保健医療示範事業

-마을건강사업을 중심으로-

下巻

韓國保健開發研究院



目 次

1.	마을健康事業概観5
2,	保健診療員教育訓練19
3.	保健診療補助員, 마을健康要員 및 地域社会医師 教育訓練63
4.	地域社会住民参与 75
5.	洪川마을健康大同会의 組織 및 運営 91
6.	1976年 基礎調査結果要約報告
7.	마을健康事業 経営情報体系125
8.	KHDI 示範保健事業評価計劃149
9.	地域社会医療保険計劃의 推進方案
l 0.	示範地域母子保健事業의 拡充方案
l 1.	政府의 保健医療事業施策207
l 2.	保健企劃団의 役劃
3.	地域社会 保健要求 充足을 위한 代案과 理論的 背景 223

-

KHDI 示範保健事業評価計画*

宋 建 鏞 Kenneth F. Smith

序言

- I.目標
- Ⅱ.目 的
- Ⅲ. 産 出
 - 1. 共通産出
 - 2. 小事業産出
 - 가.産出(洪川事業)
 - 나. 産出(沃溝事業)
 - 다. 産出(軍威事業)

Ⅳ.投 入

KHDI 示範事業評価를 위한 対照地域選定

^{*} 本 計劃書는 示範事業 初創期에 마련된 것이다. 事業進捗에 따라 評価計劃도 補完되었다. 특히 評価指標는 細部事業別로 많은 種類가 開発되었다. 보다 자세한 評価指標는 1976年 基礎 調査報告,分期別 記錄調查,月別活動報告(MIS)등 참조.

事業評価는 管理者에게 장래 諸措置의 決定을 돕기 위하여 主要指標를 既設定된 標準과 비교하고, 기술된 方法에 따라 그 結果를 分析하는 過程이다.

韓国保健開発研究院 事業은 全般的 事業効果와 여러 細部事業의 効果를 다음과 같은 4개 経営階層別로 評価될 것이다.

- 1. 投入:事業遂行을 위해 計劃된 人力,資金,施設,器材등이 適時에 事業遂行을 위해 必要한 量이 실제로 제공되었는가? 또한 計劃 推定量은 KHDI가 調達可能한 合理的 資源에 비추어 충분히 正確하였는가?
- 2. 産 出:事業管理者에 의해 계획된 特定事項이 실제로 계획된 量을 기술적으로 충분한 형태로 適時에 完了하였는가?
- 3. 目 的:事業遂行을 위한 根拠가 達成되었는가? 또는 産出,投入, 또는 基本計劃 의 変更이 必要한가?
- 4. 目 標:同事業이 意図한 광범한 部門目標가 事業目的이 達成된 結果로서 成就되었는가?

이상 列挙한 連続的 "들"에서 事業評価를 概念化한 것은 論理的이지만, 特定評価目的을 위해 위에 열거한 각 階層의 순서를 逆으로 기술하는 것이 편리하다. 그러므로 먼저 全般的 KHDI 事業目標에 대한 評価計劃이 기술되었다.

I. 目 標

最終産物(1):大韓民国의 保健状態 改善

指 標: 関かる 全国 罹患 및 死亡統計

		1975年	1985	年_
(1)	結核有病率(%)	3.2	1. () 이하
(2)	蛔虫感染率%)	44	10	이하
(3)	粗死亡率(人口1,000人当)	9	6	이하
(4)	嬰児死亡率(出生 1,000 当)	36	20	이하

確認方法:保健社会部外 経済企劃院 資料를 이용하여 1975 年에서 향후 10 年間위指標를 산출한다. 이것은 최근의 주요질병 罹患 및 死亡趨勢의 把握을 위해 1985년까지 時系列分析을 위한 充分한 基礎를 마련해야 한다.

이 資料가 유용하게 分析될 수 있는 時期는 KHDI 事業終了 이후가 되기 때문에 바람 직한 目標成就에 관한 中間尺度가 1980年 事業終了時 검토되어야 한다.

最終産物(2): KHDI 에 의해 권고된 綜合 • 低廉 保健伝達 体系에 관한 成功的 模型의 制度化

指 標(1): KHDI에 의해 권고된 模型의 普及을 위한 保健社会部의 指針

<u>確認方法</u>:(1)KHDI에 의해 권고된 模型의 普及을 위한 財源投入을 第5次 国家 5 個年計劃에서 確認

(2)KHDI에 의해 권고된 模型의 普及을 위해 실제로 財源이 配定된 1981年, 1982年, 1983年, 1984年, 1985年의 年間 国家予算에 의거 확인

指 標(2): KHDI에 의해 권고된 模型의 普及을 위한 大韓民国의 財源調達 確認方法 : 指示 또는 기타 事業遂行 指示와 관련된 文書의 写本에 의거하여 확인 한 다.

指 標(3): KHDI의 권고에 따라 실제로 模型 普及이 실시되고 있는 郡의 数確認方法:이것은 1981-86 년에 技術調査団에 의해 수행될 것이다.

이상 기술된 内容에서 대부분 KHDI 事業目標의 評価는 즉각적 関心事가 아님을 알수 있다. 그럼에도 불구하고 KHDI는 連続的 分析 및 評価를 위하여 全国的 罹患 및 体系的 綜合에 착수할 것이다.

Ⅱ. 目 的

KHDI 事業目的은 크게 2개로 区分된다. 하나는 機関設立이며, 다른 하나는 研究 • 開発이다. 이들 각 目的은 분리되어 다음과 같이 評価된다.

説 明(1) 機関設立 : 大韓民国에 주로 低所得住民을 위한 低廉 • 統合保健伝達事業의 計劃, 実施, 評価등의 遂行 能力을 確立한다.

指 標(1): 恒久的 研究機関이 設立되고 이 機関은 주로 低所得住民을 위한

保健伝達体系의 実験事業 実施를 韓国政府로부터 承認 받는다.

確認方法: 1981 年에 약간명의 保健専門家를 포함한 技術 評価班은 KHD I의 存続을 평가하거나 韓国政府를 위해 類似한 機関의 存在를 確認해야 한다.

指 標(2): 研究機関(현재로서 KHDI를 지칭함)이 ①保健計劃 ②保健事業遂行 ③事業分析・評価등에 資質을 갖춘 要員을 충분히 確保한다.

確認方法: 1981 年에 保健計劃,事業経営分析,評価専門家등으로 구성된 技術評価班이 KHDI(또는 類似機関) 要員의 公式的専門訓練, 経験. 技術등을 검토해야 하며, 이들의 能力과 充分性에 관한技 術的 判断을 해야 한다.

説 明(2) 研究·開発:이것은 中間과 最終의 2개 目的으로 구분된다.

最終目的: 韓国의 다른 地域에 再顯 可能한 최소 1개의 多数 郡単位 低廉·統合保 健伝達体系를 성공적으로 示範한다.

分析模型 : 同 目的의 分析을 위해 郡人口는 다음과 같이 分類된다.

区	郡全人口] 健康人口	罹 患 人 口
가. 충분한 保健서비스 받는	(R ₁)	H • R ₁	S•R ₁
나. 불충분한 保健서비스 변	<u></u> 유 (R ₂)	H • R ₂	$S \cdot R_2$
다. 保健서비스 받지 못함, 나 받기를 원함	그러 (R ₃)	H•R ₃	S•R ₃
라. 保健서비스 받지 못함, 고 받기를 원치 않음	그리 (R ₄)	H•R ₄	S•R ₄
# +	R合計	H合計	S合計

人口內 다른 小集団을 分析하기 위하여 위에 열거한 여러 "R"에 다른 接尾記号가 사용될 수 있다.

예컨대 " $H \cdot R_1$ "은 충분한 保健서비스를 받은 健康한 人口를," $R_1 \cdot B$ "는 동期間에 保健要員에 의해 分娩介助된 出生数를 각각 나타낸다.

指 標(1): KHDI 模型体系에 의하여 既存(1976年)体系보다 더 많은 사람

에게 保健서비스를 제공한다.

<u>確認方法</u>:基礎資料(다음 "A"와 "B" 項)는 1976年 基礎 및 1980年 事後 標本調査에서 얻는다.

<u> </u>	分	A 1976 年	B 1980 年	C 差 (数)	D 差(百分率)
(1) 示範地域에서 를 받은 人口	保健서비스	A ₁			
(2) 対照地域에서 를 받은 人口	保健서비스				

- 1) 위 "C"와 "D"란이 계산되고 示範과 対照地域間 百分率差(예 D_2-D_1) 는 示範事業効果에 起因될 수 있는 百分率 趨勢가 될 것이다.
- 2) 이 百分率과 A₁을 곱해준 結果는 1979年 体系와 비교하여 KHDI 模型体系에 의해 제공된 서비스(어느 것이든)를 받은 追加人口数를 나타낸다.
- 3) 交又検証을 위해 서비스의 種類와 제공된 서비스를 다음과 같이 標本調査에 의해 推定될 수 있다.

가) 相対健康指標:

公 式:
$$\frac{\text{H合計}}{\text{R合計}} \times 100 = \frac{1976}{\%}$$
 $\frac{1980}{\%}$

나)治療指標:

公 式:
$$\frac{S \cdot R_1 + S \cdot R_2}{\text{"S"合計}} \times 100 = \frac{1976}{\%}$$
 1980

여기서.

S•R₁+S•R₂ =基準期間에 (지난 15日間)실제로 治療를 받은 罹患者数

* 用語의 定議

- 1. 保健서비스 伝達:이것은 対象人口의 保健向上을 위해 考案된 個人 또는 集団에게 어느場 所 (病院,診療所,作業場,家庭 또는 居宅環境)에서 어떤 個人(公共 또는 民間 専門医,一般医,看護員,保健診療員,保健要員,助産員,実験技士,마을要員 또는 自家治療)에 의한 어떤 種類 (教育,增進予防,相談 또는 治療)의 어떤 形態(直接 또는 間接)의 서비스를 제공하는 것이다.
- 2. 충분한 保健서비스:受惠者가 제공된 서비스의 質,適切性 또는 効果를 고려하지 않고 그 自身의 要求에 비추어 충분하다고 고려하는 서비스의 어느 水準(여기에 自家治療 포함)
- 3. 불충분한 保健서비스: 受惠者가 제공된 서비스의 質,適切性 또는 効果를 고려하지 않고, 그 自身의 要求에 비추어 불충분하다고 고려하는 서비스의 어느 水準

"S"合 計=지난 15日間 어느 종류(심하든, 경미하든)의 罹患状態에 있는 人口数

다) 保健要員에 의한 分娩介助指標:

公 式:
$$\frac{R_1 \cdot B + R_2 \cdot B}{\text{"R} \cdot B \text{"合計}} \times 100 = \frac{1976}{\%}$$
 $\frac{1980}{\%}$

여기서,

 $R_1 \cdot B + R_2 \cdot B =$ 前年度 1年間 保健要員에 의하여 실제로 分娩介助된 出生数 $"R \cdot B"$ 승計 = 基準年度 1 年間 出生数

라) 予防接種指標:

公 式:
$$\frac{R_1 \cdot C + R_2 \cdot C}{\text{"R} \cdot C \text{"合計}} \times 100 = \frac{1976}{\%}$$
 1980

여기서,

 $R_{i} \cdot C =$ 調査時 기존 予防接種 勧奨表대로 실제로 接種한 3 歳 以下 児童数.

R₂• C = 調査時 予防接種을 받았으나 勧奨表대로 接種하지 않은 3歳 以下 児 童数.

"R•C"合計=調査時 3 歳 以下 児童数.

卟) 家族計劃指標:

여기서

N·R₃ = 調査時 家族計劃서비스를 받지 않았지만 同 서비스를 받기를 원하는 44 歲以下 有配偶 婦人数

"R"合 計=調査時 44歳 以下 有配偶婦人数

指標(2): 既存(1976年) 体系보다 KHDI 模型体系에 더 많이 満足하는 水準 確認方法 : 基礎資料(다음 A와 B項)는 1976年 基礎 및 1980年 事後 標本 調査에서 얻는다.

	A 1976	B 1980	C 差 (数)	D 差(百分率)
(1) 示範地域에서 충분한 保健서비스 를 받은 人口(分析模型의 R₁)	A_1			
(2) 対照地域에서 충분한 保健서비스를 받은 人口				

- 1) 위 C와 D頃이 계산되고, 示範 및 対照地域間 百分率 差 $(D_2 D_1)$ 는 示範 事業 効果에 起因될 수 있는 百分率 趨勢가 될 것이다.
- 2) 이 百分率과 A₁을 곱한 結果는 1976 年 体系와 비교하여 KHDI 模型体系에 더 많이 満足하는 追加人口数를 나타낸다.
- 註:이 計量化된 主観的 評価는 제공된 서비스의 種類와 量(앞의 指標에서 概観한 것과 같음)으로 交又検証하는 것이 중요하다. 사람의 主観的 価値는 서비스의 실제 水準을 고려하지 않고 주기적으로 변동하는 경향이 있다. 더 나아가서 서비스의 質에 대한 期待와 要求満足에 必要한 서비스量은 시간의 흐름에 따라 증가하는 경향이 있다. 이전에 바람직 했던 것이 최근에 제공된 때 이것이 급히 불충분 한 것으로 될 수 있다.

指 標(3) : 既存(1976年) 体系와 비교하여 KHDI 模型体系에 의한 서비스単位 費 用은 同一하거나 低廉하다.

確認方法 :基礎資料(A와 B項)는 다음과 같이 얻는다. 즉, 1976年 事前 및1980年 事後 標本 調査에서, 그리고 郡과 KHDI실제予算에서 A 및 B항의 (1)(2)(3)(4)資料를 각각 얻는다.

	A 1976	B 1980
(1) 基準期間인 15日間 示範地域에서 충분한 保健서비스를 받은 人口(分析模型의 $R_{\rm l}$)	A ₁	B ₁
(2) 示範地域内 年間 総保健費 (郡予算+KHDI 予算+民間医療費)	A ₂	B ₂
(3) 対照地域에서 충분한 保健서비스를 받은 人口	A ₃	B_3
(4) 対照地域内 年間総保健費 (郡予算+民間医療費)	A ₄	B ₄

- 1) 年間 推定費用인 A₂, B₂, A₄, B₄ 등은 15 日間 費用을 얻기 위하여 24로 나누어져야 한다.(郡 및 KHDI 予算의 경우)
 - 2) 単位費用은 다음과 같이 계산될 수 있다.

1976
$$\not= \frac{A_2}{24} \times \frac{1}{A_1}$$

$$1980 \, = \frac{B_2}{24} \times \frac{1}{B_1}$$

中)対照地域単位費用

$$1976 年 = \frac{A_4}{24} \times \frac{1}{A_3}$$
$$1980 年 = \frac{B_4}{24} \times \frac{1}{B_3}$$

3) 위 資料는 다음과 같이 分析될 수 있다.

	A 1976	B 1980	C 差 (数) (B-A)	D 差(百分率) (C/A×100)
(1) 示範地域의 単位費用	A ₁			
(2) 対照地域의 単位費用				

定 義: 서비스 伝達 単位費用은 示範地域 人口 個人에게 충분한 保健서비스를 제공하기 위한 費用(平均) 推定値이다.

単位費用은 実際費用이라기 보다 統計的 "指数"이다. 그러나 一貫性 있게 얻는때 그것은比較分析을 위한 有用한 尺度가 될 수 있다.

* 単位費用은 実際価格이 되어야 한다. 例컨대 inflation 등을 고려하여 1976年 貨幣価値을 標準으로 사용한다.

民間(支出)医療費:示範 및 対照地域内 1人当,民間支出費는 標本調査資料에서 推定될 수 있고,이 資料에 의해 同 地域의 全人口의 総費用이 계산될 수 있다.

4) 위 C 와 D 란이 계산되고, 示範地域과 対照地域間 百分率 差 (D₁ - D₂)는 示範事業 効果에 起因될 수 있는 百分率 趨勢가 될 수 있다.

여기서 이 差를 "E"라고 부른다.

- 5) 1976年 示範地域의 補正 単位費用은 다음과 같이 계산된다.
- 가) "E"가 正数이면 KHDI 模型은 가장 効果이다. (例, 示範事業 百分率 単位費用 増加는 対照地域의 그것(増加)보다 적다.)

이를 量的으로 表示하기 위해 1980 年 単位費用 감소는 百分率로 표시되며 다음 公式에 의거 계산된다.

$$B_1 - (\frac{E}{100} \times B_1)$$

나) "E"가 負数이면, KHDI 模型은 費用面에서 非効果的이다.

不足分을 表示하기 위하여 1980年 単位費用은 絶対百分率로서 다음 公式에 의거 計算 된다.

$$B_1 + \left(\begin{array}{cc} E \\ 100 \end{array} \times B_1 \right)$$

中間目的:低所得住民을 봉사할 低廉, 統合 保健伝達体系 模型을 開発한다.

指 標(1):訓練된 要員의 配置網

確認方法:郡의 公式記録에서 1976年과 1980年의 다음 資料를 얻는다.

		A 1976	B 1980
(1)	示範地域 人口数		
(2)	示範地域内 現保健要員(職種別) 総数		
(3)	対照地域 人口数		
(4)	対照地域内 現保健要員(職種別)数		

1) 이 資料에서 保健要員当(職種別) 人口比가 다음과 같이 計算될 수 있다.

$$R_1 = rac{A_1}{A_2}$$
 또는 $rac{B_1}{B_2}$ 그리고, $R_2 = rac{A_3}{A_4}$ 또는 $rac{B_3}{B_4}$ 여기서,

R1=示範地域의 保健要員比

R2=対照地域의 保健要員比

2) 이 比率로서 다음 C와 D의 計算이 가능하다.

	A 1976	B 1980	C 差 (数) (B-A)	D 差(百分率) (C/A×100)
(1) 示範地域内 保健要員(職種別)当 人口比	A ₁			D_1
(2) 対照地域内 保健要員(職種 別)当 人口比				D_2

- 3) 示範地域과 対照地域間 百分率差(D₁-D₂)를 "E"라고 칭한다.
 "E"는 KHDI 事業에 起因될 수 있는 保健要員 配置網의 純変化를 나타낸다.
- 4) 만약 "E"가 負数이면(例, 保健要員当 人口比가 작으면), 이것은 특정 職種의 訓練되 要員網 確立에 改善이 있음을 나타낸다.

指 標(2):新築,改善 또는 装備補強된 施設

確認方法 : 合同 評価班에 의한 郡과 KHDI 基礎報告를 追求하는 2 個 技術検査調査 즉, 1977年 基礎 및 1980年 事後調査 実施, 다음 A와 B의 資料가 연계되고, C와 D의 資料가 計算된다.

	A	В	С	D
	1977	1980	差 (数) (B-A)	差(百分率) (C/A×100)
(1) 示範地域内 後送病院数				
(2) 後送病院의 質パ.許容可能*病院数け.基準以下*病院数			·	.*
(3) 示範地域内 保健診療所数		,		
(4) 保健診療所의 質 가. 許容可能 個所数 나. 基準以下 個所数				
(5) 示範地域内 保健診療支所数				
(6) 保健診療支所의 質 가。許容可能 支所数				·.

* 許容可能 또는 基準以下란 事業計劃案에 概観된 바와 같은 施設에 관한 技術的 分類와 관련된다. 評価는 이 分類를 指針으로 사용하여 技術的으로 有資格 医療員에 의하여 실시되다.

記述된 技術報告(統計的 証拠제시)가 技術的 有資格 医療員으로 구성된 評価班에 의하여 1980年 事後評価調査의 부분으로서 示範地域内 施設状態에 관하여 이루어질 것이다.

指 標(3): 地域社会에 의한 保健施設網 活用

確認方法 : 示範地域内 여러 施設에 관한 1980年 標本調査에 의하여 다음 事項을 確認하다.

- 1) 基準期間(15日) 에 각 施設을 방문한 1日 平均(標準偏差) 患者数
- 2) 同期間에 治療된 罹患数 및 種類
- 3) 同 期間에 다른 기관에 의뢰된 後送患者数
- 4) 同 期間에 保健支所 保健要員에 의하여 실시된 1日 平均(標準偏差)家庭訪問数

指 標(4):効果的 患者後送体系의 機能化

確認方法:示範地域과 対照地域内 後送病院과 保健支所에 대한 事後評価 標本調査 에 의하여 다음 事項을 確認한다.

- 1) 基準期間(15日)에 施設에서 치료된 患者数
- 2) 下位施設에서 上位施設로 의뢰된 後送患者数
- 3) オ 施設의 患者対 後送患者 百分率
 - 이 率은 다음과 같이 計算된다.: back x 100
- 4) 各 階層에서 後送되 問題의 数와 그 性状

指 標(5): KHDI 示範地域內에서 50万人口를 봉사한다.

確認方法: 郡 記録에서 추정된 人口와 同地域内 保健施設에 대한 認識과 利用度 를 결정하기 위한 事後標本調査에 의하여 確認하다.

■.産 出

KHDI 示範事業은 구별되는 3개事業으로서 洪川. 沃溝, 軍威등 3개郡에서 실시될 것이다. 그러나 동시에 3개地域에 共通인 몇가지 産出은 中央에서 KHDI 에 의해 개발될 것이다.

이에 따라 먼저 共通産物이 評価되고, 그리고 나서 3개地域 小事業의 産物이 개별적으로 평가될 것이다.

各 産物은 다음 事項을 결정하기 위하여 量과 質 양쪽으로 평가 될 것이다.

- 1) 실제로 완료되었는가?
- 2) 計劃대로 適期에 완료되었는가?
- 3) 技術的(현실적)으로 充分하가?

1. 共通産出

1. 保健診療員 教科課程

指標: 완료된 敎科課程, 敎育計劃, 敎材 및 敎具

確認方法:

가. 위 "package"의 試案이 1977年 6月까지 검토되기 위해 마련되어야 한다.

나. 그 "package"는 형태 및 내용 両面에서 기술적으로 충분성 여부를 결정하

기 위하여 専門家에 의하여 검토되어야 한다.

다. 1978-79 年 期間에 KHDI 는 保健診療員의 活動上 주요 保健問題의 취급을 위해 충분히 訓練되었는지를 결정하기 위해 訓練履修 및 配置된 保健診療員에 대한 追求調査를 실시해야 한다.

2. 保健診療補助員 教科課程

指 標:完了된 教科課程,教育計劃,教材 및 教具

確認方法:

- 가. 위 "package"의 試案이 1977年 6月까지 검토되기 위해 마련되어야 한다.
- 나. 그 "package"는 형태 및 내용 양면에서 기술적으로 충분성 여부를 결정하기 위하여 專門家에 의하여 검토되어야 한다.
- 다. 1978-79 年 期間에 KHDI 는 保健診療補助員의 活動上 주요 保健問題의 취급을 위해 충분히 訓練되었는지를 결정하기 위하여 訓練履修 및 配置된 保健診療補助 員에 대한 追求調査를 실시해야 한다.

3 . 마을 健康要員

指 標: 완료된 敎科課程,敎育計劃, 敎材 및 敎具

確認方法:

- 가. 위 "package"의 試案이 1977年 6月까지 검토하기 위해 마련되어야 하다.
- 나. 그 "package"는 形態 및 內容 両面에서 技術的으로 충분성 여부를 決定하기 위하여 専門家에 의해 검토되어야 하다.
- 다. 1978-79年 期間에 KHDI 는 마을건강요원의 活動上 주요 保健問題의 취급을 위해 充分히 訓練되었는지를 결정하기 위해 訓練履修 및 配置된 마을건강요원에 대한 追求調査를 실시해야 한다.

2. 小事業産出

가.産 出(洪川事業)

1.保健診療支所의 設立

指 標:事業計劃에 의거하여 設立된 保健診療支所의 累計数

$$\frac{1977}{7}$$
 $\frac{1978}{20}$ $\frac{1979}{20}$ $\frac{1980}{20}$

確認方法:

가. (1) KHDI 公式 報告를 이용하여 評価班이 計劃値와 비교하여 毎年 設置된 保健診療支所의 実績数를 확인하다.

1977 1978 1979 1980

実 績:

(2) 어느 時点의 実績累計 百分率이 다음 公式에 의하여 계산된다.

- 나. 設立된 施設에 대한 標本調査가 다음 事項을 결정하기 위하여 評価班에 의하여 실시될 것이다.
 - (1) 保健診療支所가 事業計劃에 의거하여 실제로 완성되었는가?
 - (2) 保健診療支所가 計劃대로 만족하게 機能을 발휘하고 있는가?
- 2. 保健診療所의 設立

指標:事業計劃에 의거하여 設立된 保健診療所의 累計数

確認方法:

가. (1) KHDI 公式 報告를 이용하여 評価班이 計劃値와 비교하여 毎年 設立된 保健診療所의 実績数를 확인한다.

実 績:

(2) 어느 時点의 実績累計 百分率이 다음 公式에 의하여 계산된다.

- 나. 設立된 施設에 대한 標本調査가 다음 事項을 결정하기 위하여 評価班에 의하여 실시될 것이다.
 - (1) 保健診療所가 事業計劃에 의거하여 실제로 완성되었는가?

- (2) 保健診療所가 計劃대로 만족하게 機能을 발휘하고 있는가?
- 3.郡 保健所의 再組織

指標:事業計劃에 의거하여 再組織된 郡 保健所의 累計数

十 劃:
$$\frac{1977}{1}$$
 $\frac{1978}{1}$ $\frac{1979}{1}$ $\frac{1980}{1}$

確認方法:

再組織된 施設에 대한 標本調査가 다음 事項을 결정하기 위하여 評価班에 의하여 실시될 것이다.

- (1) 郡 保健所가 事業計劃에 의거하여 실제로 와성되었는가?
- (2) 郡 保健所가 計劃대로 마족하게 機能을 발휘하고 있는가?
- 4 . 保健診療員의 訓練 및 配置

指標:事業計劃에 의거하여 다음과 같이 訓練 및 配置된 保健診療員의 累計数

確認方法:

가.(1) KHDI 公式 報告를 이용하여 評価班이 計劃値와 비교하여 訓練 및 配置된 保健診療員의 実績数를 확인한다.

宝 績

(2) 다음 公式을 사용하여 어느 時点의 実績累計 百分率을 계산한다.

나. 다음 事項을 決定하기 위하여 訓練 및 配置報告에 대한 標本調査가 評価班에 의하여 실시된다.

- (1) 그들은 事業計劃에 기술된 地域에 실제로 配置되었는가?
- (2) 그들은 計劃대로 마족하게 任務를 수행하고 있는가?
- 5. 保健診療補助員의 訓練 및 配置

指標:事業計劃에 의거하여 다음과 같이 訓練 및 配置된 保健診療補助員의 累計数

計 割:
$$\frac{1977}{16}$$
 $\frac{1978}{51}$ $\frac{1979}{51}$ $\frac{1980}{51}$

確認方法:

가.(1) KHDI 公式 報告를 이용하여 評価班이 計劃値와 비교하여 訓練 및 配置된 保健診療補助員의 実績数를 확인한다.

実 績:

(2) 다음 公式을 사용하여 어느 時点의 実績累計 百分率을 계산한다.

- 나. 다음 事項을 決定하기 위하여 訓練 및 配置報告에 대한 標本調査가 評価班에 의하여 실시된다.
 - (1) 그들은 事業計劃에 記述된 地域에 실제로 配置되었는가?
 - (2) 그들은 計劃대로 만족하게 任務를 수행하고 있는가?
- 6. 마을健康要員의 訓練 및 配置

指 標:事業計劃에 의거하여 다음과 같이 訓練 및 配置된 마을健康要員의 累計数

計劃:
$$\frac{1977}{62}$$
 $\frac{1978}{178}$ $\frac{1979}{178}$ $\frac{1980}{178}$

確認方法:

가. (1) KHDI 公式 報告를 이용하여 評価班이 計劃値와 비교하여 訓練 및 配置된 마을健康要員의 実績数를 확인한다.

実 績:

(2) 다음 公式을 사용하여 어느 時点의 実績累計 百分率을 계산한다.

- 나. 다음 事項을 決定하기 위하여 訓練 및 配置報告에 대한 標本調査가 評価班에 의하여 실시된다.
 - (1) 그들은 事業計劃에 기술된 地域에 실제로 配置되었는가?

- (2) 그들은 計劃대로 만족하게 任務를 수행하고 있는가?
- 7. 마을保健協同組合

指標:事業計劃에 의거하여 다음과 같이 組織된 마을保健協同組合의 累計数

(1979-80年 期間에는 郡 事業計劃에 의거하여 조직됨)

確認方法:

가.(1) KHDI 公式 報告를 이용하여 評価班이 計劃値와 비교하여 組織된 마을保健 協同組合의 実績数를 확인한다.

実 績:

(2) 다음 公式을 사용하여 어느 時点의 実績累計 百分率을 계산한다.

나. 다음 事項을 決定하기 위하여 組織 実績報告에 대한 標本調査가 評価班에 의하여 실시된다.

- (1) 그들은 事業計劃에 기술된 地域에 실제로 組織되었는가?
- (2) 그들은 計劃대로 만족하게 機能을 발휘하고 있는가?

나.産 出(沃潤事業)

1. 保健診療分所의 設立

指標:事業計劃에 의거하여 設立된 保健診療分所의 累計数

確認方法:

가. (1) KHDI 公式 報告를 이용하여 評価班이 計劃値와 비교하여 毎年 設立된 保健診療分所의 実績数를 확인한다.

(2) 어느 時点의 実績累計 百分率이 다음 公式에 의하여 계산된다.

- 나. 設立된 施設에 대한 標本調査가 다음 事項을 決定하기 위하여 評価班에 의하여 실시될 것이다.
 - (1) 保健診療分所가 事業計劃에 의거하여 실제로 완성되었는가?
 - (2) 保健診療分所가 計劃대로 만족하게 機能을 발휘하고 있는가?
- 2. 保健診療所의 設立

指標:事業計劃에 의거하여 設立된 保健診療所의 累計数

確認方法:

가.(1) KHDI 公式 報告를 이용하여 評価班이 計劃値와 비교하여 毎年 設立된 保健診療所의 実績数를 확인한다.

実 績:

(2) 어느 時点의 実績累計 百分率이 다음 公式에 의하여 계산된다.

- 나. 設立된 施設에 대한 標本調査가 다음 事項을 결정하기 위하여 評価班에 의하여 실시될 것이다.
 - (1) 保健診療所가 事業計劃에 의거하여 실제로 完成되었는가?
 - (2) 保健診療所가 計劃대로 만족하게 機能을 発揮하고 있는가?
- 3. 保健診療員의 訓練 및 配置

指標:事業計劃에 의거하여 다음과 같이 訓練 및 配置된 保健診療員의 累計数

確認方法:

가. (1) KHDI 公式 報告를 이용하여 評価班이 計劃値와 비교하여 訓練 및 配置된

保健診療員의 実績数를 확인한다.

実 績:

(2) 다음 公式을 사용하여 어느 時点의 実績累計 百分率을 계산한다.

- 나. 다음 事項을 決定하기 위하여 訓練 및 配置報告에 대한 標本調査가 評価班에 의하여 실시되다.
 - (1) 그들은 事業計劃에 기술된 地域에 실제로 配置되었는가?
 - (2) 그들은 計劃대로 만족하게 任務를 수행하고 있는가?
- 4. 保健診療補助、의 訓練 및 配置

指標:事業計劃 게 의거하여 다음과 같이 訓練 및 配置된 保健診療補助員의 累計数

確認方法:

가. (1) KHDI 公式 報告를 이용하여 評価班이 計劃値와 비교하여 訓練 및 配置된 保健診療補助員의 実績数를 확인한다.

実 績:

(2) 다음 公式을 사용하여 어느 時点의 実績累計 百分率을 계산한다.

- 나. 다음 事項을 決定하기 위하여 訓練 및 配置報告에 대한 標本調査가 評価班에 의하여 실시되다.
 - (1) 그들은 事業計劃에 기술된 地域에 실제로 配置되었는가?
 - (2) 그들은 計劃대로 만족하게 任務를 수행하고 있는가?
- 5. H. M. O (健康維持機構)의 組織 및 運営

指標: 沃溝郡 内 H. M. O 의運営進捗은 다음 事項의 評価에 의해 실시될 수 있다.

- 1) 1977年 2月頃 美国 Kaiser 財団과 같은 専門家팀 초청에 의한 導入可能性 研究
- 2) 1977年 5月頃 外国 専門家에 의한 H. M. O導入可能性 研究와 勧告案의 完成
- 3) 1977年 6月頃 郡 保健運営委員会와 KHDI 에 의한 勧告案의 受容, 反対 또는 変更에 대한 決定
- 4) 만약 受容된다면 1977年 12月頃 KHDI 와 郡 運営委員会에 의한 事業運営 確認方法:

AID고문관은 위에 열거한 事項을 검토하여 H. M.O 事業의 進捗을 중계할 것이며, K HDI 는 分期別로 進度報告를 한다.

만약 H.M.O事業이 導入可能性이 있는 것으로 고려되면 評価計劃은 H.M.O 事業計劃과 연관지여 개발될 것이다.

다.産 出(軍威事業)

1. 保健診療分所의 設立

指標:事業計劃에 의거하여 設立된 保健診療分所의 累計数

計劃: $\frac{1977}{8}$ $\frac{1978}{16}$ $\frac{1979}{16}$ $\frac{1980}{16}$

確認方法:

가. (1) KHDI 公式報告를 이용하여 評価班이 計劃値와 비교하여 毎年 設立된 保健診療分所의 実績数를 확인한다.

実績:

(2) 어느 時点의 実績累計百分率이 다음 公式에 의하여 계산된다.

- 나. 設立된 施設에 대한 標本調査가 다음 事項을 결정하기 위하여 評価班에 의하여 실시될 것이다.
 - (1) 保健診療分所가 事業計劃에 의거하여 실제로 완성되었는가?

- (2) 保健診療分所가 計劃대로 만족하게 기능을 발휘하고 있는가?
- 2. 保健診療支所의 設立

指 標:事業計劃에 의거하여 設立된 保健診療支所의 累計数

 1977
 1978
 1979
 1980

 計劃:
 2
 5
 5
 5

確認方法:

가.(1) KHDI 公式報告를 이용하여 評価班이 計劃値와 비교하여 毎年 設立된 保健診療支所의 実績数를 확인한다.

 実績:
 1977
 1978
 1979
 1980

(2) 어느 時点의 実績累計百分率이 다음 公式에 의하여 계산된다.

- 나. 設立된 施設에 対한 標本調査가 다음 事項을 결정하기 위하여 評価班에 의하여 실시될 것이다.
 - (1) 保健診療支所가 事業計劃에 의거하여 실제로 완성되었는가?
 - (2) 保健診療支所가 計劃대로 마족하게 기능을 발휘하고 있는가?
- 3. 保健診療所의 設立

指 標:事業計劃에 의거하여 設立된 保健診療所의 累計数

 計劃:
 1977
 1978
 1979
 1980

 3
 3
 3

確認方法:

가.(1) KHDI 公式報告를 이용하여 評価班이 計劃値와 비교하여 毎年 設立된 保健診療所의 実績数를 확인한다.

1977 1978 1979 1980

実績:

(2) 어느 時点의 実績累計百分率이 다음 公式에 의하여 계산된다.

実績率(%) = 実績 × 100

- 나. 設立된 施設에 対한 標本調査가 다음 事項을 결정하기 위하여 評価班에 의하여 실시될 것이다.
 - (1) 保健診療所가 事業計劃에 의거하여 실제로 완성되었는가?
 - (2) 保健診療所가 計劃대로 만족하게 기능을 발휘하고 있는가?
- 4. 保健診療員의 訓練 및 配置

指標:事業計劃에 의거하여 다음과 같이 訓練 및 配置된 保健診療員의 累計数

確認方法:

가. (1) KHDI 公式報告를 이용하여 評価班이 計劃値와 비교하여 訓練 및 配置 되 保健診療員의 実績数를 확인하다.

実績:

(2) 다음 公式을 사용하여 어느 時点의 実績累計百分率을 계산한다.

- 나. 다음 事項을 决定하기 위하여 訓練 및 配置報告에 대한 標本調査가 評価班 에 의하여 실시될 것이다.
 - (1) 그들은 事業計劃에 기술된 地域에 실제로 配置되었는가?
 - (2) 그들은 計劃대로 만족하게 任務를 수행하고 있는가?
- 5. 保健診療補助員의 訓練 및 配置

指標:事業計劃에 의거하여 다음과 같이 訓練 및 配置된 保健診療補助員의 累計数

確認方法:

가.(1) KHDI 公式報告를 이용하여, 評価班이 計劃値와 비교하여 訓練 및 配置되 保健診療補助員의 実績数를 확인한다.

実績:

(2) 다음 公式을 사용하여 어느 時点의 実績累計百分率을 계산한다.

- 나. 다음 事項을 決定하기 위하여 訓練 및 配置報告에 대한 標本調査가 評価班 에 의하여 실시될 것이다.
 - (1) 그들은 事業計劃에 기술된 地域에 실제로 配置되었는가?
 - (2) 그들은 計劃대로 만족하게 任務를 수행하고 있는가?

Ⅵ.投 入

다음 表는 KHDI 事業投入의 主要資料이다.

説 明:

同表의 左側은 予算投入의 細項이며, 또한 投入에 관한 説明이 된다.

指標:

同表의 右側部는 年度別 予算細項이며, 指標로 사용된다.

確認方法:

KHDI 財政報告 및 기타 事業記録 등이 매년 評価班에 의하여 다음 事項을 결정하기 위하여 검토될 것이다.

- 가. 計劃(量 및 時期)에 의거하여 공급되었는가?
- 나. 計劃된 産出의 성취를 위해 合理的이고 충분한가?

単位: 1000 \$ 換率: 485: 1

————— 説	明	指			標		
100	.91	1976	1977	1978	1979	1980	計
A. 示範	地域事業						
1. 洪	Л						
1.	人件費		53.9	168.6	275. 0	89.4	586.9
2.	施設		16.3	30. 2	82. 5	_	1 29. 0
3.	装 備		1.3	4.0	_	-	5.3
	(DRA)		(11.6)	(10.4)	<u> </u>	· ·	(22.0)

4. 事業費 64.5 149.8 101.0 50.5 365.8 5. 其他 37.5 61.4 59.0 33.5 191.4 小 計 185.1 424.4 517.5 173.4 1,300.4 II.沃 溝 1. 人件費 98.3 232.7 371.3 111.4 813.7 2. 施 設 19.6 22.7 27.2 — 69.5 3. 装 備 2.7 3.3 3.9 — 9.9 (DRA) (37.0) (24.6) (12.3) — (73.9) 4. 事業費 32.5 81.7 139.1 83.4 336.7 5. 其 他 18.0 27.2 38.6 19.6 103.4 小 計 208.1 392.2 592.4 214.4 1,407.1 II.軍 成 1. 人件費 36.3 108.4 130.0 39.0 313.7 2. 施 設 14.7 1.1 — 15.8 3. 装 備 2.6 2.5 — 5.1 (DRA) (4.5) — (4.5) 4. 事業費 88.9 83.5 96.1 65.9 334.4 5. 其 他 28.9 103.1 24.5 15.5 172.0 小 計 175.9 298.6 250.6 120.4 845.5 計 569.1 1,115.2 1,360.5 508.2 3,553.0 II. 平業支援費 240.0 220.0 197.0 100.0 757.0 計 707.3 687.3 664.3 333.1 2,392.0 C. 保健企劇団 102.7 70.0 70.0 114.3 357.0 総計(A+B+C) 365.0 1,379.1 1,872.5 2,094.8 955.6 6,667.0							
小計 185.1 424.4 517.5 173.4 1,300.4 . 沃	4. 事業費		64.5	149.8	101. 0	50.5	36 5. 8
■ . 沃	5. 其 他		37.5	61.4	59. 0	33.5	191.4
1. 人件費 98.3 232.7 371.3 111.4 813.7 2. 施 設 19.6 22.7 27.2 — 69.5 3. 装 備 2.7 3.3 3.9 — 9.9 (DRA) (37.0) (24.6) (12.3) — (73.9) 4. 事業費 32.5 81.7 139.1 83.4 336.7 5. 其 他 18.0 27.2 38.6 19.6 103.4 小 計 208.1 392.2 592.4 214.4 1,407.1	小 計		185.1	424.4	517. 5	173.4	1, 30 0. 4
2. 施 設 19.6 22.7 27.2 - 69.5 3. 装 備 2.7 3.3 3.9 - 9.9 (DRA) (37.0) (24.6) (12.3) - (73.9) 4. 事業費 32.5 81.7 139.1 83.4 336.7 5. 其 他 18.0 27.2 38.6 19.6 103.4 小 計 208.1 392.2 592.4 214.4 1,407.1 ■ . 軍 威 1. 人件費 36.3 108.4 130.0 39.0 313.7 2. 施 設 14.7 1.1 - 15.8 3. 装 備 2.6 2.5 - 5.1 (DRA) (4.5) - (4.5) 4. 事業費 88.9 83.5 96.1 65.9 334.4 5. 其 他 28.9 103.1 24.5 15.5 172.0 小 計 175.9 298.6 250.6 120.4 845.5 計 569.1 1,115.2 1,360.5 508.2 3,553.0 B. KHDI 1. KHDI要員 369.1 369.1 369.1 184.0 1,291.3 ■ . 運 営 費 98.2 98.2 98.2 49.1 343.7 ■ . 事業支援費 240.0 220.0 197.0 100.0 757.0 計 707.3 687.3 664.3 333.1 2,392.0 C. 保健企劃団 102.7 70.0 70.0 114.3 357.0	Ⅱ. 沃 溝						
3. 装 備 2.7 3.3 3.9 - 9.9 (DRA) (37.0) (24.6) (12.3) - (73.9) 4. 事業費 32.5 81.7 139.1 83.4 336.7 5. 其 他 18.0 27.2 38.6 19.6 103.4 小 計 208.1 392.2 592.4 214.4 1,407.1 II. 軍 威 1. 人件費 36.3 108.4 130.0 39.0 313.7 2. 施 設 14.7 1.1 - 15.8 3. 装 備 2.6 2.5 5.1 (DRA) (4.5) (4.5) 4. 事業費 88.9 83.5 96.1 65.9 334.4 5. 其 他 28.9 103.1 24.5 15.5 172.0 小 計 175.9 298.6 250.6 120.4 845.5 計 569.1 1,115.2 1,360.5 508.2 3,553.0 B. KHDI I. KHDI 要員 369.1 369.1 369.1 184.0 1,291.3 II. 運 営 費 98.2 98.2 98.2 49.1 343.7 II. 事業支援費 240.0 220.0 197.0 100.0 757.0 計 707.3 687.3 664.3 333.1 2,392.0 C. 保健企劃団 102.7 70.0 70.0 114.3 357.0 計 102.7 70.0 70.0 114.3 357.0	1. 人件費		98.3	232.7	371. 3	111.4	81 3.7
(DRA) (37.0) (24.6) (12.3) ― (73.9) 4 事業費 32.5 81.7 139.1 83.4 336.7 5. 其他 18.0 27.2 38.6 19.6 103.4 小 計 208.1 392.2 592.4 214.4 1,407.1 ■ 東 蔵 1. 人件費 36.3 108.4 130.0 39.0 313.7 2. 施 設 14.7 1.1 ― ― 15.8 3. 装 備 2.6 2.5 ― ― 5.1 (DRA) (4.5) ― ― (4.5) 4. 事業費 88.9 83.5 96.1 65.9 334.4 5. 其 他 28.9 103.1 24.5 15.5 172.0 小 計 175.9 298.6 250.6 120.4 845.5 計 569.1 1,115.2 1,360.5 508.2 3,553.0 B. KHDI I. KHDI要員 369.1 369.1 369.1 184.0 1,291.3 ■ 東業支援費 98.2 98.2 98.2 49.1 343.7 ■ 事業支援費 240.0 220.0 197.0 100.0 757.0 計 707.3 687.3 664.3 333.1 2,392.0 C. 保健企劃団 102.7 70.0 70.0 114.3 357.0	2. 施 設		19.6	22.7	27. 2	_	69.5
4. 事業費 32.5 81.7 139.1 83.4 336.7 5. 其他 18.0 27.2 38.6 19.6 103.4 小 計 208.1 392.2 592.4 214.4 1,407.1 1. 軍 威 1. 人件費 36.3 108.4 130.0 39.0 313.7 2. 施 設 14.7 1.1 15.8 3. 装 備 2.6 2.5 5.1 (DRA) (4.5) (4.5) 4. 事業費 88.9 83.5 96.1 65.9 334.4 5. 其 他 28.9 103.1 24.5 15.5 172.0 小 計 175.9 298.6 250.6 120.4 845.5 計 569.1 1,115.2 1,360.5 508.2 3,553.0 B. KHDI 1. KHDI要員 369.1 369.1 369.1 184.0 1,291.3 II. 事業支援費 240.0 220.0 197.0 100.0 757.0 計 707.3 687.3 664.3 333.1 2,392.0 C. 保健企劃団 102.7 70.0 70.0 114.3 357.0 計 102.7 70.0 70.0 114.3 357.0	3. 装 備		2.7	3.3	3. 9	_	9.9
5. 其他 18.0 27.2 38.6 19.6 103.4 小計 208.1 392.2 592.4 214.4 1,407.1 II. 軍威 36.3 108.4 130.0 39.0 313.7 2. 施設 14.7 1.1 — — 15.8 3. 装備 2.6 2.5 — — 5.1 (DRA) (4.5) — — (4.5) 4. 事業費 88.9 83.5 96.1 65.9 334.4 5. 其他 28.9 103.1 24.5 15.5 172.0 小計 175.9 298.6 250.6 120.4 845.5 計 569.1 1,115.2 1,360.5 508.2 3,553.0 B. KHDI 369.1 369.1 369.1 184.0 1,291.3 I. 運営費 98.2 98.2 98.2 49.1 343.7 II. 事業支援費 240.0 220.0 197.0 100.0 757.0 計 707.3 687.3 664.3 333.1 2,392.0 C. 保健企劃団 102.7 70.0 70.0 114.3 357.0 計 102.7 70.0 70.0 114.3 357.0	(DRA)		(37.0)	(24.6)	(12.3)	_	(73.9)
小計 208.1 392.2 592.4 214.4 1,407.1 1. 軍威 1. 人件費 36.3 108.4 130.0 39.0 313.7 2. 施設 14.7 1.1 15.8 3. 装備 2.6 2.5 5.1 (DRA) (4.5) (4.5) 4. 事業費 88.9 83.5 96.1 65.9 334.4 5. 其他 28.9 103.1 24.5 15.5 172.0 小計 175.9 298.6 250.6 120.4 845.5 計 569.1 1,115.2 1,360.5 508.2 3,553.0 B. KHDI 1. KHDI要員 369.1 369.1 184.0 1,291.3 I. 運営費 98.2 98.2 98.2 49.1 343.7 II. 事業支援費 240.0 220.0 197.0 100.0 757.0 計 707.3 687.3 664.3 333.1 2,392.0 C. 保健企劃団 102.7 70.0 70.0 114.3 357.0	4. 事業費		32.5	81.7	139. 1	83.4	336.7
■. 軍 威 1. 人件費 36.3 108.4 130.0 39.0 313.7 2. 施 設 14.7 1.1 — — 15.8 3. 装 備 2.6 2.5 — — 5.1 (DRA) (4.5) — — (4.5) 4. 事業費 88.9 83.5 96.1 65.9 334.4 5. 其 他 28.9 103.1 24.5 15.5 172.0 小 計 175.9 298.6 250.6 120.4 845.5 計 569.1 1,115.2 1,360.5 508.2 3,553.0 B. KHDI I. KHDI要員 369.1 369.1 369.1 184.0 1,291.3 ■. 運 営 費 98.2 98.2 98.2 49.1 343.7 ■. 事業支援費 240.0 220.0 197.0 100.0 757.0 計 707.3 687.3 664.3 333.1 2,392.0 C. 保健企劃団 102.7 70.0 70.0 114.3 357.0	5. 其 他		18.0	27. 2	38.6	19.6	103.4
1. 人件費 36.3 108.4 130.0 39.0 313.7 2. 施 設 14.7 1.1 — — 15.8 3. 装 備 2.6 2.5 — — 5.1 (DRA) (4.5) — — (4.5) 4. 事業費 88.9 83.5 96.1 65.9 334.4 5. 其 他 28.9 103.1 24.5 15.5 172.0 小 計 175.9 298.6 250.6 120.4 845.5 計 569.1 1,115.2 1,360.5 508.2 3,553.0 B. KHDI I. KHDI要員 369.1 369.1 369.1 184.0 1,291.3 Ⅱ. 事業支援費 240.0 220.0 197.0 100.0 757.0 計 707.3 687.3 664.3 333.1 2,392.0 C. 保健企劃団 102.7 70.0 70.0 114.3 357.0 計 102.7 70.0 70.0 114.3 357.0	小 計		208.1	392. 2	592.4	214.4	1, 40 7. 1
2. 施 設	■. 軍 威						
3. 装 備 (DRA) (4.5)	1. 人件費		36.3	108.4	130.0	39.0	313.7
(DRA) (4.5) (4.5) 4. 事業費 88.9 83.5 96.1 65.9 334.4 5. 其他 28.9 103.1 24.5 15.5 172.0 小 計 175.9 298.6 250.6 120.4 845.5 計 569.1 1,115.2 1,360.5 508.2 3,553.0 B. KHDI I. KHDI要員 369.1 369.1 184.0 1,291.3 『. 運営費 98.2 98.2 98.2 49.1 343.7 『. 事業支援費 240.0 220.0 197.0 100.0 757.0 計 707.3 687.3 664.3 333.1 2,392.0 C. 保健企劃団 102.7 70.0 70.0 114.3 357.0 計 102.7 70.0 70.0 114.3 357.0	2. 施 設		14.7	1.1	_	_	15.8
4. 事業費 88.9 83.5 96.1 65.9 334.4 5. 其他 28.9 103.1 24.5 15.5 172.0 小計 175.9 298.6 250.6 120.4 845.5 計 569.1 1,115.2 1,360.5 508.2 3,553.0 B. KHDI I. KHDI要員 369.1 369.1 369.1 184.0 1,291.3 単・事業支援費 240.0 220.0 197.0 100.0 757.0 計 707.3 687.3 664.3 333.1 2,392.0 C. 保健企劃団 102.7 70.0 70.0 114.3 357.0 計 102.7 70.0 70.0 114.3 357.0	3. 装 備		2.6	2. 5	_	<u>.</u>	5. 1
5. 其他 28.9 103.1 24.5 15.5 172.0 小計 175.9 298.6 250.6 120.4 845.5 計 569.1 1,115.2 1,360.5 508.2 3,553.0 B. KHDI 369.1 369.1 369.1 184.0 1,291.3 I. 運営費 98.2 98.2 98.2 49.1 343.7 II. 事業支援費 240.0 220.0 197.0 100.0 757.0 計 707.3 687.3 664.3 333.1 2,392.0 C. 保健企劃団 102.7 70.0 70.0 114.3 357.0 計 102.7 70.0 70.0 114.3 357.0	(DRA)		(4.5)	. —			(4.5)
小 計 175.9 298.6 250.6 120.4 845.5 計 569.1 1,115.2 1,360.5 508.2 3,553.0 B. KHDI I. KHDI要員 369.1 369.1 184.0 1,291.3 『. 運 営 費 98.2 98.2 98.2 49.1 343.7 『. 事業支援費 240.0 220.0 197.0 100.0 757.0 計 707.3 687.3 664.3 333.1 2,392.0 C. 保健企劃団 102.7 70.0 70.0 114.3 357.0 計 102.7 70.0 70.0 114.3 357.0	4. 事業費		88.9	83.5	96.1	65.9	334.4
計 569.1 1,115.2 1,360.5 508.2 3,553.0 B. KHDI I. KHDI要員 369.1 369.1 184.0 1,291.3 II. 運営費 98.2 98.2 98.2 49.1 343.7 III. 事業支援費 240.0 220.0 197.0 100.0 757.0 計 707.3 687.3 664.3 333.1 2,392.0 C. 保健企劃団 102.7 70.0 70.0 114.3 357.0 計 102.7 70.0 70.0 114.3 357.0	5. 其 他		28.9	103.1	24.5	15.5	172.0
B. KHDI I. KHDI要員 369.1 369.1 184.0 1,291.3 II. 運 営 費 98.2 98.2 49.1 343.7 III. 事業支援費 240.0 220.0 197.0 100.0 757.0 計 707.3 687.3 664.3 333.1 2,392.0 C. 保健企劃団 102.7 70.0 70.0 114.3 357.0 計 102.7 70.0 70.0 114.3 357.0	小 計		175.9	298.6	250.6	120.4	845.5
I. KHDI要員 369.1 369.1 369.1 184.0 1,291.3 II. 運営費 98.2 98.2 98.2 49.1 343.7 II. 事業支援費 240.0 220.0 197.0 100.0 757.0 計 707.3 687.3 664.3 333.1 2,392.0 C. 保健企劃団 102.7 70.0 70.0 114.3 357.0 計 102.7 70.0 70.0 114.3 357.0	計		569.1	1, 115. 2	1, 360. 5	508.2	3, 553.0
II. 運 営 費 98.2 98.2 98.2 49.1 343.7 III. 事業支援費計算 240.0 220.0 197.0 100.0 757.0 計 707.3 687.3 664.3 333.1 2,392.0 C. 保健企劃団 102.7 70.0 70.0 114.3 357.0 計 102.7 70.0 70.0 114.3 357.0	B. KHDI						
計 240.0 220.0 197.0 100.0 757.0 計 707.3 687.3 664.3 333.1 2,392.0 C. 保健企劃団 102.7 70.0 70.0 114.3 357.0 計 102.7 70.0 70.0 114.3 357.0	I. KHDI 要員		369.1	369. 1	369.1	184.0	1,291.3
計 707.3 687.3 664.3 333.1 2,392.0 C.保健企劃団 102.7 70.0 70.0 114.3 357.0 計 102.7 70.0 70.0 114.3 357.0	Ⅱ. 運 営 費		98. 2	98.2	98.2	49.1	343.7
C.保健企劃団 102.7 70.0 70.0 114.3 357.0 計 102.7 70.0 70.0 114.3 357.0	■. 事業支援費		240.0	220.0	197.0	100.0	757.0
計 102.7 70.0 70.0 114.3 357.0	<u></u>		707.3	687.3	664.3	333.1	2,392.0
	C. 保健企劃団		102.7	70.0	70.0	114.3	357.0
総計 (A+B+C) 365.0 1,379.1 1,872.5 2,094.8 955.6 6,667.0	計		102.7	70.0	70.0	114.3	357.0
	総計(A+B+C)	365.0	1,379.1	1,872.5	2,094.8	955.6	6,667.0

KHDI 示範事業評価를 위한 対照地域 選定

1. 序 言

어느 研究事業에서나 事業의 変因에 의해 일어난 変化 또는 주요 原因/効果 関係가可能한 명확하게 量的으로 分離, 測定, 記述하는 것이 중요하다. 実験室内 実験에서 単一変数를 제외하고 모든 것이 동일한 두 개의 유사한 状態를 설정하는 것은 可能하다. 그리고 나서 前,後 効果를 정확히 測定하기 위하여 하나를 実験模型으로, 다른 하나를 対照 郡으로 사용한다.

社会学的 実験에서 結果測定의 必要가 있지만, 불행이 実験室内에서와 같이 정확히하기가 不可能하다. 地域社会는 많은 側面에서 유사할 수 있지만, 地域的으로 社会学的으로, 그리고 経済的으로 状態가 동일한 두 地域社会는 없다. 더 나아가서 한 地域社会 内 社会的 状態는 계속 進化하고 実験目的을 위해 어느 특정状態를 固定, 分離, 또는 管理하는 것은 不可能하다. 그럼에도 불구하고 특정 策略이 어떤 結果를 일으킨다는 信念은 여전히 存在한다.

이 信念에 의거하여 結果는 地域社会内 作用하는 다른 変数의 組合이라기 보다 実験的 策略에 의하여 일어난다는 信頼의 程度를 示範할 必要가 있게 된다.

이러한 理由때문에 명확한 制限性에도 불구하고 어떤 地域은 KHDI 示範事業을 위한 対照地域으로 지정되어야 한다.

2. 対照地域의 範囲

1977年에 道知事와 KHDI 간 協約後 示範 保健事業이 3개 郡에서 실시될 것이다. 道內 다른 郡은 KHDI 事業에 의한 영향을 받지 않지만, 中央, 道, 郡으로부터 또는 自体的으로 保健서비스 改善을 위한 계속적 支援을 받을 것이다.

KHDI 事業에 同意한 道内 인접된 다른 郡内 保健状態는 指示, 観察 또는 競争에 의하여 역시 영향을 받을 수 있다. "Spillover effect" 偏倚의 問題를 피하기 위하여 単一郡이 対照地域으로 選定되어서 안 된다. 그 대신 여러 地域(面)이 示範道 内와 外 양쪽에서 選定될 것이다. 전체 対照地域은 1개郡의 크기로 제한될 것이다.

対照地域 選定을 위하여 示範地域 選定基準과 유사한 基準을 사용하여 각 道에서 2개

郡이 선정되었다. 이들 각 "候補"郡에서 2개面이 다음과 같이 対照郡 "候補地域"으로 선정되었다.

1) 江原道

横城과 平昌郡이 江原道内 示範郡인 洪川郡의 対照 "候補"로 선정 되었다. 이들 두郡은 春川(江原道 道庁所存地)과 原州(同道 大都市의 하나)양 都市에서 거리가 거의 같은 위치에 있고 国道가 이들 두 郡을 통과한다. 이들 두 郡에서 "候補地域"은 横城郡에서 감천면과 청일면이,平昌郡에서 대화면과 방림면이 選定되었다.

2) 慶尚北道

金陵과 星州郡이 慶北軍威 示範郡의 対照候補로 선정되었다. 이들 두 郡은 軍威와 유사한 地理的 条件을 갖고 있다. 이들은 軍威와 같이 大邱(慶北 道庁所在地)에서 동일거리에 위치하고 직접 国道로, 간접적으로 高速道路와 연결된다. 金陵郡에서 구성면과 부항면이,星州郡에서 초전면과 벽지면이 候補地域으로 선정되었다.

3)全羅北道

江原道와는 달리 이 道는 平野가 많아 交通이 편리한 지역이다. 南北으로 高速道路가지나고 東西로 여러개의 地方道가 郡과 郡을 面과 面을 연결해 주고 있다. 특히 示範地域인 沃溝郡은 섬을 포함하고 있어 역시 섬을 포함하고 있는 扶安郡內에서 하서면과 그자체가 섬인 위도면을, 益山郡에서 함렬면과 용현면을 "候補地域"으로 선정하였다.

4)京畿道

경기도는 수도 서울을 포위하고 있고 면적은 좁은 편이다. 道內에 仁川, 水原등의 大都 市와 議政府, 安養, 城南, 富川등의 中小都市를 갖고 있어 全 道民이 비교적 医療恵沢을 잘 받을 수 있는 지역이다.

따라서 다른 道의 示範地域과의 類似性을 고려하여 驪州郡과 利川郡 内에서 능서면과 강천면 그리고 부본면과 신둔면이 "候補地域"으로 선정되었다.

5) 忠清北道

이 道는 제주도를 제외하고 南韓에서 가장 작은 道로서 他道와의 교통이 좋은 편이 못된다. 道内에 도청소재지인 清州와 忠州의 2개市가 있다. 道内 沃川이나 永同은 京釜線이 통과하고 있어 이 두 地域은 他道와의 연결이 용이하나 道内의 清州와는 오히려 연결이 어려운 편이다.

따라서 報恩郡內의 내속리면과 외속리면이 "候補地域"으로 선정되었다.

6) 忠清南道

道內에 大田과 天安市가 있다. 그러나 이 두 都市는 京釜線 연변에 위치하여 이들 지역 근처에는 他道의 大都市나 大田・天安과의 연결이 용이하나 그외 지역은 그렇지 못하다. 따라서 西海에 면해있는 瑞山郡을 택하여 그 안에서 운산면, 음암면이 《候補地域》으로 선정되었다.

7)慶尚南道

경상남도는 陸地로서는 南韓에서 최남단에 위치하고 남부지방 중심지인 釜山市를 둘러싸고 있다. 그 외에 馬山, 蔚山市 등의 大都市가 同道內에 있다. 이들 지역과의 거리와 교통소통의 정도를 고려하여 固城郡內의 회화면과 마암면이, 그리고 泗川郡의 사남면과 용현면이 《候補地域》으로 선정되었다.

8) 全羅南道

이 道는 西海에 연해있으며 도청소재지인 光州와 木浦市로부터 비슷한 거리에 위치하고 있는 咸平郡内 월야면과 해보면이 "候補地域"으로 선정되었다.

3. 対照地域 選定

앞에서 택한 候補地域중에서 示範地域이 속해있는 道에서 2개面씩, 示範地域이 속해 있지않은 2개道에서 2개面씩 도합 10個面을 선정하여 対照地域이 1개郡의 크기가되도록 하였다. 다음은 선정된 地域의 지역명이다.

		_			面	
冮	原	平		1.	대화	
				2.	방림	
慶	北	金	陵	3.	구성	
				4.	부항	
全	北	扶	安	5.	하서	
				6.	위도	
京	畿	馬鹿	州	7.	능서	
				8.	강천	
全	南	咸	平	9.	월야	
				10.	해보	

地域社会 医療保険計画의 推進方案*

金胄煥

[※] 本案은 1978年 7月의 마을건강사업 中間評価 세미나에서 発表된 内容을 整理 한 것이다.

現行 社会保障에 관한 法律에 의거하면 社会保障은 크게 두 範疇로 구분된다. 즉 社会保険과 社会扶助가 그것이다. 그러나 1976 年까지만 하더라도 社会保障은 주로 公務員 年金制度, 勤労者를 위한 産災保険 및 軍人年金制度에 국한되어 있는 実情이었다.

물론 1976年 이전에도 旧医療保険法이 施行된바 있으며 最小限 10個의 小規模 医療保険組合이 任意로 組織되어 이 法에 따라 運営되고 있었다. 그러나 表 1에서 보는 바와 같이 1975年度의 組合員数는 불과 6.4万名에 지나지 않았다.

表 1. 韓国의 保健医療 및 社会保障費 (1975)

(単位:百万원)

制 度	別	社会保障費	保健医療費	保健医療構成比	適用対象(1,000)
社会保険		33,771	5,848	17.3 %	
公務員 年金		13,886	602	4.3	488
軍人 年金		9,402	_		110
医療保険		172	172	100.0	54
産災保険		10,380	5,202	50. 1	2,647
私立学校教員	年金	81	22	27.2	45
公衆保健		9,563	9,563	100.0	-
公的 扶助 및	社会福祉	6, 171		_	_
軍事援護		14,438	461	3.2	
総	計	64,093	16,022	25.0	_

資料:政府歳入歳出予算書, 1975

政府는 第4次 経済開発 5個年計劃을 추진함에 있어,全体 国民의 福祉向上을 위한 社会開発에 力点을 두었다.

이같은 政府 施策에 따른 社会保障拡充計劃을 보면 다음과 같다.

表 2. 医療保護事業財政

	外	来	入 院
生活保護対象者	無	料	無料
零 細 民	無	料	国庫補助貸付

償還方法:年間₩ 50,000 以下 年間₩ 150,000 以上 먼저,政府는 1977年 1月부터 医療保護事業을 実施하므로써 大略 2百10万名의低 所得者와 零細民이 이 法의 惠沢을 받게 되었다.

表 2 는 医療保護事業의 診療費制度를 表示한 것이다. 이에 따르면 零細民과 低所得層을 위한 医療 서비스는 低所得者의 入院費를 除外하고는 無料이다. 低所得者가 入院한경우,費用의 30%를 政府基金에서 부담하며 나머지 70%는 政府融資로 充当하는데融資金은 規定된 期日內에 상환하도록 하였다.

政府는 医療保護患者에게 서비스를 提供하기 위한 医療伝達体系를 実施하고 있다. 즉 医療保護患者는 指定된 医療機関만을 利用토록 한 것이 그것인데, 예를들면 1次診療는 먼저 指定된 이들 1次診療機関에서 後送한 患者만을 診療하도록 하였다.

1977年 7月부터 政府는 500名 以上을 雇傭한 事業의 事業場을 대상으로한 強制 医療保険事業을 実施하였다. 이 医療保険의 実施로 약 3百 14万名 즉 全体 人口의 9.2%가 恵沢을 받게 되었다.

表 3 은 医療保険의 適用比率이 서울, 釜山 등 大都市가 農村地域에 비해 높음을 보여 주고 있는바, 이같은 事実은 새로 設立된 保険組合이 都市에 集中되어 있음을 말하고 있 다.

表 3. 1種医療保険適用対象

(1977, 12, 31, 現在)

					(1911.	16. 31. 54年)
地	域	被保険者	適用対象 扶養家族	計	人口(1,000)	適用比率%
서	울	628	1,143	1,771	6,879	25.7
釜	订 1	165	229	394	2,451	16.1
家	畿	125	177	302	4,036	7.5
江	原	20	56	76	1,862	4.1
忠	北	8	12	20	1,521	1.3
忠	南	30	42	72	2,947	2.4
全	北	17	22	39	2,455	1.6
全	南	16	30	47	3,983	1.2
慶	北	71	93	164	4,856	3.4
慶	南	105	150	255	3,279	7.8
	計	1,185	1,955	3,140	34, 269	9. 2

資料:主要保健社会統計,保健社会部,1978

그러나 조만간에 農村地域住民의 医療需要 역시 增大하리라고 予想된다. 따라서 政府 는 不可避하게 農村地域에서의 医療保険制度 내지 財政機構의 추진을 講究하게 될 것이다.

政府가 全国的 規模의 地域社会 医療財政機構를 計劃하기에 앞서,郡水準에서의 地域 社会 医療保険 示範事業을 実施하는 것이 바람직할 것이다.

이를 위하여 現存 医療保険機構를 分析하므로써 地域社会 医療保険機構를 計劃하는데 이바지하려고 한다.

制 度 別	適用対象	人口対比
1種医療保険	3, 140, 000	9.2 %
公務員 및 私立学校教職員医療保険	3, 620, 000	10.6 %
医療保護事業	2,096,000	6.1 %
計	8,856,000	25.9 %

表 4. 制度別 適用対象

政府는 1979年 1月부터 公務員, 私立学校 教職員 및 300人 以上을 雇傭하는 事業 場을 対象으로 한 強制 医療保険을 実施하므로써 3百60万名이 이의 惠沢을 받게되었다. 따라서 上記한 各種 医療保険의 受恵者는 全体 国民의 26%에 該当되는 약8百85万名에 이르게 된다.

		表 3. 粗合剂 加八名数	(2)性区原体陕租石)	
	別	組合名	認 可 日 字	加 入 現 況 (76.12 現在)
釜	ш.	釜山青十字医療保険組合	1969. 10. 1.	19,255
全	北	沃溝青十字医療保険組合	1973. 10. 10.	6,974
江	原	春城医療保険組合	1974. 6. 5.	7,132
慶	南	巨済医療保険組合	1974. 9. 20.	4,077
京	畿	白翎医療保険組合	1974. 12. 6.	9,990
江	原	嶺東医療保険組合	1975. 2. 10.	4,947
忠	北	曽 平 医療 保 険 組 合	1975. 7. 28.	1,434
忠	南	三和医療保険組合	1977. 8. 13.	3,500
=	†	8 個 組 合		57,282

表 5. 組合別 加入者数 (2種医療保険組合)

資料:保健社会部 保険管理局

表 5 는 保社部에 의해 医療保険組合으로 認可된 組合의 加入者数와 認可日字를 表示한 것이다. 이에 따르면 8個 保険組合의 総加入者数는 5万7千名이며, 가장 規模가 큰 것이 2万名의 加入者를 포용하고 있는 釜山青十字医療保険組合이다. 기타 組合의 加入者数는 대개 1千5百名에서 1万名에 이르고 있다.

表 6. 年度別 加入者数(2種医療保険)

				· ·			
年			度	計	· 被 保 険 者	扶養家族	扶 養 率
1	9	6	9	17,669	3, 122	14,547	4. 7
1	9	7	0	14,329	3,038	11,291	3. 7
1	9	7	1	11,797	2,517	9,280	3. 7
1	9	7	2	13,172	2,953	10,219	3. 5
1	9	7	3	23,420	5,525	17,895	3. 2
1	9	7	4	46,513	10, 288	36, 225	3. 5
1	9	7	5	56,171	12,426	43,745	3. 5
1	9	7	6	53,782	11,601	42, 181	3. 6

資料:文玉編:示範医療保険事業의 財政構造에 관한 考察, 大韓病院 協会誌 第6,7,8号, 1976

表 6 은 自営医療保険組合의 年度別 加入 傾向을 보여주고 있다. 1971 年 現在까지는 불과 1個 組合에 加入者数도 점차 감소하는 傾向에 있었다. 71 年부터 75 年까지는 다시 增加하고 있는데 이것은 組合数가 增加한데 기인한다.

表 7. 年度別 沃溝青十字医療保険組合 加入者数

年 度	加入家口数	加入者数	家口当家口員数
1973	2, 268	8,863	3. 9
1974	2,377	9, 355	3. 9
1 9 7 5	2, 286	9,311	4. 1
1976*	1,583	6,947	4. 4
1 9 7 7	1,320	5,997	4. 5

註: *保険料 未納者 脱退処理

그러나 表 7 에서 볼수 있는 沃溝青十字医療保険組合의 경우와 같이 75 年以後 加入者 数는 毎年 減少하고 있다.

保 険 料 加 入 費 国 家 補助 組 合 当) (家 口 当) 給 与 費 事務費 (1 人 1,000 * 100 * 80 350 釜 Ш 300 1,000 沃 溝 (春川200 500 春 城 ₹春城100 500 巨 200 済 白 翎 375 嶺 東 1,500(2 人이상) 坪 310 曽 300 \equiv 和 1200

表 8. 保険組合別 1人当 月保険料 및 国家補助費

自営医療保険組合에 대해서는 100 원에서 350 원에 이르는 定額保険料率이 適用된다. 그밖에 政府는 毎 保険加入 家口当 月 100 원과 80 원을 각각 給与費 및 事務費条로 보조한다. 그러나 이 補助額은 부과된 保険料의 10 %에 不過한 미미한 額数이다. 表 8 은 組合別 保険料와 加入費 現況을 表示한 것이다.

年 平 度 農 村 島 嶼 都 市 均 1 9 7 3 41.1 96.7 75.7 32.8 1974 58.7 74.2 57.4 1975 29.7 92.9 90.9 72.4 1 9 7 6 46.0 73.8 87.3 71.8

75.8

86.9

75.3

表 9. 地域別 保険料 徵収現況

* 農村:沃溝,春城,曽平,

36.7

島嶼:巨済,白翎都市:釜山,嶺東

均

資料:前掲書

^{*} 国家補助額은 一律的임.

表 9 에 나타난바와 같이 保険料 微収率은 極히 低調한데 農村医療保険組合에 대해서는 小額의 保険料를 부과하였음에도 불구하고 특히 십하다.

表10 은 8 個의 現存 自営医療保険組合의 財政状態를 보여주고 있다. 이 表는 各組合의 自己財政充足度가 극히 낮으며,財源의 大部分이 組合의 運営維持費로 支出됨을 나타내고 있다. 또한 医療保険은 広範囲한 医療惠沢을 提供하도록 計劃되어 있으나 実際로는 그 惠沢이 미미한 형편이다. 이같은 状況으로 미루어 볼 때 現行 自営医療保険機構는 失敗하였다고 結論지을 수 밖에 없다.

組	合	支出総額	給与額	保険料微収額	給与率 (%)	運営 費 比率 (%)	財政充足度
沃	講	₩13, 578, 955	₩5,188,420	₩3,346,300	38.2	61.8	24.6
春	域	4, 237, 109	2,303,200	2, 116, 536	34.4	45.6	50.0
巨	済	7, 777, 324	5,507,080	3,718,180	70.8	29. 2	47.8
白	翎	23, 577, 277	14,790,540	4,324,000	62.7	37.3	18.3
曾	坪	9, 040, 242	1,777,212	2,734,650	19.7	80.3	30.2
小	計	58, 210, 907	29,566,452	16, 239, 666	50.8	49.2	27.9
釜	Щ	87, 106, 693	67,712,154	65, 358, 130	77.7	22.3	75.0
嶺	東	6, 607, 002	1,715,848	3,441,500	24.5	75.5	52.1
小	計	93, 713, 695	69,328,002	68,799,630	74.0	26.0	73.4
計	t	151, 924 602	98,894,454	85, 039, 296	65. 1	34.9	56.0

表10.1976年度 組合別 財政充足度

資料:文玉綸,農漁村医療保険事業의 当面課題,韓国農村医学會誌第2巻第1号,1977

따라서 自営医療保険組合의 財政状態는,継続的인 住民의 加入을 誘導하기위해서 政府가 어느 정도의 補助金을 지급하여야 함을 暗示한다.

医療保険事業을 推進하기에 앞서 医療保険機構를 기획하는 段階에서 考慮하여야 할다른 하나의 重要 要素는 医療利用度의 総医療費를 推定하는 일이다.

医療 서비스의 利用度를 推定하기 위해 本院은 医療 서비스의 利用과 関聯된 諸指標를 蒐集,分析하였다.

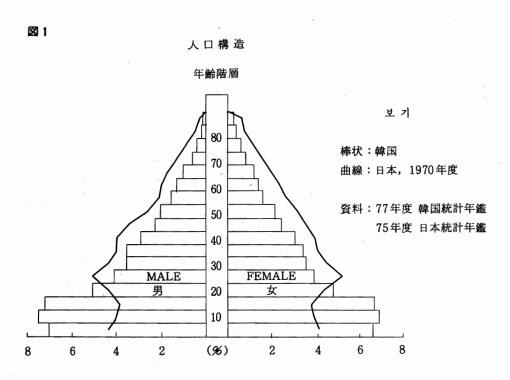
表11은 医療利用度와 医療保険의 類型을 国家別로 表示한 것이다. 이 表에 의하면 우리나라의 病院利用率이 低調한 것으로 나타나고 있으나, 自営医療保険과 医療保護事業

表11. 国家 및 事業類型別 年間 医療 利用 現況

	外来訪門(1人当)	入院(千名当)	資料		
韓国					
農村住民自営者医療保険	0.3 - 0.7		文玉綸,Health Serv-		
農村	0.8833	11.6	ice Outcome Data,		
都 市	1.6058	19.7	서울大学校保健大学院 1977		
韓国合板医療保険	4.6286	29.7	KHDI調査結果		
医療保護(低所得層)	1.3842	11. 2	主要保健社会統計,保		
(生保者)	5.3117	36.9	健社会部, 1978.5		
美 国					
商学保険	3. 104	102	文玉綸, HMO 導入可		
青十字	3. 984	150	能性에 관한 研究, K HDI, 1977		
HMO (健康維持機構)	3.324	107			
日 本					
国民健康保険	14.1205	142.3	保健医療保険統計,		
政府管掌健康保険			日本厚生省, 1976		
被保険者	18. 8689	162.3			
扶養家族	16. 6334	143.2			
健康保険					
被保険者	13.1010	102.1			
扶養家族	19.8161	149.5			
日庸勤労者保険					
被保険者	28. 1713	259.8			
扶養家族	6.1133	313.0			

의 外来患者 診療実績의 경우를 보면 美国에 비하여 큰 差異가 없다.

反面 日本의 경우에는 外来患者의 診療利用率이 상상외로 높은데, 이것은 医療保険이 濫用되고 있음을 暗示한다. 韓国合板株式会社의 경우, 医療保険組合이 自体 外来診療所 를 保有하고 無料로 診療를 함에도 不拘하고 保険加入者와 그 扶養家族의 外来診療所 利 用率은 1人当 年 4.6 回에 지나지 않는다. 全国 医療保険協議会의 資料 역시 加入者와 그 扶養者의 外来診療所 利用率이 1人当 年 2.3 回와 2.2 回로 비슷한 傾向을 보이고 있다. 그러나 病院 利用率은 相当히 높아 加入者와 扶養者 1,000 名当 年 77.50 件과 175. 15 件을 각각 記録하고 있다.



諸研究結果에 의하면 医療利用率은 青少年層을 除外한 年齡要因과 密接한 相関関係가 있다. 따라서 韓国의 人口構造의 特性을 밝히는 것이 도움이 되리라고 생각된다. 韓国의 경우 全体人口의 約50%가 19歲 以下의 年齢層이라는 事実로 미루어 볼 때, 낮은 医療利用率은 당연하다고 할 수 있으며, 1人当 年2~3回라는 外来診療所 訪問回数도 農村住民의 医療需要를 充足시키기에 充分하리라고 본다.

또한 病院診療에 있어서도 数年間의 自営医療保険組合의 経験에 의하면 1,000名当病院診療件数가 20~30件으로 나타나고 있는데 이것 역시 農村地域住民의 医療需要를充足시키기에 充分하다고 생각된다.

한편 総診療費中 $26 \sim 39$ %가 入院費로, 그리고 $61 \sim 74$ %가 外来診療費로 支出되고 있다. 따라서 外来診療費가 減縮되면 全体 診療費도 현저히 低下될 것이다.

表 12 既存制度과 医療保険制度試案과의 医療費 比較(1次診療의 경우)

	医療保険	非医療保険
서울地域*	3,111 원	3, 902 원
서울以外地域*	2,875	3, 409
示範事業地域	1,333 원	

^{*}韓国生産性本部資料

表 12의 資料를 根拠로 하여 볼 때 1次診療는 이미 設立된 財政機構에서 直接 提供하는 것이 바람직할 것이다. 다행히 本研究院의 마을건강사업 (保健示範事業)은 政府의保健網을 통하여 1次保健医療 서비스를 提供하고 있는바,이같은 類型의 保健医療 서비스는 1次診療費를 節減할 뿐 아니라 統合된 保健서비스를 提供할 수 있다는 利点등이 있다.

表13 医療서비스 類型 및 財政

	서비스 類型	医療施設의 財政
1 次診療(外来)	直接	運営費는 患者 一部 負担金과 組合補助金으로 構成
2 次診療(入院)	間接	患者 一部負担金과 給与費로 充 当되는 珍行 医療保険法의 規定 응 適用

또한 表13은 類型別 医療伝達体系 方案을 提示하고 있는데 1次診療의 경우,示範地域에 設置된 保健診療所가 診療를 담당하도록 하였다. 保健診療所의 財政은 組合에서 支給받는 医療費와 利用患者의 一部 負担金으로 유지된다. 入院 역시 既存 医療施設을 利用하며 現行 医療保険法에 準하는 恵沢을 받게 된다.

表 14 年間 医療需要 推定

	需 要	費用
 入 院	2.16 件/100 名	₩81,000/件
施設分娩	2.4 件/100 名	₩25.000/件
外 来	2.34 回/1 人	₩ 1,600/訪問

上記한 바와같이 財政機構를 設置하는데는 두가지 難点이 있다. 即 建議한 財政機構에 가입한 会員의 医療需要와 必要 財源의 量을 여하히 測定하는가 하는 것이다. 表14 는 農村住民의 医療需要를 測定한 結果이다. 測定에 있어 入院需要의 경우, 既存 自営医療保険組合의 最高率을 適用하였으며, 分娩의 경우 서비스는 病院에서 提供되는 것으로 仮定하였다. 그리고 外来患者의 需要는 韓国合板株式会社의 50% 程度까지 增加할 것으로 예측한바, 이같은 数值는 現農村住民의 利用率에 비하면 3배가 넘는 것이다.

表15는 医療 類型別 医療費와 診療時 保険加入者의 類型別 総医療費 및 保険組合의 支出額을 편의상 人口 万名当으로 表示한 것이다.

		, , ,	
	総 医 療 費	患者負担金 組	合 負 担
入院費	17, 496, 000	5, 249, 000 12,	247, 000
施設分娩費	6, 000, 000	2, 400, 000 3,	600,000
特殊外来	5, 174, 000	2,070,000 3,	105, 000
保健診療所	26, 952, 000 *	10,781,000 16,	271,000
一般外来			Maria de la companya
計	55, 622, 000		523,000

表15 年間 医療費推計(人口万名基準)

이 表에 표시된 保健診療所의 外来診療費는 示範事業地域의 保健診療所 運営費이다. 1個 面民에 所要되는 年間 総医療費는,保険組合 支出額 3千2百万원과 加入者 負担 金1千8百万원을 包含한 5千6百万원으로 推算되는데,이 推定額은 年齢構造와 性別및 疾病別 要因에 따라 変動이 있을 수 있다.

表 16 医療保険組合의 収入 및 支出推計(人口万名基準)

	 支	出	収	入	
A. 療養給与 (後送)	₩18, 95	2,000		W.	
入院費	12, 24	7,000			
施設分娩費	3, 60	0,000			
外来診療費(専門医)	3, 10	5, 000			

^{*}保健診療所 運営費

B. 療養給与(保健診療所運営費의 16,171,000 一部)
 C. 政府補助 ₩3,927,000
 D. 保険料 40,243,000
 E. 運営費 5,359,000
 F. 予備費 3,688,000

44, 170, 000

44, 170, 000

算出根拠:政府補助=1,820 家口×₩180×12 月 運営費=(A+B)×17% 予備費=(A+B+E)×10%

上記한 各種 指数를 토대로 医療保険組合의 財源 推定額을 表示한 것이 表16이다. 財源은 現行의 政府 補助率을 基礎로 하였다. 沃溝郡 示範事業計劃에 의하면 2個 面当 1個所의 保健診療所를 設置하도록 되어 있으나, 医療保険機構가 導入될 경우 1個 面에 1個所의 保健診療所가 設置되는 것이 바람직 하리라고 생각된다.

表17 1人当 및 家口当 保険料

保 険	料	月	額	年	額
1 人	当	370		4, 427	
家 口	当	2,035		24, 349	

註:家口当 5.5 名

計

算出根拠:年 保険料/名= $\frac{440,243,000\times(1+0.1)}{10,000$ 名=4,427 원

1 人当月保険料/名= $\frac{\textbf{\psi}4,427}{12月}$ = 370 원

表17은 前表에 나타난 機構의 所要財源을 充当하기 위하여 保険加入者와 그 家口가 負担하여야 할 月 醵出額을 表示하고 있다. 이에 따르면 万名의 会員이 月 370 원씩 負担하면 綜合保健示範事業을 実施하는 財政機構는 運営이 可能하리라고 推定된다.

個人的 見解로는 이같은 月 保険料가 平均水準 農家에는 큰 負担이 되지 않으리라고 보나, 低所得 農家에는 다소 무리라고 생각된다. 따라서 資源動員戦略의 하나로서 支払

能力을 유도하기 위해서는 所得水準에 따라 保険料의 一部를 補助하여야 할 것이다. 結論的으로 農村地域의 財政機構 設立을 위한 建議事項을 提示하고저 한다.

- 1) 保健医療 서비스를 包含한 1次医療는 政府의 保健医療綱을 통하여 提供되어야 한다.
- 2) 韓国의 医療財政機構를 成功的으로 確立시키기 위해서는, 現行의 自営事業者를 대상으로 한 任意加入制度를 強制加入制度로 바꿔야 한다.
- 3) 새로운 財政機構는 政府가 農村의 低所得家口에게 所得水準에 따라 補助金을 支 給하므로써 農村住民을 유도하도록 하여야 한다.



示範地域 母子保健事業의 拡充方案

朱信一

- 1. 事業背景
- 2. 母子保健現況
- 3. 目的 (GOAL)
- 4. 主要目標의 設定
- 5. 事業運営方針
- 6. 事業内譯

附録 I. 危険徴候別 接近方法(RISK APPROACH)

附録Ⅱ. 差等制 実施案

表(1,2,3,4,5)

1. 事業背景

지난 1,2,3次 経済開発五個年計劃은 括目할 経済成長을 이룩하여 特히 1 人當 年間 GNP의 上昇,輸出의 急激한 增加

国内生産의 提高等 其 成果는 劃期的인 것이었다. 이러한 経済成長과는 달리 保健医療分野에 配定된 国家支出은 全体 国家豫算에 比하여 微微한 것으로 이것도 거의 全部가 1962年以來 注力事業인 家族計劃,結核管理 簡易給水事業에 投入되어 왔다.

各 分野別 成長의 均衡과 調和를 目標로 하는 4次 5個年計劃은 特히 社会開発에力点을 두어 이미 이分野에 相當한 国家財源이 投入되고 있고 계속되리라 豫想되는 것은 多幸한 일이라 하겠다.

이러한 社会開発에 対한 重点的配慮는 貪困層의 疾病으로부터의 保護를 目的으로 하는 医療保護事業과 雇傭人口의 健康保全을 為한 医療保険을 実施하게 되었고 또한 韓国保健開発研究院의 示範事業을 実施하기에 이르렀으나 아직도 地域社会人口階屑中 가장 虚弱群으로 알려진 妊産婦와 嬰幼児에 対한 国家豫算의 策定은 他事業에 比하여 보잘것없는 것이 事実이라 하겠다. 政府는 늦은 感은 있으나 이러한 状况을 憂慮한 나머지 現在 世界銀行과 人口借款을 交渉中이며 母子保健事業을 強化하는 人口借款事業計劃을 推進하고 있는것은 晚時之數의 感은 없지않으나 무척 鼓舞的인 일이라 하겠다.

韓国保健開発研究院(KHDI) 示範事業과 UNICEF의 支援

KHDI 事業은 1976年 4月 19日 부터 向後 5年間 示範期間을 거쳐 우리나라 農村에 経費節約型의 一次保健医療를 供給할 수 있고 또한 全国的으로 施行可能한 模型을 啓発하는것을 目標로 하여 事業出発을 보았다. 発定初創期에는 一次保健医療의 概念에対한 理解가 普及되지 못하고 이에 示範地域内 自治団体의 行政的 硬直性이 겹쳐서 事業 專担桟構가 事業初期에 充分히 稼動을 못하였던 것도 事実이다. 게다가 示範地域住民의最大 関心事는 母子保健과 같은 予防的 側面보다 오히려 身体의 主要症状除去에 置重되어 있었다. 이러한 治療一辺倒의 関心은 当然하다고 볼 수 있으며 그 原因은 高価의 医療費를 負担하기에 힘겨운 国民経済라든가 地理的 与件으로 医療人의 接触이 不可能한点,公共医療의 制限된 医療州비스,個個人의 予防知識의 欠如,土俗的 禁忌 風習으로

因하여 造成되었다고 볼 수 있겠다.

이러한 行政的 社会経済 文化的 制約要因이 相互作用하여 示範地域에 提供되고 있는 保健医療씨비스중 母子保健에 関한 씨비스는 一部만에 制限되어 提供되는 結果를 招來하 였다.

母子保健施惠에 있어서의 이러한 여러 制約与件을 認識하게된 国際児童基金(UNICE F)은 1978年 9月부터 干先 2個年間 韓国保健開発研究院이 主管하고있는 一次保健医療 示範事業의 主要核心인 母子保健 써비스를 補強하기 為하여 美貨 28万5千弗의 支援을 提議하게되어 本事業計劃이 作成된 것이다.

2. 母子保健現況

가. 豫防接種 実態

開発途上国의 嬰幼児에는 7種의 伝染病 즉 結核 天然痘 디프테리아 百日咳 破傷風 紅疫 小児麻痺에 対한 予防接種을 実施하여야 한다는 것은 잘알려진 事実이다.

現示範事業을 実施하기 前 示範地域内의 接種実態에 関한 標本調査는 適今児童의 73 %가 小児麻痺, 48 %가 디프테리아, 23 %가 紅疫, 40 %가 結核에 対하여 接種한 것으로 나타났으나 追加接種率을 考慮하다면 相當히 낮은 低率이었고 慶尚北道 慶山郡의 어린이들을 対象으로한 実態調査는 디프테리아와 小児麻痺에 있어서 追加接種을 考慮하였을때 接種完了率은 各各 5 % 및 3 %의 低調한 率을 보여주고 있다.

紅疫予防接種薬品은 現在 政府에서供給하고있는 予防接種薬品에서 際外되어 있고 小児 麻痺予防接種薬品도 10 月과 11 月에 限하여 接種을 받을 수 있다.

接種薬品의 供給이 이같이 特定時期에만 이루어진다는것은 一線業務遂行에 莫大한 支障을 招來할뿐만 아니라 予防接種의 適正時期를 놓치는 結果가 되어 設今 뒤늦게 맞는다하여도 効果를 極히 敷心스럽게 하는것이다. 이와 関聯하여 予防接種実績이 낮은 状態에 栄養飲乏 마저 겹치는 境遇嬰児死亡率이 높아진다는 것은 잘 알려진 事実이다.

나. 栄養状態

지나간 3次의 5個年経済開発計劃 期間동안 成就된 経済開発이 保健에 미친 影響은 全国未就学児童의 身長과 体重의 増加趨勢에서도 엿볼 수가 있으나 아직도 児童의 発育을 均衡있게 促進하는데 不可缼한 数種의 栄養素 攝取는 極히 不良하다. 最近 農村의 姙産婦와 援乳婦 및 離乳期의 嬰幼児를 調査한 結果는 姙産婦와 援乳婦의 平均摂取量이 칼로리,티아민, 니아신, 비타민C에 있어서는 勧奨量을 超過하고 있으나비타민A, 칼슘,리보플라빈(B²)의 攝取는 勧奨量에 훨씬 未達되었다. 離乳期의 嬰幼児의 栄養素 攝取量은 모두가 不足하고 特히 動物性 蛋白質, 칼슘, 鉄分,비타민A, 비타민B²,비타민C는 勧奨量의 10 - 40%에 지나지 않었다. 다른 調査結果는 11%以下의 血色素를 가진 貪血의 頻度는 6 - 11個月의 嬰児群에서 86.7%의 高率을 보여주었다.

体重 및 身長

金®이 調査結果는 5個月未満의 嬰児에 있어서 栄養飲乏症을 불수없는 것은 充分한 量과 質의 母乳를 授乳하기 때문이나 6個月 以上의 嬰幼児에 있어서는 3%-5% 頻度로 体重値에서 栄養欠乏症을 보여주고 있다. 身長値에 있어서는 36個月~47個月 및 48個月~59個月 年수層의 幼児群에서 1.6%만이 栄養不足을 보여주고 있다. 体重値는 칼로리의 不足과, 身長値는 蛋白質의 飲乏과 関聯됨으로 農村児童은 칼로리 不足이 問題가 되나 蛋白質에 依한 飲乏症은 金®의 調査에서는 問題가 되지 않았다.

다. 産前管理

受診率 및 産前管理内容

차⁽⁸⁾의 調査에 依하면 姙産婦의 28%만이 姙娠8週內에 産前管理를 受診하였고 12 週에 이르러서야 姙産婦의 50%가 保健所를 첫訪門한 것으로 되어 있다.

다른 類似한 調査에 依하면 621名의 推定姙産婦 중 399名 (65%)만이 産前管理를 받았으나 이중에도 20%는 1回에 限하여 受診하였고 姙産婦 1人当 平均 産前管理 受診率은 2.6回에 지나지 않았다고 한다.

同調査地域内의 保健所에 登錄된 姙産婦만을 分析하여 보았을 때는 8%만이 適正水準 인 5回以上의 産前管理를 받은 것으로 나타났다.

保健開発研究院의 基礎調査는 姙娠을 経験한 女性의 72%는 姙娠期間中 어떠한 種類의 産前管理도 期待하지 않았다고 한다.

農村에 配置되고 있는 公務員인 母子保健要員이 遂行하고 있는 主要産前管理의 內容은 血圧測定과 糖蛋白尿検査와 健康相談으로 되어 있으나 1978年度 保健社会部의 糖蛋白尿検査紙의 購入予算은 全国農村의 推定姙産婦数가 40万人인데 比하여 겨우 191,350枚에 不過하며 또한 大部分의 母子保健要員이 聴診器가 없다는 것은 現在 提供되고 있는

産前管理의 質과 量的인 面에서 問題点을 안고 있는 것으로 思料된다.

라. 分娩介助

保健開発研究院의 基礎調査는 分娩의 19%가 医療専門人에 依하여 이루어졌고 나머지는 家族이나 이웃의 도움으로 分娩을 한 것으로 나타났다. 施設分娩率은 13.7%에지나지 않았고 $4\sim7\%$ 는 政府에서 供給한 分娩 같은 利用한 것으로 밝혀졌다. 参考로 1978年度 保社部의 分娩 및 購入目標量은 43.015 세에 不過하다.

龍仁地域調査는 専門人에 依한 介助率이 12.8 %이며 차의 調査는 施設介助率이 8.3 %로 나타났다.

專門人에 依한 介助와 分娩型을 使用한 케이스를 합쳐서 安全分娩이라 仮定한다면 農村의 安全分娩率을 餘有있게 推定한다 하여도 分娩全体의 25%를 넘지 않으리라 推定된다.

마. 産後管理

産後管理에 関한 資料는 거의 全無하다는 것이 올바른 見解이며 出産後 産婦가 굉장한 自覚症状에 신음않는한 病医院 出入을 않는 것이 常例라 하겠다.

바. 母子保健센터 運営実態

全国에는 現在 地方自治団体가 直営하는 9 個所의 母子保健센터가 있다. 国庫補助와 一部 地方費負担으로 設置되었으나 表 1 에서 보는 바와 같이 郡所在 센터는 病床稼動率이 매우 低調한 편이어서 運営上 問題가 있으며 그 原因은 複合的인 것으로 診察時間의限定(畫間에만 主로 診察), 要員의 頻繁한 転職 및 移動, 센터設置時 地域選定의誤謬, PR의 不足, 落後된 施設等에 基因한다고 볼 수 있다.

3. 目的 (GOAL)

経費節約型의 母子保健씨비스를 農村에 提供할 수 있는 国家戦略(National Strategy)을 啓発한다.

副次目的(INTERMEDIATE GOAL)

- 가. 現行保健医療伝達体系에서 提供되고 있는 基本的 母子保健씨비스의 不足한 部分을 拡充할 수 있는 方案을 研究하고 検討한다.
 - 나. 政府가 財政的으로 施行可能한 経費節約型의 農村母子保健센터의 模型을 開発한다.

- 다. 母子保健 家族計劃 栄養事業의 統合方案을 成案한다.
- 라. 5 次経済開発 5 個年計劃期間의 国家母子保健政策樹立에 必要한 諸般資料를 確保한다.

4. 主要目標의 設定

事業対象人口는 示範地域의 有配遇可姙女性과 姙産婦 및 嬰幼児로 하고 細部事業目標는 아래와 같이 設定한다.

細	部	事	項	対 象 人 口 年 次 目 標
一	防	接	種	
紅			渡	12個月 年令의 嬰児 対象人口의 50%
小	児	麻	痺	2, 4, 6 個月 年齢의 嬰児 리加接種까지 包含하여 対象人 디의 50 %
디	피	티(DP	T)	2,4,6個月年齡의 嬰児 上과 同一
비	씨	지(BC	G)	4週未滿의 嬰児 対象人口의 70%
成	長	計	測	6 歳未滿의 嬰幼児 対象人口의 80 % 가 全国平均数 値 以上
産	前	管	理	が象人口의 60% か 5回以上의 受診
綜合	ㅂ]	타 민 服	用	が象人口의 50% か 最小 4個 月問服用
施	設	分	娩	好子保健센터設置 4個月以後 対象地域의 総分娩의 30%
分	娩	킨 使	用	子女 1 人以下를 가진 満朔의 対象人口의 100 % 姙産婦로 家庭分娩을 願하는 者
家	族	計	劃	有配偶可姙女性 実践率 45%

5. 事業運営方針

가. 姙産婦健康管理의 家族計劃対象에 危険徵候別接近方法(RISK APPROACH)을

適用한다.

(危険徴候別接近方法의 細部内容은 附録 [을 参照)

- 나. 비타민,病理検査,紅疫予防接種,施設分娩에 所要되는 医療費의 酬価에는 所得과 不姙手術의 経歷 및 出産順位에 따라 差等制를 둔다.
 - 다. 韓国保健開発研究院의 直営下에 母子保健센터를 運営한다.
 - 라. 妣産婦에게 必要한 비타민을 支給하고 産前來所와 栄養指導를 強化한다.
- 마. 母子保健센터設置地域에서는 施設分娩을 誘導하며 其他示範地域에서는 衛生的家庭分娩을 勧奨한다.
- 바. 示範地域의 一部에 本 事業을 小規模(Pre-test)로 実施하여 事業計劃의 実現性을 検討하며 示範地域全域에 拡大実施를 対備하여 投資所要의 判断을 包含한 諸般事項을 評価한다.
- 사. 事業要員全員과 家庭健康記録簿를 活用하여 母子保健,家族計劃,栄養에 関한 써비 스를 統合하여 提供한다.
 - 아, 本 事業을 調査研究事業으로 運営하다.
- 자. 嬰幼児의 身長 및 体重은 마을健康어머니의 協助를 받아 어머니나 家族이 計測하 도록 勧奨한다.

6. 事業内訳

対象人口:嬰幼児 및 可姙女性

細部事業対象人口의 推定数: 아래의 表 2 를 参照

表 2. 地域別 嬰児 및 姙産婦의 月間推定数

			月	推 5	定 人	員	
示範地域	│ * 総人□	姙	産	婦	嬰	児	数
7. 40 20 30	4671	新規(フト)	新規十既 存姙婦(山)	分 娩 予定数	2, 4, 6 個月 의 年齢(叶)	6 ~12個 月年齢(라)	12個月 年齢(Pl)
江原道洪川郡	117, 390	261	2, 113	235	690	1,350	325
慶北軍威郡	66, 103	146	1, 190	132	389	762	127
全北沃溝郡	116, 686	259	2, 100	233	686	1, 344	224
計	300, 179	666	5, 403	600	1,765	3, 456	576

^{* 1977}年 洪川郡, 軍威郡, 沃溝郡 統計年報

事業対象地域:韓国保健開発研究院의 示範事業 3 個郡 (各郡 現况은 表 3, 4, 5)를 参照)

事業期間: 1978年9月부터 1982年8月까지

(オ) 月間 新規姙産婦数(姙娠件数):

人口 × 粗出生率 × $\frac{1}{12}$ ÷ 0.9

但 流産을 10%로 仮定

(斗) 月 姙産婦總数(新規 및 既存姙婦)

人口 × 粗出生率 × $\frac{9}{12}$

(叶) 2, 4,6個月年令斗月間嬰児推定数:

人口 × 粗出生率 × 0.98 × $\frac{1}{12}$ × 3 (但 嬰児死亡率을 40 으로 하고 嬰児死亡의 50% 가 生後 6 個月內 発生된다고 仮定)

(라) 6 個月서부터 12 個月年 우의 月間嬰児推定数:

人口 × 粗出生率 × 0.96 × $\frac{1}{12}$ × 6 (但 嬰児死亡率을 40 으로 보고 嬰児死亡이 年後半期에 主로 発生한다고 仮定)

(中) 12 個月 年令의 月間嬰児推定数:

人口 × 粗出生率 × 0.96 × $\frac{1}{12}$ (但 嬰児死亡率을 40으로 仮定)

*人口:1977年 洪川,軍威,沃溝郡,統計年報

粗出生率은 経済企劃院 統計局 人口推計의 人口 1,000 名当 24 에 依拠함.

月間新規姙産婦数는 要員이 姙産婦台帳에 新規登録하여야 되는 姙産婦数이며 梅毒検査의 対象人員이다. 이중 10 %는 流産을 하게 되어 結局 退録될 것이 予想된다.

月間姙産婦總数는 産前管理를 必要로 하는 姙産婦의 月間總数다.

月間分娩予定数는 医療人의 分娩介助 또는 分娩 같을 必要로 하는 満朔이 된 姙産婦数로 또는 月間總分娩件数로 推定할 수 있으며 B.C.G.予防接種을 必要로 하는 月間新生児数로도 볼 수 있다. 2.4.6個月의 月間嬰児推定数는 小児麻痺와 DPT 予防接種의 月間嬰児対象人口이며 6個月부터 12個月年令의 月間嬰児總数는 離乳食을 勧奨하게될 嬰児人口数이다. 12個月 年令의 月間娶児総数는 紅疫予防接種 月間娶児総数이다.

保健開発研究院이 主管하는 示範事業에 従事하는 모든 保健診療員 및 保健診療補助員은 1次保健医療의 核心인 母子保健써비스를 提供하는 中枢的 役割을 担当하여야 되며 마을健康어머니의 協助를 얻어 家庭健康記録簿를 正確히 記録하여 管理하여야 한다.

가, 嬰幼児 保健

接種薬이 流通過程에서 適切한 温度를 維持하도록 国立保健研究院으로 부터 接種薬을 KHDI 가 直接受領하여 示範地域으로 運送하는 供給体系를 推進하고 小児麻痺와 紅疫백신을 直接購入하여 示範地域内의 保健診療所 保健診療支所 保健診療分所에 配定하여 対象人口의 免疫을 増大시킨다.

- 1. 紅疫 予防接種의 酬価는 差等制를 適用하고 料金은 購入原価를 超過하지 못한다.
- 2. 家庭健康記録簿를 活用하여 接種漏落者를 索出하고 追加接種完予率을 提高하다.
- 3. 駐韓 UNICEF가 作成하고 있는 指針에 따라 栄養指導를 徹底히 履行한다.
- 4. 마을健康어머니의 協助를 얻어 新生児登録과 接種対象者를 確定시킨다.
- 5. 紅疫予防接種時에는 于先 体重을 計測한 後 接種을 받도록 誘導한다.2才 以下의 嬰幼児는 可及的 事業専担施設에 来所時 身長과 体重을 計測하여 成長과 発育을 観察토록 한다.

나. 母性保健

産前管理

- 1) 姙産婦는 初回 訪問時 血圧測定과 糖蛋白尿検査 및 体重을 計測하여야 한다. 追加 訪問時에는 高皿圧이나 浮気를 보이는 姙産婦에 限하여 尿検査를 한다.
 - 2) 姙産婦는 姙娠 初期에 梅毒 皿清検査 및 TP HA 를 한다.

採皿된 皿液은 特殊考案된 통에 保管하여 示範地域의 保健所에 運般한다. 但,洪川郡에 限하여 KHDI 直営 母子保健센터가 受領하여 検査한다.

- 3) 世界保健桟構가 勧奨하는 産前受診의 月回数를 따르도록 비타민의 服用量을姙産婦의 次回 訪問時期와 맞추어서 支給한다.
- 4) 家族計劃이 母子保健에 미치는 諸般 知識을 姙産婦에게 充分히 認識시키며保健医療 써비스를 最大로 必要로 하는 社会階層을 保護하도록 危険徵候別 接近方法을 適用한다.
- 5) 危険徵候別 接近 方法에 明示된 最大의 危険度에 該当되는 姙産婦는 発見時 依頼 하여야 한다.
- 6) 마을健康어머니는 指針書에 明示된 바와 같이 危険度가 높은 姙産婦는 早期에 把握하여 保健診療員과 保健診療補助員에게 의뢰하도록 勧誘한다.

分娩介助

- 1. 保健診療所나 保健診療支所가 管轄하는 地域에서 発生하는 分娩은 該当保健診療所의 医師나 支所의 保健診療員이 直接介助하여야 하며 遠距離 居住者로 家庭分娩을 願하는 姙産婦에게는 分娩로을 支給한다.
- 2. 分娩 및의 使用法과 使用時의 利点에 関하여 満朔이된 姙産婦와 어플 가르치도록 마을 健康員을 教育시킨다.
 - 3. 센터設置地域에 居住하는 姙産婦에게는 施設分娩을 勧誘한다.
 - 다. 母子保健센터 設置運営

目 的

- 1. 政府가 計劃하고 있는 全国保健所에 附設分娩센터를 設置하기에 앞서서 経費節約型의 母子保健센터 模型을 開発運営한다.
- 2. 保健診療補助員의 在職教育 및 마을 健康員에게 分娩 리의 使用法을 為始한 母子保健에 関한 教育을 実施한다.

設置地域:江原道 洪川郡 洪川邑

運営体系:地方自治団体와의 協議下에 韓国保健開発研究院이 直接 運営하며 센터의 要員은 韓国保健開発研究院의 職員이어야 한다.

診療時間:畫夜 年中無休

所要人力:韓国保健開発研究院所属 7人과 設置地域에 配置된 政府母子保健要員計8人(3部交代에 必要한 助産員 3人 病理検査員 1人(女子를 原則으로 한다)運転技士1人 多目的 雑役婦 1人)

要員別 職務限界

首席助産員: 센터內의 他助産員과 同一하게 母子保健에 関한 診療를 担当하는것 以外에 週末 및 月末報告의 作成을 包含한 센터運営의 諸般行政事項을 管掌한다.

平助産員: 平助産員은 아래의 事項을 担当한다. 産前診療,分娩介助,危険徴候別接近方法과 医療費差等制의 適用, 마을健康員 및 保健診療補助員의 訓練, 営養指導

病理検査員: 姙産婦 健康管理에 必要로 하는 諸般検査外에 洪川郡内 示範施設에서 依頼한 梅毒検査를 하여야 한다.

看護補助員:家庭健康記錄簿의 管理 및 病歷의 記載를 責任지며 助産員을 補佐하고 医療費의 受納을 専担한다. 診療內容은 前章에 記述된 內容과 同一한 母子保健써비스가 提供될것이나 施設分娩써 비스, 姙産婦의 梅毒検査. 保健診療補助員과 마을 健康어머니의 訓練이 다르다 할 수 있 겠다.

事前調査(Pre-test)

調査地域 및 期間

事業運営方針의 実現可能性 書調査 計 3 高 1978年 9月 1日 부터 1978年 12 月 4日 か 3 個 面 의 住民 会対象 으로 事前調査 言 実施 한다.

目的 및 調査内容

医療費差等支払制斗 危険徵候別 接近方法의 実施에 対한 住民의 受容度斗 投資所要判断을 調査期間中 12月 3日과 12月 23日의 2回에 결처 評価하여 事業運営方針의実現性을 決定한다. 母子保健센터의 運営이나 姙産婦梅毒検査는 医療器栈의国内導入에長時日間이 所要되므로 本調査에서 除外한다. 調査結果의 評価에 따라서 事業運営方針을 修正하거나 原案대로 確定하여 示範地域의 拡大実施에 臨하며 本事業에 必要한 医療薬品을 支援하여 推進한다.

事前調査(Pre -test) 地域의 總人口 및 事業対象人口는 아래와 같다.

				*							月	推	定	人	員	**
調	査	地	域	人			姙	産	婦	数			嬰	児	1	数
						新		規		規十 存姙		2, 4, 年	6個月	6個月 12個月		12個月年齢
地		方	面		9, 656		21			174			57	11	1	19
軍	į	或	面	1	4,781		33			266			87	17	0	28
浍	ļ	縣	面		9, 599		21			173			56	11	1	18
	i	計 ——		3	34, 036		75			613		2	00	39	2	15

- * 1977年 洪川郡 軍威郡 沃溝郡 統計年報
- **経済企劃院 1978年 人口推計의 粗出生率 24 에 依拠

附録I

危険徴候別 接近方法(RISK APPROACH)

어느 社会에서나 産母와 嬰幼児는 疾病이라든가 傷害 또는 死亡에 가장 虚弱한 人口階層이라는 것은 否認할 수가 없는 事実이다 그 理由는 生殖,成長,発育이라는 生体過程과 関聯하여 姙娠과 幼児期라는 特殊한 性格을 지니고 있기 때문이다. 이러한 虚弱한階層(産母 및 嬰幼児)에 있어서도 個個人의 生体構成要因이라든가 環境 또는 이두가지의複合要因으로 疾病 또는 그 並発症에 特히 걸리기 쉬운 危険度가 높은 個体가 있다. 이러한 要因들을 危険徴候群이라 부르며 個人 또는 社会環境与件에 따라 그 比重에 差異를보이며 危険徴候群의 作用은 単一要因으로 이루어지거나 또는 여러要因이 合쳐서 影響을 준다.

保健医療를 올바르게 提供하려면 虚弱한 階層 特히 危険度에 処한 사람을 가려내어 特別히 다루어야 한다. 이렇게 特別히 다루는 것은 保健医療의 貪弱한 資源을 가장 有 効適功하게 利用하고저 하기 때문이다.

危険徵候別 接近方法의 目的은 모든 사람에게 보다 나은 医療惠澤을 주려는 것으로써 이러한 医療써비스가 切実히 要請되는 사람을 優先的으로 考慮하기 為함이다.

아래의 内容은 世界保健桟構의 汎美地域事務処(PAHO)가 開発한 案을 韓国実情을 勘案하여 修正한 것으로써 可姙女性中 家族計劃 対象의 優先順位 決定과 姙産婦의 危険 徵候의 配点 基準을 設定한 것으로 母子保健事業의 効率性을 높이려 함이다.

가. 配点基準

配点対象	区 分	配点
年 令	19才以上,40才以下	4
	30才以上,39才以下	2
	20才以上,29才以下	0
子女数	5 人以上, 1 人以下	2
	2 人以上, 4 人以下	0

最終分娩과	24 個月 未満	1
今回分娩予定日		
間의 時差	24 個月 以上	0
病 歴	糖尿病, 心臟病	5
	結核 腎臓病	
	精神病	
	産科並発症	3
	週産期死亡等	
教育水準	無学	1
	文学解得	0
※血 圧	160/95 mm Hg 以上	4
	159 - 140 / 94 - 90 mm Hg	2
	139以下/89 mm Hg 以下	0
※ 尿検査	2+ 以上	2
(糖蛋白)	1+ 以下	0

※ 任産婦에 適用한다.

나. 診療依頼 基準

配点結果에 따라 아래와 같이 措置한다.

- 5点以上(上位危険度)
 医師에게 無條件 依頼한다.
- 2. 3点以上 4点以下(中位危険度) 医師의 診療을 勧奨한다.
- 3. 2点以下 (下位危険度) 保健診療員이 診療한다.

다. 診療費差等制의 適用排除

上位危険度에 配点되는 姙産婦士 差等制 適用에서 除外되어 모든 診療 및 適用医薬 薬 品이 無料로 提供된다.

附録 I

差等制実施案

가. 適用対象 (薬価 및 酬価)

紅疫予防接種

綜合비타민

施設分娩에 따른 諸般医療費

蛋白尿病理検査

- 나. 薬価는 購入価格을 医療費는 規定되 酬価를 超過하여 徴収하지 못하다.
- 다. 差等制実施内容
 - 가) 姙娠이 첫子女일 境遇

医療保護対象者 (黄色 또는 緑色카드의 所持者)로 첫子女를 姙婦에게는 綜合비타민의 支給과 尿検査와 母子保健센타 設置地域에 限하여 施設分娩을 無料로 提供하며 이로써 分娩한 첫出生児도 紅疫予防接種을 無料로 받을 수 있다.

婦人이 姙娠期間中이거나 또는 出産后 一個月內에 配偶者가 精管手術을 받았을 境遇에는 医療保護対象者가 아니더라도 姙産婦와 첫出生児가 同等한 惠沢을 받을 수 있다. 不 姙手術을 받지않았을 境遇에는 薬価나 酬価의 半額을 納入하여야 한다. 出産後 1個月內에 行한 不姙施術의 境遇에는 納入한 薬価나 医療費를 還納하여 순다.

나) 姙娠이 둘째子女일 境遇

黄色카드所特者로 둘째子女를 姙娠한 姙婦와 둘째子女는 첫째子女를 姙娠한 境遇와 같이 同等한 惠沢을 받을 수 있다. 緑色카드 所特者의 姙婦는 配遇者가 不姙手術을 適用時期에 받지 않았을 境遇에는 蛋하여 医療費의 酬価나 薬価에 있어서 半額을 減하여 納入하여야 하고 配遇者가 不姙手術을 받았을 때에는 黄色카드 所特者 姙婦와 同等의 惠沢을 받는다. 医療保護対象者가 아닌 姙婦나 둘째子女는 配遇者가 不姙手術을 받았을 때는 無料이나 그렇지 않은 境遇에는 薬価나 医療費의 全額을 納入하여야 한다.

다) 生産后 7~8週內에 産母가 卵管結紮手術을 받었을 때에는 既히 納入한 金額에서 精管手術을 適用한 境遇와 같이 全額 또는 半額을 還納하여 준다. 아래의 表는 差等制 를 要約한 것이다.

		妊	産	婦	및	出	生	児		
出生順位	不姙施	医療保護引드所持者							般	
Д 1. // Е	術有無	黄色카드	綺	원원카	드				71X	
첫째子女	有						無		料	
	無	無	*	料			酬価 5	以 講入	価格의	
돌째子女	有	無	料				無		料	
	無	無料		価 및 [酬価 5	以購入	価額의	

性 別	不 姙 施	術	種	類	適 用 時 期
男	精管手術				姙娠期間 및 出産後 1個月内
女	卵管結紮手術				出産後 7~8過内

表 1. 센터別 母子保健센터 現況

1976 年度

													100
센터명	総建坪(㎡)	建築年度	病床数	医	医 助産	療 人	看 護	其他	計	分娩件 数(年)	母性保健 相談件数		病床稼
	(111)			師	員	看護 員	補助員			数(平)	相談什致	相談什多	劉平(%)
釜山	882.5	1972	9	3	4	2	3	11	23	1,578	7,681	7,534	97.4
大邱	952.1	1971	12	1	6	1	1	3	12	2, 414	5, 337	12, 338	111.8
光 州	667.8	1975	10	2	6		3	11	22	1,520	2,369	4,605	84.4
咸 陽	482.6	1972	16		1		2	1	3	302	591	432	10.5
蔚 州	181.8	1971	5		1	-		,	1	270	1, 323	806	30.0
昌寧	171.9	1971	5		2			1	3	309	495	386	34.3
固城	165.3	1971	5		1			1	2	132	257	358	14.7
錦山	59.5	1974	3		1		1		2	131	325		24.3
大 田	99.2	1975	4	1	3	3		2	9	650	3, 317	,	90. 3

表3. 1977 年度 江原道 洪川郡面別 保健医療人数

•	人口数	人口密度	医 師 数	漢 医 数	薬 房 数
洪 川 邑	29, 301	330	5	8	11
北方面	9, 656	70	_	3	2
内 材 面	8,530	61	1	1	1
化 村 面	11,600	57	1 *	1	3
斗 村 面	7,760	. 59	1	1	2
瑞石面	10,705	51	1 *	2	2
東面	ī 10, 160	72	1 *	1	4
西面	ā 8, 295	70	1 *		2
南 面	12,892	.08	1 *	2	5
内 面	ī 8,491	20	1 *	_	2
総計	117,390	69	13 (6 *)	19	34

^{*}限地医師

表 4.

1			人		数	人		密度	医	師	数	漢	医	数	薬	房	数
軍	威	面		14,	781		20	0		2			2			4	
召	保	面		9,	438		8	6		1			2			3	
義	興	面		7,	646		18	7		1			2			4	
友	保	面		7,	418		8	3		-	-		1			2	
古	老	面		5,	969		5	8		_	-		1			2	
孝	令	面		7,	917		10	4		_	-		_			4	
缶	渓	面		7,	052		9	9		1	*		2			3	
t]1	城	面		6,	482		14	4		÷	-		1			1	
総		計		66,	103		10	9		5(1	*)		11			23	

^{*} 限地医師

表 5. 1977 年度 全羅北道 沃溝郡面別 保健医療人数

			人口	人口密度	医 師 数	漢 医 数	薬 房 数	
沃	溝	面	23, 335	409	1 *	2	3	
玉	山	面	5,842	367	_	1	1	
浍	縣	面	9, 599	239	1 *	1	2	
臨	陂	面	9,069	405	1 *	1	1	
瑞	穂	面	9, 322	370	_	1 .	1	
大	野	面	16, 902	433	1 *.	1	7	
開	井	面	8,512	499	_	_	2	
聖	山	面	7,318	263	_	_	2	
羅	浦	面	6, 934	221	_	2	. 1	
米		面	12,567	382	1 *	-	1	
島		嶼	7, 286	365	_	_	2	
総		計	116,686	354	5 (4 *)	9	23	

* 限地医師

参考文献

- 1. 金正順 外, 一部 韓国農村成人의 循環器 疾患, 移患率, 循環器 第 5 卷 5 号, 1975年 5月
- 2. 金正順外,保健学 見地에서 본 韓国人의 営養問題 保健学 論集,第14巻 第2号, 1977年
- 3. 金正順 外,韓国農村住民의 傷病様相, 서울大学校 保健大学院 疫学教室, 1977年 8月
- 4. 保健社会部, 国民 営養 調査 報告書, 1970, 1971, 1972, 1973, 1974, 1975 年度
- 5. 朴泰根, 地域社会 姙娠追跡에 依む 姙娠終結의 分析研究,延世大学校医学科 博士学位 論文,1977年
- 6. 朴弘來,金解利,農村営養調査,大韓統計協会,1977年8月
- 7. 李性寬 外, 農村住民 5의 医療必要度에 関む 研究, 予防医学会誌, 第7卷 第1号, 1974年 10月

- 8. 韓国保健開発研究院, 1976年 基礎調査 報告
- MOHSA and WHO, General Health Services Development Project, 4001, Household oriented community survey, Yongin Gun, First Draft of Report, p. 14.
- 10. MOHSA and WHO, Report on the Operations Reaearch Study on Basic Health Services in Yongin Gun, Gyeonggi Province, Republic of Korea, p. 15.
- 11. Prindle, R. A. and Gomez, C. J., Identification of Maternal Risk by the PAHO/WHO System. Washing ton, D. C., 1973 (unpublished document)
- 12. Technical Report Series 600, New Trends and Approaches in the Delivery of Maternal and Child Care in Health Services, p. 74
- 13. WHO, Draft of "Risk Approach for Matrenal and Child Health Care".

政府의 保健医療事業施策

田炳勲(保社部政策調整官)

緒 言 保健医療基盤의 拡充 医療人力 医療伝達体系 母子保健 伝染病対策 医療保護事業 및 医療保険事業 結 語

緒 言

1962年부터 始作된 3次에 걸친 経済開発計劃 동안 우리経済는 持続的인 高度成長과 発展을 거듭하여 国民所得의 劃期的인 增大와 国民生活水準의 顯著한 向上을 가져 왔으나 그동안 保健開発은 国家的 努力이 未洽하였던 結果로 아직까지 우리나라의 保健医療部門은 많은 問題点을 안고 있다.

그러나 第 4 次計劃은 그 基調로서 着実한 成長과 社会開発을 設定하고 社会開発과 衡平의 增進을 開発戦略으로 삼고있으며 5 次計劃에서는 先進国型의 経済構造와 社会開発의 本格化를 推進할 것으로 展望되고 있다. 이러한 4 次計劃의 開発戦略下에서 重要 保健政策의 目標는

첫째, 都市零細民과 農漁村에 対한 効率的 医療供給体系確立

둘째,疾病管理의 母子保健의 向上等 予防 保健活動 強化

셋째,農漁村의 基礎環境施設拡充및 産業公害浄化로 生活環境의 保存및 改善이며 保健医療基盤의 拡充,公衆保健의 管理強化 및 生活環境의 保全및 改善이 主要 政策課題이다.

保健医療基盤의 拡充

'77年末 綜合病院,病院,医院등 医療機関은 12.747個所이며 病床数는 52.421個 로서 人口 10万当 150病床이다.

그런데 医療桟関과 病床이 모든 都市地域에 偏在되어있다.

即 人口는 都市와 農村이 48.4 : 51.6 인데 医療桟関과 病床数는 都市에 72.4 %, 76 % 偏在되어있어 地域間 均衡維持를 為한 施策이 必要하게 되였다.

그리고 公私立間의 分布를 보면 80 病床 以上의 綜合病院과 20 病床 以上의 病院의 251 桟関中 191 桟関인 76 %가 私立病院이고 또한 都市에 偏在되어 있으므로 農漁村住民의 医療는 主로 公共医療桟関에 依存하고 있다.

그러나 公共医療桟関은 施設装備面에서 民間医療桟関에 比하여 極히 뒤떨어지는 実情이므로 政府는 公共医療桟関의 医療装備및 施設의 補強을 主된 政策課題로 삼게 되었다.

이를 為하여 4次計劃中에 224億원을 投入 308個所의 保健支所, 8個所의 保健所, 33個所의 市, 道立病院을 改築하고 各種医療装備를 拡充 할 計劃이며 77年엔 保健所新築1個所, 道立病院 4個所를 改築하고 801個所 保健支所에 医療装備를 補充하였다.

政府는 公共桟関의 量的 拡大를 이와 같이 推進하는 한편 既存施設의 活用度를 提高하며 浪費를 막는 등 質的改善을 図謀하고 医療酬価나 医療費上昇에 間接的으로 制動을 걸수있는 名実共히 国民이 信頼할수있는 医療桟関으로서의 役割을 다할수 있는 方案을 講究中이다.

그리하여 우선 市, 道立病院의 運営実態를 K D I 에서 精密分析検討케 하였으며 今年 8 月末에 調査結果가 나오면 同建議에 따라 市, 道立病院의 経営合理化에 対한 措置를 果敢하게 取합 計劃이다.

또한 全国的으로 均衡있는 医療供給体系을 維持하고자 医療需要가 急增하고 있는 13 個 工業団地와 医療施設이 不足한 12 個 医療脆弱地区에 大都市에 所在한 民間綜合病院 또는 医科大学附属病院의 系列病院을 誘致하고 있으며 그 財源은 政府의 長期低利의 特別政策融資金과 財政借款으로 마련,81年까지 25 個 病院 2,500 病床을 建立한 計劃이다.

그리고 企業体를 包含한 民間人에 対한 農漁村僻地病院建立을 積極誘致中에 있으며 現在 16 個 病院 666 病床의 建立이 推進中에 있다.

또한 農漁村의 医院開設者에 対한 金融税制 나의 支援策도 講究하고 있다.

政府는 모든 国民에게 保健医療를 均霑되도록 하기 為하여 人口数에 比하여 不足한 病床数를 計劃的으로 大幅 늘리고 都市에 偏在된 医療施設이 農漁村地域에도 알맞게 分散되어 地域的으로 均衡있게 配置될수 있도록 医療供給体系의 確立에 注力하고 있으며, 1991年까지 우리나라 病床總数를 77年 現在 52,000個에서 120,000個로, 病床当 人口数를 667名에서 300名 線으로 改善하여 先進国水準에 가깝게 끌어 올릴것이다.

医療人力

우리나라의 医療人力과 諸外国의 状況을 比較하여 볼때 薬師를 除外한 医療人力의 不足現状을 볼수있다. 따라서 모든 国民에게 低廉良質의 医療恵沢이 고루 돌아갈 수 있도록 하기 為한 国家政策의 円滑한 遂行을 為하여 保健人力의 適正供給은 重要한 政策課題

가 아닐수 없다.

医療人力中 中枢的 役割을 하는 医師는 77 年末 現在 18,913 名으로 医師 1人 当人口数는 1,927 名이며 16 個 医科大学이 毎年 1,200 名을 輩出하고 있다.

이들 医師中 87%가 医療施設에 従事하고 있으나 73.8%가 都市地域에 集中되어 있으며 더우기 서울과 釜山에 59%가 集中되어 있어 大都市와 他道와의 懸隔한 差異를 보이고 있다. 그리하여 農漁村에는 아직도 無医面이 尚存하고 있으며 公共医療桟関에서 医師를 確保하는데 어려움을 격고 있는 実情이다.

이러한 実情이 다른 医療人力状況에서도 나타나고 있다. 따라서 保健人力需給의 不均衡을 是正하고 人力의 浪費를 排除하고 都市偏在를 止揚하는 合理的이고 綜合的인 医療人力開発計劃樹立이 人力을 必要로 하는 事業部署인 保社部와 人力을 養成하는 教育桟関을 主管하는 文教部間의 密接한 協力으로 推進되어야 될 것이다.

政府는 우선 長期的 対策으로서 医師 1 人当 人口数量 76 年 現在 2,210 名에서 91 年에는 1,200 名으로 改善되도록 暫定目標를 設定하고 있으며 綜合的인 対策의 一部로서診療要員制度가 活発히 論議되고 있다.

短期的 対策으로서는 無医村解消策으로서 77年末現在 202個 保健所에 393名의 医師를 配置하고 있으나 1,336個 保健支所中 931個所만이 医師가 充員되어 405個所 가無医面으로 남아있어 이에 対한 解消策으로서 医師国家試験 不合格者에게 持別試験을 거쳐 2年間 義務的으로 保健所長으로 勤務토록하는 條件附医師 制度를 実施하고 76年에 115名,77年에 57名을 選抜 配置하였다.

또한 公衆保健奨学生 養成制度를 77年부터 実施한 바 이는 医科大学生에게 奨学金을 支給하고 卒業後 奨学金 支給年限에 相応하는 一定期間을 無医地域 保健支所長으로 勤務하도록 하는 制度이다.

이에 따라 77年度에는 199名의 奨学生을 選抜하였으며 이 制度에 依하여 82年까지는 無医地域은 完全 解消될 것이다.

이外에 医師의 義務的인 軍服務를 保健支所長勤務로 代替하는 制度를 講究中에 있다. 따라서 現在 인턴 또는 레지턴트를 専門医資格賦与條件으로 年 2 回 6 個月間씩 義務的 으로 無医村에 勤務토록 하는 修練医 派遣制度는 漸次 止揚할 計劃이다.

医療伝達体系

우리나라 医療伝達体系는 民間病医院 中心으로 되어 있으며 公共部門은 民間部門에 対한 補完的 機能과 予防保健事業을 主로 担当하고 있다.

이리하여 対人医療써비스 提供에 있어서 民間部門이 차지하는 比重은 매우 높으며 医薬 領域이 명확히 分業化 되지 않은 状況下에 医療 利用者의 相当数가 薬局을 利用하고 있고 漢方을 찾는 境遇도 많다.

이들 民間医療部門中에서도 가장 큰 比重을 차지하는 것은 営利를 目的으로 하는 個人 医院들로서 大部分이 都市를 中心으로 経営되고 있으므로 医療施設의 都市偏在와 桟能上 重復現状이 두드러지고 있다.

그러나 最近에 導入한 医療保護事業,医療保険制度를 通하여 医療人力과 施設間의 桟能 分担이 試図되고 있으며 公共部門과 民間部門이 相互 補充的 役割을 担当하도록 推進하고 있다.

即 医療保護制度를 効率的으로 遂行하기 為하여 住民의 生活圈과 経済圏域을 地域医療圏과 一致시켜 公共医療核関을 中心으로 全国을 56個 診療地区로 区分,診療圏을 形成하였으며 診療의 体系化를 図謀하기 為하여 保健支所→保健所→市道立病院→国立医療核関을 体系있게 相互連結하여 保健所,保健支所와 民間医院을 1次 診療核関으로 指定하여 外来患者를 担当하고 1次核関에서 治療가 어려운 入院을 要하는 難治患者는 2次診療核関인 市,道立病院과 指定民間病院에서 治療를 担当케하고 市,道立病院에서 治療 가 어려운 特殊患者는 国立医療核関에 移送治療케 함으로서 地域別 医療核関의 核能分担과 그에 따른 後送体系가 마련되여 있으나 아직 이 制度가 定着化되지 못하고 있다.

앞으로 政府는 全国民을 対象으로 医療惠沢이 均霑되고 医療의 質이 維持되고 経済的 인 우리実情에 알맞는 固有한 医療伝達体制가 마련되어야 하겠다.

'77年末 現在 医療保護 医療網은 1次桟関 2,027個 桟関,2次桟関 165個所 그리고 3次 診療 国立施設 11個所로 構成되어있다.

母子保健

1975 年度 人口센서스에 依하면 15 才以下의 人口는 全人口의 38.5 %, 母性保健의 対象人口인 15 才부터 44 才 까지의 人口는 全女性人口의 45 %가 넘고있다.

'75 年度의 嬰児死亡率은 千名当 38名,母性死亡率은 万名当 5.6名으로 先進外国에 比較하면 높은 実情에 있다.

이와같이 低位에 있는 母子保健状態를 빨리 改善하기 為하여 政府에서는 農漁村住民과 零細民을 対象으로 保健所와 保健支所에 配置된 母子保健要員을 通하여 姙娠에 関聯된 保健教育,分娩介助,嬰幼児에 対한 各種予防接種등을 実施하고 있으며 또한 全国 9 個所 의 母子保健센타에서 低所得者를 為한 分娩介助를 実施하고 있다.

政府는 81年까지 母性死亡率과 嬰児死亡率을 各々 3.0 名, 20 名으로 낮출 計劃이다.

伝染病対策

急性伝染病의 発生과 流行病을 防止하기 為하여 모든 国民에게 予防接種을 받게하며 患者가 発生하였을 때에는 隔離収容하고 周辺에 対한 消毒措置를 取하는 등 徹底한 防疫 対策을 講究하고 있어 伝染病의 発生件数는 毎年 減少趨勢를 보이고 있으며 코레라를 비 롯한 豆瘡, 페스트, 발진티프스, 재귀열은 根絶되었으나 장티프스, 디프테리아등은 아 직까지 散発的으로 発生하고 있다.

罹患率은 '72 年의 人口 10 万名当 52.7 名에서 '77 年 33.2 名으로 減少되었고 81 및 91 年까지 各々 20 名, 5.8 名으로 減少시킬 計劃이다.

慢性病인 結核에 있어 結核有病率 역시, 減少趨勢에 있으나 先進国에 比하면 아직도 높은 状態에 있다.

政府는 保健所 組織網을 通하여 検診,BCG 予防接種 治療事業을 実施하고 있으며 保健所와 保健支所에 結核管理要員을 配置,業務를 専担하고 있으며 '77年末 現在 保健所에서 153千名이 登録治療를 받고있다.

政府는 結核有病率을 '76年의 3.19名에서 81年까지 2.17名, 91年까지 0.89名 으로 낮추도록 継続 結核退治事業에 注力할 것이다.

寄生蟲感染率도 1971年에 比하면 顕著히 減少를 보이고 있는바 蛔蟲感染率의 境遇, '71年 54.9%에서 76年에 41.0%로 減少되었으나 91年까지 1.6%로 減少시킬 計劃이다. 그리고 性病의 予防事業으로서 一般国民中 身分露出을 憂慮하여 '隱匿되어있는 性病患者에 対하여 '77年末부터 全国 2.052 医療保護診療核関과 60個 性病診療所에서無料로 秘密裡에 治療토록 함으로서 性病의 伝染源除去에 注力하고 있다.

以上 公衆保健事業을 為하여 既히 言及한 것 같이 保健所 및 保健支所에 母子保健要員 및 結核管理要員이 配置되어 있고 여기 또한 家族計劃要員이 配置되어 約5,400名이 全国的으로 一線保健要員으로 該当分野에서 独立하여 地域社会保健活動을 맡고있는데 이들의 桟能을 統合하여 보다 効率的으로 活用하기 為하여 수年부터 多目的 一線 保健要員養成訓練을 始作,79年까지 끝마칠 計劃이며 80年부터 本格的으로 多目的保健要員으로서 地域予防保健事業에서 中枢的役割을 하도록 할것이다.

医療保護事業 및 医療保険事業

政府는 이 事業을 成功的으로 順調롭게 出帆함으로써 4次5個年計劃의 1次年度인 1977年은 全国民에 対한 医療保障을 為한 歷史的 起点이 되였음을 우선 強調하고 싶다.

60 年代 부터 始作한 高度経済成長策으로 経済가 量的으로 拡大되고 国民生活이 크게 向上됨에 따라 医療需要의 急增과 医療의 高級化를 招来하여 医療費가 上昇됨으로서 庶民들에 対한 医療保障策이 要請되어 政府는 生活無能者등 低所得層의 医療를 保障하기 為하여 医療保護制度를 始作하였다.

그러나 이制度는 어디까지나 国民医療保障制度의 補完的 措置로서 保険医療惠沢을 받지 못하는 低所得者의 医療를 国家가 保障해 주는것이다. 同 制度의 受惠対象者中 生活無能力者에게는 診療費의 全額을 国家가 負担하며 低所得者에게는 1次診療에 所要되는費用은 国家가 負担하고 2次診療(入院)에 所要되는費用中 30%는 国家가 負担하되70%는 先代払 後償還토록 하였다.

77年에 5,572百万원을 投入,2095千名에게 医療惠沢을 주었다. 医療実績을 보면 外来 延 4,350千名,入院 延 2,834千名이 診療惠沢을 받았고 個人別로는 平均 2.2回 医療桟関을 利用하였다.

治療対象者의 疾病을 17大 疾病別로 分類해 보면 神経系 및 感覚器, 呼吸器系, 消化

器系,皮膚 및 皮下組織의 疾患이 全体의 66.4 %를 차지하며 対象者의 大部分이 気管支炎,肺炎,盲腸炎,胃腸炎,脳膜炎,癎疾,皮膚炎등疾病을 갖고 있음이 나타났다.

医療保険事業은 従前의 示範事業을 벗어나 '77年 7月 1日부터 500人 以上의 事業場 과工業団地内事業場에 拡大実施하여 '77年末 現在 被保険者 1,199千名, 그 扶養家族 2,004千名 計 3,203千名이 保険에 加入하여 保険医療의 恵沢을 받고있다.

医療保険의 管理는 組合을 単位로 하여 経営主가 定款을 作成하여 政府의 認可를 받아 医療保険組合을 設立하도록 되어있으며 保険医療酬価와 薬価를 政府에서 制定公告 하여 이를 適用토록 되어 있다.

또한 組合은 複数의 医療桟関을 療養取扱桟関으로 指定하도록 되여 있는바, 77年末 全国 医療桟関의 67.3%에 該当하는 5,406 個所가 指定되어 各 組合은 平均 52 個 診療 桟関을 指定하고 있다.

保険給与는 療養給与, 葬祭給与, 分娩給与 3種으로 区分되며 療養給与에 있어 給与期間을 6個月以内로 限定하였으며 診療費의 一部를 被傭者와 扶養家族이 負担하도록하였다.

保険料는 被保険者와 事業主가 各々 ½씩 負担하고 있으며 被保険者의 月俸給額 및 賃金額의 3%以上 8%以內의 範囲內에서 決定하고 政府는 事務費 全額과 保険給与에所要되는 費用의 10%를 予算의 範囲內에서 補助한다. '77年 7.1 부터 처음 6個月間療養給与의 恵沢을 받은者는 実人員 1,715千名 延人員 4,649千名에 達한다.

政府는 79年에 適用対象을 300人以上의 事業場으로 拡大하고 公務員, 私立学校教職員을 包含할 計劃이며 이렇게 될 境遇 全人口의 293%에 該当하는 10.159千名이 保険医療의 惠沢을 받게 될것이다. 그리고 81年까지 医療保護対象者를 包含하여 全人口의 41%가, 91年까지는 80%가 医療惠沢을 받도록 될것이다.

結語

以上 保社部의 重要保健事業에 対해서 概略的으로 言及하였다.

그러나 附言할 必要도 없이 諸般事業의 執行過程에서 予期치 못한 問題点이 惹起되여이에 対한 対策을 講究하게 되는 境遇가 많으며 試行錯誤를 일으키거나 投資費用効果面에서 浪費를 가져오는 境遇가 全혀 없다고 할 수 없다.

그리고 保社部 幹部들이 計劃을 構想樹立하는데 必要 充分한 資料를 求하는데 어려움이 있고 또한 分析,評価,検討하는데 時間上 制約을 받는 境遇가 많다.

이러한 実情下에서 우리는 EPB 와 KDI 間의 関係와 같이 KHDI 는 保社部가 바라는 基礎保健資料作成과 保健事業에 対하여 調査研究하고 그 結果를 提供 함으로서 国家保健政策 및 保健計劃樹立에 寄與할수 있도록 現在의 桟能과 桟構가 拡張되는 것이 切実히 必要하다는 것을 強調한다.

끝으로 政府는 国民의 保健 医療問題는 모든 国民이 当然히 享有하여야 할 基本権利로서 認識하고 있으며 居住地域,経済的差異,社会的地位등에 関係없이 모든 国民에게 低廉良質의 保健医療를 提供하기 為한 保健医療써비스의 提供体制確立과 医療費 負担을 社会化하는 医療保障의 実現을 為하여 부단히 努力할것을 다짐한다.

 $\epsilon_{i} = \epsilon_{i}$

保健企画団의 役割

閔載成(KDI研究行政調整室長)

- 1. 背景 및 目的
- 2. 組織
- 3. 機能
- 4. 保健企劃団과 保健政策協議会의 役割
- 5. 重要活動

1. 背景 및 目的

韓国開発研究院 (KDI)은 우리나라의 重要政策課題를 研究하고, 国家의 戦略的인 政策決定을 돕기위한 非営利研究機関으로서 1971年3月11日 朴正熙 大統領에 의해 設立되었다. 이러한 目的을 達成하기 위해 韓国開発研究院은 전반적인 社会, 経済開発에 관련된 政策課題를 体系的으로 研究하여 国家経済開発 5個年計劃 樹立을 支援하고 政策立案에 協力하고 있다.

韓国開発研究院은 自体基金으로 運営되기 때문에 政策指向的인 研究活動에 있어 自律性과 独立性이 最大한 보장되고 있다. 그러나 韓国開発研究院은 経済企劃院과 業務上密接한 関聯을 맺고 있다.

保健企劃団 (NHS)은 韓国의 保健医療示範事業을 위한 韓,美 保健借款協定에 따라 1975年 10月에 韓国開発研究院内에 設置되었다. 保健医療示範事業은 현재 保護받지 못하고 있는 低所得 階層에게 適切한 費用으로 医療를 提供하는 革新的인 方法을 開発하는데 그 目的이 있으며, 이것은 韓国保健開発研究院 (KHDI)을 통해서 遂行하게 된다.

韓,美 協定에 의한 示範事業의 研究와 評価의 基本的인 観点은 일반적인 医療問題 보다도 주로 医療資源의 割当,物資支援方法,行政支援体系,作業分析 그리고 人力의 合理的 利用에 관계되는 問題를 取扱하도록 되어있다.

保健医療示範事業을 監督하고 調整된 保健改善効果를 向上시키기 위하여 経済企劃院 內에 保健政策協議会 (NHC)를 設置하였다. 이 保健政策協議会는 政策的인 次元에서 国民의 保健要求度와 参与에 관해서 部処間 그리고 公共 및 民間部門을 포괄해서 論議 協議한다.

保健企劃団의 役割은 政策形成建議를 위한 必要한 指標와 研究結果를 提供함으로써 保健政策協議会를 支援하고, 또 保健企劃과 国民保健向上에 보다 좋은 情報를 提供하는데 도움이될 研究活動을 支援하고 遂行하는 것이다.

이와같은 研究活動에는 현재 進行되고 있는 保健医療示範事業의 評価와 分析이 포함되며,保健部門投資의 社会,経済的 効果測定 그리고 保健医療 서비스에 있어서의 財源調達代案등이 포함된다. 保健企劃団에는 経済学者와 기타 専門家가 参与하여 効果的인 保健部門 計劃과 示範事業評価를 重要事業으로 담당하고 있다.

2. 組織

保健企劃団은 団長인 朴宗淇 博士 (韓国開発研究院 研究委員)에 의해 指揮, 統制되고 있으며 閔載成 室長이 담당하는 研究行政調整業務와 延河清室長이 담당하는 保健経済 및 資料分析業務의 2個 機能的인 組織으로 편성되고 있다. 그리고 保健企劃団 研究 및이와 関聯된 기타 業務를 支援하기 위하여 8名의 職員이 있으며 이들은 経済学,保健学,統計学 및 行政学을 専攻한 研究員들로 충원되어 있다.

3. 機能

保健企劃団의 機能은 다음과 같다.

- 1) 韓国保健開発研究院 (KHDI)에 의해 수행되는 保健医療示範事業의 評価와 分析業務를 수행한다.
- 3)経済企劃院(EPB)이나 保健政策協議会(NHC)가 요청시에는,巨視的計劃 및 政策形成에 必要한 基礎資料를 提供하기 위한 政策指向的 保健部門 研究를 수행한다.
- 4) 国家保健計劃 樹立과 관련한 国内外의 既存事業을 分析 検討하고 韓国保健開発研究院 (KHDI)에서 수행하고 있는 示範事業의 代替方案을 分析 建議한다.
- 5) 研究 및 示範事業評価 結果에 基礎하여 保健政策協議会,韓国保健開発研究院 및 経済企劃院등에 政策方向 또는 事業에 관한 建議를 準備한다. 특히 保健企劃団은 研究에서 얻어진 結果와 国家保健政策形成과 企劃에 관련한 保健医療示範事業結果를 綜合報告한다.
- 6) 政策決定者와 保健関係 指導者들을 위한 政策指向的인 保健関係 세미나를 開催한다.
- 7) 国家保健問題를 選別하고, 이러한 保健問題에 관련된 既完了된 研究事業이나 進行中인 事業에 관한 包括的인 資料分類와 資料処理室 設置에 관한 広範囲한 模型을 開発한다.
 - 8) 保健計劃部門의 国内外 学者, 研究機関 및 研究組織間의 紐帯強化를 促進한다.

4. 保健医療示範事業 遂行上의 保健企劃団(NHS), 保健政策協議会(NHC)의 役割

重要事業	保健企劃団 役割	保健政策協議会 役割
保健問題와 要求度의	1. 保健政策協議会에 分析을	1. 分析을 위한 指針書 승
評価(優先順位決定)	위한 指針 建議	્
	2. 既存資料 및 保健示範事	2. 分析結果의 審議,承認
	業에 관한 KHDI 報告書를	
	比較分析하여 NHC에 結	
	果를 報告	
	3. 国民의 保健要求度를 分析	3. 分析結果의 審議, 承認
	하여 NHC와 KHDI에 提	
	供	
	4. NHC에 保健政策과 관련된	4. 結果를 承認하고 KHDI
	세미나, 会議, 워크샵 및	에 事業遂行을 指示
t.	심포지움結果 建議	
巨視的計劃 및 政策	1. KHDI 事業과 기타機関의	1. 審議, 承認 및 建議書의
建議(KHDI 와 기	建議書를 分析 評価하고 N	関係部処 배포
타機関의 建議에 基	HC 에 提出할 報告書 準備	
礎)	2. NHS 事業計劃書号 作成하	2. NHS 事業計劃 承認
	여 NHC 에 提出	
	3. NHC 를 위한 必要한 情報	3. 研究結果 審議,承認과
	提供과 建議를 目的으로 하	建議
	는 政策指向的 研究	
KHDI 事業計劃審議	1. KHDI 事業結果의 分析評価	1. 審議,承認
	에 基礎한 KHDI事業計劃審	
	議 結果를 NHC에 報告	
KHDI 示範事業計劃	1. 만일NHC의 要請이 있으면	1. 審議, 承認
의 設計	示範事業計劃의 審議報告書	

	를 作成	
	2. 만일NHC의 要請이 있으면	2. 審議,承認
	KHDI 示範事業과 관련한	
	国内外의 事例를 調査分析	
	報告	
KHDI 示範事業의	1. KHDI 事業全般의 評価報告	1. 綜合評価 承認
施行 및 評価	書作成 資料蒐集을 위하여	
	調査活動 遂行	
	2. NHC 를 위한 KHDI 事業評	2. NHS 報告書의 審議,
	価分析斗 報告書作成 建議	承認
KHDI 事業計劃의	1. KHDI 와 既存示範事業活動	1. KHDI , NHS 및 기타
審査와 補完修正	内容 検討	示範事業報告書의 比較
		評価
	2. KHDI 事業과 유사한 国内	2. 示範事業補完 및 修正事
	外 事業등의 比較分析	項 決定

5. 重要活動(1975-1978)

가. 研究活動

- 1) KHDI 示範事業評価
 - 가) KHDI 示範事業評価를 위한 分析模型의 開発
 - 나) 費用便益分析을 통해 示範事業의 効用性 評価作業
 - 다) 示範事業의 純費用을 決定하여 示範事業의 他地域 転換可能性을 検討하고 地域社会保健所 (CHC)의 適合性을 検討하였으며, 示範事業의 総投資所要에 대한 推定作業을 実施
- 2) 既存保健統計資料의 分析 国家保健企劃 樹立에 基礎가 되는 保健指標의 蒐集과 分析
- 나. 保健政策세미나
 - 1) 1975. 12: " 第 4 次経済開発 5 個年計劃 保健企劃 및 政策 " 심포지움 실시
 - 2) 1976. 12: " 保健医療体系 및 医療資源 活用方案 "세미나 실시

3) 1977. 6: "世界의 社会保障과 医療保険의 趨勢" 워크샵 실시

다. 国家保健企劃立案作業 지원

経済企劃院과 保健社会部의 要請에 따라 第 4 次 経済開発 5 個年計劃中 保健部門計劃을 입안하기 위해 保健企劃特別委員会를 運営하여 8 차례 会合을 가졌다. 이 会議活動을 통해서 保健企劃団은 都市 및 農村의 保健医療伝達体系의 増進方案, 人力開発計劃 및 医療保険制度의 樹立方案등에 관하여 代案과 政策方向을 提示하였다.

라. 外国機関과의 協調

- 1) 保健企劃団 朴宗淇 団長은 保健医療伝達体系 및 医療保険制度의 外国事例를 研究하기 위해 1976年 11月에 美国, 유럽, 日本등지를 방문, 研究活動을 하였다.
- 2) 朴宗淇 団長은 1977年 11月 스위스 제네바에서 開催된 世界保健機構의 保健医療서비스의 財源調達方案에 관한 会議에 参席하였다.
- 3) 保健企劃団 保健経済 및 資料分析室 延河清室長과 研究行政調整室 閔載成 室長은 1977年 11月 15日에서 12月 5日까지 타일랜드의 람광과 챵마이에서 개최된 람광 保健医療示範事業의 3次 評価会에 参席하여 保健示範事業 評価方法을 討議하였다.

마. 保健企劃団 研究資料 出刊

- 1)朱鶴中,KHDI保健医療示範事業을 위한 評価模型開発(英文),保健企劃団/ KDI,1978.2
- 2) 延河清,保健医療示範事業評価를 위한 分析模型(英文),保健企劃団/KDI, 1978.2.
- James R. Jeffers, 保健企劃斗 政策立案의 経済的分析(英文), 保健企劃団 / KDI, 1976
- 4) 韓達鮮·朴宰用,病院의 診療事業管理에 대한 比較分析,保健企劃団/KDI, 1976.
- 5) 朴宗淇,韓国의 保健医療科비스의 財源調達方案(英文),保健企劃団 / KDI, 1977.
- 6)朱鶴中,韓国의 国家保健情報体系의 妥当性 研究(英文),保健企劃団 / KDI, 1977.
- 7) 朴宗淇·閔載成,韓国의 保健問題의 対策 (I), 保健企劃団 / KDI, 1977.
- 8) 朴宗淇·閔載成,韓国의 保健問題와 対策 (II),保健企劃団 / KDI,1978.

地域社会 保健要求 充足을 위한 代案과 理論的 背景

安聖圭・李啓鏞

緒 言

- 1. 保健医療問題의 課題
 - 1. 保健問題의 成案
 - 2. 保健医療費用
 - 3. 医療伝達을 위한 現体制
- Ⅱ. 全人口保護를 위한 方法論과 理論的 背景
 - 1. 基本的인 選択과 原則들
 - 2. 地域社会参与
 - 3. 새로운 保健人力
 - 4. 医療伝達体系의 再調整
- Ⅱ. 一次保健医療示範事業
 - 1. 새로운 組織整備
 - 2. 研究 및 示範事業의 企劃展望
 - 附 録

모든 国家는 -어떻게 全国民의 健康水準을 最大限 增進시킬 것인가 -하는 共通의 基本問題를 안고 있다. 이 問題는 地域社会의 要求와 期待가 変함에 따라서, 또한 政府가健康增進과 社会経済発展의 連関性을 認識하게 됨으로써 더욱 甚刻한 것으로 台頭되고 있는 것이다.

지난 数十年間 이 나라에 있어서 医学은 急速하고도 혁혁한 発展을 이룩하였다. 이것은 全般的인 科学과 基礎医学의 発達에 힘입음과 同時에 医科分野의 専門化 趨勢에도 基因하는바 크다 할 것이다. 그러나 保健医療 써비스는 우리의 変하는 社会的 要求에 부응치 못하고 있는 実情이다. 国民의 大部分은 그들이 받고 있는 医療 써비스에 対하여 満足치 못하고 있는 것이다. 그 主原因으로서는 上昇하는 費用, 增加하는 公衆의 期待,急激히 変하는 社会構造, 그리고 保健産業에 対한 国家의 非能率的인 管理等이라 볼 수 있을 것이다.

十数年안에 韓国은 그 経済構造를 後進的인 農業為主形態로 부터 産業化 形態로 바꾸는데 成功하였다. 現経済状態는 1962年度의 그것보다 10倍以上 成長하였으며 이것은 많은 社会経済的인 変化를 随伴하게 되었다. 그러나 이 過程에 있어서 主로,成長하는 産業経済와 国家安保構築이라는 命題 때문에 国家保健事業은 投資計劃에 있어서 높은優先順位를 차지하지 못하였다. 이로 因하여 韓国의 公共保健 医療施設은 낮은 水準에 머무르는 것을 免치 못하였으며 反面에 国家投資를 要하지 않은 個人営業形態의 開業医가 増加하게 된 것이다. 그러나 이제는 急速한 経済発展과 더불어 国家的인 保健要求가増加하고 있으며 不充分한 保健医療施設과 써비스에 対하여 커다란 圧力을 作用하게 되었다.

"成長", "均衡", "効率"의 概念과 함께 政府의 第 4 次 5 個年計劃은 国民의 保健医療要求를 充足시키고 또한 平等한 惠択을 모두에게 줄수 있도록 努力할 것이며, 国民의 生活水準向上과 福祉增進을 為하여 社会保障制度를 発展시키는데 重点을 둘 것이다. 保健医療를 必要한 사람들에게 迅速히 提供하기 為하여 政府는 数個의 示範的인 "低廉良質型医療伝達体制"事業을 遂行해 보기로 決定하였다.

示範計劃은 두말할 것도 없이 国民의 增加하는 期待에 부응키 위한 것이다. 그러나 이

들 示範事業을 計劃遂行하는데 있어서 一部人事의 理解欠如,事業管理者들과 行政家들의 経験不足 等에서 오는 많은 制約条件을 겪어 왔다.¹⁾

I. 保健医療問題의 課題

1. 保健問題의 成案

問題란 여러가지 形態로 나타나지만 그것들은 항상 "무엇이 어떠한가"와 "어떠할 수 있는가"라는 両者의 認識의 差異에서 発生하는 것이다. 여러가지 問題가운데서도国家가 当面하고 있는 保健問題를 正確히 診断하는 것이 우선 必要하다고 할 수 있다." 그러므로 問題自体를 成案하는 것이 管理의 重要한 要素가 되는 것이다. 保健医療状況에 있어서 問題分析을 為한 目的으로 人口特性에 基礎한 健康状態, 医療費用, 그리고 医療伝達体系 等을 考察하고저 한다.

韓国의 人口分析은 人口가 주로 젊다는것을 보여준다. 現在 人口는 3千4百6十万을 상회하며 그 半以上이 20歳以下로 構成됨을 보이고 있다. 29%가량이 20歳와 40歳 사이에 分布하며 16%이하가 40歳와 60歳, 60歳 以上은 全人口의 5.6% 정도를 약간 상회한다.

表 1. 人口의 社会経済的 特性 (1975年)

人] 特	性	都	市	農	村
年	齢	分 布	(%)	.:			
	14	歳	以下	35.2		41.2	
	60	歳	以上	4.2		7.0	
	扶	養人	口比	39.4		48.2	
教	育	程 度	(%)		1		
	文	盲 率	(%)	4.3		12.0	
	高	校卒	業率	11.7		4.0	
雇	用	状 態	(%)				
	労	動参	与 度	62.7		52.2	
	自	己就	業 率	26.5		42.1	

出産力의 경우 센서스資料에 의하면 韓国女性의 77%는 40歳以下 年齢層이며 이중의 40%정도가 可妊年齢層이다. 1975年度 센서스에 의하면 韓国農村人口는 1955年의 75.5%에서 1975年의 51.6%로 감소하였다. 減少의 主要原因은 数個 大都市로의人口流入現象이며 이로 因하여 該当 地域社会에 여러가지의 바람직하지 못한 副作用들을 超来케 되었다. 表1은 都市地域과 農村地域의 人口構成의 差異를 表示하고 있는바農村地域에서의 많은 非経済活動人口, 높은 生計依存率, 낮은 雇傭率과 教育水準을 보이고 있다.

保健医療의 観点에서 볼 때 이러한 人口分布의 状態는 젊은 年齢層의 疾病問題와 家族計劃의 必要性이 強調됨을 意味한다. 이 資料는 또한 農村地域의 人口는 어리거나 나이 많은 年齢層으로 構成되며 学歷이 낮고 따라서 그들의 保健衛生의 知識度는 매우 낮을 것으로 推測된다. 以上을 要約해 보면 人口統計学上의 資料는 保健企劃家에게 다음과 같은 여러가지의 重要한 事項들을 提示해 준다. 即 人口의 半은 젊고, 女性人口의 많은 部分이 可妊年齢層이며,全人口의 半以上이 農村地域에 살고 있으며 또 이들은 自己経営者이거나 或은 家族単位로 일하는 것이 大部分이다. 따라서 明白한 事実은 企劃家들의一次的 関心의 対象이 되어야 할 人口層은 保健医療의 需要가 가장 크다고 할 수 있는 農村地域 住民이라고 하겠다.

2. 保健医療費用

社会의 経済的 構造는 保健医療制度上 다음의 두가지 水準에서 影響을 끼친다고 보겠다. (1)서비스機関, 医療專門職, 産業分野 等을 包含하는 一般的인 組織機構의 水準,(2)消費者의 保健医療追求行態를 包含한 医療提供者와 患者間에 発生하는 特殊相互作用 等이다. 自由世界의 一員으로서 韓国은 経済的 個人主義와 自律決定性에 立却한 自由企業形態를 採択하고 있다. 專門化가 두드러진 医療界에 있어서 이러한 事実은 断切現象을 甚化시키고 大部分의 医師가 個人開業의 形態를 取하도록 하는 誘因이 되어 왔다.

韓国에는 大都市地域에 小数의 極히 優秀한 専門医와 病院施設을 保有하고 있으나 이들은 아주 制限된 人口層에 接近可能할 따름이다. 農村地域에서는 15~20%의 아픈 사람만이 病医院을 利用할 수 있는 것으로 推測된다. 나머지 患者에 있어서 45%는 그들의 一次診療를 薬房이나 薬局에서 求하고 10%는 漢房医를 利用하며 나머지 30%는

治療惠択을 받지 못하고 있는 것으로 나타났다. 이 事実은 保健開発研究院의 基礎調査에서 얻어진 結果이다.

伝統的으로 医療費用은 消費者가 直接負担하거나 或은 一部 慈善機関에 依하여 支払되어 왔다. 그러나 最近에 와서 商業保険,事業家負担 或은 社会保険形態의 支払方法이 매우 迅速히 拡大되고 있는 実情이다. 그러나 이러한 方案들이 가까운 将来에 農村地域住民들에게도 適用될 展望은 보이지 않고 있다.

韓国人의 平均 個人医療費는 14 弗로 集計되는바 이것은 美国의 490 弗과 比較할 때 크나큰 差異가 있다. 또한 医療 써비스에 投入되는 国民総生産의 比率은 韓国이 2.8 %이고 美国이 7.5 %이다. 이 数值를 1970 年의 2.5 %와 比較하면 現 增加率을 분명히 알수 있다. 実際로 韓国에서 社会保険으로 支出되는 費用은 매우 적으며 個人負担費用이 大部分을 点하고 있다.

全人口를 包含하기에는 무척 制限된 費用이 医療費로 支出되고 있으며 더구나 農村地域住民과 低所得層에 対한 対策이 欠如된 現実에서 이들을 위한 低廉良質型保健医療対策이 樹立되어야 할 必要性은 自明하다 하겠다.

3. 医療伝達을 為한 現体制

或者는 말하기를 医療伝達体系가 定立되지 않은 나라에서는 過去의 制度的인 産物에注意를 기울일 必要가 없으므로 새로운 制度를 導入하는 일이 수월할 것이라고 하기도한다. 그러나 韓国이 그런 範疇의 国家라고 볼 수 없다. 사실 施設, 人力, 그리고 나름대로의 오랜 医療歷史가 存在해 오고 있는 것이다. 西欧医学이 1875 年頃 처음 導入되었고 小規模의 病医院들이 20世紀 初葉부터 建立되기 始作하였다. 그 以後 韓国의医療는 独立後 오늘날까지 継続 꾸준한 発展을 해온 것이다.

그러나 韓国動乱 (1950-53)으로 既存 施設의 70%는 파괴되었으며 많은 医療人力도 損傷되었다. 戦後 政府는 医師,看護員,医療技術者 養成計劃을 推進하였으며 이와 함께 医療의 私企業部門이 急速히 発展하게 되었다. 오늘날 韓国의 保健医療는 公衆保健 서비스,病院,個人開業医 等 3가지 形態로 提供된다.

医療施設을 보면 全国的으로 12,800 個所의 施設이 있는 것으로 集計되지만 그중 綜合病院은 43 個所이며 全国을 通하여 151 個의 病院이 있을 뿐이다.

表 2. 病院 및 病床数 (1973)

病	院	및	病 床	数	上 率
全	体	病	院	6, 171	100.0 %
	公	共		62	0. 1
	個	人		6, 109	99.9
	(医	院級)	(5,994)	(97.1)
全	体	病	床	40,719	100.0 %
	公	共		11,005	27.0
	個	人		29,814	73.0
	(医	院級)	(18, 280)	(44.9)

註: 人口 10,000 名当 病床数

韓国: 12.2 美国: 74.4

6.100 個所 以上이 医院으로 分類되며 198 個의 保健所가 있다. 表 2 에서 보는 바와 같이 私設 病床이 全体의 73 %를 차지한다. 그 分布를 보면 大都市에의 遍在가 지극히 甚한 것을 알수 있다. 예컨데 서울과 釜山이 全体 184 個 病院中 80 個를 保有하며 6.125 医院中 2.988 個所가 두곳에 모여 있다. 事実 両大 都市에 全人口의 27 %가량이 살고 있음에 対하여 医療施設은 全体의 50 %정도가 集中되어 있음을 살펴볼 수 있다. 医師의 数와 分布에 있어서도 大同小異한 現状을 볼 수 있는데 実際로 農村地域社会에는 13 %의 医師와 17 %의 医療施設이 分布하고 있다.

따라서 医療人力을 늘리고 그들의 分布를 調整하며 技術을 가진 類似医療人力을 訓練 確保하는 計劃이 必要함은 두말할 必要조차 없다.

保健診療를 為한 施設과 人力의 不足外에도 保健伝達体系를 위한 現 制度的인 組織構造自体가 非効率的이고 不公平하다고 볼 수 있다. 医療部門内部의 重複, 마찰,競争等의問題와 施設과 서비스의 混合에서 오는 大衆의 要求를 外面한 意思決定 等이 典型的인症 状으로서 向上된 管理를 為한 努力이 甚刻히 要求되는 事項들이다. 다시 말하면 現在의 医療伝達体系로서는 医療要求와 資源分配가 明確히 調整된 統合的인 体系運営이 困難하다고 할 수 있다.

Ⅱ. 全人口保護를 為한 方法論과 理論的인 背景

1. 基本的인 選択과 原則들

上記한 바와같이 巨大한 医療要求에 비하여 이를 充足시켜야할 資源이 韓国에는 限定되어 있다는 것이 主眼点이다. 問題의 核心은 財政的 資源의 不充分한 供給,訓練된 人力의 不足 및 可用資源의 非能率的인 分布라 할 것이다.

당초 国家의 経済가 発展하면 漸進的으로 現在 形態의 政府提供서비스가 拡充될 것으로 展望되었다. 其間 政府는 保健과 其他 部門에 制限된 資源을 投入해 왔으나 그러한 期待는 実現되지 않았다. 産業化된 国家들의 오래된 類型에 바탕을 둔 써비스의 形態는 現代化된 分野나 그러한 써비스가 提供되게끔 政治的인 影響이 強하게 作用된 分散된 小数의 分野를 除外하고는 別로 拡散되지 않았다.

이 問題를 解決키 為하여 経済企劃家 및 保健専門家들은 落後된 農村地域社会의 住民健康을 向上시키려는 住民 스스로의 努力을 돕는 方案을 모색하게 되었다. 그들은 地域社会 自体 內部에 使用되지 않은 可用資源이 상당히 있음을 알고 있다. 만약 地域社会가環境을 改善하고,疾病을 予防하며,一線 保健医療에 保健要員이 공헌하도록 動員된다면 地域社会의 保健樣相은 많이 달라질 수 있을 것이다. 그러므로 地域社会保健活動이 小数의 惠択받은 사람들이외의 階層에도 不足한 資源과 医療써비스를 提供해 줄 수 있는 関鍵이 되고 있다.

케네스·뉴웰 (Kenneth Newell)은 이러한 思考를 整理하여 地域社会医学과 基礎保健써비스 그리고 地域社会保健과 一次 保健医療를 聯関시킨 等式을 提示하였다. 그는 結論지어 말하기를 住民健康을 向上시키려 한다면 一次医療를 提供하는데 地域社会 自体가参与하여야 한다고 하였다. 이런 形態의 事業을 通해서만 가난한 사람의 健康과 貧困自体가 解決될 수 있는 것이다. 地域社会保健이란 값비싼 医療에 対한 훌륭한 代案이 될수있기 때문에 近来에 이르러 커다란 関心事가 되어온 것이 事実이다. 다시 말해서 地域社会保健이란 診療機会가 주어지지 않을 사람들에게 向上된 健康을 維持토록 해줄수 있는 훌륭한 手段이 될것으로 믿어지는 것이다."

유니세 / 世界保健機構 共同委員会가 保健政策에 関하여 提出한 建議書을 보면 広範囲

한 一次保健医療를 達成하기 為하여 保健써비스를 再定立,発展시키는데 適用될 原則은 다음과 같다고 하였다.

- 가. 一次保健医療 써비스는 全体社会開発의 一環으로 생각되어야 하며 社会経済発展과 保健計劃과의 相互作用이 考慮되어야 한다.
- 나. 確固한 政策,優先順位,그리고 計劃等이 提案된 一次医療써비스를 為하여 定立 되어야 한다.
- 다. 一次保健医療水準을 支援하기 為하여 保健医療分野가 새로운 方向感覚을 갖도록 하여야 한다. (患者 後送,訓練,諮問,監督,物資支援 等에 있어서)
- 라. 地域社会가 計劃樹立,人的 構成,地域의 一次保健医療制度의 運営,其他 支援事業에 直接 参与토록 할것.
- 마. 一次保健医療要員은 地域社会 自体가 選抜토록 하거나 적어도 協議는 거치도록 할 것.
- 바. 事業遂行에 있어서는 다음 事項들이 特히 強調되어야 한다. (1)疾病予防方法,(2) 保健 및 営養教育,(3)母子保健의 必要性,(4)保健医療技術의 単純形態의 活用,(5) 多少 伝統的인 医療形態와의 聯関性 및 伝統医療人의 活用,(6)文化的 慣行의 尊重 및 保健과 地域社会発展의 要求에 대한 認識.⁸⁾

上記 原則들은 地域社会의 特性에 맞게끔 導入되기 為하여 充分히 그리고 深刻히 考慮되어야 할 事項들이다. 이러한 点들을 考慮하여 韓国保健開発研究院主管의 示範保健事業에서는 地域社会参与의 概念과 方案, 새로운 保健人力, 保健医療伝達体系의 方向再調整 등이 農村地域社会의 一次保健医療伝達을 為하여 充分히 強調되었다.

2. 地域社会参与

무엇보다도 먼저 本 研究院은 伝統的으로 少数의 여유있는 사람들에게만 惠択을 주는 治療中心의 事業으로 부터 大多数人들의 健康状態를 改善시키기 위하여 資源을 転用시켜 야 할 必要性을 認識하게 되었다.

一次保健医療의 根本的인 構成要素의 하나로서 特히 強調된 것은 地域社会参与와 自給 自立의 理念이다. 이것을 達成하기 위해서는 地域社会開発委員会같은 組織을 活用함으 로써 自助精神을 鼓吹시키는 것이 좋은 方案이 된다. 이 委員会들은 보통 마을의 指導者 들로 構成되며 그들이 地域社会의 保健問題를 導出하고 이 問題들을 解決하기 為하여 計劃을 樹立執行하므로써 全住民의 福祉를 増進할 수 있는 것이다.

그러나 健康增進만이 唯一한 目的은 아닌 것이다. 農村地域住民이 委員会를 構成 活用 토록 하는 또 하나의 重要한 附加的인 目的은 그들 스스로의 努力에 依하여, 그들이 이미 가지고 있는 資源을 活用하여 그들의 健康增進을 達成할 수 있음을 体験케 하므로써 그러한 可能性을 地域社会의 다른 問題解決에도 応用할 수 있는 能力을 키워줄 수 있다는 것이다. 다시 말하면 地域社会組織이 保健問題의 解決뿐만 아니라 다른 綜合的인 地域社会의 発展能力에 있어서도 重要한 役割을 遂行할 수 있다는 것을 意味한다. 이 委員会의 重要한 任務는 住民의 啓蒙,資源의 動員,保健教育,特定疾患의 予防活動 組織,相互協力体制의 強化 그리고 地域社会保健要員의 勤務意慾 鼓吹등이 될 것이다.

3.새로운 保健人力

第四次 経済開発五個年計劃에 依하면,農村地域住民에 対한 医療써비스를 拡充하기為하여 計劃期間中 保健所와 保健支所를 強化하므로써 農村住民의 1次診療를 提供할 수 있도록 한다고 되어 있다. 그러나 保健所와 保健支所가 住民의 一次医療를 担当하는데 있어 가장 큰 障碍要素는 単純한 活動을 遂行할 開発된 人力의 不足이다. 一但 地域的으로 一次保健医療의 優先順位와 事業範囲가 定해지면 選抜된 地域人이 明確히 規定된 그들의 任務를 遂行할 수 있도록 訓練되어야 한다. 선발된 地域人들이 訓練받는 곳은 그들이 活動할 地域社会에서 가까우면 가까울수록 좋을 것이다. 新規訓練에 附加하여 補修教育과 指導監督이 그들의 技術能力을 向上시키기 위하여 継続的으로 必要하다.

地域社会要員이라 불리는 이들은 그들이 감당할 수 없는 患者의 後送,技術知識의 習得,物資支援 및業務指揮를 받기 為하여 国家保健事業体系와 緊密한 紐帯関係를 維持하여야 한다. 大部分의 国家들이 이려한 連繫任務를 遂行케 하도록 補助者를 使用하는데이 補助者들의 役割은 大部分 保健支所에 駐在하는 補助看護員들에게 맡겨지고 있다. 医療要求가 刺戟되어 일깨워지기 시작하면 이것은 끊임없이 增加하게 마련이다. 이러한 医療要求를 充足시키기 為해서는 오직 두가지 方法이 있을 뿐이다. 첫째,保健社会部의 支援을 받아 医師를 増員하는 겉인데 이것은 다만 制限된 範囲에서 解決可能한 겉이다. 둘째로는 一次医療써비스의 効率性을 높이고 医科大学在学生을 地域社会에 露出 시키므로

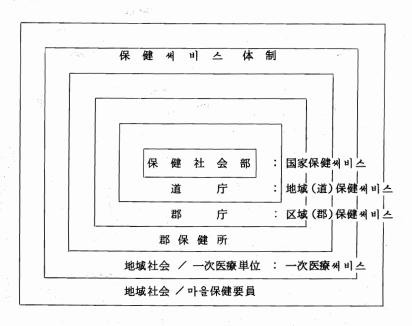
써 将来 病院医療와 地域社会保健을 連関시킬수 있는 能力을 가지도록 하며 伝統的인 医療技術을 가진 補助医療人들을 積極 活用하는 길이다.

이 接近方案은 医療界나 地域社会 両者에 共히 새로운 概念으로 볼수있다. 本 研究院의 事業은 새로운 形態의 医療補助者를 試験하고 있다. 이 새로운 医療補助者의 任務는 地域住民들에게 保健,予防治療,家族計劃 等에 関하여 教育을 시킬수 있는 能力도 갖추어야 한다. 医療補助者들의 訓練에 있어서 重要한 事項은 理論的인 背景보다는 職務遂行能力이 強調되어야 한다는 事実이다. 또한 그들에게는 끊임없는 動機助成을 시킬 必要가 있으며 再教育이 実施되어야 한다.

4. 医療伝達体系의 再調整

保健行政家가 당면한 딜렘마는 지금까지 開発된 行政技術이 効率性을 提高하는 専門技術일 뿐이고 綜合性과 社会的 効用性에 必要한 技術은 開発되지 못하고 있다는 点이다." 우리는 지금까지 懸隔히 発達된 治療医学을 大衆의 保健医療를 為하여 使用하는데 失敗한 것이 事実이다. 더우기 既存의 体制는 地域社会의 発展的인 変化를 考慮해본 바가 없으며 또한 그 発展의 速度와 歩調를 맞출 길이 없었다.

最近 一次保健医療라는 새로운 概念과 接近方法의 導入에 依하여 地域社会의 変化를



効果的으로 考慮하게 되었다. 그러나 마을과 地域社会 水準에서의 効果的인 一次保健医療의 提供을 為해서는 既存 保健医療体系를 모든 水準에서의 綜合的인 接近方案을 設定할 수 있도록 両調整하고 拡張하여야 할 것이다. 이러한 概念은 在来式 方途로 一次保健医療에 活用하기에는 너무 複雜하고 費用이 많이 드는 発達된 医療技術을 地域社会의 全住民에게 고루 惠択이 돌아갈 수 있도록 他分野에 있어서도 一次保健医療 써비스의 発展을 為하여 支援하여야 한다는 理論에 根據한 것이다.

이들 保健医療 써비스体制의 本質的인 性格은 그들의 計劃과 運営은 地方単位에 分散되어야 함을 뜻하고 있다. 그러므로 里洞単位의 体制는 始初에 変形되어야 할 것이며 그다음 서서히 郡,道単位의 既存体制에 拡散,浸透되어야 할 것이다. 흔히 보는 問題로서財政,人力,報酬,奨励費,補給,事業指揮,評価等에 있어서 새로운 体制를 遂行하기에 適当치 못하고 매우 不充分한 現象을 発見하게 된다. 새로운 制度가 成熟되어감에 따라 郡,道単位의 医療伝達体系가 (公共이건 私設이건) 地域単位 (郡,道) 및 国家水準의 事業計劃作成에 参与토록 하는 것이 매우 重要하게 되는 것이다.

이들 各水準의 保健組織体系는 企劃時 主要産出指標로서 (1)全人口層을 망라할 程度로充分한 保健網의 拡充,(2)保健診療의 質的인 向上,(3)消費者의 参与와 満足 等이 強調되어야 한다. 重要한 慣句는 "妥当性"이라는 말이다. 即,保健診療 및 保健人力의 統合的인 発展이 人口의 保健要求와 需要에 妥当한가 하는 것이다.

Ⅲ. 一次保健医療示範事業

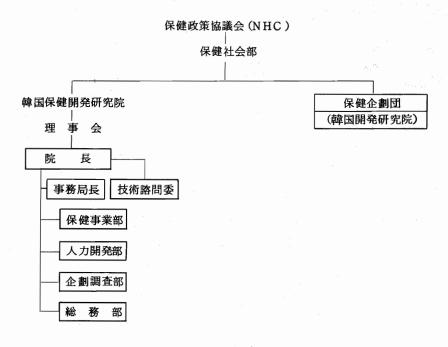
1. 새로운 組織整備

国家의 主要保健問題를 解決하기 위하여 政府의 第 4 次経済開発計劃의 保健部門에서는 다음과 같은 目標가 設定되었다. (1)低廉良質型 医療伝達体制의 発展을 通む 保健医療 州비스의 地域的인 分布改善,(2)医療教育機関의 拡充과 向上을 通む 医療人力 供給의 確保,(3)上水道,下水道,公害対策等의 拡張과 改善을 包含한 公衆保健과 衛生 州비스의 強化等이다.

이 計劃은 個人治療가 蔓延된 体制와 聯関하여 特히 一次医療가 予防医学에 強한 力 点을 두고 있다. 그러나 保健要求度 測定,投資機会의 確認,国内 및 国外資金에 依한 計劃作成 等에 있어서의 公式節次의 欠如, 또한 単純히 病院과 医師를 늘리는 것 以上의 保健医療 自体의 複雜性 때문에 모든 사람에게 充分한 医療를 保障할 수 있는 医療伝達 体系의 変化가 具体的으로 일어나야 할 것이다.

保健医療의 複雜性을 勘案할 때 그러한 変化는 누구 한 사람에 依하여 일어날 수 없다. 万能의 管理者나 行政家란 있을수 없으며 더우기 自己가 取할 여러가지 行動의 結果를 正確히 予測할 수 있는 万能의 研究家도 있을수 없다. 다시 말하면 "그것은 이렇게 될 것이다"라는 表現을 할 수 있는 權能者는 없다는 이야기가 된다. 사실 그 어느 곳에도 어느 때에도 保健医療를 理想的으로 提供하는 方法은 없다. 그러나 保健医療要求를 充足시키기 위하여 資源을 割当함에 있어 政治家,企劃家,大衆이 大体로 合意決定할 수 있는 選択案들은 있게 마련이다. 더우기 体制発展이나 既存制度의 有利한 変化란 大部分의 管理者나 行政家에게는 생소한 分野인 것이다. 그러므로 確実한 執行을 保障하기 為하여새로운 戦略이 提示된다. 即 그러한 向上을 期하기 위해서는 特別 機構가 設置되어야 하며 또한 通常的인 方法의 既存 体制와는 달리 運営되어야 한다는 것이다.

이러한 制約条件들을 克服하고 最大 効率的으로 開発目標를 達成하기 위하여 韓国政府는 하나의 革新的인 方案을 導入하였다. 経済企劃院과 다른 有関部署의 協力으로 政府의 調整,企劃,資源分配 決定,計劃執行 等에 있어 効果的인 討議의 広場을 마련키 위하여



保健政策協議会 (National Health Council)가 発足되었다. 또한 이 組織의 機能을 遂行키 위하여 保健企劃団이 構成되었다 (National Health Secretariat). 経済専門家, 企劃家, 기타 社会分野専門家들이 参与한 이 組織은 効果的인 多分野企劃과 評価에 있어 포諦가 된다.

政府의 低廉良質型 医療伝達体系에 対한 強한 熱望과 함께 半自律機関인 韓国保健開発研究院이 発足되어 그 一次的인 任務로서 現地示範事業이 効果的으로 企劃,執行,評価되도록 뒷받침하는 機能이 부여되었다. 이 現地 示範事業은 모든 地域社会住民 特司 低所得階層의 医療要求를 充足시킬 수 있는 医療体系 및 一次医療伝達体系를 発足시키기 위하여 考案되었다. 이 새로운 組織機関은 示範事業을 成功的으로 企劃하고, 遂行하며評価하는데 있어 매우 必要하며 그 示範事業에서 얻어지는 結果를 国家開発政策과 企劃過程에 反映시키도록 하는 役割을 한다.

2. 研究 및 示範事業의 企劃

保健開発研究院이 遂行하는 示範事業은 새로운 方法과 過程의 受容性을 提高시키며, 保健医療의 더욱 効果的인 生産과 伝達方法을 導入하며,伝統的인 住民의 態度와 行動에 影響을 끼칠수 있다. 그러나 応用될수 있는 医療伝達体系를 例示하기 이전에 일련의 準 備過程이 遂行되어야 할 것이다.

示範事業計劃은 (1)問題의 定義,需要의 測定,優先目標의 決定,(2)可用資源의 確認, 既存体制의 研究로 그 効果度와 効率性을 測定하며 그로부터 明白한 既存制度의 不充分 性을 導出하며,(3)目的을 達成키 위한 事業計劃을 樹立하는 過程에 있어 많은 努力과 研 究가 必要하다. 保健開発研究院은 1976 年 設立되어 数個의 五個年示範事業의 遂行을 為하여 事業組織,資源提供,人力充員을 함으로써(1)現保健医療需要. 事業內容, 機 会 等을 測定하며,(2)戦略,示範事業計劃,特別運営計劃을 作成토록 한다. 研究院은그 의 첫 運営課題로서 低廉良質型 医療示範事業의 企劃을 為한 資料를 얻기 위하여 韓国 및 関係 国家에서 進行中인 或은 完了된 地域社会基礎保健事業들을 評価하는 作業을 始 作하였다. 또한 人力活用研究에도 主眼点을 두었다.

그러나 一次保健医療伝達事業에 있어서 資料의 蒐集,分析,適用等은 아직 実験段階 를 못벗어나고 있으므로 事業의 初期段階에서 要求되는 情報는 반드시 複雜해야 될 것으로는 보지 않는다. 即 우선 単純한 測定値는 그것이 記録되고, 有意하고 適用可能하다면 그것은 蒐集되고 使用되었다. (研究院에 依하여 初期에 蒐集된 情報는 附録1에 収録되어 있음) 이들 情報는 研究院이 問題를 定義하고 需要를 測定하며,資源調査를施行하고 既存 情報資料体制를 適切히 活用하며,資源要求度를 測定할 수 있는 方法을 더욱 発展시키는 基礎가 되기에 充分한 것으로 보여진다.

다음 過程은 三個郡이 包含되는 示範地域의 低所得層을 主対象으로 한 低廉良質型 医療伝達体系를 開発키 위하여 事業을 計劃,着手,管理하는 일이었다. 이 새로운 医療伝達体系는 統合된 一次保健医療를 提供키 위한 것이며 母子保健,家族計劃,営養,家族保健教育 等에 優先順位가 주어지는 것이다. 研究院은 이들 示範事業에 있어서,(1)報告評価体制가 確実하며,(2)能動的인 地域社会의 参与와 支援이 있으며,(3)予防,增進 및治療的인 要素가 適切히 強調되어 있음을 確認할 責任을 진다.

現地示範事業은 다음과 같은 要求事項을 示顕하도록 組織되었다.

- (1) 地域社会水準에 있어서 特殊対象人口集団을 設定하고 그 対象集団内에서도 特制 パ高危険 パ階層에 力点을 둘 必要性
- (2) 마을단위에서 써비스를 提供하는 努力을 特히 기울일 必要性
- (3) 解決되어야할 保健問題와 関聯하여 保健医療施設과 医療人力을 活用하는 妥当性
- (4) 保健教育과 予防医学的方法에 더 많은 強調를 하여야 할 必要性
- (5)保健医療伝達体系에 있어서 公共, 個人 両部門을 共히 参与시켜야 할 必要性
- (6)保健씨비스伝達을 組織하고 財政的支援을 하기 위한 새로운 代案을 試験할 必要性

展望

微視水準의 研究로부터 選定된 示範事業으로 옮겨간 다음 政府에 依한 全般的인 適用施行으로 移行하는 것이 바람직하다고 経験있는 保健専門家에 依하여 假定되었다. 그러

한 経過에 있어 示範事業의 모든 理論的인 背景은 어떤 提案된 運営過程이 바람직한가를 試験하는데 있다.

그러나 나라마다 그 保健医療制度가 各己 다르듯이 各 나라는 그들 自身의 実情에 맞는,適用할 수 있는 保健医療体制를 為한 戦略을 開発하여야 한다. 国家医療保健努力의 두가지 큰 目的은 첫째 低廉良質型이며 統合的인 医療伝達体系를 企劃,遂行,評価할 수 있는 能力을 確立하고 둘째 他地域에도 適用施行할 수 있는 低廉良質型의 統合的 医療伝達体系를 成功的으로 示顕하는 것이다.

이러한 目的을 達成하기 위하여 韓国保健開発研究院이 設置되었다. 그러나 이 目的이 이루어지기 전에 몇가지 問題가 解決되어야 한다. 即 保健医療 써비스를 為한 示範事業을 管理,調整,財政支援하고 評価하는 方法論이다. 克服해야할 主要 障碍要素로서는 研究 및 示範計劃을 組織,考案,試験하는데 있어서의 知識의 不足,既存 政府事業機関과 研究示範事業과의 聯関性을 맺는 問題,運営財源을 얻는 問題,事業의 比較分析을為한 比較 資料를 蒐集하는 問題,示範事業으로부터 実地適用問題,地域社会의 支援과 써비스의 活用을 다짐하는 問題 등이다.

이들 克服되어야 할 많은 障碍要因에도 不拘하고 五個年 事業計劃이 끝나는 年度에 研究院은 다음과 같은 結果를 얻을 수 있을 것으로 期待된다.

- (1) 큰 財政的負担을 増加시킵없이 低所得層에게 向上된 保健医療를 提供할 수 있는 새로운 制度와 方法을 開発할 것이다.
- (2) 示範保健事業으로 부터 얻어지는 結果에 依하여 低所得層을 더욱 잘 保護할 수 있는 国家保健政策과 計劃이 開発될 것이다.
- (3) 保健専門人力을 더욱 効率的으로 活用할 수 있는 制度가 開発될 것이며 一次保健 医療分野에 있어 더한층 経験을 쌓는 機会가 賦与될 것이다.
- (4) 示範事業의 遂行에 依하여 50万名의 住民이 直接的으로 改善된 保健医療 씨비스를 받게될 것이다.

韓国에 있어서 全国民을 為한 効果的인 医療制度를 施行할 수 있는 段階에 到達하기 위해서는 가야할 길이 매우 멀다고 보겠다. 그러므로 研究院은 保健分野에 있어서의 여러 専門分野同僚들의 協調를 얻어 全国民에게 効果的인 保健医療를 提供할 수 있는 그 時点이 오기까지 最善을 다할 것이다.

企劃에 必要한 情報의 最小要素

- (1)人口의 크기와 特性 年齢 및 性別 分布 地理的 分布 交通 및 郵便手段 教育程度 社会経済的 水準 医療保険 加入率
- (2) 健康状態斗 問題点 罹患 및 無能率 生産率 疾病様相 上水,下水 및 汚物処理状態 住宅条件 및 食品保全機器
- (3) 人的資源 年齡 -性別分布 事業의 形態斗 位置
- (4)物的資源과 組織 地理的分布 診断 및 治療州비스 組織関係 및 移送体系
- (5) 財政的 資源 所得의 地域的 差異 開発을 為한 投資 保健医療費用 保健予算

現予算対 開発予算比

(6) 씨비스 統計

人口의 保護率과 特性

活用度:

1人当 年間医師訪問回数病院入院 및 入院日数

1出生当 産前 및 児童健康室 訪問回数

類型別 助産数

써비스費用 및 支払財源

- Health Sector Task Group, Health Sector Plan of the Fourth Five Year Economic Development Plan, Seoul: Ministry of Health and Social Affairs, 1977
- 2) World Health Organization, Modern Management Methods and the Organization of Health Services, Geneva: 1974
- Chong Kee Park, Financing Health Care Services in Korea, Seoul: Korea
 Development Institute, 1977
- 4) Andrew C. Twaddle and Richard M. Hessler, A Sociology of Health, St. Louis: C. V. Mosby Company, 1977
- 5) Jung Huh, et al. A Study on Medical Care Expenditures, Seoul: The Ministry of Health and Social Affairs, 1972
- 6) D.M. Pitcairn and D. Flahault, The Medical Assistant, Geneva: World Health Organization, 1974
- 7) Kenneth Newell, ed.,: Health By the People, Geneva: World Health Organization, 1975
- 8) V. Djukanovic and E. P. Mach, ed., Alternative Approaches to Meeting Basic Health Needs in Developing Countries, Geneva: World Health Organization, 1975
- 9) Morris Scaefer, Administration of Environmental Health Programmes, Geneva: World Health Organization, 1974