

중국 의료보험 제도의 개혁과 특징*

이유정**

목 차

- I. 서론
- II. 선행연구
- III. 의료보험 제도의 개혁
- IV. 결론: 중국 의료보험 제도 개혁의 특징

한글초록

본 논문에서는 중국에서 시행하고 있는 의료보험 제도의 개혁을 세 시
기-1978-2002, 2003-2012, 2013-현재-로 구분하여 내용을 살펴보고, 변화
의 양상 및 특징을 연구한다. 중국 의료보험 제도 개혁은 세 가지 특징을
보인다. 첫째, 중국의 의료보험은 제도적으로는 도시근로자, 도시 주민,
농촌 주민을 대상으로 하는 세 개의 의료보험 체제로 운영되고 있으나,
실질적으로는 농민공에 대한 각 지역 간 의료보험 통합은 아직 미흡하여

* 이 논문은 2018년 대한민국 교육부와 한국연구재단의 지원을 받아 수행된 연구임(NRF-2018S1A5B5A01036727). 또한 이 논문은 2019년 2월 “2019 경제학 공동학술대회”에서 발표한 「중국 의료보험 제도 개혁 요인」을 수정·보완한 것이다.

** 고려대학교 아세아문제연구소 연구교수

네 개의 의료보험체계로 운영되고 있다. 개혁 개방 이전부터 존재하던 도·농 간 이원 구조, 재정의 불안정성, 노동의 시장화와 유연화 등이 도시근로자, 농촌주민, 도시 무직자, 농민공을 이분법 화하였고, 이들에 대해 각각 다른 의료보험 제도가 운용되고 있다. 둘째, 경제개혁과 구조조정은 의료보험을 포함하여 사회보장제도를 축소하였고, 정부의 재정적 여력이 생긴 이후 새로운 제도들을 도입하였다. 셋째, 정치지도부들의 변화에 따라 중국 의료보험 제도의 성격도 변화하였다. 장쩌민 시기는 친 시장화, 후진타오 시기는 공공성, 시진핑 시기 다시 시장화를 강조하며 의료보험 제도가 이에 영향을 받아왔다.

주제어

중국, 중국 의료보험, 중국 의료보험 개혁, 중국 사회 복지

I. 서론

중국은 1978년 개혁개방 이후 사회 의료보험의 개혁을 진행하고 있다. 1980년대와 1990년대 개혁의 과도기 시기 경제 발전에 대한 강조와 자원의 제약으로 의료보험 개혁은 뒤처지게 되었고, 그 결과 중국인들의 건강은 악화되었다(Burns, 2017). 농촌 주민과 도시 실업자, 퇴직자 및 하강자, 미취업자에게는 의료보험이 거의 존재하지 않았다. 또한 시장 메커니즘으로 운영되고 있는 경제제도에 합리적으로 참여하는 행위자들에게서 모택동 시기 맨발의 의사 같은 희생은 기대하기 어려웠다.

중국인의 건강 유지나, 기대수명 연장을 위해서 중국 지도부와 정부가 제공하는 보험개혁이 필요하였다. 1990년대 말과 2000년대 초반이 되어 시장경제의 잉여분이 생겨서야, 국내 경제 활성화와 내수의

소비 증진을 생각할 여력이 생겼고(Burns, 2017), 무엇보다도 가장 중요하게 의료비로 인한 빈곤층의 생성과 SARS의 발발과 확산은 정부로 하여금 의료보험의 확대를 고려하게 만들었다. 따라서 1990년대 말 장쩌민 시기에 사회 의료보험의 도입이 논의되기 시작하였고, 후진타오 시기인 2010년 사회보험법의 도입으로 초기 단계의 사회 의료보험이 완성되었다. 미국의 오바마케어와 상응하고(Burns, 2017), 1980년대 말 도입된 한국의 전국민의료보험 제도(노인철·한혜경·이필도, 1990: 머리말)의 초기 유형의 보험개혁이 시작되었다고 볼 수 있다. 시진핑 시기는 의료보험의 시장화에 대한 논의가 진행되고 있다.

중국 의료보험 제도는 구체적으로 어떻게 변해왔는가? 또한 제도 변화의 특징은 무엇인가? 본 논문에서는 현재 중국에서 시행하고 있는 사회의료보험 제도의 개혁 내용을 살펴보고, 그 특징을 연구하고자 한다.

다음 2절에서는 선행연구를 살펴보고, 3절에서는 3단계에 걸친 의료보험 제도의 개혁 과정, 마지막 절에서는 의료보험 제도 개혁 과정의 특징을 살펴보고 결론을 도출할 것이다.

II. 선행연구

본 연구는 중국 의료보험 제도 개혁 과정을 시기별로 구분하여 살펴보고 그 특징을 설명함을 목적으로 한다. 중국 의료보험 제도 개혁에 관한 논문은 국내에는 많지 않다. 중국 의료보험의 실질적 부재 이후 보험 재도입의 개혁 과정은 학술 논문과 연구기관의 보고서로 다소 설명이 있었으나, 2000년대 초반 의료보험 개혁의 기본적 틀이 형성된 이후 국내의 논문들은 더 이상 이 주제에 많은 관심을 보이지

않는다. 최근 중국 의료보험 제도에 관한 논문들은 다음과 같다.

송희숙(2017)은 한국의 의료보험 제도에서 피부양자와 지역가입자 간에 형평성 문제가 존재한다고 보고, 중국의 도시 의료보험 제도에서 헌법, 사회보험법, 그리고 하위 법령 등을 살펴보고, 피부양자 보험 제도의 재원 조성 방식을 연구하여 한국 보험제도와 비교를 시도하였다. 송희숙(2017: 45)에 따르면 중국의 보험 제도가 한국에 비해 합리적인 제도라고 보고 있는데, 중국의 피부양자는 한국의 피부양자와 달리 보험료의 납부 부담과 의무를 지고 있고, 이를 통해 보험급여 권한을 가지고 있기 때문이다. 또한 송희숙(2017: 57)은 중국의 의료보험이 “선 일부부유 후 공동부유론”에 따라 소득재분배의 수단으로 사용되어 실질적 평등과 사회주의를 실현하고 있다고 보고 있다. 그 이유는 중국 헌법에 의거하여 “물질적 도움”을 주는 연대 책임자가 사회 구성원을 의미하고 사회보험 가입자를 의미하는 것이 아니기 때문이다(송희숙, 2017: 57-58). 그러나 의료보험 가입이 선행해야 보험급여를 수급할 수 있는 상황이 사회주의를 실현하는 것인지, 또한 도·농 간 불평등이 정부의 정책에 의해서 파생한 중국의 경우, 정부가 일정 부분의 의료보험 부담금을 보조한다고 해서 사회주의적 평등을 구현하였다고 주장하는 것은 문제가 있다.

최은경(2015)은 2003년 중국 농촌주민의 의료 비용 부담을 완화하기 위해 도입된 신형농촌합작의료(이하 신농합)의 문제와 원인을 연구하고, 의료보험 제도 도입과 시행에서 중앙과 지방정부의 인센티브가 지역 간 불균형 결과를 가져왔다고 주장한다. 이 연구는 국내에 거의 소개가 되어있지 않은 실증 연구로 흥미롭지만, 신농합 정책을 시행하는 중앙정부의 인센티브는 농민의 부담 완화, 지방정부의 인센티브는 개인의 승진이라고 추정하여 논리를 전개하였으나, 이에 대한 근거 제시에 실패하였다.

이성기와 원석조(2013)는 중국 보건 의료시스템, 의료보험의 개혁 내용, 문제점, 그리고 개선 방안을 논의하였다. 중국 의료보험 개혁 내용은 도시근로자와 농촌 주민 보험의 개혁 과정, 보험 적용 대상, 보험 기금 재정 조성 방식, 보험급여를 포함하고 있다. 또한 보건 의료시스템의 문제점으로 도·농 간 의료자원 불균형, 정부 재정 지원 감소로 인한 공공병원의 이윤추구, 과도한 의료비 부담, 도시의 낮은 보험 적용률, 농민공의 의료보험 배제, 농촌의 낮은 보험급여와 정액제 보험 부담금 등을 지적하고 있다. 이러한 문제에 대한 개선책으로 정부의 보건 의료비 증액을 제시하고 있다. 논문이 제시하듯이 정부의 재정지출 중 의료 관련 지출이 행정, 교육 등에 비해 상당히 낮아서 이 제안은 현실적으로 보인다. 그러나 본 논문은 전반적인 의료시스템과 보험 등 너무 많은 주제를 하나의 논문에 설명하고 있다는 단점이 있다.

김병철(2017)은 사회보험법의 시행으로 농민공은 제도상 대상이나 실재 혜택을 받지 못하고 있는 현실을 살펴보고 그 원인을 분석하였다(김병철, 2017). 김병철에 따르면 2017년 농민공의 사회보험 가입률은 30%에 머무르고 있다(人力资源和社会保障部, 2017: 1-7; 김병철, 2017: 112 재인용).¹⁾ 농민공들이 사회보험에 가입하지 않는 가장 주요한 원인은 서면 노동계약 미체결로 2016년 모든 농민공 중 노동계약을 체결하지 않은 비율은 64.9%(统计局, 2017; 김병철, 2017: 110 재인

1) 인력자원과사회보장부(人力资源和社会保障部, 2017)의 「2017인력자원과사회보장사업발전통계공보(2017年度人力资源和社会保障事业发展统计公报)」에서 언급한 자세한 통계는 다음과 같다. 2017년 전국 농민공은 28,652만 명이다. 그중 도시근로자기본연금에 가입한 농민공은 6,202만명으로 전체 농민공 중 22%, 기본의료보험에 참가한 농민공은 6,225만명으로 22%, 실업보험에 가입한 농민공은 4,897만명으로 17%, 산재보험에 가입한 농민공은 7,807만명으로 27%를 차지하여, 사회보험 가입 평균은 전체 농민공의 22%를 차지한다.

용)에 달한다. 이는 사회보험금에 부담을 느끼는 사업주의 수동적 자세에 기인한다(김병철, 2017: 125). 법 제도의 불완전성이 두 번째 문제인데, 기본양로보험의 경우 최소 가입 기간 15년을 만족해야 하나 이는 농민공의 유동성과 충돌하며 농민공이 사회보험 가입하는데 장애가 된다(김병철, 2017: 125). 마지막은 농민공의 개인적 원인으로 60-70%의 농민공이 사회보험에 대한 이해가 부족하거나, 현실적 생활비 부담으로 사회보험을 미루게 된다(김병철, 2017: 123-124).

상기 논문들은 모두 제도의 수립 이후 그 결과를 분석하였으나, 이성기와 원석조(2013)를 제외하고 중국 의료보험 제도의 변천과 발달 등에 대한 통시적 고찰을 하지는 않았다. 또한 이성기와 원석조(2013)는 2010년 시행된 사회보험법에 초점을 맞추었고, 연구 시점으로 인하여 최근 시진핑 시기 의료보험 개혁과 중국 정부의 정책 변화를 해석하지 못하였다. 따라서 본 논문은 장쩌민, 후진타오, 시진핑 시기의 중국 의료보험 개혁 과정과 특징을 살펴봄으로써 중국 의료보험 제도 개혁의 배경과 내용, 문제점, 특징을 살피는 것을 목적으로 한다.

III. 의료보험 제도의 개혁

1978년 경제 개혁 이후 현재까지 중국의 의료체제 개혁은 지도자의 교체에 상응하여 1978년-2002년, 2003년-2012년, 그리고 2013년-현재까지 세 차례에 걸쳐 진행되었다(Yip · Hsiao, 2015). 가장 큰 변화는 개혁개방 이전 의료보험을 국가와 단위가 보장하던 것이 개혁개방 이후, 특히 1988년 이후에는, 국가, 기업, 개인이 공동의 책임을 지는 사회 의료보험으로 전환되었다는 점이다(한국보건사회연구원, 2016: 2). 비록 정부는 사회보험과 공공부조의 개혁과 재정에 관하여 일정 부분

책임을 담당하게 되나, 개인 또한 부담의 주체가 된다. 두 번째 변화는 의료보험 개혁과정에서 변화와 혼란을 겪었고, 중국인의 건강을 위협하는 과도기를 겪었다. 개혁개방 후 1970년대와 1980년대 의료보장은 공무원과 노동자만을 위한 보험만이 존재하였고, 사회보험은 부재의 시기로 혼란기였다. 1990년대 후반, 2000년대 초반에 와서야 대부분의 인구에게 건강 보험의 혜택을 확대했다.

개혁의 결과 현재 중국에서 대부분의 인구가 사회보험에 가입하고 있으나, 중국 의료보험 체제가 직면한 도전 중 하나는 국민건강보험의 부재이다(Burns, 2017). 사회 보험 및 사적 보험 정책이 동시에 존재하며, 사회보험조차 세 가지 종류의 보장성이 낮은 보험 제도로 존재하고 운영된다는 점이다(Burns, 2017). 사회 의료보험은 지역적으로 도시와 농촌을 구분하고, 도시 내부의 인적 적용 대상자를 고용된 근로자와 미취업자를 구분하여 이원화하여 세 가지 형태로 시행되고 있다. 오랫동안 형성된 도시와 농촌, 근로자와 미취업자의 단절적 구조로 발생한 경로의존성 문제는 쉽게 극복되지 못하고 있다. 따라서 중국의 기본 사회 의료 보장 제도는 공식적으로 “세 가지 보험, 한 가지 부조”(정공성, 2010: 325), 즉 도시근로자기본의료보험(职工基本医疗保险, Urban Employee Basic Medical Insurance(UEBMI)), 도시성진주민의료보험(城镇居民基本医疗保险, Urban Resident Basic Medical Insurance(URBMI)), 신형농촌합작의료(新型农村合作医疗, New Rural Cooperative Medical System (NRCMS)), 도농의료부조라는 3개의 상이한 제도와 1개의 부조로 운영이 되고 있으며, 이 세 개의 보험 제도는 밀접하게 조율되지 않았다(Burns, 2017). 그 결과 보험은 형식적으로는 대부분의 인구에게 보편적으로 적용이 되지만, 보편성이 계층에 따라 차별적으로 적용이 되며, 보장성이 떨어진다(Burns, 2017). 따라서 중국 대부분의 의료비는 개개인이 지불해야 한다(Burns, 2017).

본 절에서는 "세 가지 보험, 한 가지 부조" 중 도·농의료부조를 제외한, 세 차례에 걸쳐서 진행된 중국의 의료보험 개혁에 관하여 설명한다.

1. 제1차 개혁: 1978-2002

1차개혁은 장쩌민 시기로 개혁개방으로 인한 경제구조의 변화에 따라 중국 중앙정부는 사회보장에 투입할 재정적 여력이 없었고, 국유기업과 인민공사에서 제공하였던 복지와 의료보험 제도 역시 제공할 수 없게 되면서, 여러 사회적 문제가 대두되던 시기이다. 비록 제도적으로 1978년 개정 헌법에서도 사회보험을 보장하였으나(全国人民代表大会, 1978), 실질적으로는 1979년부터 1990년대 초반까지 중국 대다수의 인구가 사회보험을 보장받지 못하였고, 1990년대 말에야 도시근로자를 위한 의료보험 제도가 도입되었다.

1) 도시근로자 기본의료보험 제도

1980년대 중반부터 그리고 특히 1990년대 말 경제개혁과 국유기업의 구조조정과 실업 그리고 사회보장제도의 부재가 사회적 위기의 주된 원인이었고, 이에 중국 정부는 의료보험을 포함한 복지체제를 개혁하였다. 1983년 노동인사부(劳动人事部)는 「노동계약제 적극 실시에 관한 통지(关于积极试行劳动合同制的通知)」를 통하여 종신고용제를 포기하였다(정공성, 2013: 22). 이는 산업의 구조조정으로 인한 실업과 하강, 비정형화된 고용(한국보건사회연구원, 2016: 3)을 의미하였고, 이에 따른 직업 상실로 인해 도시 빈곤층이 생겨나고 이들의 생존권이 위협을 받았다. 그럼에도 불구하고 사회보장의 재정에 관하여 부담을 줄이려는 정부와 기업 간의 갈등이 심화되었고(한국보건사회연

구원, 2016: 3), 전국에서 퇴직 노동자의 연금이 체불되었고, 실업자와 하강 근로자들은 기초생활조차 유지하지 못하였으며, 일부 근로자들의 의료보험비 체불 문제가 생기면서, 법적 소송과 시위가 빈번하게 발생했다(정공성, 2013: 29).

이러한 상황에도 불구하고 중국 정부는 보험의 개혁을 실시하여 인적 적용 대상을 축소하였다. 경제 개혁 이전 도시의 의료보험은 공무원과 국영기업 근로자와 퇴직자, 그리고 피부양자로 그들의 부양가족들을 대상으로 하는 두 개의 체계가 존재하였었다(Yip, 2001; Zhu, 2002: 45; 신현방, 2005: 129-130 재인용). 정부 재정의 악화로 인해 1984년 위생부와 재정부는 공무원 대상으로 하는 「공비의료에 대한 관리를 한층 더 강화하는데 관한 통지(关于进一步加强公费医疗管理的通知)」를 발표하였는데, 이 개혁으로 공무원 본인만 의료보험 가입이 가능하였고, 가족들은 피부양자로서의 자격에서 배제되었다(백계화, 2017: 65). 또한 비국영기업이 늘어나고 이 기업에 종사하는 노동인구가 증가했으나 도시 내 비국영기업 근로자에게는 보험이 적용되지 않았다(Yip, 2001; Zhu, 2002: 45; 신현방, 2005: 129-130 재인용). 따라서 1993년 도시인구의 약 49% 정도인 공무원과 국영기업 노동자만이 보험체계의 보장을 받았다(Yip, 2001; Zhu, 2002: 45; 신현방, 2005: 129-130 재인용).

갈등 상황으로 사회가 불안정했음에도 불구하고, 중국정부는 1998년에야 도시근로자 기본의료보험 제도를 수립하였다. 국유기업 단위에서 제공하던 도시근로자를 위한 의료보험은 1994년 국가체제개혁위원회, 재정부, 노동부, 위생부가 「근로자 의료제도 개혁 시범사업에 관한 의견(关于职工医疗制度改革的试点意见)」(정공성, 2013: 27; 백계화, 2017: 67)에 근거하여 각 지방에서 다양한 시범사업을 진행하였다. 1998년 국무원은 이러한 시범사업 중 양강 모델²⁾을 전국 범위로 확대

하며, 「도시근로자 기본의료보험 제도(关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定)」를 도입하였고, 이에 따라 도시 근로자에 적용이 되는 기본의료보험 제도가 시행되었으나(백계화, 2017: 67-68; Wong, 2004: 163; 신현방, 2005: 129-130 재인용) 2000년대 초반까지 비정규직 근로자와 혼합 소유제 기업과 사유제 기업에 근무하는 근로자를 위한 의료보험은 존재하지 않았다(김병철, 2010: 88-89). 이 결정은 보험 적용 대상, 보험 기금 재원 조성 방식, 기금 조성 행정구역 등을 제시하고 있으며 제시된 기준은 전국 표준이나, 각 지역의 실정에 맞춰 그 표준을 변용하여 적절히 시행하고 있다(송희숙, 2017: 55-56). 이 개혁은 재원 조성에 있어서 기업이 전액 부담하던 보험료를 기업과 더불어 근로자도 공동 부담하는 방식으로의 전환과 보험기금도 통합기금과 개인계좌로 양분하여 의료비 결제에 사용하게 하여 개인들의 보험기금 납입을 억제하는 메커니즘으로 운용하는 것이 주요 내용이었다(이성기·원석조, 2013: 20; 백계화, 2017: 67). 현재 도시근로자의 보험은 인력자원사회보장부에서 관리하고 있다.

2) 농촌합작의료

1980년대 개혁개방 이후 농촌의 상황은 도시에서와 마찬가지로 제도적 장치가 도입되었으나 실재적으로 의료기관의 민영화와 시장경제체제가 도입된 의료분야의 운영으로 인해 주민들은 부족한 의료기관과 의료비용의 증가를 겪게 되고 제도와는 다른 현실에 직면하였다(刘洪清, 2009: 51; 백계화, 2017: 64). 1978년 헌법에서 합작의료를 규정함에 따라(全国人民代表大会, 1978), 1979년 위생부, 농업부, 재정부,

2) 전국에서 시행하였던 다양한 시범사업 중 장쑤성 진장(镇江)시와 장시성 지우장(九江)시, 두 장(江)에서 진행하였던 사업을 선택하여 전국 범위의 근로자 의료보험제도의 기본 모델로 확대하였다(백계화, 2017: 67).

국가계약총국 등은 「농촌합작의료장정(시행초안)(农村合作医疗章程实行草案)」을 발표하였고, 이 장정에 따라 중국 전역에서 각 지역은 상황에 맞게 합작의료를 집행해야 했으나, 인민공사가 해체되고 맨발의 의사가 사라짐에 따라 집체경제가 존재하던 동부 연안의 몇몇 지역을 제외하고 대부분의 농촌합작의료 제도는 운영되지 못하였다(夏波光, 2009: 49; 백계화, 2017: 63-64). 이에 더하여 의료기관의 민영화 개혁으로 인해 공공진료소가 개인진료소로 바뀌면서 농촌 주민의 의료비 부담이 증가하였다(백계화, 2017: 64).

농촌의 의료비 부담을 완화하기 위하여 여러 시범사업의 실시와 시행착오를 거친 후, 1997년 국무원은 「위생개혁과 발전에 관한 결정(关于卫生改革与发展的决定中发)」을 발표하였는데, 다음 세 가지 내용과 특징을 포함한다(백계화, 2017: 69-71). 첫째, 농촌의 합작의료제도를 시행하는데 주민 개인이 주로 비용을 부담하고, 집체에서 보완적으로 지원하고, 정부가 적절히 지원한다(백계화, 2017: 69-73). 둘째, 지방정부가 총괄적으로 지역보건의료체계를 위해 보건의료 정책의 기획과 실행, 재정과 관리의 책임을 진다(백계화, 2017: 70-71). 지방정부는 지역의 위생 계획의 실시와 기본 보건의료의 적절한 공급을 위하여 의료기관과 병상 수, 인적자원, 시설과 예산 등에 책임이 있다(백계화, 2017: 70-71). 마지막으로, 2000년까지 다양한 방식의 합작의료제도를 시행하면서, 범위를 확대한다(백계화, 2017: 69-73).

그러나 이 시기 지방 정부 재정은 분세제 개혁으로 인하여 경제 개혁 초기보다 오히려 악화되었고, 농촌에서 개인의 부담은 재원조성에 있어서 어려움을 가져왔으므로(김병철, 2010: 89) 이러한 합작의료제도가 실패할 것은 예견되었다. 다양한 방식의 시도는 다양한 실패를 가져왔고, 결국 단일 모델로도 귀결되지 못하였다(백계화, 2017: 72). 1998년 발표된 제2차 전국 위생 서비스 조사에 따르면, 합작의료 가

입자가 6.5%로 1989년 4.8%에 비해 약간 올랐으나 여전히 낮은 수치에 불과하였고, 합작의료 운영 지역도 재정적으로 여유가 있는 상하이, 장쑤, 광둥, 저장, 산둥 등 일부 연해지역에서만 유지되었고, 내륙지역은 합작의료 운영에 소극적이었다(백계화, 2017: 69-73).

2. 제2차 개혁: 2003-2012

후진타오 시기는 경제개혁으로 대두한 국내의 정치와 사회적인 문제-도·농간의 소득 격차, 국유기업의 파산으로 인한 대량실업사태, 부패 등-를 해결하기 위해 조화사회와 소강사회라는 기치 아래 보편적 복지체제를 구축하기 시작하였다. 의료보험과 관련하여서는 농촌의 의료보험의 부재와 도시 농민공이 보험의 사각지대에 놓여있기에 이러한 문제를 해결하는 것이 당면 과제였다. 2006년 중국공산당 중앙위원회는 의료개혁에 관한 집체학습을 열었는데, 당시 후진타오 총서기는 16기 6중전회에서 통과된 중국 전체 주민들에 대한 기본의료보험 제도를 제공하는 목표를 재차 강조하였다(李寬, 2006; 최은경, 2015: 31). 이에 따라 의료보험 제도는 개혁을 통하여 비록 보장 수준은 높지 않지만, 점진적으로 확대 대상을 넓혀 현재 거의 모든 사람들에게 보편적으로 적용되는 사회보험법을 도입하였다. 다음은 2010년 제정한 사회보험법에서 포함하고 있는 도시근로자, 도시거주민, 농촌주민을 대상으로 한 3개의 보험 개혁을 각각 설명한다.

1) 도시근로자 기본의료보험 제도와 농민공

이 시기에 도시근로자 기본의료보험 제도의 인적 적용 대상을 확대하여, 비정규직 근로자, 비국영기업체 근로자와 농민공이 근로자기본의료보험 제도에 가입할 수 있게 되었다. 1998년 도입한 「도시근로

자 기본의료보험 제도(关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定)」의 기본적인 틀은 유지되고 있으나, 2003년 도시근로자 의료보험 적용 범위와 대상을 비정규직 근로자로, 2004년에는 혼합 소유제 기업과 비국영기업체 기업에 근무하는 근로자로 의료보험의 적용대상을 확대하였다(김병철, 2010: 88-89).

2000년대 초 농민공들의 경제 기여도가 인정되고 2006년도부터 농민공 부족 현상이 문제로 대두되었으나(KIEP북경사무소, 2010: 1-2), 유동적 특수성과 종종 노동계약을 체결하지 못하는 상황으로 인해 농민공들은 의료보험을 포함한 복지제도의 사각지대에 놓여있었다. 이러한 문제점에 대응하여 2006년 국무원은 「농민공 문제 해결에 관한 몇 가지 의견(关于解决农民工问题的若干意见)」을 제시하였는데, 그 내용은 농민공에 대한 공상보험, 의료와 연금보험에 대한 적용 범위와 정책의 방향을 포함하였다(김병철, 2017: 112). 같은 시기 노동사회보장부에서는 「농민공의 의료보험 가입을 전개하는데 전면적인 행동에 관한 통지(关于开展农民工参加医疗保险专项扩面行动的通知)」를 발표하여 농민공이 의료 보험에 가입할 수 있도록 제도를 마련하였다(김병철, 2010: 89). 2009년 국무원이 발표한 「의약위생체제개혁을 심화하는데 관한 의견(关于深化医药卫生体制改革的意见)」은 농민공, 퇴직자, 대학생을 포함한 유동인구의 의료보험에 관하여 명시하고 있다(백계화, 2017: 163-165). 이들이 보험 가입을 원해도 가입할 수 없었던 가장 큰 장애요인이 지역 간 다른 의료 보험 적용이었는데, 농민공들의 경우 근로자인 도시와 호구가 있는 농촌의 의료보험 간, 퇴직자의 경우 근로자와 거주지 간에 보험이 이전이 되도록 개선돼야 한다고 밝혔다(백계화, 2017: 164). 또한 농민공은 노동계약 여부에 따라 근로자의료보험과 거주자 의료보험 중 선택하여 가입할 수 있도록 하였다(백계화, 2017: 165).

마침내 2010년 도입한 사회보험법의 제3장 기본의료보험에 관한 내용에서 제일 처음에 규정된 제23조는 도시근로자기본의료보험 내용을 기술하고 있는데 그 중 인적 대상으로 자영업자, 비전일제근로자와 유연근로종사자가 도시근로자 기본의료보험에 가입할 수 있도록 명시적으로 규정하였다(全国人民代表大会常务委员会a, 2010). 또한 이 법 32조에 의거하여 의료보험 가입지역에 대한 제한을 없애고, 근무기간의 보험을 이전할 수 있도록 하여 농민공이 법에 의거하여 보험 제도의 혜택을 받을 수 있게 되었다(全国人民代表大会常务委员会a, 2010). 따라서 자영업자, 농민공, 파산한 국유기업의 퇴직자 등은 제도적으로 도시근로자기본의료보험의 대상자가 되었다(全国人民代表大会常务委员会a, 2010; 백계화, 2017: 120-121).

그러나 도시근로자기본의료보험은 여전히 문제가 남아있다. 공무원과 도시 근로자는 의무적 가입이 원칙이나 비정규직 근로자의 경우 임의가입이 가능하다(全国人民代表大会常务委员会a, 2010). 근로자기본 의료보험의 의무가입대상자인 전일제근로종사자와 비교하여 비정규직 근로자의 경우 보험 부담금이 부담이 될 수가 있기에 임의가입대상자로 선택의 여지를 남겼다(송희숙, 2017: 60-61). 그러나 현실적으로는 농민공이나 파산한 국유기업 퇴직자 등은 근로계약 미체결로 인한 불안정한 고용관계에 놓여있거나 고용주가 납입해야하는 보험료의 납입을 거부하여 도시근로자기본의료보험에 가입하지 못하는 경우가 많았다(백계화, 2017: 120-121). 비록 “「2010 주민의료보험사업통지(2010年城镇居民基本医疗保险工作的通知, 2010)」는 ‘유연근로종사자가 기본적으로 근로자기본의료보험의 가입을 원칙으로 하되, 해당 의료보험 관할 지방은 일정한 요건을 충족한 유연근로종사자에게 본인의 선택에 의해 주민기본의료보험에 가입할 수 있는 적절한 조치를 취하여야 한다’라고 명시”(송희숙, 2017: 60)함으로써 유연근로종사자

의 보험 선택의 폭을 확대하였으나, 농민공 등이 도시주민의료보험에 가입할 수 있을지는 명확하지 않다. 게다가 중앙정부는 도시주민의료보험 가입에 대하여 구체적인 규정을 하지 않고 지방정부의 자율적 결정에 맡겨 여전히 문제가 존재한다(백계화, 2017: 120-121).

2) 신형농촌합작의료제도

1990년대 말 도시 근로자 의료보험의 체계가 갖추어졌다면, 2000년대 초반에는 농촌주민의 의료에 관한 사회보험의 체계가 갖추어졌다.

2003년 국무원은 위생부, 재정부와 농업부에 「신형농촌합작의료제도를 수립하는데 관한 의견(关于建立新型农村合作医疗制度的意见)」을 전달하여(김병철, 2010: 89), 농촌에서 의료보험 시범사업을 진행할 수 있게 되었다(백계화, 2017: 117-118). 이 의견에서 명시한 바와 같이 신형농촌합작의료를 “농민상호의료공제(보험)제도”로 정의할 수 있는데, 정부의 재정지원이 핵심 내용으로 농촌 주민은 자발적으로 재원 마련에 참여하며, 집체와 정부가 주민과 함께 재원을 조성하여 농촌 주민들의 중증질환의 위험을 분담하는 제도이다(김병철, 2010: 89; 백계화, 2017: 74). 제1차 개혁 시기의 농촌합작의료제도는 농촌 주민의 소득수준이 낮았음에도 불구하고 개인이 주로 보험금을 부담하였기에(백계화, 2017: 69-70) 유명무실했다. 그러한 문제점을 개선하여, 신농합은 개인도 재정을 부담하지만 정부가 상당 부분을 보조하고, 특히 중앙정부가 보조금을 지원하는 것이 주요 변경 내용이다(김병철, 2010: 89-90; 백계화, 2017: 74). 지방정부는 의무적으로, 중앙정부는 지역 경제 상황에 부합하여 보조금을 지원하는 방식으로 공동 부담하였으며(백계화, 2017: 74), 지방정부가 관리의 책임을 지고 있다(Liu, 2002: 134; 이성기·원석조, 2013: 20 재인용). 2003년 신농합 기금 중 정부 보조금이 66%를, 2006년부터 2015년까지는 80%를 차지하고 있다(최은

경, 2015: 26). 신농합은 농촌 호구를 지닌 사람만의 가입이 허용되며, 정부는 개인부담을 고려하여 신농합가입을 의무가 아닌 임의가입으로 하였다(최은경, 2015: 29). 다만 가입을 원할 경우 가족구성원 모두가 가입해야 한다(최은경, 2015: 29).

2003년 발표한 신농합에 대한 정부의 지원은 계속하여 증가되어 2008년 시범사업은 전국으로 확대되었다. 2005년 중국공산당 제16기 5중전회에서 제시한 11차 5개년 계획은 도·농간의 격차를 줄이는 것을 강조하였고 이를 위해 “사회주의 신농촌 건설”을 제시하고, 농촌 지역에 대한 재정 지원을 확대할 것을 보장하였다(백계화, 2017: 117). 이를 근거로 국무원은 같은 해 12월 「사회주의 신농촌 건설을 추진하는데 관한 약간 의견(关于推进社会主义新农村建设的若干意见)」 발표하였는데, 그 내용으로 신농합 시범사업에 대한 정부의 재정 지원의 강화와, 2008년까지 시범사업을 전국의 농촌으로 확대한다고 명시하여 신농합은 공고화된다고(백계화, 2017: 117-118).

3) 도시주민기본의료보험 제도

2005년 “사회주의 신농촌 건설” 발표 이후 1년이 지난 2006년 10월 중국공산당 제16기 6중전회는 “도시와 농촌 주민들을 포괄하는 기본 위생보건제도를 만든다”라는 계획을 발표하였다. 이 내용은 2007년 5월 위생부에서 발표한 「위생사업발전 ‘11.5’계획(卫生事业发展“十一五”规划纲要)」에서 다시 확인되었다(백계화, 2017: 120). 그 일환으로 국무원은 2007년 「도시주민기본의료보험 제도시범사업 시행에 관한 지도의견(关于开展城镇居民基本医疗保险试点的指导意见)」을 발표하고(정공성, 2013: 36; 백계화, 2017: 120), 2010년 사회보험법 제정을 계기로 전국의 도시 주민을 대상으로 의료보험 제도가 시행되었다(김병철, 2010: 91). 사회보험법의 하위법령은 2010년에 제정한 「도시주민기본

의료보험사업 시행에 관한 통지(关于做好2010年城镇居民基本医疗保险工作的通知)」로 도시 주민 보험 적용 대상자, 보험 기금 재원 조성(개인 부담금과 정부 보조금), 급여 범위와 수준 등을 내용으로 하고 있다(송희숙, 2017: 56).

도시주민기본의료보험 제도는 1998년 도시근로자의료보험 적용대상에서 제외된 도시의 미취업자와 미성년자를 대상으로 시행된 제도로(김병철, 2010: 90) 신농합과 다음과 같은 유사성이 있다. 첫째, 신농합과 도시주민기본의료보험 제도 모두 개인이 보험료의 납부 책임을 지고, 정부가 가입자에게 지원금을 지원해준다(김병철, 2010: 91). 단 도시의 경우 재정상태가 여유가 있는 기업은 근로자 가족의 부담금에 대해 보조할 수 있으며, 정부는 개인이 납부한 금액과 기업의 보조금에 대해 조세 혜택을 주고 있다(김병철, 2010: 91). 둘째, 지방정부가 지원을 하나 재정이 약한 지역은 중앙이 보조금을 지원한다(백계화, 2017: 121). 셋째, 가입자의 경제 상황을 고려하여 임의 가입을 할 수 있게 한다(백계화, 2017: 120; 송희숙, 2017: 61). 그러나 사회보험법(2010)은 농촌과 달리 도시의 장애인 가구와 저소득층 가구에 대하여서는 중앙과 지방정부가 지원해준다고 명시하였다(全国人民代表大会常务委员会a, 2010; 백계화, 2017: 121). 또한 신농합은 위생부(현 위생건강위원회)에서 담당하지만, 도시주민기본의료보험 제도는 인력자원사회보장부에서 담당한다(이동진, 2014: 169).

3. 제3차 개혁: 2013-현재

후진타오 시기에 거의 전 국민을 대상으로 보편적으로 적용하는 기본의료보험 제도를 도입한 이후 시진핑 시기의 사회의료보험체계는 큰 변화가 없다. 그러나 시진핑 시기의 의료체계의 성격이 변화하

고 있는데 의료보험의 민영화 확대와 비효율적인 공립병원의 구조조정에 초점이 맞추어져 있다(Yip · Hsiao, 2015: 58). 상기한 2009년 3월 국무원이 발표한 「의약위생체제 개혁을 심화하는데 관한 의견(深化医药卫生体制改革的意见)」은 기본적인 의료와 보건 서비스를 공공재로 보며, 이를 모든 사회 구성원에게 보장하는 방향으로 개혁하는 것이 핵심이었다(『人民日报』 2009년 4월 6일; 백계화, 2017: 163). 의료보험 민영화 확대로의 변화는 정부가 민간보험회사에 의료보험에 대한 운영, 관리와 서비스를 위탁하고 정부는 이를 구매하고, 감독하는 기능을 하는 것을 주요 내용으로 한다(백계화, 2017: 168). 따라서 이 장에서는 중국의 3대 사회의료보험인 도시근로자의료보험, 도시주민기본 의료보험과 신농합에 관한 구체적인 설명을 하는 대신, 전반적인 시진핑 시기의 개혁의 방향을 설명하겠다.

2014년 5월 시진핑 주석은 제18기 중앙정치국 제15차 집체학습에서 “보이는 손’과 ‘보이지 않는 손’을 모두 잘 이용’해야 한다라며, 모든 경제 활동에서 “정부와 시장 간의 관계를 규정”하였다(시진핑, 2015: 148-151). 당의 제18기 3중전회에서 결정된 시장의 “기초적 작용(基础性)”이 “결정적작용(決定性)”으로 수정되었음을 재차 강조함으로써, 시장 경제 메커니즘의 확대를 강조하는 한편, 정부는 거시적으로 조정의 역할을 하며, 관리와 공공서비스, 법치행정을 실시하는 것에 국한한다고 언급함으로써 정부 역할의 축소를 암시하였다(시진핑, 2015: 148-151). 그럼에도 불구하고 시진핑 주석은 시장 경제의 활성화는 명확하게 언급한 반면, 정부의 고전적 역할인 공공서비스 강화를 강조하고 있다는 점에서 사회의료보험의 개혁에 관한 입장은 명확하게 드러나지 않았다.

2014년 8월 리커창 총리가 주재한 국무원 상무회의에서 리총리는 의료개혁에서도 “정부와 시장 양손을 사용”한다고 언급함으로써 의료

분야에서의 친시장적 개혁의 방향성을 명확히 하였다(『新华网』 2014년 8월 27일). 이날 회의에서 리커창 총리는 의료보험 개혁의 방향에서 사회의료보험이 기본적으로 존재하지만, 민간의료보험의 강화와 확대로 다양한 계층의 보건 수요를 충족시키며, 더 나아가 이를 통하여 고용과 경제발전의 촉진을 시도하고 있음을 밝히고 있다(『新华网』 2014년 8월 27일). 구체적 계획은 다음과 같다(『新华网』 2014년 8월 27일). “첫째, 민간의료보험 기관이 도시주민의료보험과 신농합 조합의 일부분 기금으로 도시와 농촌 주민들의 장기적 치료를 요하는 병이나 중환자 보험을 수행하도록 위임하여, 이들 환자들의 의료 급여 비율을 높일 수 있다. 이미 시범사업으로 결과를 얻었으며 전국에 확대하도록 계획한다. 둘째, 민간의료보험이 다양한 유형의 의료보험서비스에서 경쟁하는 메커니즘을 도입하고 이를 통하여 정부의 서비스 조달을 늘린다. 또한 민간의료보험과 의료기관이 연계하게 만들어, 불합리한 의료비용을 줄인다. 셋째, 장기요양보험을 포함한 민간의료보험 상품을 다양하게 한다. 넷째, 기업이 근로자의 의료보험료를 지불할 때 기업 소득세 혜택을 주도록 정책 지원을 한다. 마지막으로 정부의 역할은 감독 강화와 법규 위반 조사로 규정한다”(『新华网』 2014년 8월 27일).

이러한 정부의 의지는 2019년 현재 추진하는 「기본의료위생과건강촉진법(基本医疗卫生与健康促进法(草案))」의 입법 과정에서도 명확히 드러나고 있다. 전국인민대표대회 상임위원회는 이 법의 입법화를 위해 2018년과 2019년 2년 동안 각각 한 달에 걸쳐 제1초안과 제2차 초안에 대해 일반인을 대상으로 법안 개정 공청회를 요청하였다(全国人民代表大会常务委员会b; 全国人民代表大会常务委员会c). 2018년에는 31,665명이 참여하여 57,075건의 의견을 개진하였고, 2019년에는 3,244명이 참여하여, 6,023건의 의견을 개진하였다(人大网 검색일: 2019.03.03.).

비록 참여자들의 의견은 공개되지 않았지만, 공개된 법안의 초안에서 현재 시진핑 정부가 추진하고 있는 기본적인 의료 서비스에 관한 윤곽은 드러나고 있다. 가장 중요한 변화로 오랫동안 문제가 되었던 기본공공위생은 국가가 무료로 제공한다는 조항(제2초안 제5장 68조)을 삽입하였다. 한편 기본의료보험기금은 국가, 사회, 개인이 부담한다는 2010년 사회보험법의 내용을 재확인하였고(제2초안 제5장 69조), 기본의료보험에 더하여, 민영 의료보험과 근로자 간 의료 공조의 발전을 장려하고, 경제적 취약계층에 대하여 의료 구조 제도와 질병 응급 구조, 의료 자선 서비스를 제공한다고 명시함으로써(제2초안 제5장 70조) 다양한 계층의 수요와 상황에 맞는 의료보장체계의 구축과 의료보험의 민영화 추진을 제도화하고 있다. 또한 2018년 12월 전국 인민대표대회(NPC) 상임위원장인 리잔슈는 관련 초안을 처리하기 위해 인민대표 10인과 윈난성에서 회의를 하였는데, 이들은 “의료 자원의 균형적이고 합리적이고 과학적인 배분과 분배를 보장”하는 내용을 논의하였다(Li, 2018년 12월 2일). 이는 의료 관련 자원을 경제적 합리성에 근거하여 배분을 하겠다는 입장을 표명한 것이다.

즉, 시진핑 시기의 보험 제도는 민영의료보험이 장기 요양 보호같이 사회보험에 부담이 되는 질병에 대해 보완하고, 민영보험회사가 민영병원을 운영할 수 있도록 하여 공립 병원과 경쟁할 수 있도록 유도하는 시장화의 개혁이다(Yip · Hsiao, 2015: 58-59). 보험회사가 정부를 대신하여 의료 서비스의 구매자 역할을 하고, 민영병원을 설립하여 경쟁하면 의료체계에 있어서 투명성이 강화되고, 불합리하게 운영되고 있는 공영 병원은 퇴출될 것이다. 그러나 민영의료보험을 확대하며 시장에서 형성된 여러 사회계층의 수요에 부응하는 방향으로 개혁하여, 보험 사업이 시장 메커니즘으로 운영이 되면, 현존하는 계층화의 문제는 더욱 악화될 수밖에 없다.

IV. 결론: 중국 의료보험 제도 개혁의 특징

본 논문은 중국의 개혁개방 이후 진행된 의료보험 제도 개혁의 내용을 3단계로 나누어 살펴보았다. 현재 시행되는 보험 제도는 <표 1>과 같이 정리된다.

<표 1> 중국의 기본의료보험 제도

	도시지역		농촌지역
명칭	도시근로자기본의료보험	도시주민기본의료보험	신형농촌합작의료보험
행정단위	시 (市)	시 (市)	현 (縣)
관리기관	인력자원사회보장부	인력자원사회보장부	위생건강위원회
시행연도	1998년 (농민공-2006년)	2010년	2003년
가입	개인별 강제가입	세대별 임의가입	세대별 임의가입
대상	공무원, 기업근로자 (농민공포함), 퇴직자, 자영업자 등	학생, 아동, 청소년, 도시 미취업자	농촌 주민

중국 의료보험 제도의 개혁은 다음과 같은 특징을 보여 왔다.

첫째, 중국은 현재 제도적으로는 세 개의 의료보험 체제가 실질적으로는 <표 2>와 같이 네 개의 의료보험 체제가 운영되고 있다.

<표 2> 중국의 기본의료보험 실재 운영

	도시	농촌
전일제 근로자	도시근로자의료보험	농촌주민의료보험
비전일제 근로자와 자영업자	근로자보험 또는 주민보험	
거주민	도시주민의료보험	

한국보건사회연구원 보고서는 개혁 개방 이전 존재하였던 도·농간 경제적, 그리고 사회보장제도의 이원구조가 개혁개방 이후에 사회

보장제도에도 영향을 미쳐 도·농 간 분리된 체계를 형성하였고 농촌의 복지는 도시의 복지에 비해 상대적으로 낮은 수준을 유지하게 하였다고 주장한다(한국보건사회연구원, 2016: 3). 그러나 최근에 시행된 개혁으로 도·농 간 경제적 격차보다는 호구제도와 전일제 근로여부가 의료보험 제도에 좀 더 많은 영향을 끼치고 있다. 이는 도시주민기본의료보험과 신농합이 제도적으로 거의 유사함에 기인한다. 2016년에는 2011년부터 일부 지방에서 시범적으로 실시했던 신농합과 도시주민기본의료보험을 통합하는 시도를 전국으로 확산한다고 발표하였으나(백계화, 2017: 162), 두 보험에서 정부의 보조금과 개인의 부담금 수준, 급여의 범위와 수준, 취약계층 등을 제외한 적용범위 등은 도입 초기부터 유사하였기에, 제도적 측면이나 실제적 적용에서 합병의 의미는 미미할 것으로 보인다(人力资源和社会保障部^a참조). 반면 농민공에 대한 각 지역 간 의료보험 통합은 아직 미흡하며 지역 간 네트워크를 구축하는 개선이 필요하다. 개혁 개방 이전부터 존재하던 도·농 간 이원 구조, 재정의 불안정성, 노동의 시장화와 유연화 등이 도시근로자, 농촌주민, 도시 무직자, 농민공을 이분하였다.

둘째, 경제개혁과 구조조정은 사회보장제도의 확대와 역행하여 시행되었다. 한국의 경우 1998년 경제 위기와 구조조정은 건전한 경제 구조, 정부채무 구조, 그리고 사회에 대한 책임의식 등으로 사회보장제도의 확대와 병행되어 진행되었다(노정호, 2014: 214). 반면 중국은 사회주의 국가에서 ‘중국특색의 자본주의’로 전환함에 따라 구조조정과 고용 불안정 문제가 대두되었으나, 의료보험을 비롯한 사회보장을 축소하였고, 정부의 재정적 여력이 생긴 이후에야 새로운 제도들을 도입하였다. 이는 민주주의와 권위주의 정치체제의 차이에서 기인함으로 보인다.

셋째, 중국의 의료보험 제도의 개혁은 정치지도부들의 변화와 함께

개혁의 성격도 변화하였음을 보여준다. 비록 의료보험 개혁은 오랜 시간에 걸쳐 각 지방에서 행하여진 시범사업 중 성공한 모델을 확대한다는 측면과 국가 구성원들에게 최소한도의 보편적 복지를 확대하는 방향으로 전개되고 있으나, 지도부의 변화에 따라 그 확대의 폭이 변화하였다. 장쩌민 시기는 친 시장화, 후진타오 시기는 공공성이, 시진핑 시기 다시 시장화의 강조의 성격을 띤다(Yip · Hsiao, 2015). 장쩌민 시기는 개혁개방 이전에 시행하였던 공무원과 국영기업체 근로자에 대한 의료보험을 제외하고 나머지 대부분의 의료보험이 재정적인 이유로 시행되지 않았다. 후진타오 시기는 조화사회의 기치에 맞게 2010년 “사회보험법”을 제정함으로써 도·농의 거주민을 포함하여 거의 전 중국인을 대상으로 하는 기본적 의료보험이 확대되며 보편적 보험 제도가 도입되었다. 현재 시진핑 시기는 보편적으로 적용되고 있는 기본사회의료보험 제도의 보장성 강화는 진행되고 있으나, 보험 부담금 역시 인상되었다(백계화, 2017: 162).

위와 같은 특징을 살펴봄으로써 현재 중국의 의료보험은 사회 계층화의 문제가 남아있음을 파악해볼 수 있다. 그러나 현재 시진핑 정부의 친시장화 정책에 근거하여 유추해보면 현행 의료보험 제도의 이 문제는 단기간에 개선될 것으로 보이지 않으며 오히려 계층화계층 간 의료비 부담 문제는 심각해지고 있다.

참고문헌

- 김병철, 2010, 「개혁개방 전후의 중국 의료보장제도의 변화」, 『국제노동브리프』, 8(6), pp.80-92.
- 김병철, 2017, 「중국 사회보험의 사각지대에 관한 연구」, 『사회복지정책과 실천』, 3, pp.95-132.
- 노인철 외, 1990, 『의료보험재정안정화방안』, 서울: 한국보건사회연구원.
- 노정호, 2014, 「동아시아 복지국가의 발전과 저발전」, 『한국정치학회보』, 48(5), pp.207-228.
- 백계화, 2017, 『중국 사회의료보험 제도의 재구축에 관한 연구: 지방정부의 정책 변화를 중심으로』, 서울대학교 박사학위논문.
- 송희숙, 2017, 「중국 의료보험법제에 관한 소고」, 『사회보장법학』, 6(1), pp. 43-89.
- 시진핑, 차혜정 옮김, 2015, 『국정운영을 말하다』, 서울: 와이즈베리.
- 신현방, 2005, 「개혁정책 이후 중국 사회 보장 제도의 변화」, 『보건복지포럼』, pp.116-135.
- 이동진, 2014, 「'이등 시민'으로서의 중국 농민」, 『아시아문화연구』, 33, pp. 153-187.
- 이성기 외, 2013, 「개혁개방 이후 중국 의료보험 개혁의 과정과 과제」, 『사회과학연구』, 29(3), pp.19-41.
- 정공성, 김병철 옮김, 2010, 『중국의 사회보장 개혁과 발전전략:이념과 목표 그리고 행동 방향』, 서울: 한국보건사회연구원.
- 정공성, 박병현 · 김병철 · 고춘란 옮김, 2013, 『중국 사회보장 30년』, 고양: 공동체.
- 최은경, 2015, 「중국 신행농촌합작의료에 대한 중앙-지방정부의 재정보조에 관한 연구」, 『중소연구』, 39(3), pp.19-44.
- 한국보건사회연구원, 2016, 「중국 사회보장제도의 변천 및 최근 이슈」, 『글로벌 사회정책 브리프』, vol. 42, pp.1-4.
- KIEP 북경사무소, 2010, 「2010 중국의 농민공 실태 조사와 농민공 부족의 주요

- 원인」, Vol. 13 No. 14, 『대외경제정책연구원』, pp.1-12.
- 刘洪清, 2009, 「全民医保:渐行渐近的愿景」, 『中国社会保障』, 第10期, pp.50-53.
- 夏波光, 2009, 「傾倒世界的合作醫療」, 『中國社會保障』, 第10期, pp.46-49.
- Liu, Y., 2002, "Reforming China's Urban Health Insurance System," *Health Policy* 60, pp. 133-150.
- Wong, L., 2004, "Market Reforms, Globalization and Social Justice in China," *Journal of Contemporary China* 13(38), pp.151-171.
- Yip, W., 2001, *Case study: Reimbursement of doctors and hospitals in China*, (unpublished), Washington, DC: World Bank Flagship Program on Health Sector Reform and Sustainable Financing.
- Yip, W., and Hsiao, W. C., 2015, "What Drove the Cycles of Chinese Health System Reforms?," *Health Systems & Reform* 1(1), pp.52-61.
- Zhu, Y., 2002, "Recent Developments in China's Social Security Reforms," *International social Security Review* 55(4), pp.39-54.
- 国务院, 2003, 「国务院办公厅转发卫生部等部门关于建立新型农村合作医疗制度意见的通知」, 国办发[2003]3号.
- http://www.gov.cn/zwggk/2005-08/12/content_21850.htm(검색일: 2018.10.22.).
- 新华网, 「李克强主持召开国务院常务会议」 2014.8.27., http://www.xinhuanet.com/politics/2014-08/27/c_1112255755.htm(검색일: 2019.2.10.).
- 李芄, 「高强江苏调研定调“中国式医改」, 『21世纪经济报道』, 2006.11.1., <http://finance.people.com.cn/GB/1037/4984416.html>(검색일: 2018.10.22.).
- 人大网, 「全国人民代表大会 法律草案征求意见 已结束征求意见的法律草案」, http://www.npc.gov.cn/npc/flcazqyj/node_8195.htm(검색일: 2019.03.03.).
- 人力资源和社会保障部a, 「城乡居民享有哪些基本医疗保障制度?」, http://www.mohrss.gov.cn/SYrlzyhshbzb/shehuibaozhang/tjpi/201605/t20160510_239714.html(검색일: 2018.10.14.).
- 人力资源和社会保障部b, 2017, 「2017年度人力资源和社会保障事业发展统计公报」, <http://www.mohrss.gov.cn/SYrlzyhshbzb/zwggk/szrs/tjgh/201805/W02018>

- 0521567611022649.pdf(검색일: 2019.4.28.).
- 人力资源和社会保障部·财政部, 2010, 「关于做好2010年城镇居民基本医疗保险工作的通知」, 人社部发[2010]39号.
- http://www.mohrss.gov.cn/SYrlzyhshbzb/shehuibaozhang/zcwj/yiliao/201006/t20100601_86864.html(검색일: 2018.10.22.).
- 人民日报, 「人民日报社论: 逐步实现人人享有基本医疗卫生服务」, 2009.4.6., <http://politics.people.com.cn/GB/1026/9087000.html>(검색일: 2019.3.11.).
- 全国人民代表大会, 1978, 「中华人民共和国宪法」, http://www.npc.gov.cn/wxzl/wxzl/2000-12/06/content_4365.htm(검색일: 2019.03.03.).
- 全国人民代表大会常务委员会a, 2010, 「中华人民共和国社会保险法」, http://www.gov.cn/flfg/2010-10/28/content_1732964.htm(검색일: 2018.10.22.).
- 全国人民代表大会常务委员会b, 「中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法(草案)」, <https://npcobserver.com/tag/basic-healthcare-and-health-promotion-law/>(검색일: 2019.03.03.).
- 全国人民代表大会常务委员会c, 「中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法(草案)(二次审议稿)」, <https://npcobserver.com/tag/basic-healthcare-and-health-promotion-law/>(검색일: 2019.03.03.).
- 统计局, 2017, 「2016年农民工调查监测报告」, http://www.stats.gov.cn/tjsj/zxfb/201704/t20170428_1489334.html(검색일: 2018.10.19.).
- Burns, L. R. "The Iron Triangle and China's Health Care Dilemma" <http://knowledge.wharton.upenn.edu/article/chinas-health-care-dilemma/>(검색일: 2019.3.2.).
- Li Xia, 「Top legislator stresses accelerating legislation on people's health care」, 『Xinhua』, 2018.12.2., http://www.xinhuanet.com/english/2018-12/02/c_137646024.htm(검색일: 2019.3.8.).
- Xinhua, 「Over 100,000 people advise on China's draft civil code」, 2018. 12. 22., http://www.xinhuanet.com/english/2018-12/22/c_137692086.htm(검색일: 2019.03.03.).

Health Care System Reform in China

Lee You Jeong(Postdoctoral Research Fellow,
Asiatic Research Institute, Korea University)

Abstract

This paper studies the public health care system in China during three periods-1978-2002, 2003-2012, and 2013-present. The reform of the health care system in China has shown three outcomes. First, China legally operates three health care schemes for urban workers, urban residents, and rural residents in the system. However, in reality, four health care systems are in operation in China. There is a grey area for urban migrant workers when they are moving from-region-to-region for their jobs. Many of the workers are outside of the insurance scheme because the integration of health care among regions is still progressing. The economic separation between urban and rural areas, the lack of government financial resources, and the labor marketization during the reform have dichotomized urban workers, rural residents, urban unemployed, and migrant workers, and thus different medical insurance systems are in operation for each group. Second, economic reform and restructuring has reduced the social security system, including health care system. It takes time for the government to introduce new institutions when financial resources become available. Third, the nature of the Chinese health care system has changed as political leadership changed: Jiang Zemin emphasized pro-marketization over the health care system, Hu Jintao emphasized equalization, and Xi Jinping emphasizes re-marketization.

Key Words

China, Health Care in China, Health Care Reform in China, Social Welfare in China