



중국의 통치성과 공립병원의 경제·정치적 분화*

문우중 한양대학교 간호학부 조교수

본 연구는 중국의 경제개혁과 의료개혁 속에서 공립병원이 경제적·정치적으로 상당한 수준의 분화를 겪는 과정을 탐색하고, 이러한 과정이 공산당 통치의 정당성 확보 전략과 밀접하게 연계되어 있음을 밝힌다. 푸코에 의하면 통치성은 개인 혹은 인구집단의 건강과 사회적·경제적 삶을 특정 방식으로 형성하려는 권력관계 및 통치 전략에 밀접하게 연계되어 있다. 중국의 공립병원은 사회주의적 통치성하에서 정부의 재정 지원을 받으며 ‘인민에 대한 봉사’라는 공공의 역할을 수행해 왔다. 그러나 개혁개방 이후 신자유주의적 통치성에 따른 정부의 공립병원에 대한 재정 지원 감소는 병원 생존을 위협했으며, 개별 병원은 운영과 이윤의 기반을 스스로 마련해야 했다. 이러한 변화는 매우 부정적인 결과로 나타났다. 의사들의 과다처방과 각종 수리 행위, 이로 인한 개인 지출 의료비의 급증, 의료분쟁 증가 등의 심각한 문제들이 양산된 것이다. 이를 해결하기 위해 2009년부터 추진된 신의료개혁은 공립병원의 등급과 의료서비스의 질, 환자의 경제적·사회적 지위에 따른 분화의 양상을 더욱 심화시키는 모습을 보인다. 즉, 상급 병원은 중국의 신자유주의적 통치성과 발전주의적 성과를 기반으로 양적·질적 성장을 추구하는 한편, 상대적으로 비용이 저렴하고 정부 의존도가 높은 하급 병원은 인민을 위한 의료 접근성을 확대하고 정치적 사상 선전의 공간으로 활용되며, 공산당 통치의 정당성을 사회주의 이데올로기 측면에서 강화하고자 하는 면모를 보이는 것이다.

주제어 중국, 통치성, 공립병원, 의료개혁, 신자유주의, 사회주의

I. 들어가며: 신자유주의적 통치성하의 공립병원

중국 공립병원은 1949년 중화인민공화국 설립 이후부터 현재에 이르기까지 사회주의 기치하에서 국가 보건의료 체계의 핵심 역할을 담당해 왔다. 마오쩌둥 시기에 구축되어 인민의 건강 증진에 기여했던 사회주의 보건의료 체계는 1980년대 시장 지향적 경제개혁에 의해 근본적인 전환을 맞이하게 되었다. 중국 정

* 본 연구는 2016년도 대한민국 교육부와 한국연구재단의 지원을 받아 수행되었음(NRF-2016S1A5B8924523). 또한 필자의 2018년도 박사학위 논문 “Health and Business in China’s State-led Economy”의 중국 공립병원에 관한 일부 내용이 포함되었음을 밝힌다.

부는 경제성장 중심의 개혁개방 원칙에 따라 재정 적자에 시달리던 보건의료 등 전반적인 사회복지 예산을 감축해 나갔다. 이와 함께 공립병원에 대한 정부의 보조금이 큰 폭으로 삭감되었으며, 공립병원은 복지영역의 민영화 정책 속에서 재원의 상당 부분을 시장원리에 따라 스스로 마련하도록 요구받았다(성한경 외, 2007). 개혁개방 이전까지 30여 년 간 지켜 온 공립병원의 사회적 공공성이라는 가치가 퇴색되고 이윤 확보에 중점을 둔 운영 방식이 강조되기 시작했다. 공립병원 중심의 보건의료 체계의 보완책으로 민영병원 설립이 허용되고 2018년도 그 수가 2만 개가 넘는 정도로 꾸준한 증가 추세에 있지만, 민영병원의 78%는 병상 수 100개 미만의 소형 병원으로 전체 의료서비스에 대한 기여도는 수적 증가세에 비해 아직은 미약한 수준이다(国家卫生健康委员会, 2019). 공립병원이 의료진 수, 병상 수, 외래 및 입원환자 측면에서 국가 전체 의료서비스의 90% 수준을 담당하던 2010년대 초반 정도까지는 아니지만, 여전히 공립병원이 중국 의료서비스의 핵심 역할을 담당하고 있다(Wang and Wei, 2011; 国家卫生健康委员会, 2009-2019).

신자유주의의 세계적 물결에 올라탄 중국의 시장지향적 경제개혁하에서 공립병원은 약품과 의료서비스의 적극적인 판매 촉진을 통한 이윤 추구라는 가장 손쉬운 방법을 경쟁적 생존을 위한 해결책으로 선택하였다. 이는 병원의 재정 및 의사의 임금과 직결되는 문제로, 의사의 약품 처방에 따른 수익은 국가의 보조금 감소에 허덕이는 병원의 재정 확보와 의사의 낮은 임금에 대한 보너스로 사용되었다. 많은 환자들이 몰리는 대도시 상급병원의 경우 유사한 효능을 지니는 국산 복제약보다는 이윤폭이 높은 다국적 제약회사의 약품을 처방함으로써 더 많은 이윤을 남기는 방식을 선택했다. 저소득 환자들이 많이 이용하는 하급 병원은 이윤폭이 낮은 국산 약품 판매가 주로 이루어지기 때문에, 약품 판매를 증가시킨다 하더라도 보조금 감소로 인한 재정 불안정이 항존하며 부족한 국가 보조금에 대한 의존도가 높은 편이다(IBISWorld, 2011). 어떤 경우에도 병원의 약품 판매 증진은 결과적으로 환자의 개인 의료비 지출을 큰 폭으로 증가시켰으며, 늘어나 의료비만큼 더 나은 서비스를 기대하는 환자와 환자 가족들의 불만 역시 가중시켰다. 이러한 분위기 속에서 발생한 각종 의료분쟁은 종종 의료진에 대한 폭력적 행위로 표출되곤 했다(Zhang et al., 2006; Tu, 2014).

공립병원 민영화 이전에 국가 전체의 의료 자원과 서비스를 지역별, 중증도별 분배를 담당했던 3단계 회송체계(3-tier referral system)¹가 해체되고 경제성장에 따라 건강에 대한 중국인들의 관심이 증대되면서 도시의 상급병원으로 몰리는 현상이 가중되었다(Tam, 2008; Barber et al., 2013). 이렇게 상급병원에 환자와 의료자원이 집중되는 현상은 전체적인 의료체계의 병목현상을 낳았으며, 더 많은 환자를 유치하기 위해 규모를 키우고 등급을 올리려는 병원들 간의 경쟁을 심화시켰다. 결과적으로 병원의 등급, 처방되는 약품의 종류와 가격, 환자들의 사회적·경제적 지위 등에 따른 차별적 분화가 가속되었다. 또한 저가의 의료서비스에 주력했던 일부 민영병원 역시 해외 기업 주재원 및 고소득층을 위한 고가의 의료서비스 제공을 통한 시장 분화에 적극적으로 참여한다.

개혁개방 이후 지속되어 온 경제성장에 대한 공산당의 공약과 성과는 사회주의적 복지 체계의 후퇴에도 불구하고 공산당 일당통치에 대한 중국 국민들의 동의를 획득해 온 주요 근거였다(조영남, 2016: 22). 발전 국가(developmental state)로서의 중국은 개인들에 대한 사회안전망을 일정 부분 희생하면서도 급속한 경제성장의 약속을 달성했고(Chang, 2017; 2020), 경제성장의 달콤한 열매와 함께 세계 2위의 경제대국이라는 국가적 자부심을 인민들에게 안겨 준 것이다. 그러나 개혁개방 이후 30여 년 간 지속된 급속한 경제성장은 이제 그 한계에 이르렀고 중국은 저성장 국면에 대비해야 하는 시점에 왔다. 경제성장의 그늘에 가리웠던 경제적 불평등과 각종 복지 체계에 대한 불만이 쏟아졌고 세계화의 확산 속에서 민주주의에 대한 요구 또한 불거졌다. 인민의 이러한 불만과 요구들은 경제성장을 바탕으로 유지된 공산당 일당 통치의 위기로 다가왔으며 공산당 통치의 정당성을 재확립해야 하는 국가적 전략 전환의 시점에 이른 것이다. 보건의료 재화와 서비스는 그 특성상 사회적 공공성과 자본주의적 상품이라는 양가적 면모를 갖춘 영역이다. 중국 정부는 신자유주의적 통치성 기반의 발전주의 전략하에서 보건의료 시장의 지속적인 성장을 견인함과 동시에 보건의료 체계 개선을

¹ 중국인민공화국 설립 이후 1950년대 확립된 보건의료 체계로 보건소 및 소규모 하급병원에서 1차 의료서비스를 제공하고 중상의 경중에 따라 해당 지역의 중급 의료시설 그리고 더 심각하거나 장기 치료가 필요한 경우 성 정부 관할의 상급병원으로 회송하여, 환자와 의료자원의 국가적 배분을 적절히 관리하는 체계를 일컫는다(Chen, 1961: 164).

통한 사회주의 이데올로기의 강화라는 두 목표를 달성함으로써 공산당 통치의 정당성을 재확립하려는 것으로 보인다. 즉, 성장전략하에서 보건의료 영역의 경제적 분화와 구조조정을 적극적으로 진행하는 한편, 보건의료 민영화로 인해 발생한 문제점 해결을 위한 신의료개혁의 마지막 단계에 공립병원의 공공성 확보, 운영의 투명성과 효율성 제고, 의료서비스 향상을 중점으로 삼은 근본적 이유다 (이유정, 2019: 80; Yip and Hsiao, 2015).

II. 이론적 배경 및 연구 방법

1. 중국의 통치성: 신자유주의와 국가사회주의의 결합

이 논문은 중국의 개혁개방 이후 반세기 동안의 자본주의적 전환 속에서 다양한 양식으로 변화되어 온 중국의 통치성이 공립병원 체계의 분화와 연계되는 방식에 주목한다. Foucault(1978, 1991)에 의하면, ‘통치성(governmentality)’은 ‘행위를 이끄는 행위(the conduct of conduct)’이며 ‘통치의 기술(technology of governance)’이다. 한 국가의 정부는 다양한 기술과 지식을 활용하여 해당 국민의 욕망, 목표, 관심과 신념에 작용하고 그 행위를 형성하고자 한다(Dean, 1999: 11). 다시 말하면, 이는 개인 혹은 인구집단의 건강과 사회적·경제적 삶을 특정방식으로 형성하려는 권력관계와 통치 전략과 밀접하게 연계되어 있다. 병원과 같은 조직은 생물학적 인간의 형태는 아니더라도 법인의 형태로 이러한 국가의 전략하에서 인구집단의 안전과 안녕을 목적으로 하는 통치성에 따라 훈육되고 규제되며 사라지거나 성장한다.

마오시대 공공재로 무상 제공되던 의료서비스는 결과적으로 약품의 낭비와 보건 예산 적자의 확대, 의료서비스 및 약품의 질적 인하를 가져오기도 했다(Lampton, 1974). 반면 의료서비스에 대한 손쉬운 접근성은 각종 전염병 발생률 감소, 영아 사망률 감소, 평균수명 증가 등 공공보건 지표의 획기적 개선이라는 성공적 결과를 가져온 것도 사실이다(Sidel and Sidel, 1982). 문화혁명 종결 이후 급격히 진행된 개혁개방 정책은 중국 전역에 광범위하게 파급되었고, 복지와 환경

영역은 경제성장의 깃발에 밀린 채 매우 심각한 문제들을 양산했다. 경제적 성과를 거둔 중국인들은 도시의 상급병원으로 몰리기 시작했고, 사회주의 이데올로기에 따라 저임금의 봉사를 요구 받던 의사들은 그 임금 그대로 더 많은 노동에 매몰되고 있었다. 중국의 가구 등록제인 후커우(户口)로 인해 도시가 아닌 외지인들은 상급병원이 위치한 도시의 복지혜택에서 제외되어 훨씬 많은 의료비 지출을 개인들이 감당해야 했다. 신자유주의적 통치성이 인민의 건강 영역으로 파급되면서 공립병원에 주어진 사회주의적 봉사의 역할이 생존을 위한 이윤 추구로 전환되고 의료접근성의 편익을 보장받았던 인민들의 건강은 스스로 책임져야 하는 일이 되고 있었다. 즉, 중국의 신자유주의적 정책은 경제적 합리성을 토대로 사회주의적 통치성에 익숙해진 인민의 삶을 새로운 방식으로 구조화하고 있었다. 계산(calculations), 지식(knowledge), 훈육 기술(disciplinary technology)을 활용하여 개인과 인구집단의 삶과 성장을 양육하려는 정부의 통치성이 드러나는 것이다(Foucault, 1991; Ong, 2006). 여기에는 Ong(2006: 3-4)이 적실하게 지적하듯이, 앞서 언급한 도시의 외지인처럼 경제적 합리성에 기반한 복지 선별에서 정치적으로 배제되는 인구집단이 존재한다.

그것이 때로는 명목상일지라도 사회주의적 가치를 내세우는 중국 공산당은 증대되는 인민들의 불만을 무시할 수만은 없었고 민영화를 전제로 한 최소한의 보건의료 개혁들을 추진해 왔다. 그러나 기존의 사회주의 체계와 시장 지향적 개혁의 모순적 공존 속에서 기존의 의료개혁들은 파편적이며 불충분하게 이루어졌다. 제도와 이데올로기, 실천적 측면의 모순들이 권위주의적 국가의 통치 속에서 균열을 키워 갔고 종종 비공식적/비합법적인 사회적 행위와 관계들이 그 균열을 덮었다. 국가의 발전주의 전략 하의 미성숙한 보건의료 제도 틀에서 정부 관료, 병원, 의사, 제약기업 간의 과도한 이윤 추구 행태가 만연해졌다. 이러한 비용은 환자들에게 전가되었고 2000년에 이르면 개인의 의료비 비출 부담이 50%를 상회한다(Cui et al., 2009). 공립병원이 본연 그대로의 기능을 하지 못하고 보건의료 체계가 사회안정망으로 자리를 잡지 못한 상태에서 중국은 SARS(중증급성호흡기중후군)의 급속한 확산을 겪게 된다. 2002년 11월 광둥에서 발생해 홍콩, 싱가포르를 거쳐 세계적으로 확산된 SARS 발발 이후에야 중국은 보건의료 체계의 문제점을 내외부적으로 인정하고 포괄적인 의료 개혁의 필요성

을 절감했다. 이에 중국 정부는 보건의료 체계에 대한 보다 적극적인 개입을 기획했고, 신자유주의적 경쟁을 통한 보건의료 시장의 성장과 의료 접근성 증진을 통한 사회주의적 이데올로기 강화를 동시에 추진할 수 있는 전략을 모색한다. 다시 말하면, 시장 메커니즘과 강력한 국가 개입이라는 일견 모순적이면서도 보완적 형태의 중국식 통치성인 것이다(Wu, 2010: 628). 그리고 본 논문에서 제시하듯, 이러한 통치 전략이 공립병원의 경제적 분화와 정치적 분화의 양상으로 연계되어 나타난 것이다.

직접적이고 강력하며 집단적 감시와 통제를 통한 자기규율(self-discipline)과 이에 대한 보상은 푸코(Foucault, 1991)가 언급한 통치성의 주요 기제이며, 치료와 건강이라는 보상을 제공하는 병원은 매우 강력한 국가장치(state apparatus)로 기능한다. 다시 말하면, 병원은 국가의 지원과 통제하에서 견고한 전문 지식체계를 근간으로 조직되고 운영되며, 개인과 집단의 생명과 건강을 증진, 조정한다는 면에서 Foucault(1980: 195-196)가 ‘장치(apparatus)’에 관해 정의한 대로 병원 역시 “특정 종류의 지식을 지지하고 동시에 지지받는 힘의 관계들(relations of forces)에 관한 전략들의 세트(a set of strategies)”로 볼 수 있다. 중국 통치성과 각종 장치에 관한 논의를 바탕으로 자기규율적 주체성 형성으로 연결 짓는 논의들(김재석, 2016; Yan, 2008; Zhang, 2008)의 중요성에도 불구하고 이 논문은 특정 개인 혹은 집단의 주체성 형성에 관한 밀도 깊은 논의까지 이어지지는 않는다. 여성 농민공의 자기규율적 주체성 형성을 중국의 통제 전략과 신자유주의 전략의 결합과 연결시킨 김재석(2016)의 연구나 신자유주의적 통치성에 주목하여 여성 농민공의 자기발전을 위한 욕망과 분투를 세밀하게 분석한 Yan(2008)의 연구가 장기간 현지조사의 결과인 것처럼 그들의 일상에 대한 질적이며 심층적인 조사가 필요하기 때문이다. 따라서 이는 본 연구의 향후 과제에서 별도로 이어질 계획이다. 본 연구는 중국의 통치성이 일면적이지 않은 변화, 즉 각종 전략의 결합적 통치성을 보인다는 김재석의 논의와 동일한 관점을 가지고 있으며, 중국의 통치성 전략이 중국 공립병원의 체계적 분화 속에서 어떠한 형태로 나타나는가를 분석하는 것을 목적으로 삼는다.

2. 연구방법

이 논문은 본 연구자가 중국 현지의 제약기업과 약국을 대상으로 2013년 후반부터 2014년 9월까지 1년 남짓의 현지조사를 진행했음에도 연구대상에 대한 접근이 충분히 확보되지 않아 이후 4개월간 병원으로 연구대상을 확대하는 과정에서 이루어진 병원 현장 관찰과 인터뷰 자료를 근간으로 한다. 병원은 약품이 구입, 처방, 판매되는 의료기관으로 약품의 흐름을 손쉽게 관찰할 수 있고 수많은 환자들이 처방받는 약품에 대해 갖는 다양한 인식을 들을 수 있는 공간이었다. 본 연구자가 거주하던 베이징 하이디엔구(海淀区)의 공립병원들을 등급에 따라 구분하고 3곳을 선정해 주기적으로 방문 관찰하였다. 최상급인 3급 병원으로 분류되는 베이징대학 제3병원(北京大学第三医院), 1,000개 이상의 침상을 보유했음에도 2급 병원으로 지정되었던 하이디엔병원(海淀医院, 2015년 규모를 확장해 3급으로 승급됨), 그리고 이 두 병원들에 비해 규모가 현저히 작은 250여 병상 규모의 2급 병원인 중관춘병원(中美村医院)이 주 대상이었다.

병원 관찰을 통해 병원마다 어떤 종류의 약품들이 처방되는지 기록하였으며, 기회가 생길 때마다 외래 환자들에게 접근해 연구의 개요를 소개하고 해당 병원을 방문하는 이유와 질병의 수준, 처방받은 약품의 종류 등에 대해 즉흥 인터뷰를 시행했다. 또한 기존 인터뷰 대상자들의 소개를 통해 병원 의사와 인턴들과의 인터뷰를 진행하며 환자 답변에 대한 확인 과정을 거쳤다. 이를 통해 파악한 첫 번째 주제가 병원의 등급에 따른 환자의 사회경제적 지위와 약품의 브랜드 및 가격에 따른 분화였다. 물론, 병원의 등급 및 규모에 따른 체계적 분화는 대다수의 국가에서 유사하게 나타나는 현상이며 국가 전반의 유기적인 보건의료 관리를 위한 필수 통치 전략 중 하나다. 그러나 유사한 현상일지라도 그것이 발생하는 과정은 국가마다 다른 양상을 보인다. 즉, 이러한 과정에 관여하는 중국적 특성을 이해하지 않고는 중국 의료시스템과 이를 관할하는 중국의 통치성에 대한 이해도 이루어질 수 없는 것이다. 이를 위해 본 연구는 1980년대부터 추진한 보건의료 영역의 민영화와 이로 인해 발생한 각종 문제점의 등장, 그리고 이러한 문제를 해결하기 위한 중국 정부의 보다 적극적인 개입과 통제가 2009년 신의료개혁으로 이어지는 역사적 흐름에 대한 자료를 정리하여 제시하고자 했

다. 부가적으로 병원 관련 통계 파악을 위해 중국 위생통계 연보 등의 2차 자료를 활용했다.

현장에서의 관찰은 종종 예기치 않은 경험을 제공하는데, 본 논문에서 다루는 연관 주제로 주로 하급병원에서 흔하게 관찰되는 과도할 정도의 사상 선전물 진열이었다. 2014년에서 2015년에 걸친 시기는 2012년 중국 공산당 제18차 전국대표대회에서 채택된 중국식 사회주의 핵심가치관 문구들이 길거리와 건물 외벽 광고판에 눈에 띄게 늘어나고, 초중등학교 수업에 애국 교육의 일환으로 사회주의 핵심가치관 학습이 포함되던 시기였다. 하이디엔구만 해도 100여 개가 넘는 많은 수의 병원이 있지만, 집중 관찰을 위해 방문 대상으로 삼은 병원은 등급에 따른 3개 병원으로 한정했다. 따라서 연구 결과의 대표성을 담보하기엔 충분하지 않을 수 있다. 그러나 중대형의 상급병원에서는 거의 발견되지 않는 각종 교육 및 사상 선전물 진열이 중소규모의 2급 이하 하급병원에서만 주로 관찰되는 이유에 대한 의문을 품지 않을 수 없었다. 우선은 시진핑 집권 이후 새롭게 강화되고 있는 사회주의 이데올로기의 광범위한 사회적 파급을 근본 배경으로 들 수 있을 것이나, 사상 선전이 공립병원이라는 장소에 이르는 보다 공식적이고 구체적인 근거 자료를 확보하여 제시하지 못한 한계가 있다. 본 연구자는 주로 세 병원에 대한 주기적인 관찰 기록과 일부 환자들에게 전시물과 문구들에 대한 질문을 진행했으며, 이를 토대로 최근 중국의 국가주의 강화 정책의 배경을 연관시켜 해당 부분을 추론적으로 작성했음을 밝혀 둔다.

III. 공립병원의 경제적 분화

중국의 공립병원은 여타 국가들의 병원 체계와 유사하게 그 규모, 각종 의료 자원 및 서비스 수준이 높아짐에 따라 1급, 2급, 3급 진료기관으로 구분된다. 앞에서 언급한 대로 가장 근본적인 현재 중국 병원 체계의 문제점 중 하나는 환자와 의료자원이 주요 도시의 3급 병원에 지나치게 집중된다는 것이다. 이는 지역 하급병원 의료서비스의 낮은 질적, 양적 수준과도 연관이 있으며, 다른 한편으로는 경제개혁 이후로도 병원과 의료진에게 인민에 대한 봉사정신만을 강조해

은 사회주의 보건의료 정책과도 관련이 있다. 특히, 의사는 인민에 대한 봉사적으로 간주되어 국가 정책에 의해 상대적으로 낮은 임금이 책정되었다. 의사들의 낮은 임금과 과도한 노동은 우수한 학생들의 의대 진학을 저해하는 요인으로 작용했으며 결과적으로 의료진과 서비스에 대한 신뢰도가 낮아지는 악순환을 불러왔다.² 특히 농촌 지역과 소도시 1급 병원의 의료진과 서비스 질, 그에 대한 신뢰도는 매우 심각한 수준으로 인식되었다. 이러한 상황에서 보건의료 민영화 정책이 시행되고 더 이상 3단계 회송시스템에 구애받지 않게 된 환자들은 경제적 부담에도 불구하고 보다 나은 의료서비스를 제공하는 대도시의 3급 병원으로 몰리게 된 것이다.

공립병원의 경제적 분화의 상황을 이해하기 위해서는 먼저 병원의 수익구조에 대한 이해가 필요하다. 중국 공립병원의 수익구조는 크게 세 부분으로 구성되는데, 정부 보조금, 피고용자의 각종 의료보험, 그리고 환자 개인의 지출로 구성된다. 2010년 의료통계에 의하면, 각각 21%, 30%, 그리고 49%를 차지했다. 정부의 보조금 21% 중 8%는 병원에 대한 직접 보조금이며 나머지 13%는 비고용 상태의 도시 및 농촌 거주자를 대상으로 하는 사회의료보험에 의해 지불되었다(Süssmuth-Dyckerhoffand and Wang, 2010). 2000대 중후반 정부의 적극적인 의료보험 가입 촉진에 따라 개인의 직접 의료비 지출 비율이 어느 정도 감소되긴 했으나, 여전히 높은 수준에 머물러 있으며, 전반적인 공립병원의 수익구조는 크게 변화되지 않았다. 표 1은 2008년부터 2013년까지 중국 공립병원의 평균 수익을 나타낸다. 사실, 병원 등급이 높을수록 의료보험과 환자들의 지출이 높은 경향을 보이는 것은 중국 이외의 국가들에도 동일한 현상이다. 다만, 이 통계 수치에서 가장 특징적인 부분은 공립병원임에도 불구하고 정부의 보조금 비율이 대략 8% 정도로 매우 낮으며, 2003년 SARS 발발 이후 신의료개혁을 적극적으로 추진했음에도 공립병원에 대한 직접 보조금은 증가하지 않았다는 점에 있다. 대신 정부의 보건의료지출은 공공보건 인프라 구축과 전 국민 의료보험 가입

² 중국의 의대진학 상황과 의사에 대한 낮은 신뢰도에 관해서는 2013년 10월 6일 발간된 다음의 기사를 참조할 것. “China’s Doctors not Part of Society’s Elite,” by Patti Waldmeir, *Financial Times*. <https://www.ft.com/content/35a081ae-2653-11e3-8ef6-00144feab7de#axzz43Uwr9rAh>(검색일: 2020. 4. 28.).

표 1 중국 공립병원의 수익 구조 2008-2016

연도	2008	2010	2012	2014	2016
공립병원 수	13,920	13,510	12,979	12,897	12,302
평균 수익 (RMB 10,000)	4,766.1	7,179.3	10,950.5	1,4610.2	18,915.7
외래환자 총수입/ 약품판매(%)	1,638.6 (34.4)	2,318.7 (32.3)	3,410.5 (31.1)	4,548.3 (31.1)	5,703.5 (30.1)
	853.6 (17.9)	1,212.1 (16.9)	1,750.4 (16.0)	2,242.3 (15.3)	2,664.1 (14.1)
입원환자 총수입/ 약품판매(%)	2,635.0 (55.3)	4,121.4 (57.4)	6,385.2 (58.3)	8,600.7 (58.9)	11,017.9 (58.2)
	1,154.1 (24.2)	1,788.6 (24.9)	2,638.4 (24.1)	3,306.4 (22.6)	3,814.7 (20.2)
정부 보조금(%)	372.3 (7.8)	586.9 (8.2)	892.8 (8.2)	1,125.9 (7.7)	1,727.0 (9.1)

출처: 国家卫生健康委员会, 중국보건통계연보 2009, 2013, 2015, 2017.

증대를 위한 지출로 활용되었다.

2003년 23% 수준에 머물던 중국의 의료보험 가입률은 정부의 적극적인 의료 개혁 정책에 따라 전 인구의 87% 가입률을 달성함으로써 중국 인민의 의료 접근성은 상당한 수준으로 증대된다(Barber and Yao, 2010). 의료비에 대한 경제적 부담이 감소됨에 따라 병원을 이용하는 외래 및 입원환자의 수도 급증했으며, 위의 병원 수익구조에서 보듯이 환자에 대한 의료서비스와 약품 판매를 통한 수입이 전체 병원 수익의 90% 수준에 육박한다. 그러나 급속도로 증가한 환자 수 만큼 병원 인프라는 충분히 빠르게 확장되지 않았다. 2010년도 상황만 보더라도 1급 병원은 병상 수의 60%가량이 입원환자들로 수용되어 충분한 여력이 있었으나, 2급 병원은 90%에 육박했고 3급 병원은 입원환자 수가 초과되어 더 이상 수용할 수 없는 정도에 이르렀다(国家卫生健康委员会, 2013; Barber et al., 2013: 369).

등급에 따른 병원의 수익에도 큰 차이를 보인다. 2013년 3급 공립병원이 전체 공립병원 수익의 85.5%를 차지하며 2급 병원은 13%, 그리고 1급 병원은 단 1.5%에 불과했다(国家卫生健康委员会, 2014). 외래 및 입원 환자를 통해 충분한 수익을 창출하지 못하는 1급 병원에게 정부보조금이 더 많이 지급되기는 하지만, 만성 적자에 시달리는 상황을 벗어나기 힘든 구조인 것이다. 이에 중소규모의 병원들은 더 많은 환자를 유치하기 위해 규모를 키우고 더 높은 등급을 받고자 하는 투자에 노력을 기울인다. 이렇듯 중국의 공립병원은 수익과 규모 측면에서

경제적 분화가 상당한 수준으로 나타나고 있었다. 그러나 신자유주의적 경쟁의 치열한 상황 속에 던져진 공립병원일지라도 정부의 강력한 관리감독을 벗어날 수 있는 것은 아니었다. 즉, 병원 관리자의 운영에 관한 결정권은 정부의 영향력으로 인해 미흡한 것으로 파악되었다(ChinaCare Group, 2008; GHMS-China, 2014). 또한 여타 공공 기관과 유사한 관료주의적 운영 방식 역시 잔존하여 각종 민영화 정책들과 부딪히며 공립병원의 재정적·행정적 거버넌스를 체계화하지 못하고 있었다(Barber et al., 2013: 368).

결국, 중국 정부의 병원 개혁은 공립병원 수를 늘리기보다는 구조조정을 통해 부실한 공립병원을 정리하거나 민영화하고 보건의료 시장에서 경쟁력 있는 상급병원의 규모를 키우는 데에 일차적인 목적이 있다. 또한 직접 보조금 지급보다는 의료보험료를 높이고 약가를 인하함으로써 전 인민의 의료접근성을 확대하는 정책에 노력을 기울였는데, 이는 앞서 언급했듯이 의료서비스의 균등한 분배와 질적인 문제를 차치한다면 상당한 성과를 거둔 것으로 확인된다. 감소된 정부 보조금은 공립병원이 이윤 확보를 통해 충당하도록 유도하며, 부족한 병상과 의료서비스는 민영병원 수를 증가시키는 정책을 추진하고 있다. 다시 말하면, 중국 정부는 민영화를 전제로 전반적인 병원 체계의 구조조정과 의료보험의 확대, 그리고 보조금 지급보다는 관리감독 강화로 정부의 보건의료 역할을 한정하고 있는 것이다(Tam, 2008: 109). 앞서 언급했듯이 사회주의적 이데올로기의 영향 하에 책정된 의료진에 대한 낮은 경제적 보상은 처방 마진에 따른 보너스 명목으로 손쉽게 해결되고 있으며, 이는 병원 운영 방식을 체계화하기보다는 수익 확보의 책임을 의사들에게 그리고 최종적으로는 환자들에게 전가하고 있는 것이다. 신의료개혁의 최종 단계는 위에 언급한 각종 문제들을 해결하기 위해 공립병원 개혁에 초점을 맞추고 있으나, 직접 보조금 확대를 포함한 실질적이며 포괄적인 지원이 부족한 상태에서 그 성과를 충분히 보이지 못하고 있다.

IV. 공립병원 등급에 따른 약품 및 의료서비스의 분화

공립병원 등급에 따른 경제적 분화와 연계되어 나타나는 현상으로 각 등급의

병원에서 처방하는 약품 종류의 분화는 중국 공립병원체계에서 또 다른 특성으로 파악된다. 한국과 달리 의약분업이 이루어지지 않은 중국의 경우, 앞의 표 1에서 보듯이 2010년대 중반 이후 감소추세이긴 하나 병원 수익의 34~40%가량을 약품 판매를 통해 거두고 있는 구조이며, 공립병원은 그 등급에 따라 처방하는 약품의 종류가 확연히 구분된다. 중국에서 일반적으로 판매되는 약품은 중국 전통 약품(中药), 중국 한방제제 약품(中成药),³ 그리고 서구 약품에 속하는 국산 복제약과 외국계 회사에서 생산되는 글로벌 약품으로 분류되며, 이는 약품 종류에 따른 시장 분할과 제약회사들의 마케팅 전략과 깊은 연관을 맺고 있다. 일반적으로 고가의 글로벌 약품을 판매할수록 더 많은 이윤을 남길 수 있으며, 수익 확보와 보너스에 목마른 병원과 의사들의 처방 경향에서 확연히 드러나게 된다. 3급 병원의 의사들은 질 높은 의료서비스를 찾아온 환자들에게 더 나은 효능을 이유로 글로벌 약품을 처방하는 경향을 보이며, 따라서 전체 공립병원 수익의 80% 이상을 차지하는 3급 공립병원에 대한 제약회사의 마케팅 경쟁은 매우 치열하다(Cheng and Zhu, 2012).

표 2는 등급에 따른 공립병원의 약품 및 의료서비스로 인한 전체 수익과 진료 및 검사와 입원 등의 의료서비스를 제외한 약품종류에 따른 수익구조를 보여 준다. 대부분의 공립병원에서 외래환자의 경우 중국 전통 약품보다는 복제약 및 글로벌 약품의 처방이 약 3배 높은 비율로 이루어지며, 앞서 언급했듯 병원 전체 수익에서 약품 판매 수익이 40% 수준으로 상당히 높은 수준에 있다. 표 2에서와 같이 중국 전통 약품과 서구 약품만으로 구분한다면, 공립병원의 약품 종류에 따른 수익구조는 대체로 유사하다. 다만, 병상 수가 적은 1급 병원은 입원환자보다는 외래환자를 통한 수익이 더 많다는 특성을 보인다. 또한 보다 세부적인 수치를 제시하지는 않았지만, 1급 병원은 저가의 복제약 혹은 표준화된 중국 한방제제 위주의 처방이 주를 이루며 이러한 약품을 생산하는 대다수 중국 제약회사의 마케팅 대상이 된다. 중국 공립병원의 상당수는 서구 의학과 중국 의학의 통합적 운영 방침에 의해 한약재로 제조된 전통 약품을 처방하기는 하

³ 중국전통 의학의 원리에 의해 제조되나 서구 의약품과 같이 조제법, 포장 등에서 현대화되고 표준화된 약품을 일컫는다(Chen et al., 2014).

표 2 중국 공립병원의약품 종류에 따른 수익

공립병원 등급		3급	2급	1급
약품 및 의료서비스 평균 수익 (RMB 10,000)		50,161	7,412	821
약품 평균 수익(%)		22,266 (44.4)	3,361 (45.3)	398 (48.5)
약품 종류에 따른 외래환자 수익(%)	국산 및 글로벌 약품	6,280 (12.5)	958 (12.9)	169 (20.6)
	중국 전통 약품	2,470 (4.9)	366 (4.9)	60 (7.3)
	합계	8,751 (17.4)	1,324 (17.9)	229 (27.9)
약품 종류에 따른 입원환자 수익(%)	국산 및 글로벌 약품	12,588 (25.1)	1,877 (25.3)	151 (18.4)
	중국 전통 약품	928 (1.9)	159 (2.2)	19 (2.3)
	합계	13,515 (26.9)	2,037 (27.5)	169 (20.6)

출처: 国家卫生健康委员会, 중국보건통계연보 2014.

나 그 비율은 현저히 낮은 상황이다. 환자들의 병원 선택은 의료서비스의 질과 근접성 외에도 증상의 경중에 따라서도 결정되는바, 특히 1급 병원을 이용하는 외래환자들은 서구 약품 효과의 신속성에 대한 대중적 인식보다는 낮은 가격과 상대적으로 낮은 부작용과 연계된 전통적 약품에 대한 신뢰에 따라 한방제제 약품을 처방 받는 경향이 상대적으로 높다.

이처럼 글로벌 약품 및 복제약 처방을 통해 높은 이윤을 추구하는 2급, 3급 병원과 저가의 복제약 및 한방제제 처방을 중심으로 하는 1급 병원에서의 약품 종류에 따른 분화는 확연히 나타난다. 한편, 정부의 보조금에 대한 의존도가 높은 소규모 1급 병원은 이윤이 낮더라도 저가의 약품과 의료서비스를 제공함으로써 경제적 하층의 환자들에게 의료 접근의 기회를 보다 확장하고 있는 것이다. 다시 말하면, 약품 및 병원 시장의 성장을 촉진하고자 하는 중국 정부의 발전주의 통치성은 3급 병원의 민영화 전략에 따른 고품질의 약품과 의료서비스 개선 및 제공으로 연결되며, 주로 1급 병원에서 이루어지는 저가의 약품 공급을 통한 의료 접근성 확대는 경제성장의 혜택에서 배제된 인민들의 불만 해소를 위해 필수적인 보건의료 정책으로 공산당 통치의 정당성 확보에 기여하는 기제로 작동한다.

중국의 시장 지향적 전환과 사회주의적 실천의 병행은 이렇듯 병원과 약품

의 분화 양상으로 나타나고 있으나, 그러한 실적이 바람직한 균형을 갖춘 모습으로 실현되는 것은 쉽지 않았다. 1급 병원의 낮은 수익은 의료 접근성의 확대에도 불구하고 만성적 적자에 시달리는 상황에서 우수한 의료진 유치를 어렵게 만들 뿐 아니라 의료서비스의 품질도 기대하기 어려운 수준에 이르고 있다. 또한 2급, 3급 병원은 더 높은 이윤을 좇아 규모의 경쟁과 고가의 서비스 경쟁으로 치닫는 경향을 보이기도 한다. 이는 2010년을 전후하여 2~3급 공립병원에서 유행했던 VIP 서비스에서 확연히 나타난다. 소위 ‘특별한 요구에 의한 의료서비스’는 도시의 중대형 공립병원에서 추진된 사업으로 주로 부유층 혹은 고위관료를 대상으로 하는 의료서비스다(*Market Watch* 14/02). 이러한 특별 서비스의 확산은 경제적 불평등 심화를 체감하고 있는 대중의 강력한 비판을 불러왔고 의료 접근성 확대를 주창해 온 공산당 정부에 대한 비판으로 이어졌다. 결국 국가 보건 및 가족계획 위원회는 공립병원 병상 수의 10% 이내에서 특별 서비스를 제공하도록 규제했으며, 이에 공립병원은 해당 서비스를 축소하거나 별도의 시설물로 옮겨 서비스를 지속했다. 그러나 대중의 비판이 쉽게 줄어들지는 않았다. 대중들은 공공재로 작동해야 할 공립병원의 지나친 민영화에 대한 불만을 강력하게 표출했으며, 이러한 특별 서비스는 공립병원이 아닌 민영병원에서 제공해야 한다고 주장했다. 물론, 극히 소수의 외자 민영병원이 이러한 서비스를 제공하고 있으나 사회의료보험의 혜택이 전무한 민영병원 의료서비스는 공립병원의 특별 서비스에 비해서도 매우 고가이므로 공립병원은 고수익을 위한 특별 서비스를 정부의 규제 속에서도 지속하고자 한다.

V. 공산당의 정책적 개입 및 사회주의 선전 공간으로서의 공립병원

경제적 불평등과 의료 형평성 악화에 대한 대중의 불만에 직면하여, 공산당 정부는 보건의료 체계 개선을 위한 의료개혁을 추진하고 있다. 의료보건 네트워크의 확충 및 의료보험 가입을 증가 등의 긍정적 성과를 보이고 있으나, 공립병원에 대한 정부의 실질적 지원이 부족한 상황에서 병원 개혁은 매우 미진한 상

태이다. 대신 중국 정부는 약품 및 의료서비스의 공공성과 사회보장을 위한 연대의식을 강조하며 각종 사회주의 이데올로기의 가치를 더욱 강하게 파급시키려는 모습이 두드러진다(Liu and Darimont, 2013). 중국 공립병원은 국유기업과 유사하게 병원 내부에 공산당 위원회를 설치하도록 규정되었고 이 위원회는 병원 내의 사상 교육 및 선전을 포함한 정치적 업무를 관할하며 병원의 거버넌스에서 막강한 영향력을 행사하는 것으로 알려졌다. 위원회의 구체적 업무는 거의 공개되지 않으나, 병원의 고위직 채용과 같은 중요한 의사결정에 참여하여 정부의 정책방향에 조응하는 것으로 파악된다(ChinaCare Group, 2008). 중국 공산당의 법인 조직에 대한 개입은 최근 사기업 내의 당 위원회 설치로까지 확장 중이다. 국유기업과 공립병원은 정부의 직접적인 관리 대상으로 제도적인 측면에서 어느 정도 당연시되는 부분이지만, 사기업 내의 당 위원회 설치의 논란을 일으키기도 했다(*The Diplomat* 19/12). 기업의 경우 공산당 위원회의 활동이 공개적으로 관찰되기는 어려우나, 병원은 개방된 장소로서 공산당의 사상 선전에 활용되는 경우를 관찰할 수 있었다. 다시 말하면, 중국 공립병원은 의료서비스와 사업 그리고 정치적 활용의 복합적 공간으로 작동하는 것으로 파악된다.

그렇다고 모든 등급의 병원에서 정치적 선전이 목격되는 것은 아니다. 3급 병원에서는 거의 발견되지 않는 반면 더 낮은 등급의 병원으로 갈수록 정치적 선전물이 더 많이 진열되고 있음을 볼 수 있다. 이러한 내용은 2014년에서 2015년에 걸친 본 연구자가 베이징에서 현지조사를 진행하던 중 하이디엔구의 몇 개 병원들을 등급에 따라 주기적으로 방문하며 관찰한 것이다. 중소규모의 2급 병원인 중관춘병원은 각종 선전물이 가장 많았던 곳으로 그 입구와 내부에 흡연과 위생 등의 건강관련 표어뿐 아니라, ‘사회주의 핵심 가치의 실천’, ‘시민성과 조화’ 같은 공산당의 최근 이데올로기 관련 강조 사항들이 각양각색의 LED 게시판과 포스터가 전시되고 있었다. 사회주의 핵심가치는 2012년 중국 공산당 중앙위원회에서 발표된 시진핑 정부의 이데올로기적, 실천적 강조 사항으로 국가 수준에서의 번영, 민주, 시민성과 조화, 사회 수준에서의 자유, 평등, 정의와 법치, 그리고 개인 수준에서의 애국, 헌신, 진실과 우애로 구성되어 있다. 당 중앙위원회의 선언에 따라 사회주의 핵심 가치는 국가 교육 계획에 포함되어야 하며 중국 미디어는 이를 지원해야 한다. 사상 선전의 전시는 주요 도로와 학교,

미디어 그리고 공립병원으로 확장되어 이루어진다. 하급병원에서 사상 선전이 이루어지는 정책적 과정을 밝혀 주는 공식 자료는 획득하지 못했지만, 재정 자립도가 낮아 정부의 보조금 지원 의존도가 높은 하급병원에서 보다 적극적으로 수용하고 있는 것으로 추론하는 것이 과도한 일반화는 아닐 것으로 생각한다.

12가지의 사회주의 핵심 가치 중 ‘조화’는 현 중국 사회의 사회경제적 불평등을 개선하려는 차원에서 강조되는 개념이며, ‘조화 사회’ 건설의 국가적 기치는 공산당 통치의 정당성과 안정성 확보를 위해 정부의 개입을 정당화하는 수단으로 활용되기도 한다(Wang et al., 2015). 물론, 공산당 권력의 공고화를 위한 이데올로기적 권위 확보는 이전 시기의 정부에서도 다양한 방식의 교육과 사상 선전을 통해 지속되었다(조영남, 2019: 549-618). 이러한 배경하에 사회주의 사상 선전을 통한 훈육 권력(disciplinary power)의 활용은 공산당 통치성을 실천하고 확고히 하는 하나의 방식으로 이해된다. 공립병원은 개인의 생명과 건강에 직결되는 공간으로 공산당의 통치 이데올로기와 결부되어 중국 인구집단의 생명력을 촉진시키고 동시에 자신들의 삶을 관리하기 위한 의료적이며 정치적인 코드와 기술을 채택하도록 유도한다(Lock and Nguyen, 2010: 24). 그렇다고 중국 공립병원의 상황에서 이러한 생명권력(biopower)의 작용이 모든 인구집단에 균일하게 적용되지는 않는다. 시장경제로의 전환 속에서 신자유주의적 주체성과 사회경제적 역량을 획득한 개인들은 상대적으로 정부의 훈육 권력으로부터 벗어나 시장경쟁의 논리 속에서 보다 나은 건강과 의료의 선택을 확보하고 있다. 반면, 경제성장의 혜택에서 배제된 개인들은 ‘조화 사회’ 건설을 내세우는 공산당 정부의 기치 하에서 저가의 의료서비스 확대에 의존하며 사회주의적 사상 선전의 의료 공간에 순응적이나 갈등의 요인을 내재한 채 배치되는 것이다.

VI. 나가며: 조화(héxié)와 민물계(héxiè)

2000년 초반 이후 후진타오 정부에서 주요 방침으로 강조되어 온 중국 공산당의 ‘조화 사회’ 건설에 대한 비전과 2012년 시진핑 정부 출범과 함께 채택된 ‘사회주의 핵심 가치’에 포함된 ‘조화’의 국가적 가치는 오랜 기간 적체되어 온

사회경제적 불평등의 현실과 부딪히며 인민들의 불만을 초래하고 있다. 오히려 공산당의 통치성을 강화하기 위한 수단으로 활용되는 정부의 검열강화는 세계화의 파급 속에서 보다 민주적 사회를 지향하는 인민들의 또 다른 불만으로 나타났다. 일례로 인터넷에 쏟아져 나온 네티즌들의 풍자적 비판이 이러한 상황을 희화화한다. 중국 네티즌들은 정부가 추진하는 조화(和諧, héxié)사회를 동음이의어인 héxiè(河蟹, 민물게)로 대체하여 정부의 검열과 통제를 비판하고 더 나아가 불평등한 현실과 현격히 다른 정부의 비전을 풍자했다. 그리고 중국 인터넷에서의 이 단어 사용은 정부에 의해 즉각적으로 차단되었다.

이 논문은 중국의 경제개혁 이후, 공립병원이 등급에 따라 약품과 의료서비스의 가격과 질, 환자의 사회경제적 지위에 연계되며 분화를 겪는 과정을 분석했다. 1980년대 중반 이후 실행된 의료개혁은 경제개혁의 원칙에 따라 공립병원의 민영화를 일정부분 허용하고 병원 운영의 효율성과 의료진의 성과 개선을 목적으로 추진되었다. 동시에 정부의 보건의료에 대한 재정적 부담을 감소시켜 관련 산업 성장에 더 많은 투자가 돌아가도록 한 측면도 있다. 그러나 이러한 보건의료영역의 시장 지향적 전환은 제도적 규제의 미성숙 속에서 의사와 병원의 수익 추구를 위한 고가의 약품 처방과 과다 처방, 남보다 나은 의료서비스를 갈망하는 환자들의 의사들에 대한 뇌물 공여, 치솟는 개인의 의료비 지출과 급증하는 의료분쟁까지 다양한 비윤리적이며 불법적인 문제들을 양산했다. 그럼에도 불구하고 더 나은 의료서비스를 위해 도시의 상급병원으로 몰려드는 환자들은 높은 비용에 못 미치는 서비스와 몰려드는 환자들로 인한 의사들의 기계적 응대에 불만을 드러내고 있으며, 이는 종종 의료진에 대한 심각한 폭력으로 이어졌다. 이러한 복합적 난제들 속에서도 2급, 3급의 상급병원들은 규모 확장을 통한 더 많은 환자의 유치, 이윤율이 높은 고가의 글로벌 약품 처방, 더 나아가 VIP 서비스를 동원한 보다 많은 수익 창출을 모색하고 있다. 반면, 소규모의 하급 병원들은 정부의 정책적·재정적 개입 속에서 저가의 복제약 혹은 중국 한방 제제를 처방하며 상대적으로 낮은 사회경제적 지위의 환자들을 대응함으로써 1차 보건의료의 근간을 지탱해 나가고 있다.

급속한 경제성장의 그늘에 가리웠던 각종 불평등과 언론의 자유 및 민주화에 대한 요구 등이 경제성장의 완화 국면에 직면하여 공산당 통치에 대한 위협으

로 대두되었다. ‘조화 사회’ 건설에 위협으로 간주되는 이러한 상황들에 대해 중국 정부는 보다 권위적인 통치 방식을 구사하고 있는 실정이다. 그리고 이는 언론과 인터넷 검열, 교육 및 보건의료 영역에서 정부의 사회주의적 사상 선전을 강화하는 양상으로 이어진다. 특히, 정부 보조금 의존도가 높은 1급 공립병원은 의료의 공간인 동시에 다양한 형태의 사상 선전물이 전시되는 복합적 공간으로 활용되고 있는 것이다.

물론, 앞서 언급한 정부의 정치적 사상 선전 개입에도 불구하고 1차 의료서비스에 대한 접근성의 확대는 인구집단의 총체적인 건강관리를 위한 근본적인 지역기반 보건의료 정책인 동시에 상급병원으로의 환자 집중 현상을 제어할 수 있는 의료자원 배분 정책으로 중요한 의의를 가진다. 만성적 적자에 시달리는 하급병원에 대한 실효적 지원과 의료진의 충분한 확보와 의료서비스에 대한 신뢰성 회복 등 시급한 과제들이 있다. 보건의료 영역에 대한 불만 해소를 위해 중국정부는 2000년대 후반부터 보다 포괄적인 의료개혁을 계획하고 진행하며 실질적인 지원책을 모색하고 있으나, 공립병원에서의 눈에 띄는 성과는 드러나지 않는 실정이다. 2020년까지 진행되는 신의료개혁은 그 결과를 파악하는 단계에 있으며, 과도한 약품 판매 수익을 제어하기 위한 의약분업, 병원의 행정적 관리와 의료서비스 운영의 분리, 약품 이윤 마진 규제, 의료진에 대한 합리적 보상을 위한 의료수가 조정 등 많은 부분이 공립병원 개혁에 초점을 두고 있다(World Bank, 2010; GHMS-China, 2014). 일례로 의사의 진료비, 각종 진단과 서비스 가격이 실제 비용보다 낮게 책정되어 있어 병원은 다른 경로를 통한 수익 창출을 모색할 수밖에 없는 경우가 자주 발견된다(Barber and Yao, 2010). 약품 및 병원 시장의 경제적 성장과 의료 형평성에 대한 사회주의적 기대 사이에서 통치성을 확보하려는 중국의 의료개혁은 다양한 시도를 거치며 진행 중이나 장기간 누적된 문제의 복잡성 속에서 그 진전은 너무 느리다(Barber et al., 2013).

참고문헌

- 김재석. 2016. “중국적 통치성과 자기규율적 노동주체성의 형성: 베이징 모범촌 거주 중국 여성 농민공들을 중심으로.” 『비교문화연구』 제22집 1호, 227-264.
- 성한경·강준구·배승빈. 2007. “중국의 신의료개혁방안 논의와 그 시사점.” 『KIEP 지역경제포커스』 1(11), 1-12.
- 이유정. 2019. “중국 의료보험 제도의 개혁과 특징.” 『중국지식네트워크』 13, 63-90.
- 조영남. 2016. 『개혁과 개방: 덩샤오핑 시대의 중국 1』. 민음사.
- _____. 2019. 『중국의 엘리트 정치: 마오쩌둥에서 시진핑까지』. 민음사.
- Barber, Sarah L. and Lan Yao. 2010. “Health Insurance Systems in China: A Briefing Note.” *World Health Report* (2010) Background Paper, 37.
- Barber, Sarah L., M. Borowitz, H. Bekedam, and Jin Ma. 2013. “The Hospital of the Future in China: China’s Reform of Public Hospitals and Trends from Industrialized Countries.” *Health Policy and Planning* 29, 367-378.
- Chang, Kyung-Sup. 2017. “China as a Complex Risk Society: Risk Components of Post-Socialist Compressed Modernity.” *Temporalités* 26. <https://journals.openedition.org/temporalites/3810>(검색일: 2022. 3. 24.).
- _____. 2020. “Developmental Pluralism and Stratified Developmental Citizenship: An Alternative Perspective on Chinese Post-Socialism.” *Citizenship Studies* 24(7), 856-870.
- Chen, Wei, B. Liu, L. Wang, J. Ren, and J. Liu. 2014. “Chinese Patent Medicines for the Treatment of the Common Cold: A Systematic Review of Randomized Clinical Trials.” *BMC Complementary and Alternative Medicine* 14, 273.
- Chen, William Y. 1961. “Medicine and Public Health.” *The China Quarterly* 6, 153-169.
- Cheng, Jinzhui and Hengpeng Zhu. 2012. 『中国药品市场报告』. Beijing: Social Sciences Academic Press.
- ChinaCare Group. 2008. “Characteristics of Chinese Healthcare Facilities: A Comparison of Chinese Hospitals to the International Model.” The ChinaCare Group.
- Cui, J., S. Huang, and G. Ramey. 2009. “China’s Healthcare Reform and Resources Redistribution: Lessons for Emerging Nations.” *Journal Review of Economics*

- and Business Studies* 2009(4), 27-42.
- Dean, Mitchell M. 1999. *Governmentality: Power and Rule in Modern Society*. London/Thousand Oaks/New Delhi: Sage.
- Foucault, Michel. 1978. *The History of Sexuality, Vol. 1: An Introduction*. Translated by Robert Hurley. New York: Pantheon Books.
- _____. 1980. *Power/Knowledge: Selected Interviews and Other Writings, 1972-1977*. C. Gordon, ed. New York: Pantheon Books.
- _____. 1991. "Governmentality." In G. Burchill, C. Gordon, and P. Miller, eds. *The Foucault Effect: Studies in Governmentality. With Two Lectures by and an Interview with Michel Foucault*, 87-104. Chicago: University of Chicago Press.
- GHMS-China. 2014. "Global Hospital Management Survey-China." Management in Healthcare Report.
- IBISWorld. 2011. "General Hospitals in China." *IBISWorld Industry Report* 8511.
- Lampton, David M. 1974. "Health Policy During the Great Leap Forward." *The China Quarterly* 60, 668-698.
- Liu, Dongmei and Barbara Darimont. 2013. "The Health Care System of the People's Republic of China: Between Privatization and Public Health Care." *International Social Security Review* 66, 97-116.
- Lock, Margaret and Vinh-Kim Nguyen. 2010. *An Anthropology of Biomedicine*. West Sussex, UK: Wiley-Blackwell.
- Ong, Aihwa. 2006. *Neoliberalism as Exception: Mutations in Citizenship and Sovereignty*. Durham and London: Duke University Press.
- Sidel, Ruth and Victor W. Sidel. 1982. *The Health of China*. Boston: Beacon Press.
- Süssmuth-Dyckerhoff, Claudia and Jin Wang. 2010. "China's Health Care Reforms." *Health International*, Issue 10. Shanghai: McKinsey & Company.
- Tam, Wai-keung. 2008. "Failing to Treat: Why Public Hospitals in China Do Not Work." *China Review* 8(2), 103-130.
- Tu, Jiong. 2014. "Yinao: Protest and Violence in China's Medical Sector." *Berkeley Journal of Sociology* 2014. <https://berkeleyjournal.org/2014/12/11/yinao-protest-and-violence-in-chinas-medical-sector/>(검색일: 2022. 3. 24.).
- Wang, Hufeng and Ouyang Wei. 2011. "Public Hospital Reform in China from the Compensation Perspective." In C. W. Freeman III and X. Lu Boynton,

- eds. *Implementing Health Care Reform Policies in China: Challenges and Opportunities*. Washington, DC: Center for Strategic & International Studies.
- Wang, Xuan, Juffermans Kasper, and Caixia Du. 2015. "Harmony as Language Policy in China: An Internet Perspective." *Language Policy* 15(3), 299-321.
- World Bank. 2010. "Fixing the Public Hospital System in China." *China Health Policy Notes 2*. Washington: The World Bank.
- Wu, Fulong. 2010. "How Neoliberal is China's Reform? The Origins of Change during Transition." *Eurasian Geography and Economics* 51(5), 619-631.
- Yan, Hairong. 2008. *New Masters, New Servants: Migration, Development, and Women Workers in China*. Durham: Duke University Press.
- Yip, Winnie and William C. Hsiao. 2015. What Drove the Cycles of Chinese Health System Reforms? *Health Systems and Reform* 1(1), 52-61.
- Zhang, Li. 2008. "Private Homes, Distinct Lifestyles: Performing a New Middle Class." In Zhang, Li and Aihwa Ong, eds. *Privatizing China: Socialism from Afar*, 23-40. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Zhang, P., T. Faunce, and K. Johnston. 2006. "Public Hospitals in China: Privatisation, the Demise of Universal Healthcare and the Rise of Patient-doctor Violence." *JLM* 13, 465-470.
- 国家卫生健康委员会. 2009, 2013, 2014. 『中国卫生统计年鉴』.
- _____. 2015, 2017, 2019. 『中国卫生健康统计年鉴』.
- MarketWatch* 2014. 2. "China's Move from Socialized Medicine Fuels Debate," by Li Yan and Luo Jieqi.
- The Diplomat* 2019. 12. "Politics in the Boardroom: The Role of Chinese Communist Party Committees," by Federica Russo.
- Financial Times* 2013. 10. 6. "China's Doctors not Part of Society's Elite," by Patti Waldmeir. <https://www.ft.com/content/35a081ae-2653-11e3-8ef6-00144feab7de#axzz43Uwr9rAh>(검색일: 2020. 4. 28.).

Abstract

China's Governmentality and the Economic and Political Differentiation of Public Hospitals

Woojong Moon Hanyang University

In this paper, I explore the economic and political differentiation of China's public hospitals and argue that this process is closely associated with the Chinese Communist Party's governmentality. According to Foucault, governmentality is intimately related to power relations and ruling strategy to configure the health, social, and economic lives of individuals and populations in a specific way. Public hospitals have played a main role in China's healthcare system since the establishment of the People's Republic of China. Regardless of China's market-oriented transition and the government's withdrawal from social welfare provision in the 1980s and 1990s, socialist ideology and practices have been consistently imposed on public hospitals. Nevertheless, hospitals' financial situation was exacerbated and had to find various informal ways for survival. This resulted in doctors' over-prescriptions, informal payments from patients to doctors, soaring individual healthcare spending, and increasing medical disputes. In 2009, China's new healthcare reform began to address these problems. Despite some successes, hospitals have been increasingly differentiated by their grades, medical services, and patients' socioeconomic status. Higher-grade hospitals pursue their growth on China's neoliberal and developmental governmentality. On the other hand, lower-grade public hospitals, which depend more on government subsidies, are used as places for increasing

medical accessibility and socialist propaganda to strengthen the ideological legitimacy of the Chinese Communist Party.

Keywords | The People's Republic of China, governmentality, public hospital, healthcare reform, neoliberalism, socialism

