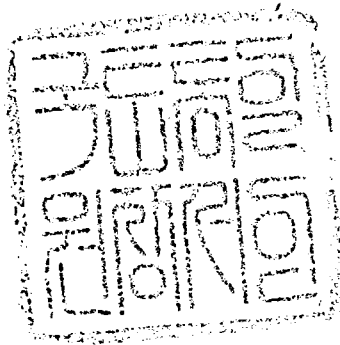


이 報告書는 國土統一院 73年度 上半期
學術用役に 關한 最終報告書로 提出합니다

1973年 6月



研究責任者 : 양 재 모

目 次

第一章 緒 論	3
I. 医療의 現代的인 概念과 그 目的	3
II. 現代 醫療制度의 흐름	4
第二章 南北韓 醫療技術의 協力 方案	7
I. 南北間의 醫療技術 水準의 差異	8
II. 醫療 技術障(醫師)의 交換 可能性	11
III. 供与 可能한 醫療 機器	17
IV. 特殊 疾病(郷土病)의 研究	19
V. 醫療 技術 協力を 對備한 韓國 醫療制度의 改善策	21
가. 南北韓 醫療制度의 考察	21
나. 救療 및 醫療保險	24
다. 美國과 蘇聯의 醫療制度	26
1) 自由主義 經濟體制인 美國의 醫療	26
2) 共產主義 體制인 蘇聯의 醫療	28
라. 韓國 醫療制度의 改善을 爲한 提案	30
1) 國民 健康 서비스를 하고 있는 社會保障의 나라 英國의 醫療	30

2) 医療制度 改善을 爲한 提案 32

第三章 南北韓 医療技術 協力 方案 要約 34

南北韓 醫療技術의 協力 方案

第一章 序 論

I. 醫療의 現代的인 概念과 그 目標

醫療란 醫師, 看護員 및 其他의 要員이 病, 醫院 및 其他 施設에서 國民의 健康을 保護, 增進하고 疾病을 治療하기 爲한 마련을 말한다.

누구나 오래 살고 또 健康하고 싶은 것은 事實이며 이를 爲하여 努力하고 있다. 또한 國家는 國民의 健康 保護, 維持 및 增進을 爲하여 努力하고 있다.

第2次 世界大戰 前만 하더라도 醫療의 惠沢을 받는 것은 하나의 特典으로 생각되었었지만 1948年 世界 人權 宣言에서 醫療는 人間의 基本權의 하나임을 闡明하였으며 그 以後 누구나 醫療가 人間의 基本權利라는데 對하여 疑問의 餘地가 없다.

이러한 人間 基本權의 하나인 醫療의 目標는 總括的이고도 良質의 醫療를 國民 大衆 누구에게나 골고루 必要할 때에 받을 수 있도록 하는데 있다.

總括的인 醫療라 함은 疾病의 治療뿐 아니라 이의 豫防까지 包含하고 아울러 再活도 考慮하는 것을 뜻한다. 그 質에 있어서는 優秀하여야 하며 결코 低質이어서는 아니 되겠다. 그렇다고 國民의 一部나 特殊層 또는 富裕層에게만 醫療의 利用이 可能하여서는

아니되고 國民이 負擔할 수 있는 經濟的 範圍 內에서 受惠者는 醫療費에 多寡에 關하여는 念慮할 必要조차 없이 언제나 그리고 어디에서나 必要할 때에 必要한 만큼 받을 수 있어야 한다는 것은 世界 各國이 共通的으로 갖는 이른바 理想이요 目標이다.

勿論 醫療에 利用될 수 있는 人力, 施設, 裝備, 財源 等 可用 資源은 限定되어 있으므로 世界 어느 나라도 이러한 醫療의 目標을 名實 共히 達成한 나라는 아직 없으며 앞으로도 存在하기는 쉽지 않다고 생각된다.

더구나 人間의 欲望은 限이 없으며 또 滿足이란 暫時일뿐 또 繼續 不滿이 생길 可能性이 있으므로 設令 바람직한 醫療가 提供된다 하더라도 쉽게 滿足하기란 어렵겠다.

한 便 社會의 變遷과 急速한 經濟水準의 發展은 人間에게 保健 醫療의 比重을 한결 더 안겨주게 되므로 한層 더 이러한 醫療 問題의 解決은 우리의 當面 課題라 아니할 수 없다.

II. 現代 醫療制度의 흐름

解放 以後 四半世紀동안 南과 北이 여러모로 달라졌지만 醫療 分野에서도 여러가지로 달라져서 南北韓의 間隙이 顯著하다.

이에 世界的인 醫療制度의 全般的인 흐름을 一覺함으로써 南北韓의 醫療技術 協力 方案을 摸索하는 데 보탬이 되고자 한다.

過去의 醫療는 主로 醫師의 影響力을 基礎로 하여 되어져 온

것이 事實이라 하겠다. 醫學을 배워서 醫師가 되고, 스스로 조그만 醫院을 차리고 或 看護員 또는 이에 準하는 사람을 한 둘 데리고 仁術을 펴고 이에 對한 代價로서 患者에게서 治療費를 받아서 生活하였다. 餘裕가 있는 사람에게서는 좀 많이 治療費를 받기도 하며 貧困한 患者에게는 덜 받기도 하고 때로는 無料로 施療하기도 하였다.

이것이 조금 커져서 病院 規模로 되기도 하고 때로는 뜻 있는 뜻있는 篤志家의 好意로 慈善 病院을 세우기도 하였다. 말하자면 國家나 國民의 必要나 要求 또는 計劃에 依했다기 보다는 아무 干涉이나 制限없이 自由 放任下에 醫療는 伸張되어 온 셈이다.

自由 經濟 體制下에서 위와 같은 自由放任 또는 不干涉式 醫療가 發達되어 온 것은 自然스런 일이라 하겠다.

그러나 위와 같은 體制下에서 國民은 人間 基本 權利의 하나인 醫療에 關한 權利를 享有할 수가 없다. 누구나가 健康을 누릴 權利를 타고 났다는 것이 自명한 以上 万一 國民이 이러한 權利를 갖지 못한다면 이는 個人의 無能力으로 들릴 것이 아니라 個人이 屬한 國家나 社會에 그 責任이 있는 것이라 하겠다.

即, 國家나 社會는 醫療를 供與할 義務가 있고 國民은 누구나 자기가 屬한 國家나 社會에 對하여 醫療를 要求할 權利가 있다고 본다.

한 便 社會가 變遷 發展하는 現代에서는 疾病의 豫防 特히 傳染病의 豫防이나 環境 衛生 및 環境 汚染 等々の 管理는 國防이

나 警察 業務를 國家가 責任지고 있는 것처럼, 國家가 위와 같은 公共 部分을 責任지도록 하는 것이 妥當하다고 생각하고 있다. 豫防 接種만 하더라도 經濟學的으로 보아 外的 效果 卽 한 사람이 豫防 接種을 하면 自己만 豫防이 될 뿐 아니라 傳染病 發生 時에 集團 發生의 高리를 減을 수 있으므로 이러한 業務는 國家가 責任져야 한다는 것이 適當하다고 생각되었다.

이와 같이 國家나 社會가 國民의 醫療에 對하여 責任이 있겠는데 대체 어떻게 責任을 질 것인가 하는 問題가 대두된다.

自由 經濟 體制下에서 이러한 것을 遂行하는 데는 公共 部分에서 税金으로 充當하거나 國家 또는 非營利 團體에 依한 醫療保險을 들 수 있겠다.

反面 共產主義 體制下에서는 醫療를 國營化하여서 國民 健康을 보살피고 있다.

어느 主義고 間에 그 目標은 누구나 必要할 때에 良質의 醫療를 提供하는 것이겠고 그 方法에 差異가 있는 것이다.

第二章 南北韓 医療技術의 協力 方案

四半世紀 동안 南北의 對話가 斷絶되었고 또 北韓의 醫療에 關한 資料가 限定되어 있는 것은 事實이다.

이러한 時間的인 間隔을 두고 南韓은 自由 經濟 體制 下에서 自由放任 또는 不干涉式(Laissez faire system) 醫療가 伸張되어 왔다. 美國의 影響을 많이 받은 南韓은 醫療의 質的 水準에서 볼 때 先進國과 對等하게 向上되었으며 醫療人의 專門化가 高度로 發達하였다. 醫藥品의 生産은 國內 需要를 充足한지 오래이며 輸出市場에까지 進出하여 人氣를 끌고 있다. 傳染病의 管理面에서 보더라도 天然두나 말라리아 등은 이미 根絶되었다.

北韓은 共產主義 國家로서 直接 間接으로 蘇聯의 影響을 많이 받았다. 北韓은 醫療 人力을 量産하여 末端 行政 組織까지 파고 들어가 있는 것이 特徵的이라 하겠다. 蘇聯의 feldsher 와 마찬가지로 準醫師나 高等學校 程度의 教育을 시킨 中級 또는 低級의 醫療 人力을 充分히 確保하여 이들을 坊坊曲曲에서 活躍케 하고 있다. 한 便 醫療 施設 및 豫防醫學 서비스를 末端까지 擴張시켰으며 醫師 擔當 區域制를 採択하여 國民 健康을 擔當케 하고 있다. 그러나 아직도 말라리아나 白日咳 같은 傳染病의 管理 때문에 努力을 하고 있으며 榮養 不良으로도 적지 않은 頭痛을 앓고 있다.

如何間 南北韓은 그들 나뉠대로 伸張해 오다 보니까 사뭇 相異

한 医療의 形態를 갖추게 되었고 現況도 比較할 수 없을 程度로 差異가 있다. 그러므로 南北韓間에 서로 長短點이 있을 수 있겠으므로 項目別로 檢討하면서 協力 方案을 模索하기로 한다.

I. 南北間의 醫療技術 水準의 差異

醫療 技術의 水準을 比較하는 것은 限定된 資料를 가지고 매우 어렵겠다. 그러나 醫學 敎育이나 研究, 醫師를 輩出하는 數, 醫師의 補修 敎育 等으로 醫療 技術의 水準을 알 수 있으리라 생각된다.

北韓에는 4個의 医科大学이 있는데 11年의 初等 및 中等 敎育을 마치고 年 後에 大學이 許用된다.

1953年까지는 四年制였으나 그 以後 5年制로 되었다. (朝鮮 中央 年鑑 1954 - 1955) 이 課程에서 많은 醫師를 養成하고 있다. 1960年에 医科大学의 新入生은 4,500名이었으며, 1963年에는 醫大 新規 卒業生이 3,179名, 1964年에는 무려 9,211名에 達하였다. (朝鮮 中央 年鑑 1964, 1965)

醫師外에 東醫師와 準醫師가 있다. 東醫師는 傳統醫學 醫師로서 醫師와 對等한 地位를 누리며 平讓医科大学에 敎育機關을 가지고 있다. 準醫師는 高等醫學學校를 卒業한 要員으로서 全國에 10個 校 以上の 養成 機關이 있다.

北韓에는 卒業한 醫師의 補修 敎育이 많다. 1963年에는

1,020 名의 醫師와 準醫師가 再訓練을 받았으며 310 名의 東醫師가 6 個月 또는 1 年の 補修教育을 받았다. (朝鮮 中央 年鑑, 1961) 1964 年에는 739 名의 醫師가 再訓練을 받았다 (朝鮮 中央 年鑑, 1965). 平壤 医科大学에는 醫師의 再教育을 爲한 學校가 있다. 그 外에 道立 中央病院에도 이러한 것이 있다. 醫師는 每 3 年마다 3 個月의 再教育을 받아야 한다.

大学院 및 醫學 研究를 爲한 機關으로 醫學 研究院이 있다. 여기에는 11 個 實驗室과 200 病床을 갖춘 漢醫學 研究所를 비롯하여 衛生, 臨床 醫學 研究, 血液學 및 輸血製藥學, 溫泉 및 物理治療, 産業 醫學, 精神神經學 臨床 및 結核 研究를 爲한 研究所들이 있다. (朝鮮 中央 年鑑, 1965). 이 研究院에서는 1954 - 1955 年 年鑑에 依하면 醫學 學士를 授與하였는데 1961 年에는 이 研究所와 平壤醫大를 包含한 3 個 大學에 博士 過程이 設立되었다. (朝鮮 中央 年鑑, 1965) 이러한 學士나 博士 學位의 所有者는 極히 少數이다.

1964 年에는 경낙研究院이 設置되었는데 이 研究院은 獨自의인 研究機關이다. 경낙은 教授인 김봉한이 發見한 學說로서 神經, 血管 및 淋巴 外에 人體의 第 4 連絡 體系라고 主張하였다. (季刊 中國, 1965 및 朝鮮 醫學, 1965)

南韓의 医科大学은 高等學校를 卒業한 後 入學하며 2 年の 醫豫科를 修了하고 4 年の 大學 過程을 卒業, 國家試驗에 合格하면 醫師 免許證을 받게 된다. 全國에 14 個 医科大学이 있는데 이

中 6個 校는 新設 大學으로서 1973年부터 一部에서 첫 卒業生을 내기 始作하였다. 年間 卒業生 數는 約 700名이나 1976年 부터는 14個 大學에서 모두 다 卒業生을 輩出할 것이며 또 各 大學의 定員이 增加되었으므로 約 1,300 乃至 1,400名에 到達 할 것이 豫想된다.

卒業 後 教育은 크게 세가지로 나누어 볼 수 있다.

첫째는 專門醫 教育이다. 이는 美國의 制度를 1950年代에 導入한 것으로서 醫師가 된 後 1年の 인턴 및 4~5年の 레지던트 過程을 거쳐 資格 試驗에 合格하면 專門醫가 된다.

둘째는 博士 過程이다. 이는 2年の 碩士 過程과 3~4年の 博士 過程을 거쳐 論文을 提出, 審判에 通過되면 學位가 授與된다. 이 制度는 日本의 制度가 殘存한 것이라 하겠다. 그런데 現在는 專門醫와 博士 過程을 共히 扞하고 있는 傾向이 있어서 時間的으로나 經濟的으로 볼 때 浪費가 있다고 본다.

세째는 補修 教育으로서 定期的인 코스는 없으나 醫科大學이나 醫學協會, 市·道 및 區 醫師會, 學會 등에서 必要 또는 要求에 따라 非定期的으로 開催하고 있다.

研究所로는 國公立 또는 私立의 여러가지 研究所가 있고 大學의 附設 機關으로도 여럿이 있다. 例컨대 家族計劃研究院을 爲始하여 公害나 醫療, 人口 問題 등을 다루는 研究所들이 많다.

위와 같이 南北韓의 醫學 및 醫師의 教育에 關하여 살펴 보았는데, 여기서 우리는 醫療 水準을 推測할 수 있겠다. 卽 北韓은

年間 數千名의 醫師를 量産하고 아울러 準醫師를 養成하여 全國
구석구석에까지 이들을 配置하고 一線에서 國民醫學에 從事케 하고
있는 反面 南韓은 좋은 施設과 裝備를 갖춘 醫科大學에서 小數의
醫師를 길러내고 있다. 醫師가 된 後에도 北韓에서는 短期 補修
敎育을 實施할 뿐, 專門化된 敎育은 매우 드문데 反하여 南韓은
現存 醫師의 30%가 卒業 後에 5年間 專門科目의 訓練을 받은
專門醫이며 新規 卒業生들은 거의 大部分 專門醫가 되려 하고
있다.

한마디로 말해서 北韓은 醫師의 量産으로 量的인 醫療의 機會
均等を 施頭하고 있으며 南韓은 專門化 敎育으로 人間의 尊嚴性을
살려 國民의 健康을 爲해 일하도록 質的으로 優秀한 醫師를 輩出
하고 있다고 하겠다.

Ⅱ. 醫療 技術陣(醫師)의 交換 可能性

北韓의 醫療人力 養成은 前述한 바와 같이 多量의 醫師 그리
고 準醫師를 敎育하여 現地에서 일하도록 하는데 主眼點을 두고
있다. 그 數의 增加는 1960年과 1964年을 比較해 보더라도
2倍가 되었다. 그리고 人口 對比를 보더라도 1964年에 벌써
人口 萬名 當 醫師 및 準醫師의 數는 19로서 거의 人口 500
名當 醫師 하나 꼴이 되었다.

< 丑 1 >

南北韓의 医療人力

年 度	南 韓		北 韓	
	医 師 数	人口万名当 医 師 数	医 師 및 準 医 師 数	人口万名当 医 師 및 準 医 師 数
1946	-	-	1,009	1.1
1949	4,375	2.2	2,131	2.2
1953	5,662	2.6	3,009	3.5
1956	6,436	3.1	5,650	6.0
1959	7,322	3.2	9,034	8.7
1960	7,765	3.1	11,919	11.0
1961	8,405	3.3	14,172	-
1962	9,653	3.7	15,874	-
1963	8,052	3.4	18,241	15.8
1964	10,095	3.6	22,706	19.0
1971	16,207	5.1	-	-

註 1. 南韓의 醫師 數는 醫師 免許 登錄 數字임.

2. 北韓의 醫師 數는 準醫師를 包含한 것임.

資料 保健社会 統計 年報, 1971

朝鮮 中央 年鑑 1965

南韓의 医療 人力은 現在까지 年間 700名 程度の 新規 醫師를 輩出하고 있는 데 過去 8個 医科大学에서 14個로 増加되었고 또 定員이 増員되었으므로 新設 医大에서 卒業生들이 다 輩出되고 아울러 増員된 卒業生들이 다 나오는 1976年부터는 年間 約 1300 ~ 1400의 新規 卒業生이 推加될 것이다. 그리고 現在까지는 年間 200 ~ 300名이 美国等地로 移民하였으나 今年부터 이것이 어려워질 것이 거의 確實視되므로 医療人力의 確保보다는 當場 醫療要求보다는 人力 供給의 急作스런 過剩이 될 것으로 豫想된다.

南韓의 醫師의 水準은 先進 諸國에 나가서도 손색이 없으며 實際 東南亞 또는 아프리카에는 民間使節團으로 나가서 活躍하고 있다. 이러한 理由 中 하나는 醫師가 된 後에도 繼續 專門医가 되기 爲하여 修練을 받기 때문이다. 南韓의 醫師 中 거의 30%가 專門医이다. 그리고 新規 卒業生들은 大部分 이 過程을 扞하기 願하며 또 이미 海外에 나가 있는 醫師는 거의 專門医들이므로 이들이 歸國하면 專門医 數는 훨씬 増加할 것이 豫想된다.

<표 2>

南韓의 專門医 数 (1971)

專 門 科 目	專 門 医 数 (名)	百 分 率 (%)
內 科	752	16.7
外 科	935	20.7
整 形 外 科	181	4.0
神 經 外 科	74	1.6
小 兒 科	450	10.0
產 婦 人 科	635	14.1
眼 科	288	6.4
耳 鼻 咽 咳 科	275	6.1
皮 膚 科	148	3.3
泌 尿 器 科	84	1.9
精 神 科	113	2.5
放 射 線 科	115	2.5
病 理 科	87	1.9
病理科(解剖)	24	0.5
麻 醉 科	80	1.8
豫 防 医 学 科	183	4.1
結 核 科	88	2.0
計	4,512	100.1

註 : 위의 数字는 医療 專門科目 許可数임.

資料 保健社会 統計 年報, 1971.

위와 같이 南韓은 高度로 訓練을 받은 專門医가 相当 數 輩出되어 있다. 現在 南韓의 医療 要求度로 보아 專門医보다는 全科医가 더욱 必要하다고 보며 專門医는 必要 以上으로 供給 過剩이 되어 있다고 본다. 專門医가 開業을 하면 自己의 專門 科目만 診療하기 보다는 全科医의 役割을 하는 것이 普通인 것이 事實이다.

또 한便 後送 体系가 없는 것이 큰 理由 中 하나이겠으나 感氣나 실사 患者를 大學 病院에서 教授가 治療하는 等の 時間과 努力의 浪費가 있다.

그러므로 南北韓間 醫師의 交換이 政治的으로만 이루어질 수 있다면 南韓의 專門医 要員을 北韓에 보낼 수 있고 特히 大學 教授로 在職하다가 現在 開業하고 있는 臨床 教授職 要員을 北韓에 보낼 수 있겠다.

外科 分野에 있어서는 北韓의 水準이 南韓에 比하여 떨어지지 않는다. 그것은 戰爭 時에 負傷 당한 軍人 또는 民間人에 對하여 無慈悲하게 施術을 하였던데 起因한다고 볼 수 있다.

餘他の 分野에서는 南韓의 醫療 人力을 北韓에 供與함이 妥當할 뿐더러 萬一 南韓의 專門 醫師들이 北韓에 가서 勤務하고 온다 하더라도 이들의 所得 및 水準이나 教育 水準이 매우 높은 故로 이들이 南韓 住民의 對共 意識에 미칠 影響은 오히려 反共 意識을 鼓吹할 것으로 期待된다.

1960 年代 初期에 相當히 注目을 끌었던 김봉학의 경낙 說은

1967年 前까지 꽤 人氣를 끌었고 한 때는 學術 雜誌에 相當한 部分을 차지하기도 했으나 그 以後에 漸次 別 興味를 못 갖게 되었다.

요즈음 한참 關心들을 가지는 鍼술 및 鍼술 麻醉 그리고 疼痛 治療는 中共과 北韓 等地에서 제법 活潑하다.

南韓의 境遇는 鍼술과는 달리, 疼痛治療를 爲한 特殊治療所이었다. 그러나 鍼술이 必須的인 것이라면 現在 美國이 中共을 通하여 이를 導入하고 있으며, 漢醫 自體 內에서도 相當한 研究를 하고 있으므로 美國을 通하여도 充分히 鍼술을 發展시킬 수 있겠다. 또 南韓에도 既存 鍼灸士들이 있으며 漢醫 養成을 爲한 大學도 있으므로 鍼술의 導入 發展은 北韓을 通하지 않아도 用易하다고 본다.

한 便 醫師가 아닌 準醫師나 保健 要員이 南韓에 不足한 것은 事實이다. 그러나 이들의 養成은 큰 指導를 要하는 것이 아니므로 短時間에 多量의 要員을 確保할 수 있다. 오히려 北韓의 保健 要員이 南韓에 온다면 이들은 僻地나 島嶼 地方에 配置될 것이므로 脆弱點만 露出하는 셈이 되고 南韓에는 國民의 基本 權利인 醫療의 惠沢도 못 받는다고 逆 宣傳 當할 素地가 充分하다. 故로 南韓에서도 訓練하면 短時間에 쉽사리 할 수 있으므로 保健 要員의 受援은 바람직하지 못하다.

Ⅲ. 供与 가능한 医療 機器

医療 施設은 固定設備이어서 相互間 供与할 수가 없으므로 醫療 機械 器具 및 裝備의 供与를 考慮하여야겠다. 그러나 南韓은 醫療 機器 및 裝備에 關한 限 公共部門에 있어서는 아직 自体 用途에만도 充分하지 못하여 오히려 外國에서 導入하는 形便이다. 北韓 亦是 醫療 要員 水準의 非 高級性으로 미루어 보아 탐색치 못하다고 思料된다.

그러나 醫藥品 部門에 있어서 南韓은 大部分의 品目에서 自体 需要를 充足하고 있으며 오히려 海外 市場을 開拓하기에 注力하고 있다. 아울러 海外에 合作 投資会社를 만들 程度로 醫藥品 製造 業 部門에서 앞서 있다.

南韓의 醫藥品 生産 実績을 보면 每年 括目하리만큼 增加하고 있다.

<표 3> 醫藥品 等 生産 実績

(單位：100 萬圓)

	總 計	醫 藥 品	化 粧 品	衛 生 材 料	醫 藥 部 外 品	醫 療 用 具
1966	10,435	9,517	678	61	-	-
1967	15,269	12,525	1,459	202	971	112
1968	22,833	18,849	2,190	434	1,203	157
1969	29,829	24,905	2,810	270	1,588	256
1970	40,846	33,826	4,413	299	1,999	309

	總 計	医 藥 品	化 粧 品	衛 生 材 料	医 藥 部 外 品	医 療 用 具
1971	47,809	39,934	4,766	428	2,167	514
1972	57,269	47,426	6,821	571	1,725	726

資料 保健社会部 藥政局

1972년末 現在 이를 生産하는 業所 및 品目은 아래와 같다.

<표 4> 医 藥 品 等 生 産 業 所

(1972. 12)

	業 所	品 目
總 計	419	9,222
医 藥 品	291	6,014
化 粧 品	51	2,776
衛 生 材 料	30	137
医 藥 部 外 品	8	21
医 療 用 具	39	274

資料 : 保健社会部 藥政局

한 便 지난 5個年間 医藥品 等の 輸出 実績은 每年 上昇 趨
勢로서 東南亞 및 歐美 地域으로 繼續 市場이 擴張되고 있다.

<表 5 >

醫藥品 等 輸 出 實 績

(單位：美貨千鎊)

製 材 年 度	漢 藥 材	人 參 製 材	其 他 醫 藥 品	合 計
1968	1,963	43	482	2,488
1969	2,301	221	946	3,468
1970	2,674	929	1,178	4,781
1971	3,003	2,127	1,551	6,681
1972	5,477	910	1,967	8,354

資料：保健社會部 醫政局

그러므로 醫藥品・部門에서는 南韓에서 北韓으로의 供與가 매우 바람직하다고 하겠다.

品目으로 볼 때는 抗生劑, 설과劑, 비타민製劑, 抗結核劑 등을 들 수 있다.

Ⅳ. 特殊 疾病 (鄉土病) 의 研究

南北韓이 疾病 管理上 共通으로 重要視할 分野가 몇가지 있다고 본다.

北韓은 結核, 이질, 肺炎, 寄生虫 疾患, 말라리아, 傳染性 肝炎, 營養 不良 問題 等等이 1960年代에 問題되는 것이었다. 그 外에 水因性 傳染病, 홍역, 百日咳, 디프테리아 等도 問題가 되어 있다.

南韓도 이中 몇가지 疾病은 그 管理를 爲해 神經쓰고 있다.

大体로 南韓의 疾病 管理 水準이 北韓보다 良好한 것은 事實이다. 南韓에서는 別로 問題가 되지 않는 말라리아나 트라코마, 디

프테리아 등이北韓에서는 문제가 되고 있다.

萬一 共同 研究가 이루어 진다면 疾病의 管理 面에서의 共同 研究와 學問的인 立場에서 보다 興味있는 共同 研究로 나누어 볼 수 있겠다. 卽, 前者는 結核, 말라리아 (南韓에서는 이미 문제가 안된다) 寄生虫 疾患 等等이 包含되겠고 後者는 아직 研究할 餘地가 많으며 國內뿐 아니라 國외의 學者들까지도 關心이 있는 流行性 出血熱을 들 수 있겠다. 이 流行性 出血熱 (epidemic hemorrhagic fever) 은 休戰線 附近의 軍人 中에서 發生이 많았으나 民間人에도 發生하며 休戰線뿐 아니라 그 以南에서도 發生하였던 바 아직도 媒介虫이라던가 그 傳播過程에서 疑問이 많다. 北韓에서도 問題로 되었을 것이므로 이에 對한 研究는 共同 關心事가 될 것이라고 생각된다.

結核은 南北韓 共히 單一 疾病으로는 제일 問題가 되므로 이의 退治를 爲한 共同 努力은 그 當爲性이 認定될 수 있겠다. 北韓의 結核 有病率을 間接的으로 推定한 바에 依하면 1965年 前後 하여 6.7%였는데 이것은 1965年 南韓의 有病率 5.1% (全國 結核 有病調查, 1965) 보다 높다.

BCG 接種 狀況을 보면 北韓은 1965年에 120萬名에게 接種하였고, 1966年과 1967년에는 各各 150萬과 170萬에게 接種을 마쳤다 (朝鮮醫學, 1966) 南韓은 1965年에 125萬을 接種하였다. 勿論 南北韓의 人口를 考慮하면 北韓의 BCG 接種率이 더 높다.

이와 같은 有病率이나 BCG 接種 等의 豫防 措置 等を 勸案할 때 南北韓이 共同으로 結核 退治 事業을 爲해 研究, 管理한다면 바람직하다고 생각한다.

V. 医療 技術 協力을 對備한 韓國醫療制度의 改善策

가. 南北韓 醫療 制度의 考察

北韓의 醫療에 있어서 優先 順位는 治療보다 豫防에 있다. 이는 保健次官 한세훈(朝鮮醫學, 1966)이나 初代 保健次官 한홍섭(朝鮮醫學, 1967)이 밝힌 바 있다.

그 보다 앞서 1963년까지는 地方病院에서 豫防 및 治療 業務를 共히 管掌하여 왔으나 이 때부터 衛生防疫所를 設置하여 保健 業務를 分離시켰다. (朝鮮中央 年鑑, 1964) 아울러 産業保健, 食品衛生 및 伝染病 管理에 重点을 두도록 하였으며(朝鮮 中央 年鑑, 1964) 保健次官 한세훈은 産業保健, 栄養 및 嬰幼兒 保健에 重点을 둔것을 밝혔다. (朝鮮 中央 年鑑, 1965)

위와 같은 事實은 豫防醫學을 担当하는 醫師의 數를 보더라도 納得이 가는 바 1959年 對比 1962년에는 豫防醫學 醫師의 數가 171%이고 다시 1963년에는 215%로 되었다. (朝鮮 中央 年鑑 1964)

表 6. 豫防醫學 醫師의 數

年 度	北 韓	南 韓
1959	-	-
1962	171 %	-
1963	215 %	150 名
1970	-	173 名
1971	-	183 名

註: 1) 北韓은 1959年度를 基準으로한 增加率임

2) 南韓은 豫防醫學 專門醫 數字임

資料: 朝鮮 中央 年鑑 1964
保健社會統計年報 1971

1962年 8月부터는 模範 保健 地域을 選定하였으며 1964年 12月 末까지 120 地域을 設定하였다.

医療網을 보면 人口가 2,000名되는 里單位에 診療所가 있다.(朝鮮醫學, 1966) 郡 單位에는 100 - 200 病床의 病院이 있으며 여기에는 結核豫防科, 內科, 外科, 眼科, 耳鼻咽喉科, 產婦人科, 小兒科, 齒科 및 東醫學科 等 9個 診療科가 있다. 結核豫防科에서는 豫防 및 治療를 同時에 하고 있다. 그리고 各 道에는 中央病院이 있고 그 外에 醫科大學 附屬病院이나 赤十字病院이 後送 病院으로 存在하고 있다.

醫療를 國家에서 企劃, 管掌하고 있는 故로 그 體系에 있어서도 매우 明瞭하다. 보다 나은 健康 管理를 爲하여서 1961年부터는 醫師 担当 區域制를 研究 檢討하기 始作하여 担当 地域 住民의 모든 健康 問題에 對하여 法的으로 責任지도록 하였다. 처음에는 都市 및 工業地帶에서부터 農村으로, 어린이부터 始作하여 어른까지 惠沢을 받도록 計劃하고 있는데 大都市에서 小兒科 醫師 担当 區域制는 效果的임을 報告하였다. (朝鮮 中央 年鑑, 1965)

南韓의 醫療는 自由放任主義이므로 北韓과 같은 國營 醫療는 찾아 볼 수 없다. 中央 政府의 豫算面으로 볼 때는 保健網 強化가 第一 많고, 家族計劃 事業과 結核 管理 等に 重點을 두고 있다고 볼 수 있다.

醫療網을 보면 人口가 約 萬名되는 面 單位에 保健支所가 있다. 政府는 1,342個 邑面을 1,102個의 醫療地域으로 나누어 公醫를

配置하고 無醫 地域에는 1972年 4月부터 修練醫가 派遣되어 있다. 各 支所에는 看護員 또는 看護補助員(主로 後者임)이 3名씩 配置되어서 結核, 家族計劃 및 母子保健事業을 保健本長의 指導 監督下에 遂行하고 있다. 郡 單位에는 保健所가 있어 都市에서는 豫防醫學 業務만 하고 있으며 農村에서는 診療 業務까지 兼하고 있다. 全國에 192個 保健所 中 市郡에 28個所, 區에 24個所 및 郡部에 140個所가 있다. 그리고 全國 市道地域에 36個의 市·道立 病院이 있고 各 市·道에는 1個씩 11個의 市·道 中央病院이 있다.

그리고 國立 醫療 機關이 4個 있다. 이들 國公立 醫療 機關은 中央에서 2個의 命令 體系를 갖고 있다. 中央의 保健社會部는 國立 病院들에 對하여는 直接的으로 關與하지만 市·道保健當局과 市·道立 病院, 保健所, 支所는 行政적으로 內務部 傘下에 있어 地方費 豫算이나 人事管理는 市·道에 依해 執行되고 있다. 故로 中央의 保健 行政 體系와 地方의 保健 行政 體系는 分離되어 있으며 診療와 保健 事業도 同一 體系가 確立되어 있지 않아서 溢路가 많다. 그 外에 産災 患者는 産災 指定 病院에 가야 治療받을 수 있고 公務員은 公務員 療養 指定 病院에 갈 수 있다.

여기서 非公共 部分의 醫療는 別途이다. 本人의 經濟的인 能力에 따라서 私立 機關에서 治療를 받을 수 있다.

위와 같은 南北韓의 醫療 制度의 根本的인 差異는 團體 및 政體의 差에 大體로 그 理由를 들릴 수 있다. 即 北韓은 醫療 機關이나 醫療 人力을 國有化하였으므로 醫師 個人은 國家나 國民을 為

하여 存在하게 된다. 故로 農村 구석구석까지도 醫療는 広範圍하게 惠沢이 賦与된다. 그리고 醫師는 區域을 担当하여 責任지고 勤務하게 되어 있다.

이러한 保健 醫療 行政 및 醫療網으로 볼 때 南韓은 北韓의 長點을 与力 修正하여 우리 實情에 알맞게 導入함으로써 보다 좋은 結果를 볼 수 있다고 생각한다. 南北 赤十字會談때 北韓을 다녀온 某 人事는 北韓의 이러한 制度에 関心이 至大하였고 어떤 道에서는 實際로 이러한 醫療網을 構想했었으나 豫算上 隘路로 實現하지 못하고 있다 한다.

한편 南韓에서는 市, 道立 病院을 強化하고 또 1973年부터는 四次年에 걸쳐서 全國 140個 郡部에 30病床 規模의 郡立病院을 設置하고 醫療의 地域化 및 後送 體系의 確立을 計劃하고 있다. (保健社會部, 1973) 이는 어떤 面에서 볼때 北韓의 郡病院에 対応되는 것이라 하겠다. 이렇게 郡立 및 道立 病院을 잇는 後送 體系가 確立되고 1974年부터 卒業하는 新規 醫師들이 새 醫療法에 依해 農村 地域에 現地 實習 醫師로 配置되면 南韓은 面 單位부터 郡 및 道에 이르는 醫療의 後送 體系가 確立되겠다.

나. 救療 및 醫療保險

北韓은 1960年 5月31日 內閣의 決定에 依하여 醫療는 一切 無償으로 提供되고 있으며 따라서 누구나 必要할 때에 治療를 받을 수 있는 機會가 賦与되고 있다.

南韓에서는 要救護 対象者の 境遇 無償으로 外来 또는 入院 治療를 받을 수 있는데 주로 市·道立病院 또는 非營利 医療法人에서 治療받는다. 要救護 対象者は 邑面長 또는 洞長이 対象者임을 証明해 주면 이를 가지고 医療機關에 가면 된다. 요즈음은 市·郡에서 새마을 診察券을 發行하는 데 이것은 1個月을 有効 期間으로 하고 있다. 서울의 境遇 21萬名の 零細民을 対象으로 하고 国公立病院과 非營利 病院에 病院 病床 規模 別로 大略 病床 当月間 1枚를 割當하고 있다. 여기에는 몇가지 重要な 問題가 있다.

우선 邑面長이나 洞長이 診察券을 濫發할 可能性과 患者가 마음 놓고 必要한 만큼 充分히 治療받을 수 있는지 与否 그리고 政府에서 아무런 報償없이 非營利法人에 對하여 患者를 割當하는 等等 改善의 余地가 많다.

政府에서는 이러한 難點을 克服하기 爲하여 1人당 國民 所得 1,000 弗과 맞추어 1986 年까지는 國民皆保險을 計劃하고 있다.
(保健社会部, 1973)

即 1976 年까지는 500 人 以上 常傭 事業場 勤勞者 公務員 및 軍人과 自營者 一部를 包含하여 約 100 萬 世帶를 加入시켜 全 人口의 14 %를 包含하고, 1981 年까지는 勤勞者, 公務員 軍人의 全体와 自營者 90 萬 世帶를 包含하여 約 440 萬 世帶를 加入시켜 全 人口의 50 %를 包含하며, 1986 年 以後에는 保險料 負擔 能力이 없는 世帶의 保險料 免除 制度를 適用시켜서 名實共히 醫療 保

障을 達成하도록 計劃하고 있다. 이렇게 되면 南韓도 全 國民이 適時에 医療의 惠沢을 받을 수 있게 된다.

다만 그때 까지 時間이 걸릴 따름이다.

다. 美国과 蘇聯의 医療制度

以上에서 우리는 南北韓의 医療制度에 関하여 現況을 알아 보았다. 그러나 앞으로 南北韓 医療의 方向이나 改善은 아무래도 南北韓에 莫大한 影響을 주고 있는 美国이나 蘇聯의 制度를 参考하여 이루질 줄 안다.

故로 美国과 蘇聯의 医療制度를 살펴보는 것도 意義있겠다.

1) 自由主義 經濟 体制인 美国의 医療

美国은 自由主義 經濟 体制의 代表的인 나라로서 國民의 医療 亦是 이러한 概念下에 있다. 医療는 個人에게 全적으로 選擇權이 있을 뿐더러 責任도 個人에게 있다. 스스로가 全科醫나 專門醫 또는 病院이나 醫院을 마음대로 選擇하고 自己가 그 費用을 支払하면 된다.

医療費의 支払 方法도 施術 基準制 (fee-for-service) 로 하고 있다. 要 救護者가 아닌 以上 個人이 医療費를 支払하여야 하므로 美国人들은 自營者 醫療 保險團體에 加入한다.

醫師나 醫療機關이 얼마만큼 存在하는가 하는 것은 그 地域의 社会 經濟的인 特性에 依한다. 即 그 住民의 醫療 必要에 따르는 것이 아니고 그 地域의 經濟力이나 醫療機關을 세울 能力, 醫

師를 確保하기 爲한 余件 等に 左右된다.

그리고 醫療는 매우 專門化하여 全科醫의 比重은 漸次 減少하는 傾向이며 專門醫가 增加되고 있다. 한 便으로 醫學 技術은 科學의 發展과 아울러 高度로 發展하고 있다. 이로 말미암아 醫療費는 所得 水準과는 比較가 안될 程度로 急上昇하고 있다.

이와 같이 美國의 醫療는 醫師 側에서 볼 때 自由를 만끽할 수 있으나 國民 便에서 볼 때는 個人이 스스로 自己의 醫療 問題를 責任져야 했다. 그러나 美國 政府로서는 經濟的으로 能力이 없는 國民에게도 醫療를 提供하여야 한다는 것을 認識하여 이에 關한 法案을 提出한 바 있었으나 醫師들의 反對에 부딪혀서 뜻을 이루지 못하다가 1966년에 Medicare 法이 通過되어 老令者에 對하여 國家에서 醫療를 責任지게 되었고 이듬 해에 Medicaid 法이 通過되어 要 救護 對象者에 對하여서 政府에서 醫療를 担当하도록 하였다. 앞으로는 어린이에 對하여도 이러하도록 할 豫定이다.

한 便, 醫療 人力으로 볼 때 醫師의 養成은 그 어느 나라보다 期間이 길다. 初等 및 中等 教育을 마친 後에 4年을 大學에서 工夫하여야 醫科大學에 入學을 할 수 있다. 4年의 醫科大學을 마친 後 醫師가 된 後에도 專門醫 修練 過程을 普通 3~6年 걸리게 된다. 故로 한 사람의 醫師를 養成하려면 大學부터 計算하여도 11年 乃至 14年이 消費된다. 近來에 美國에서는 國內의 醫療 人力 需給 問題를 解決하기 爲하여 大學을 中心으로 醫師의 助手制 (Physicians' assistant 또는 medex program)를 採択

하기로 하여 軍에서 衛生兵으로 除隊하는 人力 等を 吸收하여 2 年 内の 短期 教育으로 醫師의 責任下에 業務를 돕도록 하여 醫師의 供給 不足을 解消하려 하고 있다.

医療에 關한 限 美國의 体制는 後送体系나 家族의 概念은 없는 셈이다. 家族 中 어린이가 아프면 小兒科로, 어머니는 産婦人科로 눈이 아프면 眼科로 갈 수 있고 또 醫院이나 病院이나 專門醫나 全科醫나 患者 스스로 選擇하도록 되어 있다.

2) 共產主義 体制인 蘇聯의 醫療

蘇聯은 1917年 以來 醫療를 社會 政策 中 重要 部門으로 優先 順位를 賦與하여 왔다. 醫療는 國家의 社會 및 經濟 計劃에 包含되어 計劃되고 進行되어 왔다.

醫療는 언제나 必要할 때에 無料로 提供된다. 그리고 비록 農村 구석이라 할지라도 쉽사리 醫療가 供與될 수 있다.

高等學校 教育을 마치고 6年制 醫料大學에 入學하면 벌써 專門 科目을 나누도록 되어 있다. 即 一般 內科와 小兒科 및 豫防醫學(公衆 保健學) 中 한가지를 揀하여 工夫한다. 醫學 教育은 無償이며 生活費도 支給받는다. 卒業 後에 이들은 3年間 國家의 必要와 要求에 依하여 農村에 配置되거나 病院 또는 研究 機關 등에서 일하게 된다. 그 後에도 本人이 希望에 따라 2年 더 專門 過程을 揀하면 病院이나 保健官署에서 일하게 되며 더러는 研究 및 教育 機關에서 있을 수 있다.

蘇聯에는 中級 醫療人으로서 醫師의 助手 役割을 하는 feldsher

가 있다. 이는 蘇聯에 固有한 것이며 多目的으로 活用되고 있다. 이 制度는 17世紀 Peter大帝가 戰爭터에서 軍醫官이 不足할때 短期 教育을 시켜 助手로 쓴 것이 歴史的인 起源이었다. 오늘날 feldsher는 蘇聯에서 多目的 中級 医療人이며 集團 農場 등에서 醫師의 指揮 監督 下에 簡單한 診療를 하기도 하고 豫防 接種, 集團檢診, 保健 教育, 環境 衛生 業務 등에 從事하고 있다. 都市에서는 좀 더 그 職責이 細分化되어서 病院, 涯業場, 救急車, 保健 官署, 檢査室, 結核이나 精神病 診療所 等地에서 勤務하고 있다.

이러한 feldsher의 概念은 中共이나 北韓에도 影響을 미쳤다. 中共에서는 맨발의 醫師 (barefoot doctor)라 하며 地域社会에서 職業을 가지고 일하는 젊은이 中에서 골라 短期 教育을 시켜서 特히 農村 地域에서 中級 医療人으로 活躍하고 있으며 簡單한 治療와 豫防医学 事業에 힘쓰고 있다. 北韓도 準醫師 制度를 採択하여 이러한 일을 하고 있다.

蘇聯의 医療 分野에 있어서는 豫防医学에 相当히 重点을 두고 있다. 治療 医学과 豫防 医学의 統合이 매우 強調된다.

醫師의 分布는 問題가 안 된다. 그리고 患者의 後送 体系가 確立되어 있다. 人口 4,000으로 構成된 Uchastok이 基本 单位이며 이 地域에 農村은 feldsher와 担当 醫師가 있으며 都市는 醫師가 있다. 이들 醫師는 必要하면 患者를 專門医에게 後送하고 다시 必要하면 地区 病院과 地域 病院을 거쳐서 共和國 病院으로 後送할 수 있다.

이렇듯 쉽사리 醫師에게 갈 수 있고 또 醫療費가 無料이지만 患者로 보아서는 醫師의 選擇權이 없다.

라. 韓國 醫療制度의 改善을 爲한 提案

앞에서 南北韓의 制度와 美·蘇의 制度를 暫時 살펴 보았다. 韓國 醫療制度의 改善 方案을 提起하기 前에 社會保障의 一環으로 國民의 健康을 增進, 圖謀하고 있는 英國의 制度를 먼저 살펴 보기로 한다.

1) 國民 健康 서비스를 하고 있는 社會 保障의 나라 英國

英國은 社會 保障 制度가 일찌기 發達된 나라로서 醫療 領域 또한 이러한 概念이 支配하고 있다. 1948年부터 英國은 國民 健康 서비스 (National Health Service)를 始作하여 國民의 醫療를 國家가 責任지고 있다. 이것은 決코 새로운 것은 아니며 歷史적으로 볼 때 1911年부터 發展 擴大해온 國民 健康 保險과 醫師들의 個人 開業이 混合되어 나온 것으로 構造 自体는 옛과 다름 없다고 하겠다.

國民 健康 서비스 下에서 醫療는 必要한 서비스에 對하여 無料이다. 이의 財源은 税金으로 充當된다.

醫師는 一定 地域에서 開業하면서 自己에게 登錄된 患者에 對하여 一人當 一定 額 即 人頭制 (Capitation method)로 政府와 契約을 하고 診療에 臨한다. 普通 2,500名을 醫師 1사람이 擔當한다. 故로 醫師의 立場에서 보면 患者가 많이 오거나 적게 오거나

關係 없이 自己에게 登錄된 住民의 數에 對하여 報酬를 받게 되므로 自然히 疾病의 豫防에 充實하려 한다. 또 英國은 섬나라로서 地域이 작으므로 醫師의 分布는 고르게 되어 있어 問題가 되지 않는다.

國民 健康 서비스는 家族의 概念을 가지고 國民을 對하고 있다. 病이 나면 먼저 自己가 登錄한 全科醫에게 간다. 萬一 이 全科醫가 必要하다고 생각할 때에는 患者를 專門醫가 있는 病院 外來로 紹介한다. 또 全科醫나 專門醫가 볼 때 入院이 必要하다고 생각되면 入院하도록 紹介한다. 이 境遇에 病院에는 入院의 妥當性 與否를 가리는 委員會가 있어서 入院이 不必要하다고 決定되면 다시 그 患者를 担当하는 全科醫에게 돌려 보내거나 때로는 診斷만 하고 治療는 担当 全科醫에게 하도록 한다. 이러한 것은 病院 治療가 매우 高價하다는 것을 잘 알기 때문에 取해지는 것이다.

國家에서는 政策的으로 病院을 잘 짓는다던가 施設과 裝備를 으리으리하게 하는 式을 避하고 患者 診療에 꼭 必要한 것에만 投資하고 있다.

醫科大學은 高等學校를 마친 後에 入学되며 一旦 入学하면 學費, 教材費, 生活費 및 施術費 등을 支給 받는다. 첫 2年은 基礎醫學을 工夫하며 그 後 3年은 臨床醫學을 工夫한다. 卒業 後 獨自의 開業을 하려면 1年 더 病院에서 勤務한다. 그 後의 專門 分野 訓練은 病院에서 5~10年 勤務하는 中 試驗을 쳐서

学位를 딸 수 있다. 一般 開業醫를 爲하여는 補修 教育이 있어 많은 醫師들이 이 過程을 扞하고 있다.

2) 医療制度 改善을 爲한 提案

南北韓의 醫療는 前述한 바와 같이 한 便은 自由放任主義이고 다른 한 便은 國家에서 管理, 統制하는 國營 醫療이므로 그 差異는 매우 크다.

그러나 이 2가지 흐름은 先進國인 美國이나 蘇聯은 勿論 開發途上國인 韓國으로서도 改善의 余地가 많다. 생각해 보면 두가지의 極端的인 制度가 다 長點과 短點을 가지고 있다. 그러므로 長點을 골고루 取하여 우리 實政에 알맞는 制度를 誘導하는 것이 바람직하다.

앞에서 英國의 國民健康서비스를 例示한 것은 將次 韓國의 醫療도 이러한 方向으로 가야될 것으로 생각되는 것이다.

여기서 몇가지 提言을 하면,

① 이미 政府가 施圖, 計劃하고 있는대로 醫療 保險을 積極 擴大 實施한다.

② 專門醫보다 全科醫를 養成하여 一線에서 勤務케 한다.

③ 保健支所 - 保健所 또는 郡立病院 - 道立病院을 잇는 後送體系를 確立하고 醫療를 地域化한다.

④ 地域社會醫學을 強調하여 醫師를 地域社會에 알맞게 訓練시키며 地域住民이 自助 自立의 새마을 精神으로 醫療 分野에 參與하

여 医療의 需要 (need) 를 要求 (demand) 化 한다.

⑤ 醫師가 아닌 保健要員을 大量 訓練시켜서 里 單位까지 要員이 活動할 수 있게 한다.

第三章 南北韓 医療技術 協力 方案 要約

I. 南北間의 醫療 技術 水準은 南韓이 北韓보다 훨씬 앞서 있다. 이것은 醫師를 教育하는 過程이나 輩出된 醫療 人力, 醫療의 專門化 및 卒業 後의 教育 等으로 推定할 수 있겠다.

北韓은 醫師 및 準醫師를 大量 生産하여 구석구석까지 人力을 確保하고 있는 點에서 一考의 價値가 있으며 南韓은 醫師의 質的 向上을 念頭에 두고 있으며 專門醫를 輩出하여 高度의 醫療 技術로서 國民 保健에 이바지 하고 있다.

II. 南北間 醫師의 交換은 南韓에서 高度의 訓練을 받은 專門醫들을 供與함이 妥當하다. 南韓은 30%가 專門醫이며 北韓은 專門醫師가 매우 적으므로 南韓의 專門醫 및 臨床 教授職 醫師들을 北韓에 供與함에 充分하다. 이들은 北韓에 가서 一定 期間 勤務 後에 돌아 온다 하더라도 南韓 住民에게 對共 意識을 減少시키기 보다는 오히려 鼓吹시킬 것이라고 생각된다.

準醫師 또는 保健 要員을 北韓에서 받아 들이는 것은 不必要하며 南韓에서 短期 教育함으로써 充分하다고 본다.

III. 供與 可能한 醫療 機器는 自体利用에도 充分치 않으므로 크게 보탬 될 것이 없겠다. 그러나 南韓의 醫藥品을 供與하는 것은 그 量이나 質에 있어서 充分하고 優秀하므로 可能할 뿐더러 國內

의 制限된 医薬品 市場을 擴大시켜 증으로써 그 生産을 加一層 促進시킬 것이다.

IV. 特殊 疾病 研究에 있어서는 南北韓에서 共히 問題되는 疾病의 管理에 對하여 研究하여 이러한 疾病의 退治를 卹할 수 있는 代表性的인 例가 結核管理라 하겠다.

그리고 學問的인 次元에서 流行性 出血熱 等を 共同 研究하는 것은 매우 興味있는 것이겠다.

V. 医療 技術 協力을 對備한 韓國 醫療制度의 改善策

韓國은 1973年 2月 醫療法을 改正하여 病院 單位는 모두 醫療法人化하도록 措施를 取한 바 있다. 이는 醫療機關의 公共性을 導出한 것으로 理解된다.

아울러 新規 卒業 醫師들을 2年 以內에 保健社會部 長官이 必要한 地域에 勤務할 수 있도록 新 醫療法에 明文化하였다. 이러한 一連의 法的 뒷받침은 南北韓이 協力하는 데 도움이 될 것으로 생각된다.

그리고 郡立病院을 全國 140個 郡部에 設立하고 後送 體系를 確立, 醫療의 地域化를 模索하고 있는 것은 이러한 協力 方案에 도움이 되는 것이겠다.

理論上으로 北韓의 醫療制度가 施惠의 立場에서 보면 보다 낫다

고 본다. 우리가 이러한 점을 우리의 實情에 맞게 받아 들이려
면 英國과 같이 社會 保障의 一環인 國民健康서비스 (National
Health Service) 의 形態를 取하는 것이 바람직하다.

아울러 保健 要員을 確保하여 全國 어디서나 일할 수 있도록
하는 것도 必要하겠다.