



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

2014년 2월
博士學位 論文

中國醫療衛生政策史研究

朝鮮大學校 大學院

社會福祉學科

朴 憲

中國醫療衛生政策史研究

A Study on the History of Chinese
Health Care Policy

2014년 2월 25일

朝鮮大學校 大學院

社會福祉學科

朴 憲

中國醫療衛生政策史研究

指導教授 金 龍 燮

이 論文을 社會福祉學 博士學位신청 論文으로
제출함

2013년 10월

朝鮮大學校 大學院

社 會 福 祉 學 科

朴 憲

朴憲의 博士學位 論文을 認准함

審査委員長 朝鮮大學校 教授 박희서 印
審査委員 朝鮮大學校 教授 이민창 印
審査委員 朝鮮大學校 教授 김진숙 印
審査委員 南部大學校 教授 방희명 印
審査委員 朝鮮大學校 教授 김용섭 印

2013년 12 월

朝鮮大學校 大學院

목 차

ABSTRACT

제1장 서론 1

제1절 연구목적 1

제2절 연구범위 및 방법 6

1. 연구범위 6

2. 연구방법 7

제2장 이론적 고찰 8

제1절 사회복지사(社會福祉史) 연구에 대한 이해 8

1. 사회복지정책 8

2. 사회복지사 연구 18

제2절 사회복지 발달이론 26

1. 사회양심이론 27

2. 합리이론 28

3. 테크놀로지론 29

4. 시민권이론 30

5. 사회정의론 31

6. 음모이론 32

7. 국가중심적 이론 33

8. 확산이론 34

제3절 선행연구 검토	35
1. 중국의 의료위생체제 개혁	35
2. 중국의 의료위생 서비스체제	36
3. 중국의 의료보장체제	37
4. 중국의 약품공급체제	38
5. 선행연구의 한계	39
제3장 중국 의료위생정책의 발달과정	40
제1절 중국 의료위생정책의 형성 및 내용	40
1. 중국의 사회보장정책	40
2. 중국 의료위생사업의 현황	49
3. 중국 의료위생정책의 구조 및 내용	53
4. 중국의 의료위생체제 개혁	56
제2절 의료위생정책 형성기(1949~1979)	60
1. 경제발전의 특징	61
2. 의료보장제도의 내용	62
3. 의료위생정책의 형성 및 변화	65
제3절 의료위생정책 전환기(1980~2011)	67
1. 시장경제시기의 경제정책	67
2. 제1차 의료위생체제 개혁시기(1980~1997)	69
3. 제2차 의료위생체제 개혁시기(1998~2003)	77
4. 제3차 의료위생체제 개혁시기(2004~2011)	84
제4장 중국의 의료위생정책 발달과정 분석	88
제1절 정책발달과정의 이익구조	88

1. 정책실행과정의 경제주체	88
2. 정책발달과정의 이익구조 변화	91
제2절 정책발달과정의 이론분석	102
1. 의료위생정책 형성기	102
2. 의료위생정책 전환기	110
제5장 결 론	125
제1절 연구결과의 요약	125
제2절 연구의 시사점	132
제3절 향후 연구방향	134
참 고 문 헌	135

표 목 차

<표 3-1> 계획경제 와 시장경제 시기 사회보장제도의 비교	48
<표 3-2> 개혁전후 중국의 의료보장제도 비교	57
<표 4-1> 중앙정부, 지방정부와 시장 간의 권력변화	96
<표 4-2> 중앙정부, 지방정부와 시장 간의 권력변화(국립병원)	97
<표 4-3> 경제주체의 자원우세와 전략선택	101

그 립 목 차

<그림 3-1> 의료위생정책, 사회복지정책, 사회보장정책의 범위	42
<그림 3-2> 중국의 사회보장체제	43
<그림 3-3> 중국의 의료위생체제의 메커니즘	54
<그림 4-1> 중국 의료위생정책 형성기의 이론분석	109
<그림 4-2> 중국의 약품생산유통체제	122
<그림 4-3> 중국 의료위생정책 전환기의 이론분석	124

ABSTRACT

A Study on the History of Chinese Health Care Policy

Piao Xian

Advisor: Prof. Kim, Yong-Seob Ph. D.

Department of Social Welfare

Graduate School of Chosun University

History of social welfare can explain the creation and the process of development of social welfare policy. This study uses the development theory of social welfare policy to study China's history of medical hygiene policy step by step, and analyze the practice of the policy and service offer to draw a new desirable implication in reformation of medical hygiene policy.

China's social welfare policy that was put into practice since founding of the country in 1950, showed many problems as the reform and openness policy deepened. To solve this problem, Chinese government modified and supplemented social welfare policy through several system reformation. China achieved rapid economical growth after 1978 reformation and opening, but as the gap between area, class, and nation became bigger, developed medical hygiene policy reformation aggressively to ensure continuous growth and safety policy.

China started medical hygiene policy reformation since 1980's and started new sweeping medical hygiene reformation in March 2009, with proclamation of "Opinion on reinforcement of medical hygiene policy reformation." Basic idea of medical hygiene policy reformation is to provide all citizens with medical hygiene policy as public commodity so that everybody can enjoy the basic medical hygiene service,

and institutionally guarantee equal basic medical hygiene service regardless of area, nation, age, gender, occupation and wage.

China's basic medical hygiene policy is mainly composed of four systems and eight supports of medical hygiene. Four systems are public hygiene service system, medical service system, medical security system and medical supply security system. Eight supports are to improve medical hygiene care, management, investment, price, supervision, technique and manpower system structure, information and construction of the law to efficient running of the four systems.

In most countries, medical system could be said to have gradually improved from existing institutional frame. China's medical hygiene policy was developed in China's economy and social structure reformation, and therefore the development process had links to China's economy and society. China's medical hygiene system reformation is, like economical system reformation, is gradual reformation process. This gradual reformation process's biggest characteristics is that it gradually expands rights of the lower agents of economy, and based on old system and as long as not causing rapid destruction, go through partial, phased practice to gradually expand.

Medical hygiene system, in any country, is decided by its politics and economical system. China's medical hygiene reformation is a big part of reformation and opening. After 1949, China's medical hygiene system brought three major changes, and this is actually changes of systems' inner mechanism. China, under planned economy system, copied Soviet Union's model and constructed medical hygiene system that combines procuring public resources, public service, public administration. With 1978 reformation and opening system, China's medical hygiene industry achieved rapid improvement. The first and second reformation was a gradual change into market model from planned model. The third reformation was to realize separation of public administration with service, emphasizing social equality and clear the role of government and market.

This study considers history of China's medical hygiene policy in steps and understands the structure and characteristics of policy to find out the reasons for change and formation of the policy to draw a desirable implication in new reformation of medical hygiene system. To achieve the goal of this study, analyzed development process of China's medical hygiene policy using social welfare development theory. The results of study on China's medical hygiene policy development are summarized as followings.

Formative period of medical hygiene policy can be seen as embodied by medical

security system and medical hygiene system. At this time the government had control and monopoly in ownership, processing all expression of profit from profit agents through affiliated unit group. At this time, medical security system had three systems of communist medical system, worker medical system and rural cooperative medical system. Analyzing structure and characteristics of medical security system shows that the government has unconditional power, and medical system of this time applied the hygiene system model of Soviet Union, which is physically close, under planned economy, implementing hygiene supplement system that is under planned economy.

In other words, medical security system in formative period can be explained with diffusion theory and state-centric theory. At this time, medical hygiene service of this time was guaranteed in quality and quantity by the government with highly concentrated public service method, directly controlling investment and foundation of organization in medical hygiene. Also, supplying medical hygiene service was important policy means in maintaining the social order of the time. That is, medical hygiene service in formative period can be explained with state-centric theory and plot theory.

Transition period of medical hygiene policy can be considered four, public hygiene service system, medical service system, medical security system and medicine supply security system.

Country supplied the whole citizens with basic public hygiene service for free and in special disease and special area, country carried out critical public hygiene service project, directly implementing. In other words, public hygiene service system can be explained with social conscience theory by spread of social obligation and satisfaction of social desire and provided to public. After the reformation and opening, the important characteristics of medical hygiene area were innovation of technology, and it achieved rapid economical growth. Under the reformation of system, technology innovation revitalized the area of medical hygiene, and through market expansion effect, made the system to change towards high efficiency. With this characteristic, the medical service system, medical security system, medicine supply security system can be explained with rational theory.

Medical security system, with technical development of policy analyzing the systems' establishment, practice and evaluation, made the system effective. This area can be explained by technology theory of social welfare development.

Medical hygiene system of this time was first started in order to realize the

freedom of ideology, and classes of society were able to have the rights of individual profit and individual happiness, and pursuing individual rights became the basic idea of reformation. Institutional circumstances brought changes in quality, and with localized liberalization realized, many classes, groups, and individuals of the society started to pursue individual happiness.

The method of economical encouragement was to mobilize initiatives of medical organization and medical people, expanding medical service, and improve service quality. New medical hygiene reformation guarantees supplying basic medical hygiene system as public commodity to all people so that individuals can enjoy the basic medical hygiene service, and acquire basic medical hygiene service equally without discrimination in are, nation, ager, gender, occupation and wage. The major point of reformation is to separate the public administration with service to emphasize the social equality. The medical service system of this time has social justice theory and citizenship theory applied.

제1장 서론

제1절 연구목적

역사 연구는 현재의 인간 삶의 다양한 생활방식 및 문제에 대하여 효과적인 대책을 제시하면서 영향을 주고 있다. 역사를 인간중심적 학문 또는 인간의 과거를 탐구하는 학문이라고 본다면 사회복지의 역사 연구는 사회복지의 형성과 발달 과정, 그리고 역사적 특성을 확인하여 사실들 간의 인과관계를 규명하는 것이라고 볼 수 있다. 본 연구는 중국 사회복지 영역에서 중요한 구성부분 중 의료위생 정책의 발달과정을 살펴보고, 의료위생 정책의 목표와 가치의 실현과정을 분석, 고찰하였다.

중국은 개혁개방 이후 경제성장에 집중하여 사회주의 시장경제 개혁을 신속하게 추진하였다. 그러나 빠른 경제성장에 따라 시장 메커니즘이 확대되면서 국유기업의 경영 효율이 점점 악화되고, 외국 합작기업 및 사유기업 등의 여러 가지 소유제 형태가 출현하여 사회보장제도개혁에 대한 필요성이 시급하게 요구되었다. 그 거시 중국 경제의 기초로 질적인 성장을 위해 반드시 해결해야 할 국유기업의 문제와 가장 밀접하게 상응하는 것이 사회보장문제이기 때문이다.

사회복지사는 사회복지제도의 생성과 발전과정을 설명해 줄 수 있다. 사회복지학의 이론이 여러 가지 형태의 국가와 사회에 보편적으로 적용할 수 있는 일반이론으로 발전하기 위하여 기존 중국의 사회복지제도 변천이론을 적용하고 그 적합성을 검증하는 것이 중국 사회복지사 연구의 목적이라고 할 수 있다.

사회주의 사회보장제도는 20세기 초 러시아 혁명시기에 레닌에 의해 구체화되었던 보편성, 포괄성, 노동자 참여, 국가책임의 원칙이라는 사회주의 이념에 기초하고 있으며 노동자 계급의 계급투쟁의 전리품으로 이해되었다(George and Manning, 1980). 중국도 이런 이념에서 건국초기에 중국 특성에 적합한 사회보장제도를 도입하였다. 1950년대 건국 초기부터 실행해 왔던 중국의 사회보장제도는 개혁개방 정책의 심화에 따라

많은 문제점들이 나타났다. 이를 해결하기 위해서 중국 정부는 여러 차례 체제개혁을 통해 사회보장제도를 수정 및 보완하였다.

중국은 1978년 개혁개방 이후 급속한 경제성장을 이루었지만 지역·계층·민족 간의 격차가 심해지면서 지속적 발전과 체제안전을 보장하기 위하여 의료위생체제개혁을 적극적으로 전개하였다. 1986년 중국공산당 제12기 중앙위원회 제6차 회의에서 ‘국민경제 및 사회발전 제7차 5개년 계획(1986~1990년)’을 통과하여 국민생활과 사회보장에 관한 조항을 규정하였다.

중국은 30여 년간의 의료위생체제개혁을 거쳐 과도한 상업화, 시장화 등의 문제로 인해 커다란 사회적 파급을 일으켰다. 일부 학자들은 정부가 의료보험제도 개혁의 주도자가 되어야 한다고 주장하며, 중국의 의료시장에서 나타난 여러 문제점의 근원은 낮은 서비스 수준과 자원배분의 저효율성에 있기 때문에 의료보장 관리를 정부에 맡겨야 한다는 지적이 있다(劉新明, 2001). 이와 대조하여 일부 학자들은 의료시장에서 나타난 비용의 무한 상승과 같은 문제점이 시장화에서 유발된 것으로 보이지만, 내면적으로는 정부기능의 실패에서 기인한다고 지적하였다. 따라서 이들은 의료보험의 개혁을 정부에게 맡기는 것은 결국 의료재정의 부담을 가중시킬 것이며, 의료보험 개혁에서 사회참여의 역할을 억제할 가능성이 높다고 주장한다(徐晶, 2005).

이러한 이분적인 논쟁은 중국 의료보험개혁의 현실을 나타내고 있다. 정부의 통제는 의료체제의 저효율성과 의료재정 부담을 가중하는 문제점에 비해, 시장화의 촉진은 의료서비스 질서를 혼란하게 만들어 사회의 공평성을 파괴하고 있다는 것이다.

중국에서 의료보장제도에 관한 연구는 활발히 진행하고 있다. 谷光(2007)은 중국의료보장개혁의 역사과정과 그 이후의 발전 과제, 그리고 현재 시행하고 있는 의료개혁 방안의 문제점과 해결방법을 서술하여, 사회적 범위에서 새로운 의료개혁의 필요성을 주장했다. 蔡維生·王樹華(2007)는 약세집단 정의와 특징의 설명과 더불어, 현재 시행되고 있는 의료보장제도 하에서 증가된 약세집단의 의료부담과 빈곤정도, 사회에 형성된 불안요소 및 향후 의료개혁방안을 제시하였다. 張世清(2007)은 중국의료개혁의 현상과 전세계 의료보장체제의 여러 종류에 대해 분석하고 각각의 의료보장체제의 특징을 설명

하면서, 장래 중국 국가제도 자체에 대한 적당한 의료보장체제의 핵심문제를 분석하였다.

한국에서 중국의 사회보장제도에 관련된 연구들은 그렇게 많지 않다. 이중희(2004)는 중국 사회보장제도의 도입과 촉진을 주요 내용으로 하여 의료보험, 양로보험, 실업보험 등 각 방면의 보장제도개혁의 목적과 현상에 대해 분석하여 중국 의료보장제도개혁의 연구에 도움을 주고 있다. 오정수(2006)는 중국 사회보장제도와 개혁과정의 포괄적인 이해를 목적으로 제도의 연혁과 개혁과정, 경제개혁과의 관련성을 고찰하여 사회보장 개혁의 구조와 원칙을 살펴보았다. 백승욱(2001)은 중국식 사회보장체제개혁을 분석하고, 경제개혁과 발전으로 인해 발생한 양로보험, 의료보험, 실업보험, 산재보험, 생육보험(출산보험)제도의 개혁과정에서 발생하는 문제점들을 제시하였다.

그러나 전체적으로 볼 때 중국 사회보장 이론에 관한 중국학자들의 연구 성과는 아직까지는 관점과 견해를 기술하는 단계에 머물러 있다. 일련의 문제에 대한 체계적인 이론적 접근과 심도 있는 분석은 아직까지 미비한 상황이며, 실천에서 이론을 바탕으로 한 설득력 있는 분석을 위한 많은 노력과 연구가 필요하다.

대부분 국가의 의료체계는 모두 점진적인 방식을 통해 기존 제도적 틀에서 개선되어 나가는 과정을 거쳤다고 평가할 수 있다. 중국의 의료위생체제는 중국경제 및 사회체제 개혁과정 속에서 점차 형성된 것이기 때문에 그 발전과정도 중국의 경제사회와 연관성이 있다고 본다. 중국의 의료위생체제개혁도 경제체제개혁과 마찬가지로 한차례 점진적 개혁과정이다. 이러한 점진적인 개혁과정의 최대 특징은 점차적으로 하급 경제주체들의 권리를 확대시키고, 구체적이고 급격한 파괴를 초래하지 않은 전제하에서 부분적, 단계적 실행을 거쳐 점차 확대하는 방식을 취하는 것이다.

의료위생체제는 그 어떤 국가든 그 나라의 정치와 경제제도에 의해 결정된다. 중국의 의료위생개혁은 개혁개방의 중요한 구성 부분이다. 1949년 이후 중국의 의료위생체계는 세 차례 중대한 변화를 가져왔는데 실질적으로 이는 제도의 내재적 메커니즘의 변화라고 할 수 있다. 계획경제체제에서 중국은 구소련의 모델을 답습하여 공공재원 조달, 공공서비스, 공공관리가 융합된 의료위생체계를 건립하였다. 1978년 개혁개방정

책 실시로 중국의 의료위생 산업이 신속한 발전을 이루었는데 제1차와 제2차 개혁은 계획모델에서 시장모델로의 점차적인 전환이었다. 제3차 개혁은 공공관리와 서비스의 분리를 실현하는 것으로 사회적 공평성을 강조하고 정부와 시장의 역할을 명확히 하는 것이다. 본 연구는 중국 의료위생개혁의 전 과정에서 각 시기 의료위생 정책의 발달과정을 고찰하여 정책의 구조와 특성 분석을 통해 정책의 형성과 변화의 원인을 밝히려고 한다.

중국은 30년간의 시장경제개혁을 거쳐 주목할 경제성장을 이루었지만 사회의 불균형적인 발전은 심각한 이익구조의 변화를 가져왔다. 의료위생체제개혁은 경제체제개혁의 심화와 함께 점차적으로 구조적인 개혁이 불가피하게 되었다. 의료체제개혁은 본질적으로 사회 공공재의 재분배로써 윤리 면에서는 사회공정과 정의와 관련되고 경제와 관리적 측면에서는 각 계층, 경제주체 간의 이익배분을 위한 상호작용 과정으로 볼 수 있다. 의료위생체제개혁과 재정체제의 변화 및 시장화 개혁에 따라 중국의 의료위생 영역에는 여러 가지 형식을 갖춘 경제주체들이 나타났다. 의료위생체제개혁은 하나의 정치과정일 뿐만 아니라 여러 경제주체들이 서로 작용하고 이익 최대화를 추구하는 과정이다. 2003년 10월 시장경제체제개선의 요구와 함께 의료위생체제는 제도변천의 새로운 단계에 들어섰으며 과거의 제도적 오류를 수정하고 공평과 효율을 목표로 하는 제도 쇄신이 과제로 떠올랐다.

중국은 1980년대부터 의료위생체제개혁을 시작하여 2009년 3월 《심화 의료위생체제 개혁에 관한 의견》의 반포에 따라 새로운 의료위생개혁이 전면적으로 시작되었다. 개혁의 기본 이념은 기본 의료위생체도를 공공상품으로 전민에게 제공하여 사람마다 기본 의료위생서비스를 향유하도록 노력하며, 제도적으로 국민마다 지역, 민족, 연령, 성별, 직업, 수입 수준 등과 관계없이 공평하게 기본 의료위생서비스를 획득하는 것을 확보하는 것이다.

사회복지사는 사회복지제도의 생성과 발전과정을 설명하여 사회복지의 역사연구를 통해 사회복지제도의 변천과 발전에 내재적 법칙성을 발견하여 우리에게 알맞은 사회복지정책을 제공할 수 있다. 사회복지 발달이론은 상당히 많은 진전이 이루어진 사회

복지 연구의 한 분야이며 사회양심이론, 시민권이론, 합리이론, 테크놀로지이론, 음모이론 등은 이러한 이론적 진전의 결실이라고 할 수 있다(김상균, 1987). 발달사적인 측면에서 볼 때 중국이란 특정사회의 의료위생 정책연구를 통하여 사회주의 국가의 사회복지 개념과 체제 전환 과정 중에 나타나는 사회현상 및 의료위생 정책의 변화를 살펴보고 그 역할을 파악하는데 유용한 이론적 근거를 제공해 줄 수 있다고 본다. Madison(1968; 김정연, 2003, 재인용)이 언급한 바와 같이 사회주의 국가에서의 사회복지의 개념과 사회변동에 따른 사회복지의 역할에 대하여 이론적으로 체계화되어 있지 못한 실정이다. 더욱이 사회주의 사회정책에 관한 실증적인 증거가 충분하지 못하고, 따라서 Mishra(1977; 오정수, 1987, 재인용)의 지적과 같이 사회주의 사회복지에 관한 기존의 해석이나 이론화의 시도는 잠정적이고 탐색적인 것으로 간주되어야 하기 때문이다.

일반적으로 서구의 사회정책 연구는 사회변동의 맥락 속에서 그 이론적 근거를 확립해왔다. 사회변동의 맥락에서 사회정책의 이론을 전개한 대표적인 학자는 Titmuss와 Wilensky를 들 수 있다. Titmuss(1976; 김정연, 2003, 재인용)는 산업화가 가져온 비복지의 개념을 사용하여 국가의 사회복지 개입책임의 이론적 근거로 삼았으며, Wilensky(1975; 오정수, 1987, 재인용)는 경제성장으로 인한 인구구조의 노령화와 복지제도의 관료화와 같은 사회변동을 사회정책의 주요 원인으로 분석하였다. 이러한 산업화, 인구구조의 변화, 복지제도의 관료화 등 사회변동은 사회주의 국가에서도 일어나는 현상이다. 본 연구는 중국 의료위생 정책의 전개과정을 체제 전환이라는 사회변동 속에서 파악하였다.

본 연구는 사회복지정책의 발달 이론을 활용하여 중국의 의료위생 정책역사를 단계별로 고찰하며, 정책의 실행과 서비스의 제공을 분석하여 새로운 의료위생 정책개혁에 바람직한 시사점을 도출하는데 목적이 있다.

제2절 연구범위 및 방법

1. 연구범위

본 연구의 시간적 범위는 중화인민공화국이 성립된 1949년부터 2011년까지로 한정하였다. 본 연구에서는 중국 사회경제발전의 맥락에 근거하여 중화인민공화국의 성립된 1949년에서 1970년대 말까지 계획경제체제시기의 의료위생체제와 1979년 제1차 의료위생체제 개혁부터 제3차 개혁까지 시장경제체제시기의 의료위생체제로 나누어 고찰하였다.

본 연구는 사회복지정책의 형성과 변화를 설명할 수 있는 사회복지 발달 이론을 사용하였다. 사회복지정책의 목표와 가치는 발달 이론을 통하여 이루어지고 여러 발달 이론은 정책이 형성하는 과정에서 형태와 모형을 결정하는데 중요한 역할을 한다. 본 연구에서 사회복지 발달이론을 사회양심이론, 합리이론, 테크놀로지론, 시민권이론, 사회정의론, 국가중심적 이론, 음모이론, 확산이론 등으로 정리하였다.

본 연구에서는 사회경제체제의 중요한 구성부분 중 의료위생 정책을 사례연구의 대상으로 한정하였다. 중국의 의료위생 체제개혁은 경제체제개혁과 마찬가지로 한차례 점진적인 개혁과정이다. 중국의 의료위생 개혁은 주로 장시기 동안 기존 이익구조에 급격한 충격을 주지 않는 것을 전제로 체제의 점진적인 확산과정을 거쳐 형성되는 방식을 취해왔다. 이러한 점진적 방식은 상당한 정도에서 민간부문의 참여와 미시적 경제주체의 이익획득을 가능하게 함으로써 제도혁신에 관건적 역할을 하게 했다. 중국의 의료위생 체제의 형성과 발전, 개혁과정도 경제주체의 형성과 발전단계에서의 경합과정인 것이다.

본 연구에서 중국의 의료위생 정책변천을 사례로 분석한 원인은 첫째, 1950년대 계획경제시기에 형성된 중국의 의료위생 체제는 중국 경제발전에 따라 단계적으로 의료위생 정책의 변화 역사를 확인할 수 있는 적절한 사례라고 판단한 것이다. 둘째, 중국의

새로운 의료개혁이 시급한 상황에서 의료위생 정책제정에 과학적 근거를 제공하기 위해서이다.

2. 연구방법

본 연구에서는 문헌연구를 중심으로 한 이론적 분석과 중국의 의료위생 정책변화과정에서 사회복지 발달이론으로 분석한 사례연구방법을 사용하였다.

첫째, 연구의 이론적 근거를 마련하기 위하여 한국과 외국의 사회복지정책 발달이론과 관련된 광범위한 문헌들을 검토하였으며, 중국 국내와 국외에서 이루어진 중국의 의료위생 정책관련 문헌들을 검토하여 사례연구에 필요한 자료를 확보하였다. 분석은 중국 국내외 각종 학술지 게재논문, 단행본, 학위논문, 정기간행물, 중국 정부의 공식통계자료, 정책보고서, 정책자료, 그리고 각종 포털사이트 자료를 활용하였다.

둘째, 자료수집과 검토를 통하여 연구주제와 관련된 이론적 배경을 구성하고 분석에 사용할 분석이론을 도출하였으며, 선행연구의 분석방법을 검토함으로써 본 연구의 연구방법을 결정하였다. 본 연구는 중국의 의료위생 정책변화과정에서 사회복지정책 발달이론의 분석을 중심으로 중국의 의료위생 정책사를 분석하였다.

셋째, 본 연구는 중국의 의료위생 정책사를 시계열적으로 두 단계로 나누어 변천과정에 대한 고찰과 적용한 이론을 분석하였으며, 분석결과의 논의를 통하여 연구의 시사점을 도출하였다.

제2장 이론적 고찰

제1절 사회복지사(社會福祉史) 연구에 대한 이해

1. 사회복지정책

(1) 사회복지의 개념 및 가치

사회복지의 역사를 서술하기 전에 먼저 사회복지의 개념과 범위를 규정하는 것이 필요하다. 왜냐하면 사회복지역사 연구의 범위는 사회복지의 개념을 어떻게 정의하는가에 따라 정해지게 된다. 사회복지의 개념은 학자마다 주관이 다르기 때문에 다양한 견해가 존재한다.

인간은 기본적 욕구를 충족시키기 위하여 물질적으로 풍부하기를 바라며, 그들의 대인관계를 통한 사회적 욕구를 충족시키기 위하여 사회적으로 평등하기를 바란다. 그리고 이러한 물질적 풍부와 사회적 평등은 정치, 사회 및 경제적 개발계획의 구체화로 가능하다(전재일, 2001). 사회복지란 다양한 사회문제를 해결하고 불평등을 해소할 수 있다.

한국 사회복지학에 큰 영향을 주고 있는 미국의 사회복지학자 프리들랜더(Friedlander & Robert, 1974)는 사회복지란 개인 혹은 집단의 생활이나 건강이 만족할 만한 수준에 도달할 수 있도록 계획된 사회적 서비스 및 제도의 조직적 체계라고 정의하였다. 즉 사회복지란 사회적 서비스와 제도의 조직적 체계로 보고 있다.

던햄(Dunham, 1970)은 사회복지란 인간 노력의 광범위한 분야이고, 인구의 일부 또는 전체의 경제적 조건, 건강 또는 대인적 관계성을 개선 유지함으로써 사회적 복리를 증진시키려는 조직적인 활동이라고 하였다.

장인협(1997)은 사회복지란 모든 국민들의 인간다운 생활을 보장하고 건강과 번영을 증진시키기 위하여 인간과 사회제도 및 사회체제 간의 상호작용에 과생되는 제반 문제나 사회적 요구에 보다 효과적으로 대처해 나가도록 계획적인 사회정책과 사회적 서비스를 마련하여 제공하려는 정부나 민간기관들의 조직적인 노력이며 체계적인 실천 활동이라고 하였다.

김영모(2000)는 사회복지를 인간의 욕구에 대한 서비스이며 사회문제를 해결하기 위한 방법으로 보고 있으며 또 사회복지의 개념은 사회봉사, 사회정책, 사회사업 등과 매우 유사한 개념으로 쓰이지만 이러한 개념을 포괄하는 것으로 보기도 한다.

박광준(2002)은 사회복지의 개념을 규정하는데 세 가지 요소가 있다고 본다. 첫째, 사회복지가 인간의 사회에 대한 부적응문제를 대상으로 규정한다. 둘째, 그 문제를 해결하는 방법이다. 즉, 인간을 변화시켜 사회에 적응시키는 방법과 사회를 변화시켜서 인간에게 적응시키는 방법에 의해서 인간의 부적응문제를 해결하는 것이 사회복지라고 규정한다. 셋째, 그러한 방법을 적용하는 과정은 조직적이고 사회적인 활동으로 이루어진다.

많은 연구자들이 사회복지의 개념을 제시하였는데 본 연구에서 사회복지란 인간이 사회에 적응하기 위하여 사회와 개인의 노력을 통해 부적응문제를 해결하는 조직적인 사회활동이라고 본다.

협의의 사회복지 개념은 ‘사회복지란 스스로의 노력으로는 도저히 물질적 자원이나 건강유지가 곤란하거나 불가능한 개인 또는 가족들에게 일정한 서비스를 제공하는 일이다’라고 할 수 있다(Philip, 1968). 사회복지를 광의로 규정한다면 사회복지의 제도적 범위에 대해서 학자들마다 견해가 다르고 국가에 따라 규정도 다르게 한다. 칸(Kahn)은 모든 국민을 대상으로 하는 사회복지의 영역을 소득보장, 보건의료제도, 의무교육, 공적 주택정책, 교육대책, 대인복지서비스로 제시하였다(박광준, 2002). 본 연구는 사회복지의 범위에서 의료위생 정책 부분에서 중국의 역사를 고찰하고자 한다.

Dixon과 Macarov(Dixon and Kim, 1992)가 공동 편집한 ‘Social Welfare in Socialist Countries’는 구소련, 중국, 북한 등 사회주의 국가들의 사회복지 이데올로기

와 프로그램을 소개하고 있다. 이데올로기는 진위에 상관없이 특정집단이 진실로 받아들이는 일련의 믿음으로 정의된다. 그리하여 이데올로기는 그 집단 구성원 개개인과 집단 전체의 행동양식을 규범화한다고 하였다.

George와 Wilding(1994)은 'Ideology and Social Welfare'에서 정치사상과 사회복지와의 관계를 규명하면서 각 국가의 사회복지 사상을 반 집합주의(Anti-collectivism), 소극적 집합주의, 페이비언 사회주의 및 마르크스주의(Marxism) 4가지로 구분하였다. 집합주의는 정부의 복지개입이 개인의 자유를 침해하는 것으로 보고 있으며 소극적 집합주의는 자본주의의 효율성과 공정성이라는 강점이 제대로 작동하기 위해서는 정부의 적절한 규제와 통제가 필요하다고 본다. 페이비언 주의는 정부의 적극적 복지정책 개입으로 복지국가 확대가 필요하며 복지국가 확대로 사회통합을 이룩해야 한다고 강조한다. 마르크스주의는 반면 위 모두를 부정하고 사회주의 사회에서만 모든 사람들이 평등하게 복지를 향유 할 수 있다고 주장한다. 사회주의 사회가 '노동에 따라 분배 한다'는 점을 강조함으로써 사회주의 사회의 사회보장제도는 고용관계에 기초하여 이루어졌음을 이해할 수 있다(Pinker, 1980).

사회주의 체제에서 사회복지의 경제와 구분되지 않는다. 복지는 경제발전 과정에서 불가피하게 발생하는 '비복지', 즉 사업재해, 질병, 가족해체, 노령, 청년실업 등의 문제에 대처하는 사회안전망의 역할을 담당하는 동시에 노동생산력을 지도하는 방향으로 설계되었다. 즉, 각종 복지급부가 국영기업 또는 단위를 통하여 제공되었기 때문에 일하지 않는 자, 단위에 소속되지 않는 자에게는 복지급부가 제외되었다. 노동자에게 낮은 수준의 임금을 지불하는 대신 소속 국영기업 또는 단위를 통하여 퇴직 후 연금을 지급하고 보건의료와 교육을 무상으로 제공하며 주택, 식품, 연료에 대해 가격보조를 실시했다(Navarro, 1976). 중국의 사회복지에 수요 되는 재원은 경제발전 5개년계획에 따라 국가나 국영기업이 담당하며 노동자는 부담하지 않는다. 공식적으로는 완전고용과 평생고용을 보장하고 실업이 없기 때문에 실업 관련 급여는 없다.

사회복지는 사회에서 실현될 수 있도록 하기 위한 활동이며, 사회복지의 역사는 사회복지의 가치실현을 위한 활동의 역사이다. 사회복지 활동의 차원이 다양하기 때문에

사회복지의 가치 역시 사회복지 정책의 기초를 결정하는 선택에 관한 것에서부터 사회사업 실천 활동에서 원조방법의 선택에 관련되는 것까지 다양하다.

사회복지를 발전하게 만든 원동력은 인간의 존엄성과 사회적 공평, 그리고 사회적 효과라는 세 가지 가치가 있다.

첫째, 사회복지의 가장 기본적인 가치는 인간의 존엄성이다. 인간의 존엄이라는 가치는 ‘인간은 누구라도 인간이다’라는 인식에서 출발한다. 인간은 신분이나 직업, 경제 상태나 신체적 조건, 경도된 사상, 출신지역이나 민족, 피부색, 성별, 연령 등을 이유로 차별하거나 차별받거나 인간성이 부정되어서는 안 된다는 가치이다(박광준, 2002).

사회복지의 측면에서 볼 때 인간의 존엄성의 실현은 우선 인간다운 생활을 할 수 있을 정도의 생활수준을 유지하는 것에서 출발한다. 대부분의 현대국가는 나름대로 건강하고 문화적인 삶의 수준을 보장하는 것이 국가의 임무임을 인식하고 헌법에 명시하고 있다. 예컨대 중국의 기본 공공위생서비스는 질병예방통제기구, 도시커뮤니티 위생서비스센터, 향·진위생원 등 성·향 기본 의료위생기구에서 전체 주민에게 제공하는 공익성 공공위생 개입조치이며 질병예방 통제작용을 한다. 기본 공공위생 서비스의 균등화는 세 가지 의미가 있다. 첫째, 성향주민에게 연령, 성별, 직업, 지역, 수입 등에 관계없이 동등한 권리를 향유하고 있다. 둘째, 서비스의 내용과 범위는 국력의 개선 및 재정지출의 증가에 따라 확대한다. 셋째, 서비스의 원칙과 핵심이념은 예방위주의 관념을 견지한다.

평등주의적 자유주의자들(김태성·김진수, 2005)의 입장은 인간의 존엄성을 존중하고 생존권을 보장하는 것이 국가의 책임이라고 했다. 보건의료서비스의 속성상 의료공급자들의 독점, 정보의 비대칭성, 공급자 유인 수요, 외부경제 효과 등 시장실패 이유로 국가의 재정지원, 규제 등 개입의 정당성을 주장한다.

사회복지의 출발점은 최저수준 이하에서 생활하는 인간의 고통에 대한 사회적 분노와 그 해결에의 자신감, 즉 사회보장제도이다. 사회보장은 사회구성원이 직면하는 질병, 상해, 사망, 노령화 등의 위험을 국가에서 부담 또는 보험을 통해 경제적 보장을 하여 빈곤, 생활 불안 등의 문제를 해결하는 것이라고 본다. 중국의 의료위생 체제개혁

은 국정을 기반으로 하여 모든 것을 실제로 출발하고 사람을 중심으로 하여 서민의 건강권익을 보호하는 것을 최우선으로 생각한다.

둘째, 공평은 사회복지의 핵심적 가치로서, 사회적 자원들이 사회성원들의 지불능력, 즉 경제적 능력 여하에 따라 배분되는 것이 아니라 필요한 정도에 따라서 배분되는 것이 보다 바람직하다는 가치이다(박광준, 2002). 이것은 개인이 가진 어떤 문제에 대한 해결은 모든 사회 구성원의 공동의 노력과 부담으로, 그것도 개개인의 능력에 상응하는 부담으로 대처되어야 한다는 사회적 연대감, 즉 같은 공동체의 구성원으로서의 우애와 협력의 의무에 기초하고 있는 것이다.

제도 경제학의 관점에서 보면 의료위생 정책의 내용은 의료 자원 배분방식의 변화이며 의료체제 개혁은 기본적으로 메커니즘(자금 조달, 공급, 규제, 행동)을 통해 의료의 효능(의료공평성, 효율성, 성과 등)을 변화시킨다. 중국의 의료위생개혁은 공정성과 효율성의 통일을 견지 하여 정부의 주도과 시장 메커니즘 역할의 발휘를 결합한다.

사회복지 제도는 소득재분배의 성격을 가지고 있다. 자본주의사회에서 소득은 기본적으로 생산참여자의 생산이나 유통에서의 공헌도에 따라 시장경제체제를 통하여 임금이나 이윤 그리고 지대의 형식으로 분배된다. 소득의 인적 분배에는 다양한 요소에 의해 불평등이 발생하기 때문에 국가가 다양한 제도를 통하여 시장경제에 개입하여 강제적으로 분배의 불평등을 완화 혹은 수정하는 것을 소득재분배라고 한다. 사회주의 사회에서는 소득재분배를 통하여 빈곤문제에 대처하기 보다는 일차적으로 완전고용에 따른 분배증대를 통해 빈곤을 해소하고, 자립할 수 없는 노인, 장애인에 대해서는 별도로 지원하는 것이 사회전체 이익에 부합된다고 하였다. 국가는 인민을 돌보는 시혜이며 인민의 권리도 청구할 수 있는 것은 아니라고 했다(Rimlinger, 1971; Navarro, 1976). 결론적으로 사회주의 사회복지의 재분배를 통하여 이루어지는 것이 아니라 분배를 통하여 이루어진다고 할 수 있다(Deacon, 1983).

셋째, 사회복지의 소비가 아니고 하나의 투자이며, 장기적으로 사회통합을 이룸으로써 사회비용을 줄이는 작용을 하기 때문에 사회복지자원의 투입은 경제적 효율보다는 사회적 효과를 염두에 두고 이루어져야 한다는 가치이다(박광준, 2002). 중국 의료위생

체제개혁의 총체 목표는 건전한 성·향(城·鄉)주민의 기본의료위생제도를 건립하여 안전, 유효, 편리, 가격이 저렴한 의료위생서비스를 제공하는 것이다. 물론 현대사회에서는 자원의 희소성으로 인하여 경제적 효율이 고려되지 않을 수 없지만, 그럼에도 불구하고 빈곤의 해소를 위하여 많은 자원을 투입하게 되면 장기적으로는 사회의 지속적인 발전에 도움이 된다고 하는 인식이 사회적 효과의 가치이다.

빈곤문제를 해소하고 소득격차를 줄이며, 모든 국민이 보건의료, 주거 등의 분야에서 국민최저기준 이상으로 생활하게 되면 많은 사회비용을 줄일 수 있다는 것이 사회복지의 기본적인 생각이다. 중국 시장경제시기의 사회보장제도는 사회보장과 경제발전의 수준이 적합한 원칙, 사회공평과 시장효율이 결합하는 원칙, 행정관리와 기금운영을 분리하는 원칙, 도시 사회보장과 농촌 사회보장을 구분하는 원칙, 사회보험과 사업보험이 결합하는 원칙을 견지한다.

(2) 정책의 개념

정책의 개념은 연구하는 학자마다 다양하게 정의하고 있다. Lasswell & Kaplan은 정책이란 목적 가치 전략을 포함한 큰 규모의 계획이라고 정의한다. 그들은 정책의 특성인 계획성, 목적성, 가치함축성을 중심으로 정책을 정의하고 있다(류지성, 2007, 재인용). Dror(1983)는 정책이란 정부기관에 의하여 결정되는 미래의 행동지침이며, 이 지침(정책)은 실현 가능한 최선의 수단을 활용하여 공익을 달성할 것을 공식적인 목표로 하고 있다고 정의한다.

정정길(2010)은 바람직한 사회상태를 이룩하려는 정책목표와 이를 달성하기 위해 필요한 정책수단에 대하여 권위 있는 정부기관이 공식적으로 결정한 기본방침을 정책이라고 보았다. 유훈(2009)은 각종 정치적, 행정적 과정을 통하여 권위 있게 결정된 공적 목표와 이를 달성하기 위한 수단과 관련된 기본방침이라고 보고 있다.

정책을 형성하는 과정에서 정책에 대한 수요에 의하여 정책이 형성되었는가, 국가의 정책공급 의지에 의하여 정책이 형성되었는가에 따라 정책은 사회 중심적 정책과 국가

중심적 정책으로 분류하기도 한다. 전자는 사회 중심적 정책망(society-centered policy network)을 가진 다원주의적 정부의 특징을 잘 나타내고 있으며, 후자는 국가 중심적 정책망(state-centered policy network)을 가진 단일체적 정부에서 흔히 나타난다(최병선, 1999). 중국의 의료위생 정책을 보면 국가 중심적 정책으로 형성되었던 시기에 경제주체 등 다양한 행위자의 등장으로 정책망의 변화와 함께 정책유형의 변화가 발생하고 있다고 해석할 수 있다.

행정국가로의 발달과 함께 국민생활 전반에 걸친 정부의 규제와 개입에 관한 논란에도 불구하고 정부의 규제와 개입이 확대되면서 정책의 영역도 확대되어, 결과적으로 모든 사회 문제들을 정책의 문제로 볼 수 있을 정도로 되었다. 정부는 국가의 전반, 즉 기존의 정치, 군사, 행정부문은 물론이고 경제, 복지, 노동, 의료, 자연보호 등의 모든 부문에 걸쳐 관여하게 되었으며, 이러한 정부의 관여는 정책으로 나타나게 된다. 금융정책·재정정책 혹은 물가정책·실업정책 등의 경제정책, 노인정책·청소년정책·교육정책·사회보장정책 등의 복지정책 등이 그것들이다(유영옥, 1997). 이러한 정부의 정책은 현대사회의 국민생활 전반에 매우 중대한 영향을 미치게 된다. 예를 들면 1929년부터 시작된 세계대공황에 미국에서 실시한 뉴딜정책은 사경제 위주의 기존 경제체계에 대한 공공부문의 개입을 인정하여 공황을 극복하고, 그 후 수정자본주의 시대를 열게 하는 결정적 계기가 되었다.

(3) 사회복지정책의 개념 및 목표

사회복지정책이라는 개념이 사회복지학의 분야에서 사용되고 있지만 사회적으로 사회정책이라는 용어가 더 오랜 역사를 가지고 사용되어 왔다. 사회정책이란 1873년 독일에서 창립한 사회정책학회에서 나온 말이다. 사회정책의 개념이 독일에서는 주로 노동계급이나 계급투쟁과 같은 정치적 문제가 주 관심사였다면 영미 계통에서 개인적인 어려움을 타개 내지 예방하는 시책을 강구하는 것이 주된 관심이었다. 그러므로 영미 계통에서는 위로부터의 국가적 원호체계가 아니라 자유주의적인 자조에 문제해결의 원

칙을 두고 있었다(大陽寺順一, 1983).

타운센드(Townsend, 1975)는 ‘공공행정과 관련된 정책이고, 이것은 일반적으로 인정된 특수한 사회문제를 시정하거나 사회목적을 추구하기 위한 국가와 지방의 건강, 교육, 복지 및 사회보장 서비스와 같은 서비스의 개발과 관리에 관련된 정책이다’라고 하여 행정과 관련하여 정의 하였다. 티트머스(Titmuss, 1981)의 경우는 사회정책을 ‘일정한 사회적 욕구에 관하여 시장이 충족시키지 못하거나 충족시킬 수 없는 것을 사회적 약자에게 부여하는 정부의 행위’라고 정의하였다.

현외성(2000)은 사회정책이란 ‘산업자본주의 사회가 발전하면서 파생되어지는 사회적 약자와 사회적 위험에 처한 사람들을 보호하기 위한 대책으로서 소득, 보건, 교육, 주거, 노동, 환경, 교통정책이다. 또한 자본주의로 인한 문제를 해결하기 위하여 어떠한 목표로 향하는 일련의 행동지침으로서 무엇을 향하고 있으며, 왜 그렇게 해야 하는가, 그리고 누가, 어떤 원리와 선택 기준으로 행동 하는가’하는 질문이 포함되어 정의했다.

디니또와 다이(DiNitty & Dye, 1983)는 사회복지정책을 국민생활의 질에 영향을 미치는 것을 정부가 할 것인가 또는 하지 않을 것인가를 선택하는 어떤 것이라고 규정하고 있다. 미우라 후미후(三浦文夫, 1988)는 사회복지정책을 ‘넓은 의미로는 사회복지의 추진과 진행에 관한 국가와 지방자치단체 또는 공적 사적 모든 단체와 기관의 프로그램이라고 볼 수 있지만 협의로는 국가와 지방자치단체가 설정하는 사회복지의 목적달성을 위한 방법과 수속 등을 포함하는 프로그램으로 한정 한다’고 하였다. 그는 공적인가 사적인가에 따라 광의인가 협의인가 하는 기준으로 사회복지정책의 개념을 설정하였다.

사회복지정책의 목표는 다양하다. 그러나 사회복지정책이 사회구성원 개개인의 삶의 질을 향상시키는 것을 기본으로 하기 때문에 욕구 충족과 사회문제 해결에 대해서는 별 이견이 없다. 티트머스(Titmuss, 1981)는 사회복지정책을 말하기에 앞서 사회정책이 추구해야하는 목적을 말하였다. 즉 사회정책은 유익한 것을 목적으로 하고 시민의 복지를 마련하는 것이며 둘째, 사회정책은 경제적 목적뿐만 아니라 비경제적 목적(최저임금, 소득유지의 최저기준 등)을 달성해야 하며 셋째, 사회정책은 빈자로부터 부자

에게 자원통제에 있어서 진보적 재분배 대책을 포함해야 한다고 하였다. 그는 국민최저선의 확보, 평등의 실현, 완전고용 달성, 의료나 주거의 보호, 교육보장 등 사회복지정책이 추구하는 목적은 다양하다고 본다.

사회복지정책은 국가의 정책과 사회복지 서비스를 통해서 이루어지며 이를 시행하고 제공하는 과정에서 인간으로서 누려야 할 생존권과 인간다운 생활을 보장하는 것이 사회복지정책의 목표이다. 건국 초기에 중국은 사회주의정책을 국가의 근본정책으로 확정하여 사회보장정책은 국가가 모든 인민의 행복을 위해 노력해야하는 사회주의정책의 목표를 실현하기 위한 중요한 수단이 되었다. 현행 중국의 기본 공공위생서비스는 서비스의 균등화를 통하여 사회경제 구역간의 차이와 도시와 농촌의 발전 차이를 감소하는 중요한 조치이다. 기본 공공위생서비스는 경제사회발전단계와 총체적 수준에 근거하여 사회 안정과 기본적 사회정의를 유지하기 위해 개인의 최저 생존권과 발전권리를 보호하는 데 반드시 제공하여야 하는 공공서비스이다.

(4) 사회복지정책의 형성 및 집행

사회복지정책은 사회복지와 관련된 문제를 정부가 정책적으로 개입하여 해결하는 것을 의미한다. 사회복지정책의 형성과정은 사회복지정책이 하나의 독자적인 정책으로 만들어지는 과정을 의미하며, 사회복지정책의 집행과정은 사회복지정책을 실제 시행하는 과정을 의미한다.

사회복지정책은 복잡하고 연속적인 과정을 거쳐서 형성된다. 사회복지정책의 형성과정은 사회복지와 관련된 문제가 이슈화되어 하나의 의제로 설정되는 의제설정과정과 성립된 의제가 정책으로 정해지는 정책결정과정을 거치게 된다. 사회복지 의제설정에서 고려하여야 할 요인은 일반적인 요인과 정책적인 요인으로 나누어 볼 수 있다.

일반적 요인을 살펴보면 첫째, 의제설정의 성격과 관련하여, 다루고자 하는 이슈를 어떻게 규정하는지, 영향을 미치는 요인들은 어떤 것들이 있는지, 그리고 그 요인을 어떻게 다루어야 할 것인지를 고려해야 하는 것이다. 둘째, 의제설정의 절차와 관련하여,

어떠한 과정을 거치며, 누구를 참여시킬 것이며, 범위는 어느 정도로 잡을 것인지에 대하여 분명히 해야 한다. 셋째, 의제설정의 결과와 관련하여, 생기는 이익은 무엇이며, 어느 집단에게 돌아갈 것인지, 이익의 배분과정에서 나타난 비효율적인 문제는 어떤 것인지에 대해서도 분석해야 한다. 사회복지 의제설정에서 고려해야 할 정책적인 요인으로는 정책적용의 단위와 규모, 정책적용 대상층의 특성과 해결범위 등이 있다(강욱모, 2003).

정책과정 속에서 정책집행이 차지하는 비중이 점차 증대되어 가는 이유는 실제로 정책목표의 달성, 정책의도의 실현이 정책집행의 성공 여부에 달려 있기 때문이다. 정책의 집행이 정책목표의 달성을 자동적으로 담보하는 것이 아니라 성공적인 정책집행이 이루어진 경우에만 그것이 가능하다는 전제 때문에 정책집행의 중요성이 부각되는 것이다(안해균, 1995). 정책집행은 정책의 내용을 실현시키는 과정이며, 정책의 내용을 실현시키는 과정은 일련의 활동들로서 구성된다. 정책의 내용은 정책목표와 정책수단으로 이루어지는데, 정책의 내용을 실현시킨다는 것은 정책수단을 실현시키는 것이 그 핵심이 된다(정정길, 1994).

정책집행의 개념은 학자들의 이론에 따라 정의가 약간씩 다르다. Pressman과 Widavsky는 정책집행의 정의를 ‘예견된 결과를 달성할 수 있는 능력’이라고 하면서 ‘목표의 설정과 이를 달성하기 위한 활동 간의 교호작용’이라고 하고 있다. Rein과 Rabinovitz는 ‘집행이란 상호적 권력관계와 협상을 핵심적 요소로 하는 순환과정을 창조하는 수많은 행위자들이 고려한 정부의 선호를 표명하는 것’이라고 정의함으로써, 정책집행에 관한 전통적 관점, 즉 정책과 집행은 구별되고 먼저 정책이 결정되고 나면 그 뒤를 이어 정책이 집행된다고 하는 일방적 시각에서 탈피하여 집행의 모든 단계가 상호의존적이라는 순환성의 원칙을 강조하였다(봉민근, 1997).

효율적인 사회복지정책의 집행을 위하여 정책집행에 영향을 미치는 요인들을 정리하면 다음과 같다(송근원, 1995). 첫째, 정책 환경적 요인은 사회복지정책의 형성 및 정책참여자의 형태에 영향을 미치는 환경적 변수로서 정치·경제·사회적 변화와 관련된 변수들로 구성된다. 계획경제시기 중국의 의료위생체제는 한편으로 당시에 고도로 집중

된 계획경제체제와 서로 맞물렸고 다른 한편으로 당시의 경제발전 수준과 사람들이 의료위생에 대한 수요와 부합되었다. 이런 환경에서 의료위생 자원은 각 단위가 근거로 하는 계층 간에서 배분된다. 특정된 역사적 환경에서 ‘노동자, 농민, 지식인, 간부’는 중국의 기본 사회집단이다. 이는 국유기업의 노동보장 의료제도, 공무원신분의 공비의료제도, 그리고 농촌 집체경제의 합작의료제도가 노동자, 농민, 지식인과 간부의 건강이익을 대표하고 있는 것이다.

둘째, 사회복지정책의 집행에 영향을 미치는 내적인 요인은 형성된 정책의 내용과 관련된 요인들을 말한다. 구체적인 사회복지정책 프로그램에서 의도하는 정책목표의 타당성과 구체성, 그러한 목표의 달성을 위해 동원하는 정책수단 및 절차, 그리고 정책산물이라고 할 수 있는 복지서비스의 형태에 관한 규정들을 말한다. 예를 들면 중국의 국정에 의해 의료위생이 공평성이고 효율적이어야 한다는 목표를 향하여 기본약품은 대부분 인구의 수요를 만족시킬 만하고 언제든지 충분한 수량과 종류의 의약품을 제공할 수 있고 게다가 가격도 개인이나 사회가 부담할 수 있는 약품이라는 기본정의에 의하고, 필수, 적합, 안전, 저렴한 원칙에 의거하였다는 것이다.

2. 사회복지사(社會福祉史) 연구

(1) 역사연구의 의의

역사연구는 현재의 인간 삶의 다양한 생활방식 및 문제에 대하여 의미 있는 대책을 제시하면서 영향을 주고 있다. 또 인간의 삶을 규정하는 다양한 요소들이 역사연구에 영향을 주고 있다.

에반스(Evans)는 역사연구의 현실적 유용성에 대한 열망이 시대에 따라서 그리고 역사학의 발전 과정에 따라서 조금씩 다르게 나타나는 것으로 기술하고 있다(이영석, 1999). 계몽주의 시대의 합리주의 역사가들은 역사연구를 일종의 도덕적 예증의 방편

으로 삼고 있다. 계몽주의는 합리주의적 역사연구를 통하여 과거의 도덕성을 예시하여 보편적이고 불변하는 인간성을 보여주고 있다. 낭만주의는 계몽주의의 추상성과 보편적 원리를 예시하는 역사 혹은 역사학의 유용성을 부정한다.

역사의 목적은 어떤 추상적 철학이론이나 원리의 보기들을 제시하는 데 있지 않고 과거를 소중히 하고 보존하는 어떤 것으로서, 현대의 국가 및 사회제도들을 진실하게 이해하고 인식하기 위한 유일하면서도 적절한 기초로서 생각해 내는 데에 있었다(이영석, 1999).

랑케(Lanke)는 역사학을 철학 및 문학과 구분하여 과거의 조건과 맥락에서 더 객관적으로 연구하였다. 랑케 이후 역사학은 과학성을 강조하는 경향이 많았다. 이런 경향은 현재의 가치관과 선입견을 배제하고 역사를 강조하고 있으며, 역사학의 현재적 유용성에 대한 열망을 자리 잡을 수 있게 하였다. 그러나 1차 세계대전 전후 현재 역사가의 입장과 위치를 강조하는 경향들이 등장함에 따라 뉴턴(Newton)의 절대적 자연관으로부터 아인슈타인(Einstein)의 상대적 자연관으로의 자연과학적 패러다임의 변화가 있었다(감정기, 2002). 그러므로 과거의 사료는 역사가의 입장과 위치에 따라 다르게 해석할 수 있었다.

20세기 후반 극단적 상대주의 경향이 역사학의 등장에 따라 역사연구의 객관성을 부정하여 과거의 객관적 사실이 존재할 수 있음을 인정하지 않았다. 그들은 역사연구가 현재의 사회적 이해관계에 대한 입장에 의해 지배받는 실천적 유용성을 강조한다.

사회복지학에 있어서 역사연구의 의의를 찾기 위해서는 먼저 사회과학과 역사연구와의 관계를 파악하는 것이 중요하다. 즉 첫째, 사회과학과 역사는 어떠한 관계에 있는가? 둘째, 사회과학에서 역사연구가 필요한 이유는 무엇인가? 셋째, 역사연구에 사회과학적 이론과 개념이 필요한 이유는 무엇인가? 라는 질문의 해답을 찾아야 한다(하상락, 1989).

먼저 사회과학과 역사학의 관계를 살펴본다. 과학은 인간의 총체적인 지식체계를 포괄하는 것으로 과학적 인식론에 기초하고 있다. 그리고 과학의 연구대상은 자연현상과 사회현상을 포함하고 있다. 특히 사회현상을 연구 대상으로 할 경우 그것을 사회과학

이라고 한다(신용하, 1982). 이런 사회현상은 인간의 생존에 관한 모든 사회생활과 관련이 있다. 사회과학과 역사학은 사회구성원들의 상호작용 과정에서 발생하는 사회현상을 다루는 점에서는 같지만, 개별적인 현상을 이해하는 목적에서는 차이가 있다. 역사학은 기술적이고 일회적인 독특한 것을 다루는 반면, 사회과학은 분석적이고 범칙정립적이다.

사회과학과 역사학은 각기 자기 학문의 독자적인 전통과 특성을 유지하면서 서로 통합과 제휴하는 것이 바람직하다. 사회과학과 역사학의 공통점을 살펴보면 다음과 같다(이광주, 1981). 첫째, 연구대상이 동일하다. 사회과학과 역사학은 모두 인간의 상호작용 과정에서 나타난 사회현상을 연구대상으로 한다. 둘째, 사회과학과 역사학은 자연과학과 달리 변하지 않는 보편적 법칙보다는 한정된 일반화에 관심을 둔다. 사회과학과 역사학은 인간정신의 비결정성과 사회현상의 역사성 때문에 자연과학이 추구하는 불변의 보편적인 법칙보다는 가변적인 인간 가치에 뿌리박은 한정된 일반화에 관심을 갖게 된다. 따라서 사회과학적 법칙이나 개념과 특별히 구분될 수 있는 역사법칙이나 개념은 있을 수 없다고 말할 수 있다. 왜냐하면 양자가 인간사회와 사회관계를 그 일반적 역사과정에 비추어 해석하고, 이해하고, 설명하는 것이기 때문이다. 셋째, 방법론적으로 양자 간에는 근본적 차이가 없다. 양자 간에 방법론의 원칙에서 차이가 없고, 단지 양자가 각각 전통적으로 추구해 온 목표와 절차가 대비될 뿐이다. 양자 간에 차이점을 굳이 찾는다면 전형적인 역사학자는 역사발전의 특정사례에 관심을 갖고 사료 및 정보를 다루는 데 반하여, 전형적인 사회과학자는 특정사례를 넘어서 인간사회와 역사에 관한 보편타당한 명제를 확립하려는 궁극적인 목표를 가지고 사료 및 정보를 다루고 있는 것이다.

사회과학에 역사연구가 필요한 이유는 사회과학적 개념들이나 이론들의 타당성을 검증하기 위해 역사적 자료를 사용한다는 데서 찾을 수 있다. 또 사회과학자들은 과거의 제1차 자료를 직접 깊이 다룸으로써 훌륭한 사회과학이론을 정립할 수 있다는 점을 들 수 있다(하상락, 1989). 줄곧 사회과학의 이론모델은 초시대적, 초역사적 특성이 있기 때문에 특정의 시대와 나라에 적합한 이론을 선택하는데 곤란이 봉착하게 된다. 특히

많은 사회과학이론들이 서구사회를 기반으로 개발되었기 때문에 제3세계를 적절하게 설명할 수 없다는 이유로 사회과학자들이 역사연구에 관심을 기울이게 된다.

역사연구에 있어서 사회과학적 이론과 개념이 필요한 이유에 대해서 사회학자 립셋(Lipset, 1968)은 ‘역사학자는 이용가능하고 유용한 사회과학적 방법과 개념을 무시함으로써 잘못을 저질러 왔다. 역사학자가 사회학이나 사회과학에서 발전된 개념과 방법을 사용하더라도 이것이 그를 사회과학자로 만드는 것은 아니다. 오히려 사회과학적 개념과 방법은 역사학자에게 역사자료를 정돈하는 범주를 제공해 주어 역사해석과 인과적 설명의 수준을 높여 주는 것이다’라고 말하였다. 역사학과 사회과학이 모두 사회과학방법론에 기초하고, 경험과학의 특성을 강하게 가지고 있기 때문에 역사학자가 사회과학이론과 사회과학적 개념을 숙달하면 역사자료를 정리와 분석방법을 얻을 수 있다. 역사학과 사회과학은 사회현상을 연구하는 학문이기 때문에 인간주체 연구에서 사회과학, 역사, 사회복지는 과학적 인식을 같이 하고 있다. 그래서 사회과학 이론에 기초한 사회복지와 역사의 관계를 파악하여 과학적 지식을 사회복지발전에 활용할 수 있다.

(2) 사회복지사 연구의 의의

사회복지는 초역사적 존재도 아니며 단순한 이념도 아니다. 사회복지의 사회사상이며, 특히 인류사회에서 발견되는 공통적 사회현상의 하나로 그 역사 속에서 생성·확립·전개되는 것이다. 따라서 사회복지학 연구에 있어서의 역사연구는 일정한 사회현상에 대하여 과학적 체계화를 시도해 온 사회과학에서의 역사연구와 공통된 의의를 가지고 있다(一番懶康子·高島, 1981).

역사연구에 있어서 근대 사회과학의 역사주의가 있는데, 그것은 역사의 흐름 밑바닥에 있는 움직임이나 유형, 법칙, 추세 같은 것을 발견함으로써 역사적 예측을 시도하려는 접근인 것이다(김경동, 1983). 즉 역사주의는 정치, 경제, 법률사의 여러 제도, 종교, 도덕, 학문, 예술 등의 정신적 활동까지 역사적 조건의 제약을 받는다고 했다.

그리고 역사연구에 있어서 역사적 상대주의가 있는데, 그 입장은 객관적인 역사를

다음과 같은 이유로 반대하는 것이다(양정하, 2004). 첫째, 역사가는 역사적 현실을 그 자체로써가 아니라 사료를 통해서 접하게 되는데, 사료는 원래 역사의 부분만을 반영하는 데 불과하며 더욱이 역사가는 이 부분적 사료의 일부분을 다루는 데 불과하기 때문이다. 둘째, 특정시기의 역사는 역사현실의 전체를 의미하는 반면, 사료나 역사연구는 부분에 지나지 않기 때문에 일어난 그대로의 역사를 결코 인식할 수 없으며, 그러므로 과거의 완전한 재생이란 순전히 하나의 가설이기 때문이다. 셋째, 사회적 현상은 자연과학적 사실과 달리 역사가의 가치중립의 대상이 될 수 없으며 따라서 역사가의 사관·시대배경·문화를 반영하는 해석의 대상이라는 것이다. 연구자의 입장에서 보면 역사주의와 역사적 상대주의 양쪽을 포함하여 고려하는 것이 필요하다.

사회복지사 연구의 의의를 규명하면 다음과 같다(하상락, 1989).

첫째, 현대 사회에 정착된 사회복지의 생성 및 발달과정 그리고 역사적 특성을 규명할 수 있다. 사회복지제도는 사회적 존재이자 실천체로 파악할 수 있다. 사회구성원에 대한 복지가 국민의 기본권과 국가의 의무 차원에서 제공되는 현대적 관점의 사회복지 제도는 자본주의 변화와 사회복지 변화를 함께 고려하는 속에서 이해되어야 할 것이다. 이렇게 이해하는 것이 곧 사회복지 제도의 역사성을 밝히는 작업이 될 것이다.

둘째, 사회복지 제도의 변천과정을 설명하고 어떤 법칙성을 발견하고 나아가 이를 예측할 수 있는 이론을 개발하고자 하는 것이다. 사회복지사는 사회복지 제도의 생성과 발전과정을 설명해 줄 수 있다. 사회복지학의 이론이 여러 가지 형태의 국가와 사회에 보편적으로 적용할 수 있는 일반이론으로 발전하기 위하여 기존 중국의 사회복지 제도 변천이론을 적용하고 그 적합성을 검증하는 것이 중국 사회복지사 연구의 목적이 라고 할 수 있다.

셋째, 사회복지학이 하나의 독립학문이므로 역사연구가 기초적인 작업이라고 할 수 있다. 이 점에 대해 지윤(1964)은 '사회사업을 하나의 학문으로 연구하기 위해서 한편으로 사실적인 연구를 수행함과 동시에 다른 한편으로 끊임없이 과학적 구성에 반성과 비판을 가하고 이것을 보다 더 효과적으로 그 연구목적에 달성할 수 있게 하는 노력도 필요로 하는 것이다'라고 하여 사회복지의 학문적 연구의 필요성을 강조하였다.

마지막으로 사회복지역사를 연구함으로써 우리에게 적합한 사회복지 제도에 관한 이론과 사회복지의 실천모델을 모색할 수 있다. 사회복지학은 실전적 학문으로서 과거의 사회복지 제도를 연구하여 중국에 적합한 사회복지의 실천모델을 형성하는 데 기여가 될 수 있다. 사회복지의 역사를 연구하는 과정에서 사회복지 제도의 변천과 발전의 내재적 법칙성을 발견하여 우리에게 알맞은 사회복지 정책을 제공할 수 있다.

(3) 사회복지사 연구의 대상

사회복지사 연구대상의 설정은 사회복지의 개념을 어떻게 정의하는 것인가에 따라 결정된다. 지윤(1964)은 사회사업사의 대상을 확정하려면 먼저 사회사업의 기원을 결정하는 것을 필요로 하며, 그러한 기원은 사회사업의 학문적 개념으로 결정되어야 한다고 주장하였다. 즉 어떠한 제도나 프로그램을 사회복지로 볼 것인가 하는 문제이다. 사회복지의 내용은 역사적·사회적 조건에 따라 개념 규정이 다양하기 때문에 사회복지사 연구에 있어서 사회복지 개념의 명확한 규정은 어렵게 된다.

‘사회복지’라는 개념이 갖는 가변성과 역사성을 로마니쉬(Romanyshyn, 1971)은 개념의 진화과정으로 표현하고 있다. 즉 사회복지가 자신의 성격으로부터 보다 넓고 적극적인 의미로 변천한 것을, 첫째, 잔여적 개념으로부터 제도적 개념으로, 둘째, 자선의 사상으로부터 시민의 권리라는 사상으로, 셋째, 빈민에 대한 특별한 프로그램으로부터 전체 인구의 보편적 욕구에 대한 관심으로, 넷째, 가능한 최저한의 급부와 서비스로부터 최대한의 적절한 급부와 서비스로, 다섯째, 개인의 치료로부터 사회의 개혁으로, 여섯째, 민간의 후원으로부터 정부의 후원으로, 일곱째, 빈민을 위한 복지라는 개념으로부터 복지사회라는 개념으로의 점진적 진화 과정으로 파악할 수 있다는 것이다.

이러한 사회복지 개념의 역사적 역동성을 염두에 두고 사회복지에 대한 가장 포괄적인 개념규정을 해본다면, 개인적으로 대처하기 어려운 욕구나 문제를 해결하기 위한 협동적인 노력 또는 제3자에 의한 원조의 체계라고 할 수 있을 것이다.

사회복지 역사의 대상을 이론적 측면과 실천적 측면으로 나누어 접근할 필요가 있

다. 이론적 측면으로 접근한다면 우선적 관심사는 사회과학 및 사회복지학의 이론을 적용하고 검증하거나 과거의 사료를 기초로 새로운 인과법칙을 찾아내는 것이 된다. 실천적 측면에서의 접근은 접촉이 가능한 모든 과거의 사건, 현상, 제도 등을 소개하고 현재까지의 학문적 성과를 토대로 그것의 의미를 해석하거나 그러한 자료를 제공함으로써 현재의 실천적 유용성을 제고시키는 것이다(감정기, 2002).

여기에서 사회복지 개념의 구성 요소는 크게 보면 한편으로는 욕구체계, 또 다른 한편으로는 그에 대처하는 자원체계로 포함시킬 수 있을 것이다. 욕구체계란 서비스 대상자의 욕구 및 문제와 관련된 일체의 체계이며, 자원체계란 욕구해결을 위해 필요한 인적·물적 자원의 조달 및 확보와 관련된 체계이고, 전달체계는 양자를 연결시켜 대상자에게 필요한 서비스를 직접 제공해주는 것과 관련된 체계를 의미한다(하상락, 1989).

첫째, 사회복지의 대상은 개인이나 집단의 특수한 문제로부터 점차 전체 인구의 보편적 문제로 확산되어 왔다. 중국 계획경제 시기의 사회보장은 기업보장제 중심으로 이루어져 노동 능력을 지닌 사람을 대상으로 한 노동보험과 직공복리가 사회보장의 가장 주요한 형태이다. 중국이 도입한 단위는 국영기업으로서 주거, 교육, 의료, 연금, 에너지 등 종합적 복지를 제공하는 역할을 담당했다. 개혁개방 이후 과거의 노동자 중심이었던 노동보험은 점차 양로, 의료, 실업보험을 포괄하는 전국민 대상의 사회보험으로 변화하여 사회적으로 소외된 장애인, 고아, 노인, 부랑인 및 국가 유공자에 대한 사회구제의 범위가 확대되었다.

둘째, 자원체계의 중심 문제는 누구, 즉 어떤 집단에 의한 어떤 내용의 서비스를 연구의 대상으로 할 것인가의 문제이다. 중국 계획경제 시기의 의료위생체계를 보면 정부는 의료자원 배분의 주요한 담당자며 공공재정은 의료제공과 자금조달의 주요 방식이었다. 정부는 고도로 집중된 공공서비스 제공방식으로 행정수단이 직접 의료위생 투자와 설립, 의료진의 진입을 통제하였다. 국가는 소유권에 대한 통제와 독점을 실현하여 의료위생기구의 재정보조에 경제적 기초를 마련해 주었으며 사회 대부분 집단으로 하여금 의료위생 서비스를 향수할 수 있도록 하였다.

마지막으로 전달체계는 욕구체계와 어떤 방식으로 결합하여 복지서비스를 어떤 경로

로 대상자에게 전달되느냐의 문제이다. 중국 도시주민 기본의료보험의 실시로 가입주민은 규정된 기본 의료보험비를 납부하고 상응하는 의료보험 혜택을 향유하여 조건이 좋은 고용기관은 근로자 가족의 보험비를 지급하는데 보조금을 지원하였다. 도시주민 의료보험기금은 가입한 주민이 입원 및 중병 진료시의 지출에 주로 사용하고, 조건이 좋은 지역은 점차적으로 진료의료비 관리기금을 실시하였다. 도시주민 기본의료보험기금은 규정된 범위 내의 의료비를 지불하는데 사용하고, 기타 비용은 보충성 의료보험, 상업건강보험, 의료보조 및 사회기부 등의 방식을 통해 해결한다.

(4) 사회복지사 연구의 방법

사회복지사의 연구에는 시대를 구분하여 접근하는 방법, 비교사회복지학적 방법, 사례연구 방법 등이 유용하게 적용될 수 있다.

첫째, 사회복지제도는 시대에 따라 의미가 변화하기 때문에 시대구분이 필요하다. 즉 특정에 따라 시대를 구분하여 각 시대별로 사회복지의 내용과 특성을 규명하는 것이다. 岡村重夫는 사회복지의 변화와 발전에 영향을 주는 요인으로 내재적 요인과 외재적 요인을 제시하고, 감정기는 매개적 요인을 추가시켰다(감정기, 1992). 내재적 요인이란 사회복지에 영향을 주는 지배적 이념과 원리 변화, 적용범위, 급여방식, 대상자 범위, 재정의 원천 및 책임과 같은 사회복지의 내적 요소들의 변화를 의미한다. 외재적 요인이란 자본주의 생산양식의 변화, 산업화 그리고 현대화 과정에서 나타나는 사회·경제적 구조의 변화를 말한다. 마지막으로 매개적 요인이란 수혜자 등 사회복지 주체와 객체들의 사회적 의식과 태도들로 구성되는 상호작용을 가리킨다. 즉 내재적 요인과 외재적 요인을 매개하는 제도적 형성의 정치적 과정을 가리킨다고 할 수 있다. 본 연구에서는 중국의 경제체제개혁에 의거하여 개혁개방 전에 계획경제체제하의 의료위생 정책과 개혁개방 후에 시장경제체제하의 의료위생 정책으로 고찰하였다. 즉, 체제전환에 따라 중국 의료위생 정책의 형성기과 전환기로 나누어 정책의 내용, 특성과 변화를 분석하였다. 중국의 계획경제체제와 시장경제체제는 각기 독특한 특성이 있기에 각

시기에 의료위생 정책도 독특한 내용으로 나타난다.

둘째, 사회복지의 역사에서 동일한 시대라 하더라도 사회와 국가마다 사회복지제도의 내용과 의미가 상이할 수 있기 때문에 비교의 방법이 필요하다. 사회복지사를 시대적으로는 각각의 사회 간 혹은 국가 간 비교를 통한 접근 방법이 전체의 사회복지 흐름을 이해하는 데 유용하다. 각 국가의 의료보장제도의 형성, 내용 및 변화를 분석하여 의료보장체제의 비교를 통해 공통점과 차이점을 알아보고, 적합한 의료보장정책의 형성에 중요한 참고자료가 될 것이다.

셋째, 사례연구는 특정 개인, 집단, 사회, 국가, 문화에 대하여 심층적이고 집중적으로 연구하는 것이다. 사례연구는 현상에 대한 깊이 있는 연구를 한다는 점에서 질적이며, 실험 조사나 서베이 조사보다는 있는 그대로의 상황에서 관찰하고 분석하는 점에서 자연주의적이며, 총체적 묘사를 시도한다는 점에서 전체론적이다(김영중, 1999). 사례연구는 사회복지 역사연구에서 특정 시대, 범주 내에서 구체적 사례를 들어 전체적인 이해를 할 때 유용하다. 본 연구에서는 중국 사회보장분야 중에 의료위생 정책을 사례로 들어 분석하였다. 중국의 기본의료위생 정책은 주로 의료위생의 4가지 체제와 8가지 지탱으로 구성 하였다. 네 가지 체제는 공공위생서비스체제, 의료서비스체제, 의료보장체제 및 약품공급보장체제이다. 8가지의 지탱은 의료위생관리, 운영, 투입, 가격, 감독, 기술과 인력체제구조, 정보, 법률의 구축을 개선하여 네 가지 체제의 효율적 운영을 보장한다. 중국의 의료위생 정책은 사회보장의 중요한 구성부분으로 국민 생활과 사회 안정에 중요한 역할을 하고 있다.

제2절 사회복지 발달이론

사회복지의 역사 연구는 보통 사회복지 발달사 연구로 표현하며 사회복지정책의 목표와 가치는 발달이론을 통해 설명된다. 1950년대에 학문으로의 기초적 틀을 마련한 사회정책학은 사회정의론, 사회욕구론, 복지국가론 등이 있지만 사회정책의 사회과학에 대한 기여는 사회정책 발달이론이다. 사회복지 발달이론은 산업화 과정, 계급관계의 역

동성, 이익집단의 활동, 정치경제구조의 특성, 국가 간의 관계 및 자본주의·사회주의 체제 간의 모순 등 방면에서 정책의 목표와 가치를 표현한다. 사회정책의 형성과 변화, 즉 사회복지정책의 발달은 다음과 같이 분류하여 설명할 수 있다.

1. 사회양심이론(Social Conscience Theory)

사회양심이론은 1950년대 영국 사회정책학의 통설로서 애용되고, 그 후에도 사회사업가들과 박애주의자들에게 큰 영향을 주고 있다. 이 이론에 따르면, 첫째, 사회복지제도는 인간이면 누구나 갖기 마련인 타인에 대한 사랑이 국가를 통해 구체화된 것이다. 둘째, 사회복지제도는 사회적 의무감의 확대와 욕구에 대한 국민들의 인식향상이란 두 요인에 의해 변화된다. 셋째, 사회복지제도의 변화는 축적적이며 관대함과 관심영역의 증대방향으로 물론 양과 질은 개선방향으로 변화한다. 넷째, 사회복지제도의 개선은 불가피하지만 현행 서비스는 지금까지의 것 중 최선의 것이다. 다섯째, 역사적으로 볼 때 현행 서비스가 완전하지는 않지만 사회복지의 주된 문제는 이미 해결되었고 지속적으로 발전을 기대할 수 있다(김상균, 1987). 사회양심이론은 사회복지정책을 국가의 자선활동으로 간주하여 사회복지정책 발전에 대한 정치적 요인을 무시한다. 그리고 사회복지정책의 발달을 진화적 관점으로 이해하여 사회복지정책의 발달은 당연한 것으로 간주한다.

사회양심이론은 사회복지 변천의 동인을 인간 내부의 감성과 정신에서 찾는다는데 점에서 관념론적이라고 할 수 있다. 사회양심이론은 사회복지제도의 자비적 특성을 지나치게 강조하여 국가나 서비스 제공자의 능동적 역할을 과소평가하는 것과 역사에 대한 과도한 낙관성과 직선적 인식으로 비판을 받는다(감정기, 2002). 사회양심이론에 의한 사회복지정책발전은 선이란 인간의 본성임에도 불구하고 사회복지정책을 양심적 산물로만 볼 수 없다는 것이다. 하지만 사회복지에 내재한 사회양심이론 요인을 완전히 배제하기는 힘들 것으로 보인다. 사회의 변화는 항상 발전적인 방향으로만 나아가는 것은 아니다. 정권이 가지고 있는 사상에 따라 정책은 전혀 상반되는 방향으로 바뀌기도

하기 때문이다. 각 나라에서 발생하는 공공정책의 실패를 비롯한 사회문제의 증가는 사회양심이론의 설명으로는 부족하다.

2. 합리이론(Rationality Theory)

이 이론은 사회복지제도의 불가피성을 현대사회의 산업화라는 맥락 속에서 찾고 있다. 즉 어떤 형태의 사회이든 그것이 산업화 과정에서 필연적으로 각종 사회문제가 파생되는데, 이때 합리적 인간이 고안해 낸 합리적 문제 해결책이 사회복지제도라는 것이다(김상균, 1987). 합리이론에서 사회복지제도의 정착에 주요한 요인은 경제발전을 담보하는 기술의 발전으로 본다. 국가들은 처음에는 이념에 따라 국가체제를 갖지만 점차 국가 발전의 원동력이 기술의 발전에 따라 이루어지게 된다. 따라서 이 이론은 자본주의 사회의 속성인 생산양식, 노동력 재생산, 자본축적, 계급관계 등을 무시하면서, 자본주의 사회든 사회주의 사회든 산업화만 되면 사회복지가 필요하게 된다는 점을 강조한다.

사회복지 발전은 산업화 보다는 국가의 성격이나 정치적인 요인이 결정적인 요인이 될 수 있다. 미국에서 18세기 말 19세기 초에 급속한 산업화의 영향으로 인해 영국과 같은 산업화의 폐해를 경험하였지만 영국은 그러한 문제를 해결하기 위하여 적극적으로 노력한 반면 미국은 유럽식의 사회복지가 존재하지 않는다는 점에 착안하여 다른 길을 걷게 되었다. 산업화가 사회복지제도의 발전을 가져오는 가장 기본적인 요인임에도 불구하고, 유사한 산업화와 유사한 과정을 거쳐서 복지제도가 생성된다는 관점으로 복지국가란 결국 산업화의 마지막 단계라고 지나치게 단순하게 설명하는 것은 무리가 있다.

합리이론에서 사회문제의 현명한 대책으로 합리 또는 논리를 유일한 원동력으로 간주함으로써 마치 문제의 인식과 해결책에 관한 사회적 합의가 존재하는 것처럼 오해를 불러일으킨다. 그리고 사회복지제도가 사회·경제적 변화에 수반되는 문제의 해결책이 아니라 복지제도의 실시를 통해 사회정책이 사회변화의 능동적 변수로서 발견되는 사

실을 설명할 수 없다(김상균, 1987). 사회복지 발달에 관한 이론들을 검토하기 위하여 그 설명이나 이론의 내용뿐만 아니라 연구사례 내지는 연구의 시대적 범위를 고려해야 한다. 합리이론에 대한 특정한 사안이 사회문제가 되는 본질을 파악하지 못하여 그 이유를 밝힐 수 없다는 이론적 약점과 함께 합리적이라고 생각되고 있는 사회복지제도가 사회변동의 원인이 될 수 있다는 점도 지적된다.

3. 테크놀로지론(Technology Theory)

테크놀로지 결정론이라고도 불리는 이 이론은 사회복지제도의 변화를 조직적 분석의 맥락에서 조명하고 있다. 이 주장은 개인 활동의 수단인 테크놀로지에 관한 지식을 근거로 인간행위를 예측할 수 있다는 것으로서 사회복지제도의 변화를 테크놀로지 특히 사회행정 및 사회사업의 기술적 발달과 같은 비사회적인 힘에 의해 결정되는 것으로 설명한다(김상균, 1987). 19세기 영국의 경우는 사회복지를 담당하는 관료들이 개인의 복지에 대한 국가개입을 확대시킨 결과 사회복지제도가 확대했다고 설명하였다. 각종 사회복지서비스의 제공을 위한 공·사립 사회기관과 사회사업 전문직을 산업사회 내에서의 주요 조직으로 간주하면서 이러한 조직의 전문성이 사회복지서비스의 변천을 초래한다는 분석도 있다. 최근에는 기획의 기술, 정책분석의 기법, 예산편성의 기술, 그리고 정책평가의 이점인 지속성과 테크놀로지의 축적은 더욱 위력을 발휘하고 있다.

기술이 개발되려면 먼저 기술개발의 필요성이 대두되어야 하는데 왜 그러한 상황이 전개되었는가를 테크놀로지이론은 설명할 수 없다. 사회복지제도를 사회조사를 통해 얻어진 객관적 정보에 입각해서 정책결정의 과정에서 나타나는 지배계층의 존재나 각종 이해집단의 활동 및 그들의 가치판단과 같이 결코 기술적으로는 취급할 수 없는 중요한 요소들을 무시해버리게 된다. 복지활동의 확대 및 발전이 행정기술의 필요하고도 불가피한 결과라고 한다면 사회문제가 특정시점과 특정상황에서 비로소 갑자기 사회문제로 인식되는 사실을 적절히 설명하지 못하게 된다. 결국, 테크놀로지이론은 산업사회

에서 사회문제가 생각처럼 어디에서나 그리고 언제나 자명하지 않는다는 점을 과소평가하고 있다고 볼 수 있다.

4. 시민권이론(Citizenship Theory)

사회복지제도의 변천을 시민권의 변천 측면에서 진화론적으로 설명하는 것이 시민권이론이다. 이때 시민권이란 완전한 사회구성원으로서 인정되는 지위의 향유라고 해석되는데, 일종의 기본적 평등을 의미하는 시민권의 개념은 자본주의의 경제적 불평등과 모순되지 않은 것이라고 본다(김상균, 1987). 시민권은 완전한 성원에게 부여되는 여러 가지 권리와 권력을 향유할 수 있는 지위이며 공민권, 정치권, 복지권으로 구성되었다. 대체로 공민권은 18세기에 확립되었고, 정치권은 19세기에, 그리고 복지권은 20세기에 확립되었다. 시민권의 핵심은 사회적 불평등의 완화제인 사회복지정책이며, 시민권이 발달한 국가에서는 사회복지 수급권을 하나의 기본권으로 인정하고 있다. 결국 시민권이론은 사회복지제도의 변천이 시민권의 분화 현상과 사회권의 확립이라는 진화적 과정에 따라 개선·확대되는 것으로 설명한다.

시민권이론은 공공 서비스의 바람직한 분배기준으로 주장될 수 있을지 모르지만 그와 같은 분배체계와 그것이 의미하는 가치가 시장경제의 실제 및 관련 이념의 많은 부분과 상호 모순관계에 놓이게 되므로 복지에 대한 시각을 일반화시키는 데 충분할 만큼 기술적이지 못했다는 비판이 있다(김상균, 1987). 예를 들면 낙인의 문제와 선별주의와 보편주의의 논쟁, 복지행정에서의 수혜자 참여 요구 등의 현상이 그러한 모순관계를 잘 나타내고 있다. 자본주의 시장경제 체제 하에서는 개인의 능력에 따라 자원이 배분되기 때문에 그 가능성이 희박하고, 또한 권리에 따른 법적 요구는 법에 기초한 사회복지만을 의미할 수 있기 때문에 사회복지정책 전체를 설명하는 데 한계가 있다. 예컨대 직업복지, 민간복지 및 자선사업과 같은 영역들의 제외될 수밖에 없기 때문에 사회구조와 복지제도 사이의 관계를 설명해 줄 수 있는 이론으로서 부족하다. 반면, 정책결정 과정에서 일반 시민들이 참여하는 권리가 보장되어야 하는데 사회주의체제의

국가에서는 이런 개념을 일반화시킬 수 없기 때문에 한계가 있다.

5. 사회정의론(Social Justice Theory)

이 이론은 사회복지 변천의 기본요소를 사회정의의 개념 변천으로 보는 것이다. David Miller는 사회정의와 법적 정의를 구별했는데, 후자의 내용은 범죄와 형벌의 적용에 관한 원칙과 공정한 재판, 항소권 등의 법적용에 관한 원칙과 같은 것임에 반하여, 전자는 사회적 이득과 손실에 관한 것들로서 임금 및 이윤에 대한 규정과 법체계를 통한 개인의 권리보호, 주택, 의료, 복지혜택 등의 배분과 같은 재산에 관한 시스템 및 공공조직과 같은 주요제도들을 취급하고 있다는 것이다(양정하, 2004). 사회적으로 사회구성원 모두에게 동등한 권리와 의무를 부여하고 공정한 경제이득이 보장될 경우 사후적으로 이루어지게 되는 과실의 배분이 공정한 것으로 인정받을 수 있다. 이러한 의미에서 교육, 사회진출 등 자아실현의 기회가 출신성분, 권력, 재력, 술수 등 사회구조적 모순으로 인하여 불평등하게 될 경우 사회정의가 왜곡되고 각종 사회적 갈등이 표출하게 된다.

시장경제 중심의 사회를 지배한 사회정의는 개인의 업적에 대한 보답이며 욕구에 따른 분배원칙을 보조기준으로서 일부 적용하기도 한다. 그러나 시장중심의 사회 속에서 정착하지 못한 다양한 집단들로부터 호응 받는 일종의 일탈적 사회정의의 개념은 욕구에 따른 분배원칙이라고 해석된다(김상균, 1987). 한 사회에서 자원이 공정하게 배분되고 있다면 그 사회구성원이 인정할 수 있는 정도가 사회정의라고 할 수 있다. 사회적 자원의 배분이 비록 불평등하게 이루어지더라도 과실의 배분을 통해서 사회구성원 모두에게 종전보다 나은 이익이 제공될 수 있을 경우 사회정의가 실현된 것으로 볼 수 있다.

사회정책학이 가치판단을 배제하면 존재할 수 없다는 사실을 충분히 인정했다는 점은 사회정의이론의 장점이 되기도 하지만 단점이 되기도 한다. 왜냐하면 어떠한 내용이 사회정의를 구성하느냐는 사회와 시대에 따라 그 사회의 지배적 가치기준에 의존할

수밖에 없는데 그 지배적 가치기준의 변천에 영향을 미치는 요소를 발견해 내기란 용이하지 않기 때문이다.

이와 같은 사회정의론에 대한 비판은 첫째, 사회복지제도의 변천에 있어 선언된 사회복지정책과 행동으로 옮겨진 사회복지 정책 간에 존재하고 있는 괴리를 설명해 줄 수 없다는 점이다. 둘째, 사회정의의 개념이 다양함에도 불구하고 특정의 사회정의가 유독 지배적이 될 수밖에 없는 이유를 설명하지 못한다는 점이다(김상균, 1987).

6. 음모이론(Conspiracy Theory)

음모이론은 사회복지정책을 지배계층의 권력유지 수단으로 이해한다. 이 이론은 사회복지제도의 변천을 사회 안정 및 질서의 유지와 사회통제에 따라 영향을 받게 된다고 주장함으로써 사회양심이론에 정면으로 도전하는 입장을 취하고 있다.

사회복지제도는 인도주의적 입장에서 일반 서민의 빈곤한 생활에 대한 보장으로 실시되는 것이 아니라 계급 간 갈등으로 인하여 사회질서가 파괴되는 것을 예방하는 목적으로 실시되는 것이다. 따라서 사회복지제도는 실제로 빈민에 대한 억압책으로 볼 수 있다. 음모이론에 따르면 사회복지정책과 관련한 의사결정은 지배층의 장기적인 계획 하에 이루어지고, 자신들의 권력 유지 목적으로 정책이 이루어지기 때문에 실질적으로 복지정책은 분배의 원리와는 거리가 멀다는 것이다(이수천, 2011).

Piven과 Cloward는 전통 사회정책론에서는 별로 다루지 않던 계급갈등과 정치적 편파주의의 중요성을 주장하면서 이를 뒷받침하기 위해 대공황 이후의 미국 사회복지사를 분석했다. 그들은 대량실업에서 파생되는 시민 소요사태가 발생하면 공공복지제도가 시작되거나 확장되며, 반대로 정치적 안정이 회복되면 그러한 프로그램은 폐지되거나 감축되어 버린다는 사실을 발견했다. 음모이론의 또 다른 시각은 마르크스주의자들에 의해 제공된다. Saville은 사회정책을 자본주의에 절대 필요한 안정과 효율의 유지를 위한 물리적 강압책의 대안으로 보고 있다. O'Conner에 의하면 정부의 사회복지지출액은 시장의 법칙에 의해 결정되는 것이 아니라 계급 또는 집단 간의 사회, 경제

적 갈등에 의해 구조적으로 결정된다고 한다. 결국 마르크스주의자들은 사회정책을 단기적으로는 폭력사태를 방지하기 위한 자본주의자들의 방편이고 장기적으로는 노동자 계급의 혁명에 대한 정열을 식히는 전략으로 보고 있다(김상균, 1987).

음모이론을 적용하여 비판하는 내용이 사회보장이나 특수한 계층 곧 아동, 노인, 장애인, 유족 등과 관련한 사회복지제도에는 맞지 않는다는 점을 지적할 수 있다. 왜냐하면 이들은 사회적 불안 요소로 작동하는 데 힘을 갖지 못하는 존재들이기 때문이다. 따라서 이들을 위한 복지제도가 있다는 것까지도 사회통제 수단으로 시행되는 것인가 하는 의문이 남게 된다. 이들에 대한 사회복지제도는 지배계층의 사회유지 차원에서의 복지제도 실현은 부분적으로 설명이 가능하나 복지 전체를 설명하는 데는 한계가 있다(이수천, 2011).

7. 국가중심적 이론(State-Centric Theory)

국가중심적 이론은 사업화, 독점자본, 이익집단, 노동자계급 등의 요인들이 복지국가 발전에 영향을 주며, 국가조직에 의해서 매개된다. 국가중심적 이론은 국가의 적극적인 역할을 강조하여 복지국가 발전을 설명하는 거시적 그리고 사회적인 배경과 구체적인 사회복지정책 사이의 관계가 각 국가들이 갖고 있는 국가구조의 특수성에 의하여 결정된다고 본다.

국가중심적 이론이 갖고 있는 장점은 첫째, 사회에서의 사회복지 수요(산업화로 인한 수요, 자본가계급의 수요, 노동자계급의 수요, 그리고 이익집단들의 수요)에만 초점을 맞추는 이른바 ‘사회중심성’에서 벗어나, 사회복지를 제공하는 공급자로서의 국가를 강조함으로써 사회정책 발달에 대한 설명의 폭을 넓혔다는 점이다. 둘째, 이 이론은 사회정책 발달에서의 각 국가들이 갖고 있는 국가구조의 특수성을 역사적인 발달과 정의 맥락에서 분석하는 장점을 갖고 있다. 셋째, 이 이론은 지금까지의 소극적인 국가역할에서 벗어나 적극적인 ‘행위자’로서의 국가를 강조한 점도 복지국가에 대한 이해의 폭을 넓힌 것이다(김태성, 1993).

국가중심적 이론의 단점은 첫째, 각 국가의 구조적 특수성을 강조하기 때문에 이 이론을 통해 복지국가 발전을 일반화하기 어려운 점이 있다. 둘째, 이 이론은 사회복지의 욕구가 어떻게 발생하는가를 설명하기보다는 그러한 욕구에 대한 대응을 국가에 따라 어떻게 하느냐에 만 초점을 맞추었기 때문에 사회정책 발달에 대한 본질적인 원인에 대해서는 등한시하는 한계가 있다(김태성, 1993).

8. 확산이론(Diffusion Theory)

확산이론은 한 나라의 복지정책이 다른 나라로 확산되어 간다는 이론이다. 즉 선진 복지국가의 복지경험이 다른 나라로 옮겨간다는 것이다. 확산이론은 개별 국가의 사회정책 발달이 인접한 국가 간에 공간적으로 확산하는 경우, 혹은 선진국의 사회복지제도가 후진국으로 확산하는 과정을 바탕으로 한다. 이 논리의 핵심은 사회정책의 도입을 모방과정의 결과로 인식하며, 각 나라들은 ‘선구적인 복지국가의 노력을 복사’ 한다는 것이다(Wilensky et al, 1985). 이러한 사회정책의 확산이론은 구체제 간의 모순적 관계를 강조하는 진영모순 개념과 근본적으로 상이할 뿐만 아니라 냉전체제가 사회복지에 미친 복잡한 과정을 설명하는데 근본적 한계가 있다.

한 국가의 복지제도나 정책이 이웃국가로 확산되는 것이기 때문에 지리적인 요인과 경제적인 요인이 중요한 변수가 된다. 지리적으로 먼 나라보다는 인접한 국가로 정책이나 제도가 확산된다는 것이다. 중국의 경우는 건국초기 의료위생체제는 구소련의 계획경제체제하의 위생제도 모델을 그대로 답습하여 계획경제하의 위생공급제도를 실시하였다. 또 영국의 식민지 중 영국인들이 정착했던 국가들이 유럽식 사회보장제도를 도입한 것을 보면 경제적인 요인이 확산의 중요한 변수인 것을 반증해 준다고 할 수 있다.

그러나 확산이론 역시 한계가 있다. 서유럽에서의 사회보장 확산은 경제성장과 자유주의 이데올로기의 확산 순서와 일치한다. 따라서 과연 모방의 영향이 독립된 변수인지 의문을 가지게 된다. 또한 경제성장이 발달한 국가에서 그렇지 못한 나라로 확산된

경우도 있지만 그렇지 않은 경우도 나타난다는 점이다. 사회복지제도나 정책의 결정에 있어 확산이론으로 설명하기보다는 정책을 세우는 국가 내부의 사회적, 경제적, 정치적 상황이 더 중요하다고 보는 경향이 많아지고 있다. 한 국가에서 정책이나 제도를 세울 때 앞선 나라의 것을 참고하는 것은 일반적이다. 단지 참고만 하는 것을 원인이 되었다고 간주하는 데는 무리가 있다(이수천, 2011).

제3절 선행연구 검토

현행 국제적인 의료체제에 관한 연구는 주로 이론연구와 실증연구를 지향하고 있다. 중국의 의료위생정책에 관한 연구들은 많이 이루어지고 있지만 의료위생체제와 병원산업 등 위생경제학 방면의 연구는 아직 시작단계에 머물고 있으며 대부분이 실증연구에 제한되어 있다. 아래에서 중국의 의료위생 영역에서 오랫동안 주목받고 있는 의료위생체제 개혁과 기본 의료위생 정책의 구조에 연구를 대하여 검토하였다. 한국에서 중국의 사회보장정책에 관한 연구는 중국의 의료보장제도, 노인복지정책, 기본의료보험, 농촌노인의 보건복지와 관련된 연구들이 대표적이다.

1. 중국의 의료위생체제 개혁

중국의 의료위생체제 개혁에 관한 연구는 중국 국내에서 활발히 이루어지고 있다. 중국의 의료위생체제 개혁은 개혁개방 이후로부터 국가정책 개혁의 중점과제이며, 중국 정부는 30여 년간의 지속적인 노력으로 의료위생체제를 완화하였다. 의료위생체제에 관한 연구들은 주로 의료위생정책에 문제점의 도출 및 개선방안의 제시에 목적이 있다. 吳健(2006)은 중국 의료위생체제 개혁과정을 입각하여 행정학이론으로 의료위생 영역에 정부의 역할을 탐구하며 의료위생체제 개혁의 법률보장 문제를 제시 하였다. 徐珮璐(2007)은 중국 도시와 진(鎭)의 의료위생체제 개혁을 초점으로 두고 의료위생

체제 개혁의 문제점과 원인을 분석하여 개혁의 대책을 제시하였다. 夏晔(2010)은 중국의 의료위생제도 변천과정을 고찰하여 제도변천의 경로를 분석하며 개혁의 중요규칙의 변화를 실증 분석함과 동시에 균형과 부분균형 모형으로 해석하였다. 陳勝文(2010)은 중국 의료위생체제 개혁의 발전과정 및 성과를 분석하여 의료위생체제 개혁과정에서의 문제점을 발견하고 의료위생체제 개혁의 시사점 및 개선방안을 제시하였다. 殷悅(2009)은 중국 의료위생체제 개혁의 발전과정을 검토하여 의료위생체제 개혁과정에서 정부와 시장의 관계를 분석하여 나타난 문제와 해결방안을 제시하였다.

2. 중국의 의료위생 서비스체제

중국 의료위생 서비스체제에 관한 연구는 의료자원 배분의 공평성과 의료위생서비스의 균등화에 집중되어 있다. 의료위생체제 개혁의 심화에 따라 공립병원 개혁과 의약분업 등 조치로 공공관리와 서비스의 분리를 실현하여 사회적 공평성을 가조하고 정부와 시장의 역할을 명확히 하였다. 龔向光(2005)등이 1991~2002년간의 실증자료에 근거하여 중국 병원의료자원 배분의 공평성을 분석한 결과 의원에 침상, 의사, 간호사의 수량이 각성·시의 배분 상황은 합리적인 배분을 이루고 있다는 결론을 얻었고, 동·중서부간의 지역차이에는 별다른 변화가 없는 것으로 나타났다. 劉宝(2005)는 ‘중국 위생정책 상황 분석’ 자료에 근거하여 12개 성·구·시에 위생비용 및 구성을 분석한 결과 성향주민의 1인당 평균위생비용이 현저한 격차가 있고, 개인건강투입자금의 성향격차가 확대되고 있다는 결론을 얻었다. 王洪運(2011)은 중국 의료위생 서비스체제의 현황에 입각하여 민영의료위생기구의 조사를 통해 국외 의료위생 서비스체제의 경험을 참조함으로써 어떻게 중국의 민영 의료위생기구를 발전과 의료위생 서비스체제를 완화하는 대책을 제시하였다. 周文娟(2012)은 중국의 기본의료위생 서비스영역에서 나타난 점차적으로 심한 성향의 격차를 초점으로 두고 성·향 기본의료위생 서비스균등화이론을 입각하여 존재한 문제와 원인을 분석하며 중국의 국정에 맞는 대책을 제시하였다. 劉亞囡(2013)은 외국의 공공위생서비스 관리모델과 실현경로를 검토하여 공공위생 서비스의

조직관리, 자금관리, 실시 및 효과 등 방면의 집행상황을 분석하여 나타난 문제의 원인을 분석하고 적합한 대책을 제시하였다.

3. 중국의 의료보장체제

중국의 의료보장체제에 관한 연구들은 국민들이 공평하게 의료보장을 받아야 된다고 주장하여 현행 의료보장체제의 불합리한 문제점을 지적하고 해결방안을 제시하는데 관심이 집중되었다. 李宁(2005)는 제도경제학 이론과 방법을 이용하여 중국 농촌합작의료체제의 변천을 분석하였고, 공급과 수요방면에서 중국 농촌 의료위생서비스의 현실을 실증연구하고, 농촌의료위생 보장현실의 분석을 통하여 중국 농촌의료위생 보장체제의 영향원인을 분석하여 정책제안을 하였다. 王根賢(2007)은 중국 공공의료위생 보장체제의 형성과정과 변천을 분석하였고 선진국의 체제와 비교하여 중국 공공의료위생 보장체제 개혁의 문제점을 제시함과 동시에 개혁의 방향과 경로를 제시하였다. 張世清(2007)은 중국 의료개혁의 현황과 각국의 의료보장체제의 여러 종류와 비교하여 각각의 의료보장체제의 특징을 설명하면서, 향후 중국의 국가체제에 적합한 의료보장체제의 핵심문제를 분석하였다. 蔡維生(2007)은 의료보장체제의 집행과정에서 나타난 이익집단의 특징을 분석하여 실행되고 있는 의료보장체제 하에서 약세이익집단의 의료부담과 빈곤정도의 증가, 사회의 불안요소 및 향후 의료개혁의 방안을 제시하였다. 谷光(2007)은 중국의 의료보장개혁 과정과 향후 발전할 과제, 그리고 현행 의료보장체제의 문제점과 해결방법을 검토하여 새로운 의료개혁의 필요성을 주장하였다.

한국에서는 주로 이루어지고 있는 연구들로는 중국의 의료보장체제에 관한 연구들이다. 신현방(2005)은 개혁개방정책 실시 이전의 중국 사회보장체제를 간략히 살펴보고, 제도의 변화 배경, 그리고 그 변화 과정들을 살펴봄으로써 중국 사회보장체제에 대한 이해를 높이고자 하였다. 구우임(仇雨臨, 2004)은 중국 의료보장체제의 현황과 개선방향에 대해서 분석을 하고 있다. 도시직원 기본의료보장체제의 실현상황을 분석하고, 평가해서 의료보장체제의 개선방안을 구성하였다. 장영석(張映碩, 2010)은 도시직원 기본의

료보험, 신형농촌 합작의료보험, 도시주민 기본의료보험제도의 내용과 각 지역에서 실천되고 있는 내용을 분석하였다. 또 중국의 보건의료체계를 구성하는 기본의료보장체계와 공공보건의료 서비스체계의 내용과 문제점을 분석하였다. 김병철(2010)은 최근 새로운 제도를 도입하고 있는 중국의 의료보험제도를 개혁개방을 기점으로 나누어 살펴봄으로써 중국 의료보험제도의 변화와 현황에 대한 이해를 높이고자 하였다. 왕익추(王翌秋, 2010)의 신형농촌 합작의료에 대한 논문에서는 신형농촌 합작의료제도에 노인의 건강 상태를 파악하고 자신의 고혈압의 지수를 알 수 있는데 신형농촌 합작의료제도의 실현과정에서 나타난 문제와 개선방안을 제시하였다.

4. 중국의 약품공급체제

중국의 의약품제도는 대부분 국민의 수요를 만족시킬 만하고 언제라도 충분한 수량과 종류의 의약품을 제공하여 필수, 적합, 안전, 저렴한 원칙을 의거한다. 중국 학계의 연구는 주로 약품공급의 효율성과 약품의 합리적 이용에 집중되었다. 楊帥(2011)는 기본약물제도의 공능과 중국 기본약물제도의 현황을 분석하여 제도의 실행과정에서 나타난 문제를 제시하였으며 외국의 경험을 참조하여 중국 기본약물제도의 완화 및 정책을 제시하였다. 黃柏強(2012)는 기본약물제도의 실시과정에서 관리의 강화에 초점을 두고 중국의 기본약물제도에서 나타난 문제를 정리하여 적합한 문제 해결 방법과 제안을 제시하였다. 王麗浩(2012)는 국가기본약물제도의 실시 전후에 하층 사용의 합리성을 조사 및 분석하여 약물의 합리적 사용문제를 반영하였으며 현행 국가기본약물제도의 개입효과를 평가하였다. 陳祥君(2011)는 중국 각 지방의 기본약물제도의 설계를 분석하여 현재 커뮤니티위생서비스기구에서 제도실시의 효과와 존재한 문제 및 원인을 탐구하고 기본약물제도를 실시할 필요성과 정책제안을 하였다. 李新泰(2011)는 이론적으로 기본약물제도의 정책효과 범주를 확정하여 산둥성(山東省)을 중심으로 실증연구를 통해 기본약물제도실시의 정책효과를 명확히 하여 실행의 상황 및 문제를 분석하였다.

5. 선행연구의 한계

위에서 중국의 의료위생 정책에 관한 연구를 의료위생체계개혁, 의료위생서비스체제, 의료보장체제 및 약품공급체제 등으로 나누어 살펴보았다. 전술한 바와 같이 모두 단편적이고 현행 정책의 문제점과 개선방안을 제시하여 비교적 논리적으로 설명을 했지만 기존의 연구들은 여전히 실증연구와 효율성탐구를 통해 체제개혁과정의 문제도출 및 향후에 해결제안을 제시하는 것에만 관심을 두고 있다. 중국의 의료위생 정책 변천 과정을 분석하는 연구들은 변천과정의 특성을 설명했지만 변천의 원인을 파악 못하고 전면적 고찰이 부족하고 체계적인 특성을 파악하기에는 한계가 있다.

본 연구는 선행연구의 한계를 보완하기 위하여 중국 의료위생 정책의 역사적 흐름을 고찰하고 사회복지 발달이론을 적용하여 시기별로 의료위생 정책의 특성을 분석하였다. 중국 의료위생 정책의 역사연구를 통해 의료위생 정책의 발달에 대한 이론적 근거의 설명은 아직 공백이며, 이것이 바로 본 연구의 독창성이라고 할 수 있다.

제3장 중국 의료위생정책의 발달과정

제1절 중국 의료위생정책의 형성 및 내용

1. 중국의 사회보장정책

(1) 사회보장의 개념

사회보장은 영문 'Social Security'에서 근원하여 '사회안정'이라고도 해석하고, 사회보장이라고도 해석하는데, 사회보장은 미국이 1935년 《사회보장법안(Social Security Act)》에서 최초로 사용하였다. 1938년 뉴질랜드 법안에서 다시 사용하여 1941년에 《대서양헌장》이라고 불리는 전시 문건에서 사회보장이라는 말을 사용하였으며, 얼마 후 국제노동조직에서 받아들여 사용하였다(陳書全, 1998).

사회보장은 사회구성원이 직면하는 질병, 상해, 사망, 노령화 등의 위험을 국가에서 부담 또는 보험을 통해 경제적 보장을 하여 빈곤, 생활 불안 등의 문제를 해결하는 것이라고 본다. 중국에서 사회보장이라는 용어는 제7차 5개년 국민경제와 사회발전계획에서 처음으로 사용되었다.

사회보장은 국가가 입법행정조치를 통해 설립한 것을 의미하는데 그 목적은 사회성원의 기본적인 경제생활 안전의 각종 항목을 총괄한다. 사회보장개념은 협의적 개념과 광의적 개념으로 나눈다. 많은 사람들은 기본 수요에 대해서 음식, 의복, 도구 등 일상생활필수품을 포함할 뿐만 아니라 건강과 주택도 포함하여 의료복지, 주택복지를 포함하는 광의적 범위로 이해한다. 광의적인 사회복지개념은 서방국가에서 가끔 쓰는데 개발도상국에서 비교적 많이 사용하며 중국 또한 이러한 사회보장 개념을 사용하고 있다.

선진 국가와 개발도상국가 간의 사회보장 개념에 대한 차이는 국가의 사회보장 발전 수준과 연관되어있다. 서방복지국가의 보편적인 의료서비스는 수입복지 방면에서 차이가 있을 뿐만 아니라, 실제 의료서비스의 업무량이 많고 종사자도 많아 협의적인 사회보장개념을 사용한다. 동태적인 관점에서 광의적 사회보장개념은 사회보장이 충분히 성장하지 못한 단계에 적용하며, 협의적 사회보장개념은 사회보장이 완전하게 성장한 단계에 적용된다.

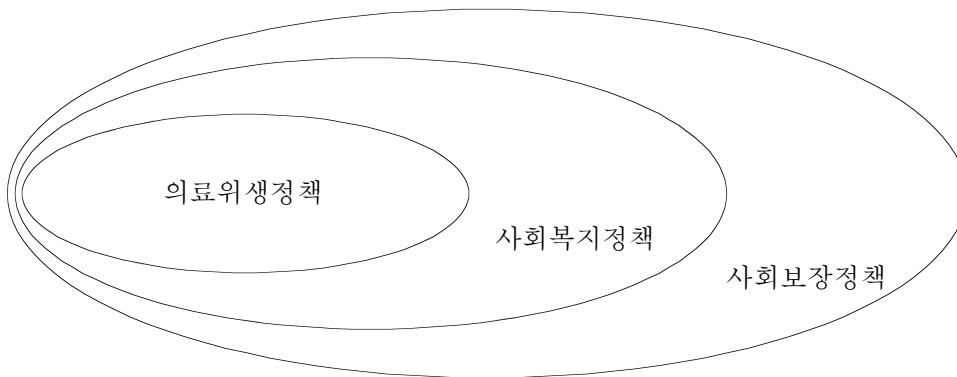
중국에서 많은 사람들은 사회복지를 사회보장에 속한 개념으로 장애인, 고아, 양로원 등 복리를 포함하고 있는데 서방국가에서 사회복지를 사회보장, 의료서비스, 주택복지, 개인서비스 심지어 교육복지까지 포함하고 있다. 이것은 소위 복지국가가 제공하는 전체복지로, 시장영역 내에서 이루어진 복리라는데 있다. 이러한 복리와 공동복리는 일정한 구별이 있는데, 소비과정에서 늘 구체적인 개인이 그것을 소비하는 것이다. 이러한 사회복지 개념과 광의적 사회보장개념은 비교적 접근하며, 사회보장과 사회복지 두 개념은 그것들의 정의를 결합해야 한다. 서방국가가 광의적 사회복지와 협의적 사회보장을 사용하는 반면에 중국에서는 기본적으로 상반되게 사용하고 있다.

사회보장의 개념을 전면적이고 정확하게 이해하려면 몇 가지 면에서 파악해야 한다. 첫째, 사회 안정체제이다. 즉 정부가 개입하여 시장의 부족한 점을 보충하여 경제체제 운행과정에서 생산된 사회 불안정 요소 및 사회충격을 제거하는 것으로 사회경제의 협조적이고 안정적인 운영을 보장한다. 둘째, 국가, 집단, 개인이 공동으로 분담하는 사회보장체제이다. 셋째, 국민수입 분배와 재분배의 형식으로 국민을 위해 건강보장과 최저수입보장을 제공하는 것이다. 넷째, 강제적인 사회행위로 즉 국가가 입법의 형식으로 그 범위 자금출처 및 지불기준 등의 기본내용을 확장하고, 적당한 조치를 취해 보장을 실현시키는 것이다(覃有士·樊啓榮, 1997).

정부와 사회가 경제의 발전과 사회의 안정을 위해 노동자 또는 사회성원이 노년, 불구, 질병, 실업으로 인해 노동능력을 상실하였거나 취업기회를 상실하였거나 또는 자연재해와 사고 등으로 인해 생활 곤란에 처했을 때, 국민수입 분배와 재분배를 통해 물질적 도움과 사회복지서비스를 제공하여 기본적인 생활 수요를 확실히 보장한다.

중국 학계에서는 사회보장을 ‘국가와 사회가 사회성원의 生, 老, 病, 死, 傷(다침), 殘(불구)로 인한 노동력 상실이나 자연재해로 인해 생활이 곤란할 때 물질적 도움을 주는 것으로 모든 국민의 기본생활 수요와 노동력의 재생산과 건립을 유지하는 것을 보장하는 제도’라고 정의하고 있다(김태곤, 1999). 건국 이후 중국정부는 계획경제하에서 국가가 고용을 보장하고 의료, 주택, 교육 등을 무상으로 제공하였다. 도시에서는 국영 기업을 중심으로 한 직장단위가 사회보장을 하였고, 농촌에서는 인민공사가 농민의 의료와 노후생활을 보장하였다. 1978년 개혁개방 정책을 실시한 이후 국영기업의 개혁으로 인하여 대량 실업이 발생하였고 국가가 제공하는 복지혜택도 줄어들었다. 또 농촌에서는 인민공사가 해체되고, 농촌호구를 가진 많은 사람들이 도시로 이주하면서 노약자 층의 기본적인 생계보장 문제가 발생하였다.

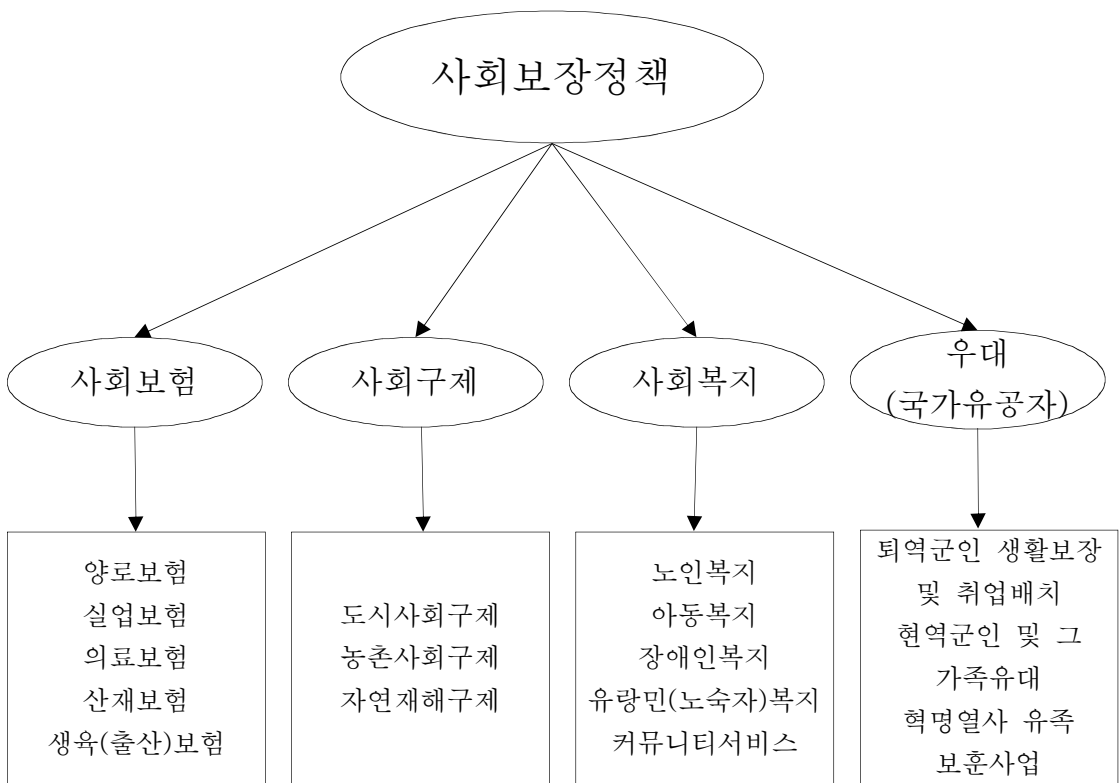
사회복지정책은 주로 영미권 국가들에서 통용하는 용어로 일차적으로 개인의 자유로운 경제행위를 통한 시장의 기능에 의하여 이루어지고, 문제되는 부분에 한하여 이차적으로 재조정하는 데 초점을 둔다. 사회보장정책, 사회복지정책 및 의료위생정책은 국민의 복지를 추구하는 관점에서는 동일하다. 차이점은 추구하는 정책의 범위가 다르다. 이것을 정리하면 그림<3-1>와 같다.



<그림 3-1> 의료위생정책, 사회복지정책, 사회보장정책의 범위

(2) 중국의 사회보장체제

중국의 사회보장정책은 국가가 모든 국민의 행복을 위하여 노력해야 한다는 사회주의 정책의 목표를 실현하는 중요한 수단이다. 중국의 사회보장체제는 사회보험, 사회구제, 사회복지, 우대(국가유공자) 등 4개 영역으로 구성되었다. 중국의 사회보장정책의 상세한 체제는 <그림 3-2>와 같다.



<그림 3-2> 중국의 사회보장체제

첫째, 사회보험은 국가가 입법을 통해 국민소득의 분배와 재분배를 실시하는데 있어 강제 수단을 채택하여 전용기금을 형성하고, 노동자가 잠시 또는 영구적으로 노동력을 상실하거나 취업하지 못했을 경우, 기본생활에 필요한 경제적 도움을 주는 사회적 보장제도이다(강일규, 2001). 사회보험은 양로보험, 실업보험, 의료보험, 산재보험, 생육(출산)보험 등이 포함된다.

양로보험은 중국의 기업노동자의 퇴직연금제도인데 1951년 《중화인민공화국 노동보험조례》에 의해 시작되었다. 양로보험은 가장 중요한 사회보장제도이며 중국에서 가장 먼저 시작한 사회보험이다. 도시지역에서 양로보험에 관한 개혁은 1984년부터 일부 지역에서 시작되어 1991년에 본격화되었다.

중국에서 개혁개방 전에는 단위체제가 종신고용을 전제로 하였기 때문에 공식적인 실업은 존재하지 않았다. 1993년까지 실업 대신에 대업(待業)이란 용어를 사용하였다. 1999년 《실업보험조례》를 근거로 실업보험제도의 틀이 만들어졌는데, 주요 특징은 실업보험금 급여 외에 재취업촉진 기능이 있다. 중국에서 실업자가 실업보험대우를 받기 위해서는 3가지 조건을 갖추어야 한다. 즉 실업보험료를 만 1년간 납부하여야 하고, 본인의 의사와 무관하게 취업이 중단되어야 하며, 실업등록을 하고 취직 의향이 있는 자여야 한다(공봉진, 2008).

중국의 의료보험제도는 국유기업직공을 대상으로 하는 노보의료와 국가기관과 사업단위의 종사자를 대상으로 하는 공비의료, 그리고 농촌주민을 대상으로 하는 농촌합작의료 등 3개 보험제도로 형성과 운영하고 있다. 노보의료보험과 공비의료보험의 자금 조달은 기업과 단위가 지불하며 농촌합작의료의 경비는 농민 자원납부가 주가 되고, 집체경제의 공익금이 보조하는 제도이다.

산재보험은 노동자가 산재 혹은 직업병에 의해 일시적으로 노동력을 영구 상실할 경우 사회에서 경제적인 보상과 물질적 원조를 제공하는 사회보장제도이다.

중국의 생육보험은 여성근로자가 출산기간에 일시적으로 노동력을 상실하고 수입이 중단되었을 경우 국가 혹은 기업으로부터 부여하는 경제적 보상제도이다(오정수,

2006). 생육보험금의 지급으로 출산여성이 출산과 모유기간의 수입을 보장하고 출산 때문에 생활난을 겪지 않게 하려는 목적이다.

둘째, 사회구제는 국민이 생존위기에 빠지거나 최저기본생활을 유지할 수 없을 경우, 국가나 사회가 법이 정하는 범위 내에서 최저생활에 필요한 금전적 또는 물질적 지원을 제공하는 일종의 사회보장제도이다. 중국에서는 주로 도시사회구제, 농촌사회구제 및 자연재해구제 등으로 구성되어 있다(강일규·송봉규, 2001).

사회구제와 관련하여 생활이 어려운 도시와 농촌 주민을 대상으로 최저생활보장제도를 시행하여 재해를 입은 주민과 도시 노숙자를 구제하며 고아와 미망인, 장애인 등에게 사회복지서비스를 제공하고, 농촌에서 오보호(五保戶, 농촌재역에서 노동력이 없고, 생활내원이 없으며, 법정 부양인이 없는 노인, 장애인, 미성년자를 말한다)제도를 시행하였다.

셋째, 사회복지서비스는 국가나 사회가 국민의 생활수준을 개선 및 제고하기 위하여 취하는 각종 경제후생 복지사업이다. 중국은 국가, 단체 및 개인이 상호 결합방식으로 사회복지사업을 추진하여 이들을 통해 노인복지, 아동복지, 장애인복지, 유랑아(노숙아)복지, 커뮤니티 서비스가 있다.

넷째, 국가유공자에 대한 우대는 국가안전을 수호하기 위해 공헌하거나 희생한 자에게 물질적인 도움을 제공하는 제도이다. 사회보훈은 중국사회보장체제에서 특수하고 중요한 위치를 차지하고 있으며 혁명 열사가족, 공무순직, 공무병사, 실종군인가족, 혁명 군인가족, 혁명 상이군인, 병가제대군인, 혁명 상이용사 및 민병군 등을 포함한다.

(3) 중국 사회보장정책의 수립 및 개혁

사회주의 신중국을 유지하기 위한 제도적인 운영기제로 출발하여 사회주의 정책의 목표를 실현하기 위한 수단으로 운용되었던 계획경제 시기의 사회보장제도는 기업 노동자의 사회보장인 노동보험을 중심으로 실시되었다. 이는 중국이 건국초기 중공업 우선의 공업화 정책과 급속한 경제성장을 추진하려고 했기 때문이다. 경제발전을 위한

실질적인 동력인 도시 노동자들의 적극적인 지지를 확보하지 않고서는 신속한 경제성장을 이룩할 수가 없었다. 또한 이러한 기업보장 체제는 도시와 농촌의 분리를 전제로 형성된 것으로, 사회적으로 노동자와 농민의 차별을 유지하는 중요한 기준이기도 하였다.

특히 이 시기의 사회보장 제도는 신중국 초기의 현실적인 어려움으로 인해 국가가 각 단위와 기업으로 하여금 사회보장의 책임을 분담하도록 하여 기업보장의 성격을 강하게 지니게 되었다. 따라서 국가가 직접 지출하는 사회보장비용의 비중은 극히 낮았으며, 국가를 대신해 사회보장의 부담을 전부 떠맡게 된 기업들은 자체적으로 사회보장비용을 충당해야 했다.

그 결과 기업의 지불능력과 수혜 대상자의 수에 따라서 기업 간 사회보장 혜택이 큰 차이를 보였으며, 기업의 사회보장비용부담의 격차는 더욱 심해지게 되었다. 결국, 이러한 계획경제 시기의 비효율적인 사회보장 제도는 개혁개방 이후 모든 경제개혁에 심각한 장애요인으로 작용하여 근본적인 개혁을 요구받게 되었다(김정연, 2003).

계획경제 시기의 사회보장정책은 기업노동자의 노동보험과 국가기관과 사업단위에서 실시한 공비의료와 사망사고 보장을 중심으로 실시되었는데 이는 소련식 경제발전 모델을 채택하여 중공업 우선의 공업화와 빠른 경제성장을 이룩하려 했기 때문에 경제발전의 동력인 기업에 속한 도시 노동자들에게 중요한 조치였다(成思危, 2000). 계획경제 시기의 사회보장제도는 도시 노동자만을 대상으로 종신고용의 기초에서 기업보장의 형식으로 의료, 재해, 퇴직, 주택 등의 모든 혜택을 제공하였다.

시장경제 체제로 전환함에 따라 계획경제 시기 장기간 유지되었던 종신고용과 각종 사회보장 혜택은 기업 간 부담의 불균형 등을 초래함과 동시에 기업 종사자들의 창의성과 적극성을 상실시키고 저생산성과 비효율이 만연하게 하는 결과를 가져왔다(장개, 2011). 국유기업은 종신고용 문제와 각종 사회보장 혜택에 대한 개혁을 시작하여 경제효율성을 향상하였다. 개혁에 따라 점차 증가하는 빈곤인구와 실업문제를 비롯하여 개혁으로 인한 소유제의 다원화 및 노동력 유동의 가속화, 시장경제로 인한 빈부격차의 확대와 도시와 농촌간의 격차 등은 기존 사회보장 제도의 개혁과 새로운 사회보장의

보완을 시급하게 요구하였다. 또한 인구노령화의 급속 발전을 인해 양로보험과 의료보험에 대한 제도적 개선을 절실히 요구되었다.

개혁개방 정책은 이전의 중국 사회에서는 볼 수 없었던 새로운 정책으로 개혁개방과 현대화 건설은 막중한 책임에 직면하였다. 이를 위해서는 특별히 안정적인 사회 환경과 완전한 사회보장체계가 필요했다(장개, 2011). 중국의 사회보장정책은 노동자의 기본권익을 보장하여 경제와 사회발전을 적극적으로 추진하는 작용을 한다. 국유기업의 개혁과 산업구조의 조정, 그리고 인구의 노령화에 따라 사회보장제도의 개혁이 필요하게 되었다.

사회보장제도의 개혁은 인구노령화 사회에 대비하기 위한 필수적 조건이다. 2000년 11월 중국 제5차 인구조사결과에 의하면 중국의 65세 이상의 인구는 8,811만 명에 달하여 전체인구의 7%에 초과하며, 이미 인구노령화 단계에 진입하였다. 2010년말 까지 중국의 60세 이상의 인구는 1억 7천 8백만 명에 달하여 전체인구의 13.26%에 달하였으며, 그중에서 65세 이상의 인구는 전체인구의 8.87%에 달하였다(“中國·威海”政府門戶網, 2012). 앞으로 노령인구는 계속적으로 증가할 것이며 2030년에는 퇴직인구가 최고 수준에 이를 것이다. 그러므로 인구노령화에 상응하는 양로보험제도가 사회보장제도개혁의 중요한 책임이라고 할 수 있다.

1993년 11월 14일 반포한 《중공중앙 사회주의 시장경제체제 건립에 관한 약간문제의 결정》은 개혁개방체제 하에서 분배와 사회보장제도에 관한 내용을 포함되어있다. 그 주요내용은 소득의 분배원칙, 다층적 사회보장제도의 원리와 재정방식, 관리운영에 관한 것으로 다음과 같다(王東進, 1998). 첫째, 개인 수입분배는 노동에 따른 주체로 하여 다양한 분배방식이 병존하는 제도로 한다. 둘째, 다층적 사회보장체계의 도입은 기업과 사업단위의 개혁을 심화시키고, 사회안정을 유지하며, 사회주의 시장경제체제의 건립에 중대한 의의를 갖는다. 셋째, 사회보장의 다양한 유형에 비추어 재정의 원천과 보장방식을 결정한다. 넷째, 통일적인 사회보장 관리기구를 건립한다.

시장경제 시기 사회보장제도의 특징은 개혁이전의 도시 노동자를 중심으로 한 기업보험 중심의 사회보장에서 탈피하여 사회보장의 필요욕구에 따른 사회보장제도의 다양

<표 3-1> 계획경제와 시장경제 시기 사회보장제도의 비교

	계획경제 시기	사회주의 시장경제 시기
사회보장의 목적	사회주의 체제 유지를 위한 제도적인 운영기제	개혁의 필요성에 따른 다양한 사회보장 체계수립
사회보험	노동보험	사회보험 항목의 다양화: 양로보험, 실업보험, 의료보험, 공장보험, 생육보험
비용의 부담	정부와 일치된 기업이 전적으로 책임지는 기업 보장제	국가, 기업, 개인 삼자 부담의 사회 보장 제도
사회보험 수혜대상	노동능력이 있는 국유기업의 노동자·국가기관 및 사업단위 근무자 중심	모든 소유제 형태기업의 노동자로 점차 확대
사회보험의 종류	국가가 강제로 실시한 사회보험	사회보험과 개인의 선택에 의한 상업보험의 결합
기금제도	현수현부제	기금제
제도의 시행	지령에 의한 제도 시행	사회보장 제도의 법제화 추진
행정관리	정책의 관리·운영·감독의 일치	정책의 관리·운영·감독의 분리
새로운 제도의 도입		실업보험, 최저생활보장 제도 도입
관리기구	민정부, 노동부, 인사부 등의 행정기관이 각각 관리	노동사회보장부가 통일적 관리

출처: 김정연(2003), “체제전환에 따른 중국사회보장제도의 변천과정 연구”, 가톨릭대학교 대학원 석사학위논문, p.97.

화를 원칙으로 변화하고 있다(宋曉梧, 2001). 첫째, 사회보장의 수준과 경제발전의 수준이 서로 상응하여 정부의 부담을 경감하여야 한다. 둘째, 사회공평 원칙과 시장효율 원칙을 결합하여 사회보장의 주요 항목을 일정한 시장효율원칙에 적용하고, 사회보험을

변화한다. 셋째, 행정관리 기능과 기금운영을 서로 분리하여 정부의 행정기능과 사회보장 기금의 운영관리를 서로 분리하기 위해 집행기구와 감독기구를 따로 설립한다. 넷째, 도시 사회보장과 농촌 사회보장을 서로 구분하여 가정보장 위주의 농촌 사회보장도 생산방식의 변화에 따라 단계적인 발전을 시도한다. 다섯째, 사회보험과 상업보험의 결합으로 위험을 분산한다.

계획경제와 시장경제 시기 사회보장제도의 차이점을 살펴보면 다음 <표 3-1>와 같다. 각 영역을 다루는 서비스와 책임관리 부서를 살펴보면 국유기업의 사회보험은 노동부가 관할하고, 기관 및 사업단위의 사회보험은 인사부가 관할하고 집체기업의 사회보험은 인민보험공사가 관할하며, 국가 기관 및 사업단위의 공비의료는 위생부가 관할하여 대부분의 사회구제와 사회복지, 우대구휼, 농촌퇴직 연금은 민정부가 관할하였다.

2. 중국 의료위생사업의 현황

중국의 의료위생 사업은 3차 사업인 서비스에 속한다. 의약제조업을 포함하여 중국에서 성장가능성이 무한한 산업중의 하나이다. 중국에서는 과거 오랜 기간 동안 의료서비스사업은 국가 복지사업의 일종이었다. 그러므로 1980년대 전까지는 그 발전이 느렸다. 그러나 그 후 30년간 중국의 의료서비스사업은 고속발전을 하였고 보건의료 총비용은 계속 증가하였다.

중국 정부는 의료위생 사업을 중시하여 중국특색의 의료위생 발전방향을 탐색하였다. 21세기 들어서 중국의 의료위생사업은 빠르게 발전하여 성·향 의료위생서비스체제가 기본적으로 형성되었고, 질병예방능력이 끊임없이 증가하고, 의료보장보급률이 점차 확대되고, 국민의 건강수준이 확실히 제고되었다. 중국의 기본의료위생 발전상황을 살펴보면 다음과 같다(中華人民共和國衛生部, 2012).

첫째, 주민의 건강 상태가 끊임없이 개선되었다. 평균기대수명은 2000년의 71.4세에서 2010년의 74.8세로 연장되었다. 임산부의 사망률도 2002년의 51.3/10만에서 2011년

의 26.1/10만으로 줄어들고 신생아의 사망률도 2002년의 29.2‰에서 2011년의 12.1‰로 줄어들었다. 5세 이하의 아동사망률도 2002년의 34.9‰에서 2011년의 15.6‰로 줄어들어 UN의 발전목표를 달성하였다.

둘째, 위생자원이 지속적으로 성장하였다. 2011년 말까지, 전국의 의료위생기관이 95만 4천개이며 그 중 병원 2만 2천개, 하층 의료위생기관 91만 8천개에 도달하였다. 매 천 인구의 의료위생기구의 침상 수는 3.81개, 의사 수는 1.82명, 간호사 수는 1.66명, 매 만 인구 중 공공 위생기관 인원수는 4.73명이 된다.

셋째, 의료위생서비스의 이용이 상당히 증가하였다. 전국 의료기관의 진료인원은 2002년의 21억 4천 5백만 연인원에서 2011년의 62억 7천만 연인원으로 증가하여 입원 환자 수는 2002년의 5,991만 명에서 2011년의 1억 5천명으로 증가하였다. 2011년에 중국주민평균 진료 수는 4.6회이며 매 백만 주민의 입원수가 11.3명이고, 병상 사용률은 88.5%이고, 평균 입원 일수는 10.3일이다. 2011년 15분내 의료 기구에 도달할 수 있는 주민비율은 83.3%이며 그 중 농촌지역은 80.8%도달하였다.

넷째, 도시와 농촌 및 지역 간의 위생발전의 격차가 점차적으로 줄어들었다. 2003년 중국 도시와 농촌주민의 기본의료보장 보급률은 각각 55%와 21%이며 2011년에 각각 89%와 97%로 증가하는 중요한 변화가 일어났다. 도시와 농촌주민의 건강지표 격차가 점차적으로 줄어들었다. 임산부의 사망률은 도시와 농촌의 비율은 2005년의 1:12.5에서 2010년의 1:1.01로 줄어들고, 신생아의 사망률도 도시와 농촌의 격차가 7.2‰에서 5.9‰로 줄어들었다. 또한 농촌 입원출산율은 서부와 동부지역의 차이로 2003년의 34%에서 2010년의 2%로 줄어들었다.

다섯째, 위생총비용에 구조변화가 발생하였다. 2002년 중국위생총비용 중 개인위생지출의 비중이 57.7%에 달하고 정부예산위생지출과 사회위생지출은 15.7%와 26.6%를 차지했다. 2011년에 개인위생지출의 비중은 34.9%로 하락되고 정부예산과 사회위생지출의 비율은 30.4%에서 34.7%로 증가했다. 정부위생지출은 2008년에 3,593억 9천 4백만 위안에서 2011년의 7,378억 9천 5백만 위안으로 증가하여 연간 증가율이 21.68%로 동기 위생총비용과 재정지출의 연간 증가율보다 현저히 빠르다.

2009년 3월에 중국은 《의약위생체제개혁 심화에 관한 의견》 및 중점실시방안을 출범하면서 기본을 보장하고, 하층을 강화하고, 시스템을 구축하는 기본원칙에 의거하여 전면적으로 의료위생개혁을 실시하고, 3년의 노력을 통하여 초보적으로 중국특색의 기본의료위생 정책구조를 건립하였다. 구체적 내용은 다음과 같다(中華人民共和國衛生部, 2012).

첫째, 기본의료보장제도를 기본적으로 건립하여 ‘병을 치료할 수 있다’는 실현에 중요한 단계를 취했다. 2011년까지 직공의료보험, 성·진(城·鎮)주민 의료보험, 신형농촌합작의료보험에 가입한 인원이 13억 명을 초과하여 보급률이 95%이상 도달하였다. 신형농촌합작의료보험은 2002년에 설립하여 2011년까지 가입한 인원은 8억 3천 2백만 명이고, 가입률은 97.5%이고, 평균 자금조달 표준은 2003년의 30위안에서 2011년의 246위안으로 향상되었고, 수익자 연인원수는 2003년의 7,600만 명에서 2011년의 13억 1천 5백만 명으로 향상되었으며, 정책적 범위 내에서 입원비용의 청구비율은 70%이상이고 보상상선은 8만 위안이 된다. 2010년 신형농촌합작의료보험에서 중병보장제도는 2011년 말까지 30만 명이 혜택을 받았다. 그 중 아동백혈병, 아동 선천성심장병, 말기신장병 등 8종의 중병환자들이 포함된다. 실제적 청구율은 평균 65%가 된다. 2012년에는 폐암, 식도암, 위암 등 12가지의 흔히 보이는 큰 병을 농촌 중병보장제도 실험 범위에 포함하여 비용청구율의 비율은 최고 90%까지 받을 수 있다.

둘째, 국가 기본약품제도를 초보적으로 설립하여 하층 의료위생기관의 새로운 메커니즘이 점차적으로 형성되었다. 2011년까지 기본약품의 제로판매는 정부의 하층의료위생기구에 보급 되면서 국가 기본약품제도는 무에서 유로 건립되기 시작하였다. 질서 있게 위생실, 비정부의 하층의료위생기구와 공립병원으로 확장되었다. 현재, 기본약품 가격은 평균적으로 30% 하락하여 동시에 하층의료위생기구의 종합적인 개혁을 추진하였다. 또한 재정상은 특정보조와 경상수지 차액보조를 실현하고 종합적인 업적과 성과에 대한 급여평가 제도를 실시하여 새로운 운행 메커니즘을 건립하였다.

셋째, 하층의료위생 서비스체제를 효율적으로 압축하여 ‘강화 하층’의 의료위생개혁 목표를 초보적으로 실현한다. 2009년부터 중앙재정에서는 470억 위안 초과하는 자금을

배치하여 약 3만 6천개 하층의료위생기구의 업무용 사무실건설에 지원하였다. 또한 전과의를를 중점으로 의료위생인력을 구축하여 3만 6천명 의료위생기구의 재직인원교육을 실시하였다. 또한 중서부지역 농촌으로 방향을 정한 학생들의 무료양성교육을 실시하여 중서부지역 농촌하층의료위생기구에 1만 여명의 인력을 양성하였다.

넷째, 공공위생서비스 항목을 실시하여 도시와 농촌주민의 공공위생서비스 균등화 수준을 향상하였다. 국가는 무료로 전체주민에게 10종 41가지의 기본공공위생서비스를 제공하였고 경비표준은 2009년의 인당평균 15위안에서 2011년의 25위안으로 향상하였으며 수익자는 계속 확대되고 있다. 특히 특수질병, 중점인원과 특수지역에 대하여 국가는 농촌 임신부의 입원출산보조를 실시하고 15세 이하의 사람들에게 B형 감염 예방접종 주사를 맞도록 하고 농촌 여성의 임신전과 임신초기에 엽산을 복용하게 하고 형편이 어려운 백내장 환자에게 무료로 복명수술을 해주고 농촌 적령기의 여성의 자궁암과 유선암등 중대한 공공위생서비스 항목을 실시하여 수혜자는 2억 인구에 달한다.

다섯째, 공립병원의 개혁 시범 지점을 질서 있게 추진하여 유익한 경험을 쌓았다. 2010년부터 17개 시급과 37개 성급 시범도시에 공립병원개혁 시범을 진행하여 서비스체계의 개선, 체계구조의 혁신, 내부관리의 강화 등 방면에서 적극적으로 탐색하였다. 전국 311개의 현(시)에서 현금 공립병원의 종합적인 개혁시범지점을 설립하여 ‘약값으로 의사를 보조한다’는 체계를 중점적으로 타파하여 전면적으로 관리체계, 보상체계, 인사분배, 가격체계, 구매체계, 감독체계 등 방면의 계획을 추진하였다. 보편적으로 임상경로관리의 추진, 동급의료기구의 검정결과의 인증, 예약진료와 시간 나누어서 진료하여, 공휴일 진료, 양질의 간호서비스 등 조치로 의료비용을 통제하고 사람들로 하여금 편리하게 진료를 받게 하고 서비스의 질을 향상하였다. 더 나아가서 사회적인 의료개업정책을 지지하여 2011년 말까지 전국에 비공립적 의료기구는 45만 7천개가 설립되어 전국 의료기구의 총수의 47.9%를 차지하고 침상 수는 전국의 총 수량의 9.7%를 차지하였다.

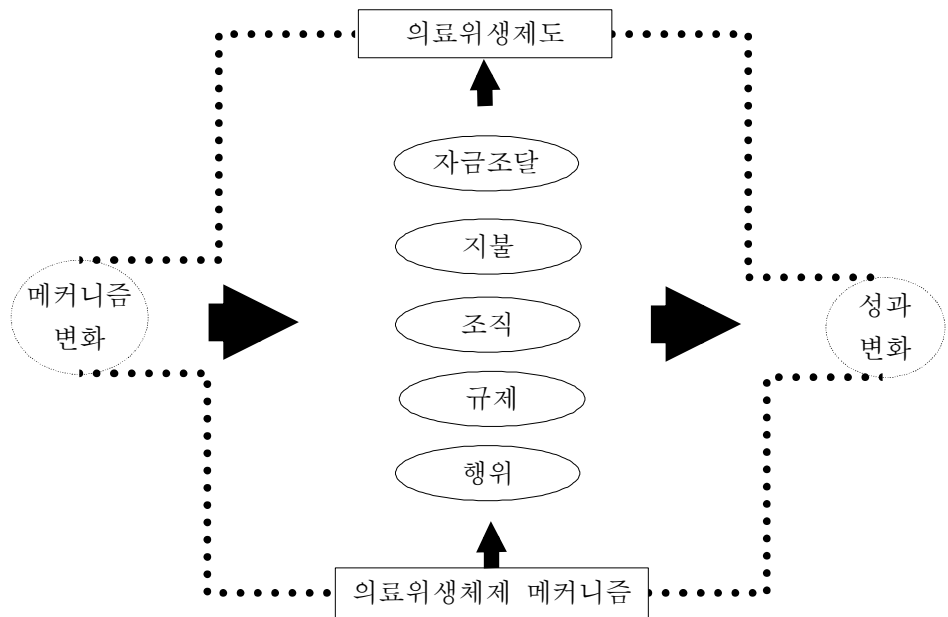
3. 중국 의료위생정책의 구조 및 내용

제도 경제학의 관점에서 보면 의료위생정책의 내용은 다음과 같다. 첫째, 이익배분의 핵심 규칙이다. 둘째, 의료 자원 배분방식의 변화이며 의료체제 개혁은 기본적으로 메커니즘(자금 조달, 공급, 규제, 행동)을 통해 의료의 효능(의료공평성, 효율성, 성과 등)을 변화시킨다. 중국 의료위생정책의 구조는 세 가지 정책으로 나뉘볼 수 있다.

첫 번째는 핵심적인 정책이다. 즉 중국의 정치경제체제 하에서 의료위생정책의 이익 배분과 거래비용을 균등하게 분배하는 메커니즘이다. 두 번째는 핵심정책으로 결정하여 현실적 실행, 운영의 중요한 수단과 메커니즘이며, 의료위생서비스의 자금조달, 공급과 의료위생의 행정감독을 포함한다. 그러므로 의료위생정책은 공급, 자금조달과 관리 세 가지 기본체제로 보면 된다. 셋 번째 체제는 중국 의료위생정책의 조건을 충족시키는 의료위생의 공급과 의료위생의 자금조달 및 관리제도다. 세 번째는 메커니즘의 실행이다. 즉 의료위생 서비스의 조직, 생산, 방법의 제공, 자금의 조달, 지불방법, 가격의 결정 등을 작동하는 것이다.

중국 의료위생정책의 메커니즘은 자금 조달, 지불, 조직, 규제, 행위 등 다섯 가지 내용을 포함한다. 의료위생체제는 일정한 제도규정성에서 건립된 구조이며 메커니즘은 특정 기관 및 제도적 장치의 기능과 역할에 의해 입증된다. 중국의 의료위생체제의 메커니즘은 <그림 3-3>으로 표현할 수 있다.

의료위생 자금조달은 광의상의 자금보상 메커니즘이다. 의료위생 자금조달 체제는 자금의 조달과 자금의 배분 두 부분으로 나뉜다. 자금의 조달은 의료위생서비스에 필요한 자금을 어떻게 획득할 것인가이다. 그 방법으로 정부세금, 개인 지불, 고용주 지불 등 방법이 있다. 자금의 배분은 자금의 흐름을 말하며 다양한 분류로 그 분배의 공정성을 판단할 수 있다.



<그림 3-3> 중국의 의료위생체제의 메커니즘

의료위생 자금조달 메커니즘의 기본기능은 아래와 같이 세 가지 방안을 포함한다 (Pablo Gottret & George, 2006). 첫 번째는 의료위생 서비스부문의 운영과 발전자금의 조달이다. 두 번째는 주민을 도와서 질병을 분산하는데 발생한 재무적 리스크이다. 세 번째는 서로 다른 자금의 사용방식과 의료서비스구매 메커니즘을 설계하여 누가, 무엇을, 어디서, 어떻게 구매하고 가격을 어떻게 책정해야 하는 문제를 해결하여 의료자원의 합리적인 배분을 촉진하는 것이다.

의료위생 자금조달 제도는 수요 측의 부족문제를 해결한다. 즉 개인이 지불능력의 부족으로 발생하는 문제이다. 적합한 의료위생 자금조달체제는 사회적 윤리가 요구하는 공정성에 충족하여 자금조달과 사용의 효율성 및 재무상의 지속가능성이 있어야 한다. 국제에서 의료위생서비스 자금조달은 주로 세금 징수를 기초로 하는 방식, 보험비

를 기초로 하는 방식, 개인 저축자금을 기초로 하는 방식, 자비의 방식을 사용한다.

의료위생 메커니즘에서 조직의 메커니즘은 주로 서비스의 제공에 초점을 맞춘다. 의료위생체제의 수준은 거시적 조직을 말한다. 즉 정책은 어떻게 서비스 조직의 전체적 구조를 변화 시켜 시스템에 영향을 미쳐 공급시스템에 포함되게 하는 것이다. 의료위생 서비스공급의 주요 기능은 아래와 같다(夏晔, 2010). 첫째, 의료서비스의 전달시스템을 구축한다. 여기서 공급조직의 구조문제를 포함한다. 둘째, 주민의 의료위생공급 부족의 문제점을 해결하는 것이다. 즉 의료서비스 제공의 부족과 의료서비스 공급구조 및 의료서비스 자원배분의 불공평으로 인한 의료서비스의 부족 문제를 해결하는 것이다.

국제에서 주요 의료위생 서비스 제공방식은 아래와 같다. 하나는 정부가 직접 후원하는 의료위생 기관, 즉 고도로 집중된 공공제공방식. 다른 하나는 극단적 형식인 완전히 개인으로 제공하는 고도의 경쟁적인 시장구조이다. 세계 각 국의 의료서비스 제공 방식은 이 두 극단의 다양한 조합 방식이다.

따라서 감독 시스템은 공급 감독제도와 자금조달 감독제도 두 가지를 포함한다. 의료위생 감독의 형식은 감독의 모드와 감독의 방식으로 결정된다. 실질적인 것은 감독의 메커니즘이다. 정부에서 직접적으로 감독할 건지 간접적으로 감독을 할 것인지? 또한 정부의 집중적 감독을 할 건지 시장 분산적으로 감독 메커니즘을 할 것인지를 결정한다.

중국의 기본의료위생정책은 주로 의료위생의 4가지 체제와 8가지 지탱으로 구성 하였다. 네 가지 체제는 공공위생서비스체제, 의료서비스체제, 의료보장체제 및 약품공급 보장체제이다. 8가지의 지탱은 의료위생관리, 운영, 투입, 가격, 감독, 기술과 인력체제 구조, 정보, 법률의 구축을 개선하여 네 가지 체제의 효율적 운영을 보장한다(夏晔, 2010).

건전한 질병예방통제, 건강교육, 부유보건, 정신위생, 응급치료, 채혈 및 공급, 위생감독, 산아제한계획 등 전문 공공위생서비스 시스템을 건립하여 하층의료위생서비스 시스템을 기초로 의료서비스체제의 공공위생서비스기능을 개선하고, 분업을 명확하게 하

고, 정보 교환, 자원 공유, 조화작동의 공공위생서비스체제를 건립한다. 또한 공공위생 서비스와 돌발공공위생사건의 응급처리능력을 제고하여 도시와 농촌주민의 점진적 균등화를 향유한 기본공공위생서비스를 촉진한다.

비영리성 의료기구를 주체로 하고 영리성 의료기구를 보충으로 하며 공립의료 기구를 주도로 비공립의료 기구와 공동발전의 원칙을 건립한다. 농촌의료위생서비스체제를 발전하고 커뮤니티위생서비스를 기초로 신형도시 의료 위생서비스체제를 개선하여 각종 병원의 기능과 직책을 전반적으로 건립하고 도시병원과 커뮤니티 위생서비스기구의 분업협조구조를 건립하여 중의약의 작용을 충분히 발휘하며 도시병원과 부합하는 농촌 의료위생제도를 건립한다.

성·진 직공 기본의료보험, 성·진 주민 기본의료보험, 신형농촌합작의료 및 도시와 농촌 의료구조제도를 구축하고 각 제도간의 연결을 갖추며 적극적으로 상업건강보험을 발전한다.

국가 기본약품제도를 건립하여 약품 생산 및 유통을 규범화한다. 국가 기본약품제도 기반의 약품 공급보장체제의 설립을 촉진하고 사람들의 안전한 약물사용을 보장한다.

4. 중국의 의료위생체제 개혁

(1) 개혁 전후 중국의 의료정책

중국 개혁 전 의료위생의 중요한 원칙은 공공재로서 국민에게 봉사한다는 것이다. 1985년 국무원은 의료위생의 생산성과 효율성을 제고하고, 타 산업분야에서 활성화되고 있는 민간자본 또는 외국자본 참여를 의료산업에도 권장하였다. 중국의 의료보장체제를 도시와 농촌으로 이원화하는 것은 개혁전후 동일하다. 개혁 전 도시에는 노동보험의료 및 공비의료보장이 있었고 농촌에는 합작의료가 있었다.

개혁 후 도시의료제도가 재원확보 방법의 사회화, 성 단위 보험관리기구 및 기금의

<표 3-2> 개혁 전후 중국의 의료보장제도 비교

구분	계획경제 시기	시장경제 시기
체제	보건의료의 공공재적 성격 강조 도시: 단위중심 노동의료, 공비의료 농촌: 합작의료	보건의료산업의 생산성·효율성제고, 민간·외국자본 투입 권장 도시: 기초의료보험·중증의료보험 농촌: 정부지원형 신형합작의료 도시자영자보험, 민간보험 등 다양
적용 대상자	도시: 공무원과 근로자 농촌: 농민	도시: 공무원과 근로자 농촌: 농민 기타: 도시자영자, 민간보험가입자
재정	총의료비: GDP대비 1.9~3.17% 보험료: 단위부담5~7% 개인부담비율: 20%	총의료비: GDP대비 4.7~5.5% 보험료: 기업6~8%, 개인2% 개인부담비율: 50~60%
전달 체계	행정·재정책임: 중앙정부 보건부 기업단위 중심의 기금·행정관리 1차의료를 통한 예방의료 중심	행정·재정책임: 성 이하 지방정부 성 단위 기금: 행정관리 별도조직 2-3차 병원 중심 입원치료
급여	전염병, 호흡기 질환 외래 진료 현물급여	암 등 만성질환 중심 현물급여, 고가장비검사, 신약 등 비급여 항목 환자부담
지불 보상	국영병원: 예산제 의료인: 봉급제	병원: 행위별 수가제, 책임경영제 의료인: 봉급제와 성과급제, 의약품 리베이트, 환자촌지, 민간병원 비공식적 근무

출처: 문경태(2010), “체제전환에 따른 러시아와 중국의 의료보장 개혁 비교”, 숭실대학교 대학원 박사학위논문, p.101.

설치, 의료 공급자와 지불자의 분리, 기초보험과 중증보험의 분리 등으로 전환하였다. 농촌합작의료는 개혁 후 거의 붕괴되어 2003년부터 신형 농촌합작의료로 대체되었다. 2007년부터는 임의보험인 도시자영자보험이 도입되어 시범사업단체에 있다. 일부계층은 민간의료보험에 가입하고 있다.

개혁개방 이후 의료자원을 보충하기 위해 민간자본과 해외자본을 도입하여 의료산업의 경쟁력을 제고하였다. 의료의 질적 수준 제고를 위해 의사자질에 대한 국가 검정시험을 실시하여 대형병원 위주의 인프라를 강화하였다. 의료비가 급격히 상승하여 단위 중심의 의료보장에서 탈피하여 기업, 개인과 국가가 부담하는 사회화가 이루어졌다. 개인 책임을 강조하는 방향으로 의료비 통제를 위한 각종 이용자 부담제를 도입되었다. 책임경영제를 실시하여 국공립병원도 재정적으로 자립하게 되었다. 개혁 전후 중국의 의료보장제도를 살펴보면 <표 3-2>와 같다.

(2) 중국의 의료위생체제 개혁과정

중국의 의료위생체제 개혁은 1994년에 중국 지이양수(江蘇)와 지이양시(江西)에서 사회의료보험제도의 시범으로 의료보험제도개혁의 경험을 탐색하는 과정에서 시작하였다. 1998년에 의료위생개혁이 구체적 실시단계에 들어서 국무원(國務院)에서 《성·진(城·鎮) 직공기본의료보험제도의 건립에 관한 결정》을 반포하여 전국범위 내에서 전체 성·진 직원, 사회 총괄적인 기획 및 개인계정 결합하는 기본의료보험제도의 건립을 요구하였다. 따라서 의약분업, 약품입찰구매, 의료기관의 분류관리 등 일련의 정책이 출범하였다. 2000년 7월에 전국성·진직공의 기본의료보험제도와 의약위생체제 개혁공작회의가 청도(靑島)에서 개최하여 2001년말 까지 90%이상의 지·시(地·市)에 성·진직공기본의료보험제도의 건립을 목표로 제기하였다. 또 지속적으로 의료기관의 분류관리, 약품을 집중적으로 입찰구매, 약품판매이익을 의사에게 보조하는 체제의 개편 등 개혁을 추진하였다. 2003년에 SARS병독의 침입으로 중국 의료위생체제와 공공위생체제가 취약점을 드러냈다. 2005년 6월에 국무원 발전연구중심과 세계위생조직의 연구보고에

의하면 중국의 의료위생체제개혁은 총체적으로 실패한 것이라고 볼 수 있다고 제시했다. 의료위생체제개혁의 방향은 의료비용의 절감뿐만 아니라 중국특색의 적합한 의료위생체제를 확립하는 것이 더 중요하다.

의료위생 체제개혁은 국정을 기반으로 하여 모든 것을 실제로부터 출발하고 정확한 개혁원칙을 견지하여야 한다. 이 원칙은 아래와 같은 내용을 강조한다. 첫째, 사람을 중심으로 하여 서민의 건강권익을 보호하는 것을 최우선으로 생각한다. 둘째, 국가의 국정을 기반으로 견지하여 중국특색의 의료위생체제를 구축한다. 셋째, 공정성과 효율성의 통일을 견지하여 정부의 주도와 시장 메커니즘 역할의 발휘를 결합한다. 넷째, 여러 방면의 일을 동시에 돌보며 통일된 계획을 수립하여 당면 문제의 해결과 제도체제의 개선을 결합한다.

중국 의료위생체제개혁의 총체목표는 건전한 성·향(城·鄉)주민의 기본의료위생제도를 건립하여 안전, 유효, 편리, 가격이 저렴한 의료위생서비스를 제공하는 것이다. 2011년까지 기본의료보장제도는 전면적으로 성향주민에게 보급하고, 기본약물체도가 초보적으로 건립되며, 성향기반 의료위생서비스체제가 더 건전하고, 기본공공위생서비스가 보급되어, 공립병원개혁이 성과를 이루며, 기본의료위생서비스의 활용이 선명하게 제고하고, 유효하게 주민의 의료비용 부담을 감소하여, 실제적으로 “병 보기 힘들고 의료비가 비싼”문제를 개선하는 것이다.

2020년까지 성향주민에게 보급한 기본의료위생제도를 건립한다. 보편적으로 비교적 완벽한 공공위생서비스체제와 의료서비스체제, 비교적 건전한 의료보장체제, 비교적 규범화된 약품공급보장체제, 비교적 과학적인 의료위생구조관리체제와 운영체제를 건립하여 다원화 의료위생구조를 형성하며 사람마다 기본의료위생서비스를 향유하여, 기본적으로 서민의 다단계 의료위생요구를 충족하여 서민의 건강수준을 제고하는 것이다.

제2절 의료위생정책 형성기(1949~1979)

1. 경제발전의 특징

개혁개방 이전 마오쩌둥(毛澤東)은 구소련의 경제체제로부터의 파탈과 비약적인 경제발전을 이룩하기 위해 중국의 독자적인 사회주의 건설노선을 확립하여 계획경제 시기 경제발전을 위한 정책의 주요 목표를 설정하였다. 계획경제 체제시기 중국 경제발전전략은 중앙집권적 계획경제를 통한 소유구조의 전면적인 국유화를 통해 추진되었다. 그리고 이 과정에서 추진된 탈계급화 정책은 사회적 분화를 막고 평등사회를 달성하는 것이 목적이었다.

그러나 생산력이 발전수준에 맞지 않는 급격한 소유구조의 단일화와 물질적인 기초가 결여되어 있는 상황 하에서 추진한 급속한 사회변혁 및 중공업 우선의 불균형 성장은 여러 부작용 등을 파생시키면서 저성장과 왜곡된 경제구조를 초래하였다. 또한 이를 극복하기 위해 실시한 극단적인 정책실험인 대약진운동과 문화대혁명은 결과적으로 중국사회의 긴장과 갈등을 더욱 심화시켰으며, 그 파격효과는 중국사회의 정체·퇴보의 결과를 초래했다.

계획경제 시기 경제정책의 특징을 살펴보면 우선 생산수단의 소유구조가 국가소유(全民所有)와 집단소유(集体所有) 등의 사회주의 공유제가 지배하는 구조라는 점이다. 특히 공업부문에서 전체 공업 총생산액의 81%를 국영기업이 차지하여 국유제(國有制) 형태의 국영기업의 특징이 가장 뚜렷하게 나타났다(김정연, 2003). 농업부문에서는 전통적인 계획체제 아래 농업 경영의 생산수단도 사회주의화되어 집단농장으로 통합되었다.

개혁 이전 계획경제 체제의 특징을 살펴보면 다음과 같다(유희문, 2001). 첫째, 국영기업은 공업과 농업에 대한 국가소유와 집단소유의 사회주의 공유제 기업이 지배하는 구조였다. 둘째, 사회주의 공유제는 인민전체의 근본적 이익일치를 기본으로 삼기 때문

에 다양한 이익의 주체가 무시되었다. 셋째, 중국 거시경제 정책의 큰 특징은 저임금체제의 노동축적 메커니즘의 활용과 저소비 정책을 운용하는 것이다.

2. 의료보장제도의 내용

1949년 중화인민공화국 성립 이후 중국 의료보장제도의 발전 과정을 시기적으로 개혁개방 이전의 전통 의료보장 시기(1949~1979)와 개혁개방 이후의 신형 의료보장 시기(1980~2003)로 구분할 수 있다. 신중국은 사회주의 정책을 국가의 근본정책으로 확정하여 사회보장정책은 모든 국민의 행복과 사회주의 정책의 목표를 실현하기 위한 중요한 수단이다.

건국초기의 사회보장정책은 국가 지도하 각 기관과 조직에 의지하여 사회보장을 분담하였다. 국가를 대신하여 단위조직과 농촌 인민공사·생산대(生産隊)조직은 주로 사회보장 제도의 기초를 담당해왔다. 중국이 도입한 단위는 국영기업으로서 주거, 교육, 의료, 연금, 에너지 등 종합적 복지를 제공하는 역할을 담당했다. 또 일자리를 창출하여 완전고용과 종신고용을 보장하고 단위 소속원을 통제하였다. 단위체제는 당시 사회주의의 우수한 모형으로 간주되었다(Walder, 1996; Leung, 2003).

1950년대 건국 초기에 제정되기 시작한 중국의 의료보장제도는 도시와 농촌으로 이원화된 구조로 인해 도시에서는 도시주민을 위해 공비의료제도와 노동보험 의료제도가 실시된 반면, 농촌주민을 위해서는 합작의료제도가 실시되었다. 중국 도시지역의 근로자의료보장제도는 국가노동보험제도의 일부분으로 기관 및 사업단위의 근로자를 대상으로 하는 공비의료제도와 국유기업의 근로자를 대상으로 하는 노보의료제도로 구성되었다. 농촌합작의료제도는 농촌집체경제를 바탕으로 수립된 농촌주민 상호협력보장제도이다.

공비의료는 국가기관과 사업단위 근로자를 대상으로 무료 진료 및 질병 예방을 실시하는 의료복지제도이다. 1953년 위생부는 《공비의료에 관한 몇 가지 규정》에서 공비의료 예방제도의 적용 범위를 대학교 재학생 및 농촌 간부로 확대시켰다. 1956년 《각

국의 재중 외국 전문가 공비의료 예방처리에 관한 몇 가지 규정》과 《퇴직 국가기관 공무원의 공비의료혜택에 관한 통지》와 《퇴직 대학 교직원의 공비의료혜택에 관한 통지》 등의 법규와 규정을 반포함으로써 공비의료의 적용 범위를 한층 확대시켰다.

공비의료의 혜택에 관해서는 개인이 의료접수비, 영양보충의약품 및 성형과 정형 등 일부 비용을 제외하여 의료비용은 전부 혹은 대부분을 공비의료비에서 지불하였다. 비용지불방식은 서비스 항목에 따라 진료비, 입원 검진비, 약품비, 치료비, 수술비, 병실비, 계획출산 수술비 및 산업재해로 인한 장애 발생 시에 의료비용을 지급하였다. 하지만 입원 시 식비, 교통비는 개인이 부담했다(鄭功成, 2002).

공비의료의 재원은 두 가지 종류로 나뉘는데, 국가기관 및 전액 예산관리단위의 공비의료 재원은 각급 재정부에서 지불하고, 차액 예산관리 및 부과방식 예산관리의 사업단위는 의료기금에서 지불하였다. 또한 각급 정부는 공비의료관리위원회를 설립하고 위생부 또는 재정부에 사무실을 설치하여 의료서비스 단위와 진찰 단위 간의 협력과 연계를 조정하며, 지출비를 심사하고 감독하였다(김병철, 2010).

1953년부터 지방의 중앙기관은 공비의료 예방비용을 중앙재정의 직접적인 발급하는 방식에서 현지 위생기관에서 담당하여 보고하는 방식으로 조정하고, 의료예방에 경비를 지방위생사업 예산에 포함시켜 결산하였다. 환자는 단위부설 의료기관에서 무료로 진료를 받고 외부 국공립 병원 이용한 경우에는 병원과 직장 간에 진료비를 정산하였다. 공비의료 대상자는 지정된 의료기구에서 진찰 혹은 입원하며, 규정에 부합되는 의료비는 공비의료비에서 결산하였다.

공비의료 혜택의 적용 범위가 계속 확대됨에 따라, 공비의료비 지출도 지속적으로 상승하여 정부에 압박을 가하였다. 1957년 중국 공산당 제8기 중앙위원회 3차 전체회의 보고서에서 ‘노보의료와 공비의료의 일부비용을 국민이 부담하게 하여 나쁜 관습을 타파하고, 비용의 지출을 절약할 것’을 언급함으로써 처음으로 공비의료의 폐단을 지적하고 개혁의 필요성을 제시하였다. 1957년 6월, 국무원에서 《군인가족의 공비의료 혜택 폐지에 관한 회답》을 반포하여 군인가족이 국가공무원일 경우 공비의료 혜택을 받을 수 있고, 반면 국가공무원이 아닐 경우 공비의료 혜택을 받을 수 없다고 규정하였다.

위생부에서도 《간부(행정 10급 및 국장급 이상)의 공비의료 청구의 몇 가지 문제에 관한 통지》를 반포하였다. 1960년부터 국가는 일련의 법규 및 규정을 반포하여 의료비 청구 범위를 구체적으로 규정함으로써, 자비와 공비의 경계를 명확히 했으며, 의약품의 사용을 제한했다. 수혜자들은 무료의 서비스를 받았고 가족수혜자들은 의료비용의 50%를 부담하였다. 도시 의료보험 적용자는 전 국민의 19%에 불과한데 전국 의약품의 대부분이 도시 의료보험 환자를 통해 소비되었다(백승욱, 1997).

공비의료제도는 공무원들이 공급제와 책임제를 실시하는 조건에서 제정되어 당시에는 필요한 조치였다. 공비의료제도는 1965년까지 대략 10여 년간 동안 실시되었는데, 제도의 불완전성으로 인해 심각한 비용 낭비의 폐단이 드러나면서, 전국 공비의료비가 해마다 증가하여 적자를 기록하였다. 1960년, 정부는 공비의료비를 1인당 매년 평균 18위안으로 규정했지만 실질적으로 24.6위안을 지출하였고, 1964년, 공비의료비를 1인당 매년 평균 26위안으로 규정했지만 실제로 34.4위안을 지출하였다(鄭功成, 2002). 1965년 중국공산당 중앙위원회정치국에서 ‘공비의료제도를 합리적으로 개혁해야 하고, 노보의료제도의 집행도 정비되어야 한다’고 지시하였다. 중앙의 지시에 따라, 당시 중·남부 지역을 시범 지역으로 지정하였고, 위생부와 재정부는 국무원의 지시에 따라 근로자의료제도 개혁에 대한 조사연구를 실시하였다. 1965년 위생부와 재정부는 《공비의료 관리문제의 개선에 관한 통지》에서 혜택을 받는 대상자의 ‘진료 접수비와 왕진비는 개인이 부담으로 전화하여 공비의료비에서 청구할 수 없다’고 명확히 규정하였다. 1966년 재정부와 위생부, 노동부, 중화 전국총공회 등 각 부서에서는 공비의료와 노보의료제도의 관리문제에 대한 통지를 반포하였지만 혜택의 규정은 크게 변하지 않았다. 일반 상황 하에서의 진료접수비, 왕진비 및 직공 친족의 50% 의료비 할인의 몇 개 항목들은 개인부담으로 바뀌었다. 이후 실제 상황에서는 완벽한 예상효과를 거두지 못했다(鄭功成, 2002).

노동보험의료제도는 1951년에 중앙정부에서 반포한 《중화인민공화국 노동보험조례》와 1953년 노동부에서 반포한 《노동보험조례실시 세부규칙》을 근거하여 수립되었다. 근로자의료보험도 노동보험조례에 포함하여 노동보험조례에 따라 국영기업 근로

자에 대한 노보의료제도가 제정되었다. 노보의료제도의 주요 대상자는 전민소유제 공업·광업 기업과 부서의 근로자 및 그들이 부양하는 직계가족이며, 현금 이상 집체기업의 근로자에 대해서도 이를 참고해서 실시하였다(김병철, 2010). 1951~1969년 사이에, 노동보험의료는 일종의 ‘반기금’식 보험형식이었고, 기업행정기구와 노동조합연합회에서 공동으로 관리하였다. 근로자가 업무 외에 재해로 인한 6개월 이상의 치료가 요구될 경우 노동보험기금에서 보조금을 지급하였다. 1969년 이후 기업이 자체적으로 인출, 지급, 관리하는 ‘기업보험’ 모델로 바뀌게 되었다.

기업은 국가가 제정한 노보의료정책에 따라 자동적으로 노보제도를 조직·실시하며, 그 경비는 기업의 근로자 총 임금과 국가가 규정한 비율에 따라 기업경영에서 지출하였다(김병철, 2010). 질병을 앓는 경우 기업 자체적으로 운영하는 의료기구 또는 지정된 사회의료기구에서 치료를 받을 수 있고, 의료 혜택을 무료로 제공받을 수 있었다. 근로자의 직계가족이 질병에 걸렸을 때, 해당 기업의 진료소나 병원, 특약 병원에서 무료 치료를 받고, 수술비와 일반의약비는 기업이 절반을 부담하며, 기타 비용은 스스로 부담하는 것을 원칙으로 한다.

농촌합작의료는 일종의 집체 의료제도로써, 의료비용은 집체와 개인이 공동으로 부담하며, 질병을 앓는 경우 부분적으로 무료서비스 혜택을 받을 수 있었다. 1956년 이후, 집체경제가 점차 농촌의 질병 치료에 개입하면서, 집체경제를 기반으로 하고 집체와 개인이 서로 결합하여 상호협력하는 집체보건의료소, 합작의료소, 통주의료소 등의 의료기구가 등장하기 시작하였다. 1959년, 농촌합작의료제도가 중앙정부로부터 긍정적인 평가를 받았다. 1965년, 중공중앙은 위생부위원회의 《위생사업의 중점을 농촌에 두는데 관한 보고》를 비준한 후, 합작의료는 농촌지역에서 점차 확대·보급 되었다.

계획경제 시기 사회보장은 전적으로 기업보장제 중심으로 이루어져 노동 능력을 지닌 사람을 대상으로 한 노동보험과 직공복리가 사회보장의 가장 주요한 형태를 이루었다. 또한 도시에서 일할 능력이 있는 사람과 이들이 속한 기업을 가장 중요한 사회보장의 준거틀로 삼고 그 밖의 사람들을 별도로 분리하는 이중체제가 중국 사회보장의 기본 틀이 되었기 때문에, 사회보장 제도의 구조적인 특징은 기업 혹은 단위보장이 중

심이 되고 기업보장에서 제외된 사회성원을 위한 사회구제적인 성격의 국가보장, 농촌 사회성원들을 위한 농촌 단체보장 등의 상호 독립적인 세 가지 구조로 구성되어 있다. 이를 서방국가의 사회보장 제도와 서로 비교해보면 선진국가의 사회보장 제도는 상호 연계성이 강한 사회보장 체계와 보장항목으로 구성된 완전한 체계인 반면에 중국 사회보장 제도의 구조는 상호 호환성이 전혀 없는 독립적인 구조이자 불완전한 관계라고 볼 수 있다.

이 시기의 사회보장 제도가 불완전한 사회보장 제도이면서도 사회성원의 기본생활을 어느 정도 보장할 수 있었던 이유는 바로 완전한 계획경제 체제하에서 전통기업 조직 형식과 특수한 농촌 생산조직이 독특한 작용을 발휘하였기 때문이었다(김정연, 2003). 만약 이러한 전통형의 기업이 현대적인 기업으로 바꾸었거나 전통형의 농촌조직에 대한 개혁이 진행되었다면, 이러한 구조의 사회보장제도는 사회 성원의 기본 생활을 보장하는 역할을 담당할 수 없었을 것이다. 이로써 알 수 있는 사실은 바로 중국의 사회보장 제도의 구조가 세계에서 선례를 찾아 볼 수 없는 독특한 구조라는 것이다. 또한 이러한 구조의 특이성이 중국의 현 단계 사회보장 개혁을 더욱더 어렵고 복잡하게 만드는 원인이 되고 있다.

3. 의료위생정책의 형성 및 변화

신중국의 의료위생체제는 구소련의 계획경제체제하의 위생제도 모델을 그대로 답습하여 계획경제하의 위생공급제도를 실시하였다. 국가 건립초기 중국공산당은 농촌지역의 열악한 의료상황에 따라 ‘공농병(工農兵)을 대상하며, 예방을 위주로, 중·서의(中西醫)를 단결하며 위생사업과 군중운동을 서로 결합한다’는 방침을 제창하였다. 1950년 8월 제1차 전국위생사업회의에서 “공농병을 대상하며, 예방을 위주로, 중서의를 단결한다”는 의료사업 ‘3대 방침’을 확정하였다. 1952년 12월 제2차 전국위생사업회의에서 저우언라이(周恩來) 총리의 제의에 근거하여 ‘위생사업과 군중운동을 서로 결합한다’는 내용을 보완하여 위생사업의 ‘4대 방침’을 확정하였다. 1951년 위생부는 《농촌위생 기

층조직사업 구체 실시방법(초안)》에서 위생보건 서비스의 기본 내용을 제기하였다. 1957년 위생부는 《기층위생조직의 영도를 강화할 데 관한 지시》에서 기층위생조직은 ‘사회주의 성격을 띤 위생복지기관으로 주요 임무는 의료예방, 위생방역, 부유위생과 위생선전 및 교육사업이다’라고 명확히 규정하였다. 신중국 건립 후 20년 동안 정부는 의료위생산업을 사회복지사업으로 간주하고 선후하여 일련의 법률, 법규와 정책을 제정하였으며, 정부의 통일적인 계획과 조직, 대량의 투입을 통하여 도시와 농촌지역에 의료서비스를 제공하는 기구를 설립하였다.

1965년 1월 마오쩌둥(毛澤東)은 “6·26”강화를 통하여 ‘의료위생사업의 중심을 농촌에 둘’ 것을 요구하였다. 그의 지시에 따라 농촌에는 단기 속성교습을 통한 많은 ‘맨발의 사’들이 농촌에 의료서비스를 제공하였다. 20세기 50년대 초반의 농업합작화 운동에서 농민의 “보건비”와 생산합작 공익금을 결합시키는 방법을 통하여 보건소를 건립하였다. 보건소는 농촌합작의료제도의 초기 형태였다. 보건소의 의사는 농촌지역에서 육성된 맨발의사를 선발하였으며, 보수는 집단경제조직에서 지불하였고 치료비용은 농민과 집단경제조직에서 공동으로 부담하였다. 의사 수입은 주로 농민들이 지급한 보건비, 농업 공익금에서 추출한 업무수입과 약품이윤 그리고 노동점수를 결부시켰다. 1978년 제 5기 인민대표대회에서 통과한 《중화인민공화국 헌법》은 ‘합작의료’를 포함시켰으며, 1979년 위생부, 농업부와 재정부 등 부문에서는 《농촌합작의료 장정(실행초안)》을 반포하여 합작의료제도를 규범화 하였다. 1978년에 이르러 전국에는 477만 7,469명의 맨발의사, 166만 6,107명의 간호인원이 있었고 합작의료 보급률은 90%를 초과하였으며 농촌주민의 건강상황은 대대적으로 개선되었다(傅衛·陳迎春·姚嵐, 2000). 동시에 도시와 농촌지역을 기본적으로 포괄하는全民 의료보장제도를 건립하였다. 도시지역 공공부문과 사업부문에서는 공비 의료보장제도를 실행하였으며 기업에서는 노동보장 의료보장제도를 실시하고 그 자녀에 대하여 부모의 의료보장제도를 향수할 수 있게 하였다. 도시지역의 위생 서비스체계의 점차적인 확립으로 성(省), 시(市) 정부는 일정한 수량의 의료위생기관을 관리하게 되었으며 재정적 보장을 마련하였다.

제3절 의료위생정책 전환기(1980~2011)

이 시기 의료위생정책의 전환은 국가 경제체제의 개혁과 밀접하게 연관되어 선후 세 차례의 개혁을 거쳐 이루어졌다. 제1차 개혁은 ‘권력과 이윤의 양도’ 핵심으로 하는 개혁정책을 의료위생영역에 도입하여 제2차 개혁은 시장화방향을 주도하여 1997년 국무원에서 《위생개혁과 발전결정》을 통과하였다. 제3차 의료위생체제 개혁은 의료위생정책의 재구성으로 다음에서 체현된다. 먼저 의료서비스체제의 합리적인 분업과 하층 의료체제의 재구성, 다음으로 공립 의료기구의 보상, 관리, 운행, 감독 메커니즘의 변화, 그 다음으로 다원화된 자금조달 제도와 전민 의료보장체제의 구축이다. 아울러 공공재정과 계층별 재정체제의 요구에 따라 의료위생 기구의 보조방식과 범위를 한층 개선하였다. 마지막으로 약품 공급체계 재구성이다. 이 세 차례 개혁은 중국의 의료위생정책이 점차적으로 계획모델부터 시장모델로 변화하여 위생체제에서 자금조달, 공급, 관리 삼위일체로 점차적으로 분리되는 과정이다.

1. 시장경제시기의 경제정책

중국의 개혁개방 초기에는 4대의 현대화 노선을 제기하면서 대내결체체제 개혁과 적극적인 대외개방정책을 추진하였다. 대외개방정책과 함께 중국사회에 심각한 변화를 초래한 경제정책은 농업생산 책임제의 실시와 인민공사제도의 해체라고 할 수 있다. 이러한 정책은 노동에 따른 분배를 실현하여 농민들의 생산의욕을 고취시키는 결과를 가져다줌으로써 개혁개방의 추진자들에게 농민지지의 확보라는 정치적 측면과 본격적인 도시경제구조를 개혁할 수 있는 토대를 마련하였다(김정연, 2003).

1984년 제12기 3차 회의에서 《중공중앙의 경제개혁에 관한 결정》을 반포하여 본격적으로 개혁에 착수하였다. 기업주권의 범위를 확대하고, 계획경제의 영역을 축소하여 완전한 시장 메커니즘에 의하여 조절하는 경제활동 영역을 확대하였다. 1992년 중국공

산당 제14기 전국인민대표대회에서는 덩샤오핑의 남순강화를 핵심으로 하면서 사회주의 시장경제를 당의 지도이념으로 결정하였다. 중국의 시장경제를 실시하게 된 근본적인 원인은 현실적인 이익과 경제적인 이익의 필요성이라고 볼 수 있다.

중국은 개혁개방의 전과정을 걸쳐 대외적으로는 개방정책을 대내적으로는 경제개혁을 지속적으로 추진해왔는데, 그 중에서도 국유기업에 대한 개혁을 가장 중요시하여왔다. 특히 중국의 국유기업 개혁의 내용에는 기업관리 체제 등의 기업 내부 환경뿐만 아니라 재정, 노동, 금융, 임금제도 및 사회보장 제도 등 기업 외부환경과 관련된 일련의 법칙, 제도적 개혁이 모두 포함되었다.

개혁개방 전후 경제정책의 차이점을 비교하면 개혁개방 이전 계획경제시기의 중국은 국유기업이 상공업 생산의 대부분을 담당하는 구조였다. 이러한 구조는 생산수단의 공유를 원칙으로 하는 사회주의 경제의 한 요소이기도 하지만, 중국의 경제여건과 모순되는 중공업 중심의 경제발전 전략을 채택한 결과로 이해될 수 있다. 즉 자본과 기술이 부족한 상황에서 중공업을 육성하기 위하여 저금리, 저환율, 저임금, 저농산물 가격 등 왜곡하는 정책이 불가피했고, 이러한 가격구조에서 나타나는 수요공급의 불균형을 해소하고 전략부문에 각종 자원을 우선 배분하기 위하여 중앙계획체제가 형성되었다.

결국 1978년에 덩샤오핑을 중심으로 하는 실용주의적 집권층이 등장하면서 이데올로기보다 경제발전에 우선순위를 두는 정책의 대전환이 나타나게 되고 이는 경제체제 전반의 개혁으로 이어지게 되어 상공업 생산의 대부분을 담당하는 국유기업에 대한 대대적인 개혁이 실시되었다.

이러한 개혁의 결과로 인해 개혁 이전에 종신고용과 각종 사회보장혜택 등의 특권을 누리던 노동자들의 지위는 점차적으로 약화되었다. 또한 자원배분의 효율화와 국가 경쟁력 강화를 주 목적으로 한 국유기업의 사유화 과정을 거치면서 집체기업, 주식기업으로의 전환, 외자기업의 적극적인 육성 등은 기업의 소유권이 국가에서 기업주 및 직공으로 전환하는 결과를 가져왔고 그 과정에서 국유기업개혁의 장애물로 작용했던 각종 사회보장의 비용 또한 직공에게 부담하는 형식으로 점차 바뀌어 가게 되었다.

2. 제1차 의료위생체제 개혁시기(1980~1997)

(1) 의료보장정책의 개혁내용

1980년대 이후 중국은 경제체제 개혁을 실시하기 시작하는데, 먼저 농촌에서 큰 성과를 거둔 후, 도시에서도 노동고용제도 개혁과 기업도산법을 실시하여 기존의 국영 단일 형태가 집체경제, 사영경제, 합자경제 등 다양한 형식으로 존재하여 노동력 유동, 미취업자 발생, 도시기업, ‘삼자’기업, 사유기업 등의 여러 소유제 형태가 등장하기 시작했다. 국영기업중심의 단일 구조에 변화로 인해 개혁개방이전의 사회보장체제는 현실 경제와 사회생활의 실제요구를 만족시킬 수 없었다. 의료제도는 의료기구, 약품생산 단위의 이익, 약품의 가격, 의료서비스가격, 재정보장정책 등 여러 문제가 상존하여 개혁은 더디게 진행되었다.

이러한 급격한 경제체제의 변형 하에서, 기존의 사회보장체제로는 더 이상 현실적인 경제상황과 사회생활의 실제 수요를 부응할 수 없었다. 그리하여, 중국은 관련 정책법규를 완비하고, 사회보험의 사회화를 가속화하였으며, 점차적으로 관리체제를 변화하여 각종 관련 조치를 개선하였다. 국영기업의 개혁은 의료비용의 빠른 증가로 부담이 컸던 지방정부에 의해 추진되었다. 1980년 3월, 국가노동총국과 중화전국총공회는 공동으로 《사회보험 업무를 개편·강화하는 데 관한 통지》를 반포하였고, 과거 문화대혁명 동안 정지·정체되었거나 잘못 시행되었던 각종 사회보험정책을 수정하기 시작하였다. 일부 단위는 갈수록 팽창되고 있는 의료비의 증가를 막기 위해, 그 동안 기업, 기관 및 사업 단위에서 전액 부담하던 의료보장제도를 자발적으로 개선하기 시작하였다.

개혁의 중점은 공비의료와 노동보험의료제도를 개혁하는 데 초점을 맞추었고, 의료비용의 증가를 억제하며, 의료서비스의 수요에 대한 개인 지급의 인식을 심어줌으로써 의료비 분담조치를 실시하였다(김병철, 2010). 1985년 이후, 의료비 분담 조치의 중점이 수요자 측에서 공급자 측으로 전환되면서, 의료기구의 관리와 제약에 대한 정부의 기

능이 강화되었다. 가령, 개인의 의료비용 지불과 의료비분담을 통해 지나친 의료비용 지출을 막고, 공비의료 의약품 청구 목록을 제정하여 과도한 지출을 억제하였다. 의료 기구에 대한 정부의 지원이 턱없이 부족하고, 병원은 기타 기관 및 사업 단위와는 달리 수익을 지나치게 추구하면서 지출억제방안은 가시적인 효과를 거두지 못하였다.

개혁의 진행과정을 살펴보면 1984년부터 양로보험에 대한 개혁실험을 시작으로 1985년 제12기 5중 전회에서 제7차 국민경제 및 사회발전 5개년 계획(1986~1990)을 수립하여 처음으로 노동보험 대신 사회보장이라는 용어를 사용하기 시작한 이후 1986년에는 과거에는 없었던 실업보험이 처음으로 실시되었으며 1990년대에 들어서서는 사회보험 분야의 본격적 개혁이 비교적 활발하게 진행되었다. 또한 1997년에는 사회구제의 일환으로 도시 주민을 대상으로 최저생활보장 제도를 최초로 제정하였으며 계속해서 행정관리체제의 개혁, 사회보험 관리의 제도화, 사회보장의 법제화 등 사회보장제도의 체계를 확립하기 위한 노력이 확대되었다.

시장경제 시기 사회보장제도는 개혁이전의 도시 노동자를 중심으로 한 기업보험 중심의 사회보장에서 파탈하여 사회보장의 필요요구에 따른 사회보장제도 다양화 원칙으로 변화하였다. 즉, 사회보장과 경제발전의 수준이 적합한 원칙, 사회공평과 시장효율이 결합하는 원칙, 행정관리와 기금운영을 분리하는 원칙, 도시 사회보장과 농촌 사회보장을 구분하는 원칙, 사회보험과 사업보험이 결합하는 원칙이다(宋曉梧, 2001).

이상의 원칙을 바탕으로 최근 사회보험 분야를 중심으로 진행되고 있는 사회보장 개혁의 방향은 기업 간 부담의 균등화, 재원의 다원화, 경제 개혁의 결과에 대한 완충기체인 새로운 사회보험 항목의 도입, 사회보장제도의 규범화, 관리서비스의 사회화 등이 중심이 되었다.

첫째, 기업 간 부담의 균등화는 계획경제시기 전면적 기업 체제하에서 기업 간에 존재했던 사회보장의 편차를 복지비용 지출의 불균형 등을 조정할 기제를 만들어 해소하는 것이다. 이를 위한 해결방안으로는 사회통합기금을 건립하여 기업 간 복지비용의 지출을 조절하도록 하고 있다(백승욱, 2001). 또한 경제개혁의 흐름에 편승하여 계획경제체제 하의 ‘기업보장’, ‘단위보장’을 시장경제체제하의 진정한 ‘사회보장’으로 전환하

고 사회보장을 기업제도가 아닌 사회제도로 전환시켜 수혜자의 개인부담을 늘리고 일부 사회보험과 사회복지를 상품화하려는 움직임이 나타났다.

둘째, 재원의 다원화는 과거 계획경제체제 시기 사회보장 자금을 전적으로 기업이 부담하는 것으로부터 사회주의 시장경제시기에서는 국가, 기업, 개인의 공동부담 방식으로 전환하여 다원출자하는 것을 의미하고 있다.

셋째, 기업보장의 해체와 사회보장체제의 미비라는 과도기적 기간에 나타날 수 있는 사회적 충격을 완화하고 고용 안정성이 급격하게 무너져서 생길 수 있는 위험에 대비하기 위해 과거의 사회보험에는 없었던 실업보험과 도시거주민을 위한 최저생활보장제도와 같은 새로운 제도들이 도입되었다.

넷째, 보장제도의 규범화는 각종 사회보장제도를 계획경제시기 지령에 의해 실시하였던 방식에서 전환하여 명확한 법률과 규범을 제정하는 것으로 전환하는 것을 의미하며 관리서비스의 사회화는 계획경제시기 사회보험 업무를 기업에서 자체적으로 관리하던 방식에서 사회주의 시장경제시기에서는 독립적인 사회기구가 관리와 서비스를 제공하는 것을 말한다.

따라서 이와 같은 개혁방향에 조응하여 과거의 노동자 중심이었던 노동보험은 점차 양로, 의료, 실업보험을 포괄하는 전국민 대상의 사회보험으로 변화하고 있으며, 사회적으로 소외된 장애인, 고아, 노인, 부랑인 및 국가 유공자에 대한 사회구제의 범위도 큰 폭으로 확대되고 있다(國家發展計劃委員會·勞動社會保障部, 2001).

문화대혁명 시기의 혼란과 노동보험의료에서 기업보험으로의 변화는 매우 부정적인 결과를 초래하였다. 노동보험의료에 적용된 근로자를 위한 의료서비스의 무상 제공은 소비자들의 불합리한 의료욕구를 자극했고, 노동보험의료제도 자체의 폐단과 불완전한 관리로 인한 낭비가 심각했으며, 모든 의료비를 국가와 단위가 부담하고 개인이 그 책임을 지지 않은 결과 수많은 부정적인 현상들이 발생하였다(김병철, 2010). 정부의 다방면적인 조치를 통해 의료비 초과 지출을 억제하려 했음에도 불구하고, 기존 근로자 의료제도에 대한 수정·보충 차원에 그쳤을 뿐, 제도 구조 자체를 수정하거나 의료비의 지출을 통제하지 못하였다. 계획경제조건 하에서 표면적으로 높은 보장을 유지할 수

있었지만, 실제적인 보장수준은 지극히 낮은 편이었다.

1980년대에 들어오면서 의료비용 방면에서 몇 가지 시험운영정책들이 나타났다. 1985년 11월 허베이성(河北省) 스자장시(石家庄市)는 퇴직자들을 위한 의료비용 기금 제도를 6개의 현과 시에서 시범적으로 실시하였다. 그 후에 양로비용을 통합기금으로 관리하는 지역에서도 의료비용을 같은 방식으로 전환하였다. 대체적으로 이전의 의료비용 지불 체제를 유지하면서, 상급 기구의 조절기능을 다소 추가한 체제라고 할 수 있다. 퇴직자에 대한 의료보험 사회통합 기금운영방법은 시범적으로 두 가지가 실시되었다. 기업이 사회보험 기구에 퇴직 직공의 의료보험 기금을 납부하면 사회보험 기구가 직접 의료기관을 운영하여 퇴직자 의료를 맡거나, 아니면 퇴직자 의료비용중 약값 일부를 제외한 나머지를 사회보험 기구가 부담하는 방식이었다(信長星, 1994).

1990년 4월 지린성(吉林省) 쓰평(四平)시는 공비의료 개혁방안을 공포하고 실시하였다. 1991년 하이난성(海南省)정부는 《하이난성 직공의료보험 임시 규정》을 발표하여 선전(深圳)은 의료보험 사업을 통일적으로 관리하기 위하여 1992년 5월 《선전시 사회보험 임시 규정》 및 《직공 의료보험 실시세칙》을 발표하였다.

공비의료가 자체적인 결함을 극복하지 못하여 1980년부터 개선방안을 모색하기 시작하였다. 1983년, 노동·인사부는 일부 성과 시에서 의료제도 개혁 좌담회를 개최하여 지역별 의료제도의 개혁 현황에 대해 연구하였다. 1984년 4월, 위생부와 재정부는 연합하여 공비의료관리를 강화하는 데 관한 의견을 제시하였고, 공비의료제도를 적극적으로 개혁할 것을 요구하였다. 1989년, 위생부와 재정부에서는 《공비의료관리방안에 관한 통지》를 반포하여, 개인의 자비 부담에 관한 규정, 공비의료의 범위 및 관리 등에 대해 원칙적인 의견을 제시하였다. 1989년 3월, 국무원에서는 《국가체제개혁위원회 1989년 경제체제 개혁 요점》을 비준했는데, 단둥(丹東) 등 지역에서 의료보험제도 개혁 시범지역 방안을 실시하고, 심천(深圳)과 해남도(海南島)에서 종합적인 사회보장 개혁 시범지역방안을 실시하였다. 1991년 7월 전국세금업무회의에서 공비의료 지출은 점차적으로 의료 단위가 주로 관리하고, 국가재정 및 단위가 보조적으로 지원하며, 공비의료 재정과 적절한 범위에서 개인이 부담하는 방안을 제시하였다. 전국위생사무회의의 공

비의료제도 개혁방안에 근거하여, 성 공비의료관리위원회는 《모든 성에서 의료 단위가 공비의료를 관리하는 방안에 관한 통지》를 제정·하달하였고, 1992년부터 전체 성에서 실시하였으며, 각 지역에서 해당 지역의 실정에 맞게 실시하며 관련 세부규칙을 제정하였다(김병철, 2010).

1988년 3월 25일, 국무원의 비준을 거쳐 위생부가 주최하고 국가체제개혁위원회, 노동부, 위생부, 재정부, 의약관리총국 등 8개 부서가 참여한 의료제도개혁연구팀이 창설되면서 《근로자의료보험제도 개혁구상(초안)》을 제시하였다. 이어 1992년, 심천시에서 먼저 근로자의료보험제도 개혁을 전개하면서, 중국 도시 노동보험의료제도가 사회의료보험제도로 전환되는 개혁의 서막이 열렸다. 1993년, 당 14차 3중전회에서 통과된 《경제체제 개혁 몇 가지 문제에 관한 결정》에서 사회통주와 개인계좌가 서로 결합한 사회의료보험제도를 실시할 것을 명확히 제시하였고, 1994년 4월 14일에 국가체제개혁위원회, 재정부, 노동부, 위생부 등이 연합하여 의료보험개혁 시범지역방안을 제정하여 중병통주를 실시한 강소성(江蘇省) 진강시(鎮江市)와 강서성(江西省) 구강시(九江市)를 대상으로 의료보험제도의 개혁을 실시하였다. 진강시와 구강시의 시험방안은 해당 지역의 상황에 근거하여 기본적으로 근로자의료사회보험의 ‘사회통주와 개인계좌를 결합’하는 모델과 안정되고 효과적인 의료보험 재원조성 시스템과 병원 및 환자 쌍방에 대한 통제 시스템을 수립했고, 근로자의 절약 의식을 강화했으며, 의료비의 급격한 상승을 억제하였다(김병철, 2010).

의료체제는 의료행정과 소비의 두 가지 측면에서 문제를 안고 있었다. 의료행정면에서는 먼저 의료기관의 지출에 대한 관리가 제대로 이루어지지 않고, 약품생산과 판매에 대한 감독도 제대로 되고 있지 않는다는 점이 문제가 되었다. 또한 소비의 면에서는 의료비 지출이 계속 증가함에 따라 단위의 부담도 커진 것이다. 7차 5개년 계획기간에 사회보장 중에서 의료위생 비용 증가 속도가 가장 빨라서, 매년 평균 27.1%씩 증가하였다. 이는 6차 5개년 계획기간의 매년 평균 증가율 13.5%보다 13.6%가 더 늘어난 수치였다(백승욱, 2001).

전통적인 의료보험제도에 존재하는 각종 폐단에 대하여 1988년 위생부에서는 국가

의료보험 제도개혁 연구위원회를 수립하여 중국의 의료보험에 대한 제도개혁을 시작하였다. 십여 년간의 노력을 거친 결과 의료보험 제도의 개혁은 비록 양로, 실업보험 등과 같이 개혁의 큰 성과를 거두지는 못하였으나 여러 가지 시도들을 거쳐 사회주의 시장경제의 요구에 부합하는 의료보험제도 설립에 비교적 큰 진전을 이룩하였다.

사회보장제도개혁의 성과를 개괄하자면, 우선 사회보장의 수혜범위의 확대에 의해 국유기업 직공에게만 적용되던 사회보험 혜택이 이미 양로, 실업보험 등의 중고 사회보험 항목을 중심으로 기타 소유제 기업까지 확대되어 가고 있다. 둘째, 계획경제시기 전면적 기업체제하에서 기업 간에 존재했던 사회보장의 편차를 해소하기 위해 사회통합기금을 건립하여 기업 간 복지비용의 지출을 조절하도록 하고 있다. 셋째, 계획경제체제 하의 ‘기업보장’ 및 ‘단위보장’은 시장경제시기에 이르러서는 사회공제적인 성격이 강한 진정한 ‘사회보장’으로 전환하여 사회보장을 기업제도가 아닌 사회제도로 전환시켜 수혜자의 개인 부담을 늘리고 일부 사회보험과 사회복지를 상품화하고 있다. 넷째, 사회보험의 자금확보방식이 과거 기업이 전적으로 책임지던 방식에서 탈피하여 국가, 단위, 직공 개인 삼자가 합리적으로 부담하는 방식으로 전환하였다. 다섯째, 여러 행정부서에서 각각 따로 관리하던 사회보장 업무를 ‘노동사회보장부’란 통합 사회기구를 새로 신설하여 기업, 기관사업 단위와 농촌 사회보험 사업에 대한 통일적인 관리를 실시하도록 하고 있다.

(2) 의료위생 정책개혁의 주요내용

제1차 의료위생체제 개혁에서 주요한 내용을 보면 의료서비스 공급과 자금조달 정책의 확정이다. 1979년 위생부를 비롯한 세 개 부처는 연합으로 《병원 경제관리 시행사업을 강화할 데 관한 공지》를 반포하여 병원에서 ‘오정일장(五定一獎)(임무, 침상, 편제, 업무기술지표, 경제보조를 규정하고 임무를 완성하면 장려한다)’활동을 전개할 것을 요구하였다. 1980년 9월 위생부는 또 《개인이 의료위생업에 종사할 것을 허락할 데 관한 청시보고》를 제출하여 국무원의 비준을 받아 국유, 집체의료기구에만 의존하여

의료서비스를 제공하던 상황을 변화시켜 여러 가지 소유형식이 공존하는 의료서비스기구 건립에 기초를 마련하였으며 경제 관리수단을 이용하여 병원을 관리하기 시작하였다(中華人民共和國衛生部, 1980). 당시 농촌경제제도는 농민들의 수익을 증가시켰을 뿐만 아니라 의료서비스에 대한 수요를 증대시켰다. 하지만 정부는 합작의료체계에 대한 재정지원을 감소시켰다. 1985년 4월 당시 자금투입이 엄청나게 부족하고 의료비 납입표준이 낮으며 정책 제한이 과도하고 위생사업 발전이 완만한 상황에서 위생부는 《위생사업 개혁 관련 정책문제에 관한 보고》를 제출하여 ‘규제를 완화하고 여러 경로로 자금을 조달하며 위생사업 발전의 새로운 길을 개척할 것’을 요구하였다. 또 비국유위생기구의 설립을 격려하고 전민소유제 의료위생기구의 자주권을 확대하며 원(소, 잠)장책임제를 실시하고 간부 임용제와 노동자 계약제를 실시하였다. 병원에 대한 국가의 자금 보조는 대형 공사와 설비 구입 외 정액제를 실시하며 여러 가지 형식의 관리책임제를 실시하고 요금제도를 개혁하였다(中華人民共和國國務院, 1985). 정책 실시 후 의료업은 단일 형식에서 여러 가지 형식이 공존하고 공동 발전하는 국면을 맞이하였다.

1981년 2월 27일 국무원은 위생부의 《병원적자문제를 해결할 데 관한 보고와 통지》를 반포하였는데 이는 개혁개방 이후 의료서비스 가격에 관한 첫 번째 문건이었다. 문건에는 공비의료와 노동보장의료를 향수하는 노동자와 도시주민, 농민은 두 가지 요금표준을 적용하며 공비의료와 노동보장 의료서비스를 향수하는 사람들에게는 원가표준으로 요금을 수수하고 일반인들은 여전히 저표준 요금제를 실시함으로써 병원의 경제상황을 개선하였다.

1989년 중국공산당 제13기 4중전회 이후 계획 있는 상품경제의 발전에 적응하는 계획경제와 시장경제가 결합된 경제체제와 운행메커니즘을 시행할 것을 제기하였다. 의료위생기구의 활력을 강화하고 의료위생인원의 적극성과 기술, 잠재력을 충분히 발휘시키고 의료서비스를 확대하여 “병 보이기 힘들고 입원하기 힘들며 수술하기 힘든”상황을 개변하기 위해 1989년 국무원은 《의료위생서비스를 확대할 데 관한 문제에 대한 의견》을 발표하여 시장화 개혁의 구체적인 조치를 제기하였다. 의견에서는 적극적으로 의료기구에 대한 여러 가지 형식의 도급 책임제를 실시하고 조건이 허락하는 단위

와 의료인원이 유상 서비스를 제공할 수 있으며 위생방역, 부유보건,약품검역 등 단위에서 여러 가지 위생검역과 감독을 실시할 수 있도록 하였다(中華人民共和國國務院, 1989). 보고는 의료개혁의 시장화 방향을 명확히 제기하였으며 개혁의 기본 방향을 의료기구의 자주권을 확대하고 국유기업 개혁을 모델로 국가 경제개혁의 방향과 재정예산 관리체제 개혁의 순응과정으로 규정하였다. 일련의 권력과 이윤의 양도를 핵심으로 하는 개혁정책은 중국 의료체제 개혁의 강제적 변천의 경로를 형성하게 하였다. 이 과정에서 국가재정은 갈수록 감소되었는데 1985년에서 1991년 사이 현금이상 병원의 병상 사용률은 기본적으로 87.9%를 유지하였으며 의료기구 수, 선진 의료설비 보유량 등 지표는 증가세를 나타냈다(夏晔, 2010). 위생사업 규모의 확대와 병원 설비 및 질의 개선으로 80년대 말에 이르러 “병 보이기 힘들고 입원하기 힘들며 수술하기 힘든”상황은 기본적으로 해결되었다.

제1차 의료위생체제 개혁의 주요 내용은 의료서비스 공급과 자금조달 정책의 확정이다. 이 시기에서 여러 가지 소유형식이 공존하는 의료서비스기구를 건립하여 경제 관리수단을 이용하여 병원을 관리하기 시작하였다. 병원에 대한 국가의 자금 보조는 대형 공사와 설비 구입 외 정액제를 실시하며 여러 가지 형식의 관리책임제를 실시하고 요금제도를 개혁하였다. 이 시기의 의료체계는 기업직공을 대상으로 한 노보의료와 기관·사업단위 종사자를 대상으로 한 공비의료, 그리고 농촌주민을 대상으로 하는 농촌합작 의료제도 등 3가지 구조로 구성되었다.

제1차 의료위생체제 개혁은 공급체계의 변화를 가져왔다. 첫째로 촌급 의료위생 서비스 공급영역에 개인 공급주체가 나타났으며 일부 농촌지역에서는 원래의 집체공급주체를 완전히 대체하였다. 둘째로 서비스 제공자의 자금조달 대상이 집체에서 개인 공급자로 전환하였으며 합작의료체제의 와해로 서비스 수요대상도 집체에서 농민 소비자로 전환하였다.

3. 제2차 의료위생체제 개혁시기(1998~2003)

(1) 의료보장정책의 개혁내용

1996년부터 시작한 제9차 국민경제 및 사회발전 5개년 계획(1996~2000)는 특히 노동사회보장사업 방면에서 큰 성과를 거두었는데, 우선 취업상황이 기본적으로 안정을 유지하였고 취업총량의 확대는 국유기업 정리해고자의 재취업을 증대하는 효과를 가져왔다. 국유·집체단위의 취업이 감소한 반면 기타 경제단위의 취업은 큰 폭으로 증가하였다. 또한 노동력 시장의 기초적인 관리체도가 수립되어 기업 혹은 근로자가 자율적으로 직원을 고용하고, 근로자가 스스로 직업을 선택할 수 있는 기초적인 취업 메커니즘이 구축되었고, 사회보험을 대다수 도시 근로자로 확대하기 위해 국무원은 기본 양로보험, 실업보험, 기본 의료보험 등 관련 결정·조례 및 사회보장 시스템의 방안을 발표하여 제도 및 주요정책을 확정하였으며, 공장(산재)보험, 생육(출산)보험 및 농촌사회양로(퇴직연금)보험의 적용대상이 튼 폭으로 확대되었다. 그 결과, 2000년 말까지 사회보험 가입자가 양로보험 10,448만 명, 실업보험 10,408만 명, 의료보험 4,300만 명, 산재보험 4,350만 명, 출산보험 3,002만 명으로 증가하였으며, 양로보험의 지급율도 92%에 달하고 있다(中國統計年鑒, 2001).

한편 기업의 수입분배 제도의 개혁이 적극적으로 추진되어 근로자의 임금수준이 안정화되고, 1997년 티베트(西藏)를 제외한 전국 30개 성, 자치구, 직할시에서 최초로 최저 생활보장제도를 실시하였으며, 노동보장 법제화가 급속한 발전을 거둬 국무원에서는 《실업보험조례》, 《사회보험료 징수조례》, 《통일 도시기업근로자 기본양로보험제도 건설에 관한 결정》, 《국무원의 도시근로자 기본보험제도 건설에 관한 결정》을 계속해서 발표하였다.

1998년 3월 국가노동부와 노동·사회보장부(勞動和社會保障部)의 성립은 전통적인 부서를 분할하고 관리하던 체제를 종결하여 중앙의 통일적 관리체제를 형성하였다.

1998년 11월 전국 도시직공 의료보험제도 개혁 업무회의에서 다음과 같이 규정하였다. 첫째, 병원과 약품가격의 통제를 강화해야하고 비용이 급속히 증가하는 것을 감독하고 통제해야 한다. 둘째, 의약을 분리하여 계산하고 구분하여 관리한다. 셋째, 기본의료보험은 지정된 의료기구와 약국관리를 시행한다. 넷째, 직공은 지정된 병원과 지정된 약국에 가서 진료를 받고 약을 구매해야한다. 다섯째, 기본의료보험의 약품 종류, 진료 종류와 의료서비스 비용표준 및 상응한 관리방법을 명확하게 규정한다.

같은 해 12월 14일 국무원은 44호 문건인 《도시직공 기본의료보험제도의 건립에 관한 결정》을 발표하였다. 그 ‘결정’에서는 고용단위와 직공 개인 모두 의료보험비용을 부담해야 한다고 명시하고 있다. 아울러 각자의 납입 비율을 구체적으로 규정하였다. 동시에 이 업무는 1999년 초 시작하여 연말에 기본적인 완성을 요구하였다. 이번 의료개혁 방안은 몇 년 동안의 연구와 실험의 기초 하에서 형성된 것이다. 시범지역의 경험을 전면적으로 총결하여 구체적인 계획 하에 제정된 것이다. 개혁은 ‘의료보험 부담이 적으며, 피보험 대상이 넓으며, 기업·개인 쌍방의 공동부담 원칙’을 기본 사항으로 하고 있다(鄭功成, 2002).

현재 중국의 농촌지역에서 실시하고 있는 농촌합작의료는 신형농촌합작의료제도라고 불리는데, 이전의 농촌합작의료제도를 바탕으로 2003년에 다시 수립된 것으로 이전의 제도와 구별하기 위해 신형농촌합작의료제도라고 한다. 과거에 실시했던 농촌합작의료제도의 실패 원인은 전반적으로 적용 범위가 좁고 재원 조성에 어려움이 있었으며, 주로 오랜 진료나 잔병 위주의 보장을 제공하여 기금이 분산적으로 사용되어 농민들의 증병에 대한 위험을 감소하는 데 효과적이지 못했다.

집체합작화 운동의 생산물인 농촌합작의료는 집체화가 가장 한창일 때 거의 전국적으로 확대되었다가 농촌 인민공사의 소실과 와해와 합작의료에 대해 국가의 정치, 이념, 재정상의 지원도 감소됨에 따라 농촌합작의료는 전국적으로 와해되기 시작하였다. 1980년대 초기의 농촌경제체제 개혁 이후, 대부분의 지역에서 농촌합작의료조직이 신속하게 해체되었다. 이러한 과거의 농촌합작의료제도의 기본적인 토대 위에 2002년부터 신형농촌합작의료제도 시범지역방안을 통해 초보적으로 실시되면서 전국적으로 점

차 보급되었다. 2003년 1월 16일, 국무원 사무실은 위생부, 재정부, 농업부에 《신형농촌합작의료제도를 수립하는데 관한 의견》을 하달하고, 신형농촌합작의료제도는 정부가 조직·지도·지원하며, 농민은 자발적으로 가입하며, 개인, 집체, 정부는 다양한 방안을 통해 재원을 조성하여 중병을 계획적으로 치료하는 농민상호의료공제(보험)제도라고 명시하였다.

과거 농촌합작의료제도와 비교해서 신형농촌합작의료제도는 자금조달을 통해 정부의 지원효력을 확대하였다. 중앙정부가 중서부 지역의 시·구 이외 지역의 농민이 신형농촌합작의료에 가입할 경우 매년 1인당 평균 10위안의 보조금을 지원하고, 지방정부일 경우 신형농촌합작의료에 가입하는 농민에게 매년 1인당 평균 10위안 이상을 지원하였다. 또한 정부의 재정보조는 20위안에서 40위안, 80위안, 그리고 120위안으로 점차 상향조정할 계획이고, 동부 지역에 대한 정부의 보조는 비교적 낮으나 지방정부의 재정보조와 농민 개인, 집체에서의 납부를 통해 재원은 점차 증가하고 있다.

(2) 의료위생 정책개혁의 주요내용

의료서비스 공급측면에서 1992년부터 2000년 사이에 중국은 시장경제체제를 초보적으로 건립하였으며 계속하여 사회주의 시장경제체제에 알맞은 의료위생체제를 탐색하여 왔다. 1992년 9월 국무원에서는 《의료위생체제 개혁을 심화할 데 관한 몇 가지 의견》을 발표하였다. 문건에서 제기한 개혁조치를 놓고 보면 의료위생 단위의 노동인사권, 업무건설결정권, 경영개발관리권과 월급과 장려금 배분권 등 자주권을 진일보 확대하고, 계속하여 여러 가지 형식의 책임, 권력, 이익이 결부된 목표관리 책임제를 실시하며, 공평경쟁을 격려하고 평균주의 배분방식을 타파하였다(中華人民共和國國務院, 1992). 경제적 격려방식은 의료기구와 의료인원의 적극성을 동원하고 의료서비스를 확대하며 서비스 질을 제고하고 “병 보기 어려운 상황”을 개변하는데 일정한 역할을 하였다. 하지만 서비스의 양과 경제적 효과만 추구하고 서비스 질과 사회적 효과를 소홀히 하거나 마음대로 비용을 징수하고 부당한 약품 사용과 커미션을 추구하는 현상들이

발생하였다. 또 의사와 환자 관계가 갈수록 긴장해졌으며 약품 가격 상승이 지나치게 빨랐다. 의료비용은 국민경제와 주민 수입 증가속도, 그리고 사회와 개인의 부담능력을 훨씬 초과하였으며 약품생산과 유통영역 질서가 혼란한 등 결과도 가져왔다.

90년대 중후반부터 2003년까지는 제2차 의료위생체제 개혁의 관건적 시기였다. 시장경제체제에 적응하기 위하여 공립병원은 다음과 같은 정책을 실시하였다. 첫째, 정부와 병원의 권리, 책임과 의무를 규범화 하였다. 1997년 중공중앙과 국무원에서는 《의료위생개혁과 발전에 관한 결정》을 발표하고 의료위생사업은 계층관리와 책임제를 실시하며 각 지방정부는 본 지역의 의료위생사업에 대하여 전면적으로 책임지며 이를 영도간부 임기 내 목표책임제와 성과평가의 중요한 내용으로 한다고 규정하였다. 둘째, 서비스와 약품 가격을 완화시켰다. 의료위생 서비스의 성격에 따라 부동한 가격원칙을 실시하였는데 기본 의료서비스는 재정보조를 제외한 원가에 따라 가격을 결정하고 그 외의 의료서비스는 원가보다 높게 가격을 책정하였다. 부동한 차원의 의료기구의 요금표준을 적당히 구별하여 환자가 상황에 맞게 선별하도록 하였다. 셋째, 공립병원의 경영메커니즘을 전환시켰다. 공립병원의 경영자주권을 확대하고 내부의 격려메커니즘과 규제메커니즘을 건립하였다. 의료기구 내 인사제도와 분배제도에 대한 개혁을 심화시켰고 의료기구의 경제관리를 강화하고 원가정산 등 제도를 실시하였다. 넷째, 의료기구를 영리성과 비영리성으로 나누어 분류관리를 실시하였으며 국가는 부동한 세제, 가격정책을 제정하고 실시하였다(中共中央、國務院, 1997). 2000년 국가체제개혁위원회 등 8개 부처에서 도시지역 의약위생체제 개혁에 관한 일련이 문건을 발표하고 부동한 차원의 병원에서 재정, 세금, 가격 등 면에서 부동한 관리정책을 실시할 것을 명확히 규정하였다. 또 의료기구에 대한 분류관리와 공립병원의 운행메커니즘 전환, 의약분리 정산과 분류관리, 재정보조의 범위와 방식의 규범화, 의료서비스 가격 조절, 사회주의 시장경제체제에 알맞은 의료기구 보상제도, 의약품 가격의 급속한 증가를 공제할 것을 제기하였다(國務院體改辦、國家計委, 2000).

이 시기 국유기업에 진행된 현대 기업제도 개혁의 영향을 받아 의료부문에서 주식제 개조와 병원 직원내부에서 재산권제도의 개혁이 시작되었으며 비공유제 병원이 일정한

정도의 발전을 가져왔다.

의료위생 자금조달 제도를 놓고 보면 의료위생체제, 약품유통체제와 도시지역 노동자 의료보험제도에 대하여 개혁을 진행하였다. 그 가운데서 의료위생 자금조달제도의 가장 큰 변화는 1998년 국무원에서 제기한 《도시지역 노동자 기본의료보험제도를 건립할 데 관한 결정》을 계기로 원래의 도시지역 의료보험제도에 대한 개혁을 진행하여 도시지역 노동자를 대상으로 기본사회의료보험제도를 전면적으로 실시하였다.

1998년 초, 국무원에서는 진강시와 구강시의 시범지역방안을 총결하면서, 《도시근로자 기본의료보험제도를 수립하는데 관한 결정》을 반포하여 전국적으로 도시의 모든 근로자에게 적용되는 기본의료보험제도를 수립할 것을 요구했고, 개혁 목표와 개혁 방안을 명확히 제시하였는데, 의료보험비는 고용 단위와 근로자가 공동으로 납부하는 것과 사회통주와 개인계좌가 서로 결합된 다층화된 제도를 실시할 것을 기본적인 원칙으로 확정하였다.

1998년 11월, 도시근로자 의료보험제도 개혁업무회의가 북경에서 열렸는데, 병원과 의약품 가격에 대한 통제를 강화하여 급격한 비용 상승을 통제하고, 의료비와 의약품비를 분리하여 관리하고 기본의료보험은 지정된 의료기구와 지정된 약국에서 관리하며, 종업원들은 지정된 병원과 약국에서 치료받고 의약품을 구매하며 기본의료보험의 약품 목차, 치료 목차와 의료서비스 비용의 징수기준 및 관련 관리방안을 명확하게 지정할 것을 제시하였다. 1998년 12월 14일, 국무원에서는 《도시근로자 기본의료보험제도 수립에 관한 규정》을 반포하여 의료보험비는 단위와 근로자 개인이 공동으로 부담하되 각자의 납부율을 구체적으로 규정하였다. 1999년, 전국적으로 의료보험제도 개혁에 따른 전체 계획을 제정할 요구에 맞추어, 28개성 중 24개성에서 전체 계획을 제출했고, 전국 349개 지급 이상의 통주지구 중 315개 통주지역에서 실시방안을 제정했으며, 그 중 68개 통주 지역에서 정식으로 실시되었다. 2000년 7월 25일, 국무원에서는 상해에서 회의를 소집하여 처음으로 도시근로자 기본의료보험제도, 의료위생체제와 의약품 유통체제 등 세 가지 개혁을 동시에 추진하였고, 2000년 9월 말에 이르러 전국적으로 257개 지급시(地級市)서 의료보험개혁 실시방안을 제출하였다. 2002년 8월, 노동·

사회보장부에서는 《도시근로자 기본의료보험 개인계좌 관리를 강화하는데 관한 통지》를 발표하여 개인계좌의 관리를 강화하고, 가입자의 기본적인 의료 권익을 보호하며, 기본의료보험제도의 안정적인 운영을 요구하였다.

2001년부터 시작한 제10차 국민경제 및 사회발전 5개년 계획(2001~2005)에서는 노동사회보장사업의 전체적인 발전방향을 제시하기 위하여 시장에 의한 취업메커니즘 건설, 취업 확대, 사회보장 시스템의 개선 및 소득분배제도 개혁의 확대, 노동보장의 법제화, 노동사회보장사업의 전면적 실시 등에 대한 명확한 요구를 제시하였다.

제10차 5개년 계획에 관한 주요 목표는 첫째, 기업·산업 단위와 독립하여 재원을 다원화하고 관리가 사회화된 사회보장체제를 기본적으로 형성하여 도시 근로자가 기본사회보장을 받도록 하고 둘째, 양로보험, 실업보험, 의료보험, 공상보험, 생육보험 등의 사회보험 제도를 개선하고 안정적이고 규범화된 자금조달 메커니즘을 구축하며 동시에 사회보장 기금의 가치유지 및 증가 메커니즘을 모색하며 셋째, 사회보장에 대한 행정 및 사회감독을 강화함과 동시에 사회보장 기금의 감독관리체도를 강화하고 넷째, 통일되고 전국적인 사회보장 법률과 법규 시스템을 구축하여 노동보장사업의 발전이 법제화 궤도에 전면적으로 들어가도록 하는 것을 목표로 하고 있다. 또한 사회보험의 실시를 대폭 확대하여 10차 5개년 계획이 끝나는 말까지 양로보험, 실업보험, 의료보험을 법규에서 모든 고용단위와 근로자에게 적용하도록 하여 대다수의 도시 근로자들이 충분한 취업기회 및 기본적인 사회보장을 받도록 하는 것을 골자로 하여 진행되고 있다 (國家發展計劃委員會·勞動社會保障部, 2001).

제2차 의료위생체제 개혁은 아래와 같은 변화를 가져왔다.

첫째는 농촌 의료위생 공급체계의 변화로 하여 의료 서비스체계를 개방하고 정부가 독자적으로 병원을 경영하던 국면을 개변시켜 의료위생 공급을 확대하였다. 20세기 80년대 농촌에서 실시한 호도거리 책임제는 농촌집단경제를 와해시키고 가정을 농촌의 기본 생산단위로 만들었다. 이 개혁은 촌(村)급 의료위생조직과 농촌합작 의료제도에 커다란 충격을 주었으며 농촌의 의료위생 경영메커니즘을 변화시켰다. 1998년 전국 촌급 의료시설에서 집단경영이 44.6%, 상급병원이 설치한 의료시설이 5.4%, 개인의료시

설이 48.1%, 기타 형식의 의료시설이 1.9%를 차지하였는데 민간 의료시설이 50%정도를 차지하였다(中國農村統計年鑒, 1999).

둘째는 공공재정 자금조달 방식의 변화이다. 94년 이후 세계개혁을 단행하였는데 국세와 지방세를 나누어 징수함으로써 중앙과 지방 재정배분관계와 자금조달 방식을 명확히 하였다. 이러한 조치로 지역 간의 의료위생의 불평등을 초래하였고 농촌지역의 의료위생 수준은 약화되었다. 다음으로 공공재정의 비중이 약화되고 의료위생 자금조달에서 개인의 책임이 중요한 위치에 놓였다. 기업개혁과 행정사업단위의 개혁으로 도시 지역에서 기업 또는 행정사업단위에 의거하던 노동보장의료와 공비의료는 그 결점을 나타내기 시작하였고 지속이 어려워졌다. 의료보험제도는 과거의 공비의료와 노동보험 의료에서 사회보험으로 넘어가 위생보장제도에서 개인의 책임을 강조하고 정부 공공재정의 부담을 경감시켰다. 그 다음으로 자금조달 구조를 보면 도시지역은 정부, 단위, 개인의 공동 조달형식이며 농촌지역은 가정과 개인을 중심으로 이루어졌다.

셋째는 의료서비스 공급과 자금조달방식이 새로운 변화를 가져왔다. 외국의 경험에 근거하여 2003년부터 도시 커뮤니티(社區)위생서비스체계를 건립하고 일부 기업과 효율이 낮은 의료기구를 커뮤니티 위생서비스기구로 전환시켜 도시지역 의료위생 서비스체계를 건전히 하였다. 동시에 의료기구에서 독립정산제도를 실시하고 의약분리 정산제도를 정립하고 의료기구 유형별 관리를 실시하였다.

넷째는 의료위생에 대한 정부의 직접적인 관리감독방식에서 간접적인 관리감독으로 변화하였다. 하지만 분산적인 시장 관리감독 메커니즘은 형성되지 못하였다. 가격과 비용에 대한 간접적인 통제메커니즘이 초보적으로 형성되었으며 또 의료위생 서비스시장에로의 간접적 진입제도가 형성되고 공공병원 운영방식에 있어 미시경제 규제를 완화하고 운영 자주권을 확대하였다.

4. 제3차 의료위생체제 개혁시기(2004~2011)

(1) 의료보장정책의 개혁내용

중국 도시주민 의료보험제도는 도시근로자 의료보험에 가입하지 않은 도시의 미성년자와 직장이 없는 주민을 대상으로 실시하는 의료보험제도이다. 도시주민 의료보험은 도시근로자 기본의료보험제도와 신형농촌합작의료제도를 추진한 후, 공산당 중앙위원회와 국무원에서 주민의 의료문제를 한층 해결하고, 의료보장제도를 지속적으로 개선하는 중요한 조치이다. 도시주민의료보험제도는 주로 직장에 속하지 않은 주민들의 의료보험에 대한 보충적인 제도이고, 도시주민 의료보험의 등장은 중국 사회보험제도 개혁발전 과정에서 중요한 의의를 가지며, 중국 사회보험제도의 새로운 개혁 방향을 제시하였다.

2003년 4월, 노동·사회보장부에서는 《도시근로자 기본의료보험의 적용 범위를 한층 확대하는 업무에 관한 통지》를 발표하여 의료보험 적용 범위를 확대할 것을 요구하였다. 2003년 5월, 노동·사회보장부 사무청에서는 《도시 비정규직 근로자가 기본의료보험에 가입하는 데 관한 지도적인 의견》을 발표하여 비정규직 근로자가 기본의료보험제도에 적용되도록 요구하였고, 2004년 5월에 노동·사회보장부 사무청에서는 《혼합소유제 기업과 비공유제 경제조직에 종사하는 근로자가 의료보험에 가입하는 데 관한 의견》을 발표하여 혼합소유제 기업과 비공유제 경제조직에 종사하는 근로자가 의료보험에 가입하는 데 관해 지도적인 의견을 제시하였다. 2006년 5월, 노동·사회보장부 사무청에서는 《농민공의 의료보험 가입을 전개하는 데 전면적인 행동에 관한 통지》를 발표하여 농민공이 의료보험에 가입하도록 적극적으로 추진하였다.

1998년, 중국은 도시근로자 기본의료보험제도를 수립하기 시작했고, 기본적으로 전국민을 모두 보장하는 의료보장체계를 수립하고자 하는 목적을 실현하기 위하여, 국무원은 2007년부터 도시주민 기본의료 시범지역 방안을 전개하였다. 2007년, 먼저 조건이

양호한 일부 성에서 2~3개의 도시를 대상으로 시범지역 방안을 실시하였고, 2008년에 시범지역 방안을 확대하여 2009년에 시범지역 방안을 실시하는 도시가 무려 전국 80% 이상을 차지하였다. 2009년 5월, 북경시에서 공비의료를 도시근로자 의료보험제도에 통합시키는데 관련된 시범지역 방안을 실시하였다. 2010년, 전국에 걸쳐 전면적으로 실시하기 시작하여 점차적으로 직장에 종사하지 않은 모든 도시주민에게 적용되었다. 2010년 말까지, 북경시 18개현 45만여 명 공무원은 더 이상 공비의료에 적용되지 않고 근로자 기본의료보험제도로 통합하였다.

중국은 도시주민 의료보험 시범지역 방안을 지속적으로 확대하고, 경제발전 수준과 각 지역의 수용능력을 고려하여 재원 조성 수준이나 혜택 수준을 합리적으로 확정하며, 도시의 직장에 종사하지 않은 중병 환자의 의료 욕구를 중점적으로 보장하고 점차적으로 혜택을 높였다. 임의적 원칙을 견지하고, 주민의 의지를 충분히 반영하였고, 중앙정부와 지방정부의 책임을 명확히 구분하고, 중앙정부는 기본 원칙과 주요 정책을 확정하며, 지방정부는 구체적인 방안을 제정하였다. 재원 조성의 협조체계를 유지하고, 각종 의료보장제도 간의 기본적인 정책, 기준, 관리 조치 등이 서로 연관되도록 실시하였다.

(2) 의료위생 정책개혁의 주요내용

의료위생에 대한 정부투입의 감소로 병원의 이익추구 행위는 갈수록 심해졌으며 ‘병 보기 힘들고 의료비가 비싼’ 현상은 점차적으로 제3차 의료개혁이 해결해야 할 선두과제로 떠올랐다. 하지만 ‘병 보기 힘들고 의료비가 비싼’ 현상의 이면에는 일련의 체제적 문제가 내재하고 있었다. 2003년 10월 14일 중국공산당 제16기 3차 전체회의에서는 《중공중앙이 사회주의 시장경제체제를 건전히 할 데 관한 약간의 문제에 대한 결정》을 통과하였는데 이는 사회주의 시장경제체제 건전화 시작이라고 할 수 있다. 도시지역의 의료위생체제 개혁을 강화하고 도시의 의료위생 구조를 최적화 하여 군중들의 기본 의료위생 서비스에 대한 수요를 만족시키기 위해 2006년 2월 국무원은 전국 도시커

뮤니티 의료위생공장회의를 소집하고 《도시커뮤니티 의료위생 서비스를 발전시킬 데 관한 국무원의 지도의견》을 발표하여 도시지역 커뮤니티 의료서비스 발전을 새로운 도시의료위생 체계 건설의 기초가 되었다. 또한 도시 주민의 “병 보기 힘들고 의료비가 비싼” 현상을 해결하는 중요한 조치로 삼았다. 국가 경제체제의 개혁과정에서 병원 개혁은 의료서비스 가격 조절에서 시작하여 사회주의 시장경제체제에 적응하기 위한 비교적 전면적인 개혁과 인식 변화의 과정이라고 할 수 있다. 2003년 이후 새로운 의료체제 개혁이 점차적으로 실시되어 “정부주도”, “공익성”을 방향으로 새로운 시대를 맞이하게 되었다.

2002년 10월 《농촌 위생사업을 한층 강화할 데 관한 중공중앙과 국무원의 결정》에서 2010년에 이르러 전국 농촌지역에 기본적으로 중병에 대한 총괄관리를 중심으로 하는 새로운 합작의료제도와 의료구제제도를 건립하여 농민들로 하여금 기초적인 의료서비스를 향수 할 수 있도록 하여 주요한 건강지표를 발전도상 국가의 선진수준에 이른다는 목표를 세웠다. 2003년 1월 국무원은 위생부, 재정부와 농업부의 《새로운 농촌 합작의료제도 건설에 관한 의견》을 발표하면서 농촌합작의료제도를 다시 건립할 것을 결정하였다. 2002년 중공중앙과 국무원은 《농촌 의료위생사업을 강화할 데 관한 중공중앙과 국무원의 결정》은 최초로 농촌지역에 의료구제제도를 건립할 것을 제기하였으며 의료구제대상은 주로 오보호(五保戶)와 빈곤농민 가정임을 규정하였다. 2005년 국무원 관공청은 민정부, 위생부, 노동보장부, 재정부의 《도시지역 의료구제제도 시행점을 건립할 데 관한 의견》을 발표하였는데 2년 내에 각 성, 자치구, 직할시의 일부 현(시, 구)에서 시행을 거쳐 3년 내에 전국적으로 제도화, 규범화된 의료구제제도를 건립한다고 밝혔다. 2006년 농촌 민정부문의 의료구제 차수는 286만 6천 건, 농촌 합작의료 참가 차수는 984만 4천 건으로 합계 1271만 2천 건이었으며 농촌의료구제 지출은 8억 9천만 위안에 달하였다(陳佳貴·王延中, 2007).

2007년 7월 국무원은 《도시지역 주문 기본의료보험 시행에 관한 지도의견》을 발표하고 전체 도시 주민이 향수할 수 있는 의료보장체계 건립을 목표로 도시주민 기본 의료보험 시행을 시작하였다. 2007년 조건이 성숙된 성에서는 두 개에서 세 개의 도시를

시점으로 2008년부터는 확대하여 2009년에 이르러 시행 도시가 80%이상에 이르게 하며 2010년에는 전국적 범위에서 시행하도록 하였다. 시행을 통하여 도시주민 기본의료보험의 정책체계를 탐색하고 완성하였으며 합리적인 자금조달 메커니즘을 형성하고 관리, 운영 메커니즘을 규범화 하여 의료위생제도의 새로운 틀을 마련하였다.

새로이 시작된 기본의료보험은 이전의 공비의료보험과 큰 차이를 보이는데, 구체적인 차이는 다음과 같다. 첫째, 이전의 국가가 직공의료의 모든 책임을 부담하는 것에서 직공 기본의료에서 보장하는 것으로 바뀌었다. 또한 복지보장에서 사회보험으로의 전환을 실현하였고 정부는 일부만 책임을 지게 되었다. 둘째, 이전의 국가와 기업이 직공 의료보험을 부담하던 것에서 고용단위와 개인이 함께 부담하는 것으로 바뀌었다. 셋째, 이전의 각 단위가 분산되어 관리하던 것이 사회적 통합관리로 바뀌었다. 넷째, 기본의료보험제도는 사회통합기금과 개인계좌를 결합시키고 병원, 환자, 보험 3자가 상호 유기적으로 제어하는 시스템으로 되었다.

새로운 의료보험이 실시된 이후 발생한 효과는 다음과 같다. 첫째, 국가 기본의료보험제도의 기틀이 확립되었다. 향후 타 지방에서 온 거주민의 의료보장에 대한 방법을 강구할 수 있게 되었다. 또한 국가 기본의료보험은 건강보장방면에서 기초적인 위치와 작용을 확정하여 사회의료보험의 발전방향에 영향을 주게 되었다. 이것은 국민들의 전면적이고 다양한 건강의 요구를 실현한 것이다. 둘째, 기본의료보험의 보장범위가 계속 확대되어 더 많은 인구가 혜택을 받게 되었다. 2005년 12월 25일 노동·사회보장부 대변인의 발표에 따르면, 2005년 9월말까지 의료보험제도는 이미 전국 대다수 도시에서 시행하고 있으며, 가입자 수는 13,341만 명으로, 2004년 보다 937만 명이 증가하였다. 2005년 1월에서 9월까지 의료보험기금 수입은 982억 위안으로 전년대비 27.9% 증가하였고, 지출은 755억 위안으로 전년대비 26.9% 증가하였다. 또한 49%의 가난한 국유기업 직공도 의료보험에 참가하고 있다. 새로운 의료보험에 가입한 사람은 주로 공비, 노보의료에 가입되어 있던 사람들이다. 셋째, 의료기구의 경쟁을 통하여 내부개혁과 의료위생 자원의 합리적인 배치를 효과 있게 추진할 수 있게 되었다(楊广亮, 2007).

제4장 중국의 의료위생정책 발달과정 분석

제1절 정책발달과정의 이익구조

1. 정책실행과정의 경제주체

중국 의료위생개혁과정에서 나타난 경제주체들을 이익구조로 구분하면 주로 3개의 그룹으로 나눌 수 있다. 첫째는 중앙정부와 지방정부로 구성된 국가 관리자이다. 둘째는 의료위생 공급자이며 병원, 의사, 약품생산업체와 약품판매업체이다. 셋째는 의료위생 수용자 즉 환자이며 도시와 농촌 환자, 낙후지역 환자, 발달지역 환자 등으로 구분한다.

(1) 정부

첫째, 중국 중앙정부는 공공이익의 대표, 공공정책의 주체로서 민의를 구현하여 관할 범위내의 의료위생 수용자에게 양질의 의료위생서비스를 제공하는 것이 정부정책의 중요한 구현이다. 둘째, 정부는 의료위생 체제개혁과정에서 제3방의 구매역할을 맡는다. 즉 정부부서는 자원을 배치하여 의료위생 수용자에게 의료서비스를 구입한다. 셋째, 정부는 의약위생 산업발전의 역할을 담당하여 경제발전 역할을 행사하며 정부는 의약위생 체제개혁과정에서 반드시 의약위생산업의 발전을 고려하여야 한다. 이러한 이익의 대표는 중공중앙, 국무원과 각 관련 부서 및 각 급 인민정부이다.

정부 각 부서는 각자 맡은 업무를 완수하여 각 직권범위내의 공공사무를 관리한다. 부서의 이익이 국가의 이익과 일치 않아 각 부서간의 관계가 융화되지 않을 경우가 있다. 각 부서는 자신이 관할한 공공사무의 이익만 고려할 가능성이 크다. 또 집단은 본

신이 확장의 충동성이 있기 때문에 각 부서는 새로운 의료개혁과정에서 자신의 이익을 잃어버리기를 원하지 않을 뿐만 아니라 의료개혁과정에서 자신의 이익범위를 확대하려고 한다.

중국 중앙정부는 국무원이라고 부른다. 국무원은 중국 최고 권력기관의 집행기관, 즉 최고 국가행정기관이다. 국무원은 총리, 부총리, 국무위원, 각부 부장, 각위원회 주임 등 인원으로 구성하였다. 국무원은 전국 인민대표대회와 인민대표대회 상무위원회에게 책임을 지며 본신은 총리책임제를 실행한다.

지방정부는 지방 각급 국가권력기관의 집행기관이며 지방 각급 국가행정기관이다. 중국 지방은 주로 4개 행정층차로 나뉜다, 즉 성·시·현·향이다. 지방정부는 지방상관책임제를 실시한다. 각급 지방정부는 지방행정사무의 관리를 담당하여 각급 지방인민대표대회에 책임지고 감독을 받는다.

중앙과 지방 권리의 합리적 분배는 중앙정부의 권위를 확보할 뿐만 아니라 지방정부의 상대적인 독립, 명확한 책임과 권력을 확보하기도 한다. 이토록 지방정부의 적극성을 발휘하여 사회경제의 발전을 촉진한다.

(2) 의료위생 공급자

의료위생 공급자는 병원, 의사, 의약 관련업종 등이 있는데 이런 경제주체들이 중앙정부, 환자와 이익충돌이 있을 동시에 그들 내부에서 이익충돌이 존재한다.

1) 병원

2009년 11월말까지 중국 위생기관(위생실 포함 않함) 수가 28만 9천개이며 그 중 병원은 19,822개(공립병원 14,086개), 향·진 위생원은 3만 9천개, 커뮤니티 위생서비스센터는 2만 6천개, 질병예방 통제센터는 3,543개, 위생감독소(센터)는 2,706개였다. 전국 촌위생실 수는 61만 3천개가 된다(國家統計局信息中心, 2010).

공립병원내부의 이익분화는 비교적 심각하여 세 가지 종류로 구분한다. 첫째, 전염병 병원, 정신병 병원, 결핵병 병원, 직업병 예방치료원 등 공익성이 강한 공공위생체제 범주의 공립병원이다. 둘째, 공익성 비교적 강하고 주로 기본의료서비스와 돌발 공공위생사건의 의료치료 주체책임을 담당하는 종합성 병원, 중의의원 등의 공립병원이다. 셋째, 공립의료서비스 계통 내에 유지하고 있는 기타 공립병원이다.

각종 병원에서 도시공립병원 중 행정구역내에서 중점적으로 한 개 혹은 몇 개 종합성 혹은 전문성 병원을 지원한 큰 병원은 경제주체의 영향력을 갖추고 있다. 시장성원이 자신의 자원과 우세를 이용하여 시장을 조종하는 능력을 시장권력이라고 부른다. 도시 큰 병원 특히 중심도시 저명한 병원은 영향력이 제일 크다. 그들은 브랜드, 기술, 서비스의 3대 핵심경쟁력과 유명한 전문가, 전문특색 및 기술수준 등 요소로 형성한 무형자산 및 유구한 역사로 자기 브랜드의 형성과 시장명성으로 환자를 획득하는 지위 우세 등으로 시장경쟁에서 우세를 점유한다. 곧 공립병원이 시장권력을 소유한다고 의미한다.

2) 의사

2009년 말까지 중국 위생인력 수가 731만 명을 달하며 그중 위생인원 수는 641만명, 향·진 의사와 위생원 수는 90만 명이다. 작년과 비하면 위생인원은 24만 명이 증가함으로써 3.9%의 성장을 이루었다. 2009년 말까지 전국 위생기술인원은 522만 명이며 그중 공인(보조)의사 216만 명이고 등록호사 174만 명이다(國家統計局信息中心, 2010).

3) 의약 관련업종

현재 중국 의약생산업체는 5,000 여개, 취업인원은 130만 여명이고 전국은 8,700여개의 의약상업도매업체와 수십만 개의 약품소매업체가 있으며 전국 의약업종의 취업인원이 500만 명을 초과하였다. 중국 의약산업의 공산액이 누계 5,536억 위안이고 2006년

전국 의약업종의 공업매출액은 누계 5,267억 위안에 달하였다(國家統計局信息中心, 2010).

(3) 의료위생 수용자

이 부분의 경제주체는 사회소외 계층이라고 볼 수 있다. 의료위생 수용자는 정부부서에 비해서 공공정책의 제정권리가 없고 자선이익의 귀속을 결정 못하여 의료위생의 공급자에 비해서 의료위생 정보우세가 없고 완전히 지배를 당하는 위치에 처하게 된다. 의료위생 수용자는 이론상으로 중국 13억 인구가 다 포함된다. 2009년 중국 의료서비스기관에 총 진료연인원은 28억 4,300만 명이며 비채산성 의료기관서비스 받은 사람은 27억 1,900만 명으로 95.7%를 차지하며 채산성 의료기관서비스 받은 사람은 1억 1,500만 명으로 4.0%를 차지하였다(國家統計局信息中心, 2010). 이 중 의료보험범위 내에 포함되지 않은 사람들은 높은 약값과 높은 비용의 부담을 감당하기 힘들다.

2. 정책발달과정의 이익구조 변화

정책 변화의 주체에 대한 분석에서 중국의 30년 동안의 의료위생제도 변천은 중앙정부 및 관련 부문이 관련 정책과 법규를 제정하고 집행하는 형식으로 강제적 변화를 추진하는 과정이었으며 정부는 절대적인 영도자와 정책결정자의 역할을 담당하였다. 겉으로는 정부 및 관련 부처가 자신의 외부규칙에 유리한 제도 혁신과정으로 보이지만 이면에는 내부 규칙의 변화에 따른 제도적 수요과정인 것이다. 강제적 변천과정에는 또 유인이 존재하기 마련이다.

의료위생제도 개혁의 주체는 사회 하위 조직이었다. 공식적인 제도가 민간의 의료서비스에 대한 수요를 만족시키지 못할 때 민간의 자발적인 공급은 보완 역할을 하였던 것이다. 1979년 쓰촨성의 통계에 따르면 여러 가지 유형으로 진료소를 차린 사람은 6,900명으로 1978년보다 3,100명 증가하였다(中華人民共和國衛生部, 1980). 시장경제 개

혁의 초급단계에서 민간의 자발적인 제도적 수요가 공식적인 제도 속에 흡수되어 사회 변혁에서 커다란 추진역할을 하였다. 이는 개혁개방 이후 의료위생제도 개혁의 시작점이 되었다.

1980년대 의료위생체제 개혁의 가장 큰 특징은 의료개혁의 권력과 이익을 분화시킨 것이다. 권력과 이윤의 양도는 미시경제주체의 활력을 불러일으켰으며 제도변천에서 일정정도 추진역할을 하였다(張維迎, 2004). 분권과 게임 사이에는 일정한 관계가 존재하는데 분권은 게임의 결과일 뿐만 아니라 게임의 전제가 되는 것이다. 권력과 이익의 양도가 있었기 때문에 지방정부와 미시 이익집단의 확장이 있게 되었던 것이다.

이 시기 의료위생 자금조달 제도 면에서도 획기적인 변화를 가져왔는데 바로 사회의료보험제도의 건립과 공립병원 재산권 개혁이다. 이 두 제도는 겉으로는 국유기업 재산권제도 개혁의 영향을 받은 것처럼 보이지만 본질적으로 국가의 지대와 효율에 대한 선호의 변화로 강제적인 제도변화와 미시 경제주체의 자신 이익에 근거한 자주적 수요에 의해 결정된 것으로 제도 공급과 수요 쌍방이 상호작용한 결과인 것이다.

공공재정 개혁과 국세와 지방세 분리는 중앙과 지방정부의 이익분화와 게임을 야기시켰다. 1985년부터 1990년대 중반까지 위에서 아래로의 강제적 제도변천은 교착 상태에 빠지게 되었다. 최초의 “권력과 이윤의 양도”는 기본적으로 기업개혁을 모델로 이루어진 것(李玲·江宇, 2008)으로 명확한 총체적 목표가 없고 자체의 특징에 근거한 조직과 제도적 혁신으로 현실문제 해결을 직접적인 목표로 한 단기적인 조치에 불과했다. 예를 들면 국유기업 개혁의 청부(承包, 일정한 기한 내에 경영관리권의 전부 혹은 부분을 책임자에게 부여함)책임제를 모방하였는데 청부책임제는 시장경제 조건하에서 시장관계 발전을 촉진하는 격려메커니즘과 보조적 수단인데 “권력과 이윤을 양도”하는 맥락으로 개혁의 주된 방향이 되었던 것이다. 특히 공립병원의 개혁은 사회주의 시장경제 조건에서 제도적 기초를 마련하지 못한 상황에서 경제이익과 사회효율, 정부작용과 시장메커니즘 사이에 평형을 이루기 어려웠고 제도공급과 수요 사이에서도 평형을 이룰 수 없었다(鐘東波, 2008).

1990년대 중반에 들어서서 의료위생체제 개혁은 주로 지방정부와 미시 경제주체에

의해 적극적으로 추진하였다. 중국은 각 지역 간에 존재하는 경제사회 발전수준의 차이로 중앙정부에서 제정한 정책은 동일한 효과를 거두기 힘들다. 지방정부는 적극적으로 의료체제 개혁에 참여하여 지방정부가 민간의 의견을 충분히 채납하여 정책에 반영하고 중앙정부가 그것을 인정하는 제도적 환경을 마련하였다. 의료위생개혁의 추진과정에서 행정부문과 경제부문에서의 권력 이양은 다원화된 경제적 공급과 수요 주체를 형성하였으며 일부 지방에서는 공립병원의 조직구조와 관리방면에서 새로운 모색을 하기 시작하였다. 예를 들면 2000년 3월 수첸(宿遷, 지이양수성의 지방도시)에서는 공개적으로 위생원(衛生院)을 경매하여 병원 재산권 개혁의 서막을 열었다. 이밖에 많은 지역에서 유사한 개혁조치가 이루어 졌는데 이는 공립병원 개혁에서 행정단위와 사업단위 분리, 경영과 소유의 분리, 영리성과 비영리성 의료기관 등 개념이 나타났으며 법인제도와 같은 일련의 제도 설계는 의료기관의 심층적의 체제문제 개혁을 언급하기 시작하였다.

권력과 이윤 양도, 재정 분권으로 지방정부는 자신의 이익선호를 갖게 되었으며 이는 점차적으로 국가의 선호 선택에 영향을 주었다. 지방정부는 중앙정부 다음으로 가는 경제주체로 거시적인 제도변화와 미시적인 제도 배치에서 유대역할을 하였다. 지방정부가 제도혁신의 주체가 될 수 있었던 것은 첫째로 본 지방 경제 발전수준과 연계된 재정수입 규모다. 지방정부는 중앙정부에 의존하는 행정조직일 뿐만 아니라 점차적으로 본 지방의 경제이익 최대화를 추구하는 경제조직이다. 지방정부가 상대적으로 독립된 실체로 제도 게임에 진입한 것은 우선 중앙정부와 재정 지불에서 게임을 형성하였기 때문이다. 둘째로 행정 분권으로 지방정부는 비교적 큰 자원 배분권을 갖게 되었고 지방경제이익 최대화를 실현할 수 있는 수단을 얻었다. 경제이익 최대화를 추구하는 지방정부는 중앙정부의 제도 공급 의사와 미시경제주체의 제도 혁신 수요 간의 중간환절에 놓이게 될 경우 중앙정부의 제도적 틀에서 벗어나 자주적인 제도혁신을 할 수 있다. 이런 혁신은 위에서 아래로의 행정통제에서 지방정부와 미시경제주체간이 담판과 조절과정으로 변화하게 되는 것으로 이때 지방정부는 제도변천의 주체가 되는 것이다.

이 시기 의료위생 제도의 혁신은 본질적으로 국가가 제도의 지대 선호와 효율 선호에 대한 판단과 선택의 결과다. 국가가 재산권을 확정하고 거래비용을 낮추는 방면에서 규모경제의 우세를 갖고 있기 때문에 효율적인 재산권 구조는 정부행위와 밀접하게 연관되어 있다. 또 국가는 지대를 독점하고 지대 최대화를 추구하기 때문에 국가가 지대 최대화를 추구하는 재산권 구조와 국가가 추진하는 경제성장 간에는 지속적인 모순이 존재한다. 의료자금 조달제도 변천에서 국가의 통치 대리인인 정부는 제도 균형과 수요에 근거하여 제도 혁신을 하는 것이 아니라 합리적으로 개인이익과 효용 극대화를 추구한다.

예를 들면 이 시기 중국의 전통적인 의료보험체제 폐단이 갈수록 뚜렷하게 나타났으며 의료보험 비용이 지나치게 빨리 증가하여 국가재정과 국유기업의 부담이 증가하였다. 이러한 내재적 모순과 외부환경의 변화는 제도혁신의 새로운 요구를 제기하였다. 제도혁신의 본질적인 문제는 바로 재산권 구조의 혁신인 것이다. 시장경제체제는 미시경제주체의 재산권 구조를 변화시켰고 사회 의료보험체제는 일정한 재산권제도에 의해 건립된 것으로 재산권제도의 변화는 자연적으로 의료보험체제의 변화를 가져오게 되는 것이다(張曉燕, 2009). 이 시기 중요한 제도환경의 변화로 기업 법인구조와 호도거리책임제의 확립, 비국유 혹은 집단 소유제 재산권 형식의 변화 등이다. 제도 환경의 변화는 국가의 효용함수 실현의 환경과 조건을 변화시켰고 국가의 효용함수에서 지대와 효율 선호 비중의 변화를 초래하였으며 국가로 하여금 의료보험과 공립병원의 재산권 설정에서 적당히 물러서게 하였다.

정책발달은 사회 권력구조의 병행으로 통하여 제도구조의 승격과 사회의 장기적인 발전을 실현한다. 중국 지방정부와 미시 경제주체간의 권력변화는 충돌이 발생하는 전제와 기초다. 의료위생 정책발달과정에서 독립적인 권력이 미시 경제주체의 양성의 새로운 유도적 정책변천과 충돌을 야기하는 전제조건이 된다. 권력배분은 경제주체 갈등의 전제가 될 뿐만 아니라 점차적으로 경제주체 갈등의 내용이 된다.

중국의 의료기구에서 의료서비스 공급주체인 병원은 어떤 권력들이 의료위생정책 변화과정에서 끊임없이 구조조정 하는가? 정부와 병원간의 이익과 권력관계가 어떻게 권

력구조변화과정에서 의료정책의 변천에 작용을 하는가? 위생자원요소에서 가장 기본적인 권력은 개최권, 의료요소허가, 심사 비준권, 잉여배분과 가격결정권 등이 있다. 공립 의료기구의 권력구조는 출자자권력(개최권을 포함), 감독자권력, 경영자권력을 포함한다. 더 구체적으로 세분화하면 개최권, 심사 비준권, 품질감독권, 자금사용권, 가격결정권, 인사권, 분배권, 대형의료용 시설배치권, 시설기기 구입권, 기본건설 결정권, 업무건설결정권, 구매권(약품, 의료기계 포함)이다.

중국 개혁개방 후 분권체제하에서 지방정부는 중앙정부로부터 두 방면의 격려를 받았다. 하나는 재정격려이고 하나는 증진격려이다. 의료체제개혁은 중앙권력의 점차적인 권한위양을 따라 지방정부 및 미시경제주체의 권력 확대과정에서 실현된다.

<표 4-1>에 가격결정권을 살펴보면 의료서비스와 약품의 가격결정권은 중앙부터 지방정부와 시장으로 위양하여 중국 의료위생개혁의 두 방면의 경향을 반응하였다. 하나는 분권이 권력이 지방정부로 위양하여 지방정부가 위생관리 권한이 점차적으로 확대하였다. 하나는 권력이 시장으로 양도하여 정부의 경제개입이 점차적으로 쇠퇴하며 시장의 활력을 증가하였다. 분권과 이윤의 양도가 있기 때문에 지방정부와 미시경제주체가 확장하게 된다. 지방정부와 미시경제주체의 충돌은 중앙정부로부터 지방정부와 미시 경제주체로 경제관리 권한의 양도를 동반하게 된다. 지방정부의 위생관리 권한의 강화는 경제관리 권한의 핵심내용 즉 가격결정권 및 약품 입찰구입제도에서 구현된다.

<표 4-2>를 보면 개혁 전에 예산단위식의 공립병원은 모든 방침설정이 병원 관리층에서 결정하는 것이 아니라 관료체제의 규칙과 절차의 제약을 받아야한다. 개혁과정에서 의료기구의 개최권의 완화로 다원화 의료위생구조를 형성하여 개인자금이 점차적으로 의료시장에 도입되었다. 의료서비스 및 약품의 가격결정권을 완화하여 시장으로 이동하면 시장 가이드선가격이 나타난다. 또 공립병원의 각종 권한 즉 결가, 인사, 기본건설, 구입권, 잉여분배권 등을 점차적으로 공립병원 자체에 양도하였다. 이 모든 것이 다 미시경제주체의 권한의 강화를 반응하고, 또 시장권력의 점차적인 확대를 반응하여 시장권력이 의료자원배치의 중요한 수단이 되게 한다.

<표 4-1> 중앙정부, 지방정부와 시장 간의 권력변화

권력유형		형성기 (1949~1979)			제1차 개혁시기 (1980~1997)			제2차 개혁시기 (1998~2003)			제3차 개혁시기 (2004~2011)		
		중앙	지방	시장	중앙	지방	시장	중앙	지방	시장	중앙	지방	시장
개최권(의료기구)		★★	★★★		★★	★★	★	★★	★★	★	★	★★	★★
심사 비준권	의료기구 설치 허가							★★	★★★		★★	★★★	
	의사허가	★★★ ★★			★★★ ★★			★★★ ★★			★★★ ★★		
	약품과 의료기 계생산허가							★	★★★ ★		★	★★★ ★	
감독 관리권	의료서비스 품 질				★	★★			★★★			★★★	
	약품				★★★	★★		★★★	★★		★★★	★★	
가격 결정권	의료서비스	★★★ ★★			★★★ ★★			★★	★★	★	★★	★★	★
	약품	★★★ ★★			★★		★★★	★★	★	★★	★	★★	★★

주: 시장은 의약기업과 공립병원 등 미시 경제주체를 말한다. ★★★★★는 절대권력, ★★★는 권력위주, ★는 권력적음.

출처: 夏晔(2010), “利益集團博弈與我國醫療衛生制度變遷研究”, 華中科技大學博士學位論文, p.59.

<표 4-2> 중앙정부, 지방정부와 시장 간의 권력변화(공립병원)

권력분포 권력유형	형성기 (1949~1979)			제1차 개혁시기 (1980~1997)			제2차 개혁시기 (1998~2003)			제3차 개혁시기 (2004~2011)		
	중앙	지방	시장	중앙	지방	시장	중앙	지방	시장	중앙	지방	시장
가격결정권 (의료서비스)	★★★★ ★			★★★ ★★			★★	★★	★	★★	★★	★
가격결정권(약품)	★★★★ ★			★★		★★★★	★★	★	★★	★	★★	★★
인사권 (간부임면권)				★★★★ ★				★★★★ ★			★★★ ★★	
업무건설결정권 (서비스항목)					★★★★	★		★★	★★★★		★★★	★★
기본건설결정권							★	★★	★★	★	★★	★★
대형의료용설비 배치권							★	★★	★★	★	★★	★★
설비기구입권									★★★★★			★★★★★
구매권(약품)								★★	★★★★		★★★	★★
구매권(의료기계)								★★	★★★★	★	★★★	★
잉여분배권					★★	★★★★		★	★★★★		★	★★★★
임금, 상급분배권							★	★	★★★★		★	★★★★

주: 시장은 의약기업과 공립병원 등 미시 경제주체를 말한다. ★★★★★는 절대권력, ★★★는 권력위주, ★는 권력적임.

출처: 夏晁(2010), “利益集團博奕与我國医療衛生制度變遷研究”, 華中科技大學博士學位論文, p.61.

중국 의료영역에서 특히 공립병원은 강제적 제도변천으로 자원통제권과 배치권을 소유하여 증분수익을 획득한다. 중국의 의료위생 정책변천과 권력은 밀접한 관계가 있다. 미시 경제주체 권한의 확장은 다원화구조 하에 사회이익분배 체제를 촉진하여 새로운 이익분배 체제에서 미시경제주체는 이익갈등과정의 주체가 된다.

미시경제주체 세력의 강대는 점차적으로 제도를 양성하고 결정하며 새로운 세력을 형성하고, 또 미시경제주체의 수량변화에서 제도변천의 과정과 결과를 반응하게 된다. 중국 의료위생공급주체에서 공립병원이 일부 재산권속성을 가질 뿐만 아니라 의료기구 재산권속성 전체가 다원화특성을 나타내고 있다.

병원과 위생원의 총 수량의 변화는 크지 않다. 주로 구조변화형식으로 나타난다. 공립의료기구는 전면적으로 분화하여 대량기구의 소유권으로 바뀌었다. 농촌의 하층의료 서비스기구에서 대부분 집체성분의 촌급 의료기구가 향촌의사 연합개최 및 개체개업형식으로 전환하였다. 1990년대부터 지방에서 경매, 주주제 방식으로 의료기구를 개조 및 체제 전환을 하였다. 일부 국유성분 및 집체성분의 의료서비스기구는 개인소유제 혹은 기타형식으로 변했다. 진료소의 수량 증가 폭이 크다.

중국의 의료위생정책 발달과정에서 중요규칙의 개변은 두 가지가 있다. 하나는 분권과 이익의 양도로 공립병원 재산권패턴의 변화로 하여 공립병원의 재산권패턴이 국가 재산권의 독점으로부터 재산권의 대원화로 발전하는 것이다. 다른 하나는 자금조달제도의 변천에서 자금조달패턴의 변천이며 재정자금조달방식이 다원화패턴으로 전환한 것이다.

이익주체들이 신속하게 성장, 성숙하고 규모화 되고 있는 배경에서 의료위생체제 개혁은 공립병원 개혁과 의약분업이라는 두 과제를 안고 있다. 이와 관련된 모든 개혁조치는 모두 이익관계의 조절과 밀접하게 연관되어 있다. 이러한 상황에서 이익구조의 조절은 사실상 거시적인 정책조절에 의거해야 할 뿐만 아니라 이런 정책을 둘러싼 이익집단들의 게임결과와 관련되어 있는 것이다.

미시 경제주체가 성장하면서 이들은 정부 공공정책 결정에 영향을 미치는 중요한 역량으로 부상하게 된다. 구체적으로, 지방정부가 제도혁신과정에 직접 개입하여 시장화

과정에서 나타나는 새로운 요소들을 적극 보호해 나섰고 이로 인해 형성된 다양한 경제주체는 제도적 변화에 날로 중요한 영향을 미치게 되면서 제도혁신의 질적 발전에 중요한 동인이 되었다(夏晔, 2010). 개혁 이전 중국의 재분배 체제는 일반적으로 사회의 절대 대부분 자원을 장악한 행정권력에 의해 주도되었다. 즉 거시적인 방식을 통해 사회 재부가 재분배되었던 것이다. 그러나 시장화 과정을 거치면서 다양한 경제주체가 형성되고 이익 재분배 과정에 개입하게 되면서 자원배분의 기본요인으로 전환하게 된다. 따라서 거시적인 사회정책이 추진된다 하더라도 이는 경제주체 간의 충돌을 거쳐야만 완성될 수 있었다. 의료위생체제 개혁도 이처럼 미시경제주체와 정부 간에 끊임없이 게임하는 이른바 ‘이익 경합의 시대’로 진입하게 되었다. 즉 정부주도의 개혁이 추진되면서 기존의 이익배분의 기본 메커니즘에 변화가 발생하였으며, 미시경제주체의 권한 확장으로 다원구조 하의 사회이익 배분의 메커니즘이 형성되었다. 새로운 이익배분 메커니즘 속에서 미시경제주체는 이익경합의 주체 또는 기본단위를 구성했다.

의료위생정책 발달과정에서 다양한 경제주체와 관련자들은 서로 상호작용하면서 복잡한 경합구도를 형성하였다. 다시 말해서 이익의 분화는 점차 3개의 독립적인 경제주체, 즉 중앙정부, 지방정부, 미시 경제주체를 형성하였다. 제도경제학 시각에서 볼 때 제도는 하나의 메커니즘(경합행위)의 실시를 통해 사람들로 하여금 같은 메커니즘 속에서의 균형 결과를 통해 한 개 사회의 가치판단의 기준을 만족시킨다.

중국 의료위생체제 개혁과정에서 정책은 경제주체의 형성과 선택에 영향을 미치고, 이에 반해 경제주체는 정책 개선에 중요한 영향을 미친다. 경제관리 과정에서 ‘책임, 권력, 이익’이 분리되면서 중앙, 지방, 경제주체들은 권력, 이익을 둘러싸고 이합집산 방식의 반복과정을 진행하게 되었다. 제도변혁으로 발생하는 새로운 기회 및 외부이익들은 시장행위주체들의 제도혁신 노력에 동기부여의 역할을 한다. 오로지 새로운 이익 획득의 기회와 외부이익이 끊임없이 발생할 때라야만 이익집단은 제도 불균형의 조건 하에 경제이익 극대화를 추구하고 이에 따라 국가의 독점적 행위가 견제 받을 경우 의료위생개혁의 순리로운 추진이 가능해 지게 되는 것이다.

경제주체간의 갈등은 실질적으로 각 경제주체의 값을 흥정하는 기회, 수단과 능력의

표현이며 심지어 일부 경제주체가 독점권리를 이용하여 자원과 이익분배에서 비교적 유리 내지 지배위치에 처하여 일부 기타 이익집단의 이익을 자신에게 이전한다.

경제주체가 장악한 자원권력의 차이가 그의 영향력을 결정한다. 어떤 경제주체는 절대적으로 없어서는 안 되고 어떤 경제주체는 영향력이 크지 않다. 어떤 경제주체의 구성원은 자금이 충족하여 정책 입안자와 밀접한 관계가 있다(夏晔, 2010). 예를 들면 유도성 변천주체 중 비교적 강세인 공립병원과 의약기업, 그 중에 각 행정부문은 공공권력의 사용권 혹은 처분권 및 감독책임을 가지고 있고 공립병원은 국유 재산위원회의 경영권을 가지고 있다. 이 들은 제일 강력한 경제주체이다.

그러나 어떤 경제주체는 사회의 소외 계층으로 인원수는 많지만 조직화 정도는 낮다. 예를 들면 환자, 그들은 사람 수는 많고 조직성은 약하고 정치자원의 결핍하다. 대다수 사람들의 의료위생수요를 만족하는 것이 중국 의료위생제도의 최종목표이며 이 부분 사람들의 이익표출체제의 결핍은 그들의 이익을 합리적으로 표출하고 실현 못하게 야기하는 중요한 원인이 된다. 그 결과 수많은 경제주체 및 공공정책결정과 집행주체간의 갈등과정에서 공공정책제정과 집행이 불가피하게 강세경제주체로 기울어지며 약세경제주체가 더욱 약세의 악성순환 속으로 빠진다. 또 경제주체가 이익요구의 절박성에 차이가 있다.

의료위생정책 변천은 두 가지 동력으로 발생한다. 즉 강제적 제도변천인 정부세력과 유도적 제도변천인 미시경제주체이다. 국가는 제도의 최대 공급자이지만 경쟁구속과 거래비용구속을 받아서 국가는 게임규칙의 제공자인 동시에 의료보험 등 제도변천과정의 이익주체가 된다. 한 측면에서 국가는 자신의 지대극대화를 추구하고 다른 한 측면에서 국가는 거래비용을 절감하여 사회의 산출극대화를 추구하고 있다. 그러므로 의료자금 조달제도변천과정에서 국가통치대리인인 정부는 제한된 이성적 조건하에서 자신이익 및 효용의 극대화를 추구하게 된다.

강세 경제주체는 경제자원 미시주체 혹은 정치권력을 관장하는 부문이며 환자의 이익은 정부의 공공성에 의지하여 실현된다. 하지만 부문이익이 공공이익을 초월할 때 의료위생제도의 최종목표이익 즉 환자이익이 실현을 못하게 된다.

<표 4-3> 경제주체의 자원우세와 전략선택

유형	부서	자원	중요이익	전략선택
강제 변천 경제 주체	위생	시사비준권, 품질감독권, 기본약품목차결정권, 약품입찰구매권	국민건강수준, 본부서 권력이익 및 성원 승진	기술우세로 본부서 입법권 쟁탈
	의료보험	자금사용권, 약품목차결정권	의료보험자금 평형	보상수단통해 공급자서비스 및 의사처방행위 의 제약
	재정	자금 분배권, 재정 감독권, 자금집행 통제권	세금 수입, 경제 발전	재정과 위생부서간의 재정자금의 갈등과 경쟁
	발전개혁	프로젝트심사비준권, 가격결정권, 기본약품목차제정권	경제발전, 본 부서권력	가격결정과 약품목차제정 과정에서 의약생산업체간의 경쟁
	의약감독	심사비준권, 품질감독권	본 부서권력이익 및 서원승진	약품규제과정에서 미시이익집단과 권력경쟁
유도 변천 경제 주체	공립병원	시장권력 부분소유권, 부분인여요구권, 행정권력의 부분회피권	정부지급금, 수지잔고, 의원등급평정, 마켓 세어	재정부서와 재정자금의 충돌, 각 관리부서와 권력의 충돌, 의료보험부서와 보험자금의 충돌
	의료위생 기술자	처방권 및 정보우세	수입, 직함, 시장성예	정보우세와 처방권을 이용하여 자기이익의 추구
	약품생산 업체	국민 및 지방경제의 중요한 산업역량으로경제 자원을 점유함	기업이윤 최대화, 시장점유율의 제고, 시장권력, 정부 주문	약품규제에서 정부와 권력의 충돌, 대리인과 정부의 협상
	약품유통 업체	현대 물류우세 점유함	기업이윤최대화, 시장점유율의 제고, 시장권력	대리인과 정부의 협상
	기층의료 서비스 기구	성분-효용 우세	시장점유율, 기구이윤	가격우세로 병인의 획득
	환자	의료서비스 선택권	의료비용, 의료서비스 품질, 활용 용이성, 보장수준	수용자의 선택권을 이용하여 가격균형의 형성

출처: 夏晔(2010), “利益集團博弈與我國醫療衛生制度變遷研究”, 華中科技大學博士學位論文, p.79.

제2절 정책발달과정의 이론분석

의료위생체제 개혁은 본질적으로 사회 공공재의 재분배로써 경제와 관리적 측면에서는 각 계층, 경제주체 간의 이익배분을 위한 상호작용 과정으로 볼 수 있다. 의료위생체제 개혁은 하나의 정치과정일 뿐만 아니라 여러 경제주체가 서로 작용하고 이익 최대화를 추구하는 과정이다.

1. 의료위생정책 형성기

(1) 의료위생서비스

계획경제시기 중국의 경제발전전략은 중앙집권적 계획경제를 통한 소유구조의 전면적인 국유화를 통해 추진되었다. 이 관점에서 추진된 탈계급화 정책은 사회적 분화를 막고 평등사회를 달성하는 것이 목적이다. 이 시기 특수한 사회배경은 특수한 사회구조를 형성하였다. 첫째, 1949년부터 1979년 까지 30년 간 중국 사회 분화의 가장 뚜렷한 특징인 신분제 체계의 형성이다(李培林, 1995). 전통적인 계층구조는 일반적으로 노동자, 농민, 간부로 나뉘는데 이는 재산에 의한 분류가 점차적으로 약화되고 신분에 의한 분류가 주도적 위치를 차지했음을 보여준다. 둘째, 국가는 소유권에 대한 통제와 독점을 실현하였다. 고도로 집중된 정치, 경제체제에서 경제주체의 생성은 조건을 갖추지 못하였다. 경제주체의 이익표출 행위는 전부 소속된 단위조직을 통하여 진행되었다. 계획경제 하에서 단위는 국가와 개인을 연결하는 유대로 이를 매개체로 하는 이익 표출 메커니즘은 효과적으로 사회질서를 유지하는 수단이 되었다. 단위는 사회충돌을 체제 내에 전달하여 기업의 고용자와 국가체제를 연결 시켜 사회의 이익충돌을 제한하거나

단위 내부 문제로 전환시켜 사회적 충돌을 완화시켰다. 단위는 이중성을 띠고 있는데 한편으로는 통제적 기능을 띤 국가행정조직이며 다른 한편으로는 이익 조직화와 수출 기능을 띤 정치조직인 것이다(張靜, 2001). 셋째, 중국의 단위제도는 복잡하고 심각한 역사적 원인으로 말미암아 정치, 경제와 사회를 아우르는 삼위일체의 기능을 갖고 있다. 단위는 사회 공동체로 고용자를 전면적으로 통제하고 있으며 또 고용자들은 단위의 복잡한 정치, 경제와 사회관계에 의존하고 있다. 부동한 단위 사이에는 행정 분권의 차이로 사회자원에 대한 수요규모와 범위도 상이하다. 이익 차이는 부동한 신분집단을 형성시켰는데 하나는 고도로 집중된 국가의 정부, 다른 하나는 대량 분산되고 상대적으로 폐쇄된 단위조직들이다(周冀虎·楊曉民, 1999).

음모이론은 사회복지정책을 지배계층의 권력유지 수단으로 이해하기 때문에 사회복지정책의 변천은 사회 안정 및 질서의 유지와 사회통제에 따라 영향을 받게 된다. 음모이론에 따르면 사회복지정책과 관련한 의사결정은 지배층의 권력 유지 목적으로 이루어진다. 국가중심적 이론은 국가의 적극적인 역할을 강조하여 복지국가 발전을 설명하는 거시적 그리고 사회적인 배경과 구체적인 사회복지정책 사이의 관계가 각 국가들이 갖고 있는 국가구조의 특수성에 의하여 결정 된다고 본다.

이 시기의 의료위생서비스는 정부가 고도로 집중된 공공서비스 제공방식으로 직접 의료위생 투자와 기구의 설립, 의료진의 진입을 통제하여 의료서비스의 양과 질을 보장하였다. 또 의료위생서비스의 제공으로 이 시기의 사회질서를 유지하는데 중요한 정책수단이 되었다. 즉 형성기의 의료위생서비스는 국가중심적 이론과 음모이론으로 설명할 수 있다.

이 시기에 의료자원의 배분은 단위와 신분을 전제로 하고 있으며 고도로 집중된 공유제와 통일적으로 수입과 지출을 관할하는 재정제도 하에서 배분이 이루어지고 있다. 다른 한 면으로 국가는 의료위생기구의 재정보조에 경제적 기초를 마련해 주었으며 사회 대부분 집단으로 하여금 의료위생 서비스를 향수할 수 있도록 하였다.

따라서 이러한 사회구조적 배경에서 의료위생제도의 다음과 같은 기본규칙을 찾아볼 수 있다. 먼저, 자원 배분의 기본규칙에 대한 계획으로 의료위생은 주로 공공재정,

국유기업에 의존하였다. 위생자원의 배분은 사실상 위생자원이 도시 국유경제와 농촌 집단경제에서의 배분이었으며 결과 공평의 원칙을 따랐다. 다음으로, 배분규칙을 놓고 보면 각 계층 간의 공평성을 강조하였다. 의료위생 자원배분 문제에 있어 1960, 1970년대는 ‘도시지역을 중요시하고 농촌지역을 소홀히 하는’ 경향을 벗어나려는 노력을 해왔는데, 예하면 1975년 전국 의료위생부문의 병상(病床)이 159만 8천 2백 개가 있었는데 그 가운데서 시급 지역에 63만 7천 4백 개로 39.9%, 현급 지역에 96만 8백 개로 60.1%를 차지했다(中國衛生統計年鑒, 1997).

계획경제체제 하의 의료위생체제의 폐단을 보면 하나는 공급부족으로 당시 “병 보기 힘들고 입원하기 힘들며 수술하기 힘든”현상이 보편적으로 존재한 것이다. 다른 하나는 병원의 경영효율이 저하되고 관리가 혼란하였으며 의료인원의 서비스의식이 아주 낮았다. 의료서비스 공급능력을 제고하고 시장경제 발전에 알맞은 의료위생체계 건립은 시급히 해결해야 할 문제로 떠올랐다.

제도변천의 동태적 과정에서 중앙정부는 주요한 행위자로 외부환경의 변화와 잠재적 수익이라는 두 가지 유인에 따라 제도변천과 혁신을 진행하였다. 중앙정부는 비교적 강대한 이익주체로 또 제도변천에서 가장 중요한 경제주체이며 의료제도의 건립의 최종 결정권을 갖고 있다. 정부와 비정부 이익주체가 참여한 제도 배치에서 정부가 정치와 자원배분에서의 우세적 지위로 제도변천의 비용을 낮췄으며 정부의 정책선호가 제도변천의 주도적 요소가 되었던 것이다. 또 정부는 이미 잠재적 수익과 이윤의 존재를 인식하고 있는 것이다. 중앙정부의 이익선호는 거시적이고 더 종합적으로 전체 국민경제와 사회발전의 관점에서 제도 선택을 결정하는 것이다. 의료위생 서비스 중 대부분이 공공재와 준공공재로 정부의 제공이 더욱 효과적인 것이다.

이 시기 중국의 의료위생체제는 완전히 계획경제체제에 의존하였으며 이는 한편으로 당시 고도로 집중된 계획경제체제와 서로 맞물렸고 다른 한편으로 당시 경제발전 수준과 사람들의 의료위생에 대한 수요와 부합되었다.

정부는 의료자원 배분의 주요한 담당자며 공공재정은 의료 제공과 자금 조달의 주요 방식이었다. 이 시기 일부 개인 진료소를 제외하고 외부 자금 또는 개인 자본이 사립

병원을 설립하여 의료서비스 시장으로의 진입을 엄격히 통제하였다. 의료진의 월급은 인사부문에서 행정등급에 의해 통일적인 표준에 따라 책정하였고 비용 통제정책을 실시하여 정부재정 혹은 집단기금으로 의료비용을 지불하였으며 의료기구의 경영 결손을 보완하였다. 의료위생에 대한 감독은 정부가 집중적으로 관리, 감독하는 형식을 취하였다. 구체적으로 행정수단으로 의료 투자, 의료기구와 의료진 및 기술과 설비의 진입을 직접 통제하고 의료서비스 가격을 직접 결정하였으며 의료서비스의 양과 질에 대하여 행정수단으로 직접적으로 통제하였다(夏晔, 2010).

의료위생서비스의 공급제도를 보면 먼저, 정부가 직접 의료위생기구를 설립하였다. 즉 고도로 집중된 공공 서비스 제공방식으로 행정수단이 직접 의료위생 투자와 기구의 설립, 의료진의 진입을 통제하였다.

이 시기는 국가가 소유권에 대한 통제와 독점을 실현하여 이익주체의 이익표출 행위는 전부 소속된 단위조직을 통하여 진행되었다. 계획경제 하에서 단위는 국가와 개인을 연결하는 유대로 이를 매개체로 하는 이익 표출 메커니즘은 효과적으로 사회질서를 유지하는 수단이 되었다. 단위는 사회충돌을 체제 내에 전달하여 기업의 고용자와 국가체제를 연결 시켜 사회의 이익충돌을 제한하거나 단위 내부 문제로 전환시켜 사회적 충돌을 완화시켰다. 단위는 이중성을 띠고 있는데 한편으로 통제적 기능을 띤 국가행정조직이며 다른 한편으로 이익 조직화와 수출 기능을 띤 정치조직이다.

(2) 의료보장제도

계획경제 체제하에 경제정책은 생산수단의 소유구조가 국가소유와 집단소유 등의 사회주의 공유제가 지배하는 구조이다. 공업부문에서 국유제 형태의 국영기업의 특징이 돌출하여 농업부문에서는 전통적인 계획체제하의 집단농장으로 통합되었다.

이 시기의 의료보장제도는 공비의료제도, 노보의료제도, 농촌합작의료제도 세 가지가 포함된다. 위의 의료보장제도의 구조와 특성에 대한 분석을 살펴보면 국가가 의료자원의 배분, 자금조달, 의료기구 등에 직접 통제하여 정부는 절대적 권력을 가지고 있다는

것을 알 수 있다.

의료위생은 인간의 기본생활을 보장하는 중요한 정책으로 중국 계획경제 시기의 정부는 사회구성원들의 생로병사, 장애 등 위험을 부담하고 있다. 중국 건국 초기에 제정한 도시직공 의료보험제도는 국가근로자보험제도의 구조적 측면에서 성과를 거두었다. 이 제도에는 기관 사업단위의 직공에 적용되는 공비의료제도와 국유기업의 직공에 적용되는 노보의료제도 두 가지가 포함된다. 농촌주민은 농촌집체경제를 바탕으로 수립된 농촌합작의료제도에 적용된다. 개혁개방 이전의 중국 의료제도는 도시와 농촌으로 이원화 된 구조 속에서 서로 다른 의료보장제도를 실시하였다.

국가중심적 이론은 사회정책 발달에서의 각 국가들이 갖고 있는 국가구조의 특수성을 역사적인 발달과 정의맥락에서 분석하는 장점을 갖고 있다. 확산이론은 한 나라의 복지정책이 다른 나라로 확산되어 간다는 이론이다. 즉, 선진복지국가의 복지경험이 다른 나라로 옮겨간다는 것이다.

이 시기의 의료체제는 지리적으로 가까운 구소련의 계획경제체제 하의 위생제도 모델을 그대로 적용하여 계획경제하의 위생공급제도를 실시하였다. 러시아와 중국은 정치적·경제적 체제전환의 대변화를 거치면서 사회주의 계획경제체제를 이끌어 온 대표적인 강대국가로서 방법은 달리하지만 체제전환 또는 개혁개방의 유사한 경험을 가지고 있다. 러시아는 계획경제체제로부터 시장경제체제로 전환하면서 기존의 국영의료보장제도에 사회보험방식을 가미하는 방식으로 바꾸었고, 중국은 농촌지역과 도시 저소득층까지 의료보장 적용 범위를 확대하려는 다양한 정책실험들을 진행 하였다. 즉 형성기의 의료보장제도는 확산이론과 국가중심적 이론으로 설명할 수 있다.

의료위생 관련 자금조달 제도를 보면 집단경제, 국유기업과 공공재정이 공동으로 위생제도 대부분의 자금조달 기능을 담당하였다. 의료보장제도를 기본적으로 건립하였고 노보의료와 공비의료 및 농촌합작의료는 대부분 사람들이 향수할 수 있게 하였다. 이는 주민들의 의료위생에 대한 수요를 충족시켰을 뿐만 아니라 주민건강을 보장하고 의료서비스의 공평성을 제고하였다. 그 다음으로, 정부는 가격 독점을 방지하고 시장의 공평한 거래를 보호하기 위해 가격과 비용에 대한 규제정책을 실시하였다.

이런 환경에서 의료위생 자원은 각 단위가 근거로 하는 계층 간에서 배분된다. 특정된 역사적 환경에서 “노동자, 농민, 지식인, 간부”는 중국의 기본 사회집단이다. 한 방면으로 이는 국유기업의 노동보장 의료제도, 공무원신분의 공비의료제도, 그리고 농촌 집체경제의 합작의료제도는 노동자, 농민, 지식인과 간부의 건강이익을 대표하고 있는 것이다.

공비의료는 국가기관과 사업단위에서 근무하는 직원을 대상으로 무료치료와 질병예방 등을 실시하는 의료복지제도이다. 공비의료제도 실시되면서 1953년 위생부는 《공비의료에 관한 몇 가지 규정》에서 공비의료예방제도의 적용범위를 대학교 및 향진간부(鄉鎮干部)까지 확대하였다. 1956년 《퇴직 국가 공무원에 대한 공비의료 적용 통지》, 《퇴직 대학 교직원에 대한 공비의료 적용 통지》 등과 여러 가지 규정들이 발표는 공비의료실시범위를 더욱 확대하였다. 각급 정부는 공비의료관리위원회를 설립하고 위생부 또는 재정부에 사무실을 설치하여 의료서비스 단위와 진찰 단위 간의 협력과 연계를 조정하여, 지출비를 심사하고 감독하였다. 1953년부터 지방에 설치한 중앙직속기관의 공비의료예방비용은 중앙재정의 직접적인 지원에서 현지 위생기관에서 인원을 보고하고 통일적으로 처리하도록 조정하고, 지방위생산업 예산에 포함시키기로 결정하였다. 공비의료 대상자는 지정된 의료 기구에서 치료·입원하며, 규정에 부합되는 의료비는 공비의료비에서 지불하였다.

1951년에 정무원(政務院)은 《중화인민공화국 노동보험조례》를 공포하여 국영기업 직공에 대한 노보의료제도가 제정하였다. 1953년 정무원은 《중화인민공화국 노동보험조례실시세칙》을 발표하여 직공의 의료보험 혜택 등에 대해 상세하게 규정하였다. 노보의료제도의 범위는 전민 소유제 공장, 기업과 광산부문의 직공 및 부양하는 직계친족이며, 현(縣)급 이상의 집체기업직공도 이것을 참조하여 집행한다. 노보의료 경비는 기업 관리를 통해 지불하였다. 1951~1969년까지 노동의료보험은 ‘반기금’(半基金)식 보험 형식이었고, 기업과 노동조합연합회에서 공동으로 관리하였다. 1969년 이후, 기업이 자체적으로 인출, 지급, 관리하는 ‘기업보험’식으로 바뀌었다(鄭功成, 2002).

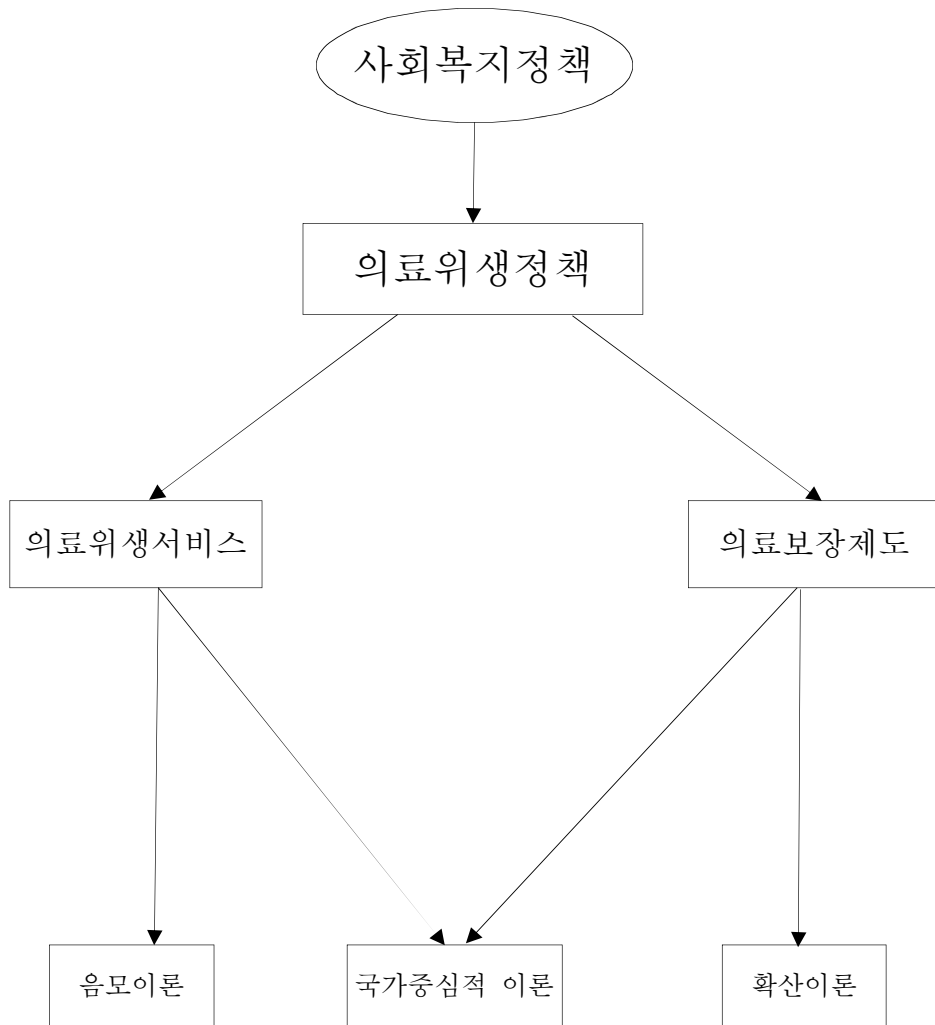
농촌 합작의료제도는 중국의 독창적 제도로써 농민과 농촌집체가 공동출자한 기금으

로 운영하는 농촌형 사회보험이라고 할 수 있다. 농촌합작의료는 일종의 집단 의료제도로서 의료비용은 집단과 개인이 공동으로 부담하며, 질병을 앓을 경우 부분적으로 무료서비스 혜택을 받을 수 있는 의료제도이다.

개혁개방 이전의 의료보장체제는 신중국 성립 후 계획경제체제가 새롭게 구축되는 과정에서 이에 상응하는 의료보장체계가 형성되었다. 개혁개방 이후의 의료보장체제는 계획경제시기의 의료보장체계가 해체되거나 그 기능을 상실하여 의료의 시장화가 급격하게 진행되고 국유기업의 개혁이 심화되면서 도시근로자의 의료보장에 대한 개혁이 단행되었으며, 도시근로자 기본의료보험에 관한 정책이 전국적으로 확립되면서 거의 모든 기업에 적용된 한편, 신형농촌합작의료제도와 도시주민 의료보험제도를 새롭게 구축함으로써 전 국민 의료보험을 실현하였다.

전통 의료보장체제는 도시와 농촌으로 이원화된 사회·경제구조의 영향으로 인해 도시주민과 농촌주민 간의 의료 혜택에 격차가 존재하였다. 또한, 도시에서 실시했던 공비의료제도와 노동보험의료제도 사이에 대상자, 급여와 재원 등에서 차이를 보였다. 공비의료와 노동보험의료제도는 모두 전쟁 시기 공급제의 기초 하에서 구소련의 모델을 참고로 수립된 제도로서 근로자가 치료 시 기본적으로 개인은 의료비를 부담하지 않고 대부분의 비용을 국가와 기업이 부담하게 되어 의료비 부담이 과중되었다. 개혁개방 이전의 중국의 의료보장체제는 의료보장에 대한 도시와 농촌주민의 욕구를 만족시키고 국민의 신체건강을 향상시키는 데 중요한 역할을 했지만, 갈수록 다양해지는 도시와 농촌주민의 의료보장 욕구를 만족시키는 데 한계가 나타났다. 특히, 도시와 농촌으로 이원화된 구조에서 서로 다른 세 가지 제도가 병행되는 현실, 폐쇄적인 운영방식 등의 문제점으로 인해 도시와 농촌주민의 의료보장 욕구를 제대로 만족시킬 수 없었다. 더불어 중국 경제체제에 대한 개혁 추진으로 인해, 전통 의료보장체제의 기반이 흔들렸고, 제도자체의 결함이 드러나면서 의료보장제도의 개혁을 추진할 수밖에 없었다.

의료위생정책의 형성기를 의료보장제도와 의료위생서비스로 나누어 분석하여 정책분석의 적용이론은 <그림 4-1>과 같다.



<그림 4-1> 중국 의료위생정책 형성기의 이론분석

2. 의료위생정책 전환기

의료위생정책의 전환기는 공공위생서비스체제, 의료서비스체제, 의료보장체제, 약품공급보장체제로 구성되었다. 이 시기의 의료위생정책을 살펴보면 의료서비스체제의 재정비,全民 의료보장제도의 건립, 약품 공급체제의 재구성하여 공평성을 강조하였다.

(1) 공공위생서비스체제

중국은 1980년대부터 의료위생체제개혁을 시작하여 2009년 3월 《심화 의료위생체제 개혁에 관한 의견》의 반포에 따라 새로운 의료위생개혁이 전면적으로 시작하였다. 개혁의 기본의념은 기본의료위생제도를 공공상품으로全民에게 제공하여 사람마다 기본 의료위생서비스를 향유하도록 노력하며, 제도적으로 국민마다 지역, 민족, 연령, 성별, 직업, 수입수준 등 관계없이 공평하게 기본의료위생서비스를 획득하게 보증한다. 개혁의 기본원칙은 기본을 보장하고, 하부 조직을 강화하여 메커니즘을 건설한다.

사회양심이론에 따르면 사회복지제도는 사회적 의무감의 확대와 욕구에 대한國民들의 인식향상이란 두 요인에 의해 변화된다. 사회복지정책을 국가의 가선활동으로 간주하여 사회복지정책 발전에 대한 정치적 요인을 무시한다.

이 시기에서 국가는 무료로 전체 주민에게 국가기본 공공위생서비스를 제공하였고, 특수질병과 특수지역은 중대 공공위생서비스 프로젝트를 실시하여 정부에서 직접적으로 개입하였다. 즉 공공위생서비스체제는 사회적 의무감의 확대와 사회적 욕구의 충족으로國民에게 제공하여 사회양심이론으로 설명할 수 있다.

기본 공공위생서비스는 도시와 농촌의 경제, 사회발전의 기본보장이며 서비스를 향유하는 것은 사회가 안전하게 발전하는 디딤돌이다. 기본 공공위생서비스는 서비스의 균등화를 통하여 사회경제 구역간의 차이, 도시와 농촌의 발전차이를 감소하는 중요한

조치이다. 기본 공공위생서비스는 경제사회발전단계와 총체적 수준에 근거하여 사회안정과 기본적 사회정의를 유지하기 위해 개인의 최저 생존권과 발전권리를 보호하는데 반드시 제공하여야 하는 공공서비스이다.

기본 공공위생서비스는 질병예방통제기구, 도시커뮤니티 위생서비스센터, 향진위생원 등 성향기본 의료위생기구에서 전체 주민에게 제공하는 공익성 공공위생 개입초치이며 질병예방통제작용을 한다. 기본 공공위생서비스의 균등화는 세 가지 의미가 있다. 첫째, 성향주민에게 연령, 성별, 직업, 지역, 수입 등에 관계없이 동등한 권리를 향유하고 있다. 둘째, 서비스의 내용과 범위는 국력의 개선 및 재정지출의 증가에 따라 확대한다. 셋째, 서비스의 원칙과 핵심이념은 예방위주의 관념을 견지한다.

이 시기의 의료위생체제 개혁은 농촌 의료위생 공급체계의 변화로 의료서비스체제를 개방하고 정부가 독자적으로 병원을 경영하던 국면을 개변시켜 의료위생 공급을 확대하였다. 공공재정 자금조달 구조를 보면 도시지역은 정부, 단위, 개인의 공동 조달형식이며 농촌지역은 가정과 개인을 중심으로 이루어졌다. 의료서비스 공급에서는 도시 커뮤니티위생서비스체제를 건립하고 일부 기업과 효율이 낮은 의료기구를 커뮤니티 위생서비스기구로 전환시켜 도시지역 의료위생 서비스체제를 건전히 하였다. 의료위생 감독은 정부의 직접적인 관리감독방식에서 간접적인 관리감독으로 변화하였다.

이 시기는 기본공공위생서비스 균등화수준이 현저히 제고하였다. 국가가 무료로 전체 주민에게 국가기본 공공위생서비스를 제공하며 주민건강기록, 건강교육, 예방접종, 0~6세 아동건강관리, 임산부건강관리, 노인건강관리, 고혈압과 II형 당뇨병환자 건강관리, 중증정신병환자관리, 전염병 및 돌발공공위생사건 보고 및 처리, 위생감독 협조관리 등 10종 41항의 서비스를 포함한다. 특수질병, 중점 군중과 특수지역에서 국가는 중대 공공위생서비스 프로젝트를 실시하여 농촌임산부의 입원출산보조, 15세 이하 사람들의 비형간염 예방접종, 불소중독위해의 해소, 농촌여성 임신전과 임신조기의 엽산복용, 무공해 위생화장실의 건설, 빈곤백내장환자의 시력을 회복, 농촌적령기여성의 자궁경부암과 유선암 검사, 에이즈의 모영전파예방 등은 정부에서 직접적으로 개입한다. 2011년 국가 면역예방 접종률이 90%이상을 달하여 전국입원출산율이 98.7%을 달하고,

농촌입원출산율이 98.1%달하여 농촌 임신부사망률이 하강추세로 나타났다. 농촌 상수도보급률과 화장실보급률은 각기 72.1%와 69.2%에 달하였다. 2009년에 정부는 ‘백만 빈곤백내장환자의 시력회복 프로젝트’를 시동하여 2011년까지 정부에서 109만 여명 빈곤백내장환자의 시력회복수술을 위해 보조하였다(中國的醫療衛生事業, 2012).

(2) 의료서비스체제

1970년대 말에 시작된 경제체제 개혁은 의료위생 영역에 직접적인 영향을 주어 의료위생제도의 내재적 이익규칙 변화를 가져왔다. 먼저 농촌에서 호도거리 책임제 실시와 기업의 경영권 이양은 사실상 공공부문에서 개인영역으로의 이익 이양으로 볼 수 있으며 이로써 새로운 격려 메커니즘이 형성되었다. 이런 상황에서 의료위생 영역의 가장 큰 특징은 원가 채산, 경영권 이양, 시장진입 규제 완화 등 경제영역의 개혁방식을 도입하여 의료 생산효율을 대폭 상승시켰다. 때문에 이익 양도를 주요 내용으로 하는 권력과 이윤의 양도는 이 시기 의료위생체제 개혁의 가장 중요한 특징이었다. 다음으로 1980년대 초반에 실시한 병원 경제관리 개혁과 중반에 실시한 의료 요금제도의 개혁은 의료위생제도의 격려 메커니즘을 개변시켰다. 의료서비스 가격 제한을 풀 것은 가격에 의한 의료위생 자원배분이 시작되었음을 의미한다. 즉 수입과 구매력에 근거하여 자원을 배분하기 시작하였다는 것이다. 그 다음으로 권력과 이윤의 양도, 경제적 채산 등 일련의 격려 메커니즘의 출현으로 의료위생 영역에서 장기동안 존재해 온 공급부족의 구조적 문제를 해결하였다.

합리이론은 사회복지제도 불가피성을 현대사회의 산업화라는 맥락 속에서 찾고 있다. 사회정의론 관점에서는 사회적으로 사회구성원 모두에게 동등한 권리와 의무를 부여하고 공정한 경제이득을 보장해야한다. 시민권이론은 사회복지제도의 변천이 시민권의 분화 현상과 사회권이라는 진화적 과정에 따라 개선·확대되는 것으로 설명한다.

1980년대 의료위생 영역의 중요한 특징은 바로 기술혁신이다. 기술 혁신이 가져온 요소가격의 상대적인 변화는 새로운 이익 획득기회를 마련하였다. 제도혁신의 배경 하

에서 기술 혁신은 의료위생 영역에 새로운 활력을 주었으며 시장 확장작용을 통하여 제도가 고효율 방향으로 개선되도록 하였다.

공급체계 방면에는 촌(村)급 의료위생 서비스 공급영역에 개인 공급주체가 나왔으며 일부 농촌지역에서는 원래의 집체공급주체를 완전히 대체하였다. 서비스 제공자의 자금조달 대상이 집체에서 개인 공급자로 전환하였으며 합작의료체제의 와해로 서비스 수요대상도 집체에서 농민 소비자로 전환하였다(夏晔, 2010).

11기 3중 전회를 계기로 하는 중국 개혁은 우선 사상 속박에서 벗어나 사상적 자유를 실현하는 것으로 시작되었으며 사업의 중심을 계급투쟁에서 경제건설로 바꾸었는데 이로써 사회 각 계층은 자신이 추구하는 개인이익, 개인 행복의 권리를 갖게 되었으며 개인권리에 대한 추구는 개혁의 기본 정신이 되었다. 제도적 환경이 질적인 변화를 가져오고 국부적인 자유화를 실현한 상황에서 사회 여러 계층, 조직, 개인은 개인 행복을 추구하기 시작하였다. 농촌에서 호도거리 책임제 실시와 도시에서의 기업개혁으로 가정과 기업을 단위로 하는 독립적인 이익집단이 나타났으며, 권력과 이윤의 양도 및 “分灶吃飯(분가하여 각자 살림을 차리다)”으로 지방정부를 단위로 하는 독립적인 이익집단이 나타났고 사업단위 시장화, 자본수익의 합법성 확립 등으로 이익집단은 다원화 양상을 나타냈다. 중국의 경제체제 개혁은 미시적인 의미에서 권력과 이윤의 양도, 월급 조절, 격려메커니즘의 도입으로 시작된 것이다.

성향하층 의료서비스체제를 건전하게 촉진한다. 정부의 투입을 증가하여 하층의료위생기구 경비보장체제를 완화하며, 2009~2011년에 중앙채정투자 471억 5천만 위안으로 하층 의료기구발전을 지지하였다. 다양한 형식으로 하층위생인력양성을 강화하여 혜택정책을 제정하며, 농촌과 커뮤니티를 위해 위생인력을 양성한다. 전과의사제도를 건립하여 전과의사의 규범적으로 양성하고, 하층 의료위생기구인원을 전과의사 양성교육을 마련하며, 중서부지역 농촌위탁 교육생의 무료양성 등을 실시한다. 만명 의사의 농촌위생 지원프로젝트를 실시하여 2009~2011년에 1,100여개 시 3급병원이 955개 현금 병원을 지원하고, 중서부지역에 시 2급 이상 의료기구가 매년 3,600여개 향진위생원을 지원하여 현금병원과 향진위생원의 의료기술수준과 관리능력을 제고하였다. 하층의료서비

스모드를 전환하여 향진위생원에서 순회의료서비스를 제공하고, 시 직할구에서 커뮤니티 전과의사팀, 가정계약의사제도를 시행하여 예방과 치료를 결합하며, 주민의 진찰과 치료 수요를 보장하여 흔한 병, 다발성 질환 등 대다수 질병의 치료는 하부 조직에서 해결하도록 한다. 하층의료위생서비스체제를 강화하여 농촌과 외진 구역의 뒤떨어진 의료서비스 시설 및 취약한 서비스능력을 개선하고, 하층위생인력의 수량, 학력 및 지식구조가 좋은 추세를 나타냈다. 2011년 전국 하층의료위생기구가 91만 8천개이며 커뮤니티 위생서비스기구가 2만 6천개, 향진위생원가 3만 8천개, 촌위생실이 66만 3천개, 침상 123만 4천개를 포함한다(中國的醫療衛生事業, 2012).

농촌 의료위생 공급체계의 변화로 의료서비스체계를 개방하고 정부가 독자적으로 병원을 경영하던 국면을 개선시켜 의료위생 공급을 확대하였다. 자금조달 구조를 보면 도시지역은 정부, 단위, 개인의 공동 조달형식이며 농촌지역은 가정과 개인을 중심으로 이루어졌다. 2003년부터 도시 커뮤니티(社區)위생서비스체계를 건립하고 일부 기업과 효율이 낮은 의료기구를 커뮤니티 위생서비스기구로 전환시켜 도시지역 의료위생 서비스체계를 건립하였다. 동시에 의료기구에서 독립정산제도를 실시하고 의약분리 정산제도를 정립하고 의료기구 유형별 관리를 실시하였다. 의료위생에 대한 정부의 직접적인 관리감독방식에서 간접적인 관리감독으로 변화하였다.

공립병원개혁을 질서적으로 추진하였다. 2010년부터 국가가 17개 시범시와 37개 성급시범지역에서 공립병원의 개혁을 시작하여 서비스체제의 완화, 체제 메커니즘의 혁신, 내부관리의 강화, 다원화 의료구조의 형성 등 방면에서 성과를 이루었다. 2012년에 전면적으로 현급 공립병원종합개혁 시범공작이 시작하여 현급 병원을 선두로 농촌 의료위생서비스체제 능력을 제고하고, 현 구역 내의 진찰률을 90%정도로 제고하여 지금까지 18개 성(자치구, 직할시)에 600여개 현이 시범에 참여하였다. 의료서비스체제를 개선하여 자원배치를 최적화하고, 취약지역과 취약영역의 능력건설을 강화한다. 지역 의학중심 임상중점전문과 현급 병원서비스능력을 제고하여 공립병원 및 하층의료위생기구의 분공협동 메커니즘이 점차적으로 형성되었다. 다원화 의료구조의 형성을 재촉하여 사회자본으로 영리성과 비영리성 의료기구의 설립을 격려한다. 2011년까지 전국

사회자본으로 의료기구를 16만 5천개를 설립하여 그 중 민영병원이 8,437개이며 전국 병원 총수의 38%를 차지한다. 전국에서 보편적으로 예약진료, 시간을 나누어 진료, 양질의 간호 등 편리 조치를 촉진한다. 의약비용의 빠른 상승을 억제하여 공립병원의 진료의약비용과 입원의약비용 증가율이 해마다 감소하며, 2011년은 2009년에 비해 8%가 하강하여 공립병원의 비용통제가 성과를 이루었다(中國的醫療衛生事業, 2012).

첫째, 계획경제체제에서 기업은 수익을 자체로 감당하지만 결코 독립적인 경제주체는 아니었다. 기업법인 구조의 건립에 따라 기업은 점차적으로 상대적인 독립성을 띤 경제주체로 전환하였으며 재산권 주체의 지위는 한층 강화되었다. 또 미시적 이익집단과 국가이익이 분리되었으며 사회복지와 단위복지가 혼돈되었던 국면이 개편되었다.

둘째, 재정분권은 지방정부로 하여금 점차 독립적인 경제단위로의 전환을 초래했다. 1980년대에 실행한 여러 가지 형식의 재정 분담체계가 건립된 후 의료위생사업 발전의 책임, 특히 정부의 투입 책임은 주로 지방정부가 담당하게 되었다. 특히 1994년 이후 공공재정의 세금분류제의 실시로 중앙과 지방의 재정배분과 분담 관계를 개편시켰다. 하지만 이는 지역 간의 차이를 초래했으며 중앙과 지방 정부 간 재정권 등 면에서 불균형도 초래했다. 또한 공공재정체계의 불완전은 중서부 지역 정부의 재정조달을 어렵게 만들었다.

셋째, 개혁과정에서 병원 설립방식의 다원화와 개인자본의 의료시장 진입이 용이하게 되었으며 의료서비스와 약품 가격 결정권한에 대한 규제완화로 이 영역에 개체 이익주체의 진입을 가능케 하였다. 가장 전형적인 것은 의료서비스와 약품가격에 이중가격제도를 실시하여 계획에 의한 획일적인 가격책정을 타파하여 시장 지도가격이 나타난 것이다.

넷째, 공립병원은 경제주체의 재산권에 해당되는 많은 권리를 갖게 되었다. 예를 들면 가격결정권, 인사, 기초건설, 구매권, 잉여가치 배분권 등이다. 이는 미시 경제주체의 권한 증가를 의미하며 나아가 의료위생 자원배분에 있어 시장권력의 점차적인 확대를 의미한다. 공립병원 이익주체 분화는 이익집단 역량의 강화를 의미하고 있다.

이 시기의 의료서비스체제를 살펴보면 우선 사상적 자유의 실현을 추구하기 시작했

고 사회 각 계층은 자신이 추구하는 개인이익, 개인 행복의 권리를 갖게 되었으며 개인권리에 대한 추구는 개혁의 기본 정신이 되었다. 제도적 환경이 질적인 변화를 가져 오고 국부적인 자유화를 실현한 상황에서 사회 여러 계층, 조직, 개인은 개인 행복을 추구하였다. 또 의료위생 단위의 노동인사권, 업무건설결정권, 경영개발관리권, 월급과 장려금 배분권 등 자주권을 확대하고, 여러 가지 형식의 책임, 권력, 이익이 결부된 목표관리 책임제를 실시하여, 공평경쟁을 격려하고 평균주의 배분방식을 타파하였다. 경제적 격려방식은 의료기구와 의료인원의 적극성을 동원하고 의료서비스를 확대하며 서비스의 질을 제고시켰다. 새로운 의료위생개혁은 기본의료위생제도를 공공상품으로 전민에게 제공하여 사람마다 기본의료위생서비스를 향유하도록 노력하며, 제도적으로 국민마다 지역, 민족, 연령, 성별, 직업, 수입수준 등 관계없이 공평하게 기본의료위생 서비스를 획득하게 보증하는 것이다. 개혁의 기본원칙은 기본을 보장하고, 하부 조직을 강화하여 메커니즘을 건설하고, 개혁의 중점은 공공관리와 서비스를 분리하여 사회적 공평성을 강조하는 것이다. 정부주도의 개혁이 추진되면서 기존의 이익배분의 기본 메커니즘에 변화가 발생하였으며, 미시적 이익집단의 확장으로 다원구조하의 사회이익배분의 메커니즘이 형성되었다. 이 시기의 의료서비스체제에는 사회정의론과 시민권이론이 적용된다. 또한 기술의 고속발전으로 거대한 경제성장을 이루었으며 합리이론도 적용된다.

(3) 의료보장체제

중국의 의료보장체제는 기업직공을 대상으로 한 노보의료와 기관·사업단위 종사자를 대상으로 한 공비의료 그리고 농촌주민을 대상으로 하는 농촌합작 의료제도 등의 3가지 구조로 운영되어왔다. 노보의료와 공비의료는 기본적으로 기업이 지불하는 것이었고 이에 비해 농촌 합작의료경비는 농민의 개인 납부가 주가 되고 집체경제의 공익금이 보조하는 체제였다.

테크놀로지론은 사회복지제도의 변화를 조직적 분서의 맥락에서 조면하고 있으며,

정책분석의 기법, 예산편성의 기술, 그리고 정책평가의 이점인 지속성과 테크놀로지의 축적으로 정책의 제정 및 실행에 영향을 미치고 있다. 합리이론은 산업화 과정에서 사회복지의 필요성을 강조하고 있다.

의료보장제도는 제도의 제정, 실행 및 평가과정에서 정책분석의 기술적 발전으로 인해 제도의 효율성을 높였다. 이 방면은 사회복지발달의 테크놀로지이론으로 설명할 수 있다. 제도혁신의 배경 하에서 기술 혁신은 의료위생 영역에 새로운 활력을 주었으며 시장 확장작용을 통하여 제도가 고효율 방향으로 개선되도록 하였다. 이런 특징으로 이 시기의 의료보장체제는 합리이론으로 설명할 수 있다.

의료보험제도 개혁의 목표는 시장경제체제에 적용된 사회 의료통합기금과 개인 의료계좌가 서로 결합된 사회의료보험제도를 만들고, 이를 점차 도시전체 노동자에게 적용하는 것이다. 1993년 11월 중공 14차 3중 전회에서는 《중공중앙 사회주의 시장경제체제를 건립하는 데 따른 약간의 문제에 관한 결정》을 통과하였다. 그로부터 중국 도시 직공 의료보장제도의 개혁은 하나의 새로운 역사단계에 진입하였다. 즉 신구체제의 전환시기로서, 대체로 두 단계로 나뉜다. 첫째, 새로운 제도 혁신의 시험단계와 둘째, 제도혁신의 초석단계이다. 이후 의료보험 분야에도 양로보험처럼 사회통합기금과 개인계좌를 상호 결합하는 정책이 시행되기 시작하였다(鄭功成, 2002).

하지만 개혁의 충격과 경제이익의 유인에 따라 농촌의 집단경제는 쇠퇴되었고 의료비용이 빠르게 상승하여 농촌합작의료는 와해되기 시작하였다. 농촌합작의료 보급률은 1976년의 90%에서 1986년의 4.8%로 하락하였으며 자비 의료가 90년대 초반 중국 농촌의 주요 의료제도로 되었다. 1988년 위생부가 전국 16개 성, 20개 현(시) 6만명 농민을 대상으로 진행한 조사에 따르면 20%에 달하는 농민은 병에 걸렸지만 경제적 곤란으로 즉시 치료를 받지 못하였고 16%의 농민은 의료비를 감당하지 못하여 병원에 갈 엄두도 내지 못하고 있다(薄先鋒·董踐眞, 1993). 동시에 공비의료와 노동보장의료를 보면 1978년 국가 재정과 기업이 지출한 공비와 노동보장 의료비는 모두 27억 원이었는데 1987년에는 180억 원으로 10년간 5.6배나 증가하였다. 1990년 중국 위생의료 사업경비 투입은 1978년에 비해 411% 증가하였고 공비의료 경비는 816% 증가하였다(中國衛

生統計年鑒, 1999). 이 시기 공비의료의 증가속도는 재정수입과 국민수입의 증가속도를 훨씬 초과하였다.

중국 도시주민 의료보험제도는 도시근로자 의료보험에 가입하지 않은 도시의 미성년자와 직장이 없는 주민을 대상으로 실시하는 의료보험제도이다. 도시주민 의료보험은 도시직원기본보험제도와 신형농촌합작의료제도를 추진한 후, 공산당 중앙위원회와 국무원에서 주민의 의료문제를 해결하고, 의료보장제도를 지속적으로 개선하려는 중요한 조치이다. 도시주민 의료보험제도는 주로 직장에 속하지 않은 주민들의 의료보험에 대한 보충적인 제도이고, 도시주민 의료보험의 등장은 중국 사회보험제도 개혁발전 과정에서 중요한 의의를 가지며, 중국 사회보험제도의 새로운 개혁방향을 제시하였다(김병철, 2010). 1998년 중국은 도시직원기본의료보험제도를 수립하기 시작했고, 기본적으로 전 국민을 모두 보장하는 의료보장체제를 수립하는 것이 목적이다.

중국 도시주민 기본의료보험은 가정의 납부를 위주로 하고 정부가 보조하는 제도인데, 가입 주민은 규정된 기본의료보험비를 납부하고 상응하는 의료보험 혜택을 누리며, 조건이 좋은 고용기관은 근로자 가족에게도 보험비를 지급하는 데 보조금을 지원하기도 한다. 개인 납부와 단위의 보조금에 대해 조세우대정책을 실시하였다. 또한 도시주민 의료보험기금은 가입한 주민의 입원 및 중병 진료시의 지출에 주로 사용하고, 조건이 좋은 지역은 점차적으로 진료의료비 통주를 실시하였다. 도시주민 기본의료보험기금은 규정된 범위 내의 의료비를 지불하는 데 사용하고, 기타 비용은 보충성 의료보험, 상업건강보험, 의료보조 및 사회기부 등의 방식을 통해 해결한다.

2007년부터 국무원은 도시주민기본의료 시범지역방안을 전개하고, 2008년에 시범지역방안을 확대하여 2009년에는 시범지역방안을 실시하는 도시가 무려 전국 80%이상을 차지하였다. 2010년에는 전국에 걸쳐 전면적으로 실시하기 시작하여 점차적으로 직장에 다니지 못하는 모든 도시주민에게도 적용되었다.

중국 도시주민기본의료보험은 가정의 납부를 위주로 하고 정부가 보조하는 제도인데, 가입주민은 규정된 기본 의료보험비를 납부하고 상응하는 의료보험 혜택을 누리며, 조건이 좋은 고용기관은 근로자 가족에게 보험비를 지급하는데 보조금을 지원한다. 개

인 납부와 단위의 보조금에 대해 조세 우대정책을 실시하였다. 또한 도시주민의료보험 기금은 가입한 주민이 입원 및 중병 진료시의 지출에 주로 사용하고, 조건이 좋은 지역은 점차적으로 진료의료비 관리기금을 실시하였다. 도시주민 기본의료보험기금은 규정된 범위 내의 의료비를 지불하는데 사용하고, 기타 비용은 보충성 의료보험, 상업건강보험, 의료보조 및 사회기부 등의 방식을 통해 해결한다.

이 시기에는 기본의료보장제도를 성향주민에게 전면적으로 전개하였다. 2011년까지 성진직공 기본의료보험, 성진주민 기본의료보험, 신형 농촌합작의료보험에 가입한 인원은 13억을 초과하여 보급률은 2008년의 87%에서 2011년에는 95%이상으로 제고하였으며, 중국은 이미 세계에서 최대 규모의 기본 의료보장망을 구축하였다. 자금조달 수준과 청구비율을 제고하고 신형 농촌합작의료에 대한 정부의 보조표준은 최초의 1인당 평균 20위안에서 2011년에는 200위안으로 제고하였다. 수혜자는 2008년에 연 5억 8천 5백 명에서 2011년에는 연 13억 1천 5백 명으로 제고하여 정책범위 내의 입원비 청구비율도 70%정도에 도달하였으며, 보장범위는 입원에서 진찰로 확장되었다. 의료비용의 즉시 결산청구방식을 추진하여 주민이 진찰을 받고 결산까지 더 간편하게 이루어졌다. 사람 수에 따라 비용을 지불, 질병의 종류에 따라 비용을 지불 및 총액 선불 등 지불방식의 개혁을 실시하여 의료보험은 의료기구의 구속, 비용통제 및 촉진작용을 점차적으로 발휘하였다. 신형 농촌합작의료 중병보장을 실행하여 2011년까지 23만 명의 선천성 심장병, 종말기 신장병, 유선암, 자궁경부암, 폐결핵, 아동백혈병 등 질병에 걸린 환자가 중대질병보상을 받고, 실제 보상수준의 약 65%를 차지한다. 2012년 폐암, 식도암, 위암 등 12종 중병도 농촌중대질병 보장시험범위에 포함하여 비용청구비율을 최고 90%까지 높였다. 성향주민 중병보험을 실시하여 성향주민 의료보험기금, 신형농촌 합작의료기금 중에서 중병보험자금을 분리하고 상업보험기구에서 중병보험을 구매하는 방식을 취하며, 성향주민 가정의 거액의료지출을 방지하여 중병보험보상정책의 실시로 개인부담을 줄였으며, 실제 지불비율이 50%이상이고, 효과적으로 개인의 의료비용 부담을 감소한다. 완벽한 성향의료구조제도를 건립하여 구조대상을 전면적으로 성향주민 최저생활보장대상, 오보대상으로 전개하며, 점차적으로 저수입 중병환자, 중

중 장애인, 저수입 가정노인 등 특수한 빈곤계층까지 확장하여 2011년에는 전국 성향 의료구조인수를 연 8,090만 명으로 확대하는 것이다(中國的医療衛生事業, 2012).

새로운 의료보험 실시이후 국가 기본의료보험 제도의 기틀이 확립되었다. 향후 타 지방에서 온 거주민의 의료보장에 대한 방법을 강구할 수 있게 되었다. 또한 국가 기본의료보험은 건강보장 방면에서 기초적인 위치와 작용을 확정하여 사회의료보험의 발전방향에 영향을 주게 되었다. 이것은 국민들의 전면적이고 다양한 건강의 요구를 실현하는 것이다. 기본의료보험의 보장범위가 계속 확대되어 더 많은 인구가 혜택을 받게 되었다.

새로 시작된 기본의료보험은 첫째, 이전에 국가가 직공의료의 모든 책임을 부담하는 것에서부터 직공 기본의료에서 보장하는 것으로 바뀌었다. 또한 복지보장에서 사회보험으로의 전환을 실현하였고 정부는 일부만 책임을 지게 되었다. 둘째, 이전에 국가와 기업이 직공의료보험을 부담하던 것에서 고용단위와 개인이 함께 부담하는 것으로 바뀌었다. 셋째, 이전에 각 단위가 분산되어 관리하던 것이 사회적 통합관리로 바뀌었다. 넷째, 기보의료보험제도는 사회통합기금과 개인계좌를 결합시키고 병원, 환자, 보험 3자가 상호 유기적으로 제어하는 시스템으로 전환되었다.

(4) 약품공급보장체제

의약품은 신체질병의 예방, 진료, 진단 처치 또는 신체 조직적 기능의 회복, 교정, 완화시킬 목적으로 사용되는 물품이다. 의약품은 인간의 생명과 관련한 생활필수품이며 이는 질병으로 고통 받는 사람뿐만 아니라 행복한 생활을 위한 가장 기초적인 전제 조건으로서 건강을 유지, 증진시키는데 있어 소중한 가치가 있다. 의약품은 질병의 진단, 치료 또는 예방의 목적으로 사용되는 것이기에 유효성(efficacy), 안전성(safety), 안정성(stability)이 확보되어야 한다(장연화, 2008).

중국 정부는 의료보장체제와 국민들을 이끌어 우선 상대적 질량도 좋고 값도 싼 기본의약품을 구매하게 하는 것은 필요한 일이며, 기본 의약품제도는 발전 도상 국가의

합리적 의약품을 사용하는 데에 원동력도 될 것이다. 의약품의 유효성과 안전성을 고려하여 신중히 뽑게 된 기본의약품을 많이 사용하는 것도 합리적 의약품 사용함을 추진하는 대책중의 하나이다.

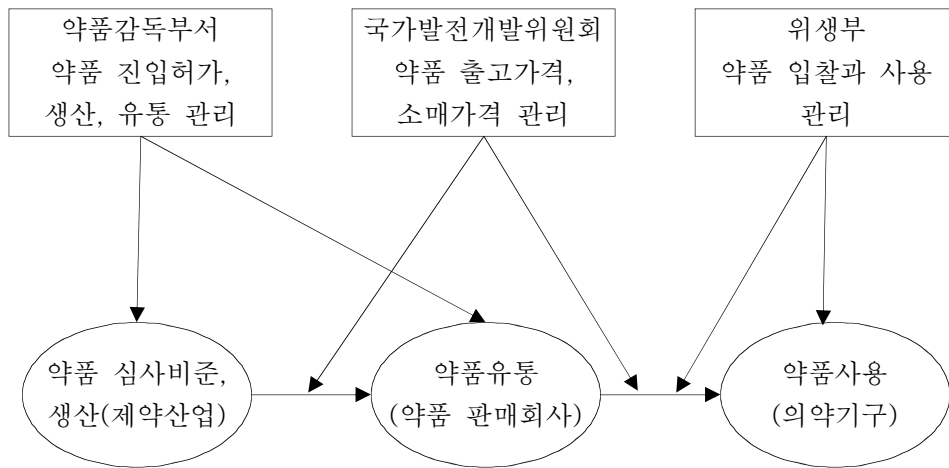
합리이론은 어떤 형태의 사회이든 산업화 과정에서 필연적으로 각종 사회문제가 파생되는데, 이때 합리적 인간이 고안해 낸 합리적 문제 해결책이 사회복지제도라는 것이다.

개혁·개방 이후 의료위생 영역의 중요한 특징은 기술혁신이며 고속의 경제성장을 이루었다. 제도혁신의 배경 하에서 기술 혁신은 의료위생 영역에 새로운 활력을 주었으며 시장 확장작용을 통하여 제도가 고효율 방향으로 개선되도록 하였다. 이런 특징으로 이 시기의 약품공급보장체제는 합리이론으로 설명할 수 있다.

중국 정부는 1979년부터 기본의약품을 선별하는 기구를 설립했고 1982년에 기본의약품제도를 확립했다. 1979년 4월 중국 정부는 적극적으로 WHO가 제안한 기본의약품 행동계획에 호응했고 참여했다. 국가기본의약품 선별 그룹을 설립하여 국가기본의약품 방안을 제정하기 시작했다. 1982년 위생부와 원 국가의약품관리총국은 정식으로 제1판 《국가 기본약품목록》을 공포했다. 그중에 서약 278종만 포함하고 중약은 수록하지 않았다. 1996년 위생부가 공포한 《국가기본약품(전부품종목록)》은 서약 699종, 중약 1,699종을 포함한 제2판 《국가 기본약품목록》이다. 1997년 중국공산당 중앙위원회는 《위생개혁과 발전에 관한 결정》이라는 반포를 통해 국가 기본의약품제도를 제안으로 제출하였다. 1998년부터는 제2판 《국가기본약품목록》에 대한 수정작업을 진행하기 시작하였다. 기구개혁이후 국가 약품감독관리국은 기본약품목록의 제정직책을 밝혔다. 이후에는 2000년, 2002년, 2004년에 매 2년마다 기본약품목록에 대해 3번씩 조정을 하였다. 2004년에 수정한 서약약품 품종은 773개이고 , 중약품 품종은 1,260개이다(왕효취, 2009).

2000년과 2004년에 원 노동과 사회보장부는 《국가 기본의료보험약품목록》, 《국가 기본의료와 공상보험약품목록》 등 목록을 제정하였다. 2006년 중국공산당 제16회 6차 중앙회의 통과한 《중공중앙 사회주의 화목한 사회의 구축에 관한 몇몇 중대한 문제의

결정》에서 국가 기본의약품제도를 세우고 의약서비스의 관리를 강화하여 의약품 생산과 유통질서를 정비해서 국민들이 기본의약품에 대한 수요를 만족시켜야 한다는 요구를 제출하였다(許強, 2008). 2007년 10월 공산당 전국인민대표대회 제17회 전체회의에서 국가기본 의약품제도의 건립을 다시 제출하였다. 2008년 3월 중국 정부업무보고에서는 위생사업의 개혁과 발전을 추진할 것이며 중점적으로 국가기본의약품제도와 국가의약품공급보장체계를 구축하여 대중의 기본의약품사용수요와 기본의약품사용안전을 보장할 것이며 의약품가격의 상승을 통제할 것이라고 제시하였다. 그 후 중국은 식품약품감독국을 위생부가 직접 관리하는 것으로 명확히 결정을 내렸다. 위생부는 ‘삼정(三定)’ 및 위생부를 개혁하고 대외적으로는 국가기본의약품제도를 인수하여 관리하고, 대내적으로는 의료서비스 감독관리국과 의약품정책 및 기본의약품제도국을 설립하였다.



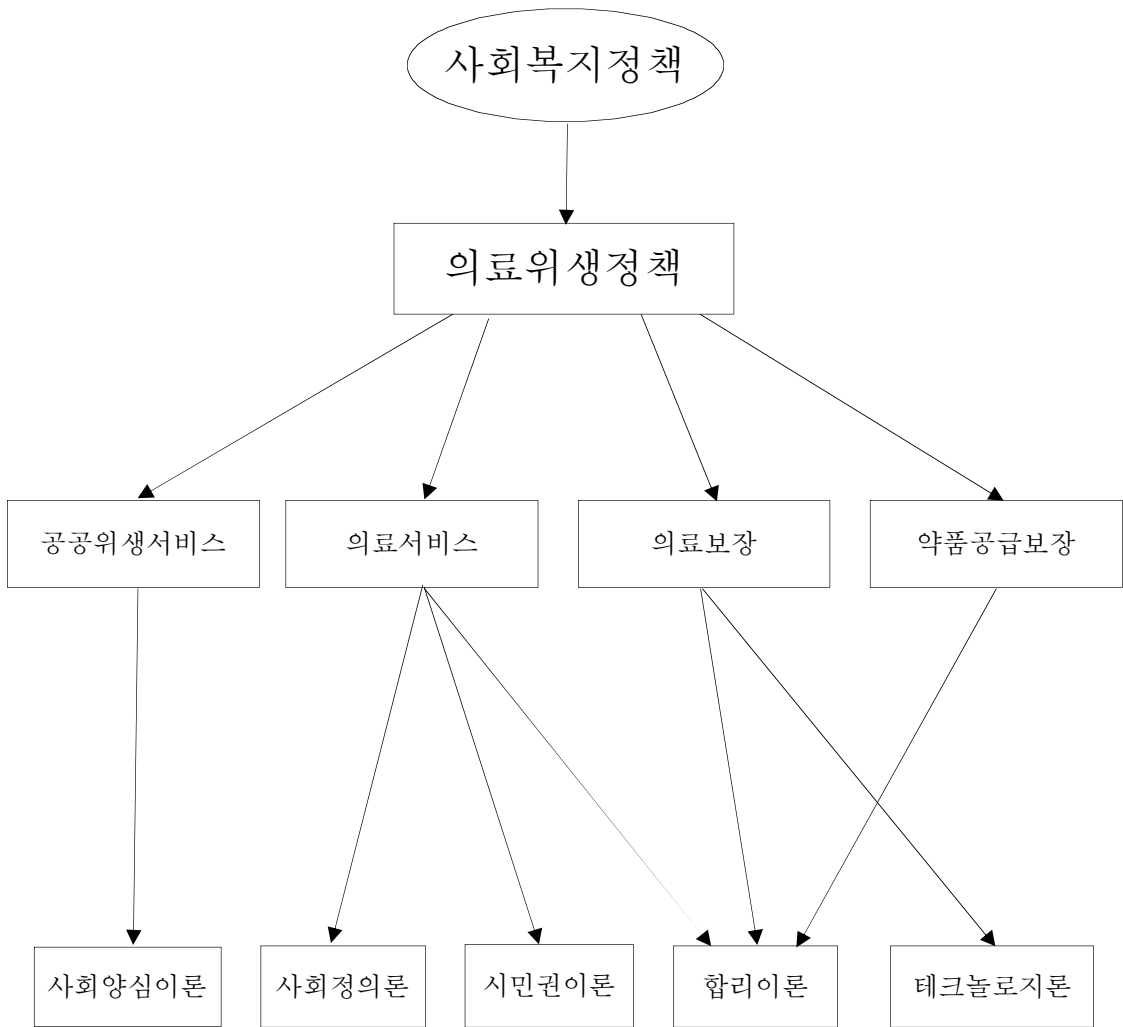
<그림 4-2> 중국의 의약품생산유통체제

중국의 국정에 의해 위생보건의 공평하고 효율적이어야 한다는 목표를 지향하였다. 기본약품은 대부분 인구의 수요를 만족시킬 만하고 언제라도 충분한 수량과 종류의 약품을 제공할 수 있고 게다가 가격도 개인이나 사회가 부담할 수 있는 약품이라는 기본정의에 의하고, 필수, 적합, 안전, 저렴한 원칙을 의거해야한다. 중국의 약품생산유통체제는 <그림 4-2>와 같다.

전환기의 의약제도에 대해서는 다음과 같이 규정하였다. 첫째, 병원과 약품가격의 통제를 강화해야하고 비용이 급속히 증가하는 것을 감독하고 통제해야 한다. 둘째, 의약을 분리하여 계산하고 구분하여 관리한다. 셋째, 기본의료보험은 지정된 의료기구와 약국관리를 시행한다. 넷째, 직공은 지정된 병원과 지정된 약국에 가서 진료를 받고 약을 사야한다. 다섯째, 기본의료보험의 약품 종류, 진료 종류와 의료서비스 비용표준 및 상응한 관리방법을 명확하게 규정한다.

기본약물제도는 무에서 유로 제정하고, 초보적으로 기본약물선별, 생산 공급, 사용 및 의료보험청구체제를 형성하였다. 2011년 기본약물제도가 하부 조직에서 전면적으로 펼쳐 정부가 설립한 하층의료위생기구는 전부다 기본약물을 사용하며 약품수입으로 진료를 보조하는 체제를 타파하였다. 국가기본약물 임상응용지침과 처방집을 제정하여 하부 조직의 약품사용행위를 규범하고, 합리적인 약품사용을 촉진하였다. 기본약물구매체제를 건립하여 기본약물은 성 단위로 집중구매를 실행하고, 하층의료위생기구 기본약물 판매가격이 개혁 전보다 평균 30%를 내리게 한다. 기본약물은 모두다 기본의료보장약품 청구목록에 게재하며 기본약물제도가 촌위생실과 비정부 하층의료위생기구에 의 보급을 촉진하였다. 약품생산유통영역개혁의 절차를 빠르게 진행하여 약품공급 보장수준을 제고한다.

위의 전환기에서 중국 의료위생정책 구조의 적용이론에 대한 분석은 <그림 4-3>으로 나타낼 수 있다.



<그림 4-3> 중국 의료위생정책 전환기의 이론분석

제5장 결론

제1절 연구결과의 요약

본 연구는 중국의 의료위생 정책역사를 단계별로 고찰하여 정책의 구조와 특성을 파악하고, 정책의 형성과 변화의 원인을 밝혀 새로운 의료위생체제 개혁에 바람직한 시사점을 도출하였다. 연구의 목적을 달성하기 위해 사회복지 발달이론을 활용하여 중국의 의료위생정책 발달과정을 분석하였다. 중국의 의료위생정책 발달사에 대한 연구의 결과를 요약하면 다음과 같다.

첫째, 중국의 의료위생정책 변화과정을 고찰하여 중국 의료위생체제의 구조와 특성을 이해하고, 의료위생체제 개혁의 내용과 목표를 파악하였다.

형성기의 중국 의료위생체제는 완전히 계획경제체제에 의존하였으며 이것은 한편으로는 당시 고도로 집중된 계획경제체제와 서로 맞물렸고 다른 한편으로는 당시 경제발전 수준과 사람들의 의료위생에 대한 수요와 부합되었다. 정부는 의료자원 배분의 주요한 담당자며 공공재정은 의료 제공과 자금 조달의 주요 방식이었다. 의료위생서비스의 공급제도를 보면 정부가 직접 의료위생기구를 설립하였다. 의료위생 관련 자금조달 제도를 보면 집단경제, 국유기업과 공공재정이 공동으로 위생체제 대부분의 자금조달 기능을 담당하였다. 의료위생에 대한 감독은 정부가 집중적으로 관리, 감독하는 형식을 취하였다.

이 시기 의료위생정책의 전환은 국가 경제체제의 개혁과 밀접하게 연관되어 선후 세차례의 개혁을 거쳐 이루어졌다. 제1차 개혁은 ‘권력과 이윤의 양도’ 핵심으로 하는 개혁정책을 의료위생영역에 도입하여 제2차 개혁은 시장화방향을 주도하여 1997년 국무원에서 《위생개혁과 발전결정》을 통과하였다. 제3차 의료위생체제 개혁은 의료위생정책의 재구성으로 다음에서 체현된다. 먼저 의료서비스 체계의 합리적인 분업과 하층 의료체계의 재구성이다. 다음으로 공립 의료기구의 보상, 관리, 운행, 감독 메커니즘의

변화이다. 그 다음으로 다원화된 자금조달 제도와全民 의료보장체계의 구축이다. 아울러 공공재정과 계층별 재정체계의 요구에 따라 의료위생 기구의 보조방식과 범위를 한층 개선하였다. 마지막으로 약품 공급체계 재구성이다. 이 세 차례 개혁은 중국의 의료위생정책이 점차적으로 계획모델부터 시장모델로 변화하여 위생체제에서 자금조달, 공급, 관리 삼위일체로 점차적으로 분리되는 과정이다.

의료위생체제 개혁은 국정을 기반으로 하여 모든 것을 실제로부터 출발하고 정확한 개혁원칙을 견지하여야 한다는 것이다. 이 원칙은 아래와 같은 내용을 강조한다. 첫째, 사람을 중심으로 하여 서민의 건강권익을 보호하는 것을 최우선으로 생각한다. 둘째, 국가의 국정을 기반으로 중국특색의 의료위생체제를 구축한다. 셋째, 공정성과 효율성의 통일을 견지하여 정부의 주도과 시장 메커니즘 역할의 발휘를 결합한다. 넷째, 여러방면의 일을 동시에 돌보며 통일된 계획을 수립하여 당면 문제의 해결과 제도체제의 개선을 결합한다.

중국 의료위생체제 개혁의 총체목표는 건전한 성·향(城·鄉)주민의 기본의료위생제도를 건립하여 안전, 유효, 편리, 가격이 저렴한 의료위생서비스를 제공하는 것이다. 2011년까지 기본의료보장제도는 전면적으로 성향주민에게 보급하고, 기본약물제도를 초보적으로 건립하며, 성향기반 의료위생서비스체제가 더 건전하고, 기본공공위생서비스를 보급하여, 공립병원 개혁의 성과를 이루며, 기본의료위생서비스의 활용을 선명하게 제고하고, 유효하게 주민의 의료비용 부담을 감소하며, 실제적으로 ‘병 보기 힘들고 의료비가 비싼’ 문제를 개선하였다.

중국은 1980년대부터 의료위생체제 개혁을 시작하여 2009년 3월 《심화 의료위생체제 개혁에 관한 의견》의 반포에 따라 새로운 의료위생 개혁을 전면적으로 시작하였다. 개혁의 기본이념은 기본의료위생제도를 공공상품으로全民에게 제공하여 사람마다 기본의료위생서비스를 향유하도록 노력하며, 제도적으로 국민마다 지역, 민족, 연령, 성별, 직업, 수입수준 등과 관계없이 공평하게 기본의료위생서비스를 획득하게 보증하는 것이다.

중국의 기본의료위생정책은 주로 의료위생의 4가지 체제와 8가지 지탱으로 구성되

었다. 4가지 체제는 공공위생서비스체제, 의료서비스체제, 의료보장체제 및 약품공급보장체제이다. 8가지 지탱은 의료위생관리, 운영, 투입, 가격, 감독, 기술과 인력체제구조, 정보, 법률의 구축을 개선하여 네 가지 체제의 효율적 운영을 보장하는 것이다.

건전한 질병예방통제, 건강교육, 부유보건, 정신위생, 응급치료, 채혈 및 공급, 위생감독, 산아제한계획 등 전문 공공위생서비스 시스템을 건립하여 하층 의료위생서비스 시스템을 기초로 의료서비스체제의 공공위생서비스기능을 개선하고, 분업을 명확하게 하고, 정보 교환, 자원 공유, 조화작동의 공공위생서비스체제를 건립한다. 또한 공공위생서비스와 돌발 공공위생사건의 응급처리능력을 제고하여 도시와 농촌주민의 점진적 균등화를 향유한 기본공공위생서비스를 촉진한다.

비영리성 의료기구를 주체로 하고 영리성 의료기구를 보충으로 하여 공립의료 기구를 주도로 비공립의료 기구와 공동발전의 원칙을 견지한다. 농촌의료위생 서비스체계를 발전하고 커뮤니티 위생서비스를 기초로 신형도시 의료 위생서비스체계를 개선하여 각종 병원의 기능과 직책을 전반적으로 건립하고 도시병원과 커뮤니티 위생서비스기구의 분업협조구조를 건립하여 중의약의 작용을 충분히 발휘하며 도시병원과 부합하는 농촌의료위생제도를 건립한다.

성·진직공 기본의료보험, 성·진주민 기본의료보험, 신형농촌합작의료 및 도시와 농촌 의료구조제도를 구축하고 각 제도간의 연결을 갖추며 적극적으로 상업건강보험을 발전시킨다.

국가 기본약품제도를 건립하여 약품 생산 및 유통을 규범화한다. 국가 기본약품제도 기반의 약품 공급보장체제의 설립을 촉진하고 사람들의 안전한 약물사용을 보장한다.

둘째, 사회복지 발달이론으로 중국 의료위생정책의 변화과정을 분석하여 정책구조를 설명하였다.

신중국의 의료위생체제는 구소련의 계획경제체제하의 위생제도 모델을 그대로 답습하여 계획경제하의 위생공급제도를 실시하였다. 하층위생조직은 사회주의 성격을 띤 위생복지기관으로 주요 임무는 의료예방, 위생방역, 부유위생과 위생선전 및 교육사업이다. 도시지역 공공부문과 사업부문은 공비의료보장제도를 실행하여 기업에서는 노동

의료보장제도를 실시하고, 그 자녀는 부모의 의료보장을 향수할 수 있게 하였다.

형성기의 중국 의료위생체제는 완전히 계획경제체제에 의존하여 한편으로 당시 고도로 집중된 계획경제체제와 서로 맞물렸고 다른 한편으로 당시 경제발전 수준과 사람들의 의료위생에 대한 수요와 부합되었다. 정부는 의료자원 배분의 주요한 담당자며 공공재정은 의료 제공과 자금 조달의 주요 방식이었다. 정부는 행정수단으로 의료 투자, 의료기구와 의료진 및 기술과 설비의 진입을 직접 통제하고 의료서비스 가격을 직접 결정하였으며 의료서비스의 양과 질에 대하여 행정수단으로 직접 통제하였다. 정부가 고도로 집중된 공공서비스 제공방식으로 직접 의료위생 투자와 기구의 설립, 의료진의 진입을 통제하였다.

의료위생정책의 형성기는 의료보장제도와 의료위생서비스로 체현한다고 볼 수 있다. 이 시기는 국가가 소유권에 대한 통제와 독점을 실현하여 이익주체의 이익표출 행위는 전부 소속된 단위조직을 통하여 진행되었다. 계획경제하에서 단위는 국가와 개인을 연결하는 유대로 이를 매개체로 하는 이익 표출 메커니즘은 효과적으로 사회질서를 유지하는 수단이 되었다. 단위는 사회충돌을 체제 내에 전달하여 기업의 고용자와 국가체제를 연결 시켜 사회의 이익충돌을 제한하거나 단위 내부 문제로 전환시켜 사회적 충돌을 완화시켰다. 단위는 이중성을 띠고 있는데 한편으로는 통제적 기능을 띤 국가행정조직이며 다른 한편으로는 이익 조직화와 수출 기능을 띤 정치조직이다. 이 시기의 의료보장제도는 공비의료제도, 노보의료제도, 농촌합작의료제도 세 가지가 포함된다. 위의 의료보장제도에 관한 구조와 특성에 대한 분석을 살펴보면 국가가 의료자원의 배분, 자금조달, 의료기구 등을 직접 통제하며 정부는 절대적 권력을 가지고 있다. 또 이 시기의 의료체제는 지리적으로 가까운 구소련의 계획경제체제하의 위생제도 모델을 그대로 적용하여 계획경제하의 위생공급제도를 실시하였다. 즉 형성기의 의료보장제도는 확산이론과 국가중심적 이론으로 설명할 수 있다. 이 시기의 의료위생서비스는 정부가 고도로 집중된 공공서비스 제공방식으로 직접 의료위생 투자와 기구의 설립, 의료진의 진입을 통제하여 의료서비스의 양과 질을 보장하였다. 또 의료위생서비스의 제공으로 그 시기의 사회질서를 유지하는 중요한 정책수단이 되었다. 즉 형성기의 의료위생서비

스는 국가중심적 이론과 음모이론으로 설명할 수 있다.

의료위생정책의 전환기는 공공위생서비스체제, 의료서비스체제, 의료보장체제, 약품공급보장체제로 구성된다. 국가가 무료로 전체 주민에게 국가기본 공공위생서비스를 제공하여 특수질병과 특수지역에서 국가는 중대 공공위생서비스 프로젝트를 실시하여 정부에서 직접적으로 개입하였다. 즉 공공위생서비스체제는 사회적 의무감의 확대와 사회적 욕구의 충족으로 국민에게 제공하여 사회양심이론으로 설명할 수 있다.

개혁·개방 이후 의료위생 영역의 중요한 특징은 기술혁신이며 고속의 경제성장을 이루었다. 제도혁신의 배경 하에서 기술 혁신은 의료위생 영역에 새로운 활력을 주었으며 시장 확장작용을 통하여 제도가 고효율 방향으로 개선되도록 하였다. 이런 특징으로 전환기의 의료서비스체제, 의료보장체제, 약품공급보장체제는 합리이론로 설명할 수 있다.

의료서비스체제를 살펴보면 우선 사상적 자유의 실현을 추구하기 시작하였고 사회 각 계층은 자신이 추구하는 개인이익, 개인 행복의 권리를 갖게 되었으며 개인권리에 대한 추구는 개혁의 기본 정신이 되었다. 제도적 환경이 질적인 변화를 가져오고 국부적인 자유화를 실현한 상황에서 사회 여러 계층, 조직, 개인은 개인 행복을 추구하였다. 새로운 의료위생개혁은 기본의료위생제도를 공공상품으로 전민에게 제공하여 사람마다 기본의료위생서비스를 향유하도록 노력하며, 제도적으로 국민마다 지역, 민족, 연령, 성별, 직업, 수입수준 등 관계없이 공평하게 기본의료위생서비스를 획득하게 보증한다. 개혁의 기본원칙은 기본을 보장하고, 하부 조직을 강화하여 메커니즘을 건설한다. 개혁의 중점은 공공관리와 서비스를 분리하여 사회적 공평성을 강조하였다. 정부주도의 개혁이 추진되면서 기존의 이익배분의 기본 메커니즘에 변화가 발생하였으며, 미시적 경제주체의 확장으로 다원구조하의 사회이익배분의 메커니즘이 형성되었다. 전환기의 의료서비스체제는 사회정의론과 시민권론이 적용된다.

의료보장체제는 제도의 제정, 실행 및 평가과정에서 정책분석의 기술적 발전으로 인해 제도의 효율성을 높였다. 이 방면은 사회복지발달의 테크놀로지론으로 설명할 수 있다.

셋째, 중국 의료위생정책의 형성, 발전 및 개혁과정은 경제주체의 형성과 발전단계에서의 경합과정이다. 의료체제 개혁은 본질적으로 사회 공공재의 재분배로써 윤리 면에서는 사회공정과 정의와 관련되고 경제와 관리적 측면에서는 각 계층, 경제주체 간의 이익배분을 위한 상호작용 과정으로 볼 수 있다. 위생체제 개혁과 재정체제의 변화 및 시장화 개혁에 따라 중국의 의료위생 영역에는 여러 가지 형식을 갖춘 경제주체들이 나타났다. 의료위생체제 개혁은 하나의 정치과정일 뿐만 아니라 여러 경제주체들이 서로 작용하고 이익 최대화를 추구하는 과정이다.

형성기의 사회구조적 배경에서 의료위생제도는 다음과 같은 기본규칙을 찾아 볼 수 있다. 먼저, 자원 배분의 기본규칙에 대한 계획으로 의료위생은 주로 공공재정, 국유기업에 의존하였다. 위생자원의 배분은 사실상 위생자원이 도시 국유경제와 농촌 집단경제에서의 배분이었으며 결과 공평의 원칙에 따랐다. 다음으로, 배분규칙을 놓고 보면 각 계층 간의 공평성을 강조하였다.

정책 변화의 주체에 대한 분석에서 중국의 30년 동안의 의료위생제도 변천은 중앙정부 및 관련 부문이 관련 정책과 법규를 제정하고 집행하는 형식으로 강제적 변화를 추진하는 과정이었으며 정부는 절대적인 영도자와 정책결정자의 역할을 담당하였다. 겉으로는 정부 및 관련 부처가 자신의 외부규칙에 유리한 제도 혁신과정으로 보이지만 이면에는 내부 규칙의 변화에 따른 제도적 수요과정인 것이다. 강제적 변천과정에는 또 유인이 존재하기 마련이다.

정책변화의 동태적 과정에서 중앙정부는 주요한 행위자로 외부환경의 변화와 잠재적 수익이라는 두 가지 유인에 따라 제도변천과 혁신을 진행하였다. 중앙정부는 비교적 강대한 이익주체로 또 제도변천에서 가장 중요한 경제주체이며 의료제도의 건립에 최종 결정권을 갖고 있다. 정부와 비정부 경제주체가 참여한 제도 배치에서 정부가 정치와 자원배분에서의 우세적 지위로 제도변천의 비용을 낮췄으며 정부의 정책선호가 제도변천의 주도적 요소가 되었던 것이다. 또 정부는 이미 잠재적 수익과 이윤의 존재를 인식하고 있는 것이다. 중앙정부의 이익선호는 거시적이고 더 종합적으로 전체 국민경제와 사회발전의 관점에서 제도 선택을 결정하는 것이다. 의료위생 서비스 중 대부분

이 공공재와 준공공재로 정부의 제공이 더욱 효과적인 것이다.

미시경제주체가 성장하면서 이들은 정부 공공정책 결정에 영향을 미치는 중요한 역량으로 부상하게 된다. 구체적으로, 지방정부가 제도혁신과정에 직접 개입하여 시장화 과정에서 나타나는 새로운 요소들을 적극 보호해 나섰고 이로 인해 형성된 다양한 경제주체는 제도적 변화에 날로 중요한 영향을 미치게 되면서 제도혁신의 질적 발전의 중요한 동인이 되었다. 개혁 이전 중국의 재분배 체제는 일반적으로 사회의 절대 대부분 자원을 장악한 행정권력에 의해 주도되었다. 즉 거시적인 방식을 통해 사회 재부가 재분배되었던 것이다. 그러나 시장화 과정을 거치면서 다양한 경제주체가 형성되고 이익 재분배 과정에 개입하게 되면서 자원배분의 기본요인으로 전환하게 된다. 따라서 거시적인 사회정책이 추진된다 하더라도 이는 경제주체간의 충돌을 거쳐야만 완성될 수 있었다. 의료위생체제 개혁도 이처럼 미시 경제주체와 정부 간에 끊임없이 게임하는 이른바 ‘이익 경합의 시대’로 진입하게 되었다. 즉 정부주도의 개혁이 추진되면서 기존의 이익배분의 기본 메커니즘에 변화가 발생하였으며, 미시적 경제주체의 (권한)확장으로 다원구조하의 사회이익배분의 메커니즘이 형성되었다. 새로운 이익배분 메커니즘 속에서 미시 경제주체는 이익경합의 주체 또는 기본단위를 구성했다.

의료위생정책 발달과정에서 다양한 경제주체와 관련자들은 서로 상호작용하면서 복잡한 경합구도를 형성하였다. 다시 말해서 이익의 분화는 점차 3개의 독립적인 경제주체, 즉 중앙정부, 지방정부, 미시 경제주체를 형성하였다. 제도경제학 시각에서 볼 때 제도는 하나의 메커니즘(경합행위)의 실시를 통해 사람들로 하여금 같은 메커니즘 속에서의 균형 결과를 통해 한 개 사회의 가치판단의 기준을 만족시킨다.

중국 의료위생체제 개혁과정에서 정책은 경제주체의 형성과 선택에 영향을 미치고, 이에 반해 경제주체는 정책 개선에 중요한 영향을 미친다. 경제관리 과정에서 ‘책임, 권력, 이익’이 분리되면서 중앙, 지방, 경제주체들은 권력, 이익을 둘러싸고 이합집산 방식의 반복과정을 진행하게 되었다. 제도변혁으로 발생하는 새로운 기회 및 외부이익들은 시장행위주체들의 제도혁신 노력에 동기부여의 역할을 한다. 오로지 새로운 이익 획득의 기회와 외부이익이 끊임없이 발생할 때라야만 이익집단은 제도 불균형의 조건

하에 경제이익 극대화를 추구한다. 이에 따라 국가의 독점적 행위가 전제 받을 경우 의료위생개혁의 순리로운 추진이 가능해 지게 되는 것이다.

제2절 연구의 시사점

중국의 의료위생체제는 중국경제 및 사회체제 개혁과정 속에서 점차 형성된 것이기 때문에 그 발전과정은 중국의 경제사회와 내적 연관성을 갖고 있다고 할 수 있다. 의료위생 개혁의 점진성은 다음의 원인에서 불가피한 것으로 되었다. 즉 의료위생 개혁은 그 시점은 계획경제로부터 시장경제로의 전환 속에서 진행되어야만 했다는 것이다.

첫째, 중국의 의료위생체제 개혁은 경제체제 개혁과 마찬가지로 한차례 점진적 개혁과정이다. 이러한 점진적 개혁과정의 최대 특징은 점차적으로 하급 경제주체들의 권리를 확대시키고, 구체제의 급격한 파괴를 초래하지 않는 전제하에서 부분적, 단계적 실행을 거쳐 점차 확대하는 방식을 취하게 하는 것이다. 중국의 의료위생 개혁은 주로 장시기 동안 기존 이익구조에 급격한 충격을 주지 않는 것을 전제로 제도의 점진적인 확산과정을 거쳐 형성되는 방식을 취해왔다. 이러한 점진적 방식은 상당한 정도에서 민간부문의 참여와 미시경제주체의 이익획득을 가능하게 함으로써 제도혁신에 관건적 역할을 하게 되었다. 물론 제도변화 초기단계의 주요 목표는 우선적으로 경제적 활력소를 불어넣는 것이었으므로 무엇보다 중요한 것은 새로운 제도적 요인들을 지속적으로 양성해 내어 점차적으로 시장경제체로 이행해나가는 것이었다.

둘째, 체제전환과정에서 중국 의료위생정책의 발달은 한반도에 큰 시사점을 준다. 북한은 언제 어떻게 체제전환을 할 것인가, 그리고 북한은 어떻게 전환기에 대혼란과 국민생활의 위협을 극복할 것인가 하는 문제가 중요시된다. 그중에서도 체제전환 후 북한의 사회보장제도와 의료위생정책을 어떻게 개혁할 것인가 하는 질문에 큰 관심을 가지고 있다. 사회주의 체제하의 북한은 개혁과정에 사회변화와 안정을 대비하여 중국의 사회보장제도의 전개 및 개혁과정의 실태를 파악하는 것이 매우 현실적인 시사점을 갖

고 있다. 중국의 의료위생정책을 추진하는 과정, 내용 및 결과를 분석하여 향후 북한의 의료보장개혁 연구에 참고할 수 있는 기초자료를 제공할 수 있다.

셋째, 효과적 측면에서 볼 경우 중국 의료위생제도의 변화는 시장메커니즘 및 이와 상호 연관되는 경제사회발전 기반을 이탈할 수 없었다. 정부의 일방적 의도에만 의존해서도 의료위생제도의 혁신과 개선은 이루어질 수 없었고, 시장기체에만 의존할 경우에도 상당한 리스크가 따르기 때문에 궁극적으로 정부 주도하의 통합적인 계획과 관리를 거쳐야만 했다. 이러한 인식은 의료위생체제 개혁의 혁신과정에서 나타난 새로운 경험이라 할 수 있다. 즉 점진적 의료위생개혁 과정은 정부의 제도공급 개선이 필요할 뿐만 아니라, 미시경제주체의 적극적인 혁신행위도 필요하다. 의료위생 개혁의 추진과 함께 경제구조, 사회구조도 점차적으로 변화를 가져오기 때문에 어떻게 하면 일정 정도의 사회적 통합성과 각 계층, 집단 간의 합종연횡의 상호작용의 관계를 유지할 수 있는지가 점진적 의료위생 개혁이 정상적으로 추진될 수 있는 기본 요건 중 하나이다.

정책의 변화는 환경요인의 변화가 정책변화주체의 수익-비용관계에 영향을 미칠 때라야만 가능해진다. 일련의 분권행위 이후 중국 의료위생체제 개혁은 거시적 측면에서 정부권력과 시장권력 간의 경합과정으로 변화하였으며 또한 이러한 경합은 거시적 시각에서 의료체제 개혁을 추진하는 근본동력이 되었다. 시장역량을 양성하고 시장과 정부의 경합행위를 통해 의료위생제도의 점진적 개혁을 완성함으로써 오늘날 의료위생체제는 관건적 단계에 들어서게 된 것이다. 오로지 새로운 인센티브 제도와 외부이윤이 지속적으로 발생할 때라야만 이익집단은 제도적 불균형 조건하에서 경제이익 최대화의 요구와 국가의 독점행위 간의 균형을 형성할 수 있으며, 의료위생 개혁은 보다 순리롭게 추진될 수 있다.

제3절 향후 연구방향

본 연구는 중국의 의료위생정책을 단계별로 나누어 고찰하여 사회복지 발달이론을 의료위생정책의 내용, 특성에 적용하고 분석하였다. 사회복지 발달이론을 통해 의료위생정책의 목표와 가치가 이루어지고 정책의 형성과 변화를 설명하였다. 본 연구는 중국 의료위생정책의 전개과정을 역사적으로 입각하여 비교적 자세하게 의료위생정책의 변천과정 내용 및 특성을 도출하였지만 정책의 전면적 연구에는 한계가 있다. 향후 지속적으로 노력해야 할 연구방향에는 다음 몇 가지 과제가 있다.

첫째, 다른 나라의 의료위생정책과 비교분석을 통하여 사회적·정치적·경제적 배경에서 정책의 공통점과 차이점을 도출하는 것이다. 비교를 통해 중국의 특정 역사배경에 정책의 특성을 더욱 심화하여 각 시기 정책의 결함을 파악하고, 현재 중국 의료위생정책의 제정 및 집행에 유용한 지침을 남긴다.

둘째, 중국의 의료위생정책 변천과정에서 나타난 이익집단들의 관계를 규면하는 것이다. 의료위생체제 개혁은 본질적으로 사회 공공재의 재분배로써 경제와 관리적 측면에서는 각 계층, 이익집단 간의 이익배분을 위한 상호작용 과정으로 볼 수 있다. 중국의 의료위생체제 개혁과정을 살펴보면 하나의 정치과정일 뿐만 아니라 여러 이익집단이 서로 작용하고 이익 최대화를 추구하는 과정이다. 의료위생정책의 내재적 이익규칙 분석을 통하여 이익집단 간의 충돌이 의료위생체제 개혁에 어떠한 영향을 미치는지, 또 어떻게 그들의 충돌을 협력으로 전환시킬 것인가에 대한 해답을 얻어 의료위생체제 개혁에 과학적인 근거를 제공할 수 있다.

<참고문헌>

1. 한국문헌

- 감정기(1992), “한국 사회복지사 시대구분: 공적 노동복지제도 분석을 중심으로”, 경남대학교 사회과학연구소, 사회과학연구, p.63-65.
- 감정기(2002), 사회복지의 역사, 나남출판.
- 장일규·송봉규(2001), “중국 특색의 사회보장체제 개혁과 평가”, 직업능력개발연구, 4권 2호, 한국직업능력개발원, pp.6.
- 장욱모(2003), 21세기 사회복지정책, 청목.
- 공봉진(2008), 중국지역연구와 현대중국의 이해, 오름.
- 권현수(1994), 사회복지학의 이해, 유봉출판사.
- 김경동(1983), 현대 사회학의 쟁점, 법문사.
- 김동국(1986), 사회복지사, 집현전.
- 김상균(1987), 현대사회와 사회정책, 서울대학교출판부.
- 김병철(2010), “개혁개방전후의 중국의료보장제도의 변화”, 7월호, pp.80-92.
- 김영모(2000), 사회복지학, 고현출판부.
- 김영중(1999), 사회복지 조사방법론, 학지사.
- 김정연(2003), “체제전환에 따른 중국 사회보장 제도의 변천과정 연구”, 가톨릭대학교 대학원 석사학위논문.
- 김태곤(1999), “중국 사회보장제도 연구: 사회보장제도 형성·전개 과정 및 개혁성과 분석을 중심으로”, 광주대학교 대학원 석사학위논문.
- 김태성(1993), 복지국가론, 나남출판.
- 김태성·김진수(2005), 사회보장론, 청목출판사.
- 류지성(2007), 정책학, 대영문화사.

- 문경태(2010), “체제전환에 따른 러시아와 중국의 의료보장 개혁 비교”, 숭실대학교 대학원 박사학위논문.
- 박광준(2002), 사회복지의 사상과 역사, 양서원.
- 봉민근(1997), 사회복지정책론, 학문사.
- 백승욱(1997), “중국 ‘단위복지’체제의 해체: 사회보험제도 개혁을 중심으로”, 중소기업, 통권76호, pp.93-135.
- 백승욱(2001), 중국의 노동자와 노동정책, 문학과지성사.
- 송근원(1995), 사회복지정책론, 나남출판사.
- 신용하(1982), 사회사와 사회학, 창작과 비평사.
- 신현방(2005), “개혁 정책이후 중국사회보장제도의 변화”, 보건복지포럼통권 제104호, pp.116-135.
- 안해균(1995), 정책학원론, 다산출판사.
- 양정하(2004), 사회복지발달사, 현학사.
- 오정수(1987), “북한의 사회체제변동과 사회정책의 발전과정”, 서울대학교 대학원 석사학위논문.
- 오정수(2006), 중국의 사회보장, 집문당.
- 왕효취(2009), “중국 기본의약품제도 개선방안 연구”, 광운대학교 대학원 석사학위논문.
- 유영옥(1997), 환경학, 학문사.
- 유훈(2009), 정책변동론, 대영문화사.
- 유희문 외(2001), 현대중국경제, 교보문고.
- 이광주(1981), 역사와 사회과학, 한길사.
- 이영석(1999), 역사학을 위한 변론, 소나무.
- 이수천(2011), 사회복지정책론, 사회복지전문출판 나눔의집.
- 이중희(2004), “중국의 사회보장제도의 도입과 추진”, 중소기업, 제28권 제3호, 한양대학교 아태지역연구센터, p.18.
- 장개(2011), “중국 사회보장제도에 관한연구: 중국 사회보험제도를 중심으로”, 배재대학

교 일반대학원 석사학위논문.

장연화(2008), “의약품 및 건강기능식품에 있어 광고규제에 관한 법적 검토 및 개선방안”, 연세대학교 대학원 석사학위논문.

장인협(1997), 사회복지학개론, 서울대학교출판부.

전재일(2001), 사회복지개론, 형설출판사.

정정길(1994), 정책학원론, 양서원.

정정길(2010), 정책학원론, 대명출판사.

지윤(1964), 사회사업사, 정신사.

최병선(1999), 무역정치경제론, 박영사.

하상락(1989), 한국사회복지사론, 박영사.

현외성(2000), 사회복지정책강론, 양서원.

2. 중국문헌

薄先鋒·董踐眞(1993), “医療衛生改革舉步維艱”, 医療衛生改革.

蔡維生·王樹華(2007), “論弱勢群體的醫療保障問題”, 中國衛生法制, 第15卷第4期.

陳佳貴·王延中(2007), 中國社會保障發展報告--轉型中的衛生服務与医療保障, 社會科學文獻出版社.

陳勝文(2010), “医療衛生体制改革問題研究”, 湖南大學 碩士學位論文.

陳書全(1998), 改革開放20年時事概覽, 天津教育出版社.

成思危(2000), 中國社會保障體系的改革與完善, 民主與建設出版社.

陳祥君(2011), “社區衛生服務机构實施基本藥物制度的現狀与策略研究”, 夏旦大學 碩士學位論文.

仇雨臨(2004), “中國医療保障體系的現狀与完善”, 北京市計劃勞動管理干部學院學報第3期.

傅衛·陳迎春·姚嵐(2000), “市場經濟條件下合作医療運行的經驗和教訓”, 中國農村改革与發展國際研討會專集.

- 龔向光·胡善聯(2005),“衛生資源配置的公平性分析”,中華醫院管理雜誌,第2期.
- 谷光(2007),“醫改二次革命”,健康大視野:醫藥衛生,第1期.
- 黃柏強(2012),“我國基本藥物制度推進中的問題與對策”,東北師範大學 碩士學位論文.
- 李玲·江宇(2008),“改革開放背景下的我國医改”,中國衛生經濟,第2期.
- 李宁(2005),“中國農村醫療衛生保障制度研究”,中國農業大學博士學位論文.
- 李培林(1995),中國新時期階級階層報告,遼寧人民出版社.
- 李新泰(2011),“山東省農村基本藥物制度的政策效應研究”,山東大學 博士學位論文.
- 劉寶·胡善聯·蔣烽(2005),“中國衛生總費用的地區差異和城鄉差距分析”,中華醫院管理志,第6期.
- 劉新明等(2001),中國衛生年鑒,北京人民衛生出版社.
- 劉亞囡(2013),“中國基本公共衛生服務政策及實証研究”,山東大學 碩士學位論文.
- 宋曉梧(2001),中國社會保障體制改革與發展報告,中國人民大學出版社.
- 覃有士·樊啓榮(1997),社會保障法,北京法律出版社.
- 王東進(1998),中國社會保障制度,企業管理出版社.
- 王根賢(2007),“中國公共醫療衛生保障制度研究”,西南財經大學博士論文.
- 王洪運(2011),“完善基層醫療衛生服務體系對策研究”,東北財經大學 碩士學位論文.
- 王麗潔(2012),“實施國家基本藥物制度對基層合理用藥的影響”,夏旦大學 碩士學位論文.
- 王翌秋(2010),“新型農村合作醫療對老年人醫療消費行為與健康狀況的影響研究”,CWE Working Paper.
- 吳健(2006),“醫療衛生體制改革的行政法分析”,中國政法大學碩士論文.
- 夏冕(2010),“利益集團博弈與我國醫療衛生制度變遷研究”,華中科技大學博士學位論文.
- 信長星(1994),“中國勞動體制改革十五年”,經濟研究參考,第31期,經濟科學出版社.
- 徐晶(2005),“評論:防治中國醫療改革病--根據世界衛生組織報告編輯整理”,中國衛生產業,第9期.
- 徐珮璐(2007),“城鎮醫療衛生體制改革研究”,華東師範大學 碩士學位論文.
- 許強·劉高伍·程才·張新平(2008),“我國醫療機構面對基本藥物制度改革趨勢與對策”,現代

醫院, 12期.

楊廣亮(2007), “不同國家醫療保障制度研究”, 山東大學 碩士學位論文.

楊帥(2011), “我國基本藥物制度實施問題研究”, 南京中醫藥大學 碩士學位論文.

殷悅(2009), “醫療衛生體制改革中政府與市場關係的重構”, 山東大學 碩士學位論文.

張靜(2001), 利益組織化單位-企業職代會案例研究, 中國社會科學出版社.

張世清(2007), “我看當前的醫療改革”, 中國醫院, 第11卷第6期.

張維迎(2004), 博弈論與信息經濟學, 上海人民出版社.

張曉燕(2009), “我國社會醫療保險制度變遷机理分析”, 現代商貿工業, 第23輯.

張暎碩(2010), “中國國有企業改革與勞動關係的轉變”, 北京大學 博士學位論文.

鄭功成(2002), 中國社會保障制度變遷與評估, 中國人民大學出版社.

鐘東波(2008), “我國的公立醫院體制改革-歷程、績效、動因機制及政策建議”, 第64次中國改革國際論壇論文集.

周文娟(2012), “我國城鄉基本醫療衛生服務均等化研究”, 湖南師範大學 碩士學位論文.

周冀虎·楊曉民(1999), 中國單位制度, 中國經濟出版社.

國家發展計劃委員會·勞動社會保障部(2001), “勞動社會保障事業發展 第10次 5個年 計劃綱要”.

國家統計局信息中心, 2010.

國務院體改辦、國家計委(2000), “關於城鎮醫藥衛生體制改革的指導意見”.

中國農村統計年鑒, 1999.

中國衛生統計年鑒, 1997.

中國衛生統計年鑒, 1999.

中國統計年鑒(2001), 中國統計出版社.

中華人民共和國衛生部(2012), “中國醫療衛生事業發展狀況”.

中華人民共和國衛生部(1980), “關於允許個體開業行醫問題的請示報告”.

中華人民共和國國務院(1985), “關於衛生工作改革若干政策問題的報告”.

中華人民共和國國務院(1989), “關於擴大醫療衛生服務有關問題的意見”.

中華人民共和國國務院(1992), “關於深化衛生醫療體制改革的幾點意見”.

中共中央、國務院(1997), “關於衛生改革與發展的決定”.

中國的醫療衛生事業(2012), 中華人民共和國衛生部.

“中國威海”政府門戶網(www.weihai.gov.cn,2012), “關於應對人口老齡化問題的調查報告”.

3. 영어문헌

Deacon, R.(1983), *The Struggle for Socialist Relations of Welfare*, London and Sydney, Pluto Press.

DiNitty D. M. & T. R. Dye(1983), *Social Welfare: Politics and Policy*, New York: Prentice-Hall.

Dixon, J. and Kim, H. S.(1992), “Social Welfare under Socialism”, Dixon, J. and Macarov, D.(eds.), *Social Welfare in Socialist Countries*, *Routledge, New York, NY*, pp.1-9.

Dror, Yehezkel(1983), *Public Policy Making Reexamined*, New Jersey: New Brunswick Transaction Inc.

Dunham, A.(1970), *The New Community Organization*, New York: Thomas Y. Crowell Comany, 1970.

Friedlander, Walter A. & Robert Z.(1974), “Introduction to Social Welfare”, *Englewood Cliffs, N.J.*: Prentice-Hall.

George, V. and Manning, N.(1980), “Socialism, Social Welfare and the Soviet Union”, *Londen, Routledge and Kegan Paul*.

George, V. and P. Wilding(1994), *Welfare and Ideology*, Hertfordshire, UK: Harvester Wheatsheaf.

Leung, Joe C. B.(2003), “Social Security Reforms in China: Issues and Prospects”, *Int J. Soc. Welfare*. 12: pp.73-85.

- Lipset S. M.(1968), “History & Sociology: Some Methodological Considerations”, in S. M. Lipset & R. Hofstadter(eds.), *Sociology & History: Methods, New York*.
- Navarro, V.(1976), “Social Security and Medicine in the USSR; A Marx Critique”, Lexington, Mass, *Lexington Books*.
- Pablo Gottret and George Schieber(2006), *Health Financing Revisited: A Practitioner’s Guide*, The World Bank.
- Philip Klein(1968), *From Philanthropy to Social Welfare*, Jossey-Bass.
- Pinker, R.(1980), “The Idea of Welfare”, *London, Heinemann*.
- Ramanyshyn J. M.(1971), *Social Welfare: Charity to Justice*, Now York: Random House.
- Rimlinger, G. V.(1971), “Welfare Policy and Industrialization in Europe, America and Russia”, *New York, Wiley*.
- Titmuss R.(1981), *Social Policy: An Introduction*, London: George Allen & Unwin Ltd..
- Townsend P.(1975), *Sociology and Social Policy*, Hamondsworth: Penguin.
- Walder, A. G.(1996), “China’s Transitional Economy: Interpreting its Significance”, Walder, A. G.(ed.), *China’s Transitional Economy, New York, Oxford University Press*.
- Wilensky, H. L. et al.(1985), *Comparative Social Policy: Theories, Methods, Findings*, Berkeley: University of California Press.

4. 일본문헌

- 一番 懶康子·高島 進(1981), *社會福祉の歴史*, 東京: 有斐閣.
- 大陽寺 順一(1983), *西ドイツ総合社會政策論の生成とその源流, 社會政策の現代的課題*.
- 三浦 文夫(1988), “社會福祉の政策”, *現代社會福祉地辭典*, 東京: 全國社會福祉協議會.