

우리나라 農村地域의 保健醫療奉仕提供體系에 關한 考察

A Study of Rural Health and Medical Care Delivery System in Korea

서울대학교 保健大學院

許 程 · 姜 珍 求

1. 緒 論

우리나라는 2차대전 이후 現代의 概念의 公衆保健과 保健行政體系를 導入하였다. 肯定的으로 과거 26년간에 걸친 歷史를 훑어볼 때 保健醫療行政體系의 確立, 保健事業의 土着化, 自律的 保健事業의 推進等을 들 수 있겠으나 아직도 一般的 保健醫療水準은 先進諸國의 水準에 도달하지 못하고 保健醫療奉仕提供上 지역간 격차와 保健醫療奉仕供給體系의 改善이 要請되고 있다.

1960년대에 우리나라는 經濟面에 있어서 괄목할 만한 發展을 가져왔으나 保健醫療部門의 均衡的 發展은 이룩하지 못하였다. 2차대전 종료시까지 流行되었던 主要傳染病은 콜레라, 발진티브스, 적리 등이었고 이에 따른 높은 死亡率이 傳染病管理上 주요과제로 取扱되었으나 근래 殺虫劑 및 抗生劑의 大量導入活用과 生活水準의 向上에 따라 傳染病發生樣相에 變化를 招來하게 되었다. 그러나 아직도 社會的 疾患으로 結核, 寄生虫疾患이 남아 있고 環境衛生問題와 아울러 產業發展에 따라 環境汚染의 증가에 따른 環境保護對策이 國民保健上 主要課題로 등장하게 되었다.

1969년 政府發表에 의하면 우리 나라 結核罹患率은 5세 이상 전인구중 약 4%로 推定되며 癩患者는 未發見患者를 포함하여 약 8만명이 全國에 있고 全國民의 70%가 蛔虫에 感染되어 있으며 蟯虫에 40%, 12指腸虫感染에 20%, 肝디스토마症에 15%, 肺디스토마症에 전국민의 5%가 感染되어 있는 것으로 推定되었다. 環境衛生狀態를 보면 上水給水人口는 전인구의 26.5%에 불과하고 糞尿終末處理場은 아직도 設置되지 못한 실정이다.

都市에서는 급격한 産業化와 人口의 都市集中現象에 따라 각종사고 및 大氣汚染, 河川汚濁, 騒音 및 振動等의 公害가 社會的 課題로 등장되었다. 그러나 이러한 保健醫療上 과제에 대비한 保健醫療供給體制는 醫療提供者와 醫療受患者間의 양자관계로 形成되는 個別醫療報酬 體制가 통용되고 있으며 극히 제한된 傳染病治療와 敎療事業 및 示範的 醫療保險事業이 進行되고 있을 뿐이다.

물론 政府發表에 의하면 1970년에 改正된 醫療保險法에 따라 의료보험의 혜택을 확대시켜 1986년에는 80% 이상의 國民이 本計劃에 의하여 醫療惠澤을 받을 것으로 豫想되고 있다. 1962년 이래 政府가 강력히 推進하여 온 1차 및 2차 經濟開發計劃을 통하여 經濟的 發展을 초래하였음을 周知의 사실이나 그간 保健醫療關係政府投資가 적은 수치였음은 國際聯合兒童基金 통계자료에서 엿볼 수 있다.

가까운 亞細亞地域國家中 1965년에 支出한 中央政府 保健醫療費를 보면 우리 나라가 보건부문에 0.9%의 支出을 하였음에 반하여 教育부문에는 13.6%를 지출하여 社會福祉部門 총투자는 20.1%가 되었다. 즉 1965년에 우리나라 중앙정부 총예산규모는 국민총생산의 13.7%에 해당되었고 教育部門에 대한 公的支出은 그중 1.9%였고 保健部門에는 0.1%로 총사회복지부문투자는 2.7%이며 經濟部門에 대한 支出은 4.4%였다. 越南은 국민

Table 1. Estimated Government Expenditures for Social Purposes, 1965, in Terms of Percentage of Total Government Expenditures

Country	Education	Health	Social items aggregated
Burma	10.8	4.7	16.3
Ceylon	17.9	4.9	30.2
India	7.5	3.0	12.0
Korea, Republic of	13.6	0.9	20.1
Malaysia	18.6	7.2	27.1
Philippines	29.1	5.5	36.1
Thailand	17.2	3.5	28.6
Vietnam, Republic of	4.0	1.7	5.8

Source: UNICEF. Selected Documents of the Conference on Children and Youth in National Planning and Development in Asia, Vol. III. Statistical Appendix.

Table 2. Estimated Government Expenditures, 1965, in Terms of Percentage of Gross National Product at Market Price

Country	Total	Education	Health	Social items aggregated	Economic items aggregated
Burma	17.9	1.9	0.8	2.9	3.9
Ceylon	26.7	4.8	2.1	8.1	6.0
India	24.8	1.9	0.7	3.0	6.5
Korea, Republic of	13.7	1.9	0.1	2.7	4.4
Malaysia	23.2	4.4	1.7	6.3	2.9
Philippines	10.2	3.0	0.6	3.7	3.2
Thailand	14.9	2.6	0.5	4.3	3.9
Vietnam, Republic of	32.4	1.3	0.6	1.9	3.4

Source: UNICEF. Selected Documents of the Conference on Children and Youth in National Planning and Development in Asia, Vol. III, Statistical Appendix.

총생산고중 保健醫療關係支出이 0.6%였고 印度는 0.7%로 우리나라 政府保健關係支出은 가장 낮은 비율이었음을 알 수 있다.

한편 우리나라는 産業의 發展과 農村人口의 都市移住로 인한 都市人口增加傾向이 추진되어 1971년 현재 都市人口는 전인구의 38.6%로 증가하였으나 아직도 農村地域人口가 61.4%이다. 1960년대에 정부가 실행한 제1,

Table 3. Population Estimates by Urban and Rural in Korea (unit: %)

Year	urban	rural
1925	3.4	96.6
1930	4.4	95.6
1935	5.6	94.4
1940	7.0	93.0
1945	11.6	88.4
1950	17.2	82.8
1955	24.5	75.5
1960	28.0	72.0
1966	33.6	66.4
1968	36.0	64.0
1971	38.6	61.4
1976	43.6	56.4
1981	48.6	51.4
1986	53.6	46.4

ources: 1. Economic Planning Board
2. Population Problem Research Institute

Table 4. Doctorless Areas by Year and Population

Year	total No. of townships throughout the country	doctorless area	
		No. of townships	population
1960	1,484	722	7,362,177
1961	1,487	676	5,643,839
1962	1,487	413	4,014,241
1963	1,468	455	4,334,301
1964	1,466	528	5,665,116
1965	1,466	649	7,503,267
1966	1,466	690	7,551,069
1967	1,466	742	7,915,931
1968	1,466	645	6,858,433
1969	1,474	641	6,647,896

Source: Statistical Year books, Ministry of Health and Social Affairs.

2차 經濟開發計劃의 성공적 수행에 따라 급진적인 産業社會化와 社會의 구조적 변동을 가져오고 대량인구이동이 이루어져 都市集中化傾向이 추진되어 왔다.

保健醫療施設과 要員도 도시에 편중하여 정부의 계속적 노력에도 불구하고 전국 無醫面數는 오히려 감소되지 않고 있다. 1969년 현재 政府發表에 의하면 총 1,474개 邑面중 641개 邑面이 無醫地域으로 6,647,896명의人口가 적절한 醫療施設과 醫療要員의 혜택을 받을 수 없는 것으로 나타났다.

즉 邑面人口는 우리나라총인구의 62.2%에 해당되며 우리나라 전인구중 21.8%가 1969년 현재 無醫地域에 거

주한 것으로 나타나고 있다. 즉 農村地域은 일반적인 社會經濟的 低位性과 保健醫療施設의 도시 편중으로 인하여 良質의 保健醫療奉仕를 받을 수 있는 기회가 적음을 알 수 있다.

년도별로 無醫面實態를 보면 1962~63년을 제외하고는 거의 減少하는 傾向을 나타내지 않았고 별로 큰 변동을 보지 못하였다. 1962~63년간에는 병역을 필하지 않은 醫師들을 農漁村에 근무케하고 漢醫師에게 예방의 학교교육을 실시하여 無醫面に 배치함으로써 無醫面解消을 試圖하였다. 그러나 불행히도 永續的인 效果는 보지 못하였으며 經濟, 社會, 文化的 요인에 의한 醫療人都市集中에 따른 根本的 對策을 강구하지 못하여 계속 無醫村이 存在하여 왔다.

2. 農村保健醫療現況

우리나라 農村은 아직도 많은 면에서 도시에 비하여 뒤떨어지고 保健醫療狀況도 정체되어 있다. 이미 지적한 바와 같이 保健醫療施設의 地理的 遠隔性으로 인한 無醫村문제와 아울러 保健醫療水準도 일반적으로 낙후되어 있다. 오늘날까지 農村醫療實態를 파악하기 위한 각종조사가 個人 및 政府機關에 의하여 實施되어 왔다. 그중 開井農村衛生研究所가 1968년에 실시한 農村住民의 傷病과 醫療에 관한 調查에서 보면 다음과 같은 결과를 볼 수 있었다.

1968년 8월 1일부터 同31일까지 1개월간에 걸쳐 全國 農村住民중 2,716 가구 15,383명을 대상으로한 保健醫療受惠樣相을 調査한 結果에서 보면 月間有病率은 15.3%이고 男子 15.2%, 女子 15.3%이며 發病率은 漁村이 13.7%로 가장 높고 島嶼의 9.3%가 次位, 中間地域의 5.9%가 가장 낮으며 평균 8.7%의 高率을 나타내었다.

年齡別 傷病分布를 보면 60세 이상 群에서 25.4%로 가장 높았고 10~19세의 7.5%가 가장 낮았다. 傷病分類別로 보면 消化器系疾患이 인구 1,000명당 63.3으로 가장 많고 傳染病 및 寄生虫病, 消化器系疾病, 神經系 및 感覺器의 疾患, 皮膚 및 疏性結合組織의 疾病의 순위로 나타났다. 이로 미루어 보아 夏節期에 農村地域住民들에 가장 많은 疾患은 消化器系疾患이며 大部分의 疾患이 豫防可能性疾患임을 쉽게 알 수 있다.

醫療奉仕를 받아야 할 總醫療必須量중 실제로 醫療奉仕를 요구한 醫療要求量은 58.5%였다. 醫療形態別 醫療要求度는 洋藥局이 45.3%로 가장 많고 病醫院에 대한 通院이 18.4%로 次位이고 漢方醫療가 13.3%로 第3位의 순위였고 民俗療法등 自家治療가 11%나 되고 迷言行爲가 1.3%였다. 특히 撲克할만한 사실은 1차적 醫

療奉仕를 대부분의 경우 洋藥局에서 받는다는 事實과 13%나 되는 醫療要求가 漢方醫療에 의하여 충족되고 있다는 사실과 그리고 自家治療의 비중이 높다는 事實이었다. 즉 良質의 의료혜택을 받지 못하고 醫療奉仕를 제공받는 경우에 있어서도 科學的 現代醫療라고 간주될 수 있는 病醫院治療를 제외한 80% 이상의 醫療要求가 洋藥局, 漢方醫療, 自家治療등에 의하여 공급되었음을 알 수 있다.

또한 筆者等이 우리나라 농촌주민의 傷病狀況을 파악하기 위하여 1964년 9월부터 1966년 8월까지 2년간에 걸쳐 약 1,700가구를 標本對象으로 하여 실시한 醫療受惠樣相에 대한 調查에서 보면 農村住民은 男子가 年間 약 2.3回 罹患하고 70.4日間의 有病期間을 평균가지며 作業不能 및 完全就床日數가 14.8日이나 되며 治療를 받는 期間은 年間 11.9日로 總有病期間의 $\frac{1}{7}$ 에 불과하다.

女子는 年間 2.2回 罹患되어 64.2日間의 有病期間중 完全就床日數는 13日로 治療日數는 10.4日에 불과하며 男子보다 적은 醫療惠澤을 받고 있었다.

Table 5. Annual Average per capita Sick Days in Rural Population

	No. of cases	total sick days	bed rest days	restricted activity days	days treated
Male	2.28	70.4	14.8	55.6	11.9
Female	2.22	64.2	13.0	51.2	10.4

Source: Huh, Jong; Sickness and Medical Care of Rural Population, the Journal of the Korean Medical Association, Vol. 9, No. 6, June 20, 1966

이상에서 본 바와 같이 우리나라 農村住民은 현재까지 대개 豫防可能性疾患에 의하여 罹患되어 經濟的으로나 時間的 또는 社會的으로 막대한 손실을 받고 있음을 알 수 있다. 就床日數만 보더라도 농촌주민의 疾病으로 인한 勞動力喪失이 크다는 사실을 알 수 있으며 醫療奉仕를 받는 期間은 全有病期間의 $\frac{1}{6} \sim \frac{1}{7}$ 로서 우리나라 農村保健醫療供給體系의 改善과 實質的 社會保障制度的 조속한 導入이 要請되고 있음을 알 수 있다.

3. 農村保健醫療奉仕供給體系

우리나라는 1970년 현재 13,926명의 醫師, 2,260명의 齒科醫師, 2,924명의 漢醫師, 11,835명의 看護員, 6,617명의 助產員, 14,643명의 藥師 및 임상병리사, X-

선사, 물리치료사, 작업치료사, 치과기공사, 위생시험사, 간호보조원, 위생사, 치과위생사의 9개종류에 달하는 5,935명의 醫療補助員을 가지고 있다. 그러나 실제로 死亡, 退職, 移住 등으로 인한 손실과 轉職 등을 감안하면 醫師는 약 8,000명, 看護員은 약 7,000명, 藥師는 약 12,000명만이 現在 活動하고 있는 可用保健醫療人力資源이라고 推定된다.

1969년 현재 醫療機關分佈狀況을 보면 전국에 綜合病院이 12개 있으며 그중 8개가 서울에 있고 경상북도에 2개 부산 및 전라남도에 각각 1개씩 分佈되어 있다. 病院의 경우를 보면 전국의 217개중 63개가 서울에 있고 부산에 30개, 경기도에 23개, 경상북도에 21개가 있어 주로 大都市에 集中하여 있으며 病院은 전국에 5,163개가 있고 그중 약 40%에 가까운 1,923개가 서울에 集中되어 있으며 부산에 509개소가 있다. 치과위원의 경우에는 전국 1,219개소중 약 절반에 해당하는 606개소가 서울에 集中되어 있으며 부산시에 119개소가 있고 나머지 약 40%가 기타지역에 分佈되어 있음을 알 수 있다. 助産員의 경우에 있어서도 일반적인 기대와는 反對로 752개중 서울에 178개, 부산에 112개소가 개설되어 있으며 나머지가 其他地域에 開設하고 있음을 볼 수 있다.

따라서 서울의 경우는 인구 만명당 醫師數는 11.9이고 看護員이 7.0임에 반하여 강원도는 인구 만명당 醫師 1.8, 看護員 4.0명의 分佈를 나타내어 각도별 醫療要員 分佈에 있어서도 현저한 差異를 나타내고 있다. 保健醫療要員의 農村 및 都市別 分佈를 보면 다음표와 같다.

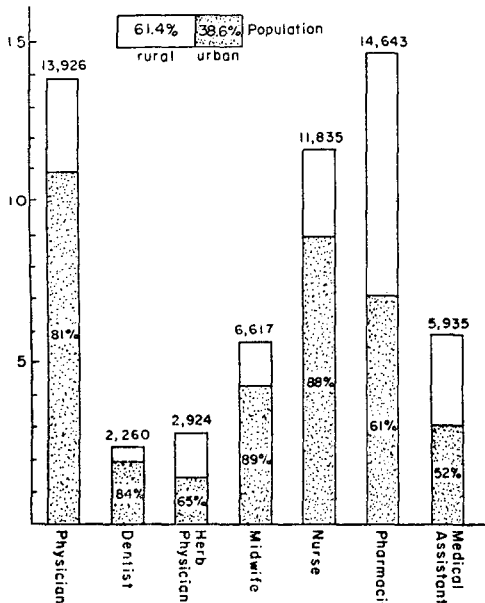


Fig. 1. Distribution of Health Personnel by Urban and Rural in 1970

본표에서 보면 農村人口는 61.4%에 반하여 都市人口는 38.6%였으며 醫師의 경우 13,926명중 81%가 도시지역에 거주하고 오직 19%만이 農村地域에 거주 취업하고 있음을 알 수 있었다.

同様に 齒科醫師는 都市地域에 전치과의사의 84%가 漢醫師는 전한의사의 65%가, 助産員은 전조선원의 89%가 看護員은 전간호원의 88%가 藥師는 전약사의 61%가 그리고 醫療補助員은 전의료보조원의 52%가 都市地域에 취업거주하고 있음을 알 수 있었다. 192개소에 달하는 全國保健所와 市道立病院을 除外하고는 대부분의 醫療機關이 私設로서 도시지역에 集中하여 있어 農村地域公共醫療計劃의 發展이 시급히 요청되는 실정이다.

물론 政府發表에 의하면 1986년에는 人口 대 醫師比가 급격히 改善되어 人口 1,243명당 醫師 1명이 되고 人口 623명당 간호원 1명을 갖게 될 것으로 推定되고 있다. 病院寢床數도 현재의 14,948 bed로부터 6만 bed로 증가되고 病院數도 增加될 것으로 推定하고 있다. 따라서 全國적으로는 各道에 道中央病院을 頂點으로 하여 그 傘下에 道立病院과 保健所 및 保健支所를 連結시키고 中央에는 醫療센터를 두어 전국적인 保健醫療奉仕의 地域化가 이루어지도록 計劃되고 있다.

醫療保險計劃의 경우에 있어서는 1970년 현재 被保險者數는 4,087명에 불과하며 부양가족을 포함하여 18,524명 뿐이었다. 그 구체적인 내용을 보면 다음표와 같다.

Table 6. Number of medical Insurance Beneficiaries as of June 30, 1970.

Program	total	beneficiaries	dependents of beneficiaries
Honam	2,070	497	1,753
Bokmyong	2,985	653	2,332
Chyongsipja	13,469	2,937	10,532
total	18,524	4,087	14,437

중국적으로는 장래에 醫療保險計劃은 零細自營者인 農村住民까지 포함시키게 되겠으나 이러한 醫療保險計劃의 實質的 發展에 따라 農村保健水準이 向上되려면 상당히 오랜 시일이 경과된 後후라야 可能하리라 豫想된다.

4. 考 按

이상의 所見에 비추어 보아 筆者는 우리 나라 農村保健醫療奉仕 供給體系改善을 위하여 다음과 같은 問題點

을提起하고 이에 대하여 意見을 提示하고자 한다.

1) 소득과 문화적 격차에 기인한 醫師의 都市集中傾向은 현재와 같은 자유방임적 醫療體制에 의하여 醫療要求의 支配의 部分이 충족되는 한 根本的 解決의 실마리를 찾으려면 종래 시도되었던 강제동원이나 해외이민의 전제로 제시된 醫師의 義務的 農村地域奉仕는 實效를 걸우기 어렵다고 본다.

實際로 농촌지역의 醫療需要는 經濟的인 立場에서 볼 때 어떠한 形態로든지 현재까지 충족되어 온 것이다. 즉 농촌지역은 現代醫療에 대한 需要가 낮은 반면에 저렴한 접근하기 쉬운 洋藥局, 漢醫師 및 民俗療法의 需要가 높다. 물론 농촌주민의 所得水準이 높고 이들이 現代醫療을 받으려는 마음을 갖고 있더라도 교통기관이 발달되지 못하여 現代醫療을 받기 보다는 가까운 거리에 있는 기타의료를 받게 되기 쉽다.

이러한 所得, 文化的 격차, 現代醫療에 대한 낮은 需要, 不便한 교통수단등은 保健外的 障礙요인으로 현재와 같은 有效需要原則에 입각한 醫療奉仕供給體系로서는 해결의 실마리를 찾기 어려울 것이다.

이미 無醫地域에 醫師를 강제동원하여 실패한 예를 1962~63년간에 우리는 겪은 바 있다. 無醫地域이 많고 해서 醫師의 新規供給을 대폭적으로 증가시켜 都市地域의 의사포화현상에 따른 醫師의 農村地域進출을 기도하는 것도 실제로 현명한 방책이라고는 볼 수 없다. 이를 위하여는 教育投資額이 막대한데 비하여 效果面에서 의심스러운 점이 너무나 많다.

農村地域住民의 醫療受惠水準向上을 위하여는 오늘날 우리나라에서 실시하고 있는 私의 個別醫療報酬體制에 병행하여 公共保健醫療活動의 強化 내지 向上을 기해야 할 것이다.

2) 현재 醫療保險法이 存在하나 自營者인 農民을 대상으로한 醫療保險組合은 결성되지도 않았으며 가까운 장래에 推進될 可能性은 거의 없다. 따라서 經濟的 有效需要原則에 의하여 醫療費支拂能力을 가진 醫療要求者가 醫療提供者로부터 保健醫療奉仕를 제공받는 私의 醫療에 의하여 Cover 되지 못하는 低所得農村과 遠隔地域住民에 대한 公共保健醫療計劃을 확대시켜야 할 것이다.

우선 수당을 현실적으로 引上調整하여 문화적 격차 不便한 交通手段등 經濟外的 要因의 결함을 보상할 수 있는 所得을 保障함으로써 有資格 醫療要員을 유지해야 할 것이다. 즉 醫療需要를 증가시킬 수 있도록 公共保健醫療計劃을 확대시켜 충분히 매력적인 所得水準을 보장시킴으로써 農村保健醫療奉仕의 실질적 向上을 도모할 수

있을 것이다.

이에 관련하여 農村出身者를 다수 선발하고 상당량의 장학금과 生活費를 支援하여 교육훈련을 받은 연후에 出身地에 근무를 지정하는 방법도 並行할 수 있다.

筆者가 1967년에 集計한 資料에서 보면 현재 郡部出身으로 市部에 이동한 것으로 보이는 醫師者는 郡部出身者의 60%에 달하여 40%만이 郡部에 계속 거주하고 있음을 보았다. 全體 醫師數의 43%가 郡部出身임에도 불구하고 이들 郡部出身醫師의 60%가 市部로 이동하는 현상은 市部에로의 醫師集中傾向을 加速化시켜 왔다. 즉 정부에 의한 保健所와 保健支所의 설치와 이의 운영을 위한 실질적 보조비지원도 推進해야 할 것이다.

再言컨데 海外移住나 訓練前에 농촌지역에 一定期間 勤務케 한다든지 醫療要員의 修練期間中 일정기간을 無醫地域에 勤務케하여 農村醫療를 向上하려는 방법은 일시적인 方便은 될 수 있으나 永續的인 結果는 얻을 수 없으며 有效需要를 刺戟 向上시킬 수 있는 根源的 對策과 不利한 社會文化的 諸與件을 相殺하고도 남을 수 있는 실질적 수당을 要員들에게 줌으로서 영속적인 農村保健醫療의 改善을 갖어 올 수 있을 것이다.

3) 農村保健醫療向上을 위하여 醫療要員의 新規供給을 증가시키는 方法을 들 수 있다. 그러나 新規供給增加를 위한 教育투자는 醫療要員手當의 증가에 비할 수 없을 만치 막대한 教育投資가 並行되어야 한다. 現醫療供給體系의 改善없이 都市保健醫療要員의 포화결과로 농촌지역에 확산진출시키려는 試圖는 현명한 방법도 아니며 실제로 좋은 결과를 초래하기 어렵다.

또한 保健醫療要員飽和로 인하여 농촌에 확산진출하기까지는 장구한 期間이 所要되며 現實的으로 合理的인 방법이라고 할 수는 없다. 오히려 質을 무시한 지나친 新規供給의 증가는 該當保健醫療職種の 품위를 저하시키고 직업윤리의 低下를 초래하며 有資格希望者를 減少시켜 좋지 않은 結果를 초래하기 쉬우며 該當職種の 적당한 反발을 초래하기 쉽다. 이보다는 오히려 既存保健醫療人力의 活用과 生産性向上에 따라 要員不足現象을 시정하려고 노력하는 것이 현실적으로 妥當한 方向이라고 본다. 전문직 保健要員의 非技術的 업무의 下位職種에 대한 이양이나 下位職種에 의한 대체에 의하여 專門技術要員의 生産性을 높이고 單位業務量을 증가시켜 현실적인 要員不足을 補完할 수 있을 것이다. 물론 經濟적 發展, 教育水準의 向上, 人口의 增加, 年齡別人口構造의 變化, 疾病樣相의 變化에 따라 保健醫療人力의 供給增加는 長期保健人力計劃에 의하여 다루어져야 할 것이다.

5. 結論 및 建議

우리나라 農村保健醫療奉仕提供體系的 改善을 위하여 筆者는 다음과 같은 結論을 要約 建議코저 한다.

1) 私的 領域의 有效需要原則에 입각한 保健醫療奉仕提供이 支配的인 現體制에 비추어 보아 農村地域의 有效需要水準의 向上과 不利한 社會文化的 諸要因을 相殺할 수 있는 保健醫療要員에 대한 報酬體系를 發展시키야 할 것이다.

2) 新規要員供給計劃은 人口增加, 經濟發展, 教育向上, 人口構造의 變化, 疾病樣相의 變化에 따라 全國的인 규모로 이루어져야 하며 新規供給增加에 의한 농촌지역에의 擴散進出을 시도하는 教育投資政策은 현실적으로 현명하지 못하며 保健醫療要員의 生産性向上을 통한 單位業務量增加와 下位職種에 의한 대체를 추구하는 것이 妥當하다고 본다.

3) 가까운 장래에 農村地域住民을 對象으로한 醫療保險制度가 도입되지 않는 한 政府投資에 의한 農村保健醫療網強化와 公共保健醫療奉仕提供計劃을 계속 擴大시키야 할 것이다.

參 考 文 獻

1. 許程：우리나라 農村醫療에 관한 社會醫學的 研究, 서울醫大雜誌, 1962.
2. 金淳河：農村醫療에 관한 研究, 서울醫大雜誌, 1965.
3. 保社部社會保障審委員會：健康調查報告, 1962~1965.
4. 金仁達, 許程：우리 나라 傷病과 醫療에 관한 社會學的 研究, 서울大學校 論文集 Vol. 17, 1966.
5. 서울大學校保健大學院 國民保健研究所：우리나라 醫療人力の 供給과 需要에 관한 研究, 1968.
6. 서울大學校 保健大學院 國民保健研究所：우리 나라 醫療補補員의 供給과 需要에 관한 研究, 1969.
7. 保健社會部：第3次 5個年計劃, 保健社會部事業計劃 1970.
8. 農村衛生研究所：우리나라 農村住民의 傷病과 醫療에 관한 調查研究, 1969.
9. 許程：農村的 疾病과 醫療, 大韓醫學協會誌, 제9권 제6호, 1966.
10. 許程：國民保健과 經濟開發, 大韓醫學協會誌, 제13권, 제12호, 1970.
11. 保健社會部：保健社會行政의 實績과 展望, 1971.