

# 중국의 장기요양 돌봄 제도의 발전 현황

The Current State of Long-term Care Policy Development in China

장원보(張文博) [중국사회과학원 사회학연구소 박사]

본고는 급격한 고령화 사회로 변화하는 중국에서의 장기요양 돌봄 제도 구축과 정책 발전 배경을 살펴보고, 정책의 실천과 발전을 위한 문제 및 과제에 대해 논의하고자 한다.

## 1. 들어가며

장기요양 돌봄서비스(사회 서비스 및 보건 등)는 주로 전문가와 비공식적 돌봄자(친족, 친구 혹은 이웃 등)가 완전한 자립 능력이 없는 사람에게 제공하는 돌봄 서비스 체계로, 그들이 계속해서 자신의 삶을 누릴 수 있도록 함으로써 최대한 독립, 자주, 참여, 개인 만족 및 인격 존엄(WHO, 2000)을 유지할 수 있도록 하는 것을 말한다. 장기요양 돌봄 제도는 돌봄 서비스 수요에 따라 나타난 종합적 제도로, 수요를 기반으로 연령이나 신분, 장애 수준에 상관없이 전체 인구를 대상으로 하는 지속적이고 종합적인 돌봄 서비스이다. 그러나 중국어권에서 장기요양 돌봄 서비스 체계의 발전은 많은 부분 스트레스성 제도의 발전이며, 인구의 급격한 고령화라는 사회 현실을 반영한다. 그리고 노인인구와 장애인구를 위한 서비스는 과거 오랫동안 다른 부처에서 관리해 왔다. 따라서 현재 중국의 장기요양 돌봄서비스(long-term care, LTC)의 발전은 ‘노인’을 위주로 한다는 오해가 발생하기도 한다. 비록 일부 지방정부의 정책 사업 가운데에는 장애인을 겨냥한 정책 및 사회보장 제도, 서비스 항목이 있지만, 전반적으로 장애인을 포함한 많은 사람의 장기 의료 돌봄 및 생활 돌봄 제도 수립과 서비스 공급의 발전 속도는 느린 편이다. 본문에서 말하는 ‘중국 노인 장기요양 돌봄 제도’는 중국 장기요양 돌봄 제

도 발전의 단계적 상황으로 볼 수 있다.

최신 인구 동향 자료에 따르면 2018년 말 기준 중국 대륙의 총인구는 13억 9538만 명이고, 그중 만 60세 이상 인구는 2억 4949만 명으로 총인구의 17.9%를 차지하여 전년 말 대비 859만 명 증가했다(점유율은 0.6%포인트 증가, 증가 속도는 3.6%). 만 65세 이상 인구는 1억 6658만 명으로 총인구의 11.9%를 차지해 전년 말 대비 827만 명 증가했다(점유율은 0.5%포인트 증가, 증가 속도는 5.2%). 만 60세 이상 노령인구의 증가 속도보다 1.6%포인트 높았다. 그러나 같은 기간 총인구는 530만 명밖에 증가하지 않았고, 1년간 총출생인구도 1523만 명에 불과해 출생률은 1.096%로 1949년 이래 최저치를 기록했다.<sup>1)</sup> 고령화의 가속화는 21세기 중국 사회에서 가장 두드러지는 변화 중 하나로 같은 기간 나타난 저출산 추세는 중국의 고령화를 더욱 가속화하였다. 이는 또한 건강 보건 서비스와 기타 관련 자원 중 많은 부분이 노령인구층으로 이전됨을 의미한다. 중국 도시와 농촌 노인 생활 현황에 관한 제4차 표본조사에 따르면 2015년 중국의 장애 및 반장애 노인은 이미 4063만 명으로 노령인구의 18.3%에 이르렀고 노인 의료 및 돌봄 서비스 수요 우선순위도 1위로 올라갔다(노령위원회, 2016). 이는 보건 및 의료, 가정 돌봄 비용 및 시간 분배 등의 측면에서 커다란 부담이 되고 있다. 이 방대한 고위험, 고수요, 고연령 집단은 한편으로는 건강 보건 자원의 부족과 불평등한 혜택, 낙후된 전문 지식, 높은 서비스 비용 등의 문제에 직면해 있고, 다른 한편으로는 ‘미부선로(未富先老, 부유해지기 전 먼저 늙는다는 말로 중국의 인구 고령화는 가속화되고 있는데 그에 대비한 사회제도가 부족한 실정을 이르는 말)’ 현상으로 인해 자원 및 서비스에 대한 접근성이 더욱 제한되고 있다. 도시와 농촌 지역 간 불균형 발전 등의 영향 요인을 포괄적으로 고려할 경우, 건강 보건 자원의 혜택 범위와 서비스 접근 문제는 더욱 심각해진다.

세계적으로 노인에 대한 자원 제공과 지원 서비스는 주로 가정에서 이루어지며(Sokolovsky, 2000) 이는 중국도 마찬가지다. 그러나 현재 전환기를 맞은 중국 사회에서는 가정 규모의 소형화와 핵가족화, 도농 간 이동으로 인한 거주지와 호적 분리 및 거주지 분리, 그리고 맞벌이 가족의 돌봄 책임과 시간 배분 변화 등 가정 역시 일련의 중요한 변화와 새로

\* 본문은 중국 사회과학원 아시아연구센터 연구 과제(2017YYZX002)의 단계적 성과이다.

1) 데이터 출처: 국가통계국: ‘2018년 경제운영을 합리적 구간에서 발전시키는 것과 관련한 주요 예상 가능 목표 달성에 긍정적’ [EB/OL], [http://www.stats.gov.cn/tjsj/zxfb/201901/t20190121\\_1645752.html](http://www.stats.gov.cn/tjsj/zxfb/201901/t20190121_1645752.html).에서 2019.01.21. 인출

은 리스크에 직면해 있다. 이미 중국의 도시와 농촌 가정은 노인 돌봄, 특히 거동이 불편한 노인의 장기요양 돌봄서비스 문제에 봉착해 있다. 개인과 환경의 조화(Person-Environment Fit) 이론에 따르면 능력 퇴화로 스스로의 요구를 만족시킬 수 없을 때 개인은 주위 환경에 대해 더 많은 요구를 하게 되고, 더 많은 지원을 주위 환경에서 얻고자 한다. 주위 환경에는 가정, 사회, 도시, 향촌 사회 및 국가뿐 아니라 자원과 서비스 등의 측면에서 사회 부문(social institutions)과 사회제도(social systems) 및 전 사회 각 분야의 지원 등이 포함된다. 빠르게 고령화되고 있는 중국 사회에서 장기요양 돌봄서비스의 책임 주체는 점차 가정을 벗어나 사회로 확대되고 있으며, 장기요양 돌봄서비스 체계 수립과 발전은 중요한 외부의 지원이 되었다. 이 글에서는 주로 중국의 장기요양 돌봄서비스 제도 구축과 정책 발전 배경, 정책의 실천 및 현실 문제와 과제를 검토하고 분석하고자 한다.

## 2. 장기요양보험 제도의 정책 배경

중국은 중화인민공화국 성립 이후 구조형 사회적 양로 보장 및 장기요양 돌봄서비스 제도가 발전하기 시작했으며, 초기에는 주로 독거노인과 특별 수당 대상자, 도시의 '3무' 주민<sup>2)</sup>과 농촌의 '5보' 주민<sup>3)</sup>을 대상으로 (집중 혹은 분산) 지원을 제공했다. 그러나 21세기 들어, 특히 2010년 이후 지원 대상은 점차 장애, 고령, 독거, 저소득 노인 등 취약계층으로 확대되었다(장원취안, 2017). 이 시기 구조형 장기요양 돌봄서비스 제도는 아직 초기 단계로, 선별주의가 주요 특징이며, 보장 또한 현금과 실물 지원이 대부분이었다. '12.5(12차 5개년 계획)' 기간 중 중국 정부는 공식적으로 장기요양 돌봄서비스 제도를 사회복지 보장 체계 발전 프레임에 편입시키고 돌봄 서비스에 기반을 둔 경제 보장 제도와 정책 지원에 초점을 맞추면서 정책을 보편주의로 전환하기 시작했다.

2) 도시의 비농업 호적으로 노동 능력이 없고 소득이 없으며 법정 부양·봉양·돌봄 책임자가 없는 사람, 혹은 그 법정 부양·봉양·돌봄 책임자가 부양 능력이 없는 노인, 장애인, 만 16세 미만의 미성년자인 경우 '3무(三無)'인이라고 한다.

3) 농촌의 '3무'인은 「농촌의 5가지 보장 부양 사업 조례」에 따라 식, 의, 주, 의료, 장례 측면에서 누리는 생활 돌봄과 물질적 도움을 말하며 식, 의, 주, 의료, 장례 보장을 '5보(五保)'라고 약칭한다.

### 가. 중앙정부의 정책 지침

중국은 고령화사회 진입 이후 첫 10년간 방대한 노령인구 문제에 직면하여, 학계와 정책 당국에서는 다양한 계층과 수요를 선별하여 '9073' 혹은 '9064'<sup>4)</sup> 등 여러 가지 양로 서비스 제도를 내놓았다. 이 제도에서는 고령, 노인 부부, 독거, 장애, 최저 생계 유지, 저소득 노인 등을 서비스 대상으로 강조했는데 이들을 소위 '강성 수요'<sup>5)</sup> 그룹이라고 불렀다. 또 중국 양로 서비스 공급의 구조적 모순도 지적되었는데, 특히 홀로 살며 거동이 어려운 고령 노인과 기관 돌봄 서비스 공급<sup>6)</sup>의 불균형이 지적되었다.

'11.5(11차 5개년 계획)' 기간 중 중국 중앙정부는 국가(지역) 돌봄 서비스 수요가 급증하고, '강성 수요' 노인의 의료재활 등의 서비스 공급이 심각하게 부족하다는 것을 인식하고 「국민경제 및 사회 발전 11.5 계획 강령」을 발표했다. 여기에는 지역사회를 단위로 '노인 돌봄, 의료 보건, 재활 간병, 가사 서비스, 심리 컨설팅, 문화 학습, 스포츠 트레이닝, 엔터테인먼트 여가' 등 종합적 노인 서비스 네트워크를 점진적으로 형성하고, 거동이 어렵거나 도움이 필요한 노인을 대상으로 '사랑의 요양 프로젝트' 시범사업을 실시하겠다는 내용을 담았다(2006). '12.5' 기간에는 「12.5 계획 요강」을 발표하여 '정부가 사회자본을 이용하여 장기 의료 요양, 재활 촉진, 임종 보살핌 등의 기능을 갖춘 양로기관 설립에 중점적으로 투자할 것'과 '요양 재활 서비스를 우선적으로 발전시킬 것', '양로 서비스를 기본적인 생활 돌봄에서 의료 건강, 보조 기구 공급, 정신적 위로, 법률 서비스, 긴급 지원 등의 측면으로 확대할 것'을 더욱 명확히 제시하였다. 동시에 '노인을 위한 장기 요양 제도 연구와 시중 보험회사들의 장기요양보험 업무 시행'을 독려했다(2011).

이와 함께 노인 서비스를 위한 의료 자원 부족 문제에 대처하기 위해 국가 차원에서 '의료-양로 결합' 개념을 사용하기 시작했다. '12.5' 이후 「양로 서비스업의 빠른 발전과 관련된 약간의 의견」(국발[2013]35호), 「건강과 양로 서비스 프로젝트의 빠른 추진과 관련된 통지」(국

4) 가정과 지역사회, 기관의 양로 부담 비율을 나타낸다. '9073' 또는 '9064'에서 '90'은 90%의 사람들이 가정 서비스를 통해, '7'과 '6'은 7% 또는 6%의 사람들은 지역사회의 지원을 통해, '3'과 '4'는 3% 또는 4%의 사람들은 기관에 입소하여 양로를 해결함을 말한다.

5) 역자 주: 양로 서비스가 가장 필요한 그룹을 의미한다.

6) '10.5 기간'에서 '11.5 기간'에 이르기까지 중국은 기관 양로를 대대적으로 발전시켰지만, 양로 서비스는 발전 초기 단계에 머물러 있기 때문에 양로기관의 서비스 공급 업체는 주로 독거의 거동이 불편한(자립 혹은 반자립) 노인을 (중저연령 노인 위주) 대상으로 야간 병상, 음식, 간병, 문화 여가 엔터테인먼트 등의 서비스를 제공하는 방법으로 운영하였으며, 장애 노인이나 특히 치매 노인을 수용하는 기관은 거의 없었다.

발[2014]209호), 「전국 의료 보건 서비스 체계 계획 요강 발표(2015~2020)와 관련된 통지」(국반발[2015]14호), 「국무원 판공청이 보건 계획 생활위원회 등 부처에 전달하여 발표한 의료 보건 및 양로 서비스를 결합한 지도 의견에 관한 통지」(국반발[2015]84호)와 「국무원 판공청의 노인 돌봄 서비스 프로젝트 제정-실시 관련 의견」(국반발[2017]52호) 등 일련의 정책 문건을 잇달아 발표하여 의료 자원과 노인 서비스의 통합과 융합을 추진하였다. 그러나 한편으로는 의료 및 양로 서비스 제도와 자금 루트를 통합할 능력이 부족하고, 다른 한편으로는 노인 병리학, 의학, 간호학 등에서 학문적으로 낙후되어 있고 노인 서비스 중에서도 의료 및 재활 서비스 발전 속도가 비교적 느리기 때문에 폭발적으로 증가하고 있는 노인 장애 간병 수요도 충분히 만족시키지 못하고 있다. 이 문제를 해결하기 위해서는 의료, 간병, 양로 자원 및 서비스의 통합이 필요하다.

돌봄 서비스는 내용 측면에서 주로 의료 돌봄과 생활 돌봄[사회 돌봄(social care)]의 두 부분으로 구성된다. 이 두 부분의 돌봄 서비스를 통합(integrated care)하는 것은 국제사회에서 중점적으로 추진하는 방향이기도 하다. 현재 많은 국가와 지역에서는 장기요양 돌봄 서비스의 범위를 의료 보건 시스템에 포함시키고 있으며, 일부 국가는 장기요양 돌봄 서비스를 새로운 리스크로 보기도 한다. 또한 많은 국가에서는 이를 건강보험(health care coverage)과 명확히 구분하기도 했으며 독일, 룩셈부르크 등은 사회보험 체계에서 독립적으로 장기요양 돌봄서비스 제도를 수립하기도 하였다. 중국어권에서는 국가 차원에서 ‘의료와 양로의 결합’을 추진하고 있는데, 그 이유는 주관 부처와 자금 마련, 서비스 이전이 분리됨에 따라 이전에는 주로 의료 보건 시스템에서 제공하던 의료 돌봄 서비스와 보조금, 민정 시스템에서 제공하던 생활 돌봄 서비스와 보조금이 오랫동안 파편화되는 특징이 나타나 개개인의 전반적인 돌봄 수요를 만족시키지 못했고, 일부 서비스 항목의 중복과 저효율로 인해 자원 사용의 효율성이 저하되기도 했다. 따라서 통일된 장기요양 돌봄서비스 제도 프레임을 발전시켜 개인 돌봄 수요에 기반하여 맞춤형 통합 돌봄 방안을 마련하고 통일된 자금 루트를 통해 돌봄 서비스를 지원(보험식 혹은 비보험식)하여 의료와 양로 서비스를 통합할 필요가 있다. 그러나 실제로 이러한 제도의 시범 실시와 정책 지침 출시까지는 과정이 필요하고, 지방 정부마다 구체적인 문제가 있기 때문에 장기요양 돌봄서비스 제도 발전을 통해 돌봄 자원을 통합하고, 돌봄 서비스를 개선하는 노력 또한 어려움이 있다. 따라서 일부 지방에서는 제도 연구 중에 우선적으로 장

기 의료 돌봄 보험 제도를 발전시키는데 이는 어느 정도 장기적으로 ‘제도를 분리하여 발전 시키겠다는’ 의지를 반영하고 있다.

#### 나. 지방정부 사업: 칭다오의 장기의료요양보험 제도

중앙정부의 정책 지도 아래 산둥, 장쑤, 지린, 상하이 등 성과 시(省市) 지방정부들은 시범적으로 장기요양보험 제도나 장애 노인 요양 보조금 제도를 시행하고 있다. 이 단계에서 칭다오시의 장기의료요양보험 제도 시범사업이 비교적 원활히 시행되고 있다.

칭다오는 2005년 지역사회에 의료보험기금관리처를 설립하여 지역 의료기관 및 가정 병상을 대대적으로 발전시키기 시작했다. 2006년부터 노인 의료 요양 시범사업을 지역사회 의료보험에 포함시켰으며, 동시에 노인요양원과 그에 상응하는 의료 요양 자격을 갖춘 양로기관을 의료보험 지정 범위에 포함시켰다. 의료 및 양로 서비스의 지역사회화를 기반으로 한편으로는 날로 심각해지는 인구 고령화에 적극적으로 대응하기 위해, 다른 한편으로는 의료 자원과 의료보험 자금 사용의 효율을 높이기 위해, 그리고 맞춤형으로서 좀 더 적합한 기본 의료 양로 서비스를 제공하기 위해 칭다오시 의료보험 부서는 관련 부처와 공동으로 여러 방안을 대상으로 여러 차례 테스트를 실시한 후 도시 기본 의료보험 제도의 프레임 안에서 장기 의료 요양 보험 제도를 수립할 것을 최종적으로 제시하였다. 2012년 7월부터 의료보험 기금 가운데 일부를 장기 의료 요양 보험 제도에 사용하는 방안을 시범적으로 시행하였다. 2012~2014년 3년간의 시범 시행 이후 2014년 말 칭다오시 관련 부처들은 ‘칭다오시 장기 의료 요양 보험 관리 방안’을 발표했다(청인사발[2014]23호). 이 방안은 ‘의료, 양로, 재활, 요양’을 결합한 새로운 서비스 모델의 도입과 발전을 촉진하고 장애인들의 기본 의료 간병 수요를 보장하는 것을 골자로 한다.

칭다오시의 도시-농촌 3대 보험<sup>7)</sup>의 통합 및 사회 의료보험 제도의 추진에 따라, 칭다오시는 2015년 1월 1일부터 ‘칭다오시 사회 의료보험 제도’(칭다오시 인민정부령 제235호)를 실시하였고, 동시에 ‘칭다오시 장기 의료 요양 보험 관리 조치’, ‘칭다오시 장기 의료 요양 보험 요양 서비스 기관 관리 조치’, ‘장기 의료 요양 보험 취급 관리 규범화 관련 문제에 관한 통

7) 도시 근로자의 기본 의료보험, 도시 주민의 기본 의료보험과 신형 농촌 협력 의료보험을 말한다.

보' 등 여러 제도의 관리를 위한 문건도 함께 발표하였다. 또 공식으로 장기 의료 요양 보험 제도를 운영하였으며, 보험 가입 범위를 기존의 도시 가입자 위주에서 농촌으로 확대했다. 그 결과 칭다오시는 장기의료요양보험의 가입 대상 범위를 도시와 농촌으로 확대함으로써 전국에서 처음으로 도시-농촌 전체 보험 가입자를 대상으로 장기 의료 요양 보험 제도를 실시하는 지역이 되었다(장원보, 2017). 전국적인 시범사업이 실시되기 전까지 약 4년간의 시범 운영 기간 동안 칭다오시에서는 누적 총 4만여 명의 장애인이 1600여 만회의 장기 의료 서비스와 보험 혜택을 받았고, 보험 기금 지출은 10여 억 위안에 달하여 장애인들의 의료 서비스 수준을 크게 개선했고 장애인 가정의 돌봄 스트레스와 경제 부담을 완화했다.

비록 칭다오시가 이 단계에서 장기 의료 요양 보험 제도를 수립했고, 의료 서비스 관련 비용을 주로 지원하고 있지만, 장애인 의료 서비스 수준 개선과 경제적 부담의 대폭 완화로 이전에 부득이 간병인이나 가족 등의 돌봄자가 장애인에게 제공하던 전문성이 결여된 낮은 수준의 간병 서비스가 감소했으며 장애인에 대한 전반적인 돌봄 서비스 수준은 크게 향상되었다. 또한 장애인 가정의 돌봄 스트레스(동시에 경제, 서비스, 심리 등)도 크게 감소했고, 의료 서비스와 생활 돌봄 서비스 주체의 한계, 서비스 공급자의 자질, 서비스 등급, 지불 기준 등을 더욱 명확히 함에 따라 전국적인 장기 요양 보험 제도 수립에 모범이 되었을 뿐 아니라, 의료 및 양로 서비스가 통일된 장기 요양보험 제도에서 통합 및 융합으로 발전하는 데 긍정적인 역할을 하였다.

### 다. 전국적 요양 제도 수립: 15개 도시의 장기요양보험 시범사업

'13.5(13차 5개년 계획)' 기간에 중국 양로 서비스 체계는 많은 부분 '장애 노인을 위한 양로원, 지역사회 주간 돌봄 센터 등 시설 건설 지원', '경제적으로 어려운 고령 및 장애 노인에 대한 보조금 제도 수립' 등으로 전환되었으며, 동시에 '전 국민 의료보험 체계 완비'라는 목표하에 '장기요양보험 제도 수립 검토 및 장기요양보험 시범사업 실시'를 제안하게 된다.

2016년 6월 27일 중국 국가인사부는 '인적자원사회보장부 판공청의 장기요양보험 제도 시범사업 실시에 관한 지도 의견'을 공식 발표하였다. 허베이성 청더시, 지린성 창춘시, 헤이룽장성 치치하얼시, 상하이시, 장쑤성 난통시와 쑤저우시, 저장성 닝보시, 안후이성 안칭시, 장시성 상라오시, 산둥성 칭다오시, 후베이성 징먼시, 광둥성 광저우시, 충칭시, 쓰촨성 청두



시, 신장 생산건설 부대의 스텝시 등 15개 도시에서 장기요양보험 제도 수립을 위한 시범 사업을 실시했다. 이로써 중국은 공식적으로 국가 차원의 의료보장 체계하에서 모든 도시와 농촌 주민을 대상으로 연령 구분 없는 장기요양보험 제도 시행을 시도하게 된다.

그러나 정책의 제정에서 이행에 이르기까지는 하나의 복잡한 과정이다. 특히 내부적으로 이질성이 큰 중국어권의 경우 지역마다 상이한 정책 환경과 배경이 있다. 허동항, 쿵판빈(2011) 등의 연구에서는 중국의 정책 과정은 뚜렷한 ‘단계성’이 있고, 중앙-지방정부는 각각의 특징이 뚜렷하며, 특히 정책 목표에 있어서 중앙정부의 목표는 주로 지도적, 전반적인 성격을 띠지만 지방정부의 목표는 구체적이고, 명확하고, 현지화된 특징이 나타난다. 지방정부에 의존한 정책 편향과 행위 능력의 강도는 지방정부의 세부 지침 및 구체적인 조치의 입안, 출시, 이행, 정책화에 직접적으로 영향을 미친다. 중앙정부의 통일된 정책이 하달되어 전달되는 과정에서 지방정부가 여과하여 선택적으로 이행하면서 스스로 적응하고, 혹은 적응됨에 따라 지방정부의 단계별, 부처별 다양한 목표와 결합하여 다양한 지방 정책 모델을 형성하게 된다. 중국의 장기요양보험의 시범 실시는 모두 이러하며, 각 시범 도시의 정책 실시에서 나타난다. 이는 중국의 장기요양 제도 발전을 이해하는 하나의 기초이자 동시에 중국 사회보장 체계의 전반적인 발전과 중앙정부-지방정부 관계를 이해하는 하나의 배경이기도 하다.

## 2. 장기요양보험 시범 도시 사업 시행

전국적인 장기요양보험 시범사업의 목표는 사회가 상호 협력하여 자금을 마련하고 장기장애인의 기본적인 생활 돌봄 및 기본 생활과 밀접한 의료 요양을 위한 자금 혹은 서비스를 제공하는 사회보험 제도를 수립하는 것이다.<sup>8)</sup> 2017년 말까지 15개 시범 도시의 장기요양보험 시범사업 방안이 발표되었다. 학자들은 보장 정책, 자금 마련 정책, 지불 정책 등의 항목에 대한 도시별 시범 제도를 비교 분석했다(탄둔 2017; 리창, 리창시, 웨수밍, 2018; 우하이보, 사오잉제, 저우통, 2018).

8) 중국 인적자원사회보장부 의료보험사(국): 인적자원사회보장부 판공청의 장기요양보험 제도 시범사업 실시와 관련한 지도 의견(인사청발 [2016]80호) [EB/OL]. [http://www.mohrss.gov.cn/gkml/xxgk/201607/t20160705\\_242591.html](http://www.mohrss.gov.cn/gkml/xxgk/201607/t20160705_242591.html).



계획안을 설계할 때 15개 도시는 시범 단계에서 주로 기본 의료보험(이하 ‘의보’)기금의 잔액 중에서 할당하거나 또는 개인 지불+회사 지불+재정 보조 등의 자금 마련 방식을 택했다. 그러나 의보 기금에서 할당하는 경우 각 지역의 3개 보험 통합 수준이 달랐기 때문에 장기요양보험 시범사업의 자금 마련 루트와 보장 대상에도 차이가 나타났다. (1) 도시 근로자 의보 자금 마련의 경우 보장 대상이 도시 근로자 의보 가입자이며, 도시와 농촌 지역 의보 가입자는 모두 보장 범위에 포함되지 않는다. 청터, 치치하얼, 광저우, 청두, 안칭, 상랴오, 닝보,<sup>9)</sup> 충칭 등이 해당된다. (2) 도시 근로자 의보와 도시 지역 의보 자금 마련의 경우 보장 대상이 주로 도시 근로자와 도시 주민 가입자이며, 신형 농촌 협력 의료보험 가입자(농촌 주민)는 향후 적절한 시기에 보장 대상 범위에 포함할 예정이다. 창춘이 해당한다. (3) 도시 근로자 의보와 도시-농촌 지역 의보에서 각각 자금을 마련하는 경우 그 보장 대상에 전체 도시와 농촌의 3협 가입자가 모두 포함된다. 칭다오, 상하이, 쑤저우, 난통, 징먼, 스허쯔 등이 이에 해당한다. 그러나 일부 도시는 도시-농촌 지역 의보 가입 신청 시 연령 제한을 두고 있다. 예를 들어 상하이에는 현재 60세 이상의 도시-농촌 지역 의보 가입자들만을 대상으로 하고 있다.

각각의 자금 마련 방식하에서의 자금 마련 기준도 제각기 다르다. 정액, 비율 및 복합식 자금 마련 방식 등 형식이 다양하다. 구체적으로 보면 일인당 가처분소득에 따른 비율 확정(징먼, 난통, 스허쯔 등), 의료 보장 비용 납부 기준에 따른 비율 확정(상하이, 청두, 칭다오, 창춘), 전년도 근로자 월급 총액에 따른 비율 확정(청터) 및 해당 비율하에서의 혼합 정액 기준(치치하얼), 정액 기준 설정(안칭, 광저우 등) 등 종류가 다양하다. 리창 등(2017)은 2017년 말 현재 시범 도시들의 시범사업 계획에 근거하여 의료보험 가입 집단을 도시 근로자와 도시-농촌 주민 2가지 유형으로 구분하고, 각각 적용되는 장기요양보험 자금 마련 모델과 자금 마련 기준에 대해 다음과 같이 정리하였다(표 1, 표 2<sup>10)</sup>).

9) 입원 의료보험에 가입한 사람과, 산업재해를 당한 근로자로 이미 산업재해보험 정책에 따라 생활 요양비를 받은 사람은 포함하지 않는다.

10) 리창, 리창시, 웨수밍. 장기요양보험 제도 시범사업 방안의 비교와 소고—전국 15개 시범 지역에 기반한 비교 분석[J]. 산둥농업대학학보(사회과학), 2018(2): 26-27.

표 1. 도시 근로자의 장기요양보험 시범 제도 자금 마련 방식 및 자금 마련 기준

| 자금 마련 방식                                | 정책/비율 | 자금 마련 기준  | 지역     |
|---|-------|---|--------|
| 근로자 의료보험 기금<br>총괄 잔금                    | 정책    | 일인당 130위안의 자금 마련 기준에 따라 근로자 사회 의료보험 총괄 기금에서 배정한다.   | 광저우시   |
| 근로자 의료보험 기금<br>총괄 잔금+재정                 | 정책    | (1) 정부가 50위안/인씩 연 단위로 보조한다.<br>(2) 근로자 기본 양로보험 총괄 기금 잔금에서 일인당 70위안씩 연 단위로 대체해 마련한다.   | 쑤저우시   |
| 근로자 의료보험 기금<br>총괄 잔금+재정<br>보조+복지 복권 공익금 | 정책    | (1) 의료보험 총괄 기금: 당월 근로자 의료보험 가입자 수를 기준으로 일 인당 15 위안씩 월 단위로 한다.<br>(2) 재정 보조: 2016년 60세 이상 노인 수와 중증 장애인 수를 기준으로 하며 일 인당 40위안씩 연 단위로 보조한다.<br>(3) 복지 복권 공익금: 매년 50만 위안을 기준으로 한다.   | 스허쯔시   |
| 근로자 의료보험 기금<br>총괄 잔금+개인                 | 비율    | (1) 총괄 기금과 개인 계좌를 결합한 의료보험: 근로자 의료보험 개인 계좌에서 0.2%포인트 배정하고, 총괄 기금에서 0.3%포인트를 대체해 마련한다.<br>(2) 입원 총괄 의료보험: 의료보험 총괄 기금에서 0.5%포인트를 대체해 마련한다.  | 창춘시    |
|   | 정책    | 재직 근로자의 월평균 임금의 약 1.5%로 확정하고, 시범 단계에서 마련 기준은 잠정적으로 일인당 매년 60위안으로 한다. 그중 의료보험 가입자의 개인 지불액은 30위안, 의료보험 총괄 기금에서의 마련은 일인당 30위안이다.   | 치치하얼 시 |
|   | 비율    | (1) 기본 의료보험의 역대 잔금 기금의 20%를 초과하지 않는 범위에서 일회성으로 대체해 마련한다. (2) 개인 계좌에서 월 계상 기준 총액의 0.5%를 기준으로 하며, 근로자 의료보험 기금에서 대체해 마련한다.   | 칭다오시   |
|   | 정책    | 일인당 매년 30위안이며, 그중 의료보험 총괄 기금 잔금에서 20위안, 보험 가입자 개인이 10위안을 납부한다.  | 안칭시    |
|   | 정책    | 의료보험 기금에서 연간 일인당 60위안씩 보조하며, 근로자 의료보험 가입자 각 개인이 연간 90위안을 부담한다.  | 충칭시    |
| 근로자 의료보험 기금<br>총괄 잔금+개인+재정<br>보조        | 비율    | 주민 일인당 가처분소득의 0.4%로 확정하며, 그중 개인이 37.5% 부담하고 의료 보험 총괄 기금에서 25%를 배정하고 재정에서 37.5%를 보조한다.   | 징먼시    |
|   | 비율    | (1) 도시 근로자 기본 의료보험 납부 기준에 따라 0.2%의 요율로 총괄 기금에서 월 단위로 배정한다. (2) 개인 계좌에서 대체 마련 기준: ① 40세 이하 퇴직하지 않은 사람은 일인당 매월 0.1%의 요율로 월 단위로 대체해 마련한다. ② 40세 이상 퇴직하지 않은 사람은 일인당 매월 0.2%의 요율로 월 단위로 대체해 마련한다. ③ 퇴직자는 일인당 매월 0.3%의 요율로 월 단위로 대체해 마련한다. (3) 재정 보조: 퇴직자에게는 일인당 매월 0.1%의 요율로 연 단위로 보조한다. | 청두시    |
|   | 정책    | 도시 주민의 일인당 가처분소득의 약 3%로 확정하며, 자금 마련 기준은 잠정적으로 일인당 매년 100위안으로 한다. 그중 개인 지불은 일인당 30위안이며, 의료보험 총괄 기금에서의 자금 마련은 일인당 30위안, 재정 보조는 일인당 40위안이다.  | 난통시    |
|   | 비율    | 보험 가입자(퇴직자 포함)는 전년도 임금 총액의 0.4%를 도시 근로자 기본 의료보험 기금이 0.2% 부담하고, 보험 가입자(퇴직자 포함) 개인이 0.15% 부담하고 정부 재정에서 0.05% 보조한다.  | 청더시    |
| 개인+회사+근로자<br>의료보험 기금 총괄<br>잔금           | 정책    | 2017년 잠정적으로 일인당 매년 100위안으로 하며, 그중 개인이 일인당 40위안을 지불하고, 의료보험 총괄 기금에서 일인당 30위안을 대체해 마련하며, 회사에서 일인당 30위안을 지불한다.   | 상라오시   |
|   | 비율    | (1) 회사: 근로자 의료보험 납부 기준의 0.2%, (2) 개인: ① 재직 근로자는 근로자 의료보험 납부 기준의 0.1% ② 프리랜서, 실업자는 근로자 의료보험 납부 기준의 0.3%  | 닝보시    |
| 개인+회사                                   | 비율    | (1) 회사: 해당 회사 근로자 의료보험 납부 기준의 1% 비율, (2) 개인: 재직 근로자 개인이 본인의 근로자 의료보험 비용 기준의 0.1%의 비율  | 상하이시   |

표 2. 도시-농촌 주민의 지역 장기요양보험 시범 제도 자금 마련 방식 및 자금 마련 기준

| 자금 마련 방식                   | 정책/비율 | 자금 마련 기준   | 지역   |
|----------------------------|-------|--|------|
| 지역 의료보험<br>총괄 기금           | 정책    | 도시 주민의 기본 양로보험 총괄 기금에서 일인당 매년 30위안을 기준으로 대체해 마련한다.   | 창춘시  |
|                            | 비율    | 주민 의료보험 총괄 기금에서 해당 연도 주민 의료보험 자금 마련 총액의 10%를 넘지 않는 범위 내에서 대체해 마련한다.  | 칭다오시 |
| 지역 의료보험 총괄<br>기금+재정 보조     | 정책    | (1) 정부가 50위안/인씩 연 단위로 보조한다. (2) 도시-농촌 주민의 기본 양로 보험 총괄 기금 잔액에서 35위안/인씩 연 단위로 대체해 마련한다.  | 쑤저우시 |
| 의료보험 총괄+재정<br>보조+복지 복권 공익금 | 정책    | 해당 지역 사회보험 평균 납부 기준 혹은 도시-농촌 주민 가처분소득의 약 1%이다. (1) 의료보험 총괄 기금: 만 18세 이상 주민의 의료보험 가입자(중등 전문학교 재학 이상 제외)는 일인당 24위안씩 연 단위를 기준으로 한다. (2) 재정 보조: 2016년 60세 이상 노인 수와 중증 장애인 수를 기준으로 일인당 40위안씩 연 단위 기준으로 보조한다. (3) 복지 복권 공익금: 매년 50만 위안을 기준으로 한다. | 스허쯔시 |
| 지역 의료보험 총괄<br>기금+재정 보조+개인  | 비율    | 주민 일인당 가처분소득의 0.4%를 확정한다. 그중 개인이 37.5% 부담하고, 의료보험 총괄 기금에서 25%를 배정하며, 재정에서 37.5%를 보조한다.   | 징먼시  |
|                            | 정책    | 도시 주민 일인당 가처분소득의 약 3%로 확정하며, 자금 마련 기준은 잠정적으로 일인당 매년 100위안이다. 그중 개인 납부액은 일인당 30위안, 의료보험 총괄 기금 자금은 일인당 30위안, 정부 보조는 일인당 40위안이다.  | 난통시  |
| 개인+재정 보조                   | 비율    | 재직 근로자 의료보험 비용 기준의 0.1%보다 낮은 비율로 일인당 자금 마련 기준을 확정하며, 개인 납부 부분은 전체 자금의 약 15%이다. 나머지는 시(市)와 구(區)에서 1 대 1 비율로 분담한다.   | 상하이시 |

전반적으로 볼 때 시범 기간 동안 각 지역의 자금 마련 방식, 기준 및 수준은 매우 다르다. 물론 한편으로는 이 같은 현상이 시범 실시 과정에서 피할 수 없는 부분이기도 하며 동시에 시범사업을 실시하는 이유이기도 하다. 다른 한편으로는 중국의 지역 간, 도시-농촌 간 경제 사회 발전 단계와 발전 수준의 격차가 크게 나는 것을 증명하기도 한다. 그러나 각 도시 시범 사업의 자금 마련 수준은 모두 기본적으로 중앙정부의 ‘소득 중심으로 지불 결정을 하고, 수지 균형을 맞추며 약간의 잔금을 남겨 둔다’는 원칙에 따라 채택된 것으로, 시범사업 기간 중 해마다 조정되고 있다.

보장 대상의 지정과 급여 지급에서 현재 각 지역의 보장 대상자들 가운데 신청 자격이 있는 사람은 주로 중증 장애인이며,<sup>11)</sup> 난통, 쑤저우 등 일부 도시에서는 중증 장애인까지로 확대되었다. 칭다오, 청두, 광저우 등에서는 점차 장애인을 보장 대상에 포함하고 있다. 장애등급 평가도 지역마다 표준이 다르다. 상하이와 청두 등은 해당 지역의 장애등급과 간병 수요

11) 일부 도시에서는 ‘중증 장애’를 기반으로 보험 가입 비용 납부 연한 또는 대기 기간에 대한 제한 조건이 있다.

평가의 지방 표준을 사용하여<sup>12)</sup> 보장 대상의 등급을 나누고 등급별 간병 보장 및 지불 기준을 제공한다. 기타 도시들은 대부분 '일상생활 활동 능력(ADL) 평가표'(Barthel 지수)를 사용한다. 그러나 설사 같은 표준을 사용하여 평가하더라도 배점과 등급 지정이 다르게 나타난다. 지원금 지불에 있어서 대부분의 도시는 비율 혹은 정액, 두 가지를 결합한 표준을 통해 보험 범위 내 각 항목의 간병 서비스 비용을 지불한다. 각각의 도시는 직접 지원 대상자들에게 현금으로 간병 보조금을 지불한다. 예를 들어 안청에서는 가정 돌봄의 경우 비지정 간병 기관이 간병 서비스를 제공할 때 병상당 일평균 15위안을 기준으로 분기별로 보험 가입자 계좌로 간병 보조금을 지급한다.

돌봄 서비스 유형을 보면 주로 지정 기관에서의 병상 간호, 지정 기관의 가정 방문 간병 서비스 제공, 비지정 기관이나 개별 서비스 제공자의 가정 돌봄 서비스 제공 등 3가지 유형이 있다. 그중 지정 기관의 병상 간호는 의료기관의 병상 간호와 양로 또는 요양기관의 병상 간호 서비스로 세분할 수 있다. 이 두 가지 기관의 병상 간호는 지원 대상에 대한 간호 등급, 대우 표준 및 상응하는 보험 가입 조건 등의 측면에서 수요가 다양하다. 현재의 시범사업에서도 도시마다 기금 규모와 자원 상황에 제약이 있기 때문에 제공할 수 있는 간병 서비스 유형과 비용 범위도 큰 차이가 있다(표 3).

시범 도시에서의 보장 내용은 크게 3가지로 분류할 수 있다. (1) 창춘 등의 지역에서와 같이 주로 장기 의료 요양 서비스의 보장 (2) 기본 생활 돌봄 및 기본 생활과 밀접한 일부 의료 요양 서비스를 주로 보장 (3) 광저우, 상하이 등지에서와 같이 중요한 장기 기본 생활 돌봄과 의료 요양 서비스 항목을 동시에 보장. 현재 (1)과 (3)은 거의 없으며 (2)가 대부분이다. 이 외 일부 도시는 치매 환자의 다양한 돌봄 수요를 겨냥하여 맞춤형 서비스를 모색하기 시작했다. 예를 들어 칭다오는 치매 전문 요양기관을 설립하여 치매 노인들에게 장기 돌봄, 주간 돌봄, 단기 돌봄 등의 서비스를 제공하고 있다. 또 일부 지방 도시는 예방 보장 메커니즘을 구축하였다. 예를 들어 청두는 시범사업 가운데 리스크 방지, 신체 기능 유지 항목을 지원하고 있으며, 칭다오는 장애-치매를 지연시키는 예방 보장금 제도를 설립하여 반장애인과 경증 치매인, 고위험군을 주로 지원하고 프로젝트 형식으로 신체 기능 유지 등을 위한 훈련과 지도를

12) '상하이시 노인 돌봄 통일 수요 평가 표준'과 '청두시 성인 장애 종합 평가 기술 규범'

표 3. 시범 도시의 장기요양 돌봄 서비스 유형 및 비용 지불 범위

| 서비스 유형                                  | 비용 지불 범위   | 시범 도시 |
|---|--|-------|
| 기관 돌봄                                   | 병상 비용, 간병인 비용, 요양시설 사용료, 간병 필수품 비용, 호스피스 비용 <sup>13)</sup>   | 창춘시   |
|   | 지정 의료기관의 전문 간병 병상과 지정 간병 서비스 기관의 병상 비용, 간병 서비스 비용(22개 항목의 생활 돌봄, 간병 케어가 포함되며, 요양 재료비와 요양시설 사용료는 포함되지 않음). 현재 개방형 가정 돌봄을 모색하고 있음.   | 청더시   |
|   | 요양원과 기타 2급 이하 의료기관(전문 요양원), 양로·간병기관(요양원 간호)의 간병 서비스 비용이 포함되며, 그중 전문 요양원은 규정에 따라 기본 의료보험으로 입원 대우를 받을 수 있다. 향후 점진적으로 순회식 가정 간병 서비스를 모색할 것이다.   | 닝보시   |
| 기관 돌봄+가정 돌봄 (기관 제공)                     | 병상 비용, 감정 평가 비용 및 서비스 항목 범위 내의 기본 생활 돌봄 비용(총 7종류의 31개 항목), 의료 간병 비용(총 19 항목) 등   | 광저우시  |
|   | 의료보험 진료 항목 관련 의료기관의 장기 돌봄: 양로기관과 지역사회의 가정 대응 간병 평가 등급은 생활 돌봄류 서비스(총 27개 항목)와 상응의 임상 간병 서비스(총 15개 항목)를 자체적으로 결정한다.  | 상하이시  |
|   | 간병 자격이 있는 의료기관, 양로기관, 간병 경영 범위의 법인 주체(계약 기관)가 제공하는 구체적인 생활 돌봄 비용, 평가 결과는 중증 장애의 평가 비용이다.   | 충칭시   |
|   | 도시 근로자 의료보험 대우 대상의 기본 생활 돌봄 및 기본 생활과 밀접한 의료 간병 비용(전문 간병+요양원 간병)<br>도시-농촌 주민의 의료 간병 비용(가정 요양)<br>농촌 지역사회 순회 간병 기간의 진료비, 치료비, 의료용 재료 비용  | 칭다오시  |
|   | 병원 의료 전문 요양 병실의 간병, 양로기관, 요양기관의 병상 비용, 간병 서비스 비용, 간병시설 사용료, 간병 재료 비용, 가정 요양(전일과 비전일 간호로 구분)의 간병 서비스 비용, 요양시설 사용료, 간병 재료 비용   | 징먼시   |
|   | 초기 평가 비용, 시범사업 제1단계(2017~2019) 의료보험 지정 의료기관 입원, 간병에 발생하는 의료 간병 비용은 의료보험기금이 규정에 따라 지불한다. 양로 서비스 기관, (지역사회) 가정 돌봄 중의 생활 돌봄 비용은 장기 간병 보험 기금에서 지불한다. 시범사업 제2단계(2020~) 의료보험 기금 보장의 장기 장애인은 생활과 밀접한 의료 간병을 장기요양보험 제도에 포함시켜 일괄적으로 운영한다.             | 쑤저우시  |
|   | 의료기관, 양로기관 돌봄 서비스의 병상 비용, 돌봄 서비스 비용, 요양시설 비용, 간병 재료 비용<br>가정 돌봄 서비스 비용, 요양시설 비용, 간병 재료 비용, 그중 가정 돌봄 가운데 중증 장애인은 동시에 현금 돌봄 보조 혜택도 받는다.(일일 8위안/인, 일일 15위안/인)   | 난통시   |
|   | 장기 돌봄 서비스 비용: 의료 양로 간병 서비스 기관(목록 중 I+II+III 유형의 총 27개 항목을 포함하나 여기에 국한되지 않음), 양로 간병 서비스 기관(내용은 I+II 유형의 총 20개 항목을 포함하나 여기에 국한되지 않음), 가정 간병 서비스(I 유형의 14개 항목을 포함하나 여기에 국한되지 않음)  | 치치하얼시 |
| 기관 돌봄+가정 돌봄(기관의 가정방문 제공+개별 서비스인의 자체 제공) | 의료, 양로 돌봄 서비스 기관의 돌봄과 기관이 제공하는 가정 돌봄, 개인 서비스 사업자가 제공하는 가정 돌봄의 장기 돌봄 서비스 비용은 총 4가지 유형의 31개 항목(생활 돌봄 11개 항목, 간병 돌봄 13개 항목, 리스크 방지 3개 항목, 기능 유지 4개 항목)이며, 대응하는 장애 유형과 서비스 등급 선택 범위 내(돌봄 1급 12개 항목, 2급 15개 항목, 3급 18개 항목), 해당자는 자율적으로 서비스를 선택한다. | 청두시   |
|   | 지정 의료기관, 지정 양로 서비스 기관의 병상 비용, 요양 서비스 비용, 요양시설 사용료, 그중 계약 의료기관의 요양 병상은 규정에 따라 기본 의료보험 입원 대우를 함께 받을 수 있다.<br>가정 돌봄(계약 간병 기관 제공)의 요양 서비스 비용, 요양시설 사용료<br>가정 돌봄(비계약 기관/개인 서비스 사업자 제공)은 현금으로 간병 보조한다.   | 안칭시   |
|   | 지정 서비스 기관(의료기관, 간병기관과 지역사회 보건 서비스 기관, 현금 이상 정부가 법에 따라 허가하여 설립한 전문 양로기관) 요양 병상 비용, 서비스 비용, 시설 사용료, 약품·재료 등 사용료<br>가정 방문 생활 요리 및 의료 간병 프로젝트 비용<br>가정에서의 자율적 간병은 소액의 현금으로 간병 보조   | 상라오시  |
|   | 지정 간병 서비스 기관, 비지정 서비스 기관의 간병 서비스 비용<br>가정방문 혹은 가정(가족)의 자율적 간병 비용<br>보험 가입자가 병원 입원 시 요양 보험 대우 혜택을 받음  | 스허쯔시  |

주: 표는 시범 도시의 '시범 계획'과 '시행 내용'을 정리한 것이다.

제공한다. 예방 메커니즘의 도입은 향후 장기요양 돌봄서비스 보장 대상이 지원 신청 시기를 늦추고 삶의 질을 개선하고 전 사회, 전 생명주기의 건강 관리를 촉진하며 나아가 장기 요양 제도의 부담을 경감시키는 등 긍정적 의미가 있다.

2017년 말 기준 장기요양보험 가입자는 4400만 명을 넘었으며, 2017년 한 해 동안 7만 5000여 명이 혜택을 받았다. 기금 지불 비율은 70%를 넘었으며 일인당 지불액은 7600여 위안이었다.<sup>14)</sup> 장기요양보험의 혜택 범위가 넓고 상대적으로 빠르게 발전하고 있는 상하이에서는 시범사업을 시작한 후 장기요양보험을 신청한 사람이 누적 24만 9000명에 이르렀고, 평가가 끝난 사람은 21만 6000명, 가정 돌봄 서비스를 받은 노인은 13만 8000명에 달했다. 장기요양보험 서비스 목록 중 42개 항목 서비스의 사용은 2568만 건에 달했으며, 그중 27개 항목의 기본 생활 돌봄 서비스 발생 비율은 85.5%, 15개 항목의 임상 요양 항목 발생 비율은 14.5%에 달했다.<sup>15)</sup> 비록 보장 범위, 대우 대상, 보장 수준, 요양 형식과 서비스 항목, 지불 범위와 표준, 진입 조건과 상황 조정 및 탈퇴 절차 등의 측면에서 지역마다 발전 상황이 다르지만 전반적으로 장기요양보험 제도의 실시는 실질적으로 중국 노인 서비스의 '강성 수요' 및 그 가정의 절실함을 해결해 주기 위한 것으로, 가정의 경제 부담과 가족(특히 주요 돌봄이)의 돌봄 부담, 생활 및 정신적인 스트레스를 효과적으로 완화하여 가족 구성원들의 삶의 질을 향상시키기 위한 것이다.

동시에 장기요양보험의 시범 실시로 시범 지역의 양로 요양 서비스업과 건강 산업이 발전했고, 많은 일자리를 창출하고 취업을 촉진했으며, 각 지역의 양로기관과 1차 의료 요양 기관의 발전을 촉진하고 요양 규범 표준 및 전문적인 수준을 개선시켰다. 또한 다양한 수요를 위한 '의료, 양로, 재활, 요양' 일체화 서비스 플랫폼을 구축했으며 요양 서비스 수준과 생명의 가치를 상승시켰다. 시범사업 기간 중 청더에는 첫 전문양로요양기관이 설립되었으며, 의료 요양 기관들도 장기 요양 보험을 겨냥한 서비스 공간을 증설하거나 확충했다. 칭다오의 요양

13) 생명 말기 호스피스 치료 제도에서 말기 암, 말기 뇌출혈과 뇌경색 보험 가입 환자가 지정 병원의 호스피스 치료 진료실에서 진료 후 호스피스 병상에 입원했을 때 발생하는 요양 비용이다.

14) 중화인민공화국 인적자원사회보장부 의료보험사(국): 장기요양보험 시범 사업이 순조롭게 진행됨[EB/OL], [http://www.mohrss.gov.cn/SYrlzyhshbzb/shehuibaozhang/gzdt/201805/t20180502\\_293342.html](http://www.mohrss.gov.cn/SYrlzyhshbzb/shehuibaozhang/gzdt/201805/t20180502_293342.html).에서 2018.05.21. 인출

15) 첸베이, '대표 위원의 장기요양보험에 대해 비판: 평가 결과가 정확성이 떨어지고 서비스 수준이 안정적이지 못하며 가정 양로 서비스는 대기 인원이 많다' '원후이바오' 2019년 1월 29일.

서비스 기관은 600여 곳으로 늘어났고, 청두는 장애 평가 인원을 대거 양성하였다.<sup>16)</sup> 장애인들이 보장 범위에 포함되면서 장애인을 겨냥한 전문 평가 인원을 양성함에 따라 평가 능력과 수준이 크게 향상되었다. 비공식 집계에 따르면 장기요양보험 시범사업 이후 직접 창출된 일자리는 4만여 개에 달하며, 유입된 사회자본은 70여 억 위안에 이른다.<sup>17)</sup>

그러나 다른 한편으로 각 지역의 시범사업 방안과 시행 내용의 차이는 지방 도시의 현실과 자원 보유 상황을 반영하는 것이기 때문에 향후 장기요양 돌봄 제도 발전에 걸림돌이 될 수 있다. 예를 들어 현재 기관 돌봄만을 시행하고 있는 창춘은 중국에서 노동 연령 인구 유출이 가장 심각한 지역 중 한 곳으로, 고령화 비율이 높고 빈집과 독거 비율이 높으며 인구밀도가 상대적으로 낮아 지역사회 가정방문 돌봄을 위한 각종 비용이 상대적으로 높기 때문이다. 그러나 청두는 가정 돌봄을 장려하며 사설 서비스 업체가 가정 돌봄 계약을 체결하도록 지원하는데, 주된 이유는 인구가 많고 인구밀도도 높으며 각종 기관의 요양 서비스 자원이 상대적으로 부족하고 불균형한 데다 전문 요양 서비스 제공자가 부족하여 가정 돌봄이 여전히 장기요양 돌봄 서비스의 주요 수단이기 때문이다.

### 3. 장기요양 돌봄 제도 발전을 위한 문제점과 과제

장기요양보험 시범사업이 가시적이고 단계적인 성과를 거둔 것은 사실이나 각 지역의 정책 시행 상황을 들여다보면 중국의 장기요양 돌봄 제도가 당면한 문제점과 과제를 알 수 있다.

#### 가. 현 단계 문제점

중국의 장기요양 돌봄 제도는 지금 주로 공평성, 접근성, 적절성 면에서 문제점을 안고 있다.

공평성 문제는 주로 혜택을 받는 집단, 보험 가입 유형, 가입 자격, 진입 경로 등의 측면에서 나타난다. 우선 제도 계획 측면에서 현재의 장기요양보험은 주로 기본 의료보험의 틀 안에서 수립되고 의료보험과 합산하여 징수된다. 장기요양보험 가입자 유형도 의료보험 가입자 유형의 연장이다. 기본 의료보험에 가입하지 않은 집단은 배제될 뿐 아니라 각기 다른 보

16) 주로 노환, 신경내과, 재활과, 간병학 4개 과목의 전문 인재를 풀 가운데서 선발한다.

17) 주석 13과 같다.



험에 가입한 집단이 누리는 혜택은 서비스 형식, 서비스 내용, 빈도 등의 측면에서 크게 차이가 난다. 장애등급 및 수요 평가에 따라 보장 내용과 지원 수준이 결정되는 것이 아니라는 것이다. 이는 현재 장기요양 돌봄 제도의 태생적인 결점, 즉 취업 불평등과 복지 불평등의 연장이 불러온 누적된 결함이다(cumulative disadvantages). 또 현재 장기요양보험 시범사업은 시작 단계에 있으며 지역마다 지원 자격과 진입 조건이 다르고, 목표 대상의 진입이 전반적으로 어렵고 혜택을 받는 사람들이 제한되어 있어 장기 의료 간병이나 생활 돌봄 서비스가 필요한 보험 가입자들이 아직 혜택을 받지 못하는 상황도 많다. 또한 치매 환자를 포함해 정신·심리 장애가 있는 환자들도 계획의 정책 어젠다에 포함되지 못하고 있다. ‘수입에 맞게 지출’, ‘공급에 따라 수요 결정’이라는 말은 장기요양 돌봄 제도의 후천적 문제이다. 장기요양 돌봄서비스는 반드시 수요를 위주로, 연령 구분 없이 모든 사람을 대상으로 시행해야 하며, 그중 거동이 불편한 사람들을 대상으로 지속적 돌봄 서비스를 제공해야 하지만, 앞에서 말한 두 가지 상황으로 인해 장기요양 돌봄 제도 내 불평등이 지속되는 상황이 초래되고 있다.

접근성 문제는 주로 서비스 유형, 서비스 공급과 전달 등 측면에서 나타난다. 현재 장기요양보험 제도의 추진 상황을 보면 각 지역의 평가 서비스, 요양 서비스 능력이 대체로 부족하고, 의료 요양 병상, 양로기관의 병상 수와 의료-양로-요양 서비스 제공자 수도 크게 부족하여 현지 장기요양 돌봄 서비스 수요를 충분히 효과적으로 만족시키기 어려운 상황이다. 또한 자원 분포와 배치 구조도 불합리한데 도시-농촌 간, 행정 관할 구역 간, 가정방문 서비스 반경 구역 간 모두에 불균형이 존재하여 서비스의 원활한 공급과 전달을 크게 저해한다. 그뿐만 아니라 업계 내 각종 기관 서비스 업체도 공급자 측면의 구조적 문제가 있어 서비스의 접근성에 직접 영향을 미치고 있다.

적절성 문제는 주로 보장 내용, 지불 범위, 서비스 질 등의 측면에서 나타난다. 유형별 보장, 등급별 돌봄 등이 아직 규범화·표준화되지 못했고, 간병인 교육도 점진적으로 추진 중이며, 사회복지사, 심리 전문가, 지역사회의 정신 간병, 건강 지도사 등 전문 인력도 많이 부족하다. 따라서 현 상황에서 제공할 수 있는 각종 돌봄 서비스는 여전히 ‘시작은 작게, 기본 보장’이라는 원칙을 벗어나지 못하고 있다. 특히 ‘소득에 따른 지출’이라는 틀 안에서 이루어지는 서비스 공급은 지원 대상의 수요를 충분히 효과적으로 충족시키기 어렵다.

## 나. 향후 주요 과제

노인들에게 가장 중요한 것은 최대한 오랫동안 자립하여 스스로 생활하는 것이며, 그중 병에 걸리지 않는 것이 가장 중요하다. 특히 장기요양 돌봄이 필요한 중대 질병이나 만성 질병에 걸리지 않기를 바란다. 그러나 일단 병에 걸리면 노인들은 두 가지 걱정에 직면하게 된다. 돈과 사람, 즉 경제적 부담과 돌봄 부담이다. 돈과 사람의 문제를 어떻게 해결할지, 돈과 사람의 균형을 어떻게 맞출지, 돌봄 비용과 돌봄 수준의 균형을 어떻게 이룰지가 장기요양 돌봄 제도가 해결해야 할 문제이며, 향후 장기요양 돌봄 제도의 발전도 이러한 과제의 해결에 달려있다.

우선, 자금의 지속 가능성과 불평등한 지원 사이의 모순이 존재한다. 여기서 논리는 자금 규모가 지불 능력을 결정한다는 것이다. 그러나 현재 '소득에 따른 지출 결정'으로 인한 경제적 부담은 돌봄에 대한 부담이 되어 '공급에 따른 수요 결정'이 되고 있다. 따라서 지불 대상, 지불 범위, 지불 수준 등을 포함한 보장의 우선순위 문제가 발생하여 불평등 문제가 대두되거나 심화되었다. 해결 방안은 두 가지 측면에서 살펴볼 수 있는데, 첫 번째는 자금 마련 루트를 확대하는 것으로 정부+사회+시장+개인의 다양한 자금 마련 모델을 채택하여 자금 규모를 확대하고 자금 지불 능력을 향상시키는 것이다. 두 번째는 다양한 자금 마련과 사회의 대규모 협력을 기반으로 기여도를 종합적으로 고려하는 것이다. 장기요양 돌봄서비스 수요에 집단별, 단계별로 대응함으로써 정부는 공평과 평등을, 사회는 참여와 통합을, 시장은 효율과 발전을 실현하도록 해야 한다.

둘째 문제는 자원 부족과 부처 간 장벽, 전 국민의 통합 돌봄 간의 모순이다. 발전 단계상으로 중국의 장기요양 돌봄 제도는 구조식 장기요양 돌봄 제도의 시작 단계를 지나 지금은 보험 형태의 장기요양 돌봄 제도 발전기에 있다. 향후 통합식 장기요양 돌봄 제도가 완성되는 단계로 발전할 것이며, 유형별 보장, 정확한 혜택, 전 국민이 책임지는 통합 돌봄+안전별 관리의 방향으로 발전할 것이다. 한편으로는 지속적인 자금 지원에 성패가 달려 있다. 2015년부터 2050년까지 중국 사회 전반에 걸쳐 양로, 의료, 돌봄, 복지, 시설 등에 사용되는 비용이 국내총생산(GDP)에서 차지하는 비율이 7.33%에서 26.24%<sup>18)</sup>로 증가할 것이며, 자금 규모

18) 류위안리 작성: '노인건강 청사: 중국 노인건강연구보고서(2018)', 베이징: 사회과학문헌출판사, 2019년1월

도 계속 증가할 것이다. 이 문제는 또 전반적인 의료-양로-요양 자원과 관련 전문 서비스 종사자의 문제와 관련이 있다. 현 보험 형태의 발전 단계를 보면 각종 자원의 총량과 수준, 구조적 부족 등이 나타나 통일된 간병인 교육 플랫폼, 절차와 계획이 절실한 실정이다. 또한 각종 전문 간병인과 관리 인재 풀 구축을 강화하고 전 과목 의사와 전문 간호사의 개업 제도를 완비하고 장기요양 돌봄 보장 체계의 서비스 종사자 인증 풀을 확대하고 재활 치료사와 정신 간병인, 건강 지도원, 지역사회 복지사, 심리 전문가 등 전문 서비스 종사자들을 보험 지불 범위에 포함시켜 장기요양 돌봄 서비스의 전문성과 포괄성을 확대해야 한다. 동시에 간병인과 가정 돌봄자들의 지원 계획, 사회의 인식과 우호적 환경 조성, 치매의 조기 선별 및 예방 제도, 정신과 심리 건강 서비스 체계 구축, 전 생명주기의 건강관리 등 장기요양 돌봄서비스 지원 체계를 완비해야 한다. 이 외에도 부처 이기주의를 타파하고 각 부처가 공동으로 우수 자원을 통합하여 장기요양 돌봄 제도의 보장 대상을 안건별로 관리하고 전 국민 돌봄을 통합적으로 추진해야 한다.

또한 장기요양 돌봄 제도는 일련의 구조적 문제에 직면하고 있다. 장기요양 돌봄 제도의 구축과 정책 발전은 사회 구조 변화와 현실로부터의 절박한 요구를 반영한다. 오늘날 중국 사회는 인구 구조, 가정 구조, 거주지 배정, 가정 내 리스크, 취업 형태, 건강 수준 등에서 구조적 문제에 직면해 있다. 인구 구조에서 가장 두드러지는 점은 고령화와 저출산의 병존이다. 가정의 구조도 소형화, 핵가족화되어 가고 있으며 동시에 노동시장 참여의 변화, 가정 돌봄 책임과 분업의 변화, 돌봄 수요에 따른 가정 소비 구조의 변화 및 개인주의 등 새로운 가정 내 리스크가 발생하고 있다. 취업 형태에서 가장 뚜렷한 변화는 많은 수의 농촌 거주 인구, 도시-농촌의 빈집과 독거노인 인구 등 유동성 측면에서 일어나고 있다. 취업 형태의 변화와 관련된 것은 근무시간의 연장이다.<sup>19)</sup> 특히 야근 문화는 공장의 블루칼라 근로자에서 사무실의 화이트칼라 근로자로 확대되고 있으며, 전반적으로 노동인구의 심신 건강 문제를 초래하고 근로자 가정의 시간 배분 구조와 가정 내 무보수 노동시간에도 영향을 미치고 있다. 현재 중국 국민의 전반적인 건강 상황은 낙관할 수 없는 실정이다.<sup>20)</sup> 질병의 저연령화 추세

19) 중국 국가통계국에서 최근 발표한 2018년 전국 시간 이용 조사 성명에 따르면, 국민의 하루 취업·근무시간이 크게 증가하였으며 그중 중등 소득 계층의 취업·근무시간이 7시간 51분으로 가장 길었다. 중국 국가통계국: '2018년 전국 시간 이용 조사 성명'[EB/OL], 2019년 1월 25일, [http://www.stats.gov.cn/tjsj/zxfb/201901/t20190125\\_1646796.html](http://www.stats.gov.cn/tjsj/zxfb/201901/t20190125_1646796.html)

뚜렷해짐에 따라 현 노동연령인구가 노인이 되어 있을 미래에는 심각한 건강 리스크,<sup>21)</sup> 돌봄 부담 문제가 초래될 수 있다. 한편, 노인들의 질병 체계가 변화함에 따라 도시-농촌 노인들에 대한 평균 예상 돌봄 시간이 그들의 여생에서 차지하는 비중이 증가하고 있으며, 등급별 유형별 질병의 예상 돌봄 시간도 크게 차이 난다(황왕스, 루제화, 2014).<sup>22)</sup> 이러한 구조적 문제도 중국의 장기요양 돌봄 제도 발전에 지속적으로 부담으로 작용할 것이다.

#### 4. 결론

춘제(설)가 되자 일부 중국 회사에서 노인 위문 방문을 했다. 가슴 아픈 점은 이토록 즐거운 명절에도 노인들의 생활은 처량하기 그지없었다는 것이다. 독거, 사별, 청각 기능 퇴화, 인지 장애, 가족과의 이별, 무연고자, 두문불출, 경제적 어려움, 허송세월 등이 고령자들의 자화상이다. 그중에는 지식인도 있고, 고소득자였던 사람도 있었는데 그렇다면 다수 일반인의 상황은 어떠할까?

물론 중국은 제도 수립, 자원 배치, 재정 보조, 표준 규범 등의 측면에서 많은 노력을 기울여 노인들의 장기요양 돌봄서비스 수준과 질을 향상시켰다. 그러나 오늘날 중국 사회의 주요 모순은 사람들은 점점 더 나은 생활을 요구하고 있는 반면 발전은 불평등하고 충분치 못하다는 점이다. 이러한 불평등, 불충분한 발전은 전국의 지역 간, 도시-농촌 간 의료 요양 서비스 자원과 노인 서비스 자원의 배치에도 직접 영향을 미친다. 규모가 방대하고 매우 다양한 장기요양 돌봄 '강성 수요' 집단에 더욱 효율적이고 편리하고 전문화된 적합한 돌봄 서비스를 제공함으로써 삶의 질을 향상시키는 것에 대한 고민에서 아직도 갈 길이 멀다. 긍정적인 것은 전국 각지에서 이미 장기요양 돌봄 문제의 중요성을 인식하고 있고, 현실에서도 긍정적인 반응을 얻어 장기요양 돌봄 문제에 대한 연구와 실행에 많은 투자가 이루어지고 있다는 점이다. 시장에서도 일부 보험기관이 장기요양보험의 위탁 관리나 대행에 잇달아 참여하여 서비

20) 70%의 중국인은 과로사 위험을 겪은 적이 있다. 주요 도시의 화이트칼라 가운데 76%는 몸이 좋지 않은 상태로 나타났다. 만성병 발병률은 20%에 달했으며, 그중 사망률은 83%이다. 만성병 사망률은 86%에 달했다.

21) 중국 노인들의 질병 부담을 야기하는 가장 큰 건강 문제는 뇌중풍, 약성중양, 빈혈성 심장병, 호흡기 질병, 당뇨병, 심리 건강 문제로 인한 질병, 고혈압성 심장병, 낙상 등이다. 류위안리가 작성한 '노인 건강 청서: 중국 노인 건강 연구보고서(2018)', 베이징: 사회과학문헌출판사, 2019년 1월 참고.

22) 노인의 일상생활 돌봄은 주로 신체 돌봄, 가정 돌봄, 심리 돌봄, 질병 돌봄 및 간호의 5가지를 가리킨다.

스 공급, 전달, 관리·감독 등의 노하우를 축적하고 있다.

중국의 장기요양 돌봄 서비스 체계는 아직 초기 발전 단계에 있다. 이번 전국 15개 도시의 시범사업에서 이미 연령과 신분의 공평성, 접근성, 맞춤형 문제 등을 살펴볼 수 있으며, 일부 구조적 문제는 아주 명확하다. 따라서 향후 이 문제에 대한 단계적, 실험적 방안을 제시해 줄 것이라 기대한다.

---

## 참고문헌

- 贺东航, 孔繁斌. 公共政策执行的中国经验[J]. 中国社会科学, 2011(5), 61-79.
- 黄匡时, 陆杰华. 中国老年人平均预期照料时间研究——基于生命表的考察[J]. 中国人口科学, 2014(4): 92-101, 128
- 李杰. 中国老年长期照护筹资制度研究[M]. 北京: 中国社会科学出版社, 2016年9月, 第8页
- 李强, 厉昌习, 岳书铭. 长期照护保险制度试点方案的比较与思考——基于全国15个试点地区的比较分析[J]. 山东农业大学学报(社会科学版), 2018(2): 23-30
- 刘诗洋, 杨丽, 胡琳琳. 我国老年长期护理保险制度的探索与实践. 刘远立主编. 老年健康蓝皮书: 中国老年健康研究报告(2018)[M]. 北京: 社会科学文献出版社, 2019年1月, 第194-223页
- 潘钰婷, 尤莉莉, 刘诗洋. 我国医养结合养老模式探讨. 刘远立主编. 老年健康蓝皮书: 中国老年健康研究报告(2018)[M]. 北京: 社会科学文献出版社, 2019年1月, 第168-193页
- 吴海波, 邵英杰, 周桐. 长期护理保险筹资机制研究[J]. 保险研究, 2018(10): 98-101
- 张文博. 照料社会化: 长期照护保险制度实践研究——基于对青岛市长期医疗护理保险的考察[J]. 北京工业大学学报(社会科学版), 2017(6): 24-33
- 张文娟. 中国社会养老服务体系建设[M]. 北京: 社会科学文献出版社, 2017年7月, 第224-228页
- Novak, Mark. *Issues in aging* (3rd ed.). Pearson, 2012
- 电子资源:
- 国家统计局. 《2018年经济运行保持在合理区间 发展的主要预期目标较好完成》[EB/OL], 2019年1月21日, [http://www.stats.gov.cn/tjsj/zxfb/201901/t20190121\\_1645752.html](http://www.stats.gov.cn/tjsj/zxfb/201901/t20190121_1645752.html)
- 钱蓓. 《代表委员挑刺长护险: 评估结果失准, 服务质量不稳, 居家养老服务遭挤》, 文汇报公众号, 2019年1月29日
- 中国国家统计局. 《2018年全国时间利用调查公报》[EB/OL], 2019年1月25日, [http://www.stats.gov.cn/tjsj/zxfb/201901/t20190125\\_1646796.html](http://www.stats.gov.cn/tjsj/zxfb/201901/t20190125_1646796.html)
- 中国人力资源和社会保障部医疗保险司: 人力资源社会保障部办公厅关于开展长期护理保险制度试点的指导意见(人社厅发[2016]80号)[EB/OL]. [http://www.mohrss.gov.cn/gkml/xxgk/201607/t20160705\\_242591.html](http://www.mohrss.gov.cn/gkml/xxgk/201607/t20160705_242591.html)
- 中华人民共和国人力资源和社会保障部医疗保险司: 长期护理保险试点进展顺利[EB/OL]. 2018年5月2日, [http://www.mohrss.gov.cn/SYrtzyshbzb/sh\\_ehuibaozhang/gzdt/201805/t20180502\\_293342.html](http://www.mohrss.gov.cn/SYrtzyshbzb/sh_ehuibaozhang/gzdt/201805/t20180502_293342.html)