

# 베트남 보건의료의 개혁: 이슈와 과제

## Health Care Reform in Vietnam: Issues and Tasks

백용훈(서강대학교 동아연구소 연구교수)

Yong-Hun Beak(Institute of East Asian Studies at Sogang University)

이 글에서는 베트남 보건의료 개혁 과정의 특징을 짚어보고, 최근의 주요 이슈 및 과제를 살펴본다. 베트남은 1980년대 후반 보건의료 개혁을 시작할 당시에 지역사회에서 무료로 의료서비스를 제공할 수 있는 공공의료 시스템을 갖추고 있었다. 이로써 예방적 의료 및 모자보건 관련 건강지표는 꾸준히 개선되어 왔다. 하지만, 사회보험제도 도입과 탈중앙화를 촉진하는 개혁은 의료서비스에 대한 정부 지출을 줄이는 동시에 가구의 부담을 증가시켰다. 그리고 인구통계학적, 역학적, 사회적 변화들에 따라 비전염성 만성질환이 늘어나면서 가구의 의료비 지출 부담은 더욱 가중되고 있다. 건강 형평성 관점에서 볼 때 양질의 의료서비스 접근성을 보장할 역량 강화와 필수 의약품에 쉽게 접근하도록 법적, 제도적 환경조성이 요구된다.

### 1. 들어가며

베트남은 1986년 도이머이(Doi Moi), 즉 개혁개방 정책 시행으로 사회 구조가 전환되었고, 사회보장제도도 대폭 바뀌었다. 개혁개방 이후 경제를 포함한 모든 영역은 시장에 노출되었고 정부는 사적(민간) 부문의 발전을 공식적으로 승인했다. 사회주의 계획경제 하에서 이론적으로는 모든 인민이 공평한 수준에서 오직 국가에서 제공하는 복지 혜택만 누릴 수 있었지만, 사회주의 시장경제 체제의 이행기에는 국가 이외에도 시장, 기업, 공동체(가구 및 지역사회 조직 등)가 복지를 제공할 수 있는 주체가 된 것이다. 이 글에서는 체제전환 이후 베트남에서 공적 부문과 사적 부문의 혼합적 양상이 제도적으로 어떻게 이행되어 왔고, 그 결과 국가, 시장, 그리고 가구가 현재 어떻게 상호작용하면서 그 체계가 작동하고 있는지, 이러한 과

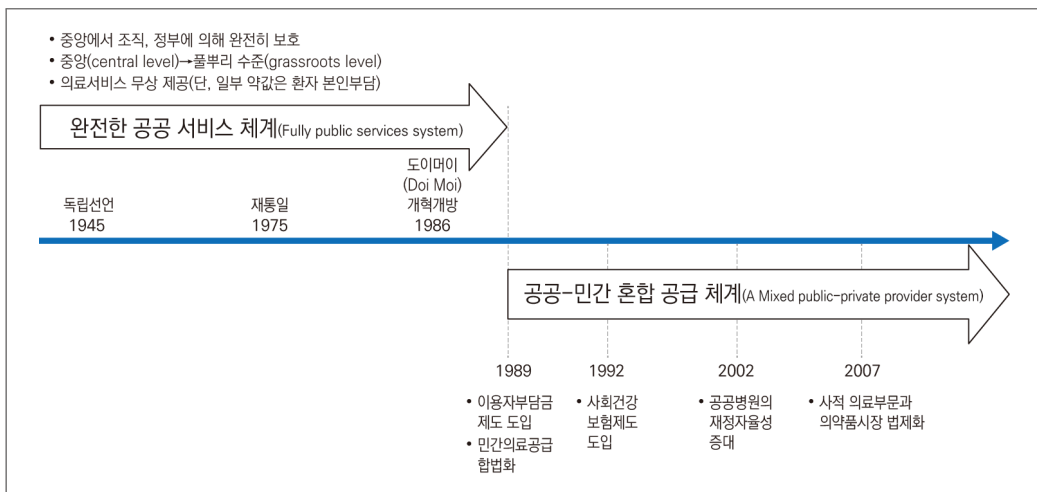
정에서 일반대중은 변화된 보건의료 체계에 어떻게 대응하고 있는지를 살펴본다.

## 2. 보건의료 부문의 사회화 정책과 공공-민간 혼합 공급체계

도이머이 정책 시행 후 베트남은 주요 공공서비스에 대한 ‘사회화(Socialization)’ 정책을 실시했다. 사회화 정책이란 “사회의 가능한 모든 자원”을 동원하도록 장려하여 국가와 사회 간 비용과 책임을 서로 분담하는 이니셔티브이며, 1990년대 초부터 본격적으로 시작된 거시경제 개혁에 따른 자원 제약을 해결하기 위하여 도입한 것이다(Le et al., 2020, p.4). 이에 따라 정부는 보조금을 줄이고 서비스 이용료를 받으며 민간 부문과 각종 사회단체의 자원을 재량적으로 동원할 수 있도록 각종 규제를 개혁했다.

보건분야도 예외가 될 수 없었다. 보건분야에서 국가, 시장, 가구 등의 역할 변화가 발생한 기점은 1989년이다(그림 1 참조). 이전에는 완전한 공공서비스 체계(Public Service System)였다면, 이후에는 공공과 민간이 혼합된 공급체계(Mixed Public-Private Provider System)로 전환된 것이다. 보건의료에서 이행된 주요 사회화 정책은 서비스 비용에 대한 사용자 부담금(User-fee for Service Payment) 제도(45-HDBT) 도입과 민간의료공급 합법화(1989년), 사회건강보험(Social Health Insurance) 제도(299/1992/HDBT, 1992년) 도입, 공공병원의 재정 자율성(Financial Autonomy in

그림 1. 베트남 보건의료 시스템의 개혁과정과 주요 이니셔티브



자료: Prwitzer(2012)와 백용훈(2018) 자료를 종합하여 저자 작성.

Hospitals)(10/2002/ND-CP, 2002년) 증대, 사적 의료 부문(Private Health Sector)과 의약품 시장(Drug Market)의 법제화(11/2007/TTLT-BYT-BTC-BCT, 2007년) 등이다. 이러한 규정은 모두 민간 자금을 동원하기 위하여 구축된 것으로 이해할 수 있다.

이상의 주요 이니셔티브에서 확인할 수 있듯이 도이머이 정책 이후 시작된 의료개혁은 크게 세 가지 단계로 이행되어 왔다. 첫째, 공적 보조금 감축에 따라 정부는 공공병원이 이용료를 징수하도록 허용하고 장려했다. 둘째, 사용자 요금 증가로 인해 축소되었던 의료서비스에 대한 접근성을 높이기 위하여 건강보험제도가 수립되고 확장되었다. 끝으로, 의료시스템은 효율성을 개선하기 위하여 분산되었다.

민간 의료공급 확대는 사적 의료서비스 공급 시설의 급증으로 이어졌다. 물리적으로 부족한 국가의 공백을 민간시설이 메꾸면서 사회경제적 취약계층에게 서비스를 제공했다. 1993년 민간의료 행위가 처음으로 허용된 후에 매년 평균 1,300곳의 신규 개인 클리닉과 9.6곳의 병원이 생겨났고, 그 결과 2018년 기준 전국에는 민간 클리닉이 약 35,000곳이나 있는 것으로 나타났다. 이 수치는 공공부문 내 지역사회 보건소(Commune Health Stations)의 두 배, 그리고 지역종합클리닉(Regional Polyclinics)의 약 세 배에 해당한다(Le et al., 2020, 5). 비록 노동자 및 중하위 계층은 민간부문에서의 값비싼 수술과 의약품의 혜택을 받기는 어렵지만 최소한 기본적인 의료서비스 패키지를 이용할 수 있게 됐다.

### 3. 베트남의 보건의료 체계와 1차 의료 강화<sup>1)</sup>

베트남의 보건의료 체계는 중앙에서 지방까지 조직적으로 구성되어 있다. 베트남은 1980년대 후반에 개혁을 시작했을 때 지역사회에서 무료로 의료서비스를 제공할 공공의료 시스템을 이미 갖추고 있었다. 이는 강력한 로컬 세력(local forces)을 기반으로 한 전통 의료시스템의 유산으로서 질병을 예방하고 통제하는 데 중요한 역할을 담당해 왔다(Nguyen et al., 2020).

가장 상층부인 보건부(Ministry of Health)는 국가 보건정책을 수립하는 동시에 공공의료 시스템,

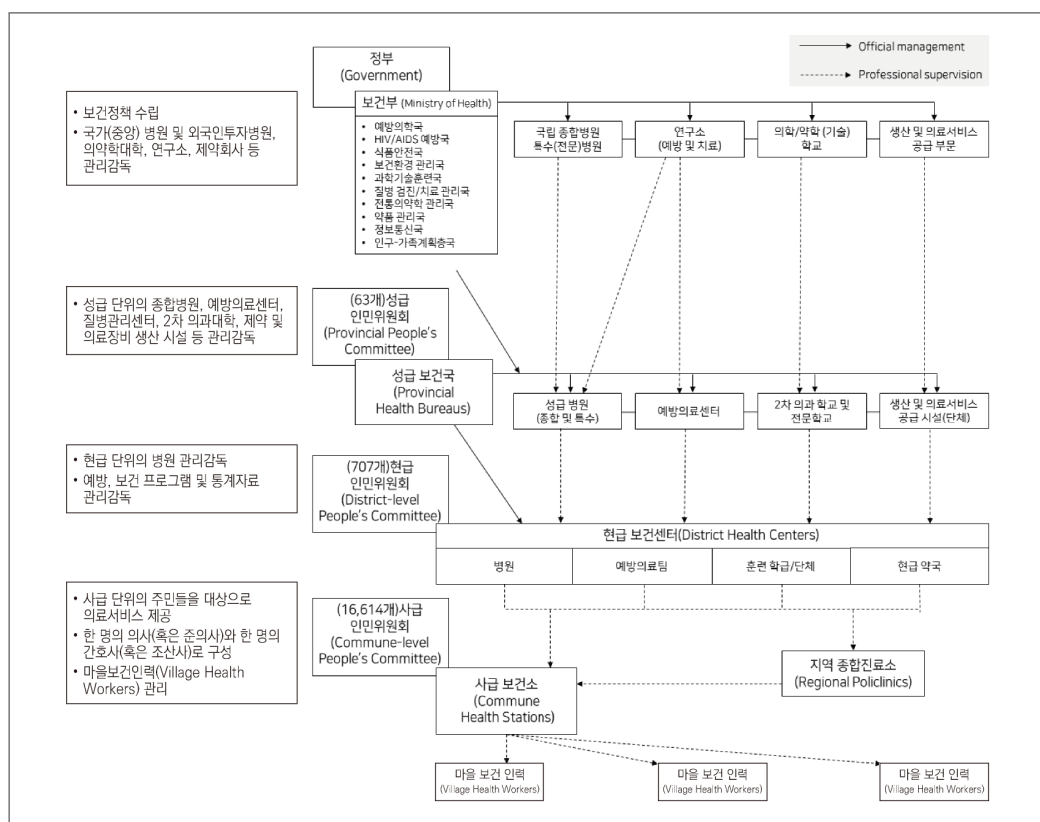
---

1) 세계보건기구는 1차 의료(primary care)가 모든 국가의 보건의료 체계에서 필수적이고 영속적인 기반이 되어야 한다고 강조했다. 1차 의료는 최적의 건강과 형평성 있는 자원 배분이라는 보건의료 체계의 두 가지 목표가 균형을 이룰 수 있게 하는 수단이다.

특히 의료시설(국가 또는 중앙병원과 외국인투자 병원)과 의·약학대학, 연구소, 제약회사 등을 관리감독한다. 1860년부터 1945년까지 프랑스 식민통치 기간 동안에 후에(Hue) 국립병원(1894년), 호치민시 짜라이(Cho Ray) 병원(1900년), 그리고 하노이 바익마이(Bach Mai) 병원(1911년) 등 다양한 근대 서양식 국립연구소 및 병원이 설립되었다. 보건부는 10개 부, 10개 국, 4개 사업조직으로 구성되어 있다(Duy Nguyen, 2020).

그 아래 단계에는 성급 보건국(Provincial Health Bureaus, Sở Y Tế Tỉnh)이 있다. 성급 보건국은 63개 성급 행정단위에 둔 종합병원(Provincial hospital), 예방의료센터(Preventive Centres), 2차 의료학교(Secondary Medical Schools), 그리고 제약 및 의료장비 생산시설 등을 관리감독한다. 다음으로 전국 707개 현급 행정단위에 둔 보건센터(District Health Centres, Trung tâm Y tế Huyện)는 치료활동, 예방프로그램,

그림 2. 베트남 보건의료 체계



자료: Hoat(2008, p.39), Priwitzer(2012, p.105), 백용훈(2018) 종합.

보건프로그램 및 통계자료들을 관리감독한다. 끝으로 가장 하층부에 있는 기관은 사급 보건소(Commune Health Stations, Trạm Y tế Xã)이다. 전국 10,164곳의 사급 행정단위마다 하나씩 둔 보건소는 약 7천명~9천명의 주민을 대상으로 의료서비스를 제공하는데, 베트남의 공적의료 체계에서 가장 기초적이고 중요한 의료 시설이다(백용훈 2016).

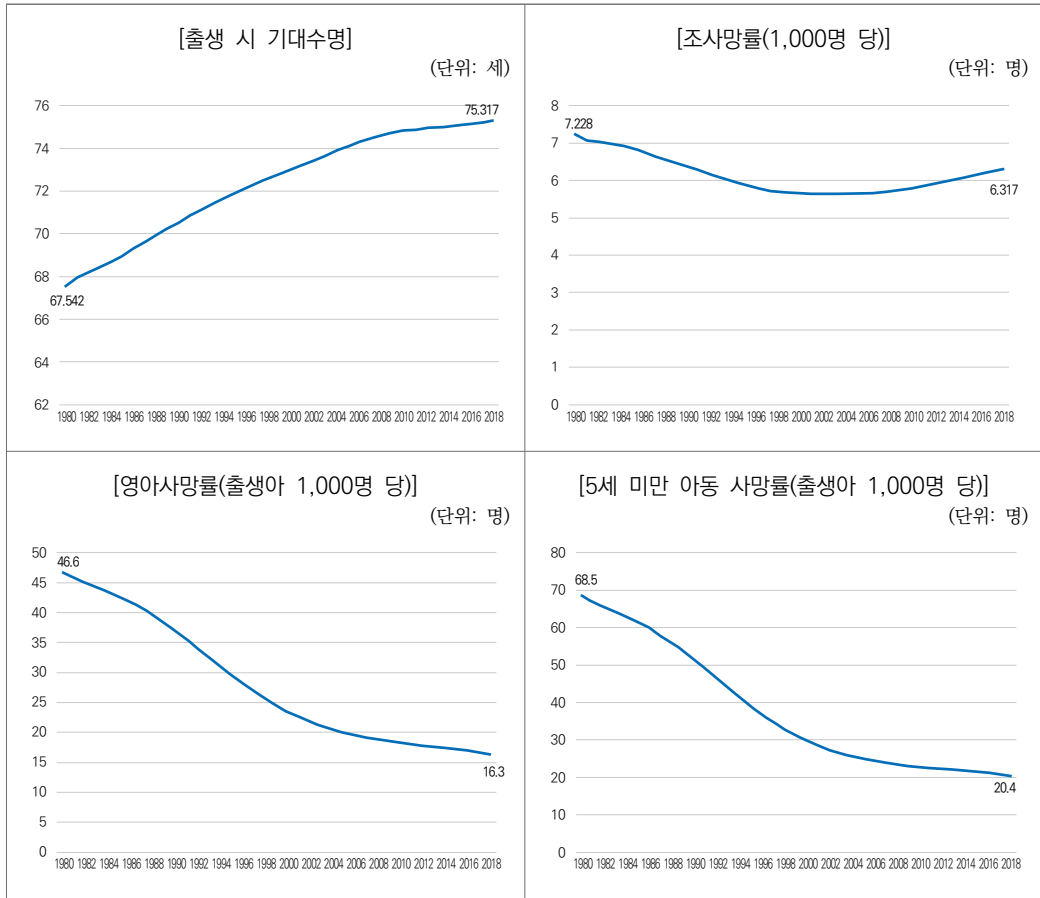
1950년대와 1960년대에 북베트남은 광범위한 사(社)급(Commune, 우리의 '면'단위) 보건소와 마을 보건인력(Village Health Workers) 네트워크를 구축했다. 1975년 재통일 이후 베트남 사회주의공화국 정부는 보건의료 서비스를 조직하고 모든 국민의 건강관리를 꾀하고자 전국적인 보건소 네트워크를 건설하는 작업에 집중했다(Priwitzer, 2012, p.97). 이에 따라 북부를 중심으로 구축되어 있던 1차 의료시스템을 남부지방으로 확장했다. 그리고 1980년대 후반 도이머이(개혁개방) 이후부터 정부는 전국의 사급 단위의 보건소를 중심으로 예방적 보건서비스(preventive health services)를 제공했고(Hoat, 2008), 빈곤층과 차상위 빈곤층, 그리고 노인층의 건강수준을 개선시켜 오고 있다(백용훈, 2018).

#### 4. 질병의 이중부담과 의료비 지출 부담 가중 문제

앞서 살펴본 보건의료의 수직적 체계와 예방적 의료서비스를 중심으로 한 1차 의료강화 정책은 건강수준에 관한 지표를 개선하는 데 기여했다. 각 지역사회 보건소는 디피티(DPT: 디프테리아, 백일해, 파상풍) 접종 등 모자보건과 예방적 의료서비스를 제공하는 데 집중했기 때문이다. 출생 때 기대수명은 1990년 70세에서 2018년 75.3세로 늘어났고, 조사망률은 같은 시기에 1,000명 당 7.228명에서 6.317명으로 줄었다. 특히, 베트남은 건강과 관련된 새천년개발목표(Millennium Development Goal, 이하 MDGs)를 거의 모두 달성한 국가들 중 하나에 해당한다. 그 전반적인 목표 중 하나는 영아 및 5세 미만 아동 사망률을 줄이는 것이다. 출생아 1,000명 당 영아 사망률은 1990년 36.9명에서 2018년 16.3명으로, 5세 미만 아동 사망률은 같은 시기 51.3명에서 20.4명으로 줄었다.<sup>2)</sup>

2) World Bank Data(검색일: 2020.11.15.).

그림 3. 베트남 건강 관련 지표(1980-2018)



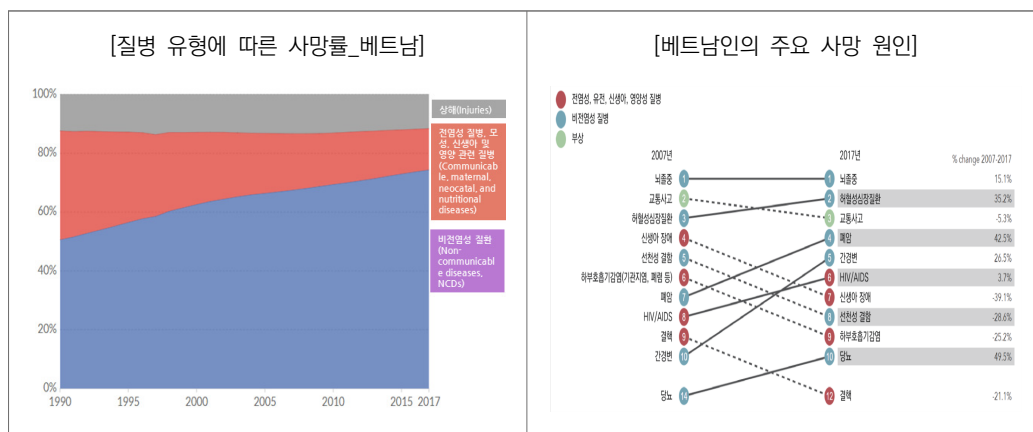
자료: World Bank Data(1980-2018)을 토대로 저자 작성.

하지만, 베트남의 인구통계학적, 역학적, 그리고 사회적 변화는 새로운 도전을 요구하고 있다. 1945년 독립 이후부터 1975년 (재)통일까지 지속된 전쟁의 영향으로 베트남에는 1980년대 전후에 출생한 젊은층의 인구 비중이 상대적으로 높는데, 이들이 성장함에 따라 베트남은 전세계에서 가장 빠르게 고령화될 국가 중 하나에 속한다. 65세 이상의 연령층은 2020년 현재 전체 인구의 7.9%에서 2049년에 18.1%까지 증가할 것으로 예상된다 (Vietnam GSO and UNFPA, 2016, p.29).

인구 고령화는 심혈관 질환, 뇌졸중, 당뇨병, 암, 치매 등 비전염성 만성질환의 가장 큰 요인 중 하나다. 이러한 상황은 통계수치를 통해 확인할 수 있다. 전염성 질병의 발생률은

1996년 37.6%에서 2013년 25.3%로 감소했지만, 비전염성 질환으로 인한 질병 부담률은 장애보정생존연수(Disability-adjusted life year, DALYs) 기준 1990년 46%에서 2017년 74%로 급격하게 증가했다(World Bank, 2017). 베트남인의 주요 사망 원인에 관한 자료를 살펴보면, 고혈압과 당뇨병과 같은 위험 요인과 함께 암 및 심혈관 질환의 선별 및 치료를 위한 자원의 필요성이 증대되고 있다.

그림 4. 질병 유형에 따른 사망률과 베트남인 주요 사망 원인



자료: IMHE(2019).

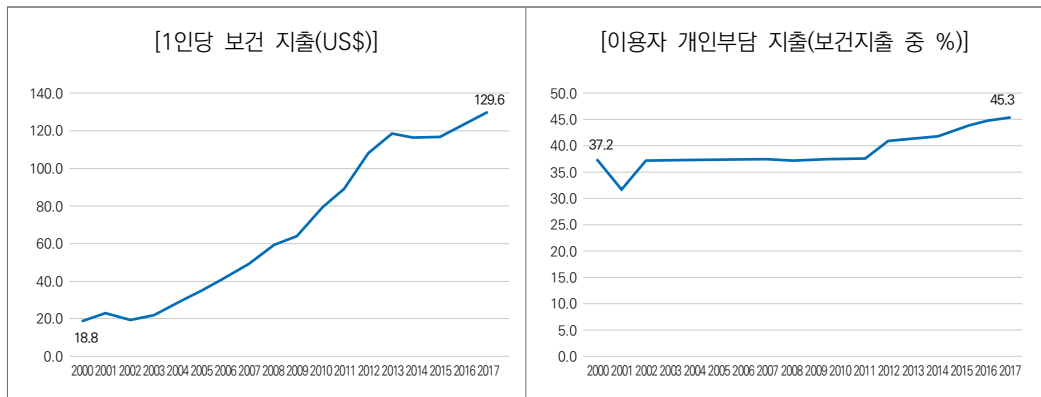
의료 부문에서 사회화 정책으로 인한 민간의료 부문의 성장은 다양한 지역에서 노동자 및 중하위 계층에까지 서비스 혜택을 제공했다. 이론적으로 민간의료는 더 많은 선택권, 혁신, 그리고 더 낮은 가격을 통해 소비자에게 혜택을 제공한다. 특히, 공공보건 서비스의 혼잡을 완화해주거나 국가의 보건의료 체계가 접근하지 못하는 곳에서 서비스를 제공하는 등 긍정적인 기능을 한다. 또한, 의료시스템에 대한 세계보건기구의 목표 중 하나인 환자의 욕구와 선호도를 높이는 데 기여하며, 거시경제적 측면에서 민간부문 의료서비스는 세계 수입, 신규 일자리, 그리고 경제 성장의 원천이 된다.

하지만, 민간의료 서비스로 말미암아 의도하지 않은 결과 역시 나타났다. 공공-민간 혼합 체계는 불평등의 원인이자 결과이다. 공공병원은 재정문제를 극복하기 위하여 수익의 잠재성이 높은 분야 투자에 집중했다. 이로써 한편으로는 다양하고 질 좋은 병상 시설과 의료서

비스를 제공하지만 다른 한편으로는 일반적인 서비스보다 높은 수수료를 이용자에게 부과하면서 수익을 극대화했다(Le et al., 2020). 즉, 사회화 정책의 목적은 의료서비스를 위하여 국가와 사회 간 비용과 책임을 분담하는 것이지만 사용자부담금 제도 도입과 공공병원의 재정 자율성 증대는 오히려 개인 의료비 지출을 늘어나게 한 요인으로 작용한 것이다.

물론 베트남 정부는 빈곤층 등 재정적 지원이 필요한 집단에게 비용을 면제하는 등의 정책을 폈지만, 대부분 의료서비스 비용이 아닌 약품 구매를 지원하는 데 썼기 때문에 큰 도움이 되지 않았다(Ramesh, 2013). 더욱이 인구통계학적, 역학적, 그리고 사회적 변화에 따라 비전염성 만성질환이 증가하는 상황에서 의료비 지출에 대한 가구의 부담은 더욱 가중되고 있는 상황이며, 특히 대도시 이외 농촌과 빈곤지역에 거주하는 사람들의 경우 비용뿐만 아니라 의료서비스에 대한 접근이 어렵다.

그림 5. 개인 의료비 지출 추이(2000-2017)



자료: World Bank Data(2000-2017)을 토대로 저자 작성.

## 5. 의료서비스 접근성 향상을 위한 주요 정책

건강보험제도의 수립과 확장을 통해 의료서비스에 대한 접근성과 지역사회에서 치료 가능한 의료서비스의 수준을 높이고 있지만, 많은 사람들은 현금 혹은 사급 수준에서 치료할 수 있는 질병을 앓을 때도 여전히 성급 및 중앙병원을 찾는다. 이러한 우회로 말미암아 상급 수준의 시설은 병상 부족 등의 문제가 심각한 반면, 지역사회 의료시설에 대한 이용률은 현저히 낮다. 이런 문제점을 개선하고자 베트남 보건부는 ‘하급 병의원 지도활동’ 아래 다양한 프



표 1. 보건부 하급 병원 지도활동(Chi đạo tuyến)의 내용

구조	내용
의료서비스 보장을 위한 지원	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 재료 시설, 장비, 인적 자원, 전문 역량, 교육, 기술 교류 등의 측면에서 하급 병의원을 지원한다.</li> <li>- 하급 병원 요청 시 기술적 지원을 제공한다.</li> <li>- 소개(referral) 시스템을 구축하기 위하여 하급 병원과 협력한다,</li> </ul>
교육 및 기술 이전	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 하급 병원에서도 근무하는 의료 인력을 위한 교육 및 기술 이전 과정을 조직한다.</li> </ul>
과학적 연구	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 하급 병원 지도활동의 전문 지식 및 관리에 대한 과학적 연구를 이행한다.</li> </ul>
지역사회 보건서비스 지원	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 하급 병원에 1차 의료서비스, 환경 보호, 전염병 예방 및 국가 의료 프로그램과 같은 지역사회 중심 활동을 지도한다.</li> <li>- 재난 혹은 사회문제 발생 시 하급 병의원을 지원한다.</li> </ul>
정기적인 회의	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 상급 및 하급 병원 간 회의를 진행한다.</li> </ul>
중앙병원 (Level 1) 역할	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 보건부는 전문 지식, 국가 전문 및 전문 네트워크 시스템 개발계획에 대한 방향을 제시하고 하급병원 지도활동 네트워크 병원과 협력한다.</li> <li>- 훈련 과정을 구축하고 기술과 전문성을 개발하여 응급처치, 진단, 치료 및 예방의 질을 향상시킨다.</li> <li>- 하급 병원의 전문 및 기술 활동을 확인, 모니터링 및 평가하고 연간 활동을 검토하며 전국 하급 병원 지도활동의 결과를 보건부에 정기적으로 보고한다.</li> </ul>

자료: 보건부 결정문(4026/QĐ-BYT)을 토대로 저자 작성.

로그그램을 이행 중이다.

베트남 보건부는 베트남어로 짜다오투이엔(Chi đạo tuyến, 이하 ‘하급 병원 지도활동’으로 칭함)을 이행 중이다. 보건부 문서를 보면, 이는 상급 의료시설이 하급 병원에 대해 교육훈련, 기술 이전, 상담과 논의, 그리고 인적자원 등의 활동을 지원하는 것을 의미한다. 즉, 이 시스템의 주요 목표는 1차 의료환경을 토대로 지역사회에 의료서비스를 제공할 수 있도록 상급 행정 수준에 위치한 공공의료시설이 하급 행정 단위에 있는 병의원을 지원하는 것이다(Bo Y Te and JICA, 2014). 하급 병원 지도활동의 개념은 1961년에 처음 등장했고, 이후 1997년에 규정과 조직구조가 좀더 명확해졌는데, 이 시스템을 각 병원의 중요 과제로 간주하고 있다. 1998년 보건부장관은 북부 베트남에 위치한 중앙병원, 즉 바익마이병원을 이 시스템의 시행을 위한 시범 병원으로 지정했다(Ohara and Ikari, 2002). 이후 이 시스템에 대한 실용적이고 상세한 규정이 개발되었다. 하급 병원 지도활동은 2010년 보건부 결

정(4026/QD-BYT)에 따라 6개 부문으로 구성되어 있다(Bo Y Te and JICA, 2014). 중앙 병원(Level 1)에는 하급 병의원 지도활동을 위한 교육센터가 있다.

2013년 베트남 총리는 2020년까지 병원의 과밀화를 줄이는 목표를 세웠다. 하노이와 호치민시 중앙병원의 입원률 목표치는 100% 이하로 설정(2013년 당시 120% 초과)되었다(92/QD-TTg). 또한 환자의 대기시간을 줄이고자 각 의사가 진찰하는 일일 환자 수를 제한했다. 그리고 병상 수를 늘리기 위한 병원 시설 개선, 가정 의사(family doctors) 도입, 1차 의료 및 예방의학 강화, 보건교육 개선, 그리고 지역 주민들을 위한 건강교육 및 홍보활동 개선 등 많은 사업이 진행되었다.

대표적인 사업 중 하나는 상급병원의 환자 수를 줄이기 위한 위성병원 프로젝트(774/QD-BYT, 2013-2020)다. 이 프로젝트의 목적은 중앙병원으로부터 위성병원으로의 기술 이전을 통해 지방병원의 진단 및 치료기술과 역량을 높이기 위한 것이다. 프로젝트의 첫 단계는 2013년부터 2015년까지, 둘째 단계는 2016년부터 2020년까지였다. 첫째 단계에서는 종양학, 외상학, 심장학, 산부인과, 소아과 등 5개 전문 분야가 우선적으로 지정되었다. 이 시기에는 14개 핵심 병원(8개는 보건부 소속, 6개는 호치민시 보건국 산하)의 위성으로 48개 성급 병원에 대한 투자를 우선했다. 2016-2020년에는 내분비학, 신경학, 집중 치료, 혈액학, 그리고 감염 관리 등의 분야가 추가되었다.

2014년에는 하급 병의원 지도활동을 기반으로 환자 소개(referral)에 관한 규정을 발표했다(14/TT-BYT). 보건부는 소개 활동을 “의료기관 간 환자 소개 및 정보관리” 등의 활동으로 정의한다. 이 프로세스는 하급 수준 의료진의 자원(시설, 장비, 진단 및 치료)이 부족한 문제를 관리하기 위한 것이며 동시에 상급 병원으로 환자가 몰리는 것을 막으려는 것이다(Kanchanachitra et al., 2011). 각 병원에 둔 하급 병의원 지도활동 부서가 소개 활동 및 정보를 관리한다. 의료시설 간 환자 소개는 의료기술의 표준 목록을 토대로 각 의료시설의 기술역량을 고려하여 이루어진다.

표 2. 하급 병의원 지도활동 관련 법률 및 규정

문서 유형	연도	문서 번호	문서 제목
총리 결정	2013	92/QD-TTg	2013-2020 병원 과밀화 감소 계획
보건부 결정	2013	774/QD-BYT	2013-2020 위성 병원 프로젝트
보건부 시행규칙	2013	43/TT-BYT	전문 기술 분야 리스트
보건부 시행규칙	2014	14/TT-BYT	환자 소개(추천, referral)에 관한 규정

자료: Takashima et al.(2017)을 토대로 저자 작성.

## 6. 나가며

결과적으로 볼 때 베트남에서 민영화, 탈중앙화 등의 개혁은 의료비 지출 증가와 의료접근성 문제를 더욱 악화시켰다. 베트남의 공공-민간 혼합 의료공급 시스템으로의 전환은 공급자가 재정 및 관리 부문에 대한 광범위한 자율성을 가지게 함으로써 서비스 이용자들로부터 수익을 얻을 수 있는 기회를 확대시켰다. 이에 따라 개혁 이후 의료비에 대한 가구 부담이 급격히 증가했고 지역사회에 있는 의료시설 서비스 이용은 감소했다. 베트남은 현재 사회보험을 확대하여 초기 개혁을 수정하는 과정에 있다. 재정적으로 지속가능한 방식으로 의료서비스를 개선하기 위한 적절한 법 규정의 수립이 필요하다.

코로나19 대유행을 극복하는 과정에서 한국 정부는 신남방정책과의 연계성을 토대로 베트남을 포함한 아세안 지역의 보건분야 협력과 지원 강화를 발표했다. 베트남의 보건의료 개혁 과정에 내재한 맥락을 고려하여 어떤 부문을 어떻게 협력해 나가야 할 것인지를 구체적으로 고민해야 할 것이다. 2016-2017년 기준 전체 공적개발원조(ODA) 지원 금액 중 한국의 대 베트남 보건분야 지원 규모를 살펴보면, 보건일반과 기초보건 분야가 각각 4%와 3% 수준이고, 비전염성 질환에 관한 지원은 없으며, 지원 건수 기준으로 살펴보면 연수생 초청사업과 민관 협력사업이 다수를 차지하는 것으로 나타났다.<sup>3)</sup>

이 글에서 살펴본 베트남의 보건의료 개혁 과정과 인구통계학적, 사회적 변화를 고려할 때 한-베트남의 보건협력에는 다음과 같은 과제를 고려할 필요가 있다. 전염병 질병과 비전염성 질환의 이중 부담을 해결하기 위한 예방 및 조기 진단의 강화, 그리고 당뇨병과 고혈압 등의

3) KOICA 통계조회서비스(2020.11.20. 검색).

효과적인 치료를 위한 역량 강화가 필요할 것이다. 특히, 치료 시설과 설비 투자가 대도시 중심으로 이루어졌기 때문에 농촌지역에서의 서비스 접근 가능성, 즉 지역사회로 분산된 치료에 대한 접근 보장의 문제를 고민해야 할 것이다. 환자들의 필수 의약품에 대한 접근을 높이고 이를 위한 법적·제도적 환경 개발 역시 필요하다.

---

#### 참고문헌

- 백용훈. (2016). 제도의 성과와 사회적 배태성: 베트남 북부 남러리와 남부 미호아 마을보건소 비교 연구. *동아연구*, 35(1), 229-282.
- 백용훈. (2018). 보편적 건강보장을 향한 노정: 베트남 보건 의료 분야의 역사·문화적 맥락을 중심으로. *동남아시아연구*, 28(1), 173-218.
- Bo Y Te and JICA. (2014). TÀI LIỆU ĐÀO TẠO TĂNG CƯỜNG NĂNG LỰC THỰC HIỆN CÔNG TÁC CHỈ ĐẠO TUYẾN VÀ CHUYỂN TUYẾN KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH[진단 및 치료 전달 및 하급 병의원 지도활동 업무 역량을 증대시키기 위한 교육 자료]. <https://kcb.vn/wp-content/uploads/2015/06/g2.-T%C3%A0i-li%E1%BB%87u-%C4%91%C3%A0o-t%E1%BA%A1o-T%C4%83ng-c%C6%B0%E1%BB%9Dng-n%C4%83ng-l%E1%BB%B1c-ch%E1%BB%89-%C4%91%E1%BA%A1o-tuy%E1%BA%BFn.pdf>. 검색일: 2020.12.04.
- Duy Nguyen. (2020). Top 10 Bệnh Viện Đa Khoa Nổi Tiếng tại Việt Nam. June 19. [http://medicaljb.com/top-10-benh-vien-da-khoanoi-tieng-tai-viet-nam/#Benh\\_vien\\_Bach\\_Mai](http://medicaljb.com/top-10-benh-vien-da-khoanoi-tieng-tai-viet-nam/#Benh_vien_Bach_Mai), 검색일: 2020.11.15.
- Hoat, Luu Ngoc. (2008). *Moving the Mountain: Renovating Medical Education in a Changing Vietnam*. Doctoral Thesis. Amsterdam: University of Amsterdam. <http://dare.uvu.vu.nl/bitstream/1871/12992/5/6955.pdf>. 검색일: 2020.12.11.
- IMHE. (2019). What causes the most deaths? Retrieved from: <http://www.healthdata.org/vietnam>. 검색일: 2020.11.14.
- Kanchanachitra C, Lindelow M, Johnston T, Hanvoravongchai P, Lorenzo FM, Huong NL, Wilopo SA, dela Rosa JF. (2011). Human Resources for Health in Southeast Asia: Shortages, Distributional Challenges, and International Trade in Health Services. *Lancet*, 377(9767), 769-81.
- Le, Sang Minh, Ramesh Govindarath, and Caryn Bredenkamp. (2020). *Public-Private Partnerships for Health in Vietnam: Issues and Options*. World Bank Group.
- Nguyen, Minh Duc, Hoang Duc Ha 3, Tran Anh Tuan, Mai Tan Lien Bang, Pham Hong Duc, Pham Minh Thong. (2020). From First COVID-19 Case to Current Outbreak: A Vietnamese Report. *Electronic Journal of General Medicine*, 17(4), em208. <https://doi.org/10.29333/ejgm/7867> (검색일: 2020.09.02.).
- Ohara H. and Ikari K. (2002). Introduction of the Community Health Direction in Tertiary Medical Institutions: A Trial in the Bach Mai Hospital Project for Functional Enhancement in Vietnam. *Technology and Development*, 16, 32-38.
- Privitzer, K. (2012). *The Vietnamese Health Care System in Change: A Policy Network Analysis of a Southeast Asian Welfare Regime*. Singapore: Institute of Southeast Asian Studies.
- Ramesh M. (2013). Health Care Reform in Vietnam: Chasing Shadows. *Journal of Contemporary Asia*, 43(3), 399-412. DOI: 10.1080/00472336.2013.763497.
- Takashima, Kyoko, Koji Wada, Ton Thanh Tra, Derek R. Smith. (2017). A review of Vietnam's healthcare reform through the Direction of Healthcare Activities (DOHA). *Environ Health Prev Med*, 22(1), 74. Retrieved from: doi: 10.1186/s12199-017-0682-z.
- Vietnam GSO and UNFPA. (2016). *Vietnam Population Projection 2014-2049*. Vietnam News Agency Publishing House. Retrieved from: [https://vietnam.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PD\\_English\\_Monograph\\_Viet%20Nam%20Population%20projection\\_2016.pdf](https://vietnam.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PD_English_Monograph_Viet%20Nam%20Population%20projection_2016.pdf). 검색일: 2020.11.16.
- World Bank. (2017). *Project Information Document/Integrated Safeguards Data Sheet (PID/ISDS)*. Report No: PIDISDSC22055. Retrieved from: <http://documents1.worldbank.org/curated/en/503511513913793349/pdf/Concept-Project-Information-Documents-Integrated-Safeguards-Data-Sheet.pdf>. 검색일: 2020.12.06.

---

10/2002/ND-CP. (2002/1/16). NGHỊ ĐỊNH, CỦA CHÍNH PHỦ SỐ 10/2002/NĐ-CP NGÀY 16 THÁNG 01 NĂM 2002 VỀ CHẾ ĐỘ TÀI CHÍNH A P DỤNG CHO ĐƠN VỊ SỰ NGHIỆP CÓ THU[수입이 있는 사업 단위에 적용되는 재정 제도에 관한 시행령]. Retrieved from: <https://thuvienphapluat.vn/van-ban/bo-may-hanh-chinh/Nghi-dinh-10-2002-ND-CP-Che-do-tai-chinh-ap-dung-cho-don-vi-su-nghiep-co-thu-48867.aspx>. 검색일: 2020.11.10.

11/2007/TTLT-BYT-BTC-BCT(2007/8/31). THÔNG TƯ LIÊN TỊCH HƯỚNG DẪN THỰC HIỆN QUẢN LÝ NHÀ NƯỚC VỀ GIÁ THUỐC DÙNG C HO NGƯỜI[약물 가격에 관한 국가관리 안내]. <https://translate.google.com/?sl=auto&tl=ko&text=TH%C3%94NG%20T%C6%AF%20L%C3%8AN%20T%E1%BB%8ACH%0A%0AH%C6%AF%E1%BB%9ANG%20D%E1%BA%AN%20TH%E1%BB%B0C%20HI%E1%BB%86N%20QU%E1%BA%A2N%20L%C3%9D%20NH%C3%80%20N%C6%AF%E1%BB%9AC%20V%E1%BB%80%20GI%C3%81%20THU%E1%BB%90C%20D%C3%99NG%20CHO%20NG%C6%AF%E1%BB%9CI&op=translate>. 검색일: 2020.11.10.

299/1992/HĐBT. (1992/8/15). NGHỊ ĐỊNH, BAN HÀNH ĐIỀU LỆ BẢO HIỂM Y TẾ[건강보험조례공포에 관한 시행령]. Retrieved from: <https://thuvienphapluat.vn/van-ban/bao-hiem/Nghi-dinh-299-HDBT-Dieu-le-Bao-hiem-y-te-38343.aspx>. 검색일: 2020.11.12.

4026/QĐ-BYT. (2010/10/20). “질병 및 치료 영역에서 하급병의원 지원활동 업무 규정[QUYẾT ĐỊNH BAN HÀNH QUY ĐỊNH PHẦN CÔNG CÔNG TÁC CHỈ ĐẠO TUYỂN TRONG LĨNH VỰC KHÁM, CHỮA BỆNH].” Retrieved from: <https://thuvienphapluat.vn/van-ban/bo-may-hanh-chinh/Quyet-dinh-4026-QD-BYT-phan-cong-cong-tac-chi-dao-linh-vuc-kham-chua-113793.aspx>. 검색일: 2020.11.9.

45-HĐBT. (1989/4/24). QUYẾT ĐỊNH VỀ VIỆC THU MỘT PHẦN VIÊN PHÍ Y TẾ[병원비 일부 징수에 대한 결정문]. Retrieved from: <https://thuvienphapluat.vn/van-ban/Thue-Phi-Le-Phi/Quyet-dinh-45-HDBT-thu-mot-phan-vien-phi-y-te-37751.aspx>. 검색일: 2020.11.9.