

農村地域의 醫療要求와 醫療供給에 관한 研究

宋 建 鏞

Need for and Supply of Primary Care in Rural Areas

Kun-Yong Song

目 次

I. 緒 論	나. 調査內容
II. 醫療要求의 定義	다. 調査方法
가. 醫療要求의 理論	IV. 調査結果
나. 實際的 醫療要求	V. 醫療供給計劃
III. 資料蒐集	IV. 結 論
가. 標 本	英文要約

I. 緒 論

生存의 三大要素는 衣·食·住이다. 살기 위하여 최소한도 입고, 먹어야 하고 거처가 마련되어야 한다. 여기에 하나 더 첨가해야 될 第四要素로서 保健醫療가 있다.

한 生命은 잉태에서 사망에 이르기까지 무수한 傷病의 위협을 받는다. 疾病의 위협, 罹患에 의한 苦痛·無能力·障害 그리고 죽음의 위협 등을 겪으며, 사람은 이들을 적절한 豫防과 治療로서 계속적 건강유지, 위험요인의 제거, 고통의 제거, 機能의 回復, 품위를 갖춘 죽음 등으로 해결한다.¹⁾

그러나 이러한 基本的 要求는 모든 사람에게 充足되지 않고 있다. 醫療費를 지불할 수 있는 사람(慈善의 혜택으로 치료받는 사람 포함)만이 醫療서비스에 接近(access)할 權利를 享有한다.

世界保健機構는 서기 2,000년까지 「모든 사람에게 健康」²⁾이란 슬로건을 내걸고, 모든 사

1) Klein, R., NHS Expenditure: "Turning Figures into Facts," British Medical Journal, 1, 856-857, 1977.

2) World Health Organization, "The Alma-Ata Conference on Primary Health Care," WHO Chronicle, 32: 409-430, 1978.

람에게 적절한 保健醫療서비스의 供給을 제창하고 있다. 우리나라도 醫療均霑을 위한 획기적 施策을 시행하고 있다. 醫療保險, 醫療保護, 그리고 農漁村地域의 醫療供給 擴大案 등은 서기 2,000년 이전에 전국민의 95%에게 醫療保障을 목적으로 시행되고 있다.

그러나 사업계획, 시행, 평가 등 一連의 過程을 效率化하기 위하여 먼저 「醫療要求」 자체에 대한 객관적 검토가 필요하다. 전국민의 食生活保障을 위해 필요한 糧穀의 量이 그 供給計劃을 세우기 전에 결정된다. 모든 국민의 健康을 위한 醫療均霑 施策도 국민의 醫療要求에 기초를 두어 계획되고, 사업의 진행과정 역시 醫療要求 對比 供給比率 즉, 充足率로 평가되어야 한다. 그러므로 醫療要求(health need)는 保健政策 수립, 시행, 평가 등을 위한 가장 基礎的 資料가 되는 것이다.

그러나 “의료요구가 무엇인가?” “그 양은 얼마나 되는가?” 등을 測定할 基準이나 尺度에 대한 定說이 없다. 어려움이 너무 많기 때문이다. 의료요구량은 어마어마하게 큰데, 이의 充足은 극히 미미하다고 보고, 의료요구 자체를 외면해 버리는 경우도 있다.

의료요구에 관한 氷山理論³⁾에 의하면, 빙산의 큰 덩어리를 의료요구로, 水面 위에 떠오른 氷山の 一角은 실제로 醫療를 이용한 부분으로 비유한다. 물속에 잠긴 거대한 부분은 未充足醫療로 보는 것이다.

1980年代는 福祉社會 建設을 목표로 하고 있고, 「모든 국민에게 醫療均霑」을 보건정책의 至上目標로 삼고 사업을 추진하고 있는 現時點에서, 의료공급상 취약지역으로 고려되고 그 供給의 擴大에 높은 優先順位를 두고 있는 농촌지역의 醫療要求와 그 要求에 기초를 둔 供給計劃에 spotlight를 비추어 보는 것은 현실적으로 意義있는 것이다.

II. 醫療要求의 定義

가. 醫療要求의 理論

醫療要求는 흔히 顯示需要(expressed demand)와 未充足要求(unmet need)를 합한 概念으로 본다. 顯示需要는 실제로 醫療가 利用된 것 즉 氷山理論에서 水面上에 솟아있는 부분을 말하며, 未充足要求는 全醫療要求와 顯示需要의 차이로서, 醫療가 利用되지 않고 있는 潛在需要 즉 물속에 잠겨있는 氷山の 몸체를 의미한다.

그러나 이들을 測定 또는 推定하는 方法이나 資料源은 각기 다르다. 顯示需要는 醫療利用者에 관한 統計로서 쉽게 測定되지만, 未充足要求는 그 定義, 方法, 資料源 등이 顯示需要와 다를 뿐만 아니라 理論的 論爭도 많아 그 크기조차 추정하기 어렵다.

전 국민에게 醫療均霑이란 전지에서, 未充足要求는 객관적으로 定義되고, 그 크기가 추정

3) Beck, R. G., "Access to Medical Care for the Poor: the Federal Perspective," Medical Care, 10, May 1972.

될 수 있어야 한다.

醫療要求는 두 接近方法에 의하여 定義되고 있다. Donabedian(1974)⁴⁾은 醫療要求를 “健康과 安寧(well-being)에 어떤 障害 또는 동요(disturbance)가 있어서 醫療가 필요한 現象”으로 定義한다. 이것을 人道主義의 見解(humanitarian view)라고 하며, 이 見解는 人間이 苦痛을 받고 있을 때 그에 대하여 무엇이든 해야한다고 주장한다. 그러므로 이 見解에 따르면 그 고통이 어떻게 없어져서 원상태로 回復될 수 있을 것인가? 라기보다, 고통 그 자체를 증시한다.

이 見解는 모든 患者는 도움을 받아야 한다는 信念에 입각하여 制限된 醫療資源에서 빚어지는 結果를 잔과하는 모순을 내포하고 있다. 少數의 醫療要求者가 최선의 치료를 받는다면, 다른 要求者에게 돌아갈 醫療資源은 남지 않는다. 우리는 소수에게 무한히 厚할 수 없고, 모든 사람에게 그 厚함을 公평하게 해줄 수도 없다.

이러한 모순을 지적하면서 제시된 다른 現實主義的(realistic) 見解⁵⁾⁶⁾는 醫療要求란 合理的 費用으로 적절한 방법에 의하여 疾病의 豫後(prognosis)를 실제적으로 변경시킬 醫學的 關與로서 充足될 수 있을 때만 인정되어야 한다는 것이다.

그러므로 이 見解는 慢性的이며 治癒가 어려운 疾病보다 治療에 의하여 改善可能한 疾病과 그 治療에 투입되는 合理的 費用 그리고 이용가능한 醫學的 節次를 강조한다.

人道主義의 見解는 개인이나 사회가 不健康한지? 아닌지? 그 자체를 판단하는 것을 중요시 하지만(실제에 있어 行하기 보다 말하기가 훨씬 쉽다), 現實主義的 見解는 그 疾病은 개선될 수 있는가? 그것을 개선하는 費用은 합리적인가? 등을 판단하여, 이 범주에 속하지 않는 疾病을 醫療要求로 분류하는 것은 무의미하다고 본다.

그러므로 醫療要求를 定義하는 두 見解는 出發點이 다르다. 人道主義的 見解는 要求자체의 判定에, 現實主義的 見解는 資源의 活用性에 각각 醫療要求를 定義하기 위한 出發點을 두고 있다. 이들 見解를 비교할 때, 政策의 立案·實施·評價를 위해 現實主義에 입각한 醫療要求의 定義에 많은 利點이 있다. 그러나 절대적 語彙로서 醫療要求를 고려하는 것은 비현실적이다. 그것은 醫療人의 전문적 識見과 그 지역에서 이용가능한 資源에 의하여 定義되어야 한다고 할 수 있다.

4) Donabedian, A., Aspects of Medical Care Administration, Harvard University Press, Cambridge Mass., 1974.

5) Matthew, G. K., “Measuring Need and Evaluating Services,” Portfolio for Health Problems and Progress in Medical care, sixth series. Edited by G McLachlan, Oxford University Press, 1971.

6) Cochrane, A. L., In Health Information, Planning and Monitoring, p.42, Edited by R. M. Acheson, D. J. Hall, and L. A. Aird, Oxford University Press, Oxford, 1976.

나. 實際的 醫療要求

醫療要求의 定義는 疾病의 有無 그리고 治療 必要性의 有無로부터 出發해야 한다. 그런데 疾病의 有無에 대한 判定는 醫療專門人과 患者 자신에 의하여 이루어지는데 이들간 疾病을 보는 意見은 항상 일치하는 것이 아니다.⁷⁾

Fig. 1에서 보는 바와같이 A는 疾病이 있다. D는 疾病이 없다고 醫療專門人과 患者 자신의 意見이 일치하는 부분이다. 그러나 C와 B는 이들간 意見 差異를 나타내고 있는 부

		Medically Defined Need	
		Yes	No
Perceived Need	Yes	A	B
	No	C	D

Fig. 1. Concepts of Need for Medical Care

분인데, 이는 자기 疾病에 대한 見解가 다르기 때문이다. 실제에 있어 醫療利用은 A + B에서 시작되는 경우가 많다.

醫療專門人은 患者를 病歷, 病理檢査, 臨床的 情報 등에 근거를 두어 行動的, 機能的 또는 機質的 病巢 또는 障礙를 갖고 있는 사람으로 본다. 그러나 患者 자신은 疾病의 原因, 進行, 治療 그리고 궁극적 結果보다는 현재의 症狀를 강조하고, 肉體的 不快感과 日常의 生活이나 活動障害로 생긴 不健康의 效果에 의하여 疾病을 인식한다.⁸⁾⁹⁾¹⁰⁾¹¹⁾¹²⁾¹³⁾

그러나 醫療利用面에서 볼 때 醫療專門人에 의한 科學的 診斷結果보다 患者의 主觀的 意

- 7) Feinstein, A. R., "Scientific Methodology in Clinical Studies, II Classification of Human Disease by Clinical Behavior," *Ann. Intern. Med.*, 61, 757-81, 1964.
- 8) Saunders, L., *Cultural Differences in Medical Care; The Case of the Spanish-Speaking People of the Southwest*, New York: Russell Sage Foundation, 141-173, 1954.
- 9) Strauss, R., "Determinants of Health Beliefs and Behavior, II. Sociological Determinants," *American Journal of Public Health*, 5 : 1547-1552, Oct. 1961.
- 10) Apple, D., "How Laymen Define Illness," *Journal of Health and Human Behavior*, 1 : 219-225, Fall 1960.
- 11) Blum, R. H., *The Patient's Definition of Illness, in the Management of the Doctor-Patient Relationship*, New York McGraw-Hill, 1-28, 1960.
- 12) Baumann, B., "Diversities in Conception of Health and Physical Fitness," *Journal of Health and Human Behavior*, 2 : 39-46, Spring, 1961.
- 13) Friedsam, H. J., and Martin, H. W., "A Comparison of Self and Physician's Health Ratings in an Older Population," *Journal of Health and Human Behavior*, 4 : 179-183, Fall 1963.

見이 크게 영향을 준다. 그러므로 患者의 意見에 기초를 두어 醫療要求가 決定되는 경우가 많다.

患者의 意見을 기초로 하여 疾病 및 治療의 必要性 有無를 決定할 때는 되도록 主觀性을 배제하여 客觀化시키는 노력이 필요하다. 患者의 疾病에 대한 認識은 자신의 教育·經濟·心理的·文化的 要因에 의하여 크게 영향을 받기 때문이다.¹⁴⁾¹⁵⁾

本 研究를 위해 醫療要求는 現實主義的 見解에 입각하여 認識된 醫療要求(perceived need)를 行動的 證據(behavioral evidence)¹⁶⁾에 의하여 說明되고 있다. 즉 特定期間(15日間)에 ① 傷病의 治療를 위한 어떤 형태이든 治療를 받았는지? ② 治療를 받지 않았다면, 傷病이 日常的 活動을 不可能케(disability) 했는지? 또는 制限(restricted)했는지? 등 2個 條件중 어느 하나 또는 두개에 해당되면 罹患者로 定義된다.

이 概念은 主觀的 證據(subjective evidence)가 “느끼는 罹患(feeling ill)”에 기초를 둔 것보다 客觀的이며, 美國의 健康面接調查에서 채택·사용되고 있다.

그러나 本 研究에서 行動的 證據에 의한 罹患者를 다시 “治療를 願함” 및 “治療願치 않음” 등 治療에 대한 態度에 의하여 區分하고, “治療를 願함”중 “醫師에 의한 治療 願함”을 醫療要求로 定義하였고, 이들 醫療要求率(人口對比)을 年間 醫師訪問數로 表現하였다(Fig. 2 參照). 즉 罹患者(perceived)는 그의 治療要求에 대한 態度에 따라 다음 範疇에 속하는 경우 醫師의 治療要求로 分類되었다.

- ① 어떠한 治療도 받지 못했고, 醫師의 治療를 원하나 받지 못함.
- ② 醫師以外的 治療를 받았으나 醫師의 治療를 願했다. 그러나 醫師의 治療를 받지 못함
- ③ 醫師의 治療를 받았음.

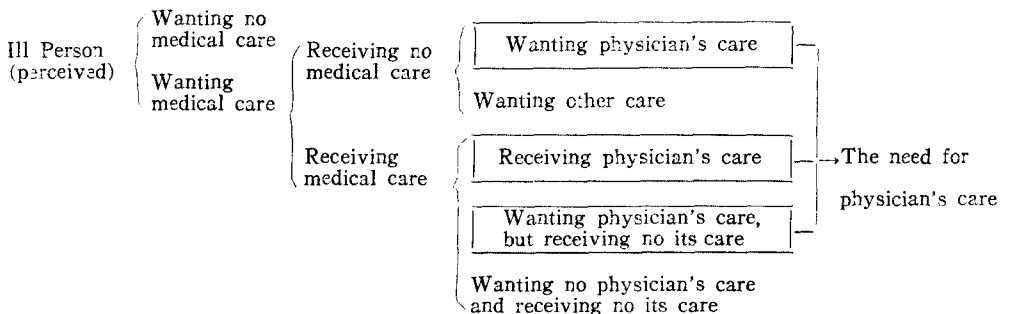


Fig. 2. Classification of Need for Medical Care and Need for Physician's Care

14) Apple, D. 전계서

15) Bauman, D. 전계서

16) US HEW, Health Interview Survey Procedure: 1957-74, Series 1, No. 2, 127-134, 1975.

그러므로 罹患者 중 醫師의 治療를 원하지 않는 경우는 다음 경우의 하나에 해당한다.

- ① 治療를 원치 않음.
- ② 治療를 원하지만 醫師 以外の 治療를 원함.
- ③ 어떤 형태이든 治療받았으나, 醫師의 治療는 원치 않음.

Ⅲ. 資料蒐集

韓國保健開發研究院¹⁷⁾은 마을健康事業의 評價를 위하여 示範地域과 對照地域의 標本을 대상으로 1976年(基礎調査)과 1979年(事後評價調査)에 각각 面接調査를 실시하였다.

本 研究에는 1979年 事後評價調査에서 蒐集된 資料 중 對照地域의 罹患者 및 醫療利用 資料가 利用되었다.

가. 標 本

調査地域은 다음과 같은 5個 面이었다. 이들 5個 面은 示範地域 選定基準에 의거하여 選定된 것이다.

- 강원도 평창군 대화 및 방림면
- 경 북 금릉군 구성 및 부항면
- 전 북 부안군 하서면

이들 5個 面을 代表하는 確率標本이 2段集落抽出法에 의하여 抽出되었고, 標本の 크기 및 應答率은 다음과 같다.

標本の 크기	: 648家口
應答家口	: 641 戶
應答率	: 98.9%

나. 調査內容

事後評價調査를 위해 4種의 調査票가 사용되었다. 즉 家口調査票, 罹患者 및 醫療利用調査票, 出産力·家族計劃·母子保健調査票, 마을健康事業 KAP調査票 등이 이용되었다.

그러나 本 研究에는 罹患者 및 醫療利用調査票 중 다음 項目의 資料가 이용되었다.

- ① 罹 患
 - 지난 15日間의 罹患者 與否
 - a. 심하게 아파서 누워있던 日數
 - b. 아픈 것을 참고 일한 日數

17) 韓國保健開發研究院, 保健示範事業 綜合評價報告, 1980年 12月.

c. 일을 하는데 불편을 느끼지 않은 日數

a와 b에 해당하는 罹患日數가 1日 또는 그 以上, 또는 c에 해당하나 治療를 받은 경우 罹患으로 分類되었다.

② 治療與否

1日 以上 醫師(外來, 入院), 齒科醫師, 藥局·房, 漢醫·藥房, 民俗·미신 기타 治療源을 利用한 경우 治療者로 分類되었다.

③ 治療者 중 醫師의 治療要求者

治療者 중 藥局·房을 利用하였으나, 醫師의 治療를 받지 않은 理由가 “치료비가 비싸서”, “돈이 없어서”, “바빠서”, “거리가 멀어서”중 어느 하나에 해당하면, 醫師의 治療要求者로 分類되었다. 그러나 醫師의 治療를 받지 않은 理由가 “약을 먹고 나올 것 같아서”, “醫師의 治療로 나올 것 같지 않아서”, “病院 또는 保健(支)所에 가기 싫어서”중 어느 하나에 해당하면 買藥治療에 滿足하는 것으로 分類되었다.

④ 未治療者 중 醫師治療要求者

未治療者의 未治療理由가 “증세가 경미해서”, “치료해도 나올 것 같지 않아서”인 경우를 제외한 다음 중 어느 하나에 해당되면, 治療要求者로 分類되었다.

- a. 치료비가 비싸서
- b. 바빠서
- c. 거리가 멀어서
- d. 病院·保健(支)所에 가기 싫어서
- e. 치료예정

a—e에 해당하는 未治療者에 대하여 治療를 받는 경우 어떤 治療源을 利用하겠는가?에 대한 質問을 하지 않았다. 그러므로 이들 범주에 속하는 未治療者는 藥局·房 利用者 중 醫療의 治療要求比率을 適用하여 醫師의 治療要求者가 추정되었다.

다. 調查方法

資料蒐集을 위하여 家口面接調查가 1979年 11~12月の 30日間 team approach에 의하여 실시되었다. 應答者는 대부분 主婦였고, 全家口員의 罹患 및 醫療利用에 관하여 應答하였다.

調查基準期間(recall period)은 15日이었고 이 期間에 調查員은 標本家口를 1週間隔으로 2回 訪問하여 急性罹患 및 醫療利用의 누락방지 및 精確한 資料蒐集에 노력하였다. 특히 罹患日曆이 1次訪問時 標本家口에 배부·활용됨으로써 보다 精確한 자료수집이 가능했다.

IV. 調查結果

調查人口(3,273人)의 23%가 罹患者였고, 이를 治療實態 및 治療에 대한 態度 등을 고려

하여 分類한 結果는 圖 3과 같다. 金¹⁸⁾ 등이 江華島에서 調査한 罹患率은 1.4日 期間에 37.8%였다. 이들간 差異는 罹患의 定義 및 計算의 差異에 기인된다. 本 調査에서는 person rate를, 金 등의 調査에서는 spell rate를 각각 기준으로 하였고, 또한 罹患의 定義도 本 調査에서는 behavioral evidence에, 金 등의 調査에서는 subjective evidence와 clinical evidence에 기초를 두고 있음으로써 각기 다르다. 그러나 이들 調査結果는 농촌지역의 높은 罹患狀態를 나타내고 있다.

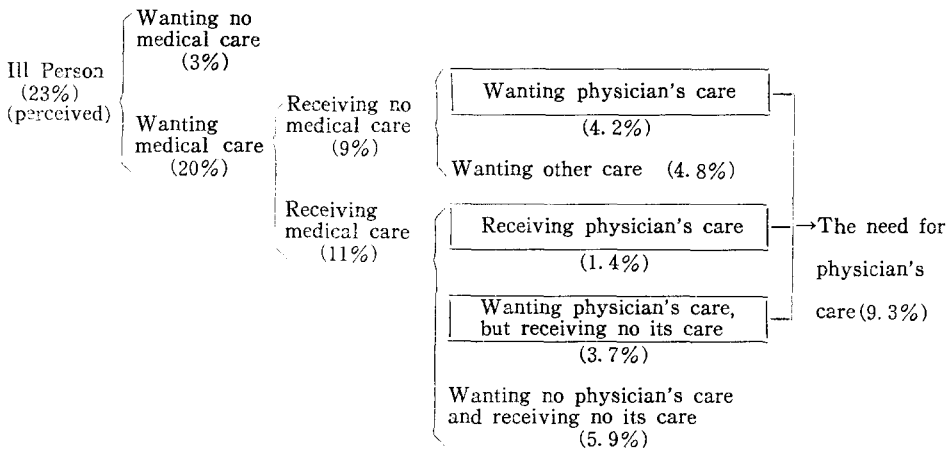


Fig. 3. Estimated Need for Medical Care and Need for Physician's Care

* Figures in parenthesis indicate percents as 100 of the study population.

全人口의 20%는 어떤 형태이든 治療를 원하고 있다. 이 水準은 앞에서 기술된 人道主義의 見解에 의한 醫療要求를 나타낸다. 人口의 3%는 疾病의 存在를 인식하고 있으나 “症狀이 輕微해서” 또는 “治療해도 낫지 않을 것 같아서” 등의 理由로 治療의 必要性을 인식하지 않는다.

治療를 원하는 患者의 56% 즉 全人口의 11%는 治療를 받았다. 治療에 이용된 治療源 중 藥局·房에 의한 買藥治療가 全治療者의 75%로 가장 높았고, 醫師에 의한 治療는 13%에 불과하였다. 治療의 대부분은 醫師의 처방없는 買藥·自家治療에 의존하고 있다.

이와같은 資料를 이용하여 醫師가 취급해야 할 未充足醫療要求가 다음과 같은 節次에 의하여 추정되었다.

- ① 藥局·房 利用者 중 醫師의 治療를 원하는 比率
 - ② 治療를 원하나 治療를 받지 못한 患者 중 醫師의 治療를 원하는 比率
- 첫째 比率는 藥局·房 利用者 중 “약을 먹고 나올 것 같아서”, “의사치료로서 나올 것 같

18) Kim, I. S., et al., Development and Organization of Myon Level Health Care Services in Korea, College of Medicine, Yonsei University p. 26, 1977.

지 않아서”등 買藥治療를 신뢰하는 比率을 제외한 “돈이 없어서”, “치료비가 비싸서”, “거리가 멀어서” 등 醫療費 支出負擔의 輕減 또는 제거 그리고 지리적으로 인접지역 의료시설 설치 등에 의하여 醫師의 治療를 받을 수 있는 比率이 계산되었다. 이 比率은 藥局·房 利用者의 44%, 全人口의 3.7%에 해당한다.

둘째 比率은 治療를 원하지만 받지 못하고 있는 患者의 比率인데, 일단 이들은 醫療費 支出負擔이나 地理的 障壁이 없어도 현 治療를 받은 사람들의 治療源 利用行態 및 認識과 같다고 가정하고, 醫師에 의한 治療要求를 계산하면 4.2%를 얻는다.

이에 따라 醫師의 治療를 필요로 하는 未充足 醫療要求量은 $3.7\% + 4.2\% = 7.9\%$ 즉 전 인구의 7.9%이다.

이와같이 추정된 醫師에 의한 未充足 醫療要求가 充足될 것으로 예상하고, 현재 및 기대되는 醫療利用 樣相(pattern)과 充足水準은 다음과 같이 비교된다.

	現 在	期 待
充 足		
醫 師	1.4%	9.3%
其 他	9.6	10.7
未 充 足	9.0	—
計	20%	20%

(全人口에 대한 比率임)

즉 患者의 認識과 治療源에 대한 選好性에 기초를 둘 때, 人口의 20%가 醫療要求이며, 이들 醫療要求가 모두 充足되는 것으로 기대하여, 人口의 9.3%는 醫師에 의하여, 10.7%는 藥局·房, 漢醫院, 민속, 미신, 기타 治療源에 의하여 充足될 것으로 예상된다. 그러므로 醫師에 의한 治療를 원하는 醫療要求量은 현재보다 6.64배 증가되는 것으로 보인다. 이에 따라 醫師에 의한 治療 充足率은 현재 15%에 불과한 것이다.

이와같은 현재 낮은 醫師利用率을 이용하여 계산된 연간 1인당 평균 醫師訪問數는 0.44¹⁹⁾ 회였다. 앞으로 현재 醫師利用 樣相이 醫師治療 未充足 醫療要求에 적용되는 것으로 가정할 때, 간단한 比例方式에 의하여 $0.44 \times 6.64 = 2.92$ 회로 계산되며, 人口 1人當 年間 2.92회의 醫師訪問이 예상되는 것이다.

앞에서도 언급된 바와같이 醫療利用에 크게 영향을 주는 要因은 醫療費 支出負擔과 利用의 便利性(施設과의 거리 또는 施設 到達에 所要되는 時間)이다.

醫療費 支出負擔을 輕減 또는 제거한 경우의 1979年 人口 1人當 治療를 위하여 診療所를 訪問한 回數는 洪川郡에서 2.5회, 沃溝郡에서 3.6²⁰⁾회였다. 洪川郡에서는 마을 健康大同會

19) 韓國保健開發研究院, 전거서.

20) 韓國保健開發研究院, 전거서.

에 가입하면(會費 1,500원) 外來治療費는 無料로 했고, 沃溝郡에서는 第2種 醫療保險 加入者로서 外來治療時 本人負擔은 診療費의 40%였다.

이들 두 地域은 그 地理적 特性이 判이하다. 洪川은 山間·僻奧地이며, 沃溝는 平野地域이다. 利用의 便利性 즉 診療所에 到達하는데 所要되는 時間은 醫療費 負擔이 零인 경우에도 醫療利用에 크게 影響을 준다. 다음 表에서 보는 바와 같이 所要時間 29分 以內에서 年間 診療所 訪問數는 1人當 4.0回였고, 60分 以上에서는 이의 1/3인 1.4회에 불과하다. 그러므로 醫療利用上 財政的·地理的 장애를 零으로(診療所 到達所要 時間이 29分 以內인 경우) 접근시킬 때 ‘年間 人口 1人當 4.0回의 診療所 訪問이 기대된다.

Table 1. Annual Physician(or CHP) Visits per Capita for Daedong-Hoe Memberships, 1979.

Travel Time(in minutes)	No. of Visits
—29	4.0
30—59	2.1
60+	1.4
Total	2.5

SOURCE: KHDI, Major Findings Derived from the Sample Facility Survey, August 1980

그러나 洪川이나 沃溝의 資料는 代表의 人口에 기초를 두고 있지 않다. 個人單位로 任意로 마을健康大同會 또는 醫療保險에 加入토록 했기 때문에, 그 會員 또는 組合員은 一般적 人口와 비교하여 보다 많은 治療를 받아야 할 危險이 큰 것이다.

그러므로 農村地域에서 全人口를 代表하지 않는 選擇된 人口에서 醫療利用의 財政 및 地理的 장벽을 제거한 경우 年間 1人當 3.6—4.0回의 診療所 訪問이 예상되지만, 代表的 人口에서 患者의 認識에 기초를 둘 때 2.9回의 訪問이 추정되었다. 결과적으로 이들 두 推定值간 的 차이는 0.7—1.1회이다. 그러나 供給計劃과 연관지어 사용해야 할 人口 1人當 年間 訪問數는 2.9회가 보다 현실에 접근할 것이다.

V. 醫療供給計劃

醫療要求 특히 醫師의 治療를 필요로 하는 要求量이 決定되면, 이의 充足을 위한 醫療供給計劃이 작성될 수 있다. 그러나 여기서 고려할 것은 供給費用 즉 서비스生産費와 利用者의 支出醫療費다. 공급을 國家가 맡을 때 國家와 住民이 다 같이 담당할 수 있는 合理的 費用을 所要해야 한다.

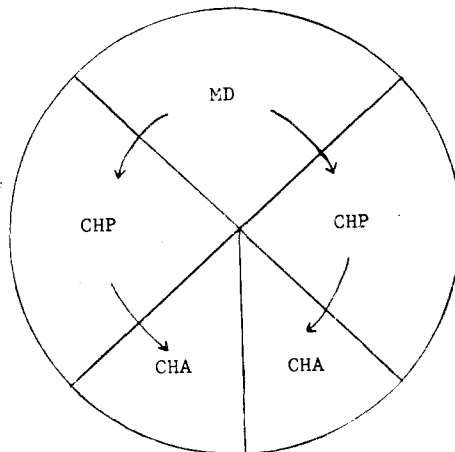
Table 2. Demanded Medical Care Providers for 10,000 Populations

Service Contacts per Provider/ Working Day (1)	Supply of Service Contacts per Year (2)	Demanded Service Provider (3)
20	5,340	5.4
30	8,010	3.6
40	10,680	2.7
50	13,350	2.2

(2)=(1)×267 working days per year

(3)=2.9(annual visits per capita)×10,000÷(2)

年間 1人當 2.9回의 醫師訪問 要求가 있을 때, 1개 面 또는 人口 10,000名을 대상으로 治療서비스提供者가 1日 20~50名에게 治療서비스를 제공할 때, 治療 서비스提供者는 表 2와 같이 所要된다. 1日 서비스供給數 20名은 韓國保健開發研究院 示範地域에서 保健診療員이 제공한 治療數이며, 50名은 美國의 농촌지역 醫師에 의하여 제공된 1次診療數(1日 平均 47.7名²¹⁾)를 기준으로 한 것이다.



MD=Physician

CHP=Community Health Practitioner

CHA=Community Health Aide

Fig. 4. An Alternative of the Medical Care Delivery System for Meeting the Need for Medical Care for 10,000 Rural Residents.

21) Miners, L. A., et al., "Demand for Medical Care in a Rural Setting; Racial Comparison," Health Services Research, 261-275, Fall 1978.

治療서비스제공자는 人口 10,000名에 2.2—5.4名이 필요한 것으로 추정된다. 그러나 농촌지역의 험한 地勢나 넓은 面積을 고려하여 地理的 接近性을 높이기 위하여 서비스제공자는 3.6—5.6名이 소요되는 것으로 보아야 한다. 그러면, 現實적으로 이 정도의 醫師를 각면에 공급할 수 있는가? 費用面에서 國家와 住民이 이를 감당할 수 있는가? 그 답은 아니오 일 수밖에 없다. 우리는 다른 代替案을 마련해야 한다.

政府가 1981년부터 농촌의료 취약지역에 看護員을 特殊教育후 配置하여 1次診療를 제공케 한 計劃은 농촌지역의 醫療要求와 可用資源을 고려할 때 최선의 革新的 代替案임을 알 수 있다. 그러나 이를 더 發展시켜 圖 4와 같은 代替案을 고려할 수 있다. 1개 面 또는 人口 10,000名 정도의 生活圈內 全人口의 醫療를 醫師가 책임지고, 그 지도감독하에 保健診療員(CHP) 2名을, 그리고 그 밑에 보다 더 간단한 治療와 豫防의 통합된 서비스를 제공하는 一般 看護員 또는 看護補助員(CHA) 1名을 두어, 우선 全住民의, 1次醫療의 擴大 및 均霑에 政策目標을 둔다.

이러한 傳達體系의 設置와 함께 醫療費 支出負擔을 경감 또는 제거시키기 위한 財源調達 機構(醫療保險 또는 다른 형태의 醫療費先納制度)가 발전해야 하며, 이 機構의 운영은 國家나 住民이 다 같이 經濟적으로 감당할 수 있어야 한다.

VI. 結 論

모든 국민에게 적절한 醫療를 供給하기 위해 먼저 醫療要求가 決定되어야 한다. 醫療要求에 대한 몇 가지 理論을 검토하고, 經驗的 資料에 의하여 農村地域의 醫療要求 水準이 추정되었다.

농촌지역 人口의 20%가 治療를 요구하며, 人口의 9.3%가 醫師의 治療를 요구한다. 그러나 現實적으로 醫師에 의하여 充足된 治療는 이의 15%에 불과하고 85%는 未充足 醫療要求였다.

全 醫師의 治療要求를 充足시키기 위해 住民의 認識에 근거를 둘 때, 人口 1人當 年間 2.9回의 醫師訪問이 요구된다. 供給面에서 이러한 治療要求를 充足시키기 위하여 國家와 住民이 다 같이 經濟적으로 감당할 수 있는 한 代替案이 제시되었다.

모든 국민에게 적절한 醫療서비스의 均霑은 醫療專門人과 住民이 다 함께 참여함으로써 실현가능하다. 醫療는 모든 사람이 享有해야 할 權利로 보고, 이들에게 적절한 醫療의 均霑이 이루어질 때, 福祉社會의 具現이 촉진될 수 있다.

NEED FOR AND SUPPLY OF PRIMARY CARE IN RURAL AREAS

by Kun Yong Song

Health policy is directed to equity in the provision of primary care for rural people before the year of 2,000. This study aimed to define and identify the need for physician's care by using empirical data, and suggested an alternative of the primary care delivery system in rural areas to the government.

1. Twenty percent of the study population wanted to obtain any form of medical care services. 9.3 percent of the population was in need for physician's care; 15 percent of the need was met by physicians, while 85 percent remained unmet at the time of survey in 1979.
2. For meeting all the need for physician's primary care, 2.9 annual physician visits per capita are demanded. An alternative, which was devised in some favourable way at reasonable cost in rural settings, was suggested. It was to deploy the physician extender such as community health practitioner in the infrastructure of the health care delivery system, whose supervision is provided by physician, based on experience of the KHDI health demonstration project.
3. One physician, two community health practitioners and two community health aides should be assigned in distant locations for meeting all the estimated need for physician's primary care for 10,000 rural underserved residents.

