

우리나라 건강수준의 OECD 국가들과의 비교

A Comparison of Health between Korea and Other OECD Countries

강은정 한국보건사회연구원 연구위원

1. 서론

OECD (Organization for Economic Co-operation and Development)가 처음 발족되었던 1960년에 회원국들의 의료비는 평균적으로 GDP의 약 4%를 차지하였으나, 2007년에는 9%로 상승하였다¹⁾. 2007년 현재 우리나라 국민의료비는 GDP의 6.8%로 OECD 국가 평균인 9%에 비해 여전히 낮은 편이나 1997년부터 2007년까지 그 증가 속도는 12.01%로 OECD 평균인 7.54%보다 훨씬 높을 뿐만 아니라 OECD 국가 중 최고 수준이다²⁾. 이처럼 보건의료 분야가 전체 경제활동에서 차지하는 비중은 점차 높아지고 있으며 특히 2008년 하반기부터 시작된 세계적인 경기침체 속에서 의료비에 대한 각국의 부담은 가중될 수밖에 없다.

이러한 현실 속에서 보건의료체계는 주어진 예산 속에서 더욱 효율적으로 운영됨으로써 높은 성과를 얻어야 할 것이다. 보건의료체계가 각국마다 차이가 있겠지만 보건의료체계의 성과를 높이고자 하는 공통의 목적을 갖는다. 보건의료체계의 성과를 높이기 위한 공통적인 정책 목표에는 첫째, 국민의 건강수준 및 의료처치에 의한 건강 결과의 향상, 둘째, 충분하고 형평적인 의료서비스에 대한 접근성, 셋째, 보건체계의 반응성 증대, 넷째, 보건체계의 효율성 증대, 다섯째, 지속가능한 비용 및 재정 보장 등이 포함된다³⁾. ‘한 눈에 보는 OECD 보건지표 (OECD Health at a Glance)’는 이러한 정책 목표들을 평가할 수 있는 지표들과 관련된 배경적 정보들로 구성되어 있다. 이 글에서는 ‘한 눈에 보는 OECD 보건지표 2009⁴⁾’의 핵심 지표들을

1) OECD, Health at a Glance 2007: OECD Indicators. OECD, Paris, 2007.

2) 보건복지부 내부 자료

3) OECD, Towards High-performing Health Systems, OECD, Paris, 2004.

4) OECD, Health at a Glance 2009: OECD Indicators. OECD, Paris, 2009.

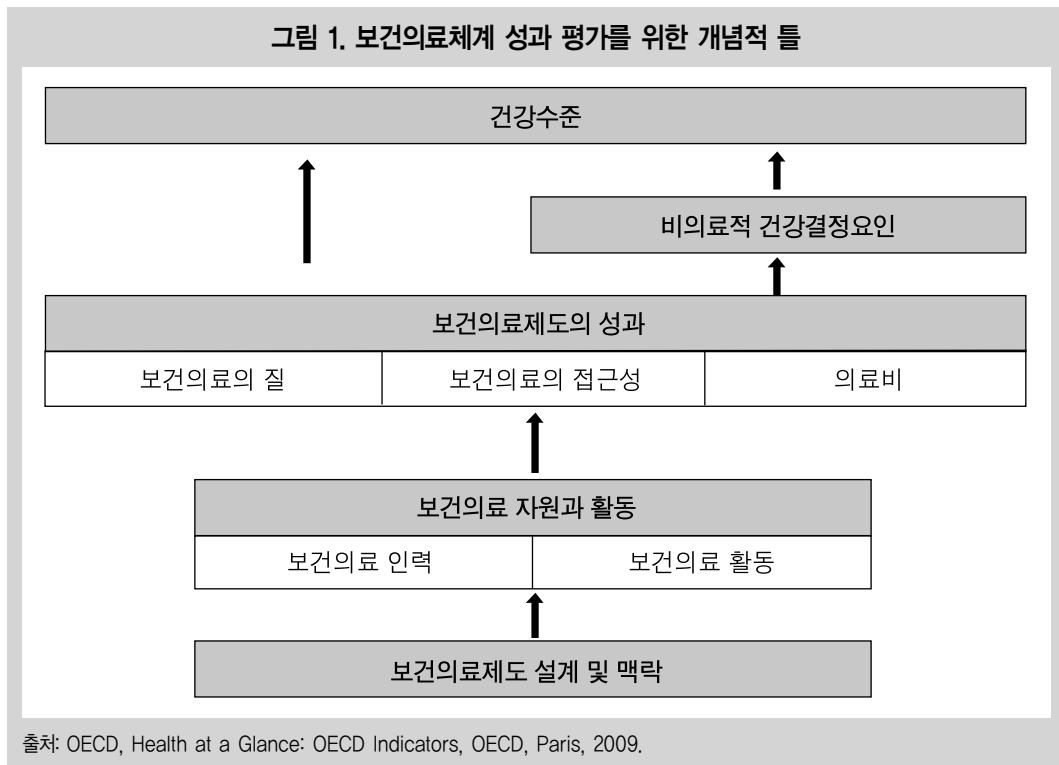
중심으로 우리나라의 보건정책을 평가하고 정책 방향을 제시하고자 한다.

2. 보건의료체계 성과 평가를 위한 개념적 틀

[그림 1]은 ‘한 눈에 보는 OECD 보건지표 2009’에서 제시하는 보건의료체계의 성과를 파악할 수 있는 개념적 틀을 보여준다. 이 틀은 공중보건의 관점에서 폭넓게 보건의료체계의 성과를 파악할 수 있게 해준다.

[그림 1]은 보건의료체계의 궁극적인 목표가

국민의 건강수준을 높이는 것임을 보여준다. 국민의 건강수준은 직접적으로 보건의료체계의 성과와 건강의 비의료적 결정요인에 의해 영향을 받는다. 전자는 보건의료의 질, 보건의료 접근성, 의료비 등 우리가 건강보험, 병원에서 의료서비스 등 보건의료제도 속에 포함된 각종 활동들로부터 이루어진 결과를 뜻하는 반면, 후자는 이를 제외한 사회, 경제, 물리적 환경과 개인의 생활방식이나 행태 등을 말한다. 보건의료체계의 성과는 보건의료 인력과 활동의 영향을 받으며 이것은 또한 보건의료체계의 설계와 맥락에 의해 영향을 받는다.



3. 우리나라와 OECD 국가들의 건강지표 비교⁵⁾

1) 건강수준

수명은 건강수준을 나타내는 가장 오래된 지표 가운데 하나이다. 여기서는 0세에서의 기대여명, 65세에서의 기대여명, 그리고 영아사망률을 비교하였다. 먼저 OECD 국가들의 0세에서의 기대여명의 평균은 남자 76.3세, 여자 81.9세였고, 우리나라는 남자 76.1세, 여자 82.7세로서 30개국 가운데 각각 21위와 14위를 차지하였다. 전체 인구의 평균을 비교하였을 때는 우리나라가 79.4세로 OECD 평균인 79.1세보다 약간 높은데 이는 여자의 기대여명이 높기 때문이다. 65세에서의 기대여명의 경우 여자는 OECD 평균인 20.2세보다 높은 20.5세인데 남자는 16.3세로 OECD 평균인 16.9세에 못 미쳤다. 영아사망률의 경우 우리나라는 1970년 이후 30년간 포르투갈, 룩셈부르크에 이어 세 번째로 많이 감소하였다. 그리하여 2007년 현재 OECD 평균 3.9보다는 다소 높은 4.1을 기록하였다.

‘한 눈에 보는 OECD 보건지표’에는 사망원인별 사망률 지표들이 여러 개 있다. 2006년 현재 허혈성심질환에 의한 사망률은 일본 다음으로 가장 낮으나 뇌졸중에 의한 사망률은 헝가리, 포르투갈, 체코에 이어 네 번째로 높아 대조를 이루고 있다. 우리나라 남자와 여자의 인구 십만 명당 연령표준화 뇌졸중 사망률은

각각 97과 64인데 OECD 평균은 각각 60과 48이었다. 인구 십만 명당 연령표준화 암 사망률에 있어서는 남자의 경우 2006년 현재 전체 암 사망률이 242로서 OECD 평균인 212보다 높은 편이다. 전립선암 사망률은 OECD 국가 중 가장 낮으나 폐암으로 인한 사망률은 일곱 번째로 높았다. 반면 여자의 경우는 인구 십만 명당 암 사망률이 OECD 평균인 126보다 낮은 95였고 대표적인 여성 암인 유방암으로 인한 사망률도 2006년 현재 OECD 국가 중 가장 낮은 수준이었다.

사망원인별 사망률 가운데 교통사고와 자살로 인한 사망률은 우리나라가 매우 높은 수준이다. 2006년 현재 인구 십만 명당 연령표준화 교통사고 사망률은 16.1로 OECD 평균인 9.6보다 컸는데 이는 멕시코와 포르투갈에 이어 세 번째로 높은 수준이다. 또한 인구 십만 명당 연령표준화 자살 사망률은 더욱 심각하여 2006년 현재 OECD 국가 가운데 가장 높은 21.5를 기록하였다. 즉, 우리나라는 교통사고로 인한 사망률보다 자살 사망률이 더 높은 것이다. 한편 OECD 평균 자살 사망률은 11.1로서 우리나라의 절반 수준이었다. 또한 주목해야 할 것은 여성의 자살인데 여성의 자살 사망률은 OECD 평균인 5.2보다 두 배가 넘는 13.2로서 역시 OECD 국가 중 1위이다. 남성 자살 사망률은 32로서 우리나라가 36.3인 헝가리에 이어 2위이다.

5) 별도의 언급이 없는 이상 2009년 OECD에서 발간한 Health at a Glance: OECD Indicators 2009의 자료를 인용함. 이 보고서는 2007년 자료 혹은 가용한 최근 년도의 자료를 사용하였다.

2) 비의료적 건강결정요인

세계보건기구는 흡연, 음주, 비만, 영양 등 건강행태가 전체 질병부담의 44% 기여하고, 대기, 수질, 작업 환경 등 환경적 요인이 8.9%를 차지한다고 하였다⁶⁾. 이는 보건의료체계를 벗어난 비의료적 요인의 중요성을 말해준다.

성인의 매일흡연율, 즉 성인 가운데 매일 흡연하는 자의 비율은 우리나라가 25.3%로 OECD 평균인 23.6%보다 높았다. 이를 성별로 보면 남자의 매일흡연율이 47%로 터키(51%), 그리스(50%)에 이어 세 번째로 높았다. 반면 여자의 매일흡연율은 5%로 OECD 평균인 19%에 비해 상당히 낮은 수준이었다. 그러나 1995년에서 2007년 사이 흡연율이 감소하였다는(여자 -16%, 남자 -30%) 점과 특히 남자의 경우 감소폭이 OECD 평균인 -21%보다 더 컸다는 점은 긍정적인 측면이라고 할 수 있다.

높은 흡연율과는 달리 15세 이상의 알코올 소비량에 있어서 우리나라는 인구 1인당 8.0리터로 OECD 평균인 9.7리터보다 낮은 수준이고, 이는 30개국 중 7위에 해당된다.

최근 우리나라에서 비만 인구의 증가가 중요한 보건 문제로 떠올랐으나, OECD 국가들과 비교했을 때 성인의 비만율은 아직 낮은 수준인 것으로 나타났다. 우리나라 성인 인구의 3.5%가 비만인데 반해 OECD 평균은 15.4%였다. 우리나라의 비만율은 일본에 이어 두 번째로 낮은 것이다. 높은 비만율을 가진 나라에는 미국(34.3%), 멕시코(30.0%), 뉴질랜드(26.5%), 영

국(24.0%) 등이 있다.

3) 보건의료 인력과 활동

(1) 보건의료 인력

보건 부문의 인력은 대부분 환자에게 직접 의료서비스를 제공하는 전문 인력으로서 의사, 간호사, 치과의사, 약사 등이 포함된다. 우리나라 총 민간고용 중 보건 및 사회 부문의 고용 비중은 2008년 현재 3.6%이며 OECD 평균인 9.9%에는 크게 못 미치는 수준이다. 그러나 1995년부터 2008년 사이에 보건 및 사회 부문의 연평균 고용 증가율은 OECD 국가 가운데 가장 높은 8.1%였다. 따라서 보건 및 사회 분야 인력시장이 향후 증가할 것이라고 예측할 수 있다.

인구 1,000명당 활동 의사, 즉 인턴, 레지던트를 포함하여 환자에게 직접 의료서비스를 제공하는 의사 수는 OECD 평균 3.1명이며, 우리나라는 이에 크게 못 미치는 1.7명이다. 비록 1990년과 2007년 사이 우리나라의 인구 1,000명당 활동 의사 수는 연평균 4.5%로 OECD 국가 가운데 가장 급속하게 성장하였으나, 2007년 현재 터키에 이어 두 번째로 낮은 수준에 머물러 있다. 일반의와 전문의의 수에 있어서 전문의는 아홉 번째로 낮고, 일반의는 네 번째로 낮아 일반의의 수가 상대적으로 더욱 낮음을 알 수 있다. 전문의 가운데 정신과의사의 수는 인구 십만 명당 5명으로 OECD 평균 15명에 비해 매우 낮은 수준이었다.

우리나라의 활동 간호사, 즉 직접 환자에게

6) 정영호 외, 우리나라 국민의 건강결정요인분석, 한국보건사회연구원·건강증진사업지원단, 2006

서비스를 제공하는 간호사 또한 활동 의사와 마찬가지로 2000년 이후 OECD 국가 가운데 가장 많이 증가하였음에도 불구하고 인구 1,000명당 4.2명으로 OECD 평균인 9.6명의 절반도 못 미치며 네 번째로 낮은 수준에 있다. 인구 십만 명당 치과의사 수도 지난 1990년 이후 2007년까지 연평균 4.7%로 OECD 국가 중 두 번째로 높은 성장을 하였지만 2007년 현재 네 번째로 낮은 수준에 있다.

의사, 간호사, 치과의사에 비해 인구 십만 명당 약사 수는 그나마 높은 편이다. 2007년 현재 우리나라 인구 십만 명당 약사 수는 6.5명으로 OECD 평균 7.6보다는 낮지만 OECD 국가들 가운데 11번째로 낮은 수준이었다.

(2) 보건의료 활동

보건의료 활동은 일차진료와 병원에서 제공되는 서비스를 비롯한 다양한 보건의료서비스 이용과 의약품, 의료기기와 같은 재화의 이용을 포함한다.

먼저 보건의료서비스 이용을 나타내는 지표들 중 인구 1인당 연간 의사진찰건수를 보면 2007년 현재 우리나라는 11.8건으로 OECD 평균 6.8건보다 높으며, 이는 OECD 국가 가운데 세 번째로 높은 수준이다. 의사 1인당 진찰건수를 보면 우리나라는 연간 7,251건으로 OECD 국가 가운데 가장 높다. 앞서 인구 1,000명당 활동 의사 수의 낮은 수준과 대조적인 현상이라고 할 수 있다.

우리나라는 CT와 MRI와 같은 고가장비의 공급 및 이용이 높은 편이다. 2007년 현재 우리나

라의 인구 100만 명당 MRI 수와 CT 수는 각각 16대와 37.1대로 OECD 평균 11대와 22.8대보다 높다.

우리나라는 급성환자 치료용 병상 수도 일본에 이어 두 번째로 높아서 2007년 현재 인구 1,000명당 7.1개였고 OECD 평균은 3.8이었다. 반면에 병원 퇴원은 OECD 평균보다 낮은 편이어서 병상 회전율이 매우 떨어지고 있음을 알 수 있다. 2007년 현재 인구 1,000명당 병원 퇴원은 OECD 평균 158건인데 반해 우리나라는 132건이었다.

4) 보건의료체계의 성과: 보건의료의 질, 접근성, 비용

(1) 보건의료의 질

‘한 눈에 보는 OECD 보건지표 2009’는 만성질환, 정신질환, 암, 전염성질환으로 나누어 질 지표들을 보고하고 있으나 여기서는 만성질환과 암에 대한 지표들을 살펴보았다. 만성질환에 대해서는 피할 수 있었던 의료이용과 급성약화로 인한 의료이용에 관한 지표가 포함되어 있는데 우리나라는 천식, COPD, 고혈압에서 피할 수 있었던 입원이 OECD 평균보다 많고, 당뇨병으로 인한 하지절단, 급성 당뇨 합병증으로 인한 입원, 유행성 심부전증으로 인한 입원은 OECD 평균보다 피할 수 있었던 입원이 낮은 것으로 나타났다. 만성질환 환자의 입원 치료의 질을 나타내는 병원 사망률에 있어서 급성심근경색증 입원환자의 입원 30일 이내 원내 사망률은 OECD 국가 중 가장 높은 것으로 나타났으나 허혈성 뇌

졸중 환자와 출혈성 뇌졸중 환자의 연령 표준화 원내 사망률은 각각 2.4와 11.0으로 OECD 평균인 5.0과 19.8에 비해 매우 낮은 수준이었다.

암 치료의 질을 나타내는 5년 상대생존율에 있어서 우리나라는 우수한 것으로 나타났다. 자궁경부암의 경우 자료가 있는 14개 OECD 국가 중 2002~2007년 상대생존율이 가장 길었고, 대장암의 경우도 OECD 평균인 57.4%보다는 높은 58.1%였다. 그러나 유방암의 상대생존율은 75.5%로 OECD 평균인 81.2%보다 낮았다.

(2) 보건의료 접근성

우리나라에서는 터키, 멕시코, 미국 등 일부 국가를 제외한 OECD 회원국 대부분의 경우와 마찬가지로 핵심서비스에 대한 의료보장이 100% 제공된다. 문제는 보건의료서비스를 구입하기 위한 본인부담금의 비중이 높다는 것인데 2007년 현재 총 가구소비에서 보건의료 본인부담금이 차지하는 비중이 OECD 평균 3.0%에 반해 우리나라는 4.6%로 스위스 5.9%, 그리스 5.9%에 이어 세 번째로 높았다. 또한 총 치료비 중 본인부담이 차지하는 비율은 2006년 현재 우리나라가 91%로 OECD 평균 59%보다 매우 높은 수준이다.

(3) 의료비

국민의료비는 의료재화와 의료서비스의 최

종소비와 보건의료 인프라에 대한 자본투자를 합한 것으로서 의료서비스 및 의료재화, 공중보건 및 예방 프로그램, 행정에 대한 공공 자원 및 민간 자원(가계지출 포함) 지출을 포함한다. 우리나라의 1인당 국민의료비는 2007년 현재 1,688 USD PPP⁷⁾로서 OECD 평균인 2,984 달러보다 낮은 수준이고 전체 회원국 가운데 일곱 번째로 낮았다. GDP 대비 국민의료비의 비중도 2007년 현재 6.8%로 다섯 번째로 낮은 수준이었다. 그러나 1인당 국민의료비의 증가율은 OECD 국가 가운데 가장 빨라서 1997~2007년 10년 동안 연평균 1인당 국민의료비 증가율은 8.7%로 OECD 평균인 4.1%의 두 배가 넘었다.

약제비는 대부분의 OECD 회원국에서 전체 국민의료비의 상당 부분을 차지한다. 우리나라에서 약제비의 비중은 상대적으로 더 높아서 GDP의 1.7%를 차지하고 이는 OECD 평균인 1.5%보다 높은 수준이다.

의료비 재원에 있어서 공공과 민간의 분담 비율의 경우 우리나라는 본인부담과 민간의료보험 지출의 비중이 39.8%로서 멕시코와 미국에 이어 세 번째로 높다. 반면에 공공의료비의 비중은 54.9%로 세 번째로 낮은 수준이다.

마지막으로 의료관광의 경우 2007년 현재 우리나라는 의료관광 수출, 즉 외국인의 국내 진료 (62백만 USD)보다는 의료관광 수입, 즉 내국인의 외국 진료 (133백만 USD)의 규모가 더 크고 2004년부터 2007년까지 연평균 증가율도 더 큰 것으로 나타났다 (수출 4%, 수입 12%).

7) US dollar Purchasing Power Parity의 약자로 각국의 지출수준을 비교하기 위해 의료비를 미국달러로 환산하고 각국 통화의 구매력 차이를 고려하기 위한 구매력환산지수를 뜻한다.

4. 우리나라 보건지표에 대한 평가

<표 1>은 이상에서 살펴본 우리나라의 보건 지표들을 OECD 평균 수준과 비교하여 좋은 지표와 나쁜 지표로 단순하게 분류한 것이다. 비록 단순하기는 하지만 우리나라 보건정책의 우선순위를 판단하기 위한 기초적인 정보가 될 수 있을 것이다.

보건의료체계의 궁극적인 목표인 건강수준의 향상 측면에서 여자의 기대여명, 영아사망률, 허혈성심질환 사망률, 그리고 여자 암 사망률, 특히 유방암 사망률은 OECD 평균보다 나은 반면 남자의 기대여명, 뇌졸중 사망률, 남자 암 사망률, 특히 폐암 사망률, 그리고 교통사고와 자살로 인한 사망률은 OECD 평균보다 못한 것으로 나타났다. 남자의 짧은 기대여명은 높은 폐암 사망률과 관련이 있고 이는 남자의 매일 흡연율이 높은 것과 관련이 있을 수 있다. 뇌졸중의 경우 보건의료의 질 지표에서와 같이 입원 30일 이내 사망률은 낮아서 일단 병원으로 들어온 이후의 생존률은 높은 수준이기 때문에 병원에 입원하기 전에 발생하는 사망을 줄이는 방안이 중요할 것으로 보인다.

비의료적 건강결정요인 가운데 여성의 흡연, 알코올 소비, 그리고 성인 비만은 OECD의 다른 회원국들에 비해서는 상대적으로 좋은 위치에 있다고 보인다. 그러나 알코올의 경우 국민 전체의 소비량은 상대적으로 낮을지라도 음주로 인한 질병 발생, 사고 등으로 인한 사회적 비용이 18조 6천만원임⁸⁾을 고려할 때 여전히 심

각한 보건 문제라고 할 수 있다. 비만의 경우도 전체적으로 아직 낮은 수준이고 여자의 비만율은 큰 변화가 없지만('98년 26.2%, '07년 26.3) 남자의 비만율이 빠르게 상승하는 추세('98년 25.1%, '07년 36.2%)에 있기 때문에 관심을 가져야 할 정책대상이다.

우리나라의 보건의료 인력과 활동은 극히 대조적인 모습을 갖고 있는데 보건의료 인력은 낮은 수준인데 보건의료 활동 지표는 높은 수준을 갖고 있는 것으로 나타났다. 긍정적으로 본다면 우리나라 보건의료 인력의 생산성이 매우 높다는 것을 의미할 수 있다. 동시에 불필요한 의료 이용이 소비자에게 제공되고 있을 가능성도 있어서 적정 진료를 위한 모니터링과 관리가 중요한 정책과제가 될 것이다.

보건의료의 질, 접근성, 의료비는 모두 보건의료체계의 성과를 나타내는 영역이다. 보건의료 질의 측면에서는 다수의 지표에서 OECD 평균보다 우수하다는 결과가 나왔으나 천식, COPD와 같은 호흡기질환과 고혈압은 피할 수 있는 입원이 많은 것으로 나타나 보다 체계적인 관리체계가 필요함을 보여준다. 보건의료의 접근성 측면에서는 본인부담을 감소하여 실질적인 보장성을 확대하는 방안이 지속적으로 추진되어야 할 것이다. 마지막으로 의료비 측면에서 아직까지는 국민의료비가 전체 경제에서 차지하는 비중이 높은 편이 아니지만 인구 고령화의 빠른 전개와 함께 OECD 국가들 중 가장 빠른 속도로 증가하고 있기 때문에 지속가능한 보건의료체계를 위한 공공 및 민간 부문

8) 정영호 외, 우리나라 국민의 건강결정요인 분석, 한국보건사회연구원, 2006.

표 1. OECD 평균 대비 우리나라 보건지표의 비교 결과

영역	OECD 평균보다 좋은 지표	OECD 평균보다 나쁜 지표
건강수준	0세 기대여명 (여자)	0세 기대여명 (남자)
	65세 기대여명 (여자)	65세 기대여명 (남자)
	영아사망률	뇌졸중사망률
	허혈성심질환 사망률	암 사망률 (남자/폐암)
	암 사망률 (여자/유방암)	교통사고 사망률
		자살 사망률
비의료적 건강결정요인	매일 흡연을 (여자)	매일 흡연을 (남자)
	알코올 소비량	
	성인 비만율	
보건의료 인력과 활동 (높은 것을 긍정적으로 평가)	인구 1인당 연간 의사진찰건수	총 민간고용 중 보건 및 사회 부문의 고용 비중
	의사 1인당 진찰건수	인구 1,000명당 활동 의사 수
	인구 100만 명당 CT, MRI 수	인구 십만 명당 정신과의사 수
	급성환자 치료용 병상 수	인구 1,000명당 활동 간호사 수
		인구 십만 명당 치과의사 수
		인구 십만 명당 약사 수
	인구 1,000명당 병원 퇴원건수	
보건의료의 질	당뇨 하지절단, 급성 당뇨 합병증, 울혈성 심부전증으로 인한 피할 수 있는 입원	천식, COPD, 고혈압으로 인한 피할 수 있는 입원
	허혈성 및 출혈성 뇌졸중 입원 환자의 30일 이내 원내 사망률	급성심근경색증 입원 환자의 30일 이내 원내 사망률
	자궁경부암 5년 상대생존율	유방암 5년 상대생존율
	대장암 5년 상대생존율	
보건의료 접근성	핵심서비스에 대한 의료보장	본인부담금 비중 (특히 초과)
의료비 (낮은 것을 긍정적으로 평가)	1인당 국민의료비	1인당 국민의료비의 증가율
	GDP 대비 국민의료비	GDP 중 약제비 비중
		높은 본인부담과 민간의료보험 지출 비중
		낮은 공공의료비 비중
		의료관광 수입이 수출 초과

의 재정관리가 중요한 과제라고 할 수 있다.

5. 결론

우리나라의 보건의료체계를 OECD가 발간한 ‘한 눈에 보는 OECD 보건지표 2009’ 자료

를 중심으로 살펴보았다. 보건의료체계의 궁극적인 목표라고 할 수 있는 기대여명에 있어서 우리나라는 전체적으로 OECD 평균보다 조금 나은 수준인데 이는 남자의 기대여명이 OECD 평균보다 낮음에도 불구하고 여자의 기대여명이 높기 때문이다. 따라서 보건정책의 대상 인구집단으로는 남자에 우선순위가 주어져야 하

며, 특히 이들의 흡연, 음주, 비만 등 생활습관 개선에 중점적인 지원이 필요할 것으로 보인다.

보건의료 인력과 활동에서 두드러진 특징은 적은 인력으로 많은 활동을 한다는 것이다. 이것은 인력의 생산성이 높다는 점에서 긍정적인데 하지만 불필요한 서비스가 이루어지고 있을 가능성이 있어 보건의료서비스의 적절성에 대한 평가가 이루어질 수 있는 체계가 필요하다. 또한 본인부담이 높은 상황에서 국민의료비가 급속하게 증가하고 있기 때문에 지속가능한 재원조달이 전체 보건의료체계의 설계에 있어서 중요한 문제라고 할 수 있다.

[그림 1]에서와 같이 보건의료제도는 인력 등의 자원과 보건의료 활동에 따라 성과가 나타나고 보건의료제도의 성과는 비의료적인 건강 결정요인을 통해서 또는 직접적으로 건강수준

을 결정하게 된다. [그림 1]은 또한 보건의료 인력과 활동을 결정하는 제도 설계와 맥락이 있음을 보여주고 있는데 진료비 지불제도, 의료전달 체계, 보험체계 등의 제도와 인구구조와 같은 사회환경적 요인들이 포함된다. 보건의료제도의 성과를 높이고 궁극적으로 국민의 건강을 향상하기 위해 최근 논의가 활발한 제도 설계에는 총액예산제, 주치의제도, 민간의료보험, 영리법인 등이 있다. 제도의 설계가 보건의료체계의 다양한 요소에 영향을 미칠 수 있음을 고려한다면 어떤 제도를 시행하기 전에 그 제도가 직접적으로 달성하고자 하는 목표뿐만 아니라 [그림 1]에 포함된 모든 요소들에 대한 포괄적인 평가를 거침으로써 장단점을 분석하는 것이 중요하다. **본문**