이베로아메리카 제16권 1호 [2014. 6] : 35~64

라틴아메리카의 의료개혁을 통해 본 신자유주의적 국가개혁의 패턴

- 멕시코, 아르헨티나, 칠레의 사례를 중심으로*

Patterns of Neoliberal State Reforms: a comparative study of three health reforms in latin america

박 윤 주**
(Park, Yun-Joo)

〈Abstract〉

In 1990s, many Latin American countries implemented health reform designed to increase efficiency of the sector as well as to withdraw the state from it. Such efforts derived from various policy recommendations made by international financial institutions such as World Bank, IMF and Inter-American Development Bank. These recommendations contained several specific policy suggestions including privatization, decentralization and deregulation of health sector. Several Latin American countries accepted the instructions and the three cases discussed in this paper-Mexico, Argentina and Chile- seemed to diligently followed them. However, uniform policy recommendations have not been implemented in a uniform way. Rather, Latin American countries modified and negotiated the neoliberal state reform and ended up producing distinct policy

* 이 논문(저서)은 2008년 정부(교육부)의 재원으로 한국연구재단의 지원을 받아 연구되었음(NFR-2008-362-A00003)

** 계명대학교 스페인어중남미학과. E-mail: yunjoopark@kmu.ac.kr

outcomes, which, this paper argues, are the reflection of political and social conditions of each country. Therefore, this paper points out that neoliberal state reform in Latin America is not a unilateral policy pushed by powerful international financial institutions. As neoliberal health reform policies were contested by political and social conditions of each Latin American country and their outcome varied in each case, this paper emphasizes that neoliberal state reform should be understood in the context of Latin American political and social reality.

Key Words: Health Reform, State Reform, Neoliberalism, Latin America, Social Policy

Ⅰ. 들어가는 말

1980년대 라틴아메리카의 많은 국가들이 경험했던 경제위기는 1960년대 이후 라틴아메리카 경제 정책의 기조가 되었던 수입대체산업화 전략을 수정하고, 소위 신자유주의 정책이라 불리는 수출중심의 경제 정책을 받아들이는 계기가 되었다. 이 과정에서 국제통화기금(IMF) 및 세계은행과 같은 국제 금융 기관들은 라틴아메리카 정부들에게 국가의 규모를 축소하도록 요구하였다. 즉 단기적으로는 사회지출을 줄여 국가재정을 건전하게 하며, 장기적으로는 국가의 효율성을 개선하라는 것이다. 그 결과, 국가를 축소하는 여러 정책들이 추진되었으니, 국영기업들의 민영화와 사회 정책 분야의 개혁이 그 대표적인 예라고 할 수 있다. 의료 분야 또한 사회 정책의 핵심적인 분야로서 국가 중심의 비효율성에 대한 전반적인 개혁을 요구받았으며, 이

를 위해 의료시장의 개방 또한 처방되었다.

그러나 라틴아메리카 각국에게 사회정책에서의 국가의 축소는 국제 금융기관의 권고사항처럼 엄격하게 경제적인 의미에서 접근할 수 있는 사안이 아니다. 무엇보다도 라틴아메리카에서 국가가 사회정책에서 주도적인 역할을 하게 된 주요한 이유 중 하나는 민간 부문으로부터 사회 서비스를 보장받을 수 없는 사회적 약자들을 보호하기 위한 것이었다는 점을 기억할 필요가 있다. 세계은행의 통계(2014)에 따르면 2010년을 기준으로 라틴아메리카 및 카리브 지역 인구의 27.5%가 하루 4달러 선 이하의 소득으로 살아가고 있다. 이들을 극빈층이라고 분류하는 것에는 무리가 없으며, 이들에게 제공되는 혹은 이들이 선택할 수 있는 사회 서비스는 매우 제한적이다. 이러한 현실을 고려해 볼 때, 국가가 제공하는 의료 및 교육 서비스의 사회적 중요성은 더욱 강조될 수밖에 없다. 뿐만 아니라 많은 라틴아메리카 국가들이 사회정책을 국가의 역할로 귀속시킴으로써 국가의 권력을 유지 및 확장해왔던 점 역시 라틴아메리카 사회정책의 정치경제적 의미를 이해하는 중요한 단서이다. 이러한 점들을 고려해 볼 때, 라틴아메리카에서의 사회정책은 단순히 국가가 사회 서비스를 국민에게 제공하는 기능적인 차원을 넘어서 국가가 그 권력을 유지하는 통로일 뿐 아니라 국가가 시장 및 민간 분야로부터 일정 정도의 자율권을 보장 받을 수 있는 기반으로서의 역할을 해왔다.

따라서 사회정책의 신자유주의적 개혁은 라틴아메리카 각국이 어떻게 국가의 정치·사회적 장악력을 축소시키지 않는 범위에서 국가의 크기 혹은 공공분야의 지출을 축소시킬 수 있을 것인가라는 문제의 해답을 구하는 과정이며, 이러한 국가개혁 요구에 대한 라틴아메리카 각국의 대응은 서로 다른 양상을 띠며, 이렇듯 국가별로 독특한 양상에 대한 면밀한 고찰은 라틴아메리카에 대한 이해를 증진시킬 뿐 아니라 국가개혁이라는 신자유주의의 핵심적 과제에 대한 이론적 분석을 가능케 한다.

본 연구는 라틴아메리카의 주요 국가인 멕시코, 아르헨티나 그리고 칠레가 신자유주의적 의료개혁을 실현하는 과정에서 어떻게 국가개혁을 추진하였는지를 고찰하는 것을 주목적으로 한다. 이 과정에서 본 연구는 사회정책에 대한 신자유주의적 개혁, 특히 신자유주의적 의료개혁이 일방적이고 균일한 정책적 권고에 의해 추진되었음에도 불구하고 각국의 정치 · 사회적 조건에 의하여 다양한 결과를 도출하였다는 점에 주목한다. 즉, 이 연구를 통해 국가의 축소라는 신자유주의적 의료정책의 목표가 서로 다른 사회 조건을 만나서 다양한 결과물을 가져올 수 있다는 점을 밝히고자 한다. 본 연구는 4장으로 구성되었다. 2장에서는 라틴아메리카에 정책적으로 권고되었던 신자유주의적 의료개혁의 내용을 살펴보았다. 3장에서는 멕시코, 아르헨티나 및 칠레의 사례를 분석하여, 국제통화기금과 세계은행 등 국제금융기관이 제시한 신자유주의적 의료개혁의 가이드라인이 라틴아메리카의 사회적 조건 속에서 어떻게 라틴아메리카적 변환을 경험하는지를 고찰하였다. 4장에서는 세 사례의 분석을 통해 얻은 교훈이 어떻게 라틴아메리카에서의 신자유주의적 국가개혁을 연구함에 있어 적용될 수 있는지를 설명하였으며 본 연구의 한계 및 후속연구의 필요성을 제시하였다.

Ⅱ. 라틴아메리카의 신자유주의적 의료개혁의 가이드라인

다른 저개발 지역에 비하여 라틴아메리카의 의료시스템은 체계적이고 동시에 포괄적이다. 이렇듯 상대적으로 다른 저개발 지역에 비하여 우수한 의료시스템을 갖추고 있음에도 불구하고, 라틴아메리카의 의료시스템은 국가개혁의 주요 분야로 지목되었고 선진국들의 집중 원조의 대상이 되었다. 이러한 경향은 특히 1990년대 두드러지는데, 1998년부터 2000년 사이 OECD의 라틴아메리카 및 카리브 지역에 대한 원조의 35%가 의료정책 및 의료행정에

집중된 것이 이러한 경향을 방증한다. 같은 기간 OECD가 다른 지역 의료정책 및 행정에 지원한 원조가 전체 원조의 29%에 정도인 것과 비교해 볼 때 라틴아메리카의 의료개혁에 대한 선진국들의 관심이 높았다는 점은 더욱 분명해진다(Willis & Khan 2009).

라틴아메리카의 의료개혁의 모델로 국제사회에 의해 제시된 것은 공영의료시스템과 민간 의료시스템이 공존하는 혼합형 의료시스템이었다(World Bank 1996; CEPAL 1996). 공공시스템의 민영화가 아니라 혼합형 의료시스템의 구축을 제안한 이유는 그동안 라틴아메리카 국가들에서 채택되었던 국가주도형 의료시스템을 완벽한 민간 시스템으로 전환하는 것은 불가능할 뿐 아니라 사회적 저항 또한 만만찮은 작업이기 때문이었다. 혼합형 의료시스템은 공공영역이 민간 의료서비스를 제공받을 수 없는 빈곤층을 주로 담당하게 하는 선별적 지원(Targeting), 민간 의료시스템의 도입 및 확장, NGO와 시민단체들의 의료시스템 참여 확대, 지방 분권화 등을 포함한다(박윤주 2010a).

1993년 미주개발은행의 의뢰로 작성된 보고서인 Heath Policy Reform in Latin America: Framework and Guidelines for Health Sector Assessment(The Urban Institute 1993)는 라틴아메리카가 혼합형 의료시스템 개혁을 위해 취해야할 조치들을 잘 정리하였다. 이 보고서는 라틴아메리카의 의료시스템을 효율성, 형평성, 수요, 서비스의 질, 지속가능성, 공급의 적절성 및 적합성의 기준에 근거해서 평가해야한다고 주장하며, 다음과 같은 가이드라인을 제시하였다.

첫째, 보건복지부의 기능을 지방정부로 이양할 것.
둘째, 보건복지부의 국민연금시스템을 통합하거나 조정할 것.
셋째, 의무 건강보험제도와 자발적인 민영 시스템을 도입하여 보험률 및

위험부담을 늘일 것.

넷째, 환자 부담금 및 의료보험료를 인상하여 비용을 분담할 것.

다섯째, 정부의 의료비 지출을 취약한 저소득 계층을 대상으로 한 프로그램으로 집중할 것.

여섯째, 의료서비스 제공에서의 정부의 역할을 재고할 것.

일곱 번째, 민간부분을 계약하여 외주를 줄 것.

여덟 번째, 공공 의료 기관을 영리 혹은 비영리 단체에 매각할 것.

아홉 번째, 의료서비스의 수요와 공급을 자극하기 위하여 시장의 인센티브 사용할 것(The Urban Institute 1993, 박윤주 2010a 재인용).

이러한 가이드라인들은 이후 라틴아메리카 의료시스템 개혁의 성격을 규정하는 결정적인 역할을 하게 된다. 특히 경제위기를 극복하기 위해 금융지원을 요청해야하는 라틴아메리카에게 국제 금융 기관의 정책조언은 당시 다른 어떤 정책적 연구 결과물보다도 강력한 영향력을 가졌기 때문이다. 또한 위에서 언급한 가이드라인에서도 알 수 있듯이 전반적인 의료시스템 개혁의 방향성은 국가의 축소와 민간 부문의 확대로 요약될 수 있다. 따라서 1980년대 이후 라틴아메리카에서 추진된 의료시스템 개혁의 핵심 내용 역시 국가의 축소와 민간 부분의 확대였다는 것을 알 수 있다.

구체적인 의료개혁의 정책들은 〈표1〉에서 볼 수 있듯이 의료보험의 확장, 민간의료기관으로의 하도급 계약제 도입, 지방분권화 및 시민참여 독려 등이다. 브라질, 칠레, 아르헨티나 및 콜롬비아와 같은 국가들은 의료보험의 확장을 시도하였다. 이들 국가들은 의료보험의 확장을 통해 의료평등을 실현하려고 시도하였고, 의료보험의 확대란 민간의료보험의 확장을 포함한다(박윤주 2010a). 칠레, 콜롬비아 및 아르헨티나는 민간 혹은 유사민간 의료보험의 도입을 통해 의료보험제도를 확대하였다. 민간의료보험의 도입을 통

해 국가는 의료서비스 제공이라는 국가의 기능을 시장에 이양하고, 이에 대한 재정지출의 부담으로부터도 자유로워진다. 어떤 의미에서 민간의료보험의 도입은 국제 금융 기관들이 라틴아메리카에게 요구했던 국가개혁을 위한 가장 최적의 정책이다. 말 그대로 국가를 축소하는 효과가 있기 때문이다. 즉 의료보건 서비스를 독점적으로 제공하는 제공자의 역할을 포기하고 의료시스템의 규제 기능만을 담당하게 되면, 국가는 재정 및 기능 면에서 작은 역할과 행정 체계를 갖게 되기 때문이다.

직접적인 민간의료보험의 도입이 여의치 않을 경우 의료서비스 제공의 기능을 민간부문에 위탁하는 방법도 모색되었다. 즉 민간의료기관과의 계약을 통해 의료서비스를 제공하는 것이다. 민간의료기관과의 계약제 도입은 특정 의료보건 서비스를 국가가 민간의료기관에게 위탁하는 방법과 국가가 서비스를 제공하기 어려운 지역에 존재하는 민간의료기관에 의료서비스의 제공을 요청하는 두 가지 방법으로 행해졌으며, 코스타리카와 과테말라에서 사용되었다(박윤주 2010a, ISEqH 2006, 13). 의료시스템의 구성 중 인력구성의 비율이 가장 높은 것이 의료서비스 제공 부분이라는 점을 고려한다면 의료서비스 제공의 민간부문 위탁 또한 신자유주의적 국가개혁 즉 국가 축소에는 상당한 역할을 할 수 있었다.

〈표 1〉 의료불평등 개선을 위해 도입된 중남미 국가들의 정책들, 1995–2000년

의료평등의 유형	개혁정책 (1995-2000)	평등과 관련한 목표	정책을 실행한 국가
평등한 의료서비스에 대한 접근성	민간의료기관을 고용하거나 공공의료기관을 활용 이동 의료서비스팀 구성, 기본 서비스를 제공	지리적으로 의료혜택을 볼 수 없는 인구군에게 의료서비스 제공	과테말라 (민간의료기관 계약) 코스타리카 (공공의료기관 활용)
	기본 의료서비스에 대한 평등한 접근성 보장	의료보험 시스템 안에서 기본 의료서비스에 대한 규제 조정	콜롬비아 멕시코

평등한 의료 서비스 이용	의료보험 확대	의료서비스 이용을 확대하기 위하여 민간 및 공공 의료보험 시스템 확대	콜롬비아&칠레 (경쟁도입) 브라질* (공영의료보험제도 모델)
	공공의료기관의 자율성 보장	공영병원의 환자부담금 인상을 통한 빈곤층에 대한 의료서비스 확대	페루 온두라스
평등한 자원배분	재정의 분권화	지방정부에 재정편성권을 이양함으로써 의료자원의 배분을 개선	과테말라 니카라과
	의료시설, 자원 등을 지방정부에 이양	의료시설, 자원, 인력을 지방정부로 이양함으로써 의료자원을 평등하게 배분	콜롬비아 칠레 브라질
출처: 박윤주 2010a, The International Society for Equity in Health(ISEqH)(2006) 재인용			

〈표1〉에서 열거한 정책들을 살펴보면 의료 보험 및 서비스 제공에서 민간부문의 참여를 유도하는 정책 뿐 아니라 다양한 다른 개혁정책들이 시도되었고, 이러한 정책들 또한 신자유주의적 국가개혁에 기여하는 역할을 한다. 예컨대 페루와 온두라스에서 실행된 공공의료기관의 자율성 보장은 공공의료기관을 유지하되 각 공공의료기관이 행사할 수 있는 정책결정의 폭을 확대함으로써 국가의 중앙집권적 권력을 분화시키는 역할을 한다. 재정의 분권화와 의료시설 및 자원의 지방정부로의 이양 또한 같은 맥락에서 이해할 수 있다. 국가의 기능을 민간에 이양하는 급진적인 형태의 국가축소는 아니지만, 사회서비스를 독점하던 중앙정부의 기능을 약화시키면서 지방정부로 국가의 기능을 이양한다는 측면에서 분권화는 신자유주의적 국가개혁과 연결된다.

이렇듯 국제사회가 라틴아메리카에 요구했던 의료개혁의 방향은 신자유주의적인 국가개혁의 틀 안에서 의료부문에서 국가의 역할과 기능을 축소하고 시장을 포함한 민간부분의 비중을 확대하는 것이었다. 그리고 이러한

요구는 비교적 일관성 있는 정책 제언의 형태로 라틴아메리카 각국에 전달되었고, 앞서 언급하였듯이 정책 제언들은 라틴아메리카 국가들에 대한 국제기구의 원조와 연동되었다. 그 결과 1980년대 중반부터 1990년대에 이르기까지 라틴아메리카 국가들은 국가개혁의 중요한 방편으로 의료개혁을 추진하기에 이른다.

하지만 신자유주의적 의료개혁의 일관성 있는 정책 제언이 라틴아메리카의 현실을 만나 역시 일관성 있고 동일하게 추진되었는가는 또 다른 문제이다. 다음 장에서 소개될 멕시코, 칠레 및 아르헨티나의 사례분석을 통하여 우리는 국제 금융 기구들이 고안했던 신자유주의적 국가개혁의 틀이 라틴아메리카 각국의 정치·사회적 조건과 만나 서로 다른 형태의 의료개혁이라는 결과물을 도출했다는 것을 알 수 있었다.

Ⅲ. 라틴아메리카 의료개혁의 유형들

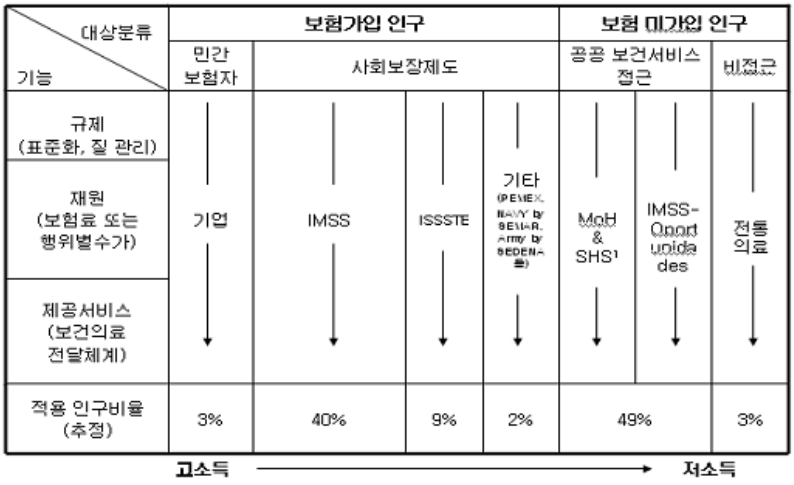
1. 멕시코: 의료지출 축소 그러나 국가권력 강화

멕시코는 포용적인 권위주의(Inclusive Authoritarianism)이라는 말로 요약되듯이 국가의 기능과 역할이 상당히 강화되어있는 국가이다. 특히 강력한 대통령제와 제도혁명당이라는 거대 정당조직을 바탕으로 멕시코의 국가는 1990년대 말까지 멕시코 사회의 곳곳을 지배하였다. 이러한 경향은 사회정책, 특히 의료정책에서도 잘 나타난다.

멕시코의 의료시스템은 크게 1937년에 설립된 보건부(Secretaria de Salud)과 1943년에 설립된 멕시코사회보장원(Instituto Mexicano de Seguro Social: 이하 IMSS)으로 구성되어있다. 보건부가 국민들 전반에 대한 의료서비스를 관리·감독하는 역할을 담당하고 있다면, IMSS는 IMSS라는 사회보장보험에 가

입한 인구에게 의료서비스를 제공한다. 즉 노동자들에 대한 의료서비스 제공을 목적으로 하고 있다. 민간부분의 노동자들을 담당하는 조직이 IMSS라면 공무원들의 의료서비스를 담당하는 조직은 공무원연금 및 의료보험기구(Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado: 이하 ISSSTE)로 ISSSTE는 1959년에 설립되었다. 이밖에도 국영석유회사인 PEMEX 또한 자사 직원들을 위한 의료서비스를 따로 제공한다(국민건강보험공단 2008; Gonzáles Rossetti 2004; Tamez & Molina 2000).

이렇듯 다양한 의료서비스 제공 기관의 존재는 무엇을 의미하는 것일까? 특히 이러한 의료서비스 시스템이 전국민 의료보험 체계로 통합되지 않고 유지되고 있는 멕시코의 현실이 의미하는 바는 무엇일까? 세분화되어있는 멕시코의 의료시스템은 역설적이게도 강력한 국가의 통제를 의미한다. 즉 세분화된 의료서비스의 발달은 국가가 다양한 사회세력들을 순차적으로 포용하는 과정에서 생겨난 결과물이다. 〈그림1〉에서 볼 수 있듯이 서로 다른



〈그림 1. 멕시코의 보건의료체계〉

자료: OECD 2005. 국민건강보험공단 2008. 박윤주 2010c. 재인용

의료서비스 제공 체계에 대한 국가의 통제는 중앙집중적이며 수직적이다. 민간보험에 가입한 인구 3%와 아예 의료서비스의 사각지대에서 전통의료에 의존하고 있는 인구 3%를 제외한 94%의 인구가 다양한 공공 의료시스템을 통해 국가에 통합되어있다.

멕시코의 의료시스템은 따라서 멕시코의 정치 · 사회적 지형을 반영하고 있다. 앞서 언급했던 것처럼 포용적 권위주의 시스템 하에서 멕시코의 의료제도는 사회의 각 분야를 국가로 집중시키는 데에 중요한 역할을 담당하였다. 또한, 시장을 포함한 민간부문의 역할과는 비교할 수 없을 정도로 강력하고 광범위한 국가의 역할을 통하여 멕시코 사회의 국가중심주의적인 단면 또한 엿볼 수 있다.

따라서 멕시코에 대한 국가개혁의 요구가 높아짐과 동시에 의료부문 또한 개혁의 대상으로 지목되었다는 것은 놀라운 일이 아니다. 멕시코 정부는 1980년대 경제위기를 겪으며 당시 심각했던 재정위기를 극복함은 물론 국제금융 기구의 권고 사항을 받아들여 경제위기를 극복할 수 있는 자원을 확보하고자 하였다. 이를 위해 멕시코는 두 차례의 의료부문 개혁을 시도하였다. 두 차례 모두 의료개혁은 낙후한 멕시코의 의료시스템을 선진화함을 물론 모든 권력과 공공서비스를 독점해오던 국가의 기능을 축소함으로써 멕시코 사회 전반의 민주화에도 기여할 수 있는 방안으로서 추진되었다.

하지만 두 개혁의 시도는 모두 시도에 그치고 만다. 신자유주의적 국가개혁의 일환으로 요구되던 다양한 의료 개혁의 방안 중 멕시코가 선택한 정책은 의료분권화였다. 강력한 국가 중심의 의료시스템에 대한 개혁방안으로서 의료서비스의 분권화는 자연스러운 선택으로 보인다. 하지만 멕시코의 의료서비스 분권화는 국가의 역할과 기능을 약화시키는 것이 아니라 산재되어있던 국가기관들의 권력을 중앙으로 집중하려는 시도였으며, 이는 역설적이게도 지방분권화의 원래 취지와는 매우 다른 결과를 가져온다.

멕시코의 의료개혁은 데 라 마드리드 정권에서 처음으로 구체화되었다. 데 라 마드리드 정부는 보건부 산하 기관들을 분권화하고 주정부 단위의 의료시스템을 구성하였다. 이를 통해 IMSS나 ISSSTE와 같은 의료기관보다 많은 역할과 권력을 보건부에 부여하려 하였다(박윤주 2010b). 데 라 마드리드 정부는 국가의료시스템(Sistema Nacional de Salud: SNS)을 구성하여 의료개혁 업무를 총괄하도록 하였고, 특히 보건부에 멕시코 의료정책을 입안하고 추진하는 독점적 권한을 부여함으로써 외형적인 분권화에도 불구하고 의료서비스에 대한 중앙정부의 통제가 강화될 수 있도록 하였다. 물론, SNS 안에는 국가의료자문위원회를 구성하여 지방의 의료당국과 중앙 의료보건당국이 소통할 수 있는 창구를 제공하였다(González Rossetti 2004). 하지만 종국적으로 데 라 마드리드의 의료시스템 개혁안은 중앙정부의 직접적 통제에서 벗어날 정도로 강력한 세력으로 성장한 IMSS를 견제하기 위하여 국가가 상대적으로 더욱 강력하게 통제할 수 있는 보건부의 권력과 위상을 높이겠다는 국가의 의도를 반영하는 것이었다.

그동안 노동자들에 대한 의료서비스 제공 및 보험 업무를 독점하고 있었던 IMSS의 재정적, 조직적 그리고 정치적 위상은 보건부를 넘어서는 것이었다. 물론 보건부는 늘 국가의 보건의료정책을 입안하고 집행하는 기관이었으나 현장에서의 의료정책의 실행과 유지는 IMSS로부터 자유로울 수 없었다. 따라서 데 라 마드리드 정부는 의료개혁을 통해 의료시스템 내의 조직개편을 시도했으며, 이를 통해 보건부의 권력을 강화하려고 하였다(박윤주 2010c, 128). 특히 눈에 띄는 것은 IMSS 산하 빈곤정책인 IMSS-Oportunidades의 분권화이다. IMSS-Oportunidades는 IMSS 시스템 안에 빈곤인구를 위한 의료서비스 제공 프로그램으로 멕시코의 의료불평등 문제를 해결하고자 1980년 시작된 프로그램이다. IMSS-Oportunidades를 통해 IMSS는 정규직 노동자들의 의료시스템에서 소외되고 빈곤한 국민의 의료보건까지 아우르는 거대

기관으로 성장할 수 있었다(González Rossetti 2004).

데 라 마드리드 정부는 보건부 산하 기관들을 분권화하여 주정부 단위의 의료시스템을 구성하고, 빈곤층 및 실업계층에 대한 의료서비스를 담당하도록 하였다. 즉 IMSS-Oportunidades를 통해 지방 의료를 담당하고 있던 IMSS의 시설 및 노동력을 보건부 소속으로 변경하고자 했던 것이다. IMSS-Oportunidades를 활용하여 멕시코의 국민의료서비스로 도약하고자했던 IMSS는 데 라 마드리드의 개혁으로 인해 오히려 의료시스템 내에서의 권력 축소를 경험할 위기에 처해졌다(박윤주 2010c, 128-9).

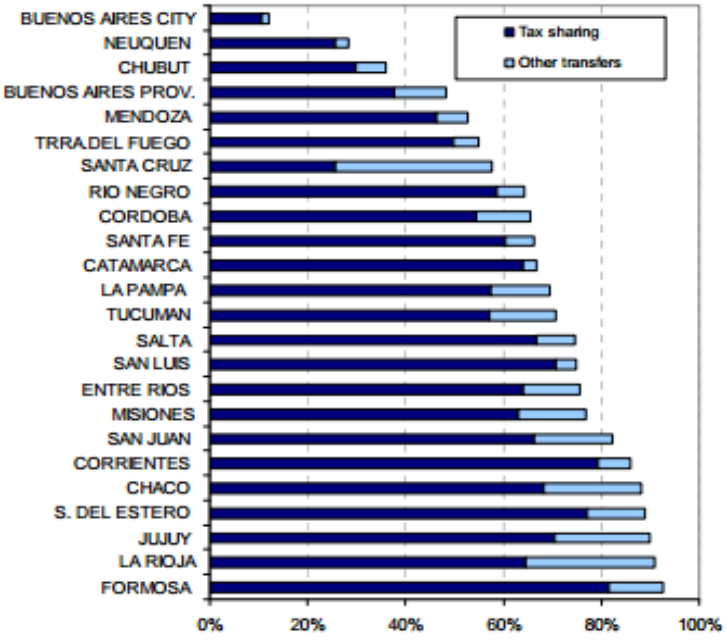
여기서 한 가지 주목할 점은 멕시코의 의료개혁이 비교적 국가로부터 자율성을 보장받던 공공기관인 IMSS의 개혁을 통해 보건부를 강화함으로써 지방분권화가 국가의 권력을 강화시키는 독특한 형태였다는 점이다. 뿐만 아니라, 분권화는 중앙정부의 권력을 강화하되 재정적 부담은 줄이는 형태로 진행되었다. 멕시코의 빈곤층을 위해 제공되던 IMSS-Oportunidades의 분권화는 충분한 재정의 지원 없이 기능만 지방정부로 이전시키는 것이었다. 그 결과 중앙정부가 IMSS-Oportunidades에 지원하던 재원을 절감할 수 있었으며, 동시에 지방정부의 재정적 부담을 늘어났다(Willis & Khan 2009; Homedes & Ugalde 2005).

결론적으로 멕시코의 의료개혁은 국제 금융 기구가 제시한 의료개혁 방안 중 하나인 분권화 정책이 멕시코의 정치 · 사회적 토양과 만나 재해석 된 사례를 잘 보여주고 있다. 지방분권화의 목적은 앞서 언급했듯이 국가의 권력을 지방으로 이전하여 국가의 기능 및 범위를 축소하는 데에 있다. 하지만 멕시코의 의료개혁은 분권화를 통해 중앙정부가 IMSS, ISSTE등으로 산만하게 분리되어있던 의료시스템을 중앙정부 산하 보건부로 집중하고 동시에 중앙정부가 안고 있던 재정적 부담을 지방정부로 전가시키려는 시도였다. 이는 국제사회를 통해 비교적 균일하게 요구되던 국가개혁의 내용이 라틴

아메리카의 현실을 만나 예상 밖의 결과를 도출할 수 있음을 보여준다.

2. 아르헨티나: 의료지출 확대와 국가권력 축소

멕시코가 강력한 중앙정부를 통해 국가권력이 정치·사회의 각 분야로 투영되는 형태의 연방주의를 구축했다면, 아르헨티나의 경우 중앙정부의 권력은 그다지 강력하지 못한 편이다. 중앙정부의 결정은 끊임없이 지방정부 및 이익단체들에 의해 견제되며, 사회정책과 같이 지방정부 및 각종 이익단체들에게 직접적인 영향을 끼치는 분야에서 지방정부와 중앙정부의 협상은 정책의 결정에 중요한 역할을 한다(Ardanaz et. al. 2012).



〈그림 2〉 연방 재정의 지방정부로의 이전 (%)

(출처: Secretaría de Coordinación Fiscal con las Provincias, Ardanaz et. al. 2012 재인용)

〈표2〉에서 볼 수 있듯이 아르헨티나의 재정은 대부분 지방정부에서 집행된다. 이는 대부분의 재정이 중앙정부에 의해 집행되는 멕시코와는 상당한 대조를 이룬다. 물론 아르헨티나의 지방정부들이 이렇듯 국가 재정의 상당 부분을 집행하는 과정에서 중앙정부는 지방정부와 끊임없이 협상하며 많은 경우 중앙정부에 대한 정치적 지원과 지방정부에 대한 재정적 후원을 맞바꾸기도 한다(Ardanaz et. al. 2012). 하지만 이 또한 강력한 중앙정부의 권력 하에서 지방정부가 정치적 협상력을 좀처럼 보여주지 못하는 멕시코의 사례와 비교해 볼 때 아르헨티나 정치시스템의 특징을 보여준다.

상대적으로 취약한 중앙정부의 권력을 특징으로 하는 아르헨티나의 연방주의는 아르헨티나의 의료개혁에 그대로 투영되었다. 아르헨티나의 의료개혁 역시 멕시코의 사례와 마찬가지로 신자유주의적 국가개혁의 일환으로 추진되었다. 구체적으로 의료개혁을 실시한 사람은 1990년 집권하여 급진적인 신자유주의 정책을 실시한 메넴(Carlos Menem)이다. 멕시코와 마찬가지로 아르헨티나도 국제 금융 기구의 의료개혁에 대한 권고를 충실히 받아들이는 듯 했다. 특히 세계은행은 아르헨티나에게 의료보험 부문에서의 경쟁력을 증진시켜야하며 분권화를 통해 공공의료 부문을 개혁해야한다고 요구하였다(Llyod-Sherlock 2000, 154, 이상현 2010 재인용). 〈표 2〉는 세계은행이 아르헨티나에게 제시한 의료개혁 정책들이며, 이는 이후 메넴정부 하에서 추진된 의료개혁의 토대가 되었다.

개혁은 여러 단계를 걸쳐서 실행되었다. 우선적인 개혁 대상은 멕시코의 사례와 마찬가지로 노동자들을 대상으로 하는 노동사회보험이었다. 당시 아르헨티나의 노동사회보험은 치솟는 실업의 영향으로 가입자 감소의 어려움을 겪고 있었다. 따라서 노동사회보험에 대한 개혁을 추진하려는 정부의 시도는 일단 자연스러운 것으로 여겨졌다. 우선 노조기금과 민간의료서비스 제공자 간의 계약이 자유화되었으며, 이러한 계약의 내용은 다양한 정책

적 경로를 통해 규제의 대상이 되었다. 나아가 당시 어려웠던 경제 상황을 고려하여 노동사회보험 가입자의 보험료를 임금의 6%에서 5%로 축소되었다. 그 결과 1995-99년 기간 동안 약 38억 달러의 수입 감소가 일어났다 (Ventura 2000, 이상현 2010 재인용).

〈표 2〉 아르헨티나 의료보험개혁 주요 정책 행동

개혁 대상	주요 정책 행동 내용
의무적 사회보험 관련	• 소비자의 보험회사 선택권을 도입할 것. 또한 경쟁과 관련하여, 초기에는 노동사회보험(*obras sociales*) 간의, 그리고 나중에는 최소한의 요건을 갖추고 의료보험 시장 진입을 원하는 모든 기관들 간의 경쟁으로 확대할 것. • 표준의료서비스 패키지를 고안하고 실행할 것. • 소득 및 보건 위험요소의 불균등을 해소하기 위한 재분배펀드(*Fondo Solidario de Redistribución*)를 재정비할 것. • 강력한 규제체제와 규제기구를 발전시킬 것. • 고령인구를 위한 국민사회보장공단(*INSSJP, Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados*)과 다른 보험회사들 간의 공평한 경쟁을 허용할 것. • 정부는 국민사회보장공단(INSSJP) 매니저와 실적에 입각한 명확한 계약을 체결할 것. • 비용절감과 관리능력 향상을 위하여 국민연금의료보험공단에 대한 기술 및 재정지원을 확대할 것.
자발적 민간보험 관련	• 민간보험의 경쟁력 증진과 소비자 보호를 위하여 노동사회보험에 적용되는 규제에 준하는 규제체제를 확립할 것. • 시장진입과 운영을 위한 단일한 조건(자본규모, 자산유동성, 영업비율, 표준서비스 품질, 필요보고사항)을 명시하여 파편화되어 있는 현재의 민간의료보험 시장을 통합할 것.

(출처: World Bank 1997, 24, 이상현 2010 재인용)

아르헨티나의 의료개혁정책 중 눈에 띄는 것은 아르헨티나의 보건부가 의료개혁을 통해 아르헨티나의 노동사회보험에 쏟아 부은 재정지원이다. 아르헨티나의 보건부는 노동사회보험의 개선을 위해 세계은행으로부터 1억

5천만 달러를 그리고 국고로부터 2억1천만 달러를 각 각 차입하여 투자하였다(이상현 2010). 그러나 이러한 재정지원에도 아르헨티나의 노동사회보험은 민간보험과 비교하여 경쟁력을 갖추지 못했다는 평가를 받게 된다. 이를 자각한 노동사회보험들은 민간 의료보험회사와 비공식적 연대를 발전시켜 경영기능을 민간보험에 위탁하고 민간보험 대신 영업을 담당하는 역할을 수행하였고, 수많은 민간 의료보험 회사가 아르헨티나의 의료시장에 진입할 수 있는 계기가 마련되었다(이상현 2010).

아르헨티나의 의료개혁은 결과적으로 의료서비스 시장의 개방을 통해 국가의 권한이 축소되는 결과를 가져왔으므로 이는 국제금융기구가 제안한 국가개혁의 틀을 따르고 있는 듯하다. 그러나 메넴의 의료시장 개방은 국가의 재정지출을 축소하는 방향이 아닌 확대하는 방향으로 전개되었다는 점에서 소위 신자유주의적 국가개혁의 원칙에서는 벗어난다. 앞서 언급했듯이 메넴 하의 의료개혁은 경제위기를 이유로 노동자들이 부담해야하는 의료보험 분담금을 축소하는 것은 물론 기존의 노동사회보험의 경쟁력 제고를 위한 재정지원도 마다하지 않았다. 그 결과 아르헨티나 정부는 의료개혁 이전보다 오히려 의료지출이 늘어나게 된다. 즉 국가의 권한은 축소되었으나 재정지출이 늘어나는 형태의 의료개혁이 이루어진 것이다.

메넴정부 하에서의 추진된 아르헨티나 의료개혁은 신자유주의적 국가개혁의 틀이 아르헨티나의 정치적 조건을 만나 새로운 형태를 띠게 되었다는 것을 보여준다. 강력하지 않은 국가와 다양한 지방정부 및 이익단체들의 상대적으로 강한 권력은 의료개혁에서도 여실히 나타난다. 의료시장을 민영화하여 국가의 재정적 부담을 줄이고자했던 메넴 정부는 강력한 노동자들의 반발에 부딪혀 오히려 노동자들의 의료보험료를 낮추었으며, 노동사회보험제도의 붕괴를 우려하는 의료공무원 노조와 여론에 밀려 노동사회보험의 경쟁력 강화를 위해 외채와 국고를 들여 투자하게 된다. 하지만 민간의료

보험 부문의 압력으로 인해 의료보험시장을 민영화함으로써 의료보험시장에 대한 국가의 장악력은 낮아진다. 재정지출은 확대되면서 국가권력은 약화되었기에 작고 강력한 국가를 추구하는 신자유주의적 국가개혁의 목표와는 정반대의 결과, 즉 재정적인 부담은 크지만 의료시스템 장악력은 약한 국가가 출현하게 된 것이다.

3. 칠레: 의료지출 축소와 국가권력 유지

칠레는 신자유주의를 라틴아메리카 대륙에서 가장 먼저 받아들여 가장 교과서적으로 적용한 국가로 분류된다. 이러한 분류에 부응하듯이 칠레의 의료개혁은 소위 국제 금융 기구가 제시하는 국가개혁의 틀에 가장 잘 맞는 형태로 평가받는다. 그 결과 세계은행이 발행한 보고서인 *Investing in Health*에서 칠레는 다른 중남미 및 개발도상국들이 본받아야할 모델로 소개되었다(Titelman & Uthoff 2000, 박윤주 2010b 재인용). 앞서 멕시코와 아르헨티나의 의료개혁이 멕시코와 아르헨티나의 정치적 현실을 반영한 국가개혁의 형태를 띠었다면, 칠레의 의료개혁은 어떤 칠레의 정치 · 사회적 조건들을 반영한 것일까?

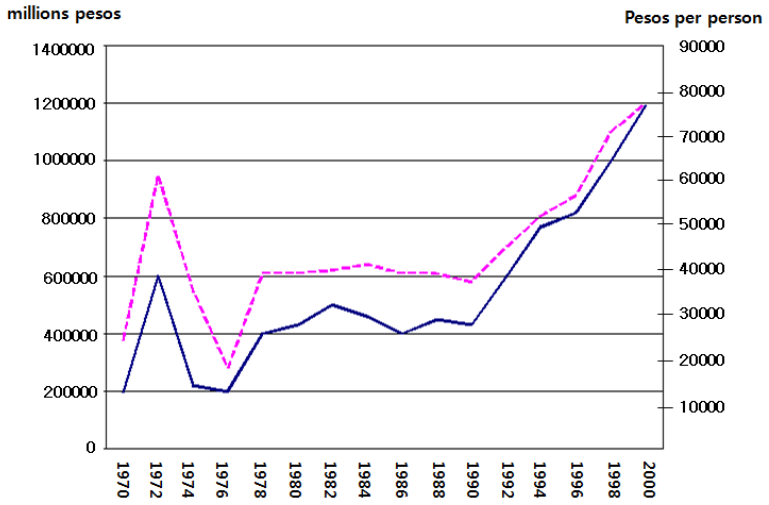
우선 칠레의 의료개혁은 민주정부 하에서 이루어진 것이 아니라 피노체트 군사독재 하에 추진되었다는 점에 주목할 필요가 있다. 멕시코와 아르헨티나의 사례에서 볼 수 있듯이 의료개혁이 각국의 정치 · 사회적 조건을 반영하게 되는 이유는 각 사회의 주요 정치 및 사회 주체들이 국가의 정책에 대하여 대항하거나 협상할 수 있는 조건 하에서 의료개혁이 추진되었기 때문이다. 반면 칠레의 경우 군사정권의 의료 개혁은 의료개혁에 대하여 반대할 수 있는 세력들에 대한 강력한 탄압 이후에 추진되었다(박윤주 2011a). 따라서 칠레의 의료개혁은 어떤 의미에서는 당시 대화와 소통이 단절된 당시 칠레의 정치 · 사회상을 극단적으로 반영하고 있다고 볼 수 있다. 즉, 피노체

트 정권의 의료개혁은 칠레의 의료시스템을 개선하려는 목적보다는 그 이전 아옌데 정부에 대한 이념적 반감에 기인하였다(Reichard 1996).

아옌데 정부의 기억을 지워버리려는 듯이 군사정권 하에서 추진된 칠레의 의료개혁은 매우 전격적으로 추진되었다. 그 첫 단계는 Fondo Nacional de Salud(국가의료기금, 이하 FONASA)의 설립이었다. 피노체트 정권은 1979년 FONASA를 설립하여 공공의료서비스 시스템을 통합하였다. FONASA는 노동자들의 임금의 4%를 의료보험금으로 원천징수하였고, 이렇게 마련된 재원과 국고보조금을 활용하여 가입자들에게 FONASA 네트워크 안의 공공의료기관에서 의료서비스를 받도록 하였다(Unger 2008). 하지만 FONASA는 결국 의료민영화로 가는 발판의 역할을 하게 된다. 1981년 칠레정부는 노동자들이 FONASA에 지불하던 의료보험료로 민간보험에 가입할 수 있도록 하였다. 의료보험 민영화와 함께 칠레의 의료시장에서 의료서비스를 제공하는 민간의료서비스 및 보험회사를 통틀어 ISAPREs라고 부른다. ISAPREs는 가입자들을 성별, 나이, 가족 수 등등의 기준으로 분류하여 보험료를 차등적으로 적용할 수 있도록 하였다. 즉, 국가가 정한 강제징수분에 더하여 각 가입자 개인의 '위험요인(Risk factor)'을 고려하여 보험료를 추가로 추징할 수 있도록 하였다(Infante 1996; Sapelli 2004).

민영화의 도입으로 의료부분에서 칠레 국가는 축소되는 듯 했다. 특히 재정부문에서의 국가의 축소는 눈에 띈다. 1973년부터 1987년까지 칠레 정부의 의료부문 지출은 쿠데타 이전과 비교하여 평균 40 퍼센트나 감소하였고, 이는 의료개혁을 통해 국가재정의 부담을 줄이겠다는 피노체트 정권의 약속을 실현한 것처럼 보인다. 하지만 이러한 지출 감소가 의료 시스템의 체질개선을 통한 자연스럽게 일어난 것이었냐는 점에 대해서는 논쟁이 분분하다. 특히 Reichard(1996)는 군사정권의 초기에 일어난 공공지출의 축소는 의료시스템 자체의 효율성 증진으로 인한 것이 아니라 군사정권의 인위적인

재정지출 감소 때문이라고 주장한다. Reichard의 주장을 뒷받침하듯이, 〈그림 3〉에서 볼 수 있는 것처럼 실제로 의료에 대한 공공지출이 급격한 감소를 기록한 기간은 피노체트 군사 쿠데타 직후로 의료보험의 민영화 이후인 1980년대 초에는 오히려 공공지출이 늘어났다.



〈그림 3-4〉 칠레의 공공의료지출 추이, 1970-2000년

(출처: Unger, Jean-Pierre et. al. 2008. "Chile's Neoliberal Health Reform: An Assessment and a Critique", 박윤주 2010b 재인용)

의료보험 민영화와 함께 의료개혁을 통한 국가개혁의 일환으로 의료서비스의 분권화가 도입되었다. 의료서비스 제공 시스템의 지방분권화를 통해 피노체트 정부는 정부의 재정지출을 줄이고 장기적으로 의료보험 뿐 아니라 의료서비스 제공 부문의 민영화까지 추진하고자하였다. 이를 위해 우선 26개의 지방 국가의료서비스(Servicios de Salud Regionales: SSR)를 각 주에 설

치하였고, 1988년에는 1차 의료서비스 제공의 책임까지 시정부로 이양하였다(Kubal 2006, 박윤주 2010b 재인용).

칠레의 지방분권화는 멕시코의 그것과 유사한 방향으로 진해되었다. 즉 지방에 중앙에서 통제할 수 있는 의료서비스 제공 시스템을 구축하여 국가권력이 좀 더 세밀하게 의료시스템에 녹아드는 방안을 마련하였으나, 이 시스템들을 유지할 수 있는 재정적인 지원은 전무하였다. 즉, 책임의 이전과 재정의 이전이 동시에 이루어지지는 않았다. 오히려 중앙정부의 지방정부에 대한 재정적 지원 및 의료정책에 대한 결정권의 이전이 없는 상태에서 시정부로 이월되는 예산이 원래 책정된 전년도 예산의 액수를 넘어서서는 안된다는 관련법이 1979년에 재정되었다. 예산의 증액은 불가능해졌다는 뜻이었다. 그 결과, 칠레의 지방분권화는 강력한 중앙정부의 1차 의료서비스에 대한 간섭과 통제를 유지한 채 의료 재정 지출의 부담만 지방정부로 이전하는 결과를 낳았다. 뿐만 아니라, 1980년대 심각한 인플레이션에도 불구하고 칠레 정부는 1차 의료서비스 비용을 정산함에 있어서 인플레이션율을 고려하지 않았다. 결국 1982년과 1986년 사이 시정부가 운영하는 보건소의 재정은 30 퍼센트 이상 감소하였다(Friedmann 1995).

재정의 이전 없이 피노체트의 정부는 어떻게 국가의 의료서비스 제공에 대한 장악력을 유지했을까? Kubal(2006)에 따르면, 칠레는 지방분권화를 시정부가 중앙정부가 운영해오던 보건소와 "협정"을 체결하는 방식으로 추진하였다. 이 때 협정체결의 당사자는 시장과 보건부 관료 혹은 보건부에 상응하는 중앙부처의 관료이며, 협정의 내용은 보건부가 지방정부에게 보건부가 디자인한 다양한 프로그램들을 실시할 것을 지시하고, 이러한 프로그램들이 잘 실행되고 있는지를 중앙정부가 관리, 감독하는 것에 동의한다는 것이다. 지방정부 특히 시정부 산하로 편입된 보건소에 대하여 시정부는 예산편성 및 인사에 관한 관리의 의무를 지며, 보건소의 행정 및 업무를 총괄한

다. 하지만 예산이 독립적으로 주어지지 않고, 보건소가 추진해야하는 대부분의 프로그램들이 중앙정부에 의해서 결정되며, 나아가 이러한 프로그램들의 실행 여부를 보건부가 직접 관리・감독하기 때문에, 시정부는 위탁된 보건소를 관리하는 역할 정도를 수행할 뿐이다. 결국 피노체트 정권 하에서 추진된 의료의 지방분권화는 실질적인 국가의 축소를 가져오기 보다는 오히려 국가의 권력을 유지 혹은 확대시킨 사례를 보아야한다.

칠레의 의료개혁은 군사독재정권이라는 매우 독특한 정치・사회적 조건하에서 추진되었다. 의료개혁에 관한 다양한 반응을 통해 정책의 방향과 성격을 조정 혹은 변화시킬 수 있는 사회세력을 제거한 상태에서 다소 전격적으로 추진되었던 칠레의 의료개혁은 칠레 군사정권의 국가개혁 의지를 그대로 드러내고 있다는 측면에서 아르헨티나 및 멕시코에서 일어난 의료개혁과 유사하다. 피노체트 정권 하의 의료개혁은 민간으로의 권한 및 재정의 이전을 통해 의료서비스에 대한 국가의 간섭과 통제를 축소하려는 목적을 천명하였으나 실질적으로는 의료 재정 지출의 축소만을 가져왔을 뿐 국가가 의료서비스 시스템에 갖고 있던 전반적인 권력은 크게 감소되지 않았다. 오히려 지방분권화를 통해 의료서비스 제공 시스템의 국가 장악력은 높아졌다고 볼 수 있다. 따라서 칠레의 경우 국가의 재정지출을 축소되었으나 국가 권력의 변화는 없다고 평가할 수 있다. 이는 국제금융기관들이 주장하는 의료개혁을 통한 국가부문의 개혁과는 다소 거리가 있으며, 소위 국제사회가 요구한 신자유주의적 정책과 칠레식 신자유주의 간에 차이가 있음을 보여준다.

Ⅳ. 나가는 말: 라틴아메리카적 국가개혁의 다양성에 대하여

라틴아메리카의 신자유주의에 대한 기존 연구들은 흔히 라틴아메리카에

신자유주의 도입을 적극적으로 제안하고 때로는 강력하게 추동한 국제 금융 기관들을 집중적으로 조망한다. 실제로 다양한 증거들을 통해 우리는 1980년대 경제위기 이후 라틴아메리카에 대한 국제 금융 기구들의 조직적인 신자유주의 이식의 노력을 확인할 수 있었다. 그 결과, 라틴아메리카의 신자유주의에 대한 연구는 이러한 국제사회의 정책적 제안들이 얼마나 라틴아메리카에 성공적으로 이식되었는지를 고찰하고, 그 결과 라틴아메리카 사회가 겪었던 변화를 분석하는 것이 주를 이룬다(이성형 2009; 에릭허쉬버그 외 2008; 조돈문 2005).

신자유주의가 라틴아메리카 사회에 끼친 영향을 면밀히 분석하고 공통점을 밝혀내는 것은 매우 중요한 작업이다. 특히 그 공통점이 라틴아메리카 사회의 부정적인 변화를 의미한다면, 이에 대한 충분한 학술적 토론과 연구는 이러한 부정적인 측면에 대한 사회적 각성을 가져온다는 면에서 그 중요성을 아무리 강조해도 지나침이 없다. 하지만 동시에 중요한 또 다른 연구의 지점은 과연 신자유주의가 라틴아메리카에서 적용된 방식의 특징, 그리고 그 정책적 결과물이 '의도했던' 바와 같이 균일하게 도출되었느냐를 분석하는 것이다.

본 연구는 소위 신자유주의적 의료개혁 정책들이 멕시코, 아르헨티나 그리고 칠레에서 도입되고 적용되는 과정에서 나타난 정책의 변화를 고찰하였다. 특히 이러한 변화를 추동한 각국의 정치・사회적인 조건들을 분석함으로써 신자유주의적 국가개혁의 시도들이 결코 획일적으로 일어나지 않는다는 것을 보여주었다. 멕시코의 경우는 신자유주의적 의료개혁을 통한 국가의 개혁이 오히려 국가의 의료서비스 장악력을 확대하는 방향으로 전개된 반면, 아르헨티나의 경우 국가의 의료서비스 장악력은 낮아지고 재정적 부담만 늘어나는 결과를 가져왔다. 이는 강력한 중앙집권적 국가를 구성했던 멕시코의 정치・사회적 특성이 신자유주의라는 정책과 상호작용하며 나

타난 결과물이다. 같은 맥락에서 강력한 중앙집권적 국가보다는 느슨한 중앙정부와 강력한 지방정부 및 이해집단의 공존을 통한 정치·사회적 지배 시스템을 구축한 아르헨티나의 경우, 국가를 축소한다는 신자유주의적 아젠다는 성공적으로 달성되었으나, 국가의 낮은 장악력이 오히려 의료재정의 부차적인 확대로 이어지는, 신자유주의 정책이 의도한 바와 정반대의 결과가 도출되었다.

칠레의 경우, 다른 두 국가와는 달리 의료개혁과 신자유주의적 국가개혁이 민주사회가 아닌 독재체제 하에 추진되었고, 그 결과 피노체트 정권 하의 국가와 시민사회의 관계를 그대로 반영하는 정책이 탄생한다. 즉 피노체트 정권 하의 의료개혁은 국가의 의료서비스 장악력은 유지하면서 의료재정에 대한 기형적인 감축을 그 내용으로 한다. 칠레의 의료보험 민영화가 다분히 피노체트 정부의 아옌데에 대한 이념적 반감의 결과였다면, 1차 의료서비스의 지방분권화는 소위 신자유주의적 국가개혁의 일환으로 추진되었다. 그러나 본래 의료서비스의 지방분권화가 추구하는 목적인 의료서비스 제공의 채널의 민주화 및 소통의 확대를 추구하기보다 칠레 국가는 역설적이게도 중앙정부의 의료서비스에 대한 통제와 간섭을 확대하였고, 재정적 부담만 지방정부로 떠넘기는 선택을 하게 된다. 결국 멕시코와 아르헨티나에서 일어난 현상과 비슷한 현상이 칠레에서도 일어난다. 즉 신자유주의적 정책이 칠레의 정치·사회적 조건과 만나 제3의 형태, 즉 라틴아메리카적인 정책으로 변모한 것이다.

본 연구는 멕시코, 아르헨티나, 칠레의 사례를 통해 신자유주의 정책들이 제안되고 도입되는 과정에서 라틴아메리카 사회의 반응과 저항들이 신자유주의 정책의 특성과 내용에 끼친 영향을 연구하였다. 연구 결과, 라틴아메리카에 이식된 신자유주의적 국가개혁의 여러 시도들이 라틴아메리카적 토대와 만나 새롭게 변화되었다는 것을 확인할 수 있었다. '라틴아메리카식' 신자

유주의 정책의 특징에 대한 이러한 발견은 라틴아메리카 사회가 신자유주의의 수동적 대상이 아니라 정책을 선택하고, 정책에 대하여 협상하며 때로는 저항하는 능동적인 주체라는 점을 보여준다.

본 연구는 멕시코, 칠레 및 아르헨티나 국가의 정치적 특징을 강조하고 이러한 특징이 각국의 독특한 의료개혁 형성에 영향을 끼친 요인 중 하나라고 주장하고 있다. 하지만 본 연구는 각각의 정치적 특징이 특정 의료개혁을 가져온 결정요인이라고 평가하지는 않는다. 각국의 독특한 정치 및 사회적 지형은 각국에서 나타난 고유의 의료개혁을 추동한 다양한 요인들 중 하나일 뿐이며, 이밖에 다른 요인들 또한 고려하는 후속연구가 필요하다. 본 연구는 따라서 의료개혁의 형태를 결정하는 결정요인에 대한 연구라기보다는 '라틴아메리카적 신자유주의'라는 현상에 대한 고찰이다. 본 연구에서 시도한 '라틴아메리카적 신자유주의'에 대한 학술적 이해를 바탕으로 좀 더 심층적이고 복합적인 신자유주의 정책에 대한 연구가 의료정책 뿐 아니라 다양한 분야에서 이루어지기를 기대한다.

참고문헌

National Health Insurance Service 국민건강보험공단(2008). 「Whekookui bogunuiryochagaewha uiryobojang jaedo yeonku」(외국의 보건의료체계와 의료보장제도 연구).

Park, Yun-Joo 박윤주. 2011a.「Los determinantes políticos de las reformas de salud: un estudio comparative de Chile y México.」(의료개혁의 정치적 결정요인 연구 : 칠레와 멕시코 사례를 중심으로), Estudios Hispánicos, 스페인어문학, Vol. 58, pp.211-233.

____. 2011b. 「Lessons from Chile: The Impact of Privatization of Health

Insurance on Women's Health.」(의료보험 민영화가 여성의 건강에 미치는 영향: 칠레의 사례를 중심으로), Journal of Iberoamerican Institute, 이베로아메리카, Vol. 13, No. 1, pp.69-94.

____. 2010a.「Uiryo system gaehyukui baekyung」(의료시스템 개혁의 배경)『Health Care Reform in Latin America: Chile, Argentina and Mexico』(중남미 의료시스템 개혁 연구), Kyungjae inmun sahwe yeonguhwe segae jiyuk yeonku hyubdongyeonju chongseo, (경제・인문사회연구회 세계지역 종합연구 협동연구총서), 10-04-23: 서울.

____. 2010b.「Chile sarae bunseok」(칠레 사례 분석)『Health Care Reform in Latin America: Chile, Argentina and Mexico』(중남미 의료시스템 개혁 연구), Kyungjae inmun sahwe yeonguhwe segae jiyuk yeonku hyubdongyeongu chongseo (경제 인문사회 연구회 세계지역연구 협동연구 총서), 10-04-23: 서울.

____. 2010c.「Mexico sarae bunsuk」(멕시코 사례 분석)『Health Care Reform in Latin America: Chile, Argentina and Mexico』(중남미 의료시스템 개혁 연구), Kyungjae inmun sahwe yeonguhwe segae jiyuk yeonku hyubdongyeonju chongseo (경제 인문사회 연구회 세계지역연구 협동연구 총서), 10-04-23: 서울.

Yi, Sang Hyun 이상현(2010),「Mexico sarae bunsuk」(멕시코 사례 분석)『Health Care Reform in Latin America: Chile, Argentina and Mexico』(중남미 의료시스템 개혁 연구), Kyungjae inmun sahwe yeonguhwe segae jiyuk yeonku hyubdongyeonju chongseo (경제 인문사회 연구회 세계지역연구 협동연구 총서), 10-04-23: 서울.

Sung Hyung Lee 이성형(2009),『Daehongsoo: Latin America shinjayujuui 20nyunui kyungheom』(대홍수: 라틴아메리카 신자유주의 20년의 경

험), Greenbee chulpansa, 그린비출판사.

Eric Hershberg, Fred Rosen 에릭 허쉬버그 · 프레드 로젠(2008), 『Latin America after neoliberalism: turning the tide in the 21st century?』 (신자유주의 이후의 라틴아메리카), Kim Jong Don · Kang Haejung (translated by), 김종돈 · 강혜정(역), ModibBooks, 모디브북(도).

Donmoon Cho 조돈문(2005), 『Latin American Shinjayujuui kyungjae gaehyukui jungchikyunjaehak』 (라틴아메리카 신자유주의 경제개혁의 정치경제학), Orum, 오름(도).

Ardanaz, Martín, Marcelo Leiras & Mariano Tommasi. 2012. The Politics of Federalism in Argentina: Implications for Governance and Accountability. Inter-American Development Bank: Washington D.C.

CEPAL. 1995. "Modelos del Desarrollo, Papel del Estado y Politicas Sociales: Nuevas Tendencias en America Latina"

Friedmann, Reinhard. 1995. "Análysis institucional del sistema de salud chileno" in El sistema de salud en Chile ante la decentralización política. Santiago: ILPES.

González Rossetti, Alejandra. 2004. "Change Teams and Vested Interests: Social Security Health Reform in Mexico" in Crucial Needs, Weak Incentives: Social Sector Reform, Democratization, and Globalization in Latin America. Woodrow Washington DC: Wilson Center Press

Homedes, Nuria & Antonio Ugalde. 2005. "Why neoliberal health reforms failed in Latin America" Health Policy Vol. 71: 83-96.

Infante, Alberto. 1996. "Health Sector Reform: Priorities and Packages." World Health Forum, Vol. 18: 169-175.

ISEqH(The International Society for Equity in Health). 2006. Equity and Health

Sector Reform in Laitn America and the Carribbean from 1995-2005: Approaches and Liminations.

Kubal, Mary Rose. 2006. "Contradictions and Constraints in Chile's Health Care and Education Decentralization" Latin American Politics & Society Vol.48(4): 105-135

Llyod-Sherlock, Peter. 2000. "Health Care Financing, Reform and Equity in Argentina: Past and Present," in Peter Llyod-Sherlock (ed.). Health care Reform and Poverty in Latin America, Institute of latin American Studies, School of Advanced Study, University of London.

Reichard, Stephen. 1996. "Ideology Drives Health Care Reforms in Chile" Journal of Public Health Policy. Vol. 17(1): 80-99

Sapelli, Claudio. 2004. "Risk Segmentation and equity in the Chilean mandatory health insurance system." Social Science & Medicine, Vol. 58: 259-265.

Tamez, Silvia & Nancy Molina. 2000. "The Context and Process of Health Care Reform in Mexico." In Sonia Fleury, Susana Belmartino and Enis Baris(eds.) 2000. Reshaping Health Care in Latin America: A Comparative Analysis of Health Care Reform in Argentina, Brazil, and Mexico. Ottawa: International Development Research Center

Titelman D, Uthoff A. 2000. Ensayos sobre el Financiamiento de la Seguridad Social en Salud. Los Casos de Estados Unidos, Canadá, Argentina, Chile. Colombia. Santiago: CEPAL-ECLAC. Fondo de Cultural Económica.

The Urban Institue. 1993. "Health Policy Reform in Latin America, Framework and Guidelines for Health Sector Assessment: A Manual Presented to the Inter-American Development Bank"

Ventura, G. 2000. Impacto de la Reducción de los Costos Laborales sobre el

Sistema de Salud, Buenos Aires: Fundación Isalud.

Willis, Katie & Sorayya Khan. 2009. "Health Reform in Latin America and Africa: decentralisation, participation and inequalities" Third World Quarterly Vol. 30(5): 991-1005

World Bank. 2014. Regional Poverty Trend at http://povertydata.worldbank.org/poverty/region/LAC (2014.05.02. 검색)

____. 1997. Argentina: Facing the Challenge of health Insurance Reform, Washington: World Bank.

____. 1996. "Policy Choices and Practical Problems in Health Economic: Cases from Latin America and the Caribbean". Washington D.C.: World Bank

〈국문요약〉

1980년대 중반부터 시작되어 라틴아메리카의 많은 나라들이 경험한 경제위기로 인해 라틴아메리카 국가들은 신자유주의적 국가개혁을 요구받게 되었다. 신자유주의적 국가개혁은 거대한 국가를 축소하여 국가가 갖고 있는 경제, 정치 및 사회적 기능을 축소하는 것을 골자로 추진되었고, 이를 요구한 국제 금융 기구들은 비교적 일관된 정책 제안을 제시하였다. 본 논문은 신자유주의적 국가개혁을 위한 정책 제안들이 라틴아메리카 국가들에서 어떻게 적용되었는지를 멕시코, 아르헨티나 그리고 칠레의 의료개혁을 사례로 고찰하였다. 그 결과 본 논문은 비교적 일관되게 요구되었던 신자유주의적 국가개혁이 라틴아메리카 각국의 정치 및 사회적 조건과 만나 서로 다른 형태로 전개되었다는 것을 밝혔다. 이는 신자유주의 하의 라틴아메리카를 연구함에 있어서 그 다양성에 주목해야한다는 것을 보여주며, 이러한 다양성의 원인을 찾는 연구의 필요성 또한 제시한다.

주제어: 의료개혁, 국가개혁, 신자유주의, 라틴아메리카, 사회정책

▌논문투고일자: 2014년 5월 9일
▌심사완료일자: 2014년 6월 17일
▌게재확정일자: 2014년 6월 24일