

南北韓 醫療制度의 比較研究

1972. 12.



研究委員 梁 在 謨

南北韓 医療制度의 比較 研究

目 次

第一章 緒 論	3
I. 医療의 目標	3
II. 医療의 区分	3
III. 現代 醫療制度의 世界的 潮流	4
가. 漸次的인 國公醫療化	4
1. 疾病 또는 患者에 對한 世界思潮의 變遷	5
2. 社會經濟體制의 變遷	6
3. 現代醫學의 發達	6
4. 豫防醫學의 效率性	6
5. 醫療費 自体가 지닌 特性	9
나. 效率的인 組織과 經營에의 指向	10
1. 서비스의 組織	10
가) 病院은 高價한 곳	10
나) 集團開業의 長短點	11
다) 一線保健管理	11
2. 醫療報酬支拂制度	11
가) 醫療要員에게 報酬를 支拂하는 方法	11
나) 患者로부터 醫療費를 支拂하는 方法	12
3. 醫 療 行 政	12
第二章 南北韓 醫療制度의 比較	13
I. 醫療의 目標	13

Ⅱ. 国民医療의 国家社会化	15
Ⅲ. 医療의 効率性	16
가. 国民医療을 爲한 人力과 施設	16
1. 人 力	16
2. 施 設	22
나. 医療費 支払	23
다. 行政組織	24
1. 保健医療網	24
2. 救療 患者 診療	27
3. 豫 算	28
Ⅳ. 医療人力의 教育과 訓練	30
가. 医 師	30
나. 看護員 및 医療補助員	32
第三章 몇가지 重要な 疾病別 比較	34
Ⅰ. 結 核	34
Ⅱ. 肺炎과 痢疾, 설사	35
Ⅲ. 寄生虫 疾患	36
Ⅳ. 其他의 疾病	37
第四章 北韓에서 特別한 關心을 갖는 保健医療分野	38
Ⅰ. 東 医 学	38
Ⅱ. 託兒所와 幼稚園	38
第五章 要 約	40

第一章 緒 論

I. 医療의 目標

여기서 醫療制度라 함은 醫師, 看護員 其他의 要員이 病院 其他施設에서 國民健康을 保護增進하고 疾病을 治療하기 위한 制度를 말한다.

무릇 醫療의 目標은 總括的이고도 良質인 醫療을 國民大衆 누구나 다 必要한 때에 받을 수 있도록 하는데 있다.

總括的인 醫療라 함은 疾病의 診療 뿐 아니라 豫防까지도 包含한 醫療를 말하며 이러한 醫療를 低質의 것도 아니고 優秀한 高質의 것으로, 모든 國民이 알맞는 價格 卽, 勸當할 수 있는 價格으로 或은 全然 醫療費에 對한 念慮를 할 必要조차도 없이 언제나 必要한 때에 받을 수 있도록 供與한다는 것은 共通的인 理想이요 目標이다.

아직껏 이 地球上에는 이러한 目標을 完全히 達成한 나라는 하나도 없고 또 앞으로도 아마 생겨나기는 어려울 것이다.

그러나 모든 나라가 이러한 目標을 向하여 邁進하고 있는 것만은 事實이기 때문에 南北韓의 醫療制度를 比較함에 있어서도 어느 制度가 이러한 目標達成에 보다 가까이 接近해 가고 있는가를 基準으로 하여야겠다.

II. 醫療의 区分

公共醫療와 私醫療

公共醫療라 함은 國家公共機關이 税金 其他의 國家公共豫算을 가지고 運營하는 醫療이고 私醫療라 함은 個人 또는 民間團體가

經營하는 医療이다.

公共医療은 이를 다시 全的 公共医療와 一部 公共醫療로 나누는데 全的 公共醫療은 모든 國民의 모든 醫療가 國公으로 이루어지는 것인데 蘇聯에서 처럼 모든 醫療要員은 公務員이기 때문에 對象者 選擇에 自由가 없고 國民들도 어느 醫師나 어느 醫療機關에서 醫療를 받겠다는 自由選擇權이 없는 型이 있는가 하면 英國政府의 醫療制度에 있어서는 醫療供給者側이나 醫療需要者側 雙方이 다 自由選擇權이 있는 型도 있다.

一部 國公醫療은 特定 疾病을 扱하는 경우와 特定對象人口를 扱하는 境遇가 있다.

前者의 境遇 即, 特定疾病으로서는 大體로 急性傳染性疾患의 豫防과 治療와 性病이나 癩病 等の 慢性傳染性疾患의 豫防과 治療, 各種 疾病의 豫防 및 衛生事業, 그리고 母性保健 特히 分娩介助事業 등을 一部 國公醫療로 하고 있다.

後者 即 特定對象人口로는 大體로 傷痍軍醫, 軍人, 極貧者 等を 包含하는데 어떤 나라에서는 船員, 老人 等を 國公醫療對象者로 包含시키고 있다.

私醫療은 이를 營利的인 것과 非營利的인 것으로 나눈다.

Ⅲ. 現代 醫療制度의 世界的 潮流 :

가. 漸次的으로 國公醫療化 하고 있다.

傳統的으로 醫療은 個人 또는 家族의 責任이었던 것이 近代에 와서는 漸次的으로 國家社會가 國民의 醫療에 對한 責任을 더 맡아가는 傾向으로 變遷되어 가고 있다.

이와 같이 變遷 되어 가는 理由는 다음과 같다.

1. 疾病 또는 患者에 대한 世界思潮의 變遷

옛 날에는 疾病의 原因이 患者의 祖上 또는 患者 自身の 罪咎 또는 不運에 있다고 생각하였기 때문에 治療해 보다가 낫지 않으면 自己에 罪나 不運을 怨望하였지 治療를 위하여 受苦한 사람이나 社會를 怨望하지는 않았다.

基督教精神 또는 博愛精神에 立脚한 救療나 仏教精神에 立脚한 施療도 同情과 慈善을 베푸는 側의 優越感과 同情과 慈善을 받는 側의 劣等感은 嚴然히 다르고 患者나 患者의 家族은 그러한 同情과 慈善을 要求할 權利는 없었다.

功利說哲學에 立脚한 救療 亦是 高額納稅者側과 資産調査를 通하여 自己의 貧窮狀을 大衆에게 暴露시켜야만 하는 救療對象者側 間에는 優越感과 劣等感이 嚴存하는 것이다.

世界 第2次大戰이 끝나자 1948年에 파리에서 열린 國際聯合의 世界基本人權宣言에서는 人間은 날적부터 健康을 누릴 權利를 가진다고 하였다.

이는 곧 모든 國民은 健康을 누릴 權利를 타고 낫기 때문에 어느 한 사람이라 할지라도 이 基本權利를 누리지 못한다는 것은 그 個人의 잘못 때문이 아니고 그 사람으로 하여금 이 基本權利를 누리지 못하게 한 國家社會의 잘못 때문이므로 疾病의 豫防이나 治療는 한 個人의 責任이 아니라 그가 살고 있는 國家社會의 責任에 屬한다.

그러므로 國民은 누구나가 그 國家社會에 對하여 醫療를 要求할 權利를 가졌고 國家社會는 醫療를 供與할 義務를 지닌 것으로 본다.

또 世界保健機構에서는 "健康"에 對한 定義를 "肉體的 또는 精神的으로 完全함은 물론이요 社会的 安寧狀態"로 規定 함으로써 健康과 不健康에 對한 從來의 見解를 바꾸어 놓았다.

2. 社会經濟体制의 變遷은 自家保障으로 부터 社会保障制度로 代替를 不可避하게 하였다.

즉, 구실(役割)의 分化가 原始的이었던 農耕遊牧을 爲主로 한 封建的 社会經濟体制에서는 自給自足하는 同時에 疾病이나 其他 有故에 對備하는 方策은 自家保障이었다.

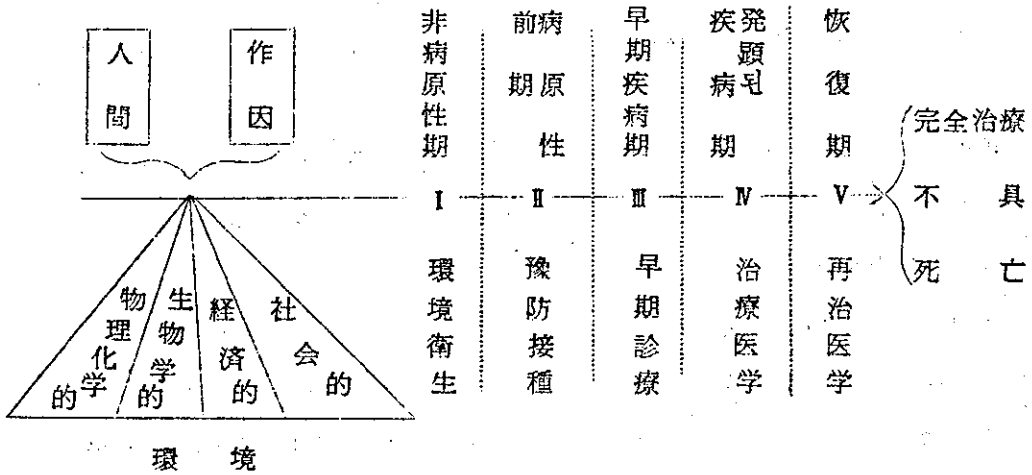
그러나 役割의 分担이 高度로 專門化되고 現代生業 特히 工業化 된 社会經濟体制에서는 相互依存해야만 하는 同時에 疾病이나 其他 有故에 對備하는 方策으로는 社会保障制度에로의 轉換이 不可避하게 되었다.

3. 現代醫學의 發達은 私醫療로는 勘當하기 어려워 졌다.

즉, 現代醫學의 急速한 發達은 첫째로 現代醫學技術의 能力에 對한 國民들의 期待를 極度로 擴大시킴으로써 모든 疾病을 治療할 수 있는 萬能의 것으로 믿게 하였고, 둘째로는 高價의 많은 施設과 高價의 많은 要員과 高價의 많은 藥品 器材를 要하게 함으로써 한 個人의 特長나 資源으로는 到底히 많은 사람들에게 良質의 醫療供與를 오랫동안 持續시킬 수 없게 되었다.

4. 豫防醫學이 効率的이기 때문에 國公醫療 特히 公衆保健事業이 增加되어 간다.

疾 病 的 自 然 史



人間과 疾病作因 間의 均衡이 人間에게 不利하게 기울어진 狀態를 不健康 또는 疾病狀態라고 한다면 이 疾病狀態가 完全治療되어 正常復燐하거나 不具를 남기거나 또는 死亡하는 結末을 지을 때까지에 다섯 가지의 過程을 생각해 보자.

勿論 어떤 경우에는 마지막 恢復期를 거치지 않고 바로 死亡으로 끝나는 境遇도 있으므로 어디까지나 人爲的인 5個 段階的 区分이다.

從來에 治療医学이 다루어오던 疾病時期는 大概가 第IV期의 疾病의 症勢가 發顯되어 自意的으로나 他意的으로 正常人과 鑑別되는 時期이다.

普通 医療를 要求해 오는 것은 이 時期에 있는 患者로서 苦痛을 겪고 無能한 狀態에 있을 뿐 아니라 治療도 該 時期 때보다 힘들고 治療에 成功하더라도 恢復이 더디고 不具를 남기는 수가

많다.

廣義로 解釋하는 境遇에는 이 時期의 治療도 不具나 死亡을 防止하는 努力이기 때문에 豫防醫學의 一部라고 할 수도 있다.

그러나 普通 말하는 豫防醫學이라 함은 第Ⅰ期부터 第Ⅲ期까지를 말한다.

第Ⅲ期 即 早期疾病時期에는 各種의 特殊檢診方法을 使用하지 않고서는 疾病의 有無를 識別할 수가 없기 때문에 患者 스스로가 醫療를 要求하지 않는다.

그러나 集團檢診方法을 使用하여 患者를 早期에 發見하여 早期治療를 하면 患者의 苦痛을 未然에 防止할 수 있을 뿐 아니라 疾病의 治癒도 迅速하고 無能力 또는 不具, 死亡等の 不幸한 結果 招來는 激減시키는 利得을 가지게 된다.

第Ⅱ期 即 病原性前期에 있어서는 疾病作因이 아직은 人間宿主에 定着되지 못한 狀態에서는 人間宿主 側의 抵抗力 特히 免疫力을 強化시킴으로써 疾病作因의 定着을 豫防하는 일은 前述한 早期診療보다도 더한 層 効率的이다.

그러나 이것 亦是 教育和 啓蒙을 하지 않고서는 國民 스스로가 自己費用負擔을 해가면서 醫療를 要求하지는 않기 때문에 國家公共機關의 事業으로서 推進하는 수 밖에 없다.

第Ⅰ期 即 環境衛生 그나마도 社會經濟的 環境까지 包含한 좋은 環境을 만들므로써 아예 疾病作因이 없는 깨끗한 社會를 이룩하는 것이다.

그러므로 이러한 社會에서는 危險한 昆蟲이나 寄生蟲 또는 病原菌도 없고 지나친 暑熱이나 寒冷도 없고 社會的 또는 經濟的인 스트레스도 없는 狀態이다.

이러한 社會環境은 決코 한 個人 또는 한 家庭만의 努力으로 이루어지는 것은 아니고 社會共同責任과 努力으로 이루어지는 것이다.

따라서 現代經營學的 見地에서는 豫防醫學分野에 하나의 努力을 投入한 것이 治療醫學에 16의 努力을 投資한 것과 同等한 效果를 나타내기 때문에 豫防醫學에 置重한 公衆保健事業에 보다 많은 努力을 投入해가는 傾向을 가지게 되었다.

5. 醫療費 自体가 지닌 特性:

醫療費는 첫째로 豫測이 不可能한 支出이요, 둘째로는 不均等한 分布를 하고 있다는 特性을 가졌다.

多多數 集團人口에 對한 醫療費가 어느 程度이겠는가의 豫測도 容易한 것은 아니지만 한 個人 또는 한 家族의 境遇 特定期間에 얼마만큼의 醫療費를 支出하게 되겠는가의 豫測은 거의 不可能하다.

그리고 어느 社會에서나 普遍的으로 있는 現象은 經濟的으로 貧困한 社會階層이 支出하는 醫療費 負擔이 自己네 總生産費支出에 對한 比率을 富裕層의 그 比率 보다 훨씬 높다.

또 같은 收入階層에서도 적은 一部사람들 만이 全體 醫療費支出의 過半額을 集中的으로 負擔하고 있다.

이와 같은 醫療費負擔의 不均等한 分布와 豫測不可能하다는 特性들은 國家社會가 保險制度 또는 國庫金을 使用하는 國公事業으로써 解決해야지 個人 또는 個個 家族에게만 맡길 수는 없는 것으로 보게 되었다.

나. 効率的인 組織과 經營을 指向하고 있다:

既述한 바이지만은 現代医療科學技術은 高度로 發展되어서 옛날에는 不治의 病으로 생각되었던 많은 疾患들이 現在에는 治癒 可能한 것으로 되었을 뿐 아니라 不治의 病은 없는 것으로까지 認識되었다.

그러나 이에 隨伴하여 醫療費는 至極히 高價를 要하게 되었다.

이러하면 心臟手術은 美國에서 1件當 \$ 100,000 ~ 150,000 이 必要하고 人工腎臟도 每患者當 年 \$ 120,000 을 要하고 平均 入院費도 1日 \$ 72로 昂騰하여 이러한 良質의 醫療를 누구에게나 必要한 때에 供與한다는 것은 保有하고 있는 要員數, 財政 및 施設로 보아 不可能하다는 디램마에 빠져 있다.

그러나 모든 나라에서는 各其 保有하고 있는 醫療要員과 豫算 및 施設을 어떻게 使用하면 가장 効率的이겠느냐가 問題된다.

1. 서비스의 組織:

가) 病院은 高價한 곳이다. - 大体로 病院이란 專門醫를 비롯한 많은 技術要員과 高價의 施設을 要하는 機關이기 때문에 꼭 이런 곳에서 治療를 받아야 할 患者만을 選別하여 入院시키는 것을 原則으로 하고 一線에서 患者를 接하고 있는 全科醫가 推薦해야만 入院接受가 可能하고 그나마도 審査하여 返戻되는 境遇가 있다.

또 專門醫들로 構成된 病院外來 또는 Polyclinic 이 全科醫와 病院 中間에서 患者를 處理하기도 한다.

病院 亦是 小數의 專門科目만을 가진 작은 規模의 郡病院에 먼저 患者를 處理하고 거기서 꼭 必要한 患者만을 보다 規模가 크고 專門科目이 많은 地域(道)病院 또는 國立病院으로 보내는에 이러한

곳에서는 病院은 敎育과 研究의 機能도 兼하고 있다.

나) 集團開業의 長短点 :

高価의 医療器材와 施設 및 附屬要員을 各自 保有하면서 充分히 活用하지 못하는 것 보다는 共同으로 設置하여 充分히 活用함은 國家經濟的見地로 보아 效率的이기 때문에 勸奨되고 있다.

특히 各種 專門医들이 모여서 하는 集團開業은 患者로 하여금 어느 專門医에게 가야하는가의 選定에 苦心할 必要가 없게 해 준다. 다만, 集團開業이 가진 難点은 처음 約定한 醫師들 間의 收入分配의 條件에 不滿이 생겨 不和와 訴争이 생길 수가 있다는 것이다.

다) 一線保健管理를 처음부터 醫師가 하지 않고 準醫師와 其他 保健要員으로 하여금 하게 하는 境遇도 있다.

여기서 医療의 質과 量의 問題가 생긴다. 水準이 높은 醫師의 서비스가 理想的이기는 하지만 現實的으로 各 里洞 單位까지 配置하기는 不可能할 境遇에는 低水準의 要員으로 하여금 簡單한 診療를 하게 함이 現實的이라는 것이다.

2. 医療報酬支払制度 :

医療報酬를 醫療要員 특히 醫師들에게 어떠한 方法으로 支払하는 것이 醫療要員을 效率的으로 使用하는가 하는 問題와 患者側의 医療費支出은 어떤 制度에 依함이 醫療의 目標達成에 도움이 되느냐 하는 問題이다.

가) 醫療要員에게 報酬를 支払하는 方法

이 方法에는 從來의 屈伸法 (Sliding scale method) 이나 施術基準制 (Fee-for-service system) 보다는 俸給制나 均一率制

(Flat-rate system) 그 중에서도 특히 人頭制 (Capitation system) 가 훨씬 効率的임이 알려져 있다.

英國에서 所謂 家族당골醫師 (Family doctor) 에게 Capitation system 에 의한 醫療報酬支払에다가 特殊 서비스에 對한 追加報酬支払 (Supplementary payment) 이 있다.

나) 患者로 부터 醫療費를 支払하는 方法:

醫療가 必要할 때에 醫療費支払額의 多寡나 支払能力의 有無가 어떤 醫療를 받고 안받는데에 影響을 주지 말도록 하여야 한다.

이러한 趣旨에 副合시키기 위하여는 全的 國公醫療이거나 不然이면 醫療保險制度에 의한 保險料 (Premium)로서 前払 (Prepayment) 하는 方法을 採択하여야 한다.

그러나 不必要한 醫療要求를 抑制하고 지나치게 高級의 醫療를 要求하는데 對한 報酬徵收를 위하여는 追加支払 (Supplementary payment) 制度를 가지게 된다.

3. 醫 療 行 政 :

理論적으로는 醫療 (病院, 醫院 其他) 事業과 公衆保健事業 그리고 要員의 訓練 및 教育事業까지도 單一行政體系下에서 計劃되고 執行되는 것이 가장 効率的이겠지마는 반드시 그렇게 되어 있지 않은 것은 傳統的으로 發展되어 온 것을 어떻게 살리느냐 하는 問題와 統合改革에 隨伴될 副作用, 그리고 單一的인 制度가 가진 欠陥 (無融通性 其他) 등 때문이다.

第二章 南北韓医療制度의 比較

1. 医療의 目標

國民 누구나가 良質의 總括的인 醫療의 惠沢을 받을 수 있게 하는 것이 國民医療의 目標임은 앞에서 言及한 바 있다.

過去에는 醫師가 醫療의 惠沢을 베푸는 것을 마치 醫師의 權利인 것으로 생각했으나 오늘날에는 醫療란 國民의 基本 權利의 하나로 되었으며 따라서 國民이 醫療에 關하여 國家에 期待하는 바는 漸次 커지고 있는 것이다.

그러면 國民 누구나가 醫療의 惠沢을 받을 수 있는 方法은 무엇인가? 또는 어떻게 하면 누구나가 惠沢을 받을 수 있을 것인가? 하는 問題가 抬頭된다.

누구에게나 醫療를 베푼다고 하여도 그 質은 良好하여야 한다. 國家나 政府의 資源은 制限되어 있다. 어떤 解決策이 있을 것인가?

아울러 總括的인 醫療의 惠沢을 주려면 疾病의 治療는 勿論, 豫防과 再活까지 包含하여야 하며 診斷과 治療도 可及的 早期에 勵行되어야 하겠다.

한편 醫療費 支出의 比率은 每年 增加되고 있다.

1965年부터 1969년까지 우리나라의 家計 収支를 살펴보면 總生計費 支出은 280%로 增加된데 比하여 醫療費는 720%로 增加되었고 總生計費 支出中 醫療費가 차지하는 比率은 1.1%에서 3.0%로 約 3倍 增加하였다.

表1. 年度別 家計支出과 医療費

年度	消費者 物價指數	生計費支出		医療費		医療費 生計 費支出 (%)
		金額	增加率	金額	增加率	
		(원)	(%)	(원)	(%)	(%)
1965	100.0	10,020	100.0	110	100.0	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

(資料: 韓國統計年鑑 1965 ~ 1969. 經濟企劃院)

医療費의 增加가 날로 더 하는 것은 몇가지 理由가 있겠다.

첫째는, 醫學이 나날이 發展하고 있기 때문이다. 卽 診斷 技術의 發達, 治療, 機械 器具의 開發 새로운 藥品의 發明 등으로 診斷과 治療에 더 많은 費用을 要하게 된다.

둘째는, 醫學의 專門化이다. 지난 날에는 醫師가 全 科目에 걸쳐서 患者를 治療하였으나 지금은 專門 科目이 細分化하였으며 漸々 더 分化되고 있는 實情이다.

셋째는, 醫學의 發展과 專門 科目의 細分化로 醫師를 養成하는 데에도 많은 投資가 必要할 뿐 아니라 醫師가 된 後에도 繼續 支援을 必要로 한다.

네째는, 醫療機關(病院) 中心의 醫療가 大部分이므로 施設, 建物, 醫療, 補助員, 職員 등々 많은 人力을 必要로 하고 있다.

過去 10年間 우리나라의 保健 豫算은 政府豫算의 平均 1%를 占하여 왔다.

이는 主로 公衆保健에 割當되어 있고 診療 部分에는 얼마 되지 않는다. 限定된 豫算과 制限된 医療 人力을 가지고 어떻게 國民의 醫療水準을 向上시킬 것인가? 하는 것은 주어진 課題中 하나라고 하겠다.

Ⅱ. 國民醫療의 國家社會化:

우리나라에서는 傳染病 管理, 家族計劃을 包含한 母子保健 및 衛生事業을 爲主로 한 公衆保健事業이 國公醫療로 되어 있어서 中央政府가 支出하는 豫算은 政府總豫算의 1% 程度로서 每人當 ₩ 212 圓이며 每人當 國民所得의 0.4%에 該當된다.

그러나 地方(郡)政府豫算으로는 保健所가 차지하는 豫算이 郡豫算의 7% 内外를 차지하고 있다.

以上에서 말한 中央政府의 豫算은 國立中央醫院, 國立精神病院, 國立小鹿島病院(癩患), 國立公州病院(結核) 등의 總病床의 運營維持 費를 包含한 것이다.

各 市道가 運營하는 病院수가 45個요 病床數는 3,916 個이다.

또 各 國立病院 및 國立医科大学 附屬病院 14個가 가진 病床數는 3,241 이다.

以上の 國公立病院의 總病床數 7,157 個는 우리나라 總病床數 16,538 個의 43.3%에 該當되는 것이다.

以上으로 미루어 우리나라에서는 國民 總保健醫療費의 約 15%가 國公醫療에 依하여 負擔되고 있는 것으로 推算된다.

極貧救護對象者에 對한 救療는 政府의 責任으로 되어 있으나 各 邑·面·洞 事務所에서는 救療証단을 發給하고 있기 때문에 醫療費는 實際로 救療를 해주는 醫療機關의 負擔으로 되고 만다.

이처럼 우리나라에서는 醫療는 國民 各者에게 放任하고 있는 듯한 印象을 주고 있으나 그러나 最近 保健社會部에서 發表한 1981年을 指向한 政策에는 政府가 보다 많은 責任을 지려고 하는 努力이 엿 보이고 있다.

이에 反하여 北韓에서는 全的 國公醫療로서 個人 負擔도 없고 私立醫療機關도 存在하고 있지 않다.

北韓은 1960年에 個人에게 負課된 税金[※]總額의 4倍 以上을 國家의 保健費로서 支出하였다(Pacific affairs vol XXXV No 1. Spring 1962. P.49). 이것은 北韓政府가 國民醫療를 爲하여 많은 財政을 投入하여 國家가 國民의 健康을 管理하고 있음을 알 수 있다.

實際로 1960年 5月 31日 內閣의 決定에 依하여 醫療는 全面 無償으로 되었다.

Ⅲ. 醫療의 効率性

가. 國民醫療를 爲한 人力과 施設

1. 人 力

南韓과 北韓의 醫師는 教育 年限과 實에 있어서 多少 差異가 있다고 하겠다.

※ 北韓에서는 모든 生産業이 國家直營이기 때문에 稅金額이란 極小數에 不過하다.

北韓에는 3가지 種類의 醫師가 있다. 醫師는 西洋醫學을 工夫한 사람으로서 一般的으로 医科大学 卒業生이다.

1948年 4月1日現在 4個 医科大学이 있다.

다른 하나는 東醫師로서 傳統的인 醫學(漢醫學)을 工夫한 사람이다. 그리고 準醫師가 있는데 高等醫學學校(技術 高等學校)出身이며 10個校 以上이 있다.

우리나라의 醫師는 解放以後 医科大学이 된 以後로는 豫科 2年과 本科 4年을 卒業한 사람을 普通 말한다.

年度別로 醫師의 數를 比較해 보면 다음과 같다.

表 2.

南北韓의 醫師數

年 度	南 韓		北 韓	
	醫師數	人口萬名當 醫師數	醫師 및 準醫師數	人口萬名當醫 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	14,172	-
1962	9,653	3.7	15,874	-
1963	9,052	3.4	18,241	15.8
1964	10,095	3.6	22,706	19.0
1972	15,485	4.9	-	-

註：1. 北韓의 醫師數는 準醫師를 包含한 것임

2. 南韓의 數는 醫師 免許登錄數임.

1972年 南韓의 醫師免許登錄數는 15,485로서 實際로는 約 3,000名이 海外에서 活躍하고 있고, 國內에 있더라도 非醫療職 從事者 등을 除外하면 實際 國內에서 醫業에 從事하는 者는 10,000名 内外가 될 것으로 생각되므로 人口 萬名當 醫師數는 約 3.3名이라 할 수 있겠다.

醫師의 分布 面에서 보면 大都市에 集中된 것을 뚜렷이 볼 수 있다.

表 3. 地域別 醫師分布

(南韓 1970)

地 域	醫 師 數	(%)	醫師對人口比
서 울	5,275	35.3	1,049
부 산	727	4.9	2,586
경 기	1,117	7.5	3,006
강 원	380	2.5	4,912
충 북	434	2.9	3,413
충 남	844	5.7	3,389
전 북	734	4.9	3,316
전 남	1,597	10.7	2,508
경 북	2,068	13.8	2,205
경 남	1,583	10.6	1,971
제 주	134	0.9	2,728
(外國人)	(39)	(0.3)	-
全 國	14,932	100.0	2,107

위에서 보면 우리나라 醫師의 40%가 서울과釜山에 偏在하여

있음을 알 수 있다.

北韓에서는 1961년에 醫師担当 区域制를 党大会에서 提案하여 慎重히 檢討하여 왔다.

그 後 細部事項을 討議하여 保健部가 提示한 것은 醫師가 指定된 地域内에서 그곳 住民의 모든 健康問題를 法的으로 責任지게 하였다.

이 制度는 먼저 都市와 工業地域 부터 實施하고 成人보다는 어린이로부터 始作하도록 示案을 마련하였다.

몇 個 都市에서는 小兒科 醫師担当 区域制가 効果的이라고 하였다. 이 制度는 漸次 全國에 波及시킬 것이다.

醫師外의 醫療人力으로서 1972年 8月現在 우리나라에는 다음과 같이 確保하고 있다.

表 4. 醫 療 人 力

(南韓 1972)

種 別	度
齒 科 醫 師	2,362
漢 醫 師	3,168
助 産 員	6,331
看 護 員	18,904

한편 北韓의 医療人力은 아래와 같다.

表5. 北韓의 醫療人力

(1956 = 100)

	1958	1961	1963
東 医 師	271	23 倍	15.8 倍
藥 師	159	248	408
助 産 員	383	588	620
看 護 員	143	294	291
託兒所要員		16.3 倍	20.9 倍
調 製 士	137	193	179

注: 1. 託兒所要員은 1958 을 100 으로 함.

2. 調製士는 藥師 補助員을 말함.

南韓의 醫療補助員人力은 아래와 같다.

表6. 醫 療 補 助 員

(南韓, 1972)

種 別	人 員 數
臨床病理士	1,412
X - 線 士	802
物 理 治 療 士	198
作 業 治 療 士	1

種 別	人 員 數
齒 科 技 工 士	617
衛 生 試 驗 士	148
看 護 補 助 員	10,156
衛 生 士	458
齒 科 衛 生 士	9
合 計	13,801

이 以外에 藥師가 1972 年 8 月現在 16,668 名이 있다.

2. 施 設

1971 年末現在 南韓의 國, 公 및 私立病院은 276 個所이며 總 18,000 病床을 保有하고 있어서 人口 10 萬名當 52 病床이다.

그러나 其中 84 %의 醫療機關이 都市에 集中되어 醫療 惠沢이 均霑되지 못하고 있다.

한편 病床數 自体가 적음에도 不拘하고 病床利用率은 60 % 内外에 不適當한 것은 既存 病床이나 經濟的, 地理的 條件 또는 醫療機關에 對한 信賴 如否 等에 依하여 그 利用率이 낮지 않은가 생각된다.

醫院과 病院의 区分은 病床 20을 基準하여 그 以上을 病院이라 하고 附帶施設을 包含한다.

그러므로 醫院에도 20 病床 未滿이지만 몇 個씩의 病床을 保有하는 경우가 있으므로 實際로 全國의 病床 數는 18,000 을 上

廻하리라 생각된다.

北韓은 病院數 自体도 많으려니와 病床도 相當數를 確保하고 있다.

表 7. 医 療 施 設

年度	南 韓			北 韓		
	1960	1963	1964	1960	1963	1964
病 院 數	191	182	204	447	535	5,321
病 床 數	-	-	-	32,698	48,133	51,068
外来診療所/ 醫院數	3,863	5,300	5,073	4,364	4,694	-
託兒所數	-	-	-	7,624	6,704	7,043
託兒所收容席數	-	-	-	344,489	728,258	787,504

注: 1. 北韓의 1964年 病院數는 外来診療所를 包含한다.

2. 制度가 다르지만 南韓의 醫院이 北韓의 外来診療所에 對等하다고 생각되어 比較하였다.

3. 南韓의 病醫院數에서 齒科 病醫院數는 除外되었다.

南韓은 第3次經濟開發 5個年計劃에서 全國 140個의 郡에다 郡立 病院을 30病床 規模로 新築하여 郡民의 医療增進을 꾀하고 있다.

나. 医療費支払

南韓은 醫療部門에 있어서 自由放任 또는 不干涉式(Laissez-

faire) 制度를 採択하고 있으므로 醫師의 診斷 및 治療費, 病院 入院費, 藥代, 檢査料나 撮影料 等々을 本人이 負擔하고 있다.

現在 政府는 非營利 醫療機關에 30%의 無料患者를 取扱하도록 하고 있으나 良的 또는 質的으로 어느 程度 誠實히 履行되고 있는지는 疑問視되고 있다.

1963年 醫療保險法이 制定된 以來 湖南肥料(1965), 奉명炭礦(1966) 等 몇 군데에서 職場 單位 示範醫療保險을 施行하였으며 1968년부터는 靑十字 醫療保險協同組合이 法人體 登錄을 마침으로 自營者 醫療保險이 조금씩 軌道에 오르기 始作하는 느낌을 준다.

1972년에는 靑十字 中央會를 結成하여 靑十字 運動의 展開를 꾀하였다.

아직 都市中心으로 하고 있으며, 巨濟健康院에서 農村型 醫療保險을 始作하여 發展中에 있다.

醫療費의 算出은 施術基準(Fee-for-service)에 依하고 있다.

北韓에서는 모든 醫療의 惠沢이 1960年以來 無償으로 提供되고 있다. 大都市에서는 醫師担当 區域制를 實施하여 成功的이며 漸次 全國에 波及시킬 豫定이다.

다. 行政 組織

1. 保健醫療網

南韓의 醫療網은 國立醫療院을 비롯한 4個의 國立病院과 市道 中央病院이 있고 그 外에 市 및 道立病院이 있다.

全國 市, 區, 郡에는 192個의 保健所가 있고 面 單位에 1,342個의 保健支所가 있다.

政府는 1,342個 支所 水準을 1,102個의 醫療地域으로 나누고

이 医療地域에 醫師를 確保하여 對民 診療를 하도록 해 왔다.

이 中 僻地 等은 無醫地域으로 殘存하였던 바, 政府는 1972年 4月부터 修練醫를 派遣하여 無醫面, 國公立病院 또는 醫師 欠員이 된 保健所 等地에 6個月씩 修練勤務토록 하고 있는 것은 周知의 事實이다.

1972年 10月에는 第2次 修練醫 派遣이 있었다.

現在 保健事業은 2個의 命令 體系를 가지고 있다. 즉, 市, 道. 保健 當局은 行政의 으로 內務部 傘下에 있어 地方豫算이나 人事管理는 道에 依해 施行되고 있다.

市, 道 밑에 있는 保健所 亦是 內務部所管이다.

한편 技術的으로는 保健社會部의 指導監督을 받고 있다.

中央에는 保健社會部가 있으며 市, 道에는 保健社會局에 保健課가 있으며 道知事, 市長 傘下에 市, 道立病院이 있다.

區, 市, 郡 單位에 있는 保健所는 大都市의 境遇 4課 8係가 있고 中都市 保健所에는 事務長과 4係가 있으며 小都市 및 郡 保健所에는 3係가 있다.

위에서 볼때 現在 保健 醫療 體系는 地方行政과 中央行政이 分離되어 있어 行政의 으로는 內務部가, 技術的인 協助나 支援은 保社部가 맡고 있으며 病院事業과 保健所事業이 分離되어 있어서 緊密한 協力이 어렵다.

그리고 産業災害關係는 勞働庁에서 管掌하고 있어서 保健事業의 聯關性이 적은 實情이다.

例컨대 保健所에서 가까운 國公立病院에 後送을 할 境遇 保社部 傘下의 國立病院에 後送하려면 距離上으로는 가깝지만 後送이 어렵게 된다.

또 産災로 因한 患者는 産災 指定病院에 가야 治療를 받을 수 있다.

한편 公共 保健機關에 就業할 要員은 俸給이 매력적이 못되므로 確保하기가 힘든 實情이다. 아울러 政府는 人力輸出을 部分的으로 支持하고 있으며 要員訓練을 받은 者는 必要以上이지만 그 教育받은 대로 適切히 活用되지 못하고 있다.

北韓에는 1963 年까지 地方病院에서 治療醫學事業과 豫防醫學事業을 遂行하여 오다가 1963 年에 衛生防疫所를 設置하여 豫防醫學事業을 施行하고 있다.

北韓에서는 保健分野에서 治療보다는 豫防에 相當히 注力하고 있다.

1963 年과 1964 年の 北韓保健活動은 鉍工業 勞動者들을 爲한 産業保健, 食品衛生, 伝染病管理에 重點을 두도록 하였다.

保健省 高位層은 産業保健, 營養 및 兒童保健에 優先權을 賦与하도록 하였다.

그 後에는 農村保健에 注意를 기울이기 始作하였다.

郡 單位에 設置한 衛生防疫所는 1963 年에 設置하기 始作하여 1964 年에 이의 設置를 完了하였다.

1962 年 8 月 以後부터 示範保健郡을 指定하여 1964 年 末까지 120 個 地域에 指定을 하였다.

한편 豫防醫學分野에서 일하는 醫師는 1959 年에 比하여 1962 年에 171 %로 增加하였고, 1963 年에는 215 %로 增加하였다.

各 道에는 中央 道立病院이 있고 그 外에 医科大学病院이나 赤十字病院이 있다.

郡 單位에는 100 ~ 200 病床의 病院이 있다.

郡立病院에는 結核豫防科가 独立的으로 있고 内科, 外科, 眼科, 이비인후과, 産婦人科, 小兒科, 齒科, 東医学科가 있다.

診療所는 平均 2,000의 人口를 가진 里 單位에 하나씩 있다.

1961年 以來 醫師担当 區域制를 提案, 檢討하여 指定된 地域에 있는 住民의 健康을 醫師가 法的으로 全担하게 되어 있는 이 制度는 大都市에서 이미 成果가 있는 것으로 알려졌다.

2. 救療患者診療

南韓의 救療患者 取扱을 살펴보면 몇가지 關連性 있는 問題가 있다고 본다.

지금까지 要救護對象者에 對하여 政府는 面長 또는 洞長이 自由裁量으로 證明書를 發給하고 이 證明書를 받은 救護對象者는 市, 道立病院 또는 非營利法人 등에서 治療를 받았다.

이것을 医療機關 側에서 보면 豫算에 限定이 있으므로 無作定 治療를 해 줄수만은 없고 그렇다고 治療를 안해 줄 수도 없는 딱한 實情에 놓이게 된다.

說令 治療를 해 주었다해도 그 質은 一般患者가 받는 것과 同一하다고 볼 수 없다.

한便 洞長이나 里長은 患者의 懇請에 못이키거나 情實 關係로 要救護對象者 證明書 發給을 濫發하게 된다.

또 정작 救護對象者가 이에서 除外되는 수도 있는 것이다.

그러므로 面, 洞長과 國公立 및 非營利 醫療機關 사이에는 惡循環이 계속될 수 밖에 없는 것이다.

北韓의 境遇에는 醫療가 無償으로 提供되므로 누구나 早期에 診斷 早期에 治療 받을 수 있는 機會가 賦与되는 것이다.

現在 南韓에서 하고 있는 救護對象者 施療에 對해서 是正을 해

야 하리라고 생각된다.

市나 郡.面은 豫算에 救護對象者의 医療費를 策定하고 이 豫算이 許諾하는 範圍에서 救護對象者證明書を 發給하되 面.洞長이 責任지도록 한다.

그리고 이 證明書を 發給 받은 住民은 自己가 願하는 医療機關에서 治療를 받고 그 治療費는 市나 郡에 請求하여 医療機關이 直接 市나 郡에서 補償받도록 하는 것이 妥當하겠다.

그러하면 医療機關도 마음 놓고 患者를 治療할 수 있겠으며 患者는 患者대로 良質의 醫療를 받을 수 있겠고 面長이나 洞長은 救護對象者證明書を 濫發하는 일이 없게 되겠다.

그리고 政府는 政府대로 公信用을 갖게 되고 責任行政의 모범이 될 수 있겠다.

3. 豫 算

南韓의 豫算을 보면 保健社會部の 保健豫算은 過去 10年間 平均 1% 水準이었다.

이 豫算을 가지고 國民의 健康問題를 다루기는 벅차다고 생각된다.

北韓의 豫算規模나 保健豫算比重은 그 內容을 알 수 없으나 1960년에 北韓의 保健費支出이 同年에 個人에게 賦課된 稅金의 4倍였다는 것을 보면 상당한 額을 保健에 投資하고 있는 것으로 생각된다.

이렇듯 保健에 投資를 하는 것은 健康한 人力의 確保는 生産力과 直結되기 때문인 것이 큰 理由中 하나이겠다.

南韓의 豫算을 1971年을 例로 보면 保健網強化와 家族計劃 및 結核管理事業에 많은 比重을 두고 있다.

豫算의 項目別 比率은 다음과 같다.

表8. 保健豫算 (1971)

項 目	比 率 (%)
伝染病管理 (寄生虫管理包含)	2.41
癩病管理 (癩病院包含)	7.76
結核管理 (結核病院包含)	12.64
家族計劃	14.24
母子保健	3.84
環境衛生	6.96
食品衛生	0.63
公害管理	0.94
保健網強化 (裝備, 医療院 및 精神病院包含)	36.74
医療制度	0.40
医療保險	0.27
口腔保健	0.29
国立保健研究院 (看護要員養成包含)	8.80
藥務行政	2.35
其 他 (保健教育, 性病管理等)	1.66

Ⅳ. 医療人力의 教育과 訓練

가. 醫師

南韓에서의 醫師養成은 高等學校를 卒業한 後 2年の 医豫科 過程을 修了하고 医科大学을 卒業하여 國家試驗에 合格하면 醫師免許證을 發給받게 되는 劃一的인 過程이다.

過去에 檢定試驗에 合格하여 醫師資格을 받은 檢定醫師가 600餘名, 限地醫師의 免許를 가진 사람이 600餘名 된다.

이것은 過渡期的인 現象이었고 現在는 正規医科大学을 卒業한 醫師가 輩出되고 있다.

医科大学은 文敎部의 管割下에 있으며 現在 全國에 14個 医科大学이 있는데 이 中 6個 大學은 新設 医科大学으로서 아직 卒業生을 내지 않았는데 1個校는 來年 2月부터 卒業生을 輩出할 豫定이다.

文敎部는 이들 医科大学을 指導 監督하며 學校 別로 定員을 策定한다

지금까지 年間 約 700名 程度의 卒業生이 輩出되었으나 來年부터는 新設医大에서 卒業生이 輩出되기 始作하므로 그 數가 增加될 것이다.

卒業 後의 教育은 3가지로 나누어 생각할 수 있다.

첫째는 大学院 教育을 들 수 있다. 大学院에서 碩士 및 博士 過程을 履修하고 學位를 獲得한다.

碩士는 2年, 博士는 3~4年이 最少限 所要된다.

이 學位過程은 文敎部에서 主管한다.

둘째는 專門医 修練過程이다. 이것은 인턴 1年과 레지던트 過程

4年, 合 5年이며 大學 附屬病院 또는 修練指定病院에서 過程을 마치고 專門醫 試驗에 合格하면 專門醫 資格을 갖게 된다.

이 修練醫 過程은 保社部에서 管掌한다.

세제는 醫師의 補修教育이다. 醫學은 나날이 發展하고 있으므로 옛 知識을 가지고는 새로운 診斷이나 治療에 步調를 맞출 수 없으므로 恒常 新知識에 接해야겠다.

이러한 것은 醫學協會 또는 市.道 醫師會, 學會 등에서 非定期的으로 計酬을 세워서 한다.

때로는 醫科大學이 이러한 補修教育을 實施할 제도 있다. 한 두 個 醫科大學에서 醫師의 補修教育을 爲한 常設 機關을 設置하려는 움직임이 있다.

위의 세가지 醫師의 卒業 後 教育中 現在 南韓에서는 日本式인 博士制度和 美國式인 專門醫制度를 共히 採択하고 있어서 博士過程과 레지넌트 過程을 同時에 하기 때문에 한 가지에 充實하지 못할 뿐 아니라 時間과 勞力 그리고 經濟적으로 浪費가 있다고 본다.

北韓에는 3가지 種類의 醫師가 있다. 첫째 醫師는 西洋醫學을 工夫하는 데 一般的으로 醫科大學을 卒業한 사람이다.

1968年 現在 北韓에는 4個의 醫科大學이 있다. 醫科大學은 國民學校 4年, 中學校 3年, 高等技術學校 4年 合 11年の 教育을 修了한 사람을 入學시키며 醫科大學은 5年制이다.

둘째는 東醫師이다. 卽 傳統醫學인 東洋醫學을 工夫한 者이다.

세제는 準醫師인데 高等醫學學校(醫學技術 高等學校)의 卒業生이다.

10 個校以上이 있다.

東醫師는 평양에 學校까지 가지고 있으며 醫師와 마찬가지로 身

分을 갖는다.

正規學校를 卒業하지 않아도 資格試驗에 合格하면 醫師免許를 얻을 수 있다.

醫師의 補修教育은 活潑하다. 평양医科大学에는 医学補修教育을 爲한 學校가 있다. 道の 中央病院에는 이와 비슷한 機構가 있다.

每 3年마다 3個月의 再教育을 義務的으로 받는다. 1年 또는 6個月의 補修教育도 있다.

研究와 大学院 教育을 爲하여 医学研究員이 있다. 이 研究員은 여러가지 研究所들을 包含한다. 즉, 東洋医学(11개의 檢査室과 200개의 病床을 가진다.)

衛生学, 臨床医学, 輸血과 血液学, 製藥学, 温泉 및 物理 治療, 産業医学, 精神神經学 等の 研究所들이 있다.

咸興에는 臨床医学研究所와 結核研究所가 있다.

医学研究院에는 医学士 學位를 爲한 過程이 있다.

1961년에는 평양 医科大学등 3個 大學과 科學研究員에 博士를 爲한 機關이 設置되었다.

나. 看護員 및 医療補助員

南韓의 看護員 및 医療補助員 養成機關을 보면 매우 多樣하다.

看護員의 境遇 大學卒業生이 있고 高等學校를 卒業한 後에 入學하는 初級大學水準의 3年制 看護學校 또는 專門學校 卒業生이 있으며 中學校를 卒業한 後에 入學되는 看護高等技術學校 出身의 看護員이 있다.

看護員 國家試驗에는 위의 여러가지 水準의 卒業生들이 같은

試驗에 應試하는 모순이 있다.

기타 医療補助員을 養成하는 學校로는 医学技術初級大學을 비롯해서 技術學校 等の 學校가 있다.

看護補助員의 境遇 人力輸出政策에 따라 이들의 養成所가 9個月 訓練을 基準으로 設置되었다.

北韓의 境遇에 여러가지 種類的 醫療補助員을 量産하여 活用하고 있는 듯 하다.

이것은 醫療補助 人力이 數3年에 몇 배 또는 몇 10 배로 增加한 것을 보아 類推할 수 있다.

第三章 몇가지 重要한 疾病別 比較

1. 結 核

南, 北韓 共히 結核은 保健問題中 큰 比重을 차지한다.

南韓은 1965 年度 全國 結核有病 調査에서 5.1%의 有病率을 보였고 1970 年度에는 4.1%로 減少하였다.

1971 年에 처음 施行된 發生率 調査에서 結核의 發生率은 0.4%로 發表되었다.

南韓은 結核協會등의 民間團體들과 協助하여 結核退治事業에 힘을 쓰고 있으며 保健所를 통해서 診斷과 治療를 無償으로 供與하고 있다.

投藥은 面 單位에 있는 結核要員에 依해 되기도 하며 家庭訪問을 통해서 家族의 咯痰檢査나 疑心스러운 사람에 對하여 保健所에 가서 X-線 寫眞을 찍게 하고 있다.

北韓은 資料를 밝히지 않으나 治療를 要하는 結核罹患者가 約 6.7%가 될 것으로 推測된다.

이 數字는 病院에 結核科를 設置하는데 要求度를 調査한 데서 逆算한 것이다.

北韓에서 結核管理를 하는 데는 3가지 目標가 있다. 感染源을 除去하기 爲하여 開放性 患者를 治療하고 感染如否와 新患을 찾기 爲하여 豫防醫學的인 管理를 하고 早期에 發見하여 慢性化하는 것을 防止하려는 것이다.

年間 人口의 10%以上이 BCG를 接種하도록 되어 있다.

BCG나 INH는 自家生産하고 있다.

南北韓의 結核有病率을 볼때 北韓이 더 有病率이 높다. 榮養이나 休息 等과도 關係있으므로 이러한 差異는 間接的으로 國民生活水準의 差라고도 생각할 수 있겠다.

II. 肺炎과 이질, 설사

南韓에서도 肺炎이나 이질, 설사는 嬰兒 死亡의 10大 死因에 包含된다. 그런데 北韓에서도 亦是 問題로 指摘된다.

北韓에서 肺炎은 減少하지 않고 있다고 하며 治療를 中斷하므로 再發이 잦다고 한다.

때로는 傳染病으로 생각하지 않기 때문에 減少하지 않는 것으로 생각되기도 한다.

北韓은 女性의 勤勞 때문에 託兒所 利用이 매우 많다. 그러므로 託兒所의 保健水準이 낮으면 肺炎, 설사, 이질 等に 感染되고 또 傳染되기가 매우 쉬운 것이다.

그 外에 食品衛生이라든가 上水處理 等이 問題가 되겠다.

南韓은 이런 疾病이 많이 減少하고 있다. 이는 全般的인 經濟 및 保健水準의 向上에 基因한다고 보겠다.

III. 寄生虫 疾患

北韓의 腸內 寄生虫은 蛔虫, 十二指腸虫 및 蟯虫이 가장 흔하다. 保健當局은 集團 檢診, 治療 및 豫防에 힘쓰고 있다.

集團檢診은 蛔虫의 單純 塗抹法 十二指腸虫의 皮膚 反應檢査가 利用된다.

治療는 感染者에게 救虫劑를 強制로 服用케 하고 있다. 糞尿의 衛生的 處理와 野菜를 잘 씻어서 먹는 것을 豫防的인 措置로 奨勵한다.

北韓에서 肺디스토마는 問題거리로 되어 있으나 肝디스토마는 文獻에서 다루고 있지 않아 問題가 되지 않는 것으로 생각된다.

1960년에는 肺디스토마 撲滅運動을 벌였고 肺디스토마 豫防事業所를 332 個所에서 691 個로 늘렸다.

그 後 많이 減少한 것 같다.

그 外에 鉅虫病이 있으며 寸虫은 感染率이 매우 낮다.

말라리아는 發生率이 높다. 醫學研究員의 研究報告에 依하면 住民의 7% 以上の 年間 新患發生이 되는 地域 1~7%의 新患 發生率 및 1% 未滿의 發生率을 보이는 地域으로 区分하였다.

그리고 治療患者의 30~40%는 再發한다.

南韓의 寄生虫 感染率은 1967년에 政府에서 學生들을 相對로 調査한 바에 依하면 蛔虫이 80%, 鞭虫이 80%, 十二指腸虫 20% 등이었다.

1971年 調査에 依하면 蛔虫이 55%, 鞭虫이 65%, 十二指腸虫이 11% 등으로 感染率이 減少되었다.

南韓에서는 肝디스토마가 肺디스토마 보다 더 問題되고 있다.

말라리아는 過去 10餘年 前に 撲滅運動을 展開한 結果 近來에 는 發生은 하나 問題되지 않고 있다.

絲狀虫病은 濟州를 비롯한 南端에 多少 發生한다.

IV. 기타의 疾病

北韓에는 트라코마가 広範圍하게 發生하고 있어서 定期檢診을 하는 등 勞力을 하고 있다.

家族이나 託兒所에서의 感染이 重要하다고 強調되고 있다. 어떤 研究者들은 트라코마 患者의 登錄制를 實施하라고 建議하기도 했다.

北韓에는 栄養欠乏의 疾病이 흔하다. 펠라그라와 리켓츠(구루병)인데 리켓츠의 豫防을 위해서 託兒所 어린이들을 屋外에서 낮잠을 재우고, 비타민 D를 投与하며 窓을 프라스틱으로 씌워서 託兒所에서 日光浴을 할 수 있게 하였다.

南韓에서는 트라코마가 法定傳染病에서 자취를 감춘지 오래이다.

栄養問題에 있어서는 栄養不良이 있기는 하지만 北韓에서 처럼 펠라그라나 리켓츠가 保健問題로 拾頭되지 않는다.

北韓의 急性 傳染病 發生은 減少를 보이고 있다. 콜레라, 天然痘, 再歸熱, 腸디프스 등의 *recurrent fever* 撲滅運動이 1960年~1963年에 報告된 것을 보면 이의 減少를 위해 勞力하고 있는 것을 알 수 있다. *stamping out*

그러나 紅疫, 百日咳, 디프테리아 등의 發生은 아직도 꾸준한 것 같다. *measles* *whooping-cough*

南韓의 傳染病 發生은 相當히 減少되었고 어떤 傳染病들은 10餘年以上 자취를 감춘 것들도 많다.

아직 腸디프스는 發生이 있으며 콜레라는 이따금씩 南韓에 들어오는 수가 있으나 緊急 防疫對策으로 傳播가 遮斷된다.

天然痘는 1960年以來 發生이 없었으며 再歸熱도 1962年以來 案件도 發生이 없었다.

百日咳, 디프테리아, 小兒마비, 등은 政府에서 保健所를 통하여 豫防 接種을 하고 있기에 發生이 括目할만큼 減少되고 있다.

第四章 北韓에서 關心을 갖는 保健医療分野

I. 東 医 学

北韓의 医学 分野文獻을 살펴 보면 東医学에 關한 것이 많
다. 肺結核을 뜸으로 治療한다든가 盲人을 침으로 視力을 회복시킨
다던가 또는 抗生劑로 治療가 안되는 설사를 漢藥으로 고쳤다던가
하는 報告들이 있다.

保健部の 次官은 누구나 醫療職에 從事하는 사람은 東医学 治療
法을 배워야 한다고 말한 바 있다.

東医学과 西洋医学을 같이 適用하였더니 結果가 좋았다는 報告도
있다. 東医学 中央病院은 평양에 있고, 各 道에 東医学病院이 있다.

市. 郡이나 産業機關 附設病院에는 東医学科가 있다. 医科大学에도
東医学을 가르치는 教授가 있다.

아울러 温泉의 利用을 再評價하고 있다. 胃潰瘍이나 十二指腸潰瘍
治療에 温泉療法이 效果가 있다고 報告되었다.

II. 託兒所와 幼稚園

託兒所에 갈 年令群의 70%, 幼稚園 年令群의 60%는 託兒
所나 幼稚園에 간다고 한다. 이러한 機關은 繼續 그 收容能力이
增加하고 있다.

近着 雜誌에 依하면 託兒所 數는 7,480 이 넘고 890,000 어린
이가 收容되고 있다고 한다.

都市地域에는 勤勞女性을 爲해서 住居地域에 託兒所가 있다. 工場이나 精米所, 協同 農場은 自体에 託兒所를 運營하고 있다.

託兒所는 昼間 託兒所와 週間 託兒所가 있는데 前者는 せ살 半以下の 어린이들이 어머니가 일하는 동안에 收容되고 後者는 半日 半부터 せ살 半까지의 어린이들이 月曜日부터 土曜日까지 收容되는데 主로 都市에 있다.

이러한 託兒所에서는 栄養과 保健問題가 매우 重要な 데 特히 急性 伝染病은 注意를 必要로 한다.

紅疫, 百日咳, 肺炎 等の 伝染性 疾病의 發生率이 높은 것은 託兒所에 收容하는 것과 關係가 있다고 하겠다.

第五章 要 約

1945年 8.15 解放時까지 다 같은 條件下에 있던 南北韓이 6.25 動亂으로 말미암아 大多數의 醫療施設의 破壞와 醫療人力의 損傷을 받은 것도 같으나 그 後 서로 全然 다른 政治理念과 制度下에서 發展되어 온 南北韓의 醫療制度에는 顯著한 差異가 생겼다.

1. 南韓에서는 自由民主主義와 資本主義經濟體制下에서 自由競爭의 民間醫療를 中心으로 發展되어 왔고 北韓에서는 共產主義經濟體制下에서 社會經濟開發計劃의 一環으로서의 國公醫療로서 改編 發展되어 왔다.

2. 南韓에서는 需要者側 負擔의 民間醫療가 大部分을 차지하고 있으나 北韓에서는 모든 醫療가 無料이다.

3. 南韓에서는 어떤 地方 特히 都市의 中産層以上級에서는 良質의 醫療를 隨時로 選擇하여 利用할 수 있는 反面에 無醫僻地에서는 醫療要員의 서비스의 손이 미치지 못하고 있어서 實質적으로는 醫療의 大衆化 또는 選擇的 醫療惠沢을 받기 어려운 形便에 있다.

그러나 아무리 僻地에 居住하더라도 自己 餘裕만 있으면 어느 곳에 어느 專門醫의 醫療서비스도 받을 수 있는 自由가 있다.

그러나 北韓에서는 누구나가 다 醫療를 받을 수 있게 되어 있으나 農民 大衆들에게 對한 一線醫療는 低級의 準醫師에 依한 것이며 거기서는 醫療要員도 자기가 일하고 싶은 場所나 對象에 對

한 選擇權이 없고 國民大衆에게도 醫療要員 또는 醫療機關에 對한 自由選定權은 없다.

4. 醫療施設이나 醫療要員이 量的으로는 北韓이 南韓 보다도 越等 많으나 그 質은 南韓이 北韓 보다는 越等 優秀한 것 같다.

이와 같은 差異의 原因으로서는 南韓의 要員들은 그 創意와 競爭心을 가지고 自由로써 國內外에서 보다 많은 修練을 쌓고 歐美先進國의 最新醫學技術을 導入할 수 있었고 醫療器材施設 및 藥品 亦是 世界水準의 것을 輸入 또는 國內生産하여 充足하게 使用할 수 있는데 反하여 北韓의 醫療要員들은 다 官僚로서 創意와 競爭 意欲을 發揮할 수가 없고 海外技術導入이 自由롭지 못하고 重工業 優先의 産業政策으로 醫療藥品의 生産이나 輸入이 심한 制約을 받은 까닭이라 하겠다.

5. 南韓에서는 民間醫療, 國公醫療, 醫療要員의 養成, 保健衛生事業, 中央政府直屬과 地方政府管轄 등으로 複雜한 行政體系에서 重複도 있고 虛點도 있으나 北韓에서는 모두가 保健省 傘下의 單一行政體系에 屬하고 있다.

그 結果 北韓에서는 醫療要員의 需要와 供給이 하나로 統一된 企劃에 依하여 이루어지고 있는데 南韓에서는 그렇지 못하여 一部 要員의 過剩生産 또는 잘 利用 못하고 있는 現象이 있어나고 있다.

6. 南韓에서 보다는 北韓側이 漢方醫療에 보다 많은 認定과 依存을 하고 있다.

7. 南韓에서는 이미 完全히 없어졌거나 稀貴하게 된 疾病이 北韓에는 아직도 높은 率로 存在하거나 嬰幼兒 死亡率이 南韓 보다는 높으리라고 짐작되는 데 이것은 前述한 保健医療面에 있어서의 差異에도 起因될 수 있고 또 南韓의 一般國民의 消費生活水準이 北韓의 그것 보다는 높은 데에도 起因되리라고 본다.