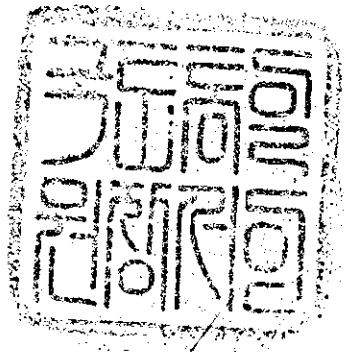


이 報告書는 國土統一院 73年度 下半期  
學術用役に 關한 最終報告書로 提出합니다.

1973年 12月 日



科學分科研究委員 梁 在 謨



## 目 次

第一章 序 論 .....	3
第二章 現代 医療의 共通的인 問題点 .....	6
I. 医療費의 急上昇 .....	6
가. 西洋醫學의 倫理와 專門化 .....	6
나. 科學化와 非人間化 .....	7
다. 病院 中心과 病院의 非效率性 .....	8
II. 醫療 制度의 問題点 .....	10
가. 自由 經濟 體制下 醫療의 問題点 .....	11
나. 共產主義 體制下 醫療의 問題点 .....	11
다. 社會保障下 醫療의 問題点 .....	12
第三章 南北韓 間 醫療協力 原則과 이에 對한 對備策 .....	13
I. 醫療協力 原則 .....	13
II. 醫療協力에 對한 對備策 .....	15
第四章 南北韓이 共同 研究 開發함에 適切한 事業 .....	16
I. 漢方醫學의 共同 研究 .....	16
II. 漢藥材의 共同 開發 .....	19
第五章 南韓이 北韓에 提供할 수 있는 醫療 援助 .....	22
I. 醫療人의 支援 .....	22
II. 醫藥品의 支援 .....	28
III. 傳染病 管理를 爲한 支援 .....	29

第六章 北韓으로부터 받아들일 수 있으

리 라고 推測되는 医療 援助 ..... 31

## 第一章 序 論

무릇 医療은 良質의 總括的인 것을 國民누구에게나 必要할 때 供給하는 것을 目標로 하고 있음은 周知의 事實이다.

過去에는 醫療을 받는것이 惠沢이요, 이러한 特權은 萬人이 다 享有하지는 못하였고 더러 慈善團體에서 施療를 해 주었을 뿐이었다.

그러나 現代國民은 나면서부터 健康을 누릴 權利가 있으며 國家는 이 權利를 保障하여 줄 義務가 있다. 卽 醫療은 國民의 基本權 中 하나이며 人間의 基本權 中 하나이다.

이렇게 國民의 權利로서 醫療의 均霑을 꾀하는 데에는 限界가 있다. 그것은 醫療 資源이 限定되어 있는 데 醫療要求는 急増되고 있기 때문이다. 普通 우리가 3 M이라고 表現하는 資源 卽 醫療 要員 (Men), 醫療 施設과 裝備 (material) 그리고 財政 (money)은 國家의 富에 따라 差異는 있겠으나 限定된 것이 事實이다. 한 國家의 政府歲出額中에서 保健醫療가 차지하는 比率은 先進國의 境遇 10%乃至 15%이며 開發 途上國은 이보다 尠 닳다. (表1 參照) 어쨌던 無限定 醫療를 爲해 쓸 수 없는 것이 事實이다.

表1 各國의 保健醫療費 支出

國 家	年 度	政府支出中 保健醫療費(%)	1人當保健醫療費
로네시아	1969/70	7.4	\$ 3
우간다	1968/69	7.5	U£ 13
브라질	1968	2.5	N.Cr 3
캐나다	1966/67	17.4	Cda \$ 99
네팔	1968/69	7.8	Rupees 19
버마	1969/70	5.8	Kyats 4
자유중국	1967	2.0	N.T.Dollor38
홍콩	1967/68	14.7	H.K.\$ 68
일본	1968/69	1.9	yen 1097
한국	1969	0.8	wons 101
말레이시아	1969	6.7	M.\$ 18
싱가폴	1969/70	9.7	S.\$ 51
덴마크	1967	18.9	Kroner 940
스웨덴	1966	12.0	Skroner574
영국	1967	16.1	£ 33

(資料 : World Health Statistics Report vol.23, No11, 1970)

이러한 限定된 資源에 比하여 医療要求는 너무나 急增하고 있다.  
여기에서 우리는 效率性을 생각해야 하며 既存 資源의 利用을  
極大化하기 爲하여 醫療制度를 修正, 補完하기도 한다.  
南北韓 醫療協力에 따른 問題點과 그 對策을 論하기 爲해서는  
于先 世界 各國이 當面한 問題點을 살펴 보는 것이 바람직하겠다.

## 第二章 現代医療의 共通的인 問題点

序論에서 指摘한 바와 같이 資源은 制限되어 있는데 医療 要求는 急増하고 있어 나날이 그 隔差는 深化하여 가고 있다.

이제 그 共通的인 問題点들을 살펴보기로 한다.

### I. 医療費의 急上昇

医療費의 上昇은 世界 共通的으로 큰 苦惱의 하나이다. 物價의 上昇, 所得의 増大보다는 더 빠르게 上昇하고 있다.

實例로 우리나라를 들면 1965年을 基準年度로 할 때 向後 5年 동안 物價는 300% 未滿 上昇했음에 比하여 医療費는 700% 以上 急増하였다. (表2 參照)

이러한 理由들을 몇가지 들어 보면

#### 가. 西洋醫學의 倫理와 專門化

西洋醫學에서의 醫師의 倫理는 患者를 爲해 最善을 다 하여 良質의 施療를 하는 데 있다. 醫師는 어떠한 治療 方法이고 間에 또는 매우 高價의 藥品이건 間에 患者의 生命을 爲해서라면 아낌없이 治療에 臨하여 왔다. 이는 漸次 醫師로 하여금 研究에 더 힘쓰게 하였고 繼續해서 工夫하거나 補修教育 等を 받게 되었다. 아울러 醫療의 專門化가 되며 이러한 事實들은 모두 보다 많은 投資를 하므로서 얻어지는 것이다. 따라서 이러한 投資의



表 2

南韓의 物價와 医療費의 年度別 增加

연 도	소 비 자 물가지수	비 용 지 출	( 증가 율 )	의 료 비	의료비/ 소비지출
1965	100	10,020	(100 %)	110 (100 %)	1.1 %
1966	111.3	13,940	(139.1%)	170 (154.5%)	1.3 %
1967	123.4	21,370	(213.3%)	340 (309.1%)	1.7 %
1968	136.7	24,490	(244.4%)	670 (609.1%)	2.9 %
1969	153.6	27,680	(276.7%)	790 (718.3%)	3.0 %
1970	178.1	31,780	(317.2%)	-	-

( 資料 : 經濟企劃院 韓國統計年鑑 1965-1970 에서 作成 )

負擔은 醫療費의 形式으로 國民이 負擔하게 되는 것이다.

한편으로는 抗生劑 등이 繼續 開發되어 患者 治療에 喜消息을 주고 있는 것은 事實이지만 國民은 이러한 醫藥品의 價格에 또 負擔을 느끼지 않으면 안되게 되었다.

나. 科學化와 非人間化

現代 醫療는 疾病의 診斷과 治療技術 發達을 들 수 있다.

患者가 醫師에게 올 때는 疾病의 治療를 要求하는 것이지만 醫師는 먼저 診斷에 力點을 두어 이를 可能한 方法을 動員하여 確認한 後에 治療하려는 傾向이 있음은 否認 못할 事實이다.

그러므로 疾病의 原因을 찾아내기 爲하여 여러가지 檢査를 하게 되므로: 이 또한 患者로서는 負擔이 增加하게 되는 것이다.

治療 技術도 눈부시게 發達하였다. 心臟, 腎臟, 角膜等의 移植 手術이 可能하게 되었다. 그러나 心臟手術은 1例當 10萬 乃至 15萬 弗이 所要되는데, 成功的인 手術이라 할지라도 어느 程度 壽命을 延長하는 데 不過하다. 또 人工 腎臟 透析 施設을 維持 하려면 1例當 年間 10萬 弗이 넘는다. 이처럼 醫學이 發達 함에 따라 그 費用도 엄청나게 增加하고 있다.

여기에 덧붙여서 漸次 醫療가 非人間化하고 있다. 過去에는 全科醫 또는 家庭醫가 家族이나 個人的 治療를 맡아 왔으나 오늘날 은 아픈 사람이 醫師의 對象이 된다고 보다는 아픈 臟器, 組織, 細胞 때로는 分子 水準에 이르기까지 顯微鏡的인 것이 되곤 한다.

다. 病院 中心과 病院의 非效率性

現代 醫療의 特徵 中 病院 中心化를 들 수 있다. 나날이 病院은 大型化하고 좋은 建物, 施設, 裝備 등을 갖추고 있다.

그러나 病院 治療는 小數 高所得層의 要求일 뿐 住民이 必要로 하는 醫療의 一部分을 提供할 수 있을 뿐이다. 아무리 醫療保險 에 加入되어 있다 할지라도 病院 費用을 全額 支払해 줄 수는 없 으며 社會保障 體制라 할지라도 나라에서 無作定 病院 治療를 위 해 莫大한 投資를 할 수는 없는 것이다.

美國의 例를 들면 1946年度에는 하루에 病床 當 入院費用이 20 弗이었으나 1958年度에는 70 弗로 되었고 現在는 하루에 100 弗을 넘게 되었다.

또 1963年 아프리카 케냐에서 Fendall이 調查한 바에 依하면

單位 治療費는 다음 表 3 과 같다. 一次的인 治療를 하는 保健所와 地區病院을 比較하면 20 倍 以上の 醫療費의 差異를 볼 수 있다.

表 3 各級 水準의 醫療機關에서의 單位 醫療費

Kenya, 1963.

醫 療 機 關	單位 醫療費	前水準對比
保 健 支 所	\$ 0.23	-
保 健 所	\$ 0.56	2.43 倍
地 區 病 院	\$ 11.80	21.07 倍
地 域 病 院	\$ 24.00	2.03 倍
中 央 病 院	\$ 52.00	2.16 倍

(資料 : U.S. P.H.S.)

疾病은 環境, 營養, 貧困, 無知, 其他 여러가지 要素와 關聯되어 있다. 그러나 病院은 病的 治療에 局限할 뿐, 疾病의 樣相이나 原因 等에는 影響을 못 미친다.

한便 病院이 肥大化하고 大型化하므로 運營費는 急增하고 人事管理 等은 漸次 어려워지며 國民의 醫療 要求에 應하는 率은 減少하게 된다. 病院은 醫療需要者에 對하여는 厒外視하고 無關心하게 되는 傾向이 있다. 基督教 病院, 非營利 慈善病院, 國公立病院 等이 慈善 施療나 減額 施療 等을 要救設 對象者들이나

部 貧困者들에게 해 온 것이 事實이다. 그러나 높은 水準의 医療 機關을 維持 擴大시키다 보니까 實際 慈善에 쓸 돈은 減少하게 되는 것이다.

## II. 医療 制度의 問題點

一括하여 醫療 制度의 問題點을 論할 수는 없다. 그것은 각 己 다른 經濟 體制와 醫療 制度를 가지고 있기 때문이다.

大別하여 볼 때 自由經濟 體制下에서의 不干涉式 또는 自由放任 (laissez faire) 制度와 社會保障의 나라에서 볼 수 있는 制度 및 國營 醫療로 나눌 수 있다.

요즈음 누구나 醫療 問題를 論할 때에는 醫療 傳達 制度 (Health Care Delivery System) 를 빠뜨리지 않는다. 아무리 豊 年이 들어도 食糧 輸送이 잘 되어 消費者의 손까지 쉽사리 配分 이 되어야 價格도 安定되고 生産者나 消費者 그리고 中間商人들이 모두 滿足스럽다. 마찬가지로 醫療에 있어서도 人力 施設 等々이 適正 配分되어야 醫療를 提供하는 側이나 이를 必要로 하는 國民 이 滿足스러울 수 있게 된다.

무릇 單一 制度로서 長短點을 論하기는 매우 어렵다. 이것은 한 나라의 經濟體制, 經濟 水準 社會 및 文化的 特色 등이 모두 關係되기 때문이다.

그러므로 여기에서는 醫療制度의 세가지 흐름에 對하여 問題點들 을 살펴 보기로 한다.

#### 가. 自由經濟體制下 醫療의 問題點

自由放任 또는 不干涉式 醫療制度에서는 醫療의 責任이 個人에게 있다. 그러나 前述한 바와 같이 醫療費가 急增하므로 到底히 個人의 能力으로 이를 負擔하기란 一部 富裕層을 除外하고는 매우 어려운 것이 事實이다. 勿論 醫療保險에 加入한다지만 充分히 保險에서 負擔할 수 없다.

한편 醫師는 專門醫化하게 되어 오랜 期間 教育과 修練을 해야 한다. 이것을 國民의 立場에서 보면 醫療費의 過重 負擔을 促進함은 勿論 지나친 專門化로 醫療의 系統性을 喪失하게 되고 斷片化하여 좋은 醫療가 되지 못하는 短點이 있다.

政府는 醫療의 計劃에 積極 參與하지 않으므로 民間 對 公共 醫療의 重複이 되기 쉽고 醫療 人力이나 施設은 都市에 偏在하여 無醫村이 생기기도 한다.

그러나 自由主義 體制이니만큼 計劃 經濟를 實施할 수 없으므로 強制로 醫師를 無醫地域에 配置한다거나 하는 것은 있을 수가 없다.

그러므로 國民의 立場에서 볼 때 醫療의 均霑이 이루어지기 힘든 것을 알 수 있다. 余裕있고 學識있는 層은 適正醫療의 恩沢을 받을 수 있으나 常識이 적고 經濟적으로 貧困할 때에는 받기 어려운 點이 問題라 하겠다.

#### 나. 共產主義 體制下 醫療의 問題點

共產主義 體制下에서 醫療는 經濟, 社會, 文化 等 全般的인

國家 計劃의 一環으로 計劃되고 있다. 따라서 國民이면 누구나 어디에서나 醫療을 받을 수 있다.

이 體制下에서의 醫療는 그 質에 있어서 自由主義 體制의 높은 水準을 따를 수가 없다. 國民 누구나 醫療을 接受할 必要는 없으나 醫師 아닌 中級醫療人 即 蘇聯의 feldsher, 中共의 맨발의 醫師 (barefoot doctor), 北韓의 準醫師 等に 依하여 一次的인 簡單한 診療를 받기도 한다.

國民의 立場에서 보면 醫療의 質은 제쳐 놓고 均給을 할 수 있다는 長點이 있으나 自己가 願하는 醫師와 醫療機關을 自由選擇할 수 없음이 큰 欠點이다.

醫師의 立場에서 보면 國家의 命令에 依하여 勤務處를 選擇하게 되므로 醫療 專門人으로서 競爭意識이 別로 없고 繼續 工夫하거나 研究하려는 생각을 갖지 않는다.

醫療의 傳達는 잘되는 편이라 하겠으나 너무나 劃一的인 配給制度이고 質的인 面에서 보면 自由經濟下의 醫師 特別히 專門醫보다는 뒤떨어진다고 할 수 있다.

#### 다. 社會保障下 醫療의 問題點 :

英國에서 實施되고 있는 社會保障制度下의 醫療는 自由主義나 共產主義의 醫療에 比하면 別 問題點이 없다고 해도 可할 것이다.

國民의 税金 또는 保險料를 가지고 無償의 醫療를 必要할 때에 提供하게 되므로 患者立場에서 別로 問題가 없다. 다만 自由經濟體制下의 醫療에 比하여 施設 投資 等を 적게하는 것이라든가 醫師의 專門的인 競爭이 尠 적다든가 하는 것을 들 수는 있으나 크게 問題는 되지 않는다고 생각한다.

醫療를 받는 節次上 多少間 不平이 없는 것은 아니지만 이러한 것은 問題가 別로 되지 않는 것이겠다.

### 第三章 南北韓 間 医療協力 原則과 이에 對한 對備策

#### I. 医療協力 原則

南韓과北韓은 8.15 解放 以後 4半世紀가 넘도록 政治, 經濟, 社會, 文化等 諸 分野에서 各各 다른 政治 理念下에 相異하게 지나온 터라 醫療 分野에 있어서도 매우 差異가 있다.

南韓은 自由放任的인 醫療制度下에 主로 美國의 制度를 習어 왔다. 醫學이나 醫療의 質은 매우 높으며 醫師나 專門醫師에 依해 治療를 받게 된다. 醫師의 30%가 專門醫이며 一部는 美國을 비롯한 先進國에서 修練을 받고 왔다. 故로 質的인 面에서는 水準 以上이라 할 수 있다.

反面 醫療人力이나 施設은 都市에 集中하게 되어 醫療 均霑은 이루어지지 않은셈이다. 1972年 4月 以來 專門醫 修練 過程에 있는 醫師를 6個月씩 無醫面에 派遣 勤務시키고 있으나 이들 만으로서 醫療 問題가 解決될 수는 없다고 본다.

한편 醫藥品의 生産은 國內 需要의 充足은 勿論, 海外 市場에까지 輸出되어 好評을 받고 있다.

그리고 傳染病 管理面에서 天然痘, 말라리아 等은 問題가 되지 않으며 防疫技術이나 知識에 있어서는 다른 나라에 뒤지지 않고 있다.

北韓은 共產主義 體制下에서 蘇聯은 醫療制度와 마찬가지로 國營

医療를 펴왔다. 여기서는 蘇聯의 feldsher와 마찬가지로 準醫師 制度를 採択하여 시골 구석구석까지 技術高等學校 出身인 中級 醫療人으로서 하여금 醫療를 担当케 하고 있다.

醫療費는 全的으로 國家 負擔으로서 個人 負擔이 없으며 아울러 私立 醫療機關도 存在하지 않는다.

이렇게 볼 때, 南北間 醫療協力은 可能하다고 본다. 그것은 各各의 좋은 點이나 供與 可能한 分野를 挾하여 支援하고 또 共同 關心事는 共同 研究 開發하도록 하면 좋다고 생각한다.

構體的으로 例를 들면 南韓의 醫療 人力 特히 高度의 修練을 마친 專門醫를 北韓에 供與하며, 國內 및 海外 市場에 進出하고 있는 醫藥品을 北韓에 輸出하는 것은 매우 바람직한 일이겠다. 그 外에 伝染病 管理 中에서 北韓에 罹患率이 아직 높다고 생각되는 말과리아 等의 管理를 爲한 技術 指導 等を 들 수 있다. 北韓의 醫療는 南韓에 比하여 그 水準이 떨어지므로 南韓이 特別하게 供與 받을 것은 없다고 본다. 그러나 醫療 均霑을 가져온 制度는 南韓의 政府 經濟 體制에 그대로 適用할 수는 없으나 修正, 補完하여 參考할 수 있겠다. 그것은 質的으로 優秀한 南韓의 醫療 水準이지만 國民 누구에게나 必要할 때 醫療를 提供할 體系가 서있지 못하기 때문이다.

南北韓이 共同 研究 開發할 수 있는 것으로서는 요즈음 西洋에서 한창 人氣를 끌고 있는 漢醫學, 特히 鍼術과 灸術에 對한 것 을 들 수 있으며 漢藥 製劑의 共同 開發도 可能하다고 본다.



## II. 医療協力에 對한 對備策

위와 같이 醫療協力を 하기 爲하여는 南韓의 醫療 制度를 現今의 自由放任의 醫療에서 脱皮하여 漸次 社會保障 體制로 轉換하여야 할 것으로 思料된다. 卽 英國式인 國民健康서비스 (National Health Service)의 體制로 함이 바람직하다.

몇가지 內容으로는 專門醫보다는 全科醫를 指導 育成토록 하며, 政府의 既存 方針인 國民 皆保險 原則을 되도록 빨리 實踐하도록 한다. 아울러 一次的인 治療를 할 곳부터 最後 後送病院까지의 後送 體系를 確立하여 以後 醫療 傳達體系를 確立하는 데 寄與토록 할 것이다.

北韓에서는 醫療要員의 養成과 配置, 地方 保健行政 管理 等 모두가 保健省管轄下로 單一化되어 있다. 이에 比하여 南韓에서는 醫療要員의 養成은 文教部 所管事項이요, 그 附屬病院만을 醫療法人 體로 管掌하게 되어 있을 뿐이고 地方의 醫療는 內務部 所管으로 되어 있어서 하나의 綜合的이고 效率的인 計劃을 세우기가 어렵게 되어 있으므로 이 是正이 對備策의 하나로 되어야겠다.

## 第四章 南北韓이 共同 研究 開發함에 適切한 事業

南北韓이 共同으로 研究 開發하기 爲해서는 于先 各々이 共通的으로 關心이 있어야 하겠고 아울러 水準의 隔差가 너무 크면 안 되겠다.

이러한 点에서 볼 때 近間에 世界的으로 關心事가 된 漢醫學을 共同 研究하는 것은 適合하다고 본다. 그 中 鍼術, 灸術 등이 焦點이 될 것이며 요즈음 興味꺼리인 鍼術, 麻醉와 疼痛의 治療에 適用하면 좋겠다.

### I. 漢方醫學의 共同研究

南韓은 3,000餘의 漢醫師가 있고 漢醫學을 爲한 大學이 있으며 1974年 新學期부터는 1個 大學이 增設된다.

表 4 南韓의 年度別 漢醫師數

年 度	計	男	女
1962	3,205	3,184	21
1963	2,483	2,456	27
1964	2,673	2,644	29
1965	2,849	2,816	33
1966	2,838	2,805	33
1967	2,830	2,797	33

年 度	計	男	女
1968	2,894	2,856	38
1969	2,982	2,941	41
1970	3,252	3,217	35
1971	3,357	3,321	36

(資料： 保健社会 統計 年報 1971)

註： 數가 줄어든 것은 申告 누락으로 因한 免許 取消者 때  
문이다.

表 5 南韓의 年度別 漢医院 數

年 度	漢医院 數
1961	2,046
1962	2,055
1963	2,315
1964	2,110
1965	2,247
1966	2,316
1967	2,347
1968	2,413
1969	2,434
1970	2,443
1971	2,443

南韓은 1973年 2月 16日 法律 第 2533号로 医療法을 改正하였다. 여기에서 過去 漢醫院만 医療機關으로 認定하였으나, 이를 擴大, 漢方病院을 推加하였다. 即 漢醫師가 漢方醫療를 行하되 入院患者 20人 以上을 收容할 수 있는 施設을 갖추면 漢方病院의 開設이 될 수 있게 되었다. (醫療法 第3條 4項) 또 南韓 政府는 現在까지 保健社會部 醫政局 醫政課에서 一般 醫政 事業으로 다루던 漢醫政 事業을 別途의 課로 할 것을 檢討하여 1974年度에는 漢方課(假稱)가 保健社會部에 생길 可能性이 있다.

北韓은 南韓보다 漢方醫療에 보다 많이 依存을 하고 있다. 이들은 漢醫學을 東洋醫學이라 하고 漢醫師를 東醫師라 하여 平壤에 學校까지 가지고 있다. 이들의 身分은 醫師와 마찬가지이다.

表 6 北韓의 漢醫師(東醫師)數

年 度	數
1958	271 名
1961	23 倍
1963	15.8 倍

註: 1956年の 人員을 100으로 했을 때의 倍数이다.

北韓의 醫學 關係 文獻을 살펴보면 相當히 많은 研究가 進行되고 있음을 알 수 있다. 即 肺結核을 뜸으로 治療한다거나 盲人을 침으로 고치던가 抗生劑로 治療가 잘 안 되는 實事를 漢方 藥劑로 完治하였다는 報告들이 있다. 또 東醫學과 西洋醫學을 併行하여 治療했다니 좋은 結果를 얻었다고 報告하기도

하였다.

平壤에 東医学 中央病院이 있는 외에 各 道에 東医学 病院이 있으며 市, 郡이나 産業場 附設 診療所에도 東医学科가 있고 医科 大学에도 東医学을 가르치는 教授가 있다.

그 외에 1964년에 設置된 經絡 研究院이 있다. 이는 独自の인 研究機關으로서 金鳳漢 教授의 學說에 依한 것이다. 神經, 血管 및 淋巴 外에 人体의 第四 連絡 体系라고 主張하여 世界的으로 注目을 끌었다. (季刊 中国 1965)

위와 같이 南北韓은 各己 漢方医学에 関하여 縱統 興味를 가지고 이 方面에 注意를 기울이지 않으므로 共同 關心事로서 研究할 수 있으리라 생각된다. 即 漢方医学을 보다 体系化하고, 여지껏 經驗에 依하여 科学的 根拠가 적은 事實들의 教育에서 脱皮하여 學問化한다면 世界的으로 脚光을 받을 수 있을 것이다.

## II. 漢藥材의 共同 開發

漢方医学과 어깨를 같이 하여 關心있는 것이 漢藥이다. 여컨대 人蔘이 世界 市場에서 好評을 받고 있음은 周知의 事實이며 더구나 韓國의 人蔘은 他的 追從을 不許하는 좋은 商品이다.

南韓은 輸出 伸張을 꾸준히 努力하여 왔던 바 1972년에는 800餘萬 弗의 醫藥品을 輸出하였는 데 그 中 76.5%가 漢藥材와 人蔘(10.9%)이었다.

表 7 南韓의 年度別 医薬品 輸出実績

單位：美貨 1,000 弗

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

(資料： 保健社會部)

輸出 市場은 日本, 台灣, 香港, 美國 等地로 多樣하다.

北韓의 漢藥材에 關하여는 文獻이 없어서 詳細히는 알 수 없으나 開城을 中心으로 한 人蔘 生産은 充分히 알 수 있다. 또 漢方醫學이 盛行하는 것으로 미루어 보아 오히려 南韓보다 生産実績이 좋을 것이 豫期되기도 한다.

그러므로 南北韓이 共同으로 漢藥材를 開發하여 自体 供給은 勿論, 海外 市場으로 進出할 수 있겠다.

특히 人蔘 製劑는 南韓의 그것이 好評을 받고 있다. 南韓의 錦山, 江華, 豊基 等の 産地와 北韓의 開城 等を 잘 開發하여 人蔘 生産을 늘리도록 한다.

그러나 原資材로 輸出을 하면 價格도 싸고 利益도 많지 않다. 故로 可能한 限 加工을 많이 하여 海外 市場에 내놓는 方法을 共同 開發하여 利益을 最大化하는 것이 매우 바람직하다.

人蔘 製劑는 外國에서 人氣가 좋으므로 一部 業者들은 南韓에서 人蔘을 輸入하여 加工, 다시 輸出해서 그 差額을 노리고 있다. 그러므로 最大限으로 加工하여 輸出하는 方案을 共同으로 開發하면 보다 利益을 낼 수 있겠다.

## 第五章 南韓이 北韓에 提供할 수 있는 医療 援助

南韓이 北韓에다 醫療 援助를 하기 爲하여는 北韓보다 越等히 水準이 높고 또 人力이나 裝備, 技術 等に 있어서 支援할만한 剩餘能力이 있어야 하겠다.

全般的으로 볼때 高級 醫療人(專門醫師)은 充分히 供與 可能하며 醫療品도 一部 提供할 수 있다. 그 外에 一部 傳染病의 管理에도 支援할 수 있다.

### I. 醫療人(專門醫師)의 支援

南北韓의 醫學教育制度나 醫師의 數 等を 比較하여 보면 一般的으로 南韓이 北韓보다 훨씬 優勢함을 알 수 있다.

北韓의 醫療는 蘇聯式의 國營 醫療 體制이며 醫療의 質보다는 均霑에 置重하고 있다. 따라서 醫師의 水準도 높지 않을 뿐 아니라 高等醫學學校를 卒業한 準醫師로서 一線의 醫療責任을 맡게 하고 있다.

医科大学는 처음에 4年制였다가 1953年 以後 5年制가 되었다 (朝鮮 中央年鑑 1954-1955) 入學은 11年의 初等 및 中等 教育을 마친 後에 許容된다. 卒業後에는 補修 教育을 每 3年마다 3個月씩 받아야 한다. 그러나 그 以上の 研究나 專門的인 訓練은 極히 적다. 1961年에 平壤医科大学을 包含한 3個大學에



博士過程이 設立되었으나 (朝鮮 中央 年鑑, 1965) 小數만이 이  
런 過程을 밟을 수 있다.

蘇聯의 feldsher 에 該當하는 中級 醫療人의 養成機關인 高等医  
学學校에서 準醫師를 肄出하고 있다. 全國에 10個校 以上の 養成  
機關이 있다. 이들은 醫師를 도와서 醫療事業에 從事하며 農村구  
석 구석에서 일하고 있다.

表8 南北韓의 醫療人力

年 度	南 韓		北 韓	
	醫 師 數	人口万名當醫師數	醫師 및 準醫師數	人口万名當 醫師 및 準醫師數
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	14,712	—
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：北韓의 醫師數는 準醫師를 包含한 것임.

資料：保健社會 統計年報 1971, 朝鮮 中央 年鑑 1965

南韓은 12年の 初等 및 中等 教育을 마친 後 医予科에 入学이 許容되며 予科 2年과 本科 4年, 合 6年の 教育이 賦与된다. 医科大学은 8 個學校였는데 1967년부터 1970年 사이에 6 個校가 新設되어 14 個校로 되었고 年間 輩出되는 新規 醫師는 1960年代에 600乃至 700名이었으나 1976년부터는 年間 1,000名以上 1,380名까지 輩出될 予定이다.

이 中에는 더 工夫를 하기 爲하여 海外로 流出되는 醫師가 相

表 9 南韓의 医科大学 卒業生数 (一部 推定)

年 度	輩出数	累 計	実人員	醫師対人口比
1960-1969	5,254	11,897		1:2,940
1970	642	12,539		
1971	680	13,219		
1972	743	13,910		
1973	850	14,810	11,800	1:2,540
1974	960	15,770		
1975	960	16,730		
1976	1,070	17,800		
1977	1,380	19,182		
1978	1,380	20,582	17,000	1:2,000

註: 実人員이라 함은 死亡이나 海外 流出을 除外한 数字이다.

表 10 .

南韓의 医科大学別 入学生数 (1973)

医科大学	医予科 入学生数
延世	120
서울	160
慶北	120
高麗	100
全南	100
梨花	60
釜山	80
카톨릭	100
慶熙	80
朝鮮	80
漢陽	80
忠南	80
全北	80
中央	80
計	1,320

当数 있다. 大部分은 美国으로 가고 있으며 海外로 가면 專門医가 되기 爲해 修練을 받는다. 이렇게 流出된 數는 現在 2,000 乃至 3,000 이 되리라고 推定한다. 이들은 修練이 끝난 後 約 10 %程度만 帰國하였으며 나머지 90 %는 美国을 비롯한 西歐 地域

에 남아 있다.

그런데 1972 年을 고비로 하여 修練醫로 美國에 갈 機會가 大幅  
줄어들고 있으며, 既往에 修練을 마치는 사람도 그대로 美國에 남  
아있기에 힘들게 되고 있는 實情이므로 南韓에는 海外로 못 나가  
는 人力과 海外에서 專門醫를 마치고 돌아올 高級 醫療人力의 流  
入이 期待된다.

여기에 덧붙여 南韓에는 醫師가 된 後 1 年의 인턴 및 4 年의  
레지던트 過程을 거쳐 되는 專門醫가 全体 醫師의 30% 나 된다.  
이들 專門醫는 病院 特히 後送病院에서 專門的인 診斷과 治療에

表 11 . 醫師의 海外 流出 數

1965-1970

年 度	人 員 數
1965	260
1966	332
1967	287
1968	340
1969	285
1970	334

註: 이 中 10% 程度만 이 期間內에 歸國하였다)

표 12 .

전문의 허가상황 ( 1971 )

전 문 과 목	전 문 의	%
내과	752	16.7
외과	935	20.7
정형외과	181	4.0
신경외과	74	1.6
소아과	450	10.0
산부인과	635	14.1
안과	288	6.4
이비인후과	275	6.1
피부과	148	3.3
비뇨기과	84	1.9
정신과	113	2.5
방사선과	115	2.5
병리과 ( )	87	1.9
병리과 ( 해부 )	24	0.5
마취과	80	1.8
예방의학과	183	4.1
결핵과	88	2.0
계	4,512	100.0

従事하는 것이 바람직하다. 그러나 繼續 工夫하려는 젊은 醫師들의 意慾과 國民이 專門醫에게 治療받고 싶어하는 傾向 等은 必要 以上으로 많은 專門醫를 生産하게 되었다. 이들 專門醫는 病院 單位에서 일하기도 하지만 個人 開業을 하여 全科醫와 비슷한 役割을 하고 있는 境遇도 많다.

이러한 南北韓의 實情으로 보아 南韓은 人力面에서나 醫療技術의 水準面에서 充分히 專門醫師들을 北韓에 提供可能하며 北韓으로서는 後送病院 單位에서 勤務할 높은 水準의 醫師가 매우 不足한 形便이므로 南韓에서 北韓으로 專門醫를 供與함에 無理가 없으며 充分히 實現性이 있고도 實際的이라고 생각된다.

## II. 醫藥品의 支援

表7에서 보는 바와 같이 南韓은 漢藥材나 人藥 製劑를 除外한 醫藥品 部分에서 括目할 만큼 輸出 実績이 늘고 있다. 即1968 年에 50万 弗이던 것이 1972 年에는 約 4 倍인 200万 弗線으로 增加되었으며 抗生劑를 包含한 血液 分離製劑, 코텍스 等の 醫藥品等이 日本, 싱가포르, 台灣, 美國, 泰國, 필립핀, 香港 等地에 輸出되고 있다.

지금도 繼續하여 海外市場을 開拓하고 있으나 生産 原価나 商品 開發 等に 있어서 先進國과 競争하기 힘든 隘路가 있다. 그러나 現在까지의 実績 趨勢로 보아 繼續 伸長될 可能性이 있는 分野中 하나이다.

北韓은 重工業에 力點을 두고 있으므로 醫藥品 等の 生産에는 未洽한 것으로 思料된다.

이러한 事實로 보아 南韓에서 北韓으로 醫藥品, 化粧品, 衛生 材料, 醫療用具 等を 供與함에 無理가 없으며, 앞으로 南韓의 醫藥品等 生産에 拍車를 加할 수 있는 일이라 하겠다.

### Ⅲ. 傳染病 管理를 爲한 支援

北韓은 中級 醫療要員을 活用하여 傳染病 管理나 環境 衛生 等 予防醫學事業에 努力을 하여 왔다.

그러나 아직도 生活水準이 낮고 營養이 좋지 않으며 健康狀態가 좋은 便의 아닌 것 같다.

正確한 資料를 얻을 수 없으나 北韓은 南韓보다 結核 問題가 더 큰 것으로 알려 있으며 肺디스토마, 말라리아의 發生率이 높다. 또 아직 트라코마가 廣範圍하게 發生하고 있어 定期 檢診을 하고 있을 程度이며 營養 欠乏으로 因한 켈라그라와 리켓츠가 흔하다. 1960~1963年の 報告를 보면 콜레라, 天然痘, 再歸熱, 腸티프스 等の 撲滅 運動을 爲해 努力하고 있었다고 한다.

여기에 比하여 南韓은 傳染病 管理技術이 北韓보다 높다고 생각 한다. 結核은 1965年の 有病率 5.1%에서 1970년에는 4.1%로 減少하였다. 또 트라코마나 天然痘는 撲滅되어 天然痘는 1960年 以來 發生이 없다. 再歸熱도 1962年 以來 한件도 發生하지 않았다. 말라리아 亦是 政府와 世界保健機構의 共同 努力으로 根

絶되었다 .

한편으로 伝染病 管理 部門에서 그 技術은 매우 向上되었고 南韓의 醫師 特히 大學의 教授나 保健社會部の 前職保健行政家들은 世界保健機構의 長期 또는 短期顧問官으로 活躍하고 있으며 이들은 아시아나 아프리카 等地에서 歡迎받고 있는 實情이다 .

그러므로 南韓의 教授職 또는 現職 및 前職 保健官들을 北韓에 短期 또는 長期間 支援하여 栄養 指導 , 伝染病 管理 等に 이바지 하게 하면 좋은 成果를 期待할 수 있겠다 .



## 第六章 北韓으로부터 받아들일 수 있으리라고 推測되는 医療 援助

前述한 여러가지 内容 即 南北韓의 醫療技術 水準, 醫療人力の  
量과 質, 醫藥品 等の 生産, 醫療制度, 傳染病 管理 等々の 여러  
部門에서 살펴볼 때 大体로 北韓이 南韓에 뒤떨어지고 있음을 알  
수 있다. 그것은 北韓이 重工業에 置重하고 있을 뿐 아니라 醫  
療 問題를 國家에서 國公化하므로서 國民 누구나가 醫療의 惠沢  
을 받도록 醫療均霑을 꾀하다 보니까 自然히 質보다는 量에 主力  
을 두게 된 것이 큰 理由가 되겠다.

南韓의 立場에서 보면 質的인 면에서 優秀하지만 그 施惠 範圍  
가 一部層에 局限되고마는 境遇가 종종 생긴다. 그렇다면 質的인  
것은 그대로 維持 發展시키면서 國民 모두에게 醫療를 均霑케 하  
는 方案은 北韓의 制度에서 배울 수 있다고 생각한다.

이러한 制度, 넓게 말해서 共產主義體制下에서의 醫療는 國公 醫  
療로서 醫師는 醫療팀의 리더로 하고 中級 醫療人을 大量 養成하  
여 이들로 하여금 全國 坊坊曲曲에서 一次的인 醫療를 担当하도록  
하는 것이다. 이런 潮流는 前述한 바와 같이 醫師의 生涯으로  
는 到底히 解決할 수 없고, 醫療費의 急上昇으로 施惠할 수 없  
는 點을 補完하는 것이기도 하다.

自由主義 經濟 體制의 美國에도 醫師의 助手 또는 medex 制  
度라 하여 醫師의 業務 中 一部를 中級 醫療人에게 넘기므로서

醫師의 人力과 時間을 절약함은 勿論, 醫療費의 上昇에 制動을  
걸게 되었다. 그 뿐 아니라 nurse practitioner 라 하여 看護員  
을 하다가 結婚을 하고 子女를 갖게 되어 隱退함에 따라 生産性  
이 없는 30代의 看護員을 數個月間 訓練하여 育兒指導會 (Well  
Baby Clinic) 를 맡게 하고 있다. 美國 小兒科 醫師의 時間中  
半은 健康한 어린이의 指導에 割當되는데, 醫師는 바쁘므로 어머니  
와 긴 얘기를 나누려 하지 않아서 어머니는 充分히 醫師와 育兒  
問題를 相談할 수 없다. 이것을 訓練된 看護員으로 하여금 時間  
制로 맡긴 後 必要할 때 醫師에게 電話로 묻거나 또는 醫師에게  
보내면 醫師는 治療에 臨할 수 있다. 또 어머니는 看護員과 充  
分히 相談할 수 있다. 따라서 醫師는 醫師대로 時間을 애끼고  
收入은 늘어 좋고, 어머니들은 더 詳細히 看護員과 相談하고 質問  
할 수 있으니 滿足스러우며, 看護員은 時間制로 일 하며 收入을  
갖게 되어 좋아하는 結果를 報告하였다.

이러한 것은 美國뿐 아니라 世界保健機構에서도 推薦하고 있으며  
基督教 宣敎事業도 病院中心에서 脫皮하여 이와 같은 力點을  
두도록 方向을 轉換하고 있다.

그러므로 南韓은 北韓의 醫療制度를 參酌하여 南韓의 政治, 經濟  
社會文化 體制에 알맞도록 補完한다면 所期의 成果를 거둘 수 있  
다고 생각한다.

現在 南韓의 國公醫療網을 보면 1,339個 邑面에 保健支所를 두  
고, 結核, 家族計劃 및 母子保健의 3 要員으로 하여금 保健 事業을

적고 있다. 이들 要員은 看護員과 看護補助員인데 大部分이 後者者이다. 勿論 이들은 治療事業은 할 수 없다. 郡 單位에는 保健所가 있으며 農村型 保健所에서는 治療와 予防事業을 兼하여 하고 있다. 1973 年末 現在 全國에 193 個의 保健所가 있는데, (1974 年부터는 196 個로 늘어날 것임) 이 中 138 個는 郡 單位保健所다. 市, 道에는 11 個의 中央病院과 36 個의 市道立病院이 있으며 國立醫療機關으로는 1 個의 中央醫療院, 1 個의 精神病院, 2 個의 結核病院 및 1 個의 癩病院이 있다.

以上은 國公醫療 分野이며 民間醫療는 個人이 願하는데 따라 畵面, 郡 또는 市 地域의 醫院, 病院, 綜合病院을 다음대로 選擇하여 갈 수 있다.

이것은 選擇의 自由가 있어서 좋으나 反面 農村에는 無醫 地域이 많으며, 設令 醫療機關이 있다 하더라도 워낙 醫療費가 비싸서 到底히 갈 수가 없어 藥房이나 漢藥房 또는 돌파리에게 가서 治療를 받기도 한다.

이렇게 볼 때에 南韓은 醫療制度를 世界的인 趨勢에 맞추어 바꾸도록 하되 北韓의 制度를 南韓에 맞게 修正, 補完한다면 國民의 基本權으로서의 醫療均霑을 皮할 수 있다고 본다.

具體적으로 보면 그 方向은 英國式의 國民健康서비스 (National Health Service) 와 近接하는 것이 理想的이라 생각된다.

이를 爲해 몇가지 提案을 하면

- ① 專門醫 養成을 적게하고 全科醫로 하여금 一線勤務를 擔當케

한다. 專門醫는 (綜合)病院 單位에서 勤務하도록 하여 醫療 人力 管理의 效率性을 높인다.

② 醫師 아닌 中級 醫療 要員을 量産하여 邑面이나 里洞 單位에서 保健事業과 簡單한 応急 処置 等を 하도록 한다.

③ 政府가 國民醫療 計劃에 積極 參與하여 國公 部門은 勿論, 民間 部分에 까지 企劃, 調整하여 不必要한 施設과 裝備에의 投資나 重複 事業 等を 未然에 防止하므로서 投資의 效率化를 期하도록 한다.

④ 一次的 治療부터 綜合病院에서 專門醫의 治療까지 後送 體系를 確立한다.

現在는 大學의 教授가 醫師이면 누구나 治療할 수 있는 感氣나 실사까지 治療하고 있는 實情이므로 이러한 浪費를 除去하고 또 처음부터 病院 外來 또는 入院 治療를 하므로서 國民醫療費의 增加를 最小로 한다.

⑤ 中級 醫療人을 통한 保健 教育으로 預防醫學 事業을 活潑히 展開토록 하며 이로서 單位 保健 投資에 對한 效果를 極大化한다

⑥ 南韓의 經濟體制로는 國公 醫療化 할 수 없으며 또 英國式으로 税金을 건어서 할 수도 어려울 것이므로 南韓政府가 計劃하는 데로 公務員, 軍人, 産業場 勤勞者 等の 職場人부터 始作하여 1980年代에는 國民 皆保險으로 하려는 醫療 保險을 擴大 實施하는데 最善을 다 하도록 한다.

⑦ 醫療 問題를 地域社會 住民 스스로가 參與하여 計劃토록 勸

爽하고 地域의 特性에 適合한 医療를 開發하여 누구나 惠沢을 받을 수 있도록 한다 .

以上에서 論한 南北韓医療協力을 推進하기에 앞서 大韓民國으로서 는 自体를 整備強化해야겠는데 그것은 保健行政과 國民医療 및 医療要員의 養成配置等を 綜合하여 單一體系化하는 것이 바람직하며 여기에 社会医療保險化를 서둘러 推進할 것이 要望된다 .

이러한 綜合的인 企劃을 위하여 專門家로 構成된 委員會의 構成을 建議하는 바이다 .

