

## 특집 1 / 북한의 의료제도

# 북한의 보건의료정책

소련에서 시작된 페레스트로이카가 동구라파와 중국대륙과 인도차이나 반도를 거쳐서 북한과 큐바에도 개혁의 불꽃을 당길 수 있을 것인가? 여러가지 정황으로 비추어 볼 때 북한에도 상당한 변화가 일어나고 있음을 알 수 있지만, 근본적인 개혁에 이르는 대신에 한때 형평적이고 포괄적이었던 의료제도가 상당히 쇠락하고 있음을 알 수 있다. 북한의 보건의료정책의 근간을 살펴보고자 하고, 향후의 변화와 전망에 대하여 고찰하기로 한다.

### 역사적 배경

일제하에서 신음하던 한반도에 일본제국주의자들은 조선을 강점하기 위한 식민지 관리의 일환으로 보건의료시책을 펴 왔다. 즉 지배계급이었던 약 100만명의 일본인을 위한 부립병원(오늘날의 시도립병원)체제를 중심으로 한 진료와 경찰력의 일환으로 행사되는 보건위생 행정과 인적자원의 수탈을 위한 전쟁도구로서의 식민지 보건제도가 그것이었다. 해방이후 북한의 보건의료정책은 이상과 같은 역사적 잔재를 청산하는데 초점을 두면서 보건정책을 펴왔다. 즉 해방이후의 정치적 혼란과 국토분단이 시작된 이래로 북한에서는 반제·반봉건 민주혁명(인민 민주주의 혁명)이 시작된다. 편의상 다음의 네가지 시기로 구분해서 설명하도록 한다.



文 玉 綸

서울大 保健大學院

#### 1. 국영보건의료제도의 기반구축기(1945~1956)

북조선 인민위원회는 토지개혁을 단행하면서 식민지 봉건적 토지 소유를 말소시키고 사회주의적 협동경제를 위한 토대를 마련하였다. 그리고 산업의 국유화와 계획경제를 추진하기 시작하였다. 보건의료부문에서도 광범위한 근로대중에 봉사하는 민주주의적 보건제도를 수립하기 위하여 개인소유의 병원과 시설들을 국유화하였다. 1946년에는 <20개 정강>중에서 “노동자와 사무원들에 대한 생명보험실시와 국가병원수를 확대하고 전염병을 근절하며 빈민들은 무료

로 치료받도록 했다.”

한편 인민들의 위생사상을 제고하기 위한 위생선전사업을 대대적으로 전개하였다. 그리고 한국전쟁 시기는 보건사업을 전시체제로 개편한 후, 늘어나는 보건일군의 수요를 충족시키기 위하여 보건일군 단기 양성체제를 세웠다. 이처럼 국영의료제도의 기반을 구축하면서 1953년에는 무상치료제를 실시하였다. 이러한 북한식 사회주의 의료제도를 뒷받침하는 것은 “모든 건설과 창조와 생산의 근원은 인간이며, 그 노동력이며, 그의 건강이다”라는 기본 인식에서 출발하고 있다.

## 2. 사회주의 예방의학제도 정착기(1957~1970)

공업화의 기초를 구축하기 위한 제1차 5개년계획(1957~1960)과 기술개혁 및 문화혁명을 통하여 주민생활의 개선을 도모했던 7개년계획(1964~1970)은 보건의료정책에도 전환을 가져왔다. 즉 조선노동당이 전개한 천리마 운동이 공업화의 기초를 구축하자, 인민생활의 질적수준을 향상시키고자 김일성은 제3차 당대회에서 “모든 질병을 철저히 예방하고, 농촌 리까지 진료소를 설치하며, 의료시설과 의약품 생산을 늘려, 사회주의 보건제도를 확고히 세우며, 인민들의 건강을 끊임없이 보호증진시키는 것이다”라고 강조하고 있다.

이를 위하여 5개년계획기간중에 침대는 1.5배, 외래치료기관은 3.5배이상, 의사수는 2.9배이상 늘리며, 각 리에 진료소를 설치하고 각종 주요보건기관을 건설하도록 하였다. 그리고 민간요법과 한의술을 발굴하여 환자치료에 최대한 이용하도록 하였으며 동의학과 서양의학이 병존할 수 있는 새로운 풍토를 조성하였다. 이 시기의 무상치료제를 가리켜 〈완전하고 전반적인 무상치료제〉로 부르는데서도 북한 당국이 보건의료서비스의 질을 보장하기 위하여 얼마나 노력했나를 알 수 있다.

## 3. 주체적 인민보건제도 성숙기(1971~1984)

60년대에 달성한 사회주의 경제토대의 성과를 중

심으로 70년대부터는 사회주의의 완전한 승리를 위하여 3대 기술혁명을 계속 추진하면서, 인민보건사업을 개선하기 위하여 도시 농촌간의 의료서비스 격차를 해소하는데 주안점을 두고 있다. 이를 위하여 농촌의 리 진료소를 병원화하고 의료서비스의 개선을 통하여 인민생활의 균형적 발전을 도모하였다. 예방의학을 강조하여 산업 및 농업노동위생과 공해방지 대책과 같은 위생방역사업에 심혈을 기울이며, 동의학과 신의학을 결합하여 의과학 기술을 주체적으로 발전시킬 것을 강조하고 있다.

그러나 주체의학의 발전에는 한도가 있어서, 물자의 결핍, 의약품의 부족으로 인하여 대대적인 전통적 약초의 경작이 범 국민운동으로 전개되기에 이르렀고, 민간요법을 체계화하는데 총력을 기울이게 된다.

보건일군들의 사상개조운동으로서 집단적 ‘정성운동’이 거국적으로 전개되며, ‘병 없는 리’ 또는 ‘병 없는 군’ 만드는 운동이 병행되었다. 그러나 이러한 〈모범위생 군 창조운동〉은 과열되기에 이르러 허위 보고와 거짓행정을 보편화시키는 계기가 되기도 하였다. 그러나 이 당시에 인민보건법을 제정함으로써 보건의료 부문에 관한 제 법규와 규정을 체계적으로 종합화한 것은 상당한 업적으로 보인다.

## 4. 북한식 사회주의 의료제도의 쇠락기(1986~현재)

주체사상식 자력갱생에 의한 북한의 경제체제가 한계를 보이기 시작한 것은 70년대 말경부터이다. 교환에 의하지 않고 자기에겐 필요한 것은 자기가 생산하여 충당하는 자급자족식 북한경제가 버티는데에는 한계가 있을 수 밖에 없었다. 즉 국제적으로 공인된 최신산업기술이 아닌 낡은 자력갱생식 기술의 비효율성과 인력 과다소비 및 전력 과다소모 경제체제가 발전의 발목을 잡게 되어 마이너스 성장을 하기에 이르렀다.

여성 노동력을 동원하느라고 밥공장과 탁아소를 대대적으로 확장했으며, 결혼연령을 연장하기도 하였다. 그러나 인민경제 6개년 계획(1971~1976)이 무위로 끝나게 되자 77년까지 1년 반을 체제를 재

정비하는 기간으로 잡고, 제2차 7개년 계획(1978~1984)을 추진하여 자급자족 및 자력갱생정책의 모순점을 고쳐 나가기 위해서 안간힘을 썼지만 전반적으로 사회의 각부분별 생산력의 저하를 가져오게 되어 이 이후 부터는 경제과탄을 맞이하게 된다.

농업의 실패는 주민들로 하여금 식량을 구하기 위해서 종래 억제해왔던 시군간의 자유 통행제한이 철폐되는 계기를 만들었고, 외화벌이 일꾼이나 해외 유학생 등으로부터의 각종 정보는 북한사회에 대한 불만을 증폭시켰으며, 암시장 거래가 성행하여 경제체제가 이중구조를 초래함에 따라 빈부의 격차와 물자의 부족이 심각한 상태에 이르고 있다. 이러한 부작용은 보건의료부문에도 악영향을 미쳐서 한때 형평적이고 포괄적이었던 북한 의료제도가 비형평적이고 비효율적인 체제로 전환되기에 이른다.

오늘날의 북한 의료제도는 무상치료제가 「당 간부를 위한 무상치료제」 내지 실질적으로 진료접수비와 약값과 이송진료비를 받는 「유상치료제」로 전환되었다. 그나마 의약품 부족이 심각한 수준에 이르러 좋은 약품을 구하기 위한 뇌물수수가 만연해 있으며, 오전에 진료받아도 오후 늦게야 투약을 받을 수 있는 식으로 병원에 가면 하루 종일 기다려야 하는 사회로 변하고 말았다. 지배계급들만이 이용할 수 있는 남산진료대나 봉화진료소가 상존하고 있기도 하다. 식량사정의 악화로 인하여 전반적으로 국민영양상태가 불량해져서 지난해에는 북한전역에 콜레라의 대유행이 있었고 다수의 사망자가 발생한 것으로 되어있다.

### 북한의 보건의료정책

위에서 본 북한 사회의 이중구조는 보건의료부문에 도 그대로 적용되어서, 과거부터 실시해오던 보건의료정책의 이념이 답습되는 부문과 현실에서의 부조리간에는 큰 괴리가 생겨있다. 이미 밝혀진 동독, 소련, 중국, 월남 및 동구라파에서 보듯이 이들의 낮은 의료기술 수준은 서구선진제국의 시민은 물론 중

진국의 자본주의 국가에 거주하는 보통시민이 향유하기에도 문제가 많은 것으로 되어있다. 빈곤의 보편화가 취약한 의료서비스의 보편화로 그대로 이어지고 있으며, 신분의 격차와 빈부의 격차에 따른 의료수혜의 불평등이 점차 두드러지고 있다. 최근의 북한 보건정책에 대한 자료를 입수할 수 없기에 이원고에서는 과거로부터 답습해 온 보건의료정책의 골격을 소개하고 향후의 사태를 전망하기로 한다.

#### 1. 무상치료제

북한주민들의 가장 큰 자랑거리가 무상치료제와 무상교육제였다. 사회주의의 우월성을 언급할 때 으레 이것이 등장하곤 했다. 다시말해서 북한은 사회주의 체제의 정당성과 우월성을 확보하기 위하여 무상치료제를 채택해 왔다. 그러나 무상치료제의 실시에는 막대한 자금과 의약품이 소요되기 때문에 단계별로 시행해 왔음을 볼 수 있다. 즉 초창기의 「사회보험법에 의한 무상치료제」는 국영 및 사회협동단체의 종업원들이 그 당시 노임의 5~8%를 납부했으며, 개인 경영기업소는 노임총액의 10~12%의 보험료를 납부하였기 때문에 무상치료제라기 보다는 사회보험하의 유상치료제였다.

한국전쟁 발발 이후부터는 「전반적인 무상치료제」를 북한의 전국민에게로 확대하게 되는데, 개인 상공업자와 개인농민은 제외되었고 1958년 이후부터는 북한 전역으로 확대되었다. 이때의 무상치료제는 한국전쟁으로 인하여 피폐화해진 국민의료를 안정시키기 위한 위무책으로 실시되었다. 실제로 전쟁으로 인하여 파괴된 의료시설의 재건에 막대한 예산을 투여한 것으로 되어있으며, 전쟁이후의 민심동요를 수습하는데 크게 기여한 것으로 평가되고 있다.

북한은 1960년 2월 최고인민회의 제2기 제7차 회의에서 「완전하고 전반적인 무상치료제」의 실시를 선포하였다. 구체적으로 무의 리(無醫里)를 해소하고, 임산부에 대한 무상분만 실시, 도·시·군에 소아과병원의 설치, 의학연구기관의 확장, 그리고 의료서비스의 질적인 수준향상에 주력하였다. 1970년에

공표한 농촌 리 진료소의 병원화 방침은 도·농간의 균형적 서비스제공을 위한 시도가 된다. 다시말해서 그동안의 양적성장을 위주로 한 정책에서 질적수준의 향상을 노린 진일보된 정책임을 알 수 있다. 북한의 전반적인 상황은 크게 달라지고 있지만, 아직까지 보건정책의 큰 기초는 “모든 의료봉사는 완전히 무료이다”라는 인민보건법 제9조를 토대로 하고 있다.

## 2. 의사담당구역제

북한은 무상치료제와 예방의학적 방침의 관철을 위하여 의사담당구역제를 실시해오고 있다. 소련의 영향을 받아서 실시된 이 제도는 보건일군과 인민대중을 직접 연결하는 기초 조직형태로서 1960년대 초반 소아과 의사담당구역제의 실시가 그 효시로 알려져 있다.

의사담당구역제는 주민이 일생동안 담당구역의사로부터 체계적이고 전반적인 건강관리를 받을 수 있도록 하는 건강관리책임제이다. 즉 주민의 기호나 선택과는 무관하게 일정한 지역을 책임진 담당의사가 지역내 주민의 주치의 역할을 하는 의료전달체계의 하부구조를 가리킨다.

이 제도는 예방의학적 방침을 따라서 개인의 생애를 통한 시간적 개념과 생활근거지를 기준으로 하는 공간적 개념의 조합으로 이루어져 있다. 전자는 태내기, 어린이시기, 어른시기로 나누어 산부인과, 소아과, 내과로 구분해서 일생동안 건강관리를 받게 되어있다. 후자는 생활 및 생산활동에 따라 거주지 담당제와 직장담당제로 이원화되어 있다. 즉 거주 생활 단위와 생산활동단위를 기초로 하여 의료봉사를 받을 수 있는데 이를 ‘이중 등록제’라고 부른다.

의사담당구역제는 다음과 같은 장점이 있다.

첫째, 의사가 주민들의 일상생활과 밀접하기 때문에 그들의 건강상태나 질병동태를 계속적으로 파악할 수 있다.

둘째, 주거행정단위와 생산단위를 일치시킴으로써 지역내 의료기관 또는 생산단위의 의료기관이 이들의 건강을 통일적으로 책임지게 되며 생애를 통해서

건강관리가 이어진다. 내과의사 1인이 1,200명의 주민을, 소아과의사 1인이 1,000명의 아동을, 그리고 농촌지역에는 내과의사 1인이 1,000명의 주민을, 소아과의사 1인이 1,200명의 아동을 책임담당하고 있다.

분제점으로는 다음의 두가지를 지적할 수 있다. 첫째, 서구와는 달리 주민의 의사 자유선택권을 인정하지 않는 점에서 의료기관간의 경쟁이나 선택개념이 배제되어 있으며 따라서 의료의 질 향상에 도움을 주지 않는다.

둘째, 의료인의 환자 자유선택권도 인정되지 않기 때문에 진료서비스가 관료주의화하거나 권위주의화할 소지가 있다.

## 3. 동의학의 육성과 신의학과의 배합

북한은 전통 한의학을 대중보건사업과 사회주의 문화건설에 매우 중요한 수단으로 보고 국가적인 정책하에 발전시켰다. 종래 동의학에는 우리 민족의 생활습성과 신체구조에 맞게 발전되어 온 민족의학이라는 측면과 비과학적 경험의학이라는 이중적인 성격을 지니고 있었다. 이에 북한측은 부정적인 측면을 배제시키면서 긍정적인 측면을 발전시키기 위해 다각적인 방안을 모색하였다.

김일성은 동의학이 질병의 치료보다는 예방에 유용하며, 종합적인 치료 효과를 발휘하는 우월한 서비스라고 규정하고 있다. 특히 동의학의 한약재를 쉽게 대량으로 구득할 수 있으며, 치료의 효과가 높고 부작용이 적으며, 취급하기 용이하고, 언제 어디서나 사용할 수 있다는 점을 강조하고 있다. 이러한 점을 강조하면서 기존의 동의학 경시풍조를 사상교육을 통하여 극복해왔고 이로써 현대 의약품 부족분제에 대처해 왔다. 즉 동약의 생산증대를 도모하기 위하여 약초재배사업과 야생약초 채취 및 보호 증식 사업을 전 대중적 운동으로 전개하고 있다.

한걸음 더 나아가서 동의학을 과학화하고, 신의학을 배합발전시키는 방향으로 정책을 펴나가서 중앙과 도 단위에 동의병원을 설치했고, 시·군단위에

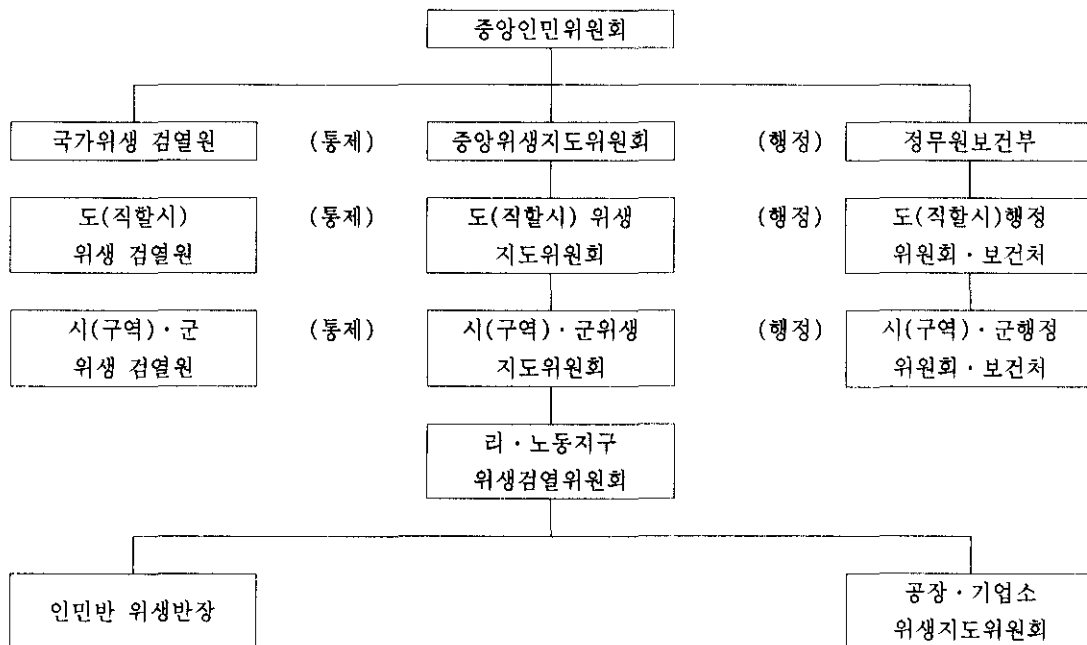
인민병원과 산업병원 그리고 리 단위 인민병원 및 진료소에 동의과를 두고 있으며, 시·군단위에 신약국과 함께 동약국을 설치 운영하였다. 그리고 외과대학에 동의학부, 약학대학 및 의학대학 약학부에 동의제약과를 두어서 동의사와 동약사를 양성하고 있으며, 의학과학원 산하에 동의학 연구소를 설치하여 동의학의 과학화와 체계화를 추진하고 있다. 즉 북한은 주체적 의학기술발전 정책을 내세워서 동의학과 신의학을 유기적으로 결합시켜 나가고 있다.

그러나 이러한 정책은 의료기술의 낙후와 의약품 생산수준의 열악함에 따른 현실적 필요에서 부득이하게 나타난 북한식 문제해결 방식의 한 표현으로 볼 수도 있다. 아무튼 국민의료에서 북한의 동의학이 차지하고 있는 비중은 남한에서 생각하는 것보다 훨씬 더 큼을 알 수 있다. 그러나 동의학과 신의학을 의료기술적으로 어느정도 결합시켰는지에 대하여서는 의문시되는 바가 많아서 향후 연구의 대상이 된다.

#### 4. 대중동원에 의한 예방보건사업의 실시

‘사회주의 의학의 기본은 예방의학이다’라는 슬로건에서 보듯이 북한의 의학은 예방의학적 방침을 기본으로 하고 있다. 이는 비용이 많이 소요되는 진료사업보다 비용절감형의 예방보건사업에 치중함으로써 투자효율을 극대화 할 수 있기때문에 자연스럽게 기본정책으로 채택될 수 있었다. 그리고 초창기에는 특히 물질 토대가 열악했기 때문에 대중참여의 원칙을 고수하게 되어 예방의학적 방침과 대중참여의 원칙이 보건정책의 주요 집행수단이 되었다.

대중동원의 원칙이 당의 방침으로 채택된 것은 1958년 김일성의 “보건위생사업을 전 군중적 운동으로 벌린데 대하여”란 연설이후인데, 이는 대대적인 ‘위생문화운동’으로 연결이 된다. 즉 사회주의혁명의 일부분으로 추진되었던 ‘문화혁명’의 보건부문 내용으로서 ‘위생문화 캠페인’을 대대적으로 전개하게 되며, 사회주의국가 건설의 대중노선 방식과 궤



자료 : 북한 연구소(1983 : 1,010)

그림 1. 북한의 위생방역체계도

를 같이하고 있다.

예방보건사업과 대중참여 원칙을 조직체제로써 뒷받침한 것이 위생방역체계가 된다. 위생방역사업을 실시하기 위하여 위생방역기관으로는 중앙과 도 및 시·군에 위생지도위원회와 위생검열위원회를 두고 있으며, 대외 검역기관으로는 국경검역소, 해안검역소 그리고 연구기관으로는 의과학원 산하에 미생물 연구소를 설치 운영하고 있다(그림 1). 위생방역기관에서는 위생교육과 오염방지, 직업병 예방관리 및 예방위생검열과 연구사업을 실시하고 있다. 그리고 이러한 사업을 의사담당구역제에 따라 거주지 및 산업장 단위를 이중적으로 결합시키고 있는데(그림 1)의 인민반 위생반장과 공장·기업소 위생지도위원회가 그 하부조직이 된다.

남한에서는 북한에서 보는 바와 같은 대대적인 군중적 동원에 의한 예방보건사업을 체계적으로 전개해본 경험이 없기 때문에 앞으로 남북통일이 되거나 또는 연립형태의 정부가 될 경우에 이러한 대중적 접근이 남긴 구체적인 보건사업의 효과에 대한 연구검증이 필요할 것이다.

##### 5. 의료전달체계

북한의 의료체계는 행정단위에 따라서 고도로 조직화되어 있다. 1차 진료는 리 단위의 진료소와 인

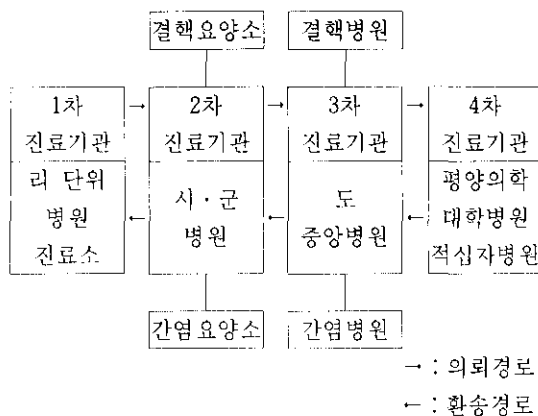


그림 2. 북한의 의료전달체계 모형

민병원에서 행해지며, 이 수준에서는 예방보건 활동과 치료사업이 함께 제공되는데 의사담당구역제가 실시됨에 따라 각 담당의사가 일정한 지역을 분담하여 보건의료서비스를 제공하고 있다(그림 2).

2차 진료는 1차 기관에서 후송의뢰서를 발급하여 시·도단위 인민병원에서 제공하게 된다. 물론 이들 인민병원은 인근 주민에 대한 1차 진료를 제공한다. 결핵환자와 간염환자는 검진후 시·군의 결핵요양소나 간염병원으로 이송된다. 이들 중 중환자는 3차 진료기관인 도 중앙병원으로 후송된다.

근래 주민의 이동이 자유로워지면서 시·군간 환자 후송이 비교적 쉬워졌을 것으로 짐작이 가지만, 환자 이송이 '병없는 군' 운동에 역행되며, 관료주의의 만연으로 인하여 의료전달 체계의 운용은 경직성을 그대로 띠고 있을 것으로 판단된다. 당 간부의 경우에는 이러한 의료전달체계를 건너뛸 수 있기 때문에 이 역시 주민 불만의 한 대상이기도 하다.

##### 향후의 전망

북한은 사회주의식 보건정책의 목표를 달성하기 위하여 국가가 무상으로 보편적 보건의료서비스를 성공적으로 주어왔으나, 근래 북한경제가 파탄을 일으키게 되어 보건의료서비스도 크게 후퇴하고 말았다. 아직 이를 극복할만한 보건의료정책은 발표되지 않은 채 북한주민들의 어려움이 가속화되고 있는 셈이다. 그 어느 때보다 외부로부터의 수혈이 필요한 긴급 상황에 북한이 처하고 있다. 북한의료체계의 앞날은 전적으로 북한정권의 미래와 남북통일의 방향 여하에 달려있다. 북한정권이 갑자기 붕괴될 경우에는 동독에서의 경험마냥 흡수통일에 의한 남한제도의 이식과정을 밟을 것으로 유추해 볼 수 있다. 이것은 하나의 큰 민족적 재난으로 볼 수 있을 것이다.

식자들은 남북한간의 경제력 격차가 동서독간의 경제력 격차보다 크며, 남한의 경제력이 서독의 그것에 비할 바가 못된다는 점에서 엄청난 통일비용을

남한에서 부담하는데 무리가 따를 것임을 걱정하고 있다. 그러므로 근래에는 점진적 통일론이 우세한 편이고, 의료제도도 그러한 차원에서의 점진적 변화가 더욱 설득력이 있다.

남한의 「민족공동체 건설을 위한 통일방안」과 북한의 「고려연방제 통일방안」은 그 둘 다 남북 교류협력의 확대를 통한 「화해 및 협력단계」를 상정하고 있다. 그러므로 이 시기에는 양측간에 '남북한 보건의료 보장협의회'를 결성하여 동질적인 발전적 의료체계를 구축하기 위한 보건의료정책이 개발되어야 할 것이다. 이 시기에는 인적 물적 교류를 확대하고, 의학기술 및 정보를 교환하며 보건의료사업 지원계획과 공동연구사업이 활발하게 전개될 수 있을 것이다.

요즘 재미교포나 재일교포들에 의한 북한내 의료장비 반입이 활발하다든지 또는 종교단체들이나 국내 대기업들의 북한내 의료기관 설립이 구체적인 안전으로 대두되고 있다는 것은 남북간의 사태를 긍정적으로 보게하는 것들이다. 결국 이러한 협조만이 체제간의 오랜 불신을 씻고 열어 붙은 상호 마음을 열게할 수 있을 것이기 때문이다.

이러한 실적이 쌓이게 되면 「남북연합기」에 들어가서 구체적인 통일 의료제도 구축에 관한 조정작업이 시도될 것으로 보인다. 그러나 이러한 과정으로 나아가는 데에는 참고할만한 선례도 없고 양측의 이해관계가 다르기 때문에 그 전개 과정이 결코 순탄치 않을 것임을 미루어 짐작할 수 있다. 쌍방이 모두 끈기있게 대화와 연구를 해 나가야 할 것이다.

그러나 남한측으로서는 북한측의 사정이 워낙 유동적이기 때문에 갑작스런 북한정권의 변동에 철저하게 대비해야 할 것이다. 여기에는 북한의 보건의료정책 중에서 발전적으로 수용해야 할 것은 쓰러뜨리지 않고 그대로 키워 나가는 것을 포함해야 할 것이다.

## 참 고 문 헌

1. 김용식, 북한의 의료제도와 보건정책의 낙후성, 북한, 북한연구소, 1987. 2
2. 강정구, 북한의 사회, 북한의 보건의료(문육료), 을유문화사, 1990
3. 국토통일원, 북한의 정치경제, 1988
4. 국토통일원, 조선개관, 1988
5. 문육료, 배상수, 장동민, 이기효, 우영국, 이윤현, 북한의 보건체제와 의료보장제도 연구, 의료보협관리공단, 1989. 12
6. 문육료, 최삼섭, 김종인, 이기효, 장동민, 강선희, 이은표, 남북한 보건의료체제의 비교 연구, 한국과학기술단체 총연합회, 1992. 12
7. 문육료, 북한의 의료실태-진단방사선 과학을 중심으로, 1992년도 춘계학술대회 초록집, 한국방사선 의학재단, 1992
8. 문태준, 남북통일후의 바람직한 보건의료 정책, 의계신보, 1992. 12
9. 박인화, 문육료, 남북한 보건의료통합의 방향과 정책과제, 보건사회논집, 한국보건사회연구원 제 14권 제1호, 1994
10. 변종화, 박인화, 서미경, 김만철, 남북한 보건의료제도 비교연구, 한국보건사회연구원, 1993
11. 변종화 외, 남북한 보건의료 비교연구, 국토통일원, 1989
12. 정경배, 문육료, 김진수, 박인화, 이상은, 남북한 사회보장 및 보건의료제도 통합 방안, 한국보건사회연구원, 1993
13. 장동민, 북한의 보건의료정책에 관한 연구, 서울대 보건대학원 석사학위논문, 1989
14. 최삼섭, 문육료, 이상섭, 이호영, 이기효, 이석구, 하은희, 북한의 보건의료와 의약 현황분석, 한국과학기술단체 총연합회, 1991. 12