

중국 민간의료보험의 발전경로와 의료보장체계에서의 역할

정기택¹ · Jian Cheng Fan² · Wan Yun Chen²

¹경희대학교 경영대학 경영학과, ²경희대학교 일반대학원 의료경영학과

The Development Path of China's Private Health Insurance and Its Role in the Health Care System

Kee Taig Jung¹, Jian Cheng Fan², Wan Yun Chen²

¹Department of Management, Kyung Hee University School of Management; ²Department of Health Service Management, Kyung Hee University Graduate School, Seoul, Korea

This article summarizes the structure of China's current social health insurance system and reviews the development status of China's private health insurance (PHI). China's medical security system is mainly composed of two parts: basic medical insurance (BMI) and PHI. Among them, the BMI provides reimbursement of basic medical expenses for the insured persons according to different proportions. PHI is a necessary supplement to the BMI and provides assistance to the insured persons in the event of illness or accident. By having PHI, people can obtain medical protection outside the coverage of BMI. In the development of PHI in China, the total medical cost is high and the insurance market size is large, but the proportion of PHI expenditure is low and the personal burden is high. Through this Chinese case, it will be helpful for mutual development between Korean PHI and national health insurance, for Korean insurance companies to enter the Chinese market, and for removing the medical burden on the people.

Keywords: China's private health insurance; Social health insurance system; Healthcare market of China; Basic medical insurance

서 론

현대의 경제와 위생, 그리고 과학기술의 비약적인 발전은 삶의 질을 윤택하게 해주었으며, 이는 곧 기대 수명의 연장으로 연결되었다. 다수의 국민이 건강한 삶을 오래 유지할 수 있게 하는 것, 이는 국가의 의료보장체계가 가지고 있는 궁극의 목적이다. 즉 국민의 건강이 국가 안전과 번영에 중요한 역할을 하고 있다. 그러나 기대 수명의 연장, 출산율의 하락의 결과인 국가의 고령사회, 초고령사회로의 진화와 생활습관병이라 할 수 있는 만성질환은 국민과 개인의 의료비 급증으로 이어지고 있다. 세계 대다수 국가는 의료보장 수준을 유지하고, 의료서비스의 다양한 수요를 반영하며, 사회보장에서 발생하는 과도한

압력을 해소하기 위해 민간의료보험제도를 의료보장체계에서 활용해왔다. 민간의료보험은 의료보장체계의 보충, 보완 역할을 하는 의료전달체계에 중요한 요소로 부각되었다.

중국은 한국과 유사하게 고령화 속도가 세계에서 가장 빠르고, 국민들은 정부보험과 민간의료보험을 활용하여 의료보장을 추구해왔다. 한국과 중국의 의료보장체계를 비교하는 것은 양국 정부 간 의료보장 관련 교류, 의약품 및 의료기기의 무역과 한국 보험사의 중국 민간의료보험 시장 진출 가능성 등을 고려할 때 중요성을 가진다. 그러나 이에 관한 연구는 의료보장 관련 학술지에 발표된 적이 없었다. 지금까지 보건행정학회지에 발표되었던 중국 관련 연구는 두 편이었는데 [1,2], 대구를 방문한 중국 의료관광객의 만족도와 중국 내 탈북민의

Correspondence to: Kee Taig Jung
Department of Management, Kyung Hee University School of Management, 26 Kyunghedae-ro, Dongdaemun-gu, Seoul 02447, Korea
Tel: +82-2-961-0489, Fax: +82-2-961-0489, E-mail: ktjung@khu.ac.kr
Received: November 28, 2021, Revised: December 13, 2021, Accepted after revision: December 23, 2021

© Korean Academy of Health Policy and Management
This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

의료만족도에 관한 것이었다. 본 연구는 민간의료보험에 초점을 두고, 양국 간 의료보험제도를 비교한 최초의 연구로서 의의를 가진다.

중국 민간의료보험은 1980년대 보험업계에 등장하였고, 그 이후 민간보험회사들은 다양한 상품을 개발하기 시작했다. 민간의료보험의 발전은 크게 태동단계(1980-1994), 성장단계(1994-2003)와 개혁단계(2003-현재)로 나눌 수 있다.

태동단계는 각종 건강보험에 대한 수요를 파악하는 단계로, 중국의 사회의료보장의 틀이 제대로 갖춰지지 않은 시기에 재산보험을 주로 취급하던 보험시장에서 건강보험은 부속품처럼 취급되었다. 성장단계는 건강보험에 대한 신규제도가 교체되는 단계로, 사회의료보험제도가 개편되고 민간의료보험이 발전하기 시작했다. 현재 개혁단계는 중국 민간의료보험의 역할선정 및 전환을 수행하고 있으며, 사회의료보험제도가 재구성되고 민간의료보험 규범이 발전하였다. 중국 정부는 2009년 의료개혁 추진과 동시에 의료전달체계의 구축에서 민간의료보험의 역할을 지속적으로 강조해왔다.

중국 민간의료보험의 완충 역할이 강조되어 왔음에도 불구하고, 2019년 중국 총 의료비 1조 161억 달러 중 개인부담의료비는 2,882억 달러(총 의료비 대비 28.4%), 민간의료보험 급여지출이 363억 달러로 3.6%에 그쳤다[3]. 경제협력개발기구(Organization for Economic Cooperation and Development, OECD) 국가의 평균 개인부담의료비 비중이 20.1%, 민간의료보험 급여 비중이 9.1%, 한국은 각각 32.5%, 7.0%를 차지하는 것과 비교하면[4], 중국 민간의료보험 급여 비중이 매우 낮다는 것을 알 수 있다. 중국 정부는 민간의료보험이 의료보장 체계에서 매우 중요한 역할을 담당해야 한다고 강조하고 있지만, 현재 의료보장체계 전반에서 민간의료보험의 역할이 충분히 수행되고 있지 않다는 점을 보여준다. 이 연구에서는 중국 민간보험의 발전과정과 그 현황을 살펴보고 한국과 비교하여 문제점을 파악하여 한국에 정책적인 시사점을 제시하고자 한다.

중국의 사회의료보장체계와 한국과의 비교분석

1. 중국 사회의료보장체계

중국의 민간의료보험을 검토하기 전에도 중국의 사회의료보장체계를 살펴볼 필요가 있다. 기본 사회의료보장은 네 분야로 나뉘어 있는데, 사회의료지원제도, 2016년부터 통합된 도시와 농촌주민기본의료보험(城鄉居民基本醫療保險)과 도시근로자기본의료보험(城鎮職工基本醫療保險)으로 구성된 기본의료보험제도, 공무원 의료급여와 직원 고액 의료급여 등으로 구성된 보충의료보험제도, 마지막은 민간의료보험제도이다[5].

사회의료지원제도로 불리우는 도시및농촌사회의료지원제도는 빈곤으로 경제적 여유가 없는 국민을 대상으로 국가와 사회가 지원하는 것을 말한다. 보통 정부 관련 기관이 주도하여 운영되며 의료기관을 통해 빈곤층을 대상으로 건강의 회복 및 기본적인 보건상태를 유지할 수 있게 하는 지원체계이다. 이 제도는 한국의 국민기초생활보장법에 따라 차상위계층을 대상으로 제공하는 의료급여와 유사한 제도이다.

기본의료보험은 도시및농촌주민기본의료보험, 도시근로자기본의료보험을 포괄하고 있다. 도시근로자기본의료보험의 가입대상은 기업, 기관, 사업체, 사회단체, 민간기업 근로자이다. 기본의료보험은 중국 사회의료보장체계의 중심축으로[6], '전국 제6차 헬스서비스통계조사보고'에 따르면 2021년 보험가입률은 96.8%이다[7].

기본의료보험에 보완적으로 중국인들이 가입하는 것은 크게 세 개가 존재하며, 이는 개인의 보험조건, 지리적 위치 또는 직업적 특성에 따라 분류된다. 공무원보충의료보험은 기본의료보험에 비해 기업보완의료보험, 사회공조, 지역의료보험 등 다양한 형태로 기본의료보험의 보완이자 의료전달체계의 중요한 구성요소이다. 도시·농촌주민대병보험은 개인부담의료비가 해당 도시의 지난해 인당 가처분소득을 초과할 때 해당 초과분에 적용되는 보충의료보험제도이다. 마지막 요소인 민간의료보험은 개인 또는 가정 단위로 임의가입할 수 있는데, 이는 기본의료보장시스템에 보완적 역할을 하도록 설계되었다. 결론적으로 Figure 1에 제시된 바와 같이 중국의 다차원 의료보장시스템은 정부주도의 사회보장의료체계에 민간의료보험이 보완재의 형태를 취하는 의료보장체계구조로 구성되어 있는 것이다[8,9].

2018년 이전의 중국기본의료보험(basic medical insurance)은 도시근로자기본의료보험(basic medical insurance urban employee), 도시주민기본의료보험(basic medical insurance urban resident), 그리고 신행농촌협동의료보험시스템(new rural cooperative medical insurance) 총 세 가지 보험으로 구성되었으나, 도시와 농촌 지역의 기본의료보험이 각각 다른 관리기관에 소속되어서 기관 간에 소통 곤란 등 문제를 발생하였기 때문에, 국무원은 2016년 이를 정리·통합하였다. 2016년 1월 발표된 "국무원 도시 및 농촌주민기본의료보험제도 통합에 대한 의견"의 골자는 도시와 농촌 발전 정도의 격차를 완화하기 위해 도시와 농촌주민 기본의료보험제도를 통일한다는 것이었다. 이러한 국무원의 개혁방안에 따라 인적자원사회보장부(Ministry of Human Resources and Social Security)에서 관리하는 도시근로자기본의료보험과 도시주민기본의료보험, 국가위생가족출산계획위원회(National Health and Family Planning Commission)에서 관리하는 신행농촌협동의료보험, 국가발전개혁위원회(National Development and Reform Commission)에서 관리하는 약품과 의료서비스 가격 관리 업

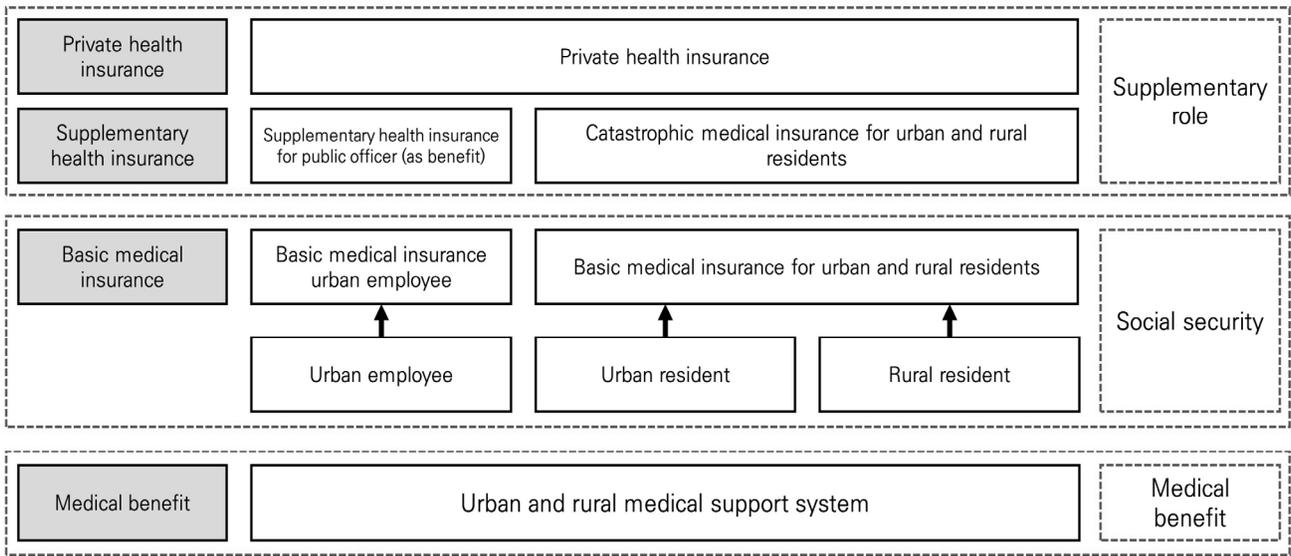


Figure 1. The structure of China's multidimensional social health insurance system.

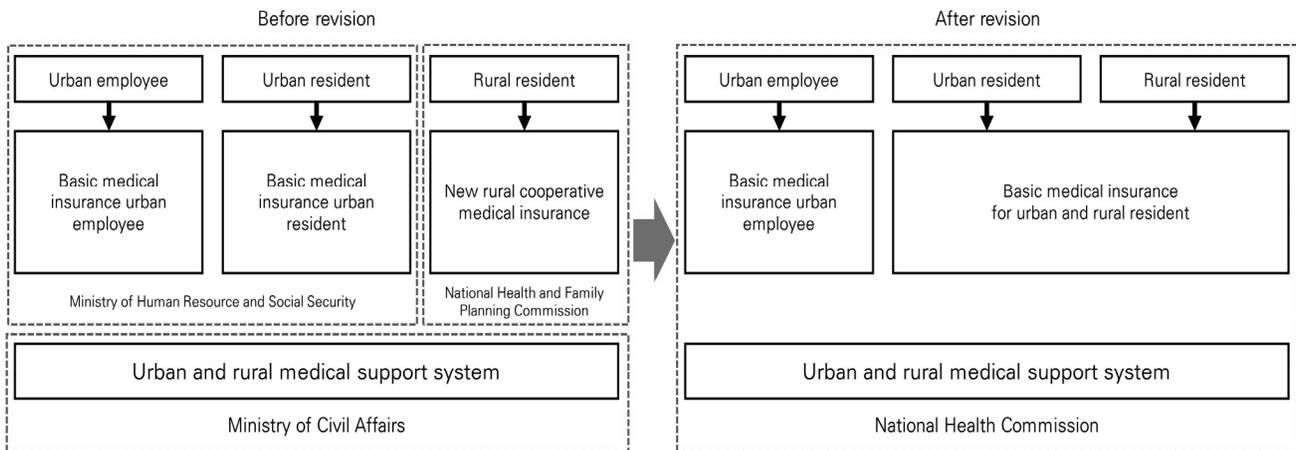


Figure 2. Changes in the structure of basic medical insurance.

무, 민정부(Ministry of Civil Affairs)의 의료지원 책임을 통합하여 2018년 5월 31일 국가의료보장국을 국무원 직속기구로 설립하게 되었다. 국가의료보장국, 재정부, 인적자원사회보장부, 국가위생건강 위원회에서 공동으로 “2018년 도시 및 농촌주민 기본의료보험 추진 작업에 대한 고시”를 발간하였다. 이 고시 또한 도시 및 농촌주민 의료 보험 통합작업을 전국적으로 실시하는 것을 요구하였다. 이와 같은 변화는 Figure 2에 제시하였다.

이에 따라 2020년까지 대만, 홍콩, 마카오를 포함한 중국 성급 행정 단위 34개 성 중 24개 성은 도시 및 농촌 의료보장제도 통합작업을 완료하였다. 2021년 현재 중국은 신형농촌합작의료보험이 부분적으로 존재하고 있지만, 도시와 농촌 기본의료보험제도 통합작업이 진행됨

에 따라 향후 중국의 기본의료보험제도가 도시근로자기본의료보험과 도시및농촌주민기본의료보험으로 발전할 것으로 예상된다.

국가의료보장국의 통계에 따르면 2018년 중국의 연간 도시근로자 기본의료보험 기금 수입은 1조 3,259억 위안(한화 약 232.01조 원)이고, 1인당 의료보험 자금 조달은 4,186.3위안(한화 약 732,493원), 연간 도시주민기본의료보험 기금 총수입은 6,973.94억 위안(한화 약 122.03조 원), 1인당 777.12위안(한화 약 135,985원), 연간 신형농촌합작의료보험 기금 수입은 856.89억 위안(한화 약 15조 원), 1인당 657.23위안(한화 약 115,006원)을 조달하였다.

Table 1을 통해 중국의 기본의료보험의 두 가지 주요 형태 간의 가입방식, 가입자격, 조달단위, 보험료, 지불기간, 기금구성, 그리고 급

여수준에서 상당한 차이가 있는 것을 알 수 있다. 또한 제도설계의 차이와 행정관리의 지방화에 의해 중국의 기본의료보험은 제도별, 지역별 세분화된 현상이 분명하게 나타난다.

더불어 중국은 지역별 인구구조가 매우 다르고, 인구가동성이 높기 때문에 기본의료보험에 가입할 수 있는 인구가 지역마다 차이가 있다. 신행농촌합작의료보험제도와 2018년부터 통합된 도시및농촌주민기본의료보험이 둘 다 임의가입을 원칙으로 하기 때문에 여러 기본의료보험 종류 간에 가입대상이 중복될 수 있다. 정책의 실행은 중앙

정부의 감독하에 진행되며, 지방정부는 지역경제 및 인구통계학적 여건에 따라 제도의 구체적인 자격, 자금 조달방식, 보장비율을 조정하므로 각 지역 간 성장에 따라 정책에 뚜렷한 차이가 있다[10].

중국 기본의료보험의 지역 간 차이는 매우 분명하지만[10-13], 재정 재분배 및 지역 정책 의사결정의 자율성 등의 요인으로 이러한 차이는 지역 경제발전과 무관한 경우도 있다. Figure 3은 중국통계국 및 은행보험감독위원회의 연례통계 데이터를 기반으로 작성하였다.

Figure 3은 차례대로 중국 34개 성급 행정단위의 2016-2018년 연평

Table 1. Differences in types of basic medical insurance in China

Type	Basic medical insurance urban employee	Basic medical insurance for urban and rural resident
Accession	Compulsory	Voluntary
Eligibility	Urban workers and retirees	Urban non-workers and rural residents
Premium source	Salary	Salary or property (cash)
Premium	Payroll tax (company 8%+employee 2%)	Personal expenses+financial aid
Subscription period	Instant payment, instant subscription, convert to lifetime member after 15-35 years of period	Instant payment, instant subscription
Composition	All accounts+individual accounts	All accounts (+household accounts)
Coverage level	Minimum payment amount+fixed rate self-pay+upper limit of co-payment (different in details)	

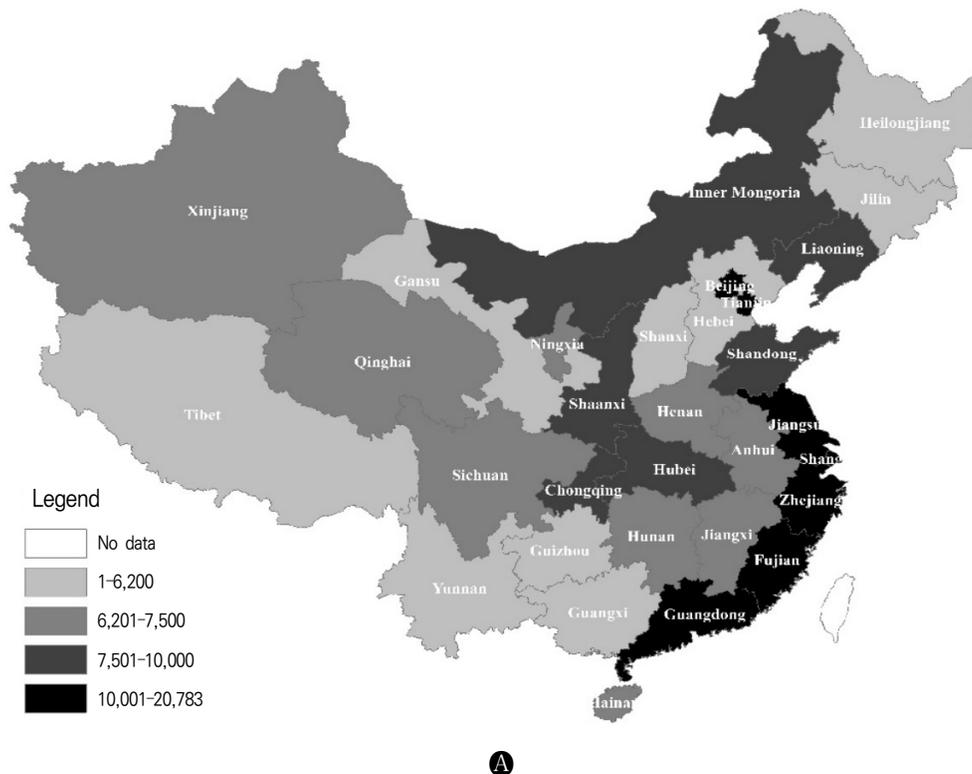
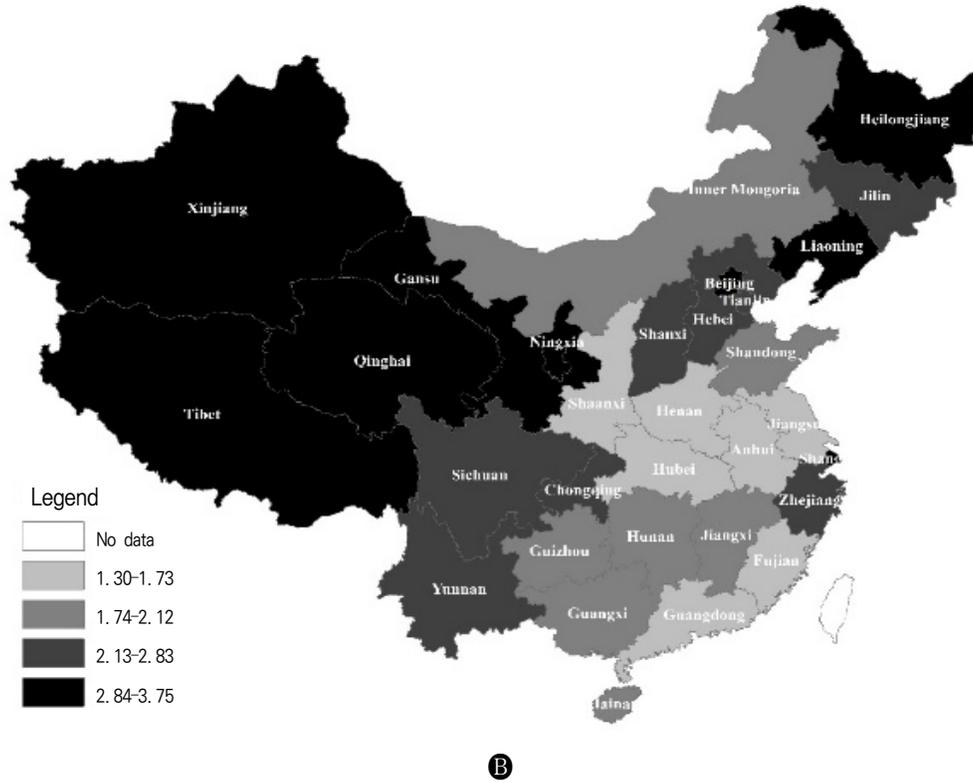
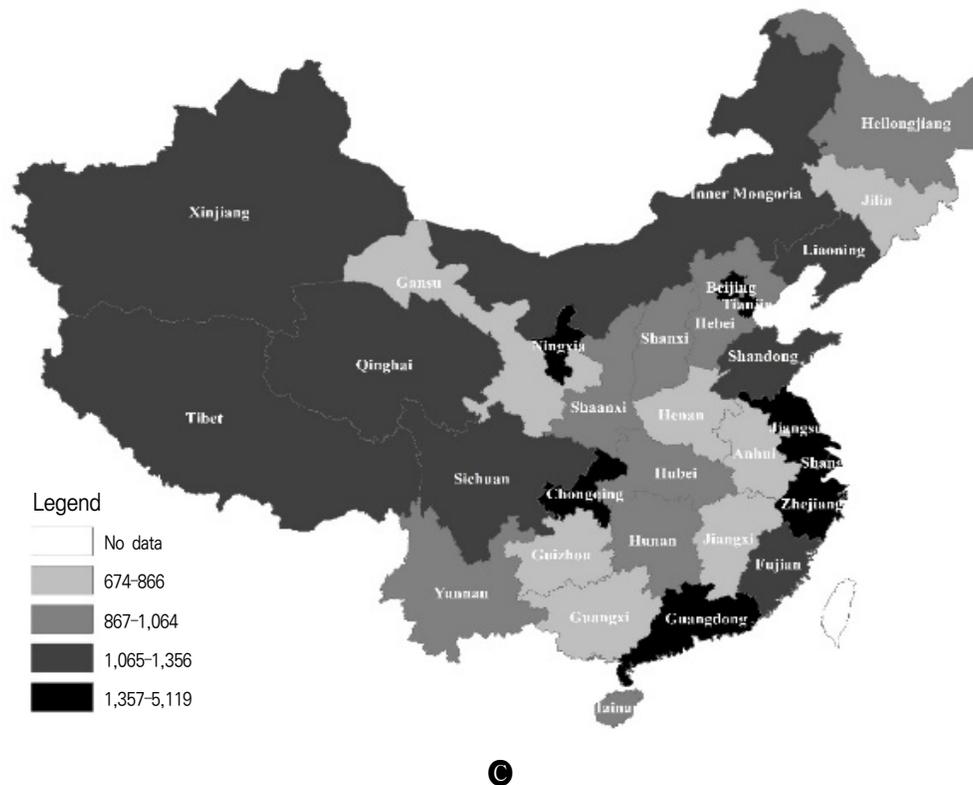


Figure 3. The correlation between the level of development of basic medical insurance In China and economic development (2016-2018 average). (A) Annual gross domestic product per capita. (B) Basic medical insurance penetration. (C) Basic medical insurance density. (Continued on next page).



B



C

Figure 3. (Continued; caption shown on previous page).

균 1인당 gross domestic product (GDP)와 기본의료보험밀도, 기본의료보험침투도의 열지도(heat map)이다. 세 개의 열지도를 비교하면 기본의료보험의 발전수준과 지역 경제발전의 상관성이 낮은 것을 직관적으로 알 수 있으며, 또한 지역 간 기본의료보험 발전수준의 차이도 쉽게 비교할 수 있다. 예를 들어, 지역 주민의 기본의료보험 참여도를 반영할 수 있는 보험밀도의 관점에서 2016-2018년 연평균 1인당 기본의료보험료 지출이 베이징은 5,118.88위안(한화 약 895,734 원)이며 안후이성(한화 약 119,067원)의 약 7.5배이며, 지역경제에 기여도를 반영할 수 있는 기본의료보험침투도에 대해서는 베이징(3.67%)이 안후이성(1.37%)의 약 2.68배다. 즉 지역의 경제발전 수준과 보험밀도, 보험침투도 간 상관성이 분명하지 않다.

2. 한·중 의료보장체계 비교의 중요성

중국의 의료보장체계를 조사하여 우리나라와 비교분석하는 것은 위에서 언급한 무역 및 보험사 진출뿐 아니라 향후 한국 의료보장체계의 미래설계에도 상당한 도움이 될 것이기 때문이다. 중국 34개 정부의 기본의료보험은 동일하지만, 성별로 경제인구 및 질병구조까지도 다르기 때문에 한국 의료시스템의 문제를 이해하고 향후 미래를 설계하는 데 많은 시사점을 얻을 수 있을 것이다. 앞서 설명한 대로 중국 정부가 의료보장체계를 전 국민을 대상으로 통합한 시점은 2018년으로, 우리나라가 전국민의료보험을 달성한 1989년보다 30년 뒤의 일이다. 보건복지부가 2000년 들어 의료보험통합을 추진하면서, 직장보험과 지역보험의 차이를 없애고 단일보험화한 것과 대조적으로, 중국 국무원은 직장인과 지역주민을 별개의 보험으로 관리하고 있다.

특히 중국과 한국의 사회의료보장체계를 의료비 재원 구성으로 비교·분석하면, 두 국가의 차이는 더욱 명확하게 드러난다.

경상의료비는 국제적 비교 가능성 및 시계열적 일관성의 한·중 간 제도 차이를 비교하기에 적절한 지표이다. 의료비 외에도 국가나 지역 간 보건 재원 조달을 평가하는 지표에는 GDP 대비 의료비 비중, 1인당 의료비, 의료비 재원 구성 등이 있다[9]. 이는 의료비의 외연을 어디까지로 볼 것인지에 대한 절대적인 기준이라기보다는 국제 비교를 위한 국가 간의 약속이라고 볼 수 있다. 의료비의 범주를 정할 수 있음에도 불구하고 기존의 상이한 지표의 존재와 의료비 분류를 위한 구체적 정보의 부재 등 다양한 이유로 국가 간에 의견이 통일되지 않는 경우가 발생한다. 또한 한·중 간 정책목표와 우선되는 가치가 다르기 때문에 기본의료보험과 민간의료보험이 의료재원 구성과 조달체계의 중요 정도에 차이가 발생한다[12]. 따라서 이러한 한·중 간 국민 의료비 재원별 구성을 비교·분석함으로써 각국의 의료보장체계의 특성과 공공, 민간의료보험이 의료체계에서 차지하고 있는 중요도의 차이가 있는지 등에 관해 깊이 있게 이해하는 데 도움이 될 것이다.

전 세계 의료비 재원 구성과 비교할 때, 중국은 의료비 재원 구성을 정부예산의료지출, 사회의료지출, 그리고 주민개인의료지출 세 가지 항목으로 나눈다. 민간의료보험은 사회의료지출의 항목으로 기본의료보험과 병렬로 배치되며, 기본의료보험과 민간의료보험이 공동으로 사회의 안정과 발전을 위해 사회적 기능을 한다. 반면에 한국 등 OECD 주요 국가들의 의료비 구성은 공공재원과 민간재원, 혹은 강제가입제도, 임의가입제도, 그리고 가계직접부담으로 나누고, 민간의료보험은 가계직접부담이나 비영리민간단체 등과 같은 수준으로 배치된다. 이에 비추어보았을 때 민간의료보험은 공공보건재정과 거의 근본적인 차이점이 있다[9].

중국의 민간의료보험

중국 민간의료보험은 기본의료보험체계의 보완재로, 개인과 가족의 의료비 부담을 덜어주는 역할을 해왔다. 중국의 민간의료보험은 민간보험회사가 질병보험, 의료보험, 폐질보험, 요양보험 네 가지 방식을 통해 건강 손해에 대해 급여를 지불하는 보험으로 정의된다[14].

의료보험은 약정한 의료행위의 발생을 보험급여조건으로 피보험자의 의료행위로 인한 경제적 손실을 보장하는 실손보험이다. 질병보험은 약정된 질병을 보험급여조건으로 보험사가 보험계약에 따라 약정한 금액을 보험금으로 지급한다는 보험이다. 폐질보험은 질병이나 재해로 인한 부상이나 건강의 악화로 인해 경제활동능력을 상실한 경우, 상실 정도에 따라 약속한 보험금을 지급하는 보험이다. 요양보험은 노후, 질병, 장애 등으로 장기간의 돌봄이 필요한 피보험자를 위해 간호서비스의 비용을 보상하는 보험이다.

1. 중국 기본의료보험과 민간의료보험의 특성 비교

공공경제학에서 재화는 경합적, 배제적인 관점에서 공공재와 민간재로 구분되며, 특성에 따라 공급과 소비방식이 달라진다. Samuelson [15]은 1954년 공공재를 “어떤 사람의 소비가 다른 사람의 소비에 감소를 초래하지 않는 재화”라는 비경합적인 관점에서 정의하였다. Musgrave [16]은 1959년 공공재의 비배제성 관점을 설명하였고, Holcombe [17]은 1997년 소비를 위한 한계비용이 발생하지 않는다는 비경합성의 의미를 추가하였다. 그렇지만 보건의료분야의 상품이 민간재 또는 공공재 중 어디에 속하는지에 대한 다수의 논의가 존재한다[18,19]. 이와 더불어 공공정책 및 보건분야에서는 공공재와 민간재의 전통적인 구분을 버려야 된다는 주장도 대두되었다[20,21].

중국 건강보험에 관한 연구에는 일반적으로 기본의료보험이 준공

공재(비순수공공재) 범주에 속한다는 주장이 다수를 이룬다[22-25]. 또한 민간의료보험은 소비과정에서의 경합성과 편익의 배제성을 동시에 만족시키므로 전형적인 민간재로 볼 수 있다[23].

Zhang [23]은 기본의료보험이 국가, 정부, 및 기타 공공기관에서 관리하고 있으며 어느 개인이라도 이러한 의료조달방식을 독점하지 못하기 때문에 소비의 비배제성을 가지고 있다고 주장하였다. 하지만 기본의료보험 가입자의 증가에 따라 기본의료보험의 원가가 올라가고 서비스의 질에도 영향도 미치기 때문에 한계 운영비용과 한계 혼합비용이 발생함으로써 소비의 비경합성이 불완전하다고 판단한다. 일부 학자들은 한 사람의 급여행위가 다른 사람을 방해하지 않으므로 기본의료보험이 비경합성을 가지고 있지만, 기본의료보험에 가입하지 않으면 급여를 받지 못하는 소비의 배제성을 가지기 때문에 준공공재 범주에 속한다고 주장하였다[24].

책임 주체에 따라 건강보험을 사회건강보험과 민간의료보험으로 분류할 수 있는데, 이 두 보험의 시장 특성에서의 차이가 존재한다. 사회건강보험 공급자는 주로 법정 국가 기관의 통일 관리로 지정되어 있으며, 2021년 기준 가입률이 96.8% 이상에 도달하였기 때문에 원칙적으로 대수의 법칙을 적용할 수 있다. 하지만 민간의료보험 시장은 공급이 풍족한 시장이고, 임의가입 원칙으로 가입자 수가 일정치 않은 추이를 보였다.

또한 중국은 정부가 주도하는 건강보험시장이기 때문에 사회건강보험이든 민간의료보험이든 모두 국가 부양성이 존재한다. 따라서 민간의료보험 시장에 세금혜택 등과 같은 수단으로 정부가 개입한다. 더불어 정부가 민간보험사로부터 중증질환보험을 구매하는 방식으로 주민 중병보험을 수행하는 보완정책 등이 있다[26].

공급과 수요의 관점에서 사회건강보험과 민간의료보험의 정보 비대칭성 문제를 논의하자면, 정보 취득 관점에서 기본의료보험을 봤을 때 시장의 공급 측과 수요 측은 상대적으로 충분한 정보를 가지고 있다. 그 근거로 두 가지가 있는데, 첫째는 기본의료보험 기관과 병원이 정보 공유를 통해 피보험자의 조건과 과거 병력에 대해 잘 파악할 수 있고 또한 단일 보험자뿐만 아니라 피보험자 전체 데이터도 충분히 확인할 수 있다. 둘째는 국가 기본의료보험의 적용범위와 수준이 일정 기간 안정적이고 피보험자는 기본의료보험의 정보 취득이 더 쉽기 때문에 의료보장체계에 대한 더 큰 영향력을 가진다[23].

반면에 민간의료보험 시장에서는 정보의 비대칭성이 상대적으로 훨씬 더 높는데, 그 이유는 두 가지가 있다. 첫째, 민간의료보험사는 피

보험자의 건강수준과 생활습관에 대한 정보를 주로 피보험자로부터 알게 되기 때문에 정보의 양과 신뢰성이 매우 제한되어 있다. 둘째, 보험시장에는 민간의료보험 상품 종류가 많고 피보험자가 건강보험에 대한 전문지식이 제한되어 있기 때문에, 이러한 많은 건강보험 상품의 장단점을 쉽게 구분할 수 없다.

또한 사회건강보험과 민간의료보험 시장이 직면하는 역선택과 도덕적 해이의 상황도 다르다. 이론적으로 사회건강보험제도는 역선택 현상이 없지만, 민간의료보험 시장은 심각한 역선택 문제를 가지고 있다. 이유를 거슬러 올라가 보면 제도설계 시작부터 사회건강보험은 대부분 강제 가입방식이고 수요 측과 공급 측의 정보가 상대적으로 충분하기 때문에 역선택 현상이 많지 않다. 하지만 민간의료보험은 임의가입 방식이어서 정보의 비대칭성도 심하기 때문에 구매자가 건강상태에 따라 가입 여부를 결정할 수 있다. 따라서 역선택 문제도 심각하다.

중국의 발전현황을 결합하여 기본의료보험과 민간의료보험 시장의 특성을 비교하여 Table 2에 설명하였다[21,23,27-30].

2. 중국 민간의료보험의 발전현황

1) 중국 의료 총비용

2018년까지 중국 민간의료보험의 의료비 보장비율은 10% 미만으로, 대부분의 민간의료보험제도를 시행하는 OECD 국가들과는 격차가 있다[27]. 중국의 급속한 경제발전으로 국민의 생활수준이 향상됨에 따라 건강보장에 대한 욕구도 높아지고 있으며, 동시에 주민들의 보험에 대한 인식이 강해지고 있다. 이에 따라 중국의 민간의료보험 시장전망은 매우 낙관적이다. 우선 의료총비용¹⁾에 비하여 2019년 말 1조 161억 달러로 20년 만에 14배나 증가하였다[3]. 2010년 이전에는 증가세가 뚜렷하지 않았으나, 2010년 이후에는 증가 속도가 확연히 드러난다. 특히 2013년 중국의 제3차 의료제도 개혁 이후 7년간 총 의료비가 2배 증가하였다. 제도개혁으로 인해 공립병원의 구조 개편과 민간의료보험가입이 활발해지면서 이뤄지면서 민간의료보험산업이 크게 활성화됐다[28].

의료비 지출구조는 2010년 개인 부담 1,088억 달러, 정부지출 885억 달러였으나, 이 수치는 2019년 2,882억 달러, 2,780억 달러에 도달했다. 또 개인의 의료지출과 정부의 의료지출을 모두 합하면 의료 총비용의 절반을 넘는다는 점을 고려하면 중국의 의료보험 전체 급여수준은 아직 낮다고 판단할 수 있다. 반면, 민간의료보험 지출 총액은

1) 의료 총비용은 한 국가 또는 지역이 일정 기간 의료봉사활동을 전개하기 위해 사회 전체에서 조달한 의료자원의 화폐 총액을 가리키며, 원천에 따라 계산한다. 이것은 일정한 경제 조건하에서, 정부, 사회 및 주민 개인이 의료보험 건에 대해 중시하는 정도와 비용부담 수준, 그리고 의료자금 조달 모델의 주요 특징과 의료자금 조달의 공평성의 합리성을 반영한다. 정부 의료지출, 사회 의료지출, 개인 의료지출 등 3개 분야로 구성되며, 이 중 사회 의료지출은 기본의료보험 지출, 민간의료보험 지출, 사회기부 지원 등이다.

2010년 41억 달러에서 2019년 363억 달러 수준으로 상대적으로 적은 비중만을 차지했다. 기본의료보험은 민간의료보험에 비해 2010년 546억 달러에서 2019년 3,218억 달러로 크게 성장하면서 전체 의료비

에서 차지하는 비율이 높아져 의료 총비용에서 중요한 구성이 되고 있다. 마지막으로, 기타 의료지출은 본 연구에서는 민간의료보험을 사회의료지출에서 빼고 남은 부분은 기타로 정의했다.

Table 2. Characteristics of basic medical insurance and private health insurance market [21,23,27-30]

Type	Basic medical insurance	Private health insurance
Supply	Fixed supply (unification management of national institutions)	Large quantity on the supply (private insurance company)
Demand	Compulsory, law of large numbers	Voluntary, uncertainty in the number of subscribers
Management	Unification management of national institutions, non-profit	Each insurance company is managed separately, for-profit
Dependency on country	Dependent	Dependent (government intervention by means such as tax benefits)
Information asymmetry	Symmetrical	Asymmetric
Purpose	Promotion of social welfare	Achieve maximization of corporate profits
Insurance product	Limited type and no significant change	Pluralistic and heterogeneous
Premium	Price fixed or income related	Non-fixed price and related to health status and income level
Insurance contribution	Individual, employer and national share	Consumer purchase or purchased by an employer for an employee
Insurance relation	Based on national law	Based on insurance contract
Medical care	By type of subscription	According to premium payment amount
Distribution of medical services	Relatively equal but reduced efficiency	Market decides and high efficiency
Adverse selection	Theoretically does not exist	Very severe
Moral hazard	Depends on coverage level, controlled through methods such as service provision and waiting time adjustment	Wide range of methods exist

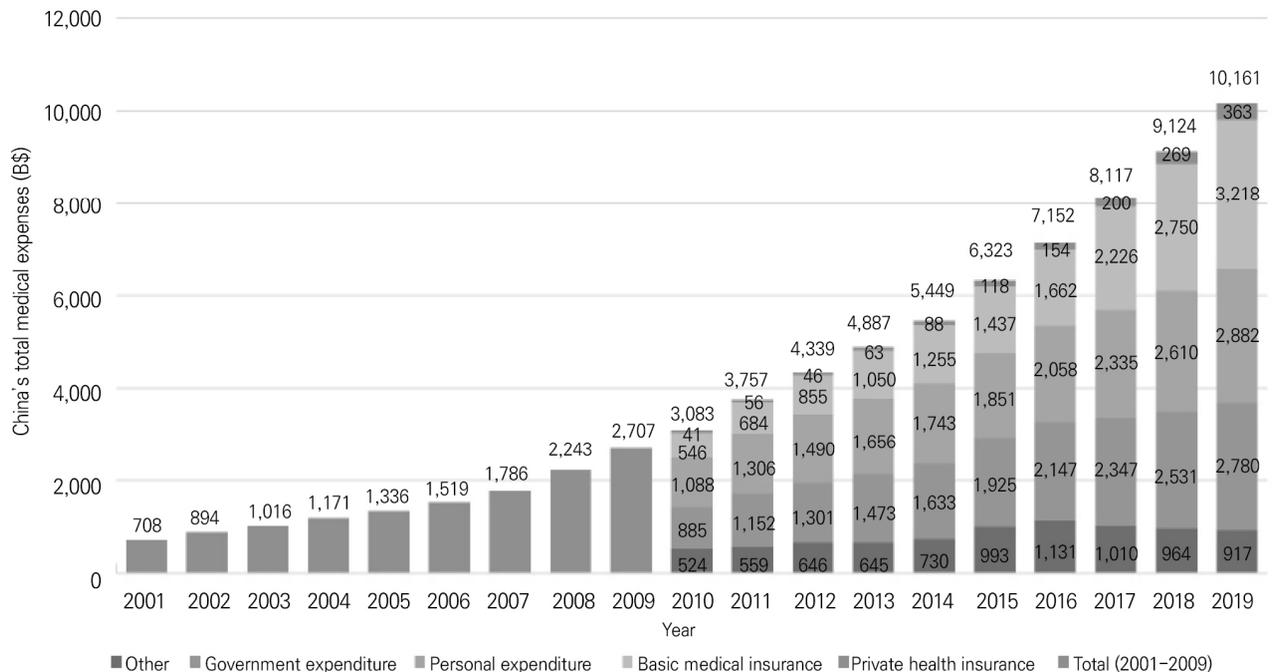


Figure 4. China's total medical expenses and composition (2001-2019) [3,31].

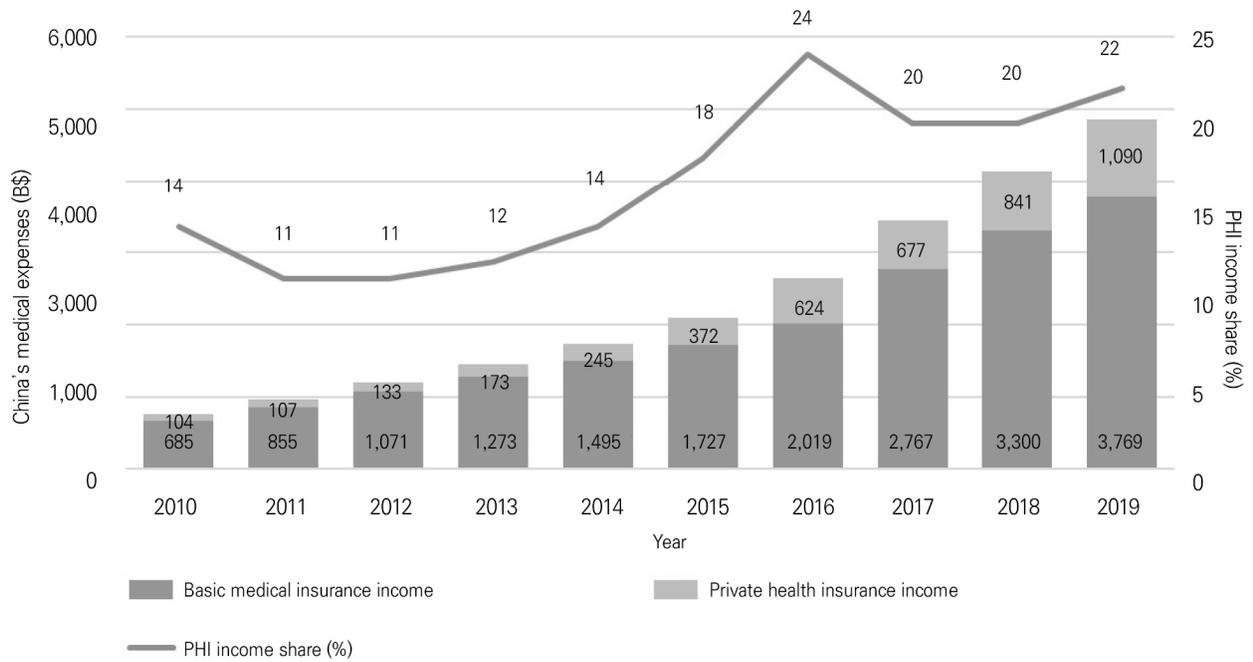


Figure 5. Share of private health insurance (PHI) in China's health insurance system [3,31].

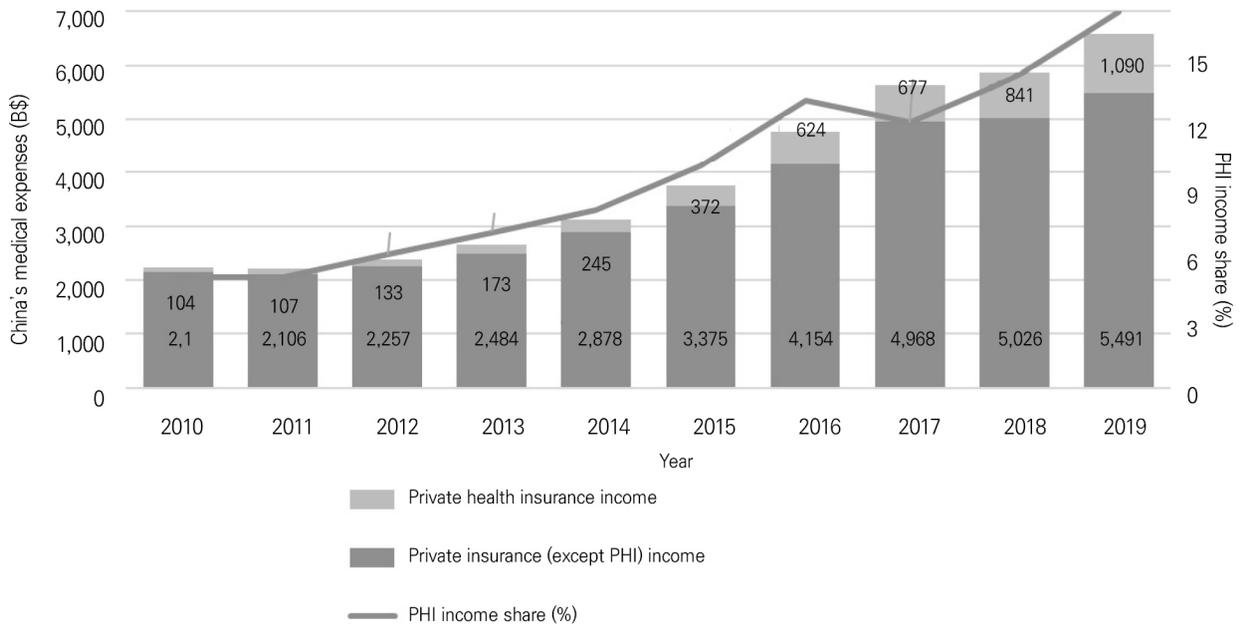


Figure 6. China's private health insurance (PHI) market share in private insurance market [31].

마지막으로, 기타 의료지출도 꾸준히 상승하고 있다. Figure 4는 의료 총비용(2001-2019)과 2010년부터의 구성별 금액을 보여주고 있다. 정보의 부족으로 2001-2009년의 자료는 의료 총비용만을 보여준다[3,31].

2) 중국 민간의료보험 시장 점유율

시장 점유율에는 2010-2019년 전체 의료보험체계²⁾가 확대되면서 10년 만에 6배 가까이 커졌다. 하지만 동시에 민간의료보험 시장이 흔들리면서 전체적으로 두 차례 변동세를 보였는데, 첫 주기는 2010-2016년으로, 이는 2000년부터 시작된 기본의료보험의 도입으로 인해 민간의료보험의 시장 점유율이 낮아졌다[3,31] (Figure 5). 하지만 2013년 3차 의료보험제도 개혁이 시작되면서 민간의료보험의 발전이 가속화되었음을 알 수 있다. 두 번째 주기는 2016년 이후로, 2016년 도시 주민 기본의료보험과 신형농촌협동의료가 합병되면서 농촌지역 주민이 대거 기본의료보험체계에 편입된 데에서 발행된 하락으로 보여진다. 또한 중국 국가통계국(National Bureau of Statistics)은 도시주민기본의료보험과 신형농촌협동의료가 2019년부터 개인별 납부액을 단계적으로 인상하여 전체 규모가 상승했다고 분석하였다.

민간보험 시장규모도 커지고 있다. 중국 은행감독위원회의 규정에 따라 민간보험 시장을 구분하자면, 생명보험, 의료보험, 상해보험 등의 손해보험과 재산보험으로 나뉘며, 본 연구에서는 의료보험을 제외한 모든 민간보험 시장의 규모를 기타 민간보험으로 보았다. 민간 의료보험은 이외의 보험 총합에 비해 점유율이 줄곧 낮았으나, 시장 규모만 놓고 보면 2010-2019년 10배나 성장했음을 알 수 있다[31] (Figure 6). 이 상승세는 민간의료보험 발전을 장려하는 중국 정부의 정책에 발맞추는 시장의 성장으로 분석된다. 2017년의 하락은 새로운 보험회사들의 규제개혁 영향으로 보인다.

중국 민간의료보험은 상품구성에서 한국과 유사하지만, 규모나 성장률 측면에서 한국 민간의료보험의 2000년대 초반과 유사하다고 볼 수 있다. 하지만 민간의료보험 관련된 정부정책은 한·중 간 큰 차이를 보이고 있다. 한국 정부는 민간의료보험은 개인이 선택하여 가입 여부를 결정하는 점을 강조하면서, 전국민의료보험제도를 설계할 때 민간보험의 역할을 고려하지 않았다. 반면에 중국은 국무원을 중심으로 민간의료보험이 중국 국민의 의료보장에서 정부기본보험의 보완재 역할을 할 것임을 강조하고 관련 정책을 발표해 왔다. 이러한 차이로 인해 한국은 민간보험에 3,900만 명이 가입하고 있지만, 의료보

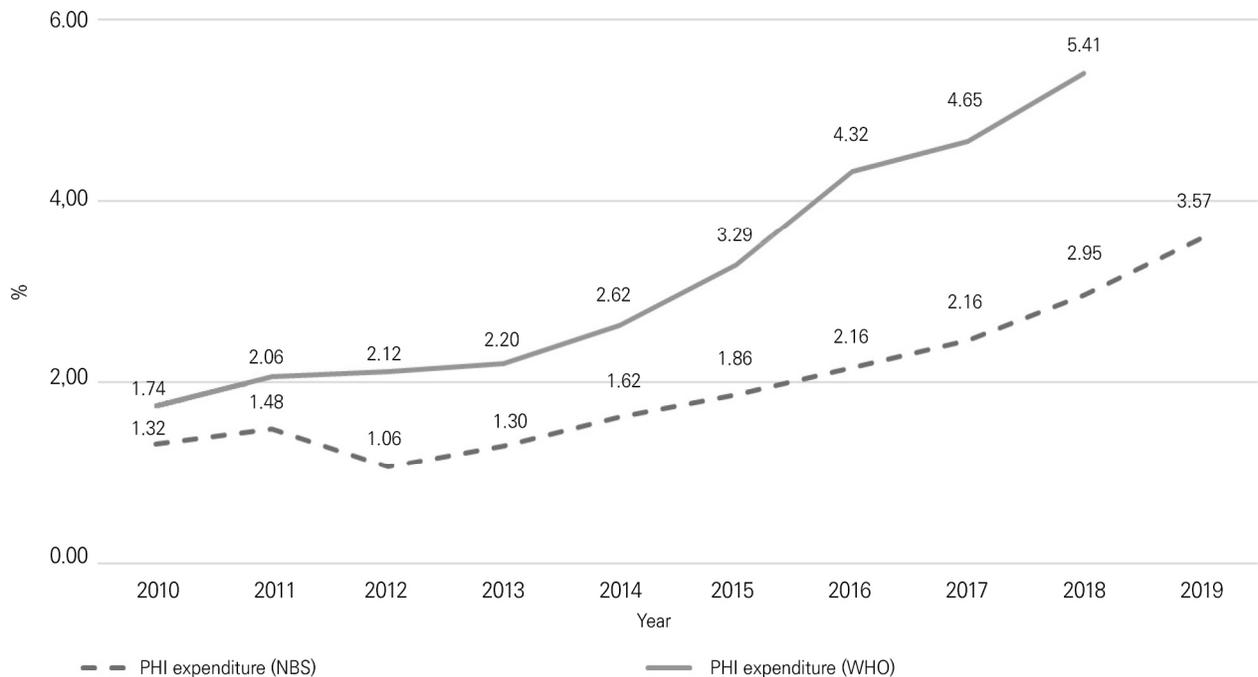


Figure 7. Comparison in private health insurance (PHI) expenditure between National Bureau of Statistics of China (NBS) and World Health Organization (WHO) [3,31,32].

2) 의료보험체계는 기본의료보험과 민간의료보험으로 구성돼 있으며 정부가 지급하는 보조의료보험과 의료지원을 포함하지 않았다.

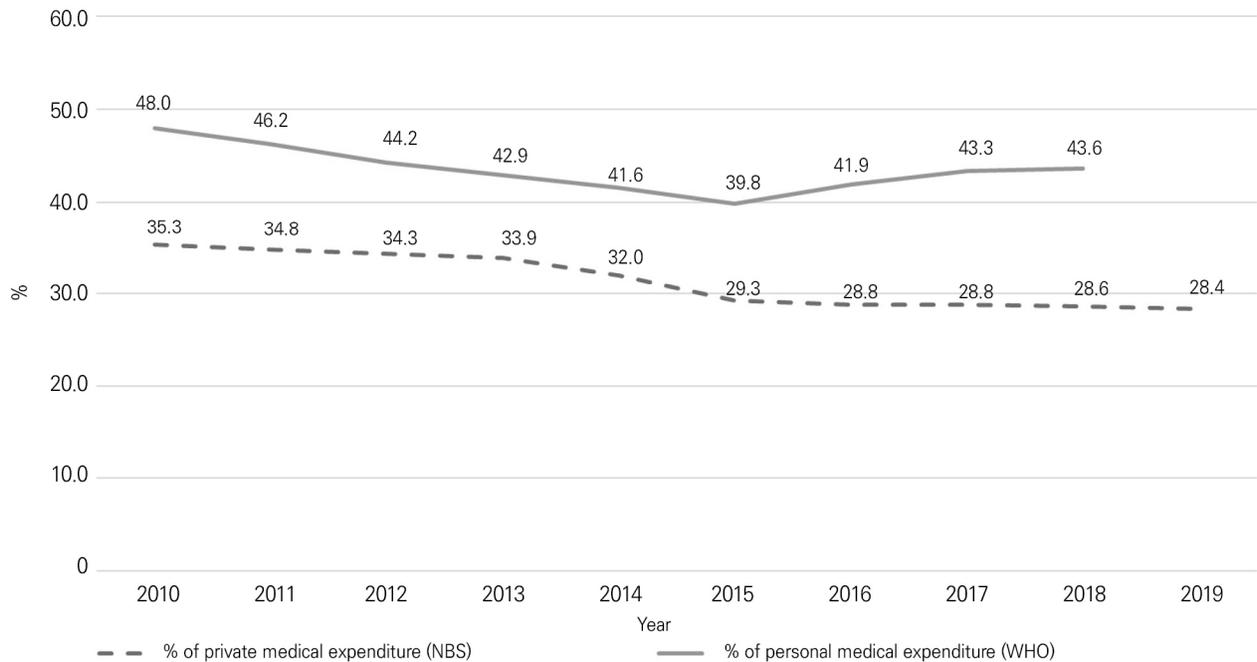


Figure 8. Comparison in personal expenditure of medical expenses between National Bureau of Statistics of China (NBS) and World Health Organization (WHO) [3,32].

장에서 어떤 역할을 하고 있는지 파악하지 못하고 있고, 정부보험과 연계가 부족하다 보니 도덕적 해이 및 중복보장 등 비효율이 반복되고 있는 실정이다. 중국은 민간보험이 도입된 초기부터 국무원이 정책방향을 제시하여 한국에 비해서는 효율적인 민간보험시장과 상품이 발전할 것으로 보인다.

3) 중국 민간의료보험 지출 비중

민간의료보험 지출 비중과 관련하여 중국 국가통계국과 세계보건기구(World Health Organization, WHO) 두 기관이 발표한 자료를 보면, WHO에 가입된 국가들의 평균 민간의료보험 지출 비중이 중국보다 더 높은 것으로 나타났다. 이는 아직 중국에서 민간의료보험이 더 발전할 수 있다는 시사점을 내포하고 있다[3,31,32] (Figure 7).

4) 중국 민간의료보험 개인 부담 비중

개인 의료비 부담 비중에서 WHO와 국가통계국에서 제시하는 수치 차이가 크지만, WHO나 국가통계국이 내놓은 자료에서 현재 중국의 개인 의료부담 수준은 매우 높은 편이다[3,32] (Figure 8).

결론

본 연구는 중국의 민간의료보험이 의료보장체계에서 담당해온 역할과 발전경로를 민간의료보험의 발전추이와 의료보장체계 구조의 변화분석을 통해 살펴보았다. 주요 통계를 요약하면, 2019년의 중국의 총의료비는 1조 161억 달러로 2000년보다 14배나 증가하였으며, 민간의료보험 시장규모도 2010년보다 10배나 성장하였지만, OECD 국가의 규모와는 격차가 컸다. 하지만 중국의 민간의료보험은 시작은 늦었지만 가파른 성장이 예상된다. 또한 민간의료보험의 점유율, 지출 비중 및 개인 의료부담 분석에서 예측되는 바는 중국 민간의료보험의 시장 잠재력은 크며, 발전전망은 낙관적이라고 할 수 있다.

본 연구에서는 중국의 의료보장체계를 조사하여 우리나라와 비교 분석함으로써 의약품·의료기기 무역 및 보험사 진출뿐 아니라, 향후 한국 의료보장체계의 미래설계에도 도움이 될 수 있도록 국민 중심의 공사의료보장체계의 중요성을 강조하였다.

지난 10년간 중국의 민간의료보험이 성장하면서도 중국 의료보장체계에서 중요한 역할을 할 수 있었던 가장 큰 이유로는 중국 국무원과 관련 부처의 정책적 의지와 공조를 들 수 있다. 중국 국무원은 민간 의료보험이 중국인들의 고액 의료비 위험을 줄여주는 보완재로 의료보장체계에 자리 잡도록 2000년대 초반부터 정책방향과 지도 감독을

철저히 해왔다.

우리나라의 민간의료보험에 대한 정책은 중국과 큰 차이가 있다. 민간의료보험이 판매되기 시작한 1990년대에는 관련 부처 모두 정부 의료보험이나 생명보험 등 타 보험상품에 비해 규모가 적은 민간의료보험에 대해 정책설계나 지도 등에 대한 관심이 적었다[33]. 2000년대 들어 암보험과 실손보험이 급속하게 성장하기 시작할 때까지도 정부는 통합적인 정책방향은 제시하지 않았다[34]. 관련 부처인 보건복지부와 금융위원회 등은 2010년이 지나서야 합동태스크 포스(task force)를 조직하고 표준실손보험상품 방안을 제시했지만, 민간의료보험이 의료보장체계에서 어떤 역할을 할 것인가에 관한 정책논의는 일천했고, 학술대회에서 전문가들이 제안하는데 그쳤다[35]. 오히려 다수의 의료보장전문가와 정책 관계자들은 “민간의료보험은 개인의 선택이기 때문에 의료보장체계의 구성요소가 아니다”라는 입장을 지난 25년간 견지해 왔다[36,37]. 이러한 주장은 의료민영화를 주장하는 그룹과 맥을 같이 해 왔는데, 그 배경으로는 국민건강보험의 주도권 유지와 대형 민영보험사들에 대한 거부감이 작동했던 것으로 짐작된다. 그 결과는 고스란히 국민들에게 피해로 돌아가고 있다. 우리 국민 3,900만 명이 실손의료보험에 가입하고 있으나, 보험료 산정/정부보험과 연계/심사 청구 등에 대한 정부의 정책제시는 전무한 실정이다. 공·사보험의 연계 부족으로 인해 실손보험의 적자는 작년 2조 5,000억 원에서 2021년에는 3조 원을 초과할 것으로 예상되고 있고, 이를 보전하기 위해 보험사들은 실손보험료 20% 인상을 정부에 요구하고 있다. 국민 개개인이 부담하는 총 의료보험료(국민건강보험료+실손보험료+암보험료)는 문재인케어 이후 급격히 인상되어 온 국민 건강보험료와 폭등이 예상되는 실손민간의료보험료로 인해 대다수의 OECD 국가보다 높을 것으로 예상된다.

지금까지의 논의에 기초해서, 본 연구에서는 다음과 같은 정책적 시사점을 제시하고자 한다.

첫째, 중국 인구구조와 질병 패턴의 변화, 그리고 경제발전이 따라 의료보험에 대한 개인 맞춤이나 다양화된 수요도 급증하였다. WHO는 2040년까지 중국의 60세 이상 노년 인구 비율은 28%로 증가할 것이라고 예측하였다. 또한 2015년부터 전면적으로 시행된 2차 출산정책, 2021년 제안된 3차 출산정책이 중국의 인구구조에 큰 변화를 가져올 것으로 예측된다. 따라서 은퇴시기가 가까워지고 있는 베이비붐 세대가 적절한 장기 민간의료보험에 가입하도록 해서, 정부보험을 보완하는 다층 의료보장구조를 확산하는 것이 매우 중요한 중국 정부의 정책초점이다. 이를 위하여 국무원이 의료보험체계에 많은 분석과 정책을 제시해 왔다. 중국 정부의 적시적인 정책실행과 민간의료보험에 대한 지도·감독을 통해 공·사의료보험 연계를 통한 소비자 중심의 의료보장체계가 안정화되기를 기대한다[35].

둘째, 중국사회과학원은 2015년 중국 노동력 이동 인구 규모가 2.46억 명에 달했으며, 2020년까지 중국의 도시화가 될 노동력 이동 인구 규모가 3억 명을 넘을 것으로 예측하였다. 이러한 인구구조의 변화와 도시화에 따라 의료, 질병, 간호, 근로능력 상실에 따른 보상, 장기요양 등 민간의료보험과 헬스케어 서비스에 대한 수요도 많이 생길 것으로 생각된다.

셋째, 13억 명 인구의 급속한 고령화와 전술한 도시화로 인해, 향후 기본의료보험 기금에 부담이 가증될 가능성이 크다. 중국의 민간의료보험은 한국에 비해 약 20년 늦게 활성화되었지만, 국무원의 정책으로 인해 의료보장체계의 중요한 역할을 담당하고 있다. 앞으로 중국 정부와 보험업계가 고령화와 도시화로 인한 의료비 폭등에 어떻게 대응하는지는 한국의 보건의료정책에도 많은 시사점을 줄 것이다.

최근에 중국 정부는 민간의료보험의 보완 역할을 강조하고 있으며, 중국인들의 민간의료보험에 대한 관심이 증가하고 있기 때문에 한국 보험회사의 중국 보험시장 진출에 적절한 시기가 올 것임을 예상할 수 있다. 또한 중국인들의 의료비 개인 부담이 늘어나는 상황이기 때문에 한국 보험사들이 개인 부담금을 줄이는 보장내용과 건강관리서비스 등을 포괄한 보험상품을 개발하여 중국에 판매한다면, 중국 의료체계에 기여함과 동시에 중국의 거대한 보험시장 진출을 가속화할 수 있을 것이다. 한국 보험사가 중국시장에 진출하여 공사의료보험 체계 활성화와 건강관리서비스 개발에 실천 경험을 쌓게 된다면, 구시대적구제로 인해 국내에서 실행되지 못하고 있는 건강관리와 원격 의료서비스를 3,900만 명의 실손보험에 가입한 우리 국민에게도 제공할 수 있을 것이다.

마지막으로, 중국 정부는 민간의료보험 활성화를 위한 정책장려뿐 아니라 의료보험시장을 개방하고 있다. 특히 국무원은 생명보험에 한해 2018년부터 외국 기업의 지분율이 51%까지 가능하게 하였으며, 2021년에는 지분율에 한계를 두지 않을 것이라고 밝혔다. 이는 한국 민간의료보험사의 중국진출에 큰 기회일 수 있다. 전술한 상품개발을 통해 중국의 의료보장체계에 기여함과 동시에 시장점유율 확대를 동시에 도모할 수 있을 것으로 기대된다.

감사의 글

본 연구와 논문 준비에 많은 도움을 준 HIRI 조다소리 연구팀장과 연구팀에게 감사를 표한다.

ORCID

Jian Cheng Fan: <https://orcid.org/0000-0002-5401-0023>;

Wan Yun Chen: <https://orcid.org/0000-0002-9434-3471>;

Kee Taig Jung: <https://orcid.org/0000-0001-9656-9055>

REFERENCES

- Park SR, Lee KS, Kim SK, Hwang TY. Cultural competence of health care providers in Daegu and satisfaction on health care services of Chinese medical tourists. *Health Policy Manag* 2016;26(2):115-124. DOI: <https://doi.org/10.4332/KJHPA.2016.26.2.115>.
- Kim GY, Chung WJ, Lee YH, Park CY, Robinson WC, Lee MK, et al. Satisfaction with health care in North Korea: a study of North Korean refugees in China. *Health Policy Manag* 2006;16(4):48-67. DOI: <https://doi.org/10.4332/KJHPA.2006.16.4.048>.
- National Bureau of Statistics of China. Annual data [Internet]. Beijing: National Bureau of Statistics of China; 2020 [cited 2020 Jan 3]. Available from: <https://data.stats.gov.cn>.
- Organization for Economic Cooperation and Development. Health expenditure and financing [Internet]. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development; 2020 [cited 2020 Feb 20]. Available from: <https://stats.oecd.org>.
- Bai GH. The study on the restructuring of the social health insurance in China: focusing on the policy developments of local governments [dissertation]. Seoul: Seoul National University; 2017.
- Lee YJ. Health care system reform in China. *China Knowl Netw* 2019; 13(13):63-90. DOI: <https://doi.org/10.35389/ckn.13.13.201905.63>.
- National Health Commission of the People's Republic of China. The 6th national health service statistical survey report. 6th ed. Beijing: National Health Commission of the People's Republic of China; 2021.
- China Development Research Foundation. Research on the complementation of commercial health insurance and basic medical insurance. Beijing: China Development Press; 2019.
- Zhu ML, Gui ZX. Public and private health insurance in medical expenditure financing: an analysis based on 2003-2012 China's Provincial Panel data of urban areas. *Insur Stud* 2014;6:96-104.
- Dong K. Medical insurance system evolution in China. *China Econ Rev* 2009;20(4):591-597. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chieco.2009.05.011>.
- Huang X. Four worlds of welfare: understanding subnational variation in Chinese social health insurance. *China Q* 2015;222:449-474. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0305741015000399>.
- Peng H, Zheng Q, Guo Y. Does the expansion of social health insurance in China promote the development of private health insurance? *J Financ Res* 2017;433(5):97-110.
- Jiang L. A research on the relationship between public medical insurance and private health insurance in China: analysis based on spatial durbin model. *J Financ Dev Res* 2019;2:68-75.
- China Insurance Regulatory Commission. Health insurance management measures. Beijing: China Insurance Regulatory Commission; 2006.
- Samuelson PA. The pure theory of public expenditure. *Rev Econ Stat* 1954;36(4):387-389. DOI: <https://doi.org/10.2307/1925895>.
- Musgrave RA. The theory of public finance: a study in public economy. 7th ed. New York (NY): McGraw-Hill Inc.; 1959.
- Holcombe RG. A theory of the theory of public goods. *Rev Austrian Econ* 1997;10(1):1-22. DOI: <https://doi.org/10.1007/BF02538141>.
- Anomaly J. Public health and public goods. *Public Health Ethics* 2011;4(3):251-259. DOI: <https://doi.org/10.1093/phe/phr027>.
- Mann JM. Medicine and public health, ethics and human rights. *Hastings Cent Rep* 1997;27(3):6-13. DOI: <https://doi.org/10.2307/3528660>.
- Malkin J, Wildavsky A. Why the traditional distinction between public and private goods should be abandoned. *J Theor Polit* 1991;3(4):355-378.
- Geuss R. Public goods, private goods. Princeton (NJ): Princeton University Press; 2003.
- Peng X. The drug price formation mechanism: analysis framework and the introduction of governance mechanisms [dissertation]. Nanjing: Nanjing University; 2014.
- Zhang Y. A study on the cooperative mechanisms between social health insurance and private health insurance. Beijing: China Social Science Press; 2014.
- Karsten SG. Health care: private good vs. public good. *Am J Econ Sociol* 1995;54(2):129-144. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1536-7150.1995.tb02684.x>.
- Wong VC, Chiu SW. Health-care reforms in the People's Republic of China: strategies and social implications. *Int J Public Sect Manag* 1997;10(1):76-92.
- State Council of the People's Republic of China. Opinions of the State Council on promoting the development of the health service industry. Beijing: State Council of the People's Republic of China; 2013.

27. Insurance Association of China. The report of 2018 China Commercial Health Insurance Development Index (CCHIDI) large and medium cities. [Beijing]: Insurance Association of China; 2018.
28. Yip W, Hsiao WC. What drove the cycles of Chinese health system reforms? *Health Syst Reform* 2015;1(1):52-61. DOI: <https://doi.org/10.4161/23288604.2014.995005>.
29. Yao L, Xiong X. Medical security (in Chinese). 2nd ed. Beijing: People's Medical Publishing House Co. Ltd.; 2013.
30. Choi KC, Lee HB. The proper role of national health insurance and private health insurance. *Health Welf Forum* 2017;(248):30-42.
31. China Banking and Insurance Regulatory Commission. Insurance industry operation status table [Internet]. Beijing: China Banking and Insurance Regulatory Commission; [date unknown] [cited 2021 Feb 18]. Available from: <http://www.cbirc.gov.cn/cn/view/pages/index/index.html>.
32. World Health Organization. Global health expenditure database: indicators and data [Internet]. Geneva: World Health Organization; c2021 [cited 2021 Jan 21]. Available from: <https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>.
33. Jung KT. Current status and revitalization plan of private medical insurance. *J Insur Finan* 1996;(17):127-149.
34. Jung KT. Current status and prospects of private health insurance in Korea. *J Korean Hospl Assoc* 2002;31(4):37-48.
35. Jung KT. People-centered public and private health insurance linkage and policy tasks. *Proc Korean Soc Health Policy Adm Conf* 2019;(2):1-41.
36. Shin HW. Establishing rational roles for national health insurance and private medical insurance. Wonju: National Health Insurance Service; 2016.
37. Kim CB, Chun CB, Im JS, Park JY. Current status of private health insurance in OECD countries and the challenges of health insurance in Korea. *J Policy Dev* 2002;2(1):61-77.