 왜냐하면 이들은 의료행위의 시간적, 공간적 범위를 확장시켜야 이윤을 극대화할 수 있기 때문이다. 따라서 의료전문가집단은 독점적 의료공급자로서의 지위를 이용하여 국가에 대항하고, 양질의 의료서비스 공급을 위해서는 국가의 개입으로부터 전문가적 지식이 보호받아야 한다고 의료소비자집단에게 호소할 수 있다(Immergut 1992; Starr 1982).

의료시설의 소유주체에 있어서도 의료인력과 국가는 대립양상을 보일 가능성이 크다. 만약 공공의료시설이 민간의료시설을 압도한

다면, 의료전문가들은 공공의료시설에서 근무할 가능성이 커지고 이는 곧 의료인력이 받을 수 있는 서비스 공급의 대가에 국가의 규제가 가해짐을 뜻한다. 따라서 의료인력들은 의료시설을 국가가 소유하고 관리하는 것을 반기지 않을 것이다. 이와 같이 국가의 완전한 규제와 시장의 완전한 자율성이라는 두 가지 극단적 상태 사이의 어느 지점을 선택하여 제도화를 이룰 것인지가 공급차원을 설계하는 원리인 동시에 정치적 쟁점이 된다. 즉, 국가의 전문가집단에 대한 완전한 통제와 전문가집단의 완전한 자율성이라는 두 가지 극단 사이의 어느 한 지점에서 공급부문의 주요 특징이 형성된다 (Immergut 1992: 42-51).

다음으로, 의료제도를 소비차원에서 설계할 때 주요 의제는 누가 환자집단을 대표하는가의 문제이다. 의료재화는 기본적으로 집단적 소비(collective consumption)의 대상이다. 즉, 환자 개인이 의료서비스의 대가를 모두 자신의 돈으로 지불하는 것이 아니라, 여러 개인이 공동의료기금을 적립하고 이를 통해 서비스의 대가를 지급하는 형태이다. 이때 공동기여금의 관리주체는 민영보험회사, 조합, 국가가 될 수 있고 이들이 환자를 대표하여 의료서비스의 대가를 지급한다. 따라서 의료제도를 소비차원에서 설계할 때 고려해야 할 문제는 소비의 집단화에 있어 누가 환자집단을 대표하는 제 3자가 될 것인가이다(Moran 1999: 5).

앞서 추론한 것처럼 제 3자의 기능은 시장의 민간보험회사, 결사체로서의 조합, 국가를 대표하는 정부에 각각 맡겨질 수 있다. 민주주의 국가는 사회집단으로부터 의료서비스 소비의 집단화를 요구받았고, 이러한 압력에 대응하여 국가마다 제3자 선택이 차이를 보였다. 모란(Moran 1999)에 따르면 영국은 소비의 집단화를 시민권(citizenship)의 차원에서 이루어냈다. 즉, 법률을 통해 의료서비스의 제공을 국가의 의무로 규정함으로써 모든 시민은 사회경제적 배경

을 초월하여 무상의료서비스를 받을 권리를 획득했다. 미국은 의료서비스를 상품화시킨 대표적인 사례로서 의료서비스 소비가 민간보험회사에 의해 지배되는 국가로 분류된다(Moran 1999: 60).

이상 논의한 것처럼 의료제도의 공급과 소비의 두 차원이 결합되는 지점에서 의료보장제도의 기본적 성격이 결정된다. 두 차원 모두에서 시장이 우위를 보이는 경우도 있고 반대로 국가가 두 영역에 적극적으로 개입하는 경우도 있다. 예컨대 미국은 의료서비스의 공급과 소비 모두가 상품화된 대표적인 사례로 간주되며, 한국은 시장중심의 의료공급체제를 유지하면서 국가가 의무적으로 기금징수를 통해 의료소비의 문제를 해결하는 국가에 해당한다. 독일은 사업장과 연계되어 법률에 의해 의료보험 가입을 강제하는 조합주의로 분류할 수 있고, 영국이나 북유럽 국가는 의료서비스를 일종의 공공서비스(civil service)로 규정하여 탈상품화(decommodification)시킨 경우이다(Moran 1999: 60; Esping-Andersen 1990: 21-24).

의료제도는 국가, 의사, 환자의 정치적 경쟁 속에서 특정방향으로 형성되며 국가가 의료제도의 설계에 개입할 유인을 지닌다는 이상의 설명은 타일랜드 공공의료제도 분석에 있어 유용한 질문을 던진다. 먼저, “타일랜드에서 누가 의료공급을 책임져왔는가”라는 질문을 해볼 수 있다. 이 질문에는 국가와 의료인력 간의 역학관계가 어떠한지, 어떤 정치세력이 의료공급과정을 장악해왔는지가 내포되어 있다. 타일랜드의 사례는 서유럽 복지국가의 확대를 설명하기 위해 자주 사용되는 계급이나 사회집단의 영향력을 강조하는 연구와 조응하지 않는다. 타일랜드에서는 강력한 노동조합이나 좌파정당 등 계급정치의 전통이 부각되지 않았다(Anderson 1977; Ungpakorn 1999; Kasian 2003). 뿐만 아니라 관료제의 영향력에 주목하고 있는 연구에서 알 수 있듯이 타일랜드에서는 사회세력이 성장할 수 있는 공간이 열리기 전에 강력한 관료조직이 자리를 잡고 있었다(Riggs

1966; Scott 1972; Girling 1981). 다시 말해 근대의료제도의 형성 단계를 주도했던 핵심 정치세력은 대내적으로 절대적 자율성을 보유한 절대왕정과 거의 유일하게 제도화된 정치조직인 관료제였으며, 이들 전통적 국가엘리트의 이해에 따라 의료공급체계의 기본골격이 형성되었던 것이다.

다음으로, “타일랜드에서는 누가 어떠한 이유로 인민의 의료소비 문제를 해결하려 했을까”라는 질문을 추출해볼 수 있다. 서유럽 민주주의 국가에서는 이데올로기적으로 일관되고 집단적 응집성을 지닌 사회세력이 의료권을 시민권의 차원에서 “획득한” 경우인데 반해 타일랜드에서는 정치적 집단화의 가능성이 가장 낮은 빈민부터 의료권이 “주어진” 사례로 볼 수 있다. 타일랜드는 위로부터의 근대화를 경험하였고, 사회의 압력으로부터 자유로운 절대왕정과 관료가 여타의 제도화된 정치과정을 거치지 않은 채 비공식적이고 임의적인 후원의 방식으로 신민의 안녕을 돌보는 것이 사회정책의 원형이었다(송경아 2011: 80-81). 전통적 엘리트가 중심이 된 정치질서 속에서 인민의 후생을 돌보는 것은 통치의 핵심적 영역이었고, 의료를 포함한 사회복지영역은 전통적 국가엘리트의 온정주의적 후원이 가장 잘 부각될 수 있는 분야였다. 가난하고 아픈 자를 돌보는 국부로서의 이미지는 국왕의 카리스마적 권위의 바탕이 되었고 군주제는 이를 통해 도덕적 정당성을 획득하게 된다(송경아 2011: 60-62). 이처럼 타일랜드에는 의료의 정치적 가치를 적극적으로 활용할 유인을 지닌 특수한 정치조직으로서의 군주제와 강한 관료제가 존재하였고, 이러한 이유로 국가는 조세를 기반으로 인민의 의료소비 문제에 적극적으로 개입해왔다.

Ⅲ. 타일랜드 공공의료제도의 기본적 특성

1. 공급부문의 특성: 국가중심적 의료공급체계의 형성

서양에서 근대의료제도는 경제적으로는 시장자본주의의 발전, 정치적으로는 근대국가의 형성이라는 두 가지 조건의 상호작용 속에서 형성되어 왔다. 타일랜드 근대의료제도의 기원은 대외적으로 자본주의적 국제경제체제에 참여하고 대내적으로 구체제의 지배질서와 사회적 통제의 형태를 개혁하던 19세기 후반으로 거슬러간다. 릭스(Riggs 1966)가 지적한 바와 같이 타일랜드 근대화의 가장 큰 특징은 왕정이 국가의 독립을 유지하는데 결정적 기여를 하면서 정치적 차원에서 군주제를 보존해냈다는 점이다(Riggs 1966: 42). 1932년 입헌혁명 이전 타일랜드에서 유일하게 제도화되어 있던 왕실과 관료조직은 여타의 사회행위자에 비해 가용자원의 측면에서는 압도적 우위를 점하고 있었다. 타일랜드 근대의료제도의 기반은 최고수준의 대내적 자율성을 보유한 절대왕정과 강력한 관료지배라는 정치적 공간 속에서 형성된다.

이러한 배경 속에서 타일랜드에서는 국가가 주도적으로 의료공급을 담당하는 국가중심적 의료공급체계가 구축된다. 공급자로서의 국가는 의료시설의 공급과 의료인력 양성의 역할을 담당해왔다. 첫째, 의료시설의 경우 국가가 설립하고 운영하는 공공의료시설이 민간의료시설에 비해 압도적인 수적 우위를 점하고 있다. 둘째, 의료인력 양성의 경우 거의 전적으로 공립대학이 의학교육을 담당하고 있으며, 국가가 의료인력에 대한 지배적 고용주체의 역할을 담당하고 있다.

<표 1> 공립병원과 민영병원의 수와 비율

병 원	1973	1977	1987	1997	2002
* 공립병원	197	388	746	943	977
민영병원	127	167	237	358	319
합 계	324	555	983	1,301	1,296
비율(공립:민영)	60.8 : 39.2	69.9 : 30.1	75.9 : 24.1	72.5 : 27.5	75.4 : 24.6

출처: Thailand Health Profile 2001-2004: 285 통해 재구성
 여기서 * 공립병원이라 함은 의료관련 인적, 물적 자원을 조달하고 기술을 지원하는 보건부(MoPH, Ministry of Public Health)의 명령을 따르는 일체의 공립병원과 커뮤니티병원, 의료센터 등을 모두 포괄한다.

<표 2> 의료기관별 의사분포

의료기관	1971	1977	1987	1993	2002
공공의료기관	3,811	5,264	8,486	11,092	14,996
민간의료기관	274	526	1,094	2,542	3,991
합 계	4,085	5,790	9,580	13,634	18,987
비율(공공:민간)	93.3 : 6.7	90.9 : 9.1	88.6 : 11.4	81.4 : 18.6	79.0 : 21.0

출처: Thailand Health Profile 2001-2004: 248-249의 내용을 통해 재구성

<표 1>, <표 2>에서 볼 수 있듯이 타일랜드에서는 2002년 기준 전체 의료시설의 75% 이상이 국가에 의해 운영되고 있으며, 전체 의료인력의 80% 정도가 공공의료시설에 근무하고 있다. 이 같은 수치는 타일랜드가 동남아시아에서 가장 큰 공공의료섹터를 보유하고 있음을 뜻한다(Ramesh et al. 2000: 101-116). 이처럼 국가가 의료시설의 소유주이면서 의료인력에 대한 지배적 고용주의 지위를 점하는 의료공급체계가 구축됨으로써 의사의 이익집단화 가능성과 정치적 영향력은 통제될 수 있었고, 국가가 제도변화의 주도권을 행사하게 된다.

1961년 제1차 국가경제사회발전계획(The First National Economic and Social Development Plan 1961-1966)이 시작된 이래 의료분야에 대한 투자는 집권정치세력의 이데올로기나 정치적 성향과 관계없이

지속적으로 이어져왔다. 의료분야는 통합적인 국가개발 프로젝트의 차원에서 주목을 받았고 경제발전이 시작되기 이전인 1960년대부터 이미 공공의료시설을 전국적으로 확충하려는 노력이 시작되었다.

의료인력의 공급과 관련하여 태일랜드에서는 의과대학 졸업생의 95% 정도를 국가가 양산하고 있으며, 의료교육에 필요한 비용 역시 국가가 거의 전면적으로 지원하고 있다. 이 같은 노력은 1970년대 후반부터 본격화된 경제성장과 맞물리면서 전반적인 국민보건수준의 향상을 이끌었다. 뿐만 아니라 1980년대 중반부터 본격화된 관광산업의 호황 속에서 외국인을 겨냥한 고급 민영의료시설이 방콕을 중심으로 빠르게 성장하게 된다. 이 같은 이유로 태일랜드는 유사한 소득수준의 동남아시아 국가들에 비해 양질의 의료기반을 지니고 있다는 평가를 받고 있다(Ramesh et al. 2008: 177).

정리하면 태일랜드에서는 공립대학 중심의 의료교육을 통해 의료전문가가 양성되고, 전국적 수준에서 공공의료시설이 확대되어 왔다. 정부는 의료시설과 의료인력의 공급 및 관리를 통해 거의 유일한 의료공급자로서의 역할을 담당해왔다. 국가가 공공의료시설의 수적 우위를 바탕으로 의료인력을 공무원 신분으로 흡수하였을 뿐만 아니라 태일랜드 전체 인구의 80% 이상이 거주하는 지방단위까지 침투한 의료시설은 대부분 공공의료시설이라는 사실에 비추어 볼 때 국가가 의료서비스를 독점적으로 공급하는 지위에 서 있다고 볼 수 있다. 공공의료시설의 수적 우위와 의료인력에 대한 국가의 통제력은 국가주도의 포괄적 의료보장제도의 성립을 가능하게 한 공급차원의 물적 조건이 되었다.

2. 소비부문의 특성: 분절적 의료보험제도의 단계적 발전

중저소득 국가의 재정적 제약에도 불구하고 태일랜드에서는 1960

년대부터 공공의료시설을 중심으로 한 의료기반이 지방까지 확산되어 왔다. 또한 탁신정부의 의료개혁 이전에도 의료보험의 수혜집단은 지속적으로 확대되는 추세에 있었다. 그러나 수혜집단 규모의 점진적 증대가 의료접근의 형평성까지 담보하는 것은 아니었다. 1997년 헌법에 국민보건권이 명시되어 있음에도 불구하고(Section 52, Constitution of the Kingdom of Thailand B.E. 2540), 농민이나 도시의 비공식섹터에 종사하는 노동인구의 의료접근권은 낮은 수준에서 보장되었다. 탁신정부의 UCS 성립 이전 타일랜드에서는 전체 인구의 1/3에 해당하는 약 2천만 명의 비보험 인구집단이 존재하였다. 의료서비스 접근에 있어 발생하는 불평등은 도시와 농촌의 지역균열 및 소득집단 간의 계급적 경계와 중첩된다는 점에서 사회통합을 저해하는 문제로 지적되어 왔다.

의료제도의 소비차원의 특징을 살펴보면 타일랜드에서는 2002년 의료개혁 이전까지는 인구집단별로 상이한 논리와 작동원리가 적용되는 분절적 의료보험제도가 발전해 왔다. 공무원과 국영기업노동자를 대상으로 하는 공무원 의료혜택제(CSMBS, Civil Servant Medical Benefit Scheme), 사업체 고용 노동자를 대상으로 한 의무보험의 형태인 사회보장제(SSS, Social Security Scheme), 빈민이나 사회적 약자를 대상으로 하는 의료복지제(MWS, Medical Welfare Scheme), 그리고 주로 비공식섹터 종사자로 하여금 스스로 의료카드를 구매하게 하는 자발의료카드제(VHCS, Voluntary Health Card Scheme)가 그것이다.

CSMBS는 정부의 일반조세를 기반으로 하며, 전현직공무원과 국영기업 노동자 및 그 가족까지 수혜대상에 포함하고 있다. CSMBS는 1955년 이래 관료의 복리후생 및 국영기업노동자의 사기고양을 목적으로 왕실칙령에 의해 시행되었다. 진료비 지불방식은 행위별 진료수가방식(fee-for-service)을 따르며, 이후 국가가 환급해주는 공

공환급모델(public reimbursement model)을 취한다.¹⁾ CSMBS는 가장 관대한 수혜패키지를 지닌 의료보험이지만 과잉진료와 의료예산 낭비의 원인으로 지적되어 왔다(Thailand Health Profile 2005-2007: 397-400; Health Systems Research Institute 2002: 43). SSS는 일정수 이상의 피고용인이 일하고 있는 사업장에서 국가에 의해 법률로써 가입이 강제되는 일종의 의무보험이다. 운영방식은 CSMBS와 달리 인두제(capitation)에 기반한 공공계약모델(public contract model)을 채택하고 있다.²⁾ 이는 노동자, 사업자, 정부의 삼자기여(tripartite contribution)방식으로 조성한 기금을 통해 노동자의 질병과 사망, 퇴직 등을 보상해준다. 이 시스템은 위험의 공동부담 원칙에 기초하여 피고용인이 부담해야 할 의료서비스의 대가를 제 3자로 하여금 지불하게 하는 것이다(Thailand Health Profile 2005-2007: 398; Health Systems Research Institute 2002: 30-36).

MWS는 일반조세를 재정적 원천으로 빈민이나 사회적 약자에게 지급되는 전형적인 자산조사형 사회부조 프로그램(means-tested social assistance program)이다.³⁾ 표적집단에 대한 무상의료서비스 제공을 핵심으로 하는 이 의료보험제도는 의료개혁 이전까지 전체 인구의 약 1/3 정도를 커버하고 있었다. 다시 말하면 태일랜드 전체 인구의 약 1/3 정도가 일종의 구빈정책에 해당하는 이 의료보험에 의지하고 있었다(Thailand Health Profile 2005-2007: 396; Health

-
- 1) 행위별 진료수가방식(fee-for-service)란 환자가 제공받은 의료서비스의 종류별로 진료비가 청구되는 방식을 말하며 이후 국가가 이를 환자에게 환급해주는 방식을 공환급모델(public reimbursement model)이라 한다.
 - 2) 인두제(capitation)에 기반한 지불방식이란 일정 기간 동안 일인당 진료비를 일정액으로 확정된 후 이를 의료서비스 공급자에게 지불하는 방식을 의미하고, 공공계약 모델(public contract model)이란 제 3자인 국가가 의료시설과 의료서비스 공급에 대한 계약을 체결하는 모델을 뜻한다.
 - 3) 자산조사형 사회부조(means-tested social assistance)란 빈곤, 장애 등으로 기초생활이 불가능한 인구집단을 재정적 근거에 입각하여 선별한 후 현물보조나 무상서비스를 제공하는 방식을 의미한다.

Systems Research Institute 2002: 61-69). VHCS는 대다수의 농업인구나 도시의 비공식섹터에 종사하고 있는 노동인구가 위험의 예방을 위해 스스로 구매하는 공공보험에 해당한다. 이들은 빈민은 아니지만 사실상 제도화된 의료보험체계의 사각지대에 존재했던 인구집단으로 의료비 지출에 가장 큰 부담을 느끼는 시민들이었다. VHCS는 과거 촌락공동체에서 운영되던 자발적 협력기금의 전통에서 비롯된 제도로써 공동체단위에서 형성된 기금에 정부가 50% 정도의 보조금을 더해 공동기금을 마련하고, 기금기여자들은 커뮤니티병원이나 보건부 산하의 공립병원을 이용할 수 있었다(Thailand Health Profile 2005-2007: 396-397; Health Systems Research Institute 2002: 79-80).

이상에서 살펴보았듯이 타일랜드에서는 각 인구집단별로 상이한 운영메커니즘이 적용되는 분절적 의료보험체계가 구축되어 왔다. 의료보장혜택은 집단별로 점진적으로 확대되는 추세에 있었으나 전체 인구의 약 1/3 정도가 비보험인구에 해당했다. 의료소비의 차원에서 발견되는 주요한 특징은 특권적 지위에 있는 관료와 국영기업 공무원에게 상당한 비중의 정부재정이 지출되고 있으며, 구빈과 후원의 성격을 지닌 자산조사형 사회부조가 두드러진다는 점이다. 빈민은 자신들의 정치적 이해를 스스로 조직하기 어려운 집단이었지만, 타일랜드의 경우는 특권적 지위를 누리는 공무원 다음으로 빈민에게 의료혜택이 집중되었다. 반면, 농촌이나 도시의 비공식섹터에 종사하는 노동인구는 위험의 예방을 위해 자발적으로 의료카드를 구매함으로써 의료소비의 문제를 해결해왔다. 그러나 이들은 경기변동에 따라 언제든지 비보험인구가 될 수 있는 위험에 노출되어 있었다.

IV. UCS 이후 타일랜드 공공의료제도의 변화

1. 탁신정부의 의료제도 개혁

UCS가 타일랜드 의료시스템을 전환시키며 전국적으로 실시된 데에는 두 가지 요소가 작용했다. 하나는 의료제도 진화의 흐름이고 다른 하나는 정치구조의 변화이다.⁴⁾ 탁신정부 이전에도 분절적 의료보험제도를 단일의 의료보험제도로 통합하려는 노력이 있었다. 예를 들어 자발적으로 의료카드를 구매하는 VHCS 프로젝트에 가담하는 인구가 늘어나면서 이를 보조하기 위한 정부기금의 양도 증가하게 된다. 타일랜드 보건부의 관료들과 학계, 진보적 시민단체에서는 같은 의료카드제의 확대가 중국에는 전국민 의료보장제도로 전환될 수 있을 것이라는 기대감이 조성되었다. 1970년대 민주화 당시 농민운동과 학생운동에 개입했던 진보적 의대생들은 보건부 내 개혁관료 집단으로 성장하였고, 여기에 경제위기 이후 공공의료체계의 효율성을 증대시켜야 할 필요성이 증대되면서 진보진영을 중심으로 한 의료개혁 요구가 발견된다(Siriwan 2004; Sanguan 2006).

특히 탈집중화법(Decentralization Act)이 시작되는 1999년부터 보건부 내 개혁관료집단과 시민사회, 의료전문가집단은 공립병원 개혁에 적극적인 노력을 기울인다. 2000년에 수상을 위원장으로 하는 의료시스템개혁위원회(NHSRC, National Health Systems Reform Committee)가 구성되었고, 의료시스템연구소(HSRI, Health System

4) 본 논문은 타일랜드 공공의료제도의 성격과 변화에 대한 서술적 정보의 제공을 목표로 탁신정부의 의료제도 개혁 과정과 정치적 동학은 자세히 논의하지 않는다. 타일랜드의 의료개혁을 이끈 정치구조의 변화는 독립적 후속연구에서 비중있게 다뤄져야 할 것이다.

Research Institute)가 의료개혁을 이끌 로드맵 작성을 담당하였다. 그런데 국제통화기금(IMF)과 아시아개발은행(ADB) 등이 자유화, 민영화, 탈규제의 정책처방을 제안했지만 타일랜드에서 병원민영화는 현실적인 대안으로 고려되지 않았다는 점에 주목할 필요가 있다. 공립병원이 의료시설의 80% 이상을 차지하고 있는 타일랜드의 공공의료체계에서 병원민영화는 의료의 사유화와 동일하게 이해되었고, 공립병원 개혁론자들 역시 민영화를 개혁의 대안으로 선택하지 않았다(Health Systems Research Institute 2002: 190-208).

이 시기 시민사회와 개혁관료 집단의 의료개혁에 대한 주장을 심각하게 고려하는 신진 정치세력이 출현한다. 1998년 창당한 신생정당인 TRT는 개혁관료와 진보진영의 목소리가 반영된 의료개혁안이 성공적인 선거공약으로 활용될 수 있음을 인지했다. 특히 경제위기로 인해 의료소비의 측면에 있어 취약해진 의료소비자집단이 지역적으로 편중되면서 정당은 의료제도 개혁을 희망하는 유권자의 요구를 반영하는 것이 성공적인 선거전략이 될 수 있음을 간파해낸다. 흔히 “30바트 의료보장”이라는 이름으로 불리는 탁신의 의료개혁안은 탁신 정부가 추진할 9개 긴급 국가정책 중 하나로 고려되었다.

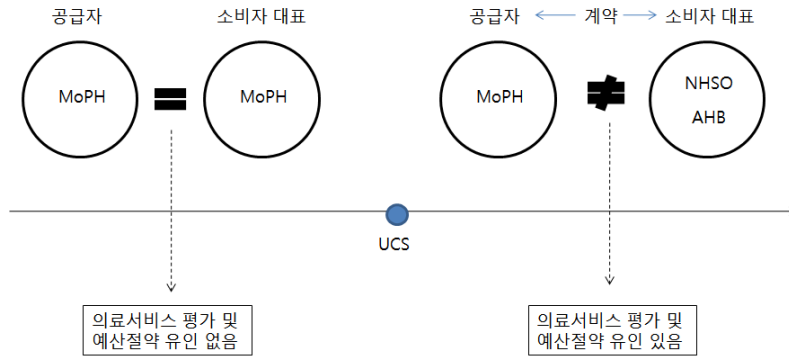
2001년 3월 탁신정부는 UCS의 가이드라인을 마련하기 위한 워크숍을 개최하고 제도설계의 기본방향을 공개했다. 즉, 국가는 예산을 통해 의료비를 공동부담할 의무를 지고 의료비용의 절감을 위한 체계를 수립한다는 것이었다. 다음 해인 2002년 탁신의 의료개혁안은 76개 주 전체로 확대된다. 탁신의 UCS는 2006년 군사쿠데타에도 불구하고 살아남아 현재 타일랜드 공공의료제도의 골격이 되었으며, 2007년 수라웃(Surayud) 과도정부 시기(2006-2007)에는 사용자의 의무지불액인 30바트 마저도 폐지되면서 정부예산 기반의 포괄적인 의료혜택이 전인구집단으로 확대된다(Siriwan 2010: 60-135).

2. 공급부문 개혁: 공급자-소비자 분리(provider-purchaser split)

타일랜드의 UCS는 엄격히 정의할 때 의료제도의 소비부문에서 시행된 개혁이다. 즉 서로 다른 표적집단에게 의료혜택을 제공했던 기존의 여러 의료보장제도를 정비하고 새로운 인구집단을 수혜대상으로 포함시켜 궁극적으로는 통합된 단일 의료보험제도를 탄생시키는 것을 목표로 했다. 그런데 한정된 의료예산을 이용하여 이러한 소비부문의 목표를 달성하기 위해서는 의료서비스 공급체계에 대한 개선이 요구되었다. 비보험인구에게 의료혜택을 확대하기 위해서 필요한 재원이 공급부문의 개혁을 통해 조달되어야 했기 때문이다. 이에 따라 타일랜드에서는 사립병원보다 공립병원에 대한 개혁이 우선적으로 전제되어야 했다. 왜냐하면 타일랜드는 MoPH 산하의 공공의료시설이 의료서비스 공급에 있어 민간의료시설에 비해 압도적인 우위를 보이기 때문이다.

타일랜드에서 공급부문의 개혁은 공공의료시설에 있어 자원배분의 효율성을 향상시키는 방향으로 나타났다. UCS 이전의 의료공급체계에서는 보건부(MoPH, Ministry of Public Health) 산하의 공공의료시설을 통해 작동하고 있었기 때문에 MoPH가 공공의료서비스의 공급자인 동시에 감시자의 지위를 누렸다. <그림1>에서 알 수 있듯이 이와 같은 MoPH의 이중적 지위는 공공의료서비스 공급에 있어 발생할 수 있는 비효율성을 적극적으로 개선할 유인을 제공하지 않았다. 이에 따라 기존의 의료서비스 공급메커니즘을 개혁하려는 제도적 노력이 시도되었다.

<그림 1> UCS 이후 타일랜드 의료공급체계의 변화



출처: 송경아 2011: 157

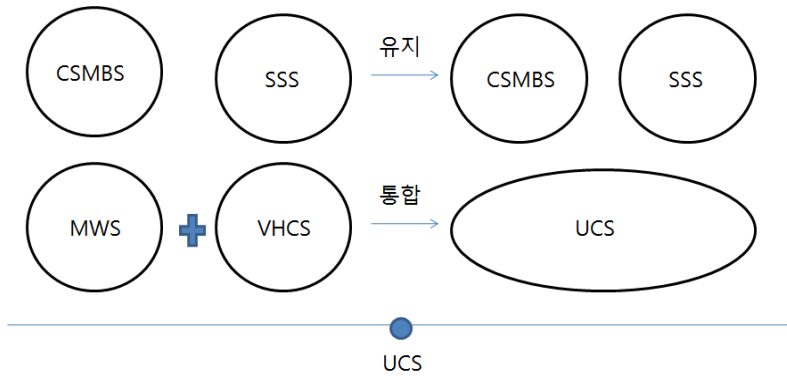
공급부문 제도개선 의 핵심적인 내용은 다음과 같이 압축된다. 우선, 공공의료서비스 공급은 MoPH의 전반적인 행정적 관리를 받는 공공의료시설이 담당하되 의료시설 운영에 있어서는 어느 정도의 자율성을 부여했다. 다음으로, <그림 1>에 나타나듯이 공급자-소비자 분리(provider-purchaser split)를 단행하고 계약(contract)에 기초한 의료서비스 공급체계를 구축했다. 이를 위해 소비자 대표기구를 별도로 신설했다. 중앙수준과 지방수준에 소비자 대표기구로서 각각 국가의료보장국(NHSO, National Health Security Office), 지역의료위원회(AHB, Area Health Board)가 설치되었다. 소비자 대표기구는 공공의료시설을 상대로 의료서비스 공급에 대한 “계약”을 체결한다. 이러한 계약체결권은 소비자 대표기구로 하여금 계약의 일방당사자의 지위에 서게 함으로써 공공의료서비스 공급에 대한 감시권한을 부여하는 기능을 한다. 공급부문의 효율성을 높임으로써 절약된 자원을 30%의 비보험인구에게 배분하는 것은 기술적으로 큰 어려움이 아니었고, 많은 사람들이 상상하는 것처럼 의료예산 및 공공지출의 급격한 증대를 가져오지 않았다(Thailand Health Profile 2005-2007:

401-409).

3. 소비부문 개혁: 의료보험제도의 통합과 재정비

탁신정부의 UCS가 실행된 이후 태일랜드 시민의 의료소비 패턴에 변화가 발견된다. 시민들은 UCS에 등록하면서 *batthong*, gold card)이라고 불리는 단일의 의료보험카드를 받게 된다. 이 카드는 과거 빈민들에게 사회적 낙인으로 인식되었던 저소득카드와 달리 환자의 사회경제적 신분을 드러내지 않는다. 환자는 이 카드로 거주지의 커뮤니티 병원이나 공립병원을 방문할 수 있고 본인일부 부담액(copayment)인 30바트를 지불함으로써 외래진료와 입원치료를 받게 된다(Towse et al. 2004; Hughes et al. 2007; Ramesh et al. 2008).

<그림 2> UCS이후 태일랜드 의료소비체계의 변화



출처: 송경아 2011: 160

그런데 여기서 지적해야 할 점은 탁신정부의 UCS는 기존 의료보험제도 중 CSMBS와 SSS는 그대로 유지하는 반면, 빈민을 포함한

사회적 약자와 농촌인구나 도심의 비공식섹터에 종사하는 노동인구들에게 혜택을 주던 MWS와 VHCS만을 통합했다는 점이다. 이러한 방식으로 탁신정부는 서로 다른 표적집단에게 의료혜택을 제공했던 기존의 의료보장제도를 수정하고 30%의 비보험인구를 수혜대상으로 포함시켜 궁극적으로는 보편의료혜택(universal coverage)을 달성했다.⁵⁾

그렇다면 이 같은 의료개혁의 수혜자는 누구인가? 타일랜드 주류 정치학자들은 빈민이 의료개혁의 수혜자라고 파악하고 있으나(e. g. Anek 1996; Suchit 2009),⁶⁾이들은 실제로 빈민이 아니며 스스로의 지출로 의료소비를 해결해오던 농민과 도심의 대다수 노동인구이다. 타일랜드의 경제성장이 소득불평등을 심화시키는 방향으로 진행되었음은 널리 알려진 사실이다. 도심과 농촌의 소득 및 생활수준은 큰 차이를 보이며 농촌지역에 거주하는 인구집단의 의료접근성은 상대적으로 낮은 편이었다. 이들 농촌인구는 전통적으로 빈민에게 집중되어 온 혜택을 누릴 수 없었음은 물론, 농업 이외에 여타의 비정규적인 노동수입에 가계소득의 많은 부분을 의존해야 했기 때문에 경기변동에 매우 취약한 인구집단이었다. 지역적으로 북부와 북동부지역에 집중되어 있는 “그리 가난하지 않은 농촌인구(not so poor rural population)”(Selway 2008: 21)는 실업과 도심거주 노동인구의 귀향 등에서 비롯된 가계소득의 감소로 인하여 제도화된 의료서비스 접근에 있어서는 오히려 빈민보다 못한 위치에 놓이게 된다. 경제위기의 사회적 여파가 지속되면서 이들 인구 농촌인구와 도심의 노동인구는 의료소비의 문제에 있어서 단일의 선호를 갖게 된다.

5) 이때 공무원과 소수의 공식섹터 노동자들이 누려오던 특권적 혜택은 축소하지 않음으로써 예상되는 반발을 최소화할 수 있었다.

6) 수짚은 타일랜드 정치위기를 친탁신세력이 갖는 민주주의에 대한 잘못된 이해에서 비롯되고 있다고 보는 대표적인 학자이다. 수짚은 30바트 의료정책을 탁신의 기만적인 선거전략으로 파악하며, 이를 지지한 동북부주민들을 부패와 정치윤리에 무관심한 존재로 묘사하고 있다(Suchit 2009: 93)

또한 빈민, 노인, 장애인 등에게 지급되었던 MWS는 사회적 낙인을 수반하였던 반면, UCS는 환자의 사회적 신분이나 소득수준을 나타내어주지 않는다는 점에서 널리 환영받았다. 이러한 정치적 지지를 통해 TRT는 2001년, 2005년 두 차례 선거에 의해 승인받는다.

<표 3> 의료보장제도별 커버리지 변화와 비교

의료보장제도	UCS 이전			UCS 이후			
	1991	1996	2001	2003	2004	2005	2006
1. UCS	-	-	0.9	74.7	73.5	72.2	74.3
- 30바트/방문 지불하지 않는 인구	-	-	-	74.7	30.6	28.1	28.6
- 30바트/방문 지불하는 인구	-	-	0.9		42.9	44.1	45.7
2. MWS	12.7	12.6	31.5	-	-	-	-
3. CSMBS	15.3	10.2	8.5	8.9	9.4	9.8	8.9
- 공무원	13.2	9.0	7.5	8.9	9.4	9.8	8.9
- 국영기업 노동자	2.1	1.2	1.0				
4. SSS와 *WCF	-	5.6	7.2	9.6	10.7	11.0	11.4
5. VHCS	1.4	15.3	20.8	-	-	-	-
6. 민간보험	3.1	0.8	1.3	1.7	0.8	1.0	0.7
7. 기타	0.9	1.0	0.8	-	-	1.1	0.7
수혜자 비율	33.5	45.5	71.0	94.9	94.3	95.1	96.0
비수혜자 비율	66.5	54.5	29.0	*5.1	5.7	4.9	4.0

출처: Thailand Health Profile 2005-2007: 327 통해 저자가 재구성. *WCF는 노동자보상제(Workmen Compensation Fund)라고 불리는데 이는 1991년 SSS로 통합되므로 SSS에 대한 수치만으로 사적영역의 공식노동자에 대한 의료혜택의 범위를 짐작할 수 있다. *UCS 이후 4-5%의 비보험인구에는 주로 해외거주민이 해당한다.

UCS를 실시한 지 10년이 지난 현재 시점, 타일랜드 공공의료개혁의 결과에 대해 긍정적인 평가가 보건경제학자를 중심으로 제기되고 있다. 예를 들어, 카니카(Kannika et al. 2009)의 연구에 따르면 UCS 이후 공공의료지출에 대한 국가의 재정적 부담은 크게 증가하지 않았다고 한다. 세계보건기구(WHO, World Health Organization)의 2010년 보고서에 따르면 UCS 이후 타일랜드 가계의 의료비 지출

부담이 줄어들고 의료서비스에 대한 접근성은 향상되었다(WHO Report 2010). 라메시(Ramesh 2009)는 타일랜드의 의료개혁은 비교적 성공적이었으며 이는 중저소득국가에서 전국민 의료보장의 달성이 불가능할 것이라는 통상적 견해를 반박하는 사례로 볼 수 있다고 주장한다.

V. 결론: 타일랜드 공공의료제도에 관한 후속연구 제안

본 논문에서는 의료제도의 내적 속성에 주목하여 타일랜드 공공의료제도의 성격을 살펴보았다. 구체적으로 공급부문과 소비부문에서 타일랜드의 의료체계가 운영되던 원리와 그 특성을 설명하고, 탁신의 의료개혁이 이 두 영역에 어떠한 변화를 가져왔는가를 살펴보았다. 이 과정을 통해 타일랜드에서 공공의료제도는 국가중심적 의료공급체계의 구축, 선별적 집단에 대한 수혜의 점진적 확산 등을 보이며 발전해왔다는 것을 밝혔다. 장기간에 걸쳐 진화한 의료분야의 인적, 물적 조건은 보편적 의료보장제의 성립을 가능하게 한 기반이 되었다. 탁신의 의료개혁은 의료혜택의 사각지대에 놓여있던 전체 인구의 30%에게 의료접근권을 제도적으로 보장하고, 소득수준이나 장애여부와 같은 조건에 의해 선별적으로 제공되던 의료혜택을 해당 정치사회의 구성원 모두가 향유하는 공공서비스로 변화시켰다.

그동안 타일랜드 내외의 연구경향은 탁신정부의 의료개혁을 정치 리더십, 사회경제적 요소, 체제요소 등의 변화에 의한 부수적 결과로 이해하여 왔다. 예를 들어 의료개혁을 선거승리를 위한 기회주의 정치인의 공약으로 이해하는 연구(McCargo et al. 2005; Suchit 2009), 경제위기로 인한 사회적 불만을 순화하기 위한 회유책으로

파악하는 연구(Hewison 2004; 2005), 혹은 민주주의 발전의 부수적 결과로 판단하는 연구(Haggard et al. 2008)가 주를 이루었다.

먼저, 탁신리더십에 초점을 맞추고 있는 연구는 의료개혁을 정치 리더십의 부수적 효과 정도로 이해하면서 의료제도의 다면적인 특성을 파악하지 못하고 있다. 의료분야는 복지주의적 차원에서 보는 것처럼 수급자격(entitlement)과 같은 서비스의 소비의 문제에만 국한되지 않는다. 의료분야는 의료인력 공급과 관련된 국가의 노동정책, 경제발전과 연관된 산업정책 등과도 긴밀히 연관되어 있다(Moran 2006). 또한 의료서비스의 공급은 전문적 지식과 기술력의 축적을 필요로 하는 노동집약적인 과정이고, 서비스공급의 핵심에는 의사집단이라는 특수노동집단이 자리를 잡고 있다. 그러므로 의료보장제도의 설계와 개혁과정에는 먼저 공급차원을 담당하고 있는 양질의 전문노동력을 육성하고 이들을 규율하는 문제가 수반되기 마련이다. 특히 현대 의료는 전문기술력의 발전에 의존하고 있다는 점에서 의료보장은 그 비용의 차원에서 국가의 강한 재정적 기여와 헌신을 필요로 함을 알 수 있다. 정치인에게 의료수급자격 확대를 통해 득표를 극대화할 유인이 있다고 해도 의료공급과 관련된 인적, 물적 자원이 갖춰져 있지 않다면 의료개혁은 불가능하다. 예컨대 의료의 공급분야가 국가가 아닌 강력한 시장의 행위자에 의해 지배되고 있는 시스템에서 정치인이 의료보험의 수급자격을 확대하겠다는 공약은 의료공급 집단의 강력한 저항을 야기할 수 있다. 따라서 탁신이 기회주의적 정치인이냐 아니냐의 논쟁을 넘어 타일랜드에서 국가주도의 보편적 의료혜택의 전국적 확대가 가능했었던 제도적 조건과 정치적 원인이 무엇인지에 대한 심층적인 분석이 후속연구로 이어져야 할 것이다.

다음으로, 경제위기로 인해 의료개혁이 실시되었다는 설명은 긴축재정의 국면에 공공지출 증가와 복지혜택의 확대가 어렵다는 통

상적 견해와 조용하지 않을 뿐만 아니라 왜 수많은 사회정책분야 중에서 의료 선택되었는지에 대해서도 설명할 수 없다. 경제위기가 의료개혁을 이끌었다는 주장은 1997년 위기가 장기간에 걸쳐 진화한 타일랜드 공공의료제도의 공급과 소비의 각 차원에서 구체적으로 어떠한 충격을 가했는지를, 그리고 이 충격이 어떠한 정치적 메커니즘을 통해 보편적 의료보장제의 성립으로 이어졌는지를 밝히는 연구에 의해 보강되어야 할 것이다. 나아가 타일랜드에서 의료분야의 발전이 경기침체나 팽창과 같은 경기변동에 종속된 것이었는지, 아니면 이와 상관없이 의료분야가 독특한 정치적 의미를 지니며 꾸준히 진화해왔는지도 살펴볼 필요가 있을 것이다.

마지막으로 선거경쟁의 존재 그 자체를 포섭적인 사회정책의 출현, 특히 보편의료제 시행의 조건으로 이해하는 것은 타일랜드를 비롯한 동남아시아 많은 국가의 경험적 현실과 조용하지 않는다는 점을 기억할 필요가 있다. 선거정치가 존재하는 동남아시아 여러 국가에서 선거를 통한 정치적 경쟁의 수준은 낮은 편이었다. 또한 타일랜드를 비롯한 동아시아의 여러 국가에서 사회정책의 발전은 민주주의로의 체제이행과 상관없이, 심지어는 제한된 선거권이라는 조건 속에서도 이루어졌다. 타일랜드에서는 1980년대부터 경쟁적인 의회선거가 존재해왔다. 그런데 왜 2001년에 이르러서야 정당이 유의미한 전국정책으로 유권자와의 연계를 시도하려 했는지, 나아가 왜 의료분야를 정책의 대상으로 선택하였는지에 대해서도 체계적 분석이 제공되어야 할 것으로 생각된다.

주제어: 타일랜드, 의료보장, 공공의료제도, 전국민의료제도, 탁신 정부

〈참고문헌〉

- 송경아. 2011. “타일랜드 공공의료제도에 관한 연구: 탁신정부의 전국민의료보장제도 성립을 중심으로.” 서울대학교 박사학위 논문.
- Anderson, Benedict R. 1977. “Withdrawal Symptoms: Social and Cultural Aspects of the October 6 Coup.” *Bulletin of Concerned Asian Scholars* 9(3): 13-30.
- Anek, Laothamatas. 1996. “A Tale of Two Democracies: Conflicting Perceptions of Elections and Democracy in Thailand.” R. H. Taylor ed. *The Politics of Elections in Southeast Asia*. pp. 201-223. Cambridge: Cambridge University Press.
- Constitution of the Kingdom of Thailand. B. E. 2540(1997). official translation. Available at http://www.admncourt.go.th/amc_eng/02-LAW/laws/Constitution2540-1997.PDF (accessed Feb. 5, 2011).
- Esping-Andersen, Gøsta. 1990. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton: Princeton University Press.
- Girling, John. 1981. *Thailand: Society and Politics*. Ithaca and New York: Cornell University Press.
- Haggard, Stephan and Robert R. Kaufman. 2008. *Development, Democracy and Welfare States: Latin America, East Asia and Eastern Europe*. Princeton: Princeton University Press.
- Health Systems Research Institute. 2002. *Health Insurance Systems in Thailand*. Nonthaburi: Health Systems Research Institute.
- Hewison, Kevin. 2004. “Crafting Thailand’s New Social Contract.” *The Pacific Review* 17(4): 503-522.

- _____. 2005. "Neo-liberalism and Domestic Capital: The Political Outcomes of the Economic Crisis in Thailand." *The Journal of Development Studies* 41(2): 310-330.
- Hughes, David and Songkramchal Leethongdee. 2007. "Universal Coverage in the Land of Smiles: Lessons from Thailand's 30 Baht Health Reforms." *Health Affairs* 26(4): 999-1008.
- Immergut, Ellen M. 1992. *Health Politics: Interests and Institutions in Western Europe*. New York: Cambridge University Press.
- Kannika Damrongplasit and Glenn A. Melnick, 2009. "Early Results from Thailand's 30 Baht Health Reform: Something to Smile About." *Health Affairs* 28(3): 457-466.
- Kasian, Tejapira. 2003. "De-Ordering Jek Communists: Rewriting Thai History from the Viewpoint of the Ethno-Ideological Other." James T. Siegel and Audrey R. Kahin eds. *Southeast Asia Over Three Generations, Essays Presented to Benedict R. O'G Anderson*. pp. 245-261. Ithaca: Cornell University Press.
- McCargo, Duncan and Ukrist Pathmanand. 2005. *The Thaksinization of Thailand*. Copenhagen: Nordic Institute of Asian Studies.
- Moran, Michael. 1999. *Governing the Health Care State: A Comparative Study of the United Kingdom, the United States and Germany*. Manchester: Manchester University Press.
- _____. 2006. "Health Policy." B. Guy Peters and Jon Pierre eds. *Handbook of Public Policy*. pp. 219-230. London: Sage Publications.
- Ramesh, M. 2009. "Healthcare Reforms in Thailand: Rethinking Conventional Wisdom." M. Ramesh and Scott Fritzen eds.

- Transforming Asian Governance: Rethinking Assumptions, Challenging Practices.* pp. 154-167. New York: Routledge.
- Ramesh, M. and Mukul G. Asher. 2000. *Welfare Capitalism in Southeast Asia: Social Security, Health and Education Policies.* New York: Palgrave.
- Ramesh, M. and Xun Wu. 2008. "Realigning Public and Private Health Care in Southeast Asia." *The Pacific Review* 21(2): 171-187.
- Riggs, Fred W. 1966. *Thailand: The Modernization of a Bureaucratic Polity.* Honolulu: East-West Center Press.
- Sanguan Nitayarumphong. 2006. *Struggling Along the Path to Universal Health Care for All.* Nonthaburi: National Health Security Office.
- Scott, James C. 1972. *Comparative Political Corruption.* Englewood Cliffs: Prentice-Hall, Inc.
- Selway, Joel. 2008. "Institutional Change and Social Policy in Thailand in the post-1997 Constitutional Era." Mid-West Political Science Association Annual Conference 2008.
- Siriwan Pitayarangsarit. 2004. "Agenda Setting and Policy Formulation Process." Viroj et al. *From Policy to Implementation: Historical Events During 2001-2004 of Universal Coverage in Thailand.* pp. 3-66. Nonthaburi. National Health Security Office.
- _____. 2010. *The Introduction of the Universal Coverage of Health Care Policy in Thailand: Policy Responses.* Bangkok: National Health Security Office, International Health Policy Program.

- Starr, Paul. 1982. *The Social Transformation of American Medicine*. New York: Basic Books.
- Suchit Bunbongkarn. 2009. "Thailand's 2007 Constitution and Re-Emerging Democracy: Will Political Polarization Continue?" John Funston ed. *Divided over Thaksin: Thailand's Coup and Problematic Transition*. pp. 89-95. Chiang Mai: Silkworm Books.
- Thailand Health Profile 2001-2004. Materials distributed by Ministry of Public Health in Thailand.
- Thailand Health Profile 2005-2007. Materials distributed by Ministry of Public Health in Thailand.
- Towse, Adrian, Anne Mills and Viroj Tangcharoensathien. 2004. "Learning from Thailand's Health Reforms." *British medical Journal* 328:103-105.
- Ungpakorn, Ji Giles. 1999. *Thailand: Class Struggle in an Era of Economic Crisis*. Hong Kong: Asia Monitor Resource Centre.
- World Health Organization. 2010. "Universal Coverage Scheme in Thailand: Equity Outcomes and Future Agendas to Meet Challenges." *World Health Report 2010 Background Paper* 43.
- (2011. 12. 26. 투고; 2012. 02. 03. 심사; 2012. 02. 21. 게재확정)

<Abstract>

The Nature and Changing Aspects of Thailand's
Public Health Care Institutions:
A Comparison before and after the Establishment of
Thaksin's Universal Health Coverage Scheme

Kyung-Ah SONG
(Seoul National University)

In 2001 election, Thaksin Shinawatra and his newborn Thai Rak Thai Party (TRT) made a campaign promise with a slogan called “30 baht cures all diseases.” The coverage was finally extended nationwide with an enactment of the National Health Security Act in November 2002. Under the Universal Health Coverage Scheme (UCS), all Thai citizens became eligible for government-sponsored health service regardless of their income level, age, and place of residence. A comprehensive health care system is rare to find in Southeast Asia or any parts of the world, for such a scheme requires a strong financial commitment by the state and entails material interests of almost all people in the society.

The health care institutions built under political contexts of a given country reveal a significant degree of influence that can either induce a specific path of development or restrict future political choices in regard

to the pace and direction of policy change. In this sense, this paper first focuses on the enduring nature of the health care state in Thailand and then tries to provide explanations on the logic and working order of the public health care institutions before and after the Thaksin's reform.

As the provider, the Thai State has built health facilities and taken charge of the education and discipline of health workers. The number of public health facilities far outruns that of private facilities and health education is almost carried out by public universities. As the owner of hospitals and employer of doctors, the state has controlled over the occupational autonomy and collective influence of the professional health workforce. In addition, as the representatives of medical consumers, the state has directly taken responsibility for the welfare of its people by gradually expanding the benefit coverage to population.

Thaksin and TRT made a transformation of the modern health care system in Thailand that has evolved over a century. However, the extent and scope of change was determined within the boundary of existing health infrastructures. The health reform was outlined in a direction that the state provided health services via contract with a hospital and an independent state organization checked the spending of health resources. Thaksin government successfully merged resources from four different health insurance schemes into the UCS to remove overlaps in coverage and guarantee a broader allocation of health resources to all segments of society.

Keywords: Thailand, health care, public health care institutions, Universal Health Coverage Scheme, Thaksin government