保健·醫療傳達体系開發및
評價方法
研鑽會

期間 : 1976年 7月 20日~22日

場所 : 春川世宗호텔

韓國保健開發研究院

머 리 말

오늘날 우리나라 保健·医療界가 當面하고있는 問題点은 여러 측면에서 그 原因을 찾아볼 수 있을 것입니다. 흔히 医療資源의 地域的 偏在로 農漁村 住民의 医療問題가 심각하다고 하지만, 医療資源이 密集된 都市地域内에서 조차도 대부분 住民은 이 資源을 충분히 이용하지 못하는 医療貧者입니다.

다시 말해서 우리나라 대부분 국민은 医療制度의 결함으로 인하여 급진적으로 발달하는 医療技術과 施設의 恵沢을 충분히 받을 수 없는 상태에 있읍니다. 그러나 疾病은 住民의 居住地域이나 社會·經済的 狀態를 고려해주지 않고 예고없이 발생합니다. 그러므로 그 被害는 너무나 광범하고 광범한 것입니다.

朴大統領閣下께서 「사람의 基本生活條件으로서 衣·食·住 세가지에 医療를 한 가지 첨가해서」 医療問題의 解決에 모든 努力을 傾注할것을 다짐하신 것은 國民福祉의 증진에 있어 保健·医療問題의 政治的 次元을 높인 것으로 우리 保健人의 役割과 責任은 어느 때보다 중요하다고 하겠읍니다.

우리나라의 現 保健·医療問題의 解決을 위한 基本方向은 모든 국민의 기본적인 保健的 要求 (the basic health needs) 의 充足에 두어야 할 것입니다. 그러나 歷史와 經驗은

欧美制度의 영향을 받은 재래의 医療制度만 가지고서 現実的 要求를 充足시키기에 未洽함을 보여주고 있읍니다.

우리는 모든 국민의 基本的 保健·医療問題를 효율적으로 해결할 수 있고 우리나라 実情에 가장 適合한 새로운 制度를 開発해야 할 것입니다. 다행히 수년전부터 여러 医科大学과 관심있는 機関에서 地域社会의 要求에 기초를 둔 保健·医療問題의 해결을 위한 示範事業이 실시되어 왔읍니다.

本 研究院은 1976-80年의 5개년에 걸쳐서 50萬名의 주민을 대상으로 우리나라 실정에 가장 적합한 低所得住民의 기본적 保健·医療問題 解決方案을 제시할 示範保健事業을 계획하고 있읍니다.

이 計劃의 立案에 있어 地域社会의 要求에 기초를 둔 國内外 示範事業에 관한 蓄積된 経験은 매우 有益하고 값진 것입니다.

이번에 개최하는 「保健·医療서어비스 伝達体系 및 評価方法 研鑽会」는 本 研究院의 示範保健事業에 適用해야 할 保健·医療伝達体系와 그 事業의 評価方法을 開発하는데 目的이 있읍니다.

이에 따라 이 「研鑽会資料輯」이 작성되었고, 이 資料輯은 地域社会医学 分野를 先導하시고 값진 経験과 깊은 理論을 갖추신 学者 또는 開拓者가 마련해주신 玉稿를 모은 것입니다.

이 「資料輯」의 作成을 위해 本 研究院은 다음과 같은

原稿作成 參考事項을 제시하였읍니다.

前提; 1개 郡 地域 및 人口를 대상으로 低廉良質(low-cost)型 保健·医療서어비스 伝達体系의 작성

内容; ① 保健·医療서어비스組織

② 地域社会組織

③ 財源調達

④ 事業評価

특히 4개로 区分된 각 項別로 細項도 제시되어 있읍니다. 이러한 과정을 거쳐 作成된 이 「資料輯」은 本 研鑽会의 基本資料로서 使用될 것입니다.

本 「資料輯」을 위해 玉稿를 마련해주신 여러분께 심심한 謝意를 표하오며 이에 따라 研鑽会가 알찬 열매를 성공적으로 거둘 수 있을 것으로 기대합니다.

1976年 7月

韓國保健開発研究院長 朴亨鍾

目　　次

沃溝郡 綜合地域社会保健 示範事業
計劃(試案) —— 金 庚 湜 ———— 1-1
韓國農村 保健·医療서어비스 伝達体系
模型(提案) —— 金 丽 舜 ———— 2-1
春城郡 保健·医療伝達体系의 土 事業의
評価方法 ———— 金 貞 順 ———— 3-1
The Kojedo Community Health Project
—— John R. Sibley and Robert C. Patten —— 4-1
保健서어비스 伝達体系 및 同事業의 評価方法
(巨濟保健院 事業을 中心으로) —— 李 璟 湜 ———— 5-1
郡地域 保健·医療提供体系 ———— 崔 三 変 ———— 6-1
農村地域(郡單位) 保健奉仕 提供体系의 土
事業評価에 관한 考察 ———— 許 程 ———— 7-1

(筆者 가나다順)

沃溝郡 綜合地域社會保健 示範事業 計劃 (試案)

金 庚 煜
(씨그레이브記念病院長)

目 次

Ⅰ. 緒 論 ——— 1-3
Ⅱ. 沃溝郡(示範事業地域) 現況 ——— 1-4
1. 地形 및 地勢 ——— 1-4
2. 家口와 人口 ——— 1-5
3. 性別 年令別 人口統計 ——— 1-6
4. 土地利用 ——— 1-6
5. 營農規模 ——— 1-7
6. 農家所得水準 ——— 1-7
7. 医療施設 ——— 1-8

Ⅲ. 沃溝郡 綜合地域社会保健示範事業 ——— 1-9

1. 保健医療伝達方法의 原則 ——— 1-9

2. 假 定 ——— 1-13

3. 事業構成 및 組織 ——— 1-13

4. 実施計劃 ——— 1-20

5. 政府의 行政支援 및 沃溝郡 保健所와의 関係 ——— 1-25

6. 保健初診所 受診患者 및 收入支出推計 ——— 1-26

7. 医療保険事業 ——— 1-31

8. 地域社会 住民의 参與 ——— 1-38

Ⅳ. 事業評価 ——— 1-40

1. 診断評価 ——— 1-40

2. 形成評価 ——— 1-42

3. 綜合評価 ——— 1-42

I. 緖 論

1960年 以來 우리나라는 急速한 經濟發展을 成就하여 왔고, 이에 隨伴하여 社会도 急激한 変遷을 하였다. 이러한 変遷에 副応하여 教育, 住宅, 保健 및 社会福祉 等 社会開発에 政策的인 力点을 두어야 할 時期가 到来하였고 이 以上 더 遅延시킬 수는 없는 것이다.

經濟社会発展의 窮極的인 目的은 福祉社会建設에 있고 이를 為하여서는 健康한 国民生活과 快適한 生活環境 造成이 重要한 要件이라 하겠다. 또 国民保健과 体力向上은 労動生産性의 向上과 生産的 活動年限의 延長을 招来하고 나아가서는 經濟社会発展의 手段으로 되기도 한다.

政府에서는 第4次 經濟開発 5個年計劃에서 社会開発을 重要目標로 設定하고 副期的인 医療制度改善과 投資比率을 높이기로 한 것은 晩時之嘆은 있으나 適切한 決定이라 하겠다. 特히 이러한 때에 大統領閣下께서는 国民保健과 医療問題 解決에 있어서 国道舖装 完成을 1~2年 미루는 限이 있어도 国民의 가려운 데를 덜어주는 制度와 施策을 펴 나가라고 指示한 特別関心을 表明하신 것은 保健従事者들로서는 鼓舞되는 바 至大하다.

保健事業과 医療事業의 出発이 되어 있지 못하고 있는 우리나라에서 이 事業의 脆弱地帯인 農村에서는 地域社会保健医療事業의 強力하고 組織的인 拡充만이 이 問題를 解決하는 唯一한 突破口라고 믿어진다.

筆者는 30 餘年間 農村地域社会에서 保健医療事業을 하여오면서 얻은 経験을 基盤으로 하여 歷史的인 転換期에 서 있는 우리나라 農村地域社会·保健医療事業의 発展을 期待하면서 意見을 開陳하고저 한다.

Ⅱ. 沃溝郡(示範事業地域) 現況

1. 地形 및 地勢

沃溝郡은 全羅北道의 西北端에 位置하여 東南은 錦頂江을 끼고, 益山·金堤郡과 隣接하여 広莫한 全北平野를 이루고 있으며, 北은 若干의 高低山이 뻗어 錦江에 沿岸하여 忠南 舒川郡과 道界를 劃成하여 臨沃平野를 이루고 있으며, 西 및 西南部는 黃海에 沿岸하고 있는 主産穀倉地帯를 이루고, 52個의 島嶼(有人島 19, 無人島 33)가 있으며 総面積은 330.36 km^2 에 달하고 있다.

2. 家口와 人口

面別	家口數			人口數			家口當 平均家口員
	計	農家	非農家	計	男	女	
미면	2,305	1,522	783	12,934	6,468	6,516	5.6
옥구	3,968	2,513	1,455	23,307	11,846	11,461	5.8
옥산	1,604	867	197	6,160	3,052	3,108	5.7
회련	1,729	1,603	126	9,999	5,035	4,964	5.7
임피	1,571	1,457	114	9,619	4,791	4,846	6.1
서수	1,634	1,472	162	9,581	4,807	4,774	5.8
대야	2,892	2,400	492	17,449	8,747	8,702	6.0
개정	1,418	1,149	269	8,771	4,422	4,349	6.1
성산	1,272	1,132	140	7,564	3,790	3,774	5.9
나포	1,244	1,171	73	7,222	3,610	3,612	5.8
도서지방	1,344	852	492	7,698	3,867	3,831	5.7
計	20,441	16,138	4,303	120,352	60,415	59,937	5.8

3. 性別，年令別 人口統計

1974. 12. 30 現在

年令	總計	%	男	%	女	%
80歲以上	653	0.5	162	0.3	492	0.8
70－79	2,508	2.1	779	1.3	729	2.9
60－69	5,615	4.7	2,418	4.0	3,197	5.4
50－59	8,656	7.2	4,071	6.7	4,585	7.6
40－49	11,569	9.6	5,505	9.1	6,064	10.1
30－39	11,868	9.9	5,959	9.9	5,909	9.9
20－29	20,576	17.1	11,274	18.6	9,302	15.5
10－19	31,951	26.5	16,496	27.3	15,455	25.8
9歲以下	26,956	22.4	13,751	22.8	13,205	22.0
計	120,352	100%	60,415	100%	59,937	100%

4. 土地利用

	面積(ha)	比率(%)	
畓	23,784	47.7	
田	2,432	7.4	
林野	8,312	25.2	
河川	3,713	11.2	
其他	4,795	14.5	
		100	

5. 営農規模

	總農家数	大農 (3ha以上)	中農 (1-3ha)	小農 (0.5-1ha)	零細農 (0.5ha未満)
農家戸数	16,138 (100)	673 (4.2)	1,133 (7.0)	1,524 (9.4)	12,808 (79.4)
耕作面積	16,216ha (100)	2,848.0 (17.6)	2,880.4 (17.8)	2,643.9 (16.3)	7,843.7 (48.3)

戸當 平均耕作面積

全国 0.92 ha, 全北道 0.89 ha, 沃溝郡 1.01 ha

6. 農家所得水準

(單位; 千원)

마을数	分布状況			
	700以下	710-1,000	1,010-1,400	1,400以上
347	70	232	43	2

	마을数	家口数	家口當所得額
自立마을	58	3,433	1,055
自助마을	220	13,155	853
基礎마을	69	4,082	774
計	347	20,670	871

家口当 平均所得　871,000원（$1,742）

人口1人当平均所得　14,747원（$295）

7. 医療機関

가. 医療業所

保健所	1
医　院	1
限地医院	4
助産所	2

나. 薬業所

薬　局	8
漢薬房	12
薬種商	13
特殊薬品販売指定所	12
売薬商	4

Ⅲ. 沃溝郡 綜合地域社會保健 示範事業

1. 保健医療伝達方法의 原則

우리나라의 医師와 医療機関의 分布現況을 살펴보면, 二大都市 即 서울과 釜山에 63.1%의 医師와 48.5%의 医療機関이 集中되어 있고 나머지도 그 大部分이 都市에 偏在되어 있고 農村에는 極히 小数가 分布되어 있다. 따라서 農村住民들은 医療의 恩恵을 為해 接近하기에 許多한 難点이 많다.

近年 医学과 医療技術의 高度 専門化는 高価의 医療施設과 装備를 要求하게 되고 高度로 専門化된 医療人과 많은 職員의 採用은 多額의 人件費를 支出하게 되어 結局 農村住民들은 経済的으로 勘当하기에 벅찬 医療酬価 때문에 病院문턱은 漸々 높아져 넘을 수 없게 되었다.

또 農村住民은 一般的으로 疾病과 保健에 関한 知識이 希薄하고 都市에 比해 経済的으로 貧困하여 疾病의 早期予防과 治療가 施行되지 못하여 健康維持가 더욱 어렵게 되어 가고 있다.

農村地域社会에 있어서 上記와 같은 保健医療上 重大한 諸問題를 考慮할 때 接近이 容易하고 経費가 低廉하면서도 良

質의 保健医療를 伝達할 수 있는 制度의 開発이야말로 国民保健의 維持·増進에 크게 寄與할 뿐만 아니라 社会保障解決을 위한 緊急한 重大問題로 抬頭되고 있다.

한편 農村住民의 傷病狀況을 보면 月有病率은 22%이나 이 中 많은 患者는 Health Care를 주었든지 또는 早期에 받아드렸다면 予防可能한 疾病들이 包含되어 있다.

1973年 Dr. Helen Gideon 은 印度에서의 調査結果를 다음과 같이 発表하였다.

Age Group	Inpatient		Out-patient	
	P	N.P	P	N.P
Under 4	67.3	32.7	80.4	19.6
5 - 14	48.6	51.4	70.0	30.0
15 - 44	50.0	50.0	43.7	56.3
45 or over	25.4	74.6	22.8	77.2
Total	44.0	56.0	48.0	52.0

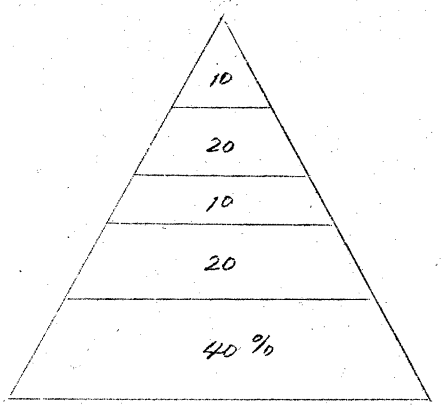
(Contact 17)

P = Prevertable,

N.P = Non-prevertable

上記表에서 보는 바와 같이 入院患者의 44%와 外来患者의 48%는 予防可能한 疾病이었다. 特히 年令이 적을수록 予防可能한 疾病의 比率은 顯着히 高率이다. 이와 같은 予防可能한 疾病을 予防할 수 있다면 医療費는 大幅節減될 수 있겠다.

그리고 Dr. Sibley는 巨濟郡에서 다음과 같은 調査結果를 発表하였다.



専門的 治療 (后送病院)
軽患者 治療 (G.P)
看護員 家庭訪問治療
部落看護補助員 治療
部落保健教育 및 予防

이 図表에 의하면 全体患者의 40%는 保健教育과 予防에 의하여 予防이 可能하고, 20%는 極히 軽症으로 看護補助員의 Simple care에 의하여 解決되며, 10%는 看護員의 家庭訪問을 通하여 可能하고, 20%는 非専門医 (G.P.)에 의하여, 나머지 10%만 高価의 医療費가 要求되는 専門医가

있는 綜合病院에서의 治療가 要하는 患者라고 指摘하였다.

이와 같은 研究結果를 保健医療伝達方法에 適用한다면 医療費의 大幅 節減을 期할 수 있으리라고 確信된다.

勿論, 非医師에 의한 医療가 医療法上 制限을 받게 되고, 問題로 提起되며, 또 一部 医療人이 他處하는 것과 같이 "低質의 医療"를 招来한다는 非難은 首肯이 가나 現在 우리나라에서 有病者의 57% 程度가 藥局에서 医師의 診察없이 藥을 사서 服用하고, 農村에서 病医院을 利用하는 것이 17%에 不過함을 考慮할 때 上記 医療伝達方法이 오히려 "良質의 医療"를 提供하는 方法이라고 하겠고 또 経済的으로 貧困하고 利用可能한 医療技術이 殆無한 우리나라 農村에서는 모든 農村住民에게 医療恵沢을 提供하는 最善의 方法이라고 믿어진다.

그러나 地域社会保健事業의 推進에 있어서 銘心할 事項은 過信은 禁物이다. 保健事業은 高速道路나 工場建設과는 根本的으로 다르다. 広範囲한 地域에 断続的으로 많은 事業을 網羅할 것이 아니라 段階的으로 郡内의 2-3個面을 対象으로 年次的인 持続事業計画에 의한 着実한 事業展開가 바람직하다.

2. 假定

本事業計劃樹立에 있어서 다음과 같은 假定 아래 作成하였다.

가. 本事業 対象地域內의 모든 行政機関은 本事業에 全面的으로 協助할 義務를 갖는다.

나. 事業対象地域內의 모든 住民은 医療保險에 義務的으로 加入되며, 被護対象者의 医療保險料는 国庫 또는 地方行政機関에서 負担한다.

다. 国家 또는 特殊法人体에서 本事業에 対한 経費의 全部 또는 一部를 支援한다.

3. 事業構成 및 組織

가. 事業推進方針

本事業의 基本목표는 農村의 住民들에게 低廉하고 良質의 保健 및 医療를 伝達하는 것이다. 地域社会保健事業을 保健問題의 解決과 保健水準向上을 위한 綜合的인 活動으로 보고 그 主要構成要素로서

(1) 專門的 統率 professional leadership

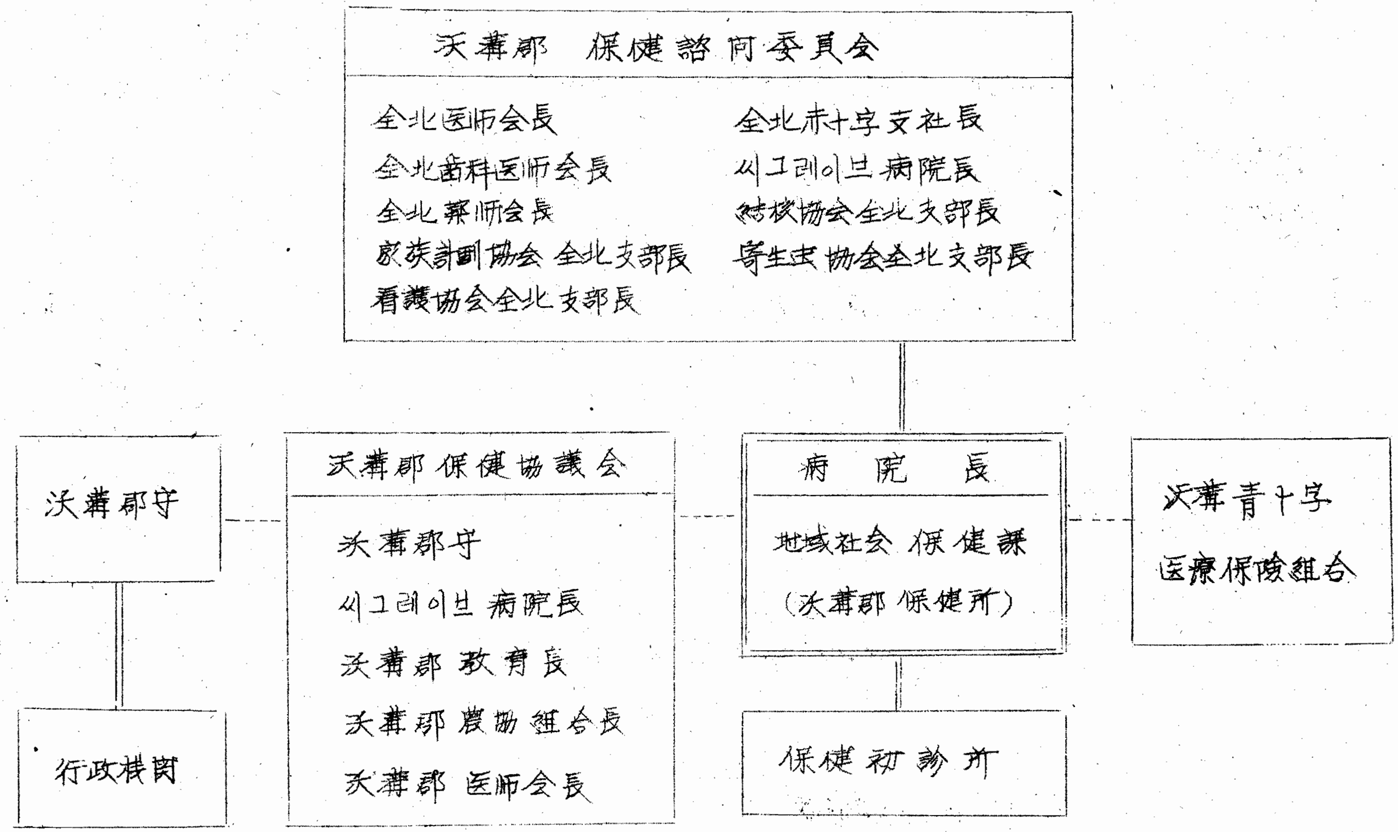
(2) 住民의 主体的 參與 citizen participation 및

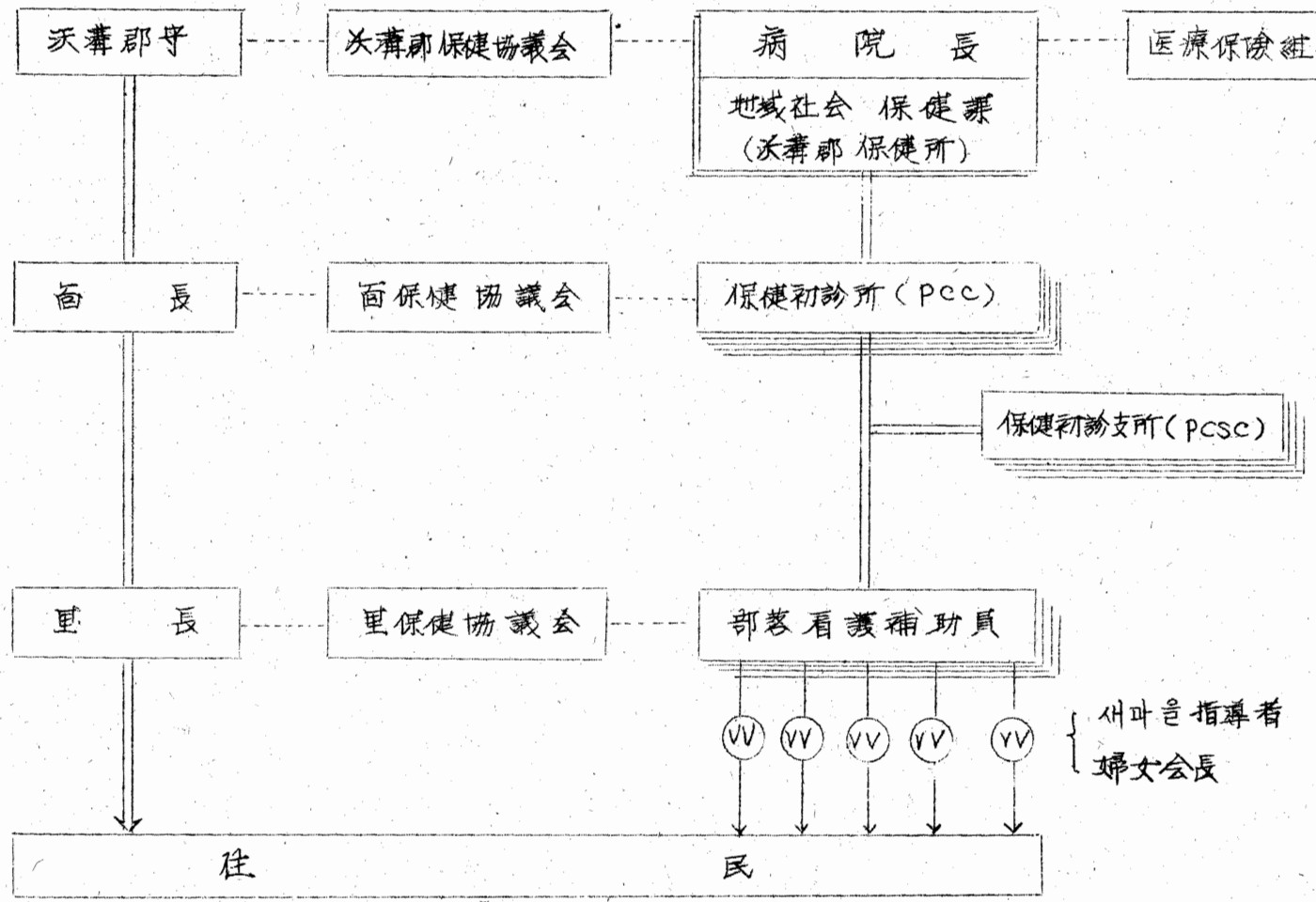
(3) 行政 public administration 의 三者가 重要視된다.

本事業의 推進에 있어서 씨그레이브 記念病院이 先導的 役割 아래 郡內 医療人의 協助, 새마을精神에 立脚한 住民들의 積極的 參加(精神的, 經濟的 및 實践的) 와 地方行政機関과의 緊密한 行政支援을 얻어 새마을 保健事業을 展開 推進하고저 한다.

나. 事業 組織表

本事業의 効果的인 機能을 爲하여 保健団体의 諮問委員会와 行政機関과의 協調를 爲한 各級保健協議会를 둔 것이 特徵이다.


沃溝郡 保健諮問委員会
全北医師会長
全北歯科医師会長
全北薬師会長
家族計画協会 全北支部長
看護協会全北支部長
全北赤十字支社長
씨그레이브 病院長
結核協会全北支部長
寄生虫協会全北支部長
沃溝郡守
行政機関
沃溝郡保健協議会
沃溝郡守
씨그레이브 病院長
沃溝郡 教育長
沃溝郡 農協 組合長
沃溝郡 医師会長
病院長
地域社会 保健課
(沃溝郡 保健所)
保健初診所
沃溝青十字
医療保険組合


沃溝郡守
沃溝郡保健協議会
病院長
地域社会 保健課
(沃溝郡 保健所)
医療保険組合
面長
面保健協議会
保健初診所(PCC)
保健初診支所(PCSC)
里長
里保健協議会
部落看護補助員
새마을 指導者
婦女会長
住民

다. 定員數

	의사	간호원	조산원	간호보조원		엑스선	임검사	통계사	사무원	운전수	계
				초진소	부락						
1977년도											
지역사회보건과	1	1						4	1	1	8
회원 pcc	1	1	1	2	8	1	1		1		16
계정 pcsc		1	1		6						8
옥산 pcsc		1	1		5						6
옥구 pcsc		1	1		6						8
소 계	2	5	4	2	25	1	1	4	2	1	47
1978년도											
입피 pcc	1	1	1	2	7	1	1		1		13
서수 pcsc		1	1		7						7
성산 pcc	1	1	1	2	6	1	1		1		13
나포 pcsc		1	1		6						7
소 계	2	4	4	4	26	2	2		2		46
1979년도											
대야 pcc	1	1	1	2	13	1	1		1		18
미면 pcc	1	1	1	2	10	1	1		1		16
옥구 pcc	1	1	1	2	12	1	1		1		18
소 계	3	3	3	6	35	3	3		3		59
총 계	7	12	11	12	86	6	6	4	7	1	152

※ 통계사에는 통계사 2, 보건교육 1, 환경위생 담당자 1 이 포함됨

라. 業務分掌

(1) 沃溝郡 保健諮向委員会

(가) 各專门別 分野指導 및 支援.

(2) 씨그레이브記念病院(長)

(가) 事業의 主導的 役割을 爲한 指揮監督

(나) 後送病院으로서의 專门的 診療

(다) 保健事業의 指導

(3) 地域社会 保健課(病院)

(가) 保健事業計劃樹立

(나) 事業推進 및 指導

(다) 要員教育

(라) 事業報告 分析 및 評価

(4) 沃溝郡 保健協議会

(가) 保健事業計劃 調整

(나) 事業推進 支援.

(다) 事業評価

(5) 保健初診所

(5)-1 初診所長(非專门医)

(가) 初診所. 支所 및 看護補助員의 業務의 指揮監督

(나) 다음 事業을 主管한다.

治療事業　　30%

公衆保健事業　　30%

保健要員監督　　20%

保健要員教育　　10%

其　他　　10%

(5)-2 保健看護員（保健教育履修者）

(가) 医師診療事業 補助

(나) 看護補助員 監督

(다) 母子保健（要乳児保健）

(라) 保健教育

(마) 諸保健統計 集計

(바) 急性伝染病 予防

(사) 其　他

(5)-3 助産員（助産員 免許所持者）

(가) 医師診療事業 補助

(나) 保健要員 監督

(다) 母子保健（特に 母性 保健）

(라) 妊娠介助（初診所 及 家庭分娩）

(마) 保健教育

(바) 家族計劃 勸奬

(사) 其 他

(5)-4. 看護補助員 (資格証所持者)

(가) 部落住民과 協助雰囲氣 造成

(나) 家庭訪問 (月 2回)

(다) 保健教育 및 相談

(라) 家庭看護 및 簡單한 處置

(마) 母子保健 協助

(바) 家族計劃 勸奬

(사) 結核藥 投与 및 子防接種

(아) 出産, 死亡, 疾病 其他保健統計의 蒐集 및 報告

(자) 其他 保健事業

(5)-5. 部落保健員 (새마을 指導者 및 婦女会長 等)

(가) 部落看護補助員과 緊密한 協助連絡

(나) 部落保健問題 発見 및 協助要請

(다) 患者発生報告 (特히 伝染病)

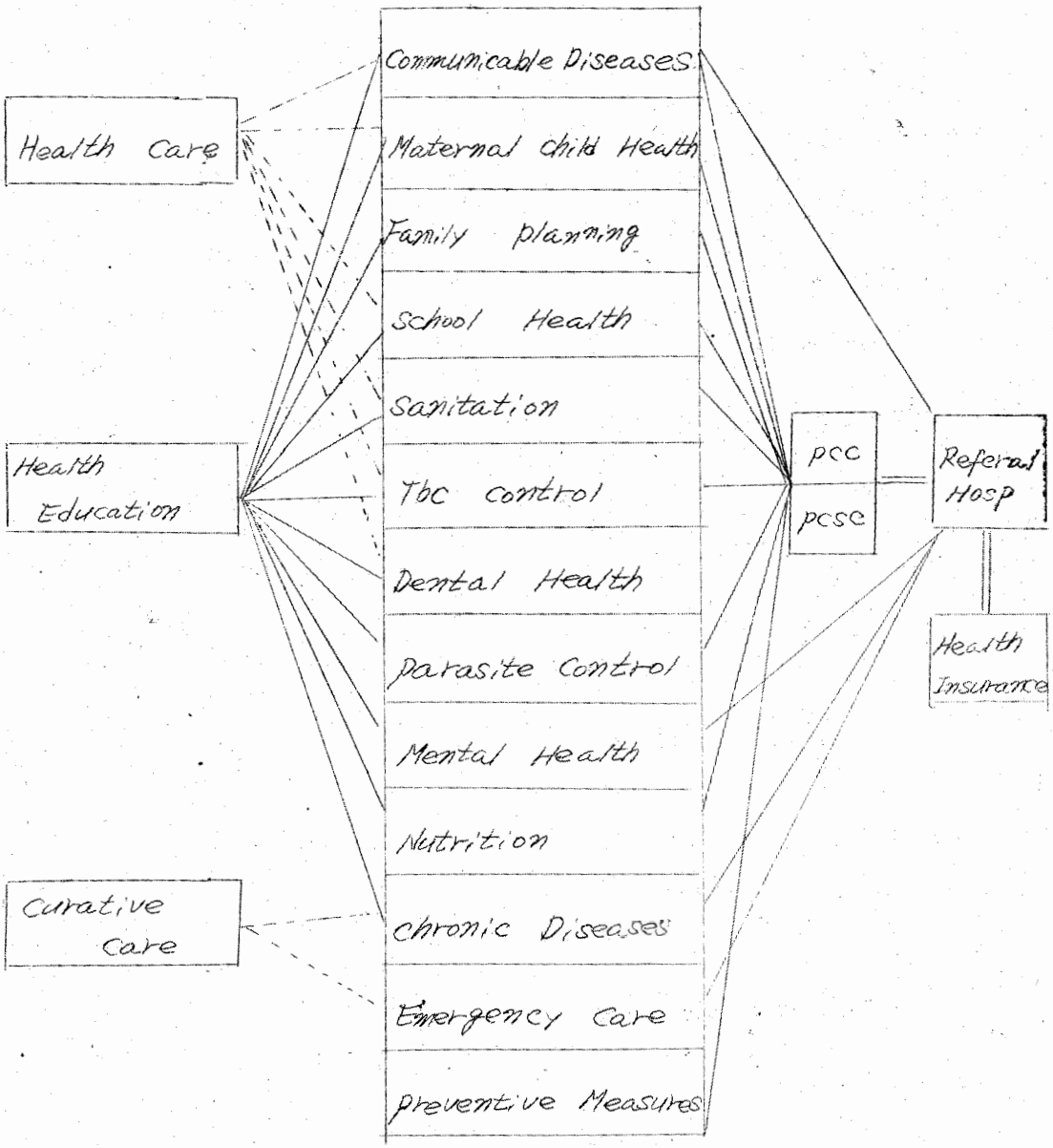
(라) 出生, 死亡 및 住民移動 情報의 提供

(마) 其他保健事業 協助

4. 実施計劃

가. 事業內容

本事業은 三大範疇 即 保健教育, 保健 및 治療事業으로 大別하고 아래와 같은 細部事業을 實施한다.



나. 基礎調査

事業着手 前年度에 事業地域에 対한 特性, 保健需要 및 社会資源을 把握하기 爲하여 基礎調査를 実施한다. 아울러 事業目標의 設定 및 事業評価의 基準이 되는 諸般資料를 얻는다.

다. 保健初診所 設置

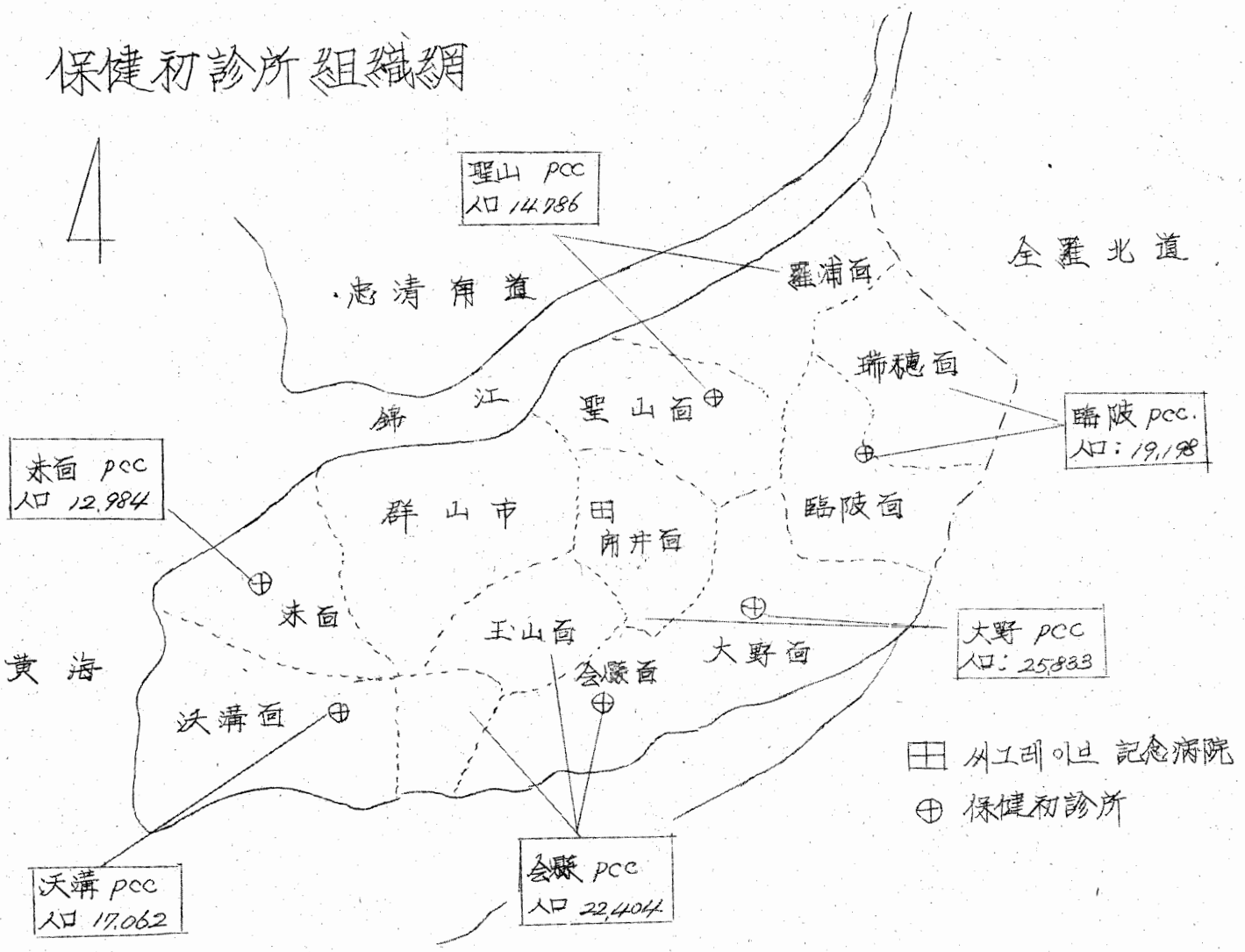
3個年의 事業期間中 保健初診所를 1次年度에는 1個所, 2次年度에는 2個所, 3次年度에는 3個所를 設置하고 初診所가 管轄하는 面数에 따라 各面에 支所를 두어 初診所의 医師가 担當한다.

島嶼地方의 保健事業은 地理的 与件으로 本事業에 包含시키지 않았다.

設置年度	初診所(初診支所)	家口	人口
1977	会縣 pcc	1.729	9.999
	玉山 pcsc	1.064	6.160
	南井 pcsc	1.418	8.771
	沃溝 pcsc	1.249	6.245
	小計	5.460	31.175
1978	聖山 pcc	1.272	7.564
	羅浦 pcsc	1.244	7.222
	臨陂 pcc	1.571	9.617
	瑞穗 pcsc	1634	9.581
	小計	5.721	33,984
1979	大野 pcc	2.892	17.449
	未面 pcc	2.305	12.984
	沃溝 pcc	2.719	17.062
	小計	7.916	47.495
總計		19097	112.654

現在의 保健所 및 保健支所는 pcc로 使用하기에는 狹小하기 때문에 增築 乃至 新築을 要한다.

保健初診所組織網


聖山 PCC
人口 14,786
忠清南道
全羅北道
羅浦面
瑞穂面
錦 江
聖山面
臨陂 PCC.
人口：19,198
永面 PCC
人口 12,984
群山市
田
所井面
臨陂面
永面
王山面
大野面
大野 PCC
人口：25,833
黄海
会厥面
沃溝面
沃溝 PCC
人口 17,062
会厥 PCC
人口 22,404
씨브레이브 記念病院
保健初診所

5. 政府의 行政支援 및 沃溝郡 保健所와의 関係

本事業은 国家의 農村保健事業施策을 現地에서 実験하는 重且大한 事業으로서 沃溝郡은 勿論 全羅北道와 保社部의 絶対的인 行政 및 財政的 支援이 要望된다.

가. 行政的 支援

(1) 沃溝郡은 本事業을 現行 새마을事業과 同等한 優先順位 事業으로 策定하고 支援한다.

(2) 保健事業의 一元化를 위하여 沃溝郡 保健所의 業務를 本事業에 統合한다.

(3) 保健所 및 支所 建物 및 施設은 勿論 現在 保健事業과 無関事業에 使用中인 保健支所 建物도 本事業을 為하여 使用한다.

(4) 保健所가 本事業에 統合后 職員의 人事, 命令系統은 本事業의 同意를 얻도록 한다.

나. 財政的 支援

(1) 衛生的 給水

(2) 排泄物処理를 為한 便所改良

(3) 予防 接種

(4) 其他 予防医等事業

(5) 医療保険事業補助

6 保健初診所 受診患者 및 收入支出 推計

가 受診患者:

保健事業地域 住民의 月有病率을 22.1%, 要治療率을 30%로 보고 年間 受診 患者数를 아래와 같이 推計하였다.

年間 受診患者数 推計 (PCC)

年 度	対象人口	月有病者	月要治療患者数		年患者数	延患者数	1人治療日数
1977	31,175	6,890	PCC(20%)	1,380	16,560	49,680	3日
			RN(10%)	690	8,280	16,560	2日
			AN(20%)	1,380	16,560	16,560	1日
			PCC分娩	対象人口 ×1.85%	577	—	
1978	65,159	14,400	PCC	2,880	34,560	103,680	
			RN	1,440	17,280	34,560	
			AN	2,880	34,560	34,560	
			PCC分娩		1,205	—	
1979	112,654	24,900	PCC	4,980	59,760	179,280	
			RN	2,490	29,880	59,760	
			AN	4,980	59,760	59,760	
			PCC分娩		2,084		

年患者数
人口 × 月有病率(22.1%) × { PCC(20%) / 看護員治療(RN)(10%) / 보조간호원 치료(AN)(20%) } ×12月=

分娩数
人口 × 出生率 (3.7%) × PCC利用 50% =

4. 保健初診所 收入 및 支出推計

(1) 收入

單位：千원

	延治療患者数		旧治療費	總治療費	医療保険 20% (-)	実収入	実収入計
1977	pcc	49,680	516	25,635	-5,127	20,508	
	RN	16,560	206	3,411	0	3,411	31,104
	AN	16,560	155	2,569	0	2,569	
	妨娩	577	10,000	5,770	-1,154	4,616	
1978	pcc	103,680	619	64178	-12,836	51,342	
	RN	34,560	247	8,536		8,536	79,802
	AN	34,560	186	6,428		6,428	
	妨娩	1,205	14,000	16,870	-3,374	13,496	
1979	pcc	179,280	743	133,205	-26,641	106,564	
	RN	59,760	296	17,689		17,689	165,921
	AN	59,760	223	13,326		13,326	
	妨娩	2,084	17,000	35,428	-7,086	28,342	

(2) 支 出

單位: 千원

	總 計	人件費	医療費	管理費	備 考
1977	54.056	36.245	15.381	2.430	
1978	128,635	83.070	38.501	7.064	
1979	257.607	165.323	79.875	12,409	

收入 및 支出比較

單位: 千원

	收 入	支 出	過不足
1977	31.104	54056	-22,952(42%)
1978	79 802	128,635	-48,833 (38%)
1979	165.921	257.607	-91.686 (36%)

※ 支出에 있어서 pcc 設置에 必要한 新築 及至 增築費와 医療裝備, 器具에 대한 費用은 包含시키지 않았음.

人件費 算出基礎

単位：千円

	1977			1978			1979		
	人員	月俸	年俸(13月)	人員	月俸	年俸(13月)	人員	月俸	年俸(13月)
医師	2	350	9,100	4	420	21,840	7	504	45,864
看護員	5	60	3,600	9	72	8,424	12	86.4	13,407.4
助産員	4	70	3,640	8	84	8,736	11	100.4	14,414.4
看護補助員	27	35	12,285	57	42	31,122	98	50.4	64,209.6
X-線技士	1	60	780	3	72	2,808	6	86.4	6,939.2
臨検技士	1	60	780	3	72	2,808	6	86.4	6,939.2
統計士外	4	80	4,160	4	96	4,992	4	115.2	5,990.4
事務員	2	50	1,300	4	60	1,560	7	72	6,552
運転手	1	50	600	1	60	780	1	72	936
計	47		36,245			83,070	152		165,333

医療費 算出基礎

單位: 千 弗

年 度	總 計	PCC(酬価×40%)	RN(酬価×75%)	AN(酬価×100%)
1977	15.381	10,254	2,558	2.569
1978	38, 501	25,671	6.402	6.428
1979	79.875	53,282	13,267	13.326

管理費 算出基礎

	1977	1978	1979
電氣料	PCC 15×12日×1=180 PCSC 3×12×3=108	18×12日×3=648 4×12×5=360	21×12×5=1.260 5×12×5=300
電話料	15×12×1=180	18×12×3=648	21×12×5=1260
被服費	4×39名×2벌=312	5×93名×2=930	6×140×2=1680
燃料費	PCC 40×6日×1=240 PCSC 8×6×3=144	50×6×3=900 10×6×5=300	60×6×5=1800 12×6×5=360
帶用費	PCC 30×12×1=360 PCSC 10×12×3=360	40×12×3=1440 12×12×5=720	50×12×5=3000 14×12×5=840
印刷費	0.1×5460세대=546	0.1×11181=1.118	0.1×19097=1.909
計	2.430	7064	12.409

7. 医療保険事業

低廉하고 良質의 医療恵沢을 提供하기 위하여서는 示範保健事業地域内의 全住民을 年次的으로 医療保険에 義務的으로 加入시키는 것이 무엇보다도 先決問題라고 생각된다. 그러기 위하여서는 保険加入을 法的으로 義務化하고 保険料를 自動的으로 納付케 하는 措置가 있어야 할 것이다.

保健事業이 活発히 展開되어 患者発生이 漸減되면 加入者의 医療恵沢도 漸次로 向上되며, 保健事業과 医療保険事業은 이러한 不可分의 関係에서 더욱 相互扶助를 하여 相乗効果를 가져온다.

本計劃에서는 全住民이 年次的으로 医療保険에 加入되는 것으로 計劃하였다. 그러나 約 15%의 低所得層 住民에 대한 保険料와 本人負担診療費를 누가 負担하는가 하는 것이 問題点이다. 国家나 地方行政機関에서 이를 負担하는 것이 한 解決方法이라고 생각된다.

가 保険規約

(1) 保険料 및 加入金

	1977	1978	1979	備考
加入金(世帯当)	0	0	0	示範地域에 限함
保険料(月/人当)	100원	150	150	

(2) 治療費 給與率

	外來治療			入院治療		
	總治療費	患者	組合	總治療費	患者	組合
療養給與	100%	40%	60%	100%	50%	50%
分娩給與	總分娩費-(組合 5,000원 + 總費 20% 病院)=会員負担額					
葬祭給與	1人当 世帶主 : 10,000원, 扶養家族 : 3,000원					
健康診斷	年1回 組合負担으로 無料実施					

나. 医療保険 加入計劃

保健事業 対象地域의 全住民이 年次計劃에 依해 義務的으로 加入케 한다. 그리고 前年度 末月에 加入시켜 新年度부터 受惠토록 計劃 하였다.

	世帶数		扶養家族数		会員数	
	加入者数	累計	家族数	累計	会員数	累計
1977	5,460	5,460	25,715	25,715	31,175	31,175
1978	5,721	11,181	28,263	53,978	33,984	65,159
1979	7,916	19,097	39,579	93,557	47,495	112,654

다. 年次別 受診人員

		外来		入院		計	
		実人員	延人員	実人員	延人員	実人員	延人員
1977	病院	7,606	22,820	662	4,634	8,268	27,454
	PCC	16,560	49,680	-	-	16,560	49,680
	計	24,166	72,500	662	4,634	24,828	77,134
1978	病院	15,898	47,694	1,382	9,977	17,280	57,671
	PCC	34,560	103,680	-	-	34,560	103,680
	計	50,458	151,374	1,382	9,977	51,840	161,351
1979	病院	27,486	82,458	2390	16,730	29,876	99,188
	PCC	59,760	179,280	-	-	59,760	179,280
	計	87,246	261,738	2,390	16,730	89,636	278,468

※ 外来病院 ; 会員 × 月有病率 (22.1%) × 専門治療 (10%)

× 外来率 (92%) × 12月 =

PCC ; 会員 × 月有病率 (22.1%) × PCC (20%) × 12月=

入院病院 ; 会員 × 月有病率 (22.1%) × 専門治療 (10%)

× 入院率 (8%) × 12月=

平均治療日数 ; 外来 3日, 入院 7日

라 医療保險 收支推計

(1) 收入

單位 : 千원

		保險料收入			国庫補助			病院補助
		計 (100%)	会員 (85%)	低所得層会員(15%)	計	給與費	事務費	治療費 20%
1977	56,968 (100%)	37,410 (65.6)	31,799 (55.8)	5,611 (9.8)	9,828 (17.3)	5,242 (9.2)	4,586 (8.1)	9,730 (17.1)
1978	187,225 (100)	117,256 (62.6)	99,693 (53.2)	17,563 (9.4)	20,126 (10.7)	10,734 (5.7)	9,392 (5.0)	49,813 (26.7)
1979	340,798 (100)	202,777 (59.5)	172,360 (50.6)	30,417 (8.9)	34,369 (10.1)	18,333 (5.4)	16,036 (4.7)	103,652 (30.4)

※保險料收入 : 保險料自担者 85%, 自担不能者 15%

国庫補助 : 1世帶当 月給與費 80원 × 12月, 事務費 月70원 × 12月 =

病院補助 : PCC 外來, 病院入院및外來/PCC 분만비의 各各 20%

保險料 : 1977年에 100원, 78-79年에는 150원

(2) 支出

	合計	医療保險給與費				事務費	備考 (增△減)
		療養給與	分娩給與	葬祭給與	健康診斷		
1977	60,249 (100%)	38,915 (64.6)	4,039 (6.7)	1,370 (2.3)	6,235 (10.3)	9,690 (16.1)	△ 3,281
1978	155,863 (100%)	104,361 (67.0)	8,435 (5.4)	2,870 (1.8)	22,806 (14.6)	17,391 (11.2)	31,362
1979	322,576 (100%)	227,387 (70.5)	17,506 (5.4)	4,956 (1.5)	45,062 (14.0)	27,665 (8.6)	18,222

算出基礎

療養給與

	給與率		1日平均治療費	
	外來	入院	外來	入院
1977	50.2%	36.3%	516원	11,970원
1978	50.2%	40.0%	619	14,364
1979	50.2%	45.0%	743	17,236

分娩給與

1) 沃溝郡出生率 3.7% × PCC利用率 50%

2) 組合給與費 5,000원

3) 1回分娩費 1977年 - 10,000원 78年 - 14,000원

79年 - 17,000원

葬祭給與

1) 沃溝郡死亡率 1%

世帶主死亡 1% × 1/5

扶養家族 1% × 4/5

健康診斷費用 (組合負担)

1人当費用 1977年 - 200원 78年 - 350원

79年 - 400원

事務費

単位：千원

項目	1977 金額	1977 算出基礎	1978 金額	1978 算出基礎	1979 金額	1979 算出基礎
人件費	3,510	120×1名×13月 50×3×13月	6,162	144×1×13 60×3×13 50×3×13	8,689	173×1×13 72×3×13 60×3×13 50×2×13
職務手当	240	5×4×12	420	5×7×12	540	5×9×12
集金手当	3,180	월보험료×4% ×10%×12月	3,969	左 全	17,236	左 全
需用費	600	50×12月	840	70×12	1,200	100×12
計	7,690		11,391		27,665	

마. 低所得層住民 医療保険料 및 診療費

(1) 加入者（全住民의 15%）

	世帯数	扶養家族数	会員数
1977	819	3,857	4676
1978	1,677	8,097	9,774
1979	2,865	14,033	16,898

(2) 年次別 受診人員

	区分	外来		入院		計	
		実人員	延人員	実人員	延人員	実人員	延人員
1977	병원	1,141	3,423	99	693	1,240	4,116
	PCC	2,480	7,440	-	-	2,480	7,440
	計	3,621	10,863	99	693	3720	11,556
1978	병원	2,385	7,155	207	1,449	2,592	8,604
	PCC	5,184	15,552	-	-	5,184	15,552
	計	7,569	22,707	207	1,449	7,776	24,156
1979	병원	4,123	12,369	359	2,513	4,482	14,882
	PCC	8,963	26,889	-	-	8,963	26,889
	計	13,086	39,258	359	2,513	13,445	41,771

前記 年次別 受診人員 計算과 同一함

(3) 低所得層住民 負担不能 保険料 및 診療費

単位：千원

	低所得層負担不能診療費計	療養給與			分娩給與			保険料負担不能額
		負担不能額	組合負担	總治療費	負担不能額	組合負担	總治療費	
1977	8,337	8,075	5,825	13,900	262	603	865	5,611
1978	20,610	19,488	15,381	34,869	1,122	1,412	2,534	17,593
1979	41,042	38,350	34,133	72,483	2,692	2,629	5,321	30,417

前記 保険 療養給與 및 分娩給與基準에 의해 算出함.

5. 地域社会 住民의 参與

現今까지의 保健社業을 보면 地域社会 住民은 어디까지나 受動的이며 極히 消極的이었다. 더 甚하게 評하면 오히려 忌避하였다고 할 수 있다. 그러나 앞으로 本事業에 있어서는 反対로 住民의 主体的인 参與가 要望되고 또 이것이 本事業의 成敗의 関鍵임은 再論의 餘地가 없다.

1962年부터 새마을運動이 始作되어 오늘날 農漁村은 勿論 都市까지도 包含한 全国的인 事業으로 強力히 推進되고 農村社会開発의 絶対的인 契機가 되었고, 環境改善, 農家所得增大에 多大한 成果를 거두고 있을 뿐만 아니라 自助, 勤勉, 協同의 精神的인 面에서 一大革新이 이루어지고 있다.

새마을運動 展開初期에는 施行錯誤도 있었고 無理한 일도 許多하였지만 現在에 와서는 本軌道에 올라 마치 莫強한 動力을 갖추고 힘차게 疾走하는 急行列車에 比할 수가 있다. 새마을事業의 成果야말로 国家創建以来의 旧殼을 脫皮하는 農村社会의 革新이라 할 수 있다.

새마을事業을 살펴 보건대 그 事業의 많은 分野가 保健事業이며 또 生活改善事業도 人間의 健康과 直接的 또는 間接的 有関事業들이다.

그리고 保健을 專攻하는 사람으로서 새마을事業을 観察할

때 이 거창한 事業에 保健学者들이 始初부터 깊이 関與하였드라면 보다 더 科学的으로 合当한 結果를 얻을 수 있었던 点과 좀 더 追加하였드라면 하는 点도 許多히 発見할 수 있다.

이와 같이 생각할 때 保健을 專攻하는 사람들이 傍観과 批評만 하는 姿勢에서 脫皮하여 이제부터는 새마을事業에 直接的으로 積極 参與하여 既往에 全国的으로 強力히 推進되고 있는 一大 国民運動을 더욱 効果的으로 展開할 수 있게 協力하여 国民保健向上에 寄與함이 責任을 다하는 일로 믿어진다. 늦은 感은 있으나 保健을 專攻하는 사람들이 이제라도 새마을事業 急行列車에 途中乘車하여 確固한 자리를 만들어야 하겠다.

새마을事業의 標語인 自助, 勤勉, 協同은 地域社会保健事業을 推進展開할 때에 採択하여야 할 標語과도 一致한다고 하겠다. 実로 農村地域 社会保健事業을 遂行함에 있어 自助 勤勉 協同이 없이 이루어질 수 있을 것인가?

沃溝郡 地域社会 保健事業에서는 새마을事業의 標語인 自助 勤勉 協同과 自発的인 参與를 住民들의 強力한 精神的 바탕으로 하여 推進하겠고, 또 새마을事業에서 構築된 地域社会組織 即 部落새마을指導者와 새마을婦女会長을 中心으로 한

全部落的 組織을 그대로 利用함으로써 效率的인 保健事業이 成就될 것으로 믿는다. 即 새마을指導者와 婦女会長은 地域社会保健事業의 組織에서 가장 尖端이면서 가장 重要한 責任을 맡는 要員이 될 것이다. 이 사람들과 部落을 担当하는 看護補助員 (Village health worker)의 活躍은 本事業의 成敗의 関鍵이다.

Ⅳ 事業評價

事業評価는 3種의 評価方法 即 診断評価, 形成評価 및 綜合評価 等으로 施行한다.

1. 診断評価

事業始発段階에서 地域特性, 地域의 保健需要 및 各種의 社会資源의 3位側面에서의 現状을 把握하여 事業战略을 決定하기 위하여 実施한다. 資料에는 다음 事項들이 包含된다.

가. 地域特性의 把握을 위한 資料

(1) 地理, 地勢

(2) 風土, 気候, 災害

(3) 人口構造, 家族形態

(4) 産業 및 經済

(5) 所得 및 消費

(6) 郡과 面의 行政 財政

(7) 文化的 教育的 環境

(8) 其他

十 地域社会保健需要를 把握하기 위한 資料

(1) 人口動態統計, 死亡統計, 伝染病統計, 傷病統計

(2) 環境衛生의 状態

(3) 急性伝染病

(4) 慢性伝染病

(5) 成人病

(6) 母子保健状態

(7) 学校保健状態

(8) 家族計劃状態

(9) 精神障害者状態

(10) 事故

(11) 特殊風土病

(12) 営養給食

(13) 其他

十一 社会資源把握을 위한 資料

(1) 郡 및 面의 行政 및 財政狀態

(2) 医療 및 保健施設

(3) 医療保険

(4) 社会福祉施設

(5) 教育関係施設

(6) 農水産業

(7) 새마을事業

(8) 各種 地区組織 民間団体

(9) 其他

2 形成評価

事業推進途中에 流動的인 狀態에서 事業推進方法의 改善을 위하여 行하고 이를 地域社会에 feed back (送還)効果를 얻기 위하여 実施하는 改善追求的 評価인 同時에 目標指向的인 評価를 実施한다.

3 綜合評価

事業 終結後에 成果 達成의 程度를 總評하기 위한 評価를 実施하여 保健行政에 反映시킨다.

韓國農村保健·医療서비스傳達体系 模型 (提案)

金 馹 燁
(延世大 医大 教授)

目 次

1. 概 要 ——— 2-3
2. 保健·医療伝達体系의 模型 ——— 2-4
3. 組織單位別 技能 ——— 2-4
1) 行政里 ——— 2-4
2) 保健支所 (1~2개 面에 1개소) ——— 2-4
3) 郡 保健所 ——— 2-4
4) 地域病院 (道立病院) ——— 2-5

5) 종합병원 ---------- 2-10

4. 各 組織과 民間医療機関과의 関係 ---------- 2-10

5. 各 組織単位別 人員構成 訓練 및 活動 ---------- 2-11

1) 里 : 家庭保健要員 ---------- 2-11

2) 保健支所 ---------- 2-11

6. 組織単位間 連関性 ---------- 2-14

7. 地域社会 支援組織 ---------- 2-14

8. 財源調達機構 및 給与内容 ---------- 2-15

9. 事業評価 ---------- 2-16

1. 概 要

다음에서 기록할 한국농촌 보건의료 전달체계의 모형은 어디까지나 이상적인 것이지만 어느 정도 현실을 감안한 것이다. 이러한 이상이 짧은 시일내에 실현되리라고 생각되지는 않는다. 그러나 이러한 이상을 실현하기 위하여 노력하여야 하며 노력하는 과정에서 1단계, 2단계 또는 3단계의 중간과정을 둘 수 있다.

이러한 전달 체계 모형의 수립을 위하여는 다음의 몇가지 개념적인 원칙을 고려하였다.

1) 지역화

여기에서 말하는 지역화 개념에는 다음의 세가지 내용을 주축으로 한다.

(1) 대, 소의 보건의료 (책임) 지역을 정하여

(2) 그 지역내에서 환자 후송 체계와 보건사업의 감독체계를 수립하고

(3) 인력 및 기타 의료 자원의 계획은 그 지역의 보건, 의료 수요에 기초를 둔다.

2) 의료전달 체계, 인력, 시설 및 재원 조달 방법을 동시에 통합하여 개발한다.

3) 체계는 리 단위에서 부터 상향적으로 조직 수립한다.

4) 지역사회의 적극적인 참여를 기초로 한다

2. 保健医療傳達体系의 模型

(그림 1, 2, 3 참조)

3. 組織單位別 機能

1) 行政里

행정리에는 가정건강요원을 두어 모자보건, 가족계획, 질병사업, 보건통계의 수립 및 응급처치등에 대한 능력에 따른 업무를 부과한다

2) 保健支所 (1-2개면에 1개 지소)

(1) 담당지역의 진료요구를 전부 처리할 수 있도록 조직하여야 하며 진료업무내용의 90-95%를 완전하게 처리할 수 있도록 인력, 시설을 갖추어 준다. 5-10% 환자는 다음 상위단계로 후송한다

(2) 그 지역의 예방 및 공중보건 업무를 담당한다. 담당내용은 보건지소를 통하여 위임된 과제를 최소한의 업무로 하고 그 이상의 성과를 올리도록 조직한다

3) 郡保健所

(1) 군 보건소는 그관의 예방 및 공중보건 업무를 그대로

담당하며 앞으로 사업의 확장 및 새로운 사업을 위하여 현재의 기능을 더 확대할 수 있도록 조직하여야 한다.

(2) 군 보건소의 진료기능은 읍 인구의 진료와 군 내의 응급환자의 수술적 처치를 할 수 있을 정도로 강화되어야 한다

4) 地域病院 (도립병원)

교통의 편의 및 지역적인 점 및 인구의 크기등을 고려하여 2-3 개 군에 1개소의 지역병원 (100-150 침상)을 설립하여 각 군 면 및 면에서 후송되어 오는 환자의 처리를 담당하게 하여야 한다 여기에 각종의 전문의를 두어야 하며 시설과 장비도 이에 부합되어야 한다

Fig. 1. Proposed Health Care Delivery Model in Rural Korea

(Semi integrated system)

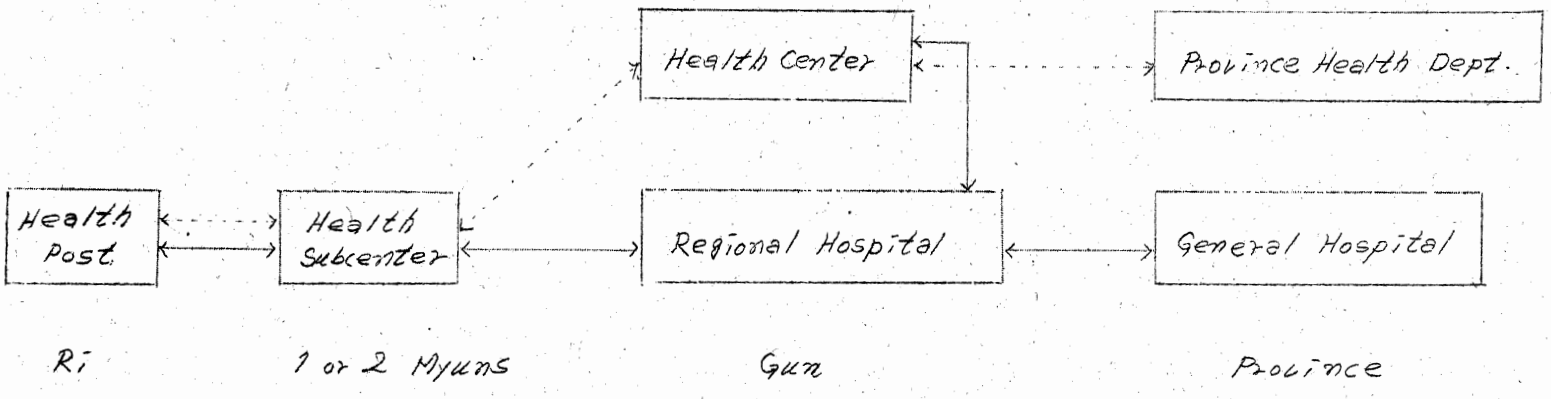
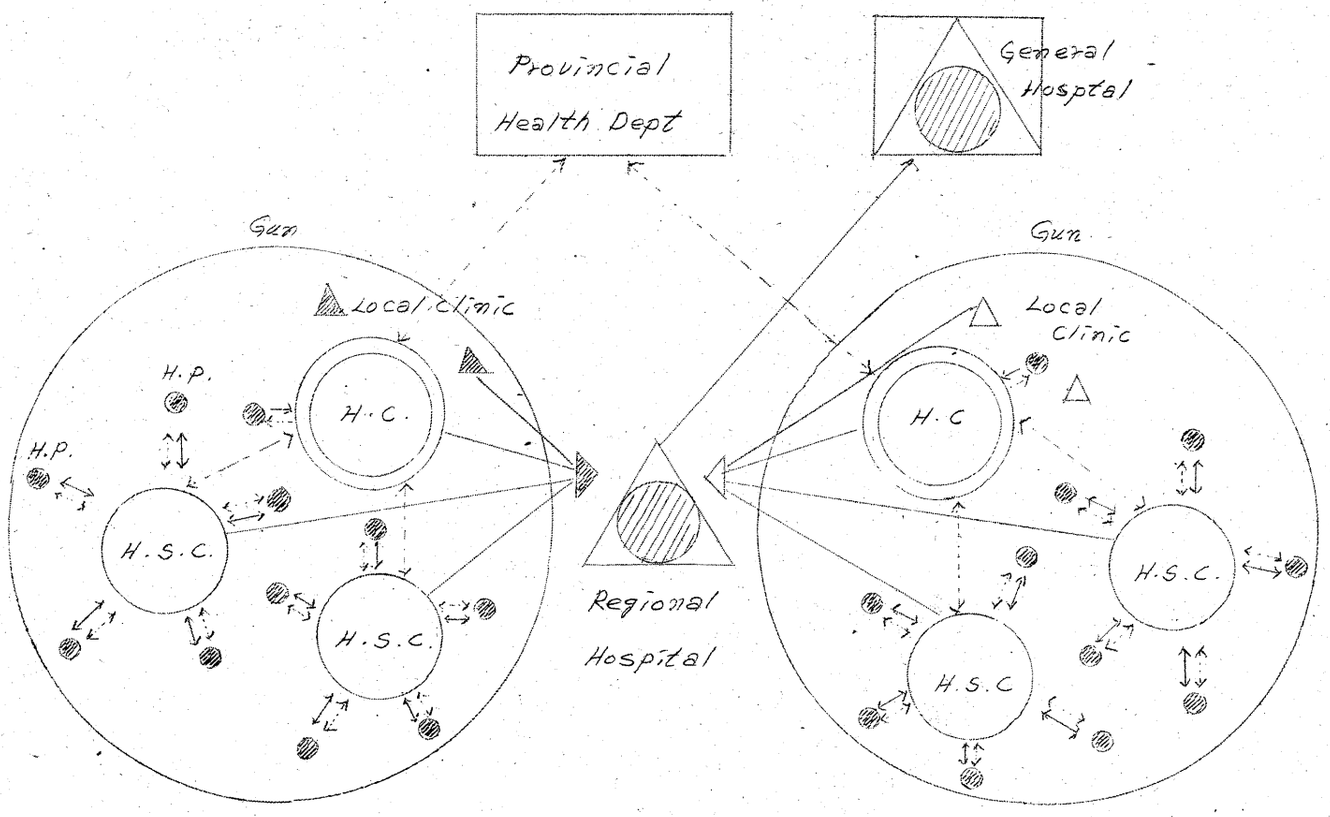


Fig. 2 Health Care Referral Model : Program and Patient Flow



Patient flow

Public Health program communication flow

Health Post

Health Sub-Center

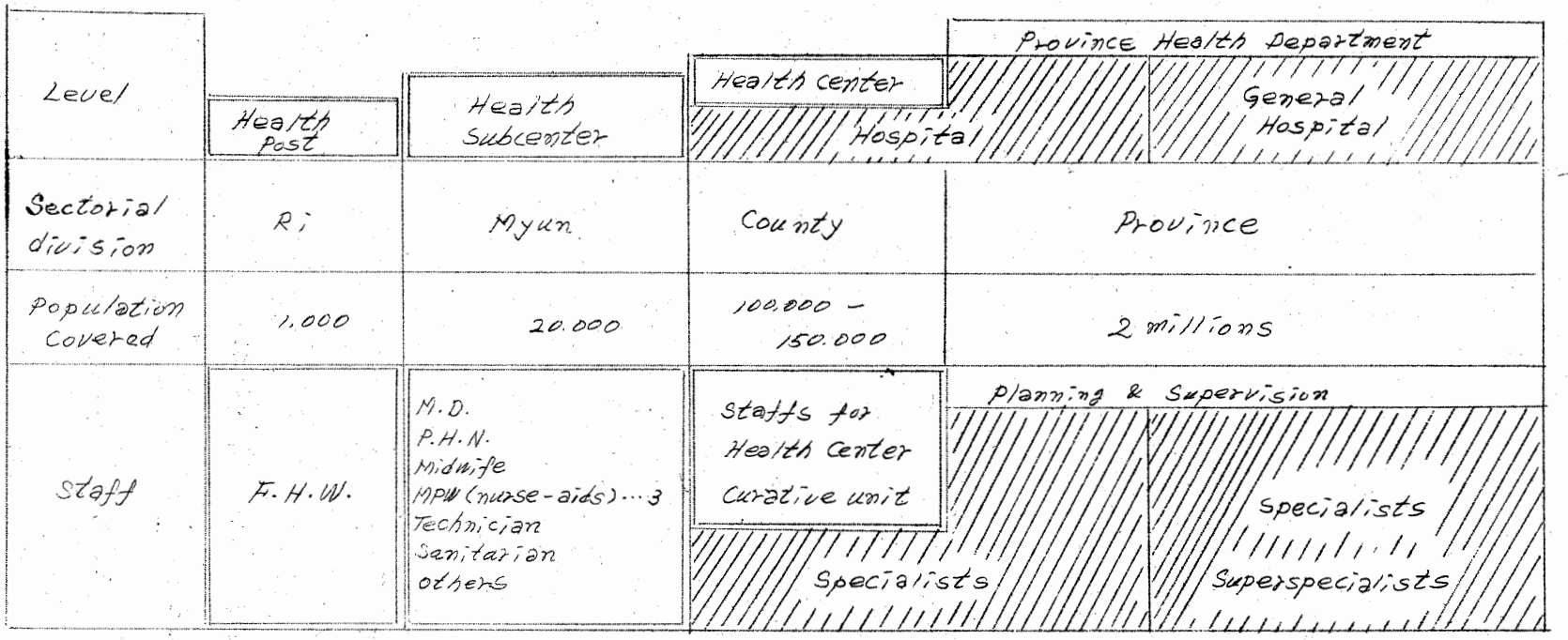
Health Center

Regional Hospital

General Hospital

Local private clinic

Fig. 3 Health Care Referral Model : Structure



comprehensive health care (public health & curative services)

curative service only

planning and supervision

5) 綜合病院

지역병원에서 치료가 기능하지 않은 특수 질환을 후송받아 처리하는 병원이며 각 대학의 대학병원 및 그의 준하는 병원을 이용하는 것이 바람직하다

各 組織과 民間医療機関과의 関係

농촌 진달 체계는 어디까지나 공공 부분이 주가되고 민간 부분은 보완적인 역할을 담당하도록 수립되는 것이 현실적이며 효과적이라고 생각된다.

그러나 만일 읍 단위의 민간의료 기관을 공익성을 띠우는 의료기관으로 설정할 수 있게 행정적인 유도를 한다면 민간의료기관과 공공의료기관과의 혼합체계도 가능할 것으로 생각된다.

지역병원은 특수한 경우를 제외하고는 현재의 도립병원을 강화 이용하고 도립병원이 없거나 능력이 부족한 경우 그 지역의 상응하는 민간병원과 계약 또는 이용하는 것이 바람직 하겠다. 다음으로 종합병원은 기존 대학병원 및 그에 상응하는 병원을 이용하는 것이 바람직하며 새로 종합병원을 건립하는 것은 운영면으로나 경제적인 면으로 보아 타당하지 않다고 생각 된다.

5. 各 組織單位別 人員構成, 訓練 및 活動

1) 里 : 家庭健康要員

행정리 단위에는 1명의 가정건강요원 (또는 다른 명칭을 사용해도 무방하다) 을 이용하는 것이 가장 이상적이다

가정건강요원은 그 지역의 결혼하여 자녀를 기르는 어머니로서 그 지역의 사람과 문화를 가장 잘 파악하고 있는 사람중에서 주민들에 의하여 선택한다

연령은 대개 30~50세 사이가 좋을것 같다

약 2주간의 학과 교육과 약 1~2개월의 현지 교육을 시행하면 될 것이다

(실제 하고있는 시범지역의 내용 참조)

가정 건강요원이 있으면 현 보건사업은 거의 완전에 가까운 정도로 잘 진행될 수 있다는 것이 증명되었으며 의료기관과 주민 사이의 관계가 아주 순조로워 진다 가정건강요원의 수당은 보건의료 봉급의 약 $\frac{1}{5}$로서 보건요원 1인의 봉급으로서 가정건강요원 5인을 둘 수 있다

2) 保健支所

보건지소과 위에서 말한 기능을 다하기 위하여

는 이상적으로 다음과 같은 인원이 필요하다

의 사 / 인

보건간호원 / 인

조산원 / 인

다목적 보건요원 3 인 (인구수에 따른 조정이 필요)

위생사

기 사

기타 요원

의 사 : 정규 의과대학을 졸업한 일반의로서 지역사회 의학교육을 /개월이상 받은 사람으로 보하며 보건지소를 대표하고 업무를 관장한다. 가장 중요한 업무는 보건지소의 일차진료를 담당하는 것이다

보건간호원 : 정규간호원으로 보건간호원의 교육을 받은 자로 보한다. 보건간호원은 예방 및 공중보건사업 (모성보건제외) 과 그 사업을 위하여 존재하는 보건요원 및 가정간호요원의 업무를 감독한다. 보건지소장이 결원시 이를 대행한다.

조산원 : 그 지역의 산모의 안전 출산 및 사후관리를

하며 보건간호원과 협조하며 가족계획 및 어린이 건강을 실행한다

현재의 조산원은 적당하지 않으며 가정분만을 주목으로 하는 교육을 받은 새로운 조산원이 필요할 것이다 (가능하면 연령이 많을수록 좋겠다)

다목적 보건요원 : 현재의 면 보건요원을 재교육시켜 다목적요원으로 이용한다. 다목적요원은 주로 보건간호원의 지시를 받으나 모성보건에 대해서는 조산원의 지시를 받는다

현재의 교육수준으로 족하나 교육내용은 농촌현실과 새로운 임무에 맞도록 재조정 되어야 한다

다목적요원의 수는 인구 3,000명당 1인이면 족할 것으로 연구되었다

위생사 : 정규적인 위생사 교육과 자격증을 가진 사람이 아니고 간호보조원 수준으로서 위생에 관한 교육을 약 1~2개월 (간호보조원 교육과정중 마지막 1~2개월이 적당할 것이다) 받은 사람으로 아주 한정된 몇가지 위생관리

업무만을 담당한다.

의 사 : 정규교육을 받은 사람이 아니고 현지에서 중학교 정도의 교육을 받은 남자중에서 선발한다. 현지교육을 실시후 엑스선 촬영과 검사실을 담당하게 한다.

의약요원 : 모든 환자 기록을 담당하며 의사의 환자진료행위를 돕는다. 현지에서 중학교 졸업정도의 여자중에서 선택한다.

6. 組織單位間 聯關性

(그림 1, 2, 3 참조)

7. 地域社會支援組織

피에는 가정건강요원으로 족타미 현 또는 보건지소 및 군수준에서 보건협의회를 각각 구성하여 보건사업의 지역주민의 참여를 권장하며 나아가서는 지역주민의 요구에 따른 보건사업을 권해한다 (실제 조직 운영되고 있는 시범지역 참조)

8. 財源調達機構 및 給與內容

재원조달은 원칙적으로 군 또는 면수준의 보건협의회를 중심으로 의료보험조합을 구성하여 조합원 수가 충분하지 않은 경우는 삼자지불 형태로 진행하나 조합원 수가 충분한 경우 1차진료는 보건지소를 중심으로 한 선불방법을 택하고 2차진료는 보건소에서 후송된 환자에 한하여 군 또는 지역병원에서의 진료비를 보험조합에서 담당한다

보험료는 현실에 맞도록 결정되어야 하며 지나치게 저렴하여서는 안된다

지정병원은 가능한한 의료전달체계내의 의료기관으로 하되, 조합원의 의사에 따라 민간의료기관도 계약기관으로 광범위하게 이용되어야 한다. (현재 실시되고 있는 시범사업 의료보험 내용 참조)

급여는 질병의 예방을 위한 급여, 요양급여, 분만급여 및 장제급여 등을 둔다

요양급여는 일차, 이차 진료를 막론하고 본인이 30 %를 부담하고 병원 감액을 포함하여 70 %를 조합이 부담한다

보험가입은 세대당 가입을 원칙으로 하나 보험료는 일인당 (현 200원)으로 계산한다. 보험료 이외 최소한 10 %

의 국가보조가 필요할 것이다

보험료는 가능한대로 월별 지급제 보다는 연 1회 내지는 2회로 환원하여 현물(쌀, 보리 또는 기타 산물) 지불도 가능하게 하여야 한다

진료 보수 지급방법은 조합원 수가 충분 (5,000 명) 할 때까지는 시료징수제로 하고 그 이후 부터는 보건지소 의사는 봉급제 또는 건당 평균 진료비 지급제 (인두당 지급)로 한다

생활능력 부족자에 대해서는 정부가 1차적인 책임을 져야 하며 2차적으로 보험조합원의 수가 커지면 보험료의 일부를 지불하게 하고 그 나머지는 지역사회 또는 정부가 부담하는 방법을 택한다

9. 事業評價

1) 評價基準

평가기준은 장기적인 것과 단기적인 것, 직접적인 것과 간접적인 것 또는 사업결과와 사업실적등 각종의 것을 이용할 수 있다. 예를 들면

(1) 영아 사망률

(2) 신생아 파상풍 사망률

(3) 인구 증가율

(4) 어린이 전염병 발생율

(5) 모성 사망율

(6) 결핵 유병율

(7) 예방접종율

(8) 난관 또는 정관결찰수

(9) 자궁내 장치 삽입 수

(10) 위생적인 출산 수

(11) 산전 산후 관리 수

(12) 환자진료수

(13) 기 타

2) 評價方法

시범지역과 같은 군내 다른 지역과 제반 통계 자료 상호 비교한다

3) 評價資料

(1) 일상 수집되는 자료

체계적인 방법으로 수집한다

(2) 계획하며 조사한다

春城郡 保健医療傳達体系의 그 事業의 評價方法

金 貞 順
(서울大 保健大学院 教授)

目 次

Ⅰ. 緖 論 ——— 3-3
Ⅱ. 春城郡의 背景 ——— 3-11
Ⅲ. 春城郡에 있어서 低廉良質의 保健医療傳達体制의 模型設計
1. 模型의 組織構造 ——— 3-14
2. 各·組織單位의 構成 및 機能 ——— 3-14

3. 地域社會組織 ——— 3-26

4. 財源調查方法 ——— 3-26

5. 事業評價 ——— 3-28

Ⅳ. 結　論 ——— 3-30

I 緒論 :

서울大学校 保健大学院은 本校 学生들의 現地修練, 한국농촌에 알맞는 포괄적 保健医療伝達体制示範, 韓国農村地域의 保健問題 研究등 세가지의 設定된 目標를 가지고 1972年 后半부터 春城郡, 新東面, 人口 約 12,000名 住民을 対象으로 地域社会 保健示範事業을 始作하였다.

지난 4年間에 걸쳐 農村地域의 保健問題 把握을 為한 研究資料를 土台로 低廉良質의 保健医療伝達体制 確立에 많은 努力을 경아왔다.

1977年에 5年間의 事業을 總評価할 計劃을 세우고 있으며, 한편 中間 自体評価会에서 各 目的別, 分野別로 그 동안에 成就된 目的達成에 対한 評価와 問題点의 発見, 시정되어야 할 項目들, 그리고 이에 대한 여러가지 대안등에 관하여 討議했는데, 結局은 現在의 制限된 人力과 予算을 감안한다면 事業의 成果는 到目할만큼 크다는 結論에 도달되었다.

春城郡 示範事業의 特徵을 몇 개 列挙해 본다면

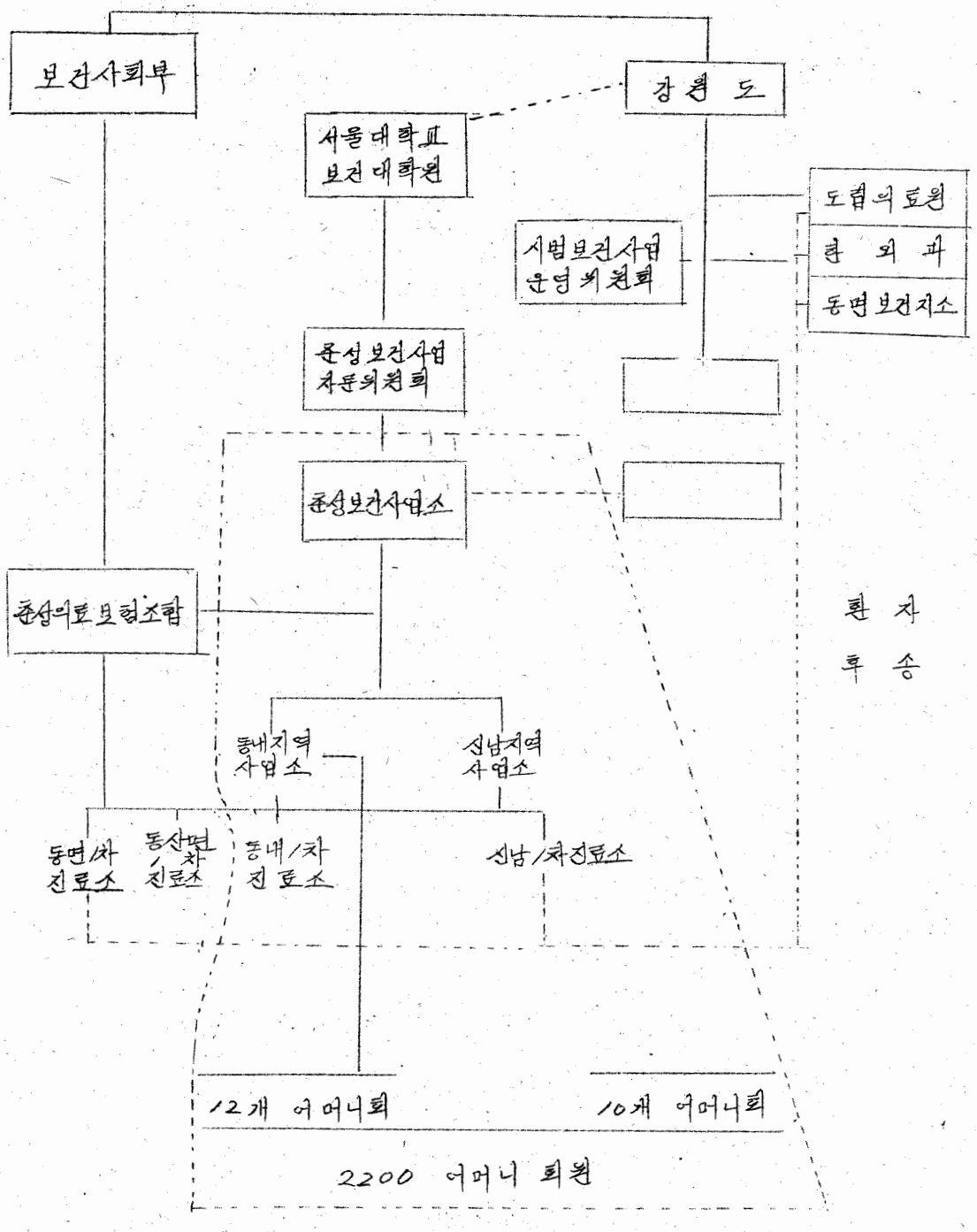
① 抱括的 保健医療의 伝達体制 : 従来 分離된 治療医学과 予防医学을 統合한 形態의 서비스 体制로 全地域 住民들의 家口記録管理常備体系를 設置하여 철저한 追跡과 后送網 確立으로 住民들의 継続性있는 保健管理에 万全을 期하고 있다

③ 地域社会의 自発的 참여 : 保健医療事業이 地域社会住民 自身을 위한, 그리고 그를 自身의 事業이라는 概念을 가져야만 앞으로 地域社会 単位의 自営医療事業이 可能할 뿐아니라 保健事業에도 協助하게 되며 또한 住民의 協助가 있어야만 그들의 保健増進이 可能한 것이기 때문에 本事業은 처음부터 自発的인 지역사회 참여를 基本條件으로 내 세웠다

그리하여 現機構構(図ノ)에서 보는 바와 같이 地域社会 여러 階層의 代表로 構成된 運営委員会가 医療保険에 관한 政策決定 및 事業의 方向提示등 重要한 役割을 담당하여 운영함으로써 保健医療事業에 적극적 참여를 하고 있다. 其外 里長, 班長, 어머니会 会員들을 通한 保健教育 및 地域社会에 発生하는 保健統計수집 등 多角度에서 直接, 間接으로 참여 하고 있다

④ 마지막 特徴은 大概의 示範事業이 外部資源에 의한 投資가 커서, 그 資本源이 終結되면 自立이 어려워 그대로 示範에 끝이는 事例가 많으나 本事業은 이런 点을 考慮하여 可能한 限度로 外部 予算을 줄이고 있다. 例를 들면 現在 新東面 保健支所의 運営費를 보면

보건의료전달체계



도 1 : 신동면 보건의료전달체계

本大学院에서는 派遣한 職員 3名의 給料, 車輛維持費, 公共料金, 建物維持費로 한달에 約 30万원에 不過하고 나머지 운영비는 医療保険 即 地域社会에서 負担하고 있다.

自体評価会에서 等論되었던 問題点들을 参考로 論議해 보면 다음 같은 種類들이었다.

① 産前産后管理 및 家庭분만개조의 低調 : 産前管理가 母性 및 胎児健康에 대단히 重要한 要因임을 考慮한다면 現実績 (일산부의 68%) 은 좀더 増加시켜야겠다는 意見이고 비록 病院분만이 多少 늘었다고는 하나 보건소원에 의한 가정분만개조 (16%) 는 아주 低調하다. 이것은 地域이 넓리 퍼져 있고 山间 地域이 많아 일일히 家庭訪問이 困難하고 아직 啓蒙이 덜 되서 어머니 会員을 通해 通報해도 利用이 안되는 경우가 있다.

더구나 母保健要員과의 業務調整이 원활히 안된 状態에서 人力不足이 主原因으로 指摘되었다.

② 予防接種薬의 不足 및 供給不適 : 接種液이 安定되고 供給이 充分한 디피티와 종두는 対象児童을 거의다 接種시켰으나 絶対量이 不足하고 一年에 2回 밖에 供給 안되는 소아마비나 2日间의 余裕를 갖고 供給되는 비씨지는

有料接種으로 包含해서 各各 대상자의 86% (1回以上 모두) 50余%밖에 안된다 紅痘接種은 完全히 自担인데 비싸기 때문인지 1.2%에 不過하여 每年 小規模의 流行을 겪고 있다 紅痘도 可能하면 虛弱小兒만이라도 国家에서 無料供給을 어느 時期까지는 해줌이 바람직하다

③ 結核管理事業에 있어서의 問題点 : 平和奉仕団員과 結核要員의 合同努力으로 新患索出은 거의 완벽하게 하고 있으나 患者들의 登録規定 (minimal stage 患者는 등록될 수 없는)도 問題일 뿐만아니라 登録患者들이 一定期間 (2年間) 熱心히 治療를 받아도 年少層을 빼놓고는 別 効果가 없어 保健所 治療를 不信하여 속속 脱落되어 가고 있다.

結核이 完治는 안되더라도 予防効力이 있다는 理由만으로는 이들을 説得하기란 아주 힘들었다. 仁中에는 自費로 2次薬 服用을 하고 있는 患者도 있으나 薬代調達의 困難은 勿論 (大部分의 結核患者는 韓国平均水準以下의 経済状態) 二次薬이 一次薬 抵抗菌에 対한 確実한 解決策이 못되는 限 二次薬 抵抗菌発生에 対한 対策이 時急히 要望된다.

④ 環境衛生問題 : 韓国農村의 疾病様相을 参考해 본다면 衛生上水道의 設置 및 汚物의 衛生的 処理만으로도 40~50%는 予防可能한 疾病임을 알 수 있다. 이것만 解決된다면 現在 70%以上의 寄生虫 感染問題뿐 아니라 永因性 胃腸障碍는 말할 것도 없고 豊富한 물의 供給은 個人衛生 및 住居衛生에도 공헌하여 물결에서 오는 皮膚病 発生을 予防할 수 있다.

本事業이 始作된 后 住民들의 계몽으로 簡易上水道施設은 상당히 많이 進展되고 있으나 便所改良은 不振하여 地方政府 및 地域社会機構에 協助를 求하며 継続 推進中에 있다.

③ 医療 및 医療保険問 : 医療保険組合 및 診療所가 創設된 지 満2年이 되었다. 保社部로 부터의 認可当時 4,575名이었던 会員이 現在 8,789名으로 増加되고 保険料도 頭当 500원에서 今年부터 720원으로 増額되었다. 4個 診療所를 3個面에 配置하고 있는데 専担医師는 없고 修練医 한사람과 本大学院에서 3名의 医師가 輪番으로 毎週 金, 土曜日에 出張治療를 담당하며 各診療所에는 週마다 2~6回 午前 或은 午后에만 医師가 診察하고 나머지는 保健要員으로 充当하고 있다.

保險은 元來医療酬価의 一時支拂이 어려운 低所得層의 便宜를 위해 結成됐으나 정말 도움이 必要한 低所得層은 保險에도 加入 못 하고 있어 国庫 및 地方費 補助를 받고 있는 保險은 低所得層을 소외하는 結果로 낳아 큰 問題中의 하나로 指摘되었다. 保險料 徵收도 分納形式으로 最大限의 便利를 提供하고 있으나 未納率이 높아 商事務所에 委託徵收를 計劃하고 있다.

診療所 利用率로 보아 한달의 診療所 活動日을 医師診療日만을 計算해서 보면 平均 7.2 ~ 8.5名/의사 전로일이 된다. 보통 큰사람의 医师가 4~5時间에 診療할 수 있는 患者数를 20 - 40 名으로 推算하면 이는 分明히 投資에 적란 得失로 봐서 큰 損失이 아닐 수 없다. 利用率이 低調한 理由를 보면 ① 住民들의 疾病에 적한 見識不足 ② 居住地域에서 診療所까지의 距離 ③ 経済的 不能 ④ 常在医师의 缺如 等을 들 수 있겠으나 一般的으로 住民들의 健康에 적한 見識(insight) 不足으로 医療需要度가 낮기 때문인 것으로 풀이 된다. 医療需要度에 적한 많은 調査가 反映하드시 患者中 約 20% 內外만이 病医院을 찾는다는 事実을 考慮하면 아무리 좋은 施設에 低廉한 서비스를 갖추다

하더라도 利用率이 얼마나 顯著히 增加할 것이며 国民健康 增進에 얼마나 큰 기여를 할 것인가는 의문이다.

現在 第一緊急한 것은 環境衛生改善(食水 및 汚物)이며 保健事業에 力点을 두어 保健意識改革을 위한 保健教育을 새마을 事業에 統合시켜 並行하고, 一次診療所는 時間制医师로 운영해 나가면서 漸次 定着하는 것이 無理없는 方法이라고 생각된다. 但 이 方法을 채택할 境遇에 반드시 갖추어야 할 條件은 各地域 구석 구석마다 應急患者를 迅速히 后送할 수 있는 連絡網과 輸送網이 組織되어야 하며 의료수가 支拂이 不可能한 응급환자에 처해서는 国家가 支拂해 주는 福祉制度가 確立되어져야 한다는 点이다.

以上의 経驗을 밑바탕으로 春城郡 全体住民을 対象으로 한 保健医療伝達体制를 論議코자 한다.

Ⅱ 春城郡의 背景 :

春川市를 뺑둘러 싸고 있는 春城郡은 面積 906.2 Km로 比較的 山嶽地域을 많이 包含하고 있다. 8個面 95個 法定里, 159 行政里에 518個의 自然部落 및 730個의 再建班으로 構成돼 있으며 全家口의 74.3%가 農家이고 1993年末 人口 73,738 (12,607家口)로 되어 있다. 人口構成은 全国的에 比해 活動期人口 20~29才 人口의 流出現象을 볼 수 있다. 各面마다의 人口도 地域에 따라 4,462名(북산면)에서 13,249名(신북면)에 이르는 多樣性을 보이고 있다. 文化生活 및 交易의 中心地인 春川市에 医療施設 即 綜合病院이나 医院도 集中되어 있어 別로 이용 안 되는 2個面 公医를 빼면 春城郡에는 医療施設이 없는 狀態에서 藥種商이나 漢藥房에 依存하는 実情이며 医療의 求心地도 春川市로 되어 있다.

春川市에 綜合病院은 單一個, 道立病院인데 內科, 一般外科, 小児科, 整形外科, 産婦人科, 耳鼻咽喉科 등 6個 專門科目 專門医사에 修練医 3名 인턴 3名으로 되어 있다. 可動病床數는 100個이나 不親切, 交通不便, 長時間의 待期等 理由로 病床利用率은 30%에 不過하고 年 1億余원의 道補助費로

運營되고 있는 狀態이다

單一專門医院으로는 外科 4個所, 內科2個医院, 그리고 一般医院 數個所가 開業되어 있다 春城郡內의 환경, 衛生施設도 다른 農村과 別로 큰 差異없이 數個 部落의 簡易上水道設置가 되어 있을 뿐이다

따라서 新東面을 中心으로 実施한 綜合健康調査나 診療所에 来訪한 患者들의 疾病様相도 다른 農村地域과 거의 비슷하여 40~50%가 予防可能한 疾患(非衛生的環境, 不規則한 食生活, 그리고 営養不良등에 基因한)들이 있다 診療所 来訪患者의 47.6%가 10才以下 小児였고 来訪患者中 계약된 病院으로 后送된 数는 16.5%로 大部分이 実驗室檢査가 必要한 患者들이였고 이 中 入院加療患者는 11.0%, 手術 받은 患者가 3.4% 였다

또한 前述한 바와 같이 医療酬価가 아주 低廉(보험조합원은 2日間의 藥代와 1回 注射를 包含한 処置에 저해 平均 446원, 非組合員은 組合員의 倍)한데도 不拘하고 利用率이 낮다

医療保險이 低所得層을 돕기 위해 만들어진 原則에 맞지 않게 20%以上의 組合員이 그 地域에서는 上流層에

점하는 事実은 아직도 韓国 農村의 生活水準이 医療의 均霑을 医療保険에 依存하기는 時期尚早임을 대변해 주고 있으며 低所得層의 医療는 国家的 次元에서의 解決策이 要望된다.

Ⅲ 春城郡에 있어서 低廉良質의 保健医療伝達体制의 模型設計:

低廉良質의 保健医療의 基準을 어느 水準에 놓고 定義할 것인가가 문제이나 制度의 改革없이 現在의 教育 및 社会制度内에서는 거의 可能한 非現実的인 論法이 아닐과 生覚된다. 다만 現在의 人力과 予算에 可能한 범주内에서의 変形된 体制만으로라도 어떻게 하면 좀더 効率的인, 또한 生産的인 保健医療伝達이 될 수 있을 것인가를 考慮한 模型設計안을 敷衍한다.

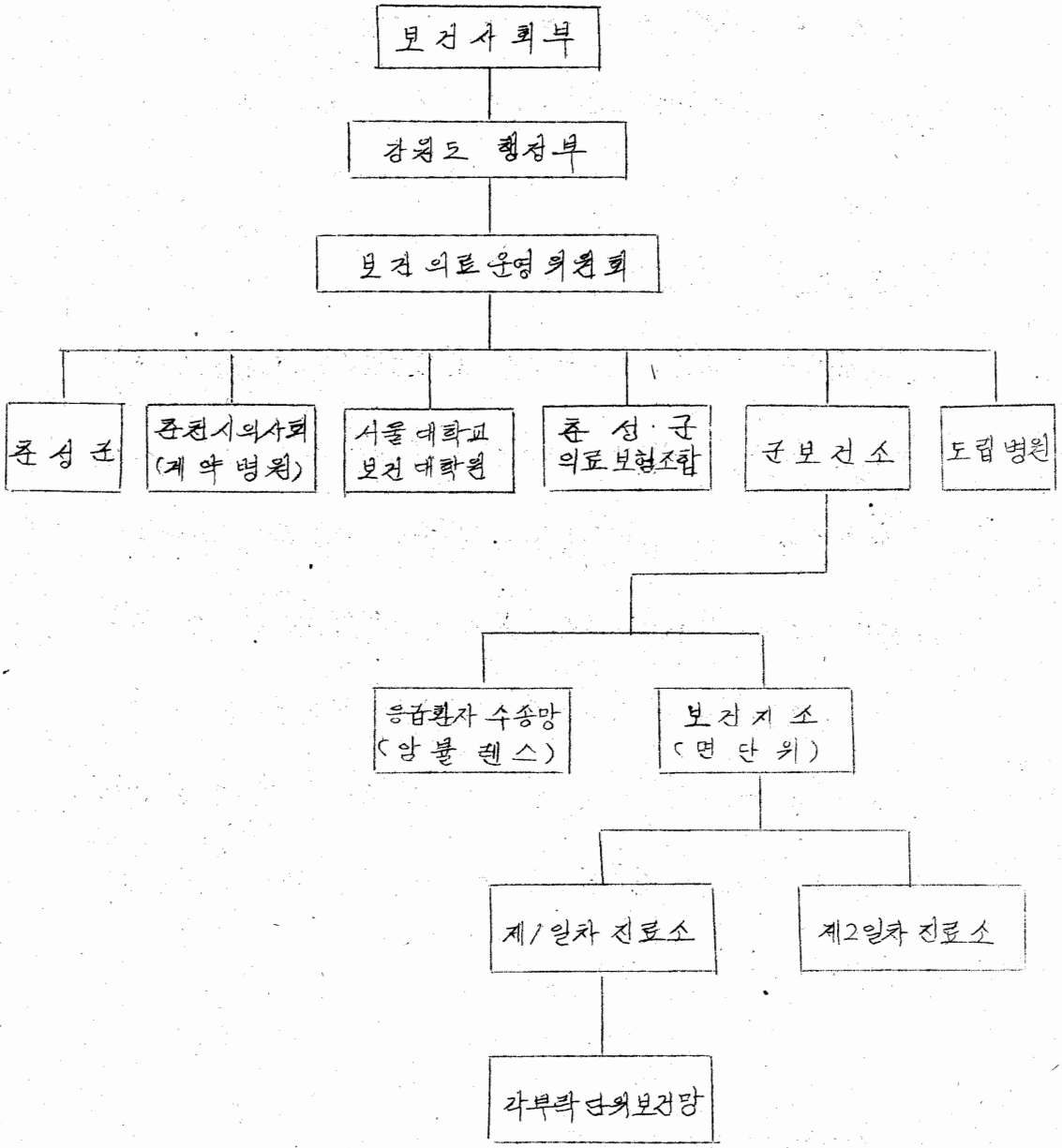
1. 模型의 組織構造:

図2에 表示된 바와 같이 既存 組織을 強化 調整하고 몇 個의 必要한 活動単位로 附加한 것이다.

2. 各 組織単位의 構成 및 技能:

1) 道:

道의 保健関係官吏는 행정이 아닌 技能職을 採用하여



도2: 춘성군보건의료전달체제 모형

名实共히 保健医療의 企劃 및 감독을 담당할 수 있어야 하며 運営委員会를 主制할 수 있어야 한다.

② 運営委員会 構成機関 :

道保社局, 春城郡, 서울大学校 保健大学院, 郡保健所, 道立病院, 春川市 医师会, 春城郡医療保険組合의 各 代表로 構成된다. 이 運営委員会의 機能은 春城郡 地域住民을 위한 包括的 保健医療事業의 政策決定 및 各 機関의 相互協助를 円滑히 하고 必要한 現地要員이나 住民들의 報告, 証言, 意見 및 여론을 綜合하여 問題 発見에 의 따른 시정方案을 模索하여 施行方向의 키 잡는 役割을 한다

3) 郡保健所 :

現保健所 組織에 다음과 같은 活動要員을 補充한다.

3) 郡 保健所

現保健所 組織에 다음과 같은 活動要員을 補充한다.

㉠ 保健所長 医師 및 保健学碩士所持者로 多年間 保健業務에 經驗이 있는 사람으로 하며 所長은 保健所를 代表하여 運営委員会 委員으로 政策樹立에 참여하게 되는 情報提供과 樹立된 政策을 遂行할 義務가 있다.

㉡ 保健技能職要員의 補充 이들은 各分野別로 保健学碩士 或은 이와 同等한 資質을 具備하여 保健所長을 補佐하며 保健事業遂行의 参謀役割을 하고 現地保健要員의 자문 및 감독을 담당한다. 必須的 專門要員으로는 保健教育담당要員 — 담당 地域社会의 保健知識, 態度, 実践状態를 把握하여 教育方法 및 教育材料開発은 勿論 各支所要員들을 修練시키고 자문에 応할 뿐아니라 이들을 감독 評価한다 —

環境衛生담당要員 — 環境調査로 実態把握을 責任지고 衛生上水道 및 便所設計를 提供하며 이에 対한 予算推定과 政府와의 緊密한 協議下에 資金調達을 주선 한다.

疫学統計담당要員 — 正確한 情報수집과 分析 없이는 事業을 効率的으로 이끌고 나 갈 수 없고 評価는

어렵다. 이 要員의 技能은 各分野에 必要한 情報수집을 위한 報告樣式의 設計를 담당하고 現地要員들에게 수집方法에 対한 훈련과 감독을 철저히 하며 수집된 資料의 分析評価로 現行事業을 뒷받침 한다.

保健看護담당要員 — 保健事業의 대반이 된서 看護員이나 看護補助員에 依해 이루어지므로 이들을 훈련 감독하며 자문에 응하여 계속적인 지도를 한다 — 그리고 社会事業담당要員 — 低所得層 患者들의 国家支援 與否를 判定하여 이들을 도와 주고 国家支援基準 設定에 対한 研究로 그 代案들을 国家에 추천한다 — 等이 効率的 保健医療伝達体制 確立에 꼭 必要하다고 생각된다.

4) 道立病院

公共部门의 医療技術으로서 患者診療事業에 中枢的 役割을 담당한다. 後送患者에 対한 診療뿐만 아니라 病院고용医师를 大幅增加하여 各 一次診療所에 医師供給을 責任 진다. 一次診療所 医师가 道立病院에서 派遣될 경우 다음과 같은 長短点이 있다. 即 長点으로는

㉠ 地域社会住民들을 위한 抱括的 保健医療事業에 当然한

義務를 수행하는 것이 되며 (國家가 장려 해야 할것임)
住民들의 病院利用率을 增加시킬 수 있고 國家予算支出
도 正当化할 수 있다

㉮ 病院所属医师들의 ~~末端地域社会診療経験~~ 및 여론 수집으로 病院 서비스의 改善이 可能해진다.

㉯ 患者가 後送될 경우 同一 医师에 依한 계속성 있는 管理를 받을 수 있다.

㉰ 政府나 地域社会保険組合보다는 의사 고용이 容易하다.

㉱ 修練医課程에서 地域社会保健医療事業의 経験을 할 좋은 機会가 된다.

短点 或은 制限点이 있다면

㉮ 保健要員과 診療医师의 所属이 달라 保健医療의 完全統合이 어려워 抱括的健康管理에 ~~障碍~~이 생길 우려가 있다.

㉯ 修練医 (인턴 혹은 레지덴트) 外의 医师를 고용할 경우 予算関係로 많은 数의 医师를 고용함이 곤란해 질 可能性이 있다.

㉰ 後送病院 선택에 있어 患者들 (다른 病院을 願하는) 에게 不便을 줄 수 있다.

② 診療所利用率이 낮을 경우 高価人力이 浪費될 우려가 있다. 一次診療所에 道立病院이 医師供給을 하는 代身 保社部支援으로 修練医를 파견 勤務시키는 것도 低廉医療伝達의 한 方法이 된다.

現在까지의 経験으로는 무의촌에 파견된 修練医들이 自己들의 能力이나 資質을 充分히 利用치 않아 地域社会 保健医療事業에 期待할 만큼의 공헌을 못해 왔다.

그 原因을 캐어 보면

㉠ 医大에서 地域社会医学 講義가 있기는 하나 이들에게 意慾을 주고 使命感을 불러 일으키기에는 学内 或은 病院 雰圍氣의 造成이 안되 있고

㉡ 强制性 派遣인데다 奉仕에 처한 報償이 없고

㉢ 方向을 잡아 일하기에는 너무 短期間이고

㉣ 自己義務나 責任에 처한 훈련이 없는데다 責任棧閑의 감독 体制도 되 있지 않다

그동안에 実施된 修練医 무의촌 파견효과는 오히려 그들의 能力을 시간을 거의 허비했다는 평가이다.

그런 故로 修練医를 無医村 해소에 효과적으로 利用하려면 이들에게 意慾과 使命感을 줄 수 있는 1~2週의 事前

훈련을 시키고 美國制度와 같은 兵役免除의 惠択을 주는 試案이 마련되어야 할 것이다. 現在의 医療制度로는 開業医를 誘致하기란 不可能에 가깝다.

5) 応急患者 輸送体系

現在 농촌지역에서 의료의 불균형에 依한 가장 큰 被害는 急性応急환자이다. 이런 응급환자의 신속한 수송과 처치만 해결된다면 농촌지역 医療사업의 半은 成就 된다고 바도 過言이 아닐것이다.

그동안의 経験에 의하면 多少의 変動이 있어 予測이 어렵지만 人口 1,000名当 한사람 골로 1個月에 応急患者가 発生한다고 推算되고 있다. 이 응급환자 수송부는 郡保健所 直轄로 하는데 7万余 人口에 앰불란스 2台면 充分하리라 생각 된다. 앰불란스 운전 기사는 응급처치법에 対한 철저한 訓練이 必要함은 勿論 待期時間 동안에는 다른 実験室 検査에도 活用할 수 있도록 保健所 実験室 담당 技士 資格証 所持者를 採用한다.

僻地에서 応急患者 発生時 연락망이 문제인데 法定里 単位의 行政電話 架設이 多目的的으로도 꼭 必要하다.

各地域單位住民들에게는 반상회를 통해 유사시 이용 될 수 있는 서비스 (암불란스)와 연락망조직을 公告한다.

連絡網의 末端으로 부터의 조직은

住民 → 어머니회 회원 → 電話 있는 또는 里長

法定里 까지 가장 빠르게 갈 수 있는 交通手段을 利用 한 伝達人 → 電話로 保健所에 要請의 順序로 한다.

現地保健要員과 어머니会 代表들에게도 응급처치에 관한 訓練을 시켜 준다. 이 때 政府는 응급환자에 限해서 만이라도 先處置 右拂의 原則을 適用하는 法令制定이 必要하다.

6) 保健支所:

保健支所는 各 面마다 두며 構成員은 다음과 같이 組織한다. 即、支所長은 保健看護課程을 마친 리더쉽을 가진 看護員으로 하며, 職員으로는 現存 分野別 保健要員(看護補助員)을 統合하여 多目的要員으로 訓練교육하고, 地域別로 分担시켜 그 지역에 對해서는 모든 保健事業을 責任지게 한다.

이들은 환자의 후송은 물론 保健末端조직인 어머니회를

統率 敎育하고 새마을 事業의 一環으로 住民들의 保健敎育을 주기적으로 실시케 한다.

이 때 郡保健所의 보건교육 담당 要員의 자문 및 指示에 따라 施行하고 여러가지 保健事業을 통한 個人別 보건교육도 해야 한다.

이들 保健要員들 間의 조정, 지도 및 감독은 支所長이 하며 지소장은 郡保健所의 여러 전문담당 요원들의 자문을 받는다.

이들 外에 医療保険書記도 지소에 배치되는데 이 書記도 어느 水準까지는 保健事業에 대한 교육과 훈련을 시켜 지소활동을 보완케 한다. 이들 지소 요원들은 각 면에 설치될 2個의 一次診療所(한개는 지소와 함께)를 통하여 抱括的 保健医療를 주기적으로 보완한다.

7) 一次診療所;

居住지역의 거리를 참고하여 各 支所별에 2個의 診療所를 설치한다. 전담직원은 임상간호원이며 시간제 진료의사가 계획된 日時에 출근하여 진료를 담당 한다. 診療医師는 2個面에 관영으로 하여 오전, 오후로 区分하여 週12個의 기간中 2個 期間은 오지巡回診療에 利用하고

나머지 期间은 住民의 需要度에 따라 essential 一次診療所에 적당히 배당한다.

各一次診療所에는 支所保健要員이 시간표를 짜놓고 부락 출장과 진료소 근무를 交代로 하게 한다.

春川市内에 一次診療所가 꼭 必要하다는 것이 現地住民들의 意見이다. 그 이유는 과 지역 주민들이 관청사무, 필수품의 구입, 農産物의 매매를 春川에서 하고 있어 春川이 가장 편리한 장소라는 것이다.

現在도 新東面까지 들어오기가 불편하다는 이유로 많은 조합원들이 春川의 개인의원을 더 빈번히 이용하고 있다. 더구나 春川市民들도 의료보험 加入을 熱望하고 있어 가까운 장래에 확대될 可能性을 보이는데 이런 中都市의 保健医療伝達体制도 시험해 볼 좋은 기회가 아닌가 생각된다

8) 里 및 부락단위의 保健組織

里長 및 어머니회 代表들로 構成되는데 이들은 그 地域 保健要員의 도움과 감독을 받으며 말단 보건보조원 역할을 하게 한다. 即 응급환자 발생시 이들의 간단한

응급처치 및 후송을 주선하고 보건자료의 수집보고 보건업무의 연락망 역할, 환자 발생시 一次診료소로의 後送. 또 의료인이 없는 오지에서의 간단한 患者 治療 (詳細한 指針書에 依한) 등을 감당할 수 있도록 훈련한다. 新東面의 經驗을 參考하면 이들은 한푼의 報酬도 없이 地域社会에 공헌 한다는 사명감 한나만으로 열심히 협조 하고 있다. 새마을 정신에 입각한 자조협동 자립의 발로라고 보아 틀림 없을 것이다. 타지역에서 시험중에 있는 유급 마을보건 요원에 比해 몇가지 장점을 갖고 있다.

① 결혼하여 정착하고 있는 유지급 마을 여성임으로 거의 이동이 없고 주민들에게 지도력이 있다.

② 자발적인 참여로 이루어지는 活動이므로 別途 予算이 안 든다.

③ 보건의료도 어느 한계까지는 국가에 의존하지 않아도 된다는 自立精神을 함양하고 이들의 참여로 保健사업이 더 잘 추진될 수 있다는 점들이다.

3. 地域社会組織

우리나라 보건사업이 부진한 큰 이유중의 하나는 정부위주의 下行性事業이었기 때문에 保健의 重要性을 意識 못하는 國民들의 被動的 態性때문이라고 본다. 保健意識上의 改革이 必要하다고 기술한바와 같이 국민 스스로가 保健管理의 重要性을 意識하게 하는 커다란 契期가 必要하다

4次 5個年 경제계획에서 의료균점이 문제된 이 시점에서 정부가 우리나라 해방후 가장 革新的 성과를 거둔 새마을 사업에 保健事業을 統合시키는데 積極支援해 준다면 目的을 쉽게 成就할 수 있는 展望이라 생각된다.

그렇지 못한 경우는 予備軍 4H 클럽, 어머니회, 이장단 等을 中心으로 마을 金庫를 육성하고 郡 및 道에 지원금을 요청하여 상수공급, 위생변소시설, 의료보험을 장려 제1, 제2단계로 이끌고 나간다.

문제는 국가에서 얼마나 우선순위를 앞당겨 적극 支援해 주느냐에 있다.

4. 財源調達方法 :

春城郡 3個面에서 운영하고 있는 의료보험조합은 조합비

1人当 年720원 (75年度 까지는 500원)으로 總予算의 約26%, 국고보조 17%, 지방비보조가 36%로 되어 있다.

自意에 의한 보험가입인데도 보험료 징수는 70~80%로 문제점이 많다. 더구나 가입자의 80% 以上이 上層에 属하는 住民들이고 보면 低所得層의 보험료 支拂不能에 依하여 國家의 惠択을 全혀 받지 못하는 狀態여서, 오히려 국고보조나 지방비는 염가의 보험료도 낼 수 없는 저소득層을 補助해 주는 것이 바람직 하게 생각된다. 또한 국가의료보조대상자들에 대한 기준 확립이 필요하다. 계약病院에서의 割引은 현재酬価의 入院費의 30%, 外來診療時 20%를 하고 있으나 酬価基準이 애매하여 많은 문제점을 안고 있다.

의료보험에서의 급여는 준성군의 경우 入院時 全치료비의 50%, 診療所治療時 医費의 50%를 割引해 주며 분만급여 5,000원, 장례급여 10,000원으로 되어 있다. 診療報酬支給方法은 綜合病院修練医 파견시는 병원급료의 1/2~1/3을 파견手当 或은 車馬費로 支拂하면 되겠고 医師外의 其他 要員은 국가공무원기준에 준하되 실적에

따라 別途手当을 支給하는 것도 要員들의 士氣앙양에 도움이 될 것이나 지나치면 타성이 붙을 우려도 있다.

利用医療施設은 국가기관의 道立病院이 中心이 되어야 할 것이며 몇몇 전문진료과목(도립병원에 없는)이나 協助가 될 되는 개업의와도 계약체결을 하는 것이 상호협조를 도모하는데 도움이 될 것이다.

生活能力 不足者에 대한 조치는 앞에서도 언급된 바와 같이 기준을 세워 저소득층에 대한 의료수가 면제법(美國의 Medicore 制度 같이 國家가 의료수가를 支拂해 주는) 이 制定 되어야 할 것이다.

5. 事業評価

1) 評価基準

① 設定된 目的대로 成就되었나? (Goal achievement)

② 事業은 계획된대로의 과정을 거의 운영되고 있으며 활동내용이 설정된 기준에 맞나? (Evolvation of program process)

③ 投資한 노력과 자금만큼의 성과를 거두었나? (Cost benefit analysis)

④ 本事業이 얼마나 需要를 充足시켰나? (Evaluation of performance)

2) 評価方法 및 資料

各評価基準에 따라 이를 測定할 指標(indicies)를 決定하고 事業以前과 사업이후에 各各 수집된 지표를 測定 比較한다.

評価資料는 目的設定에 따라 달라지겠지만 本事業의 目的이 저렴 양질의 보건의료전달체계 확립으로 국민健康의 增進에 目的을 둔다면 다음 資料가 必要하겠다.

① 使用된 予算의 名目別 会計

② 事業過程의 基準設定 및 運営方案設定

③ 設定된 基準 및 운영방안대로 進行되고 있는 가를 測定할 수 있는 check-list 에 依한 수시 評価

④ 地域住民들이 事業에 対한 反応 — 即 받아 드리는 態度에 있어서의 変化, 保健에 対한 認識 및 実践

度의 変化, 保健医療施設 利用率 変化

⑤ 地域住民의 健康水準의 変化

i) 死亡様相의 変化, 特히 乳兒死亡率의 減少 및 死因의 変化

ii) 衛生上水 및 改良便所 施設의 증가

iii) 傷病様相의 変化 — 予防可能한 疾病減少

Ⅲ. 結論

春城郡 新東面의 서울大学校 保健大学院 不能事業에서 얻은 経験을 土台로 春城郡全体를 対象으로한 保健医療伝達体制의 模型을 設計해 보았다. 現医療制度下에서 低廉良質의 保健医療伝達体制의 確立은 어렵고 既存体制를 変型시켜 強化補完하므로써 좀더 効率的인 体制가 될 수 있는 方向을 提示 했다.

The Kojedo Community Health Project

July 1976

John R. Sibley, M.D.
Robert C. Patten, M.D.
Co-Directors of the
Kojedo Project

Index of Topics
(Follows, generally, outline request of KHDI)

I. 가. Introduction 9
A. Summary 9
B. Public Facilities 10
C. Private Facilities 10
D. Support Agency 11
나. Organizational Units and Function 11
A. County 11
B. Myun 11
C. Lee (리) 11
다. Kojedo Project Community Health Team 12
A. Personnel 12
B. Recruitment and Training 13
C. Responsibilities and Activities 14
1. Responsibilities 14
Comments on Priority Needs 18
2. Activities 19
D. Supervision 21
1. Chart 21
2. Comments on Problems 21
라, (Omitted)

II. Administrative Organization 25

A. Organizational Chart 25

B. Official County or Township Relationship 26

III. 가. Financial System - Support Methodology 27

A. Summary - Financial Goal 27

B. Medical Insurance Program 27

1. Description 27

2. Limitations of Medical Insurance Program 28

3. Disputed Limitations of Medical Insurance Program 28

4. Recommended Modifications 29

C. Program Charges 30

D. Outside Support 31

E. Related Hospital 32

나. Budget, Staff Roster and Payroll 33

A. Actual Situation

1. Actual Staff Roster and Payroll 34

2. Actual Budget 35

B. Modified Report

1. Modified Staff Roster and Payroll 37

2. Modified PCC Budget 37

다. Comments on the Deficit 41

A. Theory 41

B. Analysis of the Kojedo Project Deficit 43

1. Summary 43

2. Division of Staff Time 43

3. Division of Payroll Expenses 44

4. Division of Deficit 44

IV. Evaluation and Measurements 45

가. Standards Used at the Kojedo Project 45

A. Evaluation Measurements are Absolutely Essential 45

B. Evaluation Measurements are only a Means to Improved Service 45

C. Measurements for Evaluation Need Not and Must Not Interfere with the Provision of Health Services 45

D. Clinical Vs. Public Health Approaches - Different Emphasis: A Balanced Needed 46

E. Suggested Guidelines in Developing a Balance Between Service and Measurement 48

나. Method of Evaluation 49

A. Preliminary Measurements 49

1. Detailed Random Sample Survey 49

2. Early Establishment of a Simple Treatment Clinic 50

3. Simplified house to house Survey 52

B. Measurement of Basic Vital Statistics 53

C. Measurement of Improvements in Health 54

D. Measurement of Significant Services Rendered 55

ㅂ. Data of Evaluation 57

Appendix

1. Comments on two confusing terms -
"Public Health" and "Community Health" 61

2. Kojedo Project Community Health Services 65

3. Approximate Costs of a Hypothetical
Insurance Program (April 1976) 84

4. Kojedo Project Service Charges 87

a. Existing 87

b. Recommended modification 87

5. Report on Funds Received Through Supporting
Agency (To be Forwarded) 91

6. Discount Evaluation Procedure 91

DESCRIPTION OF THE KOJEDO COMMUNITY HEALTH PROJECT

1969 - 1976

I. 가. Introduction

This description does not include coverage of the plans for the total island medical care system of the Koje Community Health Care Corporation, Chairman of Board of Directors 정희섭 위원님. and Field Director, 이경식 박사님. That larger program, includes plans that would likely solve a number of the problems encountered and not solved by the Kojedo Project, but the descriptions of those plans are best left to the Chairman and Field Director.

This description is limited to the Kojedo Project, a pilot study project of the Christian Medical Commission of the World Counsel of Churches covering the northern townships of the island of Koje.

A. Summary

Kojedo Community Health Project.

1. Construction Began: June 4, 1969
2. Official Opening: December 4, 1970
3. Area of responsibility:

a. Dec. 4, 1970 to May 1, 1976 - 3 Townships (Chang Mok, Ha Chung, Yun Cho) Approximately 30,000 population.

b. May 1, 1976 to Dec. 31, 1976 - 2 Townships (Chang Mok, Ha Chung).

4. Motivation: The Christian concept of concern for "the least of these" makes it mandatory to consider the total needs, physical, mental, and spiritual, of all people and try to find creative answers to the problems of uneven distribution of health services.

5. Purpose: To bring low cost but comprehensive health care to a defined population of a rural area, with the expectation that its successful elements might be incorporated in that aspect of national planning having to do with rural health systems.

B. Public Facilities - None.

C. Private Facilities -

1. Type - Primary Care Clinic buildings with attached staff housing, maintenance, garage and storehouses.

2. Location - Koje Kun, HaChung Myun, Shil Jun Lee.

3. Jurisdiction -

a. Set up as a non-profit institution with permission of the Ministry of Health.

b. Administered under the authority of the Kojedo Project's Board of Directors (10 members - 6 Kojedo members, 4 mainland members).

c. Chairman of the Board of Directors 임의선 박사님, Pediatrician, Seoul. Previously Director of Severance Hospital, Yonsei University.

D. Support Agency - The Kojedo Project is a pilot study program sponsored by the Christian Medical Commission of the World Council of Churches. The Commission was formed in 1968 to study the inadequacies of the churches' ministry of healing and seek solutions.

나. Organizational Unit and Function

A. County - None

B. Myun - 3 Myun coverage; June 1969 to April 1976.
2 Myun coverage; May 1976 to December 1976.
Central Primary Care Clinic and Community Health teams.

C. Lee (Village) - Community health teams; supervised by nurse practitioner.

다. Kojedo Project Community Health Team

A. Personnel - (as of June 1976) Area of Responsibility - 2 Townships (52 villages)

1. Village level - 52 Village Health Volunteers.
2. Approximate 라 level - 9 Community Health Aids.
3. Approximate 라 level - 6 Community Health Aid Trainees.
4. Two Myun area - 1 Community Health midwife (absent at present).
5. Two Myun area and Clinic Base - 1 Community Health Nurse Practitioner Supervisor of Community Health Nursing Services.
6. Clinic Base-3 Physicians
   - Duplicatable Ideal: 1 Family Practitioner (Korean).
     Actual: 3 M.D.'s (Foreigners).

   5 Clinic Aids.

   3 Lab-Xray-Pharmacy Assistants (1 doubles as driver.

   3 Office Personnel.

   2 Maintenance, buildings, and grounds.

   1 Cook.

   1 Agricultural Worker.

B. Recruitment and Training

1. Village Health Volunteers

a. Christian service motivation

b. Recommended by the village 이장.

c. Organization and Training by the Kojedo Project Community Health Nursing Service (bimonthly meetings at project site).

2. Community Health Aids and Clinic Aids.

a. Recommended by community leaders.

b. Preliminary short term training and evaluation period for all applicants.

c. Choice of trainees by Community Health Nursing Service.

d. 9 month training by the Kojedo Project Community Health Nursing Service, under the auspises of the Koje Community Health Care Corporation.

3. Midwife

a. Recommended by Il Shin Hospital.

b. Midwifery training at Il Shin Hospital - one year.

4. Nurse Practitioner Supervisor: Miss Chae Young Ae

a. Initial training at Kojedo Project - two years.

b. Advanced training at Bristol University, England

(Health Visitor Certification Course) - one year.

5. Lab-X-ray-Pharmacy Assistants

a. Recommended by community leaders.

b. Trained by the Kojedo Project Physician Service.

C. Responsibilities and Activities of Community Health Team Members.

1. Responsibilities

a. Village Health Volunteers (Village level workers)

*Representation of villagers' needs, desires, and petitions.

*Health motivation of villagers.

*Identification of health problems and health development opportunities.

*Gathering villagers together for specific clinics, health discussions, etc.

*Identification of those villagers unable to participate in health programs.

*Liaison Primary Care Clinic and villagers' mediator.

b. Community Health Aids (리 level workers).

*Work in close cooperation with, and through, the village volunteer indeveloping all plans and and activities for each village.

*Initial survey of all families in her area of responsibility in order to become intimately acquainted with the families' fears, needs, superstitions, reactions, and desires.

*Work in very close cooperation with the midwife and Supervising Community Health Nurse Practitioner.

*Technical implementation, or the assistance in technical implementation, of health services agreed upon with village leaders, to all villages in her area of responsibility.

*Record all village health activities and findings in village family folders and charts, maintaining additional records as needed on each individual.

*Send reports of all pertinent health service activity information to the supervising Community Health Nurse Practitioner, and through her to the patient's individual record in the PCC chart.

c. Community Health Midwife.

*To provide, with the help of the Community Health Aids and Village Volunteers, prenatal and postnatal care for pregnant women, child health services (well baby clinics) for pre-school

children, and family planning clinics for interested women, in the clinic and at specific centralized locations in the community at frequent (weekly?) intervals.

*Coordinate all of her activities closely with the overall planning and service development of the Supervising Health Nurse Practitioner.

*Maintenance of adequate Maternal Child Health and Family Planning (MCH & FP) records related to her own activities, and to those of the aids.

*Notification of all complicated MCH & FP problems beyond her adequate control to the Supervising Community Health Nurse Practitioner, for referral through the latter to the Family Practitioner or to the Referral Hospital if needed.

d. Supervising Community Health Nurse Practitioner.

*Responsibility of all health services in the community, except curative-care which is the ultimate responsibility of the Primary Care Physician.

*Setting up discussions, consultations, and meetings with village leaders aimed at developing a mutual understanding and agreement as to village health

needs and potential services to be available.

*Supervision of community health evaluation, health survey, health service planning, health work team training, health service implementation, recording and reporting, follow up evaluation and replanning with village leaders.

*Supervision of all Nursing Services and matters related to nursing in the Primary Care Clinic, including personnel matters, clinics, training, evaluation, and planning.

*Working in close cooperation with, and giving support to, the Primary Care Physician.

e. Primary Care Physician (Family Practitioner).

*Responsibility for all health services in the Primary Care Clinic and of all primary curative-care in the community, as carried on by the Supervising Nurse Practitioner.

*Supervision of patient care, and all medical matters in the clinic including pharmacy, laboratory and X-ray.

*Training and supervision of all personnel related to physician services.

*Working in close cooperation with and giving full support to the Supervising Community Health Nurse Practitioner and her Community Health Team.

*Referral of complicated patients needing more specialized care to the Referal Hospital.

Comments:

1. Team Spirit - Of vital importance for the success of the Primary Care Program is a spirit of mutual trust, support, and respect, especially between the Primary Care Physician and Supervising Nurse Practitioner but also between all members of the Health Team. Without that spirit of cooperation, problems and system failures will be excessive.

2. Physician Man-power needs - The primary care system approach to health delivery in Korea will not succeed until Korea develops the equivalent of a family practitioner, an expert possibly with Board qualifications in the primary care treatment of all families. As long as the only personnel available to man Primary Care Centers are general practitioners who have little training in primary care per se, and who are looked upon and see

themselves as specialty rejects or failures, the development of an effective primary care system is, in our opinion, an absolute impossibility. A new type of physician needs to be trained, many of them rural in origin, loyalty, and orientation, dedicated to finding answers for the specific health needs of Korea and to health improvement of his own community, proud of his ability as an expert generalist, and committed to the development, not only of his own capabilities but of those of the entire health team.

2. Ongoing Activities of Kojedo Project Staff Personnel.

a. In Clinic Services:

*Out Patient Treatment

*Emergency Care

*In Patient Treatment

*Minor and Emergency Surgery

*TB Clinic

*Epilepsy Clinic

*Maternal Health Clinic (Prenatal and Postnatal)

*Delivery Service

*Child Health Clinic

*Family Planning Clinic (including sterilization proceedures)

*Rehabilitation Clinic

*Dental Health

*Village Health Volunteer Education

*Community Health Aid Education

b. Village Health Services (See Appendix No.2 for discription of Village Health Services).

-First Priority:

*Maternal Health

*Child Health

*Family Planning

*Tuberculosis

*Dental Health

*School Health

*Simple Curative Care

*Health Education

*Nutrition

*Communicable Disease Control

*Follow-up

-Second Priority:

*Long-term Disease Control - Specific

Rehabilitation

Epilepsy

Mental Health

Socio-Medical Disease

*Long-term Disease Control - Other General

*Detection of By-passed Patients

-Services Needing Centralized Implementation

*Environmental Sanitation

*Referral

*Medical Insurance

*Community Development

D. Supervision

1. Chart: See Organization Chart of Kojedo Project (II. A.) on page 8.

2. Comments: Developing an effective system of supervision is not a simple task.

Problems:

a. Doctor-Nurse Work Relationship -

The usual approach used in medicine of a doctor in control of the total health system, will not work in community health until both primary care physician and nurse practitioner come to understand that each has a specific area of equal responsibility demanding

teamwork and mutual support. If the nurse is considered to be only an assistant to a physician, all attempts to develop an effective, non-physician health team system for the village health aspect of primary care will be stiffled.

b. Nurse Practitioner-Midwife Work Relationship - The ideal Supervising Nurse Practitioner should probably have full training not only in community health but also in midwifery. However, the time required is too prolonged and impractical to insist upon that degree of preparation. Yet the Supervising Nurse Practitioner must be in charge of the community health worker team, working with a specialist (midwife), under her Supervision, on the health team. The relationship is similar to that in which a Family Practitioner is in charge of the health of a family, utilizing the expertese of an obstetrician for certain aspects of care but not releasing overall control of the health plan for the family. Or again, it is similar to the manner in which a surgeon retains full control of the care of a patient in an operating room and utilizes an expert anesthesiolo-

gist as a member of his team. The nurse practitioner is responsible for the total health of the community. The midwife assists her as an expert in an important portion of that health picture.

c. Nurses - Aids Work Relationship

Nurses for rural areas usually need to be brought in from urban locations (a serious defect). They therefore are usually able to work only for a year or two, returning to the urban area for marriage. (It would be far better if rural girls were trained in rural schools, as at the Seagrave Hospital, and could thus expect to marry in rural areas and continue working in their community after marriage.

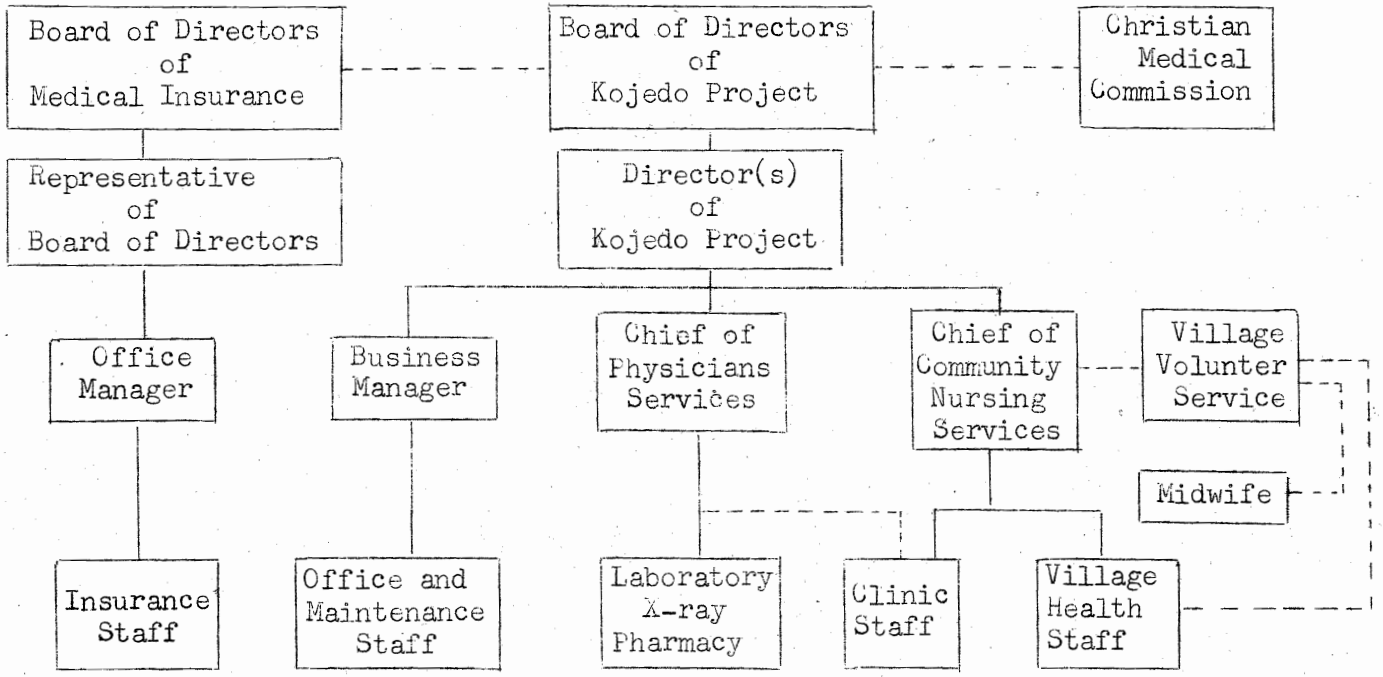
The health aids, on the other hand, are from local families (an irrevocable principle). They usually continue to work for a much longer period of time. (After six years, half of the originally trained health aids are still working at the project, one of whom has already married and has a child.) This markedly raises the level of capability of the health team, but it also causes relationship problems. For the aids, though less trained in a

formal, technical sense, have more knowledge about community health and, of course, the community, and in addition are frequently older, than the younger nurse graduate who comes fresh to a rural area to "supervise" the aids for one or two years. The problem worsens as the project grows older. It demands, of course, the development of rural community health nursing and midwifery schools, as well as community health aid training schools, for rural girls who intend to make community health work in their own communities a life long profession.

II.

A. Organization Chart of Kojedo Project and related

Community Medical Insurance Program and Village Volunteer Service.



B. Official County or Township Relationship:

No official relationship was ever worked out with the county (군) or township (면) except in tuberculosis. (The Kojedo Project was designated an official clinic for the treatment of tuberculosis under the government's TB program.) Numerous meetings were, of course, held to explain our mutual concerns and needs. Serious duplication of services, by the government's health clinic program in the county and the Kojedo Project, were largely avoided through liaison regarding plans, sharing of work reports, mutual referral of cases and cooperation on work projects.

Relationships with villagers consisted of two types:

1. Meetings with village leaders and, in several villages, village health committees.
2. Meetings with village health volunteers at bimonthly intervals.

III. 가. Support Methodology

A. Summary: The Kojedo Project's goal was to eventually develop self-support on the basis of a low cost medical insurance program covering the entire community. On an interim basis, clinic costs were kept low and a system was developed to determine which families needed discounts. Deficits were covered by grants through the Christian Medical Commission.

B. Medical Insurance Program

. Description

a. Developed by the local community leaders.

b. Covered approximately 4500 members at its peak.

c. Monthly premium of 60w.

d. Enrolled family units, not individuals.

e. No entrance physical required.

f. Benefits limited to curative treatment by government law.

g. A limited number of exclusion rules.

h. Covered up 60 to 90% of treatment costs. (Varying with inflation and clinic charge rates.)

i. Limited to the Kojedo Project only.

2. Limitations of Medical Insurance Program:

a. Since Benefits provided were limited only to the primary care of the Kojedo Project clinic, many people in the community did not feel this to be of sufficient value and therefore did not participate.

b. Only 14% of the population were covered by the program at its peak.

c. Insurance regulations did not allow coverage of the preventive programs in the village (a serious lack).

3. Disputed Limitations of Medical Insurance Program.

Some people have felt that the monthly charge of 60 won per person was unrealistically low, leading to disinterest in later medical insurance programs that required higher monthly premium rates.

This complaint is a fair one if applied after 1974 when inflation should have resulted in a 50% rise in charges for the monthly insurance premium. But only 50%.

Except for that, the premium charges of the medical insurance paid for virtually all the primary care costs that the program was legally able to cover and for which it was designed. (The government law, as we have understood it, allows charges to be made for specific treatment

only, and thus cannot now be used to cover the costs of a health education and preventive program. If our understanding is correct, this represents a serious obstacle to community health program development.)

The criticism that is perhaps more defensible is that medical insurance programs that incompletely support (treatment only) primary care systems are hard to convert to programs that completely support a full system, of primary care and secondary care, without loss of large numbers of low income level members.

4. Recommended Modifications:

a. The medical insurance benefits should include coverage of the health education and preventive costs of the program as well as the curative costs.

b. The medical insurance benefits should also include coverage of primary AND secondary care costs (service costs, administrative costs, and future program developmental expectations). (See Appendix No. 3 for the approximate costs of such a program if implemented in the three townships of the Kojedo Project in April 1976.

c. Since total coverage is mandatory for improvement of community health, the medical insurance premiums should be offered to low income families on a discount basis. (See Appendix No. 6 for the discount system methodology being used at the Kojedo Project.)

d. Since it is vital for health to develop the dignity of each member of the community, poor families usually should pay something toward their care. (Example: Discounts as high as 99% may well be necessary but, as much as possible, 100% discounts should not be given.)

e. Additionally, to encourage the sense of dignity and self-sufficiency, reevaluation of a family's need for a discount should be carried out at least at yearly intervals. (Such surveys need also to be tied into economic self-help programs for low income families in order to assist them in improving their own economic situation.)

f. A government subsidy, sufficient to cover the health education, preventive and discount costs of the community programs, should be made available if such programs are to succeed.

C. Program Charges:

See Appendix No. 4 for Kojedo Project charges, past and present (modified as of July 1976). The outpatient and in-patient programs were running a deficit of approximately 45% prior to the modification and these charges may need to be raised more to cover the deficit. The village health programsm (which are largely preventive and educational, and therefore do not generate income) are running a deficit of 85%. The only solution we know is a community medical insurance program as outlined under III 가 3. b. and in Appendix No. 3. See Section III 다 for additional comments on the deficit.

D. Outside Support:

In lieu of sufficient local financial self support, the Kojedo Project has received a monthly subsidy thru the Christian Medical Commission and American churches to cover the medical services' deficits, the research programs of the project, and the student field training programs. (See Appendix No. 5 for details of support.) The monthly subsidy now needed amounts to $3600 per month (20,541,420w per year; 1,711,785w per month). To convert to a Korean doctor as PCC physician will increase the

deficit to $3840 (22,141,000w per year; 1,845,083w per month) despite cutting all non-medical extras for the program. See "The Modified PCC Budget for Comparison Purposes" on page 14 for specific details. The only was we know to significantly cut this deficit are through a community-wide medical insurance program (pre-paid style) as in Appendix No. 3, or by markedly cutting down on village health staff personnel. To do the latter may well be necessary if the Korean government cannot underwrite the cost of such a program.

E. Related Hospital

Easy access, through total community medical insurance, to a secondary care (specialty) facility upon demonstration of specific medical need is essential for true effectiveness and success of any primary care program in Korea. Korean physicians utilize referral to a minimal degree, and Korean people tend to consider referral not a sign of medical competence but rather one of incompetence. This attitude needs to be changed before an effective referral system can be realized.

The Kojedo Project had no related referral facility. (The

full implementation of the KCHCC plan would solve that serious omission.) The problem of no related referral hospital, though large, was eased by both Gospel Hospital in Pusan, through the generous provision of sizeable discounts to patients needing admission, and by Pusan University Hospital faculty and other medical specialists in Pusan who donated their services to Kojedo patients.

4. Budget, Staff Roster, and Payroll

Two sets of figures are given.

A.1. Acutal Staff Roster and Payroll - July 1976.

2. Actual Budget - 1976.

a. Expenses

b. Income

B.1. Modified Primary Care Center (PCC) Staff Roster and Payroll (Modified from A.1.).

2. Modified PCC Budget (Modified from A.2.).

a. Expenses

b. Income

The rationale for presenting two sets of figures is to make

calculations and comparisons with other projects easier. The Kojedo Project, being a pilot study program, has three foreign physicians on its staff (and related families living on the Project site). Because of this some expense and income figures are distorted. The "modified" figures in B. attempt to remove this distortion, and assume an entire Korean staff. It assumes all other factors will remain equal.

A.1. Actual Staff and Payroll Roster

Kojedo Project - July 1976

Physician Services	Project Salary
3 Foreign Physicians	0
0 Korean Physcians	0
1 Pharmacy Assistant	34,750
1 Lab Assistant	29,750
1 X-ray Assistant and Driver	73,960
Nursing Services	
1 Supervising Community Health Nurse Practitioner	112,000
1 Midwife	88,000
5 Clinic Aids	215,750
9 Community Health Aids	278,750
6 Community Health Aid Trainers	60,000

Administrative Services

1	Business Manager	93,200
1	Accountant	33,750
1	Receptionist	29,750
1	Buildings & Grounds	74,370
1	Maintenance	50,250
1	Agriculture	48,250
1	Cook	12,000

a. Monthly Payroll = 1,234,530w

b. Total Annual Payroll (a x 14) = 17,283,420w (includes bonuses)

c. Average monthly payroll (b ÷ 12) = 1,440,285w

d. 6 months + bonus (c x 7) = 8,641,710w

2. Acutal Budget - Kojedo Project - July 1 to Dec. 31, 1976 (This period of six months is chosen because it represents the least confusing budget for comparison purposes. All other previous period budgets were heavily influenced by large training expenses that were not related directly to the medical services of the Kojedo Project. The salary scale is lower than the "Modified Budget" on page 13 because no doctor's salary is needed at the present time.)

a. Expenses:

Item	6 month amount	Total Annual Expense (x 2 = Approximate)
Drugs	3,200,000	Won
Medical Supplies	260,000	
X-ray materials	260,000	8,070,000 or 22%
Lab supplies	15,000	
Village Health	300,000	
Salaries & Bonuses	8,025,710	
Retirement* (1 month salary equivalent)	1,150,000	18,351,420 or 50%
Fuel	1,200,000	
Repairs	900,000	
Dining Room	800,000	
Vehicle	790,000	
Electricity	200,000	
Freight & Postage	190,000	10,280,000 or 28%
Office supplies	180,000	
Printing	150,000	
Meetings	150,000	
Staff entertainment	120,000	
Other Administrative Expenses	460,000	
TOTAL	18,350,710Won per 6 months (1976)	36,701,420Won per year (1976)

Note: *Retirement will actually be 5,028,500w if all staff separate December 31, 1976.

Exchange Rate in July 1976 = $1/481 won.

b. Income (Local Project Income - July 1 to Dec. 31, 1976)

Item	6 month amount	Approximate X 2 = Total Annual Won	
Out patient	5,400,000	10,800,000	or 66.8%
In patient	1,000,000	2,000,000	or 12.4%
Village Health	600,000	1,200,000	or 7.5%
Agriculture	390,000	780,000	or 4.8%
Dining Room	500,000	1,000,000	
Vehicles	100,000	200,000	or 8.5%
Miscellaneous	90,000	180,000	
TOTAL	8,080,000w	16,160,000w	

6 month Income/Annual Income

c. Deficit Expected

Annual Expenses = 36,701,420w

Annual Income = 16,160,000w

Deficit = 20,541,420w (56%)

B.1. Modified PCC Staff and Salary Roster for Comparison Purposes: Kojedo Project style - July 1976.

(Modifications include exclusion of all personnel whose presence in the staff is largely related to three foreign physicians, two of them with large families living on the project site. It also replaces a business manager with a

chief clerk on the pretext that the responsibilities of the former would be transferred to the central administrative office of the system. It also excludes a driver on the assumption a car and driver could be obtained from the central administrative office of the system when needed.

Physician Services

1	M.D. - Head of Physician Services	300,000w
1	Lab and X-ray Assistant	30,000w
1	Pharmacy Assistant	35,000w

Nursing Services

1	Community Health Nursing Practitioner-Supervisor of Nursing Services	112,000w
1	Midwife	88,000w
5	Clinic Aids (1-Exam, 1-treatment & utility, 1-statistics and Multipurpose "float", 1-Maternal Child Health and Inpatient, 1-TB and Follow-up)	205,750w
9	Community Health Aids (1 per 2,700 population average; each covers 3 to 7 villages)	267,750w
6	Community Health Aid Trainers	60,000w

Administrative Services

1	Chief Clerk (Clinic & Community Program)	70,000w

2 · Assistant Clerk

(1-Accountant and Statistics	34,000w
1-Registration and Charts)	30,000w

(Medical insurance records should largely be the responsibility of the medical insurance cooperative)

1	Maintenance	50,000w
1	Cook	15,000w
1	Night Watchman	13,000w

a. Actual Monthly Payroll = 1,310,500w

b. Total Annual Payroll = 18,347,000w
(a X 14; including 2 bonuses)

c. Average Monthly Payroll = 1,528,916w
(b ÷ 12)

d. 6 months & Bonus = 9,173,500w

2. Modified PCC Budget for Comparison purposes - Kojedo Project style - July 1976.

Utilizing the "Modified Payroll" for a PCC, Kojedo Project style (III B.1.), and modifying those expenses and income amounts that are largely due to the families of two foreign doctors, the following "Modified Budget" results.

a. Expenses	6 month amount	x 2 = Approximate Total Annual Expenses Won	
Drugs	3,200,000		
Medical	260,000		
X-ray	260,000	8,070,000 or 21.5%	
Lab	15,000		
Village Health	300,000		
Salaries & Bonuses	9,173,500	20,967,000 or 55.7%	
Retirement	1,310,000		
Fuel	600,000		
Repairs	900,000		
Dining Room	342,000		
Vehicle	80,000		
Electricity	100,000		
Freight & Postage	190,000	8,544,000 or 22.8%	
Office Supplies	180,000		
Printing	150,000		
Meetings	150,000		
Staff Entertainment	120,000		
Other Administrative	460,000		
TOTAL	18,790,500w	37,581,000w	

6 month amount/annual amount

b. Income	6 month amount	X 2 = annual income
Out Patient	5,400,000	10,800,000₩
In Patient	1,000,000	2,000,000₩
Village Health	600,000	1,200,000₩
Agriculture	390,000	780,000₩
Dining Room	285,000	570,000₩
Vehicles	0	0₩
Miscellaneous	45,000	90,000₩
TOTAL	7,720,000₩	15,440,000₩

c. Deficit - Modified Budget

Annual Expenses	=	37,581,000₩
Annual Income	=	15,440,000₩
Deficit		22,141,000₩ (59%)

다. Comments on a "Modified PCC Budget" Deficit

A. Theory -

A budget with a 59% deficit can hardly be called acceptable in accounting terms. But this deficit is a very important factor whose significance should not be overlooked.

We at the Kojedo Project do not believe it is possible to develop an effective Community Health Program in the context of rural Korea and do so on a balanced budget unless there is sizeable financial support from the Korean government, preferably as a subsidy to a prepaid community health insurance program.

It is possible to add simple public health outreach programs to a specialty hospital and maintain a balanced budget. But this is very different from setting up a comprehensive community health program whose main objective is comprehensive basic health services made available to the entire population.

The reason of course for the inevitable deficit is that approximately 50% of an effective community health program's efforts and salaried personnel must be involved in preventive care and health education if improvement in community health is considered important and urgent.

But preventive care and health education generate virtually no income. It is a mistake to assume that preventive care and educational expenses can be paid for by profits generated from a curative treatment center. The only way such is possible is to minimize the preventive program to

ineffective mediocrity, or maximize the charges at the curative unit. This latter only defeats the objectives of the whole effort, for "basic health services available to all" is an impossibility if curative expenses are not held to an absolute minimum.

Comprehensive community health is not cheaply gained. The health of the population requires an investment. I know of no country where such an investment did not have to be born in significant part by the government.

B. Analysis of Kojedo Project Deficit (April 1976 figures)

1. Summary:

a. 65% of the staff is involved in village health work.

b. 45% of the payroll budget is involved in village health work.

c. 16% of the income results from village health work.

d. 85% of the deficit is due to village health work.

e. Correction of the In-clinic deficit, which is possible, will further increase the percentage size of the Village Health deficit, which is not possible except by cutting services severely.

2. Division of Staff Time:

Dividing staff roughly into in-clinic staff and village health staff, depending upon how much of their time is spent in each area (administrative personnel divided half and half):

In Clinic Staff Number = 12 4/5 personnel = 35%

Village Health Staff Number = 24 1/5 personnel = 65%

Total = 37 personnel*

3. Division of payroll expenses:

In-clinic salary expenses = 54.3%

Village health salary expenses = 45.6%

4. Division of deficit (April figures*):

	Expenses	Income	Deficit	%
In Clinic	2,167,000₩ -	1,214,000₩ =	953,000₩ or	44%
Village Health	1,523,000₩ -	229,000₩ =	1,294,000₩ or	85%
Total	3,690,000₩ -	1,443,000₩ =	2,247,000₩ or	61%

(*The April staff and budget figures used in these computations were not the same as the July staff and budget figures used elsewhere in this report, but percentages are similar.)

IV. Evaluation and Measurements

7h. Standards Used at the Kojedo Project:

A. Evaluation Measurements are Absolutely Essential:

The measurement of the health needs of a community prior to the beginning of a health program, and the periodic measurement of the extent to which the health program thereafter is meeting those needs, is absolutely essential to the effectiveness and progress of that program.

B. Evaluation Measurements are Only a Means to Improve Service:

At the same time, it must be kept constantly in mind that the primary goal of a health program is to improve health and decrease suffering, not to gather statistics and measure changes. Gathering of statistics, though essential, absolutely essential, must always be secondary to the provision of services. Measurement is a tool, and only a tool, to assist in the elimination of suffering.

C. Measurements for Evaluation Need Not, and Must Not Interfere With the Provision of Health Services.

In areas in which basic health services are largely lacking, the amount of unnecessary suffering is usually

tragically large. Thus every effort must be expended to eliminate this suffering as early as possible through effective services. To be effective, services must be evaluated. But adequate statistics for the essentials of evaluation can be obtained without infringing on the quality and the variety of health services provided. It needs only to be recognized that areas with limited health resources cannot compete with resource rich areas in the extent to which ongoing health programs indulge in extensive documentation. To do so only results in further prolongation of suffering.

If at any time the system of measurement results in a decrease in potentially available health services, the basic aims and priorities of the program need to be re-examined and the question asked: Are the benefits to the community that are gained from the collection of statistics greater than the benefits gained from the same amount of time given to additional health service delivery?

D. Clinical Vs. Public Health Approaches - Different Emphasis: A Balance Needed.

Clinical physicians tend to err by emphasizing the delivery of services, without adequate attention given to the

measurement of needs or the results of those services. (We at the Kojedo Project have erred in this way in the past.) Public Health physicians on the other hand tend to err by emphasizing the measurement of needs and activities without adequate attention given to the development of effective, comprehensive health services.

Community health includes the community related activities of both public health and curative medicine. If a program is to emphasize community health (comprehensive, that is wholistic, health for a community), it is essential that an effective compromise be found, a balance between the best in each field, where measurements are adequate but do not interfere with the provision of health services, and where health services are adequate, but do not begin with out adequate measurement of needs - and where health services do not continue without adequate periodic evaluation of results. Obviously the directors of a program must define what the requirements of the term "adequate" are to be. Their ability to develop an effective balance between time spent on service provision, and time spent on measurement will in large part decide the success potential of the program.

E. Suggested Guidelines in Developing a Balance between Service and Measurement.

1. Develop the evaluation system after program objective and services are decided upon.

In the building of a health plan with community leaders;

first, determine the needs and available resources;

second, develop a health plan based on specific priority objectives;

third, choose the health services needed to attain those specific priority objectives;

and lastly, not before, select those, and only those, essential measurements required to attain effective evaluation of the specific priority objectives.

2. Planners should also be implementers.

The planners of the health system, of both the services and the routine measurements, should have had experience in the detailed implementation of a community health system, and should also become intimately involved at the village level in the implementation of the present plan. Planners who are not deeply involved in direct implementation of all aspects of a health program are a guarantee of mediocrity for they remain unaware of the real effects of their decisions. Similarly it is easy

to become enthralled with the gathering of statistics when you don't see the suffering at first hand or the loss of valuable time required by reporting.

3. The Work Time of Health Workers should be carefully protected.

Utilization of health workers in gathering of statistics should be limited to those essential records that are directly related to patient (or community) care. Assign to other non-health workers the responsibility of recording all other measurements, including duplication recording of information not directly needed for patient care.

4. Method of Evaluation

Types of evaluation measurements used at the Kojedo Project and found to be effective.

A. Preliminary Measurements:

1. Begin with a detailed random sample survey of area:

a. By experienced survey personnel,

b. Aimed at gathering information in depth about:

*economic factors

*social problems and concerns

*medical practices and concerns

*attitudinal factors

that are pertinent to overall planning and long range feasibility assessment.

2. Strongly consider the early establishment of an inexpensive primary care clinic emphasizing inexpensive care and utilizing an experienced physician (family practitioner) and a small staff. The Purpose would be:

a. To measure the most common diagnoses seen (using a modified "List C" of the World Health Organization International Classification of Disease).

b. To measure the portion of patients who could effectively be treated by an aid, by a nurse practitioner, by a family practitioner, and lastly those needing a specialist.

c. To measure the portion of the patients seen with largely preventable illnesses.

d. To measure the portion of patients whose diseases were likely aggravated by a low protein diet or poor hygiene.

e. To measure the rate of regular return visits of seriously ill patients.

f. To measure the rate of patient drop-out from long-term treatment plans.

g. To measure the rate of non-utilization of the clinic by ill people in the community because of - distance, cost, dislike, misunderstanding, ignorance, and other reasons.

h. To observe the effect clinic-based education has on misinformation and wrong attitudes regarding health.

i. To measure the utilization rates of clinic based preventive programs.

This recommendation is made because:

* It usually rapidly satisfies the strongest recognized need of the people in a doctorless area for a treatment facility.

* It helps greatly in the absolutely essential orientation of clinic, planning staff, and community leaders regarding:

medical needs of a community,

the high rate of preventable disease,

the futility of trying to improve health with a, primary care program that has no outreach services,

the ease with which at least 50% of the illnesses could be cured if patient cooperation and understanding could be obtained (that is, if attitudes could be changed).

the extreme difficulty in improving the health of the community unless the community itslef is involved in decisions regarding its own health services

3. Simplified house to house, family-fact-finding survey

a. by the health worker team responsible for the area

b. aimed at one purpose only - to acquaint the health workers with the general health situation (medical, social, and economic) of each family in order to enable them to draw up health service plans with community leaders.

The information gathered in this simple total population coverage is brief and to the point consisting of 9 categories:

*Name
*Sex
*Birthdate
*Relationship to head of household
*Occupation
*Level of Education
*Longterm illnesses
*Other Medical Information (pregnancy, immunizations, family planning)
*Economic situation of family

B. Measurement of Basic Vital Statistics.

The collection of accurate basic vital statistics is unquestionably of importance in determining health needs and program priorities. It requires however, constant supervision and investigation to insure accuracy, and without that, it is meaningless. Personnel in each community need to be found who can be charged with the responsibility of carrying through the endless search for unrecorded vital events. Health workers can be utilized effectively as the sources of information, but the compilation of the statistics, plus the investigation of the thoroughness of case finding and reporting, need to be the responsibility of a simply trained statistician and not that of any member of the health service team of the primary care center. Again the principle involved is that statistics, to be done well, all too easily can become the main focus of a program at the sacrifice of the all essential health services.

The Kojedo Project is now utilizing a simplified system for necessary basic vital statistics initiated by Dr. Lee Jin Su. It utilizes collection of the measurements by the health workers on a monthly basis.

C. Measurement of Improvements in Health

In some developing countries, mortality from a few potentially controllable diseases is so high that concentrated efforts aimed at their control result in a marked drop in mortality. (Example: infantile mortality rates from malnutrition, pneumonia, and diarrhea dropped markedly in Africa with the institution of effective child health clinics.) Such situations rarely exist in present day Korea. A tremendous amount of effort and time are usually required in order to show a real drop in infant mortality, or in any other mortality rates. Morbidity rates are high but means of measuring this are less well developed. (Techniques for measuring the incidence of certain easily recognized diseases called "tracers"- impetigo, paralytic polio, dental caries, etc.- have been utilized effectively elsewhere. Our experience in this technique is only just barely beginning and we have no comments of value.) It is, in summary, difficult to set up simple measurements that will document improvement in a community's health in a short time span. Therefore, more practical means are needed as a basis for evaluation of the effectiveness of health services. The Kojedo Project has been

developing a simple system that is based largely on the "measurement of significant services rendered".

D. Measurement of Signicicant Services Rendered

The rationale behind the use of this technique is as follows:

1. Measuring of services rendered is simply done.
2. Although the mere rendering of health services cannot be equated quantitatively with improvement in health, there are certain services (termed "significant" herein) which have been shown to have a direct effect on health. Examples:
   a. Although mere registration of women in a maternal health program is of little significance, the monthly routine prenatal check of women by a well trained midwife with special attention given to those in a "high risk" category has been shown to have a significant effect on maternal and infant morbidity.
   b. Increased utilization of dependable family planning proceedures has been shown to have beneficial effects on health.
   c. Brushing along the gingival dental sulcus for five

minutes a day followed by a 2 minute mouth wash of 1% NaFl has been shown to cut down significantly on dental and gum disease.

d. Monthly checks of the body weights of children under five with nutritional guidance for those not gaining adequately has been shown to have a beneficial effect on health.

To measure, in each case, whether or not health has been improved is far more complicated than the recording of significant services rendered as follows:

* how many of the pregnant women in an area received a monthly prenatal check by a midwife?
* how many of the pregnant women in the high risk class were given personalized care by the midwife?
* how many women in need of family planning procedures were utilizing dependable methods?
* how many children were brushing their teeth daily and using flourine, under the supervision of teachers?
* how many children were being weighed monthly, and how many with inadequate weight gain were being corrected?

Such reports do not give nice, neat measurements of percentile improvement in health. But with a minimum use of

priceless health-worker-team time, a general guide as to the effectiveness of a program can be quite simply devised.

4. Data of Evaluation

Most of the data collection techniques of the Kojedo Project have been revised this year. Little data of value regarding services is as yet available.

Examples of some of the types of measurements made and being made are as follows:

A. Maternal Health

1. No. of pregnant women receiving monthly prenatal checks.
2. No. of high risk pregnant women receiving prenatal checks by a midwife.
3. No. of deliveries at home using sterile kit.
4. No. of mothers afebrile and well during postnatal period.

B. Child Health

1. No. of well babies born.
2. No. of children fully immunized.
3. No. of high risk children seen monthly at the well baby clinic.

4. No. of underweight children regaining adequate weight.

C. Family Planning

1. No. of fertile women in need of family planning not using a dependable procedure.

2. No. of babies born despite use of Family Planning (probable inadequate use.)

3. No. of women using various family planning procedures.

D. TB

1. No. of patients of treatment

2. No. of patient dropouts from treatment

3. No. of patients diagnosed cured of disease

E. Simple Treatment

1. No. of Class I diseases treated, and the result (Class I includes 15 simply treated conditions).

2. No. of Class IV diseases treated, and the result (Class IV includes 10 serious conditions needing simple emergency care prior to referral).

F. Dental Health

No. of children brushing and using flourine in school class rooms on a daily basis.

G. School Health

1. No. of children with visual defects getting glasses.
2. No. of children with physical exam abnormalities receiving further evaluation at a clinic.
3. No. of children with abnormal lab findings receiving further clinical evaluation at a clinic.
4. No. of children without a BCG scar receiving PPD and then BCG or chest X-ray.

H. Rehabilitation

No. of people with improvable conditions that followed recommendations.

Kojedo Project
Appendix No. 1

Comments on Two Terms - "Public Health" and "Community Health"

This report is written about a community health project. Yet there is still a great deal of disagreement and confusion about what the term "community health" means. There are those who say it is just another word for public health, and there are others who seriously disagree. But it is also apparent that there is a good deal of disagreement and confusion about what the term "public health" means. It too means different things in different situations. Therefore, it seems advisable to define what we mean by "community health". The Christian Medical Commission has referred to it as the comprehensive health care of man, his family and community. It further comments that, in treating the whole man, each individual can be cared for only within his community ecology, and that disease prevention and health promotion can be effective only when there is as much concern for the healthy as for the sick.

Dr. Jack Bryand has used "a simplified view" in defining the term, calling it "health for communities".

It is an effort, he says, -

to maintain and improve health

to reduce suffering

to contribute to individual well being and community development

to develop a concern for All of the people and

to develop a balance (since needs are large and resources are short).

It is, he says, an effort that, in any country, requires radical change, a redistribution of resources, a redistribution of power; an effort that can not be transplanted that is not a map to be applied in any chosen area, but a dynamic process that needs to be grown locally; an effort in which the traditional medical system is turned up side down, where the community, not the hospital, becomes the key area of concern.

Dr. Colin Forbes calls "community health" a way of meeting the needs of people, and says it asks the fundamental question: "What is needed?". It is not, he says, one of the specialties of medicine such as surgery, obstetrics, internal medicine, or pediatrics - but rather is the foundation for all the specialties.

The purpose of the Kojedo Project is stated, in part, as being to help bring low cost but comprehensive health care to a defined population of a rural area. This does not say it all, but the intent is the same. The word "comprehensive" can be misunderstood. It does not mean all things for all people, but rather refers to the breadth of the approach, seeing the whole man, in the totality of his needs and desires, and in the context of his community. It is from that view that health is developed, not in piece meal portion dispensed from across institutional desks.

The depth to which health can be developed depends on resources. In some developing countries, little more can be done than try to destroy mosquitoes and attend to mothers and babies. Korea is far more advanced than that and can afford a far more comprehensive program of community health than maternal child health, family planning and tuberculosis. How comprehensive in breadth and depth Korea's health efforts should and can be is the problem for which we are all seeking answers.

Returning to the term "community health", it cannot be defined by types of services. (Example: Community health

and family planning.) That is similar to defining democracy as the House of Representatives and the Bill of Rights. Community health, like democracy, is a dynamic process based on certain fundamental principles, deeply involved in, and influencing, the wholeness of each man and woman's life experience.

Appendix No.2

First Priority Community Health Services

Service	Rationale	(Total Time Required: MCH Clinics + 2 hrs/day)	
		Approximate size of Target Population	Approx. time required in an average village
1. Maternal Health	Health of the mother, and understanding about health by the mother, are vital for the health of the entire family. Simple techniques suffice in most situations.	2% ± of pop. pregnant (8/ave. village)	MCH & FP clinic 2x's/month plus 1 delivery/mo.
2. Child Health	If health of child is good during early years, health is relatively much easier to maintain thereafter. Minimal impact in time and expense yeilds significant benefit toward this goal.	5% of opp. under age 2 (20/ave. village)	MCH & FP clinic 2x's/mo.

Service	Rationale	(Total Time Required: MCH Clinics + 2 hrs/day)	
		Approximate size of Target Population	Approx. time required in an average village
3. Family Planning	Essential for the welfare of all families, both in controlling the size and in insuring fertility when desired.	11% of pop. are fertile women(46/ ave. village)	2 hrs./mo. plus MCH& FP clinic 2x's/mo.
4. Tuber-culosis control	A very serious disease in Korea. Primary drugs almost always suffice. Detection and continuation of therapy remain the problems.	1% have known TB (4/ave. village)	1 hr./mo.
5. Dental	Dental disease (teeth and gums), a very common disease in Korea, has a relatively easy, inexpen-sive, and effective care.	?? 50% of non student pop. have serious disease	20 minutes/ day; 10 hrs./mo.
6. School Health	Teaches large number of impressionable young people, the future citizens of Korea.	24% of pop. in primary school	(CHNP and Aid, one day/primary school per mo.)

7. Simple Curative Care	Desired and needed by most of the population. The easiest and cheapest stage to treat disease.	20% sick/mo. 84/mo./ave. village	40 minutes/day; 20 hrs./mo.
8. Health Education	The most essential factor in changing attitudes, which in turn is the most basic necessity in improving health.		1 hr./month
9. Nutrition	Not commonly an obvious problem in Korea but one which underlies or aggravates many health problems, especially infections; (solutions must be financially practical)		1 hr./month
10. Communicable Disease Control	A serious problem in Korea.	Every person	
11. Follow-up	An essential quality factor in community health absolutely essential to effectiveness of all services.	Every family	1 hr./day; 22 hrs./mo.

Second Priority Community Health Services

Service	Rationale	Approximate size of target population	Approx. time required in each village
1. Mental Health	A serious problem in any population, for which some simple treatment approaches have been found.	? 1% +, 4/ ave. village	1hr/month
2. Rehabilitation (for the blind, the paralyzed, the deaf & dumb, the mentally deficient)	A health program of quality cannot ignore the handicapped. Simple techniques help dramatically even if restoration is impractical.	0.7% +, 3/ ave. village	1hr/month
3. Long term illness care (for those with leprosy, epilepsy, etc.	Includes a relatively large number of the population, many of whom suffer extensively. Ignorance and fear are larger problems than cost in many situations.	0.8%, 3/ ave. village	1hr/month

4. Care of Socio-Medical illness (Alcoholism, motherless family, suicide attempts, ill literacy, extreme poverty, etc.	If community needs are listened to, it is in this category that many are found. Solutions are difficult, often only partial. A community effort is required. But to ignore this concept is to markedly narrow the concept of health - and thus the impact.	4% of families 4 families/ ave. village	1hr/month
5. Detection and care of patients bypassed by system.	Any health system that tries to meet health needs by focusing on categories (MH,CH) will inevitably miss some patients who for some reasons, just don't fit any category easily. Often it is because there is no practical solution to their problem. Still, it is imperative that the system not ignore them. Recognition of and continued concern about their disease and suffering is in itself the beginning of care and represents a benefit to both the patient and the health program. In many cases, that may be all that can be done - but that much must be done	to be determined	to be determined ?? 2 hrs/ month

Remaining Services needing centralized implementation

1) Environmental Sanitation
2) Referral
3) Medical Insurance
4) Community Development

Service	Program	Basic Plan
MH	Prenatal clinic	1. All pregnant women are detected within first trimester; 2. All receive monthly prenatal check by village health team; 3. High-Risk problems are detected and treated with a special individualized plan; 4. Problem cases are referred to the midwife in the PCC who in trun refers to the supervising O.B. specialist in the referral hospital as necessary.
	Deliveries	1. All deliveries expected to be normal (non-high risk cases) are encouraged to

		deliver at home using the "sterile kit" with the VHW in attendence to detect early those cases needing referral to the PCC. 2. All deliveries thought to be at a risk are encouraged to deliver at the PCC with the midwife in attendance, or, if necessary, at the referral hospital with the obstetrition in attendance.
	Post Natal Exams	1. All normal deliveries are checked daily x5 by VHW and at least 1x by CHA. Thereafter, the mother and baby are seen at the village well-baby clinics. 2. Problems detected in the post-natal period are referred to the CHNP, and, if necessary, to the midwife, PCC MD, Obstetrician or Pediatrician.
CH	Well baby Clinics	1. All children are checked at the village well-baby clinic monthly until age 2 (or until passed the weaning period) 2. High-Risk problems are detected and personalized treatment plans are made for the high-risk patients. 3. Special problems are referred to the PCC MD, or if necessary to the pediatrician at the Referral Hospital.
F.P.	F.P. Clinics & Home Visits	1. A list of all fertile women in the community is maintained.

Service	Program	Basic Plan
		2. Each woman is contacted by the village health worker and classified as "FP user", "FP needed", or "FP wanted". 3. Thereafter: A. "FP users" are home visited every three months as part of the regular health rounds to deliver FP supplies check on possible dropouts and detect dissatisfaction with the FP technique used. B. Those in the category "FP not needed" are home visited at three month intervals and more frequently as indicated if the woman's FP category changes (ex., husband returns from sea, baby is delivered, etc.) C. Those in category "FP not wanted" are visited every three months as part of the regular health rounds and the importance of FP is discussed, very especially if the woman is in the FP High-Risk group.
TB		1. Health Education r.e. TB is included in health education. 2. Immunize all PPD neg individuals with BCG. 3. Treat all known TB patients adequately with primary drugs.

		4. Check all known TB patient contacts for TB by PPD, history by sputum & X-Ray. 5. Detect new cases of TB, by history PPD, sputum and where indicated by X-Ray in patients with suspicious cough, fever, and/or other suspicious symptoms or signs.
Dental	In village	1. Health education r.e. dental health is included in health education. 2. Demonstrations in brushing are given in the village. 3. Daily brushing with flourine is provided daily in villages during clinic hours, especially for Dental High-Risk individuals. 4. Saucerization & NabL carbon FL Px of cavities is provided by the CHNP and CHA during their village visits.
School Health	Health Edu. in classes	1. Suggested topics for teaching, including details of instruction, are discussed with primary school teachers. 2. Teh teaching itself is to be done by teachers, using suggested curriculum if desired. 3. Thereafter: A. "FP users" are home visited every three months as part of the regular health rounds to deliver FP supplies check on possible dropouts and detect dissatisfaction with the FP technique used.

Service	Program	Basic Plan
		B. Those in the category "FP not needed" are home visited at three month intervals and more frequently as indicated if the woman's FP category changes (ex., husband returns from sea, baby is delivered, etc.) C. Those in category "FP not wanted" are visited every three months as part of the regular health rounds and the importance of FP is discussed, very especially if the woman is in the FP High-Risk group.
TB		1. Health Education r.e. TB is included in health education. 2. Immunize all PPD neg individuals with BCG. 3. Treat all known TB patients adequately with primary drugs. 4. Check all known TB patient contacts for TB by PPD, history by sputum & X-Ray. 5. Detect new cases of TB, by history PPD, sputum and where indicated by X-Ray in patients with suspicious cough, fever, and/or other suspicious symptoms or signs.
Dental	In village	1. Health education r.e. dental health is included in health education. 2. Demonstrations in brushing are given in the village.

		3. Daily brushing with flourine is provided daily in villages during clinic hours, especially for Dental High-Risk individuals. 4. Saucerization & NabL carbon FL of cavities is provided by the CHNP and CHA during theri village visits.
School Health	Health Edu. in classes	1. Suggested topics for teaching, including details of instruction, are discussed with primary school teachers. 2. The teaching itself is to be done by teachers, using suggested curriculum if desired.
	Problem Detection (Physical Exam)	1. Primary school students are examined by the CHNP concentrating on those conditions that can be detected easily and when corrected, result in significant benefit to the student.
	Lab Exam.	1. Laboratory will be limited to those which are felt to be important as screening aids in the detection of significant correctable disease and yet are financially feasible and of significant benefit to carry out in large numbers.
	Immunizations	1. Each student will be given those immunizations still needed in order to complete the full range of immunizations normally provided by the government.

Service	Program	Basic Plan
	TB	1. All students checked for BDG scar. 2. Those without a BCG scar are given PPD, and, if neg, a BCG. 3. TB contacts are checked for TB (PPD, sputums, ? X-Ray) 4. Students with cough are checked for TB. (PPD, sputums, ? X-Ray)
	Dental Health	1. Demonstration brushings are held for teachers. 2. Random sample check of cavity & periodontitis of students is done as baseline evaluation. 3. Dental Health education is given to each class. 4. Brushing demonstration with disclosing tablets are provided for class. 5. 5 minutes brushing plus flourine application are carried out daily by the teachers after initial supervision by the CHNP.
	Simple Treatment	1. Health Education and Emergency Care training sessions for teachers are provided. 2. Emergency care of injuries and illness is done by the teachers. 3. Thereafter, students are referred to their village or to the PCC if necessary for additional treatment as indicated.

	Detection & Referral	1. Health education training sessions are provided for teachers. 2. Teachers detect cases and refer those cases to their village, or PCC if necessary.
Simple Curative	Class I Disease: Simple but important Px by VHW in village	1. Treatment is provided in the village on a daily basis by VHW of 16 conditions. These 16 conditions are all a. simple to diagnose b. simple to treat c. important to treat early, close to home 2. Treatments of these 16 conditions require 11 medications. All treatment is supervised by PCC MD, CHA and are the responsibility of the PCC MD.
	Class IV Serious Illness requiring emergency care prior to rapid referral	1. Essential First Aid of 10 conditions involving seriously ill patients needing rapid referral to PCC is provided by the VHW. These 10 conditions are all a. serious b. require first aid treatment immediately (example; drowning, serious burn, serious bleeding, etc.) c. require immediate notification to the PCC for assistance or referral of patient. First Aid treatment of these conditions requires 2 medications.

Service	Program	Basic Plan
	Class II & Class III	1. Treatment of additional conditions (class II by CH Aids, class III by CHNP) will be provided by a later expansion of the simple curative pervise. The aim of those additions is to increase the number of simple diseases treatable by VH team, thus decreasing the patient load on the PCC.
Health Education		Methodology: 1. Through groups - (Basic preparation for health education often requires the development of community organizations) Example; 4-H Club, Mother's Club 2. Through person to person contacts at time of home visit. 3. Through village clinics (MCH & FP) 4. Through special education program to entire village using special teaching materials (movies, slides)
		Contents: 1. Education is oriented to two priorities primarily a) Development of health - primarily through nutrition. b) Identification of obstacles to health primarily infections and their causitive agents - germs.

		1) Decreasing exposure to germs 2) Importance of adequate treatment of infection 3) Improving resistance to germs 4) Importance of village health programs, preventing, detecting, and treating infections. 2. Education also incluses description of and reasons for other village health services.
Nutrition		1. Emphasize in every house the need for increased protein intake: a) "Bean or fish daily" b) "Grow more beans in your fields" 2. Concentrate on High Risk problems a) Mother with inadequate breast milk b) Underweight babies c) Weaning babies d) Serious malnutrition and malnourishment e) Communicable disease and long term disease f) Elderly people
Communicable Disease		Dr. Kim will have best plan.

Service	Program	Basic Plan
Follow-up		1. Every service needs and has follow-up for effectiveness. (For check on patient's condition to determine if recommendations are understood and being followed correctly, to encourage and support and reinforce previous discussions, etc. etc.) 2. Implementation of follow-up is mainly carried out by reutine tri-monthly home visits to each home - plus more frequent home visits as indicated by specific needs.
Mental		1. Detect problems through routine home visits and reliable information sources. 2. Patient is referred to the PCC, then to the CHNP for evaluation by the PCC MD, with the CHNP in attendance. 3. More than other long term illness, careful, sensitive support of the patient and of the family must be given, primarily by one person (CHNP). 4. Careful attention is given to dispensing of medication according to instructions. 5. Attention is given to not only continuation of medication but also to the development of positive factors having a supportive atmosphere in the family and environment and abolition of negative ones.

Rehabilitation		1. Detect problems through routine home visits and information sources. 2. Consultation obtained - at PCC rehabilitation clinic. 3. Physical therapy and occupational therapy instruction continued as instructed at consultation clinic. 4. Follow-up at routine intervals. 5. Give encouragement to live with handicap.
Long term illness		1. Detection of the chronically ill. 2. Determination of Diagnosis - by referral as necessary. 3. Develop plan for a. Shortening period of suffering b. Minimizing period of suffering c. Controlling disease d. Avioding exaccerbations 4. Observation of progress. 5. Consultations with M.D. (M.D. has responsibility) 6. Refer for scheduled checks with M.D. Avoid day-outs. 7. Help family and patient to have patience and courage. 8. Continuation of care despite poverty, stubbornness, lack of education etc. 9. Awareness of financial obstacles facing family.

Service	Program	Basic Plan
Socio-Medical Problems		1. Training of village health team in the handling of social problems by a social worker. 2. Detection of social problems in the community by home visitation schedule through reliable information sources. 3. Recognition of any social problem as being a health hazard if it disrupts the sense of well being within the family or community. 4. Local solution by family and community members with the assistance of the village health team, of simpler problems. 5. Referral of more difficult problems through the CHNP to the "High Risk Socio-Medical Conference" at the PCC (a weekly meeting of community and clinic personnel for the purpose of finding solutions to particularly difficult socio-medical problems in the community).
Detection and Care		1. VHW finds health problems that have treatment plan, by routine visit, through neighbors, or directly from the patient, a) People with health problems receiving inadequate or detrimental care.

b) People with long term weakness and malaise without a diagnosis.
c) People with problems they try to hide.
d) Families whose members tend to look ill.

2. VHW tries as best as she can to solve the problem through existing service programs.
3. If VHW cannot solve problem in usual manner, case is referred without delay or failure, through CH Aids to the CHNP. Care must be taken to make sure the CHNP is informed that patient is in the "By-passes" class, thus requiring special attention.
4. CHNP, with team, analyze the reason for the by-pass and develops a plan to correct the situation.

Appendix No. 3

Approximate Cost of a Medical Insurance Program (60 - 70% prepaid) in a Three Township Area of Kojedo, Korea in 1976

Assumptions:
- Membership 33% of 30,000 population
- Medical insurance covers all costs of prevention program for entire area.
- Utilization rates the same as experienced at the Kojedo Project (column C & D).
- Insurance covers only 50% of Referal Hospital charges.
- Charges of Referal Hospital are only estimated.
- Charges and expenses are those of the Kojedo Project in April '76.

(Turn Page for Chart)

Approximate Cost of a Medical Insurance Program (continued)

(See previous page for Assumptions)

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
Number of Medical Insurance Members	Site of Type	% Expeded	(AxC) Number of Patients	Average Cost Per Patient	Medical Insurance Portion %	(E-F)	(DxG) Total Medical Insurance Portion %	Patient Portion %	(ExI) Won	(DxJ) Total Patient Portion %	(HxK) Total that Institute Receives	Total for each Tier (level)	% Required of Total Income
10,000	Village Prevention	Total Coverage	30,000	122₩	100%	122₩	1,226,000₩	0	0	---	1,226,000₩	1,826,000₩	Village 37%
	Village Treatment	10%/month	1,000	600₩	70%	420₩	420,000₩	30%	180₩	180,000₩	600,000₩		
	*PCC Out-Patient	15%/month	1,500	1,300₩	70%	910₩	1,365,000₩	30%	390₩	585,000₩	1,950,000₩	2,450,000₩	PCC 42%
	PCC In-Patient	0.25%	25	20,000₩	60%	12,000₩	300,000₩	40%	8,000₩	200,000₩	500,000₩		
	**RH Out Patinet	1.5%	150	3,500₩ (?)	50% (?)	1,750₩	262,500₩	50%	1,750₩	262,500₩	525,000₩	1,050,000₩	RH 21%
	RH In-Patient	0.15%	15	35,000₩ (?)	50% (?)	17,500₩	262,500₩	50%	17,500₩	262,500₩	525,000₩		

*PCC - Primary Care Center **RH - Referal Hospital

Appendix No. 4

Existing Charges and Recommended Modifications

Procedure	Existing Charges for Services	Conversion to Factor System (Hgb = 1)	1 = 200 as Factor Value for 1976
Hemoglobin (Hgb)	150w	1	200w
White Blood Count (WBC)	150	2	400
Hematocrit (Hct)	400	2.5	500
Differential	300	2	400
Red Blood Count (RBC)	150	2	400
Sedimentation Rate	300	2.5	500
Urinalysis (Routine)			
Albumin, Sugar, Micro	400	2	400
Bile	150	1	200
Stool for parasites	150	1.5	150
Stool for blood	150	1.5	150
Blood Sugar (Dextrostix)	300	3	600
AFB Smear	300	2	400
Skin Scraping for fungus	300	1.5	500
Stool or Blood Culture	1500	8	1600

Procedure	Existing Charges for Services	Conversion to Factor System (Hgb = 1)	1 = 200 as Factor Value for 1976
Culture and Sensitirities(Direct)	1500	10	2000
Blood Typing	300	3	600
Blood Cross Matching	750	4	800
Widal test	500	3	600
Pregnancy test	1200	8	1600
RPR Syphilis test	500	2.5	500
Gauze #10	300	1.5	300
I & D set			
Large	1200	6	1200
Small	600	3	600
Aspiration (Para, Thora)	800	7	1400
Tapping			
Spinal	600	7	1400
Fluid	700	2	400
Enema	350	3	600
Catheterization			
Nelaton	450	3	600
Fuley	600	3	600

Procedure	Existing Charges for Services	Conversion to Factor System (Hgb = 1)	1 = 200 as Factor Value for 1976
Cast	840/roll	4"-3, 6"-4	600, 800
Cut down	1300	5	2000
Sutures	300/stich	1.5/stitch	300/stitch
Anesthesia			
Lidocaine 10cc	750	4	800
Spinal	4500	30	6000
Ketalar			
Emergency (not clinic hrs.)			
Surgery	1600	8	1600
Medicine	1000	5	1000
Operation	12000/hr + set	70/hr	14000/hr
Basic set	3000		
Lap	7000	35	7000
D & C	5000	25	5000
Suction		1	200
Oxygen		2/hr	400/hr
Elastic bandage		3	600/hr
Gastric lavage		20	4000
IV set	140	1	200

Procedure	Existing Charges for Services	Conversion to factor System (Hgb = 1)	1 = 200 as Factor Value for 1976
Injection Charge IM	100	1	200
IV 50		1	200
IV 50		2	400
Physician Charge			
New patient	300	1.5	300
Old Patient	100-200	1	200
Fee for new chart		1	200
Fracture Treatment			
Large (leg)		20	4000
Medium (wrist)		15	3000
Small (finger)		10	2000
Delivery			
Primip	5000	30	6000
Multip	5000	30	6000
Abnormal Delivery	higher	60	12000
In-Patient/day		5	1000
X-Ray			
Chest (PA) 14 x 17	1100	6	1200
Extremities	1100-1200	6	1200

Appendix No. 5

Report on Funds Received Through Supporting Agency

This could not be completed in time to be included. It can be forwarded, if desired, in August following compilation by the consulting accountant.

Appendix No. 6

Discount Evaluation Procedure

This could not be completed in time to include. It will be forwarded as soon as possible.

保健서어비스 傳達体系및 同事業의 評價方法 (巨濟保健院事業을 中心으로)

李 璟 湜
(서울大 保健大学院 教授)
(巨 濟 保 健 院 長)

目 次

前 提 ---- 5-3
1.00 保健·医療서어비스 組織 ---- 5-3
1.10 全体組織構造 ---- 5-3
1.20 組織單位 및 技能 ---- 5-6
1.21 郡單位 ---- 5-6
1.22 初診所網 ---- 5-8
1.30 職種別 要員資格 및 訓練內容 ---- 5-12

1.31 마을要員 (간호보조원) ——— 5-12
1.32 保健看護師 (1年課程) ——— 5-13
1.33 初診所 一般医 ——— 5-17
1.34 助産員 ——— 5-17
1.40 要員의 監督과 指導体系 ——— 5-18
1.50 組織單位의 聯関性 ——— 5-19
1.51 技術的 ——— 5-19
1.52 患者後送 ——— 5-19
2.00 地域社会組織 ——— 5-20
3.00 財源調達機構 ——— 5-21
3.11 外 援 ——— 5-21
3.12 國庫補助 ——— 5-21
3.13 道·那費補助 ——— 5-22
3.14 地域社会支援 ——— 5-22
3.15 診療收入 ——— 5-22
3.16 医療保険 ——— 5-22
3.17 医療酬価의 策定 ——— 5-22
3.18 生活保護対象者의 医療提供問題 ——— 5-27
4.00 事業評価 ——— 5-27
4.10 評価基準 ——— 5-27
4.20 評価方法 ——— 5-28
4.30 評価資料 ——— 5-29
附 錄 ——— 5-30

前提:

우리나라의 現医療奉仕 伝達制度는 全人口를 対象으로 하기에 非能率的이고 不適當하다는 前提下에 巨済地域保健協会 주관하에 計劃 또는 一部実施하고 있는 巨済保健院 示範事業을 中心으로 郡 수준에서의 保健医療奉仕 伝達体系 模型을 提案하고자 한다.

現保健所 事業이 保健院 事業으로 완전 흡수 統合되어 一元化된 体系가 이루어질 때까지 保健所長은 本 保健院 初診部長을 겸임하게 되며, 그 이후에 保健院은 保健所 기능을 二次健康機能으로 포함시키게 된다.

1-00 保健医療 서어비스 組織

1-10 全体 組織構造

全 郡民에 대한 保健医療奉仕伝達은 완전 一元化한다.

巨済保健院은 予防, 保健教育, 그리고 診療를 포함한 1次健康事業과 2次健康事業을 実施한다.

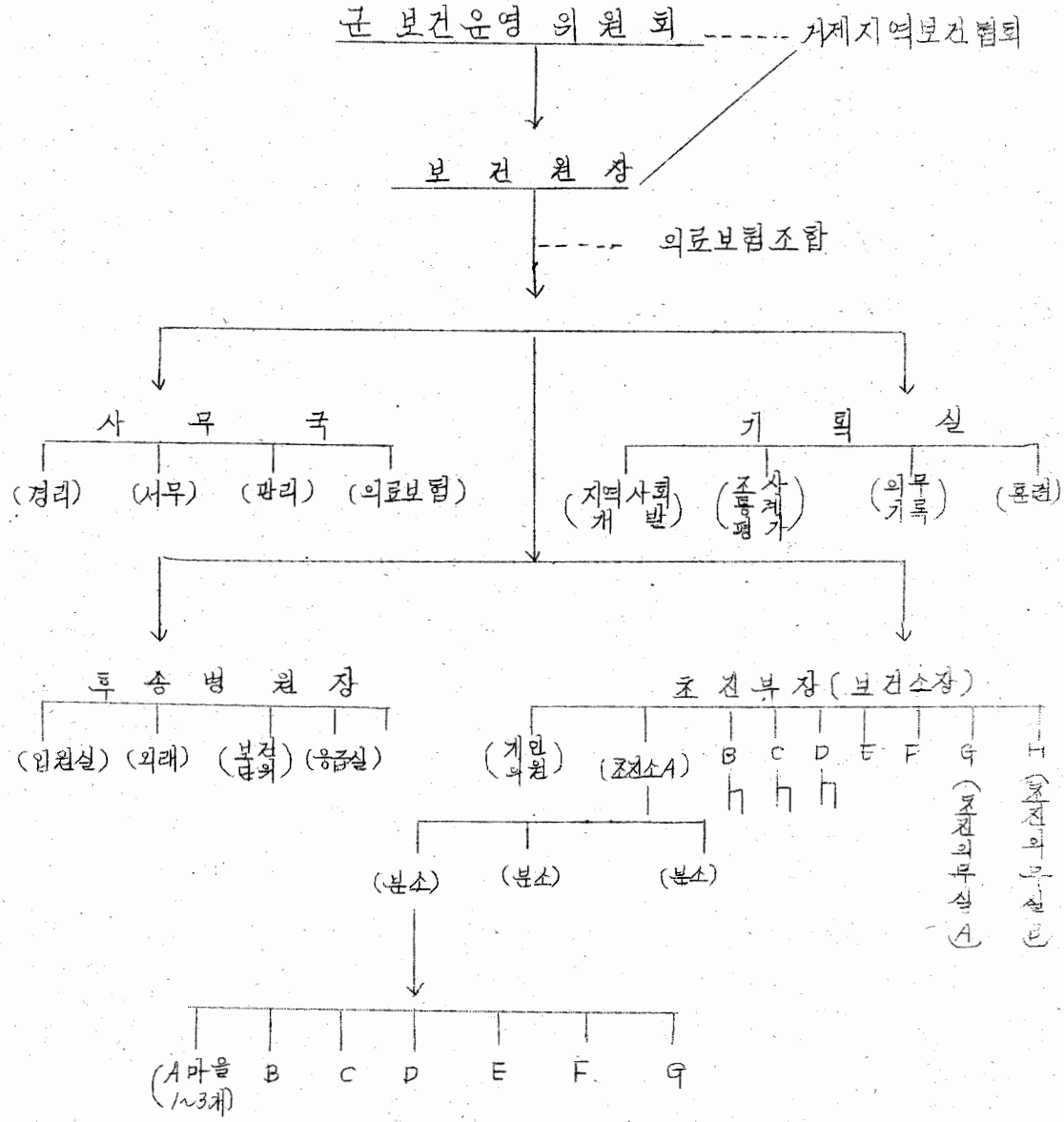
示範事業 機構表에서 보는 바와 같이 郡 保健運営委員会는 全 郡民을 爲한 保健医療事業의 決定, 予算 및 決算에 대한 議決을 하며, 巨済保健院長은 決定된

事項을 執行한다.

郡 保健所長은 保健院 初診部長(과도기에만)을 겸임하며 郡內에 있는 民間医療機関을 初診所 수준에 있다고 볼 수 있어, 이들은 初診部長의 監督 指示를 받는다.

各 面支所에 있는 기존公医 (限地医師)는 初診所 網에 흡수 또는 자연도태 (年老한 限地医師)되어 어느 時期에는 없어진다.

示範事業 組織機構表


군 보건운영 의원회
거제지역보건협회
보 건 원 장
의료보험조합
사 무 국
(경리) (서무) (관리) (의료보험)
기 획 실
(지역사회개발) (조직평가) (사업계획) (의무기록) (통계)
후 송 병 원 장
(입원실) (외래) (분만실) (응급실)
초 진 부 장 (보건소장)
(개인의원) (조산소A) B C D E F G (보건의무실A) H (보건의무실B)
(분소) (분소) (분소)
(A 마을 1~3계) B C D E F G

郡內에서 개업하고 있는 個人医는 初診所 수준에 있다고는 하지만, 마을 단위의 組織이 없기 때문에 予防과 保健教育 事業이 포함되지 않은 診療事業 외주의 医務室 기능을 한다.

支援機関으로서 이미 언급한 바 있는 郡 保健運営委員会가 있다.

同委員会는 郡內의 각 기능적 기관, 地域社会 유지 종교단체를 代表하는 25명으로 構成되어 있고, 委員長은 郡守(당연직), 副委員長(2명)은 保健院長(당연직)과 委員中에서 1名(당연직)이 된다. 이 委員会는 郡民을 爲한 保健医療 奉仕에 대한 모든 問題 해결에 직접적으로 관여하기 때문에 강력한 支援体制로서 計劃된 事業의 推進을 뒷받침한다.

1-20. 組織單位 및 機能

組織單位는 政府 行政單位를 참작하되 人口와 地理的 거리, 交通手段 등을 基本 考慮로 組織한다.

1-21. 郡 單位

郡 單位에 1個 後送病院(綜合病院)을 두고 이 病院은 初診機関을 通해서 後送되어 오는 患者에 대한 2

次(健康) 診療를 담당한다.

병원조직은 外來(각과), 入院室, 手術室, 각 補助科 및 應急室로 구성되어 있으며, 病院行政 事務는 保健院 本部 事務局에서 責任을 진다.

2次 健康診療 施設은 保健院 本部와 같은 곳에 위치하며, 그 郡의 中心地 즉, 交通, 人口, 地理, 經濟 및 行政 中心地에 두어 初診網에서 올라오는 患者後送, 應急患者 수송에 원활을 기하고, 保健院 本部로 하여금 行政官廳과의 긴밀한 維持관계를 維持하도록 하여 保健医療 事業 提供에 원활을 기한다.

人口 12万의 巨濟郡에 必要한 100病床 규모의 後送病院(綜合病院)은 다음과 같은 근거에 의해서 산출했다.

後送病院 外來에 온다고 推定되는 一日 平均 患者数는 201名이며 (120000명 × 21% (유병율) × 20% (전문의가 필요한 환자율) ÷ 25일)

이 중 每日 入院을 要하는 患者数는 16名 (201 × 0.8% (입원율)) 이며 一日 平均 病室 患者数는 112名 (16명 × 7일 (평균입원 일수)) 으로 추산된다.

巨済郡内에 民間 (개인의원) 部门의 기존 25개 病床数를 計算에 넣으면 保健院에서 87名을 每日 수용할 수 있는 病床数가 필요하게 되며 1日 平均 最大 수용능력 85% 를 適用하면 87개 病床数에 15% (13개 병상)을 가산 해야 하므로 100病床 規模의 後送病院이 필요하다는 판단이 선다.

1-22 初診所網

初診所는 人口의 規模와 地理的 特性 및 交通手段을 감안한 위치에 설치한다.

初診所는 地理的으로 行政区域別 面이 인접해 있으면 最大規模 3个面 (人口 30,000 명 내외)에 1개 所 設置하고, 그렇지 않으면 最小規模 1个面 (인구 10,000 내외) 單位로 1개소를 둔다.

初診所는 주로 医療装備 및 施設을 갖춘 고정된 곳을 意味하는 것이며 人員配置나 技能에 있어서는 항상 기동력 中心으로 생각해야 한다.

数个面을 대상으로 하고 있는 初診所 에는 各面單位로 初診分所를 둔다.

初診分所는 自然部落 1个내지 3个 單位 (인구 1,500~

2.000)로 組織하여 마을 健康事業을 提供한다.
마을 健康事業은 各 自然部落 單位로 새마을 가꾸기 어머니회, 里長등의 既存組織網을 利用한다.

1-23. 組織 單位別 人員構成 및 活動

事業要員의 職種은 事業 伝達体系의 最一線 要員인 初診分所에 속해있는 看護補助員, 마을과 診療所 사이를 連結하는 面單位에 있는 初診分所의 保健 看護師, 初診分所 事業을 診療技術 및 行政的으로 支援하고 2次 健康施設 (종합병원)과 連結되어 있는 初診所의 一般医가 있다. 最終的으로 初診所網에서 後送되어 오는 患者診療를 爲하여 綜合病院에 各 專門分野別 專門医가 있으며 기타 부수的으로 필요한 補助要員이 있다.

各級 水準에서 要員配置 決定은 대상 人口数를 기초로 했으며 人口数를 기초로 決定한 要員配置의 理論的 근거는 다음과 같다.

즉, 巨済郡内의 月間 有病者 施設利用率 (21~25%/120.000 = 全人口) 을 適用하여 1日 患者를 算出하고 各級水準의 要員이 處理할 수 있는

範囲의 患者数에 対한 診療活動과 予防 및 保健教育 活動에 所要되는 総時間을 推定하여 各級要員이 責任질 수 있는 人口規模를 決定하였다.

그러므로 아래와 같은 要員 対 人口 模型이 나온다.

人員配置 算出分析

① 간호보조원 (마을 요원) (人口 1500 인당 1명)

1日 환자수 / 1日 진료자수

1500 × 21% (유병율) ÷ 25일 = 12.6 × 40% = 5.04

② 보건간호사 (조진소 또는 분소) (人口 10.000 인당 1명

10.000 × 21% ÷ 25일 = 84 × 60% = 50 − (84 × 40%) = 17

③ 조산원 (人口 30.000 인당 1명)

30.000 × 4% (연간 임신율) = 1.200명 ÷ 300일 = 4명

4명 × 7회 = 28명

④ 일반의 (조진소) (人口 30.000 인당 1명)

30.000 × 21% ÷ 25일 = 252 × 40% = 100 − (252 × 20%) = 50

⑤ 전문의 (후송병원)

120.000 × 21% ÷ 25일 = 1008 × 20% = 201.6 ÷ 6인

= 33.6

④ 병원입상간호원

87명 (입원환자) × 1.5시간 × 365 일 = 47,632 시간

47,632시간 ÷2400 시간 (1일 연300일 × 1일8시간) = 20명

간호보조원

87 명 × 1.5시간 × 365 = 47632 시간

47,632 ÷ 2400시간 = 20 명

간호보조원 外來 6명

의와 같은 各給水準의 要員配置 原則을 適用했을 때 12만 人口의 1仰都에 대한 포괄적 保健医療 伝達을 爲해서 필요한 人力은 다음과 같다.

① 看護補助員 : (120,000 ÷ 1500) = 80 명

② 保健看護師 : (120.000 ÷ 10,000) = 12 "

③ 一般医 : (120,000 ÷ 30.000) = 4 "

④ 專门医 : 각과 1명 (6명)

⑤ 치과의 : 1 명

⑥ 입상간호원 : 20 명 간호보조원 26 명

⑦ 医療補助員 : 4명

⑧ 기타 事務職 :

1-30. 職種別 要員資格 및 訓練內容.

各級水準의 要員資格은 長期的 眼目에서는 各種 專門分野의 基本教育課程을 필한 사람으로 充當하게 해야 하므로 專門職 基本教育 課程에서는 1次 健康事業과 2次 健康事業이 制度的으로 一元化된 巨濟地域社会事業에서 要求되는 職種別 要員資格으로서는 最小限度로 다음의 임무는 수행할 수 있는 內容의 訓練을 이수해야 한다.

職種別 要員資格 訓練內容 및 責任과 活動

1-31. 마을要員 (간호보조원)

技能과 責任 ;

中學校 또는 高等學校 卒業者로서 看護 補助員 訓練課程에 準한 教育을 하되 다음과 같은 기능과 責任을 수행할 수 있도록 준비시킨다.

즉 인구 1500 내지 2000 명의 地域社会에서 40% 에 達하는 健康問題를 이들 水準에서 해결할 수 있는 能力을 길러 주어야 하며 이들이 할 수 있는 活動限界는 保健教育, 予防的 治療, 患者発見, 간단한 治療와 患者依頼가 된다.

訓練이 끝나면 1~3 개 마을을 책임지며 保健看護

師의 指導監督 아래서 活動한다.

訓練內容 :

學校教育과 實地訓練으로 區分하여 訓練한다.

첫 4, 5 개월 간은 간호보조원 訓練課程에 있는 教育內容을 주로하며 나머지 4, 5 개월 간은 地域社会 健康을 강조하는 理論을 基盤으로 하여 監督下의 실습을 併行한다.

9개월 課程이 끝나면 資格考試를 치루게 하고 正規職員으로 採用되기 爲해서는 3個月間의 實地訓練 (Intern ship) 을 要한다.

訓練內容은 이들이 다음과 같은 活動을 할 수 있도록 準備시키는 方向으로 構成해야 한다.

즉, 母子保健, 家族計劃 및 結核에 대한 追求管理, 患者發見, 간단한 治療를 하는데 필요한 症狀把握, 治療方法, 依賴해야 하는 狀態, 診療通則 準守 等이 訓練 內容에 포함 되어야 한다.

1-32. 保健看護師 (1 課程)

技能과 責任 :

保健看護師는 專門職 간호원 으로서 地域社会 健康에

관하여 1年間 理論과 現地訓練을 받은 후 特定 地域社会 住民들의 健康問題와 필요를 감정하는 기능을 한다.

專門職 기능을 건강증진과 教育, 疾病予防, 健康管理의 計劃과 監督, 地域社会에 있는 慢性病 患者 回復期의 再活 活動에 대한 監督과 指導를 포함한다. 이러한 기능을 수행하기 위해서 保健院의 事業伝達制度에서 일하는 다른 要員들과 자신의 活動을 調整, 協力하며 단순한 疾病問題에 対한 해결, 즉 간단한 診療에 임하며 마을要員의 이러한 活動을 監督한다. 健康問題를 끌라내어 医師의 特殊診療가 필요하다고 判断된 患者는 医師에게 依頼한다.

訓練內容 :

單元 I : 地域社会 健康 概論 (44.5학점 ~ 444시간 연습 604시간 이론)
地域社会 健康看護에 대한 基本概念과 技術

單元 II : 地域社会 健康看護에 대한 実地經驗 概要
(44.5학점, 344 시간, 감독하에 실습)
住民들의 健康問題에 관한 지식을 深化하고 이에 대한 基礎技術을 개발한다.

실습기간에 다음과 같은 學習經驗을 가지도록 기회를 마련한다.

母子保健, 成人保健事業, 學校 및 마을 健康事業에 관한 실습경험과 週當 4시간의 講義, 세미나를 併行한다.

單元 III : 地域社会 健康看護 II (6학점, 102시간 이론)

地域社会 健康看護概論에서 把握된 健康要求에 基礎를 둔 地域社会 健康理論과 科學的 接近法을 內容으로 한다.

즉, 疫學, 病理, 事業執行 및 管理, 診療管理 等에 대한 概念과 講義, 세미나, 個別的 調査研究를 通해서 확대시킨다.

單元 IV : 地域社会 健康看護 実習 II (5.6학점 (8주간)

8주간 実習과 監督 및 指導下에 이루어지며 健康事業의 計劃과 監督, 마을要員의 監督, 단순한 健康问題를 호소하는 患者에 대한 診療経験을 포함한다.

단원 Ⅱ에 計劃된 調査研究를 試行하고 評価한다.

실습기간에 週當 4시간의 강의 및 세미나를 併行한다.

單元 Ⅴ : 地域社会 健康家로서의 現地訓練 (10학점 6개월간)

첫 6個月間의 教育이 끝난후 인턴-쉽이 시작된다.

인턴-쉽 6個月間은 保健看護師로서의 증가된 專門職 責任을 질 수 있는 資格을 具備하기 爲하여 技術開発과 現地経験을 얻는다.

인턴은 特定地域事会를 指定 받으며, 포괄적 健康事業에 対한 計劃, 組織 및 施行, 마을 要員들에 対한 監督, 初診所 医師와의 協力, 그리고 각종 事業間의 조정을 기하여 事業全体 計劃에 対한 調化

를 이루면서 事業推進을 하는 임무를 말

는다.

1-33 初診所 一般医 (4주간 오리엔테이션)

地域社会 健康에 관련한 廣汎囲한 題目에 관한 세미나와 現地見學을 포함한다.

1次 健康事業에 있어서의 一般医의 責任을 다하기 爲하여 要求되는 地域社会 健康의 原理, 目的 및 方法에 대한 완전한 이해를 開発하는데 있어 관련된 題目에 관한 광범위한 文獻과 書籍을 耽讀하며 研究한다.

1-34. 助産員

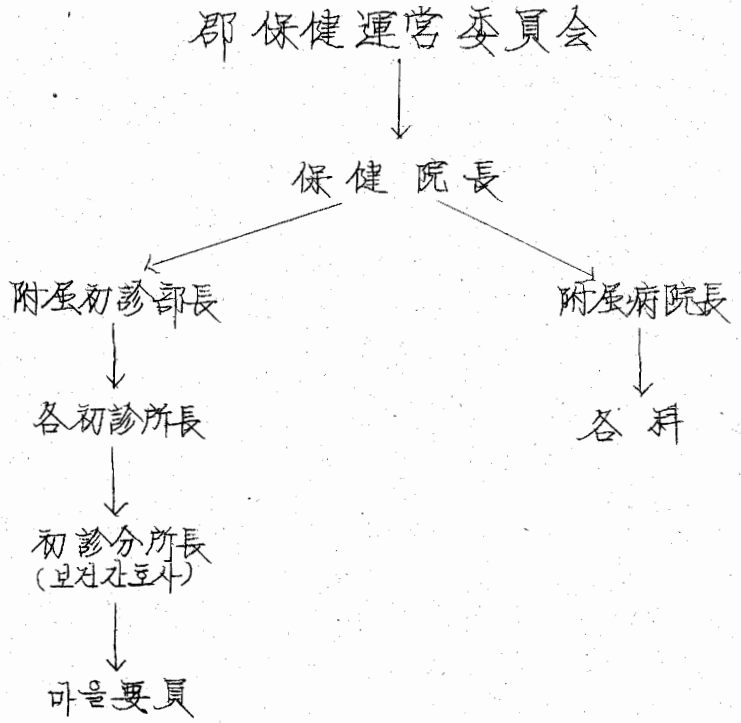
免許있는 看護 助産員으로서 8주간 오리엔-테이션 期间을 갖는다.

이 期间에 地域社会 健康事業에 관련된 廣汎圍한 題目에 관하여 공부하며 特히 母子保健과 家族計画에

중점을 둔다.

初診所에서 (인구 10.000 인 내지 30.000 인) 마을要員 (모자보건과 家族計劃 活動에 관계)의 指導 監督과 保健看護師의 母子保健 관계 자문을 訓練內容에 포함한다.

1-40 要員의 監督과 指揮体系



1.50 組織單位의 聯関性

行政的 各 組織單位, 즉 마을水準에서 保健院長까지의 行政的 聯関性은 機構組織表에 나타난 바와 같이 要員의 監督, 指揮体系와 일치한다

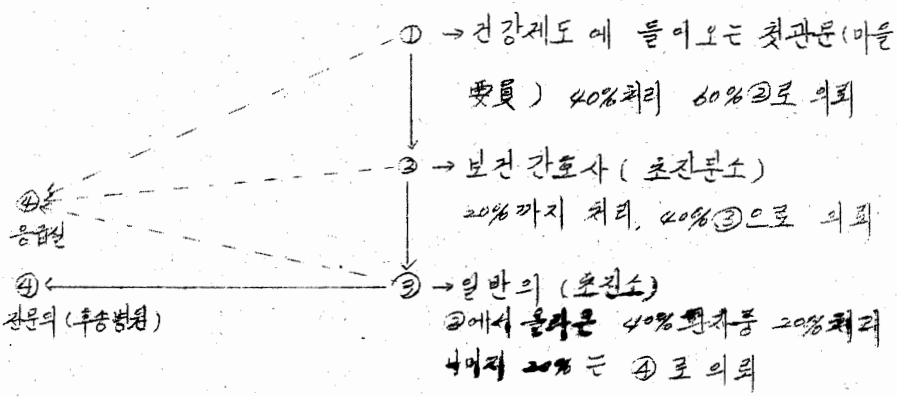
단, 病院 및 初診所 運営面에 관련되는 事項은 事務局과 直結되나 모든 事業運営에 관한 政策決定은 保健院長이 한다

保健院長은 政策決定에 도움을 받기 爲하여 參謀会議를 주관한다 參謀会議는 保健院長, 病院長, 初診部長, 事務局長 (經理課長은 參考人) 및 計劃室長으로 構成한다.

1.51 技術的 - 監督 指揮体系 참고

1.52 患者後送 ~ 각급 기술水準과 住民의 健康狀態에 일치하는 段階的 健康事業 傳達制度이기 때문에 各級水準의 初診網에서 漏過된 患者는 바로 윗 단계로 依賴된다.

즉 理論的 患者의 依賴体系는 다음 그림과 같다



기술水準을 基礎로 한 依賴制度는 応急患者 移送을 除外하고 ① → ② → ③ → ④의 段階로 이루어지며 追後管理를 爲한 依賴는 ④ → ③ → ② → ①의 段階로 이루어짐을 原則으로 한다.

2.00 地域社會 組織

巨濟保健院 運営委員会가 사단법인 巨濟地域保健協会와 世界基督教協議会 医療宣教団 간에 定한 援助條件에 따라서 巨濟郡 全域에서 施行하는 地域保健 示範事業을 育成支援함을 目的으로 組織되었다.

本委員会의 기능은 다음과 같다.

1) 保健院 運営計劃의 審議處理
2) 保健院 運営豫算 및 決算의 審議處理
3) 地域內 可用資源의 動員計劃 樹立
4) 住民의 자발적 의료보험 参與 促進
5) 地域保健 示範事業을 爲한 国內 및 国際機関 단체와의 緊密한 協助促進
6) 巨濟地域保健協会 理事会에서 委任받은 事項
7) 기타 保健院 運営上 필요한 事項

同委員会의 委員은 地域保健 医療制度 開発事業과 기능상의 관련이 많은 巨濟郡內의 政府기관 및 민간기관,

단체의 代表者와 地域保健 示範事業 전개에 寄與할 수 있는 人士로서, 25명 以內로 構成되어 있다.

各 邑面에는 運営委員会 分会를 두고 委員은 7名以內로 構成되어 있다.

委員会 委員選出은 委員会에서 한다.

同 委員会內에 執行 委員을 두고, 運営委員会가 審議 承認한 保健院 運営 및 기타 事業運営計劃 等을 執行한다.

執行委員은 巨濟保健院長, 同附屬病院長, 同初診部長, 同事務局長 및 保健所長이 된다.

末端事業 支援組織으로서 각 마을 指導者 婦人会, 어머니会, 기타 既存 유관 地域社会組織과 相互協力 活用한다.

3.00 財源調達計劃

3.11 外援

施設施設 投資로서 6個棟의 初診所 建物, 1個 綜合病院, 12個棟의 社宅, 40名 收容能力의 寄宿舍 및 의료장비 등을 爲한 支援이 포함된다.

3.12 国庫補助

保健院 및 綜合病院 建築을 爲한 副帶施設 즉 전입로 포장공사, 建物부지조성, 상수도 工事에 대한 支援이 포함

된다.

3.13 道 郡費 補助

保健所에 配定되는 要員, 기재 및 藥品을 포함한 年豫算 約 3000万원 規模 支援이 포함된다.

3.14 地域社会支援

保健院 建物과 6個 初診所 건물부지를 提供 받는다.

3.15 診療收入

保健院의 附屬病院과 6個 初診所와 2개 造船所 初診医務室에서 오는 医療收入, 즉 患者의 診療收入이 이에 属하며, 保險患者의 경우 外來 診療費 30% 入院費 및 手術費用의 50%에 해당하는 医療收入이 患者로부터 온다.

3.16 医療保險

保險加入 患者의 診療費는 또 다른 收入源이 된다. (外來患者 診療費의 70% 入院患者의 50%)

3.17 医療酬価의 策定

医療酬価의 基準 決定은 그 地域社会의 経済的 支拂能力과 医療設備에 基礎를 두어야 한다.

農漁村 地域에 있어서 健康問題에 反比例해서 医療施設利用率이 저조한 것은 住民들의 保健認識 水準이 낮을

뿐만 아니라 이들의 支拂能力이 더 큰 이유가 되고 있음은 여러 調査에서 밝혀진 바 있다.

그러나 住民들의 藥局이나 傳統的 医療方法에 消費하고 있는 額数는 엄청난 것이다.

또 本 示範事業이 位置하고 있는 地域에 仁人医院이나 公医(한기의사) 数名을 除外하고는 現代施設을 갖춘 綜合病院이 없기 때문에 중환자는 물론 대개의 患者들이 釜山, 忠武, 馬山等 인접된 都市로 나가서 施設을 利用한다. 따라서 이곳 地域社会의 経済状態는 保健事業이 없기 때문에 他地域으로 財源이 流出되어 더 한층 沈滞할 수 밖에 없다.

他地域으로 消費되는 医療費와 民俗医的으로 消費되는 医療費, 그리고 藥房으로 직접 들어가는 費用 等을 고려한다면 이 지역에 필요한 100病床의 仁和 綜合病院 運営은 자립으로 할 수 있다는 판단이 선다.

즉 기타지역에의 流出이나 非效果的 方法으로 消費되는 医療費를 방지하여 本 地域內에 있는 現代的 施設로 유인해 들인다면 綜合病院 自立運営은 可能할 뿐만 아니라, 受惠者들에게는 보다 싼값의 良質의 의료수혜가 可能하다는 判斷이 선다.

經濟的 實現可能性은 示範事業에 있어 가장 중요한 측면을 차지한다.

本 示範事業에서의 医療酬価 策定은 이러한 점을 고려하여 다음과 같이 산출되었다.

医療酬價 策定에 필요한 資料

인구 : 120,000 명

1人当 年間 平均医療支出費 : 약 4,000 원 (전국 5,700원의 30% 가 곡음)

1次健康事業費用 : 總医療費의 30%

2次健康事業費用 : 總医療費의 70%

月間 有病者의 医療施設 利用率 : 2.1%

郡內 年間 可用總医療費 : 480,000,000 원
(120,000 인구 × 4,000 원)

1次健康管理 可用財源 : 144,000,000원

2次健康管理 可用財源 : 336,000,000원

年間 施設利用推定 患者数 : 302,000 명

다음水準 酬価 : 1人 1日 平均診療費 : 120원

※ 酬価 算出에 필요한 資料 및 方法

- 有病者 總施設 利用者의 40% 가 마을要員水準에서 해결
- 1次 健康管理費中 마을健康 可用豫算 : 20%(28,800,000원)
- 年間 마을要員 利用者数 : 120,800 명 (연간시설이용추정 환자수 × 40%), 마을건강 홍가용예산 ÷ 연간 마을 要員 利用者数 = 238 원 (그일분)

初診分所 酬価 : 1人 1日平均診療費 ; 240원

- 分所年間 施設利用 推定 患者数 : 60,400명 (유병자시설 이용의 20%)
- 1次 健康管理費中 初診分所 (보건간호사) 가용예산 : 20% (28,800,000원)
- 分所可用豫算 ÷ 分所利用患者数 = 477원 (그일분)

初診所 (一般医) 의 酬価 ; 外来

1人 1日 平均 外来診療費 ; 320원

- 初診所 利用 年間 總患者数 : 總施設利用患者数의 20% (60,400 명)
- 初診所 年間 可用豫算 : 2次 健康事業 可用財源의 60% (86,400,000원)
- 初診所 外来 年間 可用財源 : 初診所 可用豫算의 40% (34,560,000원)

- 初診所 外來 年間 推定患者數 : 初診所 利用年間 總患者數의 90% (54.360 명)

  계산 :

  初診所 外來 年間 可用財源 ÷ 初診所 外來 年間 患者數 = 635원 (2일분)

初診所 (一般医 + 기타要員) 酬価 : 入院 1人 1日 平均 入院診療費 : 3.433원

- 初診所 入院室 年間 可用財源 : 1次健康可用豫算의 60% (51.940.000원)
- 初診所 入院室 年間 利用 患者數 : 初診所 施設 總 年間 利用者數의 10% (6040 名)
- 平均 入院日數 : 2.5日

  계산 :

  初診所 入院患者 年間 可用豫算 ÷ 入院施設 年間 利用 患者數 = 8.583원

  8,583원 ÷ 2,5일 = 3.433원

綜合病院의 医療酬價

- 綜合病院 利用者數 (연간) : 202.000 명
- 外來利用者數 (연간) : 總病院 利用者의 90% (604,000 명)

- 入院患者数 (연간) ; 總病院 利用者의 10% (6,040명)
- 平均 1人 入院日数 : 3.5일
- 外来 年間可用財源 ; 2次健康管理 可用財源의 30%
- 入院患者 年間 可用財源 ; 2次健康管理 可用財源의 70%
- 外来 平均 診療日数 : 3日

外来 1人 1日 平均診療費 : 556원

外来總 可用財源 ÷ 年間 外来患者数 = 1,668원 ÷ 진료일수=556원

入院診療費 ; 1人 1日 平均入院 診療費 ; 11,125원

年間 入院患者 可用財源 ÷ 年間入院 患者数 ÷ 平均入院日数

= 11,125원

3.18 生活保護 대상자의 医療提供問題

保健院 總 診療收入의 15% 한도내에서 무료진료를 제공한다

새마을診療券을 발급하여 이들 대상자를 무료진료 범의에 포함한다

무료진료 基準은 7일간의 진료 필요 또는 診療費 20,000원 정도 필요한 생보 대상자로 한다

4.00 事業評価

4.10 評価基準

基礎 調査後에 파악된 基礎資料 즉각 프로그램별 指標로 使用되는 각종 死亡率, 特殊年齡別 出産率, 有病率, 감염율 (TB), 및 기타 각종 比 및 比率을 측정도구로 하여 구체적으로 명시된 事業目的 (측정가능하게 표시됨)을 基準으로 하여, 실제 달성한 것을 비교 검토한다

4.20 評価方法

評価方法은 記録과 보고제도에 근거한 계속적 評価를 위한 고정장치 (Built-in-machanism)를 通한 직접 방법과 実態調査를 通한 간접방법을 채택한다

評価는 계속적 方法으로 事業進行과 計劃에 고정장치를 通해서 반영될 수 있는 (Feed-Back) 형성적 評価 (formative Evaluation)와 事業終結時 全体事業 評価를 하기 위한 最終評価 (Termina/ Eva/uation)을 試行한다

4.30 評価資料

- 一般人口特性 - 人口構成 性別, 年齡別 生政動態統計
- 母子保健関係 - 妊娠率, 年齡別 出産 母性死亡, 영유아사망 保健所 利用率, 각종 예방접종상태, 영유아 성장발달 상태, 분만개조상태
- 간단한 診療状態 - 活動不能 罹患状態

- 결핵환자수와 치료상태 ~ 연령별, 결핵감염율
- 家族計劃 관계자료 ~ 可姙女性数, 가족계획 방법별 실천 상태, 대상부부수, 불임술수행수
- 医療制度 및 施設利用 ~ 入院期間, 診療日数, 수술건수, 병원분만건수, 病院死亡指数, 단계적 初診 事業網 利用率, 綜合病院病床率, 入院·外来対比
- 保健 医療費 ~ 1人当 外来1日 診療費, 1人当 1日 入院費, 1人当 平均 手術費, 1人当 年平均 保健医療 支出費対 總生活費
- 기타 관련자료

附 錄

간단한 診療通則 槪要

a. 応急처치를 한후 의사에게 보내야 하는 比率 : 43%

b. 応急처치 없이 医師에게 依賴 : 9%

c. 応急狀態는 아니나 간단한 治療를 한후 依賴 : 14%

d. 장기처방 患者 : 4%

e. 간단한 治療後 만족스러운 결과가 없을 때 依賴 : 28%.

간단한 治療方法에 属하는 상태 (25개)

1. 발열환자 (39°C 이하로서 발열후 5일이내까지)
2. 경한 빈혈증
3. 히스테리아.
4. 피부염
5. 농가진
6. 뽀드라지 (Acne).
7. 작은 規模 궤상
8. 출혈이 심하지 않은 궤상
9. 화상 (1도 내지 2도 화상으로 직경 10cm 이내)
10. 무좀

11. 몸

12. 두통

13. 경한 결막염

14. 눈에 이물이 들어 갔을 때

15. 비출혈

16. 편도선염 없이 목이 아플 때

17. 감기

18. 경한 유행성 감기

19. 급성감기 (경증)

20. 경한 구토증

21. 경한 설사

22. 경한 복통

23. 경한 변비증

24. 경중의 치질

25. 질 출혈

郡地域保健・医療提供体系

崔 三 变

（梨花大 医大 教授）

目 次

目的 및 前提 ——— 6-3

1.0 保健・医療提供組織 構造 ——— 6-4

1.1 保健・医療管理機構 및 医療施設 ——— 6-4

1.2 支援機関 ——— 6-5

2.0 組織単位 및 組織別 機能 ——— 6-6

2.1 保健支所（面単位） ——— 6-6

2.2 個人医院 ——— 6-7

2.3 郡保健所 및 郡地区病院 ——— 6-7

2.4 道地域 地域病院 ——— 6-9
2.5 道地域 総合病院 ——— 6-10
3.0 組織単位別 人員構成 及 活動 ——— 6-10
4.0 組織単位間 関係性 ——— 6-17
4.1 行政的 ——— 6-17
4.2 技術的 ——— 6-17
4.3 患者後送 ——— 6-18
5.0 地域社会組織 ——— 6-18
5.1 面地域社会保健開発委員会 ——— 6-18
5.2 郡保健医療委員会 ——— 6-19
5.3 道保健医療審議会 ——— 6-19
5.4 里・自然部落単位 民間組織 ——— 6-20
6.0 財源調達機構 及 給與内容 ——— 6-20
6.1 財源調達機構 ——— 6-20
6.2 給與内容 ——— 6-21
6.3 診療報酬 ——— 6-22
7.0 事業評価 ——— 6-22
7.1 評価基準 ——— 6-22
7.2 調査方法 ——— 6-22
7.3 評価資料 ——— 6-23

目的 및 前提

目的:

郡全体 지역 및 인구를 대상으로 하여 합리적인 보건의료를 제공할 수 있는 医療保健体系(模型) 를 수립하는데 있다.

前提:

(1) 효율적인 보건의료 제공체계를 성공적으로 이루하기 위해서 보건의료시행은 道 單位에 있어서 地方自治的 機能으로 개편 조직되어야 한다.

(2) 보건의료 제공의 最末端 行政單位는 邑·面이며 보건의료시설은 포괄적인 1차 보건의료기능을 제공 할 수 있어야 하고 이는 保健支所 책임으로 하여야 한다.

(3) 행정단의 郡에 위치하는 보건의료시설은 군판하 읍·면 주민보건의료 관리 기능을 수행하는 보건지소 업무를 지도하며 의료기능에 대한 2차적 기능을 제공한다.

(4) 보건지소 업무수행 능률을 높이기 위해 필요한 곳에 支所分室을 보건지소장 책임하에 설치하여 업무를 수행한다.

(5) 읍·면지역에 소재하는 사설 개인의원은 환자진료 기능에 있어 보건지소와 업무를 분담한다.

(6) 군지역 보건의료비는 의료보험조합제도를 통하여 확보하고

보건비와 시설비는 정부지방비를 재원으로 한다.

(7) 군지역 의료시설 기능을 지원하기 위하여 도단위 의료시설로서 지역병원과 종합병원에서 3차의료를 수행한다.

(8) 도관하 행정지역 주민의 보건의료업무를 관장하기 위하여 도단위에 保健方을 둔다. (표 1참조 : 보건의료 제공체계)

1.0 保健·医療提供組織 構造

1.1 保健医療管理機構 및 医療施設

(7) 도단위에 보건의료관리 기구와 의료시설기구를 분리하여 설치한다.

의료시설기구로는 종합병원, 특수병원 (필요시) 지역병원등을 보건의료관리기구로는 보건청 (현행 도보건사회국)을 둔다.

(2) 군 단위에서는 보건관리 기능과 의료기능을 구분 하되 기구는 단일기구로 한다. 보건관리기능을 수행하기 위해서 군보건소와 의료기능을 수행하기 위하여 지역병원 (郡病院) 을 둔다.

(3) 면·읍단위에는 보건과 의료기능을 포괄적으로 수행하는 보건지소를 둔다. 보건지소에는 家庭과 支所간 거리가 소요시간 1시간 이상거리 또는 인구

10,000명을 초과할 때 5,000명 단위 지역에 보건지소장의 지시감독을 받는 保健支所 分室을 둘 수 있게 한다. 면관할 리, 부락의 가정단위 건강 향상을 도모하기 위하여 새마을 조직을 활용하는 새마을 保健委員網을 필요에 따라 조직 활용할 수 있도록하나, 새마을 보건위원은 보건지소의 기구편제에 두지 않으며, 주민이 자발적으로 참여하는 기구로 발전시킨다.

(4) 면·읍에서 개업하는 개인의원은 주민진료업무 수행에 참여한다 (조직될 의료보험조합과의 협약에 따라 보건지소와 진료업무 분장)

12. 支援機関

(1) 郡單位 지역에 支援·協助機関으로서 군청, 경찰서, 농업협동조합, 군새마을운동 관계 의원회 및 보건의료사업 발전을 위하여 조직될 의료보험조합 및 군보건위원회 등이 있다.

군보건위원회 의원구성에 있어서는 면, 읍 보건개발을 위한 면대표위원을 포함한다.

(2) 면단위 지역에 있어서의 지원협조기관으로서 면(읍) 사무소 경찰지서 각급학교에비군중대 우체국, 농업협동

조합 각리장 리새마을 지도자 등이 있으며 면보건 개발을 위하여 조직될 면지역사회 보건개발위원회가 있다. 면지역보건개발위원회에는 리주민을 대표하는 위원이 포함되어야 한다.

2.0 組織單位 및 組織別機能

2.1 保健支所 (面單位)

(1) 医療機能 : 주민의 의료요구의 70~80% 범위를 해결한다.

(2) 保健機能 : 가장단위를 대상으로 하는 포괄적 건강관리 및 증진을 위한 예방의학적 공중보건사업을 수행한다.

보건사업으로 계획될 내용은 모자보건 및 가족계획 예방접종을 주로 하는 전염병예방사업 결핵예방 및 관리사업 환경위생개선 건강교육 및 학교보건사업을 전개한다.

(3) 統計 (評価) 機能 ; 면지역사회의 보건의료사업의 업무평가 및 주민건강 향상도 측정을 위한 지속적 보건통계 기능을 수행한다.

(4) 保健支所分室機能 ; 보건지소에서 제공될 의료업무량 감소를 지원하고 주민의 질환조기 발견 및

예방적 일차 치료기능을 수행한다.

(5) 리·부락단위 보건활동은 보건요원의 가정방문을 통한 기초적 활동을 토대로 하며 새마을 보건의원으로부터의 소속 바을 또는 부락의 건강관리에 필요한 정보 및 협조를 적극적으로 활용한다.

2.2 個人医院

보건지소가 있는 면지역내 개인의원은 군단위(보건)의료보험조합과의 협약에 따라 보건지소와 환자진료를 분담한다.

(참조표 보건지소 보건의료사업 및 평가획로)

2.3 郡保健所 및 郡地域病院

(1) 郡保健所

보건행정기능 기주로 郡에 보건소를 둔다. 보건소는 상부기관 보건창(도보사국)의 기도 감독을 받으며, 관하 읍·면 보건지소의 보건행정업무를 지도 감독한다. 보건소의 보건지소 지도업무는 보건지소 기능에 포함되는 사업에 준한다.

또한 군지역주민 건강향상을 위한 보건계획 수립과 보건지소활동을 통하여 보건계획을 시행한다. 군보건소는 또한 보건지소 요원에 대한 人事权과 訓練 및

補修教育에 대한 기능을 갖는다.

군보건소는 군병원(지구병원)과의 원활한 업무협조를 수행할 수 있도록 기능상 분리되어 있더라도 조직 기구 상으로는 군병원과 동일 기구에 둠을 원칙으로 한다.

(2) 郡病院(地区病院)

군지구병원은 읍·면 보건지소 및 면소재 개인의원에서 후송되는 환자에 대한 2차진료 기능을 가지며 군의료보험조합과의 협약에 따라 입퇴원 환자진료를 시행한다. 또한 3차의료가 요구되는 환자에 대한 지역병원 또는 종합병원에의 후송업무 기능을 갖는다.

군지구병원은 의료보험조합과의 거래를 가지며 보건지소 진료요원에 대한 교육 훈련 기능을 갖는다.

지구병원은 관할 직할지역 주민에 대한 1차진료업무를 수행하기 위하여 필요한 보건지소 기능이나 보건지소 본실 기능을 가질 수 있다.

지구병원의 진료 기능은 환자에 대한 임상계열 과별 진료기능을 갖는다.

즉 내·소아과 계열 외과·산부인과 계열 특과계열과 진료 각과와 진료를 지원하는 기능으로 X-선실

임상 병리검사실 마취실과 간호업무수행을 위한 간호과를 갖는다.

행정부서는 (총무계) 원무계와 보험계의 기능을 갖는다 진료 각과 担当医는 專門医에 준하는 의사로서 보한다.

(3) 郡單位 個人医療施設

군단위 지역병원 지역에 개설된 개인 전문의원 및 병원은 군 의료보험조합과 군지구병원과의 협약에 의하여 읍·면 보건지소 또는 개인의원으로 부터 후송되는 환자에 대한 2차적의료를 수행하고, 3차적진료가 요구되는 환자에 대하여 지역병원이나 종합병원에의 후송기능을 수행한다.

2. 〃 道地域 地域病院

도지역에 위치하는 지역병원은 3-5개 군지구병원을 지원할 수 있는 위치에 두고 군지구병원이나 개인전문의원 또는 개인병원에서 후송되는 환자에 대하여 군의료보험조합과의 협약에 의하여 3차진료를 수행한다. 또한 3차진료에 속하는 특수환자중 필요할 때는 도시역 종합병원에의 환자후송기능을 갖는다. 지역병원은 면보건지소나 개인병원에서 응급후송되는 환자에 대한

3차진료지원을 하며 지역병원 소재지역내 인접 보건지소나 개인의원에서 후송되는 환자에 대한 2차진료 기능을 갖는다.

진료부는 내과, 외과, 산부인과, 소아과, X-선과 마취과 및 1~2개의 특과와 임상병리실험실를 가지며 간호과를 갖는다.

임상과 의사는 전문의로 구성한다. 행정부에는 총무과 원무과 (보험계 포함) 를 두며 병원 행정업무 전반사항과 의료보험거래 관계 업무를 수행한다. 지역병원은 관할군지구병원 및 면 지소 진료요원에 대한 기술지도교육 기능을 갖는다.

2,5 道地域 綜合病院

종합병원 기능에 대하여는 생략한다. (참조 표1; 보건의료계공체계 (조직기능)

3.0 組織單位別 人員構成 및 活動

보건지소의 인원구성은 의사 1명 의생겸 진료조수 1명 진료간호보조원 1명 보건간호원 1명 보건요원 3명 행정요원 겸 통계원 1명 계 8명으로 구성한다.

보건지소 분실 설치시는 분실마다 1명의 분실의료 겸 의생업무요원을 둔다.

보건지소 인원의 활동기능을 대별하면 다음과 같다.

(1) 医師 : 보건지소의 책임자로서 지역사회 주민의 포괄 보건의료 팀의 장이된다 의사의 자격으로서 인턴수준의 임상 훈련이나 경험을 지니고, 지역사회의학 예방의학 보건행정학 의료보험학등 2개월간의 보수교육이 요구된다 의사는 보건지소에 있어서 지소장의 활동은 물론 보건지소 행정 전반에 걸친 책임을 진다.

환자진료 업무에 있어 의사인력시간의 70 ~ 80 % 를 배정하고 30 ~ 20 % 의 인력시간은 공중 보건분야에 활여한다. 보건지소장은 지역사회 주민 건강을 위한 종합적 계획수립과 사업의 우선 순위를 선정하여 시행하며 필요한 인력배치 및 업무분장 기능을 수행하는 한편 외래환자에 대한 진료에 임함으로써 지역사회 주민의 의료요구도에 대한 70 — 80 % 를 보건지소에서 처리할 수 있도록 보건의료팀의 능력을 활용한다 또한 2차진료를 필요로 하는 환자에 대하 신속하고 적절한 조치를 적기에 취할 수 있어야 한다

또한 보건지소 업무성과를 효율적으로 평가할 수 있는 자료수집 정리 및 평가분석의 기능을 갖는다

(2) 衛生員 診療助手

보건지소의 의생겸 진료조수는 의학기술 초급대학 또는 보건전문학교 졸업자로서 임상이론과 실기 지역사회보건에 대한 6개월 간의 보수교육이 요구된다.

보건지소에 있어서의 활동기능으로서는 50 %의 인력시간은 보건의생업에 50 % 의 인력시간은 의사를 도와 환자 진료기능을 수행한다.

또한 약국업무를 겸행한다.

(3) 診療看護補助員

보건지소에 있어 환자 진료보조 기능을 수행할. 간호보조원은 간호보조원 자격 소지자로서 2개월간의 지역사회보건간호 응급처치 기초적임상실기에 관한 보수교육을 받은 자로한다.

보조간호원은 보건지소 외래환자 접수, 관계 기록준비 및 의사 지시에 따라 환자진료 업무를 도우며 환자 의무기록 관리 기능을 수행한다 또한 의무기록 사항 중 가정건강 기록부에 수록되어야 할 집합여진 내용을 기록정리한다.

진료에 소요되는 기구의 소독 준비 및 사후처리 기능을 수행한다.

(4) 保健看護員 :

보건지소 업무에있어 보건사업의 주역을 맡을 보건간호원이 갖추어야 될 자격은 간호원 및 조산원 면허소지자로서 지역사회보건 보건행정 및 통계에 관한 2개월 간의 보수교육을 받은 자로 한다.

보건간호원이 수행하여야 할 기능은 보건요원의 지휘감독과 보건사업진행계획과 수행을 주도하는 것이다. 각종 예방접종사업계획 및 수행, 모성관리를 위한 산전등록관리 정상분만개조 및 산후관리에 대한 업무를 의사지도하에 시행하며 유아보건가족계획사업 보건교육 업무를 주관한다. 보건간호원은 이러한 각종 보건사업을 주관하면서 소속 보건요원을 적절히 활용하고 업무분장을 능률적으로 수행하여야 한다.

업무량 인력시간 분배는 보건사업에 70-80% 정상분만개조 및 임상진료간호에 30-20% 로 한다.

보건간호원은 보건요원이 수행한 업무에 대한 일일업무실적 파악과 보건간호사업에 관련되는 보건통계자료를 점검확인한다.

(5) 保健要員 : 보건진소에서 지소와 가정의 교량역할을 하면서 예방의학적 보건활동을 주담할 보건요원이 갖추어야할 자격은 간호보조원자격 소지자로서 2개월간의

지역사회보건, 응급처치법 기초적보건통계 이론과 실기수련을 위한 보수교육을 요한다.

보건요원은 보건간호원의 지도감독하에 보건지소 보건봉사업무를 수행하기 위하여 定期 不定期 가정방문을 통하여 보건의료문제를 발견하며 보건요원의 능력으로서 수행할 수 있는 보건의료 요구를 해결하여 주며, 능력을 벗어난 문제에 대하여서는 보건지소분설이나 보건지소 내방을 권하며, 약속표등을 교부한다. 또한 의사나 보건간호원이 취급한 환자나 보건관리대상자에 대한 사후관리 조치를 의사 및 보건간호원의 지시하에 가정방문을 통하여 수행한다.

보건요원은 자발적으로 지역보건발전에 참여하는 리나 부락새마을 보건지도자와의 긴밀한 연락을 취하여 보건의료에 관한 정보를 수집하여 문제처리에 활용하며 계획한 보건사업 예를들어 가족계획 크리닉 임신부발견및 모성관리크리닉, 어린이건강관리 크리닉, 결핵관리 크리닉, 예방접종크리닉에의 대상자 참여를 촉진키 위한 리·부락새마을 보건지도자와의 협조하에 진행시킨다. 또한 수시로 리·부락에서 발견되는 보건문제해결책을 의사 보건간호원 지도하에 수립하여 지역주민 건강향상에 적극적으로 참여한다. 지역을 분할 담당함으로써 다목적기능 보건요원의 기능을 수행한다.

(6) 行政 兼 保健統計要員 ; 보건지소의 살림을 맡는 서무 기능과 업적관리를 위한 통계업무를 수행하는 행정 겸 보건통계요원은 의학기술 초급대학 또는 보건전문학교 수료자로서 보건행정, 의료보험, 회계부기, 보건통계 등 이론과 실기업무연수에 2개월간의 보수교육이 필요하다.

행정 겸 보건통계요원 기능은 보건지소의 예산주관과 시설, 장비관리, 군 의료보험 조합과의 거래, 군 보건소 관계 문서 수발과 보건지소 업무 전반에 관한 통계적 자료 수집, 정리, 분석 업무 수행이다.

일정 보건지소 선정 서식에 의한 일일, 월말, 분기말, 연말 업무보고, 실적관리를 위한 통계 유지, 각종 보건, 의료과계 기록의 통계적, 자료정리 외에 약품, 물품 구입 및 관리 기능을 맡는다.

(7) 保健分室 要員 ; 지역주민의 의료요구에 대한 근접지원을 위하여 설치운영 하는 보건지소 분실을 맡은 보건분실 요원은 보건지소장의 책임 감독하에 정하여진 진료대상과 진료 범위내에서의 1차적 예방의학적 진료업무를 수행한다. 보건지소장의 업무수행 지시를 수시로 받을 수 있도록 가설된 전화를 통하여 적절한 환자처리와 후송

업무를 수행한다.

분실에서 수행되는 업무는 매일 유선 보고를 통하여 지소장의 확인과 지시를 받으며, 분실 업무관계 의무기록은 5일내에 보건지소에 제출되어 기록관리상의 후속조치를 가능케 한다.

(8) 새마을 保健指導者 ; 리·부락 주민에 의하여 선출되고 자발적으로 자기 마을의 건강을 유지 증진 시킴으로써 지역개발의 바탕을 이룩하려는 새마을 보건지도자에 적합한 주민은 가능하면 중학교 졸업학력과 기혼 30대 주부가 적격이다.

보건지소장은 이러한 리·부락 새마을 보건지도자에 대하여 초보적인 응급처치 요령이나, 정상분만 (사전에 의사나 조산원이 확인한) 과정에서의 위생적인 개조 및 지역사회 보건 개념을 1개월간에 걸쳐 수차에 시간배정을 하여 기초교육을 한다.

새마을 보건지도자의 기능은 보건지소의 연락과 협조요구에 따라 자기가 속하는 리나 부락 주민의 보건의료에 대한 요구를 해소시키는데 선도적 역할을 담당하며, 보건지소 또는 보건분실까지의 환자유가나 보건의원의 기능수

행을 지원하는데 있다 (참조표 2, 면 보건지소, 기능별 인력과 자격)

4.0 組織單位間 連關性

4.1 行政的 ; 보건 의료 제공 체계에 있어서 보건행정적 지시감독은 보건청 (보건사회국) 을 頂上으로 하여 도지역내 공공종합병원, 민간종합병원, 지역병원과 군 보건소 및 지역병원을 1차 배부권으로 구성한다. 군보건소 및 지역병원은 2차 행정적배부선으로 면 보건지소와 면소재 민간의원에 지시 하달한다.

보건지소 이하는 행정기능을 갖지 않는다. 보건지소분실이나 새마을 보건지도자 조직망은 보건지소의 기능을 수행하는데 필요한 활동조직체이다.

4.2. 技術的 ; 보건의료제공체계에 있어서 기술적 관련성은 보건관계기술과 의료관계 기술의 2원적 관련성을 갖는다. 즉 보건관계 기술은 보건청에서 군보건소, 면보건지소에 연결되며, 의료관계 기술은 종합병원에서 지역병원, 군병원, 면보건지소 및 민간의원으로의 관계를 갖는다.

보건지소 이하 조직은 보건지소장이 기술적 지도를 수행한다.

4-3 患者後送 ; 보건의료체계에 있어서 환자 후송계로는, 정상후송계로와 비상후송계로의 2원성을 갖는다 즉 정상후송계로는 보건지소 → 군병원 → 지역병원 → 종합병원 순이 되나, 비상후송계로는 하급의료시설에서 차상급의료시설을 경유치 않고 다음 상위의료시설로 후송조치한다. 정상 또는 비상 환자 후송계로를 유지하기 위하여 필요한 기동력을 차 상위 의료시설에 갖춘다. 후송환자에 대한 의료정보는 후송한 병원시설에 서면으로 회신한다. 후송환자 회신기록은 보건지소나 개인의원에서 종결된다. (참조표 1. 보건의료체계)

5.0 地域社会 組織

地域 保健医療 제공체계 하의 업무수행을 촉진하기 위하여 각급 의료시설 단위에 지역사회 민간조직을 갖는다. 각급 조직과 그 기능은 다음과 같다.

5.1 面 地域社会 保健開発委員会

면지역 주민의 공동노력으로 지역주민의 건강증진과

주민의 의료시설 활용을 선도하기 위하여, 리 주민대표 및 지역내 관공서, 공익단체 대표로 구성하는 면 지역사회 보건개발위원회를 조직하여, 보건지소 업무 수행을 지원하는 한편 군의료보험조합 기능을 지원키 위한 주민계몽교육을 선도한다.

5.2 郡 保健医療委員會

각면 보건개발위원회 대표와 군관내 관공서, 의사회, 공익단체 대표로 구성되는 군보건의료위원회는 군보건소·지구병원 기능수행을 지원하며, 군의료보험조합 결성에 대한 군민 지도 계몽의 선도역할을 수행한다.

5.3 道 保健医療審議会; 도 보건의료 조직기구인 보건창(보건사회국)의 기능 수행을 지원하며 보건의료정책 수립 및 집행에 관한 자문에 응하기 위하여 군보건의료위원회 대표를 포함하는 의학학계, 의료계, 원료인, 교육계, 인사를 망라한 보건분과 및 진료분과 심의위원회를 구성한다.

보건의료 심의회는 도관내 주민의 건강유지·향상을 위하여 필요로 하는 보건의료정책에 관한 자문과 주민에 관한 홍보활동 기능을 수행한다.

5.4 里 部落單位 民間組織 ; 리·자연부락단위에는 보건의료 전달체계를 위한 별도조직을 갖지 않는다. 그러나 새마을 운동에 관련되는 리 자연부락의 조직을 새마을 보건지도자 중심으로 활용토록 한다. 즉 리나 자연부락에 있어서는 지역사회보건의 새마을운동화를 촉진시킨다 (표1. 보건、의료 제공체계)

6.0 財源調達機構 및 給與內容 ;

6.1 財源調達機構

의료보험법을 적용하여 군단위 의료보험조합을 설립하고 면단위에는 의료보험조합 출장소를 둔다.

조합가입은 세대단위로 하며 대상의 2/3 가 가입희망 시에는 강제보험가입 조치를 취한다.

조합설립을 위한 홍보활동을 전개하기 위하여 군 보건의료위원회와 면지역보건개발위원회를 중심으로 군·면관내 행정기관 공공기관 및 단체의 지원을 받으며 리·부락단위 새마을운동 조직을 이용 적극 홍보활동을 전개한다.

의료보험은 주민의료수혜자와 의료제공시설과의 협약에

의한 보험, 급여를 지급하는 3차지불제를 적용한다.

생활보호대상 세대에 대한 일차진료 의료비는 지역단위에서 공동부담하고 생보대상자의 2차 진료비에 대하여서는 국고보조로 충당한다.

의료시설별 세입재원은 수혜자 부담금, 보험급여금, 보험특별급여금, 지방비 정부보조비로 충당한다.

의료시설별 세입세출원은 표 4 보건의료시설별 세입세출원에 표시한 바와 같다.

세입원중 보험특별급여금은 보건지소와 군보건소 업무를 강화하기 위한 지역별 특색을 감안한 보건사업 장려금에 해당된다.

보험료는 1人当 월 100원에서 200원 범위로 한다. 병원 의원의 의료비 수가는 별도로 정한다.

지역내에 있는 각급의료시설은 모두 지정병의원으로 한다.

6.2 給與內容:

급여내용은 요양급여와 분만급여로 한다. 특별급여는 조합과 의료시설 간의 협약에 의하여 보건활동비로서 면、군 보건지소와 보건소를 대상으로 지급한다.

6.3 診療報酬

1) 保健支所 요원에 대한 보수는 월급제와 사업실적을 기준으로 하는 특별상여금제를 적용한다.

2) 보건소·군지역병원 요원에 대하여서는 월급제와 사업량 기준의 특별상여금제를 적용한다.

3) 지역병원 종합병원 요원에 대하여서는 월급제를 적용한다.

4) 민간의료시설에 대하여서는 실적에 의한 급여제를 적용한다.

7.0 事業評価

7.1 評価基準

보건의료제공 지역에 있어서의 사업 착수 전·후의 보건상태 변화와 사업진행 간의 평가를 목적으로 의료사업성과, 보건사업성과 및 보건의료조직기능의 성과를 평가하는 기준으로 한다.

7.2 調査方法

1) 대상지역과 대조지역을 결정하고 취락추출법(지역추출

법)을 적용 조사대상을 선정하여 면접 설문조사를 사업실시 전과 사업진행기간 중 및 사업완료 후 실시한다.

2). 보건의료사업 기간 중 사용되는 각종 기록을 통계적 자료화시킬 수 있도록 고안하여 필요한 자료를 수집하여 분석한다.

7.3 評価資料

1) 의료사업성과 측정을 위한 자료(일반율과 특수율)

(1) 평균발병횟수 (2) 평균 이병일수

(3) 평균 치유일수 (4) 발생율

(5) 유병율 (6) 의료시설 이용율

(7) 진료단가 (8) 상병별 발생빈도

2) 보건사업성과 측정을 위한 자료(일반율과 특수율)

(1) 출생율 (2) 사망율

(3) 유아사망율 (4) 모성사망율

(5) 파상풍 발생율 (6) 백일해 발생율

(7) 결핵 발생율 (8) 결핵 유병율

(9) 각종 예방 접종율 (10) 임신부 산전관리 등록율

(11) 분만처조율 (12) 가족계획 실시율

9) 보건의료조직 기능 측정을 위한 자료.

(1) 요원별 사업목표 성취율

(2) 보건의료사업별 업무량

(3) 의료시설별 진료실태율

(4) 새마을 보건지도자 활용율

(5) 생보대상자율 (의료비 면제대상자)

4). 의료보험조합 업무실적평가.

의료보험조합 조직운영에 있어서의 실적을 지역 보건의료사업과 관련시켜 분석한다.

표 1. 보건·의료 제공 체계 (기능·조직)

(이화여자대학교 모형

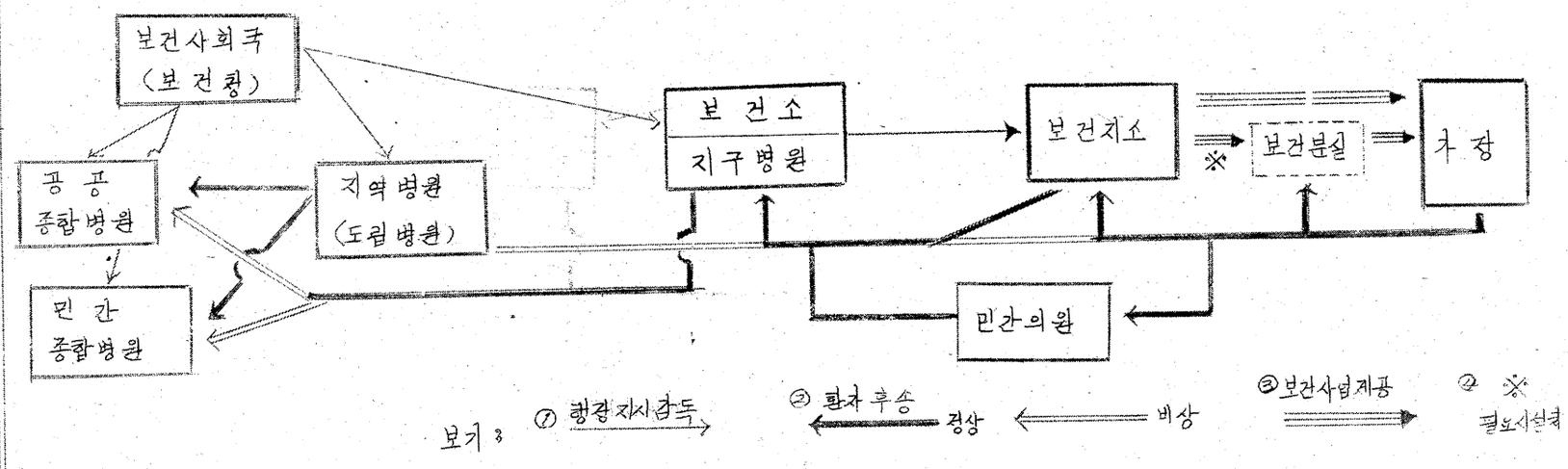
행정단위			도	군	면
기본 기능			보건·의료정책수립 시행 보건 요원 인사관리 보건·의료 사업지원(3차) 보건·의료(요원) 사업 감독	보건사업 계획·시행·지도 2차진료지원 수행 1차진료 요원 훈련·지도 보건의료요원 인사 관리	보건사업 계획·시행 대민 건강증진 지도(가정단위) 1차적 진료수행(의사지시 감독하)
조직체계	보건의료관리기구				
	의료시설	공공			
		민간			
지역사회 지원조직			보건의료심의회 — 보건분과 / 의료분과	보건의료위원회 1. 지역사회 주민 건강증진 2. 의료보험조합 조직 촉진	보건개발위원회 1. 지역주민 건강증진 2. 의료보험조합조직 촉진	새마을(조직)지도자회 1. 지역사회 보건의 새마을 운동화 의료보험참여

표 2. 면 보건지소 기능별 인력과 그 자격

(이화여자대학교 모형)

의료시설 기본기능		직 종	인원	자 격	보수교육 (교육기간)	교육장소	비 고
면 보건지소	의료	의 사	1	의사(인턴수준 수련)	지역사회의학 예방의학 보건행정 (2개월)	국립보건연구원	
		의생·사 (겸 의료조수)	1	의학기술초급대학 수료자 보건전문학교 수료자	지역사회보건 임상이론과실기 (6개월)	도립병원	
		간호보조원	1	간호보조원 자격자	지역사회보건·간호 응급처치·임상실기 (2개월)	국립보건연구원 (시범)보건지소	
	보건	보건간호원	1	간호원으로서 조산원 면허자	지역사회보건 보건행정및통계 (2개월)	국립보건원	
		보건요원	3	간호보조원 자격자	지역사회보건 응급처치·보건통계 (2개월)	국립보건연구원 (시범)보건지소	지역분담 다목적 세대수 2000까지
	통계	행정요원 (겸 보건통계)	1	의학기술초급대학수료 보건전문학교 수료자	보건행정·보건통계 의료보험·회계부기 (2개월)	국립보건연구원	
지소분실	보건의료	분실의료요원 (겸 위생업무)	1	간호원 면허자 군 위생하사관 출신(고졸자) 보건전문학교, 의학초급대학	지역사회 보건 임상이론과 실기 (6개월)	도립병원	필요에 따라 설치함 초보적 진료수행

새마을보건지도자 1명/부락당	중졸·기혼부인	응급처치법 분만 개조법 지역사회보건 (1개월)	보건지소	주민자발참여 기구로 발전	

표3. 의료보험조합 설립 및 보험급여 기준

(이하여자내확 모형)

구분 \ 단위		도		군 (읍·면)	
보험자		—		군의료보험조합 (읍·면 우체국·농협조합, 조합 직원 주재) 또는 면의료보험조합	
보험가입		—		강제가입 (가족단위, 주민 2/3 찬성시) 월 500 ~ 1,000 원	
보험급여	지급대상	도 보건청	종합병원 및 지역병원	군보건소·지구병원	면보건지소
	일반급여	—	규정에 의한 실적기준	규정에 의한 실적기준	규정에 의한 실적기준
	특별급여	—	—	규정에 의한 기준액	규정에 의한 기준액
지원조직	지역사회	도보건의료심의회 < 보건분과, 의료분과		군보건의료위원회	면보건개발위원회 새마을지도자회
	행정기관 기타	도청·의사회·언론기관 중앙민간계몽반		군청·의사회 지방단체	면·읍사무소 학교직원

주: 생보대상자 의료비 ; 법에 의거 국고에서 부담
단, 보험조합 결성지역은 지역단위로
보험조합에 보조

표4. 보건의료시설별 세입·세출원

(이화여자대학교 모형)

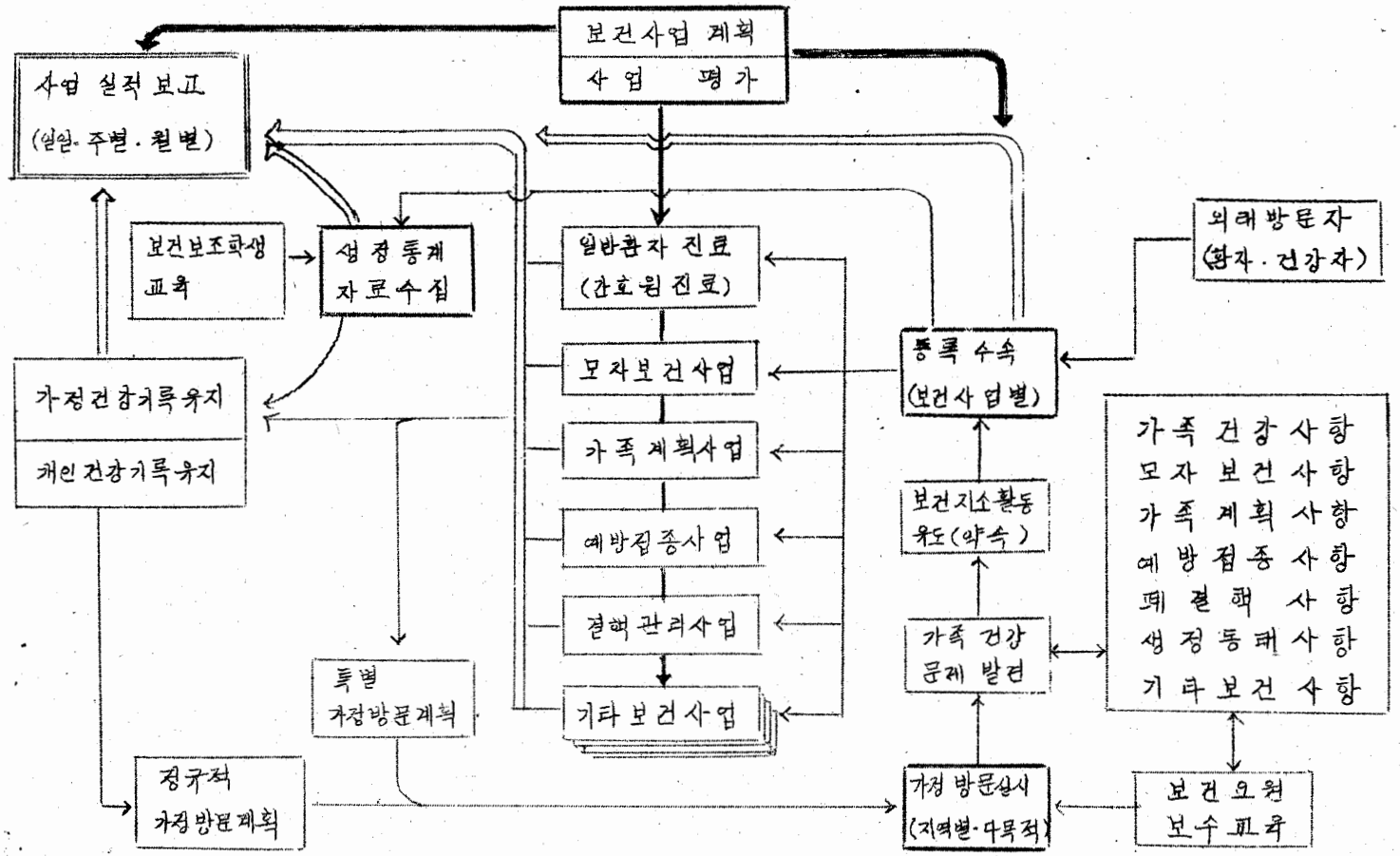
기구 / 세출원 / 세입원	도 보건 창					종합병원 및 지역병원					군보건소·지구병원					면 보건지소				
	인건비	보건사업비	의료사업비	행정관리비	시설장비비	인건비	보건사업비	의료사업비	행정관리비	시설장비비	인건비	보건사업비	의료사업비	행정관리비	시설장비비	인건비	보건사업비	의료사업비	행정관리비	시설장비비
수혜자 부담금						+		+	+		+		+	+		+		+	+	
보험 급여 금						+		+	+		+		+	+		+		+	+	
보험 특별 급여금											+	+				+	+			
지 방 비	+	+	+	+	+					+	+	+			+	+	+			+
정 부 보 조 비		+	+							+		+			+		+			+

주; 1. 민간종합병원재원 ; 재산투자 + 수혜자부담금 + 보험급여금

2. 민간의원 재원 ; 개인투자 + 수혜자부담금 + 보험급여금

3. 기구별 예산편성 ; 자체계획에 의함

표 5. 보건지소 보건의료사업 및 평가 회로



(이화여자대학교 모형)

農村地域(郡單位)保健奉仕 提供 体系의 工 事業評價에 對한 考察

許 程
(서울大 保健大学院 教授)

目 次

1. 問題의 提起 ——— 7-3
2. 解決의 一般的 方向 ——— 7-6
3. 保健奉仕組織 ——— 7-11
4. 地域社会組織 ——— 7-15
5. 財源調達対策 및 方法 ——— 7-16
6. 評価方法 ——— 7-19
7. 맺는 말 ——— 7-20
参考文献 ——— 7-22

1. 問題의 提起

世界人权宣言文을 보면 어떠한 사람도 疾病, 廢疾, 配偶者의 死亡、老衰, 其他 自身의 힘이 미치지 못하는 사정에 의해 生計를 威脅받을 때는 保障을 받을 权利가 있다고 했다. 그러나 아직도 疾病과 貧困, 身体障碍등 고통을 받으며 社会的 保護의 손길을 기다리는 사람들의 수효는 많다.

貧困에 못지 않게 重要한 住民의 健康은 現代医学의 発展과 함께 긍정적인 発展을 가져온 것도 事実이지만 伝染病이 減少되고 主要 死亡原因이 変化되어 만성 퇴행성질환이 늘어나 그 정도의 差는 있으나 大部分의 国家에서 平均寿命의 연장은 가져왔으나 一般住民의 有病率이 늘어나고, 영아 사망율이 떨어진 反面 成人 보건문제가 중요한 과제로 등장하고 있다.

特히 의료의 고급화와 전문화는 의료비의 過重한 부담을 초래하고 의료기술의 개발에 따른 의료비 인프레 경향은 의료의 균점내지 형평의 原則에 따른 제공문제가 重要한 정책적인 과제로 成長케 하였다.

거제도 지역社会 보건원장 Sibley 박사는 이와 같은 우리나라 의료제공상 과제를

① 医療의 特权化 경향

② 地域社会 问题의 外面

③ 患者 中心이 아닌 의사中心의 奉仕体系

④ 疾病悪化后 처료경향등으로 나누어 提示한 바 있다

확실히 보건의료 奉仕가 개인적 득혜나 혜택이란 次元에서 基本的 权利의 향유란 方向으로 전환됨에 따라 合理的인 保健奉仕体系의 개발에 따른 경제와 衡平의 원칙아래 필요한 모든 사람에게 언제 어디서나 良质의 奉仕가 提供되도록 추구되고 있다.

그러나 既存奉仕 体系와 組織으로는 이와 같은 課題는 解決되기 어렵다는데 문제가 있다.

따라서 1960年代 以后 여러나라에서 해당 국가나 지역사회에 적합한 보건봉사제공 체계의 개발이 시도되어 왔다.

1975年에 W.H.O가 펴낸 Health by the people 이란 책에서 보면 세계각국에서 시도 되고 있는 새로운 보건봉사제공체계의 모델들이 소개되고 있다.

세계적인 관심을 모으고 있는 국가단위의 실험적인 보건 봉사제공체계로는 中國土의 "맨발의 医師"로 부터

中央組織에 이르는 補助要員과 한방의료요원 활용이 특색인 경우도 있거니와 쿠바, 탄자니아 등에서 試圖되고 있는 새로운 모형들도 볼 수 있으며 이란, 니제르, 베네수엘라 등에서 實施되고 있는 기존 体系의 확충과 개설을 中心으로 하는 모델도 있으며 과테말라, 인도, 인도네시아 등 一部 국가에선 보건사업은 물론 지역사회 개발사업이 공동으로 추진되는 경우도 발견할 수 있다.

우리나라도 衣食住 다음가는 제4의 生活조건으로 保健奉仕의 적절한 제공이 논의되고 있다.

W.H.O.의 Kenneth Newell이 지적한 바와 같이 오늘 날 우리들이 모색하고 있는 해당국가와 각지역사회에 적합한 의료제공 체계의 모색은 기존 조직이나 기존 保健要員에 대한 고려보다는 一般受惠 大衆의 건강보장이란 次元에서 현행제도의 단계적인 개선보다는 개혁이나 혁신적인 조치가 必要하다는데 많은 전문가들이 의견을 모으고 있다.

그러나 이와 같은 모색은 어디까지나 최소한의 마찰과 기존질서의 최대한의 보장이란 立場에서 문제해결이 시도되어야 하리라 본다.

2. 解決의 一般的 方向

1974年 12月에 W.H.O와 UNICEF가 発行한 개발도상국가 주민의 기본 保健奉仕 要求充足을 위한 각종 대책에 대한 공동조사 結果에서 보면 全世界的으로 볼 때 世界人口의 約8할이 低開発國에 살고 있으며 저 개발국 住民中 약 15%의 사람들만이 제대로 의료혜택을 받고 있으며 不適切한 西洋式 医学教育과 西欧式 의료제도는 의료요구를 充足시키기에는 거리가 멀다고 指摘한 바 있다.

特히 全世界的인 都市化傾向에 따라 都市人口의 比重이 커가고 있는 것은 事実이지만 農村住民의 絶対数는 계속 늘어나고 있으며 農村地域 居住者와 都市의 低消得層에서 볼 수 있는 適切한 保健 봉사 수혜문제는 기존제도의 개선보다는 근본적인 개혁이 전제되어야 한다고 지적하고 있다.

특히 농촌지역 주민들은 아직도 영양실조, 곤충매개 疾病, 急性伝染病, 소화기 및 호흡기계 질환등 疾病이 都市地域 주민보다 많고 영아사망율 또한 도시지역보다 많은 경우가 흔하다.

이와 같은 后進 농촌지역의 共通的인 보건문제의 특성을 요약하면 다음과 같다.

1) 保健奉仕 提供 体系上의 問題点

① 一般的으로 国家的인 수준에서 볼 때 保健医療機関의 상호 유기적인 유대관계가 이루어져 있지 않아 의료분담체제는 물론 기능상 分化가 이루어지지 못해 부족한 자원으로서 그 업무가 중복되는 경우가 많고 종합적인 보건봉사를 제공하기 어려운 경우가 흔하다.

② 明確한 보건봉사나 사업의 우선순위 설정이 되어있지 못하다.

③ 각종 보건의료 요원간의 저항이 많아 혁신적인 보건의료 제공체제의 도입이 어려운 경우가 많다.

④ 보건봉사 제공 체계에 지역사회나 그 住民의 참여가 充分치 못해 수혜자의 편의가 보장되기 어려운 경우가 많다.

⑤ 기존 보건요원의 교육과 훈련이 적절하지 못해 一次 보건봉사를 담당할 充分한 요원을 갖지 못하는 경우가 흔하다.

Sibley 박사가 제제지역사회 보건원 사업에서 개발한 모델인 단계별 치료분담 체계에 의하면 약 40%의 질병은 마을 수준에서의 보건교육과 예방에 의해 커버 할 수 있으며 또한 마을 파견 간호보조원에 의해 20% 정도의 질병이 다루어 질 수 있으며 순회 간호원 체로에 의해 10% 정도의 疾病이 관리될 수 있다고 했으며 나머지 30%도 그 중 20%는 一般医 의료로 충분하며 10% 만이 전문의에 의한 치료가 필요하다고 지적한 바 있다.

실제로 1974년 8月에 필자가 실시한 農村지역 주민의 의료 이용 조사에서 보아도 約5할 以上의 사람들은 아플 때 약국을 利用하며 病·医院을 利用하는 비율은 20~25%에 불과했다. 이와 같이 大多数의 사람들이 良質의 의료를 제대로 받지 못하는 事実은 外国의 Medex 活用과 함께 새로운 과제로 등장하고 있다.

2) 資源 活用上 問題点

① 保健奉仕 提供을 위한 資源의 合理的인 分配가 이루어 지지 못하고 있다.

② 資源活用의 合理的 分配가 이루어 지지 못해 부분적인 低 利用狀態가 빚어져 가뜩이나 부족한 의료자원의 效率的 활용이 저해되는 경우가 많다.

③ 보조요원이 제대로 活用되지 못하고 있다.

④ 보건봉사의 비용이 급격하게 상승하고 있지만 저렴한 保健奉仕 提供体系가 開発되지 못하고 있는 실정이다.

이와 같은 문제점을 해결하기 위해 해당국가나 지역사회에 적합한 보건봉사 제공체계와 재원조달 방법의 개발이 많은 국가에서 시도되고 있다.

이제 그 解決을 위한 一般的 방향을 보면 우선 치료 및 예방적인 봉사를 종합적으로 다루어 Total Health Approach 를 채하여 治療奉仕는 개인적인 요구가 절실하지 못한 예방적 봉사로 유도하는 문호가 되게 하며 財源조달은 원칙적으로 지역사회 주민의 참여를 전제로한 자조 自発的인 Self-

Suffiency를 原則으로 하고 있다.

물론 정부의 一時的인 보조나 外部에 의한 2~5年間에 걸친 지원은 바람직한 것이지만 계속적인 외부지원은 현명한 방법으로 보지 않고 있다.

즉 정부에 의한 國家的인 事業으로 推進하거나 自体 資源조달에 의한 自治的인 재원調達 方法을 택하도록 권장하고 있다.

따라서 우리나라의 경우에도 공공 보건 부문과 민간 의료부문의 상호 협조 내지 조정 체계가 이루어져야 하겠으며 강력한 지역사회 주민의 自発的 참여에 의한 자조 자활적 사업으로 새로운 보건봉사 체계는 개발되어야 하리라 본다.

3. 保健 奉仕 組織

日本의 「橋本」은 종래의 保健事業이 一般的이고도 画一的이며 전염병 예방에 중점을 두어 지역사회 주민의 참여를 전제로 하지 못한 경우가 많았으나 오늘날 疾病 및 死亡像의 根本的 変化에 따른 적극적인 사회적 조치가 필요해짐에 따라 주민의 主体的인 활동이 강조되고 지역 특성이 고려되야 한다고 지적한 바 있다.

즉 合理的인 保健奉仕組織이 成立되려면 전문 요원에 의한 올바른 Leadership과 주민의 主体的인 참여 및 効率的인 조직이 있어야 한다고 지적한 바 있다.

특히 가까운 친족이나 동족이 함께 생활하고 기능적으로 같은 유대를 가지고 있으며 밀접한 유대의식이 형성되어 있는 농촌지역에서 성공적인 保健事業을 수행해 나가기 위해선 住民의 主体的인 참여를 전제로 한 보건분사 조직의 구성이 앞서야 하겠다.

지역사회에 따라 각기 다르겠으나 행정기관으로 군청, 면사무소가 있을 뿐만 아니라 기타 기관으로 학교는 물론 농협지도 기관 및 農協이나 각종 단체와 아울러 보건소 및 보건지소는 해당 지역사회의 특성에 따라 綜合的으로 보건사업을 밀고 나갈 수 있는 조직을 가져야 하겠다.

아무리 좋은 사업이라도 타율적으로 강요되거나 그 必要性이 充分히 인정되지 못한 事業은 外部的인 지원이나 간섭이 끝나면 쉽게 중단되기 쉬우며 사업에 대한 수용도 또한 떨어져 제대로 사업이 遂行되기 어렵다.

따라서 病院, 保健所, 보건지소, 개업의 등 보건의료 관계 기관 및 주민의 主体的 참여가 보장되는 保健政策 심의기구를 위한 協議体 내지 協助機構가 지역사회 보건사업을 위한 조직에는 반드시 있어야 하겠다.

이 때 外部支援은 住民의 반발이나 기타 반응을 배제하기 위해서도 充分한 토의와 합의를 通해 도입되어야 하며 政策決定에 지나치게 介入해서는 안된다.

물론、初期에는 外部 人士에 의한 적극적인 指導가 必要하겠지만 궁극적으로는 相互扶助 制度를 助長하도록 試図하며 빠른 時日內에 그 主導权을 지역사회 人士에게 넘겨주도록 配慮되어야 할 것이다.

이 때 해당 지역사회 내에서 保健奉仕 提供에 直接 참여해 온 기존 보건요원의 반발을 최소限으로 막기 위한 배려도 저버려는 않될 것이다.

구체적으로는 진료 분담 체계를 설정하여 一次 보건요원의 배치 및 순회진료요원과 保健所 및 保健支所의 유대를 合理的으로 設定하고 財源調達 機構에 맞추어 조직을 구성해 나가야 하겠다.

具体的으로는 지역사회가 갖는 문제점을 把握하고 保健문제를 조사해서 保健 조직과 必要한 未來의

活動방침을 설정하고 이에 따른 사업계획이 이루어져야 하겠다.

要員의 數는 기대되는 業務量에 따라 決定되야 하겠지만 生物学的 要求量이 많다고 해서 業務量이 많아지기 어려운 경우도 있으므로 참여하는 住民数에 따라 漸進的인 확장이 바람직하다고 본다.

모든 국가와 지역 사회에 공통적으로 적용될 수 있는 각종 보건요원 対 人口比는 어느 누구도 提示할 수 없겠지만 1955年에 発表한 Bridgman 의 저서에 의하면 농촌지역에선 1500명 人口에 内科의사 1名, 20,000名 人口에 外科의사 1名이 必要하며 피부과, 이비인후과, 안과, 부인과, 방사선과 의사는 人口 40000명당 1名씩 必要하다고 提示한바 있다.

또한 保健医療機関과 지역주민间의 거리는 가장 흔히 利用할 수 있는 교통수단으로 2시간以内에 접근할 수 있는 거리内에 있어야 한다고 提示한바 있다.

4. 地域社会 組織

이미 지적한 바와 같이 保健事業은 해당 地域社会의 特性에 따라 適応되어야 하며 地域社会 住民의 具体的인 参與가 保障될 때 계속적인 집행이 保障된다. 共同体 感情과 연대의식은 전통적인 農村地域일수록 强하다.

閉鎖的이고도 排他的이며 전통적인 관습과 非合理的인 습관에 영향을 깊히 받는 農村地域에서는 地域社会組織과의 긴밀한 維帶가 이루어져야 하겠다.

해당 地域의 自然的 條件은 물론 역사적인 변천 및 人口構成과 경제적 조건에도 適応되어야 하겠으며 해당地域社会의 权威 내지 权力構造도 무시할 수 없을 것이다.

원래 疾病이란 社会的인 立場에서 본다면 保健的인 側面뿐만 아니라 社会的인 특징을 여러 모로 가지고 있다.

그러므로 合理的인 保健計劃을 遂行해 나가기 위해서는 해당 지역社会내의 医師, 病院등 民间 部向의 保健関係要員이나 기관은 물론 學校나 農協 等 必要한 協力技関과 維帶를 맺어야 하겠다. 또한 各種 团体나 組織体와 相互 理解를 통해 協力을 구하고 조정을 꾀해야 하겠다.

不必要한 Sectionalism 은 결국 非協助와 事業의 重複을 招来하여 效果的인 社会資源의 活用이 저해 받게 된다.

그러기 위해서도 이들의 적극적인 參與나 協助를 위한 協議体나 자문기구 設定이 바람직하다.

같은 意味의 公共関係 向上을 위한 対策이 保健奉仕 組織体內에 導入되어야 하겠다.

5 財源조달 機構 및 方法

크게 나누어 財源조달 方法을 본다면 政府事業으로 必要한 모든 자금을 公共機関에서 負担해서 政府책임下에 遂行하는 경우와 自助自発的인 事業을 原則으로 해서 最少限의 外部支援에 의해 그 기반을 쌓게 하는 경우로 나눌 수 있다.

前者의 境遇는 전적으로 保健奉仕가 政府機能의 一部로 転換된 경우이므로 우리 나라에선 相互扶助的인 方法에 따른 部分的인 政府나 外部支援을 前提로 하는 財源 조달方法을 채택해야 하겠다.

이 때 이 財政機構는 非営利的인 組織으로 公共部門에서 提供하는 保健奉仕를 보완할 수 있도록 充分한 財源이 확보되어야 하겠다.

그러기 위해서는 해당 지역住民의 상당수 (적어도 1/3以上)가 自発的으로 参與하는 組織에 의해 자금이 거출되도록 하며 加入하지 아니한 住民들에게는 相当의료 보수원칙에 따라

奉仕를 提供해 주어야 하겠다

이 때 予防的 奉仕를 게을리 하면 치료봉사가 결국 늘어나게 되므로 Sibley 박사의 모델에서 보는 바와 같이 완벽한 予防 奉仕가 뒤 따라야 하겠다.

그러나 처음부터 自助, 自発的인 住民의 参與를 期待하기 어려운 경우에는 국고 보조와 아울러 도비 및 군비보조가 保障되어야 하겠다.

그렇게 됨으로써 加入者数가 늘어나고 事業이 제대로 수행된다면 전폭적인 住民의 参與를 기대할 수도 있을 것이다.

一次 診療는 可能한 限 既存医療要員을 活用해서 인두제의 의약품 支援을 並行해 医療費를 支拂하거나 직접 진료기관을 運営하는 것이 바람직하다고 본다. 経済的인 面에서 본다면 진료기관을 스스로 운영한다면 여러가지 利点이 있다. 不必要한 医療要求를 규제할 수도 있거니와 지나친 医療利用에 따른 의료비 부담도 억제할 수 있을 것이다. 그러나 既存 의료要員과 施設의 活用이 불가피한 경우가 많을 것으로 予想되므로 이와 같은 경우에 진료보수의 지급方法은 充分한 検討 끝에 이루어져야 하겠다.

規模가 커지면 의료심사제도도 導入해야 하겠다. 이 때 해당 地域社会内에 居住하는 自活能力이 없는 저소득층에

제해서는 政府予算이 허락하는 한 公共医療 部門에서 책임지도록 하고 당지 地域社会 보건조직이 補完하는 점도로 그쳐야 하겠다.

지나치게 救護対相者가 많을 境遇에는 自活能力이 있는 階層의 自発的인 参與가 저해되기 쉬울 것이다.

이 때 財源조달 機構에는 地域社会 住民을 中心으로 組織되는 것이 原則이다. 물론 의료제공자의 協助를 求하기 위해 이 機構에 部分的인 参與를 허락해도 무방하겠지만 主導权을 行事하도록 유도해서는 長期的인 안목으로 볼 때 事業의 発展을 도모하기 어려울 것이다.

入院치료의 境遇에는 実質的인 恵沢이 갈 수 있도록 요양급여의 基準을 策定하고 分娩의 境遇에도 科学的인 分娩管理를 할 수 있도록 調査員에 의한 가정분만 또는 병원분만이 実施되도록 해야 하겠다.

의료보험法에 規定된 장제급여는 地域社会実情에 따라 신축성있게 적용해도 무방하리라 본다.

保険料 내지 거출금을 손쉽게 거둬들이기 위해서는 中産層에 対해서는 一定額의 一時기금 예금에 의한 利子로 보험료를 대납시키도록 하고 오래동안 의료급여를 받지 않은 사람에겐 保険料를 調整하는 等 細心한 配慮가 뒤따라야 하리라

본다.

그렇지 않다면 一定期間後에 탈락자가 늘어나 역선택 現象이 나타나기 쉬울 것이다.

6. 評価方法

모든 保健事業活動은 경주된 노력, 투입된 경비 이루어 놓은 実績, 거둬들일 結果에 따라 評価될 수 있다.

또한 해당 事業活動이 期待되는 要求를 얼마나 充足시켰지 投入된 労力이나 経費로 目標에 어느 정도 도달했는지 그 能率을 評価할 수도 있다.

그 어느 경우에 있어서나 이와 같은 評価는 事業을 開始하기 以前에 事業前 예비조사를 実施한 後에 사업 집행後 中間調査를 実施해서 대조 評価하거나 통상業務의 일환으로 기록, 보고등에 의해 定期的으로 評価할 수 있다.

그러나 이와 같은 評価를 제대로 실시하려면 価値判断의 基準이 될 수 있는 표준이 設定이 되어야 하고 뚜렷한 目標가 設定되어야 한다.

目的이 뚜렷하지 못한 評価란 存在할 수 없다. 投入된 努力에 対한 評価로 業務量과 要員活用을 알아볼 수도 있거니와 使用된 経費에 따라 評価할 수도 있겠지만 역시 保健

事業의 경우에는 実績을 위주로 評価하는 경우가 가장 많다

일다나 실시율이 変化되었는지 알게 되면 事業의 発展을 推定하는데 重要한 指標가 되며 実施内容의 変化나 확대를 보아 그 事業의 변천을 엿볼 수도 있다 또한 結果에 따라 事業의 質. 量에 対한 事後分析도 할 수 있을 것이다.

이와 같은 評価를 正確하게 하기 위해서는 事業計劃時부터 무엇을 어떻게 어느정도 評価할 것인지 念頭에 두고 基礎調査가 実施되고 事業計劃이 수립되어야 하겠다.

이 때 사업의 方案 및 具体的 評価를 위해서는 外部 専門家의 도움이 必要하다고 본다

7. 맺는 말

필자는 우리 나라 農村地域에 적합한 시범 保健事業提供体系와 그 事業評価方法을 알아 보고자 外国에서 実施되어온 各種 地域社会 保健事業을 検討해 보았으나 各己 相異한 国家的인 배경과 地域社会 特性에 의해 실시되고 있어서 앞으로 実施될 우리 나라 示範事業에 適用할 수 있는 唯一無二한 模型을 提示하지 못하였다

그러나 이와 같은 事業은 새로히 우리 나라에 導入되어야 할 制度인 同時에 各 地域社会에 따라 多少間 달라질 수

밖에 없을 것이므로 試行錯誤가 있겠지만 示範事業을 通해 계속 開発해 나갈 수 밖에 없다고 본다.

끝으로 이와 같은 새로운 地域社会 保健奉仕 提供体系 모델設定에 도움이 될 수 있는 関係資料를 소개하고 그치기로 한다.

参考文献

1) R.F. Bridgman : The Rural Hospital - Its Structure and organization, W.H.O. Geneva, 1955

2) Kenneth W. Newell : Health By the people, W.H.O Geneva, 1975

3) WHO/UNICEF Joint study on Alternative Approaches to meeting Basic Health Needs of the Population in Developing Countries, UN. Economics and Social Council, 1974

4) Maurice King : Medical care in Developing Countries Oxford Univ. Press, London, 1966

5) 橋本正己：地域保健活動，医学書院，東京 1968

6) 青井，小倉，指熊，宮坂：マニマニ千人，アプローチの理論と技法－地域保健福祉計劃の手びき－，統文堂，東京，1965

7) 公衆衛生ハンドブック，技報堂，東京，1968

8) 蔡奎哲：韓国民間医療保険에 関한 考察，公衆保健誌，第11巻 2号 1974

9) 許 程：韓国의 医療制度，大韓医協誌，第16巻 2号，1973