



# 개혁개방 전후의 중국 의료보장제도의 변화

김병철 (중국인민대학 사회복지학과 조교수)

## ■ 머리말

1949년 중화인민공화국 성립 이후 중국 의료보장제도의 발전 과정을 살펴보면, 시기적으로 개혁개방 이전의 전통 의료보장 시기와 개혁개방 이후의 신형 의료보장 시기로 구분할 수 있다. 이러한 시기적 구분과 함께, 의료보장제도의 내용상에서 한 가지 특징을 보이는데, 전통 의료보장 시기에는 소속된 단위별로 서로 다른 의료보장제도에 속했다는 점이다. 즉, 도시에서 공비의료(公費醫療)제도는 기관 및 사업 단위에 종사하는 근로자에게는 공비의료가 적용되고 국유기업의 근로자에게는 노동보험의료(勞動保險醫療)제도가 적용된 반면, 농촌주민은 상호협력보장제도인 농촌합작의료제도에 적용되었다. 이후 개혁개방정책을 비롯한 새로운 사회·경제환경에 맞추어 전통 의료보장제도는 개혁을 단행하였으며, 의료보장의 대상자가 도시근로자에서 점차적으로 전 국민으로 확대되었다. 따라서 본고는 최근 새로운 제도를 도입하고 있는 중국 의료보험제도를 개혁개방을 기점으로 나누어 살펴봄으로써 중국 의료보험제도의 변화와 현황에 대한 이해를 높이고자 한다.

## ■ 개혁개방 이전 중국의 의료보장제도

개혁개방 이전 중국의 의료보장제도는 1950년부터 시작되었고, 도시와 농촌으로 이원화된 구조로 인해 도시에서는 도시주민을 위해 공비(公費)의료제도와 노동보험의료제도가 실시된 반면,

농촌주민을 위해서는 합작(合作)의료제도가 실시되었다. 그 중, 중국 도시 지역의 근로자의료보장 제도는 국가노동보험제도의 일부분으로 1950년대 초반부터 수립되기 시작했는데, 기관 및 사업 단위의 근로자를 대상으로 하는 공비의료(公費醫療)제도와 국유기업의 근로자를 대상으로 하는 노동보험의료(勞動保險醫療)제도로 구성된 반면, 농촌합작의료는 농촌집체경제를 바탕으로 수립된 농촌주민 상호협력보장제도라고 볼 수 있다. 개혁개방 이전의 중국 의료보장제도는 도시와 농촌으로 이원화된 구조 속에서 서로 다른 세 가지 종류의 제도가 실시되는 이른바 ‘이원삼제(二元三制)’의 특징을 보인다.

## 공비의료제도

중국 도시 지역의 근로자의료보장제도는 국가노동보험제도의 일부분으로 1950년대 초반부터 수립되기 시작했는데, 기관 및 사업 단위의 근로자를 대상으로 하는 공비의료(公費醫療)제도와 국유기업의 근로자를 대상으로 하는 노동보험의료(勞動保險醫療)제도로 구성되었다. 공비의료는 국가기관과 사업 단위 근로자를 대상으로 무료 진료 및 질병 예방을 실시하는 복지제도이다. 신중국 성립 이전에 공비의료 예방을 일부 혁명 근거지에서 실시한 선례가 있었지만, 중화인민공화국 성립 시 여러 가지 제약으로 인해 일부 지역에서만 실시되었다. 1951년, 섬서성 북부 근거지 및 일부 소수 민족 지역에서 공비의료예방제도를 시험적으로 실시한 후, 무상 의료예방 방안을 제2차 내전의 여러 근거지로 확대시켰다. 1952년, 정무원에서는 「전국 인민정부, 당파(黨派), 단체 및 사업 단위에 소속된 국가공무원을 대상으로 한 공비의료예방 실시에 관한 지시」와 「국가공무원 공비의료예방 실시방안」을 반포하고, 적용 범위를 원래 혁명 근거지의 공무원에서 전국 각급 인민정부, 당파, 노동자단체, 청년단체, 부녀연합회, 각종 사무소 및 문화, 교육, 위생, 과학연구, 경제 건설 등의 사업 단위 국가공무원과 혁명장애군인에 확대시킴으로써 공비의료제도가 전국적으로 실시되었다. 1953년 위생부는 「공비의료에 관한 몇 가지 규정」에서 공비의료예방제도 적용 범위를 대학교 재학생 및 농촌 간부로 확대시켰다. 1956년 「재중 외국 전문가 공비의료예방을 처리하는 데 관한 몇 가지 규정」과 「국가기관 업무인원의 퇴휴 후 공비의료혜택에 관한 통지」와 「대학 교직원의 퇴휴 후 공비의료혜택에 관한 통지」 등의 법규와 규정을 반포함으로써 공비의료의 적용 범위를 한층 확대시켰다.

공비의료의 혜택에 관해서는 개인이 접수비, 영양보충의약품 및 성형과 정형 등 일부 비용을 지불하지만, 그외 기타 의료비는 전부 또는 대부분을 공비의료비에서 지불한다. 비용지불방식은 서비스 항목에 따라 진료비, 입원검진비, 의약비, 치료비, 수술비, 입원비, 계획출산 수술 의약비 및 공적인 일로 부상당하거나 장애자가 되었을 때 의약비 등을 지불하지만, 입원 시 음식 및 교통비는 스스로 부담한다.

공비의료의 재원은 두 가지로 나뉘는데, 국가기관 및 전액 예산관리의 공비의료 재원은 각급 재정에서 지불하고, 차액 예산관리 및 부과방식 예산관리의 사업 단위는 의료기금에서 지불하였다. 또한 각급 정부는 공비의료관리위원회를 설립하고 위생부 또는 재정부에 사무실을 설치하여 의료 서비스 단위와 진찰 단위 간의 협력과 연계를 조정하며, 지출비를 심사하고 감독하였다. 1953년부터 지방에 설치한 중앙직속기관의 공비의료 예방비용은 중앙재정의 직접적인 지원에서 현지 위생 기관에서 인원을 보고하고 통일적으로 처리하도록 조정하고, 지방위생사업 예산에 포함시키기로 결정하였다. 공비의료 대상자는 지정된 의료기구에서 치료·입원하며, 규정에 부합되는 의료비는 공비의료비에서 지불하였다.

공비의료비의 기준을 살펴보면, 1961년 이전에는 국가공무원 1인당 매년 18위안이었는데, 이후 수차례의 조정을 거쳐 점차 20위안, 22위안, 25위안, 30위안으로 상향조정되었고, 1979년에는 70 위안으로 상향조정되었다. 이후 재정체제의 변화에 따라 구체적인 기준은 각 지역에 따라 제정되었다. 지방에 근무하는 중앙소속 국가공무원의 경우, 전국 평균 의료비 보조금의 기준은 1993년 150위안이었고, 3개 직할시는 206위안이었다. 사실상 공비의료제도는 원래 국가의료보험의 형식에 해당된다고 볼 수 있다.

## 노동보험의료제도

노동보험의료제도는 1951년에 중앙정부에서 반포한 「중화인민공화국 노동보험조례」와 1953년 노동부에서 반포한 「노동보험조례실시 세부규칙」을 근거하여 수립되었다. 노동보험의료제도의 주요 대상자는全民소유제 공업·광업 기업과 부서의 근로자 및 그들이 부양하는 직계가족이며, 현금 이상 집체기업의 근로자에 대해서도 이를 참고해서 실시하였다. 1951~1969년 사이에, 노동보험의료는 일종의 ‘반기금’ 식 보험 형식이었고, 기업과 노동조합연합회에서 공동으로 관리하

었다. 근로자가 업무 외 재해로 인한 6개월 이상의 치료가 요구될 경우 노동보험기금(근로자 총 임금의 3%로 납세 이전에 인출하며 생산비용에 포함시킴)에서 보조금을 지급하였다. 1969년 이후, 기업이 자체적으로 인출, 지급, 관리하는 ‘기업보험’ 식으로 바뀌었다.

기업은 국가가 제정한 노동보험의료정책에 따라 자동적으로 노동보험제도를 조직·실시하며, 그 경비는 기업의 근로자 총 임금과 국가가 규정한 비율에 따라 기업경영에서 지출하였다. 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.

### 농촌합작의료

농촌합작의료는 일종의 집체 의료제도로서, 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 농촌에서 두는 데 관한 보고」를 비준한 후, 합작의료는 농촌지역에서 점차 확대·보급되었다.

## ■ 전통 의료보장제도에 대한 평가

전통 의료보장체계는 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 노동보험의료 제도는 모두 전쟁 시기 공급제의 기초 하에서 구 소련의 모델을 참고로 수립된 제도로서 근로자가

치료 시 기본적으로 개인은 의료비를 부담하지 않고 대부분의 비용을 국가와 기업이 부담하게 되어 의료비 부담이 과중되었다. 개혁개방 이전의 중국 의료보장체계는 의료보장에 대한 도농주민의 욕구를 만족시키고 국민의 신체 건강을 향상시키는 데 어느 정도 기여했지만, 갈수록 다양해지는 도농주민의 의료보장 욕구를 만족시키는 데 한계점을 드러냈다. 특히, 도시와 농촌으로 이원화된 구조에서 서로 다른 세 가지 제도가 병행되는 현실, 폐쇄적인 운영방식 등의 문제점으로 인해 도농주민의 의료보장 욕구를 제대로 만족시킬 수 없었다. 더불어 중국 경제체제에 대한 개혁 추진으로 인해, 전통 의료보장체제의 기반이 흔들렸고, 제도 차제의 결함이 드러나면서 의료보장 제도의 개혁을 추진할 수밖에 없었다.

## ■ 개혁개방 이후 중국의 의료보장제도

1980년대 이후 중국은 경제체제 개혁을 실시하기 시작하는데, 먼저 농촌에서 큰 성과를 거둔 후, 도시에서도 노동고용제도 개혁과 기업도산법을 실시하여 기존의 ‘국영’ 단일 형태가 순식간에 집체경제, 사영경제, 합자경제 등으로 다양해지는 한편, 노동력 유동, 미취업자 발생, 도시기업, ‘삼자’ 기업, 사유기업 등의 여러 소유제 형태가 등장하기 시작했다.

이러한 급격한 경제체제의 변형 하에서, 기존의 사회보장체제로는 더 이상 현실적인 경제상황과 사회생활의 실제 수요를 부응할 수 없었다. 그리하여, 중국은 관련 정책법규를 완비하고, 사회보험의 사회화(社會化)<sup>1)</sup>를 가속화하였으며, 점차적으로 관리체제를 바로잡으며, 각종 관련 조치를 개선하고자 노력하였다. 1980년 3월, 국가노동총국과 중화전국총공회는 공동으로 「사회보험 업무를 개편·강화하는 데 관한 통지」를 반포하였고, 과거 문화대혁명(1966~1976) 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 의료

1) 중국에서 사회복지제도의 사회화는 이전에 기업(또는 국가)에서 일방적으로 담당한 복지를 기업에서 벗어나 국가, 기업, 개인이 공동으로 부담하는 것을 의미한다(역자 주).

보장제도를 자발적으로 개선하기 시작하였다.

개혁의 중점은 공비의료와 노동보험의료제도를 개혁하는 데 초점을 맞추었고, 의료비용의 증가를 억제하며, 의료서비스의 수요에 대한 개인 지급의 인식을 심어줌으로써 의료비 분담조치를 실시하였다. 1985년 이후, 의료비 분담 조치의 중점이 수요자 측에서 공급자 측으로 전환되면서, 의료기구의 관리와 제약에 대한 정부의 기능이 강화되었다. 가령, 개인의 의료비용 지불과 의료비 분담을 통해 지나친 의료비용 지출을 막고, 공비의료 의약품 청구 목록을 제정하여 과도한 지출을 억제하였다. 의료기구에 대한 정부의 지원이 턱없이 부족하고, 병원은 기타 기관 및 사업 단위와는 달리 수익을 지나치게 추구하면서 지출억제방안은 가시적인 효과를 거두지 못하였다.

### 공비의료제도에 대한 개혁

공비의료 혜택의 적용 범위가 끊임없이 확대됨에 따라, 공비의료비 지출도 지속적으로 상승하여 정부에 압박을 가하였다. 1957년, 주은래 총리는 중국 공산당 제8기 중앙위원회 3차 전체회의(중국공산당 중앙위원회정치국 제8차 3중전회) 보고서에서 “노동보험의료와 공비의료 비용을 적게 징수하는 정책을 실시하고 모든 부정적인 규정을 폐지하여 비용 지출을 절약해야 한다”고 언급함으로써 처음으로 공비의료의 폐단을 지적하고 개혁의 필요성을 제시하였다. 1957년 6월, 국무원에서는 「군인가족의 공비의료 혜택 취소와 관련된 회답」을 반포하여 군인가족이 국가공무원일 경우 공비의료 혜택을 받을 수 있고, 국가공무원이 아닐 경우 모든 의료비를 스스로 부담한다고 규정하였다. 위생부에서도 「간부(행정 10급 및 국장급 이상)의 공비의료 청구에 관한 몇 가지 문제에 대한 통지」를 반포하였다. 1960년, 정부는 일련의 법규 및 규정을 잇따라 반포하여 의료비 청구 범위를 구체적으로 규정함으로써, 자체 부담과 공적 부담의 경계를 명확히 했으며, 의약품 사용을 제한했다. 예를 들면, 1961년 위생부는 「중앙기관 사장(司長)·국장(局長) 및 행정 10급 이상 간부의 공비의료 청구관련 규정」을 수정하고, 1962년 「환자가 지역을 바꾸어 치료하는 것을 엄격히 통제하는 데 관한 통지」를 발표하였다. 1964년 국무원이 위생부와 재정부의 일부 문서를 회람했고, 공비의료에 적용되는 국가공무원이 승인을 받고 외지에서 치료 시 출장비를 지급하는 규정과 승인없이 출장비를 지급받을 수 없음을 명확히 제시함과 동시에 간부의 공적비용 청구와 자비 부담의 범위를 확정하였다.

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 실직적으로 24.6위안을 지출하였고, 1964년, 공비의료비를 1인당 매년 평균 26위안으로 규정했지만 실제로 34.4위안을 지출하였다. 1965년, 중국공산당 중앙위원회정치국에서 “공비의료제도를 개혁해야 하고, 노동보험 의료제도의 집행도 적당하게 정리하는 것이 당연하다”고 지시하였다. 중앙 지시에 따라, 당시 중·남부 지역을 시범 지역으로 지정하였고, 위생부와 재정부는 국무원의 지시에 따라 근로자의 료제도 개혁에 대한 조사를 실시하였다. 1965년 위생부와 재정부는 「공비의료 관리문제 개혁에 관한 통지」에서 공비의료 대상자의 “진료 접수비와 왕진비는 개인이 부담하고 공비의료비에서 청구할 수 없다”고 명확히 규정하였다. 1966년, 재정부와 위생부, 노동부, 노동총공회 등 각 부서에서는 공비의료 개혁에 관한 통지를 반포하였지만 규정은 크게 변하지 않았고, 일반 상황에서 개인이 진료 접수비와 왕진비 및 근로자가족 의료비의 절반을 부담하는 등 일부 항목에서의 수정에 그쳐 실질적으로 성과를 거두지 못하였다.

공비의료가 자체적인 결함을 극복하지 못하자 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」 [위생부 계획안(1989) 제138호]를 반포하여, 개인의 자비 부담에 관한 규정, 공비의료의 범위 및 관리 등에 대해 원칙적인 의견을 제시하였다. 1989 3월, 국무원에서는 「국가체제개혁위원회 1989년 경제체제 개혁 요점」을 비준했는데, 단둥(丹東), 사평(四平), 황석(黃石), 주주(株州)에서 의료보험제도 개혁 시범지역 방안을 실시하고, 심천(深川)과 해남도(海南島)에서 종합적인 사회보장 개혁 시범지역방안을 실시하였다. 공비의료 시스템은 사평시에서 시범지역방안을 실시했고, 중경(重慶)시 벽산(璧山)현에서도 시범지역방안을 참고하여 의료보험제도의 개혁을 실시하였다. 1990년 4월, 길림성(吉林省) 사평시는 공비의료 개혁안을 발표했다. 1991년 7월, 이봉 총리는 전국세금업무회의에서 공비의료 지출은 점차적으로 의료 단위가 주로 관리하고, 국가재정 및 단위가 보조적으로 지원하며, 공비의료 재정과 적절한 범위에서 개인이 부담하는 방안을 제시하였다. 이봉 총리의 지시와 전국위생사무회의의 공비의료제

도 개혁방안에 근거하여, 성(省) 공비의료관리위원회는 「모든 성에서 의료 단위가 공비의료를 관리하는 방안에 관한 통지」를 제정·하달하였고, 1992년부터 전체 성(省)에서 실시하였으며, 각 지역에서 「통지」의 정신에 입각하여 해당 지역의 실정에 맞게 실시하며 관련 세부규칙을 제정하였다. 2009년 5월, 북경시에서 공비의료를 도시근로자의료보험제도에 통합시키는 데 관련된 시범 지역방안을 실시하였다. 2010년 말까지, 북경시 18개 현(縣) 45만여 명 공무원은 더 이상 공비의료에 적용되지 않고 근로자 기본의료보험제도로 통합시킬 예정이다.

### 근로자의료보험제도에 대한 개혁

‘문화대혁명’ 시기의 혼란과 노동보험의료에서 기업보험으로의 변화는 매우 부정적인 결과를 초래하였다. 노동보험의료에 적용된 근로자를 위한 의료서비스의 무상 제공은 소비자들의 불합리한 의료 욕구를 자극했고, 노동보험의료제도 자체의 폐단과 불완전한 관리로 인한 낭비가 심각했으며, 모든 의료비를 국가와 단위가 부담하고 개인이 그 책임을 지지 않게 되자 수많은 부정적인 현상들이 발생하였다. 정부의 다방면적인 조치를 통해 의료비 초과 지출을 억제하려 했음에도 불구하고, 기존 근로자의료제도에 대한 수정·보충 차원에 그쳤을 뿐, 제도 구조 자체를 수정하거나 의료비의 지출을 통제하지 못하였다. 계획경제조건 하에서 표면적으로 ‘높은 보장’을 유지할 수 있었지만, 실제적인 보장수준은 지극히 낮은 편이었다.

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, 광둥성 심천시에서 먼저 근로자의료보험제도 개혁을 전개하면서, 중국 도시 노동보험의료제도가 사회의료보험제도로 전환되는 개혁의 서막을 알렸다. 1993년, 당 14차 3중전회에서 통과된 「경제체제 개혁 몇가지 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 증병통주를 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. 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, 도시근로자의료보험제도 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 징수 기준 및 관련 관리방안을 명확하게 지정할 것을 제시하였다. 1998년 12월 14일, 국무원에서는 44호 문서 「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(북경, 천진, 상해 등 3개 직할시는 직접적으로 실시방안을 제정함) 중 24개 성에서 전체 계획을 제출했고, 전국 349개 지(地)급 이상의 통주지구(북경, 천진, 상해를 포함) 중 315개 통주지역에서 실시방안을 제정했으며, 그 중 68개 통주 지역에서 정식적으로 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)에서 의료보험 개혁 실시방안을 제출하였다. 2002년 8월, 노동·사회보장부에서는 「도시근로자기본의료보험 개인계좌 관리를 강화하는 데 관한 통지」를 발표하여 개인계좌의 관리를 강화하고, 가입자의 기본적인 의료 권익을 보호하며, 기본의료보험제도의 안정적인 운영을 요구하였다.

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 기본의료보험체계에 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 대해 지도적인 의견을 제시하였다. 2006년 5월, 노동·사회보장부 사무청에서는 「농민공의 의료보험 가입을 전개하는 데 전면적인 행동에 관한 통지」를 발표하여 농민공이 의료보험에 가입하도록 적극적으로 추진하였다.

### 농촌합작의료에 대한 개혁

현재 중국의 농촌 지역에서 실시하고 있는 농촌합작의료는 신형농촌합작의료제도(간략히 신농합 또는 농의보)라 불리는데, 이전의 농촌합작의료제도를 바탕으로 2003년에 다시금 수립된 것으로 이전의 제도와 구별하기 위해 신형농촌합작의료제도라 일컫는다. 과거에 실시했던 농촌합작의료제도의 실패 원인은 전반적으로 적용 범위가 좁고 자원 구성에 어려움이 있었으며, 주로 오랜 진료나 잔병 위주의 보장을 제공하여서 기금이 분산적으로 사용되어 농민들의 중병에 대한 위험을 감소하는 데 효과적이지 못했다.

집체합작화 운동의 생산물인 농촌합작의료는 집체화가 가장 한창일 때 거의 전국적을 확대되었다가 농촌 인민공사의 소실과 와해에 따라 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 점차적으로 보급되었다. 2003년 1월 16일, 국무원 사무실은 위생부, 재정부, 농업부에 「신형농촌합작의료제도를 수립하는 데 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 지원역량을 확대되었다. 중앙정부가 중서부 지역의 시·구 이외 지역의 농민이 신형농촌합작의료에 가입할 경우 매년 1인당 평균 10위안(2006년 20위안으로 상향조정됨)의 보조금을 지원하고, 지방정부의

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 있고, 국무원 상무위원회에서는 2011년까지 150위안으로 상향 조정할 예정이다.

2007년 6월 30일, 신형농촌합작의료제도를 실시하고 있는 현(시·구)은 2,429곳으로 전국 전체 현(시·구)의 84.87%를 차지하며, 신형합작의료의 가입자는 모두 7.2억 명으로 전국 농촌인구의 82.83%를 차지하였다. 신형농촌합작의료제도의 가입률을 살펴보면, 2005년 76.7%, 2006년 84.6%, 2007년 90.6%, 2008년 91.5%로 점차 성장하는 추세를 보이고, 장기간 외지에 일하러 나간 농민공을 제외하면 모든 농민이 신형농촌합작의료에 가입해 있다고 볼 수 있다. 2009년 상반기, 신형농촌합작의료에 가입한 농민은 약 8억 3,000만여 명으로 신형농촌합작의료보험의 가입률은 거의 93%에 이르는 것으로 조사되었다. 신형농촌합작의료에 가입한 농민이 병원에 입원할 경우, 실제 보상비가 2004년 24.7%, 2005년 23.4%, 2006년 27.8%, 2007년 30.0%, 2008년 38.1%로 증가하고 있다.

## 중국 도시주민 의료보험제도의 등장

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 직장이 속하지 않은 주민들의 의료보험에 대한 보충적인 제도이고, 도시주민 의료보험의 등장은 중국 사회보험제도 개혁발전 과정에서 중요한 의의를 가지며, 중국 사회보험제도의 새로운 개혁 방향을 제시하였다.

1998년, 중국은 도시근로자 기본의료보험제도를 수립하기 시작했고, 기본적으로 전 국민을 모두 보장하는 의료보장체계를 수립하고자 하는 목적을 실현하기 위하여, 국무원은 2007년부터 도시주민 기본의료 시범지역방안을 전개하였다. 2007년, 먼저 조건이 양호한 일부 성에서 2~3개의

도시를 대상으로 시범지역방안을 실시하였고, 2008년에 시범지역방안을 확대하여 2009년에 시범 지역방안을 실시하는 도시가 무려 전국 80% 이상을 차지하였다. 2010년, 전국에 걸쳐 전면적으로 실시하기 시작하여 점차적으로 직장에 종사하지 않은 모든 도시주민에게 적용되었다.

중국은 도시주민 의료보험 시범지역방안을 지속적으로 확대하고, 경제발전 수준과 각 지역의 수용능력을 고려하여 재원 조성 수준이나 혜택 수준을 합리적으로 확정하며, 도시의 직장에 종사하지 중병 환자의 의료 욕구를 중점적으로 보장하고 점차적으로 혜택을 높였다. 자원성 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.

중국 도시주민 기본의료보험은 가정의 납부를 위주로 하고 정부가 보조하는 제도인데, 가입 주민은 규정된 기본의료보험비를 납부하고 상응하는 의료보험 혜택을 누리며, 조건이 좋은 고용기관은 근로자 가족이 보험비를 지급하는 데 보조금을 지원한다. 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.

## ■ 맺음말

한국의 의료보험제도와 달리 중국은 계획경제체제에서 점차적으로 시장경제체제로의 전환을 이루었고, 그 전환 과정에서 의료보장체제의 원리와 구조도 근본적인 변화를 겪었다. 이러한 의료보장체제의 변화를 개혁개방 시기를 기점으로 크게 두 가지로 나눌 수 있다. 개혁개방 이전의 의료보장체제는 신중국 성립 후 계획경제체제가 새롭게 구축되는 과정에서 이에 상응하는 의료보장체제가 형성된 시기이고, 개혁개방 이후의 의료보장체제는 계획경제시대의 의료보장체제가 해체되거나 그 기능을 상실하여 의료의 시장화가 급격하게 진행되고 국유기업의 개혁이 심화되면서

도시근로자의 의료보장에 대한 개혁이 단행되었으며, ‘도시근로자 기본의료보험’에 관한 정책이 전국적으로 확립되면서 거의 모든 기업에 적용된 한편, ‘신형농촌합작의료제도’와 ‘도시주민 의료보험제도’를 새롭게 구축함으로써 전 국민 의료보험을 실현하고자 한다. **KLI**

---

#### 참고문헌

---

- 정정길·박경철, 「중국 농촌합작의료제도의 발전현황과 과제」, 중국농업정책브리핑 제09-07호.
- 郑功成 著, 『论中国特色社会保障道路』, 中国劳动社会保障出版社, 1997.
- 郑功成等 著, 『中国社会保障制度变迁与评价』, 中国人民大学出版社, 2003.
- 郑功成 著, 『中国社会保障制度30年』, 人民出版社, 2008.
- 孙光德·董克用 主编, 『社会保障概论』, 中国人民大学出版社, 2004.
- 李立清 著, 『新型农村合作医疗制度』, 人民大学出版社, 2009.
- 王国军 著, 『社会保障:从二元到三维』, 对外经济贸易大学出版社, 2005.
- 仇雨林 主编, 『医疗保障案例』, 中国劳动社会保障出版社, 2009.