

## 보건의료체계에 대한 소고

정 영 일\* · 강 성 홍\*\*

(\*인제대학교 보건학과 교수 · \*\*인제대학교 보건학과 박사과정)

### 목 차

I. 서론	IV. 결론
II. 연구방법	참고문헌
III. 연구결과 및 고찰	

## I. 보건의료체계의 개관

### 1. 보건의료체계의 정의

우리나라에서 보건의료체계는 보건의료제도와 동의어로 사용되고 있으며 유사하게 사용되는 용어로는 보건체계(Health System), 국가보건체계(National Health System), 보건의료전달체계(Health Care Delivery System), 지역사회보건체계(District Health System) 등이 있다.

사회학적인 개념에서 볼때<sup>1)</sup> 제도 또는 체계의 공간적 위치는 : 개인>제도>체계>사회>환경으로 정의되고 있다. 여기서 사회란 사회문화적 패턴, 정치구조, 경제발전, 인구구조 등을 포괄하는 내용이며, 사회를 하나의 체계로 보면 제도는 그 하위체계(infrastructure)라고 본다. 따라서 사회체계는 제도보다 광의의 의미를 시사하는 것으로서 사회적 행동을 질서에 따라 일어나도록 하는 사회적 행위의 조정과 통합에 관한 포괄적인 질서를 의미하며, 제도는 사회의 중심적인 활동이다. 기본적인 욕구를 중심으로 조직된 복합적인 구조 또는 일련의 가치를 중심으로 발달된 실행과 사회적역할의 조직된 기제(機制)로서 이러한 제도의 종류는 정치적 제도, 경제적 제도, 친족 제도, 표현통합 제도(종교, 예술, 교육, 언어), 보건의료제도, 교통제도 등으로 구분될 수 있다.

체계란 서비스, 조직, 기획의 3가지 변수로 구성된다. 따라서 보건체계는 보건서비스, 보건조직(기구), 보건기획의 3가지 변수를 내용으로 정의될 수 있다. 여기서 보건서비스의 병원, 조산소 등 보건의료서비스를 제공하는 제도를 총칭하므로 인력과 시설의 양과 질, 배분상태, 물리적인 접근도 등을 포함한다. 보건서비스는 다시 보건서비스 자원과 이용으로 구분된다. 보건조직은 보건자원의 생산되고 분배되는 과정을 총칭하는 것이며, 보건기획은 보건자원의 배분과 통제뿐만 아니라 총괄적인 조정 및 미래지향적 개발을 포괄한다.

환언하면 보건의료체계란 한 국가나 사회가 그 구성원의 건강수준을 향상시키기 위하여 마련한 보건의료사업에 관한 제반 법률과 제도를 총칭한다. 즉, 보건의료서비스의 수요와 공급에 관련되는 요인들간의 구조적, 기능적 체계를 총칭하여 보건의료체계라고 부르고 있다. 이것은 사회 구성원의 건강을 보호 증진하기 위하여 사회적 기능과 보건의료자원을 적절하게 배분하는 하나의 체계를 의미한다. 보건의료체계란 용어는 보건의료자원의 기능분화와 대형화, 보건의료관계 학문, 시스템공학과 경영과학이 발달함에 따라 비교적 최근에 나타난 개념으로서 건강에 대한 사회적 책임이 증가하기 시작하면서 국민의 건강증진을 위하여 국가나 사회가 지니고 있는 자원과 기능을 배분하기 시작하면서 성장되어온 개념이다. 이처럼 보건

의료서비스의 생산과 소비 분배에 관련되는 제반 사회적 조치를 총칭하는 국가 보건의료체계의 개념은 금세기 이후의 일이다.<sup>2)</sup>

### 3. 보건의료체계의 논의<sup>3)</sup>

우리는 현재 사회체계(social system)라는 이념에 노출되어 왔다. 즉 실제의 일로서 특히 보건의료전달체계라는 것은 태만한 쓸모없는 개념이 아니고, 사물(a thing), 사실(a fact), 힘(a force)이 있는 즉 우리의 건강행태에 강한 영향을 미치는 실제적 자원을 의미한다. 비록 우리는 우리들 자신의 보건의료 행태에 대한 합리적인 선택에 있어서 우리들 스스로 개인적 자유의지가 보장되어 있는 있으나, 그러나 그 행태에 대한 기회나 제약을 주는 보건의료체계는 우리들이 마음대로 자유롭게 선택할 수 없다.

사회체계는 그 체계를 이루는 또한 힘이 있으며, 그 체계는 우리들의 영향으로부터 변화받지 않을 완전한 통일체(a monolith)는 아닌 것으로서, 우리들의 참정권행사에 의해 변화를 이룰수는 있을 것이다. 보건의료전달체계에 대한 70년대의 두가지 큰 비판이 있었다. 그 첫째는 보건의료서비스를 공급하기 위한 정치적 그리고 경제적 배분에 대한 비판이며, 둘째는 과학으로서 의학, 치료의 효율성, 그리고 치료의 주요한 방법으로서 의학의 탁월성의 기본사조에 대한 비판이다.

특히 Ehrenreich는 보건의료전달체계를 결코 하나의 체계가 아니라고 비판하였다. 즉 한 나라가 행정권력이 중앙집권화되어 있지 않고, 지역간 연계성이 없으며, 그리고 계획성이 없을때는 국민의 의료요구에 부응하는 한 체계를 이루는 환류모형의 가시적 관리메카니즘이 없다고 말했다. 이러한 견해는 일리가 있는바 우리들의 분석을 위한 한 과제라고 본다. 그 체계도 확실히 비계획화되어진 듯이 보여지며, 비 중앙집권화 되어진듯 하다. 그러나 우리가 관련된 부문간의 계획부문간 한 set로서 한 체계를 생각한다면 관련된 한 체계내에서 한 부문의 변화는 타 부문의 변화를 초래하는 것을 알 수 있다. 보건의료체계내의 각 부문간 연계는 명확하지도 않고 계획되어지지 않은 것 같을 지 모르나 그러나 실제에 있어서는 그렇지 않다. 예를 들자면 보건체계내에서 의사인력의 공급이 증가되면 국민에 제공되는 의료서비스의 양이 증가되는 것이며, 사설보험자나 공공기관으로부터 보건의료전달체계에 자금공급이 증가되어지면 의료비의 증가가 이루어진

다. 또한, 간호원의 인력공급이 감소되면 간호원 보수도 증가될 것이고 그리고 근무조건이 개선될 것이다. 이와같이 보건체계의 한 부분의 변화는 다른 부분에 영향을 끼치게 되는 것이다. 이를 한말로 줄이면 보건의료체계는 여러하부체계로 구성되어지고 이 하부 체계들은 상호간에 영향을 주고 받으면서 보건의료체계라는 전체체계를 이룬다는 것이다. 따라서 여기서 우리가 명심해야 할것은 보건의료체계의 전체적인 시각으로 각각의 하부 체계를 살펴봐야 한다는 것이다.

## II. 국가보건체계의 구성요소<sup>4)</sup>

어느 사회나 농업, 교통, 그리고 산업부문(sector)과 같은 상호연계된 체계의 개념에서 분석될 수 있다. 특히 보건체계는 이들 실체가 더욱 복잡하게 여겨지며, 그 체계의 발전을 주민의 신념, 과학, 상업적요인, 그리고 기타 다른 사회적 힘에 의해 영향을 받으며 수세기에 걸쳐서 어떤 특별한 사건도 없이 서서히 보건체계가 형성된다는 것이다. 더욱이 건강상태에 영향을 줄 수 있는 모든 사회적 그리고 환경적 요인들을 고려한다면 우리는 보건체계와 많은 다른 체계(예 : 농업, 산업, 교육 등)와 밀접한 관계가 있음을 알 수 있다.

이와 같이 보건체계는 지역사회 자체뿐만 아니라 주민의 건강에 연합된 영향을 미치는 부문(sectoral)과 부문간(intersectoral)의 양면, 많은 상호관련된 구성부문들로 구성되는 통일체이다. 이러한 체계가 효과적으로 작용하기 위해서는 하부체계간의 긴밀한 협조가 있어야 할 것이다.

국가보건의료체계를 기술하거나 분석하는 방법은 여러 가지가 있다. 그 중에서 보건의료체계를 구성하고 있는 구성요소를 중심으로 어느나라의 보건체계의 구조적 그리고 기능적 상관성을 다음에 제시하는 도 1의 모델을 이용하여 보건의료체계를 분석할 수 있다. 이 보건체계의 간략화된 모델에서는 주요 5가지 구성요소가 있으며, 이들 요소들은 직·간접으로 상호관련되어 있다.

보건체계의 주요 5가지 구성요소는 다음과 같다.

- ① 보건자원의 개발(development of health resources)
- ② 자원의 조직화(organized arrangement of resources)
- ③ 보건의료서비스의 공급(delivery of health care)
- ④ 경제적 지원(economic support)

⑤ 관리(management)

도 1의 밑부분의 이들 5개 주요요소 주위의 점선을 보건체계 하부구조의 영역을 의미한다. 도1의 상단에 표시된바, 건강에 대한 영향은 환경에서 야기되거나 또는 주민의 행태학적 특성에서 일어날 것이다. 도의 중간에 제시된 건강증진, 질병의 예방 및 치료, 재활, 그리고 중한 장애인 그리고 불치환자를 위한 보건체계의 활동(업무)은 주민에게 직접 서비스를 제공하는 것이다. 또한, 어느 보건활동은 주민이 살고 있는 환경에 직접 영향을 미치는 경우도 있다. 이러한 제반활동들은 보건체계 하부구조에서 화살표로 그 영향을 미치는 관계를 표시하고 있다.

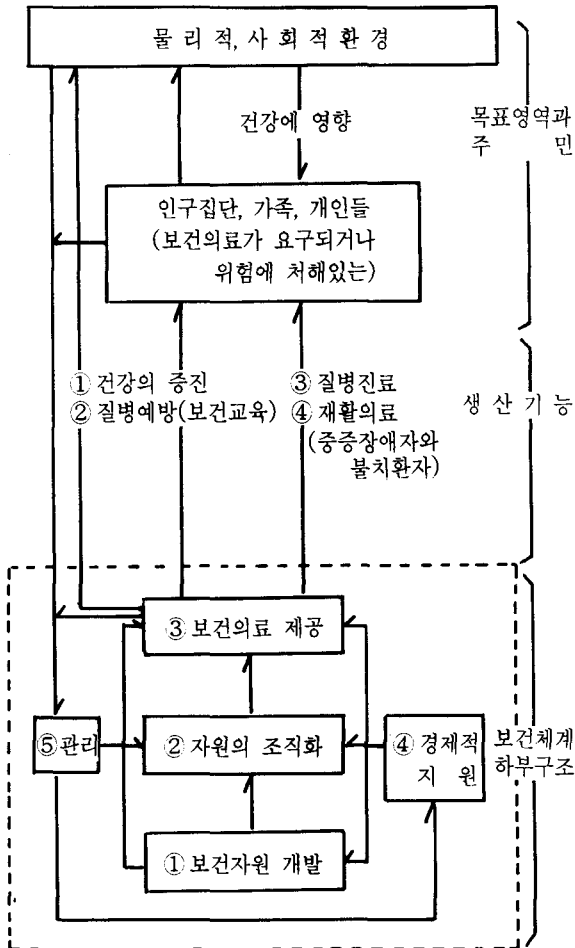


그림 1. 국가보건체계 요령 : 그 구조와 기능적 연관성

보건체계는 자원의 개발과 배분의 결과로서 그 기능을 발휘할 수 있다. 할당되어질 수 있는 총자원은 새로운 투자와 현재의 경비지출을 고려한 예산의 범위내에서 이루어 질 수 있다. 거의 모든 사회에서 보건서비스의 수요는 가용자원을 능가한다. 그러므로 보건체계가 성취하고자 기대하는 목표나 목적을 기준으로 보건사업의 우선순위가 정해져야한다. 보건활동의 결과는 평가되어질 것이며 그 정보는 관리에 적용(환류)될 것이다. 이러한 정보는 보건체계의 기능화(보건의료서비스 생산의 양, 분배 그리고 질)와 효과(이들 서비스활동들이 주민에 영향을 주는 효과)의 양자에 모두 관련될 것이다.

이러한 환류기전을 통하여 관리는 그 조절기능을 수행한다. 만일 한 보건체계가 어느 한 특정한 목표 예를 들어 모든 사람이 다 건강함을 달성하기 위해 재편성되어질려면, 도2에 제시하는 모델과 같이 그 보건체계의 하부구조의 주요 5개 구성요소를 구체적으로 분석할 필요가 있다.

도2의 모형은 국가보건체계 하부구조를 이루는 주요 5개 구성요소들의 각각의 세부요소들을 제시하고 있다. 이를 간결하게 설명하고자 한다.

1. 보건자원의 개발

보건체계가 형성되는 초기단계에서 보건의료의 제공 및 보건체계의 기능을 수행하기 위하여는 인적 물적자원의 개발이 포함된다. 자원의 다양한 형태가 요구된다. 요구되는 보건자원은 여러가지가 있는데 크게 4가지 기본 범주로 분류할 수 있다. 첫째는 인력, 둘째는 시설, 셋째는 장비와 보급품, 넷째는 지식이다. 여기서 자원에 자금(financing or money)이 포함되지 않은 것은 자금은 사회적 교환의 기본매개물로서 보건체계의 부분이 되는 어떤 자원이거나 서비스 속에 가치의 비특이성 도구로서 전환되어 있기때문이다. 그리고 이 자금은 물론(4)의 경제적 지원의 주요한 요소가 될 것이기 때문이다.

여기서 자원의 4가지 구성요소로서 인력, 시설 및 장비 등의 개발에 관하여는 상세한 개별설명을 생략하고, 마지막 보건지식의 개념을 간략히 설명하겠다. 보건지식은 물론 건강과 질병에 관한 지식으로서 질병진료와 예방, 재활 그리고 건강증진에 관한 과학적인 지식을 말한다. 이를 위해 생의학적인 연구, 정보자료제공, 외국으로부터 새로운 지식의 도입등이 요구된다. 특히 최근에는 보건체계의 개선을 위해 사회의학적 연구가 요즘 크게 대두되면서

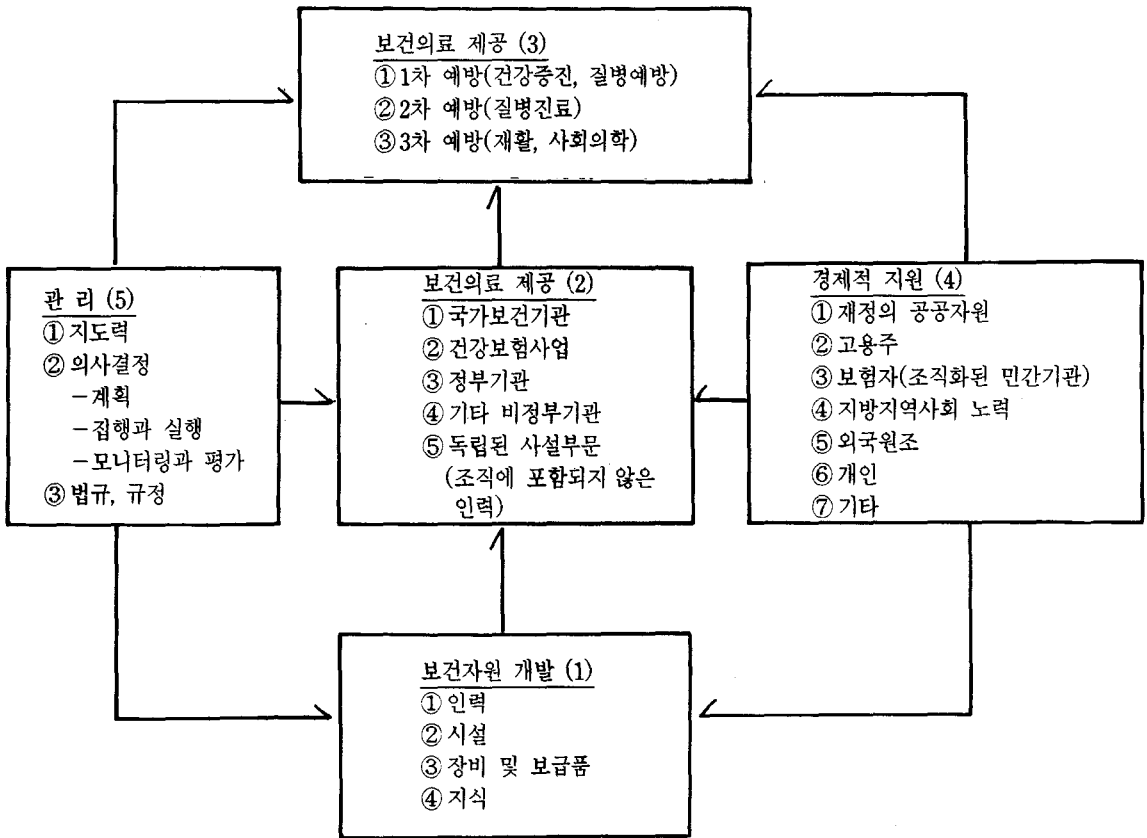


그림 2. 국가보건체계 하부구조의 주요 구성요소

Actionoriented research가 시범사업등을 통해 이루어져 그 결과를 새로운 프로그램이나 제도개선에 응용하고 있다.

## 2. 자원의 조직화

보건체계의 다양한 자원의 보건활동에 사용되고 그리고 이것들을 적절히 활용하기 위해서는 어떤 유형의 사회적 조직이 요구된다. 조직화된 자원배분은 보건자원을 효과적으로 사용하는데 필수적이며, 또한 개별환자나 지역사회집단이 보건의료제공 메카니즘을 통하여 보건자원을 이용하기 위해서는 필수적이다. 이러한 조직화는 국가보건체계의 유형에 따라 조직형태 및 운영은 다르게 나타난다. 국가보건체계는 조직화의 유형을 정부나 정부의 여러분야에서 개선할 수 있다. 보건자원의 조직은 5개

범주로 구분하는데, 이를 다시 크게 2분하면 공공보건기관과 민간보건기관으로 구분할 수 있다. 공공부문은 앞의 5개 범주중 다시 국가보건기관, 공공보건보험사업, 그 외의 정부기관등이 여기에 포함되며, 민간부문은 남은 2가지 즉 자발적인 비정부기관(협회, 적십자사, 자선기관 등)이나 독립된 민간부문으로 즉, 조직에 포함되지 않은 인력이나 완전고용이 아닌 시간제 고용(Part-time employment)인력을 포함한다.

## 3. 보건의료 제공

국가보건체계의 분석에서 고려되어질 세번째 주요요소는 다양한 보건의료서비스가 제공되는 다양한 과정이다. 상이한 나라나 또는 한나라에서도 지역에 따라 이러한

과정은 크게 다를 수 있다. 보건의료 제공은 여러방면으로 분류될 수 있는 바, 서비스의 목적에 따라 분류해보면 5가지로 구분할 수 있다. 건강증진, 예방, 치료, 재활 그리고 심한 장애자와 불치환자의 사회의학적 의료이다. 이들 5가지를 예방적 차원에서 1차, 2차, 3차 예방사업으로 구분하면 다음과 같다.

보건의료서비스의 구분

① 건강증진	1차 예방사업
② 질병예방활동	1차 예방사업
③ 질병진료활동	2차 예방사업
④ 재활활동	3차 예방사업
⑤ 사회의학적 의료	3차 예방사업

**4. 국가보건체계를 위한 재정지원**

상술한 모든 보건자원과 보건의료 전달메카니즘은 어느 사회에서나 경제적 지원이 요구된다. 한국가에서는 많은 요구들 간에 경합이 있는 바 보건체계에 그 요구를 충족시키는 자금을 조달하는 과정이 필요하게 된다. 의(依)나 식(食)과는 달리 치료적 보건의료의 요구는 개인별로 예측할 수 없는 것이며, 많은 가치있는 예방서비스에 대한 요구도 인식되지 못하기 쉽다. 더욱이 주민의 다양한 계층에서 보건서비스에 대한 지불능력은 그들의 소득수준에 따라 다르기때문에 저소득층에서는 지불능력이 부족하여, 모든 국가보건체계는 자유시장경제 운영외에 경제적지원의 어떤 확실한 메카니즘을 수립하여 왔다.

이러한 경제적지원의 방법은 여러면으로 분류될 수 있지만 WHO의 분류는 다음과 같다.<sup>5)</sup>

- ① 공 공 : 정부 각 계층(보건사회부를 비롯하여 기타 부처, 보건보험사업)
- ② 고용주 : 산업 그리고 농업기관
- ③ 조직화된 자생적 기관 : 자선, 임의보험
- ④ 지방지역사회노력 : 지방정부의 공공재원부담 및 보상서비스
- ⑤ 외국인조 : 종교적자선사업, 국가적지원, 유엔기관지원
- ⑥ 사설기구 : 개별부담
- ⑦ 기타 가용자원 : 기부금, 컨터리 클럽

**5. 국가보건체계의 관리**

국가보건체계의 관리는 그 나라 정치, 경제체계에 따라 다르다. 즉, 자본주의 시장경제체제나 사회주의 또는 공산주의체제나 또는 중앙집권적이나 아니면 지방분권적이나에 따라 크게 다를 것이다.

국가보건체계의 관리에 대한 WHO의 크게 관심을 두어야 할 3가지 주요조건해는 다음과 같다.

- ① 지도자상 (leadership)
- ② 의사결정 (decision-making)
- ③ 법규 및 규정 (regulation)

국가가 보건체계를 운영함에 있어서 첫째, 지도자상에서 경영자는 행정적으로 얼마나 민주화되어 있느냐, 다음에 의사결정에 있어 각 단계별 의사결정 과정에서 주민이나 구성요원의 참여가 얼마나 잘 이루어지느냐 그리고 의사결정이 얼마만큼 상향식(bottom-up)으로 이루어지느냐, 또 마지막으로 주민의 자유보장과 규제가 시대에 따라 융통성있게 얼마나 잘 조정되어 운영되고 있느냐하는 것이다.

**III. 국가보건체계의 유형(Typology of a Health System)**

전술한 바 있듯이 국가보건체계란 개념이 급세기에 도입되면서 특히 2차대전이후 국민보건을 위한 적극적인 국가시책이 계획되고 집행되면서 각국의 보건의료제도가 개편되어 가고 있다. 국가보건체계의 유형은 다양해서 어떤 한가지 틀에 의해 분류하기에는 어려운 점이 많다. 따라서 학자에 따라 그 분류하는 기준에 차이가 있는바 여기 대표적인 몇가지를 인용하여 기술하고자 한다.

**1. J.C.Salloway(1982)**

정치적 체제에 따라 크게 2대분 하는바 공산사회주의형과 자유시장경제형인 상업주의 모델로 분류하고 있으며, 특히 공산사회주의형을 구 소련식 기계적 유지모델과 중국식의 지역사회 책임모델로 다시 구분하고 있다.

**1) 공산사회주의형 보건의료전달모형<sup>7)</sup>**

국가가 국민의 건강에 대한 모든 서비스공급을 제공하는 책임을 지는 유형으로서, 의료비 부담은 국가가 전체적으로 부담하기 때문에 수혜자는 의료비 부담이 전혀없

으며, 따라서 이 유형의 관심사는 어떻게 의료서비스를 제공하느냐 하는 것이다. 다시 말해 사유재산이 인정되지 않기 때문에, 모든 의료인력은 국가에서 고용하며 모든 보건 의료시설 및 장비도 국유화되어 운영된다. 따라서 수혜자의 의료서비스 선택의 자유가 억제되는 제도이며 최일선 지역사회에 보건의료담당자(의사)가 배치되어 있어서 의료의 접근성은 높으며, 기본의료수가가 모든 국민에게 충족되도록 고안된 제도이나, 의료의 질에서 문제가 있다 하겠다.

#### 가) 기계적 유지모델(The Machine-Maintenance Model)

이 기계적 유지모델은 전쟁시에서 군대에서 행하는 의료서비스 공급모델이나 공산주의 체제와 같이 국가에 의해 가동화된 사회체제(mobilized society)에서 행하여지는 모델이다. 이 모델에서 국민은 한체제의 운영을 위한 필수적 요소로서 인식되는데, 이 체제는 보건의료를 사회참여(국민)의 한 권리로서 뿐만 아니라 의무로 만든다. 군대조직에서 군인은 서비스의 자산과 같은 특징이 있는 바 보건의료는 모든 군인에게 필요시에 제공되는 것이다. 이러한 가동화된 사회체제에서 전체 체계속의 한 구성원은 마치 잘 기름쳐진 기계속의 한 부품과 같아서, 국민이 전체계속에서 그들의 부여된 사명을 능동적으로 잘 수행하기 위해서는 그들의 건강을 유지시키는 것이 필수적이며, 그들이 건강에 장애가 발생시 그들의 임무수행상 손실을 극소화되도록 노력하여야 할 것이다. 이러한 모델은 의료서비스를 사고파는 상업주의적 모델에서는 있을 수 없는 것으로서, 보건의료서비스의 경비를 국가가 부담하는 바 국민은 무료로 필요시에 보건의료서비스를 공급받게 된다. 그리고 의료서비스를 접근성이 매우 잘되어 있는 체제이다.

이러한 기계적 유지모델의 보건의료단위는 주민에게 밀접하게 접근되어야만 되는데 최일선 업무현장이나 생활현장에 접근되어 있어서, 잘 기름쳐진 기계가 생산활동을 하는데 적정수준에서 그 기능을 잘 발휘할 수 있도록 각 부분을 잘 유지관리하는 것과 같이, 국민을 위해 의료의 접근성을 아주 높여서 효과적으로 필요시에 아주 가까운 곳에서 즉시 무료로 의료서비스를 제공하는 것이다. 의사는 이러한 체제를 위한 중요한 문지기(gate keeper)가 되는데, 의사는 필요한 자에게 의료서비스를 제공하며, 그리고 중증의 건강장애가 없으면서도 자기의 임무수행을 면제받으면서 의료를 받기를 원하는 자들을 업무현장으로

돌려보내 부여된 자기의 의무적인 임무를 수행하도록 하는 역할을 한다.

이러한 사회체제에서는 국민은 사회의 주요한 자본으로서 인식되는데 건강한 국민이 생산활동을 효과적으로 수행할 수 있기 때문에 국민의 건강은 국가기본 자본으로 간주된다. 이는 군대에서 건강한 군인들이 있을 때 강한 군대를 만드는 것과 같이 원리로서 공산사회주의 체제에서는 국민은 건강한 노동자로서 보다 낫은 생산자의 역할을 하도록 보건의료서비스를 제공하는 것이다.

#### 나) 지역사회 책임모델(The Community-Responsibility Model)<sup>8)</sup>

이 지역사회 책임모델은 공산주의 중국의 농촌지역의 보건의료전달모형으로서 보건의료전달의 증추적 수단인 소위 맨발의사(Barefoot Physician)이다. 이들은 지역 사회 구성원으로서 그들의 동료에 의해 선발되어 맨발의사 학교에 입학하게 된다. 소정의 훈련(초기에는 6개월이었으나 최근에는 1년간의 훈련기간)을 받은 후 이들 의사는 그들의 본래의 지역사회에 복귀되어 훈련받기전의 정상적인 자기 직무를 50%정도 수행하면서 그 지역사회를 위한 의사로서 역할을 겸하여 수행한다. 이들 맨발의사의 직무상 책임은 그 지역사회의 보건계획, 공중보건과 환경위생, 가족계획, 예방의료 그리고 치료의학 등이다. 이 모델은 소비자 위주의 의료가 아니고 지역사회 위주의 의료이다. 이들은 지역사회 안녕을 도모하기 위해 보건의료 활동을 적극적으로 수행하여야 되는데, 능동적으로 지역사회내 가정방문활동을 통하여 주민들과 환경위생을 토의하며, 새로운 임신을 진단하며, 때로 질병을 치료한다.

이러한 모델은 암이나 심장질환과 같은 매우 중한 만성질환을 진료하는데는 적어도 질병초기부터 집중적으로 잘 진료하는데는 취약하지만, 예방의료나 지역사회보건 이익을 위한 접근방법에서는 자유시장경제체제에서 볼 수 없는 효과를 거양할 수 있다. 예를 들어 중국에서는 지역 사회 캠페인으로서 파리잡기, 참새잡기, 농부에게 간디스 토마를 제공하는 중간숙주인 달팽이를 제거하기 위해 지역사회가 일제히 논의 물을 때서 말리는 활동을 성공적으로 수행할 수 있는 지역사회 참여모델에서 비롯된 것이다. 이 모델에서 보건은 지역사회의 책임이며, 지역사회내의 한 훈련받은 구성원이 건강을 모니터링하며, 지역사회가 효과적인 지역사회보건방법을 취하도록 동기조성하며, 그리고 각 개인에게 제한된 진료서비스를 제공하는

것이다.

## 2) 상업주의 모델(Mercantilist Model)<sup>9)</sup>

자유시장경제를 원칙으로 하는 자유민주주의 국가의 모델로서 미국에서와 같이 보건의료비가 개인적으로 조달되는 제도이다. 수혜자의 의료서비스 선택의 자유가 최대한으로 보장됨은 물론, 일반 상품과 같이 사고파는 시장경제원칙에 입각한 의료서비스의 가격과 수요공급이 조절되는 제도이다. 이 모델에서는 보건의료서비스는 민간자원에 의해 주도되며 정부의 공공기관은 취약계층에 대한 의료보장내지 예방보건 내지는 국민의 건강증진사업에 책임을 지는 유형이다. 따라서 의료제공자간의 선의의 경쟁에 의한 의료서비스의 질적향상이 이루어지며 친절한 의료서비스가 이루어지는 장점이 있는 반면, 의료의 균점상의 문제와 나아가 의료자원의 도시집중 내지는 선호성에 의한 자원의 편재현상등이 문제가 되어 자원의 효율성이 떨어지는 문제점과, 나아가 의료비의 제도수가를 통한 통제가 어려움과 더불어 의료수요의 고급화, 전문화양상으로 인한 국민의료비 양등의 문제점이 크게 대두되고 있다. 이러한 상업주의 모델에서는 의료비를 누가 어떻게 부담(지불)하느냐 하는데 큰 과제가 있다. 즉 공공(정부), 사회보험, 개인 또는 자선기관등에서 어떠한 형태로 얼마만큼 의료비(경비)를 부담하느냐 하는데 초점이 있으며, 이와 관련하여 국가의 행정조직력 내지 통제·조정력의 양상 및 수준에 있어서 다양한 차이를 갖게된다.

## 2. M.Roemer(1976)<sup>10)</sup>

### 1) 自由企業型(미국, 일본, 한국 등)

비교적 역사가 짧은 자본주의 국가로서 고도로 산업화되어 있는 나라에서 볼 수 있다. 자유기업형 보건의료제도하에서는 보건의료비가 개인적으로 조달되는 것이 가장 큰 특징이다. 그리고 보건의료 전문직에 대한 면허나 자격인정을 전문직 단체에서 관장하는 것이 일반적인 관례이다. 민간의료보험제도가 활발한 것도 두드러지는 현상이다. 미국 보건의료제도의 영향권으로 볼 수 있는 한국의 보건의료제도도 전국민의료보험 실시전까지는 이 유형에 속한다고 볼 수 있으며, 일본의 경우에는 이 유형에서 복지국가형으로 이행한 경우라 하겠다.

### 2) 福祉國家型(프랑스, 독일, 스칸디나비아 제국 등)

인구의 대부분이 사회보험이나 조세에 의하여 보건의료서비스를 제공받는다. 개업의는 통원치료를 위한 자유

업종에 종사하고, 진료비는 제3자 지불기구로부터 지급받는다. 대체로 병원급 보건의료기관은 정부나 지방자치단체가 관할하며, 보건기관도 사회보험기구와는 무관하다. 유럽 제국이외에도 일본이나 이스라엘이 이 유형에 포함된다. 복지국가형의 가장 큰 특징은 정부세출에서 보건의료비 지출이 차지하는 비중이 크다는 사실이다.

### 3) 低開發國型(아시아, 아프리카의 저개발국)

경제개발의 정도가 미진해서 인구의 대부분이 보건의료비 지불능력을 갖추지 못한 나라들이 여기에 속한다. 따라서 보건의료의 혜택이 극소수의 지배계급에 국한될 수 밖에 없다. 이러한 나라에서는 전문보건의료인의 부족으로 인하여 보조인력의 역할이 크며 보건의료시설의 부족 및 지역적 편중이 심하다. 그러나 수도권의 대도시에는 일부 상류층을 위한 현대식 고급 보건의료시설이 있으며 대부분의 지역에서는 민속의료가 차지하는 비중이 크다. 국민의 대다수를 차지하는 빈곤층의 보건의료는 공적부조차원에서 다루어지고 있다.

### 4) 開發途上國型(아시아, 남미 제국의 개발도상국가)

경제개발정책의 성공적인 추진으로 전형적인 저발전상태를 벗어나고 있는 국가에서 볼 수 있는 유형이다. 이 유형은 국가의 정치체제에 따라서 자본주의 국가형태의 변이형 보건의료제도(자유기업형,복지국가형의 혼합형)를 가지든지, 아니면 사회주의 국가형태의 보건의료제도를 가지게 된다. 상대적으로 보건의료에 대한 사회적 투자우선순위가 낮으며 국민들의 보건의식수준도 낮은편이다. 그러나 경제개발이 진행되면서 보건의료자원(인력, 시설, 장비 및 의약품 등)의 개발이 활발하다.

### 5) 社會主義國型(소련, 중공, 쿠바 등)

이 유형의 보건의료서비스는 다른 사회복지서비스와 마찬가지로 국가가 모든 책임을 지고 제공하는 전체주의 국가에서 볼 수 있다. 다시 말해서, 보건의료서비스는 교육, 주택,사회복지서비스,고용 등과 마찬가지로 국가의 책임하에서 사회전체 구성원에게 일정한 원칙에 따라 분배한다. 사유재산을 인정하지 않는 체제이기 때문에 모든 보건의료인은 국가에 고용되어 있으며 보건의료시설은 국유화되어 있다. 그러므로 자유기업형이나 공적부조에 의존하는 나라에서보다 보건인력이나 시설자원이 풍부하다.공산주의 국가가 아니더라도 영국,뉴질랜드,스리랑카 등도 이러한 유형으로 분류되기도 한다.

### 3. M.Terris(1980)<sup>11)</sup>

#### 1) 公的扶助型

아시아, 아프리카, 남미 제국에서 볼 수 있는데, 부족경제에서 완전한 자본주의 경제로 전환되기 이전의 상태에 있는 국가들이 여기에 해당된다. 1980년 현재로 약 108개국의 19억 인구(전세계 총인구의 49%)가 이 유형의 보건의료제도에 속하고 있다. 주로 조세에 의존하지만 보건재원 조달이 여의치 못하여 국민의료의 대부분이 공적부조의 일환으로 취급되고 있는 상황이다.

#### 2) 醫療保險型

서구와 북미대륙의 선진자본주의 공업국 23개국 약 7억의 인구(총인구의 18%)가 이 유형의 보건의료제도에 속하고 있다. 고도의 경제적 번영을 누리는 서구 선진제국의 보건의료제도는 나라마다 약간씩 차이가 있지만 재원조달이 주로 의료보험을 통하여 이루어진다. 따라서 보험자와 의료계의 협력과 타협 및 정부의 조정에 의해서 보건의료제도가 다듬어지고 있다. 전국민의료보험을 실시하고 있는 나라는 1992년 현재 독일, 프랑스, 캐나다, 미국, 브라질, 호주, 일본, 이스라엘, 한국, 기타 서구제국이다.

#### 3) 國民保健事業

주로 사회주의 국가들이 채택하고 있는 방식으로서 지구상의 약 20개국 13억인구(33%)가 이 유형에 속하고 있다. 역사적으로 볼 때 이 유형은 보건의료서비스를 국민이 누려야 할 기본적 생존권의 하나로 인식하는, 소위 건강권 개념의 보편화와 깊이 관련되어 있다. 1937년 소련의 보건의료제도 개혁과 1948년의 영국의 국민보건사업(National Health Service)을 예로 들 수 있다.

이 제도하에서의 보건의료서비스 수혜대상은 전체 국민 또는 국내 거주자 모두(외국인 포함)가 되며, 원칙적으로 모든 보건의료서비스는 무료이다. 그리고 상당수의 나라에서 보건의료자원을 국유화하고 있다. 1950년 칠레가 그러했고, 1958년에 쿠바도 마찬가지였다. 보건의료인은 이 제도하에서는 공직자 신분으로 종사하게 된다. 1992년 현재 비공산국가로서 국민보건서비스제도를 실시하고 있는 나라는 영국, 스웨덴, 뉴질랜드, 이탈리아, 덴마크, 노르웨이 등이다.

### 4. M.Roemer(1977)<sup>12)</sup>

보건재원 조달방식과 보건의료체계의 조직화 정도를 기준으로 분류하면 다음의 네 가지 유형으로 구분할 수

〈표 1〉 의료체계의 분류

재원조달	보건의료서비스 전달체계	
	개인주의적	조직화
의료보험	A형	B형
조세	C형	D형

있다(표 1)

#### 1) A형

의료보험 재원조달구조를 가졌으면서도 개인주의적 보건의료서비스 체계를 유지하고 있는 유형(프랑스, 일본)으로, 이 유형에서는 민간의료부문의 역할이 크다.

#### 1) B형

이 유형은 고도로 조직화된 보건의료서비스 체계를 가지면서 필요한 재원은 의료보험에서 조달하는 형이다. 라틴아메리카의 약 20개국이 이 범주에 포함되며, 이스라엘도 여기에 포함된다. 예를 들어, 이스라엘의 경우는 의대생 교육이나 보건소 및 병원 건립에 대한 보험자의 역할이 크다.

#### 1) C형

보건의료 공급방식이 개인주의적이면서도 재원은 조세에 주로 의존하는 국가가 여기에 속한다. 영국의 경우 국민 총보건비의 90%를 조세에 의존하면서도 일반 개업의사는 봉급제를 채택하고 있다. 즉, 환자가 의사를 자유롭게 선택할 권리를 보장하면서도 환자가 자기의 가정의를 변경하자면 1개월이라는 시일이 필요하도록 제도화되고 있다.

#### 1) D형

조세가 보건의료재원의 주원천이면서 보건의료서비스가 고도로 조직화되어 있는 국가가 여기에 속한다. 소련, 중공, 북한 등의 공산주의 국가를 예로 들 수 있다. 환자의 의사 자유선택은 보장되지 않지만 모든 국민은 보건의료서비스 이용에 동등한 자격을 보장받고 있다.

표 2 국가보건체계(국가경제수준과 보건체계조직력에 준거한)

국가경제수준	국가보건체계조직의 정도		
	하	중	상
상(선진국)	1	2	3
중(개발도상국)	4	5	6
하(저개발국)	7	8	9



## 5. WHO(1984년)

한나라의 보건의료체계를 국가경제적 수준과 보건행정 조직 정도의 두가지 차원에서 분류하는 바, 국가의 경제적 수준은 상: 선진국(경제적 풍부: 국민소득 3000\$ 이상), 중: 개발도상국(경제발전단계: 국민소득 400-3000\$ 정도), 하: 저개발국(빈곤한 처지: 국민소득 400\$ 미만)의 3단계로 구분하는바 여기서 국민소득수준은 1984년도 기준임으로 1992년 수준으로 수정하면 대략 선진국은 5000\$ 이상, 개발도상국은 600-5000\$ 수준, 저개발국은 600\$ 이하로 보아야 할 것이다. 한편 행정조직력도 하; 취약형(개인주의적, 상업주의적), 중: 보통형(반민반관형), 상; 강력한 조직화(공적통제형)의 3등급으로 구분하여 다음 표에 제시 하듯이 9개 범주로 분류하고 있다.

**1형:** 미국과 같이 경제력이 풍부하고, 의료자원이 풍부하나 보건조직력은 자유기업형으로 민간주도로 운영되고, 의료보험도 사보험으로 운영되며, 지역에 따라 다양한 관리과정을 갖고 있으며, 정부는 취약계층을 위한 공적부조를 주로하며 예방보건사업에 치중한다.

**2형:** 일본과 같이 경제력이 풍부하고 의료자원이 풍부하나, 보건조직력은 취약하여 민간주도형이다. 그러나 사회보험이 발달하여 의료서비스 균점을 기하며, 행정통제력이 강화되고 있다.

**3형:** 영국, 스웨덴과 같이 NHS를 실시하는 선진국들로서 의료자원이 풍부하며, 의료서비스의 사회화를 이룬 나라이다.

**4형:** 필리핀과 같이 개발도상국으로 자유기업형의 민간주도로 운영되고, 관리과정은 다양하고 보건행정조직력이 취약하며 의료의 균점시책은 잘 시행되지 못한다.

**5형:** 최근의 한국(현재는 선진국에 진입)과 같이 개발도상국으로서 의료자원의 개발이 신속히 이루어지고 있으며, 사회보험화되어 의료균점시책이 개선되어 가고 있으며 민간주도 의료서비스의 통제력이 강화되고 있는 나라

**6형:** 북한과 같이 개발도상국으로서 의료자원은 빈약하나 보건의료서비스가 사회화되어 강한 조직력을 가진 나

라

**7형:** 아프리카의 제국가에서 보듯이 국민소득이 낮고 의료 자원도 부족하며 행정조직력과 공공보건사업이 아직 취약한 상태

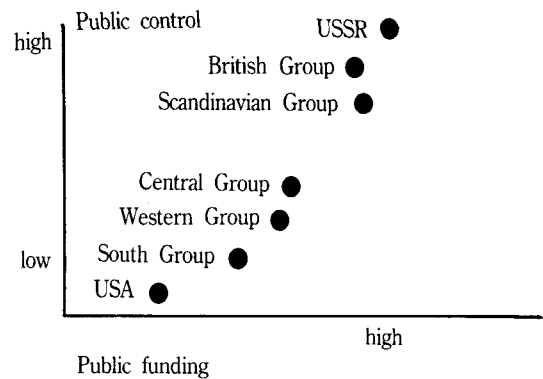
**8형:** 인도와 같이 국민소득은 낮으나 공공보건서비스가 강화되고, 보건조직력이 개선된 나라

**9형:** 중국과 같이 국민소득이 낮으나 의료의 사회주의화로 행정조직이 강화되어 의료서비스가 정부주도로 강력히 제도화된 나라로서 일차보건의료가 잘 되고 있다.

## 7. McKinsey(1974년)<sup>14)</sup>

보건의료조직의 유형(Patterns of Health Organization)을 공공보건재원 조달수준(Public Funding)과 정부의 보건관리 통제력(Public Control)의 두가지 차원에서 조사분석하여 다음의 도에서 보듯이 X축을 공공보건재원조달수준의 강도로 하고 Y축을 공공보건관리통제력의 강도로 할 때 서구제국을 7개 집단으로 분류하였다.

제1집단: 미국과 같이 의료자원이 2/3이상이 민간주도에 의해 운영되고, 공공보건자금조달의 비중이 아주 낮으며 이와 더불어 자유기업형의 의료서비스체제로서 자원의 통제력과 관리운영통제력이 약한 조직형태이며 사보험으로 운영되고 있는 나라



Source: McKinsey estimates

도 3 보건조직의 분석(1974)

제2집단 : 남부집단(이태리, 스페인, 포르투갈)

정부는 1974년 현재 보건의료서비스 공급에 적은 비용을 차지한다. 최근에 이태리는 NHS를 실시하는 나라로 바뀌었다. 대부분의 인구는 사보험의 형태인 직장의료보험에 의해 의료보장을 받고 있다.

제3집단 : 서부집단(네델란드, 벨지움, 룩셈부르크, 프랑스)

정부의 보건의료자금조달은 제2집단에 비슷하다. 행정조직력이 보다 개선되어 다양한 관리운영체계가 통일체계가 되어가고 있다.

제4집단 : 중부집단(독일, 오스트리아, 스위스)

지방정부주도로 의료의 사회보험화가 이루어진 나라로서 제3집단에 비해 공공보건의료자금조달이 증가됨과 더불어 행정통제력도 강화된 나라

제5집단 : 스칸디나비아 집단(스웨덴, 노르웨이)

의료서비스의 경비가 공공기관에 의해 완전히 해결되는 의료의 사회화를 이룬 나라로서 병원중심의료서비스가 이루어지며 지방분권적 행정체계를 이룬다.

제6집단 : 영국

스칸디나비아그룹과 같이 NHS를 실시하고 있는 바 정부의 자금조달수준은 비슷하나, 중앙집권적이며 가정의에 의한 인두제를 실시하는 일차보건의료가 잘 시행되는 나라로서 스칸디나비아 여러나라들 보다 행정통제력이 강화된 나라

제7집단 : 구소련

사유재산이 인정되지 않고, 개인의 자유가 억제된 상태에서 국가가 의료자원을 개발하고, 관리하는 나라로서 의료의 균점시책은 성공적이지만 의료의 질에 문제가 있다.

#### IV. 보건의료체계의 개편

##### 1. 국가보건의료체계의 개편과제<sup>15)</sup>

세계보건기구와 그 회원국들은 국가보건의료체계를 개편하기 위한 실제적인 전략이 필요하다는 것을 인식하고 1981년에 제 34차 세계보건회의에서 그동안의 국가전략을 개발하기 위한 노력과 경험의 결실로서 “200년대에는 세계 모든 사람들이 건강한 삶을 살 수 있도록 한다.”는 전략을 채택했다. 이러한 전략이 성공적으로 달성되기 위해서는 국가보건의료체계가 적절하게 조화를 이룬 하부체계를 가지고 있어야 한다. 여기서 적절하게 조화를 이룬

하부체계라는 것은 적절한 기술을 사용하면서 모든 사람을 사업대상으로 포함할 수 있는 잘 정의된 보건사업을 수행할 수 있는 체계를 의미하는 것이다. 그런데 나라에 따라서는 물론 같은 유형의 나라들이라도 대상집단에 따라서 조화를 이룬 하부체계를 가진 국가보건의료체계의 형태는 다르기 때문에, 국가보건의료체계의 하위체계의 구조와 기능은 단편적으로 이해하지 말고, 국가보건체계의 개편을 시도해야 한다. 국가보건의료체계의 하부구조는 크게 자원개발, 자원조직, 보건사업의 제공, 경제적 지원, 관리의 5가지 부문으로 구성되는데 이 5가지 부문은 독립되어서 별개로 작용되는 것이 아니라 서로 상호작용하므로 국가보건의료체계를 개편하기 위해서는 위의 5가지에 대한 충분한 고려가 있어야 한다. 이 5가지에 대해서 고려할 때 각 항목에 대해서는 다음과 같은 점에 초점을 맞추어 고려해야 한다.

##### 1) 자원개발

- ① 어떻게 보건요원이 양성되어야 하는지?
- ② 보건의료시설들이 사람들이 요구를 충족시키기 위해서는 어떻게 배치 되어야 하는지?
- ③ 어떻게 1차보건의료가 적절히 강조되어야만 할지?
- ④ 어떻게 보건인력이 양적, 질적인 측면에서 보건사업의 요구에 부응하여 적절히 조정할 수 있는지?
- ⑤ 지나치게 복잡한 기술을 사용하지 않으면서 약과 다른 보건용품이 적절하게 생산되고 분배될 수 있는 지?
- ⑥ 어떻게 과학적인 지식이 국가보건의료체계의 모든 부분에 전파될 수 있는지?

##### 2) 자원의 조직

- ① 수직적이든 수평적이든 보건의료체계의 다양한 조직 단위에 어떻게 원활한 협조가 이루어질 수 있는지?
- ② 어떻게 자원의 지역적 분포가 시장수요에 맞추어지고 사람들의 요구에 따라서 조직될 수 있는지?
- ③ 보사부내에서 공공기관이나 민간기관들의 협조적인 관계를 유지하거나 통합될 수 있는지?
- ④ 모든 조직화된 보건활동들이 지역사회와 통합된 행정체계하에서 운영되어야 하는지?

##### 3) 보건사업의 제공

- ① 어떻게 보건사업이 보건의료 공급자의 취향에 맞추어 공급되지 않고 서비스 받는 수혜자의 요구에

맞추어서 제공될 수 있는지?

- ② 무엇이 예방과 건강의 증진을 강조하기 위한 최고의 방법인지?
- ③ 예방과 치료서비스가 함께 제공될 수 있는지?
- ④ 어떻게 해야 보건요원팀의 팀웍이 최상이 될 수 있는지?
- ⑤ 어떻게 해야 보건시설들이 기능적으로 적절히 연결될 수 있는지?
- ⑥ 어떻게 해야 보건시설들이 환자들의 인간적인 측면을 고려하여 운영될 수 있는지?
- ⑦ 어떻게 해야 치료의 연속성을 유지하며 기록들이나 통신수단들이 최상으로 이용될 수 있는지?

#### 4) 경제적 지원

- ① 보건의료체계에 대한 경제적 지원이 평등을 향상시키기 위한 방식으로서 기획되고, 개인의 경제상태에 맞추어 보건의료서비스가 공급되기 보다는 보건요구에 비례하여 서비스가 공급되도록 기획될 수 있나?
- ② 이렇게 하기 위해서 보험과 세금, 기타 다른 재원조달방식의 이용 방안은?
- ③ 시장경제체제는 보건자원과 서비스의 불균등한 분배를 초래하기 때문에 체계적인 보건기획에 의해서 이러한 문제를 해결할 수 있는가?
- ④ 보건의료체계의 기획을 실천에 옮기기 위하여 국가 경제 전체의 역력이 어느정도이며 이러한 목적을 위한 재원조달은 어느 정도가 적절한가?

#### 5) 관리

- ① 어떻게 하면 보건체계에 대한 관리를 향상시킬 수 있는지?
- ② 행정요원에 대한 적절한 훈련이 도움이 될 수 있는 지?
- ③ 보건요원들이 지역사회 지도자들과 함께 사업을 수행해야 하는지?
- ④ 중앙의 행정당국이 지방에 대하여 어느정도의 책임을 부여하는게 좋은지?
- ⑤ 기획을 강화하기 위하여 어떻게 정보의 흐름을 적절히 이룰지?
- ⑥ 보건체계에 대한 규제가 매일의 운영에서 어떻게 적용될 수 있는지?
- ⑦ 보건의료체계가 계속적으로 평가되고 규칙적인 정보 교류가 지역사회로부터 보다 넓은 단계의 지역사회

로 교환될 수 있는지?

## 2. 보건의료체계개편의 기본방향

보건의료체계는 그 나라 국민들의 건강수준에 지대한 영향을 끼치는 보건의료사업에 관한 제반 법률과 제도이다. 이러한 보건의료체계는 그 나라의 정치, 경제, 사회, 문화적인 특성을 반영하는 것이기 때문에 나라마다 그 형태는 다르다. 따라서 보건의료체계는 그 나라의 정치, 경제, 사회, 문화, 시대적인 상황의 변천을 고려하여 개편되어야 할 것이다. 이러한 관점으로 볼 때 근래의 우리나라는 전국민의료보험의 실시, 정부의 복지사회를 위한 노력, 국민들의 높은 보건의료요구, 인구의 노령화, 지방자치체 실시와 같은 사회적 여건에 부응하는 보건의료체계의 개편이 불가피하게 되었다. 이와같은 점을 고려하여 본 글에서는 우리나라 보건의료체계의 기본방향을 다음과 같이 제시하고자 한다.

### 1) 자유경제체제중심의 보건의료체계개편

현재 우리나라 보건의료체계의 골격은 자유방임주의 방식을 취하고 있다. 보건의료체계는 그 나라 국민성과 문화·사회·정치·경제적 요인이 반영된 것이므로 제도의 우월성을 단순 비교하기는 어렵지만 의료서비스의 균점, 자원의 효율성, 국민의료비등의 관점으로 보건의료체계를 바라 보았을 때는 자유방임형 보건의료체계는 개선되어야 할 과제가 많다.

오늘날 선진각국이 정부예산증가는 억제 해야할 입장에 있는데 반해, 보건의료비의 지출은 계속적으로 증가함에 따라 보건의료비 억제 대책을 마련해야 할 실정이다. 억제에 있어서 고려해야할 중요한 사항은 효율성의 문제이다.

왜냐하면, 예산을 줄이면서 국민건강수준을 향상시키기 위해서는 자원의 효율성을 증대시키는 수 밖에 없기 때문이다.

자유경제체제를 취하는 국가인 미국과 NHS방식을 취하는 영국이나 기타 유럽국가를 비교해보면 자유경제체제 중심의 보건의료체계는 비효율적이라는 것을 뒷받침하는 사실이 나타난다.<sup>16)</sup>

즉, 세계에서 GDP의 가장 많은 부분을 보건의료비로 투자하는 미국이 NHS방식을 취하는 영국이나 기타 유럽 국가에 비해 영아사망율, 평균수명에는 별 차이가 없는 것으로 나타났다. 이와같이 자유경제체제를 바탕으로 하

는 보건의료체계는 자원의 효율적 이용 측면으로 보았을 때는 비효율적으로 나타났으므로 우리나라 보건의료체계도 영국과 같은 NHS방식의 도입을 단계적으로 실시하여야 할 것이다. 물론, 공공보건의료가 취약한 우리나라가 당장 NHS의 체계를 도입하는 것은 불가능하기 때문에 단계적으로 보건의료체계를 개편하여야 할 것이다.

사실 최근까지 정책결정자들은 의료의 접근도와 형평성의 문제를 중요시하여 효율성의 문제에는 많은 관심을 가지지 않았다. 또한, 보건의료인들에게 있어서 효율성의 개념은 문화적으로 익숙하지 않은 개념이므로 이것을 충분히 고려하여 보건의료인들에게 효율성의 중요성을 인식시킨 다음에 국가보건체계를 정비해야 할 것이다.<sup>16)</sup>

## 2) 지역중심의 보건의료체계

본격적인 지방자치화 시대에 부응하는 보건의료체계는 지역중심의 보건의료체계일 것이다. 왜냐하면 보건의료체계라는 것은 그 구성원의 특성이나 지역사회의 여건이 반영되어야 하는데 그러기 위해서는 지역중심의 보건의료체계가 이루어져야 하고, 더 나아가 지역중심의 보건의료체계가 의료비의 절약도 도모할 수 있기 때문이다. 그래서 지방자치제의 연계되는 지방보건기획이 수립되고 지역중심의 자원개발 및 관리체계가 개발되어야 할 것이다.

유럽국가의 보건의료체계의 특성을 살펴보면 중앙정부와 지방정부간의 역할분담을 통하여 보건의료비를 절감한 사실을 알 수 있다. Bengt Jonsson과 같은 사람은 80년대의 유럽의 보건의료체계에서 배울 수 있는 가장 중요한 교훈은 중앙정부와 지방자치단체간의 역할분담이라고 주장하면서, 유럽국가는 중앙의 기획과 통제보다는 지역을 중심으로 예산을 운영하여 보건의료비를 절약하고 있다고 했다.<sup>18)</sup>

여기서 중요한 사실은 중앙정부와 지방정부의 역할분담이다. 지역중심의 보건의료체계를 운영할 때 중앙정부가 수행해야 할 기능으로는 전체보건예산, 포괄적인 보건의료체계에 관한 결정과 지역의 보건의료비 지출수준에 관한 통제역할을 수행하고 기획이나 관리는 지역사회 수준에 일임하는 것이 좋을 것이다.

## 3) 노인문제에 대처하는 보건체계

아직까지는 우리나라의 노인문제가 심각하지 않으나 계속하여 노인인구가 증가하는 추세이므로 선진국의 경험을 바탕으로 이에 대처할 수 있는 보건의료체계로 정

비되어야 할 것이다. 예를 들자면 노인 전용병원을 만들어서 노인병원에 대한 계속적인 연구와 치료를 담당하게 하고 가정간호사제도를 확대 개편하여 노인들에 대한 계속적인 건강관리가 이루어지도록 해야 할 것이다.

특히, 장래를 전망하면서 노인의학 전공의사 및 간호사의 장기수급계획을 수립하여야 할 것이 시급한 과제이다. 이 분야에서 현재 양성하고 있는 보건의료 인력은 현재 너무 취약한 실정이다.

## 4) 공공보건의료체계의 정비

우리나라의 공공보건체계는 내무부와 보사부로 이원화되어 있으며 국민보건에 있어서 국민들의 기대 수준에 부응하지 못하고 있다. 앞으로 우리가 당면할 보건문제는 주로 성인병과 관련이 있는 만성병인데, 이러한 병은 예방이 가장 중요하므로 이런 역할을 수행해줄 수 있는 공공보건체계를 정비하는 것이 중요하다. 또한, 현재 우리나라에서 대표적인 공공보건조직인 보건소가 부족한 실정으므로 필요한 만큼 보건소의 수를 늘려야 할 것이다.

영국에서 1970년대에 10년간에 전국의 보건소를 212개에서 950개소로 4배 이상 확충한 사실을 상기해야 할 것이다. 가까운 일본에서도 우리나라의 보건지소에 해당하는 지방보건센터가 건설하게 운영되고 있는 것을 볼 수 있다. 따라서 우리나라도 보건소-보건지소-보건진료소를 계선조직화하는 보건행정의 일원화를 기함과 동시에, 특히 보건지소를 행정기관화하여 정식공무원으로 지소장을 보직케하고 주민의 건강증진 및 예방보건사업, 모자보건사업 나아가 성인병 관리 사업을 추진하는 지방보건중심이 되도록 15명 이상의 보건인력구성이 시급하다.

## 5) 새로운 의료기술에 대처할 수 있는 보건체계

의료의 전문화가 가속화 되어 새로운 고급의료기술이 계속적으로 개발되고 있다. 문제는 보건의료체계가 새로운 의료기술의 계속적인 발전과 이용을 적절히 통제할 수 있느냐다. 새로운 기술의 개발비용은 비쌀뿐만 아니라 필요한 환자에게 이용시 경제적인 부담을 주기 때문이다. 따라서, 이런 문제에 능동적으로 대처할 수 있도록 연구중심의 병원을 만들고, 새로운 의학기술이 개발 되었을 때는 국민들이 이를 이용할 수 있도록 실용화시킬 수 있는 보건체계가 되어야 할 것이다.

## 6) 보건정보체계의 확충

정보화사회에 부응하는 보건체계가 되기 위해서는 보건정보체계의 확충이 필요하다. 현재 우리나라는 국가전산

망의 계획에서 행정전산망내에 보건정보체계를 구축하고 있는데, 국민들의 건강에 대한 높은 관심을 생각할때는 보건정보체계를 행정전산망에서 독립시켜서 독자적인 보건정보체계를 형성해야 할 것이다.

### 참 고 문 헌

1. 김채윤, 권태환, 홍두승 ; 사회학개론, 서울대학교 출판부, pp 13-17, 1986.
2. 허정 , 보건행정학원론, 신광출판사, pp 384-385, 1992.
3. J. C. Sallow ; Health Care Delivery Systems, Westive Press, pp 23-25, 1992.
4. B. M. Klezkowski, M. I. Roemar and A. V. Der Werff ; National Health Systems and their reorientation towards health for all, WHO, pp 13-31, 1984.
5. B. M. Klezkowski, M. I. Roemar and A. V. Der Werff ; National Health for all, WHO, pp24-25,1984
6. B. M. Klezkowski, M. I. Roemar and A. V. Der Werff ; national Health Systems and their reorientation towards health for all, WHO, pp 26-31, 1984.
7. J. C. Salloway ; Health Care Delivery System, Westive Press, pp 31-34, 1982.
8. J. C. Salloway ; Health Care Delivery System, Westive Press, pp 34-35, 1982.
9. J. C. Salloway ; Health Care Delivery System, Westive Press, pp 25-31, 1982.
10. 허정, 보건행정학원론, 신광출판사, pp 384-385, 1992.
11. 허정, 보건행정학원론, 신광출판사, pp 384-385, 1992.
12. 허정, 보건행정학원론, 신광출판사, pp 388, 1992.
13. B. M. Klezkowski, M. I. Roemar and A. V. Der Werff ; National Health Systems and their reorientation towards health for all, WHO, pp 32-41, 1984.
14. R. Maxwell ; Health Care Growing Dilemma(Patterns of organization by Mckinsey Survey Report), pp 33-49, Mckinsey and company 1974.
15. B. M. Klezkowski, M. I. Roemar and A. V. Der Werff ; National Health Systems and their reorientation towards health for all, WHO, pp 143-45, 1984.
16. Alain C. Enthoven, International comparisons of health care systems, OECD SOCIAL POLICY STUDIES No. 7., p 58, 1990.
17. George J. Schieber and Jean-Price Poullier, Overview of international comparisons of health care expenditures, OECD SOCIAL POLICY STUDIES No. 7. p 15, 1990.
18. Bengt Jonesson, What can Americans learn from Europeans, OECD SOCIAL POLICY STUDIES No. 7., p 58, 1990.

<Summary>

## The review of Health Care System

Young Il Chung\*, Sung Hong Kang\*\*

This study is aimed both to define a conception of Health Care Systems and to suggest Desirable Reorganization Directions in Korea.

The Desirable Reorganization Directions of Health Care System in Korea is as follows :

1. The Health Care System of Free Market System has to reorganize step by step for the Directions of National Health System.
2. The Health Care System has to reorganize with local socite as the center of local community. Especially, Health Sub-Center should be reorganized to provide Compresensive Health Care, so that the Sub-Center consist at least 15 members of health workers including a chief of governmental office.
3. The Health Care System has to reorganize for the Directions responding problems of the Elder, New Medical Technology Development, and Health Information System.

\* Professor of Health Administration, Department of Public Health, Inje University.

\*\* Doctoral Candidate, Department of Public Health, Inje University.