

보편적 건강보장을 향한 노력*: 베트남 보건의료 부문의 역사·문화적 맥락을 중심으로

백 용 훈**

<국문초록>

본 연구는 지속가능개발목표(Sustainable Development Goals) 하에 보편적 건강보장(Universal Health Coverage) 달성을 목표로 전 국민의 건강보험 가입을 추진하고 있는 베트남의 보건의료 부문에 주목하여 보건의료 체계와 건강보험법의 개혁 과정에서 나타난 특징을 역사·문화적 맥락을 통해 파악해보고 개발의 관점에서 그 함의를 살펴보고자 한다.

UHC의 세 가지 차원, 즉 인구 집단에 대한 보장성 확대, 다양한 의료서비스 제공, 그리고 재정적 보호를 기준으로 베트남 보건의료 부문의 현황을 요약하면 다음과 같이 정리할 수 있다. 첫째, 2015년 발효된 개정 건강보험법에서 가구 단위의 의무 가입과 그에 따른 건강보험료 정산 방식이 새로운 제도로 시행되고 있다는 점이다. 둘째, 1차 의료시설, 즉 사(Xã, Commune)급 단위의 보건소를 중심으로 예방 및 건강관리 서비스를 제공할 수 있는 의료 네트워크가 구축되어 있다는 점이다. 셋째, 의료보험법 및 다양한

* 이 논문은 2008년 정부(교육과학기술부)의 재원으로 한국연구재단의 지원을 받아 수행된 연구임 (NRF-362-2008-1-B00018). 논문의 내용에 대해서 자세한 논평을 해주신 심사위원 세 분께 감사드립니다.

** 서강대학교 동아연구소. beakyh@hanmail.net

제도 시행 이후 공공 지출이 증가하고 민간 지출이 감소하고 있지만 여전히 본인부담 의료비 지출(Out-of-Pocket Expenditure)이 많은 비중을 차지하고 있다는 점이다.

베트남의 사회건강보험 개혁은 현재 과도기이다. 따라서 베트남은 보건의료 체계와 건강보험 제도를 어떻게 구축해 나갈 것인가에 대한 문제가 더욱 중요할 수밖에 없는 시기적 상황에 당면해 있다. 제도와 체계에 대한 개발은 효율성보다는 그것을 고스란히 감당해내야 하는 주체, 즉 해당 사회의 구성원들에게 적절하고 정당한 방식으로 설계되어야 한다. 본 연구는 제도와 문화, 즉 제도를 공유하는 사회적 가치, 가족 문화 그리고 비공식적인 제도 등과의 상호작용 등으로부터 그 함의를 이끌어내고자 하였다.

주제어: 베트남, 보편적 건강보장, 의료서비스, 보건의료 체계, 건강보험법, 가족, 문화, 제도

I. 서론

본 연구는 지속가능개발목표(Sustainable Development Goals, 이하 SDGs) 하에 보편적 건강보장(Universal Health Coverage, 이하 UHC) 달성을 목표로 전 국민의 건강보험 가입을 추진하고 있는 베트남의 보건의료 부문에 주목하여 보건의료 체계와 건강보험법의 개혁 과정에서 나타난 특징을 역사·문화적 맥락을 통해 파악해보고 개발의 관점에서 그 함의를 살펴보고자 한다.

2015년 9월 개최된 유엔(UN) 정상회의에서 “SDGs”가 확정되었고 그 중에서도 “UHC”가 보건의료 분야의 핵심 과제로 포함되었다. 세계보건기구(World Health Organization, 이하 WHO)가 정의하는

UHC 혹은 보건의료 서비스의 보편적 접근(universal access to healthcare)의 개념은 “의료비의 재정적 위험으로부터의 보호, 안전하고 효과적이며 저렴한 기초 의약품 및 백신 공급 등을 포함한 보편적인 의료 보장 달성”이다. 즉, 어느 누구도 배제되지 않고 모든 사람들이 필수적인 의료서비스를 재정적 부담 없이 이용할 수 있도록 보장하는 것을 의미한다.¹⁾ UHC는 건강, 사회적 응집력, 그리고 지속 가능한 인간 및 경제 개발에 필수적인 것으로 간주된다. 저소득 혹은 중간소득 국가들은 사회건강보험(Social Health Insurance, 이하 SHI)을 도입하여 UHC를 달성하는 것을 핵심 정책 목표로 삼고 있다 (Palmer 2014).

베트남 정부는 1992년 SHI 프로그램을 실시하면서 지난 25년 간 베트남 전체 인구를 포괄하는 건강관리 및 보편적 보장을 달성하기 위한 다양한 제도적 개혁을 진행해왔다. 특히, 의료서비스의 양적 및 질적 개선을 위하여 베트남 정부와 국회 등 국가 지도부는 SHI 제도에 취약한 가난한 계층을 건강보험 제도 내에 포함시키는 문제에 주목했다. 최근 인도네시아, 필리핀, 그리고 베트남은 UHC의 모범 사례인 한국의 제도를 학습한 바 있다. 이 가운데 베트남은 가장 단기간에 전국민 건강보험 제도를 달성한 한국의 성과에 주목하면서 2011년 한국 국민건강보험공단으로부터 건강보험에 대한 제도적 지원을 받았다.²⁾

이로 인한 결과들 중 하나는 2009년부터 발효된 건강보험법(2008년 제정 및 공포)을 일부 개정 및 보완하여 2014년에 건강보험 개정

1) SDGs(지속가능개발목표)의 여러 목표들 가운데 세 번째 목표가 건강 관련 내용 (Good Health and Well-Being)이다. “모든 사람들의 건강한 삶 보장 및 웰빙 증진 (Ensure healthy lives and promote wellbeing for all at all ages)”을 목표로 제시하고 있으며 이에 대한 9개의 세부목표(3.1~3.9)와 4개의 세부실행목표(3.a~3.d)로 구분되어 있다(WHO, <http://www.who.int/sdg/targets/en/>, 검색일: 2017.12.19).

2) 정책브리핑. “베트남에 건강보험제도 첫 수출계약(2012/3/2).” (<http://www.korea.kr/policy/mainView.do?newsId=148728664>, 검색일: 2017.12.27).

법(46/2014/QH13)을 공포한 것이다.³⁾ 개정된 법조항 중 주목할 점은 모든 국민들이 “가구 단위(hộ gia đình)”로 건강보험에 의무적으로 가입(Bảo hiểm Y tế bắt buộc)해야 한다는 점을 명시한 것이다. 현재 베트남에서는 미가입중인 국민들을 건강보험 체계에 편입시키고 이들에 대한 보험료 부과 및 징수 방식을 개발하는 것이 가장 중요한 정책 과제 중 하나이다. 본 연구는 이상과 같은 베트남의 주요 현안을 기반으로 보건의료 체계 및 건강보험법 개정 내용을 살펴보고 지속가능개발에 대한 역사·문화적 함의를 도출해보고자 한다.

본 연구의 방법은 문헌 연구와 인터뷰 조사를 병행하였다. 우선 1차적으로 베트남 법제도 문건(헌법, 사회보험법, 의료보험법 등), 정부 공식 문건(보건부 공포문, 결정문 등), 그리고 베트남 통계청 및 WHO의 통계 자료를 참고하여 거시적인 양상을 살펴보았다. 그리고 나서 북부 홍강델타와 남부 메콩강델타에 각각 위치한 농촌 지방의 보건소장 및 마을 주민들과의 인터뷰를 통해 미시적인 수준에서의 제도적 실천 현황을 파악해보았다.

II. 기존연구 검토

1. 보편적 건강보장(UHC)

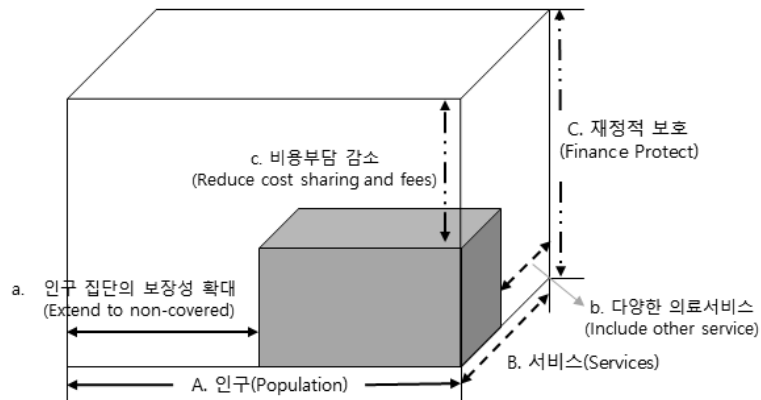
WHO는 건강을 ‘단순히 질병이나 장애가 없는 상태가 아니라 완전한 육체적, 정신적, 사회적 웰빙(well-being)의 상태’로 정의했다 (WHO 2006: 1). 이러한 정의는 건강이 무엇을 의미하는 것인지에

3) 베트남 건강보험법 개정 및 보충 문서(46/2014/QH13, Luật bảo hiểm y tế), http://www.chinhphu.vn/portal/page/portal/chinhphu/hethongvanban?class_id=1&mode=detail&document_id=175349 (검색일: 2018.01.03).

대한 포괄적인 설명을 제공하지만, 동시에 건강에 대한 국가(지역)별 비교 혹은 특정 집단 간 비교가 가능하게 한다. 특히, 사회학적 관점에서 생각해 보면 해당 사회에서 추구하는 건강은 과연 무엇인지 그 국가(지역)에서 거주하는 사람들의 건강 상태를 개선하기 위하여 어떠한 정책이 필요한가에 대한 질문을 가능하게 한다.

WHO는 UHC의 실현을 위하여 아래의 <그림 1>과 같이 세 가지 측면, 즉 인구 집단(population), 서비스(services), 재정(finance)에 대한 고려가 필요하다고 판단하였다. 다시 말하면, 인구 집단의 보장성을 확대하여, 일부 계층이 아닌 전 국민으로 보장범위를 넓혀야 하고('A'와 'a'), 건강증진·예방·치료 및 재활 등 보장되는 다양한 의료서비스의 영역에 대한 양과 질을 개선해야 하며('B'와 'b'), 본인부담금 감소 및 보조금 확대를 통해 의료서비스 이용자의 비용부담을 감소시켜야 한다('C'와 'c')는 것이다. 즉 <그림 1>에서 보면, 음영 처리된 작은 박스가 확장될 때 가장 이상적인 UHC가 실현되는 것으로 이해할 수 있다.

<그림 1> 보편적 건강보장(UHC) 개념의 세 가지 차원



출처: WHO(http://www.who.int/health_financing/strategy/dimensions/en/, 검색일: 2017. 12.01)를 참고하여 필자 작성.

하지만, UHC 개념의 세 가지 요소들이 모두 충족되는 사례는 실제로 존재하지 않으며 국가별로 정책 목표 달성 우선순위에 있어서 서로 상충하기도 한다(윤기종 2015: 175). 또한, 각 국가마다 다양한 사회문화적 및 제도의 비공식적 맥락으로 인하여 UHC의 달성을 위한 국가별 전략 모델에 차이가 존재할 수밖에 없다. UHC의 실현은 국가 혹은 사회별 의료서비스 공급 체계와 비공식 영역에 존재하는 다양한 이해당사자의 참여 및 협력에 대한 이해를 필요로 한다.

한편, UN은 인권과 양성평등의 가치를 강조하고 생애주기 관점을 도입하여 “여성·아동·청소년 건강을 위한 글로벌 전략 2016-2030 (Global Strategy 2016-2030)”에 대한 세 가지 목표를 제시하였다.⁴⁾ GS 2016-2030에서 강조하는 점은 인권, 평등, 지속가능한 환경, 지역격차 해소 등을 강조하는 SDGs가 취약한 환경에 놓인 사람들에게 대한 일회성 원조보다는 이들이 스스로 자립할 수 있는 환경을 조성하는 것에 가치를 두고 있다는 것이다.

첫 번째 목표는 예방 가능한 죽음의 종식을 통한 생존이다. 이에 해당하는 세부 목표는 산모 사망을 출생아 10만 명 당 70명 미만으로, 신생아 사망을 출생아 1천 명 당 12명 미만으로, 신생아 사망을 출생아 1천 명 당 12명 미만으로, 5세 미만 아동 사망을 출생아 1천 명 당 25명 미만으로, HIV, 폐결핵, 말라리아 등 열대성 전염병 종식, 비전염성 질환으로 인한 조산사망을 감소, (자살 예방을 위한) 정신 건강과 웰빙 증진이다.

두 번째 목표는 건강과 웰빙의 보장을 통한 번영이다. 이에 대한 세부 목표는 모든 종류의 영양불균형 해소 및 아동기·청소년기·임신기·모유수유기 여성의 영양 증진 필요성 역설, 모든 아동에게

4) Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health, 2016-2030, <http://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/global-strategy-2016-2030/en/> (검색일: 2017.12.15).

양질의 유아기 발달 보장, 환경오염 관련 사망 및 질병의 감소, 경제적 위험을 예방하고 양질의 필수 의료서비스 및 백신에 대한 접근권을 제공하는 보편적 건강보장 달성이다.

끝으로 세 번째 목표는 모든 사람이 잠재력을 실현할 수 있는 환경으로의 변화이다. 관련 세부목표는 절대빈곤 퇴치, 모든 청소년에게 자유롭고 평등하며 질 좋은 교육의 기회 보장, 여성에게 해로운 관습과 차별 및 폭력 제거, 안전한 식수 및 위생시설에 대한 보편적이고 공평한 접근성 보장이다. 그리고 이를 증진시키기 위한 활동으로 GS 2016-2030은 국가 리더십 강화, 보건 부문 재정 확보, 보건시스템의 유연성 제고, 개인의 잠재력 구현, 지역사회 참여 장려, 다부문 실천 활성화, 취약한 환경에 대한 인도주의적 지원, 연구 및 혁신, 책임성 강화를 제안한 바 있다.

2. UHC와 베트남 보건의료 부문에 대한 기존 연구의 한계

UHC에 대해 주목하는 연구들은 저소득 혹은 중간소득 국가들을 대상으로 UHC가 어떠한 경로로 어느 정도 이행되고 있는지 그리고 UHC를 달성하는데 있어서 도전적인 요소들은 무엇인지에 대하여 논의해왔다(Kwon 2009; Bitrain 2013; Do et al. 2014; Pamler 2014; Annear et al. 2015; Bredenkamp et al. 2015).

이들 연구들은 주로 다음과 같은 쟁점을 다룬다. 우선, 인구 집단의 보장성 확대와 관련하여 과연 UHC가 전 국민들을 대상으로 보편적일 수 있는지, 그렇지 않다면 누구를 얼마나 보장하는지, 더 구체적으로는 어떤 계층의 사람들이 이 제도에 쉽게 편입될 수 있는지(혹은 없는지)에 주목하였다. 예를 들면, 공적 부문에 종사하는 근로자들은 급여에서 공제(payroll deduction)함으로써 그리고 가난한 계층의 사람들은 정부 보조(government subsidies)를 통해 보편적 건강

보장의 대상에 포함될 수 있지만, 비빈곤층에 해당하는 비공식 부문의 근로자들(non-poor informal sector workers)에게까지 보장을 확대하는 것은 각 국가들마다 어려운 문제로 남아 있다.

다음으로 다양한 의료서비스와 관련하여 제기되는 쟁점은 질병 부담(disease burden)에 적합한 복지 혜택(benefit package)을 정의하는 문제, 즉 해당 사회에서 복지 혜택을 어느 정도의 범위까지 수용할 것인지 그리고 보건의료 서비스 혜택을 받을 수 있는 법적 자격(legal entitlements)과 관련된 것이다. 그리고 이러한 문제를 해결하기 위한 대책은 재정적 그리고(혹은) 비재정적 인센티브를 통해 그리고 정보 캠페인을 통해 비공식 부문의 기여(contributions)를 촉진시키거나 국세(general tax revenue)를 이용해야 한다는 것이다(Bredenkamp et al. 2015). 현재 UHC를 향한 실험은 계속해서 진행되고 있고 지역(국가)에 따라 나타나는 다양한 문제점들과 그에 대한 대책은 아직 명확히 증명되지 않았다.

베트남을 사례로 UHC에 주목한 기존 연구들은 다음과 같다. 팔머(Palmer 2014)는 UHC에서의 나타나는 불평등에 주목하여, 인구 집단에 따라 SHI의 영향을 조사한 후 서비스 이용 및 재정 보호의 범위에서 불평등이 발견된다고 주장하였다. 그의 연구에 따르면, 장애인과 퇴직자의 경우 상대적으로 높은 서비스 이용률을 보여주었고 빈곤을 유발하는 보건의료의 위험이 가장 큰 것으로 나타났다. 따라서 이들에게 더 많은 복지 혜택이 제공되어야 한다고 강조하였다.

도와 그의 동료들(Do et al. 2014)은 베트남이 지난 20년 동안 보편적인 건강 보장을 추구해왔음에도 불구하고 목표를 달성하지 못했다는 점을 지적하였고, 이러한 과도기를 단축시키는 방안에 대하여 한국과의 비교 연구를 진행하였다. 이들의 연구에 따르면, 1977년 한국과 2009년 베트남의 상황을 서로 비교하면서 비록 인구 분포 및 경제 구조에 있어서는 차이가 있지만, 소득 수준, 행정적 능력,

연대의 전통, 강력한 정치적 리더십 등을 통해 UHC를 달성하고자 하는 점은 유사하다고 평가하였다. 반면, 베트남은 의무적 등록, 자격 요건의 가구 단위, 그리고 기여금 및 복리 후생 제도의 설계, 건강보험에 대한 자원 배분, 특히 UHC를 달성하고 유지하기 위하여 필요한 지속가능한 정부 보조 정책에 대해서 한국의 경험을 학습하고 고려할 수 있다고 제안하였다.

한편, 세계은행(World Bank)은 효율성 및 형평성에 기반하여 정책적 권고 사항을 제시하였다. 즉, 베트남의 보편적 보장을 향한 경로로서 SHI의 메커니즘을 강화하기 위한 정책적 권고를 세 가지 축으로 구분하여 단기(short-term, 2014-15년) 및 중기(medium-term, 2016년과 그 이후)에 해당하는 이행 로드맵을 제시하였다(Somanathan et al. 2014). 왜냐하면, 베트남은 2009년 건강보험법 발효 이후 SHI를 통해 보건의료를 재정화하여 UHC를 달성하고자 하는 정책을 이행해오고 있기 때문이다.

보고서 내용을 구체적으로 살펴보면, 첫째, 입법 및 규제적 조치의 필요성을 강조하였다. 보장의 범위를 확대하고 등록률을 높이기 위해서는 베트남 사회보장청(Vietnam Social Security)의 책임을 수립하고 처벌에 대한 권한을 강화하는 등 주요 법 자체에 대한 개정이 필요하다는 것이다. 그리고 국가 예산 중 빈곤층을 위한 보조금을 2020년까지 100% 인상하고 SHI에 대한 보조금을 지급할 의무를 수립해야 한다는 것이다. 또한, 거시 경제적 조건을 고려하여 베트남 재정부, 보건부, 그리고 사회보장청은 점진적으로 보조금 수준을 인상해야 한다는 것이다. 그리고 중기적으로는 가족을 위한 등록을 장려하는 고용주에게 세금 인센티브를 제공하는 등 세법 개정이 필요하다는 점을 제시하였다. 뿐만 아니라 형평성과 재정 보호를 향상시키고 본인부담비용(OOP) 감소를 달성하기 위해서는 공동 지불금(co-payment) 정책의 이행을 강화하고 환자에게 적절한 고충처리 메커니즘(grievance

mechanisms)에 접근할 수 있도록 해야하며 이를 준수하지 않는 의료 기관에 대해서는 제재를 가해야 한다고 강조하였다.

둘째, 보건시스템을 강화하는 조치가 필요하다는 것이다. 이는 보건서비스 제공의 효율성과 형평성을 개선하는데 있어서 중요하다. 단기 조치로는 하위 수준의 병원 서비스를 강화하고 1차 진료를 강화하기 위한 장기전략 계획을 통해 외래 환자 및 입원 환자 전문 서비스의 효율성을 향상시키기 위한 것이다. 이러한 개혁은 보편적 보장을 향한 진전을 위하여 중장기적으로 입법 및 규정 변경과 함께 이루어져야 한다고 강조하였다. 구체적으로는 1차 진료 서비스의 가용성과 품질을 강화하고 1차 진료 전문가들의 훈련 및 교과과정, 기존 직원들의 재교육, 새로운 간부 창출 및 빈곤한 농촌 지역에서 일하기 위한 인센티브 제공 등이다.

셋째, 데이터 및 정보 격차가 해결되어야 한다는 것이다. 가족 등록이 강력히 권장되지만, 보험료가 얼마나 증가해야 하는지, 베트남 정부와 고용주 모두에게 어느 정도의 프리미엄이 추가되는지, 임금 및 고용에 미치는 영향력에 대해서는 거의 알려져 있지 않다. 적절한 수준에서 가족 등록을 위한 보험료와 보조금을 설정하기 위해서는 이에 대한 분석이 필요하다. 그리고 이에 대해서는 다른 국가들의 성공적인 1차 진료 모델을 분석하고 비용 효율성에 기반해야 한다는 점을 강조하였다.

이상과 같이 세계은행의 보고서를 포함한 기존 연구들은 정책의 효율적인 집행을 위하여 주로 국가의 입법 및 규정 변경 그리고 법제도 개혁에 대한 문제점들을 다루고 있다. 다른 저개발 혹은 중간소득 국가와는 다른 베트남의 특징은 SHI의 계획이 단일한 행정 기관, 즉 베트남 사회보장청에 의해 운영되고 있다는 점이다. 따라서 베트남 공산당, 정부(재정부 및 보건부), 그리고 사회보장청을 통한 정책적 대응이 상당히 중요하고 다른 국가에 비해 훨씬 더 효율적으로 작동

할 수 있다. 하지만, UHC를 달성하고 과도기를 줄이기 위해서는 국가 혹은 정부의 정책 이외에도 다양한 내부 동력의 요소들과 이해관계자들의 역할이 중요하다.

한편, 복지 부문에 대한 기존 연구들을 살펴보면 베트남은 공산주의적 유산으로 인하여 중국의 사회 정책 및 복지 레짐 발전과 비교 대상이 되어 왔다. 다양한 저자들은 공산주의적 경로 의존성이 어떻게 현재의 사회 정책에 영향을 주어왔는가에 주목하였다(Chan 2008; Guan 2005; London 2009; White 1998). 대표적으로 런던(London 2008, 2009)은 베트남의 복지 체제를 “시장레닌주의적 레짐(market-Leninist regime)”으로 칭한다. 그는 국가성(statehood)에 주목하면서 베트남 공산당(Communist Party of Vietnam)이 “정치적 조직의 레닌주의적 원칙을 유지하면서도 시장 제도(market institutions)와 시장 기반의 축적 전략(market-based strategies of accumulation)을 이용”한다고 강조하였다.

하지만, 보건 의료 부문을 포함하여 사회 정책과 복지에 대한 논의들은 그 체제를 구성하고 있는 다양한 제도적 환경에 대한 고려가 필요하다. 왜냐하면, 정치 시스템, 사회문화적 상호작용, 혹은 사회에서의 특정 그룹이 제기하는 정당성에 따라 복지적 양상이 어떻게 나타나는가를 파악하는 것은 국가 수준에서만 파악해 온 서구적인 관점의 한계를 뛰어넘어 보다 다양한 수준에서의 논의를 가능하게 하기 때문이다(Gough 2004: 182; Priwitzer 2012; Titmuss 1974: 26). 현재 미시적인 수준에서 베트남의 사회 정책이 어떻게 실행되고 있는가에 대한 연구는 상당히 부족하다. 쿡과 권(Cook and Kwon 2007)은 주로 공동체와 집단주의적 특징으로부터 사회적 서비스의 사적 공급(private provision)으로 향하는 베트남 복지 레짐의 이행을 간략하게 분석하였다. 국내 문헌으로 백용훈(2015, 2016)의 연구는 베트남 홍강 델타와 메콩강 델타에 각각 위치한 농촌 마을보건소에

주목하여 의료서비스가 주민들에게 어떻게 실천되고 있고 그러한 상호작용의 성과는 어떻게 나타나는가에 대하여 설명하였다. 하지만, 국가 보건의료 시스템의 체계와 사회 정책의 특징은 구체적으로 드러나지 않는다.

개발도상국에서 공공 사회 정책의 효과는 가족, 자발적 부문, 시장 원칙 등과 같은 사적 행위자들의 관계 및 문화를 분석하지 않고서는 이해될 수 없다(Scott 1998). 국가는 어떤 점에서는 강력하지만 분명히 제한된 통합의 조직체(bounded unified organization)일뿐만 아니라 사적 행위자들 및 사회적 힘과 강하게 얽혀 있는 실체(entity)로 이해된다(Migdal 2001: 22). 동아시아 지역에서 유교 문화와 가족 가치(부모를 향한 효, 형제간의 우애, 여성에 의해 대부분 이행되는 가족 복지)가 국가 사회 프로그램의 저발전을 촉진시켰다는 주장들이 이를 방증한다(Esping-Andersen 1996: 21; Goodman and Peng 1996: 192).

따라서 본 연구는 개혁이 배태된 사회경제적 환경, 공적 및 사적 부문의 연계, 서로 다른 사회 및 정치적 행위자들 간의 권력 관계, 그리고 가족주의 등 문화적 요소를 중심으로 베트남의 보건의료 분야를 파악해보고자 한다. 특히, 현재 베트남 정부의 현안이 전 국민의 100% 건강보험 가입을 목표로 하고 있다는 점을 감안할 때 과연 가구 단위의 의무 가입이 베트남인들의 가치와 부합하여 제도적 이행에 긍정적으로 작용할지에 대해서는 바로 가족문화에 대한 이해를 필요로 한다.

Ⅲ. UHC와 베트남

1. 인구 집단에 대한 보장성 확대

베트남 인구는 2017년 7월 기준 약 9,600만 명으로 추산되었다.

중위 연령은 30.5세로 젊은 인구가 많은 편이고 전체 인구 가운데 생산 가능 인구(15세~64세)가 70.34%로 상당히 많은 비중을 차지하고 있다. 65세 이상 인구는 6.12%로서 고령화 사회(aging society, 전체 인구의 7%를 의미함)로의 진입을 앞두고 있다.⁵⁾ 증가하는 인구 규모에 따라 베트남 국가 지도부는 사회보장 및 건강 관련 정책에 집중하고 있다. 베트남 지도부의 보건의료 부문에 대한 관심과 그 성과는 건강 관련 지표를 통해서 확인해볼 수 있다. 지난 2000년 채택된 새천년개발목표(Millennium Development Goals, 이하 MDGs) 하에서 베트남인들의 건강 수준은 사회경제적 발전이 유사한 주변 아세안(ASEAN) 국가들에 비해서 높은 수준이다(Hoang and Nguyen 2017).

2016년 1월 개최된 제12차 공산당대회에서는 복지 부문에 대한 전임 당 지도부(2011-2015)의 리더십 평가와 함께 베트남 전 국민을 포괄하는 사회보장 실행을 향한 당의 집중과 리더십을 더욱 공고히 하였다.⁶⁾ 그리고 2017년 1월 12일에 개최된 의료 분야 관련 회의에서 응웬티킴띠엔(Nguyễn Thị Kim Tiến) 보건부장관(Minister of Health)은 현재 베트남 보건의료 시스템에 대한 문제점을 언급한 바 있다. 또한, 2017년 6월 14일 개최된 제14차 국회 회의 제3차 회기에서 응웬티킴응언(Nguyễn Thị Kim Ngân) 국회의장은 베트남인들의 건강과 직결된 의료 분야 법제도 개편 등의 중요성을 강조한 바 있

5) <표 1> 베트남의 인구 구조

연령 구간	0-14세	15-24세	25-54세	55-64세	65세 이상	총계
비율(%)	23.55	16.23	45.56	8.55	6.12	100.00

출처: CIA World Fact Book(2017, <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/vn.html>, 검색일: 2018.01.03).

- 6) 베트남 공산당 잡지 Tạp chí Cộng sản. “Đại hội XII của Đảng và những quan điểm về an sinh xã hội [제12차 당대회와 사회보장에 대한 관점들].” <http://www.tapchiconsan.org.vn/Home/xay-dung-dang/2017/43880/Dai-hoi-XII-cua-Dang-va-nhu-ng-quan-diem-ve-an-sinh.aspx> (검색일: 2017.12.27.).

다.)

베트남 인구의 건강보험 가입 비중은 제도적 개혁과 함께 지속적으로 증가해왔다. 아래의 <표 2>에서 확인할 수 있듯이 베트남의 건강보험 프로그램은 1992년 건강보험 조례 공포에 관한 시행령(299/1992/HĐBT)에 의해 전국적으로 실행되었다. 이에 따라 가장 먼저 공무원, 국영기업 근로자 10인 이상 비국영기업에 종사하는 근로자, 그리고 연금 수령 및 기초생활보장 수급자(노인)가 건강보험 적용 대상으로 포함되었다. 이후 베트남은 건강보험 가입 대상을 점차 확대해나가는 법을 공포했다. 1998년 시행령(58/1998/ND-CP)으로 인하여 국회의원, 인민위원회 의원, 영유아 교사, 사회 복지 대상자, 경찰과 군인의 부양가족이 건강 보험 적용 대상자로 포함되었다. 또한, 2005년 시행령(63/2005/ND-CP)을 통해 1개월 이상 비국영기업에 종사하는 근로자, 협동조합, 기타 조직, 참전 군인(war veterans), 빈곤층으로 확대되었다(Lê Thị Hoài Thu 2008: 6-8).

건강보험법은 1961년 제정된 사회보험법에 편입되어 있었지만 2008년에 법이 개정되면서 현재 단독으로 운영되고 있다. 건강보험은 건강 검진(medical examination)과 함께 등록된 의료 시설에서 입원 및 외래 진료를 받을 수 있는 자격을 부여한다. 2008년 11월 14일 통과된 건강보험법(25/2008/QH12)은 보편적 보장을 달성하기 위한 로드맵으로서 국가 사회건강보험 프로그램(national Social Health Insurance program)의 성격을 가지면서 모든 유형의 기업 근로자(2009년 이후), 학생(2010년 이후), 농업 종사자(2012년 이후), 그리고 근로자 및 조합원의 부양가족(2014년 이후)으로 그 대상을 확대

7) 베트남 국회. “Chủ tịch Quốc hội Nguyễn Thị Kim Ngân: Vẫn còn nhiều tồn tại, hạn chế, nhiều khó khăn, thách thức đối với ngành y tế [응엔티킴띠엔국회주석: 의료 분야에 대한 한계, 어려움, 도전적 요소들이 여전히 많이 존재한다.]” <http://quochoi.vn/cacvilanhdao/Pages/hoat-dong.aspx?ItemID=33414> (검색일: 2017. 12.27.).

하였다. 하지만, 소수민족을 포함하여 사회적 소외 계층 등의 건강보험 가입률은 현저히 낮았다.

<표 2> 건강보험 적용대상자 확대 (Health Insurance Coverage) 및 등록률(enrollment rate)

년도	제도	대상자	등록률
1992	시행령 (299/1992/HĐBT)	공무원, 국영기업에 종사하는 근로자, 10인 이상 비국영기업에 종사하는 근로자, 연금 수령자, 기초생활보장수급자(노인)	4%
1998	시행령 (58/1998/ND-CP)	국회의원, 인민위원회 의원, 영유아 교사, 사회 복지 대상자, 경찰과 군인의 부양가족	23%
2005	시행령 (63/2005/ND-CP)	1개월 이상 비국영기업에 종사하는 근로자, 협동조합, 기타 조직, 참전 군인(war veterans), 빈곤층	46%
2009	건강보험법 제정(의무 가입 & 자발적 가입, 25/2008/QH12)	6세 이하 어린이, 차상위 빈곤층	60%
2010		학생	65%
2012		농업 종사자	66%
2014		근로자 및 조합원의 부양가족, 기타 단체	70%
2015	건강보험법 개정(의무 가입, 46/2014/QH13)	가구 단위 전 국민 의무 가입	72%
2017년 2월 말			82%

출처: 베트남 사회주의 공화국 정부 홈페이지 (<http://www.chinhphu.vn/portal/page/portal/chinhphu/trangchu>, 검색일: 2017.11.21.)와 Somanathan et al.(2014: 12-18)을 참고하여 필자 작성

이후 베트남 정부는 의료서비스의 질과 지속가능한 발전을 위한 목표를 위하여 취약 계층과 빈곤층을 건강보험 적용 대상에 포함시키는 문제에 대하여 주목했다. 그 결과 베트남 건강보험법은 2015년 1월 1일부터 전 국민이 의무적으로 가입하도록 개정(46/2014/QH13)되었다. 베트남 정부 발표에 따르면, 전체 국민 중 건강보험 가입자는 82%(2017년 2월 말 기준)를 차지하는 것으로 나타났다. 응웬민타오(Nguyễn Minh Thảo) 베트남 사회보험 부청장 (Phó Tổng Giám đốc Bảo hiểm xã hội (BHXH) Việt Nam)은 2016년 12월 말 기준

총 인구 9,270만 명 가운데 7,590만 명이 건강보험에 가입하였고 이는 전체 인구의 81.9%에 달하는 수준이라고 발표했다.⁸⁾

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.⁹⁾ 주요 내용은 다음과 같다. 첫째, 기존에는 의무 가입(bắt buộc)과 자발적 가입(tự nguyện)으로 구분되었던 건강보험 가입 대상을 전 국민 “의무 가입”으로 규정하였다. 둘째, “가구 단위”의 의무 가입제를 도입하였다. 이에 따라 법 규정상 모든 가구 단위의 구성원들은 건강보험료를 납부해야 한다.¹⁰⁾ 셋째, 보건의료 비용 통제, 서비스 질 보장, 의료 정책 우선순위에 대한 대응 등 기본적인 급여 보장이 가능한 서비스 패키지(basic health services package, BHSP) 구축이다. 넷째, 1차 의료기관 등록 제도이다. 다섯째, 전국 지역별 인민위원회와 지도자들이 전 국민 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 가구

8) 베트남 Customs News. “The Coverage of health insurance reached 81.7% of national population [건강보험의 보장은 총 인구의 81.7%에 달했다.]” <http://customsnews.vn/the-coverage-of-health-insurance-reached-817-of-national-population-2272.html> (검색일: 2017.12.01).

9) 베트남 정부 홈페이지. “의료보험법 개정 및 보충 문서.” http://www.chinhphu.vn/portal/page/portal/chinhphu/hethongvanban?class_id=1&mode=detail&document_id=175349 (검색일: 2018.01.03).

10) 각 가구에서 납부해야 하는 건강보험료는 가장의 월급 중 기본급을 기준으로 계산됨(105/2014/NĐ-CP). 가장은 기본급의 4.5%를 건강보험료로 납부(고용인 2/3, 피고용인 1/3 납부)해야 하고, 나머지 가족 구성원들의 건강보험료는 각각 70%, 60%, 50%, 그리고 40% (이하 구성원부터는 모두 40%)로 계산된다. 만 6세 미만, 80세 이상의 경우 보험료 납부 의무가 없다(46/2014/QH13, 105/2014/NĐ-CP, 959/QĐ-BHXH).

는 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.

2. 다양한 의료서비스 제공

WHO에 따르면, UHC의 발전을 관리감독하기 위해서는 다음과 같은 두 가지 사항에 주목해야 한다고 강조한다. 첫째, 필수적인 양질의 서비스에 접근할 수 있는 인구의 비율이다. 둘째, 가구 소득 중 많은 비중을 건강에 소비하는 인구의 비율이다. WHO는 이 두 가지 사항에 주목하여 각 국가마다 UHC의 수준(level)과 형평성(equity)을 측정할 수 있는 지표로서 4가지 범주로 구분된 16개의 필수 의료서비스 항목을 이용한다.¹¹⁾ 이 가운데 서비스와 관련된 항목을 살펴보면, 기초 병원 시설에 대한 접근, 의료진의 밀도, 필수 의약품에 대한 접근, 국제 건강 규정 준수에 대한 내용을 포함하고 있다. 따라서 이들 항목에 대한 베트남 통계청의 보건 관련 자료를 바탕으로 의료서비스에 대한 베트남의 현황을 파악해보고자 한다.

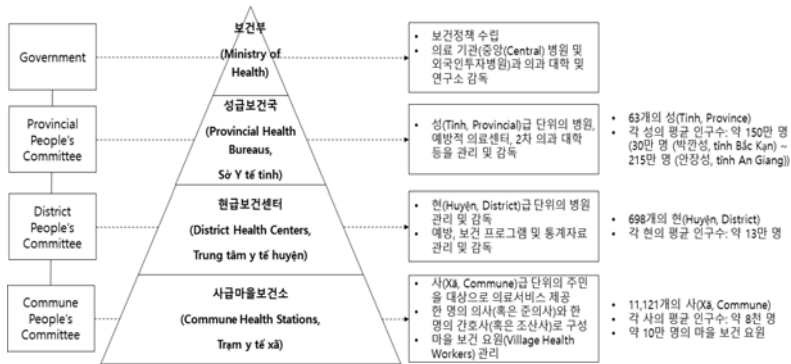
우선, 베트남의 보건의료 체계는 아래의 <그림 2>와 같이 총 네 단계로 구성되어 있다. 가장 상층부에는 보건부(Ministry of Health)가 위치해있다. 보건부는 국가 보건정책을 수립하는 동시에 공공 의료시스템, 특히 의료기관(중앙병원과 외국인투자병원)과 의과 대학 및 연구소를 감독하는 역할을 한다. 그 아래 단계에는 성급 보건국(Provincial Health Bureaus, Sở Y tế tỉnh)이 위치해있다. 성급 보건국

11) 네 가지 범주는 재생산, 모성, 신생아 및 어린이 건강(Reproductive, maternal, newborn and child health), 전염병(Infectious diseases), 비전염성 질병(Noncommunicable diseases), 그리고 서비스 능력과 접근(Service capacity and access)이다(Universal Health Coverage (UHC) Fact sheet, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs395/en/>, 검색일: 2018.01.05).

은 성 단위의 병원(Provincial hospital), 예방적 의료 센터(Preventive Centres), 2차 의과 대학(Secondary Medical Schools), 그리고 약품 관련 기관(Pharmaceutical Units) 등을 관리 감독한다.

다음으로, 현급 보건센터(District Health Centers, Trung tâm y tế huyện)는 치료활동, 예방프로그램, 보건프로그램 및 통계자료에 대한 관리 및 감독의 책임을 지고 있다. 끝으로, 가장 하층부에 위치한 기관은 마을보건소(Commune Health Stations, Trạm y tế xã)이다. 보건소는 베트남 공적의료체계에 있어서 가장 기초적이고 중요한 의료 시설이다. 각 사(Xã, Commune)마다 위치한 보건소는 일반적으로 한 명의 의사(혹은 준의사)와 한 명의 간호사(혹은 조산사)로 구성되고 각 보건소에서는 약 7천명 ~ 9천명의 주민을 대상으로 의료서비스를 제공하고 있다(백용훈 2016).

<그림 2> 베트남 보건의료 체계의 행정 구조



출처: 베트남 보건부와 통계청 자료를 기반으로 필자 작성.

베트남에서 1차 보건의료 시스템은 질병의 예방 및 통제에 있어서 중요한 역할을 하고 있다(Nguyen et al. 2017). 1975년 재통일 이후 베트남 보건부는 보건의료 서비스를 구축하고 모든 인구의 건강관

리를 위하여 전국적인 보건소 네트워크에 집중하였다. 이에 따라 북부를 중심으로 구축되어 있던 제 1차 보건의료기관인 사급마을보건소를 남부 지방으로 확대시켰다. 그리고 1980년대 후반 도이머이(Đôi Mói) 개혁개방 이후부터 정부는 사 단위의 마을보건소를 중심으로 예방적 보건서비스(preventive health services)를 제공하는데 집중하면서(Luu 2008) 빈곤층과 차상위 빈곤층 그리고 노인층의 건강 지위를 개선시켜 나가고 있다.

아래에 제시된 표는 각각 베트남 지방별, 의료 시설 수, 의료진 수, 그리고 병상 수에 대한 베트남 통계청 자료를 정리한 것이다. 먼저 베트남의 지방별 의료 시설 수에 대한 <표 3>을 구체적으로 살펴보면 각 지방별¹²⁾로 병원, 지방 종합병원, 재활 병원, 보건소 등 기초 의료시설의 인구 1,000명 당 수치는 유사한 수준이다. 전국 평균으로 살펴보면, 병원의 경우 인구 1,000명 당 약 0.01개, 지방 종합병원의 경우 0.0004개, 재활 병원의 경우 0.1개, 그리고 보건소의 경우 0.12개로서 전반적으로 인구수에 비해 의료시설이 부족한 것을 확인할 수 있다. 의료시설 가운데 인구 1,000명 당 보건소의 비중이 가장 많은데 일반적으로 각 사(Xã, commune)마다 하나의 보건소가 위치해있기 때문이다. 그리고 지방별로 인구 당 의료 시설 수가 유사하다는 점을 미루어볼 때 베트남 정부가 의료 시설을 기준으로 보건 의료에 대한 형평성을 고려하고 있다는 점을 확인할 수 있다.

12) 지방은 베트남 통계청에서 집계된 자료를 기준으로 구분하였다. 베트남 통계청 자료에 따르면, 총 6개 지방, 즉 홍강 델타(Red River Delta), 북부 내륙 및 산악(Northern midlands and mountain areas), 북중부 및 중부 연안(Northern Central area and Central coastal area), 중부고원(Central Highlands), 남동부(South East), 메콩강 델타(Mekong River Delta)으로 구분되어 있다. 주요 도시를 기준으로 살펴보면, 수도 하노이(Hà Nội)는 홍강 델타에, 다낭(Đà Nẵng)시는 북중부 및 중부 연안에, 그리고 호찌민(Hồ Chí Minh)시는 남동부에 포함된다.

<표 3> 베트남 지방별 의료 시설 수

	병원 (hospital)		지방 종합병원 (Regional policlinic)		재활 병원 (Sanatorium and rehabilitation hospital)		기초의료서비스 시설 (보건소 등) (Medical service Unit)	
	개수	1,000명 당	개수	1,000명 당	개수	1,000명 당	개수	1,000명 당
전국	1,012	0.01	35	0.0004	602	0.01	11,102	0.12
홍강 델타	210	0.01	9	0.0004	93	0.00	2,462	0.12
북부 내륙 및 산악	199	0.02	8	0.0007	208	0.02	2,549	0.21
북중부 및 중부 연안	239	0.01	10	0.0005	95	0.00	2,905	0.15
중부고원	78	0.01	2	0.0004	51	0.01	726	0.13
남동	117	0.01	3	0.0002	41	0.00	869	0.05
메콩강 델타	169	0.01	3	0.0002	114	0.01	1,591	0.09

주: 인구 1,000명 당 수치는 베트남 통계청 2016년 기준 인구수를 기반으로 필자 직접 계산.

출처: 베트남 통계청 (검색일: 2017.12.20).

다음으로 아래의 <표 4> 베트남 지방별 의료진 수를 전국 평균으로 살펴보면, 인구 1,000명 당 각각 의사의 경우 0.66명, 내과 의사의 경우 0.60명, 간호사의 경우 1.00명, 조산사의 경우 0.29명으로 인구수에 비해 의료진 수가 상당히 부족하다. 지방별로 살펴보면, 의사의 경우 북부 내륙 및 산악 지방이 가장 많고 메콩강 델타 지방이 가장 적은 수준이다. 또한, 아래의 <표 5>에서 베트남 지방별 병상수를 전국 평균으로 살펴보면, 인구 1,000명 당 병원의 경우 2.24개, 지방 종합병원의 경우 0.08개, 재활 병원의 경우 0.04개, 보건소 등 기초의료서비스 시설의 경우 0.56개의 수준이다. 지방별로 살펴보면, 병원 병상수의 경우 북부 내륙 및 산악 지방이 가장 많고 중부 고원이 가장 적은 수준이다.

<표 4> 베트남 지방별 의료진 수

	의사 (Doctor)		내과 의사 (Physician)		간호사 (Nurse)		조산사 (Midwife)	
	명	1,000명 당	명	1,000명 당	명	1,000명 당	명	1,000명 당
전국	61,547	0.66	55,311	0.60	92,873	1.00	27,265	0.29
홍강 델타	13,751	0.65	9,677	0.46	21,283	1.01	4,783	0.23
북부 내륙 및 산악	10,477	0.87	12,198	1.02	13,615	1.14	4,033	0.34
북중부 및 중부 연안	12,428	0.63	12,840	0.65	18,616	0.95	6,548	0.33
중부고원	3,664	0.64	3,253	0.57	5,481	0.96	2,009	0.35
남동	10,722	0.65	5,309	0.32	18,735	1.14	4,632	0.28
메콩강 델타	10,505	0.59	12,034	0.68	15,143	0.86	5,260	0.30

주: 인구 1,000명 당 수치는 베트남 통계청 2016년 기준 인구수를 기반으로 필자 직접 계산.

출처: 베트남 통계청 (검색일: 2017.12.20).

<표 5> 베트남 지방별 병상수

	병원 (hospital)		지방 종합병원 (Regional polyclinic)		재활 병원 (Sanatorium and rehabilitation hospital)		기초의료서비스 시설 (보건소 등) (Medical service Unit)	
	개수	1,000명 당	개수	1,000명 당	개수	1,000명 당	개수	1,000명 당
전국	208,001	2.24	7,324	0.08	4,000	0.04	52,241	0.56
홍강 델타	43,850	2.07	532	0.03	1,028	0.05	12,078	0.57
북부 내륙 및 산악	31,380	2.62	2,158	0.18	630	0.05	10,734	0.90
북중부 및 중부 연안	46,308	2.34	1,349	0.07	1,362	0.07	14,172	0.72
중부고원	11,521	2.02	565	0.10	150	0.03	3,410	0.60
남동	38,195	2.33	467	0.03	550	0.03	2,997	0.18
메콩강 델타	36,747	2.08	2,253	0.13	280	0.02	8,850	0.50

주: 인구 1,000명 당 수치는 베트남 통계청 2016년 기준 인구수를 기반으로 필자 직접 계산.

출처: 베트남 통계청 (검색일: 2017.12.20).

2017년 10월 베트남 보건부는 전 국민이 76개의 기초 의료 서비스

에 접근할 수 있고 그에 상응하는 241개의 의약품 항목을 향유할 수 있는 권리에 관한 의료서비스 패키지에 관한 신규 규정(39/2017/TT-BYT)을 공포했다.¹³⁾ 기초적인 의료 서비스 패키지는 기본적인 건강관리, 예방 및 건강 증진을 위한 것으로서 건강보험 기금이 적용된다. 1차 진료를 위한 기술, 의약품, 의료 설비는 건강 증진과 예방 및 치료를 위한 것으로서 각 현(Huyện, District)과 사(Xã, Commune)급 의료 시설에 적용된다. 특히, 의료보험 기금이 지불하는 기초적인 건강 서비스 패키지는 사급 단위에서만 사용할 수 있다.

현재 건강보험 카드를 소지하고 있는 약 80%의 사람들은 각자 등록한 현 및 사급 단위의 의료 시설에서 진찰이나 진료를 받을 수 있다. 따라서 건강관리 패키지를 효과적으로 제공하기 위해서는 지방 공동체 기반의 보건서비스, 특히 마을보건소(trạm y tế xã, commune health station)의 역량 강화에 중점을 둘 필요가 있다. 단, 병상수나 인력수와 같은 자원의 지방별 효율적 배분에 초점을 두기 보다는 의료서비스의 활동을 중심으로 이루어져야 할 것이다.¹⁴⁾ 위의 통계 자료에서도 확인할 수 있듯이 베트남은 병상수와 인력수 등과 같은 지표를 기반으로 지방별 형평성에 중점을 두는 의료서비스를 제공하고 있기 때문에 정부의 정책과 그에 따른 예산 배분 방법이 적절하게 활용되지 못하고 있는 실정이다.

13) 베트남 정부 홈페이지 “Quy Định Gói Dịch Vụ Y Tế Cơ Bản cho Tuyến Y Tế Cơ Sở [기초적인 의료서비스 패키지 규정].” (<http://congbao.chinhphu.vn/loi-dung-van-ban-so-39-2017-tt-byt-24967?cbid=19652>, 검색일: 2018.01.04).

14) 베트남 홍강 델타 지방에 위치한 한 농촌 마을에서는 마을 스피커를 통해 건강 관련 교육을 포함한 예방적 의료서비스를 효과적으로 제공하고 있었다(베트남 남단성 남러이 보건소장, 남성, 인터뷰 날짜: 2014.02.13).

3. 재정적 보호: 비용부담 감소

의료비 총지출(Total Expenditure on Health)은 보건의료서비스와 재화의 소비에 대한 1년간 국민 전체의 지출 총액을 의미한다. 재원은 크게 공공(Public) 재원과 민간(Private) 재원으로 구분된다. 공공 재원에는 주로 정부재원과 건강보험기금이 포함되고 민간 재원은 민영보험과 가계직접부담, 민간비영리단체, 기업 등이 해당된다. 아래의 <표 6>은 보건 부문에 지출을 공공과 민간 부문으로 구분하여 정리한 것이다. 우선 한 나라의 의료비 총량치에 해당하는 GDP 중 의료비 총지출(공공+민간)의 비중은 1995년 5.2%를 시작으로 2000년 4.9%, 2009년 6.1%, 그리고 2014년 7.0%를 기록하며 상승하는 추세를 보여주고 있다.

의료비 총지출 중에서 공공 지출과 민간 지출, 그 중에서도 본인부담 지출(Out-of-Pocket Expenditure)에 대한 비중을 살펴보면, 1995년에 각각 33.9%와 62.9%로 본인 부담이 공공 지출의 약 2배 정도의 수준이었고 2005년에 각각 26.4%와 67.6%로 약 2.5배의 수준까지 차이가 벌어졌다. 하지만, 2006년부터 그 격차가 점차 감소되었고, 건강보험법이 시행된 2009년의 이듬해인 2010년을 기점으로 본인 부담 지출에 비해 공공 지출의 비중이 더 많은 비중을 차지하였다. 최근 2014년을 기준으로 살펴보면 공공 지출과 본인부담 지출이 각각 54.1%와 36.8%를 차지하고 있다.

이상과 같은 지표는 정부 지출이 본인부담 지출의 감소에 기여하고 있는 긍정적인 성과임을 확인할 수 있다. 그리고 민간 지출 중에서 본인부담 지출이 2000년 95.6%에서 2013년 77.6%로 지속적으로 감소하였다는 점 역시 긍정적인 성과 볼 수 있다. 하지만, 공공 지출 중에서 정부 지출의 비중은 2014년 기준 14.2%에 불과하다. 나머지는 건강보험 기금으로 운영되고 있다는 것이다. 그리고 본인부담 지

출 비중이 80%(2014년 기준)를 차지하고 있다는 점은 개인이 사적으로 부담하는 의료비 지출이 여전히 많다는 점을 나타낸다. 2014년 구매력 평가(PPP) 기준 1인당 의료비 지출은 약 390 달러(US\$, 이하 모든 달러 표기는 미국 달러를 의미함)를 기록했고, 이러한 수치는 2000년과 비교해볼 때 약 4배 증가한 수준이다.¹⁵⁾ 한편, 의료비 총지출 중 외부 자원(External Resources)의 비중, 예를 들면 해외 원조 등은 2014년 기준 2.7%로 적은 수준이다.

<표 6> 보건 부문에 대한 공공 및 민간 지출(Public and Private Expenditure on Health)

	공공(Public) 지출			민간(Private) 지출				1인당 의료비 지출 (PPP, US\$)
	GDP 중 (%)	정부 지출 중 (%)	의료비 총지출 중 (%)	GDP 중 (%)	본인부담(Out-of-Pocket) 지출			
					의료비 총지출 중 (%)	민간 지출 중 (%)	의료비 총지출 중 외부 자원 (%)	
1995	1.8	7.9	33.9	3.4	62.9	95.1	3.5	73.9
2000	1.5	7.2	30.9	3.4	66.0	95.6	2.6	99.3
2005	1.4	5.4	26.4	4.0	67.6	91.9	2.7	163.2
2006	1.9	7.5	35.0	3.6	58.8	90.4	3.2	184.5
2007	2.6	9.1	42.1	3.5	52.0	89.7	3.0	220.2
2008	2.1	7.9	38.6	3.4	54.1	88.1	2.9	213.3
2009	2.6	8.1	42.5	3.5	50.2	87.4	3.1	245.0
2010	3.0	9.9	46.5	3.4	44.8	83.9	3.0	275.1
2011	2.8	10.4	45.2	3.4	45.6	83.2	2.6	287.7
2012	3.7	12.7	53.5	3.2	36.8	79.0	2.1	342.2
2013	3.8	13.2	53.0	3.4	36.5	77.6	1.8	372.4
2014	3.8	14.2	54.1	3.2	36.8	80.0	2.7	390.5

주: 1인당 의료비 지출은 구매력 평가(purchasing power parity) 기준이며, 환율은 2011년 기준 미국 달러를 적용한 것임.

출처: World Bank Data (검색일: 2018.01.03).

15) 2014년 기준 베트남의 1인당 GDP(구매력 평가 기준)는 약 5,657 달러이다(World Bank Data, 검색일: 2018.01.03).

베트남은 의료 부문의 효율성을 높이기 위하여 2002년과 2006년에 공립병원을 포함한 공공부문에 재정운용의 자율성을 허가하는 정책을 도입하였다. 이를 통해 공립병원은 중앙 및 지방으로부터 지원받는 재정을 자유롭게 쓸 수 있었다. 애초에 베트남 정부가 추진한 정책의 목적은 공공서비스의 효율성과 질을 향상시키는 것이었다. 하지만, 그 결과는 의료진의 급여와 병원의 수익 증대로 이어졌다. 공립 병원은 CT와 초음파 등 고가의 장비를 경쟁적으로 도입하였고 상급 병실을 마련하였으며 환자들에게 각종 부대 비용을 추가 부담시켰다. 결국 베트남의 1인당 보건의료 지출액은 급등하였고 보건의료 이용이 소득 수준에 따라 차이가 나타나는 등 오히려 부정적인 결과를 초래하였다(Sepethri 2014).

IV. 베트남 보건의료 부문의 역사문화적 함의

앞서 UHC의 세 가지 차원, 즉 인구 집단에 대한 보장성 확대, 다양한 의료서비스 제공, 그리고 재정적 보호(비용부담 감소)를 기준으로 베트남의 보건의료 부문의 현황을 다양한 지표를 통해 확인해보았다. 그 내용을 요약하면 다음과 같다. 첫째, 2015년 이후 실시되고 있는 개정 건강보험법에서 “가구” 단위의 의무 가입과 그에 따른 건강보험료 정산 방식이 새로운 제도로 시행되고 있다는 점이다. 둘째, 1차 의료시설, 즉 사급 단위의 보건소를 중심으로 예방 및 건강관리 서비스를 제공할 수 있는 의료 네트워크가 구축되어 있다는 점이다. 셋째, 건강보험법 및 다양한 제도 시행 이후 공공 지출이 증가하고 민간 지출이 감소하고 있지만 여전히 본인부담 의료비 지출이 많은 비중을 차지하고 있다는 점이다. 본 장에서는 베트남 보건의료 체계 및 제도에서 드러난 이상의 세 가지 주요 현황을 베트남 사회 구조의

역사·문화적 맥락을 통해 규명하고 이해를 도모해보고자 한다.

1. 가구 단위의 의무 가입: 가족 문화의 제도적 발현?

앞서 서론에서 언급했듯이 베트남 정부는 건강보험 제도 구축을 위하여 2011년 이후 한국 국민건강보험제도를 토대로 베트남에 적합한 모형을 개발하였다. 그 결과 근로자와 그 피부양자를 포함하는 건강보험법, 즉 건강보험이 가족에게 혜택을 주는 제도라는 점에 착안하였고 그에 따라 법 제도를 수정 및 보완하였다. <표 2>에서 확인했듯이 2015년 건강보험 개정법 발효 이후 가구 단위의 의무가입을 시행하면서 2017년 2월 말 기준 건강보험 등록률은 82%로 2015년에 비해 10% 포인트 증가하였다. 그렇다면, 이러한 제도적 이행과정 그리고 그에 대한 성과는 어떻게 이해할 수 있을까.

사회 정책 및 보건의료 부문에 대한 다양한 연구들은 동아시아 지역에서 국가복지가 저발전해온 배경을 사회문화적 환경과 연관시켜 이해해왔다. 이러한 연구는 어떠한 공식 제도나 정책을 실행할 때 비공식적 제도와 상호작용의 중요성을 보여준다. 따라서 본 연구의 주요 관심은 바로 과거와는 달리 가족 구성원들의 보험료가 가정의 기본 소득을 기준으로 책정이 되고 그에 따라 가구 구성원들의 보험료를 납부해야하는 방식으로 변화된 상황에 대하여 과연 베트남 사람들은 어떻게 대응하고 있는가에 관한 것이다. 그리고 이러한 문제는 당연히 가족의 가치와 가족 구성원의 범위에 대한 규범적 인식과 연관될 수밖에 없다.

제도의 형성 및 확산과 관련된 이론 가운데 사회학적 제도주의에 따르면, 개인의 선호와 선택은 역사 및 문화적 맥락과 상호 관련이 있다(Powell 1991; Cambell 1997; North 1998: 252). 특히, 제도와 연관되어 있는 관행은 단지 개인적 선택의 대상이 아니라 문화적으로

적절한 행위를 추구하는 개인의 선호를 의미한다(DiMaggio and Powell 1991; Wildavsky 1994). 따라서 제도의 공식적 측면보다는 규범, 문화, 의미 등 비공식적 측면, 특히 당연시되는(taken-for-granted) 신념과 인지구조에 초점을 둔다.

이처럼 사회학적 제도주의의 이론적 관점은 제도 변화의 근원을 효율성의 측면에서 이해하는 것이 아니라 사회적으로 적절하고 정당하다고 인정받는 구조와 기능을 닮아가는 과정으로 파악한다. 따라서 행위자들은 자율적인 행위자가 아니라 이미 존재하고 있던 비공식적 제도의 구성 원리와 관행 등에 영향을 받고 있는 존재이기 때문에 변화가 나타난다고 하더라도 상황에 대한 해석(interpretation)에 따라 개인의 행위가 이루어진다고 강조한다(하연섭 2002). 그렇다면, 가구 단위의 의무 가입에 대한 새로운 제도적 변화에 대하여 베트남인들은 어떻게 반응하였을까.

베트남 현지 언론(báo nhân dân)¹⁶⁾에 따르면, 베트남 사회보장청이 베트남 농민협회와 함께 주최한 ‘메콩 델타(Mekong River Delta)의 건강보험 및 자발적 사회보험 참여 개발’을 위한 한 세미나에서 마이득탕(Mai Đức Thắng) 베트남 사회보장청 관리부장(Phó trưởng Ban thu Bảo hiểm xã hội Việt Nam)은 메콩 델타에 위치한 각 지방과 도시(껀터, Cần Thơ)의 건강보험 등록률이 전국 평균보다 훨씬 낮은 수준이라고 언급하였고 이 지역에서 사회보험 및 건강보험 관련 이슈는 메콩 델타의 지속가능한 개발을 위한 중요한 과제라고 강조하였다.

또한, 2016-2020 건강보험 실현 지표 조정에 대한 총리 결정문(1167/QĐ-TTg)에 따르면, 2016년부터 2020년까지 건강보험 실현 지

16) “Phát triển đối tượng tham gia bảo hiểm ở đồng bằng sông Cửu Long[메콩델타에서 보험 가입 대상의 발전](Nhân Dân 2017/10/09).” <http://www.nhandan.com.vn/xahoi/bhxh-va-cuoc-song/item/34337802-phat-trien-doi-tuong-tham-gia-bao-hiem-o-dong-bang-song-cuu-long.html> (검색일: 2018.02.19).

표 및 목표를 설정한 구체적인 수치가 표로 제시되어 있다. 흥미로운 점은 베트남 북부와 남부에 위치한 성(Tỉnh, Province)을 기준으로 일정한 차이가 발견된다는 점이다. 2016년 기준 낮은 비중을 차지한 주요 지방을 순서대로 살펴보면, 끼엔장(Kiên Giang) 68.0%, 빈투언(Bình Thuận) 68.5%, 동탑(Đông Tháp) 70.0%, 안장(An Giang) 70.5%, 빈롱(Vĩnh Long) 71.3%, 띠엔장(Tiền Giang) 71.5%, 박리에우(Bạc Liêu) 72.0% 등으로 모두 남부 메콩강 델타에 위치해 있다. 반면, 높은 비중을 차지한 지방은 라오까이(Lào Cai) 98.5%, 디엔비엔(Điện Biên) 97.5%, 타이응웬(Thái Nguyên) 97.5%, 하장(Hà Giang) 97.0% 등으로 대부분 북부 산악지대 혹은 홍강 델타에 위치해 있다.¹⁷⁾

이러한 상황에 대하여 팜르영선(Phạm Lương Sơn) 사회보장청 부청장(Phó Tổng giám đốc Bảo hiểm Xã hội Việt Nam)은 사회보험의 필요성과 건강보험에 대한 정보 부족 그리고 건강보험에 대한 일반 대중들의 인식이 높지 않다는 점을 지적하였다.¹⁸⁾ 특히 메콩 델타에서 가구 단위의 건강보험 가입을 장려하기 위하여 공산당의 지도력 강화는 물론이고 지역 사회의 자발적인 사회보험 선전 및 가구 단위의 건강 보험을 촉진시키는 과제에 중점을 두어야 한다고 언급하였다. 따라서 이러한 문제는 가족에 대한 가치 및 이와 연계된 문화의 이해를 필요로 한다.

17) 물론, 일부 지방의 경우 예외가 존재한다. 남부에 위치한 롱안(Long An, 75.0%)은 북부에 위치한 남딘(Nam Định, 73.8%)보다 높은 수준이다. 하지만, 자료를 살펴보면 전반적으로 남부가 북부에 비해 낮은 수준이라는 점은 부인할 수 없는 사실이다 (자료: “2016-2020 건강보험 실현 지표 조정에 대한 총리 결정문(1167/QĐ-TTg)”, http://vanban.chinhphu.vn/portal/page/portal/chinhphu/hethongvanban?class_id=2&mode=detail&document_id=185317, 검색일: 2018.01.11).

18) “Phát triển đối tượng tham gia bảo hiểm ở đồng bằng sông Cửu Long[메콩델타에서 보험 가입 대상의 발전](Nhân Dân 2017/10/09).” <http://www.nhandan.com.vn/xahoi/bhxh-va-cuoc-song/item/34337802-phat-trien-doi-tuong-tham-gia-bao-hiem-o-dong-bang-song-cuu-long.html> (검색일: 2018.02.19).

베트남의 가족 문화 및 체계에 대한 북부와 남부의 일정한 차이는 이미 기존 연구들을 통해 잘 알려져 있다(Hickey 1964; Luong 1992; 하순 1994; 왕혜숙 외 2011). 베트남인들은 일반적으로 부모에 대한 효, 자녀에 대한 사랑, 그리고 가족에 대한 애착과 친밀감이 강한 성향을 가지고 있지만¹⁹⁾, 북부와 남부에서 발견되는 차이는 사회 제도와 체계를 이해하는데 있어서 상당히 중요한 의미를 가진다. 북부와 남부를 비교해서 살펴보면, 가족에 대한 인식과 범위에 있어서 일정한 차이가 발견되기 때문이다.

북부 홍강 델타를 중심으로 나타나는 가족 및 친족 체계는 부계종족의 원칙과 장자우대 불균등 상속 제도를 따르는 반면, 남부 메콩강 델타에서는 양변 친족 사회 및 말자상속제도를 따른다(하순 2000). 부계 혈통을 중시하는 북부에서는 일반적으로 장남이 결혼 후 분가하지 않고 부모를 모시고 살거나 분가한 경우라도 근처에서 생활한다. 그리고 가문의 전통을 계승하고 가족의 관념을 지키기 위해서 노력하는 경향이 강하게 나타난다.²⁰⁾

반면에 남부에서는 효를 실천하려는 성향은 강하지만 부와 자로 이어지는 결속의 정도는 북부에 비해 약하다. 아들이든 딸이든 첫째부터 결혼을 하면 분가를 하고 막내가 부모를 모시고 생활한다. 따라서 남부 메콩 델타를 방문해보면, 막내가 딸인 경우에도 부모를 모시고 사는 경우를 쉽게 관찰할 수 있다. 특히, 가문의 전통을 계승해야 한다는 가치는 남부 지방에 거주하는 정보제공자의 구술에서 강하게 드러나지 않았다.²¹⁾

그리고 최근 연구(백용훈 2015, 2016)는 이러한 특성이 역사적인

19) Tham(여성, 23세, 북부, 인터뷰 날짜: 2018.01.11), Tôt(여성, 32세, 북부, 인터뷰 날짜: 2014.02.12), Phuong(여성, 34세, 남부, 인터뷰 날짜: 2014.01.22)

20) Tôt(여성, 32세, 북부, 인터뷰 날짜: 2014.02.12)

21) Nam(남성, 51세, 남부, 인터뷰 날짜: 2014.01.18), Đùm(남성, 31세, 남부, 인터뷰 날짜: 2014.01.22)

과정을 겪으면서도 계속해서 전승되어 오고 있다는 사실을 보여준다. 북부 홍강 델타 지방에서는 부-자로 연결되는 강한 가족주의적 특성 하에 ‘가족 단위’의 개별성이 강한 반면 남부는 ‘가족 개별성원’의 개별성이 보다 강한 특성으로 말미암아 서로 다른 사회적 규범을 기반으로 하는 공동체적 복지 메커니즘을 보유하고 있는 것으로 나타났다. 아래의 남부 메콩 델타에서 거주하고 근로 소득이 있으며 부모님을 모시고 살고 있는 한 여성의 진술은 가족에 대한 가치와 현재 건강보험제도에 대한 그녀의 인식을 보여준다.

“사실 보험에 대해서 잘 모르지만 건강보험이 필요한지 잘 모르겠어요 몸이 아픈 것도 아닌데 돈을 내야하나 그런 생각도 들고.. 물론 큰 병이 걸리는 경우에는 도움이 되겠지만요 주변 의료 시설이 그렇게 좋지 않은데, 매달 보험료를 납부하는게 아까워요.. 게다가 가족 구성원들의 보험료까지 의무적으로 납부를 해야한다고 하니 부담이 많이 되죠 가족이 중요한 것과 가족 구성원의 보험료를 납부해야 하는 것은 다른 문제라고 생각해요 왜냐하면 부모님을 모시고 사는데 대한 비용도 드는데 건강보험료까지 납부를 해야하니 현실적으로 힘이 듭니다.. 그리고 친구나 주변 사람들과 이야기를 해보면 국가에서 보조를 해주어야 한다고 생각하거나 그렇지 않으면 질병 등을 이유로 목돈을 마련하기 위해 보험회사에서 저축성 보험에 가입을 하는 경우가 많아요”²²⁾

이상의 내용은 북부와 남부의 가족 가치에 대한 일정한 차이가 공식 제도와의 상호 작용을 통해 서로 다른 수준으로 발현될 수 있다는 점을 보여준다. 앞서 언급했듯이 건강보험법에 규정해놓은 가구 구성원은 “호적 혹은 임시 거주 기록증에 이름이 있는 모든 사람”을 의미한다. 가구 단위의 의무 가입은 비공식 부문의 고용률이 높은

22) Loan(여성, 40세, 남부, 인터뷰 날짜: 2018.01.23.)

국가에서 의료보험료의 납부를 용이하게 하면서 보장 비율을 높이기 위하여 사용하는 정책에 해당하지만(Somanathan et al. 2014), 다른 한편으로 내 가족 구성원을 위한 보험이라는 측면에서 볼 때 남북부에서 발견되는 가족 구성원의 인식 그리고 실제 거주하고 있는 가족 구성원의 차이는 건강보험 제도의 확산에 영향을 줄 수 있는 요소라는 점을 확인시켜준다.

2. 중앙 vs 지방: 자율성이 높은 지방자치 구조

베트남의 보건의료 시스템은 다양한 공적 행위자들에 의해 영향을 받았다. 우선 베트남에는 공산당(Vietnamese Community Party)이라는 배타적인 힘이 존재한다. 중앙에서 베트남 국가는 공산당의 영도 하에 분명한 규칙을 정하고 실행할 수 있는 존재로서 역할을 하고 있다. 앞서 언급했듯이 보건의료 시스템은 거대한 마을보건소 네트워크를 기반으로 구축되어 있다. 1950년대와 1960년대에 베트남 공산주의 정부는 마을보건소와 마을 보건 요원(Village Health Workers)의 네트워크를 확장시켜 전국적인 기초 보건의료 시스템을 완성하였다.

하지만, 국가의 실체는 통일되지 않은, 즉 공적 네트워크 내에 있는 다양한 행위자들로부터 영향을 받는 제한된 존재(bounded entity)이기도 하다. 현실적으로 볼 때 베트남 공산당은 한편으로는 이데올로기적인 면에서 그리고 다른 한편으로는 경험적 현실 사이에서 일정한 괴리가 존재한다(Koh 2001: 535). 특히, 건강보험 개혁이라는 중대한 제도 변화는 오랜 시간에 걸쳐 형성된 사회적 힘의 역량과 무관하지 않다. 일부 지방의 경우 탈중앙화와 자율성이 강하게 드러난다. 이에 대해서는 국가 내부에 지방 세력(local forces)이 어떻게 존재하는지 그리고 보건 재정의 경로가 어떠한지를 관찰함으로써

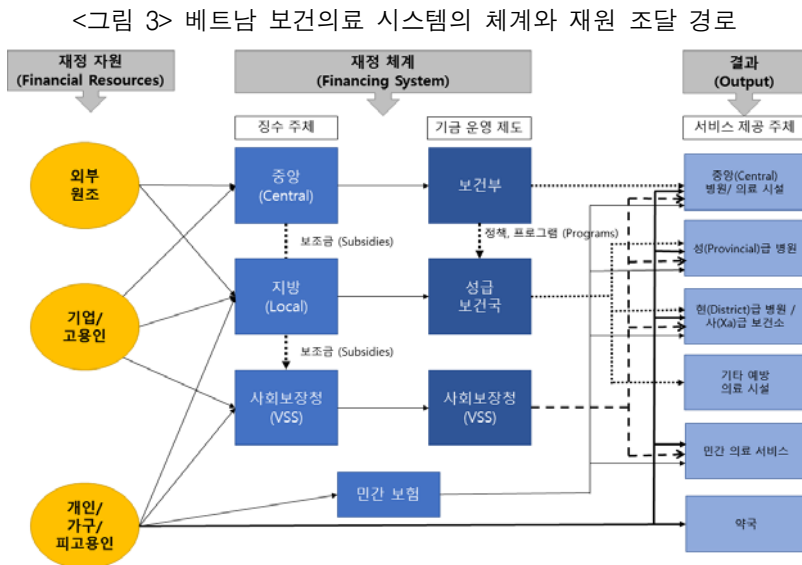
그 퍼즐을 맞추어 나갈 수 있을 것이다(Vasavakul 1995; Kerkvliet 1995).

이행기 동안에 다양한 사적 행위자들이 사회 정책의 무대로 진입했다. 결과적으로 베트남의 거버넌스 구조는 사적 부문의 성장으로 인하여 국가적 힘에 대한 비공식적 관계가 혼재되어 있다. 국가 주도의 탑다운(top-down) 이행 모델의 합리성은 강력한 지방(provinces)의 환경적 요소와 행정적인 탈중앙화의 양상에서는 비현실적이다. 그리고 지방 수준에서 볼 때 정치적 리더들은 국가 사회주의의 이데올로기적 중심성(Centrality)을 이행하는 역량이 부족하다(Fforde and Porter 1995: 11). 즉, 국가는 새로운 공적-사적 복지 혼합에서 그 역할을 정의하는데 있어서 상대적으로 뒤쳐져 있었다.

이러한 특징은 권력이 수직적으로 그리고 수평적으로 분산되었다는 사실을 반영한다. 즉, 국가 수준에서 정치적 권력은 정치국(Politburo)을 구성하는 소규모 엘리트들에 의해 배타적으로 지지되지 않는다(Thayer 1992). 정치적 권력은 중앙 인민위원회, 내각, 그리고 국회에 의존한다. 게다가 성급 행정, 현급 및 사급 인민위원회, 그리고 경우에 따라서는 다양한 국제적 NGO 등을 포함한 자발적 부문의 행위자들 역시 개입되어 있다. 그리고 지난 20여 년 동안 베트남에서 발생했던 가장 중요한 변화 중 하나는 보건의료에 대한 책임이 정부로부터 가족으로 이동한 것이다(Kokko 2008). 그리고 1986년 도이머이 이후 경제 자율화 및 지속적인 성장의 과정에서 나타난 소득 불평등은 건강 격차(disparities)의 확대로 이어졌다.

이러한 양상은 현재 운영되고 있는 보건의료 체계와 자원 조달 경로를 통해 확인가능하다. 아래의 <그림 3>은 베트남 보건의료 시스템의 체계와 자원 조달 경로를 도식화하여 정리한 것이다. 건강보험 기금에 대한 재정적 자원의 근원은 외부 원조, 고용인(기업), 피고용인(개인, 가구)으로부터 마련된다. 그리고 이들 재정을 징수하는 주

체들은 중앙(보건부), 지방(성급 보건국), 그리고 사회보장청(VSS)으로 구분되고 이들에 의해 운영되는 각종 제도 및 프로그램을 통해 급여를 제공받는 서비스 주체들은 중앙, 성급, 현급 단위의 병원, 사급 단위의 보건소, 민간 의료, 그리고 약국 등 다양하게 구분된다.



출처: Tran Van Tien et al. (2011: 8), Somanathan et al. (2014: 142), 그리고 베트남 보건부의 의료통계연감(Niên Giám Thống Kê Y Tế) (2014)을 참고하여 필자 작성.

<그림 3>을 통해서 확인할 수 있듯이 베트남의 보건의료 체계와 자원 조달 경로는 상당히 복잡한 구조를 보여준다. 기초적인 의료 시설에 해당하는 사급 마을보건소를 기준으로 살펴보면, 성급 보건국으로부터 보건소 시설 등 운영비를 지급받고 진료비와 약품 등의 비용은 중앙과 성급 단위 그리고 피고용인(개인, 가족)이 납부하는 건강보험 기금으로 운영되고 있다. 따라서 성 단위의 보건부서의 재정과 기금의 분배에 따라 사급 단위의 마을보건소의 양적 및 질적인

수준은 차이가 날 수밖에 없다. 중앙의 보건부로부터 아무리 좋은 제도와 정책 프로그램이 실행된다고 할지라도 지방 수준에서 그 관심과 역량이 제대로 발휘되지 않을 경우 긍정적인 성과를 이루어내기 어려울 수 있다. 홍강 델타와 메콩강 델타에 위치한 농촌 마을의 보건소장은 보건소 재정 문제에 대하여 아래와 같은 불만을 토로했다.

“보건소의 사정은 지방마다 달라서 그에 따른 정책과 전략 역시 지방마다 차이가 있겠지요 그런데 우리 동네는 생활에 대한 정보나 교육 분야가 많이 부족해요 특히 인력 교육이 필요해요 보건소에 다니는 직원들의 인력 교육이 절실합니다.”²³⁾

“보건소의 재정은 필요할 때 인민위원회에 요청하고 재정에 대한 조절은 중앙에서 해요 인프라 시설에 대해서 인민위원회에 요청을 하면 보수해줘요 재정을 보건소에서 직접 관리하지는 않아요 1년에 2천 만동을 지급받을 수 있는데.. 그것도 현에서 예산이 있을 때 쓸 수 있어요 가난한 현이면 재정 면에서 어려움이 있어요”

“재정의 경우 우리가 능동적으로 사용할 수 있게 해주는 것이 좋아요 예를 들면 인구 규모에 따라 구분해서 재정을 지원해주고 우리가 직접 관리하도록 해주는 것이 좋겠어요 예를 들면 보건소의 통장을 따로 열어주면 우리가 재정을 직접 관리하는 방식인거죠 부족하거나 필요한 것이 있으면 우리가 스스로 구입을 하고 부족한 것이 없으면 그 돈을 다른 급한 일에 사용하는 것이 더 효율적이라고 생각해요 의료 장비를 구입한다던가 하는거죠”²⁴⁾

23) 남부 동탑성 미호아 보건소장(인터뷰 날짜: 2014.01.22.)

24) 북부 남딘성 남리이 보건소장(인터뷰 날짜: 2014.02.13.)

V. 결론

사회학적 관점에서 건강 혹은 몸의 주제와 관련된 연구는 사회적 상호작용을 통해 만들어진다는 사회적 구성주의를 받아들인다. 즉, 우리 인간의 몸, 신체는 우리가 속한 집단의 규범과 가치뿐만 아니라 사회적 경험에 깊이 영향을 받기 때문에 건강에 대한 사회적 요소와 사회적 상호작용의 영향력을 파악해야만 한다는 것이다. 본 연구는 현재 베트남이 당면한 문제, 즉 보건의료 체계와 건강보험 제도의 중요성에 착안하여 베트남 보건의료 부문을 역사·문화적 맥락에서 논의해보았다.

베트남의 사회건강보험 개혁은 현재 진행 중인 과도기이다. 베트남의 보건의료 시스템은 1980년대 후반부터 변화가 나타나기 시작했다. 이전에는 모든 의료서비스가 국가에 의해서 제공되었지만, 1986년 도이머이 개혁개방 정책에 따라 의료 분야의 자유화, 즉 민간 참여를 허용하는 의료 개혁이 이루어졌고 그 제도적 실천이 1980년대 후반부터 지금까지 이행되고 있다. 앞서 살펴보았듯이 베트남 보건의료 분야에서 관찰되는 문제점은 건강보험 등록률 확대 방안 마련, 양적 및 질적인 수준에서의 의료진의 부족, 그리고 재정 자원의 효율성 증대 등이다. 이처럼 베트남은 보건의료 체계와 건강보험 제도를 어떻게 구축해 나갈 것인가에 대한 문제가 더욱 중요할 수밖에 없는 시기적 상황에 당면해 있다.

지속가능개발에서 보편적 건강보장은 개인에게 필요한 다양한 건강서비스를 효율적으로 제공하는데 주목할 것이 아니라 개인이 향유할 수 있는 건강서비스가 얼마나 적절하게 충족될 수 있는가의 관점에서 이행되어야 한다. 왜냐하면, 제도와 체계에 대한 개발은 그것을 고스란히 감당해내야 하는 주체, 즉 해당 사회의 구성원들에게 정당한 방식으로 설계되어야 하기 때문이다. 그리고 그러한 충족에

대한 기준은 해당 사회에서 오랜 기간 동안 축적되고 변화되면서 전승되고 있는 사회문화적 환경의 토대에서 마련되어야 할 것이다. 본 연구는 이러한 관점에서 제도와 사회문화, 즉 제도를 공유하는 가치, 인식과 관련된 문제(가족 문화) 그리고 역사적으로 축적되어 온 경험과 비공식적인 제도 등과의 상호작용에 대한 함의를 이끌어내고자 하였다.

〈참고문헌〉

- 백용훈. 2015. “사회자본과 비공식 공동체 복지: 북부 홍강델타와 남부 메콩강델타 농촌 마을의 사례.” 『동남아시아연구』 25(3): 172-223.
- 백용훈. 2016. “제도의 성과와 사회적 배태성: 베트남 북부 남리어와 남부 미호아 마을보건소 비교 연구.” 『동아연구』 35(1): 229-282.
- 왕혜숙·백용훈·류석춘. 2011. “베트남 북부와 남부의 사회자본 비교: 퍼트남의 이탈리아 해석에 대한 도전.” 『동남아시아연구』 21(3): 43-103.
- 윤기중. 2015. “개발도상국 전범으로서의 국민건강보험법에 대한 고찰: 보편적 건강보장의 관점에서 자격·부과체계를 중심으로.” 『사회보장법학』 4(1): 171-210.
- 하순. 1994. “베트남의 가족제도와 베트남인의 사회적 행위.” 『외대논총』 12: 387-401.
- 하순. 2000. “메콩델타: 역동적인 문화와 역사의 세계.” 『국제지역연구』 4(2): 81-112.
- 하연섭. 2002. “신제도주의의 최근 경향: 이론적 자기 혁신과 수렴.”

- 『한국행정학보』 36(4): 339-359.
- Annear, P., L. Comrie-Thompson, and P. Dayal. 2015. "The Challenge of Extending Universal Coverage to Non-poor Informal Workers in Low and Middle-income Countries in Asia." *Policy Brief and Working Paper*. Asia Pacific Observatory on Health Systems and Policies, Manila.
- Bitrain, R. 2013. *Universal Health Coverage and the Challenge of Informal Employment: Lessons from Developing Countries*. World Bank, Washington, DC.
- Bredenkamp, Caryn, Timothy Evans, Leizel Lagrada, John Langenbrunner, Stefan Nachuk, and Toomas Palu. 2015. "Emerging challenges in implementing universal health coverage in Asia." *Social Science and Medicine* 145: 243-248.
- Cambell, John L. 1997. "Mechanisms of Evolutionary Change in Economic Governance: Interaction, Interpretation, and Bricolage." Lars Magnusson and Jan Ottosson (eds.), *Evolutionary Economics and Path Dependence*. Cheltenham: Edward Elgar.
- Chan, Chak Kwan. 2008. "Legitimacy-driven Intervention and Social Exclusion in China." Conference on Welfare Reform in East Asian: Meeting the Needs of Social Change, Economic Competitiveness and Social Justice.
- Cook, Sarah and Huck-Ju Kwon. 2007. "Social Protection in East Asia." *Global Social Policy* 7(2): 223-229.
- DiMaggio, Pul and Walter W. Powell. 1991. "Introduction." Walter W. Powell and Paul J. DiMaggio (eds.), *The New*

- Institutionalism in Organizational Analysis*. Chicago: University of Chicago Press.
- Esping-Andersen, Gosta. 1996. *Welfare State in Transition: National Adaptations in Global Economies*. London: Sage.
- Fforde, Adam and Doug Porter 1995. "Public Goods, the State, Civil Society and Development Assistance in Vietnam." http://www.academia.edu/475897/Public_Goods_the_State_Civil_Society_and_Development_Assistance_in_Vietnam (검색일: 2017.12.20).
- Goodman, Roger and Ito Peng. 1996. "The East Asian Welfare State." *Welfare State in Transition: National Adaptation in Global Economies*. London: Sage.
- Gough, Ian. 2004 "Welfare regimes in development contexts: A global and regional analysis." I. Gough, G and G. Wood, with A. Barrientos, P. Bevan, P. Davis and G. Room (eds.), *Insecurity and Welfare Regimes in Asia, Africa, and Latin America*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Guan, Xinping. 2005. "China's Social Policy: Reform and Development in the Context of Marketization and Globalization." Huck-Ju Kwon (ed.), *Transforming the Developmental Welfare State in East Asia*. Basingstoke: Palgrave MacMillan.
- Hickey, Gerald Cannon. 1964. *Village in Vietnam*. Yale University Press.
- 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.

- Kerkvliet, Benedict J. 1995. "Rural Society and State Relations." B. J. Kerkvliet and D. J. Porter (eds.), *Vietnam's Rural Transformation*. Singapore: ISEAS.
- Koh, David. 2001. "The Politics of a Divided Party and Parkinson's State in Vietnam." *Contemporary Southeast Asia* 23(3): 533-551.
- Kokko, Ari. 2008. *Viet Nam: 20 Years of Doi Moi*. Vietnam Academy of Social Sciences. The Gioi Publishers.
- Kwon, S. 2009. "Thirty years of national health insurance in South Korea: Lessons for achieving universal health care coverage." *Health Policy Plan* 24: 63-71.
- 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.
- London, Jonathan. 2008. "Reasserting the state in Viet Nam Health Care and the logics of market-Leninism." *Policy and Society* 27(2): 115-128.
- London, Jonathan. 2009. "Viet Nam and the Making of Market Leninism." *The Pacific Review* 22(3): 373-397.
- Luong, Hy Van. 1992. *Revolution in the Village: Tradition and Transformation in North Vietnam, 1925-1988*. Honolulu: University of Hawaii Press.
- Luu, Ngoc Hoat. 2008. "Moving the Mountain: Renovating Medical Education in a Changing Vietnam," Doctoral Thesis. Amsterdam: University of Amsterdam.
<<http://dare.uvu.vu.nl/bitstream/1871/12992/5/6955.pdf>>.

- Migdal, Joel S. 2001. *State in Society: Studying How States and Societies Transform and Constitute One Another*. Cambridge University Press.
- Ministry of Health. 2014. *Niên Giám Thống Kê Y Tế* [의료통계연감]. Nhà Xuất Bản Y Học.
- Do, Ngan, Juhwan Oh, and Kin-Seok Lee. 2014. "Moving toward Universal Coverage of Health Insurance in Vietnam: Barriers, Facilitating Factors, and Lessons from Korea." *Journal of Korean Medical Sciences* 29: 919-925.
- Nguyen Thi Thuy Nga, Bui Thi My Anh, Nguyen Nguyen Ngoc, Dang Minh Diem, Vu Duy Kien, Tran Bich Phuong, Tran Quynh Anh, and Hoang Van Minh. 2017. "Capacity of Commune Health Stations in Chi Linh District, Hai Duong Province, for Prevention and Control of Noncommunicable Diseases." *Asia Pacific Journal of Public Health* 29(5S): 94S-101S.
- North, Douglass. 1998. "Economic Performance Through Time." May C. Brinton and Victor Nee (eds.), *The New Institutionalism in Sociology*. New York: Russell Sage Foundation.
- Palmer, Michael G. 2014. "Inequalities in Universal Health Coverage: Evidence from Vietnam." *World Development* 64: 384-394.
- Powell, Walter W. 1991. "Expanding the Scope of Institutional Analysis." Walter W. Powell and Paul J. DiMaggio (eds.), *The New Institutionalism in Organizational Analysis*. Chicago: University of Chicago Press.
- Priwitzer, Kerstin. 2012. *The Vietnamese Health Care System in Change: A Policy Network Analysis of a Southeast Asian*

- Welfare Regime*. Singapore: Institute of Southeast Asian Studies.
- Scott, James. 1998. *Seeing Like a State: How Certain Schemes to Improve the Human Condition Have Failed*. Yale University Press.
- Septhri, Ardeshir. 2014. "Does Autonomization of Public Hospitals and Exposure to Market Pressure Complement or Debilitate Social Health Insurance Systems? Evidence from a Low-Income Country." *International Journal of Health Services* 44(1): 73-92.
- Somanathan, Aparnaa, Ajay Tandon, Huong Lan Dao, Kari L. Hurt, and Hernan L. Fuenzalida-Puelma. 2014. Moving toward Universal Coverage of Social Health Insurance in Vietnam: Assessment and Options. The World Bank (<https://elibrary.worldbank.org/doi/book/10.1596/978-1-4648-0261-4>, 검색일: 2018.02.13.).
- Thayer, Carl. 1992. "Political Reform in Vietnam: Doi Moi and The Emergence of Civil Society." Robert F. Miller (ed.), *The Development of Civil Society in Communist Systems*. NSW: Allen and Unwin.
- Titmuss, Richard Morris. 1974. "Introduction." *Social Policy*. Allen and Unwin.
- Tran Van Tien, Hoang Thi Phuong, Inke Mathauer and Nguyen Thi Kim Phuong. 2011. *A Health Financing Review of Vietnam: With a Focus on Social Health Insurance*. World Health Organization.
- Vasavakul, Thaveeporn. 1995. "Vietnam: The Changing Models of

- Legitimation.” M. Alagappa (ed.), *Political Legitimacy in Southeast Asia*. Stanford: Stanford University Press.
- White, G. 1998. “Constructing a Democratic Developmental State.” M. Robinson and G. White (eds.), *The Democratic Developmental State: Politics and Institutional Design*. Oxford University Press, Oxford.
- WHO. 2006. *The World Health Report 2006: Working Together for Health*. World Health Organization.
- Wildavsky, Aaron. 1994. “Why Self-interest Means Less Outside of a Social Context: Cultural Contributions to a Theory of Rational Choices.” *Journal of Theoretical Politics* 6(2): 131-159.
- 건강보험 조례 공포에 관한 시행령(Decree No. 58/1998/NĐ-CP), http://moj.gov.vn/vbpq/lists/vn%20bn%20php%20lut/view_detail.aspx?itemid=7550 (검색일: 2017.11.21).
- 건강보험 조례 공포에 관한 시행령(Decree No. 63/2005/NĐ-CP), http://moj.gov.vn/vbpq/lists/vn%20bn%20php%20lut/view_detail.aspx?itemid=18331 (검색일: 2017.11.21).
- 베트남 건강보험법(25/2008/QH12), http://www.chinhphu.vn/portal/page/portal/chinhphu/hethongvanban?mode=detail&document_id=81142 (검색일: 2017.12.19).
- 베트남 건강보험법 개정 및 보충 문서(46/2014/QH13), http://www.chinhphu.vn/portal/page/portal/chinhphu/hethongvanban?class_id=1&mode=detail&document_id=175349 (검색일: 2018.01.03).
- 베트남 공산당 잡지(Tạp chí Cộng sản). “Đại hội XII của Đảng và

những quan điểm về an sinh xã hội[제12차 당대회와 사회보장에 대한 관점들].” <http://www.tapchicongsan.org.vn/Home/xay-dung-dang/2017/43880/Dai-hoi-XII-cua-Dang-va-nhung-quan-diem-ve-an-sinh.aspx>, (검색일: 2017.12.27.).

베트남 국회. “Chủ tịch Quốc hội Nguyễn Thị Kim Ngân: Vẫn còn nhiều tồn tại, hạn chế, nhiều khó khăn, thách thức đối với ngành y tế[응웬티킴응언 국회 주석: 의료 분야에 대한 한계, 어려움, 도전적 요소들이 여전히 많이 존재한다.]” <http://quochoi.vn/cacvilanhdao/Pages/hoat-dong.aspx?ItemID=33414>, (검색일: 2017.12.27.).

베트남 사회주의 공화국 헌법(Hiến pháp Nước Cộng hoà xã hội chủ nghĩa Việt Nam năm 1992), http://www.moj.gov.vn/vbpq/lists/vn%20bn%20php%20lut/view_detail.aspx?itemid=11243# (검색일: 2017.12.19).

베트남 정부 홈페이지 “Quy Định Gói Dịch Vụ Y Tế Cơ Bản cho Tuyên Y Tế Cơ Sở [기초적인 의료서비스 패키지 규정].” <http://congbao.chinhphu.vn/loi-dung-van-ban-so-39-2017-tt-byt-24967?cbid=19652> (검색일: 2018.01.04).

베트남 Customs News. “The Coverage of health insurance reached 81.7% of national population [건강보험의 보장은 총 인구의 81.7%에 달했다.]” <http://customsnews.vn/the-coverage-of-health-insurance-reached-817-of-national-population-2272.html> (검색일: 2017.12.01).

정책브리핑. “베트남에 건강보험제도 첫 수출계약(2012.03.02).” <http://www.korea.kr/policy/mainView.do?newsId=148728664> (검색일: 2017.12.27).

2016-2020 건강보험 실현 지표 조정에 대한 총리 결정문(1167/

QĐ-TTg), http://vanban.chinhphu.vn/portal/page/portal/chinhphu/hethongvanban?class_id=2&mode=detail&document_id=185317 (검색일: 2018.01.11).

CIA. 2017. The World Fact Book, <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/vm.html> (검색일: 2018.01.03).

Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health, 2016-2030, <http://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/global-strategy-2016-2030/en/> (검색일: 2017.12.15).

Universal Health Coverage (UHC) Fact sheet, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs395/en/> (검색일: 2018.01.05).

정보제공자

성명	지역	성별	나이	직업	월평균소득 (동, VND)	인터뷰 날짜
Tham	북부	여성	23	사무직	4,000,000	2018.01.11.
Tót	북부	여성	32	농업	2,000,000	2014.02.12.
Phuong	남부	여성	34	노동자	2,000,000	2014.01.22.
Nam	남부	남성	51	농업	2,000,000	2014.01.18.
Đùng	남부	남성	31	자영업	4,000,000	2014.01.22.
Loan	남부	여성	40	사무직	6,000,000	2018.01.23.
익명	남부	남성	-	보건소장 (동탑성 미호아)	-	2014.01.22.
익명	북부	남성	-	보건소장 (남딘성 남러이)	-	2014.02.13.

(2018. 1. 14. 투고, 2018. 1. 18. 심사, 2018. 2. 8. 게재확정)

<Abstract>

The way to achieve Universal Health Coverage: Focusing on the Historical and Cultural Context of Health Care Sector in Vietnam

BEAK Yong Hun
(Sogang University)

This study focuses on the healthcare sector in Vietnam which is promoting universal health insurance for the achievement of Universal Health Coverage (UHC) under Sustainable Development Goals (SDGs). The purpose of this study is to examine the characteristics of the reform process of the health care system and the law on health insurance through the historical and cultural contexts and its implications from the perspective of development.

Based on the three dimensions of UHC - extension of protection for population, provision of various medical services, and financial protection, the current status of the Vietnam healthcare sector is summarized respectively as follows. First, according to the revised Health Insurance law which came into effect in 2015, the mandatory health insurance premiums are calculated based on household units. Second, there is a medical network that can provide preventive and healthcare services centered on primary health care facilities, for

example commune health stations (trạm y tế xã). Third, out-of-pocket expenditure is still a large proportion although public spending has increased and private spending has decreased since the enforcement of the health insurance law and various schemes.

Vietnam is currently striving towards a universal health care system. The development of institutions and systems should be designed in a way that is appropriate for the members of the society rather than efficiency. This article findings shed light on the role of social values, family culture, and informal institutions.

Key Words: Vietnam, UHC, Health Care Services, Health Care System, the Law on Health Insurance, Family, Culture, Institution