

# 단일보험자는 강력한 구매자인가: 인도네시아 사례를 중심으로

김양희 · 변진옥

국민건강보험공단 건강보험연구원

## Is the Single-Insurer a Powerful Purchaser?: In Case of Indonesia

Yanghee Kim, Jinok Byeon

Health Insurance Institute, National Health Insurance Service, Wonju, Korea

This study reviewed primary care purchasing issues of the Indonesian single-insurer, BPJS-K, in the context of triangular power relations between the government, the insurer, and the providers, and considered its challenges of purchasing as the national single-insurer. Some literature reviews and interviews with Indonesian stakeholders and residents were used to describe the historical and social contexts of Indonesian healthcare and social health insurance systems especially focusing legal and institutional status of BPJS-K and primary care provision and delivery conditions in remote areas. Though BPJS-K directly belongs to the presidential office of Indonesia, it has limited power in terms of purchasing as a single insurer. Mainly it was due to the lack of primary care resources, Ministry of Health's strong power as the regulator and provider, and BPJS-K's powerlessness against monitoring and quality of care assessment. Ambiguous accountability was another issue among the insurer and the Ministry of Health. This created confusions in primary care provision. It is suggested that each agencies' accountability should be obvious in terms of legal, political, and social contexts.

**Keywords:** Indonesia; Single insurer; BPJS-K; Single payer

### 서 론

#### 1. 배경과 목적

건강보험제도에서 보험자는 가입자를 대신하여 보건재정을 관리하고 공급자와 계약을 체결하며 서비스 질을 평가하는 등 구매기능을 갖는다. 이때 보험자는 보건의료재정 공급을 넘어서 재정의 실제적인 흐름을 통제하는 기능을 갖게 된다. 특히 단일보험자(single-insurer)는 다보험자에 비해 재정 효율성, 관리운영비 절감, 형평성 등의 측면에서 유리하고, 독점적 권한을 통해 보험자의 구매기능을 더

강화할 수 있는 것으로 알려져 있다[1-4]. 아시아의 경우 지난 20여 년간 우리나라를 비롯하여 대만, 인도네시아, 베트남, 필리핀 등이 단일보험자 체계를 확보했다[5-7].

그런데 단일보험자 체계 구축이 곧바로 더 좋은 구매로 이어지는 것은 아니라는 비판이 있다. 단일보험자 체계에서도 불합리한 지불 제도는 유지되고 인센티브가 제대로 작동하지 않으며 보험자가 공급자에 효과적으로 개입하지 못하는 경우가 있기 때문이다[8,9]. 단일보험자가 강력한 구매력을 확보하기 위해서는 보건의료체계 거버넌스를 포함한 의료서비스 제공의 맥락적 조건이 제대로 확립될 필요가

Correspondence to: Jinok Byeon

Health Insurance Institute, National Health Insurance Service, 32 Geongang-ro, Wonju 26464, Korea  
Tel: +82-33-736-2811, Fax: +82-33-749-9635, E-mail: byeonjo@nhis.or.kr

\*이 논문은 한국개발연구원의 '2018/19 OECD-인도네시아 국제기구와의 공동컨설팅사업: 인도네시아 사회건강보험제도 실행 지원' Knowledge Sharing Program을 통해 수집한 현지조사 및 인터뷰 자료를 근거로 문제의식을 느꼈고, 이후 연구를 발전시켰음을 밝혀둔다.

Received: February 28, 2020, Revised: May 14, 2020, Accepted after revision: June 2, 2020

© Korean Academy of Health Policy and Management

© This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

있다.

본 연구는 우리나라 건강보험 통합 20주년을 맞아, 아시아의 또 다른 ‘통합’ 단일보험자인 인도네시아 “Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)-Kesehatan (BPJS-K)”을 사례로 1차 의료 구매를 둘러싼 보험자-정부-공급자 간의 영향력을 고찰하고 국가 단일보험자 구매 기능이 처한 도전들을 확인하였다.

인도네시아는 과거 독재정권하에서 다보험자 체제로 건강보험제도를 구축하고 유지하다가 민간인 출신 대통령 조코 위도도 정부 출범 직후인 2014년에 단일보험자 체제로 전격 통합하였다. 비록 우리나라의 경우처럼 ‘아래로부터의 통합’은 아니었지만 수십 년간의 다보험자 체제를 종료하고 단일보험자를 출범한 인도네시아의 경험은 우리나라 제도의 혁신과정을 성찰할 기회를 제공할 수 있다. 더불어 인도네시아는 라오스, 캄보디아, 미얀마 등 주변 국가들에게 경제적·사회적으로 큰 영향력을 행사하고 있어 인도네시아의 경험은 보편적 건강보장(universal health coverage, UHC)을 달성하고자 하는 아시아 주변 국가에 선형사례가 될 수 있을 것이다.

## 2. 연구방법

본 연구는 인도네시아 보건의료체계에서 주요 행위자인 보험자, 보건부, 그리고 공급자의 관계를 파악하고자 인도네시아 현지조사 및 관련자 면접조사를 수행하였다. 이에 앞서 문헌고찰을 통해 인도네시아 건강보험제도의 역사적·사회적 맥락 및 단일보험자 BPJS-K의 법률적·제도적 지위, 그리고 1차 의료 제공현황과 전달체계를 조사했다.

면접조사를 위해 2018년 12월 1주일간 인도네시아 자카르타를 중심으로 실시한 1차 현지조사에서 단일보험자인 BPJS-K, 인도네시아 계획개발부(Badan Perencanaan dan Pembangunan Nasional), 공공 및 민간 병·의원, 보건소, 보건지소 등을 방문해 현황을 파악하고 이해관계자를 면접했다. 이어 2019년 2월 10일에서 22일까지 약 2주 동안 2차 현지조사를 실시했다. 첫 1주일에는 수도 자카르타를 중심으로 보건부, 내무부, 사회보장위원회 등 건강보장 관련 부처를 중심으로 1차 조사에서 미진했던 부분을 추가 조사했다. 그다음 1주일에는 의료접근성이 떨어진 벽지 주민의 보건의료 이용현황과 보건의료전달체계 작동을 조사했다. 이를 위해 인도네시아 동부 섬바(Sumba)섬에 위치한 이스트 섬바 리젠시(East Sumba Regency)의 지역 보건당국(district health office), 2차 공립병원과 사립병원, 그리고 카왕구(Kawangu), 멜롤로(Melolo), 타나라잉(Tanaraing) 보건소 등을 중심으로 지역 보건의료관계자 11명을 면접 조사했다. 또 각 보건소에 인접한 카둠불(Kadumbul), 페타왕(Petawang), 하이카타푸(Haikatapu)

등 3개 마을 주민 26명을 면접 조사했다. 지역조사에서 면접한 인원은 총 37명이다.

문헌검토에는 한국과 인도네시아의 1차 의료 관련 데이터베이스(국가통계포털, Organization for Economic Cooperation and Development [OECD] health data, World Health Organization [WHO] health for all database, Eurostat, World Bank HNPStat’s)와 WHO, OECD, United States Agency for International Development 등에서 발간된 연구보고서 및 학술논문을 검토했다. 연구과정을 Figure 1에 정리하였다.

## 1차 의료 구매와 단일보험자

### 1. 단일보험자와 구매

보험자의 구매와 관련해서는 보건의료체계의 ‘지불자(payer)’ 개념을 참고할 수 있다. 단일지불자(single-payer)는 하나의 리스크풀(risk-pool)에 모든 국민을 포함하며, 의료서비스 구매를 독점하는 단일구매자이기도 하다[9,10]. 여러 연구에서는 단일지불자가 경쟁이 없는 독점력을 가짐으로써 강력한 협상력을 담보하여 공급자들로 하여금 저렴한 치료를 제공하도록 유도하는 데 유리하며, 다른 시스템보다 비용절감효과가 있는 것으로 알려져 있다[11-14]. 특히 national health insurance (NHI) 방식의 보험자는 전체 인구를 대신해 건강서비스를 구매하는 역할 잠재력이 높다고 평가된다[12]. 실제로 NHI 체계를 가진 대만에서 단일보험자는 의약품을 포함한 의료기술에 대한 평가와 확산에서 정보기술(information technology)을 활용해 평가를 효율화시킬 수 있었다[15,16].

반면, 단일지불자 체계가 보건의료에 대한 접근을 약화시키고 소비자 선택을 제한한다는 주장도 있다[9,17,18]. 단일지불자 체계에서 공급자에 대한 서비스 수가가 너무 낮게 설정되는 경우, 의사들이 특정 시간 동안만 공적 지불 환자를 돌보고, 다른 시간에는 민간 지불 환자를 진료하는 등의 대체 전달체계를 만들 수 있다[16,19]. 이렇게 되면 공적지불체계 환자들의 대기시간이 길어지고 서비스 질은 떨어져 오히려 형평성이 나빠지는 결과를 초래한다는 것이다[20]. 이러한 이유로 보건의료체계의 효율성을 높이기 위해 단일지불자로의 전환과 같은 거시적 구조개혁보다는 보험 적용범위 및 비용 분담 등 환자행동을 직접 목표로 하거나 지불방법 등 의사행동행동을 직접 목표로 하는 정책이 효과적이라는 주장도 있다[18]. 즉 단일보험자가 관리효율성 증대와 리스크풀의 확장으로 인한 분배형평성에 있어 다보험자 체계보다 유리한 것은 인정되지만, 구매자로서 공급관리 및 서비스 질

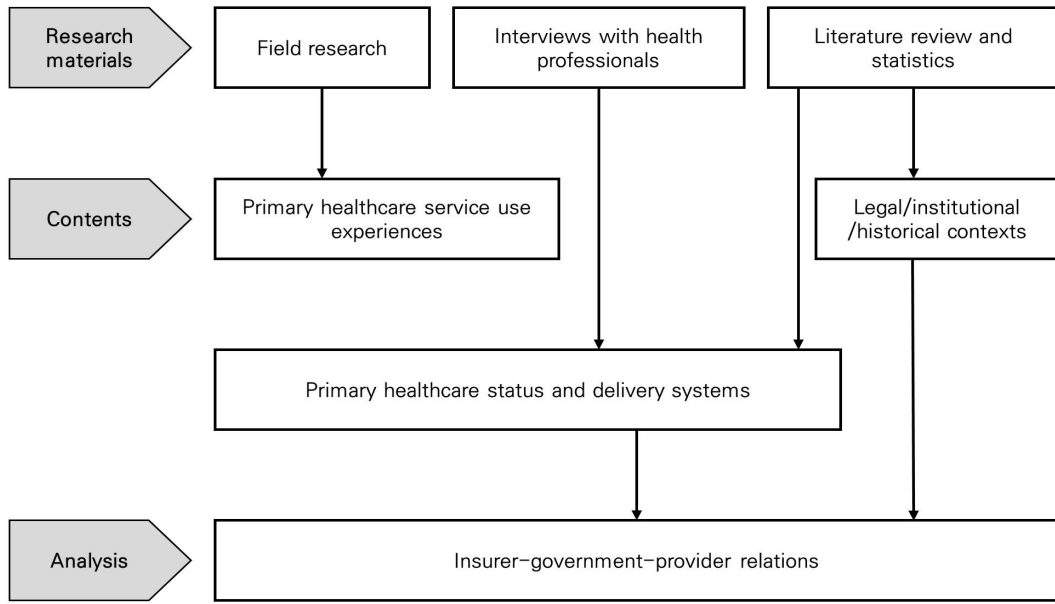


Figure 1. Research procedure.

에 미치는 효과는 다소 논쟁적이다.

## 2. 보험자 구매력의 조건

구매란 급여대상 인구를 위해 급여범위에 포함된 보건의료서비스를 공급하기 위하여 다양한 자원조달 기전을 통해 적립된 기금을 공급자에게 배분하는 것을 의미한다[21]. WHO는 보건의료서비스에 대해 지불, 급여대상의 결정, 예방·건강증진·치료·재활 등의 서비스 조합을 포함하는 개념으로 구매를 설명한다[22]. 더 구체적으로 구매는 아래 세 가지에 대한 결정이라고 개념화된다. (1) 인구집단 니즈, 국가 보건의료 우선순위, 개입의 비용효과성을 고려하여 구매할 서비스와 개입을 확인하는 것, (2) 서비스의 질, 효율성과 형평성을 고려하여 서비스 공급자를 선택하는 것, (3) 계약조건과 지불 메커니즘을 포함한 서비스에 대한 지불방식을 결정하는 것 등이 그것이다[23]. 이상의 개념을 통해 단일보험자의 구매 역할은 국가 보건의료의 우선순위와 니즈에 따라 서비스 종류, 서비스 주체와 공급에 대한 결정, 서비스 질 등을 고려한 지불 등에 있다고 볼 수 있다.

Kutzin [12]은 2001년 6가지의 구매 메커니즘을 제시하였다. (1) 전문적인 의료서비스 제공에 대한 1차 의료의 문지기(gate keeper) 역할 부여, (2) 환자 치료비용의 위험의 일부가 공급자들에게 이전되도록 하는 재정적 인센티브(financial incentives), (3) 건강보험으로 커버되지 않는 서비스를 제공하지 않도록 1차 의료공급자의 자격 선별(managing choice), (4) 구매자가 선택한 제공자와의 계약(contracting),

(5) 개별 공급자의 치료, 회송, 처방 및 비용에 대한 모니터링, (6) 의료 이용 검토와 질 보장(utilization review and quality assurance) 등이 그것이다.

그런데 이러한 구매 메커니즘은 국가의 정책 틀 안에서 작동하는 것이다. 정부는 보험자와 공급자에 대한 명확한 프레임워크를 설정하고, 서비스 전달 인프라를 균형에 맞게 구축해야 한다. 또 적절하게 자원을 동원하고, 보험자의 책임성을 보장해 주는 등의 감독자 역할도 병행해야 하는 경우가 많다. 국가 보건당국의 공급조건 규제가 보험자의 구매에 결정적인 역할을 할 수밖에 없기 때문이다. 따라서 보험자의 구매력은 단일보험자라는 독점적 지위를 넘어서 해당 국가적 보건의료정책과 시장 행위자들의 행태에 대한 깊은 이해 없이 작동하기 어렵다[12,24,25].

보험자 운영의 역사가 짧은 경우 특히 공급자의 조직화 정도 및 영향력으로 인해 적극적 구매가 역으로 보건의료공급자의 상업적 이해관계에 의해 변형될 위험도 크다. 현실적으로는 의료 인프라가 부족할 때도 구매자 기능이 대폭 축소된다. 또한 구매자가 독립성과 권한을 확보하지 못할 때 구매자로서의 기능과 역할에 제한을 받을 뿐 아니라 다른 이해관계자들과 긴장을 빚게 된다. 따라서 단일보험자라도 실제적인 구매 잠재력을 검토하기 위해서는 보건당국의 권한을 포함하여 보건의료체계 거버넌스와 보험자의 역량 등에 대한 관찰이 필요하다.

## 인도네시아 건강보험체계

### 1. 단일보험자 BPJS-K의 시작

인도네시아는 네덜란드의 100년 지배와 일본 식민지 시대를 거친 뒤 1945년에 독립했다. 초대 대통령인 수카르노에 이어 1965년부터 극렬한 반공주의자 수하르토의 30년 독재정치를 경험하였다. 수하르토는 대통령 취임과 함께 이미 1960년에 법률로 약속되었던 전국적 의료서비스제공을 위해 많은 돈을 투자해 우리나라의 보건소에 해당하는 1차 의료기관인 푸스케스마스(puskesmas)를 구축하여 비교적 낮은 가격에 필수 의료서비스를 제공하는 데 성공했다. 그러나 아주 기초적인 서비스 외의 의료서비스는 대다수 국민에게 너무 가격이 높아 접근이 어려웠다. 한편, 수하르토 정부는 군대와 공무원 집단을 위한 별도의 건강보험인 아스케스(Askes)와 아사브리(Asabri)를 시작하였다. 또한 1980년대부터 10인 이상 사업장은 근로자 대상 건강보험인 잠소스텍(Jamsostek)에 가입하거나 동일한 급여를 제공하는 민간보험을 사도록 강제하였으나 거의 지켜지지 않았다. 결국 공공병원을 무료로 이용할 수 있었던 군인과 공무원이 공공병원을 전국 평균의 5배를 이용하는 등 사회보험이 일부에 대한 특혜로서만 실질적으로 존재하였다[26].

1997년 아시아 금융위기 당시 인도네시아는 사회안정을 위해 빈곤층 대상 건강보장제도인 잠케스마스(Jamkesmas)를 활성화시켜 빈곤 주민들에게 필수 의료서비스를 세금으로 보조해 제공했다. 이후로 사회보장, 건강보험제도 및 UHC는 선거 때마다 중요한 이슈가 되면서 정치적 아젠다로 급부상하였다[27]. 그러나 그 진행은 지지부진했다. 2001년에 선출된 메가와티(Megawati) 대통령은 사회보장법을 시행하려고 했지만, 2004년 최초로 직선제를 통해 당선된 군장성 출신 유도요노(Yudhoyono) 대통령은 별로 적극적이지 않았다. 그러던 중 2005년부터 지방에서 실험적으로 시행되었던 몇몇 건강보장제도가 대중의 지지를 받기 시작한 것을 계기로 건강보험 임의가입제를 강제 가입제로 변경하는 것에 대한 논의가 지속되었고, 이를 두고 논란이 벌어졌다[28]. 강제가입방식이 사회보험제도의 본질에 부합하는가 하는 사회보험의 성격에 대한 논쟁과 저소득층에 보험료를 부과하는 것에 대한 현실적 저항이 있었다. 결국 2011년 11월 극빈층 대상의 잠케스마스(Jamkesmas) 보험료는 이전과 마찬가지로 국가가 세금을 통해 지원하는 것으로 하고 인도네시아 사회보장법(National Act No.

24)이 통과되었다. 이 법에 따라 건강보험의 시행 시기는 2014년 1월로 규정되었다.

2014년 직선제로 선출된 최초의 민간인 출신 민주당의 조코 위도도(Joko Widodo) 대통령은 빈곤층 대상 건강보험기관인 잠케스마스(Jamkesmas)<sup>1)</sup>, 민간 근로자 대상 보험자인 잠소스텍(Jamsostek)<sup>2)</sup>, 공무원 건강보험인 아스케스(Askes)<sup>3)</sup>, 경찰 및 군인 대상 건강보험인 아사브리(Asabri), 지역 건강보험인 잠케스다(Jamkesda)<sup>4)</sup> 등을 통합하여 ‘대통령 산하 기구’로 단일보험자 BPJS-K를 독립기구로서 출범시키고 전국민건강보험제도(Jaminan Kesehatan Nasional)를 시작했다(Figure 2).

인도네시아 사회보장법에 따라 탄생한 단일보험자 BPJS-K는 대통령 산하에 속해 있어 적어도 명목상으로는 보건부의 관리를 벗어나 있고 보건부와 대등한 위치에 있다고 할 수 있다. 여기에는 조코 위도도 현 대통령의 UHC에 대한 강력한 의지가 반영되었다고 할 수 있다 [29].

그러나 BPJS-K는 원년부터 재정적자에 시달리고 있다. BPJS-K의 재정적자는 2014년부터 2016년까지 총 18조 루피(IDR)에 달하였고 보고되었고[30], 현재까지도 재정안정성을 달성하지 못한 상태다. 위도도 대통령은 재선 직후인 2020년 1월부터 BPJS-K의 보험료 인상을 발표했다. 그간 BPJS-K의 적자누적에도 보험료를 인상하지 못했다가, 재선에 성공하자마자 인상한 것이다.

### 2. BPJS-K의 법률적 지위와 건강보험 관리운영체계

인도네시아는 메가와티(Megawati) 대통령 당시인 2011년에 사회보장 행정기구에 관한 인도네시아 공화국법 제24호를 제정하고 이를 근거로 국가사회보장협의회(Dewan Jaminan Sosial Nasional, DJSN)와 사회보장행정기구인 BPJS를 설치하였다. 공화국법 제24호에 따르면 DJSN은 국가사회보장제도의 공공정책 수립과 동시에 대통령을 보좌하는 협의체이며, BPJS는 사회보장을 관리하기 위해 설립된 법적 기관이다. BPJS는 2개 기관을 갖고 있는데, 하나는 사회건강보험을 관리하는 “BPJS-K”이고, 다른 하나는 건강보험을 제외한 나머지 사회보장을 관할하는 “BPJS-Ketnakerjaan”이다. 공화국법 6조에 따르면 BPJS-K는 “건강보험을 관리한다”라고 명시하여 건강보험제도 전반을 주관하는 법률적 지위를 확보했다.

BPJS는 자문위원회(Board of Supervisors)와 이사회(Board of Directors)를 두며 구성원은 대통령이 임명하고 해임한다. 자문위원

1) Jamkesmas (Jaminan Kesehatan Masyarakat): 빈곤층 대상의 사회보험제도이다.

2) Jamsostek (Jaminan Sosial Tenaga Kerja): 공식분야 근로자 대상 사회보험제도이다.

3) Askes (Asuransi Kesehatan): 공무원 대상 사회보험제도이다.

4) Jamkesda (Jaminan Kesehatan Daerah): 2004년 제정 국가사회보장법이 탈중앙화 전략으로 중앙-지방정부 간 권한을 조정함에 따라 2005년부터 시작된 지역단위 사회건강보험제도이다. 빈곤층 대상 Jamkesmas와 직장근로자, 공무원 대상 보험에서 커버하지 못하는 지역주민들을 위해 실시되었다.

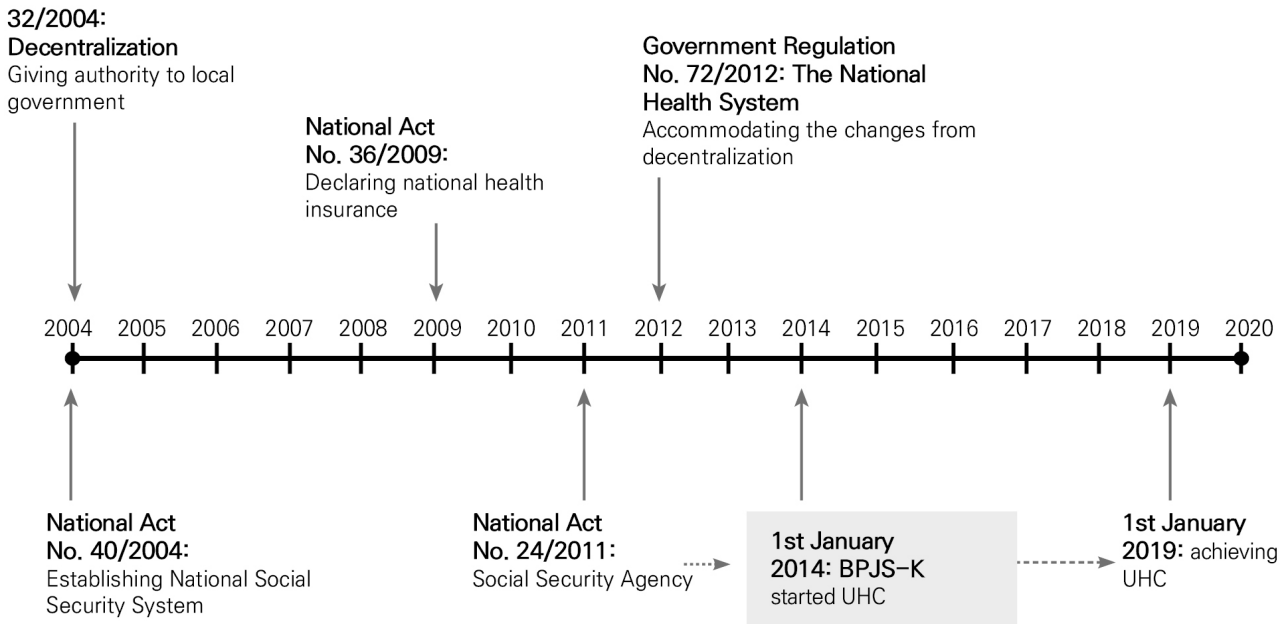


Figure 2. Indonesia Health System Reforms. Modified from Deloitte. Ensuring the sustainability of JKN-KIS for the Indonesian people. London: Deloitte; 2019 [29]. BPJS-K, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial-Kesehatan; UHC, universal health coverage.

회는 BPJS를 관리, 감독하고 이사회에 자문을 제공한다. 이 위원회는 정부 대표 2명, 피고용인 대표 2명, 고용주 대표 2명, 그리고 1명의 공익대표 7명으로 구성된다. 이사회는 전문가 5인으로 구성되며, 이 중 1명이 BPJS의 이사장이 된다. BPJS 이사회는 사회보장기금의 관리 소홀로 인한 모든 재정적 손실에 대해 책임을 진다. 또 사회보장프로그램 관리 및 모니터링 보고서를 국가사회보장협의회와 대통령에게 직접 제출한다. 즉 대통령이 이사진을 모두 임명 및 해임할 결정을 가지고 있고, BPJS와 대통령의 관계는 법률상 위계적 관계를 구성하고 있다. 비록 한국의 법률과 달리 “보험자”를 직접 규정하고 있지 않지만, 법률내용에 따르면 BPJS는 이사회를 통해 의사결정을 하는 전통적 의미의 보험자이다.

건강보험자인 BPJS-K는 건강보험 자격, 부과, 징수, 의료서비스 심사, 청구, 지급 등의 역할을 수행하며 재정책임을 진다. 한편, 보건부는 가입자, 보험자 등에 대한 주요 정책 결정을 담당한다. 즉 보건부는 보건정책 설정, 급여기준, 목록, 지불제도 변경 및 수정 등 건강보험과 관련된 주요 정책을 결정하고 실행하는 규제자의 역할을 맡고 있다 (Figure 3).

인도네시아 정부는 지난 1999년 탈중앙화 전략에 따라 중앙정부의 의료전달 계획, 관리 책임 가운데 일부를 지방정부로 이양했다. 이에 따라 2004년부터 중앙의 보건부는 국가보건정책 및 전략 수립, 규제

및 기준 설정, 재정 및 인력자원 조달, 3차 병원 및 특수병원 관리 등을 담당하고, 도 단위의 보건국(provincial health office, PHO)과 군 단위의 보건국(district health office, DHO)은 지방 의료시설 관리를 담당하고 있다. PHO는 도·군 단위 간 의료서비스 조율과 도 단위 2, 3차 병원을 관리한다. DHO는 보건소인 푸스케스마스(puskesmas)를 비롯해 폴린데스(Polindes), 푸스투스(Pustus), 포스케스테스(Poskesdes) 등 군 단위 1차 의료조직들을 관리한다.<sup>5)</sup> 1차 의료의 경우 공공과 민간 비율이 6:4에 이를 정도로 공공보건 분야가 강력하다. 지방의 경우 1차 의료에서 공공의 비중이 80%에 육박할 정도로 상당하다. 보건부가 1차 의료기관의 60% 이상을 관리하고 있다는 점에서 인도네시아 보건부는 ‘규제자이면서 동시에 공급자’ 역할을 수행하고 있다[31] (Figure 4).

BPJS-K는 보건부와 협력적 관계를 유지하면서 보건부 및 지방 보건당국 산하의 의료기관들과 계약한다. 각 지방 보건당국 산하 병원들은 BPJS-K의 지사인 BPJS-provincial과 BPJS-district에 심사 청구를 요청한다. BPJS-K의 재원구성에서 세금으로 충당하는 중앙정부(53%) 및 지방정부(9%) 지원금이 전체의 약 62%를 차지한다. 여기에는 국민층을 포함한 빈민 대상 보험료가 포함된다. 나머지 38%는 독립자영업자, 고용주와 근로자가 지불하는 보험료로 구성된다 (Figure 5).

5) 인도네시아 각 마을마다 보건소(puskesmas)가 있는데, 이 보건소는 외래환자 대상 커뮤니티 아웃리치 서비스인 푸스투스(Pustus)를 조직하고 감독한다. 오토바이나 배 등을 이용한 이동보건소(mobile puskesmas), 보건지소(poskesdes)와 마을 조산소(polindes) 등도 관리한다.

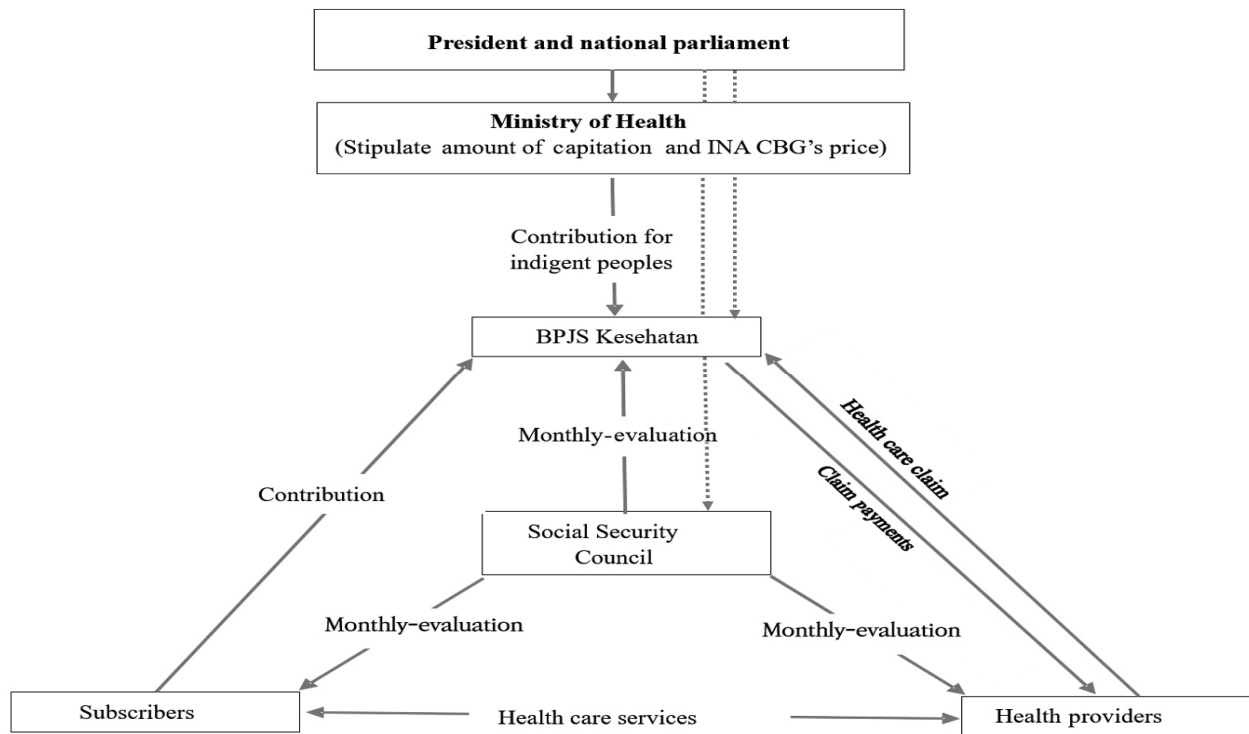


Figure 3. Governance of Indonesian Health Insurance. INA CBG, Indonesia Case-Based Group; BPJS, Badan Penyelenggrara Jaminan Sosial.

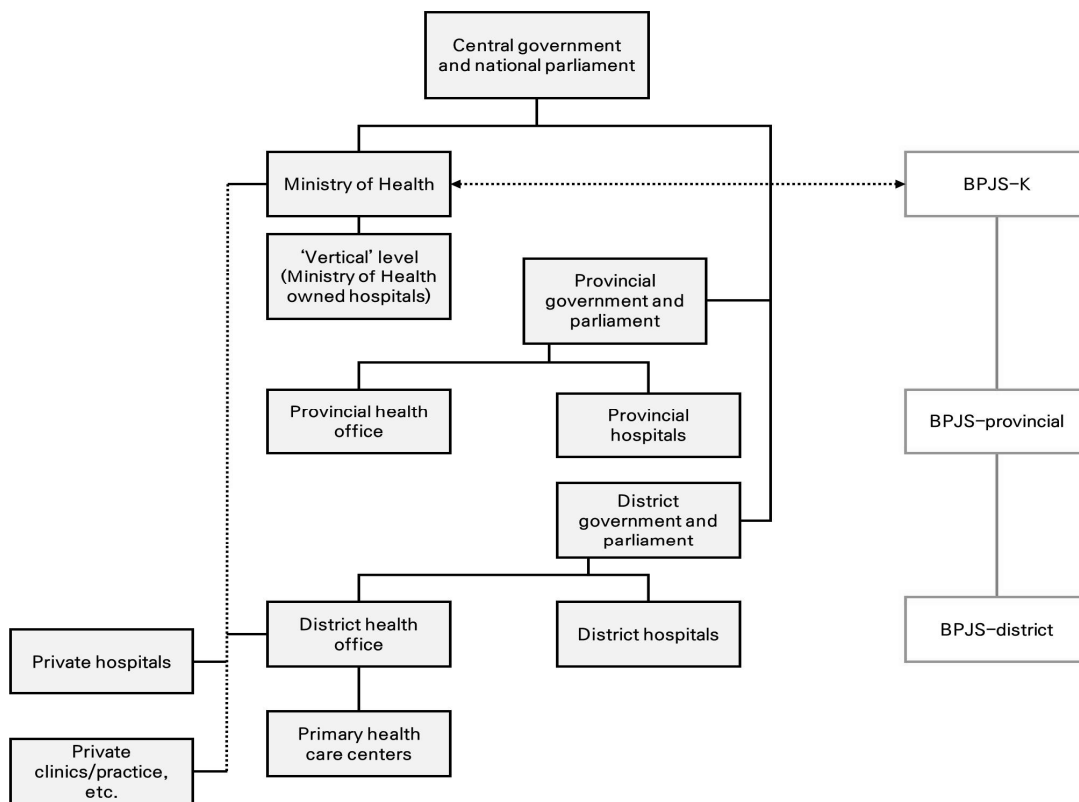


Figure 4. Organizations of health system in Indonesia. BPJS-K, Badan Penyelenggrara Jaminan Sosial-Kesehatan.

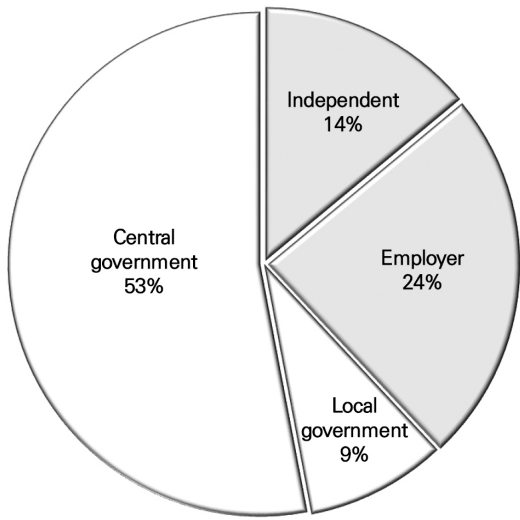


Figure 5. Financial sources of BPJS-K, 2016. Modified from Deloitte. Ensuring the sustainability of JKN-KIS for the Indonesian people. London: Deloitte; 2019 [29]. BPJS-K, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial-Kesehatan.

## 인도네시아 의료제공현황

### 1. 의료인력과 시설의 부족과 편향

인도네시아 정부는 오랫동안 의료자원 부족에 시달려 왔고 의료자원 공급을 위해 여전히 고군분투하고 있다. 의료인력 수와 의료기관 수가 2억 6,000명이 넘는 인구 대비 현저히 부족하기 때문이다. 의사, 치과 의사 등 의료인력이 매우 부족할 뿐 아니라 그나마 대도시에서 집중되어 있어 외딴 도서지역 주민의 경우 의사를 통한 진료 기회가 부족한 형편이다[32,33]. 인도네시아 의료기관의 병상 수는 2016년 현재 인구 10만 명당 256,426병상이며, 공공 병상 56%, 민간이 44%로 구성되어 있고 병상 활용률은 64.73%이다[34]. 지난 2014년 현재 인도네시아 인구 1,000명당 의사수는 0.46명이고, 간호사수는 0.7명, 치과 의사 수는 0.02명, 약사 수는 0.05명이다[35]. 한국의 의료인력 수가 2017년 현재 인구 1,000명당 의사수 2.3명, 간호사수 6.9명, 치과 의사수 0.5명, 약사수는 0.7명인데 비해 인도네시아 의료인력은 상당히 부족한 상황이다[36].

인도네시아 정부는 의료인력 부족을 해소하기 위해 의사의 이중 근무(dual practice) 관행을 허용하고 있다. 이중 근무 관행으로 인해 의

사는 최대 3개의 의료기관에서 일할 수 있다. 예를 들어 공립병원의 사가 퇴근 후 최대 2개의 민간의원에서 진료할 수 있다. 일각에서는 의사들의 이중 근무가 의료인력의 지역별 편중을 심화시킨다고 주장하기도 한다. 의사들이 수입 하락을 우려해 의료기관이 적은 벽지지역 근무를 더욱 기피하게 된다는 것이다[37]. 인력 부족과 함께 의료시설과 인력의 지역별 편중은 인도네시아의 또 다른 고질적 문제 중 하나이다. 의료인력, 시설 등 의료자원이 자바섬, 발리섬 등 대도시 인구밀집지역에 밀집되어 있고, 지방정부의 재정 부족으로 대도시에서 멀리 떨어진 주민들의 의료접근성이 매우 낮다[38].

2017년 현재 BPJS-K의 보건의료비 지출은 미화 약 61억 달러였는데, 이 중 1차 의료에 12억 달러가 사용됐고, 2차 및 3차 의료에 49억 달러가 소요되어, 의료비의 80% 이상이 상급의료기관에 투입되고 있다[39]. 2007년 이전까지 공공병원과 민간병원의 비율이 거의 50:50이었으나 2011년 이후에는 민간병원의 수가 좀 더 많아지는 추세다. 이에 대해 경제발전 결과 중산층 인구 증가로 인한 양질의 의료서비스 수요 및 지불능력 증가로 보는 시각이 있다[40]. 더불어 분권화된 지방정부가 의료를 산업으로 발전시키고자 공공 및 민간병원을 많이 건설하면서 이러한 현상의 시너지가 되었다. 이 과정에서 결과적으로 지방정부 관할하에 있는 1차 의료에 대한 투자는 상대적으로 소외되었고, 지역 간 및 지역 내 의료접근성의 편차를 심화시켰다[30].

아태지역의 공통적인 인구문제 중 하나로 지적되고 있는 인구고령화는 인도네시아의 경우도 예외가 아니다. 인도네시아의 인구고령화와 그로 인한 만성질환 증가는 중요한 사회, 보건 문제가 될 전망이다. 인도네시아도 만성질환 증가 및 재난성 질병으로 인한 보건재정 지출 증가 문제를 겪고 있다. BPJS-K는 간경화, 신부전증, 혈우병, 심장병, 암, 백혈병, 뇌졸중, 지중해성 빈혈(thalassaemia) 등을 별도로 재난적 질병(catastrophic diseases)으로 분류하고 있는데, 이 재난적 질병의 대부분이 만성질환에 속한다. 2017년에 전체 의료비의 약 20%인 12억 달러를 재난적 질병에 지출했다[36]. 그런데 이 같은 만성질환은 초기의 경우 1차 의료단계에서 충분히 커버할 수 있음에도 불구하고 의료의 부족으로 인해 중증질환으로 발전하는 경우가 많아 인도네시아에서 1차 의료의 중요성이 더 커지고 있는 상황이다.

### 2. 1차 의료서비스 전달과 지불

인도네시아는 1, 2, 3차의 위계적 전달체계를 갖고 있으며, 이 전달 체계가 비교적 잘 작동하고 있다. 환자는 보건소나 의원을 통해 전원(referral)되지 않고서는 2차나 3차 병원으로 직행할 수 없다. 1차 의

6) 한편, 인도네시아 정부가 의료분야 개혁과 혁신에 꾸준한 노력을 기울인 결과, 지난 2014년 단일보험자 BPJS의 출범과 더불어 의료지표가 꾸준히 향상되고 있다. 예를 들면 지난 2000년 66.25세였던 평균수명은 2016년 현재 70.9세를 기록했고 영아사망률은 지난 2000년 40.54에서 16년이 지난 2016년 현재 22.99를 기록했다.  
7) 인도네시아 의료전달체계에서 보건소인 푸스케스마스(puskesmas)와 민간 개인의를 제외한 모든 공공 및 민간 2차, 3차 병원은 A, B, C, D 등 4등급으로 구분된다. 가입자

료기관은 예방과 건강증진 등을 목표로 게이트키퍼(gatekeeper) 기능에 중점을 두고 있다. 건강보험 가입자는 반드시 가입과 동시에 자가 사는 커뮤니티 혹은 해당 커뮤니티 인근의 보건소나 개인의원에 주치의 기관으로 등록해야 한다. 이 주치 의료기관을 거슬러 다른 1차 의료기관에서 진료를 받을 경우 보험혜택을 받을 수 없고 환자가 진료비를 전액 부담해야 한다. 해당 의료기관이 마음에 들지 않을 경우 3개월 뒤 교체 가능하다.

많은 보건소가 외래뿐 아니라 입원환자까지 치료할 수 있도록 10여 개 내·외의 병상을 보유하고 있다. 보건소 입원환자들은 주로 말라리아 등 유행병 환자, 전원을 앞둔 환자, 또는 분만을 앞둔 임산부 등이다. 2, 3차 병원 접근성이 떨어지는 산간벽지 보건소(puskesmas)의 경우 외래환자 대상 커뮤니티 아웃리치 서비스인 푸스투스(Pustus)와, 보건지소인 포스케스데스(Poskesdes), 임산부와 신생아들을 위한 조산소인 폴린데스(Polindes) 등을 운영하고 있다. 이를 통해 인도네시아 공공 1차 의료는 지역사회 차원에서 의료수요를 감당하고, 주민 건강을 1차적으로 책임지는 풀뿌리 차원의 공공의료 기능을 수행하고 있다.

BPJS-K는 통합 단일보험자로서 의료기관인 공급자와 3년마다 계약을 갱신하는 권한을 갖고 있다. 보건부 산하 공공의료기관들은 전부 BPJS-K와 계약을 체결하고 있으나 민간의료기관의 경우 BPJS-K와 계약하지 않은 곳도 있다.

BPJS-K는 인도네시아 전체 1차 의료기관의 83%와 계약을 체결하고 있다. Table 1에서 볼 수 있듯 BPJS-K는 2019년 현재 인도네시아 전역에서 9,955곳의 푸스케스마스(puskesmas) 및 약 6,569곳의 개인의원(individual practice physician)과 계약을 맺고 있다[41]. 이 밖에 개인이 자기 집에서 환자를 진료하거나 왕진하는 개인의원, 치과, 안과 의원, 약국 등과도 계약을 맺고 있다[39].

**Table 1. Primary care facilities contracted with BPJS-K (2019)**

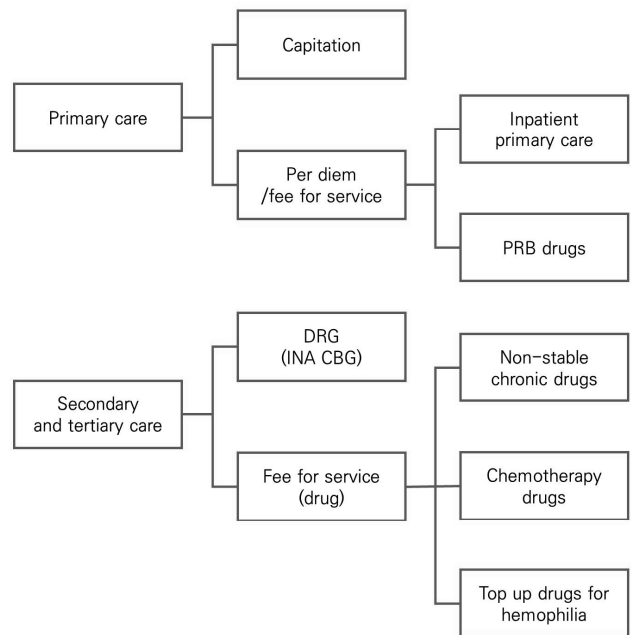
Type of facilities for primary care	No. of facilities
Puskesmas <sup>9)</sup>	9,955
Individual practice physician	5,286
Private clinic	6,569
Dental clinic	1,185
Optic	1,079
Pharmacy	620

From BPJS Ketenagakerjaan. BPJS-K website [Internet]. Jakarta: BPJS Ketenagakerjaan; 2019 [cited 2020 Apr 15]. Available from: <https://www.bpjsketenagakerjaan.go.id/> [41].

가 원하더라도 전원체계를 무시해서 상급병원으로 직행할 수 없다. 단, 응급의 경우에는 전원체계를 거슬러 2, 3차 병원으로 직행할 수 있다.  
 8) 인도네시아 각 마을마다 보건소(puskesmas)가 있는데, 이 보건소는 외래환자 대상 커뮤니티 아웃리치 서비스인 푸스투스(Pustus)를 조직하고 감독한다. 오토바이나 배 등을 이용한 이동보건소(mobile puskesmas), 보건지소(poskesdes)와 마을 조산소(polindes) 등도 관리한다.  
 9) PRB drug (Program Rujuk Balik: referral back program drugs): 2, 3차 병원에서 진단한 뒤 1차 의료기관으로 역전원한 만성질환자 대상 치료약제를 일컫는다.  
 10) INA CBG: 1,077개 진단그룹을 대상으로 입원, 통원환자 모두 DRG 시스템을 적용한다.

의료기관의 서비스 품질을 표준화하기 위해 인증 및 재인증시스템이 1차 및 2, 3차 의료기관에 적용된다. 1차 의료기관의 진료 질을 높이기 위해 푸스케스마스 및 그 부속기관, 그리고 개인의원 등 모든 1차 의료기관이 3년마다 정기적인 인증을 하도록 강제되었다. 1차 의료시설의 인증은 1차 진료시설 인증위원회(Komisi Akreditasi Fasyankes Primer)에서, 병원은 병원인증위원회(Indonesian Committee on Hospital Accreditation)에서 이루어지는데, 이는 모두 보건부 산하의 독립기관이다. BPJS-K는 의료기관이 제공하는 서비스의 질을 인증할 수단을 갖고 있지 않고 그에 따른 계약과 협상도 가능하지 않은 상황이다.

한편, 인도네시아는 의료단계에 따라 각각 다른 지불제도를 적용하고 있다. 1차 의료의 경우는 인두제를 바탕으로 하고, 입원환자 대상 1차 의료와 PRB약제는 행위별 수가제와 일당제를 병행하고 있다. 2차, 3차 의료의 경우는 인도네시아 diagnosis-related group (DRG) 시스템인 Indonesia Case-Based Group (INA CBG)<sup>10)</sup>을 실시하고 있다.



**Figure 6. Payment system of Indonesia.** Modified from BPJS-Kesehatan. Social security system for health in Indonesia. Jakarta: BPJS-K; 2018 [39]. DRG, diagnosis-related group; INA CBG, Indonesia Case-Based Group.



2차, 3차 의료기관에서 지급하는 외래환자용 만성질환 약제(non-stable chronic drugs), 항암제 등 화학요법 약물 등에 대해서는 행위별 수가제를 채택하고 있다(Figure 6).

그런데 진료비 지불제도와 심사시스템의 경우 비용 절감에 중점을 두다 보니 진료량 및 의료의 질에 관한 모니터링은 부족하다. 그나마 1차 의료기관에 대해서는 청구 이후 심사 등 모니터링이 생략된 상황이다.

### 1차 의료 구매에서 BPJS-K의 도전

지금까지 인도네시아 단일보험자인 BPJS-K의 탄생, 보험자로서의 법률적 지위, 1차 의료 중심의 한 의료전달현황을 살펴보았다. BPJS-K는 대통령의 강력한 의지로 설치되어 보건부와 별개로 위치한 대통령 산하 독립기관이다. 또한 대통령이 이사진을 임명하는 이사회에서 의사결정이 이루어지고, 이사회는 사회보장재정 관리 소홀로 인한 모든 재정적 손실에 대해 책임을 진다는 점에서 보험자로서의 법률적 지위와 조직을 갖추고 있다. 하지만 현실적으로 급여기준, 급여목록, 지불제도 변경 및 수정과 관련된 정책은 보건부 권한에 속한다. 또 중앙 보건당국과 지역 보건당국이 공공의료기관 전체를 관리·감독한다. 사실상 중앙정부와 지방정부가 모든 공공의료의 공급자인 것이다. 보건부는 규제자이자 공급자 역할을 한 몸이 가진 셈이다.

인도네시아 1차 의료는 주치의제도를 통한 문지기 기능(gate keeping) 등 강력한 체계를 구축했다. 그러나 의료의 양과 질의 부족으로 인해, 지방이나 벽지지역의 경우 의료서비스가 충분히 공급되지 못하고 있다. 정리하면, BPJS-K는 통합 단일보험자로서 1차 의료 강화 권한을 가지고 있음에도 불구하고 실질적으로는 구매자로서 한계를 가질 수밖에 없는 구조적 맥락에 있다.

#### 1. 공급의 물리적 부족과 강력한 공급자

보험자는 가입자에게 최적의 효율을 제공하기 위해 의료서비스 기관과 계약을 맺는 구매 기능도 담당한다. 그런데 공공의료강한 일부 개도국에서는 보건부가 규제자, 서비스제공자, 보험자 역할을 한 몸이 가진으로써 서비스제공자에 대한 관리, 감독, 모니터링이 부족한 모순에 빠진 경우를 볼 수 있다. 이런 경우는 계약자체가 불완전하기 때문에 보험자와 공급자의 정체성이 중대한 문제가 된다[42]. 인도네시아 건강보험 거버넌스가 이에 해당한다고 볼 수 있다.

BPJS-K는 의료기관과 서비스 제공계약을 하고, 현재 인도네시아 보건부에 등록된 전체 의료기관의 약 80%와 계약을 맺고 있다. 그런

데 공공 1차 의료기관은 중앙 보건부와 지방 보건부 산하에 있으므로 사실상 이들이 공급자라고 할 수 있다. 따라서 BPJS-K는 보건부의 주요 정책을 실행하면서 동시에 공급자인 보건부가 제공하는 의료 질을 관리하고 모니터링해야 하는 모순에 빠져 있다.

특히나 보건소를 제외하곤 변변한 개인의원 하나 없는 벽지지역의 경우 BPJS-K가 의료기관 관리, 감독을 통해 계약을 해지할 경우 이를 대체할 마땅한 민간 의료기관을 찾기 어려운 것이 현실이다. 또한 공급자를 통제하고 싶은 보험자인 BPJS-K의 요구가 구조적으로 규제자이자 공급자인 보건부와 지방 보건부에게 수용되기 어려운 경향도 있다. 따라서 실질적으로 BPJS-K가 계약권을 제대로 활용하기 어렵고 의료 질 관리, 모니터링을 제대로 수행하기 어려운 환경에 처해있다. 그 뿐만 아니라 보건부는 BPJS-K 재정에서도 상당한 비중을 차지하고 있다. 경찰, 군인, 공무원의 보험료와 빈곤층 보험료 지원, 공공병원 확충과 운영, BPJS-K 재정적자 보충에도 보건부가 관여하고 있다. 결과적으로 BPJS-K는 감독위원회 및 이사진의 구성이 모두 대통령에 의해 결정되고 있는 법률상 대통령 직속의 보험자이지만 보건부의 권한 내에서 입지가 제한적이라고 할 수 있다.

#### 2. 분리된 보험자 기능과 불분명한 책무성

규제자인 보건부와 의 관계에서 오는 거버넌스 구조의 불균형에 더하여 단일보험자의 권한을 더욱 약화시키는 것은 BPJS-K와 보건부 사이의 주요 의사결정 권한이 명확하게 분리되지 않는 것이다. 자격, 징수, 청구 및 지급과 같은 기능적 관리는 급여 패키지, 제공자 지급방법 또는 계약정책과 일관성을 가지고 있어야 함에도, 현재와 같이 유기적이지 않고 배타적인 관할권은 일관성 없는 결정 또는 심지어 충돌이 발생할 수 있는 원인으로 작동할 우려가 있다. 근본적으로 규제자인 보건부 체계하에서 보험자의 정책적 개입과 이를 통한 관리운영 자율성은 상당히 위축될 수밖에 없다.

1차 의료 공급자 역시 보건부 및 BPJS-K에 책임을 지는 동시에 역시 적절한 수준의 자율성을 가지고 있어야 한다. 공급자가 성과지불 기반에 반응할 수 있으려면 자율성과 책임성의 균형을 갖추어야 한다. 인도네시아 공공보건 제공자가 중앙 보건부와 지방 보건부인 관계로 공급자 역시 보건부의 강력한 규제하에 있기 때문에 보험자와 마찬가지로 자율성을 갖지 못한다. 보건부와 지방 보건당국은 서비스 구매와 공급이 제대로 작동하고 있는지 관리·감독해야 하지만 정작 규제자인 동시에 서비스 제공자라는 모순된 입장으로 인해 서비스 제공에 전력을 다할 동기를 부여받지 못하고 있다. 그 결과 가입자는 양질의 의료서비스를 받지 못해 공공 1차 의료 불신하는 경향이 있다[31].

특히 의료접근성이 떨어지는 원격지 농촌주민들은 긴 대기시간, 짧

은 진료시간, 열악한 의료의 질, 처방약에 대한 불신 등 공공 1차 의료의 질에 대해 불만을 느끼고 있다. 예를 들어 원격지 보건소의 경우 오전 9시부터 12시까지만 진료를 본다. 오후 시간에 보건소 의사는 개인 자택이나 다른 민간의원에서 이중 근무를 해야 하기 때문에 보건소 진료를 볼 수 없다. 의사들은 오전에는 보건소에서 근무하고 오후에는 자기 소유의 의원 혹은 자기 집에서 환자들을 진료한다. 자연히 보건소에서 의사가 근무하는 오전 시간에 환자들이 몰리게 되고 대기시간이 길어질 수밖에 없다. 지방재정이 열악한 원격지 보건소의 경우 의료장비, 도구,약품, 검사키트 등이 부족해 치료를 못해주는 경우도 상당히 많다. 보건소 치과 진료실에 치과용 치료기구가 하나도 없거나, 검사키트가 없어서 당뇨병 검사를 못하고 2차 병원으로 무조건 전원하기도 한다. 또 보건소는 정부가 운영하는 전자카탈로그(e-catalogue)를 통해 약품을 주문하여 환자에게 지급하는데, 환자들 사이에는 보건소에서는 단가가 저렴한 제네릭(generic) 약을 주로 공급받고 있고 개인의원은 오리지널 약을 구비해서 환자에게 판매하고 있기 때문에 보건소 약과 개인의원 약의 효능이 차이가 난다는 인식이 있다[31]. 이러한 경험이 모여 1차 의료서비스에 대한 불신으로 이어진다고 하겠다.

## 결론

인도네시아 국민건강보험제도(Jaminan Kesehatan Nasional)는 여러 조합을 통합한 단일보험자 체계를 건설하고, 건강보험서비스 전달체계를 정비하여 1차 의료 주치 의료기관 및 전원체계 의무화 등 관련 개혁을 빠르게 완수하였다. 이는 인도네시아 민주주의 개혁과 대통령의 강력한 리더십을 배경으로 하였다. 대통령 직속의 단일보험자는 개혁과정에서 국민들의 지지와 정치적 힘을 활용하기에 적합하였고 UHC 달성을 위한 인도네시아의 노력은 성공적이었다고 평가된다.

그런데 건강보험의 인구집단 커버리지가 늘어나게 되면 보건의료에 대한 양 및 질적 수요가 함께 증가하게 된다. 게다가 현재 개발도상국의 UHC를 향한 노력은 그 시작부터 만성질환의 증가 및 노령화를 전제하기 때문에 수요증가 급증 가능성을 배제하기 어렵다. 이에 대한 효율적 대응이 현재 BPJS-K가 처한 중대한 도전이라고 할 수 있다. 또한 지방분권하에서 보건의료서비스 공급 관련 결정이 전국적 분배와 통일성보다는 해당 지방의 재정상황 및 발전요구를 따르기 쉽기 때문에 국민의 의료접근에서의 격차 해소에 BPJS-K의 적극적 노력이 요구된다. 이런 맥락에서 Klasa 등[24]이 제시한 구매 역할 강화 개념을 근거로 하여 인도네시아 보험자의 구매 역할 강화에 대해 제안해

보겠다.

Klasa 등[24]은 구매자의 역할을 5가지 개념적 틀에서 설명했다. 첫째, 국민건강 데이터 등을 취합해 미래 건강수요를 예측하고 이를 구매 결정에 반영하는 것이다. 둘째, 시민 임파워먼트로, 구매자와 정부가 시민과 환자의 견해를 반영해서 이들의 선택권을 증진하는 방식으로 구매하는 것이다. 셋째, 정부의 관리, 감독(stewardship and monitoring capacity)이다. 넷째, 구매자와 서비스 제공자의 분리, 그리고 명백하고 일관성 있는 양자의 책무성이다. 다섯째, 구매자와 공급자 간의 비용효율적인 계약이다.

이러한 차원에서 BPJS-K의 노력은 크게 두 가지 방향이 가능할 것으로 보인다. 첫 번째 방향은 다양한 전략의 활용한 보험자 역량을 강화이고, 두 번째 방향은 보건당국과의 결합수준을 높이는 구조적 변화이다.

첫 번째 방향에 따른 전략 중 하나는 청구데이터의 축적과 데이터베이스화이다. 이를 통해 의사결정에 필요한 자료를 생산하는 것은 급여 결정에 대한 보험자의 역할과 권한을 강화하는데 유용한 수단이다. 또한 정부가 규제자이면서 공급자이기도 한 상황에서 역기능을 방지하려면 보험자의 심사기능 강화가 필요한데, 이 또한 데이터의 축적과 운영을 통해 가능할 수 있다.

또 하나 중요한 전략은 가입자의 참여확대이다. 보험자는 사실상 주인인 가입자를 대리하여 구매 역할을 대행하는 대리자라고 볼 수 있다. 그런 점에서 우리나라 건강보험공단이 운영하는 국민참여위원회, 건강보험 만족도조사 등 가입자 참여 확대는 주인인 가입자의 영향력을 확대한다는 차원에서 보험자 역량 강화와 보험제도 거버넌스의 이해관계자 역할 구분 및 책무성 강화에도 기여하는 바가 클 수 있다. 아태지역 국가에서 시민사회가 정부와 잘 분리되지 않는 경향이 있기 때문에 가입자 참여 확대가 현실적으로 쉽지 않을 수도 있다. 더 나아가 인도네시아처럼 군부정권에 의한 지배가 오래되어 민주주의 정치전통이 약한 경우 시민들에게 정보를 개방하고 의사결정에 직접 참여시키는 경험이 보험자와 정부 양자 모두에게 부족한 것이 현실이다. 그럼에도 불구하고 가입자의 참여를 확대하고 공급자·정부·보험자 사이의 책무를 명확히 하는 것은 보험자 역할 강화를 넘어 사회보험의 민주적 잠재력을 확보할 수 있는 방향이기도 하다[43]. 따라서 우리나라뿐 아니라 건강보험제도로 UHC를 달성하고자 하는 국가들에서 가입자 참여방식이 적극적으로 고려될 필요가 있다. 이러한 전략을 통해 보건당국과 동등한 협상능력을 갖추고 지불제도 및 급여 등 건강보험 주요 정책 결정에 필요한 역할을 할 수 있다.

두 번째 방향은 구매자와 서비스 제공자의 분리에 기반한 일관성 있는 책무성의 구축이다. 공급자와의 비용효율적인 계약권한 등은 BPJS-K와 보건부, 공급자 상호 간에 자율성의 영역을 필요로 한다. 따

라서 이는 법적·전문적·정치적·공공적 측면에서 명백하고 일관된 권한의 설정이 필요한 개혁과정이라고 할 것이다[24]. 향후 BPJS-K가 실질적인 보험자 정체성의 요체인 가입자를 대리한 의료서비스의 구매라는 역할을 수행하기 위해서는 보건부와와의 관계설정이 핵심적 문제가 될 것으로 보인다. 중앙정부인 보건부의 권한은 안정적이고 보험자와 공급자 모두에게 강력하게 발휘되고 있다. BPJS-K가 보건당국 산하의 1차 의료서비스 제공에 의존하면서 그 성과와 질을 통제하기는 어렵다. 또한 건강보험서비스 공급과 재정의 상당 부분을 차지하는 보건부와와의 유기적 협력 없이는 보험자가 구매 메커니즘을 활용하여 효율성을 확보하기는 쉽지 않아 보인다.

우리나라 보험자인 국민건강보험공단은 BPJS-K와 마찬가지로 독립법인이지만 보건복지부의 직접적 감독을 받고 있으며 보험자를 둘러싼 보건외로 환경 역시 인도네시아와 차이가 있다. 그럼에도 불구하고 단일보험자의 구매 역할 강화라는 차원에서 상호 참조의 가능성이 발견된다. 우리나라 역시 건강보험 초기에 의료서비스 공급자의 절대적 부족으로 어려움에 봉착하였고, 이를 해결하고자 단연지정제와 행위별 수가제를 적용하였다. 이러한 제도는 공급부족의 상황에서 성공적인 건강보험 정착에 기여하였다. 그런데 1989년 전 국민 건강보험의 달성과 동시에 효율적 전달체계를 위해 진행되었던 진료권의 설정과 의뢰체계의 개혁이 1990년대 규제 완화 정책 기조하에서 유명무실화되었다. 2000년 건강보험 통합을 계기로 주치의제도 실시 등 1차 의료개혁이 다시 시도되었으나 강력한 공급자의 조직적 활동 아래에서 성공적으로 진행되지 못하였다. 결과적으로 우리나라의 1차 의료는 “위축”된 상황이다[44]. 이러한 1차 의료 및 전달체계 효율화 개혁의 실패는 건강보험의 재정 관리에 구조적인 어려움으로 작동하고 있다. 현재 우리나라의 보험자는 발전된 정보통신기술(information and communications technology)을 적극적으로 활용하여 전 국민 자료를 구축하고 이를 통해 정책적 근거를 생산하는 기반을 구축하였다. 또한 아직 미약하고 제도화되지는 않았지만, 가입자 의사결정을 위한 방법적 실험을 하고 있다. “모든 국민을 위한 양질의 비용효과적인 건강서비스”라는 구매자의 목표를 향한 단일보험자 개혁은 여전히 진행 중이다.

본 연구는 방법론과 분석에서 한계를 갖고 있다. 방법론의 한계로는 현지 주민 대상 면접조사에서 수집한 데이터의 한계를 들 수 있다. 인도네시아어·영어로 진행된 면접조사에서 주민들은 영어를 모르고 연구자는 인도네시아어를 몰랐기 때문에 양자 간 의사소통에서 한국어 면접조사에서만 침묵적이고 깊이 있는 내용을 확보하지 못한 것이 한계로 생각된다. 본 연구가 인도네시아 보험자의 구매자 역할 분석에서 사회의 정치적, 문화적, 사회적 맥락을 현지조사와 전문가 고찰에 충분히 활용하지 못하고 문헌고찰에 의존한 것은 그러한 이유이

다. 한 사회에서 보험자의 기능, 역할, 구조, 거버넌스는 사실상 해당 사회구성원들의 인식과 그로 인한 문화적 및 사회적 구조에 의해 크게 좌우되기 마련이다. 외부자인 연구자의 시선으로는 해당 사회를 충분히 이해했다고 확신할 수 없어 추후 연구에서 보완되기를 기대한다.

## ORCID

Yanghee Kim: <https://orcid.org/0000-0002-1259-0955>;

Jinok Byeon: <https://orcid.org/0000-0002-4766-8732>

## REFERENCES

1. Kwon SM. Thirty years of national health insurance in South Korea: lessons for achieving universal health care coverage. *Health Policy Plan* 2009;24:63-71. DOI: <https://doi.org/10.1093/heapol/czn037>.
2. Hsiao WC, Shaw RP. Lessons learned and policy implications: SHI. In: Hsiao WC, Shaw RP, editors. *Social health insurance for developing nations*. Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development, The World Bank; 2007. pp. 155-171.
3. Hanson K, Barasa E, Honda A, Panichkriangkrai W, Patcharanarumol W. Strategic purchasing: the neglected health financing function for pursuing universal health coverage in low-and middle-income countries comment on “What’s needed to develop strategic purchasing in healthcare?: policy lessons from a realist review”. *Int J Health Policy Manag* 2019;8(8):501-504. DOI: <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2019.34>.
4. Sanderson J, Lonsdale C, Mannion R. What’s needed to develop strategic purchasing in healthcare?: policy lessons from a realist review. *Int J Health Policy Manag* 2019;8(1):4-17. DOI: <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2018.93>.
5. Hanvoravongchai P, Hsiao WC. Thailand: achieving universal coverage with social health insurance. In: Hsiao WC, Shaw RP, editors. *Social health insurance for developing nations*. Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development, The World Bank; 2007. pp. 133-154.
6. Jowett M, Hsiao WC. The Philippines: extending coverage beyond the formal sector. In: Hsiao WC, Shaw RP, editors. *Social health insurance for developing nations*. Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development, The World Bank; 2007.

- pp. 81-104.
7. Sapkota VP, Bhusal UP. Governance and purchasing function under social health insurance in Nepal: looking back and moving forward. *J Nepal Health Res Counc* 2017;15(1):85-87. DOI: <https://doi.org/10.3126/jnhrc.v15i1.18027>.
  8. Fox A, Poirier R. How single-payer stacks up: evaluating different models of universal health coverage on cost, access, and quality. *Int J Health Serv* 2018;48(3):568-585. DOI: <https://doi.org/10.1177/0020-731418779377>.
  9. Hussey P, Anderson GF. A comparison of single- and multi-payer health insurance systems and options for reform. *Health Policy* 2003;66(3):215-228. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0168-8510\(03\)00050-2](https://doi.org/10.1016/s0168-8510(03)00050-2).
  10. Hsiao WC, Cheng SH, Yip W. What can be achieved with a single-payer NHI system: the case of Taiwan. *Soc Sci Med* 2019;233:265-271. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.12.006>.
  11. Pauly MV. Managed care, market power, and monopsony. *Health Serv Res* 1998;33(5 Pt 2):1439-1460.
  12. Kutzin J. A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. *Health Policy* 2001;56(3):171-204. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0168-8510\(00\)00149-4](https://doi.org/10.1016/s0168-8510(00)00149-4).
  13. Bhat VN. Institutional arrangements and efficiency of health care delivery systems. *Eur J Health Econ* 2005;6(3):215-222. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10198-005-0294-1>.
  14. Glied S. Single payer as a financing mechanism. *J Health Polit Policy Law* 2009;34(4):593-615. DOI: <https://doi.org/10.1215/03616878-2009-017>.
  15. Lee YC, Huang YT, Tsai YW, Huang SM, Kuo KN, McKee M, et al. The impact of universal national health insurance on population health: the experience of Taiwan. *BMC Health Serv Res* 2010;10:225. DOI: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-225>.
  16. Cheng TM. Reflections on the 20th anniversary of Taiwan's single-payer national health insurance system. *Health Aff (Millwood)* 2015;34(3):502-510. DOI: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2014.1332>.
  17. Zweifel P. Multiple payers in health care: a framework for assessment. Washington (DC): The World Bank; 2004.
  18. Wranik D. Healthcare policy tools as determinants of health-system efficiency: evidence from the OECD. *Health Econ Policy Law* 2012;7(2):197-226. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1744133111000211>.
  19. Preker A, Jakab M, Schneider M. Erosion of financial protection in health systems of ECA transition economies. Washington (DC): The World Bank; 2001.
  20. Feldman R. Quality of care in single-payer and multipayer health systems. *J Health Polit Policy Law* 2009;34(4):649-670. DOI: <https://doi.org/10.1215/03616878-2009-019>.
  21. Kutzin J. Health financing policy: a guide for decision-makers [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2008 [cited 2020 Feb 20]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107899/E91422.pdf>.
  22. Evans DB, Etienne C. Health systems financing: the path to universal coverage [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2010 [cited 2020 Feb 20]. Available from: <https://www.scielo.org/article/bwho/2010.v88n6/402-403/pt/>.
  23. Honda A, McIntyre D, Hanson K, Tangcharoensathien V. Strategic purchasing in China, Indonesia and the Philippines. Manila: World Health Organization Regional Office for the Western Pacific; 2016.
  24. Klasa K, Greer SL, van Ginneken E. Strategic purchasing in practice: comparing ten European countries. *Health Policy* 2018;122(5):457-472. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.01.014>.
  25. Pollitz K, Dallek G, Tapay N. External review of health plan decisions: an overview of key program features in the states and Medicare. Menlo Park (CA): Henry Kaiser Family Foundation; 1998.
  26. World Bank. Indonesia: health planning and budgeting. Washington (DC): The World Bank; 1991.
  27. Pisani E, Olivier Kok M, Nugroho K. Indonesia's road to universal health coverage: a political journey. *Health Policy Plan* 2017;32(2):267-276. DOI: <https://doi.org/10.1093/heapol/czw120>.
  28. Aspinall E. Health care and democratization in Indonesia. *Democratization* 2014;21(5):803-823. DOI: <https://doi.org/10.1080/13510347.2013.873791>.
  29. Deloitte. Ensuring the sustainability of JKN-KIS for the Indonesian people. London: Deloitte; 2019.
  30. Claramita M, Syah NA, Ekawati FM, Hilman O, Kusnanto H. Primary health care systems (PRIMASYS): comprehensive case study from Indonesia. Geneva: World Health Organization; 2017.
  31. Kim YH. Enhancement of the healthcare delivery system in Indonesia: focusing on primary healthcare in vulnerable local communities. In: Kim YH, Cho CI, Wee HS, editors. 2018/19 KSP policy consultation report: supporting social health insurance in Indonesia. Sejong: Ministry of Economy and Finance, Korea Development Institute, National Health Insurance Service; 2019. pp. 139-191.
  32. Mahendradhata Y, Trisnantoro L, Listyadewi S, Soewondo P, Marthias T, Harimurti P, et al. The Republic of Indonesia health sys-

- tem review. Geneva: World Health Organization; 2017.
33. Ahn DS, Choi JW, Han KS. Study on the Indonesian healthcare professional licensing information and demand. Cheongju: Korea Health Industry Development Institute; 2016.
  34. Opoku-Boateng Y, Kyeremeh M, Mahardya R, Mughnie B, Adyas A, Al Amin AJ, et al. Regulation of private primary health care: a country assessment guide [Internet]. Arlington (VA): Joint Learning Network; 2018 [cited 2020 Apr 15]. Available from: [https://www.jointlearningnetwork.org/wp-content/uploads/2019/11/JLN\\_PHC\\_PSE\\_Regulation\\_AssessmentGuide.pdf](https://www.jointlearningnetwork.org/wp-content/uploads/2019/11/JLN_PHC_PSE_Regulation_AssessmentGuide.pdf).
  35. World Health Organization. Health SDG profile: Indonesia. Geneva: World Health Organization; 2018.
  36. Korean Statistical Information Service. International statistics: health, society, welfare [Internet]. Daejeon: Statistics Korea [cited 2020 Mar 10]. Available from: <http://kosis.kr/index/index.do>.
  37. World Health Organization. Country cooperation strategy Indonesia: 2014-2019. Geneva: World Health Organization; 2016.
  38. Kim TH. Improving health insurance system to achieve universal health coverage (UHC) in Indonesia. In: Lee CK, Kang KH, Choi JW, Lee JY, Bae Y, Kwak JG, et al. 2013 Knowledge sharing program with Indonesia: policy consultation to strengthen Indonesian economy's capacity. Sejong: Korean Development Institute; 2013. pp. 297-324.
  39. BPJS-Kesehatan. Social security system for health in Indonesia. Jakarta: BPJS-K; 2018.
  40. EY Indonesia. Ripe for investment: the Indonesian health care industry post introduction of universal health coverage [Internet]. Jakarta: EY Indonesia; 2015 [cited 2020 Apr 15]. Available from: [https://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/EY-ripe-for-investment-the-indonesian-health-care-industry/\\$FILE/EY-ripe-for-investment-the-indonesian-health-care-industry.pdf](https://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/EY-ripe-for-investment-the-indonesian-health-care-industry/$FILE/EY-ripe-for-investment-the-indonesian-health-care-industry.pdf).
  41. BPJS Ketenagakerjaan. BPJS-K website [Internet]. Jakarta: BPJS Ketenagakerjaan; 2019 [cited 2020 Apr 15]. Available from: <https://www.bpjsketenagakerjaan.go.id/>.
  42. Donato R. Extending transaction cost economics: towards a synthesised approach for analysing contracting in health care markets with experience from the Australian private sector. *Soc Sci Med* 2010;71(11):1989-1996. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.016>.
  43. Fung A, Wright EO. Deepening democracy: innovations in empowered participatory governance. *Polit Soc* 2001;29(1):5-41. DOI: <https://doi.org/10.1177/0032329201029001002>.
  44. Choi YJ, Ko BS, Cho KH, Lee JH. Concept, values, current status and prospect of primary care in Korea. *J Korean Med Assoc* 2013;56(10):856-865. DOI: <https://doi.org/10.5124/jkma.2013.56.10.856>.