

중국 의료위생정책 변동과정 분석: 경로진화 유형분류와 행위자의 전략적 행동을 중심으로*

이 성 춘**

이 재 술***

이 민 창****

국문요약

본 연구는 역사적 제도주의의 경로진화 모형을 통해 중국 의료위생정책의 진화경로를 확인해 보는 것에 목적이 있다. 분석 결과 의료위생 정책 변동 패턴은 가점, 가점, 표류, 전환이 뒤섞인 역동적 과정을 통해 진화해 왔다. 의료서비스 공급부족에 따른 문제를 해결하기 위해 각종 조치들이 추가되는 과정과 시장화에 따른 규제 개혁의 조치는 가점으로 해석된다. 이후 합작의료가 와해되고 자비 의료가 증가되는 표류, 공공성 강화를 위한 각종 조치들이 시행되는 전환의 과정을 거친 것이다. 행위자들의 관점에서 정책변동은 단순한 환경 변화만을 뜻하지 않는다. 이들은 전략적 행동변화를 통해 자신들의 이익을 최대화 하고, 이 과정에서 예기치 못한 정책 표류의 현상이 나타날 수 있음을 확인했다.

주제어: 경로진화, 정책 표류, 중국 의료위생정책

I. 서론

중국의 의료위생정책은 그동안 어떠한 패턴으로 변동되어 왔는가? 본 연구는 역사적 제도주의(historical institutionalism)의 경로진화(path evolution) 관점에서 중국 의료위생정책 변동과정을 체계적으로 분석해 보려는 시도이다. 역사적 제도주의에서 제도변화를 보는 관점은 크게 두 가지로 나누어 볼 수 있다. 첫째로 외부 충격에 의한 급진적 변화로 보는 관점이 있고, 둘째로 시간에 따른 적응과정에서 나타나는 점진적 변화로 보는 관점이 그것이다. 역사적 제도주의 초기의 제도변화 이론인 단절적 균형 모형은 외부의 우발적 충격으로 역사적 전환점(critical

* 본 연구는 이성춘의 2012년 11월 한국행정복지학회 추계 학술대회 발표 초고를 수정·보완한 것이다.

** 제1저자

*** 제2저자

**** 교신저자

junctures)이 나타난다고 보고 있다(Krasner, 1984). 이 접근은 점진적 제도변화가 빈번한 현실에서 많은 사례를 설명하지 못하는 방법론적 한계를 노정한다.

제도변화를 점진적 변화로 보는 관점에서는 제도 외부의 충격이 아닌 제도의 모순과 균열에 주목한다. 더 나아가 환경 변화에 따른 행위자의 전략적 행동(이성춘, 2010)이 결과적으로 제도변화를 촉진한다고 보고 있다. 이러한 관점은 외부적 충격, 제도의 모순과 균열 이외에 제도내의 행위자들을 제도변화의 주요한 변수로 분석하는 것이다. 제도가 변하면 행위자들은 단순히 환경에 적응하는 것에 그치지 않고 자신의 이익을 극대화하고 더 나아가 제도변화를 촉진한다고 보는 것이다.

최근 30여 년간 중국은 적극적인 시장경제 메커니즘 도입을 통해 급격한 경제성장을 이루었다. ‘개혁개방’으로 대표되는 사회 전 분야에 걸친 제도변화는 급격한 경제성장과 더불어 다양한 이익집단이 형성될 수 있는 환경을 조성했다. 이와 더불어 정치, 경제, 사회 등 각 분야의 개혁은 경제주체들의 이익구조 변화를 불러왔다. 이 과정에서 이익집단은 특정한 이익을 대변함으로써 유지, 강화되며 형성된 것이다. 이들은 분화와 조합, 재조합의 역동적인 과정을 통해 균형에서 불균형으로 다시 균형으로의 동태적인 진화과정을 거쳤다.

중국의 의료위생정책 변동은 정치, 경제, 사회 분야의 개혁과 함께 구조적인 변화가 불가피한 상황에서 공진화 하였다. 이 변화는 두 가지 측면에서 이루어졌는데, 우선 공공재의 재분배 관점에서 경제성장과 함께 늘어난 국민의 의료서비스 수요 증가와 함께 시작된다. 공급부족으로 인하여 이른바 ‘진료, 입원, 수술 받기 어려운’ 상황으로 대변되는 문제를 해결하기 위하여 개혁이 진행된 것이다. 다음으로 경제적 측면에서 이익배분을 위한 이익집단 간의 상호작용 과정에서 시작된다. 시장경제체제 도입과 함께 나타난 여러 이익집단들의 이익 극대화 추구 과정의 경쟁과 갈등은 제도변화를 촉진했다. 중국의 의료위생체제 개혁은 하나의 정치 과정일 뿐만 아니라 여러 이익집단들이 서로 상호작용하고 이익 최대화를 추구하는 과정으로 볼 수 있다. 본 연구는 복잡한 이유에서 변동과정을 겪은 중국 의료위생정책을 경로진화의 관점에서 설명해 봄으로써 정책변동의 특징과 유형을 정리하고 정책 변동이 어떤 상호작용과 경로를 거쳐 발생한 것인지를 설명해 보고자 한다.

II. 이론적 배경

1. 선행연구의 검토

중국 의료위생정책 변동에 대한 선행연구들은 크게 정책변동 원인 연구와 정책 제언 관련 연구로 나눌 수 있다. 정책변동 원인에 관한 연구들을 정리해 보면 다음과 같다. 저우런중(周任重, 2009)은 의료위생정책 변동과정에서 사회자본의 추진 역할과 더불어 2원화된 경제구조가 결정적인 역할을 하였다고 주장하고 있으며, 후산련(胡善联, 2001)은 사회자본이 성숙하는 과정에서 제도의 역할을 강조하고 있다. 덩옌윈(邓燕云, 2007)은 의료위생정책의 구축과 변동과정에

서 중앙정부와 지방정부의 역할을 분석하였다. 리링(李玲, 2000)은 전통 의료위생정책 와해의 원인으로 농촌 집체경제의 붕괴를 들고 있다. 또 장치린(张奇林, 2009)은 의료위생정책에 내재되어 있는 논리적 모순이 그 변동을 초래했다고 주장하고 있다. 고우춘량(高春亮, 2009)은 거래비용과 인센티브 메커니즘을 바탕으로 정책변동을 설명하고 있다.

정책적 제언에 관한 연구로 판창강·뤼귀잉(潘常刚、吕国营, 2009), 장치린·양홍옌(张奇林、杨红燕, 2007), 리위룽(李玉荣, 2010), 장펑(张鹏, 2009), 장쿠이리(张奎力, 2010)등이 있는데 이들 연구는 다음과 같은 공통점이 있다. 첫째, 점진적으로 정부 용자 비중을 늘리고 공공재정을 주체로 하는 의료보장제도를 건립할 것을 주장하고 있다. 둘째 의료기구에 대한 정부의 관리를 강화해야 한다는 주장이다. 셋째 시장 메커니즘 도입을 신중히 검토해야 한다는 것이다.

이런 연구들이 중국 의료위생정책의 보장과 관리에 관한 시사점을 제공하고 있음에도 불구하고, 중국 의료위생정책의 전체적인 특성과 구체적 변동과정을 설명하는 데에는 한계가 있다. 본 연구에서는 이러한 한계를 극복하고 중국 의료위생정책 변동과정을 역동적으로 설명하기 위해 역사적 제도주의의 경로진화 관점을 채택하고자 한다.

2. 역사적 제도주의의 제도변화 이론

1) 우발적 외부의 충격 그리고 경로의존

역사적 제도주의의 경로의존 모형은 제도 변화보다는 제도의 지속현상을 설명하기 위한 이론이다. 주로 Ashford(1992), David(1985), Hall & Taylor(1996), Ikenberry(1988), March & Olsen(1984), Martin & Simmie(2008), Thelen & Steinmo(1992), Pierson & Skocpol(2002)등의 연구에서 찾아 볼 수 있는데, 특히 David(1985)의 쿼티(QWERTY)키보드 사례는 경로의존성 개념을 확장 시키는데 기여했다(Boas, 2007; 이재술·이민창, 2014). 제도는 지속되려는 관성이 있어 외부의 우발적 충격이 없는 한 지속된다고 보는 것이다. 이런 이론적 관점에서는 주로 lock-in(Pierson, 2000)과 자기 강화 메커니즘(Mahoney, 2000), 수확체증(Arthur, 1989; 1990; David, 1985; Mahoney, 2000) 그리고 역사적 맥락의 재생산 메커니즘¹⁾(Collier and Collier, 1991)을 통해 제도의 지속을 설명하고 있다. 이러한 관점은 제도의 안정성과 ‘역사가 중요하다’는 인식과 함께 역사적 사건의 인과관계에 대한 주장들을 체계화하는 데 큰 역할을 했다. 역사적 제도주의의 초기 저작에서 제도변화의 원인으로 전쟁이나 공황등 외부의 충격을 강조(하연섭, 2011)한 것도 이와 같은 맥락이다.

경로의존 모형은 중대국면²⁾(critical junctures)을 강조한다. 이 시기가 중요한 이유는 제도변화의 유일한 순간(하연섭, 2011)이라는 점과 선택의 순간에 있었던 대안들이 여전히 남아있어도 다시 선택의 순간으로 돌아가기 어렵기 때문(하태수, 2010)이다. 역사적 제도주의는 제도의 지속을

1) 제도를 역사적 맥락에서 지속되는 특징으로 간주하고, 설정된 경로(path)를 따라 지속을 주도하는 주요 변수로 간주한다(Collier & Collier, 1991).

2) 제도 외부의 우발적 충격으로 인하여 생기는 제도변화의 순간을 말한다.

설명하기 위해 경로의존을, 제도 변화를 설명하기 위해 중대국면의 개념을 사용한 것이다. 중대국면은 사회가 다층 구조 혹은 질서(multiple structures or orders)로 구성되어 있다는 전제에서 출발한다(이영철, 2013). 특정상황(외부의 우발적 충격)에 이들은 결합하거나 충돌하면서 제도변화의 계기를 만드는 것이다. 역사적 제도주의가 제도의 연속성을 설명하는 데에는 탁월하지만 제도 변화를 설명하기에는 취약하다는 비판은 중대국면에 대한 분석을 소홀한 것에서 기인한다고 볼 수 있다³⁾. 일부 사례 분석에서 경로의존현상의 구체적 기제를 설명하지 못하는 이유는 중대국면에 대한 논의 부족에서 비롯한다⁴⁾(이재술·이민창, 2014).

2) 점진적 제도변화 그리고 경로진화

현실적으로 대부분의 제도변화는 급격하거나 혁명적이지 않다(하연섭, 2011). 그러나 역사적 제도주의는 점진적이고 완만한 변화를 설명할 수 있는 분석틀을 공유하지 못했다. 이러한 방법론적 한계를 보완하는 과정에서 역동적 제약(dynamic constrains)의 개념이 등장한다(Orrén & Skowronek, 1994; 1996; Thelen & Stienmo, 1992). 이들은 제도의 균열이나 모순, 행위자들에 의한 전략적 행위와 갈등에 의한 점진적 제도변화에 주목했다. 점진적이고 완만한 변화가 누적되어 변혁적인 결과를 가져온다는 것이다.

최근 Hacker(2004), Streek & Thelen(2005), Mahoney & Thelen(2010)은 역동적 제약(dynamic constrains)의 개념을 바탕으로 경로진화의 구체적인 형태들을 제시했다. 이들은 주로 표류(drift), 전환(conversion), 가겹(layering), 수정(revision) 또는 전치(displacement)등의 개념을 통해 점진적 제도변화를 설명하고 있다.

표류(drift)는 제도가 의도한 효과를 발휘하지 못하는 상황이다(Hacker, 2004). 이러한 상황은 제도가 환경 변화에 따라 영향력을 발휘하지 못하는 경우에도 발생한다(Mahoney & Thelen, 2010). 군사정부 초기 정치권력의 정당성 부재와 대중적 지지가 필요한 상황에서 임기응변적 대처로 도입된 각종 사회보험이 재대로 운영되지 않거나 효과를 발휘하지 못한 경우가 그 예이다(이재술·이민창, 2014).

가겹(layering)이란 시간에 따른 환경변화나 제도자체의 모순에 대응하기 위하여 기존 제도에 새로운 제도가 추가되어 운영방식에 변화를 가져오는 경우이다(Hacker, 2004; Streek & Thelen, 2005; Mahoney & Thelen, 2010). 가겹은 공식적인 개혁 없이 주로 발생되는데(Hacker, 2004) 이것은 환경 변화와 이에 따른 행위자들의 전략적 행동에 적응한 제도의 점진적 변화이다. 이때 기존제도를 보완하거나 정교화하기 위해 추가적으로 도입된 제도가 누적되면 제도의 근본적 모습이 바뀐다(하연섭, 2011). 1961년부터 52년간 유지되어 온 검찰개혁의 상징이었던 ‘대검찰청 중앙수사부’ 수차례 개혁의 대상으로 거론 되었음에도 검찰의 기소독점권 변화 없이 유지되어

3) 사례분석에서 중대국면을 논의하기 위한 방법에 관하여는 하태수(2010) ‘경로 변화의 양태: 경로의존, 경로진화, 경로창조’ 「한국행정학회 동계학술대회」2010(1-16)를 참조하기 바란다.

4) 실제 경로의존 모형으로 사례분석을 하는 일부 연구들은 중대국면에 대해서 별다른 논의 없이 우발성의 요인을 갖춘 것으로 분석한다. 즉, 넓은 의미의 경로의존으로 사례를 분석하고 있는 오류를 범하고 있는 것이다.

은 현상은 가점의 예시이다(채성준·박용성, 2014). 자동차 용품과 순정시장에서 독보적 위치를 유지해 온 ‘현대오토넷’이 시장반응에 대응하면서 새로운 기술을 추가하는 것(김기찬·이동일·박지윤·서영태, 2008)은 경제학 영역에서 볼 수 있는 가점이다.

전환(conversion)은 현재 제도들이 새로운 목적으로 수정되고 수행하는 역할과 기능의 변화를 이끌어낼 때, 즉 새로운 목적의 역할을 수행할 것을 정치적으로 허락했을 경우 발생한다(Thelen, 2003). 이러한 재조정 과정은 제도 외부 환경변화가 현존 제도 변화를 촉진할 때 또는 제도가 통합되거나 새로운 제도에 의해 흡수될 때 발생한다(Boas, 2007). 전환의 예로 Thelen(2004)은 독일의 직업 훈련 체계 발전 과정을 제시했다. 원래 그것은 가내수공업자들의 입지를 강화시키고 급진적인 노동운동을 견제하려는 목적이었다. 그러나 오늘날 독일의 직업훈련제도는 노동조합의 강력한 힘의 원천이 되었다.

수정(revision) 또는 전치(displacement)는 기존제도가 새로운 제도로 대체되는 것을 의미한다(하연섭, 2011). 남재걸(2012)에 따르면 연구자마다 'revision' 또는 'displacement'로 달리 표현하고 있다. 그 이유를 살펴보면 Hacker(2004)의 경우 '기존정책의 공식적 대체(formal replacement of existing polity)'로 설명하려는 것이며, Streeck & Thelen(2005)은 급격한 변화의 과정을 겪는 'replacement'와 점진적 변화를 겪는 과정으로 구분하기 위해 'displacement'로 구분했기 때문이다⁵⁾. 본 연구에서는 Hacker(2004)의 관점을 따라 revision(수정)으로 표현하며, 이를 '기존정책의 공식적 대체'로 활용하겠다. 일반적으로 수정의 패턴은 자주 확인되지 않고 있으며, 대부분 경로진화는 표류나 가점, 전환의 형태를 보인다(Hacker, 2004).

한편 경로진화로 제도 또는 정책변동을 분석하는 학자들 마다 공유하고 있는 이론적 세부 틀은 상이하다. 주로 Hacker(2004)와 Mahoney & Thelen(2010)의 연구에서 분류 기준과 방법이 확인되는데 이들의 분석틀은 <표 1>과 <표 2>와 같다.

<표 1> Hacker(2004)의 경로진화 분석틀

		Barriers to Internal Policy Conversion	
		High (Low levels of policy discretion strong policy support coalitions)	Low (High levels of discretion weak support coalitions)
Barriers to Authoritative Policy Change	High (Many veto players)	Drift	Conversion
	Low (Few veto players)	Layering	Revision

출처: Hacker, 2004: 248.

우선 Hacker의 경우 <표 1>과 같이 경로변화에 대한 내부적 장벽으로 경로운영자의 재량의 크고 작음과 경로변화에 대한 외부적 장벽인 거부권자의 많고 적음을 교차시켜 경로진화 양식을 제시했

5) 이에 대한 자세한 논의는 남재걸(2012)을 참조하기 바란다.

다. 반면 Mahoney & Thelen(2010)은 <표 2>와 같이 제도적 특징을 재량(discretion)의 수준에 따라 구분하고 정치적 맥락을 거부가능성에 따라 구분하고 이들을 교차시켜 경로진화 양식을 제시했다.

<표 2> Mahoney & Thelen(2010)의 경로진화 분석틀

		Characteristics of the Targeted Institution	
		Low Level of Discretion in Interpretation/ Enforcement	High Level of Discretion in Interpretation/ Enforcement
Characteristics of the Political Context	Strong Veto Possibilities	Layering	Drift
	Weak Veto Possibilities	Displacement	Conversion

출처: Mahoney & Thelen, 2010: 19.

<표 1>과 <표 2>를 통해 알 수 있듯이 경로진화로 사례를 분석하는 연구자마다 일치한 분석틀을 공유하지 못한다. 이러한 이유는 각 사례마다 정책 변동에 영향력을 행사하는 방향의 차이에 따른다(이재술·이민창, 2014). 국내 연구 또한 마찬가지다. 하태수(2010), 남재걸(2012), 박용성·이경은(2012), 채성준·박용성(2014)등의 연구를 살펴보면 각기 다른 경로진화의 이론적 세부틀을 제시하고 있다. 이러한 방법론적 한계에 따라 본 연구는 표류(drift), 전환(conversion), 가겹(layering), 수정(revision)의 개념에 따라 사례를 분석하고자 한다.

3. 분석을 위한 개념구성

1) 분석 시기 구분

경로진화 모형은 제도변화를 설명하기 위한 결정적 전기(critical junctures)를 필요로 하지 않는다. 경로진화 모형은 우발적 충격을 필요로 하지 않고 임기응변적 대처(bricolage)나 일련의 실험(experiment)등이 누적되어 경로가 바뀐다고 보고 있는 것이다(이재술·이민창, 2014). 중국의 개혁개방 전 과정에서 나타나는 일련의 의료위생정책 변동은 의사결정점이나 선택국면에 따른 것이다. 이런 관점에서 중국의 의료위생정책 변동과정을 보면 대체로 세 단계를 거쳤으며 경제체제의 개혁과 맥을 같이 한다. 본 연구에서는 시기 구분의 편의에 따라 의료위생정책의 형성기(1949-70년대 말), 의료위생정책의 전환기(1979-2003년), 의료위생정책 재구성기(2003년 이후)로 구분하여 정책변동을 분석하고자 한다.

6) Hacker(2004)와 Mahoney & Thelen(2010)이 제시한 이론적 세부틀을 번역 없이 원문 그대로 제시한 이유는 국외의 학자들이 사용하는 용어가 상이하기 때문이다. 더욱이 국내의 학자들마다 번역하여 사용하는 과정에서 표기 방법이 달라지는 이유이기도 하다. 때문에 국내의 연구자들 또한 각기 상이한 용어들을 사용하고 있는데, 이러한 국내의 연구로는 채성준·박용성(2014), 남재걸(2012), 하연섭(2011), 하태수(2010)을 참조하기 바란다.

의료위생정책의 형성기는 국가 건립초기로서 공급부족에 바탕 한 열악한 의료상황을 개선시키고자 법적 토대를 정비하는 시기다. 다음 정책 전환기는 국가 경제체제의 개혁과 맞물려 두 차례에 걸쳐 이루어 졌다. 마지막으로 정책 재구성기는 경제성장으로 인한 의료 수요는 증가하고 있으나 공급 부족과 비싼 의료비문제가 대두되자 정부주도하에 공익성을 확보하고자 시행되었다.

2) 분석의 초점

신제도주의의 최근 논의들은 제도변화를 설명할 때 행위자의 역할과 권력관계의 중요성을 강조하고 있다(하연섭, 2011). 특히 진화론적 관점에서 정책은 국가라는 행위자에 의한 일방적인 결정이 아닌 이해관계자들의 상호작용 결과물로 보고 있다(성지은, 2004). 이러한 관점에서 행위자는 정책 또는 제도변화를 단순한 변화로 받아들이지 않는다. 행위자의 관점에서 정책 변동은 새로운 게임의 규칙 (rules of game)인 것이다. 이때 행위자들은 관망하는 것이 아니라 적극적으로 새로운 게임의 규칙에 적응하고 또 전략적 행동을 위한 기틀을 마련한다. 이에 따라 행위자들은 제도의 선택과정에 큰 영향력을 발휘한다(Thelen, 2010). 행위자는 제도제약의 영향을 받는 객체인 동시에 제도를 현실화, 재생산시키는 변화의 주체가 되는 것이다(김운권, 2005). 따라서 본 연구에서는 정책변동의 경로 이외에 제도변화가 행위자에게 미치는 영향과 행위자의 전략적 행동이 제도변화에 미치는 영향 관계를 분석해 보고자 한다.

3) 진화경로 분석방법

경로진화로 사례를 분석하는 선행연구들은 진화유형의 특징은 공유하지만 이들 유형이 나타날 수 있는 환경에 대한 세부적인 틀은 상이하다. 이러한 방법론적 한계를 극복하고자 본 연구는 공유된 각 진화 유형의 특징을 활용해 진화 유형을 도출할 것이다. 이들 특징을 요약하면 <표 3>과 같다.

〈표 3〉 진화 경로 분석을 위한 개념틀

구 분		특 징
경로진화	가겹 (layering)	새로운 정책의 추가
	수정 (revision)	새로운 정책으로 대체
	전환 (conversion)	새로운 목적으로 전환
	표류 (drift)	정책이 의도한 효과를 발휘하지 못함

출처: 이재술·이민창(2014)을 수정 보완.

표류(drift)는 정책의 모순이나 환경변화에 대응하지 못해 발생하는 상황으로 애초에 의도한 효과를 발휘하지 못하거나 의도했던 방식으로 운영되지 못하는 경우이다. 가겹(layering)은 시간에 따른 환경변화나 정책자체의 모순에 대응하기 위하여 기존 정책에 새로운 정책이 추가되어

운영방식에 변화를 가져오는 경우이다. 전환(conversion)은 정책이 새로운 목적으로 수정되어 역할과 기능이 바뀐 경우다. 마지막으로 수정(revision)은 기존 정책이 완전히 사라지고 공식적으로 새로운 정책으로 대체되는 경우이다.

Ⅲ. 중국 의료위생정책 변동과정

1. 형성기

1) 정책 변동과정

구소련의 영향을 받은 신(新)중국의 의료위생정책은 계획경제체제하의 위생제도 모델을 그대로 답습하여 의료서비스를 공급하는 방식을 사용했다. 국가 건립초기 중국공산당이 주축이 되어 의료위생정책의 법적 토대를 정비했다. 우선 노동자, 농민, 병사(공농병, 工农兵)를 대상으로 양방(洋方)과 중의학(中醫學)을 결합한 예방위주의 의료사업을 실시하고자 했다. 1950년 8월 제1차 전국위생사업회의에서는 ‘의료사업 3대 방침’을 확정했는데, ‘공농병을 대상으로 중서의결합(中西醫結合)을 통해 예방을 위주’로 한다는 결정이었다.

이에 따라 1951년 위생부는 ‘농촌위생 기층조직(7)사업의 구체적 실시방안에 대한 초안’을 제시하게 된다. 이후 1952년 12월 제2차 전국위생사업회의에서 저우언라이(周恩來) 총리의 제의에 따라 ‘위생사업의 4대방침’을 확정하기에 이른다. 4대방침은 기존 1차 회의에서 결정한 3대 방침 이외에 위생사업에 균중운동(8)을 결합한다는 내용이었다. 1957년 위생부는 「기층위생조직의 업무지시」를 통해 기층위생조직의 주요 업무는 ‘예방, 방역, 위생교육’이라고 규정하였다. 이처럼 신중국 건립 후 중국 정부는 의료위생사업을 사회복지사업으로 간주하고 법적 토대를 마련하였다. 이 과정에서 정부는 도시와 농촌지역에 획일적인 대규모 자원을 투입하고 의료서비스를 제공하는 기구를 설립하기에 이른다.

1965년 1월 마오쩌둥(毛泽东)은 의료위생사업의 중심을 농촌에 둘 것을 지시했다. 이에 따라 단기 속성교육을 통해 양성된 이른바 ‘맨발의사(9)’가 투입되어 농촌에 의료서비스를 제공했다. 이러한 조치와 1950년대 초반의 농업합작화(10) 운동으로 농촌지역에 설립된 보건소는 농촌지역의 주요 의료서비스 거점기관의 역할을 담당한다. 보건소 의사는 맨발의사였으며, 급여는 집단경제조직에서 부담했다. 진료비는 환자와 집단경제조직이 공동 부담했다. 의사의 수입은 주로

7) 거주지를 중심으로 한 자치조직을 말한다.

8) 1950년대 말부터 60년대 초까지 중국 공산주의자들이 추진한 대약진 운동(Great Leap Forward)을 말한다.

9) 맨발의사(赤脚醫生)는 약 3개월의 의료교육으로 급조된 의사다. 정규 의학과정을 이수하지 않았기 때문에 의학지식은 물론이고 경험 부족의 문제가 있었다. 그러나 농촌 지역에 의료서비스가 제공되었다는 점과 봉사정신으로 무장된 맨발의사는 산간벽지의 의료공백을 메우는 역할을 하게 된다.

10) 농업합작화는 중국 공산당의 결정에 따라 사유화에 기초한 개체 농업경제를 생산재 공유화로 전환하는 과정이다.

농민들이 지급한 진료비, 농업 공익금에서 지출된 업무수입과 약품이윤 그리고 노동점수¹¹⁾에 따라 책정되었다.

1978년 제5기 인민대표대회에서는 ‘합작의료’가 포함된 「중국인민공화국 헌법」을 제정했다. 이에 따라 이듬해인 1979년 위생부, 농업부와 재정부는 「농촌 합작의료 장정(실행초안)」을 반포하여 합작의료제도를 규범화 했다. 이시기 전국에 4,777,469명의 맨발의사와 1,666,107명의 간호원이 있었고 합작의료를 통한 의료보장은 90%를 상회했다(傅卫·陈迎春·姚岚, 2000). 도시지역의 공공부문은 공비 의료보장제도가 기업에서는 노동 의료보장제도가 실시되었다. 도시지역의 의료 서비스체계의 점차적인 확립으로 성(省), 시(市) 정부는 일정한 수의 의료위생기관을 관리하게 되었다. 이러한 일련의 과정을 통해 도·농 지역을 포괄하는 전국민 의료보장제도의 기틀이 마련되었다.

2. 전환기

이 시기 의료위생정책 변동은 국가 경제체제의 개혁과 밀접하게 관련되어 두 차례에 걸쳐 이루어졌다. 분류의 편의에 따라 1차와 2차로 구분하여 살펴보면 1차 의료위생정책 변동기는 1979년부터 1997년 까지다. 이후 2차 의료위생정책 변동기는 1997년부터 2003년 까지다.

1) 제1차 정책 변동과정

이 시기의 주요 내용은 의료서비스 공급과 관련 예산 및 자금운용의 확정이다. 1979년 위생부를 비롯한 세 개의 부처는 합동으로 《병원 운영을 위한 예산관리 지침》을 반포했다¹²⁾. 이후 1980년 9월 위생부는 《개인의 의료위생업 진입 허가에 따른 보고》를 제출하여 국무원의 비준을 받아 개인이 의료서비스 제공을 할 수 있는 기틀을 마련했다. 이전에는 국유 또는 집체의료기구만이 의료서비스를 제공할 수 있었다. 그러나 의료서비스에 대한 수요증가를 따라 가지 못했고 결국 정부는 여러 가지 소유형식이 공존하는 의료기구 설립을 허용한 것이다. 당시 농촌지역에서는 농민들의 수익이 늘고 의료서비스에 대한 수요가 증가하는 추세였다. 이러한 상황에도 불구하고 정부는 합작의료체계에 대한 재정지원을 감소했다(Hsiao, 1984). 정책변동 이후 의료업은 단일 공급형식에서 여러 가지 형식이 공존하는 국면을 맞이한 것이다.

1981년 2월 27일 국무원은 위생부의 《병원적자 문제와 대응방안》을 반포했는데 이는 개혁개방 이후 의료비에 관한 첫 문건이었다. 문건에는 병원의 심화되는 재정악화를 개선하기 위한 방안이 제시되었다. 그 주요 내용은 공비의료와 노동보장의료 혜택을 받는 노동자와 도시주민, 농민의 요금표준을 달리 적용할 것을 제안했다. 이는 공비의료와 노동보장 의료서비스를 향수하는 자는

11) 노동점수는 신(新)중국 건립초기 농업합작사와 농촌 인민공사에서 노동 생산량에 근거하여 보수를 결정하는 방식이다. 하지만 공평배분 배경에서 노동에 따른 분배원칙은 실현되지 못하였다.

12) 주요 내용은 이른바 ‘오정일장(五定一奖)’으로서 효율적 병원 운영을 위하여 병원내 근무자의 임무, 임무에 따른 조직 편제 구성, 각 업무의 기술지표 개발, 병원 유지를 위한 보조금 운용 계획, 병원내 침상관리 등이다.

원가표준으로 요금을 징수하고 일반인들은 낮은 표준요금제를 실시하는 것을 골자로 한다.

1985년 4월 당시 정부예산 부족과 환자가 지급하는 낮은 표준 진료비로 인하여 의료기관 운영이 어려워지자 대책을 강구한다. 위생부는 《위생사업 개혁에 관련한 정책 문제》의 보고서를 제출하는데 주요 내용은 규제완화를 통한 자금조달 방식의 변화였다. 이에 따라 비국유위생기구의 설립을 장려하고 개인소유의 의료위생기구의 재산권과 자율권을 확대하였다. 모든 의료기관은 이때부터 원장책임제로 전환되었으며 간부와 노동자를 임용할 때 계약제를 실시했다. 또한 병원의 국가 보조금은 대형공사나 설비 구입을 제외하고는 정액제를 실시하여 관리책임제를 확고히 했다(中华人民共和国国务院, 1985).

1989년 중국공산당은 제13기 4중전회 이후 시장경제와 계획경제가 혼합된 경제체제를 건립할 것을 제시했다. 이러한 조치는 두 가지 목적에 의해 제시된 것이다. 먼저 침체된 의료서비스 시장에 활력을 불어넣고 의료인의 기술과 잠재력을 개발하기 위한 조치였다. 다음으로 ‘진료, 입원, 수술 받기 어려운’ 상황을 개선시키기 위함이었다. 1989년 국무원은 《의료위생서비스 확대를 위한 방안》을 발표하는데 이는 시장화 개혁의 구체적인 조치였다. 의견서에서 적극적으로 의료기구에 대한 여러 형식의 책임제를 실시할 것과 조건에 따른 단위와 의료인의 유상서비스 제공을 승인했다. 또한 위생방역, 약품검역 등을 각 단위에서 감독을 하도록 했다(中华人民共和国国务院, 1989). 이러한 일련의 조치는 의료서비스의 시장화 방향을 제시한 것으로 평가된다. 일반 국유기업 개혁을 기본 모델로 의료기구(의료기관) 또한 국가 관리체제에서 시장 중심의 방향으로 개혁하였다. 중앙집권적 권력과 이윤의 양도를 핵심으로 하는 일련의 개혁정책은 의료체제개혁의 새로운 경로를 만들어 주었다. 이러한 조치들에 힘입어 1985년에서 1991년 사이 현금 이상 병원의 병상 사용률은 기본적으로 87.9%를 유지했으며 의료기구의 수와 선진의료 장비 보유량 등의 지표는 증가하는 추세였다(夏晔等, 2010: 38). 그러나 의료서비스 공급의 다각화와 설비 및 서비스 질의 개선이 추진되었음에도 불구하고 근본적으로 ‘진료, 입원, 수술 받기 어려운’ 상황은 쉽사리 개선되지 못하였다.

2) 제2차 정책 변동과정

1990년대 후반부터 2003년까지는 제2차 의료위생체제 개혁의 시기이다. 공립병원은 시장경제체제를 바탕으로 다음과 같은 정책을 실시했다.

첫째, 병원의 권리와 책임을 규범화 했다. 1997년 국무원은 《의료위생개혁과 발전에 관한 결정》을 통해 의료위생사업을 책임제로 전환할 것을 결정했다. 이에 따라 각 지방정부는 의료위생사업에 대해 책임을 지도록 했으며 이는 지방관리자 임기 내 성과평가의 중요한 지표가 되었다.

둘째, 진료비가 현실화 되었다. 기존에는 의료서비스 성격에 따라 고정된 진료비를 징수했는데 이를 개선한 것이다. 기본 진료비는 정부보조를 바탕으로 낮은 표준진료비를 징수하고 그 외의 진료비는 의료기구 사용에 따라 원가보다 높게 책정했다. 의료기구 사용에 따른 표준 진료비와 환자의 선택권 확대는 결과적으로 진료비 인상으로 이어졌다.

셋째, 공립병원의 경영환경을 개선시켰다. 공립병원의 경영권을 확대하고 내부의 인센티브 메

커니즘을 확고히 했다. 의료기관 내 인사와 급여 체제 등을 경영자에게 이관했으며, 의료기관의 관리를 위해 원가정산 등의 회계감시를 강화했다.

넷째, 의료기관을 영리와 비영리로 나누어 관리 했으며 국가는 의료기관의 관리를 강화 했다(中共中央、国务院: 1997). 2000년 국가체제개혁위원회는 《의료위생체제 개혁에 관한 발표》를 통해 병원의 재정, 세금, 진료비 등의 관리정책을 실시할 것을 규정했다. 또한 정부는 의료기구에 대한 분류관리를 통해 의료서비스 가격과 의약품 인상을 억제하고자 했다(国务院体改办、国家计委: 2000).

이 시기 가장 큰 변화는 도시지역 노동자를 대상으로 시행된 의료보험제도이다. 1998년 국무원에서 제시한 《도시지역 노동자 기본의료보험제도 실시에 관한 결정》을 계기로 기존에 있던 의료보험제도를 대체할 기본사회의료보험제도를 전면적으로 실시하였다.

3. 재구성기

의료위생 부문에 대한 정부투자 감소로 의료기관의 이윤추구 행위는 심화되었다. 이른바 ‘진료, 입원, 수술 받기 어려운’ 현상이 지속되는 문제는 제3차 의료개혁이 해결해야 할 주요과제로 부상했다. 이러한 상황에서 2003년 이후 의료체제는 공익성을 기본 방향으로 한 정부주도의 개혁이 진행 되었다. 이 시기 의료위생체제 개혁은 도시지역과 농촌지역으로 이분화 되어 실시되었다.

먼저 농촌지역에서는 새로운 합작의료체제와 의료구제정책을 신설하여 농민들이 기초 의료서비스를 받을 수 있도록 했다. 2002년 10월 《농촌 위생사업을 강화할 것에 관한 중공중앙과 국무원의 결정》에 따라 농촌지역 주민의 주요 건강지표를 선진국 수준에 이르게 한다는 목표를 세웠다. 이에 따라 2003년 1월 국무원은 위생부, 재정부와 농업부가 함께 하여 《농촌 합작의료체제 신설에 관한 의견》을 발표했다. 신(新)중국 건립 초기 시행되었던 농촌합작의료제도를 다시 시행하기로 결정한 것이다. 2002년 중공중앙과 국무원은 농촌지역에 최초로 의료구제제도를 신설할 것을 결정했으며 오보호(五保户)¹³⁾자를 그 대상으로 했다. 2006년 농촌 지역의 의료구제를 통한 진료 건수는 286.6만 건, 농촌 합작의료를 통한 진료 건수는 984.4만건으로 함께 1,271.2만 건이었다. 이에 따른 농촌의료구제에 사용된 지출은 8.9억 원(CNY)에 달했다(陈佳贵·王延中, 2007: 71).

도시지역에서는 의료서비스 수요를 충족시키기 위해 2006년 2월 《도시커뮤니티 의료위생 서비스 발전방안》을 국무원이 발표했다. 이는 도시지역의 새로운 의료위생 체제를 목표로 하고 있다. 도시주민의 이른바 ‘진료, 입원, 수술 받기 어려운’ 현상을 해결하기 위한 조치를 시행한 것이다. 2007년 7월 국무원은 《도시지역 기본의료보험 시행에 관한 결정》을 발표하고 전체 도시지역 주민이 향수할 수 있는 의료보장체제를 목표로 기본 의료보험을 시행했다. 시행초기 2007년 두 개의 성 세 개의 도시를 시작으로 2009년에 이르러서는 도시지역 80%이상 지역에서 시행되었고 2010년에는 전국 모든 도시지역에서 시행되었다.

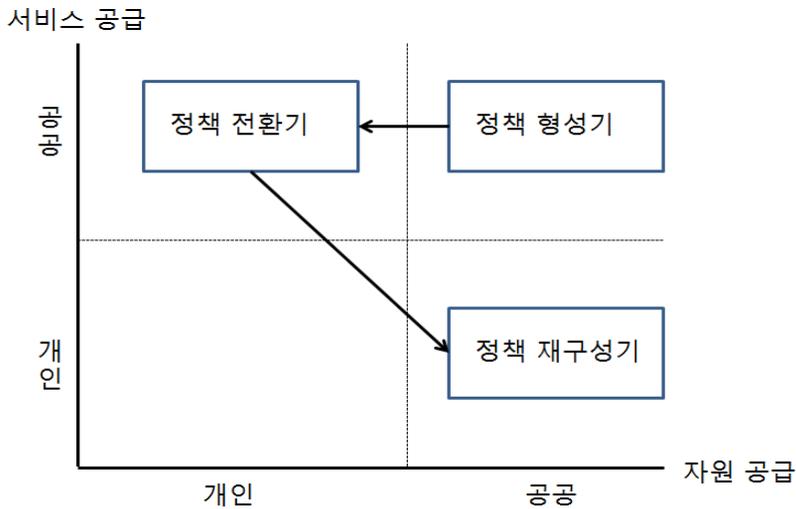
13) 오보호는 농촌지역에서 노동능력이 없고, 생활능력이 없으며 법정 부양자가 없는 노인과 장애인 미성년자를 말한다.

4. 소결

1949년 이후 중국 의료위생체계는 세 차례 중대한 전환점을 맞이한다. 이는 실질적으로 제도의 내재적 메커니즘 변화라고 할 수 있다.

신(新)중국 건립초기 의료위생체계는 구소련의 영향으로 재원조달, 공급, 관리가 모두 중앙정부의 계획 하에 이루어졌다. 제1차 개혁은 의료위생부문의 권력과 이윤을 양도하는 원리로 진행되었다. 정부의 재정지원이 감소한 상황에서 의료기관의 이윤추구 행위를 허용하기에 이른 것이다. 이른바 시장경쟁체제의 바람이 의료부문까지 불어온 것이다. 제2차 개혁의 핵심은 시장원리에 따른 의료기관의 경쟁과 사회보장적 역할도 강조하는 것에 있다. 이는 계획모델에서 시장모델로의 점진적 전환 과정인 것이다. 이 시기 개혁의 핵심 과제는 두 가지로 압축되는데 첫 번째 과제는 시장메커니즘을 도입하여 자주적인 의료서비스 제공을 실현하는 것이다. 두 번째 과제는 사회보장부를 신설하여 이전의 서비스 제공자인 위생부와와의 분리를 실현하는 것에 있었다. 그러나 정부투입 감소와 병원의 이윤추구 행위 심화로 이른바 ‘진료, 입원, 수술 받기 어려운’ 상황이 심화되자 3차 개혁이 시작된다. 제3차 개혁의 중점은 공공관리(자금 조달)와 서비스(의료 서비스) 분리를 실현하는 것으로 사회적 형평성을 강조했다. 이를 도식화 하면 <그림 1>과 같다.

〈그림 1〉 의료위생정책 변동



요약하면, 의료위생정책 형성기에는 정부주도의 자원공급과 서비스를 바탕으로 정책이 형성되었으며, 정책 전환기에는 민간 자원을 일부 도입하고 서비스는 공공공급에 초점을 맞춘 정책이었다. 마지막 재구성기는 자금 조달을 이전처럼 공공부문으로 한정하고 서비스 제공은 개인에게도 가능성을 열어두어 의료서비스 공급을 확대하는 방향이었다. 다만 재원 조달 부문에서 이전처럼 공공부문의 정부자원으로 한정함으로써 의료비 상승에 따른 사회문제를 예방코자 하였다.

IV. 경로분석

1. 형성기

이 시기의 경로는 <표 4>와 같이 우연한 시작에 의한 가겹(layering)으로 볼 수 있다. 신(新)중국 건립초기의 구소련 계획경제 모델 답습은 의료위생정책 형성과정의 경로 시작점이다. 이후 부족한 의료인의 양적 확대를 위해 ‘맨발의사’를 육성하는 정책과 가격규제, 진입규제 등의 정책을 통하여 의료서비스 비용을 줄일 수 있었고 이를 바탕으로 의료보장제도를 도입할 수 있었다. 이러한 일련의 과정은 새로운 정책의 도입으로 해석할 수 있다. 의료위생정책 변동은 고도로 집중된 계획경제와 맥을 함께 하고 있는 것이다. 한편 신분의 계층구조와 이를 근간으로 하는 단위구조는 특수한 이익집단으로서 이익표출 행위를 하기에 이른다. 구체적인 특징과 과정은 다음과 같다.

<표 4> 경로분석: 가겹(layering)

	주체	특징	이론적 해석
공급	정부	진입규제, 가격규제, 비용통제	가겹(layering)
재원조달	정부, 집체경제	의료보장제도, 농촌합작의료	
행위자 특징	의료 자원의 각 계층간 배분		
현상	의료수요 충족		

1) 변동 과정의 특징

신(新)중국 의료위생체제는 계획경제체제에 의존했다. 고도로 집중된 계획경제체제와 의료 공급은 맥을 함께 하고 있으며, 당시의 경제적 수준과 의료위생에 대한 수요는 부합했다. 이 시기의 특징은 다음과 같다.

첫째, 정부는 진입규제를 통하여 독점적 의료서비스 제공자의 역할을 한다. 이 시기 일부 개인 진료소를 제외한 대부분의 개인자본은 병원을 설립하여 의료서비스 시장에 진입할 수 없었다. 정부는 직접 의료기관을 설립하였고 행정조직의 형식에 따라 의료기관의 조직구조를 설계 하였다. 행정 소속과 생산조직의 특징에 따라 도시와 농촌에 3급 의료 기구를 설립하여 농촌지역에 현, 향, 촌 3급 예방 보건 망이 구성되었다(黄树则·林士笑, 1986).

둘째, 비용통제 정책을 통해 가격을 규제했다. 의료진의 급여는 공무원 인사 기준의 행정 등급 표준에 따라 책정하였으며 경영 손실분은 정부재정 및 집단기금으로 보완했다. 의료기구와 의료진 및 기술과 설비의 도입을 직접 정부가 통제하고 진료비 또한 직접 결정하는 구조였다.

셋째, 의료보장제도 도입을 통해 의료수요 증가를 충족시켰다. 도시지역 의료보장제도 실시와 함께 농촌합작의료 보급률이 90%를 상회했다. 이는 국민의 의료서비스에 대한 수요를 충족시키고 동시에 국민건강을 보장하고 의료서비스 형평성을 제고하기 위한 노력이었다.

2) 행위자 분석

이 시기 특수한 사회적 배경은 이익집단 형성 배경이 되었다. 그 특징을 정리해 보면 다음과 같다. 첫째, 1949년부터 30년간 중국 사회의 특징은 신분제 체계의 형성이다. 중앙집권적 계획경제의 배경에서 간부, 노동자, 농민의 계층구조가 형성된 것이다. 둘째, 국가는 소유권을 독점했다. 이익집단의 이익표출 행위는 소속된 단위조직¹⁴⁾만을 통해 진행되었다. 계획경제하의 단위조직은 효과적으로 사회질서를 유지하는 수단이 되었다. 이러한 단위는 경제주체 간 경쟁에서 비롯되는 이익충돌을 제한하거나 단위내부 문제로 전환시켜 사회적 충돌을 완화했다. 단위는 이중성을 띠고 있는데 통제 기능을 갖는 행정조직이면서 다른 한편으로는 조직화 기능을 띤 정치조직인 것이다(張靜, 2001). 셋째, 중국의 단위제도는 복잡하고 오랜 역사적 전통을 바탕으로 정치, 경제와 사회를 모두 관장하는 기능을 갖고 있다. 우선 단위는 사회공동체적 기능을 하고 있다. 고용자를 전면적으로 통제하고 있고, 고용자들은 단위의 정치, 경제적 영향관계에 의존하고 있다. 단위는 대량 분산되고 상대적으로 폐쇄적인 확고한 신분집단을 형성했다(周冀虎·楊曉民, 1999).

이런 환경에서 의료위생자원은 각 단위가 근간으로 하는 계층 간에 배분된다. 노동자, 농민, 지식인, 간부는 역사적으로 중국을 구성하는 기본 계층이다. 때문에 중국 사회에서 의료자원의 배분은 단위와 신분을 전제로 하고 있다. 이는 공유제를 통한 재정 배분의 근간이 되는 것이다. 이들의 건강이익은 노동보장 의료제도, 합작의료제도, 공비의료제도를 통해서 대변된다. 이러한 배경에서 국가는 각 의료위생기구의 재정보조를 통해 사회 대부분의 집단이 의료위생 서비스를 향수할 수 있도록 하였다.

이 시기의 사회구조적 배경에서 의료위생정책은 자원배분의 형성이라는 기본규칙에 따라 시행 되었다. 기본적으로 의료위생 부문에 소요되는 재원은 공공재정과 국유기업에 의존했다. 자원 배분은 형평성의 원칙에 따라 도시 국유경제와 농촌 집단경제 사이의 배분이었다. 의료위생 자원배분 문제에 있어 60-70년대는 자원의 도시집중화를 탈피하려는 시도가 계속된다. 그 결과 1975년 전국 병상(病床) 159만8천2백개 중 시급 지역에 63만7천4백개로 39.9%, 현급 지역에 96만8백 개로 60.1%를 차지하게 된다(中国卫生统计年鉴, 1997).

2. 전환기

이 시기 정책변동 패턴은 가겹(layering)이후 표류(drift)로 해석 할 수 있다. 먼저 가격규제와 진입규제를 폐지해 공급주체를 늘려 의료서비스 수요를 감당하려 한 것은 정책의 추가인 가겹(layering)으로 볼 수 있다. 가겹(layering) 이후 공급은 늘었으나 합작의료 와해에 따라 높은 의료비를 감당하지 못하는 개인이 늘어나고 있는 추세였다. 이렇게 되면 이후의 이론적 해석은 정책이 본래 의도했던 방향으로 흘러가지 않거나 효과를 발휘하지 못하는 표류(drift)로 해석하는 것

14) 1949년 신 중국 건립 이후 사회는 ‘단위’조직으로 재편되었다. 인민들은 당이 지배하는 대중조직으로 재조직되었던 것이다. 전체주의 체제의 개인은 자신에게 영향을 미치는 결정을 내릴 수 있는 자유와 능력을 상실하고, 국가 단위는 그 자리를 차지했다. 단위는 중국의 사회 조직이면서 동시에 중국 국유경제의 세포형식이다.

이 적절하다. 또한 중앙 집중적 통제에서 벗어난 분권화를 시도했으나 지역별 의료서비스의 불평등을 초래한 사례 등을 미루어볼 때 이 시기 정책변동은 의도한 효과를 발휘하지 못하고 있었다. 이를 요약해 보면 다음 <표 5>와 같다.

<표 5> 경로분석: 가겹(layering)이후 표류(drift)

	주체	특징	이론적 해석
공급	정부 지방정부 민간	각종 규제 개혁 지방 행정, 재정분권화	가겹(layering) 표류(drift)
재원조달	정부 지방정부 개인	합작으로 와해 자비으로 증가	
행위자 특징	새로운 공급자 등장으로 인한 이윤추구 강화		
현상	진료비 부담에 따른 의료 수요 양극화		

주목할 점은 이 시기는 점진적 변화가 정치, 경제, 사회 각 분야에 활발하게 진행되던 때다. 특히 경제 분야에서 실시된 개혁개방의 시작은 사회 전 분야에 걸쳐 확대되는 추세였다. 이러한 변화에 따라 의료위생부문의 개혁 또한 진행되었는데, 공급주체의 다변화와 지방 재정분권에 따른 일부 지역 의료기관의 재정문제는 대표적인 현상이었다.

1) 변동 과정의 특징

제11기 3중전회¹⁵⁾(十一届三中全会)를 계기로 중국은 사상의 구속에서 벗어나 사상적 자유를 실현할 수 있는 기틀을 마련했다. 특히 의료위생 부문의 개혁은 70년대 말 경제체제 개혁에 직접적인 영향을 받았다. 농촌에서 실시된 호도거리 책임제와 기업의 경영권 이양은 정부에서 개인에게 이익 이양을 시행한 것으로 볼 수 있다. 이는 새로운 인센티브 메커니즘의 형성과정인 것이다. 이 시기는 ‘권력’과 ‘이윤 양도’로 대표되는 주요한 특징이 있다.

이 시기 개혁의 핵심은 가격규제, 진입규제의 개혁, 지방 재정분권화다. 1980년대 초반에 실시된 병원 재정관리 개혁과 이후에 실시된 의료비 개혁은 의료위생정책의 중대한 변화이다. 의료비 가격 규제를 개혁한 것은 이 부문의 자원배분이 시작되었음을 의미한다. 이러한 과정에서 개인이 부담하는 의료비는 지속적으로 상승하게 된다. 한편, 진입규제의 개혁은 병원 설립방식이 다원화되는 것을 의미한다. 개인자본도 의료시장 진입이 가능하고 진료비와 약품 가격 결정 권한을 통해 수익창출이 가능해 졌다.

15) 제11기 3중전회는 1978년 12월 18일부터 22일까지 북경에서 열린 중국공산당 제11기 중앙위원회 제3차 전체회이다. 회의에는 중앙위원 169명, 중앙후보위원 112명이 참석했으며 중앙과 지방의 관련 부문 책임자들이 모두 참석했다. 문화대혁명 시기의 좌경노선에서 탈피하여 사회주의 현대화 건설을 위한 개혁개방의 길로 다가섰다는 점에서 역사적 의미가 있다. 회의를 계기로 중국은 개혁개방 정책 실시와 농촌개혁의 서막을 열었다.

이러한 일련의 개혁조치에 따라 의료위생부문의 공급체계가 변화 되었다. 촌(村)급 의료위생 서비스 공급영역에 개인이 새로운 공급주체로 등장한 것이다. 일부 농촌지역에서는 기존의 공급 주체인 집체(집단)공급을 완전히 대체하였다. 따라서 의료 서비스 제공자의 자금조달 대상이 집 체(집단)에서 개인으로 전환되었으며, 합작의료체제의 와해로 서비스 수요대상도 집체에서 농민 으로서 전환되었다. 개혁의 충격과 경제적 유인에 따라 농촌의 집단경제는 쇠퇴했고 의료비용이 빠르게 상승하여 농촌합작의료는 와해된 것이다. 농촌합작의료 보급률은 1976년 90%에서 1986 년 4.8%로 급격히 하락했으며 90년대 초반에는 자비 의료가 대부분을 차지했다. 1988년 위생부 가 전국 16개성, 20개 현(시)의 농민 6만 명을 대상으로 조사한 바에 따르면 20%는 경제적 어려 움으로 치료를 받지 못하고 있는 것으로 나타났다(薄先鋒·董踐真, 1993: 56-58). 이러한 현상은 갈수록 심화되어 1998년 전국 촌급 의료기관의 비율을 보면 개인의료기관이 48.1%, 집단경영이 44.6%, 상급병원이 설립한 의료기관이 5.4% 기타 형식의 의료기관이 1.9%를 차지했다(中国农村 统计年鉴, 1999). 그러나 의료서비스에 대한 수요는 지속적으로 증가하여 공비의료와 노동보장 의료 지출은 늘어났다. 1978년 국가 재정과 기업이 지출한 의료비는 모두 27억 위안(CNY)이던 것이 1987년에는 180억 원(CNY)으로 10년간 5.6배 증가 하였다. 1990년 중국 의료위생 사업경 비 투입은 1978년에 비해 411% 증가하였고 공비의료 경비는 816% 증가했다(中国卫生统计年 鉴, 1999). 이러한 공비의료비의 증가 속도는 중국의 재정수입과 일인당 국민소득의 증가속도를 훨씬 앞섰다.

제2차 개혁의 핵심은 재정분권이다. 1994년 이후 세계개혁을 통해 국세와 지방세를 구분하여 징수하면서 지방정부에게 자치 권력의 기반을 마련해 주었다. 이러한 조치로 지역 간 의료서비스 불평등을 초래했고 농촌지역의 의료위생 수준은 악화되었다. 뒤이은 기업개혁과 행정사업단 위의 개혁은 기업 또는 행정사업단위에 의거하던 노동보장의료와 공비의료의 지속을 어렵게 했 다. 결국 의료서비스를 위한 비용을 도시지역은 정부, 단위, 개인의 공동조달형식으로 바뀌었고 농촌지역은 가정과 개인을 중심으로 이루어졌다.

2) 행위자 분석

제도변화의 동태적 과정에서 중앙정부는 주요한 행위자다. 정부는 의료위생 부문의 잠재적 수 익과 환경 변화라는 두 가지 유인에 따라 제도변화와 혁신을 진행했다. 중앙정부는 비교적 막강 한 이익주체로 정책변동 과정에서 가장 중요한 이익집단이자 정책에 대한 최종 결정권을 갖는 정책결정권자이다. 정부는 정치적으로 우세한 지위를 이용하여 제도변화의 거래비용을 낮췄으 며, 정부의 정책선호가 제도변화의 주요한 요소가 된 것이다. 따라서 정부는 제도변화에 따른 잠 재적 수익과 이윤의 존재를 알고 있었다. 그러나 중앙정부의 이익선호는 다른 이익주체들 보다 거시적이고 종합적인 것이기에 일련의 개혁이 가능했던 것이다. 제도변화는 단순한 이익배분 문 제에 한정되지 않는다. 중앙정부의 관점에서 제도변화는 미래의 사회발전과 전체 국민경제의 이 익을 대변할 수 있어야 했다. 정부의 관점에서 의료서비스를 공공재와 준공공재로 공급하는 것 이 효율적이라는 인식을 한 것이다.

(1) 개혁의 주체로 등장한 지방정부

권력과 이윤 양도로 대표되는 행정, 재정분권은 지방정부로 하여금 이익선호를 갖게 했으며, 이는 점차 국가의 선택에 영향을 미쳤다. 지방정부가 강력한 이익집단으로 성장한 것이다. 의료위생 부문에서 지방정부가 강력한 주체로 성장한 이유로는 첫째, 지방경제 발전에 따른 재정수입 증가를 들 수 있다. 지방정부는 여전히 중앙정부에 의존하는 행정조직이지만 점차 지방경제의 이익을 대변하는 경제조직이 되었다. 이런 변화의 배경에는 중앙정부의 재정분권에 따른 영향이 원인으로 작용하고 있다. 둘째, 행정 분권으로 지방정부는 비교적 큰 정치적 권리를 갖게 되었다. 이는 위에서 아래로의 행정통제가 지방정부와 미시 이익주체간 조절을 중시하는 과정으로 바뀐 것으로 지방정부가 개혁의 핵심 주체로 부상했다는 것을 의미한다.

기본적으로 ‘권력’과 ‘이윤의 양도’는 시장경쟁하의 기업을 모델로 이루어진 것이다(李玲·江宇, 2008: 5-9). 1985년부터 1990년대 중반까지 진행된 하향식 강제적 제도변화는 교착상태에 빠진다. 이 시기에 공공재정 개혁에 따른 국세와 지방세 분리는 중앙과 지방정부의 권력과 이에 따른 이익이 분화되었음을 뜻한다. 따라서 이 시기 중앙정부의 문제해결을 위한 처방은 임기응변적 조치들에 불과 했다. 국유기업에 청부(承包)책임제를 도입한 것이 대표적 사례이다. 청부책임제는 시장경제 조건하에서 흔히 볼 수 있는 성과에 따른 인센티브 메커니즘이다. 특히 공립병원 개혁은 사회주의 시장경제의 제도적 기초를 마련하지 못한 상황에서 경제적 이익과 정치적 영향으로 진행된 결과 증가하는 의료서비스수요를 충족시키지 못했다(钟东波, 2008).

의료개혁 추진과정에서 행정부문과 경제부문의 권력 이양은 다원화된 공급과 수요 주체를 형성했다. 일부 지방에서는 공립병원의 조직구조와 관리 측면에서 새로운 시도를 모색하기도 하였다. 2000년 3월 수첸(宿迁: 장수성의 지방도시)에서 공개적으로 위생원(卫生院)을 경매한 것이 대표적 예이다. 이 밖에 많은 지역에서 유사한 개혁 조치들이 있었는데 이는 공립병원 개혁에서 행정단위와 사업단위의 분리, 경영과 소유의 분리, 영리성과 비영리성의 개념 분리를 실행한 사례들이다. 특히 의료기관의 법인제도 도입은 의료위생분야 개혁의 구심점이 되었다.

(2) 미시 경제주체의 출현

개혁과 개방으로 대표되는 이 시기 미시 경제주체들 또한 제도변화 상황을 관망만 하지는 않았다. 이들은 적응과 학습과정들을 통해 자신의 이익을 극대화 하는 방향으로 변모하였다.

일련의 개혁 조치로 인해 의료서비스 분야 대부분의 기관은 독립성을 띤 경제주체로 전환되었으며 재산권 주체의 지위는 한층 강화되었다. 80년대 재정 분권화가 시작된 후 지방정부의 책임은 날로 커졌으며 의료서비스 부문에서 핵심적인 행위자로 등장하게 된다. 또한 이전까지 공립병원의 경영주체는 국가였지만 개혁과정에서 독립성을 띤 경제주체로 전환되었다. 공립병원의 재산권 주체의 지위가 강화된 것이다. 가격결정권, 인사, 신규건축, 구매, 이윤 배분권 등 자율성을 보장한 것은 대표적인 재산권 강화 조치로 볼 수 있다.

이 시기 의료위생정책의 새로운 개혁 주체는 사회 하부 조직이었다. 공식적인 정부 정책이 민간의 의료서비스에 대한 수요를 만족시키지 못하여 민간은 자발적 공급을 통해 이를 보완해 나갔다. 실제 쓰촨성의 1979년 통계에 의하면 여러 유형으로 민간 의료기관을 개설한 사람은

6,900명이었다. 이 수치는 전년도(1978년)보다 3,100명이 증가한 것이다(卫生部, 1980). 이러한 현상은 시장경제 개혁에 따른 민간의 자발적인 변화였다.

3. 재구성기

이 시기는 심각한 문제로 부상된 의료비 상승에 따른 ‘진료, 입원, 수술 받기 어려운’ 상황을 개선하기 위해 정책이 전환(conversion)되는 시기다. 의료서비스 체계의 합리적인 분업과 기층 의료체계의 재구성, 공립 의료기구의 관리 메커니즘 변화,全民 의료보장체계의 구축 등은 기존 정책이 새로운 목적을 위해 재구성되는 전환(conversion)으로 해석된다. 농촌합작의료제도의 재 도입, 농촌과 도시지역의 의료구제제도 신설, 기본 의료보험 시행 등은 의료비 상승에 따른 문제를 개선하기 위한 일련의 조치들이다. 이 시기의 구체적 특징은 <표 6>과 같다.

〈표 6〉 경로분석: 전환(conversion)

	주체	특징	이론적 해석
공급	정부 지방정부 민간	공공, 민간 부문의 공급 확대	전환(conversion)
재원조달	정부 지방정부 개인	의료구제 시행 도시 기본의료보험 농촌합작의료 부활	
행위자 특징	미시 경제주체의 영향력 확대		
현상	의료서비스의 공공성 강화		

1) 변동과정의 특징

도시와 농촌지역에 개별적으로 시행된 일련의 개혁조치로 인하여 이른바 ‘진료, 입원, 수술 받기 어려운’ 상황은 차츰 개선되어 갔다. 농촌지역의 합작의료제도와 오보호자를 대상으로 한 농촌의료구제는 농촌지역의 의료사각 지대를 없애는데 중요한 역할을 했다. 도시지역 주민의 기본 의료보험의 완성은 의료위생정책의 새로운 기틀을 마련하는 중요한 역할을 하게 된다. 바로 의료서비스 영역에서 정부주도하의 공공성 확보를 위한 일련의 과정이 시행된 것이다.

2) 행위자 분석

미시 경제 주체들의 성장은 영향력 확대로 이어진다. 이들은 정부 정책 결정에 영향을 미치는 주요 변수로 부상하게 된다. 개혁 이전 중국의 분배 방식은 일반적으로 행정 권력이 자원을 장악하고 주도적 위치를 점했다. 그러나 개혁 이후 부상한 지방정부의 시장참여와 새롭게 형성된

다양한 경제 주체들은 제도변화의 순간은 물론이고 개혁에 영향을 미치게 된다. 중앙정부의 정책 결정은 반드시 이익주체들 간의 협상을 거쳐야만 완성될 수 있는 환경이 조성 되었다. 의료 위생정책 변동 또한 미시 경제 주체들과 정부 간의 새로운 ‘게임의 룰(ruls of game)’에 따른 협상과 조정 과정인 것이다. 의료위생정책 개혁 과정에서 다양한 이익 주체들은 상호작용을 통해 복잡한 경쟁구도를 만들게 되었다. 이익의 분화는 점차 3개의 독립적인 이익집단을 형성 했다¹⁶⁾.

제도경제학과 고전적 게임이론 시각으로 볼 때 특정 시기의 제도는 하나의 메커니즘(경쟁행위)을 통해 한 사회의 가치판단 기준을 만족시킨다. 중국 의료체제 개혁과정에서 제도는 이익집단의 형성과 선택에 영향을 미치고, 이들은 제도 변화에 중요한 영향을 미친 것이다. 그동안의 개혁 과정에서 ‘책임’, ‘권력’, ‘이익’이 분리되어 중앙정부, 지방정부, 미시경제주체들은 권력과 이익을 둘러싸고 반복적인 게임을 진행했던 것이다. 의료위생 분야에서 미시주체와 지방정부의 권력이 한층 강화된 상황에서 중앙정부가 할 수 있는 정치적 결단은 많지 않다. 이미 지방정부와 민간 수준의 공급이 확대된 상황에서 중앙정부는 의료구제, 합작의료, 기본의료보험 도입을 통해 의료서비스 공공성을 확보하려 했던 것이다. 앞선 시기에서는 중앙정부가 공급을 통해 의료시장을 장악했었다. 그러나 새로운 ‘게임의 룰(ruls of game)’은 정부의 공급을 통한 시장장악이 어려운 상황이었다. 따라서 정부는 의료기관의 재원조달을 위한 다원화된 방식들을 제시하면서 의료서비스의 공공성을 높이려고 했던 것이다.

4. 소결

신(新)중국 건국초기에서부터 지금까지 의료위생정책은 중앙정부의 일정한 통제 하에 변동되어 왔다. 정책변동에 따라 행위자들은 자신의 이익을 극대화하는 방향으로 적응과 학습을 통해 진화해 왔다. 따라서 정책변동은 <표 7>에서 보는바와 같이 가겁 → 가겁 → 표류 → 전환의 과정이 뒤섞인 조합과 재조합의 역동적인 진화과정 이었다.

〈표 7〉 정책변동 경로 분석

시기구분	주요 내용	특징	이론적 해석
정책 형성기	중앙정부 중심의 공급 확대	의료수요 충족	가겁(layering)
1차 전환기	규제 개혁을 통한 민간시장 진입 허용	공급 확대	가겁(layering)
2차 전환기	지방재정 분권화 의료위생 부문의 시장화	합작의료 외해 의료비 상승	표류(drift)
재구성기	의료위생 부문의 공공성 강화	의료구제 시행 기본의료보험 시행 농촌합작의료 부활	전환 (conversion)

16) 이는 중앙정부, 지방정부 그리고 미시 경제주체들이다.

초기 중앙정부를 중심으로 의료수요를 충족시키기 위한 정책은 효과가 있었다. 그러나 시장화 바람과 함께 시작된 각종 규제 개혁은 정책이 표류하게 되는 결정적 역할을 하게 된다. 미시 행위주체인 민간부문의 의료위생 자원들은 이익 최대화를 추구하고 이 과정에서 의료비는 상승하게 된다. 결국 정책은 공공성 강화를 위해 전환된다. 그러나 이미 공급주체가 공공부문에서 민간 부문으로 옮겨간 상황에서 정책은 각종 의료비 부담을 줄일 수 있는 사회보험 도입 형식으로 전환된다.

V. 결론

본 연구에서는 경로진화 개념을 적용하여 중국 의료위생정책 변동과정 패턴을 분석해보려는 시도를 했다. 아울러 정책 변동과 행위자의 관계를 파악해 봄으로써 행위자의 전략적 행동 변화를 설명해 보고자 했다. 분석결과를 요약해 보면 다음과 같다.

첫째, 중국의 의료위생제도 변화는 가겹(layering) → 가겹(layering) → 표류(drift) → 전환(conversion)의 패턴으로 진화해 왔다. 신(新)중국 건립초기 공급부족과 의료비용 문제를 해결하기 위해 합작의료와 함께 많은 ‘맨발의사’를 육성한 것들은 정책의 새로운 추가인 가겹(layering)으로 설명된다. 정책 전환기 초기 각종 규제개혁을 통해 의료부문의 공급 부족 문제를 해결하기 위한 조치는 가겹(layering)에 해당한다. 정책 전환 후기 합작의료가 와해되고 자비 의료가 증가하는 현상은 표류(drift)로 설명된다. 마지막으로 의료위생서비스의 공공성 강화를 위한 의료구제 시행, 도시 기본의료보험 시행, 농촌합작의료 부활 등의 조치는 전환(conversion)으로 설명될 수 있다.

둘째, 정책변동에 따른 행위자의 전략적 행동 변화를 확인해 볼 수 있었다. 분석 초기 특수한 사회배경은 이익집단 형성의 기틀을 마련했다. 이 시기 주로 계층 간 의료위생 자원이 배분되었는데 단위와 신분을 전제로 하고 있었다. 전환기에는 의료위생 자원 배분을 위한 새로운 행위자가 등장하는 시기다. 재정분권을 통해 지방정부는 강력한 행위자로 군림하게 되고 개인을 중심으로 한 미시경제주체도 출현했다. 이 시기 지방정부와 미시경제주체들이 자신의 이익을 극대화하려고 전략적으로 행동한 결과 의료 공공성은 훼손되었다. 그 결과 이른바 ‘진료, 입원, 수술 받기 어려운’ 상황으로 대표되는 사회문제가 표출되었으며 정책 전환의 동기를 마련한다. 정책 전환기에는 중앙정부의 영향력이 축소되어 공급 조절을 통한 개혁은 하지 못한다. 의료서비스의 공공성 강화를 위해 정부가 할 수 있는 것은 의료구제 시행과 기본의료보험 시행, 농촌합작의료 부활 같은 재원조달 영역의 개혁이 전부였다. 정부의 영향력 축소로 정책수단이 줄어든 것이다.

요컨대 중국 의료위생정책 변동과정은 규제완화를 통한 새로운 이익집단의 출현에 의한 시장화 과정이다. 그러나 의료부문이라는 특수성에 따라 공공성을 강조하기 위해 새로운 방향으로 정책이 전환(conversion) 되었다. 경로진화(path evolution)적 관점에서 볼 때 정책은 결코 의도한 방향으로 흘러가지 않으며 효과 또한 예상치 못한 곳에서 발생한다는 것을 확인할 수 있었다. 행위자는 주어진 제도적 틀 안에서 전략적으로 행동하고 결국 제도변화를 촉진하는 역할을 하는 것이다.

참고문헌

- 김기찬·이동일·박지윤·서영태. (2008). 순정시장과 시판시장 선순환 동반성장 전략 사례: 현대 오토넷의 진화경로를 중심으로. 「상품학연구」, 26(1): 141-149.
- 김윤권. (2005). 제도변화의 통합적 접근: 역사적 신제도주의를 중심으로. 「한국정책학회보」, 14(1): 299-327.
- 남재걸. (2012). 지방행정체제 개편의 경로진화 연구: 역사적 제도주의 관점에서 우리나라 시설 치 정책을 중심으로. 「지방행정연구」, 26(2): 55-88.
- 박용성·이경은. (2012). 국가보훈 정책변화유형에 대한 연구: 다중흐름모형의 적용을 중심으로. 「한국행정학회 하계학술대회」, 2012: 1-14.
- 성지은. (2004). 정책과 제도의 적응과 학습: 이동통신 신규 사업자 선정 방식과 기준을 중심으로. 「한국행정연구」, 13(1): 138-169.
- 이성춘. (2010). 「중국 전신규제정책 변동과정 분석: 경로의존성을 중심으로」, 박사학위논문, 조선대학교 대학원.
- 이영철. (2013). 제도선택과 정치적 역동성: 토론. 「한국사회과학협의회소식」, 2013(2): 27-28.
- 이재술·이민창. (2014). 경로의존인가 경로진화인가?: 소득보장정책 변동과정의 사례분석. 「한국행정논집」, 26(2): 265-292.
- 채성준·박용성. (2014). 대검찰청 중앙수사부 개편의 경로진화 연구: 역사적 제도주의의 경로의 존 모형과 경로진화 모형을 중심으로. 「한국행정연구」, 23(2): 85-111.
- 하연섭. (2011). 「제도분석 이론과 쟁점」. 서울: 다산출판사.
- 하태수. (2010). 경로 변화의 양태: 경로의존, 경로진화, 경로창조. 「한국행정학회 동계학술대회」, 2010: 1-16.
- 傅卫·陈迎春·姚岚. (2000). 市场经济条件下合作医疗运行的经验和教训. 『中国农村改革与发展国际研讨会专集』
- 中华人民共和国国务院. (1985). 关于卫生工作改革若干政策问题的报告.
- 中华人民共和国国务院. (1989). 关于扩大医疗卫生服务有关问题的意见.
- 国务院体改办、国家计委. (2000). 关于城镇医药卫生体制改革的指导意见.
- 陈佳贵·王延中. (2007). 中国社会保障发展报告--转型中的卫生服务与医疗保障. 「社会科学文献出版社」.
- 黄树则·林士笑. (1986). 当代中国的卫生事业. 「人民卫生出版社」.
- 张静. (2001). 利益组织化单位-企业职代会案例研究. 「中国社会科学出版社」.
- 周冀虎·杨晓民. (1999). 中国单位制度. 「中国经济出版社」.
- 中国卫生年鉴. (1997).
- 薄先鋒·董践真. (1993). 医疗卫生改革举步维艰. 『医疗卫生改革』.
- 中国农村统计年鉴. (1999).
- 李玲·江宇. (2008). 改革开放背景下的我国医改. 『中国卫生经济』, 2008年第2期.

- 钟东波. (2008). 我国的公立医院体制改革-历程、绩效、动因机制及政策建议. 『第64次中国改革国际论坛论文集』, 2008年.
- 夏晔·张文斌. (2010). “管办分离”语境下的公立医院管理体制研究. 『中国卫生经济』, 2010年第3期.
- 周任重. (2009). 新中国城镇职工医疗保障制度的历史考察. 『特区经济』, 2009年第9期.
- 邓燕云. (2007). 农村合作医疗制度的变迁. 『农村经济』, 2007年第10期.
- 胡善联. (2001). 论“就医者看病是否属于消费”. 『中国卫生资源』, 2001年第3期.
- 潘常刚·吕国营. (2009). 政府干预对市场声誉机制的挤出效应-中国医疗保障制度改革的逻辑. 『江西财经大学学报』, 2009年第4期.
- 张奇琳·杨红燕. (2007). 中国医疗保障制度改革研究-以美国为借鉴. 武汉大学出版社.
- 张奇琳. (2009). 制度的逻辑与悖论-我国医疗保障制度改革的回顾与展望. 『学术研究』, 2009年第2期.
- 李玲. (2000). 政府与农村基本医疗保健保障制度选择. 『中国社会科学』, 2000年第4期.
- 高春亮毛丰付余晖. (2009). 激励机制、财政负担与中国医疗保障制度演变-基于建国后医疗制度相关文件解读. 『管理世界』, 2009年第4期.
- 李玉荣. (2010). 改革开放以来我国医疗卫生制度改革的回顾与反思. 『中国行政管理』, 2010年12期.
- 张鹏. (2009). 推进我国医疗卫生体制改革的对策. 『经济纵横』, 2009年第4期.
- 张奎力. (2010). 发达国家的农村医疗卫生制度及对我国的启示. 『社会保障研究』, 2010年第1期.
- 中华人民共和国卫生部. (1980). “关于允许个体开业行医问题的请示报告”.
- Arthur, W. Brian. (1989). Competing Technologies, Increasing Returns, and Lock-In by Historical Events. *The Economic Journal* 99(394): 116-131.
- Ashford, Douglas E. (1992). introduction: Of Cases and Contexts. in Douglas E. Ashford(ed). *History and Context in Comparative Public policy* 3-24.
- Boas Taylor C. (2007). Conceptualizing Continuity and Change: The Composite-Standard Model of Path Dependence. *Journal of Theoretical Politics*. 1991(1): 33-54.
- Collier, Ruth Berins., & David Collier. (1991). *Shaping the Political Arena: Critical Junctures, the Labor Movement, and Regime Dynamics in Latin America*. Princeton: Princeton University Press.
- David, P. A. (1985). Clio and the Economics of QWERTY. *The American Economic Review* 75(2): 332-337.
- Hacker, J. S. (2004). Privatizing Risk Without Privatizing the Welfare State: The Hidden Politics of Social Policy Retrenchment in the United States. *The American Political Science Review* 98(2): 243-260.
- Hall, Peter A. and Rosemary C. R. Taylor (1996). Political Science and the Three New

- Institutionalisms. *Political Studies* 44(4): 936-957.
- Hsiao WC. Transformation of health care in China *The New England Journal of Medicine*, 1984 Apr 5
- Ikenberry G. J. (1988). Conclusion: An Institutional Approach to American Foreign Economic policy. In G. J. Ikenberry., D. A. Lake., & M. Mastanduno (Eds), *The state and American Foreign Economic policy* 42(1): 219-243.
- Krasner, Stephen D. (1984). Approaches to the State: Alternative Conceptions and Historical Dynamics. *Comparative Politics* 16(2): 223-246.
- Mahoney, James. (2000). Path Dependence in Historical Sociology. *Theory and Society* 29(4): 507-548.
- Mahoney, J. and Thelen, K. (2010). *Explaining Institutional Change. Ambiguity, Agency and Power*, Cambridge University Press.
- March, James G. and Johan P. Olsen. (1984). The New Institutionalism: Organizational Factors in Political Life. *American Political Science Review* 78(3): 734-749.
- Martin, Ron and Simmie, James. (2008). Path dependence and local innovation systems in city-regions. *Innovation: management, policy practice* 10: 183-196.
- Orren, karen and Stephen Skowronek. (1994). beyond the Iconography of Order: Notes for 'New Institutionalism'. in Lawrence C. Dodd and Calvin Jillson (eds.), *The Dynamics of American Politics: Approaches and Interpretations*. 311-330. Boulder, CO: Westview.
- _____, (1996). Institutions and Intercurrence: Theory Building in the Fullness of Time. in Ian Shapiro and Russell Hardin (eds.). *Political Order*. 111-146. New york: new York university Press.
- Pierson, Paul. (2000). The Limits of Design: Explaining Institutional Origins and Change. *Governance* 13(4): 475-499.
- Streeck, Wolfgang, and Kathleen Thelen. (2005). Introduction: Institutional Change in Advance Political Economies. *Beyond Continuity: institutional Change in Advanced Political Economies*. 1-39. Oxford: Oxford University Press.
- Thelen, Kathleen and Sven Steinmo. (1992). Historical Institutionalism in Comparative politics. in Sven Steinmo, Kathleen Thelen and Frank Longstreth (eds.), *Structuring Politics: Historical Institutionalism in Comparative Analysis*. 1-32. New York: Cambridge University Press.
- Thelen, Kathleen. (2003). How Institutions Evolve, in J. Rueschemeyer & D. R. Mahoney(eds). *Comparative Historical Analysis in the Social Sciences*, 208-240. Cambridge: Cambridge University Press.
- _____, (2004). *How Institutions Evolve: The Political Economy of Skills in Germany, Britain, the United States, and Japan*. Cambridge: Cambridge University Press.

_____, (2010). Beyond Comparative Statics: Historical Institutional Approaches to Stability and Change in the Political Economy of labor. in Glenn Morgan, *et al.* (eds.). *The Oxford Handbook of Comparative Institutional Analysis*. 41-61. Oxford: Oxford University Press.

이성춘(李聖春): 조선대학교 대학원에서 행정학 박사학위를 2010년에 취득(논문제목: 중국전신규제정책 변동과정 분석)하고 현재 연변대학 정치외교공공관리학원 정치행정학부에 재직 중이다. 주요 관심분야는 정책이론, 규제정책, 사회관리 등이다. 최근 발표 논문으로는 “연변지역 사회관리 시스템과 운영 메커니즘 연구(2014)”, “DEA모형을 활용한 한국의료위생사업 성과평가(2014)”, “중국 전신규제정책 변동과정 분석:경로의존을 중심으로(2012)”, “이명박정부 부동산 정책분석(2011)” 등이 있다(sclee@ybu.edu.cn).

이재술(李在術): 조선대학교 대학원에서 사회복지학 박사과정에 재학 중이다. 주요 관심분야는 제도주의이론, 정책 실패이론, 복지정책 등이다. 최근 발표 논문으로는 “경로의존인가 경로진화인가:소득보장정책 변동과정의 사례분석(2014)”이 있다(ajesul@daum.net).

이민칭(李敏彰): 서울대학교 대학원에서 행정학 박사학위를 2001년에 취득(논문제목: 정책변동의 제도론적 분석)하고 현재 조선대학교 행정복지학부에 재직 중이다. 주요 관심분야는 제도주의이론, 규제이론, 정책갈등, 자원봉사 등이다. 최근 발표 논문으로는 “경로의존인가 경로진화인가:소득보장정책 변동과정의 사례분석(2014)”, “갈등관리 관점에서 본 굿거버넌스:광주 푸른길 사례를 중심으로(2014)”, “한국의 규제연구동향 분석(1990-2012)(2013)”, “중국 전신규제정책 변동과정 분석:경로의존성을 중심으로(2012)”, “자원봉사 지속의지 영향요인 분석: 공공봉사동기 이론의 적용을 중심으로(2012)”, “정책갈등과 제도변화: Helmke와 Levitsky의 제도관계 유형을 중심으로(2011)” 등이 있다(savio@chosun.ac.kr).

Abstract

An Analysis on the Medical and Sanitation Service Policy Change of China: From the Perspective of Strategic Behavior and Path Evolution

Li, Sheng-Chun

Lee, Jae Sul

Lee, Min Chang

The object of this study is to examine the progress of evolution in Chinese medical and sanitation service policies through the path evolution model of historical institutionalism. The result of the analysis shows that the variation pattern of medical and sanitation service policy has been evolved with dynamic progress including layering, drift and conversion. Both the process of various measures are added in order to solve the problem derived from deficient medical supply and regulatory reform according to marketization could be interpreted as layering. Policy has been gone through the drift which refers to the increase of medical treatment that patients pays by themselves after cooperative medical treatment and conversion that various kinds of measures were executed to enforce the public nature. From the actors' point of view, fluctuation in policy does not mean only the environmental change. They verified that through the strategic change in behavior, they could maximize their benefits, and also drift of policy could occur in this process.

Key Words: Path evolution, Policy drift, Chinese medical hygiene policy

