

## 남북한 보건의료제도의 비교

임 경 순 (계명대학교 대학원 간호학과)  
김 정 남·박 경 민 (계명대학교 간호대학)

### 목 차

#### I. 서론

#### II. 본론

1. 남북한 인구 및 보건지표
2. 남북한 보건의료제도
3. 남북한 간호제도

#### III. 결론 및 제언

#### 참고문헌

#### 영문초록

### I. 서 론

#### 1. 연구의 필요성

정치적 사상적 이념체계가 완전히 다른 통치구조속에서 남북한은 반세기 동안 대립과 갈등으로 분단 반세기를 보내고 이제 새로운 2001년을 맞게 된 우리는 통일에 대한 우리의 자세를 되돌아 보게된다. 우리 정부의 햇볕정책과 남북 정상회담, 이산가족 상봉 등 실제적인 남북교류가 열리고 있는 것은 통일이 단순한 염원이 아닌 현실적인 문제로 다가왔음을 실감하게 한다.

최근 몇 년간 북한은 극심한 식량난에다 설상가상으로 대규모의 홍수로 인한 경제의 마비 및 그로인해 주민들의 생활은 극도로 궁핍해졌으며 북한이 자랑하던 보건의료체계도 와해되고 있는 것으로 보여진다. 통일 이후 북한으로부터 남한지역으로의 인구유입의 규모가 최소 200만 명에서 최고 500만 명에 이를 것이라고 추정되고 있다(이산가족1000만명기준).

50여 년의 시간을 철저히 단절된 채 살아온 남북한이 통일 후 일어날 수 있는 어려움을 최소화하기 위해

서는 통일과정과 통일 후 모습에 대한 철저한 준비작업들이 필요할 것이다. 이러한 작업들은 모든 분야에서 이루어져야 하겠지만 보건 복지 분야에서의 준비는 그 어느 분야보다도 중요한 의미를 지니고 있다. 무엇보다도 보건·복지 서비스는 국민의 실생활과 밀접한 관련이 있으므로 체감되는 영향력이 매우 크기 때문에 보건의료계의 준비가 없이 통일이 된다면 국가전체가 대혼란에 빠질 수 있을 것이다.

특히 독일 통일에서 보았듯이 서독중심의 체제에 동독을 흡수함으로써 파생된 동독인들의 좌절과 충격을 완화하고 사회안정을 이룩하는 데 서독의 성숙한 보건·복지제도가 가장 결정적인 역할을 한 것으로 평가되고 있다. 이처럼 통일 이전부터 독일의 보건의료계가 철저한 사전준비를 한 노력을 배우고, 통일한국의 보건의료는 국민의 삶의 질이 보장될 수 있어야 하며 보건의료의 사회정의를 구현할 수 있도록 충분한 준비를 하여야 할 것이다. 즉, 남한과 북한 주민 모두에게 기본권인 건강권이 더욱 증진되고 유지되는 것이 보장되어야 한다.

특히 북한의 의료는 주로 의사를 중심으로 이루어져 있으며 남한보다 보건의료 및 간호의 수준이 낮고, 인

력의 수준도 떨어지지만, 북한은 보건의료 제도가 체계화되어 있고 예방보건사업이 발달되어 있는 장점이 있다.

간호계가 통일에 대한 준비작업을 철저히 하여 시간을 갖고 장점을 발전 조화 시키고, 단점을 버릴 수 있다면 진일보한 보건의료 및 간호체계를 갖추 수 있을 것이다. 아직까지 간호계에서 이 부분에 대한 접근이 거의 없으며 관련 연구논문도 없는 실정으로 통일을 대비하는 준비로서 통일체제하에서의 보건의료제도를 구상하려면 무엇보다 먼저 현재의 남북한 보건의료제도에 대한 정확한 이해가 필요할 것이다.

## 2. 연구의 목적

본 연구에서는 북한의 보건의료실태를 분석하고 남북한의 보건의료제도를 비교 검토하며 들어나지 않은 간호체계를 파악함으로써 좀더 미래지향적이고 바람직한 통일을 대비한 보건의료정책을 제시하고자 한다.

## 3. 연구의 방법

본 연구는 문헌고찰에 의해 주로 이루어졌으며, 이를 위해 통일원 북한자료센터, 북한연구소, 국회도서관, 한국보건사회연구원, 한국누가회 문서출판부 등에 있는 남북한의 보건과 복지정책 관련 자료들을 수집하고 이미 다른 문헌에서 인용한 귀순자들의 증언을 토대로 분석하였다.

본 연구에 필요한 구체적인 자료는 주로 보건통계와 보건의료지표, 그리고 국제기구를 통해 얻어질 수 있는 통계자료가 인용되고 있으며 북한의 보건의료정책과 보건의료서비스제도나 운영관리체계에 관한 자료가 적고 제한되어 있어 기존의 관계문헌을 정리하여 본 연구에 필요한 자료가 수집되고 활용되어졌다. 연구자료는 북한에서 1982년부터 1986년까지 출간된 5권과 남한에서 1972년부터 2001년까지 간행된 42권으로 분석하였다.

그러나 정확하고 신빙성 있는 북한자료의 제한으로 인하여 직접적인 남북한 비교에는 많은 한계점이 있다.

## II. 본 문

### 1. 남북한 인구 및 보건지표

보건수준 측정의 중요한 지침이 되는 보건지표에 대한 북한의 상세한 통계는 발표되지 않고 있고 북한측 발표자료와 남한측의 측정자료, 세계보건기구등에서 발표한 자료가 있을 뿐이다(조성남, 1993). 본 논문에서는 최근 발표된 현재까지의 가장 최신의 자료(Eberstadt & Bainster의 North Korea: Population Trends and Prospects, Washington D.C.:The Center for International Research, U.S.Bureau of the Census, 1990)와 1993년 북한이 UNFPA의 지원으로 실시한 인구센서스 자료를 인용하고 기타 필요한 자료들을 참조하여 남북한의 인구 및 보건지표를 비교해 보았다.

#### 1) 인 구

남한과 북한의 인구 비교를 위한 자료는 남한의 경우는 인구총조사의 통계를 중심으로 하였으며, 북한의 경우는 지난 1994년 1월 3일~15일 기간 중 '국제연합 인구활동기금'(United Nations Funds for Population Activities, UNFPA)의 도움을 받아 해방 이후 최초의 인구총조사를 실시한 자료를 이용하였다. 북한의 이 자료는 1993년 12월 31일 자정 현재 북한 국적의 모든 거주민들을 대상으로 하고 있고 그 범주에 기숙사·노인수용시설과 같은 집단생활시설단위를 포함하고 있다.

남한의 총인구는 인구성장률이 1961년 3.01%에서 점차 낮아져 1993년에 44,195천명, 1998년에 46,430천명으로 조사되었다(통계청, 1996, 1998).

북한의 1990년의 인구는 남한 총 인구(약 42,869천명)의 약 반 정도인 21,412천명으로 추계되고 있고 인구증가율도 1.9%로 추정된다(Eberstadt & Banister, 1990). 이것은 남한의 인구증가율 0.99%에 비해서는 상당히 높으나 1970년 이래 북한에서도 점차 인구증가율이 감소되고 있음을 알 수 있다.

북한은 1993년 최초로 인구센서스 조사를 실시하였으며 그 결과 총인구가 시·도 지역별 합계인구(21,213천명)와 연령별 인구합계(20,522천명)를 틀

〈표 1〉 남북한 총인구, 인구성장률 및 성별인구추계 비교 : 1965 - 1998년

(단위 : 1,000명)

연도	남			한			북			한		
	총인구	인구 성장률(%)	남	여	성비(%)	총인구	인구 성장률(%)	남	여	성비(%)	남	여
1965	28,705	2.58	14,453	14,252	101.4	12,172	3.1	5,894	6,278	93.9		
1970	32,241	2.21	16,309	15,932	102.4	14,388	3.6	7,012	7,376	95.1		
1975	35,281	1.70	17,766	17,515	101.4	16,480	1.9	8,070	8,410	95.9		
1980	38,124	1.57	19,236	18,888	101.8	17,999	1.8	8,838	9,161	96.5		
1985	40,806	0.99	20,576	20,230	101.7	19,602	1.7	9,650	9,952	97.0		
1990	42,869	0.99	21,568	21,301	101.3	21,412	1.9	10,568	10,844	97.5		
1993	44,195	1.02	22,243	21,952	101.3	21,213	1.4	10,329	10,844	94.9		
1998	46,430	0.95	23,396	23,033	101.6	-	-	-	-	-		
2000	47,275					22,175						

자료 : 남한자료는 통계청, 「장래인구추계」, 1996. 통계청, 「한국통계연감」, 1998에서 인용되었으며, 북한자료는 1993년 이전은 Eberstadt & Banister, North Korea : Population Trends and Prospects (Washington, D. C. : The Center for International Research, U. S. Bureau of the Census) 1990 : 55에서, 1993년 자료는 노용환·연하청(1997)에서 인용하였음.

주) 북한의 1993년 인구는 북한 최초의 인구센서스 결과로 시·도 지역별합계 기준임.

리게 표기하고 있는 합계의 차이가 북한의 고의적인 누락에서 비롯된 것으로 가정하고 있다(노용환 등, 1997).

## 2) 출생시 기대여명

출생시 기대여명은 전인구의 사망수준을 가늠하는

가장 포괄적인 단일지표이다. 북한측에서는 1986년 북한인의 평균수명을 74.3세(남 70.9세, 여 77.3세)로 발표하였다. 그러나 에버스타드의 추정(Eberstadt, 1992:101-102)에 의하면 북한인의 평균수명은 1986년 67.7세(남 66.4세, 여 70.7세)로 추정된다. 남한은 1985년에 평균 69세로 남자 64.9

〈표 2〉 남북한 사망수준의 비교 : 1960 - 1990

	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1986	1990
<b>조사망률</b>								
남한	10.71)	8.8	9.8	7.3	6.7	6.2	6.1	5.8
북한	10.5	9.8	7.0	4.7	4.5	4.6	5.0	-
<b>출생시 평균기대여명 비교</b>								
<b>〈남한〉</b>								
전체	55.3	-	63.2	-	65.8	69.0	-	71.3
남자	-	59.72)	59.8	-	62.7	64.9	66.03)	67.4
여자	-	64.1	66.7	-	69.1	73.3	74.1	75.4
<b>〈북한〉</b>								
<b>① 당국 발표치</b>								
전체	58.3	61.0	65.2	73.04)	74.05)	-	74.3	-
남자	56.0	-	-	-	-	-	70.9	-
여자	59.0	-	-	-	-	-	77.3	-
<b>② 통일원 발표</b>								
전체	-	-	-	-	-	-	-	-
남자	-	-	-	53.4	60.2	61.0	-	61.8
여자	-	-	-	64.4	65.2	66.8	-	66.8
<b>③ 에버스타드 추정치</b>								
전체	49.0	54.0	59.1	63.2	66.0	67.4	67.7	69.0
남자	46.0	51.0	56.0	59.9	62.7	64.1	66.4	65.6
여자	52.1	57.1	62.2	66.3	69.0	70.4	70.7	72.0

주 : 1) 1961년도 통계치임 2) 1966년도 통계치임 3) 1987년도 통계치임 4) 1976년도 통계치임 5) 1982년도 통계치임  
자료 : 변종화 등, 1993 : 182.

세, 여자 73.3세로 발표되었다. 서로 다른 근거를 인용하고 있어 정확하지 못하고 직접적인 비교는 어렵다. 그러나 남한의 통일원에서 분석한 자료에 의하면 1990년 남한의 평균수명은 71.3세로 나타나며 남자 67.4세, 여자 75.4세로 북한보다 높은 것으로 추정되고 있다(표 2 참조).

### 3) 영아사망률

북한이 발표한 1986년도 영아사망률은 출생아 1,000명당 9.8이다. 그러나 에버스타드의 추정치에 의하면 북한의 영아사망 수준은 1960년대에는 95.0명이었고, 1975년에는 44.7명, 1985년에는 35.4명 정도, 그리고 1990년에는 31.3명으로 추정된다. 이에 비해 남한의 영아사망률은 1990년 출생아 1,000명당 12.8명으로 나타났다(표 3 참조).

최근 UNFPA의 대북한 지원사업에 대한 평가결과와 향후 지원계획을 중심으로 북한의 생식보건 실태를 분석한 내용을 보면 1993~96년 기간 중 영아사망률이 14.1명에서 18.6명으로 증가하였고, 모성사망률도 출생아 10만명당 54명에서 105명으로 약 2배 증가하였다. 평균수명도 1993~97년 기간 중 72.7세에서 70.1세로 감소하였고, 의료전문가의 도움을 받아 출산하는 경우도 10% 감소한 87.8% 수준이며, 농촌지역의 경우는 70% 수준에서 45% 수준으로 감소하였다. 1993~96년 기간 중 인공임신중절률은 15%나 증가하였다(조남훈 등, 1998).

〈표 3〉 남북한 영아사망률 비교 :

1960 - 1990년 (출생아 1,000명당)			
연도	남한	북한1)	북한2)
1960	-	37.0	95.0
1965	-	35.3	75.7
1970	53.0	22.7	57.3
1975	38.0	18.1	44.7
1980	17.33	14.2	39.5
1985	13.3	10.5	35.4
1990	12.8	9.8	31.3

주 : 1) 북한당국발표치 2) 에버스타드 추정치

3) 1981년도 통계치임

자료 : 1) 보건사회부(「보건사회통계연보」, 1981 : 5 ; 1991 : 6-8)

2) Eberstadt et al. (「The Population of North Korea」, 1992)에서 재인용

### 4) 사망률 추이

북한의 사망통계에 의하면 1960년-1986년간에는 사망률의 급격한 저하와 더불어 사망원인의 변화도 야기되었다(표 4 참조). 1960년에는 「감염성 및 기생충성 질환」과 「호흡기계 질환」으로 인한 사망이 전체 사망자의 42.5%를 차지하였으나, 1986년에는 13.3%로 저하되었다. 반면 「악성신생물」과 「순환기계 질환」에 의한 사망은 1960년 14.7%에서 1986년에는 59.2%로 증가하였다. 이와 같이 북한의 사망구조변화는 '후진국 질병'이라고 지칭되는 전염성 및 기생충성 질병이 급격히 감소하였고 암, 심장병 및 혈액순환기 질환이 상대적으로 증가하고 있다. 또한 1986년에도 북한에서는 「호흡기 질환」에 의한 사망이 남

〈표 4〉 남북한 주요사인별 구성비

(단위 : %)

사 인	남 한			북 한			
	1981	1986	1989	1960	1970	1980	1986
순환기계의 질환	29.5	31.7	29.7	12.1	22.9	42.3	45.3
악성신생물	14.3	16.4	19.4	2.6	5.7	12.0	13.9
소화기계의 질환	8.1	9.1	8.7	14.4	20.6	10.6	10.4
호흡기계의 질환	4.0	4.2	4.4	14.2	14.9	10.3	9.4
손상 및 중독	20.1	12.0	14.9	2.9	4.0	6.5	7.7
감염성 및 기생충성 질환	5.0	3.8	3.0	28.3	10.9	5.2	3.9
증상 징후 및 불명확한 상태	12.5	16.7	14.5	13.7	10.7	5.7	2.6
기타	6.5	6.1	5.4	11.8	10.3	7.4	6.8

자료) : 남한자료 : 경제기획원, 「사망원인통계」

북한자료 : 북한 중앙통계국, 「조선민주주의 인민공화국 보건통계」, 1987.

(Eberstadt et al., 1992 : 56 재인용)

한의 2배 이상으로 나타나고 있다는 것은 아직까지도 북한의 보건의료 수준이 상당히 낙후되어 있음을 유추할 수 있다고 하겠다(변종화 등, 1993).

#### 5) 북한 주민의 건강 상태 및 질병 양상

북한은 80년대 후반부터 식수 공급, 위생 시설이 엉망이 되고 질병 예방 의학, 의료 서비스의 기능이 악화되기 시작하였다. 1995년 대홍수 이후 극심한 식량 부족을 겪으면서, 북한 주민들은 국제 사회의 구호에도 불구하고 영양 결핍 내지 영양 실조가 심각한 상태이고 1998년 8월 31일 미 하원 국제관계위원회에 보고한 「커크 보고서」에 의하면 최근 영양실조로 인한 사망자 수가 연간 30만~80만 명이고 병원에는 식량, 약품, 의료 기자재의 품귀 현상이 있다고 하였다. 북한 아동의 약 60%가 정도의 차이는 있으나 영양실조 상태이며 연령에 비해 체격이 남한보다 현격히 저하되어 있다고 하였다.

위생상태 불량으로 이·빈대·벼룩에 의해 전파되는 파라티푸스가 전역에 급증하고 음·유행성출혈열이 많다. 예방접종이 제대로 시행되지 않아 소아마비, 백일해, 홍역, 결핵이 많으며, 최근 말라리아, 콜레라 유행이 빈발했다고 하였다. 주요 사망원인은 영양실조, 설사, 탈수, 장티푸스, 파라티푸스, 결핵으로 후진국 양상을 보이고 있다(성기호, 2000).

## 2. 남북한 보건의료제도

### 1) 보건의료관리체계

남한의 보건의료관리체계는 정부의 리더쉽과 거시적인 부문의 정책결정, 집행에 의해 조정되는 체계를 갖고 있다. 과거의 권위주의적 정권하에서의 통제적 리더쉽에서 이제는 민주적 혹은 참여적 리더쉽으로 이행하고 있는데 반하여 북한은 공산당의 독재적 리더쉽이 현존하고 있다. 의사결정과정에서도 한국은 다양한 이해관계 집단이 참여하는 다원적인 의사결정과정을 가지고 있으나 북한은 기획, 실행, 감사 및 평가, 정보지원 등 의사결정의 주요과정 전반에 걸쳐 공산당과 정부의 일방적인 의사결정구조를 갖고 있다. 규제적 측면에서는 남한의 경우 유인과 통제가 혼합된 규제방식을 쓰고 있는데 반하여 북한은 철저한 통제위주의 규제정책을 쓰고 있다. 남한의 보건의료체계에서 민간부문이 차지하는 비중이 상당히 높아 이들의 이해관계가 정책결정과 실행에 상당부분 반영되고 있다 국민들은 소비자단체 및 시민단체를 통해 정부 또는 의료공급자들에게 압력을 가하고 국민 건강권보장을 위한 제 방안에 강구를 요청하며, 국회에 대해 제반 입법조치의 강구를 요구한다. 남한의 보건의료관리체계는 다원적인 관리구조로 다양한 이해관계의 견제와 균형, 조정과 통합을 통해 공동선을 보장하고 효과적인 보건의료체계의 산출을 얻을 수 있는 장점이 있는 반면에 어느 한 집단의 영향력이 압도적인 경우에는 이들의 이해관계가 관철될 위험이 상존한다. 남한은 민주적인 리더쉽의 개발과 참여의 증대, 다수 국민의 이익이 보장되는 관리구조의 개발이 과제가 될 것이다.

반면에 북한은 당주도의 중앙집권적 정책결정체제로 이는 일면 능률성과 효율성을 지니고 있지만 주민불만

〈표 5〉 남북한 보건의료관리체계의 비교

구 분	남	한
의사결정 과정	복합적/다원적	단선적/일원적
정책결정방식	중앙집권적→지방분권적 정책결정방식으로 이행 중	당 위주의 중앙집중적 정책결정
리더쉽 유형	권위주의적 리더쉽→민주적 리더쉽으로 이행 중	공산당의 독재적 리더쉽
조정기능	부처간 조정기능의 미흡	일사불란한 획일주의
정책수단확보	과다한 민간부문 의존도로 인하여 정책수단 확보가 곤란	공공부문 일변도에서 정책 수단확보용이
기능분담	부문간 기능분담의 어려움	민간부문 부재로 기능 통일
규제방식	유인과 통제의 혼합	철저한 통제위주
정보지원기능	개방적/지원 정보량의 증가	폐쇄적/정보지원이 원활치 못함
이익집단의 역할	이익집단의 조직화로 이해관계 및 갈등 증폭	당의 지배로서 이익집단의 무기력화
주민불만 해소기구	소비자운동의 활성화	소비자운동의 불활성화

자료: 문옥륜(1995: 50)

을 표출하고 해소해 줄 '소비자 운동'이 존재하지 않으며 결정적인 부조리 현상을 내포하고 있다. 이와 같은 관리구조의 차이는 본질적으로 전체 사회체제와 깊이 관련되어 있다(표 5 참조).

## 2) 보건의료자원체계

### (1) 보건의료인력

남한의 보건의료인력은 의료법에 의료인으로 규정된 의사, 치과의사, 한의사, 조산사, 간호사와 의료기사법에 규정하고 있는 의료기사(임상병리사, 방사선사, 물리치료사, 작업치료사, 치과기공사, 치과위생사 등), 의무기록사 및 안경사가 있으며, 그밖에 간호조무사, 의료유사업자, 안마사가 포함된다(정기원 등, 1995). 이들은 국민의 건강과 생명을 다루는 특수한 직업인들이므로 국가가 법으로 그 자격을 엄격하게 규정하고 면허소지자가 아니면 의료관계 행위를 할 수 없도록 규제하고 있으며 이들은 시장기전에 의하여 취업이 결정된다(문옥륜, 1993).

이들 인력의 양성은 의사, 치과의사, 한의사의 경우 각각 의과대학, 치과대학, 한의과대학에서 6년씩을 수학하도록 하고 있고, 간호사는 간호대학 및 전문대학에서 4년 및 3년, 간호조무사는 양성학원에서 10개월, 의료기사는 전문대학에서 2-3년을 수학하도록 하고 있다.

북한의 경우 보건의료인력은 '보건일군'으로 불리는데, 이들은 사람의 생명과 건강을 책임지고 있을 뿐만

아니라 광범위한 군중을 대상으로 하고 있다. 따라서 이들은 '인민의 건강을 돌보아서 사회주의 건설에 적극 참여하게 하는 인민의 참된 복무자요 혁명가'로 규정하고 있어, 교육 및 양성과정에서도 이러한 입장을 반영하고 있다. 이에 따라 '보건일군 양성의 기본 방침'을 다음과 같이 정하고 있다(변종화 등, 1993). 첫째, 각 도마다 의학대학을 설치하여 지역에 필요한 의사인력을 자체적으로 양성하고, 둘째, 야간 및 통신의학체제를 도입하며, 셋째, 의학대학과 고등학교의 학생모집 규모 및 특설반을 늘리고, 각 도에 보건인력 양성소를 설치한다. 넷째, 의학교육의 질을 높이기 위해 노력하고, 여성보건인력 양성에 주력하며, 다섯째, 의대에 실습조건 구비·설비 보강·실습병원 마련 및 현대적 의료설비와 기구가 구비되도록 하며, 여섯째, 예방의학의 중요성 및 동의학과 신의학의 통합발전을 강조하는 보건정책이 고려되고 있다. 따라서 보건일군에 대한 대한 면허제도는 없고 인력양성기관에서의 수련이 자동적으로 자격을 부여하게 된다.

북한의 의료인력을 보면 의사, 부의사, 위생의사, 동의사, 준의사, 구강의사로 다양하며 의사인력 활용에 큰 비중을 두지만 의료관련 인력(간호사, 조산원, 약제사, 조제사 등)은 남한에 비해 그 수도 적고 중등 보건일군으로 포괄되어 있어 기능적으로 덜 분화되어 있다(박진 등, 1994). 그러나 보건의료인력은 경력발전체계가 개방적이어서 중등보건일군은 자기계발에 의하여 의사로 신분상승할 수 있는 길이 트여있다(표 6 참조).

〈표 6〉 남북한 보건의료인력의 비교

구 분	남	북
의료인 면허/자격 제도	국가나 전문의료단체가 의료인의 면허 및 자격 제도를 관장	졸업과 동시에 자동적으로 자격취득
인력양성체제	의과대학, 치과대학, 약학대학, 한의과대학으로 분리된 양성체제	의학대학 산하에 의학부, 동의학부, 구강학부, 약학부로 통합적 양성체제
의사의 종류	의사, 한의사로 대별	의사, 부의사, 위생의사, 동의사, 준의사로 다양
의료보조인력	고도로 세분되어 있으며, 그 수가 계속 증가	기능적으로 덜 분화, 중등보건일군 등 포괄적으로 명명
인력의 기술수준 향상수단	능력별 보직제도 및 보수 차등화	승진시험제도와 급수유지시험제도의 선택
의사연수교육 사회적 대우	연간 40시간 수업의 의무화 상대적으로 고 보수이나, 의료인 상호간의 소득격차가 심화	주로 통신교육을 통해 취업중 재 훈련 보수수준은 전반적으로 낮으나, 상호 소득격차가 적음
의사 1인당 인구 수(1990년)	의사 1인당 450명(의사, 치과의사, 한의사, 약사 포함)	의사 1인당 344명(의사, 치과의사, 한의사, 위생의사, 약사 포함)

자료 : 문옥륜(1993: 55)

보건의료인력의 양성은 의학대학, 약학대학, 도보건간부학교 등에서 이루어지며, 의학대학은 예과 1년, 본과 6년의 7년제로서 의사자격은 재학중 필요한 과목별 시험에 합격하여 국가고시제 없이 졸업과 동시에 부여된다. 의학대학을 졸업하지 못한 부의사, 준의사를 위하여 야간, 통신학부를 설치하여 1년에 2회정도(매 회당 20-30일의 강의를 받고 시험을 치름)의 수업을 받고 학점을 이수하면 의사자격을 받을 수 있다고 한다. 본과 6년제인 통신학부는 야간에 2시간씩 수강하거나, 원거리 거주자는 통신수강으로 전과정을 이수할 수 있다. 대학점정 시험을 거쳐서도 의사자격을 획득할 수 있으며, 경험이 많은 간호원들을 대상으로 의대 내에 특설반을 설치하여 소정의 시험에 합격하면 준의사자격을 준다고 한다. 의학대학을 졸업하면 학위가 수여되지 않고 근무지로 배치되며, 연구업적이 현저하면 기관장의 추천으로 학사원(2년), 박사원(3년)에서 수학하고, 논문심사에 합격하면 학사 또는 박사학위가 수여된다. 도의 보건간부학교는 간호원과 의료기사를 양성하는데 간호학과·조산학과·보철과·조제과 등으로 구성되어 있으며, 교육내용은 사회정치론, 의학 기초기술과목(해부, 생리, 약리학, 전문부분 이론교육, 임상실습(내과, 외과, 소아과, 이비과)을 한다(송창호 등, 1989).

또한 간호사 양성을 위하여 이 기관에 별도의 1년제 '간호원양성소'가 설치되어 있다(표 7 참조).

남한은 1981년에서 1997년 기간중 의료기관의 인구 10만명당 의료인력 현황을 보면, 병원의 증가와 의료인력의 지속적인 증가로 상근의사는 36.9명에서 101.0명으로 치과의사는 6.8명에서 24.9명으로 그리고 한의사는 6.4명에서 16.0명으로, 간호사는 31.1명에서 111.9명으로 증가하였다(장영식 등, 1998).

북한의 의료인력(의사·치과의사·동의사·위생의사·약사)은 1986년 현재 인구 만명당 27명으로 추정되는데, 중앙·도 및 시단위에서 활동하고 있다(변종화 등, 1993). 의사는 수준에 따라 의사·부의사·준의사·구강의사·위생의사 등이 있는데, 4년제를 나오나 7년제를 나오나 기본임금은 똑 같으며, 준의사는 여자들이 많고 부의사는 의사에 비해 처방에 조금 제한되는데, 예를 들면 외과의는 집도를 못하고, 내과의는 독극마약을 처방하지 못하도록 규정되어 있으며, 부의사 및 준의사는 리진료소, 군병원에 근무하거나 대학병원에서 간호사로 활동하고 있다. 의학대학을 졸업하면 모교 대학병원에 배치되는 비율은 10% 정도이며, 대학병원 이외의 병원 및 진료소에 배치된 의사는 일반의로 활동하게 되며 이들은 6급에 해당한다. 대학병원에 배치된 의사는

〈표 7〉 남북한의 보건의료인력 양성기관과 양성기간

보건의료인력	남		북	
	양성기관	기간	양성기관	기간
의사				
의사	의과대학	6년	의학대학	6년
한의사(동의사)	한의학대학	6년	의학대학 동의학부	5년
위생의사	-	-	의학대학 위생학부	5년
부의사	-	-	고등의학전문학교	4년
준의사	-	-	고등의학고	3년
보건의료인력				
약사	약학대학	4년	의학대학약학부	5년
조산사	간호대학·간호전문대학졸업후 수련	4·5년	고등의학전문학교	3년
조제사	-	-	보건간부학교	2년
간호사	간호대학·간호전문대학	4·3년	보건간부학교	2년
			간호학교 및 간호원양성소	1년
간호조무사	간호학원	9~12개월	-	-
병원, 방역소, 요양소 간부	-	-	중앙보건간부학교	1년
보육원	-	-	보육원양성소	3개월

자료 : 변종화·박인화·서미경·김만철, 「남북한 보건의료제도 비교연구」, 서울: 한국보건사회연구원, 1993, p.106에서 일부 변경하여 재인용

1년간 수련의로서 배치된 과에서 활동하며 3년 후에 의학과학원에서 실시하는 전문의 자격시험을 치루며, 합격하면 5급의사가 된다.

간호인력은 주로 병원에서 활동하며 조산사는 산원, 병원, 리병원 등에서 활동하고 있다(변종화 등, 1989). 이들에 대한 사회적 대우는 남한의 경우 타직종에 비해 상대적으로 고소득이지만 의료인 상호간 소득격차가 심하고, 북한의 경우 보수수준이 전반적으로 낮으나 상호소득격차가 적은 것으로 나타나고 있다(정기원 등, 1995).

북한의 간호원의 개념과 남한의 간호사의 개념은 좀 달라서, 보건간부학교와 간호원 양성소 출신의 간호원은 리, 군 인민병원과 진료소에서 근무하고 있고, 남한에서의 간호사의 역할과 비슷한 역할은 북한에서의 도 단위 병원에서 일하는 준의사에 의해 수행되는 듯하다(송창호 등, 1989).

인력기술수준의 향상을 위해서 남한은 능력별 보직제도 및 보수의 차등화를, 북한은 승진시험제도 및 급수유지 시험제도를 근간으로 하고 있다. 급수 승진시험은 계속해서 3년마다 볼 수 있다.

현재 남한의 보건의료인력의 특징은 의사인력의 전문화와 고도로 세분화되어 있으며 의료인의 도시집중이 심하고 수급상의 불균형이 심각한 상태이다.

## (2) 의료시설

남한의 보건의료시설은 민간병원을 중심으로 발달하였고, 국립병원으로는 국립의료원·결핵병원·나병원·정신병원 등이 설치되어 있다. 지방병원은 80~90%가 민간이 운영하고 있으며 지방공사 의료원이 설치되어 있다. 한편 보건기관은 시·군·구의 행정구역에 각각 1

개씩 배치해 두고 있으며 예방사업과 보건교육, 구강보건사업 및 영세민 진료사업을 실시하고 있다. 이와 같은 보건의료시설은 대도시 집중현상이 나타나고 있는데, 1993년 현재 전체 의료기관 26,661개소의 89.5%가 시부에 분포하고 있으며, 군부에는 10.5%만이 설치되어 있다(보건사회부, 1994). 따라서 농어촌지역에는 전문치료시설이 부족하고 보건소·보건지소·보건진료소가 보완적 기능을 수행하고 있다. 특히 1981년부터는 보건지소에 공공보건의료를 연차적으로 배치하여 무의지역을 해소하였으며, 오·벽지 자연부락 단위에도 보건진료소를 설치함으로써 민간부문 자원이 없거나 부족한 지역에서의 1차진료기능을 담당하고 있다(노윤영, 1992). 이러한 편중된 현상은 2000년 현재 총 40,297개소의 의료기관 중 공공의료기관과 민간의료기관과의 비율이 공공의료기관 8.8% (3,555개소) 對 민간의료기관 91.2%(36,742개소)라는 현격한 차이로 민간의료기관 수가 많은 것은 북한과 크게 비교된다(김성순, 2000).

한편 북한의 병원은 모두 국가병원으로서 그 체계는 다음과 같다. 직할시와 도에 40여개의 대학병원을 비롯하여, 시·군에 1~2개의 인민병원 등이 있다. 이외에도 리·동 등에 인민병원과 진료소 등이 있으며, 결핵과 간염 등을 치료하는 전문 병원이 있다. 북한내 공식적인 의료기관은 <표 8>과 같다.

여기서 진료소(간이암볼라토리)는 <간이암볼라토리(진료소) 및 간이산원 규정> 제2조에서, '상급병원 또는 암볼라토리의 지도에 의하여 농촌, 공장, 광산, 기업소 및 어촌에 있어서 위생방역 및 질병의 치료에 관한 사업을 담당함을 그 목적으로 한다'고 규정되어 있으며, 이러한 역할은 리단위까지의 지역사회에서 일차

<표 8> 북한내 공식적인 의료기관

		BED	의사
직할시, 도	대학병원 중앙병원 각 1 개소 40여 개 가운데 1/20이 평양에 밀집	1,000~2,000	200
시, 군	인민병원 1~2개소	100~200	50
리, 노동지구	인민병원, 진료소 1개소	5~20	10
작은리, 동	종합 진료소 1 개소	1~2	1-2
3급 이상 기업소	산업(인민) 병원 1 개소		
4급 이하 기업소	진료소 1개소		
협동 농장			
전문 병원	결핵, 간염, 구강, 고려의학 시군 이상 1개소		



보건의료료를 담당한다는 측면에서 남한의 보건지소 또는 보건진료소의 위상과 비슷하다(김주희, 1998).

북한내 병원은 1990년 기준으로 전국에 일반 및 전문병원이 2,373개소이고 진료소 및 구급소는 5,600여 개소가 있다. 평양에 있는 주요 병원으로는 핵심 간부가 이용하는 봉화진료소, 남산진료소가 있고, 주로 희귀 질병을 진료하는 적십자병원, 주로 당 고급 간부가 이용하는 평양의대병원, 정무원 고급간부, 외국인, 중환자가 이용하는 감만유병원, 그리고 중앙병원, 1,500병상의 특수층이 이용하는 평양산원이 있다.

한편, 북한은 동의학학을 주체적인 민족의학이라고 하여 서양학과 대등한 수준으로 중요시하고 있으며, 동 의학을 과학화하고 동학과 신의학을 배합·발전시키는 것은 의학과과학기술발전의 중요한 문제로서 동의학의 육성과 발전에 큰 비중을 두어 왔다. 이러한 배경하에서 중앙과 도에 동의병원을 설치하고 시·군단위 인민병원과 산업병원, 그리고 리단위의 인민병원 및 진료소 등에 동의과를 두고 있으며 도와 시·군단위에 신약국과 함께 동약국(또는 동약방)을 설치·운영하고 있다.

또한 의학대학에 동의학부를 약학대학과 의학대학 약학부에 東藥製藥科를 두어 동의사와 동약사를 양성하고 있으며, 의학과학원 산하에 동의학연구소를 두고 동의학의 과학화와 체계화를 추진하고 있다. 평양의 동의원을 비롯한 각 급 동의의 의료기관과 의학과학연구소, 의학대학들에서는 동의학의 과학화를 위한 연구사업을 추진함으로써 동약의 성분과 약리작용, 동의처방의 치료효과, 동약과 침, 뜸, 부항을 비롯한 가치있는 민간요법의 치료효과를 과학적으로 해명하여 큰 성과를 거두었으며, 동의사를 위시한 모든 의사들이 신의학과 동 의학을 소유함으로써 동의치료 비중이 훨씬 높아졌고 병원 및 진료소등의 의료기관들에서는 임상실험실, 렌트겐실험실과 같은 현대적인 진단설비들과 각종 실험실을 갖추고 현대의학적인 진단하에 동약, 침, 뜸, 부항, 한증 등의 동의학치료를 배합시킴으로써 동의의료 봉사의 질적 수준이 한층 높아졌다고 주장하고 있다(조선중앙년감, 1982).

동의학진흥정책에 따라 1986년 말 현재 공중보건조직하의 시·군병원에 동의과가 설치된 곳은 214개소, 산업병원에 동의사가 배치되거나 동의과가 설치된 곳이 304개소, 리인민병원과 외래진료소에 배치된 동의

사가 1,441명, 따라서 현대의학진료와 동의학진료가 함께 실시되는 의료기관이 모두 4,851개소가 되며(이희대, 1992), 이곳은 낙후된 의료장비, 인력, 약품의 대안으로 이용되고 있다. 1995년도 기준으로 1차진료의 80% 이상이 고려의학에 의존하고 있는 실정이다(성기호, 2000).

### 3) 보건의료조직체계

#### (1) 북한 보건의료정책의 법적근거

북한의 보건정책의 기본방향과 특성은 1972년 12월 27일에 공포된 사회주의 헌법 제48조를 기초로 하고 있다. 즉, 동 48조는 「국가 는 전체적 무상치료제를 더욱 공고 발전시키며, 예방의학적 방침을 관철하여 사람들의 생명을 보호하며 노동자들의 건강을 증진시킨다」라고 기본정책을 밝히고 있다.

이러한 기본정책을 실현시키기 위한 기본방향이나 지침의 설정은 북한노동당의 결정이나 김일성의 교시에 의하고 있으며 그 주요내용은 첫째, 무상치료제의 공고 발전, 둘째, 예방의학적 방침 관철, 셋째, 의사담당구역제 실시, 넷째, 동의학(고려의학)과 서양의학의 통합발전, 다섯째, 이론의학과 실천철학의 통일, 여섯째, 보건사업의 대중참가등을 들 수 있다(북한연구소, 1983).

무상치료제는 북한 보건의료의 가장 기본적인 특징으로 1946년에 발표한 “20개 정강”에서 노동자, 사무원 들에 대한 보험제 실시와 무상치료에 대한 기본적인 정책 기초를 제시하였다. 그 후 1946년 12월 19일 북조선 임시 인민 위원회에서 “사회보험법”과 노동자, 사무원 및 그 부양 가족들에 대한 의료성 방조실시와 산업의료시설 개편에 관한 결정서를 채택하여 1947년 1월 27일부터 전체 노동자, 사무원 및 그 부양 가족에 대한 무상치료제의 실시를 선포하였다. 재원으로는 국영 및 사회 협동단체의 종업원들로 하여금 그 당시 노임 총액의 5-8%를 납부토록 하고, 개인이 경영하는 기업소는 노임 총액의 10-12%정도를 기업소의 소득 중에서 떼어 국가에 납부하도록 하였으며, 국가는 보건예산의 많은 부분을 의료기관 건설에 투자하였다. 이리하여 1947년도에 170만명이 사회보험법에 의한 무상치료제의 혜택을 받았다고 하며(송창호

등, 1989), 이와 함께 전염병 환자, 빈민들에 대해서도 무상치료제의 혜택을 받게 하고 그 비용은 국가가 보상하였으며, 1948년에는 치료비 규정을 개정, 치료비를 전반적으로 낮추도록 함과 동시에 일체의 입원해산료와 3세 미만의 유아, 혁명가 및 그 유가족, 고아원, 양로원 수용자, 정신병자, 구급환자 국가로부터 장학금을 받는 전문학교와 대학생 등도 무상치료제의 대상에 포함시켰다. 또한 무상치료제의 실시 대상을 점차 확대하여 한국전쟁이 한창 진행중이던 1951년초 전재민(戰在民)들의 생활 안정을 위한 중요한 대책의 하나로써 그들에게도 무상치료를 적용하였고 그 후 1952년 10월 15일 노동당 중앙위원회 조직위 제15차 회의에서 전국민에 대한 국가부담의 전반적 무상치료제를 결정하였다.

1960년 2월 최고인민회의 제2기 제7차 회의에서 '완전하고 전반적인 무상치료제'의 실시를 법적으로 선포하고, 특히 가장 취약한 계층이었던 농민들에 대한 의료봉사 사업을 개선하는 것을 목표로 1970년 11월 노동당 제5차 대회에서 농촌 리 진료소의 병원화 방침을 결정하였다. 그리하여 1974년에 이르러 전국 농촌 진료소의 대부분이 병원화되어 농민들도 도시지역 주민들과 같이 전문적인 의료서비스를 제공받게 되었다고 한다.

완전하고 전반적인 무상치료제는 무의리의 해소, 의사담당구역제 실시, 의료기구 및 의약품의 현대화등을 통해 의료봉사의 질적인 수준을 높이는 것을 뜻한다. 또한, 진찰, 검사, 치료 등 의료에 직접 관련된 모든 비용뿐만 아니라 해산방조, 왕진치료, 요양치료 등도 무상이며 불구자에게 주는 교정기구비, 보철비, 요양소를 오가는 여비 등 부대경비까지도 국가가 부담하도록 하고 있다고 하였다(조선중앙연감, 1982). 이처럼 북한은 오래전부터 북한체제를 선전하면서 무상치료라는 말을 자주 사용해 왔다. 그러나 실제로는 그렇지 못하고 모든 근로자들은 기본임금의 1%씩을 매월 사회보장비 명목으로 급여에서 공제당하고 있으면 각종 공과금에도 치료비 항목이 포함되어 있다. 또 노동자나 사무원의 부양가족 중 직장에 나가지 않는 사람은 약값 명목으로 치료비를 내야하면 농민이 도시지역으로 이송되어 치료를 받거나 담당지역이외의 지역에서 치료를 받더라도 치료비를 내도록 하고 있어 무상치료라고

볼 수 없다.

북한에서는 예방의학을 사회주의 의학의 기본으로 삼고 있으며, 예방의학적 방침을 보건사업의 기본방침으로 강조하고 있다. 이러한 배경에서 예방의학적 방침을 관철하기 위한 기본시책으로서 1956년 8월 당 중앙 전원회의에서 「위생문화사업을 전대중적 운동으로 전개할 것」을 결정, 시달하고 구체적인 사업으로서 방역, 위생교육 및 검열, 위생개선 및 환경공해방지 등의 예방보건사업을 위생방역소의 주관으로 각급 병원 및 진료소 등의 보건의료 조직망을 통하여 추진해 오고 있다. 구체적인 내용으로는 각급단위에 위생방역소를 설치하고 위생지도위원회를 두는 등 위생 방역체계를 정비하였으며, 의식주생활에 대한 위생식생활만 아니라 질병의 원인, 예방 대책, 건강한 치료법에 이르기까지 다양한 보건지식을 보급하는 위생선전계몽교양사업을 강화하고 위생일꾼의 체계적 양성을 꾀해 왔다. 생활 및 노동환경 조건 개선을 위한 사업과 공해 방지에도 노력을 기울이는 바 노동보호용구의 무상 공급, 노동보호 감독의 강화, 유해노동을 무해노동으로 바꾸기 위한 사업의 전개 등을 통해 산업보건사업을 강력히 전개해 오며 공장을 분산배치하고 공장지구와 주민주거지 구를 분리시키고 이 사이에 충분한 녹지를 조성하는 등의 사업을 벌인다고 한다. 탁아소와 유치원의 설치, 산전산후 150일의 유급휴가, 100%병원분만 보장 등을 통한 모자 보건사업도 북한이 주장하는 예방사업에서 빼놓을 수 없는 것이다(강병우, 2000).

의사담당구역제는 1961년 9월의 노동당 제4차 대회에서 김일성이 공식적으로 주장한 것으로 되어 있고, '인민보건사업의 경험'에서는 1963년 4월에 평양시 중구역 경림 종합진료소에서 처음 실시된 것으로 적고 있다. 1964년부터 이 제도가 확대 실시되기 시작하였고, 도시지역에서부터 시작하며 경제적 조건이 마련되는 데 따라 농촌지역으로 확대되어졌다. 의사담당구역제는 거주지 생활 단위를 기본으로 하는 거주지담당제 형태와 생활·활동 단위를 기본으로 하는 직장담당제 형태로 구분하고 그것을 합리적으로 결합하도록 하고 있다. 이를 '이중등록제'라고 부른다.

의사담당구역제의 운영 단위는 원칙적으로 행정·경제 단위와 일치하도록 조직되어 있다. 즉 의사담당구역제의 기본 단위는 시·구역 병원과 그 아래에 있는 중

합 진료소들이 되고, 농촌에서는 군 병원과 그 아래에 있는 리 인민병원(진료소)들을, 산업 지구에서는 공장 병원과 공장진료소 등 말단 단위 병원, 진료소가 된다.

담당구역 안에서는 내과 의사의 주도 아래 소아과, 산부인과 등의 기본 전문 과목 의사들과 결핵 의사 및 기타 전문 의사가 팀워크를 이루며, 내과 의사는 도시 지역에서 1,200명의 주민을, 그리고 농촌지역에서는 1,000명을 책임 담당하도록 되어 있고, 소아과 의사는 도시지역에서 1,000명의 아동을, 농촌지역에서는 1,200명을 책임 담당하고 있다(이원식, 1992)

이처럼 의사담당구역제도가 실시되고 있으나 의사들은 자신들이 담당한 지역에서 환자가 많이 발생할 경우 따르면 문책을 피하기 위해 발생사실을 숨기기 때문에 오히려 많은 부작용을 낳고 있다. 게다가 의료시설이나 설비, 약품이 절대적으로 부족하기 때문에 주민들의 질병치료에 많은 어려움을 겪고 있다. 특히 기초 치료제와 예방제 등 극히 초보적인 약품 외에는 생산하지 못하고 있으며 심지어 항생제 조차 아직 생산하지 못하고 있다.

사회주의 하에서의 보건사업의 성과는 의학발전에 의하여 크게 좌우되기 때문에 의학의 사명은 사회주의 보건발전에 적극 기여하는데 있다고 한다.

따라서 북한은 이론의학과 실천의학의 통일원칙이 여기서 제기된다고 주장하고 있으며 노동당은 이론의학과 실천의학을 통일시키기 위한 의학발전에 대해서는 의학 연구사업에서의 주체 확립과 의학자, 현지보건 일꾼의 광범한 근로 대중과의 창조적인 협조에 기초한 의학연구사업의 대중화, 중요 연구과제에 대한 의학역량의 집중, 의학 연구사업에서의 집체성의 보장등을 제시하고 있다(북한총람, 1983).

## (2) 남북한 보건의료조직체계

남한의 보건의료조직체계는 다원주의적 사회구성에 맞추어 정부부문과 민간부문이 혼합된 체계를 갖고 있다. 정부조직은 주로 보건의료부문의 전반적인 기획과 행정을 맡고 있으며, 민간부문은 치료중심의 서비스 제공체계를 주로 담당하고 있다(문옥륜, 1993). 보건행정정은 중앙의 보건복지부를 중심으로 시·도수준의 보건환경국, 시·군·구 수준의 보건소의 체계를 통해 이루어진다. 도 보건행정조직은 지사와 부지사 산하에 보사

(환경)국이 있고, 그 밑에 대체로 보건과·환경위생과 등이 설치되어 있다. 군 수준의 보건행정조직은 군수 및 부군수 밑에 보건소장이 있으며, 산하에 보건행정계·가족보건계·예방의약계 등이 있다. 의료취약지역인 일부 농어촌 지역에 보건지소·보건진료소가 설치·운영되고 있다.

북한의 보건조직은 행정조직은 물론이고 보건의료서비스 조직 또한 정부보건조직이라는 특색을 가지고 있다. 이러한 조직특성은 모든 보건 관련 시설, 장비, 기구 등이 국가소유로 되어 있으며, 모든 보건의료인력은 국가에 고용되어 있다. 북한의 보건행정조직은 국가행정 집행기관인 정무원내에 보건부를 두고 있으며, 도·직할시에 보건국 또는 보건처, 시·도에 시 보건처 또는 군 보건과가 있다. 중앙보건행정조직으로서 정무원 보건과는 산하 보건기관들에 정치적, 행정실무적 지도업무를 수행한다(정기원 등, 1995). 구체적으로는 국민보건에 관한 전반적인 업무, 즉 의료, 제약, 위생, 방역 등의 사업을 집행, 감독하며 보건사업발전을 위한 계획안을 작성하며, 생활 및 노동조건 개선, 위생법규의 제정과 집행에 대한 검열, 전염병 방역대책, 위생선전사업 지도, 보건부문의 예산 수립 및 집행, 모자보건사업, 각종 보건의료자원관리 및 보건일군의 자질 향상 등의 업무를 수행한다. 지방보건행정조직은 당과 정부, 상급 보건행정기관과 해당지방 행정위원회의 보건사업에 관한 결정, 지시, 명령을 지방 실정에 맞게 구체화시키고 산하보건기관이 이를 정확히 집행하도록 지도한다(문옥륜, 1993).

이와 같이 보건행정조직의 경우 남한은 보건복지부에서 보건 및 사회업무를 같이 관장하고 있으며 지방수준에서는 행정자치부 산하조직을 통해 업무가 수행되고 있고, 북한은 보건업무만을 전담하는 일원적 보건행정조직을 유지한다는 차이점을 보이고 있다.

## 4) 보건의료서비스 전달체계

남한에서는 1989년 전국민의료보험의 실시와 함께 의료전달체계가 수립되었다. 진료권을 전국을 도단위 행정구역을 중심으로 한 8개 대전료권과 대체로 군단위 행정구역을 기준으로 한 140개 중진료권으로 구분되어 있었다. 대전료권내에서는 전국단위로 이용할 수 있는 일정규모(500병상)이상의 대규모 종합병원인

3차 진료기관과 특수진료기관이 있다.

이에 따라 일반진료, 치과 및 한방진료, 특수진료체계로 구분하여 1차 진료로 중진료권내 진료기관을 우선 이용하고 이후 보다 전문적인 진료를 받고자 하는 경우 대진료권 또는 타 진료권을 이용하는 2차 진료를 단계적으로 이용하도록 되어 있었다(정기원 등, 1995). 그러나 현재 진료권은 없어지고 진료를 원하는 1차기관은 국민건강보험카드만 있으면 자유로이 선택하여 이용할 수 있으며 2차·3차기관의 진료가 필요시는 진료의뢰서를 지참하고 후송된다.

북한은 행정구역과 일치하는 진료권을 설정하고, 리·동, 구·시·군, 시·도 등 3개 단위의 행정구역을 기초로 리 진료권, 군 진료권, 도 진료권 등으로 구분되어 있으며, 각 진료권 별도로 리에는 1차 진료를 받을 수 있는 리 진료소·리 병원, 군에는 2차 진료를 받을 수 있는 종합병원 수준의 군 병원, 도에는 3차 진료를 받을 수 있는 도 중앙병원 및 동의병원과 의학대학병원이 있다. 중앙진료권이라 할 수 있는 평양에는 4차 진료를 받을 수 있는 전문치료기관인 대형종합병원들이 집중되어 있다(그림 1 참조).

1차 진료는 리 단위의 진료소나 인민 병원에서 행해지며, 이 수준에서는 예방보건 활동과 치료사업이 함께 제공되는데, 의사담당구역제가 실시됨에 따라 각 담당 의사가 일정한 지역을 분담하여 보건의료서비스를 제공하고 있다.

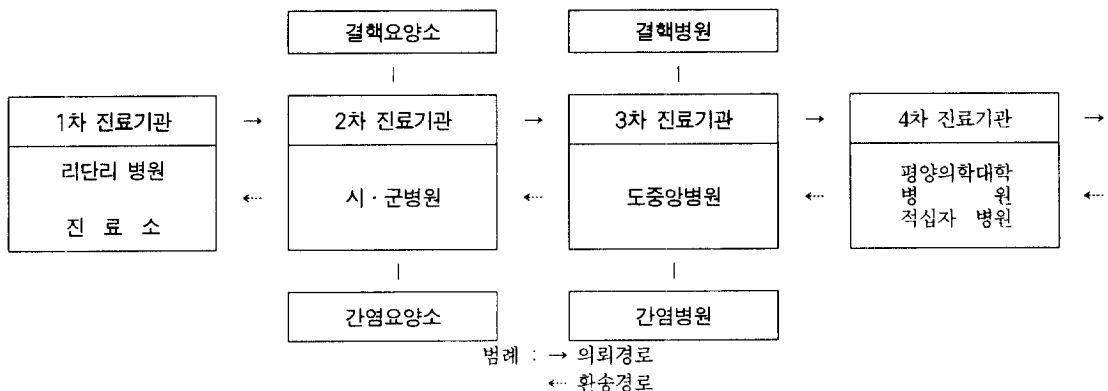
2차 진료는 1차 진료기관에서 후송 의뢰서를 발급하여 환자를 시·도 단위 인민 병원에 의뢰하게 될 경우에 제공된다. 2차 진료를 제공하는 인민병원은 인력

규모와 시설이 종합병원 수준이다. 그러나 이들 군 단위 인민 병원은 2차 기관이긴 하지만 병원 주위의 인근 주민에 대하여는 의사담당구역제의 적용으로 1차 보건의료를 제공하고 있다.

군 단위 병원으로 후송되어 오는 환자들 중 결핵 환자와 간염 환자는 검진을 받은 후 결핵 요양소나 간염 병원으로 이송되며, 특히 이들 환자 중 수술을 받아야 할 환자는 도의 중앙병원으로 이송된다. 이처럼 3차 진료기관은 각 도의 대학병원으로서 북한 의학기술의 중심지이다. 이 곳에서는 주로 입원 환자만을 취급하며, 확진을 위해 의뢰되는 환자는 검사 결과와 치료방법에 대한 지시서와 함께 하급 의료기관으로 환송되기도 한다(이원식, 1992).

구강진료 역시 1차 진료기관인 진료소에서는 비전문가에 의해 예방이나 교육 및 간단한 검사등으로 스크리닝을 한 다음 2차 진료기관인 시, 군병원에서 본격적인 치과진료를 담당하며, 어느 정도 전문성을 요하는 진료나 수술은 3차 진료기관에서 하고 있다. 구강진료면에서 특이한 것은 치료 치과진료는 평양구강병원에서 담당하고 있으며, 1984년에 구강병 예방원을 설립하여 주로 예방치과진료와 공중구강보건사업을 담당하면서 독립적으로 운영하고 있다(신승철, 1997).

북한 보건의료전달체계에서의 또하나의 특징은 광범위한 대중위생 선전사업의 진행과 더불어 보건사업에 주민을 직접 참가시키는 것이다. 모범위생군 창조운동, 유해동물잡기 운동, 전염병 박멸투쟁, 유해노동의 무해노동화 운동, 공해 감시사업, 문화위생운동등의 다양한 보건사업이 광범위한 주민의 참여로 이루어지고 있



〈그림 1〉 북한의 의료전달체계의 모형

자료 : 북한의 보건체제와 의료보장제도 연구(1989, 12)

며, 동약생산 사업, 지역보건사업의 정책결정 과정과 탁아소 및 병원의 건설 등도 주민의 참여로 이루어지고 있다고 한다(강병우, 2000). 이것은 사회적인 예방 치료를 위한 제도가 갖추어 졌을지라도 주민들이 협조하지 않거나 스스로의 건강문제를 사회전체에 맡겨 버린다면 제도는 실효를 거두기 어렵게 되기 때문이다(박태진, 1989).

남한의 의료전달체계의 가장 큰 문제점은 현행 의료 전달체계가 치료서비스에 대해서만 실시되고 있고 예방보건서비스의 제공은 전혀 고려되고 있지 않은 점이다. 또한 의료공급의 지역적 불균형 분포와 의료기관간의 기능이 명확히 분담되지 않은 점이다(문옥륜, 1993).

북한의 경우는 거주지 시·군을 벗어날 경우 통행증·여행증명서를 발급받아야 하므로 2·3차 진료이용이 불편하다는 취약점을 지니고 있는 등 운용의 경직성과, 이용환자의 선택권이 없는 제한점이 있으며, 1차 진료 기관 중심의 병없는 리 창조운동으로 의료수요가 억압될 가능성이 있는 것으로 보인다. 또한 의료제공자에 대한 동기부여가 미흡하여 형식적인 의료서비스가 제공되는 경향이 있는 것으로 평가되고 있다(정기원, 1995).

##### 5) 보건의료 재원조달

남북한은 해방 직후 개인지불의 재원조달 형태로부터 출발하여 한국은 1977년 의료보험 도입 이후 계속적인 확대과정을 거쳐 보험료 수입을 주요재원으로 하고 국고보조와 개인지불을 보조적 재원으로 하는 사회보험체계를 구축하였다. 남한의 보건의료재원은 사회보험의 일환인 의료보험을 통해 주재원을 조달하면서 여기에 조세방식에 의한 정부의 지원이 상당부분 가미되는 체계를 지니고 있다.

1993년 국가 세출 예산 중 보건의료 예산은 전체 예산의 3.08%이었으며, 이 중 사회보장 부문을 제외하면 전체 중앙정부 세출의 약 1.1%에 불과하다(양봉민, 1994). 남한의 국민의료비는 의료보험 가입인구의 확대와 더불어 국민들의 보건의료 서비스 이용이 급증하면서 가속적으로 증가하고 있다. 국민총생산에 대한 국민의료비의 비율은 1980년 4.0%, 1985년에 5.6%로 증가하였고 1989년도에는 6%를 넘어설 것으로 추

정되었다. 국민의료비 지출 중 공공의료비가 차지하는 비중이 의료보험 도입이전까지는 증가하였으나 의료보험 도입이후에 상대적으로 감소하는 경향을 보이는데, 이는 정부의 보건의료부문에 대한 직접적인 개입이 그만큼 제약을 받게 되는 반면 의료보험을 통한 간접통제가 증가함으로써 통제방식의 구조적 변화가 야기되고 있음을 의미한다(문옥륜, 1993).

북한은 초창기 사회보험과정을 거쳐 1953년부터 외래환자의 약값을 제외하고는 조세에 의해 국가가 부담하는 국영의료제도로 전환됨으로써 상이한 재원조달체계를 구축하게 되었다.

북한의 초창기 사회보험 내용을 보면 사회보험료율의 경우 국가소비조합, 사회기업소 및 단체는 임금의 5-8%, 피보험노동자 및 사무원은 임금의 1%, 개인기업소 및 고용주는 임금의 10-12%로 책정되었으나 인구의 절대 다수를 차지하던 농민과 개인 상공업자 등은 적용대상에서 제외되었다. 또한 피부양자에 대한 범위나 급여기간과 서비스 범위도 제한적이어서 당시 기본방침으로 세웠던 보편성의 원칙에는 현저하게 미흡하였다. 본격적인 국가부담으로 전환된 뒤에도 전후 국가재정의 부실과 의료시설의 파괴로 실제 제공되어진 의료 서비스는 취약한 수준으로 평가되고 있다(문옥륜, 1989). 다만 무상의료체계하에서 증가하는 의료수요에 대처하고자 보건의료시설과 인력에 대해 집중적인 확충을 시도하게 된 계기가 되었음은 긍정적으로 평가할 만하다.

그러나 1980년대 이후 경제적 침체가 이어지면서 의료체계 역시 무상치료제가 '당간부를 위한 무상치료제'내지 실질적으로 진료접수비, 약값과 이송 진료비를 받는 '유상치료제'로 전환되기에 이르렀으며 의료수혜의 불평등이 나타나는 등 사회주의 의료의 기본틀이 와해되고 있는 실정이다(김한중, 1995). 경제난이 심해지면서 의사들도 한 사람이 일년에 18달러의 외화벌이를 해야 하는데 이를 위해 일년에 20kg씩 약초를 의무적으로 캐야 한다. 이 때문에 무상치료제가 근간인 북한 사회에서도 부조리가 심해질 수 밖에 없다는 것. 의사들은 환자에게 약을 무상으로 주는 것이 아니라, 처방전만 써주고 개인적으로 구하라고 미루기 일쑤이다. 의사들은 병원에 공급된 약은 개인적으로 미리 빼돌려 놓고 환자에게 이 약은 어디 가면 구할 수 있을 것이

라고 힌트를 준다. 특히 장마당에도 항생제 등 약들이 나돌고 있지만, 가짜 약들이 많아 환자들은 의사의 말을 따를 수밖에 없다. 또 일부환자들은 이런 사실을 알고 미리 병원에 갈 때 선물을 들고 간다. 또 직장에 결근하기를 원하는 이들에게 가짜 진단서를 떼 줘 돈을 받고, 처방전에 나온 약도 빼들려 이중으로 챙기기도 한다는 것이다. 이렇게 생긴 약은 장마당으로 나간다. 장마당에는 중국산 의약품도 많지만 북한병원에서 빼들려진 약도 적지 않다. 환자들은 장마당에서 약을 구해 의사를 찾아가기도 한다(김동섭, 2001: 조선일보, 2000).

### 3. 남북한 간호제도

남한은 간호사가 의료인의 한 사람으로서, 다섯가지 의료요원 중 하나의 독립된 면허 자격을 가지고 간호사만의 간호기능을 수행하도록 되어 있다. 그러나 북한에는 의료인에 대한 면허제도가 없으며, 간호원(남한의 간호사)만이 간호기능을 수행하도록 제도화 되어 있지 않다. 즉, 의료기관의 종류에 따라서 간호기능을 수행하는 의료인에도 차이가 있다. 예를 들면, 북한의 대학병원이나 중앙급 병원에 배치된 준의사는 수술실 준비나 주사실에서 환자에게 “주사를 놓는” 일을 한다. 수술실에서는 의사들이 수술할 때 수술기구를 잡아주는 등 수술보조역할을 하며, 직접 수술을 하지 못한다. 또한 병동에서는 환자간호 및 처치, 투약등의 남한의 간호사업무를 하고 있다. 평양의학대학 병원에는 간호원이 없으며, 그들의 업무를 ‘준의’가 대신하고 있다. 그러나 이들이 군 및 리인민병원에 배치될 경우 외래환자 진료 및 입원환자 치료와 처방을 내리는 일을 하고, 필요하면 수술까지 한다. 농촌 진료소에 파견된 ‘준의사’는 주민들의 주치의 역할을 하며, 환자를 직접치료할 수 있다. 중환자에게 후송의뢰서(파송증)를 주어 군 및 리 인민병원으로 환자가 치료받을 수 있도록 하는 역할을 한다. 이들은 남한에서는 찾아볼 수 없는 인력으로 도수준이하에서 의사역할이 가능한데도 평양에 거주하기를 희망하는 사람이 많아서 ‘평양의학대학’이나 ‘적십자병원’에서 간호원의 역할을 담당한다(문옥륜, 1999).

남한의 간호사의 업무는 <의료법>제2조 2항 제5호

에서 기본 간호업무를 “상병자 또는 해산부의 요양상의 간호 또는 진료의 보조 및 대통령령이 정하는 보건활동에 종사함”을 업무로 하고 있다. 또한 전문영역에서의 간호업무는 ①<의료법>제2조 2항 제4호에 의한 조산업무와 ②<모자보건법>제10조 제1항과 동법 제11조, 제13조, 동법시행규칙제12조 <폐임시술교육>에 관한 규정에 의한 모자보건업무 ③<농특법시행령> 제14조에 의한 보건진료업무 ④<학교보건법> 제15조에 의한 학교보건업무 ⑤<산업안전보건법시행령> 제17조에 의한 산업장의 보건관리업무 등이다(김은영, 1997).

북한 간호원의 업무는 북한의 간호학 도서인 립상 간호학과 <보건일꾼의 의무와권리>규정 제60조 내용에서 의사의 지시에 의하여 그 의료사업을 보조하여야 하며, 지시에 따른 처치, 활력증상 체크, 투약, 정맥주사를 포함한 주사, 환자의 섭생관리, 영양관리, 위생관리와 교육 및 기타 환자관리업무와 침, 뜸, 부항 등의 동의업무도 시행하며, 남한의 치위생사의 역할을 간호원이 수행함을 예측할 수 있으며(김주희, 1998), 북한 귀순자와의 면담에서 혈액검사나 임상검사는 간호원이 하는 것으로 보고되고 있다(문옥륜 등, 1989).

간호사의 자격은 남한의 경우 간호학을 전공하는 대학 또는 전문대학을 졸업한 자가 국가시험에 합격한 후 보건복지부장관의 면허를 받은 경우와 외국의 간호사의 면허를 받은 자에게 자격이 주어져<의료법제7조> 조산사는 간호사의 면허를 가지고 보건복지부 장관이 인정하는 의료기관에서 1년간 조산의 수습과정을 마친 자와 외국의 조산사의 면허를 받은 자<동법제6조>이면 자격이 부여된다. 즉 남한에서는 간호사 자격을 갖춘 자 중에서 조산사 자격이 부여된다.

북한의 간호원은 간호원학교를 졸업하고 간호원시험에 합격한 자와 외국에서 간호원 면허를 받은자<보건일꾼의 의무와권리 제57조>이며 조산원은 중등산과전문학교를 졸업한자로서 조산원시험에 합격한자와 외국에서 조산원면허를 받은 경우<동규정 제41조>로 간호원과 조산원의 훈련과정은 구분된다.

국가시험은 도 및 특별시 인민위원회 보건부장 주관으로 국가 병원의사 3-5명으로 조직된 시험위원이 참가한 가운데 실시되며, 시험과목은 인민과, 생리학, 해부학, 위생학, 약리학, 전염병학, 내과학, 외과학, 소아과학, 산부인과학 등이며, 필기시험, 구두시험 등을 통

해 이루어진다.

간호교육을 비교하면 남한의 간호사는 교육과정의 3년제 이상이며, 북한에서 발견되지 않는 전문자격인 분야별 간호사(보건간호사, 마취간호사, 정신간호사, 가정간호사)도 있어 보다 전문화된 교육훈련을 받고 있으며, 9개월의 비정규 교육과정(학원에서 교육)에서 교육되는 간호조무사 제도가 있는데, 실제로 간호사의 역할을 일부 대신하고 있는데 반해, 북한의 간호교육은 11개 시도의 도보건간부학교에서 1년 또는 2년간의 교육을 통해 양성되며 간호사를 양성하는 간호과의 교수진은 주로 의사이며 교육내용은 해부생리학 등의 기초의학과목과 임상간호학, 동의학 등의 각 전문과목별

이론교육 및 실습을 이수하여 졸업하면서 국가의 자격시험을 거쳐 보건부장이 부여하는 자격증을 받게 되는데 6개월 단기교육과정 졸업자에게도 똑같은 간호원으로 규정되어 있어 남한의 간호사와 간호조무사에서와 같은 확연한 신분 구별은 없고 다만 교육기간에 따른 계급이 존재하는데 역할구분에 대하여는 아직 덜 알려져 있다.

간호사의 활동영역을 보면 근무는 졸업후 국가에서 배치해 주는 병원, 협동농장 진료소, 산업진료소, 탄광진료소, 또는 학교 등에 배치되며, 특별한 이유없이 근무지를 변경하지 않고 배치된 곳에서 계속하여 근무하게 된다. 그리고 신규는 4급으로 임용되며 병원에서

〈표 9〉 남북한 간호제도

구 분	남	한	북	한
면 허 제 도	있	다	없	다
자 격	간호대학·전문대학 졸업한 국가시험 합격자로서 간호사 면허 소지자 외국의 간호사 면허소지자		간호원학교 졸업자로서 간호원 시험에 합격한자 외국의 간호사 면허소지자	
교 육 과 정	3년제 이상 분야별 전문간호사 과정		도간부학교에서 1년 또는 2년과정 6개월 단기과정.	
활 동 영 역	병·의원, 학교, 산업장, 보건소, 보건진료소, 모자보건센터, 가족계획협회 등		병원, 협동농장 진료소, 산업진료소, 탄광진료소, 학교	
간호기능수행	간호사		간호원 준의사(대학병원, 중앙급 병원에 배치된 준의사는 수술실 준비, 수술보조, 주사실에서의 주사처치, 병동에서 환자간호 및 처치, 투약등의 업무 수행)	
간 호 업 무	·기본 간호업무(상병자 또는 해산부의 영양상의 간호 또는 진료의 보조, 대통령령이 정하는 보건활동) ·전문영역의 업무: 조산업무: 분만개조, 산전·산후관리, 신생아관리 모자보건: 영유아, 임신부대상 보건관리, 조산업무 및 피임기술 보건진료업무: 상병상태판별을위한진찰 및 검사, 환자 이송, 외상등의 환자치료, 응급조치, 만성병 환자 지도 및 관리, 정상분만 개조, 예방접종, 의약품의 투여(의료행위), 질병예방 및 건강증진을 위한 환경위생, 영양개선에 관한 업무, 모자 보건업무, 보건교육 학교보건: 학교보건계획수립, 학교환경위생 유지관리, 보건교육, 보건지도, 건강관리서비스 산업장보건관리: 근로자대상 보건교육과 지도, 통상질환관리, 직업병관리 산업환경 위생관리 업무		·의사의 지시에 의하여 그 의료사업을 보조, 지시에 따른 처치 ·활력증상 체크, 투약, 주사, 환자의 섭생관리, 영양관리, 위생관리와 교육, 기타 환자관리 ·침, 뜸, 부항등의 동의업무 ·남한의 치위생사 역할 수행 ·혈액검사 ·임상검사	
간호의 특징	전문직내의 발전요구가 강함 고도의 기술과 지식추구 질병예방과 건강증진의 일차보건의료를 담당할 경제적, 효과적인 인력으로 대두 (보건진료원, 가정간호사)		문화, 발전에 대한 내·외의 요구가 적다. 교육기간이 짧고 활동영역이 제한되어 발전이 덜 된 상태 준의사, 부의사, 위생의사 등의 양산으로 간호사의 활동업무영역이 제한 고정되고 있음	

의 간호장은 1, 2급 간호원이며, 승진시험을 통해 4급에서부터 1급까지 진급할 수 있으며 그 기간은 약 20여년이 걸린다. 근무시간은 오전 9시부터 저녁 6시까지이며 그외 야간시간은 돌아가면서 당직 번이 맡게 된다. 간호원의 보수는 수간호원이 50-70원(과장 의사 77-120원)으로 다른 노동자와 비슷한 수준이다(김화중, 1999). 간호원은 소관 도 및 특별시 인민위원회 위원장이 지시하는 간이암볼라토리(진료소) 또는 기타 보건기관에서 2년간 근무하여야 하며, 간호원이 전직, 폐직 또는 3개월이상의 휴직시 소관 보건국장의 허가를 받아야 한다(동규정제61조)(김주희, 1998).

이상과 같이 남한의 간호는 전문직내의 발전욕구 뿐 아니라 병원에서의 첨단 의로기술, 중환자치료 기술, 또한 높아지는 환자의 보건서비스 요구에 맞추어 발전하고 있으며, 질병예방과 건강증진의 일차보건의료를 담당할 경제적이고 효과적인 인력으로 대두되어 보건진료원, 가정간호사업등이 활발한데 반하여, 북한의 간호는 분화, 발전에 대한 내, 외의 요구가 적어 교육기간이 짧고 활동영역이 제한되어 발전이 덜된 상태이며 국가의 계획 통제하에서 전문직 나름의 조직이나 활동이 거의 없는 편임을 알 수 있으며, 중의사, 부의사, 위생의사등 일차보건의료를 담당할 교육기간이 짧은 의사들을 양산함으로써 상대적으로 보건의료 체계내에서 간호사의 활동 업무 영역이 제한 고정되어 있는 실정이다(표 9 참조).

#### IV. 결론 및 제언

본 연구는 남북한의 보건의료제도와 보건의료실태를 비교 연구함으로써 예상되는 통일체제하에서의 바람직한 통일을 대비한 보건의료정책을 제시할 수 있는 참고자료를 얻고자 하였다.

연구의 결과를 요약하면 다음과 같다.

첫째, 자유방임적인 의료체계 아래 의사면허를 취득한 의료인이면 누구나 자유자재로 병·의원을 개설할 수 있는 남한에 비하여 북한은 국가사회주의체제에 의해 모든 의료기관이 국영으로만 설립할 수 있고 무상치료제도가 통용되고 있고 전통의학인 동의학의 과학화와 체계화로 주체사상이념에 따라 적극 추진하고 있음을 알 수 있다.

둘째, 의료서비스 내용의 차이로 남한의 경우에는 치료중심의 의료기술과 시설들이 발달해 있는가 하면 북한에서는 예방과 위생방역 중시의 보건의료정책에 주력해 왔다. 따라서 북한은 이를 효율적으로 추진하기 위한 집중적인 행정체계가 형성되었다.

셋째, 남한의 경우 다양한 보건의료인력들이 전문화, 세분화되어 있는데 반해, 북한은 의사인력에 많이 의존하고 있으며 그의 보건인력들을 의사인력을 대체할 수 있는 포괄적인 중급의료인력(중등보건일군)들을 양성하여 의료인력을 확충하고자 노력해 오고 있다.

넷째, 북한에서는 행정구역별 시·군단위의 진료권제가 의사담당구역제에 의하여 엄격히 시행되고 있으며, 통행증없이 상급병원 이용이 불가하며 의료전달체계도 남한과는 달리 4단계로 구분 실시되고 있다.

다섯째, 남한의 양, 한방의료제도의 이원화와 마찬가지로 의학교육도 의과대학과 한의과대학에서 각각 개별로 실시하는 데 비하여 북한은 의과대학에 동의학과가 병설되어 양·한방의학교육이 동시에 실시되는 혼합교육제도로 동의학과 서의학의 협진으로 상호보완적 입장에서 활용하고 있다.

이상과 같은 의료환경에서 통일을 대비한 보건의료의 과제 및 방향을 다음과 같이 제시하고자 한다.

첫째, 현재 남한의 보건의료에 비하면 정부의 통제 및 개입이 보다 더 강화되고, 책임은 더 커져야 하며 공공의료부문에 대한 과감한 확대방안이 강구되어야 한다. 보건의료부문에 있어 공공부문의 역할은 예방사업 등 지금까지는 민간부문을 보조하는 역할을 담당해 왔다고 볼 수 있는데 이를 뛰어넘어, 직접 의료서비스를 제공함으로써, 민간부문과의 경쟁은 물론 선도적인 역할을 담당해야 한다. 또한 공공의료의 점유율을 높이는 정책을 통치권차원에서 강하게 추진하여야 할 것이다. 이의 목표로 공공의료가 1차진료의 주도적 역할을 맡을 수 있도록 점유율을 50%정도 비교적 높게 책정하고, 2차 진료는 민간과 공공이 7:3, 3차 진료는 8:2로 책정하되 예방사업 및 관리는 공공의료가 주도하도록 한다. 이렇게 하여 1차진료는 공공의료중심으로 2, 3차진료는 민간의료중심으로 민간의료와 공공의료의 점유율 정책을 세워 통일을 대비하여야 할 것이다. 의료인력 및 시설의 지역간 계층간 균등배분을 위하여는 합리적 보건의료망의 편성을 기초로 의료자원



의 균점을 보장하는 일련의 입법조치 등이 요구된다. 또한 의료불균등지역 즉 벽오지 지역의 의료기능 공백을 보강하기 위하여는 민간병원 유치라는 소극적이고 근시안적인 발상을 지양하고 정부에 의해 직접 공급되는 공공보건의료의 영역을 확충하는 일이다. 의료인력의 확보를 위하여는 기존의 공중보건의 제도 및 보건진료원 제도를 정착 발전시켜 나가면서 운영의 묘를 극대화할 것이 요구되며 이를 위해서는 공중보건인력에 대한 관리기능이 대폭 확대되어야 한다. 반면 북한은 공공의료 중심에서 민간의료를 개발하여 민간의료제도를 점진적으로 확대 개발하여 나가야 할 것이다. 이런 공공의료와 민간의료의 상호접근성을 높여 통일의 충격을 줄이고, 통일대비 방안에 대하여 더 구체적이고, 세밀한 설계를 통하여 통일한국의료에 영향을 미치는 요인을 도출하여 각 분야별로 철저한 준비를 하여야 하겠다.

둘째, 남한과 북한의 보건의료제도중 장점을 살리고 단점을 상호보완하여 접목하여야 하며, 양 체제에 동일한 원칙과 제도가 적용되어야 한다.

셋째, 사회정의적 차원에서 형평의 원칙에 어긋나지 않아야 하며, 통일방안 자체가 현실성이 있는 것이어야 한다. 이를 위하여는 상대방의 체제를 상당기간 인정하고 그 바탕위에서 점진적인 변화를 추구하여야 하며, 통일 후 새로운 보건의료체계 구축에 필요한 투자비용이(정부의 자원)최소화 될 수 있는 방안이 모색되어야 한다.

지금까지 북한 주민들은 무상치료를 통해 어느 정도까지는 동등한 의료접근이 보장되어 온 것으로 추측해 볼 수 있다. 통일 후 남한의 본인일부부담제도의 시행이 조정없이 적용된다면 유상치료에 대한 비용부담이 매우 크게 느껴져 일종의 충격이 될 것이다.

그러므로, 의료수혜상의 남북한간 차이를 경감시키자면 남한에서의 의료이용시의 본인일부부담금을 줄이는 방안을 모색하여야 한다. 한가지 방안을 예로 들면, 농어촌의 보건기관(보건소, 지소, 진료소)에서 실시하고 있는 방문당 수가제를 적용한다면 의료비용의 절감효과를 가져올 수 있고 북한 주민들이 받게 될 충격이 훨씬 감소될 것이다.

위와 같은 실태와 문제점으로 보아 우리가 20년동안 통일준비법안으로 마련되어 성공적으로 시행되고

있는 농특법에 규정된 보건지소, 보건진료소제도로 북한을 지원한다면 국가재정적인 측면에서도 최소화 할 수 있고, 또한 현실적으로 통일의 충격을 최소한으로 줄일 수 있는 하나의 방안이 될 수 있을 것이다.

## 참 고 문 헌

- 강병우 (2000). 통일 한국의 보건의료를 위한 제언. 광주보건대학 논문집 제25집 573-591.
- 고평석 (1992). 북한 보험제도의 체계와 그 개요. 보험개발과 연구, No.5, 72-85.
- 과학, 백과사전 출판사 (1986). 립상간호학. 북한.
- 구강보건정책연구회 (1998). 남북한 통일 구강보건의료제도 구상. 건치, 25-28.
- 국도통일원 (1983). "보건의료", 「북한개요」, 173-175.
- 국동문제연구소 (1980). 「북한전서」, 820.
- 김동섭 (2001). 북한의 의사들. 월간심평 2월호, 건강심사평가원, 48-49.
- 김성순 (2000). 공공보건의료 인프라 확충방안. 제 215회 정기국회 국정감사 정책제안서, 18-19.
- 김은영 (1997). 우리나라 보건의료법령에 명시된 간호에 관한 연구. 지역사회간호학회지, 8(2), 110-131.
- 김주희 (1998). 남북한 보건의료관계법규 비교 분석. 연세대학교 보건대학원 석사학위논문
- 김태현, 홍문식, 장영식 (1993). 「한국의 인구규모와 구조: 인구변화에 따른 사회 경제적 영향」. 서울: 통계청, 7.
- 김한중 (1995). 남북한 보건의료체계의 실태와 과제. 북한알아가기, 북녘사랑(CMF), 296-316.
- 김화중 (1999). 한반도 통일에 대비한 간호계의 준비. 한림대학교 의과대학 간호학과 한림대학교 제 1회 간호학술대회, 1-10.
- 노용환, 연하청 (1997). 북한 인구센서스의 정책적 함의 - 인구구조와 특성. 정책보고서 97-03, 한국보건사회연구원
- 노용환, 연하청 (1997). 북한의 주민생활보장정책 평가. 연구보고서 97-04, 한국보건사회연구원, 78-86.
- 노운영 (1992). 보건의료부문에 있어 민간과 공공부문간의 역할 재정립에 관한 연구. 신홍전문대학 논문

- 집, 15, 340-365.
- 문옥륜 (1989). 북한의 보건의료제도 분석. 국토 통일원 조사연구실
- 문옥륜 (1993). 남북한 보건의료체계의 비교고찰. 보건학 논집, 30(1), 서울대학교 보건대학원, 45-72.
- 문옥륜 (1998). 남북한 보건의료 통합방안. 보건학 논집, 35(1), 서울대학교 보건대학원, 48-71.
- 문옥륜 (1999). 남북한 보건의료와 간호. 제회 간호학술대회 한반도 통일에 대비한 간호, 32-40.
- 박인화, 문옥륜 (1994). 남북한 보건의료통합의 방향과 정책과제. 보건사회논집 14(1), 보건사회연구원, 163-187.
- 박인화 (1995). 동서독 「보건협정」의 교훈과 남북한 보건협력 방안. 국제문제분석, 23호, 국회도서관 입법조사 분석실.
- 박진, 이유수 (1994). 남북한 사회보장제도의 비교 및 통합방향. 한국개발연구원, 46-59.
- 박태진 (1989). 북한 보건의료의 이해를 위하여, 한국 의료보장연구. 보건과 사회연구회편, 청년시대, 203-238.
- 변종화, 김진순, 김정태 (1989). 남북한 보건의료 비교연구: 북한실태를 중심으로. 국토통일원, 14-15
- 변종화, 박인화, 서미경, 김만철 (1993). 남북한보건의료제도 비교연구. 한국보건사회연구원.
- 보건사회부 (1994). 「보건사회백서」 서울: 보건사회부.
- 백과사전 출판사 (1984). 방역전서, 북한, 299-300.
- 북한연구소 (1983): 「북한총감」, 1003.
- 성기호 (2000). 북한의 의료실태와 의료정책. 통일경제, 제68호, 83-87.
- 승창호, 리복희 (1989). 북한보건의료연구. 청년세대사.
- 신승철 (1997). 북한의 치과실태, 북한의료의 이해. 한국누가희 문서출판부, 91-104.
- 양봉민 (1994). 보건의료를 통한 삶의 질 제고 - 선진 한국을 위한 전략. 정책논단 창간호, 307-326.
- 양재모 (1972). 남북한 의료제도의 비교연구. 국토통일원, 13-41.
- 이삼식, 조남훈, 백화종, 손수정 (1999). 남북한 인구변동과 통일이 사회·인구학적 정책과제. 정책보고서 99-03, 한국보건사회연구원.
- 이원식 (1992). 북한 의료보장제도 연구. 원광복지, 원광대학교 사회복지학과, 창간호, 197-220.
- 이희대 (1992). 남북한 보건의료제도 연구 - 한방의료제도를 중심으로. 논문집, 제10집, 경상대학교, 239-259.
- 인민보건사업경험 (1986: 43). 북한.
- 임인배 (2000). 통일에 대비한 사회간접자본의 효율적인 통합방안. 국회정책자료집.
- 장영식, 계훈방, 도세록, 고경환 (1998). 한국의 보건복지지표. 정책연구자료, 98-04, 한국보건사회연구원 10, 208-209.
- 정기원, 강해구, 이상은 (1995). 남북한의 인구, 보건, 사회보장비교. 정책자료연구, 95-10, 한국보건사회연구원.
- 정기원 (1996). 남북한 인구구조의 변화, 분단 반세기 남북한의 사회와 문화. 경남대학교 출판부, 35-49.
- 조남훈, 노용환 (1998). 북한 인구·보건실태의 정책적 함의. 보건복지포럼, 통권 제 20호, 보건사회연구원 39-48.
- 조선중앙년감 (1982). 북한, 245.
- 조성남 (1994). 남북한 인구보건지표와 보건의료서비스제도의 비교연구. 논총, 사회과학 논집, 64(2), 한국문화연구원, 97-140.
- 최용민, 북한의 보건의료제도 고찰. 포항선전전문대학 논문집, 제 17집, 123-144.
- 통계청 「장래인구추계」 1996.
- 통계청 「한국통계연감」 1998.
- 통일부: 북한개요 2000.
- 통일원 (1990). 북한통일연구 논문집: 과학분야, 248-267.
- Eberstadt & Banister (1990). North Korea: Population Trends and Prospects, Washington D.C.: The Center for International Research, U.S.Bureau of the Census
- Eberstadt, Nicholas and Judith Banister (1992). The Population of North Korea. Institute of East Asia Studies, Univ. of California, Berkeley.

ABSTRACT

## A Comparative Study on the Health Care System of South and North Korea

**Lim, Gyung Soon** (Department of Nursing, the Graduate School, Keimyung University)  
**Kim, Chung Nam · Park, Kyung Min** (College of Nursing, Keimyung University)

This Study has attempted to compare the health care systems of South and North Korea. There has been a wide difference in the health care System between the South and North of Korea. In this paper, I have also shown that each health care system has its own unique response to the social, political, and economic conditions of the country.

Therefore the author analyzed and summarized the important difference of health care system between the South and the North of Korea as follows.

1. Compared with the Laissez-faire health care system of South Korea, North Korea has the state socialistic health care system which provide health care services to the people free of charge. And the North Korea is marking positive efforts toward the scientification and systemization of Oriental Medicine which is called Dongui-Hak in the North-on the basis of Ju-Che idea.
2. North Korea's health care system appears to be strongly geared toward extensive and preventive treatment and launched the massive sanitary propagation campaign, which have resulted in a great success. North Korea has a system of universal comprehensive care for its population. The government has a central role in planning and regulating health care.
3. The government also employs physicians, nurses, and other professionals to provide health care to patients at public expense. In North Korea, health professionals are government employees. They work for a salary and the system is funded through general taxation.
4. In the North Korea, health services area system of the cities and countre's unit is strictly conducted along with the doctor's area responsibility system. And so without referral card, patients can not use the upper-grade medical facilities. The health care delivery system of North Korea is made up of the fourth level procedue unlike South Korea.

5. General office of Oriental Medicine, Academy of Oriental Medical Science and Guidance Bureau of Oriental Medicine are established in the organization of the Department of Health in the North Korea.

And nowadays much emphasis are equally placed on the Oriental Medicine as well as Western Medicine.

Both South and North Korea have faced with a critical moment of developing a mutually agreeable and acceptable system of health care for the unified nation.