

인도네시아의 보편적 건강보장 체계의 형성*

전제성** · 김형준***

국문초록

1998년 심각한 경제위기 와중에 전개된 인도네시아의 민주화는 특권과 시혜가 아닌 전국민 대상의 보편적 건강보험을 포함한 사회보장체계의 필요성을 엘리트들에게 각인시켰다. 그런 하향식 기획의 결실 중 하나가 2004년 국가 사회보장법의 제정이었다. 그러나 사회보장의 제도화를 실질적으로 담보하는 사회보장관리공단법은 2011년에 이르러서야 국회를 통과할 수 있었다. 국가 사회보장법의 실행을 시기상조라 여겼던 정권과 여당연합이 후속 입법을 주저했기 때문이었다. 이런 상황을 타개하고 보편적 건강보장의 시행을 뒷받침한 요소 중 하나는 일부 지방정부의 선제적 보건정책들로서, 보편적 건강보장이 당시 여건에서도 실현 가능하다는 공감대를 확산시켜 줄 수 있었다. 입법 과정에서 나타난 교착상태는 노동조합과 시민사회운동의 압박을 받으며 해소될 수 있었다. 보편적 건강보장을 향한 인도네시아의 여정은 보건 개혁을 포함한 복지 정책이 민주화와 긴밀하게 연결됨과 동시에 그것의 자동적 결과가 아니라는 사실을 일깨워준다. 인도네시아의 사례는 지방분권과 민주주의와 사회운동이 복지 발전에 미치는 긍정적인 영향을 적절하게 예시해준다.

주제어: 건강보험, 복지 개혁, 사회보장, 민주화, 지방분권, 노동조합, 시민사회

* 이 논문은 2019년 대한민국 교육부와 한국연구재단의 지원을 받아 수행된 연구임 (NRF-2019S1A5C2A01080989). 2021년 한국동남아학회 학술대회 발표 때 토론자로서 조언하고 격려해주신 국립중앙의료원의 김명희 선생님, 투고문에 대한 심사자로서 건설적 논평을 보내주신 세 분의 선생님들께 감사한다. 현지의 지식과 정보를 나눠준 노동운동연구 사회복지학자 Fransiscus S. Joyoadisumarta 박사과 사회복지연구 정치학자 Dinna Prapto Rajarja 박사에게도 감사의 마음을 전한다.

** 주저자, 전북대학교 정치외교학과 교수 겸 동남아연구소 소장, jsjeon@jbnu.ac.kr

*** 교신저자, 강원대학교 문화인류학과 교수, hjunkim@kangwon.ac.kr

I. 서론

세계 최대 군도 국가, 세계 4위 인구, 세계 3대 민주주의 체제, 세계 최대 이슬람신도 등으로 유명한 인도네시아가 “세계 최대의 단일 보험자 건강보장제도”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).

세계적으로 주목받고 있는 인도네시아 보건 개혁의 여정은 우리나라에 충분히 소개되지 않았다. 지금까지 인도네시아 건강보장제도를 직접적으로 다룬 연구는 세 편뿐이다. 인도네시아의 복지전문 정치학자 디나 위스누(Dinna Wisnu, 최근에 Dinna Prpto 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 보편적 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 선제적이고 창의적인 의료정책 시행 노력과 사회운동의 상향식 개입 과정을 조명하고자 한다.¹⁾

2001년 이후 강화된 지방분권 상황에서 일부 지방정부는 공공의료기관 무상 이용, 지역 건강보험 체계 구축과 같이 보편적 건강보장요소를 내재한 지역적 수준의 의료 정책을 펼쳤다. 이들의 선제적이고 창의적인 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 지방 정부의 의료 정책은 지방분권 강화와 선거민주주의의 지방적 확산이라는 정치적 변화를 통해서 가능했던 행보였다(Fossati 2017). 호주의 인도네시아연구 정치학자

1) 이 글의 목적이 보편적 건강보장이 2010년대 이후 중요한 정책 아젠다로 부상하고 건강보험관리공단 설립을 추동한 배경을 검토하는 것에 국한되기에 2014년에 시작된 보편적 건강보장 정책 자체는 논의의 대상으로 설정되지 않는다. 필자들은 추후 연구를 통해 보편적 건강보장 정책의 시행 과정과 특성을 밝히고자 한다.

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 글에서 주목하는 보편적 건강보장의 공론화와 실행을 추동한 두 번째 요인은 노동조합과 시민사회단체의 활동으로서, 2010년부터 이들은 대규모 대중 집회와 소송 및 로비를 통해 건강권 문제를 정치 이슈화하고 입법과 시행을 압박했다. 사회운동의 보건 개혁 촉진 효과에 관한 주목할 만한 선행 연구들이 존재한다. 대표적으로 노동운동단체 활동가 겸 연구자 수리야 쥘드라(Surya Tjandra 2014a: 2014b)가 사회적 압력 형성 과정에 주도적으로 참여한 경험에 기초하여 노동운동의 활동 성과를 강조하는 논지를 전개했고, 미국의 인도네시아연구 정치학자 정은숙(Eunsook Jung 2016)은 노동계급을 뛰어넘는 광범한 연합의 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 글의 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 후발국 연구와 인도네시아 민주주의 연구에 관한 이 연구의 학술적 함의도 따져볼 것이다. 이러한 논의를 통하여 인도네시아의 보편적 건강보장체계 형성을 보건의료의 기술적 측면을 넘어서는 더 넓은 사회정치적 동학의 측면에서 검

토함으로써 개발도상국 건강보장 관련 연구의 진전을 위한 비교문화적·비교정치적 자료를 제공하는데 기여하고자 한다.

II. 수하르토 치하의 특권과 시혜로서 건강 정책

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 정책 아젠다로 설정되지 않았다. 빈곤층 비율이 전체 인구의 절반을 넘는 상황에서 정부의 관심이 절대 빈곤 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.

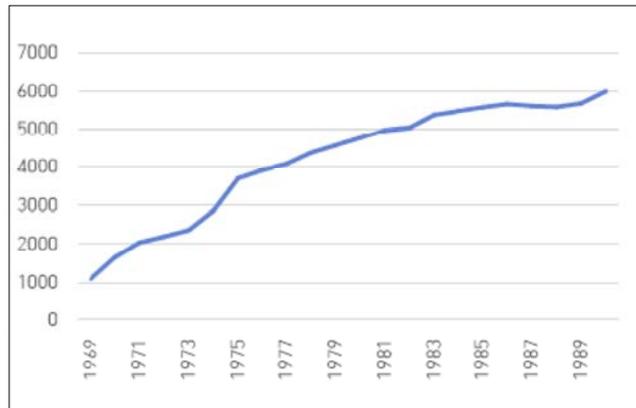
일반인을 대상으로 한 제도는 구축되지 않았지만, 독재 정권의 파트너라 여겨진 집단에 대한 사회보장제도는 점차적으로 구비되었다.

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 전 단계로 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 근로자 사회보장(Jamsostek: Jaminan Sosial Tenaga Kerja) 제도를 만들었다. 산업재해, 연금, 사망, 의료 등을 대상으로 했고 수익자 부담 원칙에 기반했지만 기업이 노동자의 보험료를 부담하도록 정해졌다. 제도의 적용 대상이 공식부문(formal sector)의 노동자로 제한됨으로써 특혜로서의 사회보장이라는 인식은 유지되었다(Murphy 2019: 260-261).

사회보장이 아닌 보건의료 상태 개선을 위해 정부의 역량이 집중된 사업은 1차 의료(primary health care)를 담당할 대중보건센터 (Puskesmas: Pusat Kesehatan Masyarakat) 설립이었다. 인도네시아식 경제개발 5개년 계획(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 1>과 같이 증가하였다.

<그림 1> 인도네시아의 대중보건센터(1969-1990)



출처: Profil Kesehatan Indonesia; Statistik Indonesia.

대중보건센터는 인도네시아의 행정구역(주-시도-구군-동면-리) 중 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 나타난 완만한 증가세는 *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 1>은 1980년과 1990년 27개

주를 대상으로 하여 대중보건센터가 관할하는 평균 인구를 정리한 자료이다.

<표 1> 주별 대중보건센터 관할 평균 인구(27개 주)

	1980년	1990년
1만명 미만	1	1
1만~2만명	10	10
2만~3만명	6	11
3만~4만명	8	4
4만~5만명	1	1
5만명 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 3만명당 하나의 대중보건센터라는 기준에 현실이 더욱 근접해졌음은 수하르토 정권이 기획한 1차 의료체계 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 대통령 지시사업(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.

보건의료 서비스의 시혜적 성격은 경제개발계획에 제시된 대중보건센터 건립 이유를 통해서도 알 수 있다. 지역보건센터 건립은 “도

움”(bantuan)이라 규정되었고, 도시와 농촌의 저소득 주민을 위한 의료 서비스 제공이 주요 목표였다(Instruksi Presiden 1974). 수하르토 정부의 보건의료 정책이 경제 발전을 위한 수단으로 이해되었다는 점 역시 센터 확충을 보편적 의료보장과 직접 연결하기 어렵게 만든다. “일반대중의 보건의료 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 52.6살, 1980년 58살, 1990년 62.3살로 증가했다.²⁾ 이러한 변화는 1970-80년대를 거치며 인도네시아가 경험한 급속한 경제성장의 결과임과 동시에 대중보건센터 확충 정책의 성과였다.

1차 의료기관 확충은 보편적 건강권을 충족하기 위한 노력이 아니라 대통령이 제공한 시혜적 정책으로, 경제 발전을 뒷받침하기 위한 정책으로 이해되었다. 이런 인식이 지속됨으로써, 보건의료 정책 확대가 보편적 의료보장과 같은 담론 확산을 결과하지 않았다. 여전히 건강은 개인이 책임져야 하는 문제였고, 의료보장은 공무원이나 공식 부문 노동자의 특권으로 여겨졌다. 의료보장을 얻기 위해서는 이러한 특권적 지위 획득이 선행되어야 한다고 인식되었다.

2) <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.)

Ⅲ. 경제 위기와 보편적 건강권의 제도화

외환위기 직전인 1996년 전국에 7,177개의 대중보건센터가 설립됨으로써 대다수 국민이 1차 의료서비스에 접근할 인프라가 구축되었다(Statistik Indonesia 1997: 116). 정부 보조금으로 운영되었기에 센터 이용 비용은 높지 않았다. 예를 들어 1996년 동부자바 모조커르포(Mojokerto) 지역의 평균 통원 진료비는 386루피아(약 300그램의 쌀)이었다. 이는 같은 지역의 개인병원 통원 진료비 7,800루피아, 의료보조원 통원 진료비 2,139루피아와 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 제공하기는 쉽지 않았다.³⁾ 또한, 센터가 출산, 모자보건, 예방접종, 산아제한 등과 같은 정부의 역점 보건의료 사업을 전담했기에 일반인 대상 진료는 제한적일 수밖에 없었다. 1996-97년 중부자바 즈빠라(Jepara)에서 수행된 연구에 따르면(Suryawati et al. 1998) 의료 서비스 이용 경험이 있는 연구대상자의 38.5%가 약국에서 약을 구매했고, 32.7%가 개인 병원을, 13.9%가 의료보조원을, 그리고 11.5%만이 대중보건센터를 이용했다. 이는 치료를 목적으로 하는 환자에게 있어 대중보건센터가 즉각적으로 떠오르는 의료기관으로 자리잡지 못했음을, 노또아뜨모조(Notoatmodjo)와 나잉골란(Nainggolán)의 주장

3) 1992년 대중보건센터에 배치된 일반의는 센터 당 평균 1.1명이었다(Profil Kesehatan Indonesia 1993). 의대 졸업생을 개방형 공무원(pegawai tak tetap)으로 임용하여 대중보건센터에 배치하는 정책이 시작된 후 1992-2001년 사이 매년 1,500여명이 센터에 할당되었다. 계약기간이 끝난 후에도 이들을 센터에 잔류시키기 위해 정부는 오전에 센터에서 일한 후 오후에 개인 진료를 할 수 있도록 허용하는 정책을 펼쳤고, 이는 센터의 의료 서비스 향상에 긍정적인 효과를 가져왔다(Profil Kesehatan Indonesia 2001: 84-86).

처럼(1988: 45) “대중보건센터에 대한 대중의 관심이 많지 않은” 1980년대의 상태가 이후에도 지속되었음을 시사한다.

일반인이 본격적인 의료 서비스 제공 기관으로 인식한 곳은 개인 병원이나 종합병원이었다. 1996년 인도네시아에 설립된 종합병원 1,074개 중 중앙정부나 지방정부가 운영하는 곳은 340개였고, 나머지는 민간 병원이었다(Statistik Indonesia 1997). 앞의 모조꺼르또 사례에서처럼 개인병원 진료 비용이 대중보건센터의 수십배에 달할 정도로 높았고, 입원 시 그 격차가 더욱 확대되었기에, 병원에서의 진료는 의료보험이 없는 일반인에게 있어 쉽게 고려될 선택지가 아니었다. 이러한 상황에서 1997년 인도네시아는 경제 위기를 경험하게 되었다.

경제 위기는 일반인의 삶에 심각한 타격을 가했다. 높은 인플레이션, 마이너스 경제성장률, 정리해고와 높은 실업률, 생필품 가격 급등이 계속되면서 1996년 11.3퍼센트(2천2백만)이던 빈곤 집단을 1998년 24.9퍼센트(4천9백만)로 증가시켰다(BPS 1998). 경제위기는 정치변동을 수반해서, 수하르토 장기 집권체제가 와해되고 민주화를 향한 욕구가 분출되었다. 정치경제적 변화는 삶의 제 영역에 깊은 흔적을 남겼는데, 보건의료 분야 역시 예외가 아니었다. 이를 요약적으로 드러내는 사례는 개정 헌법에 담긴 사회보장 및 보건의료 관련 조항이다. 아래는 2002년 개정 헌법과 그 이전 헌법에 제시된 내용이다.⁴⁾

[구 헌법]

(34조) 국가는 가난한 자와 버려진 아이를 보호한다.

4) 개정 이전과 이후 헌법은 헌법재판소 홈페이지에서 확인할 수 있음.

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

[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 빈곤층과 고아와 관련된 것 뿐이었으며, 그 내용 역시 구체적이지 않았다. 정치경제적 위기 하에서 진행된 개정 과정을 거치며, 헌법에 사회보장제도가 첨가되었을 뿐만 아니라 그 내용 역시 혁신적이었다. 헌법은 의료 서비스를 받을 권리를 국민에게, 그 서비스를 제공할 책무를 국가에 부여했다. 건강권 개념이 수용되고 의료보장제를 발전시켜야 할 의무가 국가에 부과됨으로써, 보편적 의료보장 개념이 헌법에 명확하게 삽입되었다고 평가할 수 있다.

사회보장 일반, 특히 의료보장이 헌법에 반영된 이유는 경제 위기, 정치적 민주화라는 상황에서 찾을 수 있다. 경제 위기 이전까지 고도 성장을 통해 점차 개선되던 경제 상황이 극단적으로 악화함에 따라, 경제적 약자를 도와야 한다는 주장이 공감될 수 있는 사회 분위기가 형성되었다. 또한, 경제 위기를 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 1998년

에 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. 의료 부문의 경우 건강카드(kartu sehat)를 발급받은 빈곤층은 대중보건센터에서 무료로 진료 받을 수 있었고, 센터 소견서를 얻을 경우 병원 진료비 역시 보조받을 수 있었다(Trisnantoro 2005: 271-2).

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 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, 법률초안 작성위원회의 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, 보험업자와 학계 전문가, 그리고 심지어 노동단체 역시 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.⁵⁾ 20조~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, 정기적

5) 2004년 국가사회보장법 원문은 아래 인터넷 사이트에서 찾을 수 있음.
<https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/40787> (검색일: 2022.01.05.)

으로 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 법안에 명기되어 있지 않다. 이로 인해 법안이 선언적 성격을 띤 것일 뿐 구체적 실행 가능성을 내포하고 있지 않다는 비판이 제기될 수 있었다.

이 법은 의료를 포함한 사회보장제도의 실행을 5년 내에 설립되어야 할 사회보장관리공단(BPJS: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial)에 미루고 있다. 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 때문에 법안 실행의 시급성이 부각될 여지도 많지 않았다. 이러한 예상에 부합하게 공단의 설립 시한인 2009년까지 수실로 밤방 유도노요(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 건강사회보장공단(BPJS Kesehatan)이 출범하

였다. 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 지방 정부에서는 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 의료보장 실현에 어떤 긍정적인 영향을 미쳤는가를 차례로 검토할 것이다.

IV. 지방분권과 지방정부의 독자적 의료 정책

국가사회보장법이 제정된 이듬해, 동부자바 주의회 의원을 비롯한 4명의 청원인이 헌법재판소에 위헌 소청을 제기했다.⁶⁾ 이들은 헌법 5조의 “지방정부는 최대한 광범위하게 자치권을 행사한다”는 규정, 헌법 13조 1항 a의 “주정부의 권한이 되는 의무 정책에는 ... 보건의료 분야의 관리가 포함된다”라는 규정, 헌법 22조의 “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 수하르토 정권 하에서는 생각해볼 수 없는 모습으로서, 1999년

6) 헌법재판소 위헌 소청 자료는 헌법재판소 판결문(Mahkamah Konstitusi 2005)에 기초하여 작성되었음.

지방자치법이 제정된 후 짧은 기간 동안 지방분권에 대한 인식이 강화되었음을 시사했다. 또한, 보건의료 정책이 지방정부의 권한에 속하며, 지역적 특성에 기반을 둔 보건의료 정책이 필요하다는 공감대가 일정 정도 형성되었음을 드러냈다.

현재는 지방정부가 사회보장 정책을 펼 수 있음을 지적함으로써 의료보장이 중앙정부의 배타적 권한이 아님을 인정하면서도 위헌 소청을 기각했다. 전국민을 대상으로 한 보건의료 정책을 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 점이었다. 국가 사회보장법이 발효될 경우, 지방정부의 기존 노력이 불법화됨으로써 큰 피해가 발생할 수 있음을 이들은 강조했다. 소청 심사 과정에서 참고인으로 참석한 이 마데(I Made)는 자신의 입장을 아래와 같이 개진했다(Mahkamah Konstitusi 2005: 226).

[발리] 젬브라나(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 보건의료 정책이 후퇴하게 됩니다. 동시에, 빈곤층을 대상으로 한 의료보장 서비스를 [중앙 정부가 지정한] 공단으로 이관할 경우, 이들은 대중보건센터만을 무료로 이용할 수 있게 됩니다. 다른 주민에게 지방정부의 무상의료 서비스가 계속 제공된다면, 의료보장에 있어 역차별과 충돌이 발생하게 됩니다.

참고인은 젬브라나 도민 전체를 대상으로 한 의료보장 체계가 구축되었음을 지적한 후, 중앙정부의 정책이 빈곤층에 대한 역차별적

상황을 야기하고 지역의 자율적 의료보장 체계를 후퇴시킬 수 있음을 역설했다.

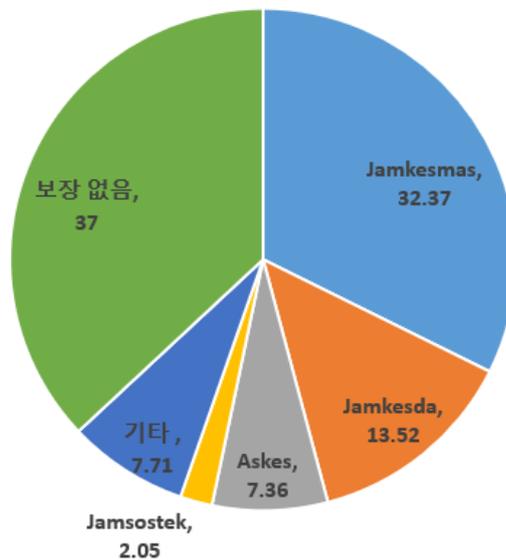
현재 논의 과정에서는 쟈브라나 도뿐만 아니라, 족자까르따 주, 고론팔로 주, 뿌르바링가 도, 빠띠 도의 사례가 거론되었다. 세부 내용에서는 차이가 있지만, 이들 지역에서는 전체 주민 혹은 차상위층을 대상으로 한 의료보장제가 시행되고 있었으며, 일부 지역에서는 의료보장을 전담할 지역 건강보장공단이 설립되기도 했다. 이는 2004년 법에 포함된 보편적 사회보장 개념이 일부 지역에서 이미 현실화되어 작동하고 있음을 의미했다.

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 무상 의료 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. 아래는 지방정부의 의료비 지원이 본격화된 2010년 의료보장에 편입된 인구 상황을 보여주는 자료이다.

2010년 전체 인구의 63%가 의료보장제도에 편입되었다. 이 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 근거

가 약화되었음을 시사했다. 중앙정부의 재정 분담 요구를 수용하면서 지방정부는 지역의 상황에 부합하는 보건정책을 수행할 여건을 확고히 했다.⁷⁾

<그림 2> 2010년 의료보장 편입 인구(%)



범례: Jamkesmas = 중앙정부 의료보장비 지급 대상, Jamkesda = 지방정부 의료보장비 지급대상; Askes = 공무원 및 군경 의료보험 지급대상; Jamsostek = 공직부문 노동자 의료보험 지급대상.

출처: Profil Kesehatan(2012)

지방정부의 독자적인 보건의료 정책은 빈곤층을 넘어서는 주민을

7) 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 환경 조성에 일조함으로써 지방정부에 의한 독자적인 의료보장 관련 정책 수립을 가능하게 했다.

대상으로 진행되었다. 이러한 시도가 지속됨에 따라 빈곤층만을 대상으로 한 의료보장이 한시적이며, 모두를 대상으로 한 의료보장이 요구된다는 인식이 확산될 수 있었고, 이는 보편적 의료보장의 전면 시행을 뒷받침하는 동력으로 작용했다.

보편적 의료보장에 대한 지역의 공감대 확산을 보여주는 사례는 족자 주 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 지역 사회는 ... 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. 지방 자치 확대에 따라 보건의료가 지방정부의 정책 대상으로 자리잡자 대중보건센터의 본인부담금과 지방공공병원의 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 지역 사회를 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 지방 정부가 대중보건센터 본인부담금 면제 정책을 펼

쳤다면, 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 백만명 남짓의 도이다.⁸⁾ 도 정부의 의료복지 정책은 2001/02 회계연도에 시작했는데, 그 목표는 의료보험 방식에 기반을 둔 보편적 의료보장이었다. 도민을 크게 빈곤층, 차상위층, 중상위층 등 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 의료보장 정책을 통해 도민들은 대중보건센터, 공공 및 개인병원 서비스를 본인부담금 없이 이용할 수 있었다. 과도한 의료행위를 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

8) 중부자바 뿌르바링가도 의료정책은 Arifianto et al.(2005)에 기초하여 작성되었음.

누린 집단은 차상위층과 중상위층이었다. 의료보장 운용 과정에서 지방정부의 보조금 일부가 경제적으로 부유한 층을 위해 사용되었음은 제도의 한계로 지적되었지만, 이에 대한 정책적 대응이 이루어 지지는 않았다.

뿌르바링가의 정책은 의료보험 형식에 기반하여 보편적 의료보장을 시행하려는 지방정부의 혁신적 노력의 결과였고, 민주화가 촉발한 지방분권은 이러한 시도를 뒷받침한 핵심 요소였다. 2005년 현재 소청 과정에서 언급될 정도로 이 사례는 인도네시아 의료 담론의 중요한 요소로 편입되었다.

뿌르바링가와와는 다른 방식으로 보편적 의료보장을 시행하려는 시도가 발리 쟈브라나 도에서 행해졌다.⁹⁾ 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, 쟈브라나 도정부는 뿌르바링가와 같은 의료보험 도입을 모색했고, 전액 본인 부담 그룹, 일부 본인 부담 그룹, 전액 정부 지원 그룹으로 나누어 이를 시행했다.

뿌르바링가와 쟈브라나의 시도는 미디어를 통해 확대 재생산되며 다른 지역의 의료정책 수립에 영향을 미쳤다(Pisani et al. 2017: 271). 가장 가시적인 것은 물론 뿌르고처럼 대중보건센터 본인부담금을 무료화하는 방식이었다. 2000년대 후반에 접어들면, 본인부담금을

9) 발리 쟈브라나도 의료정책은 세계은행 보고서(World Bank 2006: 129-148)에 기초하여 작성되었음.

무료화한 지역을 쉽게 찾을 수 있었으며, 심지어 중부자바 주 수꼬하르조(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 보건의료 정책은 전국민을 대상으로 한 보편적 의료보장이 이상이 아닌 현실에서 구체화될 수 있는 정책임을 예시함으로써 2004년 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 민주화로써의 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 사회보장이 이슈가 사회운동의 중심 의제로 대두되지 못했다. 이런 맥락에서 2010년 3월에 이루어진 사회보장행동위원회(Komite Aksi Jaminan Sosial, 이하 KAJS)의 결성은 사회운동이 보건개혁을 포함한 사회보장 추진에 주체로 나서려는 의지를 드러낸 전환적 사건이었다.

4년간 56차례 수정을 거쳐서 메가와티 대통령 임기만료 직전에 제정된 2004년 국가사회보장법(UU SJSN)에 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 인도네시아금속업 종근로자조합연맹(Federasi Serikat Pekerja Metal Indonesia, 이하 FSPMI)이 2010년 3월 6일부터 8일까지 3일간 자카르타에서 토론회를 개최한다. 노동조합 지도자들은 사회보장개혁을 지지하는 모든 단체들을 불러 모아 하나의 “행동위원회”를 조직할 것, 그 집단지도 체계인 “의장단”(Presidium)에 노동조합의 총연맹 및 연맹 위원장들이 적극 참여하여 지원할 것에 합의하였다(Tjandra 2014a: 22-23; 2014b: 48). 그 결실로서 KAJS가 결성되었다.

그러므로 KAJS는 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 쥘드라(Surya Tjandra)가 초대 의장단으로서 KAJS를 이끌었다(Tjandra 2014b: 49).

그렇지만 출범 때부터 광범한 연대의 형성도 추구하였다. 시민사회단체 활동가, 변호사, 학생, 기자, 전문가 등이 초기부터 동참했고, 이주노동자, 가정부, 어민, 농민 단체 등도 가세하여 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 뻬탈로까(Rieke Diah Pitaloka)처럼 민주투

쟁당(PDIP) 소속 일부 의원들도 KAJS와 함께 행동하였다(KAJS 공동의장 Surya Tjandra 인터뷰 2011/07/01). 사회운동 연구자들이 중시하는 정책옹호연합(advocacy coalition)이 형성된 것이다(Jung 2016: 488-89).

KAJS는 캠페인, 시위, 소송, 국회 참관, 로비, 국회의원들과 연대 등 다각적 활동을 전개하여 보건개혁과 사회보장 추진을 위한 여론형성과 입법 촉진에 크게 기여하였다. KAJS의 다채로운 운동방식은 비정부단체(NGOs) 대표로 공동의장 역할을 했던 수리야 째드라가 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 제정을 요구하며 호텔인도네시아에서 대통령 궁까지 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 통합하여 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 통합안에 계속 불만을 표하고 있었다. 당시 국회의 회기는 2011년 10월 28일에 만료될 예정이었고, 법안이 그 때까지 통과되지 않으면 법의 제정 책임은 2014년 선거를 거쳐 구성되는 국회와 새 정부에게 떠넘겨지는 상황이었다. KAJS는 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 무

엇보다 국회에서 수적으로 밀렸기 때문이다. 메가와티의 정당이자 대표 야당인 민주투쟁당(PDIP)이 법안 통과에 가장 적극적이었고 대 인도네시아당(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).¹⁰⁾

더구나 법안에 대한 국회 심의 과정에서 절충이 충분히 이루어져서 남은 쟁점은 두 개로 압축된 사회보장관리공단의 출범 시기에 관한 것뿐이었다. 법안 통과 지지 의원들은 2014년에, 정부와 같은 편 의원들은 2016년에 출범해야 한다는 것이었다(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)

10) 인도네시아에서 집권연합에 참여하는 모든 정당들이 입법과정에서 대통령 및 여당과 같은 입장을 늘 견지하는 것으로 보아서는 안 된다. 특히 골까르당과 복지정의당은 집권연합 내에서 징계 요구가 제기될 정도로 독자행보를 취하곤 했다(Kompas.com 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, 선거 때부터 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). 한 가지 더 부연하자면, 인도네시아 국회의원들이 당론을 일사분란하게 따른다고 보아서도 안 된다는 것이다. 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).

은 2015년 1월 1일에 출범한다는 것이었다.

이렇게 제정된 사회보장관리공단법에 근거하여 2년 2개월 뒤에 건강사회보장공단이 실제로 출범하고 국민건강보험(JKN: Jaminan Kesehatan National) 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 보건 개혁에 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 보건 개혁 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 사르또(Syukur Sarto)는 보건 개혁을 요구하는 압력이 강해질 당시에 잠소스텍의 노동자 대표 위원 자리를 차지하고 있었다. 인도네시아전국노동조합총연맹(KSBSI)의 전 위원장 렉손 실라반(Reskon Silaban)도 잠소스텍의 노동자 대표 위원으로서 상당한 봉

급을 받던 상황이었다. 결국 이 두 노총은 사회보장 개혁에 반대하며 KAJS로부터 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 시행하였으며 앞 절에서 살펴보았듯이 일부 지방정부도 무상의료를 실험하고 있었기 때문에 급진적 군소 노조들의 요구를 완전히 무모한 것으로 치부할 수는 없다.

이런 상황에서 KAJS는 국영보험사들의 통합을 통한 새로운 공단의 설립과 보험료 징수를 통한 사회보험 방식의 개혁을 지지하는 ‘제3의 입장’을 취했다고 볼 수 있다. KAJS 입장의 가장 강력한 지지노조는 KAJS의 창설을 주도했던 사이드 이크발의 FSPMI를 비롯한 인도네시아근로조합총연맹(KSPI) 산하 연맹들이었다. KSPI는 사회보장 개혁안을 설계한 전문가들이나 수리아 찐드라같은 노동운동가들에게 영향을 받기도 했지만, 노동조합 간의 경쟁이라는 차원도 고려했을 것이다. KSPI는 KSPSI와 KSBSI와 함께 3대 노총 가운데 하나에 속했지만 다른 두 노총과 달리 잠소스펙의 지원에서 배제되었고 잠소스펙 위원으로 임명되지도 않았다. 새로운 공단 설립을 위한 투쟁은 경쟁 노총들의 자원을 약화시키고 ‘제3노총’으로서 선명성과 주도성을 강화하고 위원장의 명망성도 높일 수 있는 좋은 기회로 보였을 것이다.

실제로 보건 개혁이 성사된 뒤에 KSPI 노총 간부들은 건강보험을

관장하는 새로운 건강사회보장공단의 감독위원회(Dewan Pengawas) 노동자 대표 위원에 임명되었다.¹¹⁾ 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 보건 복지연구자 프란시스쿠스 조요아디수마르타(Fransiscus S. Joyoadis umarta) 박사는 개혁의 결과가 KAJIS 측의 일방적 승리는 아니고 “급진파”와 “현상유지파”의 요구도 어느 정도 반영되었다는 점에서 “타협적”이었다는 새로운 해석을 제시하였다. 우선, 빈민의 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 부분적으로 반영된 결과로 볼 수 있다는 것이다(이메일 인터뷰 2021/08/21).¹²⁾

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

12) 프란시스쿠스 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(프란시스쿠스 조요아디수마르타, 전제성 2022). 민주화 이후 노동조합 분립의 전개양상, 사회보장 개혁을 둘러싼 노동조합운동 내부의 논쟁, 그리고 타협적 입법에 대한 그의 주장들은 담은 이슈페이퍼는 전북대 동남아연구소 홈페이지에서 내려받아 볼 수 있다. 본 연구는 노동운동 내부 논쟁과 타협에 관한 그의 주장을 참조하되, 그가 ‘중도파’라 부른 세력을 복지전진을 추동한 세력에게 더 걸맞은 표현인 ‘개혁파’로 바꿔 부르려고 한다. 그리고 개혁의 ‘타협적’ 귀결을 입법의 ‘조정된’ 결과로 해석하고자 한다. 사회보장개혁에 대해 입장이 다른 노동조합 간의 타협은 없었고 입법부에 의한 다양한 입장 수렴과 조정이 있었다고 보기 때문이다.

사회보장 개혁을 앞두고 보수파, 급진파, 개혁파의 입장차이가 존재했고 경쟁적으로 로비가 이루어졌으나 어느 쪽도 완전한 패자가 되지 않는 결과를 도출했다는 그의 해석은 지연되던 개혁이 심한 반발 없이 추진되는 과정에 대한 좀 더 현실적인 설명일 것이다. 이때 ‘타협적’이었다는 것은 노동운동 내부의 분파들 간에 타협이 아니라 국회에서 상이한 입장이 법조항에 절충적으로 반영되는 ‘조정된’ 입법과정을 거쳤다는 뜻으로 이해해야 적절할 것이다.

두 개의 공단 설립으로 조정된 결과는 제도적으로 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 나누어 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 통합시켜 하나의 사회보장관리공단을 만들자는 애초 법안(즉, 국회발안)을 지지했었다(디나 2011: 95-97).

<표 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’.

그러나 최종안은 사회보장관리공단이 하나가 아니라 두 개로 나

뉘지고, 건강보험을 관장하는 제1사회보장공단(BPJS I)은 아스케스사의 변환으로서 설립되고, 연금과 재해 관련 보험을 담당하는 제2사회보장공단(BPJS II)은 잠소스텍사의 변환으로서 설립된다는 것이었다(디나 2011: 112-114, 115-116). 이렇게 변신하여 출범한 두 기관이 다른 보험사들의 프로그램들을 2029년까지 넘겨받도록 하였다(UU BPJS 65조 1항과 2항). 이런 안은 이행기를 두면서 아스케스사와 잠소스텍사에게 과도적 임무를 부여하고 재정 상황의 투명한 공개도 전제하지 않아서 현상유지파들도 수용가능한 조정안이었을 것이다.

두 번째 의문은 “각자의 협소한 이해관계를 너머”(Jung 2016: 478) 노동조합들이 보편적 건강보장을 위한 광범한 연대를 형성하고 투쟁한 동기에 관한 것이다. 잠소스텍을 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 실리추구 노조주의(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.

잠소스텍은 포괄 범위가 제한적이고 가입 의무가 강력하지 않아 한계가 뚜렷한 사회보장제도였다. 약 1억명의 노동자 중에 3천만 정도가 공식부문 노동자였고 이들 가운데 9백만명 정도만이 잠소스텍에 가입되어 있었다. 가입했더라도 강제가 약하여 보험료 납부 의무를 이행하지 않는 고용주들도 있었다. 잠소스텍은 자금 전용과 부패 스캔들이 끊이지 않아 보험료 납부자의 손해를 끼쳐가며 정치인이거나 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 건강보장체도가 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 보건 개혁만이 아니라 노동 관련 사회보장 개혁의 패키지였다는 점에 주목할 필요가 있다. 사회보장관리공단법의 제정은 2014년 건강사회보장공단의 출범뿐만 아니라 2015년 인력사회보장공단(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 건강보장 뿐만 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.

노동운동세력이 보편적 건강보장의 출범에 깊이 개입하고 사회적 압력을 형성했다는 사실은 단순한 과거지사가 아니라 보편적 건강

보장의 발전에 있어서도 노동운동세력의 개입과 작용이 계속되리라는 미래전망을 가능케 한다. 사회보장관리공단법이 제정되자 KAJS는 사회보장관리공단감시단체(BPJS Watch: 대표는 노동운동가 뎀 불 시레가르[Timboel Siregar])로 조직을 전환하고 공단의 움직임을 모니터링하며 건강보험의 개선도 제안하는 기능을 수행하기 시작했다(디나 2011: 115). KAJS의 출범과 집단행동을 주도했던 인도네시아근로조합총연맹(KSPI)도 건강보험감시단(Jamkeswatch)을 창설하고 1,000명의 활동가를 배치했다(Dinna et al 2021). 이런 건강보험감시단체들의 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 전문적인 엘리트 주도로 기획되었으나 지방정부의 선제적 실험과 사회운동의 광범한 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 보건정책들은 보편적 건강보장이 당시 여건에서 실현 가능하다는 사실을 증명하였다. 입법과정의 교착상태는 노동운동 중심의 사회적 연대활동을 통해 압박함으로써 돌파하였다. 이러한 인도네시

아 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 체도를 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 주효한 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 산물이었고(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 상향식 압력의 형성을 더 필요로 했다는 점에서 한국 사례와 유사하지만, 한국의 경우보다 지방적 창의성과 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 조직 노동의 적극적 계급 동원과 광범한 연대의 행동 동기를 부여하는 역설의 사례라고까지 말할 수 있겠다. 지방정부들의 보건정책 이니셔티브가 전국민 대상의 건강보장을 도입하는데 순기능 했다는 점도 복지국가 이론들이 주목하지 않던 변수였다는 점에서 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 자본주의 국가의 작동방식을

근본적으로 비판하는 정치경제론으로서 가치를 지니지만, 보건 개혁 과정은 과두제 시각이 일면적일 수 있다는 사실도 드러낸다. 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. 시민사회는 이런 상황을 활용하여 다양한 집단행동을 통해 선호를 형성하고 효과적으로 투입하는 능력을 강화하였다. 과두제의 시각을 배타적으로 고수한다면, 다수의 이해관계자가 참여하고 숙의(musyawarah)하여 산출하는 개혁의 동태와 성과를 파악하는 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 90여명을 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 의료장벽, 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 전문 연구자들은 보편적 건강보장의 주요 목표 중에 산모와 영아 사망률, HIV/AIDS 유행률, 말라리아 퇴치, 1차 의료기관 약품의 질 등은 목

표치를 달성했으나 결핵 유병률, 흡연인구비율, 기초 예방 접종, 의료인력 수, 침상 수, 상급 병원 보유도시 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).

그런데 이 글의 초점이 전국민 건강보장의 전담기관인 사회보장관리공단의 설립과 보편적 건강보장제도의 출범을 가능하게 한 요인 분석에 놓여 있기 때문에, 보편적 건강보장제도의 현 실태는 조사 대상에 포함되지 않았다. 보편적 건강보장제도 운영에 관한 세부적인 조사와 본격적인 평가는 아쉽지만 후속 연구과제로 남기고자 한다. 인도네시아의 보편적 건강보장은 연금과 사망 및 산업재해보상 같은 전반적인 복지제도의 확충과 동시에 추진되었다는 점에서 또한 특수했다. 그렇지만 이 연구의 관심은 주로 국민건강보험의 출범에 국한된 것이어서 근로사회보장공단의 프로그램까지 검토하는 포괄적인 복지 개혁 연구도 역시 숙제로 남길 수밖에 없다.

참고문헌

- 김영순. 2021. 『한국의 복지국가는 어떻게 만들어졌나? 민주화 이후 복지정치와 복지정책』. 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: 신질서체제 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』. 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. 2016.02.23. “Jajaran Dewan Pengawas dan Direksi BPJS Kesehatan Periode 2016 - 2021.” <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.)
- 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. 267-286.
- DetikNews. 2011.10.28. “Golkar dan PKS Kembali Beda Soal BPJS, PD Serahkan ke SBY.” <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.” (Jakarta, 1 May).
- 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. 2022.05.04. "Covid-19 and Health Care in Indonesia: A Painful Lesson for a Better Future." <https://youtu.be/a667pXbz92c> (검색일: 2022.05.11.)
- JariUngu. 2011.10.28. "Paripurna RUU BPJS Deadlock, Fraksi Lakukan Lobi." https://jariungu.com/berita_list.php?idBerita=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.com. 2011.03.06. "PAN: Harus Ada "Punishment"!" <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.
- 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.

(2022.04.14. 투고, 2022.04.19. 심사, 2022.05.18. 게재확정)

<Abstract>

Formation of Universal Health Care System in Indonesia

Je Seong Jeon

(Jeonbuk National University)

Hyung-Jun Kim

(Kangwon National University)

The Indonesian democratization of 1998, which proceeded in the midst of a serious economic crisis, imprinted on the elites the need for a social security system including health insurance, which had been perceived as privileges and favors. Such awareness resulted in the enactment of the National Social Security Act in 2004. However, the law to establish Agency for Health Social Security (BPJS), an essential prerequisite for the institutionalization of the 2004 Act, could not be enacted until 2011. The delay was caused by the reluctance of the central government and the ruling parties which considered the Act premature. The deadlock could be broken by, among others, two factors. The preemptive health policies of some local governments in the 2000s which were in line with universal care demonstrated that universal health coverage was feasible under the existing circumstances. The impasse in the legislative process could be resolved by pressures from the alliance of civil movement groups centered on the labor unions. Indonesia's journey towards universal

health care is a reminder that welfare reform, including health care, is closely related to, but not an automatic consequence of democratization. It should be emphasized that Indonesia provides a good example demonstrating the positive impacts of decentralization, electoral democracy and social movements on the development of social welfare system.

Key Words: health insurance, welfare reform, social security, electoral democracy, democratization, decentralization, labor union, civil society